

特 集

ストレスと慢性疼痛

獨協医科大学 麻酔科学教室

山口 重樹 北島 敏光

1. 痛 み

「ここが痛むんです。」、病院にいればあたりまえのように聞こえてくる言葉である。病院に来る患者の最も普遍的な愁訴の一つが痛みである。従来より、痛みは生命の危険を知らせ、身の安全を守るための警告反応として考えられ、万人に存在している。そして、組織損傷の可能性があるときに痛みを訴えるのが普通である。国際疼痛学会では1986年に痛みとは「組織の実質性のあるいは潜在性の障害と関連するか、またはそのような障害を表す言葉で表現される不快な感覚・情動体験」と定義している¹⁾。この定義から、痛みには組織の障害によって起こる感覚的要素と、その感覚を個人的・主観的に認識することによって生じる情動的要素の2つが存在することがうかがえる。簡単に述べると、痛みは感覚としての痛みだけではなく、情動という心理的側面を持つということになる。そのため、われわれは痛みと共に存在し、痛みの増幅因子となり得る様々な心理的あるいは社会的要因(ストレス)を把握し、患者の「身」のみならず「心」の痛みをも理解し、診察・治療を施さなければならない。

2. 急性疼痛と慢性疼痛

組織損傷に伴う通常の痛みは、多くの場合一過性で、組織損傷の治癒とともに次第に減弱、消失する。通常、このような痛みを急性疼痛と呼んでいる。急性疼痛は組織損傷を受けた部位に分布する痛覚線維が刺激されて生じるため、急性疼痛は生体が危害にさらされていることを知らせる警告信号であり生理的な痛みである。ところが、一部の患者では急性疾患の通常経過あるいは組織損傷の治癒に要する妥当な時間を越えて痛みを訴えつづけることがある。このような痛みが慢性疼痛と呼ばれている²⁾。

病理組織学的に急性疼痛と慢性疼痛を区別するなら、急性疼痛は組織損傷により侵害刺激が末梢受容体へ入力され、活動電位に変換されインパルスとして脊髄に伝えられ、そこで下行性抑制系などの様々な修復を受けながら感覚伝導系を上行して大脳皮質へ達することによって

自覚される感覚である³⁾。一方、慢性疼痛では痛覚伝達路は急性疼痛と同様であっても、末梢から中枢まで様々なレベルの神経細胞の変性により、シナプス伝達に異常が生じた結果、持続そして増強する痛みと理解されている⁴⁾。

国際疼痛学会ではこれらの病理組織学所見を考慮して、慢性疼痛を「急性疾患の通常経過、あるいは外傷の治癒に相当する期間を一ヶ月以上越えて持続するか、継続する疼痛の慢性の病理学的経過と一体となっている疼痛、もしくは数ヶ月から数年の間隔で再発する疼痛」と定義している⁵⁾。また、Bonica JJは「慢性疼痛とは疾患が通常治癒するのに必要な期間を越えているにもかかわらず訴え続けられる痛み」と述べている²⁾。痛みが生じてからどのくらいの期間が経過すれば慢性疼痛と呼べるのかという定説はなく、研究者によってその期間はさまざまであるが、慢性疼痛の診断に期間は重要でなく、その臨床経過、臨床像が重要と思われる。表1に急性疼痛と慢性疼痛の特徴を示したが、明らかにその臨床像は異なるものであることがわかる。慢性疼痛では、多彩な精神・心理学的兆候を伴うことが多く、精神・心理的要素が慢性疼痛の発症に強く関与する場合もあれば慢性疼痛が精神・心理的症状を誘発することもある。

3. 慢性疼痛とストレス

慢性疼痛の原因をその機序別に表2に示す。慢性疼痛の発症にはさまざま原因が考えられる。しかし、痛みの原因がどのようなものであれ、身体上に存在しない痛みあるいは身体上の問題はほぼ治癒しているにもかかわらず引き続いていく痛みには、心理的あるいは社会的な要因が影響していることが多い⁶⁾。これらの要因は、痛みと複雑に絡み合い、相互に影響しあうことにより、ますます痛みの形相を複雑にし、慢性疼痛を難治性にする。何らかの転機で成立した慢性疼痛は、様々な痛みの増幅因子(ストレス)により痛みの構成をさらに複雑なものにする。

身体的症状としての疼痛、精神的症状としての抑うつとストレスについての関係を図1に示す。器質的疾患に

表1 急性疼痛と慢性疼痛の特徴

	急性疼痛	慢性疼痛
痛みの存在意義	生体への警告信号	痛み自体が病気
痛みの経過	急激 基礎疾患の治癒により消失	徐々に発現, 次第に増強 基礎疾患の治癒後も持続, 治癒後に発現
診断	容易	困難
予後	既存の鎮痛薬で抑制される	難治性
精神症状	不安, 動揺	抑うつ
自律神経系	交感神経活動の亢進	不眠, 活動性の低下 易疲労感, 食欲低下

表2 慢性疼痛の原因

	代表疾患
侵害受容性疼痛	慢性関節リウマチ, 膠原病, 変形性関節症, 脊椎性疾患, 末梢血流障害, 慢性膵炎など
神経因性疼痛	反射性交感神経萎縮症, 帯状疱疹後神経痛, 脊髄損傷, 幻肢痛, 視床痛など
機能的疼痛	筋緊張型頭痛, 過敏性腸症候群, 胆道ジスキネジーなど
心因性疼痛	うつ病, 不安障害, 身体表現性障害など
学習性疼痛	詐病など

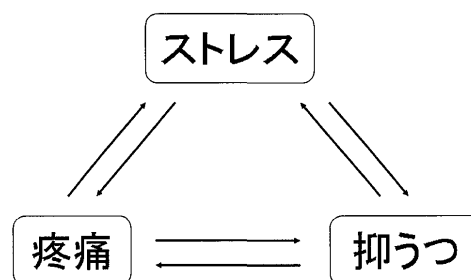


図1 ストレス, 疼痛, 抑うつはお互いの症状発症に重要な影響を及ぼし, 増悪因子となる。

伴う痛みが一定の期間を過ぎても続く場合, 患者は心理的あるいは社会的ストレスを感じたり, 抑うつを訴える。また, 心理的あるいは社会的ストレスの存在, 抑うつといった精神症状の先行の後に, 何らかの原因で発生した痛みが遷延することもしばしば見られる。さらには, 精神疾患の一つの症状として痛みを訴える場合もあり, この場合は痛みの器質的な原因がまったく存在しない。このように, ストレスが慢性疼痛への移行前に存在するか, 移行後ストレスが伴われてくるか, 各々の病態は全く異なるが, ほとんどの場合, 慢性疼痛とストレスや抑うつは同時に存在する。

痛みに伴うストレスには大きく3つのものがある。図2に示すように, 社会的ストレス, 身体的ストレス, 心理的ストレスが相互に影響しあい, 痛みを増幅していく。従って, 慢性疼痛の原因の検索, 治療は全ての要因(ストレス)を一つ一つ把握, 改善していく必要がある。

4. 慢性疼痛と抑うつ

麻酔科(ペインクリニック)外来で慢性疼痛患者を診察していると, 患者から「私はうつ病でしょうか?」という質問をよく聞く。実際, 慢性疼痛にうつ病を合併することは多く, またうつ病患者では慢性疼痛を訴えることも多い。

慢性疼痛患者では, 高率にうつ病を合併することが報

告されている^{7~9)}。そして, 慢性的な痛みは持続的な不安, 不眠, 怒り, 抑うつ状態を引き起こし, それらが互いを増強させて痛みの悪循環を形成する¹⁰⁾。さらに, 長く続く激しい痛みのため, 正常な生活を送れなくなったことから生じる悲しみ, 健康状態についての心配, 一家の生計を支える義務を果たせなくなったことについての罪悪感, 薬物使用などが原因となって慢性疼痛患者ではうつ病を発症することはしばしばある³⁾。

一方, うつ病患者では慢性疼痛を訴える割合が高く, うつ状態の患者の50%以上が痛みを主訴としているとの報告がある¹¹⁾。また, 慢性疼痛を訴える患者の多くが特有な心理学的特徴を持っているとの報告もある^{12, 13)}。このような患者では, 痛みによって常に防衛されなければならない心因的ストレスが存在したり, 痛みの訴えによって精神心理的問題を防衛している可能性が考えられる¹⁴⁾。

いずれにせよ, 慢性疼痛と抑うつは合併することが多く, 両者はお互いの症状の増強因子となりうる。そのため, 慢性疼痛患者を診察する場合, 「心」と「身」の相互に関連して痛みを形成・維持していると考えて, 身体的側面と精神的側面の両面から患者の痛みの訴えを診ていく必要がある。

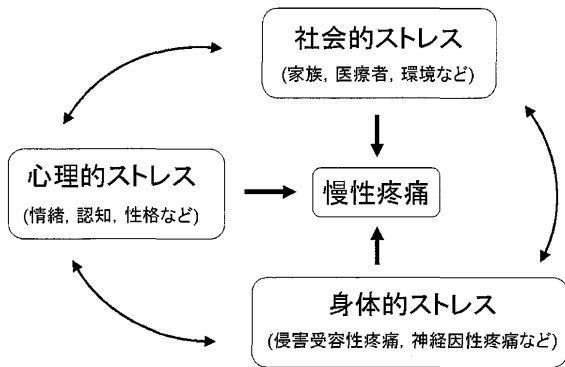


図2 身体的ストレスのみならず、心理的あるいは社会的ストレスも慢性疼痛発症の誘引であり、各々のストレスはお互いに干渉しあう。

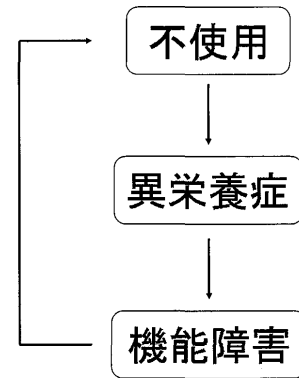


図4 慢性疼痛患者では、疼痛部位を使わなくなることによりその部位は局所の異栄養症(Suddeck萎縮など)に陥る。そして、この異栄養症が筋の廃用萎縮、関節の拘縮などの機能障害に引き起こし、さらにその部位を使用しなくなる。この悪循環が患者に対して心理的・社会的ストレスを与え、慢性疼痛の固定化や悪化をまねく。

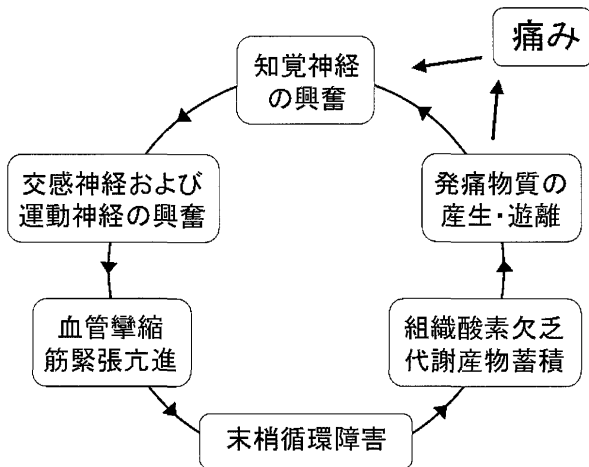


図3 痛み刺激に伴う交感神経・運動神経刺激が局所の末梢循環障害を引き起こし、組織酸素欠乏、代謝産物蓄積などの結果、炎症性発痛物質の産生・蓄積が起こり、さらに知覚神経を興奮させ、痛みの悪循環が形成される¹⁵⁾。

5. 慢性疼痛に伴うストレス

「私の痛みは慢性化したのでしょうか?」、臨床上しばしば聞かれる患者の声である。このような場合、患者は自分の痛みが不快なものであり、何らかの精神的・社会的ストレスを抱えていることが推察される。そして、既に患者の痛みは、慢性疼痛に移行している可能性が高い。表2に示した侵害受容性疼痛、神経因性疼痛、機能的疼痛などでは、急性疼痛であったにもかかわらず、痛みの原因が取り除かれなため痛みの悪循環が形成され、慢性疼痛に移行する。この急性期に発生する痛みの悪循環の病態生理を図3に示す。痛み刺激に伴う交感神経・運動神経刺激が局所の末梢循環障害を引き起こし、組織酸素欠乏、代謝産物蓄積などの結果、炎症性発痛物質の産

生・蓄積が起こり、さらに知覚神経を興奮させ、痛みの悪循環が形成される¹⁵⁾。ペインクリニック(麻酔科)外来で末梢神経ブロック、交感神経ブロックがよく行われているが、これらのブロックはこの悪循環を断ち切るために行われているのである。また、他の診療科では主として非ステロイド系消炎鎮痛剤の処方となっている。しかし、不幸にもこの悪循環が解消されずに長期間持続する場合、急性疼痛が慢性疼痛に移行する。

通常、慢性疼痛が形成されると、患者は疼痛の再発、増強を恐れ、痛みを避けるために痛みが存在する部位(多くは四肢)を使用しなくなる。図4に痛みと機能障害の悪循環を示す。この疼痛部位の不使用は、局所の異栄養症(Suddeck萎縮など)をきたし、筋の廃用萎縮、関節の拘縮などの機能障害に陥り、さらにその部位を使用しなくなるというような悪循環を導く。

さらに、この悪循環に社会的な要因が伴い、患者は痛み以外のストレスを抱え、抑うつなどの精神症状を伴うことになる。Kirshmanら⁸⁾の慢性腰痛患者を対象とした報告では、程度は異なるが80%の患者に抑うつ症状が確認されている。そして、彼らはこれらの患者にみられる特徴を次のように述べている。朝早く目覚め、体重が減少し、性欲減退などの症状を持ち、痛み集中し、他のことには無頓着になり、いつまでも続く不快な感じが人生の喜びを奪ったと訴えるようになる。そして、社会との接触を避け、スポーツ、趣味、家族などからも遠のき、歩くと気分が悪くなるので寝たきりになったり、椅子に座ったままの生活を送るようになる。家族や友人の世話になる度合いも徐々に増えていく。仕事や

表3 身体表現性障害 (DSM-IV-TR)

1. 身体化障害
30歳未満より始まる多数の身体愁訴であり数年間にわたる持続を認める。4つの疼痛症状、2つの胃腸症状、1つの泌尿生殖器症状、1つの偽神経学的症状によって特徴づけられる。
2. 転換性障害
偽神経症状を含む、原因不明の身体症状であり、心理的要因が関与している。
3. 心気症
医学的な保証によって軽快しない6ヶ月以上続く重篤な疾患への恐れ、あるいはとらわれ。
4. 疼痛性障害
訴えの中心が痛みであり、心理的要因が関与していることが認められる。

家事に従事できない場合は、心配が加わり、自信を喪失し、さらには自分を卑下するようになる。Kirshmanら⁸⁾が述べた慢性腰痛の患者のように、慢性疼痛患者では、痛みを発症した当初、精神症状、心理的ストレスの存在が認められなかったとしても、痛みの悪循環が患者の活動を制限し、さらにはそれに伴う社会的ストレスにより次第に痛みの訴えとともに抑うつや不安といった精神症状が顕著になってくる。そして、それらの精神症状が痛みをいっそう悪化させる結果となる。

6. ストレスに伴う慢性疼痛

「どこへ行っても何も見つからなかった、とりあえずペインクリニックに行って痛みの治療をしてもらいましょう」と勧められ、ペインクリニック（麻酔科）外来を受診してくる患者が時々いる。このような患者を診察する時、常を感じることは痛みの経過を一方的に話し、その痛みが誰にも理解されていないことを訴える。このような患者の痛みは非常に複雑であり、診察・治療を重ねても何らの進展、患者の満足が得られない場合が多い。

痛みを訴える以前に何らかの心理社会的ストレスが存在する場合、痛みの訴えが遷延し慢性疼痛に移行する場合がある。このようなストレス先行型の慢性疼痛は、通常心因性疼痛と呼ばれ、その臨床経過は急性疼痛から慢性疼痛に移行した慢性疼痛とは明らかに異なる。心因性疼痛では、身体的原因が明らかでなかったり、身体的原因と痛みの訴えが釣り合わなかったり、解剖学的に一致しないなどの特徴を有する。心因性疼痛において精神的ストレスに伴う精神症状の存在が疑われる疾患には、身体表現性障害、うつ病、不安障害、虚偽性障害などがある。

身体表現性障害とは、簡単にその疾患の概念を述べる

表4 疼痛性障害 (DSM-IV-TR)

1. 1つ以上の疼痛が臨床像の中心であり、臨床的関与を要するほど重要である。
2. その疼痛は、臨床的に著しい苦痛または、社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。
3. 心理的要因が、疼痛の発症、重傷度、悪化、または持続に重要な役割を果たしているとは診断される。
4. その症状は意図的に作り出されたものではない。
5. 疼痛は気分障害、不安障害、精神病性障害など他の精神疾患では説明できない。

と、「心の悩みが体の症状として現れる障害」と言える。身体表現性障害のうち、訴えの中心が痛みであり、心理的要因が関与していることが認められる障害を疼痛性障害と呼ぶ(表3)¹⁶⁾。

うつ病や不安障害は、精神症状が痛みの訴えの基盤に存在する疾患で、身体表現性障害と比べ、身体的基礎疾患の存在は明らかではないが、精神症状の存在が顕著にみられる。

虚偽性障害は、身体的疾患あるいは精神的疾患をまねた症状の産出、病者役割のみが疾患産出行動の動機といった特徴を有し、痛みの訴えが意図的に作り出されている場合である。外的利益を求めているような詐病とは明らかに異なる。

7. 身体表現性疼痛障害

よく、各臨床診療科から「器質的疾患が見出せないにもかかわらず痛みが続いているので診てほしい。」と痛みを主訴とする患者がペインクリニック（麻酔科）外来に紹介されてくる。このような患者の一部に身体表現性障害の疼痛性障害（身体表現性疼痛障害）が当てはまるのではないかと考えられる。Dworkins¹⁷⁾は、身体表現性障害にはストレスが重要な役割をしているが、実際には稀な疾患であると述べている。しかし、構造が複雑になってきている現代社会では複雑かつ重大なストレスを抱えている人は多く、このような集団の中から身体表現性障害を発症する患者が増えてくることが考えられる。

身体表現性障害とは、ストレスがうまく消化されずに、体の症状として現れる障害のことで、ストレス因子が強く関与していると判断されることと、器質的問題では十分に説明できないことが診断の重要な目安である。このうち、痛みが体の症状の主となっている障害がアメリカ精神医学会による精神疾患の診断・統計マニュアル(DSM-IV-TR)の疼痛性障害である。疼痛障害の診断基準を表4に示すが、要するに、痛みがあつて社会的な

支障が生じているが、身体的基礎疾患が見出すことができない障害である¹⁷⁾。

一方、ICD-10ではこのような疾患を身体表現性疼痛障害と呼び、「主な愁訴は、頑固で激しく苦しい痛みについてのものであり、それは生理的過程や身体的障害によっては完全には説明できない。痛みは、主要な原因として影響していると十分に結論できる情緒的葛藤や精神的社会的問題に関連して生じる。結果的には、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引いたりすることが著明になる。うつ病性障害や統合失調症の経過中に生じる心因性起源と推定できる痛みをここに含めてはならない」と定義している¹⁸⁾。

Dworkins¹⁷⁾は身体表現性障害患者の特徴を以下のよう述べている。①情緒あるいは感情を言語で表現することが不得意である、②身体的にしか表現できない失感情症である、③身体的愁訴の特徴として症状はストレスや情緒と関連して表れる、④過去に患者にとって重要であった人物が経験した症状と類似している、⑤苦痛の表現が演技的で長く続く、⑦手術や診断的手技に良く耐えるが症状にひどく苦しみ、⑧症状が器質的なものであるといわれると苦痛の訴えが減少する、⑨症状が改善すべきときには古い症状が悪化したり新しい症状が出現する、⑩心理的要因を理解しようとするが抵抗もしくは無視する、などである。

痛みと同時に何らかの精神症状を訴えるうつ病や不安障害と比べ、身体表現性疼痛障害では、痛みの訴えが主で前面にでてることが多く、急性疼痛から慢性疼痛に移行した患者との鑑別診断が困難なことが多く、その診断にたどり着くことに時間を要する。そのため、身体表現性疼痛障害の診断・治療に慣れていない臨床医は、痛みの器質的疾患を検索することに集中し、また薬物治療、手術や神経ブロックなどの侵襲的治療により患者の痛みを治療しようと考えてしまう。また、患者自身も痛みを身体的なものとして捉え、ストレスなどの心理社会的問題を認めながらも、さらには否認する傾向にある^{19), 20)}。このように、診察する医師と診察される患者の両者の要因が複雑に絡み合い、いっそう痛みを悪化させ、両者の信頼関係も築くことができないため、身体表現性疼痛患者ではしばし「doctor shopping」を引き起こすことも稀ではない。そのため、身体表現性疼痛障害の診断にまで至らない場合も多いと考えられる。

8. 慢性疼痛の治療

慢性疼痛の治療にあたっては、図2に示したように身体的ストレス、心理的ストレス、社会的ストレスなどの多くのストレスが複雑に絡み、そして抑うつといった精

神症状が随伴した複雑な病態であるため、診断と治療にあたっては症例ごとの詳細な検討が必要である。そして、各臨床科が協力した集学的アプローチが必要とされる。

1) 慢性疼痛患者の理解

痛みは同じでも、急性疼痛と慢性疼痛の治療過程はまったく異なる。痛みを取り除く手段としての薬物的治療、侵襲的治療は同じであっても、治療への反応性は異なる。さらに、慢性疼痛では治療期間が長くなるほど精神心理的療法の必要性が増してくる。そして、慢性疼痛患者では、その痛みが医療者や家族、友人、社会に理解されることが理解されることが少ないため、強い医療不信を抱く傾向にある。

そのため、慢性疼痛患者を診察・治療する際には、痛みの訴えが続く理由を理解することが重要となる。その一般的な理由には、①痛みは患者にとって全てであり過去の痛みより現在の痛みが重要である、②痛みの客観的評価は難しい、③痛みが緩和されても患者はさらなる痛みの軽減を望む、④再び激しい痛みが再発するのではないかという不安、⑤痛みに伴う抑うつや怒りといった感情の存在、⑥社会復帰への不安、⑦家族や社会からの過度の期待などが挙げられる。このような個々の患者の慢性疼痛の維持・強化因子を把握し、個々の患者に合わせた治療が必要となる。そのためには、患者の「心」と「身」の苦痛を共感的に傾聴し、患者との良好な関係を築くことが重要である。

2) 慢性疼痛患者への薬物療法

前述したように慢性疼痛患者は身体的、社会的、心理的ストレスが複雑に存在するため、通常の薬物療法に抵抗性を示す場合が多い。そのため、投薬前に使用する薬物に対する必要性を説明し患者の理解を得ることが重要である。急性疼痛とは異なり、「痛いときに内服する」のではなく、定期的に投薬することが原則となる。また、患者の医療者側への不振を取り除くために、患者にかかわる医療従事者間の統一した薬物療法を行うことが必要となる。

慢性疼痛患者の満足を満たす薬を見つけ出すことは不可能といってもよい。そのため、われわれは現在でも非ステロイド性抗炎症薬やオピオイド鎮痛薬を使用している。従来、これらの薬は急性疼痛に対して開発されたものである。しかし、もし、これらの薬剤がある程度の効果、一定の時間の効果を認めれば、その使用は患者のADLを改善することで意義があるといってもよい。

精神症状が明らかな場合や何らかの心理的ストレスが疑われる場合、向精神薬の使用は推奨されるべきである。

しかし、その使用にあたっては、その意義についての患者への説明そして患者の理解が重要となる。また、抗うつ薬にはモノアミンの再取り込みを抑制し鎮痛効果を発揮するものがあり、精神症状の明らかでない慢性疼痛患者への使用も増えてきている^{21, 22)}。

その他、抗痙攣薬、局所麻酔薬、 α 受容体遮断薬、N-methyl-D-aspartate受容体拮抗薬、漢方薬などの非鎮痛薬の慢性疼痛患者への投与も行われている。本稿では薬物療法の詳細を省いてしまったが、多くの成書、論文があるのでそれらを参考にさせていただきたい。

3) 慢性疼痛患者への侵襲的治療

神経ブロックや手術療法などの侵襲的治療も通常では急性疼痛の治療として用いられることが多いが慢性疼痛においても応用されることがある。これらの治療は、図3に示した痛みの悪循環を断ち切り、慢性疼痛への移行、維持・強化を断ち切ることを目的として行われている。しかし、むやみな侵襲的治療は、精神的負担や抑うつ傾向を悪化させ、痛みの訴えを増強することもあるので、その適応は慎重かつ計画的でなければならない。

4) 慢性疼痛の精神心理的アプローチ

古い文献ではあるが、長沼らは「痛みに生きる人」という概念を提唱し、それらの人を「長年にわたって痛みを訴え続け、その間あらゆる身体的治療に抵抗し、最終的には精神療法的接近も受け入れず、決して消失することのない痛み苦しむ人々」と定義している²³⁾。この定義からも伺えるように、慢性疼痛患者では精神心理的アプローチが治療の中心的役割をなすことが理解できる。

Sharp²⁴⁾は、「慢性疼痛患者における精神心理的アプローチの第一歩は、疼痛は今まで行ってきた身体医学的治療では完治できないということを担当医および患者が認め、視点を変え現実の疼痛を受け入れた上でどのような生活が可能か考えていく姿勢である」、と述べている。慢性疼痛の治療に応用される代表的な精神心理的アプローチには、①行動療法（オペラントアプローチ）、②フィードバック法、③システムズアプローチ、④自律訓練法、⑤認知療法（認知行動療法）、⑥ロゴセラピー（実存分析）などがある。これらのアプローチを行う上で最も重要な点は、慢性疼痛を訴える患者との信頼関係の樹立で、患者の訴える痛みに対して「理解」と「共感」することが重要である。各々の精神神経アプローチ法の詳細については成書を参考にさせていただきたい。

9. 身体表現性疼痛障害の治療

身体表現性疼痛障害は、慢性疼痛のなかで治療に難渋

する障害の一つである。われわれも過去に、器質的疾患の障害を最後まで疑い、身体症状に対する治療にこだわり続けたことにより、治療に難渋した身体表現性障害の1例を経験している。通常、身体表現性障害患者は、手術を含めたあらゆる侵襲的治療を好む傾向にあり、心理的葛藤を隠蔽しようとする^{19, 20)}。

このような治療に難渋する身体表現性障害の患者をどのように治療すればよいか成書や文献を参考にすると、治療経過のなかで、患者自らが身体化から離れて、現実の生活から逃げることなく、問題解決のために、患者が本来有する社会適応能力を再び引き出させるよう、医療従事者や家族が心理・社会的サポートを行っていくことが最も必要となる。

このようなアプローチによっても痛みの訴えに執着し続けることが身体表現性障害の特徴であるが、英国ではre-attribution model²⁵⁾と呼ばれている包括的な取り組みを行っているので最後に紹介したい。その取り組みとは、①feeling understood（患者がどうして、このような病気に至ったのかという物語を傾聴）、②brooding the agenda（現在、患者と話し合っているテーマを広げていく作業）、③making the link（そのテーマを心理的な問題とつなげる過程）、④Negotiating further treatment（それからどうしていけばよいかという問題に対して、患者と交渉する作業）である。この取り組みは、一般医と精神科医とのチーム医療を重視したものである。

10. 最後に

慢性疼痛を訴える患者は、痛みそのものが疾患であるだけでなく、抑うつや不安などの精神・心理的問題を抱えていることが多く、これらの問題には心理・社会的ストレスの存在が疑われる。また、心理・社会的ストレスは慢性疼痛患者の痛みの訴えの増幅因子として非常に重要である。本稿では、ストレスと慢性疼痛という課題で、慢性疼痛に伴うストレスによる精神疾患、ストレスに伴う精神疾患による慢性疼痛について述べた。

社会の構造が複雑になり、また家族・親子関係が粗になってきている現代社会では、心理的あるいは社会的ストレスを抱える人の数が増え、これから慢性疼痛を訴える患者の数が増加することが予想される。現時点では、慢性疼痛患者の痛みを患者が満足する程度までに軽減、もしくは治療することは困難と思われる。しかし、われわれ臨床医は患者の痛みを「理解」、「共感」し、専門各科と連携し「心身」両面からの包括的にアプローチすることが必要である。

文 献

- 1) IASP subcommittee on taxonomy : Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain*, **3** : S15-S226, 1986.
- 2) Bonica JJ. : Importance of the problem. in "Chronic Non-Cancer Pain". ed by Bond M, et al. MTP Press, Lancaster-Boston-The Hague-Dordrecht, pp 11-14, 1987.
- 3) Siddall PJ, Cousins MJ. : Introduction of pain mechanisms. In "Neural Blockade, 3rd ed". ed by Cousins MJ, Bridenbaugh PO. Lippincott-Raven Publ., Philadelphia, pp 675-713, 1998.
- 4) Woolf CJ, Mannion RJ. : Neuropathic pain : aetiology, symptoms, mechanisms, and management. *Lancet*, **354** : 1959-1964, 1999.
- 5) Mersky H, Bogduk N. : Classification of chronic pain. in "Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms, 2nd ed". ed by IASP. IASP Press, Seattle, 1994.
- 6) Chapman CR, Gavrin J. : Suffering : the contributions of persistent pain. *Lancet*, **353** : 2233-2237, 1999.
- 7) Magni G, Marchetti M, Mareschi C, et al : Chronic musculoskeletal pain and depressive symptoms in the National Health and Nutrition Examination. I. Epidemiologic follow-up study. *Pain*, **53** : 163-168, 1993.
- 8) Kirshnan K, France RD, Pelton S, et al : Chronic pain and depression. I. Classification of depression in chronic low back patients. *Pain*, **22** : 279 - 287, 1985.
- 9) Fishbain DA, Goldberg M, Meagher BR, et al : Male and female chronic pain patients categorized by DSM-III psychiatric diagnostic criteria. *Pain*, **26** : 181-197, 1986.
- 10) Romano JM, Turner JA. : Chronic pain and depression : does the evidence support a relationship? *Psychol Bull*, **97** : 18-34, 1985.
- 11) Von Knorring L. : The experience of pain in depressed patients. *Neuropsychobiology*, **1** : 115-165, 1975.
- 12) Pelz M, Merskey H. : A description of psychological effects of chronic painful lesions. *Pain*, **14** : 293-301.
- 13) Sternbach RA. : Chronic pain as a disease entity. *Triangle*, **20** : 27-32, 1981.
- 14) Krystal H. : Alexithymia and psychotherapy. *Am J Psychother*, **33** : 17-31, 1979.
- 15) 宮崎東洋 : 慢性疼痛—ますます複雑な慢性疼痛—. *医学のあゆみ*, **203** : 1-2, 2002.
- 16) APA DSM-IV-TR (アメリカ精神医学会の診断の手引き). Washington DC, APA, 2000.
- 17) Dworkin SF. : Somatization, distress and chronic pain. *Qual Life Res*, **3**(Suppl1) : S77-S83, 1994.
- 18) 世界保健機関・編 (融 道男, 中根允文, 小宮 実・訳) : ICD-10精神および行動の障害, 東京, 医学書院, 1993.
- 19) Ketterer MW, Buckholtz CD. : Somatization disorder. *J Am Osteopath Assoc*, **89** : 489-490, 1989.
- 20) Reesor KA, Craig KD. : Medically incongruent chronic back pain : physical limitations, suffering, and ineffective coping. *Pain*, **32** : 35-45, 1988.
- 21) Delgado PL. : Common pathways of depression and pain. *J Clin Psychiatry*, **65** : 16-19, 2004.
- 22) Maizels M, McCarberg B. : Antidepressants and anti-epileptic drugs for chronic non-cancer pain. *Am Fam Physician*, **71** : 483-490, 2005.
- 23) 長沼徳一 : 心因痛患者の臨床精神医学的研究. *精神神経医学雑誌*, **79** : 41-66, 1997.
- 24) Sharp TJ. : Chronic Pain : a reformation of the cognitive-behavioural model. *Behav Res Ther*, **39** : 787-800, 2001.
- 25) Morriss R. : The re-attribution mode. 1st Annual Scientific Meeting of European Association for Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatics, Leiden, the Netherlands, 2001.