

慢性疼痛保有者が受ける情緒的サポートと 痛みに対する意味づけとの関連¹

栗原 里美^{2,3} 石村 郁夫⁴

慢性疼痛は、身体的要因のみならず、患者の情動や認知、取り巻く環境などの心理社会的要因を含めて包括的に検討することの必要性が提言されている。慢性疼痛は、痛みに対する不安といった心理的ストレスや社会的疎外感や対人関係といった社会的ストレスが相互に影響しあい、痛みが増幅していくとされており、患者の苦痛を共感的に傾聴することや患者の心理的負担に対する情緒的なサポートの存在が必要であると考えられている。よって、本研究の目的は慢性疼痛保有者が知覚する家族からのサポートを評価できる尺度を作成し、慢性疼痛保有者が持つ痛みの経験に対する意味づけ方との関連について検討することであった。慢性疼痛の評価基準を満たした52名を対象に、痛みの程度を測定する視覚的アナログスケール（Visual Analogue Scale：VAS）、痛みの経験に対する自己感情尺度、慢性疼痛に対する家族からのサポート感尺度から構成される質問紙調査を実施した。その結果、本研究で対象とした慢性疼痛保有者の痛みの程度が医療機関に通院している先行研究の慢性腰痛患者の痛みの程度と類似した得点が示された。また、痛みの程度が軽い場合、家族からのサポート感が高い者の方が自己高揚感をより感じ、家族からのサポート感が低い者の方が自己卑下感をより感じる傾向にあることが示されており、家族からの情緒的支援が肯定的な意味づけ方に影響を及ぼしていることが示唆された。

キーワード：慢性疼痛、情緒的サポート、意味づけ

問題と目的

厚生労働省の国民基礎調査（2015）によると、頻度の高い自覚症状として腰痛、肩こり、関節痛といった慢性痛の訴えが男女ともに上位を占めている。さらに、慢性疼痛保有者は全国に約1,700万人いると推計されており（服部, 2006）、およそ7人に1人が慢性疼痛に悩んでいることになる。慢性疼痛は症状が長期化することから、日常生活の不自由さや家族間の葛藤などによる感情の混乱（金・松野・村上, 2014）、家事や就労といった社会生活への支障など（矢吹・牛田・竹下・佐浦・小川・勝俣・畠中, 2010）、結果として患者の生活の質（Quality of Life：QOL）の低下につながることから、個人的苦痛としての臨床的側面のみならず、個人を取り巻く環境といった社会的側面からの対応も急務とされている。

痛みを原因から分類すると、外傷や炎症に伴う痛みが続く侵害受容性疼痛、神経系の異常や損傷に伴う神経障害性疼痛、心理的ストレスが主な原因とみられる心因性疼痛に分類され、時間経過に伴って侵害受容性疼痛や神経障害性疼痛に心因性疼痛が加わり、その割合が増大していくことが多いと考えられている（松

原・沖田・森岡, 2011）。

近年、慢性疼痛に対する治療法は、薬物療法や外科的療法の有効性が低いことや（Hoffman, Wheeler, & Deyo, 1993）、理学療法のうち物理療法について慢性痛に対する効果が疑問視されている（Gam & Johansen, 1995）といった状況を受け、慢性疼痛治療のマネジメントが対症的アプローチである生物医学モデルから、疼痛などの症状だけにとらわれることなく、症状を有する患者の情動や認知、患者を取り巻く環境までも包括的にとらえアプローチしようとする生物心理社会的モデルへ転換し、疼痛に苦しむ人に包括的に向き合うことの必要性が提言されている（松原, 2013）。

それに関連して、慢性疼痛は、気分障害、パニック障害、心的外傷後ストレス障害などの精神疾患の併病が高率に示されることが報告されている（Lachlan, McWilliams, Brian, Murray, & Enns, 2003）。また、慢性疼痛の病因の1つとされる心因性疼痛は、世界保健機構（WHO）による疾病及び関連保健問題の国際統計分類（ICD-10, 1992）の中で、身体表現性障害のうち持続性身体表現性疼痛障害に相当し、DSM-5

3 東京成徳大学大学院心理学研究科

4 東京成徳大学応用心理学部臨床心理学科

1 本論文は平成25年度東京成徳大学応用心理学部臨床心理学科に提出した卒業論文を加筆・修正したものである。

2 調査にご協力頂いた皆様に心より感謝申し上げます。

(APA, 2014) では、身体症状症および関連症群に相当することから、精神科や心療内科では鑑別診断や心理的介入が行われ、その有効性が指摘されている (笠原, 2010)。

また、慢性疼痛の病因に関する研究も増加しており、生物学的要因では、慢性痛を認知する脳領域は、視床以外に負の感情を抱いたときに活性化する前帯状回領域の活動性を示すことが報告されている (Apkarian, 2005)。さらに、心理社会的要因では、痛みに伴うストレスには、病気に対する過度の恐れや不安といった心理的ストレスや (山口・北島, 2006)、社会的疎外感 (Linton, 2002)、仕事に対する満足感や対人関係、失業 (Boos, Rieder, Schade, Spratt, Semmer, & Aebi, 1995) といった社会的ストレスが相互に影響しあい、痛みが増幅していくことが報告されている (山口・北島, 2006)。そのため、慢性疼痛治療では、患者の苦痛を共感的に傾聴することや、患者の抱える心理的負担に対して、共感、安心、愛着、尊敬を含んだ情緒的なサポートによって支援していく必要があると考えられる。

一方で慢性疼痛の心理的アプローチでは、認知行動療法 (John, 2007 伊予他訳 2011)、自律訓練法 (奥澤・富岡・細井・安野・星・須藤・久保, 2011)、バイオフィードバック療法 (山田・安達・渡部・端詰・坪井, 2006)、森田療法、絶食療法 (平木, 2012)、傾聴による心理的葛藤の緩和のためのカウンセリングや (村上, 2014)、身体的な痛みに伴った患者の“痛みの物語”、“患者が生きてきた物語”を語らせ、患者と治療者がその物語を共有し、治療者との対話とすり合せを通して新たな物語の構築を図る Narrative based medicine (以下、NBM とする) の重要性も指摘されている (細井, 2015)。

NBM とは、1980年代後半、家族療法から生まれたナラティブ・セラピーを基礎として発展した医学を指し (小森・野口・野村, 1999)、信頼関係を前提とした重要な他者との相互作用から生まれる語りから、その経験の理解を深め、新たな意味を見いだせることや (Pennebaker, 1989)、語り直しの過程を通して意味づけられた経験は、たとえネガティブな経験だとしても、本人の意味づけ次第でその経験から受ける影響は変わることが報告されている (松下, 2007)。

これらのことから本研究では、以下の2点を目的とした検討を行う。第1に、心理社会的要因が関与していると考えられる痛みの程度について、その心理的特徴の検討を行う。第2に、慢性疼痛保有者が知覚する家族からのサポートを評価できる尺度を作成する。さらに、痛みの程度に加えて、慢性疼痛保有者が持つ痛みの経験に対する意味づけ方について、意味づけ方に影響を与えると考えられる家族からのサポート感に対する知覚について検討を行う。

ソーシャルサポートは、サポート源によって不健康状態を軽減する効果は異なっており、誰からサポートを得られるのかが健康問題を考える際に重要であると報告されており (嶋, 1990)、サポート源とサポートの内容 (情緒的、道具的など) によっても健康状態に及ぼす影響は異なる可能性があるという報告もされている (福岡・橋本, 1995)。慢性疼痛は、症状が長期化することから、一般的には友人、知人よりも親密度が高いとされる家族からのサポート (神庭・松田・柴田・石川, 2009) が必要であることが考えられる。しかしながら、現時点では慢性疼痛患者に対する情緒的サポートを測定する尺度は存在していない。したがって、慢性疼痛保有者にとって、どのような機能を持つサポートが疼痛の緩和やストレスの低減に必要なものであるのかを検討することは、意義のあることである。

方 法

調査手続き

個別自記入方式の質問紙調査を、2013年11から12月にかけて実施した。質問紙調査にあたっては、研究目的、任意性、個人情報取り扱いへの十分な配慮を行なうこと、回答の内容は個人が特定されないよう匿名化、数値化して扱うこと、研究成果公表の仕方などについて十分なインフォームドコンセントを取り、同意を得た場合のみ研究協力を依頼した。

調査方法

調査協力者は、一般男女99名 (男性70名、女性29名、平均年齢31.22±15.39歳) であった。

調査内容

現在の慢性疼痛の有無 “あなたは少なくとも3ヶ月以上続いている痛み (肩こり、腰痛、背中への痛み、ひざの痛み) がありますか” という質問に対し、“痛みがある” と回答した調査協力者には“その痛みをここ1ヶ月以内に感じましたか” という質問以降の回答に進むよう指示し、“痛みがない” と回答した調査協力者には質問紙が終了になることを指示した。慢性疼痛の判定基準は、統一した見解は得られていない (Bonica, 1990)。矢吹他 (2012) の“日本における慢性疼痛保有者の実態調査”では、最初に痛みを感じてから現在までのおおよその期間 (疼痛を有する期間) が3ヶ月以上かつ、慢性的な痛みを一番最近感じた時期 (直近で疼痛を感じた時期) が1ヶ月以内を対象条件としていることから、本研究もこれを便宜的に定めた。

痛みの程度の把握 主観的な痛みの程度を把握するため、視覚的アナログスケール (Visual Analogue Scale: 以下 VAS) を使用した。“その痛みはどの程度になりますか” という質問に、“全く痛みがない” を

左端0cm, “今まで経験した中で最も痛く, 耐えがたい痛み”を右端10cmとして, 痛みの程度を表すところに印を求めた。VASによる痛みの程度の判定基準は, 軽度, 中等度, 高度に分け, 3.0cm以上痛みがある場合を中等度とすることが報告されているが (Collins, Moore, & McQuay, 1976), 統一した見解は得られていない (平川, 2011)。また, 0から10の数値を等間隔で並べ, 0を“痛みなし”, 10を“これ以上耐えられない痛み”として数値を選択させて評価する数値評価スケール (Numerical Rating Scale: NRS) においては, 1から4が“軽度”, 5から6が“中等度”, 7から10が“高度”とする報告や (Serlin, Mendoza, Nakamura, Edwards, & Cleeland, 1995), 1が“mild”, 2から4が“moderate”, 5から10が“severe” (Given, Given, Sikorskii, Jeon, McCorkle, Champion, & Decker, 2008) とすることが報告されており, 基準はさまざまであった。本研究では, VASを用いて測定していることから, 3.0cm以下を“軽い痛み”, 3.1から7.0cm以下を“中等度の痛み”, 7.1cm以上を“強い痛み”と便宜的に定めた。VASは, 非常に感度の高い痛みの評価法であることが報告されている (Scott & Huskisson, 1976)。

慢性疼痛に対する家族からのサポート感 知覚されたソーシャルサポート尺度 (宮崎・小玉・佐々木, 1999) の家族からのサポート感の項目を参考に, 慢性疼痛保有者が受ける家族からのサポート感としてより適合するよう表現の修正, 追加を行った。本尺度は, 家族からの情緒的なサポートや, 痛みに対する行動的サポートの知覚の程度を測定する尺度である。この尺度は1 (全くあてはまらない) から4 (とてもあてはまる) の4件法で回答を求めた。項目の詳細は付録1に示した。

痛みの経験に対する自己感情尺度 自己感情尺度 (松下, 2007) を参考に, 教示文を“その経験をしてきた自分をどのように感じますか”から“慢性的な痛みを経験してきた自分をどのように感じますか”に修正して使用した。自らの痛みの経験に対し, ある意味づけ方を行っているとき, その人がどのような自己感情を抱いているかということを検討するものである。本尺度は17項目からなり, ネガティブな経験をした自分を褒め, 価値を高めるような自己感情を表す自己高揚感 (5項目, 項目例: その経験をしてきた自分はがんばり屋だと感じる, $\alpha = .86$), ネガティブな経験をした自分に他者との距離や相違を感じていることを表す自他相違感 (4項目, 項目例: その経験をしてきた自分は他の人とは距離があると感じる, $\alpha = .74$), ネガティブな経験をした自分に他者とのつながりを感じることを表す自他連帯感 (5項目, 項目例: その経験をしてきた自分を大事に思ってくれる人はいる, $\alpha = .82$), ネガティブな経験をした自分の価値を低める

ような自己感情を表す自己卑下感 (3項目, 項目例: その経験をしてきた自分は他の人に迷惑をかけていると感じる, $\alpha = .67$) の4因子から構成されている (松下, 2007)。本尺度は4件法であり, 1 (全くそう感じない) から4 (とてもそう感じる) で回答を求めた。尺度得点は, 各因子の平均値が用いられている。

慢性的な痛みの対処としての心理カウンセリングへの関心度 “痛みに関する悩みを心理カウンセラーに相談したい”という質問に対して, 1 (全くあてはまらない) から4 (とてもあてはまる) の4件法で回答を求めた。この項目は, 慢性疼痛保有者が持つ, 痛みの対処としての心理的介入に対する意識を調査する目的で尋ねたものである。

結果と考察

分析対象者 3ヶ月以上続いている痛みがないと回答した者38名 (男性34名, 女性4名, 平均年齢25.08 ± 12.53歳) と, データに欠損のあった者9名 (男性9名, 女性0名, 平均年齢19.44 ± 1.24歳) を分析から除外した。最終的に有効回答者は52名 (男性27名, 女性25名, 平均年齢37.75 ± 15.70歳) であった。

慢性疼痛保有者の痛みの程度について 慢性疼痛保有者の属性及び痛みの程度に関する調査結果として, VASの記述統計量 (平均値・標準偏差・最大値・最小値: $n=52$) を Table 1 に示した。本研究におけるVASの平均値5.12cm ($SD=2.49$) は, 粕谷・川口 (2011) が慢性腰痛患者49例を対象に行ったVASの平均値5.46cm ($SD=1.31$) と比べて近い値が示された。また, VASの最大値が10.0cm, 最小値が1.40cmと, “耐えがたい痛み”を示す一方で, “全く痛みがない”にほぼ近い値を示す人もおり, 主観的な痛みの程度は, 個々によって大きな開きがあると言える。また, VASの判定基準にしたがって区切った比率では, “軽い痛み”が25% (13名), “中程度”が51.9% (27名), “強い痛み”が23.1% (12名) であった。慢性疼痛保有者が自覚する主観的な痛みの程度は, “中程度”と“強い痛み”が全体の7割を占めていた。以上のことから, 本研究における対象者の主観的な痛みは, 個人差が認められるものの, 医療機関に通院をしている慢性腰痛患者の痛みの程度と近い傾向を示し, “中程度”から“強い痛み”を抱えながら日常生活を送っていることが考えられる。次に, 本研究における年代ごとのVAS

Table 1 慢性疼痛保有者の属性及び痛みの程度に関する記述統計

年代	<i>n</i>	平均値 (<i>SD</i>)	最小値	最大値
全体	52	5.12 (2.49)	1.40	10.0
18歳以上29歳以下	18	4.75 (2.18)	1.70	8.50
30歳以上49歳以下	20	5.94 (2.69)	2.00	10.0
50歳以上	14	4.43 (2.39)	1.40	9.65

Table 2 慢性的な痛みに対する家族からのサポート感尺度の因子分析結果（最尤法）

項目内容	因子 I	共通性	平均値 (SD)
家族からのサポート感 ($\alpha = .84$)			
1 私の家族は助けが必要になったときに手を貸してくれる	.73	.53	3.17 (0.94)
4 私の家族は日常生活がうまくいかないときにその話を聞いてくれる	.73	.53	2.77 (0.92)
5 私の家族は私の痛みのことを理解してくれている	.71	.51	2.88 (0.86)
7 私の家族は私のことを心配してくれている	.70	.49	3.25 (0.74)
8 私の家族は私のことを信頼してくれている	.68	.47	3.23 (0.65)
3 私の家族は痛みが辛いときに病院に一緒に行ってくれる	.61	.37	2.52 (1.11)
2 私の家族は痛みが辛いときにマッサージをしてくれる	.53	.28	2.56 (1.13)
6 私の家族は私の痛みについての悩みに的確なアドバイスをくれる	.50	.25	2.37 (0.91)
因子寄与率 (%)	49.62		

の平均値は、30歳以上49歳以下が5.94cmと一番強く痛みを感じており、続いて18歳以上29歳以下の4.75cm、そして最も軽かったのが50歳以上の4.43cmであり、中村・西脇・牛田・戸山（2012）による慢性疼痛保有者11,507人を対象に行った年代別有症率と同じ傾向を示していた。このことから、年代が上がるに連れて、痛みの程度も強くなる傾向にあるが、50歳以上になると少し落ち着くことが示唆された。この背景には、30歳以上49歳以下は、日本の労働力人口の63.7%を占める就労年齢層であり（厚生労働省，2014）、仕事に対する満足感や対人関係（Boos et al., 1995）といった社会的ストレスが痛みの程度に影響していると考えられる。また、腰痛症状を強く訴える患者は、職場上の問題（心理的ストレス，集中力，満足度）を抱えていることが多いといった報告や（紺野・菊地，2007）、慢性疼痛を経験した就業者のうち約40%が仕事への影響を感じるといった報告からも（ヤンセンファーマ，2012）、慢性疼痛には就労の制約や対人関係が痛みの程度と密接に関与することが予想され、心理社会的ストレスが、痛みの増悪に影響していると考えられる。

痛みの経験に対する自己感情尺度の内的整合性 自己感情尺度の4下位尺度について Cronbach の α 係数を

算出した。“自己高揚感”“自他相違感”“自他連帯感”“自己卑下感”の Cronbach の α 係数は、それぞれ順に .88, .61, .94, .76 と十分な数値が得られ、本尺度の内的整合性が示された。

慢性疼痛に対する家族からのサポート感尺度の探索的因子分析 まず、慢性疼痛に対する家族からのサポート感尺度の8項目について得点分布を確認したところ、いくつかの質問項目で得点分布の偏りが見られた。しかしながら、得点分布の偏りが見られた項目の内容を吟味したところ、いずれの質問項目についても家族からのサポートという概念を測定する上で不可欠なものであると考えられた。そこでここでは項目は除外せず、すべての質問項目を以降の分析対象とした。次に、8項目に対して因子分析（最尤法）を行った結果、1因子構造が抽出された（Table 2参照）。Cronbach の α 係数は .84 と十分な数値が得られたため、以後の分析では、尺度得点は合計得点の平均値が用いられた。

家族からのサポート感が痛みの経験に対する意味づけ方に与える影響 家族からのサポートの知覚が、痛みの経験の意味づけ方に与える影響を検討するために、慢性疼痛に対する家族からのサポート感得点の平均値 ($M=2.80$, $SD=.62$) を基準に高低群に分類し、痛みの

Table 3 家族からのサポート感が痛みの経験に対する意味づけ方に与える影響に関する2要因分散分析

変数名	低群 (n=22)			高群 (n=30)			主効果 家族	効果量 Partial $\eta^2 =$	主効果 痛み	効果量 Partial $\eta^2 =$	交互作用 家族×痛み	効果量 Partial $\eta^2 =$
	痛みの程度 軽い	中等度	強い	軽い	中等度	強い						
自己高揚感	1.07 (0.12)	1.82 (0.56)	2.53 (0.72)	2.04 (0.81)	1.96 (0.54)	2.07 (0.41)	1.25 ^{^^}	0.026	4.07 *	0.150	3.67 *	0.138
自他相違感	1.58 (0.52)	1.65 (0.54)	2.17 (0.34)	1.88 (0.41)	1.89 (0.51)	1.96 (0.58)	0.47 ^{^^}	0.010	1.71 ^{^^}	0.069	1.00 ^{^^}	0.042
自他連帯感	1.73 (1.27)	2.43 (0.67)	2.57 (0.74)	2.96 (0.93)	2.67 (0.82)	2.77 (0.96)	4.31 *	0.086	0.38 ^{^^}	0.016	1.32 ^{^^}	0.054
自己卑下感	1.00 (0.00)	1.90 (0.44)	1.67 (0.42)	2.03 (0.29)	1.98 (0.48)	1.83 (0.81)	8.03 ^{^^}	0.149	2.86 ^{^^}	0.110	3.64 *	0.137

^{^^} p<.01, * p<.05, + p<.10, n. s. p>.10

経験に対する自己感情尺度の下位尺度について、痛みの程度の判定基準（軽い痛み・中等度・強い痛み）×慢性疼痛に対する家族からのサポート感（低群×高群）の2要因分散分析を行った（Table 3参照）。その結果、“自己高揚感”と“自己卑下感”について有意な交互作用がみられた（順に $F(2,46) = 3.67, p < .05$; $F(2,46) = 3.64, p < .10$ ）。交互作用が有意であったことから、単純主効果の検定を行った。その結果、自己高揚感については、家族からのサポート感の低群における痛みの程度の単純主効果（ $F(2,46) = 6.21, p < .01$ ）、痛みの程度が軽い群における家族からのサポート感の単純主効果（ $F(1,46) = 5.93, p < .05$ ）が有意であった。また、“自己卑下感”については、家族からのサポート感の低群における痛みの程度の単純主効果（ $F(2,46) = 4.45, p < .05$ ）、痛みの程度が軽い群において、家族からのサポート感の単純主効果（ $F(1,46) = 11.08, p < .01$ ）が有意であった。以上の結果から、痛みの程度が軽い場合においては、家族からのサポート感が高いの方が自己高揚感をより感じ、逆に、家族からのサポート感が低いの方が自己卑下感をより感じる傾向にあると言える。この背景には、以下の2つのことが考えられる。まず1つ目は、松下（2007）が示すように、他者からの支えを多く感じている者の方が、自己高揚感といった肯定的な自己感情を感じやすく、頼りになる家族からの日常生活における情緒的なサポートが得られることによって、痛みの経験をしてきた自分を褒め、価値を高めるといった自己高揚感が高くなることが考えられる。そしてもう1つは、慢性的な痛みを伴う生活が長い者ほど、痛みのみならず、日常生活の不自由さや家族間の葛藤などで感情の混乱が生じやすいことが示されている（金他，2014）。痛みに対する感覚の違いを職場や身近な人と共有できない場合は、不安や怒りを家族にぶつけることで、結果的に家族からの適切なサポートが受けられなくなることが予想される。これらのことから、家族からのサポート感が低い者は、痛みの経験をしてきた自分の価値を低めるといった自己卑下感が高くなることが考えられる。以上のことから、痛みの経験に対する自己感情には、家族からの日常的な情緒的サポートを得られていると知覚していることが肯定的な意味づけに影響を与えていると考えられる。

Table 4 痛みに関する悩みをカウンセラーに相談を希望する割合

項目	n	%
全くあてはまらない	29	55.8%
あまりあてはまらない	14	26.9%
ややあてはまる	8	15.4%
とてもあてはまる	1	1.9%

慢性的な痛みの対処としての心理カウンセリングへの関心度 慢性疼痛保有者が痛みの対処として心理カウンセリングを希望するかどうかの意識を尋ねた（Table 4参照）。本研究のサンプルにおける心理カウンセリングへの関心度は、“ややあてはまる”と“とてもあてはまる”は全体の17%であった。この背景には、慢性疼痛患者は、心因性に対する抵抗感を持つ者も多くいることや（Blumer & Heilbronn, 1982）、心理的葛藤に対して否認、抑圧、身体化の防衛規制を用いて、意識的、無意識的に心理的な悩みを隠そうとする傾向があることから（笠原，2013）、心理的介入を意識的には必要としないことが考えられる。また、矢吹他（2012）が慢性疼痛保有者を対象に行った調査において、今までにおこなったことのある痛みへの対処行動として、病院受診の64.6%が最も多く、自己対処法が57.5%、情報収集が54.1%であった。また、慢性疼痛の緩和治療で通院している診療科に関する調査では、整形外科（45.8%）が最も多く、心療内科（6.0%）や精神科（3.9%）は慢性疼痛保有者の第一選択にならないことが報告されている（服部，2006）。しかしながら、慢性疼痛は身体的要因だけでなく心理社会的要因が相互に影響していることが多く（Chapman & Gavrin, 1999）、特に代表的な慢性疼痛である腰痛では、身体的に原因が特定できず心理社会的要因によって慢性化する非特異的腰痛が全腰痛の80-90%以上を占めるといった報告や（松原，2013）、慢性疼痛は、気分障害や不安障害との併病が高率にみられ（Lachlan et al., 2003）、疼痛はそれらによる症状の一部であるといった報告からも（西原，2012）、慢性疼痛治療には、疼痛といった症状だけにとらわれることなく、症状を有する患者の情動や認知、患者を取り巻く環境までも包括的にとらえアプローチすることや（松原，2013）、患者の苦痛を共感的に傾聴し、心理的葛藤の緩和を目的としたカウンセリングが必要であることが考えられる。

さらに、近年の慢性疼痛治療は、感情、ストレス、睡眠、疲労状態が疼痛に与える影響を理解することを目的とした心理教育アプローチ、心理的葛藤の緩和を目的としたカウンセリング、筋緊張や疲労を低下させ、痛みの緩和を目的としたリラクゼーション法、薬物療法といった多岐にわたる手法を用いた集学的治療や（井上・牛田・井上，2012）、痛みに対する捉え方や考え方を修正することを目的とした認知行動療法などが世界的に広く導入され、その治療成果が報告されており（Chou, Quseem, Snow, Casey, Cross, Shekelle, & Owens, 2007）、慢性疼痛治療には、痛みの軽減とともに心理社会的要因の関与を配慮した介入の必要性が求められている（山口・北島，2006）。

総合的考察

本研究では、慢性疼痛に対する家族からのサポート感尺度が作成された。Table 2が示したように、本尺度は慢性疼痛に必要な日常生活における家族からの情緒的なサポートを広く網羅しており、高い信頼性も備えていることから、慢性疼痛のサポートの現状を把握する上で有用であることが考えられる。

また、家族からのサポートは、痛みの経験に対する意味づけ方に影響を与えており、家族からの痛みに対する理解や日常生活における情緒的なサポートが、痛みといったネガティブな経験をしてきた自分に対して肯定的な自己感情を高める役割を果たしていることが考えられ、症状が長期化する慢性的な痛みを抱える者の心理的負担の低減につながることを示唆された。その一方で、家族からのサポートを得られない場合は自己卑下的になり、より痛みの程度と関連のある心理社会的ストレスを高めている可能性も考えられる。

そして、慢性疼痛には心理社会的要因が複雑に絡んでいるため、疼痛に苦しむ人に包括的に向き合うことの必要性が提言されているが、慢性疼痛を抱える人の心理的介入に対する意識は低く、これは、慢性疼痛保有者が持つ心因性に対する抵抗感といった個人的要因と (Blumer & Heilbronn, 1982)、本邦における医療保障制度の問題や慢性疼痛医療に対する遅れから、心理的介入を実践できる環境が整っていないといった実情があげられる (松原, 2011)。また、認知行動療法は国際的にも慢性疼痛の実証的な根拠に基づいた治療法として認識されており、その有効性が実証されているにもかかわらず、本邦においては、慢性疼痛患者が認知行動療法を受けられるだけの十分な環境が整っていないのが実情である (笠原, 2010)。しかしながら、本邦においても慢性疼痛治療への関心は高まりつつあり、“慢性の痛みに関する検討会”が開催され (厚生労働省, 2010)、医療体制の整備等の検討が行われている。また、世界的にみても慢性腰痛ガイドライン (Chou et al., 2007) といった根拠の基づく医療 Evidence based Medicine (以下、EBMとする) の導入により、慢性疼痛治療が大きく変化しつつある。

EBM という概念から、慢性疼痛治療 (Chapman & Gavrinn, 1999) においては、心理社会的要因の関与を配慮した、NBM の大切さが示唆されており、患者と治療者の信頼関係を前提とした、患者の語る自分自身の物語と治療者との対話から、痛みの背景にある心理的葛藤にアプローチすることが大事であるといえる。こうした点を踏まえ、今後の慢性疼痛研究においては、NBM と EBM を両軸とした心身両面からアプローチする視点がさらに深まることが求められている。

引用文献

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing. (高橋三郎・大野 祐 (監訳) 染谷俊幸・神庭重信・尾崎紀夫・三村 将・村井俊哉 (訳) (2014). DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院.
- Apkarian,A.V., Bushnell,M.C., Treede,R.D., & Zubieta,J.K. (2005). Human brain mechanisms of pain perception and regulation in health and disease. *European Journal of Pain*, 9, 463-484.
- Blumer, D., & Heilbronn, M. (1982). Chronic pain as a variant of depressive disease. The pain-prone disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 170, 381-406.
- Bonica, J.J. (1990). *General consideration of chronic pain. The management of pain*. 2nd ed. Philadelphia.
- Boos,N., Rieder,R., Schade,V., Spratt,K.F., Semmer,N., & Aebi,M. (1995). Volvo Award in Clinical Sciences. The Diagnostic Accuracy of Magnetic Resonance Imaging, Work Perception, and Psychosocial Factors in Identifying Symptomatic Disc Herniations. *Spain*, 20, 2613-2625.
- Chapman, C.R., & Gavrinn, J. (1999). Suffering: the contributions of persistent pain. *THE LANCET*, 353, 2233-2237.
- Chou, R., Quseem, A., Snow, V., Casey, D., Cross, T., Shekelle, P., & Owens, D.K. (2007). Diagnosis and Treatment of Low Back Pain :A Joint Clinical Practice Guideline from American College of Physicians and the American Pain Society. *Annals Internal Medicine*, 147, 478-491.
- Collins, S.L., Moore, R.A., & McQuay, H.J.(1976). The visual analogue pain intensity scale: What is moderate pain in millimeters? *Pain*, 72, 95-97.
- Gam,A.N., & Johansen,F.(1995). Ultrasound Therapy in Musculoskeletal Disorder : A Meta-Analysis. *Pain*, 63, 85-91.
- Given, B.,Given, C.W., Sikorskii, A., Jeon, S., McCorkle, R., Champion, V., & Decker, D. (2008). Establishing Mild, Moderate, and Severe Scores for Cancer-Related Symptoms: How Consistent and Clinically Meaningful Are Interference-Based Severity Cut-Points? *Journal of Pain and Symptom Management*. 35(2), 126-135.
- 服部政治 (2006). 日本における慢性疼痛保有率 日本薬理学雑誌, 127, 176-180.
- 平川奈緒美 (2011). 痛みの評価スケール

- Anesthesia 21 Century, 13 (2), 2538-2544.
- 平木英人 (2012). 慢性疼痛—こじれた痛みの不思議—. 筑摩書房.
- Hoffman, R.A., Wheeler, K.J., & Deyo, R.A. (1993). Surgery for Herniated Lumbar Discs: A Literature Synthesis. *Journal of General Internal Medicine*, 8, 487-496.
- 細井昌子 (2015). 慢性疼痛治療のNBMとEBM, 心身医学, 55 (1), 26-33.
- 福岡欣治・橋本 宰 (1995). 知覚されたソーシャル・サポートのストレス緩和効果におけるサポート源とサポート内容の影響: 看護教員養成講習会の受講者を対象として 健康心理学研究, 8 (2), 1-11.
- 井上真輔・牛田享宏・井上雅之 (2012). 運動器慢性痛の病態と学際的治療 BRAIN and NERVE, 64 (11), 1287-1297.
- John, D.O. (2007). *Managing Chronic Pain Therapy Guide: A Cognitive-Behavioral Therapy Approach*. Oxford: Oxford University Press.
- (ジョン・D.O. 伊豫雅臣・清水栄司(監訳) (2011). 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)
- 笠原 論 (2010). 慢性腰痛の心身医学的マネジメント. 心身医学 50 (12), 1165-1170.
- 笠原 論 (2013). 慢性疼痛の対する心理的評価と認知行動療法. 臨床精神医学 42 (6), 739-748.
- 粕谷大智・川口 毅 (2011). 慢性腰痛患者の身体所見と心理社会的要因との関連 心身健康科学, 7 (2), 23-34.
- 金 外淑・松野俊夫・村上正人 (2014). 大人の“困った痛み”の心理学的検討 心身医学, 54, 407-413.
- 小森康永・野口裕二・野村直樹 (1999). ナラティブ・セラピーの世界 日本評論社
- 神庭直子・松田与理子・柴田恵子・石川利江 (2009). 成人アトピー性皮膚炎患者が望むソーシャルサポート—サポート源の構造の検討とサポートの有益性の評価に影響を及ぼす要因について— 健康心理学研究, 22 (1), 1-13.
- 厚生労働省 (2010). 平成25年 慢性的な痛みに関する検討会 厚生労働省
- 厚生労働省 (2015). 平成25年 国民生活基礎調査の概況 厚生労働省 <<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa13/>> (2015年1月31日)
- 厚生労働省 (2014). 平成26年版厚生労働白書 資料編 厚生労働省 <<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/14-2/>> (2015年2月3日)
- 紺野慎一・菊地臣人 (2007). 腰痛に対する新たな概念 日本医事新報, 4340, 64-67.
- Lachlan, A., McWilliams., Brian, J., Murray, W., & Enns. (2003) Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample. *Pain*, 106, 127-133.
- Linton, S.J. (2000). A review of psychological risk factors in back and neck pain. *SPINE*, 25, 1148-1156.
- 松原貴子 (2011). 痛みを理解するために 痛みの基礎 沖田 実・森岡 周 Pain Rehabilitation—ペインリハビリテーション—. 三輪書店, pp.43-45.
- 松原貴子 (2013). 慢性疼痛のリハビリテーション 臨床精神医学, 42 (6), 733-738.
- 松下智子 (2007). ネガティブな経験の意味づけ方と自己感情の関連 心理臨床学研究, 25 (2), 206-216.
- 宮崎隆保・小玉正博・佐々木雄二 (1999). 知覚されたソーシャルサポート尺度の計量心理学的特性の検討 筑波大学心理学研究, 21, 187-195
- 村上正人 (2014). 痛みの生理・心理・社会学的理解 心身医学, 54, 398-406.
- 中村雅也・西脇祐司・牛田享宏・戸山芳昭 (2012). 運動器の慢性疼痛に関する疫学調査 日本運動器疼痛学会誌, 4, 46-50.
- 西原真理 (2012). 精神医学からみた慢性の痛み BRAIN and NERVE, 64 (11), 1323-1329.
- 奥澤朋奈・富岡光直・細井昌子・安野広三・星 明孝・須藤信行・久保千春 (2011). 慢性疼痛患者の心身医学的治療における自律訓練法の効果 自律訓練研究, 31, 20-30.
- Pennebaker, J.W. (1989). Confession, inhibition, and disease. *Advances in Experimental Social Psychology*, 22, 211-244.
- Scott, J., & Huskisson, E.C. (1976). Graphic representation of pain. *Pain*, 2, 175-184.
- Serlin, R.C., Mendoza, T.R., Nakamura, Y., Edwards, K.R., & Cleeland, C.S. (1995). When is cancer pain mild, moderate or severe? Grading pain severity by its interference with function. *Pain*, 61(2), 277-284.
- 嶋 伸宏 (1990). ソーシャルサポート研究の現状と臨床場面への応用 東京大学教育学部心理教育相談室紀要, 12, 63-72.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. : Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. 融 道男・中根允文・小見山実 (訳) (1994). ICD-10 精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン. 医学書院.

矢吹省司・牛田享宏・竹下克志・佐浦隆一・小川節郎・勝俣明子・畠中 聡 (2012). 日本における慢性疼痛保有者の実態調査 臨床整形外科, 47 (2), 127-134.

山口重樹・北島敏光 (2006). ストレスと慢性疼痛 Dokkyo Journal of Medical Sciences, 33, 255-261.

山田宇以・安達明里・渡部博之・端詰勝敬・坪井康次

(2006). バイオフィードバック療法を介した疼痛性障害への心理的アプローチ バイオフィードバック研究, 33, 45-50.

ヤンセンファーマ (2012). 国民の1割が慢性疼痛を経験 ヤンセンファーマ株式会社 < <http://www.janssen.co.jp/public/rls/news/3998> > (2015年2月8日)

—2015. 2. 1 受稿、2015. 3. 7 受理—

付録1 慢性疼痛に対する家族からのサポート感尺度

教示文

あなたが痛み（肩こり，腰痛，背中の痛み，ひざの痛み）を感じているとき，家族からどのようなサポートを受けていますか。受けているサポートの程度について [1 = 全くあてはまらない 2 = あまりあてはまらない 3 = ややあてはまる 4 = とてもあてはまる] の中から最もあてはまる数字に○をつけてください。

質問項目

1. 私の家族は助けが必要になったときに手を貸してくれる。
2. 私の家族は痛みが辛いときにマッサージをしてくれる。
3. 私の家族は痛みが辛いときに病院に一緒に行ってくれる。
4. 私の家族は日常生活がうまくいかないときにその話を聞いてくれる。
5. 私の家族は私の痛みのことを理解してくれている。
6. 私の家族は私の痛みについての悩みに的確なアドバイスをくれる。
7. 私の家族は私のことを心配してくれている。
8. 私の家族は私のことを信頼してくれている。

Relationships between meaning making on pain experience and emotional support in people with chronic pain

Satomi KURIHARA (*Graduate School of Psychology Tokyo Seitoku University*)

Ikuo ISHIMURA (*Faculty of Applied Psychology, Tokyo Seitoku University*)

Because chronic pain is a multifaceted condition that includes not only physical factors, but psychosocial factors as well, many recommend the necessity of comprehensively facing the patients' emotions and cognitions, as well as their surrounding environment. Because chronic pain influences and is influenced by psychological stress, such as anxiety about pain, and social stress, such as social alienation and interpersonal relationships, which cause the pain to increase, it is necessary to empathically listen to the patients' pain, and provide emotional support for the patients' psychological burden. Therefore, the purpose of this study is to create a scale that can evaluate family support as perceived by chronic pain sufferers, and to examine the relationships between the degree of pain which appears to be predominantly influenced by psychosocial factors, and how the chronic pain sufferers give meaning to their experience of pain. The subjects were 52 patients who fulfilled the criteria for chronic pain as determined in this study, and these subjects were provided with a questionnaire survey involving a measure of the degree of pain (Visual Analogue Scale (VAS)), their self-related emotions regarding their experience of pain, and their feeling of support from their family. The results demonstrated that the degree of pain of the chronic pain sufferers who participated in this study had a degree of pain similar to the chronic pain sufferers who are diagnosed by a specialist and are continuously attending hospital. They also demonstrated that when the recognition for familial support is low, those with a stronger degree of pain tended to feel self-exaltation, while those with a lighter degree of pain tended to feel self-depreciation.

Key words: Chronic pain, emotional support, meaning-making.

Bulletin of Clinical Psychology, Tokyo Seitoku University
2015, Vol. 15, pp. 209-217