

<特集「痛み診療の新知見」>

集学的痛みセンターで 精神医療は何ができるのか

富 永 敏 行*

京都府立医科大学大学院医学系研究科精神機能病態学

How can Psychiatrists Provide Medical Intervention for Patients with Chronic Pain in a Multidisciplinary Pain Center?

Toshiyuki Tominaga

Department of Psychiatry,

Kyoto Prefectural University of Medicine Graduate School of Medical Science

抄 録

痛みには不安や恐怖など感情に加えて、痛みの解釈といった認知心理学的なものを伴う。近年、認知心理学、脳内神経基盤から研究が発展するにつれて、精神医療の必要性が謳われている。

DSM-5では、慢性疼痛は主に「身体症状症、疼痛が主症状のもの（Somatic Symptom Disorder, with predominant pain: SSD）」と診断される。診断には、苦痛を伴う身体症状（A項目）、身体に対する認知（思考）、不安、健康関連行動の3徴（B項目）が必要である。ICD-11での身体的苦痛症 *bodily distress disorder*（BDD）は、SSDとほぼ同義である。SSDの認知モデルでは、3徴の連鎖に生物学的基盤や心理学的要因が痛みを修飾すると理解する。これは認知行動療法（Cognitive Behavioral Therapy: CBT）に繋がる。

慢性疼痛に対する精神療法は、マインドフルネスを含むCBTの有効性がエビデンスレベルで示されている。CBTは個人間で単独で行うよりも、学際的治療で行う方が効果を得やすいとされる。

本院の集学的痛みセンターの精神科・心療内科外来では、認知モデルを基にしたCBTを行ってきたが、今後、マインドフルネスを取り入れた新たなCBTを予定している。集学的痛みセンターという構造は、患者に安心感だけでなく能動性を促し、より大きな治療効果をもたらすと期待される。

キーワード：慢性疼痛、身体症状症、身体的苦痛症、認知行動療法、マインドフルネス。

Abstract

Pain is accompanied by cognitive psychology, such as pain interpretation, in addition to emotions, including anxiety and fear. Research advancements in cognitive psychology and the neural basis of the brain in recent years have emphasized the need for psychiatric treatment. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision mainly diagnoses chronic pain as a “somatic symptom disorder (SSD) with predominant pain.” The diagnosis is based on three signs: painful physical symptoms (item A), cognitions (thoughts) about the body, anxiety, and

令和6年4月25日受付 令和6年4月30日受理

*連絡先 富永敏行 〒602-8566 京都市上京区河原町通広小路上ル梶井町465番地

totomi@koto.kpu-m.ac.jp

doi:10.32206/jkpum.133.06.325

health-related behaviors (item B). Bodily distress disorder (BDD) in ICD-11 is almost synonymous with SSD. The cognitive model of SSD recognizes the biological basis and psychological factors that modify pain in the three-symptom chain, leading to cognitive behavioral therapy (CBT).

The effectiveness of CBT, including mindfulness, for chronic pain has been demonstrated at the evidence level. CBT may be more effective in interdisciplinary treatment than in one-on-one treatment. We are planning to conduct mindfulness-based CBT in the psychiatric department of our multidisciplinary pain center, which will expand on the group CBT we have already been providing.

We plan to add virtual reality to our CBT. The multidisciplinary pain center is structured to encourage patients to be active and reassured, resulting in greater therapeutic effects.

Key Words: Chronic pain, Somatic Symptom Disorder, Bodily Distress Disorder, Cognitive behavioral therapy, Mindfulness.

はじめに

痛みは、本来身体の危険を示す警告信号であるが、危険でないのに強い痛みを伴うことがある。痛みには不安や恐怖など感情に加えて、痛みの解釈といった認知心理学的なものを伴う。痛みには心理的な側面が関与していることは古くから知られているが、医学の縦割り教育もあって、医療に精神医学が積極的に関わることはこれまで乏しかった。しかし、近年、認知心理学、脳内神経基盤から研究が発展するに伴い、精神医療の必要性が謳われるようになってきた。

本稿では、精神医学の視点からみた慢性疼痛を概説し、集学的痛みセンターでの精神科・心療内科の診療を紹介する。

痛みとは

痛みの機序は、痛覚伝導、ゲートコントロール理論、下降性疼痛抑制系などを中心に解説されることが多いが、「痛み」は「痛覚」よりも広い意味を持つ。2020年国際疼痛学会 (International Association for the Study of Pain: IASP) は、痛みの定義を「実質的または潜在的な組織損傷に伴う、あるいはこのような損傷に関連し、あるいは、それに類似する不快な感覚および情動的な体験」とした¹⁾。David B. Morris (1991) は、「私たちは痛みを知覚するとき、痛みの感覚を精神的、情緒的な出来事へと翻訳して知覚する。」と述べている²⁾。痛みは程度の差はあれど、感情や痛みの判断といっ

た心理的要素は伴うものである。

疼痛性疾患と精神疾患との併存は多い。関節痛、偏頭痛の患者群ではうつ病の合併率が20%以上、線維筋痛症、顎関節症、腰痛の患者群では50%を超える³⁾⁴⁾。カナダの大規模調査 (n = 118,533) では、慢性疼痛のある人は、うつ病の診断基準を満たす人数が6倍も多い⁵⁾。不安症では、偏頭痛、骨盤痛、関節炎の不安症の12ヶ月有病率は35~40%、顎関節症、線維筋痛症、慢性腹痛で50%を超える⁶⁾。慢性疼痛全般ではパニック障害は2.1~3.6倍、PTSDは2.2~6.0倍、全般性不安症で1.9~4.5倍高い⁷⁻¹⁰⁾。慢性疼痛患者のオピオイド、アルコールなど物質使用障害の併存率は、健常人より2~3倍高く、物質使用障害者の慢性疼痛の併存率は健常人より1.5倍高い¹¹⁾。

診断

精神医学では、慢性疼痛はかつて身体表現性障害 somatoform disorders の疼痛性障害 pain disorder (DSM-IV-TR)、または、持続性身体表現性疼痛障害 (ICD-10) に該当していた。SSDの歴史はヒステリーと関連する。19世紀後半に Jean-Martin Charcot は、ヒステリーを識別が可能な神経学的状態と考え、Sigmund Freud は、ヒステリーを欲求や願望の無意識的葛藤が身体症状に転換されて表現されるもの (身体化) であるとした¹²⁾。その後、DSM-III (1980年) でヒステリーは身体表現性障害と解離性障害に分けられ、身体表現性障害の下位に疼痛性障害が設けられた。DSM-5 (2013年)

では、認知心理症状を中核とした概念となり、それまでの除外診断的な扱いから大きく転換された。

DSM-5では、「身体症状症、疼痛が主症状のもの Somatic Symptom Disorder, with predominant pain (以下、SSD と略す)」¹³⁾に該当する(表1)。ICD-11では、身体的苦痛症 *bodily distress disorder* (BDD) という疾患名になるが、SSD とほぼ同義である。

SSD の診断は、苦痛を伴う身体症状の存在 (A 項目)、身体症状に対する不釣り合いな思考、強い不安、健康関連行動の3徴 (B 項目)、6か月以上の持続性 (C 項目) の存在が必要である。たとえリウマチ性疾患などの疾患が存在していても、病状に見合わない過度な思考 (痛みの反すう)、感情 (不安や恐怖)、行動 (鎮痛薬の過剰摂取や救急受診) を認める場合は SSD を併記できる。SSD 患者では心配傾向、完璧主義、偏ったパーソナリティがみられやすく、幼少時の被虐待歴 (トラウマ体験)、腺病質、低所得者、度重なる手術歴は素因となる。

疼痛医学では、疼痛は侵害受容性疼痛、神経障害性疼痛、痛覚変調性疼痛 (*nociplastic pain*) に分類される。痛覚変調性疼痛は、侵害受容器を興奮させる神経損傷や体性感覚系の障害がな

いにもかかわらず、侵害受容の変化から生じる痛みと定義されている¹⁴⁾。痛覚変調性疼痛は、侵害受容神経線維の興奮 (末梢性感作)、中枢性感作に関連するが、SSD は認知心理症状によるもので概念が異なるので比較できないが、両者とも痛みの長期化で見られやすい (図1)。

認知モデル

筆者が以前より提唱している SSD の認知モデルを図2に示す¹²⁾¹⁵⁾¹⁶⁾。SSD で特徴とされる認知は、痛みについての囚われ、反すう、「お手上げだ」、「耐えられない」といった破局的認知、痛い部位に向かう注意 (選択的注意) である。これらは不安、恐怖などネガティブな感情を伴う。行動面では、救急受診、鎮痛薬や抗不安薬に依存するなどの回避行動が典型的である。痛いと言う、仕事を休むことで、家族に優しくされるなどの好ましい結果 (報酬) を招き、痛み行動が強まることもある。

末梢性感作、中枢性感作、痛覚過敏 (*hyperalgesia*) などの生物学的基盤は準備因子である。トラウマ体験、職場不適応、対人葛藤、過大な心理的負荷などの心理的要素は誘発因子、持続因子として痛みを修飾する。慢性化すると、人間関係の軋轢、経済困窮などから孤立に至り、

表1 身体症状症の診断基準 (DSM-5)¹³⁾

A) 1つまたはそれ以上の、苦痛を伴う、または日常生活に意味のある混乱を引き起こす身体症状
B) 身体症状またはそれに伴う健康への懸念に関連した、過度の思考、感情、または行動で、以下のうち少なくとも1つによって顕在化する。 <ol style="list-style-type: none"> 1. 自分の症状の深刻さについて不釣り合いかつ持続する思考 2. 健康または症状についての持続する強い不安 3. これらの症状または健康への懸念に費やされる過度の時間と労力
C) 身体症状はどれひとつとして持続的に存在していないかもしれないが、症状のある状態は持続している (典型的には6か月以上) <ul style="list-style-type: none"> ▶ 該当すれば特定せよ <ul style="list-style-type: none"> ・疼痛が主症状のもの (従来 の疼痛性障害) ・持続性: 持続的な経過が、重篤な症状、著しい機能障害、および長期にわたる持続期間 (6か月以上) によって特徴づけられる。 ▶ 現在の重症度を特定せよ <ul style="list-style-type: none"> 軽度: 基準Bのうち1つのみを満たす 中等度: 基準Bのうち2つ以上を満たす 重度: 基準Bのうち2つ以上を満たし、かつ複数の身体愁訴 (または1つの非常に重度な身体症状) が存在する

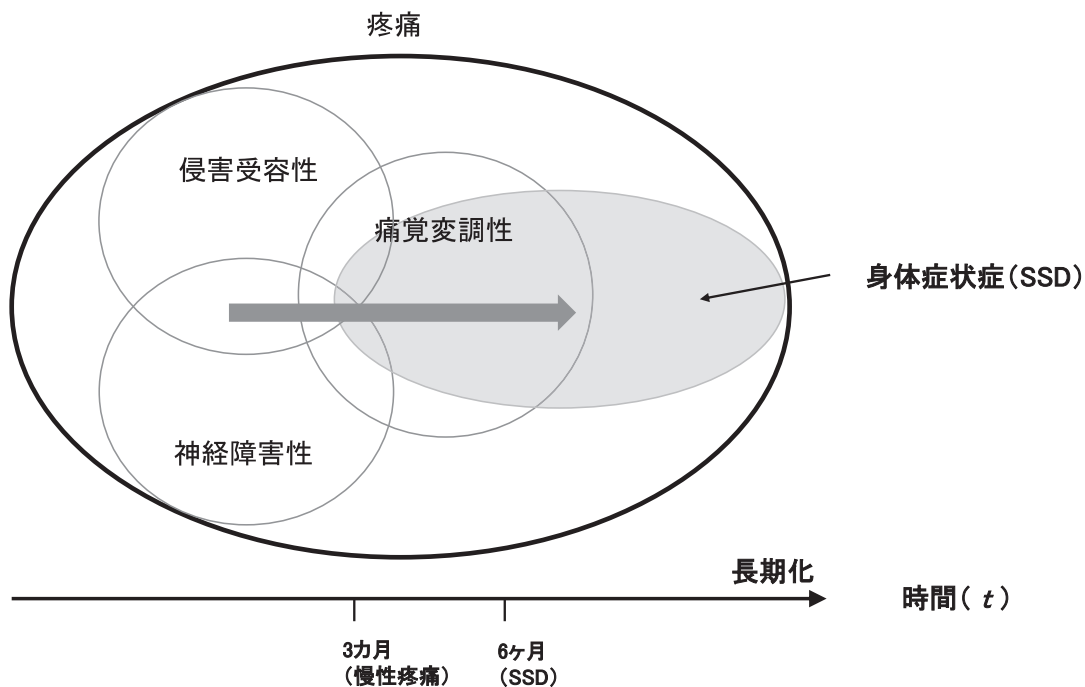


図1 疼痛と身体症状症の関係

痛覚変調性疼痛は、侵害受容神経線維の興奮（末梢性感作）、中枢性感作に関連する。認知心理症状を診断基準にする身体症状症（SSD）とは概念が異なり比較できないが、両者とも不安などの感情を伴いやすく、痛みの長期化で見られやすい。文献(23)を改変した。

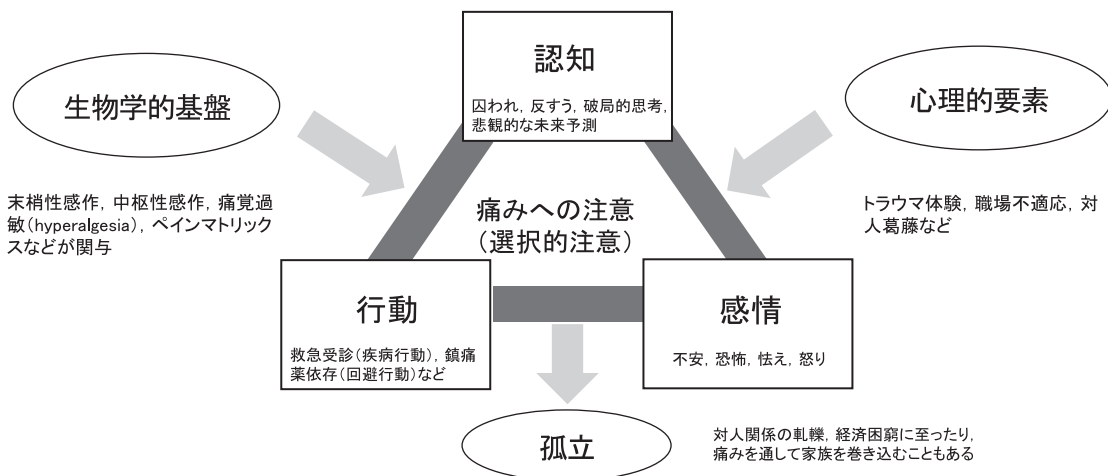


図2 慢性疼痛の維持メカニズム

慢性疼痛では、認知、感情、行動が相互に作用し、痛みへの注意が過剰になっている。末梢性感作、中枢性感作などの生物学的基盤は準備因子（素因）である。トラウマ体験、職場不適応、対人葛藤などの心理的要素は、誘発因子や持続因子として痛みを修飾させる。慢性化すると、人間関係の軋轢、経済困窮などから孤立に至り、家族を巻き込むこともある。慢性疼痛にはこれら複数の要素が関与しており、個別に評価することが大切である。文献(12)を改変した。

家族を巻き込むこともある。SSD（身体表現性障害）の発症時の誘因別では、対人関係の問題が29%、身体疾患の罹患16%、過労14%である報告がある¹⁷⁾。誘因なく発症することもある。痛みの慢性化に職場不適応、対人関係の問題が影響していることは珍しくない¹⁸⁾。

年代別の考慮も必要である。小児のSSDでは、腹痛や頭痛が多いが、病気自体を心配することは稀である。親の反応は痛みの訴え方に関連する¹⁹⁾ので、治療では環境調整や親子間の心的葛藤を扱うこともある²⁰⁾。高齢者では、身体機能の低下のため疼痛が出現しやすく、社会からの離脱、活動量の低下により身体に注意が向きやすい。

精神科医が行う痛み診療

本院の集学的痛みセンター（精神科医）では薬物療法と精神療法を施行するが、重症例では、合併するうつ病などに対して適応があれば、反復経頭蓋磁気刺激療法（Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation: TMS）や電気けいれん療法（Electro Convulsive Therapy: ECT）などを入院下で治療することもある。

1) 薬物療法

病態に応じて用いるが、SSDに対し保険適用のある薬剤はなく、本稿に記載した薬剤はすべて適用外使用となるので留意されたい。

1. 選択的セロトニン再取り込み阻害薬（Selective Serotonin Reuptake Inhibitors: SSRI）：SSDへの有効性が報告されており¹⁹⁾²¹⁾²²⁾、SSRIは脳内のセロトニン（5-hydroxytryptamine: 5HT）作用を有し、身体症状への囚われのみでなく不安・恐怖にも効果がある。過剰な不安は扁桃体の興奮によるが、SSRIは扁桃体の興奮を抑える作用がある²³⁾。SSRIのみで効果が乏しい場合は、抗精神病薬による増強療法を用いることもある²⁴⁾²⁵⁾。
2. セロトニンノルアドレナリン再取り込み阻害薬（Serotonin Noradrenalin Reuptake Inhibitor: SNRI）：神経障害性疼痛にはノルアドレナリン（noradrenaline: NA）による下行性疼痛抑制系の賦活による鎮痛効果を目

的に三環系抗うつ薬やSNRIが有効²²⁾である。これらは抗うつ効果もある。デュロキセチンはより上位中枢である前帯状皮質と右前頭前皮質を活性化させるという報告もある²⁶⁾が、エビデンスまでには研究数が乏しい。

3. ベンゾジアゼピン系抗不安薬（benzodiazepine anxiolytics: BZD）：BZDは γ -アミノ酪酸（ γ -aminobutyric acid: GABA）が結合したBZ受容体に結合し、神経細胞の興奮を抑制して抗不安作用を発揮する。BZDは疼痛に伴う不安や緊張を緩和することで疼痛を緩和する²⁷⁾。BZDは身体依存、離脱症状などの問題があり、オピオイドとの併用は中枢神経抑制の相互作用に注意を要する。BZDの特性を踏まえ、漫然とした処方控える方が良い。

4. プレガバリン（pregabalin）、ガバペンチン（Gabapentin）：神経シナプスの $\alpha_2\delta$ ligandとして結合することでグルタミン酸などの興奮性神経伝達物質の放出を抑制し、扁桃体の興奮を抑制させる¹⁹⁾。 γ アミノ酪酸（GABA）の模倣特性を持ち、抗不安作用もあるが、依存性や乱用に注意を要する。

身体表現性障害、medically unexplained physical symptoms (MUPS)に対するコクラン・レビューではSSRI、SNRIなどの新規抗うつ薬の有効性は示されているが²⁸⁾、エビデンスの質は低く、さらなる蓄積が必要である。

2) 認知行動療法（Cognitive Behavioral Therapy: CBT）

CBTは身体症状への認知や感情を通して、適切な対処行動をとれる能力の獲得を目指す。慢性疼痛診療ガイドライン²⁹⁾によると、心理療法で最もエビデンスがあるのは、CBTである。質の高い研究数がまだ少なく、評価はCBT、マインドフルネス、ACTが、推奨度2（行うことを弱く推奨する）、エビデンスレベルB（中）であるが、メタアナリシスで有効性は示されている³⁰⁾。SSDに対してもメタ解析（Liu 2019）の結果、小～中程度の効果が示されている³¹⁾。

SSD関連に対するCBT、マインドフルネス

を含む心理療法のメタ解析 (10 の RCT, 6 の非 RCT, $n=1,438$)³²⁾ や複数の RCT のシステムレビューで有効性が示されている³³⁾³⁴⁾。効果量 (effect size) は, 11 本のメタ解析で 0.39 (95% 信頼区間: 0.32~0.46) で³⁵⁾, SSD への心理療法の効果は, うつ病や強迫性障害など他の精神障害と比較して小さい³²⁾³⁶⁾。これは慢性疼痛の病態が複雑であることに加え, 重症例ほど心理療法は嫌煙されることも原因である。

CBT は通常, 複数のセッションで構造化された治療パッケージとなっている。30~120 分間/回を 6~12 回の形式が多い³⁷⁾⁴⁰⁾。心理教育, ペーシング, 行動実験, 段階的行動活性化, 認知再構成などで構成される³⁵⁾³⁹⁾⁴¹⁾⁴²⁾。メタ解析では, セッションが 50 分以上, 回数が 10 回以上, 期間が 12 週間以上であることは, 併存する抑うつと不安の軽減に効果を認めたが, 治療中断率は高かった⁴³⁾。つまり, 治療時間や実施回数など介入の強度が大きいと効果は得られやすいが, 脱落リスクが出てくる。対象群によって適正を見極める必要がある。

心理教育では「痛みの原因を説明しうる身体疾患はない」という説明に留まらず, 「SSD である」ことを説明し, 認知モデルの理解を促す。必ずしもストレスが痛みに関連している訳ではなく, 「ストレスに由来する」という画一的な説明は望ましくない。ペーシングとは, 現在の痛みを考慮した上で達成可能な身体活動を行うものである。痛み恐怖が強い場合, 行動前後で痛みの予想と結果を検証する行動実験 (例えば, 10 分間ウォーキングして痛み 100 点という予想が当たるか) が効果的である。認知的治療では「痛みがあっても何もできない」という白黒思考の柔軟化を図る。反すうには, 注意の切替え訓練 (例えば, 空を見上げて呟く) も有用である。

マインドフルネス瞑想 (Mindfulness), アクセプタンス&コミットメントセラピー (Acceptance and Commitment Therapy: ACT) といった, 第三世代 (第三の波 the third wave) といわれる CBT がある。慢性疼痛に対する第三世代 CBT のメタ解析では効果も認めている⁴⁴⁾⁴⁵⁾⁴⁶⁾。

ACT では, 痛みの消失を目指さず, それを客観的に観察し, 自らの価値観に基づいた行動を起こすことに重点が置かれている。

理学療法と CBT の関連について, 慢性腰痛に対するネットワークメタ解析 (96 本の RCT, $n=13,136$)⁴⁷⁾ では, 理学療法単独に比べて CBT の付加治療は, 身体機能に有意な改善を示した (SD1.01, 95% 信頼区間 0.58~1.44)。学際的治療に組み込まれた CBT は, 運動恐怖, うつ, 不安の軽減を認めた⁴⁸⁾。この様に CBT や理学療法を単独に行うよりも, 学際的な複合した治療が効果的である。

薬物療法と CBT の関連

薬物療法と CBT の関連はどうだろうか。うつ病での CBT の効果は, 背外側前頭前野など認知制御に関連する高次の皮質辺縁系の改善によって, 感情や認知の情報処理の回復による⁴⁹⁾⁵⁰⁾。うつ病での PET を用いた研究では, CBT では治療後, 前頭頭頂葉の代謝が減少し, 海馬は増えるのに対して, paroxetine による改善群では前頭前野での代謝亢進が認められたことから, CBT は皮質領域に作用するのに対し, SSRI は線条体に対する作用を主とする⁵¹⁾。DeRubeis RJ らの研究⁵²⁾では, SSRI がセロトニンを増加させることで直接的に扁桃体の過活動を抑え, 次いで扁桃体によって抑制されていた前頭前皮質 (Prefrontal cortex: PFC) の機能を回復させるのに対して, CBT は先に PFC の機能を回復させることで, PFC が扁桃体の反応を低下させるとする。同様の関係性の報告は数々されてきており, 両治療では感情, 意欲, 学習を司る大脳辺縁系と PFC に作用する順序が逆であるものの, 相互に作用し効果が現れると推測される。

臨床研究では, 治療開始時の SSD の重症度, 破局的認知の存在, 不安抑うつの併存は予後不良因子であり⁵³⁾⁵⁷⁾, 慢性疼痛においても, 破局的認知や不安抑うつが予後に影響する⁵⁸⁾⁵⁹⁾。Sarter, L らの SSD (MUPS) に対する CBT の効果に関するメタ解析⁶⁰⁾⁶¹⁾では, 予後良好因子の一つに「症状の受容」が抽出された。このこ

とは、痛みの受容が CBT の予後に影響することを示唆している。

認知神経科学と SSD

認知神経科学でみると慢性疼痛患者では、脳内の体性感覚野、扁桃体、前帯状回、視床、海馬、島皮質、側坐核、内側前頭前皮質、中脳水道周囲灰白質など情動、認知、情報処理に関与する、ペインマトリックスといわれる広範な領域間の機能的結合に変化が生じている⁶²⁾⁶³⁾。デフォルトモードネットワーク (Default Mode Network: DMN) といわれる内側前頭皮質、前帯状回、後帯状皮質、扁桃体などが関与する安静時脳活動も痛みに関与する。DMN は感情や衝動性の緩和、記憶の整理、評価、ひらめきにも活動するが、働きが過剰になると不安、注意散漫、反すうが生じる。fMRI 画像を用いた機能的結合解析では、うつ病や不安症では DMN の機能的結合が変化し⁶⁴⁾、SSD では、背外側前頭前皮質の活動性低下を認めている。

近年、SSD を内受容感覚の予測的処理モデルで捉える仮説⁶⁵⁾がある。内受容感覚とは呼吸、痛み、心拍などの身体内部の感覚を指し、知覚の正確さのみでなく、認知的反応である“気づき”や感情が関連する。予測的処理モデルとは、本来ヒトは自ら観測する内臓感覚や侵害受容性疼痛などの感覚信号 (ボトムアップ) と一致するように心的モデルから予測される感覚信号 (トップダウン) との予測誤差を最小化するという理論である⁶⁶⁾。これには主に予測誤差の処理を担う島皮質や前帯状回、扁桃体などの DMN が関連している。当教室の上野による fMRI を用いた SSD の研究では、末梢からの感覚信号の入力 (インプット) は正確だが、信念、メタ認知、注意といった認知的次元によるトップダウンとしての予測的処理の不全が数理的に計測された⁶⁷⁾。実際、CBT やマインドフル瞑想によって内受容感覚の正確さや敏感さが修正された報告がある⁶⁸⁾⁶⁹⁾。従って、メタ認知やバイオフィードバックを CBT に取り入れた認知トレーニングで、トップダウン処理の回復による治療効果も期待される。

集学的痛みセンター

2020 年 10 月に当院が集学的痛みセンターに認定され、慢性疼痛患者への学際的治療の試みがスタートした。精神科・心療内科での診断は大半が SSD だが、うつ病や不安症の合併、統合失調症、適応障害のこともある。自閉スペクトラム症の併存が、痛みの訴え方に関連している場合もある。

当科では、臨床研究枠で 2020 年 10 月から 2023 年 11 月まで SSD 関連群に対するインターネットを用いた集団の CBT を実施した。合計 36 名が参加し、現在はフォローアップを実施中である (図 3)。1 グループに被検者 3 名、心理士 1 名、精神科医 1 名から成る少人数制で 1 回 90 分間、全 8 回である。各被験者の自宅からオンラインで行った。中間報告だが、終了時は開始時に比べて不安、抑うつのみでなく、SSD そのものにも効果を認めた⁷⁰⁾。対照群のない前後比較なので解釈に注意が必要だが、被検者からは「痛みで困っている人を知り、孤独感が和らいだ」などほぼ全員が肯定的な感想である。有効例では「痛みはあるが、以前ほど気にならなくなった」といった声が多く聞かれる。痛みへの囚われ (認知) や不安 (感情) の軽減によって SSD が軽症化したと考えられる。

最後に

慢性疼痛患者は「なぜ痛みは目で見えないのか? 周りに痛みと辛さを理解してもらえない」という苦悩がある⁷¹⁾。当科では現在、SSD に対して、新たな視点での集団 CBT を計画進行中である。海外では慢性疼痛に対する TMS や ECT などニューロモデュレーションを用いた治療効果の報告⁷²⁾が出てきている。医療者は慢性疼痛を生物学的、心理学的、さらに認知神経科学も視野に入れて多面的に捉える必要がある。

集学的痛みセンターという構造は、患者に安心感だけでなく能動性を促し、より大きな治療効果をもたらすと期待される。当科は集学的痛みセンターの一端を担い、慢性疼痛治療に取り

(リーフレット)

(プログラム冊子)

京都市立医科大学附属病院
集学的痛みセンター 疼痛・緩和ケア科、精神科・心療内科

慢性痛（身体症状症）の認知行動療法

慢性の痛みが治らない...
原因は治ったはずなのに...痛みがとれない
実は様々なストレスが痛みを修飾している?!

令和2年10月当院は「集学的痛みセンター施設※」に認定されました。センターには疼痛・緩和ケア科、精神科・心療内科、膠原病リウマチ内科、リハビリテーション科が関わり、多職種で痛みの診療に取り組んでいます。
※厚生労働省 慢性の痛み政策研究事業

長引く痛みでは、その辛さや他の様々なストレスが痛みを強めてしまいます。不眠、抑うつ、他の体調不良がみられることもあります。
近年、慢性痛に認知行動療法の有効性が示されています。認知行動療法とは、痛みや身体についての理解を深め、考えや行動をバランス良く修正していく心理療法で、元気な生活を取り戻すことを目指します。
痛みのストレスを減らすために、精神科・心療内科（痛みセンター外来；月曜日pm，一般外来；火曜日am）を訪ねてみませんか。

お申込み
お問い合わせ

ご希望の場合は主治医にご相談ください。
詳しい内容を知りたい方は、
メンタルケアセンター 外来受付まで。

150
京都府立医科大学
創立1922

身体症状症関連症群に対する
認知行動療法プロジェクト
～身体と上手く付き合おう～

(全8回：前半4回分資料)

京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学
京都府立医科大学附属病院 精神科・心療内科

図3 リーフレットとプログラム冊子

(左図) 集学的痛みセンター（疼痛緩和ケア科）に置いてもらった認知行動療法についてのリーフレット。精神科・心療内科受診をスムーズにする目的である。(右図) 集団認知行動療法の臨床研究で筆者らが、作成したマニュアル。国内外の資料を基に作成し、150ページの冊子である。分かりやすさを心掛け、ワークシートも多用した。

組んでいる。当科では地域連携室（病診連携）を通して紹介も随時受け付けているので、ご紹介をいただければ幸いです。

開示すべき潜在的利益相反状態はない。

文

献

- 1) Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, Keefe FJ, Mogil JS, Ringkamp M, Sluka KA, Song XJ, Stevens B, Sullivan MD, Tutelman PR, Ushida T, Vader K. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161: 1976-1982, 2020.
- 2) The Culture of Pain. David B. B. Morris. University of California Press, 5-28, 1993.
- 3) Aguglia A, Salvi V, Maina G, Rossetto I, Aguglia E. Fibromyalgia syndrome and depressive symptoms: comorbidity and clinical correlates. *J Affect Disord*,

- 128: 262-266. 2011.
- 4) Thieme K, Turk DC, Flor H. Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: relationship to somatic and psychosocial variables. *Psychosom Med*, 66: 837-844, 2004.
- 5) Currie SR, Wang J. Chronic back pain and major depression in the general Canadian population. *Pain*, 107: 54-60, 2004.
- 6) Hooten WM. Chronic Pain and Mental Health Disorders: Shared Neural Mechanisms, Epidemiology, and Treatment. *Mayo Clin Proc.*, 91: 955-970, doi: 10.1016/j.mayocp.2016.04.029. 2016. PMID: 27344405.

- 7) Raphael KG, Janal MN, Nayak S, Schwartz JE, Gallagher RM. Psychiatric comorbidities in a community sample of women with fibromyalgia. *Pain*, 124: 117-125, 2006.
- 8) Dersh J, Gatchel RJ, Mayer T, Polatin P, Temple OR. Prevalence of psychiatric disorders in patients with chronic disabling occupational spinal disorders. *Spine*, 31: 1156-1162, 2006.
- 9) Stang PE, Brandenburg NA, Lane MC, Merikangas KR, Von Korff MR, Kessler RC. Mental and physical comorbid conditions and days in role among persons with arthritis. *Psychosom Med*, 68: 152-158, 2006.
- 10) McWilliams LA, Goodwin RD, Cox BJ. Depression and anxiety associated with three pain conditions: results from a nationally representative sample. *Pain*, 111: 77-83, 2004.
- 11) Hooten WM. Chronic Pain and Mental Health Disorders: Shared Neural Mechanisms, Epidemiology, and Treatment. *Mayo Clin Proc.*, 91: 955-970, doi: 10.1016/j.mayocp. 2016. PMID: 27344405.
- 12) 富永敏行. 身体症状症の診断の進歩. *精神医*, 62: 1565-1577, 2020
- 13) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical for Mental Disorders, 5th edition (DSM-5). American Psychiatric Publishing, Washington, D.C., 2013 (日本精神神経学会監修, 高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸ほか訳: DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 東京, 医学書院, 2014.
- 14) International Association for the Study of Pain. Terminology. <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/> (参照 2024-04-06)
- 15) 富永敏行. 身体症状症. さまざまな場面で遭遇する精神疾患 思春期から成人期によくみられる精神疾患. 151: 216-218, 日医師会誌, 2022.
- 16) 富永敏行, 名越泰秀. 身体症状症. *精神科診療マニュアル*. *精神科*, 35: 180-186, 2019.
- 17) 富永敏行, 和田良久, 名越泰秀, 山下達久, 福居顕二. 心療内科外来を受診した身体表現性障害の臨床的特徴. *心身医*, 47: 947-954, 2007.
- 18) 富永敏行. 身体症状症. 別冊日本臨牀 新領域別症候群シリーズ No.38. 日本臨牀社, 236-241, 2017.
- 19) 名越泰秀, 富永敏行, 酒井美枝, 館野 歩. 身体症状症の治療戦略. *精神誌*, 125: 1010-1022. 2023.
- 20) 富永敏行. 身体的苦痛症または身体的体験症群. *臨精医*, 51: 385-396, 2022.
- 21) 名越泰秀. 身体症状症および関連症群(身体表現性障害)の薬物療法はどこまで可能になったのか? *心身医*, 59: 1308-1321. 2019.
- 22) 名越泰秀. 身体症状症への薬物療法の進歩と課題. *精神医*, 62: 1613-1621, 2020.
- 23) 名越泰秀, 西原真理. 精神科医が慢性疼痛を診ると—その痛みの謎と治療法に迫る—. 東京: 南山堂, 43-61, 2019.
- 24) Nagoshi Y, Tominaga T, Fukui, K. Effect of aripiprazole augmentation for treatment-resistant somatoform disorder: a case series. *J Clin Psychopharmacol*, 34: 397-398, 2014.
- 25) Nagoshi Y, Tominaga T, Fukui, K.: Blonanserin augmentation for treatment-resistant somatic symptom disorder: a case series. *Clin Neuropharmacol*, 39: 112-114, 2016.
- 26) López-Solà M, Pujol J, Hernández-Ribas R. Effects of duloxetine treatment on brain response to painful stimulation in major depressive disorder. *Neuropsychopharmacology*, 35: 2305-2317, 2010.
- 27) 稲田 健. *臨精薬理*, 25: 529-534, 2022.
- 28) Kleinstäuber M, Witthöft M, Steffanowski A, van Marwijk H, Hiller W, Lambert MJ. Pharmacological interventions for somatoform disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 7: CD010628. doi: 10.1002/14651858, 2014.
- 29) 慢性疼痛診療ガイドライン作成ワーキンググループ編集. 慢性疼痛診療システムの均てん化と痛みセンター診療データベースの活用による医療向上を目指す研究 研究班 監修. 慢性疼痛診療ガイドライン. 東京: 真興交易医書出版部, 116-125, 2021.
- 30) Williams ACC, Fisher E, Hearn L, Eccleston C. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 12; 8: CD007407. doi: 10.1002/14651858, 2020.
- 31) Liu J, Gill NS, Teodorczuk A, Li ZJ, Sun J. The efficacy of cognitive behavioral therapy in somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Affect Disord*, 245: 98-112, 2019.
- 32) Koelen JA, Houtveen JH, Abbass A, Luyten P, Eurelings-Bontekoe EH, Van Broeckhuysen-Kloth SA, Bühring ME, Geenen R. Effectiveness of psychotherapy for severe somatoform disorder: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 204:12-9. doi: 10.1192/bjp.bp.112.121830, 2014.
- 33) Kroenke K. Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. *Psychosom Med*, 69: 881-888, 2007.
- 34) van Dessel N, den Boeft M, van der Wouden JC,

- Kleinstäuber M, Leone SS, Terluin B, Numans ME, van der Horst HE, van Marwijk H. Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *Cochrane Database Syst Rev.*: CD011142. doi: 10.1002/14651858.CD011142.pub2, 2014.
- 35) Menon V, Rajan TM, Kuppili PP, Sarkar S. Cognitive Behavior Therapy for Medically Unexplained Symptoms: A Systematic Review and Meta-analysis of Published Controlled Trials. *Indian J Psychol Med*, 39: 399-406, 2017.
- 36) Kleinstäuber M, Withhöft M, Hiller W. Efficacy of short-term psychotherapy for multiple medically unexplained physical symptoms: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 31: 146-160, 2011.
- 37) Escobar JI, Gara MA, Diaz-Martinez AM, Interian A, Warman M, Allen LA, Woolfolk RL, Jahn E, Rodgers D. Effectiveness of a time-limited cognitive behavior therapy type intervention among primary care patients with medically unexplained symptoms. *Ann Fam Med*, 5: 328-335, 2007.
- 38) Hedman E, Axelsson E, Andersson E, Lekander M, Ljótsson B. Exposure-based cognitive-behavioural therapy via the internet and as bibliotherapy for somatic symptom disorder and illness anxiety disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 209: 407-413, 2016.
- 39) Kashner TM, Rost K, Cohen B, Anderson M, Smith GR Jr. Enhancing the health of somatization disorder patients. Effectiveness of short-term group therapy. *Psychosomatics*, 36: 462-470, 1995.
- 40) Sumathipala A, Siribaddana S, Abeysingha MR, De Silva P, Dewey M, Prince M, Mann AH. Cognitive-behavioural therapy v. structured care for medically unexplained symptoms: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 193: 51-59, 2008.
- 41) Allen LA, Woolfolk RL, Escobar JI, Gara MA, Hamer RM. Cognitive-behavioral therapy for somatization disorder: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*, 166: 1512-1518, 2006.
- 42) Schröder A, Rehfeld E, Ornbøl E, Sharpe M, Licht RW, Fink P. Cognitive-behavioural group treatment for a range of functional somatic syndromes: randomised trial. *Br J Psychiatry*, 200: 499-507, 2012.
- 43) Liu J, Gill NS, Teodorczuk A, Li ZJ, Sun J. The efficacy of cognitive behavioural therapy in somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Affect Disord*, 15: 245: 98-112, 2019.
- 44) Trindade IA, Guiomar R, Carvalho SA, Duarte J, Lapa T, Menezes P, Nogueira MR, Patrão B, Pinto-Gouveia J, Castilho P. Efficacy of Online-Based Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pain*, 22: 1328-1342, 2021.
- 45) Veehof MM, Trompetter HR, Bohlmeijer ET, Schreurs KMG. Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. *Cogn Behav Ther*, 45: 5-31, 2016.
- 46) Liu, 2019, Ma TW, Yuen AS, Yang Z. The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clin J Pain*, 39: 147-157, 2023.
- 47) Ho EK, Chen L, Simic M, Ashton-James CE, Comachio J, Wang DXM, Hayden JA, Ferreira ML, Ferreira PH. Psychological interventions for chronic, non-specific low back pain: systematic review with network meta-analysis. *BMJ*. 30: 376: e067718. doi: 10.1136/bmj-2021-067718, 2022.
- 48) Ploutarchou G, Savva C, Karagiannis C, Pavlou K, O'Sullivan K, Korakakis V. The effectiveness of cognitive behavioural therapy in chronic neck pain: A systematic review with meta-analysis. *Cogn Behav Ther*, 52: 523-563. doi: 10.1080/16506073.2023.2236296, 2023.
- 49) Wu Z, Wang C, Dai Y, Xiao C, Zhang N, Zhong Y. The effect of early cognitive behavior therapy for first-episode treatment-naive major depressive disorder. *J Affect Disord*, 308: 31-38, 2022.
- 50) Clark DA, Beck AT. Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: convergence with neurobiological findings. *Trends Cogn Sci*, 14: 418-424, 2010.
- 51) Goldapple K, Segal Z, Garson C, Lau M, Bieling P, Kennedy S, Mayberg H. Modulation of cortical-limbic pathways in major depression: treatment-specific effects of cognitive behavior therapy. *Arch Gen Psychiatry*, 61: 34-41, 2004.
- 52) DeRubeis RJ, Siegle GJ, Hollon SD. Cognitive therapy versus medication for depression: treatment outcomes and neural mechanisms. *Nat Rev Neurosci*, 9: 788-796, 2008.
- 53) Barsky AJ, Fama JM, Bailey ED, Ahern DK. A prospective 4- to 5-year study of DSM-III-R hypochondriasis. *Arch Gen Psychiatry*, 55: 737-744, 1998.
- 54) Noyes R Jr, Kathol RG, Fisher MM, Phillips BM,

- Suelzer MT, Woodman CL. One-year follow-up of medical outpatients with hypochondriasis. *Psychosomatics*, 35: 533-545, 1994.
- 55) olde Hartman TC, Borghuis MS, Lucassen PL, van de Laar FA, Speckens AE, van Weel C. Medically unexplained symptoms, somatisation disorder and hypochondriasis: course and prognosis. A systematic review. *J Psychosom Res*, 66: 363-377, 2009.
- 56) Anne E. M. Speckens, Philip Spinhoven, Albert M. van Hemert, Jan H. Bolk, Keith E. Hawton. Cognitive behavioural therapy for unexplained physical symptoms: Process and prognostic factors. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 25: 291-294, 1997.
- 57) Woud ML, Zhang XC, Becker ES, Zlomuzica A, Margraf J. Catastrophizing misinterpretations predict somatoform-related symptoms and new onsets of somatoform disorders. *J Psychosom Res*, 81: 31-37, 2016.
- 58) Scott EL, Kroenke K, Wu J, Yu Z: Beneficial effects of improvement in depression, pain catastrophizing, and anxiety on pain outcomes: A 12-month longitudinal analysis. *J Pain*, 17: 215-222, 2016.
- 59) Martinez-Calderon J, Jensen MP, Morales-Asencio JM, Luque-Suarez A: Pain Catastrophizing and Function in Individuals with Chronic Musculoskeletal Pain. *Clin J Pain*, 35: 279-293, 2019.
- 60) Sarter L, Heider J, Kirchner L, Schenkel S, Witthöft M, Rief W, Kleinstäuber M. Cognitive and emotional variables predicting treatment outcome of cognitive behavior therapies for patients with medically unexplained symptoms: A meta-analysis. *J Psychosom Res*, 146: 110486. doi: 10.1016/j.jpsychores.2021.110486., 2021.
- 61) Sarter L, Heider J, Witthöft M, Rief W, Kleinstäuber M. Using clinical patient characteristics to predict treatment outcome of cognitive behavior therapies for individuals with medically unexplained symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*, 77: 11-20, 2022.
- 62) 久住一郎 (編集), 神庭重信 (編集主幹), 松下正明 (監修) 富永敏行. 身体的苦痛症と慢性疼痛. 講座精神疾患の臨床 第4巻. 25-36, 東京; 中山書店, 2021.
- 63) Otti A, Guendel H, Wohlschläger A, Zimmer C, Noll-Hussong M. Frequency shifts in the anterior default mode network and the salience network in chronic pain disorder. *BMC Psychiatry*, 13: 84, 2013.
- 64) Baliki MN, Geha PY, Apkarian AV, Chialvo DR. Beyond feeling: chronic pain hurts the brain, disrupting the default-mode network dynamics. *J Neurosci*, 28: 1398-1403, 2008.
- 65) 上野大介. 内受容感覚の予測的処理から理解する身体症状症. *精神医*, 62: 1597-1604, 2020.
- 66) 乾 敏郎, 坂口 豊. 脳の大統一論 自由エネルギー原理とはなにか. 岩波科学ライブラリー. 第1版. 東京: 岩波書店, 35-51, 2020.
- 67) Ueno D, Tominaga T, Aoyama T, Matsuoka T, Narumoto J. Brain functional connectivity related to the interoceptive improvement in older patients with somatic symptom disorders: A pilot resting-state fMRI study: *International Journal of Psychophysiology* 188(S) 102-102 2023 年 6 月 26 日 <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2023>.
- 68) Borneman, B., Herbert, B. M., Mehling, W. E., & Singer, T. Differential changes in self-reported aspects of interoceptive awareness through 3 months of contemplative training. *Frontiers in Psychology*, 5, 1504, doi: 10.3389/fpsyg.2014.01504, 2015.
- 69) Fischer D, Berberich G, Zaudig M, Krauseneck T, Weiss S, & Pollatos O. Interoceptive processes in anorexia nervosa in the time course of cognitive-behavioral therapy: a pilot study. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 199. doi: 10.3389/fpsy.2016.00199, 2016.
- 70) Tominaga T, Ueno D, Oya N, Aoyama T, Maeda S, Narumoto J. The progress report on the study of the efficacy of Internet-Based Small Group Cognitive Behavioral Therapy (i-SGCBT) in patients with Somatic Symptoms and Related Disorders: 10th World Congress of Cognitive and Behavioral Therapies, Abstract Book, 748, 2023.
- 71) 富永敏行: 身体症状症と解離症. *精神科*, 40: 494-502, 2022.
- 72) Short, Baron E.a,*; Borckardt, Jeffrey J.a,b; Anderson, Berry S.c; Frohman, Heathera; Beam, William; Reeves, Scott T.b; George, Mark S.a,d. Ten sessions of adjunctive left prefrontal rTMS significantly reduces fibromyalgia pain: A randomized, controlled pilot study. *Pain*, 152: 2477-2484, 2011.

著者プロフィール



富永 敏行 Toshiyuki Tominaga

所属・職：京都府立医科大学大学院医学系研究科精神機能病態学・准教授

略 歴：1997年3月 近畿大学医学部卒業

1997年4月 京都府立医科大学附属病院研修医 精神科

1999年4月 大阪府済生会吹田病院 精神科

2000年4月 独立行政法人舞鶴医療センター 精神科

2003年4月 京都府精神保健福祉総合センター主任医師

2010年4月 京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学 助教

2013年4月 京都府庁給与厚生課健康管理室（精神保健担当）

2015年4月 京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学 講師

2016年4月 ～現職

専門分野：精神医学，心身医学，認知行動療法

学会役員等：日本精神神経学会代議員，日本心身医学会理事および代議員，日本不安症学会評議員，日本精神科診断学会評議員，日本認知療法・認知行動療法学会幹事

主な資格：精神保健指定医，日本精神神経学会指導医，公認心理士，日本心身医学会 心身医療（精神科）専門医，日本総合病院精神医学会 一般病院連携精神医学指導医

最近興味のあること：Virtual Reality と精神科医療の融合

主な業績：1. 富永敏行. 身体症状症及び関連症群の評価尺度 PHQ-15, SSS-8, SSD-12, SSAS, HAI/SHAI. *精神医学*, **66**: 582-587, 2024.

2. 富永敏行. 身体症状症. 今日の治療指針 2024 年版. 東京：医学書院, 1075-1076, 2024.

3. 名越泰秀, 富永敏行, 酒井美枝, 館野 歩. 身体症状症の治療戦略. 難治例へのテーラーメイド治療. *精神神経学雑誌*, **125**, 1010-1022, 2023.

4. Tominaga T, Ueno D, Oya N, Aoyama T, Maeda S, Narumoto J. The progress report on the study of the efficacy of Internet-Based Small Group Cognitive Behavioral Therapy (i-SGCBT) in patients with Somatic Symptoms and Related Disorders: *10th World Congress of Cognitive and Behavioural Therapies, Abstract Book*, 748, 2023.

5. Tominaga T, Nagoshi Y, Narumoto J. Validation of the Japanese Version of the Somatic Symptom Disorder-B Criteria Scale (J-SSD-12) under Psychiatric Outpatient Settings in Japan: A Progress Report. *10th World Congress of Cognitive and Behavioural Therapies, Abstract Book*, 889, 2023.

6. 富永敏行. 慢性疼痛を含む身体症状症に対する認知行動療法と身体的治療のコンビネーションについて. *認知療法研究*, **16**: 20-29, 2023.

7. Ueno D, Tominaga T, Aoyama T, Matsuoka T, Narumoto J. Brain functional connectivity related to the interoceptive improvement in older patients with somatic symptom disorders: A pilot resting-state fMRI study: *International Journal of Psychophysiology*, **188**(S): 102-102, 2023.

8. 富永敏行. 身体症状症. *日本医師会雑誌*, **151**: 216-218, 2022.

9. 富永敏行. 身体症状症と解離症. *精神科*, **40**: 494-502, 2022.

10. 富永敏行. 身体的苦痛症または身体的体験症群. *臨床精神医学*, **51**: 385-396, 2022.

11. 富永敏行. 身体症状症の概念, 診断の技, 現場での応用. *精神科診断学*, **14**: 102-108, 2021.

12. 富永敏行. 身体症状症の診断の進歩. *精神医学*, **62**: 1565-1577, 2020.

13. Nagoshi Y, Tominaga T, Fukui K.: Blonanserin augmentation for treatment-resistant somatic symptom disorder: a case series. *Clin Neuropharmacol*, **39**: 112-114, 2016.

14. Tominaga T, Choi H, Nagoshi Y, Wada Y., Fukui K. Relationship between alexithymia and coping strategies in patients with somatoform disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat*, **10**: 55-62, 2014.

15. Nagoshi Y, Tominaga T, Fukui K. Effect of aripiprazole augmentation for treatment-resistant somatoform disorder: a case series. *J Clin Psychopharmacol*, **34**: 397-398, 2014.