

## 二〇年後の子ども臨床を占おう —なぜ臨床家は感性を磨かなければならないか—

小林隆児

感性教育臨床研究所

これから子ども臨床はどこに向かうのだろうか。どこに向かつてほしいと私は願っているか、今の率直な思いを綴ってみよう。

七〇歳で大学を定年退職し、はや二年が経過した。教育と臨床の第一線から退くと、かくも気持ちが変わるものかと驚いた。退職直前に襲ってきたコロナ禍がそれに拍車を駆けた。退職後にやりたいことははっきりしていたが、しばらくは何も手につかない状態が続いた。それでもどうにか臨床現場に顔を出すことはできた。そんな中で私にとって唯一新鮮だったのがオンライン面接の体験だった。最初は知人からの依頼で個人的に始めたものであった。当初はライブの面接でなければどうにもならないだろうと半信半疑で始めたの

だが、経験を積むにつれ、次第に手応えを感じ始めた。正直言って大きな驚きであった。

自分の大切にしてきた臨床感覚がオンラインでも活かされるという実感をもった。ライブでマスク越しに対面するよりも、かえってマスクなしのオンラインのほうが実感として掴めるものが増えてきた。発達障害と言われてきた人たちにとっては、オンラインのほうが心理的にリラックスできてよいとの積極的な評価さえ出るほどになった。全国どこでもすぐにつながるというオンラインは互いにあるがたく、文字通り災い転じて福となす体験となった。

さて、話は元に戻るが、先のテーマを考え

たのには明確な理由がある。一九八〇年、精神医療の世界に大きな革命（今考えれば、革命などと言った代物ではないが）とも言える出来事が起こった。操作的国際診断基準DSM-IIIの導入である。私が臨床医になって五年ほど経過した時であった。まさに黒船襲来であった。舶来ものを好むわが国の臨床医や研究者は大きな期待をもって迎え入れたのではないか。DSMの手引きは瞬く間にバイブルとなり、診察室の机上に必ず置かれるようになった。患者を診るとき、手引きに沿って症状を抽出し、診断基準に当てはめることが診察の際の必須作業となった。教育でも研究でも、対象（患者）がDSMで何に該当するか、まずはそれを明らかにすることが求められるようになった。必然的に臨床医にとって患者を客観的に捉えて症状を把握することが優先事項となった。症状の背後に何があるか、精神病理学的にどう考えればよいか、そんな事柄は片隅に追いやられた。今の現役の臨床医はすべてこのような教育環境で育ってきたと言つてよいだろう。

これほどまでに臨床研究現場に浸透していたDSMが、今ではどのように捉えられているか。当初は精神疾患の病因も解明されるのではないかといった超楽観的な見方もあったほどである。しかし、そんな期待はいつの

間にか雲散霧消した。おまけにこの診断体系が最新の神経生物学や遺伝学の知見と整合性をもたないことまでわかってきた。ではどのような診断体系に改訂すればよいか、いまだ暗中模索の状態である。症状を把握し、診断基準に沿って診断し、治療のエヴィデンスに則って治療方針を立て、エヴィデンスのある薬物を選択することをよしとし、精神療法などとともに教育されずに育ってきた臨床医はこれからどうすればよいか、路頭に迷うばかりであろう。

これからが本題である。今後、私たちは何を柱に据えて臨床と研究に取り組みばよいか。最新の神経生物学や遺伝学の知見が教えてくれるのは、現在の患者の病態は、複雑な遺伝要因と環境要因とのダイナミックな相互作用の結果であり、かつそれは発達段階によって生成されたものだということである。子どもに限らず、いかなる年齢の患者であれ、求められるのはこの視点である。遺伝子の働きが環境要因によって左右されること<sup>(3)</sup>がわかった今、子どもの素質もさることながら養育環境も同等に、いやそれ以上に重要だとみなされるようになった。わが国でも同様の主張は散見されるようになったが、いまだ実践にはほど遠いのが現状である。<sup>(4)(5)</sup>大変な

時代になったものである。

以上四〇年間あまりを振り返ったとき、私の心にフラッシュバックのように生々しく蘇る不快な体験がある。私は四半世紀以上前に、当時勤務し始めた大学に母子ユニットなる治療研究室を創設した。発達障碍の早期発見、早期治療、さらに予防を目指して、乳幼児を養育者との関係の相で捉えて、その病態の成り立ちを究明していこうとの野心をもって始めたものであった。誰もやったことがないことゆえ、継続するには大変な苦勞もあつたが、日々の新たな発見が私の心に火をつけてくれた。走りながら考える習性のある私は、仲間とともに多くの学会で次々に発表するように心がけた。しかし、ある時期から発表の場<sup>(1)</sup>で必ずある人物が私たちの発表を「母原病の再来だ」と痛烈に非難（とても批判などと言えるものではない）するようになった。

この人物はまるでストーカーのごとく私たちの発表の場に現れては同様の非難を繰り返すようになった。この人物とは、自閉症研究で一時注目されたU・Fの本を数冊訳している者である。さすがに私も仲間も腰が引けてきた。決定的だったのは、そのような発言のあと、参加者の中で私たちの発表を擁護する者が誰一人として現れなかつたことであ

る。先日もニュースで高校生が電車内で椅子に寝そべってタバコを吸っている若者に、タバコをやめてほしいと声をかけたことで、相手が喧嘩を売られたと逆ギレしてひどい暴力を振るつたことが伝えられたが、同じ車両にいた大人は誰一人助けようとしなかつたという。それを聞いて、私の体験と重なるものがあった。

以後、私たちは学会発表をきつぱりと諦めた。そして紙媒体で発表することに専念するようになった。事例一つひとつ丁寧に観察し、知見を蓄積していった。正直に言えば、当時の私は母子ユニットでの臨床と研究がどのような価値をもつたものなのか、核心は掴めていなかった。でも金の鉞脈を振り当てたという直感<sup>(2)</sup>はあつた。

よくよく考えてみると、これから臨床医に求められる視点は、私が母子ユニットで体験し獲得してきた視点そのものである。子どもを養育者との関係の相で観察し、そこでどのような心理的事象が立ち上がっているかを発達の視点から捉えることである。では「関係をみる」という営みは、従来の「個をみる」視点とどのように異なるのか。実はこのことが最も困難なことだと言わざるを得ない。

これまで（近代）科学の世界では、「普遍

主義」「論理主義」「客観主義」の三つを構成原理としてきたことから、いまだに精神医学の世界でも「客観的態度」が重要視されている<sup>(2)</sup>。観察対象を客観的にみる態度は、その一方で「主観的態度」を非科学的として忌避する態度を生んできた。操作的診断とはその流れを汲んできた典型例である。

「関係をみる」ことの難しさは、いつとも静止することなく、変化し続けている現実（これをアクチュアリティと呼んで、リアリティとは区別されている）を捉えなければならぬことにある。そのためには客観的な、つまりは当事者意識をもたないで、冷めた目で対象を観察する態度から、当事者意識をもつて参与観察（サリヴァン）する態度への変更が求められる。そこでは間主観の世界を自らの全存在を駆使して体感することが大切になる。客観的態度とは真逆の態度、つまりは自らの主観的体験を大切にせよ、ということである。なぜなら、そこには疑いようなない原初の体験が潜んでいるからである。そこから現象学的な体験反省的エヴィデンスにつながっていくのである。まさにコペルニクス的転回だと言ってもよいだろう。

これまで国内で細々と主張し続けてきたが、暖簾に腕押しだった。しかし、数年前に

出会ったある洋書にいたく勇気づけられた。

それがアラン・N・シヨア著『右脳精神療法（仮題）Right brain psychotherapy』<sup>(4)(5)</sup>である。

シヨアの主張はとても明快である。これまで人間の精神機能でも言語機能とその中枢としての左脳が重視され、言語と認知に目が向けられがちであった。しかし、今世紀に入ってからアタッチメント研究による乳児期の母子関係に注目が集まり、かつ脳科学の世界でも飛躍的な進歩が見られるようになった。母子の二者関係での心理的事象への注目と呼応して、単独の脳の機能探索から、脳と脳の間で生じる現象をライヴで測定することを可能とする脳画像検査の飛躍的進歩が起こったからである。そこで明らかとなったのが、乳児の脳と母親の脳の間で、右脳同士が同調する(synchronize) ことによって、情動調整(emotional regulation) が起こり、乳児の脳の組織化が促進されることが実証されたのである。不安や不快な状態になって激しく泣き叫ぶ乳児を穏やかにするように辛抱強く抱っこをしてあやす母親の役割がいかに重要なものかが、科学的に実証されたということである。その欠如が今日ますます増大するトラウマ関連の障碍につながっていることは言うまでもない。したがって、臨床の場でも患者の右脳の働きを促すことが大切になるが、その

ためにはまずなにより求められるのは、治療者自身が右脳の働きを活性化することである。わかりやすく言えば、理性ばかりを磨こうとせず、まずは感性を磨くことに留意せよということである。

私が定年前に最後に奉職した大学で始めたのが感性教育である。方法はいたって単純で、私たちが実施した母子ユニットでのストレンジ・シチュエーションの観察録面映像を供覧し、そこで母子間に何が起こっているのかを掴み取るという教育である。言葉がほとんどない世界での二者交流場面を掴み取るには、その場に居合わせた態度で臨むことが不可欠である。このような教育はこれまで受けたことのないもので、誰もが最初は恐れ慄き、逡巡するが、半年もすると、その教育効果は絶大である。その最大のものは、自分の内面に起る変化、つまりは母子交流場面を観察することによって自分の幼少期の体験が賦活化され、情動が激しく揺さぶられ、一時的に大きな混乱が誘発されることである。そこを丁寧に支えながら、続けていくと、それまで染みついていた先入観や価値観が削ぎ落とされて、自分の情動の赴くままに、観察し、共感し、その意味を自らの体験に則して言語化することができるようになる。文字通

り、自己理解、自己省察の深化が起こる。このようなつらい作業を通過することによって、初めて目の前の母子交流で何が起こっているのかを手取るように掴むことができるようになる。臨床家と言えども同じ人間である。大なり小なり幼少期に「甘え」をめぐってつらい体験を味わっているものである。そのことにしつかりと向き合えるようになってこそ初めて患者の幼少期の悲惨な体験に共感的に相對することが可能になってくる。精神療法を本格的に実施しようと思うならば、まずはその壁を乗り越えなくてはならない。感性教育は教育分析によく似たものであるが、はるかに簡便かつ有効性の高い方法ではなからうかと思う。

私が臨床家向けに開催している感性教育講座を受講して乳児の生き様を初めて見た多くの人たちは異口同音に驚きの声をあげる。乳児の間をみる確かさと、母親の前にしてどうすればこの人と一緒にやっつけていけるかを全身全霊で感じ考えながら振る舞っている生き様に、私たちは深い感動を覚えるのである。私たちは赤ちゃんから学ばなければならぬ。今、私たちはそんな時代に生きているということである。

最後に、タイトルをなせ「二〇年後の子ど

も臨床」としたか、その理由を述べて筆を措くことにしよう。母子臨床という関係を診るスタンスを世に問い始めたときのバッシングから、周りの見る目が明らかに変化し「関係」が流行語のように変節するまで二〇年ほどかかったからである。自ら被ったトラウマの修復にも、それほどの期間を要したということでもある。

#### (文 献)

(1) 小林隆児「自閉症の発達精神病理と治療―生涯発達の視点より」『児童青年精神医学とその近接領域』三七巻、二五―三一頁、一九九六年 ※この論文は一九九五年一月二日に開催された第三六回日本児童青年精神医学会総会(岡山市)シンポジウム「自閉症とライフサイクル―病態の理解と医療・教育の現状」での発表内容であるが、この論文が掲載されている学会誌には当日の討論も掲載されている(二六―二九頁)。誰がどのような発言をしたか記載されているので、それを読めば当時の学会の雰囲気的一端をご理解いただけるのではないかと思う。

(2) 小林隆児「ブックガイド 中村雄二郎著『臨床の知とは何か』、『そだちの科学』六号、一〇二―一〇四頁、二〇〇六年

(3) 小林隆児「ブックガイド 鷺見聡著『発達障害の謎を解く』、『そだちの科学』二五号、一〇八―一〇九頁、二〇一五年

(4) 小林隆児「ブックガイド アラン・N・シヨア著『右脳精神療法』、『そだちの科学』三三三号、一〇一―一〇二頁、二〇一九年

(5) 黒木秀俊「自閉スペクトラム症とアタッチメン

トの発達精神病理学」内海健、清水光恵、鈴木國文編『発達障害の精神病理Ⅱ』二五〇―一七一頁、星和書店 二〇二〇年

(6) Schore, A.N.: *Right brain psychotherapy*. Norton, 2019. (小林隆児訳『右脳精神療法(仮題)』岩崎学術出版社(作業中))

(こばやし・りゅうじ／児童精神医学)