

慢性疼痛の 認知行動 療法

“消えない痛み”
へのアプローチ

編集

伊豫雅臣 千葉大学大学院医学研究院
精神医学

齋藤 繁 群馬大学大学院医学系研究科
麻酔神経科学

清水栄司 千葉大学大学院医学研究院
認知行動生理学

[症例1]

追突事故後遷延する慢性痛

原広一郎 医療法人静和会 浅井病院・精神科

プロフィール

40代男性のAさんは4人同胞の第3子として出生、生育されました。中学校を卒業後、飲食店などの勤務を経て、運送会社で運転手として働いていました。これまで健康上特別な問題はなく、当院受診まで精神科通院歴はありません。

現病歴

X-3年2月、Aさんは運転中に交差点で信号待ちしていたところ、追突される事故に遭遇し、整形外科に入院、頸椎捻挫の診断を受けました。やがて退院しましたが、肩や四肢の疼痛、しびれ、視野の障害などの自覚症状が遷延していたため、別の病院に転院しました。そこで眼科等の諸検査を受けましたが、器質的異常は指摘されませんでした。

その後、身体症状の持続に加えて抑うつ気分などの精神症状が出現したため、同年8月当院精神科へ通院を開始しました。薬物療法、支持的精神療法を主体に加療しましたが、加害者、保険会社への強い怒りが持続して、症状が遷延する一方でした。X年5月には職場を退職し、無職

となりました。

これに先立って、慢性疼痛の認知行動療法に関する書籍^{1,2}が翻訳、上梓され、Aさんのような病態の患者に対する新たな治療アプローチが開かれました。

慢性疼痛に対する認知行動療法の効果に関する25の無作為化比較対照試験のメタアナリシス³によると、認知行動療法群は疼痛体験、認知的コーピングと評価（前向きコーピング項目）、疼痛の行動への影響の減少といった項目で他の治療法と比較して有意な変化が認められ、効果的であると結論づけています。

そこで、この書籍^{1,2}の方法に則って、X年12月より慢性疼痛に対する認知行動療法を開始しました。

痛みのアセスメント

① 主訴

- ・ 首・肩・腰・膝の痛み
- ・ 頭痛、耳鳴り
- ・ 気分が落ち込む、やる気が出ない
- ・ 加害者や保険会社が許せない、眠れない

② 診断

- ・ 従来診断：慢性疼痛
- ・ DSM-5：300.82 身体症状症、疼痛が主症状のもの
296.22 うつ病、中等度
- ・ ICD-10：F45.4 持続性身体表現性疼痛障害
F32.10 中等症うつ病エピソード、身体性症候群を伴わないもの

③ 症状とそれによる生活の支障

首・肩・腰・膝の痛み、頭痛、耳鳴りにより、運転の仕事が困難となり、さらに気分が落ち込む、やる気が出ないといった抑うつ症状により、仕事への意欲が低下していました。加害者、保険会社への慢性的な怒りから、日常生活でも易怒的、易刺激的となり、職場で同僚と衝突することが絶えず、これらが退職の誘因となりました。入眠困難で睡眠不足となり、さらに疼痛が強くなるという悪循環も認められました。

④ 治療目標

次にあげる5つの身体愁訴に焦点を当てました。

①首～肩の疼痛、②腰の疼痛、③膝の疼痛、④頭痛、耳鳴り、⑤目の周囲にちらつく、焦点がだぶる。

これらの愁訴が軽度改善した際には「散歩」、中等度改善で「パソコン教室に通う」、高度改善で「復職する」という具体的な目標を設定しました。

⑤ 症状評価尺度

- VAS (Visual Analog Scale)
- PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9)：こころとからだの質問票、うつに関する自記式症状評価尺度、27点満点
- GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-7)：不安に関する自記式症状評価尺度、21点満点

⑥ 治療構造

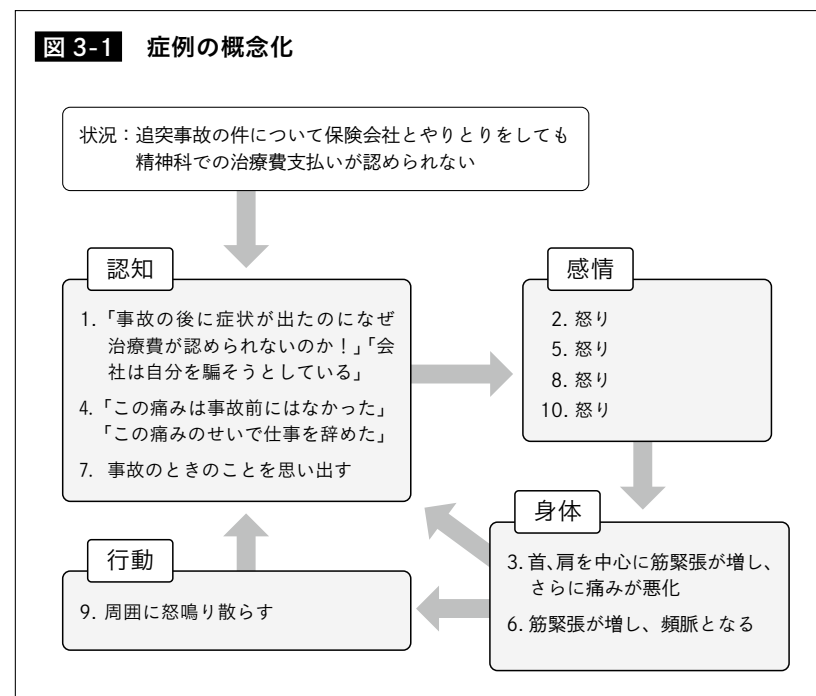
外来にて隔週、1回30分、保険診療（通院精神療法）、薬物療法併用で施行しました。

症例の概念化

慢性疼痛の症状を維持する悪循環として以下が考えられました（図3-1）。

1. 追突事故の件について保険会社とやりとりをしても、精神科での治療費支払いが認められない。
2. 「事故の後に症状が出たのに、なぜ治療費が認められない」「自分を騙そうとしている」といった認知が出現する。
3. 強い怒りの感情が出現する。
4. 頸部、肩を中心に筋緊張が増し、さらに疼痛が悪化する。
5. 「この痛みは事故前になかった」「この痛みのせいで仕事を辞めた」

図3-1 症例の概念化



と認知が浮かぶ。

6. さらに怒りが増す。
7. 筋緊張が増し、頻脈となる。
8. 事故のときの記憶が想起される。
9. 恐怖、不安、怒りが惹起される。
10. 無意識に身構えるなどの行動により、さらに筋緊張が増す。
11. 周囲に怒鳴りちらすなど怒りを発露させ、さらに怒りが持続する。

こうして、自動思考→怒り→筋緊張→疼痛→交感神経症状→自動思考（フラッシュバック）という悪循環が形成され、また怒りの発露によって怒りの感情が悪化、持続し、悪循環がさらに進行することが示唆されました。

慢性疼痛の引き金は追突事故による頸椎捻挫でしたが、入院中から広範囲にわたる疼痛の訴えや、視野狭窄の訴えが出現しました。整形外科、眼科にて器質的異常が確認されないことから、これらの身体愁訴の一部、特に視野狭窄については転換症状の可能性も否定できません。

一方、症状が続いているのに「異常はない」と言われ続けたことや、保険でカバーされる領域が小さいことに納得がいかず、怒りが持続したことで、症状が維持されていったと考えられました。

Aさんの持つ考え方のくせ、いわゆる「心の法則（スキーマ）」に関しては、「保険屋には騙されないようにしないといけない」「何か魂胆がある」といった認知がしばしば認められました。

中学卒業後、就職した後も比較的短期で職を変ったこと、友人に騙されたり、利用されて傷つき、もう信用しない、関係をもたたくないと何度も思ったことを述べられました。また、家族との関係が良好でな

く、困ったときにもあまり頼れず、孤独な環境にあると考えていることなどから、「自分は騙されやすい」という心の法則が中核に存在すると考えられました。

認知行動療法の経過

Aさんに対し、X年12月から翌年12月の間に計23回、認知行動療法を施行しました。各セッションの概要を以下に記します。

第1回 アセスメント1（12月10日）

この日より慢性疼痛への認知行動療法を開始。ワークブック²をもとに、認知行動療法についての基本的な説明と心理教育を行った。

第2回 アセスメント2（12月24日）

疼痛面接を開始。初発時と現在の疼痛の部位、性状について確認する。当初は「どこも全部とにかく痛い」とのことで、部位ごとに分けて答えていただくのが難しく、時間を要した。

第3回 アセスメント3（1月7日）

疼痛面接。痛みの評価、痛みが出るきっかけ、痛みを減少させることなどについて聴取する。多発性の痛み、抑うつ、意欲低下、パニック発作、フラッシュバック、不眠などの症状が遷延していることが語られ、それを契機に状況への怒りに話が向かいがちであった。

第4回 アセスメント4（1月21日）

疼痛面接。生活史を聴取。10代の頃について伺うと、言葉を選びながら少しずつ語られる。症状のつらさを訴えるのは変わらない。