

(参考) 様式 4-2

歯科治療における患者の体験様式に関する 心理学的研究

所属・職 大学院医歯学総合研究科・講師
(指導教員 植村正憲教授)

申請者氏名 梶原和美

【本研究の主題と目的（第1章）】

本研究の目的は、歯科患者の体験様式のモデル化である。歯科治療は口、歯、顔という、人の心性をその原初から支え、心理社会的に重要かつ多重な意味をもつ身体部位を治療の対象としているため、治療を通して患者の体験は様々なかたちにゆらぎ、場合によっては治療への不適応や新たな心理的問題が発生するおそれがある。このような事態を予防するため、また治療プロセスを心理的にほどよく援助する方法を探るため、本研究では外科矯正治療、歯科矯正治療、顎関節症治療という3つの場面を取り上げ、それぞれに固有な心理的テーマを抽出する。なお本研究の主目的は仮説構築にあり、患者自身の体験の意味づけを掘り上げることを目標とするため、主として質的研究法を採用した。

【外科矯正患者における顔の体験様式（第2章）】

外科矯正治療における心理社会的インパクトは手術を通じた顔だちの変化にある。患者にはボディ・イメージの再統合、新たな「顔」をもつ私としての再適応という課題が要請される。手術を通じた顔の変化に不適応を示す患者を術前に予測するための心理的指標を探索する試みはこれまで数多くなされてきたが、未だ決定的な指標は見出されていない。本章では患者の顔に対する素朴な思いを採集する。

① 大学生の素朴な「顔」に対する意識を自由記述形式のレポートの中から探索した。KJ法で分類した結果、大学生は顔を、見る＝見られる関係の中で顕著に意識し、その意識化の仕方には他者志向的な「外向きの意識化」と自己志向的・自己回帰的な「内向きの意識化」の2通りの様式があることが示された。

② 外科矯正手術目的で鹿児島大学歯学部附属病院に入院した顎変形症患者42名に半構造化面接を行い、顔をめぐり思いを聴取した。その結果、患者における顔の体験様式は大学生に比べてrigidであり、「外向きの意識化」はほとんどなされていなかった。

③ 術後6ヶ月～1年後に再面接を行った。顔が話題とされた文脈を検討し、手術を通して患者が求める顔のあり方について討論した。

【外科矯正患者における問題の表象様式（第3章）】

質問紙と心理検査を用いて、第2章で示唆された体験が実際にはどのように表現されるのかを検討した。

対象：骨格性下顎前突症患者 75 名(患者群) 大学生 128 名(対照群)

- ① 全体的な顔に対する不満の強さと顔の各部位に対する不満の強さを自己評定させたところ、患者は下顎の突出や顔の長さ・大きさに強い不満を感じていた。不満の強さと X 線規格写真を用いて計測した下顎の突出度には有意な相関は認められなかった。
- ② 顔にかかわる心理社会的問題に関する質問紙、自己受容性尺度、MINI-124 性格検査を施行し、結果の相関関係を分析したところ、患者に優勢な顔の表象は、ネガティブな意味づけに収斂していく性質をもっていることが示された。
- ③ ロールシャッハ・テストの反応領域出現率を分析したところ、患者の問題把握・課題処理の仕方には、恣意的・rigid・細かい部分に拘泥する特徴があった。
- ④ 手術後 1 年目に再度実施した質問紙調査を検討した結果、顔に対する術前との不満の強さと術後の不満との間に一義的な相関関係は認められなかった。手術後、パーソナリティの変化は認められなかった。

【成人歯科矯正患者における治療過程の体験様式 (第 4 章)】

成人の歯科矯正治療にはその前提として、患者本人の主体的な関与が要請される。患者は口内に装着された装置によって引き起こされる不快感や煩雑さに多かれ少なかれ直面する。このような体験の中で、患者は治療に新たな意味づけをほどこし、自分自身とのつきあい方および自己イメージを改変していくのではないかと考えられる。

本研究の目的は、力動的に変動していく患者の体験の流れを事例を通して描写し、治療への適応を左右する患者の認知や態度の特徴を抽出することである。

- ① 成人女性の矯正モニター事業応募者 67 名の「矯正治療を受けたら、自分のどこが、どう変わらと思うか？」に関するレポート記述を KJ 法によって分析し、治療を決定するまでのプロセスに関わる要因と患者が治療後に思い描く自己イメージの構造を明らかにした。
- ② 32 名のモニター患者に装置装着時、6 ヶ月後、撤去時にレポート記述を依頼し、患者の体験プロセスを検討した。治療期間中にはいくつかのターニングポイントがあること、患者の時間的展望が治療的契機によって転換することが示された。

【顎関節症患者における身体の体験様式 (第 5 章)】

歯科心身症治療に臨床心理学的にアプローチする際の要件は、「食べる・話す・表情する」口腔顔面領域に生じた苦痛が患者の生活全体を巻き込む可能性のあるきわめて強いストレスであることを踏まえ、「心」の領域に直接踏み込むことなく日常生活の中のストレスや疾病に対する認知様式を改変し、症状再燃を予防できる視点を包含した短期的治療法を選ぶことであると考えられる。本研究ではこれらの条件を踏まえた上で、顎関節症を「疾病」ではなく解決可能な「問題」とみなし、「(症状発現の現場である)身体の体験の仕方が変われば問題のとらえ方も変化する」という仮説のもとに治療法をデザインすることを試みた。また、慢性顎関節症患者 7 名に対する治療的関与の中で得られたコメントを分析し、患者の身体や症状の体験様式は、大きく 3 つの相に分けられることを明らかにした。

【総合的考察 (第 6 章)】

得られた知見を比較検討し、患者の体験様式の理解を治療的介入・援助につなげるための要件について討論した。

平成20年1月17日

鹿児島大学大学院
歯学研究科長 殿

学位審査委員会

主査 植村正憲

副査 中村典史

副査 宮脇正一

副査 塚田澄代

学位論文審査経過報告書

平成19年10月17日（水）開催の第268回大学院歯学研究科委員会で付託された下記申請者の論文審査と試験（学力確認）を終了しましたので、経過を報告します。

学位申請者 梶原和美

第1回審査委員会：平成19年10月17日（水）17：00～17：20（歯学部大会議室）

1. 第268回歯学研究科委員会で、審査委員4名（植村教授、中村教授、宮脇教授、塚田准教授）が選出され、同会終了後に第1回の審査委員会を開催し、委員の互選により植村を主査に選出した。
2. 第2回審査委員会の開催日時等は主査に一任することとした。

第2回審査委員会：平成19年10月26日（金）11：00～11：30（歯学部長室）

1. 前回の議事を承認した。
2. 次回の委員会で論文審査を行うこととした。論文の審査は、申請者による口頭説明および審査委員との質疑応答で行うこととした。
3. 大学院博士課程修了者と同程度の学力、識見を有することの確認は、論文内容とそれに関連した事項の質疑応答によって行うこととした。
4. 第2外国語（独語）の学力確認は独文和訳2題によって行い、出題は中村と宮脇が行うこととした。
5. 次回委員会は、平成19年11月28日（水）17：30から、第7セミナー室で開催することとした。

（参考）平成19年10月26日 学長より学位論文審査委託

第3回審査委員会：平成19年11月28日（水）17：40～21：30（第7セミナー室）

（途中、臨時教育委員会が開催され、本審査委員の1人が教育委員であったため、その間約1時間の休憩を挿んだため長時間となった。）

1. 第2回審査委員会で協議した手順に従って審査を行なった。
2. 第2外国語は独文和訳2問を課し、十分な学力を有することを確認した。
3. 申請者による口頭説明を約2時間行った後、審査委員と申請者の間で論文の内容と関連した事項について、大略次のような質疑応答があった。

- Q 1. 一般学生の「顔の体験」の調査における自由討論はどのような状況で行われたのか？
 教員（研究者）は討論に介入したのか？
- A 1. 「顔」に関する連想を活性化させるための自由討論なので、教員は最初に教示した後は、一切介入しておりません。なお学生達は同じメンバーで既に1ヶ月以上グループ活動をしており、特に緊張することなく話ができる関係になっていました。
- Q 2. 手術後「性格は変わらない」と述べた患者は、自分の顔が変わったことを意識していたのか？
- A 2. 顔と性格の意識化には、一定の関係が見られました。すなわちネガティブな状況に直面し、そこに何らかの問題があると感じた時、「顔は変わっても性格はやはり変わらない」と意識されるのに対して、特に問題を感じていない時には、顔の変化が特別に意識されることはありませんでした。
- Q 3. Y-G性格検査では手術前B系統だった人が手術後に変化している場合が多いが、手術後に「のんきさ」が増えているところを見ると、手術前イライラしている状況があったということか？
- A 3. その通りです。そのような変化を示した患者さんにおいては、手術後衝動性が低下したと考えることができます。
- Q 4. 手術後に心理的問題が発生したと考えられる事例（スライド15）では、「顔の変化」以前に性格的な問題があったと考えてもよいのか？
- A 4. 悩みを抱え込みやすいパーソナリティ傾向が、「顔の変化」へのこだわりをもたらしていたと考えられますが、この事例のY-G性格検査の結果は、「安定・適応・積極型」であり、面接における言及と自己評定式質問紙との間に齟齬がみられました。
- Q 5. 矯正歯科治療の進行に遅れが生じた場合、自尊感情（self-esteem）が低下すると図示されているが、その場合どのような対応をすればいいのか？ 医師との間に信頼関係があれば遅れも克服できると考えてよいのか？
- A 5. 治療の進行が遅れたこと自体が問題であるというより、遅れが生じているのに適切な説明がなされていないことに患者さんは不信感を抱いていました。信頼関係は治療の進行過程の中でその都度構築され直されるべきものだと考えられます。
- Q 6. 本研究で示されたストレスモデル（スライド45）は「病因をできるだけ遠ざける＝ストレスを取り除けば改善する」という一般的な考え方と違うように見受けられるが、ストレスにも性格のような内因的な要素があると考えているのか？
- A 6. ここではストレス状況が各人の認知＝問題の受け止め方という心理的活動によって立ち現れると考えています。ストレスと密接に結びついている心身症の治療にあたって、この「問題の受け止め方」を変えることはできないか？というのが本研究の着想です。
- Q 7. カウンセリング療法における予後良好例と予後不良例のMINI-124のプロフィールは正反対の形を示しているが、これは患者のパーソナリティが正反対であったということか？
- A 7. スライドに示した例では偶然正反対の形になっていますが、各群3例ずつ検討したところ臨床尺度では群間に違いは認められませんでした。一方、妥当性尺度のプロフィールは正反対であり、受検態度および心理的問題の意識の仕方には明確な違いが認められました。予後不良例についてはその後も数を増やして検討しましたが、いずれの事例でも妥当性尺度はV字型を示し、防衛的である・問題を自覚することが困難であるという特徴は共通していました。
- Q 8. 本研究の大半が客観的データを統計学的に解析するのではなく、インタビューやレポートによる主観的データの分析によって行われているが、このような方法を用いた理由は何か？
- A 8. 本研究が主として主観的データを用いた質的研究を行った理由は以下の通りです。①外科的矯正治療（以下外科矯正と略す）や美容整形外科治療に関するこれまで多くの心理学的研究が心理尺度や心理検査の客観的データを取り扱ってきたが、共通した見解は未だ得られていない。その理由は各先行研究が取り上げている心理的要因（「不安」「抑うつ」「自己受容」等）・用いられた尺度や検査・調査時期が異なっているためであると考えられ、本研究を開始する時点で準拠するに足る測度を決定することが困難であった。そのため問題探索を通じた仮説構築がまずは必要であると考えた。②顔の評価とは本質的に他者との関係の中で揺れ動くものであり、手術という一つのイベントの影響だけを強調することは事象を単純化しすぎる点で問題がある。そこで本研究では患者が顔に関してどのような出来事を想起し、

それをどのように意味づけ、どのような文脈で語るのかを一連のデータとして取り扱った。「体験」という概念にはこのような患者の生活世界への視点も含まれており、これを検討するためには量的方法よりも質的方法が適している。なお、外科矯正に関する研究については質的研究で得られた仮説を質問紙および心理検査などの客観的方法で検討し、その結果は第3章に示した通りです。

Q 9. 半構造化面接は心理カウンセリングとどう違うのか？

A 9. 半構造化面接ではこちらが聴き出したい項目を予め設定します。面接者が共感的に対応するという点では心理カウンセリングと似ていますが、対象者の話が目標から逸脱した場合にはそれとなく軌道修正をするため、その点では指示的(directive)な面接法です。面接者の非-指示的(non-directive)な態度を治療要件とする心理カウンセリング(来談者中心療法)とはこの点で大きく異なっています。

Q 10. 半構造化面接は心理学の研究方法として確立されているのか？

A 10. 質的心理学研究の方法としては代表的なものであり、日本では「被災者」「不妊治療」「独居老人」など、心理尺度による客観的方法での調査が困難な個別的問題に関する論文が発表されています。また最近、美容整形外科患者を対象にした面接研究が海外で行われています。

Q 11. MMPIは心理検査として有名であるが、本研究ではその短縮版であるMINI-124を使用している。MMPIを用いなかった理由は何か？

A 11. MMPIは項目数が400近くあり、回答に1~2時間を要するため、被験者の負担が大きすぎます。さらにMMPIは元々精神科領域で開発されたという背景をもち、オリジナル版には精神症状の有無を直接的に問う項目が多く含まれ、青年期の歯科患者には不適切であると判断しました。MINI-124は制作段階で妥当性・信頼性はもとより、オリジナル版の結果との対応性も充分吟味されています。

Q 12. データの分析方法としてKJ法の他に第4章第2節ではGrounded Theory Approach (GTA)が用いられているが、その理由は？ KJ法とどう違うのか？

A 12. 得られた記述をカード化してまとめていく点で両者は共通していますが、KJ法は混沌としたデータからまず似たもの同士を集めていくことで整理するbottom up の分析法であるのに対して、GTAではまず個々のデータの内容を分析・分類(coding)してひとまず仮説を作り、その後他のデータとの照合を繰り返して推敲していくtop down の分析法であるという点で違います。第4章第2節(矯正歯科患者の治療体験の縦断的検討)でのレポート課題は、治療の各段階で予めテーマを絞って提示したため、得られた記述にも一定の方向性が当初から認められました。この傾向をより洗練させる形で分析するにはGTAの方が適切であると判断しました。

Q 13. 臨床動作法は、心理療法としてよく用いられているのか？ 一般的にイメージするカウンセリングなどの心理療法とは随分異なっていると思われるのだが？

A 13. 臨床動作法は九州大学の成瀬とその研究グループが開発した技法です。対話や解釈ではなく、身体に直接的に関わることを通して心理過程にアプローチするという点が独特ですが、現在の臨床心理学界では精神分析的アプローチ・来談者中心的アプローチ・問題解決指向的アプローチ(ブリーフ・セラピー)等と並ぶ主要な心理療法として位置づけられています。

Q 14. 本研究の目的は「体験様式のモデル化」であるとされ、結果として提示された図では様々な要因が複雑に関係していることはわかるが、「あるネガティブな要因が認められた場合は要注意であるから心理療法が必要である」といったパターンを抽出することが医療現場では必要であると考えられる。このようなパターンは見出されなかったのか？

A 14. 本研究ではまず、「体験様式」という概念を通して、患者さんの生活世界に内在する各治療場面に関連した要因をその複雑性を捨象することなく描写することを目標とし、それはほぼ達成できたと考えています。各要因間の「if-then」関係の抽出は、問題事例の検討を積み重ねていくことによって可能になり、これは今後の検討課題です。

Q 15. 外科矯正の患者さんが手術後抑うつ状態に陥ることがあるが、本研究の結果からそれを手術前に予測することはできるか？

A 15. 第3章で予測可能な要因を重回帰分析や共分散構造分析を通して検討しましたが、明確な結論は得られませんでした。これは先行研究においても同様です。ハイリスク患者の予測は直線的な因果関係の中で行うのではなく、危険因子をまずリストアップし、さらに複数の領域に分類して、例えば「A領域の項目にいくつ以上、B領域の項目にいくつ以上…該当した

場合は注意を要する」といった(精神科におけるDSMのような)マニュアルを作成する方向で検討していく方がふさわしいというのが現時点での結論です。

Q 16. 手術前における患者さんの面接調査では「きわめて主観的」であるという一方で、Y-G性格検査では「主観的ではない」という結果が示されているが、この違いはどう説明されるのか?

A 16. Y-G性格検査の「主観的 (lack of objectiveness)」は、「空想的・自己中心的」を意味しており、本研究の考察で用いた「主観的」とは意味合いが異なっています。また面接調査と心理検査の食い違いは(Q4-A4でも示したように)広範に認められ、ここからは面接で自由に語ってよい状況と明らかに心理検査であることがわかっている状況とで患者さんは表現する体験内容や態度を意識的であれ無意識的であれ変えていたことが推察されました。これはデータの収集方法によって得られるデータの質が違うことを示していると考えられます。

Q 17. 顎関節症の症状や原因は複雑であり、本研究が対象にした顎関節症患者の病態がどのようなものであったかが疑問である。本研究で用いた治療法は全ての顎関節症患者に適用可能であると考えているのか? 病態と治療方針や予後との関係を予測可能な形で分類すべきではなかったか?

A 17. 鹿児島大学病院では患者さんはまず顎関節症外来を受診し、慢性的な痛みをもつ患者さんが矯正歯科に紹介されます。私が実際に心理療法を行ったのは、矯正歯科におけるカウンセリング療法でも軽快がみられず遷延化及び慢性化した事例で、その病因や症状は様々でした。「カウンセリング療法の適用範囲は、顎関節症の種類・患者の年齢を問わない」と、この療法の第一人者である伊藤学而先生は述べており、カウンセリング療法のみで軽快した患者さんのグループ化等の検討は特に行っておりません。今後、他科の顎関節症患者との比較検討が必要です。本研究ではカウンセリング療法を慢性患者に対する心理療法の治療機序の延長線上に位置づけ、ストレスマネジメントの観点から考察しましたが、実は奏功した事例においては治療者(伊藤先生)の対話術すなわち会話の中に暗示を滑り込ませ、問題解決への姿勢を積極的に引き出ししていく「ブリーフ・セラピー」的な心理療法の手法が効いていたのではないかと推察しています。カウンセリング療法が治療者の個人的資質を問わず有効であることを示すためには、この点に関する検証が必要です。

Q 18. 第1章第2節(p.9)の「醜形恐怖症患者が自己の身体に関して想像的に持つイメージと他者に見られていると自分が思うイメージの齟齬感による自己のボディ・イメージの評価の困難さ」は、第5章第1節(p.99-100)で示されているカウンセリング療法によって改善できるのか?

A 18. ここでの「カウンセリング療法」は矯正歯科で歯科医師が顎関節症患者に対して行っている治療法を指します。醜形恐怖症の治療は主として精神科で行われています。

Q 19. 「患者は心の領域に直接触れられることを必ずしも望んでいない」(p.12)とあるが、このような患者の態度は大半の顎関節症の特徴なのか?

A 19. 顎関節症患者の特徴というよりむしろ、慢性化した心身症患者には心ではなくまず身体からアプローチするというのが、精神療法の定石とされています。初期の段階で心の問題を話題にすると、多くの患者さんが「精神病扱いされた」と受け取り、ショックや抵抗を示すからです。本研究の対象者は歯科的治療を求めて受診した歯科の患者さんであることから、この点については特に慎重であるべきだと考えています。

Q 20. 顎関節症の治療の目的は「身体に対する体験の仕方を変え、身体を再び自己の側に取り戻す援助」と述べている(p.14)が、例えば患者の無意識の心的過程を明らかにする精神分析的手法によって、身体ストレスを軽減することには意味がないのか?

A 20. A 19.とも関連しますが、深層心理を解釈し、無意識過程に直面させる精神分析のような技法(患者の心理過程を直接扱ういわばdeepな技法)は顎関節症治療には不適切であると考えられます。心理療法においても治療の対象はまず身体であるべきだと認識しています。

Q 21. 第5章第2節(p.106)の「停滞や逆戻りを示す徴候」とは身体的なものか、心理的のものか、具体的に説明してほしい。

A 21. 心身症の本態からして、身体/心理を画然と区別することは困難です。なお本研究での「徴候」とは「何に注意を焦点化させ、何にこだわっているのか」という面における動きのことを意味しています。

Q 22. 第3章第4節(p.69-71)で「手術後1年の時点においてパーソナリティプロフィールには変化が生じていない」と指摘しているが、手術後に「顔や性格のことを特に意識せずにすむ状

態となり、当たり前になるような構えが形成される」といった変化はパーソナリティ像の変化とは言えないのか？

A 22. 変化が認められなかったパーソナリティプロフィールとは、MINI-124の結果（グラフの形）を意味しています。本研究では「パーソナリティ」と「心的構え（体験様式）」とを区別して扱っています。

Q 23. 抜かれた歯に対する強い罪悪感は治療後に消失するのか？ カウンセラーは抜歯に対する心理的ショックや心理的負担にどう対処すればよいのか？

A 23. カウンセラーの態度として重要なのは、抜歯に対する思いを共感的に聴き取ることに尽きます。なお罪悪感は治療的变化が視覚的に確認できた（隙間がなくなった）時点で急速に減衰していくことが示されました。

1. 申請者を退席させた後、論文の内容について審査し、本論文は、生活世界における患者の体験に関する質的研究という画期的な試みによって、外科的矯正治療を受けている患者、矯正歯科治療を受ける成人の患者および顎関節症の患者に対する臨床援助に適用可能な知見を豊富に提示しており、博士（学術）の学位論文として価値あるものであるとの結論に達した。
2. 申請者との質疑応答の内容から、申請者は大学院博士課程修了者と同等かそれ以上の学力、識見を十分に有していると判定された。
3. 以上により、申請者は博士（学術）の学位を与えるに十分な資格を有すると、本審査委員会は判定した。

第4回審査委員会：平成20年1月8日（火）持ち回り
歯学研究科長へ提出する書類を作成した。

論文審査要旨および担当者

様式15

報告番号	歯論第68号	氏名	梶原 和美	
論文審査担当者	主査	植村 正憲		
	副査	中村 典史	宮脇 正一	塚田 澄代

歯科治療における患者の体験様式に関する 心理学的研究

歯科治療は口、歯、顔という、心理社会的に重要かつ多重な意味をもつ身体部位を対象としているため、治療をめぐる体験は患者の生活全体を巻き込み、場合によっては治療への不適応や新たな心理的問題をもたらす可能性がある。歯科患者に関する従来の心理学的研究は、不安や抑うつ、神経症的傾向等を測定する心理尺度あるいは心理検査を用いて行われ、治療前後のボディ・イメージやセルフ・エスティーム（自尊感情）の変化、特定の患者群の心理的特徴を明らかにしてきた。しかしながら、このような方法では研究者が問題として設定した心的側面の特徴が断片的に明らかにされるに過ぎず、その結果、問題患者を予測する指標や患者の特性に応じた心理的援助法のデザインに関しては未だ統一的な見解が得られていない。

本研究はこのような現状を打破するために、相手に影響を与えつつ相手から影響を受け続ける生活世界に立ち戻って患者の体験を捉えることとし、予め質問項目を限定せざるを得ない客観的測度を用いた量的分析ではなく、半構造化面接、関与観察およびレポートに表出された患者の素朴な主観的体験に関する質的分析をKJ法およびグラウンディング・セオリー・アプローチ（GTA）を通じて行った。この手続きによって外科的矯正治療を受けている患者（以下、外科矯正患者）に特有な顔の表象様式および顔の変化にとともなう生活世界の変容に関わる要因、矯正歯科治療を受けている成人患者（以下、成人矯正歯科患者）が治療後に期待する自己イメージの構造および治療過程の進展に影響を与える契機と患者の体験の変容過程、カウンセリング療法が奏功しなかった顎関節症患者の身体の体験様式の特徴および心理療法（臨床動作法）におけるその変容過程を明らかにすることができた。得られた主な知見は以下の通りである。

1. 外科矯正患者における顔の表象様式の検討：青年期において自分の顔は「見る一見られる」関係の中で意識化されることが多く、その方向性には「相手によく見られたい」という動機のもとに顔を表象し、積極的に外界と関係を取り結ぼうとする外向的・他者志向的な態度（外向きの意識化）と、「自分の顔が他者の目にどう映っているか」を意識することによって活性化される内向的・自己回帰的な態度（内向きの意識化）があり、外科矯正患者においては内向きの意識化が圧倒的に優勢であった。さらに患者が自分の顔をネガティブに表象する場合には「下唇」「顎のライン」などの「不満な部位」をきわめて限局的に特定するという点で一般青年と顕著な違いを示しており、患者には自己不全感や悩みなどの内的問題を顔の特定部位に繰り返し投影しながら表象する傾向があると考えられた。これらの知見は面接調査によって得られた仮説に基づく量的研究（質問紙およびロールシャッハテストを用いた調査）においても検証された。
2. 顔の変化にとともなう生活世界の変容に関する検討：手術後の適応が良好な場合、顔の変化を患者自身が主観的に認める時期は外見上の客観的変化と同期しておらず、手術による顔の変化とそれにとともなう生活世界の変化は気づかれないうちに受容されていた。顔の変化が意識されるのは、対人関係や学業等での危機的状況において「顔が変わっても、結局私の内実は変わっていない」と内省されたときであり、それはネガティブな情動体験であった。さらに手術前の顔に対する不満の強さは手術後の不満の改善を一義的に予測するものではなく、心理社会的ハンディキャップが改善されたと感じる度合い・手術直後の体験の質・後遺症の有無・手術後の対人

関係の変化が不満の変化に関与していることが示された。またMINI-124性格検査の結果から、手術後1年の時点においてパーソナリティプロファイルの変化は生じていないことが示された。外科的矯正治療による心理的变化とは、心理検査で明らかにされるようなマクロなものではなく、「普通の」顔になることで手術前にとらわれていた様々な悩みや問題から解放されて「顔や性格のことを特に意識せずすむ状態」、すなわち余計な緊張をせず当たり前になる心的構えの生成という体験様式における変化であると考えられた。

3. 成人矯正歯科患者が期待する治療後の自己イメージ構造の検討：成人矯正モニター応募者がこれまでに体験してきた心理社会的問題は、「コンプレックス」と「歯並びに起因した身体状態への懸念」に大別された。彼女らはコンプレックスによって抑制されていた様々な表情や仕草が可能になることを通して、社会的な関係性がダイナミックに変わることと潜在的に求めていた。またこれまで治療を受けなかった原因は「現実的な制約」と顔の悩みのために受療することへの「心理的抵抗感・葛藤」にあり、受療の意思決定をなしたことを通して自分のことを大切にする、前向きな自分への変化が期待されていた。以上の要素をKJ法によって空間配置し、治療後の自己イメージを構造的に提示することができた。
4. 矯正歯科治療の進行にともなう患者の体験様式の変化の検討：装置装着時、装着6ヶ月後、装置撤去時の3段階でレポート執筆（各段階2テーマ）を依頼し、得られた記述をGTAによって解析した。その結果、治療プロセスのクリティカルポイントとして「医師との関係の質（意欲を引き出すコミュニケーション・受療に対する葛藤への配慮・治療計画のフィードバック）」「痛み・違和感への対処可能性（行動的/認知的対処方略）」「歯並びの変化の認知（気づきによる意欲活性化）」「周囲他者との関係性（否定的/肯定的態度・矯正治療を受けた仲間との体験の共有）」が抽出された。さらにこれらの契機を通して現在固執型から未来志向型へと患者の時間的展望に転換が生じることが示された。
5. 顎関節症患者における身体の体験様式の検討：顎関節症患者の心理的特徴を文献的に検討し、症状の発生・維持との関係を心理社会的ストレスモデルの中に位置づけた。次にMINI-124性格検査を検討し、鹿児島大学病院矯正歯科で伊藤ら（1990）が実践していたカウンセリング療法の予後を左右する要因が「防衛的態度および問題やネガティブな感情の過小評価」であることを明らかにした上で、予後不良例に臨床動作法を施行したところ、顕著な変化が認められた。これらの知見をふまえて顎関節症を「疾病」ではなく解決可能な「問題」であるとみなし、「（症状発現の現場である）身体の体験の仕方が変われば問題の捉え方も変化する」という観点から、カウンセリング療法および臨床動作法が包含するストレスマネジメントの要件を提示した。
6. 臨床動作法における慢性顎関節症患者の体験様式の変容過程の検討：カウンセリング療法では速やかな改善が認められなかったため心理療法を依頼された慢性患者7名の面接記録をKJ法を用いて分析し、症状やストレスと自分自身をどのように関係づけているのかを検討した結果、動作課題の進展および停滞に応じて患者の問題認知と対処の仕方を3段階に分類することができた。各段階における体験様式の特徴に基づき、これらを“passive sufferers”（苦痛に晒されている段階）、“method seekers”（解決法を模索する段階）、“autonomous therapists”（自分で対処できる段階）と命名した。

本研究は外科的矯正治療・矯正歯科治療・顎関節症の治療における患者の体験を膨大な主観的データの分析を通して一般化し、体験様式という観点に立った説明モデルを提示している。本研究で得られた知見はいずれも各臨床現場で生起する事象の多様性と変化のプロセスを重視した現象記述から導かれたものであり、個々の患者に対する現実的な臨床援助に有用な示唆を得ることができる。さらに外科矯正患者の体験様式に関する研究においては質的研究の成果と量的研究の成果を比較検討し、ハイリスク患者を予測する指標が従来明確に提示されてこなかったという問題の原因として、従来の研究のデータ収集法と解析法に制約があることを明らかにし、今後の研究の方向性を従来とは異なった形で有意義なものとして示すことができた。以上より、本研究は博士（学術）の学位論文として価値あるものと判断した。

試験(学力確認)の結果の要旨および担当者

様式16

報告番号	歯論第 68 号	氏名	梶原 和美	
論文審査担当者	主査	植村 正憲		
	副査	中村 典史	宮脇 正一	塚田 澄代
<p>学位審査委員会は、平成19年11月28日(水)に、上記学位申請者に面接して学位論文の内容について説明を求めるとともに、これと関連する研究方法の妥当性と信頼性、得られた知見の臨床応用への可能性、歯科患者に心理学的介入を行う場合の要件、参考論文の内容などについても諮問を行った結果、いずれも満足すべき回答が得られた。</p> <p>なお、第1外国語試験(英語)については、平成18年12月13日(水)に実施された学位取得のための第1外国語試験に合格していることが確認され(登録番号 第239号)、また第2外国語試験(独語)についても独文和訳の結果から、大学院歯学研究科博士課程修了者と同等あるいはそれ以上の学力があると判断された。</p> <p>以上から、申請者は大学院歯学研究科博士課程修了者と同等あるいはそれ以上の学力と識見を有するものと認め、博士(学術)の学位を与えるに十分な資格を持つものと判断した。</p>				