歯科治療恐怖症に関する臨床的研究 (2)

—行動理論の立場から—

牛 山 崇

Clinical studies on odontophobia. Part II.

—From the standpoint of behaviour theory—

Takashi USHIYAMA

第2編 歯科治療恐怖症の治療論についての検討

第1章 緒 言

ほとんどだれでもが、歯科治療の際に不安・恐怖を抱いていることは否めない。したがって、今までもそれら不安・恐怖を軽減させようと目論み、研究され、発表された報告は、かなり認められる。主なる方法をあげると、治療の際に生じる有害刺激＝疼痛を軽減させる方法として、治療技術が唱えられたり^{15, 57, 58)}、各種鎮静法や全身麻酔法の応用⁵⁹⁻⁶⁴⁾、ハリ麻酔^{65, 66)}、前投薬(プレメディケーション^{67, 68)})、聴覚減痛法⁶⁹⁻⁷¹⁾などの身体的アプローチが主となるものや、催眠⁷²⁻⁷⁴⁾や面接法^{1, 2, 6-8, 32, 75-77)}など心理的なアプローチを通し、恐怖の軽減を努めるようにする手法などが存在する。

さらに発症の機制と関連づけて治療手法を述べているものに関しては、次のような報告が認められる。

精神分析学的立場から Miller²¹⁾は、あらゆる歯科医師は精神分析学的養育を身につけ、それに基づいて患者と自分自身を分析し、患者の援助者となり、患者が悩みを解決できるように手をかすように努めるべきであるとしている。Lewis²²⁾は「歯科医師は侵略者」という先入観をとりのぞくように、初診日には治療を行わず、私服を身にまとい、患者と面接を行い、治療手順について詳細に説明し、患者に「自分の問題を本当に理解してくれる」という保証を与えることによって、患者はよりリラックスし、ドリルをもつ人のイメージは、自分を助けてくれる人のイメージに置き換わり、治療はスムーズに行われるであろうと述べている。Marus²³⁾も不安を減少さ

せるためには、(1) 良好な人間関係を形成すること、(2) 陽性転移を形成するように努めること、と述べている。

行動療法的アプローチの報告は、症例報告的なものや臨床実験の報告が多く、その経過・予後に関して十分論述したものは認められないが、Gale⁷⁸⁾、Klepac⁷⁹⁾、Corah²⁷⁾、内田・牛山⁸⁰⁾、牛山・内田⁸¹⁾は逆制止療法(系統的脱感作法を中心として)、Wroblewisk⁸²⁾、Machen⁸³⁾(小児を対象)、Melamed⁸⁴⁾(小児を対象)らはモデリング法、Mathew⁸⁵⁾はフラッディング法の有用性に関して述べている。

以上が、歯科治療時の恐怖をとり扱う際の手法に関して述べた報告の一部である。著者は第1編でも述べたように、(1) 発症の機制と治療の機制が同一の立場に基づいて論じられること、(2) 歯科治療の際の恐怖が軽減され、一刻も早く歯科治療が遂行可能になるという手順の確立を目論んだ。この点を顧みると、精神分析学的立場はこの両者をも全うできず、彼らが目ざしている人格の再統合というグローバルな治療目標からは具体的な治療手段は生じないであろうし、さらに日本において精神分析学的立場に基づく数人の学者が、これらの問題に関しての座談会などで教示している具体的な技法をみても、その技法は行動理論の法則にのっとって考えた方が明確に理解できるのではないかと思われるものばかりである。これは Miller, Lewis^{21, 22)}、Marus²³⁾が述べた具体的な手法に関しても然りである。

そこで著者は「症状自身を問題の対象とし、その除去こそ治療である」としている行動論的立場に基づく治療法の検索を行うのが最も効果的で、時間的・経済的にも最も負担が少なくて済み、最も妥当であると考え、この方面からアプローチを試みることにした。

この行動論的アプローチは「行動療法」と呼称され、新しい心理療法として、種々の神経症、神経症の行動の治療、悪習慣の是正などに頻用されてきている。Wolpeは行動療法をあらためて「行動療法とは条件づけ療法ともいわれ、不適応行動を変革する目的で、実験的に確認された学習諸原理を適用し、不適応行動を減弱・除去す

東京医科大学口腔外科学教室(主任: 内田安信教授)

Department of Oral Surgery, Tokyo Medical College (Chief: Prof. Yasunobu Uchida)

受付日: 昭和55年9月25日

表 7 治療手順

るとともに、適応行動を触発・強化する方法である」と定義している²⁵⁾。

さて歯科治療恐怖は、歯科治療場面という特定刺激により、生じた不安（反応）を中核としており、不安の生理学的諸症状を呈したり、治療からの拒否や回避を発現している不適応行動で、一種の神経症的行動であり、学習の法則に基づいて獲得されたものであるという点に関しては、第1編の症状論で著者は証し得たと思われる。しかしこの獲得された歯科治療恐怖という不適応行動は、一度獲得されるときわめて消去が困難であり、その慢性化を断ち切るには、通常の消去手順はほとんど効は奏さず、そこに何らかの積極的な働きかけが必要とされるが、この恐怖が学習のたまものであるという点に立脚するならば、その除去あるいは消去も、当然行動理論（学習理論）に則ってなされるはずである。

このようにして、著者は行動論的アプローチに基づいて、発症・経過の機制を顧みた上で、治療技法の確立を試みることにした。

第2章 治療対象

第1編・第2章調査対象で扱った44例の治療に関して検討を行った。

第3章 治療手順

著者が行った治療手順は表7に簡単にまとめて掲げた。以下、順を追って説明することにする。

第1節 動機づけ、導入面接、行動分析

まず東京医科大学口腔外科外来を受診した患者のなかから、その言動や行動により、歯科治療恐怖症の疑診が抱かれると、初診医から著者に紹介されてくる。

著者は最初に、この患者が歯科治療恐怖症として扱った方がよいかどうかを以下の手順を踏み、確診に到って行く。

第一に著者は DAS および DHQ を施行し、歯科治療に対する不安・恐怖の程度を数量的に捉えるようにした。そしてこのテスト施行時の患者の言動および結果、初診医の診察時の患者の印象などを考慮して、歯科治療恐怖症として取り扱った方が適当であると疑診を得た患者には次のように治療への導入を行った。すなわち歯科治療の際の不安・恐怖に関して、その発生・経過・軽減ないし消去手続を中心として、他に軽快した患者の手記なども適宜参考に供し、具体的に説明を行い、「頑張って通院すれば必ず治るものである」と保証し、治療

への動機づけを行った。そのなかから、第1編・第2章調査対象でも述べたように、治療対象になり得なかった患者を減じた残りの患者に対して導入面接を行った。

導入面接とは、行動理論の立場に則って、患者に関しての病歴を採取することで、行動療法における初診ということになる。採取項目としては、主訴および受診の動機、不安の内容、現病歴、既往歴、家族歴、生活歴などを聴取した。さらに各種のインベントリーを使用し、診療の補助とした。身体的な検索も重要である。なおこれらに関しては第1編第3章調査方法のところで、その項目名および意義に関して説明済みである。

治療に支障となるような疾患が疑われる場合には、その専門医に対診を求め、アドバイザーになっていた。そしてその忠言を顧慮し、その疾患が歯科治療に支障がある場合には、実際の歯科治療はその症状が改善されるまで延期した。

しかしながら、たとえ器質的疾患が認められたとしても、歯科治療に支障となるほどではない場合は、その専門医ともども、その面での保証を十分に行い、患者の不安を減少させるように努めた。

このような面接を重ねることにより、歯科治療恐怖症という異常行動の具体的な分析がなされ、さらにこれら異常行動がいかなる状態で発症し、いかなる経過を辿り、現在いかなる状態として発現してきているのかという、患者の学習過程が明らかにされ、個々の症例に関する行動分析がなされるのである。

著者は導入面接からこの行動分析の段階まで原則として約1～2時間を費し、2～3回に分けて行った。

なお患者の口腔疾患が緊急治療を要する際には、向精神薬の投与や笑気吸入鎮静法などの各種鎮静法を用いた。(今回は全身麻酔下での処置を要する症例は認められなかった。)

第2節 治療目標の決定

あらゆる歯科治療恐怖症患者が「いかなる場所でも、いかなる時でも、いかなる歯科医師のもとでも、受療できる」ということを目標としたが、具体的には、

- 1) 著者のもとの受療が可能となる。
- 2) 他の歯科医師のもとで、受療が可能となる。

ということに設定した。

第3節 治療計画の決定

治療の要は、歯科治療に伴う不安・恐怖を軽減・除去することである。

Wolpe²⁵⁾は、神経症の反応の中核は不安であり、この不安は、行動療法では、後天的に獲得された学習反応であるから、何らかの形によって消去できるはずであると考へ、その方法として「不安(反応)をひきおこす刺激の存在下において、不安(反応)を完全あるいは部分的に抑制するような不安拮抗性の反応を起こさせることができれば、これらの刺激と不安反応との結合力は減弱す

表 8 不安を制止する反応

1. 主張反応
2. 性反応
3. 弛緩反応
4. 呼吸反応
5. “不安-安心反応”
6. 不安と競合するように条件づけられた運動反応
7. 薬物で増強された実生活場面における“快”反応
8. a) 面接によってひきおこされる情動反応
b) 除反応

るであろう」という逆制止の原理を実験的に証明し、発表している。

さらに彼は不安と拮抗する反応として表8に掲げるような種々の反応をあげている。

著者は不安を制止する主たる反応として弛緩反応を用い、系統的脱感作法を治療の中核とし、歯科治療時の不安を軽減・消去することに努めた。

第4節 治療の実行

系統的脱感作法とは、Wolpeが提唱した治療法で、不安生起刺激を段階的に増大させる脱感作法と、前述の逆制止法とを組み合わせた方法である。

系統的脱感作法を行うには、次の3要素の手続を踏むことになる。

- 1) 筋弛緩反応
- 2) 不安階層の作成
- 3) 脱感作の手続

1) 筋弛緩反応

前述のように、筋肉の弛緩は不安を制止する。

著者はこの筋弛緩を得る手段として、3つの方法を用いた。すなわち、自律訓練法、自己統制法、漸進的筋弛緩法である。

自律訓練法はドイツのSchultzにより考案されたもので、患者自らが一定の言語公式に対し、受動的注意集中を行っていくもので、心身生理的機能の改善、適応性の増大などが得られるというものである。

著者は通常、標準公式の第一公式(四肢の重感)、第二公式(四肢の温感)を習得させ、リラクゼーションが得られたら、系統的脱感作へと進めていく。具体的な教示は、口腔外科向きに改編した当教室作製のパンフレットをもとに行ったが、これの全文は内田⁶⁾に記されている。なお、教室の石井が口腔領域への自律訓練の有用性に関して検討し、近々発表する予定であるので、詳しくはそれを参考にされたい。

また症例のうちには、自律訓練法の変法である自己統制法を教示した。これは池見が日本人に適するように改編したもので、この方法は池見に従って教示した⁸⁶⁾。

表 9 不安階層表

場 面	SUD
抜歯をする	100
注射をうたれる	100
歯を削られる	95
医者が器具の用意をしている	90
椅子に坐る	85
名前を呼ばれる	75
他人が治療されているのをみる	70
待合室で待っている	65
当日歯科医に行くと考える	50
歯のことを話題にして話をする	30
明日、歯科医を受診する	30
3日後に歯科医を受診する	20
5日後に歯科医を受診する	10
7日後に歯科医を受診する	10

なお自律訓練を教示したが、自律訓練の練習を開始することにより逆に不安が高まり、雑念も練習を妨げるほどに出現し、向精神薬の投与によっても、修得が困難であった1例(症例17)にのみ、Jacobsonの漸進的筋弛緩法を教示した。この弛緩法は四肢筋、顔面筋、腹筋、背筋など全身の筋肉を漸進的に弛緩させる方法であるが、原法は全身の筋肉の完全な弛緩を目的とするもので、かなりの時間と患者の忍耐が要求される。それに関してWolpeは系統的脱感作に用いられる弛緩の訓練はそれほど原法に忠実でなくとも効果があると述べ、簡略法を発表しているので、著者もこれに従い、教示している。その手順は内山⁴⁹⁾に詳しく記載されているので、それに従った。

2) 不安階層の作成

これは不安をひきおこす刺激場面を弱いものから強いものへと段階的に配列した表で、各刺激場面(階層)は原則としてSUD(subjective unit of disturbance, 自覚的障害単位)100, 95, 90, 80……とおおの5~10SUD程度の間隔をおいて配列する。なおSUDの値は患者自らが呈示したものであり、100が最も高い不安をひきおこす刺激場面ということになる。表9は症例9の不安階層表である。なお処置(不安生起刺激)により、SUDが異なる場合は、おおのの処置について不安階層を作る必要もある。したがって、第3報で後述する典型症例(症例14)は、不安階層を4つの処置(刺激系列)に分けてそれぞれ作成した。

3) 脱感作の手続

患者がリラックスすることができるようになったら、脱感作に入る。以下にその手続を記す。

1) まず患者にリラクゼーションの状態に入るよう指示し、完全にリラックスして、不安・緊張が消失した

ら、合図させる。

2) 合図によって、まず不安階層表で不安生起の最も少ない刺激場面を想像させてみる。

3) もし患者がその場面の状態により、不安や緊張を感じた場合、人差し指をあげさせる。そしてその際のSUDを尋ね、記録する。

4) 患者に再度リラクゼーションを開始するよう指示する。

5) このようにして、該当場面により指が挙上されなくなったら、不安により患者が動揺しなくなったと思われるので、同じ手順を2・3回繰り返した後、次の項目に移る。

最初に呈示する不安階層の項目のSUDは10~15にとどめることが望ましい。もし最初から40~50という高いSUDの項目を呈示されると、患者はこの場面に対し不安ないし恐怖を逆に条件づけられ、症状が悪化する場合があるといわれている。しかし著者は一度患者にそのイメージを浮かばせ、その際の恐怖や不安感が強すぎて、それに耐えられないというのであれば、この方法もと入れて行った症例もある。

さらに脱感作が上達してきた患者には、自宅でも自律訓練の練習とともに脱感作を行わせて効果を促進させた。

また著者は弛緩反応による系統的脱感作の他に主張反応の手法もとり入れた。

この主張反応は特に対人関係から生起する不安を制止するのに役立ち、攻撃的な行動の他に、友情、愛情、その不安と無関係な感情を外部に表出すること、あるいは自分が有している正当な権利を主張すること、あるいは他人からの不当な要求を拒否することなどもその一種であるといえる。

歯科治療恐怖症患者のなかには、医師という権威のある者に対して自分の感情を述べられずにいる患者がみられる。またEngel⁵⁰⁾、都⁵¹⁾らが述べているように、歯科治療椅子に坐るということは逃げ場を失った拷問の責苦にも等しいとさえいわれている。そのような場面では、患者はとかく内に閉じこもりやすく、さらに自分の感情を表現できずにますます不安を高めていくことは想像に難くない。

そこでDHQの項目のうち、1), 14)の質問に「はい」と答えている者や、主張反応質問紙により、主張的でない傾向が認められた者は、歯科治療場面においても、主張行動が欠落している傾向が認められるようである。

このような患者は医師を権威ある者とみなしていることが多いが、そのような医師に対しても、もしその治療に疑問がある場合は、その疑問を解くために質問してもよいし、また了承できないような場合には断ってもよいことを、その手続とともに説得した。その他、併せて、

相手の顔をみて話す、大きな声ではっきり話す、巧くいったら、ともに喜ぶ、など自己を表現するための手段も教示した。もしこれでも十分効果が認められない場合は行動リハーサルと称するような簡単な心理劇を行った。すなわち著者が患者に、患者を医師にキャストイングし、患者としての適当な主張行動の模様に患者に教示した。このように患者は主張訓練によって、歯科治療の際の恐怖反応を、制止できるようになっていくのである。

患者は想像上の脱感作によっても SUD の低い治療から高い治療へと徐々に慣れていくことによって、以前にはきわめて強い不安を生起していた治療に直面しても、障害されなくなり、当初恐がってできなかったほとんどの治療が最終的にはスムーズに遂行されるようになるのである。

なお通常イメージ脱感作により、SUD が10~15以下になった際には、現物脱感作を併用するようにした。というのは症状論でも述べたように、歯科治療の際の不安はだれにも少なからず認められることから、一種の正常不安ともいえるのである。したがって、SUD 10 前後はその範囲内と思われるので、現物的に脱感作を行い、早くその場面に慣れ、不安を消去できるようにした。

現物脱感作の手順についても、段階的に不安生起の高くなる治療へと進めていった。たとえば注射恐怖の患者に対しては、前腕部のキシロカイン・テストから、歯間乳頭部への極微量の浸潤麻酔、それから浸潤麻酔下での歯石除去をのべ3回続け、注射に対する強化を行った。同様に治療においても、最初は C_1 の歯牙、次に C_2 の歯牙、進んで歯内療法処置の必要な歯牙へと脱感作していった。

なお著者は本研究においては、心理療法とりわけ行動科学的アプローチの効果を確かめるために、数症例を除いて、可及的に向精神薬は使用せずに治療を行った。

脱感作の作用機序については、その考案者である Wolpe⁸⁷⁾は次のように述べている。

「もしここに単一な次元の10の刺激が患者に1から10単位の不安を起こさせるとしよう。もし刺激によって起こされた1単位の不安が筋弛緩による抑制効果の結果0にさがったとすると、もともと2単位の不安を起こす刺激は1単位の不安を起こす刺激としてみられるだろう(図1)。このようにして、高所恐怖の患者が2階の窓から外をながめることで、1単位の不安を起こし、3階の窓からながめることで2単位の不安を起こすとする、2階の窓からながめる時の不安の量が0に下がることは3階の窓からながめることでひき起こされる不安の量を1単位に減少させるという効果をもつことになる。このような反応の減少は一時的なものではなく、永続的なものであるということは強調されなければならない。」

第5節 成果の吟味とその予後対策

著者は治療課題のところでも前述したように「いつ、

Aが不安を起こす力が1単位から0に落ちるとき、もともと2単位のポテンシャルをもっているBは1単位の不安を起こし、そしてBが0になればCは1単位の不安を起こす……。

図1 脱感作過程の説明

どこでも、いかなる医師のもとでも」歯科治療が受けられるようにと努め、著者のもとでの受療が可能になったならば、他医局員からの、さらには一般開業医への受診を勧め、歯科治療恐怖消去手続の強化を図った。

本来ならば、この時点が歯科治療恐怖症が治癒した時点とみなすのであろうが、あらゆる歯科治療が終了するまでの期間は、患者個々の口腔内状態により異なるので、便宜上、治療終了時点は患者があらゆる歯科治療に自信をもち、著者のもとでの受療が一通り終了した時点とした。

治療後の面接は、著者からの治療終了から他医師での治療が終了するまでの期間に行った。その内容は、歯科治療に対する行動の変容を中心に、日常生活面での変容をも併せて聴取した。各種インベントリーも適宜使用し、治療前後の比較も行った。さらに新しく学んだ行動を維持しつづけるにはどうしたらよいかも教示した。また性格面・行動面に関しても言及して、今後困難な問題を自力で克服できるようにと、行動論的にその方法論の一端を教示した。

さらに治療終了後、定期的に患者と連絡をとり、その後の治療状況とりわけ歯科治療に対する恐怖の消失、および生活面の変容とりわけ症候移動と従来いわれているような他の神経症症状や問題行動の出現を含めて、などを文書または面接にて聴取した。

なお治療中ないし治療後に新しい問題となるような症状や行動が出現した場合は、新しく治療目標を作成し、再度行動分析からの手順を踏むことも必要と思われる。

第4章 治療結果

第1節 全身的合併症を有している患者についての取り扱い

現在、患者が罹患している全身的合併症の一覧は表2に示した。このなかで歯科治療が禁忌であるとされた者は認められなかった。しかし症例35, 39は貧血改善のため、約2か月治療を延期した。症例44はA-Vブロックによる反射に注意するようにというコメントを内科から寄せられた。

症例16は他の事象についても恐怖症状を有しているのをはじめとして、典型的な不安神経症を有しており、最も早急に解決すべき課題は歯科治療恐怖とは考えにくく、二義的なものとして考えた方が好ましく思われたので、行動論的立場にたつ神経科医に紹介し、現在その医師とともに、治療継続中である。

症例31は更年期障害という診断のもとに内科に通院中、口腔内注射や抜歯の恐怖を主訴に、口腔内の劣悪状態の改善を望んで来院したが、内科面からの加療を中心に行ってもらった方が最適と思われたので、その方面での加療を主として行い、著者も併せて歯科治療恐怖症の消去に取り組んでいる。

その他の患者は合併症を有しているにもかかわらず、歯科治療に明らかな支障は認められなかったため、その点を考慮しつつ、歯科治療恐怖消去手続を主として開始した。

第2節 向精神薬、自律神経調整薬に関して

著者は行動療法が本症に有効であることを確かめるために、原則として両薬剤は使用しなかった。

しかし弛緩反応の習得が非常に困難であり、向精神薬投与により、その習得が促進されると思われた症例17は、oxazolam, medazepam, nitrazepam を適宜処方した。

なお小科受診時にすでに他科より処方されており、治療中も継続服用させた者は以下のとおりである。

症例14は神経性食思不振症のために、chlorpromazine, promethazine, nitrazepam が処方されていたが、当科の治療が進展するに及んで、症状が軽快したため服用を中止させた。

症例16は oxazolam, diazepam などの minor tranquilizer や amitriptyline の抗うつ剤の処方を適宜受けていた。

症例31も、内科的 症状改善のための 対症薬剤に加えて、oxazolam の処方を受けていた。

症例33も、内科医より、心臓神経症治療の一補助として、oxazolam を処方されていた。

第3節 患者の治療成績に関して

44例の全症例に行動論的アプローチをなし得た。

なお症例12は 1) 根尖相当部の瘻孔を近くの 内科医が

原因を把めず、当科に紹介され、来院した者で、その処置中に恐怖症が判明した。仕事もあり、居住地が遠方のため、通院困難ということで、著者は2週間に4回ほど、仕事先の了解を求め来院させ、その間に病歴を採取したのち、歯科治療恐怖症に関して行動論的にカウンセリングを行い、さらに 1) の根管処置は緊急処置として、笑気吸入鎮静法下で2回ほど行ったところ、恐怖心は若干軽減した。6か月後の追跡調査では近くの歯科医から徐々にではあるが、加療中とのことであったが、残念ながら歯内療法処置を要するような歯牙は1本も治療されていなかった。症例42は抜髄処置による三叉神経痛の発現により、恐怖心を抱いたものであるため、根管処置に対する脱感作が必要と考えられたが、当面斯様な処置を要する疾患もなく、いたずらに以前根管治療を行い、その予後も良好である歯牙の治療を恐怖心消去のために再び行うのも、抵抗があると思われたので、現在患者に了解を得て経過観察中である。

この2例を除いた42例に関しては、脱感作法を中心に治療へ進んだが、55年3月31日の時点で、治療恐怖症が軽快・消去した者は30例であった。逆に不変例は1例も認められなかったが、途中で中止または脱落にて治療を失敗した者は4例であった。その時点でなお治療中の患者は8例であった。

治療中の患者を除く34例に対する、軽快例(30例)の率(治療成功率)は88.2%を占めた。

失敗例4例の内訳は、以下のとおりである。

症例10は当科受診3回ほどして、持病の関節炎を再発させ、その治療に専念したい旨の連絡を受けたが、その後半年以上経るが、治療は再開できていない。この症例は、歯科治療に極度の恐怖心を抱いており、初診医が口腔内検診を行おうとしても、頑として開口しなかった。一応、自発的に来院したようであるが、3回とも来院時には主人が同伴してきており、その背景には多分に家族からの叱咤激励があり、面接のふしふしに自分としてはそのまま残根状態にしてから、全麻下で抜歯をし、その後義歯を入れることが最適であるとして、回避行動を的確な行動と捉えているふしがあり、心理治療への動機づけが困難な症例であった。

症例25は2回目の導入面接後、口腔内のレントゲン像をみるにつけ、他の医師から「悪い歯はもう抜いて、入れ歯以外ないね」といわれたことにより、「抜歯以外治療法がないならば、わざわざ恐怖心を抱いている切削や根管処置は受ける必要はない」として、著者が確かに抜歯以外ないそれらの歯を利用して、切削や根管治療などに対する恐怖を消去しようと話したが、やはり次の面接日には来院しなかった。

症例27はイメージでの脱感作がほぼ終了し、現物脱感作として、口腔内への注射に移ろうとした時点で、家事の都合で来院できぬという連絡が入った。

表 10 軽快例の治療結果一覧

症例番号	患者名	① 治療方法	② 治療回数	③ 治療期間 (月)	④ 弛緩反応		⑤ イメージ 脱感作 回数
					種類	教示回数	
1		脱感作	14	3	AT	6	5
2		脱感作, 主張	15	6	AT	5	3
3		脱感作	14	5	SC	4	3
4		脱感作, 主張	22	4.5	AT	6	5
5		脱感作	16	4	AT	4	3
6		脱感作	11	2	AT	6	2
8		脱感作	14	3	AT	6	4
11		脱感作, 主張	18	6	SC	6	4
14		脱感作, 主張	39	9	SC	5	18
15		脱感作	10	2.5	AT	4	6
17		脱感作, 主張	21	4	AT J	3 8 > 11	5
19		脱感作, 主張	11	3	AT	4	3
20		脱感作, 主張	15	5	AT	5	4
21		脱感作, 主張	16	4	AT	5	5
22		脱感作, 主張	24	5	AT	7	6
23		脱感作	16	4	AT	7	6
24		脱感作	7	1	SC	4	3
28		脱感作	10	2	SC	3	3
29		脱感作	6	1	AT	3	2
30		脱感作	11	3	AT	3	3
32		脱感作, 主張	13	3	AT	4	5
33		脱感作	16	5	AT	4	4
35		脱感作, 主張	15	4	AT	4	4
36		脱感作	12	3.5	SC	4	4
37		脱感作, 主張	23	5	AT	8	4
38		脱感作	14	3.5	AT HYP	4 5 > 9	4
39		脱感作, 主張	14	6	AT	7	6
41		脱感作	9	2	AT	3	5
43		脱感作	16	5	AT	6	4
44		脱感作, 主張	13	4	AT	5	7

症例34は乳児を抱えての、遠方からの通院症例である。この状態では、十分心理療法の効果が出現しにくいので、乳児をだれか他の人(隣人やホームヘルパーなど)に預けるように提言したが、どうしても不可能ということで、治療開始6回目(自律訓練教示後3回目)で、子供がある程度大きくなるまで、治療を延期したいと申し入れてきた。

以下に軽快例30例の結果に関してまとめてみることにした。

第4節 軽快例に関して

第1項 治療方法に関して

系統的脱感作を全症例に用い、主張訓練を14例に併用

した。なお症例37はとりわけ主張傾向が著しく乏しいため、行動リハーサルを3回はど行い、その後の治療にかなりの効果が認められた(表10-①)。

第2項 治療回数・治療期間に関して

治療回数は6回から39回にわたり、平均15.2回であった(表10-②)。

治療期間は1か月から9か月にわたり、平均治療期間は3.9か月であった(表10-③)。

これら治療回数および治療期間は患者の通院状況によってもかなり影響されていることは否めない。なお症例35, 39は貧血改善の治療の間、歯科治療を進展させないでおいた期間も治療期間に含めてある。

表 11 イ ソ ン ベ ン ト リ ー の 推 移

症例 番号	①		②		③		④		⑤		⑥		⑦		⑧		⑨		⑩	
	DAS		DHQ		領		C.I.J.		M~R		Y-G		得		M.A.S.		W.P.S.		F.S.S.	
	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後
1	19	10	18	14.5	II	II	3	3	11	5	A'	A	8	8	8	V	69	52	147	89
2	18	5	9	2	II	I	1	0	13	5	D	D'			40		40	30	168	133
3	17	5	15	2	II	I	2	0	17	12	A	AD					32	32	102	103
4	20	10	17	5	IV	III	13	8	27	14	C	C					56	56	122	73
5	16	8	18.5	5	III	III	6	3	17	12	AC	AC					37	37	147	66
6	15	7	17	7	III	III	10	11	10	16	AD	A	5	8		V	41	47	63	46
8	20	7	16	5	II	I	2	0	10	1	D'	D	8	10		V	13	4	147	52
11	15	7	6	19.5	IV	III	14	6	17	11	AC	AD	36	24	22	I	55	38	73	28
14	19	13	5	18.5	IV	III	19	9	31	18	A"	AB	28	21	29	I	64	50	210	149
15	19	10	16.5	7	III	II	13	9	10	3	A"	D'			7		20	22		140
17	20	4	20	6.5	IV	IV	9	7	25	5	E'	D'	33	22		I	63	30	165	60
19	17	6	19	2	III	I	6	1	25	1	D'	D'	19	10		II	33	13	83	23
20	18	6	16	3	IV	II	12	3	27	6	AC	C	18	14		II	35	23	124	66
21	18	7	19.5	7	III	II	4	2	12	10	AC	C		17		II	49	50	155	74
22	19	5	5	17	III	III	14	15	14	10	A"	AE	34		35	I	48		150	162
23	19	5	8	17.5	II	I	3	2	10	3	D	AD	20	15	11	II	32	23	66	69
24	19	7	12.5	4.5	II	II	3	4	14	12	D									
28	15	8	11	3.5	III	III	13	13	16		A									
29	18	10	12	7	IV	IV	5	5	25		E									
30	15	8	5	7	II	II	1	2	9	10	D	D'					58	25	52	50
32	16	5	15.5	4.5	IV	IV	9	4	24	8	E'	C	29	10		I	66	43	129	70
33	18	6	9	16	IV	IV	19	22	14	17	A'	A"	22	31	29	I	81	46	164	184
35	18	5	7	17.5	IV	III	23	13	13	8	A'	C		7		II	20	15	70	38
36	16	7	8	11	IV	III	11	9	21	11	A'	C		21		III	24	22	63	76
37	18	11	15	9	III	III	11	12	17	17	AE	AE	21	23		II	65	57	97	69
38	16	6	8	8	III	III	7	4	17	25	D'	AC		21		III	79	50	42	81
39	16	9	13	7	III	III	13	11	6	9	C	E'								
41	16	11	10	15	I	I	1	1	3	0	D'	D								
43	15	6	16.5	8	III	II	9	4	15	6	C	C								
44	18	7	6.5	5.5	IV	III	11	4	26	18	A"	AC	21	7		V	41	42	79	40

表 12 DAS の治療前後の比較

表 13 DHQ の治療前後の比較

第3項 弛緩反応を得る方法に関して

自律訓練法(AT と略す)22例, 自己統制法(SC と略す)6例, AT から Jacobson の筋弛緩法に変更したもの(AT-J)1例として使用した。なおATに催眠(HYP と略す)を併用したものが1例存した。これはATの重感を体得させるために催眠を用いたものである(表10-④)。

第4項 弛緩訓練教示回数に関して

3回から11回にわたり, 平均5.3回であった(表10-④)。

第5項 イメージ脱感作施行回数に関して

2回から18回にわたり, 平均4.7回であった(表10-⑤)。

なお著者は弛緩訓練習得中でも, 患者が少しでもリラクゼーションを会得できるようになったならば, イメージ脱感作を開始したため, 同一日に弛緩訓練と脱感作をともに施行したものも存在する。

第6項 インベントリーによる変化

1) DAS, DHQ の変化

終了時点で調査した者は30例中, DAS が24例, DHQ が26例であった。

DAS の変化は治療前 17.42 ± 1.66 点から治療後 6.96 ± 2.21 点へと減少した(表11-①, 表12)。

DHQ の変化は, 治療前 15.46 ± 3.67 点から治療後 5.38 ± 3.02 点へと減少した(表11-②, 表13)。

2) CMI の変化 (24例が対象)

領域の変化をみると, 領域不変の者9例, 1領域好転

(たとえばⅣ領域からⅢ領域へなど)11例, 2領域好転(たとえばⅣ領域からⅡ領域へなど)4例であった(表11-③)。

(C+I+J), (M~R) の得点の推移をみると, (C+I+J), (M~R) ともに減少ないし不変の者17例, (C+I+J) が減少ないし不変で, (M~R) が上昇した者2例, (C+I+J) が上昇, (M~R) が減少ないし不変の者2例, (C+I+J), (M~R) ともに上昇した者3例であった(表13-④, ⑤)。

3) Y-G の変化 (21例が対象)

領域不変の者が9例で, 他に領域が変化した者が10群存し, おおの1~2例含まれていた(表11-⑥)。

4) MAS の変化 (12例が対象)

得点(不安得点)が減少または不変の者が8例, 逆に上昇した者が4例みられた(表11-⑦)。

段階別にみた場合, 段階も減少し, 不安度の低減がみられた者5例, 段階は不変の者4例, 段階が上昇した者3例であった(表11-⑧)。

5) ウィロビー・パーソナリティ・スケジュール

(WPS) (20例が対象)

得点が増加した者は4例であったが, その上昇得点の度合は0~10点の間であった。得点が減少した者は16例であった。0~9点減少5例, 10~19点減少5例, 20~29点減少3例, 30~39点減少3例であった。

また得点が30点未満の者は治療前4例存したのが治療後7例となった(表11-⑨)。

表 14 DAS の治療前・追跡調査時の変化

表 15 DAS の治療前・治療後・追跡調査時の比較

6) 恐怖調査表 (FSS) (20例が対象)

総合得点が減少した者は15例認められ、逆に5例が上昇している(表11-⑩)。

第7項 行動変容に関して

治療恐怖が軽快・消失したことに伴って、身体面・精神面・社会面などで変容した事象を以下に羅列する。

なお、これは患者自身の内省報告に基づいて集計した結果である。

- リラックスする方法をおぼえた (全例)
- 疼痛閾値の増大 (15例)
- 入眠・熟眠障害の改善 (12例)
- 疲労度が減少 (11例)
- 意欲増進 (10例)
- 心にゆとりがでてきた (日常、緊張している自分が改善された) (9例)
- 他領域の注射も可能となった (8例)
- 神経症、自律神経失調症、神経性食思不振症、皮膚湿疹など、他科疾患が軽快・治癒した (8例)
- なにかにつけ、自信が湧いてきた (8例)
- 主張的になった (8例)
- 家事・余暇など時間の使い方の改善 (7例)
- 情緒的に安定してきた (7例)
- 乗車時や外出時、気分の悪くなるのが消失 (7例)
- 冷え症、とりわけ手足の冷えが改善 (6例)
- 化粧するのが楽しくなった (4例)

○ 人づきあいが好転 (4例)

その他に、生理痛の減少、右足のつれの消失、発汗減少、肩の凝り減少、食欲増進などをあげた者もみられた。

第8項 新しい症状の出現

治療終了頃より、症例33は当科治療開始前より患っていた心臓神経症が悪化したため、心療内科にて加療中であるが、注射恐怖は改善され、口腔内処置は可能となっている。

第5節 追跡調査に関して

追跡調査は表11のごとく、17例に行い、その調査時期は当科での治療終了後、半年から1年以内5例、1年から2年8例、2年から3年4例となっていた。

これらに関する調査結果は以下のとおりである。

第1項 再発に関して

恐怖症が再燃した者は皆無であった。これは DAS, DHQ の推移からもよみとれる。

1) DAS の推移

17例全例が治療前より得点が減少し、平均得点でみても、治療前 17.35 ± 1.49 点から、追跡時点 7.71 ± 1.87 点と減少していた(表11-①, 表14)。

治療後の得点との比較を例2, 3, 11, 14, 22, 23, 30, 33, 35, 36, 41の11例について施行した。5例が治療後より若干得点が上昇していたが、治療後 7.00 ± 2.59 点から追跡時点 7.00 ± 1.81 点へと平均点は変化しなかつ

表 16 DHQ の治療前・追跡調査時の変化

表 17 DHQ の治療前・治療後・追跡調査時の比較

た。なおこの11例の初診時の得点は 17.27 ± 1.48 点であった(表11-①, 表15)。

2) DHQ の変化

17例の全症例について、治療前の得点と比較してみた。全例が治療前に比して減少し、治療前 14.65 ± 3.83 点から追跡時点 5.94 ± 3.07 点へと減少していた。なお症例1は当科での治療終了後、親戚の歯科医師により加療されており、著しく恐怖心は減少していたが、「殊に一般の歯科開業医のもとではどうか」という前提のもとに答えてもらったために 14.5 点と比較的高得点を示したものである(表11-②, 表16)。

治療後の得点との比較を例2, 3, 11, 14, 22, 23, 30, 33, 35, 36, 39, 41, 44の13例について施行した。5例が若干得点が上昇していたが、治療後 5.04 ± 3.75 点から追跡時点 5.31 ± 2.38 点へと変化していた。なおこの13例の初診時の得点は 14.73 ± 4.06 点であった(表11-②, 表17)。

第2項 新しい症状の出現に関して

追跡調査では、俗に症状転移と呼ばれるような、新しいトラブルが生じたか否かを重要な調査項目として聴取したが、症例22のみが、治療終了後1年位してから、虚血性心疾患ということで心臓機能への捉われが強くなり、心臓神経症様症状を呈したため、現在内科にて加療中である。

第3項 他のインベントリーに関して

面接により、追跡調査が施行された10例は表に示すごとく、CMI, Y-G, MAS なども記入し提出させ、治療前、治療後、追跡調査時と比較することができたが、残り7例に関しては調査不可能であった。

したがって、症例数も少ないため、これらのインベントリーの比較に関しては、その結果を記すのみにとどめた。

第5章 小 括

本研究における効果は34例中30例が軽快し、88.2%の有効率をみた。

神経症的行動を消去するにあたって、90%近い軽快率(有効率)は、この方法が有効であるということを示すものと思われる。したがって、具体的な歯科治療恐怖症への取り組みが十分でない現在、行動療法的アプローチは最も有用な方法と思われる。

なお本法での治療期間が平均約4か月と若干長めであるが、これは患者の受診状態、口腔内状態、全身状態などにより異なるためと推定される。しかしこれととも、歯科治療恐怖症が軽快した30例の平均回避期間が約4.2年というのと比較してみると、大変短期間であるということがいえる。

弛緩を得る方法は、本文で述べた3方法いずれでもよいと思われる。著者も他の口腔領域の神経症・心身症患

者に対して3方法を適宜用いたり、併用したりしている。たとえば自律訓練を扱めぬ患者に Jacobson による手足の弛緩を得る方法を併用してみると、自律訓練の重感をよりスムーズに習得させることができるようである。

なお症例38に催眠を併用しているが、これはなかなか弛緩を得られぬ患者に他者催眠を用いて、その状態を習得させる一手段として用いたものである。他者催眠のみによる治療は、患者に依存性を高めてしまい、治療目標である「いつ、どこでも、いかなる 歯科医師 のもとでも」という課題がなかなか達成されぬおそれがあるため、著者は可及的に他者催眠のみによる治療は施さないようにしている。

さて行動療法に対して精神分析の立場からの批判が存在する。それによると、行動療法は症状だけを除くことを目標にしており、患者の根底に存在する精神力動に対するアプローチが欠落し、表面的な操作である。そのため、再発や症状移動が起こりやすいと批判している。このことは、行動療法と精神分析両者の見解の相違から派生しているものであって、行動療法は精神力動的な考えや、無意識、小児性欲の発達、防衛機制、転移機制などは問題にせず、症状そのものの消去を図る新しい心理療法である。

したがって再発はその神経症的行動が十分消去されていなかったという結果であり、症状移動といわれているものは、不安を惹起する事象をすべて消去させなくてはならない前提にもかかわらず、消去されなかった事象が残っていた結果とみなされる。

本研究では、再発の症例は認められず、永続的なものであることがわかった。症状移動と思われる症例が2例ほど認められたが、これらは心臓発作への捉われが強くてきた症例であった。このような症状移動の症例に対しては、さらに消去手続が必須なものであろう。そこで著者は、自身が歯科医師である立場を顧慮して、現在心身医学のアプローチの素養ある内科（心療内科）や精神科にも依託して治療を行っている。著者は患者の訴えが自分の領域外に及ぶようであるならば、しかるべき領域の専門医に対診を求めるのは必要不可欠のことと確信している。

この立場に基づいて、著者は歯科治療恐怖症状の他に、種々の恐怖症状や神経症的行動を患っている症例に関しては、しかるべき専門医に対診を求め、良好なる成績を得ることができた。

逆に他科の医師に対診を求めなくとも、歯科治療恐怖症状を消去している間に他症状も軽快した症例も認められた。しかし残念ながら多くの症例では、3～4か月の治療期間中に自分の性格や生活態度を極端に好転させることは容易ではないようであった。そこで著者は、最後の面接時には、治療前・治療後の推移および治療経過などを分析、考察しながら患者に対し、神経症的行動全般

に関する知識を与え、当科受診終了後の生活面での指導をも行うようにした。

症例のなかには、脳貧血様ショックを発現したことが歯科治療恐怖症発症の一因子となっている者が31例認められ、しかも2回以上経験ある者24例、さらに5回以上の者が9例認められた。

ひるがえってこれらの症例の治療成績についてみると、現在治療中の5例を除き、23例が軽快・治癒し、不快症状を発現することがなくなり、症例10、27が中途脱落し、症例12は治療対象となっていない。このことは、脳貧血様ショックとりわけデンタル・ショックの発現を予防するには、心理的なコントロールが、なかでも不安を軽減させることを目的とした行動療法がかなり有効であることを示している。

したがってデンタル・ショックの発現には、従来多くの研究者が述べているように^{3,4,6,10,31)}、貧血、低血圧症、過労、体位、睡眠不足、治療室の雰囲気、気象条件などの因子も重要ではあるが、患者の精神状態とりわけ不安状態が多分に関与するものと思われる。

なお著者は繰り返し発現するデンタル・ショックは、恐怖心が誘因となって生じるというよりも、むしろ以前何らかの原因によって発現した一過性のデンタル・ショックによって生じる予期不安も加わって、強度に条件づけられた生理学的興奮すなわち不安・恐怖反応の身体症状そのものではないかと常々考えている。したがって著者は現在デンタル・ショックといわれているもののなかには、不安・恐怖反応そのものであるものが多く含まれているのではないかという点に関して検討中である。この証左の一つとして、これらの症例が向精神薬や自律神経調整薬を使用することなく、行動療法のみで治癒していったことがあげられよう。

総 括

患者の主訴において、恐怖心を第一にあげている者がおおむね90%存在した。これは当科でこのような患者を専門的に扱っていることを来院前に知っていた者が70%近く存在したためとも思われる。しかし、残りの10%の患者のように瘻孔や口腔内衛生状態の悪化から発現してくるような口臭、咀嚼障害などを訴えて来院した患者のなかにもその根底に恐怖症が潜んでいるおそれが往々にしてあるといえる。

以下に本治療法施行に際しての注意点・知見を述べてみたい。

1) 器質的な疾患の精査は重要である。いかに心理的背景が強くとも、著しい貧血症・低血圧症などが存在すれば、身体的欠陥よりデンタル・ショックを発現しやすくなり、心理的アプローチのみでは片手落ちといえる。

本研究でも、この検索により、症例35・39・44らが歯科治療施行(口腔外科的処置を含む)に支障となる全身の合併症の存在を明らかにできた。逆に考慮すべき合併症が存在するにしろ、それまで幾度ともなくデンタル・ショックを発現していた患者がこのアプローチにより発現しなくなったのをみるにつけ、心理面を巧くコントロールできれば、ある程度、器質的に障害が存在しても、デンタル・ショックを予防できることも判明した。よって歯科治療恐怖症の消去にはまずもって全身の合併症の精査が重要であると断言できよう。

2) 行動療法における医師—患者関係

Eysenck⁵⁴⁾は「行動療法はどのような人によってなされても(もちろん、行動療法に関する素養があれば)、大してとるに足らないことのように思われる。それは実験的にも証明されている。精神分析学でいう『転移』という対人関係は行動療法では断じて必要ない。医師と患者という個人的な関係は、汎化の勾配の必要な一步を与えるという意味では必要なものではあるが、常にそうであるとは限らない」と述べ、医師—患者関係をあまり重要視していないようである。しかし心身両面に訴えをもつ患者にとって、治療の立場にある医師は、患者が不安を和らげ、治療に臨もうとする意欲をたかめる力として働き、むしろ必要不可欠のことではないかと著者は考えている。これはまた、治療方法として、弛緩反応を用いたにせよ、主張反応を用いたにせよ、治療者側の適当な働きかけによって、その効果がより強く発現することからも、経験上わかるはずである。これに関しては鈴木⁵⁵⁾も同様な意見を述べている。

しかし患者のなかには、極度に依存性の強い者が存在し、その患者の要望どおり行くと、患者はその医師により依存欲求が満たされ、不安を減少させることが可能となるため、歯科治療恐怖症の究極的な治療目標である「いつ、どこでも、いかなる医師のもとでも」というゴールを達成できず、患者にとっても好ましくない結果に終わってしまう危険もありうる。そのため「いつ、自分のもとから、患者を手離すか?」という点を常に心がけておくべきではないかと思われる。

その点、催眠、(笑気)吸入鎮静法などには、そのような可能性があることを著者も実際にこのような方法を用いた経験により、体得している。

しかしこの行動論的アプローチにおいても、なかなか手離せられない患者がみられ、今後このような患者の解析ととりくみが十分究められる必要があろう。

なお当科の治療で自信を抱くようになり、近医を受診したところ、患者の病歴を聴くにつけ、不快症状の発現のおそれがあるとして、いとも簡単に近医に断られ、再び来院した患者もみうけられることから、一般臨床医側にも問題とすべき点が存在するのではないだろうか。

3) 系統的脱感作法を中心としたこのアプローチが歯

科治療恐怖症治療の有用な手段であることが明らかとなった。

しかし今後の課題として、他の療法との統合、たとえば積極的な向精神薬の使用、モデリング学習、バイオフィードバックの効果的な応用なども考え、一刻も早く、この恐怖症を消去できるように試みていくことが必須であろう。

なお歯科治療では嫌がる患者に対し、むりやり治療を行うという強制治療法があり、この方法の是非に関しては多くの議論があるようである。

これは行動療法の一つの方法論であるフラッディング法に類似している。この方法は、最も不安生起の高い場面に患者をおき、そのなかで、むりやりその刺激場面と対決させる方法である。すなわち初めから SUD 100 の場面に遭遇させるため、患者は初めは恐慌状態に陥るが、その時期を乗り越え、それらの刺激がそれほど危険のないものであると判ってくると、その不安に対して回避しようとする条件づけは消去され、その刺激を受け入れられるようになるという。

しかしこの方法は十分注意しないと、かえって恐怖症状を昂め、逆効果になってしまうおそれがあるので、他の方法(系統的脱感作法など)が効果がないと判断してから施行した方がよいといわれている⁵⁶⁾。

このような意味で、著者も現在のところ、積極的にこの技法を用いてはいない。

総じて、歯科治療恐怖症といえども、これら患者を専門的に扱ってくれる医療機関が存在すれば、かなりの患者が救われるのではないかと思われた。そのためにも、このような行動論的アプローチの有用性を訴える情宣活動とともに、完全に治療を回避し、受診を拒んでいる最も重症と考えられる患者に対するアプローチを見出すことは、今後の重要な課題と考えられる。

結 語

ほとんどすべての者が歯科治療に不安・恐怖を抱いているにもかかわらず、この点に関して一貫して捉えた報告は皆無といっても過言ではない。

著者はこの事実に着目し、東京医科大学口腔外科外来で直接取り扱った44例の歯科治療恐怖症患者を対象に、行動論的立場より、その発症機制、経過、症状、治療機制、予後について検討し、次のような所見を得ることができた。

I. 症状論について

1) 性別では女性が36例(81.8%)を占め、年齢別では30歳代が半数で最も多く、次いで40歳代、20歳代、50歳代とつづいていた。

2) 「恐怖心」を主訴として来院した患者は38例(86.4%)、さらに受診前に当科でこのような患者を扱ってい

るのを知って来院した者は30例(68.2%)存在した。

3) 発症刺激となった外傷体験の既往が歯科領域で存する者は42例(95.5%)認められた。なかでも既往にデンタル・ショックを主とするショック様症状の発現と激度の疼痛を伴う処置を受けた不快体験患者が圧倒的に多く、これらが歯科治療恐怖症発現の二大要因であることが推察できた。これら外傷体験を発現させた処置は口腔内注射、抜歯が最も多く、約8割の者が経験しており、次いで切削、根管処置などであった。

4) 恐怖症発現に関連の深い一般医科領域での外傷体験を有する者は19例(43.2%)認められた。なかでも脳貧血様症状を含むショック体験のある者が17例と圧倒的に多く、それら外傷体験を発現させた処置は、何らかの薬物投与(注射を含めて)が12例と6割強であり、他に採血や外科的処置などであった。

5) あらゆる歯科処置を恐れている典型的な歯科治療恐怖症が半数例を占め、次いで局所麻酔による無痛下での処置程度は可能であるという者が4例(9.1%)、口腔内(麻酔)注射恐怖ないし抜歯恐怖症と考えられる広義の歯科治療恐怖症が14例(31.8%)、その他4例であった。

6) 自己が恐怖の対象としている処置を回避してから当科受診までの期間(回避期間)は平均約4.4年という長期間である。歯科治療恐怖行動はかなり強固で、しかも種々の事象に汎化していることが明らかとなった。

7) 歯科治療施行に際して考慮すべき疾患ならびに歯科治療恐怖症の発現を容易にすると考えられる他科疾患の既往をみると、神経症14例、自律神経失調症11例、神経性食思不振症1例、高血圧症4例、低血圧症9例、貧血症4例、アレルギーの既往10例などであった。

8) インベントリーでは、CMIでⅢ・Ⅳ領域が35例(79.5%)と多く、ウィロービー得点も30点以上の者が38例中31例(81.6%)を占め、神経症の傾向が強いことも伺えた。Y-Gでは、42例中A型12例、D型9例、E型8例、AC型6例、その他の型がおおの1～3例みられた。MASでは、29例中19例(65.5%)に不安度が高いという所見が得られた。FSSでは、健康、死、怪我、医療などに関する項目に恐怖心が強いと答えた者が多かった。

以上により、歯科治療恐怖症は、歯科治療場面という特定刺激により生じた不安反応であり、さらにオペラント的には拒否ないし回避を発現している不適応行動で、学習の法則に基づいて獲得された一種の神経症の行動であることを分析し確認した。

II. 治療論について

1) 以上のような行動分析に基づいて、治療目標は、おのおのの患者が恐怖の対象としている処置の受療が可能になることに設定した。

2) 治療手段としては、弛緩反応による系統的脱感作

法を中心に、主張訓練を併用し、歯科治療の際の不安・恐怖を軽減、消去させる方法をとった。

3) 歯科治療が禁忌となるような疾患は認められなかったが、歯科治療を行うにあたって考慮すべき疾患としては、神経症8例、自律神経失調症2例、神経性食思不振症1例、高血圧症2例、低血圧症7例、循環器障害14例、貧血症2例などがみられた。

MVによって、自律神経不安定な所見は39例中6例(15.4%)にみられた。

4) 治療成績は30例が軽快、4例が中止・脱落し、治療成功率は88.2%と高かった。なお、他の8例は治療継続中、2例は他の手続をとったものである。

5) 症状転移などの新しい症状出現は2例のみに認められ、再発は皆無でその効果は持続的であることが判明した。

6) 以上により、歯科治療恐怖症は行動論的アプローチにて軽快した。したがって現在のところ、最も有効な治療法であることが判明した。

稿を終えるに臨み、終始ご懇篤なるご指導とご校閲を賜った恩師内田安信教授に深甚なる感謝の意を捧げます。

また行動療法に関し種々のご指導をくださった埼玉大学教育学部荻木俊夫助教授に心から感謝の意を表します。

最後に本研究の遂行にあたり、ご協力くださった教職員各位に厚くお礼申し上げます。

本論文の一部は、昭和52年10月第22回日本口腔外科学会総会、昭和54年2月第25回日本心身医学会関東地方会、昭和54年7月第20回日本心身医学会総会、昭和55年10月第25回日本口腔外科学会総会において口演発表した。

引用文献

- 1) 内田安信：精神身体医学の臨床、(1)、(2)。日本歯科評論 18: 292 1967。22: 293 1967。
- 2) 内田安信：歯科心理の問題、(1)、(2)。精神身体医学 8: 150 1968。8: 220 1968。
- 3) 内田安信：歯科愁訴および口腔外科手術と自律神経機能。口科誌 17: 398 1968。
- 4) 内田安信：デンタル・ショックの予防。日歯医師会雑誌 23: 3 1971。
- 5) 内田安信：心身医学と口腔外科。東医大誌 33: 1 1975。
- 6) 内田安信、他：心身症と歯科治療。第1版、デンタル・ダイヤモンド社、東京、1978、179頁。
- 7) 内田安信：口腔外科と心身医学。歯学 67: 1 1979。
- 8) 内田安信、牛山 崇：歯科診療における心因性疾患の取扱ひ方とその治療指針。日歯医師会雑誌 32: 965 1979。
- 9) 鈴木正臣：口腔外科手術時における自律神経機

- 能と線維素溶解現象についての研究. 日口外誌 17: 472 1971.
- 10) 大目 享: Dental shock の発生機序ならびに予防方法に関する研究. 日口外誌 18: 40 1972.
- 11) 関根清恵: 顎間皺襞部の易ショック性と神経支配に関する研究. 日口外誌 20: 324 1974.
- 12) 佐々木 一: Dental shock の発生機序に関する実験的研究. 日口外誌 21: 2 1975.
- 13) 西田紘一: 歯科施術に対する不安の臨床的研究. 日口外誌 21: 280, 380, 552, 684 1975.
- 14) 安井 晃: 歯科口腔外科施術時における頭部血流動態に関する研究. 日口外誌 22: 46 1976.
- 15) 南波 正: 局所麻酔時の痛みに伴う心身反応に関する臨床的研究. 日口外誌 25: 815 1970.
- 16) 佐藤 充: 歯科施術に対する不安と MV についての臨床的研究. 日口外誌 25: 1325 1970.
- 17) Freidson, E., Feldman, J. J.: The public looks at dental care. JADA 57: 325 1958.
- 18) Crockett, B.: Dental survey: Southeastern State College. J Okla Dent Assoc 55: 25 1965.
- 19) Freud, S. (加藤正明訳): 不安の問題. 改訂版フロイド選集第10巻, 第13版, 日本教文社, 東京, 1969, 185頁.
- 20) 西口昌久: 不安に関する精神分析理論 (桜井園南夫編: 不安の精神医学). 第1版, 医学書院, 東京, 1969, 335頁.
- 21) Miller, A.A.: Psychological considerations in dentistry. JADA 81: 941 1970.
- 22) Lewis, S.M., et al.: Psychosomatic formulations in dentistry. JADA 63: 626 1961.
- 23) Marus, H.W.: Psychophysiological considerations in dentistry. N.Y. State Dent J 32: 301 1966.
- 24) 内山喜久雄: 不安神経症の行動療法的アプローチ. 臨床精神医学 7: 427 1978.
- 25) Wolpe, J. (金久卓也監訳): 逆制止による心理療法. 第1版, 誠信書房, 東京, 1977.
- 26) Corah, N.L.: Development of a dental anxiety scale. J Dent Res 48: 596 1969.
- 27) Corah, N.L., et al.: Assessment of a dental anxiety scale. JADA 97: 816 1978.
- 28) Kleinknecht, R.A., et al.: Origins and characteristics of fear of dentistry. JADA 86: 842 1973.
- 29) Shoben, E.J., Borland, L.: An empirical study of the etiology of dental fears. J Clin Psycho 10: 171 1954.
- 30) Lauth, H.: Dental phobia. Brit J Psychiat 119: 151 1971.
- 31) 都 温彦: 歯科治療時における, いわゆる脳貧血患者の治療経験. 日本歯科評論 25: 153 1968.
- 32) 金子仁郎: 患者の心理. 日齒医師会雑誌 17: 1109 1971.
- 33) Golden, L.M.: Denial of dental problems by patients. Ann Dent 23: 103 1964.
- 34) Borland, L.R.: Odontophobia. Dent Clin N Am pp 683-695 1962.
- 35) Fortberg, A.: Analysis of fear of dental treatment. Svensk tandläk Tskr 59: 147 1966. (in dental Abstracts, 11: 747 1966)
- 36) Gale, E.N.: Fears of the Dental Situation. J Dent Res 51: 964 1972.
- 37) Yates, A.J.: 文献(48)より引用.
- 38) Rachman, S.: (北山修訳): 恐怖の意味. 第1版, 誠信書房, 東京, 1979, 4頁.
- 39) 林 一: 他科疾患を患っている人の抜歯. 歯展 25: 165 1965.
- 40) 上野 正: 抜歯の全身的禁忌症 (歯展別冊「抜歯」). 第1版, 医歯薬出版, 東京, 1969, 1頁.
- 41) 木村友七: 口腔侵襲とそれに伴う諸変化が生体に及ぼす影響. 口科誌 11: 72, 139, 393 1962.
- 42) 吉沢信夫: 局所麻酔下口腔内観血処置時に発現する不快症状の病態生理学的研究. 歯科学報 73: 869 1973.
- 43) 今田 寛: パーソナリティ・異常行動への実験的アプローチ. 関西学院大学人文論究 17: 56 1966.
- 44) Spence, K.W.: A theory of emotionally based drive (D) and its relation to performance in simple learning situation. Am Psychol 13: 131 1958.
- 45) 金久卓也, 他: コーネル・メディカル・インデックス, その解説と資料. 第1版, 三京房, 京都, 1972.
- 46) 辻岡美延: 新人格検査法, Y-G性格検査実施・応用・研究手引. 第1版, 竹井機器工業, 東京, 1972.
- 47) 阿部満州, 他: MAS 手引. 三京房, 京都.
- 48) 内山喜久雄: 行動療法. 第1版, 文光堂, 東京, 1972.
- 49) 小此木啓吾: 自律神経失調症一初診のみかたと診療の要点. 治療 58: 54 1976.
- 50) 栗原洋一: 小児の取り扱い (深田英朗, 他編: 最新小児歯科学). 第1版, 医歯薬出版, 東京, 1971, 315頁.
- 51) 黒須一夫: 小児における歯科臨床心理とその取り扱い法 (1), (2). 歯展 25: 1123, 26: 67, 1965.
- 52) Hudson, B.B.: One-trial learning in the domestic rat. Genet Psychol Monogr 41: 94 1950.
- 53) Engel, G.L.: Fainting, ed 2, Thomas, Springfield, 1962, p 11.
- 54) Eysenck, H.J. (異常行動研究会訳): 行動療法と神経症. 第1版, 誠信書房, 東京, 1965, 5頁.
- 55) Dohrenwend, B.P., et al.: Social and cultural influences on psychopathology. Annu Rev Psychol 25: 417 1974.
- 56) Garai, J.C.: Sex differences in mental health.

- Genet Psychol Monogr 81: 123 1970.
- 57) 堀内 博: 歯痛の心理. 日歯医師会雑誌 23: 647 1970.
  - 58) 高濱靖英: 歯科における和痛法. 精神身体医学 12: 409 1972.
  - 59) Langa, H.: Relative analgesia in dental practice. ed 1, W.B. Saunders Co, Philadelphia, 1969, p 57.
  - 60) 鈴木長明, 他: 笑気による歯科外来麻酔. 歯科麻酔研究会誌 5: 48 1972.
  - 61) 尾山 力, 他: Analgizer による歯科麻酔の経験. 麻酔 18: 448 1969.
  - 62) 中村 充, 他: 神経質な患者の抜歯. 歯展 18: 977 1961.
  - 63) 中久喜喬, 他: 静脈鎮静法. 日本歯科麻酔学会雑誌 1: 153 1973.
  - 64) 久保田康耶, 他: 歯科外来全身麻酔の適応と麻酔法について (新臨床歯科学講座第2巻), 第1版, 医歯薬出版, 東京, 1977, 245頁.
  - 65) 兵頭正義: 歯科領域におけるハリ麻酔とベイン・クリニック. 日本歯科麻酔学会雑誌 3: 1 1975.
  - 66) 松平邦夫, 他: 臨床歯科ハリ麻酔入門. 第1版, 書林, 1977, 174頁.
  - 67) 内田安信, 他: 口腔外科領域における前投薬の意義. 日口外誌 11: 218 1965.
  - 68) 内田安信, 他: 歯科口腔外科領域におけるアタラックスの応用 (前投薬としての意義). 歯展 27: 303 1966.
  - 69) Gardner, W.J., et al.: Auditory analgesia in dental practice. JADA 59: 1144 1959.
  - 70) 山本為之: 音楽と歯科治療について. 歯展 18: 1422 1961.
  - 71) 渡辺義男, 他: 歯科治療における Auditory Analgesia の効果. 口科誌 14: 14 1965.
  - 72) 成瀬悟策: 催眠面接法. 第1版, 誠信書房, 東京, 1968, 341頁.
  - 73) Hartland, J.: Medical and dental hypnosis. ed 2, Williams and Wilkins Co, Baltimore, 1971, p 360.
  - 74) 森 定一, 西田信雄: 医療催眠法テキスト. 第1版, 日本臨床催眠医療研究会, 東京, 1979, 11頁.
  - 75) 宮崎 正: 局所麻酔時における偶発事故とその予防処置. 歯展 25: 257 1965.
  - 76) 鎌倉建二: 口腔領域の心身医学 (第11回)—小児患者に対する心理療法的接近. 歯展 35: 1617 1970.
  - 77) 坂本英次: 抜歯とカウンセリング. 歯科学報 70: 134 1970.
  - 78) Gale, E.N.: Treatment of dental phobia. JADA 73: 1304 1969.
  - 79) Klepac, R.K.: Successful treatment of avoidance of dentistry by desensitization or by increasing pain tolerance. J Behav Ther & Exp Psychiat 6: 307 1975.
  - 80) 内田安信, 牛山 崇, 他: 歯科治療恐怖患者に対する行動療法. デンタル・ダイヤモンド 3: 104 1978.
  - 81) 牛山 崇, 内田安信: 歯科臨床と行動療法. 日歯医師会雑誌 31: 586 1978.
  - 82) Wroblewisk, P.F., et al.: The combination of relaxation to symbolic modeling in the modification of dental fears. Behav Res & Therapy 15: 113 1977.
  - 83) Machen, J.B., Johnson, R.: Desensitization, model learning, and the dental behaviour of children. J Dent Res 53: 83 1974.
  - 84) Melamed, B.G., et al.: Use of filmed modeling to reduce unco-operative behaviour of children during dental treatment. J Dent Res 54: 797 1975.
  - 85) Mathews, A., et al.: Treatment of dental fears by imaginal flooding and rehearsal of coping behaviour. Behav Res & Therapy 15: 321 1977.
  - 86) 池見西次郎: 自己統制法. 第1版, 主婦の友社, 東京, 1978.
  - 87) Wolpe, J. (内山喜久雄, 美木俊夫, 他訳): 行動療法の実験. 第1版, 黎明書房, 名古屋, 1971, 88頁.
  - 88) 美木俊夫: 行動療法 (上里一郎著: 心理療法入門). 第1版, 福村出版, 東京, 1980, 160頁.