

歯科心身医療の一拠点形成に向けて

— 歯科心身症患者対応の際の注意点 —

安彦善裕

Towards a Center for Psychosomatic Dentistry

— Consideration in the Treatment for Psychosomatic Dental Patients —

Yoshihiro ABIKO

はじめに

近年口腔内科学会が設立され、口腔内科という言葉が一市民権を獲得しつつある。筆者は、現在の「口腔内科相談外来」の開設に際して、ロンドン大学イーストマン歯科研究所の Oral medicine consultation clinic で臨床研修をうけた。この“Oral medicine”を日本語に工夫して訳した名称として「口腔内科」を用いている。口腔内科は、ドライマウス、味覚異常、舌痛症、口臭症、口腔顔面痛、口腔粘膜疾患など、外科処置を伴わない口腔疾患への診断治療にあたる科であり、国内では、これまで主に歯科口腔外科、耳鼻咽喉科等が対応してきた分野である。これらの中には難治性の疾患が多く、患者への対応は概して敬遠されがちである。この背景には疾患の発症に複雑な全身疾患が関与していることや、患者の症状の発現に心理社会的要因や精神医学的な背景が関与している歯科心身症の多いことなどがあげられる。特に、歯科心身症は、扁平苔癬、白板症などの通常の口腔粘膜疾患や、口腔がん比べて頻度が高く¹⁾、日常の歯科外来患者の5~7%にも達すると言われている²⁾ (図1)。実際には、歯科心身症患者で精神科医の治療の対象となるような精神障害を伴っているものは少なく、歯科医師による治療介入が行われなくてはならない場合が多い。しかしながら、未だ歯科心身症を専門に対応している歯

口腔内科的関連疾患の発生頻度

ドライマウス	10%	(先進諸国の成人, EAOM)
非定型性顔面痛 (非定型性歯痛を含む)	少なくとも10%以上	(Neurol Sci, 2005)
舌痛症 (心因性)	2~5%	(Crit.Rev.Oral Biol., 2003)
扁平苔癬	1~2%	(EAOM)
白板症	♂0.04% ♀0.007%	(J.Oral Pathol., 2005)
口腔がん	0.000002~0.00001%	(EAOM)

唾液腺腫瘍	0.0000004~0.000002.6%	(WHO)

図 1

科医療機関は少なく、この拠点の形成が望まれる。本稿では、歯科心身医療の拠点形成に向けた歯科心身症患者対応の際の注意点について概説する。

心身症とは？

歯科心身症という言葉は、歯科領域に起因した心身症と解釈されがちであるが、歯科医師が対応するという観点からみて、後述するようにすべてを心身症の定義に当てはめた上で対応するには無理があるようである。心身症とは、日本心身医学会により次のように定義づけられている。「身体疾患の中で、その発症や経過に心理社会的因子が密接に関与し、器質的ないし機能的障害が認められる病態をいう。ただし、神経症やうつ病など、他の精神障害に伴う身体症状は除外する」となっ

受付：平成25年12月27日，受理：平成26年2月7日
北海道医療大学歯学部 生体機能・病態学系 臨床口腔病理学分野
北海道医療大学病院「口腔内科相談外来」

Division of Oral Medicine and Pathology, School of Dentistry, Health Sciences University of Hokkaido
Oral Medicine Consultation Clinic, Health Sciences University of Hokkaido Hospital

心身症

心身症とは；その発症や経過に心理社会的な因子が密接に関与し、器質的ないし機能的障害が認められる病態をいう。ただし、神経症やうつ病など、他の精神障害に伴う身体症状は除外する。（日本心身医学会，1991）

症状＞病変（器質的 or 機能的障害）

（背景にうつ病や不安障害、統合失調症などはない）

例）病名：シェーグレン症候群（心身症）

図2

心身症がしばしばみられる疾患

内科領域

- (1) 呼吸器系： 気管支喘息，過換気症候群
- (2) 循環器系： 本態性高血圧症，
冠動脈疾患（狭心症，心筋梗塞）
- (3) 消化器系： 胃・十二指腸潰瘍，過敏性腸症候群
- (4) 内分泌・代謝系： 摂食障害，糖尿病，甲状腺機能亢進症
- (5) 神経・筋肉系： 緊張型頭痛，癲性斜頸，書痙

図3

ている³⁾（図2）。すなわち，身体疾患の病態や症状がストレスによって変化するものであるが，うつ病や不安障害（神経症）などの明らかな精神疾患に伴う身体症状は除外するとされている。これは，基となる病変があってその症状の発現に，ストレスが影響するものも含まれる。例えば気管支喘息を例にあげると，実際にIgE抗体の値が高くアレルギー反応があって喘息発作を起こすことのある患者が，ストレスによりその発作が増悪するというものである。また，糖尿病患者でも，身体に精神的，肉体的ストレスがあると糖質コルチコイドが産生され血糖値が上昇するので，心身症が含まれる（図3）。口腔領域では，ストレスにより唾液分泌量が変動する口腔乾燥症はどのような疾患が背景にあっても心身症のみられる疾患である⁴⁾。例えば，唾液に明らかな器質的变化を伴うシェーグレン症候群でも，ストレスがより唾液分泌量を低下させている場合が多く，その際には心身症になっているので，病名はシェーグレン症

シェーグレン症候群のドライマウスの原因として考えられること

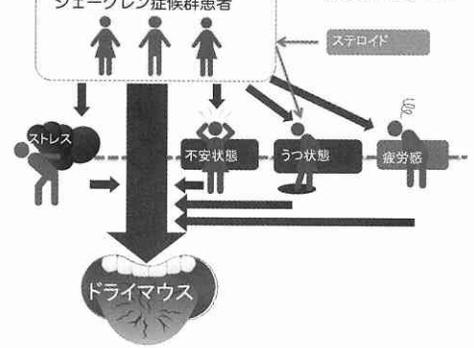


図4

候群（心身症）と記載するように提唱されている（図2）。また，シェーグレン症候群では不安障害やうつ状態などの精神症状を合併しているものも多く⁴⁾，これは心身症ではなく精神障害の合併例ということになる（図4）。

歯科心身症とは？

心身症に対する「歯科心身症」の厳密な定義はなく，統一見解はこれまで発表されていない。現時点では，Medically unexplained symptom (MUS：臨床的に説明困難な症状)^{5,6)}が歯科領域に生じたものにとらえることが相応しいと考える。MUSとは比較的新しい概念であり，「何らかの身体疾患が存在するかと思わせる症状が認められるが，適切な診療や検査を行っても，その原因となる疾患がみい出せない病像」のことで，不定愁訴や心身症，自律神経失調症として扱われることが多い。歯科心身症を歯科領域の心身症とすると，口腔症状の背景に明らかなうつ病や不安障害などを伴ったものは，歯科心身症ではないということになってしまう。歯科医師は口腔症状を主体に患者に対応するために，患者の心理社会的あるいは精神医学的背景を見逃しがちである。そこで，歯科心身症はむしろうつ病や不安障害などの身体症状を含んだすべてのMUSとしてとらえ，背景にある精神疾患の有無について見逃さないように努めるべきであろう（図5）。

MUS患者の背景

医科の一般臨床医でも日常的にMUSのような患者に極めて頻回に遭遇するが，これまで，この

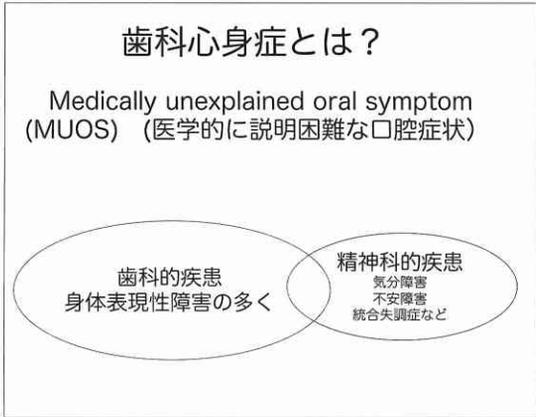


図5

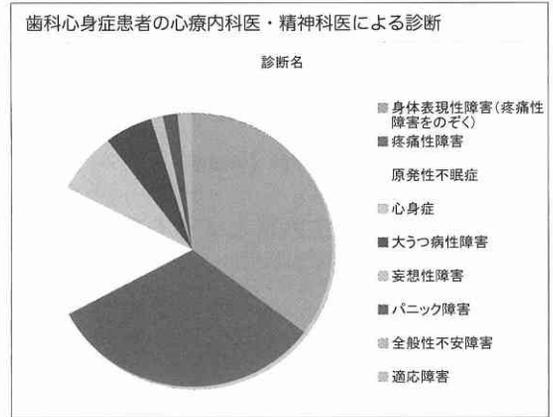


図6

ような患者に対して身体科医は「心身症」や「自律神経失調症」といった曖昧な病名をつけたり、「プシコ」や「不定愁訴を訴える人」といった差別的で乱暴なラベルを貼ったり、「医学的には異常はない」と切り捨ててしまうことが多いようである。逆に精神科医はそれに該当する適切な病名がないため、「身体表現性障害」という病名を比較的多くつける傾向にある⁷⁾。

実際はMUSと判断される患者の多くは、軽微な身体の不調を感じる」心気症レベルの患者である⁷⁾。これをDSM-IV-TR（アメリカ精神医学会）分類にあてはめると、多くの場合、「身体表現性障害」となるが、その病像は古典的な身体化障害や、かつてのヒステリーである転換性障害のような「重症」なものとは異なり、精神科専門医の多くも違和感を感じているのが実情である⁷⁾。実際に、口腔領域のMUSと捉えられる歯科心身症を心療内科医や精神科医に紹介すると7割程度は「身体表現性障害」との診断がつく⁸⁾（図6）。また、舌痛症では5割に精神科的診断がつかないと報告もあり⁹⁾、身体表現性障害との診断や精神科的診断名がつかない場合には、口腔症状を専門としない心療内科や精神科による治療介入の行われなことが多い。仮にこれらの患者が歯科医師にとって専門外と判断され、「リエゾン」という名のもと精神科や心療内科へ丸投げされると、患者は歯科医師、医師両者から見捨てられたかたちとなり、路頭に迷うこととなる。正確なデータは示されていないが、現実にはこのような歯科心身

症患者はかなりの数に上るものと推測される。

典型的な歯科心身症 (Medically unexplained oral symptom : MUOS)

歯科心身症の病名は、症状に名前をつけられることが多く、病名が病態を反映しているわけではない。大きく痛みを伴うものと伴わないものに分けると図7のようになる（図7）。この中で発生頻度の高い、舌痛症、非定型歯痛、Phantom bite syndrome（咬み合わせ異常感症）、口臭恐怖症について概説する。

(1) 口腔灼熱感症候群（舌痛症）

口腔灼熱感症候群は、本邦では、一般に舌痛症と呼ばれるが、痛みや灼熱感が、舌のみならず、口蓋部や下唇部に及ぶことも多く、欧米では、一般に Burning mouth syndrome（口腔灼熱感症候群）と呼ばれている。舌に痛みがあれば、舌痛症ということになるが、心因性のもは一次性口腔灼熱感症候群（舌痛症）と呼ばれ、原因が明らかかなものは二次性と呼ばれ両者は区別されるようになってきている¹⁰⁾。一見、舌に著変がみられず、一次性と勘違いされやすいものにカンジダ症がある。カンジダの増殖が舌痛の原因であっても、通常のスワブによるカンジダ検査では陰性とすることが多いため、デンタルミラーを用いたより感度の高い検査方法を用いるべきであろう¹¹⁾。また、両者の鑑別診断に、患者の訴えも参考になることがある。一次性では、通常の食事や、口の中にガムや飴をいれていると痛くなく、カンジダ症では食物によってしみるもののあるのが特徴である。



図7

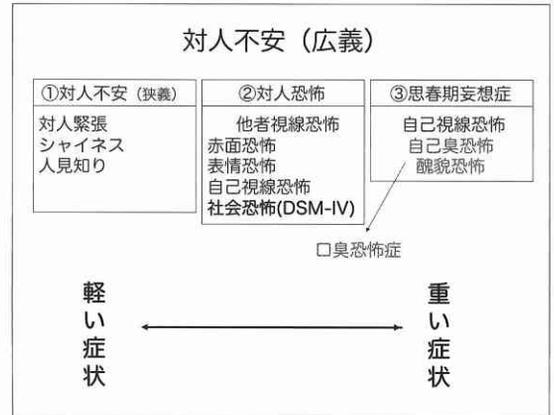


図8

(2) 非定型歯痛

非定型性歯痛は、客観的評価や検査で明らかな歯痛の原因となるものが見当たらないにもかかわらず、執拗に歯や歯肉の痛みを訴えるものである^{12,13)}。患者は、原因不明であっても、歯痛を執拗に訴えるために、歯科医によって「とりあえず抜髄」、「とりあえず根治」が行われ、最後に抜歯にまで至ってしまうことがある。また、歯が無いにも関わらず、まだ、痛みを訴え続けるということもある。X線検査によって全く問題がないものや、根尖に僅かな骨の吸収像があって通常では痛みを感じることはないもので、症状が改善しないために、長期にわたって根管治療を継続する例や、症状の発現を何度も繰り返し、根管治療を繰り返している例では、本疾患も念頭においておく必要がある^{12,13)}。

(3) Phantom bite syndrome

(咬み合わせ異常感症)

Phantom bite syndrome は、客観的な評価や検査で咬合関係に異常はみられないものの、執拗に咬合の異常を訴えるものである^{14,15)}。患者の多くは、歯科治療がトリガーとなるが、これは、補綴処置のような咬合改善を行う治療のみならず、スクレーピングや他の歯周治療など、咬合改善を目指した治療以外がトリガーとなることもある。

(4) 口臭恐怖症

他人に明らかな口臭がないにも関わらず、執拗に口臭を気にして、口臭があると訴えるものである¹⁶⁾。広義の対人不安の中で、症状が思い範疇に

入る自臭症が口腔に発症したものと解釈されるが、社交不安障害などの不安障害や、時には、妄想的な訴えをする妄想性障害や統合失調症が背景にあることもある。同様の範疇に醜貌恐怖(身体醜形性障害)という、自らの外見に対する拘りの強いものがある¹⁷⁾。治療効果が外見の変化として現れる審美歯科や矯正歯科治療では時としてこのような患者が含まれることもあり、繰り返し治療を行っても患者の満足が得られないことがあるので注意を要する¹⁸⁾。

背景にある精神疾患の有無の判断に役立つ主な心理検査

本稿で提唱している歯科心身症(MUOS)では、精神疾患の有無の判断が必須となる。判断をする際には、原則的に問診の内容が重要となるが、判断の補助として、特定の精神疾患や精神症状の評価を目的として作成された心理検査を利用することが可能である。ここでは特に頻度の高い気分障害と不安障害の心理検査について紹介する。

(1) 気分障害

気分障害の評価を行う際は、抑うつ症状の評価尺度の利用されることが多い。代表的な検査としては、Beck Depression Inventory-II (BDI-II)¹⁹⁾、Self-rating Depression Scale (SDS)²⁰⁾、Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)²¹⁾があげられる。CES-Dは一般人の抑うつ状態の評価を目的としており、うつ病の有病率調査等で用いられることが多い。検査は20項目からなり、この1週間ですべての状態がどの

くらいの頻度で経験されていたかについての回答を求める。BDI-IIは抑うつ症状の重症度評価に用いられることが多く、悲しさや興味喪失など21の項目からなり、それぞれの項目で用意された複数の文章が自分に合うかどうか選択するよう求められる(例:悲しさ, 0:わたしは気が滅入っていない, 1:しばしば気が滅入る, 2:いつも気が滅入っている, 3:とても気が滅入ってつらくて耐えがたい)。SDSは、抑うつ症状の重症度を評価する検査であり、20項目からなる。それぞれの項目が自分にどの程度当てはまるかについての回答が求められる。SDSは身体症状に関する項目が多いため、身体症状の訴えが多い高齢者などを対象として利用する場合は注意が必要である。

(2) 不安障害

不安障害は、疾患ごとに不安が生じやすい状況や恐怖を抱く対象となるものが異なるものの、不安症状の強さは共通する特徴であり、こうした全般的な不安症状の評価を行うことは不安障害が存在するか否かを判断するための目安となる。全般的な不安症状を測定する検査としては、State-Trait Anxiety Inventory (STAI)²²⁾がもっとも広く用いられている。STAIは、検査実施時など一過性の不安状態の強さを評価できる状態不安20項目と日常的な不安の高さを評価できる特性不安20項目の2つの検査からなっている。

不安障害の中のそれぞれの疾患に対して症状を評価する検査も開発されている。パニック障害の症状の重症度を測定する検査としては、Panic Disorder Severity Scale (PDSS)²³⁾があげられる。PDSSはパニック障害に関連するさまざまな症状それぞれについて評価を行い、全般的な重症度の評価が可能な検査である。社交不安障害を評価できる検査としては、Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS)²⁵⁾がもっとも広く用いられている。LSASは24の場面について、その場面で感じる恐怖の程度とその場面を回避してしまう頻度について回答を求める。LSASにはカットオフポイントが設定されているため、社交不安障害の診断を補助する目的としても使用可能である。PDSSおよびLSASは臨床家評定の尺度として開発されたが、自己記入式での実施も可能であることが確認

されている^{24,25)}。強迫性障害を評価できる検査としては、Maudsley Obsessional Compulsive Inventory (MOCI)²⁶⁾がある。MOCIは、30項目について自分の状態に当てはまるかどうか回答を求める検査であり、カットオフポイントが設定されているため強迫性障害の診断補助検査としても有用である。外傷後ストレス障害 (Post-Traumatic Stress Disorder : PTSD) を評価する検査としては、Impact of Event Scale-Revised (IES-R)²⁷⁾が広く用いられている。IES-Rは、22項目の症状について、過去1週間に体験していた頻度を求める検査であり、カットオフポイントが設定されている。しかしながら、PTSDの診断を実際に確定させるためには、検査対象者の体験した出来事がPTSDの診断基準である「実際にまたは危うく死ぬまたは重症を負うような出来事を、1度または数度、あるいは自分または他人の身体の保全に迫る危険を、その人が体験し、目撃し、または直面した」を満たしているかどうかを確認する必要がある。

歯科心身症患者 (MUOS) への対応

歯科心身症患者への初期対応で、まず考えなくていけないことは、病変が本当になのか、病変はどの程度なのかを明らかにすることである。病変の有無や病変の程度を明らかにした結果、歯科心身症との診断に至るべきであるので、むしろ他の疾患よりもより詳細な検査を行う必要がある。その結果、歯科心身症との診断になった場合、さらに詳細な問診や心理検査を行うことによって背景に精神疾患が有るのか無いのかをある程度判断すべきである。うつ病 (大うつ性障害) や不安障害、統合失調症などの精神疾患が強く疑われた時や、身体症状が口腔以外にも多発しているような時、他の身体症状が口腔症状より強いような時などは、心療内科医や精神科医へ紹介するか、連携が必要となってくるが、それ以外は歯科医師による積極的な治療介入が重要である。

また、歯科心身症は、歯科治療が引き金になることがあり、歯科治療によって症状の悪化することも多いが、患者は執拗に歯科についての愁訴を訴えることから、患者の訴えに屈して治療の行われることがある。これは原則として避けなければ

ならないが、現場ではこの判断が必ずしも容易ではないこともある。例えば、痛みを訴える歯の根尖部にX線上で僅かにみられる透過像があった場合、これが現在の症状の原因の全てと考えるべきかどうかということである。実際に、2年近く根管治療を続けても症状の改善がみられなかった症例で、少量の抗不安薬を処方したところ短期間で症状が消退したものもある²⁸⁾。このような症例は、歯科心身症の「非定型歯痛」と考えるべきであるが、痛みの原因が器質的変化によるものなのか、いわゆる心因性によるものなのかの判断には、時として臨床医の経験が大きいことも事実である^{12,13)}。

治療には、薬物療法や心理療法があるが、心理療法の基本である「支持的精神療法」やロジャーズの「クライアント中心療法」などの概念は、心因的背景のある患者への対応の際には常に心がけておくべきものであろう。「支持的精神療法」は、患者の声を「傾聴」し、病態について「説明」し、「保証」することからなっているものであり、患者に安心感を与えて少しでも症状を緩和する方法である。客観的な評価や検査で明らかな器質的変化がみられなくても、「なんでもない」とか「気のせい」という言葉はこれに反するものであり、患者の心を傷つけることになって、症状の悪化を招きかねない。また、ロジャーズの「クライアント中心療法」は、患者への「共感的態度」と「全面的肯定感」、言動と自分の心の中が一致している「自己一致」とからなっているものであり、これも患者に安心感を与え、症状の緩和が期待できるものである。その他、心理療法には様々なものがあるが、その中で認知行動療法は治療効果の科学的エビデンスが最も高いものの一つであり、最近では、うつ病の治療に対する保険医療にも導入されている。われわれは、舌痛症に対して認知行動療法を応用しその有効性を確認しており²⁹⁻³¹⁾他の歯科心身症においても、認知行動療法の応用が期待される。

薬物療法には、抗うつ剤や抗不安薬などの向精神薬の用いられることが多い。痛みを主症状とするものには、アミトリプチンやSNRIの効果に関する報告が多い¹²⁾。向精神薬は副作用のみみられることが多く、十分な知識をもって慎重に用いら

れる必要がある。

精神科・心療内科への紹介、連携の際に注意すべきこと

歯科心身症の中には、明らかうつ病や不安障害、統合失調症などの精神科的疾患を合併しているものもあるが、その頻度は少ない^{1,8,9)}。精神科的疾患を合併していないと、精神科医や心療内科医は、よほど歯科心身症に理解がない限り「身体表現性障害」の診断のもとに、場合によっては簡単な支持程度で積極的な治療介入に踏み切らないことも多い。折角、患者を説得して精神科や心療内科に紹介しても、口腔症状が改善しないことから逆に患者の不信感を募らせることになりかねない。歯科心身症は、口腔症状を共感出来る歯科医師によって精神疾患の有無の判断がなされ、精神疾患を強く疑われる時や、自殺念慮が強いとき、精神科での治療の既往が長い場合や、愁訴が多岐にわたっている場合などには医師に紹介すべきであり、それ以外は歯科医師によって積極的な治療介入がなされるべきであろう。歯科心身症をあくまで分野外として、他科へ丸投げすることは避け、連携の際も症状を共感出来るという立場から歯科医師主導のもと治療が行われるべきである。また、精神疾患で精神科・心療内科での治療が開始された場合でも、患者が口腔症状を主訴として歯科医院を初診したのであれば、出来る限り並診の形は崩さず、定期的に来院して頂き話を伺うのも患者との信頼関係を継続するためには重要であろう。

おわりに
 歯科医療はそもそも外科的治療が主体をなしている分野である。外科では、悪いものは取り、取ればかならず治る、治さなければならぬとの概念があり、歯科でも抜く、削る、治す、治すためには必ず手をつけるという概念が定着しているように思う。これらの歯科医師による行動が歯科心身症患者の症状を複雑化し、治療を困難にしている。内科には、高血圧や糖尿病のような生活習慣病に代表されるように、症状の維持・緩和を目指した治療が存在し、精神科や心療内科での疾患は完治を目指すよりも緩解をめざすような概念での対応のものが多くようである。歯科心身症の対応には、内科や精神科・心療内科的な感覚で、す

ぐに結論を求めるのではなく、患者と長くつきあい症状の緩解を目指すような心構えで、時には「処置をしない治療」も大切であろう。

また、歯科心身症患者の対応は歯科医師主導で行われるべきであっても、現実には開業歯科医師による対応は困難なことも多い。大学病院や病院歯科などの二次医療機関としての役割を担えるところが、歯科心身医療の拠点となり、地域の歯科心身医療を支えていく必要がある。

文 献

- 1) 安彦善裕, 松岡紘史, 千葉逸朗: 口腔内科医による歯科心身医療. 日口腔検査雑誌 4; 3-10 2012.
- 2) 豊福 明: 踊る歯科心身症ネット.
<http://atoyofpsd.net/>
- 3) 社団法人日本心身医学会用語委員会編: 心身医学用語辞典 第2版 三輪書店 東京 2009.
- 4) 安彦善裕, 斎藤正人, 松岡紘史, 坂野雄二, 豊福 明: ドライマウスの原因を心身医学的背景から考える. 日歯科心身医誌 24; 1-6 2009.
- 5) olde Hartman, T. C., Borghuis, M. S., Lucassen, P. L., van de Laar, F. A., Speckens, A. E. and van Weel, C.: Medically unexplained symptoms, somatisation disorder and hypochondriasis: course and prognosis. A systematic review. J. Psychosom. Res. 66; 363-77 2009.
- 6) Gask, L., Dowrick, C., Salmon, P., Peters, S., Morriss, R., Reattribution reconsidered: narrative review and reflections on an educational intervention for medically unexplained symptoms in primary care settings. J. Psychosom. Res. 71; 325-34 2011.
- 7) PIPC 研究会編: PIPC (Psychiatry in Primary Care) セミナー・ベーシックコーステキスト
- 8) 斎藤正人, 安彦善裕, 川上智史, 池田和博, 永易裕樹, 木下憲治, 宮崎友香, 志賀満江, 佐々木 直, 坂野雄二: 「口腔内科相談外来」と「心療内科・医療心理室」との連携による口腔心身症患者へのアプローチ. 日本歯科医療管理学会雑誌 41; 175-179 2006.
- 9) Takenoshita, M., Sato, T., Kato, Y., Katagiri, A., Yoshikawa, T., Sato, Y., Matsushima, E., Sasaki, Y. and Toyofuku, A.: Psychiatric diagnoses in patients with burning mouth syndrome and atypical odontalgia referred from psychiatric to dental facilities. Neuropsychiatr. Dis. Treat. 6; 699-705 2010.
- 10) Patton, L. L., Siegel, M. A., Benoliel, R., De Laet, A., Management of burning mouth syndrome: systematic review and management recommendations. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. 103 Suppl; S39. e1-13 2007.
- 11) 山崎 裕, 佐藤 淳, 村田 翼, 秦 浩信, 北川善政: 舌痛症, 口腔カンジダ症, 味覚異常における臨床検査. 口腔検査誌 3; 3-8 2011.
- 12) Abiko, Y., Matsuoka, H., Chiba, I. and Toyofuku, A.: Current evidence on atypical odontalgia: Diagnosis and Clinical management. Int. J. Dent. 2012; 518-548 2012.
- 13) 豊福 明, 安彦善裕, 松岡紘史, 西川 徹, 稲光哲明, 斎藤隆史, 坂野雄二: “心因性”非定型歯痛の診断・治療ガイドラインの策定. 日本歯科医学会雑誌. 32; 63-67 2013.
- 14) 安彦善裕, 佐々木 直: 口腔内科相談外来から— Phantom bite syndrome. 歯界展望 109; 115-118 2007.
- 15) Toyofuku, A. and Kikuta, T.: Treatment of phantom bite syndrome with milnacipran - a case series. Neuropsychiatr. Dis. Treat. 2; 387-90 2006.
- 16) 安彦善裕, 佐々木 直: 口腔内科相談外来から— 口臭恐怖症. 歯界展望 109; 936-938 2007.
- 17) 鍋田恭孝: 人を恐れる心理, 意識される対人不安・意識されにくい対人不安. こころの科学 147; 18-25 2009.
- 18) 松岡紘史, 山崎敦永, 前崎有美, 斎藤正人, 溝口 到, 安彦善裕, 坂野雄二: 歯科矯正患者における身体醜形障害の有病率に関する検討. Orthodontic Waves-Japanese Edition 70; 159-164 2011.
- 19) 小嶋雅代, 古川壽亮: 日本版 BDI-II ベック抑うつ質問票手引き. 日本文化科学社 東京 2003.
- 20) 福田一彦, 小林重雄: 自己評価式抑うつ性尺度の研究. 精神神経学雑誌 75; 673-679 1973.
- 21) 島 悟, 鹿野達男, 北村俊則, 浅井昌弘: 新しい抑うつ性自己評価尺度について. 精神医学 27; 717-723 1985.
- 22) 肥田野直, 福原真知子, 岩脇三良, 曾我祥子, Spielberg CD: 新版 STAI マニュアル, 実務教育出版. 東京 2000.
- 23) 高塩 理, 大坪天平, 田中克俊, 青山 洋, 伊川太郎, 吉田由紀, 幸田のみ子, 上島国利, 山本育代, 中野有美, 古川壽亮: Panic Disorder Severity Scale 日本語版 (PDSS-J) の妥当性と反応性の検討. 臨床精神薬理 7; 1155-1168 2004.
- 24) 朝倉 聡, 井上誠士郎, 佐々木 史, 佐々木幸哉, 北川信樹, 井上 猛, 傳田健三, 伊藤ますみ, 松原良次, 小山 司: Liebovitz Social Anxiety Scale (LSAS) 日本語版の信頼性および妥当性

- の検討. 精神医学 44 : 1077-1084 2002.
- 25) 片上 素久 : 自己記入式パニック障害重症度評価スケール : The Self-report Version of the Panic Disorder Severity Scale 日本語版—その信頼性および妥当性の検討. 心身医学 47 : 331-338 2007.
- 26) 吉田充孝, 切池信夫, 永田利彦, 松永寿人, 山上 栄 : 強迫性障害に対する Maudsley Obsessional Compulsive Inventory (MOCI) 邦訳版の有用性について. 精神医学 37 : 291-296 1995.
- 27) Asukai, N., Kato, H., Kawamura, N., Kim, Y., Yamamoto, K., Kishimoto, J., Miyake, Y. and Nishizono-Maher, A. : Reliability and validity of the Japanese-language version of the impact of event scale-revised (IES-R-J) : four studies of different traumatic events. J. Nerv. Ment. Dis. 190 : 175-82 2002.
- 28) 吉田光希, 中北芳伸, 阿部能久, 佐藤英樹, 高井理衣, 佐藤 惇, 西村学子, 齊藤正人, 松岡紘史, 千葉逸朗, 永易裕樹, 安彦善裕 : クロチアゼパムにより症状の消退をみた非定型歯痛の2例. 日歯科心身誌 27 : 62-67 2012.
- 29) Matsuoka, H., Himachi, M., Furukawa, H., Kobayashi, S., Shoki, H., Motoya, R., Saito, M., Abiko, Y. and Sakano, Y. : Cognitive profile of patients with burning mouth syndrome in the Japanese population. Odontology 98 : 160-164 2010.
- 30) 松岡紘史, 齊藤正人, 安彦善裕, 千葉逸朗, 坂野雄二 : Burning Mouth Syndromeを対象とした痛みに対する破局的思考に焦点を当てた短期的認知行動療法プログラムの開発. 日歯科心身誌 27 : 56-61 2012.
- 31) 松岡紘史, 安彦善裕, 森谷 満, 齊藤正人, 千葉逸朗, 坂野雄二 : “Burning Mouth Syndrome”の症状維持に心理的要因が果たす役割および心理的要因に対する介入の可能性 : 身体表現性障害に関する認知行動モデルとの比較から. 心身医学 52 : 98-105 2012.
- 著者への連絡先 : 安彦善裕, (〒061-0293) 北海道石狩郡当別町金沢1757 北海道医療大学歯学部 生体機能・病態学系 臨床口腔病理学分野
Reprint requests : Yoshihiro ABIKO, Division of Oral Medicine and Pathology, School of Dentistry, Health Sciences University of Hokkaido
1757 Kanazawa Ishikari-Tobetsu, Hokkaido, Japan, 061-0293