



片頭痛の認知行動療法 マニュアル (治療者用)

日本頭痛学会診療向上委員会（編）

2021年7月2日 第1版作成

【本マニュアルについて】

このマニュアルは、片頭痛患者のなかで、2種類以上の予防薬を用いても片頭痛への効果が認められない難治性片頭痛患者を対象とした認知行動療法について概要を記載したものである。治療者向けに記載されており、患者への説明時にわかりやすい言葉に言い換えることは可能であるが、基本的な流れはこのマニュアルに沿って実施されるべきである。

認知行動療法は1回60分、コアセッション10回（オプションセッションを含めた場合は合計16回迄）で組まれている。週に1回の通院治療が望ましい。

このマニュアルは、基本的に個人による対面セッションを想定しているが、集団またはアプリを用いた治療も可能である。認知行動療法をおこなう過程では、治療上の何らかのトラブル時に専門家からアドバイスが得られる体制下であること、必要に応じて当該治療に成熟した医療者からのスーパービジョンを受けることが望ましい。この治療では、患者の感情を扱うため、患者の感情の不安定さに対する観察が必要である。

【各セッションの構成】

セッション 1～3

片頭痛の認知行動療法の概要，治療の枠組み，治療方針について説明する．患者理解のための情報収集，定式化，片頭痛についての心理教育を行う．

セッション 4

痛みやストレスによる身体症状を緩和するために，からだところをリラックスさせる練習を行う．

セッション 5～6

行動を通してところを元気にする練習を行う．

セッション 7～10

状況や気持ち，考えなどを整理し，痛みに対する適応的思考を身につけるための練習を行う．これまでのセッションのまとめとふりかえりを行い，再発予防について検討する．

オプションセッション

これまでの認知行動療法をより強化するために，オプションセッション導入を実施する．

【治療の流れ】

セッション	目的	アジェンダ	使用ツール
1－3	導入前アセスメント 心理教育 動機づけ	症状・経過・生活歴などの把握 片頭痛、認知行動療法の心理教育 治療目標の設定	治療前の評価尺度 (MIDS・HIT-6・MSQ・HADS) 頭痛ダイアリー
4	リラクセーション	漸進的筋弛緩法 腹式呼吸法 視覚イメージ法	頭痛ダイアリー
5－6	ストレスマネジメント	行動活性化	頭痛ダイアリー
7－10	認知再構成法 まとめ	認知再構成法 治療のふりかえり 再発予防	頭痛ダイアリー PCS（質問紙） 思考記録表 治療後の評価尺度 (MIDS・HIT-6・MSQ・HADS)
11－16	オプションセッション	マインドフルネス・ACT バイオフィードバック 自律訓練法	頭痛ダイアリー ACT（ワークシート） バイオフィードバック（記録表） 治療後の評価尺度 (MIDS・HIT-6・MSQ・HADS)

内容

本マニュアルについて	1
各セッションの構成	2
Chapter1 理解と導入	5
Chapter2 リラクセーション	16
Chapter3 ストレスマネジメント	19
Chapter4 認知再構成法（まとめ）	27
Chapter5 オプショナルセッション	36
Chapter6 治療前後の評価	49
引用・参考文献（図書）	56

Chapter

1

セッション 1～3
理解と導入

理解と導入

■治療導入に向けてのアセスメント

患者の状態を理解し、治療方針を立てるためにアセスメントを行う。認知行動療法を行うにあたって、把握しておきたい項目として下記のようなものがある。なお、アセスメントの結果によって、認知行動療法以外のアプローチが求められる場合もある。

- ・主訴
- ・現病歴（片頭痛の経過、通院および服薬の状況、頭痛の部位・性状・程度・
随伴症状、これまでどのように対処してきたか など）
- ・既往歴
- ・職業（職歴・現在の職業生活状況）
- ・教育歴
- ・家族構成
- ・生活環境（家族とのかかわり、周囲からのサポートなどを含む）
- ・経済状況
- ・趣味
- ・嗜好（アルコール・たばこ・カフェイン）
- ・睡眠
- ・食欲
- ・治療期待

理解と導入 心理教育

心理教育では、片頭痛など患者が抱えている問題を整理し、認知行動療法についての理解を促し、治療継続に結び付けるための教育的なコミュニケーションを行う。

1. 認知行動療法

1.1 認知行動療法とは

精神分析療法や来談者中心療法などかつて頻用された心理的な治療は、どちらも客観的な検証が不可能であることへの批判があった。そこで、刺激や行動といった客観的に評価しうるものを介入のターゲットとした行動療法が生まれた。これはある刺激（A）に対する患者の行動（B）の結果（C）が行動によぼす影響を分析し、結果をコントロールすることによって行動の変化を図るものである（図1）。

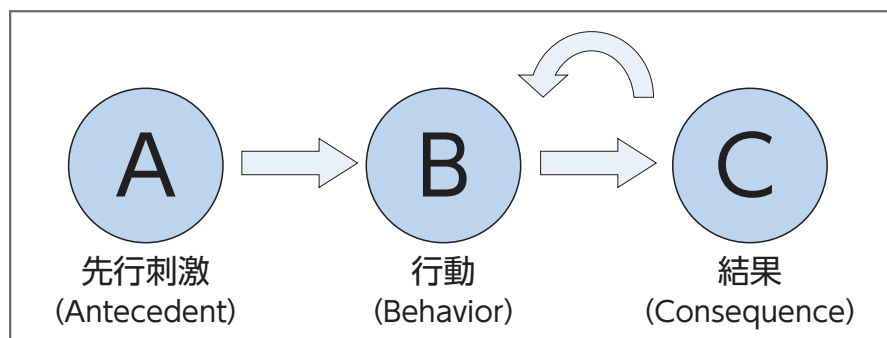


図1 行動療法のABCモデル

しかし行動療法では、観察できない患者の思考や感情を扱うことが難しく、出来事（A）の解釈である考え（B）が結果（C）を引き起こすとする論理療法を提唱した。Beckは論理療法を基にしたうつ病の治療法として、出来事に対して自動的、習慣的に生じる非機能的な認知（自動思考）がネガティブな感情を引き起こすというモデルを採用した認知療法を提唱した（図2）。

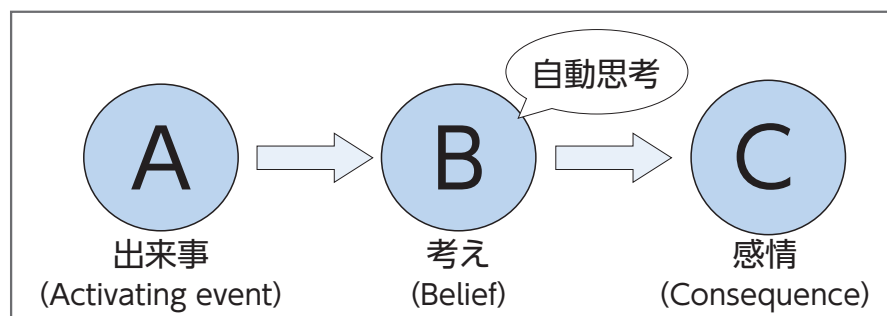


図2 認知療法のABCモデル

今日では行動療法が第1世代、認知療法が融合した認知行動療法（Cognitive Behavior therapy：CBT）が第2世代、そして認知を変えるのではなく距離を取る、共存するといったAcceptance and Commitment Therapy（ACT）やマインドフルネスの考えを取り入れたものが第3世代の認知行動療法と呼ばれている。ACT、マインドフルネスについては別項で解説する（オプショナルセッション参照）。

一般的に、片頭痛治療においては第2世代の認知行動療法が中心となる。しかし患者が複雑なストレス状況に置かれている、あるいは不安が強い、身体的要因によって難治化しているなどの場合は望ましい改善が得られないこともある。そういったケースでは第三世代の認知行動療法を取り入れることも考慮する。

また、従来の対面式の認知行動療法だけでなくインターネット（IT）を活用した認知行動療法の開発が進められている。例えば、「こころのスキルアップ・トレーニング（こことレ）<http://www.cbtjp.net/>」は、ITを活用して認知行動療法を体験的に学習できるよう構成され、ストレス反応に対するスキルを身に付け、生活の質向上を図ることを目的としている。このサイトでは、当事者自身がITを活用しながら学習していくプログラムのほかにも、専門家が対面の面接の中でITを活用するハイブリット型認知行動療法などが導入されている。

1.2 第2世代 CBT における認知行動モデル

認知行動療法の手順として、まず現状を把握することが大切である。ある状況によって引き起こされる認知や行動が、結果としてどのような感情や生理的反応を引き起こすかを観察、記録する（図3）。そこで繰り返されているパターンを患者と治療者が協同で同定、検討し、非機能的なものであればそれをより適応的なものに変えることで、結果としての感情や生理的反応を変化させるのである（図4）。ただし往々にして人は自分の行動が良い結果をもたらさないと分かっているにもかかわらず、それを変えるのは困難なものである。認知行動療法においても、表層に現れた認知や行動が実際にはなかなか変わらないことは珍しくない。その場合はその認知や行動を引き起こすもととなっている信念、さらにはその信念を抱くもととなった幼少時の体験までさかのぼって、信念の妥当性や体験の解釈を検討するのが本来の認知行動療法である（図5）。

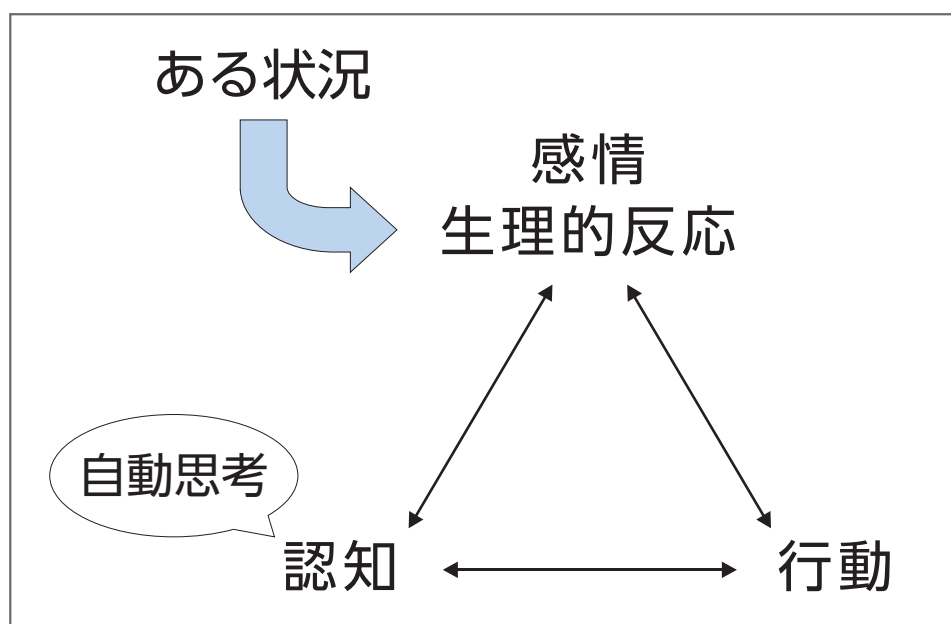


図3 認知行動モデル

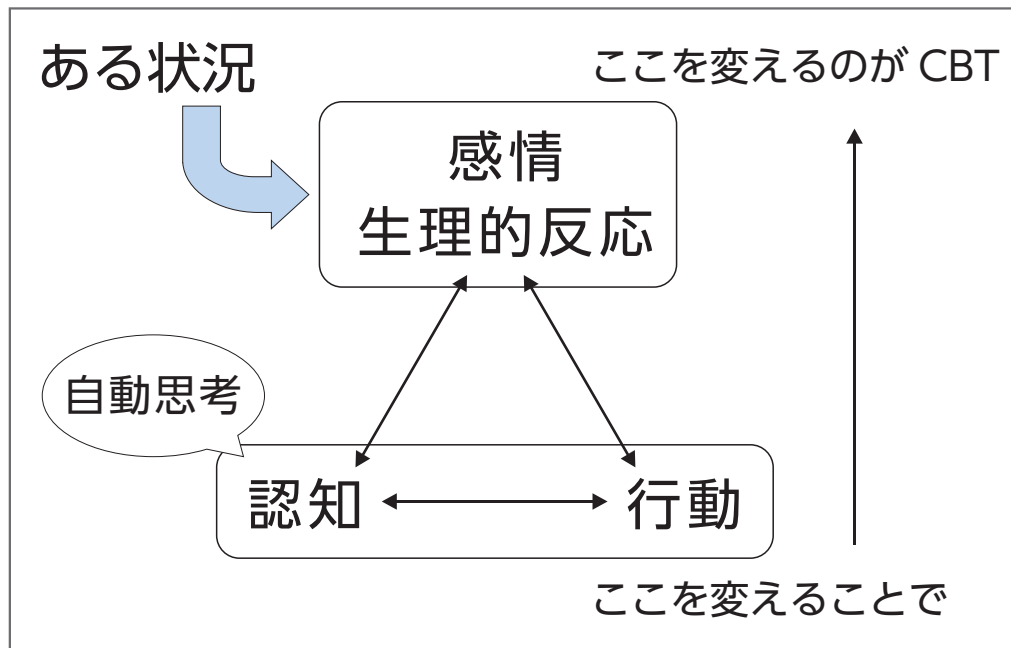


図 4 認知行動モデルに対する介入

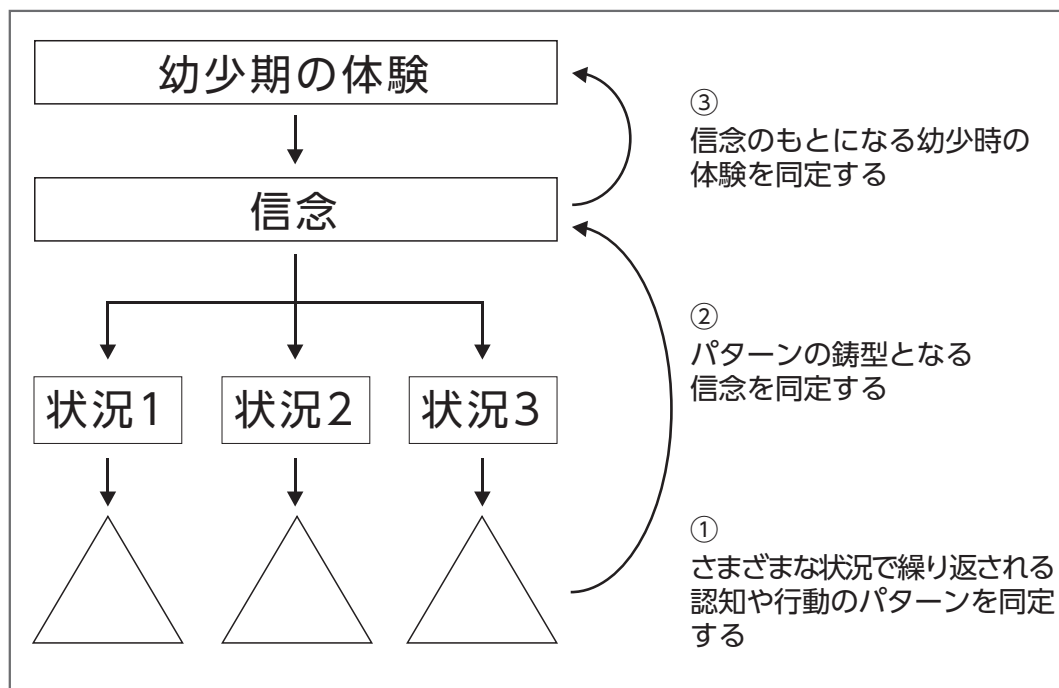


図 5 認知行動ダイアグラムと CBT による介入

2. 片頭痛と認知行動療法

2.1 片頭痛とは

片頭痛は、日常生活に支障をきたす一次性頭痛（その他の疾患から二次的に起こった頭痛ではない頭痛）の1つで頻度が高い。世界保健機関（WHO）は、Global Burden of Diseases（GBD）研究において、片頭痛を障害生存年数（Years Lived with Disability：YLD）が増加する疾患の第2位に位置づけている。障害生存年数とは日常生活への障害負担を定量化した係数により重み付けして、存命中の疾病負担を表したものであり、片頭痛が日常生活への負担がきわめて大きい疾患であることが示された。わが国の大規模疫学調査によると約840万人は片頭痛を有しており、そのうち74.2%が頭痛により日常生活への支障度が高かったと報告されている。

また、片頭痛は頭痛発作を繰り返す疾患で、発作は4～72時間持続する。典型的には、片側性、拍動性の頭痛で、中等度から重度の強さであり、日常的な動作により頭痛が増悪する。随伴症状には悪心や光過敏・音過敏がある。頭痛の頻度が月に15日以上で、3ヶ月を超えて起こり、少なくとも月に8日の頭痛が片頭痛の特徴をもつ場合は慢性片頭痛に分類され、それ以下は反復性片頭痛に分類される。さらに、鎮痛薬など急性期治療薬を1ヶ月に10日以上乱用した結果として、1ヶ月に15日以上頭痛が起こる場合には薬剤の使用過多による頭痛（medication-overuse headache：MOH）と診断される。

片頭痛の病態生理として、神経説および血管説が提唱されてきたが、現在では三叉神経血管説が広く受け入れられている。すなわち、何らかの誘因により硬膜血管周囲に分布する三叉神経終末からカルシトニン遺伝子関連ペプチド（CGRP）やサブスタンスPなどの神経ペプチドが放出され、主に硬膜に存在する血管周囲で血管拡張、血漿蛋白漏出、肥満細胞脱顆粒などの神経原性炎症が発生し、その炎症が三叉神経を刺激して興奮が中枢へと伝達され、大脳皮質で疼痛を自覚するという説である。

このような頭痛発作の誘因、ないし増悪因子は、多くの片頭痛患者が有している。1207人の片頭痛患者を検討した調査では75.9%の患者で何らかの誘因を有しており、ストレス（79.7%）が最も多く、続いて女性ホルモン（65.1%）、絶食（57.3%）、天候（53.2%）、睡眠障害（49.8%）、香水や臭い（43.7%）、頭部の痛み（38.4%）、光（38.1%）、アルコール（37.8%）、煙（35.7%）、夜ふかし（32.0%）、暑さ（30.3%）、食品（26.9%）、運動（22.1%）および性的活動（5.2%）の順であった。集団で一般的とされる片頭痛の誘因が必ずしも各患者個人の頭痛発作の誘因となっているわけではないが、ストレスは片頭痛発作の代表的な誘因の1つとなっている。

2.2 片頭痛とストレスの関係

片頭痛は、心理社会的なストレスが関与していることも多い。片頭痛はストレスがあるときにだけ起こるのではなく、ストレスがなくなった後に起こることもある。心身のストレスから解放された時に、副交感神経の働きで急に血管が拡張することがあり、その際に片頭痛が起こる。例えば、日常的にストレスの多い環境に身を置いている人が、週末になってストレスから解放されたときに片頭痛が起こることがある。これはストレスが関与する痛みとして考えられる。

人によってストレスとを感じるものは異なり、ストレス自体は悪いものばかりではない。しかし、過度にストレスがかかったり、ストレスは仕方ないものとして十分対応できない場合は何らかの対処が必要となる。

ストレスにより直接引き起こされる頭痛もあるが、ストレスによる睡眠の問題、アルコール摂取などによって片頭痛が強化されることもある。また、片頭痛の発作自体が心理的ストレスとなることも多く、頭痛とストレスとの間には双方向の関係性が存在する。つまり、慢性化した頭痛はそれ自体が心理的ストレスとなり、さらに頭痛が悪化するという悪循環が形成されてしまう。症状が増悪する状況や維持要因等を理解することが治療の上で大切になる。例えば、平日の午後に何をやっているかといった日常の行動を探るなど、具体的に場面や状況をひとつずつ捉えながら要因を考えていくことが重要である。

2.3 認知・行動について

痛みを感じるときには、身体感覚（痛み）だけでなく、感情（不安や不快感など）や痛みに対する考え（痛みがもっとひどくなると思うなど）も同時に生じている。

頭痛によって否定的な考えに至るのは無理のないことかもしれないが、否定的な考え方ばかりになると、気分が滅入り「うつ」や「不安」状態に陥りやすくなる。気分や感情の変化が頭痛の悪化要因にもなり、物事に対する考え方が極端に否定的になり自分で自分を苦しめることになってしまう。特に頭痛などの身体的な痛みがある人は、「痛みがもっとひどくなる」や「自分は痛みに対して無力である」といった否定的な考え方を持つことがあり、これは破局的思考と呼ばれている。

片頭痛のある人は、頭痛を経験した日だけでなく頭痛を経験しなかった日においても身体活動の低下が示されたという研究報告がある。頭痛が存在しない状況でも、頭痛に関連しそうな刺激を避けようとして活動自体を控えてしまうなど片頭痛患者の生活の質（QOL）低下に繋がってしまうことが懸念される。

2.4 片頭痛になぜ認知行動療法か

生物医学モデルは生理学・生化学的な因果関係で病態を説明するもので、片頭痛においては中枢神経の異常活動や、三叉神経血管系の炎症などを原因とするモデルである。しかし、片頭痛ではストレスや職場環境、生活状況などの心理社会的因子による誘発が多いことも知られており、そういった症例では生物心理社会的モデルに基づいた治療が必要となる（図6）。

心理療法のターゲットとしては

- ①片頭痛に影響する心理社会的ストレス
- ②片頭痛に対する認知や対処行動
- ③片頭痛の治療や治療者との関係

などが考えられる。

心理療法の種類は数多くあるが、そのなかでも認知行動療法（Cognitive behavioral therapy；CBT）はある程度定型的なやり方が可能であり、エビデンスレベルが高いという面で、医療の世界で最も汎用されているものである。

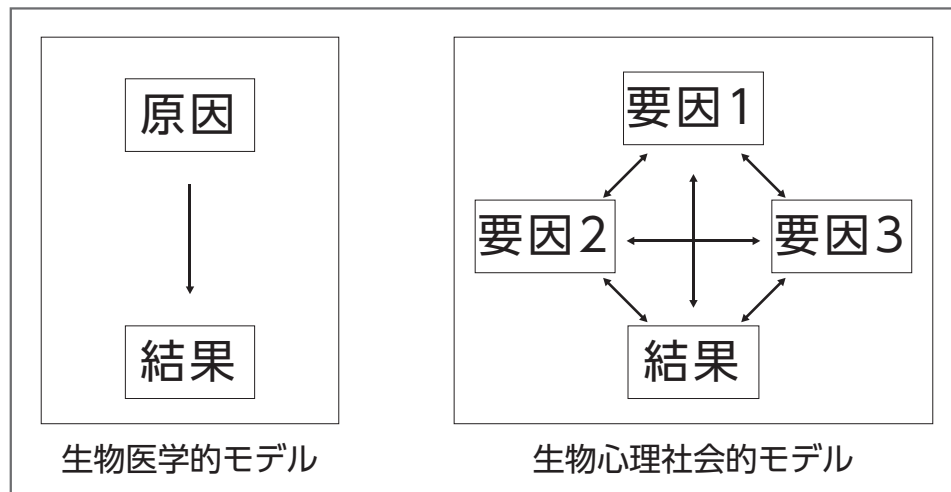


図6 二つの医学モデル

2.5 片頭痛と認知行動療法

片頭痛は心理社会的因子の影響を受けやすい。一方、生物学的病態も解明されてきており薬物療法の効果が期待できる疾患である。認知行動療法を適用するにしても、それら適切な薬物療法との併用することでもっとも高い効果がえられる。

これまでに多くの無作為比較試験で認知行動療法の有用性が指摘されており、片頭痛の強さや頻度が軽減するとされている。認知行動療法によって頭痛の痛みを46%改善させる効果があり、支障度（MIDAS）は65%軽減し、心理的側面への治療効果も高く、抑うつは52%、不安は58%の軽減効果が示されたという研究報告もある。

慢性頭痛の認知行動療法では、「認知（考え）」を治療対象として扱うほかに、ストレスマネジメント、リラクセーション（自律訓練法、筋弛緩法など）、バイオフィードバック療法、マインドフルネス、ACTなどがある。片頭痛においては、リラクセーションとバイオフィードバック療法との併用によってプロプラノロールと同等の予防効果が得られ、長期的な有効性もプロプラノロールよりも高いことが示されている。

最新の2021年版日本頭痛学会による『慢性頭痛の診療ガイドライン』では認知行動療法の有用性が示され、グレードAとして推奨されている。また、近年のレビュー論文においても片頭痛の認知行動療法の有効性が示されているほか、小児、青年に対する有効性が多く報告されている。

ただし、認知行動療法がターゲットとするのは痛みそのものではなく、痛みや生活の質（QOL）に悪影響を及ぼしている認知や行動のパターンである。このパターンは身体、心理、環境要因が相互に影響し合う悪循環として整理すると理解しやすい（図7）。この悪循環が弱まれば頭痛の程度や頻度も改善することは多いが、頭痛そのものの改善を当面の目標とすれば痛みへの過覚醒やとらわれを助長して、認知や行動の変容を阻害したり治療効果がないと判断されたりすることにもなる。そのため治療初期には頭痛が変化しないか一時的に増強することがあっても、認知や行動を変化させることが目標であると患者に理解してもらう必要がある。

頭痛が改善しないとすれば治療へのモチベーションが高まらないというジレンマが生じることもある。そこで、患者への説明では改善の順序として、「行動 → 認知・情動 → 生活・社会機能 → 痛み」というのが典型的で、最終的には頭痛の改善も期待できるが、治療初期には頭痛の強弱は治療効果の指標にはならないことが多いと説明する。

認知行動療法は患者の能動性が重視される治療である。患者自身の納得や自律性、モチベーションが

不可欠で、治療者は家庭教師のような存在、すなわち患者が自ら変化するためにアドバイス、サポートする立場である。

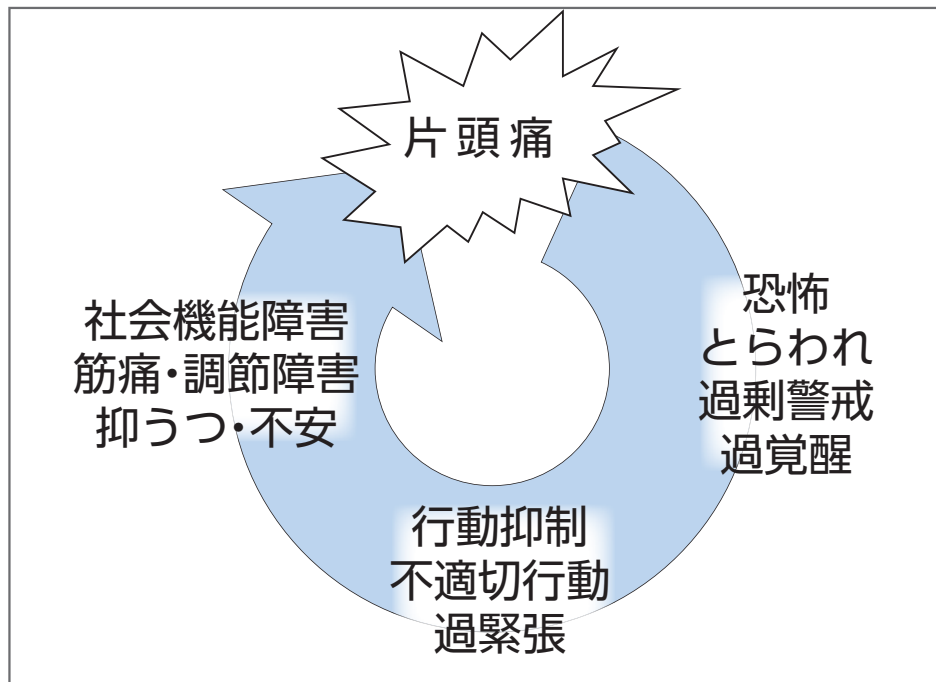


図7 片頭痛の悪循環としてのBPSモデル

2.6 認知行動療法の適応

片頭痛に対する認知行動療法の良い適応となるのは、頭痛を誘発するような外部からのストレスや患者自身の行動、頭痛に対する過剰な恐怖・警戒、過度の行動抑制や反対に過活動あるいは不適切な服薬行動、頭痛の結果としてもたらされる気分・身体・社会機能の障害、頭痛の程度に比して強い生活の障害や苦痛などの見られる患者である。

また認知行動療法の目標が認知や行動を変えることの結果として身体症状の改善をめざすことであり、直接的、即効的に頭痛の改善を図るものではないことを十分に理解し納得していることが重要である。治療過程では一時的に症状が強くなることも珍しくないこともあるし、不安を和らげるための行動を我慢することも必要となる。こういった治療構造に納得がいかないうちに認知行動療法を導入すると結果として失敗体験を積むことになりかねないので、患者の理解や期待、モチベーションが高まるまでは治療に入らずに薬物療法を継続して心理社会的因子を傾聴するのが必要な場合もある。そのため認知行動療法の説明をしたときに患者がどのように受け止めたかを確かめる必要がある。認知行動療法に対する患者の理解やモチベーションを評価する際には、Transtheoretical modelを援用すると分かりやすい（図8）。認知行動療法に対する認識や期待が前熟考期にあると思われる患者には、すぐに導入するのは避けるべきだろう。

心理社会的要因となりうる心理状態や生活背景があつたとしても、それが必ずしも悪循環の構成因子とは限らない。BPSモデルに基づく治療は「正しい」原因を同定してそれを取り除くというのではなく、常に治療を意識して病態モデルを構築していくものである。つまり、ある心理社会的因子を取り込むかどうかは、そうした方が治療に有益であるかどうかで決められものであり、病態モデルの「正しさ」は患者の数、治療者の数だけあると言っても過言ではない。

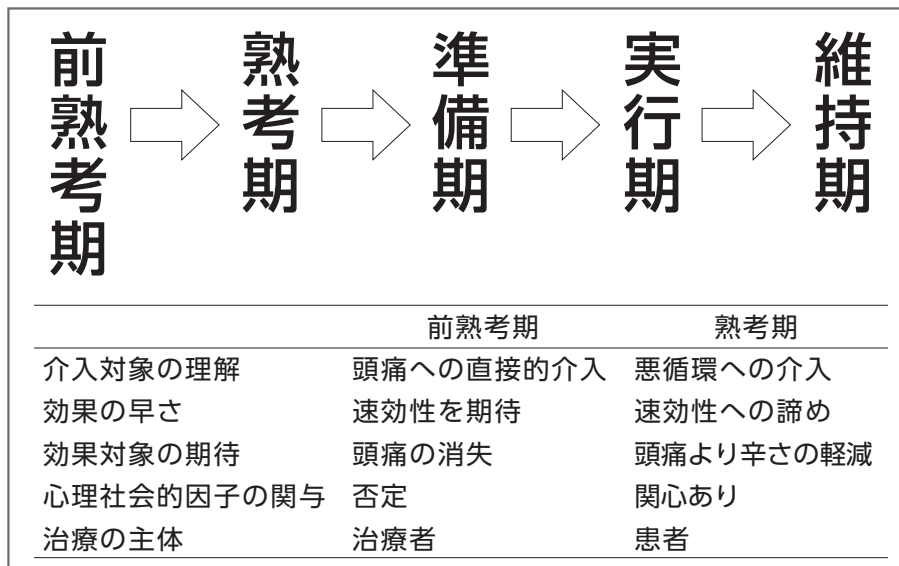


図 8 行動変容のステージ

■頭痛ダイアリー

頭痛ダイアリーは頭痛診療を行う上で最も重要なツールの一つである。①頭痛日数、②頭痛の性状、③痛みの強さ、④持続時間、⑤随伴症状、⑥誘発因子、⑦薬剤使用状況、⑧生活支障度などを患者に継続して記載してもらうことで、医師は現在の状況や治療効果について詳細な情報を得ることができる。患者にとっては、自身の頭痛の現状や誘発因子を把握でき、服薬タイミングの改善にもつながるという利点がある。また、これらの情報を共有することで、患者・医師間コミュニケーションの向上を図ることができる。

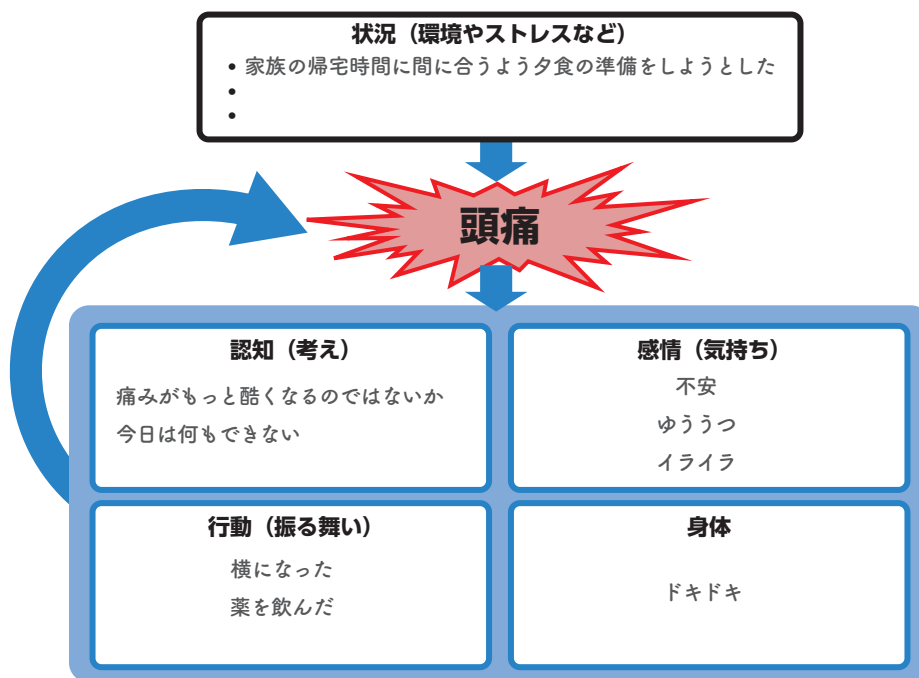
（記入例）

名前		年齢								頭痛ダイアリー	
日付 曜日	頭痛について	頭痛の程度			出来事	気持ち				対処	生理
		午前	午後	夜		憂うつ	不安	イライラ	その他		
4/1 (水)	頭痛の程度 急性期治療薬と効果 日常生活への影響度	+++ マ(○)	++ ロキ(△)	+	家庭内でいざこざ、 学校行事	+	+	+		早めに寝た。	
4/2 (木)	頭痛の程度 急性期治療薬と効果 日常生活への影響度	+	+		会議	-	-	-		特になし	
4/3 (金)	頭痛の程度 急性期治療薬と効果 日常生活への影響度				病院	-	-			友達と電話で話した	
4/4 (土)	頭痛の程度 急性期治療薬と効果 日常生活への影響度			++ マ(○) ++	家族でドライブ 夜から頭痛	+	-	+			

■（定式化）ケースフォーミュレーション

患者が抱えている問題（頭痛）について理解を深めるために、認知行動療法のモデルを使って患者から聴取した情報をケースフォーミュレーションの図に書き込んでいく。ケースフォーミュレーションは、認知再構成や行動活性化のセッションのなかで活用できる。

記入例)



【記入方法】

①患者に頭痛が出現した一場面を振り返ってもらい、治療者が記入していく（頭痛ダイアリーの内容を振り返るのもよい）。

②状況（環境やストレスなど）

人間関係や仕事上のストレスなど人によって異なるが、「いつ、どこで、何をしていたか」など具体化し、その時の反応などを捉えやすくする。頭痛そのものがストレスである場合にはそれも記入してよい。

③認知（考え）・感情（気持ち）・行動（振る舞い）・身体

②の＜状況＞で表れた諸反応について患者に聴取しながら記入する。

《可能であれば追記する》

④患者の性格的特徴（認知・行動パターンへの影響を検討）

⑤過去の体験や幼少期の出来事（性格特徴への影響を検討）

* 認知行動療法のモデルをもとに個別の体験を可視化し、整理する。考えや行動の特徴、悪循環などがないか確認する。

Chapter

2

セッション 4
リラクセーション

リラクセーション

1. 概要

リラクセーションは身体機能を自らコントロールする技術であり、トレーニングによって身につけることが可能である。筋肉の緊張を低下させることで、疲労や痛みを減少させるなど多くの利点があることが報告されている。

2. リラクセーション

以下にリラクセーションとしてエビデンスを踏まえた実践が行われているものを、実際の教示に用いる声掛けを交えて紹介する。医療者が習熟しており、また患者がモチベーションを持って取り組めるものを選んで行うことが望ましい。

2.1 漸進的筋弛緩法

<教示>

自分の体のどこにどれだけの力が入っているのか、どうすれば力を入れようとした部分に必要なだけ力を入れることが出来るのか、さらにその力を抜くことが出来るのかを理解する練習をしてみましょう。

*手のリラックス

- 1) 時計やベルトなど身体を締め付けていると感じるものはなるべく外しましょう。出来るだけ楽な姿勢で座って下さい。
- 2) 心地よい状態になって下さい。眼を閉じて構いません。
- 3) そのような状態になったら、両手のこぶしを握りしめ力を入れて下さい。
 どんどんきつく握りましょう。だいたい力の加減は70～80%にしましょう（つらない程度）
- 4) そうすると身体が緊張してきます。その緊張を意識してみましょう。（3～4呼吸）
- 5) 両手のこぶしから右手全体に緊張を感じて下さい。
- 6) 緊張を感じたら、その後にダランと力を抜きます。
- 7) 右手の指先まで力を抜いてみましょう。筋肉が緩んでいく感覚を感じてみましょう。
- 8) 気持ちを楽にしてゆっくり呼吸しましょう。
- 9) 先ほどの緊張した状態と力の抜けた状態の違いを比べてみましょう。
- 10) 【消去動作】

最後は身体をリラックスした状態から普通の状態に戻す動作を行います。

①ゲー・パー ×2回 ②ゲー・パーしながら腕の屈伸 ×2回 ③伸び

この動作をおこなっても頭がぼーっとしたり、身体がだるく感じる場合はもう一度行いましょう。十分に身体の状態が元に戻ったと感じてから終了しましょう。

2.2 腹式呼吸法

- ①背筋を伸ばして椅子に座るか、仰向けで床に寝た姿勢を取る。
- ②目を閉じて、臍の下辺りに手を当て、意識を集中する。
- ③鼻からゆっくり息を吸い、頭の中で「1・2・3・4」と数を数える。
- ④「5」で息を止めて、お腹が膨らみきったことを確認する。
- ⑤口からゆっくり息を吐き、頭の中で「6・7・8・9・10」と数を数える。
- ⑥お腹が凹んでいることを確認する。

2.3 視覚イメージ法

- ①座位で安楽な姿勢を取り、数回、深呼吸をする。
- ②まずは、リラックスできるイメージを作る。
どのようなイメージでも構わないが、視覚的にイメージしやすいものを選ぶ。
例：海岸、森林、暖かい布団のなか、親しい人と過ごす時間、花畑など
- ③目を閉じて、イメージする。イメージしたものや生じてくる感覚（音・感触・匂い・味）に注意を向ける。
- ④終了後は頭の中で「3・2・1」と唱える。ストレッチなどを行い周囲に注意を戻す。

2.4 その他

睡眠法、入浴法、ストレッチなどのリラクセーションも効果が期待される。

リラクセーションのホームワークシート例

自分にとってのリラクセーション方法がありますか？ 書き出してみましょう。		
リラクセーション記録表		
日付	時間	リラクセーション内容 感想
月 日 (曜日)	: ~ :	
月 日 (曜日)	: ~ :	
月 日 (曜日)	: ~ :	
月 日 (曜日)	: ~ :	
月 日 (曜日)	: ~ :	
月 日 (曜日)	: ~ :	
月 日 (曜日)	: ~ :	

Chapter

3

セッション 5～6
ストレスマネジメント

ストレスマネジメント ①

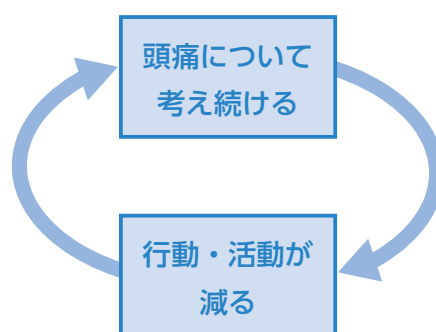
このセッションでは、ケースフォーミュレーションのうち、行動（振る舞い）を扱う

■セッションのポイント

- 頭痛を過度に意識した行動がストレスを招いている
- 頭痛のことばかりを考えることは、行動を消極的にする
- 消極的な行動は、さらに頭痛のことばかりを考えることにつながる
- 工夫しないと行動は変わらない

■頭痛によるストレス

片頭痛の辛さゆえに、痛みの原因や対処法のことを頭から離れないことがある。これが過度になると、他のことに気が回らなくなり、自分にとって良い活動をやめたり、減らしてしまうことに繋がる。そして、ますます片頭痛のことばかりを考えてしまい、生活の幅がさらに狭まる。このようなパターンは悪循環であるだけでなく、本人が思う以上にストレスである。片頭痛では、頭痛が起こるのではないかと、悪化するのではないかと考えることで、行動や活動の停滞を長引かせてしまうことがある。痛みを悪化させたくないと思えるのは一般的なことである。しかし、自分を守るために減らした行動や活動が、逆にストレスを強めることがある。喜びや達成感を感じることがなくなり、孤立し、引きこもりがちになるからである。そして、何もしていない時に、片頭痛について考え続け、そのことばかりが頭の中を駆け巡るようになり、このような状態が、片頭痛によってもたらされる心理的ストレスである。



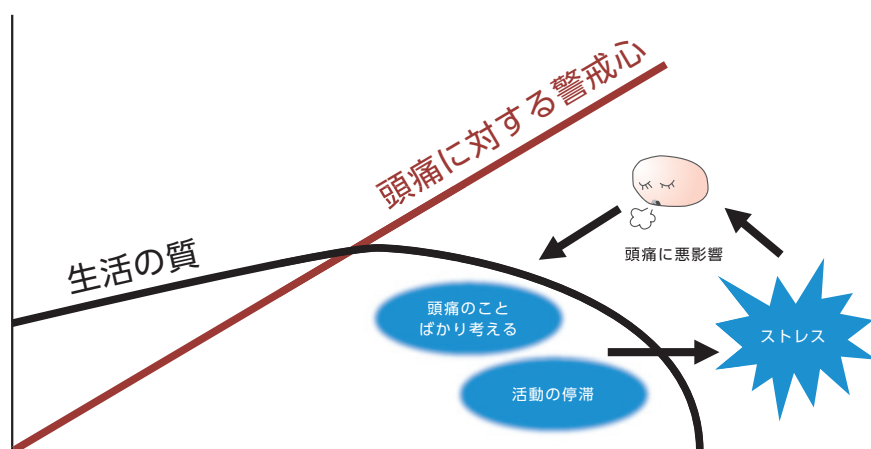
■頭痛について考え続けている状態

片頭痛患者が、思い悩む理由はいろいろあるが、その内の一つとして、警戒心の強まりによるものが考えられる。

- ・頭痛になったらどうしよう
- ・どうせやるなら完璧にやりたい
- ・頭痛がない頃と同じようにはできない
- ・今日はタイミングじゃない気がするな
- ・人に迷惑をかけるのもどうかと思う
- ・がっかりするだけだろう
- ・こんな気分ではやりたくないな
- ・どうせうまくいかない
- ・ひどく億劫だから、やってもいいことはないな
- ・やる気になったらやろう

■頭痛を悪化させない行動が実はストレスを招く

ストレスとは、環境や状況の変化に対する脳と体の反応である。人は変化を認識すると、その状況に合わせようとする。これまでとは違った環境や状況に直面し、脳と体はエネルギーと警戒心を沸き上がらせる。これをストレス反応と呼ぶ。通常、人は慎重になり、警戒しながら、新たな環境に順応していく。しかし、状況が困難でなかなか適応できなかつたり、警戒心が強すぎたり、不安が完全でない状態を目指すと、それ自体がストレスを生み出すことになる。過剰な自己防衛が人を過敏にし、切迫感、焦燥感をもたらす。これが長期間続き、解決しない時には、気分が滅入ってくる。



過剰な自己防衛は下記のような行動である

- 痛みの原因を追求する
- ネットで病院、薬、治療法について調べ続ける
- 痛みの強弱を入念に観察する



このような行動が増えすぎる結果、行動は下記のようなになるかもしれない

- 人と全く合わない
- 趣味や余暇活動を一切やめる
- 引きこもる



結果的に下記の行動がより増えていく

- 痛みの原因を追求する
- ネットで病院、薬、治療法について調べ続ける
- 痛みの強弱を入念に観察する



このような状況を「痛みの悪循環」という。悪循環と分かっている、簡単に行動を変えることはできないのは、以下のような考えによって行動を変えることを阻まれてしまうのかもしれない。

これまでの努力をやめていいのか
 努力なしに痛みは改善しないはずだ
 痛みが強くてそれどころじゃない
 痛みの悪化を避けるには、今のやり方しかない
 痛みを完全に取り去る方法があるはずだ

■工夫しないと行動は変わらない

前述の通り、人の行動は簡単に変えることができず、一旦覚えた習慣は変えにくい。違う行動を試しても、脳は元の状態を維持しようとし、億劫さ、違和感、罪悪感が生じる。具体的には下記のようなことが障壁になるため、あらかじめ対策を考えておくといよい。

準備が整わない：準備段階を細分化しよう。簡単にできるステップを考えよう

失敗したくない：高確率で成功する計画を立てよう

迷ってしまう：やるかやらないかの葛藤にはなかなか勝てない。実際には、計画通りにやった方が楽で、毎回違う予定に対応する方が大変である。

トリガーがない：タイミング、締め切りを定めよう。新しい行動は、なかなか自然には起こらない。

やりすぎる：やりすぎることで飽きてしまう、あるいは疲れてしまう人がいる。もっとやりたいと思うところでやめておこう。

やめてしまう：完全にやめないようにしよう。習慣から離れると、再開はとても難しくなる。

気分は乗らないけれど、やってみると意外に気分が良くなった経験を誰しもがもっている。行動を変えるには、うまく自分をなだめていくことが必要である。少しずつ、負担のない範囲で新たな行動を開始するのがよい。継続していくことで習慣にもなっていく。まずは、自分が興味を持てる行動を選んでみると良い。「できるか、できないか」、「どのようにやるか」、「いつ効果が現れるか」などは考えず、「興味」を基準にして選択してみよう。痛みから少しでも距離が取れるのであれば、それは意味のあることである。痛みを意識する時間を減らしていくこと自体にもストレスを減らす効果がある。

■対人関係で試せること

断ってみる、小さなことをお願いしてみる、最近話をしていない友人と連絡を取る、誰かと過ごす時間を作る（長すぎず、短すぎず）、1人の時間を作る、贈り物をする

■余暇活動として試せること

映画を見る、普段読まない雑誌を見る、やってみたい活動（習い事、旅行など）の下調べ、きつすぎない運動

■少しだけライフスタイルを変えてみる

普段は着ない色の服を試す、普段は通らない道を通る、普段は食べない食事を試してみる

■減らしてみる

スマホやネット閲覧の時間、趣味や人と会う時間、1人でいる時間、人という時間

■自分を見つめる

日記を書く、自分史を書いてみる、近しい人に自分がどういう人が聞いてみる

■付録 3-1 【ワーク】 具体的な行動計画を立てましょう

1. あなたが興味を持ったことを書いてください
2. 選んだ行動を試せる行動に落とし込んでいきましょう
3. 試すタイミングを決めましょう
 - いつ
 - どこで
 - だれと
 - 何をする
4. 試してみたい思いの強さは 10 点中、何点でしょうか？
5. 試してみたい思いの強さを上げるにはどうしたらよいでしょうか？
（ハードルを下げる，細分化する）
6. やり遂げる自信は 10 点中、何点でしょうか？
7. やり遂げる自信を上げるにはどうしたらよいでしょうか？
8. 何が行動の障壁になるでしょうか？
9. 行動の障壁を乗り越えるにはどうしたらよいでしょうか？

ストレスマネジメント ②

このセッションでは、ケースフォーミュレーションのうち、行動（振る舞い）を扱う

■ポイント

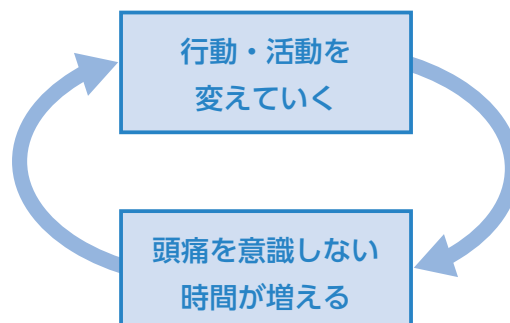
- ・片頭痛について考え続けるストレスを減らすための行動を増やす
- ・前回の行動計画を振り返り、より良い行動計画に発展させる

■前回の宿題について振り返る

うまくいったこと、いかなかったこと、よかったこと、期待外れだったことなどがあれば、そのことについて患者と治療者で話し合うと良い。

- ・うまくいったこと
- ・いかなかったこと
- ・よかったこと
- ・期待外れだったこと
- ・今回の計画で学んだこと

さらに、なぜこのような計画を立てるのか、もう一度おさらいをする。



頭痛の軽減を目的に計画を立てても期待通りにいかないこともある。頭痛を意識せずに済むことを目標にし、このような時間を増やすことによって、ストレスを減らし、結果的に頭痛の軽減に繋がっていく。

■【付録3-2】 ワーク 行動計画を見直し、発展させよう

前回の計画を発展させても、新たな計画を立てても構いません。次回までに試す行動計画を立てていきましょう。

1. あなたが興味を持ったことを書きましょう
2. 選んだ行動を試せる行動に落とし込んでいきましょう
3. 試すタイミングを決めましょう
 - いつ
 - どこで
 - だれと
 - 何をする
4. 試してみたい思いの強さは10点中、何点でしょうか？
5. 試してみたい思いの強さを上げるにはどうしたらよいでしょうか？
（ハードルを下げる，細分化する）
6. やり遂げる自信は10点中、何点でしょうか？
7. やり遂げる自信を上げるにはどうしたらよいでしょうか？
8. 何が行動の障壁になるでしょうか？
9. 行動の障壁を乗り越えるにはどうしたらよいでしょうか？

Chapter

4

セッション 7～10
認知再構成法（まとめ）

認知再構成法（まとめ）

このセッションでは、ケースフォーミュレーションのうち、認知（考え方）を扱う

1. 認知再構成法とは

否定的な認知（考え方）に対して、症状や生活障害が減少するような適応的で、柔軟な認知（考え方）ができるようになることを目指す方法。認知行動療法における主要な治療技法の1つで、認知療法と呼ばれることもある。

2. 否定的認知とは

2.1 一般的な特徴

症状や生活障害を強める否定的認知には、次のようなものがある。これらの否定的認知はメンタルヘル스에 広く悪影響を及ぼすとされる。2.2 で説明する痛みに対する否定的認知とも関連する。

主な否定的認知	特徴
全か無かの思考	いわゆる白黒思考で、物事を 0 か 100 で判断する考え方
「べき」思考	自分や他者に対して常に高い水準を求め、妥協を許さない考え方
過度の一般化	現状にそぐわないほど、1 つのことを他のことへ当てはめる考え方
感情的理由づけ	自分の感情のみに基づいて、それが事実であると判断する考え方
レッテル貼り	自分や他者に対して一方的で、根拠のない決めつけをする考え方
過大視と微小視	肯定的側面を軽視し、否定的側面を非合理的に重視する考え方
運命の先読み	現実性を考慮せず、将来を悲観し、否定する考え方

2.2 痛みに対する否定的認知

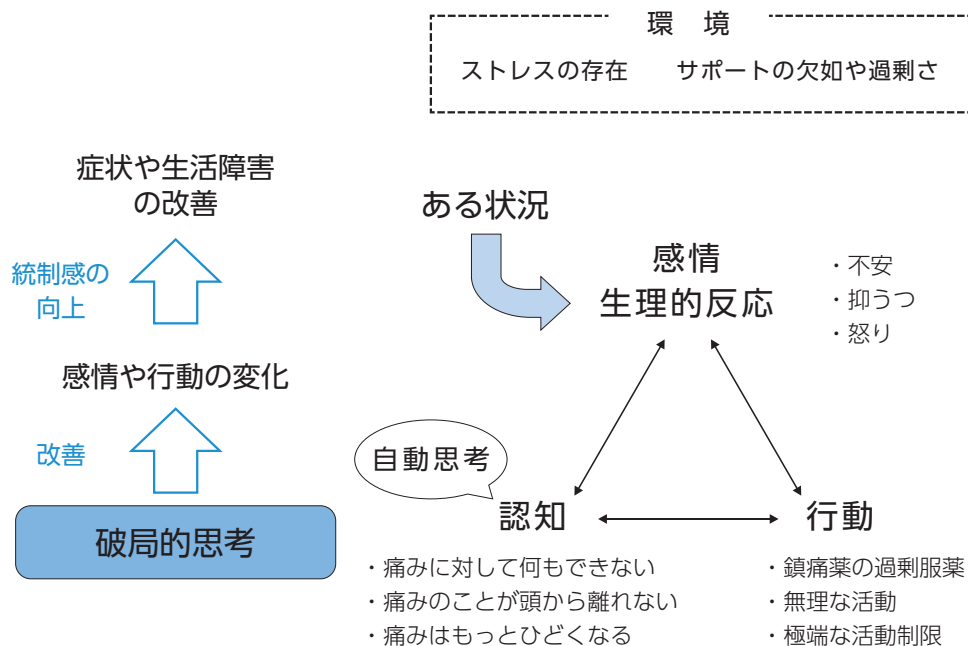
「痛みのことばかり考える（反すう）」、「痛みに対して自分ができることは何もない（無力感）」、「痛みがもっとひどくなると考える（拡大視）」といった痛みに対する否定的認知のことを“破局的思考”と呼ぶ。痛みに対する破局的思考は、痛み症状や生活障害に影響を与え、痛みを慢性化させるといわれている。

2.3 痛みに対する破局的思考の測定【付録 1】

痛みに対する破局的思考は、PCS（Pain Catastrophizing Scale）（松岡・坂野，2007）で測定できる。PCS の結果は、痛みに対する否定的認知の特徴や度合いを理解する上で参考となる。

3. 認知再構成法はなぜ慢性頭痛の改善に有効か？

認知は、感情や行動と関連しあっている。つまり、痛みに対する破局的思考は、後ろ向きな感情（例：不安、抑うつ、怒り）や痛みに対する不適切な行動（例：過剰な鎮痛薬の服用）を増やし、結果的に痛み症状や生活障害を増加させる。そのため、認知再構成法によって痛みに対する破局的思考が改善することで、感情や行動面での変化が生じ、痛み症状や生活障害への統制感が向上する。痛み症状を0にするというよりも、痛み症状によって引き起こされるさまざまな問題の改善を目標とする。



4. 実施手順【付録 2, 3】

認知再構成法の実施にあたって、思考記録表【付録 2, 3】の利用（この表を埋めていく形で進めること）は参考になる。ただし、必ずしも思考記録表を完成させることが目的ではない。思考記録表はあくまでツールの1つであり、本人の痛みに対する認知が柔軟で、適応的になるようにセッションを進めるよう心掛ける。

4.1 痛みに対する破局的思考の特定

- 目的
- ・患者の症状や生活障害に関連する痛みに対する破局的思考を特定する。
 - ・破局的思考が感情、行動とどのように関連しているか把握する

- ① 頭痛日記を振り返り、1週間以内で痛みを感じた場面の中で、特に辛かった場面（生活への影響度が大きかった場面）（A）を1つ切り出す。

ポイント

- * そのときの場面（A）は、なるべく具体的に詳しく確認する。
（例：日時、場所、そこにいた人物、生じたこと、言われたこと）
- * “1週間以内”というのは目処。現時点から痛みを感じ、辛かった場面（生活への影響が大きかった場面）までの間隔が遠くない方がその後の作業（その場面での感情や認知の想起）を進

めやすく、治療対象としてふさわしい認知（症状や生活障害に強い関連を示す認知）につながりやすい。

- ② そのとき（A）の感情を確認し（複数でもよい）、その感情の強さを100点満点で点数をつける。
ポイント

＊感情の内容が難しい場合には、以下を参照する。

（感情の例：不安、ゆううつ、怒り、悲しみ、むなしさ、心配、罪悪感）

- ③ そのとき（A）に浮かんでいた考えを確認し（複数でもよい）、その考えを信じている度合いを100点満点で点数をつける。

ポイント

＊考えを確認する際、特に自分を辛い気持ちにさせた考えを確認する。

＊辛かった状況で、頭の中に浮かんでいた言葉やイメージを思い出す。

- ④ 痛みに対する破局的思考を特定し、その思考が浮かぶ際に、痛み症状、感情、行動がどのようなになっているか整理する。

4.2 痛みに対する破局的思考の検証

目 的 患者の破局的思考が客観的事実や根拠に基づくものであるか振り返る（本人の頭の中だけで起こっているかどうかを確認する）。

4.1 で特定した破局的思考に関して、“自らの考えを正当化する事実（根拠）”を確認し、その考えが本当に客観的事実や根拠に基づいているか検討する。

ポイント

＊その考えに至っている根拠として考えていることは、

（1）事実が無いことではないか

（2）相手の心の中を推測したものでないか

（3）勝手な思い込みや事実の解釈になっていないか

を確認する。

・患者の発言が（1）～（3）に該当していれば、患者の考えは客観的事実や根拠によるものであるとは言えず、本人が頭の中だけで作り出したものであると理解できる。

・その考えと相反する、矛盾する内容（反証）がないかを確認する。

＊自分の考えを冷静に振り返ることで、患者の考え（破局的思考）が必ずしも絶対的なものではなく、別の考えをすることができるという可能性に気づく。

4.3 適応的思考への変換

目 的 患者の破局的思考とは異なる考え方（適応的思考）について検討する。

- ① 4.1 であった場面に対して、痛みに対する破局的思考とは別の考え方を検討する。

ポイント

- * 頭痛日記を振り返り、痛みの変動や改善の行動や場面を振り返る。
- * わずかでも痛みのコントロールができたと思うときはどのようなときか振り返り、そのときの考えを尋ねる。
- * 質や現実性を意識せず、思いつく限り多くの考えをあげる。
- * 別の視点から考えを生み出す尋ね方として次のようなものがある。
 - (1) 他の人が同じような考え方をしていたら、あなたは何と言ってあげるか
 - (2) その状況を苦しめない人がいたとしたら、その人はその状況をどのように考えているか
 - (3) もし、自分が望む状態になったとしたら、あなたはどのように考えるか

- ② ①で検討した破局的思考とは異なる考えをした場合を想定して、その際の感情の点数を 100 点満点でつけ、元々の点数からの変化を確認する。

- ③ ②であげた思考のうち、改善効果が予測される思考（適応的思考）を確認する。

- ④ ③が複数ある場合には、そのうち実際の生活場面で用いることが可能で、現実的に想起が可能であると思われるものを選択する（複数でもよい）。

4.4 新しい思考の獲得

目 的 痛みに対する適応的思考を身につける。

4.3 で選択した適応的思考を生活の中で実践し、柔軟に取り入れていく。

ポイント

- * 痛みや生活支障を感じる場面で適応的思考を意識的にあげる。
- * 「難しい」という患者に対しては、次のことを伝える。
 - ・新たな考え方をしようとしても、簡単ではなく、信じられないことが少なくないこと
 - ・これまでの生活の中で繰り返し考え、浮かんできた内容が出てくることは自然な反応であること
 - ・動作技術（自転車など）の習得と同じで何度も練習する（考えるクセをつける）ことで習慣化し、身につけることができること。
- * 新しい思考を獲得していくためには、単に新しい考えをしよう意識するだけでは不十分なことが多い。
- * 思考の変容や獲得は、行動変容に伴い生じることが多く、定着しやすい。そのため、本人が痛み症状のために避けていた行動や行っていない行動など、本人が価値をおく必要な行動を実践することも重要である。（→ 『ストレスマネジメント』 参照）
- * 重要な点は、痛み症状や生活障害の改善に効果的な考え方を発見する、増やすといった、考え

方の幅を広げることである。そのため、否定的認知を肯定的認知に変えるということは必ずしも意図しない。

4.5 実施内容の目安とホームワーク

回 数	実施の内容（目安）	ホームワーク
第 7 回	1～3 の説明，PCS を用いた破局的思考の確認	破局的思考の特定
第 8 回	4.1（破局的思考の特定），4.2（破局的思考の検証）の実施	破局的思考の検証
第 9 回	4.3（適応的思考への変換），4.4（適応的思考の獲得）の実施	適応的思考への変換， 適応的思考の獲得
第 10 回	4.4（適応的思考の獲得）の実施，まとめ	－

<ホームワークについて（実施例）>

・第 7 回 破局的思考の特定

痛みを感じる場面で、どのような考えが頭に浮かんでいるか、確認してきていただく。
（メモなど、実際の考えを記録してきてもらうのも良い。）

・第 8 回 破局的思考の検証

患者の破局的思考が客観的事実や根拠に基づくものであるか、日常生活を通して振り返ってきていただく。

・第 9 回 適応的思考への変換，適応的思考の獲得

セッション内で確認した患者の破局的思考とは別の考え方（適応的思考）を、日常生活の中で意識的に取り入れていく。

（『ストレスマネジメント』のセッションを参考に、新たな行動を実践してきてもらうのも、適応的思考の習得には良い）

■【付録 4 - 1】 PCS（Pain Catastrophizing Scale）（松岡・坂野，2007）

痛みを感じている時のあなたの考えや感情についてお聞きします。以下に、痛みに関連したさまざまな考えや感情が13項目あります。痛みを感じている時に、あなたはこれらの考えや感情をどの程度経験していますか？

	全くあてはまらない	あまりあてはまらない	どちらともいえない	少しあてはまる	非常にあてはまる
1. 痛みが消えるかどうか，ずっと気にしている．	0	1	2	3	4
2. もう何もできないと感じる．	0	1	2	3	4
3. 痛みはひどく，決して良くなれないと思う．	0	1	2	3	4
4. 痛みは恐ろしく，痛みに圧倒されると思う．	0	1	2	3	4
5. これ以上耐えられないと感じる．	0	1	2	3	4
6. 痛みがひどくなるのではないかと怖くなる．	0	1	2	3	4
7. 他の痛みについて考える．	0	1	2	3	4
8. 痛みが消えることを強く望んでいる．	0	1	2	3	4
9. 痛みについて，考えないようにすることはできないと思う．	0	1	2	3	4
10. どれほど痛むかということばかり考えてしまう．	0	1	2	3	4
11. 痛みが止まって欲しいということばかり考えてしまう．	0	1	2	3	4
12. 痛みを弱めるために私にできることは何もない．	0	1	2	3	4
13. 何かひどいことが起きるのではないかとと思う．	0	1	2	3	4

■【付録 4 - 2】思考記録表

状況	
気持ち	
考え	
根拠	
反証	
適応的思考	
気持ちの変化	

■【付録 4 - 3】思考記録表の記入例

状況	夕食の準備をしようとした際、頭痛が生じた
気持ち	落ち込み（90） 怒り（70） 罪悪感（50） 不安（30）
考え	<ul style="list-style-type: none"> ・また、頭痛がきた。家事や子どもの世話などやらなければいけないことがたくさんあるのに、私にはもうできない。ダメな母親だ。（90） ・仕事も残っているが、この痛みはずっと長引く。耐えることしかできないから、今日も集中して仕事ができない。（70）
根拠	<ul style="list-style-type: none"> ・私が家事をしなければ、どんどんたまっていく。 ・子どもはゲームをしている。 ・夫は19時に帰ってくる。
反証	<ul style="list-style-type: none"> ・頼めば、娘や夫もサポートしてくれる。 ・痛みはあるが、家事と世話をやってきた。 ・痛みが弱くなった時もあった。そのときは仕事もできた。 ・会話をしているときやボーっと携帯をいじっているときは、痛みが気にならないときがある。 ・パンフレットに載っていたリラックス方法をやったら、ひどくならなかった。 ・薬が効いたときは、痛みを気にせず過ごせた。
適応的思考	<ul style="list-style-type: none"> ・痛みにも波があり、落ち着いている時は家事や子どもの世話ができています。十分にできないところもあるが、それなりに母親として頑張っている。 ・リラックスしたり、気分転換することで、痛みが和らいだり、気にしないで過ごせる。そのときは仕事もこなせている。 ・その日その日で痛みの状況も違うので、様子をみてみないとわからない。痛みがあってもそれなりに過ごすことはできる。 ・ストレスが溜まっているかもしれない。無理すると痛みは増すが、気をつけて過ごすと、ひどくならないかもしれない。 ・痛みが本当にひどいときは娘や夫に頼めばやってもらえそうだから、無理せず頼もう。いつもではないし。
気持ちの変化	落ち込み（40） 90→40 怒り（20） 70→20 罪悪感（10） 50→10 不安（10） 30→10

Chapter

5

オプションセッション

オプションセッションについて

ここまでの10回のセッションは、片頭痛に対する認知行動療法の共通セッションとして位置づけられる。ここまで、進んだ患者であれば、自らのストレス要因と対処行動の特徴、認知的な特徴などについて理解できていると思われる。

ここまでの認知行動療法をより強化するために残りの6セッションをおこなう。ここはオプションセッションとして位置づけられ、自律訓練法、バイオフィードバック、マインドフルネス・ACTなどの各治療法と個々の患者の親和性（相性）などによって、6回の治療内容を決定する。

ACT, マインドフルネス

1. ACT, マインドフルネスとは

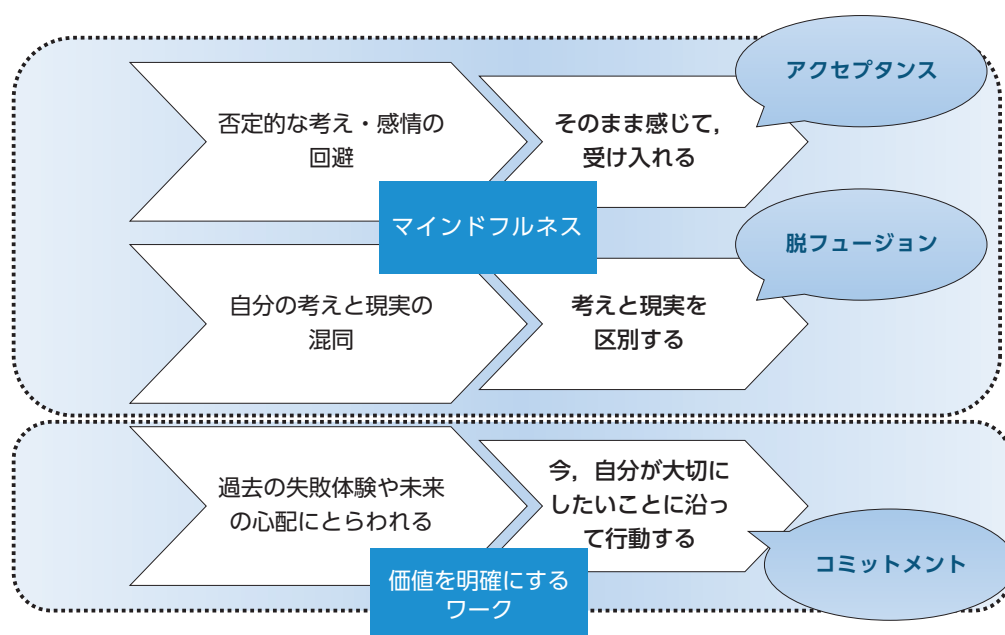
ポイント

これまで取り組んできた認知行動療法（以下 CBT）は、「認知や行動を変えることで、感情や痛みを軽減する」ことを目指すものであった。これは第2世代の CBT と呼ばれている。ここで紹介する ACT, マインドフルネスは第3世代の CBT と呼ばれ、「避けがたい感情や痛みを受け入れることで苦痛を軽減し、より良い人生を送る」ことを目指すものである。

ACT（アクセプタンス&コミットメント・セラピー＝アクト）とは、今、この瞬間を価値判断せずに受け入れること（＝アクセプタンス）と、人生における自分の目標や方向性といった価値に沿って能動的に行動すること（＝コミットメント）で、心の健康の回復・維持を目指す心理療法である。ACT では、患者に生じている否定的な考えや感情を変えるのではなく、考えと現実を区別し（＝脱フュージョン）、そのまま受け入れることを目指す。その方法はいくつかあるが、ここではマインドフルネスの技法を用いることとする。

マインドフルネスとは、今この一瞬に対して価値判断せず意図的に注意を向けることで得られる気づきのことである。マインドフルネス呼吸瞑想と呼ばれる、自分の呼吸に注意を向けるトレーニングにより、自分の考えや感情から距離を取り、価値判断をせずに受け入れることを目指していく。

また行動については、今患者が大切にしたいと思っていること（価値）に沿った行動を増やしていく。そのために患者の価値を明確にする必要がある。以下で示すワークを用いて、さまざまな領域における患者の価値を明確にし、それを達成するためにどんな行動ができるかを患者とともに考えていく。



2. 実施手順

マインドフルネス呼吸瞑想と、自分自身の価値を明確にするワークを行う。

ポイント

- ・マインドフルネス呼吸瞑想では、自分自身がどのような考えや感情を抱いているかに気づき、受け入れる（変えようとしない）ことを目指す。色々な考えや感情・痛みが生じたとしても、焦らず、「私は今〇〇と考えて（感じて）いる」と気づいて、そのまま置いておき、再び呼吸に意識を向けるよう患者に促していく。
- ・マインドフルネス瞑想は、受け入れられない考えや感情を無理やり受け入れるものではない。現状を、今この瞬間だけでも、あるがまま認めるようなイメージを持つよう患者に説明することが望ましい。

■呼吸を感じるマインドフルネス瞑想

<教示>

できるだけ楽な姿勢をとります。立つ、座る、横になる、どんな姿勢でも構いません。

目を閉じた方が心地よければ、目を閉じます。

*瞑想

呼吸に伴う身体の感覚に、ゆっくりと意識を向けていきます。

呼吸を一番強く感じるのはどこでしょうか。吸う息、吐く息に意識を向け、それに伴う身体の変化に注意を向けます。

痛みを感じても、それに快、不快といった判断をせずそのまま置いておき、呼吸を続けます。

次に、思考や感情に意識を向けてみます。

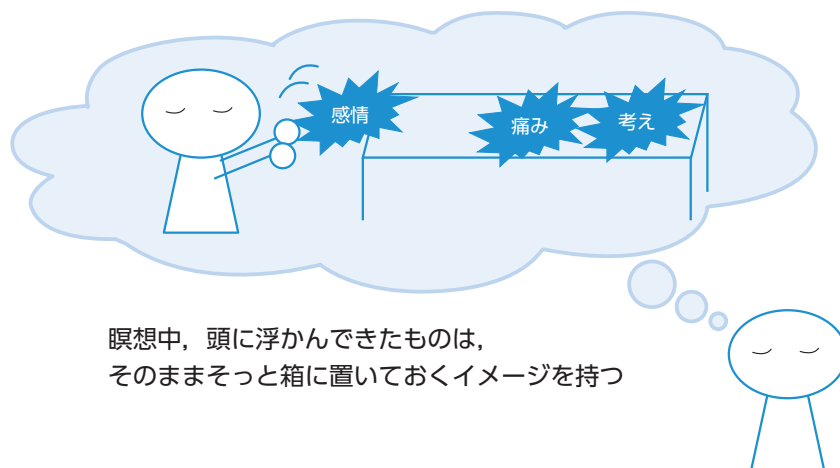
瞑想は心を空っぽにすることではありません。考えが浮かぶのは自然なことです。

感じたこと、考えたことに気づいて、それらをそのまま置いておき、何度でも意識を呼吸と身体感覚に引き戻していきます。

瞑想を終わりにします。

ゆっくりと目を開けて、周りの音に意識を向けます。

少しずつ、ゆっくりと身体を動かし、瞑想から次の活動へと切り替えていきます。



■自分自身の価値を明確にするワーク【付録1】

- ①人生の各領域において、自分が大切にしたいこと（価値）は何か書き出してもらう。
- ②重要度を「1：価値が最も低い～10：価値が最も高い」の10段階で評価してもらう。
- ③今の現実生活や行動からみて、それぞれの領域で価値がどこまで達成できているかを評価し、達成度の欄に書き込んでもらう。「1」は現在価値がまったく達成されていない、「10」はこれ以上なく価値が達成されていることを意味する。
- ④重要度の数値から実際の数値を引く。この値が大きければ大きいほど、患者が価値を置いているものと現在の実生活との間に隔たりが大きいことを示している。隔たりの大きい領域の価値に基づいた患者の行動はどんなものか話し合い、その行動を活性化し、痛みがありながらも価値ある生活・人生を送れるようになることを目指していく。

■ 【付録 5 - 1】

あなたの価値ランキング				
領域	価値 (自分はどんな○○でありたいか, ○○を通して何を得たいか)	重要度	達成度	
恋人/パートナー				
子育て				
家族				
友人/仲間				
仕事				
成長				
趣味/余暇				
社会貢献/地域活動				
健康				

バイオフィードバック

1. 概要

バイオフィードバックとは知覚しにくい身体の変化や反応を機材により測定し、結果を視覚や聴覚により捉えやすいかたちに置き換えてリアルタイムにフィードバックする治療法である。患者は目標とした生体反応の制御を試みてトレーニングを行い、最終的には機材の助けを借りることなく自己制御できるようになることを目標とする。

利用可能な生理指標として以下のようなものがあり、基本的に非侵襲的な方法を用いる。

- 【血圧】 市販の自動血圧計で簡単に測定が可能、数値的な変化が分かりやすい。
- 【心拍数】 パルスオキシメーターなどにより連続的な測定が行いやすい。
- 【皮膚電気抵抗】 スマートウォッチなどによる簡易測定が普及しつつある。
- 【筋電位】 医療機関での実施となるが、筋緊張を直接的に視認出来る。
- 【末梢皮膚温】 自己制御を体感しやすいが、測定環境の影響を受けやすい。
- 【脳波】 専門的な機材を揃えた医療機関で施行する。

片頭痛の治療に際しては、症状形成に関与している生理指標（緊張型頭痛における後頭部の筋緊張など）の自己制御を目指す「直接法」ではなく、全身のリラクセーションや健康的な身体感覚の獲得を目指す「間接法」を採用することが多い。「片頭痛の認知行動療法マニュアル（医療者用）」ではリラクセーション、ACT・マインドフルネス（呼吸瞑想）、自律訓練法のセッションを紹介しており、これらとバイオフィードバック療法を併用することが効果的である。

2. 目標設定

バイオフィードバック療法における生理指標の自己制御は、あくまでも片頭痛の治療における手段のひとつである。可能であれば複数の生理指標を測定したうえで、最も治療的な方向での変化が確認しやすかったものを継続的に用いるのが望ましい。

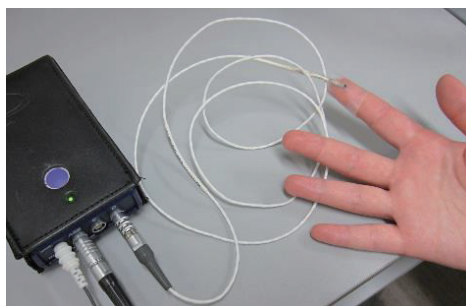
目標として各回のセッション前後で「収縮期血圧を 5 mmHg 下げる」「心拍数を 5 bpm 下げる」といった設定も可能であるし、数回のセッションを通しての平均値の低下を目指しても良い。また具体的な数値目標は設定せず、バイオフィードバックを併用しながらリラクセーションのセッションを進め、主観的な感覚の変化と客観的な数値の変化が連動するのを確認するというのも良い方法である。

リラクセーションの習熟が進むと、普段から副交感神経優位な状態を保てるようになりバイオフィードバックによる明確な数値変化が得られにくくなることもある。教示を行う医療者はポジティブな解釈を助けるような声掛けをしていく必要がある。

3. 実施手順

3.1 使用機材

専用機材が使用可能であれば、より充実したセッションとすることが出来る。



指尖部の末梢皮膚温を測定する機材の一例（Mind Media 社製 NeXus-4）

医療機関で施行する際には自動血圧計（血圧と心拍数の測定が可能なものが望ましい）、パルスオキシメーター、心電図モニターもしくは心電計（肢誘導のみ使用し、脈拍数の連続的な測定を行う）、筋電計などを使用する。いずれも装着と測定に際して患者とスタッフの負担が少ないものが望ましい。

3.2 セッションの構成例

機材のセッティング	10 分程度でセッティングを行う。 併行してホームワークの施行状況など簡単に確認する。
プレ測定	3～5 分間、安静坐位で生理指標を測定、記録する。 自覚的な緊張度も確認する。
リラクセーション①	リラクセーション、呼吸瞑想、自律訓練法など。 希望と適性に応じて選択したものを施行する。 連続測定が可能な生理指標であればフィードバックする。
中間測定	3～5 分間、安静坐位で生理指標を測定、記録する。 自覚的な緊張度も確認する。 プレ測定と比較して変化があれば適宜教示する。
リラクセーション②	リラクセーション①と同じ内容が望ましい。 連続測定が可能な生理指標であればフィードバックする。
ポスト測定	3～5 分間、安静坐位で生理指標を測定、記録する。 自覚的な緊張度も確認する。 プレ・中間測定と比較して変化があれば適宜教示する。
セッションの振り返り	セッションの経過を振り返る。 ホームワークの設定を行う。

3.3 ホームワーク

バイオフィードバックに利用可能な機材を持っていない場合はリラクセーション，呼吸瞑想，自律訓練法などの実践と記録をホームワークとすれば良い．この際にバイオフィードバックの測定を行っていたら，どのような生理指標の変化が得られただろうとイメージを持って取り組むよう指導するのは良い方法である．

一般に購入可能な自動血圧計，パルスオキシメーターなどの機材に加え，スマートフォンやスマートウォッチでの簡易的な生理指標測定が行える場合は，これを使用してホームワークを行うことも可能である．この際には各指標の適切な解釈がなされるように指導する．副交感神経優位となった状態を反映していると考えられる方向に教示を行う．

記録シート			
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> 年 月 日 時 分 ～ </div> <div style="text-align: center;"> （ 曜日） 時 分 </div> </div>			
	使用した生理指標	測定された値	自覚的な変化
プレ測定			
リラクセーション①			
中間測定			
リラクセーション②			
ポスト測定			
振り返りメモ			

自律訓練法

1. 自律訓練法とは

1.1 自律訓練法とは

自律訓練法は1932年にシュルツ（J. H. Schulz）によって創始された心理療法の一つである。自己催眠の流れをくみ、催眠によってもたらされる心身の状態に類似した状態が、自律的に生じるよう訓練するものであり、つまり、自分自身の力で、適度なリラクセス状態を得られるようになるための練習であるといえる。心理療法ではあるが、実施すると心理的反応だけでなく生理的反応も生じる。

効果としてはリラクセーション効果、疲労回復効果、内外の状態への気づきなどが得られ、セルフコントロール感の高まりにもつながる。治療目的での実施のほかに、健康増進目的でも実施され、医療だけでなく教育・産業保健分野などでも用いられている。

自律訓練法は複数の治療技法からなる体系であるが、そのうち標準練習が最も基本であり重要な技法である。本マニュアルではこの標準練習の実施について述べる。

1.2 自律訓練法の適応と禁忌

自律訓練法は片頭痛以外にも過敏性腸症候群、機能性ディスペプシア、本態性高血圧、気管支喘息など多くの身体疾患が適応症に挙げられており、特に不安や緊張の関与する病態で有効であると考えられている。

一方禁忌には、自律訓練法により副作用的反応や症状の増悪を引き起こす可能性のある疾患と考えられる、急性期の精神障害（統合失調症、双極性障害、うつ病性障害など）、心筋梗塞・ハイリスクの不整脈、低血糖状態があげられる。

また、準禁忌として、自律訓練法の実施は差し支えないが、各公式を省略する必要があるケースがいくつか存在する（各公式の説明は後述する）。

第2公式：アトピー性皮膚炎

第3公式：循環器疾患

第4公式：呼吸器疾患

第5公式：糖尿病、活動性消化性潰瘍

2. 自律訓練法の実践

2.1 自律訓練法についてあらかじめ説明すること

2.1.1 動機づけ

自律訓練法はセルフコントロール技法であり、一定期間の練習をしていくことで効果が得られるものであり、継続するための動機づけが重要となる。そのため、効果と目的の理解、効果はある程度の練習を継続してから実感できるようになるのが通常であることなどをあらかじめ伝える。

2.1.2 受動的注意集中

「リラックスしよう」と能動的に取り組むと、かえって緊張が高まることになる。自律訓練法では、公

式の内容や自分の体の感覚を実現しよう変えようと意識するのではなく、むしろどのような感覚になるかを観察するような心持でさりげない注意を向ける。このことを受動的注意集中と呼ぶ。

2.1.3 実施環境

特にはじめのうちは、なるべく静かな、外からの刺激の少ない場所で練習を行う。そのため物音や明るさ、室温を調整する。また、締め付けの強い服装や、空腹感・尿意などの体の内部からの刺激も取り除く方がよい。慣れてくると、外出先の騒がしい環境などでも実施できるようになる。

2.1.4 実施姿勢と呼吸の準備

基本練習姿勢として仰臥位、単純椅子姿勢、安楽椅子姿勢がある。練習は閉眼して行う。安楽椅子姿勢は頭部まで背もたれのある椅子にもたれる姿勢である。単純椅子姿勢は頭部が背もたれで支えられないため、椅子にはもたれず、腰部が背もたれにつく程度にし、背筋は伸ばしすぎず曲げすぎず、顔は軽くうつむき加減にする。足は完全に床につき不安定なことがないようにする。膝を軽く開き、両掌は膝の上に置く。肘は張りすぎず、程よく力が抜けた状態をとる。基本的には体がくつろぎやすい姿勢をとることが重要である。

呼吸は腹式呼吸を意識し、呼気時に公式を唱える形にするとやりやすいが、こだわる必要はない。また必要以上に呼吸をゆっくりと大きくする必要はなく、心地よい自然なペースで楽に呼吸をする。

2.1.5 練習の回数と時間

練習は1日3セットを目安に実施する。1セットは3～6分として1セットの中で3回の練習（姿勢を整えてから消去動作を行うまでを1回とする）を実施する。1回の練習時間は長すぎると受動的注意集中が保てなくなるため、特にはじめのうちは短めに設定するとよい。

またどうしても時間を取りにくい場合は、1日2セットに回数を減じるなども許容される。練習開始時は1日の練習の中に就寝前に仰臥位で行う練習を含めると実施しやすく体感も得られやすい。実施時刻は厳密に定める必要はないが、およそのめどは決めて一定にしておく和生活リズムを整えるうえでも有効である。

2.1.6 消去動作

練習の最後には必ず消去動作（取り消し動作）を行う。具体的には、目を閉じたまま、手を握ったり開いたりし、その後肘の曲げ伸ばしをする。最後に背伸びをして深呼吸をしてからゆっくりと目を開けるというものである。この動作は、急に眼を開けてまぶしくなることを避けること、しっかり覚醒させること、脱力感を消去することなどを目的とするものである。就寝前の練習時には、最後の練習では消去動作は軽く行うだけでよい。

2.1.7 練習の記録

練習の実施に当たっては、実施時刻とその時に感じたことを記録するようにするとよい。

2.2 標準練習の公式

姿勢と呼吸を整えたら、以下の公式を頭の中で声に出さずに数回ずつ順番に繰り返していく。実際に声を出して唱えると能動的な取り組みとなり力んでしまうため、声に出さないで思い浮かべるようにする。

背景公式：気持ちがとても落ち着いている

第1公式（重感練習）：両腕両脚が重たい

（右利きの場合）右腕が重たい→両腕が重たい

→両腕右脚が重たい→両腕両脚が重たい

第2公式（温感練習）：両腕両脚が温かい

（右利きの場合）右腕が重く温かい→両腕が重く温かい

→両腕右脚が重く温かい→両腕両脚が重く温かい

第3公式：心臓が（静かに）規則正しく打っている

第4公式：楽に息をしている（呼吸が楽だ）

第5公式：お腹のあたりが温かい

（第6公式：額が（こちよく）涼しい）

第1公式は、利き腕から始め、その感覚が反対側へと移動していくのではなく、広がっていくようなイメージで反対側の腕を追加する。そしてさらに下肢へと広がるようにして追加していく。「重たい」というより、脱力してただぶら下がっているような感覚など異なる表現を用いることもあるが、本人の弛緩する感覚を大事にする。第2公式においても、重さから温かさに変化するのではなく、重さに加えて、温かさを感じるイメージで行う。

第3公式では、心臓が静かに拍動するようにイメージするというよりは、第1・2公式を経てすでに落ち着いてきている心臓の拍動を実感するように行う。第4公式の呼吸も整えようとするのではなくすでに楽になっている呼吸に注意を向ける形で行う。第5公式では、温かさを感じにくい場合は、手のひらを軽くおなかにあてがい、手のひらの温かさがおなかに伝わる感じに注意を向けるとよい。

第6公式では、かえって頭痛が生じることもあり、少なくともそのような場合は実施しない。初めから割愛することも可能である。

公式を心の中で唱えるだけではなかなか感覚がつかめないときには、補助的にイメージを利用すると練習しやすくなる。例えば「気持ちがとても落ち着いている」という背景公式では、穏やかな心地よい場面をイメージし、「両腕両脚が温かい」ではゆっくりと温泉につかっているような場面をイメージする。

3. 自律訓練法のセッションの実際

3.1 治療者自身の実践

自律訓練法を指導する場合は、まず自分自身が習得する必要がある。少なくとも自分で自律訓練法の練習を経験しておく必要がある。

3.2 導入セッション

導入のセッションでは2.1 および2.2 で述べた内容をまず説明する。そのあとに実際に姿勢をとり、背景公式と第1公式の練習を行う。この時に、治療者と一緒に練習をすることが望ましい。また、初回であるので、公式は治療者が代わりに声に出して唱える形をとると、やりやすくなる。穏やかな声で、公式と公式の間には適切な間を取り実施する。

実施後は必ず消去動作を行い、脱力感が軽減されていることを確認してから終了する。

終了後に初回実施の感想や疑問点などを確認する。

最後に次のセッションまでの間に自宅でいつどのように練習するかの計画をある程度立て、記録表をわたし、終了とする。

3.3 2回目以降のセッション

2回目以降のセッションではまず練習の記録を振り返り、どのような感覚が生じたか、やりにくかった点や不快な点はなかったかなどを確認する。セッション内で治療者と一緒に練習を行うが、ある程度体得できていれば新しい公式を追加して練習を实践する。最後に記録表をわたし終了とする。なお公式は第6公式まで示したが、背景公式と第1公式・第2公式のみで実践することも可能である。

セッションスケジュールは比較的フレキシブルに設定が可能であるが、1～2週間に1回程度の頻度で実施することが望ましい。実施回数は体得の状況に応じる。

Chapter

6

治療前後の評価

片頭痛の状態を評価するツール

片頭痛の支障度や重症度、片頭痛による QOL への影響、また治療効果を評価するには以下の項目やツールが有効であると考えられる。

■一般的に用いられる評価項目

頭痛診療の中で、頭痛ダイアリー等の記録にもとづく以下の項目がよく用いられており有用である。

頭痛日数

頭痛強度

頭痛持続時間

急性期治療薬の使用量

■日本語版での標準化がなされている評価尺度

MIDAS および HIT-6 は日常診療の中で用いられることが非常に多く、日本語版での標準化がなされているため利便性が高い。また片頭痛による QOL への影響を評価する評価尺度として MSQ がある。

MIDAS : Migraine Disability Assessment Scale

日常生活を①仕事・学校、②家事、③余暇の 3 領域に分類し、過去 3 か月間に頭痛のために活動が妨げられた日数を合計する質問 1～5 と、頭痛頻度と頭痛強度を評価する質問 A および質問 B からなる。質問 1～5 の日数を合計してスコア化し、Grade I～IV の 4 段階で評価する。また、質問 A および質問 B を含めて総合的に検討して、頭痛による日常生活への支障度と重症度を評価する。日本を含めた各国で翻訳されており、信頼性および妥当性が検討されている。

HIT-6 : Headache Impact Test-6

インターネット版質問票である HIT の作成をへて開発された簡便な質問用紙で、痛みの強度、日常生活への影響、社会生活社への影響、頭痛による精神的負担等に関する 6 つ質問で構成されており、各々あらかじめ点数の設定された 5 つの選択肢が設けられている。6 つの質問の得点数を合計してスコア化することにより、頭痛による日常生活への支障度を 4 つのグレードに分類して評価する。各国で翻訳されており、日本版での信頼性が検討されている。

MSQ (Version2.1) : Migraine-Specific-Quality of Life Questionnaire

片頭痛による生活の質への影響を、日常役割機能の制限、日常役割機能の妨害、および感情的機能の 3 つの下位尺度で評価する質問票である。制限 7 項目（家族、余暇、活動、仕事、集中、疲労、エネルギー）、妨害 4 項目（解約、援助、中止、社交）、感情 3 項目（挫折、重荷、心配）の合計 14 の評価項目から構成されている。それぞれの項目につき、なし、少し、時々、かなり、ほとんど、常時の 6 段階で評価して合計点で評価する。日本語版 MSQ 作成委員会により信頼性と妥当性が検討されている。

HADS (Hospital Anxiety and Depression scale)

英国で開発された自己記入式の評価尺度で、身体症状を訴えて来院した外来患者の「不安」と「抑うつ」の評価を目的としている。「不安」について7項目、「抑うつ」について7項目で構成され、それぞれの項目について0～3点で回答し21点満点で評価する。記入に要する時間が5分程度と短時間であることから簡便で、時間に制約のある外来診療に適している。各国で翻訳されており、日本版の利用も可能である。

■日本語版での標準化がなされていない評価尺度

過去の認知行動療法の研究では MIDAS, および HIT-6, MSQ 以外にしばしば PedMIDAS や HDI が用いられている。その他、下記に記載した評価尺度が片頭痛の状態評価に有用であると考えられる。

PedMIDAS

学童期および思春期の片頭痛患者用 MIDAS で過去 3 ヶ月において日常生活への支障をきたした日数を回答する 6 つの質問から構成されている。通常の MIDAS では、仕事や家事、付き合いなどに関する質問項目が含まれているが、PedMIDAS では学校欠席や遅刻早退、勉強や宿題、遊びやスポーツなど小児の日常生活にそった評価項目で構成されている。MIDAS と同様に頭痛頻度と頭痛強度を評価する質問 A および質問 B があり、6 つの質問の合計日数をスコア化して Grade I～IV の 4 段階で分類して頭痛による日常生活への支障度と重症度を評価する。

HDI : Headache Disability Inventory

HDI は 25 の質問項目を有し、感情および機能の 2 つの下位尺度から構成される質問票である。それぞれの質問に、はい (4 点)、時々 (2 点)、いいえ (0 点) で回答し合計スコアで評価を行う。頭痛やその治療が日常生活に与える影響の評価に有用である。

HImQ : Headache Impact Questionnaire

頭痛インパクトの計測のために開発されたもので、頭痛頻度、頭痛持続時間、最終頭痛日、頭痛強度 (2 項目)、安静を要した頻度 (2 項目)、活動制限 (7 項目)、随伴症状 (2 項目) の合計 16 項目の質問から構成されている。そのうち 8 項目を用いた HImQ スコアで評価を行うがスコアリングは複雑であり、リサーチでの使用が適している。

HIT : Headache Impact Test

HIT は、HIT-6 のベースになったインターネット版質問票で、HDI, HImQ, MIDAS, MSQ からの質問項目と、新しく追加された質問項目で構成されている。仕事、家庭、学校および社会において、頭痛が与える個人への影響を測定し、頭痛のインパクト全体を評価するためのツールとして開発されている。

MSQOL : Migraine-Specific quality of life measure

生活内の様々な状況において、片頭痛が行動や感情、人間関係などに与える影響を 25 項目の質問で、それぞれ 4 段階で評価を行い片頭痛患者の Quality of Life を評価する自己記入式質問票であり、信頼性と妥当性が検討されている。

■質問票

MIDAS : Migraine Disability Assessment Scale

質問項目

- ①過去 3 か月の間で、頭痛のために仕事または学校を休んだ日が何日ありましたか。
- ②過去 3 か月の間で、頭痛のために仕事や学校での勉強がいつもの半分以下しかできなかった日が何日ありましたか。（質問①で、仕事または学校を休んだ日がある場合は、その日数はいれないでください。）
- ③過去 3 か月の間で、頭痛のために家事が出来なかった日が何日ありましたか。
- ④過去 3 か月の間で、頭痛のために家事がいつもの半分以下しかできなかった日が何日ありましたか。（質問③で、家事が出来なかった日がある場合は、その日数はいれないでください。）
- ⑤過去 3 か月の間で、頭痛のために家庭での行事や、付き合い・用事や遊びが出来なかった日が何日ありましたか。
- A. 過去 3 か月の間で、頭痛のあった日は何日ありましたか（頭痛が 1 日以上続いた場合は、それぞれの日を 1 日と数えて下さい）
- B. 頭痛の程度について、0～10 点で採点するとすれば、平均で何点でしたか（この場合、まったく頭痛がなかった場合は 0 点、これ以上ないくらい痛かった場合を 10 点とします）

評価方法

質問①～⑤の日数を合計して、以下のスコア票に照合して支障度を評価する。

評価段階	定義	スコア(合計日数)
I	日常生活に支障全くなし、またはほとんどなし	0 ～ 5
II	日常生活に軽度の支障	6 ～ 10
III	日常生活に中等度の支障	11 ～ 20
IV	日常生活に重度の支障	21 +

質問 A, B をも含むすべての回答結果を評価することにより、頭痛による日常生活への支障度および重症度を確認する

HIT-6：Headache Impact Test-6

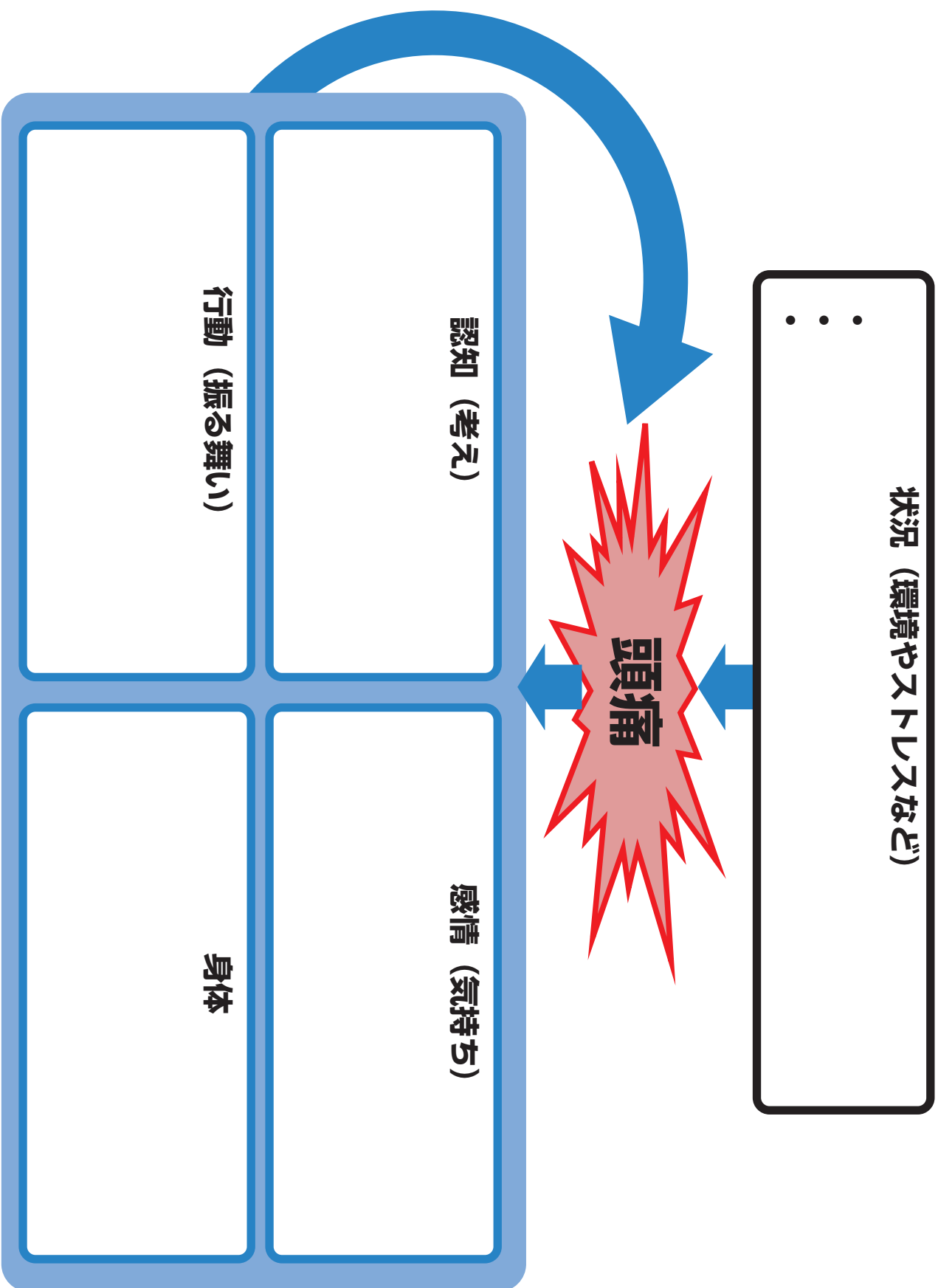
質問項目

①頭が痛い時、痛みがひどいことはどの程度ありますか？				
全くない	ほとんどない	時々ある	しばしばある	いつもそうだ
②頭痛のせいで、日常生活に支障が出ることがありますか？（例：家事、仕事、学校生活、人付き合いなど）				
全くない	ほとんどない	時々ある	しばしばある	いつもそうだ
③頭が痛い時、横になりたくなることがありますか？				
全くない	ほとんどない	時々ある	しばしばある	いつもそうだ
④この4週間に、頭痛のせいで疲れてしまって、仕事やいつもの活動ができないことがありましたか？				
全くない	ほとんどない	時々ある	しばしばある	いつもそうだ
⑤この4週間に、頭痛のせいで、うんざりしたりいらいらしたことがありましたか？				
全くない	ほとんどない	時々ある	しばしばある	いつもそうだ
⑥この4週間に、頭痛のせいで、仕事や日常生活の場で集中できないことがありましたか？				
全くない	ほとんどない	時々ある	しばしばある	いつもそうだ
選択肢 1 (各 6 点)	選択肢 2 (各 8 点)	選択肢 3 (各 10 点)	選択肢 4 (各 11 点)	選択肢 5 (各 13 点)

評価方法

各選択肢の得点を合計して合計スコアで評価する。

- スコア 60 以上 頭痛が日常生活にかなりの影響を与えている。
 正常な生活機能を妨げるほどの激しい痛みやその他の症状が重症である。
- スコア 56～59 頭痛が日常生活にかなりの影響を与えている。
 激しい痛みやその他の症状のために活動が妨げられている場合がある。
- スコア 50～55 頭痛が日常生活にある程度の影響を与えている。
- スコア 49 以下 頭痛が日常生活にほとんど、あるいはまったく影響を与えていない。



引用・参考文献（図書）

・アルファベット順

- 有村達之：新世代認知行動療法のエビデンス．認知療法研究 6：2-8，2013.
- Burch V, Penman D（佐渡充洋監訳，小野良平，岩坂彰訳）：からだの痛みを和らげるマインドフルネス—充実した生活を取り戻す 8 週間のプログラム—，創元社，東京，2018.
- 慢性疼痛の認知行動療法プログラム高強度マニュアル 千葉大学大学院医学研究院，2017
- Engel GL: The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 196: 129-36, 1977.
- 福井 至，貝谷久宣：心がスッと軽くなる 認知行動療法ノート —自分でできる 27 のプチレッスン—，ナツメ社，東京，2015 p18-49.
- Hershey AD, Powers SW, Vockell AL, LeCates S, Kabbouche MA, Maynard MK. PedMIDAS: development of a questionnaire to assess disability of migraines in children. Neurology. 2001 Dec 11; 57 (11): 2034-9.
- Iigaya M, Sakai F, Kolodner KB, Lipton RB, Stewart WF. Reliability and validity of the Japanese Migraine Disability Assessment (MIDAS) Questionnaire. Headache. 2003 Apr; 43 (4): 343-52.
- 伊豫雅臣，清水栄司（監訳）（ジョン・D・オーティス 著）：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，東京，2011 p59-77.
- Jacobson GP, Ramadan NM, Aggarwal SK, Newman CW. The Henry Ford Hospital Headache Disability Inventory (HDI). Neurology. 1994; 44 (5): 837-842.
- Kaushik R, Kaushik RM, Mahajan Sk, Rajesh V: Biofeedback assisted diaphragmatic breathing and systematic relaxation versus propranolol in long term prophylaxis of migraine. Complement Ther Med 2005; 13 (3): 165-174.
- Kelman L. The triggers or precipitants of the acute migraine attack. Cephalalgia. 2007; 27 (5) : 394-402.
- 国際頭痛学会・頭痛分類委員会（著），日本頭痛学会・国際頭痛分類委員会（訳）：国際頭痛分類第 3 版．医学書院，2018.
- Kosinski M, Bayliss MS, Bjorner JB, Ware JE Jr, Garber WH, Batenhorst A, Cady R, Dahlof CG, Dowson A, Tepper S. A six-item short-form survey for measuring headache impact: the HIT-6. Qual Life Res. 2003 Dec; 12 (8): 963-74.
- 平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」：うつ病の認知療法・認知行動療法治療者用マニュアル，2009.
- 慢性頭痛の診療ガイドライン作成委員会 慢性頭痛の診療ガイドライン，医学書院，2013
- 慢性頭痛の診療ガイドライン作成委員会 慢性頭痛の診療ガイドライン 2013，医学書院，2013，33-34
- Martin BC, Pathak DS, Sharfman MI, Adelman JU, Taylor F, Kwong WJ, Jhingran P. Validity and reliability of the migraine-specific quality of life questionnaire (MSQ Version 2.1). Headache. 2000 Mar; 40 (3): 204-15.
- 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.
- 10) Moskowitz MA: The neurobiology of vascular head pain. Ann Neurol. 16: 157-168, 1984.
- 日本自律訓練学会 教育研修委員会編：標準 自律訓練法テキスト．自律訓練研究 32（臨増），1-53，2012.
- 大野裕の認知行動療法活用サイト [ここトレ] <https://www.cbtjp.net/>（2021.7.1 閲覧）
- 大野裕・田中克俊 『簡易型認知行動療法実践マニュアル』 モリモト印刷 2017
- Ozge Sahmelikoglu Onur, Devrimsel Harika Ertem, Cagatay Karsidag, Derya Uluduz, Aynur Ozge, Aksel Siva, Meltem Guru.: An open/pilot trial of cognitive behavioral therapy in Turkish patients with refractory chronic migraine Cognitive Neurodynamics 2019, 13: 183-189

- Petra Harris, Emma Loveman, Andy Clegg, Simon Easton and Neil Berry :Systematic review cognitive behavioural therapy for the management of headaches and migraines in adults. British Journal of Pain 2015;9 (4): 213–224.
- Prochaska JO, DiClemente CC: Stages and Processes of Self-Change of Smoking: Toward An Integrative Model of Change. Journal of consulting and clinical psychology 51: 390–395, 1983.
- Qin Siang Ng, Nandini Venkatanarayanan, Lakshmi Kumar: Systematic Review and Meta-Analysis of the Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for the Management of Pediatric Migraine Headache 2017: 57: 349–362
- Rogers DG,et al. Objectively measured physical activity in migraine as a function of headache activity. Headache 2020 doi: 10.1111/head.13921 1930–1938
- Sakai F, Igarashi H: Prevalence of migraine in Japan: a nationwide survey. Cephalalgia 1997; 17 (1): 15–22.
- 坂井文彦, 福内靖男, 岩田誠ほか. 日本語版 Headache Impact Test (HIT-6) の信頼性の検討 臨床医薬 2004 ; 20 : 1045–1054
- 坂井文彦, 福内靖男, 岩田誠ほか. 日本語版片頭痛用 quality of life 調査書の信頼性と妥当性の検討 神経治療 2004 ; 21 (4) : 449–458
- Shinmei, I, Kobayashi, K, Oe, Y, Takagishi, Y, Kanie, A, Ito, M, Takebayashi, Y, Murata, M, Horikoshi, M, Dobkin, R. D. *Cognitive behavioral therapy for depression in Japanese Parkinson's disease patients: a pilot study*. Neuropsychiatric disease and treatment. 2016; 12 : 1319–1331.
- Steiner TJ, Stovner LJ, Vos T, Jensen R, Katsarava Z: Migraine is first cause of disability in under 50s: will health politicians now take notice? J Headache Pain 2018; 19 (1) : 17.
- Steven C, Spencer S (武藤崇, 原井宏明, 吉岡昌子ほか訳): ACT (アクセプタンス&コミットメントセラピー) をはじめる, 星和書店, 東京, 2010 p276–277.
- Stewart WF, Lipton RB, Simon D, Von Korff M, Liberman J. Reliability of an illness severity measure for headache in a population sample of migraine sufferers. Cephalalgia. 1998;18 (1): 44–51.
- Stewart WF, Lipton RB, Kolodner K, Liberman J, Sawyer J. Reliability of the migraine disability assessment score in a population-based sample of headache sufferers. Cephalalgia. 1999 Mar; 19 (2): 107–114; discussion 74.
- Stewart WF, Lipton RB, Kolodner KB, Sawyer J, Lee C, Liberman JN. Validity of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) score in comparison to a diary-based measure in a population sample of migraine sufferers. Pain. 2000 Oct;88 (1): 41–52.
- Taylor, RR (2010). *Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Illness and Disability*. Springer. P. 123–133.
- Wagner TH, Patrick DL, Galer BS, Berzon RA. A new instrument to assess the long-term quality of life effects from migraine: development and psychometric testing of the MSQOL. Headache. 1996 Sep; 36 (8) : 484–492.
- Winterowd, C., Beck, AT, Gruener, D (2003). *Cognitive Therapy with Chronic Pain Patients*. Springer Publishing Company. P. 87–101.
- Yvonne N, Alexandra M : Efficacy of biofeedback for migraine: a meta-analysis. Pain 128 : 111–127, 2007.
- Yvonne N, Alexandra M, Winfried R, et al : Biofeedback treatment for headache disorders: a comprehensive efficacy review. Appl Psychophysiol Biofeedback 33 : 125–140, 2008.
- Zigmond AS, Snaith RP: The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand 67: 361–370, 1983
- Zigmond AS, Snaith RP (北村俊則訳): Hospital anxiety and depression scale (HAD 尺度). 精神科診断学 4 : 371–372, 1993

執筆者一覧（50 音順）

菊地 裕絵	国立国際医療研究センター病院 心療内科（CHAP5）
工藤 雅子	岩手医科大学 脳神経内科・老年科（CHAP6）
後藤あかり	関西医科大学 心療内科学講座、富永病院 脳神経内科・頭痛センター（CHAP5）
嶋 美香	東邦大学医療センター大森病院 心療内科（CHAP1）
新明 一星	TCBT カウンセリングオフィス（CHAP3）
團野 大介	富永病院 脳神経内科・頭痛センター（CHAP6）
椿 佳那子	千葉大学 医学部附属病院 精神神経科（CHAP2）
端詰 勝敬	東邦大学医学部 心身医学講座（ワーキンググループ長）（統括）
水野 泰行	関西医科大学 心療内科学講座（CHAP1）
都田 淳	東邦大学医学部 心身医学講座（CHAP5）
本谷 亮	北海道医療大学 心理科学部（CHAP3）

アドバイザー

竹島多賀夫 富永病院 脳神経内科・頭痛センター

【利益相反について】 作成メンバーのなかで以下のように講演料の利益相反を申告する。

1. 團野大介 イーライリリー株式会社，第一三共株式会社，アムジェン株式会社，大塚製薬株式会社
2. 端詰勝敬 第一三共株式会社

【資金提供】

マニュアル作成に関して資金提供は受けていない

マニュアル初版 作成 2021 年 7 月 2 日

マニュアルの改訂については，5 年を目安に改定を検討する。その際は，理事，認知行動療法の外部専門家，会員へのパブリックコメントを得る