治療効果からみた前庭機能異常例の心因分析

(2) 耳性外めまい症例

高 安 勲 次 ・ 香 取 早 苗*

Analysis of Psychological Factors in Patients with Vestibular Dysfunction in Relation to Therapy

(2) Patients with Non-otogenic Vertigo

Shoji Takayasu and Sanae Katori*

(Tachikawa National Hospital)

Using the CMI profile we previously studied the psychosomatic changes in patients with Meniere's disease as therapy progressed and reported two psychological factors, one causing the disease and the other changing after the onset of the disease; therapy was affected by the former.

In this experiment, patients with non-otogenic vertigo or dizziness (Orthostatic Dysregulation and Cervical Vertigo) were examined in the same way to determine whether these characteristics are peculiar to Meniere's disease.

The psychological profiles of the CMI were very similar at the onset of the diseases regardless of the prognosis and changed very little during treatment.

This finding proves that the psychological features of Meniere's disease previously reported are peculiar to this disease.

緒 言

我々はすでにメニエール病（以下 MD と略記）患者への心因関与のあり方を解明する目的で、3年以上治療を実施した症例に再度 CMI 健康調査を行ない、その Profile を指標として初診時に実施してあったそれと比較検討し、通常論じられている初診時の精神構造は、発病前の精神構造が発病後の精神反応のいかんで変化した状態であること、同じ心理的刺激でも受けとる側の精神構造によって発病への関与が大いに異り、治療効果をも左右することを報告した¹⁾。しかし、その特徴が MD 患者に特有なものであるか否かについては未検討のまま残されていた。

目 的

MD 患者における心因関与のあり方を、より明確にするため、耳性外めまい患者の精神構造と心因関与の実態について検討し、その成果と

の比較から MD 患者における特徴を同定することである。

国立立川病院耳鼻咽喉科

*国立立川病院めまいセンター

対 象 と 方 法

対象は起立性調節障害によるめまい例と頸性めまい例で、過去に治療を完了し2年以上再発をみないもの（治癒群）25例、1年以上治療を継続し現在通院中であるが改善が明らかなもの（有効群）25例、および現在もしばしばめまいを訴えているもの（無効群）25例の計75例で表1の分布であった。

身体・精神的条件の評価は MD 患者の場合と¹⁾同様、初診時と1年以上を経過した最近に実施した一対の CMI 健康調査について、治療効果別に身体・精神的自覚症の各項ごとに平均値を求め、その平均 Profile を群間比較、治療前後で比較し、その成績を MD 患者の特性と

対比させて相異の有無を検討した。

表1 研究対象 (N°75)

効果別	疾患別	OD	OD-CS	CS
治癒群	25	12	6	7
有効群	25	15	5	5
無効群	25	20	4	1
計	75	47	15	13

♂: 25例

♀: 50例

図1 耳性外めまい例の群別プロフィール
(治療前 75例) 図2 メニエール病・治療効果別、症状プロフィール
(治療前)

結果と検討

対象75例を治療効果別に3群に分け、初診時の CMI 健康調査表A～Rの愁訴得点の平均値に基いた Profile を一括して図1に示した。図2の MD の成績と異り、各群間の得点率に大きな相異はなく、特に精神的自覚症については殆んど同じ傾向が認められていた。

そのうち自覚症得点率が20%を越えた項目は、治癒群の A, L, P と Q, 有効群の E, J, L と Q であるのに対して、無効群では A, B, C, F, I, J, L, CIJ, M と P で、前2群に比べて多愁訴であった。しかし、各項目ごとの平均値に関する群間有意差を検定した結果、有意差を認めた項目は表2の10項目のみであった。従って表2に記載のない項目については3群間に

表2 愁訴得点の経過別群間比較
(耳性外めまい例・初診時)

項目	治癒群： 有効群	有効群： 無効群	無効群： 治癒群
B	ns	0.05	0.01
C	ns	0.005	0.0001
E	0.01	ns	0.05
F	ns	0.05	ns
I	0.01	ns	0.01
J	ns	ns	0.05
CIJ	0.01	0.01	0.0001
計	0.01	ns	0.001
N	0.05	ns	ns
Q	ns	ns	0.05

〔註〕 記載のない項目は相互間 ns のため省略

図3 耳性外めまい例の
治療前・後のプロフィール
(治癒群 25例)

図4 耳性外めまい例の
治療前・後のプロフィール
(有効群 25例)

図5 耳性外めまい例の治療前・後のプロフィール
(無効群 25例)

図6 耳性外めまい例の群別プロフィール
(治療後又は中, 75例)

有意差がなく、その11項目を含めて、治療群と有効群に有意差を認めない項目は16項目、有効群と無効群間に有意差を認めない項目は17項目もあり、特に精神的自覚症に関しては7項目中それぞれ6項目は有意差がなく、殆んど同じ精神構造と見なすことができた。

それらの Profile が1年以上の治療経過でいかに変化したかを示したものが図3～5である。

図3は治療群の成績である。治療後2年以上経過しているにもかかわらず、その身体・精神的状態には殆んど変化がなく、推計学的にも有意差を認めた項目は身体的自覚症ではG ($P < 0.001$) のみ、精神的自覚症ではM ($P < 0.05$) のみであった。

これに対して図4の有効群では治療による自

覚症の低率化が著明で、身体的ではB, H, I および J (以上 $P < 0.001$), DとE ($P < 0.01$), L ($P < 0.05$) の7項に有意差を認めたが、精神的では治療群と同様にM項 ($P < 0.01$) 以外では有意の変化が認められない点特徴的であった。

図5は無効群における Profile の変化である。この群も治療群と同様、治療前・後で殆んど同じ傾向を示しており、推計学的に有意差が認められた項目は身体的でD ($P < 0.01$), B, C ($P < 0.05$), 精神的ではN ($P < 0.05$) のみであり、しかも現在なお種々の程度、頻度でめまいを自覚しているにもかかわらず、自覚率が低率化(改善)している点でMDの場合¹⁾と著しく相異していた。

図6は治療後の Profile を群別に一括して示

表3 愁訴得点の経過別群間比較
(耳性外めまい例・治療後)

項目	治療群： 有効群	有効群： 無効群	無効群： 治療群
B	n s	0.001	0.05
C	n s	0.01	0.01
D	0.05	n s	n s
F	0.05	0.001	n s
G	n s	0.001	0.001
I	n s	0.01	0.05
J	n s	0.01	0.01
L	n s	0.01	n s
CIJ	n s	0.0001	0.0001
計	0.01	0.0001	0.0001
M	n s	0.01	0.01
N	n s	0.05	n s
計	n s	0.05	0.05

〔註〕 記載のない項は相互間 ns のため省略。

したものであるが、初回の成績（図1）と同様群間で著明な相異は認められず、とくに精神的自覚症で顕著であった。しかしながら、各項ごとの平均愁訴得点について群間有意差をみると表3のごとくで、特に有効群と無効群の間での有意差が多項目に及んでいた。治療群と有効群の間ではDとF($P<0.05$)のみに有意差を認めたが、いずれも有効群の方が低率になっており、精神的自覚症では全項に有意差を認めなかった。そこで、治療群と有効群を一括して経過良好群とし、これと無効群との間の愁訴得点を各質問ごとに比較して、有意差の有無を検討した結果が表4である。一見して明らかなように経過不良（無効）群では自律神経性愁訴が有意に高率であり、この点 MD の場合の身体的条件¹⁾と明らかに別の系統であること、また精

表4 経過の違いと身体・精神的愁訴の特徴

区分-番号	身体・精神的愁訴の内容	危険率 (%以下)
A- 4	まばたき、涙が多い	0.2
B- 10	よく咳ばらいをする	5
B- 11	のどのつまる感じがある	0.1
B- 13	鼻づまり	2
B- 14	鼻みづが多い	2
B- 20	季節の変わり目に風邪をひく	5
C- 30	胸や心臓の所が痛む	0.1
C- 33	息苦しくなる	5
C- 34	息切れし易い	5
F- 74	顔がほてって赤くなる	5
G- 82	体が急に熱くなる	5
G- 83	ひどいめまいがする	1
G- 89	頭・顔・肩がピクピクする	0.05
I-110	一寸仕事をしても疲れ易い	0.05
J-121	自分の健康が気になる	2
J-122	いつも病氣勝ちで不幸だ	5
K-125	子供の頃からリウマチ熱や ひきつけた	3
M-147	目上の人が見ていると 仕事ができない	0.5
M-149	急いでやると 誤りをおかし易い	5
M-153	いつも決心がつきかねる	5
O-163	いつもクヨクヨしている	3

注：すべて経過不良群が有意に高率

神的条件も不適応のみが強調され、MD における抑うつや過敏とは異質の精神構造がうかがえた。

考

起立性調節障害によるめまいの本態が自律神経失調症にあることは現今諸家の等しく認めるところであり²⁾³⁾、その病態は香取が mechloly test と耳垂 Plethysmogram を併用した自律

按

神経機能検査の結果および臨床実験から、Cholinergic receptor の興奮性低下と Cholinesterase (特異的) の活性低下による反応の遷延化であることを証明した⁴⁾。

また頸性めまいの病因は変形性頸椎症で、変形発生部位によって深層項筋の過剰刺激、椎骨動脈の機械的圧迫、同動脈周囲または頸部交感神経刺激などで誘発される。このうち深層項筋刺激によるめまいについては、上行賦活系 γ 線維を介して間脳視床下部に伝達された刺激が自律神経系の異常興奮をもたらすことによるとの解釈がある⁵⁾。

このように考えると、本研究の対象に選んだ2疾患は、いずれもめまい発症に自律神経系が関与しているといえる。

他方、この2疾患は、以前から高安ら⁶⁾が、MDの背景疾患として重要視し、これら2疾患の病態の消長とMD発作の消長が一致することも報告している。

この観点に立てば、すでに報告したようにMDの発病と経過に種々の程度の心因関与が証明されたことは、本研究対象の2疾患にも心因の関与が当然考えられ、CMIのProfileを指標とした分析では、MDに類似の精神構造の違いや精神反応の相異が得られるものと予測した。

しかし研究結果は図1に示したように、治療経過いかににかかわらず初診時の精神的自覚症が同じ構造を呈し、かつ図6のように時間経過(予後)によっても群間有意差を認めず、初診時のProfileを保っていた。このことは本対象の精神的Profileが発病時の精神構造であり、それが発病後の心理作用の影響を全く受けていないことを示すもので、対象2疾患には“精神構造に変化をもたらす”ような心因の介入はなかったと判定できた。

しかしながら、先にも述べたようにこの2疾患には自律神経系が関係しており、それは大脳皮質や大脳辺縁系から強い影響をうけているので⁷⁾ 心理的Stressが無関係とは云えず、またMDの背景因子となり得るならば、その関連性についても考察を加える必要があろう。

そこでMDの心因分析に用いたと同じ方法、即ちCMIの身体的自覚症の平均得点、精神的

表5 治療効果別心因係数
(耳性外めまい例 75例)

経過群別 平均得点	治療群		有効群		無効群	
	前	後	前	後	前	後
身体的自覚症 総得点の平均	22.4	20.6	27.0	18.5	30.7	26.4
精神的自覚症 総得点の平均	7.9	6.2	9.5	7.3	8.6	7.5
CIJ 総得点の平均	3.8	3.3	5.9	4.2	8.0	6.6
平均 PSI 値 (P/S)	2.0	1.9	1.6	1.9	1.1	1.1
平均(P-S) 値	4.1	2.9	3.6	3.1	0.6	0.9

表6 治療効果別心因係数

経過群別 平均得点	治療群		有効群		無効群	
	前	後	前	後	前	後
身体的自覚症 総得点の平均	18.8	14.3	26.9	18.1	38.6	40.9
精神的自覚症 総得点の平均	9.4	8.3	10.5	6.9	10.0	10.4
CIJ 総得点の平均	3.8	1.5	5.2	3.5	8.3	10.0
平均 PSI 値 (P/S)	2.5	5.5	2.0	2.0	1.2	1.0
平均(P-S) 値	5.6	6.8	5.3	3.4	1.7	0.4

自覚症の平均得点(S)、平均CIJ(P)、心因係数P/S、および心理作用の転換方向を示す(P-S)を求めた。表5がそれで、MDと対比するためすでに報告済み¹⁾のMDの成績を表6に示した。

表5と6から判るように、治療群ではMDに比べて身体的自覚症得点が大きく、精神的自覚症得点小さくなっており、心因の強さを示すP/S、転換方向を示す(P-S)も小さく特に治療後(即ち発病前)でそれが著しい。また有効群はMDと殆んど同じ傾向を示し、無効群ではMDより身体的自覚症得点も精神的自覚

症得点も共に小さく、特に治癒後で顕著である。

この成績と、先に示した Profile とから本対象の各群の心因関与および心理作用の過程を考察してみる。

先づ治癒群では、表5の P/S 値が示すように、MD と同じ強さの心理的刺激も心因としては中等度以下として受取られ、その精神反応への転換も中等度である。比較的高い自己防衛性をもつが MD 治癒群程の内的抑制はきかず、めまいという不安材料が続くと過敏性を高めることで均衡を保つ(図3)がその割に P/S 値が変わらず(表5)情緒不安定の存在を示している。これはその後の心理的刺激を緩和する状況依存性を生み出し、心因介入の域値を高めている(表5の P-S)。強烈な心理的 Stress に対しては、極端に緊張と過敏性を高めて精神反応に転換し内的に完全に抑制するものと推測される。その状態は MD 治癒群に近似的である。

有効群の精神構造も MD 有効群のそれと類似しており(表5)治癒群と近似的(図6)であるが、刺激に対する心理作用は異った過程をとる。刺激の受け止め方は中等度以下で転換方向も精神反応を指している(表5)が、時間経過で精神性愁訴より身体的愁訴が高くなり、P/Sが小さくなる過程には自己防衛性の早期崩壊と、立て直しに有利な状況依存性の欠如が、過敏性、不安、特に抑うつの高さに現われている。従って当初は心理的刺激を内的にうまく抑制しているが、自己防衛性がくずれると、治癒群のように精神反応ではもちこたえられず、転換方向を身体反応に変えることで均衡を保たねばならなくなるものと推測できる。

この転換が円滑に運べば MD 有効群に、中途半端であれば MD 無効群に近い型をとる。

ところが無効群では前2者と異質の身体・精神構造と解せざるを得なかった。この群は元来

身体的愁訴が多く(表5)精神的愁訴の特徴は前2者に類似(図6)しているものゝ、P/S 値は1.1と心理刺激が心因として介入しないことを示し(表5)従って心理作用の転換もないに等しい(表5)。

時間経過で Profile に殆んど動きがない(図5)のは、この群が自律神経の器質的障害を有する可能性を示唆している。表4に示した経過良好群と不良群(本群)で有意差のある症状がすべて自律神経症状であり、本群が高率を示した事実がその論拠である。

以上のように、対象75例が本質的には同じ精神構造であることは、すでに報告した MD とは明らかに相異なるものであったが、心理作用の機序については予後の違う3群でそれぞれ異っていた。

本対象、特に起立性調節障害は自律神経性疾患であるため、種々の程度の精神的刺激で影響され、発症することは確かである³⁾⁴⁾が通常その刺激は、いわゆる喜怒哀楽で現わされる“情緒反応または情動刺激”ともいうべき弱い刺激であり、「心因」とするには余りに刹那的、表層的で、それによって MD が発症するとは考え難い。

しかし、極めて強烈な精神的 Stress や根深く、長く尾を引くような情動刺激が負荷された時には、その刺激を受け取る個体に日常と異った精神構造、例えば極度の緊張亢進や過敏性の高揚が形成される筈であり、その条件下に限り MD が発症するならば、一見類似してはいてもそれは既に起立性調節障害や頸性めまいの精神構造ではなく、MD の精神構造に外ならない。

その意味では、本対象の精神構造に「心因」の介入は無いとした我々の本研究成果とその解釈に誤りはなく、従って前回の MD に関する結論は、MD 特有のものであることを証明し得たと考えられる。

ま と め

メニエール病の発病と経過に及ぼす心理的影響に関する継続研究として、メニエール病の背景疾患として重要な起立性調節障害と頸性めまいについて、CMI 健康調査表の Profile の時間的変動

を指標に治療効果（治癒，有効および無効）群別に分けて心因介入の機序を解明し，メニエール病と対比してそれぞれの精神構造を分析した。

その結果，本研究対象疾患では発病前の精神構造も発病後1年以上を経た時点での精神構造も，治療効果いかにかわらず全く画一的であったが，負荷された心理刺激に対する心因としての受け止め方は異っていた。しかもそれはメニエール病の精神構造や心理作用とは異質で，前に報告したメニエール病の成績はメニエール病に特有のものであることを証明できた。

参 考 文 献

- 1) 高安勅次，他：治療効果からみた前庭機能異常例の心因分析。(1)メニエール病，耳鼻臨床 77: 2256～2263, 1984.
- 2) 大国真彦：自律神経失調症—初診のみかたと診療の要点，小児科の立場から，治療 58: 9; 1709～1712, 1976.
- 3) 宇尾野公義：自律神経失調症の臨床，新興医学出版社，東京，1980.
- 4) 香取早苗：鼻咽腔炎の自律神経学的研究，日耳鼻 72: 124～154, 1969.
- 5) 檜 学：外傷性頸性めまい—めまい構成における Proprio-ocular reflex, proprio-spinal reflex と propriovegetative reflex の関連，臨床と研究 48: 11; 112, 1970.
- 6) 高安勅次，他：メニエール病の予防に関する臨床的検討，耳鼻臨床 75: 1327～1335, 1982.
- 7) 檜 学：脳とめまい，品川嘉也編，身近な脳の話 144～194，講談社，東京，1984.

（別刷請求先：高安勅次
〒190 立川市曙町1-32-1
国立立川病院耳鼻咽喉科）