

## 顎関節症患者の心身医学的な治療の変遷

和気 裕之<sup>a</sup>, 小見山 道<sup>b</sup>

### Historical Changes of Psychosomatic Therapy for Patients with Temporomandibular Disorders

Hiroyuki Wake, PhD, DDS<sup>a</sup>, and Osamu Komiyama, PhD, DDS<sup>b</sup>

#### 抄録

顎関節症の治療は、その病態や病因に関する研究や臨床経験などを基に日々発展しているが、未解明な部分も多い。本論文の目的は、顎関節症患者の心身医学的な治療の変遷をまとめることで、患者および研究者、臨床家に貢献することである。論文の検索は、医学中央雑誌、PubMed および出版されている書籍などを用いた。その結果、顎関節症の心身医学的な病因や、心身医学的対応に関する検討は少なく、またランダム化比較試験などのエビデンスの高い研究はほとんど認めなかった。しかし、その重要性を示唆する論文や書籍は多く、今後、さらに基礎的・臨床的な研究を進めることが、顎関節症患者の健康につながると考えられた。

#### 和文キーワード

顎関節症, temporomandibular disorders, 心身医学, 薬物療法, 心身医学療法

## I. 緒言

“顎関節症”の病名は、1956年、上野正ら<sup>1)</sup>による Foged<sup>2)</sup>が報告した Arthrosis temporomandibularis の邦訳に始まる。

約半世紀が過ぎた現在、顎関節症は、「顎関節や咀嚼筋の疼痛、関節（雑）音、開口障害ないし顎運動異常を主要症候とし、類似症状の症候を呈する疾患（鑑別を要する疾患）を除外したもの」と日本顎関節学会が定義<sup>3)</sup>しており、また、一般にも広く行き渡っている。

一方、欧米では temporomandibular disorders (TMD) が用いられるが、顎関節症とは同一の疾患単位ではなく、それぞれ種々の病態が含まれる。

これまで、顎関節症と TMD の病因や治療法は変遷を重ねてきたが、臨床医に普及している概念は以下であ

ろう。①病因は多因子性であり、その中には症状関連因子（年齢など）、行動学的因子（ブラキシズムなど）、精神医学的・心理社会的因子（不安・抑うつなど）がある。②特徴は、良性の慢性疾患で、生活習慣病の側面があり、大半は予後良好である。③疾患モデルは、bio-psycho-social medical model が適合する。④検査は、病歴聴取などの医療面接が中心で、心身両面からの診査を要し、その他に画像検査を行う。⑤治療は、可逆的・保存的治療を選択し、心身両面から行う。また、患者のセルフケアと専門家のプロフェッショナルケアなどがある<sup>4,5)</sup>。

現在、医療は患者中心型(patient's problem oriented system)へ進んでおり、顎関節症・TMDの治療では、主に“疼痛改善”が目標となる。近年、疼痛医学は、飛躍的な発展を遂げており、国際疼痛研究会(International Association for the Study of Pain; IASP)は、

<sup>a</sup> みどり小児歯科

<sup>b</sup> 日本大学松戸歯学部顎口腔機能治療学講座

<sup>a</sup> Midori Pediatric Dental Clinic

<sup>b</sup> Department of Oral Function and Rehabilitation, Nihon University School of Dentistry at Matsudo

「疼痛 (pain) は、実際のもしくは潜在的な組織損傷に伴う、あるいはそのような損傷があるかのような言葉で表現される、不快な感覚的かつ情動的経験」と定義している<sup>6)</sup>。したがって、顎関節症・TMDの治療においても、“組織損傷”と“感覚的・情動的な経験”の両面へ注視して対応する必要がある、そこに心身医学の役割が存在する。

本論文では、医学中央雑誌、PubMed および書籍などを検索し、初めに TMD に対する心身医学的治療の経緯を概説した後、顎関節症における心身医学的研究と治療の変遷を、私見を交えて述べる。

## II. TMD に対する心身医学的治療の変遷

### 1. 心身医学的因子の重要性の認識

TMD とストレスの関連性は、1950 年代前半には既に報告されていたが、この概念を明確にしたのは Schwartz である<sup>7,8)</sup>。1958 年、Schwartz は精神心理学的モデルとして、「TMD 症状はストレスによる咀嚼筋の不調和と持続的な緊張状態 (スパズム) に起因する」

と結論づけた。その約 10 年後、Laskin は包括的な病因論をまとめた<sup>9)</sup>。これは、心理的ストレスや不適切な歯科治療による筋の過活動に伴う筋の疲労・過剰伸展・過剰収縮などにより筋スパズムが惹起されて Myofascial Pain-Dysfunction syndrome (MPD 症候群) が生じ、筋の拘縮や咬合不調和、顎関節内障、退行性病変とともに咀嚼パターンの変化が生じ、それらが相互に影響して、筋スパズムや疼痛を増強する理論である (図 1)。さらに患者の性格特性や心理状態が原因となることや、ストレスによるブラキシズムの増悪が報告され<sup>10,11)</sup>、Greene は、心身医学的因子が急性の筋・筋膜痛の発症や、慢性の筋緊張の原因となり、慢性疼痛を永続させると報告した<sup>12)</sup>。こうして、TMD の病因や治療における心身医学的因子の重要性が徐々に認識されていった。

### 2. 2 軸診断への発展と、慢性疼痛の管理の導入

1990 年、Turk と Rudy は TMD 患者を心理学的評価 (MMPI と SCL 90-R など) と心理社会的・行動学的データをもとに 3 群に分類して検討した<sup>13)</sup>。各群の

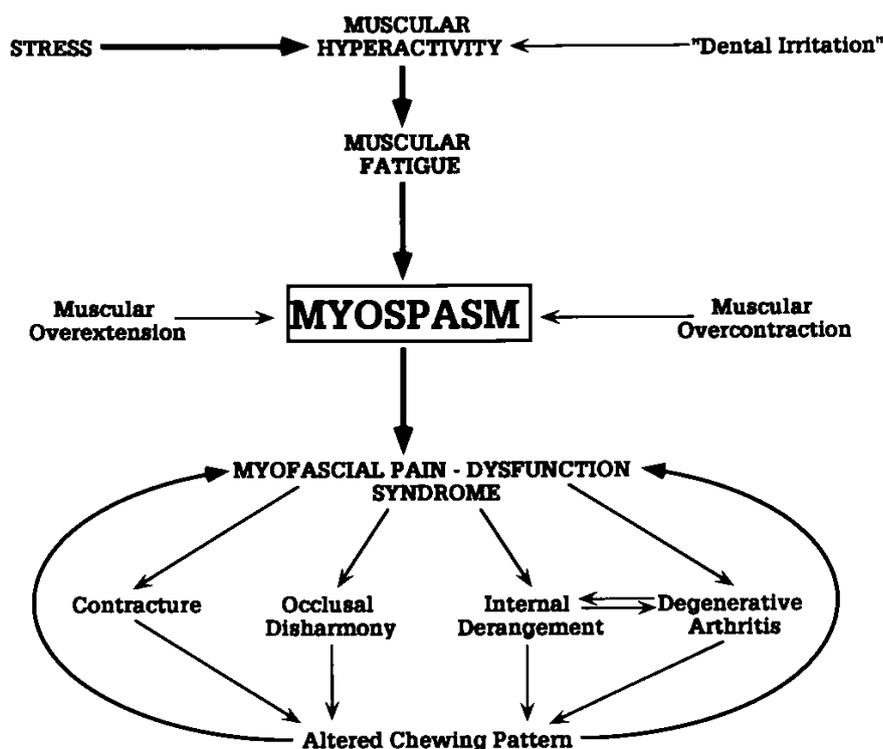


図 1 Pathoetiology of Myofascial Pain-Dysfunction Syndrome (MPD) 筋・筋膜疼痛症候群 (MPD) の病因  
太い矢印は最もよく見られるパターンを示す。MPD 症候群の “psycho-physiologic theory” は、ストレスが筋スパズムを導くメカニズムと要約できる。  
[Laskin DM. J Am Dent Assoc 1969; 79: 147-153. より改変<sup>9)</sup>]

特徴は、第1群は「高い疼痛レベル・日常生活の障害、情動的苦痛、低い日常生活活動性」、第2群は「生活環境で他人から援助される経験がなく、逆に疼痛の問題に対して他人から多くの障害を受けている」、第3群は「疼痛下でも活動性を有する・心理学的な苦悩や生活の障害は少ない・TMD症状の存在下でも適切な感覚を制御ができる」である。これらは、心理学的に異なる特徴を有するにも関わらず、共通のTMDの身体的所見を有していた<sup>14)</sup>。

Turkらは、患者を上記の3群に分類してプリントとバイオフィードバックによるストレス管理を組み合わせた治療で反応パターンを検討した。その結果、第1群は、うつ状態、破滅への恐怖、疼痛による生活障害の得点が、第2、3群と比較して大きく減少した。第3群は、疼痛の深刻度において第1、2群より減少は小さかった。第2群は、自発最大開口量の変化が、第1、3群と比べて有意に小さかった。これらの結果から、身体的な治療の評価においても心身医学的特徴が重要な役割を果たすことが示唆された<sup>15)</sup>。

以上の一連の研究から、1992年のResearch and Diagnostic Criteria for TMD (RDC/TMD)<sup>16)</sup>やAAOPのガイドライン<sup>5)</sup>で1996年の第3版から2軸診断が推奨された。すなわち、TMD患者の診断は身体的因子(Axis I)と心理社会的因子(Axis II)の2軸で行い、それに対応する身体的な治療と心理社会的な問題に対する対応が同時に行われるようになった。ここで、Axis IIの評価には、米国精神医学会のDiagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)が採用され、その中で主に気分障害、不安障害、身体表現性障害が取り上げられている。

そして、慢性疼痛を有するTMD患者には、「抗うつ薬、行動改善、動機づけと態度に関するカウンセリング、薬物乱用に関するカウンセリング、社会的そして身体的活動の増加、ストレス管理、バイオフィードバックや系統的リラクゼーションのような自己制御法、自己主張の訓練、職業訓練」などの心身医学的管理が行われるようになっていく<sup>17)</sup>。

### III. 顎関節症に対する心身医学的治療の変遷

#### 1. 質問紙による評価とその対応

日本では、1970年代から顎関節症の心身医学的対応に関する論文が散見される。

1978年、中村らは心理テストY-G, MMPI, MASで評価し、長期難治症例はその成績に問題のある例が多く、治療当初から専門医との協同治療が必要であると報

告した<sup>18)</sup>。

1994年、鹿島らは保存療法の治療成績で著効例と非著効例に分類して質問紙の結果を検討し、身体的自覚症状の多少、不安や心配事の程度およびブラキシズムの有無は、治療効果に大きな影響を及ぼすと述べた<sup>19)</sup>。同年、和気らは日本版GHQ精神健康調査票を用いて、頭痛・肩こりなどのいわゆる関連症状を多く有する患者は神経症傾向が高く、それらの患者は心身医学的治療の対象となると報告した<sup>20)</sup>。

1995年、荒尾らは成人用タイプA測定検査, Jenkins Activity Survey (JAS)の日本語版を用いて、心身医学的対応の必要な患者は、自分の喜怒哀楽を抑制して表に出さない感情抑制型の傾向があり、おとなしく控え目で、ストレスの発散が下手で、抑うつ状態となりやすいタイプが多いとした<sup>21)</sup>。

1999年、和気は不安と抑うつの重症度を、性と年齢を一致させた顎関節症を伴わない歯性疾患患者を対照として、Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)を用いて検討し、①顎関節症患者はより不安と抑うつの重症度が高い、②不安は頭痛や頭重感、肩や頸のこりと、また不安と抑うつはめまい感、上肢や背部の疼痛やしびれ感と関連性が高い、③不安、抑うつとも日常生活の支障度、過去1年間の日常生活の支障度、家族や周囲の理解度と関連性が高い、また、④女性では咀嚼筋障害を伴う群は伴わない群より有意に抑うつの重症度が高い、などを明らかにした<sup>22)</sup>。

2000年、浅野らは治療前後におけるVASと初診時における心理テスト結果を分析し、心理テストで問題がないグループはより治療効果が高く、心理テストは治療効果を予測するうえで有用であるとした<sup>23)</sup>。

この結果を踏まえて藤澤らは、顎関節症症状のない学生を対象に、前向きコホート研究を行った。心理テストはCMI, SDS, MAS, Y-G, TEGを用い、2.5年間の症状発現の有無を調査した結果、発症したのは10.3%であり、神経症傾向と情緒不安定な性格特性は発症と関連性が高いことを示した<sup>24)</sup>。

さらに2007年、森岡らは学生を対象にした5年間の前向きコホート研究を実施し、情緒不安定傾向が発症リスクを高めることや、情緒不安定傾向は顎関節症の発症前からみられ、発症後も同様に情緒不安定傾向を示すことを明らかにした<sup>25)</sup>。

以上の研究から、顎関節症患者の発症因子の把握に心理テストが一定の有用性があることが示され、心身医学的因子が顎関節症発症に重要な役割を持つことが示唆された。

## 2. 薬物療法（向精神薬）の変遷

1988年、和嶋らは心身医学的対応に必要な顎関節症患者に対するエチゾラム（抗不安薬）の使用に関して報告している<sup>26)</sup>。三好らは、紫朴湯およびロフラゼブ酸エチル（抗不安薬）の、良好な結果を報告している<sup>27)</sup>。また、川口らも20例にアンフェナクナトリウム水和物（NSAIDs）とロフラゼブ酸エチルの併用で、顎運動時痛と無痛最大開口度が改善、やや有用以上が70%と報告した<sup>28)</sup>。

1995年、坂本らはアンフェナクナトリウム水和物とロフラゼブ酸エチルの併用群44例とアンフェナクナトリウム水和物の単独群77例とを比較し、全般的改善度は顎関節症I型に対する併用群が83.3%で、アンフェナクナトリウム水和物単独群は42.9%と報告している<sup>29)</sup>。

1999年、満木らは顎関節症の疑いで受診した患者のうち、各種治療を6カ月以上継続して明らかな効果が認められなかった11名に塩酸アミトリプチリン（三環系抗うつ薬）を投与し、鎮痛効果が9名に認められたと報告した<sup>30)</sup>。

また、2003年、豊福らは39歳女性の顎関節症患者にミルナシプラン塩酸塩（SNRI）を用いて治療し、咬合の異常感、広範囲の疼痛、睡眠障害、慢性疲労、全身のこわばり、痺れ感、抑うつ気分などが、経時的および用量依存的に改善したと報告し、中枢性の病態生理学的機序の関与を考察している<sup>31)</sup>。前川は、眼痛と不眠を伴い、内科で自律神経失調症、婦人科で更年期障害と診断され、各種の薬物で改善しない症例に対して、顎関節症の診断のもと塩酸アミトリプチリンを用いた結果、疼痛が軽減して日常生活の支障が消失したと報告した<sup>32)</sup>。

2005年、木野らはタンドスピロンクエン酸塩（抗不安薬）による不安の改善が疼痛に及ぼす影響について検討し、不安改善群は疼痛および口の開きにくさのVAS値が有意に低下したことから、抗不安薬は、一部の症例の疼痛改善に有効であると述べている<sup>33)</sup>。

以上のように、向精神薬療法は、1980年代後半から抗不安薬が散見されるようになり、近年は、主に慢性疼痛の状態を示す顎関節症に対して抗うつ薬を用いたものが報告されている。

## 3. 診療システムおよび各種の心身医学療法

1992年、和気らは大学病院の口腔外科外来で主に顎関節症患者を対象に精神科医とのリエゾン（連携）診療を開始し<sup>34, 35)</sup>。また、2004年玉置らは、かみ合わせ外来を受診した患者にリエゾン診療を始めている<sup>36)</sup>。

2005年、久村らは歯科医と精神科医のリエゾン診療の有用性を検討し、口腔外科医のみで治療したD群と、精神科医が治療に加わったP群では、P群のみで開口時痛の有意な改善が得られたと報告している<sup>37)</sup>。

また伊藤らは、一般的な治療に反応せず、心身医学的アプローチが必要と判断された8例のうち、4例に動作療法を、4例に支持的精神療法を実施した結果、動作療法群では長期にわたり治療関係が維持され、治療効果が良好であったのに対し、支持的精神療法群では治療が早期に中断され、治療効果は良好でなかったと報告した。顎関節症患者の一部には心身医学的アプローチが重要と考えられるが、患者が自らの病気を「身体」の問題ととらえている以上、「身体」をツールとした動作療法が治療関係を継続させるうえで有効であると考察している<sup>38)</sup>。また顎関節症に対する簡易精神療法で良好な結果を得た報告もある<sup>39, 40)</sup>。

2006年石田ら、そして2008年海野は、森田療法的治療介入を行い、症状に対する不安と背後にあるより広い不安を同時に扱える有用な治療法であると報告している<sup>41, 42)</sup>。

以上のように、歯科医師が単独で行った支持的精神療法、簡易精神療法、森田療法などの心身医学的な治療と、一部で精神科医とのリエゾン診療が報告されている。

## 4. 臨床統計と最近の知見

1989年、谷田部らが年齢では通常の顎関節症患者が20歳から50歳代に比較的一様に分布するのに対し、心身医学的対応を必要とした患者は40歳代の女性が特に多く、また、圧痛部位が約2倍で、かつ部位も多岐に渡り、咬頭嵌合位が定まらない傾向を示すと報告している<sup>43)</sup>。

1997年、Miyaokaらは口腔外科のリエゾン外来で診察した64症例をDSM-III-R（米国精神医学会）に従って診断した結果、精神疾患を有していたものが94.6%であり、そのうち80.4%は身体表現性障害に含まれた。また、IV型およびIII型の76.2%が身体表現性障害に該当した。以上から、精神面の問題で注意が必要な病態はうつ病や狭義の心身症よりは「身体所見では説明のつかない身体症状を訴える」身体表現性障害であり、また、器質的な異常を認める患者においても精神面の評価が重要であると述べている<sup>44)</sup>。

古賀らは歯科心身症患者の精神科診断に関する検討を行い、男性8人、女性31人中、顎関節症は7例であり、顎関節症ではうつ病の割合が多かったと報告し<sup>45)</sup>、2000年、鈴木らは顎関節症患者108名について心身医学的問題で精神科、歯科麻酔科へ紹介した患者が6

表 1 TMD types and current psychiatric diagnosis  
Number of cases (male, female)  
TMD のタイプと精神科での診断  
症例数 (男性, 女性)

Psychiatric diagnosis	TMD type				Total
	No objective signs	Myogenic pain	Disk displacement	Osteoarthritis (degenerative joint disease)	
Mood disorders	1 (1, 0)	1 (0, 1)	2 (0, 2)	0	4 (1, 3)
Major depression	0	1 (0, 1)	0	0	1 (0, 1)
Dysthymia	1 (1, 0)	0	2 (0, 2)	0	3 (1, 2)
Anxiety disorders					
Generalized anxiety disorder	0	0	1 (0, 1)	0	1 (0, 1)
Somatoform disorders	26 (5, 21)	3 (2, 1)	5 (1, 4)	11 (0, 11)	45 (8, 37)
Body dimorphic disorder	1 (0, 1)	0	1 (1, 0)	0	2 (1, 1)
Conversion disorder	3 (0, 3)	0	0	0	3 (0, 3)
Hypochondriasis	1 (0, 1)	0	0	0	1 (0, 1)
Somatization disorder	5 (1, 4)	1 (1, 0)	3 (0, 3)	3 (0, 3)	12 (2, 10)
Somatoform pain disorder	6 (1, 5)	0	0	1 (0, 1)	7 (1, 6)
Undifferentiated somatoform disorder	10 (3, 7)	2 (1, 1)	1 (0, 1)	7 (0, 7)	20 (4, 16)
Adjustment disorder with depressed mood	0	1 (0, 1)	0	0	1 (0, 1)
Psychological factors affecting physical condition	0	0	1 (0, 1)	1 (0, 1)	2 (0, 2)
No mental disorders	0	3 (2, 1)	0	0	3 (2, 1)
Total	27 (6, 21)	8 (4, 4)	9 (1, 8)	12 (0, 12)	56 (11, 45)

[Miyaoaka M, et al. Jpn J Gen Hosp Psychiatry 1997; 9: 49-53. より引用<sup>44)</sup>]

名と報告している<sup>46)</sup>。

以上から、心身医学的対応を要する顎関節症患者の中には、精神疾患を併存するケースや精神疾患に起因する身体症状が存在し、すべての患者に歯科医師が単独で対応する限界が示唆されている (表 1)。

また、本邦においても、国外における慢性疼痛の概念を導入した顎関節症への対応に呼応する動きも始まっている。2006 年、杉崎らは Research and Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD)<sup>16)</sup> の慢性疼痛評価に用いられている Grading of Severity of Chronic Pain を日本人顎関節症患者で評価してその妥当性を示している<sup>47)</sup>。

一方、2007 年 Ojima らは、顎関節症患者において、慢性疲労症候群、過敏性腸症候群、月経前不快気分障害などとの関連が示されているセロトニン関連遺伝子多型

の研究から、ゲノム DNA のスクリーニングで、セロトニン系が関与する遺伝的要因が、TMD の病因に役割を果たすことを示唆している<sup>48)</sup>。

#### IV. 専門学会・医療保険などの顎関節症に対する心身医学的対応

##### I. 日本顎関節学会分類における心身医学的な問題

1986 年、日本顎関節学会の前身である顎関節研究会は顎関節症の分類を発表している。分類は I~IV 型および「その他のもの」であり、「その他のもの」は、『心身医学的要因により、顎関節領域に異常をきたしたものなど』と記載された。その後、同学会は 1996 年に「顎関節疾患および顎関節症の分類」を発表し、顎関節症は I~IV 型、その他のもの (『以上のいずれにも分類

されないもの』)と分類された<sup>49)</sup>。さらに、2001年の改訂で、「その他のもの」はV型『I~IV型に該当しないもの』となった<sup>4)</sup>。

2003年、宮岡らは上記の分類に対して、次の問題点を指摘している<sup>50)</sup>。1986年版では、各器官の障害(I~IV型)と、その他の「心身医学的要因に起因する障害」を並列していることから、臨床で歯科医師が分類を用いると「診査・検査で身体的な異常が認められない患者(I~IV型に該当しない)すなわち心身医学的要因の患者」と捉えてしまう恐れがある。しかし、咀嚼筋障害や関節円板障害の患者においても心身医学的要因は存在しており、すべての患者に対して身体面と心身医学面の評価が必要であるとした<sup>51)</sup>。

そして、顎関節症患者の心身医学的分類とおのおへの対応法を示している<sup>52)</sup>。その分類(宮岡・和気分類/MW分類)は、A群(身体愁訴はあるが身体に異常を認めない)、B群(身体愁訴が身体の異常に起因していると断定しにくい)、C群(身体疾患に精神疾患を伴う)、D群(身体疾患が環境的なストレスによって増悪する)の4群である<sup>53)</sup>。さらに、2004年、顎関節症の2面診断(身体面:I~IV型、精神・環境面)を提案<sup>51)</sup>しているが、これは、AAOPの口腔顔面痛における2軸診断(身体的・心理社会的)と同様の概念である(図2, 3)。

2. 歯科心身医学における顎関節症

1986年、内田<sup>54)</sup>は顎関節症の心身医学的診断基準

として、除外診断(①慢性の顎関節部の疼痛の有無の確認、②顎関節部の器質的疾患の否定(X線その他)、③臨床検査所見正常)と心理診断(①攻撃性の内攻があり、心因性疼痛の様態、②神経症傾向と情緒不安定、③日内変動は朝型のものに、不安うつ傾向あり)を挙げている。また、顎関節症患者236例の中で、心理的背景を考慮して治療を行ったのは61例(25.8%)であり、その内訳は、狭義の心身症(0.8%)、神経症(5.9%)、広義の心身症(19.1%)であった。そして、特有の性格には欲求不満、攻撃性の内攻、怒り、他罰的などがあると述べている<sup>55)</sup>。同年、都<sup>56)</sup>は、顎関節症患者には過剰適応状態が多く、健康者における疲労・過敏状態が示唆され、心身面は、疲労・不適応・不安・緊張などを有する傾向があるとしている。

2003年、小林は日本歯科心身医学会編「歯科心身症」の中で、顎関節症における心身医学的病因などを概説したうえで、心理社会的因子は、顎関節症の発症因子より身体因子にover layする因子であり、関節原性(関節痛)より筋原性(咀嚼筋痛・頸筋痛)に関与するとしている。そして、前項の宮岡・和気分類と対応法の内容を掲示している<sup>57)</sup>。なお、現在、本書は日本歯科心身医学会の認定医の治療指針となっている。

3. 歯科心身症・医療連携・保険診療の現在

心身症は、日本心身医学会(1991年)が「身体疾患の中で、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の認められる病態をい

	精神面・環境面	
身体面	A群: 明らかな精神面・環境面の問題なし	B群: 明らかな精神面・環境面の問題あり
I型: 咀嚼筋障害		
II型: 関節包・靭帯障害		
III型: 関節円板障害		Aさん
IV型: 変形性関節症		

図2 Two fronts diagnosis for TMD  
顎関節症の2面診断  
[和気裕之ほか、顎関節症診断・治療マニュアル、2004、34-37、より改変<sup>51)</sup>]

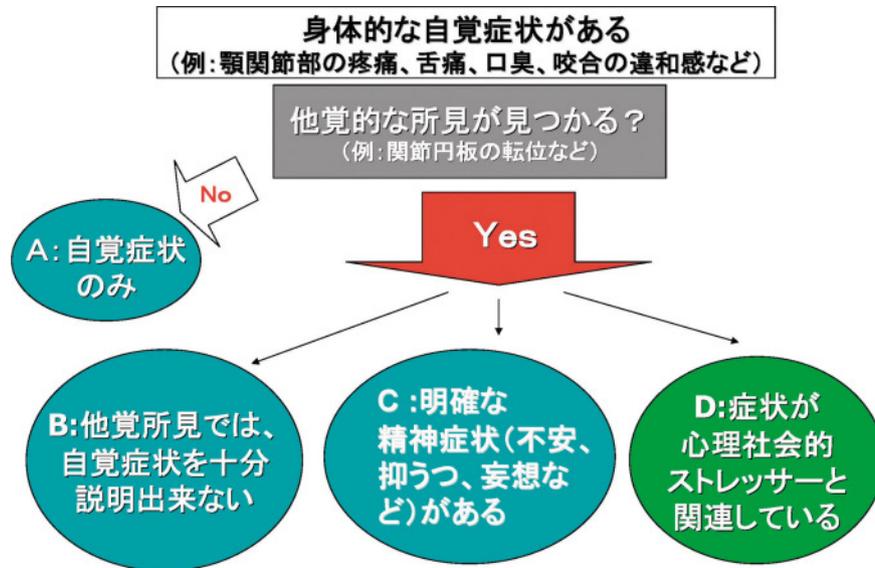


図3 Grouping of patients who required psychosomatic management (MW classification)  
心身医学・精神医学的な対応を要する患者の分類 (MW 分類)  
[和氣裕之, 心身医 2009; 49: 1093-1100, より引用<sup>60)</sup>]

う、ただし、神経症やうつ病などの他の精神障害に伴う身体症状は除外する」と規定している<sup>58)</sup>。しかし臨床では、狭義と広義の二つの概念で用いられており、狭義は前述の規定に該当する病態、広義は心身医学的な診断と治療を有する疾患に対して広く用いられ、器質的な原因の明らかでない身体愁訴(身体表現性障害など)を指すことが多い。一方、歯科心身症は明確な定義が存在しないが、歯科臨床では広義の概念で用いられている<sup>59, 60)</sup>。

ここで、代表的な歯科心身症<sup>59)</sup>とされている顎関節症に関しては、2008年、和氣は狭義の心身症として「I~IV型で発症や経過に心理社会的な因子が密接に関与する病態」が該当し、そのメカニズムは、素因として顎関節・咀嚼筋の脆弱性や、我慢して感情を出さないなどの病前性格やストレス耐性が低いなどが存在し、そこに職場や家庭の人間関係などやソーシャルサポートが少ないなどの心理社会環境因が関わり、さらに、咬合や姿勢の異常、不眠などの要因が加わることで、閉口筋の緊張が亢進して、顎関節・咀嚼筋が標的器官(target organ)となり、筋の虚血性障害、筋・筋膜痛、顎関節部の過重負荷、顎関節後部の結合組織炎、顎関節円板転位などが生じ、各人の閾値を越えると疼痛や開口障害などが出現する機序を推測している<sup>58)</sup>。そして、経過からはストレスによって症状が悪化し、軽減すると症状も緩和する傾向が見られる。なお、明確な不安や抑うつ症状

はなく、ほぼ社会適応も保たれおり、他の精神疾患には該当しない<sup>60, 61)</sup>。

他方、広義の心身症は、「明確な器質的・機能的な所見が見つからないか顎関節症様症状を訴えるもので慢性疼痛の状態や、身体各所の不定愁訴や咬合違和感などの病態」が該当し、身体表現性障害、気分障害、不安障害などに含まれる精神疾患と診断される場合が多い。

以上のように、この2つの心身症は病態が異なり、治療法も異なる。前者の治療は、まず病態説明と生活指導(心身の負担の軽減、十分な睡眠の確保など)を行い、対処行動(コーピング)の指導、ソーシャルサポートの強化、筋緊張の緩和(噛みしめの気づきと習慣の除去、リラクゼーション、マッサージ、自律訓練法など)、薬物療法(非ステロイド性抗炎症薬、抗不安薬、筋弛緩薬など)、スプリント療法、運動療法、物理療法などが適応となる。後者では、身体症状を呈することのある神経症圏・うつ病圏・統合失調症圏などに含まれる精神疾患に対する治療(主に抗不安薬、抗うつ薬、抗精神病薬などの薬物療法や認知行動療法などの精神療法など)に準ずることから、精神科などとの医療連携が重要であると述べている<sup>60, 61)</sup>。

ここで、前者は顎関節症の中核群、後者は周辺群と捉えることが可能であり、中核群は一般の歯科医師が対応し、周辺群は顎関節症専門医や歯科心身医療の専門家が担当することが好ましいとの意見もある<sup>62)</sup>。

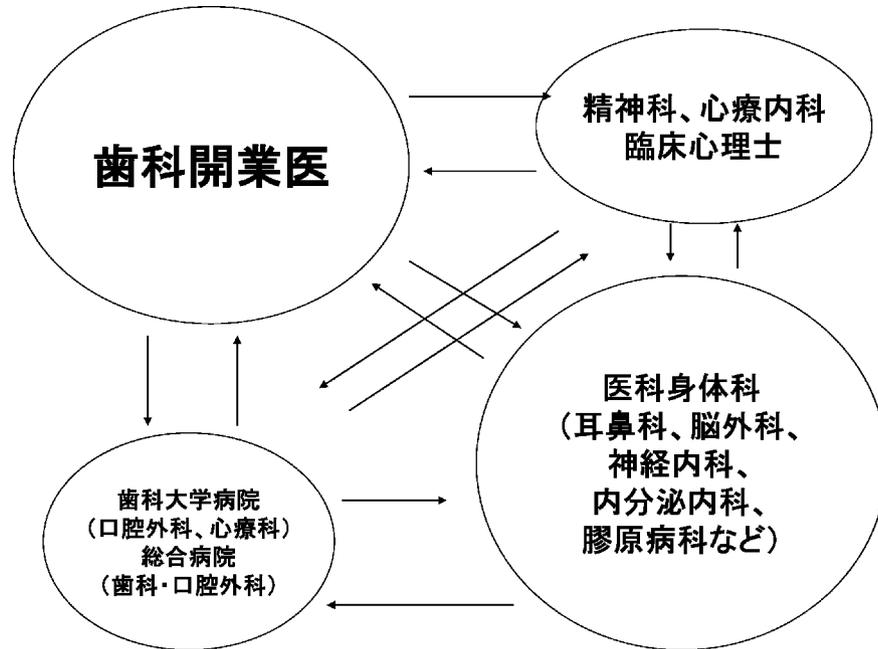


図4 Liaison of psychosomatic treatment in dental field  
 歯科心身医療における連携  
 [和気裕之, 心身医 2009; 49: 1093-1100, より引用<sup>60)</sup>]

現在, こうした歯科心身医療では, 歯科医師が心身医学を応用して当たる心療歯科と歯科外来にリエゾン精神医学を導入したリエゾン診療が両輪となっている。しかし, 全国的には歯科の心身医療科は少なくすべての患者が利用することはできない。さらに, 歯科保険診療では歯科医師が単独で「心身症」の診断をしても心身医学療法を算定できず, 向精神薬で顎関節症や心身症の適応のある薬剤が少ないなどから, リエゾン診療の果たす役割は大きいとされる<sup>60)</sup> (図4)。

## V. 結 語

今回, 顎関節症およびTMD患者の心身医学的治療の変遷をまとめた。臨床では, evidence-based medicine (EBM) と narrative-based medicine (NBM) の両方が実践されている。顎関節症の治療では特に病歴が重要視されるが, 病歴には「実際にあった事実と患者の物語」が含まれることを心に留めておく必要がある。そして, 聴取時に傾聴し, 共感的な対応を行えば, それは同時に精神療法(心身医学療法)が施されていると言える。

また, 顎関節症患者の痛みには急性疼痛と慢性疼痛の側面がある。急性疼痛は生体の防御機構でアラームとしての役割があり, 他方, 慢性疼痛は患者を苦しめるのみ

で何ら目的を持たないとされる。しかし, 「役割が存在するかもしれない」と疑念を持って患者に向かい合うことは意味があろう。さらに, 近年の脳研究による「知覚神経領域と感情を司る領域は頻りに情報交換が行われている。脳の神経マトリックスが疼痛の原因となる。そして, 脳は外部入力がなくても知覚経験を作り出す」などの知見や仮説からも, 顎関節症治療における心身医学の重要性が再確認できる。

今後は, 原因遺伝子やf-MRIなどの画像診断法, また, RCTやコホート研究などから, 特に難治性の顎関節症の新しい治療法が開発されて, 患者の健康向上に繋がることを期待される。

## 謝 辞

本論文の作成にあたって大変お世話になりました澁谷智明博士(日立横浜病院横浜診療所歯科口腔外科・主任医長)に深謝いたします。

## 文 献

- 1) 上野 正, 岡 達, 中村允也. 顎関節症に関する研究(第1報). 日口科誌 1956; 5: 284.
- 2) Forged J. Temporomandibular arthrosis. Lancet 1949; 254: 1209-1211.
- 3) 飯塚忠彦編, 顎関節症診療に関するガイドライン, 日本

- 顎関節学会；2001.
- 4) American Association for Dental Research (AADR). Policy Statements, TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS (TMD).  
<<http://www.iadr.com/i4a/pages/index.cfm?pageid=3465#TMD>> [accessed 1st/Apl/2012].
  - 5) 古谷野潔, 玉置勝司, 馬場一美, 矢谷博文, 和嶋浩一編, 別冊 the Quintessence TMD YEAR BOOK 2011 アゴの痛みに対処する. その原因, 検査・鑑別診断, 歴史と患者説明, 東京: クインテッセンス出版; 2011.
  - 6) Merskey H, Bogduk N. Classification of Chronic Pain, Second Edition, "Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage". IASP Task Force on Taxonomy, Seattle: IASP Press; 1994, 209-214.
  - 7) Schwartz L. Conclusions of the temporomandibular joint clinic at Columbia. J Periodontol 1958; 29: 210-212.
  - 8) Schwartz L. Disorders of the Temporomandibular Joint. Philadelphia: W.B. Saunders; 1959.
  - 9) Laskin DM. Etiology of the pain-dysfunction syndrome. J Am Dent Assoc 1969; 79:147-153.
  - 10) Rugh JD, Solberg WK. Psychological implications in temporomandibular pain and dysfunction. Oral Sci Rev 1976; 7: 3-30.
  - 11) Rugh JD. Psychological factor in the etiology of masticatory pain and dysfunction. In: Laskin DM, Greenfield W, Gale E. editors, The president's Conference on the Examination, Diagnosis, and Management of Temporomandibular Disorders, Chicago: Am Dent Assoc; 1983, 85-94.
  - 12) Greene CS, Olson RE, Laskin DM. Psychological factors in the etiology, progression, and treatment of MPD syndrome. J Am Dent Assoc 1982; 105: 443-448.
  - 13) Turk DC, Rudy TE. The robustness of an empirically derived taxonomy of chronic pain patients. Pain 1990; 42: 27-35.
  - 14) Rudy TE, Turk DC, Zaki HS, Curtin HD. An empirical taxometric alternative to traditional classification of temporomandibular disorders. Pain 1989; 36: 311-320.
  - 15) Turk DC, Zaki HS, Rudy TE. Effects of intraoral appliance and biofeedback/stress management alone and in combination in treating pain and depression in patients with temporomandibular disorders. J Prosthet Dent 1993; 70: 158-164.
  - 16) Dworkin SF, LeResche L. Research and diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examination and specifications, critique. J Craniomand Disord 1992; 6: 301-355.
  - 17) Rugh JD, Davis SE. Temporomandibular disorders: Psychological and Behavioral Aspects. In: Sarnat BG, Laskin DM, editors, The Temporomandibular Joint: A Biological Basis For Clinical Practice Forth Edition, Philadelphia: W.B. Saunders; pp. 329-345, 1992.
  - 18) 中村公雄, 惠阪 朗, 田丸秀夫, 広川秀道, 渡辺公人, 赤西正光ほか. 顎関節症患者の精神身体医学的側面. 補綴誌 1978; 22: 532-542.
  - 19) 鹿島光司, 迫田隅男, 芝 良祐. 顎関節症各症型における保存療法の効果と心身医学的および社会的因子の影響. 日顎誌 1994; 6: 384-395.
  - 20) 和気裕之, 木野孔司, 川瀬信行, 村上宜正, 天笠光雄, 宮岡 等. 顎関節症患者の心身医学的検討—第1報いわゆる関連症状と神経症との関連性について—. 日顎誌 1994; 6: 91-102.
  - 21) 荒尾宗孝, 伊藤幹子, 伊藤隆子, 岩田浩行, 深谷昌彦. JAS (Jenkins Activity Survey) の口腔心身症患者への応用(第2報). 顎関節症について. 日歯心身医学会誌 1995; 10: 113-117.
  - 22) 和気裕之. 顎関節症患者の不安と抑うつに関する心身医学的研究. 日口科誌 1999; 48: 377-390.
  - 23) 浅野明子, 黄川田康人, 藤澤政紀, 栗橋龍一, 塩山 司, 石橋寛二. 顎関節症患者における心理特性と治療効果の関連. 日歯心身医学会誌 2000; 15: 137-142.
  - 24) 藤澤政紀, 浅野明子, 照井淑之, 鈴木卓哉, 塩山 司, 石橋寛二. 顎関節症の発症と心理特性の関連性に関する前向き調査. 日歯心身医学会誌 2001; 16: 25-30.
  - 25) 森岡範之, 田邊憲昌, 藤澤政紀. 心理テストを用いた顎関節症発症に関する5年間の前向きコホート研究. 日歯心身医学会誌 2007; 22: 3-9.
  - 26) 和嶋浩一, 井川雅子, 矢崎 篤, 三田雅彦, 住井 裕, 木津真庭ほか. 顎関節症に対するエチゾラム(デパス®)の臨床使用成績. 日口外誌 1988; 37: 764-772.
  - 27) 三好憲裕, 西島 寛, 小林弘治, 西嶋克巳. 顎関節症に対する紫朴湯および Ethyl loflazepate (メイラックス®) の使用経験. 日歯心身医学会誌 1989; 4: 24-27.
  - 28) 川口辰彦, 岩田浩志. 顎関節症に対する Amfenac sodium (Fenazox®) と Ethyl loflazepate (Meilax®) の併用効果について. 診療と新薬 1990; 27: 864-870.
  - 29) 坂本一郎, 依田哲也, 塚原宏泰, 森田 伸, 小幡宏一, 榎本昭二. 顎関節症症型別 Amfenac Sodium (Fenazox®) と Ethyl loflazepate (Meilax®) の併用効果について. 日口外誌 1995; 41: 224-232.
  - 30) 満木志おり, 前川賢治, 水口 一, 窪木拓男, 松香芳三, 山下 敦. 口腔顔面慢性疼痛に対する塩酸アミトリプチリンの鎮痛効果ならびに副作用. 補綴誌 1999; 43: 451-456.
  - 31) 豊福 明, 都 温彦. 線維筋痛症を伴った咬合の違和感(顎関節症)の1治療例. 日歯心身医学会誌 2003; 18: 99-101.
  - 32) 前川賢治. 補綴治療と平行して三環系抗うつ剤の処方を試みた頭頸背部慢性筋痛の一症例. 補綴誌 2003; 47: 155-156.

- 33) 木野孔司, 杉崎正志, 羽田匡, 渋谷寿久, 佐藤文明, 雨森陽子ほか. 顎関節症患者の疼痛が引き起こす不安に対する選択的セロトニン作動性抗不安薬 (クエン酸タンブスピロン) の効果. 歯薬物療 2005; 24: 75-80.
- 34) 和気裕之, 宮岡 等編. 歯科医のための心身医学・精神医学, 日本歯科評論社: 東京; 1998, 108-113.
- 35) 和気裕之. サイコ・デンティストリー歯科医のための心身医学・精神医学. 砂書房: 東京; 2009, 5-15.
- 36) 玉置勝司, 和気裕之ほか. 心身医学・精神医学を導入した包括的歯科診療システム. 神奈川歯学 2005; 40: 24-29.
- 37) 久村正樹, 川田賢介, 岡本喜之, 櫻井泰郎, 小泉 文, 石川好美ほか. 顎関節症治療に精神科医が関わったら治療効果は改善するか. 日歯心身医会誌 2005; 20: 1-5.
- 38) 伊藤幹子, 近藤三男, 木村宏之, 伊藤隆子, 荒尾宗孝, 栗田賢一. 疼痛を主要徴候とする顎関節症に対する動作療法の試み. 心療内科 2005; 9: 75-81.
- 39) 三好憲裕, 後藤英雄, 佐藤和良, 小林弘治, 高木 慎, 西嶋克巳. 顎関節症の治療方針の検討および顎関節症 V 型 3 例について. 日歯心身医会誌 1988; 3: 37-40.
- 40) 野村 務, 高田佳之, 新垣 晋, 齊藤 力. 心身医学的要因が疑われた顎関節症の 5 例. 新潟歯学会誌 2004; 34: 17-21.
- 41) 石田 恵, 木村浩子. 頭頸部心療科の神経症, 心身症への外来森田療法の適応. 日歯心身医会誌 2006; 21: 81-85.
- 42) 海野 智. 顎関節症への心身医学的アプローチ 森田療法的介入の有用性の検討. 日森田療会誌 2008; 19: 149-156.
- 43) 谷田部優, 藍 稔. 心身医学的対応を要した顎機能異常者の臨床所見に関する検討—第 1 報 痛みの部位と咬合状態—. 日歯心身医会誌 1989; 4: 17-23.
- 44) Miyaoka M, Wake H, Miyaoka Y, Kino K, Amagasa T, Kamijima K. Mental disorders in temporomandibular disorder patients requiring psychiatric consultation. Jpn J Gen Hosp Psychiatry 1997; 9: 49-53.
- 45) 古賀千尋, 高向和宜, 豊福司生, 境野秀宣, 福田健司, 中村芳明ほか. いわゆる口腔心身症患者の精神科診断に関する検討. 日口科誌 1999; 48: 171-174.
- 46) 鈴木政弘, 河野正司. 当科における顎関節症治療の臨床的検討. 新潟歯学会誌 2000; 30: 191-196.
- 47) 杉崎正志, 木野孔司, 来間恵里, 吉田奈穂子, 玉井和樹, 羽田田匡ほか. 日本人顎関節症患者における Grading of Severity of Chronic Pain の妥当性. 日顎誌 2006; 18: 187-193.
- 48) Ojima K, Watanabe N, Narita N, Narita M. Temporomandibular disorder is associated with a serotonin transporter gene polymorphism in the Japanese population. Biopsychosoc Med 2007; 1: 1-4.
- 49) 日本顎関節学会編. 顎関節疾患および顎関節症の分類. 日顎誌 1996; 8: 113-125.
- 50) 宮岡 等, 和気裕之. 顎関節症の心身医学. 日本顎関節学会編. 顎関節症, 東京: 永末書店; 2003, 297-304.
- 51) 和気裕之, 宮岡 等. 顎関節症 V 型の診断. 大西正俊, 井上 宏, 覚道健治ほか編. 顎関節症診断・治療マニュアル, 東京: 永末書店; 2004, 34-37.
- 52) 和気裕之. 顎関節症患者に対する心身医学的なアプローチ. 顎頭蓋誌 2001; 14: 1-13.
- 53) 和気裕之. 口腔と心身問題. 高戸 毅, 天笠光雄ほか編. 口と歯の事典, 東京: 朝倉書店; 2008, 249-251.
- 54) 内田安信. 歯科心身症の診断と治療. 東京: 医歯薬出版; 1986, 84.
- 55) 内田安信. 顎関節の生涯機能に影響を与える心理的背景. 上村修三郎, 杉崎正志, 柴田孝典編. 日本歯科評論別冊顎関節小事典, 東京: 日本歯科評論社; 1990, 184-185.
- 56) 都 温彦. 歯科臨床のための心身医学. 東京: 金原出版株式会社; 1986, 58-62.
- 57) 小林義典. 顎関節症. 日本歯科医学会編. 歯科心身症, 東京: 医歯薬出版; 2003, 273-283.
- 58) 日本心身医学会用語委員会編. 心身医学用語事典, 東京: 三輪書店; 2009, 133.
- 59) 日本歯科医学会編. 歯科心身症, 東京: 医歯薬出版; 2003.
- 60) 和気裕之. 歯科心身医学の現状および「歯科心身症」に対する適切な医療と連携. 心身医 2009; 49: 1093-1100.
- 61) 和気裕之. 顎関節症患者を取り巻く諸問題への心身医学的な対応. 日口腔顔面痛会誌 2008; 1: 27-33.
- 62) 和気裕之. 顎関節症患者の初診時における対応, 具体的な説明の仕方. 日顎誌 2001; 3: 23.

---

著者連絡先: 和気 裕之

〒227-0061 神奈川県横浜市青葉区桜台 2-2

みどり小児歯科

Tel: 045-982-7977

Fax: 045-985-1234

E-mail: wake798@aol.com

## Historical Changes of Psychosomatic Therapy for Patients with Temporomandibular Disorders

Hiroyuki Wake, PhD, DDS<sup>a</sup>, and Osamu Komiyama, PhD, DDS<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Midori Pediatric Dental Clinic

<sup>b</sup> Department of Oral Function and Rehabilitation, Nihon University School of Dentistry at Matsudo

Ann Jpn Prosthodont Soc 4 : 256-266, 2012

### ABSTRACT

The management of temporomandibular disorders (TMD) is developing following the new findings of pathogenic, etiologic, and clinical research, but many questions remain. The purpose of this study was to clarify the historical change regarding psychosomatic management of TMD patients and to contribute to future direction. The scientific TMD documents for psychosomatic research and management were picked up using various search engines such as PubMed, research magazines, and books. As a result, the research papers of psychosomatic factors in the etiology of TMD and studies on the response of psychosomatic medicines are limited, and almost no high-quality research or evidence such as randomized controlled trials is available. However, many papers and books have suggested the importance of the relation between the psychosomatic factor and TMD, and further basic and clinical research is required for the psychosomatic management of TMD.

### Key words

temporomandibular arthrosis, temporomandibular disorders, psychosomatic medicine, pharmacotherapy, psychosomatic treatment