

## 歯科臨床と行動療法

### Behavioral Therapy in the Dental Treatment

内田 安信\*

#### はじめに

歯科口腔領域の様々な愁訴や症状は多彩である。特に疼痛や異常感などはとりわけ患者の感覚との絆が強固なうえ、身体レベルでも確かに体性神経系の末梢が口腔内外の随所に縦横なネットワークを形成しているため、簡単な処置や治療によって敏感な異常反応や疼痛反応を起こしがちである。

口腔は唾液分泌、咀嚼作用、食塊の嚥下機能など無条件反射と自律神経機能の参画が極めて多い部位で、それだけに orality 以降、心身レベルの発育発達に伴い体験学習が personality を形成する一方で、personality を基盤に不安・恐怖や怒りなどの情動反応が具象化して症状発現を招きやすい場でもある。口腔という素地、患者の personality、不安や恐怖の体験学習が揃い対提示が繰り返されたとき、状況因とのかかわりで、治療遂行に抗する行動や生活上の不適應行動が生起してくるわけである。

昔からこのかた、口腔領域の臨床でこのような不適應行動、たとえば dental shock、回避、逃避、治療恐怖、頻回手術症、義歯不適應、口腔悪習慣などが実際に多く見受けられていたにもかかわらず、行動療法と銘打った治療法がわが国においてはほとんど実施されず発表されていないのはどのような理由によ

---

\* 東京医科大学歯科口腔外科学教室教授 連絡先：(〒160) 新宿区西新宿 6-7-1

るものであろうか。やはりこの種の患者を放置していたためと思われる。

近時、心身医学の発展と歯科領域への導入により、多くの悩める心身症患者の治療に、心身医学的アプローチが実践されつつある。昨年(1986年)には日本歯科心身医学会も発足し、ようやくにして全人的な治療をめざし各種歯科心身症に有効的な治療の手が差しのべられる風潮が定着してきた。それに付随して行動療法が日常的に極めて重要な治療法であることが知れわたってきた感が強い。一言にして論ずるならば、口腔領域の心身症患者は、その大部分が行動療法の適応症として考えて差し支えないものと筆者は思惟している。

口腔外科領域や補綴学の領域で operant 学習による顎関節症の治療が最近、西原、牛山らによって発表され、小児歯科の分野で小児の口腔悪癖の治療矯正に行動療法が実施されてきており、これからの行動療法の正念場は歯科口腔領域であり、その対象は広く口腔心身症全般に跨がっているものといつてよいと思われる。

## I 歯科心身症の頻度と種類

口腔は各種の愁訴が集約されて発現しやすい部位と思われてならない。筆者は25年間にわたり歯科心身症の対応に従事してきたが、口腔は直視直達の部位で相当程度視診や触診が可能であるため、そこに生起する様々な訴えは、客観的的身体的实际の病態とどの程度かけ離れているかは一目瞭然といつてよい。最近、この種の感覚性ないし心因性と思われる訴えが何故か多くなりつつあるが、マスコミなどによる社会的暗示などが、一億総神経症化の傾向を産んでいるのかもしれない。

唾液分泌、咀嚼嚥下、咬合機能などは、無条件反射ないし学習によって獲得され高度に分化し、合目的な機能や習癖として日常生活に生かされており、そのうえ鋭敏な感覚器官や組織が存在している口腔諸組織は、体質、気質、情動の乱れなどにより、様々な反応や変化を惹起し、それが心身症の症状として表出されてくることは当然ありうるものと思われる。

表1 歯科心身症の分類 (内田, 1979)

---

1. 口腔領域の心身症
顔面チック, 顎関節症, 開口障害, 口腔乾燥症, 舌痛症*, 三叉神経症, 舌咽神経痛症など
2. 口腔処置(施術)に対する神経症的反応
デンタルショック, 歯科治療恐怖症, 口腔・咽頭過敏症, 頻回手術症, 義歯不適応症, 術後不快症候群, 補綴後神経症, 医原性口腔神経症など
3. 口腔領域の神経症
口臭症(自臭症)**, 口腔・咽頭異常感症, ある種の歯痛, 味覚異常症(異味症), 口腔神経症(不安反応, 強迫傾向, 心気症, 転換反応 "ヒステリー"), 義歯ノイローゼなど
4. 口腔領域の神経症的習癖
拇指吸引癖, 歯ぎしり, 咬唇・咬頬・咬舌癖, 咬爪癖, 過剰清掃癖など
5. その他(境界線症例)
体感障害症(セネストパチア), 口臭症(自臭症)**, 仮面うつ病など(歯性顎腕症候群, 鼻性歯痛なども境界疾患として, その対応上ここに含める)

---

(注) 同じ舌痛症\*でも, また同じ口臭症\*\*でも, 別のカテゴリーのなかに含まれるものもある。心身症は独立病名ではなく病態であり, したがって, これら上記病態(歯科心身症)は心身両面からの治療が必要である。

そのように行動療法の対象としての歯科心身症を一覧表として提示してみたい。

心身症の定義を忠実に解釈すれば, いわゆる病態が3分類できるわけであるが, 歯科心身症には狭義の本来の心身症より神経症のほうが遙かに多い事実を鑑み, 筆者が1979年来, 診療の実際便なるよう歯科心身症をきめ細かく再分類してみたところ, 表1が出来上がったわけである。

教室での外来入院患者のうち心身症の頻度は最近4か年間の統計によれば約7%強であり, 多いものから順に, 口臭症, 顎関節症, 舌痛症, 不定疼痛症, 異常感症, 治療恐怖症の順になっている。この上位5者だけで心身症患者の大部分, すなわち85%を占めていることになる(表2)。

これらのうち対人場面での不安恐怖, 痛みへの不安, 歯科治療の恐怖など, ほとんどすべてのケースが情動不穏を背景としている。歯科患者の口こみ, 通俗的な家庭医学書, その他の医学情報氾濫の現代社会は, いつの間にか我々を「歪んだ条件づけ」でしばってしまうことが多く, それゆえにこそ患者の生活史, 環境, 背景, personality に注意を払わねばならない。

表2 歯科心身症患者動態（東京医大口腔外科学教室）

年度 疾患名	昭和57年度	昭和58年度	昭和59年度	昭和60年度	計(例)
口臭症	121	124	137	122	504
顎関節症	45	51	92	68	256
舌痛症	42	83	66	61	252
顎顔面不定疼痛症	10	17	12	12	51
口腔内異常感症	5	13	13	19	50
歯科治療恐怖症	10	11	14	10	45
口腔乾燥症	2	6	11	7	26
歯ざしり	2	0	5	4	11
異常絞扼反射症	2	1	1	3	7
体感障害症	1	1	2	3	7
その他	24	17	32	16	89
計(例)	264	324	385	325	1298

いずれにしても社会的な暗示、条件づけが人間関係の stressor を様々に享受して心身症や神経症を発症してくるわけであって、その大方は、情動反応として古典的条件づけの原理が適用され発症すると考えてよく、一部の心身症や神経症には operant 学習による強化子の存続によって、不適応ないし過剰適応の条件反応として一定の行為や習癖が身につけてしまったものがあり、この場合は前者が抗条件づけや逆制止、系統的脱感作の適用であるのに対し、後者は当然のことながら operant 行動に変容を加え、治療や矯正を行う必要がある。現実には口腔外科をはじめ小児歯科、矯正歯科、補綴科など日毎に多くなるこれらいわゆる心身症患者に対し、行動療法をそれと銘打たないまでも臨床ではかなりの程度実践している。

## II 歯科心身症における行動療法の対象病態とその特殊性

いま代表的な歯科心身症の行動療法適用に関する理由づけを列举してみたいと思う。

●口臭症のうち自己臭症は認知の障害を契機として発展した臨床病態であり、その多くは神経症としての範疇に入るものである。患者は通常対人恐怖症としての病像をもち、他人の態度、言動、それに反応する自己の情動から古典

の条件づけによる発症と考えられるため、その不安に対するアプローチは当然種々の抗条件づけや逆制止が適用されるべきと思われる。

●さて顎関節症は、咬合機能のアンバランスが生じそれが咬合習慣との *interaction* により疼痛回避の咬合機制を招き、患側顎関節頭への衝撃となり、心理機制と相まって病態が遷延化するものである。病前性格としてかなり神経症的なものや少数の心身症的なものがある。咬合の調整こそが最優先されるべきであるが、咀嚼筋群の過緊張が永続するケースには、operant 技法としての *biofeedback training* が極めて有効である。本症には身体的発症要因が多いため、現在症状を *orality* 以前まで遡って成立機序を分析する必要はまずないものと思われるが、歯軋りのケースでは、心理面を重視してそのあたりまで検討する必要がある。しかし行動療法は過去に遡り生育史をあばき精神分析を行う必要はなく、現在の症状を消去し新たに変容された適応行動を触発すればよいのであって、疼痛や咬合障害を訴える特殊なケースについて、学習の結果としての現在症状に *spot* を当て、治療技法を決定すればよい。この場合の中心的な技法は、AT 習得を含めて筋緊張の緩解を促し、またそれを生活慣習の域にまで保持せんとする BPT である。

●舌痛症の場合、慢性疼痛症の枠内に当然入るケースで、更年期以降の婦人が自己の身体イメージを誤認して、たまたまの口腔処置によって与えられた口腔環境の変化に基づく知覚や味覚の異変を、不快な味知覚異常と受けとり、舌の機能との間に一種の結びつきが起り、いわば CS と UCR との結合が成立したことによって舌痛がいつとはなしに顕現するものである。すなわち舌が情動的ストレス反応器官としての病状を呈するに至るわけである。

事実、この舌痛症には身体的異常所見は皆無に等しく、症状をそのまま問題行動として捉えることは難があるとしても、行動療法により多くの患者が和痛し現実の生活に復帰していることを考慮するとき、従来の心理治療のみならず *personality* の再統合に的をしばり *nonspecific* に初めからアプローチしていくことが行動理論からいっても妥当と考える。多くの治効症例からも、行動分析上種々の強化子が頻繁に与えられて現実を回避しているケースが多く、

operant 学習で無痛反応の強化が本症に対する行動療法上の治療目標の設定であったという事実がある。

●近時にわかenに多いケースに口腔内不定疼痛症がある。従来の治療ではその核心に肉薄できなかった神経症とってよいが、この種のケースでは抑うつ神経症のものが多く、稀に境界線症例も散見される。

行動分析の後で問題となるものは、患者の personality に由来する几帳面さや、頑固な程の正義観、そして連帯感の喪失、責任感の旺盛さ、人間関係の曲折に基づく挫折や自信喪失と共に、最も大事なことは慢性持続性に永続する不定疼痛やしびれ感が消失しないやるせなさや不安や恐怖としっかり結びついているという事実がある。

本症のきっかけは抜歯や歯石除去、義歯装着による不全感、異常感などで、本来的には単なる抜歯後疼痛や口腔内異常感、義歯不適合などで、誰しも程度の差こそあれ普通おしなべてみられる軽い症状のはずである。

しかし、本症患者はこれらありきたりの異常感覚が内外の刺激と条件づけられるので、周囲の気づかいや同情、投薬、手当てなどが現実回避の正の強化子として作用しているため、なかなか痛みに溺れた生活すなわち pain behavior から脱却できないでいるケースと考えられる。身体症状により抗うつ剤の投与が必要な症例が大部分であり、取扱いに細心の注意が大切で、最終的には operant 技法を適用したい。すなわち、決まった日課、身辺の整理など自力で行わせ、AT の日記をつけるなど、投薬をはじめ医学的処置はできるだけ少なく、症状を訴えないときのみ関心を示し、痛みには中立的な態度で対応するといった内容である。当然のことながら積極的行動が発来したらそれを賞讃し (verbal, nonverbal)、強化していくことも大切である。

以上、代表的な歯科 4 大心身症に spot を当て行動療法適用の実態を明らかにしたが、結論的には、臨床の実際における行動療法実施に当たって、現在の患者の訴える症状が respondent なものか、operant なものか、また両者の入り組んだものなのかを見極め、それを治療指針の立案内水路づけに用いることが大事である。

表3 口腔心身症と行動療法の適応

- 
- 1) 口腔領域の心身症
    - 顔面チック→オペラント, 内的処罰 (負の練習)
    - 顎関節症→オペラント, BFT(AT)
    - 牙関緊急症→オペラント, 除外学習, BFT(AT)
    - 口腔乾燥症→レスポナント, 系統的脱感作
    - 舌痛症→オペラント, 除外学習(AT)
    - 三叉神経痛症→オペラント, 除外学習(AT)
    - 舌咽神経痛症→オペラント, 除外学習(AT)
  - 2) 口腔処置に対する神経症的反応
    - デンタルショック→レスポナント, 系統的脱感作
    - 歯科治療恐怖症→レスポナント, 現実脱感作
    - 口腔咽頭過敏症→レスポナント, 現実脱感作
    - 頻回手術症→レスポナント, AT
    - 義歯不適応症→レスポナント, AT, 除反応
    - 術後不快症候群→レスポナント, AT, 除反応
    - 補綴後神経症→レスポナント, AT, 除反応
    - 医原性口腔神経症→レスポナント, AT, 除反応
  - 3) 口腔領域の神経症
    - 口臭症 (自己臭症) →レスポナント, 主張反応法, AT
    - 舌痛症→レスポナント, AT
    - 口腔咽頭異常感症→レスポナント, 系統的脱感作, AT
    - ある種の歯痛→レスポナント, 系統的脱感作, AT
    - 味覚異常症→レスポナント, 系統的脱感作, AT
    - 口腔神経症→レスポナント, 系統的脱感作, AT
  - 4) 口腔領域の神経症的習癖
    - 拇指吸引癖, 歯ぎしり, 咬唇弄舌癖, 咬爪癖, 過剰清掃癖→オペラント, 除外学習, 報酬学習, モデリング
  - 5) その他 (境界線症例)
    - 体感障害症→オペラント, 除外学習
    - 口臭症→オペラント, 除外学習
    - 仮面うつ病→オペラント, 報酬学習
- 

ここで筆者の分類による歯科心身症について、行動療法の一般的な適応症としてそれぞれを該当する項目に当てはめ、診断や診療指針に便なるよう配列してみた (表3)。

この表は一般的にこれこれの症例にはこの技法というように行動療法の各種技法が織り込まれている。しかし心身症症例はそれぞれに特殊性があり case by case で処理せねばならず、面接における brief psychotherapy を基本線としてそれは全例に必要である。もちろん薬物療法を併用することも大事で、最終的に生活条件に適応して生活していく場合の仕上げの療法が行動療法で、歯

科における行動療法の適用という意味はそこにある。

## おわりに

歯科口腔領域は行動療法適用に当たり未開拓の分野といわれる。しかし実際の歯科臨床では一昔前より、行動療法と銘打たないまでも、実施面で行動療法的アプローチが実施されてきていた。筆者はたまたま1987年2月3日、第4回日本保健医療行動科学会での研究会におけるテーマ「歯科臨床と行動療法」について報告する機会を得たので、ここにその概要を記述し summarize したつもりである。この報告の機会をお与えいただいた宗像恒次理事ほか幹部の諸先生、座長の労をおとりいただいた河野友信先生に厚くお礼を申し上げる次第である。

## 参考文献

- 1) 内田安信, 他編著: 歯科心身症と行動療法, 岩崎学術出版社, 1986.
  - 2) 内田安信: 患者の心理—歯科心身症をどう治療するか—, デンタルダイヤモンド社, 1986.
  - 3) 内田安信: 歯科心身症の診断と治療, 医歯薬出版, 1986.
  - 4) 西原茂昭: 顎関節症の心身医学的研究〈第1編〉—病態および発症因子に関する心身医学的分析—, 日口外誌, 29: 454~470, 1983.
  - 5) 同上〈第2編〉—本症に対する EMG バイオフィードバックの応用—, 日口外誌, 29: 471~490, 1983.
  - 6) 牛山崇, 内田安信: 歯科臨床と行動療法—どうしても歯科治療は無理!!—という患者に対しての新しい治療法として—, 日歯医学会誌, 31: 2~9, 1978.
  - 7) 内田安信: 口腔心身症と行動療法, 行動療法研究, 8: 3~17, 1983.
-