

【特集】

心療内科疾患

吾郷晋浩*

はじめに

現代社会は、「ストレス社会」とも云われ、人々にとって心理社会的ストレスとなりうるものがつぎつぎに生み出されている。そして、それらの受け止め方やそれに対する対処の仕方が適切でないために何らかの健康障害、いわゆるストレス病をひき起こしている人が少なくない。

そのようないわゆるストレス病の中に心身症としての身体疾患が含まれている。

近年、労働者にみられるいわゆるストレス関連疾患とされているもののほとんどは、これまで心身症として診療されてきた疾患である。

今回は心療内科の対象となっている身体疾患

(心身症)とストレスとの関係^{1),2)}について述べてみたい。

心身症とは

日本心身医学会の新しい心身症の定義³⁾では、心身症とは、「身体疾患の中で、その発症と経過に心理社会的因子が密接に関与し、器質的ないし機能的障害を認める病態」を呈するものとされている。その代表的な心身症には、神経・筋肉系疾患としての片頭痛、緊張型頭痛、自律神経失調症など、感覚器系疾患としての原発性緑内障、眼精疲労、メニエール症候群、アレルギー性鼻炎など、循環器系疾患としての本態性高血圧症、不整脈、狭心症など、呼吸器系疾患としての気管支喘息、

表1 成人期にみられやすい心身症の種類

循環器系	本態性高血圧症、本態性低血圧症、冠動脈疾患、一部の不整脈など
呼吸器系	気管支喘息、過換気症候群、神経性咳嗽など
消化器系	消化性潰瘍、慢性胃炎、過敏性腸症候群、潰瘍性大腸炎、胆道ジスキネシー、慢性膵炎、慢性肝炎など
内分泌代謝系	糖尿病、甲状腺機能亢進症、神経性食欲不振症、単純性肥満症など
神経系	片頭痛、筋緊張性頭痛、いわゆる自律神経失調症など
整形外科領域	慢性関節リウマチ、全身性筋痛症、腰痛症、痙攣性斜頸など
皮膚科領域	神経性皮膚炎、アトピー性皮膚炎、円形脱毛症、慢性蕁麻疹、湿疹、尋常性疣贅など
泌尿器科領域	インポテンツ、神経性頻尿（過敏性膀胱）など
耳鼻科領域	メニエール症候群、アレルギー性鼻炎、慢性副鼻腔炎、咽喉頭異常感症など
眼科領域	原発性緑内障、眼精疲労、眼瞼下垂、眼瞼痙攣など
産婦人科領域	月経困難症、月経異常、機能性子宮出血、不妊症、更年期障害など
口腔領域	顎関節症、ある種の口内炎、唾液分泌異常など
手術前後の状態	腹部手術後愁訴（いわゆる腸管癒着症）、ダンピング症候群など

(日本心身医学会より一部)

Psychosomatic disorders

Yukihiro Ago, Department of Psychosomatic Research

National Institute of Mental Health, NCNP,

*国立精神・神経センター精神保健研究所

心身医学研究部

過換気症候群など、消化器系疾患としての胃・十二指腸潰瘍、過敏性腸症候群、潰瘍性大腸炎、胆道ジスキネジーなど、内分泌・代謝系疾患として甲状腺機能亢進症、更年期障害、月経異常、神経性食欲不振症などがあげられている(表1)。

ストレスと心身症

臨床各科を訪れる患者の少なくとも30%は心身症患者であるといわれている。

心身症の発症には、その定義からも明らかなように心理社会的ストレスが密接に関与しているものである。実際に、心身症と診断できる疾患患者の発症前の状況を詳しく聴取してみると、一つの強大な、または一つ一つはそれほど強大ではないが幾つかの心理社会的ストレスが一定期間に重なって加わっていることが多い。

Holmes. T.H.とRahe. R.H.⁴⁾は、結婚生活という新しい生活に馴れ、余り気をつかわずに生活できるようになるまでに必要な心理的エネルギーを仮りに50点(調査時500点)とした場合に、

その他の生活変化、人間関係や役割の変化に馴れるまでに要する心理的エネルギーが何点ぐらいに感じられるかを調査して点数表(表2)を作成している。それによると、配偶者の死がもっとも高く100点となっている。そして、彼らは1年間にみられた生活変化の点数の合計が200~299点になった場合には約50%の人が、また300点を越えた場合には約80%の人がその年かその翌年に何らかの病気にかかっているという研究報告を行っている。

なお、わが国でも夏目ら⁵⁾、村上ら⁶⁾、野村ら⁷⁾や筆者ら⁸⁾によるストレス評価の調査用紙の作成が試みられている。

もちろん、強大な心理社会的ストレスが加われば必ず病気が発症するというものではない。

何故なら、その心理社会的ストレスが強くても、その受け止め方やそれに対する対処行動によっては必ずしもストレス状態が持続しないからである。

Berle. B.B.⁹⁾らによると、ストレスをストレスとして認めることができ、幼小児期からの安定した親子関係の中で年齢相応の生活体験をしていて、

表2 生活変化とそのストレス度 (Life change units)

生活上のできごと	ストレス度	生活上のできごと	ストレス度
配偶者の死亡	100	子供が家を離れる	29
離婚	73	親戚とのトラブル	29
別居	65	特別な業績	28
留置所拘置	63	妻が仕事を始める、あるいは辞める	26
親密な家族の死亡	63	学校が始まる	26
自分の病気あるいは傷害	53	生活状況の変化	25
結婚	50	習慣を改める	24
失業	47	上司とのトラブル	23
夫婦の和解	45	仕事上の条件の変化	20
退職	45	転居	20
家族の一員の健康障害	44	転校	20
妊娠	40	レクリエーションの変化	19
性の問題	39	教会活動の変化	19
家族に新しいメンバーが加わる	39	社会活動の変化	18
新しい仕事への再適応	39	1万ドル以下の抵当か借金	17
経済状態の変化	38	睡眠時間の変化	16
親友の死亡	37	家族団らんの回数の変化	15
異なった仕事への配置転換	36	食習慣の変化	15
配偶者との口論の回数の変化	35	休暇	13
1万ドル以上の抵当か借金	31	クリスマス	12
担保物件の受戻し権喪失	30	ちょっとした違反行為	11
仕事上の責任変化	29		

(Holmes TH, Rahe RH, 1967)

表3 いわゆるストレス病の予後に影響する心理・社会的因子 (Berle Index)

因	子	点	数
病歴から	年齢: 40歳未満 離婚・生死別なし 3代目アメリカ人 (白人) 教育: 高卒以上 外科手術の経験なし 精神科的疾患の既往なし 一定した仕事についている 現病歴5年以内	各2点	20点
	患者12歳まで両親が健在で一緒に生活	4点	
患者からの情報	既往歴なし 宗教的教育あり	各1点	男性28点 女性30点
	兄弟に気の合ったものあり 配偶者の心理的支持あり 性生活への適応良 経済的な問題なし (女性だけ)	各2点	
	子供に対する拒絶なし 住宅問題なし 職業に満足 職場環境の問題なし 収入に満足	各3点	
	性欲異常なし 目標をもっている 両親の心理的支持あり	4点	
医師の評価	過去の経験, 実績 (past performance) ストレスに対する過敏反応なし 対人関係のもち方・継続良 性生活への適応良 過去の活動や人生体験に満足	10点	40点
	性格構造 (personality structure) 生活史と日常生活から 個人的な問題を直視し, 解決できる 日常の活動などに積極的に参加 適度の行儀よさ, 信頼性 人生の価値や目標に対する適切な判断ができる	10点	
	現病に対する態度 過去の適応パターンの破綻の認識あり 新しいパターン習得の必要性の自覚あり 発症時, ストレスの多い生活状況があったことを認めている 医者に対する信頼と, 自分の責任をはたす態度	10点	
	治療可能性 発症にあたって, 生活状況, 環境, 依存対象との人間関係の 変化などが明らかで, 治療可能性が大きいもの	10点	

(Berle BB *et al.*, 1952)

表4 ライフサイクルと各期における発達課題と心理的ストレス要因となるもの

○小児期

乳児期…基本的信頼感・安定感, 基本的生活習慣 (自律性)

母親との関係—愛情・スキンシップ不足, 見捨てられる不安など

家庭の雰囲気—両親の不和・別居・離婚, 病氣・死亡, 嫁・姑の不和など

しつけ—厳しすぎる (干渉しすぎる), 一貫性がない, 放任など

同胞との関係—弟妹の出生, 親の愛情をめぐる葛藤など

学童期…社会的適応性の基礎 (適格性)

家庭生活—両親との関係, 母親不在, 父親不在, しつけをめぐる問題, 両親 (夫婦) の不和など

学校生活—友人や教師との関係, 学業成績, いじめなど

○思春期・青年期…自我同一性・性的同一性の確立 (主体性)

家庭生活—親からの自立 (依存・独立の葛藤) など

学校生活—友人 (異性を含む) や教師との関係, 学業成績, 進学問題, 受験失敗, クラブ活動

社会生活—恋愛, 結婚, 就職など

○成人期・中年期…親密感, “育み, 世話”

家庭生活—結婚, 配偶者との関係, 子供の出生・育児, 親の役割, 子供の独立, 両親との関係, 住居の条件,

単身赴任, 共稼ぎなど

社会生活—就職, 仕事内容と適性, 出世競争, 配転, 昇進, 上司・同僚・部下との関係, 職場関係, 通勤・

勤務時間, 転職, 倒産, 失業, 地域社会の人々との関係など

○老年期…統合感, “英知”

家庭生活—子供の独立, 配偶者の病氣・死亡, 近親者の病氣・死亡など

社会生活—退職, 経済的不安, 役割喪失, 生き甲斐喪失, 地域社会の人々との関係など

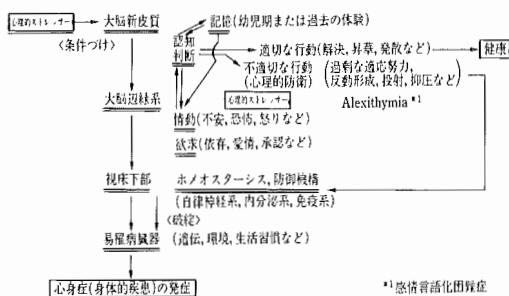


図1 心身症の発症過程

そのときどきのストレスに適切な対処行動がとれる人や、自分の対処能力を越えたストレスが加わったときには家族あるいは信頼できる人の援助を素直に受けることができる人、すなわち表3の該当する項目の合計得点が80%以上になる人では、ストレスが関与した身体疾患(心身症)になったとしても予後がよかったという。

このような臨床的な観察から心身症の発症機序をまとめてみると、図1のような過程が考えられる¹⁰⁾。諸種の心理社会的ストレス(表4)¹¹⁾が加わったとき、その受けとめ方やそれに対する対処行動——幼児期よりどのような親子関係のもとでどのような生活体験をしてきたかによって影響される——が適切でない場合、すなわちストレス状態に陥っているにも拘らず、そのことを認めようとせず、それを解消するための適切な対処行動をとろうとしなかったり、不安や怒りなどの陰性感情をひき起こしているにも拘らず、それを適切な言葉で表現できない(alexithymia)¹²⁾か、それを抑え(抑圧、禁圧)て現実にトラブルが起きないようにするだけでなく、むしろ過剰に適応的な行動をとってしまうことが、ストレス状態あるいは疲労状態を持続させ、生体の防御機能(抵抗力)を低下させて、心身症の発症を容易にしていると考えられるわけである。

近年、このような心身症の発症には脳内の諸種の神経伝達物質が自律神経系、内分泌系、免疫系に影響を与え、それが遺伝的・先天的素質と後天的な諸因子が加わってできあがった過敏な(脆弱な)末梢臓器や組織に変化をひき起こして臨床症状を出現させていると考えられるようになって

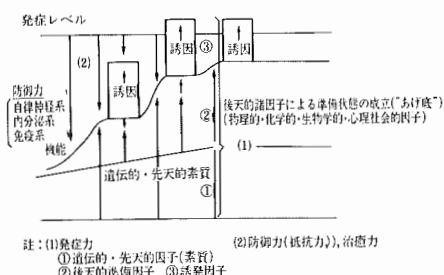


図2 心身症発症の閾値論的な考え方

いる。

なお、心身症の成り立ちを心身医学的治療の結果を含めて検討してみると、図2¹³⁾のようになる。すなわち、遺伝的・先天的素質や気質を基盤として、それに後天的な諸因子が準備因子として加わって“いわゆる発症準備状態ができ”その状態に誘発因子としての後天的な諸因子が加わって発症してくるものと考えられる。

このような考え方の妥当性を症例をあげて示してみたい。

症 例

症例1 M.B. 45歳 男性

病 名:本態性高血圧症(心身症)

主 訴:頭痛,肩凝り

家族歴:祖母(父方)と父親が高血圧症で脳出血により死亡

既往歴:とくになし

現病歴:約1年前から頭重感,肩凝りに気づき,ときどきサウナに行つてマッサージをしてもらい,治療を続けていた。しかし,自覚症状がなかなかとれないということで受診された。

検査成績:検血・尿正常,血圧174/98mmHg(腹式呼吸をさせると160/92mmHg),生化学的検査,心電図,胸部X線像などに異常なし,眼底検査異常なし,など

生活歴:ひとりっ子,子供の頃からまわりに気をつかった「いい子」,22歳のとき大学卒業後現在の会社に就職,42歳で課長に昇進,43歳のとき父親死亡,その後新人教育を担当するようになっていた。味の濃い食事を好み,最近酒は毎晩3合以上,

タバコは毎日30本以上となっていた。

治療経過：治療方針として1) 食事は脂肪分、塩分を少なくし、カリウムを多く含んだ食品（ほうれん草、白菜、ブロッコリーなどの野菜、わかめ、昆布、ひじきなどの海草など）をとる。2) 喫煙量、飲酒量を減らす。3) 適度の運動をして汗をかく。4) 自分の気持ちをわかってくれる家族や友人に会社での悩みを打ち明ける。治療の場で話せるようなら、遠慮しないで話すようにする（カウンセリング）。5) 自律訓練法などリラックスする方法を身につけるようにする、などを伝えた。その後、患者の治療への理解と積極的な参加を得、良好な経過をとっている。

症例2 T.M. 64歳 男性

表5 症例T.M. (64歳, M.)
—内科的現病歴と心身医学的現病歴の比較—

内 科 的	心 身 医 学 的
	23歳 父死亡, 大学中退, 就職, 洗礼を受ける。
26歳秋 登山をした夜, 喘鳴を伴う呼吸困難の発作に襲われ, 気管支喘息と診断された。その後, 年数回春秋にカゼをきっかけに, 同様の発作が起こっていたが, 3年後に入隊してから自然に起こらなくなった。	26歳秋 検定試験を受けるべく, 働きながら夜遅くまで勉強し, 疲労が蓄積していた。以下左記に同じ。
	42歳 会社を設立, 順調に発展。
	49歳 部下の使い込みで倒産, 再建に奔走, 家を手放し, 団地住まい。
53歳秋 かぜ様症状にひき続き, 同様の発作が再び起こり始めた。その後は通年性に感冒, 気温の変化, 疲労などをきっかけに起こり, いわゆる体質改善を行っても, 年々増悪傾向を示す。	53歳秋 会社軌道にのり多忙, 家を新築。以下左記に同じ
56歳秋 意識喪失をきたす発作を起こし入院, その後間歇的に副ホ薬を投与されるようになる。	56歳 会社の仕事以外に社会的な役割を引き受け, 休日のない生活が続く, 以下左記に同じ。
63歳 週に1~2回は救急車で病院へ, 入院しても副ホ薬の離脱ができず, 当科に紹介される。	63歳 左記に同じ もう一生副ホ薬は止められない, と言われる。

病 名：気管支喘息（心身症）

主 訴：喘鳴を伴う呼吸困難の発作

家族歴：母親に接触性皮膚炎

伯父（母方）に気管支喘息

既往歴：とくになし

現病歴：26歳の秋, 登山をした日の夜中にはじめて喘鳴を伴う呼吸困難の発作に襲われ, 往診医より気管支喘息と診断された。その後春秋などに感冒などをきっかけに同様の発作が起こっていたが, 3年後に軍隊に入ってから起こらなくなっていた。

しかし, 52歳の秋に感冒に罹患したのをきっかけに再び同様の発作が出現し, いわゆる体質改善などを含むアレルギー学的な治療を受けていたにも拘らず年々増悪し, 56歳の秋には意識喪失をきたす大発作を起こした。その頃から副腎皮質ホルモン薬の投与を受けるようになり, 近くの医師からもう副ホ薬はやめられないと言われ, 当科に受診した。

検査成績：赤沈7/10mm 白血球数8,500（好酸球7%）CRP：（+）～（-）, 血清IgE値660IU/ml, アレルゲンテスト, 室内塵に陽性など

肺機能：FVC2,300ml（70%）, FEV_{0.1}1,000ml（69%）, 気道過敏性試験（Ach吸入閾値）250μg/ml, Microvibration：F型（副交感神経優位）

CMI：II領域, STAI：State 59, Trait 58

治療経過：本例の病歴を心身医学的に聴取してみると, 表5¹⁴⁾のようになり, 初発と再発のいずれの場合にも心理社会的ストレスが重なって加わっていること, そしていずれの場合にも, その困難な状況乗り越えようと強迫的に働いていること, しかも休日のない生活を送っていることなどが明らかとなった。

そこで, 後述するような心身両面からの治療を行った。まず, 治療者・患者の治療的な信頼関係を築きながら, 発症前後から現在に至る生活環境や生活内容を詳しく聴取しながら, 陰性感情を消散させると同時にどこに問題があるかを明らかにして心身相関の事実気づかせ, 生活習慣, 対処行動などをより適切なものに修正するように援助した。

結局, 本例では患者が過剰適応的に働き, ゆとりのない生活を送っていることが, 生体の

表6 症例T.M. (64歳, M)
—内科的治療と心身医学的治療による効果の比較—

内 科 的	心 身 医 学 的
体質, 感染, 気象の変化で起こると思っている 心身相関への気づきなし	先天的な体質だけではないことがわかる 心身相関の理解 心理社会的ストレス→ 〔生体防御力低下→諸種 の誘因(感染を含む)〕 →発作
不治の病気と考える (薬をやめたら起こる)	治りうる病気と考える (薬をやめても起こらない)
誘因に対するこだわり 不変(強い)	誘因に対するこだわり ほとんど消失
発作に対する予期恐怖 不変(強い)	発作に対する予期恐怖 ほとんど消失
薬物への依存 不変(強い) (副ホ薬の中止 困難)	薬物への依存 ほとんど消失 (副ホ薬の中止 可能)
心理学的検査 (STAI*スコア高い)	(STAI*スコア低下)
生理学的検査 (肺機能 低下, MV F 型) など	(肺機能 改善, MV N 型) など

*State-trait anxiety inventory.

homeostasisを崩し、防御機能を低下させ、喘息発作を起こしやすくしていたことが理解でき、旅行や趣味を楽しむゆとりある生活ができるようになって著明に改善し、現在10年以上良好な経過をとっている。内科的治療を受けていたときとその後心身医学的治療を受けるようになってからの喘息の成り立ちや予後に対する考え方の変化をまとめると、表6¹⁴⁾のようになる。

症例3 N.A. 42歳 男性

病 名: 胃潰瘍(心身症)

主 訴: 上腹部痛, 吐血

家族歴: 母親に胃潰瘍

既往歴: 学童期にときどき腹痛あり

現病歴: 数カ月前からときどき上腹部に痛みを感じるがあったが、仕事が忙しかったので気にもとめず、少なくとも週3回は朝早くから翌朝の明け方まで働くという生活を続けていた。そのうち仕事がさらに忙しくなって1週間後に吐血をし、緊急入院を余儀なくされた。

検査成績: 末梢血赤血球 $450 \times 10^4/\text{mm}^3$, Hb14.5g/dl, 胃X線像, 胃カメラにて胃角上部後壁に大きな潰瘍が認められた。心電図, 胸部X線に異常なし, CMI: I領域など。

治療経過: 入院後、仕事から解放されてくつろぎ、十分に睡眠がとれたことと抗潰瘍薬を服用したことで、約3週間後には完全に治癒した。

しかし、入院前の生活に戻れば、また再発することは必至と考えられた。そこで本例には、次のような生活指導を行った。1) 働く時間, 休憩, 食事時間, 睡眠時間などを規則正しいものにする。2) 生活にゆとりをもたせる。自分の性格(意欲的で完全主義)をよく知って意識的に“遊び”を取り入れる。3) 家族や親友と楽しく過ごす時間をつくる。4) 食事に関しては酸の分泌を高める香辛料をひかえ、粘膜を保護するムチンを多く含むネギ, 里いもなどを食べる。空腹時に牛乳を飲むなど。その結果、その後約2年間再発をみることなく良好な経過をとっている。

心身症の診断の進め方

心身医学的な診断は、図3, 4のように進められる^{14), 15)}が、まず精神疾患との鑑別が必要である。すなわち身体症状を訴えて受診した患者の病状が医学的に了解できるかどうかを判断することが必要である。なぜなら、身体症状を訴えても精神病とくにその初期の患者である場合があるからである。ついで、医学的に了解できる身体症状であるが臨床検査をしても異常が認められない、生理的な範囲内の身体的変化である場合は、神経症と診断される。そして臨床検査で機能的または器質的な異常を認めるが、その異常の成立ちにいろいろな心理社会的因子が関与していることが明らかになった場合が心身症ということになる。

心身医学的治療を積極的に行わなければ軽快・寛解(治癒)¹⁾させることが困難な心身症としての疾患患者であるか否かは、次の事項を重複して認めるか否かによって判断する。

1) 家族歴に心身症としても診療されている身体疾患や身体症状を主訴とする神経症に罹患している人、または罹患したことのある人がみられる場合。

2) 既往歴に心身症としても診療されている身体疾患や身体症状を主訴とする神経症がみられる場合。

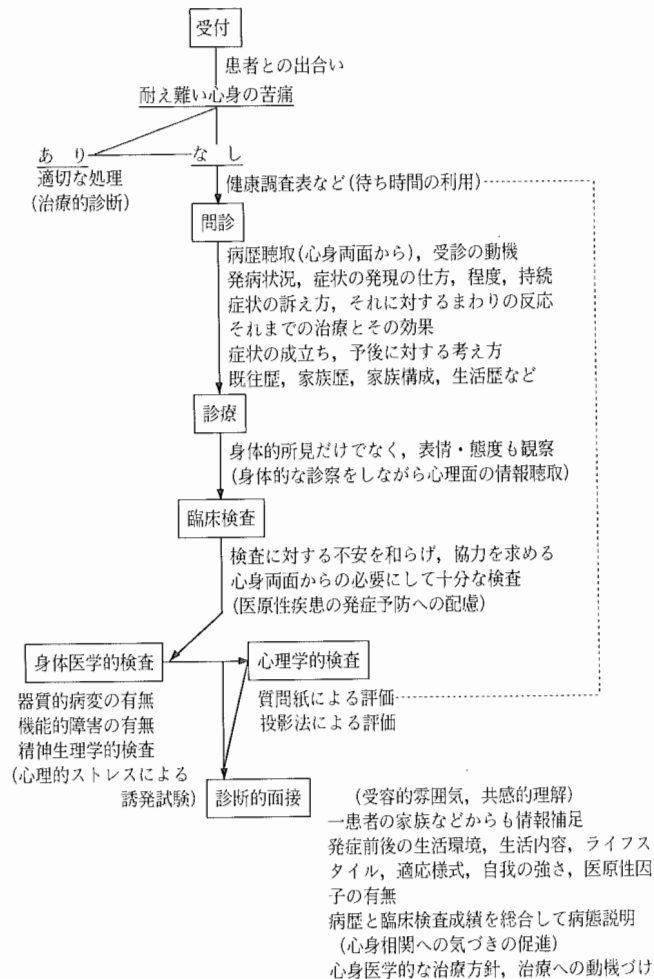


図3 心身医学的診断の進め方

3) 現病歴で、その身体疾患の発症またはその後の増悪の時期が、①弟妹の出生後、入園・入学前後、進級・進学前後、就職前後、結婚前後、40～50歳代の昇進の時期、60歳前後の定年の時期など、あるいは生活環境、人間関係、役割などが変化した時期とほぼ一致している場合、②自己の欲求の実現や感情の表現を抑えなければならない状態が続いている時期とほぼ一致している場合、③それまでの適応様式や価値観で対応できない状態におかれ、しかもそれに適切に対処できない状態が続いている時期とほぼ一致している場合、④発症後、身体症状が決まった曜日や時間・状況で出現または増悪している場合、⑤入院したり旅行をして家

を離れていたり、仕事から解放されてくつろいだ状態におかれると軽快・消失している場合、⑥薬物治療だけでは予想される程度の効果があがらない場合、⑦治療によりなかなか軽快・寛解（治癒）しないために予後に悲観的となり、治療意欲を失っているような場合、など。

4) 生活歴で、①幼小児期より親子の間に基本的な信頼感、安定感をもつことができず、肯定的な感情交流が行われていない場合、②幼小児期より年齢相応の生活体験に乏しく、現実の適応困難な状況を乗り越えた体験をもっていない場合、③適応困難な状況におかれていても相談する相手をもたず、また気分転換やくつろぐ手段を身につけ

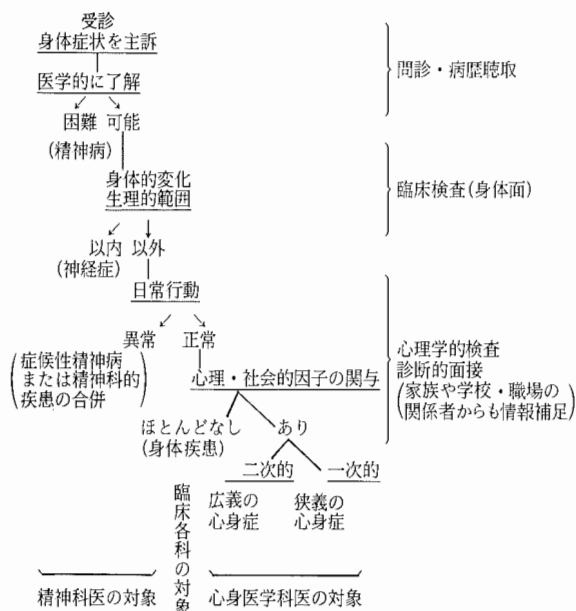


図4 心身症の診断の進め方

ておらず、喫煙量や飲酒量、あるいは睡眠薬の量が増えているような場合、など。

心身医学的治療の段階的な進め方

心身症としての身体疾患患者に対する心身医学的治療の成否は、病歴聴取に始まる診断の過程でどのような医師（医療スタッフ）と患者の治療関係がつくられるかにかかっているといってもよい。なぜなら、その過程でのやりとりを通して、医師（医療スタッフ）と患者の間に治療的な信頼関係が深まっていくようであれば、適切な治療方針が立てられるだけの情報を得ることができないからである。

また、心身症としての身体疾患患者を心身医学的治療（図6）^{14),16)}にスムーズに導入するためには、病歴聴取の段階からそれぞれの身体疾患の発症と経過に関与している諸因子を心身両面より検討していく姿勢をとり、ごく自然に心身相関の事実を目を向けさせ、心身両面からの治療の必要性に気付くようにすることが大切である。

第一段階：医師（医療スタッフ）と患者の治療的な信頼関係を確立し、心身医学的治療への動機付けを行い、治療に参加させること。

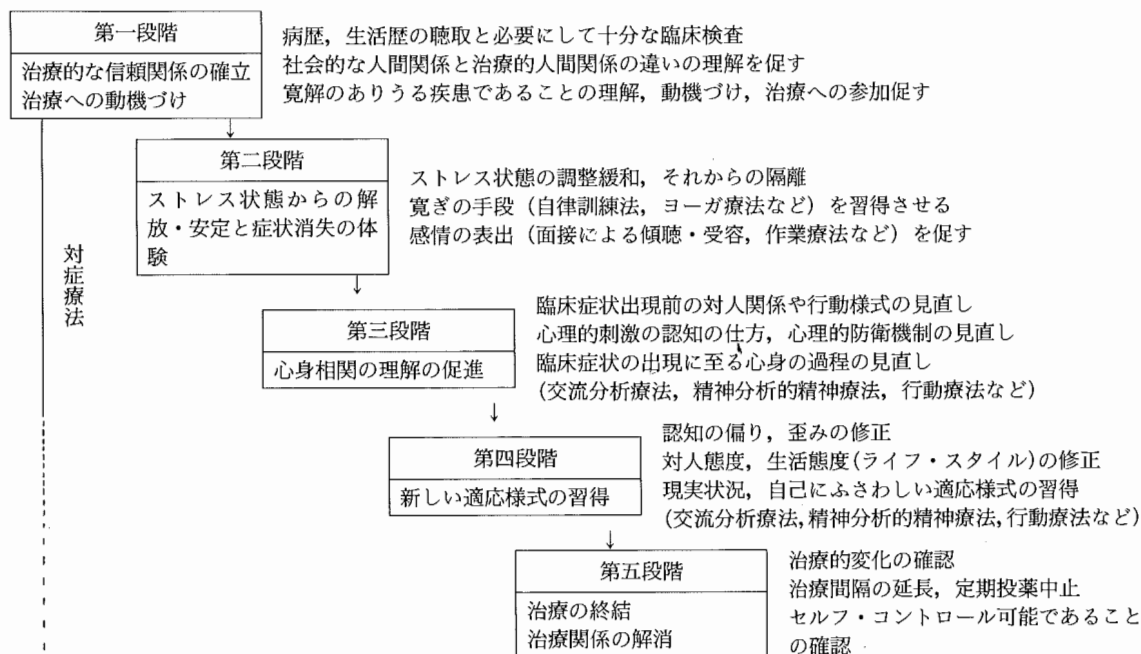


図5 心身医学的療法の5段階

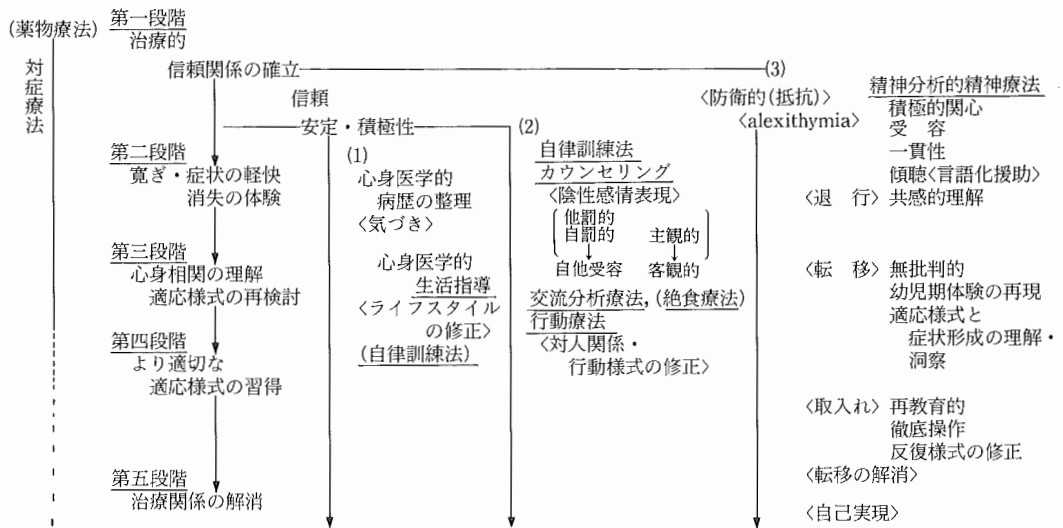


図6 心身医学的治療の流れ

第2段階：心身両面よりストレス状態からの回復を図ると、身体症状が軽減・消失しうること、そして出現・増悪しにくくなることを体験的に理解させ、心身医学的治療への意欲を高めるようにすること。

第3段階：心身症としての身体疾患の発症と経過を見直させて心身相関の事実への理解を深めさせ、身体症状の出現に関与している心理社会的因子の検討を行う。

第4段階：心身症としての身体疾患の身体症状の出現・増悪を容易にしていた外的状況の判断やそれに対する行動をより適切なものに修正させるか、より適切な新しい適応行動を習得させる。

第5段階：これまでの治療的な信頼関係の中で、基本的な安定感を体験させ、心身症としての身体疾患の発症と経過に関与している心理社会的因子を適切に処理し、内部環境を安定させて、いわゆる発症準備状態を解消してやると身体症状が出現しにくくなることを体験的に理解させ、その理解に基づく適切な日常行動が維持され、定期的な通院治療の間隔をあげ、投薬の減量・中止をしても身体症状の再燃・増悪をみないことを確認することができたとき治療を終結する。

心身医学的治療の三つの流れ

個々の心身症としての身体疾患患者に心身医学的治療法のいずれを適用するかは、患者がおかれている環境状況、患者の日常生活の内容、パーソナリティの発達段階、自我の強さなどを考慮して決められる。治療開始時の評価で、大きく三つの治療の流れが分けられる(図9)^{14,16)}。

① 幼小児期の親子関係にあまり問題がみられず、パーソナリティの片寄りもすくなく、現実への対応にも柔軟性がみられるが、現実社会における心理社会的因子が患者の適応能力を越えていると考えられる場合(現実心身症型)には、心身医学的に心身症としての身体疾患の発症と経過にそれらの心理社会的因子が果たす役割について理解させ、できる限りの環境調整と、それらの心理社会的因子に適切に対応できるように助言し、ライフ・スタイルに対する心身医学的な指導を行う。

② 幼小児期の親子関係に問題がみられ、パーソナリティの未熟さや片寄りもみられ、心理社会的因子に対する過敏さやそれに対する対処行動にも問題がみられるが、治療的な信頼関係ができやすく、治療意欲もあり、心身相関の理解に基づく行動修正が可能と考えられる患者の場合(神経症傾

向が強い型)には、自律訓練法に加えて、交流分析療法、精神分析的精神療法、行動療法などを適用する。

③表面的には適応的で問題がなさそうに見えるが、幼小児期の親子関係の問題が大きく、パーソナリティの片寄りや歪みも大きく、自己の欲求の実現や感情の言語的表現も適切にできず(alexithymia)、治療的な信頼関係を深めにくく、心身相関の理解に基づく治療への意欲も乏しい患者の場合(性格心身症型)には、かなりの時間をかけて行う治療的退行を利用した精神分析的精神療法ないし再養育療法、家族療法などを適用する。

なお、個々の心理療法については成書に譲る。

参考文献

- 1) 河野友信, 吾郷晋浩編: ストレス診療ハンドブック, メディカル・サイエンス・インターナショナル, 東京, 1990.
- 2) 佐藤昭夫, 朝長正徳編: ストレスの仕組みと積極的対応, 藤田企画出版, 弘前, 1991.
- 3) 日本心身医学会教育研修委員会編: 心身医学の新しい診療指針, 心身医学, 31: 537-576, 1991.
- 4) Holmes, T.H., Rahe, R.H.: The social readjustment rating scale. J. Psychosom. Res., 11: 213-218, 1967.
- 5) 夏目誠他: 勤労者におけるストレス評価法(第一報). 産業医学, 30: 266-279, 1988.
- 6) 村上正人他: 健康人のストレス状態に関する研究. 心身医療 1: 57-61, 1989.
- 7) 野村忍他: 新しいストレス評価質問紙法(SCL86)の研究. 心身医療 1: 247-258, 1989.
- 8) 吾郷晋浩, 石川俊男他: 心の健康度測定に関する研究. 心の健康づくりの評価と技法に関する研究. 平成3年度厚生省科学研究(精神保健医療研究報告書). 1-37, 1988.
- 9) Berle, B.B. et al.: A clinical guide to prognosis in stress diseases. JAMA. 149: 1624-1628, 1952.
- 10) 吾郷晋浩: 心身症, 治療69: 679-683, 1987.
- 11) 吾郷晋浩: ライフサイクルと心身症. メディカル・ヒューマニティ 4: 27-31, 1989.
- 12) Sifneos, P.E: The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. Psychother. Psychosom. 22: 255-262, 1973.
- 13) 吾郷晋浩: 職場のストレスとメンタルヘルス, 産業医学ジャーナル増刊号94-105, 1992.
- 14) 吾郷晋浩: アレルギーと心身症, アレルギー, 36: 63-68, 1990.
- 15) 吾郷晋浩: 心身症の見分けかた, Med. Pract. 5: 1349-1353, 1988.
- 16) 吾郷晋浩: 心身医学的療法(IV), アレルギーの臨床, 8: 570-571, 1988.