

Yellow Flagsの活用法

図1



Yellow Flag ① CBTを提供する前の準備情報

- 治療/就労に対するモチベーション
- 大切にしていること(価値)
- CPP* pain management programに対する行動変容ステージモデル(TTM)
- CBTを希望

*combined physical and psychological

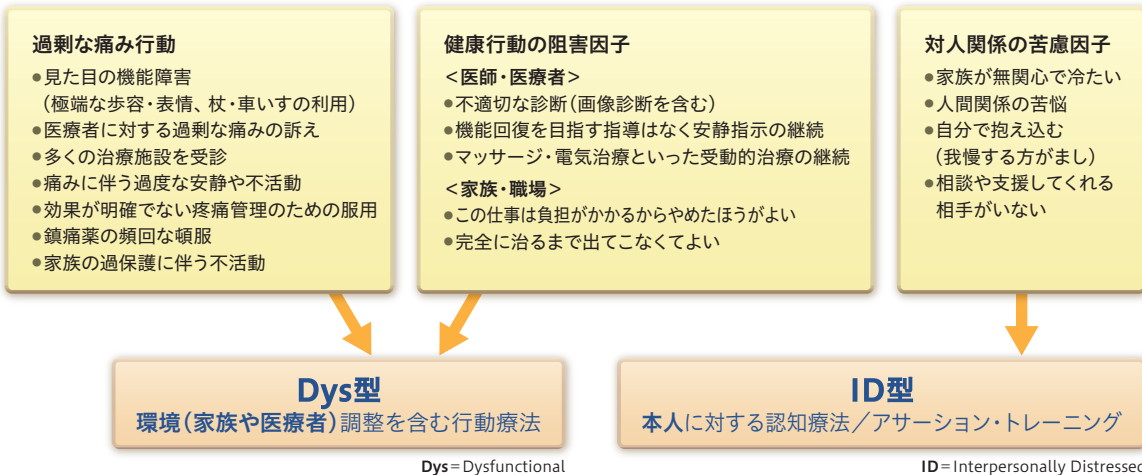


Yellow Flag ② アウトカムの改善に影響を与える媒介要因

- 破局的思考
- 自己効力感の低下
- 恐怖回避思考/運動恐怖
- 抑うつ
- 不安
- ペーシング不良(過活動)



Yellow Flag ③ CBTの具体的な手法選択に役立つ調整要因



行動変容ステージモデル(TTM)が「準備期」に入っているか？

TTM(図2)の初期段階(特に「関心期」)では、例えば「認知行動療法を試してみたい、でも自分は心の問題と思われるのは不愉快だから、やはりブロックや手術で解決したい」「運動療法を試したい、でもかえって痛くなるのが怖いからやりたくない」という2つの相反する気持ちを同時に持つ傾向にあります。これを「両価性」と呼び、人が自らの行動を変えていく過程において一般に生じるものです。行動変容の過程で、立ち往生しやすい両価的な状態にある患者さんに説得的な教育をしてしまうと、説得した行動とは相反する行動に患者さんが惹かれていってしまうことがよくあります。これを**心理的抵抗**と呼びます。

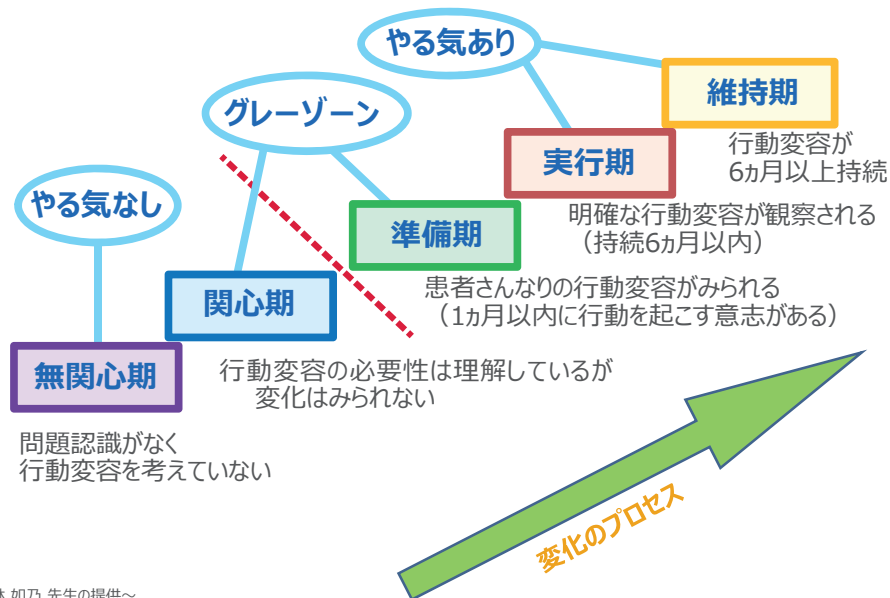
「無関心期」の患者さんは自身の行動を変える必要性を感じておらず、むしろ変化に対して抵抗を示したり文句を言ったりするでしょう。彼らは自分が病気であるという強い信念を持ち、回復のために自分たちが何かをする必要などないと感じ、何らかの変化が起こるには医療者に何かをしてもらわなければならないと考えがちです。そして「痛みが悪化してしまう。運動なんて問題外だ」と訴える傾向にあります。

「関心期」の患者さんは、自身の行動を変える必要性に気づき、将来の変化を考え始めているものの、まだ煮え切れず、決断には至っていない状態といえます。「仕事をしなければならないのはわかっているのです。でも、仕事をすると痛みが悪化するだろうから踏み切れないんです」のように「**やってみたい。でも…**」といった両価性にあることを示唆する**“Yes-But発言”**がみられるのが典型です。

こうしたTTM初期段階(無関心期・関心期)の慢性痛患者さんには、「痛みにも効果があり健康にもいい運動をしましょう」「受け身の治療である物理療法は減らしましょう」といった行動変容を促すつもりの教育的助言や説得をすればするほど、「**変わりたくない**」という方向に追いやってしまう恐れがあるため注意が必要です。TTMは、慢性痛患者さんへの介入を検討するうえで、臨床的に極めて重要です。それは、患者さんの現在の**“変化の段階”が「準備期」に入っているか否かを評価することが、心理教育や認知行動療法の適応を判断する際の前提になるから**です。

図2

行動変容ステージモデル Transtheoretical Model (TTM)

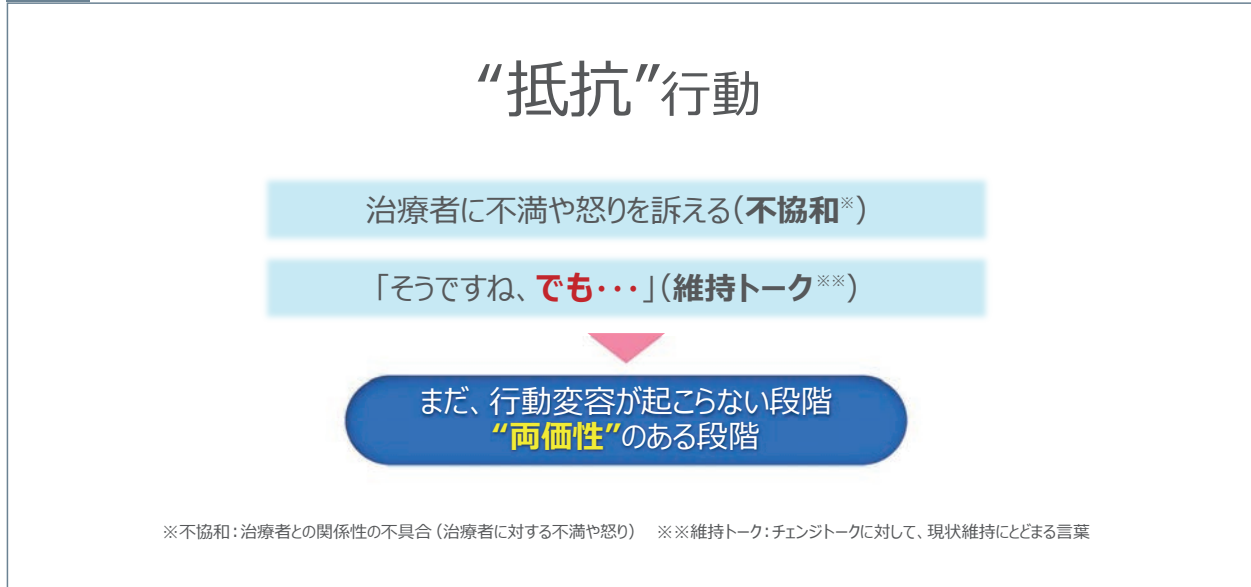


～昭和大学 小林 如乃 先生の提供～

©Ko Matsudaira 2022

認知行動療法は基本的に、患者さん側に行動変容へ向けた用意ができていない「**実行期**」、少なくとも「**準備期**」にあることを想定して構成されています。一方、TTMと同時期に開発された**動機づけ面接法**（Motivational Interviewing：MI）は、**無関心期・関心期**の「行動を変える準備ができていない」患者さんを想定して作られており、このステージにいる患者さんに対し、心理教育や認知行動療法を提供する前段階のアプローチとして有用な選択肢の一つです。繰り返しになりますが、心理的抵抗のある患者さんは、治療者に対して不満や怒りを訴えたり、「**でも・・・**」といった**Yes-But発言**をします。これがいわゆる“**抵抗**”行動です（**図3**）。このような場面こそ、MIのスキルを用いて、患者さんをTTMの「**準備期**」へ導く必要があります。

図3



©Ko Matsudaira 2022

なお、患者さんに以下のような言動を認める場合は、最も手ごわく、言い換えれば、説得的な教育が禁忌である「**無関心期**」を疑いましょう。

- 人が痛みによいということはすべて試してきたけれど、どれも役に立たない
- 私の痛みは医学的な問題なので、医師と取り組んでいくべきものだ
- 私と話す人は痛みとともに生きていかなければならないとみんな言うが、なぜそうしないといけないのか分からない
- 医師が何と言おうと、痛みを取り除いてくれる手術や薬が何かあるに違いないといまだに考えている
- せいぜい私にできることは痛みをすっかり取り去る方法を導き出せる医師を見つけるくらいのことだ
- どうして誰も私の痛みを取り去るために何かしてくれないのだろうと思う
- 痛みうまく対処する方法の話など時間の無駄だ

全30設問より構成されるPain Stage of Change Questionnaire (Adachi T, et al. Pain Pep 2019)より 設問11、12、16、22、24、25、29を抜粋

動機づけ面接(Motivational Interviewing : MI)

1983年、William Millerによって、アルコール依存症患者が行動変容をもたらす際に、臨床家のどのような要因が重要であるかに関する研究が公表されました。その後、Rollnickとの共同研究によって面接技法としてまとめられたのがMIです。MIは、理論から構築された対話スタイルではなく、アルコールの問題を抱える来談者への面接技法を研究するプロセスにおいて、治療成績のよかった治療者の対話スタイルを実証的に解析することから体系化されていきました。そこでは、患者さんへの“共感”レベルが高い臨床家に関わると、患者さんからの抵抗が減り、行動変容が促されやすいことが示されました。依存症患者にしばしばみられる「行動を変える気がない」「反抗的だ」「甘えている」といった治療への動機づけの障壁には、臨床家側の言動/行動に大きな原因があることが明らかになったのです。

一般的に慢性痛患者さんも、心理的要因の関与を否認し抵抗を示しやすい傾向にあります。そのため、医療者側も患者さんに対して“甘えている”とか、“**疾病利得があるうちは治せない**”と責めたくなる気持ちが生じ、それが態度に出てしまうと、患者さんとの関係がむしろ悪化してしまうこともあるでしょう。このような否認・抵抗を示す患者さんに対して、批判・叱責・説得をせずに、患者さんの考えや価値観を理解しようと試み、それを**是認**して、患者さん自身から前向きな気持ちを引き出しつつ、“**患者自らが語る言葉によって**”行動変容を促すのが「動機づけ面接」という**対話スタイル**です。

MIは、アルコールの問題のみならず、その後、ギャンブル依存症、無防備な性行為、思春期の物質乱用、食行動異常、喫煙の改善、運動量を増加させるといった、様々な行動の問題や目標に対する有用性が示されてきました。さらには、慢性腰痛、癌性疼痛、線維筋痛症、患者-家族のコミュニケーション教育におけるMIの有効性も報告されるようになり、近年のメタ分析では、MIが慢性痛患者さんの治療開始時の治療アドヒアランスを高める可能性も示唆されました。

MI基礎

MIの基礎として習得しておきたいミニマムな手法として、以下の3つが挙げられます。

- ① **聞き返し** ② **情報提供のEPE** ③ **要約**

①「聞き返し」のポイントと具体例

〈動機づけ面接：準備期に持って行くための聞き返しの実践会話チェックポイント〉

- ✓ 1. 聞き返しでは、**語尾を下げる** ↘↘
- ✓ 2. 聞き返しでは、少し余韻を残した**言い切りや体言止めを用いる**
(NG→「～なんですね」「～と思っているのですね」)
- ✓ 3. 聞き返しでは、控えめな感じの語調にする
例)ある治療に反応して患者が良くなったように見える場合
 - ✗ Dr①「この治療ですごく良くなりましたね」
↓
Pt「いえいえ、そんなに良くなったわけではないですよ」
 - Dr②「今回の治療は少しは良かったかも ↘↘」
↓
Pt「いえいえ、先生、とても良かったですよ!」

【聞き返しの例】

患者「痛みが良くなりさえすればね、私だって運動するんですよ。先生、痛みを取ってくださいよ。」

- Dr①「痛みがあってもできる範囲で運動することが大切だと、前にも説明しましたよね?」(説得)
「いつまでも痛みには甘えてはダメですよ」(許可を得ない情報提供)
- Dr②「痛みが良くなりさえすれば、運動するつもりはある?」(単純な聞き返し)
- Dr③「痛みが良くなりさえすれば、運動もするし仕事にも復帰したいと思っている?」(複雑な聞き返し)

患者「私の痛みは心理的なことではなくて、何か身体の異常が隠れているのではないですか? 画像の検査をもっとしっかりしてもらえますか?」

- Dr①「これまでさんざんあちこちの病院で検査をしてきましたよね?」(説得)
「気持ちを前向きにするのが大切です」(許可を得ない情報提供)
- Dr②「何か身体の異常が隠れているのではないかと心配で、検査をしてほしい?」(単純な聞き返し)
- Dr③「悪い病気が見過ごされていて、先々仕事が続けられなくなるのではないかと?」(複雑な聞き返し*)

※複雑な聞き返し：直接語られなかったことを推測して聞き返す
慣れてきたら相手の言葉に解釈を加えることで“気づき”を促しやすくなる

まずは、単純な聞き返しにより、さらには、背景にあることを想像して聞き返す複雑な聞き返しにより、患者さんの想いを言語化して伝え返すことが、良好なラポール形成を促進し、前述したTTMの「準備期」に導く第一歩となります。特に、不満や怒りの感情を言語化してあげることは共感力を増し、感情を落ち着かせるのに役立ちます。

②「情報提供のEPE」の具体例

- 「私からご説明してもよろしいですか?」
- 「あなたの痛みの治療の方法についてお話してもよろしいですか?」
- 「私から一点コメントしたいことがあるのですが、よろしいですか?」
- 「あなたに当てはまっているかどうか分からないのですが、あなたと同じような状況の方がどのようにして改善したか、お聞きになりますか?」

と心のドアをノックしつつ許可を得て(Elicit)、

- 「治療にはAという方法やBという方法、あるいはCという方法が選択肢としてあります。
「ある患者さんはAがとても効果的でしたが、この前はCが合っていた患者さんもいました」
などと他の人の例も示しつつできれば3つ以上の選択肢を提供し(Provide)

- 「今の説明で分かりにくいところはなかったですか?」
- 「今の説明で当てはまる場所はありましたか?」
- 「どんな方法だったら取り組みそうですか?」

と説明した内容について確認する(Elicit)ことです。

③「要約」

その日の診療(セッション)の最後に、診療の会話中に散在していた患者さんの前向きな発言を意図的に集めて花束にして渡すイメージで再提示します。



これら一連の①聞き返し ②情報提供のEPE ③要約により、行動変容に向けた、いわゆるチェンジトーク*を引き出し、「行動を変える準備ができた」段階、つまりTTMの「準備期」へと進ませやすくなります。

*自己動機づけ発言、つまり行動を変える兆候の言葉を指す。動機づけ面接は、本人から自分が変わるような発言（チェンジトーク）を引き出していくスキルともいえる。

初期の段階で質問に詰まった場合、以下を意識するとよいでしょう。

■ 準備期へ向かわせる会話への具体策

- ✓ まずは、現状維持のメリットを聞く
- ✓ 次に、現状維持のデメリットを聞く
- ✓ そして、変化(行動変容)のメリットへと導く

現状維持のメリットの聞き方の例

Dr 「痛くなった時に鎮痛薬を使うことには、どんなメリットがありますか？」

Pt 「鎮痛薬を飲めば、痛みが少し楽になりますね。安心します」

現状維持のデメリットの聞き方の例

Dr 「では、一方で鎮痛薬のデメリットって、何かありますか？」

Pt 「どうしても薬に頼ってしまい、外出先で痛みがひどくなったらどうしようと思い、簡単には出歩けなくなってしまいます」

変化(行動変容)のメリットへと導く聞き方の例

(メリット-デメリットの順に並べて要約する)

Dr 「そうすると、痛くなった時に薬を使うと一時的には楽になる。

一方で、出かけた先で痛み止めが効かなかったらどうしよう、不安が強くなって自由に出かけられなくなる↘↘そんな感じ↘↘」

患者のチェンジトーク

「そうですね。薬は減らした方が自信もつくし、外出しやすくなるかもですね」



Acceptance & Commitment Therapy (ACT) のエッセンス

ACTとは、自分のコントロールが及ばないものを受け容れながら(=アクセプタンス)、同時に、生活の充実につながる行動を活性化していく(=コミットメント)アプローチのことです。慢性痛患者さんの立場としては「痛みと上手に関わるコツをつかみながら、自分らしい生きがいのある生活を取り戻す」ことを目指します。

具体的には、**破局的思考、痛みがある中での自己効力感低下、運動恐怖(P1図1 Yellow Flag②)**に関する思考(例:こんな痛みは耐えきれない)に従った行動が過剰に生じている場合、そうした行動(過剰な「痛み行動」)(P1図1 Yellow Flag③)などを軽減させながら、**価値**に沿った行動を活性化させていくことを促します。

ACTで言う**価値**とは、「自然にふれる」「変化を楽しむ」といった、自分の人生の中で大切にしていることを指します。具体的な行動目標というよりも、大切にしたい姿勢やあり方のことで、方向性を示すという意味で“人生のコンパス”とも喩えられます。

従って、P1図1 Yellow Flag①としている「モチベーション/やりがい」と「大切にしていること(価値)」を知っておくことは、ACTのコミットメントを治療介入に取り入れる際に役立ちます。

患者さんの**価値**が把握できない場合、具体的な例を提示し(図4)、これを参考に自分の言葉で言語化してもらいます。「仕事/家事・学び」「ところ・からだ」「関係性」「趣味/余暇」の4領域ごとに**価値**を整理すると有用な場合があります。

その中から、複数の領域の**価値**に基づく具体的な行動を、取り組みやすいものからスモールステップで実際に試してもらいます。なお、具体的な行動目標を設定する際は、最終的には患者さん自身で決めてもらうように促すとよいでしょう。

図4

あなたが **価値** を置いていることは？

仕事/家事・学び

- 暮らしを整える
- 心地の良い衣食住
- 役割を果たす
- 変化を楽しむ
- 四季を感じる
- ものごとを企画する
- ものごとの仕組みを理解する
- 問題を解決する

ところ・からだ

- 自分にやさしくある
- 正直でいる
- 安定して落ち着いた毎日を送る
- 新しい刺激のある生活をする
- 体と心によいものを取り入れる
- 飲食を楽しむ
- 体を動かす
- 女性/男性として魅力的である(おしゃれを楽しむ)

関係性

- 周りを楽しませる/喜ばせる
- 周りを助ける/教える
- 楽しい時間を共有する
- 周囲を思いやる/丁寧に接する
- 風通しの良い関係性でいる
- つかず離れず/見守る
- 周りに影響を与える
- 気持ちを伝える/つながる

趣味/余暇

- 自然に触れる
- ものをつくる
- 音楽/映画を楽しむ
- 芸術にふれる
- 伝統/歴史を知る
- 本や新聞を読む
- スポーツ観戦をする
- 新しい発見をする/旅をする

～名古屋市立大学 酒井美枝 先生の提供 (慢性痛×ACT: のびやかプログラム・テキスト (名市大) より) ～

©Ko Matsudaira 2022

行動を試した際に、コミットメントを阻む心理的なバリアをみつけてきてもらい、バリアに対する対処法(関わり方)と一緒に考えていきます。重要な対処法に「**脱フュージョン**」と「**マインドフルネス**」があります。

なお、治療を進めるうえでは、患者さんに、マインドフルネスやACTを含む**認知行動療法**を行っていく**希望があることを確認**しておくようにしましょう(P1図1 Yellow Flag①)。

脱フュージョン

前述した破局的思考、痛みがある中での自己効力感低下、運動恐怖(P1図1 Yellow Flag②)に関連した思考(例:こんな痛みは耐えきれない、痛みがあるため〇〇できない)を例に解説します。

「痛みがあるため運動と仕事ができない」という思考は、あたかも「痛み」が運動と仕事ができない原因であることを彷彿とさせます。一方、実際には、痛みがあっても遂行可能な程度や量の運動と仕事はあるかもしれません。「痛みがあるため運動と仕事ができない」という思考にとらわれている(自分が思考とフュージョン:癒合している)状態に気づき、思考と距離を取って、思考を眺めることを脱フュージョンといいます。そのテクニックとして、不適切な思考が頭に浮かんだら「～と考えた」「～と思った」と語尾につけて、距離を取る方法などがあります(図5)。

図5



©Ko Matsudaira 2022

マインドフルネス

私たち人間の心というのは、「今この瞬間」に留まることは少なく、いつも「過去」や「未来」に思いをはせているものです。慢性痛患者さんでは、「いつまで痛みが続くのだろう」といったこの先の不安や、「痛みが出る前は～ができていたのに」といった思考にとらわれていることが少なからずあるでしょう。患者さんにそのような傾向が強くみられたら、「自分の中で生じていることを観察し、そのままにする」、そして、「今この瞬間の体験に戻る」ことを提案してみるとよいかもしれません。例えば、呼吸(瞑想)やウォーキングそのものに注意を向けて、そこで生じていることを実況中継する、言い換えれば、マインドワンダリングな状態から離れて、「**今この瞬間の体験にありのままに注意を向ける**」ように促します。こうしたマインドフルネス(図6)を取り入れた認知行動療法は、第三世代の認知行動療法と呼ばれ、認知の「内容」を扱う、言い換えれば、思考の内容の妥当性を現実吟味して別の視点を探る第二世代の認知行動療法とは異なり、認知の「機能」、つまり、思考との関係性/距離感に焦点をあてる点が特徴です。

図6



©Ko Matsudaira 2022

マインドフルネスの例

今、この瞬間を、心の中で実況中継

軽く目を閉じて、お茶やコーヒーなど、自分の好きな飲み物を飲みながら、飲み物の香りや味、のどごしを、実況中継のアナウンサーのように心の中で解説してみる。

その際、評価や判断をせず、ありのままに観察し何かに気づいてもそのまま流すようにすることがポイント。



メディテーション(瞑想) プチボディースキャン

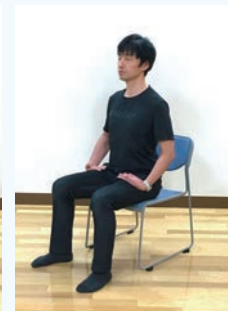
背筋を伸ばして軽く目を閉じ、鼻から息を吸ってゆっくり吐きながら、「アー」「オー」「ンー」と発声する。それぞれ胃、心臓、頭蓋骨の順に振動していることをイメージする。



「アー」
胃が振動しているイメージ



「オー」
心臓が振動しているイメージ



「ンー」
頭が振動しているイメージ
まぶたの重みを感じて…

ペーシング不良（過活動）

慢性痛患者さんの中には、痛みがあるから無理しない、安静にするといった回避行動ではなく、痛みから気をそらそうとし、意識的な休憩を取らずに活動し続ける場合があります。こういった傾向がある場合は、**成人期ADHDスクリーニングツール(ASRS Ver.1.1パートA)** (図7)を使って発達障害をスクリーニングしたうえで、ペーシング指導を考慮します。患者さんに活動内容や実際の活動量を記録してもらい、かつ痛みや疲労が出る活動量を把握したうえで、**time-contingent approach**と呼ばれる手法を用いることが推奨されます。

これは、痛みの有無によって活動内容を増減させず、時間で区切って課題を実施させるアプローチのことです。活動を時間で管理・制限し、調子がいい日であってもやり過ぎず一定のペースを保ちながら漸増していくペーシングがとても重要です。なお、ペーシング不良(過活動)は、後述する媒介要因(P1図1 Yellow Flag②)に含まれます。

図7

成人期ADHDスクリーニングツール (ASRS-V1.1 パートA)					
下記のパートAおよびBのすべての質問に答えてください。 質問に答える際は、過去6カ月間におけるあなたの感じ方や行動を最もよく表す欄にチェック印を付けてください。 医師に面談する際にこれを持参し、回答結果について相談してください。	全くない	めったにない	時々	頻繁	非常に頻繁
1. 物事を行なうにあたって、難所は乗り越えたのに、詰めが甘くて仕上げるのが困難だったことが、どのくらいの頻度でありますか。					
2. 計画性を要する作業を行なう際に、作業を順序だてるのが困難だったことが、どのくらいの頻度でありますか。					
3. 約束や、しなければならない用事を忘れたことが、どのくらいの頻度でありますか。					
4. じっくりと考える必要のある課題に取り掛かるのを避けたり、遅らせたりすることが、どのくらいの頻度でありますか。					
5. 長時間座っていなければならない時に、手足をそわそわと動かしたり、もぞもぞしたりすることが、どのくらいの頻度でありますか。					
6. まるで何かに駆り立てられるかのように過度に活動的になったり、何かせずにいられなくなることが、どのくらいの頻度でありますか。					

ADHD疑いの判定：グレー項目が4つ以上

©Ko Matsudaira 2022

媒介要因と調整要因

慢性痛に対する認知行動的アプローチを実践するうえで、アウトカム(疼痛、機能障害、QOL等)の改善に関わる**媒介要因(P1図1 Yellow Flag②：破局的思考、痛みがある中での自己効力感低下、運動恐怖、抑うつ、不安、および前述したペーシング不良(過活動))**と、認知行動療法の手法の選択に寄与する**調整要因(P1図1 Yellow Flag③)**を把握することが、合理的かつ戦略的であると考えられています。

P11図8をご覧くださいと理解しやすいかと思いますが、**潜在的な媒介要因(Potential mediator)**を把握し、それに対して適切に介入することにより**Mediation effect**が得られアウトカムの改善に役立つかもしれません。

TTMの準備期にあれば、適切な教育動画や読書療法により種々の媒介要因を改善することに役立つ場合があります。代表的な媒介要因として、**破局的思考、自己効力感の低下、そして恐怖回避思考(運動恐怖)**が挙げられますが、これらは概ね相関関係にあります。破局的思考の拡大視が顕著な場合の認知再構成法(公認心理師/臨床心理士の担当)、運動恐怖に対するスモールステップの暴露療法による成功体験の積み重ね、それに伴う自己効力感の向上(療法士担当)、ペーシング指導(療法士、公認心理師/臨床心理士の担当)などが、媒介要因に対する具体的ソリューション

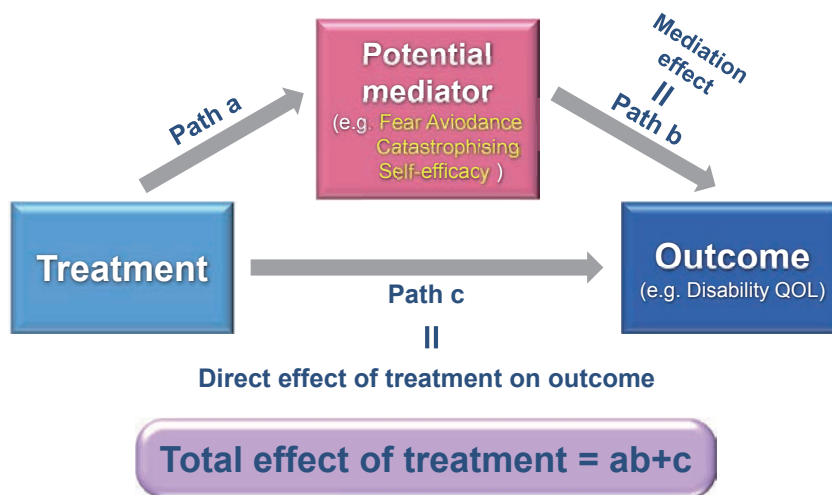
シヨン例として挙げられます。媒介要因を把握したならば、集学的チーム内での役割分担を含めた介入プランを明確化するよう努めましょう。

調整要因は、Multidimensional Pain Inventory (MPI) を用いて、行動療法の適応となるDys型と、ストレス日記を活用して認知を現実吟味しながらのアサーション・トレーニングが適応となるID型に分類されます。MPIは、全設問数が61と多く患者負担が増すため、当該フラッグシステムでのP1図1 Yellow Flag③では、Dys型とID型のエッセンスとなる要素として、Dys型では「過剰な痛み行動」と「健康行動の阻害因子」に分類し、ID型では「対人関係の苦慮因子」として列挙しました。なお、これらは、必ずしも全項目を確認する必要はありません。

診察時に家族が同伴する場合には、MPIにおけるDys型(過保護にされているタイプ)、あるいはID型(叱責されているタイプ)の要素が、痛み行動を色濃く修飾している可能性を検討しましょう。

図8

Treatment mediation



©Ko Matsudaira 2022

Dys型が疑われる場合のアプローチ

生活の活動内容を記録しながら生活のリズムや活動量を評価しつつ、以下の①②、そして③(P12)を行っていきます。

- ①「痛み行動」に対する“重要他者”の反応を調整する
- ②「痛み行動」を減らし、「健康行動」を増加させる

慢性痛に苦しむ患者さんに痛みを訴えられると、家族も医療者もついつい引き込まれてしまって「何とかしてあげたい」という想いが先だった行動を取ってしまいがちです。そういった周囲の行動が、患者さんの痛み行動を増やしてしまうことにつながる場合があります。

従って、過剰な痛み行動には、あくまでも「中立」に対応する必要があります。つまり、痛み行動に対し、注目しすぎないことが求められます。痛みが会話の一部として訴えられた時にもあまり反応しすぎないようにし、さりげなく話を痛み以外の話題へと切り替えるよう心がけましょう。また、医療者と家族がチームとして「痛み行動」には反応しすぎないことを一貫する必要があり、この点に関しては事前に患者さんご自身にも説明が必要です。

「痛い痛い」とつぶやいたらマッサージしてもらえる、代わりになんでもやってもらえる、といった対応が、痛み行動

の維持に関わっている(強化)と思われる場合には、そうした周囲の対応(強化子)を変え、**痛み行動**が占めていた時間を他の行動で置き換えていく必要があります。その際には、前述の**ACTのエッセンス**で提示した、患者さんの**価値**が役立ちます。その他、患者さんに痛みがなくなったらしてみたいこと、以前はしていたが痛みのために中断している活動、人生の目標、夢などを、前述した**MI**の手法を用いつつ明確化するのもよいでしょう。このような**P1図1 Yellow Flag①**に相当する**患者のモチベーション/やりがい、大切にしていること(価値)**を言語化したうえで、まずは短期的目標となるものから選択し、**健康行動**を支持、援護、激励していきます。

配偶者や家族など、専門的には“**重要他者**”と呼ばれる人たちの多くは、痛みを訴える患者さんが、家事を含む家の手伝いをしようとする、それらを控えさせてしまう傾向にあるため、むしろ**健康行動**の一環として捉え、そうした行動を促し、事後には感謝の気持ちやねぎらいの言葉を伝えるとうまくいくことが多い、と指導するとよいでしょう。

そして徐々に痛みを理由とした活動制限を減らしていきます。具体的に言えば、“痛くなったから”作業を中断し鎮痛薬を服用する、休憩を取る、“動く痛い”から朝遅くまで寝ている、日中は動かずゲームをして過ごす、ルーズな生活をする、といった**痛み行動**が、その後に強化子が随伴することで維持されている場合、そうした強化子をひとつひとつなくしていきながら、健康行動を増やしていくことを検討します。

例としては、

- ・ 痛い時に飲むといった鎮痛薬の頓用は避ける
- ・ 痛みがあってもできる限り規則正しい生活を送り家事を手伝うようにする
- ・ ウォーキングは疲労や痛みが出るまで頑張って休むのではなく、天候や気分にも左右されず毎日確実にこなせる身体活動量(歩数やペース)を週ごとに設定する
- ・ 目標に達したらリラックスできる方法で休憩を取る、好きなスイーツを適量食べる、といった褒美(報酬)を事後に紐づける

などが挙げられます。

これまで行っていなかった家事をいきなり患者さん本人のみでやらせると失敗に終わりがちなため、“**重要他者**”には**患者さん本人と一緒に**家事をするような共同目標を設定するように指導します。そして“**重要他者**”ご自身に対しても、患者さんの痛みに関わるケアのために断念していた仕事や趣味などの**健康行動**を少しずつ増やすよう助言しましょう。

つまり、患者さんには**痛み行動を健康行動**で置き換えてもらい、家族には**代理行動を健康行動**に置き換えてもらうよう促すのです。

③不適切な薬物摂取と医療機関の利用の仕方を変えること

慢性疼痛の患者さんは、鎮痛薬に強く依存していることが少なくないため、服用している薬の種類と量を減らすことは、治療的介入の中でも重要な位置を占めます。学際的/集学的なりハビリテーション・プログラムにおいても、薬を減らすことで痛みが改善した患者の割合は、薬を減らさない場合に比べて有意に高く、服薬量を50%以上減量できた患者では、痛みが30%以上減少したとも報告されています。

この減薬プロセスにおけるポイントとしては、薬物を漸減中、服用は必ず定時とし、頓服として服用させないことが挙げられます。

薬物摂取と並んで問題となる慢性痛患者さんの代表的な**痛み行動**としては、「医療機関への過度の依存」や「ドクターショッピング」があります。それゆえ、「痛みの問題に関する医療サービスを求め続ける行動」を減らすことも重要な治療目標といえます。能動的に参加している理学療法や作業療法以外、たとえば、漫然としたマッサージや経皮的末梢神経電気刺激(TENS)といった受動的な治療は段階的に減らす必要があります。「受動的な治療をしてもなくても同じようにやっていける」という事実客観的に気づきつつ、学習していく機会の提供を企図していきます。

ID型が疑われる場合のアプローチ

人間関係への関わり方には、大きく分けて3つのタイプがあるとされています。第一は、自分よりも他者を優先し自分のことを後回しにする「**ノン・アサーティブ**」タイプ、第二は、自分のことだけを考えて自己主張する「**アグレッシブ**」タイプ、そして第三は、第一と第二の黄金律ともいえる在り方で、自分のことをまず考えるものの他者にも配慮する「**アサーティブ**」タイプです。

ID型では、例えば自己主張ができず、人間関係上のfear-avoidanceがある傾向にあり、その理由として幼少期の親との関係から影響を受けている場合も少なからずあります。そして「私さえ我慢すれば波風がたたずに済む」という一人で抱え込む「**ノン・アサーティブ**」タイプが多いです。その場合、自分の願望や要求を、他者の感情に対して攻撃的に傷つけることなく、言語化して直接表現できるようにする、といった適切な自己主張を訓練するアサーション・トレーニングが必要です。その役割は公認心理師／臨床心理士の担当ですが専門家がチームに不在の場合は、ストレス日記の活用が役に立ちます。これにより、不安・恐怖から回避している自分を客観視し、本音を上手に伝えられるようナビゲートしていくことを検討します(図9)。

特に「**No**」を言えた行動に対しては、花丸をつけるなどして、褒めてあげてその行動を強化するようにしましょう。

図9

58歳 女性 慢性腰痛 ストレス日記		
状況	思考	行動
○月○日 旅行先で友達に頼まれたお土産を買ってきたら、「家まで届けてくれ」と頼まれた	相手が喜ぶから、面倒だけど届けてあげないといけない	友達の家まで届けてあげた ↓ 次回は「取りに来てくれますか?」と頼んでみる
△月△日 介護施設に母親が入所している	できるだけ頻繁に見舞いに行かないと、母親に責められてしまう	毎日のように見舞って、母親の欲求を満たすように、欲しがるものを持っていく ↓ 介護職員に任せて、面会は週1回に減らそう

～東京大学 笠原 論 先生のご提供～

©Ko Matsudaira 2022

Information

関西大学社会学部社会学科心理学専攻の細越寛樹先生らの研究チームでは、日本において慢性痛の認知行動療法が普及するよう、2016年からパイロット研究を、2021年からはRCTが行われてきました。第二世代の認知行動療法(認知再構成法を含む)を主軸とする細越先生らのCBTプログラムのパイロット版治療者用マニュアルと患者用テキストは、右の二次元バーコードのページ(上のタブのパイロット研究の資料公開>パイロット版の資料のダウンロード)において必要事項を入力すると、無償でダウンロードできるようになっています。

また、一般社団法人認知行動療法研修開発センターのHP(認知行動療法eラーニング:右二次元バーコード)内で登録すると、我が国の認知行動療法の第一人者であられる大野裕先生らによる動画「慢性痛の認知行動療法」を無料で聴講できます。

是非、ご活用ください。



文責：松平 浩、笠原 論、酒井 美枝

令和3年度 厚生労働科学研究費補助金/慢性の痛み政策研究事業
慢性の痛み患者への就労支援/仕事と治療の両立支援および労働生産性の向上に寄与するマニュアルの開発と普及・啓発
(研究代表者：松平 浩)

制作：株式会社アーツユニット