

## 連載

### 特集「産業保健の現場で役立つ心身医学」

#### 第3回：心身医学的な対応—2次・3次予防から1次予防へ—

### Series: Mind/Body Medicine in Occupational Health Session 3. Treatment and Management in Mind/Body Medicine

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 and Division of Psychosomatic Medicine, Teikyo University Hospital, 2-11-1 Kaga, Itabashi, Tokyo 173-8605, Japan

キーワード：Mind/Body medicine, Occupational health, Preventive medicine, Psychosomatic medicine, Psychotherapy, Relaxation

#### 心身医学的治療の基本

特集の1回目は筆者が心身医学の基本整理の知識と評価方法について概説し、2回目は東急電鉄健康管理センターの伊藤先生に心身医学的考え方が応用できる職場の事例をいくつか紹介して頂いた。最終回は治療編である。心身医学的な治療をするときは、心身両面からその病態を分析把握し、治療目標と治療方針を決定することがまず必要である<sup>1)</sup>。病歴を聴きながら「患者が何を困っているのか」、「どうなりたいと思っているのか」、「短期的あるいは長期的に何が実現可能か」、「その目標を実現するために治療者は何を提供できるか」を治療者が的確に把握して、患者と共有できるよう努力する。

こうした心身医学的治療を効果的に行うためには、良好な医師・患者関係の確立（ラポールの形成）と患者の

治療への動機づけが前提となる。ラポールの形成のためには、患者の訴えや悩みによく耳を傾け（傾聴）、患者の立場に立ってそのつらさや苦しさを理解するよう心がけ（共感）、温かく誠実に患者に接する（支持）よう心がける。患者の治療への動機づけを高めるためには、真の意味で病気を克服するのは患者本人であることを伝え、そのためには治療者は援助を惜しまず、一緒に問題を解決する態度を示すよう心がける。また検査データなどをフルに活用し、十分な説明と保証を行うことも重要である。産業医学の現場に置き換えれば、問題解決に向けた保健スタッフと社員との良好な関係の確立が、まず求められる。

心身症患者の治療においては、単に病的な部分を除去し、修復すればよいという、旧来の「西洋医学的なモデル」では不十分であり、患者の心理面について内発的な成長を促すような「成長モデル」として捉えることも大切といわれる。例えば摂食障害は心療内科で扱う疾患の1つであるが、やせ願望や自分の体型に対するイメージの歪みが強い場合、治療に難渋することが多い。過食行動が止まらない神経性過食症患者が病棟で入院している設定で、以下のような会話が合ったとする<sup>2)</sup>。患者の進歩を促せるような対応を医師が心がけている。

患者：「先生、やはり夜になると過食をしてしまいます」  
(a)

医師：「週に何日、過食をしましたか？」(b)

患者：「土日も含めて、週に4、5日は過食をしています」(c)

医師：「すると、週に2、3日は過食をしない日があるのですよね。初診の頃と比べて良くなったじゃないですか！過食をしなかった日はどのような生活をしてたのか教えて下さい」(d)

最初の患者発言(a)で、過食を止めることができないことを打ち明けているが、これは大きなチャンスである。患者によっては、自分の食行動を隠したりごまかして表現することがあるからである。せっかくのチャンスなのですぐに解釈はしないで、発言(b)のように治療目標にできるような客観的な事実確認をしている。間違っても「それはいけませんね」など説教はしない。過食の告白がそこで止まってしまうからである。頻度をきいてみると発言(c)のように過食を週に4、5日するという答えが返ってきた。正直これでは頻度が多いなど医師が思ったとしても、それは口にしない。ただでさえ患者は自己嫌悪で落ち込んでいることが多いので、事実を突きつけて更に落ち込ませるよりは、何かポジティブな部分を探し出して患者を前向きな考え方に持っていく方が得策だからである。発言(d)では、毎日過食して

2009年10月13日受付；2009年11月11日受理

J-STAGE 早期公開日：2010年3月17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 and Division of Psychosomatic Medicine, Teikyo University Hospital, 2-11-1 Kaga, Itabashi, Tokyo 173-8605, Japan

(e-mail: mnakao@med.teikyo-u.ac.jp)

表 1. 心身医学的治療 (心身医学科認定医のための研修ガイドライン)

1. 心身医学科認定医としての心構え, 治療的自我の養成	17. 家族療法
2. 患者についての理解 (患者心理, 心身の発達, 医師・患者関係に基づいた治療)	18. 絶食療法
3. 治療のゴール設定	19. ヨーガ療法
4. 薬物療法 (向精神薬その他)	20. 生体エネルギー療法
5. 簡易精神療法 (一般心理療法)	21. 禪的療法
6. カウンセリング	22. 内観療法
7. 環境調整 (ソーシャル ケースワーク)	23. ゲシュタルト療法
8. 自律訓練法	24. バリント療法
9. 筋弛緩法	25. 集団療法
10. 交流分析療法	26. 温泉療法
11. 精神分析的療法	27. 箱庭療法
12. 行動療法 (認知行動療法を含む)	28. 芸術療法 (音楽療法, 作業療法を含む)
13. バイオフィードバック療法	29. 遊戯療法
14. 森田療法	30. 読書療法
15. 暗示療法 (催眠療法を含む)	31. ライフスタイルの修正
16. 精神分析療法	32. 他の医療スタッフとの協力, チーム医療の実践

文献2と日本心身医学会認定医制度便覧 (日本心身医学会認定医制度委員会編) を参考。番号 14 (太字) までは認定医取得のための必須項目。番号 15 以下は選択項目。

いないという逆の事実には焦点をあて、そこから食行動変容のためのヒントを得ようとしている。

この例では、事実確認から治療的会話を試みているが、発言 (a) を受けて過食をしたときに何を考えたか聞くことも大事である。摂食障害患者は多くの場合、過食をした後に強烈な後悔の念や無力感に襲われるからである。適切な対処行動が思いつかず、自己誘発性嘔吐 (指を口に入れて吐く) や下剤乱用などをする例もある。例えば「またやってしまいました。私は駄目な人間です」と答えたとしたら、治療を進める大きな手がかりとなる。認知行動療法アプローチでは、「過食をしてしまった、即、自分は無価値な人間である」という考え方は短絡的で勝手な思い込み (自動思考) であるとみなし、別の考え方をとっさにできないか話し合いを続ける。前例で過食をしなかった日の良い気晴らし方法 (例: 散歩) が分かっていたら、「過食をしてしまった、でもこれから散歩に行ったら今日はもう過食をしないようにするぞ」と考えることができる。その後起こる自責感は減るかもしれない。

心身医学的治療法としては、こうした心理療法だけでなく、病状に応じて薬物療法や各種リラクゼーション指導などが行われる。具体例として、日本心身医学会認定医を習得するために必要な心身医学的治療技法について表 1 にまとめる<sup>2)</sup>。自験例ではあるが、大学病院心療内科で初診外来患者の全数調査をしたことがある<sup>3)</sup> (表 2)。その結果、主要な治療法は、一般心理療法 (表 1-5)、薬物療法 (表 1-4)、自律訓練法 (表 1-8)、バイオフィードバック療法 (表 1-13) の順となった。心身医学的治療の基本は、1) まずじっくりと話を聞く、

表 2. 心療内科外来でよく用いる治療法 (1993-96年, N = 1,063)

初診時治療法 (重複可)	人数 (%)
一般心理療法	765 (72%)
薬物療法 (抗不安薬, 抗うつ薬など)	638 (60%)
自律訓練法	138 (13%)
バイオフィードバック (以下, 認知行動療法, 他科紹介, 環境調整など)	64 (6%)

文献3のデータを基に、筆者らが新たに解析。

- 2) 必要な症例には精神科的な薬を適切に処方する、
- 3) それでも不十分なら積極的なリラクゼーション指導を併用する、が原則的な対応と言える。

### 心理療法

カウンセリングを希望する患者は、問題の解決や症状の除去といった具体的な成果を求める傾向がある。しかしながら、カウンセリングはすぐに直接的な答えを与えられるものではなく、すぐに答えが出るものなら心療内科をわざわざ受診しないし、家族や会社の関係者がとっくにアドバイスをしているであろう。どんなにいいアドバイスであっても、患者自身に受け入れる姿勢がなければ空回りをしてしまう。心理社会的ストレスに悩み心身に不調を感じているときは、自分の立ち位置が客観視できず、物事を受け入れる「心の準備状態」ができていない場合が多い。著者と同じ大学で精神科教授をしている張先生も指摘しているが<sup>4)</sup>、カウンセリングの役割は「気づき」と「成長の援助」である。心理学用語で

置換 ventilation という概念があるように、患者は自分の悩みを自分の口から語れただけで心理的に落ち着くことがある。そして人に話をしながら、自分の感情や悩み事、心配事を整理していくうちに自分の問題点に気づき、それが心の成長につながっていく。その意味で、問題の解決は人格的成長の裏付けによってもたらされる成果といえる。それは、1回の面接で解決することもあるが、何回も面接して根気強い対応が必要となる場合もある。

ありのままの状態を受け入れる森田療法的アプローチや、本格的な精神分析的治療を行う専門施設もあるが、産業保健の現場では、前述の認知行動療法的アプローチを意識した心理的対応ができれば二重丸である。認知行動療法とは何たるか、知識が不十分な方は優れた解説書が数多くあるので、参考にしてほしい<sup>5)</sup>。また本格的な心理系学会への参加に抵抗がある方は、例えば「生活習慣病認知行動療法研究会」といった研究会もあり、筆者も幹事となっている。定期健診やメタボ健診などの結果のフィードバックや生活指導などの研鑽ができる<sup>6)</sup>。

### 薬物療法

一般的に不安障害やうつ病は身体症状を増幅し、繰り返し病状の説明を担当医師に求めたり、違う医療機関を何回も受診する行動へと駆り立てる。またそうした精神疾患の前兆として動悸や頭痛といった身体症状が先行することがある。心療内科で処方する薬は抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬が中心となるが、最近10年で日本においても脳神経細胞のセロトニンやノルアドレナリンの再取り込みを抑制する作用をもつ新世代の抗うつ薬 (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors, SSRI または Serotonin Noradrenaline Reuptake Inhibitors, SNRI) が処方できるようになり注目されている。これら SSRI や SNRI は、従来の抗うつ薬に比べて副作用が少なく、大量服用時の安全性が高いと言われているので、精神科以外の科でも好んで用いるようになった<sup>7)</sup>。2009年9月現在で、フルボキサミン (商品名: デプロメール, ルボックス), パロキセチン (同: パキシル), セルトラリン (同: ジェイゾロフト) の3種類の SSRI が処方できるし、ミルナシプラン (トレドミン) という SNRI が処方できる。これら SSRI・SNRI は第一選択のうつ病治療薬であるだけでなく、強迫症状 (例: 何回も手を洗わないと気が済まない) や社会不安障害に関連する症状 (例: 人前で緊張してしゃべれない) などにも保険適応があり、不安症状への効能もある。また2009年7月にはミルタザピン (商品名: レメロン, リフレックス) という新しい抗うつ薬が日本で製造・販売承認された。ノルアドレナリン作動性・特異的セロトニン作動性抗うつ薬 (NaSSA: Noradrenergic and Specific Serotonergic Antidepressant) でその臨床効果が期待されている。

### リラクゼーション指導

心理療法と薬物療法を併用しても治療効果に限りがあるときは、リラクゼーション練習を組み合わせることがある。心身症患者に対して心理療法とリラクゼーション指導を併用した行動医学的治療法を行った大規模介入研究の1つに、ハーバード大学心身医学研究所のストレスマネジメントプログラムがある<sup>8)</sup>。これはさまざまな身体愁訴を訴えて来院した患者を、特定疾患の有無に関係なく症状ベースで治療している。リラクゼーション、ストレスマネジメント、認知再構成法、運動指導、栄養カウンセリングなどを複合的に取り入れている。週1回計10週間、外来でグループワークを行い、患者の生活様式の変容を図る。本療法により、身体症状が33%、精神症状が10%改善し、ストレスマネジメントの技能が40%向上している。心身症患者のみでなく、プライマリーケアや地域住人を対象とした無作為コホート研究においても、ストレスマネジメントを狙った行動医学的治療法が身体症状を減少させるのに有効であると報告されている<sup>9)</sup>。

日本の病院の外来では時間的な制約もあり、簡略版の自律訓練法や筋弛緩法を指導することが多い。身近に専門施設がないなど、本格的なリラクゼーション指導を受けることができない場合は、腹式呼吸を意識した呼吸の統制練習に軽いストレッチなどを組み合わせれば良い。実施例としては、まず楽な姿勢で静かに座り、軽く目を閉じ、すべての筋肉をだらしとリラックスさせる。脚から始め、順々に上がって行き、最後に顔をリラックスさせる。リラックスさせた筋肉はそのままにする。鼻から呼吸をし、呼吸に意識を向ける。例えば、黙って息を吸い、「ひとつ」と言って吐き、黙って吸い、「ひとつ」と言って吐く。楽で自然な呼吸を意識しながら同じ事を10分から20分続ける。その際は、深いリラックス状態に達しているかどうか心配せず、受け身の態度を続け、自然にリラックスするのを待つ。雑念が入った時は、気にしないで無視するように心がけ、「ひとつ」と繰り返すつづやく。

以上のように、静かな環境、楽な姿勢、同じ動作の繰り返し、受身の態度の4つの要素が必要と言われている<sup>10)</sup>。ただし、例えば、ジョギングの最中でもリラクゼーションする人がいるかもしれない。電車内でリラクゼーションできる人もいる。この場合は、静かな環境でなくても、無駄な力は入れず、同じ身体的・精神的行為を繰り返すことで無心になっているのかもしれない。最近の研究では、4つの基本要素の中でも、同じ動作の繰り返しと受身の態度が特に大切と言われている。

リラクゼーション練習はいつから始めても良いが、基本的にはセルフコントロールの一法なので、生活の中に

取り入れてずっと続けていくことが望ましい。

#### おわりに

心身医学は内科や精神科などと比較して、(心理社会的・職業的機能において)「健常」に近い病態を扱うことが多い。その意味で産業医学と接点をもつ部分が多くなる。また病院を受診してくる患者1人1人に対して真摯に接する事は当たり前であるが、それだけでなく公衆衛生的な考え方を身に付けることも大切だと筆者は考えている。いったん病気になると治療は大変であり、健康な人が病気になりそうなときや、病気になったばかりの段階で、適切なストレスマネジメントやセルフコントロールをすれば、医療コスト全体の大幅な削減につながるであろう。まさに攻めの予防医学がこれからは大切となってくる。

また心身症に影響を与える心理社会的ストレスは、個人や家族のレベルで片付く問題と、職場や社会構造など大きな枠組みで捉えないと理解できない問題がある。そうした意味で、心身医学は、産業医学や予防医学などの領域ともっと深い関わり合いを持ち、一緒になって社会全体に対するストレス対策を講じなくてはならない<sup>11)</sup>。

あなたの職場で働いている周りの人達を見回して欲しい。自らの病苦に気付かず、もしくは隠して、過剰適応しながら働いている人は実に多い。実は彼ら彼女らこそが典型的な心身相関を示しているかもしれない。世の中に心身症が増えるのは好ましいことではないが、心身症の臨床の積み重ねは、全人的な医療の推進に役立つと思っている。

最後にあらためて医師法を引用する。「医師法第一条：医師は、医療及び保健指導を掌ることによって公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保するものとする」。医師は医療だけを行ってれば良いのではなく、保健指導だけを行ってれば良いのでもなく、両者を合わせて実践していかななくてはならない。繰り返すが、心身医学が理念として掲げている全人的医療やプライマリケアに立脚した医療を目指してい

ば、行き着くところ公衆衛生学のマインドが必要となる。心身医学は、心療内科医だけでなく臨床心理・健康科学の専門家やコメディカルスタッフなど幅広い職種の方が担っている学問である。ストレスを抱え生活習慣を変えたくても変えることができない人を理解するのは、むしろ医師でない方が望ましいことがある。ストレスマネジメントの臨床応用は医師だけでカバーできる領域では決してなく、さまざまな職種の方の知恵をかりてはじめて包括的に実践できる。その意味で医師・非医師に関係なく、心身医学と産業衛生学の間で積極的な交流ができれば良いと願いながら本特集を終える。

#### 文 献

- 1) 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.
- 2) 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.
- 3) Nakao M, Nomura S, Yamanaka G, et al. Assessment of patients by DSM-III-R and DSM-IV in a Japanese Psychosomatic Clinic. Psychotherapy and Psychosomatics 1998; 67: 43-9.
- 4) 張 賢徳. カウンセリング・マインド. 帝京医学雑誌 2009; 32: 353-4.
- 5) 坂野雄二. 認知行動療法. 東京: 日本評論社, 1995.
- 6) 中尾睦宏. 生活習慣病の認知行動療法的介入: 高血圧. Medicina 2007; 44: 2046-9.
- 7) 中尾睦宏. 序説: うつ病治療の現状と今後の課題. 治療学 2008; 42: 5-8.
- 8) Nakao M, Fricchione G, Mayers P, et al. Anxiety is a good indicator for somatic symptom reduction through a behavioral medicine intervention in a mind/body medicine clinic. Psychotherapy and Psychosomatics 2001; 70: 50-7.
- 9) McLeod CC, Budd MA, McClelland DC. Treatment of somatization in primary care. General Hospital Psychiatry 1990; 12: 355-62.
- 10) 中尾睦宏, 熊野宏昭, 久保木富房訳. リラクゼーション反応. 東京: 星和書店, 2001.
- 11) 中尾睦宏. 生活習慣病と心身医学: 生活習慣病に潜む心理社会的ストレス. 心身医学 2008; 48: 195-203.