

2 痛みの評価と治療方針

a 痛み体験の増悪が起こるさまざまな状態

図2に痛みの増悪が起こるさまざまな状態を示したが、その複雑さのために心身相関が認知されにくくなっている。痛みが器質的・機能的疼痛である場合にも、図2に示したような場合にも痛みは増悪するため、心因痛と間違っ理解されることがある。図2-Aは器質的・機能的疼痛が合併しない状態でいわゆる心の痛みとして発生することもあり、この場合は純粋な心因痛とよべる可能性があるが、多くは使用過多に伴う筋肉痛・関節痛を合併しており、通常の痛みに不快感が増す形で、痛みの量的な増大のみでなく痛みの質的な変化が起こっている場合がある。図2-Bは多忙に伴う心身の疲労時に認められる。交感神経系の機能亢進時に、パニック発作様の痛み増悪時に観察される痛みの増悪状況である。図2-Cは逆に注意の集中を要する事態が長く続いたあと、一段落したときに交感神経系優位から副交感神経系優位に変化した際に蓄積された疲労感とともに痛みが増悪する場合である。これは痛みを発する病態が急に起こったというよりも、潜在していた病態を感知するセンサーが正常化し、病態が顕在化した状態と考えられる。図2-Dは交通事故後の後遺症例でよく認められる臨床的事象である気象痛である。交通事故を経験していない症例でも、自律神経機能が高度に失調している症例では、低気圧となる気圧の変化がある際に関節痛、片頭痛などが増悪することが観察される。

A~Dの多彩な痛みの増悪が個々の症例の多彩な状況変化で起こっているため、Aのような痛みの増悪に心理的な影響があるのかどうかについては、B~Dでは感知しにくいことが多い。痛みが増悪しており、どういった因子が影響しているのかわからない状態のときに、患者はより不安を感じ、痛みに対して無力感を覚えて破局的になっている。そのため、どのような因子によって症状が悪化しているのかについて具体的にカウンセリング

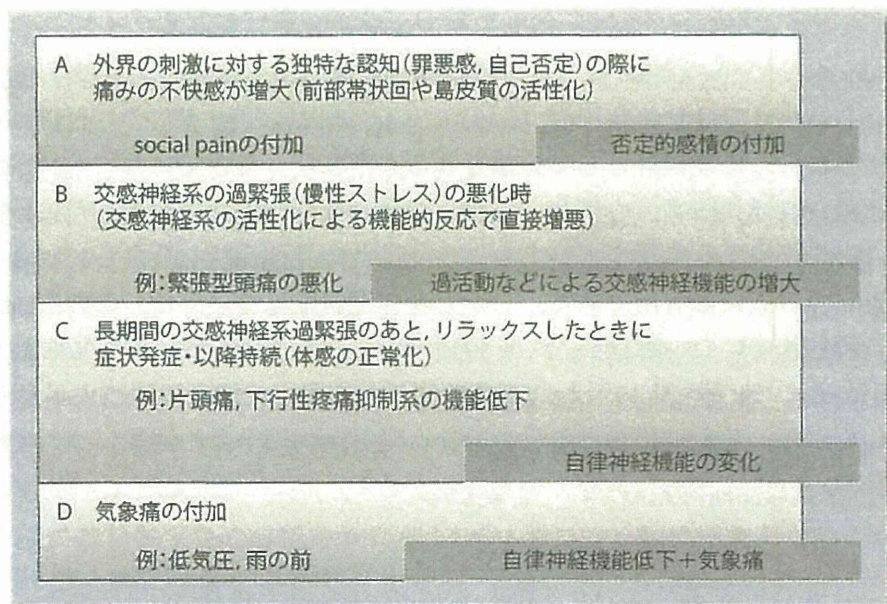


図2 痛みの増悪が起こるさまざまな状態

で明らかにしていくことが、自身で痛みへの対処が可能であるという信念 (自己効力感) を増大させることにつながっていく。

b ■ 痛み行動の増悪が起こるさまざまな状態

痛みの学習理論 (1968) を提唱した心理学者である Fordyce は、痛みの存在を周囲に知らせる随意的反応 (行為) を疼痛行動 (あるいは痛み行動, pain behavior) とよんで、難治化した慢性痛はオペラント学習型疼痛 (operant pain) が治療対象であると提唱し、慢性痛医療に大きな転換を引き起こした。このオペラントとは、ある行動によって生じた環境の変化 (刺激や報酬) によって、その後の行動の頻度が変化することであり、たまたま起こった現象に対して報酬が得られた際に、その行動が強化されるというメカニズムが重要である。痛みのオペラント学習は、人間における社会的報酬が、多次元で行われるという観点で検討すると、多くの難治性慢性痛の修飾因子になっていることが理解される。九州大学病院心療内科に紹介され心身医学的治療を行った難治性慢性痛症例における疼痛行動の社会的報酬として、小宮山は①重要な人物からの注目・関心・擁護的関わり (擁護反応)、②家庭または社会生活への再適応の回避 (現実回避)、③怒り、不満、罪悪感といった心理的苦痛の抑圧 (葛藤回避)、④他の家族成員間の葛藤の回避 (家族システムの維持) をあげている⁷⁾。このなかでは、①と②は比較的観察しやすいが、③や④は人間の感情の抑圧機制に留意して、信頼関係を築くことができた治療者とともに、治療的対話で本人自身も気づいていない抑圧感情を同定していく作業を行わなければそのメカニズムを理解することができない。

特に、抑圧感情は身体や脳の過活動 (頻繁な掃除、身体疾患への注目など) や過食・物質依存などの強迫的行為で発散されていることが多いため、合理的な範囲を超えて続いている行動に注目し、その行為をやめたときにどのような感情が生起するのかを観察する作業が治療的な診断に役立つことがある。しかし、その際に感じる不快体験に耐えられないことが多く、そういった作業が長期的な苦痛の緩和に役立つことへの理解を促すための安定した患者-治療者の治療関係が重要となってくる。

c ■ 痛みの評価に沿った治療方針

上記のように、痛み体験そのものの増大と痛み行動の増大には多彩な種類があり、その組み合わせはさまざまである。したがって、各症例の臨床的な痛み問題を具体的に検討する際には、多面的な評価が重要である。実際の臨床では、痛みの自覚的強度、痛みによる生活障害、痛みによる破局化、痛みに伴う抑うつ・不安、および QOL などについての質問紙を用いた評価を行い、各症例での認知行動面の観察を行いながら、臨床像の変容について評価していく⁸⁾。

治療としては、現在の生活環境の変化に伴う自身の痛みの修飾についての観察能力が発達するように援助し、具体的な対処法が主体的に行えるようにカウンセリングを行っていく。また、痛みを増大させてしまう認知・情動・行動の関連については、ソクラテス式対話法などを用いた治療的対話で認知行動学的理解を促していくことが非特異的な治療としてまずは重要である。その際、認知行動療法の理論とともに、独特な自己否定感や罪悪感などの抑圧といった複雑な疼痛行動の社会的報酬を理解するためには、現在の心理社会的

ストレスのみでなく, 生育歴における養育スタイル・愛着形成の問題, 甘えの不足, 同胞葛藤, 虐待やネグレクトなどの問題の有無, いじめ問題, 対人交流の問題, 家族や職場における交流不全などについても徐々に話せる治療関係を形成し, 各症例独特の抑圧感情についての精神分析的理解が有用となる場合もある。

また, 非器質的疼痛に対する薬物療法については, 医療不信が背景にある場合には通常の薬物療法が奏効しにくくなっていることが多い。過去の薬物療法が奏効しなかった心理社会的環境について聴取し, カウンセリングで十分に病態を理解することが対人不信や医療不信に伴うノセボ効果 (プラセボ効果の反対で, 薬物の有用な影響を減弱させる効果) を低下させるために重要である。安定した信頼関係が形成されたのちには, 心理社会的ストレスに伴う機能的疼痛について, NSAIDs などの鎮痛薬, 抗うつ薬, 抗不安薬, 抗けいれん薬などを原則としては定期薬として処方する。短時間作動性の抗不安薬や睡眠薬あるいはオピオイドは薬理学的特質から薬物依存になりやすいが, 失感情傾向が強く心理的葛藤を抑圧する傾向のある症例はさらに薬物依存に陥る可能性が強いため, 短時間作動性の薬物の処方是最小限とすることが望ましい。

通常の支持的カウンセリングや認知行動療法で治療効果が得られない難治例では, 自律訓練法, 絵画や箱庭を利用した芸術療法や, マインドフルネスストレス軽減法などで心身の反応に対する注意制御訓練や不快情動に対するスキルを習得し, ストレス場面での適切な自己主張を学ぶアサーショントレーニングなどを導入することで, 徐々にではあるが着実に痛みに対する多彩な対処法を主体的に活用できるようになることも多い。

文献

- 1) 細井昌子: 慢性疼痛とは一因性慢性疼痛. 治療 90 : 2063-2072, 2008
- 2) Shibata M, et al : Alexithymia is associated with greater risk of chronic pain and negative affect and with lower life satisfaction in a general population : the Hisayama Study. PLoS One 9 : e90984, 2014
- 3) Eisenberger NI : The pain of social disconnection : examining the shared neural underpinnings of physical and social pain. Nat Rev Neurosci 13 : 421-434, 2012
- 4) F45.4 持続性身体表現性疼痛障害, 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 (新訂版), 融 道男, ほか (監訳), 医学書院, 東京, pp177, 2008
- 5) アレン・フランセス : 300.82 身体症状症, DSM-5 精神疾患診断のエッセンス DSM-5 の上手な使い方, 大野 裕, ほか (訳), 金剛出版, 東京, pp216-220, 2014
- 6) アレン・フランセス : 臨床的関与の対象となることのある状態 (ただし精神疾患ではないもの), DSM-5 精神疾患診断のエッセンス DSM-5 の上手な使い方, 大野 裕, ほか (訳), 金剛出版, 東京, pp234-237, 2014
- 7) 細井昌子 : 疼痛性障害. 心身医学標準テキスト 第3版, 久保千春 (編), 医学書院, 東京, pp178-186, 2009
- 8) 細井昌子 : 痛みの心身医学的診断の進め方 : 実存的苦悩の明確化のために (痛みの臨床 心身医療からのアプローチ). Modern Physician 34 : 13-17, 2014

S 痛みの
cience &
P ractice

4

Clinical Pain Management

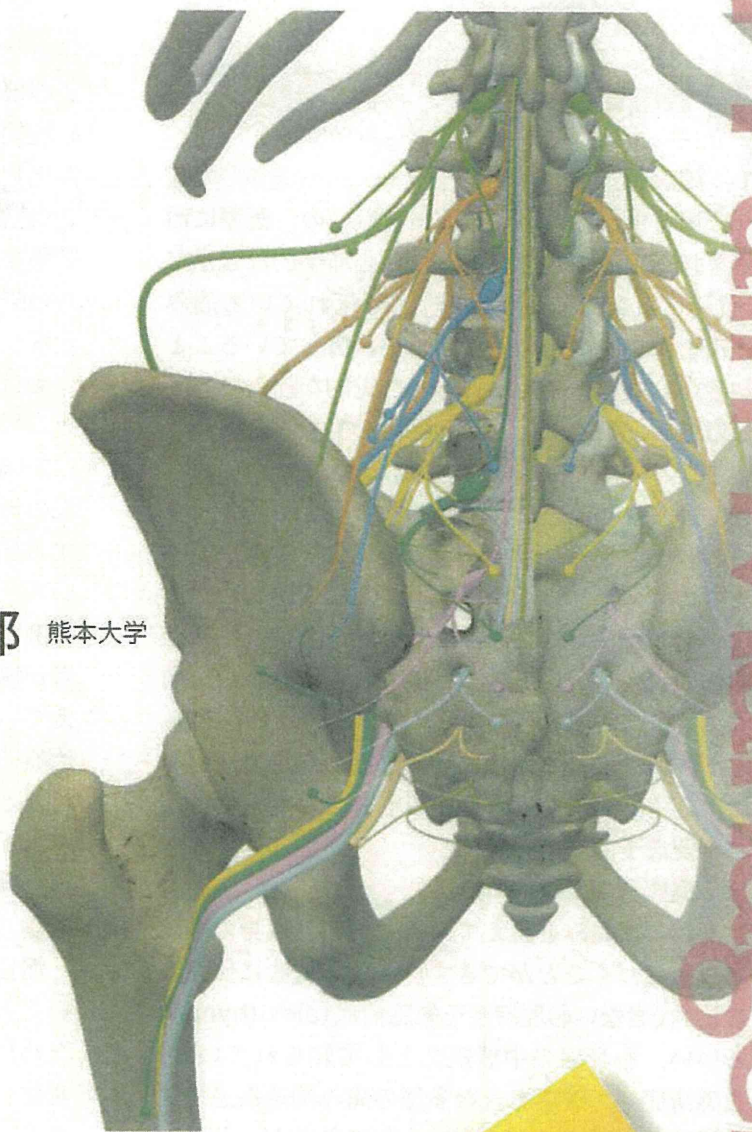
腰痛の サイエンス

編集

山本達郎 熊本大学

シリーズ編集

表 圭一	禎心会病院
山本達郎	熊本大学
井関雅子	順天堂大学
川真田樹人	信州大学



文光堂

7 心身医学的治療

1) 心身医学的治療の基本方針

九州大学病院心療内科 細井昌子
九州大学病院心療内科 安野広三

1 腰痛難治例の特徴

1. 破局化

腰痛を主な訴えとしてはいるものの、医療に治療を強く求めている場合には、心理学的な観点で「破局化 (catastrophizing)」と呼ばれている痛み経験を否定的にとらえる傾向を合併していることが多い。破局化傾向が強いと自覚的な痛みの強さは増強し、痛みによる生活障害が生じることがわかっている。この破局化には3つの因子が知られており、痛みのことばかり繰り返して考え、とらわれてしまう傾向である「反芻」、痛みが酷くなるのではないかと痛み体験の脅威性を大きくとらえる傾向である「拡大視」、および「これ以上耐えられない」と痛みに関して無力に感じる傾向である「無力感」である。われわれの研究では、心療内科を訪れる慢性痛症例では、無力感が痛みによる生活障害や抑うつを予測しており、拡大視が不安を予測していた¹⁾。

2. 失感情症

身体的な痛みを訴えているものの、自身の感情に対し気づくことができず、それを他者に伝えることができない心理特性を失感情症 (alexithymia) といい、心身症の中核概念として知られている。失感情症は、腰痛を含む多種の痛み関連疾患で痛み体験を増悪することが知られてきたが、われわれの研究で日本人の一般住民においても失感情症傾向が最も少ない群と比較して失感情症群では6ヵ月以上の慢性痛を合併するリスクが2.6倍となっていた²⁾。特に、感情を自身で同定できない傾向 (感情同定困難因子) がそのリスク増大を主

に担っていた。痛みに伴う不快感の際に活性化する脳部位である背側前部帯状回や島皮質前部が、心理的な疎外感 (social pain) の際にも同様に活性化している現象が知られている³⁾が、この現象と「感情同定困難があると慢性痛体験が増大する」結果を合わせて鑑みると、心理的疎外環境でこれらの脳部位が活性化しているときに、心理的疎外状況に伴う不快感を身体的な痛みと誤認する「脳における収束」という現象が起きているというメカニズムを想定すると理解しやすい。

米国における大規模な cohort 研究でも1,180人の労働者で、失感情症傾向が強い群で腰痛を有する頻度が2倍となっていたことが報告されている⁴⁾。感情同定困難な慢性腰痛症例では、その症例が置かれている心理社会的苦境を患者と治療者が協働的に吟味し、患者が疎外感や不快感を覚えていることを自身で同定できるように治療者が治療的対話で援助する⁵⁾ことで、身体的痛みへの対処と対人交流における対処を分けて対策を練ることができるようになる。

3. 養育環境で条件づけられた強迫的認知・過活動

慢性腰痛の難治例で、生活環境を丁寧に聴いていくと、自己肯定感が少なく自己主張能力が低いために、多大な心身の負荷を背負い、その結果、身体的な疲弊と心理的苦悩をきたしている場合がある。幼少期の養育環境で、良い子であることを強いられ、「休みたいときに休む」という本能によった行動が全くできなかった過剰適応な症例の場合には、休みを適切に入れることができずに「ペーシング」と呼ばれる作業を細かく分けて行うペース配分ができないことが多い。「過剰」であるこ

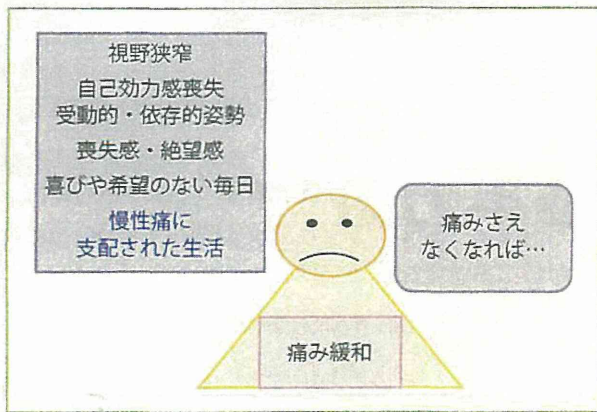


図1 治療前の視点

とを良しとする考えがあり、先読みを徹底的に行う強迫的認知のもと、休まず仕事を続ける過活動傾向がある。じっとしていると罪悪感が生じるように両親の反応により条件づけられてきている反応スタイルを、説得で変容させるのは容易ではない。両親間の不和や母親と祖母との嫁姑葛藤の「愚痴のゴミ箱」とされてきた幼少期の養育体験があった場合には、自己肯定感が少なく、周囲の不和や問題を自己犠牲的に解決しようとする傾向があり、その苦しさに気づいていないことも多い。

感情同定困難を伴い過活動が起こり、結果として心身の疲弊に陥っている場合の腰痛症例では、診察室では過剰適応に反応するが、なかなか症状軽減に至らないことがある。こういった心身医学的病態が背景にある可能性について、治療者が留意して、強迫的な認知行動様式がないかどうかを具体的に聴取することが、治療方針を明確にしていくために重要である。

2 慢性痛難治例での治療目標・動機づけのパラダイムシフト

腰痛難治例では、以上のように休息を適切に入れられず強迫的認知や過活動により生活障害が著明に起こることにより、日常の喜びや希望がない毎日になりやすい。また、痛みの苦しみ以外にも生活障害や役割障害により社会的立場が悪化し、喪失感・絶望感が起こり、破局化が増大している。そのため、図1のように慢性痛の苦しみに支配された生活となり、感情障害が起こりやすく、周囲との交流不全が起こりやすい。そういった不快情動の蓄積によりさらに心理的疎外感が起こって

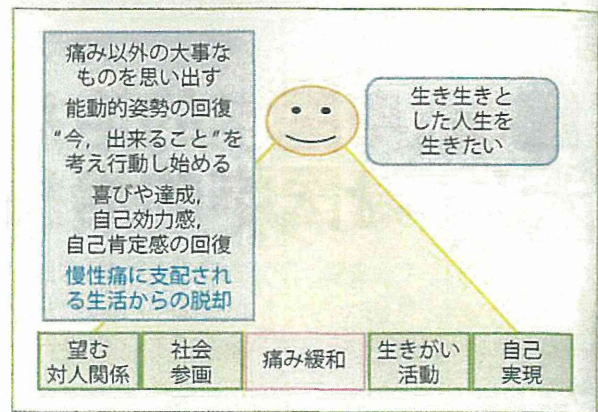


図2 視点(目標=動機づけ)のシフト

も失感情症傾向が強いと痛み体験が増大してしまう。このような悪循環にあることすらも、感情同定困難により気づけず、「痛みさえよくなればすべて解決する」と治療者に破局的に訴えるものである。

心身医学的治療の基本方針は、治療目標をこのような「身体的痛みの緩和」中心の考えから、図2のように「生き生きとした生活・人生を取り戻す」ことにシフトすることにある⁶⁾。治療の動機づけとして「痛み以外の大事なものを思い出させる」ことを明確化し、能動的姿勢を回復させ、患者が自己肯定感や自己効力感を得られるように援助し、治療者自身に治療目標のパラダイムシフトを起こすことで、難治例にも突破口が開けるものである。

文献

- 1) Iwaki R, et al : Global catastrophizing vs catastrophizing subdomains : assessment and associations with patient functioning. Pain Med 13 : 677-687, 2012
- 2) Shibata M, et al : Alexithymia is associated with greater risk of chronic pain and negative affect and with lower life satisfaction in a general population : the hisayama study. PLoS One 12 : 9 : e90984, 2014
- 3) Eisenberger NI : The pain of social disconnection : examining the shared neural underpinnings of physical and social pain. Nat Rev Neurosci 13 : 421-434, 2012
- 4) Mehling WE, et al : Are difficulties perceiving and expressing emotions associated with low-back pain? The relationship between lack of emotional awareness (alexithymia) and 12-month prevalence of low-back pain in 1180 urban public transit operators. J Psychosom Res 58 : 73-81, 2005
- 5) 田代雅文ほか：慢性疼痛の心身医学的診療：治療的対話の工夫。慢性疼痛 32 : 79-87, 2013
- 6) 細井昌子：疼痛性障害。心身医学標準テキスト，第3版。医学書院，東京，178-186, 2009

(執筆協力者：九州大学大学院医学研究院心身医学 柴田舞歌)

特集

心身症関連疾患に対する
心理的アプローチと薬物療法

慢性疼痛に対する
心理的アプローチと薬物療法

岩城理恵・細井昌子

九州大学病院心療内科

自然科学社

特集◎心身症関連疾患に対する心理的アプローチと薬物療法

慢性疼痛に対する 心理的アプローチと 薬物療法

岩城理恵・細井昌子

九州大学病院心療内科

Key words : 破局化, 恐怖回避モデル, 心理社会的因子, 認知行動療法, 抗うつ薬

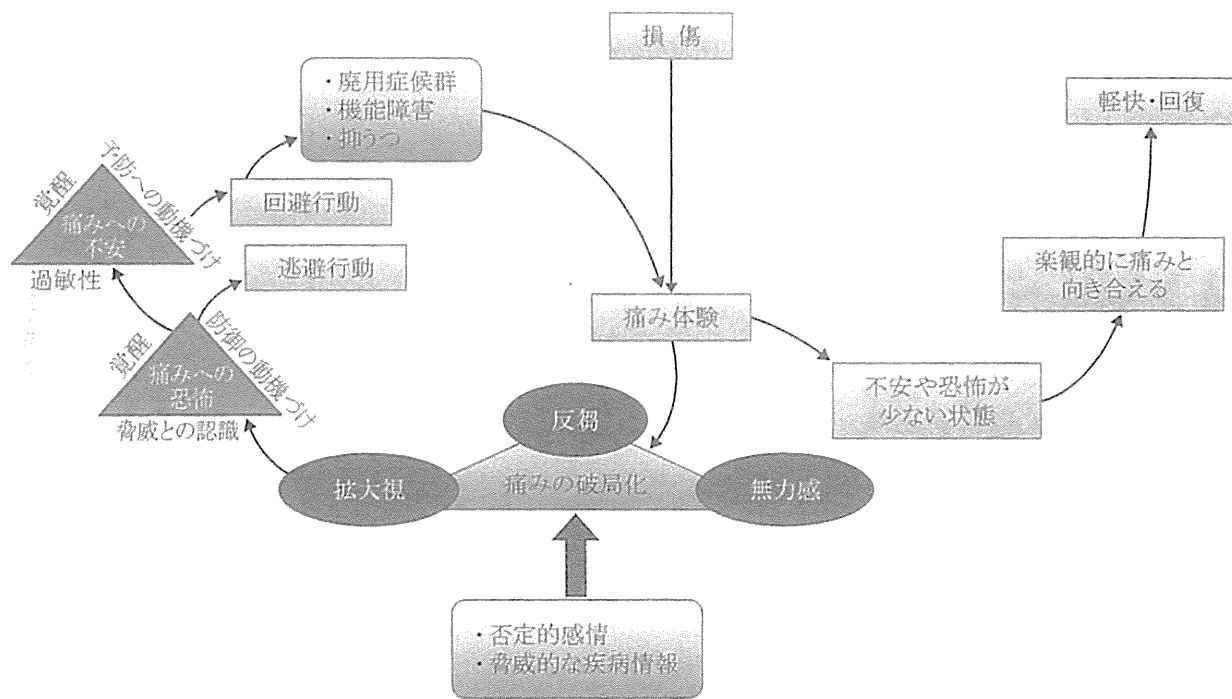
はじめに

腰痛・肩こりなど痛みに関する症状を訴える国民の割合は年々増加しており（国民生活基礎調査から）、医療分野では多くのスタッフが何らかの形で痛みに関わる治療をしているといえよう。わが国の慢性疼痛の有訴率は、2004年に報告されたインターネット調査（18,300人を対象）によると、18歳以上で6カ月以上続く痛みを有する割合は13.4%であると報告されている¹⁾。続いて、20歳以上で3カ月以上痛み（NRS>5）を有するものが22.5%²⁾、6カ月以上痛み（VAS>50mm）を有するものが15.4%³⁾であると報告されている。さらに、2010年の久山町調査では40歳以上の住民の17%が6カ月以上続く痛み（痛みの強さは問わない）を有しているという結果であった⁴⁾。このように、本邦でも世界各国と同様に慢性疼痛症状を有する人々は多く、その労働経済損失は計り知れない。

そして、慢性疼痛には急性疼痛に対する通常の薬物療法を行っても奏功しにくいことが多く、治療スタッフが悩むこととなる。痛みを破

局的に訴えられることで、医師としての能力や現代医療の限界を感じることもあるかもしれない。患者にいわれるがまま投薬を重ねていくと、オピオイド鎮痛薬の乱用につながる場合もある。

慢性疼痛は生物医学的因子だけでなく、広く心理社会的因子が複雑に絡んだ病態であることが多いことから、多面的な診断評価が治療には重要となる。近代の西洋医学は、心と体を分けて考える心身二元論を基に発展してきたが、心身医学の基礎である心身一如（身体が心に及ぼす影響や心が身体に及ぼす影響）という概念を現実場面で重視する必要があるのが慢性疼痛の医療であるといえよう。しかしながら、通常、痛みを苦しんでいる人が自らカウンセリングや心理療法などの心理的アプローチを受けに行くことはなく、医療者であっても、慢性疼痛になぜ心理的アプローチが有効であるのか、どのような種類の心理的アプローチが実際に医療現場で行われているのかはあまり知られていない。痛みはすなわち身体の病気であるという考えが一般的であり、心理社会的観点を考慮した心理的アプローチ導入の困難さが存在する。そこに



(文献²⁾引用改変)

図1 痛みへの恐怖回避モデル

は、心身症としての慢性疼痛を治療する心療内科医・精神科医などの数が少ないという理由とともに、心理社会的因子がどう医療現場に関与して難治化に関与しているのかについての具体的な情報の医学界への発信が十分ではないという問題がある。

以上の現実を踏まえて、本稿では標準的薬物療法が奏功しにくい難治化した慢性疼痛症例の臨床的特徴を述べ、薬物療法が有効となるために有用な心理的アプローチと実際の薬物療法について解説する。

I 慢性疼痛の特徴

1. 痛みに対する破局化

破局化 (Catastrophizing) とは、痛みの経験を過度に否定的に捉える傾向のことで、痛みを感じた際に、極端に恐ろしい結果になると予測する感情的な考え方である。難治化した慢性疼痛の患者ではこの破局化が強くなり、日常生活

への障害も大きくなることがわかっている⁵⁾。破局化を図る質問紙として、Pain Catastrophizing Scale (PCS) が知られており、痛みのことをあれこれ繰り返して考えとらわれてしまう「反芻」、痛みの脅威性を増幅させてしまう「拡大視」および、痛みに対して無力に感じる「無力感」の3つの側面からなる。痛みに影響を与える心理的な因子には、抑うつや不安などが重要であるが、破局化はそれらと独立して痛みの強さや生活障害に影響を与える臨床的に重要な因子であることで注目されている⁵⁾。

2. 痛みへの恐怖回避モデル (図1)

損傷によって生じた痛み体験が破局的に認知されると、痛みに対する恐怖や不安に発展する。これらは、痛みに対する過敏性を引き起こし、回避行動につながる。身体を使わなくなる(不動)ことで、廃用症候群に陥ったり、抑うつ症状を伴ったりする。こうして、痛みの悪循環と遷延化が起こっていく。さらに、損傷がなくてもこの痛みの恐怖回避モデルは成立すると

考えられている。同じような損傷を生じて、破局化や痛みに対する不安・恐怖が少なく、早々に日常生活を行える人は、楽観的に痛みと向き合え、回復が早い。つまり、これによって痛みの慢性化が一部の人々にだけ起こってくることの説明がつくと考えられている⁶⁾。

3. 失感情症

自分の感情に気づいたり、それを適切に言語的に表現したりすることが苦手な心理特性を失感情症 (Alexithymia) といい、心身症患者では発症以前からその傾向が強い。日本における一般住民において、失感情症群では6カ月以上の慢性疼痛症状を合併するリスクは失感情傾向が最も少ない群の2.6倍となっていた⁴⁾。怒りや恨みといった否定的感情の「心理的苦痛」を無意識に抑圧し、筋骨格系の機能的な痛みに不快情動が合併し「身体の痛み」として表現される場合も多い。

4. 強迫性、過活動と心理的依存性

代表的な慢性疼痛を起こす疾患のひとつである線維筋痛症では、その発症に過労と嫌気性代謝が先行するといわれる⁷⁾が、難治性の慢性疼痛患者の発症前後の生活環境を細やかに聴くと、仕事でも家事でも強迫的に行き過活動⁸⁾となっている場合が多い。その背景には、養育環境で培われた「休むな」「弱音を吐くな」などの自己の行動や感情に対する禁止令や、自己肯定感の低さ、コミュニケーション能力の低さが存在することが多い。このような場合には、病気になる（痛みを生じて）初めて休める訳であるが、内服などで一時的に痛みが治まると、休んだ罪悪感からまた過活動となり、悪循環を起こす。このようなライフスタイルに患者自身が気づいている場合は少ないため、治療者が意識的に聴取することが重要となる。すなわち、慢性疼痛では、前述の痛みの恐怖回避モデルでの回避行動→「不動」となるのだが、それが「過活動の成れの果て」である観点が重要である。また人生早期に十分に甘える経験ができていないと、依存欲求を抑圧し、逆に超自立的な生き方をする場合が多い。そのような人が病氣

になった時には、これまで抑圧されていた心理的依存性が出現して、医療に対して過度に依存的になることがある。この隠された依存性に気がつくことも、治療の枠組みには重要である。

心理的アプローチ

1. 心理的アプローチの前に

前述したように、痛みを持つ患者の一部には心理社会的な因子が関与していることも多いが、その関与を認めたくないと感じている場合もある。痛みの訴えに見合う器質的疾患がないとされることで、痛みを「気のせい」にされたと感じ、「我慢すべきもの」といわれたりしてきた歴史があることが多い。したがって、心理社会的因子の関与が強く疑われる場合でも、「心因性」という言葉の使用は良好な患者-治療者関係の確立のために取って使わないことが良い場合が多い。

また、治療者側の意識の変化も重要である。つまり、慢性疼痛とは従来の原因→結果という因果論的モデル (図2-A) ではなく、生物心理社会的因子が関与する円環的な病態モデル (図2-B) であるという前提に立つことにより難治化した症例の膠着状態から打破できることがある。慢性の痛みを持つ患者の治療では治療者側の枠組みの転換が重要であり、治療目標を痛みの強さの改善ではなく、生活障害や情動障害におき、「生き生きとした生活・人生を取り戻す」ことにシフトすることが重要である¹⁰⁾。痛みを修飾する情報や、それに基づいて二次的に成立してきた社会的報酬 (金銭的な補償問題や愛情欲求に対する擁護反応など) により、痛みを訴える行動 (疼痛行動) を逆に強化してしまうこともあるため、治療者側の反応を構造化することが重要となる。

臨床家として傾聴の技術、傷ついた者への「まなざし」の深さや共感が重要⁹⁾であるのはいうまでもないが、さらに、これから受ける治療や治療者に対する肯定的な「期待感」は治療の導入や経過に重要である。心療内科の研修

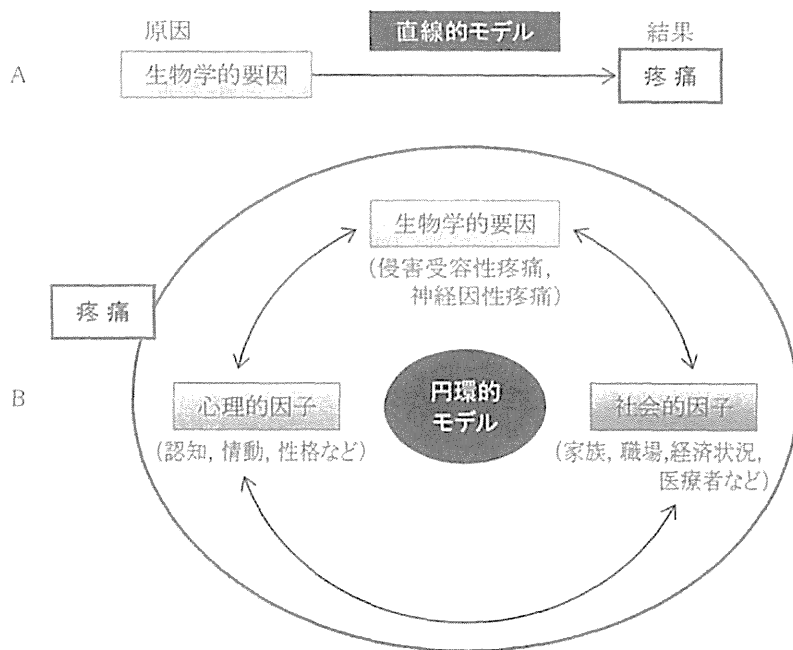


図2 痛みのモデル

では治療者自身の人間的な部分である「治療的自己」を重視するが、これは「この医師となら良くなっていけるかもしれない」という「期待感」につながるものである¹⁰⁾。そしてこのポジティブな期待感はその治療に対する本人の「価値」とともに「動機づけ（やる気）の強さ」を決めるものである。すなわち、期待感や動機づけの強さを通じて治療効果に有効に影響を与えるものであるため重視される¹¹⁾。

図3に心療内科で行っている段階的多面的な治療の流れを示す。ここでも、安全感を守った治療の場の提供をベースに、良好な患者-治療者関係を構築した上で、さまざまなアプローチを組み合わせる¹²⁾。また、痛みの多面的評価の一助となるさまざまなアセスメントツール（自記式質問紙）を表1に提示する。

次に、代表的な心理的アプローチ法の各論を述べる。

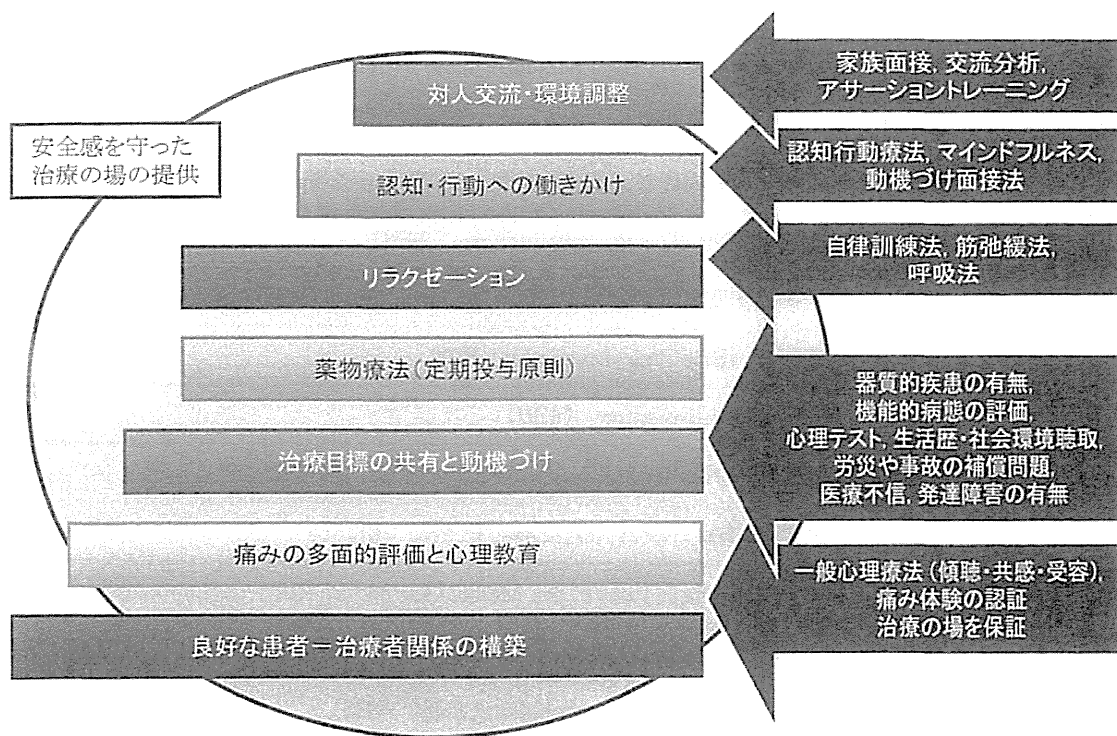
2. 認知行動療法

認知（物事の考え方や受け止め方）が、感情や行動に影響を及ぼし、痛みに繋がっているという前提で、不適切な認知や行動を変えること

で痛みを間接的に変化させる方法である。痛みに関する心理教育を通して、情報提供を行い、固定化した認知の修正をしていく。

慢性疼痛では、国際的に集学的治療の重要性が示されており、認知行動療法はエビデンスに基づく中心的な役割を担っている¹³⁾が、現在のところ本邦では十分な制度が確立していない。しかしながら、標準的な痛みに対する認知行動療法の治療者向けガイド¹⁴⁾が患者のセルフマネジメント用のものとともに和訳されており、わかりやすいものとなっている（表2）。

また、行動療法を第一世代、前述の認知行動療法を第二世代として捉え、新しく第三世代の認知行動療法が注目されている。アクセプタンス&コミットメント・セラピー（ACT）¹⁵⁾、文脈的認知行動療法（CCBT）などがある。これらは、認知や感情の変化よりも「受容」を目指すのが大きな特色であり、いずれもマインドフルネスの概念が重視される。マインドフルネスとは、「今の瞬間に、価値判断をしないで、意図的に注意を向けること」であり、結果として痛みや否定的感情とも共に居ることができる



(文献¹²⁾改訂引用)

図3 慢性疼痛の段階的心身医学的治療

(受容) ことを目指す。

3. マインドフルネスストレス低減法 (MBSR)¹⁶⁾

MBSRは自分の呼吸を観察する訓練や自己の身体を意識する訓練を通して、マインドフルネスや受容を促す。慢性疼痛を含むさまざまな身体疾患や精神疾患で適応される。前述の第三世代の認知行動療法に大きく影響を与えた。

痛みに対する破局化、特に、反芻、拡大視が強い患者に、「痛みについて考えないように」「痛みを恐れないように」と指導しても、逆に痛みを注意を向けてしまうため、有効ではない。意図的に、「今、ここ」の別の体験に注意を向けて、痛みによる不安があってもそのまま受け止めることが有用である¹⁷⁾。

4. 自律訓練法

心身のリラックスを得るための練習法で、公式の言葉を心の中で反復していく方法である。慢性疼痛では交感神経過緊張傾向により、疼痛

閾値が低下した中で過活動を続け、末梢の循環障害がみられる者が多い。自律訓練法は筋弛緩練習と自己催眠の両方の性格を持ち、不安を軽減させて、疼痛閾値を上昇させる¹⁸⁾。自律神経系のバランスを整え、身体感覚への気づきを促し、またストレスに対するクッション効果もあるセルフ・コントロール技法である。ただし、マスターするのに最低2、3か月かかるため導入当初からすぐに痛みの改善とならないことは留意しておく必要がある。補助的に使用することで薬物の効果が増大することも多い。

5. その他

交流分析、システムズアプローチ、アサーショントレーニング、解決志向アプローチ、弁証法的行動療法、動機づけ面接法など、さまざまな心理的アプローチから、慢性疼痛患者個人の特性や診療の進行状況などで時宜にあったものを選択する。

表1 痛みのアセスメントツール

痛み強度	視覚的アナログスケール (Visual analogue scale : VAS)
	数字評価スケール (Numerical rating scale : NRS)
	ワングとバイカーの痛みのフェイス・スケール (Wang-Baker FACES Pain Scale)
痛みの強さと性質 (多面的評価法)	マギル疼痛質問票 (McGill pain questionnaire : MPQ)
	簡易版マギル疼痛質問票 (The Short form of McGill Pain Questionnaire : SF-MPQ)
	簡易疼痛調査用紙 (Brief Pain Inventory : BPI)
	Multidimensional Pain Inventory (MPI)
痛みと活動性	疼痛生活障害尺度 (Pain Disability Assessment Scale : PDAS)
	痛みの行動質問票 (Behavioral Responses to Pain : BRTP)
痛みの影響・ 日常生活	SF-36 (The 36-item short form of the Medical Outcomes Study questionnaire : SF-36 v2™)
	国際標準化身体活動質問票 (International Physical Activity Questionnaire : IPAQ)
痛みへの反応	疼痛破局的思考尺度 (Pain Catastrophizing Scale : PCS)
	恐怖-回避信念質問票 (Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire)
	痛みの自己効力感質問票 (Pain Self-Efficacy Questionnaire : PSEQ)
	自己効力感尺度 (Self-Efficacy Gauge)
	身体感覚増幅尺度 (Somatosensory Amplification Scale : SSAS)
不安と抑うつ	Pain Anxiety Symptoms Scale-20 (PASS-20) 日本語版
	Anxiety Sensitivity Index (ASI) 日本語版
	State Trait Anxiety Inventory (STAI)
	HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)
	自己評価式抑うつ性尺度 (Self-rating Depression Scale : SDS)
	CES-D (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) 日本語版
	ベック抑うつ尺度 (Beck Depression Inventory : BDI)

Ⅲ 慢性疼痛に対する薬物療法

1. なぜ一部の慢性患者には薬が効かないの だろうか？

薬剤のプラセボ効果というのは有名であるが、歴史的には、心理的反応によって引き起こ

される「気のせい」として軽視されてきた。しかしながら、痛みに対するプラセボ鎮痛は身体が痛みを軽減するために持っている内因性鎮痛メカニズムのひとつの発現であり、科学的にも矛盾しないことがわかってきた¹⁹⁾。さらに、興味深いのがプラセボ効果は確かに内因性のオピ

表2 慢性疼痛の認知行動療法によるアプローチ

セッション1: 慢性疼痛についての教育
セッション2: 痛みの理論と腹式呼吸
セッション3: 漸進的筋弛緩法と視覚イメージ法
セッション4: 自動思考と疼痛
セッション5: 認知の再構成
セッション6: ストレスマネジメント
セッション7: 時間に基づいたペース配分
セッション8: 楽しい活動の予定を立てる
セッション9: 怒りの管理
セッション10: 睡眠健康法
セッション11: 再発予防と再燃への備え

オイド系によって仲介されてはいるが、そこに「期待感」が関与しているときにだけ起こるといのである¹⁹⁾。期待感がプラセボ鎮痛の生物心理学的な現象の礎であるとするならば、この期待感を臨床医療に最大限の成果を出すべく利用することが課題となる。つまり、患者-治療者の良好な関係づくりを積極的に行い、プラセボ効果を有効利用することが全ての治療法が奏功するための基礎であるともいえる。

難治化した慢性疼痛患者では、さまざまな薬物が十分すぎるほど処方されてきたにも関わらず、「全く奏功しなかった」と表現される場合がある。つまり、ドクターショッピングをしてきた患者では、プラセボ効果がないばかりか、反対であるノセボ効果が加わっている。医療不信や人間不信が強い場合が多いため、治療関係が安定していない時に新たに処方しても、「焼け石に水」の状態であり、その点に特に留意し、本来の薬物効果を引き出せるような状況やタイミングを待ち投薬することが大切である。

2. 抗うつ薬

うつ傾向の有無に関わらず、痛みの下行性調節系を賦活し疼痛閾値の低下を改善するため、抗うつ薬が使用される。抗うつ効果には通常は即効性はなく、抗うつ作用は4~6週間ほどで効果が現れてくることが多いが、鎮痛作用は抗うつ効果を発揮するよりも早く発現する。服薬を継続することで、痛みの閾値が徐々に上がると考えられている。これらを事前に患者に説明

しておくことが服薬コンプライアンスの点で大変重要である。

主な抗うつ薬とその特徴、主な副作用を表3に示す。三環系抗うつ薬は神経障害性疼痛に対する国際疼痛学会 (IASP)²⁰⁾、欧州神経学会議、日本ペインクリニック学会²¹⁾における薬物治療ガイドラインの第一選択薬に分類されているが、現在のところ本邦での保険適応はない。ノルトリプチリン (ノリトレン[®]) はアミトリプチリン (トリプタノール[®]) などよりも忍容性に優れているため初期投与に推奨されている。SNRIのひとつであるデュロキセチン (サインバルタ[®]) は神経障害性疼痛の中の糖尿病性神経障害に伴う痛みに対して本邦でも保険適応があるが、慢性疼痛患者に対しても鎮痛効果および生活障害の改善が報告されている²²⁾。

3. ベンゾジアゼピン系抗不安薬

C線維よりもA σ 線維由来の痛みに対して鎮痛作用を発揮するとされている²³⁾。しかしながら、長期投与により下行性調節系に関与する神経伝達物質であるセロトニン放出の低下を招くなど、鎮痛効果が減弱するため、安易な長期投与を控える。抗うつ薬の鎮痛効果が出現するまでの補助目的や、イライラや不眠などがある場合にはそれを緩和する目的で併用するのがよい。

4. オピオイド

非がん性の痛みに対しても本邦で使われるようになり、トラマドール (トラマールカプセル[®])、トラマドール/アセトアミノフェン合

表3 代表的な抗うつ薬

	薬品名	商品名	ガイドライン推奨 (注)		特 徴	副作用
			IASP	日本		
第一世代	三環系	クロミプラミン	アナフラニール®			
		イミプラミン	トフラニール®	神経障害性疼痛の第一選択薬	神経障害性疼痛の第一選択薬	・5-HT/NA 再取り込み阻害作用 ・抗コリン作用 (尿閉, 口渇, 便秘) ・抗 $\alpha 1$ 作用 (起立性低血圧) ・抗ヒスタミン作用 (眠気, 倦怠感) ・キニーネ作用 (心毒性)
		アミトリプチリン	トリプタノール®	※ノルトリプチリンを初期投与に推奨		
		ノルトリプチリン	ノリトレン®			
第二世代	四環系	ロフェプラミン	アンプリット®			
		アモキサピン	アモキサ®			
		ドスレピン	プロチアデン®			
	二環系	マプロチリン	ルジオミール®			
		セチプチリン	テシプール®			
		ミアンセリン	テトラミド®			
第三世代	SSRI	フルボキサミン	デプロメール® ルボックス®			・選択的に5-HTトランスポーターに親和性があり, その再取り込み阻害作用 ・抗コリン作用, 抗 $\alpha 1$ 作用は弱い ・悪心, 下痢, 性機能障害 ・投与初期のアクティベーションシンドローム (落ち着きのなさ, 不眠, 焦燥感の増大) を引き起こす可能性があるため, 少量から開始すること。 ・チトクローム P450 (CYP) 系薬物代謝酵素によって代謝されるため, CYP450 酵素を利用される薬物との相互作用
		パロキセチン	パキシル®	神経障害性疼痛の第三選択薬		
		セルトラリン	ジェイゾフト®			
		エスシタロプラム	レクサプロ®			
SNRI	ミルナシブラン	トレドミン®			・5-HT と NA 再取り込み阻害作用 ・抗コリン作用, 抗 $\alpha 1$ 作用は弱い ・グルクロン酸抱合で排泄されるため薬物相互作用は少ない ・血圧上昇, 頻脈, 頭痛, 尿閉	
	デュロキセチン	サインバルタ®	神経障害性疼痛の第一選択薬 (糖尿病性神経障害には第一選択薬)	神経障害性疼痛の第二選択薬 (糖尿病性神経障害には第一選択薬)		
NaSSA	ミルタザピン	リフレックス® レメロン®				

(注) IASP: 国際疼痛学会, 日本: 日本ペインクリニック学会の「神経障害性疼痛薬物ガイドライン」

剤（トラムセット®）、ブプレノルフィン貼付剤（ノルスバンテープ®）などがある。オピオイドは最も鎮痛効果が強い薬物であり、難治性の疼痛では考慮すべき選択肢のひとつではある。しかしながら、依存性の問題や長期投与の有用性が確立していない²⁴⁾²⁵⁾ことから、前述のような難治化した慢性疼痛に対しての使用には慎重に検討される必要がある。有効性に関しては、いずれも主にオピオイド受容体に作用する薬物であって大差があるとは考えにくい。薬物動態から考えると、吸収が遅く、血中濃度の上昇が遅い、すなわち依存性を起こしにくいのは貼付剤となる。

5. その他

病態に合わせてNSAIDs/アセトアミノフェン、 $\alpha 2\sigma$ サブユニットブロッカー（プレガバリン®）、筋弛緩薬、漢方薬などが使用されることもあるが、副作用について留意し、投薬のタイミングを見計らって処方するのは前述と同様である。

おわりに

慢性疼痛はその痛みを修飾する要因が多岐にわたるため、いくつかの治療法を組み合わせる必要がある。本稿では、慢性疼痛の心理的アプローチと薬物療法について取り上げたが、作業療法的・理学療法的的手法（リハビリテーションなど）、神経ブロックなどの麻酔科的治療（ペインクリニック）、整形外科的治療、代替補完医療、さらには患者の会によるサポートなど、各分野の治療法を組み合わせた学際的な治療アプローチが本邦でも検討されてきている。

人は痛みとは切っても切り離せない生活を送っている。急性疼痛は身体的な傷に対して動物に備った警告信号であるが、慢性疼痛は身体的な機能異常とともに人間が社会的生物であるために構造化された心理社会的障害を示唆する警告信号（social pain）が合併していることが多いことを、心身医学的治療が奏功する臨

床場面を数多く経験する中で実感している。つまり、痛みは人生のあらゆる未解決な問題を引き寄せている磁石のようなものであるといえるかもしれない。慢性疼痛の治療に難渋することは多いが、痛みによって投げかけられる、根源的かつ人間的な問題提起に寄り添っていけるような痛みの全人的治療が普及することが望まれる。

文 献

- 1) 服部政治 他：日本における慢性疼痛を保有する患者に関する大規模調査. ペインクリニック 25 : 1541-1551, 2004.
- 2) 矢吹省司 他：日本における慢性疼痛保有者の実態調査 - Pain in Japan 2010 より. 臨床整形外科 47 : 127-134, 2010.
- 3) Nakamura M et al : Prevalence and characteristics of chronic musculoskeletal pain in Japan. J Orthop Sci 16 : 424-432, 2011.
- 4) Shibata M et al : Alexithymia is associated with greater risk of chronic pain and negative affect and with lower life satisfaction in a general population : the Hisayama Study. PLoS One 12 : e90984, 2014.
- 5) Sullivan MJ et al : The Pain Catastrophizing Scale : Development and Validation. Psychol Assess 7 : 524-532, 1995.
- 6) Leeuw M et al : The fear-avoidance model of musculoskeletal pain : Current state of scientific evidence. J Behav Medicine 30 : 77-79, 2006.
- 7) Katz DL et al : Pain of fibromyalgia syndrome is due to muscle hypoperfusion induced by regional vasomotor dysregulation. Med Hypotheses 69 : 517-555, 2007.
- 8) 細井昌子 他：慢性痛の心身医学的メカニズムの解明とそのアプローチ - 過活動のスクリーンセイバー仮説を一助として - . ペインクリニック 33 : 1691-1701, 2012.
- 9) 中井吉英：心療内科初診の心得～症例からのメッセージ～, 診療新社, 大阪, 2000.
- 10) 安野広三, 細井昌子：腰痛のサイエンス. 痛みの Science & Practice, pp.201-205, 文光堂, 東京, 2014.
- 11) Vlaeyen JW et al : Cognitive-behavioral treatment for chronic pain : what works for whom? Clin J Pain 21 : 1-8, 2005.
- 12) 細井昌子 他：慢性疼痛の系統的治療における心身

- 医学的視点の重要性－心療ペインクリニックの勧め－. ペインクリニック 30 : 1058-1067, 2009.
- 13) Morley S et al : Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. Pain 80 : 1-13, 1999.
 - 14) ジョン・D・オースティス : 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, 東京, 2007.
 - 15) Veefiof MM et al : Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain : a systematic review and metaanalysis. Pain 152 : 533-542, 2011.
 - 16) J. カバットジン : マインドフルネスストレス低減法. 北大路書房, 京都, 2007.
 - 17) Cusens B et al : Evaluation of the breathworks mindfulness-based pain management programme : effects on well-being and multiple measures of mindfulness. Clin Psychol Psychother 17 : 63-78, 2010.
 - 18) 岡 孝和 : 痛みと情動. CLINICAL NEUROSCIENCE 14 : 1025-1027, 1996.
 - 19) Amanzio M, Benrdetti F. Neuropharmacological dissection of placebo analgesia : expectation-activated opioid systems versus conditioning-activated specific subsystems. J o Neuroscience 19 : 484-494, 1999.
 - 20) Dworkin RH et al : Pharmacologic management of neuropathic pain. Evidence-based recommendations. Pain, 2007.
 - 21) 日本ペインクリニック学会神経障害性疼痛薬物療法ガイドライン作成グループ編 : 神経障害性疼痛薬物療法ガイドライン. 真興交易医書出版部, 東京, 2011.
 - 22) Skljarevski V et al : Duloxetine versus placebo in patients with chronic low back pain : a 12-week, fixed-dose, randomized, double-blind trial. J Pain 11 : 1282-1290, 2010.
 - 23) Clavier N et al : Benzodiazepines and pain : effects of midazolam on the activities of nociceptive non-specific dorsal horn neurons in the rat spinal cord. Pain 48 : 61-65, 1992.
 - 24) Chaparro LE et al : Opioids compared to placebo or other treatments for chronic low- back pain. Cochrane Database Syst Rev 8 : CD004959, 2013.
 - 25) Ashworth J et al : Opioid use among low back pain patients in primary care : Is opioid prescription associated with disability at 6-months follow-up? Pain 154 : 1038-1044, 2013.

* * *

各科領域の腰痛症の診療

心療内科における腰痛症の診療

柴 田 舞 欧 細 井 昌 子

月刊 臨 牀 と 研 究 別 冊

平成 26 年 11 月 発 行

第 91 卷 第 11 号

特集／最新の腰痛・膝関節痛の診療

各科領域の腰痛症の診療

心療内科における腰痛症の診療

柴田舞欧 細井昌子

はじめに

腰痛は全身各部の慢性の痛み症状の中で、最も頻度が多い訴えである。整形外科的あるいは内科的疾患に関連した特異的な腰痛もあるが、人々がそれぞれの日常生活ストレス環境での適応努力のなかで心身の負荷がかかり発生した機能的な痛みである非特異的腰痛が多い。そういった非特異的腰痛のなかで、通常の整形外科的、ペインクリニック的治療で反応が得られにくい場合や心理社会的因子の関連が強いと考えられる場合、心身医学的治療の対象として心療内科に紹介されることも多くなっている。腰は身体のかなめであり、腰の不調は生活全般に影響を与えており、非特異的腰痛であっても、家庭や社会における役割行動など生活全般が障害され、QOLが著しく損なわれる症例も多い。過剰適応的特性により身体的な不調として生じた腰痛でも、背景には依頼を断ることが心理的にできない苦悩が語られることも多く、全人的な苦しみを考慮しないと腰痛診療における身体的な治療反応の多様性が理解しにくいとも言える。

九州大学病院心療内科では慢性疼痛に対して疼痛部位にかかわらず、心身医学的病態に応じた段階的で多面的な心身医学的治療を行い、QOLの改善が得られている。心療内科でどのような診療が行われているかを紹介元の医療スタッフに理解していただくと、患者への説明も行いやすいと思われるため、この稿では、当科で行っている段階的多面的な心身医学的治療についてご紹介したい。

九州大学病院心療内科

I. 段階的多面的心身医学的治療とは

多面的治療とは身体的側面、認知的側面、行動的側面、社会・環境的側面に応じた複数の治療を組み合わせて有効性を向上させるとともに、心身の病態によって発生した悪循環を軽減する治療法である。この多面的治療を患者の病態と治療効果を評価しながら、段階的に進めていくのが段階的多面的心身医学的治療である¹⁾。

当科ではまず学習理論に基づいた認知行動療法的環境整備を行う。つまり、身体的な痛みの訴えを通して周囲との対人交流が行われている環境から、心理面での苦悩を直接語っていただけるように信頼関係を形成し、心身の苦痛・苦悩を患者本人により言語化していただきながら心身医学的病態を明確にし、治療対象の設定を行っている。認知行動の分析のなかで理解されてくる独特な認知様式の発生基盤をさらに理解するためには、対極とされる精神分析理論による理解が助けとなる場合も多い。精神分析理論とはさまざまな感情や苦悩を無意識下に抑圧することで身体化(身体症状として現れる)するという観点から、抑圧された感情や苦悩を患者自らの言葉で語ってもらう(言語化する)ことで症状の訴えを軽減させるという考え方である。一方、認知行動療法とは、人間の感情や行動が認知(ものの考え方や受け取り方)の影響を受けると考え、非適応的な(状況や環境に対して不適切な)認知の癖を適応的なものに修正し非適応的な行動を減らし、適応的な行動や対処スキルを増やすことに患者と協働的に取り組む事で心理的苦痛や問題行動(痛みや状況を悪化させるような行動)を治療する心理療法である²⁾。このとき、感情は修正不可能であるため修正し

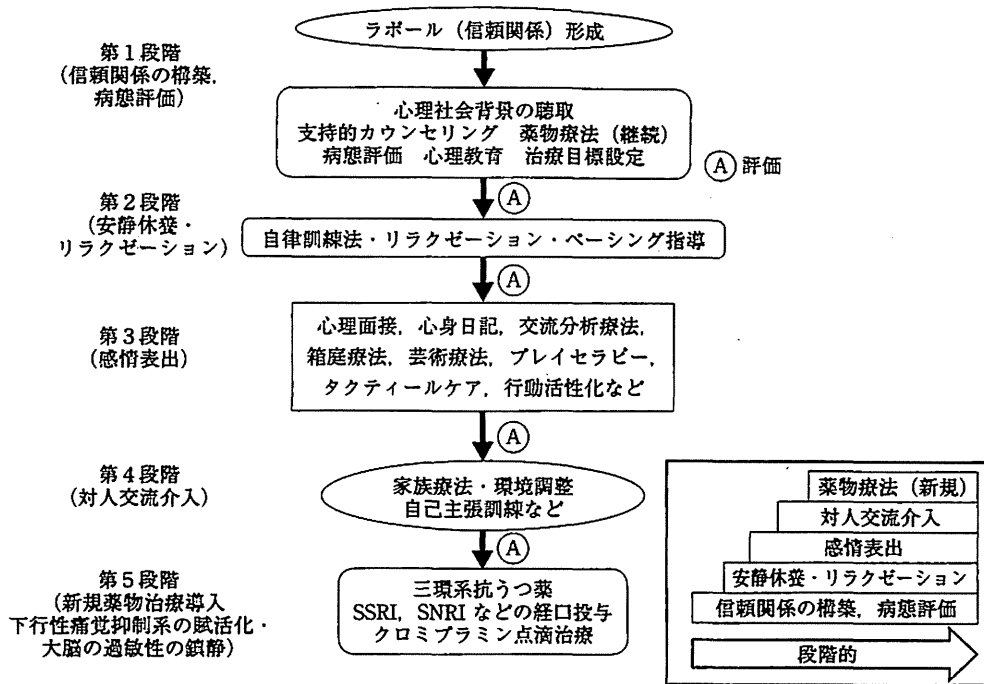


図 1 慢性疼痛に対する主な段階的心身医学的治療

ようとはせず、自然な感情を認めつつも認知や行動を変容することで二次的に感情を変化させることがポイントである。認知行動療法は、慢性腰痛の治療に対して有効性が報告されており、複数の治療法を組み合わせることは慢性腰痛に有効であるという報告もある³⁾。しかしながら認知行動療法は治療に対するモチベーション不足や治療や治療者への不満などを理由に44%が治療を継続できずドロップアウトするという報告もあり⁴⁾、心理療法を導入する前に十分な信頼関係（ラポール）形成と慢性疼痛の心理教育および治療に対する動機づけが重要である。

図1に主な段階的治療の流れを示した。第2段階以降の順番は病態に応じて前後することもある。第2段階以降を入院治療で看護師、心理士、理学・作業療法士などのメディカルスタッフとともにチームアプローチで行うとより効果的である。以下、段階的治療の順に解説する。

Ⅱ. 第1段階：信頼関係形成、支持的カウンセリング、病態評価、患者教育、治療目標設定

第1段階では信頼関係の形成、病態評価、患者教育、治療目標設定を支持的カウンセリングの中で同時に行っていく。

1. 信頼関係（ラポール）形成

慢性疼痛患者は後述する特有の心理特性や症状が慢性化するにつれて起こりやすい家族、職場および医療者との対立などから、対人不信や医療不信に陥っていることが多い。そのため当初は信頼関係を築きにくい場合が多く、信頼関係を形成することそのものが治療的であるといえる。

相手に過度に合わせる過剰適応タイプの慢性疼痛患者は周囲の人に対し無理して笑顔を作ったり過度に動いたりして、周囲から「元気そう。どこが病気なの？（仮病？ 気のせい？）」という評価を受けることが多く、周囲に苦悩を分かってもらえていないという不満をもっていることが多い。痛みに関する苦悩が治療対象であるということを認めることは、患者にとって安心材料になり、信頼関係を築きやすい。また、心理社会的背景を聴いたうえで生活や人生の困難や苦悩に共感し、環境の厳しさを理解する。その状況下で患者が頑張ってきた適応努力を認めることも信頼関係の形成に重要なポイントである。

2. 支持的カウンセリング（傾聴、共感、認証）

傾聴は、うなずきながら患者の言う言葉をそのままに「〇〇と思ったんですね」とオウム返