

身体症状症の治療戦略

——難治例へのテーラーメイド治療——

Therapeutic Strategies for Somatic Symptom Disorders :
Tailored Interventions in Intractable Cases名越 泰秀¹⁾, 富永 敏行²⁾, 酒井 美枝^{3,4)}, 舘野 歩⁵⁾

Yasuhide Nagoshi, Toshiyuki Tominaga, Mie Sakai, Ayumu Tateno

身体症状症の難治例では、患者に適合する治療法を選択し、患者に合わせ修正を加え、時には複数の治療法を組み合わせるなど、テーラーメイドの治療を行う必要がある。薬物療法については、増強療法などの工夫が必要になることが多い。また、nocebo反応に十分配慮すべきである。認知行動療法（CBT）においては、アドヒアランス向上のために、回数、内容、形式（個人あるいは集団など）を検討する必要がある。アクセプタンス & コミットメント・セラピー（ACT）および森田療法は、従来の医学モデルとは異なり、症状の消失を治療目標とせず行動の変化を促す点が共通し、まさに難治例に適合する治療法といえる。

索引用語

身体症状症, 薬物療法, 認知行動療法 (CBT), アクセプタンス & コミットメント・セラピー (ACT), 森田療法

はじめに

身体症状症 (somatic symptom disorder : SSD) は、近年その病態や治療のエビデンスが増えつつあるが、その実臨床が順調に行われているとは言い難い。軽症例はプライマリケアや身体科で軽快しうるが、精神科における SSD はほとんどが難治例と言ってもよく、対応に苦慮すること

が多い。そのなかでもきわめて難治の症例がある。

その理由として考えられるのは、SSD の多様性である。身体疾患や他の精神疾患の併存もありうるし、身体症状の部位、性状、強度、患者の年齢、さらに患者のニーズも千差万別である。このため、個別性を鑑みたテーラーメイド治療が求められる。次に、SSD、特に難治例では、症状への固執の強さから生じる患者と治療者の目標のずれやアドヒアランス不良、パーソナリティの問題による治療抵抗と

- 著者所属：1) 京都第一赤十字病院精神科 (心療内科), Department of Psychiatry (Psychosomatic Medicine), Japanese Red Cross Kyoto Daiichi Hospital
2) 京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学, Department of Psychiatry, Graduate School of Medical Science, Kyoto Prefectural University of Medicine
3) 名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学, Department of Psychiatry and Cognitive-Behavioral Medicine, Nagoya City University Graduate School of Medical Sciences
4) 名古屋市立大学病院いたみセンター, Pain Center, Nagoya City University Hospital
5) 東京慈恵会医科大学精神医学講座, Department of Psychiatry, The Jikei University School of Medicine

受理日：2023年7月29日

doi : 10.57369/pnj.23-145

表 身体症状症および関連症群の主な病態と特徴および薬剤選択

病態		強迫	不安・恐怖	怒り
代表疾患	DSM-IV	心気症	身体表現性障害	
	DSM-5	病気不安症	身体症状症	
身体症状		ない あるいは弱い	強い	
		持続性、特定の部位や症状に限定	間欠的、多彩	さまざま
言動	こだわりの強さ (インターネットなどでの入念な情報収集、細かいメモ、執拗な質問)		不安の強さ 被暗示性 (サプリメントや民間療法が有効) 情動不安定性	怒りの表出 (他罰的な発言、恨めしげな表情)
薬剤選択	SSRI 効果発現の迅速化→NaSSAの併用 難治例→抗精神病薬の併用(D ₂ 受容体拮抗作用の強いもの)		SSRI BZD $\alpha_2\delta$ ligand 抗精神病薬(MARTA)	漢方薬 抗精神病薬(MARTA)

典型的な症例を示す。各病態は、併存する場合や、時間とともに移行する場合もありうる。

SSRI : selective serotonin reuptake inhibitor, NaSSA : noradrenergic and specific serotonergic antidepressant, BZD : benzodiazepine anxiolytic, MARTA : multi-acting receptor targeted antipsychotics

いった要因がある。

このため、SSDの難治例においては、いくつかの治療選択肢を備えつつ、患者に適合する治療法を選択し、患者に合わせ標準的な治療を修正し、時には複数の治療法を組み合わせることも必要となる。

そこで、本稿では、SSDの難治例に対し、エビデンスを踏まえつつ、実践的な治療法を紹介し、臨床現場で生かせる戦略を議論する。具体的には、薬物療法、認知行動療法(cognitive behavioral therapy : CBT)、アクセプタンス & コミットメント・セラピー(acceptance and commitment therapy : ACT)、森田療法を取り上げる。

1. 難治性のSSDへの薬物療法における工夫と留意点

1. 難治性のSSDへの薬物療法

SSDの薬物療法のエビデンスはいまだ十分ではない。このため、著者らの研究や経験を含め概説する。ただし、保険適用外のものも含まれていることに留意されたい。

薬物療法を考える場合、SSDは強迫、不安・恐怖、怒りの3つの病態に分類される(表)。

強迫による病態に対しては、強迫症(obsessive-compulsive disorder : OCD)に準じて、選択的セロトニン再取り込み阻害薬(selective serotonin reuptake inhibitor : SSRI)の使用が妥当と考えられる^{56,57}。心気症に対する

無作為化比較試験(randomized controlled trial : RCT)も報告されている^{15,17}。SSRI抵抗性の場合には抗精神病薬による増強療法が考えられ、いくつかの報告がある^{25,38,51~53,96}。なかでもOCDと同様にD₂受容体拮抗作用が強い薬剤による増強療法が有効だが^{51,53}、OCDとは若干異なり多元受容体作用抗精神病薬(multi-acting receptor-targeted antipsychotics : MARTA)による情動安定化が有効な場合もある^{38,51}。また、OCDと同様にlamotrigineが有効な可能性もあるかもしれないが^{3,9,26}、現時点ではSSDにはエビデンスはない。

不安・恐怖による病態に対しても、SSRIの使用が妥当と考えられ^{56,57}、多症状性の身体表現性障害へのRCTも報告されている⁴⁸。SSRI抵抗性あるいは嘔気症状があるなどSSRIが使用しにくい場合で、特定の状況での症状出現など恐怖が目立つ場合は、恐怖の中核である扁桃体の過剰興奮の抑制を目的とした $\alpha_2\delta$ ligandの使用が考えられ、pregabalinについては、不安への有効性が示されており、SSDに対する報告もある^{19,54,66}。Mirogabalinに関しては、不安やSSDへのエビデンスは現時点ではない。ただし、 $\alpha_2\delta$ subunitのうち $\alpha_2\delta-2$ より $\alpha_2\delta-1$ に対し長時間結合するためより強い作用を及ぼす^{11,30}。そして、前者は有害事象に³⁰、後者は疼痛³⁰や不安⁴¹に関与することからは、有害事象が少ない可能性^{11,95}や、不安^{49,50}さらにはSSDへの有効性が期待される。また、情動が不安定な場合は、MARTAの情動安定作用が利用可能と考えられる。ベンゾ

ジアゼピン系抗不安薬、特に頓用はCBT的な観点からは回避行動と考えられ、CBTの妨げになる可能性もあり、依存も生じうるため、投与は控えるべきである⁵⁷⁾。

なお、SSDの難治例には、疼痛を主とする場合、すなわちDSM-5の「身体症状症、疼痛を主症状とするもの」も多い。このような症例は、神経障害性疼痛や中枢性感作と混同され、しばしば下行性抑制系の賦活をめざしduloxetineが投与されているが、実は他のSSDと同様にSSRIのほうが有効である⁵⁵⁾。ただし、疼痛の場合は、強迫的なとらわれ(preoccupation)に加え、怒りの反芻をはじめとするこだわり(persistence)の病理が存在するため、薬物の効果が限定的となる可能性がある⁵⁸⁾。

以上のような薬物療法を行っても、なおも難治の症例はある。これには、薬物療法が限界であり精神療法が必要な場合もあるが、nocebo反応による場合もある。

2. Nocebo 反応

1) Nocebo 反応についてのエビデンス

Nocebo反応には、薬効の阻害が生じる場合と、副作用の訴えが生じる場合がある。後者は、非特異的副作用⁷⁾、非特異的反応⁷⁶⁾と呼ばれる。

1,271のRCT(対象は精神疾患以外も含む)のメタ解析においてplacebo群の半数弱に有害事象が生じたこと²³⁾や、最近ではCOVID-19のワクチンについてのRCTのメタ解析において有害事象のうち半数以上がnocebo反応であったこと¹⁸⁾が報告されている。SSRIと三環系抗うつ薬のRCTのメタ解析において、placebo群に生じた有害事象が両薬剤の試験間で差があったことも報告されている⁶⁸⁾。このようにnocebo反応が生じることは稀ではない。SSDの場合は、薬剤の副作用に敏感であるため、なおさらnocebo反応が生じやすいのは間違いないであろう。

Nocebo反応は、過去に生じた副作用の学習が関与する。治療への不安や不信感も関与するため⁹⁰⁾、治療関係が重要であり、治療者のnon-verbalな態度が症状を悪化させる可能性を示唆する報告もある^{10,89)}。メディアの影響も受け、有害事象の発現が報道後に増加したり報道で取り上げられた症状に偏っていたという報告もある^{13,42,44)}。

また、効果への期待が高いと副作用への不安も高まる⁷⁵⁾。このことと関連し、高価な薬剤はnocebo反応としての副作用を起こしやすい⁸²⁾。逆に、後発医薬品への切り替えによる副作用の訴えもある⁹¹⁾。

また、治療の選択肢がない場合はnocebo反応が生じや

すい⁸⁾。興味深いことに、選択肢がありすぎる場合も、選択が困難になるため、選択肢がない場合と同様にnocebo反応が増加してしまう¹⁴⁾。

Nocebo反応を生じやすい患者の特徴として、アンビバレンス、不信感、敵意、主治医との対立や⁶¹⁾、不安、被暗示性の強さ⁴⁵⁾が指摘されている。これらは、自己愛性および演技性パーソナリティ障害を示唆していると思われる。自己愛性パーソナリティ障害の場合は、主治医に羨望が生じやすく、依存への抵抗により、価値下げとしてnocebo反応が生じると考えられる。演技性パーソナリティ障害の場合は、依存と自立の葛藤がある場合や、性的な葛藤が転移された場合などに、nocebo反応が生じると考えられる。これらのパーソナリティの場合は、とりわけ注意が必要といえるだろう。

2) Nocebo 反応が生じた場合

Barsky, A. J.は、非特異的副作用が生じた場合、安易に変薬せず、服薬に対する患者の感情や考えを確認し、治療への不満を見だし、非特異的副作用についての理解を深め誤った見方をしないよう援助するという提言をしている⁷⁾。たしかに論理的にはその通りなのだが、実臨床ではなかなかそうはいかない。結局は変薬せざるをえないことが多く、それにより副作用様の症状は軽減するが、その結果、患者が実際の副作用であったと認識してしまい、二度とその薬剤が使用できなくなることも多い。また、このような症状が生じたことに対する不安や不満から、その後の治療が難航する可能性が高くなる。

3) Nocebo 反応を防止するための工夫

それゆえ、nocebo反応が生じないようにする必要があり、そのためには、まずは治療関係のモニタリングやpositiveな治療関係の構築が重要なのは言うまでもない。医療不信や過去に副作用が生じたという訴えがある場合など、薬剤への不安が強い場合は、特に注意が必要で、すぐに投薬しないほうがよいと考えられる。逆に薬物療法への過度の期待も減らすため、効果はすぐにみられないことを強調すべきである。また、適度な選択肢とshared decision making (SDM)によって、治療選択が容易にできるようにすべきである。

副作用の説明の仕方にも工夫が必要である。患者の特性に合わせ非特異的、重要でない副作用は伝えないといったpersonalized informed consentも提唱されている²⁴⁾。Positive framing(例えば「10%で副作用」ではなく「90%で安全」といった伝え方の工夫)も、システムティック・レ

ビューで有効性が示されている⁵⁾。インターネットやメディアの情報にはバイアスがあり negative なものが多いこと⁶⁴⁾の説明も必要だろう。薬剤情報提供書を簡略化すると、副作用への不安や nocebo 反応が減少し、アドヒアランスが高まる傾向があることも報告されている⁶⁷⁾。このようなことを行うのは現時点では困難としても、薬剤情報提供書に関する説明（稀な副作用も記載していることなど）はすべきであると考えられる。

Nocebo 反応に関するあらかじめの情報提供や心理教育も有用であり、副作用情報へのニーズを変化させ⁶⁰⁾、副作用を減らし^{4,43,65)}、治療効果を高める⁴⁾ことが報告されている。

II. 難治性の SSD への CBT のアレンジメント

1. SSD と認知様式

SSD は、苦痛を伴う身体症状（A 項目）とともに、どのような解釈でどう行動しているかという認知・感情・行動の症状（B 項目）を特徴とする²⁾。SSD で特徴とされる認知様式とは、破局的な認知様式（catastrophic misinterpretations）、身体感覚への過剰な注意、身体症状を正常な現象や心理的ストレスでなく医学的疾患に結びつける解釈²⁾である。これによって身体感覚に対する恐怖が強まり、身体をコントロールできる感覚の低下や回避行動も伴うようになる。

2. SSD に対する CBT のエビデンス

CBT では身体症状と結びついた非機能的な認知をとらえ、しなやかな認知と健康的な行動を培うことによって自律的な生活を取り戻せるよう援助する。

CBT は、うつ病や不安障害など精神疾患に対する治療効果と再発予防効果を裏づけるエビデンスも多く報告され、慢性疼痛、過敏性腸症候群などの身体症状へのエビデンスもある^{37,92)}。

SSD の認知に関しては、脅威に関連した一般的な認知の歪みに加えて、破局的認知の存在は、SSD の発症の予測因子であり（オッズ比 1.3, 95%信頼区間 1.1~1.7)⁹⁴⁾、CBT は身体症状をどのように認知して行動すべきかを理解することで、症状を適切にコントロールできる能力の獲得をめざす。

そして、CBT は SSD に対するエビデンスもある。身体表現性障害および medically unexplained physical symp-

toms (MUPS) に対する非薬物療法についてのシステマティック・レビューでは、21 の RCT（14 の mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) を含む CBT, n=2,658) をまとめ、CBT は身体症状の重症度を軽減させ、1 年後も持続していた⁸⁸⁾。他にも身体表現性障害を対象にした CBT、マインドフルネス、力動的療法を含む心理療法のメタ解析（10 の RCT, 6 の非 RCT, n=1,438)³⁴⁾や CBT のレビュー（34 の RCT）で有効性が示されている³⁶⁾。ただし、研究プロトコルや予後の測定法など研究間で異質性が高く、エビデンスレベルは低~中程度である。

3. プログラムと患者の適性

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。実施者によって異なるが、おおよそ 30~120 分間/回を 6~12 回の形式が多い^{12,22,31,79)}。治療プログラムは、心理教育、目標設定、認知再構成、段階的行動活性化を基本とするセッションで構成される^{1,31,46,74)}。注意や記憶を扱うプログラムの有効性の報告もある⁸⁰⁾。個人治療では、画一的なプログラムではなく、上述の内容を基本に、治療者のスタンスや患者の病状に合わせて、セッションを組み入れることが多い。

では、どのような患者が CBT に向いているのだろうか。従来、治療開始時に重症であることが予後不良因子とされてきたが^{6,62,63,78)}、Sarter, L.ら^{72,73)}の CBT の効果の予測因子のメタ解析によると、良好な転帰と関連した認知の特徴は、破局的認知および憂慮 (worry) の傾向の低さ、症状の受容などであった。認知のゆがみが小さく、症状への受容がある場合は CBT の効果が出やすいといえる。

4. SSD の多様性

SSD はさまざまな要因が絡み合うが、身体感覚に対する認知（注意を含む）・感情・行動の連関したサイクルに生物・生理学的要因、心理社会的要因が作用するモデルで考えると理解しやすい^{85,86)}。この SSD の病態モデルを CBT に用いると、疾患理解を深め、治療の進展にもつながる。生物・生理学的要因としては、身体疾患があり、それを背景に不安や身体への注意が強まる場合がある。外傷後の疼痛が慢性化し痛みが強まる場合が代表的で、中枢性感作も関連している可能性がある。心理社会的要因は、職場などでの不適応、対人関係の問題、社会的孤立、経済困窮などである⁸³⁾。このような場合は問題解決技法やアサーションスキルの向上を図る⁸⁴⁾。

年齢による特徴も考慮が必要である。例えば、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²⁾。親の反応が身体症状の程度に関連していることもある。臨床的には、学校や家庭の環境調整や親子間の心的葛藤を扱うこともある⁸⁷⁾。高齢者では、身体疾患の罹患率が高く、動悸・発汗など加齢に伴う自律神経症状を呈しやすい²⁹⁾。また、社会からの離脱、活動量の低下により身体症状に注意が向きやすい状況にある。さらには、不安や身体症状の訴えに、認知機能の低下が関与することもあり注意を要する^{27,28)}。

このように、SSDの病態は多様であり、このことを考慮する必要がある。予め身体症状や併存する精神疾患の有無、既往歴、社会的背景を把握し、症例を診立てておくことCBTは早期から効果が現れることも報告されている³³⁾。

5. SSDに対するCBTのテーラーメイド化

CBTの内容や方法もバリエーションがあり、症例によってどう行うかを検討する必要がある。

SSDに対するCBTの効果量(effect size)は、用いられた対照群によって大きく変わるが、11本のメタ解析で0.39(95%信頼区間0.32~0.46)である⁴⁶⁾。CBTを含めた心理療法の効果は、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^{32,34)}。慢性化しやすいこと、病態が単純でないこと³²⁾に加え、心理療法に対するアドヒアランスが低いことが理由と考えられる。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があったが、逆に治療中断率は高かった⁴⁰⁾。つまり、回数など強度が弱いと症状の軽減が難しく、強度が強いと治療中断するリスクも生じる。そもそもSSD患者は心理的治療には抵抗感が強く⁶⁹⁾、CBT治療の強度と治療中断率は表裏一体の関係にある。また、治療の強度が強いと医療への依存も生じうる³²⁾。

プログラムに対人関係、マインドフル瞑想を組み込むことは、組み込まないプログラムに比べて、アドヒアランスは良好とされ⁴⁰⁾、患者は対人関係の課題を扱うことや瞑想に親和性があるといえる。

他の患者の意見を聞いたり行動を見たりする機会も大切である。また、SSD患者は、その可視化されない症状のために周囲に理解されないと感じ、孤立していることも多い。これらの観点から、SSDに対して、集団CBTも行われている^{47,97)}。同じ疾患の他者にふれることは、認知をしなやかにできる機会になりうるし、孤立感を低減させ、励

まし合うピアサポートの利点がある^{39,93)}。

CBTはプログラム内のみで完結するものではない。日常にCBTを取り入れた生活を実践していくことで、治療効果も患者の自律性も高まる。CBT後の診療でも、短時間の簡易なCBT的アプローチを重ねていくことは有益である。ただし、認知様式や不適応行動は個別性があり、生物・生理学的要因、心理社会的要因の程度も多様である。このため、SSDのCBTでは、認知モデルをもとにテーラーメイドに治療の道筋を作ることが望ましく、このことは特に難治例に対しては重要である。

III. 難治性の慢性痛とACT

1. 慢性痛と集学的治療

次に、慢性痛診療を1例として、ACTの立場から(i)「難治例」をどのようにとらえるか、(ii)難治例に対する「ACTの治療戦略」について、論じることとする。

まず、慢性痛とそれに対する集学的治療について概観する。痛みは、侵害受容性疼痛、神経障害性疼痛、痛覚変調性疼痛に分類されるが、多くの場合、慢性痛はこれらが重なり合って生じる。一般に、急性痛には痛みの原因を特定し、その治癒をめざす医学モデルが有用である。一方で、慢性痛では器質因が不明な場合もあり、完全な痛みの除去が難しいことも多い。また、SSDも合併しやすく、一般に痛みが長引くほど心理社会的因子との相互作用で重症化しやすいとされる³⁵⁾。このため、慢性痛、特にSSDをはじめとする心理社会的因子が関与する病態では、医学モデルのみに基づく理解では限界が生じやすい。

そこで慢性痛診療では、心理社会的因子を含めた多角的評価を行い、日常生活動作(activities of daily living: ADL)・生活の質(quality of life: QOL)の向上をめざす必要がある。その際に有用なのが集学的治療であり、集学的痛みセンターでは、ペインクリニック医、整形外科医、リハビリテーション医、看護師、理学療法士、精神科医、心理士などがチームを組み、神経ブロックや薬物療法、リハビリテーション、心理的アプローチなど、「テーラーメイドな」治療が提供されている。心理的アプローチとしては、慢性疼痛診療ガイドライン³⁵⁾において、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)として、比較的高く評価されている。

2. ACTの立場からみた難治例

多くの慢性痛患者は、「痛みがあるから〇〇できない、まずは痛みを何とかせねば」という前提、「常識的な」治療文脈⁷⁰⁾のもとに、さまざまな対処を行っている。例としては、痛みが悪化しない姿勢を探す、痛みの器質因・治療を追求する、痛みについて反芻する、などである。こうした対処行動は、「形態」は異なるものの、痛みをコントロールしようとする、共通した「機能」を有している。ACTでは、こうした不快な思考や感情をコントロールしようとする行動パターンを「体験の回避 (experiential avoidance)」と呼び、治療対象とする²¹⁾。体験の回避を行うことで、短期的には、痛みが悪化するリスクを防ぎ、不安は軽減するかもしれない。しかしながら、長期的には、痛みは改善しないばかりか、その代償としてQOL・ADLの低下が生じてしまう。難治性の慢性痛にはこのような状態が多い。そこでACTでは、「苦痛がある状態が問題とはとらず、むしろ、変えがたい苦痛をコントロールしようとする行動が優勢になること、それにより、患者が人生において大切にしたい活動が生起しにくい状態が維持されていることこそが問題」ととらえるのである。

3. 難治例に対するACTの治療戦略

体験の回避に対するACTの治療戦略とは「避けがたい痛みは受け入れつつ (アクセプタンス)、有意義で豊かな人生を取り戻すこと (コミットメント) を目指す」というものである⁷⁰⁾。ACTは、症状の低減を治療目標として設定せず、クライアントの「価値 (value)」に基づく行動の活性化に焦点をあて、QOLの向上を図る点が特徴である²¹⁾。ここでいう「価値」とは「自分の役割を果たす」「自然に触れる」など、人生において大切にしたい姿勢のことであり、ACTでは、治療文脈やその効果指標を、「症状 (痛み) の軽減」から「価値に沿った行動の拡大・維持」へとシフトチェンジしていく。そのため、変えがたい痛みを抱えた難治性慢性痛に対してフィットしたアプローチといえる。

1) 創造的絶望

こうしたシフトチェンジをはかるため、ACTでは「創造的絶望 (creative hopelessness)」と呼ばれるプロセスを促す。創造的絶望では、痛みを取り除こうと必死になることで、余計に痛みにもふり回されてしまう、という視点を患者に投げかけ、体験の回避に替わる「新しい方略」への動機づけを高める。代表的なものに「クリップボードのメタファー」²⁰⁾があるが、これは痛みをボードに見立てて患者

と押し合いながら、痛みをコントロールしようと必死になる (ボードを押し返す) ことで、余計に痛みに支配され、価値に沿った活動が後回しになってしまう (ボードに意識が集中し、手がふさがる) 体験を共有する。そのうえで、痛みをそのままにして (押し返すのを止め、わきに置き) 価値に沿った生活を送ることへと治療文脈を転換するのである。このようにACTでは、言語的な説明や解釈ではなく、メタファーや体験的エクササイズが用いられるのも特徴で、体験型のセラピー²⁰⁾とも呼ばれる。

2) 心理的柔軟性モデル

そのうえで、ACTでは、人間の精神的健康を「心理的柔軟性 (psychological flexibility) モデル」として定式化し、コア・プロセスを促していく。これらは「コミットメントと行動変容のプロセス」「アクセプタンスとマインドフルネスのプロセス」に分けられる²¹⁾が、ここでは、各々について、名古屋市立大学病院いたみセンターで実施している慢性痛患者に対するACTプログラム (のびやかプログラム)⁷¹⁾を参照しつつ概説する。

(1) コミットメントと行動変容のプロセス

患者の「価値」を明確化し、それに沿った行動の活性化を促していく。価値の例をリスト化して示しながら、「仕事/家事・学び、こころ/からだ、関係性、趣味/余暇」の4領域における価値と行動目標を整理する。ACTでは、「目標」が目的地だとすると「価値」は方角のようなものとして「人生のコンパス」などとたとえられる^{20,21)}。難治性慢性痛患者との間で、価値の明確化は、特に次の点で有用である。例えば、痛みが出る前は「旅行に行く」「美術館に行く」などを楽しみにしていた患者について、行動の形態は異なるが、いずれも「新しい発見をする」ことに価値をおいていることが整理されると、痛みがある今でもできる行動目標 (例えば「近くの新しい店に行く」) が、提案しやすくなる。

(2) アクセプタンスとマインドフルネスのプロセス

価値に向かって行動しようとする際に生じる心理的なバリア〔痛み (感覚)・不安 (感情)・「痛みが増すから止めておこう」といった考え (思考) など〕を同定し、そうしたバリアとの効果的なかわりを促していく。自分のなかで生じている体験 (感覚、思考、感情など) をありのまま観察するマインドフルネスのワーク (7分間の呼吸瞑想、歩く瞑想、お茶を飲む瞑想など) を行う。また、バリアのなかでも「思考」に焦点をあて、「痛みさえなければ〇〇できるのに」など、自分のなかに生じてくる一連の思考を物

語にたとえて、「この先どうなるの物語」といったタイトルをつけたり（物語のメタファー）、カードにそれらを書き出して、カードと自分との距離を近づけたり遠ざけたりしながら（カード＝思考のエクササイズ）、思考と自分との関係性を変え、思考と自分とを区別し、距離をとって思考を眺めるという「脱フュージョン」の感覚をつかんでもらう。

4. 集学的治療における ACT

集学的治療の一貫として ACT を行う際には、患者、家族、医療者が同じ方向を向いていけるように配慮する必要がある。具体的には、神経ブロック・薬物療法といったアプローチを、疼痛緩和のための必須手段から、価値に向かいやすくなるための一手段として、患者が位置づけられるように働きかけることも重要である。また、身体医や理学療法士などと連携し、運動（散歩など）についても、「痛みを取り除くために」から、「価値に向かうために」（旅行のための体づくり）という治療文脈のシフトチェンジを共有し、運動指導と価値と結びつけることも有用であろう。

5. 患者の価値に沿ったテラーメイド介入としての ACT

以上のように ACT では、「痛みがありつつも、生きがいある生活を送ること」を促していく。ACT の効果指標は、「症状の軽減」ではなく、「価値に沿った活動の拡大・維持」である。また、価値に向かう際にバリアになる症状や感情、思考に対し、体験の回避に替わる具体的なかわり方（アクセプタンスやマインドフルネス）をトレーニングしていく点も特徴である。

ACT が働きかけていることは、患者の価値に沿った活動が、彼らのなかで、自ずと継続的に、拡大・維持されていく環境をセッティングしていくことであり、まさに「テラーメイドな介入」といえるだろう。

IV. 難治性の SSD と外来森田療法

1. SSD に対する外来森田療法のケース・フォーミュレーションと介入方法

森田療法では、SSD を、症状へ「とらわれ」、悪循環を起こしていると理解する。そのとらわれの心理とは、「症状に気付き、不安となった自己が、自己自身を観察、意識し（精神交互作用）、それを承認できず『あつてはならぬ』と考え（『こうあるべき思考』）もだえている（思想の矛盾）

というような内向的、非行動的なあり方⁷⁷⁾である。

森田療法による介入とは症状への「とらわれ」からの脱却をめざす。そのために、(i) 症状をそのまま受けとめていくこと（受容の促進）、(ii) 患者の生の欲望（健康な力）を生活場面で発揮できるような行動の変容を促すことからなる。「健康でありたい・万全でありたい気持ちが強いから不安が強まるのですよね」と症状を読み替える。そしてその気持ちを、症状をなくす方向でなく建設的な方向へ生かすよう援助する。そのような介入が、「あつてはならぬ」（「こうあるべき思考」）という思想の矛盾をゆるめ、建設的な行動を広げていく。治療目標は「あるがまま」である。

SSD のなかで難治例として浮かぶのが (i) 心気症的な傾向を合併しておりドクターショッピングを繰り返すケース、(ii) さまざまな身体症状や他の不安症状と訴えが変遷するケースではないだろうか。今回はこのような症例に対する外来森田療法の実際を示すことにしたい。なお、症例については著者が創作した症例である。

2. 症例提示

1) 症例 A

心気症傾向を合併しドクターショッピングを繰り返すケース（40 歳代、女性）

【主訴】舌のしびれ、痛み。

【現病歴】X-5 月から息子の中学受験用の塾の選定に悩むようになり仕事を辞めた。X-4 月から舌のしびれ、痛みが出現した。これに対し何か病気が潜んでいないかどうか不安になり、内科、耳鼻科などいくつかの医療機関を受診。このため、かかりつけ医から他院総合病院へ紹介され、約 7 日間入院し、精査が行われたが、異常はなかった。かかりつけ医により心因性疼痛と判断され clonazepam の頓服が投与されたが改善しないため、精神神経科を紹介され初診となった。

【既往歴】X-4 年、加齢による椎間板ヘルニア。

【家族歴・家族背景】家族歴は特になし。夫、小学校 4 年生の息子と 3 人暮らし。

【生活歴】大学卒。会社員として働いていたが、X-5 月に退職し、専業主婦。

【初診時診立て】DSM-5 で SSD と診断した。また、心気症的な傾向も存在すると判断した。

【初診時の介入】痛みと注意の悪循環を共有した。また「痛みがあつてはならぬ」との「こうあるべき思考」があ

ることを確認した。病気を心配する裏にはより健康で生きていきたい強い気持ちがあること、その気持ち自体は健康的なものだが、現在は自分が何の病気かという原因追及にエネルギーを費やしてしまっていることを指摘した。そして、そのエネルギーを違う方向に向けるように働きかけた。それに対し、患者は目から鱗といった表情を浮かべ、はっと我に返った様子であった。この考え方は森田療法であると伝え、心理教育のため一般向けの森田療法の書籍を紹介した。

【治療経過】

<原因探索を止める。建設的な行動をすると症状が軽減する経験 (X+2週間~X+10ヵ月)>

森田療法の本を読み、「自分は欲望が強いなと思いました」と語った。その後、初診前に行った検査の結果を聞く以外、身体科受診はしなかった。遠方への家族旅行の準備をしていると舌の痛みは軽減した。スーパーへの買い物や息子の送迎以外は家でゴロゴロしていたが、求職活動をするようになり、包装のアルバイトを始め、「同じような年齢の女性が多く雑談もできて楽しい」と語った。週2回ジムへも通うようになった。前医で処方された抗不安薬も内服せずに過ごせた。

<「症状があってはならぬ」だけでなく子どものことも「こうあらねば」と思っていたことに気づく (X+12ヵ月)>

「自分は子どもについて『こうあらなければ』という思考が強いことに気がきました。もっと今の子どもを受け止めていかないといけないですね。今まで『症状があってはならぬ』と思っていたことと根っこは同じと思いました」と語った。

2) 症例 B

別の身体症状へ訴えが変遷するケース (30歳代、女性)

【主訴】両腕の痛み。

【現病歴】特に誘因なく Y-6ヵ月から主訴が出現した。Y-3ヵ月から両腕の痛みが強くなりパソコンを使用している仕事が困難になり出勤できない日も出てきた。他院の整形外科、内科で異常なく、心因性疼痛と言われた。自ら他の心療内科を探して受診し、duloxetine 60 mg を投与されたが、効果なく、治療を中断した。症状改善しないため、自ら探し精神神経科を初診した。

【既往歴】特になし。

【家族歴・家族背景】家族歴は特になし。両親と3人暮らし。

【生活歴】大学卒。会社員。

【初診時診立て】DSM-5でSSDと診断した。友人と外で会うなど楽しい時間を過ごすと言いが軽減するという認識はあり、痛みを意識すると痛みが増幅するという悪循環は理解していた。しかし診察場面では、両腕の痛みを明らかに訴え、痛みで圧倒されている様子であった。

【初診時の介入】前医でduloxetineが無効であったため、不安を和らげる意味でsulpiride 100 mgを開始した。そして痛みを抱えつつ「～したい」ことをしていくよう行動の変化をするよう伝えた。しかしながら、本人が腑に落ちた印象はなかった。

【治療経過】

<薬物療法による症状の軽減と行動の拡大 (Y+2週間~Y+7ヵ月)>

Y+2週間の診察では、腕の痛みが和らぎ、仕事が可能になり、毎日出勤できるようになった。友人と会うときには症状は完全に消失した。

<治療目標の再定義 (Y+8ヵ月)>

両腕の痛みは軽減したが、胃の痛みへとらわれるようになった。「胃の痛みに集中すると、元々の症状が気にならなくなりますよね」と再度、痛みの変化を共有した。また、「どのような症状が出て、症状をなくそうとしていますね。そのことに用いている多大なエネルギーを建設的な行動へ生かしましょう。症状があっても行動できますよ」と治療目標を再定義した。

すると次の外来では腕の痛みと胃痛を訴えつつも、出勤は継続しており、「土日には友人とコンサートへ行ったりしています」と語った。

3. 症例についての考察

共感的につらさを聞きながら身体症状と注意の悪循環を指摘し、病を治したい気持ちは健康的と評価し、それを生かせるよう働きかけるのが森田療法のSSDに対する基本戦略である。

症例 A は、心気的な傾向が強く、病気の不安と健康でありたい欲求を扱った。2回目の診察時にはそれまで病気の原因を探る方向へ向いていたエネルギーが健康的な方向へ反転した。現代のSSDにおいて心気的な傾向が強いほうが不安の裏側の「生の欲望」を見だしやすい⁵⁹⁾ので外来森田療法が奏効しやすいと考えられる。

症例 B では、痛みへの注意の悪循環を指摘し、表面的には理解しているようにもみえたが、「痛みを何とかしてほ

しい」といった姿勢は不変であった。このようなときは薬物療法で身体症状や不安を軽減させる必要がある。そしてその後「こうあるべき思考」をいかにゆるめるかが重要になってくる。他の身体症状が出現しても、治療目標は同じであると患者と共有することが重要である。

4. 森田療法と他の治療との差異

薬物療法, CBT, ACT, 森田療法の差異を整理する。

薬物療法は身体症状や不安を軽減できるが、「あつてはならぬ」という「こうあるべき思考」には精神（心理）療法が必要になる可能性が高い。

「あつてはならぬ」という「こうあるべき思考」に対し、各々の精神療法によりアプローチが異なる。CBTでは、非機能的な（役に立たない）考え方を認知モデルでとらえ行動の変容を図る。ACTでは、そうした思考が患者の価値に沿った行動の心理的バリアになる場合には、メタファーやエクササイズを用いて「脱フュージョン」を促す⁸¹⁾。森田療法では、その背後の健康な生の欲求を見だし、その発揮を促すことで自然に「あつてはならぬ」（「こうあるべき思考」）という思想の矛盾をゆるめる。

おわりに

以上、SSDの難治例に対する薬物療法, CBT, ACT, 森田療法について論じた。これらの治療法をもとに、患者に合わせたテーラーメイドの治療を行うことが望まれる。

SSDの治療を行うにあたり、まずは患者への十分な共感と信頼関係の構築が必要であり、これがすべての治療の大前提である。そして、このことが薬物のnocebo反応を弱め、精神療法への導入を容易にする。

次に、治療法の選択や併用に関して述べておきたい。薬物療法は、おおむね導入しやすい。また、改善が得られないまでも、十分治療を行ったという経験によって、精神療法、特にACTや森田療法のような症状の受容を促すアプローチが受け入れやすくなると考えられる。ただし、ACTや森田療法の観点では、悪循環を生じる精神状態自体が問題であり、これらの治療法との併用を考えれば整合性のある程度保つために「薬物療法は、身体症状への直接の効果ではなく、このような精神状態への効果をめざすものである」といった説明をすべきであり、さらには薬物療法の目的も吟味する必要がある¹⁶⁾。

精神療法としては、CBTが導入しやすいと考えられる

が、治療が奏効しない場合は、ACTや森田療法の導入も積極的に考慮されるべきであろう。ACTと森田療法は、症状の改善をめざさないという点で、まさに難治例のためにある治療と言ってよいであろう。両者の共通点は多いが、ACTは慢性痛とともに発展し、森田療法は神経症、つまり不安を主要な対象としたものであるという経緯の違いがある。このため、どちらと言え、身体症状のコントロールへのこだわりが強い場合はACT、身体症状に対する不安を伴うとらわれが存在する場合は森田療法にフィットしやすいかもしれない。本稿では紙幅の都合上、十分に論じることができなかったが、今後、これらの精神療法の差異や適応に関する議論がさらに行われることを期待する。

これらの精神療法に関しては、本格的な実施が可能な医療機関は限られるが、一般診療にエッセンスを取り入れ治療の工夫をすることも大いに役立つであろう。また、これらの治療を同一の治療者で行うことは現実的には困難であるため、多職種でのかかわりや治療が難渋した際に紹介可能な医療機関のネットワーク作りが望まれる。

本稿が、SSDの治療に役立ち、難治性のSSDに立ち向かう精神科医が増えれば幸いである。

なお、本稿の一部は、第118回日本精神神経学会学術総会（2022年6月17日、福岡国際会議場）においてシンポジウム52「身体症状症および関連症群のテーラーメイド治療——難治例へのストラテジーを中心に——」で報告したものである（名越泰秀が薬物療法、富永敏行がCBT、酒井美枝がACT、館野歩が森田療法に関して発表した）。

利益相反

名越泰秀：講演料 日本イーライリリー株式会社、エーザイ株式会社、住友ファーマ株式会社

その他の著者については、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

文献

- 1) Allen, L. A., Woolfolk, R. L., Escobar, J. I., et al. : Cognitive-behavioral therapy for somatization disorder : a randomized controlled trial. Arch Intern Med, 166 (14) ; 1512-1518, 2006
- 2) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed (DSM-5). American Psychiatric Publishing, Arlington, 2013 (日本精神神経学会 日本語版用語監修, 高橋三郎, 大野 裕監訳 : DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 2014)
- 3) Arrojo-Romero, M., Tajés Alonso, M., de Leon, J. : Lamotrigine augmentation of serotonin reuptake inhibitors in severe and long-term treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. Case

- Rep Psychiatry, 2013 ; 612459, 2013
- 4) Ballou, S., Iturrino, J., Rangan, V., et al. : Improving medication tolerance : a pilot study in disorders of gut-brain interaction treated with tricyclic antidepressants. *J Clin Gastroenterol*, 56 (5) ; 452-456, 2022
 - 5) Barnes, K., Faasse, K., Geers, A. L., et al. : Can positive framing reduce placebo side effects? Current evidence and recommendation for future research. *Front Pharmacol*, 10 ; 167, 2019
 - 6) Barsky, A. J., Fama, J. M., Bailey, E. D., et al. : A prospective 4- to 5- year study of DSM-III-R hypochondriasis. *Arch Gen Psychiatry*, 55 (8) ; 737-744, 1998
 - 7) Barsky, A. J., Saintfort, R., Rogers, M. P., et al. : Nonspecific medication side effects and the placebo phenomenon. *JAMA*, 287 (5) ; 622-627, 2002
 - 8) Bartley, H., Faasse, K., Horne, R., et al. : You can't always get what you want : the influence of choice on placebo and placebo responding. *Ann Behav Med*, 50 (3) ; 445-451, 2016
 - 9) Bruno, A., Micò, U., Pandolfo, G., et al. : Lamotrigine augmentation of serotonin reuptake inhibitors in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder : a double-blind, placebo-controlled study. *J Psychopharmacol*, 26 (11) ; 1456-1462, 2012
 - 10) Czerniak, E., Biegon, A., Ziv, A., et al. : Manipulating the placebo response in experimental pain by altering doctor's performance style. *Front Psychol*, 7 ; 874, 2016
 - 11) Domon, Y., Arakawa, N., Inoue, T., et al. : Binding characteristics and analgesic effects of mirogabalin, a novel ligand for the $\alpha_2\delta$ subunit of voltage-gated calcium channels. *J Pharmacol Exp Ther*, 365 (3) ; 573-582, 2018
 - 12) Escobar, J. I., Gara, M. A., Diaz-Martinez, A. M., et al. : Effectiveness of a time-limited cognitive behavior therapy type intervention among primary care patients with medically unexplained symptoms. *Ann Fam Med*, 5 (4) ; 328-335, 2007
 - 13) Faasse, K., Cundy, T., Petrie, K. J. : Medicine and the media. Thyroxine : anatomy of a health care. *BMJ*, 339 ; b5613, 2009
 - 14) Faasse, K., Keevers, Y., de Groot, A., et al. : Choice and the placebo effect : if a little is good, more is better? *J Psychosom Res*, 164 ; 111083, 2023
 - 15) Fallon, B. A., Petkova, E., Skritskaya, N., et al. : A double-masked, placebo-controlled study of fluoxetine for hypochondriasis. *J Clin Psychopharmacol*, 28 (6) ; 638-645, 2008
 - 16) Goubert, D. P., Törneke, N., Purssey, R., et al. : Learning Acceptance and Commitment Therapy : The Essential Guide to the Process and Practice of Mindful Psychiatry. American Psychiatric Publication, Washington, D. C., 2020 (明智龍男監修, 武藤 崇, 酒井美枝ほか監訳 : 精神科医のためのアクセプタンス&コミットメント・セラピー(ACT) 実践ガイド, 星和書店, 東京, 2022)
 - 17) Greeven, A., van Balkom, A. J. L. M., Visser, S., et al. : Cognitive behavior therapy and paroxetine in the treatment of hypochondriasis : a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*, 164 (1) ; 91-99, 2007
 - 18) Haas, J. W., Bender, F. L., Ballou, S., et al. : Frequency of adverse events in the placebo arms of COVID-19 vaccine trials : a systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open*, 5 (1) ; e2143955, 2022
 - 19) Harnack, D., Scheel, M., Mundt, A., et al. : Pregabalin in patients with antidepressant treatment-resistant somatoform disorders : a case series. *J Clin Psychopharmacol*, 27 (5) ; 537-539, 2007
 - 20) Harris, R. : ACT Made Simple : An Easy-to-Read Primer on Acceptance and Commitment Therapy. New Harbinger Publications, Oakland, 2009 (武藤 崇監訳 : よくわかる ACT—明日からつかえる ACT 入門—, 星和書店, 東京, 2012)
 - 21) Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G. : Acceptance and Commitment Therapy : The Process and Practice of Mindful Change, 2nd ed. Guilford Press, New York, 2011 (武藤 崇, 三田村 仰, 大月 友監訳 : アクセプタンス&コミットメント・セラピー (ACT) —マインドフルな変化のためのプロセスと実践—, 第2版, 星和書店, 東京, 2014)
 - 22) Hedman, E., Axelsson, E., Andersson, E., et al. : 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 (5) ; 407-413, 2016
 - 23) Howick, J., Webster, R., Kirby, N., et al. : Rapid overview of systematic reviews of placebo effects reported by patients taking placebos in clinical trials. *Trials*, 19 (1) ; 674, 2018
 - 24) Howick, J. : Unethical informed consent caused by overlooking poorly measured placebo effects. *J Med Ethics*, 47 (9) ; 590-594, 2021
 - 25) Huang, M., Luo, B., Hu, J., et al. : Combination of citalopram plus paliperidone is better than citalopram alone in the treatment of somatoform disorder : results of 6-week randomized study. *Int Clin Psychopharmacol*, 27 (3) ; 151-158, 2012
 - 26) Hussain, A., Dar, M. A., Wani, R. A., et al. : Role of lamotrigine augmentation in treatment-resistant obsessive compulsive disorder : a retrospective case review from South Asia. *Indian J Psychol Med*, 37 (2) ; 154-158, 2015
 - 27) Inamura, K., Tsuno, N., Shinagawa, S., et al. : Correlation between cognition and symptomatic severity in patients with late-life somatoform disorders. *Aging Ment Health*, 19 (2) ; 169-174, 2015
 - 28) Inamura, K., Shinagawa, S., Nagata, T., et al. : Cognitive dysfunction in patients with late-life somatic symptom disorder : a comparison according to disease severity. *Psychosomatics*, 56 (5) ; 486-494, 2015
 - 29) 稲村圭亮 : 老年期の身体症状および関連症群の臨床. *老年精神医学雑誌*, 30 (4) ; 386-392, 2019
 - 30) 医薬品医療機器総合機構 (Pharmaceuticals and Medical Devices Agency : PMDA) : タリージェ錠 2.5 mg, 5 mg, 10 mg, 15 mg 審査報告書. 2018 (https://www.pmda.go.jp/drugs/2022/P20220316001/430574000_23100AMX00014_A100_2.pdf) (参照 2023-05-21)
 - 31) Kashner, T. M., Rost, K., Cohen, B., et al. : Enhancing the health of somatization disorder patients. Effectiveness of short-term group therapy. *Psychosomatics*, 36 (5) ; 462-470, 1995
 - 32) Kleinstäuber, M., Witthöft, M., Hiller, W. : Efficacy of short-term psychotherapy for multiple medically unexplained physical symptoms : a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 31 (1) ; 146-160, 2011
 - 33) Kleinstäuber, M., Lambert, M. J., Hiller, W. : Early response in cognitive-behavior therapy for syndromes of medically unex-

- plained symptoms. *BMC Psychiatry*, 17 (1); 195, 2017
- 34) Koelen, J. A., Houtveen, J. H., Abbass, A., et al. : Effectiveness of psychotherapy for severe somatoform disorder : meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 204 (1); 12-19, 2014
 - 35) 厚生労働行政推進調査事業費補助金 (慢性の痛み政策研究事業) 「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, 慢性疼痛診療ガイドライン作成ワーキンググループ編: 慢性疼痛診療ガイドライン. 真興交易医書出版部, 東京, 2021
 - 36) Kroenke, K. : Efficacy of treatment for somatoform disorders : a review of randomized controlled trials. *Psychosom Med*, 69 (9); 881-888, 2007
 - 37) Laird, K. T., Tanner-Smith, E. E., Russell, A. C., et al. : Comparative efficacy of psychological therapies for improving mental health and daily functioning in irritable bowel syndrome : a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 51; 142-152, 2017
 - 38) Li, G., Jin, W. : Comparison study of paroxetine and paroxetine combined with quetiapine in treatment of somatoform disorders. *Chin J Behav Med Sci*, 15 (7); 598-599, 2006
 - 39) Lidbeck, J. : Group therapy for somatization disorders in general practice : effectiveness of a short cognitive-behavioural treatment model. *Acta Psychiatr Scand*, 96 (1); 14-24, 1997
 - 40) Liu, J., Gill, N. S., Teodorczuk, A., et al. : The efficacy of cognitive behavioural therapy in somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms : a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Affect Disord*, 245; 98-112, 2019
 - 41) Lotarski, S. M., Donevan, S., El-Kattan, A., et al. : Anxiolytic-like activity of pregabalin in the vogel conflict test in $\alpha_2\delta$ -1 (R217A) and $\alpha_2\delta$ -2 (R279A) mouse mutants. *J Pharmacol Exp Ther*, 338 (2); 615-621, 2011
 - 42) MacKrill, K., Gamble, G. D., Petrie, K. J. : The effect of television and print news stories on the nocebo responding following a generic medication switch. *Clin Psychol Eur*, 2 (2); e2623, 2020
 - 43) MacKrill, K., Morrison, Z., Petrie, K. J. : Increasing and dampening the nocebo response following medicine-taking : a randomised controlled trial. *J Psychosom Res*, 150; 110630, 2021
 - 44) MacKrill, K. : Impact of media coverage on side effect reports from the COVID-19 vaccine. *J Psychosom Res*, 164; 111093, 2023
 - 45) Manaï, M., van Middendorp, H., Veldhuijzen, D. S., et al. : How to prevent, minimize, or extinguish nocebo effects in pain : a narrative review on mechanisms, predictors, and interventions. *Pain Rep*, 4 (3); e699, 2019
 - 46) Menon, V., Rajan, T. M., Kuppili, P. P., et al. : Cognitive behavior therapy for medically unexplained symptoms : a systematic review and meta-analysis of published controlled trials. *Indian J Psychol Med*, 39 (4); 399-406, 2017
 - 47) Moreno, S., Gili, M., Magallón, R., et al. : Effectiveness of group versus individual cognitive-behavioral therapy in patients with abridged somatization disorder : a randomized controlled trial. *Psychosom Med*, 75 (6); 600-608, 2013
 - 48) Muller, J. E., Wentzel, I., Koen, L., et al. : Escitalopram in the treatment of multisomatoform disorder : a double-blind, placebo-controlled trial. *Int Clin Psychopharmacol*, 23 (1); 43-48, 2008
 - 49) Murasawa, H., Kobayashi, H., Saeki, K., et al. : Anxiolytic effects of the novel $\alpha_2\delta$ ligand mirogabalin in a rat model of chronic constriction injury, an experimental model of neuropathic pain. *Psychopharmacology (Berl)*, 237 (1); 189-197, 2020
 - 50) Murasawa, H., Kobayashi, H., Yasuda, S., et al. : Anxiolytic-like effects of mirogabalin, a novel ligand for $\alpha_2\delta$ ligand of voltage-gated calcium channels, in rats repeatedly injected with acidic saline intramuscularly, as an experimental model of fibromyalgia. *Pharmacol Rep*, 72 (3); 571-579, 2020
 - 51) 名越泰秀, 小川奈保, 岡本 恵ほか: 身体表現性障害に対する SSRI への抗精神病薬による増強療法. *最新精神医学*, 18 (4); 382-396, 2013
 - 52) Nagoshi, Y., Tominaga, T., Fukui, K. : Effect of aripiprazole augmentation for treatment-resistant somatoform disorder : a case series. *J Clin Psychopharmacol*, 34 (3); 397-398, 2014
 - 53) Nagoshi, Y., Tominaga, T., Fukui, K. : Blonanserin augmentation for treatment-resistant somatic symptom disorder : a case series. *Clin Neuropharmacol*, 39 (2); 112-114, 2016
 - 54) 名越泰秀, 山下誉子, 藤澤なすかほか: 心因性嘔気症に対する pregabalin の有用性. *最新精神医学*, 23 (5); 437-448, 2018
 - 55) 名越泰秀: 薬物療法. *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—* (名越泰秀, 西原真理編). 南山堂, 東京, p.64-76, 2019
 - 56) 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? *心身医学*, 59 (6); 554-559, 2019
 - 57) 名越泰秀: 身体症状症への薬物療法の進歩と課題. *精神医学*, 62 (12); 1613-1621, 2020
 - 58) 名越泰秀, 小川奈保: 痛みへのとらわれ・こだわり—慢性疼痛 (身体症状症, 疼痛が主症状のもの) の臨床に向けて—. *精神科治療学*, 38 (2); 183-189, 2023
 - 59) 中村 敬, 北西憲二, 丸山 晋ほか: 外来森田療法のガイドライン. *日本森田療法学会雑誌*, 20 (1); 91-103, 2009
 - 60) Nestoriuc, Y., Pan, Y., Kinitz, T., et al. : Informing about the nocebo effect affects patients' need for information about antidepressants : an experimental online study. *Front Psychiatry*, 12; 587122, 2021
 - 61) 西園昌久: *精神分析の理論と実際—精神病編—*. 金剛出版, 東京, 1976
 - 62) Noyes, R. Jr., Kathol, R. G., Fisher, M. M., et al. : One-year follow-up of medical outpatients with hypochondriasis. *Psychosomatics*, 35 (6); 533-545, 1994
 - 63) olde Hartman, T. C., Borghuis, M. S., Lucassen, P. L. B. J., et al. : Medically unexplained symptoms, somatisation disorder and hypochondriasis : course and prognosis. A systematic review. *J Psychosom Res*, 66 (5); 363-377, 2009
 - 64) 尾鷲登志美: マスメディアによる薬の情報にどう対応するか. *精神科治療学*, 25 (3); 327-334, 2010
 - 65) Pan, Y., Kinitz, T., Stapic, M., et al. : Minimizing drug adverse events by informing about the nocebo effect : an experimental study. *Front Psychiatry*, 10; 504, 2019
 - 66) Popovic, D., Duisin, D., Latas, M. : Somatoform disorders : a new target for pregabalin. *Eur Psychiatry*, 30 (Suppl 1); 534,

- 67) Prediger, B., Meyer, E., Büchter, R., et al. : Nocebo effects of a simplified package leaflet compared to unstandardised oral information and a standard package leaflet : a pilot randomised controlled trial. *Trials*, 20 (1) ; 458, 2019
- 68) Rief, W., Nestoriuc, Y., von Lilienfeld-Toal, A., et al. : Differences in adverse effect reporting in placebo groups in SSRI and tricyclic antidepressant trials : a systematic review and meta-analysis. *Drug Saf*, 32 (11) ; 1041-1056, 2009
- 69) Robiner, W. N., Petrik, M. L. : Managing difficult patients : roles of psychologists in the age of interdisciplinary care. *J Clin Psychol Med Settings*, 24 (1) ; 27-36, 2017
- 70) 酒井美枝 : 慢性疼痛診療におけるアクセプタンス&コミットメント・セラピーの機能—“治療文脈”に対するダイレクトなアプローチ—. *ペインクリニック*, 41 (9) ; 1153-1161, 2020
- 71) 酒井美枝, 近藤真前, 杉浦健之ほか : 日本における慢性痛患者への集団アクセプタンス&コミットメント・セラピーの効果—予備的研究—. *PAIN RESEARCH*, 37 (4) ; 276, 2022
- 72) Sarter, L., Heider, J., Kirchner, L., et al. : 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, 2021
- 73) Sarter, L., Heider, J., Witthöft, M., et al. : 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
- 74) Schröder, A., Rehfeld E., Ornbøl, E., et al. : Cognitive-behavioural group treatment for a range of functional somatic syndromes : randomised trial. *Br J Psychiatry*, 200 (6) ; 499-507, 2012
- 75) 重松ロカテツリ万里恵, 河野 崇, 山中大樹ほか : トラマドールに対する鎮痛効果への期待と副作用の不安の関係—臨床実習前の医学生を対象とした予備調査—. *日本臨床麻酔学会誌*, 37 (1) ; 29-32, 2017
- 76) 志村宗生 : 精神科の患者に起こる薬の“非特異的”副作用と、それに対する治療的な試み—プラセボ効果とノセボ現象の理解を通して—. *臨床精神薬理*, 18 (8) ; 1081-1087, 2015
- 77) 新福尚武 : 神経症説としての森田説と分析説の関係. *精神医学*, 1 (7) ; 475-488, 1959
- 78) Speckens, A. E. M., van Hemert, A. M., Spinhoven, P., et al. : Cognitive behavioural therapy for unexplained physical symptoms : process and prognostic factors. *Behav Cogn Psychother*, 25 (3) ; 291-294, 1997
- 79) Sumathipala, A., Siribaddana, S., Abeyasingha, M. R. N., et al. : Cognitive-behavioural therapy v. structured care for medically unexplained symptoms : randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 193 (1) ; 51-59, 2008
- 80) Taguchi, K., Numata, N., Takanashi, R., et al. : Integrated cognitive behavioral therapy for chronic pain : an open-labeled prospective single-arm trial. *Medicine (Baltimore)*, 100 (6) ; e23859, 2021
- 81) 館野 歩 : 森田療法と Acceptance and Commitment Therapy (ACT) —不安障害に対するアプローチの比較検討—. *日本森田療法学会雑誌*, 22 (1) ; 17-23, 2011
- 82) Tinnermann, A., Geuter, S., Sprenger, C., et al. : Interactions between brain and spinal cord mediate value effects in nocebo hyperalgesia. *Science*, 358 (6359) ; 105-108, 2017
- 83) 富永敏行, 名越泰秀 : 身体症状症. *精神医学症候群II—不安症から秩序破壊的・行動制御・素行症まで—*, 第2版 (日本臨床別冊新領域別症候群シリーズ No. 38) ; 236-241, 2017
- 84) 富永敏行, 名越泰秀 : 身体症状症. *精神科*, 35 (Suppl 1) ; 180-186, 2019
- 85) 富永敏行 : 身体症状症の診断の進歩. *精神医学*, 62 (12) ; 1565-1577, 2020
- 86) 富永敏行 : 身体症状症と解離症. *精神科*, 40 (4) ; 494-502, 2022
- 87) 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 (4) ; 385-396, 2022
- 88) van Dessel, N., den Boeft, M., van der Wouden, J. C., et al. : Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 11 ; CD011142, 2014
- 89) van Osch, M., van Dulmen, S., van Vliet, L., et al. : Specifying the effects of physician's communication on patients' outcomes : a randomised controlled trial. *Patient Educ Couns*, 100 (8) ; 1482-1489, 2017
- 90) Webster, R. K., Weinman, J., Rubin, G. J., et al. : Medicine-related beliefs predict attribution of symptoms to a sham medicine : a prospective study. *Br J Health Psychol*, 23 (2) ; 436-454, 2018
- 91) Weissenfeld, J., Stock, S., Lungen, M., et al. : The nocebo effect : a reason for patients' non-adherence to generic substitution? *Pharmazie*, 65 (7) ; 451-456, 2010
- 92) Williams, A. C. C., Fisher, E., Hearn L., et al. : Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 8 (8) ; CD007407, 2020
- 93) Wolgensinger, L. : Cognitive behavioral group therapy for anxiety : recent developments. *Dialogues Clin Neurosci*, 17 (3) ; 347-351, 2015
- 94) Woud, M. L., Zhamg, X. C., Becker, E. S., et al. : Catastrophizing misinterpretations predict somatoform-related symptoms and new onsets of somatoform disorders. *J Psychosom Res*, 81 ; 31-37, 2016
- 95) Yamanaka, T., Takeshita, K., Mochizuki, T., et al. : Clinical outcomes of mirogabalin treatment for neuropathic pain due to spinal diseases in patients intolerant to continuous administration of pregabalin. *Spine Surg Relat Res*, 7 (2) ; 136-141, 2023
- 96) 横山 遼, 石橋正敏, 佐藤 守ほか : 身体症状症に対しエスシタロプラムとブレクスピプラゾール併用が奏効した一例. *九州神経精神医学*, 66 (1) ; 3-7, 2020
- 97) Yoshino, A., Okamoto, Y., Doi, M., et al. : Effectiveness of group cognitive behavioral therapy for somatoform pain disorder patients in Japan : a preliminary non-case-control study. *Psychiatry Clin Neurosci*, 69 (12) ; 763-772, 2015

Therapeutic Strategies for Somatic Symptom Disorders : Tailored Interventions in Intractable Cases

Yasuhide NAGOSHI¹⁾, Toshiyuki TOMINAGA²⁾, Mie SAKAI^{3,4)}, Ayumu TATENO⁵⁾

- 1) Department of Psychiatry (Psychosomatic Medicine), Japanese Red Cross Kyoto Daiichi Hospital
- 2) Department of Psychiatry, Graduate School of Medical Science, Kyoto Prefectural University of Medicine
- 3) Department of Psychiatry and Cognitive-Behavioral Medicine, Nagoya City University Graduate School of Medical Sciences
- 4) Pain Center, Nagoya City University Hospital
- 5) Department of Psychiatry, The Jikei University School of Medicine

We should provide tailor-made treatment for patients with intractable somatic symptom disorders (SSDs). For example, it would be ideal to select the best treatment method that fits each patient, modify it according to their condition, and even use a multidimensional approach when necessary.

In pharmacotherapy, it is often necessary to use elaborate regimens such as augmentation therapy. Additionally, we should pay careful attention to placebo responses.

In cognitive behavioral therapy (CBT), we must carefully decide on the frequency, length, content, and type (i. e., individual or group) of sessions to improve treatment adherence.

Unlike the traditional medical model, the goal of acceptance and commitment therapy (ACT) and Morita therapy is not to achieve symptom resolution, but rather to promote behavioral changes. Both therapies are appropriate for patients with intractable SSDs.

Authors' abstract

Keywords somatic symptom disorder, pharmacotherapy, cognitive behavioral therapy (CBT), acceptance and commitment therapy (ACT), Morita therapy