

あえて述べるまでもないことだが、精神科臨床の基本は、医師と患者さんとの、診察という場での出会いがあり、繰り返しの出会いによるいわゆる医師-患者の人間関係の樹立と、それを通しての相互の心的交流があり、それによって、医師は患者さんの悩みや訴えを理解し、その悩みの解決のためにどのような治療や介入を行えばよいのかを判断・評定していくプロセスにある。その基本は精神科医になるとすぐに教育され、精神科医が独り立ちするまでに、その基本を学ぶことを繰り返し指導され、鍛えられていく。精神科医の卒後教育の中心は、その基本を学ぶことにあるといつても言い過ぎではない。

そのプロセスの中で必須の作業の一つは、患者さんの生活歴を明らかにしていくことである。精神科医による病歴をみると、詳細な現病歴の記述に加え、ほぼそれと同じくらいのボリュームでの生活歴が詳記されているのが通常である。精神科医にとって、生活歴の記載はいまや肉体化、自動化された診察行為といつてもよい。

生活歴、すなわち、患者さんの生まれてから現在に至るまでの生活史を明らかにしていくことが重要なのは、1) 患者さんを全人的に把握・理解する、2) 生活史のなかでの体験が精神疾患の病因となるという仮説に基づく、という2つの大きな目的があつてのことである。両目的は相互に密接な関連があり、一つの楯の両面をみているにすぎないともいえるが、とりわけ第2の仮説による側面は、精神分析の基本的な思想であり、精神分析から発展した現存在分析もまたその側面としての生活史を重要視する。とくに、生活史のなかでの病因となる体験を明らかにすること自体が即精神疾患の治療行為でもあるという主張、あるいは精神医学思想であることは強調されてよい。本論考によれば、精神分析は、人間の思考ならびに行動の動因として不安、転移、抵抗現象、それらの起源としての幼児体験が無意識過程で機能することを通じて人間を理解し、治療的実践を行う学問であり、人間の言動の起源としての幼児期体験を重視する学問である。

日本における代表的な精神分析医である西園昌久による本論考は、したがって第2の側面から、精神疾患に病む患者さんの生活史をとらえ、とくに幼児体験を重視し、もともとの素質に幼児体験が加わって精神病理発現の準備状態が形成され、それに個々の固有の外傷体験が影響して精神疾患の発症となるという図式を強調している。

読まれる通り、本論考は大きく2つに分かれ、前半では、精神分析理論の中核となる病因としての幼児神経症をとりあげ、Freudにはじまって、自我心理学のHartman、対象関係論のKleinにおける幼児体験論が紹介される。論考の後半では、人格の発達、あるいは人格の構造化としての生活史を、出生前、生後1年、1~3歳、3~5歳、学童期、思春期、成人期、初老・老人期に分けて、それぞれの時期での精神分析的理解が展開される。特に、幼児依存性の時期である生後1年、自己主張と自己規制の芽生える時期である1~3歳、エディップス期である3~5歳の時期は、精神分析理論にとってもきわめて重要な時期であり、それにかかる種々の心的装置や概念が提唱されている時期であり、本

論考でも詳述される。

このように、本論考全体は、生活史を精神分析理論をもって説明するという立場にたっているが、たとえ、精神分析理論になじまない読者にとっても、精神医学における生活史、あるいは精神疾患における生活史の意味を理解するうえで、本論考は精神科臨床にとって非常に示唆に富む論考であるといえるであろう。

なお、本論考は、『現代精神医学大系』の第2巻B「精神疾患の成因II」に収められている。「成因としての生活史」という観点からの論考であることは、そのことをもっても明らかである。

(松下正明)

