

平成 23 年 6 月 6 日現在

機関番号：24506

研究種目：基盤研究(C)

研究期間：2008～2010

課題番号：20530634

研究課題名(和文) 線維筋痛症患者の認知行動療法による心理教育実践プログラムの開発

研究課題名(英文) The development of Psycho-educational programs based on

Cognitive-Behavioral Therapy for Fibromyalgia Syndrome patients

研究代表者

金 外淑 (Kim Woe Sook)

兵庫県立大学・看護学部・教授

研究者番号：90331371

研究成果の概要(和文)：本研究は線維筋痛症患者への認知行動療法による心理教育実践プログラム開発研究の一貫として、線維筋痛症患者にみられる性格特性尺度を作成し、痛みに対する考え方・行動様式に注目した認知的変数との関連を検討した。その結果、線維筋痛症(FM)群では抑うつを示した患者群より生理的随伴症状の得点がより高く、特に抑うつ・不安による心理的ストレス反応が高い傾向がみられた。これらの結果をもとに、痛みが増悪し、悪循環をくり返す要因を手がかりとし、痛みに対する治療を妨げる二次的な症状の治療促進的な場を作り上げ、認知行動療法に基づく心理教育的介入プログラムを検討し、段階的に関わるシステムを提案した。

研究成果の概要(英文)：This study is part of the project for the development of Psycho-educational programs for Fibromyalgia Syndrome patients. It seeks to establish a characteristic personality criteria for FM patients focused on the patients' thinking and behavior patterns regarding pain, and to discuss their relevance to cognitive parameters. The FM group exhibited a higher score of physical symptoms than the group of depressive patients, and in particular a high tendency of psychological stress related to depression and anxiety. These results have led us to propose an intervention program that would be applied in stages: first, the identification of the factors causing the vicious cycle of pain; second, the treatment for the secondary symptoms that hinder the treatment of pain; and third, the psycho-educational intervention based on Cognitive Behavioral Therapy.

交付決定額

(金額単位：円)

	直接経費	間接経費	合計
20年度	600,000	180,000	780,000
21年度	500,000	150,000	650,000
22年度	500,000	150,000	650,000
年度			
年度			
総計	1,600,000	480,000	2,080,000

研究分野：社会科学

科研費の分科・細目：心理学・臨床心理学

キーワード：線維筋痛症、認知行動療法、介入プログラム

1. 研究開始当初の背景

線維筋痛症(Fibromyalgia;以下FM)は1990年アメリカリウマチ学会によって概念化された疾患である。FM患者は日によって痛みの変化が激しいため、痛みに対する不安、強迫、抑うつなどのさまざまな精神症状を呈する疾患として注目されている(Thomas, Murray, Daniels, 2006)。疾患特有の症状の多様性のため、有効な治療法が明確されていないが、徐々に痛みのメカニズムの解明が進み、薬物療法とともに、患者個人のストレス対処や生活改善などの患者教育を含めた心理的アプローチの重要性が報告されている(Bigatti & Cronam, 2002)。実際、海外文献によると、薬物療法と認知行動療法(Cognitive Behavior Therapy;以下CBT)を併用し、FMの治療効果を高めている(Reilly & Littlejohn, 1990; Williams, 2003)。

国内外で報告されたFMの発症背景の特徴としては、何らかの些細な日常の出来事の積み重ねがきっかけとなり、不安、精神的な緊張、天候や環境の変化などの諸ストレスの要因に影響を受けやすく、挫折(欲求不満)といった心理社会的要因が発症の引き金になっている(臼井、新井、西岡、2004)。さらに、症状の悪化を引き起こす主原因は、患者個人の過剰的、自己抑制的、執着気質、強迫傾向などの情動要因が加わり、慢性的な疼痛に発展したと思われるエピソードがあると報告している。

一方、日本国内の患者数は200万人(厚生省研究班の報告書、2007)とも言われており、その発症率は女性が男性より高く、平均罹病期間、治療期間も長いことから、患者の心理的な苦痛は疼痛治療過程に悪影響を及ぼすと考えられている。また、CBTが有効な治療法の一つであると提案(厚生省研究報告、2007)されているが、実際に臨床現場でのFMに対する正しい認識や治療は始まったばかりであり、患者への心理的対応は十分に行われているとは言えない。現時点では、

心理臨床の視点からの治療への情報は海外文献による少数の研究結果の裏付けしかないのが現状である。

2. 研究の目的

本研究は「FM患者へのCBTによる心理教育実践プログラムの開発」研究の一貫として、①FM症状の悪化を引き起こす一つの要因として考えられている患者の性格特性を把握し(予備調査)、②FM患者性格特性に関する尺度の作成(調査1)、③痛みおよび抑うつ・不安症状、心理的ストレスにおける媒介変数などの認知的変数との関連を検討(調査2)、④これらの研究結果を基に調査3では、CBTによる介入プログラムを作成し、FM治療をより効果的かつ早期段階に心身両面へ段階的に関わるシステムを提案することを目的とした。

(1) 調査1

①目的:FM特有の痛み悪化を引き起こす一つの要因として考えられる患者個人の性格傾向を明らかにし、治療的介入の手がかりを得るため、FM患者性格特性を測定する尺度を作成し、その信頼性を検討した。

②方法:①予備調査および項目の整理検討:FM患者(42名)、FM以外の何らかの精神症状を訴える患者(10名)、その他(6名)を対象として、項目収集を目的とした予備調査を行った。痛みを引き起こす(刺激の一つである)感情(怒り)の抑制、強迫傾向、過剰適応、自己犠牲に関する自由記述による調査を行い、心療内科医、心理士(5名)、看護師(2名)によって得られた項目の中で重複する内容の項目を整理し、計31項目が得られた。

③本調査:これらの31項目を用い、記入漏れや記入ミスがあったものを除き、有効回答者合計162名を分析対象とした。(FM患者:

63名(男性3名、女性60名、平均年齢51.50、 $SD=11.55$ 、有効回答率92.00%；心身症で抑うつを示す患者：29名(男性6名、女性17名、平均年齢46.14、 $SD=11.38$ 、有効回答率86.53%；その他、心身症患者71名(男性12名、女性59名、平均年齢48.50、 $SD=10.00$ 、有効回答率75.00%)。質問項目に対する回答は、項目に示した内容に関して、自分がどのくらいあてはまるかについて5件法で求めた。

④結果と考察

尺度の因子構造：有効の回答に基づき、主因子法、バリマックス回転による因子分析を行った結果、4因子が抽出された(因子負荷量、40以上の項目)。第Ⅰ因子に高い因子負荷量をもつ項目は、「15. 融通が効かず、細かいところが気になる」といった強迫的な思い込み、考え方に関する項目であり、「強迫的な思考5項目、寄与率14.21%、 $\alpha=.76$ 」と命名された。第Ⅱ因子では「18. 何事に対しても負けず嫌いである」といった過剰な努力に関する項目であり、「過剰な努力6項目、寄与率11.76%、 $\alpha=.75$ 」と命名された。また第Ⅲ因子では「10. 些細な出来事でも自分自身を厳しく評価する」といった完璧さへのこだわりに関する項目であり、「Ⅲ完璧さへのこだわり3項目、寄与率9.58%、 $\alpha=.695$ 」と命名された。第Ⅳ因子では「1. 腹が立つ場面では人や人物に対して機嫌が悪くなる」といった怒りの抑制に関する項目であり、「Ⅳ怒りの抑制3項目、寄与率8.28%、 $\alpha=.66$ 」合計17項目が抽出された(表1)。

質問項目	因子			
	I	II	III	IV
I. 強迫的な思考 ($\alpha=.76$)				
15 融通が効かず細かいところが気になる。	.68	.11	.23	.14
12 なるべく不安や心配を常に感じる。	.65	.11	.13	.05
14 他人から非難されたり拒絶されるのではないかと心配になる。	.61	.14	-.06	.10
7 腹の立つ場面(想像場面でも)にとらわれてなかなか離れられない。	.57	-.08	-.11	.31
23 一人で悩む続けることが多い。	.48	.28	.23	-.01
II. 過剰な努力 ($\alpha=.75$)				
18 何事に対しても負けず嫌いである。	-.10	.71	.15	.22
17 常に結果が出ない精神で居ない。	.27	.61	.08	.03
24 自分自身に負けたくない。	.01	.48	.20	.09
25 やる気・機嫌がないと自分を責める。	.45	.48	.22	-.11
19 何かに集中しないと不安な気持ちになる。	.24	.48	.31	.02
10 一つ一つの事に没頭しすぎる。	.31	.42	-.02	-.15
III. 完璧さへのこだわり ($\alpha=.695$)				
10 些細な出来事でも自分自身を厳しく評価する。	.14	.19	.75	-.01
13 完璧にする事に強こだわる。	.32	.18	.55	.07
9 決められたことに対して体に負担がかかるくらい頑張る。	-.07	.13	.56	.00
IV. 怒りの抑制 ($\alpha=.66$)				
1 腹の立つ場面では人や物に対して機嫌が悪くなる。	.14	.09	-.14	.65
2 腹の立つ場面では「いやなくてもやってみよう」「わかってほしい」と思う。	.10	-.07	.11	.63
3 腹の立つ場面では「間違っている」「信じられない」「許せない」と思う。	.02	.08	.06	.61
固有値	4.40	2.12	1.72	1.40
寄与率(%)	14.21	11.76	9.58	8.28
累積寄与率(%)	14.21	25.97	35.56	43.84

(2) 調査 2

①目的：FM群と心身症で抑うつを示す患者群、健常群の抑うつ・不安などの精神症状と痛みなどの症状悪化との関係について検討した。

②方法：臨床群においては、主治医の許可および、研究の趣旨説明について同意が選ばれた患者に対して調査を実施した。記入漏れや記入ミスがあったものを除き、N病院にて通院治療を行っているFM群63名(平均年齢51.50、罹病期間7年3ヶ月)、抑うつを示す患者群29名(平均年齢51.14、罹病期間5年4ヶ月)に対し客観的・主観的評価を行い、両群の性格特徴の比較及び抑うつ・不安の評価を行った。また、健常群においても、臨床群と同様に本人の同意が選ばれた対象者の中で有効回答者合計158名(男性36名、女性73名)平均年齢34.37、 $SD=13.86$ 、有効回答率82.40%を分析対象とした。

③結果と考察

FM性格特性因子別得点を抑うつ群と比較した結果、両群とも得点が高く、ほぼ似ている性格傾向がみられた。図1に示したようにFM高群は「完璧さのこだわり」「強迫的な思考」が、FM低群は「怒りの抑制」において有意に高い得点が示された。 $(p<.01)$ 。

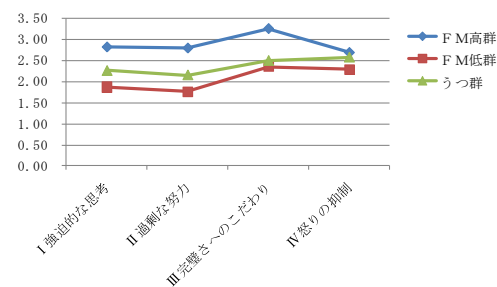


図1. FM高・低群・うつ群の性格特性

また、FM群では生理的随伴症状の得点がより高く、両群ともに、不安や抑うつに随伴する心理的症状の得点が高い。FM患者は長い間続く全身の痛みによりQOLの低下をもたらし、痛みを増幅するという悪循環をくり返す傾向がみられた。特に、罹病期間が長いほど完璧

さのこだわりによる性格特性によって痛みへの執着が二次的に感情を混乱させると推測できる。同時に、抑うつ・不安などの感情が痛みの背景に根強く存在し、日常生活での活力の低下や睡眠を深刻に阻害することが示された。

(3) 調査3

目的：調査1、2の結果をもとに、患者個人のニーズや学習能力に合わせ、FM治療をより効果的かつ早期段階に心身両面への適切な援助を目指し、CBTによる段階的に関わるシステムを提案した。

①面接と自由記述による痛み状況の把握

痛みを訴える患者を理解するためには、心理社会的出来事を理解する必要があると考え、次の心理的状況（考え方、感じ方の変化）について文章化し、痛みの発症前後の変化、どのような時に痛みが増強するのかをスクリーニングとしてまとめた。具体的には、①痛みを強く刺激する要因、②痛みとともに起こる心身の症状、③かかりつけの病院から診断された病名、他科の検査所見など、④周囲（医師、家族、その他）言われてうれしかったこと、周囲（医師、家族、その他）言われてつらかったこと、日常生活でつらかった出来事、今まで自分を支えてきたこと、日常生活の支障をきたすことで、困っていること、痛みが発症したきっかけ、痛みが生じた時の体勢などを把握した。

②ホームワークによる痛みの自己評価

痛みの状況を把握するためにホームワークとして、痛みに対する表現、痛みの部位、強さを0～5段階で全身を示す絵に数字で記入してもらい、激しい痛みが現れる日と時間滞を確認し、同時にしびれの症状も同様な評価を行った。なお、①痛みが発症した時期の環境や出来事（痛みが発症したきっかけ）と思われたこと、②心理的状況（考え方、感じ方の変化）について文記述してもらい、痛み発症前後の変化についてのスクリーニ

ングを行った。

③CBTによる治療者・患者用の心理教育実践プログラム

CBTは多数の理論や諸技法から成り立っており、治療の進歩によって、従来の直接的、指示的な方略に加え、より体験的で間接的な変容方略を考案し、その有効性を実証されつつある。FM患者にCBTによる介入効果を高めるカギは、痛みを自分自身で管理しようとする患者の意識づくりである。そして、患者自ら解釈の仕方を確認する過剰な努力、思い込み（先入観）につながりやすい考え方のくせに注目し、自己管理を無理なく続ける仕組みづくりである。

● 指導者用・患者用プログラム

これまでの調査研究で得られた知見から、痛みがピークになる前後の背景に、患者を取り巻く環境が痛みを引き起こす刺激である可能性が高く、さらに、患者自身の本来の性格特性や不適切な思い込みなどが痛みが悪影響を及ぼし、問題を繰り返している共通点がみられた。そこで、指導者用のプログラムは、国内外文献に提示された治療法を総合し、CBTの諸理論および具体的なケースフォーミュレーション(case formulation)に基づき、問題の発展経過を探り、問題を明解化する段階的な介入プログラムを提案した。プログラム構成は6段階に分け、痛みの理解、自己管理、痛みによる不適切な行動変容、再発予防をめざすように組み込んだ(表2)。

表2. 指導者・患者用学習プログラム概要

治療者用	患者用
①初回面接後の準備段階	①痛みの自己管理プラン
②心理教育段階	②痛みは自分が管理するという意識を高める
③環境整理段階	③患者個人の病期や症状に合わせ、日常生活の過ごし方、予防法を学ぶ
④認知・行動変容段階	④痛みによる日常生活のQOLを把握し、痛みを予測・評価する習慣を身につける
⑤維持段階	⑤痛みと上手に付き合うスキル(技法)を学ぶ
⑥再発予防段階	

患者用プログラムは、患者個人が関わっている環境によって痛みの悪化や悪循環の刺激につながる場合もあり、痛みの治療だけで

なく、日常生活そのものが治療の対象であると意識することが重要であることが明らかになっている。患者が訴える痛みには、精神的な「痛み」や「つらさ」が重なり、長期になればなるほど複数の要因が組み合わされ、痛みが増強する傾向がみられた。そこで、痛みを治すと考えるより、まず、痛みに疲れた心身とどう向き合っていくか、どう対処するか、ちょっとした気持ちの持ち方で、痛みを予測し、これから起こる痛みに対応しやすいようにした。

3. 研究成果

調査1では、FM患者性格特性を測定する尺度を作成し、痛みを引き起こす患者特有の性格特性を明確することで、強い痛みに対して使用される対処方略が異なると考えられた。早期段階では患者の怒りの抑制に注目し介入する、罹病期間が長い場合は、患者自身のこだわりにも注目し、痛みの自己管理プランの強化が必要であることがより治療効果につながることを明確化された。

調査2では、FM高・低群、うつ群の性格傾向および、認知的変数を検討した結果を基に、①痛みに対する執着、②痛みが増悪するたびに、心の葛藤が生じ、どうして自分がこのように苦しまなければならないのかという怒りなどの情緒的反応の出現、③「痛みによる活動量の低下」→「何も出来なくなる行動パターン」→「絶望感」→「痛みの増悪」などの悪循環を繰り返しているメカニズムを作りから、今後起こりうる痛み行動について予測できた。

以上のような現状を踏まえ、プログラムを段階的に構成し、痛み治療を妨げる二次的な症状の治療促進的な場を作り上げ、患者が解釈する痛みの原因や背景が理解しやすくなり、具体的な介入の方向性が示唆された。さらに、FM治療に重要なことは、患者の生活障害の程度に合わせ、CBT技法の導入タイミン

グや関わり方などを工夫し、患者の性格特性を客観的に見直すきっかけを作り、家族との関わり方を見直すことなどが痛みの治療効果につながると考えられた。特に認知・行動変容段階の介入段階に進む際、痛みの起こるきっかけになった出来事を治療者が十分に受け入れる事が、よい日常生活習慣の維持につながり、痛みの治療に重要な意味があることが認められた。また、罹病期間の長いFM患者にとって家族とのトラブルは怒りの抑制および、痛みを増悪する直接的な要因として関与することが示唆され、痛みの長期化はストレス耐性を変化させ、更に状況の悪さを痛みで訴えることが明らかになった。

そこで、介入による相違点を探り、痛みに影響する諸問題を検討した結果、家族が病態を理解できず、拒否的な様子が見られる場合より、3年以上の罹病期間や、何らかの出来事に巻き込まれている患者の方が介入経過中や治療後の経過に痛みの増悪に影響を与える可能性が高いことがみられた。今後、CBT介入際に留意すべき点としては、患者の生活リズムに応じ、①患者やその家族のこれまでの痛みに対する意識のズレを見直すとともに、②患者・家族間の情報の伝達や共有を強化することが、痛みに加えて治療を妨げる二次的な症状への治療促進的な場をつくることにつながると考えられる。

4. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

[雑誌論文] (計2件)

- ① 村上正人、松野俊夫、金 外淑ほか1名、線維筋痛症の痛みをどうとらえるか-慢性疼痛のモデル的疾患として-、心身医学会誌、50(2)、103-108、2010、査読無
- ② 村上正人、松野俊夫、金 外淑ほか2名、心療内科領域の線維筋痛症-心身医学的視点からみた線維筋痛症の疾患概念と病態-、神経内科、72(5)、480-485、2010、査読無

〔学会発表〕(計 15 件)

- ① 金 外淑, 村上正人, 川原律子, 松野俊夫, 小池一喜: 線維筋痛症患者の性格特性尺度開発の試み. 第 49 回日本心身医学会総会, 札幌, 2008. 5
- ② Murakami M, Kim WS, Miura K, Matsuno T, Koike K, Hashimoto S: Psychosomatic Aspect and Characteristics of Fibromyalgia in Japan. Asian College Psychosomatic Medicine, Seoul KOREA, 2008. 8
- ③ 金 外淑: 線維筋痛症患者への認知行動療法による心理教育実践プログラムの開発(第 1 報). 第 2 回線維筋痛症研究会, 三重, 2008. 10
- ④ 金 外淑, 村上正人, 松野俊夫: 線維筋痛症患者への認知行動療法による初期集中的介入. 第 34 回日本行動療法学会, 東京, 2008. 11
- ⑤ Kim WS, Murakami M, Matsuno T: The correlation between symptoms of depression and anxiety with pain in Fibromyalgia Syndrome patients, 20th World Congress on Psychosomatic Medicine, ITALY, 2009. 8
- ⑥ 金 外淑, 村上正人, 松野俊夫, 川原律子, 青木絢子: 繊維筋痛症患者における抑うつ・不安症状が痛みに及ぼす影響. 第 6 回うつ学会総会, 東京, 2009. 9
- ⑦ Kim WS, Murakami M, Matsuno T: Cognitive Behavioral Therapy for Fibromyalgia Syndrome patients: Two cases of CBT intervention and the discussion of affecting factors, Word Congress of Behavioural & Cognitive Therapies, Boston, 2010. 6
- ⑧ 金 外淑, 村上正人, 松野俊夫: 繊維筋痛症患者への認知行動療法～CBT 介入の有効例と中断例における治療的介入に影響する要因の検討～. 第 51 回日本心身医学会総会, 仙台国際センター, 2010. 6
- ⑨ 金 外淑: 線維筋痛症患者への認知行動療法による早期集中的介入. 関西認知療法研究会, 2010. 6
- ⑩ Murakami M, Matsuno T, Kim W., Koike K: Psychiatric Comorbidity and Psychosomatic Aspect of Fibromyalgia, The 14th Congress of the Asian College of Psychosomatic Medicine, CHINA, 2010. 9
- ⑪ 村上正人, 松野俊夫, 金 外淑, 小池一喜: 線維筋痛症患者の心理行動特性を踏まえた治療的アプローチ. 第 23 回日本疼痛心身医学会, 大阪, 2010. 10
- ⑫ 金 外淑: 線維筋痛症に対する認知行動

療法の実際, 第 2 回日本線維筋痛症学会教育講演, 東京, 2010. 11

- ⑬ 金 外淑: 家庭できる認知行動療法を学ぼう. 市民公開講座(患者向け), 東京, 2010. 11
- ⑭ 金 外淑, 村上正人, 松野俊夫, 川原律子: 線維筋痛症患者の二次的症候予防に対する認知行動療法介入プログラムの開発. 第 15 回日本心療内科学会, 岡山, 2010. 11
- ⑮ 金 外淑, 村上正人, 松野俊夫: 線維筋痛症患者の二次的症候への治療及び予防に関する研究—総合的認知行動療法による介入—. 第 36 回日本行動療法, 名古屋, 2010. 12

〔図書〕(計 件)

〔産業財産権〕

○出願状況(計 件)

名称:
発明者:
権利者:
種類:
番号:
出願年月日:
国内外の別:

○取得状況(計◇件)

名称:
発明者:
権利者:
種類:
番号:
取得年月日:
国内外の別:

〔その他〕

ホームページ等

6. 研究組織

(1) 研究代表者

金 外淑 (Kim Woe Sook)

兵庫県立大学・看護学部・教授

研究者番号: 90331371

(2) 研究分担者

村上 正人 (Murakami Masato)

日本大学・医学部・板橋病院心療内科科長・

診療教授

研究者番号: 60142501

(3) 研究協力者

松野俊夫 (Matsuno Toshio)

研究者番号: 20173859

日本大学・医学部・講師

(3) 連携研究者

()

研究者番号: