

疼痛，心身醫學的交會之處

疼痛的心身醫學觀點

文 / 單家祁

國泰綜合醫院精神科主任



常見的臨床情境與困惑

「醫生叫我來看精神科，是不是覺得我的疼痛不是真的？」

A小姐走進診間時，眼神帶著防衛與困惑。她因長期疼痛，已在不同科別之間往返數月，檢查結果並無特殊異常，但藥物改善有限。被轉診的那一刻，她感覺相當受傷，彷彿醫師認為她在無病呻吟。

然而，正因為疼痛是真實存在且嚴重干擾生活，才需要從更多元的視角來理解。疼痛從來不只是組織損傷的單純警報，而是大腦整合情緒、壓力、記憶與身體訊息後的最終產物。

情緒與疼痛 共享同一條神經高速公路

根據國際疼痛研究學會的定義，疼痛是「與實際或潛在組織損傷相關，或以此類方式描述的不愉快感官及情感經驗」。這項定義明確點出，疼痛同時包含感覺與情感兩個面向。

人體大腦與腦幹中存在一套「下行疼痛調節路徑」，負責增強或抑制上行的疼痛訊號。這套系統的運作高度依賴血清素與正腎上腺素——而這兩種神經傳導物質，同時也掌管情緒、睡眠與焦慮反應。當長期壓力、失眠或情緒困擾使這套系統失衡，大腦抑制疼痛的能力便會下降，原本輕微的身體訊號也可能被放大為顯著疼痛。

腦影像研究亦顯示，慢性疼痛患者與憂鬱、焦慮患者在處理疼痛與情緒的腦區有相似的活動型態。疼痛與情緒在中樞層次上確實高度重疊，並非各自獨立的系統。慢性疼痛也可能進一步導致中樞神經敏感化，加劇痛感並使之長期化。

B先生前來精神科求診的例子，則具體展現了這種雙向關係。他因夜間磨牙導致顳顎關節疼痛，某天早晨起床時，嘴巴突然無法張開，連進食都變得困難。關節的劇痛與不便使他心情低落、煩躁易怒，而這些負面情緒又回過頭來惡化了疼痛感受，形成了一個



完整閉環。值得注意的是，磨牙本身便常與生活壓力、焦慮傾向或完美主義性格相關——身體的訊號與心理的狀態，在此交織成一張難以拆解的網。

「心因性」疼痛？不是「假的」，而是「與情緒有關」

許多患者在被告知要轉診時，聽到「心因性」三個字，直覺反應便是「醫生覺得我在裝病」。其實「心因性疼痛」在醫學上的意義，並不是「疼痛不存在」或「疼痛是憑空想像」，而是指情緒與壓力在疼痛的誘發或加重中扮演了重要角色；疼痛本身，依然是真實的感受。

當代西方醫學自十七世紀笛卡爾提出心身二元論以來，長期存在「若不是身體的，就是心理的」思維慣性，這種二分法常讓患者感到自己的痛苦不被承認。當前精神科的評估架構已揚棄這種二元對立，而是聚焦在——這些症狀是否對患者的情緒、思考或日常生活造成了持續且顯著的干擾。

精神科的治療：疼痛循環的處遇

精神科在慢性疼痛的治療上，主要從調節中樞神經系統著手。特定類型的抗憂鬱藥物，能強化下行疼痛抑制路徑，同時改善共病的憂鬱與焦慮，達到身心同治的效果。這類藥物需要數週才會逐漸顯現療效，且需在醫師指導下規律服用。

非藥物治療同樣重要。認知行為治療能協助患者覺察並調整對疼痛的災難化思考，減少因疼痛導致的行為退縮與生活失序。放鬆訓練與生理回饋則有助於降低自律神經的過度反應，緩解因壓力與緊張加劇的肌肉緊繃。這些介入的核心目標，在於協助患者重新建立對身體的掌控感，而非僅是被動承受疼痛。

跨專科合作：讓治療涵蓋完整的人

C女士因長期焦慮與失眠來到精神科門診，會談中提及她也正在服用治療纖維肌痛症的藥物。纖維肌痛症患者常合併憂鬱與睡眠品質不佳，從精神科觀點來看，這些症狀也常與壓力累積、情緒調節及特定人格特質密切相關。

慢性疼痛的處置需要不同專科的協同合作，包括神經科、復健科、疼痛科、風濕免疫科及精神科。精神科的角色在於辨識與處理疼痛相關的情緒障礙、壓力反應，並提供藥物與非藥物的輔助治療。尋求精神科協助，不代表疼痛是假的，而是讓治療能夠涵蓋更完整的面向——包含身體、情緒與生活各個層面。

面對慢性疼痛，不必獨自忍耐，也不需要一再證明自己有多痛。透過跨專科的整合評估與個別化的治療計畫，多數患者能夠逐步找回對生活的掌控，重拾睡眠、活動與日常。