PSYCHOTHERAPY OF PATIENTS WITH PSYCHOSOMATIC VERTIGO

TAKASHI TAKIGUCHI, M.D., KUNINORI MYOKAI, M.D.,
AND ATSUSHI TSUKAMOTO, M.D.

Department of Otolaryngology, Hiroshima City Hospital, Hiroshima

KIMITAKA KAGA, M.D.

Department of Otolaryngology, Teikyo University, School of Medicine, Tokyo

This paper describes the diagnosis and therapy for 89 patients of psychosomatic vertigo, who did not have any organic disorder of vestibular and non-vestibular systems. The interview on the principles of Morita was employed with effective results as a supporting therapy. In conclusion, it is necessary in clinical medicine that patients with vertiginous complaints on the borderline disease are investigated as a group of psychosomatic vertigo and the development of the psychosomatic self is helpful for the doctor-patient relationship.

A81—0932—25591

心因性めまいについて

広島市民病院耳鼻咽喉科（院長：甲斐太郎博士）

滝口 峻，明海国賢，塚本 敦

帝京大学医学部耳鼻咽喉科学教室（主任：鈴木淳一教授）

加 我 君 孝

1. はじめに

神経耳科学の進歩とともに耳鼻咽喉科医がめまいを主訴とする患者を取り扱う機会が増加してきている。これらの中には器質的な他覚的異常所見を認められないものにも拘らず、めまいを頑固に訴える心理的要因の強い患者が存在している。このような患者には心身症とか自律神経失調症という診断を下されることが多いようであるが、神経症、仮面うつ病、転換ヒステリー等の疾患との境界領域における鑑別診断が確立されていないために、耳鼻咽喉科医は、その診療に徒らに試作錯誤をくり返すか、困惑して心療内科、精神神経科等他科に診療を依頼する傾向もあるようである。

しかし、このような傾向は、耳鼻咽喉科に限らず他科領域にもあるといわれる。たとえば石川¹⁾は、心療内科の立場から不定の心臓症状を訴える患者を例示して、症状の発現した身体部位に専門的素養を持った医師が診療に主体性を持つ必要があると述べている。

池見²⁾は、また心療内科が精神神経科とは根本的に異なる存在であると述べ、同一視されることにより 1) 総合

医学的治療を必要とする多くの患者が精神病視されることを恐れて治療意欲を失ったり、2) 各科の日常診療における総合医学的アプローチの重要性を正しく認知されなくなるとしている。

これらは、耳鼻咽喉科医にとって、心身医学の知識が、良い患者・医師関係を作る上に基本的に重要であり、またとくにめまいを訴える患者については、器質的障害を診断治療の対象とする専門の医師が、積極的に心身医学的診療をも行う必要性を示唆している。

著者らは、本報告において前庭系非前庭系にとくべつの器質的異常を認めない心理的要因の強い患者の治療に、森田神経質の理論³⁾を応用し、良好な結果をえたので報告する。

2. 対象と方法

対象は、昭和51年4月より昭和52年3月までの一年間に、広島市民病院耳鼻咽喉科を訪れためまいを主訴とする患者269名のうち、前庭系、非前庭系に他覚的異常所見は認めないが心理的要因の強い患者89名に、主に面接および心理テストを行った。

平衡機能検査としては下記の検査を実施した。

立直り反射検査

足踏検査

自発ならびに頭位性眼振検査

温度眼振検査

視運動性眼振検査

指標追跡検査

聴力検査は標準純音聴力検査を行った。

一般検査は下記の項目について検査を行った。

血 圧

検 血

検 尿

心電図

必要に応じて、肝臓能検査 (ZTT TTT GOT GPT)

血清コレステロール、中性脂肪の検査を行った。

心理テストは下記の検査を行った。

CMI (Cornell Medical Index)

SDS (Self-rating Depression Scale)

MAS (Manifest Anxiety Scale)

矢田部ゴルフード性格検査 (Y-G)

INV (Personality Invently)

SCT (Sentence Compretion Test)

この他の検査として、神経学的検査 (脳神経、小脳症状)、耳レントゲン検査 (Schuller Stenvers Towne) を行った。

3. 症 例

症例 1, 39 歳, 女性, 主婦

主 訴: ふらふら感

家族歴: 心身症, 神経症の家族歴なし

前病歴: 18年前の次女出産にさいし、重篤な妊娠中毒症を発症した。出産後は肺結核に罹患しストマイを使用した。その加療中、高度の肝および腎障害をきたしたが、回復し現在まで著患は経験していない。

学 歴: 高校卒

現病歴: 3 年前、風邪気味のため近くの薬局ではじめてアンブル入りの風邪薬を内服した。帰宅後、悪心、動悸が生じ意識を失うような気がした。内科医の往診を受け、自律神経失調症の診断により精神安定剤を処方された。しかし、悪心、動悸は 2 週間継続し、その後も立ちくらみ、歩行時の浮動感、悪心、動悸等が生じ易く、時には息苦しさを感ずることもあった。症状は一人で居るときに生じ易く、夫に電話をするだけで落ち着くことが多かった。内科医、精神神経科医を転々として加療を受

けたが軽快しなかった。薬を大量に処方されることも多く、怖くなって寺や神社で祈ったこともあった。昭和 51 年 6 月以来立ちくらみが増悪したため臥床していた。昭和 51 年 11 月当科を受診した。

生活史: 3 歳で母親が病死、兄弟はない。父親はすぐ再婚し、祖母にひきとられて育った。祖母の家には父の兄弟が居り周囲の愛情を受けて不自由なく育った。高校時代父の店を手伝っていたが、その頃現在の夫と知り合い高校卒業と同時に祖母の反対をおして結婚した。現在、夫は地元観光産業の社員で、午前 10 時に出勤し午後 11 時に帰宅するが夫婦仲は良い。子供は二女。長女は結婚して近郊に住み、次女は遠方で会社勤めをしている。

平衡機能検査: 閉眼で片足立ち不良、ほかに前庭系に異常を認めない。

一般検査、異常を認めない。

心理テスト、CMI (IV), SDS (46), MAS (無応答 22), Y-G (AD Type) で神経症のパターンを示した。

治療経過、本患者は、初回の面接時、表情豊かで、言語表現も豊かで、ふらふら感について熱心に訴えた。治療は、毎週一回日時を予約して 15 分間の面接を実施した。初回面接で、ふらふら感の原因が脳障害のあらわれで死ぬかもしれないという不安が存在することが判明した。投薬はメダゼパム 5 mg を睡眠前に一錠のみ内服させ、三回目の面接から人間は誰でも死とは切り離せない存在であることを悟らせるように指導した。この時、患者は治療者を信頼しはじめたように思われた。五回目の面接では、ほとんどの訴えが消失していたが、本人は当分通院することを希望した。昭和 52 年 2 月に長女が出生したため、自分には初孫の守りという生き甲斐ができた。3 月 23 日には自分の方から完全に治癒したと宣言して以後の通院を中止した。

症例 2, 49 歳, 女性, 自営業

主 訴: 発作性回転性めまい

家族歴: 特に問題はない。

前病歴: 昭和 20 年 8 月広島市の爆心地より半径 1 km 以内で原爆によって倒壊した家屋の下敷となり上口唇から上歯槽部へ裂傷を負い、軽度の全身倦怠感が数週間続いた。その後疾病らしいものには罹患していない。

学 歴: 女子高卒

現場歴: 昭和 51 年 6 月口唇瘻痕拘縮のため本院形成外科を受診した。軽度の肝臓障害を指摘されたが自覚症状もなく内科医の許可のもとに、6 月 30 日、G-O-F 全身麻酔下に形成手術を受けた。術後 4 日目、肝障害が増悪し

表 1

Part I

- 1 子供の頃、私は 6人姉兄の末子で何時もまじめな子だった。
- 2 私はよく人から ✓
- 3 家の暮らし まあ 現在は普通だと思っています
- 4 私の失敗 色々 あります
- 5 家の人は私を 上手に つかって います
- 6 私が得意になるのは 南島の ぬいれ スデスプレー 等
- 7 辛い 15年前 ほど あまり なく ありません
- 8 私が知りたいことは 世の中が 何事にも 受ける こと
- 9 私の父 恐い 人 51年 死
- 10 私がきらいなのは うそ づく 人 みす けい
- 11 私の服 スタイル が 良かった 流行 を 取り 入
- 12 死 ✓
- 13 人々 深い 森を 探 しています
- 14 私のできないことは 子供に して ほしい
- 15 運動 する と 良くなる と思 っています

- 16 将来 もっと 希望 を 大きく したい。
- 17 もし私の母が (明日 10年生に 現在 健康 ですか)
- 18 仕事 多い と思う と思います。
- 19 私がひそかに 憎 みたい 大 好き したい。
- 20 世の中 ✓
- 21 笑 よく います、 努力、 勉強、 夢を 実現 しよう
- 22 時々私は 自分 について 思 います、 未 だ 未 だ だ
- 23 私が心をひかれるのは 実行力 が あります
- 24 私の不平は 主人 について あります
- 25 私の兄弟(姉妹) よく 良く して くれます
- 26 職場では 何時も 笑顔 について います
- 27 私の顔 大 好き 顔 について、 好き しています
- 28 今までは 山 川 あり ました。
- 29 女 何時 まで つかう たい あります。
- 30 私が思いだすのは 52年 8月 午前 5時 15分 思 いた った こと があります 17年 前の こと

どこまで書かない所があったら、その書きのところを留めて下さい。

30P

Part II

- 1 家では 愛 があり 母 1人 だけ います
- 2 私を不安にするのは マカレやうい 年に 1回 だけ います
- 3 友だち 多く います
- 4 私はよく よく います 所 があります
- 5 もし私が 悪く なる こと があります... 人に 対 して
- 6 私の母 とても 良く して くれます かん しゃ に しています
- 7 もう一度やり直せるなら もう 一度 つか います
- 8 男 よく います
- 9 私の眠り よく います
- 10 学校では よく います
- 11 恋愛 とても 好き があります 思 います
- 12 もし私の父が よく います かん しゃ に しています
- 13 自殺 よく います かん しゃ に しています
- 14 私が好きなのは 旅行 について
- 15 私の頭脳 よく います

- 16 金 よく います かん しゃ に しています
- 17 私の野心 よく います かん しゃ に しています
- 18 妻 よく います
- 19 私の気持 よく います かん しゃ に しています
- 20 私の健康 よく います かん しゃ に しています
- 21 私が残念なのは 子供
- 22 大部分の時間を 子供、 会社 に
- 23 結婚 現在 しています
- 24 調子のよい時 仕事 について しています
- 25 どうしても私は 健康 に います
- 26 家の人は よく います かん しゃ に しています
- 27 私が羨ましいのは マカレやうい かん しゃ に しています
- 28 年をとった時 夫婦 について しています
- 29 私が努力しているのは 会社 について しています
- 30 私が忘れられないのは 52年 8月 午前 5時 15分 思 いた った こと があります 17年 前の こと

どこまで書かない所があったら、その書きのところを留めて下さい。 すなわち、裏面を記入して下さい。

ていることが判明し、7月13日の退院後も内科へ通院した。8月20日、9月5日の夜間に嘔気、嘔吐、回転性めまいが生じ、全身倦怠感が著明になり、9月7日内科へ入院した。9月14日夜間再び回転性めまいが生じたが、発作時に心電図の異常はなく、水枕を使用すると30分後に消失した。それ以後も時々夜間回転性めまいが生じたため、2週間後に当科へ照会された。

生活史：夫は洋品店の社長で経理を担当し、患者は副社長で営業を担当している。患者は健康でいた時には、外国まで仕入れにゆくなど殆んど一人で店を發展させ、現在は7軒の店を持つに至っている。手術後は肝障害のため十分に仕事ができない状態である。

平衡機能検査：閉眼で片足立ちが不良、ほかに前庭系に異常を認めない。

一般検査所見

7月 ZTT 22.7 TTT 5.8 GOT 120 GPT 108

8月 ZTT 18.9 TTT 6.4 GOT 105 GPT 103

9月 ZTT 16.6 TTT 4.9 GOT 106 GPT 107

10月 ZTT 18.8 TTT 4.8 GOT 127 GPT 97

肝機能以外は異常なし

心理テスト：SDS (63), MAS (L3, A20), CMI (II), SCT (表1), SDS で抑うつ傾向を示しており、SCT では対人態度は肯定的であり、生活態度も積極的であるが、救いを求める欲求が感じられた。

治療経過：患者は初回面接時、言葉数も少く、殆んど無表情であった。感情は固く、面接の内容は主として経済事情や政治、教育という一般的な話題に終始した。面接は毎週一回15分間に限定した。三回目の面接にさいし、患者は突然、形成手術を受けたため肝障害が生じ仕事ができなくなったので後悔していることを話し始めた。面接時間は、しかしそれ以上に延長せず次の面接を期待するようにした。五回目の面接から現在の健康状態を素直に認めたので、仕事については内科医が許可する範囲内での役割を捜すように指導した。めまいについては、患者・医師の信頼関係が確立したと思われた六回目の面接で、「めまい発作が生じればいつでも駆けつけるから、発作を恐れず一番めまいの生じ易い条件を作るように」と指示したところ、めまいはその夜も以後も全く生じなかった。患者は翌日めまい発作への不安が消失したことを話し、1週間後退院した。

症例3, 28歳, 女性, 会社員

主 訴：発作性回転性めまい

家族歴：特に問題はない。

前病歴：特に問題はない。

学 歴：高校卒。

現病歴：昭和51年7月勤務中に周囲が回っている感じがし、動いている自動車や電車を見ると吸い込まれそうな気がした。内科開業医にメニエール症候群として治療されたが軽快しないため、2週間後に当科を受診した。

生活史：両親と弟の4人家族で家庭は円満である。昭和51年6月に見合いをして1カ月間交際したが、性格不一致のため断りたいと両親に相談したところ、条件が良いので自分の年令を考え再考するように諭された。翌日の勤務中、それを思い出してめまいを感じている。

平衡機能検査：異常を認めない。

心理テスト：SCT では、対人状態は肯定的で、生活態度も積極的であるが、自信のない表現が多かった。

治療経過、SCT には結婚に対する自信のない表現が多かったので一回目の面接でその点を指摘したところ、患者はめまいを起こすまでの経過を話し始めた。面接時間を延長して、患者の結婚観に至るまで無条件に受容する態度で聞き、就眠のためメダゼパム 10 mg 1錠を7日分処方し、二回目の面接を予約した。翌日、患者はめまいが消失したため予約取り消しの電話をしてきた。その後、当科を受診していない。

症例 4, 53, 歳, 男, 国家公務員

主 訴：ふわふわとしためまい感

家族歴：7歳で父に死別、母とは生後間もなく生き別れている。

前病歴：特に問題はない。

学 歴：旧制中学卒

現病歴：中学校卒業と同時に国家公務員となり、戦争による人手不足もあって、学歴は良くないが職場では認められていた。26歳の時に職場での女性関係から、広島市より札幌市に配置転換された。昭和33年広島市の職場に復帰できたが、勤務内容は、開職で後輩が自分を追い越して出世するのが残念であったという。昭和51年10月、かつて自分の部下であった現在の上司が、自分に対して横柄な話し方をして以来、役所では他の同僚にも一切物言わぬようになった。昭和51年11月いつとはなくふわふわした感じがあると訴えて当科を受診した。

平衡機能検査：異常を認めない。

心理テスト：SCT では、現在の境遇から抜け出たいという願望が強く、対人態度は攻撃的で敵対心が著明であった。

治療経過：一回目の面接で患者は自分の不遇をしきり

に訴えた。治療者は、これを無条件に受容したが、患者の自己抑制力が弱いように思われたので、職場の上司に朝夕の挨拶することは社会人としての常識であり、感情を抑えて行動することは自己の向上に必要ではないかと尋ねて、その件については1週間後の二回目の面接で話し合うことにした。2日後、患者は電話で、今朝上司に「おはよう」と挨拶したところ、相手も自分の非礼を詫びて不仲が氷解したこと、同僚がこの瞬間を待っていたと皆で祝福してくれたことを話し次回の予約を取り消した。その後は1カ月して電話で自分の健康及び職場での状態を連絡してきたが、めまい発作もなく健康な生活を送っていた。

われわれのめまい患者を表2に分類した。自律神経失調症の患者の多くは起立性調節障害である。神経症の患者は診断が容易であり、精神科へ加療を依頼したものである。仮面うつ病の患者の多くは、50歳以上の加齢や社会的地位が関与する傾向が認められた。心因性めまい患者は、これら明確に診断された疾患を除外した心理的要因の強い患者である。

表3に心因の種類とめまいの種類の関係を示した。心因は、男性については、人事関係を主とした職業上の問題が多く、女性では、死への不安を含む健康上の問題、嫁姑、子供等家族内の問題が多い。

表4に心理テストの結果をまとめた。明確な異常を診断できるものは少いように思われる。

心因の種類と治療に至るまでの面接回数を表5に示した。

職場の問題、家族の問題というような環境因子も大きな影響を持つ場合には、面接回数も少く済んだ。しかし、全般的に3回までの面接で8割近い患者がめまいから解放され、健康な生活に戻ったものと考えられる。

4. 考 按

著者らが分類した範囲の心因性めまい患者は、心身症

自律神経失調症、神経症、仮面うつ病、転換ヒステリー等の境界線上にあるめまいを主とした患者群を示している。これらを一群としてまとめたのは、疾患を分類するよりも、これらを心因性めまいとして総括的に把握する方が臨床上重要であると考えたからである。

池見⁴⁾は、心身症を「身体症状を主とするが、その診断や治療に心理的因子についての配慮がとくに意義を持つ病態」と定義しており、阿部⁵⁾は、広義の自律神経失

表 2 めまいの疾患別分類

前庭性末梢性	26
メニエル病	13
良性発作性頭位眩暈症	6
突発性難聴	3
前庭神経炎	3
ストレプトマイシン中毒	1
前庭性中枢性	77
脳循環障害	71
脳腫瘍	4
変性疾患	2
非前庭性疾患	144
心因性めまい	89
自律神経失調症	22
神経症	14
高血圧性脳症	7
仮面うつ病	4
精神分裂病	3
てんかん	3
とステリー	1
外傷性頸腕症候群	1
不 明	22

表 3 心因の種類とめまいの種類の関係

めまいの種類	心 因	職 業		健 康		家 庭		勉 学		結 婚		そ の 他		計
		男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	
同 転 感		2	3	3	7		5	1	1		3		1	26
動 揺 感、浮 遊 感		8	6	2	8		7	3	2		2	1	1	40
眼 前 暗 黒 感		8	2	1	3	1	1		1					17
よ ろ け る		1			2		1					1	1	6
計		19	11	6	20	1	14	4	4		5	2	3	

表 4 心理テスト心因の種類

心理テスト	心 因	聴 業		健 康		家 庭		勉 学		結 婚		そ の 他		計
		男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	
S D S	54↑ 53↓	6	2	1	3	1	10	2		4		1	2	7 35
C M I	I	6	4	1	3		1	1		1				0
	II	5	2	1	7		1							17
	III	1	1			1							1	17
	IV				1									4
M A S	? 10↑	2		1	2	2	3			1			1	12
	A 25↓		3		3		2	1		1				10
	A 26↑	1	1		3		1					1	1	8
I N V	S									1				1
	Z	1	2		1		1							5
	E				1		1							2
	N			1	2							1		4

SDS=Self-rating Depression Scale

CMI=Cornell Medical Index

MAS=Manifest Anxiety Scale

INV=Personality Invently

表 5 心因と治療に要した面接回数

面接回数	心 因	職 業		健 康		家 庭		勉 学		結 婚		そ の 他	
		男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
1		2	1	1	3		2	1		1			1
2		6	5	4	14	1	5	2	3	3		2	1
3		3	3	1	2		3			1			
4		1					1		1				
5		3	1				2	1					
6		1					1						1
7		1	1										
8		1											
9													
10 以上		1			1								

表 6 心身症と神経症の比較 (アレキシシミアの立場から)

心 身 症	神 経 症
1. 外面的な(偽りの)正常さ	1. 神経症的
2. よき内科的患者	2. 神経症的な行動
3. 無欲的で自己愛的な静けさ(無表情)	3. 表情の動き, 言語表現が可能
4. コミュニケーション, 対象関係ができにくい,	4. コミュニケーションが可能
5. 被催眠性が低い	5. しばしば被催眠性が高い
6. エディプス期以前の発達障害	6. しばしばエディプス期以後の発達障害
7. 洞察的心理療法だけでは奏効しがたい	7. 洞察的心理療法が奏効する

(池見, 日本医事新報 1977)

調症とは「不定愁訴を有し、器質的疾患を証明しがたい場合である」と述べ、これを不安愁訴症候群として一括し、狭義の自律神経失調症とはその中の本態性自律神経失調症であると定義した。しかし、心身症と自律神経失調症の定義は、それぞれ十分に確立されていないため相互に重複する面も多く、要は、心理的な因子が主か、身体的な因子が主かということで分類されているように思われる。

心身症と神経症の差については、表6に示すように、池見は、アレキシミアの概念から、心身症の患者は生活環境に過剰適応の状態にあり、一見正常でふつうの内科的患者の外見を呈しているが、神経症の言動が少く、無表情で自己愛的な殻に閉じこもる傾向がみられ、不適応症の神経症患者の表情の変化が激しくよくしゃべるのと対照的であり、人格の表層をチェックするテストにひっかかってこないという特徴をあげている。この概念によれば両者はかなり明確に分類できるように思われる。

仮面うつ病を、新福⁷⁾は、「定型的うつ症状とくに悲哀、憂うつが存在しないか、または見落されるくらいわずかであるため診断を著るしく困難にしているうつ病またはうつ状態」と定義しているが、心身症との明確な鑑別はできず、上野⁹⁾が述べているように両者の違いは心理的要因が抑うつであるか、不安であるかということのように思われる。

転換ヒステリーを、西園¹⁰⁾は、「無意識葛藤を身体症状の中に象徴的に表現することで葛藤に伴う情動の緊張や不安を防衛しようとする過程」と定義している。上野は、仮面うつ病との相違を、前者が外部環境に左右され易く、ひたむきな真実味がみられないことに対し、後者は、症状がかなり一定していることで鑑別はつき易いと述べている。前田¹⁰⁾は転換ヒステリーと心身症では、今日、前者にも自律神経症状を呈するものが増加し、症状のあらわれ方も大げさなものが少くなっているため、鑑別は極めて困難であると述べている。

森田は、ヒポコンドリー性基調の人が精神交互作用により症状が発展し固定した一類型を神経質と定義しているが、その中で広い意味の神経質と、森田の定義した神経質とは全く異質のものではなく、ただ疾病を恐怖するという人間の本性であり生存欲のあらわれであるヒポコンドリー性基調が強いのか弱いのかの差であると述べている。そして治療方針とは、一定の方法により患者の生活、行動、精神的態度を指導し、これにより得られた患者の体験に対して、批評、断定と応用のみを数え、暗示や設

得は行わない方法であり、こたは広い意味での神経症にも応用できることを示唆している。また、森田神経質と心身症はヒポコンドリー性基調という条件を除外すれば、精神交互作用と心身相関という極めて類似した理論を有しているため、心因性めまいという一群に、その理論を十分に応用できるものであることを推定させる。

樋口¹¹⁾は、病因論的にみて、その病態が心身症であろうと神経症であろうと問題はなく、1) 自己中心的に細心、2) 心配性(ヒポコンドリー)、3) 完全欲が強い(理想主義、完全主義)の3つの性格特徴と症状形成のメカニズムが経者に認められる場合には森田神経質療法の適応であると述べ、一般的な入院治療だけでなく、日記療法、読書療法を併用すると外来でも治療が可能であると述べており、著者らの考えと一致している。

しかし、望月¹²⁾、石川¹³⁾らは、心身症における治療の指針として、まず、無条件な受容を行い、その後支持療法により本人を自立させ、必要であれば説得を行う必要があることを述べている。

この説得については、その概念をも含めて心因性めまいの治療に必要なかどうかは、今後検討していく課題であるように思われる。

症例1は、池見の分類によれば、神経症に属し、森田の発作性神経質に近いものと思われる。患者は、風邪薬を内服後、悪心、動悸が生じた。この最初の症状については器質的障害による発症の可能性もあるが、それ以後の症状については、この症状が次女出産後重篤な疾患に罹患したという恐怖体験に結びつき、森田という精神交互作用の発展で症状を生じたものと思われる。

心理テストでは、CMIは深町の分類Ⅳ(神経症)を示しているが、MAS、Y-G、SDSは参考になるほどの所見を示していない。

治療方針は、第一回、第二回の面接では、患者の訴えを無条件に受容する態度で接し、第三回目から、説得は避けて個々の症状に対し、なぜそう思うか、どうしてそのような状態になったかなどと抽象的質問をして、患者に具体的に答えさせ、自分自身に心因を悟らせるように指導した。投薬を少量に制限したことも患者・医師の信頼関係の成立に寄与していたと思われる。

症例2については、きっかけは一過性脳虚血発作の如き器質的障害による発作の可能性は否定できない。しかし、その後のめまいについては、平衡機能検査で特に異常を認めなかったことや、投薬をしなくても患者がめまい発作への不安を克服して以来めまいが発症していない

こと、心理的葛藤が強かったことより心因性めまいに属するものと思われる。

この患者には、形成手術後肝障害が生じたため、自分の生き甲斐であった仕事ができなくなり、その後悔を理知的に納得しようとして発症したのであろう。すなわち、森田が思想の矛盾と名付けた感情と知識の矛盾が観察されたといえる。

心理テストでは、SDS 63と抑うつ傾向が出ていたが、他のテストに所見は認められなかった。しかし SCT には、患者の仕事をしたいという欲求が具体的に示されていたので、患者・医師の信頼関係が成立していると確認できた三回目の面接からは、SCT に示された個々の事例を活用しつつ指導ができた。めまい発作に関しては、森田による煩悶即解説、すなわち患者が自から苦痛を覚悟したために発作襲来の不安が消失したものと理解できる。SDS で示された抑うつ状態は、SCT の内容から健康や仕事への不安を抑制しようとする力が強いために生じた状態、すなわち森田による精神の拮抗作用として理解できたため抗うつ剤は使用しなかった。

症例3は、自分の年令ゆえに、性格不一致と思われる相手と結婚しなければならないのではないかという怒りや不安を理知的に抑えようとして生じたものと思われる。森田は、感情の法則の項で、「感情の衝動が満足されれば、急に静まり消失するものである」と述べているが、本症例も、治療者が無条件に受容する態度で面接したため、患者が感情を表出できたので症状が消失したものとされた。

症例4は、自分の失策から昇進が遅れ、卑屈になっている患者であり、感情を衝動的に発散しては後悔をくり返しているようであった。本症例も、治療者が、自己の向上のためには、感情を抑えて理性的行動をする方が必要ではないかと尋ね、自分自身で解決法を捜させた結果、対人関係が改善して症状も消失したものとされた。

これら4症例の診療で最も重要と思われたのは、面接による患者・医師の信頼関係の確立であった。これが確立したと思われる時点で、患者の深層に隠された心因に触れた結果、患者を十分に理解できるようになった。同時に諸症状も急速な消失をみている。従って、SCT 以外の心理テストは、単に表面的な身体症状を知ることと、面接における会話の糸口を捜す程度の意味しか認められなかった。

樋口、中川¹⁴⁾らは、診断において面接を主体とし、補助的に心理テストを使用していると述べ、評定法、質問

紙法、作業検査法はその時点の心理状態や性格をパターン化するだけで個人理解に役に立たないと述べている。これは、森田が、精神とは内界と外界との間に相関的に絶えず流動変化しているものと述べていることとも関係している。しかし投影法の文章完成テスト (SCT) は、個人理解に便利であると述べられており、著者らの見解とも一致している。

池見¹⁵⁾は、心身医学的診療における心理面の診断について、心理テストの不十分さをあげ治療者自身の人格がしばしば重要な診療の道具となること、従って、治療者は自らの心を自在に使い分け得る修練が欠かせないものであると指摘している。さらにフロイトの弟子ユングの「治療の過程で、患者の人格とともに治療者の人格も変化をとげる。治療者が患者の告白を聞き、解明したり教育したりするのではなく、両者の全人格のぶつかり合いと相互作用の中で治療は進んでゆく、治療者自身の自己教育、その人格の発達ということが治療の中心課題となりうるとさえいえ」という文章を引用し、強調している。著者自身、治療者としての自我の確立が不十分であり、たびたび診療後に後悔することがある。また、しばしば医師の不用意な発言が医原性疾患の原因として指摘されていることもあり、このことは今後の大きな課題と思われる。

診断や治療に催眠¹⁶⁾、薬物使用による面接の方法も検討されているが、前者については、森田は、暗示療法や説得療法はその場限りの一時的手段であると述べているし、池見も患者の主体性を尊重し、自己正常化をさせる意味からも、これらの方法を使用せず、自律訓練法を行っていると述べている。後者については、Freedman¹⁸⁾がアミタール、ペンタサル等の薬物使用による面接について、1) 患者の人格構造、2) 患者の薬物に対する耐性、3) 患者を囲む環境の三つの因子が考慮されるべきであると述べ、レピウィッチが被験者に過去の事件を弁護する偽りの物語を作らせた後、アミタールを投与したところ、彼等が告白したのは偽りの話であった報告をして、その慎重な取り扱いの必要性を述べている。

著者らは面接にさいし、患者・医師の信頼関係を成立させるべく患者に慎重に対処すれば、時間はかかっても十分な効果をあげることが可能であったし、池見が述べているように患者の主体性を尊重し、医師と患者の全人格のぶつかり合いで治療をすすめるべきであるならば、催眠や薬物使用による面接の意義は、患者の信頼を失いやすく、重大な問題があると思われる。

次に、ここに述べたような患者が抱いている心理的要因が、他の症状ではなく、なぜめまいという症状で具象化されたのかという問題については、今後の検討が必要と思われる。

渡辺¹⁹⁾は、不定愁訴の根底にあるものは大きな不安であると述べ、石川¹³⁾はフロイドが不安神経症の心身症状の中で、めまいが重要な位置を占めていると指摘したと述べている。

キェルケゴール²⁰⁾は、不安の概念の主観的不安の項で、「不安を、ひとはめまいになぞらえることができる。その眼が、ぼっかり口をひらいた深淵をのぞきこむときには、その人はめまいをおこす」と述べている。

けれどもペンフィールド²¹⁾が述べているように、現在の科学では、人間の心の本態を唯物論的に解明できないものであるならば、脳の機構とめまい発症の関係を解明することも重要であるが、それ以上に人間の心の本態にとりくむという観点から、めまいという症状の意義と発症の問題にとりくむことが重要であると思われる。

5. ま と め

89例の心因性めまい症例の診断と治療について心身医学的に検討し、典型的な4例を提示して、森田神経質の理論を応用することが有効であることを報告した。また、医師の治療的自我的確立が、患者・医師の信頼関係の成立に重要であり、適切かつ慎重におこなわれれば面接が診断と治療に重要な意義を持つことを強調した。

参 考 文 献

- 1) 石川 中：心臓神経症診療のポイント 医歯薬出版。1970.
- 2) 池見酉次郎：心身症の治療指針 心身医 16: 204-215, 1976.
- 3) 森田正馬：神経質の本態と療法 白揚社 1960.
- 4) 池見酉次郎：現代心身医学 医歯薬出版 1972.
- 5) 阿部達夫, 筒井末春：自律神経失調症 金原出版 1968.
- 6) 池見酉次郎：心身症の新しい考え方 日本医事新報 2775: 3-8, 1977.
- 7) 新福尚武：仮面デプレッション 日本メルク万有 1969.
- 8) 上野聖満他：新福尚武監修 症状からみたデプレッション 日本メルク万有 1974.
- 9) 西園昌久：桜井図南男編集 不安の神経学 医学書院 1969.
- 10) 前田重治：桜井図南男編集 不安の神経学 医学書院, 1969.
- 11) 樋口正元：森田療法 精神医 13: 88-91, 1973.
- 12) 望月昂他：心身医学の診療 医学書院 1969.
- 13) 石川 中：心身症としてのめまいと治療 臨床と研究 53: 2718-2721, 1976.
- 14) 樋口正元他：加藤信編 情動のしくみと心身症(基礎から臨床まで) 日本ロシュ 1974.
- 15) 池見酉次郎：治療的自我 心身医 17: 97-100, 1977.
- 16) 栗山一八：催眠療法 精神医 13: 84-87, 1973.
- 16) 山崎可夫：めまいに対する精神身体医学的療法の奏効例 耳展 16: 731-734, 1973.
- 18) *Freedman L Z*: 岩原信九郎訳, 真実を告白させる薬 サイエンス不安の分析 75-80, 1977.
- 19) 渡辺 淳, 菊池博他編：不定愁訴 医学書院 1969.
- 20) キェルケゴール：矢内原伊作他訳, 世界の大思想 17-キェルケゴール 河出書房新社 1974.
- 21) ワイルダー・ペンフィールド：塚田裕三他訳, 脳と心の正体 文化放送 1977.

(原稿受付 昭和53. 4. 20日)

別刷請求先 〒730 広島市基町 7-33

広島市民病院耳鼻咽喉科 滝口 峻