

## 〔症例報告〕

## 舌痛症患者に対して、若手歯科医医師が臨床心理士にスーパーバイズを受けながら認知行動療法を行い症状が軽快した1例

佐藤 英樹<sup>1)2)</sup>, 松岡 紘史<sup>3)4)</sup>, 吉田 光希<sup>1)2)</sup>, 森谷 満<sup>5)</sup>, 宇津宮雅史<sup>2)</sup>,  
永易 裕樹<sup>6)</sup>, 川上 智史<sup>7)</sup>, 坂野 雄二<sup>8)</sup>, 千葉 逸朗<sup>3)</sup>, 安彦 善裕<sup>1)2)</sup>

- 1) 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
- 2) 北海道医療大学病院「口腔内科相談外来」
- 3) 北海道医療大学歯学部口腔構造・機能発育学系保健衛生学分野
- 4) 北海道医療大学病院医療心理室
- 5) 北海道医療大学個性差医療科学センター
- 6) 北海道医療大学歯学部生体機能・病態学系顎顔面口腔外科学分野
- 7) 北海道医療大学歯学部口腔機能修復・再建学系高度先進保存学分野
- 8) 北海道医療大学心理科学部

Cognitive behavioral therapy for glossodynia conducted by dentist :  
a case report

Hideki SATOH<sup>1)2)</sup>, Hirofumi MATSUOKA<sup>3)4)</sup>, Koki YOSHIDA<sup>1)2)</sup>, Mitsuru MORIYA<sup>5)</sup>,  
Masafumi UTSUNOMIYA<sup>2)</sup>, Hiroki NAGAYASU<sup>6)</sup>, Tomofumi KAWAKAMI<sup>7)</sup>, Yuji SAKANO<sup>8)</sup>,  
Itsuo CHIBA<sup>3)</sup>, Yoshihiro ABIKO<sup>1)2)</sup>

- 1) Division of Oral Medicine & Pathology, School of Dentistry, Health Sciences University of Hokkaido
- 2) Division of Oral Medicine Consultation, Health Sciences University of Hokkaido Hospital
- 3) Department of Oral Growth & Development, Division of Disease Control & Molecular Epidemiology, School of Dentistry, Health Sciences University of Hokkaido
- 4) Division of Medical Psychology, Health Sciences University of Hokkaido Hospital
- 5) Institute of Personalized Medical Science, Health Sciences University of Hokkaido
- 6) Division of Oral and Maxillofacial Surgery, Department of Human Biology and Pathophysiology, School of Dentistry, Health Sciences University of Hokkaido
- 7) Division of General Dental Sciences I, Department of Oral Rehabilitation, School of Dentistry, Health Sciences University of Hokkaido
- 8) School of Psychological Science, Health Sciences University of Hokkaido

## Abstract

The present case study reports a case of a patient with burning mouth syndrome that was treated with cognitive behavioral therapy conducted by a dentist. The patient was a female aged in the 30s. The treatment was conducted by a dentist with two years clinical experience who was a non-specialist in cognitive behavioral therapy. The burning symptoms of the patient improved through treatment based on a program where

the effect on glossodynia was demonstrated in previous research conducted under the supervision of a clinical psychologist with specialized cognitive behavioral therapy. These results indicate that environmental coordination including a program to fully explicate and detail the therapeutic regimen and supervision allowed the dentist to conduct the cognitive behavioral therapy of glossodynia.

**Key words** : Glossodynia, Cognitive behavioral therapy, Dentist, Clinical psychologist

## 緒 言

舌痛症は、一般的に他覚的所見を否定されているにも

関わらず舌の痛みの持続する疾患とされる。国際的には口腔灼熱感症候群（Burning mouth syndrome）とよばれ、舌痛症を引き起こす局所および全身性の疾患が否定

受付：平成25年9月30日 受理：平成25年12月6日

される状態であると定義づけられている (Headache Classification Committee of the International Headache Society, 1999). 発症頻度は全人口の1~5%にまで及ぶといわれ (Lopez-Jornet et al., 2010; Matsman-Tsikhin et al., 2007), 口腔内に症状を訴える疾患の中では発生頻度の高い疾患である. 舌痛症の特徴として, 持続性の痛み以外に, 痛む場所が時間により移動する傾向や, 摂食や会話中に痛みが消失する傾向, 痛み以外のことに集中している場合に痛みが和らぐ傾向などがあげられる (豊福, 2006). 治療法としては抗うつ薬, 抗てんかん薬, カプサイシン,  $\alpha$ リポ酸, 認知行動療法 (Cognitive Behavioral Therapy, 以下CBT) などが行われてきた (de Moraes et al., 2012; Zakrzewska et al., 2005). 当院では現在, 舌痛症患者への治療法の1つとしてCBTを取り入れている (安彦ら, 2009; Matsuoka et al., 2010; 松岡ら, 2012). CBTは, その実施に際して訓練を要するため, 主に精神科医や臨床心理士によって行われているが, 舌痛症患者の多くが歯科を受診することを考えると, 舌痛症患者においては歯科医師によりCBTが実施されることが望ましい. 今回われわれは, CBTを専門としていない, 歯学部卒業後, 続けて1年間の卒後研修を終了し, 2年の臨床経験のある歯科医師が, CBTを専門とする臨床心理士による定期的な指導・助言 (スーパーバイズ) を受けながら, 舌痛症患者に歯科医師自らCBTを行い, 疼痛の軽減がみられた症例を経験したので報告する.

## 症 例

患者: 30代女性, 主婦

初診日: H24年6月

主訴: 舌が痛い

患者背景・家族構成: H19年夫と離婚. 現在高1の娘と中3の息子と3人暮らし

既往歴: たび重なる夫のDVが原因で離婚調停中の6年前, 精神的に疲弊したため精神科に通院したところ, うつ病と診断された. この時大量の向精神薬が精神科より処方されたが, 量を見て服用が怖くなり全く服用しなかった. 精神症状は5年前の離婚成立で緩解したが, 子育ての責任感から苦悩が増し, めまいと胃痛が出現した. 耳鼻科および内科を受診しメニエール病, 逆流性食道炎の診断を受けたが, 薬物治療は行われなかった.

現病歴: 初診1ヶ月前から舌の両側の縁にピリピリとした痛みが出現した. 激痛ではなく, 神経に触る感じで, ピリピリした不快な痛みであった. 他院耳鼻科を受診したがカンジダ検査は陰性であり器質的な問題はみられな



図1 初診時の舌の写真

いと言われ未処置のまま放置していた. その後, 当院ホームページをみて, 舌の痛みは舌痛症ではないかと心配になり当科を来院した.

現症: 口腔外所見としては顔面は左右対称で, 発赤・腫脹はみられなかった. 口腔内所見において口腔内は湿潤しており, 口腔衛生状態は良好であり, 舌背部糸状乳頭もみられ, わずかに舌苔の付着を認めるのみで, 器質的な変化はみられなかった (図1). State-Trait Anxiety Inventory-JYZ (STAI: 肥田野ら, 2000) は状態不安67点, 特性不安67点, と非常に高い不安傾向がみられたが, 問診よりうつ病, 不安障害を疑わせる言動は認められなかった.

臨床診断: 心因性舌痛症

治療及び経過 (図2): 初診時には, 継続的な舌の痛みが認められ, 昼から夜にかけて灼熱感を伴った痛みがある, 舌の痛む部位は左の縁や右側の縁など変化し強さも日によって変化する, 舌の痛みは食事中や家事など何かに集中している時は感じないなど舌痛症の特徴を多く満

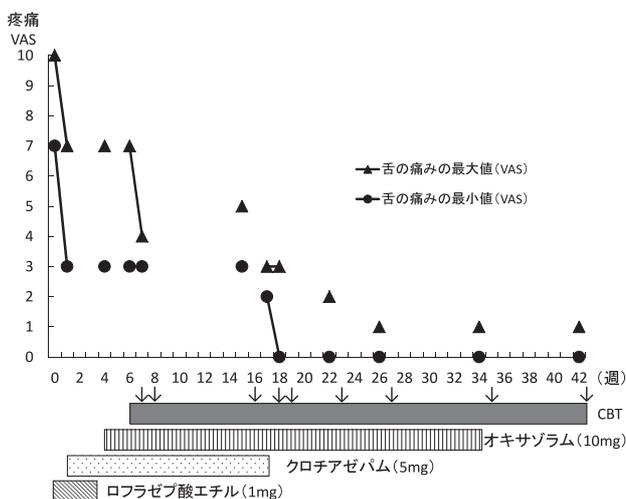


図2 症例の治療経過

注 「↓」は臨床心理士とスーパーバイズが行われた時期を示している.

たしていた。

精神面においては、人前に出ると緊張して手や声が震える、ネガティブで自分に自信がなく、他人に気を使いすぎて気疲れしてしまう、心配性で落ち込むと立ち直るのに時間がかかるなど不安傾向が強い性格であった。うつ傾向はほとんどみられなかった。

H24年3月より就職活動を開始したが、5月になって就職先が決まらない苛立ちや焦りで不安が増大していた。また就職活動中の4月より長女が遠方の高校に入学し、今までより1時間早く起床しなければならないストレスも加わっており、舌の痛みが出現したと考えられた。

問診、舌の器質的疾患は否定的であったこと、口腔内所見等を総合的に考え舌痛症と診断した。そこで器質的疾患は否定的であることを説明し、舌痛症の治療法として薬物療法とCBTがあることも説明に加えた。患者自身も自分の症状が舌痛症ではないかと思っていたため説明に納得している様子であった。

初診時は症状の緩和を期待し、ロフラゼブ酸エチル(1mg/日、1×夕食後)を処方し、眠気などの副作用が強い場合には半錠で服用するように指導した。

1週間後(H24年6月)、ロフラゼブ酸エチルを半錠服用し続けたことで、普段の舌の痛みはNumerical Rating Scale (NRS, Uki et al., 1998, 0:痛みなし-10:これ以上の痛みは考えられない)による評価で初診時の10点から3点に7ポイント減少していた。しかしながら舌の痛みの強さには波があり、痛みが悪化した時はNRSで7点程度の痛みであった。痛みの悪化は2日に1度みられた。そこでロフラゼブ酸エチル半錠に加え、痛みが悪化しやすい夜間にクロチアゼパム(5mg/日、1×寝る前に)を追加で服用してもらい経過観察とした。

3週間後(H24年7月)、舌の痛みの強さはクロチアゼパムを疼痛悪化時に服用するとNRSで3点まで和らぐが、2～3日に一度はNRSで7点程度の疼痛を変わず経験していた。患者自身が抗不安薬を長期服用することに抵抗感を持っていたため、治療の主体を薬物療法からCBTへと変更することとした。そこでロフラゼブ酸エチルを中止し、頓服でクロチアゼパムとオキサゾラムの処方へと変更し、2週間後の次回受診時からCBTを開始することとした。CBTは、過去の研究で一定の効果が示されているプログラム(松岡ら, 2012, 表1)の内容に基づき実施し、実施中は、来院のたびに認知行動療法を専門とする臨床心理士によるスーパーバイズを行った。スーパーバイズの際には、直近の診察内容を振り返り、歯科医師によって提案された治療内容を臨床心理士が確

表1 舌痛症に対する認知行動療法プログラム

治療内容
● 舌痛症に対する心理教育
● 筋弛緩法
● 症状のセルフモニタリング
● ディストラクション
● 自動思考の評価
● 適応的思考の生成

認し、修正が必要とされる場合は適宜治療法の提案を行った。

CBTは、患者の行動や認知に焦点を当てて問題の改善を図る方法であり、本症例の治療の初期では、症状のセルフモニタリング、リラクセーション(筋弛緩法)、ディストラクション、認知的再体制化(自動思考の評価、適応的思考の生成)の技法を用いながら、痛みが悪化する時の考え方と行動を修正することに焦点をあてて治療方針とした。

2週間後(H24年8月)、NRSは2週間前と変わらない状態であったため、処方は継続とし、CBTを開始した。まずは短期的に痛みを改善させる技法としてリラクセーション(筋弛緩法)を導入した。外来での練習の後1週間、家での実践をホームワークとした。また、症状のセルフモニタリングとして、1週間の生活と舌の痛みの変化の記録をホームワークとした。

1週間後(H24年8月)、家でのリラクセーションの実施により、普段リラックスできていないことに気づき、リラクセーションを行う事で痛みが悪化した際の強さがNRSで7点から4点に3ポイント減少した。抗不安薬の服用は1度もみられなかった。セルフモニタリングの結果、「朝から昼にかけては痛みが出ない、疲労が増してくると痛みが出てくる、何かに集中している時には痛みを感じていない、自分で思っていたよりも痛みが気にならない時間が長い、痛みが悪化する時間は家事が全て終わった後の一人での時間が多いことに気づいた。」と患者は述べていた。そこで痛みが悪化した時の対処法としてディストラクションを実践し、家で痛みの悪化した時に痛みから他のものに気をそらしていく形でさらなる痛みの改善を目指した。

前回来院から2ヶ月後のH24年10月に当科を再来院した。来院までの2ヶ月間は、家庭内の揉め事が原因で舌の痛みが悪化する時間が増え、睡眠も浅くなったが、ディストラクションとクロチアゼパムで疼痛を緩和でき、オキサゾラムで睡眠も深くなったためなんとか生活できている状態であった。家庭内の揉め事により、舌痛症が悪化させる要因であった就職活動は中断せざるを得ず、

家庭内の揉め事は解決したものの就職活動を再開する気持ちは持てないようであった。CBTではこうした出来事で症状が悪化した時の考え方や行動を修正していく事に主眼を置き、認知的再体制化を行う事とした。

患者本人が疼痛の緩和に効果的だと考えていたことは20年来の唯一の親友への電話での悩み相談であった。しかし、この頃は親友に電話をしたいと思う出来事があっても、親友への連絡を躊躇してしまい連絡できない事が多々あった。その原因は本人の考え方にあり、「自分が伝えたい内容を完璧に伝えられるようにまとめてからでなければ連絡できない」、「親友も忙しいから連絡をしたら迷惑ではないか?」と考えてしまうためであった。この電話ができないという悩みが孤独感と悩みをさらに助長し、舌の痛みをより悪化させていたと考え、行動実験として次の課題を実践してもらうこととした。課題は、帰宅後すぐに「相談したいことがあるので、電話をしても良い時間をメールで教えてください」と親友にメールをし、親友から返事が来たら指定された時間に電話することであった。また、電話で話す内容については、完璧にする必要はなく、時間が来たらその時点でまとまっている範囲で話すこととした。

2週間後（H24年10月）、患者は前回提案した行動実験の課題をきちんと実行しており、親友に電話を何度かかけることができていた。その際親友から「以前は相談される内容が一週間前のことなど昔のことが多かったが、最近は今日起こったことを相談されることが多くて嬉しい」と言われた事で、電話を躊躇していたことが不必要だったと気づくことができた。また、親友と定期的に電話をできるようになったことで、舌の痛みも緩和傾向にあった。この認知及び行動の変容により「親友から遊びに誘われる頻度が多くなり生活が充実した」と患者自身も生活面での変化を実感できているようであった。

前回来院時から今回の来院までの間、痛みはNRS 2で安定していたが、一度だけ痛みが悪化したことがあった。痛みの悪化がみられたのは、H24年4月から欠かさず毎朝5:30に起きて作ってきた長女のお弁当を寝坊のため作れなかった日であった。子供は「今お母さんが大変なものわかるし、コンビニで買えばいいから大丈夫だよ」と言ってくれていたが、本人は申し訳なさ寝坊したショックで自分を責めており、症状の悪化につながったと考えられた。この状況での認知の改善を目的として、次のような質問を交えながら認知の修正を行った。

「もし毎朝5時半に起きて親友が子どもにお弁当を作っていたとして、親友が一日だけ朝寝坊して弁当を作れなかったことで自分はダメだと落ち込んで相談してきたら

何と声をかけてあげますか?」と聞いた所、「1日位気にする事ないよ。そんなに心配しなくても大丈夫だよ。」と声をかけると述べた。その親友へのアドバイスを、自分へのアドバイスとして考えることを促した所、「そう考えたことはなかった。確かにそうかもしれない。自分の事をそのように客観的に判断したことがなかった。これからはそう考えてみたい。」と思考内容に変化が生じていた。

1週間後（H24年10月）、患者から「オキサゾラムもクロチアゼパムも服用していない。NRSは0の時間が多く、痛みは夜に出ても2か3で悪化することはなく、気にならないで生活できている」と報告があり、以前と違って悩んだり落ち込む出来事があっても親友への電話と自分へのアドバイスで解消できるようになっていた。

その後8ヶ月間、1~2ヶ月に1度のペースでCBTを継続している。精神的にストレスを感じる出来事がたびたびあるが、舌の痛みは悪化することなくNRS 0~2で安定している。H25年2月に1度、精神的・肉体的に抱えきれない程の辛い出来事があり一時的に舌の痛みの強さが悪化した。この時も親友への電話やオキサゾラムの頓用で対応でき、悪化した舌の痛みの強さもすぐに消失した。またH25年6月より仕事も始め、現在まで家事と仕事の両立を続けているが、痛みは再発していない。

## 考 察

近年、本邦では舌痛症は歯科外来を訪れる患者の約3%との報告がある。この頻度は口腔粘膜疾患で最も多いといわれている扁平苔癬の約1~2%（Carrozzo et al., 2008）と比較しても高い比率となっている。CBTは舌痛症の治療法の中の1つにあげられている。CBTは通常の歯科での治療を行った統制群よりも有意に症状の緩和が確認されたことから、その有効性が示唆されており（Bargdahl et al., 1995）、特に薬物の副作用のようなりスクも少ないことから、治療の選択肢の1つとして提案されている（Zakrzewska et al., 2005）。しかしながらCBTの実施にあたって問題になるのがCBTを実施できる施設や専門家の決定的な不足である（大野, 2012）。このことからCBTを行える専門家以外の人材の育成が急務と考えられる。他分野では、自殺対策に取り組んでいる地域の保健師や看護師を対象にしたCBTの講習会やフォローアップ研修会などが実施されているが、歯科医師においては現在までそのような試みはみられない。

CBTはうつ病や不安障害の治療の際に薬物療法の相互補完的な治療方法として用いられることが多い（大野, 2012）。舌痛症の治療として薬物療法を行っている

歯科医師がCBTを自ら行うことができれば、痛みに対する薬物療法の効果とCBTの効果を総合的に鑑みて、その都度治療方針を構築できる。このことから歯科医師が舌痛症の治療の一環としてCBTを行えることが望ましい。

本症例の若手歯科主治医はCBTプログラムに準拠し、患者の悩み・症状の増悪要因・緩和要因を聞き出し、認知や行動の変容に取り組むことで、舌の痛みの軽減に成功した。CBTでは、本来、患者の問題を詳細にアセスメントしながら患者にあった技法を選択していく必要があるが、多くの技法や理論が存在するため、CBTを専門としない治療者にとっては実施を難しくさせている原因の1つとなっている。本症例では、治療内容が明示された一定のプログラム内容にそって治療を進めることによって、こうした問題が生じることなく、CBTを専門としない歯科医師が効果的に治療を実践できることが明らかにされたと考えられる。

他分野においても、CBTを専門としていない経験年数の浅い医師によるCBTについての報告や、看護師によるCBTについての報告もみられる(岡田, 2013)が、本症例においてこのような経験の浅い歯科医師がCBTを行い舌痛症状の緩和をみる事ができた背景には、CBTを専門とする臨床心理士によって定期的にスーパーバイズが行われたことがあげられる。本症例では歯科医師によって提案された治療内容を臨床心理士が確認し、修正が必要な場合は適宜治療法の提案を行った。特に、舌痛症患者の認知の修正を行う際は、どのような内容を修正の対象とするか、またどのように修正を行うかについて重点的に話し合いがもたれた。医師においても、厚生労働省の研修事業をもとに、3年間以上の臨床経験のある精神科医を対象に研究を兼ねたCBTの研修を始めており、その研修においても指導者からのスーパーバイズを実施している(大野, 2012)。今後歯科医師が直接CBTなどの心理療法を行う必要性が増加していくと考えられる現状において、歯科医師がCBTを治療の一環として実践するためには、CBTの専門家によるスーパーバイズを定期的に受けることができる環境整備が重要であると考えられる。そのためには、臨床心理士をはじめとするCBTの専門家と歯科医師とが日頃から連携できる状態が必要である。

## 結 語

舌痛症患者に若手歯科医師が治療の一環としてCBTを行い、症状の緩解がみられた1例を報告した。また、歯科医師がCBTを治療の一環として実践するにあたり、治療のプログラム化などによって実施する治療内容を明確

化していくことやCBTの専門家である臨床心理士などによってスーパーバイズを定期的に行うことができる環境整備が重要であることが示唆された。

## 引用文献

- 安彦善裕, 松岡紘史, 畠山翔太, 佐藤淳, 吉田光稀, 齋藤正人, 豊福 明, 坂野雄二. 認知行動療法とミルナシプランの処方によって症状の消失をみた舌痛症の1例. 日歯心身 24 : 79-83, 2009.
- Bargdahl J, Anneroth G, & Perris H. Cognitive therapy in the treatment of patients with resistant burning mouth syndrome : A controlled study. J Oral Pathol Med 24 : 213-215, 1995.
- Carrozzo M. How common is oral lichen planus? Evid Based Dent 9 : 112-113, 2008.
- de Moraes M, do Amaral Bezerra BA, da Rocha Neto PC, de Oliveira Soares AC, Pinto LP, & de Lisboa Lopes Costa A. Randomized trials for the treatment of burning mouth syndrome : An evidence-based review of the literature. J Oral Pathol Med 41 : 281-287, 2012.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. Cephalalgia 24 (suppl.1) : 1-160, 2004.
- 肥田野直, 福原真知子, 岩脇三良, 曾我祥子, Spielberger CD. 新版STAIマニュアル. 東京 : 実務教育出版 ; 2000
- Lopez-Jornet P, Camacho-Alonso F, Andujar-Mateos P, Sánchez-Siles M, Gómez-García F. Burning mouth syndrome : An update. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 15 : e 562-568, 2010.
- Maltsman-Tseikhin A, Moricca P, & Niv D. Burning mouth syndrome : Will better understanding yield better management? Pain Pract 7 : 151-162, 2007.
- Matsuoka H, Himachi M, Furukawa H, Kobayashi S, Shoki H, Motoya R, Saito M, Abiko Y, & Sakano Y. Cognitive profile of patients with burning mouth syndrome in the Japanese population. Odontology 98 : 160-164, 2010.
- 松岡紘史, 齋藤正人, 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. 日歯心身 27 : 56-61, 2012.
- 岡田佳詠. 看護師が行う認知行動療法の強みとその留意点. 精神科看護 40 : 4-9, 2013.
- 大野 裕. 定型的(高強度)認知行動療法と簡易型

(低強度) 認知行動療法. 心身医学 52 : 798-802, 2012.

豊福 明. “歯科心身症”としての舌痛症. 日歯心身 21 : 43-48, 2006.

Uki J, Mendoza T, Cleeland, CS, Nakamura Y, & Takeda F. A brief cancer pain assessment tool in Japanese : The utility of the Japanese Brief Pain Inventory - BPI-J. J Pain Symptom Manag 16, 364-373, 1998

Zakrzewska JM, Forssell H, & Glenny AM. Interventions for the treatment of burning mouth syndrome. Cochrane Database Syst Rev 1 : CD002779, 2005.



佐藤 英樹

平成23年 3月 北海道医療大学歯学部卒業

平成23年 4月 北海道医療大学病院 臨床研修歯科医

平成24年 4月 北海道医療大学大学院歯学研究科入学