

原 著

心因性疼痛に関する臨床精神医学的研究

東京女子医科大学 精神医学教室 (主任：田村敦子教授)

ヨシ ムラ ヒデ キ
吉 村 英 樹

(受付 平成8年1月12日)

Clinical Psychiatric Study of Psychogenic Pain

Hideki YOSHIMURA

Department of Psychiatry (Director: Prof. Atsuko TAMURA)

Tokyo Women's Medical College

In the present study, the author examined clinical psychiatric characteristics in 26 patients who were diagnosed as having Pain Disorder, according to the 4th edition of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). The subjects were 7 males and 19 females. At the onset of pain, the mean age of the patients was 38.8 years. The most common site of pain was the head, followed by the back, arm, and shoulders. In 18 of the 26 patients, there was no evidence of pathological history at the sites where pain was experienced. The accompanying symptoms were insomnia, anxiety, decrease in appetite, analgesic dependence, depressed mood, and astasia-abasia. The author found that various defense mechanisms were acting in their psychological background and that their whole personality was involved in the occurrence of agony. A physician is required to use pharmacotherapy, psychotherapy, or situational therapy depending upon patients' conditions and defense mechanisms.

緒 言

精神科の外来診療では、頑固な疼痛を訴えていくつもの診療科を受診しながら、身体的な原因がみつからず、紹介されてきた患者を診察する機会が最近増えてきている。このような「心因性疼痛」と呼ばれる症例に関する経験を集め、それに基づいて全体像を明確にすることが、今まで以上に精神科臨床に要請されている。本研究では精神障害の操作的診断基準である Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 第4版¹⁾ (以下 DSM-IV) によって、疼痛性障害 (pain disorder) と診断した症例を抽出し、臨床精神医学的立場から検討した。

対象および方法

対象は、1989年1月1日から1993年12月31日までの5年間に、東京女子医科大学神経精神科を初

診した外来患者総数7,626名から、疼痛を主訴とした患者378例を抽出し、さらにこの中から操作的診断基準である DSM-IV¹⁾ (表1) に基づいて疼痛性

表1 疼痛性障害 (307.80)

-
- A. 1つまたはそれ以上の解剖学的部位における疼痛が臨床像の中心を占めており、臨床的関与に値するほど重要である。
 - B. 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起している。
 - C. 心理的要因が、疼痛の発症、重要度、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。
 - D. その症状または欠陥は、(虚偽性障害または詐病のように) 意図的に作り出されたりねつ造されたりしたものではない。
 - E. 疼痛は、気分障害、不安障害、精神病性障害ではうまく説明されないし、性交時疼痛症の基準を満たさない。
-

表2 症例一覧

症例 番号	性別	発症 年齢 (歳)	当科 初診 年齢 (歳)	痛みの部位と表現	疼痛部位の既往歴	随伴する精神身体症状	転帰判定 までの 通院期間 (月数)	転帰
1	女	48	48	後頭, 背, 左脇 (激痛が走る)	なし	心気念慮, 不安, 不眠	6	寛解
2	女	21	28	頭	なし	抑うつ気分, 嘔気, 嘔吐, 不眠, 動悸	4	寛解
3	女	18	19	頭 (締め付けられるようにガンガン)	なし	肩凝り, 入眠障害, 食思不振, 動悸	6	寛解
4	女	49	52	左腹	判定困難	抑うつ気分, 入眠障害, ヒステリー性痙攣, 頻回入院の既往	6	寛解
5	男	27	34	背	なし	不安, 外出恐怖, 早朝覚醒, 失立失歩, オピオイド鎮痛薬依存	17	寛解
6	女	22	23	後頭 (ズキン)	なし	抑うつ気分, 下痢, 肩凝り	1	寛解
7	女	50	52	右脇, 背	なし	不安, 意欲低下, 入眠障害	1	寛解
8	女	46	56	上腹, 背	僧帽弁置換術	睡眠障害, 食思不振	1	寛解
9	男	42	45	頭 (締め付けられるような)	なし	チック, 頭重	16	軽快
10	男	47	47	全身→頸, 膝, 足首, 腰, 背	後頭部, 頸部, 腰部を打撲	焦燥感, 不眠, 下痢 職場上司に対する憎悪	4	軽快
11	女	23	24	右後頭	なし	嘔気, 嘔吐, 眩暈	3	軽快
12	女	20	52	背, 下腹, 頭 (ガン)	胆嚢炎, 子宮筋腫	解熱鎮痛薬乱用, 入眠障害	15	軽快
13	女	26	36	頭 (締め付けられるような)	なし	解熱鎮痛薬乱用	1	軽快
14	男	32	33	頭	なし	たち眩み, 頭重感	3	軽快
15	女	63	63	前頭 (しびれて痛い), 両肩 (しびれて痛い)	なし	眩暈, 嘔気	1	軽快
16	女	15	24	頭	なし	肩, 首の凝り, 入眠障害	1	軽快
17	女	46	47	下顎, 頬, 眼	下口唇形成術	不眠, 体重減少	1	軽快
18	女	59	61	胸	なし	睡眠障害	2	軽快
19	女	17	32	腹 頭 (電気が走る, 脈打つ, 風船が爆発するような)	卵巣嚢腫	首の凝り, 胸部圧迫感, 便秘, 入眠障害	1	軽快 軽快
20	男	43	47	腹	なし	オピオイド鎮痛薬依存, 嘔気, 頻回手術の既往	1	軽快
21	男	58	61	下腹	なし	入眠障害	19	不変
22	女	60	63	腰 (ズキンとした痛み)	なし	手の脱力感, 足の冷えとしびれ, 家事不能	3	不変
23	女	71	71	右肩, 右上腕 (ズーン), 右手首	なし	不安焦燥感, 家事不能, 医療不信	1	不変
24	男	36	37	後頭, 頸, 肩, 上腕, 指先	判定困難	軽度抑うつ気分, 足の冷え, 下痢, 入眠障害	1	不変
25	女	45	51	右腹 (チリチリ)	十二指腸潰瘍, 胆嚢炎	食思不振, 睡眠障害	7	不変
26	女	24	24	頭, 腹	なし	不眠, 過食, 失立失歩, 失声, 不安, 四肢のしびれ	8	不変

寛解：観察期間中に完全に疼痛が消失したもの, 軽快：観察期間中に疼痛が軽減したもの, 不変：観察期間中に疼痛が変化しなかったもの。

障害と診断が確認できた26例である。この項目の除外規定に沿って、気分障害、不安障害、精神病的障害に該当するものは除外されている。なお、病歴調査は1995年12月31日まで行い、転帰判定までの通院調査期間は1～19カ月にわたり、平均5カ月であった。

方法は、当科の病歴に基づいて以下の項目について検討した。

1. ①性別と年齢、②疼痛発症から当科初診までの期間、③疼痛の部位と表現および疼痛部位での外科的既往、④随伴する精神身体症状、⑤社会的背景、⑥治療歴。

2. ①病前性格、②葛藤状況、③疼痛発生の精神力動。

3. ①当科での治療、②転帰。

結 果

1. 対象の概観

表2に本研究の症例一覧を示した。

1) 性別と年齢

26例の患者の性別は男性7例、女性19例で、男女比は1:2.71と女性患者が多かった(表3)。

疼痛発症時の年齢分布では、20歳代と40歳代に二つの山があり、平均年齢は38.8歳(男性40.7歳、女性38.1歳)である。

当科初診時の年齢分布は、20歳代から60歳代まで均一に分布している。

2) 疼痛発症から当科初診までの期間

疼痛発症から当科初診までの期間はさまざまである。3年未満のものは計14例(54%)、3年以上が計12例(46%)あった。4年以上疼痛が持続している8例のうち、7例が女性であった。

3) 疼痛部位と表現および外科的既往

疼痛の部位では頭部(14例)、腹部(8例)、背部(5例)、肩(3例)の順に多かった(表2、図)。

疼痛の表現では「脈打ちとともに風船が爆発するような痛み」と、体感症様に訴えたものが1例(症例19)あったが、それ以外には体感症によくみられる奇妙でグロテスクな表現を呈するものは、

表3 性別、疼痛発症年齢、当科初診年齢、当科初診までの期間

		男(人)	女(人)	計
性別		7	19	26
疼痛発症年齢	10歳代	0	3	3
	20歳代	1	6	7
	30歳代	2	0	2
	40歳代	3	5	8
	50歳代	1	2	3
	60歳代	0	2	2
	70歳代	0	1	1
	平均年齢(歳)	40.71±9.50*	38.05±17.75*	38.77±16.31*
当科初診年齢	10歳代	0	1	1
	20歳代	0	5	5
	30歳代	3	2	5
	40歳代	3	2	5
	50歳代	0	5	5
	60歳代	1	3	4
	70歳代	0	1	1
	平均年齢(歳)	43.43±9.07*	43.47±16.00*	43.46±14.77*
当科初診までの期間	6カ月～1年未満	3	5	8
	1～2年未満	0	4	4
	2～3年未満	1	1	2
	3～4年未満	2	2	4
	4年以上	1	7	8
	平均期間(月)	30.43±28.68*	72.63±103.95*	61.3±91.34*

*: mean±SD.

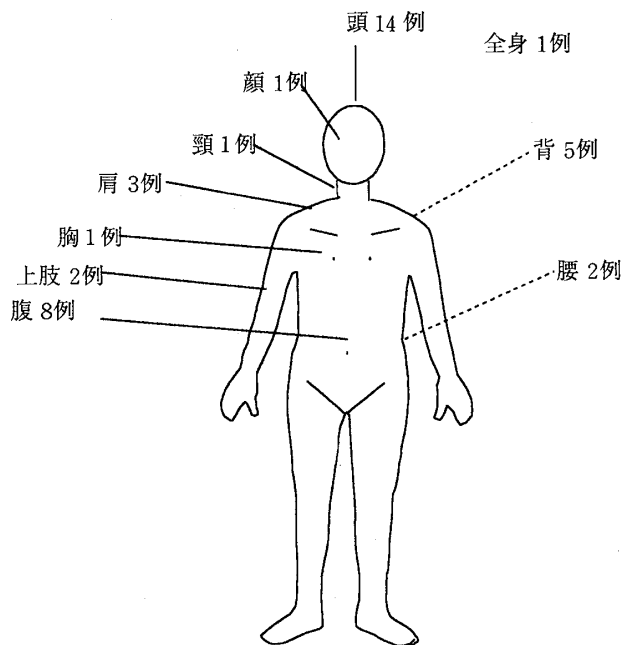


図 疼痛部位および症例数

対象に入っていない (表 2)。

疼痛部位と医療的に確かめられた既往歴との関係をみると、本対象26例のうち18例 (69%) は、既往のない部位の痛みを訴えていた。一方、既往歴が明確なものは6例 (23%) にとどまり、残り2例 (8%) は判定困難であった (表 2)。

4) 随伴する精神身体症状

表 1 に呈示した随伴する精神身体症状をここで一覧した (表 4)。睡眠障害が17例 (65.4%) と最も多く、不安焦燥感、食思不振、首肩の凝り、鎮痛薬依存や乱用、抑うつ気分、嘔気嘔吐、四肢のしびれ、失立失歩といった様々な症状が認められた。なお、訴えの一つとして医療不信が明らかだったものが1例 (症例23) みられた。ちなみに、この他の症例でも精神科面接を重ねる過程で、痛み適切な処置をしてくれなかったことに対する釈然としない気持ち、ないしは潜在的な怒りが露呈した例が6例みられた (症例 1, 3, 10, 13, 14, 20)。

5) 社会的背景

学歴は小学校卒業から大学卒業まで幅広いが、高校卒業以上が計19人 (73%) と多い (表 5)。

職業については、無職が3例 (12%) で、22例 (85%) は会社員、教員、主婦など何らかの社会的

表 4 随伴精神身体症状

随伴精神身体症状	症例数
睡眠障害	17
不安焦燥感	6
抑うつ気分	4
首、肩の凝り	4
食思不振	3
嘔気、嘔吐	3
眩暈、立ち眩み	3
四肢の冷えしびれ	3
下痢	3
失立失歩	2
家事不能	2
オピオイド依存	2
解熱鎮痛薬乱用	2
意欲低下	1
医療不信	1
上司への増悪	1
頭重感	1
胸部圧迫感	1
脱力感	1
体重減少	1
便秘	1
動悸	1
チック	1
失声	1
痙攣	1
過食	1
外出恐怖	1

役割を持っていた。

婚姻歴については、既婚者が16例 (62%) と未婚者が9例 (35%) であった。なお既婚者では1例が夫と死別し、5例が離婚しており、離婚経験者の4例は再婚していた。

当科初診時での生活状況は一人で生活が5例 (19%) (症例 1, 2, 6, 11, 19) で、20例 (77%) は家族とともに暮らしていた。

学歴、職業、婚姻歴の各々と転帰との間には統計学上の有意差を認めなかった。

DSM-IV¹⁾の Global Assessment of Functioning Scale (以下 GAF 尺度) を使用して、当科初診時での心理的、社会的、職業的機能上の障害を評価した (表 6)。26例中の22例 (85%) が GAF 尺度で41~60の範囲にあった。このことは大部分の症例が中等度以上の障害を有することを示してい

表5 学歴、職業、婚姻歴

		転 帰			
		寛解	軽快	不変	合計
学歴	大学卒業	1	5	2	8
	高校卒業	4	5	2	11
	中学卒業	3	0	0	3
	小学校卒業	0	1	2	3
	不明	0	1	0	1
	合計	8	12	6	26
職業	無職	2	1	0	3
	主婦	2	4	3	9
	会社員	1	5	2	8
	教員	1	0	0	1
	自営業	0	0	1	1
	公務員	0	1	0	1
	学生	1	0	0	1
	その他	0	1	0	1
	不明	1	0	0	1
	合計	8	12	6	26
婚姻歴	既婚	3	9	4	16
	未婚	5	2	2	9
	判定困難	0	1	0	1
	合計	8	12	6	26
生活状況	家族と同居	5	9	6	20
	一人で生活	3	2	0	5
	判定困難	0	1	0	1
	合計	8	12	6	26

表6 Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

GAF	転 帰			
	寛解	軽快	不変	合計
41-50 (社会的, 職業的, 学校の機能における重大な欠陥の存在)	4	3	4	11
51-60 (社会的, 職業的, 学校の機能における中等度の障害)	4	6	1	11
61-70 (社会的, 職業的, 学校の機能における, いくつかの障害)	0	2	1	3
71-80 (社会的, 職業的, 学校の機能におけるごくわずかな不十分な点がある)	0	1	0	1

る。ただし、22例中に、寛解が8例あり、GAF尺度と転帰との間には統計学上の有意な関係は認めなかった。

6) 治療歴

対象は全例が他の診療科を経由していた。23例

表7 最初の診療科、受診医療機関数、身体治療

		症例数
最初の診療科	内科	8
	外科	6
	整形外科	6
	神経内科	3
	脳神経外科	2
	形成外科	1
	合 計	26
これまでの受診医療機関数	1カ所	7
	2カ所	7
	3カ所	6
	4カ所	4
	5カ所	0
	6カ所以上	2
	合 計	26
過去の身体治療	受けた	12
	受けない	14
	合 計	26

(88%)は他院、他科からの紹介で当科を受診しており、3例(12%)は紹介を受けずに、自主的に当科を受診していた。ちなみに当科初診時にオピオイド鎮痛薬依存が認められたものが2例あった(表4)。これは慢性の疼痛に対してオピオイド鎮痛薬を長期に投与しているうちに、量が増えて、薬の要求が強まったため、当科を紹介されたものである。また他の2例は自己判断で市販の解熱鎮痛薬を長期にわたり、大量に服用していたために当科を紹介されたものである。

最初に受診した診療科は、内科8例、外科6例、整形外科6例で、以下神経内科、脳神経外科、形成外科の順であった(表7)。

当科初診までに受診した医療機関の数については計14例(54%)は2カ所までであったが、一方4カ所が4例(15%)、6カ所以上も2例(8%)あった。

疼痛部位に対して、14例(54%)は過去に身体治療を受けておらず、12例(46%)が何らかの身体治療を受けていた。このうち7例が神経ブロックを施行されており、鍼灸やカイロプラクティスなどの薬物療法以外の身体治療を6例が受けていた。

2. 病前性格, 葛藤状況, 精神力動

1) 病前性格

病歴を参照して, 病前性格を古城²⁾が提唱した対人関係を軸とした分類方法により分類した。すなわち勝ち気, 社交的, 外向的, 世話好きなどの対人関係での強力性を示すものを対人的強力群としてまとめ, 自信欠乏傾向, 内気, 他人に気を使い傷つきやすいなどの対人関係での弱力性を示すものを対人的弱力群としてまとめた。対人的強力群は14例 (54%), 対人的弱力群は11例 (42%), 判定不能は1例 (4%) と対人的強力群がやや多かった(表8)。病前性格と転帰との間には統計学

上の有意な関係を認めなかった。しかし病前性格と一部連関する精神力動(後述)と, 転帰との間には一部関連が認められた。

2) 葛藤状況

疼痛発症に先行した, 明らかな葛藤状況や環境

表8 病前性格

病前性格	転 帰			
	寛解	軽快	不変	合計
対人的強力群	2	10	2	14
対人的弱力群	6	2	3	11
判定困難	0	0	1	1

表9 疼痛発生時の状況, 精神力動, 状況変化, 奏効した治療, 転帰

症例番号	疼痛発生時の状況	精神力動	当科初診後の状況変化	奏効した治療	転帰
1	激務による精神的負荷	逃避	なし	精神療法	寛解
2	激務による精神的負荷	逃避	1カ月の休養	精神療法	寛解
3	判定困難	判定困難	婚約	抗うつ剤	寛解
4	夫の長期出張	転換	なし	抗うつ剤	寛解
5	父, 姉との葛藤	転換	運転免許取得	精神療法	寛解
6	失恋	逃避	なし	抗うつ剤	寛解
7	義姉との確執	逃避	なし	抗うつ剤	軽快
8	僧帽弁置換術の術後	注意集中	なし	抗うつ剤	軽快
9	激務による精神的負荷	逃避	退職	なし(状況変化)	軽快
10	職場上司との葛藤	逃避	休職	精神療法	軽快
11	職場同僚との不仲	逃避	職場異動	精神療法	軽快
12	判定困難	注意集中	なし	精神療法	軽快
13	子供の入院	同一視	なし	抗うつ剤	軽快
14	職場上司への気苦労	二次的疾病的利得	転職	なし(状況変化)	軽快
15	夫の浮気	攻撃性の内向	なし	精神療法	軽快
16	継母との確執	逃避	なし	精神療法	軽快
17	下口唇美容形成術後の後悔	自己懲罰	なし	精神療法	軽快
18	夫との葛藤	攻撃性の内向	別居	なし(状況変化)	軽快
19	離婚	逃避	なし	抗不安剤	軽快
20	手術の失敗	注意集中	なし	精神療法	軽快
21	判定困難	判定困難	なし	なし	不変
22	判定困難	自己愛	なし	なし	不変
23	老後の心配	転換	なし	なし	不変
24	糖尿病で仕事が続かない	転換	なし	なし	不変
25	家族から見捨てられ感	注意集中	なし	なし	不変
26	家庭内および職場上司との葛藤	転換	なし	なし	不変

ないし状況の変化が確認できたのは、判定困難の4例を除き、22例（85％）であった（表9）。

その内容は、学校、職場および家庭での対人関係上の葛藤が12例（46％）や、老後の生活、夫との死別、独り暮らしなど、不安の原因として精神的に問題になる状況があった。ここに列挙した限りでは、心因痛に特徴的な葛藤状況はないように思われる。葛藤状況が明確な症例の一部には、これを取り除くことによって、症状が明らかに好転したものがみられた。例えば症例9、14、18は退職、転職、別居によって症状の改善をみた。しかし一方には客観的な状況変化がなくとも改善を示したものが12例（46％）あった。これらの例や、さしたるライフイベントなしに発症した3例（症例3、21、22）の存在を考えると、葛藤状況と心因痛発症や転帰との間には、一義的な関係は必ずしも認めることはできない。

3) 疼痛発生の精神力動

痛みと葛藤とが単純な因果関係にないことが明らかになったので、病者の精神力動を軸に両者の関係を、より詳細に観察してみたい。Engel³⁾や吉松ら⁴⁾による疼痛発生の力動を参考にして、主に認められた精神力動について調査した（表9、10）。Engel³⁾や吉松ら⁴⁾によると疼痛の主要な精神力動としては以下のように分類できる。

①「攻撃性の内向」、②「自己懲罰」、③「喪失に対する代用」、④「同一視（同一化）」、⑤「逃避」、⑥「転換」、⑦「二次的・疾病利得」、⑧「自己愛」、⑨「注意集中」である。なお「同一視（同一化）」とは、自分にとって大切な人が苦しんでいるような場合に、自らが自分の身体において苦しみを直接的に体験することであり、「注意集中」とは注意を集中することにより、痛みが気づかれ、ますます顕著なものになり、やがて固着してしまうことである。

本対象では「逃避」が9例（34.6％）、「転換」が5例（19.2％）、「注意集中」が4例（15.4％）、「攻撃性の内向」が2例（7.7％）、「自己懲罰」、「同一視」、「二次的・疾病利得」、「自己愛」が各1例（3.8％）の順であった。

以下に精神力動を個別に検討する。

「逃避」型は9例で、内訳は男性2例と女性7例であった。この一群は発症年齢、当科初診年齢ともに若いことが特徴である。いずれも職場、学校、家庭での対人関係上の葛藤状況が存在し、葛藤状況が治療早期から明確なものが多かった。また激痛を訴えたり、全身の痛みを訴えるものがあった。「逃避」の病前性格は対人強力性を示すものが7例と大半をしめ、当科初診後に何らかの状況の変化を認める症例が多かった。状況変化を認めない症

表10 精神力動別臨床類型

疼痛発生の 力動	症例数	性 別		平均 発症 年齢 (歳)	当科 初診 平均 年齢 (歳)	当科初診 までの 平均疼痛 持続期間 (月数)	痛みの部位と表現 (延べ数)	性 格		転帰判定 までの 平均通院 期間 (月数)	転帰 (例数)
		男 (例数)	女 (例数)					対人 強力性 (計)	対人 弱力性 (計)		
逃避	9	2	7	31.7	35.9	63.3	頭7、背2、脇2、 腹1、全身1	7	2	4.1	寛解4、軽快5
転換	5	2	3	40.4	43.6	27.2	頭2、頸1、肩2、 背1、上肢2、腹2	0	5	6.6	寛解2、不変3
注意集中	4	1	3	38.5	51.5	156	頭1、背2、腹4	3	1	6	寛解1、軽快2、 不変1
攻撃性の 内向	2	0	2	61	62	22.5	頭1、肩1、胸1	1	1	1.5	軽快2
自己懲罰	1	0	1	46	47	8	顔1	1	0	1	軽快1
同一視	1	0	1	26	36	120	頭1	0	1	1	軽快1
二次的 疾病利得	1	1	0	32	33	6	頭1	1	0	3	軽快1
自己愛	1	0	1	60	63	36	腰1	1	0	3	不変1
判定困難	2	1	1	38	40	24	頭1、腹1	不明1	1	12.5	寛解1、不変1

寛解：観察期間中に疼痛が完全に消失したもの、軽快：観察期間中に疼痛が軽減したもの、不変：観察期間中に疼痛が変化しなかったもの。

例では抗うつ薬が著効を示した。転帰は寛解4例、軽快5例と予後は良かった。

「転換」型は5例で、男性2例、女性3例であった。この群は当科初診から転帰が定まるまでの通院期間が他群より長かった（平均6.6カ月）。随伴精神身体症状として失失歩、外出恐怖、ヒステリー性痙攣などを合併するものが多く、ほとんどの症例で過去に3件以上の病院を受診していた。しかも他人に勧められるままにあちこちの病院を掛け持ちする、いわゆるドクターショッピングに陥ったり、一つの病院に入退院をくり返すものがあった。6件以上病院を受診しているものが2例あり、このような傾向は他の群にはみられず、この群の特徴とみなせる。なお「転換」の病前性格は全員が対人弱力性を示していた。転帰は寛解2例と不変3例で、寛解したものと全く変化しなかったものと二分された。

「注意集中」型は4例で、男性1例、女性3例であった。この群は発症から当科初診まで比較的長期間を要していた。葛藤状況では手術後に発症しているものが2例あった。随伴精神身体症状として半数に鎮痛薬依存や乱用があり、頻回の手術の既往があった。「注意集中」の病前性格は4例中の3例が対人的強力性を示した。転帰では寛解1例、軽快2例、不変1例と予後はあまりよくない。

「自己懲罰」、「同一化」、「二次的疾患利得」、「自己愛」を主に認めたものはそれぞれ症例が1例と少なく、今後さらに症例を増やして検討する必要がある。

3. 経過

1) 当科での治療

26例の治療を概観すると、薬物療法と精神療法が主体であった(表9)。24例(92%)では、これらの療法を併用していた。薬物を使用せず、精神療法を単独で施行したのは2例(8%)だけであった。使用薬物では抗うつ薬(19例)、抗不安薬(15例)を多く使用しており、その他抗精神病薬(4例)、抗てんかん薬(2例)を使用していた。特に抗うつ薬が効果を示したものが6例(23%、症例3, 4, 6, 7, 8, 13)、抗不安薬が有効なものが1例(4%、症例19)あった。一方、精神療法が特に奏

効したと思われるものは10例(38%、症例1, 2, 5, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 20)あった。なお葛藤状況の除去が良好な転帰につながったと思われるものは3例(12%、症例9, 14, 18)であった。

2) 転帰

本研究の調査期間の範囲で、転帰を判定した。この範囲で経過が定まり、転帰を判定するに至るまでの期間は1～19カ月までで、平均5カ月であった。26例の転帰は寛解が8例(31%)、軽快が12例(46%)、不変が6例(23%)であった(表8)。心因性疼痛の長期的な転帰は今後の課題である。

考 察

1. 文献的考察

昔から痛みの克服は医学の中心テーマであり、種々の治療および研究がなされてきた。

心因痛の研究に関しては Walshe⁵⁾が psychogenic pain という用語を初めて記載したことにはじまる。Psychogenic pain とは、その痛みに該当する解剖学的または生理学的病変が見出されない痛みであり、精神的な複合観念、情緒的色彩を持つ観念で、むしろ痛みについての固定観念または強迫観念といえるものであるため、身体因性の痛みと心因性の痛みとは明確に区別すべきであるとされた。一方 Ripley⁶⁾は、身体因性の痛みと心因性の痛みには本質的に違いはないことを指摘し、さらに心因性の痛みということは、情緒あるいは認知機能と深い関連をもつ大脳皮質の最高統合中枢から発生したインパルスによって起こることを意味しているが、知覚そのものが精神的認知により成り立っていると考えられる限り、すべての痛みに精神的要素が関係しているとみるべきであると主張した。脳外科医である Cobb⁷⁾は痛みが本物なのか、気のせいなのか、ということが問題なのではなく、どのくらいの疼痛知覚に、どの程度の疼痛顕示行為を示しているかが重要であって、患者にとって、すべての痛みはまさに痛いのであるとの考えの下に、成因論にとらわれずに真摯に患者を観察する必要性を提唱した。本邦では吉松ら⁴⁾が、痛みは今日なおその生理学的基礎が十分に解明されていない複雑な現象であるが、特に精神科領域では、痛みをひろく情動のおよび知的要素を

含んだ全体的、統合的な全人的視野からみていく必要があると訴え、痛み発生機の序について力動的立場から詳細な解釈を提唱した。丸田⁸⁾は痛みを原因別に分類するのは困難であるので、いかなる器質的診断、精神科的診断とも併記できる、「慢性疼痛顕示行為」を診断名として提唱した。さらに丸田⁸⁾は治療に関して、患者の症状の把握と精神力動の理解が重要であり、直感的診断は患者の側にも医師の側にも混乱を招くことが多いと警告した。1986年の、国際疼痛学会では、疼痛とは「実質的あるいは潜在的な組織障害と結びつくか、あるいはそのような障害を表す言葉を使って述べられる不快な感覚および情動体験」と統一した。ここでは痛みは不快な感覚だけでなく、不快な情動体験まで括弧で認定している。従来議論された「その痛みは本当の痛みなのか、気のせいなのか」ということは問題にならなくなった。

これまで心因痛の臨床研究としては Walters⁹⁾ の430例、長沼¹⁰⁾の21例、佐々木¹¹⁾の38例、Pilowsky^ら¹²⁾の129例の研究がある。それぞれで診断基準が異なっており、本研究と直接比較するのは難しい。調査を相互に比較するためには、今後は診断基準をできるだけ統一することが望まれる。

2. 本研究の総括的考察

本研究では DSM-IV¹⁾の疼痛性障害の診断基準をみたくものに限定して臨床的検討を加えた。

本研究では女性の患者が多かった（男性：女性＝1：2.71）。上述の Walters⁹⁾は3：7で女性に多いとしており、本研究もこれに近い。女性に多いことはこれまでの研究でもたびたび指摘されているが、その原因は明らかにされていない。

本対象の疼痛発症年齢は20歳代と40歳代に多く、これは Walters⁹⁾も指摘している。

疼痛部位は頭部、腹部、背部、肩の順になる。Walters⁹⁾は頭頸部、胸と上肢、腰と下肢の順に多く、佐々木¹¹⁾は腹部、頭部、背部、腰部の順としている。

随伴する精神身体症状を調べた結果をみると、睡眠障害、不安焦燥感、食思不振、抑うつ気分、失失歩など種々の症状を同時に認め、心因性疼痛が孤立症状として出現するのではないことが明

らかになった。本対象は操作的診断基準によって、他の診断カテゴリーを除外して枠づけられている。にもかかわらず、随伴症状を考慮する限り、これらの症例はそれぞれに、うつ病、嗜癖、摂食障害、ヒステリーなどと関係していることをうかがわせる。すなわち疼痛性障害はこれらのカテゴリーと隣接、重複していると考えられる。操作的診断基準によっても、疼痛性障害は独立した疾病カテゴリーとはならない。

社会的立場との関連については、Pilowsky^ら¹²⁾は高学歴で、職業を持ち、既婚のものが全体的に予後がよいとしている。本研究の対象で高学歴で職業を持ち、かつ既婚のものは10例あった。その転帰は寛解1例、軽快7例、不変2例であった。予後に関してはこれら以外のものとの間に統計上の有意差は認めなかった。

全26例の転帰は寛解が8例（31%）ある一方、不変が6例（23%）とさまざまである。この限りでは、心因性疼痛の治療予後はあまり良くなかったが、さらに長期の観察が必要である。

26例の治療と転帰の関係を概観していえることは、寛解ないし軽快に至ったものは、主治医との関係が良好なものが多かったが、不変のものは、訴えが症状に固着し、主治医との精神的交流に乏しかったことである。このことは、治療的関与による疼痛性障害の予後の可変性を予期させる。

有効な治療手段は、薬物療法から精神療法そして状況に対する働きかけまで、症例ごとに種々の治療的アプローチがあった。薬物療法では抗うつ薬が中心となった。ちなみに、岡¹³⁾は、抗うつ薬自身に薬理学的な鎮痛作用があるのだから、抗うつ薬が有効という理由で精神的な痛みと決めつけてはいけいないとしている。しかし、うつ病に伴った疼痛には抗うつ薬が有効であり、臨床で抗うつ作用と鎮痛作用を区別することは必ずしも容易ではない。本研究でも気分障害（DSM-IV¹⁾）は操作的診断基準に基づいて除外しているが、そのような手段を用いても、うつ病との内的関連は否定しきれない。奏効する治療がさまざまなことからみても、心因痛のカテゴリー的独立性を主張することは現段階では無理があり、うつ病などの精神病に

も出現し、一方では反応形成や神経症的症状としてもみられる特殊な病態と考えざるを得ない。

精神療法では、特別な手技は用いられず、一般的精神療法が用いられた。痛みは人を孤立させ、視野を狭め、未来を奪う性質をもっている。いつ果てるともない拷問のような時間の中に人間を追い込むのである。患者がこのような疼痛を何とか治そうとして、いくつもの病院を訪ねたが、原因はみつからず、そのことで展望を奪われ、さらに孤立絶望感を深めていったことは、精神科受診に至るまでのほぼ共通した道のりと想定できる。そのことを主治医が理解し、共感を示し、孤立絶望の淵にある患者に手をさしのべる形が多かった。この過程で多くの症例が潜在的に有する医療不信もとけていった。決して特殊な方法ではないが、痛みをもつ人間を全人格的に把握し、また原因不明の局所の痛みを心の痛みとみなして、痛みも人格も丸ごと受容し、患者とともに試行錯誤を重ねながら、痛みの除去に対して根気よく模索し努力する態度が、より良い治療効果につながっている。疼痛の身体的原因がはっきりしなくても、疼痛を訴える患者の言葉に真摯に耳を傾ける姿勢が、治療する側の基本であると考えられる。

ここで選択した疼痛性障害は、前述のように疾病論的にはうつ病を基盤にしていると考えられるものや、神経症的なものまで、さまざまである。しかし心因性疼痛を精神病理学的、精神力動的に鳥瞰することは可能であろう。かつて心因性疼痛は Freud¹⁴⁾や Engel³⁾により、転換型ヒステリーとしてまとめられてきた。しかし、Walters⁹⁾はすべてを「転換」機制では説明できないとした。本邦では吉松ら⁴⁾が精神力動を分析し、その後の研究でもたびたび引用されている。しかし、それらの精神力動の臨床像に関してはこれまでにほとんど検討されていない。本研究では精神力動として「逃避」を認めるものが最も多く、比較的予後が良好であった。これに対し「転換」を認めるものは寛解するものと全く変化の無いものに二分し、「攻撃性の内向」や「自己懲罰」や「自己愛」を認めるものは予後不良であった。また本論では疼痛性障害の精神力動のあり方は、病前性格や状況とも連

関が強く、転帰にも影響することを明らかにした。

以上から疼痛性障害は疾病論的にもさまざまであり、また精神力動は種々の機制から成立していることがわかった。治療はこのようなタイプに応じて、薬物療法、精神療法、状況に対する働きかけなどを使い分ける必要がある。しかし、いずれのタイプにせよ、患者の訴えに真摯に耳を傾け、患者とともに試行錯誤を重ねながら、痛みの除去に対して根気よく模索し努力する、この姿勢が基本であると考えられた。その上で、精神力動にあわせた個別の精神療法的アプローチが、今後要請された課題となる。

結 論

操作的診断基準によって疼痛性障害を選択し、その26例について臨床精神医学的特徴を検討し、文献的考察を加えて、以下の結論を得た。

1. 疼痛性障害の随伴症状にはさまさまの精神身体症状を認め、また奏効した治療も抗うつ療法、精神療法、そして状況療法までさまざまであった。このことから、疼痛性障害を独立した疾病カテゴリーと見なすことは困難である。
2. 精神力動のそれぞれのタイプは病前性格、葛藤状況、経過、転帰と一定の関連を示した。関連は一義的ではないが、精神力動に注目することが治療の指針になる可能性がある。
3. 治療的には抗うつ薬などの薬物療法が奏効した例とともに、対象の約4割は精神療法が有効であった。精神療法の基本は、疼痛の身体的原因がはっきりしなくても、疼痛を訴える患者の言葉に真摯に耳を傾ける姿勢であると考えられた。

稿を終えるにあたり、御指導、御校閲を賜りました田村敦子教授、ならびに直接御指導いただきました岩井一正助教授に厚く御礼申し上げます。また、御協力いただいた古城慶子講師、坂元 薫講師、金 圭子先生をはじめとする東京女子医科大学精神医学教室各位に深謝いたします。

文 献

- 1) **American Psychiatric Association**: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed (DSM-IV), American Psychiatric Press, Washington DC (1994)

- 2) **Kojo K**: Cycloid psychotic features in delusions of persecution from a structural dynamic standpoint. *In* Endogenous Psychoses. Leonhard's Impact on Modern Psychiatry (Beckmann H, Neumaker KJ eds) pp59-64, Ullstein Mosby, Berlin/Wiesbaden (1995)
- 3) **Engel GL**: Psychogenic pain and the pain-prone patient. *Am J Med* 26: 899-918, 1959
- 4) **吉松和哉, 大熊輝雄**: 精神科領域における痛みの問題. *神経進歩* 11: 139-152, 1967
- 5) **Walsche FMR**: Psychogenic pain. *Br Ency Med Pract* 9: 369-371, 1938
- 6) **Ripley HS**: The management of pain. *In* Psychogenic Basis of Pain (Bonika JJ ed) pp143-145, Lea & Febiger, Philadelphia (1953)
- 7) **Cobb S**: A pain in the neck. *Harvard Med Alumni Bull* Feb 35: 9-12, 1960
- 8) **丸田俊彦**: 「痛み」の心理学的側面—特に Pain Behavior について—. *精神医* 18: 1059-1064, 1976
- 9) **Walters A**: Psychogenic regional pain alias hysterical pain. *Brain* 84: 1-18, 1961
- 10) **長沼六一**: 心因痛患者の臨床精神医学的研究. *精神神経誌* 79: 41-66, 1977
- 11) **佐々木恵美, 白石博康, 小泉準三**: 心因痛の38自験例について. *臨精神医* 20: 1391-1396, 1991
- 12) **Pilowsky I, Barrow G**: Predictors of outcome in the treatment of chronic "psychogenic" pain with amitriptyline and brief psychotherapy. *Clin J Pain* 8: 358-362, 1992
- 13) **岡 孝和**: 疼痛研究—生理学における最近の進歩—. *こころの臨ア・ラ・カルト* 48: 4-8, 1994
- 14) **Freud S, Breuer J**: ヒステリー研究. フロイド選集9 (懸田克躬, 吉田正己 訳), p203, 日本教文社, 東京 (1969)