

第5章 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害

13. 持続性身体表現性疼痛障害

稲垣 卓司* 川向 哲也* 宇谷 悦子* 堀口 淳*

I. はじめに

身体科において、種々の鎮痛治療にもかかわらず持続して痛みを執拗に訴え、頻回に受診する患者がいる。このような患者は、身体に痛みを生じさせるほどの器質的な病変がないか、あるいは説明がつかないとして、「心因性」の判断をされて精神科に紹介されることが多い。「痛み」のために日常生活が制限され、時には家族や治療者も巻き込んでしまう。患者にとっては「痛み」が生活や人生の主要部分となってしまう。われわれ治療者は、疾患を正しく理解し、患者との適正な関係を築くことが重要となる。

II. 診 断

ICD-10の診断基準によると、持続性身体表現性疼痛障害の主訴は、頑固で激しく苦しい痛みであり、それは生理的過程や身体障害によっては完全には説明できない。痛みは、主な原因として影響を及ぼしていると十分に考えられる情緒的葛藤や心理社会的問題に関連して生じる。それは個人的であれ、医療的なものであれ、援助を受けたり注意を惹いたりすることが著明に増えるものとされている。

通常、明らかに客観的な器質的所見がない場合や、疼痛の訴えに見合うほどの身体所見がない場合において、疼痛行動が持続し、疼痛に対する

様々な治療を十分行っても症状が改善しない場合に本障害が疑われる。

III. 治 療

神経ブロック療法や電気刺激療法、レーザー療法、温熱療法をはじめとする身体的治療に加え、患者の心理社会的要因や情動、認知などに焦点を当てて治療をする心身医学的アプローチが必要である。痛みの程度が器質的な病変と一致せず、患者は前医から「気のせいだ」「精神的なものだ」などと言われ、失望感や怒りや不安を持ってわれわれを受診することが多い。また痛みに関与している場合は、「痛み」を訴えることによって精神心理的問題を防衛していることがあり、それらの問題に直面することに抵抗を示すことも多い¹⁾。まずは受容的態度で痛みを否定することなく、「身体医学的治療では十分な改善が認められなかった」という視点で治療を始めることが大切である。

1. 心理教育

急性の疼痛と慢性の疼痛はメカニズムが違うことを患者に伝える。慢性の疼痛は発症因と持続因が多岐にわたることが多い。発症因として、事故や器質的疾患が認められても発症前の性格特性や社会適応性やストレスコーピングなどと、発症後の不安などによって、二次的に情動障害や行動面および社会面の障害が出て、疼痛が増強したり持続することが多い²⁾ことを説明する。疼痛には多かれ少なかれ心理社会的要因が関係していること³⁾の理解を進める。また慢性の疼痛については、主観的な知覚としての慢性疼痛と、知覚の存在を他者に伝えるためにとる随意的行動(痛み行動)に分けられることを説明し、自らの痛みについて苦

*島根大学医学部精神医学講座

〒693-8501 島根県出雲市塩冶町89-1)

Takuji Inagaki, M.D., Tetsuya Kawamukai, M.D., Etsuko Utani, M.D., Jun Horiguchi, M.D.: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Shimane University, 89-1, Enya-cho, Izumo-shi, Shimane, 693-8501 Japan.

悩と疼痛行動を振り返るよう促す。さらに痛みの捉え方、痛みへの態度、痛みが患者と周囲（他者）に与えている影響などを自己評価する。

2. 認知行動療法

近年、慢性疼痛の治療に認知行動療法の有用性が認められてきている⁷⁾。痛み行動を強化しているのは周囲からの報酬であるため、痛み行動に対しては治療者は中立的に臨む⁸⁾。痛み行動を保持しているのは周囲の環境からの反応だけでなく、患者の思考や情緒が大きな役割を果たしている。特に疾患や症状に対する患者の確信は、周囲の環境からの反応が患者にとって何を意味するかを大きく左右するので、患者の痛みに関する認識が変わらない限り適応的な行動の増加は望めない⁹⁾。疼痛体験をめぐる行動が慢性疼痛の治療の焦点となる。このため痛みの問題に対する患者の見方を「どうしようもない」から、「なんとかなりそう」に置き換えたり、自分自身に対する見方を「受け身的、反動的、無力」から「積極的、臨機応変可能、有能」へ置き換えるなどのアプローチを行う⁹⁾。治療に際しては患者の否定的思考「痛いからできない」を肯定的思考「痛くてもできることがある、痛くても生活を楽しめる」に変換させることがポイントになる⁹⁾。

3. 薬物療法

鎮痛剤の他に、従来より三環系抗うつ薬が疼痛治療に用いられてきた。近年、SSRIやSNRIが通常の鎮痛剤で効果のない慢性疼痛患者に有効との報告がみられるようになった^{2,6)}。忍容性の面からも使用を試みるとよい。

4. その他の治療

1) 自律訓練法

慢性疼痛患者は疼痛はもちろん心理社会的なストレスにより過剰にイライラしたり、さまざまなことに怒りをぶついたり緊張状態にあるので、緊張緩和の方法として用いるとよい。

2) リハビリテーション

専門医や理学療法士の指導で行う必要があるが、

「適切な身体活動はかえって痛みを減少させる」¹⁰⁾ 観点から勧めるとよい。

IV. おわりに

持続性身体表現性疼痛障害は主としてコンサルテーション・リエゾン精神医学において治療上問題になることが多い。近年では線維筋痛症のように疾患の原因も概念もよくわかっていない疾患⁹⁾や、CRPS (complex regional pain syndrome) などの難治な症例がわれわれの臨床でも散見されるようになった。治療者としては根気のいる治療となる。患者の訴える「痛み」の背景に思い至れるまなざしをもって関わりたいものである。

文 献

- 1) Bleichhardt, G., Timmer, B. and Winfried, R.: Cognitive-behavioural therapy for patients with multiple somatoform symptoms—a randomised controlled trial in tertiary care. *J. Psychosom. Res.*, 56; 449-454, 2004.
- 2) Fishbain, D.: Evidence-based data on pain relief with antidepressants. *Ann. Med.*, 32; 305-316, 2000.
- 3) 八反丸健二, 増田彰則, 中山高史ほか: 慢性疼痛患者に対する多面的治療と経過について. *心身医*, 44; 194-200, 2004.
- 4) 本田哲三, 中島恵子, 水品朋子ほか: 疼痛患者のリハビリテーション医療における教育・指導—慢性疼痛管理プログラムを中心に—. *ペインクリニック*, 23; 1234-1242, 2002.
- 5) 丸田俊彦: 高齢者の慢性疼痛. *老年精神医学雑誌*, 15; 312-316, 2004.
- 6) Mattia, C., Paoletti, F., Cokuzzi, F. et al.: New antidepressants in the treatment of neuropathic pain. *Minerva Anesthesiol.*, 68; 105-114, 2002.
- 7) 西松能子: 痛みと精神科. *ペインクリニック*, 25; 329-336, 2004.
- 8) 西岡真樹子, 秋本美津子, 白井千恵ほか: 線維筋痛症の病態と疾患概念. *日本醫事新報*, 4177; 10-14, 2004.