

## リウマチ患者さんの心理状況とそのケア

和田 研 和田整形外科医院

(2007年、第8回博多リウマチセミナー)

### ★ RA 患者の不安やつらいこと (2005年リウマチ白書<sup>1)</sup>より)

不安		つらいこと	
悪化・進行	79.3%	何かにつけて人手を頼むとき	35.8%
日常生活動作の低下	73.8%	激しい痛みがある、治らない	31.8%
薬の副作用や合併症	65.2%	冠婚葬祭、近所付き合いができない	30.2%
経済的な不安	28.2%	変形が進んでじろじろ見られる	12.9%
介助や介護のあてがない	11.9%	周囲の人の無理解	10.4%
不安はない	3.3%	家族の無理解	8.7%
		同世代の友人がいない	5.6%
		子供の幼稚園、学校行事に参加できない	1.6%

つらいことはあったが、今は慣れてしまったのでつらくない(29.2%)、つらいことはない(7.5%)という人もいた。

### ★ RA の心理状態の診断・評価方法

#### 性格検査

矢田部ーギルフォード性格検査 (Y-G) 120項目の質問

Minesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) 550項目の質問

#### 神経症検査

Cornel Medical Index (CMI) 神経症・自律神経失調症調査法195項目

Kyudai Medical Index (KMI) 神経症傾向調査法100項目

Stress Check List 日大 (SCL) 30項目

Manifest Anxiety Scale (MAS) 65項目

State-trait Anxiety Inventory (STAI) スピルバーガーらの不安を測定する質問紙

#### うつ傾向検査

Arthritis Impact Measurement Scale (AIMS、AIMS2) の Depression scale

Self-rating Depression Scale (SDS) 20項目の質問

Self Rating Questionnaire for Depression (SRQ-D) 東邦大式うつ評価尺度

#### 全体的精神状態

健康尺度 Short Form 36 (SF-36) の精神的健康度

Face Scale

### ★ RA 患者の心理的研究

1892年 Osler が RA の発病に急激な情動の変化や悲しみが関係するとのべて以後、多くの文献がある。

性格の傾向として、神経症的傾向、内向性、主観的に物事をとらえる傾向、衝動や感情の統制力が弱い傾向がある(芦原<sup>2)</sup>)。

勝ち気、女性としての役割拒否、攻撃心など不快感情の抑圧 (Alexander<sup>3)</sup>)、抑うつ傾向、柔軟性や積極性の欠如、マゾヒズム、傷つきやすさ (中村<sup>4)</sup>) などの報告がある。

## ★ RA 患者の性格は個人特有のもの？ 発症後の二次的なもの

RA に特有な病前性格がある。(Halliday<sup>5</sup>)、Johnson)

RA 患者の同胞の中で、RA 因子陽性にもかかわらず発症していない人は、RA 因子陰性で発症していない人よりも精神的健康度が高い (George<sup>6</sup>)。

Y-G、CMI、MASと罹病期間に相関がないことより RA 患者の性格異常が RA 発症後に続発したと考えにくい。(藤森<sup>7</sup>)。

現在は、RA に特有な病前性格はなく、不安、ゆううつ、怒りや依存心の強い、エゴの弱い性格等は、慢性疾患一般の患者に認められるもの。慢性疼痛、関節変形による機能障害、就業の制限、配偶者等の家庭内問題、医療に対する不信感などがストレスの原因となり性格傾向が形成されるという考え方が主流。

## ★ RA の発症に心因が関与している？

発症の時期に特別な生活経験なり、特定の条件が存在する。(Moos、Geist、Kiviniemi)

RA の発症や身体症状の増悪に社会的背景が関与 (中村<sup>4</sup>)。

RA 患者の性格傾向とリウマチ体質素因が結びついた状態に心因が働いて RA を発症させる (山田<sup>8</sup>)。

## ★ RA 患者には神経症傾向がある？

CMI 検査で、ほとんどの文献で40~70%の RA 患者に神経症傾向がある。(矢野<sup>9</sup>) 66%、藤森<sup>7</sup>) 55%、岡崎<sup>10</sup>) 40%、山田<sup>8</sup>) 57.1%など)

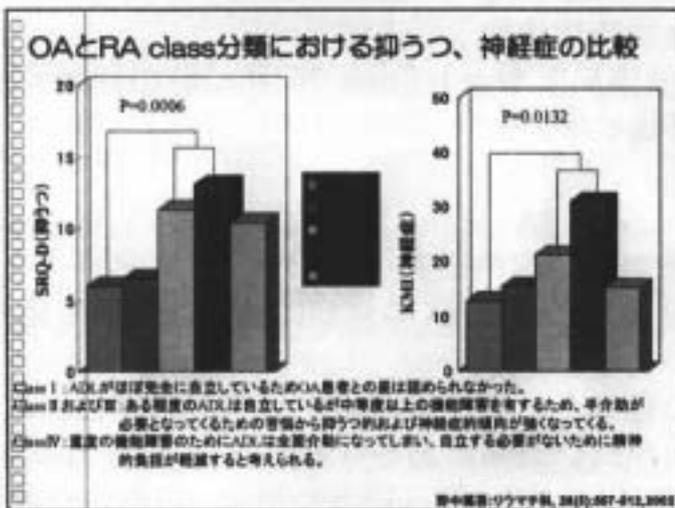
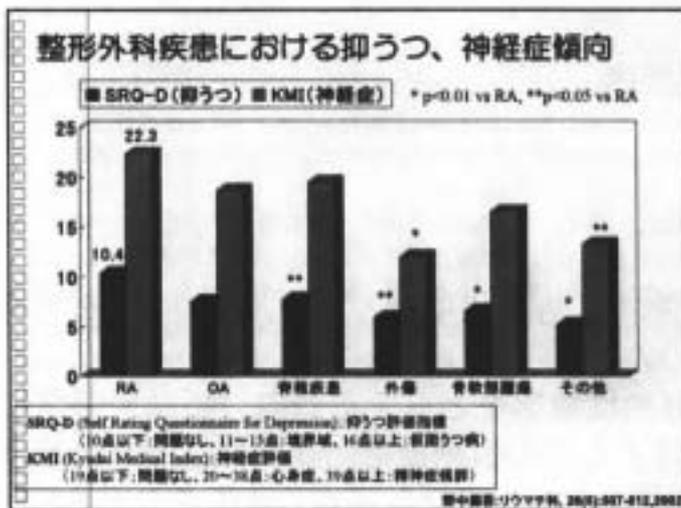
## ★ RA 患者には抑うつ傾向がある？

行岡<sup>11</sup>)、武内<sup>12</sup>) は、SDS で特に RA で高い値を示さなかった。

Hawley<sup>13</sup>) は、AIMS の Depression Scale で検討 (RA 1152 例)。RA と膝・股 OA などの慢性疼痛疾患との間には、抑うつ傾向出現頻度の差はあまりなし。線維筋痛症で抑うつ状態がよかったとしている。

星<sup>14</sup>)、黒田<sup>15</sup>) は、RA の SDS で抑うつ傾向が強いとしている。黒田は、特に男性で SDS とランズバリー指数、ADL の間に相関を認めた。

野中<sup>16</sup>) は、入院治療した整形外科疾患の中で RA の SQR-D 値が 10.4 点で抑うつの境界域、KMI が 22.3 点で心身症の範囲に入っていた。下肢の人工関節を受けた RA 患者と OA 患者の術前の SRQ-D と KMI はどちらも RA 患者で高値であった。特に Class2 と 3 でどちらも有意に高値を示していた。



## ★ RA の疼痛と抑うつ状態の関連性

(Magni<sup>17</sup>) うつ病が疼痛を増強させ、さらにうつ病が疼痛により影響される。

(Wolfe<sup>18</sup>) 疼痛と HAQ-DI が抑うつ状態と関連する重要な因子。

(行岡<sup>19</sup>) SDS は、Face Scale、VAS、MHAQ と相関しており、年齢・罹病期間・血沈・CRP との相関はなかった。

他には、Frank<sup>20</sup>、Parker<sup>21</sup>、Hawley<sup>22</sup>、Serbo<sup>23</sup> などが関連性を指摘している。

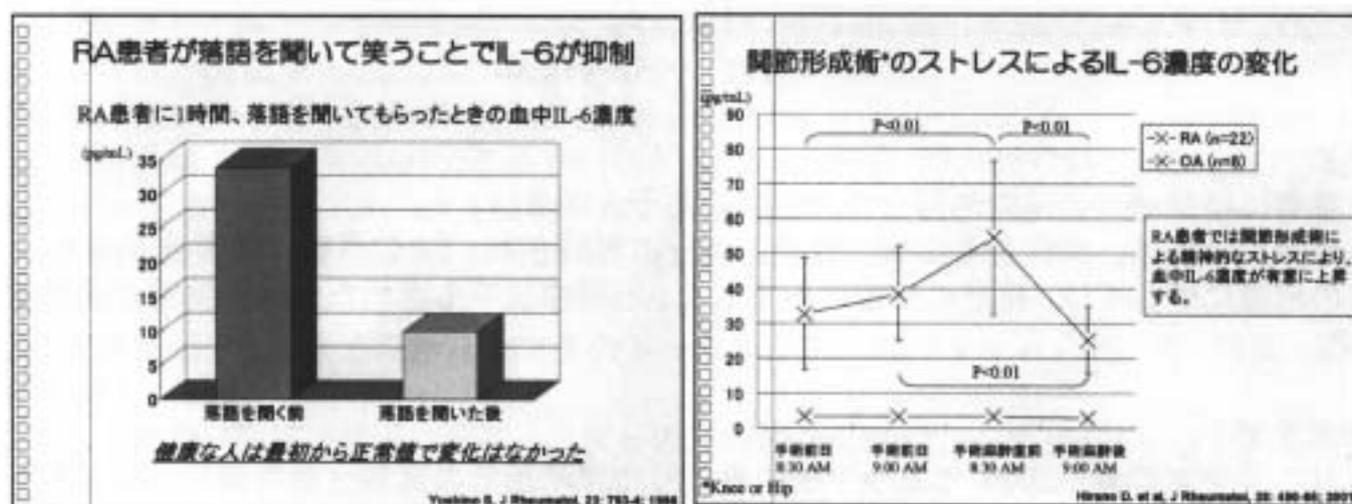
## ★ RA の抑うつ状態とステロイドの関連について

(行岡<sup>11</sup>) ステロイド投与群に抑うつ傾向が高く、投与量と抑うつ傾向の程度の間には有意差はなかった。ただし、ステロイド投与群で MHAQ が高い傾向があり、更なる検討が必要。

## ★ RA の心理状態と免疫の関係

落語を聞いた前後で IL-6 が 1 回目 34 → 10、2 回目 40 → 22 - 23 に減少。VAS が 4.73 → 3.12 に軽減。(吉野<sup>24</sup>)

笑い、喜び、涙を流して感動した場合に、炎症性サイトカインである IL-6 産生が抑制され、内因性モルヒネ様物質である endorphine、enkephaline などが増加し、関節炎の軽快、関節痛の軽減が観察された。また、関節形成術の麻酔時のストレスで IL-6、cortisol、epinephrine の増加が見られた。(Hirano<sup>25</sup>)



## ★ RA の心理状況改善の方法

信頼関係を形成する必要性。(志賀<sup>26</sup>、八木<sup>27</sup>)

医師がよい聞き手となり、患者に言葉で表現させること。こちらも努力して理解しようと努めていることを知ってもらう。(春日<sup>28</sup>)

カウンセリング、呼吸法を取り入れたセルフコントロール・トレーニング、化粧療法、サウンド・ヒーリングセラピー(星<sup>32</sup>)

「リウマチは治らない」などの不用意な言葉を用いないこと(浅井<sup>29</sup>)。

## ★ RA に合併した抑うつ状態の診断、抗うつ剤投与の適応に対する基準(行岡<sup>19</sup>)

- 1) RAの活動性が高くないにもかかわらず、疼痛を強く訴え、SDS値で抑うつ状態を呈している場合。
- 2) 強い疼痛を訴え、Fibromyalgia症候群を合併していると考えられる場合。
- 3) 全身倦怠感や身体症状が認められ、身体所見に異常が無く、SDS値が上昇している場合。
- 4) 夜間痛が存在しないにもかかわらず、熟眠障害や早期覚醒が認められ、SDS値が上昇している場合。
- 5) 不定愁訴が認められSDS値が上昇している場合。

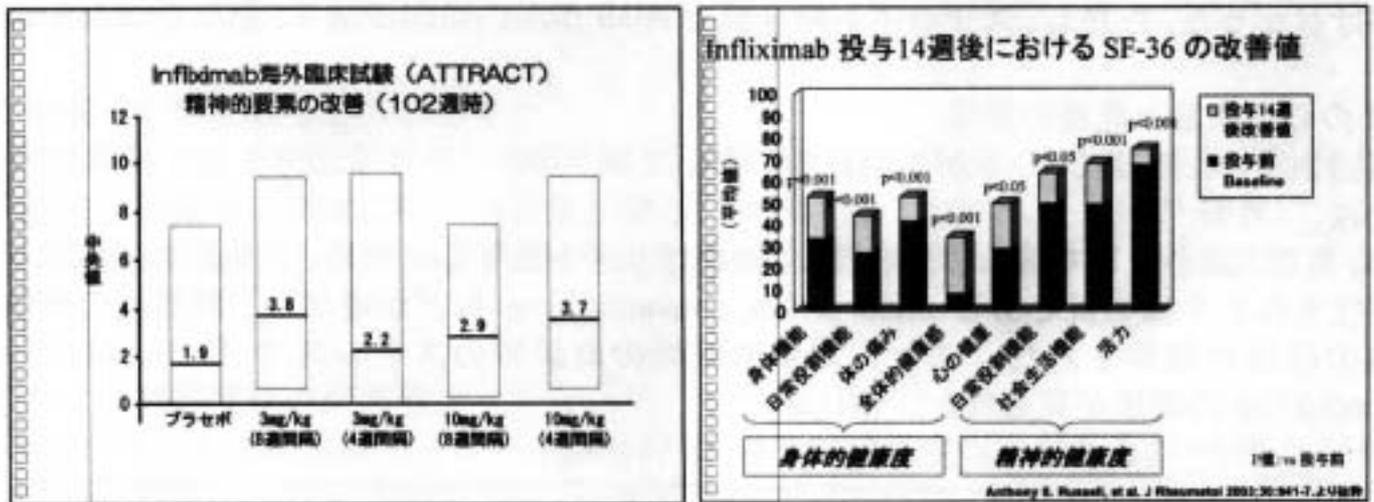
## ★抗うつ薬、抗不安薬の投与について

三環系抗うつ薬よりも口渇、便秘や眠気などの副作用の少ない選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI) やセロトニン・アドレナリン再取り込み阻害薬 (SNRI) が有効。パロキセチン (パキシル) (Bird<sup>30</sup>)、セディール (佐野<sup>31</sup>)、星<sup>32</sup>)、スルピリド (ドグマチール) (行岡<sup>19</sup>)

## ★生物学的製剤の登場で RA 患者の精神状態に変化があるか？

Infliximab の ATTRACT Study にて 102 週時の精神的要素の改善がみられた。

Infliximab 投与 14 週後において SF-36 の精神的健康度の改善が見られた (Russell<sup>33</sup>)。



## ★まとめ

- 1) RA患者には神経症の傾向や抑うつの傾向のある人が多い。
- 2) RA患者の性格は、発症とその後の経過によって形成され、RAの経過に影響を与える。
- 3) RAの治療に際しては、疾患の治療のみでなく、心理療法等も含めた全人的治療が必要である。

## 【文献】

- 1) 日本リウマチ友の会：2005年 リウマチ白書、リウマチ患者の実態(資料編)。流 242：1-90、2005.
- 2) 芦原 睦 ほか：慢性関節リウマチ患者の心理。関節外科 4：157-161, 1985.
- 3) Alexander F：Psychosomali ed Medicine, WW Norton, New York, 104-106, 1950.
- 4) 中村 治枝 ほか：慢性関節リウマチの治療。心身医学的診療。内科 63：261-264, 1989.
- 5) Halliday JL：Psychological aspects of rheumatoid arthritis. Proc Royal Soc Med 35：445-457, 1942.
- 6) George F：The relationship of personality to the presence of rheumatoid factor in asymptomatic relatives of patients with rheumatoid arthritis. Psychosom 27：350, 1965.
- 7) 藤森 一平 ほか：慢性関節リウマチの精神身体医学。日本医事新報2477：20-24, 1971.
- 8) 山田 隆久：慢性関節リウマチにおける心理的因子。心身医 19：481-489, 1979.
- 9) 矢野 良一 ほか：慢性リウマチの精神身体医学的研究。精身医 7：377, 1967.
- 10) 岡崎 稔 ほか：RAの一般療法とその重要性。リウマチ 15：371-374, 1975.
- 11) 行岡 正雄 ほか：関節リウマチ患者の抑うつ傾向。リウマチ 42：584-590, 2002.
- 12) 武内 晴明 ほか：慢性関節リウマチ患者の抑うつ性-Self-Rating Depression Scale による検討。リウマチ 35：269, 1995.
- 13) Hawley DJ et.al：Depression is not more common in rheumatoid arthritis. A 10-years longitudinal study of 6153 Patients with rheumatic disease. J Rheumatol 20：2025-2031, 1993.
- 14) 星 恵子：関節リウマチの成因と病態生理 臨床症状 精神状態。日本臨床 63：237-240, 2005.
- 15) 黒田 広夫 ほか：心身医学からみたRA患者の特徴について。Clin Rheumatol 9：136-141, 1997.
- 16) 野中 藤吾：リウマチ患者の身体的障害が及ぼす精神面への影響。リウマチ科 28：507-512, 2002.
- 17) Magni G et.al：Prospective study on the relationship between depressive symptoms and chronic musculo-skeletal pain. Pain 56：289-297, 1994.
- 18) Wolfe F et.al：The relationship between clinical activity and depression in rheumatoid arthritis. J Rheumatol 20：2032-2037, 1993.
- 19) 行岡 正雄 ほか：RAに合併した抑うつ状態とその診断・治療。リウマチ科 27：578-583, 2002.
- 20) Frank RG et.al：Depression in rheumatoid arthritis. J Rheumatol 15：920-925, 1988.
- 21) Parker JC et.al：The implications of depression for pain and disability in rheumatoid arthritis. Arthritis Care Res 8：279-283, 1995.
- 22) Hawley DJ et.al：Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis. A prospective study of 400 patients. J Rheumatol 15：932-941, 1988.
- 23) Serbo B et.al：Relationship of the functional status, duration of the disease and pain intensity and some psychological variables in patients with rheumatoid arthritis. Clin Rheumatol 10：419-422, 1991.
- 24) Yoshino S et.al：Effect of mirthful laughter on neuroendocrine and immune systems in patients with rheumatoid arthritis. J Rheumatol 23：793-794, 1996.
- 25) Hirano D et.al：Serum Levels of Interleukin 6 and Stress Related Substances Indicate Mental Stress Condition in Patients with Rheumatoid Arthritis. J Rheumatol 28：490-495, 2001.
- 26) 志賀 弘朗 ほか：慢性関節リウマチのトータルケア リウマチと心理。骨・関節・靭帯 12：677-684, 1999.
- 27) 八木 範彦：面接技術3 患者・家族との支持的(supportive)面接(2) リウマチ患者に対して。PTジャーナル 32：515-520, 1998.
- 28) 春日 武彦：関節リウマチの精神的ケア。治療 78：151-153, 1996.
- 29) 浅井 克晏 ほか：慢性関節リウマチ患者の自殺及び自殺未遂各一例。リウマチ 5：207-211, 1964.
- 30) Bird H et.al：Paroxetine versus amitriptyline for treatment of depression associated with Rheumatoid arthritis：A randomized, double blind, Parallel group study. J Rheumatol 27：2791-2797, 2000.
- 31) 佐野 統 ほか：リウマチ性疾患に随伴するストレスマネジメント。総合臨床47：589-593, 1998.
- 32) 星 恵子 ほか：リウマチ疾患とストレスマネジメント。総合臨床 50：1104-1107, 2001.
- 33) Russell AS et.al：The responsiveness of generic health status measures as assessed in patients with rheumatoid arthritis receiving infliximab. J Rheumatol 30：941-947, 2003.