

線維筋痛症患者の語りから見出された疼痛の背景・疼痛抑制要因 および今後の治療に望まれること

Diverse symptoms and background factors of fibromyalgia and effective management strategies emerged in the narrative analysis of patients' perspectives

高井 範子・池田 耕二・藤田 信子・三木 健司・高橋 紀代・仙波 恵美子
**Noriko TAKAI, Koji IKEDA, Nobuko FUJITA, Kenji MIKI
 Noriyo TAKAHASHI, Emiko SENBA**

要旨

2020 年度に国際疼痛学会において痛みの定義が改定され、痛みを経験している人の訴えは尊重すべきという点が付記された。痛みの様相は個々の患者によって種々様々である。従って、線維筋痛症（FM）の患者の語りを注視し、疼痛治療に向けての手がかりを得ることは重要である。そこで、本稿では、FM 患者 12 名を対象とした 3 週間入院運動プログラムの介入前後に実施した半構造化面接から、痛みの背景にある精神的ストレス要因、および、FM 患者の痛みの状況や疼痛抑制要因に関する語りを取り上げる。

さらに今後の FM 治療において望まれることとして示唆された内容を報告する。結果、疼痛抑制要因として、痛みがあっても運動や歩くなど、身体を動かすことによって逆に痛みが軽減することや、専心・没頭時には痛みが軽減したり、痛みを忘れていること、セルフマッサージも患者によっては有効である。入浴・シャワーなどで身体を温めることや運動を含めた規則正しい生活習慣も重要である。また、寝る前にリラックスできていることが良好な睡眠につながり、さらに、辛さに共感して傾聴してくれる他者存在、辛いと言える安心感が痛みの軽減につながることが語られ、痛みに精神面が大きく影響することも示唆された。また今後の FM 治療に望まれることとして、FM 治療の専門家の育成や FM 患者に対する「初期対応」の重要性、FM 患者が語る疼痛抑制要因から見出された疼痛管理や FM 患者に対する入院運動プログラムの可能性、さらに、FM 患者への言葉掛けの工夫や患者に寄り添う医療スタッフの育成、および、FM 患者に対するチーム医療の必要性などが患者の語りから見出された。

キーワード：線維筋痛症、3 週間入院運動プログラム、FM 患者の語り、疼痛抑制要因、FM の治療戦略

I. はじめに

線維筋痛症（fibromyalgia : FM）とは、全身の疼痛とこわばりを主症状とし、疲労感、睡眠障害、うつなどの精神神経症状や認知機能障害、自律神経系の症状を伴った病気である¹⁾。本邦では FM 患者の 75%以上が女性であり、40 歳～60 歳の働き盛りの中高年に発症率が高いとされる¹⁾。FM 患者は長期にわたる激しい痛みのために QOL (quality of life : 人生の質、生活の質) が著しく低下し、臨床像の複雑さから病態解明はもとより診療体制整備が著しく遅れており、患者やその家族、さらには、医師や医療従事者にも正しい知識が欠落しているとされて

いる²⁾。患者は増加傾向にあり、リウマチ膠原病、精神科をはじめとする各領域でさまざまなアプローチがなされているが、いまだ決定的な治療法はなく、基本的に疼痛を中心とする副症状への対症療法の域を出ないとされている²⁾。そのため、FM 患者は、基本的に薬物療法を中心とした治療を受けているケースが多い。しかし近年は、運動療法や認知行動療法などの非薬物療法の有効性が指摘されている³⁾。我々も、臨床現場の理学療法士や医師をはじめ、理学療法学研究者、医学研究者、心理学研究者など、専門を異にする医療者・研究者の共同チームによって、慢性疼痛に悩まされている FM 患者に対する 3 週間入院運動プログラム研究を実施し、QOL の向上等に一定の成果をあげてきた⁴⁾。

2020 年に国際疼痛学会 (International Association for the Study of Pain) では、痛みの定義が 40 年振りに改定され、痛みは「実際の組織損傷もしくは組織損傷が起こりうる状態に付随する、あるいはそれに似た、感覚かつ情動の不快な体験」とされた⁵⁾。そこに新たな「6 項目が付記」され、そのなかでは「痛みは常に個人的な経験であり、生物学的、心理的、社会的要因によって様々な程度で影響を受ける」ことをはじめとする患者の言葉や個々の経験、訴えを重視する姿勢が示された。これまでの疼痛治療領域の研究ではさまざまな有用な知見が報告されているが、ほとんど治療者側の視点の報告とを考えることができ、患者側の視点、すなわち患者の語りから、FM 患者の疼痛抑制要因や今後の FM 治療に望まれる点について提示したものは少ない。これを提示していくためには FM 患者の語る世界や背景に対する解釈が重要となる。

そこで、本研究では、FM 患者の語りを解釈する際に、FM 患者の疼痛の背景には精神的ストレスが存在する可能性があることから、(1) 疼痛の背景にある精神的ストレス要因に着目する。また、FM 患者の捉えている、または感じている痛みや身体症状は、健康者が捉えている、感じている痛みや身体症状とは異なる可能性があることから、FM 患者の捉えている、感じている (2) 痛みや身体的状況に着目する。そして最後に、新たな治療方法の開発には、FM 患者自身が見出した疼痛抑制方法が有用な情報になると考えられるため、(3) FM 患者の語りから見出された疼痛抑制要因や方法に着目する。これら 3 つの視点から FM 患者の語りを解釈し、今後の FM 治療に寄与する戦略の一端を見出したい。

本稿の目的は、3 週間入院運動プログラムに参加した FM 患者の語りから、(1) 疼痛の背景にある精神的ストレス要因、(2) 疼痛や身体的状況、(3) FM 患者の語りから見出された疼痛抑制要因や方法を抽出し、それらをもとに今後の FM 治療戦略の一端を考察することである。

II. 対象と方法

1. 対象

対象者は、FM 患者 12 名（すべて女性）、平均年齢： 59.8 ± 14.8 歳（37～79 歳）であった。FM 診断年（X）からの経過年数（FM 診断は医師が「アメリカリウマチ学会診断基準（1990）」に基づいて診断）は、症例 1：X+5 年、症例 2：X+1 年、症例 3：X+10 年、症例 4：X+2 年、症例 5：X+3 年、症例 6：X+11 年、症例 7：X+4 年、症例 8：X+3 年、症例 9：X+9 年、症例 10：X+9 年、症例 11：X+1 年、症例 12：X+4 年であった。個人情報保護の観点から個々の患者の年齢は何代と記し、経過年数は上記の表記とした。

2. 方法

3 週間の入院運動プログラムに参加した患者に対して、介入前後に、心理学研究者の筆者が面談を行った。面談は本プログラムが実施される病院内のプライバシーが守られる一室で行い、1 対 1 の半構造化面接とした。面談時間は介入前後に各 2 時間であった。

心理面談では、痛みの発症状況、患者の語りや行動・態度に示される痛みおよび身体状況、生きる姿勢（精神面）

等について語ってもらった。また、痛みが軽減する時や痛みへの対処法、および、本プログラム中の理学療法士の対応等、についても語ってもらったが、本稿では、(1) 疼痛の背景にある精神的ストレス要因、(2) 疼痛や身体的状況、(3) FM 患者の語りから見出された疼痛抑制要因や方法の 3 視点から、重要であると考えた語りを抽出した。それらに基づいて今後の FM 治療について考察する。

倫理的配慮としては、対象者に対して 3 週間入院運動プログラムの内容等を、書面を用いて説明し、同意を得たうえで行った。また、本研究は大阪行岡医療大学倫理委員会の承認を受けて行われた（承認番号 27-0001）。

III. 結果

(1) 疼痛の背景にある精神的ストレス要因

FM 患者ではうつや睡眠障害を合併することが多く、ストレスにより痛みが増強するとされているが⁶⁾、今回の心理面談でも、「5 分も横になれないような痛みに襲われ、睡眠時間は 2 時間と続かない状態だった」(症例 9)、「痛みのために、毎日 1~2 時間しか眠れないのが辛い」(症例 10)。「よく眠れない」(症例 11)、「睡眠不足の時も痛みがきつい」(症例 2) といったように、痛みによる睡眠障害を訴える FM 患者は多く、不安の強い症例や既往歴にうつがある症例、患者自身が直接ストレスに言及している症例もみられた。

「精神的ストレスがかかると痛みが襲ってくる」(症例 2) と語った患者は、痛み発症約 1 年前に交通事故に遭遇しており、「音（特に車のクラクション）を聞くとそれが強い痛みに変わる」とも語っていた。「ストレスが多く、そのために全身の痛みが強くなった」(症例 5) と語った患者は、「色々なストレスから痛みがきている」と断言した。心療内科医から「『痛みはメンタルな面からきている』と言われ、私もそう思っている」(症例 7) と語った患者や、仕事のストレスを抱えていた患者もみられた(症例 1、症例 3、症例 4)、「家庭内のストレスがあった頃から腰痛が悪化した。腰痛以外の痛みに関しては痛みの原因もわからず、寝つきり状態が長かった時に家族から責められ辛かった。痛みはストレスが原因だと思っている」(症例 11) など、FM 患者の語りからは、身体の痛みに加えて、他者（家族など）にその辛さをわかってもらえない心の痛みも伴っていた(症例 2、症例 7、症例 11)。このように FM 患者は、痛みの発症時やその後の人生においてかなりの精神的ストレスを抱えていた。

家族関係（親子関係、嫁ー姑・舅関係、夫婦関係、親の介護、同胞関係等）や社会での対人関係、仕事上の悩み等が FM 患者に重くのしかかっていた。親子関係には、本人と子どもとの関係もあれば、本人とその親との関係もある。本人とその親との親子関係の中には、過剰適応的行動が定着して成育した慢性痛難治例の忍耐反応として報告されている症例⁷⁾に類似したものもあった。FM 患者には、痛みとそれに伴う誤った思考（「運動恐怖－回避メカニズム」⁸⁾）のために行動が抑制され、ネガティブ情動が不活動を招き、それがさらに痛みを増強させ、QOL を低下させるという悪循環を形成していた患者もみられた。このように FM 患者は、痛みのために行動が抑制されるケースが多いが、逆に「母親がほめてくれるのは自分の頑張りが足りないからだと思い、“楽をしてはいけない、人生は修行だ、頑張るために生まれてきたのだ”と思って生きてきた」(症例 2) と、疼痛を抱えつつも頑張らねばと、身体の状況を考えず行動し過ぎてしまう患者もみられた。長年蓄積してきた家族内葛藤や多大な精神的ストレスが根底にあったケースも多く、精神的痛みが身体的痛みに影響していると推察された。

(2) FM 患者の語る痛みや身体的状況

心理面談において語られた FM 患者が表現する痛みの症状は、「チリチリする痛み（足の指）。全身に電流が流れるような痛み。ひどい痛みが一旦出ると 2~3 時間引かない」(症例 1)、「矢が飛んでくるような痛み。一瞬に痛みが襲ってくる」(症例 2)、「キリキリ、ピリピリ、チクチクといった痛みが全身のどこに出るかわからない。耳

や頭に出ることもある。下半身の場合は、太ももが冷えると足の裏や爪先の裏側もチクチク痛み、足がつる。足腰が冷えると痛みが出る」(症例 6) であった。

ブロック注射後に「やけどのような痛み。太ももや腕にも痛みが出始め、全身に広がった」患者(症例 7)は、「腰や臀部にヒリヒリした痛み」や「上半身(腕と背中) や下半身(膝下) の痛み」を感じていた。「全身が痛い」(症例 9) と語った患者は、痛みの様相を「気を失うほどの痛さ。泣いても泣ききれないほどの痛み。頭の中で花火が破裂する位に一日中、頭が鳴りっぱなしだった」と表現した。「左腕の痛みが強く、脱臼しそう。右腕の痛みもあり、左右に向くことも難しい」(症例 10) 患者や、「痛みが余りに強いので足を切ってくれと先生(PT) に言った」(症例 11) というほどの痛みを抱えた患者もみられた。

足底の痛みを訴える患者は、「足底にピリピリする痛み。歩くと足の裏が痛む」(症例 8) や、「足の裏に砂利がついているような痛み」(症例 11) と表現した患者もみられた。さらに、「朝、立とうとすると、両足の甲の骨がこなごなにくだけたような激痛があり立てないことがあった」(症例 12) など、突然、さまざまな部位にさまざまな痛みの症状が出ては、しばらくすると突然消失するといったことが繰り返されたケースもあった。FM 患者それぞれに、全身あるいは各部位において辛い痛みを経験していた。

痛みに伴うその他の身体状況および付随状況としては、「痛みや硬直があるので家事がしにくい。包丁を落としてしまうこともある」患者(症例 1) や、「痛みのために料理もできない」(症例 5) と語った患者がみられた。また、「身体がガチガチになっている。身体がこわばってきている」(症例 2)、「しづれや筋肉のこわばりがある」(症例 6)、「特に朝のこわばりが強い」(症例 12)、「筋が固まっている」(症例 10) や、「夜中に目覚めた時の硬直と痛みはスゴイ。ベッドの中では身体の筋肉が硬直する。血が流れないような感じがする」(症例 9) など、身体のこわばりや硬直を強く訴えた患者もみられた。

さらに、「瓶詰のフタを開けると両手の指がつる」(症例 8) など、手指や足がつる症状(こむら返り)、足の冷たさを訴える患者も多かった。また、「朝、布団から起き上がる時に痛みが強い」(症例 4) など、起床時に痛みの症状が強く出ると語った患者もみられた。

「足の裏の痛みが強いため、家ではフワフワスリッパを履き、家の中をコマ付き椅子で移動」(症例 8) していた患者や、足を床につけると痛みが増すと思い込んでいたため車椅子を使用していた患者(症例 1) もみられた。また、「この一年で体力がかなり低下。今は痛みよりも疲労感(身体が重く、だるい)の方が強い」(症例 3) 患者や、「上肢の激痛のために食事や洗体に支障があり、要介助」の患者(症例 10)、「今はバギーを押して歩いているが体力がなく、一日家作をするとぐったり疲れてしまう。今は 5000 歩(杖使用) 歩いたら痛みが強く、身体が偏る」(症例 12) など、体力低下も含めた疲労感が増強されていた患者もみられた。

痛みは FM 患者の QOL にも深刻な影響を及ぼしていた。「痛みの発作への恐れのために人と会うことは余りしなかった」(症例 2) と語った患者のように、本来、楽しい時間を持つことができる機会を放棄せざるを得なかったり、また、別の患者は、FM であることを以前ほど辛いとは思わなくなつた理由として、「何もかも諦めた。友人も、旅行も、その他すべて」(症例 12) と語った。また、介入後には心身が改善方向に変化したのであるが、介入前の面談において、「痛みのために色々なことを諦めてきた。心の底で、"この辛いものを一生抱えて生きて行くんだな"と思っていた。自殺しようとは思わなかつたが、"明日、事故で死んでもいい"と思っていた」(症例 3) と語った患者や、「全身が痛い。この FM の痛みは誰もわからない」(症例 5) と繰り返し訴える患者、「この痛みは誰にもわかつてもらえない。生きていても仕がないと思っていた」(症例 9) ほどの痛みや、「死にたい。何故、自分がこんな辛い状態になっているのか、どんどん症状が悪くなっているので早く調べてほしい」(症例 10) といった切実な訴えもみられた。

(3) FM 患者の語りから見出された疼痛抑制要因や方法

痛みの対処法としては、「痛みが強く出た時は敢えて叩く。叩いて痛みを加えて、疲れ果てて寝てしまうようにもって行く。その方が逆にいい。痛みを感じている方がしんどい」(症例 1) と痛みの辛さを語った患者がみられた。表 1 に示した FM 患者自身が獲得した疼痛抑制行動様式を以下に整理する (表 1 には本設問に対する語りのあった症例のみを記載)。

表 1 心理面談から抽出された FM 患者の疼痛抑制行動様式および疼痛対処法

症例 1 (30 代)	・「痛みが強く出た時は敢えて叩く。叩いて痛みを加えて、疲れ果てて寝てしまうようにもって行く。その方が逆にいい。痛みを感じている方がしんどい」。
症例 4 (70 代)	・「痛みが出ると、いつもこうやって自己流で指でマッサージをするんです。そうしているうちに痛みがなくなることがあります。なので、こうやって続いているうちに、きっと痛みはなくなるだろうと思っているんです」。 ・「入院中に散歩で植物園に行ったが、植物園で休憩していたら痛くなってくる。歩いている時は痛みはない」。 ・「入院して痛みと向き合う時間が増えたのはマイナスかなと思った。入院中、“痛みはどうですか?”とよく聞かれる為、意識せざるを得ないので」。 ・「以前、自分で“痛み日誌”をつけたことがあるが、“痛みと向き合ってはやめよう”と思った」。 ・「カイロプラクティックで肩の痛みはしばらくの間はとれた」。 ・「痛み以外の別のこと気に集中している時（友人との会話、散歩中、好奇心がある時など）は痛みを感じない」。
症例 5 (70 代)	・「身体を温めると痛みが楽になる。お風呂だと痛みが少し楽になる」。 ・両手のこわばりがあったが、「右手のこわばりは自分でクリームを塗りながらマッサージをしているうちになくなってきた」。 ・入院時、両手のひらが紫色だったが、「指のマッサージや運動をしている間にいつの間にか消えた」。 ・「自分で一生懸命マッサージをし、右手の機能が回復してきたため箸が使えるようになった」。 ・「入院中、肩や上腕が痛かった時、「朝晩、上腕を左右 50 回位回しているうちにいつの間にか痛みはなくなった」。 ・「痛みを感じる部位にクリームを塗ってマッサージをすると痛みがなくなる」ため、本人は本当に FM なのか?と疑問を持っている。
症例 6 (70 代)	・「じっとしていると痛むので入院前も家では身体を動かすために積極的に掃除をしていた」。 ・「痛みが出た時は下半身をさすると痛みが軽減する（強過ぎてもダメ）」。 ・「病院ではスケジュールで動くので調子が良かった」。 ・「リハ室から病室に戻ると足腰が冷えて痛みが出るので、病院内を歩き回った。そうすると痛みが軽減した」。 ・「身体を動かす（運動や歩く）と痛みが軽減。痛みを忘れている」。 ・「家では一人で居る時間が多く、痛みを感じることが多かったが、病院では暖かく、人ともよく話したので痛みは軽減した」。 ・「何かに集中している時、楽しさを感じている時（人との会話。楽しい事を考えたり、カラオケに行ったり、ゴルフやテニス等）には痛みはふっと消えている」。
症例 7 (40 代)	・「温かい方が痛みはマシだが、やけどのような痛みなのでお風呂も熱いのはダメ。お風呂は疲れるのでシャワーの方がマシ」。 ・「ウォーキングが私には合っている。ウォーキングの時に腰痛が少しマシになり効果があった」。
症例 8 (50 代)	・「先生（PT）によるストレッチは効果的でとても気持ちが良く、入院前に自宅でやっていた自己流ストレッチは全く効果がないことが分かった」。 ・「腰の筋肉が硬い為、大股で歩くと腰がほぐれて痛みが軽減する」。 ・「歩くと少し楽になる」。 ・「電車でも立つようにしている。座る方が腰が痛む」。 ・「正座や背もたれのある椅子が楽」。 ・料理が得意な本患者は、友人達を招いて料理を振る舞い、皆が美味しいと言ってもらえると嬉しいと語る。 ・「楽しいこと（友人との会食、好きな料理を作っている時、趣味、芸能人のおっかけなど）に集中している時は痛みが軽減する」。
症例 9 (70 代)	・「家ではほとんど寝たきり状態で、何をしても 5 分ほどで疲れていた」（介入前）→「運動療法中、痛みは減少していた。気絶するほどの痛みも運動療法中は忘れていた」（介入後）。 ・「じっとしていると痛みが出る」。 ・「入院によって身体を動かす（例：足踏みしたり）と痛みが少し楽になることを実感できた」。 ・「病院内をよく歩いた」。 ・「杖なしで一人で歩けるようにまでなったことが本当に嬉しい」。 ・「入院中は担当医師がいるので安心したのか、家よりも眠れるようになったこともスゴイことだと思う」。
症例 11 (70 代)	・「入院中、散歩を数日間続けると、歩くと痛みが軽減し、楽だと感じた。逆に散歩しないと痛くなるとも感じた」。 ・「歩きたい、地面を踏みたい。歩く義務感が出てきた。足が軽くなった感じ。運動は大切」。 ・「歩くと痛みが軽減する」。 ・「人と楽しく話している時は痛みを忘れている」。 ・「入院してから気持ちも安定し、眠れるようになった。病院では安心感がある」。
症例 12 (60 代)	・「何かに集中していると痛みがあっても忘れている」。 ・「入院中、一番辛かったのは痛みで眠れなかったこと。他の患者に迷惑をかけてはいけないのでトイレだけが逃げ場だった」。 ・「夜は自分に集中してしまうので、余計に痛みに集中してしまう」。 ・「辛さを言って仕方がない状態だが痛みが辛かったので、初めて“絶望感”を感じた」（ピーク時に担当医を呼ぶが海外出張で不在のため、かなり不安定になった。担当医は帰国後、頻繁に患者の病室を訪れ話を傾聴。次第に落ち着いた）。 ・「病院で誰とも話さず、黙っているのが辛かった」。しかしある晩、「巡回していた看護師（Ns）がたまたまのぞいてくれて話を聴いてくれた。辛い思いを色々話し、Ns も“看護師に話した方がいいよ”と言ってくれた」。 ・Ns の対応も個人差があるが、「Ns が色々と話を聞いてくれ、話ができたことは良かった」。 ・「誰かに辛い思いを聴いてもらえて、話ができる事と、“辛いと言える安心感”が大きかった」。 ・「痛みで眠れない夜を振り返って、「消灯前にリラックスできていると眠れる、ということを実感した」。 ・「痛みに精神面が大きく影響することが分かった」。

a) 運動が痛みを軽減する

介入前、「家ではほとんど寝たきり状態で、何をしても5分ほどで疲れていた」(症例9)といった語りに示されるように、多くの患者が痛みのために不活動傾向にあった。しかし、FM患者が本プログラムに参加したことによって体得した疼痛抑制方法は、運動することが逆に痛みを軽減する（時に忘れている）ことにつながると認識できることであった。ここでの運動は、本プログラムにおける運動⁴⁾や歩くこと（散歩、病院内を歩く）である。「気絶するほどの痛みも運動療法中は忘れていた」(症例9)、「(散歩中)休憩していると痛みが出てくるが、歩いている時は、痛みはない」(症例4)と語っていた患者もみられた。

FM患者は痛みのために活動を抑制している患者が多いが、本プログラムに参加する以前の生活において、身体を動かすと痛みが軽減することを既に認識していて、「身体を動かすために家で掃除を積極的に行っていた」(症例6)と語る患者もいた。

本プログラムに参加した患者の多くは、入院前までは痛みのために身体を動かすことが非常に少なかったが、多くの患者は高齢であっても、かなりの運動負荷に耐えることができた自分に驚き、自己の身体的潜在能力に気づくことができていた。そして、痛みがあっても身体を動かすことや歩くことで、痛みが軽減されることを体得し、運動することの重要性を認識するようになっていた。

入院中、肩や上腕に痛みを感じていた患者は、「朝晩、上腕を左右50回、回しているうちにいつの間にか痛みはなくなった」(症例5)と語っていた。「じっとしていると痛みが出るが、足踏みなど、少しでも身体を動かしていくと痛みが少し楽になる」(症例9)と語った患者もみられた。自己の身体的潜在能力を再発見し、そのことから自己の身体や今後の人生に希望を見出した患者も少なからずいた。

患者が、運動療法の効果と意義を理解するとともに、適正な目標設定と適切な管理を行うことが重要であるとされているが¹⁾、本プログラムで患者自身が、積極的に身体を動かすことによって痛みが軽減することを体得した意義は大きい。

b) セルフマッサージ

入院前や入院中に痛みが出た時にマッサージをすることによって痛みが軽減した患者は(症例4)、「こうやって続けているうちに、きっと痛みはなくなるだろうと思っているんです」と語った。また、紫色になっていた手のひらにクリームを塗って自分でマッサージをすることで紫色が消失したり、こわばりがなくなった患者(症例5)は、マッサージによって痛みが軽減するため、自分は本当にFMなのかと疑問を呈していた。入院運動プログラム中では、マッサージの有効性はわからないが、少なくともセルフケアの一つとして有効な手段になる可能性は大きい。

c) 何かに（特に楽しいことや興味があることに）集中している時は痛みが軽減、忘れる

「用事が終わってほっとした時に痛みを感じる」(症例4)と語った患者もみられた。これは“専心・没頭時（何らかの事に気持ちが集中している時）には痛みを感じない”ということの現れである。「家では一人で居る時間が多く、痛みを感じることが多かった」(症例6)と語った患者は、入院中、多くの患者仲間と話した時間が楽しく、その時、痛みは軽減していたという。痛み以外の別のことに集中している時や楽しさを感じている時（友人と会話、散歩中、何かに好奇心のある時、趣味、好きな料理作り、楽しい事を考えている時、カラオケやゴルフ、テニスをしている時など）には痛みがふっと消えているという(症例4、症例6、症例8)。

運動やポジティブ情動による痛みの軽減と脳報酬系の活性化との関連が指摘されており⁹⁾¹⁰⁾¹¹⁾、痛み以外の事に集中している時に働く脳内メカニズムの解明をすすめ、脳報酬系の活性化を利用した疼痛対策を考えていくことが必要となろう。

d) 辛さを聴いてもらう

「辛さを言っても仕方がない状態であることは分かっているのだが、余りに痛みが辛かった時、初めて“絶望感”を感じた」(症例 12)と語った患者は、その後、夜間巡回の看護師に話を聴いてもらえた経験から、「辛さを誰かに聴いてもらえ、話ができること、“辛い”と言える安心感が痛みの軽減につながる」と語った。辛い思いを吐露することができ、傾聴されることによって気持ちが落ち着き、痛みの軽減につながっているのである。

FM 患者には怒りや憎しみ、後悔などのマイナス感情が強くみられることが多く、これらの感情を無視したまま治療しても成果は出ないとされている¹²⁾。本研究においても、様々な心身の辛さやストレスを抱えている FM 患者は、痛みの辛さや悩みを話せ、受け止めてくれる他者が必要としていた。FM に関する家族の理解がないことの辛さを訴えていた患者や、また、痛みのために身体を休めていることを家族に責められ、より強い苦悩を感じている患者もみられた。周囲に信頼できる他者がいない場合、カウンセリングを受けたいが、痛みのために仕事ができず経済的理由からカウンセリングを活用できない患者もみられた。

FM 患者の多くは、痛みについて理解してほしい、辛さを聴いてほしいという思いが強かった。医療スタッフは、多忙の中においても、患者の話を傾聴し、寄り添う姿勢がプロフェッショナルとして求められる。身体面が注視される傾向の強かった疼痛治療において、「痛みに精神面が大きく影響することが分かった」(症例 12)と語った患者の言葉は尊重されるべきである。FM 患者の心理的痛みや社会的痛みへの支援を考える必要があろう。

e) 寝る前のリラックスが睡眠に有効である

不眠は慢性痛の患者に共通する訴えとされるが¹³⁾、ある患者は、「夜は自分に集中してしまうので余計に痛みに集中してしまうが、消灯前にリラックスできていると眠れることを実感した」(症例 12)と語っていた。様々なりラクゼーション法の習得や、自分なりにリラックスできるものを見つけたり、ゆったりした時間を持つことも FM 患者の睡眠障害改善に寄与するのではないかと考えられた。

また、「入院中は、担当医師がいるので安心したのか、家よりも眠れるようになったこともスゴイことだと思う」(症例 9)、「入院してから気持ちも安定し、眠れるようになった。病院では安心感がある」(症例 11)と語った患者もみられたが、特に不安の強い患者の場合は、安心感の有無も睡眠に大きな影響を及ぼしていた。

f) 入浴やシャワーなどで身体を温める

身体を温めると痛みが軽減すると語っていた患者もみられた(症例 5)。患者によって痛みの状況が異なるため、熱い湯は逆効果になる患者や、入浴よりもシャワーが適しているという患者もみられた(症例 7)。

g) 運動を含めた規則正しい生活習慣の重要性

運動・食事・睡眠などの生活習慣の適正化および日常生活において活動量を増やすことは、慢性痛治療に重要とされているが^{14) 15)}、「病院ではスケジュールで動くので調子が良かった」(症例 6)と語った患者があり、FM 患者にとって規則正しい生活習慣が重要であることが改めて示された。特に、不安の強い FM 患者では規則正しいスケジュールが FM 患者に安心感を与え、運動プログラムの継続につながっていた。

IV. 考察：FM 患者の語りから示唆された今後の FM 治療に望まれること

3 週間入院運動プログラムに参加した FM 患者の語りを解釈する。(1) 疼痛の背景にある精神的ストレス、(2) FM 患者の疼痛や身体的状況、(3) 疼痛抑制要因や方法、の 3 つ視点の解釈結果を踏まえ、FM 治療に望まれる、または治療戦略構築上、組み込める可能性のある対応や実践、ケアを以下に考察する。これらは、FM 患者の治療やケアに従事する全ての医療スタッフ全般(医師や看護師なども含めて)に該当する内容であると考えられる。

①FM 治療の専門家の育成

冒頭でも述べたが、国際的にも FM 患者が増加傾向にあるにもかかわらず、FM 患者やその家族、さらには、医

師や医療従事者にも正しい知識が欠落しているとされている²⁾。本研究においても、FM患者は、疼痛治療の知見と実績を有する医師や理学療法士（協力病院の医療スタッフ）に辿り着くまで長期間を要していたことが見出された。この間、放置されることでより複雑化した要因により患者の症状は増悪するため、少しでも早くFM治療、疼痛治療に携わる医師や医療スタッフに出会えることが望ましい。こうした意味からも本邦においてFMの病態や治療についての知識を有する医療スタッフの育成が望まれる。

②FM患者に対する「初期対応」の重要性

FM患者の語りから、FM患者は、痛みの発症時やその後の人生においても多様な精神的ストレスを抱えていることが見出された。12症例の面談から窺えたストレスは2大別された。一つは、FMの痛みの辛さによる精神的ストレスである。もう一つは、患者個人の人生の悩みや日常生活における家族関係を含む対人関係に関する精神的ストレスである。

前者に対しては、医療スタッフが治療に入る前に、あるいはFM患者の状況に応じ、患者の訴えを親身に傾聴・共感することが必要であり、これによってFM患者の医療スタッフへの信頼は高まり、その後の治療につながると考えられる。この時に、医療スタッフも、カウンセリングの基本を身につけておくと大きな力になり、患者対応スキルの向上が医療スキルの向上にも繋がっていくことが期待できる。Ⅲの（2）で示したようにFM患者の語る痛みの表現は、実に多様であり、QOLにも深刻な影響を及ぼしている。これらをできるだけ理解することが大切であり、痛みや症状が強いFM患者ほど、こうした「初期対応」が重要になると考えられる。従って、FM患者の治療には傾聴を含め、初期対応にはそれなりの時間が必要になることを認識する必要があると考えられる。

他方、FM患者のプライベートな悩みに関しては、介入前の面談において話を傾聴した後、「話を聞いて頂いてすっきりしました。運動をしてみようという気持ちになりました」と語った患者もみられた。痛みや精神的ストレスのためにネガティブな感情に苛まれ、不活動傾向にあるFM患者を運動療法に導入し、運動療法の効果をより上げるために、何よりもFM患者の気持ちが運動療法に積極的に向くことが重要である。一度の面談だけでFM患者の抱えるストレスが解消されるわけではないが、その一端でも吐露することによって、気持ちが落ち着くという側面は窺えた。話を聞いてほしいと切実に願うFM患者は少なからずいた。これらを踏まえるとカウンセリングの必要性が示唆されるが、FM患者の個人的な悩みに関しては心理職に任せせる、つなぐことが必要かと思われる。このように精神的ストレスをどのように解消していくかという視点が、FM患者の治療には必要な視点といえるだろう。

③FM患者が語る疼痛抑制要因から見出された疼痛管理

FM患者が語る疼痛抑制要因としては、a) 運動、b) セルフマッサージ、c) 専心・没頭できるものをつくる、d) 辛さを誰かに聴いてもらう、e) 寝る前のリラックスが睡眠に有効、f) 入浴やシャワーなどで身体を温める、g) 規則正しい生活習慣、にまとめることができた。

上記の運動やセルフマッサージ、専心没頭できるものをつくる、規則正しい生活習慣については、すでに治療に有効であることが示唆されている。しかし、d) 辛さを誰かに聴いてもらう、e) 寝る前のリラックスが睡眠に有効である、f) 入浴やシャワーで体を温めるというのは、具体的な方法であり、疼痛管理に重要な指針や方法論になりうると考えられよう。

④FM患者に対する入院運動プログラムの可能性

FM患者は、「運動恐怖－回避メカニズム」⁸⁾のために行動が抑制され、悪循環が形成されていることが示唆されている。本プログラムに参加したFM患者も、介入前には、身体を動かすことは痛みの増強につながると考え、行動が抑制されていた患者が多くいたが、介入後には、痛みがあっても身体を動かす方が痛みが軽減することを体

得し、運動と痛みに対する患者の認識が変化し、積極的に運動を行うようになった。一方、不必要に自分を苦しめる考え方へ固執し、心身共に痛みを増強する過活動的な生活を送っていた FM 患者が、理学療法士から思考と行動・身体との関連に関するアドバイスを受け、ペーシング（適切な運動強度や頻度を調整していくこと）の重要性や、自己の身体的、精神的状況にどう向き合えばよいかを認識できた症例もあった。いずれも、認知の歪みが入院運動プログラム実施中に修正されたのである。したがって、認知の歪みがみられる患者に対して、これをいかに修正するかが治療における重要な点の一つとなる。

また、FM 患者の語りからは、本プログラムへの参加によって、運動療法を受けながら、一定期間自分と向きあうことでの運動の重要性を認識したり、運動その他の方法による疼痛回避の可能性をも認識している患者がいることがわかった。また、思考と行動との関連を認識できたことで心の持ち方の重要性や、リラックスできることと睡眠との関連性、心身の辛さを他者に聴いてもらうことの大切さなどについても、FM 患者自身が認識できた症例があつたことが見出された。こうした事例から、FM 患者自身の気づきを促す支援も今後の治療やケアには必要となろう。

そのためには、本プログラムのように、ある一定期間入院し、患者が安心して運動療法が実践できる環境（医師や看護師が常駐している病院等）が有効と考えられる。入院は様々なストレスから退避でき、安心して FM や自分自身と向き合う機会を多くするだけでなく、理学療法士をはじめ多くの医療スタッフが FM 患者の変化に早く気づくことができ、個々の患者に合った支援が可能になる。また、活動量や運動量の調整も行いやすい。こうしたことからも入院運動プログラムの有効性が見出される。痛みの強い FM 患者の場合には不安も強く、運動に対する抵抗感も強い場合が少なくない。また、すぐに効果が現れるものではないため、入院によって FM 患者を身近に支えることができる本プログラムの可能性は大きいと考えられよう。今後は、退院後もこうした環境を在宅、地域でいかに設定していくかということが大きな課題である。

⑤FM 患者への言葉掛けの工夫

“痛み日誌”をつけていた患者は、「痛みに向き合うのはやめようと思った」（症例 4）と語っており、医療スタッフから “痛みはどうですか？”と聞かれることに否定的な感情を表出する患者もいた。また、「たとえ難治の疾患（FM）であっても、治らないと言われるのは嫌だ。何か希望を持たせてくれるような一言がほしい」（症例 10）と語った FM 患者もいた。こうした語りは、どのような言葉掛けが個々の FM 患者に必要か、または有効かを考える契機になるものと思われる。

⑥患者に寄り添う医療スタッフの育成

医療職を含む対人援助職にとって傾聴の重要性はよく知られているところではあるが、実際にどの程度実践できているかは今一度問う必要がある。FM 治療では FM 患者との信頼関係が重要となる。信頼関係が構築できなければ、重要な情報は得られず、治療もうまくいかない。そのためには、患者の辛さに寄り添い、痛みの訴えや思いを傾聴する姿勢が必要である。医療に対する諦念（「どうせこの痛みは治らないから話しても無駄だろう」といった思い）や羞恥心から、必要な情報を適切に医療スタッフに伝えていなかったと過去を振り返って語った患者もいた。患者との面談から、本研究における協力病院では、スタッフの対応が非常に良いことが分かったが、一般的に多くの医療機関では、医療スタッフは多忙であり、患者が会話をしづらいと感じ、ラポール形成や情報提供等が滞っている可能性があることも考えられる。また、医療スタッフがいくら時間をとって寄り添っても、患者にはそのように映っていないこともあります。初期対応の重要性（②）は既に述べたが、FM 患者は医療スタッフに出会った時に、自分の痛みの辛さを知ってほしいと、何度も繰り返し、その辛さを訴えることがある。その時に、痛みの訴えを軽視したおざなりな対応をしてしまうと、“この医療スタッフは、自分の辛さを理解しようとしてくれない”と判断され、患者からの信頼は得られず、その後の治療がうまくいかないこともあります。特に、痛みや不安が強い患者

ほど訴えが強い傾向にある。患者も医療スタッフを観察し、多方面から評価している。医療スタッフ側が、常に評価されている意識を持つことも必要であろう。上辺だけの対応は通じない。しかし、こうした実践に答えはない。個々のFM患者ごとに、現場ごとに異なる柔軟な対応が求められる。

また、患者にとってどのような対応が良くて、どのような対応が悪いのかはすぐには分からず。したがって、患者が何を望んでいるのかを知ろうとする姿勢が治療上必要になっていくものと考えられる。そのためFM患者の受け止め方や個性を理解し、それを視点に対応や工夫、治療のあり方を組み立てていくことも大切であると考えられる。FM患者の辛さに寄り添い、傾聴の姿勢を持つことは、治療において重要な手がかりを得ることにつながる場合もある。患者は信頼できると感じた相手に多くを語る。疼痛は、「常に個人的な経験であり、生物学的、心理的、社会的要因によって様々な程度で影響を受ける」ため、「痛みを経験している人の訴えは重んじられるべき」⁵⁾だと言われるゆえんである。FM治療を有効に進めていくためには、これらの対応が可能な医療スタッフの育成が望まれる。

⑦FM患者に対するチーム医療の必要性

さまざまな成育史を持ち、ストレスを抱え、複雑なメンタル面の問題を抱えている症例もみられた。FM患者には、身体面だけでなく、FM患者の心理・社会的要因にも目を向けることが必要である。各専門領域には限界がある。そのためFM患者の心身の苦痛を軽減し、治療効果を上げて行くためには、理学療法領域だけでなく、心理的側面の支援など、多忙を極める治療チームの一員に心理職を含めることが有効であると考える。これらについてはすでに集学的治療の有効性が示唆されており、実践している医療機関もあるがまだ少ないのが現状である。悩みや辛さを抱え、話を聞いてほしいと願っているFM患者が少くないことが本研究において見出された。「辛さを誰かに聴いてもらえ、辛いと言える安心感が痛みの軽減につながる。痛みに精神面が大きく影響することが分かった」といったFM患者の語りからも、多職種連携として、また、今後のFM治療戦略の一環として、心理的介入を含めていくことが望ましいことが示唆された。

V. 結語

FM患者の語りから、痛みの背景にある精神的ストレス要因、痛みや身体的状況や疼痛抑制要因、およびFMの今後の治療に望まれることの一端が見出された。個々のFM患者の痛みに応じた治療を行っていくためには、患者一人ひとりの語りが尊重されるべきである。患者に対する傾聴が重要なことはこれまで言及されてきたが、決定的な治療がないFM治療においてはなおさら重要になると考えられた。患者の語りには治療戦略上、有効な知見が埋もれており、今後、これらを如何に抽出していくかが大切になると思われた。FM患者の語りから生成される知見やエビデンスにもとづく実践は、効果的であると考えられるが、その検証については今後の課題である。

謝辞

本研究にご協力頂きましたFM患者の皆様、早石病院の金子基史先生、千里山病院の丸山伸廣先生、中原理先生、並びに大阪行岡医療大学の行岡正雄先生、奈良学園大学の柴田政彦先生、大阪大学医学部の寒重之先生に感謝致します。なお、本研究は平成28~31年度の科学研究費（課題番号：16K09002）（代表：藤田信子）の助成を受けて行われたものである。

引用文献

- 1) 藤田信子、仙波恵美子：線維筋痛症の運動療法－その効果と奏功メカニズム－。日本臨牀。第76巻、第11号、

- 特集 線維筋痛症－最新の基礎・臨床知見－, 2018, 2023-2929.
- 2) 西岡久寿樹：線維筋痛症の歴史と現状. 日本臨牀. 第 76 卷, 第 11 号, 特集 線維筋痛症－最新の基礎・臨床知見－, 2018, 1907-1912.
- 3) Rossy L.A, Buckelew SP, Dorr N, et al: A meta-analysis of fibromyalgia treatment interventions. *Ann Behav Med*, 21, 1999, 180-191.
- 4) 藤田信子, 池田耕二, 高井範子 他:高齢線維筋痛症 2 症例の 3 週間入院運動プログラムの効果について—痛みと身体・注意機能, 包括的 QOL および背外側前頭前野の血流動態への影響—. 理学療法科学. 34, 2019, 839-846.
- 5) Srinivasa N Raja, Daniel B Carr, Milton Cohen, et al.: The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises, *Pain*. 161(9): 2020, 1976-1982. (日本語訳は日本疼痛学会, 2020 を引用)
- 6) 仙波恵美子：線維筋痛症の痛みはどうして起こるのか. 心身医学. 2016, 56 : 419-426.
- 7) 細井昌子：慢性痛難治例における過活動のメカニズム－忍耐反応と過活動のスクリーンセイバー仮説の観点から. ペインクリニック. 38, 2017, 633-639.
- 8) Vlaeyen JW, Linton SJ: Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: A state of the art. *Pain*. 85, 2000, 317-332.
- 9) 仙波恵美子：痛みと情動 - 辺縁系とは何か. ペインクリニック. 40 : 2019, 35-46.
- 10) Kami K, Tajima F, Senba E. Activation of mesolimbic reward system via laterodorsal tegmental nucleus and hypothalamus in exercise-induced hypoalgesia. *Sci Rep*. 8(1), 2018, 11540.
- 11) Kami K, Tajima F, Senba E, Plastic changes in Amygdala subregions by voluntary running contribute to Exercise-Induced Hypoalgesia in neuropathic pain model mice. *Molecular Pain*. 16, 2020, 1744806920971 377.
- 12) 岡寛：線維筋痛症のマネジメント. 心身医学. 56, 2016, 427-431.
- 13) O'Brien EM, Waxenberg LB, Atchison JW, et al.: Negative mood mediates the effect of poor sleep on pain among chronic pain patients. *Clin J Pain*. 26, 2010, 310-319.
- 14) 仙波恵美子：ペイン・リハが奏効する脳内メカニズム. Modern Physician. 39, 2019, 538-541.
- 15) Senba E, Kami K: A new aspect of chronic pain as a lifestyle-related disease. *Neurobiology of Pain* 1, 2017, 6-15.