

により負担の軽減につながったと回答した。

#### D. 考察

難治性の慢性痛は、その病態が複雑で通常の鎮痛薬では症状が緩和しないことが知られている。さらに、慢性痛は患者の QOL を低下させるばかりでなく、医療費の増加、就労困難など社会的な問題となっている。本研究課題では、難治性の慢性痛に対して、集学的チームで患者の痛みを診断・分析し、効率的で有効な新しい治療システムを構築することを目的としている。

我々の施設では、整形外科、麻酔科、精神科、神経内科、薬剤師、看護師、理学療法士で構成される慢性痛治療チームを構成した。慢性痛治療チームは院内の難治性慢性痛の患者の紹介受け、評価・診断・治療を行った。これまでに、難治性の慢性痛患者はすべての診療科で存在することが明らかとなった。各診療科では、痛みの原因と考えられていた器質的問題が解決されている、あるいは器質的要因では説明できない痛みの治療に難渋していた。現時点においては慢性痛に対する定まった治療方法がないため、十分な治療効果が得られないまま漫然と従来の鎮痛薬が処方されている症例は多いと推測される。慢性痛の病態は複雑であり、それゆえ治療抵抗性である。特に、痛みの心理的、環境的、行動的な要因は非常に重要であり、痛みの体験における重要な役割を担っている。したがって、慢性痛治療のためには痛みに関連する多面的評価が不可欠と考えられる。

今回の調査から、対象患者のほとんどは、器質的要因以外に心理者期的要因が存在することが明らかとなった。さらに、最初に診療にあった医師・看護師の患者への接し方に対して強い不満をもっている患者が多くみ

られた。その後、精神科治療や痛みによる廃用症候群予防目的のリハビリテーションの介入を行い、疼痛スコアに有意差はなかったものの、患者の生活の活動性は有意に向上した。慢性痛患者の痛みへの固執を修正し、認知行動的な介入の重要性が明らかになったものと考えられる。また、薬剤師による鎮痛薬の整理・見直しは、薬剤の適切な管理と副作用の軽減に有用であると考えられた。今後、これらの蓄積されたデータを分析し、多角的な慢性痛治療を行うことの有用性を学術的に検討する必要がある。

今後の慢性痛治療の課題としては、時間的な制約が挙げられる。慢性痛治療チームのメンバーはそれぞれの業務に兼任して診療を行っているために慢性痛の診療に多くの時間をとれない。一方、慢性痛の評価・分析には十分な時間が必要である。総合カンファレンスも1回/月で開催されているが、すべての紹介患者を評価するには不十分である。専任スタッフの配属、評価・分析の効率化が求められる。

#### E. 結論

難治性慢性痛患者に対して、集学的治療チームで治療方針を決定して、それぞれの病態・要因に応じた介入を行った。これらの集学的な介入により、介入前後で疼痛スコアに有意差はなかったものの、患者の生活の活動性は有意に向上した。

#### F. 健康危険情報

総括研究報告書にまとめて記載。

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

H27年度 厚生労働科学研究費補助金  
(慢性の痛み対策研究事業 (慢性の痛み政策研究事業))  
慢性の痛み診療・教育の基盤となるシステム構築に関する研究  
分担研究報告書

慢性の痛み診療・教育の基盤となるシステム構築に関する研究

研究代表者 牛田 享宏 愛知医科大学医学部学際的痛みセンター 教授  
研究分担者 西尾 芳文 徳島大学ソシオテクノサイエンス研究部 教授  
研究協力者 青野 修一 愛知医科大学医学部学際的痛みセンター

研究要旨

本研究では、痛みセンター共通問診システムの利便化を図るために、Web ベースでの問診アプリの開発及び、テストサーバ上でのシステムの検証を行った。また、取得情報の学習・クラスタリング・予測のための基礎的研究として、n 層の階層型ニューラルネットワークを用いたパターン学習プログラムを提案し、運動時の擬似データを用いて、提案モデルの評価・検証を行った。

A. 研究目的

集学的医療システムを多施設で構築していくためには、痛みセンターを訪れる慢性痛患者の実態を調査し、どのような患者に対して集学的介入が有効であったのか、データ分析を行う必要がある。そのためにもデータを集約するシステムの開発が必要であり、これまでに研究班で、iPad を用いた痛みセンター共通問診システムを開発し活用してきた。

本研究では、問診のさらなる利便化を図るために、Web ベースでの問診システムを開発し、収集したデータを用いて学習・予測・クラスタリングモデルを開発することを目的とする。

B. 研究方法

B-1. Web 問診アプリの実装をオフライン時にも使用できるようにするため、HTML5+CSS5+JavaScript のハイブリッド開発環境で実装を行う。Web サーバとしては、

Linux、Apache、MySQL、PHP (LAMP)

環境で構築し、問診情報のデータベース化を行う。またプロトタイプ版の検証として、レンタルサーバ上にデータベースサイトを実装し、擬似データを用いて送受信テストを行い、サーバの動作確認を行う。

B-2. 収集したデータ分析のための基礎的研究として、階層型ニューラルネットワークを用いたパターン学習プログラムを提案する。ニューラルネットワークモデルとしては、中間層が1層の3層型ニューラルネットワークと中間層が2層の4層型ニューラルネットワークを用いて比較・検証する。本研究では、擬似データとしてラジオ体操の特定の動作時の加速度データを用いる。データの取得にはスマートフォンを使用する。健常者群 (Health 群)と、健常者による運動器に弱い痛みがある演技をした群 (Little pain 群)、強い痛みがある演技をした群 (Intense pain 群) を用意し、どの群か既知の時系列データを教

師信号としてネットワークに十分に学習させた後、未知のデータを入力し、どの群に属するかパターン認識を行う。

(倫理面への配慮)

本研究では提案手法の検証に擬似データを用いているため倫理的な問題は生じない。

## C. 研究結果

C-1. プロトタイプ版の問診アプリの問診画面例を図1に、データベースの管理画面例を図2に示す。テストサーバにてアプリの安定性を検証し、動作確認を行った。

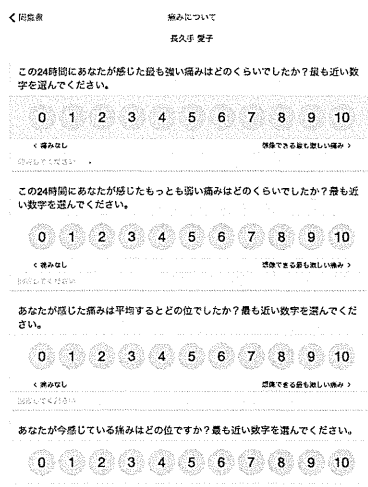


図1. 問診アプリ画面

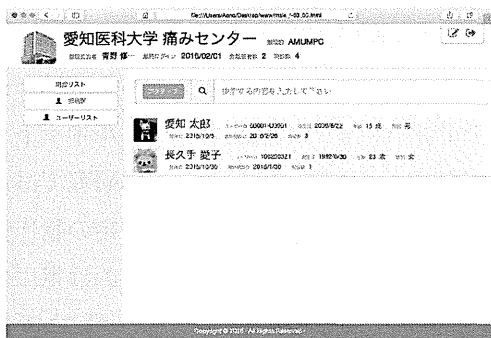


図2. データベースサーバ管理画面

C-2. 学習後の各分類の正解率を図3に示

す。4層型にすることで従来の3層型ニューラルネットワークより判別性能が上がっていることが確認できた。しかし、各データの特徴の検出精度が低く、未学習データの判別が不十分であるため、さらなる改良が必要だと考えられる。

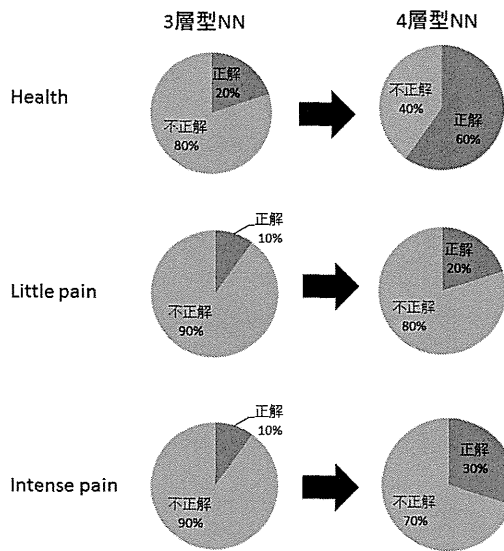


図3. 階層型ニューラルネットワーク結果

## D. 考察

本研究では、Web 問診アプリの開発とニューラルネットワークを用いた学習モデルの提案・検証を行った。今後はセキュリティについて検証しながら堅牢なシステム化を図る。また、実際に取得した問診情報を学習・予測させるために、ディープラーニング等の手法を取り入れ、工学的なアプローチによる慢性痛患者の分類・スポットの発見を試みていく。

## E. 結論

本研究では、HTML5 環境でのハイブリッド問診アプリの開発及び、テストサーバでの検証を行った。また、運動時の擬似データを用いて、階層型ニューラルネットワークモデル

の学習率・パターン分類について提案・検証を行った。

#### F. 健康危険情報

総括研究報告書にまとめて記載。

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

高畑麻里, 生田智敬, 青野修一, 上手洋子, 西尾芳文 "階層型ニューラルネットワークを用いた運動量評価及び痛み定量化法の提案" 電子情報通信学会 非線形問題研究会 技術報告, 2015, no. NLP2015-14, pp.

63-66.

#### H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし

H27年度 厚生労働科学研究費補助金  
(慢性の痛み対策研究事業 (慢性の痛み政策研究事業))  
慢性の痛み診療・教育の基盤となるシステム構築に関する研究  
分担研究報告書

集学的慢性痛診療スタッフを対象とした  
慢性痛臨床における心身医学的キーワードに関する教育資材の開発

研究分担者 細井 昌子 九州大学病院心療内科 講師

研究要旨

慢性の痛み診療において、通常の医学的対応で改善しない症例について、学際的な痛みセンターにおいて集学的診療スタッフが身体に影響を与える心理社会的因子を共有することは重要である。本研究では、心療内科で蓄積された心身医学的キーワードを慢性の痛み診療に携わるスタッフが広く理解し患者背景の情報として共有するために、教育資材を開発した。今後もさらに開発を継続し、集学的診療スタッフが共有するしくみを開発していくことが望まれる。

A. 研究目的

日本国内での慢性痛患者は2,000万人を超えるといわれているが、慢性の痛み診療において、一部の症例は通常の医学的対応で改善せず、多くの医療機関を転々として医療費が増し、医療経済学的見地からも国家的な問題となっている。そのため、全国各地に慢性痛の難治例を対象にした学際的な慢性痛に関するセンターの設立が期待されている。

九州大学病院は1963年に日本で最初に設立された心療内科が慢性の痛みに関する診療を長年にわたり行ってきている。1989年頃からは心療内科とペインクリニックが慢性痛診療に関しての合同カンファを定期的に行うようになり、2013年頃からは歯科麻酔科やリハビリテーション部の専門家も加わり、医師・歯科医師・療法士・心理士・看護師の緊密な連携も行われるようになってきている。また、九州大学は医学研究院とともに、薬学研究院や歯学研究院などが痛みの基礎研究を積極的に行い、国際的に情報を発信してきた基盤が

あり、集学的な痛みに関する診療・研究・教育の人的・組織的基盤がある。今後は、2015年に国会で採択された公認心理師法案のもとに、将来誕生する国家資格である公認心理師が担当する医学領域のひとつとして、慢性痛医療に関する専門家を養成するために、専門職大学院である九州大学大学院人間環境学府の実践臨床心理学の関係者とも連携し、次世代の慢性の痛み診療における心理学関係の集学的治療スタッフを養成するしくみの開発も重要であると考えられる。

これらの慢性の痛みに関する集学的診療スタッフが身体的症状と心理学的メカニズムの関連(心身相関)を学ぶために、心療内科で蓄積された心身医学的キーワードを慢性の痛み診療に携わるスタッフが広く理解し患者背景の情報として共有することは重要である。本研究の目的は、慢性痛診療における心身医学的キーワードをより多くの集学的スタッフに理解してもらうことを念頭に、教育資材を開発することである。

## B. 研究方法

慢性の痛み診療に十分な経験のある医師に協力を得て、慢性の痛み診療で遭遇する心身医学的的患者背景のキーワードを抽出し、臨床の患者像に関する情報を入れ込んで、解説を依頼し、研究協力者とともに分担研究者の監修によりキーワード解説の教育資材を開発した。

(倫理面への配慮)

具体的な症例については、個人情報に問題が生じないように配慮し改変し、典型例を提示した。

## C. 研究結果

教育資材(文末に添付)を作成した。

本年度は、1)痛みの破局化、2)過活動、3)過剰適応、4)自己主張障害、5)失感情症、6)幼少期の虐待体験、以上の6項目を対象として開発した。

## D. 考察

患者—治療者の信頼関係を形成しながら、痛みの破局化、過活動、過剰適応、自己主張障害、失感情症、幼少期の虐待体験といった観点の情報を聴取することは、難治化・遷延化した慢性痛症例の治療を有効に進めるために有用である。痛みに関する身体的情報以外にも、心理社会的因子としてこれらの情報について留意して患者背景を理解し、必要に応じて介入することが重要である。

今後はさらに、母子葛藤、同胞葛藤、夫婦交流不全、愛着障害、痛み行動と社会的報酬などの項目についてのキーワード解説を検討している。

## E. 結論

集学的慢性痛診療スタッフを対象とした、

慢性痛臨床における心身医学的キーワードに関する教育資材を開発した。集学的慢性痛診療に興味を持つさまざまな領域の診療スタッフの教育のために、開発した教育資材の情報発信の方法を工夫することが今後も望まれる。

## F. 健康危険情報

総括研究報告書にまとめて記載。

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

## 研究協力者

伊達 久 (仙台ペインクリニック)

岩城理恵 (九州大学病院 心療内科)

柴田舞欧 (同上)

田代雅文

(熊本大学医学部附属病院 麻酔科)

山本洋介 (山本クリニック)

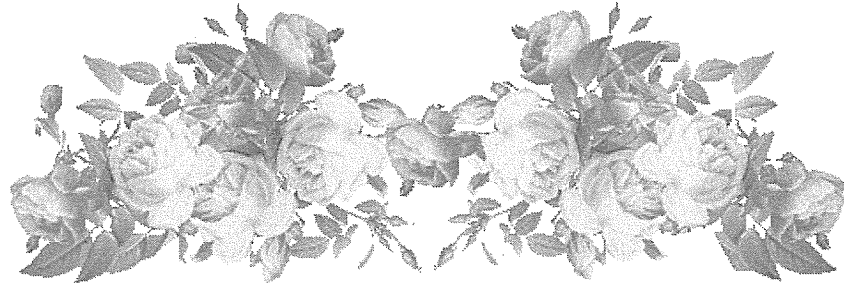
川井 康嗣

(仙台ペインクリニック石巻分院)

河田 浩 (九州中央病院 心療内科)

---

# 慢性痛臨床における 心身医学的キーワード解説



国内での慢性痛患者は2,000万人を超えるといわれている。以前はNSAIDs一辺倒の治療が多かったが、近年、痛み治療の領域でも新たに多くの薬物が上市され、慢性痛の薬物療法にも変化が現われてきた。リハビリテーションの有用性も認識され、慢性痛治療において重要な地位を占めてきている。また、一部ではあるが学際的痛みセンターで慢性痛の集学的治療が行われるようになり、今まで難治であった慢性痛患者の治療に貢献してきている。このような時代の中、以前から一部の心療内科や精神科で行われてきた心理的アプローチの重要性が痛み治療においてクローズアップされている。

慢性痛患者の治療は、薬物療法、神経ブロックなどの鎮痛処置、リハビリテーションなどとともに心理的アプローチが重要である。多くの慢性痛患者について具体的な生活環境を聴取しながら診察していると、心理社会的背景が症状の形成や持続に大きく関与していることが理解される。特に難治とされてきた患者においては、心理社会的因子が痛みの遷延化につながっている症例も少なくない。

慢性痛患者の心理社会的背景には特徴的なものも多い。そのため、あらかじめ慢性痛患者によくみられる心理社会的因子を知っておくことは、難治化に影響している心理社会的因子のアセスメントの際の助けとなる。そこで慢性痛医療で心理アセスメントを行うためのキーワードを、症例を交えて短くまとめてみた。慢性痛の集学的診療に携わるすべての治療者の今後の診療の一助になれば幸いである。

平成28年2月 吉日

細井昌子 (九州大学病院 心療内科)

伊達 久 (仙台ペインクリニック)



---

## 第1項目

# 痛みの破局化とは

岩城 理恵, 細井 昌子 (九州大学病院心療内科)

### 概 念:

痛みを感じた際に、過度に恐ろしい結果になると予測する感情的な考え方。痛みについて繰り返し考える「反芻」、痛みの脅威性を大きく捉える「拡大視」、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。

### 慢性痛との関連:

難治化した慢性痛の患者は、破局化が強く、日常生活への障害も大きい。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として注目される。破局化の強い人は、家事や仕事、人間関係などの日常活動に強い支障を感じるとともに、疲労や易怒性の増加、集中力低下などの精神的側面にも影響するといわれている。

痛みの恐怖—回避モデルでも破局化は重要な役割を担う。痛みを感じた時に、破局的に捉えることで、痛みを脅威と認識し、痛みに対して過敏になり、痛みへの恐怖や不安が強くなる。この恐怖・不安によって、痛みを起し得る行動から回避(過度の安静、疼痛部位をかばうなど)する「疼痛回避行動」が引き起こされ、廃用症候群、抑うつ症状や日常生活障害が強くなる。そして、さらに痛み体験を破局的に捉えるという悪循環に陥る。

### 症 例:

#### 1)60歳台, 女性. 専業主婦.

胸部・頸部痛. 元気だった兄が突然心筋梗塞で亡くなった。首と背中中の痛みを訴えて病院に行ったが、鎮痛薬と湿布薬の処方を受けた日のことだった。以来、自分も首や背中中の痛みが強い時には心臓が悪いのではないかと心配になり受診するが、問題は指摘されない。痛みが起こった時はなるべく安静にしているが、次々に不安が湧き上がり、恐怖で自制心を失いそうになる。脈拍数もいつもの倍に跳ね上がっている。やはり心臓に問題があるのだと、近頃は家に籠りつきりである。痛む場所も広がってきたようだ。

#### 2)60歳台, 男性. 自営業.

腰痛持ちで、いわゆる「ぎっくり腰」も3回経験した。1級建築士として企業でバリバリ働いていたが、リストラに遭い、仕方なく独立した。その頃より、持病の腰痛が悪化し、仕事に手がつかなくなった。腰部をさすりながら「もっと痛くなるのではないか、寝たきりになるのではないか(拡大視)」、「この痛みさえなければ、もっと(仕事を)やれるのに…、とにかくどうかしてください」と破局的に訴え、医療者は圧迫感を感じさせられる。

#### 3)30歳台, 男性. パン工場職人, 労災で休職中.

仕事中に一斗缶が上から落ちてきて、右第3指受傷。近医形成外科で縫合処置されるも、2日後から手指腫脹、疼痛出現。総合病院で「腱が切れているかもしれない」とリハビリ施行され「痛くて痛くて市販のバファリンを飲み続けながら頑張った」が結局約1か月後に腱縫合手術となった。その後、術後感染、右手腫脹出現し、リハビリに難渋。複合性局所疼痛症候群(CRPS)と診断された。大学病院で癒着剥離術、持続硬膜外ブロック、麻酔薬点滴、交感神経ブロック、抗うつ薬内服処方などを受けたが奏功せず、副作用・副反応のみを認め

た。好青年で否定的な感情はあまり表に出さず淡々と状況を話す。これまでの疼痛に対する対処法がすべて「中断」という形になっており、本人も「何もかもうまくいかない」「何をしても痛みが和らぐことがなく、どうすれば楽になるのか自分でもわからない」と無力感に陥っている。リハビリテーションにも通うが、「動かすと翌日痛みがひどくなるので」思うように進まず、休みがちになる。

**考察:**痛みを経験した際に起こる不安は、本来生体の危機管理につながる生存本能であり、それに触発されて起こる行動も自然なものである。しかしながら、破局化が強い症例では、いつの間にか痛みについて考え始め(反芻)、自動的・侵入的に起こる恐怖心に一瞬のうちに引き込まれて圧倒され(拡大視)、無力感に至る反応パターンが起こっている。二次的に不安・恐怖が強烈になり、合理的な解決策をとることが困難になり、生活障害に悪影響を及ぼしている。

#### **背景因子:**

ネガティブな感情(不安・恐怖、怒りや敵意、医療不信感など)を抱えていたり、病気についての脅威を感じる情報(身内の死など)を受けていたりすると痛みの破局化に悪影響を及ぼす。患者は、痛みの知覚そのものというより、それによって引き起こされる「苦痛」によって苦しんでおり、それは「過去の後悔」と「未来の不安」であり、「今を生きていない」状態ともいえる。また、失感情症の特に感情同定困難が抑うつや不安を介して破局化に影響を及ぼすともいわれている。

#### **評価の仕方:**

自記式質問紙 Pain Catastrophizing Scale (PCS)で測る。5件法(全くあてはまらないの「0」～非常にあてはまるの「4」)、全13問からなる総点52点である。反芻には「痛みが消えるかどうか、ずっと気にしている」、「痛みが止まって欲しいということばかり考えてしまう」などの5項目(項目1, 8, 9, 10, 11)、拡大視は「痛みがひどくなるのではないかと怖くなる」などの3項目(項目6, 7, 13)、無力感「もう何もできないと感じる」、「これ以上耐えられないと感じる」などの5項目(項目2, 3, 4, 5, 12)である。得点が高いほど破局化が強く、PCSの原著者であるSullivan MJの提言するPCSマニュアルでは、慢性疼痛患者の臨床サンプルで75%タイルに相当する30点をカットオフ値としている。尚、無力感の項目12「痛みを弱めるために私にできることは何もない」は英語の原版では反芻であり、下位尺度の点数の国際比較は、項目数(反芻、拡大視、無力感を各々原版では4, 3, 6、日本語版では5, 3, 5)で割ることで可能となる。

診察時には、痛みについて捉えている言葉を丁寧にひろっていく。痛みについて頭が一杯で、数多くある日常生活上の事柄から「痛み」のみにスポットライトが当たっていて繰り返し考える状態(反芻)にないかをみる。「またあの時の痛みのように悪くなるのではないか」、「このまま歩けなくなるのでは」という拡大視の傾向を示す言葉は、不安の感情を伴っている。良い面を割り引いて考えるなどの明確な根拠のない「どうにもならない」、「薬も全く効かない。この痛みのために私が出来ることは何もない」という無力感の強い傾向を示す言葉はうつにつながっている。

#### **治療:**

良好な患者—治療者関係を築いた上に、痛みには感情や考え方が影響するという心理教育をすることは破局化の程度に関わらず治療の基本である。その上で、破局化の程度を把握し、破局化の強い症例では「破局化」の概念を教育(情報提供)し、「破局化」そのものを治療対象とすることを明確化し、患者と共有する。問題の解決には、まず問題の認識が重要であることは、どのような状況でも共通する。痛みについて破局的になるのも痛覚の警告反応としての役割からもっともであると「受容」しながら急性痛と慢性痛の違いを明確にし、「反芻」、「拡大視」、「無力

---

感」が治療対象となるという「変化」を促す弁証法的なアプローチが必要となる。

破局化に特異的に焦点を当て、その考え方に介入する認知行動療法やマインドフルネスによる改善が報告されている。マインドフルネスとは、意図的に「今、ここに」注意を向けることで、反芻や拡大視の思考に気付かせ、無力感に至る悪循環を止める。治療者自身がマインドフルネスなスタンスを養うことや、患者のペースを尊重することも重要である。

#### 参考文献

- 1) 松岡紘史, 坂野雄二: 痛みの認知面の評価 Pain Catastrophizing Scale 日本語版の作成と信頼性および妥当性の検討. 心身医学 47:95-102, 2007
- 2) 水野泰行: 慢性疼痛と破局化. 心身医学 50:1133-1137, 2010
- 3) Makino S, Jensen MP, Arimura T, et al: Alexithymia and chronic pain: The role of negative affectivity. Clin J Pain 29:354-361, 2013
- 4) The Pain Catastrophizing Scale User Manual,  
[http://sullivan-painresearch.mcgill.ca/pdf/pcs/PCSMManual\\_English.pdf](http://sullivan-painresearch.mcgill.ca/pdf/pcs/PCSMManual_English.pdf), pp.7

---

## 第2項目

# 過活動とは

田代 雅文 (熊本大学医学部附属病院 麻酔科)

### 概 念:

Pacing(ペース配分)の異常であり, 休息をはさまない活動の仕方である. 仕事や勉強, 家事, 趣味の活動などで生活スケジュールを埋め尽くしている.

### 慢性痛との関連:

過活動でハイテンションの時期は, ストレスによる鎮痛機構が働いていたために痛みを感じていなかったのに, 子育てが終わったとか, 定年退職したとかの, 一段落してほっとした時期に痛みが発症することがある. これはストレスが緩んで鎮痛機構が働かなくなり, 本来の痛みを感じるようになったためと考えられている. ストレス後の痛覚過敏も報告されている<sup>1)</sup>.

休息を取らないライフスタイルは, 病気の回復を妨げるので, 病気の持続因子となっていることがある. 治療により良くなっても, 治療効果を上回る活動をするので, 次第に悪化していく経過を辿ることが多い.

### 症 例:

#### 1)50 歳台, 男性.

関節痛, 筋肉痛を主訴として来院した. 3日かかると言われた造園の仕事を1日で仕上げてしまったことがある. 仕事の中で手洗い洗車をすることがあるが, 完璧な仕上がりなので, 客からよく指名される. 筋骨隆々としているが, 使い過ぎにより 股関節, 膝関節, 肩関節は人工関節になってしまっている. 前医で消炎鎮痛薬が過量処方されていたので, 適正量とし, それで痛みと付き合っていけるように, ペースダウンを教育的に指導していたところ, 精神状態が不安定になって, 精神科に緊急入院してしまった.

#### 2)50 歳台, 女性.

指関節が屈曲変形しており, 痛みがある. 自宅に梅の木があり, 30 kg の梅干し作りをしている. 梅干しが好きなのかと聞くとそうではなくて, 人にあげるために作っているという. 「それほど痛いのになぜ作るのか」と尋ねたら, 「人に喜んでもらえるから」とのことであった.

#### 3)70 歳台, 女性.

口腔内異常感覚症. 発症前はコーラスサークル, 料理教室, 生け花教室, 登山など週間予定表を埋めてしまっているほどであった.

**考 察:**隙間なく時間を埋め尽くしたり, 多くのことを次々にこなしたり, 集中して作業するというのは, 患者にとっての対処方略である. 患者によくよく聞いてみると, 「じっとしていたり, ぼーっとすごしていたりすると, 脳裡に嫌なイメージ, 考えが浮かんでくる」などと答えることが多い. 嫌なことを回避するのに, 気逸らしや集中することは役に立っているわけである. 息を詰めて(anaerobic)作業した結果, 肩凝りなどを訴える女性が多い.

### 背景因子:

何かをすることで, 例えば「これだけのことをしたのだから自分は価値がある」として自己肯定感を得ている場合, 何もしないでいることは「自分は価値がない」になるので, 耐えられない. 例えば, 親が子どもに対して, 成績が良い時, スポーツ競技で勝った時だけ誉めると, 親の愛を得ようとして勉学やスポーツに打ち込むであろう. これを部分的な愛という. しかしながら, たとえ

---

ストで零点を取ってきても、かけっこでビリだった時も、「お前はかわいい、大好きな我が子」と声を掛けられて育った子は存在自体を認められているので自己肯定感が育つ。これを絶対的な愛という。

別の因子としては、虐待やいじめなどを体験した人で、その記憶が意識に上がってこないように何かをやり続ける。性的虐待を受けた人では、「自分は汚れている」との思いを抱き、掃除などの“きれいにする”行為ですっきりさせるという代償行為となっていることがある。

### 評価の仕方:

日常生活を具体的に尋ねること。主婦の場合、掃除は1日2回するのはあたりまえで、窓拭き、玄関掃除に至るまで、まるで年末大掃除のごとくしていたりする。洗濯は全自動洗濯機の仕上がりには満足せず、2槽式と洗濯板の組み合わせが多い。カーテンを週に1回洗うと答えた患者がいたが、筆者からすると「そもそもカーテンはそんなに頻繁に洗うものかな」という気がする。家の広さ(建坪)や庭の広さも尋ねる。趣味は家庭菜園とか草木の手入れなどと答えても、農家や庭師のような専門レベルだったりする。趣味については、週間スケジュールを尋ねるとよい。月曜日がコーラス、火曜日がテニス、水曜日が生け花、木曜日が料理教室、週末は日本百名山を登山といった具合である。

### 治療:

過活動の結果、肉体疲労に陥ったり、関節痛、筋肉痛になったりするのは40歳台から50歳台が多いが、過活動を続けてきた期間と元々持っていた肉体の強さとの兼ね合いでまちまちである。発症するまではむしろ活動性が高い結果、主婦の鏡とか仕事ができる人とかいわれて周囲からポジティブな評価を得ていることが多い。したがって、過活動をペースダウンすることは、その人の評価が下がることにつながるし、本来の自分にそぐわない感じを抱くことになるので、医師のアドバイスが入りにくい。発症前と比べると怠け者になったように思われていることが多いので、家族面接や職場の上司との面接は有用である。それでもなお、何もしていないことに対して本人の自責感や罪悪感が強い場合には、ライフレビューを行って、虐待歴や愛着障害の有無を確認し、専門的な心身医学的治療の必要性を検討する。

### 参考文献

- 1) Jennings EM, Okine BN, Roche M, et al: Stress-induced hyperalgesia. Prog Neurobiol 121: 1-18, 2014



### 第3項目

# 過剰適応とは

山本 洋介 (山本クリニック)

## 概 念:

環境からの要求や期待に対して、個人が完全に近い形で従おうとすることであり、内的な欲求を無理に抑圧してでも(内的適応困難)、外的な期待や要求に応える努力を行うこと(外的適応過剰)<sup>1)</sup>。

## 慢性痛との関連:

慢性痛を抱える患者の中には、自己欲求を無理に抑えてでも、周囲から期待されている役割や行為に応じている姿をよく見かける。他者からは高評価を得ている場合もあるが、その根底には自己評価の低さが推測され、自己の無価値感、罪悪感、劣等感などを紛らわすために周囲に過剰に適応し、休息を取らない過活動(第2項目 参照)となり、それが慢性痛の持続因子となっていることがある。また、過剰適応では周囲には困っている様子をあまり見せず、周囲からは「元気そうに見える」ため、実は心の奥では「他人にわかってもらえない」という苦悩を抱えていることもある<sup>2)</sup>。

## 症 例:

### 1)60歳台, 女性. 右腰下肢痛.

患者が15歳頃に育児放棄し、家を出て行った実母が、80歳過ぎになり地元に戻ってきた。過去の身勝手な行動は納得していないが放っておけないという気持ちもあり、電話があるごとに断れず世話に行く。結婚後によく自分をいじめていた義母が認知症になり施設に入院した。現在は自分のことしかわからないため複雑な気持ちであるが、毎日世話に行っている。うつ病で治療中の長男からもひっきりなしに電話があり、電話で追い詰められることがあった。いずれも、自分も痛みで苦しんでいるが自己主張できず、周りの頼みを断れない過剰適応傾向がみられた。

### 2)30歳台, 女性. 左下肢痛.

足関節より末梢に痛みがあり、自動運動ができず松葉杖歩行であったが、朝4時頃より家族の弁当を作り、いつも時計を見ながら動き回り、家事をこなしていた(過活動傾向)。義父と同居しており、同居後より「人に頼るな。さぼるな」と言われ続け、いつも顔色を見ながら生活をしている。じっとしていると、「落ち着かない、そわそわしてくる」感じがあり、さぼっている罪悪感に苛まれる。一方で、自分の痛みを周囲はわかってくれないという苦悩も抱えていた。

## 背景因子:

過剰適応の根底としては、自己肯定感の低さが推測されることが多い。その背景としては、生育の過程で両親の厳しい躰け、いじめや虐待などを経験していることがある。そのような厳しい環境を生き抜く上では、弱い立場の自分を守る方法として過剰適応が必要であったかもしれない。また、自己欲求を抑制し、周りに合わせる、周囲と協調するというのは、どちらかという日本では美学のように扱われることも多い。特に、従来の考えが残っている地方の方で著明な印象も受け、地域により差がある。

## 評価の仕方:

エゴグラムでは、5つの自我状態の内、AC(adapted child, 順応する子ども)は、自分を教育しようとした親に順応している部分を表している。生育過程で、養育者の愛情を失わないように、

---

自然の自分を抑えて、相手の枠に収まるような反応を示す<sup>3)</sup>。したがって、エゴグラムの AC は過剰適応評価の参考になる。

また、普段の診療の中では、家族や社会における役割への捉われや他人との交流パターンなどを聞いてみるのも参考になる。症例 1 では、年若い母に対する子どもとしての役割、子どもに対する母親としての役割に強く捉われていて、交流パターンとしては、自分のことは後回しで、周りの世話をせずにはいられない。一方で、子ども達の自立が遅れていることに困惑していた。症例 2 でも、同様に、母親としての役割、長男の嫁としての役割、地域での役割などに固執し、自分のことは後回しで相手の顔色に非常に敏感な様子が伺えた。また、買い物をする際にレジがいくつもある場合、人が並んでいないレジを選ぶのではなく、レジ係の顔、雰囲気を見て決めるという行動もとっていた。また、他人からよく相談をされたり、愚痴を聞かされたりするが、自分から愚痴を話したりする機会が少ない、できないというのもよく見かけ、2 つの症例にも共通していた。

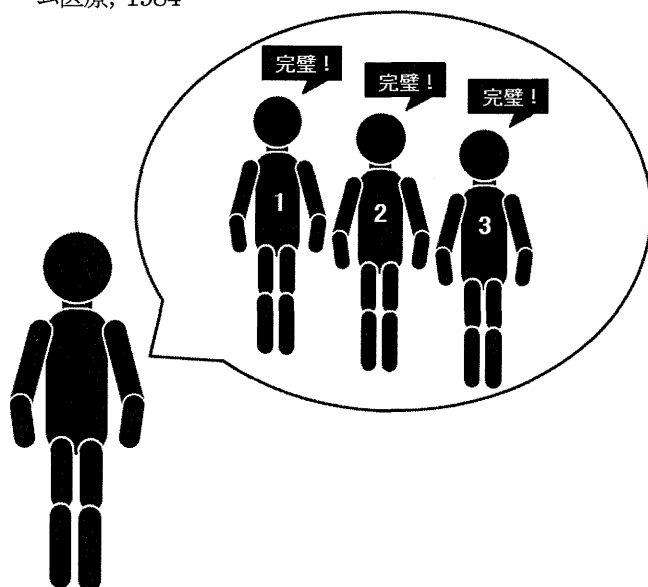
### 治療:

根底には、低い自己肯定感があることが多いため、まずは積極的な傾聴を行い、できれば話の内容にあまり善悪をつけず共感を行い、相手を承認する(相手の存在自体を認める)ことは信頼関係を築く上でも役に立つ。最初は、愚痴を聞くだけでもよい。その上で、現在の他者との交流関係を聴取すると、多くの場合、本人にとっては自己抑制、他者優先が普通となっており、「困ってはいるがそれが当然、普通」と思っていることがある。そのような交流パターンになった理由を知るためには、生育歴を聴取する必要がある。自己開示が苦手であり、また過去のつらい体験に、再度、向き合うのは本人にとっては非常に困難な作業となるため、因果関係を明確にするには時間がかかることも多い。また、より専門的な知識、経験を有する心療内科医の介入が必要な場合も多く感じる。

本人に変わりたいという欲求がある場合、交流分析やアサーショントレーニング(さわやかな自己表現)は有用な場合もある。

### 参考文献:

- 1) 石津憲一郎:過剰適応尺度作成の試み. 日本カウンセリング学会第 39 回大会発表論文集, 137, 2006
- 2) 細井昌子:慢性疼痛, 過活動のスクリーンセイバー仮説. 心身医学 53:263-268, 2013
- 3) 中村和子, 杉田峰康:わかりやすい交流分析1. チーム医療, 1984



---

## 第4項目

# 自己主張障害とは

川井 康嗣 (仙台ペインクリニック石巻分院)

### 概 念:

適切な自己主張ができないことにより、思いどおりにことが運ばないことや周囲の理解が不足してしまうことで、心身ともに健全な日常生活が送れていない状態。自己主張が生来得意でないという性格的な問題から、自己主張すべき場面で環境に過剰に適応してしまう場合(過剰適応)や自己主張することに罪悪感や恐怖感を持ち、社会生活に破綻をきたしている場合(社交不安障害など)などがある。日本人は一般的に自己主張が得意ではなく、自己抑圧的に生きることを美德と考えている部分があるため、看過されがちであるが、慢性痛の診療現場では痛みの発症や持続増悪の背景に自己主張に関連した問題は多い。

### 慢性痛との関連:

自己主張が適切にできないことにより心身ともに過大なストレスが生じるが、①心的ストレスに対して思い悩み、交感神経緊張状態が惹起されることにより、筋緊張の増加や局所血流障害、神経の過敏性などが生じている場合、②心的ストレスを思い悩むことが難しく、直接に身体化してしまう場合、などがある。前者の場合は自己主張できないことに対して内省的で改善の努力を試みている場合も多いため、身体化していることは患者自身で比較的容易に理解できる。後者の場合は、心的ストレスを「適切に感じる」ことが拙劣であるため、特にストレスを溜めているという自覚症状はない。また、その状態を丁寧に説明しても、「まずは身体症状を治してください」と心的ストレスとの関連を否定する患者が存在する。その他、環境に過剰適応することに利得や美德を感じている場合も心的ストレスとの関連を否定する傾向がある。

### 症 例:

#### 1)73歳, 女性.

肩甲骨下部の背部から腰部の後正中部の痛みを主訴として来院した。診察や画像診断でも異常が見い出せず、テストで行った鎮痛薬投与や硬膜外ブロックなどの痛みの治療にも反応がなかった。発症の契機は初診時には特にないとのことであったが、東日本大震災で6人家族が津波の被害に遭い、自分以外の家族5人を失ったことを話し始めた。「何のために生きているかわからない」ことを感情的ではなく淡々と話し始めた。このような話を他人にしたかと尋ねると「周りの皆さんが同様の環境ですから我慢するしかないと思っていました」と言う。以後、面接と少量の薬物の併用で症状は軽快した。

#### 2)40歳, 女性.

頸肩腕痛が主訴である。学校のPTAやスポーツクラブの世話役など、いろいろな活動を並行して行っている。非常に多忙でいつも疲労感を漂わせているが、医療者に対しては非常に対人対応が良好で、他人に悩みを打ち明けることはない。頸肩腕部の筋緊張が異常に亢進し、高血圧、頻脈、多汗などを合併していた。特別に時間を設けて面接したところ、現在所属しているグループすべてに対する批判を口にし、そのような環境だが辞めることを言い出せないと話した。理由は、迷惑がかかること、自己評価の悪化につながることであった。会話後に非常に心身ともに爽快な気分になったと言い、適切な自己主張が重要であること、環境への過剰適応は望ましくないこと、などを説明した。以後、徐々に身体症状は改善した。



### 3) 20歳台, 女性.

腰痛が主訴である。既往歴は多彩で、腰椎椎間板ヘルニア、変形性股関節症、片頭痛など疼痛関係の病名が与えられたことを話す。診断的治療により片頭痛や腰椎椎間板ヘルニアによる痛みは否定的であることを告げると、変形性股関節症が腰痛の原因になっているとして他院を受診し、診断書を提示した。患者は仕事上のストレス負荷が痛みの増悪因子であったが、その都度、医師の指示や診断書を理由に休職することを繰り返していた。本症例は症状改善に至っていない。

#### 背景因子:

自己主張が円滑にできること、逆に拙劣であることは、幼少時の被養育歴が大きく関連していると考えられる。症例1では、小さい時から自己主張するものではないと教えられてきた家や地方であったことが関連している。症例2では、環境に過剰に適応することで両親の評価が得られることを学んでいたため、過活動傾向になっていた。症例3では、幼少時に親からの心身両面での低い評価が自己主張できないことにつながっており、医師や診断書に「代弁」してもらうことで危機を乗り越えてきていた。

#### 評価の仕方:

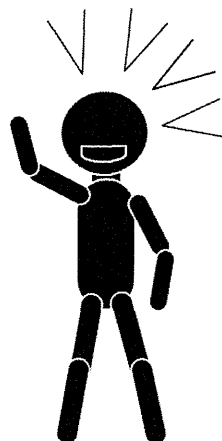
まずは面接時間を十分設けての傾聴と共感が基本である。適切な自己主張ができるかどうかを面接で確かめることが理想的であるが、通院時の周囲との接し方や会話内容、治療に対する反応などを詳細に分析することが評価に有用である。また、被養育歴を確認することは重要であり、小さいころからの想いや、親や教師との関係などについて語ってもらうことは重要である。

#### 治療:

自己主張することは悪いことではないが、その行い方に3つのタイプ(攻撃的, 非主張的, アサーティブ)がある<sup>1)</sup>ことを教える。適切な自己主張(アサーティブ)は良好な心身のコンディションを形成するために重要であり、痛みの背景への治療として、アサーティブな交流スキルを指導することが重要である。被養育歴の中に問題点が見い出せた場合は、その点をサポートするようなアドバイスや支援法を考え、書籍<sup>1)</sup>を使った読書療法なども検討する。傾聴と共感の姿勢を保ち続けることはいうまでもない。また、一定の場面での恐怖(スピーチ恐怖症やいわゆる対人恐怖症)や登校拒否、出社拒否などを含む場合には、回避性パーソナリティ障害や社交不安障害と診断される場合があるため、心療内科・精神科に相談する。

#### 参考文献

- 1) 平木典子: 図解 自分の気持ちをきちんと<伝える>技術 —人間関係がラクになる自己カウンセリングのすすめ—. 東京, PHP 研究所, 1-127, 2012



## 第5項目

# 失感情症とは

柴田 舞欧, 細井 昌子 (九州大学病院心療内科)

### 概 念:

自己の感情に気づき、表現する能力が低下しており、感情調整の障害を引き起こしやすく、身体症状を呈しやすいパーソナリティ<sup>1)</sup>。

### 慢性痛との関連:

失感情症傾向の人は自己の感情に気づきにくいいため、ストレス事象が起こった時に感情に伴う不快な身体感覚を身体疾患ではないかと不安になったり、否定的な感情を無意識に溜め込みやすくなったりするため、身体症状を呈しやすい(身体化)。背景には、養育環境で生まれた「自然な感情(怒り, 悲しみ, 嫉妬, 欲望, 自己嫌悪など)を感じてはいけない」というような禁止令があり、無意識的に自然な感情を回避したり抑圧したりしている。ストレス事象が持続的であると、抑圧した感情も増大し、慢性痛を呈することがある。抑圧する感情は否定的な感情である場合が多く、「楽しい」、「うれしい」などの肯定的感情は表現できる場合が多いため、一見感情豊かに見える人もいる。中には「自分にはストレスはない、この痛みさえなくなれば」と語る人もいる。

慢性の痛みを呈する臨床群で失感情症傾向が高いことは国際的研究で知られてきた<sup>2)</sup>が、日本人一般住民でも失感情症スコアが高いと、失感情症スコアが最も低い群と比べて慢性痛の有症率が2.6倍高いことも知られている<sup>3)</sup>。

### 症 例:

30歳台, 女性。

全身痛, パニック発作を主訴として来院した。ギャンブルで浪費家の夫と別居し, 実家へ帰省した。子ども2人(小学生)。パート勤務。

以下に患者(Pt)と医師(Dr)のやりとりの例を紹介する。

Pt:…旦那は、自分は大事にされていないと思っている。子どもよりも自分優先の人。子どもが病院に行っても自分はパチンコに行っている。旦那は子どもが作ったケーキをぐちゃっと潰した。「何でそんなことするの」っていうと、「また自分を悪者にして」って、ワーツと言う。親なのに親に成りきれない、自分が子どもでいたいからなのか、わからない。母は、私がこうなったのは「あなたのせいでしょ」って言う。母は自分は関係ないみたい。母の言動もわからない。

Dr:わからないってどんな感情?

Pt:なんでわからないんだろう。やっぱりわからない人達なんだと。

Dr:わかって欲しい?

Pt:もともとわからない人たちだと思うところもあり、わかってるのかなってところもあるけど、根本的にわかってない。人ばかり攻めて自分と向き合わない。旦那のお兄ちゃんも褒められて育って、旦那は認められて育っていないからこうなったのか。

Dr:どうしてこうなってるのか原因を探っているのですね。

Pt:はい、昔からそうです。遡ったらこうだ、とか考える。旦那は私のことをぼろくそに言うけど、わたしは子どもに影響するから言わない。

Dr:言わないけど思いがあるんですね。

---

Pt:あります.

Dr:思いを押し込めると濃縮して減らなくなりますよ.

Pt:わかりますけど、半分あきらめ. 私の人生こんなだろうなど. 弱みを見せたくない. 認められない. 母がいつも一言多いんです. 社会では通用しないと思う.

Dr:社会的に通用しないというのもあると思うけど、あなた自身がいやなんですよ?

Pt:「いや」が出せない.

Dr:自分の思いや行動は、自分の意思で自由になれますよ.

Pt:自分の本音を出してこなかった. 母が作ったものをまずいと思っても食べたくないと言えない. 残すこともできない. 食べないと何か言われるのがいやとかいろいろ考えて、我慢することが身についている. そこを直すのは無理. 小出しにする出し方もわからない. 我慢することを教えられているんです.

Dr:今までは我慢する方法だけが、なじみがある方法なんですね.

Pt:自分がわからない.

Dr:それに気づくことがまずは大切です. 自分の気持ちをその場で感じることは大切です.

Pt:自分の感情を汲み取るのがわからない. わけがわからなくなる.

Dr:それは苦しいですね. まずは、もやもやがあるのかどうか、そこから自分で確認するのもいいかもしれません. 人にわかってもらいたいのに、そもそも自分の気持ちがわからないんですね...

#### **背景因子:**

遊び道具、着る洋服、進学や結婚相手まで母親が決めるなど、自己の欲求や意思を抑えて我慢し続けてきた生育歴がある. 理解してもらえず、過干渉な養育態度で、自然な感情や欲求や意思を否定され無視されて育つと自己肯定感が低くなり、失感情症傾向に育ちやすい. また、幼少期に親からの「悲しかったね」、「寂しかったね」などの言葉かけで自己の自然な感情に感情言語をラベリングするような養育を受けていない場合も失感情症を呈しやすい. 文献的には、養育要因のほかに遺伝的要因、環境的要因などの可能性も指摘されている.

#### **評価の仕方:**

「その時どのように感じましたか?」、「どんな感情がありましたか?」などの質問で、具体的に感情を聴取してみると、「悲しかった」、「寂しかった」、「腹が立った」などの感情表現に乏しく、「別に何も」、「わからない」などと答えたり、次の具体的なエピソードに話が移行したりする特徴がある. 会話の中でも感情表現が乏しいため、一言、「つらかった」、「腹が立った」などで言えるエピソードを具体的な会話のやり取りや状況の詳細を語って伝えようとするため、話が冗長になる傾向にある. また、わかってもらえないという不満感を抱いている場合が多い.

国際的な評価法はいくつかあるが、自己記入式質問紙検査であるトロントアレキシサイミア尺度(TAS-20)や構造化面接であるベス・イスラエル病院心身医学的検査(BIQ)が用いられる.

#### **治療:**

心理的に何も問題がないと感じている患者も多く、まずは心身相関の気づきを促すのが重要となる. 痛みが強かった時はいつか、その前後で何が起きていたかを聴取する. 痛みは、ストレス事象が終わって緊張が取れたタイミングで増悪することもある. そのエピソードについて詳しく聞くと、患者にとってつらいできごとなどがあるため、できごとに応じて「大変でしたね. つらかったんじゃないですか?」などと共感し、感情表現を促す. 必要に応じて「腹が立つような状況で

---

すが、どうでしたか？」などと医療者側から感情をラベリングする場合もある。患者は感情を表現することに抵抗を感じているため、すこしでも感情表現らしい表現が出てきたら、「この場合はそのように感じて当然ですよ」というように自然な感情を認証する。このプロセスを繰り返し、ストレス事象と痛みの関連(心身相関)が理解されてくると、痛みだけのやり取りに終始していたのが、痛みに関連する心理社会的背景へ取り組む準備ができてくる。九州大学病院心療内科では、描画や箱庭を使った非言語的表現療法や、マインドフルネスやアクセプタンス アンド コミットメントセラピーなどの心理療法で自己の感情を捉える練習に取り組み、失感情症とそれに伴う慢性痛に効果を挙げている。

#### 参考文献

- 1) Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA・著, 福西勇夫・監訳, 秋本倫子・訳:アレキシサイミア 感情制御の障害と精神・身体疾患. 東京, 星和書店 1998
- 2) 安野広三, 細井昌子, 柴田舞欧, 他:慢性疼痛と失感情症. 心身医学 50:1123-1129, 2010
- 3) Shibata M, Ninomiya T, Jensen MP, 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(3):e90984, 2014

