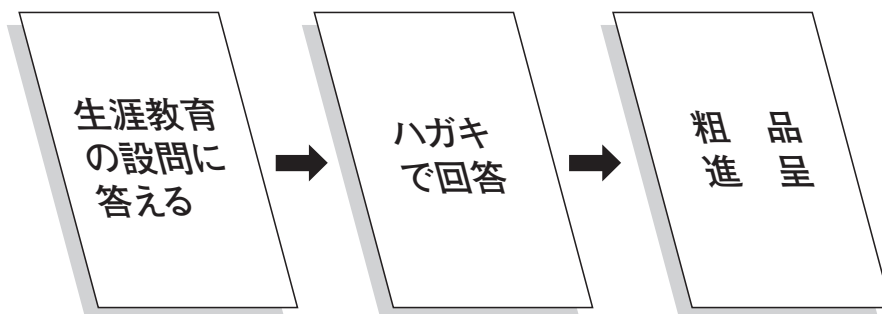


沖縄県医師会報 生涯教育コーナー

当生涯教育コーナーでは掲載論文をお読みいただき、各論文末尾の設問に対し、巻末はがきでご回答された方の中で高率正解上位者に、粗品（年に1回）を進呈いたします。

会員各位におかれましては、多くの方々にご参加くださるようお願い申し上げます。

広報委員



●掲載論文を読み
設問に答える

●県医師会に
ハガキで回答する

●高申告率、高正解率の
方へ粗品進呈



慢性疼痛の心理治療アプローチについて

— 昨今の動向を含めた検討 —

琉球大学病院 麻酔科ペインクリニック 宮城 千賀子

【要旨】

現在、国内外において慢性疼痛患者が増大し、これに伴う経済的損失の拡大が懸念されている。慢性疼痛患者には、神経ブロックや薬物療法、マッサージなど主に身体面への治療が中心に行われてきた。しかし、ここ数十年の間に、慢性疼痛治療に患者教育や心理療法などを組み合わせたペインマネジメントプログラム (pain management program : PMP) が、欧米を中心に広く導入され、その有効性が多く報告されている。

我が国においても慢性疼痛治療に関する厚生労働省の研究事業 (2018 年、2020 年) が開始され、PMP を取り入れた多職種による集学的治療が推奨されている。

琉球大学病院麻酔科ペインクリニック外来においてもペインマネジメントプログラム (PMP) を参考にした臨床心理士 (公認心理師) による慢性疼痛患者に対する心理的治療プログラムを行っている。本稿では PMP の概要とその効果及び今後の課題について述べる。

はじめに

国際疼痛学会 (IASP) は、痛みの定義を「実際の組織損傷、もしくは組織損傷が起こり得る状態に付随する、あるいはそれに似た感覚かつ情動の不快な体験」(2020 年) とした¹⁾。つまり、痛みは情動として、主観的な要素が伴うことも考慮する必要があるとされた。痛みは「からだ」から発せられると同時に「こころ」からも発せられた警告信号ということである。それゆえ、慢性疼痛治療では、従来の身体的治療のみならず生物・心理・社会モデルに基づく全人的アプローチが再認識されている。

慢性疼痛治療では身体面と心理社会面を同時に俯瞰した多職種による集学的治療の有効性が数多く報告されている。特に難治性の慢性疼痛患者に対し、心理教育や認知行動療法、リラクゼーション法、運動療法などを組み合わせて行う、ペインマネジメントプログラム (PMP) に注目が集まっている。PMP の目標は、患者

が痛みの自己管理をできるようになることである。

痛みは時間的に急性疼痛と慢性疼痛とに分けられる (表 1)。慢性疼痛は発症から 3 カ月以上継続する痛みとされている¹⁾。また、痛みは発症機序で 3 種類に分類される (表 2)。第三の疼痛として IASP に新たに採用 (2017) された nociplastic pain は、日本語名「痛覚変調性疼痛」である (2021)³⁾。明らかな組織や神経の損傷が認められず、脳内の疼痛認知が変化して固定化 (痛みの認知の可塑性による) することが原因と推測されている。これまで非器質的疼痛 (心因性疼痛) とされていた痛みの機序解明が進み、再定義されたものと考えられる。慢性疼痛はこの 3 種類の痛みが混在していることが多く、しばしば難治性となる。

慢性疼痛患者は、末梢・中枢神経系の生化学的・構造的変化によって複雑化、難治化し、日常生活動作 (ADL) や生活の質 (QOL) の低下、

表 1. 急性疼痛と慢性疼痛，難治性慢性疼痛²⁾

	急性疼痛	慢性疼痛	
		急性疼痛を繰り返す慢性疼痛 急性疼痛が遷延化した慢性疼痛	難治性慢性疼痛
痛みの原因	侵害受容器の興奮	侵害受容器の興奮	中枢神経系の機能変化， 心理社会的要因による修飾
持続時間	組織の修復期間を超えない	組織の修復期間をやや超える	組織の修復期間を超える (3 か月以上)
主な随伴症状	交感神経機能亢進 (超急性期)	睡眠障害，食欲不振，便秘， 生活動作の抑制	睡眠障害，食欲不振，便秘， 生活動作の抑制
主な精神症状	不安	抑うつ，不安，破局的思考	抑うつ，不安，破局的思考

(慢性疼痛診療ガイドライン作成ワーキンググループ (編)：慢性疼痛診療ガイドライン .2021)

表 2. 侵害受容性、神経障害性、痛覚変調性疼痛 (nociplastic pain) のそれぞれの特徴³⁾

侵害受容性疼痛	組織の損傷、あるいは損傷の危険性がある場合に生じる痛みであり、侵害受容器の活性化により生じる疼痛
神経障害性疼痛	侵害受容器や痛覚伝導路を含む体性感覚神経系の病変や疾患によって生じる疼痛
痛覚変調性疼痛 (nociplastic pain)	侵害受容器を活性化するような損傷やその危険性のある明確な組織損傷、あるいは体性感覚神経系の病変や疾患がないにもかかわらず、痛みの知覚異常・過敏により生じる疼痛

身体活動の低下を引き起こし、抑うつ・不安などの精神的問題や社会的孤立に繋がりがやすい^{4) 5)}。

このような慢性疼痛患者に対して、PMP は痛みがあっても痛みに捉われず日常生活を前向きにとらえ、趣味の充実や社会活動ができる身体機能の改善と生活の質の向上を目指す。PMP は直接の鎮痛効果は無いので薬物療法や神経ブロック、運動療法と併用することで治療効果が高まるとされる。

1. ペインマネジメントプログラム

(pain management program : PMP) について

1) 概要

PMP は、1970 年代に米国のワシントン大学で始まった。後に欧米を中心に展開し、世界中に拡大している。背景には慢性疼痛患者の増加と欧米におけるオピオイド鎮痛薬処方の問題(過剰投与、依存、耐性、乱用など)の深刻化があり^{4) 5)}、従来の身体的鎮痛治療の限界と心理療法併用の有効性が報告され始め、PMP は安全性の高い新たな治療法として認識された。

集学的治療としての PMP の役割は、痛みを含めた症状の軽減が主な目的ではなく、社会活動を促進し、日常生活の質 (QOL) を高めることである。痛みのコントロールを医療者側に任せるのではなく、患者自身が PMP で習得したスキルを日常生活で活用し、自ら痛みの管理を行うことを目指す。PMP は慢性疼痛患者の就労を含めた社会活動を再開させ、医薬品を含めた医療への依存を軽減させる¹⁾。

集学的治療に関わる職種は、医師、看護師、理学療法士、臨床心理士 (公認心理師)、薬剤師、管理栄養士などが挙げられる。

2) 実施形態

PMP の実施形態は、参加タイプ別 (入院、宿泊、外来など)、疾患別 (腰痛症、複合性局所疼痛症候群、線維筋痛症、外傷性頸部症候群など)、年代別 (小児、就労世代、高齢者など)、又は疾病や年代を限定しないものなど様々である。実施期間を 2 ～ 10 週、参加人数を 8 ～ 12 名で設定しているものが多い。提供形態は、

表 3. 諸外国における PMP に導入されている内容例^{4) 5)}

運動療法	有酸素運動、筋力増強運動、ストレッチング、モーターコントロール、エルゴノミクス、水中運動、気功、太極拳など
心理療法	リラクゼーション法、バイオフィードバック、カウンセリング、オペラント療法、心理的スキルトレーニング、認知療法、行動活性化、暴露療法、マインドフルネス瞑想、アクセプタンス&コミットメントセラピー（ACT）など
教育	痛みへの神経科学メカニズム、薬物療法、健康的なライフスタイル、疾患・病態別情報、痛みへの心理的な影響、痛みの管理方法
受動的治療	マッサージ、経皮的電気刺激療法や他の電気生理学的治療、温熱療法、泥浴など
その他	作業療法、瞑想、家族への関わり、職業訓練、レクリエーション、生活活動など

集団指導と個別指導を組み合わせた混合型が多いようである^{4) 5)}。諸外国で PMP に導入される内容は表 3. のように様々な組み合わせで行われている。

3) PMP における心理療法

痛みは、侵襲を認知する知覚として不可欠な身体感覚（痛覚）と、痛みから生じる苦悩（感情・認知）の両側面を持っているが、慢性化するにつれ苦悩の要素が大きくなる。

PMP における心理的治療では、慢性疼痛の「不快な感覚」や「情動体験」にアプローチする。その際に多く採用されているのが、認知行動療法(Cognitive Behavioral Therapy：CBT)である。

慢性疼痛患者の CBT では、患者の状態を図 1 のように仮定している。人は強い疼痛経験後に再度同様な体験に遭遇すると、痛みを想起し「痛みがもっと酷くなる」「耐えられない」「自分には何もできない」と自動的に破局的な思考「認知」に至り、不安「感情」から、痛みを回避しようと安全「行動」をとる。そして身体の活動量が低下すると、筋肉の硬直や緊張、痛みから、怒りや不安、憂うつ感などうつ状態に陥る。この悪循環は、やがて安心感の喪失、心身の苦痛・苦悩の持続、機能不全、廃用性委縮を生じさせる。生体サインであった痛みが苦悩が付随する。CBT はこの苦悩の原因となる「ネガティブな感情や認知」を「適切な感情や認知」に変える²⁾。日常の小さな体験（家事や楽しい活動など）を通して「痛みがあるから何も

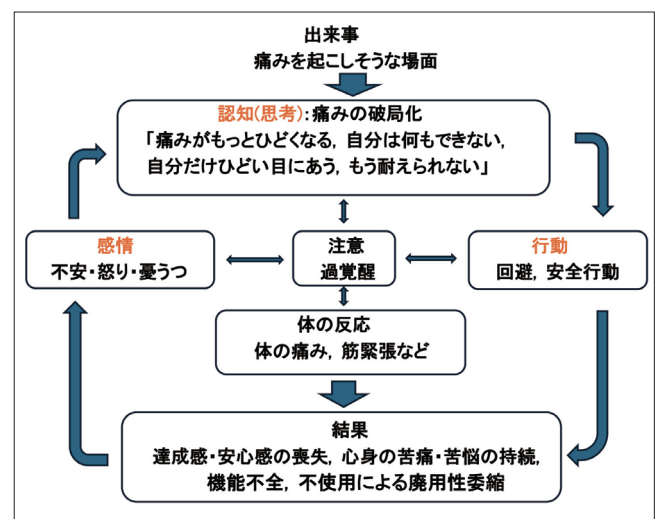


図 1. 慢性疼痛の認知行動療法の個別モデル（悪循環）²⁾

出来ない」という思考パターンを「痛みがあっても何か出来る」という思考に変えていく。患者自身が痛みに対処し、心身の健康的な生活へ向かうよう認知を再構成する。

2. 当外来の痛みの認知行動療法的アプローチプログラム

1) プログラム参加への手順

当外来では、新患の来院時に心身両面に関する数種類の質問紙テストを行っている。痛みの強さ（VAS）、不安・抑うつ（HADS）、破局的思考（PCS）、自己効力感（PSEQ）、失感情症尺度（TAS20）である。主治医はこれらのテスト結果に留意しながら慢性疼痛患者の診察、身体的治療を行う。そして、心理社会的背景に問題がある患者には、心理的治療プログラムを

紹介し、同意を得て、心理士に繋げる。

プログラム参加患者には、心理治療の内容説明を行い同意書をとる。また、プログラム開始前後には QOL テストを行う。参加者は、長年当外来に通院し身体的治療を継続している患者や外来新患者、他の医療機関で心理プログラム経験のある患者などである。なお、当外来へは様々な発症原因の慢性疼痛患者が県内外の医療機関から紹介されてくる。

2) プログラムの内容

米国で考案された痛みの認知行動療法的アプローチのプログラムを実施している⁶⁾。主治医の診察・処置後、心理士は個別面談室にてプログラム（11 セッション）を実施する。患者が内容を理解しやすいように、教材資料は適宜アレンジしている。

主なポイントは次の4点である。

- ①リラクゼーション法：呼吸法、漸進的筋弛緩法、イメージ法などを使ったセルフケアを身につける。
- ②認知の再構成：痛みに関連した回避行動に繋がる否定的な思考を前向きな行動に導く思考に変える（認知行動療法）。
- ③日常活動の時間的ペース配分：活動をやり過ぎることなく、自分に適した適度な作業時間と休憩時間の配分を作り、無理なく活動を継続する。
- ④目標や活動計画に添った日常行動：痛みによる回避行動を減らし、日常的な活動量（運動を含めた）を増やし、行動範囲を広げる。

プログラムの最終目標は、慢性疼痛患者の生活の質（QOL）全体を高めていくことであり、患者が習得したスキルを日常生活の中で活用しながら、痛みにつまづかず、生活のコントロールの舵を自ら取り、前向きで健康的なライフスタイルを再開することである⁶⁾。

3) プログラムの実施経過と今後の展開

①心理的アプローチについて

数年に渡り、慢性疼痛患者に対する心理的治療アプローチを行ってきたが、患者によって進捗状態は様々である。コロナ禍で院内の感染拡大防止対策の影響もあった。プログラムを終了し、フォローアップ面談を適宜受ける患者がいる一方、患者個々人の事情や理解度によりセッションが長く続いている患者もいる。個別面談形式で行うことで、患者個人に合わせて進めている。

プログラム終了患者の、プログラム実施前後の心理テストや QOL テストの比較では、うつや不安の改善、QOL の改善が認められている。進行中の患者においてもプログラムの効果はあるようだが、認知行動療法が奏功しにくい患者もいる。これらの患者の事前心理検査では自分の感情が掴みにくく、感情の表現が苦手な失感情症（アレキシサイミア）傾向が示唆された。失感情症とは、感情を認識し言葉で表現することが著しく乏しく、周囲との関係性を築くことが苦手な精神的傾向を示す状態である⁷⁾。

有効性のある認知行動療法的アプローチであるが、患者によって効果にばらつきがあることから、患者の特性に対応したアプローチを検討する必要がある。慢性疼痛治療ガイドラインで推奨される心理療法にマインドフルネスや ACT（Acceptance & Commitment Therapy）がある。

マインドフルネスとは「今、ここに注意を向け、問題に捕らわれないでいられるようになること」であり、練習を通して、身につけていく技法である⁸⁾。

ACT とは、「自分のコントロールの及ばないものを受け入れ（アクセプタンス：acceptance）、人生を豊かにする行動を自己決定する（コミットメント：commitment）ことを通して、人生がもたらす不可避な苦しみを受け入れながら、豊かで充実した意義のある人生を送れるようになることを目指す技法である⁸⁾。

現在、両プログラムを患者の特性に応じて、段階的に試行しながらその効果などの検討を重ねている（科研 基盤研究C 課題番号23K08385）⁹⁾。

②プログラム過程における患者の語りについて

面談時に慢性疼痛患者は、プログラムの課題以外にも自ら多くのことを語る。この語りを傾聴するのは時に面談時間の超過を伴うが、互いの受容・信頼関係を築く上で大切にしている。

面談では、最初から堰を切ったように痛みを抱えた自分の人生を語る患者がいる一方で、逆に、面談当初はあまり語らず、丁寧に傾聴を続ける内に次第に話そうになる患者もいる。患者の語りは、プログラムや痛みに関連することから、日常の出来事、家族関係、仕事の対人関係、さらにはこれまでの人生のエピソードに至ることもある。そのような話を傾聴しセッションの回数が増える中、次第に前向きな変化が患者に生じてくることに気づいた。

来院する慢性疼痛患者は痛みを他に語らず孤独を抱える人が多い。一人暮らしの患者が多く、また子どもと二人暮らしや家族と一緒に暮らす人もいるが、子どもや家族に「心配をかけたくない」「煩わせたくない」「家の雰囲気を暗くしたくない」など、家族への気遣いや遠慮から痛みを殆ど語らない人が多い。

しかし、診察や面談中の医師や心理士との些細な言葉のやり取りで、患者が自分の痛みを分かって貰えていないと訴えることは少なくない。その点から通院先の医療機関は、患者にとって痛みを治療して貰える場と同時に、気兼ねなしに自分の痛みやその思いを語り、シェアをすることができる場と言える。自己肯定感が低い患者が疼痛を強く訴えと言う指摘がある¹⁰⁾が、治療現場での痛みのシェアは、慢性疼痛患者にとって、自分に対する評価や痛みをうまく処理できるという自己肯定感を高める場ともなり得る。一方、痛

みや抱える苦悩に伴う失望感、見放され感や孤独感に苛まれることが避けられる場として機能しているとも考えられる。

ある患者は、来院時、痛みと深刻な家庭問題を抱え、無表情で覇気がなく、口数も少なかった。淡々とプログラムは進み、痛みに関する効果はなかったが、セッション中盤、自分の人生のエピソードを語ることが増えていった。殆どはプログラム課題とは関係がない語りであったが、傾聴するに伴い表情に明るさが戻ってきた。同様な変化は他の患者にも認められた。プログラムへ取り組む姿勢や、痛みの状況や程度などには個人差があるが、これとは関係なしに患者の自発的な語りが前向きな感情表出とつながることが多いように思われる。これらの語りに共通するのは、痛みに関することだけでなく、これまでの人生を生きてきたことのエピソードであった。

③患者の語りの意味するもの

自発的によく語る患者は、次第に表情が明るくなる。女性患者によっては、服装がお洒落になってくることが多々ある。自分の思いを語ることがポジティブな変化を生むというのは、談話や語りを重視する臨床心理学の知見で得られている。今日、「語り」「ナラティブ」「ストーリーテリング」と呼ばれる個人の苦痛や悩みなどの解消や軽減を促すアプローチが論じられている。悩んでいる自分のストーリーを信頼できる治療者に語ることを通して、自分の物語の意味を捉え直すことで認知・感情的な理解を整理・深めるとされる¹¹⁾。海外において慢性疼痛患者に感情経験を話すこと、書くことの課題を通して、感情的トラウマを処理し、慢性疼痛症状を含む身体的・精神的健康を改善することが報告されている¹²⁾。疼痛患者の語りを傾聴することの意味や効果は、こうした観点から理解・検討する必要がある。

一方、痛みは持続しているが、日常生活を維持出来ている患者には、おそらく本人も気づいていない自分で生活を支える力のような

ものが備わっているようにも思える。これは、ポジティブ心理学で言う、逆境に耐える力、ストレス対処能力、苦痛な感情の調整・処理スキル、ストレングス（強み）、レジリエンスなどの概念と関連するものかもしれない¹³⁾。またプログラムを提供する過程で、痛みの自己管理の要領を徐々に身に着け、効果を現す患者については、感情を調整する心理機能「感情コンピテンス」が高いと理解することもできる。これは、日常生活で起こる感情を調整・処理できる個人の効力感と言われる能力である¹⁴⁾。痛みの自己調整ができ社会生活を送ることができている慢性疼痛患者の内面で、何がどのように機能して痛みに影響されないバランスの取れた状態を維持・管理できるのか。個人の内面で行われている痛みの処理作業を理解する内的作業モデルの解明はこれからの研究課題である。

⑤今後のプログラムの動向について

慢性疼痛患者の多様な状況に応じたタイプ別の治療効果に焦点を当てた心理療法の取り組みと、慢性的な痛みを疼痛患者が効果的に管理する内的モデルを明らかにする必要があると考えている。そうすることで治療効果をより高める支援方法が見出せると思われる。慢性疼痛患者の個々に最適化したオーダーメイド的な慢性疼痛治療を目指して治療研究を進めていきたい。本邦における慢性疼痛治療における PMP は、厚労省の推進事業により、各地でのセミナーも開催され広がりとあるが、実際に実施できる医療施設はまだ少ない。人材的、技術的な問題もあるが、保険点数の問題も大きい。今後これらの問題解決が早急に進み、多くの慢性疼痛患者にとって、より良い治療が広く提供できることが望まれる。

3. まとめ

本邦における慢性疼痛治療における PMP の実施は人材的、技術的、経済的な問題もある。また、効果についても患者ごとにばらつきが認められ、様々な特徴を有する慢性疼痛患者に対する効果のメカニズムの解明は十分とは言えない。本治療及び研究を進め、様々な慢性疼痛患者にとってより良い治療を広く提供できることを目指していきたい。

文 献

- 1) 「慢性疼痛診療システムの均てん化と痛みセンター診療データベースの活用による医療向上を目指す研究」研究班（監）、慢性疼痛診療ガイドライン作成ワーキンググループ（編）：慢性疼痛診療ガイドライン、真興交易（株）医書出版部、東京、2021；22-26, 116-123.
- 2) 日本いたみ財団（編）：いたみの教科書「疼痛医学」ダイジェスト版、医学書院、2021；2-6, 84-86.
- 3) 猪狩裕紀、他：慢性疼痛のメカニズムとアセスメント、The Japanese journal of rehabilitation medicine. 2021；58：1216-1220.
- 4) 井上雅之、他：慢性疼痛に対するペインマネジメントプログラム、ペインクリニック 2023；44：S121-S131.
- 5) Wilson IR：Management of chronic pain through pain management programmes. Br Med Bull 2017；124：55-64.
- 6) ジョン・D・オーティス（著）、伊豫雅臣 ほか（訳）：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、2011；1-2.
- 7) 大平英樹（編）：感情心理学・入門、有斐閣アルマ、2010；151-171.
- 8) 本谷 亮：行動科学的アプローチ—認知行動療法 (CBT)、マインドフルネス、ACT—、日本ペインリハビリテーション学会 2023；13(1)：8.
- 9) 宮城千賀子：科学研究費助成事業、基盤研究 (C) (一般)、難治性慢性疼痛のマインドフルネスから ACT へ段階的治療による QOL 改善への介入法の構築、2023-2028.
- 10) 日本疼痛学会痛みの教育コアカリキュラム編集委員会（編）：痛みの集学的診療：痛みの教育コアカリキュラム、真興交易（株）医書出版部、東京、2016；2-13.
- 11) White, M., & Epston, D.：Narrative Means to Therapeutic Ends. Norton & Company Ltd., New York, 1990；77-83.
- 12) Pennebaker, J. W.：Writing about emotional experiences as a therapeutic process. Psychological Science. 1997；8(3):162-166.
- 13) 堀毛一也：セレクション社会心理学 31 ポジティブなところの科学—人と社会のよりよい関りをめざして、サイエンス社、2019；100-109, 235-240.
- 14) Saarni, C：The Development of Emotional Competence. New York: The Guilford Press, 佐藤香（監訳）：感情コンピテンスの発達、ナカニシヤ出版、2005；160, 279-382.



問題

次の設問 1 ～ 5 に対して、○か×でお答え下さい。

- 問 1. 痛みの定義は「実際の組織損傷もしくは組織損傷が起こりうる状態に付随する、あるいはそれに似た、感覚かつ身体の不快感な体験」とされている。
- 問 2. 慢性疼痛は、現在は発症から 3 カ月以上続く痛みとすることが多い。
- 問 3. 難治性の慢性疼痛患者に対する、多職種による集学的な痛み治療として、教育や心理療法、運動療法などを組み合わせたペインマネジメントプログラム (PMP) が推奨されている。
- 問 4. PMP は痛みの除去や軽減を主目的とはせず、痛みがあっても痛みに捉われず日常生活を前向きに趣味の充実や社会活動ができる身体機能の改善と生活の質の向上を目指すものである。
- 問 5. PMP の心理的アプローチ治療には、認知行動療法、マインドフルネス、ACT が推奨されている。



5 月号 (Vol.60)
の正解

褥瘡を数えることで見えてきたこと

問題

次の設問 1 ～ 5 に対して、○か×でお答え下さい。

- 問 1. 高齢者には体圧再分散クッションを使用することが勧められる。
- 問 2. 自分で姿勢変換ができない高齢者は、連続座位時間を制限するよう勧められる。
- 問 3. 自分で姿勢変換ができる場合には、15 分ごとに姿勢変換を行ってもよい。
- 問 4. 座位姿勢のアライメント、バランスなどを考慮してもよい。
- 問 5. 円座を用いることは有効である。

正解 1. ○ 2. ○ 3. ○ 4. ○ 5. ×

解説

いずれも「日本褥瘡学会編：褥瘡予防・管理ガイドライン（第 4 版）、褥瘡会誌，17：487-557，2015」表 1 リハビリテーションより

- 問 1. CQ5.3
- 問 2. CQ5.4
- 問 3. CQ5.5
- 問 4. CQ5.6
- 問 5. CQ5.7

