

＜教育講演 (2)－4＞

心療内科的アプローチが必要となる慢性頭痛

端詰 勝敬

(臨床神経 2012;52:866-868)

Key words : 慢性頭痛, ストレス, うつ, 不安

はじめに

慢性頭痛の多くは、緊張型頭痛であれ片頭痛であれ、もともとは月に数日の頭痛が何らかの要因によって慢性化した結果である。慢性化にいたる原因でもっとも頻度の高く臨床的に重要なのは薬物乱用であろう。薬物乱用以外の慢性化因子としては、心理社会的要因が関与した病態が挙げられる。われわれが所属している心療内科では、慢性頭痛の患者を診察する際には、こうした慢性化要因を注意深く評価することが重要である。そのためには、現在の社会的状況(就労状況や家庭内の状況など)はどうか、ストレス因子としては何が考えられるか、患者個人のストレスへの耐性はどうかなどいわゆる問診とは別に生活歴や生育歴なども聴取して全般的に患者をとらえる必要がある。

本講演では、心療内科的アプローチが必要となる慢性頭痛の概略を説明した上で、慢性頭痛への対応について述べる。

薬物乱用頭痛

片頭痛のトリプタン製剤をふくめ、鎮痛薬の多くは薬物乱用頭痛の原因となる。近年、薬物乱用頭痛が注目されているが、その理由のひとつは頭痛の慢性化の一番の原因となることであり、もうひとつは治療に困難をとまうからである。

薬物乱用頭痛の原因はまだ不明とされているが、鎮痛薬の乱用にもなって疼痛域値が下がるという説の他、心身医学的観点では、心理的要因と行動学的要因の関与が考えられている。片頭痛から移行した薬物乱用頭痛と片頭痛との比較研究において、薬物乱用頭痛は気分障害、不安障害、物質依存を随伴しやすいことが指摘されている¹⁾。しかし、精神疾患は薬物乱用が発現してからよりも乱用に先行して発現することの方が多いことも報告されている¹⁾。また、薬物の過剰使用にいたる心理的背景には、痛みへの強い不安や依存欲求が関連している。これらの経過を模式化すると Fig.1 のようになり、心理的要因は頭痛の発症準備に関与するほか、依存心の固定化、離脱時の不安などにも関与する。

したがって、薬物乱用頭痛では薬物依存の出現前から精神疾患が随伴しやすいことから、薬物乱用になる前の元の頭痛

(多くは片頭痛であるが)のときのケアが重要となる。さらには、薬物乱用頭痛への随伴頻度の高い精神疾患は、うつ病、不安障害、物質依存などであり、元の頭痛の治療に際しては、随伴疾患を考慮した頭痛予防薬の薬剤選択や患者教育が必要となる。

片頭痛と心理社会的要因の関係

慢性頭痛の中でも片頭痛はとくに心理社会的な要因との関連性が深い疾患として知られている。しかし、その関係の在り方は一様ではなく、大まかに以下の6つのパターンに分類される。

1. 片頭痛に影響する心理的ストレス

ストレスは片頭痛の発症因子や重要な増悪・持続因子として関係していると考えられている^{2)~4)}。東邦大学総合診療科と心療内科を初診した片頭痛患者の発症要因に関する調査においても、心理的ストレスは疲労に次いで患者が要因として答えた割合が高かった(Fig.2)。このように、心理的ストレスと片頭痛との関係性を何となく自覚している患者は多い。しかし、「何となく」の自覚であって、実際にストレス対処をおこなっている例は少ない。「うまくストレスを発散できたときの頭痛はどうでしたか?」という質問など、患者に「気づき」をうながす対応が望まれる。

2. 片頭痛の二次的症候としてのうつ, 不安

片頭痛の発作の多くは中等度以上の痛みで、日常生活への影響が大きい。そのため、「また強い発作がおこるのでは」という不安や痛みのためにうつ状態を呈することがある。これら

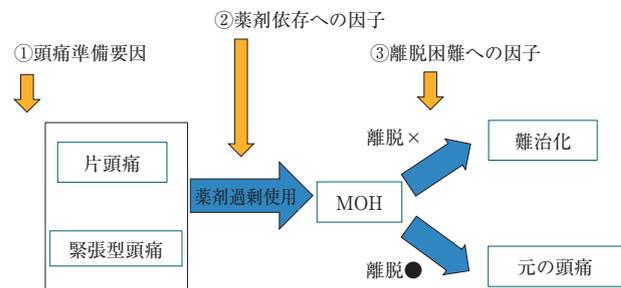


Fig. 1 薬物乱用頭痛に影響する心理的要因。

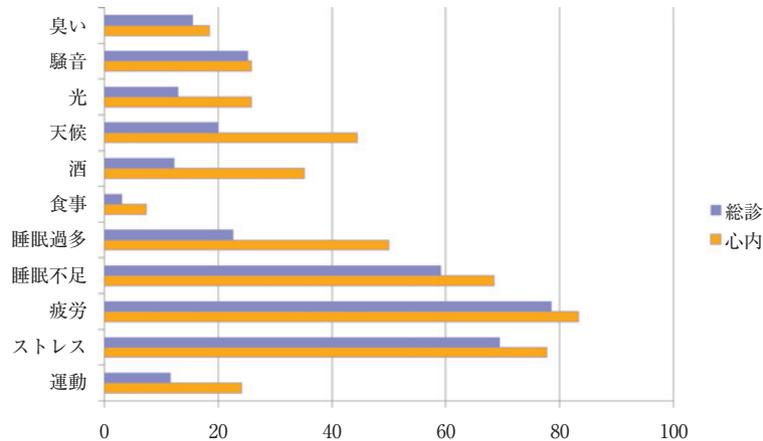


Fig. 2 片頭痛の発症要因.

Table 1 頭痛患者で評価したい患者プロフィール.

- ・心理社会的ストレス
- ・社会的役割
- ・抑うつ・不安
- ・性格傾向・人格傾向
- ・発達障害の傾向
- ・疼痛行動

の心理反応は、当然の反応であるものの二次的に生じた不安やうつが頭痛自体に悪影響をおよぼすことがある。

3. 片頭痛のコモビディティとしてのうつ病、不安障害

片頭痛では、二次的な不安とうつといった心理反応を超えて、気分障害(大うつ病、躁うつ病など)や不安障害(パニック障害、恐怖症など)をとまなうことが多い⁵⁾。そのため、互いの疾患を念頭におき、質問票などを利用して、早期診断・早期治療することが重要となる。今のところ、大うつ病、パニック障害、恐怖症に関してはとくに関係性が深いと考えられている⁶⁾。また、片頭痛と精神疾患は互いにリスク要因となっており、東邦大学でおこなった調査において、前兆のない片頭痛群では、うつ病を33.3%、パニック障害を35.4%に随伴がみとめられる一方、うつ病の35.1%、パニック障害の31.6%に片頭痛がみとめられている。また、現在片頭痛をもつ人は頭痛をもたない人よりも二年後の新規うつ病発症率が、5.8倍高いこと、現在うつ病をもつ人はうつ病をもたない人よりも新規の片頭痛発症率が3.8倍高くなることが報告されている⁷⁾。片頭痛にうつ病やパニック障害が随伴されやすい理由として、セロトニンなどの神経伝達物質に関する共通の脆弱性が想定されている。

4. 精神疾患の部分症状としての片頭痛

精神疾患は精神症状が中心となるが、さまざまな身体症状を呈することが多い。国際頭痛分類第2版⁸⁾では、12.精神疾患による頭痛の中に分類され、「身体化障害」と「精神病性障害」は二次性頭痛を精神疾患として明記され、大うつ病性障害、パニック障害、全般性不安障害、鑑別不能型身体表現性障害、社会恐怖症、分離不安障害、心的外傷後ストレス障害も頭

痛をおこす精神疾患として付録に記載されている。これらの頭痛は、元になる精神疾患の完全寛解後、3カ月以内に消失または著明改善することとされており、片頭痛様の頭痛、緊張型頭痛様の頭痛、両者が混在したような頭痛などさまざまなタイプの頭痛がおりうる。精神疾患による頭痛が片頭痛の要素が強い時、厳密には二次性頭痛であって、片頭痛ではない。しかし、もともと片頭痛を持つ患者が精神疾患を発症するばあい、区別が困難なことが少なくない。

5. 片頭痛の遷延化因子としての身体表現性障害

身体化とは、自分では解決困難な心理的な葛藤を意識化しないために代償的に身体症状を呈することで、そうした病態を総称して身体表現性障害という。片頭痛にも身体化の要旨が加わると、身体的なアプローチに反応しなくなり、難治化しやすい。

頭痛患者の心療内科的な評価

心療内科では、身体的な評価と並行して、患者の心理的評価と社会面の評価もおこなうことが多い。頭痛患者で評価したいプロフィールをTable 1にまとめた。うつや不安の評価にはよく自己記入式の質問紙がもちいられている。うつの評価は、SDS、BDI、SRQD、CES-Dなどが代表的であり、不安の評価にはSTAIがもちいられることが多い。いずれも信頼性の高い質問紙ではあるが、質問紙のスコアだけをもってうつ病や不安障害の有無を診断することはできない。なお、うつの質問の中に痛み症状について聞いている質問紙が多く、頭痛患者では見かけ上、スコアが高くなる。HADSは身体症状を持つ患者の不安と抑うつ状態を評価するために開発された質問紙であり使いやすい⁹⁾。14項目からなり、うつ病に関する7項目(HADS-D)、不安障害に関する7項目(HADS-A)の合計点を集計する。

頭痛患者への心療内科的な治療

頭痛患者に対して病態を適切に把握することがもっとも大

切であり、病態に合わせて治療法を選択することになる。片頭痛の患者であれば、その慢性化にうつ/不安の存在があれば、予防薬の薬剤選択には、片頭痛にもうつ/不安にも効果のある薬剤を選択するのが合理的であり、少量 (10~30mg) のアミトリプチリンの使用が望ましい。ストレスの関与がうたがわれるのであれば、ストレスマネジメントや自律訓練法、バイオフィードバック療法などが良い適応になろう。

まとめ

慢性頭痛に対する心療内科的な考え方、評価法、アプローチについて概説した。患者の評価がもっとも重要であるが、判断に迷う際には心療内科や精神科へのコンサルトを積極的におこなっていただきたい。

※本論文に関連し、開示すべきCOI状態にある企業、組織、団体はいずれも有りません。

文 献

- 1) Radat F, Creac'h C, Swendsen JD, et al. Psychiatric comorbidity in the evolution from migraine to medication overuse headache. *Cephalalgia* 2005;25:519-522.
- 2) Spierings EL, Ranke AH, Honkoop PC. Precipitating and

aggravating factors of migraine versus tension-type headache. *Headache* 2001;41:554-558.

- 3) Kelman L. The triggers or precipitants of the acute migraine attack. *Cephalalgia* 2007;27:394-402.
- 4) Robbins L. Precipitating factors in migraine: a retrospective review of 494 patients. *Headache* 1994;34:214-216.
- 5) Antonaci F, Nappi G, Galli F, et al. Migraine and psychiatric comorbidity: a review of clinical findings. *J Headache Pain* 2011;12:115-125.
- 6) Radat F, Swendsen J. Psychiatric comorbidity in migraine: a review. *Cephalalgia* 2005;25:165-178.
- 7) Silberstein SD, Dodick D, Freitag F, et al. Pharmacological approaches to managing migraine and associated comorbidities—clinical considerations for monotherapy versus polytherapy. *Headache* 2007;47:585-599.
- 8) 日本頭痛学会・国際頭痛分類普及委員会, 訳. 12. 精神疾患による頭痛. 国際頭痛分類第2版 新訂増補日本語版. 東京: 医学書院; p. 116-119.
- 9) Zwart JA, Dyb G, Hagen K, et al. Depression and anxiety disorders associated with headache frequency. The Nord-Trøndelag Health Study. *Eur J Neurol* 2003;10:147-152.

Abstract

Psychosomatic approach for chronic headache

Masahiro Hashizume

Department of Psychosomatic Medicine, Toho University

Chronic headache is caused by several reasons, such as medication over use, psychological stress, depression, anxiety and psychiatric disease. It is often difficult to treat medication over use headache. So it is important to manage the psychological factor before abuse. There are the relationships in migraine and psychiatric disease, especially major depression and panic disorder. In the treatment for chronic headache, it is necessary to assess the personal profile. The Hospital Anxiety and Depression Scale is useful for assess depression and anxiety in patients with painful symptoms.

(Clin Neurol 2012;52:866-868)

Key words: Chronic headache, Stress, Depression, Anxiety