人間学的精神医学とスピリチュアリティ
―井原裕氏との対談録　後半

（井原）

宮本先生は、東京医科歯科大学学生時代から島崎先生の主宰するヤスパース『精神病理学総論』のドイツ語輪読会に出ておられて、当時から英独仏をほぼ抵抗なく読める語学力でした。卒後、島崎教室に入局して、29歳で処女論文「実体的意識性について」にて学位を収得しています。「実体的意識性」とは、ドイツ語の 'leibhaftige Bewusstheit' であり、精神医学的には人の気配の幻覚のことです。ただ、宗教体験において神のビジョンを見る経験、あるいは、世界中の怪談で語られる多種多様な心霊体験など、多くの領域で「実体的意識性」という言葉で呼ばれなくとも、古くから語られてきた現象です。こういう汎文化的、汎時代的な現象を、統合失調症という各論において記述し、考察したという研究でした。

私は、医学生時代に『精神分裂病の世界』（宮本忠雄著）を読んでいました。宮本先生はこの本のなかで、フランツ・カフカの孤独の三部作にせよ、カミュの不条理文学にせよ、ムンクの『叫び』にせよ、それらを精神病理現象と等価に扱っていました。私は、この本を読んで、精神病理学を学ぶことが文化と思想を理解する手がかりになるかもしれないと思いました。すなわち、私は精神医学を、西洋の知的世界にはいるための入り口と考えていたのです。

実際、当時一部では、精神病理学はそのような学問として捉えられていました。たとえば、『現代思想』（青土社）は、1984年12月号において「精神医学の23人」という特集を組んでいます。そのなかで哲学者の中村雄二郎さんが、当時売れっ子の精神分析学者小此木啓吾先生、そして、精神病理学の宮本忠雄先生の二人を招いて、座談会を企画しています。そこで中村雄二郎さんはこう切り出しているのですね。

> 「…現在人間の問題を考える場合に、精神医学の研究成果を無視することはできなくなっていると思うのです。新しい領域としては、文化人類学や動物行動学などいろいろな分野が拓かれてきているわけですが、その中でもとくに精神医学が一大領域を形作っているのではないか。それというのも、精神医学の領域の問題であることを特に意識していなくても、そういう研究にふれないと、今や人間の問題について十分に語ることは難しくなってきている。」（p. 194）

私は、哲学者と対等に議論できる小此木啓吾、宮本忠雄の両先生は、何てすごいのかと思いました。今から思えば、哲学者は精神分析・精神病理を過大評価していたかもしれません。でも、80年代は、精神分析学、精神病理学だけでなく、文化人類学、進化生物学、民俗学、言語学などが、哲学、史学、文学のような古典学の限界を打破して、人間についての新たな学を作ろうという勢いがあって、哲学者もそこから何かをくみ取ろうとしていたのですね。こういう青臭い夢は、現実を見るとしぼむはずですが、私の場合、臨床を始めて、かえって当初の夢は膨らんでいきました。毎週の症例検討会は、『精神分裂病の世界』の著者その人が主宰していました。ディスカッションでは、古典的な症例との対比が話題になりましたが、そのなかにはブランケンブルクの「アンネ・ラウ」や「ハンス・ヨアヒム」（『自明性の喪失』）、フロイトの症例シュレーバー、ガウプの「教頭ワーグナー」などの精神医学症例のみならず、ドストエフスキーのムイシュキン公爵（『白痴』における神秘体験）、ジャン・ジャック・ルソーの『告白』（パラノイア論に関連して）、躁鬱気質者としてのゲーテなども含まれていた。精神病理学が知の世界への窓だとの予感は、裏切られることはありませんでした。

ただ、残念なことに、私が入局して３、４年ご

ろ、宮本先生は健康を損ねてしまいました。結果として、私たちは宮本先生の直接の指導を受けた最後の世代となりました。留学前に病室で『精神分裂病の世界』にサインを書いていただきました。先生と言葉を交わしたのは、これが最後になりました。

先生の最晩年の臨床思想のなかで記憶に残っているのが、‘abschließen’（「締めくくる」）という語です。退院を前にした患者についてコメントするときに、私ども後進に対して、「患者に ‘abschließen’ させよ」とよくおっしゃっていたのです。「悩んだこと、病んだこと、入院したこと、そういう経験のひとつひとつを、それが自分にとってどういう意味だったかを考えるように促せ」ということです。この ‘abschließen’ には、「一つの時代が終わり、次のステージに移る」といった含意がありますので、宮本先生は、“ Durch seine Genesung konnte er eine Ära abschließen und eine neue Phase betreten.”（「彼はうつ病の克服を通じて、一つの時代を締めくくり、新たなステージに進むことができた。」）というところまで本人を洞察させることが、精神療法のエッセンスだという思いがあったのでしょう。

私は当時、宮本先生の言葉を理解していませんでした。でも、記憶にあるのは、先生が「大切なのは深層心理学（Tiefenpsychologie）なんかではなく、高層心理学（Höhenpsychologie）だ」とおっしゃっていたことです。「性欲だの、嫉妬だの、攻撃性だの、そんな暗いものばかりほじくってもしかたない。人間は、もっと高いものを目指す存在だ」、たぶん、そんな意味だったのだと思います。実際、深層心理学と称して、地下室でガサゴソ探し物をするから、ろくでもないものばかり見つかるのです。もっと高層階をめざしましょう。屋上に上がってみたら、必ずや違う景色が見えます。

イワン・イリイチの場合、痛みとの孤独な闘いだったと思います。この作品に影響を受けたとされる『生きる』（黒澤明監督）の場合、同じくがんのターミナルですが、ある若い女の「あなたも何か作ったら」という一言に接して、俄然行動的になって、児童公園を作ってこの世を去りました。がんで健康を失い、ついには生命すら失うことはわかっていたけれど、だからこそ、残された時間に何をすべきか彼は考えたのでしょう。そんなときに無邪気な女性の平凡な一言が天啓のように響いた。彼はがんの宣告以来すさんだ日々を送っていましたが、彼女の一言はそんな生活を ‘abschließen’ させました。こうして、彼は新たな一歩を踏み出すことができたのです。

ことほどさように、人間は、憎悪や嫉妬だけを原動力に生きる存在ではない。愛と奉仕のような崇高な目標のためなら、死を賭けても悔いないような、勇敢な存在でもあります。『生きる』の主人公は、名もない小役人だけれど、それでも彼の人生は「勇ましい高尚なる生涯」（内村鑑三『後世への最大遺物』）そのものだと思います。

（神庭）

‘abschließen’（「締めくくる」）で思い出すのが、笠原嘉先生のことです。笠原先生は、とある講演のなかで、うつ病になったことが、“それまで自分が築いてきたものの喪失体験” だけで終わってはいかにも残念である。回復は確かに大切だけれど、うつ病になった体験から得るものがあるとさらによい、というようなことをおっしゃった。心的外傷後成長（Post Traumatic Growth, PTG）にも通じることで、うつ病体験が喪失体験や心的外傷としてだけに終わらないことを求めたものですね。多くの方は、自信喪失体験、恥ずかしい体験、無かったことにしたい体験としがちです。しかし、新たな生き方、価値観を見つける方もいます。あるエリートビジネスマンは、管理職に上がれるかどうかという手前で、うつ病になり休職を余儀なくされました。彼はうつ病から回復したのですが、これまでは出世することにしか仕事の価値を見いだせなかったわけですから、大きな挫折をしたことになります。しかし数年後、彼は会社の健康管理室への異動を申し出て、同じように精神疾患で苦しむ同僚たちの援助をしだしました。しかも定年退職後には、職場のメンタルヘルスを専門とする会社に移ることができ、第二の職場で、ご自身の経験を生かして働くことに生きがいを見出したのです。まさに、愛と奉仕の人

生へと舵を切られた。人それぞれ異なるでしょうが、病んだ体験をしたことでその人の人生に新たな可能性を見いだすことができたのです。‘abschließen’ は、難しい作業ではありますが、治療者として心がけている必要がありますね。

『生きる』の主人公である小役人が、人生の最後に、とりつかれたように市民のための公園作りに命をかけます。そして先生はそれに「後世への贈り物」を生きがいとした内村鑑三の人生を重ねられた。私は、井原先生の精神医学へのご姿勢に、「勇ましい高尚なる生涯」を重ねてしまいます。患者さんと真剣に向き合い、対話をなによりも重視しておられる。薬に頼らない治療を貫徹されようとしている。

宮本門下生としての先生の臨床の話をお聞きしたいと思います。宮本先生は、井原先生の精神科臨床の基本姿勢にどのような影響を与えたのでしょうか。また先ほど言及された“高層をめざした”精神科医療とはどのようなものなのか、もう少しご説明をお願いします。

（井原）

宮本先生は、「了解」の可能性を広げようとなさっていました。島崎、宮本、加藤敏と続く人間学派の流れは、「了解不能」とされた統合失調症すら、精神療法の対象だと主張してきました。まして、うつ病や神経症圏内の病態ならば、正常心理と漸進的に移行し合う関係にあります。先ほど神庭先生が「心的外傷後成長（post traumatic growth, PTG）」に触れられましたが、その感覚に近いのが宮本先生です。つまり、危機を経験することは多かれ少なかれ、人生に不可欠だという立場です。病巣をメスで切り取るように、うつや不安をピンポイントで除去してはいけない。それが宮本先生の基本的な姿勢だと思います。おそらく先生には、人間は、挫折や苦悩を経験しながら、なお、スピリチュアル・グロウスをめざそうとする存在であるといった人間観があったのでしょう。そして、それを促そうとすることが、宮本先生のイメージした高層を目指す精神療法だったはずです。

宮本先生は、ムンクの「太陽」壁画に言及しています。ムンクが精神科病院を退院してから描き始めたもので、オスロ大学の講堂に飾られています。危機からの回復期にあったムンクにとって、太陽との出会いは世界再生の象徴でした。こういう、崇高な存在との同一化は、ムンクだけではありません。手塚治虫の『火の鳥・鳳凰編』では、両腕を切られて、山中を放浪していた我王が突然目の前に現れた太陽を見て、「美しい。なんという美しい世界だろう」と言う、有名なシーンがあります。苦悩の境遇の末に超越的な存在に触れて、それを自己の再生として受け取る体験は、疾患とは関係なく、文化、時代を超えて広く見られます。回心をテーマにした曲「アメイジング・グレイス」には、「私のような惨めな者を救ってくださった」（“That saved a wretch like me.”）という表現があります。この “Wretch” とは、はなはだしく自己卑下した表現ですが、自分の惨めさに向き合う時こそ、「生きる」ことへの洞察を得ることができます。

ポール・マッカートニーは、彼自身が途方に暮れていた時（in times of trouble）に聖母マリアの幻影を見ました。その際、マリアが発した「知恵の言葉（words of wisdom）」こそ、「レット・イット・ビー」“Let it be.” です。これは、『新約聖書』「ルカによる福音書」（1-38）の言葉だとされています。それは、自律でも他律でもなく、自己や他者を超える大きな存在に自身の運命をゆだねるという意味でしょう。これは、ヤスパースやハイデガーがしばしば言及するマイスター・エックハルトの「放下（＝絶対者へのゆだね）」（Gelassenheit）と同じことです。ドイツ語の lassen, ließ, gelassen は、英語では let, let, let ですから、ポールが聖母マリアの「知恵の言葉」に耳を傾けたように、エックハルトはすべてをキリストに委ねたのでしょう。ポールだってエックハルトだって、そのときはうつのどん底だったはずです。そんな時に、自身の卑小さに向き合うことで、自分を超えた大きなものの実在に気づいたのです。

濱田秀伯先生なら、こういう絶対的な受動感においてこそ、「治療的回心」が発生するとおっしゃることでしょう。シュライアマハーなら「絶

対依存の感情」における「敬虔さ」にこそ宗教の源泉があると考えるでしょう。

宮本先生も、精神の危機こそ、成長の機会だと捉えていました。その点で、「心的外傷後成長（post traumatic growth, PTG）」を重視なさる神庭先生のご見解にも通じると思います。宮本先生にせよ、神庭先生にせよ、その発想は、宗教思想としても、人間学思想としても、まことにオーソドックスなものだと私は思います。

ついでながら、精神科医のなかには、「スピリチュアルだの、回心だの、宗教だのは胡散臭い。俺は科学に立脚する」とおっしゃる人もおられるでしょう。でも、症状を押しなべて無意味なものと見なす発想は、生物学的にも正しくないかもしれません。

精神症状の多くは、適応上の意義があります。たとえば、抑うつ気分は、「このままでは倒れてしまうぞ。休め」というサインでしょう。逆に、抑うつに陥らない人とは、このサインを自覚しない人であり、交感神経過緊張の状態が続いても、身体がアラームを発しない。そうなると、心筋梗塞、脳卒中のリスクは格段に上がります。意欲減退、食欲低下には、代謝資源の節約という意義があります。活動量を減らせば、代謝に伴うフリーラジカルの産生だって、最小限にとどめることができます。対人恐怖の心性は「社交不安症」である以前に、サバイバルに必須の警戒心でもあるはずです。対峙すべき相手は、「人間」という恐ろしい動物です。誰に対しても、どんな場合も恐怖を感じないとは、捕食者に対する防御がなされていないことを意味します。人間にとって最大の天敵は、ライオンでもトラでもなく、他の人間のはずなのに、こんなに無警戒では危険極まりない。相手の粗暴さに気づかなくて、傷害事件や性犯罪に巻き込まれるかもしれないし、甘言にほだされて詐欺にあうかもしれません。むしろ、対人恐怖気味の方が、生存に有利なはずです。思春期に同性の親を敬遠するのは、すでに「異性に求められる男（女）」を目指し始めているからであって、父（母）に相談できない課題を内に秘めているからでしょう。中高生が異性の親や同胞を嫌うのは、近親交配の回避という生物学的英知の反映かもしれません。女性たちは、黄体期に眠くて、だるくて、イライラする。これは、本来は子宮内膜の環境を整えて、着床しやすい状態を維持するために、身体が安静を要求しているのでしょう。それなら無理しないで、月経前だけは普段より30分ないし60分長く眠ればいい。うつだから抗うつ薬、不安なら抗不安薬、イライラしたら気分安定薬、こういった一対一対応は、人間観として浅薄であるのみならず、生物学的にも正しいとは言えないように思います。

（神庭）

先ほど先生はルカ書から引用されました。ビートルズの“Let it be.”が、『新約聖書』「ルカによる福音書」（1-38）に由来するということは初耳でした。僕は同じルカ書の「放蕩息子の帰還」を思い出しました。ブドウ農園を営む父親には二人の息子がいました。父は二人に生前贈与をします。その後、父のもとを去り放蕩を尽くした次男が、やがて財産を使い果たし、ぼろきれを纏い父のもとに帰ってくる。父は次男を非難することなく、息子の帰還を心から喜ぶ。一生懸命に父の手伝いをした長男は父の歓待ぶりを受け入れられない、という話です。次男は極限状態を経験し、「絶対依存の感情」を抱いている。善悪の判断を超えて、息子の帰還を喜ぶ姿こそ、我々の神の姿である、とイエスは教えます。人間学的精神医学にも通じる姿勢なのかな、と思いました。

うつ病で表れる症状には、病的なメカニズムによるものと生体防御反応によるものが渾然一体となっていますね。風邪を引いたときに発熱するのは免疫細胞がサイトカインを放出し、体温を上げ、免疫機能を活性化させるためです。だるくなり、食欲が低下するのは、むやみに動いて体力を消耗しないようにするためだと言われています。この行動は sickness behaviour と呼ばれる生体防御反応であり、むやみに解熱剤を投与しないほうがよいのです。うつ病の症状は熱こそでませんが、sickness behaviour に類似しています。両者に共通のメカニズムが関与している可能性があります。先生が言われるように抑うつ状態においても、ストレス下で「これ以上無理をするな」とい

う身体からのシグナルなのかも知れません。ただし生体防御反応も過剰になると生体侵襲的に働くので、制御が必要になります。

先生のお話を聞いて腑に落ちることがあります。統合失調症の妄想で一般的なのが被害関係妄想なわけですが、病前性格として発症前から対人関係を苦手としている統合失調症の人にとって警戒すべきは人であるというのももっともなことでしょう。そして対人的閉じこもりが起こります。これは陰性症状とされていますが、強い苦悩を伴う陽性症状を和らげるための二次的な生体防御行動でもあるともいえるのではないでしょうか。「了解」の可能性を広げる試みがあって良いのでしょうね。

人間学派の流れを大づかみにできたところで、ここからは井原先生の治療論についてお聞きしたいと思います。先生は、なるべく薬物を使わない治療を心がけていると聞いています。いままでのお話から、精神疾患をその好ましくない症状の集合として取り除くことに終始するのではなく、一人の人間が抱える病の経験として相手に向き合う立場に立っておられます。したがって、精神療法を大切にされていることはうなずけます。先生ご自身が精神療法で大切にされていることからお聞きできますか。

（井原）

私は、精神科臨床の目的は症状を取り除くことではないと思っています。むしろ、うつや不安を経験することで、そこから何かを得て、人生の次のステップに踏み出すように促すのが、精神療法だと思います。諸症状は、生体にとって意味があります。神庭先生が sickness behviour という言葉で表現したとおり、心身が疲弊した時に生じる合理的な防御反応に過ぎません。それ自体を治す必要はなく、ただその回復からの過程を上手に後押しすればいいのだと思います。合理的な反応も「過ぎたるは及ばざるがごとし」であり、それが過剰にならないように見守る必要はあるかもしれません。そのためには、「７時間睡眠、7,000歩、いったんは完全断酒！」程度の介入は行ったほうがいいでしょう。もっとも、プラセボ対照試験をみればわかる通り、プラセボだって結構効く。特段こちらが「治そう」とシャカリキにならなくても、患者さんは治っていくものです。

精神療法の観点から見れば、がんを切除するようなやり方で機械的に症状を除去するのではない。うつや不安を抱くに至ったその理由というか、経緯というものがありますから、回復期にはその点に関して患者さんに少し振り返りをしていただいたほうがいいかもしれません。トラウマ体験も時には必要です。人間というのは傲慢で愚かな存在であり、トラウマでも経験しないと、自分のことを振り返りません。何の挫折も経ることなくノホホンと育てば、薄っぺらい人間が出来上がるだけです。トラウマや挫折を経ることで、自分と他者との関係について学び、自分の限界も可能性もわかって来るし、譲歩も妥協も、清濁併せ呑むことも、生きるためには必要だという自明の理に気付くのだと思います。

その際には、先ほどの黒澤監督の『生きる』は参考になります。人は小さな示唆によって、天命を知ることがあります。その示唆を与える人とは、聖職者であるとはかぎりません。『生きる』の渡辺市民課長を変えたのは、元部下の小田切とよの無邪気な一言でした。このときに、とよは、「ケアをしよう」などと意識していたわけではありません。ただ、途方に暮れた上司を少し励ましたかっただけです。でも、その一言で渡辺課長は突然、行動を始めました。課長の決断の重大さに比して、とよの「何か作ってみたら」の言葉は軽すぎます。でも、そのときに、課長は「死」という自分の意思を超えた運命の過酷さに気づいていました。自分を超えるものによって自分の存在がゆだねられていることを痛切に感じていました。この心境は、精神医学的には「自己価値感の低下した状態」と言ってもいいし、そこには「被暗示性の亢進」が認められるといってもいいでしょう。ドイツの神学者・哲学者のシュライアマハーなら、そこに「絶対依存の感情」をみることでしょう。

渡辺課長ととよから私どもが学ぶべきは、人が劇的に変わる場合、そのタイミングがある。その際、「知識」や「論理」が人を変えるのではない。

タイミングさえ合えば、一見平凡な一言でも、人は劇的に変わるということです。

私ども精神科医は、小田切とよの役割を、とよのように「意図せずに」ではなく、多少の職業人としての意図を込めて行おうと努めることだと思います。そのためには、注意深くタイミングを見ることでしょう。回復期こそ患者さんと話すタイミングです。そういうときに、患者さんの心のなかに「再出発したい」、「この経験を生かしたい」という思いがわいてくる時がある。それを見逃さないで、そのタイミングで、患者さんの興味・関心のなかから後押しできるような言葉を発することができれば、私たちは小田切とよになれるのです。

そのためには、その人の人生の履歴のなかに、やり残したことがないかを探っておくといいでしょう。渡辺課長の場合は、「児童公園建設案」がそれでした。芸術家なら作りかけの作品、小説家なら書きかけの著書、研究者なら最後のプロジェクトを論文にしあげることでしょう。まだ現役のビジネスマンなら、自分の部署のマニュアルを整備することも、優れた仕事になるはずです。遺言証書を残して、自分のあとに子どもたちが財産争いをしないように、自身のメッセージを残すこともいいでしょう。不幸にして多額の負債を抱えた人の場合、債務整理をすることも、それもまた勇ましく、高尚な仕事だと私は思います。債務整理も自己破産も会社廃業も、はた目には格好のいいものではないかもしれませんが、それでも誇りをもって取り組むべき仕事です。開業医ならば閉院もまた、歴史の幕を閉じるという重大な仕事だと思います。渡辺課長のように「死」を意識する必要はない場合もあるでしょう。その際も、人生の次のステップのために、来し方を振り返り、人生の取捨選択、選択と集中を試みるチャンスです。働きすぎのビジネスパーソンなら、それこそ、人生で初めてワーク・ライフ・バランスを考える機会になることでしょう。

つまり、うつや不安など、メンタル不調に陥ったのなら、それはそれでいい機会なのだから、この際、ビフォーとアフターとで生き方を少し変えてみたほうがいい。それを、さり気なく促すことが精神療法の役割だと思います。

さて、薬物療法ですね。私は、抗うつ薬のメタ解析でプラセボとの有意差が出なかったとの論文以来、薬について学ぶ意欲を失ってしまいました。うつや、不安には、薬はほとんど使わなくなりました。少量のアリピプラゾールを申し訳程度に使うぐらいです。睡眠薬についても同じで、眠りたい時間の17時間前に起床するように促すだけで、睡眠薬ひとつ出さないこともあります。双極性の気分変調については、薬効の判定を睡眠日誌をみて行うことを心がけています。どの薬を、どの量で使うかには、こだわっていません。双極性の波は睡眠時間の長短、睡眠相の前後の動揺がもたらした二次的な症状にすぎないので、気分をみるより、睡眠パターンを見るようにしています。一見落ち着いているようにみえても、睡眠時間の長短があれば要注意ですし、本人は「まだまだ」と語っていても、睡眠が安定してくれば楽観していいと思います。漢方薬については、積極的に若い部下たちに聞くようにしています。医局の症例検討会でも、教授の私が、新人研修医に「どの薬がいいか」と聞くのです。これは、もちろん、言外に「精神療法については私は教えられるが、薬物療法はそうではない。自分なりに勉強しなさい」という意味でもあります。

（神庭）

先生は、「精神科臨床の目的は症状を取り除くことではないと思っています。むしろ、うつや不安を経験することで、そこから何かを得て、人生の次のステップに踏み出すように促すのが、精神療法だと思います」とおっしゃった。この言葉はとても重い。国際的にリカバリーを目指す精神科医療が展開されています。リカバリーとは「治ること」や「正常に戻ること」ではなく、自分のアイデンティティと人生をコントロールできるようになること、自分の人生に希望を持てるようになること、そして、仕事、人間関係、地域への参加などの機会を持てるようになることです。すなわち「生きがい」を持ち、自分にとって意味のある人生を送ることです。リカバリーは薬物療法では到達できない目標です。

人間学的精神医学とは何かという問いの答えが先生のこの言葉にあるのではないかと思いました。人間機械論でいえば、故障を直すことが目的となり、医学の役割はそこで終了ということになります。身体医学一般もそうですし、それに準じる生物学的精神医学もそうなりがちですね。脳神経科学、精神薬理学を専門としてきた僕が言うのもおこがましいのですが、精神医学は、ヒトではなく人間を対象とした医学です。薬物療法と精神療法を組み合わせることの意味がそこにあるといってもよいのかも知れません。

病名や症状をもって記述すれば、ＡさんとＢさんの症状に違いが無い場合もあるでしょう。しかし、生まれ持った気質、成育歴や家庭環境にみる生活体験において、二人として同じ人、同じ人生はありません。人生を背負い続けてきた人、そしてこれからも背負い続ける人として患者さんを理解し、支援しようとすることが人間学的精神医学でもあるのですね。

僕からは最後に、井原先生からお贈り頂いた最新書『精神科医として生きる―診察室の人間学―』（金芳堂、2024）についてご紹介させてください。若手精神科医に向けて書かれた本です。第一章「精神療法の技術」、第二章「精神病理をどう学ぶか」、第三章「精神科医のメンタルヘルス」、そしてモノローグ「我が精神科医人生のあけぼの」の４章から構成されています。この対談で井原先生の精神医学に惹きこまれた方は読まれるとよいと思います。先生の精神療法の技（コツ）が、そしてどのような書籍を読みながら精神療法や精神病理学をどのように学ばれたかが紹介されています。先生の読書歴は、精神科医として成長したいと思う若手にはとても貴重な道程ともなっています。

楽しい対談ができ、誠にありがとうございました。