

与えられた課題を完全に達成する責任感が強い性格である。この性格の人にとっての危機は、連続性がとぎれることであり、一貫性がなくなる時である。このような危機は喪失体験であり、心理学的には「対象喪失」と言われる。

「対象喪失 (object loss)」は、大まかに言えば、次の三つの意味で使われることが多い。まず第一の意味は、財布を落したり、大切にしていた物を盗まれたりするなどの現実的・外的な意味だけでなく、心理的・内的な意味も含めた「もの」を失くすことである。たとえば、死別・失恋はもちろんだが、けんかをして友情関係を失ったり、子供が成人して家を出ていったり、娘が嫁いでいくことなども含まれる。

対象喪失の第二の意味は、自己を一体化していた環境・地位・役割を失うことである。具体的には、住み慣れた環境や故郷からの転居や別れ、定年退職や転勤、卒業や転校などがそれに含まれる。当然、病気や怪我によって、それまでの社会の中での役職や、家庭内での役割を失うことも含まれてくる。

対象喪失の第三の意味は、自分自身の機能や体の一部を失う場合である。怪我をしたり、手術などで身体の一部やその機能を失ったりすることはもちろんだが、成人病などに罹患して、仕事上や日常生活の制約を受けたり、性欲や野心などを失ったりする場合も含まれる。

このような対象喪失に際しては、時間が経てば、自然に何の苦もなく、対象を忘れてしまえるわけではない。長い時間をかけて、さまざまな心理状態がくり返され、対象喪失を知的に理解するだけでなく、失った対象を情緒的にも断念していくものである。この間のさまざまな情緒状態や防衛機制がくり返される一連の心理過程のことは、「悲哀の仕事 (mourning work)」と呼ばれる。したがって、「対象喪失」に続く「悲哀の仕事」を理解しておくことは、うつ病の発生過程を理解するには非常に有益である。

【図4】

まず、悲哀の仕事の初段階は「否認」である。これは、現実起っていることを無意識的に認めまいとする防衛機制であり、対象を失ったということを、認めまいとする心理機制であり、具体的には、「まさか」とか「そんな馬鹿なことはない、何かの間違いだ」などという思いとして表現されることが多い。そして次の「現実検討」の段階へは、この「否認」という心理機制と交錯しながら徐々に移行していくことになる。そして、この現実検討がなされた時点から、真の「悲哀の仕事」が始まることになるのである。

悲哀の仕事の経過中には、さまざまな心理・情緒状態や心理的防衛機制が混在してみられるものである。すなわち、一時的にせよ、失った対象に対する「執着」が高じると、「ああ、オレも昔は・・だったんだ」と、失った対象への「理想化」が始まる。一方、なぜ自分だけが、こんなにつらい目に遭わなければいけないんだという「怒り」の感情も現われてくる。この「怒り」が、家族に向けられて八つ当たりする場合には、「置換」という防衛機制が働いていると考えることができる。一方、特にメランコリー一親和型性格の人は、相手を責めるばかりではなく、「なぜ、もっと自分自身もっと頑張れなかったんだろう」とか、「自分さえもっと気をつけていれば、こんな失敗にはならなかったんだ」などの「悔やみ」や「自責」がみられるようになる。逆に、一見すると明るく振る舞うような言動も見られることもあるが、これは「躁的防衛」と呼ばれるもので、抑うつ的なことへの防衛機制であるというように理解される。

しかし、このような心理過程を経ている間にも、どんなに誤魔化そうとしても忘れようとしても、現実的な状況は少しも変化しないし、自分たちが大きな失敗をしたことはやはり事実なのだ認識するようになり、少しずつ「抑うつ」という最終的な段階に進んでいくのである。本当は、この抑うつを克服して（軽い心理的な抑うつ程度にとどめて）、新しい状況への「再適応」をしていくことになる。

(2) 執着気質の場合

執着気質の人は、いったん仕事を始めたら最後まで完璧に仕上げるように精一杯の努力をする。そのため、上司も「あいつに任せておけば安心できる」という信頼感を寄せる。そのため「仕事ができるやつ」、「真面目な人」という評価が上司からでなく、同僚や後輩からも得られることが多い。しかし、真面目すぎて臨機応変とか「休息する」とか「気を抜く」ことができないという欠点がある。

このような人がうつ病になるとしたら、それは過労状況である。自分自身が過労状況にあることに気づかず、与えられた仕事を最後までやり通そうとするため、知らず知らずのうちに、抜け出すことできないほどの疲弊状況に嵌ってしまうようである。

[5, 耳鼻科領域でみられるストレス関連疾患]

耳鼻科領域では耳鳴りやめまいのような自覚症状が中心の患者が多い。(1,2)メニエール症候群が疑われる場合でも、その典型例を除けば、ストレス関連疾患との境界領域が多い。いわゆる自律神経失調症と言われるものが多いだろうし、実際に耳鼻科領域では、この病名しかつけられないケースが少なくない。この「いわゆる自律神経失調症」は、不特定な身体症状で受診したが、検査では証明できないという場合を意味するが、前述したように正しい病名ではない。

単純に考えるならば、仮面うつ病と心気症のふたつが重要である。(3)仮面うつ病は既に述べたように、うつ病の3つの側面のひとつである「身体症状」だけが前景にたつものである。当然、耳鼻科医がうつ病あるいは仮面うつ病の存在に気づかなければ見逃してしまうことになる。それだからこそ、「仮面」という言葉が冠せられるのである。そのため、耳鼻科領域の患者で検査で証明できない患者がいたとしたら、うつ病の他の症状、たとえば抑うつ気分や精神運動抑制についての症状について問診すれば、診断は容易いと思われる。

その際、仮面うつ病が否定されたら、心気症ということになる。心気症は神経症のひとつであり、生来の性格や家庭状況の変化などがきっかけになって顕在化する。心気症の定義は、健康に関する過度の関心が原因で、常に身体症状のことが気になり日常生活に支障が出たものを言う。そのため、きれいに治ることはないと思ひ、気長に付き合うつもりで、定期的な検査はするものの一定時間は話を傾聴するのがよい。その場合も、話が身体的な訴えだけに収まらないように、家庭や身の回りのストレスについての質問をしてあげるとよい。精神科や心療内科に紹介されることは望まないことが多いので、あくまでも耳鼻科で定期的にフォローしていくべきであろう。

○精神科との連携プレー・モデル

最後に、身体科医と精神科医との連携について、身体的な愁訴のために一般科を受診したが検査でも異常所見がなく心気症が疑われたケースを例にして、どのような連携プレー・モデルがあるかを論ずる。まず【図5】中のAは、そのまま身体科医が診て、精神科医が助言をしていくモデルである。これは、精神科に依頼し受診したものの患者が、精神科での治療を強く拒否した場合などが相当する。この場合、1回だけでも精神科医が診ていると患者の背景や言葉やアプローチ法の好みについて想像できるので、身体科医に対して有効な助言ができる。

次に【図5】中のBは、患者の抵抗感も少なく、比較的スムーズに精神科医に治療の主体が移っていく場合である。この場合、身体科医からは「今はメンタル的な問題が大きいので専門家に診てもらいましょう。しかし、今後も定期的に私のところにも来て検査をしましょう」という紹介の仕方が患者にとっては救いとなる。

最後に【図5】中のCは、Bモデルへの移行モデルであり、精神科でも身体科でも並行してみていく

モデルである。この場合には、患者の抵抗も少ないだろうし、最終的にBモデルに行く際にもスムーズである。(4,5)

このように、身体科か精神科という二者択一的ではなく、移行モデルを考えながら、身体科と精神科が連携しながら診療していくことが、今後はさらに必要になっていくだろう。

[参考文献]

- 1) 保坂 隆：高齢者における病態生理と対応－高齢者の心のケア－。日本耳鼻咽喉科学会会報 104：176-179, 2001
- 2) 保坂 隆：一般医療でみられる精神症状と初期治療。診断と治療 91：1296-1299, 2003
- 3) 保坂 隆：不定愁訴。SEIKEI-GEKA KANGO 6: 41-44,2001
- 4) Hosaka T, Sato T, Yamamoto K.: Therapeutic models for somatoform disorders in liaison psychiatry. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice 2: 189-193, 1998
- 5) 保坂 隆：身体科医と精神科医の連携。総合臨床, 54: 3082-3085, 2005

Cannon(1930年代)：ホメオスターシス
イヌに直面したネコの反応
自律神経系, カテコラミン

Selye (1930年代)：ストレスという概念
汎適応症候群
(General Adaptation Syndrome)

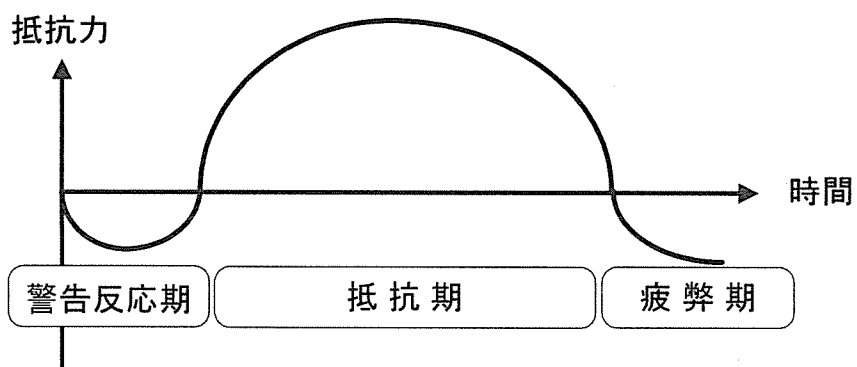


図1 歴史的なストレス研究

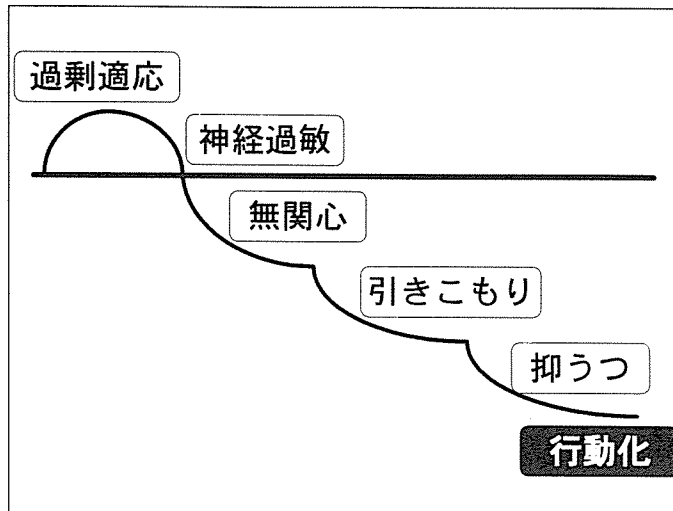


図2 ストレス→うつへの段階

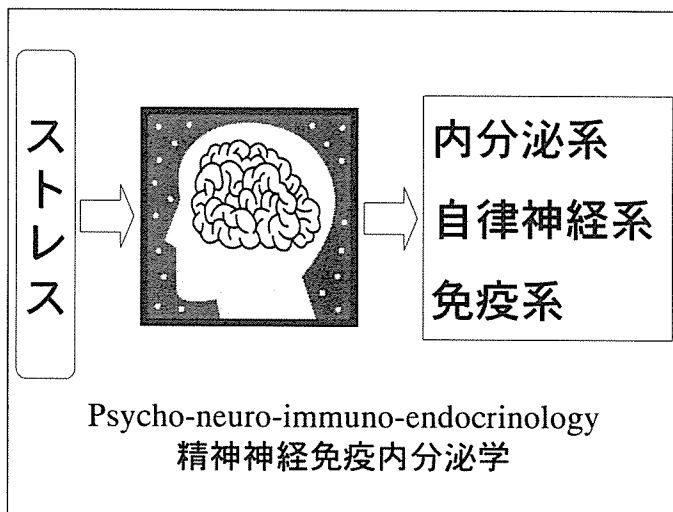


図3 心身症が生ずるメカニズム

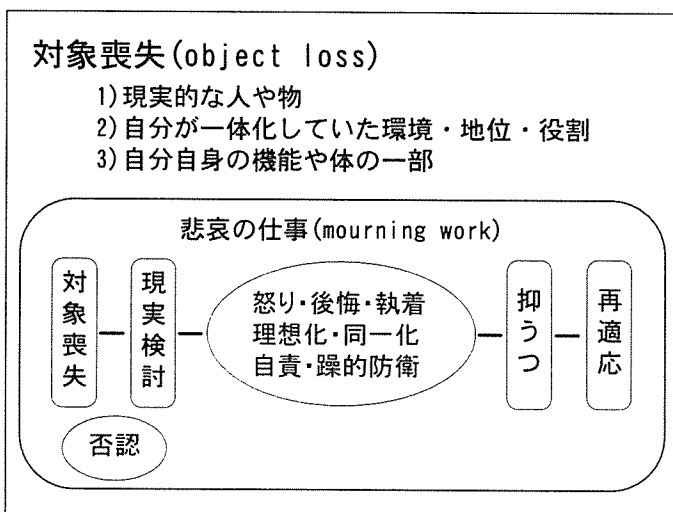
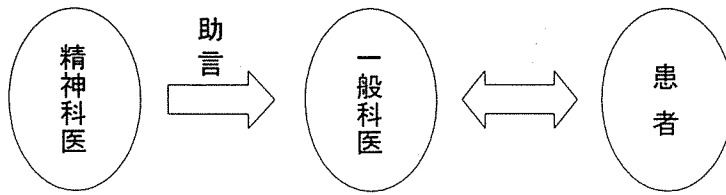
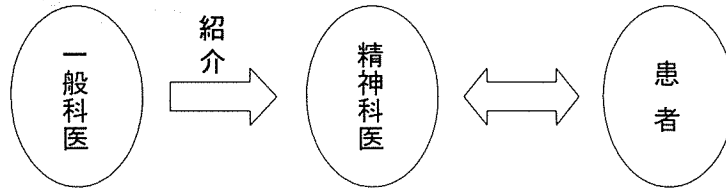


図4 対象喪失と悲哀の仕事

モデルA：精神科医の助言



モデルB：精神科医へ紹介



モデルC：精神科医と併診

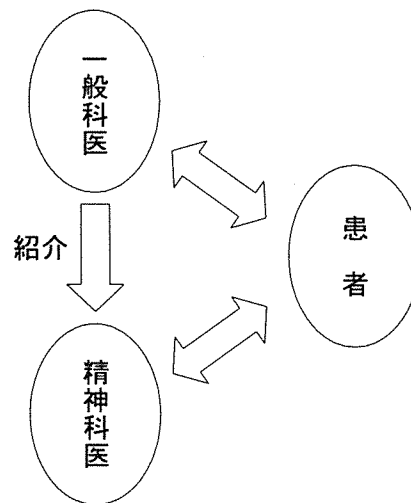


図5 一般科医と精神科医の連携モデル