

今回は、2021年1月25日～2月7日に行われた精神医学セミナーについて、医療法人社団グリーンデンタルクリニックの島田 淳先生に報告していただきます。

精神医学セミナー参加報告

医療法人社団グリーンデンタルクリニック 島田 淳

精神医学セミナーが2021年1月25日～2月7日にWEBにて、講師に伊達 久先生(仙台ペインクリニック)を迎えて「心理社会的因子を持った慢性疼痛患者への対応」と題して開催された。コロナ禍で多くなったこのような講演スタイルは、気軽に自宅で好きなときに期間中何度でも視聴できて、貴重な情報を多くの医療者が知ることができる。今後も学会のニューノーマルとして定着して行くと思われる。

講師の伊達 久先生(仙台ペインクリニック)は、2018年の精神医学セミナーでも講演され、筆者も当時受講したが、たとえ話を交えたそのわかりやすい講演はとても印象的であった。あれから3年の間に世の中の痛みに対する考え方が大きく変わったこともあり、講演は前回の内容をグレードアップした内容であった。

伊達先生は卒後、内科、外科、整形外科、麻酔、ペインクリニックで研鑽を積まれた後、痛み悩む地域の患者さんのために2005年に仙台ペインクリニックを開院された。しかし薬物療法や神経ブロックでは痛みをどうしてもコントロールできない患者が一定数存在したため、整形外科と心療内科・精神科とのカンファレンスに参加したり、心療内科で研修を行い、慢性疼痛に関連した心理社会的アプローチを学ばれた。その結果が結実し、現在伊達先生の診療所は、「開業医として、集学的痛み治療を上手く行っている」と高い評価を得ている。

講義は、2010年の国際疼痛学会(IASP)のモントリオール宣言、すなわち「痛みのマネジメントを受けるのは基本的人権であり、これを提供することは医療者の責務である」、の紹介から始まり、「医療者は患者に痛みを我慢させるべきではなく、積極的に除痛を行うべきである」と述べられた。またIASPが、2020年に改定した痛みの定義を引用し、痛みの知覚は単純な感覚ではなく、情動が関与することを強調された。

2018年に本学会を含む**痛み関連学会連合***が発表した「慢性疼痛治療ガイドライン」は、慢性疼痛を「治療に要すると期待される時間の枠を超えて持続する痛み、あるいは進行性の非がん性疼痛に基づく痛み」と定義している。長く持続する痛みには心理社会的問題も



ログイン画面



伊達先生の講演

加わり病態が複雑になる。たとえば、慢性期には、「情動」と「知覚」という痛みの2要素に、「認知」が加わり3要素となる。他にも、訴訟や薬物への依存など、痛み以外の問題が出現する。

このような要素を考慮し、慢性の痛みの治療は、薬物療法、神経ブロックなどのインターベンショナル治療、リハビリテーション、そして心理的アプローチの4本柱で行う必要がある。

特に、心理的アプローチは慢性疼痛患者の10%程度に必要となる。伊達先生は「重篤な精神疾患が併存したり、希死念慮が強いとき以外は、ある程度は自分で診る努力をしよう」とのご意見であったが、一方で、「必要な場合に依頼できる精神科医や心療内科医を知っていることが必要」と述べておられた。

全ての患者に長い時間をかけてじっくりと診療することはできないため、心理社会的因子をスクリーニングする必要がある。心理テストはよく用いられるが、質問紙の結果は現在の精神状態を示すのみで、痛みの原因究明の手がかりにはならない。したがって、慢性疼痛に陥りやすいハイリスク患者の特徴をあらかじめ知ることが必要である。このような患者の特徴として、**1. 多数の薬物投与に対して副作用が出現する。2. 通常の治療経過とは異なる。3. 神経ブロックの反応が通常とは違う反応を示す。4. 種々の治療に対して「全く効果がない」と主張する、などの要素を挙げられた。** 具体的な患者例については 1. 労災や自賠責、生保 2. 医療不信、ドクターショッピング 3. IQの低さ、認知症 4. 幼少時のいじめや虐待、として、それぞれの特徴と背景および注意点について詳細な解説がなされた。中でも最も重要な問題として、幼少時の虐待といじめ、兄弟間での差別（同胞葛藤）また親の問題などをあげ、このような体験が、脳機能の低下を招き、慢性疼痛を発症するリスクが高まると解説された。またこれらの慢性疼痛患者の診療時の注意点として、コミュニケーションをしっかりとって患者の思いをまず話してもらうこと、待合室の様子などを観察すること、相手のペースに飲み込まれずに徐々に生育歴を聞く事などがあげられた。ほかにも、顎関節症を幼いときから患っている既往がある場合には、背景に心理社会的問題が存在するケースが多いと述べられた。注意する必要がある疼痛行動としては、待合室では元気なのに医療スタッフの前ではぐったりする、頻回に受診する、返答の時に家族の方を振り返るなどが挙げられる。また診察時には、歯科の外来であったとしても全身のチェックを行う必要があるとして、痛い部位だけでなく、顎関節部の圧痛チェック、頭皮のぶよぶよ感（難治性慢性疼痛患者に多いそうである）、舌の状態（舌背静脈怒張）、そして可能であれば背部筋緊張、下肢の浮腫、腹診時の過敏な反応なども診療時のチェックポイントとして上げられた。

慢性疼痛患者の治療では、どのような心理社会的因子が関与しているかを以下の9つのキーワードで評価する。1. 失感情症、2 痛みの破局化、3. 過活動、4. 過剰適応、5. 自己効力感、6. 自己主張障害、7. 同胞葛藤、8. インジャスティス、9. 愛着障害。それぞれの特徴や対処法を以下にまとめる。

1. **失感情症**：自分の感情をうまく認識していない状態で怒り、悲しみ、嫉妬、欲望、自己嫌悪などの自然な感情がこみ上げてこないという。なぜそれが痛みにつながるかというと、感情により身体反応が起こる（否定



慢性痛の治療：コンテンツ



心理アセスメントにおけるキーワード

的感情を不快に感じる)ことが通常だが、失感情症の患者はそのような身体反応が起きてこない→否定的感情を無意識に溜め込みやすくなる→感情を認識できないために身体化(症状)する。失感情症の見分け方は、質問に対する受け答え方が「別に・・・」、「普通です」など、特徴的なことに注目する。辛い過去の出来事を第3者的に淡々と話したり、気持ちを聞かれても答えられないことが多い。

幼少時の体験と心理社会的因子

- 過活動：過去の不快の体験を思い出さないように次々と動く
- 過剰適応：親に気に入られようと努力する
- 失感情症：いじめや虐待のつらい感情を感じないように封じ込める
- 破局化：幼少時のつらい経験がネガティブな認知につながる
- 自己主張障害：親の言いなりになるしかないために主張できなくなる
- 同胞葛藤：人生最初で最大の差別による苦しみ
- 愛着障害：親の愛情が受けられなかったために、自分や他人に懐疑的

幼少時の経験が痛みの慢性化につながる土台を作る

日本口蓋歯痛学会精神医学セミナー2021

Sensory Pain Clinic Center since 2005

24

幼少時の体験と心理社会的因子

2. **痛みの破局化**：痛みを感じた際に、過度に恐ろしい結果になると予測する感情的な考えのこと。慢性疼痛患者が多く持つネガティブな痛みの認知である。患者に説明する際の平易な表現としては「痛みへのとらわれ」が理解しやすい。「痛みの知覚」ではなく、「痛みによる苦痛(苦悩)」に苦しんでいる。
3. **過活動**：絶えず動いていて、休むことはせず、時間が空けばとにかく何か仕事を探している状態。慢性疼痛患者は痛いから過活動ではないはず・・・と思いがちだが、慢性疼痛患者に過活動は多い。仕事や勉強、家事、趣味の活動などで生活スケジュールを埋め尽くし、ペーシング障害が生じていることがある。ハイテンションの時期は、ストレスによる鎮痛機構が働いているために痛みを感じていないが、ストレスが緩んでほった時期に鎮痛機構が働かなくなり、痛みが発症する。背景には自己肯定感の低下(何もしないでいることは「自分は価値がない」になるので、耐えられない)や、親の厳しいしつけ(良い成績を取っていないと親は評価してくれないと認識)、また虐待やいじめの経験(静かにしていると過去のことがよみがえるために、絶えず動き回る)などがある。
4. **過剰適応**：環境からの要求や期待に対して、個人が完全に近い形で従おうとすることであり、内的な欲求を無理に抑圧してでも(内的適応困難)、外的な期待や要求に応える努力を行うこと(外的適応過剰)。簡単に言えば、自己を犠牲にしてでも、他人のために努力することで、「お節介好き」との違いは、自分が我慢して対応している点である。過剰適応と痛みとの関係は、自己欲求を無理に抑えてでも、周囲から期待されている役割や行為に応えようとする。自己評価の低さが根底にある。自己の無価値感、罪悪感、劣等感などを紛らわすために周囲に過剰に適応し、休息を取らない過活動を起こし、痛みの原因となる。周囲には困っている様子をあまり見せず、周囲からは「元気そうに見える」ため、実は心の奥では「他人にわかってもらえない」という苦悩を抱えている。
5. **自己効力感**：ある状況下で結果を出すために適切な行動を選択し、かつ遂行するための能力を自らが持っているかどうか認知するための言葉。自己効力感の低下の考え方は、行動を起こす前から「自分にできるはずがない」「きっと失敗する」→行動する意欲が減退。行動を起こしても「やっぱり自分にはできない」「また失敗する」→ネガティブな気持ちになる。私たちの行動は、自己効力感によってポジティブにもネガティブにもでき、行動変容に大きな影響力がある。
6. **自己主張障害**：適切に自分の主張ができない状態。2つのパターンがあり、1つは、自己主張できない精神的ストレスによって、交感神経が亢進し、筋緊張や血流低下をおこす状態→自分でも内省的に見てしまう。2つ目は精神的ストレスを思い悩むことが難しく、直接身体化してしまう状態→自分でもストレスを感じていない難治例に多い。背景としては、幼少時の体験により自己主張障害が起きやすくなる。親のしつけが厳し

く反論できない、虐待により親の顔色をうかがっている、親の低評価による自己価値観の低下など。慢性疼痛患者は自己主張できないことが多い。通常、自己主張することにより、相手との関係がまずくなることが多いが、自己主張できないと精神的ストレスが溜まる。対応としては、他人に配慮しながらも適切な自己主張をするアサーション（適切に自己主張すること）を学ぶ。

7. **同胞葛藤**：兄弟同士の愛情の奪い合い。人生最初で最大の差別の苦しみ。慢性疼痛患者の36.7%にあるとされる報告がある（ストレス科学 2011）。幼少時の体験や地域性も関与。長子は周囲からの大人の関心を集める、末っ子は可愛がられるなど。アルバムの写真の数、アルバムの整理具合などで判断される、愛情が希薄な場合は自己肯定感の低下につながる、過剰適応や失感情症、過活動などになりやすい、幼少時からの不公平感（インジャスティス）を抱えやすい。同胞葛藤を疑う生育歴としては、兄弟が幼少期に病気がちであった、男子優先の風土、祖父母が健在のときに長男が優遇されやすい、兄弟が優秀すぎる、兄とよく喧嘩していた、などが挙げられる。

難治性慢性疼痛患者の治療

- まずは心理的アセスメントを行う
- 治療は、まだまだ確立された手法はない
- 薬や神経ブロックにこだわらない診察を
- 痛みの原因に心理社会的因子が関与していることを認識させる（気づき）
- どのようにアプローチするかは患者によってさまざま（マニュアルはない）
- チーム医療であることを認識する

日本口蓋顔面歯学会精神医学セミナー2021 Sendai Pain Clinic Center since 2005 25

難治性慢性疼痛患者の治療

8. **インジャスティス（不公平感）**：労災患者や自賠責患者の共通の問題。不合理感。なんで自分ばかり・・・、怒りの感情、いじめにも関与している。自己主張障害、過剰適応、失感情症、同胞葛藤なども関与。インジャスティスが強いと復職率が低い。交通事故の被害者や医療事故の被害者は他の患者に比べ回復が乏しい。自分に落ち度がないのに、慢性疼痛に罹患していることについて不条理や不公平感を感じている。医師が痛みを軽くすることで、患者が元の生活に戻れると思って治療していたが、慢性疼痛治療においてはそのようなことはなく、インジャスティスを取り扱えば社会復帰しやすくなる、という報告がある（Clin J PAIN 28: 484, 2012）。
9. **愛着障害**：主たる養育者との適切な愛着（アタッチメント）関係が形成できなかったことによる障害の総称。愛着行動が不十分で、安定的なテンプレートが形成できないと、愛着障害が起きる。愛着行動とは、乳幼児が危険や不安を感じる状況におかれた時、特定の養育者（愛着対象；通常は母親）に接近することで安全感を感じたり、不安を軽減したりする行動。親子のやりとりで、子供の心の中に「自分が困った時に母親は必ず自分を受け入れ助けてくれる」という認知的・情動的な体験から、愛着行動が安定的なテンプレートとして定着する→実際に母親がいなくても母親が安全基地となり、心の中にいるだけで安心できる。「基本的に世の中の人には、自分を助けてくれる存在で信じていることができる」という感覚（基本的信頼感・安全感）、「自分は受け入れてもらえる存在だ」という感覚の発達が自尊心・自己肯定感につながる。他者との間で安定的で信頼感・安全感のある関係を構築することができる。愛着障害と慢性疼痛との関係が深い要因としては、愛着障害があると他者との人間関係がうまくいかないこと、配偶者や恋人などをふくむ対人関係が下手、自己肯定感、自己効力感、コーピングスキルの稚拙が挙げられる。怒りや敵意、不安、抑うつ症状・うつ病、境界性パーソナリティ障害などとの関連が報告されている。

最後にまとめとして、ラポールが形成されてから生育歴聴取を行うことが重要であるとしている。そして難治性慢性疼痛患者の治療を行う場合に考えなければいけないこととして、まだ確立された治療法はないため、アプローチは患者によって異なること、心理アセスメントを行い痛みの原因に心理社会的因子が関与していることを認識させる（気づき）、患者自身に何が問題かを自覚させるとともに自己評価させ、対策を立てる（スモール

ステップ)。そして基本的な生活のリズムの改善を促す。すなわち朝起きて日光を浴びる、昼間はベッドで休まない、3食きちんと食べる、夜は寝る環境を作ってから寝る、自信を持つことを指導するなどである。そしてチーム医療であることを認識することも必要であるとして講演は終わった。

オンデマンド方式では通常、視聴者の質問を扱うことが難しいものだが、それを補うべく「質問掲示板」が設けられた。視聴者が質問を投稿すると、伊達先生がメールを介して回答するというシステムであり、筆者の質問に対しても丁寧な回答が返ってきた。

最後に、ここまで講演で学んだことを、口腔顔面領域の慢性疼痛にどのように生かしたら良いのか考えてみたい。歯科疾患は急性疼痛が多く、歯科医師は慢性疼痛への対応に慣れていない。最初に、急性疼痛と慢性疼痛の鑑別を行い、急性疼痛であれば、まず痛みの除去を考える。3ヶ月以上持続する病態が非常に複雑な痛みの場合、伊達先生が示したような、心理社会的要因の関与が疑われる慢性疼痛の特徴と照らし合わせてスクリーニングを行う。そして慢性疼痛に対する心理アセスメントのキーワードを押さえて医療面接を行い、どのような心理社会的要因が関与しているかを見つけ出し、そこに関与する生育歴を聞き出す。患者の性質によりアプローチ法を考え、痛みの原因に心理社会的因子が関与していることを自ら気づくよう誘導する。自身の問題に気づいた上で、生活リズムの改善から行う。というところであろうか。

まず我々歯科医師の慢性疼痛に対する認識を確立するとともに、歯科における慢性疼痛についての実態、そしてその対応を広く世間に認知してもらうことが重要であり、今後、学会の果たすべき役割は大きいと考える。

今回の講演は、歯科における慢性疼痛への考え方について一石を投じる大変有意義なものであったと思う。

精神医学セミナーの次回の開催を楽しみにするとともに、今回、参加する機会を逃した先生方には、臨床の幅を広げる意味でも次回参加することを是非お勧めする。

***痛み関連学会連合**：日本疼痛学会、日本ペインクリニック学会、日本慢性疼痛学会、日本腰痛学会、日本運動器疼痛学会、日本口腔顔面痛学会、日本ペインリハビリテーション学会、日本頭痛学会で構成される。

HP：<https://upra-jpn.org/>

【島田 淳（しまだあつし）先生のプロフィール】

【略歴】

1987年日本大学歯学部、1991年同大学院（補綴学）修了、日本大学助手（補綴学講座）、東京歯科大学講師（スポーツ歯学研究室）を経て2005年より家内が院長を勤める現クリニックに理事長として勤務。2012年より日本顎関節学会理事、2008年より神奈川歯科大学咬み合わせリエゾン診療科にて精神科医と共に医療面接を行い、現在、神奈川歯科大学特任教授。日本補綴歯科学会、日本顎関節学会、口腔顔面痛学会専門医・指導医。

近著：ある日突然やってくる困った患者さん「あなたならどう診る」デンタルダイヤモンド社（2019年）。

大学卒業時、何もわからず野球部の監督に言われるままに大学院に入学、監督から与えられたテーマが「顎口腔系と全身の関係」。そして毎年10回以上の学会発表と押し寄せる難治患者の山。力尽き大学を辞めたはずが、再びいつの間にか後戻り。今年も5回以上の学会発表をノルマとして、毎日診療室に15時間ほどたてこもり患者さんと格闘しているが、最近はずすがにどのように終末を迎えるか思案中である。



精神医学セミナー初のWEB開催 後記

精神医学セミナー担当副委員長 渡邊友希

昨年の1月19日に、北海道医療大学の松岡紘史先生を招聘して本セミナーを慶應義塾大学病院で通常開催できたことは幸運であった。それから程なくして、世の中はCOVID-19で一変し、様々な学会の学術大会や講演会は開催中止を余儀なくされた。それでも本学会のセミナー運営委員会は、会員の皆様にセミナーを提供し続ける方法を摸索した。昨年の7月に「口腔顔面痛ベーシックセミナー」をオンデマンド方式でWEB開催したのは、歯科系の学会の中でもかなり早い段階での取り組みではなかったかと思う。また12月には困難と思われた実習形式の「口腔顔面痛診断実習セミナー」をWEB開催した。そのノウハウを活かして今回の精神医学セミナーもWEB開催で実施することとなった。WEB開催の最大の利点は、遠方在住者や、子育て・介護等で忙しい先生方が参加しやすいことだと考える。今回は遠方の参加者が約60%を占めており、日本全国からご参加いただいた。

講師は2018年の本セミナーの講演が大変好評だった伊達久先生（仙台ペインクリニック）に、再登壇をお願いした。伊達先生は臨床業務はもちろんのこと、多数の学会等の要職を兼任されて多忙を極めるにもかかわらず、快諾してくださった。

コンテンツの作成は、IASP教育システム開発プロジェクト*の小長谷光先生、大野由夏先生およびそのチームの先生方（明海大学）が担当してくださった。NetCommons3という情報共有基盤システムを用いたeラーニング形式で、クオリティーの高さと遊び心を兼ね備えた編集はまさにプロの領域であった。

今回はこの有意義な講演を会員のみならず、多数の先生方に提供したかった。セミナー委員および理事の先生方のお陰で準会員（学部生、大学院生）を、また本セミナー委員長の小見山道先生が学会の垣根を越えて日本顎関節学会にも広報した結果、非会員の参加者を迎えられたことは喜ばしいことだった。

講義の詳細は島田淳先生のレポートに譲るが、伊達先生より昨年の12月の慢性疼痛学会などで得られた最新の知見を入れたいと申し入れがあり、3年前の講義を大幅にバージョンアップした内容であった。明日からの診療にすぐに活かせる、身体医が心理的なアプローチを行う際のエッセンスが惜しみなく盛り込まれていた。

事後アンケートの結果を簡単にまとめる。参加者の卒後年数は「21年以上」が59.3%と多く、「10年以内」は18.5%と少なかった。4つのコンテンツの理解度はすべて「ほぼ理解できた」「理解できた」が多数を占めていた。小テストの難易度は、ほぼ平均的な回答だった。サイトのレイアウトについては「見やすい」とした人が多かった。適切な動画の配信期間については、「1か月」が56.3%で最も多く、「もっと長ければ繰り返し見たかった」、「週末しか視聴できないので、1か月を望む」などのご意見があった。自由記載欄には講演内容を称賛する意見はもとより、運営側にも労をねぎらう声を多数いただき、参加された先生方の温かさを感じた。アンケートにご協力いただいた先生方、誠にありがとうございました。

医療従事者のワクチン接種が始まって、やっと歯科医師にも接種の順番が回ってきた頃でしょうか。皆様、くれぐれもお体をご自愛ください。リアル開催でお目にかかれる日を心待ちにしております。

***IASP教育システム開発プロジェクト**：国際疼痛学会（IASP）と日本疼痛学会（JASP）が公募し、本学会が採択されて活動しているプロジェクト。プロジェクトリーダーは佐々木啓一先生である。当学会の各種セミナーのサポートも担当していただいている。詳細は本学会のホームページのリンク参照。

https://jorofacialpain.sakura.ne.jp/?page_id=4461

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