

舌痛症の精神療法 ——その治療効果と治療プロセスの検討——

海野 智

横浜市立大学附属市民総合医療センター 歯科・口腔外科・矯正歯科

要 旨： 舌痛症は口腔領域の代表的な神経症や心身症の1つとされており，精神療法は有効な治療法の1つである。しかし，その治療プロセス，治療効果を多数例で検討した報告はほとんどない。今回，歯科・口腔外科外来を受診した舌痛症60症例に対して，基本的には支持的に接し，随時，森田療法的介入を用いた精神療法を施行し，その治療効果と治療プロセスについて検討した。治療効果は，「理解なし」3症例(5.0%)，「理解不十分」19症例(31.7%)，「理解・受容あり」38症例(63.3%)で，ほぼ満足いく結果であった。治療プロセスは症状を取り扱う時期(治療初期)，人間関係や実生活の話題を取り扱う時期(治療中期)，症状の背後の不安を取り扱う時期(治療後期)の3期に大まかに分けることが可能であった。歯科・口腔外科を受診する舌痛症患者は，治療初期の病態説明の理解により治療終結になる軽症例が半数を占め，治療初期の治療の重要性が確認された。

索引用語： 舌痛症；精神療法；森田療法；治療プロセス

The therapeutic effect and process of psychotherapy of glossodynia

Satoshi Umino

Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Yokohama City University Medical Center

Abstract: Glossodynia is one of oral neurosis and effectively treated by psychotherapy. But analyses of the therapeutic effect and process of psychotherapy in many cases of glossodynia were hardly reported. Sixty outpatients with glossodynia in the department of Oral and Maxillofacial Surgery were applied to supportive and Morita therapeutic psychotherapy and the therapeutic effect and process were considered. This psychotherapy was effective to 38 of 60 patients (63.3%) and the result of this therapeutic effect was almost satisfactory. The therapeutic process was divided into three stages; the early stage in that the symptoms of glossodynia were chiefly managed, the middle stage in that the human relationship and the problem of actual life were managed and the latter stage in that the anxieties at the back of the symptoms of glossodynia were managed. In the outpatients with glossodynia in the department of Oral and Maxillofacial Surgery, the mild cases that were cured by means of the understanding with the explanation of psychopathology in the early stage occupied half the number, so the treatment in the early stage was supposed to be important.

Key words: Glossodynia; Psychotherapy; Morita therapy; Therapeutic process

受付：2007年2月9日／受理：2007年5月10日

I. 緒 言

舌痛症は表在性の疼痛，異常感を訴えるが，それに見合うだけの器質的疾患を認めない口腔領域の代表的な神経症や心身症の1つとされており，DSM-III-Rでは

心気障害，鑑別不能の身体表現性障害に相当する¹⁾。その興味ある特徴として，舌の疼痛，異常感は摂食時に軽減ないし消失し増悪しない²⁾ことであるが，これが後述の治療の突破口となる。また，心気傾向は抑うつ症状よりも不安の存在と密接に関係しており³⁾，

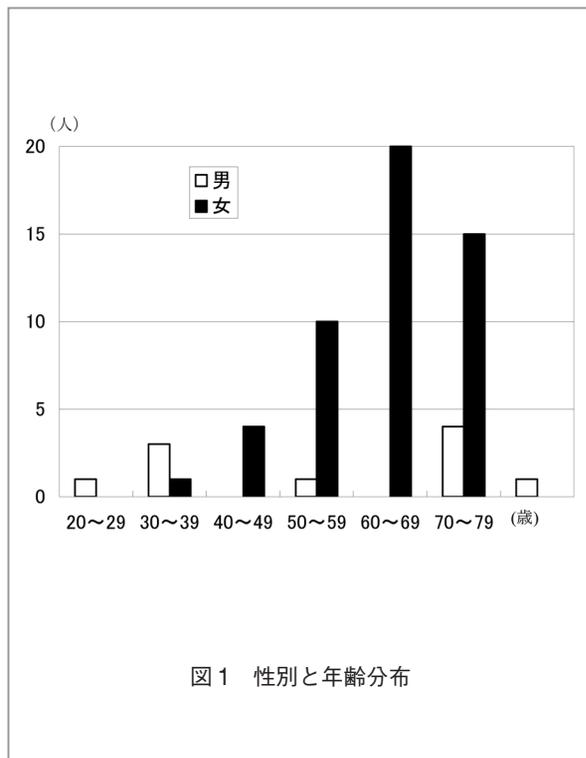


図1 性別と年齢分布

この不安の取り扱い方が治療の鍵となる。確固たる治療法は確立されていないが、精神療法は有効な治療法の1つであり、患者が舌の症状と精神的要因の関係に気づき、症状を受容できることが目標になる²⁾。しかし、その治療プロセス、治療効果を多数例で検討した報告はほとんどない。

今回、横浜市立大学附属市民総合医療センター歯科・口腔外科・矯正歯科の外来において、著者が担当した舌痛症60症例の精神療法の治療効果を検討し、その治療プロセスについて考察したので報告する。なお、本文に呈示した症例に関しては、患者のプライバシーの保護のため、治療・診断を行うにあたっての必要な情報を除き、個人を特定できる情報はできる限り省略した。

Ⅱ. 対 象

平成14年4月から平成18年11月までの4年7ヵ月間に、当科を受診して舌痛症と診断され、著者が後述する精神療法を施行した男性10名(17%)、女性50名(83%)の計60名を対象とした。平均年齢は62歳であった(図1)。舌痛症の診断は、表1に示す永井ら²⁾の診断基準の1,2,4は必須として、3は参考とした。

表1 狭義の舌痛症判断基準²⁾

1. 舌に表在性の疼痛あるいは異常感*を訴えるが、それに見合うだけの局所あるいは全身性の病変**が認められない。
2. 疼痛あるいは異常感、摂食時に軽減ないし消失し増悪しない。
3. 経過中に以下の3症状のうち少なくとも1症状を伴う。
 - ① 癌恐怖
 - ② 正常組織を異常であると意味付けて訴える
 - ③ 舌痛症状を歯あるいは保存補綴物などと関連付けて訴える
4. うつ病、精神分裂症など内因性精神障害の経過中に出現したものではない。

以上の4項目を満たすものをいう。

* ヒリヒリ、ピリピリ、チリチリ、ザラザラ、シビレルなどと表現する。

** 鉄欠乏性貧血、ビタミンB12欠乏、糖尿病、口腔乾燥症などによる器質的変化がない。

Ⅲ. 精神療法

(1) 治療モデル

著者が精神科医の月1回のグループスーパービジョンを受けながら行った一般医主導型⁴⁾であった。

(2) 治療構造

歯科・口腔外科外来診療の枠内で診察し、時間は、初回は30～40分、2回目以後は15～20分とした。毎回、口腔内、頸部の身体的診察の後、通常の歯科診療台で、患者が座位で、治療者が斜め前あるいは横の位置で対面して面接を行った⁵⁾。

(3) 治療内容

身体的には問題ないことを毎回確認して、症状の背後にある心理社会的問題に対して、基本的には支持的に接し、随時、森田療法的介入を行った。治療回数が、1～3回の短期で終了する症例(以下、短期治療群)に対しては、舌の症状を中心に、症状の背後にある不安に関しては簡単に扱い、5回以上の中期から長期の症例(以下、中・長期治療群)に対しては、症状の背後にある不安を中心に扱った。薬物療法は補助的に用い、中・長期治療群の3例に併用した。

(4) 治療目標

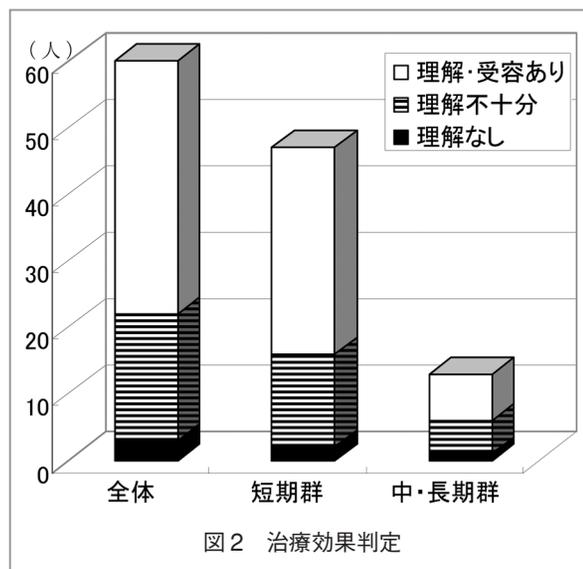
舌痛の消失を目指すのではなく、舌痛（症状）にこだわる患者の態度に焦点を当て、その原因となっている悪循環の打破を目指す。森田療法では、症状の形成には精神交互作用による悪循環が関与していると考えられる。舌痛症の症状形成にもこの悪循環が多くの場合に認められる⁵⁾。舌痛症患者の多くは、健康などに不安があると本来異常ではない舌の痛みを異常に感じて、注意が痛みに集中する。そうすると、更に痛みを異常なものに捉えて、注意が益々痛みに集中して、悪循環が形成され、「舌の痛み」という症状が形成される。症状が形成されるとこれを何とか治したいと努力するが、本来異常でないものを異常視しているため、どの医療機関を受診しても何でもないといわれ、益々悪循環に陥ってしまう。したがって、今回の治療においては、森田療法的介入でこの悪循環を患者に指摘して（病態説明）、その打破を目指すことを治療目標とした。森田療法の治療過程では、この悪循環が打破されれば、症状の軽減（あるいは消失）と社会的機能の回復が多くの場合なされ、比較的多くの症例で治療が終結される⁶⁾とされているからである。

(5) 治療効果判定

症状へのとらわれが強く、病態説明を受け入れられない症例は「理解なし」、病態説明はわかるが症状へのとらわれを捨てきれない症例は「理解不十分」とした。短期治療群で、病態説明を理解し、症状を受け入れた症例は「理解あり」、中・長期治療群で、注意が症状から現実の生活に向かうようになり、症状が受容された症例は「受容あり」とした。

IV. 結 果

短期治療群は47症例、中・長期治療群は13例であった。短期治療群の効果判定は、「理解なし」2症例(4.3%)、「理解不十分」14症例(29.3%)、「理解あり」31症例(66.0%)であった。このうち、「理解なし」の1症例、「理解不十分」の3症例は、次回予約に未来院であった(以下、未来院例)。中・長期治療群では、「理解なし」1症例(7.7%)、「理解不十分」5症例(38.5%)、「受容あり」7症例(53.8%)であった。このうち、「理解なし」の1症例、「理解不十分」の2



症例は未来院例であった。全体では、「理解なし」3症例(5.0%)、「理解不十分」19症例(31.7%)、「理解・受容あり」38症例(63.3%)であった(図2)。

「理解あり」症例と「受容あり」症例の検討より、その治療プロセスは、症状を取り扱う時期(治療初期)、人間関係や実生活の話題を取り扱う時期(治療中期)、症状の背後の不安を取り扱う時期(治療後期)の3期に大まかに分けることが可能であった。

治療初期で終結に至った症例は、「理解あり」症例の全症例(31例)であった。

【症例1】70歳代、女性

病歴：4年前に舌痛を生じ、当科を受診。担当医から「気にしないように、舌は正常です」と言われて、その後、受診していなかったが、舌癌かもしれないと不安を感じていた。今回、意を決して当科を再受診し、著者が担当した。治療初回に、舌の症状に対しては、触診で舌に接触痛がないこと、食事の時に舌が痛くないことを患者と確認して、現在舌自体には治療すべき大きな疾患がないことを説明し、舌の症状の成り立ちについては、「生理的な変化でもいつもそこに注意を集中していると変化が増幅されて痛みとして感じられ、放って置けなくなって益々注意が集中し、症状が固定される」と森田理論の精神交互作用で説明した。そして、「不安が舌の痛みを引き起こすこともあるのですよ」と不安と症状の関係を説明すると、彼女は「初めてこういう説明を聞きました。舌が何でもなく、舌の痛みの原因がわかって安心しました」と腑に落ちたように納得された。

治療中期で終結に至った症例は「受容あり」症例の内の2例であった。

【症例2】60代, 女性

病歴：歯科治療後、舌が痛くなり、「こんな感じは初めて」といつも気になり、心配なので、当科受診となった。治療初回から数回は症例1と同様に症状について取り扱ったところ、患者は症状についてある程度理解し、症状を感じない時間ができたと喜び、その事実を不思議がりながら、何でも病気にする自分の性格と生き方を語り始めた。著者は数回にわたりその中の完璧主義的な生活態度を繰り返し取り扱った。具体的には、症状を100%忘れられないと嫌だという考えや、不安や嫌なことをすぐに排除する態度に対して、森田理論の「感情の法則」⁷⁾を用いて、症状との関わり方を話し合い、不安を抱える心の器を育てるように関わった。このような関わり合いの中で、彼女は「自分の弱さを認める自分が嫌だったのですね」と語られ、その後は、プールに行ったり、用事に追まわられて、症状を考える暇がなく、生活の中で症状が忘れていた時間が増えていった。患者の中で注意と症状の関係が体験的にも理解されたことが伺えた時点で、治療終結となった。治療回数は全14回、治療期間は1年4ヵ月であった。

治療後期で終結に至った症例は「受容あり」症例の内の5例であった。

【症例3】60代, 女性

病歴：下顎智歯が原因で舌痛になるのが恐かったので、智歯を抜歯した。その後、左舌側縁がピリピリして、眠れなくなった。父が義歯の接触にて舌痛になったので不安で仕方がない。この状態が1年続いていて、当科初診となった。治療初期、治療中期は症例2と同様に取り扱ったところ、今まで避けていた出産後に経験した局麻ショック（死の恐怖体験）による疾病恐怖に直面するようになり、症状が増悪した。患者は局麻ショック前の生活を必要以上に美化し、現在の自己評価が著しく低いことが伺えた。また、この時期、血便が続いたので生検を受け、結果は癌ではなかったが、その結果を受け入れず、不安が高まり危機的状態を迎えた。著者は患者の疾病恐怖をより良く生きたい欲求（生の欲望）の裏返しとして読み替える（不安の読み替え作業⁶⁾）森田療法的介入を行い、不安を自ら引き受け、不安に上手に対処できるように支持していった。

このような過程を経て、彼女は生検の結果を自分なりに受け入れることができ、この経験は、彼女に自信を与えた結果となった。その後は、「今までは、私はいつも良い状態、100%の状態を基準に考えていました。でもそれは違うと思えるようになった」と語られ、彼女の完璧主義的な生活態度が緩んできたのが伺えた。それとともに、症状に対しても、「舌は歯に当たり、これは変わりませんが、舌癌の不安に結びつけなくなりました」と、症状を感じても病気への不安が抱えられるようになり、治療回数は全16回、治療期間は1年6ヵ月で治療終結となった。

V. 考 察

(1) 治療効果について

平松ら⁸⁾は、身体的診察と病状説明に加えて、必要ならばブリーフサイコセラピーと薬物療法を施行した舌痛症20症例の治療効果を報告している。彼女らは治療経過より、1～2回の病状説明だけで完全に消失した群（即完治群）とそれでも痛みを訴え、ブリーフサイコセラピーと薬物療法が必要でその治療により舌痛が消失した群（完治群）、舌痛が軽減したものの完全消失には至らなかった群（難治群）、患者の意思で治療が中断された群（drop-out群）の4群に分類して、治療効果を検討している。その結果は、即完治群5例、完治群7例、難治群6例、drop-out群2例で、即完治例と完治群合わせて12例（60%）が治療例であった。本報告例と比較する際、治療目標が平松らは舌痛の完全消失、著者は舌痛（症状）へのとらわれである悪循環の打破と相違があり、そのまま比較できないが、即完治群が短期治療群の「理解あり」症例、完治群を中・長期治療群の「受容あり」症例と考えると、本報告での治療の有効性は「理解あり」症例と「受容あり」症例合わせて38症例（63.3%）で、平松らの治療成績とほぼ同等であり、現時点では満足いく結果と考えられた。

「理解不十分」症例については、根気よく病態説明を繰り返し、患者の準備のないうちには心理社会的問題を取り扱わない態度が肝要と感じられた。短期治療群の未来院例3症例は、いずれも心理社会的問題に踏み込むのが早すぎて、患者の理解が得られなかったと考えられ、反省させられた症例であった。そのうちの1例（60代、女性）は、歯科治療が発症の契機で、父

が痛死、兄が癌末期状態、舌痛患者の体験談からの舌痛への強い不安と、あまりにも舌痛症の心理社会的因子が揃いすぎていたので、著者が安易に原因は癌の不安と強調しすぎて、理解が得られなかった。

「理解なし」症例については、症状へのとらわれが強く、そのため、精神科への紹介を拒否されることが多い。中・長期治療群の1症例も精神科への紹介は拒否された。身体表現性障害で痛みを訴える患者の多くは、心理社会的問題を抱えているわけであるが、それを認めようとせずに、一般科医の身体的治療に固執している患者の治療が最も難しい⁴⁾と言われているが、それらがこれらの症例に該当すると考えられる。これらの患者に対しては、痛みの存在は否定せずに、患者の苦痛に共感しながら、治療を断ち切らないなどの治療者の心構え、こころの余裕の必要性が提唱されている⁴⁾。

(2) 治療プロセスについて

立松⁹⁾は外来での森田療法の治療プロセスは、症状に対する態度を取り扱う治療初期、生活に対する態度を取り扱う治療中期、生き方、性格上の問題を取り扱う治療後期の3期に分かれ、軽症例では短期間で症状に対する態度の検討を中心に、生活に対する態度、生き方の問題は簡単に、重症例では行きつ戻りつ時間をかけて徐々に進むと述べているが、今回の検討により、舌痛症の歯科・口腔外科外来においての森田療法的介入を用いた精神療法にもこの治療プロセスがほぼ当てはまると考えられた。

治療プロセスから、舌痛症を眺めてみると、治療初期の病態説明の理解により治療終結に至る症例は軽症例、治療中期で実生活の中の神経症的態度を指摘することで症状の受容が促されて治療終結に至る症例は中等度症例、治療後期で治療的危機をしっかりと扱い、乗り越えることにより、治療終結に向かう症例は重症例と分類することが可能ではないかと考えられた。

今回の検討で、歯科・口腔外科を受診する舌痛症患者は、治療初期で終結に至った軽症例が半数認められ、治療初期の重要性が改めて確認された。その治療の要点は、症状を積極的に取り扱い、触診で舌に接触痛がないこと、食事の時に舌が痛くないことを患者と確認して、症状の原因が舌自体にないことを患者と確認することと、更に重要なのは、患者の症状形成についての疑問に納得のいくように答えることである。これが解決しなければ、患者の症状に対する不安は軽減され

ない。吉松¹⁰⁾は、心気症の患者が医師の説得に応じない、あるいは医師の説明を信用しないのは医師という他者に対する基本的不信のゆえでなく、自分の病気への不安が医師の説明では安らげないということであると述べているが、舌痛症の場合も症状形成の納得いく説明が、良好な医師患者関係の確立には重要である。この際、精神交互作用による病態説明は、普通の人のある時期に誰でも経験できる心的事実に基礎を置いている¹¹⁾ので、舌痛症患者にも共感を得やすかった。軽症例に対する外来森田療法においては、1回の面接で神経症の訴えが治ることは必ずしも珍しいことではないことが経験されている。その治療プロセスは、1回の面接の中で主に症状に対するとらわれの態度に焦点を当てながら、同時にその背後にある生活に対する問題や生き方の問題も一挙に扱う形になっている⁷⁾と考えられている。本報告の治療初期で終結に至った「理解あり」症例の場合も、これと同じ治療プロセスと考えられ、初回の病態説明の中で、舌の症状に対する認知が修正され、症状に対するとらわれの態度が浮き上がり、以上の過程で患者が舌の症状と精神的要因の関係に気づきが促され、症状を受け入れたものと思われた。

舌痛症の患者は痛みを舌自体の問題と考えて、歯科・口腔外科あるいは耳鼻科を受診するが、幸い精神病理の軽い症例が多く、その症状により社会的機能を損なう場合も少ない。しかし、その反面、症状へのとらわれは強く、患者の苦悩は大きい。したがって、一般科医が身体的診察とともに患者の症状へのとらわれに焦点を当てた心身医学的アプローチは必要と考えられ、今回著者が提示した森田療法的介入を用いた精神療法はその1つのモデルになるのではないかと考えられた。

VI. 結 語

舌痛症 60 症例の精神療法の治療効果と治療プロセスの検討から以下の結果を得た。

1. 治療効果は、「理解なし」3 症例 (5.0%)、「理解不十分」19 症例 (31.7%)、「理解・受容あり」38 症例 (63.3%) であった。
2. 治療プロセスは症状を取り扱う時期 (治療初期)、人間関係や実生活の話題を取り扱う時期 (治療中期)、症状の背後の不安を取り扱う時期 (治療

後期)の3期に大まかに分けることが可能であった。歯科・口腔外科を受診する舌痛症患者は、治療初期の病態説明により治療終結に至る軽症例が半数を占め、治療初期の治療の重要性が確認された。

文 献

- 1) Miyaoka H, Kamijima K, Katayama Y, et al: A psychiatric appraisal of "glossodynia". *Psychosomatics* 37: 346-348, 1996.
- 2) 永井哲夫, 宮岡等: 歯科口腔外科領域の心身症. 臨床精神医学講座 6, 東京, 1999, 中山書店, pp457-464.
- 3) Demopulos C, Fava M, McLean NE, et al: Hypochondriacal concerns in depressed outpatients. *Psychosom Med* 58: 314-320, 1996.
- 4) 佐藤武: 身体表現性障害 (Somatoform disorders). 診断と治療 91: 1347-1351, 2003.
- 5) 海野智: 歯科・口腔外科外来における森田療法的アプローチ - 口腔領域の神経症への応用 -. 日本森田療法学会誌 16: 121-128, 2005.
- 6) 北西憲二: 森田療法の基本的理論. 森田療法, 東京, 2006, ミネルヴァ書房, pp20-39.
- 7) 森田正馬: 神経質の本態と療法, 東京, 1960, 白揚社, pp99-102.
- 8) 平松幹子, 深谷昌彦: 舌痛症患者の性格傾向について - 治療面からの考察 -. *心身歯* 3: 41-48, 1988.
- 9) 立松一徳: 外来治療. 森田療法, 東京, 2006, ミネルヴァ書房, pp99-126.
- 10) 吉松和哉: 心気症 (心気障害). 臨床精神医学講座 6, 東京, 1999, 中山書店, pp113-131.
- 11) 高良武久: 森田療法のすすめ, 東京, 2000, 白揚社, pp106-109.

連絡先: 海野 智 (横浜市立大学附属市民総合医療センター
 歯科・口腔外科・矯正歯科)
 〒 232-0024 横浜市南区浦舟町 4-57
 TEL: 045-261-5656 / FAX: 045-253-5716
 E-mail: umino5@gc4.so-net.ne.jp
