メンタルヘルス診療の新たな展開（Ⅳ）

メンタルヘルスにおける心療内科医の役割

東京大学心療内科准教授
吉　内　一　浩
（聞き手　齊藤郁夫）

齊藤　心療内科では主にどんな疾患を取り扱うのでしょうか。

吉内　広い意味でのメンタルヘルスということになるかと思うのですけれども、心療内科というのはもともとストレス関連疾患である心身症を診療する科として、日本では50年余り前に誕生しました。この心身症というものですが、言葉自体は広く知れ渡っていると思うのですが、誤解されているケースも多々経験します。

齊藤　具体的にはどういう疾患でしょうか。

吉内　いわゆる身体疾患の一部でありまして、例えば緊張するとおなかが痛くなってトイレに行きたくなるような、過敏性腸症候群といわれるものですとか、あとは、これも一部ですけれども、ストレスによって血圧が高くなってしまわれるような方の場合には、本態性高血圧症で心身症と呼びます。

あと、いわゆる生活習慣病と関連するかと思いますが、肥満症ですとか、糖尿病の方の一部などはストレスによってコントロールが悪くなられる方がいらっしゃいますので、そういう方も心身症として扱われることが多いかと思います。

齊藤　様々な生活習慣病、あるいは現代のよくある病気が心身症に入っていくということですが、まず過敏性腸症候群の場合、心身症的なアプローチとしてはどうなりますか。

吉内　もちろん、整腸剤等、薬は使いますけれども、なかなかそれだけではうまくいかないことが多くて、一つはリラクセーション法といわれるようなものを用いたりとか、あとは例えば普通電車には乗れますけれども、特急電車には乗れないという方の場合には、少しずつ行動範囲を広げていく認知行動療法を用いたりということを行っています。

齊藤　心理的なアプローチで、リラクセーション法はどういうことを行うのでしょうか。

吉内　いろいろなリラクセーション法が開発されていますけれども、日本

の心療内科で比較的よく用いられるものとしましては、自律訓練法というものがあります。自律訓練法の自律は、自律神経の自律ですけれども、これはドイツで開発されたもので、一種の自己催眠に分類されます。

齊藤　どんなテクニックなのですか。

吉内　これは、公式と呼んでいますけれども、決まった言葉を頭の中で繰り返し唱えるものでして、例えば手が重たいですとか、あるいは手が温かいというものを繰り返し頭の中で唱えていく方法です。

齊藤　そういうことによって、自分の手が温かくなったり、重くなったりしていくということですね。

吉内　そうですね。

齊藤　自律神経ではどういう動きがあるのですか。

吉内　これは決して気のせいということではありませんで、実際にそれをやっている最中に自律神経機能を測定した研究もありまして、副交感神経が高まって、交感神経が抑制される。つまり、リラックスする方向に動くということが確認されています。

齊藤　そういうことによって、腸の過敏なところをもう少し落としていくということですか。

吉内　そうですね。緊張状態からリラックスした状態に戻すという作用があるかと思います。

齊藤　高血圧も自律神経と関係しているはずですが、最近、特に職場でテンションが上がって、血圧も上がる職場高血圧がありますけれども、それもこういうリラクセーション法などがいいのでしょうか。

吉内　きちんとしたエビデンスはまだないかと思いますけれども、十分に効果が期待できるかと思います。

齊藤　テンションが上がっている人が、みずからリラクセーション法でコントロールしていくということなのでしょうか。

吉内　はい。

齊藤　糖尿病の話がありましたが、認知行動療法も使えるのですか。

吉内　まだ効果は限定されていますが、例えばストレスがかかったときなどに食べ過ぎてしまわれる方の場合に、食べるというストレスに対する対処行動をどのように変えていくかということにおいて、認知行動療法を用いて行動変容を行うことがあります。

齊藤　ストレスがかかると、食べることによってそれを解消するのでしょうか。

吉内　はい。

齊藤　それを、具体的にはどうするのですか。

吉内　これは本当に単純な例ですが、例えば食べたくなったときに別の行動に置き換える。つまり、食べてしまう時間を別の行動で時間を使うことによって、食べることを避けていただくよ

うな方法があります。ただ、実際、別に何を行うかということに関しては、その方その方で個別になりますので、人によっては音楽を聴くという方もいらっしゃいますし、ゲームをするという方もいらっしゃいますし、それはその方自身によって変わってくるかと思います。

齊藤　本人が一番しやすいほうに誘導してあげるということですか。

吉内　そうですね。

齊藤　食べないでそちらにしなさいということを本人にわかってもらうということですね。

吉内　そうですね。そちらも広い意味のセルフコントロールを目指しています。

齊藤　そういったことで認知行動療法が入ってくるということですね。

吉内　はい。

齊藤　心筋梗塞の患者さんなどでも関係があるのでしょうか。

吉内　心筋梗塞の方の場合には、近年、抑うつ等の心理社会的な要因が予後にも関連するといわれていますが、生活面の改善が必要な方ですとか、あるいは一部、性格傾向としてすごく敵意の強い方のような場合には、その怒りをどうコントロールするかという意味でこのような心理療法が用いられることがあります。

齊藤　今までは主に薬を使わない方法だったと思うのですけれども、薬もやはり使うわけですね。

吉内　そうですね。場合、場合によって、いわゆる向精神薬に含まれるものを使いますが、いわゆる抗不安薬に関しては、依存性の問題もありますので、なるべく短期で使うことが多いです。比較的よく用いるのが抗うつ剤でして、近年、副作用の少ないものが幾つか開発されていますので、これを使うことが多くなっています。

齊藤　そういったものと両方でやっていくということですね。

吉内　はい。両方を併用します。

齊藤　どちらかが主になるというわけではないのですね。

吉内　それは患者さんの状態によって、あるいは症状によって、重みづけが変わってくるかと思います。

齊藤　摂食障害も領域として行っていらっしゃるのでしょうか。

吉内　はい。特に低体重、低栄養を伴う神経性やせ症といわれるものに関しては、日本においては伝統的に心療内科で診療することが多くなっています。理由としましては、低体重に伴う身体的な影響、電解質異常ですとか、あと内分泌の異常ですとか、時には命にかかわることがありますし、身体管理が必要になってきますので、内科の一部である心療内科が診療することが多くなっています。

齊藤　そういったメンタル面がかなりかかわっている、プラス電解質異常、

代謝異常が入ってくるということですね。

吉内　はい。

齊藤　摂食障害の患者さんは女性が多いのですか。年齢層はどうですか。

吉内　やはり女性が多い病気になっていまして、しかも基本的には思春期、青年期に発症する方が多くなっています。ただし、近年、かなり高齢化して、50代で初めて診断されてという方もいらっしゃいますが、病歴をうかがうと、何十年と病歴のある方がほとんどです。

齊藤　これは一度なると長い病気という理解なのでしょうか。

吉内　かなり慢性化する方もいらっしゃいます。一つの問題点といたしましては、エビデンスのある治療法がまだないので、まだまだ未解決の問題が多くあります。

齊藤　状況の悪いときは入院ということでしょうか。

吉内　低体重、低栄養の場合には入院して治療を行うことも多々あります。

齊藤　どんな治療になりますか。

吉内　基本的には体重の回復を目指しますので、体重をどのように増やすかを考えていくわけですけれども、その中の一つの方法として、先ほど申し上げた認知行動療法を用いることが多いかと思います。

齊藤　今度は食べる方向に向けていくということですか。

吉内　はい。体重が増えると、何らかの心理学的な意味での報酬を与える、オペラント条件づけといわれるものを使うことが多くなっています。

齊藤　そういったことによって体重を戻していくのですね。

吉内　はい。

齊藤　これはという治療がないということですけれども、何か新しい方法もあるのですか。

吉内　現時点ではまだないのですが、2014年、ドイツのグループから認知行動療法を含む心理療法を応用したランダマイズドコントロールスタディが発表されまして、ある程度の効果があると報告されていますので、日本に合うような方法を今開発中です。

齊藤　ありがとうございました。