

精神医学
エッセンシャル・コーパス ①

日本の名著論文選集

精神医学を学ぶ

安永 浩
西丸四方
大原 貢
大橋博司
宮本忠雄
関 忠盛
西園昌久
保崎秀夫
佐藤 孝三

総編集◎松下正明

編集◎井上新平

内海 健

加藤 敏

鈴木國文

樋口輝彦

中山書店

Essential Corpus of Clinical Psychiatry

序

われわれの大学において、全 25 巻 56 冊別巻 1 冊から成る『現代精神医学大系』は医局だけでなく、総合図書館にもそろえられている。各巻それぞれ重量があり、すべての巻が書棚に並んでいる様子は壮観で、威容を誇っている。外国の研究を詳しく紹介した論文、日本の精神医学者によるきわめて独創性のある論考など、内容は大変重厚かつ高度で、精神医学の知識と知恵で満ちあふれているこのシリーズは、量だけでなく、質においても人を圧倒する力があつた。

昭和の時代にあつて、このシリーズは研修医、また精神科症例をはじめ何らかの発表をする者、論文を書こうとする者、また精神科臨床に携わる者にとり必読の文献であつた。もちろん、すべてを読み通すことは不可能で、必要に応じ、当該の論文にあたるという方式で使用するのが一般的だつたと思う。人気のある巻は、たくさんの教室員が使用したため、手垢がつき黒ずんでいる。私自身、研修医時代よく文献として興味の赴くままに拾い読みをさせていただいた思い出深いシリーズで、今でも参照することがある。

このたび、『現代精神医学大系』に収められた論文を厳選し、再録した『精神医学エッセンシャル・コーパス』が刊行されることはまことに喜ばしく、奇しくも、(広義の)精神病理学関連の「コーパス」となつたことは、意味深い。その第 1 巻「精神医学を学ぶ」は、他の巻と同様、現代においてあらたに読むに値する新鮮な内容の論文から構成されている。

本巻の巻頭に収められた安永 浩論文「精神医学の方法論」では、わが国で精神科臨床において患者の病態把握において基本的な準拠枠とされた Jaspers の了解・説明の二分法を正面から批判し、きわめて柔軟かつ鋭い視点が提出されている。すなわち、了解は「そもそものはじめから無数の仮説的“説明”図式および関連する知識的推論の一群を含んでいる」、「“説明”と図式の変化は全体の“了解”をも変化させる」という実に簡潔なとらえ直しにより、了解と説明は「相互浸透的で」円環状の関係にある。この考え方は、脳科学の進歩により科学的説明が増えている今日、精神医学の方法を厳密に吟味するうえで示唆に富むものであると思う。

精神科臨床において、患者の訴えに真摯に耳を傾けることが肝要だといわれる。しかし傾聴は、言われればすぐにできるような簡単な作業ではない。そこには、専門性の高い知に裏付けられた職人的な技量が要求される。実際、臨床医は、患者を前にし、患者のふるまい、表情の動きを見ながら、また患者の言葉を聞きながら、頭を高速運動させ、患者の病態についてさまざまなあり方に思いをいたし、ある程度、目星をつけ、それに応じた言葉を患者に発し、病態把握が進んでいく。傾聴をするうえで、臨床に携わる者は、あらかじめさまざまな病態について、また患者の存在様式について知っておく必要がある。精神病理学、精神分析は精神障害をかかえる人を理解するための、暫定的な座標軸を提供するという点で、大きな意義があると思う。意味不明なことを口走り、不気味なふるまいをしている患者を前に、あらかじめ精神病性主体のあり方について知らない人は当惑したり、不安に襲われる。この点、プロの精神科医は「平等に漂う注意」(Freud)を自在にめぐらしながら、慎重に言葉を選んで患者に声をかけると、手の平を返したようにすぐさま興奮がおさまってくることもある。

精神病理学・精神分析の知は、患者を前にした治療者自身に心理的な余裕と安定をもたらす効果をもつことを確認しておかねばならない。私の研修医時代、ある指導医は自分がこの方面の本や論文を読む理由の一つに、あらし次のようなことをあげた。「精神科で患者を診ることは不安、恐怖を伴わずにはいられない行為である。そこでまず自分の精神の安定のために、また、それによってよい治療をできるようにするために、患者の病理、病態について勉強するのだ」。今でも印象に残っている先輩の言葉である。たしかに、精神病理学・精神分析の知は、その形成過程からして、患者を前にした言葉にできない困惑、不安などの体験に促され、これを統制する言語体系を紡ぎ出す創造の所産という側面があると思う。精神病患者は急性期には、——言語新作が連なる支離滅裂な発語がよい例だが——文字通り異国の言葉が話されているとみることができる。また神経症者は、ヒステリー症状や強迫症状において、謎を秘めた言葉を語ったり、ふるまいをする。これも一種の外国語とみなすことも不可能ではない。Freudの精神分析は、無意識の次元での言語活動に注目して、神経症者の言葉の文法、意味論を明らかにする試みだったといえる。面接を重ねるなかで、神経症者の語り、ふるまいを前に、医師の側に意図せずして、攻撃的な感情や不気味な感情がわいてくることがある。これらの感情が、無意識の力動による逆転移の現象にとるものである可能性に思いを致すことができるだけでも、治療展開はかなり違ってくると思う。

精神医学、とりわけ精神病理学・精神分析の営為は、言語に注目するなら、患者から語られる言葉の構造の解明に力を注いできたといえることができる。これによって患者主体のありかたに対するより「高次の了解」、「高次の説明」が進められることと思う。本巻「精神医学を学ぶ」のいずれの論文も、器質力動論 (Ey, H.) (大橋博司論文)、人間学的見地 (宮本忠雄、関 忠盛論文) 精神分析の見地 (西園昌久論文) などの立場から、患者の存在様式、また患者の言語を理解するためのさまざまな座標軸を提供している。

今日、世界の精神医学の公認言語となっている DSM, ICD は、きわめて多様な精神疾患に一定の秩序を与えるうえで確かに重要な座標軸である。これは、万国共通を目指す言語なだけに、荒削りで、あくまで暫定的な整理の域を出ず、もっとも初歩的な「了解」「説明」を可能にする言語体系とみなせる。したがって、それぞれの患者の個別な病態や苦悩、ひいては患者独自の言語などを理解するには不向きである。精神医学においてもグローバル化の波が押し寄せているなかであって、民族、文化、また人間の多様性に定位置した繊細でローカルな言語を練り上げていく必要性がいっそう高まっていると思われる。その意味でも、このシリーズの意義は大きいことと思う。

2013年2月

加藤 敏

精神医学を学ぶ

CONTENTS

1	精神医学の方法論	安永 浩 3
1.	本稿の要約をかねた序説	3
2.	二、三の他の問題意識	4
3.	本論——“私”の出発点	5
4.	Jaspers における“了解”と“説明”について	12
5.	変換過程	18
6.	方法としての“記述”	23
7.	現象学と精神医学	26
8.	現象学の他の一面，現存在分析	32
9.	象徴関係	35
10.	精神医学における象徴関係の意義，夢について	39
11.	精神分析学派	47
12.	パラドックス	50
	結語	51
	解説	内海 健 54
2	心身相関——その思想と系譜	西丸四方／大原 貢 59
	はじめに	59
	心身思想の歴史的系譜	61
	a. Descartes 以前の心身思想	61
	b. Descartes の心身思想とそれをめぐる諸思想	63
	c. これまでの心身相関に対する批判	68
	d. 現代の心身思想	69
	おわりに	79
	解説	松下正明 83

3 ネオ・ジャクソニズム—Ey. H. の意識論を中心に 大橋博司 87

はじめに	87
1. Ey の精神医学観	89
2. Ey の意識論	91
a. 意識の定義—意識存在の二つの様態—	91
b. 意識野とその構造解体	93
c. 意識野の脳生理学	99
d. 自我意識とその疎外	101
e. 自我と意識野—両者の相互関係と従属関係—	105
f. 無意識	106
g. 意識的になること	108
おわりに	112
解説	鈴木國文 115

4 人間学的現象学 宮本忠雄／関 忠盛 119

1. 歴史的展望	119
2. 人間学的現象学の成立と展開—Binswanger の現存在分析を中心として	126
a. 精神分析への道 (1906~1920)	126
b. 現象学への傾斜 (1921~1929)	129
c. 現存在分析への展開 (1930~1955)	134
d. 現象学への回帰 (1956~1966)	143
e. Boss の現存在分析論と Binswanger 批判	148
3. 臨床的各論	150
a. 時間と空間	150
b. 妄想論	166
c. 幻覚論	192
d. Tellenbach の雰囲気論	200
e. 身体論	203
4. 治療	215
5. これからの問題	220
a. 寡症状性分裂病へのアプローチ	220
b. プレコックス感	224
c. 内因の問題	226
解説	加藤 敏 239

5	生活史	西園昌久	243
1.	緒言—病因としての生活史		243
a.	病因としての体験とそれをどう把握するか	243	
b.	Jaspers の生活史論	244	
c.	精神分析における「生活史」	245	
d.	生活体験の病因妥当性	247	
2.	病因としての幼児神経症		248
a.	Freud における理論の発達	248	
b.	Freud 学派のリビドー・対象・自我発達図式	249	
c.	幼児神経症と成人の精神病理の類似性と相違性	252	
d.	自我心理学と対象関係理論	252	
3.	生活史—人格の構造化の過程		253
a.	出生前の影響	253	
b.	幼児依存性の時期	254	
c.	自己主張と自己統制の芽ばえる時期（1～3歳）、肛門愛期（フロイト学派）、過渡期（対象関係派）	257	
d.	エディプス期	258	
e.	学童期（潜伏期）	259	
f.	思春期	260	
g.	成人期	261	
h.	初老、老人期	262	
4.	人生上の出来事 life event に関する研究		262
	解説		松下正明 266
6	面接の進め方	保崎秀夫	271
1.	面接を通じて得られるものは		271
2.	医師-患者関係		271
3.	面接を進めるにあたって技術上注意を要する点		272
4.	一般的な面接の進め方		274
5.	面接がうまくゆかぬか、会話がうまくできぬ場合		275
6.	特殊な場合の面接方法		276
7.	面接の形式と内容		278
	解説		松下正明 280

7	社会精神医学の位置づけ—わが国の精神医学と精神医療との関わりの中での試論	佐藤亨三 283
1.	いとぐち	283
2.	社会精神医学の考え方, その領域	285
3.	わが国の戦後精神医療の歩みの中で—社会精神医学, その実践の系譜	290
	a. 戦前の状況	290
	b. 戦後の精神医療の歩みの中で (1) —病院精神医学の発展まで	292
	c. 戦後の精神医療の歩みの中で (2) —病院精神医学から地域精神医学へ	297
	d. 地域精神医学への指向	299
	e. 本章のまとめ—社会精神医学の選択	303
4.	精神衛生との関連	308
	a. 精神衛生と予防精神医学の発想	308
	b. 精神衛生の領域—社会精神医学との関連	311
	c. 銚子市における経験から—精神衛生都市宣言の場合	313
5.	まとめと展望	315
	あとがき	317
	解説	井上新平 321
	索引	323

5

生活史

西園昌久

解説：松下正明

著者略歴

西園昌久（にしぞの・まさひさ、1928～）

福岡大学名誉教授，心理社会的精神医学研究所所長。

福岡県生まれ。1953年九州大学医学部卒。専門は，精神分析学，精神病理学。同大学医学部助教授（精神医学）を経て，1973年福岡大学医学部教授。その間，医学部長5期10年となり，また1993年にはWHO協力センター所長。1999年福岡大学名誉教授。主な著書は、『薬物精神療法』（医学書院，1970），『精神分析技法の要諦』（金剛出版，1999），『精神医学の現在』（中山書店，2003）

私は，若い時代より，認知症を含めた脳器質性疾患に関心があり，その理解のために，神経病理学を学び，ついにはそれを専門にするようになった。しかし一方で，精神病理学にも強く惹かれるものがあり，その関心のなかで，西園先生の論考に接する機会があったことを憶えている。それらの論考を通して，先生から学んだことは，精神科の患者さんを一人の人間としてどのように理解するかに関わっていた。技法としての精神分析よりは，その背景にあるものの考え方である。精神科医としては必須の人間理解の方法の学習の過程で，私にはまったくの専門外である精神分析の第一人者である西園先生の論考をも瞥見したという記憶はいまなお鮮やかである。

（松下正明）

5

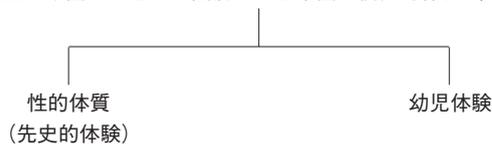
生活史

1. 諸言——病因としての生活史

a. 病因としての体験とそれをどう把握するか

精神病理の病因についての理解は今日では多次元の立場をとる人たちが多くなっている。心因論の創始者ともいわれる Freud, S.²⁶⁾ (1917) にしても、下図に示すような理解を神経症に対してしていたのである。

神経症の原因＝リビドー固着による素因＋偶発的体験（外傷的）



幼児期につくりあげられる素因はその人のもって生まれた素質と幼児期の体験とによって人格の中核を形成するのである。それも後述するように幼児期の発達段階によって、つくりだされていく素因は異なってくるのである。そうした人格特性はその後の発達段階において環境との関わりを大きく規定するのであるが、また、各時期の発達段階では、個人の特性を越えたその人の暦年齢つまり世代に応じたその人の心身統一体としての内部からの衝動とともに外界社会からの要請に適応せねばならなくなる。内外からのこのような要請は個人に緊張をよび起こし、精神病理発現の準備因子となる機会をつくりあげる。そこに Freud のいう偶発体験が起こると発病するのである。つまり、素因——準備因子——外傷体験が重なってはじめて病気は発生する。

伝統的精神医学においては、素因を形成する先天的素質がもっぱら重視されてきた。あるいは逆に、Jaspers, K. の心因論にみるように素質を考えなくてよい場合には体験の重みが論じられてきた。しかし、精神分析の立場からする人間理解が進むとともに、素因を形成する幼児体験と、さらに、発因の準備因子となる各発達段階における生活状況が重視されてきている。また、ごく最近では、発病の契機となった生活上の出来事、つまり life event に関する統計的研究によって実証しようとする機運が起きている。

ところでこうした生活史上の体験、ことに早期発達段階での体験をどのような手段で収集し、病因として位置づけるかという問題が起きてくる。Hofling, C. K.³⁴⁾ (1975) は、①幼児の直接観察、②実験的退行（もともと、この方法の一つとして催眠法 hypnotic trance は理解される）、③精神疾患についての研究（ある精神疾患では、現実

性を失ってある幼児的心性を示したり、実験的退行と同種の反応を示すことがある。もちろん、一般健康者でも子供時代の記憶のあるものは特別の姿をしていることがあるし、病気のときは、さらに記憶も報告も歪曲されることが多いという問題がある)、④精神療法ことに精神分析で再現された記憶と治療状況の操作で洞察が得られて疾病が治癒することから立証されるとして、4種の方法をあげている。

精神分析の分野では今日、治療的退行と幼児期の直接観察の二つの方法によって人格発達つまり病因としての生活史の理解を發展させている。一方、現存在分析の分野の精神病理学も生活史を重視する。しかし、そこでは、その人に本来備わっている傾向が環境とのあいだでどのように関わって、その人特有の状況をつくりだしていくかを把握する立場がとられている。

b. Jaspers の生活史論

Jaspers, K.³⁵⁾ (1948) は、彼の精神病理学総論の中で「生活史としての生 (ビオス)」という項をもうけて論じている。「自己の過去を支えとして、人間は将来の種々の可能性をつかむ。客観的に存続するものとしての生 (ビオス) は、常に定まった形となった過去ではあるが、現実にあるものとしての生 (ビオス) は同時に未来であって、過去のもの全部を新たに照らし、とらえ、解釈する」として、人間が何になるかはその過去によって定められるが、しかし、またその過去をいかに彼が加工するかによっても決められるとしている。そして彼はその項の中で、

1) 人間の成長の過程、つまり生活史にはいくつかの過程があるとして、全体としての發展の諸要因に①生物学的な生の過程、②自己自身には洞察されないが、観察者には了解されるような、事実的な心的生活史、③自己を了解し、それによって自己を完成し展開する生活史、④決意と所与を引き受けて自己のものとするということとの実存的根底のあること、をあげている。そしてこれらが現実には分かちがたく、多くは一つのものになっているとしている。

個々の過程のカテゴリーとして、①新たな自動現象を得る手段としての意識、②自分の世界の創造、③突然の状況の変化への適応、④最初の体験、⑤危機、⑥精神的發展、をあげている。

2) 2, 3の特殊問題として、乳幼児期の意味、年齢段階に対する心の生活史的関係を論じている。前者ではFreud理論が乳幼児期を評価しすぎているという方法論上の批判を行なっているが、その批判はあまり説得力はない。後者は先述した各年齢の心性の意義、今日でいうライフ・サイクルの理解の重要性を指摘している。また、精神的發展のいくつかの形、①人間は本来、矛盾に陥らねばならない存在である。その中で精神的領域へと発達せねばならない。②發展の過程において、青春期においての無限の可能性から決断したものを選択せねばならない。③發展は生物学的基盤の上に立ち、精神を媒介として実存の決定から生じること、などを述べ、精神病理学の根本問題である、人格の發展か病的過程かの区別と生活史との関係について論じている。つまり、人格の統一的發展と他方、屈折によって2断片に割れる非統一的生活をもった生とを区別する重要

性を主張している。

そして、病的過程と人格発展の区別を定める核心を逸する態度の型がいくつかあることをあげ、その具体例として、①病的過程を「了解」しようという傾向、②病的過程を神経症と解する傾向、③病的過程を実存変換と解する傾向を記載し、これらには生物学的基本事象を問題とすることが否認され、狂気という基本刻印が承認されないと批判している。

Jaspers の生活史論は了解心理学とよばれる彼の学問的態度を如実に示すもので、生活上、人格発展が連続的なものか、あるいはある時点で非連続な屈折があるかによって意味を二分しようとするものである。非連続即生物学的事象としたところに彼の精神医学の限界があるのであって、今日の精神科医は彼の批判にもかかわらず、患者との人格的関わりを深めることによって、この非連続性を生活史的事象として理解しようとしているのである。

c. 精神分析における「生活史」

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幼児期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、治療的実践を行なう学問とされている。すなわち、人間の言動の起源としての幼児期体験を重視する学問なのである。

ところが、精神分析もはじめからそのような意見をもっていたわけではない。精神分析の創始者、Freud の思想は Fine, R.¹⁶⁾ (1973) が指摘するように、①神経症の無意識機制の解明に始まり、「ヒステリー研究」¹⁹⁾ (1895) を出版した時代、②自己分析の時代 (1895~1899)、③「夢解釈」(1900) から「性欲論 2 篇」(1905, 1914) に至るイド心理学、ことにリビドー論の提出された時代、④1914 年から 1939 年に至る自我心理学の時代に分けることができよう。

第 1 の神経症の本質を解明しようとした時代は、周知のように Breuer, J. との共同研究から始まった。アンナ, O. という美貌のヒステリー女性に対する Breuer の催眠カタルシスの経験は Freud の関心をそそった。エミー・フォン, N. という患者は Freud がはじめて催眠下でカタルシスを行なった症例であった。性的外傷体験のカタルシスで症状が一時寛解した。しかし、一方で彼女が Freud に身体的接触を求めてくることは Freud にとって厄介なことであった。そのため、エリザベト・フォン, R. という患者には覚醒下で連想暗示をほどこした。こうした経験を通じて、「ドラの症例」²⁰⁾ (1905) に至り、はじめて自由連想法を確立し、使用した。これらの治療的接近を通じて、神経症は無意識葛藤が原因していること、その葛藤の内容は性的外傷であることを発見した。しかも、それは幼児期における性的外傷、つまり大人に誘惑された場合、あるいはヒステリーは被害的、強迫神経症は加害的内容に関わるものであるといったものであった。

しかし、やがて、彼は患者によって語られた子供時代のショッキングな話はまったく事実無根で、つくり話であることに気づいた。患者から得られた資料によって理論化す

るにあたって、Freudは自身の場合に照らしあわせてはじめて納得したといわれる。神経症の原因としての幼児期性的外傷論がつぶれさった時点で、彼はほとんど出版活動を停止してしまった。その間、彼は自己分析に関心を向けていた。彼自身、神経症症状に悩んでいたが、1896年9月、父の死にであって以来、いっそう混乱はひどくなってしまった。

ベルリンの内科医 Fliess, W. との交友、ことに書簡による討議が彼を勇気づけるものであった。彼は自分の夢の分析を通じて、子供時代の彼自身の情念につきあたった。母に対する近親相姦願望、姪に対するサディズム、乳母からの懲罰の恐れ、それに対する憎悪、父に対する嫉妬、弟に対する殺害願望、甥に対する競争欲などに気づいた。このような発見によって、彼の心臓病不安と旅行恐怖は消失した。これら葛藤の内容はのちにエディプス・コンプレクス理論に大成されていくものである。やがて Fliess との仲も冷たくなりはじめた。そうしたなかで「夢解釈」が書き始められたが、彼自身は排泄に関する夢、消化器障害など肛門愛期といわれる材料の問題を解決せねばならなかった。こうした自己分析を通じて、彼は自らの神経症を克服し、困難にうちかって「夢解釈」を完結し、同時に Fliess との交友も終結した。

この自己分析と「夢解釈」によって彼の性的外傷理論は後退し、かわって幼児性欲論の研究へと発展した。つまり、第3の時代にはいるのであって、直接的性欲論から精神性欲論へと変化した。「性欲論3篇」^[21] (1905, 1914) でリビドー論を提出した。これには、Abraham, K.^[2] (1916) の助言も関係していることは広く知られている。すなわち、人間には生後、本能の発達段階が規定されていて、口唇、肛門、男根などといった身体部位の興奮を通じて本能活動が満足され、その緊張の発散過程で外界対象と関わりをもつ。つまり、リビドー活動は身体興奮の緊張解除という生理的機能とそれに付随する心理的愛着とよりなり、これがエディプス状況の中に集約されるというのである。このようなリビドー満足をめぐる葛藤とその解決法によって、将来の人格と病因とが決定されるとした。子供に備わったリビドー発達が、避けることのできないエディプス状況での体験によって超自我が形成され、超自我が強すぎれば、エディプス・コンプレクスのために将来、発病する素因ができると説明したのである。リビドー発達段階での固着が病気の種類を決めるとしたのである。

やがて、Freudの精神分析は第4の時代に発達する。リビドー論は本能論へと発展し、「ナルシシズム入門」^[25] (1914) では、それまでの彼の説では人格の合理的な部分と考えられていた自我にもリビドー備給が行なわれ、これを自我リビドー（自己愛リビドー）と称し、対象愛リビドーとに二分した。さらに、「快感原則の彼岸」^[27] (1920) では彼の本能論は決定的な転回を行なった。つまり、死の本能タナトスの着想である。以後、彼は生の本能エロスと死の本能タナトスの二大本能論に立ったのである。この二大本能が生後、相互に関連しあって成長し、エディプス状況を迎えると考えたのである。そして、こうした本能におびやかされながら、超自我、外界との均衡をはかりながら、本能満足をはかる機関として自我を想定した。「自我とエス」^[29] (1923) を経て「制止、病状、不安」^[30] (1926) に彼の自我論は完成する。すなわち、人間の思考、行動の動因

としての不安の位置が決定的になるのである。いかえると Freud の第 4 期は自我心理学の基盤ができた時代といえよう。

Freud の生活史論は、はじめの性的外傷論から本能の固着による決定論へと質的転換をしていった。これに対して、いわゆる文化学派といわれる Horney, K. によって、現実的社会的要因とそれを限定する幼児期の母子関係の心理的側面が重視された。これは、病因が過去にあるようにみえても過去だけにあるのではなく、現在に存在するのであると主張した Adler, A. の思想を受けつぐものであった。やがて、この両者を相補うものとして、後述する Klein, M., Fairbairn, W. R. D. の対象関係理論が登場した。彼らは生後まもなくから自我は存在するのであって、対象との関係の中で人格は成長していき、しかも生後 1 年以内に重要な体験、たとえばエディプス・コンプレクスも引き起こされる。そして、エディプス・コンプレクスは本来的なものではなく、分裂 splitting、対象喪失に対する防衛であると主張するのである。

d. 生活体験の病因妥当性

生活上の体験の病因性を把握する方法として、Hofling の 4 方法については先述した。しかし、現実にも最も有力な方法として用いられているのは、精神療法状況ことに精神分析での観察を通してのものである。では、精神療法で得られた材料に病因性の解釈がどうしてできるのであろうか。Sherwood, M.⁵³⁾ (1969) は精神分析の治療から法則性を抽出していく過程の問題点としていくつかをあげている。それを要約すると表 1 のようになる。

まず第 1 に、症例の選択が妥当性を欠く場合があるということである。ことに、自分の学説を社会に受け入れられようとあせるあまり、一般化しすぎて“運動”になり、個々の個別性の重要性を見失う危険性がある。第 2 に、精神分析状況は全人格的ふれあいの状況である。つまり、言語水準のコミュニケーションばかりではなく、非言語水準、つまり感情的・直観的コミュニケーションまでの裾野の広がりをもったものである。それを正しく観察し、客観的に文字で記録することには限界があることである。第 3 に治療者の関与した脚色がいりこむ危険性があることである。患者の陳述や反応、態度には治療者の影響が強く作用する。また、材料選択に対する治療者の主観、ことに後期の観察結果で初期の材料を取捨選択することがあることなどをあげている。

このような方法論上の問題があるにもかかわらず、精神分析や精神療法は病因としての生活上の体験を主張する。それは、方法論上問題はあるにもかかわらず、主張することの中に真理があることが受け入れられているからであろう。それにはどのようにこの困難を克服していったらよいのであろうか。西園⁴⁸⁾ (1978) は、それには精神分析状況で三つの作業がなされねばならないと主張した。第 1 は、患者はどのような動機で、なぜ、どのような条件で治療を求めたのか、つまり患者の真の問題は何なのかを明らかにする作業。第 2 は、治療者とのあいだで患者は何を体験したのかを明らかにする作業。それに不可欠なことは、治療者の感情体験の中で患者がどのように感じられたかという主観的体験を考える過程で、患者が治療者に対して抱く感情を推理することであ

表 1 精神分析における症例研究の問題点 (Sherwood, M., 1969)

1. 症例選択の問題
 - 一般化しすぎる場合
 - 個別性を見失う場合
2. 材料収集の困難性
 - 言語水準のコミュニケーション
 - 非言語水準のコミュニケーション
3. 症例報告における脚色
 - 1) 患者の陳述に対する治療者の影響
 - 2) 材料選択に対する治療者の主観——ことに後期の観察で初期の材料を取捨選択すること
4. 他の医学の症例報告と異なり、主訴、病歴、生活史、診断、病因、予後の区別が曖昧

る。第3には、そのような患者の治療者とのあいだでの新しい感情体験を、患者の生活史の中でどのように理解していくかという作業に進むべきである。それによって、患者は何者なのか、患者の将来はどのように開けようとしているかが明らかにされるのである。生活史を単に過去の出来事としてではなく、現在に生きているものとして、そして将来を志向するものとしてたぐりよせてはじめて、病因の意味が明らかになるものと考えられる。

2. 病因としての幼児神経症

a. Freud における理論の発達

成長あるいは発達の過程は生後から段階的に進展する。そしてそれには身体的側面と心理的側面とがあって、それが相互に関係しあいながら成長発達する。その際、Freud は個人が人類の系統発生を繰り返すことと、葛藤をのり越えることで自我の成長と人格の統合が得られると考えた。これに対し、Hartmann, H.³³⁾ (1958) は葛藤外領域、つまり葛藤を経なくても自我は適応し成長する建設的側面のあることを主張した。彼に率いられた自我心理学の人たちも、幼児期に精神病理の原因があると考えたことでは同様であった。

もっとも、幼児神経症といっても Freud 直系の人たちはエディプス・コンプレクスをその中心において、病因の源泉を考えるのであるが、同じ精神分析学でも Klein に始まる対象関係の人たちにはエディプス・コンプレクスそのものが防衛の所産と考えられている。しかし、ここでは、まず Freud の考えに沿って論述を進めよう。

精神疾患の心因と精神療法の理解とアプローチの方法を提供する精神分析は、大人の神経症の研究から始まった。しかし、その研究の結果、いわゆる健常者にも神経症の精神分析から得られた知識はあてはまるし、また神経症以外の精神疾患にも有用な理論体系となった。しかし、精神分析の拡大の中には対象となったものには遺伝的にも、発達のにも本来まったく違うものが存在していることも確かなことであった。この点は精神分析の主張する人間理解と治療の方法が多くの人に關心をそそらせるものであるにもかかわらず、普遍的な説得力に欠けることである。

精神医学エッセンシャル・コーパス 1

日本の名著論文選集

精神医学を学ぶ

2013年4月30日 初版第1刷発行 ©

[検印省略]

総編集——まつしたまさあき
松下正明

編集——いのうえしんべい うつみ たけし かとう さとし
井上新平 / 内海 健 / 加藤 敏 /
すずきくにふみ ひぐちてるひこ
鈴木國文 / 樋口輝彦 (五十音順)

発行者——平田 直

発行所——株式会社 中山書店
〒113-8666 東京都文京区白山1-25-14
TEL 03-3813-1100 (代表) 振替 00130-5-196565
<http://www.nakayamashoten.co.jp/>

装丁——花本浩一 (麒麟三隻館)

印刷・製本——株式会社シナノ

Published by Nakayama Shoten Co., Ltd.

Printed in Japan

ISBN 978-4-521-73695-2

落丁・乱丁の場合はお取り替え致します。

・本書の複製権・上映権・譲渡権・公衆送信権(送信可能化権を含む)は株式会社中山書店が保有します。

・ (社) 出版者著作権管理機構 委託出版物)

本書の無断複製は著作権法上での例外を除き禁じられています。複製される場合は、そのつど事前に、(社) 出版者著作権管理機構 (電話 03-3513-6969, FAX 03-3513-6979, e-mail: info@jcopy.or.jp) の許諾を得てください。

本書をスキャン・デジタルデータ化するなどの複製を無許諾で行う行為は、著作権法上での限られた例外(「私的使用のための複製」など)を除き著作権法違反となります。なお、大学・病院・企業などにおいて、内部的に業務上使用する目的で上記の行為を行うことは、私的使用には該当せず違法です。また私的使用のためであっても、代行業者等の第三者に依頼して使用する本人以外の者が上記の行為を行うことは違法です。