

〔総説〕

身体化を呈する患者への看護の現状と今後の課題

嵐 弘美*

NURSING FOR PATIENTS WITH SOMATIZATION SYMPTOMS
– PRESENT SITUATION AND FUTURE ISSUES

Hiromi ARASHI *

キーワード：身体化、身体表現性障害、慢性疼痛、看護

Key words : SOMATIZATION, SOMATOFORM DISORDERS, CHRONIC PAIN, NURSING

Ⅰ. はじめに

身体化とは、「病理的所見によって説明できない身体的苦痛や症状を身体疾患によるものとみなし、体験化し、言語化し、医療援助を求める状態」(Lipowsky,1988)と定義され、心理的な因子が背景にあって起こる身体症状をさすのではなく、疾病行動の一つの形態と捉えられる(以下、単に「身体化」と記す場合はこの内容を指す)。身体化は、異なった疾患に共通して認められるため、患者は各科の受診を繰り返し、適切な診断や治療・看護がなされない場合、難治化する傾向が高い。また、様々な科に多様な形で存在するため、治療基準や専門的な看護の確立が困難な状況にある。そこで本稿では、身体化がみられる主な障害である身体表現性障害と慢性疼痛を中心に、身体化の捉え方と治療の歴史の変遷を概観し、看護の実践と研究に関する現状を検討し、その問題点と今後の課題について述べる。

Ⅱ. 身体化の捉え方と治療の歴史の変遷

1. 心身症と神経症にみる狭義の身体化と治療の混乱

身体化は初め、Wilhelm Stekel (1868-1940) が心理的苦痛を身体症状に転換する規制を説明するために用いた狭義の概念であり、無意識的な願望や思考が意識化されずに抑圧されたままであると、身体症状に転換されるという「ヒステリー」に近いものであった(石川,2000)。そのため、患者は精神医療領域において、神経症として、疾患特有の心理葛藤と性格特性を探究する、精神療法を主とした治療を受けた。しかし、その

後の精神生理学的研究は、疾患の原因や経過に及ぼすストレスの非特異的作用の影響を明らかにし、すべての疾患において心理社会的因子が最も重要な役割を果たしていることを明らかにした。そこで、イギリスのHalliday (1943) は、神経症による狭義の身体化も含め、種々の身体疾患に情動的因子の関与を示す「心身症」という概念を提唱した。

わが国の心身医療領域において、心身症は、日本心身医学会が1970年に「身体症状を主とするが、その診断や治療に心理的因子の配慮が特に重要な意味をもつ病態」と規定した。しかし、その指針において、「一般に神経症とされても、身体症状を主とする症例は、広義の心身症として取り扱った方が好都合のこともある」と記したため、狭義の身体化を呈する患者も、心身症として身体医療領域においても治療された。そのため、心身症と神経症の理解および治療に混乱をきたすことになった。そこで、1991年に日本心身医学会は、心身症について狭義の身体化は心身症から除外する内容に改訂したが、混乱は続いた。

一方で、精神医療領域では、神経症という疾患が廃され、DSM-Ⅲ (1980)において、全ての疾患に“身体状態に影響する心理的因子”という特記を付記するようになった。そのため、身体化を主症状とする患者は、医学的に説明不可能な身体症状、心気的苦痛や身体的に表現された不安や抑うつ感情の臨床的、社会的意義の共通性において、身体表現性障害として診断されるようになった。しかし、DSM-Ⅳ (1994)の身体表現性障害の一部に「一般身体疾患に影響を与えている心理的要因」として心身症も含められる表現となっている。

*東京女子医科大学看護学部 (Tokyo Women's Medical University, School of Nursing)

そのため、心身症である慢性疼痛は、DSM-Ⅳにおける、身体に器質的ないし機能的な原因が存在する疼痛をも包含している「慢性疼痛性障害」という身体表現性障害の下位分類と同義に用いられることもある。

このように、未だ診断基準が確立しておらず、医療者の捉え方や理解によって診断、治療の場や方法が異なるため、患者は、苦痛を軽減できないままに、診療各科への受診を繰り返し、難治化する傾向が高い。このような臨床実践上の問題に対し、患者の苦痛や身体化の捉え方が見直されるようになった。

2. 医学の進歩による患者の苦痛の理解と身体化の捉え方の変遷

身体化は、様々な科に多様な形で存在するため、全国的な疫学調査はなされていない。そこで、身体化がみられる主な障害である身体表現性障害と慢性疼痛について調査された研究を参考に、患者の現状と治療の傾向を概観する。

1) 身体化を呈する患者と治療の実態

患者は、まず身体症状を自覚するため、身体医療領域で受診することが多い。総合病院総合診療科に受診した心身症、精神疾患の内訳では、身体表現性障害が最も多いと報告されている（大中,2008）。十分な身体精査を行っても原因が同定できない場合、各科の受診を繰り返すが、心療内科は精神科に比べて、身体表現性障害の率は高く、患者にとって受診しやすい（富永他,2007）とされている。そのため、心療内科を初診した症例では、身体表現性障害と診断された症例は気分障害、不安障害、摂食障害に次いで患者数が多い（細井,2007）と報告されている。しかし、心療内科に初診した、身体表現性障害と診断された130例の臨床的特徴を明らかにした研究では、転帰について、改善した群は3割に満たず（富永他,2007）、解決に至る群は少数であることが報告されている。

身体化の誘因に関しては、心理社会的要因として、文化的偏見、経済的問題、孤独、環境、性別（女性）、病弱や高齢、特定的人格特性（否定的な感情をもつ人等）が挙げられている（Robbins,1991. 中嶋,1999）。身体表現性障害の心理社会的要因について報告した研究（富永他,2007）では、発症の誘因は対人葛藤が最も多く、不明、身体疾患への罹患、心身の疲労と続いている。生物学的要因としては、身体表現性障害の下位分類である身体化障害について、サイトカインとの関連を示唆する報告や、前頭葉や劣位半球に代謝の減少を認める（山田,2004）等の報告がある

のみである。そのため、治療は、身体医療領域では精査や苦痛に対して薬物療法が用いられ、精神医療領域では、対症療法的に精神療法と薬物療法が用いられることが多く、心療内科においては、精神療法として支持的精神療法のみが約8割、薬物療法は抗不安薬のみの症例が約7割で、環境調整の併用が約1割（富永他,2007）等の治療報告がある。

このように、適切な治療により苦痛の軽減に至る例が少なく、もともと対人関係等の心理社会的要因を抱える患者にとって、治療過程は苦悩の連続である。患者の訴えに関する研究では、「それぞれの病院で違うことを言われたり、医師より「気のせいです」と言われたりすると、医師に対して不信感を持ち、その不信感が痛みを強くしてしまう」（岡田他,2001）、と医療者の対応が苦痛を強化していることが述べられている。また、「痛みが治らない不安等のストレスを受け、痛みで行動を制約される。気分が落ち込み、仕事を続けられなくなる。」（岡田他,2001）と続く苦痛が生活へ多大な影響を及ぼしていることがうかがえる。さらに、「私はこんなに痛いのに、痛みを訴えると周囲の人々が嫌な顔をするようになってしまった」（伊藤他,2001）、「家族や友人は、はじめは心配しているが、長く続くと怠けていると捉える。次第に社会や家庭での居場所がなくなり孤立し、離婚に至ることもある。」（岡田他,2001）と人間関係にも悪影響が及んでいることがわかっている。そのため、患者は苦痛のみならず、その苦痛を疑う周囲の姿勢にさらに苦悩を深める様子がうかがえる。そのため、自殺等の行動におよぶ例も多い。自殺未遂者に関するコンサルテーションの調査では、ストレス関連障害および身体表現性障害が最も症例数が多く（高野,2003）、心身医療科医師へ救命救急センターから依頼されたコンサルテーションの依頼理由のうち、「原因不明の身体症状の診断」は第3位（高野,2003）と高位にある。また、総合病院救急受診患者の集計でも、ストレス関連障害および身体表現性障害が最も多く（大槻他,2007）、心身医療科外科で慢性疼痛と診断された患者の5割にうつ合併があったという（小牧他,2006）。

前述のように、身体化は苦痛に感じている身体症状のみならず、その生活に深刻な影響を与え、生命の危機に至る可能性も高い。医師もコンサルテーションを依頼する等、その対応に苦慮していることが推察できる。これらの問題は、苦痛を身体的問題と捉えて身体的な治療を求める患者と、心理社会的な原因と捉えて治療しようとする医療者の捉え方の違い

違いによるところが多い。そこで、患者の苦痛の捉え方に徐々に変化がみられるようになった。

2) 「心理的苦痛の身体症状への転換」から「疾病行動の1つの形態」へ

最初にみられた変化は、身体化の苦痛のなかで最も多いとされる「痛み」に関する医学の進歩による。身体化がみられる主な心身症である慢性疼痛は、「急性疾患の通常の経過あるいは外傷の治療に相当する期間を1ヶ月以上超えて持続するか、継続する痛みの原因となる病理的プロセスと一体になっている疼痛、もしくは数ヶ月から数年の間隔で反復する疼痛」(Bonica,1953)と定義される。元に器質的、機能的な原因が存在するが、精査によっても原因が不明な場合には、情動の不安定さのために、痛みを自ら作り出していると捉えられていた。しかし、痛み科学の進歩に伴い、神経科学的知見から、慢性疼痛を訴える人が、体性感覚情報を故意に脳内で修飾しているのではなく、痛みそのものがその複雑な伝達路の存在ゆえに直接、間接に情動に影響を与えることで、患者の痛みが修飾される(細井他,2003)と理解されるようになった。これらの流れを受け、1974年に発足された国際疼痛学会は、痛みを「組織の実質的あるいは潜在的な傷害に結びつくか、このような傷害を表す言葉を使って述べられる不快な感覚・情動体験である」と定義した。この定義によると、末梢での侵害刺激の存在しない身体感覚であっても、患者が痛みと表現すればそれは痛みと呼ばれる。治療としては、身体的治療のみでなく、脳回路に存在する痛み、認知情動、自律神経、行動の密接なつながりを理論的根拠とし、治療者が言語的あるいは非言語的な患者への刺激を通して既存の神経回路の混線をいかに再構成していくかという観点で精神療法を実施することが有効である(清水他,2006)。看護としても、苦痛の原因究明のみではなく、疾病行動に焦点をあて、本人が「苦痛を表す言葉」でその体験を表現していることに注目し、苦悩体験として受け止め、その情動的側面にも配慮して痛み耐性を上げる工夫をすることで、苦痛そのものに働きかけ、軽減することに寄与できることが示唆される。

このような臨床現場での経験や治療的意義を背景に、身体化は、疾病行動の1つの形態として捉えられるようになった。身体化を広義に捉えて治療・看護にあたることは、臨床実践上の問題を解決する方法として重要である。次に、看護の実践と研究に関する現状を検討する。

Ⅲ. 身体化を呈する患者への看護

米国においては、身体化の治療として認知行動療法的な手法を用いることが主流となっている(Robert et al,2007)。看護としても、身体化に関連する経験やきっかけ、健康への信念等の情報から、認知・行動・心身面をアセスメントし、修正すべき思い込みや行動を共有し、患者が身体の状態を確認できる方法を指導した例(Michael,1995)等が報告されている。我が国においては、身体化を疾病行動の問題として捉え、看護について全般的に述べた研究はほとんどなく、事例や試みとしての報告にとどまる。以下にその傾向を概観する。

1. 身体表現性障害の看護

身体表現性障害患者の困難事例の報告では、精神医療領域において、「身体化」を心理的苦痛の転換という狭義の意味で捉え、精神状態と心理社会的原因をアセスメントし、言語化や直面化等の精神看護の技法を用いて、患者に気づきや苦痛の受容を促すことで症状が改善したという事例報告が多い。玉田(2002)は、「身体化症状により内的不安を表現していた」患者に対し、訴えに傾聴・共感して信頼関係を築くことで、不安を言語化することができ、症状が改善した事例を報告している。森(2005)は、「心因性の腹部症状」を訴える患者に対し、生きがいである畑作業を作業療法として取り入れ、共感的態度で接することで、「症状の原因である家庭の悩み」について話すようになり、退院へつなげた事例を報告している。大坪(2000)は、「問題から逃避し、現実を肯定できない」患者に、患者参加という直面化を図り、自立を促した」事例を報告している。これらの事例報告では、患者を身体表現性障害という大枠で捉え、精神力動的なアセスメントに主眼をおいて精神的なケアを実施しており、身体症状の内容や苦痛の度合い、身体ケアについて専門的な観点からは触れられていない傾向がある。大川他(2004)は、精神科看護師の身体症状に対するアセスメントの困難さについて触れ、患者の訴える身体症状を精神症状として捉えることにより身体疾患を見逃してしまう傾向について報告しており(大川他,2004)、精神医療領域の看護では、苦痛の強度や持続期間、苦痛への身体的な対処等の看護ケアについて強化していく必要性が示唆される。

一方で身体医療領域においては、身体表現性障害の困難事例をリエゾン精神看護専門看護師の立場から、患者・看護師の双方を支援した事例が報告されている。

瀬尾（2007）は、総合病院に入院し、身体表現性障害と診断されたがん患者へ、リエゾン精神専門看護師の立場で、「患者の脆弱となった自我は不安に対して否認・退行・転換等の防衛機制を使い、看護師は患者を援助しようとして同一化過剰の状態に陥っていた」と分析し、患者に対して面接やマッサージ等の直接ケアを実施し、看護師に患者理解の指導を行い、感情に焦点をあてた援助を実施している。川名（1998）は、頸部痛等がみられる身体化障害患者に対し、リエゾン精神看護専門看護師の立場から、精神分析的な患者理解を病棟看護師に伝え、関わりを指導することで患者の成長発達を促進した事例を報告している。このように、身体化が難治化した事例に対しては、精神力動的なアセスメントが有効であることが多く、身体医療領域での看護ケアでは、精神的に専門的な援助の必要性が示唆されている。精神医学・身体医学領域の看護師に、身体化を呈する患者の看護の経験についてインタビューした研究（嵐,2008）においても、身体医療領域で実施された看護における精神的なケアは、心理や精神科へのコンサルトにより得られた方針を中心に実践する傾向があると報告されている。また同論文では、精神医療領域における看護では、身体症状への対応の困難さを示す傾向が報告されており、各科の専門的な看護を共有して実践する必要性が示唆されている。

2. 慢性疼痛の看護

身体医療領域で主に報告されている慢性疼痛の看護についても、身体表現性障害の看護と同様に、「身体化」を狭義の意味で捉え、精神的なケアに重点をおいた結果、症状が改善された事例報告がみられる。梅本他（1997）は、「器質的根拠に欠ける腰背部痛を訴える患者」に対して痛みの訴えが少なくなることを目標に看護師の対応を統一して不安を軽減した結果、訴えが減少した事例を報告している。伊藤他（2000）は、精神心因性疼痛患者に対する訪問看護において、患者が自己の疾患に対する理解を深め、不安の軽減に焦点をあてて援助することによってQOLが向上した事例を報告している。このように、アセスメントに精神力動的な視点をを用いるかどうかによる違いはあるものの、不安等の精神状態に焦点をあて、精神的な看護に主眼を置いている点は共通している。

しかし、慢性疼痛の精神的な看護について、専門性の不足による困難さについて述べた研究も多い。慢性疼痛患者を看護する看護師のストレスについて調査した研究（稲葉他,2006）では、看護師のストレス要因

として、繰り返し入院する患者への看護に無力感を感じ、患者へ負のイメージを抱く「看護する自分との葛藤」、不満や怒りばかり訴える「患者からの多種多様な訴え」、医療者の前で痛みの訴えが憎悪する患者へ本当に痛いのか疑問に感じる「痛みを捉える困難さ」、患者を理解する関わり方がわからないという「看護実践力の不備」、精神科との連携が難しいという「環境の不備」が挙げられている。このように、苦痛やその程度に疑いをもつこと、苦痛以外にも訴えの多い慢性疼痛患者そのものが扱いにくいと感ずるため、患者理解が困難で、専門的な精神的関わりが必要とする分析がなされている。郷田（2007）は、神経病院の看護師のアンケート調査から慢性疼痛患者の疼痛を理解できなかった要因を分析し、患者の痛みを捉えていないこと、器質的な痛みだけに焦点をあて、情動的な感覚への看護介入が不足していることを挙げている。また、伊藤他（2001）は、一般総合病院病棟看護師の慢性疼痛に対する意識調査を実施し、看護師は、疼痛を強化する要因については理解していたが、患者や家族の要求に対応するために、その場限りで急性痛と同じ対応をしていること、抑うつ傾向に対する理解が不足していることを問題に挙げている。これらの研究からは、器質的な痛みに焦点をあてたアセスメントや身体的なケアは実施しているが、心理社会的要因に関するアセスメントや精神的な対応を困難と捉えていることが推察される。

一方で、身体化を疾病行動の問題と捉え、認知行動療法的な看護アプローチや患者教育を実施して功を奏した報告もみられる。木下他（2007）は、依存の強い疼痛性障害患者に対し、「患者の心理社会的背景に根ざす強い依存欲求を有効利用し、患者との良好な交流を促進して適応行動を強化する」認知行動療法的な看護アプローチにより行動が改善された事例を報告している。北沢他（1989）は、リハビリ病棟において、行動療法を用いることにより患者の行動拡大に成功した例を報告した。この結果は、患者の疾病行動に焦点をあてる認知行動療法的なケアが有効であることが示されている。

Ⅳ. 身体化を呈する患者の看護の課題と解決の方略

以上、身体化の捉え方と治療の歴史的変遷を概観し、その看護の実践と研究に関する現状を検討してきた。

身体化は、身体状態に影響する心理的因子の理解の変遷により、身体医療と精神医療の狭間で捉え方に混

乱がみられる。そのため、治療の場により多様な診断や治療・看護が存在し、患者は受診を繰り返し、医療者も他科のコンサルテーションを要する等、その対応に苦慮している。このような患者の苦悩と、医療の困難さは、苦痛を身体的問題と捉えて身体的な治療を求める患者と、患者の苦痛を真のものではなく、心理社会的な原因と捉えて治療しようとする医療者のくいちがいにより生じていた。そのため、元来対人関係等の心理社会的問題を有す傾向にある患者は、診断や医療者の対応によって身体化が強化され、うつや合併や自殺等の行動化を起こすことにより生活に深刻な影響をもたらしている。このように、身体化は、苦痛が身体的原因か心理的原因かという二元論を前提に問題を設定して捉える方法では解決をもたらさないという臨床での経験と、患者の訴える苦痛を認知情動等の複雑な神経回路を前提に捉えるようになった医学の進歩を背景に、疾病行動の形態の一つとして捉えられるようになった。看護としては、苦痛の原因究明のみではなく、疾病行動に焦点をあて、本人が「苦痛を表す言葉」でその体験を表現していることに注目し、その情動的側面にも配慮して痛み耐性を上げる工夫をすることで、苦痛そのものに働きかけ、軽減することに寄与できることが示唆される。

しかし、看護の文献検討では、身体化を疾病行動の形態として理解し、看護について述べた研究はほとんどみられなかった。そのため、看護師は、身体化の基礎知識の不足と理解の不十分さのために、身体症状を繰り返し訴える患者に、陰性感情をもちやすく、苦痛が改善しない患者の看護に無力感を抱いていた。また、身体・精神のどちらに主眼を置くかによってその看護の焦点に偏りがみられた。精神医療領域における看護では、身体化を狭義に捉え、精神力動的なアセスメントに主眼をおいて精神的なケアを実施しており、身体症状についてはその内容や苦痛の度合い、身体ケアについて専門的な観点からは触れられていない傾向があった。身体医療領域における看護では、器質的な痛みには焦点をあてたアセスメントや身体的なケアは実施しているが、心理社会的要因に関するアセスメントや不安等への精神的な対応が困難と捉えている傾向があった。これらの傾向には、身体医療領域では基盤となる身体疾患が存在すること、精神医療領域ではある程度身体的精査は実施され、抑うつ状態が重症化したり、身体化が強化されている患者を受け入れる傾向にあるという特徴が反映されていると考えられるため、身体化の期間や強化の度合いに応じて段階的に関わりを検討し

ていく必要がある。その際に、心身両面からの専門性を取り入れた、各科に共通して有用な看護を確立していく必要があると考えられる。

V. おわりに

身体化を呈する患者は、苦痛の真偽を問われることで身体化を強化し、苦悩を深めてきた。身体化を疾病行動の形態として捉えることにより、患者の苦痛の表現が、どんなに不適応的なものであったとしても、患者なりの全人的な苦痛の改善にむけた努力として理解できる。患者の苦痛は真のものであり、援助を受けるに値するものであること、看護がその苦痛を直接的に改善に導くことを認識し、看護を検討していくことが現状の解決に示唆をもたらすと考える。

なお、本研究は、平成 18 - 21 年度科学研究費補助金（若手研究（B））研究課題「身体化を呈する患者に対する看護ケアガイドラインの作成に関する研究（研究代表者嵐弘美）」の研究の一部として行われており、日本ヒューマン・ケア心理学会第 11 回大会にて一部を発表いたしました。

文献

- American Psychiatric Association (1994) : Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. American Psychiatric Press, Washington, D. C.
- American Psychiatric Association (1980) : Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, The 3rd Edition. American Psychiatric Press, Washington, D. C.
- 嵐弘美 (2009) : 身体化症状を呈する患者への看護の現状と課題, 日本ヒューマン・ケア心理学会 第 11 回大会プログラム, 38.
- 嵐弘美 (2008) : 身体化症状を呈する患者への看護ケア—精神科と身体科の比較から—, 第 28 回日本看護科学学会学術集会抄録集, 436.
- Bonica JJ (1953) : General considerations of chronic pain, Bonica JJ・Lea & Fibiger, The management of pain, 180-196, Philadelphia.
- 郷田恭子 (2007) : 慢性疼痛患者の疼痛の理解と看護, 東京都福祉保健医療学会誌, 平成 19 年度, 80 - 81.
- Halliday JL (1943) : Concept of a psychosomatic affection, Lancet, 245, 692-696.
- 細井昌子 (2007) : 痛みと心身医療—リハビリテーションに望まれるもの—, MB Med Reha, 79, 13-20.

- 細井昌子・久保千春（2003）：いわゆる慢性疼痛の心身医療，痛みと臨床，3（4），369-374.
- 稲葉真弓・古屋圭子・萩原直美（2006）：慢性疼痛，25（1），115-120.
- 石川俊男（2000）：心身医療の診断の進歩，河野友信他編集，最新心身医療－21世紀に向けた心身医療の展開（第1版），152-158，東京.
- 伊藤和美・岡崎敦・加藤進太（2001）：一般総合病院病棟看護婦の慢性疼痛に対する意識調査，慢性疼痛，20（1），58-61.
- 伊藤昌恵・小出和香・宮本慶子他（2000）：精神心因性疼痛患者に対する訪問看護，慢性疼痛，19（1）.
- 川名典子（1998）：身体化障害患者の治癒過程と対人環境としての看護婦 精神力動的な患者理解と看護，精神分析研究，42（4），403-405.
- 木下由美子・細井昌子・藤本恵美他（2007）：強い依存欲求を治療的に有効利用した疼痛性障害患者に対するチームアプローチ，心身症，47（5），339-344.
- 北沢邦子・鈴木洋子・草地智子他（1989）：リハビリテーション看護における行動療法の活用－慢性疼痛を訴える患者の動作拡大を目指して－，日本看護学会集録 成人看護Ⅱ，20，18-20.
- 小牧元・久保千春・福士審編集（2006）：慢性疼痛，心身症 診断・治療ガイドライン 2006（第1版），178-203，協企画，東京.
- Lipowsky ZJ（1988）：Somatization；The concept and its clinical application，Am J Psychiatry，145，1401-1405.
- Michael Townend（1995）：BEYOND BELIEF，Nursing Times，91（42），247.
- 森義文（2005）：生きがいを取り入れた身体表現性障害患者の看護，日本精神科看護学会誌，48（1），42-43.
- 中嶋照夫（1999）：身体表現性障害の概要と身体化，松下正明総編集，臨床精神医療講座 第6巻 身体表現性障害・心身症（第2版），3-9，中山書店，東京.
- 大川貴子・中山洋子（2004）：入院精神障害者の身体合併症の実態とケア上の困難さの分析，13（1），63-71.
- 大中俊宏（2008）：総合病院総合診療科での心身医療的配慮が必要な受診者の傾向，心療内科，12（3），239-245.
- 大坪朋子（2000）：身体表現性障害患者への看護 患者参加の看護計画を試みて，日本精神科看護学会誌，43（1），463-465.
- 大槻秀樹・佐々木禎治・五月女隆男他（2007）：総合病院救急受診患者における精神科疾患の統計学的検討（第1版），救急医学，31（13），1798-1801.
- Robbins JM, Kirmayer LJ（1991）：Cognitive and social factors in somatization . Current Concepts of Somatization；Research and Clinical Perspectives, Kirmayer LJ, Robbins JM (ed)（第1版），107-141, American Psychiatric Press, Washington DC.
- Robert L.Woolfolk, Lesley A Allen（2007）：Treating Somatization（第1版），The Guilford Press, NY.
- 瀬尾千晶（2007）：否認を身体症状で表した患者への関わりで生じた、患者－看護師双方の無力感と疲労感－身体表現性障害と診断されたがん患者との面接過程の分析－，聖路加看護学会誌，11（2），42.
- 清水由江・細井昌子・久保千春（2006）：慢性疼痛－身体医療と精神医療の境界疾患，精神科，9（4），279-287.
- 高野晶（2003）：救急医学との仕事－自殺未遂患者のコンサルテーション，心療内科，7（4），292-297.
- 玉田明子（2002）：身体化により不安を表出する患者の看護 対話における相互作用と不安の言語化，日本精神科看護学会誌，45（1），pp203-206.
- 富永敏行・和田良久・名越泰秀他（2007）：心療内科外来を受診した身体表現性障害患者の臨床的特徴，心身医療，47（11），947-954.
- 上田博美・藤田洋子・柴田政彦（2001）：疼痛教室受講者に対するアンケート調査，慢性疼痛，20（1），66-71.
- 梅本利恵・佛雅代・岩本福子・西本香代子他（1997）：慢性疼痛患者の看護 「痛み」に支配された患者－看護者の関係，日本精神科看護学会誌，40（1），554-556.
- 山田和夫（2004）：身体化障害の診断と治療，精神科，4（2），95-100.