



ارتباط بین سندرم سوزش دهان و علایم روانی در مراجعین به دانشکده دندانپزشکی زاهدان

لیلا فرهاد ملاشاهی^۱، نورمحمد بخشانی^۲، ماریه هنرمند^{۳*}، فریبا شهری^۴، سمیه تیموری^۵

۱-۳- استادیار گروه بیماری‌های دهان، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

۲- دانشیار گروه روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

۴- استادیار گروه ارتودنسی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

۵- دندان‌پزشک

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۱۱/۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۴/۲۱

چکیده

مقدمه: سندرم سوزش دهان، درد سوزشی دهان در غیاب یافته‌های کلینیکی و پاراکلینیکی است. این سندرم ۱ تا ۵٪ جمعیت بالغ را درگیر نموده و اغلب در زنان میانسال دیده می‌شود. اتیولوژی این بیماری هنوز کاملاً مشخص نشده است و نقش فاکتورهای روانشناسی در ایجاد آن مورد مجادله است. هدف از این مطالعه تعیین فراوانی علایم روانی در این بیماران به منظور یافتن ارتباط فاکتورهای روانی با گزارشات درد و سوزش دهان بیماران است.

روش بررسی: تعداد ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به BMS پس از کسب شرایط ورود به مطالعه از نظر سن، جنس و حتی الامکان از لحاظ تحصیلات با گروه کنترل هماهنگ شدند و پرسشنامه SCL-90 را به منظور بررسی علایم اضطراب، افسردگی، علایم سوماتیک و سایکوتیک تکمیل نمودند. سپس اطلاعات توسط آزمون t مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: میانگین نمره افسردگی (گروه بیمار: ۲۶/۵۳، گروه سالم: ۱۳/۴۰)، اضطراب (گروه بیمار: ۲۰/۸۳، گروه سالم: ۹/۵۳)، علایم سوماتیک (گروه بیمار: ۲۳/۷، گروه سالم: ۱۵/۲۶) و علایم سایکوتیک (گروه بیمار: ۱۹/۶۰، گروه سالم: ۸/۱۰) در گروه مبتلا به BMS نسبت به گروه کنترل بالاتر بود. براساس آزمون آماری t تفاوت آماری معنی داری از نظر بروز علایم روانی بین گروه مبتلا به BMS و گروه کنترل وجود داشت ($p < 0.001$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌ها، بیماری‌های روانی ممکن است مستعد کننده ایجاد BMS باشند.

واژه‌های کلیدی: سندرم سوزش دهان، اضطراب، افسردگی، فاکتورهای روانی، ScI۹۰

مقدمه

سندرم سوزش دهان (BMS)، درد سوزشی دهان در غیاب یافته‌های کلینیکی و پاراکلینیکی است (۱-۳). این سندرم ۱ تا ۵٪ جمعیت بالغ را درگیر نموده و اغلب در زنان میانسال با میانگین دوره ابتلای ۲ تا ۳ سال دیده می‌شود (۴،۵). حس سوزش اغلب در بیشتر از یک محل اتفاق می‌افتد. ۲/۳ قدامی زبان، قدام کام سخت و مخاط لب پایین بیشتر درگیر می‌شود (۱،۵،۶). معمولاً پوست صورت تحت تاثیر قرار نمی‌گیرد و هیچ ارتباطی بین محل درگیری دهان و طول دوره بیماری و پاسخ به درمان وجود ندارد (۱). شدت درد بیمار در طول روز افزایش یافته و در بعد از ظهر به حداکثر شدت خود می‌رسد، ولی اکثر بیماران در شب مشکلی ندارند، میزان درد از متوسط تا شدید مشابه درد دندان گزارش گردیده است (۱،۵). اتیولوژی آن هنوز شناخته نشده است (۲،۶،۷) و در حال حاضر بیشتر اتیولوژی چند عاملی برای آن در نظر گرفته می‌شود. تغییرات دژنراتیو آکسون‌های فیبرهای عصبی انتهایی زبان، تغییرات حسی مخصوصاً در رابطه با حس گرما، سرما، مزه و محرک‌های دردناک، اختلال در فیبرهای حسی آوران و تغییرات سیستم عصبی مرکزی در این بیماران دیده شده است (۷،۸). علاوه بر این به دلیل عدم وجود علل ارگانیک نقش عوامل روانی نیز در این مورد مد نظر قرار می‌گیرد (۹،۱۰) اگرچه ارتباط بین این دو هنوز مشخص نشده است (۱۱).

براساس نتایج حاصل از برخی از مطالعات ۴۴٪ تا ۹۲٪ بیماران مبتلا به BMS اختلال روانی دارند و اضطراب و افسردگی شایع‌ترین اختلالات گزارش شده هستند (۶،۱۲،۱۳). برعکس در مطالعات دیگر سطح بالای اضطراب و افسردگی در این بیماران تنها به عنوان پیامد درد مزمن بیان گردیده است (۲،۱۰،۱۴). Trombeli و همکاران در سال ۱۹۹۴ مطالعاتی را به منظور تعیین وضعیت روانی ۳۳ بیمار مبتلا به BMS انجام دادند، براساس این تحقیق در بیش از ۲/۳ بیماران حضور فاکتورهای روانی تایید گردید بطوریکه درمان وضعیت روانی منجر به کاهش علایم سوزش در ۲۴٪ موارد شد (۱۵). Pokupec Gruden و همکاران در سال ۲۰۰۰ با استفاده از

psychological rating scale حضور اختلالات روانی مانند افسردگی و اضطراب را در درصد بالایی از افراد مبتلا نشان دادند و به نقش این اختلالات در پیشرفت این بیماری تاکید کردند (۱۶).

در تحقیق Sardella و همکاران در سال ۲۰۰۶ به اضطراب و افسردگی به عنوان تنها عواملی که نقش احتمالی در اتیولوژی BMS دارند اشاره گردید (۱۷). با اینکه اکثر تحقیقات نقشی را برای عوامل روانی در ایجاد BMS قائل هستند (۱۷-۱۹، ۱۰، ۹، ۶) اما نتایج حاصل از بعضی مطالعات از این مسئله حمایت نمی‌کند (۴، ۶) در مطالعه‌ای که توسط merigo و همکاران در سال ۲۰۰۷ بر روی ۲۸ بیمار مبتلا به BMS به منظور ارزیابی نقش احتمالی عوامل روانی در اتیولوژی این بیماری انجام گرفت. خصوصیات شخصیتی بیماران و گروه کنترل توسط پرسشنامه Minnesota multiphasic (MMPI) personality inventory ارزیابی گردید که نتایج تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه نشان نداد (۶).

نتایج مطالعه Carlson و همکاران در سال ۲۰۰۰ براساس پرسشنامه MMPI, Mc Gill pain questionnaire و revised symptom check list (SCL-90) تفاوتی را از نظر افسردگی، اضطراب و اختلال جسمانی شدن بین گروه مبتلا به BMS و افراد سالم نشان نداد (۴).

این مطالعه به منظور یافتن ارتباط علایم روانی با گزارشات درد و سوزش دهان مبتلایان به BMS صورت گرفته است.

روش بررسی

این مطالعه مورد، شاهدی بر روی ۳۰ بیمار مبتلا به BMS و ۳۰ نفر از همراهان سالم به صورت نمونه‌گیری غیر احتمالی در سال ۱۳۸۸ در دانشکده دندانپزشکی زاهدان انجام گرفت. حجم نمونه با توجه به بالاترین واریانس‌های افسردگی و اضطراب در افراد بیمار و غیر بیمار ایرانی (۱۸) و در نظر گرفتن توان ۰/۷ و خطای ۰/۰۵ محاسبه شد.

معیارهای ورود بیماران به مطالعه براساس ۵ معیار اصلی بیان شده در مطالعه Scala (۱۰) صورت گرفت:

سوزش منتشر و معمولاً دوطرفه مخاط دهان
سوزش مداوم و معمولاً دو طرفه که در طول روز بدتر
می‌شود.
سابقه حس سوزش مخاط دهان به مدت حداقل ۴ تا ۶ ماه
سوزشی که با خواب بیمار تداخل نکند.
سوزشی که با خوردن و آشامیدن بدتر نمی‌شود و ممکن
است بهبود یابد.
معیارهای خروج از مطالعه شامل موارد زیر بود:
عدم تمایل به شرکت در مطالعه
وجود ضایعه مشخص دهانی
وجود بیماری‌هایی مانند دیابت، آنمی، آلرژی، نقایص
تغذیه‌ای، سندرم شوگر
استفاده از داروهایی که باعث خشکی دهان می‌شوند یا
داروهایی که دهان را جهت رشد کاندیدا مستعد می‌سازد مانند
کورتیکواستروئید، آنتی‌بیوتیک‌ها، آنتی‌دیورتیک‌ها،
آنتی‌هیستامین‌ها
با توجه به معیارهای ورود و خروج از مطالعه، گروه مورد از
نظر سن، جنس و حتی الامکان تحصیلات با گروه کنترل
همانگ شدند. پس از ثبت مشخصات دموگرافیک افراد مورد
مطالعه پرسش‌نامه روانشناسی Sc190 در اختیار آنان قرار
گرفت. این پرسش‌نامه ابزاری برای سنجش وضعیت روحی
روانی افراد است که فرم اولیه آن توسط دراگوتیس لیپمن و

کوی (۱۹۷۳) و فرم تجدید نظر شده آن توسط دراگوتیس و
ریکلزوراک (۱۹۷۶) تهیه شده است. فرم فارسی این آزمون از
چاپ آخر آن که توسط دراگوتیس و لئونارد در آمریکا تهیه
شده، اقتباس گردیده است. شامل ۹۰ سوال می‌باشد، در هر
سوال از فرد پرسیده می‌شود که یک مجموعه رویدادهای خاص
را تا چه حد در طی یک هفته قبل تجربه و احساس کرده است.
هر سوال دارای ۴ پاسخ (هیچ، کمی، زیاد، به شدت) می‌باشد
که پاسخ دهنده فقط یک گزینه را علامت می‌زند. معمولاً
۱۵-۱۰ دقیقه زمان برای کامل کردن تست کافی می‌باشد.
سوالات به نحوی تنظیم شده است که محدود به گروه، ملیت
و نژاد خاصی نیست و هر فرد با حداقل تحصیلات ابتدایی
قادر به پاسخگویی می‌باشد. براساس این تست علائم
سوماتیک، علائم سایکوتیک، افسردگی و اضطراب ارزیابی
می‌گردد.
پس از بررسی پرسشنامه‌ها، تجزیه تحلیل داده‌ها با استفاده
از نرم افزار SPSS 18 و شاخص‌های توصیفی و آزمون t انجام
شد.

نتایج

در مطالعه حاضر ۱۹ زن و ۱۱ مرد در گروه بیمار و ۱۷ زن و
۱۳ مرد در گروه کنترل مورد بررسی قرار گرفتند ($p=0/287$).
متوسط سنی برای گروه بیمار ۵۷/۰۷ و گروه کنترل ۵۸/۲۷
بود.

جدول ۱: مقایسه میانگین و انحراف استاندارد علائم روانی در گروه مورد و گروه کنترل

علائم روانی	گروه مورد		گروه کنترل		T	درجه آزادی	سطح معنادار
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد			
علائم سوماتیک (Somatic complains)	۲۳/۷	۵/۰۶	۱۵/۲۶	۴/۳۴	۶/۹	۵۸	$p < 0/0001$
افسردگی (Depression scale)	۲۶/۵۳	۵/۶۰	۱۳/۴۰	۳/۹۸	۱۰/۴	۵۸	$p < 0/0001$
اضطراب (Anxiety scale)	۲۰/۸۳	۴/۶۸	۹/۵۳	۴/۲۸	۹/۷	۵۸	$p < 0/0001$
علائم سایکوتیک (Psychosis scale)	۱۹/۶۰	۴/۸۶	۸/۱۰	۴/۰۲	۹/۹	۵۸	$p < 0/0001$

نمودند (۱۶).

در مطالعه Bogetto و همکاران که به منظور ارزیابی شیوع و نوع بیماری‌های روانی همراه با BMS انجام شد، افسردگی و اضطراب شایعترین بیماری‌های همراه گزارش گردید (۲۰).

بیماری‌های روانی مانند افسردگی و اضطراب نقش مهمی در تنظیم حس درد ایفا می‌کنند و قادرند با افزایش یا کاهش انتقال عصبی از گیرنده‌های درد محیطی و تغییر احساس درد و کاهش آستانه درد شخص باعث شوند که محرک‌های معمولی به صورت محرک دردناک دریافت گردند. همه این بیماری‌ها با احساس ناخوشایند، درد مزمن و عدم حضور مشکل جسمانی واضح توجیه کننده علایم بیمار مشخص می‌گردند (۲۱، ۲۰). تئوری‌های اخیر تغییر سطح استروئیدهای غدد فوق کلیه و جنسی را در ایجاد BMS دخیل می‌دانند. اضطراب مزمن یا استرس منجر به اختلال تنظیم ترشح استروئیدهای غدد فوق کلیه و تغییر تولید استروئیدهای فعال کننده عصب در پوست، مخاط و سیستم عصبی می‌شود (۲۲). این مورد منجر به تغییرات دژنراتیو فیبرهای عصبی کوچک نواحی مختلف مغز و ایجاد احساسات سوماتیک می‌گردد (۲۵-۲۲). همراهی اضطراب و افسردگی با BMS و بهبود این بیماری در اثر درمان‌های رفتاری شناختی و داروهای ضد اضطراب نشان دهنده این مطلب است که بیماری‌های روانی ممکن است مستعد کننده ایجاد BMS باشند (۱۰، ۲۰).

برعکس بعضی نویسندگان سطح بالاتر اضطراب و افسردگی را در این بیماران تنها به عنوان پیامد درد مزمن بیان می‌نمایند. (۱۴، ۱۰، ۲۰)

در تعدادی از مطالعات ارتباط اختلالات سایکولوژیک و BMS به اثبات نرسیده است (۶، ۴).

در تحقیق Merigo و همکاران تفاوت آماری معنی‌داری بین خصوصیات شخصیتی بیماران مبتلا به سندرم سوزش دهان و گروه کنترل وجود نداشت (۶). در مطالعه Carlson و همکاران نیز افراد مبتلا به BMS اختلالات سایکولوژیک معنی‌داری را گزارش نکردند (۴).

با توجه به نتایج مطالعه حاضر بنظر می‌رسد که بیماری‌های

میانگین نمره علایم سوماتیک در گروه بیمار (BMS) ۲۳/۷ و در گروه کنترل ۱۵/۲۶ بود. براساس آزمون آماری t تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه مورد مطالعه از نظر علایم سوماتیک وجود داشت ($P < 0.0001$).

میانگین نمره علایم سایکوتیک در گروه بیمار ۱۹/۶۰ و در گروه کنترل ۸/۱۰ بود. براساس آزمون آماری t تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه مورد مطالعه از نظر علایم سایکوتیک وجود داشت ($P < 0.0001$).

میانگین نمره افسردگی در گروه بیمار ۲۶/۵۳ و در گروه کنترل ۱۳/۴۰ و میانگین نمره اضطراب در گروه بیمار ۸۳/۲۰ و در گروه کنترل ۹/۵۳ بود. براساس آزمون آماری t تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه مورد مطالعه از نظر علایم افسردگی و اضطراب وجود داشت ($P < 0.0001$).

بحث

براساس نتایج حاصل از این مطالعه تفاوت آماری معنی‌داری از نظر حضور علایم روانی در این بیماران نسبت به گروه کنترل وجود داشت. اگرچه محققین در مطالعات مختلف از تست‌های سایکومتریک متفاوتی مانند MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), HAD (Hospital Anxiety and Depression), SCL-90 برای ارزیابی روانشناختی بیماران مبتلا به BMS استفاده کرده‌اند، ولی نتایج مطالعه حاضر در بسیاری از مطالعات تایید شده است.

بعضی مطالعات گزارش نموده‌اند که بین ۴۴ تا ۹۲٪ بیماران مبتلا به BMS اختلال روانپزشکی دارند که اضطراب و افسردگی شایع‌ترین آنها هستند (۱۳، ۱۲، ۶).

Soto - Araya و همکاران ارتباط مثبت بین مشکلات سایکولوژیکال (سطح بالای اضطراب و افسردگی) و BMS را گزارش نمودند (۱۹).

Grushka و همکاران به ارتباط اضطراب مزمن و افسردگی با BMS تاکید نمودند (۱). Pokupec- Gruden و همکاران با استفاده از تست‌های سایکومتریک حضور تغییرات سایکولوژیک را در درصد بالایی از بیماران BMS نشان دادند و به نقش اضطراب، افسردگی و نا پایداری هیجانی در ایجاد BMS تاکید

پیشنهادهات

پیشنهاد می‌گردد مطالعه‌ای با حجم نمونه بیشتر انجام گردد و افرادی که براساس اطلاعات حاصل از پرسشنامه‌ها دارای علائم روانی می‌باشند جهت تایید اختلال سایکولوژیک توسط روانپزشک نیز معاینه گردند، که این امر مستلزم تشکیل تیمی حداقل شامل متخصص بیماری‌های دهان، روانپزشک می‌باشد تا در یک مکان مستقر گردیده و به ارزیابی بیماران بپردازند. در غیر این صورت با توجه به عدم پذیرش اکثر بیماران جهت مراجعه به روانپزشک تعداد زیادی از بیماران مبتلا از مطالعه حذف خواهند گردید.

روانی ممکن است مستعد کننده ایجاد BMS باشد اگر چه تاثیر آن در اتیولوژی BMS همچنان ناشناخته است. اما با توجه به نتایج تعدادی از مقالات بررسی شده و این نکته که هنوز درمان قطعی برای این بیماری شناخته نشده است، انجام مطالعات گسترده تر با تکیه بر اتیولوژی نورولوژیک این بیماری باید مد نظر قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج حاصل از مطالعه حاضر تفاوت آماری معنی‌داری بین دوگروه مورد مطالعه از نظر وجود علائم روانی (اضطراب، افسردگی، علائم سوماتیک و سایکوتیک) مشاهده گردید.

References:

- 1- Grushka M, Epstein JB, Gorsky M. *Burning mouth syndrome*. Am Fam Physician 2002; 65 (4): 615-20.
- 2- Minguez- Sanz MP, Salort-Illorca C, Silvestre-donat FJ. *Etiology of burning mouth syndrome: a review and update Med oral patol oral cir bucal*. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2011; 16(2): 144-8.
- 3- Lopez-Jornet P, Camacho-Alonso F, Andujar-Mateos P, Sanchez-Siles M, Gomez-Garcia F. *Burning mouth syndrome: update*. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2010; 15(4): 562-5.
- 4- Carlson CR, Miller CS, Reid KI. *Psychosocial profiles of patients with burning mouth syndrome*. J Orofac Pain 2000; 14(1): 59-64.
- 5- Drage LA, Rogers RS. *Clinical assessment and outcome in 70 patients with complaints of burning or sore mouth symptoms*. Mayo Clin Proc 1999; 74(3): 223-8.
- 6- Merigo E, Manfredi M, Zanetti MA, Miazza D, Pedrazzi G, Vescovi P. *Burning mouth syndrome and personality profile*. Minerva Stomatol 2007; 56(4): 159-67.
- 7- Mock D, Chugh D. *Burning mouth syndrome*. Int J Oral Sci 2010; 2(1): 1-4.
- 8- Yilmaz Z, Renton T, Yiangou Y, Zakrzewska J, Chessell IP, Bountra C, et al. *Burning mouth syndrome as a trigeminal small fiber neuropathy: increased heat and capsaicin receptor TRPV in nerve fibers correlates with pain score*. J Clin Neurosci 2007; 14(9): 864-71.
- 9- Alquran FA. *Psychological profile in burning mouth syndrome*. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2004; 97(3): 339-44.
- 10- Scala A, Checchi L, Montevecchi M, Marini I, Giamberardino MA. *Update on burning mouth syndrome: overview and patient management*. Crit Rev Oral Biol Med 2003; 14(4): 275-91.

- 11- Takenoshita M, Sato T, Kato Y, Katagiri A, Yoshikawa T, Sato Y, et al. *Psychiatric diagnoses in patients with burning mouth syndrome and atypical Odontalgia referred from psychiatric to dental facilities.* Neuropsychiatric Dis Treat 2010; 6(4): 699-705.
- 12- Browning S, Hislop S, Scully C, Shirlaw P. *The association between burning mouth syndrome and psychosocial disorders.* Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1987; 64(2): 171-4.
- 13- Hampf G, Vikkula J, Ylipaavalniemi P, Aalberg V. *Psychiatric disorders in orofacial dysaesthesia.* Int J Oral Maxillofac Surg 1987; 16(4): 402-7.
- 14- Zangari F, Trombelli L, Calura G. *The burning mouth syndrome. a clinical study.* Minerva Stomatol 1994; 43(1-2): 49-55.
- 15- Trombelli L, Zangari F, Calura G. *The psychological aspects of patients with the burning mouth syndrome.* Minerva Stomatol 1994; 43(5): 215-21.
- 16- Pokupec- Gruden JS, Cekic- Arambasin A, Geuden V. *Psychogenic factors in the etiology of stomatopyrosis.* COLL Antropol 2000; 1: 119-26.
- 17- Sardella A, Lodi G, Demarosi F, Uglietti D, Carassi A. *Causative or precipitating aspects of burning mouth syndrome: a case control study.* J Oral Pathol Med 2006; 35(8): 466-71.
- 18- Bakhshani N, Birshak B. *Introduced and validated PSI in Iranian population.* The first national congress of psychology. Tehran, Iran: 2001. [Persian]
- 19- Soto Araya M, Rojas Alcayaga G, Esguep A. *Association between psychological disorders and the presence of oral lichen planus, burning mouth syndrome and recurrent aphthous stomatitis.* Med Oral 2004; 9(1): 1-7.
- 20- Bogetto F, Maina G, Ferro G, Carbone M, Gandolfo S. *Psychiatric comorbidity in patients with burning mouth syndrome.* Psychosom Med 1998; 60(3):378-85.
- 21- Low PA, Dotson RM. *Symptomatic treatment of painful neuropathy.* JAMA 1998; 280(21): 1863-4.
- 22- Woda A, Dao T, Gremeau-Richard C. *Steroid dysregulation and stomatodynia(burning mouth syndrome).* J Orofacial Pain 2009; 23(3): 202-10.
- 23- Zakrzewska JM. *Critical commentary 1: steroid dysregulation and stomatodynia(burning mouth syndrome).* J Orofacial Pain 2009; 23(3): 211-13.
- 24- Eliav E, Nasri-Heir C. *Critical commentary 2: steroid dysregulation and stomatodynia(burning mouth syndrome).* J Orofacial Pain 2009; 23(3): 214-15.
- 25- El-Etr M. *Critical commentary 3: steroid dysregulation and stomatodynia (burning mouth syndrome).* J Orofacial Pain 2009; 23(3): 216-18.

Correlation between Burning Mouth Syndrome and Psychological Symptoms in Patients Attending to Zahedan Dental School

Farhad Molashahi L(DDS,Ms)¹, Bakhshani NM(PhD)², Honarmand M(DDS,Ms)^{*3}, Shahri F(PhD)⁴,
Teimuri S(DDS, Ms)⁵

^{1,3}Department of Oral Disease, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

²Department of Psychiatry and Psychology, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

⁴Department of Orthodontics, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

⁵Dentist

Received: 12 Jul 2011

Accepted: 26 Jan 2012

Abstract

Introduction: Burning mouth syndrome is characterized by an oral burning sensation, usually in the absence of clinical and laboratory findings. BMS is estimated to involve 1 to 5% of the adult population and is mostly reported within middle-aged women. The etiology of this disease is not thoroughly identified yet and there is a debate over the significance of Psychological factors in creating BMS. This study intended to examine the relationship between psychological factors with pain reports and psychosocial profiles of BMS patients to determine whether psychological factors are related to pain reports and burning mouth of patients. Therefore frequencies of psychological factors were analyzed.

Methods: 30 patients with BMS participated in this study. They were homogenous regarding age, sex with the control group. In addition, education was possibly homogenized. The participants completed SCL-90 questionnaire for their anxiety, depression, somatic and psychotic symptoms to be scrutinized. Then, t-test was applied to analyze the research data.

Results: Mean of anxiety(case 20/8, control 9/53), depression(case 26/53, control 13/40), somatic(case 23/7, control 15/26) and psychotic(case 19/60, control 8/10) symptoms were higher in BMS group rather than in control groups. T-test results indicated there was no statically significant difference between BMS and control group in regard to psychological symptoms($p < 0.0001$).

Conclusion: The study findings indicate that psychological disorders may predispose the patients to the development of BMS.

Keywords: Burning Mouth Syndrome; Anxiety; Depression; Psychology

This paper should be cited as:

Farhad Molashahi L, Bakhshani NM, Honarmand M, Shahri F, Teimuri S. *Correlation between burning mouth syndrome and psychological symptoms in patients attending to Zahedan dental school*. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2012; 20(2): 187-93.

***Corresponding author: Tel: +98 9151423019, Email: honarmand56@yahoo.com**