

今回は、1月19日に行われた精神医学セミナーについて、ナガシマ歯科医院の長島郁乃先生に報告させていただきます。

口腔顔面痛精神医学セミナー

ナガシマ歯科医院 副院長 長島郁乃

令和2年1月19日(日)に東京・信濃町の慶應義塾大学信濃町キャンパス第2校舎講堂4階にて、43名の参加者を迎えて本年度の口腔顔面痛精神医学セミナーが開催された。

口腔顔面痛の勉強を始めて約1年が過ぎ、毎回のセミナーや講演会で頭をフル稼働して受講していく中で、今回のセミナーでもまた多くのことを学ぶことができたので、報告させて頂く。

今回の口腔顔面痛精神医学セミナーでは、松岡紘史先生(北海道医療大学歯学部保健衛生学講座准教授 公認心理師)に講演していただいた。松岡先生は破局的思考評価スケール(Pain Catastrophizing Scale : PCS)を日本語訳された先生である。



松岡講師

Pain Catastrophizing Scale(日本語版)

この質問紙では、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、あてはまる数字に○をつけてお答え下さい。

- | | |
|------------------------------|--------------|
| 1. 痛みが消えるかどうか、ずっと気にしている | 全くあてはまらない 0 |
| 2. もう何もできないと感じる | あまりあてはまらない 1 |
| 3. 痛みはひどく、決して良くならないと思う | どちらともいえない 2 |
| 4. 痛みは恐ろしく、痛みに圧倒されると思う | 少しあてはまる 3 |
| 5. これ以上耐えられないと感じる | 非常にあてはまる 4 |
| 6. 痛みがひどくなるのではないかと怖くなる | |
| 7. 他の痛みについて考える | |
| 8. 痛みが消えることを強く望んでいる | |
| 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 | |
| 10. どれほど痛むかということばかり考えてしまう | |
| 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 | |
| 12. 痛みを弱めるために私にできることは何もない | |
| 13. 何かひどいことが起きるのではないかとと思う | |
- 松岡・坂野(2009)

講義を始めるにあたり、松岡先生から認知行動療法(Cognitive Behavioral Therapy : CBT)の基礎的な理論を学ぶことが目的であること、また、テキスト中の空白を埋めながら参加するワークの時間があることを説明された。周囲の先生方と数人のグループを作り、話し合っ埋めるところもあるとのことであった。

講義の内容は「認知行動療法とは」、「機能分析による患者の理解」、「機能分析に基づいた対応」であった。

CBTの背景

CBTに関するメタアナリシス(複数の研究結果を統合し、より高い見地から分析すること、またはそのための手法や統計分析のこと)は世界で2007年以降になって増加していて、国内でも気分障害(DSM-IV-TR)に対する治療法としてCBTの保険点数認可された2010年以降、書籍数も増加している。

CBTは多くの適応疾患があるため、様々なところで使われており、全国調査によるとCBTは精神科がある施設のうち三分の一の施設で行われていて、有効性はかなり認められている。CBTとは認知、行動、身体、感情など複数の観点で患者の問題を構造化して理解していくことであり、比較的変容が容易な認知と行動を治療ターゲットとしている。

CBTの治療構造は「患者のアセスメント→機能分析→治療計画を立てる→治療の実施→治療効果のアセスメント→患者のアセスメント」となっている。

痛みは様々な要因に影響されており、慢性疼痛に対しうつ病に対する CBT のようなパッケージを利用してもなかなか治らないのが難しいところとのことであった。

慢性疼痛患者と関わっていく時には対立的な治療関係ではなく、痛みの問題をまず外に置いて、医療者と患者と一緒にその痛みの問題に寄り添いながら協働的な治療関係を構築することが大切であると松岡先生は強調されていた。

患者は「心理治療」と言われるだけで心の問題と言われているように感じてしまうので注意が必要である。「痛みがあるからやりたいことができないではなく、痛みがあってもやりたいことができる、これを目標にしませんか？」という言い方が重要であるとのことだった。

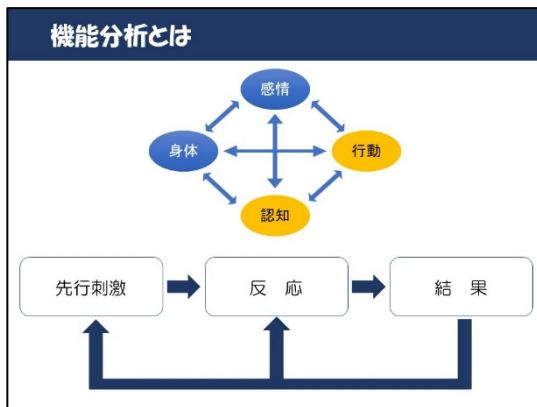
CBT の基本発想

CBT の基本的な発想は、行動面の理解と認知面の理解である。機能分析でのセルフモニタリング（あるテーマを決めて、記録を付けていく方法）を活用し、患者の症状や問題行動が周囲の環境の変化と関連があるのか記録をつけて検討する。これは、痛みにも活用でき、痛みの強さや症状の変化、症状と日常生活の関連、日中の生活の記録を取ることによって一緒に共有できる。この作業は非常に重要であるとのことであった。

痛みのセルフモニタリング例				
✓一時刻みに活動を記入 ✓そのときの痛みの程度を100点満点で記入				
時間	月曜日	火曜日	水曜日	
06:00~07:00	起床・着替え 30	↑睡眠	起床 30	
07:00~08:00	朝食 10	↓	朝食 10	
08:00~09:00	↑家事 30	起床 20	身支度 10	
09:00~10:00	30	朝食 10	↑ハート 30	
10:00~11:00	↓ 40	↑家事 30	30	
11:00~12:00	昼食準備 50	↓ 30	30	
12:00~13:00	昼食 20	昼食 20	↓ 30	

機能分析（行動と結果の前後関係を把握する）とは

中盤は機能分析についての講義であった。機能分析とは、行動を生じさせる刺激（先行刺激）、それによって生じる行動（反応）、行動の結果（結果）、という3つの要素について分析し、治療に役立てようとする考え方である。



「過度な痛みの訴え」を例にとって考えてみる。先行刺激として痛みがあり、反応として過度の痛みを訴えた場合、得られる結果として、①周りの人が気遣ってくれるという場合（+利益）②金銭的な補償が受けられるという場合（+利益）③やらなくてはけない活動を免責される（-不利益）という異なる背景（要因）が見つかる。このように「過度な痛みの訴え」

ひとつ取ってみても、様々な背景（要因）があり、それに対する個別の対策を考えるのに、機能分析は重要となってくる。また、この分析を行うことによって、問題がなぜ維持されているのかが明らかにもなるため、治療仮説を見つけることができ、患者の状態の理解促進につながる。

ここで例題が出題され、その症状・問題を整理するために、テキストの空白を埋めていく時間を与えられた。簡単なようで意外と難しく、慣れるまでに時間がかかると感じた。



会場風景

機能分析の慢性疼痛への応用

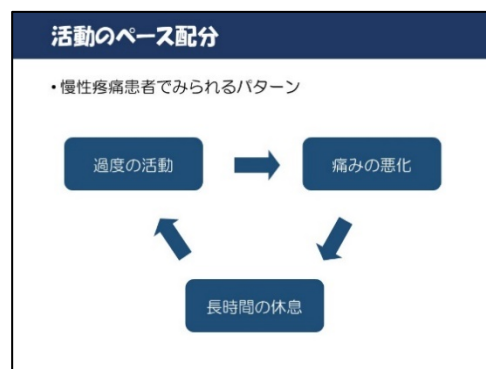
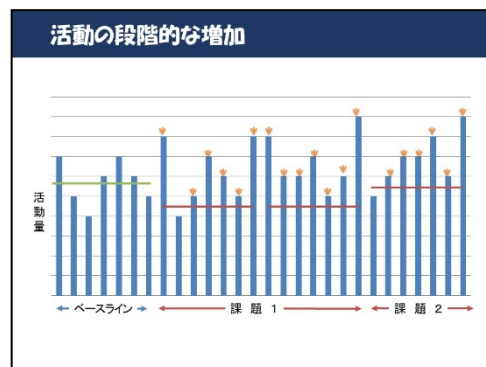
次はこの機能分析を慢性疼痛に①行動面、②認知面に分け応用する講義であり、非常に興味深い内容であった。

①慢性疼痛患者に対する機能分析に基づいた行動面の対応

1) 分化強化：行動をより良くコントロールする際の技法として「分化強化」がある。これは問題行動と適切な行動を分けて考え、問題行動を消去し、適切な行動を強化する技法であり、主な方法として**活動の段階的な増加**と**活動のペース配分**がある。

・**活動の段階的な増加**：まず増加を目指す特定の活動を決定し、一定期間その活動量を記録して、ベースラインから10%~25%を減じた量を目安に継続して活動する課題を設定する。目安の活動量が達成できた場合は報酬を与え、安定して目標の活動量が達成できるようになった場合は達成基準及び活動の種類を徐々に増やしていき、全体的な活動量を増加させていく。

・**活動のペース配分**：活動を小さく区切り、区切った活動が終わった場合に休憩をはさむよう指導する。休む時間は活動を再開しても痛みが生じないくらい十分な時間をとる。痛みの再燃がみられた場合は活動レベルを痛みの悪化がみられない程度に十分下げ、段階的に元のレベルに戻していく。



2) 行動活性化

3) エクスポージャー：不安に関連した問題行動の対応としては、エクスポージャー（暴露療法）が治療の選択肢となる。これは恐怖を引き起こす原因から逃げずに不安を減少させる方法である。まず、患者の不安・恐怖をはっきりさせ、次に問題に関連する回避行動を明らかにし、不安階層表を作成し問題の解決を図るというものである。松岡先生はこの治療成績は良いと強調されていた。

②慢性疼痛患者に対する機能分析に基づいた認知面への対応

1) 認知面の対応：認知の問題としては、**破局的思考**（痛みを過度にネガティブにとらえる傾向）があり、幅広い慢性疼痛患者の痛みの悪化に影響している。破局的思考には**無力感**（私はこの痛みに対してもう何もできない）、**反すう**（一日中痛みのことが気になって頭から離れない）、**拡大視**（なにかひどいことが起きるのではないかと心配）があり、痛みの強さや生活障害など痛みのアウトカムと関連している。

また、より痛みに関心が向いてしまう人がいる。この状況は痛みの慢性化につながりやすいとのことであった。

・**認知再構成法**：過度にネガティブな認知を、行動の変化とともに修正し、新しい思考を生み出す方法。

以下の項目に従って行う。

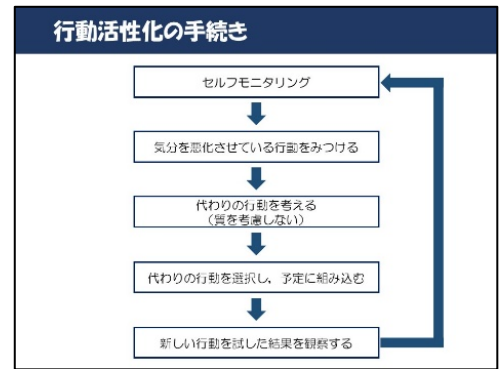
- ① 感情と理解の同定：悲しい、不安、など短い単語で感情的表現を表し、感情の強さを0-100で表定。
- ② 思考と感情との結びつきの理解
- ③ 状況と思考内容の同定：ある特定の場面に限定して評価させ、言語的に思考内容を記述する。
- ④ 思考の妥当性：根拠と反証に基づいて妥当性を検証する。
- ⑤ 新しい思考の生成：自らが楽になる思考を生み出し、それによって感情に変化が生じているか確認する。
- ⑥ 思考のメリット・デメリットの整理：新たな思考に違和感を覚えたままにならないように整理して比較する。

2) 痛みへの対処

・**ディストラクション**：痛みから注意を他にそらし、痛みの減少をはかる方法

・**リラクゼーション法**：呼吸法，筋弛緩法，イメージを用いた方法，自律訓練法，バイオフィードバックなど

・**行動活性化**：行動的に抑制されている人を活性化するという方法
特にこの**行動活性化**はうつ状態につながるような行動パターンを変化させる治療法で，生活内で正の強化を増やすための活動性を高め，負の強化によって維持されている回避行動を減らすことができる．慢性疼痛患者におけるうつ病の有病率は非常に高く，慢性疼痛とうつ病は相互に影響しあうため，この方法は有効であるとのことであった．



ワーク

終盤は，上記の**認知再構成法**の練習として周りの先生方4, 5人とグループを作り，右図のような例題の患者の感情と理解の同定，思考と感情との結びつきの理解，状況と思考内容の同定，思考の妥当性，新しい思考の妥当性，思考のメリット・デメリットの整理について話し合った．最初は松岡先生のようにはなかなかうまくシートの空欄を埋められなかったが，話し合っていくうちに他の先生方が様々な意見を出して下さり，出来上がった回答と松岡先生の模範解答との違いを比べることによって徐々にとらえ方が理解できるようになり，非常に充実したワークの時間を共有できたと感じた．また，最後は隣の先生とペアを組み，患者役と治療者役になって，認知体裁体制化の練習をロールプレイで行った．ペアになった先生にとっても分かりやすく対応していただいたので，初心者の中には大変ありがたかった．

グループワーク

今回このようなニュースレターの執筆という大きなお仕事を頂いて，とても感謝している．なぜなら，文字にすることで今まで曖昧であった CBT についてより理解が深まったからである．いつも講習会の後はなるべく復習はしているが，こうして再度勉強しなおすことが改めて大切であると気付くことができた．

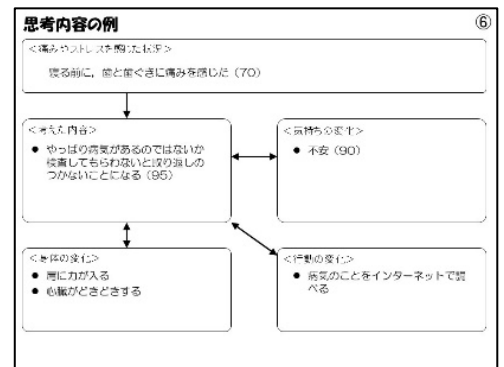
この執筆を依頼してくださった渡邊友希先生をはじめ，日ごろから沢山のアドバイスを下さる先輩先生方に心から感謝しています．ありがとうございました．

これからも，頭をフル稼働して口腔顔面痛の勉強をやっていきたいと思う．

みなさんなら、どう対応しますか？

歯痛を訴え受診した患者Aさん。

- 検査の結果、歯には原因はみられなかったが、患者は**大きな病気を心配し、不安を訴えていた**。これまでも同様の理由で他のクリニックをいくつか受診している。
- 受診のたびに、病気の心配を訴えるため、**医師者は検査結果をまじえて毎回丁寧に説明**をしている。説明を終えると、患者はほっとした様子を見せるものの、次回来院時には再び病気の不安を訴えている。
- いくつも医療機関を受診し、治療を続けているものの、**症状が改善しないこと**で、もう**痛みはなくなるのではないかと考え、気分が落ち込む日が増え、外に出ることが減ってきている**。
- 家族は患者のことを心配し**、患者が歯の痛みを書籍やインターネットで調べているといつも手伝ってくれている。こうした患者の状態を理解し、対応する際に、認知行動療法が役に立ちます！



【長島郁乃 (ながしまいくの) 先生のプロフィール】



2004年 東京歯科大学卒業／慶應義塾大学病院歯科・口腔外科入局
2006年 独立行政法人国立病院機構東埼玉病院勤務
2008年 ナガシマ歯科医院勤務

日本口腔顔面痛学会 News Letter へのお問い合わせは

「日本口腔顔面痛学会事務局」まで

〒135-0033 東京都江東区深川 2-4-11 一ツ橋印刷株式会社学会事務センター内

TEL: 03-5620-1953, FAX: 03-5620-1960 E-mail: jsop-service@onebridge.co.jp