

特 集

疼痛の機序解明と疼痛治療の最前線

疼痛治療—心因性疼痛

がん研有明病院 緩和ケア科

佐伯 吉規

1. はじめに

様々な検査を行っても明らかな所見が出てこない慢性疼痛の患者はしばしば往々にして多訴的であり、消炎鎮痛剤や神経ブロックなどの治療に対しても反応せず、医療者を悩ませる。このような患者は「心因性疼痛」と診断され、精神科医や臨床心理士は系統立てられた精神療法的な対応を期待される。しかし、本稿のテーマを覆すようなことをいきなり述べるが、果たして「心因性疼痛」というものは医療者が考えるほど存在するのであろうか？ 本総説では「心因性疼痛」と安易に診断する危険性を警告しつつ、原因不明の疼痛患者の心性や慢性的な痛みが情緒を司る神経系に与える影響、そしてこのような明らかな身体的所見が存在しない慢性的な疼痛患者へのアプローチに関するコツについて述べることにしたい。

2. 「心因性疼痛」の定義と疫学

痛みは、1979年の国際疼痛学会で「実際の組織損傷、あるいは潜在的な組織損傷と関連した不快な感覚的・情動的体験」と精神科医の Merskey らの用語委員会によって定義されている。さらに、近年では痛みを「侵害受容性疼痛」、「神経障害性疼痛」と「心因性疼痛」の3つに大別して治療のアプローチを行うことが提唱され、侵害受容性疼痛治療薬、神経障害性疼痛治療薬などと称される薬物や神経ブロックなどによる疼痛治療は大きく進歩を遂げている。しかし、心因性疼痛について考えると、ペインクリニック領域で心因性疼痛に対する治療戦略などは、実はほとんど議論されていないのが現状である。心因性疼痛は「心の病」だから精神科医の治療対象と見做されるということだろうが、その定義や実態に関して明確なものはない。

前述のように、「心因性疼痛」とは頻繁に使われる言葉でありながら、実は全ての診療科の間で定まった定義は存在しない。敢えていえば、精神科領域での DSM-IV-TR (精神疾患の診断・統計マニュアル)¹⁾ 中にある

「疼痛性障害」の下位項目である「心理的要因と関連した疼痛性障害」がこれに相当するであろう。そこには、「心理的要因が疼痛の発症、重症度、悪化、または持続に重要な役割を果たしていると判断される」と定義されている。しかしながら、実際に「心因性疼痛」の有病率や疫学について調査した研究は乏しい。

母数は少ないが、平成17年7月1日から平成20年3月31日の間、筆者に他診療科および医療機関(当院ペインクリニックを除く)から疼痛に関する診療依頼がなされた患者27名について検討したことがある²⁾。これら27名の患者は全員ペインクリニックに診療を依頼し、改めて評価を行った。結果として、依頼元医療機関から筆者に「心因性疼痛」という診断名で紹介された患者数は22人であったが、当院ペインクリニックにおいては逆に26名の患者に何らかの身体疾患を有していたことが判明した。さらに、依頼元診療機関から「心因性疼痛」として紹介された患者22人の診断根拠として全員が「器質的検索を行ったが身体的な異常がみつからない」というものであった。

しかしながら、この「器質的検索を行ったが異常がみつからない」と紹介された患者の中には脊椎金属固定感染により再手術を要するような事例もあり、後に患者が依頼元の病院に怒鳴りこむという顛末に至った。

すなわち、「心因性疼痛」の患者は我々が考えるより予想以上に少なく、後に身体的疾患が見つかった場合、診療医の信頼を損ねるだけでなくトラブルの元になる。安易に「心因性疼痛」と診断することは戒めるべきであろう。

また、「placeboの投与が有効であったから、患者の痛みは心理的要因が大きい」という認識も大きな誤解である。Kongsgaaら³⁾によるとノルウェーの Norwegian Radium Hospital で加療中の癌性疼痛患者で138人のうち、15日間 fentanyl patch を用い、用量設定が成功した95人を対象に9日間 fentanyl 投与群と placebo 群とに分け、二重盲検試験を行った。驚くべきことに、疼痛コントロールの維持ができたのは、fentanyl patch

投与群 68% に対し、placebo 群で 48% であった。癌性疼痛という強い痛みでさえも約半数の患者が placebo 投与に効果を実感しているのである。

3. 「心因性」とみなされることで生じる患者にとっての不利益

玉田⁴⁾ は、サイエンスライター・エッセイストである柳澤桂子氏の「認められぬ病」という著書を引用し、突然原因不明の様々な愁訴に襲われたものの原因が判明せず、文字通り病院を「たらい回し」された揚句、こころ無い発言を医療者から受けた時の患者の苦しみについて言及している。

柳澤桂子氏は 1938 年に生まれ、コロンビア大学院を修了し、三菱化成生命科学研究所主任研究員をつとめ、マウスの発生に関する遺伝子で世界的な業績を上げつつあった。その彼女が 31 歳の時、はじめて胃部不快感が生じ、その後繰り返して起こる激しい右季肋部痛、頭痛、吐き気、めまい、失神の発作により数々の病院を受診したものの原因は特定されず、長期間の闘病を余議なくされたが、彼女が感じた「痛み」は何より医療者からの言葉であった。一部を抜粋することにする。

「薬もいらぬし、何もしてあげられないからもう来ないでいいですよ」

「何か気に入らないことがあるのではないかと、仕事がいやなのでしょう」

「基礎体温なんか気にしているからおなか痛くなるんだよ」

「(入院中、疼痛発作が生じた時の当直医から) このひとは放っておいていいよ」

「(入院中、看護師長から) あなたの気が済めばいつ退院してもいいのよ」

このように医療者が患者を見捨ててしまうと、患者自身は傷つくだけでなく、やがては周囲の家族でさえも、「医者は何とないと言っているのだから」と患者をないがしろにし始め、孤独感から疼痛を執拗に訴えるという悪循環に陥り、結果として医療者にとっても好ましい結果をもたらさない。

4. なぜ安易に「心因性疼痛」と診断してしまうのか？

先にも述べたように、「心因性疼痛」というものは医療者が予想しているより頻度が少ないものと考えられる。しかしながら、なぜ「心因性疼痛」という診断が下されてしまうのだろうか。

「器質的疾患の検索」という定義が不明瞭である

疼痛を主訴とした患者が来院した時、原因を検索すべく各種検査が行われるが、この際、単純エックス線検査のみ施行する医療者もいれば MRI まで行う医療者もある。血液検査のオーダー項目の数も医師によって大分異なるのではないだろうか。筆者は腰痛を主訴とし、腰部単純レントゲンを施行され、「異常がない」ということで精神科に紹介された患者が実は急性腓炎であった症例を経験したことがあるが、本事例は極端であるにしても、一般に広く用いられる「器質的疾患の検索」という定義の範囲は実は不明瞭である。

検査所見に乏しい疼痛性疾患が存在する

早期の関節リウマチは抗 CCP 抗体のみが陽性であり、リウマトイド因子や炎症反応が陰性であることも少なくない。また、シェーグレン症候群はともすると「目と口が渇く病気」というイメージを抱きがちであるが、関節痛症状を呈するものもあり、約半数が SS-A 抗体、SS-B 抗体が陰性であるため、口唇生検で確定診断がつくことがある。髄液圧減少症は頭痛をしばし呈するが脳槽シンチグラフィが診断の一助になる。

また線維筋痛症に至っては各種身体的、器質的疾患の検索を行っても特異的な所見が認められない。抗 CCP 抗体の発見は 1998 年であり、臨床応用として広まったのはここ最近のことである。おそらく、この抗体が発見されていない時代、他に何も特異的な所見が見つからない早期リウマチ患者の中に「心因性疼痛」と診断された群がいたのではないだろうか。

すなわち、現代の医療はまだわかっていないことが非常に多いということを医療者は認識しておく必要がある。

「神経障害性疼痛」の概念が浸透していない

神経障害性疼痛とは、疼痛を司る神経系、すなわち脊髄後角、脊髄視床路、脳幹、大脳皮質の経路に異常をきたすことによって生じる難治性疼痛疾患である。帯状疱疹後神経痛、局所性疼痛複合症候群、視床痛がその代表的な例として挙げられる。この神経障害性疼痛は患部に発赤、腫脹といった炎症所見を呈さず、採血によっても明らかな炎症反応や異常値が示されない。また一般的な消炎鎮痛剤も効果が無い。そして、なによりこの疾患概念が医療者に意外にも知られていないがために、「心因性疼痛」として見做されてしまうことがある。コンサルテーション・リエゾン精神医学の代表的な著書である MGH 総合病院精神医学マニュアル⁵⁾ の「疼痛患者」という項においては意外にも「疼痛患者に対する接近」よ

り先に疼痛の神経路の説明について多くが割かれて記載されており、神経障害性疼痛について精神科医自身も知る重要性を述べている。

神経障害性疼痛の治療は、世界疼痛学会のガイドライン⁶⁾によると gabapentin (ガバペン[®])、pregabalin (リリカ[®])、duloxetine (サインバルタ[®])、venlafaxine (本邦では未上梓)などが第1選択薬として推奨されており、疼痛伝達と抑制に関わる神経系を抑制する作用があることから「鎮痛補助薬」と呼称されている。これらの知識と治療法を知るだけでも救われる患者が多くいるのではないだろうか。

「器質的に異常が無い」ということと「心理的な要因による疼痛」は同じ意味ではない

このことは一見当たり前のように聞こえるが、宮岡⁷⁾は「心因性」という用語について、「症状を説明できる身体病変がない、という意味で身体医が用いることが多い。(略)どうしても心因性疼痛といたければ、性格や環境との関係を十分に検討する必要がある」と述べる。

このことは筆者も痛感するところであり、「心因性疼痛」と紹介されたその診断的根拠について、「器質的疾患の検索を行ったが異常がない」とのみしか記載されておらず、患者の疼痛の原因となるような「心因」についての考察が殆ど見られない。

筆者が経験した「心因性疼痛」の患者を提示する。

症例、42歳、日系ブラジル人女性

42歳の時心窩部痛が生じ、上部消化管内視鏡などの諸検査が施行されたが異常が無く当科に紹介された。41歳の時に一人っ子である長男が結婚していたが、受診当初、彼女はそのことについて「おめでたいことだと思います」と流暢な日本語で冷静に述べていた。

しかしながら、面接の過程で幼少の頃から虐待ともいえる養育をされ、「自分の感情を表に出してはいけない」という思考が形成されたことが判明した。ブラジル人の男性と結婚したが、本人は「プロポーズされたから」と述べており、自らの意思ではなかった。彼女がようやく愛する人ができたのは実はその長男であり、彼の自立によって愛する人がなくなった悲嘆を表出するようになったのは、筆者に受診してから半年を経過した後であった。その後、長男が離婚し再び彼女と生活するようになってから心窩部痛は消失した。

このように、「心因性疼痛」と診断するには患者の生活史から思考、認知を丹念に聴取し、時間をかけて患者の心性を明らかにする作業が必要なのである。

先述した玉田の論文⁴⁾が引用した著書柳澤桂子氏の著

書、「認められぬ病」の解説を担当した評論家の柳田邦男氏は「担当医は自分の診断を絶対的に正しいと考えているから、診断した疾患からは考えられない痛みは存在しないことになる。しかし患者に何とか説明しなければならない。そこで、存在しないものは、心因性という便利な口上を持ち出して処理する」と痛烈に批判する。

身体的な検索を行っても原因が特定できない疼痛については、率直に「原因不明の痛み」という判断にとどめるべきであろう。

痛みの強さは「心理的要因」によって修飾される

これまで筆者は「心因性疼痛」という呼称に対して否定的な論調で記述をしてきたが、それでも読者の中には所見に乏しい割に患者の訴えが多く、それは時に攻撃的であり、辟易させられた方も多いのではないだろうか。昨今、特に緩和ケア領域では、痛みの耐性について、「痛み閾値」という言葉を用いて表現されることが多いが、痛みの強さが感情、状況によって異なることは古くからいわれてきたようである。

Otisの著書⁸⁾では、痛みと感情との関係を表すエピソードとして、第二次世界大戦の時代、とある医師が戦闘中に負傷した兵士がほとんど重症であるにもかかわらず痛みを訴えない一方で、一般市民はわずかな外傷(例えば、指の下に入った棘)でもひどい痛みを訴えていた例を記載している。

このことについて同著では、同じ刺激に対しても痛みの感覚が異なる機序のモデルとして、「ゲートコントロール理論」という仮説を提示した。これは、個人が脳で感じる気分や感情が、下降性疼痛抑制経路を介し損傷領域から脳に送られる感覚の情報量を調節するというものである。すなわち、否定的な思考はより多くの痛み情報が通るようになる一方で、前向きな思考は痛みのメッセージを抑制する。

一方、痛みと情動について神経生理学的観点からも知見が蓄積されつつある。加藤⁹⁾によると、慢性痛に至ると痛みの部位情報は視床、大脳皮質感覚野という疼痛神経系で処理されるのみならず、負の情緒を司る大脳扁桃体・前部帯状回に直接投射され、痛みの持続によりさらに感作され、「痛みの情動記憶」が形成される、と報告する。さらに葛巻ら¹⁰⁾によると、坐骨神経を結紮したラットの慢性疼痛モデルにおいて帯状回領域のGABA濃度を測定したところ、GABA濃度の優位な低下を認め、疼痛により抑制性の神経であるGABA神経系の伝達効率が低下していることを報告している。このような患者はGABA受容体に間接的に働きかけ、その作用を發揮する benzodiazepine 系薬剤も効果を發揮しにくい。

表 1 難治性疼痛の患者を診察、治療するうえでの注意点

1. 心因、精神的、ストレスといった言葉を使って説明しない。
2. 機能的要因と器質的要因との関係を把握する。
3. 疼痛行動の評価と疼痛によって引き起こされる廃用及び QOL の低下、社会的損失を把握する。
4. うつ状態の評価を行う。
5. 疼痛閾値が低下していないかの評価を行う。
6. 今まで治療および（事故の場合）加害者への怒りや不信を評価する。
7. 疼痛により獲得したもの、避けているものを評価する。
8. 患者のセルフコントロールの能力、治療のモチベーションを評価する。
9. 連携的チーム医療を実践する。
10. 家族との関係を調べ、家族の理解、協力を得る。

(文献 11 より引用、改変)

すなわち、痛みの慢性化は心理的に孤独感や抑うつ感を深め、より強い痛みのメッセージを脳に伝えるようになり、神経生理学的には情動を司る扁桃体や帯状回への神経投射路を増強させることでより不安な感情を誘発させる。結果として、患者は医療者に対し痛みに関して非常に強い感情を表出することになる。

5. 原因不明の慢性疼痛患者はどのように対処すればよいのか

「心因性」や「精神的なもの」という言葉を安易に用いない

これまでも散々述べてきたように、その痛みが現代の医学で説明がつかなかったとしても、「心因性」「精神的なもの」という言葉を安易に用いてはいけない。この言葉は医療者への不審を抱かせるのみならず、患者自身が喪失感に陥り、やがて怒りや抑うつ、不安といった感情に転じる。一度医療者が「心因性」と患者にレッテルを貼ってしまうことは患者周囲のサポートシステムでさえ破壊させ、患者の孤立をさらに深め、痛みを証明して欲しいという希求から様々な医療機関を転々とするか、救急外来を頻回に受診するという負の循環に陥る。

たとえ、心理的要因が痛みを強く修飾している可能性があったとしても、いきなりそのことを指摘したところで痛みが軽減するわけではない。治療者は患者に対して訴える苦痛の程度に疑念を差し挟まない態度を示し、痛みがあることをまず認めることである。

診療の過程の中で、患者の痛みを増強させている心理的な因子を表出するようになったのならば、「痛みによって色々落ち込んだりしておられるようですね」と、その感情を共感しつつ、診療の継続を保証し、精神科の紹介を勧めれば、「治療者に見捨てられた」という感情を患者が抱くことなく精神科受診への導入がより円滑に行われる。

複数の科と職種で有機的な連携をしながら治療をする

医療の知識が細分化された現代において、一人の医師が知る情報は限界がある。「痛み」に対応するには神経学や免疫学などの知識と、神経ブロックの施行、鎮痛薬（鎮痛補助薬や麻薬も含める）の選択および用量設定といった技術が要求される。時には免疫抑制剤の投与やブラッドパッチといったより専門的な治療を要するかもしれない。

すなわち、一般的な検索では原因がわからない痛みに対して、各科が有機的に共同して改めて原因を検索し、対応していく一連の作業が必要なのである。

慢性疼痛の患者は治療者から治療を破棄されるのではないかという不安を抱えている。ここで、複数の科の医師が患者の痛みを認め、意見交換をしながら診療にあたれば、例えその疼痛の軽減に時間がかかろうとも患者の情緒は次第に安定し、頻回であった受診回数が減る可能性がある。

このような利益は患者だけに生じるものではない。長期間の加療を要する慢性疼痛患者にとって、医師はこころの余裕をもってあたることが重要であり、複数の科で診療を行うことで、「他の科の医師も診療してくれている」という感情が医師の中で生じ、精神的な負担を軽減させることができる。

また、各種介護や「障がい者手帳」などの制度の利用に関してはメディカルソーシャルワーカーとの連携が不可欠である。疼痛患者はその生活能力の低下から経済的にも困窮することもあり、これらの負担を軽減させるだけでも医療へ受診する意味は充分にある。

患者が痛みによって生じた感情、失ったものを評価する

中井ら¹¹⁾は難治性疼痛の患者に対する注意点として表 1 を挙げた。ここには筆者が述べているように痛みを「心因」として説明してはいけないことやチーム医療の

重要性以外にも、患者が痛みによって失われたものおよび生じた感情について評価することが記載されている。慢性疼痛の患者は以前に受診した医療者や事故の加害者、時にはもっともサポートを欲している家人からのこころない言動に傷つき、悲嘆に陥っていることがある。そこを医療者が中立的な立場で時間枠を設定し傾聴していき、家人に理解を求めることで患者の痛み閾値は上がるかもしれない。

また、特に交通事故の被害者で局所性疼痛複合症候群になったケースに多くみられるが、患者は痛みによって失われたものを取り戻すべく、逆に怒りや抑うつといった感情を強くさせかねない対処行動をとることがある。例えば、訴訟をすることは被害者として正当な権利ではあるが、局所性疼痛複合症候群と事故の因果関係を証明することは難しく、「勝ち負け」のゲームになりかねない裁判では逆に被害者である患者の方が感情を逆撫でされることもある。

強い痛みで苦しむ患者に安易に「気分転換を」ということは慎まなければならないが、明らかに間違った対処行動をとろうとしているなら、そこはやんわりと訂正したほうがよい。

6. おわりに

「心因性疼痛」というテーマでの執筆依頼であったが、その題名とは反し、安易に「心因性疼痛」と診断することの危険性を述べ、なぜ原因不明の難治性疼痛患者が執着的になりやすいのかということについて心理・生物学的の両面から考察し、その対応の仕方について記述した。

無論、共感的傾聴を行いつつ、適切と思われる検査や加療を段階的に行っても、患者から不条理ともとれる感情をぶつけられたり、突然、他の医療機関への紹介を要求されることも現実にはある。時間的に制約された医療者が傾聴をすることについても限界がある。

だからこそ、患者を医療者一人で抱え込まないで診療を行った方が医療者のこころの負担を軽くできる。

なお、昨今、慢性疼痛に関する認知行動療法の有効性が唱えられているが、1セッションに長時間を要し、臨床で多忙な医療者にとっては適用することは困難である。また、専門的な技量を必要とするためここでは割愛させていただいた。幸い、Otisの慢性疼痛患者への認知行動療法に関する著書⁸⁾が邦訳されており、興味のある方は是非とも参照されたい。

文 献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition, Text Revision, APA, Washington DC 2000. (高橋三郎, 大野 裕, 染谷俊幸監訳 : DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル, 医学書院 : 2002)
- 2) 佐伯吉規, 濱口眞輔, 下田和孝 : 「心因性疼痛」は存在するのか? ~ 獨協医科大学精神神経科での調査から ~. 総合病院精神医学会誌, **20**(suppl.) : 155, 2008.
- 3) Kongsgaard UE, Poulain P : Transdermal fentanyl for pain control in adults with chronic cancer pain. *Eur J Pain* **2** : 53-62, 1998.
- 4) 玉田太郎 : 「認められぬ病」. 日本女性心身医学会雑誌 **9** : 192-199, 2004.
- 5) Cassem NH : Massachusetts General Hospital Handbook of General Psychiatry Fourth Edition, Mosby-Year Book, Inc., USA, 1997. (黒澤 尚, 保坂 隆監訳 : MGH 総合病院精神医学マニュアル, メディカル・サイエンスインターナショナル, 東京 : 335-374, 1999).
- 6) Dworkin RH, O'Connor AB, Backonja M et al : Pharmacologic management of neuropathic pain : evidence-based recommendations. *Pain* **132** : 237-251, 2007.
- 7) 宮岡 等 : 精神医学からみた疼痛. 西岡久寿樹編 : 線維筋痛症ハンドブック, 日本医事新報社, 東京 : 47-53, 2007.
- 8) Otis DJ : Managing Chronic Pain A Cognitive-Behavioral Therapy Approach Therapist Guide, Oxford University Press Inc., 2007. (伊豫雅臣, 清水栄司監訳 : 慢性疼痛の治療 : 治療者向けガイド—認知行動療法によるアプローチ—, 星和書店, 東京 : 2011).
- 9) 加藤総夫 : 慢性痛における扁桃体シナプス伝達の可塑的变化. 別冊・医学のあゆみ, 難治性疼痛と戦う—研究と治療の最前線 : 48-54, 2008.
- 10) 葛巻直子, 成田年, 鈴木勉 : 痛みシグナルによる情動障害と帯状回領域の変化. 別冊・医学のあゆみ, 難治性疼痛と戦う—研究と治療の最前線, : 55-58, 2008.
- 11) 中井吉英, 水野康行, 安部哲也 : システム論的な見方による難治性疼痛の予防と治療. 別冊・医学のあゆみ, 難治性疼痛と戦う—研究と治療の最前線 : 125-130, 2008.