OBより一言

精神分析と共に歩んだ15年

毛　塚　満　男

OBより一言

精神分析と共に歩んだ15年

毛　塚　満　男

今夏、野村忍先生から15周年の記念会を11月に開きたいという報告を受け、もうそんなに過ったのかという感を禁じえませんでした。

私が石川先生にお会いしたのは、昭和48年1月11日であります。“過去”を記憶することは全く苦手の私にとってもこの日だけは一生忘れることのできない大切な日であります。私は昭和47年3月に金沢大学医学部を卒業したのですが、学部の3年の頃から癌の研究に進むか外科医になるかで迷いに迷っていました。卒業が近づいてもはっきりと方向を定めることができないので、取りあえず学生時代から興味のあった癌組織に親和性のあるアイソトープの研究をやることにし、母校に当時全国で初めて設立された核医学科に入局しました。

入局後一方で患者の診療に携わりもう一方で基礎的な研究を続けるうちに、この仕事を一生続けて満足できるのかという不安に強く襲われるようになりました。幸い友人も多く、“医者としての Identity”について毎晩遅くまで盃を酌み交わしながら語り合えたので、これが大きな支えになっていました。

入局后半年程たった頃、私の勤務する病棟に20才前後のバセドー病の女性が、その春にアイソトープ治療を受けたが一向に改善しないので再び入院してきました。彼女はめまいや弱視や全身の脱力感を執拗に訴えるのですが、検査しても異常はなく担当の医師は逃げまわっていました。やがて勤務交代があり、私が彼女の担当になりました。まず鑑別診断のため各種の検査を行ない婦人科や精神科にコンサルトしましたが、私の助けになるようなコメントは何も得られませんでした。途方に暮れていた時、私を救ってくれたのは同級生でした。彼は学生時代ノンセクト・ラジカルで医学だけでなく思想や哲学方面に興味のある男だったのですが、彼は彼女はいわゆる“心身症”でないかと言うのです。心身症については学生時代から年数回、九大から小川暢也先生が特別講義をして下さっていたのと、卒業試験にも出るというので勉強しており若干の知識はありました。

さっそく彼の上司であり心身症の研究に携っていた水島典明先生にコンサ

ルトしました。水島先生は実存分析が専門なのですが、治療法は精神分析に基づいていたのでしょう。

彼女が未熟な性格の持ち主であり、母との分離不安がバセドー病の発症と難治化に関係していると説明してくれ、今でいうA－T split（つまり私が病棟医になり、彼が精神療法医になる）に似た治療構造を指示しました。私はやっかいな患者を引き受けてくれそうな先生が見つかってすっかり安心し、今度は彼女が本当に心身症かどうか、水島先生はどんな治療をするのかに興味を覚え、彼の治療をじっくり観察することにしました。

彼女はいわゆる B－P－O の持ち主だったので、水島先生は精神療法の面では大分苦労されたようでした。しかし家族を集めて彼女の病気を説明してやることで家族環境が変化し、数ケ月後には退院でき、その後なんとか社会復帰もできました。私は水島先生の治療を観察させてもらううちに、いかに患者は精神的に病んでおりこれからの医学は身体面だけでなく心理面も同時に診ることができるようにならなければと感じ、急速に精神療法特に精神分析に魅せられて行きました。

最初に読んだブレイン・バードの「面接による患者心理の理解」では著者の患者に対する愛情の深さに痛く感激し、土居先生の「甘えの構造」では極点に達し、その後はものに憑かれたように分析の本を読み漁りまました。やがて“精神分析のできる内科医になろう”という目標が自然に生れ、分析を勉強するため上京することを決意しました。上京して聖ロカ病院を訪ね、助手の方を介して土居先生と連絡をとらせていただくと、“君に会ってみたい”とおっしゃって下さり、喜び勇んで彼の研究室に出かけました。この日が最初に触れた昭和48年１月11日でした。

土居先生は、私の“分析のできる内科医がこれからの医学に必要であると思う”という主張を30分程静かに聴いて下さり（実を言うと分析されてるように恐かった！）、最後に“君と同じ考え方で活躍している男がいる。正式には石川中（ひとし）というらしいが、我々はみな「チュウさん」と呼んでいるが、君は知っているか、今電話してあげるからぜひ会いなさい”と言われ、その場で石川先生に電話をかけてくれました。石川先生も今なら時間があるので会ってもよいという御返事で、その足ですぐ東大分院に向いました。

石川先生と初めてお会いした時の印象は、非常にダンディーでやはり東大の先生だなあという感じでした。石川先生は“毎週１回数人で心身医学の研究会を開いているから、それに参加したらどうか”と奨められました。当時の研究会のメンバーは、佐藤義雄先生、菊池長徳先生、飯田宏先生、松野進

先生、赤池陽先生の計6人でした。

その後石川先生に研修のことを御相談した所、昭和48年4月から1年間東京共済病院の中川圭一院長の所で内科の研修をし、49年4月から第4内科に入局し、馴れてきたら少しづつ心療内科の仕事を始めたらどうかとすすめられ、その通りにすることにしました。

上京当時の私は、かなり強く“分析”の熱にうかされていましたので石川先生の研究会と安永先生の研究会の他に土居先生の研究会にもそれぞれ毎週1回顔を出すことにしました。今にして思うと大胆で恥しいのですが、半年も過たないうちに東京共済病院では看護婦さん達に心身医学の講義を始め、他医からのコンサルトも受け始め、喘息やヒステリーの患者さんの治療をすでに初めておりました。

1年後に東大分院の第4内科に入局しましたが、当時は学生運動の余韻がまだ色濃く残っていて、医局会議は毎週遅くまで続き荒れに荒れていました。私は諸々の紛争に巻きこまれず、初志である“分析のできる内科医”になるため研鑽を積もうとしていたのですが、そうもいっていられなくなり、特に昭和53年10月に心療内科の医局長に就任してからは（内科だけでなく心療内科も大変不安定な時期でしたので）完全に飲み込まれてしまったようで、気がついた時にはもう軽い（？）うつ状態に陥っておりました。

創成期の頃は（今でもかなり残っていますが）、心療内科や心身医学に対する偏見はかなり強く、好意的な人達も本音の部分では“心身症はわがまま病で放っておけば治る”と思っている人が大部分であったと思います。そんな彼等に心身医学の必要性をなんとか分ってもらおうと説明するのですが、“心”を身体と同時に診ることを大学で教えられてないのもあって抵抗が強く、逆にそんなことより内科をもっとしっかりやれと反応されてしまい困惑してしまうことが度々でありました。

しかし当時の私は、分析的にいえば自我理想というか全能感というか、そういうものが非常に強く、“自分がやらなかったらこの患者さん達は救われないでないか、他の医者が見捨ても自分は絶対あきらめず治してやらなくてはいけない、内科の人達にも心療内科はただ患者と遊んでいるだけでなくちゃんと治すことができるのだという所を見せてやらなければならない”、そういう想いで一杯でありました。とはいえ心身症の患者はそんなに容易によくなってくれませんから、毎週火曜日にある回診で“まだ居るのか、何をやっているんだ、全然変ってないじゃないか、こんなのわがまま病だ、戦争中はいなかった”と詰問されると、分ってはもらえないと思いながらも、分析的

にはこの人の病理はこうで、こんな風に治療しようとしてますと、冷汗をかきながら説明したものでした。

こんな風に孤立無援の状況の私を慰め、力づけ、救ってくれたのは、分析家の本と患者さん達でした。この頃苦労させられ今でも印象が深い症例は、発作になると200mHg 以上に血圧が上昇し、1週間以上も続く激しい嘔吐発作を繰り返した仮面うつ病のA子さん、自殺未遂を何度も行ないみんなをハラハラさせた過食症のB子さん、喘息とうつを繰返した初老期うつ病のCおばあちゃんの3人が、まずまっ先に思い出されます。まだ分析の治療技術が未熟な時期でありながら、なんとか彼女達の手助けになり健康を回復させてやれたのは、私の要請を少しも嫌がらず supervision で応え鍛えてくれた土居健郎先生や小此木啓吾先生や山上千鶴子先生達のお蔭が大きいと思います。

これとは別に数年前ある友人の分析家から言われたことなのですが、私が孤立無援の状況にありながらなんとかしようという熱意に溢れていたので、これに患者も共鳴して2人の間に治療的共生関係ができあがり、そのため治療環境は減茶減茶なものであったがなんとか乗り切れたのでないかと助言してくれました。彼の解釈に私は初めこれまで誰にも分ってもらえなかった気持をやっと共感してくれる人が現われたと思い感激しました。しかし治療的共生関係を無意識に作ろうとしていたという彼の指摘には、確かに当っていると感じさせられると同時にえもいわれぬ恥しさを感じざるをえませんでした。それ程孤立無縁にならなくていいのに自分の内的な問題のためにそうならざるを得なかった。そのため患者さんのお母さん達よりはまだましとしても、崇高というのか孤高というかそんな“理想”の世界で患者さんと無意識的に共鳴し合っていたのでないかと思うに至ったのです。ただ心身症や分裂病の精神療法過程においては治療的共生関係は欠くべからざるものといえるのですが、自分の場合はすこし過剰でありすぎたと反省したわけです。こんなわけでこれまでは自分だけの世界で自己愛的に周囲を見ており、自分と他人は全く違った軸で動いているということが分らず、自他の分化が未成熟のままであったと悟りったのです。

この体験は、馴れ親んだ東大分院を離れ都立駒込病院という大人の世界に職場が移ったことも相俟って、私の治療観や人生観に大変な変化をもたらしました。これまでは自己主張すべき所で自己主張せず、何か自己主張を悪いことのように感じ、内科医や精神科医からの批判を偏見だと思っても直接面と向って反論せずに、ただ患者を治すことで（その能力と実績だけで）見返そうとする自分に、典型的な日本的マゾヒズムが相当強く存在するなと反省

しました。

この洞察は、私にとって極めて重要なことを数多く気づかせてくれ、拒食症や過食症や各種の心身症の患者さん達がどんな風に苦しんでいて、どんな解釈を与えて行けば彼等が病的世界から離脱できるかについて以前とは比較にならないくらい分るようになりました。

私はよく“君は分析一筋だね”と誉められてるのか軽蔑されてるのか分らない言葉を投げかけられ、返答に困ることが多いのですが、私にとって精神分析は、“分析のできる内科医”という崇高な目標のためというより、また心身症に苦しんでいる人達を救いたいという願いのためというよりは、なんといっても自分の心の成長のため一番必要であったんだなあと実感する今日この頃であります。

最後に現在の心身医学会について私見を述べておこうと思います。池見酉次郎先生は、東洋の英知による東洋と西洋の統合を唱えられています。これには私も賛成なのですが、臨床面での実践的な裏付けがかなり不足しているので以前から残念に感じています。西欧の心身医学が分析的な見方で臨床的実践を行ない、これを土台にして発展してきたように、日本の心身医学をリードする人達は、これまでのようにマスコミに注目されることばかりに捉われず、また“臓器医学”に迎合して臨床報告を軽んじ実験的研究を過度に重視する傾向を改め、精神療法に基づいた臨床面での確固とした“地固め”の努力と、心身医学の必要性を啓蒙するのではなく、“当然のもの”として“正当なる自己主張”を臨床現場において日日実践して行く必要があると思います。私はそんな考え方で今後も精神分析を軸にして心身症の心身相関の研究や臨床各科へのリエゾン・サービスに取り組んで行きたいと考えています。

稿を終えるにあたり、15周年の記念小冊子に発言の機会を与えて下さった末松弘行先生に感謝の意を表したいと思います。