

Ⅲ. クリニカル Update—臨床最前線, いま何が問題か—

3. 更年期をいかにのりきるか

2) 更年期と心身医療

さがら
レディスクリニック院長
相良 洋子

座長：東京女子医科大学名誉教授
井口登美子
奈良文化女子短期大学教授
森山 郁子

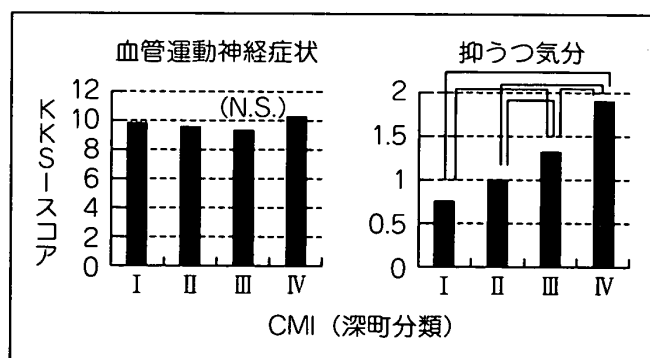
はじめに

更年期障害は、産婦人科領域の心身症の代表とされる症候群であるが、臨床の現場では十分な心身医学的取扱いが行われているとはいえない。その理由のひとつに、医療保険制度の問題があることは否定できないが、そればかりでなく、更年期障害を心身医学的に取り扱うとはどういうことなのかという基本的な問題も残されている。この問題にはいろいろなアプローチの方法があるが、今回はライフサイクルという縦断的視点を中心とした心理療法について述べる。

更年期障害をどう考えるか

この問題は更年期障害における心因性要素をどう考えるかという問題でもあるが、まず更年期障害に、この心因性要素がどの程度関与しているかをみていきたい。

図1はクッパーマン更年期指数でみた更年期症状とCMI(Cornell Medical Index)の神経症傾向との関係をみたものである。血管運動神経症状はCMIの神経症傾向とまったく相関がみられないが、抑うつ気分は明らかな相関を示しており、更年期障害の代表的症状といわれるこのふたつの症状が異なる背景要因をもつものであり、特に抑うつ気分は神経症傾向と深い関係をもつことがわかる¹⁾。また、後山は更年期不定愁訴例の最終診断を検討し、感情障害と不安障害が全体の4割に及び、他の精神疾患を言



(図1) 更年期症状とCMI

Psychosomatic Approach to Menopausal Symptoms

Yoko SAGARA

Sagara Lady's Clinic, Tokyo

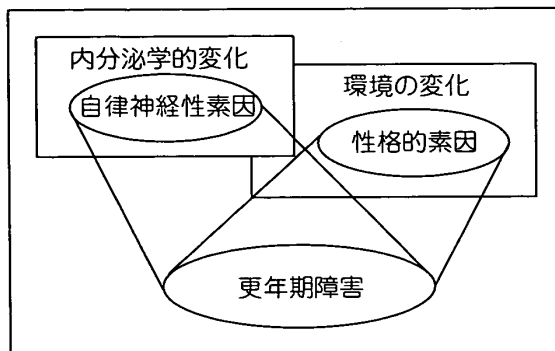
Key words : Menopausal symptoms · Psychosomatic approach · Life-cycle · Supportive psychotherapy

めると実に約半数の患者が精神疾患で占められていたと報告している²⁾。筆者も以前、更年期外来を受診した患者にSRQD (Self-rating Questionnaire for Depression) スコアを施行していたが、約4分の1の患者が仮面うつ病を疑う16点以上のスコアを示していた。

このように、不定愁訴を訴える更年期女性の中には、うつ病圏や神経症圏の病態が非常に多く含まれており、これらを更年期障害として取り扱うべきか否かがひとつの問題となる。この点については議論の分

かれるところであるが、筆者は、これらの症例の症状が、更年期に特有の背景要因とプロセスをもって成り立っていることが多く、共通の視点で取り扱うことが可能な場合が多いという理由から、少なくとも一部は更年期障害として取り扱ってよいのではないかと考えている。

すなわち、広い意味での更年期障害は、自律神経性素因と内分泌学的変化が重なって起こる自律神経失調症状と、性格的素因と環境の変化からなる心理社会的症状がいろいろな割合で重なったものと捉えることができる(図2)。更年期障害の患者を扱う場合には、常にこの両者を念頭におく必要がある。



(図2) 更年期障害のとらえ方

心身医療とは

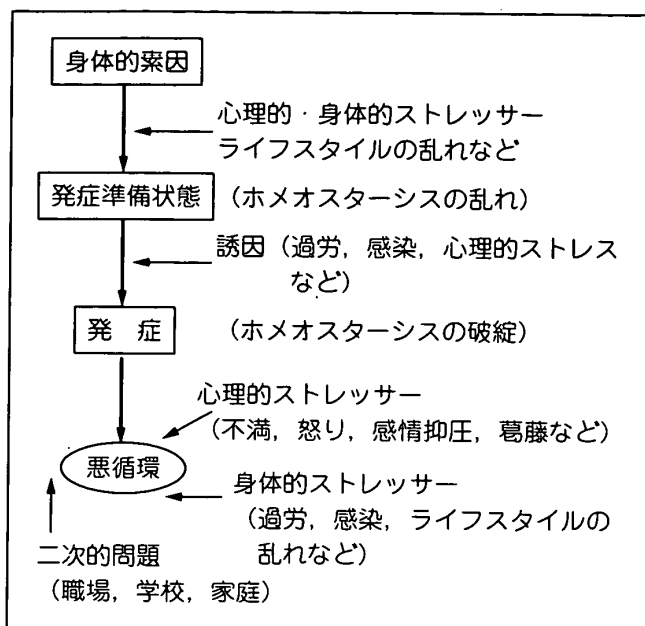
日本心身医学会では、「心身症とは、発症や経過に心理社会的因子が密接に関与する身体疾患」と定義されている。そして神経症やうつ病は心身症周辺疾患として位置づけられており、これに伴う身体症状は厳密な意味での心身症とは区別されている。

心身症の病態は心身相関という概念に基づいて理解されるが、この概念を臨床的に理解するための理論として、精神分析理論と行動医学のふたつの大きな流れがある。精神分析の理論では、心身機能が未分化な生後間もない時期に母親との適切な交流ができなかったことや、欲求や感情の無意識な抑制、失感情症の存在などが、大脳皮質や辺縁系、視床下部などの機能連関に障害を来す素地を作り、そこに不適切な行動や情動が続くと心身症に発展すると考える。一方、行動医学の立場では、症状に結びつく不適応行動や生活習慣、あるいは認知の歪み、症状そのものなどを誤って学習されたものと考え、これをなくすために望ましい適応行動を習得させることを目指す。行動医学の理論は精神分析の理論に比べて科学的、実証的であることから、最近では急速に広まっている。

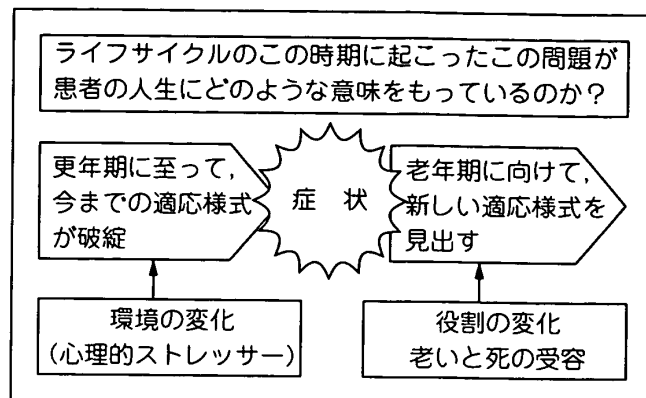
実際に心身症が発症する場合には、数力月から2年くらいの間、ストレス状態が続いていることが多いといわれている。この持続的なストレスのために、体力低下や易疲労性、易感染性、自律神経失調状態、不眠などの発症準備状態が作られる。ここに何らかの誘因が加わると、ホメオスタシスが破綻し、発症に至ると考えられる。そしていったん発症すると、それまでのストレスは症状を持続・悪化させる要因として働き、悪循環に陥ることになる(図3)³⁾。

心身医学的にみる更年期障害

更年期という時期は人生の大きな過渡期であり、この時期に特有の心理社会的要因を背



(図3) 心身症の発症モデル



(図4) 心身医学的にみる更年期障害

景に起こってきた症状は、ライフサイクルの移行がスムーズに進まないことの現れという共通の視点で捉えられることが多い。すなわち患者の症状は、ここに至るまでの生き方の中に発症準備状態があり、そこに

更年期特有の心理的ストレスが加わったために、適応様式が破綻を来したサインと捉えることができる。そして問題を解決して先へ進むために、患者は発症準備状態を作っていた適応様式を修正すると同時に、役割の変化や衰退の概念を受容しつつ、老年期へ向け新しい適応様式を見出していくという課題を背負っているわけである(図4)。

このような縦断的視点で患者を捉え、サポートしていくことが、更年期障害を心身医学的にみるひとつの方法といえるが、このようなアプローチを行うための診断と治療について以下に述べる。

1) 診断

中高年女性の不定愁訴を取り扱う場合には、まず内分泌学的因子と心理社会的因子がどの程度関与しているかを推測する。そして心理社会的因子の関与が大きいと考えられる場合には、図3のモデルに従ってそのプロセスを考えていくことになる。

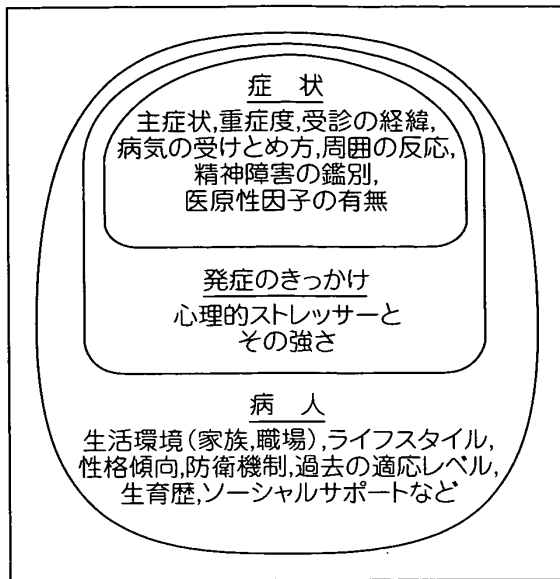
症状の成り立ちを心理社会的に理解するためには、問題になっている症状、発症のきっかけ、さらに発症準備状態を作っていた背景要因といった面から情報を収集していく(図5)。発症のきっかけとなる心理的ストレスには、この時期に特有なものがある。筆者のクリニックを訪れた患者では、子どもの問題、夫婦関係、職場の問題、介護問題、健康問題などが多くなっているが、この時期には、家庭でも社会でもライフスタイルの変化を迫る大きな出来事が重なるのが特徴である。

ある程度の情報が得られたら、症状の成り立ちについての見立てを伝えることが重要である。患者を困らせている症状がエストロゲンの減少によるものなのか、あるいはライフイベントをきっかけに起こった抑うつ反応と考えられるのかといったことを、患者にわかりやすい言葉で伝えていく。このような対応は患者に安心感を与え、患者との信頼関係を築くきっかけになることも多い。

2) 治療

本稿では一般心理療法と呼ばれる精神療法について概説する。

精神療法は、支持的な精神療法と分析的な精神療法の大きくふたつに分けて考えること



(図5) 情報の収集と整理

(表1) 一般心理療法(支持的療法)

傾聴, 受容, 共感	患者の話を無批判に受け入れ, その感情的体験に追体験的な理解を示す.
保証	症状の成り立ちや病気の本態について説明する.
解釈	患者の心の中で起こっていることを伝え, 気づかせる.
再教育	新しい適応のしかたを身につけさせる.

ができる。前者は患者のもっている防衛機制をサポートしながら適応様式を修正していくことによって、心身の安定を期待するものであるが、後者は患者のパーソナリティの再構成を目指すもので、技法の習得にも、治療そのものにもかなりの時間を必要とする。一般心理療法は支持的療法にあたり、表1

のような技法が中心になる。このような方法によって、更年期に至って破綻してしまった従来の適応様式を老年期に適応するよう修正していく過程を援助するわけである。

症 例

最後に、症例を通して実際の考え方を示す。

症例は48歳、気分のおちこみ、眠気、倦怠感、身体が動かないといった抑うつ症状と、のぼせ、肩こり、関節痛などを主訴に筆者のクリニックを訪れた。患者は住み込みの寮母の仕事をしており、長く世話をしていた寮生が一度に出ていったことや、息子が高校を卒業して自立したいといい出したことの寂しさが症状の原因ではないかと自己分析していた。

生育歴では、両親は仲が悪く、患者が中学2年のときに離婚、患者は田舎(長野県)が嫌いで高校卒業と同時に上京、都内で働いていた。27歳で恋愛結婚、30歳で息子を出産するが、夫はアルコールとギャンブルの毎日で、患者は妊娠中から離婚を考えていたという。息子が小学校4年の時に離婚、息子のことも考えて寮母の仕事を選び、必死で働いていた。

面接を重ねるうちに、患者の問題は息子への思いへと集約されていったが、そこには申し訳なさやしっかり自立して欲しい気持ち、不安や寂しさなどが複雑に入り交じっていた。またこの息子への思いは同時に自分自身の人生にも重なっており、結婚に対する後悔と、息子を自立させた後の人生を考えていかなければいけないことへの不安へと繋がっていた。

症例は子どもの自立をきっかけに抑うつ状態に陥ったと考えられるが、患者にとってなぜこの問題がそれほどつらいものになったのかという視点で患者の人生を振り返ってみると、患者のそれまでの人生のなかで形作られてきた発症準備状態が浮かび上がってくる。すなわち、患者は安らぎの得られない家庭に長女として生まれ、結婚生活にも失敗し、依存欲求が満たされないまま、息子の存在を頼りに必死で生きてきたという背景をもっている。したがって患者にとって、子どもの自立は精神的な拠り所を失う大きな喪失体験とし

て経験され、また何とかバランスをとって生きてきた適応様式の破綻を意味するものであることが理解される。さらに今後の患者の人生を考えると、そこには自分自身の人生を容れ、子どもの自立を受け入れ、老後の生活に向けて新たな依存対象をみつけていくという課題が存在していることも推察されるのである。

おわりに

更年期障害を心身医学的にみるひとつの方法として、ライフサイクルという視点の重要性について述べた。筆者は、更年期の問題は、成人期の役割が一段落し、人生の後半が視野に入ってくるこの時期だからこそでてくるものであり、患者のそれまでの人生を振り返り、また今後の人生を見通すことによって、よりよく理解され、また治癒へと導いていくことができるのではないかと考えている。

《謝辞》

本稿は、木村好秀東邦大学医療短期大学客員教授にご提供いただいた資料を一部使わせていただきました。また、藤山直樹上智大学文学部心理学科大学院文学研究科心理学専攻教授にご指導いただきました。心より御礼申し上げます。

《参考文献》

1. 相良洋子. 更年期指数の有用性と限界. 日更年医誌 1998; 6: 94—101
2. 後山尚久. ホルモン補充療法の治療効果—精神・心理機能. Pharma Medica 2001; 19: 23—34
3. 永田頌史. 心身医療で留意する問題点. 末松弘行, 河野友信, 吾郷晋浩編 心身医学を学ぶ人のために. 東京: 医学書院 1996; 114—118