総	説

歯科領域における心身医療へのアプローチ

小 野 繁

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 全人的医療開発学系専攻
包括診療歯科学講座 頭頸部心身医学分野

(2006 年 1 月 5 日 受付)

Psychosomatic Therapy in Dental Practice

ONO Shigeru

Head and Neck Psychosomatic Medicine, Department of Comprehensive Oral Health Care,
Division of Comprehensive Patient Care, Graduate School, Tokyo Medical and Dental University

I. はじめに

心身医学的な診断・治療は医療の基本姿勢である。心身医療は全人的医療そのものであるといっても過言ではない。歯科領域にも歯科心身医学があり、小児心身医学、産婦人科心身医学などに並んで特殊性をもっている。

治療の対象が専門性をもっているから、心身医学のなかで独立する必然性があるようだ。心身医学的な治療姿勢をもって歯科治療を行うには、現在、歯科医療のなかでは歯科領域の特殊性を踏まえた診断と治療の指針がないようである。

精神科との関連を強調したりするあまり心身医学を精神医学と混同しているところもあり、精神科患者を診ているがごとき錯覚をもたらしめているようにも見受けられる。

心身医療には関心を示す人はいるが、これを学ぶシステムがなく、現状では、歯科口腔外科から心身医学に入る人が多いように思われる。講座や診療科がないところでは、1人の歯科医で行われていたりすると、その人が辞められたときにはその後継者がなく、継続されないのが現状であろう。

歯学教育には、心身医学は教育カリキュラムのなかにはなく、精神科の授業をこれに充てているところもある。心身医学を学ぶには、全人的医療としての医療があることを教育するのであって、精神医学を学ぶわけではない。精神医学が必ずしも全人的医療であるともいえないのである。

全人的医療を掲げて医療を行う心療内科医、精神科医

といえども、歯科領域の治療や病態についての知識はほとんどもち合わせないことから、心身医学的治療を行うにも、歯科治療の問題には触れることができない。これが歯科口腔領域の心身症治療の特殊性であると同時に、他科で治療を行ううえでの障壁となっている。

ここに、歯科における問題点と、心身医学的な治療は歯科医師にしかできない特殊性のあることについて、心身医学的治療姿勢の基本と、歯科独自の診断治療の試みについて触れてみたい。

II. 歯科医療での歯科心身医学の実践と特殊性

歯科領域の心身医療を行う治療者、あるいはこれに関心をもっている歯科医の基本治療姿勢で重要なことは、

- 1) 心療歯科は精神疾患を診る診療科ではないこと。
- 2) 精神病理をもった精神疾患については精神科での治療適応であり、除外診断がなされなければならない。
- 3) 精神科医ではない歯科医は、精神疾患の精神的治療は行ってはならない。

心療歯科を受診する患者のほとんどが、心因性としてのストレス病理からの身体症状と考えられるものが多い。なかには精神病理からの一症状として、身体症状の訴えをもってくる人もあるが、その数は少ない。

身体症状を前面に出している患者は、精神科治療よりもむしろ、身体症状を同時に治療する、心身医学的治療適応の患者なのである。心因性といわれる疾患が治療対象で、精神科での治療が必要な病態水準の悪い人は少ない。

ところが、歯科心身医学は特殊性があり、発症のきつ

かけが歯科医療のなかにある場合がある。歯科医療の経過のなかや治療後に、心身症、神経症として口腔領域に愁訴を発症したりすることがある。

これに対しては、治療者が口腔領域の病態や、治療に関しての説明など、患者に向けて説明できなければならない。歯科医療関連の知識が絶対不可欠であり、この病態説明がなされなければ歯科領域の心身医学療法には治療効果が期待できない。

特に歯科医療のなかで起こった神経症状態に対して、精神科の治療依頼を行うことがあるが、精神科で薬物療法を行っていても症状は軽快しないことが多い。

これが、精神科治療も心療内科治療も、治療効果をもたらすことが難しい理由なのである。たとえば精神科を受診しても、歯科的な問題は歯科で相談してみても下さいといわれれば、再度歯科治療を求めて戻ってくるのが現状である。

こうして患者が受診した歯科では、症状を訴える以上は、歯科領域に何か身体病理がないかと検索し、歯科治療で対応しようとする。これが症状悪化につながることもある。精神科医は精神症状に対しての対応を行うだけで、歯科的な問題に触れることはない。このような状況から窺えるように、歯科医療と精神科などの連携を行っても難しい歯科疾患の症状が存在するのである。

うつ状態を示す抑うつ神経症患者などの歯科領域の症状は、精神科で薬物療法が行われているにもかかわらず、症状改善は難渋している。ところが、心療歯科で心身医学療法の歯科関連の病態説明や心理療法を行って、治療効果が認められる症例がある。

このような患者に対しては、薬物療法は補助的に行い、病態説明すなわち病気に対する認知の修正で治療効果がみられる。ここに必要とされるのが歯科知識である。

III. 歯科心身医学の治療対象を考える

心身医学を実践する歯科医は、精神科医あるいは心療内科医でもない。これが特殊なのではなく、歯科医療という歯科医にしかできない特殊性ゆえに、歯科心身医学にしかできない実践すべき治療とその限界があり、これを明確にしておかなければならない。そこで重要なことは、「併存」(comorbidity)と「合併」(complication)の違いを理解しておくことである。

「併存」と「合併」(表1)を理解しておかないと、心身医学治療や精神科治療と歯科治療を行ううえでの治療適応に混乱を招くことがある。

精神科疾患と歯科領域における「併存」疾患の例を挙げれば、統合失調症の人が齲歯により歯痛を訴えて受診したとき、これは併存疾患である。これに対する対応は、患者が精神科にて治療を受けているときなどは、齲歯の

表1 治療の適応を決めるためには併存と合併の違いを理解しておく

併存と合併の違い	
精神科疾患をもっている人の、併存する歯科疾患を治療する場合と……	
精神疾患を基礎疾患としてもつ人が精神病理からの身体症状を合併している場合の治療を……	
……混同してはならない	
併存：Comorbidity	
…直接因果関係のはっきりしない病態を併発している	
高血圧と歯周病、顎関節症と胃潰瘍	
統合失調症と歯槽膿瘍	
合併：Complication	
…因果関係のはっきりしている病態	
糖尿病と糖尿病性網膜症、心疾患と高血圧	
統合失調症と口臭症	

治療だけを行えばいいのである。

ところが歯科では精神科の患者を診ていると考え、精神科的な対応をすることが望ましいと考えている人がいる。

歯科以外の他の診療科ではどうであろう。精神科の統合失調の患者が整形外科へ腕の骨折で受診し、この治療をするなかで整形外科医が精神科的な治療をしながら骨折の治療を行うであろうか。この場合骨折の治療を行えば、精神科的な部分に触れることはないであろう。このように、精神的な基礎疾患をもっている人に「併存」して起こった疾患は、当該科の治療だけを行えばよしとする。歯科医療でも同じである。基礎疾患が原因で起こっている「合併」とでなければ、「併存」する疾患として治療は行うべきである。この「併存」の概念を明確にもっておくべきである。

これに対して、精神科疾患の一症状であればこれは「合併」疾患として、精神科で行われている薬物療法に加え、歯科領域では身体症状を出す病理が精神疾患にあることを説明し、病態の説明で対応する。歯科治療は行っていない。病態説明に理解を示さない人は、心療歯科の治療適応はない。精神科への依頼を行うには、歯科医療を拒否するのではなく、いつでも歯科治療が必要なときには治療する旨を伝え、治療関係は結んでおくことが重要である。

IV. 身体的、精神的基礎疾患について

精神疾患と身体疾患の基礎疾患については、常に考慮する必要がある。特に、歯科医療を行う際に、局所麻酔を行い、身体的な手術侵襲が加わる可能性のある疾患には術前検査など、十分な配慮がなされている。

しかし配慮を行うのは身体的基礎疾患で、精神的基礎疾患への配慮はほとんどなされないのが現状である。

精神科や心療内科での治療をすでに受けているときには、服用している薬の内容などから精神的な基礎疾患があることがわかるが、未治療のままでいる神経症、心身症、さらに統合失調症やうつ病、人格障害などの人が、口腔領域の症状を前面に出して受診してくるので、精神的な背景はわからないことがある。

精神症状は治療者側から聞き出さないと出てこないことがあるので、一般的に精神的基礎疾患の有無を検索するのは難しいのである。

精神的基礎疾患と考えるのは、いわゆる内因性の精神病理のあるとされる精神疾患と、心因性といわれるストレスなどによって起こされる、心身症、神経症、抑うつ神経症状態などである。歯科の心療科では、この心因のなかに入れられている範疇の人を治療対象としている。

精神病理が精神的基礎疾患としてある場合は別として、ストレス病理が背景にあるときなどに歯科医療を契機に発症した症状は、歯科医療のなかで対応していかなければ症状は改善されない。

処置部位や手術部位に症状が発症することがあるが、これは術者と患者の間の評価の違いによる場合があり、歯科領域では精神病理がなくとも、治療中に起こる「治療ストレス」(後述)が加わると発症することがある。一般歯科治療においては治療経過のなかで、基礎疾患としての精神的な要因を考えて治療に臨むことが必要なときもあることを示唆している。

心療歯科においては心身医学的治療のなかで、治療中に発症した神経症や心身症に対しては精神的な要因と、治療ストレスの加わったかどうかの検討は歯科医にしかできないことで、心療歯科における歯科医の重要な役割と考える。この歯科における「治療ストレス」を解消するには前述のように、精神科や心療内科では解消できず、歯科心身医療における独自性と、心療歯科の存在意義のあるところなのである。

V. 心療歯科における治療禁忌と歯科医療における治療禁忌

心療歯科における治療では、歯科医学、歯科治療学を基礎に心身医学的治療を行わなければならない。歯科心身医学の周辺には精神科や心療内科、頭頸部の外科領域、神経内科などと関連するところがある。精神科の医療は精神科疾患であれば精神科が行う。心療内科、神経内科もありである。前述のように歯科独自の心身医学的な診断・治療とその領域があり、歯科心身医学の周辺疾患には十分な配慮が必要とされる。

したがって禁忌症例は、精神科疾患の代表的な疾患は

ほとんどこれに当たる。治療開始時あるいは治療中に、精神科疾患は鑑別診断と除外診断を行う必要がある。うつ病、統合失調症、強迫神経症、心気妄想をもつような心気神経症、人格障害などがそれである。これらは治療対象から外さなければならない。心療歯科では薬物療法には限界があり、そこまで踏み込んで行うのは専門外で、治療領域の逸脱であることから、治療禁忌であると考えられる。

一般歯科医療においては、精神科疾患は精神科での治療が行われているときの歯科治療や病態説明による身体症状に対する軽減は行っても、精神疾患と歯科領域の身体症状をまとめて治療することは禁忌である。

人格障害のうちでも身体化を起こしやすいとされる、境界性人格障害、自己愛性人格障害、反社会性人格障害などは、身体症状があってもそこに身体的な所見がなければ治療しないことが肝要であり、治療は禁忌である。

併存について前述したが、併存疾患としての歯科疾患の治療は可能でも、精神疾患の一分症状であれば、これは治療禁忌となる。前述の併存と合併症の区別を明確につけなければならない。

VI. 歯科治療の特殊構造と「治療ストレス」

精神科的な疾患を基礎疾患にもつ患者は除外診断されなければならない。心療歯科としての治療対象は、患者の背景に心因とされる心理・社会的なストレス病理が存在するときに起こる心身症、神経症であり、この身体症状を心身医学的に診断・治療しなければならないことがある。

歯科医療では、歯科の診療経過のなかで起こる心身症や神経症があり、歯科治療後に起こる心身症や神経症がある。このなかには、歯科医療の特殊な治療構造に負うところがある。歯科治療での治療構造とは空間的な位置関係と、治療者から行われる治療での痛みや不快感は、治療が口腔領域であることからこれを伝えたり表現することができないまま、治療がどんどん進行していくことがある。これがストレス要因となり、これを「治療ストレス」として扱う必要が出てくる。

VII. 病態説明の理解と治療適応の決定

病態説明を行うにあたっては各診療科の特殊性があり、特に歯科における治療は治療対象の病理や、診断と治療についての適応、手技の多彩さなどのために、歯科医でなければならないことがある。

歯科医療のなかで起こった心身症、神経症は、歯科医療の病態説明対応が基本である。身体症状は「心理・社会的なストレス」要因に加え、「治療ストレス」が存在したときにはこれらに対する対応を行う必要があり、同時

に心理・社会的な背景にも治療対応を行わなければならない。「治療ストレス」に対する対応が、歯科医でなければできない歯科領域の病態説明なのである。

病態説明が受け入れられていくなかで、症状改善や治療の受け入れが行われていく。したがって、病態説明の過程で理解と受容が行われることが治療条件であることから、病態説明に対しての抵抗や、否定や拒否が起こっていれば、これは病態水準の悪い神経症やうつ病、統合失調症、あるいは人格障害などの患者の可能性がある。

このように病態説明の受け入れ状況によって、おおよその治療適応は決まってくるのである。受け入れてもらえない状況下にある人は、精神科疾患を視野に入れておく必要がある。病態説明受け入れと了解が可能である人を治療対象とする。精神科領域に入る人は、心療歯科単独では治療対象としてはならない。精神科との共同治療が行われるか、全面的に精神科への治療依頼を行うことである。

VIII. 診断・治療のための多軸評価による分類の試み—治療適応を決めるために—

5 軸の評価を行うことで、歯科領域の心療科治療のアプローチを決めることが可能であると考えられる。常にこの5軸評価のすべてを満たす必要はない。いくつかの軸評価でどのような患者を治療しているかを読みとることができる。症例の検討においても評価する各軸での問題点について議論できるので、診断・治療への指針が得られやすいと考える(表2, 図1)。

第1軸：治療適応と治療法の選択のための診断

A：歯科領域の治療にあたり、障害となるような心の問題(精神的な問題)が背後にあるとき、精神的な問題を考慮しながら歯科治療を行う。

……身体所見のあるとき

B：実際には歯科治療の必要がなく、心の問題で歯科領域の身体症状が出現しているとき、歯科治療はせずに心身医学的治療をする。背景に心身医学的問題と精神科的問題がある。

……身体所見のないとき

C：歯科領域の見た目の悪さや、不都合で悩んでいる人を歯科的な部分で解決し、充実した社会生活を送れるようにする。

……身体所見のあるとき；精神病理の検討で治療適応を決める

……身体所見のないとき；精神病理の検討で治療適応なし

患者が必要とする治療は何かを診断する。治療法の選択は、身体病理があるか、どのような治療を必要とする人かを診断する。

表2 多軸評価は臨床情報を総合的、系統的に評価し複雑な病態の把握と治療指針を立てることができる

多軸評価による治療のための身体症状発症分類の試み

第1軸：治療適応と治療法の選択のための診断

実際の歯科治療を必要とするか、歯科治療の必要はないかを定める

身体所見の検討

第2軸：発症の契機と時期の診断

症状発症のきっかけや、発症の時期的背景の検討を行う

第3軸：精神的基礎疾患と心理・社会的因子の存在診断

①精神的な基礎疾患には、精神病理からくる、統合失調症、うつ病、強迫神経症、不安神経症、人格障害(境界性人格障害、反社会性人格障害、自己愛性人格障害など)

②ストレス病理からくる心身症、神経症、うつ状態の存在を知る。心理・社会的な要因の関与の可能性…ライフイベント、デイリーハラスルなど
*「治療ストレス」からの心身症、神経症の発症の可能性

第4軸：身体症状発症の心身医学的背景の診断

症状を訴えるその精神的病理は正常圏、心身症圏、神経症圏、精神病圏のどの圏内からの訴えであるかを検討する

第5軸：治療時期の選択のための診断

実際の歯科治療時期について、心身医学的治療や精神科的治療との連携などを検討する

*治療目標の設定…①症状があっても日常生活に支障がないようにする

②症状を完全になくす

第2軸：症状発症の契機と時期の診断

A：心身症、神経症の状態で身体表現としての口腔症状をもって受診

B：歯科医療の経過のなかで心身症、神経症の発症

C：歯科治療後に心身症、神経症の発症

心身症や神経症の症状発症が、受診時にどの時期に起こったかを診断する。これにより、心身症、神経症で受診した人、歯科医療の治療経過のなかで、あるいは歯科治療後に神経症、心身症を発症した人に分けられる。治療での治療ストレスについては、病態説明(歯科的な診断と治療など)が治療のなかで重要となり、これが歯科医でなければできない治療である。

第3軸：精神的基礎疾患と心理・社会因子の存在診断

A：精神科領域精神的基礎疾患を調べる。特に精神的基礎疾患を検討する。

①精神的な基礎疾患には、精神病理からくる、統合失調症、うつ病、強迫神経症、不安神経症、人格障害(境界性人格障害、反社会性人格障害、自己愛性人格

障害など)。

表 3 多軸評定を用いた実際の症例（多軸評価と治療指針は本文中にあり）

症例：32 歳 女性 会社勤務（総合事務職 勤務歴 4 年）

主訴：噛み合わせが悪い、顔の輪郭がおかしい、口のまわり方が悪い

現病歴と生活歴：

2 年ほど前から、耳の前や顎がいたくなることがあり、自分で顎関節症ではないかと思っていた。顎を動かすと音がして気になるので時々音をさせるようになった。これ以後、顎を動かして音を確認するようになった。

当時の[7] 齲歯治療を行っていたが、そのときは顎のことに關しての治療は行っていない。治療後咬合の異常感は多少あったが、6 カ月後ぐらいから、歯の噛み合わせに強い違和感を感じたことから、再び歯科受診したところ、ここで数本の歯を削られ咬合調整が行われた。違和感は改善されず、その後顎下部のリンパ腺の腫脹が認められたことから、いくつかの医院を回るが、原因不明といわれ、歯科医院では顎関節症と診断された。某大学病院の歯科・口腔外科を受診するように勧められ、ここで顎関節症として治療を始めた。

スプリントでの治療を行っていたが、噛み合わせがしにくくなったために、顎の骨を切って回転させる手術を行った。その後リハビリを行っていたが、噛み合わせがさらにおかしくなり、知人の紹介で噛み合わせを治す歯科治療の専門医にかかった。ここで両側の臼歯部の削合を行った。治療の半ばで医師とのコミュニケーションが悪くなり治療を自分から中止した。

次に受診した歯科医院では抜歯と補綴的処置で全顎の治療を行うことを勧められたので、この治療には同意できずに断念した。再び手術を行った某大学病院歯科口腔外科を受診し、両側下顎臼歯 4 本にクラウンをかぶせた。この頃より治療はあまり大きなことをしないで、少しずつしたほうが良いと思うようになったとのこと。

歯科治療経過のなかで、会社勤務は事務職であるが、人との接触する機会は多く、依頼される仕事量が多く、負担になっていた。仕事現場での人間関係がうまくいかず、仕事の能率が上がらないことに苛立ちがあった。判断力や集中力が少し落ちていた。これが歯科治療がすべてうまくいかないことに原因があると考えて、歯科治療に奔走することになったと言っていた。

その後 3 カ月に 1 回程度の経過観察と噛み合わせ調整に通院した。その半年後に[7] が保存不可能とのことで抜歯された。その後噛み合わせが変化し、サ行、タ行の発音がしにくくなった。歯並びを調整するには矯正が良いと聞いたことがあったので、某矯正歯科クリニックで矯正治療を開始することになったが、治療経過の途中でイライラや集中力の低下、不眠、食事がうまくとれないなど、あまり毎日が心身ともに調子よくないので、治療を受けると具合が悪いことを訴えたところ、メンタルクリニックを紹介された。そこで薬物療法を続けたが症状は改善されず、歯科治療を行ったほうが良いようだと云われ、ここより当科を紹介された。

初診時の症状と所見：

身体症状としては、噛み合わせが悪い、顎の位置が安定しない、噛み合わせを確かめるためにいつも噛みしめる癖がある、左の顎関節の音がする、口を閉じたままにすることが辛い、喋りづらい、歌いづらい、サ行、タ行の発音がしにくい、調子が悪いときには顎の輪郭がおかしいなどの症状を訴えた。歯科的には咬合は治療で改善される状態であった。

精神症状としては、顎を鳴らす（顎関節雑音）癖がやめられない、集中力がない、すぐにイライラする、感情の起伏が激しい、絶望的な気分になり、やる気をなくしてしまうことがしばしばであるなどの訴えがあった。

心理テスト：SDS 57、NIC で粘着、執着気質のスコアが高く CMI では神経症領域、エゴグラムでは CP が高く、次いで NP、A も高く、FC、AC と低くなっている。

既往歴：特記すべきことなし

家族歴：父 62 歳、母 59 歳で健在、妹 30 歳の 4 人の家族構成である。

C：神経症領域：身体症状に対して心身相関が理解できる。病態説明を理解することはできるが、症状に反応して、訴えが執拗である。

D：精神病領域：身体症状は表現が特異で、自己診断、自己観察の結果、症状の治療方針も決めてしまう。

身体症状の発症背景は治療の適応を決め、治療方針を立てるには必要な分類である。身体症状が気になるだけの、正常領域か、神経症領域か、心身症領域か、精神病領域かで治療適応を決定する。病態説明が理解できる程度による治療適応の分類でもある。

第 5 軸：治療時期の選択のための診断

A：治療を継続しても問題にならない人。

B：治療は心身医学的な治療と同時に行う。

C：治療は実際の歯科治療は行わず、心身医学的な治療のみを行う。

D：治療は歯科領域の治療適応はない精神科領域の治療を必要とする。

第 1、第 2、第 3 軸の、どの領域に分類されるかにより、現在歯科治療を遂行してもいいか、病態水準を診る。心身医学的に治療を行いつつ歯科治療を進めるべきか、歯科治療には手を着けずに心身医学的な治療や精神科治療を行うかの治療適応をみる。精神科領域の患者であると

考えられれば、治療の適応はない。精神科治療を優先する。この治療時期の選択は精神科領域の患者の除外診断でもある。

治療目標：目標設定は心身ともに安定を図り、歯科治療を遂行できるようにすることを患者と治療の契約とする。治療責任は50%は治療者が支援し、50%は患者自身が治していくことを約束する。

IX. 症例から読む実例

本症例は実例に基づくが、ほとんど改変されたものである。

表3に、身体症状を治療しつつ、精神面の心身医学的治療を同時進行させ、歯科治療を終結させることを治療目的とした症例を提示する。

表3のような症例の概要から多軸評価を行い、治療方針を決めていく手順を示す。

第1軸：身体症状が出ている状況は、歯科的治療が必要と考えられた。

第2軸：身体症状発症は歯科治療と同時期に起こっている。

第3軸：精神的基礎疾患としては、性格的な素因として、何でも受け入れ、完璧にこなそうとする強迫的な面をもっている。自分が我慢して上手くやれば問題解決に向かう。さらに現在治療中のうつ状態があり。日常生活のなかで心理・社会的なストレス要因がある。

第4軸：神経症的素因をもった心身症圏からの発症であると考えられる。

第5軸：以上より、治療は心身医学的な治療を行いつつ、状態をみて必要な歯科治療を行う。

以上の5軸の評価より、この症例では以下のような治療指針が得られる。

歯科治療は当面行わず、うつ状態の改善のため、薬物療法をベースに、病態説明、これまでに行われてきた歯科治療に対する評価、説明と現在の状態との関連、現状の改善のためにはどのような治療が考えられるか、過去を振り返らないことを前提としてこれからの治療を考えることを約束し、身体症状や精神症状発症に対する認知と行動の修正を行い、心理療法のなかでは性格的な素因の確認と、これをストレス対処にどのように向けるかを患者と治療者が検討して行った。

心因性、すなわち心理社会的なストレス要因が、身体症状と精神症状を発症し、心身両面からの治療を必要とした症例であるが、病態説明と心理療法が重要な治療の

中核をなしていた。うつ状態に対する薬物療法とストレス対応に対して効果が認められ、歯科治療は補綴治療で対処し、治療の間は心療科として治療支援を行った。このように、5軸診断の評価のとおり治療を進めるなら、誰でもが同じようなアプローチで治療に臨むことができると考える。ここでは治療目標を、心身ともに安定を図り歯科治療ができるようにすることとした。

X. おわりに

治療の流れのなかで、大切なことはこの治療目標の設定と、治療者が50%、患者が50%の治療責任を分担して行うことにある。心身医学治療は治療者側が100%治療責務を負うものではないし、また負うことになれば治療者の精神的負担も大きくなり、生活への介入が起こってしまう。どこまでその支えの治療を行いつつ、患者を治療に向かわせるかが大切なポイントなのである。これは心身医学治療を行うときの基本である。5軸評価のように診断と治療の手順のガイドライン的なものがあれば、どのように診断し、どのように治療していくかが理解できると思われる。

歯科領域では、「心身症」「神経症」の治療指針を立てようすると、どの部分から治療アプローチし、何を治療の目標とするかを明確にすることができていなかったように思われる。歯科の心身医療を実践する心療歯科は、精神科や心療内科と心身医学を基盤とすることは同じでも、歯科・口腔領域の独自性があることを銘記しておかなければならない。

文 献

- 1) 小野 繁, 海野 智, 中 奈央子: 歯科心身医学入門—歯科領域に必要な心身医学的なアプローチ—, 東京, 2006, クインテッセンス出版.
- 2) 久保千春: 心身医学標準テキスト, 東京, 1996, 医学書院.
- 3) 野村総一郎, 樋口輝彦: 標準精神医学, 東京, 2001, 医学書院.
- 4) 末松弘行, 河野友信, 吾郷晋浩: 心身医学を学ぶ人のために, 東京, 2002, 医学書院.
- 5) 松下正明: 臨床精神医学講座, 神経症性障害・ストレス関連性障害, 東京, 1997, 中山書店.
- 6) 桂 戴作: やさしい心身症(ストレス関連病)の診方, 東京, 1999, チーム医療.
- 7) 日本心身医学会用語委員会: 心身医学用語事典, 東京, 1999, 医学書院.
- 8) 中井吉英: 心療内科初診の心得—症例からのメッセージ—, 東京, 2005, 三輪書店.
- 9) 藍 稔: 顎機能異常と咬合, 東京, 1999, 医歯薬出版.