

慢性疼痛患者の診療・治療における 心理テストの有用性

琉球大学医学部 麻酔科学講座 中村 清哉

【要旨】

慢性疼痛は器質的所見だけでは説明できず、中枢神経の可塑性や認知・情動、行動、社会環境が関与する生物心理社会モデルで捉えたと理解しやすい。心理テストは精神科診断の代替ではないが、併存する抑うつ・不安の可視化、慢性化リスクの層別化、治療反応性や脱落リスクの予測、患者説明と動機づけ、介入効果の経時評価に有用である。HADS、PCS、PSEQ、TAS-20、ASRS等を目的に応じて用いるが、結果を原因と短絡せず臨床像と統合して解釈する。琉大病院のペインクリニック新患調査では失感情症やADHD傾向が一定割合にみられ、高値群で疼痛軽減が乏しく治療継続が難しい傾向が示唆された。初診時評価に基づく介入最適化と多職種連携が重要である。

【はじめに】

慢性疼痛は「組織損傷の治癒過程を超えて持続する痛み」あるいは「器質的所見のみでは説明しきれない痛みの持続」を特徴とし、患者の生活の質（QOL）や就労、対人関係にまで影響する。疫学的には成人の相当割合が慢性疼痛を抱えるとされ、非特異的腰痛、線維筋痛症を含む広範性疼痛、術後遷延痛、頭痛、顎関節痛など多岐にわたる。一般臨床で遭遇する慢性疼痛患者において、画像・血液検査などの“異常所見”と疼痛体験の重症度が一致しないことが少なくない。この乖離は、痛みが末梢入力のみならず中枢神経系の可塑性変化、認知・情動、行動、社会環境と相互作用して形成される「生物・心理・社会モデル（biopsychosocial model）」で理解すると臨床的に整理しやすい。

近年、疼痛の遷延化・難治化に心理社会的要因が大きく寄与することが繰り返し報告され、診療の場でも心理スクリーニングの導入が進んでいる。心理テストは精神科的診断を代替する

ものではないが、(1) 見落とされやすい併存症状の可視化、(2) 慢性化リスクの層別化、(3) 治療反応性・脱落リスクの予測、(4) 患者説明と動機づけ支援、(5) 介入効果の経時評価、という点で実装価値が高い。本稿では、慢性疼痛診療における主要心理テストの位置づけと臨床応用を、当院データを踏まえて概説する。

1. 慢性疼痛と心理社会的要因：臨床で押さえるべき論点

1) うつ・不安との併存と双方向性

うつ病や不安障害は慢性疼痛と高頻度に併存し、互いに症状を増幅させる“悪循環”を形成する。疼痛は睡眠障害、活動性低下、社会的撤退を介して抑うつを悪化させ、抑うつは疼痛閾値の低下、注意の疼痛への固定化、治療意欲の低下を通じて疼痛体験を強めうる。うつと疼痛の併存は、医療利用の増加、薬物治療の複雑化、就労不能リスクの増大とも関連することが知られている。したがって、



慢性疼痛外来では「疼痛評価」と同等の重要度で抑うつ・不安のスクリーニングを行う意義がある。

2) 慢性化に寄与する心理特性：破局化、自己効力感、情動処理

疼痛の慢性化・難治化に関与する心理学的構成概念として、臨床的に特に扱いやすいのが以下の3つである。

－ 破局的思考 (catastrophizing)：

痛みを過大評価し、「取り返しがつかない」「制御不能」と捉える傾向。疼痛関連恐怖や回避行動を強め、活動量低下→身体機能低下→さらなる疼痛、という負の循環に繋がる。

－ 自己効力感 (self-efficacy) の低下：

痛みがあっても対処できる、生活を維持できるという信念の乏しさ。自己効力感が高いほど活動性やセルフマネジメントが保たれやすく、治療介入の受け止めも良い。

－ 情動処理の困難 (失感情症：alexithymia)：

感情の識別・言語化が苦手で、身体症状として訴えが表出しやすい。疼痛教育や心理的介入の「言語ベースの作業」が進みにくく、治療抵抗性の一因となりうる。

これらは病名ではなく特性であり、適切な支援設計のための“地図”として評価するのが実務的である。

3) 注意・実行機能の問題 (ADHD 傾向) と治療継続

慢性疼痛診療では、通院・服薬・運動療法など「継続と自己管理」がアウトカムを左右する。注意の逸れやすさ、計画性の弱さ、忘れ物・遅刻、衝動性などの実行機能の問題があると、治療手順が理解されていても実行が困難になり、結果として“非協力的”“意欲が低い”と誤解されやすい。ADHD 傾向の

評価は、患者の「できなさ」を責める方向ではなく、外来運用（予定の見える化、短い指示、リマインド、環境調整）を最適化するために有用である。

2. 慢性疼痛外来で用いられる主な心理テストと解釈の要点

慢性疼痛における心理テストは、目的を「診断」ではなく「層別化と介入選択」に置くと導入しやすい。代表的ツールを以下に示す。

－ HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)

不安・抑うつを短時間で把握でき、身体症状項目の影響が比較的小さいため身体疾患患者に適する。一定以上のスコアでは、精神科連携の要否、薬物療法併用、睡眠介入などを検討する根拠となる。

－ PCS (Pain Catastrophizing Scale)

破局的思考の程度を定量化し、疼痛教育、認知行動療法 (CBT)、恐怖回避への介入のターゲットを明確にする。PCS 高値は回避行動・過活動と反動のパターン (boom-bust) とも整合しやすい。

－ PSEQ (Pain Self-Efficacy Questionnaire)

自己効力感を評価し、運動療法・リハビリ・生活指導の介入設計に有用。PSEQ が低い場合、目標設定を細分化し成功体験を積み重ねること、セルフモニタリングを短い単位で行うことがポイントになる。

－ TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale)

失感情症傾向を評価し、疼痛の“身体化”が強いケースや心理介入の進みにくさを予測する。言語的洞察よりも、マインドフルネス、ACT (Acceptance and Commitment Therapy) 的枠組み、情動認識トレーニングなど「体験に基づく学習」を組み込む根拠になりうる。

- ASRS (Adult ADHD Self-Report Scale)

注意・実行機能の課題をスクリーニングし、治療脱落リスクの把握や外来マネジメントの最適化に繋げる。高値の場合は、指示を簡潔に、次回までの課題を1～2個に絞る、チェックリスト化する、家族や職場も含む環境調整を検討する。

いずれも「スコア＝原因」と短絡せず、疼痛行動・生活機能・治療歴と統合して解釈することが重要である。

3. 琉球大学病院ペインクリニック新患データ (2023-2024) から見えること

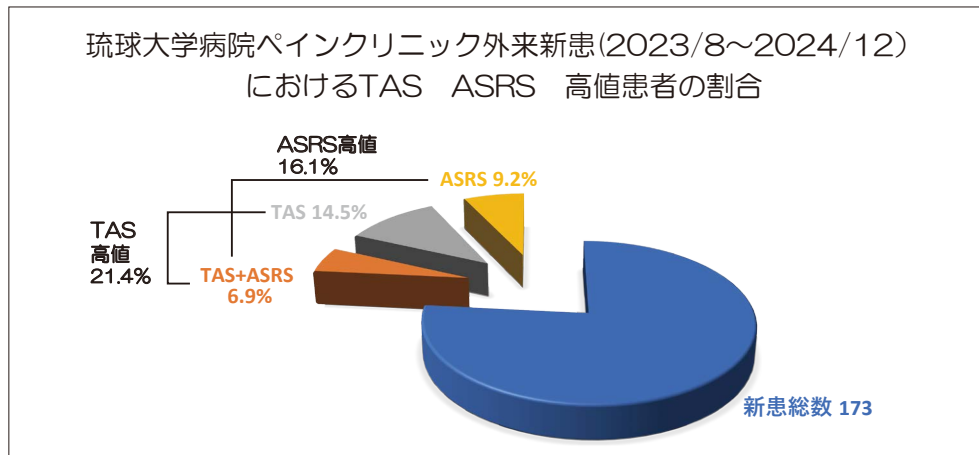
当院における新患173例(2023～2024年)を解析したところ、TAS-20 高値(失感情症傾向)14.5%、ASRS 高値(ADHD 傾向)9.2%、両者(失感情症+ADHD) 高値6.9%が認められた。心理スコアが高い群では、疼痛強度

(VAS) が軽減しにくく、抗うつ薬や鎮痛薬の処方量が増加する傾向がみられた。

さらに、TAS-20 と VAS には中等度の正の相関傾向が示唆され、失感情症傾向が強いほど疼痛体験が重く、治療反応性が乏しい可能性がある。加えて、失感情症群では病悩期間が有意に長く、治療改善率も低い(例:33% vs 41%)という所見が得られ、情動処理の困難が「長期化」「改善の鈍さ」と関連する臨床像と整合した。

失感情症+ADHD 患者群では神経ブロック、薬物療法の効果が低く、心理療法も有効ではなかった。Drop Out (途中で連絡無く来院しなくなる)率も高い。TAS、ADHD のみ高い患者群と比較すると心理療法の有効性が有意に低い結果となった。

これらは単施設・観察的解析であり因果は断定できないが、初診時に心理特性を把握して治療設計を最適化する妥当性を支持するデータといえる。



TAS ASRS で高値を示す群の特徴												
	n	Age	M	F	ブロック 施行率	ブロック 有効率	薬物療法 施行率	薬物療法 有効率	心理療法 施行率	心理療法 有効率	Drop Out率	BMI
TAS + ASRS高値群	12	52	2	10	8.3	0 ※	75	33 ※	25	0 ※	42 ※	25 ± 7.1
TAS高値群	25	58	6	19	15.4	33 ※	76	32 ※	16	25	36 ※	25 ± 7.0
ASRS高値群	16	51	4	12	12.5	50 ※	63	31 ※	19	33	44 ※	25 ± 6.8
Control群	25	60	14	11	44	100	68	80	NA	NA	12	23 ± 4.9

X2検定 ※ : p < 0.05

4. 心理特性別の臨床的意義と介入の方向性

1) 失感情症 (alexithymia)

失感情症傾向の患者では、苦痛の“意味づけ”や“言語化”が進みにくく、問診が症状羅列になりがちである。その結果、医療者側は身体的精査を反復しやすく、患者側は「原因が見つからない＝見捨てられた」と体験しやすい。対応の鍵は、心理的要因を“否定”として提示しないことである。例えば「痛みは脳と身体の相互作用で増幅しうる」「感情やストレスがあると筋緊張・睡眠・注意が変化し痛みが強くなる」という教育を行い、身体感覚への気づき、呼吸・姿勢・生活リズム、マインドフルネス、ACTの価値志向行動など、言語洞察に依存しすぎない介入を組み込む。

2) ADHD 傾向 (注意・実行機能)

ASRS 高値が疑われる場合、治療不成功の主因が“治療内容”ではなく“治療の遂行困難”にあることがある。薬剤の飲み忘れ、運動療法の継続困難、予約管理の破綻は、本人の怠慢ではなく支援設計の問題として再定義できる。外来実務としては、①指示の単純化、②課題量の制限、③紙またはスマホでのチェックリスト化、④次回までの評価指標を一つに絞る (例：歩数、就床起床時刻、疼痛日誌の項目数削減)、⑤必要に応じて家族同席や地域資源を活用する、といった工夫が有効である。精神科・心療内科との連携も含め、併存する不安・抑うつ、睡眠障害の整理を同時に行うと全体の見通しが良くなる。

3) 破局的思考と自己効力感

PCS が高い場合、痛みへの恐怖と回避行動が中心課題となりやすい。疼痛教育 (痛みのメカニズム、過敏化、活動と痛みの関係) を基盤に、CBT や段階的活動 (graded activity) で回避を減らし、患者が「痛みがあってもできる」経験を積むことが重要である。PSEQ が低い場合は、目標を“機能ベース”

で小さく設定し、達成可能な行動を反復して自己効力感を育てる。PCS 低下と PSEQ 上昇を、介入の中間アウトカムとして追跡すると治療方針の微調整がしやすい。

5. 臨床応用：心理テストによる層別化と治療アルゴリズム

慢性疼痛診療に心理テストを組み込む際は、運用を単純化し“回る仕組み”にすることが成功の条件である。実装例として以下を提案する。

1) 初診時セット：身体所見、疼痛評価 (VAS 等) に加え、HADS・PCS・PSEQ・TAS-20 (必要に応じて ASRS) を実施。

2) 層別化 (例)

－ 不安・抑うつ優位：

精神科 / 心療内科連携、睡眠介入、薬物療法の最適化、心理教育。

－ 失感情症傾向：

情動認識トレーニング、マインドフルネス、ACT、身体感覚への介入を厚くする。

－ ADHD 傾向：

実行機能支援 (課題の簡素化、見える化、リマインド、環境調整)、治療継続支援。

－ 破局的思考優位：

疼痛教育 + CBT、恐怖回避への段階的曝露、活動量の漸増。

3) 再評価：1～3か月後に PCS/PSEQ (必要に応じ HADS) を再検し、変化量をもとに介入を調整する。

このように心理テストを“治療の一部”として位置づけることで、患者との共有言語が生まれ、漫然治療からの脱却に繋がる。

6. 今後の課題と展望

第一に、痛み外来や整形外科外来など一般診療の現場で、心理スクリーニングを標準化する手順整備が必要である。第二に、慢性疼痛は多職種連携（精神科医、臨床心理士、公認心理師、理学療法士、作業療法士、看護師、社会福祉士等）がアウトカムを左右するため、紹介基準と役割分担の明確化が重要となる。第三に、複数テストを統合したプロフィール（例：TAS・ASRS・PCSなどを統合した慢性疼痛心理プロフィール）に基づく治療反応性予測モデルの構築は、個別化医療の観点から発展性が高い。

【結語】

慢性疼痛は単なる末梢の侵害受容入力ではなく、認知・情動・行動および社会的文脈の影響を強く受ける。心理テストは、それらの要因を短時間で可視化し、難治化リスクの層別化、介入選択、治療継続支援、効果判定を可能にする実務的ツールである。疼痛が長期化する症例ほど、身体所見と並行して心理特性を評価し、多面的アプローチへ繋げる姿勢が医療者に求められる。

問題

次の設問1～5に対して、○か×でお答え下さい。

- 問1. 一般臨床で遭遇する慢性疼痛患者の異常所見と臨床症状が乖離する原因は痛みが末梢入力以外の中枢神経系可塑性変化、認知と情動、行動、社会環境と相互作用して形成される Biopsychosocial Model として理解する。
- 問2. 疼痛の遷延化、難治化に心理社会的要因が大きく関わるため、心理スクリーニングの導入が進んでいる。
- 問3. 疼痛の慢性化に寄与する心理特性として破局化、自己効力感低下、情動処理困難があげられるが、これらは専門医に紹介して積極的に治療するべきである。
- 問4. 琉球大学病院ペインクリニック外来新患患者データでは失感情症や ADHD 傾向の患者が存在し、スコアが高いほど疼痛強度が減少しにくく、治療反応性に乏しかった。
- 問5. 慢性疼痛患者に対する心理スクリーニングで層別化された心理プロフィールが治療反応性予測モデルの構築に発展する可能性がある。

【参考文献】

- 1) Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch Intern Med*. 2003;163(20):2433-2445.
- 2) Tsuji T, et al. The impact of depression among chronic low back pain patients in Japan. *BMC Musculoskelet Disord*. (2016)17 : 447.
- 3) Nakamura S, et al. 琉球大学病院疼痛外来症例データベース報告 . 2024. (施設内報告)
- 4) Stubbs B, et al. Chronic Pain in Mental Disorders: An umbrella review. *Eur Psychiatry*. 2025 Aug 12 ; 68 (1) e113.



6月号 (Vol.62)
の正解

沖縄県における血液外来診療の課題と 実践的解決策

問題

次の設問 1 ～ 5 に対して、○か×でお答え下さい。

- 問 1. 慢性骨髄性白血病や悪性リンパ腫の寛解例は、殆ど健常人として対応可能である。
- 問 2. 沖縄県における人口 10 万人あたりの血液内科専門医数は全国の半分しかない。
- 問 3. 血液疾患の緊急症例を診たとき、患者や診療所の住所によって相談先の総合病院を分けている。
- 問 4. 好中球 500/ μ L 以上の発熱は通常待機的に対応できることが多い。
- 問 5. 新たに作成された血液診療マニュアルは琉球大学第二内科のホームページに掲載されている。

解説

- 問 1. 慢性骨髄性白血病や悪性リンパ腫の寛解例は健常人として初期診察対応をしていただきたい。
- 問 2. 1/3 以下である。しかも血液専門医の高齢化が進んでいる。
- 問 3. 血液診療マニュアルの最後の項に纏めている。
<https://www.ryudai2nai.com/>
- 問 4. B 症状の腫瘍熱を含めて緊急性がないことが多い。まずは健常人と同じように一般的な感染症として対応可能な場合が殆どである。
- 問 5. 記載通りである。



正解 1.○ 2.× 3.○ 4.○ 5.○

