

これから臨床家に 求められるもの

小林隆晃
感性教育臨床研究所

これまで多くの研究者は、近代科学の三つの構成原理である「普遍主義」「論理主義」「客観主義」に依拠し、人間に関わる多くの事象を要素的に取り出し、操作的に対象化してきた。その最たるものの一つが「認知」科学である。それまで主流であった外部から人間心理に接近する「行動」科学は、人間の内部に接近する方法である「認知」科学に取って代わられた。わが国で認知行動療法がもてはやされているところにそれを見て取ることができる。

これまで私たちが受けてきた教育を振り返ってみると、文字言葉と話し言葉を中心にして、理性的思考を促す内容が主流を占めていたことがわかる。そのことは、今日まで心理学や精神医学の大学教育で、人間観察を行う際に、極力主観を排して客観的記述に努めることを良しとしてきたことによく反映されている。

この三年間、感性教育を通して、多くの臨床家に、アタッチ

メント・パターン評価のための新奇場面法での母子交流場面を録画した映像を供覧して、感じたことを率直に語り合ってきたが、ほとんどの臨床家がその難しさを異口同音に語っている。これまでの臨床教育で、主観を交えず客観的に観察することが重要だと言われてきたため、自分が感じたことを述べることへの強い抵抗と戸惑いである。例えば、一回のみの映像の観察にもかかわらず、母子関係の推移を行動次元で驚くほど細かく報告する人に、母子関係に何が起きているかを尋ねると、途端に言葉に窮して何も言えなくなってしまう。供覧する映像に登場するすべての母子関係の中心に蠢いているのは、子どもの母親への「甘えたくても甘えられない」というアンビヴァレントな情動である。そうした情動の動きを感じ取ることがこの母子関係を理解するうえで必須だが、それがきわめて困難である。それが可能になるためには、母子間に立ち上がる「間主観」を観察者自身の主観で感じ取るしか術はないが、それができない。

ただその原因は単にこれまで受けてきた教育のせいばかりではない。そこには非常に厄介な問題が潜んでいる。それは何かといえば、自らの内面に潜んでいる「甘えたくても甘えられない」アンビヴァレントな情動の動きが映像を観察することによって誘発され、それが自分の内面に突き上げてくることも少なくないのだ。すると、その情動に圧倒された観察者（臨床家）の無意識が働き、心的防衛を働かせて自らの存在を守ろうとする。それに向き合うのは誰にとっても苦痛だからである。こうした防衛反応が観察者に起こっていることが少なくないことを、私は感性教育の経験から強く認識させられた。

「甘えたくても甘えられない」というアンビヴァレンスは、誰でも大なり小なり幼少期に体験してきたものであって、けっ

してそれ自体が病的であるというわけではない。しかし、ここで問題となるのは、臨床家として患者に関わる際に、自らの「甘えのアンビヴァレンス」に気づかないまま患者と治療的に関わることで大きな弊害となるからである。自らのアンビヴァレンスを防衛しながら臨床に関わることによって、患者の内面に息づいているアンビヴァレンスを感じ取ることは不可能になる。さらによりいつそう臨床を難しくするのは、患者のアンビヴァレンスによって臨床家自らのアンビヴァレンスが誘発されると、それを防衛するために合理化し、アンビヴァレンスゆえに苦しんでいる患者に、あらぬ解釈や理屈っぽい説明をしがちなるものである。それはアンビヴァレンスゆえに苦しんでいる患者を突き放し、さらに混乱の渦の中に巻き込むことになる。

世界の精神療法の動向を概観すると、「関係」と「情動」に俄然注目が集まっている。患者―治療者関係を大切にし、そこで両者間に立ち上がる「情動」の動きを中心に据えた精神療法の重要性が認識されつつある。「認知」から「情動」へのパラダイム・シフトとさえ称されるほどである。ただ、「関係」と「情動」に焦点を当てた臨床研究の難しさは、それが一時も同じ状態に留まることなく変化し続け、可視化困難な事象であるため、それをいかにしたら研究の俎上に乗せることができるか、という点に尽きる。従来の心理的事象に対する要素還元主義を軸に、客観的、論理的に分析するという方法とは質的にまったく異なった方法が求められるからである。

その困難さの最大の要因は、二つの大脳半球の機能の違いからきている。「認知」に焦点化したアプローチは左脳を、「情動」へのアプローチは右脳を中心とする機能が反映しているが、左脳と右脳ではまったく違っていいほどその機能を異に

している。具体的に言えば、言語的、意識的、合理的、直列的な情報処理（分析的処理）は左脳で行われ、非言語的、無意識的、全体的、主観的な情動的情報処理（類推的処理）は右脳で行われる。さらに重要なことだが、左脳優位の成人パターンを示すのは、三歳から四歳の間である。誕生後一年半の間は右脳成熟の臨界期であることが神経生物学研究によって明らかになっている。よって、乳幼児早期は右脳の機能が優位であり、完全に成熟させる必要があるのだ。そこではアタッチメント形成過程における母子コミュニケーションの質が決定的な重要性を持つ。

私は母子ユニットを創設してこの時期の母子関係評価を実践したことによって、生後一年半の間では、母親に甘えられない子どももの不安は表向きわかりやすいかたちで表出されることが多いが、その後、不安は表からは消退し始めて、それに変わって不安の防衛として多様な対処行動が前景化するということが明確になった。この知見は、右脳成熟の臨界期が誕生後一年半の間であることときれいに符合する。

昨年私が『右脳精神療法』（岩崎学術出版社）を訳出して学んだことであるが、安定したアタッチメントを形成した母子間のコミュニケーションの基本的メカニズムとして、母親の成熟した右脳と乳児の成熟途上の右脳の双方間で右脳の同期現象が起こり、乳児の右脳の組織化が促進されていくことが脳機能画像研究によって実証されている。

以上から明らかなように、いまだ言葉をもたない（もつたとしてもごく少ない）子どもと母親の関係を修復するために、臨床家は右脳を介した早期介入を試みるのが求められている。そのためには「認知」から「情動」へ、「個」から「関係」

へ、治療姿勢を一八〇度転換することが必要である。私が感性教育の必要性を強く感じたのは、こうした理由に依っている。

「情動」に焦点を当てた精神療法に注目が集まっているのは、人間の脳の構造と機能から考えたとき、情動が一義的であるからだ。人間の心が生まれるその出発点には情動の働きがある。そこにこそ自己の核がある。よって、情動が十全に機能するように働きかけることが大切になる。そのためには、情動があまりにも過剰に、あるいは過少に働くことがないように、情動を調整することが求められる。それは私たちが子育ての中でいつの間にか暗黙のうちに身につけてきたものである。具体的に言えば、激しく泣く子どもを宥めあやして穏やかなものにする。あるいは好機嫌のときにはよりいつそう楽しくなるように子どもの気持ちに同調して相手をする。こうして子育ての際、私たちはいつの間にか子どもとの情動に調律を合わせながら相手をしているものである。

しかし、何らかの理由でアタッチメント形成不全に陥っている母子関係では、この情動調律がうまくいかない。そこで治療の焦点となるのは、この情動調律不全を修復していくことである。乳児期の母子関係と同様に、いかなる年齢の患者であったとしても、患者―治療者関係において目指すものは同じである。なぜなら情動を調整する役割を担う右脳は生涯発達を通して、再組織化を繰り返すという、左脳に比して非常に可塑性の高い組織だからである。

以上からわかるように、臨床家はいかなる患者であっても常に自らの情動を患者のそれと調律を合わせられるように努めなければならない。そのために臨床家が心がけなければならないのは、自らの心（情動）の動きに自覚的になるとともに、柔軟

に相手に合わせ、かつ自らの情動を自己調整することである。以上のことを簡潔に述べれば、私たちが子育ての中で体得してきた暗黙知が臨床家にも求められているということである。

では従来の方法とは違い、いま求められている臨床研究とはどのようなものか。臨床家であれ、研究者であれ、自らの情動の動きを常にモニターしながら、臨床的に関与していくということである。「客観」から「主観」へ、コペルニクスの転回である。患者の情動の動きを掴み取るためには、臨床家自らの情動の動きを通して実感するしか術はない。今や二者間で右脳（情動といってもよい）が同期し、共鳴することは科学的に実証されている。この二者間で情動が共振する世界は「問主観」として概念化され、この二者間コミュニケーションは無意識水準で立ち上がる。よって、臨床家は自らの情動の動きに素直に向き合い、それを自己開示することが精神療法において強く求められている。自らの「主観」に向き合え！ ということである。

今後、臨床心理学、精神医学の教育はどのような方向に進むのであろうか。従来の明示的知識を偏重し、書き言葉や話し言葉で理性的に語りかけていくのであろうか。確かに情動に身を委ねることは誰にとっても困難さを伴うものである。それは足元が崩れるような不安を引き起こす。それゆえ、言葉に依存し、理論（理屈）を求め、それによって自らの不安を解消しようとする。その点からすれば、臨床家も患者もなら基本的には違いない。「誰もみな発達障害である」ということの意はそうしたところにあると私は考えている。