

カイロプラクティック治療におけるうつ症状への有効性
Effectiveness to depressive symptom in chiropractic treatment

RMIT 大学日本校 健康科学部 カイロプラクティック学科
伊藤 孝英
Takahide Itoh

Abstract

The effect of the Chiropractic treatment on depression has been suggested before. The document was researched to make sure what type of depression is effective with the chiropractic treatment. The document was collected and studied in the library of Department of Medicine at Toho University, RMIT university Japanese school library, and the Internet. There are relations between depression and chronic pain then there are primary depression and secondary depression. Effective possibility was thought for secondary depression in chiropractic treatment. BS-POP designed by the Fukushima Medical College orthopedics department was used and partly modified. The questionnaire survey was done for the new chiropractic patient who came to Shin-basi out-patient centre by modified BS-POP. The ratio of the patients having pain symptom caused by mental factor among patients visiting chiropractic treatment was understood.

Key word: chiropractic, chronic pain, psychiatry, serotonin

要約

かねてより鬱へのカイロプラクティック治療の有効性が示唆されてきた。そこでどのような鬱にカイロプラクティック治療が有効であるかを明確にするために文献研究をおこなった。東邦大学医学部図書館、RMIT大学日本校図書館、インターネットによって文献を収集し考察した。慢性疼痛と鬱には関連性があり、鬱には一時性と二次性の2種類があった。カイロプラクティック治療では痛みからくる二次性の鬱には効果的である可能性が考えられた。また福島県立医科大学整形外科で考案されたBS-POPを一部改編し、RMIT大学日本校付属新橋外来センターにおいてカイロプラクティック治療を受けに来る新患患者を対象にアンケート調査をおこなった。その結果カイロプラクティック治療を訪れる患者のうち精神的要因からくる疼痛患者の割合が明らかになった。

キーワード：鬱、カイロプラクティック、慢性疼痛、精神医学、セロトニン

<序論>

この研究の目的は鬱症状にカイロプラクティック治療が有効であるかを検討することである。軽度から中等度の鬱には、カイロプラクティック治療が有効であるとの報告がある⁽¹⁾。カイロプラクティック治療でどこまで鬱への効果が期待できるのかということを確認することで、鬱の改善を期待でき、自殺などの二次的な事故を防ぐことができるのではないかと考えた。それは患者の利益を守るために重要なことである。また鬱症状を有する患者が長期の抗うつ薬服用になってしまっている場合も多く、副作用が懸念される⁽⁶⁾。カイロプラクティックがプライマリヘルスケアの立場をとっている以上近年急増する鬱病、鬱傾向にある患者と遭遇する機会も多いと考えられる。鬱病の患者にはSSRI、SNRIなどの新薬が精神科や心療内科により処方される場合が多く誰もが発症する可能性のある「心の風邪」ということで扱われている⁽¹⁴⁾。これらの精神的な疾患とされる患者に対して、われわれカイロプラクターは心身一如の観点で人間を捉えることから筋骨格系からのアプローチでどのような治療効果が望めるか医学文献を中心に文献研究を行った。慢性疼痛と鬱に焦点をあてて文献研究をおこない、共通点を考え現時点でのカイロプラクティック治療での鬱治療のボーダーラインを考察した。

<背景>

近年の研究により、慢性疼痛の要因に社会的、心理的要因、教育的要因が大きく関わるということが明らかになってきている⁽¹⁷⁾。理由は不明であるが、患者の経済的状況や、精神的負担、教育のレベルに慢性痛と関連が深いことがわかってきている。また2002年に厚生省が発表した治療心身症の慢性疼痛のガイドラインによると、慢性疼痛は原因が器質的なものか心因的なものかの判断は難しく、慢性痛は心因性、器質性の両方の要因を含んでいることになる⁽¹⁸⁾。また同文献において慢性疼痛は集学的アプローチによっても痛みを完全に取り去ることは困難と考え、患者が痛みを自分でコントロールできるようになることを治療の方針とすることとしている。

慢性腰痛は有愁訴率の最も高い症状で人口1,000人当たり90人以上が腰痛に悩んでいる。しかし85%以上の患者には腰痛を説明する器質的な疾患、客観的所見が認められず、実際に変形性脊椎症や椎間板ヘルニアなどの所見があっても、その所見と患者の愁訴とは乖離することも多いという⁽¹⁶⁾。これは慢性痛には器質的疾患よりも、機能的、精神的要素が多く関わっていることを示している

カイロプラクティックを訪れる患者は慢性痛を訴えて来院する患者も多い。また長引く疼痛や検査所見と一致しない不定愁訴を訴える場面も多いと思われる。カイロプラクティック治療では慢性疼痛患者にはアジャストメントの他に患者の自宅でのエクササイズや姿勢の指導、ドクターの暖かい励ましなどのカイロプラクティックマネージメントを通して、慢性痛の治療に効果があることが認められている⁽³⁾。慢性腰痛とうつ状態の接点から筋骨格系にアプローチするカイロプラクティック治療は少なからず精神医学的問題にも影響を及ぼしていると考えられる。

近年急増する鬱患者の主訴は抑うつ気分だけではなく、症状として睡眠障害、倦怠感、拘扼

感、食欲異常、体重減少、頭痛、疼痛心臓に関連する症状など幅広い身体症状を訴えて様々な科を受診する。プライマリケア施設におけるうつ病の罹患率は4.2~6.9%で、そのうち30~50%もの割合で見逃されているといわれている⁽¹⁰⁾。

<方法>

RMIT大学日本校健康科学部カイロプラクティック学科図書館と、東邦大学医学部大森図書館において文献収集、JMPT、Pub-Med などにおいてインターネット検索して文献研究を行った。慢性疼痛、鬱の共通点を比較してセロトニン、姿勢をキーワードにして文献検索を行った。

カイロプラクティック治療がどのような精神医学的問題に有効性かを検討した。

また新橋外来センター、練馬カイロプラクティックセンターにおいてアンケート調査をおこなった。このアンケートは福島県立医科大学医学部附属病院で整形外科と神経精神科が共同で開発した慢性腰痛患者の精神医学的評価法です。BS-POP は鬱を特定するための簡易精神医学スケールで、規定点数以上で精神科への患者紹介が必要だと判断できるものである。

<結果>

慢性疼痛のある患者に鬱のような精神医学的要素があることは一般的に知られている⁽¹⁵⁾ ⁽²⁰⁾。痛みと精神医学的問題が関連していることが見えてきたので、それらの関連性などを踏まえて文献を集めた。まず慢性疼痛は急性疼痛のまったく違う概念で考えることが必要である。現在の医学では各科にそれぞれの意見があり未だに統一した認識がないのが現状であるが、痛みを情動感覚として考えることで心因的要素、社会学的要素、経済的要素、教育レベルの要素などにも様々な要因がある⁽¹⁷⁾ ことが明らかにされてきた。これらの横断的な研究は1990年代後半から欧米において盛んに行われてきたが、研究結果の信頼性が中程度まで上がってきたのは2000年以降である。

慢性疼痛を主訴として各医療機関を受診するひとは多く、あまり良い治療成績が得られないということでドクターショッピングを繰り返しているひとも多いようである。では慢性疼痛と言う状態がどのような状態であるかを、各課の視点でいろいろな方向から調べた。

近年のドイツの4075人を対象とした調査では、疼痛障害(DSM-IVの基準B)という精神的疾患に分類される人の罹患率は12.3%であり、6ヶ月間罹患率は5.4%であったという。さらに、患者の95%が疼痛を訴えて来院しており、25%は疼痛が社会心理的要因に関連していると報告している。このように慢性疼痛は罹患頻度が高く、身体的治療に加えて、情動レベルでの苦痛の治療が必要な疾患であるとある⁽⁵⁾。痛みの概念にも各課の見解が違う。身体的治療に加えて、情動レベルでの苦痛の治療が必要な疾患であるとあるとされている⁽⁵⁾。各課で慢性疼痛の概念に統一見解はないものの「痛い」ということが情動体験として考えられるようになってきているようである

心療内科の千田らの報告では分類には慢性疼痛の原因として1. 侵害受容性疼痛 2. 機能

性疼痛 3. 神経因性疼痛 4. 学習性疼痛 5. 精神医学的疼痛がある⁽⁵⁾。心療内科の見解で興味深い点は1. の侵害受容性疼痛には慢性関節リウマチ、消化性潰瘍、慢性膵炎、末梢血管障害、骨粗鬆症、悪性腫瘍などがあり、筋肉や関節の機能不全における侵害受容が筆頭に無いことである。4. 学習性疼痛は疼痛の原因が除去されても、疼痛行動が残ってしまうタイプで、疼痛を伴う動作を回避するために不自然な動作が持続して、新たな痛みを生み出すタイプがある。5. の精神医学的疼痛は気分障害と転換性障害が多く、気分障害の疼痛には下行性抑制系の機能低下が関与しているといわれている。DSM-IVでは身体表現性疼痛障害、DSM-IV-TRでは疼痛障害がその用語として使用されている。心身症の見解では慢性疼痛と疼痛性障害はほぼ同義語として考えており、典型的な心身症といえる⁽⁵⁾としている。

次に整形外科の視点では、急性腰痛から慢性腰痛へ移行する患者の頻度は1%と報告されていて、少ない。しかし一旦慢性化してしまうと難治性であることを認めており、心理社会的要因により抗うつ薬が処方される機会が増えてきている。しかし、運動器の退行性疾患に伴う慢性疼痛に対する抗うつ薬の有効性については未だ検証されていないのが現状である⁽⁶⁾。ここでは急性腰痛から慢性腰痛へと移行するケースは少なく慢性腰痛は急性腰痛から移行する場合もあるが、違う発生機序で慢性腰痛は発生することを示唆している。この佐藤、菊池の研究では脊椎脊髄疾患に於いて、精神医学的問題を合併していると診断された症例で、どのような精神症状が合併しているかについて調査している。調査対象のうち81%の症例で何らかの精神症状の合併をみると、不眠が57%、抑うつが49%、不安によるイライラが41%、食欲不振が27%、せん妄や興奮が20%、幻覚、妄想が10%であった。特徴として、せん妄、興奮、幻覚、妄想は高齢者に多く、不眠、抑うつ、および不安によるイライラ感は腰仙椎部の退行性疾患を有する症例に多いとしている。この文献にはセロトニン再取り込み阻害薬（以下SSRI）は慢性疼痛という身体症状を有する症例の中でも、軽症うつ病のような比較的程度の軽い心理的問題を合併している慢性腰痛の症例に対しては抗うつ薬が奏功する可能性があるとして述べている。

若江らの研究によるとSDSが50点以上の慢性腰痛患者にはSSRIが対症療法の治療補助薬として有効であると述べている⁽⁷⁾。SSRIは日本においてもうつ状態・うつ病の第一選択薬となっており従来使用されてきた三環系抗うつ薬にくらべ副作用が少ないといわれている。そのため次世代の抗うつ薬として研究、使用されている。このSSRIはうつ病に対する効果発現は2～3週間を必要としているが、慢性疼痛に対しては少量にもかかわらず、投与直後あるいは1週間以内から有意な改善が認められる⁽¹⁶⁾。多くの慢性疼痛はうつ病と同様にモノアミンが関与する下降性疼痛抑制系の機能低下が関与すると考えられていて、抗うつ薬の鎮痛効果を説明する主要なメカニズムになっている。興味深いことに急性疼痛に対してはSSRIなどの抗うつ薬はこのような作用を示さない。これは急性腰痛と慢性腰痛の作用機序が違うことを決定づけることだと考えられる。

このSSRIの効果であるが文献によって効果はまちまちでSDSが50点以上の慢性腰痛患者には有効であるという若江、武者らの研究報告もある⁽⁷⁾。

整形外科の視点から慢性腰痛患者の腰痛以外の愁訴として睡眠障害、易疲労性、背筋痛、関

節痛があり、半数近くにうつ状態がみられると報告している⁽⁷⁾。このことはカイロプラクティック治療に訪れる慢性腰痛患者の半数はうつ症状を有しているものであることが伺える。金子、本城らの報告でも慢性疼痛患者の半数近くにうつ状態がみられると報告がある⁽²²⁾。

慢性疼痛の発生は末梢、中枢神経系におけるさまざまな可塑的な変化に起因することが示されてきた。これらは下行性の疼痛抑制系が大きくかわる⁽²⁾。このことはカイロプラクティック治療をして、慢性疼痛が改善していく過程で脊髄後角の神経細胞の可塑的な変化をおこしていることを示唆するものとも言える。

この様に文献検索を行っていくと、鬱と慢性疼痛にはセロトニンという関連があることが分かった。このことを神経生理学的に考察していくと延髄の縫線核群で精製されるセロトニンが両者を結びつけるキーワードとなる。

そのセロトニン神経であるが覚醒時において、自律神経への影響、筋への促通作用、痛みの抑制作用、脳幹呼吸中枢への作用、顔面の表情筋や咀嚼筋への作用、青斑核ノルアドレナリン神経に対する抑制作用、中脳腹側被害野ドパミン神経に対する抑制作用、大脳皮質に対する修飾作用がある。これらのセロトニン神経の働きが弱まると 1. 朝の目覚めがわるい 2. 外見で背筋や顔に緊張がよわく、すぐにしゃがみ込んでしまう 3. ちょっとした痛みで大騒ぎをし 4. ストレスによってキレやすくなり 5. 欲望のコントロールができなくなり 6. 良く睡眠がとれず、昼間の覚醒レベルが上手く調節できない、ということが起きる⁽¹²⁾。

清水、大西らの研究によって精神的不調感と肩こり、猫背についての興味深い研究がある。これによると精神的不調感のある学生のうち男性で44.1%、女性で88.9%肩こりあるいは猫背が見られるとある。肩こり猫背の両方ある学生では、男性で75%、女性で63.2%に精神的不調感が認められた。清水、大西は精神的不調感への早期対応の手段として、肩こりや猫背の存在の確認と、肩こりや猫背の解消が有用である可能性を示唆している⁽⁹⁾。

また整形外科の領域でも、運動器疼痛疾患患者へ対する精神医学的アプローチを考察している⁽⁸⁾。これまでの文献を参考にしても分るように鬱の患者が、決してうつ症状を主訴として精神科や心療内科を直接受診するとはかぎらない。気持ちの問題として自分で処理することも多いであろうし、実際の主訴として整形外科や内科をまず選択することが多いとおもう。またカイロプラクティックが日本でも定着してきているなか、筋骨格系の問題として代替医療を最初に受診することも多いことが考えられる。カイロプラクティックのような筋骨格系のスペシャリストにしかできない精神医学的アプローチがあるのではないかと考えられる。

さてカイロプラクティックにおける日常の診療における精神科医への照会が必要と思われるケースは西岡和郎、尾崎紀夫らの文献を参考にしたい⁽²¹⁾。これは内科医への判断指針である。これによるとまずスクリーニング手段として2つの質問を挙げている。質問1は「この一ヶ月間、気分が沈んだり、憂うつな気持ちになったりすることがありましたか。質問2は「この1ヶ月間、どうも物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありまし

たか。」の2つ質問ではいと答えた方は鬱の可能性が高く、最低一つでも満たせばアメリカ精神医学会の発表したうつ病診断基準において重要な症状であると述べる。さらにこの2つの質問項目がプライマリ・ケアにおけるうつ病のスクリーニングとして十分であることが米国でしめされているそうである。興味ぶかいことにこの文献では不眠の訴えをきっかけにして、うつ病の診断につながる確認方法を提案している。「おいしいものをおいしいと思える気持ち、おいしいものを食べたいと思う気持ち」を確認して先に述べた「興味や関心、楽しめる気持ち」の有無を確認すればよい。

本題である速やかな精神医学的な対処が必要な場合は、1つ目に自殺に関して深刻に悩んでいるまたは自殺企図がある。2つ目に家族がどうして良いか途方にくれている。3つ目に現実離れた心配をして（妄想）説得しても聞き入れない。この妄想には貧困妄想「貧乏になってしまった」、心気妄想「とんでもない病気になった」、罪業妄想「罪を犯したので罰を受ける」。4つ目に躁状態と強い不眠になった（既往歴も含む）。これらの状態に自責感が強いかどうかを確認することがよい方法であると述べている。希死念慮の確認は「自分を責める気持ちがあると、こんな自分はこの世からいなくなった方が良くと思うことはないか？」と質問するとよいとしている。我々が判断するときは希死念慮がなくても自責感が強い場合は、容易に希死念慮につながることもあるので、上記の条件に自責感が強い時は精神科医照会をする判断材料になるだろう。高齢化社会を迎える日本でも、鬱への対応がおおきな問題となってくる。一般的に高齢者では自然と活動が低下しているため、代謝が若年層にくらべ落ちている。そのため一見鬱であると気付かないのだが、鬱をわずらっていることが多いという。社会生活の変化によりアパートなどで一人暮らしをしている高齢者も多く、老人の孤独死は社会的に考えていかなければならない問題でもある。高齢のうつ患者は自殺のリスクが上がるために、マネージメントには特に注意が必要である⁽¹¹⁾。高齢者へのこのリスク回避のために、初診時における的確な判断が必要になる。

心身相関のメカニズムは医療の場でも考察されており、心身医学という分野で検討をされている。この分野では自律神経系、消化管運動機能、内分泌系など抹消と中枢をつなぐシステムの検討、心理社会的因子の検討、心身相関の評価など心身医学医療の効果の評価、心身医学的治療の効果の評価などが挙げられている。特に、心身相関は他分野の研究ではみられない⁽¹⁴⁾。心身医学の分野でも研究方法が従来のもものでは計測できないために評価が困難のようである。精神生理学的な心身相関の評価方法としてPSP (Psycho physiological Stress Profile) というものがある。これは自律神経と精神生理学的指標を同時に測定し、ストレスを負荷してその前後の反応を評価する方法である。これの実験方法として表面筋電図、スキンコンダクタンス、皮膚温、呼吸パターンを評価するなどの評価方法が考えられている。カイロプラクティックでも心身相関の部分で研究が数多くなされるべきであるが、治療形態からして研究方法が難しいのが現状である。

最後に福島県立医科大学整形外科で考案された BS-POP を一部改変し、RMIT 大学日本校附属新橋外来センターにおいてカイロプラクティック治療を受けに来る新患患者を対象にアンケート調査をおこなった。その結果カイロプラクティック治療を訪れる患者のうち精神的要因からくる疼痛患者の割合が明らかになった。このアンケートは慢性化した腰痛患者を対称として精神医学的問題を明らかにするためのものである。今回新橋外来センターおよび練馬カイロプラクティックセンターにおける調査は試験的に行ったもので、慢性腰痛患者に限局したものではない。そのため数値における信憑性には欠けるものではあるが、今後の研究の叩き台になればよいものと考えている。

<考察>

抑うつ状態が身体疾患によって生じていることがはっきりしておれば、まずはその身体疾患の治療をきちんと行うべきである。しかしその出現が、身体疾患によるものなのか気分障害によるものかを区別する事は非常に困難である。鬱へのカイロプラクティック治療は軽度から中程度までのものならば典型的なカイロプラクティック治療で治療が可能であるとあるが、医学文献からより適切で効果的であるカイロプラクティック治療は、患者の筋骨格系由来の疼痛長引きその結果出現する二次的な鬱には良い効果が望まれるのではないかと考えることができる。

これは慢性疼痛患者の筋骨格系の機能を改善させることで、まずカイロプラクティックの特徴であるアジャストメントが脊椎の可動性を改善させ、関節や筋からの侵害受容性疼痛を軽減させることは当然である。これに加えてエクササイズや患者の腰痛に関する認識の教育などカイロプラクティック治療に含まれるその他の要素が必要である。エクササイズは脊柱の機能を正常な状態に取り戻していく上で非常に重要で、このなかには反復運動も当然含まれる⁽¹³⁾。患者が定期的に反復運動をすることで脊柱の機能を回復させていくことはセロトニン神経を賦活させることになっている可能性が考えられた。脊柱の機能が回復することはセロトニン神経を賦活し、下行性の疼痛抑制を活性化させていることも慢性痛が回復していく過程での重要な要素なのだと思う。なぜならば慢性疼痛の回復過程はカイロプラクアジャストメントだけではないという上記の研究報告があるからである。一次性的鬱か二次性的鬱かの判断は、痛みの発生の時期と鬱状態の始まった時期を照らし合わせて問診をしていくことも大切であると考えられた。そして現時点での自殺念慮の有無において、問診上必要なことは、「この1ヶ月間、気分が沈んだり、憂うつな気持ちになったりすることがありましたか。質問2は「この1ヶ月間、どうも物事に対して興味がわからない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか。」の2つ質問であり、さらに自責の念が強い方は精神科への紹介が必要であるということが考えられた。

またカイロプラクティックを訪れる患者の内、精神科や内科、整形外科などで痛みを除去するために投与された向精神薬を1週間以上投与服用している場合は、原因が別にあり、長期の投与は副作用の発現や薬物依存に陥る可能性があるため、痛みに関する質問項目での1

つの判断材料にしても良いと考えられた。

またカイロプラクティックがどこまで精神医学的分野に足を踏み入れることができるかは、今後の研究が必要である。しかし本研究から述べられることは、精神的不調が猫背などの姿勢の変化に関係があることが分っているので、精神的不調感への早期対応の手段として、カイロプラクティック治療による肩こりや姿勢指導による猫背の解消が有用であると思われる。

今回のアンケートでは精神医学的要素の考えられる身体疼痛患者の初診時の割合のみの考察となったが、このアンケートが疼痛の軽減とともに精神医学的問題がどれくらい減ってくるのかを追跡調査することで、カイロプラクティック治療の精神医学的効果を客観的に評価する方法のひとつになるだろう。整形外科の領域でも、運動器疼痛疾患患者へ対する精神医学的アプローチを考察している⁽⁸⁾。カイロプラクティックにしかできない精神医学的アプローチの橋掛かりになることを期待したい。今後の研究に期待する。

質問はカイロプラクターと患者にそれぞれ治療前の段階で応えてもらった。

もともと整形外科医のための質問であったため、カイロプラクターへの質問6を「病状や手術について繰り返し質問する」を「病状や施術について繰り返し質問する」に変更をした。

カイロプラクターへの質問

質問項目	回答		
1. 痛みのとぎれることはない	そんなことはない	時々とぎれる	ほとんどいつも痛む
2. 患者の示し方に特徴がある	そんなことはない	患部をさする	指示がないのに衣服を脱ぎ始めて患部をみせる
3. 患肢全体が痛む(しびれる)	そんなことはない	ときどき	ほとんどいつも
4. 検査や治療をすすめられたとき、不機嫌、易怒的、または理屈っぽくなる	そんなことはない	すこし拒否的	おおいに拒否的
5. 知覚検査で刺激すると過剰に反応する	そんなことはない	少し過剰	おおいに過剰
6. 病状や施術について繰り返し質問する	そんなことはない	ときどき	ほとんどいつも
7. 治療スタッフに対して、人を見て態度を変える	そんなことはない	少し	著しい
8. ちょっとした症状に、これさえなければとこだわる	そんなことはない	少しこだわる	おおいにこだわる

患者への質問は以下のように BS-POP 原版の変更なく行われた。

質問項目	回答		
1. 泣きなくなったり、泣いたりすることがありますか	いいえ	ときどき	ほとんどいつも
2. いつもみじめで気持ちが浮かないですか	いいえ	ときどき	ほとんどいつも
3. いつも緊張してイライラしていますか	いいえ	ときどき	ほとんどいつも
4. ちょっとしたことが癪（しゃく）にさわって腹が立ちますか	いいえ	ときどき	ほとんどいつも
5. 食欲は普通ですか	いいえ	ときどきなくなる	ふつう
6. 一日のなかでは、朝方がいちばん気分がよいですか	いいえ	ときどき	ほとんどいつも
7. なんとなく疲れますか	いいえ	ときどき	ほとんどいつも
8. いつもとかわりなく仕事ができますか	いいえ	ときどきやれなくなる	やれる
9. 睡眠に満足できますか	いいえ	ときどき満足できない	満足できる
10. 痛み以外の理由で寝つきが悪いですか	いいえ	ときどき寝つきが悪い	ほとんどいつも

結果は練馬カイロプラクティックセンターで 29 名、新橋外来センターで 37 名、合計 66 名の新患患者の状態を把握することができた。

新患患者うち、練馬カイロプラクティックセンターでは 27.58%にあたる 8 名。新橋外来センターでは 18.91%にあたる 7 名が精神医学的疾患を有すると判断される状態であった。ただしこれはあくまでも新患患者全体におこなったもので、慢性腰痛患者に絞って行われた調査ではなかったことであるため、実際の数値はもっと低くなるものと思われる。

<まとめ>

慢性疼痛にはまとまった概念の統一認識が必要であるように思われる。国際基準の教育を終了したカイロプラクターによるカイロプラクティック治療は副作用が無く、患者にとっては有益な治療法である。今回の文献研究では慢性痛のある患者に絞った考察であるが、脊椎の機能障害が鬱症状を発現させる可能性はあるといえる。たとえ痛みが意識に上っていない状態でもサブラクセーションが脊柱起立筋の機能を低下させ、鬱を誘発させる要因であることが医学的にも証明されることを期待したい。

謝辞

最後になりますが本研究を遂行するにあたり、本学専任講師、古川聖先生に終始ご指導ご鞭撻を受け賜り心より感謝を申し上げます。また BS-POP によるアンケート調査のご指導をしてくださった竹谷内克彰先生、アンケートを実施してくださった浮須裕美先生、練馬カイロプラクティックセンターの先生方、新橋外来センターインターンの方々、快く文献検索にご協力してくださった東邦大学医学部図書館職員の方々、こころより御礼申し上げます。この場をおかりして感謝を申し上げたいと思います。

〈参考文献〉

- 1) David Chapman-Smith LL.B(hons.) 慢性患者の鬱 THE CHIROPRACTIC REPORT
May 1998 No.29(Vol.5 No.3) P1 - 5
- 2) 吉村恵、古江秀昌 脊髄後核ニューロンの可塑性と慢性疼痛 日本脊椎脊髄学会誌
Sep2006 19 (9) P912-920
- 3) David Chapman-Smith Chronic Back AND Neck Pain THE CHIROPRACTIC
REPORT Jan 2000(14)No.1
- 5) 千田要一/久保千春 慢性疼痛における心身症の診断・治療ガイドライン 心療内科 Aug
2004 8 (1) P35-39
- 6) 佐藤勝彦/菊池臣一 整形外科疾患におけるうつと不安 臨床と研究・80 巻 9 号 2003 年
P50-52
- 7) 若江幸三良/武者俊行/水谷一裕 慢性腰痛に対する SSRI (塩酸パロキセチン) の使用経験
日本腰痛会誌 2003 年 9 (1) P117-120
- 8) 谷川浩隆 運動器疼痛疾患患者に対する心身医学的アプローチ—身体科医だからできる
心身医療の可能性について 心身医学 June2006 46 (6) P 1 1 3
- 9) 清水幸登/大西 勝 精神的不調感と肩こり・猫背 心身医学 Sep2006 (46) P835-836
- 10) 千田要一/久保千春 うつと身体疾患 臨床精神医学 July2006(35)P927-933
- 11) Robert M Rowell, Dana J .Lawrence, Cheryl Hawk Relief of depressive symptoms in
an elderly patient with low back pain Clinical Chiropractic Sep2006P34-38
- 12) 有田秀穂 キレる脳. セロトニン神経からの考察 小児科臨床 2004 年増刊号 57
P1265-1271
- 13) Editor Craig Liebenson A practitioners manual Rehabilitation of the Spine 1996
P165-191
- 14) 神原憲治/福永幹彦/六浦裕美 他 心身相関をいかにとらえるか 心身医学 2006 年 9 月第
4 6 巻 (9) P810-817
- 15) Cheryl Hawk,D.C ,Ph.D Cynthia Long Ph.D. and Ayla Azad D.C. Chiropractic Care for
Women with Chronic Pelvic Pain :A Prospective -Group Intervention Study JMPT
Feb1997 Vol.20 No.2
- 16) 村上正人 うつ病を超えた SSRI の使用法とその可能性 脳 21Vol.9 No1.2006 年 P78-82
- 17) 紺野慎一 腰痛の社会的背景と精神医学的問題 日本腰痛会誌 2004 年 Vol.10 (1) P19-22
- 18) 外須美男/佐藤寿美/三谷浩之 慢性疼痛の診断・治療ガイド 2002 年 P64-68
- 19) 佐藤勝彦/菊池臣一 慢性腰痛に対する BS-POP の有用性 脊椎脊髄学会誌 2004 年 7 月
Vol.17 P719-724
- 20) 佐藤武 原因不明の腰痛症とうつ病 日本職業災害医学誌 2003 年 vol.51 P248-250
- 21) 西岡和郎/尾崎紀夫 うつ病治療におけるプライマリ・ケア医と精神科医との連携 総合臨
床 2005 年 12 月 Vol.54 No12 P3119-3122