

線維筋痛症に対するエネルギー療法の効果

フェルナンド・サルメント¹ 鈴木 清志^{2,3}
エドゥアルダ・コルデイロ¹ 田中 英明²

抄 録

目的：線維筋痛症は全身の疼痛と圧痛を主症状とし、不眠、うつ、下痢などを伴うことが多い。原因はよく分からず、治療法も確立されていない。心身医学的アプローチは、効果があることが報告されている。そこで筆者らは、本疾患に対する生体エネルギー療法の効果と安全性に関する予備的調査を目的に、本研究を行った。

方法：ポルトガルの線維筋痛症患者12名を対象に、非盲検自己コントロール試験法（open-label self-controlled study）を用いて、生体エネルギー療法の一つである岡田式浄化療法の効果を調べた。6名ずつの2群に分けて、6か月の研究期間中の前半または後半の3か月間は、50分の施術を毎週2回受けた。残りの3か月間は、施術を受けずに経過をみた。すべての患者を研究開始時、3か月後、研究終了後の合計3回診察し、圧痛点への反応、線維筋痛症質問票、ベック抑うつ質問紙を用いて状態を評価するとともに、服薬量の変化を記録した。

結果：圧痛点への反応は、どちらのグループも、施術期間中は有意に改善した（ $p=0.027$ ）。線維筋痛症質問票とベック抑うつ質問紙による評価では、前半の3か月間に施術を受けたグループでは有意な変化は見られず、後半に施術を受けたグループでは、施術期間中にデータが有意に改善した（ $p=0.027$ ）。研究開始時に服薬していた11名中7名で、6か月後には薬の減量が可能だった。施術によると思われる有害事象はなかった。

結語：生体エネルギー療法は、線維筋痛症患者の諸症状を改善し、薬の減量に寄与することが示唆された。

キーワード

線維筋痛症、生体エネルギー療法、岡田式浄化療法、非盲検自己コントロール試験、うつ症状

1. 緒 言

線維筋痛症は全身の疼痛と圧痛を主症状とし、それ

に精神神経症状（不眠、うつなど）や自律神経症状（下痢、便秘、動悸など）を伴うことが多い。最近では、ドライアイ、ドライマウス、逆流性食道炎などの粘膜系の障害が高頻度に合併することがわかってきた。男女比は1：5～8で、圧倒的に女性に多い¹⁾。

線維筋痛症の原因はよく分かっておらず、通常の検査では異常を認めない^{1,2)}。現在のところ、この病気の素因をもつ人が、身体的・精神的ストレスなどによって痛み刺激（疼痛知覚神経）の興奮が高まるとともに、脳での痛み反応を和らげる機能（下行疼痛抑制経路）が効かなくなった状態と考えられている^{1,3)}。車で言えば、アクセルが踏み込まれ、ブレーキの効かない暴走状態と考えられる。

¹MOAポルトクリニック

〒4300-189 ポルトガル国ポルト市フェルナオン・マゲリャエンス通り460番4階

²一般財団法人MOA健康科学センター

〒108-0074 東京都港区高輪4-8-9

³医療法人財団玉川会MOA高輪クリニック

〒108-0074 東京都港区高輪4-8-10

連絡先：

鈴木清志. TEL: 03-5421-7030, FAX: 03-6450-2430,

E-mail: k.suzuki@mhs.or.jp

受付日：2017年10月30日，受理日：2017年12月9日。

現時点では、根本的な治療法はなく、薬物療法としては、抗うつ薬や新規の抗てんかん薬（プレガバリンなど）、鎮痛薬がしばしば使用される^{1,4)}。心身医学療法⁵⁻⁸⁾や有酸素運動療法⁹⁻¹¹⁾などは、ある程度の効果が認められる。治療の基本は、不必要な治療を排除するとともに、患者本人が生活習慣の改善や運動などに積極的に取り組むように支援することだと言われている^{1,3,12)}。

生体エネルギー療法（biofield therapy, bioenergy healing）についても、線維筋痛症などに対する効果を調べた報告がいくつかある¹³⁻¹⁷⁾。生体エネルギー療法にはいくつかの種類があり、研究方法も異なるが、それらをまとめると、施術を継続すると症状は改善することが多い¹³⁻¹⁵⁾。ただし、偽の施術と比較した場合には、症状の改善効果は証明できない^{16,17)}。このことで、生体エネルギー療法自体の効果に疑問を生じるわけだが、患者にとっては、手をかざすだけで症状が良くなるのなら、それはそれで朗報である。そこで筆者らは、ポルトガルの線維筋痛症患者を対象に、生体エネルギー療法を継続して受けた時と受けない時との間で、痛み・うつなどの症状や服薬量に変化があるかどうかを調べることにした。本研究では、生体エネルギー療法の一つである岡田式浄化療法¹⁸⁾を用いた。

岡田式浄化療法（浄化療法）：浄化療法は、岡田茂吉氏（1882-1955）が昭和初期にその理論を確立し、現在一般社団法人MOAインターナショナル（MOA）¹⁹⁾がそのトレーニングと資格認定を行っている。施術を受ける時はもとより、認定資格を得る際にも特定の宗教や教義を信じる必要はなく、一定の研修を終了すれば、誰でも施術資格を得ることができる（MOA会員）。その上に現在2段階のレベルの療法士資格があり、その上にインストラクターがいる。

浄化療法の理論によれば、病気を含めた一切の苦痛は「霊体（spiritual body）に蓄積された曇り」によるとされている。施術によってその曇りを焼尽または溶解排出することで、自然治癒力が高まって心身の健康が得られる。実際の施術は、最初に頭、背中、四肢などの「熱」「コリ」「圧痛」を探查する。これを「急所」と呼び、「霊体の曇り」が蓄積した部位と考える。この急所に向けて片手をあげ、エネルギーを照射する。

手は相手の体から30～60cm離して、指はつけて肘を軽く曲げ、できるだけ力を抜く。手は適宜交代させる。施術時間は探查を含めて約1時間である¹⁸⁾。

浄化療法の基礎研究に関しては、内田らが浄化療法の施術中に脳波上のα波が増えたり^{20,21)}、心拍数の揺らぎに影響したりすること^{22,23)}、そしてその変化は、本人が施術を受けていることを知らなくても起きることを報告した²⁰⁻²³⁾。浄化療法の臨床効果としては、第2著者の鈴木らによる40,000人以上を対象とした調査によれば、施術を受けた人の約70%が痛みや動悸、不安などの症状が改善したと答えたが、施術時間、施術場所、性、施術を受けた動機の4つの因子によって改善率が大きく異なった²⁴⁾。長期効果に関しては、畑山らが更年期症状に悩む女性を対象に、施術を3か月間継続したところ、症状が改善したことを報告した²⁵⁾。ミコビ・ミンガらは、コンゴ民主共和国において、重篤な遺伝性疾患である鎌状貧血症患者に浄化療法を継続したところ、血液検査データが改善し、3年後の健康状態も保たれていたことを報告している²⁶⁾。

2. 方法

2-1 対象

MOAポルトクリニック（ポルトガル、ポルト市）で継続して治療を受けている線維筋痛症患者の中で、以下の条件を満たす患者を対象に、口頭と文書で本研究の内容と意義を説明した。

- ① 線維筋痛症の診断が確定している。
- ② 各種治療に関わらず、疼痛などの症状が3か月以上軽減せずに持続している。
- ③ MOAポルトクリニックで、浄化療法を継続して受けることができる。
- ④ 研究期間中は、浄化療法を受ける以外に新たな治療は始めない。

これらの参加条件とともに、交通費は支払うが、それ以外の特別な利益はなく、参加後に中断しても特別な不利益はないことについての了解が得られた12名の患者から、自署による参加承諾書を頂いた。

12名の患者は男1名、女11名で、年齢は25歳-59歳（中央値51歳）。11名はすでに薬物治療を受けていた。

2-2 浄化療法の施術

本研究は、非盲検自己コントロール試験 (open-label self-controlled study) を用いた。6名は、最初の3か月間は50分間の施術を毎週2回受け、その後の3か月間は施術を受けずに経過をみた (Aグループ)。残りの6名は、最初の3か月間は施術を行わずに経過を見て、その後の3か月間は50分間の施術を毎週2回受けた (Bグループ)。施術は、MOAポルトクリニックの専任療法士 (2名)、またはMOAの認定資格を持つ療法士 (11名) のどなたかが担当した。

2-3 効果の評価

本論文の筆頭著者 (F・サルメント) と第3著者 (E・コルデイロ) のどちらかが、すべての患者を研究開始時、3か月後、研究終了後の合計3回診察し、次の3つの方法を用いて状態を評価するとともに、服薬量の変化を記録した。

2-3-1 圧痛点への反応 (Response to the tender points)^{27,28)}

1990年にアメリカリウマチ学会により開発され、線維筋痛症を判断するために2010年まで用いられた手法である。定められた18か所の圧痛点を4kgfの力で押し、それぞれの部位の圧痛の程度を以下の基準で評価し、その点数を合計した。

痛みなし：0点、軽度の痛み：1点、中等度の痛み：2点、強い痛み：3点、触るだけで痛む：4点

2-3-2 線維筋痛症質問票 (Fibromyalgia Impact Questionnaire)^{29, 30)}

線維筋痛症による日常生活への影響を総合的に評価する質問票で、20の質問項目からなる。治療の効果の判定にも使用される。合計した点数が0-100の間で点数が高いほど、病気による影響が大きいと診断する。

2-3-3 ベック抑うつ質問紙 (Beck Depression Inventory)³¹⁾

ペンシルバニア大学のA・ベックが開発した、うつ病の心身症状を総合的に評価する質問票で、21の質問項目からなる。それぞれに0-3点の点数をつけ、そ

れを合計して21点以上の場合は、病的なうつ状態と診断する。

2-4 統計解析

データ解析には、SPSS日本語第11版 (IBM SPSS Statistics、東京) を用いた。6か月間の研究期間における各項目の変化を解析するために、最初にFriedman検定を行い、有意な差があった場合は、さらにWilcoxonの符号付順位検定を用いた。

3. 結果

3-1 圧痛点への反応 (図1)

Aグループでは、研究開始時には中央値34だった値が、施術を継続した3か月後には中央値12にまで改善した ($p=0.027$)。その後施術を受けなかったところ、研究終了時には中央値21にまで上昇した ($p=0.12$)。Bグループでは、研究開始時には中央値34だった値が、施術を受けずに経過を見た3か月後には中央値30と有意な変化はなく ($p=0.056$)、その後施術を受けたところ、研究終了時には中央値23にまで改善した ($p=0.027$)。

3-2 線維筋痛症質問票 (図2)

Aグループでは、研究開始時には中央値68だった値が、施術を継続した3か月後には中央値56となり、研究終了時には中央値78となったが、統計学的に有意な変化ではなかった ($p=0.14$)。Bグループでは、研究開始時には中央値72だった値が、施術を受けずに経過を見た3か月後には中央値84となり ($p=0.69$)、その後施術を受けたところ、研究終了時には中央値52にまで改善した ($p=0.027$)。

3-3 ベック抑うつ質問紙 (図3)

Aグループでは、研究開始時には中央値19だった値が、施術を継続した3か月後には中央値13となり、研究終了時には中央値20となったが、統計学的に有意な変化ではなかった ($p=0.34$)。Bグループでは、研究開始時には中央値23だった値が、施術を受けずに経過を見た3か月後には中央値27となり ($p=0.34$)、

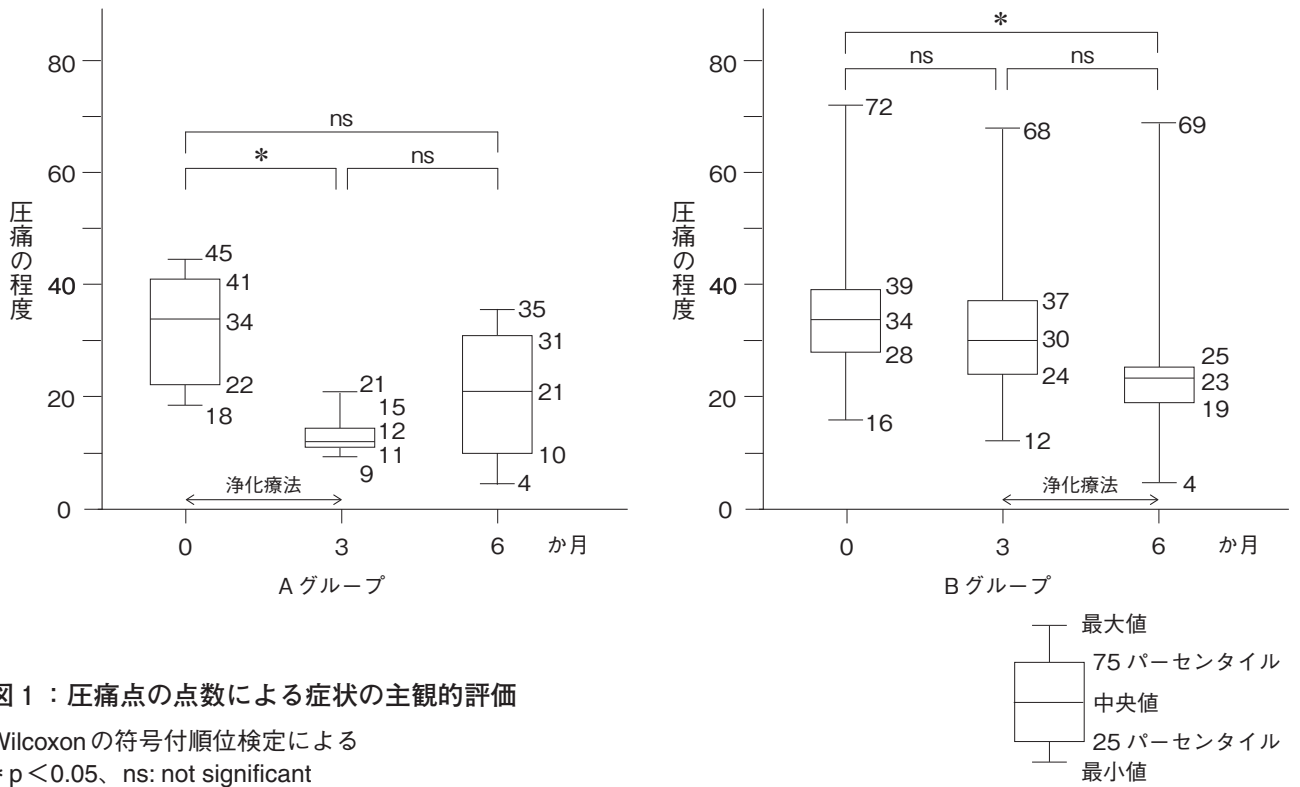


図1：圧痛点の点数による症状の主観的評価

Wilcoxonの符号付順位検定による
 * p<0.05、ns: not significant

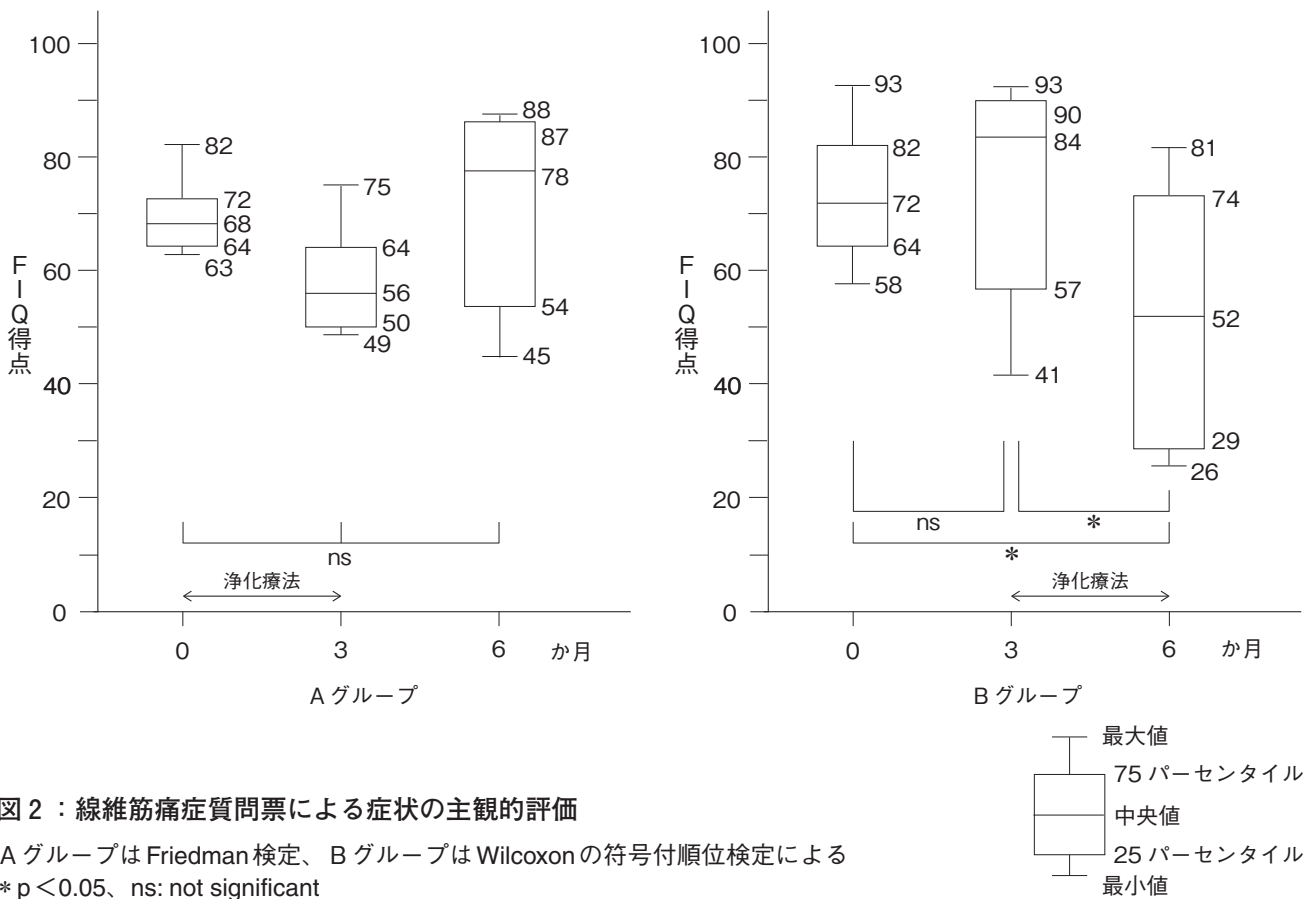
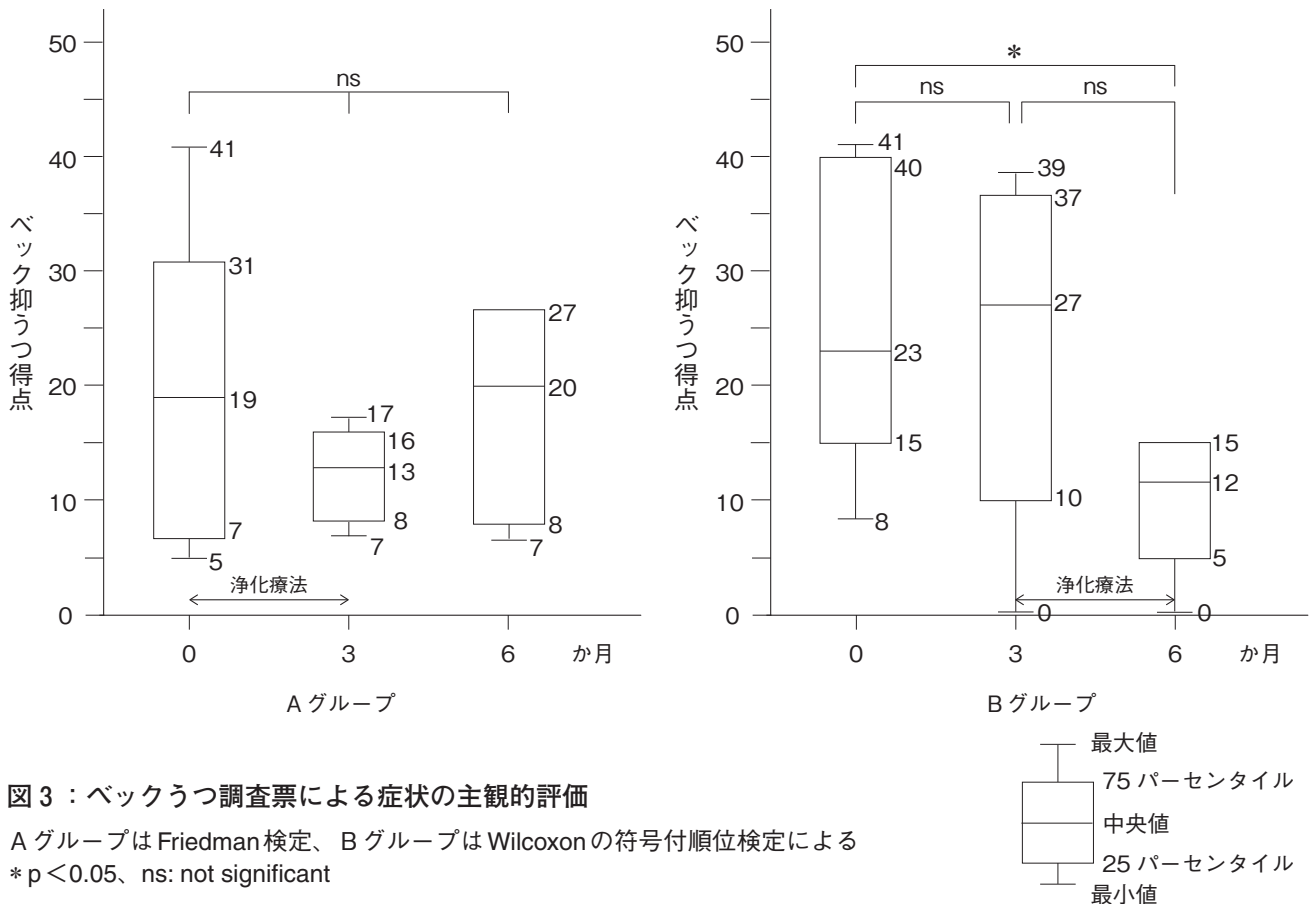


図2：線維筋痛症質問票による症状の主観的評価

AグループはFriedman検定、BグループはWilcoxonの符号付順位検定による
 * p<0.05、ns: not significant



その後施術を受けたところ、研究終了時には中央値12にまで改善した ($p = 0.027$)。

3-4 服薬量の変化と有害事象

Aグループの6名は、研究開始前から抗うつ剤や鎮痛剤などを服用していたが、施術期間中に4名(67%)で薬が減量でき、施術終了後も増量することはなかった。Bグループでは、6名中5名が薬を服用していたが、そのうちの3名(60%)で、施術期間中に薬が減量できた。すべての患者において、研究期間中に施術による有害事象はなかった。

4. 考察

線維筋痛症の患者の多くは、身体的・精神的ストレスなどによって痛みに対する反応が高まり、強い痛みと不眠、うつなどの症状に苦しんでいる。まだ治療法が確立されていない現状では、症状が良くなるなら何

でも試したいという患者の気持ちは理解できる。ただし、その治療法が本当に有効なのか、そして従来の治療法と併用しても危険性はないのかなどについては、十分に配慮しなければならない。

すでに述べたように、生体エネルギー療法によってさまざまな症状が改善したとの報告はあるが¹³⁻¹⁵⁾、偽の施術と比較するといった厳格な研究方法では、施術自体の有効性をなかなか証明できない^{16,17)}。このことは、生体エネルギー療法の利点と限界を示していると思われる。つまり、「数十分間自分のそばにいて、何かをしてくれる」こと自体が症状の改善に重要であり、それを省いた時の施術自体の効果は限定的なのかもしれない。一方で安全性に関しては、他の治療と併用した場合でも、特別な有害事象があったという報告は見当たらない。

以上の利点と限界は、生体エネルギー療法の一般論であり、特別な能力を持つ人が、ある条件下で施術すると、劇的な効果を及ぼすことはあり得るし、筆者ら

もそのような現場に立ち会った経験がある。ただし筆者らが知る限り、現時点では、施術が脳波や心電図に変化を及ぼすという間接的な証明はできても²⁰⁻²³⁾、エネルギー自体の存在を直接証明することはできない。したがって、その人が照射するエネルギーの強さがどの程度なのかを客観的に評価する方法はない。しかも達人と言われる人でも、どの患者にも常に同じような効果をもたらすわけではない。以上から一般論としては、本人が施術を希望するならば、それによる劇的な効果を期待するよりも、「そばにいてくれる」という「人のぬくもり」による症状の改善を期待して、生体エネルギー療法を積極的に試みるべきだと考える。

生体エネルギー療法に関する次の課題として、一般的な施術によってどの程度の症状の改善が期待できるのかを明らかにする必要がある。本研究は参加人数が少なく、あくまでも予備的調査ではあるが、Aグループでは施術を継続すると症状が改善し、中止すると症状は再燃する傾向が見られた。Bグループでは、施術を受けなかった期間は症状が改善せず、その後の施術期間中は有意に症状が改善した。しかもどちらのグループでも、施術によって6割以上の患者で薬が減量できた。このことから、線維筋痛症のように、ストレスによって症状が増強し、治療法が確立されていない疾患では、生体エネルギー療法は積極的に試みてよい方法と思われる。今後症例を増やして調査を行う必要がある。

本研究の限界のいくつかはすでに述べたが、それをまとめると次のことが言える。第1に、少人数を対象とした予備的研究なので、症例を増やした場合に結果が異なる可能性がある。第2に、自覚症状の改善・増強と服薬量の変化で施術の効果を見ており、客観性に乏しい。線維筋痛症の特徴として、検査データに異常を認めないのが普通だが、Sanadaらは線維筋痛症患者において、運動療法や食事療法の後で血清の炎症性バイオマーカー、特にインターロイキン8と6が減少したことを報告している³²⁾。第3に、療法士による無意識のカウンセリング効果やその他の因子が症状の改善に寄与した可能性があり、生体エネルギー療法自体の効果とは断定できない。第4に、生体エネルギー療法の長期効果は不明である。このような本研究の限

界を踏まえて、今後の研究計画を立てる必要があると考える。

4-1 結語

ポルトガルの線維筋痛症患者12名を対象に、生体エネルギー療法の一つである岡田式浄化療法の施術を継続した3か月間と施術をしなかった3か月間において、日常生活における症状の強さ、圧痛の程度、うつ症状、服薬状況を比較した。その結果、特に後半の3か月間に施術を受けたグループにおいて、自覚症状の著明な改善が見られた。研究に参加する前に服薬をしていた11名中7名で、薬の減量ができた。施術によると思われる有害事象はなかった。

謝 辞

本研究のために、研究費の助成を頂いた一般財団法人MOA健康科学センター、およびデータの翻訳をお手伝い下さった一般社団法人MOAインターナショナルのポルトガル支部、および海外プロジェクトチームに、心より感謝申し上げます。なおこの報告書の趣旨は、現在英語論文として印刷中である。

利益相反 (COI) に関して

F・サルメントとE・コルデイロは一般社団法人MOAインターナショナル(MOA)と提携するMOAポルトクリニックの勤務医であるが、二人ともMOAから給与や研究費等の直接の利益は得ていない。また、鈴木清志が理事長を務め、田中英明が勤務する一般財団法人MOA健康科学センターは、一般社団法人MOAインターナショナルの社員である。ただ両者とも営利目的の団体ではなく、鈴木はそのどちらからも給与や研究費等は得ていない。

[参考文献]

- 1) American College of Rheumatology. Fibromyalgia. <http://www.rheumatology.org/I-Am-A/Patient-Caregiver/Diseases-Conditions/Fibromyalgia>, (accessed 2017-10-20).
- 2) Wang SM, Han C, Lee SJ, et al. Fibromyalgia diagnosis: A review of the past, present and future.

- Expert Rev Neurother. 15, 667-679. 2015
- 3) Clauw DJ. Fibromyalgia and related conditions. *Mayo Clin Proc.* 90, 680-692. 2015
 - 4) Calandre EP, Rico-Villademoros F, Slim M. An update on pharmacotherapy for the treatment of fibromyalgia. *Expert Opin Pharmacother.* 16, 1347-1368. 2015
 - 5) Martínez MP, Miró E, Sánchez AI, et al. Cognitive-behavioral therapy for insomnia and sleep hygiene in fibromyalgia: A randomized controlled trial. *J Behav Med.* 37, 683-697. 2014
 - 6) Martín J, Torre F, Padierna A, et al. Interdisciplinary treatment of patients with fibromyalgia: Improvement of their health-related quality of life. *Pain Pract.* 14, 721-731. 2014
 - 7) Luciano JV, D'Amico F, Cerdà-Lafont M, et al. Cost-utility of cognitive behavioral therapy versus U.S. Food and Drug Administration recommended drugs and usual care in the treatment of patients with fibromyalgia: An economic evaluation alongside a 6-month randomized controlled trial. *Arthritis Res Ther.* 16(5), 451. 2014
 - 8) Theadom A, Cropley M, Smith HE, et al. Mind and body therapy for fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev.* 9;(4):CD001980. 2015
 - 9) Wigers SH, Stiles TC, Vogel PA. Effects of aerobic exercise versus stress management treatment in fibromyalgia. A 4.5 year prospective study. *Scand J Rheumatol.* 25, 77-86. 1996
 - 10) Sañudo B, Carrasco L, de Hoyo M, et al. Vagal modulation and symptomatology following a 6-month aerobic exercise program for women with fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol.* 33, S41-45. 2015
 - 11) Giannotti E, Koutsikos K, Pigatto M, et al. Medium-/long-term effects of a specific exercise protocol combined with patient education on spine mobility, chronic fatigue, pain, aerobic fitness and level of disability in fibromyalgia. *Biomed Res Int.* 2014:474029. 2014
 - 12) Kengen Traska T, Rutledge DN, Mouttapa M, et al. Strategies used for managing symptoms by women with fibromyalgia. *J Clin Nurs.* 21, 626-635. 2012
 - 13) Peck SD. The efficacy of therapeutic touch for improving functional ability in elders with degenerative arthritis. *Nurs Sci Q.* 11, 123-132. 1998
 - 14) Denison B. Touch the pain away: New research on therapeutic touch and persons with fibromyalgia syndrome. *Holist Nurs Pract.* 18, 142-151. 2004
 - 15) DiNucci EM. Energy healing: A complementary treatment for orthopaedic and other conditions. *Orthop Nurs.* 24, 259-269. 2005
 - 16) Assefi N, Bogart A, Goldberg J, et al. Reiki for the treatment of fibromyalgia: A randomized controlled trial. *J Altern Complement Med.* 14, 1115-1122. 2008
 - 17) Abbota NC, Harknessa EF, Stevinsona C, et al. Spiritual healing as a therapy for chronic pain: A randomized, clinical trial. *Pain.* 91, 79-89. 2001
 - 18) MOA インターナショナル. 岡田式浄化療法3級テキスト [合本版]: 解説 岡田式浄化療法/岡田式浄化療法の実際. MOA インターナショナル. 静岡. 2012
 - 19) MOA インターナショナル. <http://www.moainternational.or.jp/>, (accessed 2017-10-20).
 - 20) 内田誠也, 上野正博, 菅野久信ほか. 脳波および自律神経に及ぼす外気の効果: 暗示効果と気の効果との違い. *J Intl Soc Life Info Sci.* 20, 453-456. 2002
 - 21) Uchida S, Iha T, Yamaoka K, et al. Effect of biofield therapy in the human brain. *J Altern Complement Med.* 18, 875-879. 2012
 - 22) 内田誠也, 上野正博, 菅野久信ほか. 自律神経に及ぼす外気の効果: 施術者の熟練度による効果の違いについて. *J Intl Soc Life Info Sci.* 21, 115-119. 2003
 - 23) Uchida S, Yamaoka K, Sugano H, et al. Effect of external Qi (MOA purifying therapy) on heart rate variability in climacteric women. *J Intl Soc Life Info Sci.* 22, 561-562. 2004
 - 24) Suzuki K, Uchida S, Kimura T, et al. A large cross-sectional, descriptive study of self-reports after

- biofield therapy in Japan: Demography, symptomatology, and circumstances of treatment administration. *Altern Ther Health Med.* 18, 38-50. 2012
- 25) 畑山道子, 鈴木清志, 石田アサエほか. 更年期障害に対する岡田式浄化療法(生体エネルギー療法)の長期効果. *MOA 健科報.* 12, 13-19. 2009
- 26) Mikobi Minga T, Kure Koto FK, Egboki H, et al. Effectiveness of biofield therapy for individuals with sickle cell disease in Africa. *Altern Ther Health Med.* 20, 20-26. 2014
- 27) Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arth Rheum.* 33, 160-172. 1990
- 28) Martinez JE, Fujisawa RM, de Carvalho TC, et al. Correlation between the number of tender points in fibromyalgia, the intensity of symptoms and its impact on quality of life. *Rev Bras Reumatol.* 49, 32-38. 2009
- 29) Bennett RM. The Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ): A review of its development, current version, operating characteristics and uses. *Clin Exp Rheumatol.* 23, S154-S162. 2005
- 30) Bennett RM, Friend R, Jones KD, et al. The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR): Validation and psychometric properties. *Arthritis Res Ther.* 11, R120. 2009. doi:10.1186/ar2783
- 31) Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev.* 8, 77-100. 1988
- 32) Sanada K, Díez MA, Valero MS, et al. Effects of non-pharmacological interventions on inflammatory biomarker expression in patients with fibromyalgia: A systematic review. *Arthritis Res Ther.* 17, 272. 2015