

連載

特集「産業保健の現場で役立つ心身医学」

第1回：心身医学とは？—基礎知識の整理—

Series: Mind/Body Medicine in Occupational Health

Session 1. Mind/Body Medicine: Summary of Basic Knowledge

中尾睦宏

帝京大学医学部衛生学公衆衛生学・心療内科

Mutsuhiro NAKAO

Department of Hygiene and Public Health, Teikyo University School of Medicine & Division of Psychosomatic Medicine, Teikyo University Hospital, Japan

キーワード：Alexithymia, Excessive adaptation, Mind/body medicine, Occupational health, Psychosomatic medicine, Stress

はじめに

皆さんは「心療内科」に対してどのようなイメージを持っているでしょうか？例えば、街や駅にあるメンタルヘルスクリニックの看板には「精神神経科、心療内科」などと心療内科がよく併記されている。そのためか心療内科は精神科の一部と誤解している人が多い。心療内科は心身症を診療する科で、心身医学の研究をしている。心身症とは（精神疾患でなく）あくまで身体疾患で、さまざまなストレスがある中で頑張り過ぎたため身体を壊してしまった状態に近い。緊張時に下痢をする過敏性腸症候群、肩こりや首のこりと連動することが多い緊張型頭痛といった典型的な心身症から、心理社会的因子の関与が顕著な本態性高血圧症や気管支喘息まで幅広い病態がある。筆者は心療内科について質問されたときはこのように答えている。「内科には物療内科とか神経内科とか〇〇内科と呼ばれる科がたくさんありますよね。心療

内科というくらいですから、これは内科の一部です。ただ内科の病気であっても、発病時は心理社会的ストレスがきっかけであったり、ストレスが経過を悪くする状態を扱っているのです。精神科と同じような心理面でのケアが大切になってきます。」

こうした説明を重ねていくと少しずつ心療内科に対するイメージが変わってくるのではなからうか？心療内科医はカウンセリングルームで患者の悩みをこんこんと聞いているイメージをもたれがちだが、そうした面だけではなく高血圧、脂質異常症、糖尿病といった生活習慣病への対応や、からだ全体の不調について評価・相談することも重要な守備範囲となっている。最近の産業保健の現場では、メタボリックシンドロームの健康診断だけでなく、過重労働による健康影響の評価も大切な仕事となっている。さらにメンタルヘルスに問題を抱えた社員が急増してきた。そのため心療内科医が産業医として重宝される場面が増えてきた気がする。実際、筆者は心療内科医として18年間、産業医として10年間働いてきたが、産業医の業務をしていると心身医学の知識や診療経験が役立つと感ずることが多い。

本企画では産業保健活動をしている読者に「心身医学」について正しく理解してもらえるように3回シリーズの特集を組んだ。具体的には、心身医学の基礎知識について解説し（1回目）、心身医学的考え方が応用できる職場の事例を幾つか紹介し（2回目）、最後に心理社会的・職業的ストレスに気づいて早めに対応するストレスマネジメントの重要性について解説したい（3回目）。この特集で何を学ぶか（SBO）については表1にまとめた。

心身症の定義

改めて心身症の定義を示す。日本心身医学会によると¹⁾、心身症とは「身体疾患の中で、その発症や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られた病態をいう。ただし神経症やうつ病など、

表1. 本特集で何を学ぶか（SBO）

1. 職場ストレスが心身の健康に及ぼす影響について説明できる。
2. 心療内科と精神科の違いを説明できる。
3. 心身症理解のために重要な「過剰適応」と「失感情症」の概念を説明できる。
4. 労働者の個人内要因・職場内ストレス要因・職場外ストレス要因それぞれを考慮した分析ができる。
5. 健康問題を抱えた労働者に対し、心身相関に配慮した全人的アプローチができる。
6. 心理社会的ストレスに配慮した職域全体のメンタルヘルス増進のための対策を立てることができる。

2009年10月13日受付；2009年11月5日受理

J-STAGE 早期公開日：2009年11月27日

連絡先：中尾睦宏 〒173-8605 東京都板橋区加賀2-11-1 帝京大学医学部衛生学公衆衛生学・心療内科。Correspondence to: M. Nakao, Department of Hygiene and Public Health, Teikyo University School of Medicine & Division of Psychosomatic Medicine, Teikyo University Hospital, 2-11-1 Kaga, Itabashi, Tokyo 173-8605, Japan (e-mail: mnakao@med.teikyo-u.ac.jp)

他の精神障害に伴う身体症状は除外する。」となっている。ここで言う「心理社会的因子」とは「心理社会的ストレス」と置き換えるとわかりやすい。また2行目のただし書き部分の意味については後で詳しく説明する。心身症は英語で psychosomatic disease または psychosomatic illness と呼ぶことが多いが、心身症が世界的に認知された歴史は意外に浅い。米国の心身医学会である American Psychosomatic Society が設立されたのは1942年で、専門誌 Psychosomatic Medicine は1939年に初めて刊行された。日本においては1959年に日本精神身体医学会が発足し、1975年に現在の日本心身医学会と名称を変えた。なぜ改めて「心身症」という病態に注目する必要があったのであろうか？

これは近代の西洋医学に対する反省の意味合いがある。17世紀の数学者 René Descartes (1596-1650) は、心と体は明確に分離したものだとする心身二元論を提唱した。この哲学は、人体解剖をしても魂は傷つかないというキリスト教会の見解に大きな影響を及ぼし、解剖学や人体構造を重視した20世紀半ばまでの西洋医学の発展に大きく寄与した。その一方、身体的な問題が精神や感情の動きに左右され、ストレス現象が医学的に大きな影響を与えるという発想はむしろタブーとされた。心身医学の設立・発展はそのタブーに対する問題提起の側面があった²⁾。

例えば高血圧症を例にあげて考えよう。日本の患者調査では人口10万人あたり400-500人の外来患者が高血圧の治療を受けていると推計されているが、その90-95%は原因不明の本態性高血圧症である³⁾。本態性高血圧症の場合、その発症メカニズムの1つとして交感神経の過緊張による血管抵抗の増大が考えられているが、その原因としてストレスの影響が考えられている。これは現場で直感できるし、主治医が「血圧を下げるためにはストレスを減らしましょう。」と指導することはしばしばである。しかしながら、腎性高血圧など二次性高血圧の臨床研究はどんどん進んでいったのに対し、罹患者数では圧倒的に多いはずの本態性高血圧の病態はあまり注目されなかった。ストレスとの因果関連を積極的に見出そうとする研究が注目されるようになったのはごく最近である。ストレスに着目した高血圧治療の是非は、Cochrane library でようやくエビデンスが構築され始めたところである⁴⁾。その内容を紹介すると、本態性高血圧に対するリラクゼーション療法の有用性に関して、Eisenbergら⁵⁾ や筆者ら⁶⁾ の論文を含めて計5本の論文が信頼できる系統的レビューとして中間報告で採用された。その文献検討委員会では筆者らのバイオフィードバック療法だけでなく、表2に挙げる幅広い行動医学的介入法が、本態性高血圧の治療法として評価対象として文献検討された。その最終結果として、筋弛緩法、認知

表2. コクランライブラリで評価対象となっている行動医学的アプローチ

- 認知療法
- 行動療法
- バイオフィードバック療法
- 自律訓練法
- 筋弛緩法
- 瞑想法
- イメージ療法
- 呼吸法
- ヨガ

行動療法、バイオフィードバック療法などは降圧効果の期待できるという報告書が発表された。一方、自律訓練法などは高血圧患者に対する降圧効果のエビデンスは現段階では不十分なため、今後の研究結果の蓄積が待たれる。こうした臨床系データだけでなく、地域住民の疫学コホートデータなどからも心理社会的ストレスが高血圧のリスクになるエビデンスが蓄積されている⁷⁾。

心身医学の歴史

Walter B Cannon (1871-1945) は、交感神経系を介する情動ストレスによって生じる身体の反応を最初に観察した人物で、この反応を「闘争—逃走反応 (fight or flight response)」と名づけた。この発見をきっかけに、人の心と身体の関係が科学的に研究されるようになった⁸⁾。1950年代、外的なストレス（ストレス要因）が身体の健康に影響を及ぼすという概念が生まれ、重要な理論的問題として初めて注目されるようになった頃、Hans Selye (1907-1982) が「汎適応症候群」を提唱した⁹⁾。もちろん、それ以前から医師や一部の研究者は、有害な環境、社会、心理状態が、病気の一因になることには気づいていたが、環境の脅威によって生理的反応が表れる仕組みを最初に理論づけたのはSelyeであった。汎適応症候群には、警告反応期、抵抗期、疲憊期の3段階がある。Selyeは、適応反応が長引かないかぎり病気にならないとしている。しかし、彼の理論でもまだ心理学的要因については扱っていなかった。

Selyeの理論は、心身医学の進歩に大きく貢献したが、単純明快に過ぎるところがあった。George L Engel (1913-1999) が提唱した生物学的・心理学的・社会学的モデルは、Selyeの理論よりもさらに包括的なモデルで、健康を生物学的要因（細菌やウイルスといった病原体、免疫系の反応）、心理学的要因（人の思考、感情）、ソーシャルサポート（家族や職場の関係）の影響を受けるものとしてとらえた¹⁰⁾。この理論でもストレスと疾病のメカニズムは完全に解明できなかったが、多くの要素が絡む複雑な関係を正しく評価できるようになった。

その後、有名な Framingham 研究を始め⁷⁾、米国を中心にリスクファクター、すなわち罹患や死亡の原因となる因子が次々と発表された。不健康な生活習慣や行動が健康に直接影響を及ぼすという考え方が世界的に注目を集めるようになった。例えば、喫煙、運動不足、アルコール中毒、肥満、ストレスは、個人の習慣と直接関連があり、改善が可能だと報告されてきた。こうして健康と病気に関する複雑な生物学的・心理学的・社会的健康モデルが医学においても認められるようになり、行動医学という分野が生まれた。現在の心身医学は、この行動医学を重要な理論的基盤の1つとしているが、それだけでなく心理学・東洋医学・脳科学などさまざまな学問を取り入れながら全人的医療の推進を目指している。

心療内科の現実

ここまで心身医学の歴史を振り返ってきたが、日本の臨床現場はどうなっているのでしょうか？はじめにも述べたように、精神科が受診患者の心理的抵抗を軽減するため心療内科と標榜する例が後をたたず、本来の定義に基づいた心身症診療を実践している心療内科の方が実際は少ない。日本心身医学会が認定している研修指導施設を表3に示す。内科や精神科に限らず、婦人科、小児科、歯科口腔外科などさまざまな身体科が研修指導施設となっている。帝京大学医学部附属病院心療内科では内科の外来ブースで診療をしているが、初診外来患者数は年間約200人で心身症38%、うつ病26%、不安障害19%、

表3. 日本心身医学会研修診療施設

(北海道地区)	
1 北海道大学精神科	6 札幌太田病院
2 札幌明和病院内科	7 医療法人東札幌病院
3 北海道医療大学付属医科歯科クリニック	8 新札幌ウイメンズクリニック
4 札幌社会保険総合病院	9 特定医療法人社団慶愛会 札幌花園病院
5 朋佑会札幌産婦人科	
(東北地区)	
1 弘前大学第一内科	7 盛岡友愛病院心療内科
2 岩手医科大学第三内科	8 (医)光成会宮城中央病院
3 東北大学医学部心療内科	9 水沢市国民健康保険総合水沢病院
4 福島県立医科大学神経精神科	10 総合磐城共立病院心療内科
5 福島労災病院心療内科	11 独立行政法人国立病院機構 岩手病院
6 東北労災病院心療内科	12 太田総合病院附属太田西ノ内病院
(関東・甲信越地区)	
1 東京大学医学部心療内科	22 新潟大学医学部第二内科
2 東邦大学大森病院心療内科	23 国際親善総合病院心療内科
3 日本大学板橋病院心療内科	24 聖路加国際病院心療内科
4 慶応大学精神神経科	25 慶応大学産婦人科
5 東京女子医大第二病院内科	26 国立療養所久里浜病院
6 東海大学内科リハビリ科	27 府中恵仁会総合病院
7 聖マリアンナ医科大学神経精神科	28 北里大学東病院精神神経科
8 都立駒込病院神経科	29 武田病院
9 東京医科大学小児科	30 横浜相原病院
10 公立昭和病院心身医療科	31 東邦大学大橋病院麻酔科
11 国立精神神経センター国府台病院	32 帝京大学医学部心療内科
12 順天堂浦安病院メンタルクリニック	33 相澤病院心身医療センター
13 立正佼成会病院小児科	34 勝山診療所
14 九段坂病院心療内科	35 横須賀共済病院精神科
15 長谷川病院	36 国立神奈川病院
16 第一荻窪クリニック心療内科	37 井之頭病院
17 LCC ストレス医学研究所	38 愛世会愛誠病院心療内科
18 横浜労災病院心療内科	39 東京医科歯科大頭頸部心療外来
19 昭和大学精神科	40 東京女子医大医療センター小児科
20 自治医科大学大宮医療センター	41 まるやまファミリークリニック
21 JR 東京総合病院小児科	42 東京共済病院心療内科

(中部地区)

- | | |
|-----------------|--------------------------|
| 1 金沢医科大学病院神経精神科 | 8 浜松医科大学保健管理センター |
| 2 半田市立病院神経科心療科 | 9 愛知医科大学病院総合診療科精神神経科 |
| 3 藤枝市立総合病院心療内科 | 10 北林病院 |
| 4 名古屋市立大学第三内科 | 11 定塚メンタルクリニック |
| 5 国立療養所金沢若松病院 | 12 名古屋大学医学部附属病院親と子どもの心療部 |
| 6 中部労災病院心療内科 | 13 藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院 |
| 7 富山医科薬科大学第三内科 | 14 国際医療福祉大学熱海病院 |

(近畿地区)

- | | |
|-------------------|-----------------|
| 1 淀川キリスト教病院神経科 | 11 近畿大学医学部堺病院 |
| 2 社会保険神戸中央病院内科 | 12 徳洲会松原病院心療内科 |
| 3 関西医科大学心療内科 | 13 神戸赤十字病院心療内科 |
| 4 天理よろづ相談所病院心療内科 | 14 医療法人三幸会北山病院 |
| 5 (社)こども心身医療研究所 | 15 関西医科大学小児科 |
| 6 (医)健康会京都南病院心療内科 | 16 彦根市立病院心療内科 |
| 7 京都洛和会音羽病院心療内科 | 17 大阪警察病院皮膚科 |
| 8 奈良県立医科大学第三内科 | 18 三菱神戸病院 |
| 9 黒川内科黒川心理研究所 | 19 西神戸医療センター |
| 10 大阪医科大学小児科 | 20 京都府立医科大学附属病院 |

(中・四国地区)

- | | |
|---------------------|----------------------|
| 1 広島大学医学部附属病院精神科神経科 | 8 社会保険広島市民病院精神科 |
| 2 鳥取大学神経精神科 | 9 徳島大学精神科神経科 |
| 3 島根医科大学精神科神経科 | 10 国立療養所南岡山病院神経内科 |
| 4 川崎医科大学精神科 | 11 県立広島病院精神科 |
| 5 川崎医科大学附属川崎病院精神科 | 12 JA 広島総合病院精神科・心療内科 |
| 6 香川医科大学精神神経科 | 13 医療法人財団博仁会キナシ大林病院 |
| 7 慈圭会慈圭病院 | 14 愛媛県立中央病院総合診療科 |

(九州・沖縄地区)

- | | |
|----------------------|-----------------------|
| 1 九州大学医学部心療内科 | 13 鹿児島大学医学部心身医療科 |
| 2 鹿児島大学医学部第一内科 | 14 福岡徳洲会病院心療内科 |
| 3 鹿児島大学医学部神経精神科 | 15 国立療養所南福岡病院 |
| 4 琉球大学医学部保健学科精神衛生学教室 | 16 済生会福岡総合病院心療内科 |
| 5 北九州津屋崎病院青春期内科 | 17 松尾内科病院 |
| 6 湯布院厚生年金病院 | 18 特定医療法人高野会高野病院 |
| 7 (医)仁心会松下病院 | 19 長崎県立こども医療福祉センター |
| 8 (医)恵愛会福岡病院 | 20 医療法人・杏溪会吉村病院心療内科 |
| 9 大分医科大学臨床薬理センター | 21 医療法人社団翠会八幡厚生病院心療内科 |
| 10 産業医科大学神経内科 | 22 門司田野浦病院心療内科 |
| 11 (医)筑水会病院 | 23 福岡歯科大学医科歯科総合病院 |
| 12 新日鉄八幡製鉄病院心療内科 | 24 宮崎大学安全衛生保健センター |

データは日本心身医学会のホームページ <http://www.interq.or.jp/japan/shinshin/> より引用。

その他 17% となっている。入院する場合は内科病棟を借りる形となるが、現在は予約制の外来診療が主となっている。また筆者が帝京大学に赴任する前に勤務していた東京大学医学部附属心療内科外来では内科の一部門として診療をしていたが、第一診断名がうつ状態の患者が 15-25% 存在していた。冒頭の心身医学会の定義によると、ただし書きとして「うつ病に伴う身体症状は心身症から除外する」となっているが、実際はうつ患者、特に軽症うつの患者が心療内科を受診するケースは非常に

多い。そうした事情を考慮し、軽症うつや不安障害などは心療内科やプライマリケアにおいても積極的に診療すべきであるという意見もある。

心身症の病因

心身症の病因を考えるには、「過剰適応」と「失感情症」という 2 つの概念を理解すると役に立つ。適応とは「人」と「環境」の組み合わせである。「人」だけが悪い訳でも「環境」だけが悪い訳でもなく、両者のバランス

が悪いことが問題となる。少し乱暴な分類を許して頂きたいが、個人の性格や能力が自ら置かれている環境と著しい乖離を生じた場合、はっきりとした不適応症状を起こすと神経症になりやすい。逆に、何とか踏ん張るべく過剰適応を続けると心身症になりやすい。もちろん現実はその通りに単純でないが、おおよそのイメージとして理解して頂けたらと思う。過剰適応を続けることにより持続的なストレスにさらされ、中枢神経系を介して自律神経系、内分泌系、免疫系など生体の調整機能に影響を及ぼし、ついには内臓の機能や構造にまで異常をきたした状態が典型的な心身症と考えられている。

一方、失感情症は聞き慣れない言葉かもしれないが、英語では alexithymia と呼ばれ、1970年代から精力的な臨床研究が続けられている¹¹⁾。失感情症とは心身症になりやすい特徴的な性格傾向と考えられており、「自分の感情をうまく理解できない (difficulty in identifying emotion)」、「自分の感情をうまく表現できない (difficulty in describing emotion)」、「内面を見つめない外向き思考 (externally-oriented thought)」の3要素があると言われている。比喩的に表現すれば、自分の感情に気付かず、心のブレーキを無視して走り続けると、身体の方が限界を超えて悲鳴をあげてしまうのである。

過剰適応と失感情症の評価

それでは過剰適応や失感情症はどのように評価すれば良いのであろうか。過剰適応に関しては、前述のように「人」と「環境」の両者を評定する必要があるため、ケースバイケースで対応する必要がある。専門家でない先生には難しいかもしれないので、心理質問紙を参考にする手がある。例えば、性格パターン（正確には「エゴ状態」）を知るためによく使う自記入式質問紙に東大式エゴグラム (TEG) がある¹²⁾。エゴグラムとは、対人関係や社会との交流を通して自分がどのように構え反応する傾向があるのか分析する質問紙法で、心理学の交流分析理論に基づいている。TEGでは、人間の心（自我状態）を、批判的親 (Critical Parent, CP)、養育的親 (Nurturing Parent, NP)、大人 (Adult, A)、自由な子供 (Free Child, FC)、適応した子供 (Adapted Child, AC) の5つに分けている。全部で60の質問があり、それぞれ○、△、×のうち1つを選んで解答する。それぞれの自我状態が20点満点で評価される。△の数が多すぎたり、常識的な質問に正しく解答しなかった者が識別できるように採点用紙が工夫されている。医学的には、ACの得点が他の4尺度より高いAC優位型の人が、過剰適応を起こし心身症になりやすい傾向があるのではないかと注目されている。TEGは不適応障害など対人関係のあり方や人格構造が関係した疾患に対して応用されるが、健常人でも自己分析のための簡便な質問紙として

使用できる。看護教育や企業研修に利用されることも多い。ただし、得られた結果に偏りがあっても、個人的にも、社会的にも問題がなければ、その人の性格特性として尊重されるのは当然である。その解釈や修正指導は、慎重に行われなければならない。

一方、失感情症を自己評価する質問紙も幾つかある。最も有名なのはトロント式失感情症スケール Tronto Alexithymia Scaleで、その修正版 (TAS-R) や短縮版 (TAS-20) を使った臨床研究が多い。例えば、TAS-20では、「自分がいまどんな気持ちか分からないことがよくある。」、「自分の気持ちを簡単に説明できない。」、「人と話すときは、気持ちよりも日頃のことについて話し合う方がいい。」といった質問項目があり、20項目の質問の合計点が算出される¹³⁾。合計点が高いと、心理面でのストレス対処が不適切となり身体症状として現れやすくなると考えられている。

心身症の病名分類

心身症の病名の記載方法であるが、例えば診断書に「心身症」と書いても情報が漠然すぎて役に立たない。「過敏性腸症候群 (K58)」、「緊張型頭痛 (G44.2)」など対応する ICD-10 コードが存在するときはそのままの病名を記載すればよい。対応する心身症名の ICD-10 コードがないときは、まず「本態性高血圧症 (I10)」、「気管支喘息 (J45)」といった一般身体疾患の病名をつける。身体疾患の診断ができないときは「動悸 (R00.2)」、「腹痛 (R10)」など主訴となった身体症状を記載する。その上で保険病名として、「本態性高血圧症 (心身症)」、「気管支喘息 (心身症)」、「動悸 (心身症)」、「腹痛 (心身症)」と記載すればよい。また ICD-10 では精神疾患は F コードで分類される。その中に「神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害 (F40-48)」という下位分類があるが (表1)、これらの疾患のどこまでを心療内科が診療すべきか専門家の間でも意見が分かっている。ちなみにこの F コードには「生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群 (F50-59)」という下位分類もある。これは摂食障害も含まれており、身体管理も大事となるので心療内科の守備範囲と考えてよいであろう。一方、DSM-IV-TR と呼ばれる精神疾患の診断基準を用いる場合は、心身症はその他の状態として「身体疾患に影響を与えている心理的要因 (316)」という診断カテゴリーに分類されている。この診断基準は実地でほとんど役に立たないので、上記 ICD-10 に準じて診断分類した方がよいかもしれない¹⁴⁾。

おわりに

以上、心身症を理解するための基礎知識を整理したが、心身医学では心と身体を結ぶ役割を果たしている中枢神

経系と生体機能調整系（自律神経系，内分泌系，免疫系）の働きが重視されている。また心身医学は別名 biopsychosocial medicine と称されるように，従来の医学が培ってきた身体からみる立場と，内省的に心からみる立場に加えて，人が対人関係や社会の中で持つ機能としての「行動」面からの理解と，「生命倫理」や「人類生体学」といった自然界の中での生物としてヒトの位置づけを考慮した理解を含めていこうとする立場もある。こうした全人的医療につながる考え方は，心身症だけを対象とするものではなく，すべての病気や障害が対象となりえる。

今回は産業医学の現場での実際の症例を紹介しながら，心身医学が産業医学といかに密接に関係しているか，伊藤克人先生に解説して頂く。

文 献

- 1) 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. 1991; 31: 537-76.
- 2) 中尾睦宏, 久保木富房. 心身医学的治療 (総論). 女性心身医学. 2003; 8: 93-8.
- 3) 日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会編. 高血圧治療ガイドライン 2004. 東京: 日本高血圧学会, 2004.
- 4) Nicolson DJ, Dickinson HO, Campbell F, et al. Relaxation therapies for the management of essential hypertension in adults. A Cochrane review. J Hum Hypertens 2008; 22: 809-20.
- 5) Eisenberg DM, Delbanco TL, Berkey CS, et al. Cognitive behavioral techniques for hypertension: Are they effective? Ann Intern Med 1993; 118: 964-72.
- 6) Nakao M, Yano E, Nomura S, et al. Blood pressure lowering effects of biofeedback treatment in hypertension: A meta-analysis of randomized controlled trial. Hypertens Res 2003; 26: 37-46.
- 7) Kannel WB, Eaker ED. Psychosocial and other features of coronary heart disease: insights from the Framingham Study. Am Heart J 1986; 112: 1066-73.
- 8) Arun CP. Fight or flight, forbearance and fortitude: the spectrum of actions of the catecholamines and their cousins. Ann N Y Acad Sci 2004; 1018: 137-40.
- 9) Selye H. Forty years of stress research: Principal remaining problems and misconceptions. Can Med Assoc J 1976; 115: 53-6.
- 10) Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science 1977; 196: 129-36.
- 11) Sifneos PE. The prevalence of alexithymia characteristics in psychosomatic patients. Psychother Psychosom 1973; 22: 255-62.
- 12) 東京大学医学部心療内科 TEG 研究会編. 新版 TEG 解説とエゴグラム・パターン. 東京: 金子書房, 1985.
- 13) 小牧 元, 前田基成, 有村達之, ほか. 日本語版 The 20-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) の信頼性, 因子の妥当性の検討. 心身医学 2003; 43: 839-46.
- 14) 中尾睦宏, 久保木富房. 身体疾患からみた精神疾患 (2): 神経症と心身症, ICD-10 との係わりについて. Attending Eye 2006; 2: 81-5.