

精神症状への対応法

平成19年6月25日・7月2日 大学院特論

頭頸部心身医学分野

豊福 明

講義内容

- 精神障害など関連他科領域疾患の概説を行い、歯科領域で具体的にどういう形で関わってくるかを解説する。
- 関連他科の専門性と適切な連携についても概説する。

精神症状への対応は不可避

- 専門医を必要とする水準のうつ病や精神病性障害の患者が、歯科的な症状を訴え受診してくることがしばしばある。
- 開業歯科医院や歯学部病院の場合、すぐに精神科専門医の応援が得られる環境にはない。
- 好むと好まざるに関わらず、日常歯科臨床において精神症状への対応は避けられない。
- (ただし、精神障害の治療を歯科で行うということではない！)

本講のねらい

- 精神障害 (Mental Disorder) に関する基礎知識を整理する。
- 精神科、心療内科、神経内科、総合診療科の役割・専門性を理解する。
- 精神科など関連他科との適切な連携ができる。

統合失調症 schizophrenia

統合失調症（精神分裂病）

- 精神病の代表的疾患で、多くは青年期に発症し、長期の経過を辿り、人格の統合に欠陥をきたす場合がある。
- 主な精神症状として、幻覚、妄想、感情や意思の障害、昏迷、思考障害、対人接触の障害、自閉など多彩なものがある。

(1) 統合失調症の臨床症状

- 陽性症状(目立つと言う意味)と呼ばれる幻覚や妄想は本症の典型的な症状としてよく知られている。
 - ①幻覚;自分だけにしか分からない知覚で、自分に対する悪口や噂、命令やテレパシーが聞こえる(幻聴)といった訴えが多い。
 - ②妄想;訂正不可能な判断の誤りや信念で、説明や説得では変わらないもの。

陰性症状

(一見目立たず分かりにくい症状)

- ③感情が湧きにくくなる
- ④活動を始めたり継続することが困難になる
- ⑤短くて内容の乏しい会話しかなくなる
- ⑥人生に喜びや興味を感じられなくなる
- といったものがある。

興奮症状

- ⑦感情（イライラ感など）を抑えることが困難になったり、敵愾心を持ちやすい
- 思考障害・認知障害として、
- ⑧日常生活で見、聞き、感じたことの意味が分からなくなる
- ⑨注意力が低下する
 - 統合失調症にも不安や抑うつ症状が出現することも多く、罪悪感に悩んだり、**些細な身体の不調感にとらわれたりすることがある。**

執拗な歯痛と薬剤アレルギーを訴え
対応に苦慮した精神分裂病の1例

患者；60歳、女性、無職、

主訴；5|歯痛、5|部骨の鋭縁、歯科治療に対する不安（他施設でなかなか上手くいかない）

家族歴；一人暮らし。長姉84歳、次姉69歳

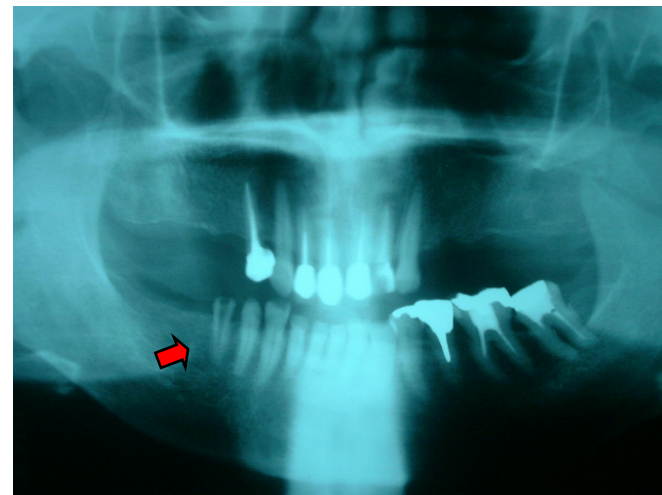
現病歴；約10年前（平成2-3年頃）より、近医歯科にて歯科治療を受けた後に歯痛や皮膚掻痒感が生じるようになった。多数の開業歯科の他、国公立病院、大学病院などの歯科医療機関を受診し、根管治療や抜歯などを繰り返していた。いずれの施設でも「痛くした」「かゆくなる薬をつけた」などと訴え、何人もの歯科医師と言い争いになったり、夜間に頻回に電話をかけては診察を要求したり、「主治医がきちんと治療しない」などと興奮した口調で長時間（1回1-2時間）同じ内容を繰り返し訴え続けるといったことが続き、治療中断と転医を繰り返していた。平成X年6月1日、開業歯科より紹介にて当科を受診。

診断；5|慢性根尖性歯周炎、薬剤アレルギー、5|骨隆起

治療ならびに経過

外来治療(1)

通法通りの根管治療
時折、夕方に電話



6月27日 上腹部不快感、食事摂取に対する不安のため某内科に入院。内科的には異常なく、歯に対する不安を強く訴え、入院下での歯科治療を希望。

第1回目入院(平成X年6月29日～7月31日)

入院後は感謝の意を示し、特に問題なく治療は進行。しかし、退院当日に些細な事務的な行き違いに激昂し、説得にも一切応じず自己退院。

外来治療(2)

8月6日 外来治療を再開。

時々「痒くなった」「痛くなった」と訴え、夜間の電話や休日早朝に救急外来を受診することがあったが、通常の処置で安心。

8月末より再度「痛くした」「痒くなる薬をつけた」と怒号、こちらの説明には全く耳を貸さず、一方的に自分の主観的解釈を延々と繰り返し、治療者を非難した。

9月初旬には「助けて下さい。他に行くところもない」と涙ながらに電話をかけてきたため、再度治療を了承。

第2回目入院(平成X年9月10日～10月15日)

歯科治療を執拗に要求しながらも、生食の洗浄ですら痒みを訴えるようになり、「陰性の薬を使って治療してくれないではないか」と激しく攻撃。堂々めぐり。

「心配で眠れない」というが、精神科受診や安定剤服用は強く拒否。

「私をいじめている」「どこの病院に行っても スケベでケチが出てきて災難」などと繰り返し、厚生労働省や弁護士会など方々に苦情電話をかけるなど、被害妄想的な言動がエスカレート。

10月13日

10月15日

妄想型分裂病

本症例の問題と対策

妄想の鑑別

院内での巻き込み防止

精神科医療
への乗せ方

- ・歯科治療に対する被害妄想
- ・治療者への激しい攻撃性
- ・病識の欠如

医療保護入院

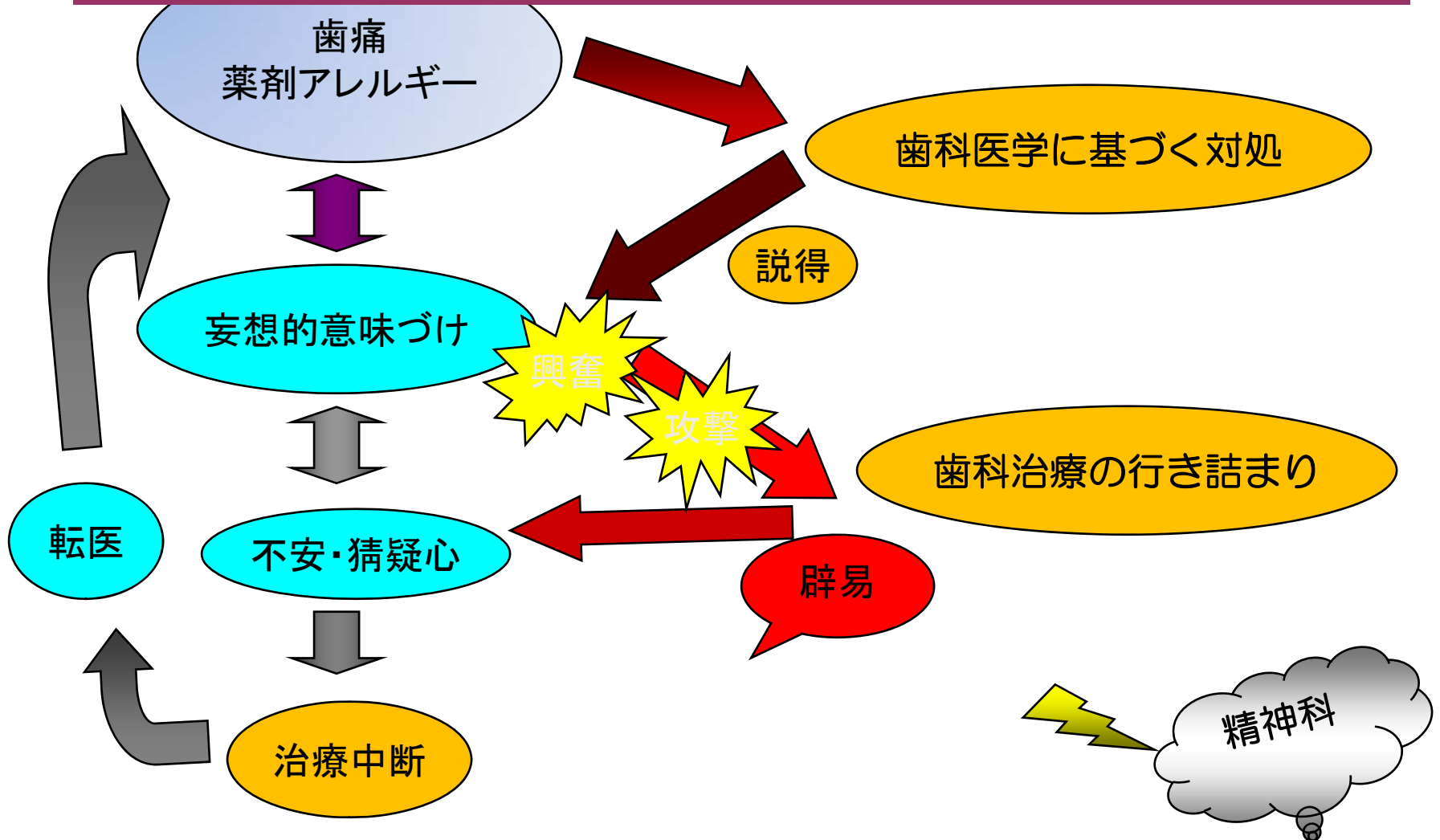
患者の生活崩壊

家族に与えた心理的ダメージ

多くの歯科医療機関での トラブルの要因

- 治療関係は破綻するが、歯科治療を求める
- 治療者に攻撃的で迷惑な言動
 - ・ 頻回の夜間の電話、外来や待合室での怒号etc.
- 「どこかおかしい」と思わせながら、決定的所見に欠く
 - ・ 患者の記憶は正確(こまめに筆記する習慣)
 - ・ 話はそれなりに合理的、身なりは整っている
 - ・ 奇異な言動は目立たない
- 精神科受診が困難
 - ・ 本人の病識欠如
 - ・ 家族の理解・協力が得にくい

患者の妄想 vs. 歯科医師側の巻き込まれ



精神科医療への橋渡しの問題

- 歯科医師が必要と判断しながらも精神科への橋渡しができない症例が多い
- せっかく紹介できても、その後も継続して精神科治療を受けている患者は20%未満

やっとのことで精神科に紹介しても....

- 「難しいですね」
- 「どうしようもないですね」
- 「とりあえず粘り強く対応してください」

患者からは.....

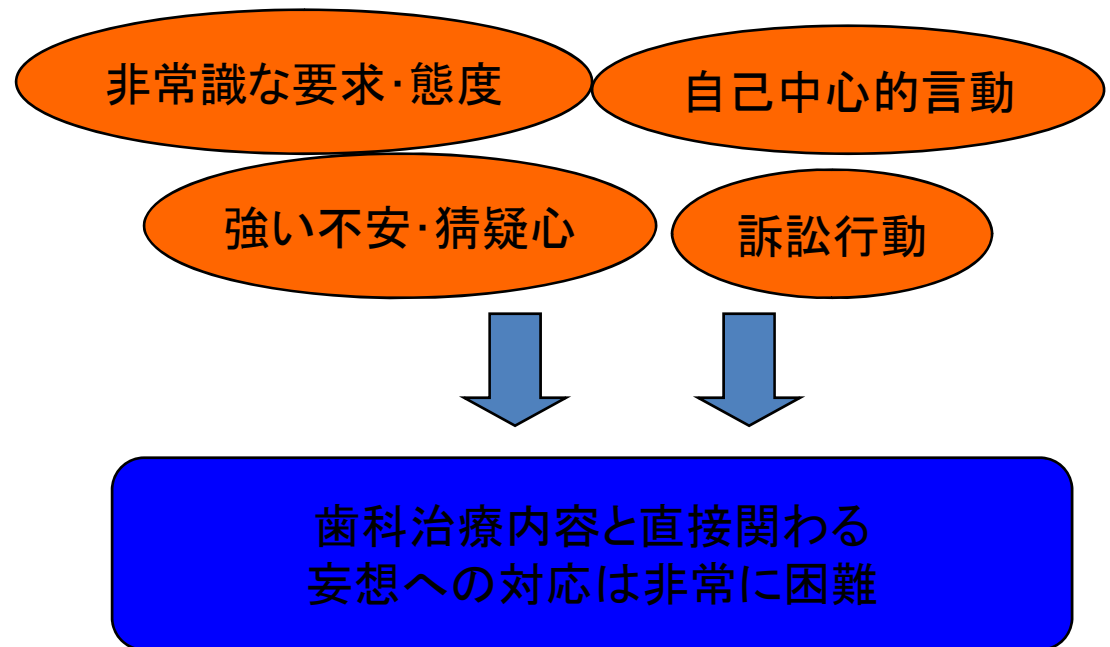
「私はどうもないんです！」

「精神科の先生も、そうおっしゃっていました！」

精神科へ紹介が困難な患者さん

- 未治療の統合失調症
- 治療中断している統合失調症

- 人格障害



第16回日本有病者歯科医療学会
平成19年3月10－11日
東京女子医科大学

頻回の電話などで対応に苦慮した 統合失調症の2例

福岡大学医学部歯科口腔外科学教室
豊福 明、佐藤賢一、喜久田利弘

統合失調症の歯科医療上の問題

- 一般に精神科で治療を受けている統合失調症患者は、素直でおとなしく、歯科治療においても模範的な患者が多い。
- しかし、中には本症特有の妄想や病的な不安から執拗な電話をかけてくるなどし、通常業務に支障を来たす場合もある。
- 迷惑行為ではあるが自傷他害には至らず、かえって対応に苦慮する場合もある。
- 今回、このような状況に陥った本症の2例を呈示し、その対応について考察する。

【症例1】

- 30歳代、女性。
- 約20年前に発症し、薬物療法、精神療法、電気痙攣療法などあらゆる治療に抵抗性の妄想型統合失調症(Paranoid schizophrenia)。
- 10数年前、当院精神科PICUに入院。イソミタール静注下の電気痙攣療法施行中に舌に咬傷を生じたため当科受診。縫合処置施行。
- 処置を行った歯科医師に恋愛妄想を抱き、入院中は用もないのに歯科外来を訪れ、退院後も何年間にも亘り、頻回の電話や手紙などを送りつけてきた。

経過(症例1)ー1

- 精神科的にも難治性で、幻聴・妄想に基づく異常行動が続く。他県の当院精神科関連病院で計7回入退院を繰り返してきた。
- 精神科主治医と繰り返し相談するも、本人の治療拒否・コンプライアンス不良や家族の理解や協力も十分には得られないため、警察の介入にもかかわらず、不定期的に同様の行為が繰り返されてきた。

経過(症例1)ー2

平成18年12月5日

- 突然、当科外来に「私の旦那は？」と来訪。
- 当院精神科に応援要請。精神科医の介入に興奮、「からだに触った、イヤらしい」「バカ！役立たず！」などと大声で暴言を吐いたり、暴れるなどしたため、複数のスタッフによって精神科外来へ搬送される。
- 抗精神病薬投与後、やや落ち着き、数時間後母親とともに帰宅。翌日、かかりつけの病院に医療保護入院となった。

【症例2】

- 40代、主婦。
- 原因不明の口腔内疼痛のため、某大学口腔外科より当科紹介受診。
- 言動の微妙な奇異さ、疎通性の悪さから病歴を確認したところ、しぶしぶ精神科受診歴を認めた。
- かかりつけの精神科医院と連絡をとり、単純型統合失調症 (simple schizophrenia) であることが判明。同院での加療を継続して頂いた。

精神科での病歴（症例2）

- 強い不安焦燥、過呼吸発作、抑うつ感、易疲労感、不眠などが主訴。
- 発病は15年前、その後、3－4軒の精神科を受診。
- 当初は神経症圏と考えられていたが、はっきりした異常体験は認めないものの、情動の不安定性、思考の頑なさや人格の硬さ、周囲への敏感性、人格のまとまりのなさ、社会適応力の急激な低下から精神病圏のもの（simple schizophrenia）として加療されてきた。
- 各種薬剤への反応性は不良だったとの由。

経過(症例2)

- しかし、その1年半後、突然当直帯に電話をかけてきて延々と診療と無関係な内容を語り続けた。受診を勧めるもなかなか来院せず、以後も昼夜の区別なく、その当直医へ電話で脈絡のない訴えを繰り返した。
- その2ヶ月後、ようやく受診。精神科の治療から脱落し、他のクリニックに転医していたことが判明。現在の主治医へ添書を持っていくように指示したところ、受診も電話も途絶えた。
- しばらくして同様の電話が繰り返され、6ヶ月後ようやく受診。やはり精神科通院が乱れ、コンプライアンスも不良になっていた。
- ひとつおりの口腔内診察のみ行い、再度、精神科からの返書をもらってくるよう指示した。

考察

- 常識から逸脱した頻回な電話や手紙の背景には、体系付けられた妄想構築もしくは病的な不安の存在が推測された。
- このような統合失調症患者の迷惑行為に対して、医療者側には防御する手立てがほとんどない。
- 受容的傾聴は、妄想や依存を強化することもある。
- 精神科主治医へのコンタクトは必須だが、万能ではない。
- 最悪の場合、精神病状のさらなる悪化を待って、法的な措置に期待するという選択肢しかないこともある。

元来、精神科通院あるいは治療関係の維持とは脆弱で困難なことであるという認識が必要。

まとめ

- 統合失調症患者の迷惑行為に関しては、症例によって問題は多様で、特効薬的な解決法はないと思われる。
- 基本的には、精神科医はもとより、病院の事務系職員（電話交換手も含む）まで、関係者との連携を日頃から強化しておくしかないように思われた。

うつ病

Depression

うつ病の臨床症状

- ①抑うつ気分(ゆううつ、落ち込み、気分が晴れない、など)
- ②興味と喜びの喪失(普段なら楽しいと感じるはずの活動に喜びや興味を失う、など)
- ③易疲労性(身体がだるくて、きつい。何をするのも億劫、ほんの少し動いただけでひどく疲れを感じる、など)

– ほとんど正常に見えるもの、不安が強いもの、焦燥が極度に強いもの、身体的な訴えや拘りが強いもの、思考の停滞や活動性が極めて抑制されるもの、妄想を伴うものなどのさまざまなバリエーションがある。

その他のうつ病の臨床症状

- ①集中力や注意力がなくなる
- ②自己評価が低下し自信がなくなる
- ③自分が価値がない人間のように感じられる。過剰な罪悪感を感じ悔やむ
- ④将来に希望を感じられなくなり、全てを悲観的に考える
- ⑤自殺を考えたり、自分の身体を傷つけたりする
- ⑥眠れなくなるなどの睡眠障害
- ⑦食欲がなくなる

不安発作の患者さん

- 心悸亢進、血圧上昇、呼吸促迫、発汗
- 「死んでしまうのではないか」という恐怖感
- 先入観を排し、心身両面を注意して観察。
- その場しのぎの対応をせず、原疾患を見極めてきちんとした治療につなげる様心がける。

パニック障害 panic disorder

- 突然、恐怖や緊張が押し寄せて、心臓がバクバクして息が苦しくなり、自分をコントロールできない恐怖や“本当に死んでしまう”というものすごい恐怖を感じる
 - 循環器症状；動悸、胸痛、嘔気
 - 呼吸器症状；息切れ、窒息感、めまい、異常感覚、寒気、ほてり
 - 恐怖症状；死の恐怖、発狂恐怖、発汗、震え、現実感消失、離人感
 - 予想不能の状況下で起きる

精神科・心療内科・神経内科の違い

(1)精神科

- 小児から老人までの精神の異常や心理的苦悩の治療を行う科。
- 対象疾患は、統合失調症、躁うつ病などの重症精神病から、軽症うつ病、パニック障害、強迫性障害、人格障害、適応障害、薬物依存症、痴呆（認知症）脳腫瘍や脳卒中による精神症状など、精神・心理の関与する疾患・状態のすべてにわたる。
- 統合失調症中心に診療している場合が多いが、各種心身症にも対応してくれる精神科医も多い。

(2) 心療内科

- 心療内科は患者を身体面だけでなく、心理面・社会面をも含めて、総合的・統合的にみていこうとする内科といえる。
- 病気の始まりや経過に心理社会的な要因が関係している病気を「心身症」という。「心理社会的な要因」というのは、例えば性格(神経質、几帳面など)や思考・行動パターン(いつも他者に合わせてしまう等)、ストレス(配偶者の死、仕事の忙しさ等)などを指す。
- 心療内科の専門性が生かされるのは摂食障害や過敏性腸症候群などの内科的心身症が代表的疾患だが、パニック障害、軽症うつ病なども守備範囲に入っていることが多い。
- なお「心療内科」を標榜している市中のクリニックの80%以上が精神科医であるといわれている。患者を紹介する前に、担当の医師の専門性(内科出身か精神科出身かなど)をあらかじめ把握しておくこと連携がスムーズに行きやすい。

(3) 神経内科

- 脳や脊髄の中樞神経や末梢神経の異常や変性、さらにこれらに起因する筋肉などの異常に対して薬物などの内科的治療を行う科。
- 対象疾患は脳卒中などの脳血管障害、髄膜炎、パーキンソン氏病、アルツハイマー病などが代表的。
- 頭痛、めまい、しびれ、脱力、意識障害等の訴えに対応してもらえる。
- しかし、精神疾患や心理的問題は治療の対象としておらず、心理療法も原則として行わない。

(4) 総合診療科

- 医学の専門化・細分化の反省から、全人的医療を基本としたプライマリ・ケアの実践を目的として発展した科。
- 基本的には内科だが、対象疾患は精神疾患を含むすべての疾患であり、すべての症状の基礎的な鑑別診断、治療、専門医への紹介の必要性の判定を行う。

(5) 臨床心理士・心理カウンセラー

- 患者の抱える苦悩や問題を主に心理療法で解決する職種。通常、医学の教育は受けていないため、薬物療法は行わず、対象とするのは精神科医などによって心理療法の適応を吟味された患者が主となる。

処遇困難な患者さん

処遇困難な患者さん

- すべて精神科的問題とは限らない
 - 話が長くて一方的、收拾がつかない
 - 何を言ってるのか理解できない
 - 治療拒否
 - すぐ怒る(易怒的)

話が長くて收拾がつかない

- 「冗長」;話が不必要に長い
- 「粘着」;同じことをしつこく繰り返し、切れない
- 「迂遠」;話が回りくどく、すぐ脱線してなかなか結論に達しない

- イライラしない。
- ある程度「傾聴」し、「要約」し交通整理する。
- 「わかってもらえた」と感じさせる。

- 統合失調症の「滅裂思考」、躁状態の「多弁・思考奔逸」;理解困難な話を一方的にまくしたて、疎通困難
- 長く話すことで病状悪化させることもある。安全性を配慮し、専門医への紹介を検討

易怒的・暴力的な患者さんや「身内」

- 若いもしくは中年の男性が興奮し、尊大な態度で誇大的、命令口調
- 些細なことですぐに立腹し、挑戦的
- 自分の主張を繰り返し、無理難題を吹っかける。威嚇的言動
- いかにも「その筋」といった服装や言動
- 大声で乱暴な言葉遣い

まずは事故防止

- 基本的には複数対応
- 不要な挑発・刺激を避ける
- 院内資源の活用（事務員、看護師など）
- なるべく廊下で話さない。
- 退路の確保（歯学部病院では準備不足？）

精神科受診の拒否

- 客観的には明らかに「精神病的」な場合
 - 「病識欠如」は精神病状態の症状のひとつ
 - 説得は無意味・かえって相手を刺激することも
- 家族などキーパーソンと良く相談
- 保健所・福祉事務所・ケアマネージャーなど社会資源の活用

どんな対応が有益かを模索

- 「患者さんのため」という誠実な対応・説得は、たとえ精神病レベルであっても案外通じることもある。
- 病院規則や法律を盾にした杓子定規な対応ではなく、問題の本質を探るための話題転換や一時休憩を入れる。
- 患者にとって門前払いではなく、一旦は受け止めてくれたという形にする。
- 逃げ腰には患者さんは敏感、ちょっとでも「厄介だな……」などと思うと鋭く見抜いてくる。
- 問題に対峙し、できる限りの取り組みをする。
- 一人で抱え込まない。

一般的注意

軽視・排除しない

- 「面倒な患者だ」などと軽視・排除したり、「そういうことは誰にでもあるよ」といった安易な一般化は禁物である。
- 理想的には「分かってもらえる」「安心できる」「何でも話せる」雰囲気があることである。
- 患者の訴えを傾聴することは大事であるが、あまり聞きすぎてはいけない。同じ話の繰り返しが続くようになった場合は、上手に話の腰を折ったほうが良い。

患者からの治療要求にどう対応するか？

- 雑誌やインターネットなどで調べたあやしげな民間療法を希望する場合がしばしばある。
- それらが如何に荒唐無稽に聞こえても、いきなり簡単には否定しない方が良い。
- それらは患者なりに解決法を模索した結果であるので、すぐに「違う」と否定すると患者は「自分の努力が否定された」と言う思いを強くするから

「患者の私がいいと言うのだから、とにかく言うとおりにしてください！」

- と詰め寄られても、不合理な処置は避けるべき
- 事前に「インフォームド・コンセントをとればいい」というものではない。治療結果が悪ければ、必ず患者は文句を言ってくるものである。
- 一喝するような言い方ではなく、自分も努力はしているが力量の限界で「これ以上分からない、できない」といった調子で患者に伝える。

患者の尊厳を重視する

- どんな場合でも、患者の個性、感情、価値観、自尊心などを尊重すること
- 傾聴、共感、関心を寄せる、受容、関与しながら観察する、といった関わり方
- 無名化して呼んだり、患者の訴えに無関心だったり、切実な訴えに対して「そんなことはありえない！」と無視したり、自説の押し付け、説教といった対応はしない

患者さんにどう思われるか

「自分に関心を寄せてくれている」

「自分は尊重されている」

「分かってもらえた」

「よく話を聴いてもらえた」

「何でも話せそう」

「暖かい」

「親切で頼りになりそう」

「安心できる」

「一緒になって考えてくれる」

「納得できる」

「無視された」

「見下されている」

「分かってくれない」

「冷たい」

「ろくに話も聴いてくれない」

「事務的、木で鼻をくったような態度」

「頼りにならない、頼れない」

治療関係に雲泥の差→他科紹介の成否

参考文献

1. 特集 精神症状。月刊レジデントノート9(4).(2007、7月号)
2. 斉藤一郎 監修;ドライマウスの臨床. 医歯薬出版、東京、2007.
3. 久村正樹;救急での精神疾患・症状の対応法。日本心療内科学会雑誌10: 101-107,2006.
4. 豊福 明、他;執拗な歯痛と薬剤アレルギーを訴え、長期にわたり多施設を受診していた未治療の精神分裂病(統合失調症)の1例。日歯心身17:123-127,2002.
5. 登根香織、豊福 明、他;演技性人格障害を有する下顎前突症患者の顎矯正手術経験。日歯心身17:27-32,2002.
6. 豊福 明、佐藤賢一、他;頻回の電話などで対応に苦慮した統合失調症の2例。第16回日本有病者歯科医療学会発表、2007.