

日本精神病理学会 第41回大会(神戸)
シンポジウムII「発達、加齢と疾病の経過」

乳幼児期早期にみられる母子の関係病理が 精神病理学と精神療法に問いかけるもの

—なぜ関係発達精神病理学でなくてはならないか—

小林 隆児*

抄録：四半世紀前から筆者が実践してきた母子ユニットでの関係臨床で得た知見から、母子の関係病理という視点が精神病理学と精神療法においてもつ意義について以下の諸点から論じた。①発達障碍の成り立ちを考えていくためには、乳幼児期早期の子どもを母親との関係の相で詳細に観察することが不可欠であること、②新奇場面法による観察から、発達障碍が疑われる子どもには、1歳台で母子間に「甘えたくても甘えられない」独特な関係病理が見出されるが、それを「あまのじゃく」と概念化することで捉えやすくなること、③2歳台になると、アンビヴァレンスゆえに生じる強い不安と緊張への多様な対処行動が出現するが、それらは従来「症状」として捉えられてきたこと、④その結果、対処行動として症状が前景化し、アンビヴァレンスという情動不安は背景化(潜在化)するため、患者の根源的不安としてのアンビヴァレンスを治療者は捕捉することが困難になること、⑤しかし、背景化したアンビヴァレンスはからだや情動の動きから確かなものとして捕捉することができること、などを述べた。さらに、治療者が患者のアンビヴァレンスを捕捉するため、患者との「接面」で関係病理としてのアンビヴァレンスを間主観的に感じ取ることが求められるが、そのためには治療者自らの体験としてのアンビヴァレンスを内省的に感じ取れるようになることが必須であることを指摘した。

以上、私の主張する精神病理学と精神療法は「関係」と「情動」に焦点を当てたものであるが、「発達」を考える際にそのことが不可欠だからである。私が「関係発達精神病理学」と称するのはそのような理由に依っている。 臨床精神病理 40:58-65, 2019

Key words: "Ama-no-jyaku", autistic spectrum disorder, developmental disorder, mother-infant unit, relational and developmental psychopathology

はじめに

The meaning of relational psychopathology between infant and mother in the field of psychopathology and psychotherapy: proposal of "relational and developmental 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: Department of Human Sciences,
Seinan-Gakuin University. 6-2-92 Nishijin, Sawara-ku,
Fukuoka, 814-8511 Japan.

当初、私の精神科医としての臨床と研究は、自閉症を中心とする発達障碍に焦点を当てたものであった。その一つの区切りとなったのは、1992年に発表した201例の自閉症追跡調査研究⁴⁾で、それまでの定説を覆す転帰を示すことができた。その後、私がぜひとも取り組まねば、と思い立ったのは、自閉症という病態の成り立ちと早期診断、早期治療及び予防への挑戦であった。

I. 母子ユニットで乳幼児期早期の母子関係を観察

1994年春、転勤を機に運良くそれを実現しうる治療環境を創設することができた。それが母子ユニット (Mother-Infant Unit) であった⁵⁾。当面の課題は、乳幼児期早期に顕在化する対人関係障害がいかなる内実を孕んだものかを自らの手で明らかにすることであった。そのためには乳幼児期早期の母子関係の様相の実態をこの目で確かめる必要があった。そこで私は、治療者自らの手による関与観察とともに、「客観的」に観察する手段としてビデオによる観察録画を実施した。後にこのことが私の研究に極めて大きな役割を果たしてくれることになった。その最大の理由は、関係の様相の実態を捉えるためには、観察者自身も気づきづらい現象を掴む必要があったからである。実際には、1歳から5歳までの55組の母子例を対象とし、その母子関係の実態を把握することができた⁶⁾。

II. 「関係」と「情動 (甘え)」に焦点を当てた母子ユニットでの臨床研究

観察の枠組みとして用いたのは、当時からアタッチメント研究でよく知られていた新奇場面法 (Strange Situation Procedure; SSP) であった。ただ私は従来の「行動」に焦点化したアタッチメント・パターンの評価には馴染めず、観察を積み重ねるなかで、子どもが母親の前で示す様々な言動の多くが「甘え」にまつわるものであることに気づいた。その結果、従来、不可解な言動とみなされていたものがことごとく意味あるものにみえてきた。その最大の要因は、母子関係の様相を「関係」と「情動 (甘え)」に焦点を当てて観察したからであった。

今振り返ってつくづく思うのは、世界の標準であるかのように扱われているアタッチメント・パターンの評価にとらわれていたら、その後の私の臨床研究はさほどの広がりも深まりもないままに終わったのではないか。その最大の理由は、「甘

え」という日本人にはとりわけ鋭敏に感知し得る情動 (こころ) の動きを大切にしたことにより、アンビヴァレンスという屈折し、かつ微妙なところの動きを捉えることができるようになったからだと思う。アタッチメント・パターンにもC型としてアンビヴァレント型があることはよく知られているが、この評価の基準とされているのは、誰の目にも見える、いわば客観的な行動特徴としてのアンビヴァレンスである。私に言わせれば、「甘え」という情動の動きとしてのアンビヴァレンスは、A型であろうとD型であろうと、さらにはB型であろうと、すべてに大なり小なり必ず認められると考えられるからである。それゆえ、アタッチメント・パターンのC型のみをアンビヴァレンスとして捉えてしまうことになれば、患者の繊細なところの動きを捉えることがなにより重要だと考える私の関係発達臨床などできやしない。

III. 母子ユニットの研究で何が明らかとなったか

母子ユニットに相談に訪れた母子はすべて関係の問題を抱えていたゆえ当然のことではあったが、そこで出会ったすべての事例に多様なアンビヴァレンスという情動の動きを掴み取ることができた。ただ、その言動の特徴は、1歳台と2歳台以降で大きく変容することが明らかとなったのである。

1. 1歳台の母子関係にみられるアンビヴァレンスの特徴

母子ユニットでの母子関係の観察でSSPを用いたが、その一部始終を多角的にビデオ録画によって詳細に観察することによって、1歳台の8例すべての母子関係に独特な難しき (関係病理) があることがわかった。それは「母親が直接関わろうとすると回避的になるが、いざ母親がいなくなると心細い反応を示す。しかし、母親と再会する段になると再び回避的反応を示す」というものであった。これまでの発達障害研究では幼少期の子どもの特徴を、主に母親からの聴取から後方視的

に得られたデータを用いて語られることが多いが、SSPを用いることによって、母親の不在の際に、子どもがどのような反応をするかを克明に観察するとともに、母子再会でその反応がどのように変化するかを捉えることができた。そのことによって母親の前では見せない子どもの姿を捉えることができたのである。このことが先のような関係病理を掴むことを可能にしてくれたのである。

このような子どもの母親に向けるところの動きを、私は「甘えたくても甘えられない」¹⁾というアンビヴァレンスの心性として捉えるとともに、関係のありようを「あまのじゃく」として概念化することによって、この関係病理をたやすく捉えることができるようになった^{8,9)}。相手(母親)の動きに対して文字通り「左といえば右、右といえば左」という「あまのじゃく」な態度を取っているからである。ここでとりわけ注目してほしいのは、「あまのじゃく」と述べることによって、子どもの態度がいかに相手の動きと呼応して変化しているかを的確に表現し得ることである。

ここで思い出してほしいことがある。それは、土居健郎が「甘え」を論じた際に起きた論争についてである^{1,2,14,15)}。土居健郎の「甘え」理論が彼の生前注目されてきた割に、実際の臨床でそれを応用している臨床家を、私は寡聞にしてほとんど知らない。動名詞「甘え」は、「甘え」にまつわるころの動きすべてを包含した概念として用いられているところに重要な鍵がある。私の用いる「あまのじゃく」もまったく同様である。つまり、私たちが日常的に用いる「甘え」や「あまのじゃく」として典型的に思い浮かべる感情や振る舞いのみを想定してもらっては困るのだ。私が強調してやまないのは、「甘え」や「あまのじゃく」に示されるころの動きのゲシュタルトの特徴を抽出して捉えることである。それによって始めて、「甘え」や「あまのじゃく」として捉えることの臨床的意義が見えてくるからである。

さらに重要なことは、動きのゲシュタルトを感じる際に、同時に私たちは情動をも揺さぶられることである。からだの動きところの動きは同時的に立ち上がる。それによって「甘え」にま

つわるころの動きを容易に感知することが可能になるのである。

「甘え」を起源とするころの動きは実に多様で奥が深い。多くの発達研究者はアタッチメント研究で行動特徴を詳細に捉えてタイプの概念規定を行っているが、臨床家にとって肝心なことは、行動特徴を捉えてタイプ分けをすることにあるのではない。アンビヴァレンスという情動の動きを肌で感じ取り、それを治療に生かすことにある。それゆえ、いくら行動記述を厳密に行おうと、それは所詮外面を眺めまわすことでしかない。下手をすれば「群盲象を撫でる」ことになりはしないか。

ではどのようにすれば、そのようなころの動きを捉えることができるのか。そのことについては後に述べることにしよう。

2. 2歳台以降の母子関係にみられるアンビヴァレンスの特徴

2歳台になるとそれまで観察者には明確に把握することができた子どもの不安と緊張が目立たなくなり、それに代わって、これまで不可解な病的言動とされてきた多様な言動が目立つようになる。私にはこれらの病的言動がこれまで症状として診断の際に重要視されてきたものであることに気づくとともに、それらは子どもなりに自らの不安と緊張を紛らわせたり、和らげたり、あるいはなんとか母親との関係を繋ぎ止めようとするものがきであることがわかった。これら多様な病的言動は彼らなりのアンビヴァレンスに伴う不安と緊張への対処行動として意味付けることのできるもので、表1のようにまとめることができた。

3. アンビヴァレンスへの多様な対処行動からみた発達障碍

私の研究が自閉症にみられる対人関係障碍の内実を明らかにしようとして出発したことから、(1)発達障碍に発展するもの、とみなされる対処行動が捉えられたことは至極当然であったが、この表1で注目してほしいのは、そのほかにも実に多様な対処行動を認めたことである。「母親の意向に合わせることで(自分を)認めてもらう」つ

表1 幼児期に見られるアンビヴァレンスへの多様な対処行動

-
- (1) 発達障害に発展するもの
- ①母親に近寄ることができず、母親の顔色を気にしながらも離れて動き回る
 - ②母親を回避し、一人で同じことを繰り返す
 - ③何でも一人でやろうとする、過度に自立的に振る舞う
 - ④ことさら相手の嫌がることをして相手の関心を引く
- (2) 心身症・神経症的病態に発展するもの
- ①母親の意向に合わせることで認めてもらう
- (3) 操作的対人態度、あるいは人格障害に発展するもの
- ①母親に気に入られようとする
 - ②母親の前であからさまに相手に甘えてみせる
- (4) 解離に発展するもの
- ①他のものに注意・関心をそらす
- (5) 精神病的病態に発展するもの
- ①過度に従順に振る舞う
 - ②明確な対処法を見出すことができず周囲に圧倒される
 - ③周囲を無視するようにして一人で悦に入る
 - ④一人で空想の世界に没入する
-

小林 (2016)⁹⁾, p.9 より引用

まりは「いい子になる」ことによって彼らの言動は適応的に映り、当初は問題とならないが、のちのち(2)心身症・神経症に発展するもの、となっていく可能性が示唆される。

対象は自閉症の疑いから紹介された事例が多くを占めていたが、「関係」から観察することによって、虐待が絡んでいることが明らかになる事例が少なからずあった。そこでは、母親に気に入られようとして「媚を売る」態度を見せたり、そうかと思うと、あからさまに母親の前で他人にわざとらしく甘えて「当てつける」など、のちのちこのような操作的対人態度が(3)人格障害へと発展する、可能性を秘めたものと考えられた。

その他、虐待臨床で必ず取り上げられる(4)解離に発展するもの、がある。これは乳児期にその萌芽を認める。母親が子どもを抱いてあやそうとするとすぐに視線をそらす。しかし、離れていると母親の方を見つめている。そんな特徴として捉えることができる。

最後に、精神病理学的に重要な知見は、(5)精神病的病態に発展するもの、である。「①過度に従順に振る舞う」は、母親の前ではまったく自分を出すことができず、言われるがままに従順に振る舞うもので、このような事態が持続すれば、子

どもの自我発達に深刻な影響を及ぼすことが危惧される。さらに、「②明確な対処行動を見出すことができず周囲に圧倒される」は、母親との関係で有効な対処行動を見出すことができず、どうしてよいか途方に暮れ、身動きが取れなくなったものである。病理学的に言えば「カトニー」である。③および④は、不安を回避する手段として自分の世界に没頭するものである。躁的になるか、独り言をつぶやくか、表現型は異なっている、ともに自閉の世界への回避という点では酷似した対処行動である。

ここで強調しておきたいのは、これらの多様な対処行動は、親子の組み合わせ次第、さらには年齢によって、一つの事例においても多様に変化するし、いくつも対処行動を取りうる。けっして、一人の子どもが一つの対処行動ばかりをとるのではないということである。

IV. アンビヴァレンスと対処行動の意味するもの

1. アンビヴァレンスによる不安は背景化し、対処行動としての症状が前景化する
- これらの知見の精神病理学的に意味すること

は、1歳台まで容易に認められたアンビヴァレンスによってもたらされる不安と緊張は、その後、次第に背景化して無意識の層へと潜在化し、それに代わってその対処行動としての「症状」が前景化することである。

以上のように考えていけば、これまで症状をもとに診断し、症状を標的とした治療がいかにか的を外れたものかは容易におわかりいただけるであろう。根治的な治療を目指すのであれば、関係病理としてのアンビヴァレンスにもとづく根源的な不安を標的としなければならないのは自ずと明らかであろう。

2. 背景化したアンビヴァレンスという情動の動きを臨床家はいかにして掴み取るか——リアリティとアクチュアリティ

しかし、ここで私たち臨床家は大きな問題に直面することになる。アンビヴァレンスに焦点を当てればよいとはいうが、ではどうすればそれが可能となるのか。ここでの最大の壁は、潜在化した、無意識の層に潜むアンビヴァレンスとしてのこころの動きを、臨床家はいかにして掴み取るかという点にある。

そこで鍵を握るのは、無意識の層へと潜在化した不安や緊張は、「関係」と「情動(甘え)」の観点に立つことによって初めて、<患者-治療者>関係での「界面」で「こころの動き」として、臨床家は捉えることが可能になるということである。ここで述べた「こころの動き」は「からだの動き」ないし「情動の動き」と言ってもよいもので、治療者自らの感性でもってのはじめて実感として捉えることができるものである。

じつはこのことが臨床家にとってきわめて難しいことがこれまで私が試みてきた「感性教育」¹²⁾を通してよくわかった。その主たる要因は、診断医として症状に観察眼が注がれやすいこと、ついで「個をみる」ことを生業としてきた臨床家には「関係をみる」ことはどういうことか、体験的に理解することが困難だからである。一言で言えば、前者はリアリティとしての現実を掴むことに焦点が当てられ、後者の本質的相違がアクチュアリティとしての現実を掴むことにあるからであ

る。<患者-治療者>関係で今何が起きているかを掴むことは、アクチュアリティとしての現実を意味するが、そのためには、治療者も当事者の一人として<患者-治療者>関係に身を委ねながら、そこでの両者のこころの動きを掴むことが要請されるのである。

3. 「関係」にみられるアクチュアリティを掴むことを可能にする力動感 vitality affects

ここで私に多くのヒントを与えてくれたのが、先に述べたビデオ録画による観察データであった。母子関係にみられる母子双方のアンビヴァレンスという独特の情動の動きをからだの動きとして明瞭に観察することができたからである。さらにはそのような母子関係での体験としてのからだの動きは、その後の成長発達過程で次第に内在化していくが、<患者-治療者>関係において、両者間の独特なこころの動きとして掴むことができるからである。これこそ乳幼児期の母子関係での体験が今の<患者-治療者>関係において再現する転移そのものである。それを可能にしてくれるのが筆者のいう原初的知覚、あるいは力動感 vitality affect¹⁴⁾であるゆえ、臨床家自らの感性に負うところが大きいのである。

4. こころの動きとしてのゲシュタルト——「あまのじゃく」と「隠れん坊」

ついで、ここで問われるのは、それをいかにして治療的に扱うかということであるが、無意識の層に潜在化している患者のアンビヴァレンスというこころの動きを治療者自らの感性で捉えたとともに、患者の本心を覗かれる不安を刺激することなく、逆に気づいて欲しい気持ちに保障を与えることができるように扱うことが肝要である。そのことによって、患者は自らの無意識の層の「甘え」体験が想起され、それを面接で治療者と共有することができるようになる。その結果、患者は今の自分(の不安)が幼少期の体験と繋がり、新たな「自分」を発見することが期待される。私の目指す精神療法の目標はここにある。

5. 「関係をみる」ことの難しさ——ここは細部に宿る

最後に、関係病理を掴むためには「関係をみる」ことが求められるのだが、その際、患者と治療者の「あいだ」に立ち上がるころの動きをどのように感じ取ることができるか、それにはどのような工夫が必要か、考えてみよう。

これまで私はアンビヴァレンスを感じ取り、それを治療的に生かすことの重要性を述べてきたが、アンビヴァレンスは「あまのじゃく」と称したような関係病理を示すがゆえに、治療者は患者との関係のなかで、自分とのあいだで患者が「あまのじゃく」なころの動きを示すことを掴み取らなければならない。これは双方の情動の動きのゲシュタルトとして感じ取ることが求められる。ゲシュタルトを感じ取れることを可能にしているのは、Stern, D. N.¹⁶⁾のいう力動感 vitality affect であるが、これが多くの臨床家（のみならず研究者にも）には理解困難でやっかいな代物であることを私は痛感してきた。じつは Stern¹⁷⁾自身も生前の最後の著書でそのことを嘆いているのはとてもよくわかる話である。

アンビヴァレンスをヴィヴィッドに感じ取れるようになるためには、誰でも幼少期に多少なりとも体験しているはずのアンビヴァレンスを、自分の体験記憶として想起することができるようになることが求められる。

しかし、アンビヴァレンスというころの動きは、誰でも不安を賦活させるものゆえ、蓋をしておきたくなるものである。現に、患者はそれに蓋をし、不安への対処行動を取ることによって、それ以上破綻が来ないように、なんとかこれまで自分を守ろうとしてきたのである。だからこそ、臨床家は自らのアンビヴァレンスに気づくことによって、はじめて患者のアンビヴァレントなころの動きを肌で感じ取ることができるようになる。そこでやっと患者のアンビヴァレンスを取り上げ、治療的に生かすことのできる道が切り開かれていくのである。

土居³⁾は生前の遺書のなかで、臨床家は自らのアンビヴァレンスに気づかなければならないが、それがもっとも難しいと述べている。しかし、患

者の苦しみを考えれば、臨床家が自らのアンビヴァレンスを避けているようでは本物の精神療法はできはしない。土居はそのことを、生涯を通して私たちに伝えたかったのであろうと思う。

おわりに

本シンポジウムでは「発達」という視点の意義を精神病理学と精神療法において再度捉え直すことが意図されている。私の主張する精神病理学と精神療法は「関係」と「情動」に焦点を当てたものであるが、「発達」を考える際にそのことが不可欠だからである。私が「関係発達精神病理学」¹¹⁾を提唱したのもそのような理由に依っている。

最後に述べておきたいのは、ここでの私の主張は、けっして従来の自閉症や発達障害に特化したものではなく、表1に示したように、精神疾患全般に通底するものだということである¹¹⁾。「おとなの発達障害」問題が何を意味するのか、精神病理学研究に従事している者に突きつけられているが、それは「発達障害」の診断云々などという表層的な問題として捉えてはならない¹³⁾。「発達」という物差しが突きつけている課題はこのように広大かつ深遠なものではないかと思われるからである。

追記——シンポジウムを終えて

当日のシンポジウムの討論でも発言したが、広沢氏の発表を聞いて良い意味でいろいろと刺激を受けた。それは何かと言えば、面接で患者を前にして治療者がどこに着目しているのか、氏と私の立ち位置の違いを明確に意識することができたからである。氏は患者の語りからヒントを得て、自閉症に独特な「タッチパネル型自己構造」を見て取り、格子型人間と称し、精神の自然な機能様態が存在し得るという独自の見解を述べていた。それゆえ、自閉症の独特な自己構造があるがままに認めた上で、彼らとの共存を図る必要があるとの主張である。

ここで私が考えたいのは、氏にヒントを与えた

患者の語りはあくまで彼のこれまでの人生のなかで彼独特の言葉によって加工修飾されて出来上がったものだというのである。

もしも私がこのような患者と面接を行うとしたら、患者の語りにのみ着目することはまずない。その内容があまりにも臨床家の知的好奇心を惹きつけるものであればあるほど、それに引き寄せられてしまうことに躊躇してしまう。私ならば、このような患者の語りや、面接の治療過程のなかでどのような文脈のなかでなされたのか、そこに着目するのではなからうかと思う。なぜかといえば、このような患者の語る「タッチパネル型」とされる対人的構えを、私はこれまで関係病理の視点から、「あまのじゃく」的反応として捉えてきたからである。私の経験からいえば、このような「あまのじゃく」的反応は、けっして患者独自の病理として自生的に息づいているのではない。あくまで治療者（他者）との関係の文脈（二者間のこころの動きの流れ）のなかで唐突に生来するものではないかと思うからである。私がよく経験するのは、最初は自分の興味関心にしたがって得意げに滔々と語っていた患者が、私の関わりの変化に敏感に反応し、まったく別人のような態度に激変するという光景である。その大きな誘因となるのは、情緒的（情動的）関わりが深まるような治療者の関わりであることが多い。

氏の精神病理の把握の仕方が個体論的、かつ静的であるとするならば、私のそれは関係論的かつ力動的ということができるかもしれない。

なぜ、あえて私がこのようなことを主張するかといえば、本学会の名称が一時期精神病理・精神療法学会と変更されながらも、ふたたびもとの精神病理学会に戻ったことに対する私の失望からでもある¹⁰⁾。

発達障害を関係発達論的視点からみてきた私の立場からすれば、発達障害を個体論的に捉える限り治療的展望を切り拓くことは極めて困難である。なぜならその前提となっているのが脳機能障害仮説であるからである。そうではなくて、関係論的にみていけば、私が本稿で論じているように、アンビヴァレンスにまつわる情動の動きを治療者自らの感性で捉えることによって、患者との

あいだで治療的展開が生まれることをこれまで幾度となく経験してきたからである。

本来であれば、時間をかけて丁寧な議論をすべき内容である。しかし、当日のシンポジウムでの討論にはほんのわずかな時間しか割かれなかった。よって、やや一方的で乱暴な私見であることは重々承知の上で、あえて記録に残した。なんらかの議論の契機となればと願って筆をとった次第である。

本稿は第41回日本精神病理学会大会シンポジウム「発達、加齢と疾病の経過」(2018.10.6. ラッセホール, 神戸市)にて発表した内容に若干の加筆を行ったものである。当日、このような発表の機会を与えていただいた第41回日本精神病理学会大会会長岩井圭司氏(兵庫教育大学大学院教授)にお礼申し上げます。

文 献

- 1) 土居健郎:「甘え」概念の明確化を求めて——長山恵一の批判に答える。精神神経学雑誌, 100: 322-330, 1998.
- 2) 土居健郎:「甘え」概念再説——長山恵一氏の反論に寄せて。精神神経学雑誌, 101: 971-972, 1999.
- 3) 土居健郎:臨床精神医学の方法。pp.26-27, 岩崎学術出版社, 東京, 2009.
- 4) Kobayashi, R., Murata, T. & Yoshinaga, K.: A follow-up study of 201 children with autism in Kyushu and Yamaguchi Areas, Japan. Journal of Autism and Developmental Disorders, 22: 395-411, 1992.
- 5) 小林隆児:自閉症の関わり臨床——母と子のあいだを治療する。ミネルヴァ書房, 京都, 2000.
- 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, 発達障害のいま。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:発達障害の精神療法——あまのじゃくと関係発達臨床。創元社, 大阪, 2016.
- 10) 小林隆児: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。臨床精神病理, 37: 139-146, 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提唱。ミネル

ヴァン書房, 京都, 2017.

- 12) 小林隆児：臨床家の感性を磨く——関係をみるということ。東京, 誠信書房, 2017.
- 13) 小林隆児：関係の病としてのおとなの発達障碍。弘文堂, 東京, 2018.
- 14) 長山恵一：「甘え」現象の基本的構成と特性に関する考察—甘え理論（土居健郎）の明確化を通して—。精神神経学雑誌, 99：443-485, 1997.
- 15) 長山恵一：「甘え」概念の相対化を求めて——土居健郎氏の討論を読んで。精神神経学雑誌, 101：51-59, 1999.
- 16) Stern, D. N.: The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology. Basic Books, New York, 1985. (小此木啓吾, 丸田俊彦監訳：乳児の対人世界 理論編, 臨床編。岩崎学術出版社, 東京, 1989, 1991.
- 17) Stern, D. N.: Forms of vitality: Exploring dynamic experience in psychology, the arts, psychotherapy, and development. Oxford University Press, London, 2010.

日本精神病理学会 第41回大会(神戸)
シンポジウムII「発達、加齢と疾病の経過」

シンポジウムを終えて

吉岡 眞吾*

1. はじめに

(成人の) 精神病理学に発達障害(自閉症圏も含む。以下同じ)の概念が導入されて以来、昨今ではこの概念を抜きに精神病理学を語るができないだけでなく、一般の精神科臨床に当たることでもできなくなっているということは論を俟たない。そうした経緯の影響として、発達障害圏の病理・病態の有無によらず「発達の視点」を診療営為に加えることにより、対象(患者)のイメージをより立体的に描くことができる、すなわち「より豊かな臨床」になることが実感されるようになってきた。

また生物学的精神医学の進歩は、遺伝情報に代表される生物学的素因の発現が刺激・環境の影響を受けるということも教えてくれた。このことは「素質と環境」という発病要因を巡る古くからのテーマに新しい風を吹き込んでくれたように思う。たとえばこれまでの病前性格論は、一定の成熟を遂げた概ね青年期以降を中心に考えていた(メランコリー親和型性格に該当するとみなしうる小学生も存在すると思うが、そういう括り方は普通はしない)。そこへ生来的・先天的な発達上の障害(自閉症圏の枠に限らず)という視点を組み込むことになった。そしてさらに虐待的な環境などによって後天的に「先天的な発達障害と類似した様態」が作り出されることも分かってきた。つまり我々が従来比較的安定的と考えてきた(病

前)性格や、さらに自閉症圏の病理も力動的に動き得るものと考えられるようになってきたのである。すなわち精神病理学も「生まれてから現在までの(あるいは胎児期の母親の心身の状態も含めて)」経過が考察の対象となるのである。

こうしたことを背景に、今回のシンポジウムでは、対象疾患の診断を問わずに、患者が生まれてからの発達過程を視野に入れて精神科臨床に当たった場合に、従来の精神病理学的な患者理解にどのような新風を吹き込むことが出来るのかが議論されることになった。

今回の3人のシンポジストはともに発達障害圏に関連するテーマに関しては我が国の代表的な論客陣に属する方々ではあるが、発達障害圏以外の精神障害についても熱心に言及してきた方々でもある。

各シンポジストの発表内容については、各々のシンポジストが詳述しているために、ここでは司会として感じたことを、批判論という意味ではなく、将来の議論へのバトンと思って記述したい。

2. 清水光恵：病前性格と(しての)発達障害

これまでは発達障害の病理は統合失調症の病理との比較をされたことは比較的多かった。たとえば「精神科病院に慢性統合失調症と診断されて長期入院となっていた例に発達障害の視点が欠けていたことによる誤診例がある」こともしばしば指摘されて来たし、統合失調症に関する代表的な精神病理学的な業績である「自明性の喪失(Blankenburg, W.)」も、その考察の基礎となったアンネ・ラウ症例自体が発達障害圏と診断されるべきとの指摘もある。

おそらくは、そうした議論の歴史を踏まえて清

Looking back to the symposium II.

*独立行政法人国立病院機構 東尾張病院

[〒463-0802 名古屋市守山区大森北2丁目1301番地]

Shingo YOSHIOKA: Higashiowari National Hospital.

1301-2 Ohmorikita, Moriyama-ku, Nagoya-city, 463-0802

Japan.

水は気分障害圏の病前性格論へと視野を広げた。そして病前性格論の中に発達障害の可能性を探った。まずはいわゆる「新型（非典型）うつ病類」に近接するディスチミア親和型（樽味）を取り上げた。さらに典型的な気分障害圏のものともみなし得る下田の執着性格に検討を広げた。

清水の主張は明快である。ディスチミア親和型に、樽味自身が「うつ病なのか生き方なのか不分明」としていることに発達障害の視点による理解を導入し、執着性格（その一部）に対してはシゾイドの性格を媒介して発達障害への近縁性を説明している（旧来シゾイド、シゾチームと見なされた者の中に発達障害圏の者が含まれているという議論は是認できるが、筆者が典型的なシゾイド、シゾチームと認めた者は発達障害圏には属さないと考えている）。

ちなみにシンポジウム終了後のアフターミーティングで清水は Tellenbach, H. のメランコリー親和型に関しては、発達障害の要素は感じにくいと語っていた。確かに Tellenbach はメランコリー親和型の特徴に、秩序愛・几帳面さだけでなく、「他者のために尽くす」という対他的存在・良心性の側面が重視されていることから、一般的には発達障害の印象を持ちにくい。しかし高機能の発達障害の人の中には、それなりに他者配慮的な行動がとれる者がある。また彼らの特質として社会的な地位や上下関係といった階層構造（次に述べる広沢のいう同心円的な階層性の有無をイメージして欲しい）を意識せずに、全方位性に分け隔てなく親切である人もあり、彼らの裏表のなさなどは良心性と受け取られうる要素でもある。こうしたことから Tellenbach の提示症例は非常に簡潔であり幼少時情報が乏しいために診断閾値に達してはいないが、元来コミュニケーション能力が高く発達障害特性が見えにくいとされる女性例が多いこと、テレンバッハ自身が症例に主婦や精密職が多いと指摘している一方で、その仕事の質と量に対する自己の要求水準が高いにもかかわらず学歴や社会的地位の達成度が低い（すなわち“世渡り下手”）ことも指摘しており（ただし筆者は当時のドイツの女性一般の社会的位置付けは不勉強だが）、そして何よりも、Tellenbach がメラ

ンコリー親和型自体に（病前性格というよりも）、病理としての問題性を感じていた。こうした実態からは、Tellenbach がメランコリー親和型として提示した症例にも発達障害傾向を持つ者が含まれている可能性もあろうかと思う。知られているように我が国で笠原嘉らがうつ病を内科医師らに啓蒙する活動と並行してメランコリー親和型を「（病理ではなく）病前性格」として、さらに「（下田の執着性格ほど極端な性格ではなく）社会で健常者として常識的に生活する人々に広く受け入れられるようにモディファイして定着させていった」という側面がある。すなわち「Tellenbach のメランコリー親和型」にも発達障害の視点から議論される余地もあるのではないかと思う。

3. 広沢正孝：内因性精神病（統合失調症）と自閉症

広沢は、その論を、①発達障害と精神病理学、②内因性精神病（統合失調症）と精神病理学、慢性期における陰性症状、③破瓜型統合と妄想型の陰性症状を発達の原点から見つめなおす——慢性期の精神病理学と精神科リハビリテーション、④発達障害と統合失調症との境界とは？——21世紀の発達障害と統合失調症の行方、の4つの視点から展開した。

その趣旨は、発達障害圏、破瓜型統合失調症、妄想型統合失調症、近代西欧型自己像は構造的に特徴があり、かつそれらは連続性を持つということであろう。

広沢の論考は、彼の師である故永田俊彦（順天堂大学）を継承した病態構造論が魅力的である。

しかしこの魅力的な論考は同時にキケンでもある。このキケンというのは「魅力的である一方、丁寧に検討をしないと誤解の素ともなり得る」といった意味である。それはこの「構造」という堅固なイメージを持つ言葉ではあっても、その実態は精神病理学的思考の仮説であって、診断概念を超えて援用可能なものかをはっきりしない点にもあるのだろう。その一つに広沢も指摘した「自閉症概念が Bleuler, E. の統合失調論を土台として形成されたという」という精神医学史的な経過

と、「統合失調症の軽症化と発達障害概念の浸透」という臨床現場の実態から、「発達障害と統合失調症には明確な境界は認めがたい」という臨床感覚は接近しやすいことにもある。また背景にDSM-5がスペクトラム概念を導入したことや、現在の遺伝学や薬理学といった生物学的な知見も同様に「明確な境界は認めがたい」という印象を後押しするものであろう。しかしながら精神病理学的に検討をする場合には、発達障害と統合失調症の本質的な病理性の比較が必要となるはずである。辺縁群の臨床像の類似やDSM-5などの操作的な診断基準の項目表現の該当性だけでなく、典型例に現れる基本障害において比較検討をされる必要もあろう。広沢が着目した慢性例も「統合失調症の病理と(病前)性格・生活・治療といった多様な因子の複合体」であり、そこから統合失調症独自の病理性を抽出して検討することは容易なことではないはずである。

前節でも触れたが、統合失調症の基本障害仮説の一つである「自明性の喪失(Blankenburg)」に関しても、アンネ・ラウ症例自体が寡症状の統合失調症とされ、臨床診断自体に多義性を抱かせるものであり、そこから導かれた精神病理学的な概念も発達障害論などの多義的な解釈を許容させるものとなったという面もあろう。つまり症候学的な境界不鮮明さが(精神)病理(≒理論)の不鮮明さと安易に混交されることには警戒的である必要がある。

また広沢が説明した自我機能の時代的変遷については、それが統合失調症の病理へと反映されるとしたら、それがどのようなメカニズムによるものなのか興味を持つ。この数十年(広沢のいう第二次大戦以降とすれば70年程度ということになる)での臨床像の変化については多方面から言及があるが、ある生物学的な精神医学研究者と統合失調症の減少や軽症化について議論した際に「約70年という2世代交代程度の短い期間にこれだけの变化をするメカニズムは既知の生物学的仮説では考えにくい」と言われた。そうであるならば、その要因に対して他にどのような具体的仮説を考えることが可能であろうか？

4. 小林隆児：乳幼児期早期にみられる母子の関係病理が精神病理と精神療法に問いかけるもの—なぜ関係発達精神病理学でなければならないか—

小林の論は、1歳代からの乳幼児期早期の母子の関係性の発達に伴走するように一例一例丹念に関与しつつ観察したという実践知が傑出している。特に、母子ユニットにおいてビデオ撮影を取り入れることにより、母親の不在時と再会時の子どもの反応の変化を見ること、また継続的にかかわることにより1歳代と2歳代以降との変化を見ることを可能としたことは独創的である。

小林は、関与の出発点が母子関係に問題のある症例であり、ここに発達障害(小林は障碍と表記するが)が想定され、この状態から他の様々な精神障害(傾向)へと接続されること、さらに別の精神障害(傾向)へも変遷しうることを認めているが、そこには「関係性に着目した良質な治療の欠如」が介在していると主張される。もしそうであるならば、将来仮に乳幼児早期から良質な治療が広範囲に行われるようになれば、生物学的な発現規定因子が強いものを除いて精神障害の発現をかなり減少させることができるようになるであろうか。前節の、短期間での統合失調症の減少・軽症化の要因に「時代的な社会・家族像等の変化による統合失調症に対する予防・治療的要素」をもっと具体的に検討する価値が出てくるであろうか。

筆者としては小林の主張の中では、発達障害的な幼児にみられる振舞いを「あまのじゃく」と解釈する指摘が秀逸だとの思いを強く持った。それは筆者の臨床経験の疑問点の解釈にも大きなヒントを与えてくれた。関連する例として示すと、発達障害圏の者は「言葉を字義通りの解釈しかできない」といった指摘があるが、彼らは情報をインプットするときには(おそらく適切な取捨選択が苦手だという不安もあって)字義通りの解釈をする傾向が強いが、同一事例が自分から発信(アウトプット)するときには、一つの表現の中に多義的なメッセージを込めることができ、また自分の発信に多義的なメッセージが込められていることを彼ら自身も自然に理解できていることに気付く

こともよくある。つまり「字義通り解釈」の背景にも多様で見えにくい心の動きがありうる。このように彼らは（病理の程度にもよるであろうが）「できるけれども、しないでいる」「しているが、そう見えない」こともよくあると思われる。このあたりの仕組みには「あまのじゃく」と指摘された仕組みと共通するものがあるように感じる。そしてこの「あまのじゃく」という理解は、他者が現前する対人関係の中で起こる事態であることと、正常心理との連続性を示すものでもあることが重要と思われる。

5. まとめ—3者の議論を振り返って—

清水は文献によって、広沢は青年期の患者の臨床経験から、小林は乳幼児の臨床経験からそれぞれに発達の視点を取り入れることによって、従来の精神病理学では照らし切れなかった部分を照らそうとした論考である。

各シンポジストの発表はそれぞれにおいて、発達障害圏の病理は、その他の様々な精神障害と、そして健常者とも明確な境界を持つものではないという主張は共通していたように思う。しかし発達障害圏とその他の精神障害との関係について

は、まだまだ明確になっていない部分も少なくない。それは例えば「乳幼児期から発達障害を基盤に持つ者が、後にその他の精神障害を発症して合併する」のか「発達障害とその他の精神障害の病理がそもそも連続性を持って発展するものなのか」、また「明確な境界はなくとも、典型例においては各病態の独自性があることを支えるのは何か」等という問題が課題として残る。明確な境界がないことは、同一のものを意味するわけではないだろう。穂高岳と槍ヶ岳は同じ北アルプス山脈という山塊に並び立つ別峰である。登頂するにはいくつかのルートがある。長野県側からか、岐阜県側からか。またその2つの頂は、ベースキャンプは共通であっても最終のアタックは異なるルートとなる。その分岐点を示すことも求められているだろう。

こうした課題を検討してゆく中で、精神病理学が「障害を説明し理解する」ものから、「様々な関係の中で生活する者であることを承認できる」手段という側面が進むことにより、より良く生きようとする患者のモチベーションを高めることに資するようになれば、さらに有意義な学問になってゆくであろうと期待する。