3. めまい患者の心身医学的診療

矢 野 純

A Psychosomatic Approach to Patients with Vertigo

Jun Yano

(Hamamatsu University School of Medicine)

A clinical survey was performed to evaluate psychological factors in patients with vertigo or dizziness.

Some patients with no positive neuro-otological findings in the ENT clinic were diagnosed as having primary neurosis or psychosis. Most of them suffered from anxiety neurosis. In these cases, there was associated palpitation, shortness of breath, fatigue, and insomnia as well as some psychoneurotic symptoms.

A detailed history and evaluation of mental status are recommended to detect these psychosomatic elements.

Most of the patients with vertigo of organic origin showed tension and anxiety. The interview with them revealed that this anxiety was a reaction to the disabling symptom, and their lack of knowledge about their disease played an important role in the increase of anxiety.

We otologists should attempt to allay the patient's anxiety. It should be noted that detailed historytaking has a cathartic effect. Explaining their diseases to them is also recommended to reduce anxiety.

Patients with Meniere's disease, non-Meniere vertiginous disease of the peripheral type, and chronic otitis media were tested with the Maudsley Personality Inventory.

Patients with Meniere's disease tended to have a significantly lower L-score than the other two groups, and a higher E-score than chronic otitis media patients. Further study is needed to determine whether these results are related to the sequence or to the etiology or to the disease itself.

The psychotherapeutic approach to allay the patient's anxiety is effective in reducing the symptom's severity in vertiginous disease. Moreover, it may have some therapeutic effect on the course of the disease itself.

I. は じ め に

心身症とは、「身体症状を主とするが、その診断と治療に、心理的因子についての配慮がとくに重要な意味をもつ病態¹⁾と定義されている。めまいを訴える患者について、上記の定義が適用できる場合、すなわち、心身医学的診療の対象となるのは、以下の3つの場合である。

①、めまいを訴える神経症、精神疾患。

②, 身体疾患によるめまいであるが, 患者の性格, 疾患の経過により, 心理的反応がおこり, 心理的变化が自覚症状を修飾している場合.

③, 身体疾患によるめまいであるが, 心理的原因が, 身体的変化の原因と経過に影響をあたえている場合.

著者が, 耳鼻咽喉科外来で行っている心身医学的診療について紹介するとともに, 上記3つの場合を, 症例についての若干の調査結果を加えて, 報告する.

II. 心身医学的診断

心身症とは, 心理面の配慮が重要な意味をもつ病態であり, 一群の疾患に対する分類でもなければ, 疾患単位でもない. 身体疾患であっても, 心理的因子が自覚症状を大きく修飾している症例では, 心理面の配慮が重要となるし, 時には, 心理的因子が, 身体的変化に影響しているかのようにみえる症例もある. したがって, 訴えに相応する所見がない場合を, 心身症とする除外診断ではなく, 心身両面を評価する事が必要である.

具体的には, 身体面の精査により身体疾患の診断を行い, その所見の有無とかかわりなく, 精神症状と精神科疾患ないし精神状態像という形で, 2 先の診断を行い, 両者の関係とバランスを考慮することになる. めまいを訴える患者では, 身体側の「めまい」をおこす系であり, 精神の側は「めまい」を感じる系であるといえるが, めまいそのものが感覚の異常であるために, 両者の関係の把握には, 心身両面を正確に評価することが必要である.

身体面の検査については, 通常の耳鼻咽喉科科学的検査, 神経耳科学的検査であり, 本稿では

特に触れない. 現在の神経耳科学的検査の精度は高く, 経過をおってもし何ら所見がなく, 訴えのみがつづく場合には, 神経症, 精神科疾患であることが多いのが事実である. 精神面の評価で, 最も有用なのは面接である. 問診と異なる点は, 患者の態度, 表情, 言葉づかい, 服装等, 他覚的にみてとれる精神状態の反映(精神所見), さらにそのような要素が治療者に対してどのような印象を与えたか, という点を重視することにある. 問診の内容については, 現病歴, 既往歴, 家族歴の他に生活歴をくわえる. 出生, 生育, 学業, 職業, 結婚, 日常生活等, 患者の生活史についての情報を, 得ることが目的となる. 日常診療では, 現病歴, 既往歴, 家族歴について聞かずに, 若干の質問を加えることでかなりの生活歴がわかることが多い. また, 病前の性格, 発病後の性格の変化についてきいておくと, 参考になることがある.

精神面の評価の補助手段としてつかわれるのが心理テスト類である. 最も多用される質問紙法のうち, 特に広くつかわれているCMI, Y

表1 心身医学的診断の過程

表2 精神面の評価法

精神面の評価

- 現病歴・既往歴・家族歴・生活歴
- 病前の性格 ① 自覚的 ② 他人からどうみられるか
- 問診中の態度・表情・言葉づかい・服装
- 心理テスト類
 - 質問紙 CMI = 神経症的傾向のcheck
Y-G = 性格検査
 - 投影法 ロールシャッハテスト
TAT
SCIT
- 心理テストにより診断はできない。

一G, MASについて若干の解説を加える.

①CMI (Cornel Medical Index)

213項目よりなり, 心身両面の自覚症状の有無について記入すると, 神経症的傾向を4段階で評価できる.

②Y-Gテスト (谷田部一ギルフォード性格検査)

120項目よりなり, 結果は, A~Eの5つのタイプの性格プロフィールのいずれに相当するか, という形で, 結果が得られる.

③MAS (Manifest Anxiety Scale)

不安に関係した50項目の質問, テスト結果の信頼性をみるための15項目の質問より構成され, 患者の自覚的不安を点数として評価できる.

上記, 3種のテストは, いずれも15分間程度で記入でき, 結果の整理にも3分間程度しか要しないため, 日常診療の場で利用することが可能である.

心理テストの使用にあたって, 注意すべきことは, その結果による診断はもちろん, スクリーニングにつかうことにも限界があるという事

実である. CMIのみで, 神経症患者を神経症と判定できる率については, 69.8%, 健康人を神経症と誤診する率は17.3%という数字が小比木により報告²⁾されている. Y-Gテストでは, 両者の差はさらに小さく, テストによるスクリーニングは困難である²⁾ことを示している. 多くの心理テストの判定基準は, 神経症者と一般健康者の多数例についての結果を統計的に処理してきめられているため, 身体疾患の患者にそのまま適用するのが誤りであることも指摘しておきたい.

心理テストには, 質問紙法の他に, 投影法がある. 代表的な検査法はロールシャッハテストであるが, 実施に時間がかかり, 判定, 解釈には専門的知識が必要であり, 少なくとも, 耳鼻咽喉科の日常診療で使用する利点は少ない.

著者は, 上述したテストの限界を考慮すると, 面接の時間を短縮するために心理テストを行うことは誤りであると考える. 心理テストの整理に要する3分間を面接の時間にあてる方が, 少なくとも治療には有用である.

III. 心身医学的にみためまい症例

1. めまいを訴える神経症, 精神疾患

多くの精神科疾患について, めまいを訴える場合のあることが報告されている³⁾. そこで著者が耳鼻咽喉科で診察し, 精神科医に診療を依頼した症例の身体症状を調査し, めまいのあった例の精神科における診断を表3に示した. ほとんどすべての精神科疾患の患者が耳鼻咽喉科外来でめまいを訴えることがあると考えられる.

これらの症例では, 身体面の所見はほとんどみとめられず, 開眼の直立や足踏で, 転倒傾向がやや強い程度である. しかし, 精神状態を評価すると, 不安, 緊張, 恐怖, 抑うつ, 幻覚等, 各精神科疾患の症状と所見を存している.

最も多かった不安神経症の不安発作時のめまいは, 問診だけでは, 内耳疾患によるめまい発

作との鑑別が困難な場合がある. 動悸・呼吸困難感・冷感・胸部圧迫感を伴うことが特徴であるが, このような自律神経症状は内耳疾患でもみとめられるので注意が必要である. やはり,

表3 耳鼻咽喉科でめまいを訴えた精神科疾患患者の精神科における診断名

精神科疾患の症状としての「めまい」	
身体面の所見(-)	精神面の所見(+) 不安・恐怖・抑うつ etc.
1) 発作性めまい	① 不安神経症 ② ヒステリー ③ てんかん
2) 持続性めまい	① 不安神経症 ② 心気症 ③ うつ病 ④ 分裂病の初期 ⑤ 神経性食思不振症
3) 特定の状況でのめまい	(高所恐怖 対人恐怖)

心身両面の評価が重要と考えられる。

2. 身体疾患によるめまいに対する心理的反応

①めまい疾患に伴う不安

めまい疾患の患者は、不安に陥りやすい⁴⁾。特に発作中、発作直後の不安はきわめて強い。めまいを伴う内耳疾患の患者の病歴、面接の資料より、この不安の原因につき考察を加えた。

患者の多くが症状に伴う不安を訴えた。突然、立つことも歩くこともできなくなり、死の恐怖を感じたとする例が多い。特に初回発作時に不安が強かったとする場合が多く、くりかえすと慣れが生じてくるようである。また、嘔気、嘔吐、冷汗といった自律神経症状の自覚がさらに不安を強めている。

第2は、発作を反復する場合に、発作が何時おこるか予見できないことが不安の原因となる。中には、めまい発作のことを考えただけで、動悸・嘔気・めまい感が生じてくるとした

例があり、不安神経症の予期不安と同様の心理が働くようである。このような場合、肩こり、頭重感といった心理的緊張に伴う筋緊張症状が生じている。また、外出をさけたり、自宅で臥床しがちといった行動の抑制がおこっている例も稀ではない。

第3は、疾患の局在が理解しにくいことによる不安である。消化器疾患と腹痛、呼吸器疾患と咳・痰といった対応による自己診断ができにくく、どこがどう悪いのかわからないのが不安であったとする例が多かった。

疾患とその症状のもたらす不安の他に、医療場面での不安もみられた。複数の診療科を受診した例では、重大な疾患と受けとる場合がある。また、温度眼振検査、視運動眼振検査等では、検査そのものに不安を感じた例がみられた。

経過の長い例では、抑うつ傾向がみられ、なかには、就職・結婚・転勤といった社会生活の上で決断を要する事態に積極的に対応できないとした例がある。

②患者の不安に対する対策

前項で述べたような不安は、疾患そのものが軽快すれば、軽減消失する。しかし、時には、疾患の経過から離れて持続する場合があります。患者はなかなか治ったという自覚を持てなくなる⁵⁾。また、不安そのものが自律神経系の緊張に影響し、身体疾患の経過を長引かせることも考えられる。したがって、患者の不安を軽減するよう努めることにより、単に自覚症状の心理的修飾の消去のみならず、疾患そのものの軽快を促す可能性がある。

一般に、不安は、未知なるものが自己に対して脅威を与えている場合に生じる。めまい患者における不安も、未知の要素を減らすことにより軽減することが期待できる。

まず、患者のめまい症状を、患者自身の言葉で、できるだけ詳しく聞くことである。詳細な症状の聴取は、診断上、重要であるばかりでなく、2つの治療的意義がある。第1に症状を述

表4 身体疾患によるめまい患者
における不安形成の要因

身体疾患によるめまい → 不安

- 1) 症状が激しい → 死の恐怖
- 2) 発作をくりかえす → 予期不安
- 3) 病変の局在が自覚しにくい
- 4) 診療のもたらす不安

① 複数の科

（内 科
脳外科
耳鼻科 etc.

② 未知の検査

③ stressful な検査

caloric test

E T T

O K N

Audiogram

etc.

べる過程で、患者は自分の症状を、ある程度客観的にとらえなおすことができる。症状のひきおこした不安から、症状そのものをきりはなし、次のめまい発作の時には、冷静に自分の症状をとらえる一つの訓練となる。第2に、症状を述べる時には、自分の感じている不安を表現できる。不安・怒りといった情動は、言語表現することにより軽減する性質を有している。このような治療的意義を問診に含ませるには、できるだけ、患者に話してもらおうようにつとめ、yes-no で答えさせるような質問は慎むべきである。

また、病気の性質、予後については、その時点で判明したことをわかりやすく説明し、以後の検査の予定とその検査で何がわかるかを告げておく、特に、生命の予後についての不安を持っている例が少なくないので、死の心配はないことを伝えておくことが重要である。日常生活の上で、行動抑制がおきている場合には、はげまして動くようにさせることが治療的である。不安・緊張の持続する例では、自律訓練法も効果的である。

3. めまい患者の性格

心理的原因が、身体疾患をひきおこすと考えられた場合を、特に狭義の心身症とよぶ。このような疾患の一つに、メニエール病があり、その根拠として、メニエール病患者に一定の性格

傾向を見出したとする報告⁶⁾⁷⁾⁸⁾がある。そこで、めまい患者、特にメニエール病患者の性格傾向について、調査を行った。

対象は、メニエール病患者：46例、メニエール以外の内耳性めまい患者：61例、慢性中耳炎患者：50例である。いずれも、当科通院中の患者で、各群の平均年齢・年齢分布に有意の差はない。

性格検査は、モーズレー性格検査(MPI)を使用した。本法は、E尺度(内向性-外向性)、N尺度(神経症的傾向)、L尺度(虚偽発見尺度)の三つについて得点が得られる。三群の平均点を比較した。

結果は、表5に示した。メニエール病群はメニエール以外の内耳性めまい群に比し、L得点の有意に低い($t=2.30$, 危険率2%)。また、慢性中耳炎群に比し、E得点が高く($t=1.91$, 危険率6%)、L得点の有意に低い($t=2.51$, 危険率2%)。また、報告されている日本人正常成人の平均と比較すると、メニエール以外の内耳性めまい群は、各得点とも差がなく、メニエール群は、L得点が低く、慢性中耳炎群はE得点が低かった。

メニエール病患者は、自分をよくみせようとする傾向が少なく、慢性中耳炎の患者より外向的なものが多いと考えられる。

表5 各疾患のMPI得点(平均の比較)

	n	$\bar{E}$ (SD)	$\bar{N}$ (SD)	$\bar{L}$ (SD)
メニエール病	46	26.65 (11.79)	21.57 (11.87)	12.80 (6.98)
非メニエール 内耳性めまい	61	25.70 (11.50)	19.90 (10.07)	15.92 (6.90)
慢性中耳炎	50	22.36 (10.20)	18.06 (11.23)	16.24 (6.44)
参考(正常成人)	458	25.70 (9.81)	19.41 (10.61)	16.02 (6.81)

IV. ま と め

1) 心身医学的診療の、特に心理面の評価法につき解説し、面接の重要性と、心理テストの限界を強調した。

2) めまいを訴える神経症、精神科疾患の患者が耳鼻咽喉科を訪れていること、特に不安神経症

が多いことを報告した。

3) 身体疾患によるめまいの患者では、不安が、心理的反応として生じることを述べ、その対策として詳細な問診の治療的意義と、疾患に関する説明の重要性を報告した。

4) 内耳性めまい患者に施行したMP I の結果を検討し、メニエール病患者ではL得点が低いこと、メニエール以外の内耳性めまい患者では、正常成人と差がないことを報告した。

文 献

- 1) 日本精神身体医学会医療対策委員会：心身症の治療指針。精神医 10: 35, 1970.
- 2) 小比木啓吾ほか：心身医学における Cornell Medical Index の研究 (その2)。精神医 9: 115~122, 1969.
- 3) 竹山恒寿：精神科で扱う耳鳴と眩暈，耳喉 27: 756~762, 1955.
- 4) 加我君孝：心身医学，臨床耳鼻咽喉科学書（佐藤靖雄：鈴木淳一編集）。p. 335~375，金原出版，東京，1981.
- 5) 安田宏一：軟症難治のメニエール病患者のタイプ。耳喉 42: 1007~1011, 1970.
- 6) Hinchcliffe, R.: Personality profile in Meniere's disease. J. Laryngol. Otol. 81: 849~859, 1967.
- 7) Fowler, E.: Psychosomatic aspects of Meniere's disease, JAMA 148: 1265~1268, 1952.
- 8) Jongkees, J.W.B.: Medical treatment of Meniere's disease. Acta Otolaryngol. Suppl. 192: 105~108, 1964.

別刷請求先：矢野 純

〒112 東京都文京区目白台3-28-6
東京大学医学部附属病院 耳鼻咽喉科