

## 富山大学公開講座「心とからだの心理学」

### 第3回：「心身症について —逆説的に学ぶ心身症—」

富山大学総合診療部 北 啓一郎

Kei-ichiro Kita: Paradoxical explanation on psychosomatic diseases

#### はじめに

「心身症」という用語は世間一般に広く受け入れられている割には誤解や誤用が多い言葉である。また医療者の中にも誤解があったり、世間の誤用をそのまま利用したりしている面もある。本講習会では「心身症」について、誤解を正しながら理解を深めていただくという方式でレクチャーを行った。

#### 誤解1：心身症という病気がある

日本心身医学会による心身症の定義は以下のとおりである。

「身体疾患の中でその発症や経過に心理社会因子が密接に関与し、器質的ないし機能的障害が認められる病態をいう。ただし、神経症やうつ病など、他の精神症状に伴う身体症状は除外する」。

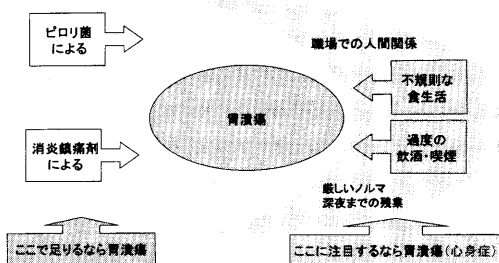
ここに明記されているとおり、心身症とは病態をさしている言葉であって、胃潰瘍や気管支喘息といった疾病（病気）と同列ではない。元来、心身医療は「病を診ずに人を診よ」という言葉があるように、疾病を抱えた人（患者）を単に臓器の故障した状態とみなすのではなく、より全人的に把握し対応しようとする動きから生まれた。現在の保険診療では、背景にある心理社会的な面にも配慮していくことが患者理解や治療に重要である場合

に、（心身症）という呼称が併記されることになる。例えば、胃潰瘍の多くはピロリ菌感染か非ステロイド系消炎鎮痛剤の服用が原因であり、ピロリ菌の除菌や制酸剤の内服でほとんどの場合治癒に至る。ところが、患者の中には内視鏡で見える限り潰瘍は良くなっているのになかなか症状が良くならない場合があり、その際患者の話聞き込むことで背景に不規則な食生活や過度の飲酒があり、更にその背景には会社での勤務形態や人間関係、家族内の問題が明らかになったとすると、そのことを話題として改善できる点を模索していくことが症状緩和に役立つと考えられる。このような場合、心療内科ではカウンセリングや短期精神療法、認知行動療法、薬物療法などのアプローチを行うが、そのような症例には「胃潰瘍（心身症）」と病名をつけることで、上述のアプローチが保険診療内の治療として認められる（図1、2）。

極論すれば全ての患者には何らかの心身症的側面はあることになるが、全てを同様にアプローチする必要はない。あくまで「心身症として対応したほうが上手く行く」場合にのみ心療内科的なアプローチが行われる。

まとめ：「心身症」は様々な疾患にみられる病態であり、独立した疾病病名ではない。

図1: 胃潰瘍の患者さんは様々



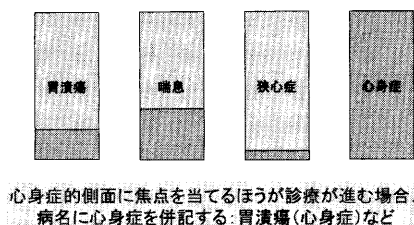
### 誤解2: 心身症とは精神病である

これも心身症の定義において「神経症やうつ病など、他の精神症状に伴う身体症状は除外する」と明記されていることから精神病でないことは明らかである。上述のように、「心身症」として扱うことが多い身体疾患としては、緊張性頭痛、過換気症候群、過敏性腸症候群などの機能性疾患が多い。ただし、現実には誤解されても止むを得ない面がある。

第一に、心身症の定義そのものに無理がある。現実的には明確な妄想を訴える統合失調症や希死念慮の著しい大うつ病などを除いて、どこから精神病でどこから神経症でどこから心身症という明確な線引きは困難である。また、現在のDSM-IV（米国精神医学会による精神疾患の診断・統計マニュアル）には神経症や心身症という概念はなく、不安障害、感情障害、人格障害、身体化障害などに分類されている。またWHOによるICD-10（国際疾病分類）とDSM-IVには概念や分類に一致していない点がある。しかも以上のような用語の使い分けは専門家の中でも必ずしも統一されておらず、学会発表などにおいても様々な概念が混同して用いられている場合がある。専門家が誤用しては一般に誤解が生じて仕方がない。

第二に、標榜医の問題がある。心身医学会の認定を受けると「心療内科」を標榜することができるが、実際には精神科医が「心療内科」を標榜していることがほとんどである。精神科医が「心療

図2: あらゆる疾患に心身症的側面はある(程度はさまざま)



内科」と標榜し敷居を低くすることで、多くの不安障害、感情障害、人格障害、身体化障害の患者が適切な治療を受ける機会が増えた意義は大きい。一方で「心療内科＝軽症の精神科疾患を診るところ＝プチ精神科」というイメージが定着することとなった。そのため「心療内科＝軽症の精神科疾患を診るところ＝プチ精神科」というイメージが定着することとなった。

第三に、臨床医の態度の問題がある。臨床医の中にも「心身症」の概念を誤解されていると思われる場面が多々ある。極端な場合には検査に異常を認めないのに症状が多くあるので「心身症」、精神疾患と思われるが最初に精神科を紹介するのは患者が嫌がるだろうから「心身症」として心療内科に紹介する例は少なくない。

まとめ: 心身症は基本的には体の病気であるが、精神病の身体症状と区別しにくいことがある。現在の診断基準や実際の臨床現場にも混乱がみられる。

### 誤解3: 心身症は心の弱い人がなる

「病は気から」は真実の一面ではあるが、あまり強調しすぎると、「気持ちが弱いから病気になるのだ」といった精神論になり、かえって患者を追い詰めることになる。我々の経験では、心身症の発症と心の強い弱いとは関係しない。むしろ職場や周囲に過剰に適応してきた人が心身症を患うことが多い。

まとめ: 心身症の発症に関して、心の強さ弱さは

## 関係ない

### 誤解4：ストレスがなくなれば健康になる

ストレス [stress] とは元来物理学の用語であり、物体が荷重を受けたとき荷重に応じて物体の内部に生ずる抵抗力（応力）を意味する。医学用語としては種々の外部刺激が負担として働くとき、心身に生ずる機能変化(=ストレス反応)と定義され、ストレスの原因となる要素をストレッサーというが、日常会話ではストレスとストレッサーは混同して用いられている。

「ストレスのせいで胃が痛くなった」など、ストレスは何かと患者にされがちであるが、ストレスと無縁な人生はありえない。同じ状況でも人により反応は様々であり、同じ人でも状況により反応は異なる。確かに過度のストレッサーは時に健康を害するが、適度なストレッサーは生体の機能を高めるものでもある。

まとめ：適度なストレスは必要である。

### 誤解5：ストレス（反応）とは気持ちの問題である

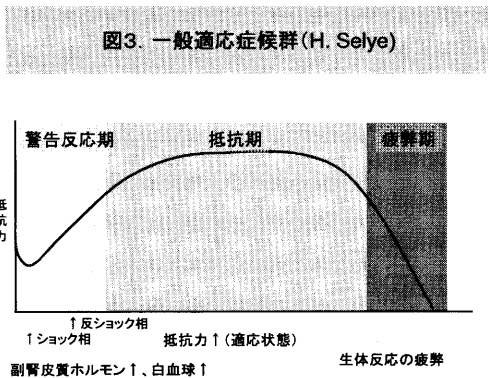


図3はストレッサーが負荷された生体の反応を系時的に示したものであり、セリエはこれを一般適応症候群と名づけた。

この図の如く、ストレス反応は全身反応であり、気もちだけが反応するものではない。また、ストレッサーとしては精神的ストレスだけでなく、睡眠不足や過労、飲酒などの生活習慣なども挙げ

られ、こちらも全身に負荷するものである。

まとめ：ストレス反応とは全身の反応である

### 誤解6：「自律神経失調症」という病気がある

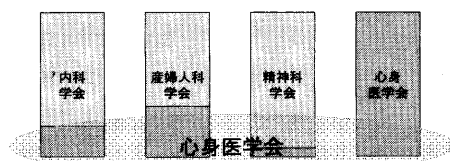
自律神経とは呼吸、循環、発汗など、意識しなくとも体の機能を調節している神経である。この神経の機能（調子）の乱れによると思われる動悸、息切れ、ほてりなどがあると「自律神経失調症」と診断されることが多い。漠然とした愁訴で、それに見合うだけの器質的異常が認められない状態につけられる暫定的な名称であり、「自律神経失調症」の明確な定義はない。また、いわゆる自律神経失調症では自律神経に器質的な異常を来すことはない。本当に自律神経そのものに障害が起きるのは、糖尿病性神経障害などごく一部の病気に限られる。実際には「うつ病」「不安障害」などの身体化症状であることもある。

まとめ：「自律神経失調症」は漠然とした名称である。実際には「うつ病」「不安障害」として治療すべき病態も含まれている。

### 誤解7：心療内科はどこも同じである

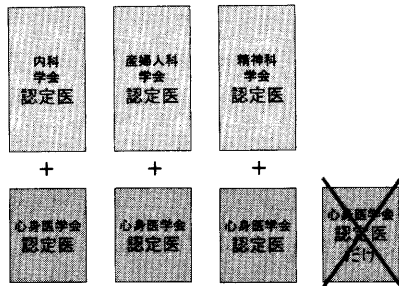
日本心身医学会は、他の臓器専門別学会と異なり、心身医学に興味のある臨床医の集まりであり、学際的な学会である（図4）。標榜科としての「心療内科」を掲げる場合、まず各専門領域の認定医、専門医資格を取得した上で日本心身医学会の認定医を取得しなくてはならない（図5）。そ

### 図4. 心身医学会の位置づけ



心身医学に興味を持つ各専門医の集まり

図5. 標榜科としての心療内科



のため、「心療内科」を標榜する医師の〈本来の専門科〉が何科かによって、得手不得手ある。心身医学的なアプローチは共通していても、〈本来の専門〉が婦人科であれば更年期障害などを多くは扱っても、気管支喘息を扱うことは少ないと思われる。同様に、内科医であれば身体診察は行っても、更年期障害や月経前症候群などを扱うことは少なくなる。患者自らが全てを自己判断できるわけではないが、「心療内科」と併せて標榜している診療科名に注目して、ある程度自分の症状にあった科を受診するのが望ましい。もちろん、担当医は必要に応じて適切な施設に紹介するので、最初の選択にあまり神経質になる必要もない。

ちなみに、全国には「心療内科」専門の医局・講座をもつ大学が数校あるが、基本的には内科医としてのトレーニングを受けている。

まとめ：心療内科医にはそれぞれの専門領域がある。

#### 誤解8：心身症は全て治すべきである

患者本人にとっては病の体験は決して快適なものではないが、だからといって、一様にすぐ症状を取り除くのが良いともいえない。例えば、大震災や津波などの自然災害後、被災者が一時的に抑うつ状態になったり、睡眠障害になったりすることが知られている。このような体の反応は異常な（非日常的）体験での正常な反応と捉えることも可能である。近親者を亡くした後の一連の心理状態の変化は「喪の作業」と呼ばれ、ある程度の否

認や怒り、虚無感、身体の不調などは受け入れがたい出来事に対して働く心の安全装置とも言われている。その意味では、ある程度このような状態に「浸る」時期がないと、そのような状態からは抜け出せないのが正常とも言える。そのような反応を全て忌避すべきものとして対応せず、病の意味について考えてみることも時には重要である。

また、心身症は様々なシステムの歪みに対する反応として生じる場合がある。例えば、神経性無食欲症の子供は、(両親の不仲などにより)破綻しそうな家族関係を、自分が病気になることでなんとかつなぎとめている、と理解した方が良い場合がある。その場合、いくら本人に食べることの大事さを説いても本人は良くならない。むしろ、家族に理解を求め、家族の態度が変われば、患者は病気になっている必要はなくなるのである。

システムの歪みは家族関係に限らない。例えば、ワーカホリックのサラリーマンは自分が仕事中毒であることに気づかないので、深夜までの残業や休日出勤もストレスとは感じていない。しかし、体は音をあげているので出勤前になると腹痛や下痢に悩まされたりする(過敏性腸症候群)。心身症というと、何でも気になる神経質な人、といったイメージがあるが、実はこのサラリーマンのように心と身体の間につながりがない人こそが心身症になりやすく、このような性格傾向をアレキシサイミア (alexithymia: 失感情症) と呼ぶ。この場合、心身の間をつなぐ理解し、普段の生活を振り返ってみることが重要である。

まとめ：心身症になることでバランスをとっている場合があり、症状を取り除くことだけを考えず、その人が心身症になった意味を考えていくことが重要である。

#### 誤解9：心身症は医者が治すものである

心身症の治療法は実に多様である(図6)。

まさに百花繚乱で決定打がない、とも言えるが、いずれにしても、よりよい医師患者関係を構築し、様々なアプローチを通して最終的には患者さんの認知が変わり、行動が変容していくことを期待し

## 図6. 心身症の治療法

- ・ 医師患者関係
- ・ 心理学的アプローチ
  - カウンセリング、交流分析、自律訓練法
  - 森田療法、内観療法行動科学的アプローチ
  - 認知行動療法
  - バイオフィードバック療法
- ・ 薬物療法
  - 抗不安薬、抗うつ薬
- ・ その他
  - 絶食療法、家族療法

ている。

高血圧、糖尿病などの生活習慣病（成人病）などと同様、心身症のマネジメントにおいては患者さん自身の主体的な関りが重要となる。医師は様々なアドバイスをすることはできるが、個々の症例の答えは、患者さん自身が見出すことが多い。

### 症例 A さん 45歳女性

20代の頃から片頭痛発作があり、その都度市販の痛み止めを飲んでいった。最近では一日中こめかみから首筋にかけて頭痛が続き（ヘルメットを被っているような重い感じ）、いつもの薬ではよくなるため来院。

典型的な緊張型頭痛の症例であるが、生活背景を伺うと慣れないパート仕事やお姑さんの世話、言うこと聞かない子供のことなどがストレスと感じているとのことだった。このような場合、筆者は心理社会的ストレスが頭痛の原因であると端から断定しないよう、注意深く話を伺うようにしている。その理由は第一に語られたストレスと表現される症状との因果関係は不明な点が多く、真に相関があるかは断定できないこと、第二に何が原因かの「悪者探し」に汲々としても、実際には取り除くことが難しかったり、取り除いても別の要因が症状を悪化させるなどして、問題の解決にまで至らないことが多いからである。患者さんが「ストレスのせいで」頭痛がある、と語られた場

合も、それも患者さんの見方の一つ、として話を伺う。このように患者さんの生活背景や思いをまると聴いていく中で、患者さんは自ら解決策（対応策）を見出すことが多い。Aさんの場合、週末に子供とテニスをするようになったら家庭内もうまく回り、肩こりも減って、頭痛のコントロールも良くなっていった。「週末に子供とテニスをする」という対策は、当然緊張性頭痛の患者さん全てに効果があるものではない。医師がAさんに授けたものでもなく、Aさん自らが見出したことに意味がある。その意味では医師の仕事は患者さんが極端な思考や行動に迷い込まないように支えていくことは重要であるが、医師の勝手な思い込みを押し付けるのは厳に慎むべきである。

**まとめ：心身症の治療は医師と患者の共同作業である。**

心身症には様々な誤解や偏見が見られるが、臨床現場では接することの多い、ありふれた病態である。急性肺炎のように完全治癒を目指すべき場合もある一方、先にあげた高血圧症や糖尿病などと同様に、うまく付き合っていく態度も心身症の診療では要求される。この事に関して、ニーバーの祈りといわれる詩を紹介する。

*O Got, Give us*

*Serenity to accept what cannot be changed,  
Courage to change what should be changed,  
And Wisdom to distinguish the one from the other.  
Amen.*

（訳）「神よ、願わくばわたしに、  
変えることのできない 物事 を受けいれる落ち着きと、  
変えることのできる 物事 を変える勇気と、  
その違いを常に見分ける知恵とを、  
さずけたまえ  
アーメン」

これは米国の神学者ラインホルド・ニーバー

の作と言われているが、「変える」を「治す」、「物事」を「病気」に置き換えてみると、これはまさに臨床家に求められる態度であり、患者の悩みを「気持ちの問題」「精神的なもの」と一旦決め付けてしまうと、他の可能性を考えようとしなくなりがち（思考停止に陥る）私たち医療者への警句となる。

心身症に限らず、真の医療は医師・患者双方の良好な関係と積極的な共同作業が必要であることから、NPO 法人ささえあい医療人権センター COML が提唱している「医者にかかる10箇条」を示して講演を終了した。

「医者にかかる10箇条」あなたが「いのちの主人公・からだの責任者」

1. 伝えたいことはメモして準備
2. 対話の始まりはあいさつから
3. よりよい関係づくりはあなたにも責任が
4. 自覚症状と病歴はあなたの伝える大切な情報
5. これからの見通しを聞きましょう
6. その後の変化も伝える努力を
7. 大事なことはメモをとって確認
8. 納得できないときは何度でも質問を
9. 医療にも不確実なことや限界がある
10. 治療方法を決めるのはあなたです