
臨床指導講演

歯科心身医学の紹介

— 感覚異常を訴える患者の歯科治療 —

羽田 勝

キーワード：歯科心身医学，感覚異常，いわゆる歯科心身症

Introduction to Psychosomatic Dentistry

— Dental Treatment of Patients with Dysesthesia —

Masaru HADA

Abstract : This paper summarizes the clinical instruction lecture that was held at the meeting of Shikoku Shigakukai on March 22, 2012.

A psychosomatic disorder is usually defined as follows. 1) It is a disorder that is manifested in the patient's body (somatic), 2) the psychosocial factor is connected to the development of symptoms and its progress, and 3) the patient experiences an organic or functional problem.

This definition excludes the physical disability that are experienced along with mental disorder, such as neurosis, depression and schizophrenia.

In the field of clinical dentistry, however, the definition of psychosomatic disorder usually covers a wider range of symptoms than the definition cited above. That is, when patients who suffer from mental disorders such as neurosis, depression and schizophrenia complain of a symptom on the mouth or a maxio-facial region that is different from common dental problems, then their symptoms are considered "so-called dental-psychosomatic disorder", and generally become the target of treatment.

In the lecture, seven cases of this author's patients were introduced and added some considerations. These patients suffered from the "so-called dental-psychosomatic disorder".

はじめに

本稿は、2012年（平成24年）3月22日、四国歯学会において行った臨床指導講演の要旨である。講演では、最初に日本歯科心身医学会について紹介した。

日本歯科心身医学会（理事長 豊福 明）は、会員数640名余の学会で、年1回の学術大会の開催と「日本歯科心身医学会雑誌」を年2回発行している。学会編纂の教科書として「歯科心身医学」（医歯薬出版）が出版されており、歯科心身症患者の治療に興味がある先生方にとって格好の入門書となっている。

次いで、口腔や顎顔面領域の感覚異常を訴える患者など「いわゆる歯科心身症」患者の歯科治療について自験例を中心に供覧に付した。

いわゆる歯科心身症とは

「心身症」とは、①身体疾患であること、②発症や経過に心理社会的因子が関与していること、③器質的ないし機能的な障害があること、と定義されているが、神経症やうつ病などの精神障害に伴う身体障害は除外する、とされている。

しかし、この定義を厳密に適用すると、心身症に該当するのは過敏性腸症候群や胃・十二指腸潰瘍、円形脱毛症などに限られることになり、「歯科心身症」はごくごく限られることになってしまう。

そこで、歯科臨床の場ではもう少し範囲を広げて、神経症、うつ病や統合失調症などの精神疾患を持つ患者でも口腔や顎顔面領域に通常の歯科疾患に伴う症状や訴えとは異なる異質な訴えを持つ場合には「いわゆる歯科心身症」と捉えて、一般には治療対象としている。今回提示した症例もそのような「いわゆる歯科心身症」患者である。

精神科医の宮岡らは、我々歯科医が口臭症、舌痛症、顎関節症V型や義歯ノイローゼとっている患者が、実は、心気神経症、うつ病、統合失調症、セネストパチーやヒステリーなど精神医学的診断名がつく患者であるということを示している（表1）。

実際に歯科外来で多い歯科心身症患者については、大学病院の歯科口腔外科を受診した患者の10～15%が歯科心身症がらみの患者で、その内訳で、一番多いのが口臭症、舌痛症そして顎関節症という報告があるが、不定疼痛症や口腔異常感症などの感覚異常を訴える患者も決して少なくない。

「いわゆる歯科心身症」患者の医療面接に際しては、最初に、来院に至った経緯をよく聞いて、同じ症状に対して複数の歯科医院や病院を受診しているようであれば、心身症の疑いがあること、また、多愁訴であったり、来るたびに言うことが異なる不定愁訴であったりするようであれば、このような患者の言動に振り回されることなく、専門科のある総合病院や専門医に紹介するのが良い（とされている）。

また、患者の訴えを受容・共感し、一緒に治療に取り組めるように支持し、必ず良くなることを保証する簡易精神療法の手法を応用する必要がある。しかし、これは「言うは易く、行うは難し」で、心理学の教育やカウンセリングの手法を修得していない歯科医にはなかなか難しいことである。

以下、実際の自験例について供覧に付した。

症例提示

症例1：舌痛症

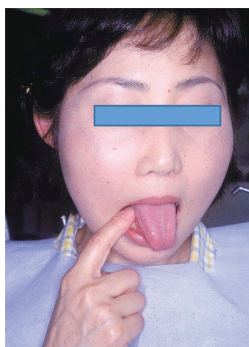
「いわゆる歯科心身症」で比較的多くみられるのが、舌痛症である。写真の患者は、舌の辺縁部を指して「ここがヒリヒリ痛い」と言うが、症状に見合うような異常な所見は肉眼的にはどこにも見当たらない。

この患者に対しては、舌痛症患者は50～60歳代の女性に多く、舌辺縁部から舌尖に表在性の疼痛があり、食事や会話で痛みが増すことはなく、物事に熱中していると痛みを忘れるなどの舌痛症のエビデンスに基づいた病態説明とカウンセリングを行うことで短期間の内に舌の痛みは消退した。

表1 「いわゆる歯科心身症」の分類

群	症状	歯科で用いる診断	精神医学的診断
I	実際には存在しない身体疾患の確信	口臭症、癌恐怖症、醜形恐怖症	対人恐怖症、心気（神経）症、うつ病・統合失調症の随伴症状
II	他覚的所見に見合わない知覚異常	舌痛症、口腔異常感症、顎関節症V型、義歯ノイローゼ、非定型顔面痛	セネストパチー、心気症、心因性疼痛障害、転換型ヒステリー、うつ病・統合失調症の随伴症状
III	随意筋の運動障害 自律神経系を介した機能障害	開口障害・顎関節症I型の一部、治療恐怖症、デンタルショック	転換型ヒステリー 心臓神経症、恐怖症
IV	器質の変化、病態生理の明らかな身体疾患	顎関節症II、III、IV型の一部、再発性アフタ・地図状舌の一部	心身症

宮岡 等ら、1989



症例1 舌痛症

患者の訴え：舌の辺縁を指して「ここがヒリヒリ痛い」と言うが、どこにも異常は見られない。
患者背景：娘の病氣入院、手術で不安。

症例2：セネストパチー

写真の二人の患者は、医学的に説明できないような異常な感覚を訴えるセネストパチー（体感異常症）といわれる患者である。

左の患者は、輪ゴムが歯ぐきの中を移動して、歯の根っこを締め付けるような感覚があるとのことであるが、当然そのような所見は口腔内のどこにも見当たらない。

右の患者は、口唇の上を虫が這っている感覚があるとのことであるが、実際に虫がいるわけではない。

これらの患者に対しては、異常な感覚があるからといって日常生活に何らかの障害が生じている訳ではないので、感覚異常とうまく折り合って生活するように説明し、統合失調症、うつ病や神経症の一症状として出現する場合もあるので、念のために心療内科や精神神経科を受診するよう勧めた。



症例 2 セネストパチー
 左側患者の訴え：輪ゴムが歯ぐきの中を移動して、歯を締め付けるんです。ココからココに移動します。
 右側患者の訴え：虫がココを這っています。



症例 4 心気神経症 (咬合不全感)
 患者の訴え：A先生がこの歯をこうして、B先生がこの歯をこうした結果、噛み合わせが高くして我慢ができない。
 患者背景：夫や家族の無関心、背中の痛みと歯の不具合を関連付けた心気神経症で歯科医院、整形外科、整体治療院などを多数受診 (ドクターショッピング) していた。

症例 3：補綴後神経症

写真の症例は、上顎②1 | ①Brの装着後に、反対側の補綴処置を行っていない上顎 | 2の部分から流涎 (よだれ) を生じるようになったと訴えた、いわゆる補綴後神経症といわれる症例である。

この患者に対しては、上顎 2 | 2の水平被蓋が同等になるように改善するために、上顎 | 2に歯質の削除を必要としない、あるいは最小限度の削除量で処置が可能なラミネートベニアを接着したところ、流涎を伴う感覚異常の訴えはなくなった。振り返って考えると、補綴処置を行った部分と行わなかった部分との審美的な違いに対する欲求不満が、流涎 (よだれ) という訴えで表現されたものと思われる。



症例 3 補綴後神経症
 患者の訴え：上顎②1 | ①Br装着後、上顎 | 2部から流涎 (よだれ) を生じるようになった。
 患者背景：実は、上顎② | 2の唇面の水平被蓋の違いが気に入らない。



症例 5 うつ病 (顎関節症 V型)
 左：初診時 (2000. 2. 25), 中央：暫間補綴物装着時 (2001. 7. 19), 右：最終補綴物装着時 (2003. 12. 3)

症例 4：心気神経症 (咬合不全感)

写真の患者は、典型的な心気神経症、いわゆるノイローゼの患者で、たまたま相前後して生じた背中の痛みと歯の不具合を関連付けていて、歯科医院、整形外科や整体治療院などを多数受診するドクターショッピングを繰り返していた。

この患者に対しては、可逆的処置であるスプリントの装着を行い、カウンセリングを繰り返していたが、そのうちに来院が中断してしまった。

心気神経症の患者は、思い込みやとらわれが激しく、素直に医療者の話を聞く姿勢に欠ける場合が多い。患者が求めているのは、正しい治療をしてくれる歯科医ではなく、間違っていようがどうであろうが自分の思い通りの治療をしてくれる歯科医である。歯科心身症患者の治療に慣れない間は、患者が来院しなくなると、敗北感を持ってしまう歯科医もいるが、むしろ間違った治療をしなくて良かったと喜ぶべきであろう。

症例 5：うつ病 (顎関節症 V型)

写真の患者は、顎関節症状を訴えて来院したが、各種診査で顎関節には何ら問題がなく、うつ病の周辺症状である可能性を説明し、受診している精神神経科でのう

つ病治療を継続するように勧めた。歯科処置としては上顎1|1欠損による審美障害や発音障害を改善するために、歯質の削除を必要としないパーシャルデンチャーによる暫間補綴処置を行ったが、これにともなって著しい顎関節症状の訴えは消退した。

その後、うつ症状の改善を待って固定性補綴物であるブリッジの装着を計画したが、途中、患者の精神病院への入院もあり、最終補綴として上顎③②1|1②③Brの装着が終わるまでに約3年の年月を要した。

症例6：うつ病（義歯ノイローゼ）

写真の患者の主訴は義歯の不具合で、いくつもの歯科医院で何個もの義歯を作ったが、どれも満足することがなかった。

良くお話を伺ってみると、奥様を亡くされた喪失感からうつ症状を呈するようになり、それが義歯の不満につながっていた。日常生活での出来事で最もストレス強度が高いのは配偶者の死亡であるとされている。最近の独居高齢者や高齢者夫婦世帯の著しい増加を考えると、今後歯科臨床の場にもこのような境遇の高齢患者が増加してくるであろう。一応患者手持ちの義歯の中から程度の良さそうな義歯を選んで調整を行ったが、最終的には精神病院に患者が入院し、私の治療が終わった。



症例6 うつ病（義歯ノイローゼ）

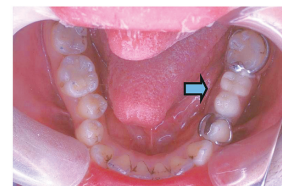
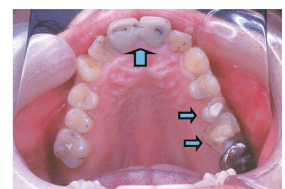
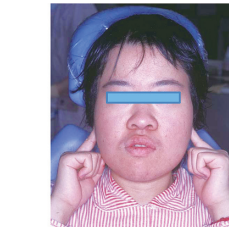
患者の訴え：どこの歯科医院で義歯を作ってもらっても、合わない。
患者背景：配偶者の死亡（人生最大のストレスは配偶者の死亡）、うつ病。

症例7：統合失調症？

写真の患者は、おそらく統合失調症と思われる患者であるが、患者の「痛いからどうにかして欲しい」という強い要望のままに、本院の複数科の主治医が抜髄や抜歯を繰り返した結果、口腔の破壊にいたってしまった症例である。

心身症の患者では執拗に歯科処置を要求してくることがあり、疑問を感じながらも患者の言いなりになってしまうことが少なくない。

その結果、患者の要望にできるだけ答えようとする真面目な歯科医ほど、結果的に口腔の「破壊者」になってしまうという、我々歯科医からするとやりきれない状況になってしまう。このとき、一部の歯科心身症の患者ではポリサージェリー（頻回手術症）の患者もいるということを知っていれば、このような不幸な事態を少しでも防ぐことができる。



症例7 統合失調症？

患者の訴え：多数歯の疼痛，顎関節痛。
患者背景：中学生時から精神科に通院，統合失調症？母親も精神病。

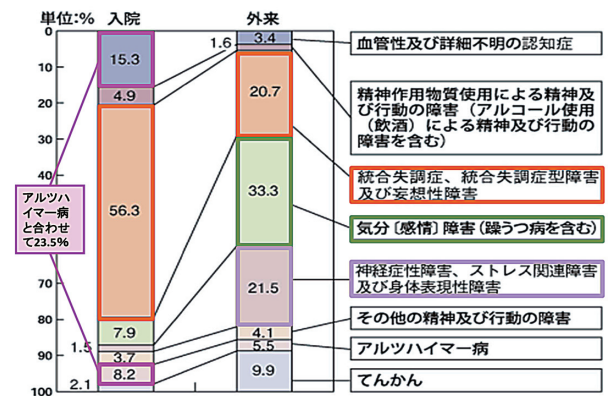


図1 精神障害者の精神疾患の種別構成割合

図1は、精神科の外来と入院患者の疾患別の割合を示したものである。外来患者は、うつ病が最も多く、続いて神経症、統合失調症の順であるが、入院患者は、統合失調症が最多で56%、それに続いて各種の認知症が合わせて24%である。すなわち、精神病院の入院患者の約80%が統合失調症と認知症の患者ということになる。

図2は、我が国の認知症の患者数の推移を示したもので、今後人口の高齢化とともにますます認知症が増加すると予想されている。また、図3は、年齢別の認知症の

発症率を示したもので、65歳から74歳までの前期高齢者では認知症は少ないが、75歳以上の後期高齢者では加齢とともに増加し、特に85歳以上の末期高齢者（超

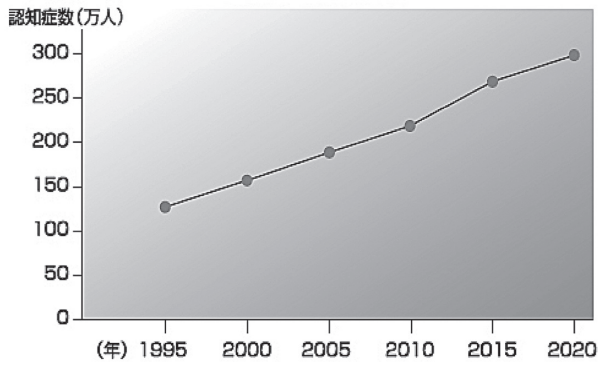


図2 認知症数の推移

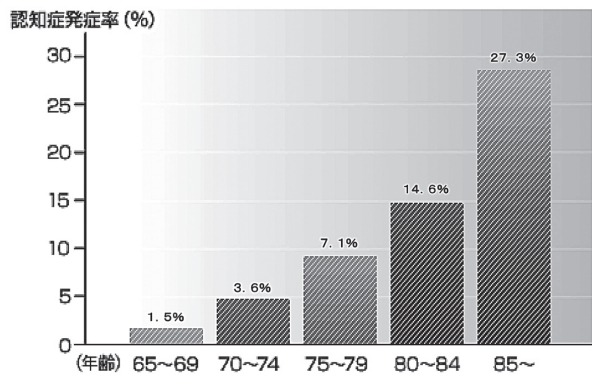


図3 年齢別認知症発症率

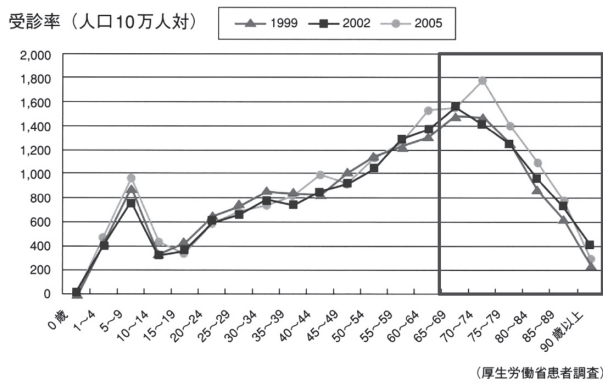


図4 歯科疾患の受診率の推移

高齢者)では27.3%と、およそ4人に1人強は認知症である。

今現在は、図4の年代ごとの歯科受診率で示したように、75歳の後期高齢者以降になると、急激に歯科受診率が低下しているため、認知症高齢者の歯科治療はあまり大きな問題になっていないが、今後認知症患者の増加とともに対応を迫られることになるであろう。

さらに、精神病院の入院患者の入院期間は、20年以上の長期にわたる場合が決して少なくなく、医療保険の財政悪化の一因にもなっていることから、「病院・施設

から地域社会へ」と社会的入院を解消する方向で保健・医療・福祉の各制度が動いている。入院中十分な歯科治療を受けられなかった統合失調症や認知症の患者が地域社会へ戻ってくると、歯科外来を受診することが多くなるものと予想される。そのためにも、我々歯科臨床に携わる者は、歯科心身症や精神疾患に対する知識が今以上に必要になってくる。

まとめ

以上見てきたように、「いわゆる歯科心身症」患者の治療に際しては、インフォームド・コンセントを十分に行うことは当然であるが、傾聴することと患者の要求の言いなりになることとは異なる。

また、処置内容については、抜髄、抜歯、咬合調整、補綴処置などの非可逆的な処置はできるだけ避けて、投薬やスプリント装着などの可逆的な処置に止める必要がある。どうしても何らかの歯科処置が必要であれば最小限度の侵襲で済ませる方法 (Minimal Intervention ; MI) を考えなければならない。また、場合によっては、リエゾン診療、すなわち心療内科や精神神経科に紹介したり、共診することも必要になる。

歯科心身症患者の診療では、「俺が治してやる」の自己の腕 (技術) に対する過信やおごりは禁物である。「他人が治せないものは、自分も治せない (かもしれない)」といった謙虚な姿勢が重要である。また、患者の訴えに対して口の中しか見ない、口の中だけで問題を解決しようとするのではなく、「口は身体の一部に過ぎない (心身一如)」といった全人的な視点からのアプローチが必要である。

以上、自験例を供覧するとともに、治療にあたってのいくつかの注意点について私見を述べた。幾分かなりとも先生方の日常の診療のお役にたてれば幸いである。

参考図書

- 1) 日本歯科心身医学会 編：歯科心身医学，第1版，東京，医歯薬出版，2003.
- 2) 和気裕之，宮岡 等 編：歯科医のための心身医学・精神医学，第1版，東京，日本歯科評論，1998.
- 3) 久保千春 編：心身医学標準テキスト，第1版，東京，医学書院，1996.