



シリーズXM

メンタル
ヘルスケア

8. プライマリ・ケアとメンタルヘルス ：呼吸器・循環器領域

札幌心身医療研究所 久村正也

はじめに

プライマリ・ケア（PC）の特性として、近接性、包括性、協調性、継続性、責任性があげられる。つまり、PCは地域において全人的な継続的包括医療を医療職、行政福祉職が連携して展開するものであり、当事者は患者や住民の十分な納得を得る責任能力を求められる。

PCにおける患者中心の総合的医療の実践は、bio-psycho-socio-eco-ethicalの視点から全人的に患者を診る心身医学の立場と極めて近い関係にある。

本稿では、心身医学の立場からPC臨床で必要な呼吸器・循環器系心身症について述べる。

1. 心身症について

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な因子が密接に関与し、器質のないし機能的障害が認められる病態」をいい、「神経症やうつ病など他の精神障害にともなう身体症状」を除外したものである（日本心身医学会,1991）。

PCの臨床現場でよく出会う次のような症例では、可能性の一つとして心身症を疑う。

i. 多愁訴で訴えがぐどい、ii. 症状が入院で軽快し、退院で憎悪する、iii. 暗示や情動ストレスなどで症状が出現したり、変化する、iv. 同一薬物による治療効果の不安定性、v. 薬物依存や歪んだ生活習慣がある、vi. ストレスフルな生活環境にある、vii. A型行動性格やアレキシミアがある、viii. 自我が未熟、ix. 既往歴に神経症や心身症がある。

心身症は身体疾患であるので、その治療には当然一般身体療法がなされるが、さらに心理面に作

用する抗不安薬、自律神経調整薬、抗うつ薬、また各種の心理療法、環境調整など、いわゆる心身医学的療法が応用される。

2. 呼吸器系心身症

①気管支喘息

気管支喘息（喘息）では発作性の呼吸困難、喘鳴、咳嗽を反復するが、その病態は気道の慢性炎症と各種刺激物に対する気道過敏性の亢進である。

喘息症状の誘因、増悪因子として、抗原暴露、呼吸器感染、気象変化、内分泌・自律神経系の異常、過労などと共に心理社会的ストレスが考えられているが、喘息の心身相関（喘息と心因との関係）についてはその病態が十分に解明されているわけではない。しかし、心理社会的ストレスが明らかに発作や経過に強く関与している、いわゆる“心身症としての喘息”はPC現場でよく遭遇する。例えば、予期恐怖、欲求不満、依存、過剰適応、予後悲観などのストレスであるが、このような患者ではこれらの因子を適切に処理すると、発作の頻度や程度が改善し、重症度も軽減することが少なくない¹⁻²⁾。

本邦では患者の心理社会的因子を把握する心理テストが開発されている（呼吸器心身症研究会、1976、表1）。22項目からなる質問紙法で、患者の9つの心理社会因子が把握できるように工夫されていて便利である。

治療法として国内外の喘息ガイドラインが公表されているが、いずれのガイドラインにおいても身体的治療・管理に加えて心理社会的因子に対する配慮、いわゆる心理療法が求められている。

心理療法の基本はよき患者-医師関係を基盤に

表 1 気管支喘息症状調査票 Comprehensive Asthma Inventory (CAI)
(呼吸器心身症研究会、1976)

カルテ 氏名 才 男・女
住所 Tel Score %

下記の質問に“はい” yes、“いいえ” no、“どちらでもない” ? に○をつけて下さい。

質問項目	答	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1 発作はだいたいきまった時間(それは寝 時)におこってくることが多い。	? Yes No.	○	○	△		△	○	△			
2 発作はある曜日(それは 曜日)になるときまっておこってくる。	? Yes No.	○	○	○	△	△	△	△			
3 喘息薬が手元がないことに気づいただけでも発作がおこってくることがある。	? Yes No.	△	△	○	○				△		
4 発作がおこってくる人を見ると、自分も発作がおこってくる人が多い。	? Yes No.		○	△							
5 かつて発作のきっかけになったもの(動物・植物など)を見ただけでも発作のおこることがある。	? Yes No.	○	○	△							
6 催し物(運動会・学芸会など)の前になるとよく発作がおこっていた。	? Yes No.	○	○	○		△	○				
7 家をはなれると(入院・旅行など) 発作がおこらないことが多い。 かえってひどくなることが多い。	? Yes No. ? Yes No.	○ △	△ △	△ △		○ △	△ △	△ ○			
8 朝、目を覚まし何かをしようすると発作がおこってくる人が多い。	? Yes No.	△	△	△		△	○				
9 から咳(タンがでない咳)が激しく、それに続いて発作がおこってくる人が多い。	? Yes No.	△	△	△		○					
10 ある感情(怒り、悲しみ、憎しみなど)を抑えている時発作がおこり易い。	? Yes No.					○		△			△
11 発作は、罰があたっておこるのではないかと思うことがある。	? Yes No.		△	△		○		△			
12 発作がおこってくるといつも同じような経過をとることが多い。	? Yes No.	○	○	△			△				
13 発作の時、誰かがそばにいてくれる方がらくになる。	? Yes No.			○	○	△	△				
14 発作がおこると、いっそ死んでしまいたいと思うことがある。	? Yes No.					△			○	△	
15 自分の喘息は、なおらないのではないかと思うことが多い。	? Yes No.		△	△					○	△	
16 発作がおこらなくなるとほかのからだの症状がでてくる人が多い。	? Yes No.					○	△	△			
17 何か新しいことを始めようとするとき発作がおこってくるので、できなくなる人が多い。	? Yes No.		△				○			△	
18 発作がおこらなくなるまでは、私は何もできないと諦めている。	? Yes No.					△	○	△	△	△	
19 どうして自分だけこんな発作に苦しまなければならないのかと腹立たしく思うことが多い。	? Yes No.					○	△	△		△	
20 発作のおこり方と生活の仕方とは、関係があるように思う。	? Yes No.	△				△		○			○
21 息をはく時より、吸う時の方が苦しい。	? Yes No.		△	○	△				△		
22 発作の苦しみをみんなにわかってほしいと思いますか。	? Yes No.				○	○			△		
得 点											
百 分 率		17	20	19	8	24	17	12	8	5	3

A : conditioning, B : suggestion, C : fear of expectation, D : dependency, E : frustration, F : flight into illness, G : distorted life habits, H : negative attitudes towards prognosis, I : decreased motivation towards therapy, J : lack of understanding of mind-body relationship,

[判定法]

- ① 答の欄で、“はい”ならYesを、“いいえ”ならNoを、“どちらでもない”なら?を囲む
- ② Yesならそこから右に実線を、?ならそこから右に点線を引く
- ③ これらの線は既に記入されている○や△を横切るが、この時実線○は2点、実線△は1点、点線○は1点、点線△は0.5点で計算する
- ④ A、B、C…など10項目の各項目を縦に加算した数値を得点とする
- ⑤ その数値を既に記載されている数値で除した値が百分率である

した傾聴、受容、共感、支持、保証などの実践である。心的緊張が緩和されると症状の軽快がもたらされ、この体験を通して患者は心身相関に気づくことが多い。症例によっては自律訓練法、行動療法、交流分析、バイオフィードバック療法などを援用する。

②過換気症候群

器質的病変がないにもかかわらず不随意性の過換気発作によって、呼吸困難、空気飢餓感、動悸、頻脈、めまい、頭痛、四肢のしびれ、筋硬直感などを呈し、若年女性に多い。

過換気状態は幾多の病因で生じうるが、心理機制で生じるものを本症候群とする。

不安、恐怖などの情動ストレスによる呼吸中枢の反応性亢進、 β 受容体の機能亢進などから呼吸性アルカローシスが生じ発症する。

患者の多くに、不安、情緒不安定、神経症的、ヒステリー傾向などの特性を認める³⁾。

発作時の診断は特徴的な諸症状と動脈血ガス分析(P_{CO_2} 低下、 pH 上昇)から容易であるが、非発作時では可能ならば過呼吸テスト(1分間30回位で深呼吸を2~3分)を実施する。

治療は、致命的疾患でないことを保証したうえでペーパーバッグ再呼吸法を行う。非発作時には心理社会的因子の把握、心理療法、環境調整、必要に応じて抗不安薬を使用する。

なお、パニック症状(発作)の一つとして過換気発作が出現することがよくある。

②かぜ症候群(感冒頻回罹患症候群)

慢性的な高いストレス状態にある人は風邪を引きやすいことが知られている⁴⁻⁵⁾。ストレスによる自律神経系、内分泌系の変調がカテコラミンやコーチゾールを介して免疫担当細胞に抑制的に働き、免疫機能を低下させるからである。

治療は一般対症療法に加えて、ストレス対処が必要である。面接からストレス状況を把握し、心理療法、環境調整などを行う。自律神経調整薬、抗うつ薬が有効ことがある。

予防のための生活指導も必須で、手洗い、うがいの励行、ストレスをためない工夫、趣味や適度の運動などでストレス発散を促す。

3. 循環器系心身症

①本態性高血圧症

本症の病因としてWHOは遺伝、環境、心理社会的因子をあげているが、心身症としての本症は「器質的原因を見出し得ない高血圧症で、その発症や経過に心理社会的因子が密接に関与し、治療上心理・行動医学的配慮が必要⁶⁾」とされるものである。

本症とストレスとの関係は十分に解明されていないが、男子正常血圧者48例を10年間追跡し、CMI(健康調査表)で精神的項目の高得点者に高血圧発症を認めたとする報告⁷⁾、正常血圧の中年男性330例を18~20年間追跡調査し、緊張の程度が強いほど高血圧発症頻度が高いとする報告⁸⁾など、高血圧とストレスとの関連性を示唆する研究は多い。近時話題の白衣高血圧はストレスに対する血管反応性を示す指標であり、本症の心身症としての側面を説明するものである。

心身症としての本症患者の性格として、抑圧された攻撃性⁹⁾、不適応と敏感性⁷⁾、几帳面、仕事熱心、外向的、感情抑圧¹⁰⁾などが指摘されているが、タイプA性格¹¹⁾が特によく知られている。この性格では情動ストレスで容易に交感神経系の過剰興奮がおこり、血中カテコラミンの上昇から昇圧を来す。

治療は食塩制限、規則的な運動、肥満防止、禁煙・節酒を含む生活様式の改善、薬物療法など高血圧症一般の治療原則が適応されるが、併存する心理社会的因子に対して抗不安薬の使用、傾聴、受容、支持、保証などの一般心理療法¹²⁾、自律訓練法、バイオフィードバック療法、タイプA性格に対する認知行動療法などが有効である。

②虚血性心疾患(IHD)

狭心症・心筋梗塞に代表され、冠状動脈の狭窄・閉塞による心筋虚血で惹起される。

従前より、IHDは性格、行動パターンとの関連が指摘され、特にタイプA行動パターン(タイプA)が知られている¹³⁾。タイプAは時間切迫感や焦燥感を伴う敏速な行動、強い競争心、熱中の精神的傾向、仕事中毒、昇進熱望、他者に対する敵意、攻撃性など複合的な概念からなるが、これら

の特性のうち、本邦では仕事中毒、欧米では敵意性、攻撃性がIHDと関連が深いとされる。

タイプAのようなメンタルストレスを抱える者は、ストレスに対する交感神経系の反応が鋭敏であり、過剰な神経・内分泌系反応が生じて血管攣縮、心拍数増加、血圧上昇、血液凝固能の亢進など虚血性変化の来しやすい状況にある¹³⁾。

タイプAの診断は医療面接によるが、補助的な簡便法として幾つかの質問紙法が開発されている。構造化面接 (structured interview)、Jenkins Activity Survey (JAS) などであるが、簡便で信頼性の高いものとしてA型傾向判定表¹⁴⁾があり、PC現場で使いやすい。

治療はIHD一般の原則的治療に加えて、タイプA修正療法が必要である。弛緩法としての自律訓練法、認知療法 (患者の間違った見方、考え方を修正)、行動療法 (タイプAについての学習、日常生活行動の緩徐化、仕事量を減らすなど) を駆使する。

PropranololがタイプA行動修正に有効であるとする報告¹⁵⁾がある。

③心臓神経症

動悸、胸痛、胸内苦悶感、呼吸困難などを訴えるが器質的疾患の認められないもので、神経循環無力症ともいう。同じ症状を病態心理学的に診れば心臓神経症であり、交感神経易興奮性という病態生理学的視点に立てば神経循環無力症となる。心気、不安、強迫的などの心理因子、人間関係、過労などの環境因子、自律神経不安定性などの体質因子などが病因である。近時、パニック障害、身体表現性障害などとの関連性が論じられている。

治療は抗不安薬、β遮断薬などの薬物療法、さらに、腹式呼吸訓練、自律訓練法、症状をあるがままに受け入れる森田療法などの心理療法を行う。

おわりに

PC現場でよく遭遇する呼吸器・循環器系心身症について述べたが、さらに神経性咳嗽、本態性低血圧症、一部の不整脈などの疾患も少なくないことを申し添える。

文献

- 1) 江花昭一,他:気管支喘息の簡易な心身医療の治療成績.心身医療 2: 82,1990
- 2) 吾郷晋浩:心身医学的診断と疾病の重症度.心身医療 5: 596,1993
- 3) 千葉太郎:過換気症候群.心療内科 1: 315,1997
- 4) 村上正人,他:ストレスの生体防御に対する影響について.心身医 29: 124,1989
- 5) Cohen S, et al: Psychological stress and susceptibility to the common cold. N Engl J Med 325: 606,1991
- 6) 菊池長徳:循環器系心身症としての本態性高血圧症,虚血性心疾患.日本医事新報 No.3707: 6,1995
- 7) 石川中,他: Prospective studyによる高血圧の心身医学的研究.精神医 12: 223,1972
- 8) Markovitz JH, et al: Psychological predictors of hypertension in the Framingham study. Is there tension in hypertension? JAMA 270: 2439,1993
- 9) Weiss E: Psychosomatic aspects of hypertension. JAMA 120: 1081,1942
- 10) 菊池長徳,他:本態性高血圧症の臨床病態と疫学に関する研究(厚生省精神・神経疾患委託研究).平成7年度研究成果報告書 pp21,1996
- 11) Friedman M, et al: Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. JAMA 169: 1286,1959
- 12) 久村正也:高血圧症.心身医療 8: 813,1996
- 13) 木村一博,他:冠状動脈疾患の危険因子としてのストレス-タイプA行動パターンを含む-.Coronary 6: 293,1989
- 14) 前田聡:虚血性心疾患患者の行動パターン-簡易質問紙法による検討-.心身医 25,298,1985
- 15) Kantz DS, et al: Comparative effects of two beta blockers on cardiovascular reactivity and type A behavior in hypertension. Psychosom Med 50: 615,1998