

# 一留年学生の身体症状と精神症状

鹿野 達男

大学保健管理センター

周知のように最近の学生の心理・行動的問題としては、一時の大学生を中心とする学園紛争のような集団的発現はかげをひそめたが、中学校レベルの校内暴力や家庭内暴力、非行などの社会的問題行動が連日のように新聞紙上を賑わしている。そして、それが殺人とか傷害というような事件にまで発展すればジャーナリズムに大きく報道されて社会の耳目を集めるが、実はそれらは氷山の一角にすぎず、小学生から大学生に至るまで種々の心理的問題をかかえた多数の予備軍が潜在していることをわれわれはよく知っている<sup>1)2)3)</sup>。

また暴力行為のような過激な陽性症状とは全く逆の陰性の発現型を示す不登校学生や鬱気力学生が、数的にいえば、より多く存在することも我々は知っており、またそれらの陰性症状群が突如として陽性症状群に変化する可能性のあることも、個々のケースのヒストリーを辿れば容易に知ることが出来る<sup>4)5)6)</sup>。

また、これらの学生の問題行動に対してアプローチする側の立場としては、高学歴社会、競争原理社会、親子、教師・生徒の世代間の問題などをテーマとする社会病理的視点から、従来の精神医学で伝統的に扱われてきた、より生物学的レベルの精神病、神経症、境界例などの個人病理的視点まで幅広く広が

っている訳であり、それらの詳細については、それぞれの専門家の手に委ねられているとはいうものの<sup>7)8)9)</sup>、それらについての一応の知識を備えておかななくては個々の症例の処遇に当って適切な定位、対応が不可能になるといえるであろう。

このような学生に接する者の広範囲な予備知識の必要性は、主として身体病を扱っている本センターの医師団にとっても論外ではない訳で、身体的な主訴をもって来院する学生たちに対しても、いわゆる心身医学的な目配りは常に要求される。先日も塾の中学校で腹痛と疲労感をもって、しばしば学校の医務室を訪れる一生徒が実は不登校と家庭内暴力をもつケースであったことがあるが、これが日吉の高校や大学になると学生数の増加に伴い学生の生活、特に登校状態の把握が困難となり、時にはその身体症状のもつ心理的、生活史的意味合いが見過ごされてしまう場合が生ずると思われる。

ここで筆者が提出する症例は、下痢、嘔吐、食欲不振などの胃腸症状をもって日吉のセンターを訪れてきた大学生で、その後、関原医師から筆者の方へ心身症として紹介されてきたもので、またある関係から日吉の林看護婦も治療に加わったりして1年の留年の後

に登校継続のルールへ戻すことに成功したケースである。この症例を通じて身体症状と精神症状の関連性や、その生活史的意味や背景について考えてみたい。

## 症 例

### 1. 開始期

本患者は昭和34年生れの男子学生で、中国地方の山間部の一地方都市で生育し、地元の高校からストレートで商学部へ入学、センター初診当時は商学部2年生で、横浜市内の下宿から通学していた。

初診は昭和54年5月15日で嘔気、微熱、感冒を訴え、プリンペラン、ダーゼンが投与されている。18日に再来、食思不振、体重減少(入学時67kg, 当時57kg)を訴え、フェスタール、プリンペランが投与されている。21日に再び再来、食思不振、全身倦怠、嘔気、頻脈、不整脈を訴え、この時、やや詳しいアナムネーゼが聴取され、心電図検査がおこなわれ、心因的要素が大きいことが疑われ、セルシンが投与されている。更に23日、24日と同様の訴えをもって来所しているが、ここで本人は通学継続を諦め、一旦、故郷へ静養、精査の目的で帰郷している。

本人が再びセンターを訪れたのは、約1ヶ月後の6月18日であるが、この間、患者は故郷の近くの医大病院内科へ行き、血液、甲状腺、胸部などの精査をうけたが、やはり異常所見はなく、前期試験も近づいたため、再び上京してきたが、食思不振(ちょっと食べると胃が一杯になってしまう)、倦怠感は依然として継続しているというので、関原医師か

ら筆者の方へ紹介されてきた。

### 2. 精神科医への通院治療

筆者の初診は6月20日である。患者は174cmの長身で、全体におっとりした感じで、特に神経質そうなビリビリした印象はないが、目付はキョロキョロしていて落ち着きがない。センター初診後の経過は上述の通りであるが、アナムネーゼを更にさかのぼって記すと次の如くである。

慶大入学後、1年の時には特に問題はなかった。心理的には、地方高校から慶大へ入って学生の気風が皆紳士然として大人に見えたのでちょっと馴染めなかった。また言葉のアクセントも気になり、初めのうちは同じ高校から進学してきた者とばかり毎日会っていた。クラブは野球が好きだったが、入会することはしなかった。体力的には、入学直後の体力測定で60人中、上から5番目位で自信があったという。

前期の試験は大学へ入学した気のゆるみと欲がなかったため成績があまりよくなかったので後期の試験(54年1月)には頑張ろうと思って少し無理をした所、体調をくずし、下痢をして吐いた。それから食べると嘔気を催すようになり、食べられなくなったという。

これが症状の始まりである。2月7日に1年後期の試験を漸くおえて、故郷へ帰った。この時、前から自動車の免許をとろうと思って学校を予約してあったので、そこへ通学したが、その間も嘔気が続いていた。2月22日に近医で胃透視をしたが異常なしといわれた。しかし、休暇中、故郷にいる間はまあまあの状態であった。

3月31日に横浜の下宿に帰ってきたが、帰りの新幹線に乗った頃から不安を増し、具合が悪くなり翌日はげいし下痢をした。4月下旬、休みが続いたので2週間、帰郷し自動車の免許を取得したが、この間はよく食べられたという。この頃から身体症状(主に嘔吐、下痢、食思不振などの胃腸症状)と故郷(両親)との分離不安の心理との相関関係がはっきり認められるようになる。

5月6日、再び上京して来たが、以後、易疲労感を訴えるようになり、5月14日、嘔気がして摂食不能となり、5月15日にセンターを初めて訪ねたという経過になるのである。

ここで、この学生の家族背景について述べると、家族は4人で、父は48歳で地元の高校教師、母は41歳、同胞は4歳下の(当時高1)弟がおり、他に母方の祖母が近くの都市に住んでいる。父について患者は昔はきびしかったが、最近は優しくなったといっており、母は元来優しいと述べている。

このような病歴から患者の身体・心理症状の病理が、故郷(両親)からの分離・自立の過程の問題として捉えられることがはっきりしたが、これについては患者の心理的成長を待つ他はなく、それまでの危機的情況を如何に援助し、学校からの脱落を防ぐかが治療の課題となった。

初診日は以上のような病歴をきき、薬物としてはスルピリッド(150mg)とプリンペランを投与した。また心理的問題のカウンセリングとして学生相談室を紹介したが、こちらの方は患者自身の訴えが身体症状の方に集約されており、心理的アプローチの手懸りとなる点が少なかったために、結果的には、2回だ

けの面接に終り、永続しなかった。

次回、再来した時には、試験期で不安であるために故郷から母に来てもらったこと、母が来ているうちは食べられるが、母が帰郷してしまうと又、不安が生じてきてしまうこと、試験期であるが、どうも勉強する意欲が湧かないことなどが述べられた。この間、父から筆者の所へ電話が入り、電話でお互いに情報を交換し合った。父は随分優しい感じの人で女性的配慮をする人のような印象であった。又、患者がまだ乳離れができていないのだと父の方でも認めていた。

結局患者は7月21日に最後の試験を受けその日に帰郷した。筆者との面接は合計4回だけであった。なお、面接は一般外来の時間帯の中でおこなわれ、15分~30分程度のものであった。

### 3. 帰郷、他医での入院治療、留年

54和7月に大学2年の前期試験を母の泊りこみの援助を受けながら漸く済まして帰郷した患者は、その後、翌年の4月までセンターをはじめ、慶大関係の治療機関には全く姿を見せなかった。その間、標記のような事実がおこり、次に、筆者が患者に会ったのは昭和55年4月23日であった。この時患者は故郷の近くの某医大神経科に入院中で外泊の形で上京してきたのであり、その主治医の紹介状を持参していた。その紹介状によるとその間の経過は次の如くであった。

54年7月帰郷した患者は、その後粘血便(?)が出たり、癌恐怖を生じたりして、再び故郷の方の医大病院や精神科病院を受診していた。後期になってからも、そちらの病院の

薬を母が横浜の下宿へ届けたり、あるいは母が下宿にある期間、泊りこんだりして援助していたが、患者は「こんな調子では進級できない」とか「いい成績がとれないと一生駄目になる」とか言って、家庭内で充奮したり、物を投げたりするようになった。55年1月の後期試験は一応受験するつもりで上京してきたものの不安、焦燥が強く全課目を受験することが出来ず、遂に3年への進級が不可能となり、本人はますます精神的におちこみ、1月23日に地方の某医大神経科へ入院することになってしまった。

入院後、約1ヶ月間は全く抑うつ的、絶望的で終日、臥床していたが、その後だんだんと改善されてきた。しかし従来の心気症状と留年による将来への不安を訴え、主治医への不満、ヒステリーで入院していた女子中学生への恋愛感情、外泊中の家族への攻撃的な言動などが現れていたが、3月になって漸く安定してきた。4月からまた2回目の2年生をやらなければならず、患者は日吉で神経科病院に入院しながらの通学を希望しているのでよろしくお願ひしたいという懇切な紹介状であった。

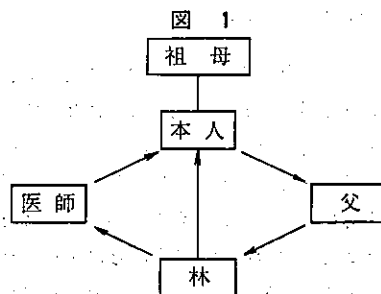
その日の患者の状態は前年の時よりも、遙かに退行の進んだ状態で「今の自分は何も出来そうもない感じがする」「勉強は全然やりたくない」「スポーツをやりたい」などと、一応復学を前提として上京してきたにも拘らず、現実を無視した要求を出すので、このまま患者の希望を入れて入院させては一層患者の退行傾向をつのらせ、地元の病院でおこしたような種々の行動化をおこしてくるのは明らかと思われたので、一旦患者を帰し、父と相

談して今後の生活態勢を整えることにした。そして数日後に父が上京して来て、日吉に下宿を見つけ、祖母と一緒に住んで食事の世話をし、そこから通学することにしたのである。

#### 4. 2回目の2年生、本人および治療の危機状態

このように祖母と一緒に泊りこむという特別な庇護体制で2回目の2年生生活が始った訳であるが、この1年間、患者は常に留年の敗北感、挫折感にとらわれ、それを克服することができず、うっ屈したアグレッションを父にぶつけ、治療への参加は拒否的となり、患者自身にとっても、治療にとっても一番ひどい危機状態に陥った。

この間に、患者および父と治療者との治療関係を辛うじて保つ仲介的役割を果たし、またそれ自身も治療的役割を果たしたのはセンターの林看護婦である。この患者家族の遠縁にあたる北里大学病院の看護科長が林の慶大の厚生学院時代の恩師にあたるといった関係から、この患者の父と林との間に交通路ができ、患者が父に宛てて出した手紙を父が秘かに林に送り、林に患者への呼び出しや激励を頼んだ。また林はそれを筆者の方へ連絡をとった。この時の治療構造的交通路は図1の如



くである。

この1年の間に患者は取らなくてはならない必須課目は2課目だけで、後は選択の3課目があるだけで時間をもて余していた。しかも学校では留年したため友達もできず、孤独な生活を送っていた。登校日は週2日位であり、後は1人で映画を観に行ったり、ステレオをきいたり(20万円のステレオを購入した)、TVで野球を見たりして過ごした。しかし、一方ではマラソンを続けるというような自立へ向う動きもあった。また夏休みに帰郷した際には、道路工事のアルバイトをするというような過激なことも試みているが、これは10日と続かなかった。

日吉の下宿では祖母と同居していた訳であるが、この祖母は元々他家(母の兄弟の家)の人であり、他人的距離関係を保っていて、父に対するような依存・攻撃の対象にはならなかったようである。このような境界性が保たれ得た所にこの患者の病理の軽症さがうかがわれる。祖母は夏休み迄同居し、夏休み以後は患者が1人で住んだ。

当時、患者が父にあてて書いた手紙のコピーが筆者の手許にあるが(それらは父から林へ送られてきたもので、父は用心深く、それらを又、林から送り返してもらっている)、それらを読むと当時の患者の近親者(父)に対するウラの心理<sup>10)</sup>がよく読みとれる。

「前略、このところ2、3日おきに薬書や手紙がきていますが、それ程心配してくれなくても大丈夫です……死んだら死んだで、ばあちゃんがそっちへ連絡するだろうし、よけいなことは心配しないで下さい。まあそれでもぼくの事が気になるでしょうから今の状態を書くと、とにかくイライラして今のんでいる精神安定剤程度ではあまり効

目がなく、とにかく腹は立つし学校に行くど学校の連中を見ればはり倒したくなるし、教員をみたらナイフで刺し殺してやろうかとも思ったりして、とにかく気が悪くて悪くて仕様がありません。……どうせ留年してしまったんだし、そう生きとって意味がないと思うのです。とに角、車にでもはねられて死んでしまうたらどんなに楽かと考えて、この頃は赤信号を平気で横断していますが、なかなか車がはねてくれません。……今度こそ本当にうつ病にかかったようでしかも相当重症のようです。まあそれでも自殺するのもなんだし、まあよく考えてやっぱり自殺が一番いいと思えばする前に連絡します。……」

このように父に対して甘えながら脅している訳であるが、父の方は突き放すことも出来ず、これらの手紙を林に送ったり、元の地元の神経科の主治医に見せて相談している。またセンターで貰う止瀉剤が効かないということと地元の秘伝の漢方薬を送ってやったりしている。

本人自身は自ら進んでセンターを訪ねようとはしないので、父からの依頼をうけて林が本人に呼び出しをかけてセンターで面接したり、また林の依頼を受けて筆者が不定期的に面接をした。その時、患者は寡言で無気力で毎日の生活が面白くないこと、時間をもて余していることなどを述べたが、病的な抑うつ状態(三環系抗うつ剤を使う程の抑うつ状態)ではなかった。又、治療者に対して、攻撃的あるいは反抗的な態度をとることは決してなかった。筆者の面接態度はウラの心理には充分な配慮を払いながらも、それらについて言及することは避け、専らオモテの心理に対して対応し、言外の態度で患者が留年してしまっただけで憤懣やるかたないうっ屈した気分であることを静かに受けとめるようにした。患者の

周囲にいて最も不安、動揺のはげしかったのは、父で(母も当然そうであったろうが、母はこの症例では治療情況の表面には現れてこない)、次には林であったが、林とはこのケースについて症例検討会をする機会をもってお互いにこの症例についての理解の交流をはかった。

夏休み(7月22日から9月21日まで帰郷)には自宅の2階の自室にこもってステレオを最大のボリュームでかけたり、壁を蹴とばしたり食事の時にも階下へ降りていかなかったり(登校拒否などには皆共通のパターンである<sup>4)</sup>)して、家人を脅やかして、上京する際には、金を50万円よこせといい、もう来年の夏まではこの家には帰らぬなどといった(父の報告による)。上京後は、筆者の所へは1回訪ねてきただけで、後は林の呼び出しに応じてセンターを月に1回位、訪ねるだけであったが、12月になってから患者は冬休みには帰郷せず、東京で病院に入院し、1月の期末試験に備えるといい出した。この患者には試験恐怖症的な所があり試験期になると決って体調をくずし、下痢や嘔吐をおこすようになるので試験中は入院してそこから試験を受けに通うようにしたいと考えたのである。治療者側もこの試験を通過することが、この患者の治療の山だと考えたので、56年1月9日、筆者の勤務しているK総合病院神経科に入院させた。

## 5. 入院期

入院に際して患者には試験に備えるという合理的な理由の他に、前の故郷の病院での入院時に体験したような退行的な生活、特に異性との接触を求めたいという欲求があったよ

うに思われる。しかし、K病院の神経科は脳外科、神経内科との混合の総合病棟であり、神経科独自のデールームもなく、またレクリエーションなどの機会もなく、一般内科と同じような扱いであった。患者は入院当初、裏切られたような不満な顔付をしていたが、治療者はあくまでも受験のための保護入院というオモテの姿勢をくずさない態度で接した。

患者は入院後3日目に父に宛てて、「この病院は居心地が悪く、食事も粗末で、その上デールームもないし、みんな部屋のなかでねていて、とっても陰気な所です。こんな所にいると余計悪くなりそうな気がします。…このごろはやっぱり死ぬのが一番いいと思います……」という例の脅しの手紙を書き送っている。

患者が入院した部屋は2人部屋であったが、この患者が入院して間もなく隣のベッドに、東京の私立大学を卒業後、家業の酒屋を手伝っている同年輩の青年が入院してきた。この青年は家庭的に緊張を強いる人間関係があり、それがある閾を越えると家人に無断で1月近く家をあけてしまうということを繰り返すという症状をもっていた。この青年は本患者よりも、もっと素朴で現実的な悩みを悩んでいた。発達的にはこの青年の方が進んでいた(少なくとも甘えは克服していた)といえるが、ある一点で衝動性をコントロールできないという弱さでは共通した面もあった。2人は年齢的にも近く、スポーツの趣味も共通していたし、同じ程度の過敏性と優しさをもっていた。知的(教養的)には本患者の方が優れていて、優越性をもつことができた。この2人が偶然、同室になったことは少なへとも

本患者にとっては治療促進的に利用することができた。

K病院に入院中、患者は前の病院にいた時したような異性患者（ヒステリーの少女）への接近はおこさなかった（そのような対象がいなかった）が、たまたま実習に来ていた看護学生につけ文をすることをした。このようなことは十分予測されたし、またその女子学生が直ぐにそれを主治医の方に相談したので、主治医（筆者）はそれを学生から本人に返すようにさせた。そのことはそれ以上に発展しなかった。

入院中、部屋は乱雑で病院の食事以外によく買い食いをしてしたが、下痢、嘔吐の症状はなかった。使用した薬はスルピリッド150mg、オピプラモール150mg、クロキサゾラム3mg、フェスタール3錠である。患者は入院中に3課目の受験を済まし、無事3年に進級することが出来た。退院は2月21日で44日間の入院である。

#### 6. 退院後、現在（昭和57年1月）までの経過

3年になると学校が三田へ移るので、退院後、父が上京して来て、下宿を日吉から品川の方へ移した。3年になってから2週に1回づつ定期的に通院を続けている。薬を必要としない時でも来院するようになった。両親に対しては「もう八つ当たりすることは止めましょうと思う。両親が可哀相になった」と述べている。3年に進級した時、患者は沢山単位をとって、また父から筆者に電話が入り「また無理をしてダウンするのではないか」という心配であった。父の方の過保護的気遣いは

まだ続いている。

しかし、総てが全くよくなったという訳ではなく、少し勉強をし過ぎると肩こりや頸がはるといふ。下痢も時々訴える。

現在、3年の後期の試験を受験中であり、4年になったら、就職を故郷にするか、東京にするか迷っている状況である。この患者の精神発達からいふと、親からの分離が漸く達成されて、次の自己同一性の獲得に向って重要な選択の時期にさしかかっているという段階である。

### 考 察

#### 1. 診断について

この患者は上述したように大学2年生の5月に嘔気、食思不振、体重減少、全身倦怠、頻脈などの主訴をもってセンターを訪ねてきたものであり、そのような身体的愁訴は程度は非常に軽減したとはいえ、現在に至るまで続いている訳であるが、このような身体症状が多分に心因的要素を含むものであることは症例の記述からも容易に推定できる所である。数回にわたる内科的検索によっても胃腸、心臓、甲状腺などに異常所見は見出されていない。

しかし、一方、精神科的にみて、日常しばしば遭遇する不安、あるいは抑うつというような精神的レベルの訴えが前景に出ることも少なかった。強いていえば心気症的傾向が認められたが、その中核には実際に嘔吐してしまうとか、食欲不振となり体重が減少するというような身体症状が存在していたと思われる。

従って、この患者の不安心理は身体的経路を経て表現されていたといえるのであって、診断としては心身症とよぶのがもっとも妥当な線であろう。しかし、心身症といっても、胃潰瘍とか、潰瘍性大腸炎というように器質的变化を伴っていたものではなく、反覆的ではあるが一過性で機能的レベルに止っていたものといえる。

また抑うつという面からいうと、身体症状をいわゆる仮面うつ病というカテゴリーで見ることが出来るが、スルピリッドのような抗うつ剤が特に奏効したということはない。1回目の2年生の期末試験を完了できなくて、故郷の神経科に入院を余儀なくされた時には相当ひどい抑うつ、絶望状態だったらしいが、これは反応的なものとして理解できる。その後、留年した1年間、患者は当然のこととして抑うつ状態であったが、病歴の所でも述べたように特に三環系抗うつ剤を必要とする程の病理的抑うつ水準にまでおちこんでいる訳ではなかった。

## 2. 心理機制について

この患者の心身症々状を更に深く理解するためには青年期の発達心理学的観点がどうしても必要である。それは一言でいうと親からの分離・個性化の過程 (separation-individuation process ; Mahler)の問題である<sup>11)</sup>。親からの分離・自立の山は人間に大きくいって2回ある。一つは幼児期の、離乳一自立歩行一大小便の自用一友達遊びの開始といった文字通りの乳離れの時期であり、2回目は青年期におけるそれである。後者は親(心理的母)からの独立という側面と同時に、家(心理的

父)からの独立という側面を含んでおり、前者がより生物学的水準であるのに対し、後者は社会的、文化的、経済的意味をもっている。また当然のことながら後者には第二次性徴の発現一性活動の開始、異性への接近という生物学的過程もそこに含まれてくる。(青年期を更に、前期、中期、後期に分けて、それぞれの発達課題を論議する試みもなされている訳だが<sup>12)</sup>(例えばエリクソンの青年後期におけるモラトリアムなど)、それらについてはここでは深くふれないことにする。)

この患者についていえば、その心身症々状の推移と、親からの分離・独立の心的過程とは随分直接的な形で結びついているのが見出される。例えば、開始期までのアナムネーゼをきいても、故郷へ帰っている時には症状はおさまっているのに、新幹線に乗って上京してくる途中から気分が悪くなり、横浜の下宿に帰るとはげしい下痢をし、また帰郷すると症状が軽減している。また横浜の下宿にいる時でも母が来ている時にはよく食べられ、食べすぎて嘔吐したりしているが、母が帰ってしまうとまた摂食不能になるなどの直接的な並行関係が読みとれる。

この患者の場合、幼少時から高校までずっと自宅通学で、浪人もせず、順調に進んできた訳で、慶大に入学後、文化的環境の急変を体験し、クラブにも入らず、新しい友人も作らず、割合孤立した形で過してきたのであり、前期試験は大学入学後の気のゆるみからあまり勉強せず過し、後期試験に過剰な努力をした時に体調を崩して発病している。

発病以前の生育歴については、学校の成績も優秀で体力も優れていて特に問題になるこ



とは何もなかったということであるが、林の情報によれば、弟の方は学校の成績もこの兄よりは劣るということで親の期待が本人に余計に集中していたということがあり、また父という人が戦時中、内地の大学に在籍していた時、家族がサイパン島に在留していて皆戦死してしまったという急激な喪失体験をもっていたという事実があり、父側の方でもこの患者に対する分離・喪失不安が相当強かったのではないかと推定される。つまり、この患者の分離・独立過程の問題は、患者の側の問題だけではなく、親子間の相互関係の問題として捉えねばならないと思われる。

原則的にいって、母性原理とは「包みこむこと」にあり、父性原理は「断ち切ること」「突きはなすこと」にあり、この両方が相補的に機能することによって、親の子育ての仕事が完遂されるのだが、この患者の青年期の分離・独立を考える場合、分離の拮抗部分を構成するはずの親側の方の父性原理の欠落がうかがわれるのである。つまり、この学生の父親は「母性的な」父親であって、自分の子供を突きはなすことが出来ないのである。子供の方が親から分離しようと思って親に連絡しないでいると、親の方が心配になってしまって、2、3日おきに手紙を出す、すると子供の方でも依存の心理がよびさまされて、わざと自分の状態が如何にひどいものかということを誇張的に書き送って親を驚かす、親の方はそれを読むとまた周章狼狽して主治医の方へ電話をかけてくる。このような悪循環が何回もくり返された。

このような親子間の分離過程の停滞のさまを治療者は親から郵送されてくる患者の手紙

で知ることができるのであるが、この患者の場合には、親には親向けの顔（家庭内自己）で対応する一方、治療者に対しては、また別の社会的により整備された顔（家庭外自己）で接していたのも第二の特徴点である。つまり、この患者は親からの分離をまだ達成していない依存的な家庭内自己が社会的には通用しない恥かしいもの、隠さるべきものであることをよく知っており、外側の世界に向っては家庭外の自己をもって対応していたのである。

このような一個の人格が、そのおかれた状況によってそれぞれ違った対応の仕方を示しその間に連続性をもたないことを分離機制 (splitting) といい (註)、これは人格の統合 (integration) という点から見れば好ましくないもの、発達阻害的なものとみなされるが、それが随意的、可逆的で柔軟な性質のものであればそのような境界性が保たれているということは、その人の健康度を示すものといえる。例えば、この患者は日吉での下宿時代に母方の祖母に援助に来てもらっているが、その祖母は親族ではありながら故郷の方では自家以外の住人であったため、家庭外の人として扱われ、この祖母が依存・攻撃の対象とはならなかった。父から、父宛に書く患者の手紙の内容をきかされた祖母は、日常の生活状態からは全く想像できないと父に洩らしている。また手紙の内容にかかれた教師や友人に対する加害的行為も、それらはすべて空想上のものであって、それらが実際に行動化されることは全くなかった。ここでも言語化と行動化との境界ははっきりと守られている。

(註) separation にも splitting にも同じ訳語の「分離」という語が当てられているため

にまぎらわしいが、この両者は全く別物である。前者は対人間でおこる「分離」であり、後者は精神内界でおこる心理機制の一つである。

### 3. 治療について

次に治療の問題についてのべる。まず治療者の問題だが、診断の所でものべたように、この患者の主訴は嘔気、食思不振などの身体的な問題であったために、やはり医師がこれに当るべきであり、事実そうだった。治療の初期に学生相談室への紹介がなされたが、心だけを扱うカウンセラーではその治療路線にのせることは無理であった。センターに心療内科の専門医をおくことは困難であろうが、この症例のような心理的要因を含んだ身体症状をもってセンターを訪れる学生も少なくないと思われるから、今後とも内科・精神科両者の緊密な協力が望まれる。

次に治療体制（または治療構造）の問題であるが、大学生の場合、その学生が自宅通学者か、下宿生活者かということによって、学生側の問題のあり方も変わってくるし、治療者側の対応の仕方も異なってくる。筆者が前に扱った長期留年のアパシー（無気力）学生の場合、地方出身の下宿通学者であったが、学生の不登校の実態が地方にいる両親に把めず3年間を空費しており、治療者が情況設定的な介入をすることによって登校の再開に成功している<sup>12)</sup>。

地方出身者の場合には親との空間的分離がその精神的自立に対して促進的に働く場合もあり、阻害的に働く場合もある。この症例では親子の分離が子の精神的発達段階に対して早過ぎたために子の方は心身症々状を呈し、

親の方は不安状態に陥っている。この場合、子（患者）だけを治療の対象と考えていては不十分で親の方の不安にどのように対応し、その悪影響が子に及ぶのを如何に防ぐかが問題となる。この症例では、その緩衝地帯としてナースの林の果たした役割は大きかった。精神科治療の場合には、治療体制がどのようになっているかを治療者側が十分に把握し、かつそれを治療を促進するように構成していくことが重要であり、それが内科治療などと異なった一つの特徴点であろう。この症例でも患者の下宿に母または祖母をつけたり、患者自身が故郷に帰って治療の場をそちらへ移したり、あるいはこちらで下宿から通院させたり、K病院に入院させたり、色々な治療体制の操作を試みている。勿論、それらについては色々現実的な制約がある訳だが与えられた条件の中で、それらを如何に構成し、活用するかが患者個人に対するアプローチ以前に先ず重要な前提となる。それらは丁度、外科手術における手術室や手術器具の整備にたとえることが出来よう。それらの外的枠組の如何によって、その中でおこなわれる患者自身への治療的アプローチも異なってくる。

最後に患者個人にかかわる治療過程についてであるが、これは経過全体を大きく2つに分けることができる。前半は患者がセンターを訪れてきた開始期から最初の2年の期末試験に失敗し留年するまで、後半は2回目の2年生の期末試験を通過して3年に進級するまでである。

前半は症例の所でものべたようにセンターの内科医が3回診療した後、精神科医の所へ4回通院し、夏休みで帰郷した後、治療はセ

ンター関係者の手を離れ、故郷の方の診療機関に移ってしまっている。つまり、この開始期にはセンターの医師団と患者の間に十分なラポールがつかない中に患者の病態水準はより悪化してしまっていて、日吉での治療は中断されてしまっている。しかし、この間の治療的コンタクトが全く無意味だった訳ではなく、後半の治療的依存対象として再び選びとられる布石となっている。

後半の治療の開始期には先ず始めに大きな選択があった。それは前述したように患者を通院させるか、入院させるかという問題である。この時点で患者や家族は入院を希望していたが、治療者は敢えて入院させなかった。それは当時の患者に退行願望が非常に強かったからである。もし、あの時点で入院という治療形態をとっていたならば、患者はますます退行傾向を増し、現実感を失い、一層患者らしくなっていってしまった(患者同一性を獲得してしまった)だろうと思われる。

それに続く2回目の2年生の1年間は患者は留年の屈辱と孤独と余りすぎる時間に悩み治療にも積極性を示さず、うっ屈した攻撃性を親へ書く手紙の中で発散させていた訳であるが、この間に治療者の努力した面接態度の要点は2つある。一つは精神分析でいう中立性の維持であり、他の一つは、それから導き出されるものであるが、患者の分離機制(splitting)の尊重である<sup>11)</sup>。

中立性の維持とは、具体的にいえば、患者の悩み、苦しみに耳を傾け、それを共感的に容受はするが、それ以上に患者を慰撫したり、激励したり、叱責したりはせず、中立的なある距離を保つという態度である。慰撫、

激励、叱責というような干渉的な接し方は、すでに親が十分すぎる位にやっている事であり、患者はそのような過保護、過干渉にウンザリしているものであり、もし治療者もそのような積極的な介入的態度で接したならば、患者の方では治療者を親と同一視してしまっていて、それに反撥したり、依存したりしてしまっていて肝心な患者の自立性は一向に発達してこなくなってしまうであろう。患者は自分が親から分離して自立しなくてはいけないということは理屈では十分わかっているのだから、治療者は患者の自発性を尊重し、真の自立性が発達してくるのを待つ態度をとることが一番大事なのである。

次に面接の際に治療者が留意したもう一つの点は患者が家族向けの依存的、自己主張的な幼稚な自己と、治療者向けの整備された、とりつくり社会的な自己とを使い分けていることを知りながら、敢えてそのような分離機制を指摘したり、批判したりしなかったことである。精神療法には、患者の心理を開明し暴露していく(uncoverする)方法と、被いをかけて支持していく(coverする)方法と大別して2つの方向があるが、治療者はこの患者の内的自己と外的自己の分離に関してはuncoverすることはしなかったのである。それは、このケースでもしそういう方法をとれば、患者の自尊心は傷つき、治療に対する抵抗は増し、やがては治療そのものの続行が不可能になってしまうであろうと考えたからである。患者はこの時点で大学入学以前に完了していなければならなかったはずの親との保護—依存—反撥の悪循環的關係をまだくり返していた。しかし、患者はそれが大学生に

とって恥かしいもの、隠されるべきものであると自覚しており、治療者は中立的態度でその自立過程の発展を見守ってさえいれば、やがては社会的自己の中へ統一されるであろうという見通しをもっていたのである。

このようにして忍耐の1年間が過ぎ2回目の2年生の期末試験がやってきた。この時点で患者は再び試験恐怖症的なパニック状態に陥りかけていた。この試験を通過できるかどうか、この患者が立ち直れるかどうかの大きな岐路と思われたので治療者は危機介入的な立場から患者を入院させ、保護的環境から学校の試験に通わせることにした。この時にも患者は前の故郷の病院で体験したような退行症状、異性への接近のような行動化の徴候を見せたが、治療者は精神分析でいう禁欲規則的態度で臨み、患者の退行を防止した。この結果、入院治療は試験期間だけの短期で済み、患者は3年へ進級することができた。

### まとめ

嘔気、食思不振、体重減少などの身体症状をもって慶大の保健管理センター(日吉)を訪ねてきた一男子学生に対する精神科医の治療経験をのべ、その症状の裏にかくされていた心理的要因、つまりその学生の個人心理や家族心理について考察し、それらに対する治

療的工夫と成績について報告した。

### 参考文献

- 1) チオルコ編, 福田哲雄監訳: 大学生の精神衛生 —ベルリン国際シンポジウム— 文光堂 1969.
- 2) 笠原嘉, 山田和夫編: キャンパスの症候群 現代学生の不安と葛藤, 弘文堂 1981.
- 3) 小実山実他: 大学精神医学 精神医学 21 225~243 1979.
- 4) 佐治守夫, 神保信一編: 登校拒否 現代のエスプリ 至文堂 1979.
- 5) 石井完一郎, 笠原嘉編: スチューデント・アパシー 現代のエスプリ 至文堂 1981.
- 6) 鹿野達男: 精神科医カウンセラーに紹介された学生たちの実態報告 慶應大学学生相談室紀要 4 11~23 1968.
- 7) ブレイン, マッカーサー編, 石井完一郎他監訳: 学生の精神問題 文光堂 1975.
- 8) 笠原嘉他編: 青年の精神病理 弘文堂 1976.
- 9) 中井久夫他編: 思春期の精神病理と治療 岩崎学術出版社 1978.
- 10) 土居健郎: オモテとウラの精神病理 分裂病の精神病理 4 (荻野恒一編) 東京大学出版会 1~20 1976.
- 11) 小此木啓吾: 青年期精神療法の基本問題 青年の精神病理 (笠原嘉他編) 弘文堂 239~294 1976.
- 12) 鹿野達男: 長期留年者の2例について 慶應義塾大学学生相談室紀要 11 14~27 1980.