身体症状症

吉原 一文 須藤 信行

要 旨

身体症状症とは、さまざまな苦痛を伴う身体症状が長期に持続する疾患である。身体症状症の要因には、遺伝的要因や環境的要因（ストレス等）、患者側の要因（パーソナリティ特性や認知的要因）があり、生物学的要因も示唆されている。診断には、「精神疾患の診断・統計マニュアル」（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-5）（アメリカ精神医学会，2014年）の診断基準を用いて診断する。身体症状症には不安や抑うつが併存している割合が高い。身体症状症の治療には、医師との信頼関係が重要である。また、病因・病態の推定には心理社会的背景の聴取が必要になる。病因・病態に応じて治療を行うため、治療法は多岐にわたり、効果も一様ではない。身体症状症に効果のある薬物療法には抗うつ薬があり、特に疼痛症状に対する効果が認められる。心理療法に関しては、認知行動療法（cognitive behavioral therapy：CBT）、リラクセーション法、ペーシング、段階的運動療法等の有効性が示されている。その他にも、必要に応じて家族面接や心理教育を行う場合がある。

〔日内会誌 107：1558～1565，2018〕

Key words 身体症状症，身体表現性障害，身体化障害，心理療法，認知行動療法

はじめに

身体症状症は、以前の身体表現性障害の下位分類である身体化障害（多くの身体的愁訴が持続している疾患）と疼痛性障害（心理的要因が痛みの発症，重症度，悪化，または持続に重要な役割を果たしている疾患）に相当する疾患である（表）。身体表現性障害とは、「さまざまな苦痛を伴う身体症状が長期に持続し、適切な検査を行っても身体症状を医学的に説明できる異常が認められない疾患」であり、「精神疾患の診断・統計マニュアル 第3版」（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-3）

（アメリカ精神医学会，1980年）によって初めて採用された概念である。1994年に改訂されたDSM-4までは、身体表現性障害の用語が用いられていたが¹⁾、身体表現性障害の身体症状が医学的に説明できないと判断するには限界があり、心身二元論を強化すると考えられるようになったため、2013年に改訂されたDSM-5では「身体表現性障害」から「身体症状症および関連症群」という疾患カテゴリーに変更され、身体表現性障害の下位分類である身体化障害と疼痛性障害、心気症、転換性障害などの疾患名は、それぞれ身体症状症、病気不安症、変換症/転換性障害等の疾患名に相当するものとなり、「他の

九州大学大学院医学研究院心身医学

The Cutting-edge of Medicine；Somatic symptom disorder.

Kazufumi Yoshihara and Nobuyuki Sudo：Department of Psychosomatic Medicine, Graduate School of Medical Sciences, Kyushu University, Japan.

表 身体症状症の疾患名の変遷

DSM-4	DSM-5
身体表現性障害	身体症状症及び関連症群
身体化障害 疼痛性障害	身体症状症
心気症	病気不安症
転換性障害	変換症/転換性障害
	他の医学的疾患に影響する心理的要因

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

医学的疾患に影響する心理的要因」の疾患名が追加された²⁾(表)。

身体症状症とは、「身体症状に関連した過度な思考、感情または行動に関連があり、その苦痛を伴う身体症状が長期に持続する疾患」である²⁾。つまり、身体症状症は、身体症状に対する反応としての過度な思考、感情または行動に基づいて診断され、DSM-4のように、身体症状に対して医学的に説明できるかどうかは問わなくなった。そのため、気管支喘息やアトピー性皮膚炎等の身体疾患による身体症状であっても、症状に対する不安や極端な思考が持続する場合には、身体症状症と診断されるようになった。

身体症状症は、心身の相互作用によるものと考えられ、その機序として、最近では神経系・免疫系・内分泌系や脳機能の異常に関する研究が行われるようになった。これらの心身の相互作用は、古くから日本において、心身医学として発展してきた学問領域である。また、疾患概念として、日本心身医学会が1991年に定義した心身症（身体疾患の中で、その発症や経過に心理社会的因子が密接に関与し、器質的ないし機能的障害が認められる病態）に近い概念が、DSM-5の「身体症状症および関連症群」の診断カテゴリーのなかに「他の医学的疾患に影響する心理的要因（症状や疾患が心理的または行動的要因によって好ましくない影響を受ける疾患）」として新たに追加され²⁾(表)，心身症が含まれるようになった。

本稿では、エビデンスベースの臨床意思決定支援リソースであるUpToDate® (<https://www.uptodate.com>) や最近の研究報告を含めて、身体症状症及びそれに相当する身体表現性障害（身体化障害・疼痛性障害）の疫学、病因・病態、診断及び治療について概説する。

1. 疫学

プライマリ・ケアにおいて医学的に説明できない身体症状を訴える患者は、50%以上と報告されている³⁾。身体症状症の有病率はわかっていないが、成人では身体化障害や身体症状症の有病率は約5～7%と推定される^{2,4)}。男性に比べて女性の有病率が高い傾向にある²⁾。

2. 病因・病態

遺伝的要因については不明であるが、家族内集積がいくつか報告されているため、遺伝的要因や環境的要因のいずれか、または両方の要因が関係していることが示唆される。また、危険因子と予後要因には、以下の要因が示されている。

1) 患者の気質

(感情や行動に表われる特有の傾向)：

否定的感情（神経症的特質）のパーソナリティ特性が、多数の身体症に対する独立した関連因子であり、1つの危険因子として特定されている²⁾。

2) 環境要因

身体症状症は、教育歴の低い人及び社会経済的地位が低い人、ストレスフルな生活上の出来事（ライフイベント）を経験した人に多く出現する²⁾。また、幼少期に虐待を受けたり、大人になって暴行を受けたりすることによって、症状の発症率が増加する。

3) 経過の修飾要因

持続性の身体症状症は、人口統計学的特徴（女性、低い教育歴、低い社会経済的地位）、併存する慢性的な身体疾患または精神疾患（うつ病、不安障害）、社会的ストレス、疾病利得のような社会的強化要因と関連している²⁾。

4) 患者の認知的要因

疼痛の感受性、身体感覚への過剰な注目、及び身体症状を正常な現象または心理的ストレスとして認識せずに、可能性のある医学的疾患に結び付けることが関係している²⁾。

身体症状症は、これらの遺伝的要因、環境的要因及び患者側の要因（気質や認知的要因）の複合要因による可能性が考えられる。このほかに、免疫異常や脳機能の異常等が報告されているため、今後は、これらの生物学的要因の詳細が明らかになってくるとと思われる。

3. 診断

1) 症状

身体症状症の症状には、疼痛症状（頭痛、腰痛、背部痛、関節痛等）、全身症状（疲労・倦怠感等）、消化器症状（嘔気、腹部膨満感、腹痛、下痢等）、循環器症状（胸痛、動悸等）、呼吸器症状（息苦しさ等）、神経症状（めまい、しびれ、ほてり等）等の身体症状がある。また、

DSM-5では、身体症状に対して医学的に説明できるかどうかは問わなくなったため、身体疾患で出現する全ての身体症状が身体症状症の症状として認められるようになった。

2) 診断基準

身体症状症の診断には、以下のDSM-5の診断基準を用いて診断する²⁾。

基準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。

基準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な思考、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。

- (1) 自分の症状の深刻さについての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。

基準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カ月以上）。

▶該当すれば特定せよ

疼痛が主症状のもの（従来の疼痛性障害）：この特定用語は身体症状が主に痛みである人についてである。

▶該当すれば特定せよ

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カ月以上）によって特徴づけられる。

▶現在の重症度を特定せよ

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。

身体症状症を診断する客観的な指標はない。

また、パーソナリティ障害や知的障害を含む、他の精神疾患の合併の可能性を念頭に置いて診断を行う必要がある。

3) 併存疾患

身体症状症は、抑うつや不安を合併する割合が高い。そのため、うつ性自己評価尺度 (Self-rating Depression Scale : SDS)、うつ病 (抑うつ状態) 自己評価尺度 (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale : CES-D)、状態-特性不安尺度 (State-Trait Anxiety Inventory : STAI) 等の自己記入式質問紙を用いて、抑うつや不安のスクリーニングを行うことが重要である。

4) 心理検査による評価

抑うつや不安の自己記入式質問紙だけでなく、心身の症状の質問紙やパーソナリティ等の心理検査は、患者のプロファイルを把握し、治療方針を決定するのに役立つ。

4. 治療

1) 治療の導入

治療の導入にあたって、まず、睡眠障害、乱れた食生活、過重労働、薬剤、喫煙、飲酒等の身体症状を引き起こす可能性のある要因の除去や軽減を行う。全ての薬物が症状を悪化させる可能性や副作用を引き起こす可能性があるため、初診時に患者が服用している処方薬、市販薬、サプリメント、カフェインの全てをチェックすることが重要である。また、現在の身体症状が何か重大な病気に進展してしまうのではないかといった不安を抱えている場合もあるため、必要に応じて、これらの不安が軽減できるように医師から十分に説明する。

患者の多くは、身体症状の原因には身体に何らかの異常があると考えているため、心理社会的な要因が症状に影響していることを否認する

患者も少なくない。そのため、医師が心理社会的な要因の関与について患者に伝え、患者が不満や不信感を抱くことも多く、ドクターショッピングをしたり、医療に対する不信感を募らせたりする要因となり、それらがさらに症状を持続・増悪させてしまうことがある。そのため、治療の導入時には、以下の点に注意して診療を行う。

- (1) 症状の訴えを傾聴し、身体症状を真剣に受け止めていることを態度や言葉で示す。
- (2) 完全に精神的なものとして身体症状を説明することを避ける。
- (3) 身体疾患が明らかでない限り、さらなる紹介や検査を避ける。
- (4) 定期的に通院してもらうようにする。

2) 治療目標

症状の消失や以前のように活動できることを治療の短期的な目標にすると、その目標を達成しようと努力するために、かえって症状を悪化させる可能性がある。そのため、治療の短期的な目標は、症状の軽減あるいは症状があってもある程度の活動が可能となること等、実現可能な目標を設定する。また、現在の心身の状態に基づき、治療目標を患者・医師間で話し合って決定することが重要である。

3) 信頼関係の確立

患者・医師関係は非常に重要であり、信頼関係を築けるように心がける。良好な患者・医師関係を築くには、問診や身体診察や適切な検査を行うことが重要になってくる。問診では、以下のことに留意して診療を行う。

- (1) 患者の話をささげたり、割り込んだりせずに、十分に話を聴くこと。
- (2) 医師が自分の考えやアドバイスを伝えることによって、患者自身が自分のことを否定されたように感じることもあるため、患者の言動に対する価値判断は患者

に直接は伝えないこと。

- (3) 医師からの質問や説明は最小限にとどめること。
- (4) 共感的な表情や態度を心がけること。

身体診察や適切な検査を行うことも、患者にとっては、身体症状に対して真剣に受け止め、向き合ってもらっていると感じやすい。このようなことは、治療関係が良くなるだけでなく、患者の満足感や医師に対する信頼感が高まり、薬剤だけでなく、心理療法の効果が大きくなったり、副作用が小さくなったりすることが多い。

4) 心理社会的背景の聴取

幼少期の虐待・ネグレクトやいじめ以外にも、親の過干渉が症状に関連していることも少なくないため、幼少期からの成育歴の聴取は重要である。パーソナリティ特性に関しては、神経症的特質以外にも、自分の感情に対して鈍感で、自分の感情を表すことが難しい「失感情症」や「完璧主義」、「過活動」と関連していることがある。発症を誘発させる要因（誘発因子）としては、前述したように、発症前の生活上の重要な出来事（ライフイベント）が関連していることがあるため、これらの情報を聴取する必要がある。

また、発症することによって出現するさまざまな問題についても聴取する。仕事や家庭、学校における活動に支障を来したり、休職や退職で収入が減少するために経済的な問題を抱えたり、家族や友人との関係が悪化したりすることがあるため、これらの問題が症状を持続させる要因（持続因子）や症状を増悪させる要因（増悪因子）となる。この他にも、発症することによって、過度の不安や孤独感、怒り、罪悪感といった感情を抱くことが多くなり、これらの感情も症状の持続因子や増悪因子となるため、心理社会的背景を注意深く聴取する必要がある。

このように、成育歴やパーソナリティ特性、

誘発因子、持続因子、増悪因子等の心理社会的要因がどのようにそれぞれの患者の病態に関与しているかを検討し、医師は病態仮説を立てることが重要である。この病態仮説に基づいて、患者一人ひとりの現在の状態や段階に応じて、薬物療法と心理療法を含む非薬物療法を組み合わせることで治療計画を立てる。ただし、症状は時間の経過とともに変化するため、定期的に患者の状態を評価し、必要に応じて治療計画を変更する必要がある。

5) 薬物療法

身体表現性障害や医学的に説明できない症状に対し、抗うつ薬が効果的であることが示されている⁵⁾。痛みに関しては、神経障害性疼痛等の慢性疼痛に対して三環系抗うつ薬のアミトリプチリンやセロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬（serotonin noradrenaline reuptake inhibitor：SNRI）の有効性のエビデンスが蓄積され⁶⁾、一部は日本においても適応疾患として処方が可能である。しかし、選択的セロトニン再取り込み阻害薬（selective serotonin reuptake inhibitor：SSRI）は現段階では適応疾患にはなっていない。SSRIの有効性は、SSRIの種類や症状の違いによって効果に違いがあると思われる。

これらの抗うつ薬を使用する場合には、高用量の抗うつ薬を使用すると有害事象による中断の危険が高まるため、低用量から開始し、効果がみられる用量までゆっくりと漸増する方が望ましい。また、抗うつ薬に非定型抗精神病薬を組み合わせる「増強療法」の有効性についての報告もある⁷⁾。

(1) 不安や不眠が合併している場合

不安が強い場合には、短期間の抗不安薬の併用により、さまざまな症状が軽減するケースが多い。また、不眠と抑うつが合併している場合には睡眠薬だけではなく、ノルアドレナリン作動性・特異的セロトニン作動性抗うつ薬（noradrenergic and specific serotonergic antidepressant）

sant : NaSSA) の使用を考慮する。

(2) 疼痛症状が認められる場合

頭痛や関節痛等の疼痛を伴っている場合には、活動量が減少したり、集中力や記憶力が低下したりすることがある。頭痛・関節痛等の疼痛に関しては、一般的な非ステロイド性抗炎症薬 (non-steroidal anti-inflammatory drugs : NSAIDs) 等を適宜用いる。麻薬性鎮痛薬は依存性等の問題が生じやすいため、使用は避けた方が望ましい。

6) 非薬物療法

身体表現性障害患者に対する心理療法の効果については、心理療法を用いない通常の治療と比較し、認知行動療法 (cognitive behavioral therapy : CBT) や精神分析療法等の心理療法を用いた場合の治療の有効性が示されている⁸⁾。

(1) 認知行動療法 (CBT)

身体表現性障害や医学的に説明できない症状に対する CBT の効果は、他の心理療法よりもエビデンスがあるため、治療する場合には優先的に導入を考慮する。行動療法は、学習理論を基礎とした行動変容技法であり、暴露療法や系統的脱感作法等の治療法がある。一方、認知療法は、ある状況下で考え (自動思考) が頭に浮かんでくることによってネガティブな感情が生じる場合に、その状況を客観視したり、多面的に捉えたりすることで出てくる適応的で現実的な思考 (適応思考) がいくつか存在することを患者が自覚するように援助する治療技法である (日本認知療法学会 : <http://jact.umin.jp/introduction.shtml>)。この適応思考によって、ネガティブな感情が軽減することが多い。最近では、認知療法と行動療法を統合して CBT と呼ばれることが多い。また、マインドフルネス (今、この瞬間の体験に意図的に意識を向け、評価をせずに、とらわれのない状態で、ただ観ること) と呼ばれる手法を用いて治療を行う場合もある (日本マインドフルネス学会 : [\[mindfulness.jp.net/\]\(http://mindfulness.jp.net/\)\)。](http://</p>
</div>
<div data-bbox=)

(2) リラクゼーション法

一部の患者は、リラクゼーション法を用いることによって症状が改善する。心理的要因に対して否定的な患者に対しても、リラクゼーション法であれば、比較的導入しやすい。過去のランダム化比較対照試験 (randomized controlled trial : RCT) を用いた報告では、リラクゼーション法と CBT の改善が同等であったことが示されている⁹⁾。

(3) 家族面接 (家族も対象とした心理療法)

治療に家族を関与させる理由はいくつかある。家族から話を聞くことは、医師が患者の症状や社会的状況をよりよく理解するのに役立つ。また、家族が患者を心配することによって患者の問題行動を強化することにつながったり、家族間のコミュニケーション等の問題が患者の症状を悪化させたりすることがある。家族は、患者の対応に苦勞し、援助を必要としている場合もある。

(4) 心理教育

心理教育とは、患者や家族に配慮をしながら正確な知識や情報を伝え、病気によって生じる問題や困難に対処する方法を教えることである。過去の RCT を用いた研究では、心理教育は患者の治療に効果的であり、1 年間で 50% 以上の医療費が削減されたことが報告されている¹⁰⁾。

(5) その他

① 睡眠障害が認められる場合

睡眠習慣に関する指導を行う。睡眠の質や時間が身体症状の原因になっていることも少なくない。そのため、就寝と覚醒のリズムを整えるだけでも、疲労・倦怠感、頭痛、関節痛といった身体症状の軽減がみられることがある。

② 活動量の増加により、

症状が持続・増悪している場合

活動レベルの管理 (ペーシング) を行う。調子が良いと感じるときに活動し過ぎて、その後身体症状が悪化し、休養するといったパター

ンを繰り返すことがある。そのため、症状が増悪しないように間隔をおいて活動したり、段階的に活動量を増やしたりするといった個別の活動レベルの管理が必要である。

また、活動量には、身体活動量だけでなく、精神活動（脳活動）量も合わせて考える必要がある。ネガティブな思考や感情が持続している場合には、精神活動（脳活動）量が増加し、翌日以降に症状が増悪する可能性が高い。そのため、翌日以降に症状が増悪しない程度に身体活動量と精神活動（脳活動）量をコントロールすることが重要である。

③症状が持続・増悪することに対する不安が

強く、必要以上に活動量を制限している場合

段階的運動療法（graded exercise therapy：GET）を試みる。段階的運動療法は、治療を自己中断する割合が他の治療法と比較して多いため、注意が必要である。ただ単に「もう少し散歩してみるようにしてみてください」といった構造化されていない運動プログラムを提案したり、「1日に30分程度の散歩をしてみるようにしてみてください」と指示し、その後の様子のモニタリングが不十分であったりすると、かえって症状を悪化させてしまうこともある。そのため、現在の日常の活動レベルを評価した後、個々人に合わせて活動レベルの強度や時間、その回数等を調整し、徐々に増加させる運動プログラムを作成することが求められる。

④自分の感情を表出することが難しい

「失感情症」の場合

芸術療法（箱庭療法を含む）を考慮する。芸術手段を用いて患者の内面を表現させることによって、患者の心理状態に働きかけることができる。

⑤上記の心理療法で効果が認められない場合

代替療法の導入を検討する。ヨガ等の代替療法によって、不安・緊張や疲労の軽減が得られることが多い。

おわりに

身体症状症の患者のなかで、一般的な治療により改善が認められない症例や他の精神疾患を合併した症例では、心理社会的背景にさまざまな問題を抱えていることが少なくない。特に成育歴におけるストレスフルな生活上の出来事（ライフイベント）や否定的感情（神経症的特質）のパーソナリティ特性は、身体症状症の発症の危険因子である。そのため、誘発因子や持続・増悪因子だけでなく、成育歴やパーソナリティ特性を含めて心身の病態を把握し、それらに応じた治療計画を立てることが重要になってくる。

著者のCOI（conflicts of interest）開示：本論文発表内容に関連して特に申告なし

文献

- 1) 高橋三郎, 他監訳: 身体表現性障害, DSM-IV-TR精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 2002, 467-491.
- 2) 高橋三郎, 大野 裕監訳: 身体症状症, DSM-5精神疾患の分類と診断の手引. 医学書院, 東京, 2014, 370-310.
- 3) Katon W, et al : The prevalence of somatization in primary care. *Compr Psychiatry* 25 : 208-215, 1984.
- 4) Wittchen HU, Jacobi F : Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol* 15 : 357-376, 2005.
- 5) O'Malley PG, et al : Antidepressant therapy for unexplained symptoms and symptom syndromes. *J Fam Pract* 48 : 980-990, 1999.
- 6) Mercier A, et al : Evidence of prescription of antidepressants for non-psychiatric conditions in primary care : an analysis of guidelines and systematic reviews. *BMC Fam Pract* 14 : 55, 2013.
- 7) Huang M, et al : Combination of citalopram plus paliperidone is better than citalopram alone in the treatment of somatoform disorder : results of a 6-week randomized study. *Int Clin Psychopharmacol* 27 : 151-158, 2012.
- 8) Koelen JA, et al : Effectiveness of psychotherapy for severe somatoform disorder : meta-analysis. *Br J Psychiatry* 204 : 12-19, 2014.
- 9) Barsky AJ, et al : A randomized trial of treatments for high-utilizing somatizing patients. *J Gen Intern Med* 28 : 1396-1404, 2013.
- 10) Kashner TM, et al : Enhancing the health of somatization disorder patients. Effectiveness of short-term group therapy. *Psychosomatics* 36 : 462-470, 1995.