

## 共感の技としての精神医療

### ——医療人類学的視点——

北中 淳子

精神医学的共感とは一体何を意味するのか。本論では医療人類学的視点に基づいて、第一に、バイオロジー、精神療法、精神病理学が、それぞれどのように異なる共感的まなざしを生み出してきたのかについて論じる。第二に、そのような治療者のまなざしが、当事者の意識のみならず病の経験そのものをも変化させる現象を、「相互作用種」として分析する。第三に、日本の精神科臨床が生み出した共感の形について考察し、神経科学的転回を経たバイオロジーの言葉の変化を考える。最後に、当事者との協働が、今後どのように新たな共感的言語を生み出しうるのかについて考察する。

#### 索引用語

共感, 医療人類学, 精神療法, バイオロジカル・サイカエトリー, 当事者

### はじめに

精神医学にはどのような共感の作法があるのだろうか。そもそも精神医学的共感とは一体何を意味するのだろうか。医療人類学者として、このことを改めて考えさせられたのは、統合失調症の遺伝子研究を先導してきた糸川昌成が当事者研究に飛び込んだきっかけを聞いたときだった。糸川は、生母の統合失調症を知ってから、苦しみを救いたい一心で遺伝子研究に取り組んできた。その成果を「べてるの家」での講演で、当事者の方々に報告しようと思った際に、果たしてそれをどう伝えればいいのか考え込んでしまったのだという。なぜなら、普段ラボで何気なく使っている科学的な言葉それ自体が、当事者を傷つけてしまう可能性に思い至ったからだ<sup>15)</sup>。糸川だけではない。統合失調症の母に育てられた葛藤や、自ら精神科を受診した経験を振り返ることで、医師・家族・当事者と異なる立場から精神医療を検証する夏莉郁子<sup>46)</sup>をはじめ、多くの医師や当事

者が現在、精神医学の言葉と実践を批判的に検証し直している<sup>19)</sup>。統合失調症をはじめとして、精神障害で苦しむ人々にとって、どういった言葉、どのような臨床実践がより共感的なものとして経験されるのかが問われ始めている。

精神医学における共感とはどのようなものであるのか。そもそも精神医学に共感に必要なのだろうか。共感(empathy)とは、ドイツ語の *Einfühlung* の英訳語として 1908 年に登場した新しい言葉だという<sup>38)</sup>。それにもかかわらず共感とは、同情(sympathy)という、18世紀には哲学や倫理学で中心的であった概念に代わり、「自己投入」や「感情移入」「他人の立場に立って考え、相手の痛みをまるで自分のもののように感じとる」ことを示す言葉として、20世紀の医学教育をはじめとして社会的にも広く影響力をもつようになった。ただし医療では、血液検査で病因が確定し、薬で即座に治る疾患であれば、あえて共感的な言葉を強調する必要はない。共感が精神科臨床で特に重視されるのは、バイオマーカーによる客観的診断や完治法が確立しておらず、言葉のやりとりによって診断し、治っていく部分

が大きいからだ。自己への違和感や怯えを抱いて精神科臨床を訪れる人々にとって、言語化も難しい不安を医師に理解してもらい、腑に落ちる説明を与えられることはそれ自体治癒的に働く。また、カール・ヤスパースが精神病を了解不能なものとして定義づけて以来、医師は五感を用いて、患者の語りかどの程度共感（もしくは了解——英語では了解と共感は両方“empathy”と訳される）可能なものなのかを判断し、診断に役立ててきた。このような共感とは精神医学独自の専門知であり、診断・治療にも不可欠な臨床作法である。

ただし精神医学は、感情ではなく理性を重視する近代科学のエートスを共有する学として、感情を基盤とした共感の陥穽についても考察を行ってきた。たしかに、怒りや憎しみといった感情は時に理性を凌駕し、冷静な判断を狂わせるため、道徳的・政治的判断の基盤としてはきわめて脆い（「反共感」を提唱するブルームは、ナチス党員がより共感的であったなら、ホロコーストは防げたのかと問う）<sup>2)</sup>。さらに、共感とみえるものが、実は知識不足の思い込みにすぎず、わかってあげるといふ傲慢さに反転することも稀ではない。兼本浩祐が問うように、理解不在の共感など可能なのかという疑問も生じる<sup>25,61)</sup>。そのような、まやかしの共感が社会的強者から社会的弱者に向けられ、一方的に弱者の代弁といったかたちをとるときには、彼らを劣ったイメージで固定化してしまうことにもつながりかねない<sup>62)</sup>。精神科医とは、「意図せずして——時にはナイーブな善意と誠実さから——患者に『害をなす』ことの多い職業」ともいわれる<sup>53)</sup>。特に統合失調症をめぐるのは、その了解（共感）不能性が過剰なまでに強調されることで、逆にそのスティグマをも強化してきた経緯がある。統合失調症の精神科治療の歴史はしたがって、自らがかけた呪いを解くかのように、より共感的な言葉・実践を模索してきた歴史としても読める。負のイメージを乗り越えるような共感の言語がどう生まれ、それはどのように自己を振り返るための作法となりうるのか。また、当事者運動が台頭しつつある21世紀現在<sup>34)</sup>、精神医学の言葉は当事者によってどのように検証され始めているのか。これらの問いについて、医療人類学的視点から考えてみたい。

## 1. バイオロジー・精神療法・ 精神病理学における共感

精神医学教育では、共感はどのように教えられるのだろう

うか。アメリカの精神科卒後研修の民族誌で知られる人類学者タニア・ラーマンは、アメリカの研修医達がいかに「2つの共感」を学んでいくのかを描き出す<sup>39)</sup>。一方の、バイオロジカル・サイカエトリーで求められる共感とは、身体医学と同様に、精神障害を経験する人を「脳神経疾患に冒された可哀そうな存在」として位置づける。精神病の経験は容易に理解することができないが、それを自然科学的に一旦距離をおいて「対象化」し知的に理解することで、冷静な観察・介入が可能になる。ここでは安易な共感にむしろ戒められ、常識心理学で対処してしまうことで、その裏に潜む器質性疾患の可能性を見落としてしまう危険性が強調される<sup>25,63)</sup>。このような「共感」を用いれば、どれほど常軌を逸した言動に対しても、相手の道徳的責任を問わずに寛容に対応することが可能になる。

他方の精神療法では、研修医は対象化・知性化とは逆の、同一化・感情移入を学ぶことを徹底的に求められる。精神療法のセッションを通じて、自らの言動が患者をどれほど傷つけ、また言葉が時にどれほどの救いとなるのかを身をもって学んでいく。例えば境界性パーソナリティ障害と診断された人々とのセラピーでは、研修医自身が感情的に巻き込まれ、セッション後、吐くほど追いつめられる様子が描かれる<sup>39)</sup>。未解決の葛藤をつきつけてくる患者に対して、自己分析の足りない研修医は、不安や攻撃性に突き動かされ思わずその場で叱ってしまうといった「行動化」をみせる。そのような自己の未熟さに毎回直面化させられ、痛みを振り返る研修医らは、やがて患者が抱える寂しさや絶望をも感じ取れるようになる。さらに教育分析で「患者」の立場を経験することで、知的な理解を介した「認知的共感」のみならず、感情を通じた「情動的共感」の重要性をも体感していく。つまり、精神科臨床における共感とは、主観性を徹底させることでより深い次元での客観性へと到達する他者理解の技法であり、共感の困難さについて熟考することで、研修医は身体医学とは異なる「精神科医らしさ」を身につけていくのだ<sup>32)</sup>。

精神分析が大きな影響力をもたなかった日本ではどうだろうか。20世紀を通じて神経症者との対話に基づいた外来精神療法が発展したアメリカ精神医学に対して、日本では精神科病院に長期入院する統合失調症の患者を対象とした精神療法が模索されてきた。さらに、バイオロジーに基盤をおきつつも、言葉を道具として精神病体験を分析する仏・独の精神病理学が戦前に紹介され、戦後実存哲学・現象学の影響のもと日本独自の発展を遂げた。それは統合失

調症患者の内面世界にはあまりにも無関心であったバイオリジカル・サイカエトリーへの反省でもあった。その背景には、日本に精神医学が導入された19世紀末の「精神分裂病」概念が、当初進行性麻痺をモデルに創られ、「不治の病」として過剰に悲観的な予後が想定された歴史的経緯があった<sup>57)</sup>。病の経過が観察された場が地域ではなく、重症患者を集めた収容型の精神科病院だったことも災いした。そのような人工的環境が病の予後に負の作用を及ぼす可能性は十分に検討されず、病院での観察結果がまるで「疾病の自然史」であるかのようにとらえられてしまったからだ。また今日では似非科学として糾弾されている「変質論」によって、この病が人間の正常型からの遺伝性病変としてとらえられたことの弊害も大きかった。1930年代に松沢病院に勤めていた菅修が精神病患者という「普通人とは全く無関係な「動物的存在」と見なされるようになったと嘆いているが<sup>17)</sup>、このようなイメージの源泉が、近代的科学言説にあったことは不幸としかいいようがない<sup>59)</sup>。戦後も大規模な施設化、ロボットミーや薬物的拘束をめぐるスキャンダルを経て、そのスティグマはさらに強まっていく。岡崎祐士が指摘したように、その負の遺産は21世紀の臨床現場にも根強く残っている。

統合失調症は長く慢性進行性疾患と考えられてきたこともあって、今なおそう信じている医療関係者、なかには精神科医も少なくない。悲観的疾患観に基づく説明や治療の実践が生み出す否定的な結果に不良な予後を見て、自らの仮説を確認するという悪循環の形成が少なかつたのである。<sup>50)</sup>

したがって、バイオリジカルな統合失調症論の弊害を乗り越えることは、20世紀後半の精神病理学的探究の原動力となった。特に1960年代以降この領域は優れた病の解釈者を得て、統合失調症者の内的世界を共感可能なものへと翻訳し、独自の言語を生み出してきた。戦前・戦中にすでにこの領域を日本に紹介した村上仁・島崎俊樹・西丸四方の伝統のうえに<sup>48)</sup>、木村敏や宮本忠雄といったヨーロッパの現象学や実存哲学にも精通した医師たちが新しい統合失調症論を次々と生み出した<sup>36)</sup>。彼らは例えば統合失調症者の情緒的交流よりは知性化や抽象化を好む独自の存在様式について論じ、微細な違和感とともに迫りくる何かを畏れつつも憧憬を抱くその両義的心性や、世界の揺らぎに震撼する感覚、啓示によって真理が明らかになる宗教的経験を

鮮やかに描きだしていった<sup>41)</sup>。さらに哲学や美学、宗教学との対話のもと、極限状態におかれた人間の可能性、病のもつ創造性や聖性を考察することで、統合失調症体験の文化的意味をも書き換えた<sup>12)</sup>。

## II. 相互作用種としての精神障害

ではなぜ、初期の精神病理学論は、必ずしも精神障害のスティグマを払拭する方向には働かなかったのだろうか。当時の社会的背景や制度的要因のほうかはるかに大きい一方で、この視点の限界について、科学哲学者のイアン・ハッキングの「相互作用種」論をもとに考えてみたい。科学哲学では、科学の対象には2種類があることが論じられてきた。バイオリジカル・サイカエトリーが基盤とする自然科学の対象とは通常、観察者の関与いかんにかかわらず自然界に存在する「自然種」をその対象として想定している。例えば「原子」のように、これは誰がどうそれを名づけ、どう呼ぼうと変化することはなく、ある程度普遍的に観察できる現象といえる。統合失調症論においても、医師はこの病を観察者の外に存在するモノ——「自然種」(ハッキングはこれを無反応種と呼ぶ)——としてとらえ、その原因を追究しようとしてきた。その際に、医師はなるべく自分自身の感情や主観を排し、客観的・中立的に観察しようとしてきたといえる<sup>4)</sup>。しかし、精神障害の経験とは、自然科学が理想とする自然種モデルからは逸脱する、科学者にとってはかなり厄介な現象だ。なぜなら、精神障害を患う人々とは原子とは異なり、「心」をもつ存在である。したがって、その病も生物学的原因に基づいた疾患としての「無反応種」という性質をもつと同時に、観察者や社会のまなざしによって容易に変化してしまう「反応種」——もしくは「相互作用種」——という特徴を帯びてしまうからだ(なお、ハッキングのこの論は影響力が大きく、その概念の厳格な意味をめぐってはさまざまな哲学的論争が起きたが、ここでは臨床分析への有用性に着目したい)<sup>10,11)</sup>。

相互作用種においては、観察者(医師)が病の現象をどう名づけ、どのような共感のまなざしを向けるのか——また観察される側がどういうふうになまざされていると感じるのか——によって、病の経験が大きく変わりうる。精神科医/医療人類学者ロバート・バレットは、精神科診療の会話分析から、医師との対話を通じて患者がいかに統合失調症らしさを身につけていくのかを明らかにしている<sup>1)</sup>。患者は、医師らに発症経緯を説明するなかで、たとえ自分



にとっては大切でも医師が興味を示さなかった事柄（友人の死や宗教的体験）を徐々に削ぎ落とし、関心を示してもらえた部分（幻覚・妄想）に焦点をあてて語るようになる。病的な体験に焦点化するあまりに、さらに多種職スタッフに、同じ語りを何度も繰り返す、内面化していく過程で、患者は典型的な「統合失調症患者」となる。しかしカルテに病状が記録される段階では、こういった相互作用性は一切考慮されず、対話の産物としての統合失調症は、独立した自然種へと転換され、医師の統合失調症観を補強していつてしまう。

つまり、初期の精神病理学に欠けていたのは、相互作用性のより明確な認識や、当事者からの声を活かすような検証の仕組みだったといえる。精神病理学は当初、当事者との対話や、彼らの自己のケアのためというよりは、医師による科学的観察や知的洞察の方法として発展したため、抽象度の高い言語による対象化がもつ疎外的作用については十分に認識されなかった<sup>40</sup>。特に自己イメージが確定していない思春期・青年期に発症し、破壊的なまでに混沌とした経験に放り込まれるような統合失調症を経験する人にとって<sup>27</sup>、精神科病院という閉じられた空間での医師のまなざしは、彼らの自己意識を規定し、書き直してしまいかねないほどの影響力をもつ。したがって、1960年代末からの反精神医学運動でも批判されたのは、診察を通して「医者と共に妄想をつくりあげ、精密化して」いく危険性であった<sup>45</sup>。著者が1990年代に精神科で調査を始めた際にも、その弊害を懸念する声ははまだ根強かった。病理を語り続けることで健康な部分が侵食され「空っぽになった」患者たちのその後を診続けている医師たちにも出会った。初期の精神病理学の言葉は、それまでの専門用語——それは糸川が指摘するように、ドイツ語や英語から翻訳された、「人格荒廃」「感情鈍麻」「遺伝負因」といった独自の堅さや距離感を醸し出す——がもたらす了解不能性を十分に乗り越えるものではなかった。時に過剰なまでに病の異質性・他者性を強調する論は、『諦念』『覚悟』『使命感』が奇妙に入り混じった厳粛さをもつ精神科的疾病観<sup>46</sup>を強める作用をもたらしたのかもしれない。

### III. 日本の統合失調症臨床における共感

どうすれば精神科の言葉を当事者にとって違和感がなく、共感可能なものに変えられるのだろうか。反精神医学時代以降の精神病理学・精神療法界では、自己批判を乗り

越える試みがさまざまになされてきた。精神分析では、外来語を翻訳した専門用語が独自の現実を創り出すことの弊害が指摘され、例えば神田橋條治は、「抵抗」「防衛」と言われれば思わずその抵抗を打ち破りたくなるとして、言葉が紡ぎ出す無意識の力を論じ、それぞれ「馴染めぬ」「工夫」と言い換えている<sup>21,23</sup>。土居健郎らによる日常語を用いた臨床や<sup>6</sup>、北山修らの日本語臨床も<sup>31</sup>、専門用語をより文化親和的なものへと変えていく試みであったといえる。また、自己が外に漏れていく経験に怯える患者にとって医師にすべて明かさずに守ることの重要性を説いた土居の「秘密」論や<sup>5</sup>、神田橋の「自閉の利用」<sup>20</sup>をはじめ、この時期の日本の精神分析家による統合失調症論は、世界的にもきわめて独自で豊かな知見をもたらしている。他方、精神療法的視点を精神病理学に織り込み、患者の語りを傾聴し書き留める「秘書」としての医師の役割を論じた加藤敏をはじめ<sup>28</sup>、統合失調症の時代的意味を探求する鈴木國文<sup>58</sup>、内海健<sup>60</sup>による新時代の精神病理学は知識人を魅了し続けている。その最大の貢献は統合失調症の異質さを矮小化することなく、病の意味世界に光をあてることで<sup>29</sup>、自己とは異なる他者への共感の可能性を問い続けることにあるだろう<sup>33</sup>。

さらに従来発病機制に注目が集まりがちであった統合失調症の症候学にも変化があった。患者の回復過程に注目することで治療学を再構築した中井久夫は、一見無為にさえみえる患者の心のなかで起こっている、希望と絶望の間での壮絶な格闘を「蘭の時期」「こころの産毛」「焦りのかたまり」といった平易な言葉で表現し、回復へと向かう人々の心的ダイナミズムをとらえている<sup>44</sup>。「幻聴がなくなって寂しく感じないかという配慮、妄想を頭から否定するのは相手に対して礼を失するという指摘、二次疾病利得と呼ばれるものは、治ってもかまわないと思える状況が整っていないことの謂い」<sup>49</sup>といった中井の治療論は、医師の統合失調症像をより柔らかなものに変えた。また、精神病のつらさを、身体の疲れ、頭脳の疲れだけでなく、気疲れで表す中井の「高度な平凡性」に支えられた言葉は<sup>53</sup>、当事者にとっても呑み込みやすく、精神障害を共感可能なものにした。

日本では、言葉のもつ毒性、「被爆性」<sup>44</sup>が意識されるなか、伝統医療の触診を応用した身体的治療や、非言語的な場の形成が模索されてきた点にも着目したい<sup>22</sup>。カナダの精神科を数年間観察した後に、日本の精神科で調査を行った著者にとって、「身体から入って心に及ぶ。あるいは心か

ら入って身体に及ぶ<sup>54)</sup>とするその心身一元論的なアプローチはきわめて新鮮に映った<sup>18)</sup>。研修医達は、つらかったこと、家族の葛藤などを聞いたら、便通、食欲、睡眠などを聞いて面接を終えるように教えられていた。さまざまな大学病院、精神科病院、クリニックでは、「心」にとらわれている患者の意識をより実感しやすい「身体」に向けることで、スムーズに回復に導いているいく人もの医師に出会った。患者側も身体への自己センサー・自己制御感を高めることで、確実に主体性を取り戻していくかのようにだった。特に、統合失調症の回復期において自律神経の変化に着目し、脳だけでなく全身の病としてとらえる視点は、患者にとっても受け入れやすい自己のケアとして作用する。

これは高次の精神に対して、身体を低いものと見なす欧米型の精神療法の伝統とは大きく異なる。古典的精神分析においては、人間を動物から区別するとされる「言葉」を駆使し、精神/理性によって身体/感情を制御することこそが重視される。対して、日本の臨床で培われていたのは、身体から心に働きかけるオータナティブな哲学だった<sup>30)</sup>。このような脳の養生を心身両方の変化から語り合うアプローチは患者に対しても共感的に働くだけでなく、伝統的治療文化の湧水を掬い取ることで患者からも思わぬ力を引き出しているようにみえた<sup>42)</sup>。

このような心と脳の養生論をバイオロジカルな基盤をもって語り直すことで、今後、精神医学全体の言葉をより共感的なものへと変えていくことができるだろう<sup>8,24)</sup>。その点で着目すべきは、「神経科学的転回」と呼ばれる神経科学の台頭を経て、バイオロジカル・サイカエトリーの言葉自体が大きく変容している可能性だ<sup>43)</sup>。その背景には、1960年代以降、生きている脳の機能を可視化する脳画像技術が進むことで、脳の理解自体が、20世紀前半の遺伝的悲観論からは遠く離れ、より力動的な言葉で語られ始めている経緯がある<sup>52)</sup>。さらに、向精神薬の普及は、心も神経伝達物質でいかようにも変化しうるとする「神経化学的自己」の人間観を広めることになった<sup>51)</sup>。他方、うつ病や発達障害、認知症といういわゆる3Dといわれる精神障害が一般に知られるようになるなかで、正常と異常の質的断絶が想定されるのではなく、むしろ誰もがその両極の量的連続性のどこかに位置づけられるとする、精神障害の「スペクトラム化」も進んでいる。治療法としても発達障害の療育や言語聴覚士による認知症リハビリが浸透するなど、脳の可塑性を活かす取り組みも普及しつつある<sup>13)</sup>。このようなバイオロジーの言葉は、精神分析のように無意識で発

見される「真の自己」を想定しないためか、自己意識を深いところで侵食しない（ただし、それだけに浅い理解の次元でとどまる）可能性も議論されており、脱スティグマ化や当事者の自己像への影響に関しては、今後さらなる検証が待たれる<sup>37)</sup>。

## おわりに

日本では、精神科の患者像が現在大きな転換期を迎えている。以前の臨床の中心は若くして発症し、社会的アイデンティティを築く間もなく長期間施設に入院させられた統合失調症患者にあったためか、彼らの繊細な内的世界をどう守り、その思いをどう代弁するのが重視されてきた。しかし現在増加しているうつ病患者の大多数は、社会人としての確固たるアイデンティティをもち、適応的に生活してきたなかで精神科を受診する人々である。彼らは受動的患者の地位には満足せず、自ら情報を集め、治療に関しても自律的な意思決定を当然視するユーザーだ<sup>3)</sup>。彼らを前にして、精神科医たちも、一方的な共感ではなく、当事者の意思をより尊重する対話のあり方を模索し始めている。オープンダイアログといった、医師患者関係を越えた集団での相互フィードバックを保障する試みは、複数の参加者による共感のダイナミズムを治療に活かしている<sup>55)</sup>。

他方、当事者発信も共感の作法を根本的に変えつつある。発達障害の領域では、彼らの「感覚鈍麻」とみえる行動が、実は「感覚過敏」により過剰に入ってくる信号から身を守るものであったことが明らかになるなど、当事者発信は症候学の再検討をもたらした<sup>26)</sup>。べてるの家や熊谷晋一郎に代表される当事者研究の台頭は、「言語の回復運動」を生み出し、「統合失調症サトラレ型」「統合失調症全力疾走型」といった自己の名づけは、精神医学の言葉をより自己親和的なものへ変えている<sup>14)</sup>。当事者を対等な研究パートナーと位置づけるコプロダクション研究<sup>35,57)</sup>、クライマンの「病いの語り」を紹介した江口重幸らによる医療人類学的探究も、独自の対話作法を築きつつある<sup>7)</sup>。今後どのような言葉や実践が当事者にとって共感的であるのかを問うために、臨床を当事者との協働検証の場へと変えていくことが求められるだろう<sup>9,16,47)</sup>。そして、そのように開かれた科学的探究としての精神科臨床が、神庭重信が日本精神神経学会のパラダイムシフト班において推進するところの「当事者学」の基盤として、新たな共感の可能性を開いていこう。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

**謝辞** 本論の調査は科研費基盤研究 (C) 19K01205 と (B) 19KT0001 の助成を受けている。有益なコメントをいただいた糸川昌成先生と、慶應義塾大学社会学研究科、狩野祐人氏・小林尚矢氏に心からの感謝を申し上げる。

## 文献

- 1) Barrett, R. J. : The Psychiatric Team and the Social Definition of Schizophrenia : An Anthropological Study of Person and Illness. Cambridge University Press, Cambridge, 1996
- 2) Bloom, P. : Against Empathy : The Case for Rational Compassion. Ecco, New York, 2016
- 3) Collins, H. M., Evans, R. : Rethinking Expertise. University of Chicago Press, Chicago, 2007 (奥田太郎監訳, 和田 慈, 清水右郷訳 : 専門知を再考する. 名古屋大学出版会, 名古屋, 2020)
- 4) Daston, L., Galison, P. : Objectivity. Zone Books, Boston, 2007
- 5) 土居健郎 : 分裂病と秘密. 分裂病の精神病理 1 (土居健郎編). 東京大学出版会, p.1-18, 1972
- 6) 土居健郎 : 日常語の精神医学. 医学書院, 東京, 1994
- 7) 江口重幸 : 病いは物語である—文化精神医学という問い—. 金剛出版, 東京, 2019
- 8) 福田正人 : 発達精神病理としての統合失調症—脳と生活と言葉—. 統合失調症 (日本統合失調症学会監, 福田正人, 糸川昌成ほか編). 医学書院, 東京, p.59-66, 2013
- 9) 福田正人, 藤平和吉, 成田秀幸ほか : 当事者の視点からみた統合失調症. 臨床精神医学, 45 (8) ; 993-1000, 2016
- 10) Hacking, I. : The looping effect of human kinds. Causal Cognition : A Multidisciplinary Debate (ed by Sperber, D., Premack, D., et al.). Clarendon Press, Oxford, p.351-383, 1995
- 11) Hauswald, R. : The ontology of interactive kinds. J Soc Ontol, 2 (2) ; 203-221, 2016
- 12) 飯田 真, 中井久夫 : 天才の精神病理—科学的創造の秘密—. 岩波書店, 東京, 2001
- 13) 池田 学 : 認知症者のコミュニケーション. 高次脳機能研究, 35 (3) ; 292-296, 2015
- 14) 石原孝二編 : 当事者研究の研究. 医学書院, 東京, 2013
- 15) 糸川昌成 : 精神科医として, 科学者として, 子どもとして. 精神医学, 57 (11) ; 973-980, 2015
- 16) 糸川昌成 : 当事者は精神医学・医療に何を求めているのか—サイエンスとアート—. 福岡行動医学雑誌, 26 (1) ; 45-48, 2019
- 17) 菅 修 : 精神病者の狂はざる半面. 救国会会報, 58 ; 517, 1939
- 18) 神庭重信 : こころと体の対話—精神免疫学の世界—. 文藝春秋, 東京, 1999
- 19) 神庭重信編集主幹, 笠井清登編, 松下正明監 : 統合失調症. 中山書店, 東京, 2020
- 20) 神田橋條治 : 発想の航跡. 岩崎学術出版社, 東京, p.194-228, 1988
- 21) 同書, p.355
- 22) 神田橋條治 : 精神科養生のコツ. 岩崎学術出版社, 東京, 1999
- 23) 神田橋條治 : 技を育む—精神医学の知と技—. 中山書店, 東京, p.73, 2011
- 24) 兼本浩祐 : 精神科医はそのときどう考えるか—ケースからひもとく診療のプロセス—. 医学書院, 東京, 2018
- 25) 兼本浩祐 : 発達障害の内側から見た世界—名指すことと分かること—. 講談社, 東京, 2020
- 26) 狩野祐人, 北中淳子 : エビデンスの政治学—科学の知と当事者の知の架橋に向けて—. 精神医学の科学的基盤 (加藤忠史編). 学樹書院, 東京, p.172-184, 2020
- 27) 笠井清登 : 総合人間科学としての思春期学. 思春期学 (長谷川寿一監, 笠井清登, 藤井直敬ほか編). 東京大学出版会, 東京, p.1-17, 2015
- 28) 加藤 敏 : 統合失調症の語りと傾聴—EBM から NBM へ—. 金剛出版, 東京, 2005
- 29) 加藤 敏 : 精神病理・精神療法の展開—二重らせんから三重らせんへ—. 中山書店, 東京, 2015
- 30) 北中淳子 : うつの医療人類学. 日本評論社, 東京, 2014
- 31) 北山 修編著 : 「自分」と「自分がない」. 星和書店, 東京, 1997
- 32) 古茶大樹 : 臨床精神病理学—精神医学における疾患と診断—. 日本評論社, 東京, 2019
- 33) 古茶大樹 : 標準的精神科医が知っておくべき精神病理学. 精神科治療学, 36 (2) ; 145-150, 2021
- 34) 熊谷晋一郎編 : 当事者研究と専門知—生き延びるための知の再配置—. (臨床心理学増刊第 10 号). 金剛出版, 東京, 2018
- 35) 熊倉陽介 : 精神保健サービスにおける患者・市民参画 (patient and public involvement : PPI). 統合失調症 (神庭重信編集主幹, 笠井清登編, 松下正明監). 中山書店, 東京, p.238-244, 2020
- 36) 黒木俊秀 : わが国の精神医学の来し方行く末を思う—平成から令和へ—. 臨床精神医学, 49 (2) ; 145-150, 2020
- 37) 榎原克哉 : 精神医療技術を通じた自己形成に関する社会学的研究—薬物療法・認知行動療法の利用者の観点から—. 社会学評論, 65 (4) ; 574-591, 2015
- 38) Lanzoni, S. : Empathy : A History. Yale University Press, New Haven, 2018
- 39) Luhrmann, T. M. : Of Two Minds : The Growing Disorder in American Psychiatry. Knopf, New York, 2000
- 40) 松本卓也 : 心の病気ってなんだろう? 平凡社, 東京, 2019
- 41) 宮本忠雄編 : 分裂病の精神病理 2. 東京大学出版会, 東京, 1974
- 42) 村上伸治 : 統合失調症治療における身体へのアプローチ. 中井久夫の臨床作法 (こころの科学増刊). 日本評論社, 東京, p.90-91, 2015
- 43) 村井俊哉 : 精神医学の概念デバイス. 創元社, 大阪, 2018
- 44) 中井久夫 : 精神科治療の覚書 (新版). 日本評論社, 東京, 2014
- 45) 同書, p.120
- 46) 夏苺郁子 : 心病む母が遺してくれたもの—精神科医の回復への道のり—. 日本評論社, 東京, 2012
- 47) 夏苺郁子, 夏苺直己, 金原明子ほか : 「精神科担当医の診察態度」を患者・家族はどのように評価しているか—約 6,000 人の調査結果とそれに基づく提言—. 精神経誌, 120 (10) ; 868-886, 2018
- 48) 西丸四方 : 彷徨記—狂気を担って—. 批評社, 東京, 1991
- 49) 大久保圭策 : 中井先生の臨床作法. 中井久夫の臨床作法 (こころの科学増刊). 日本評論社, 東京, p.73, 2015
- 50) 岡崎祐士 : 統合失調症の過去・現在・未来. 統合失調症 (日本統合失調症学会監, 福田正人, 糸川昌成ほか編). 医学書院, 東京, p.7, 2013
- 51) Rose, N. : The Politics of Life Itself : Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century. Princeton University



- Press, Princeton, 2007 (檜垣立哉監訳, 小倉拓也, 佐古仁志, 山崎吾郎訳: 生そのものの政治学—21世紀の生物医学, 権力, 主体性— (新装版). 法政大学出版局, 東京, 2019)
- 52) Rose, N., Abi-Rached, J. M. : Neuro : The New Brain Sciences and the Management of the Mind. Princeton University Press, Princeton, 2013
- 53) 斎藤 環 : 常識としての「小文字の精神療法」. 中井久夫の臨床作法 (こころの科学増刊). 日本評論社, 東京, p.68, 2015
- 54) 同書, p.71
- 55) 斎藤 環 : オープンダイアログがひらく精神医療. 日本評論社, 東京, 2019
- 56) Sugiura, K., Mahomed, F., Saxena, S., et al. : An end to coercion : rights and decision-making in mental health care. Bull World Health Organ, 98 (1) ; 52-58, 2020
- 57) 鈴木晃仁, 北中淳子編 : 精神医学の歴史と人類学. 東京大学出版会, 東京, 2016
- 58) 鈴木國文 : 精神病理学から何が見えるか. 批評社, 東京, 2014
- 59) 内村祐之 : 日本精神医学の過去と将来. 精神経誌, 55 (7) ; 705-716, 1954
- 60) 内海 健 : さまよえる自己—ポストモダンの精神病理—. 筑摩書房, 東京, 2012
- 61) 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
- 62) Worthen, M. : The Trouble with Empathy : Can We Really Be Taught to Feel Each Other's Pain? New York Times, 2020 (<https://www.nytimes.com/2020/09/04/opinion/sunday/empathy-school-college.html>) (参照 2020-11-07)
- 63) 山下 格 : 誤診のおこるとき—精神科診断の宿命と使命— (新装版). みすず書房, 東京, 2015

## Psychiatry as a Technology of Empathy : A Perspective from Medical Anthropology

Junko KITANAKA

Department of Human Sciences, Faculty of Letters & Graduate School of Human Relations,  
Keio University

What does “empathy” mean in psychiatry? Based on studies in medical anthropology, I first examine how different forms of empathy have been shaped in biological, psychotherapeutic and psychopathological traditions. Secondly, I illuminate the ways in which mental illness can be understood as an “interactive kind,” where a clinician’s gaze can have significant impact on the experience of a person with the illness as well as the phenomenon of the illness itself. Thirdly, I discuss changes brought about both by Japanese doctors’ attempts to remedy the stigma of schizophrenia and the “neuroscientific turn” that has given rise to new ways of talking about the brain. Further discussing the rise of *tojisha* perspectives, I consider different directions that psychiatric forms of empathy may take in the future.

### Author's abstract

**Keywords** empathy, medical anthropology, psychotherapy, biological psychiatry, psychiatric users