■討論

精神病理学におけるエヴィデンスを考える

——内海健著『自閉症スペクトラムの精神病理』を読んで——

小林 隆児*

I. はじめに

昨（2015）年末，わが国の精神病理学を牽引してきた研究者のひとりである内海健氏（以下著者）は『自閉症スペクトラムの精神病理』[15]を著した。筆者（小林）の記憶では，本書はわが国で成人の自閉症スペクトラム（ASD）について本格的に論じた最初の精神病理学的論考ではないかと思う。筆者はこのような書が発刊されるのを久しく待ち望んでいた。これまでASDを乳幼児期から前方視的にみてきた筆者にとって，成人を中心にみている精神科医には成人ASDがどのように映っているのか，そしてその精神病理をどのように捉えているのか，ぜひとも知りたいと思っていたからである。

本書について筆者の短い書評はすでにある雑誌で述べたが[9]，そこで筆者が書いた本書に対する疑問を，今回一会員の立場から本学会誌に投稿することで，著者の考えを聞くことが望ましいとの筆者なりの判断でこのような形で投稿した次第である。よって，先の書評と一部重なる箇所があることをあらかじめお断りしておきたい。

本稿で筆者は著者に公開討論を，などという勇ましいことを考えたのではない。学識豊かで理論派としても名高い著者に対してそのようなことをするなど空恐ろしいことである。一会員として常々本学会の精神病理学研究に対して抱いていた疑問を，本書の書評を機に提起し，著者のみならず会員諸氏とともに考えてみたいと願ったからである。筆者の疑問を一言で言えば，「精神病理学におけるエヴィデンス」を著者のみならず会員諸氏はどのように考えているのであろうか，ということである。

実は過去にも，2010年の本学会シンポジウム「いま改めて問う，狭義の精神療法」にて，精神分析の立場から指定討論者として藤山[1]が疑義を呈したことがある。その主張の大筋について，別の機会にさらに率直に語っている[3]。その要点は次のような内容である。治療者と患者のあいだでいろいろ起こっていることにこそ生産的なことが含まれているはずである。そのプロセスの検討こそもっとも生産的なのだが，精神病理学者はそのことには一切触れることなく，哲学的な議論に向かう。それではわれわれは自らの実践でそれを確かめることは不可能であると。

精神病理学を含む人間科学は自然科学とは異なるとはいえ，やはりエヴィデンスは求められるはずである。それなくしてはいかなる主張も共通了解の道が閉ざされることになる。では自然科学とは異なる「精神病理学におけるエヴィデンス」をどのように考えればよいのか，筆者が本稿を纏めようと思った主たる動機はそこにある。

以下，筆者の疑問を述べようと思うが，その前に，本書は学会誌に掲載されたものではないので，本書の内容について筆者なりの理解に基づき，概要をまずは紹介することから始めよう。

2016年7月14日受理

Consideration on evidence in clinical psychopathology.

*西南学院大学大学院人間科学研究科臨床心理学専攻
［〒814-8511 福岡県福岡市早良区西新6-2-92］
Ryuji KOBAYASHI：Seinan Gakuin University, Department of Human Sciences, 6-2-92, Nishijin, Sawara-ku, Fukuoka-shi, Fukuoka, 814-8511 Japan.

II. 著書『自閉症スペクトラムの精神病理』の概要

冒頭の章で読者の目を引くのは，これまで多くの自閉症研究者が飛びついていた（いまでもそうだが）「心の理論」障碍仮説に対して，その理論的根拠を一刀両断していることである。この指摘はなかなかに鋭い。Baron-Cohen, S. らが30年近く前に提唱した「心の理論」障碍仮説の論拠となった「サリー-アン問題」で「子どもに問われているのは，サリーの心の状態であり，それに基づいてサリーはどのようにふるまうかを『推論』することである」（本書，12頁）。つまり，「『サリー-アン問題』の解き方として示される推論過程は，自明なことをあらためて振り返って，どのような解に至ったのかを説明するものである。つまり事後的に構成された推論」（傍点は著者，18頁）だという。しかし，われわれがASDの精神病理について本当に知りたいのは，彼らが「他者に心がある」ことをわかっているか否かという問題である。「他者に心がある」ことをわかるのは「直観」であって「推論」ではない。ASD者は「他者に心がある」ことを直観的にはわからなくても，「推論」することはできる。彼らの中に一定程度加齢とともに「サリー-アン問題」を通過することができるようになるのはそのためであると著者は喝破する。

この論考を皮切りに，著者はASD者の精神病理の成り立ちを「直観」と「推論」の両次元の関係を軸に論じている。この視点は非常に重要で，本書の最大の特徴といってもよい。たとえば，コミュニケーションの問題を，従来の言語的／非言語的コミュニケーションという見方を批判し，本来比較すべきはサリヴァンのいうヴォーカル・コミュニケーションであると指摘する。後者のコミュニケーションは感性的なもので，ASD者では強く働いている。彼らの様々な対人反応が一見特異的にみえるのはそのような理由に依っていることが少なくない。なぜなら彼らの感覚主体の体験では周囲あるいは自己からの刺戟を言葉で切り取ることができないゆえに，われわれには理解しがたいような混乱をもたらすからである。同様の切り口でともに「共感」と訳されてきたsympathyとempathyの違いをも論じている。ASD者ではsympathy（共鳴）は可能でもempathy（共感）は困難である。なぜならempathyは心があることを直観的にわかることによって初めて可能だからともいう。

では彼らになぜわれわれのような共同性をもつ言葉の獲得を前提とした言語的／非言語的コミュニケーションが困難なのか。その根本原因は，彼らが「他者に心がある」ことを直観的にわからないからだという。では定型者が「他者に心がある」ことを直観的にわかるようになるのはなぜか。その直接的契機となるのは，他者からのまなざしを受ける体験だという。自己は他者のまなざしがこちらに向かってくる志向性に触発されることによって生成する。その体験は自己の最も奥底に他者のしるした痕跡として残る。それを著者は「ϕ（ファイ）」と命名し，ASDではこれが未形成なままで成長を遂げる。ここに著者はASD者の中核の精神病理を据えている。「視線触発」は村上靖彦著『自閉症の現象学』[14]からの引用で，著者によれば本書の論考での「ほぼ唯一の仮説」だという。なぜならそれは「私」（という意識が生まれること）に先行する。「超越論的（＝経験を可能にする）」あるいは「先験的（＝経験に先立っている）」な次元のことで，それ自体は経験できない。それゆえ仮説の域に留まらざるをえないというわけである。

「視線触発」をもとに自己と他者の存在に気づく。それが「人見知り」現象であり，それがことばの誕生へと続く。自己と他者の心の存在に気づくのは「視線触発」による。ここに著者の成人ASDの精神病理の論拠を見て取ることができる。

「ASDの乳児もあやされれば笑う」（128頁）のは共鳴と呼ばれる現象で，心を介さないでも起こる。ASDの成因に関しては，9ヵ月革命と述べている人見知り現象が起こす契機となる「視線触発」にもとづく体験を持ち得ていないことに依っていると著者は考えている。しかし，それ自体は先験的事柄であるゆえ，（治療による）経験を通して獲得することはできないことになる。著者

の考えは生得的な障碍説に近い。それゆえ，著者のASDに対する治療は彼らの特性を理解し，適応的なものになるように支えることが中心になっている。

以上が本書の概要であるが，本書を読んで筆者が抱いた疑問点を以下に述べる。

III. 討　論

1．本書は現象学的立場からの論考であろうか

精神病理学においても，通常自然科学における常套手段である，仮説を立て検証するという手続きが時と場合によっては必要になることはあるかもしれない。しかし，筆者の理解が正しければ，本書にみられるASDの精神病理学的論考で，著者は独自の「構造論」から論を展開しているが，その一つの拠り所として現象学的観点を取り入れていることは間違いない。著者は多少批判的にではあるが，Husserl, E. をも引用しているし，仮説として高く評価して『自閉症の現象学』を取り上げていることからもそれは明らかである。

現象学は筆者の理解によれば，独我論であるところにひとつの特徴がある。人間誰しも自らの「主観」を抜け出して「客観」の世界から，対象それ自体と「主観」で捉えた対象との一致を確認することは原理的にできない。それゆえ「客観」と「主観」との一致を目指すのではなく，「主観」のなかで人はどのようにして「正しさ」の根拠を得ているのか，その条件を求めることが必要である。つまり，現象学では自らの「主観」に立ち返り，そこで感じられたことを確信の根拠にするのである。それゆえ，精神病理学をも含む人間科学において研究者は自らの「主観」に徹底的に向き合うことを回避してエヴィデンス（明証性）を摑むことはできないのではないか[12]。さらに筆者が強調したいのは，現象学で最も重要とされる本質観取においては現象学的還元として仮説や理論を排することが大前提となっているはずである。しかし，著者の論考は，経験し得ない「まなざし」に関する「ϕの仮説」を導入している。そのため現象学でいうところの，自らの「主観」に立ち返り，そこで感じられたことを確信の根拠にすることはできない。その結果，著者の理論をめぐる共通了解の道は閉ざされてしまう。

ただ断っておくが，筆者は著者の論が忠実に現象学に依拠しているか否かを問題としているのではない。「仮説」をもとに論じることによって共通了解の道が拓かれないことを問題としているのである。

2．著者の論考の根拠をめぐって

そこで改めて，著者が自らの精神病理学的論考の根拠をどこに置いているのかをみてみよう。根拠（エヴィデンス）をいかなるかたちで提示しているかが，本書に限らずあらゆる研究の評価を決定づけると考えられるからである。

本書のひとつの特徴であるが，vignette（スケッチ風の小品文，特に簡潔な人物描写）という形で成人ASD者の言動や彼ら自身の語りが数多く引用されている。その中には自験例の提示も少なくないが，もっとも目を引くのはわが国も含め世界中で出版された成人ASD者の自伝からの引用の多さである。その引用自体が悪いと筆者は言いたいのではない。成人ASD者の自伝を対象とすることの最大の強みは，当事者自身の語りがもつ迫真性にある。それゆえ，自伝をもとにこれまでにも様々な自閉症論が語られてきた。ただ，ここでもっとも気をつけなければならないのは，自験例であれ，成人ASD者の自伝であれ，患者や当事者が語った内容のみをエヴィデンスとすることに孕まれた問題があることである。

そこで筆者が指摘したいのは，当事者自身は気づかないが，第三者には気づかされる，そのような臨床体験が精神療法家には必ずあるという点である。なかでもとりわけ強調したいのは，面接において患者と治療者双方が体験している「あいだ」（木村敏）ないし「接面」（鯨岡）[13]での事象であり，それは両者のあいだで立ち上がる心の動きと言ってよい。現象学の観点から言えば，精神療法家がこの事象に目を向けることは，自らの「主観」に立ち返って考えるということであり，まさにそこにエヴィデンスを求めるのである。

実はASD者に限らずいかなる病態の患者を対象とするとしても，精神病理学・精神療法研究に

おいてそのことは極めて重要な意味をもつはずである。しかし，なぜか本書で著者は自らの主観に問うという作業をしていない。確かに著者は自らの主観的判断にもとづき，患者の発話や行動，さらにはASD者の自伝を切り取って描出している。筆者が問題としたいのは，面接での「あいだ」ないし「接面」で治療者自身が感じ取ったことをほとんど扱っていない点にある。著者は精神病理学者であるとともに精神療法家でもあるはずである。そのことの重要性を知らないはずはなかろうと思う。しかし，なぜか本書ではまるでそのことには禁欲的なまでに一切触れようとしないのはなぜか。

3．著者はなぜ情動を扱わないのか

著者は「接面」での事象をほとんど取り上げていない。ここに著者と筆者との立ち位置の決定的な相違があるが，このことについてさらに考えてみたい。著者は「ASD者は，他者の心のなかでうごめいている感情を直観的に把握できない。それを相手の表情筋の動きや視線のあり方などを手がかりにして，読み取ろうとしている」(15頁)。ASD者が環境との交感のチャンネルとしているのは，音叉の共鳴のごとく，「心」を経由しない直接的な反応である。まなざしへの反応という人間的なものは人見知りから始まるが，まなざしに反応しないASD者は，「視線触発」によって他者の心を直観的に理解することが困難となる。

「他者に心がある」ことをわかるのは「直観」であって「推論」ではない。ASD者は「他者に心がある」ことを「直観」的にわからないと著者は断言する。

筆者は「乳児に心があると思うか，もしあるとしたらいつ頃から心は生まれると思うか」とよく学生に問うが，一般に養育者はそのようなことを考えはしない。乳児に接する最初から心はあるものとして関わっている。そのことが乳児の心が育つ上でとても大切なことである。心があるものとして乳児と関わるからこそ，乳児の心は育まれるのであって，こちらにそのような思いがなければ，乳児の心は育たない。

このことは成人ASD者であろうが，発達障碍の子どもであろうが，原理的には同じである（はずである)。ASD者だから「他者に心があることが直観的にわからない」ゆえ「彼ら自身にも心がない」かのように思われやしないかとさえ危惧されるのである。

筆者はASD者にも心はあるとの思いで面接を行っている。その際，筆者が精神療法でもっとも大切にしているのは「接面」での事象である。具体的には患者の言動，振る舞いに彼らの心の動きがどのように反映しているのかを感知し受け止めそれをいかに相手に映し返すかということに心を砕く。このようなことが可能になるのは，筆者が彼らに心があることを直観的にわかっているからである。治療者はこのことに常に自覚的になることが大切である。そのことなくして，ASD者が自らの心の動きに気づくことはむずかしい。精神療法において彼らも自らの心の動きに気づくことができれば，他者にも同じように，心があることに気づく道が拓かれていくのではないかと筆者は思う。

4．心はどのようにして育まれるか

実は著者自身も心の成り立ちをめぐって，「子どもは自分に起こった出来事を母からの応答から事後的に了解する」ことの重要性を論じている(210頁)。具体的には，空腹で泣いている子どもに，母親が授乳によって応えることによって，子どもは初めて自分の空腹感に気づくことができる。このような母子交流によって子どもの心は育まれていく。この際，とりわけ重要なことは，母親が子どもの世話に没頭し（Winnicott, D.)，成り込み（鯨岡)，子どもの気持ちを言葉で返す(映し返す）ことである。子ども自身が体験してはいてもその（共同的）意味がわからない状態にあって，そのことに気づくことができるのはこのような養育者の関わりを通してである。

そうであるならば，われわれ治療者も患者の言動に孕まれた気持ち（心の動き）を感じ取り，その意味を映し返すことが求められるはずである。ただし，治療者もASD者に心があると思っていることが大前提となるが。そこで著者の見解を振り返ってみると，筆者が常々取り上げている「情

動（的）コミュニケーション」なる用語に対して，著者は「『情動』という言葉は若干生々しい」(128頁）と率直に述べている。このことに端的に示されているように，著者は論考の素材となっているvignetteの中で「情動」的なものを排していることに改めて気づかされるのである。

土居健郎は生前弟子たちに「君ねえ，精神療法はハラハラドキドキなんだよ」「精神療法はね，出たとこ勝負だよ」「すべてはアフェクト（情動）だよ」と常々口にしていたという。筆者がこの話を聞いたのは，2014年10月に著者が会長として開催した日本精神病理学会での藤山直樹氏による教育講演である[2]。この話は「甘え」理論の土居健郎らしい話である。患者と治療者間の「接面」での情動（甘え）のありようを捉えることこそが精神療法の核心だとの思いから発したせりふである。

発達心理学者でかつ精神分析研究者でもあったStern, D.[16]は，スーパーヴィジョンを経験する中で，面接において重要なのは患者が「何を語ったかではなく，どのように語ったか」であると強調している。Sternの鍵概念である力動感vitality affectのありようが語り口調に反映しているゆえだが，そこにこそ患者の心の動きを感じ取る手がかりが見出せるからである。土居もSternも力説しているのは，情動的コミュニケーションの世界の重要性である。そこにこそ患者の心の動きそのものが如実に反映しているからである。

筆者も「甘え」という情動の重要性に着目し，ASDの乳幼児期に「甘え」のアンビヴァレンスが母子関係の病理の中核に働いていることを見出す[6]とともに，アンビヴァレンスに着目することによって，患者と治療者間に「甘え」を介した情動水準での関わりの道が拓かれることを実感してきた[8,10]。このことは何を意味しているかといえば，患者自身は自らの心の動きである「甘え」のアンビヴァレンスに気づくことができないとしても，治療者が「接面」でそれを感知し，面接で取り上げることによって，患者自らもそのことに気づく。このことによって，二者間に「甘え」という情動（心の動き）を介したコミュニケーションへの道が切り拓かれるということである。

5．定型者との対比をめぐって

さらに本書を通覧して強く印象付けられることの一つは，定型者と対比することによって，ASD者の相違点を様々な角度から浮かび上がらせることに紙幅を割いていることである。その根拠を著者は「視線触発」という仮説に置いていることは先に述べた。

筆者の理解によれば，現象学的立場に依拠するならば，あくまで自らの体験を通して定型者であれASD者であれその体験の内実の理解を深めようとするのではないか。あらゆる事象や現象を自らの体験過程として捉え，深く内省することを積み重ねていくことにこそ現象学の意義があるのではないか。現象学における本質観取は，仮説や定説を捨象するというエポケ（現象学的還元）をもとに実践されるものである[12]。そのようにみていけば，定型者と対比してASD者の病理を論じるのではなく，ASD者の体験世界をわれわれ「定型者」自身の体験世界に可能な限り引き寄せて考え抜くことがぜひとも必要ではないかと思うのである。

6．観察者の関心によって患者の姿の見え方は変わる

著者がvignetteで描出しているASD者の病理像はこれまで多くの研究者が取り上げたものと大差ない。その意味では誰にでもよくわかる内容である。しかし，患者の病像はけっして誰が見ても同じようにみえるものではないことも忘れてはならない。たとえば，「分裂病（統合失調症）臭さ」(Rümke, H.）を知らない者にとっては患者を前にしてもそれを捉えることはほぼ不可能である。観察者でもある治療者がそこに何を感じ取り抽出するか，その関心のあり方によってそこで描かれる病像も異なってくるからである。

わかりやすい例を挙げてみよう。筆者はつねに「接面」での事象を大切にしているが，そこでは患者と相対した際に治療者が感じ取ることの意味に常に自覚的であることが求められる。そのような思いでASD者と相対した際に，筆者が必ず着目して取り上げるのは，二者間で立ち上がる患者のアンビヴァレンスを窺わせる言動である。その

ことを察知するために治療者に求められるのは，患者の言動をつねに治療者のそれとの函数で捉えることである。そのためには「平等に漂う注意」(Freud, S.) で面接に臨み，治療者の内面になんらかの違和感が立ち上がった際にはその意味を考え抜くことが求められる。そのようにして筆者が描き出すASD者に関する病像は，著者のそれとは大きく異なったものが含まれるように思う[8,10]。それは「間主観的」に把握されたものであって，誰にでも同じように容易に把握できるような性質のものではないからである。

そのことについて，本書のvignetteを一つ取り上げて考えてみよう。本書で取り上げられた数多くのvignetteの中で珍しくかなりの紙幅を割いて患者との面接の様子が描写されているからである。

35歳の男性で，2ヵ月ほど前から「うつ病」の診断で通院中の患者だが，主治医が不在のために著者が代わりに診察した事例である（118-119頁）。ここでは著者の対応やその際の自ら感じたことを率直に述べている。初めて会った著者に対して，まるで主治医に前回の続きでも話すように一方的に語り始めたという。そして，患者は最近新築したばかりの家が欠陥住宅だったことに話題が移ったとき，著者は「さぞかし大変だっただろう」と共感を示すと，「いや，そんなことは別にたいしたことではないですよ」とあっさり否定したため，著者は肩すかしを食らったように感じた。というよりも何のためにそんな話をするのかがよくわからないままだった，と述べている。

このvignetteで，初対面であるにもかかわらず一向にそのことを意に介さず，一方的に語り続け，こちらが共感を示したら相手は予想に反して平気な態度を示す。そこに著者はASD者の自他未分を見て取っている。はたしてそうであろうかと筆者は思う。このようなことは筆者の経験でも珍しいことではない。しかし，このような患者の示す態度を「情動」と「関係」を軸にその文脈から見ていくと，相手と向き合って対話することへの回避として，一方的に自分から語り続け，こちらが共感的態度を示すと途端に回避的態度をとるのは，筆者の考えるASD者の関係病理であるアンビヴァレンスからすれば，よくわかる反応である。それは何かといえば，「甘え」という情動の世界に身を委ねる一心同体の体験を持ったことのない彼らにとって，相手が自分の方に共感的程度で接近することが強い不安を惹起させるものだからである。よって，自分から一方的に語り続けることで相手との距離を一定に保とうとする。さらには相手が共感的態度を示すことによって心理的距離が縮まったならば思わず回避的反応を示す。想像たくましくすれば，このvignetteからもそのことが窺われるのである。もちろん，このvignetteで実際に起こっている事象をより詳細に吟味しなければならないことは言わずもがなであるが。このことについては以前，ASD者に対する精神療法について悲観的に論じたある論考[4]に対して筆者の考えを論じたことがある[5]ゆえ，それを参照していただければありがたい。

以上，「接面」で治療者が患者との関係の中でのこころの動きを感じ取ること，つまり「間主観的」に把握することこそが精神療法において核心となるものだと筆者は考えていることを申し添えておこう[8,10]。

ただし，一言お断りしておきたい。「間主観的に把握されたものは誰にでも同じように容易に把握できるような性質のものではない」ゆえ，そのエヴィデンスの提示にあたっては細心の注意を払う必要がある。第三者の目にもわかるように記述することである。そのためには，背景を含めた体験過程を具体的に描くとともに，そのメタ意味（本質）を論じる必要がある。このような緻密な記述によって初めて読者との共通了解の道が切り拓かれていくと筆者は考えているからである。

7．筆者の考えるASD者の精神病理学的見解について

以上，著者の論考について批判的見解を述べてきたが，討論としての公平を期すために，最後に筆者の考えるASD者の精神病理学的見解について簡潔に述べておこう。

これまで筆者は乳児から成人まで数多くの自閉症スペクトラムの人々の治療に従事してきたが，とりわけ乳幼児期早期における彼らを養育者の関

係の相において観察するなかで，筆者は彼らと養育者の関係の成立を阻害する最大の要因は「甘えたくても甘えられない」アンビヴァレンスという独特な心理機制にあることをつかみ，それが乳幼児期早期に関係の病理として表に現れることを発見した[6]。この発見はこれまで土居健郎が指摘してきた「甘え」のアンビヴァレンスを乳幼児の直接観察において捕捉したことを意味する。さらに重要なことは，このアンビヴァレンスゆえ彼らは常に強い不安と緊張に晒されることになるが，2歳を過ぎたころから，それを紛らわしたり和らげたりするために様々な対処行動をとるようになる。その対処行動を詳細に検討すると，従来発達障碍の症状として捉えられてきたものが多くを占めることが明らかになったが，筆者をさらに驚かせたのは，将来的に神経症や精神病の発症を予期させる萌芽の病態を呈することもわかったことである。その結果，筆者はいかなる年齢層の，いかなる病態の患者であってもそのアンビヴァレンスを捕捉し，それを治療的に扱うことが精神療法の核心につながることを多くの具体例を取り上げ明示してきた[7,10]。

このようにして得た筆者の知見で，本稿の批判的論考の最大の根拠となっているのは，「甘え」のアンビヴァレンスは情動の世界での体験ゆえに，治療者が面接で患者のアンビヴァレンスという心の動きを捕捉するためには，「接面」での事象を治療者自らアクチュアルに感じ取るしかすべがないということである。土居健郎が語った「精神療法はハラハラドキドキなんだよ」「精神療法はね，出たとこ勝負だよ」「すべてはアフェクト(情動) だよ」の真意はこのことにあると筆者は思う。

以上，本稿の紙幅を考慮して筆者の論拠は最小限度にとどめた。詳細についてはこの数年公にしたいくつかの拙著を参考にしていただければありがたい[6,7,8,10,11]。

IV. おわりに

以上考えてきてふと思い出すことがある。2005年に本学会は「精神病理学会」から「精神病理・精神療法学会」へと名称を変更した。しかし，なぜか2014年から再び元の名称である「精神病理学会」に戻している。「精神療法」を削除するにあたってはさまざまな意見もあったのであろうが，精神病理と精神療法は異なるとの思いがそこに反映していたのではなかろうかとも思う。しかし，精神医学における治療において精神療法はその中心的役割を果たしているはずである。精神病理と精神療法はともに，相互の知見の往還運動によって初めて深化を遂げていくものだと筆者は常日頃から考えている。もしも両者は別物であるとするならば，本書の著者が「接面」の事象を一切扱わない理由もわからないでもない。しかし，もしそうだとするならば，本書で論じているASDの精神病理は，「視線触発」という仮説をもとに推論に推論を重ねた論考だということになる。筆者が本書を読んでどうしても腑に落ちない思いを抱いた理由はそこにある。なぜなら，ASDであれ誰であれ，その心のありようを理解するために直観は不可欠である。それなくして自分にも他者にもこれ以上疑うことのできない確信は得られないからである。

今や精神医学の研究においてもエヴィデンスを明示することが必須となっている。しかし，これまで精神医学において取り上げられてきたエヴィデンスは，自然科学において用いられたエヴィデンスを援用したものが多い。その一方ではそれに抗するようにしてナラティヴが台頭している。このような状況において，精神病理学的研究を目的とする本学会はエヴィデンスをどのように考え実践していくのか，今こそその真価が問われているのではないか。本稿はけっして内海氏ひとりへの討論として筆を取ったものではない。筆者自身も含めすべての会員に投げかける問いでもある。会員諸氏の積極的な討論参加を心待ちにしてひとまずは筆を擱くことにする。

最後になるが，本書を読むことによって改めて精神病理学におけるエヴィデンスとは何かを考える機会を与えていただいた。著者内海健氏に感謝するとともに本書を執筆された労を多としたい。

謝辞：本論考は「哲学と臨床を語る会」の仲間との日

頃の討論に負うところが大きい。いつも積極的に討論に参加している仲間，哲学者西研氏（東京医科大学），著述家山竹伸二氏，臨床心理士佐川真太郎氏（東洋大学朝霞キャンパス学生相談室）に感謝したい。

文　献

1）藤山直樹：10年の後．臨床精神病理，32：161-165，2011.
2）藤山直樹：接触面に生きる：精神分析と精神科臨床のあいだで．第37回日本精神病理学会（2014年10月14日-15日，東京藝術大学）での教育講演ハンドアウト，2014.
3）藤山直樹，十川幸司：対談　精神病理と精神分析の間．現代思想，43（9）：144-165，2015.
4）広沢正孝：成人の高機能広汎性発達障害の特性と診断―彼らの自己のあり方をもとに―．精神神経学雑誌，113：1116-1122，2011.
5）小林隆児：関係からみたPDD型自己（広沢）について―広沢論文『成人の高機能広汎性発達障害の特性と診断』を読んで―．精神神経学雑誌，115：253-260，2013.
6）小林隆児：「関係」からみる乳幼児期の自閉症スペクトラム―「甘え」のアンビヴァレンスに焦点を当てて―．ミネルヴァ書房，京都，2014.
7）小林隆児：甘えたくても甘えられない―母子関係のゆくえ，発達障碍のいま―．河出書房新社，東京，2014.
8）小林隆児：あまのじゃくと精神療法―「甘え」理論と関係の病理―．弘文堂，東京，2015.
9）小林隆児：ブックガイド：内海健著『自閉症スペクトラムの精神病理』．そだちの科学，26：88-90，2016.
10）小林隆児：発達障碍の精神療法―あまのじゃくと関係発達臨床―．創元社，大阪，2016.
11）小林隆児：自閉症スペクトラムの症状を「関係」から読み解く―関係発達精神病理学の構築を目指して―（仮題）．ミネルヴァ書房，京都，印刷中.
12）小林隆児，西研（編）：人間科学におけるエヴィデンスとは何か―現象学と実践をつなぐ―．新曜社，東京，2015.
13）鯨岡峻：なぜエピソード記述なのか―「接面」の心理学のために―．東京大学出版会，東京，2013.
14）村上靖彦：自閉症の現象学．勁草書房，東京，2008.
15）内海健：自閉症スペクトラムの精神病理―星をつぐ人たちのために―．医学書院，東京，2015.
16）Stern, D. N.：Forms of vitality：Exploring dynamic experience in psychology, the arts, psychotherapy, and development. Oxford University Press, London, 2010.