原 著

過緊張性発声障害患者における発症の主観的誘因と
背景についての調査

平田 暢子¹⁾ 渡嘉敷亮二¹⁾ 小内 仁子¹⁾ 荻野亜希子²⁾
 新明 一星^{3,4)} 原田 紗衣¹⁾ 井上 瞬¹⁾

要 約：機能性発声障害の定義は臨床家間でも一致しておらず、発声習慣、発声の仕方の問題に情緒的要因が重なっているともいわれている。そこで、当院受診の機能性発声障害患者65例の発症の背景について調査した。対象者はすべて過緊張性発声障害を呈していた。調査項目は、発症時期、発症の主観的誘因、発症前後半年以内のライフイベント、STAIとし、声帯に器質的異常を認めた32例（コントロール群）と比較した。その結果、20代での発症が約半数を占め、STAIで段階Ⅳ以上が半数以上と高い不安傾向を認めた点は両群間で共通していた。発症の主観的誘因では、対象群で精神的ストレスが高かった。また、対象群では主観的誘因は「特になし」と答えた者が32%存在し、その中の64%がストレスを誘発するライフイベントを経験していた。機能性発声障害のうち過緊張性発声障害患者の背景には無自覚なものも含め精神的ストレスの関与があることが示唆された。

索引用語：機能性発声障害、過緊張性発声障害、発症の主観的誘因、ライフイベント、無自覚な精神的ストレス

Perceived Causes and Background of Onset in Patients with
Muscular Tension Dysphonia

Nobuko Hirata¹⁾, Ryoji Tokashiki¹⁾, Satoko Kouchi¹⁾, Akiko Ogino²⁾, Issei Shinmei^{3,4)},
 Sae Harada¹⁾ and Shun Inoue¹⁾

Abstract: There is no clear definition of functional dysphonia even among clinicians. Causes may vary from inadequate phonation to emotional distress. In the present paper, we investigated demographic data regarding the onset of functional dysphonia among 65 patients who visited our clinic. All cases were diagnosed as muscular tension dysphonia. We examined the time of onset, perceived cause of the onset, life events within half a year before

新宿ボイスクリニック¹⁾：〒160-0021 東京都新宿区歌舞伎町 1-1-17 エキニア新宿ビル 4 階

東京大学医学部附属病院リハビリテーション部²⁾：〒113-8655 東京都文京区本郷 7-3-1

TCBT カウンセリングオフィス³⁾：〒180-0004 東京都武蔵野市吉祥寺本町 1-26-4 2 階

国立精神・神経医療研究センター神経内科診療部⁴⁾：〒187-8551 東京都小平市小川東町 4-1-1

¹⁾Shinjuku Voice Clinic: EQUINIA Shinjuku Bldg. 4F, 1-1-17 Kabukicho, Shinjuku-ku, Tokyo 160-0021, Japan

²⁾Department of Rehabilitation Medicine, The University of Tokyo Hospital: 7-3-1 Hongo, Bunkyo-ku, Tokyo 113-8655, Japan

³⁾TCBT Counseling Office: 1-26-4 2F, Kichijoji-honcho, Musashino, Tokyo 180-0004, Japan

⁴⁾Department of Neurology, National Center for Neurology and Psychiatry: 4-1-1 Ogawa-Higashicho, Kodaira, Tokyo 187-8551, Japan

2018 年 7 月 25 日受稿 2019 年 2 月 1 日受理

and after the onset, and the State-Trait Anxiety Inventory (STAI). The results were compared with those of a control group consisting of 32 patients with organic problems in vocal cords. The results were as follows: 1) the age of onset was between 20 and 29 in half of the patients in each group; 2) more than half of the patients in each group exhibited a high anxiety level (IV or V) in the STAI; 3) the subject group showed higher perceived distress than the control group. However, 32% of the subject group reported no awareness of any cause behind the onset, and 64% of those experienced a life event inducing emotional distress within half a year before or after the onset. These findings suggest that emotional distress may influence the onset of muscular tension dysphonia in functional dysphonia whether patients are aware or not.

Key words: functional dysphonia, muscular tension dysphonia, perceived cause of the onset, life event, unaware distress

はじめに

一般に機能性発声障害は、発声器官に明らかな器質的異常がないが発声障害を呈するとき名づけられる¹⁻⁵⁾。病因論的に見ると、精神神経症的ないしは心因性と考えられるものと、不適切な発声の仕方の結果起こるものがある。後者には、過緊張性発声障害のように基本的には発声習慣や発声の仕方に問題があるが、神経症的要素や情緒的要因が重なっていると考えられるものも含まれる¹⁾。

当院を受診する機能性発声障害患者からも、しばしば発症時期と精神的ストレスを経験した時期が重複することが聴取され、発声習慣や発声の仕方はもちろんだが、情緒的要因の関与を疑う例が多い。一方、本邦では、機能性発声障害患者の発症の背景についての調査報告は少ない。そこで、当院を受診した機能性発声障害患者の発症の背景について調査を行った。

対象と方法

1. 対象 (表1)

2015年8月～2016年3月までに当院を受診のうえ、機能性発声障害と診断され言語聴覚士による音声訓練を開始した患者を対象とした。今回は、明らかな精神

障害や神経系の異常の関与を除くため、医師の診察により心因性失声症もしくは痙攣性発声障害と診断された者は除外した。その結果、最終的な対象は全例、過緊張性発声障害を呈していた。年齢は16～56歳(平均30.2歳)、対象者数は男性15例、女性50例、計65例であった。なお、声帯に器質的異常を認めた32例をコントロール群とし、結果を比較した。今回、声の症状に起因する精神的ストレスではなく、それ以外の精神的ストレスの発症への関与を明らかにすることを目的としたため、正常例ではなく、器質性音声障害例をコントロール群とした。両群間の年齢についてはWilcoxonの順位和検定を、性別についてはFisher's exact testを用いて比較したが、両者とも有意差は認めなかった。

2. 調査項目

調査項目は、1) 発症時期、2) 発症の主観的誘因、すなわち、患者本人が発症のきっかけになったと自覚している事項、3) 発症前後半年以内のライフイベント、4) 日本版 State-Trait Anxiety Inventory Form X (STAI)⁶⁾ (表2) とした。

1) 発症時期：患者本人が初めて症状を自覚した年齢を聴取した。

2) 発症の主観的誘因：「声を長時間使った」「大き

表1 調査対象者およびコントロール群の詳細

	機能性発声障害群	コントロール群
調査時期	2015年8月～2016年3月	2016年7月～2016年9月
年齢	16～56歳(平均30.2歳)	20～59歳(平均32歳)
診断名	(全例) 過緊張性発声障害 ※心因性失声症、痙攣性発声障害は除外	声帯結節・声帯萎縮・声帯嚢胞・ 浮腫性声帯炎・声帯ポリープ
症例数	65例(男性15例、女性50例)	32例(男性12例、女性20例)

表2 日本版 STAI

	特性不安	状態不安
やり方	全20項目について、回答者が普段感じている「普段の気持ち」を答えてもらう	全20項目について、回答者がこの質問紙を記入している「現在の気持ち」を答えてもらう
回答方法	「全くちがう」「いくらか」「まあそうだ」「その通りだ」の4つから最も当てはまるものを選んで○をつけてもらう	
質問例	1. 気分が良い	1. 気が落ち着いている
	2. 疲れやすい	2. 安心している
	3. 泣きたい気持ちになる	3. 緊張している
	4. 他の人のように幸せだと思ったらと思う	4. くよくよしている
	5. すぐに心が決まらずチャンスを使い易い	5. 気楽だ

な声や歌で喉に負担を掛けた」「無理な声を頑張って出していた」など、声の使い方の問題や声の酷使に関するものを「声の誤用・乱用」に、「長時間労働が続いた」「睡眠不足が続いた」「身体の疲労がたまっていると感じていた」などを「身体的疲労」に、「仕事の責任や量の負担が重かった」「職場の人間関係の問題」「友人・恋人との不和」など、学校・職場・プライベートでの人間関係におけるストレスを「精神的ストレス」に分類し、検討した。

3) ライフイベント：結婚や職種の変更、親しい友人の死など、本人の生活上の変化を意味するが、いかなる生活上の変化も多くの再調整を必要とするため、ストレスになりうる⁷⁾。また、臨床上、イベント自体が発症後に起こっていたとしても、それに関連した生活上の変化は連続的なものとして発症前から起こっていることが多く聴取される。以上2点よりわれわれは、昇進や卒業など一般的にはポジティブな意味として捉えられる生活上の変化および、発症後のイベントも、対象者の環境的背景のより詳細な把握のためには聴取の必要があると考え、調査項目に加えた。今回、聴取には対人関係カウンセリングで用いられているライフイベント尺度(表3)⁸⁾を使用した。聴取されたイベント内容から、「仕事・学業上の失敗」「労働条件・時間の変化」「失業」など職場や学校に関連したライフイベントを「仕事や学校生活にかかわるもの」、「恋人との付き合いを止めた」「婚約破棄」「親しい友人の死」など親しい他者との関係上のライフイベントを「恋人・パートナーなど親しい人との関係にかかわるもの」、「家族の入院」「家族との口論の増加」など家庭におけるライフイベントを「家庭生活にかかわるもの」と分類し、検討した。また、高比良の分類⁹⁾を基に、「貴

重なものの喪失」「経済的困難」「学業・仕事上での失敗」「病気」「友人の死や親しい人との別れ」などをネガティブなライフイベント、「学業・仕事上での高評価」「進学・就職」などをポジティブなライフイベント、どちらにも当てはまらないものを両方の意味をもつライフイベントと分類し、結果を検討した。

4) 日本版 STAI：STAI は不安を測定する質問紙検査である。不安は、ある状況で感じている不安の程度を示す「状態不安」と、不安になりやすい性格的傾向を示す「特性不安」の2つに区別することができ、特性不安の高い人は不安を抱きやすい傾向が強いことを意味する。日本版 STAI はその「状態不安」と「特性不安」を分けて測定することが特徴的な検査であり¹⁰⁾、いずれの不安も段階Ⅳ以上で「不安が高い」と評価される⁶⁾(表4)。当院では初診時不安状態の評価に採用している。機能性発声障害を発症しやすい要素として、発声行動だけではなく、個人の特性や性格傾向が挙げられる¹¹⁾ことは先行研究でも述べられており、今回はそのような対象者の気質的背景の把握のため、STAI で測定された「特性不安」の得点で不安になりやすい性格傾向を比較した。

1)～3)については、過緊張性発声障害群は初回面接時に音声訓練を担当した言語聴覚士が口頭で聴取し、コントロール群は自己記入方式のアンケート(図1)にて聴取した。口頭聴取は、対象者に与える心理的影響を最小限にするため、初回音声評価・訓練の前段階で行い、アンケートと同じ順番、同じ文言で質問した。なお、2)3)は複数回答可とした。また、4)については、両群とも音声訓練開始前までに、自己記入方式で実施した。

調査項目については、個人情報保護の観点から、取

表3 ライフイベント尺度⁸⁾

☐ 子どもの死	☐ 外国への移住
☐ 配偶者の死	☐ 中等度の経済的困難（煩わしいが深刻ではないもの、例えば、支出の増加、債権者とのトラブル）
☐ 拘禁	☐ 重要な人との別れ（親しい友人や親戚）
☐ 近親者の死（親・きょうだい）	☐ 重要な試験
☐ 配偶者の不倫	☐ 配偶者との別居（関係の悪化によるものではない）
☐ 大きな経済的困難（非常に苦しい借金、破産）	☐ 労働時間の変化（残業が増加した、もう一つ仕事を増やした、普段よりも仕事はるかに少ない、など）
☐ 仕事上の失敗	☐ 新しい同居者
☐ 解雇	☐ 引退
☐ 流産・死産	☐ 労働状況の変化（新たな部署、新たな上司、大きな組織再編）
☐ 離婚	☐ 職種の変更
☐ 配偶者との別居（関係の悪化によるもの）	☐ （3か月以上続いた）恋人とのつきあいをやめた
☐ 違法行為による出頭や出廷	☐ 他の市への転居
☐ 望まない妊娠	☐ 学校における変化
☐ 家族の入院（深刻な病気によるもの）	☐ フルタイムの学校に行かなくなった（卒業あるいは退学、不登校）
☐ 1か月以上の失業	☐ どちらか一方が出て行った後の夫婦間の和解
☐ 親しい友人の死	☐ 小さな違法行為
☐ 降格	☐ 妊娠（自分自身の妊娠、あるいは配偶者やパートナーの妊娠）
☐ 大きな病気（入院した、あるいは1か月以上休職した）	☐ 結婚
☐ 婚外交渉を始めた	☐ 昇進
☐ 個人的に貴重なものの喪失	☐ 深刻でない身体疾患（医療機関の受診が必要なもの）
☐ 訴訟	☐ 同じ市内での転居
☐ 学業における失敗（重要な試験や単位）	☐ 子どもの誕生あるいは養子縁組
☐ 婚約破棄	☐ 入学（全日、定時制、通信制、その他）
☐ 配偶者との口論の増加	☐ 婚約
☐ 同居家族との口論の増加	☐ 妊娠を望んだ
☐ 婚約者や恋人との口論の増加	☐ 出産
☐ 大きな借金（年収の半分以上の額）	☐ その他（具体的に書いてください）
☐ 上司や同僚との口論	
☐ 同居していない親族との口論（姻戚、親戚）	

（文献7に基づいて作られたIPCマニュアルの尺度を日本での使用に適した形に文献8の筆者が翻訳・一部改変したもの）

表4 STAI評価基準

段階	特性不安		状態不安	
	男性	女性	男性	女性
I (非常に低い)	0-23点	0-23点	0-22点	0-21点
II (低い)	24-32点	24-33点	23-31点	22-30点
III (普通)	33-43点	34-44点	32-40点	31-41点
IV (高い)	44-52点	45-54点	41-49点	42-50点
V (非常に高い)	53-80点	55-80点	50-80点	51-80点

得たデータは研究目的以外に使用しないこと、匿名性を保持することを各患者に説明し、同意を得た。

2)～4)については、統計学的解析を行った。2) 3)については、単純に過緊張性発声障害群とコントロール群の二群間で有症率の差についてFisher's exact testを用いて比較した。4)の結果については、疾患群でより不安傾向が強いかどうかについてWilcoxonの順位和検定を用いて比較した。

結 果

1. 発症時期

過緊張性発声障害群では、20歳未満が31%、20代が50%、30代が11%、40代が5%、50代が3%であった。コントロール群では、20歳未満が0%、20代が56%、30代が19%、40代が16%、50代が9%であった（図2）。

2. 発症の主観的誘因

過緊張性発声障害群では、声の誤用や乱用が17%、身体的疲労が12%、精神的ストレスが46%と、精神的ストレスが最も多かった。コントロール群では、声の誤用や乱用が72%、身体的疲労が36%、精神的ストレスが34%と、声の誤用や乱用が最も多かった。それぞれの誘因において、 $p<.01$ と両群間で有意差を認めた。また、「特になし」と答えた者が、過緊張性発声障害群では32%認められたのに対し、コントロール群では6%のみであった（図3）。

<p style="text-align: center;">＜アンケートご記入のお願い＞</p> <p>現在、当院では、声の病気の発症誘因とその背景ストレスについての研究を行っております。ご協力頂ける方は、下記質問および、別紙の心理検査にご回答頂きますよう、お願い申し上げます。</p> <p>尚、取得したデータおよび個人情報につきましては、研究目的以外に使用致しません。個人情報は、研究発表の際、匿名性を保持致します。データは万全に保管の上、研究発表ののち、5年後以内に破棄致します。</p> <p>Q1. 現在お困りの症状を初めて自覚されたのは、いつ頃ですか？ () 年 () 月 () 日 () 歳の頃</p> <p>Q2. 現在お困りの症状について、自覚されているきっかけはありますか？ 下記の中から選択して下さい（複数回答可）。</p> <p>☐ 声の使い方、使いすぎの問題（声を長時間使った、大きな声や歌で喉に負担をかけた、無理な声を頑張って出していた、など）</p> <p>☐ 身体的な疲労（長時間労働が続いた、睡眠不足が続いた、身体の疲労がたまっていると感じていた、など）</p> <p>☐ 精神的なストレス（仕事の責任や量の負担が重かった、仕事内容への不満感、職場の人間関係上の問題、家庭内での問題、友人・恋人との不和、精神的な緊張が持続する環境、など）</p> <p>☐ 何も思い当たらない</p> <p>☐ その他（具体的に：)</p> <p>Q3. 症状が出現する半年前から発症後半年までの間で、下記の中で経験したことのある出来事があればチェックをつけてください（複数回答可）。</p> <p>※下記項目は、対人関係カウンセリング（IPC）において用いられているライフイベント尺度（Holmes & Rahe 1967 に基づいて作られた IPC マニュアルの尺度を日本での使用に適した形に翻訳・改変されたもの）です。</p> <p>☐ 子どもの死 ☐ 配偶者の死 ☐ 拘禁</p> <p>☐ 近親者の（親・きょうだい） ☐ 配偶者の不倫</p> <p>☐ 大きな経済的困難（非常に苦しい借金、破産）</p> <p>☐ 仕事上の失敗 ☐ 解雇 ☐ 流産・死産 ☐ 離婚</p> <p>☐ 配偶者との別居（関係の悪化によるもの）</p> <p>☐ 違法行為による出頭や出廷 ☐ 望まない妊娠</p> <p>☐ 家族の入院（深刻な病気によるもの） ☐ 1 か月以上の失業</p> <p>☐ 親しい友人の死 ☐ 降格</p> <p>☐ 大きな病気（入院した、あるいは1 か月以上休職した）</p> <p>☐ 婚外交渉を始めた ☐ 個人的に貴重なものの喪失</p> <p>☐ 訴訟 ☐ 学業における失敗（重要な試験や単位）</p> <p>☐ 婚約破棄 ☐ 配偶者との口論の増加</p> <p>☐ 同居家族との口論の増加 ☐ 婚約者や恋人との口論の増加</p> <p>☐ 大きな借金（年収の半分以上の額） ☐ 上司や同僚との口論</p>	<p>☐ 同居していない親族との口論（姻戚、親戚）</p> <p>☐ 外国への移住</p> <p>☐ 中等度の経済的困難（煩わしいが深刻ではないもの。例えば、支出の増加、債権者とのトラブル）</p> <p>☐ 重要な人との別れ（親しい友人や親戚） ☐ 重要な試験</p> <p>☐ 配偶者との別居（関係の悪化によるものではない）</p> <p>☐ 労働時間の変化（残業が増加した、もう一つ仕事を増やした、普段よりも仕事はるかに少ない、など）</p> <p>☐ 新しい同居者 ☐ 引退</p> <p>☐ 労働状況の変化（新たな部署、新たな上司、大きな組織再編）</p> <p>☐ 職種の変更</p> <p>☐ (3 か月以上続いた) 恋人とのつきあいをやめた</p> <p>☐ 他の市への転居 ☐ 学校における変化</p> <p>☐ フルタイムの学校に行かなくなった（卒業あるいは退学、不登校）</p> <p>☐ どちらか一方が出て行った後の夫婦間の和解</p> <p>☐ 小さな違法行為</p> <p>☐ 妊娠（自分自身の妊娠、あるいは配偶者やパートナーの妊娠）</p> <p>☐ 結婚 ☐ 昇進</p> <p>☐ 深刻でない身体疾患（医療機関の受診が必要なもの）</p> <p>☐ 同じ市内での転居 ☐ 子どもの誕生あるいは養子縁組</p> <p>☐ 入学（全日、定時制、通信制、その他） ☐ 婚約</p> <p>☐ 妊娠を望んだ ☐ 出産</p> <p>☐ その他（具体的に書いてください）</p> <p>※差支えなければ、下記についても記入をお願いいたします。 (無記名でも構いませんが、年齢・職業についてはご記入いただけると、幸いです。年齢・職業はあてはまるものに○をして下さい。)</p> <p>氏名： _____</p> <p>年齢：10代・20代・30代・40代・50代・60代</p> <p>職業：学生・主婦・会社員（事務・営業）・販売員・飲食店・保育士・教師・テレアポ・医療従事者・その他（具体的に： _____）</p> <p style="text-align: right;">ご協力頂き、ありがとうございました。</p>
--	--

図1 調査に用いたアンケート内容

3. 発症前後半年以内のライフイベント

過緊張性発声障害群では全体の60%が、コントロール群では全体の66%が、発症前後半年以内に何らかのライフイベントを経験しており、 $p=0.66$ と両群間での有意差は認められなかった。過緊張性発声障害群では、仕事や学校生活にかかわるものが71.3%、親しい人との関係にかかわるものが16.7%、家庭生活にかかわるものが12%であった。コントロール群では、仕事や学校生活にかかわるものが90%、親しい人と

の関係にかかわるものが29%、家庭生活にかかわるものが24%であった。両群とも仕事や学校生活に関するライフイベントが最も多く認められた（図4）。また、過緊張性発声障害群では、ネガティブな内容のものが91%、ポジティブな内容のものが7%、両方の意味をもつものが2%であった。コントロール群では、ネガティブな内容のものが56%、ポジティブな内容のものが2%、両方の意味をもつものが42%であった。両群とも、ネガティブな内容のイベントが最も多かつ

図2 発症時期

■ 過緊張性発声障害群, ■ コントロール群

図3 発症の主観的誘因

■ 過緊張性発声障害群, ■ コントロール群

たが、わずかではあるもののポジティブな内容のものも含まれていた (図5)。

なお、過緊張性発声障害群では、前項2. 発症の主観的誘因にて「特にない」と答えていた者の64%、つまり全体の約20%に、何らかのライフイベントが認められた。その内容として最も多かったものは、仕事・学校生活にかかわるものであった。一方、コントロール群では、前項2. 発症の主観的誘因にて「特にない」と答えていた者のなかで、ライフイベントを経験していた者はいなかった。

4. STAI 特性不安

過緊張性発声障害群では、段階Ⅰ（非常に低い）が0%、段階Ⅱ（低い）が3%、段階Ⅲ（普通）が23%、段階Ⅳ（高い）が35%、段階Ⅴ（非常に高い）が39%であった。コントロール群では、段階Ⅰ（非常に低い）が0%、段階Ⅱ（低い）が7%、段階Ⅲ（普通）が34%、段階Ⅳ（高い）が25%、段階Ⅴ（非常に高い）が34%であった。両群とも不安が高いとされる段階

Ⅳ、Ⅴが全体の半数以上であり、 $p=0.299$ と両群間の有意差はなかった (図6)。

考 察

機能性発声障害に含まれる過緊張性発声障害は、一般的には発声習慣や発声の仕方に問題があるとされるが、情緒的要因が関与している場合があり¹⁾、その具体的中身は実に多様である。本研究では、当院を受診した過緊張性発声障害患者65例を対象に、情緒的要因の関与を明らかにするべく、発症の背景を調査した。

1. 各結果について

1) 発症時期：両群とも20代での発症が最も多く、比較的若年での発症が多い傾向にあったが、過緊張性発声障害群のみ10代での発症を約3割認めた。10代はそのほとんどが思春期に当たるが、思春期は第二次性徴の進行に伴い急激な身体的変化が起こり、母子の関係性からの分離や独立した固有の自己を確立させようとする心理的過程をたどる時期である¹²⁾。このよう

図4 発症前後半年以内のライフイベントの有無とその内訳

図5 ポジティブ/ネガティブなライフイベントの内訳

■ 過緊張性発声障害群, ■ コントロール群

図6 STAI 特性不安

■ 過緊張性発声障害群, ■ コントロール群

な急激な変化とそれに伴う周囲との摩擦でしばしば強いストレスが生じ、内的葛藤が高まると思春期特有の精神保健上の問題が生じやすく¹³⁾、小児医療においては身体化症状を経験しやすい年代である¹⁴⁾。一方、過緊張性発声障害は、転換性障害の運動症状に相当するともいわれている¹⁵⁾。このような①身体化症状を経験しやすいという思春期特有の傾向、②過緊張性発声障害が転換性障害の運動症状としての特徴をもつことを鑑みると、「変化に伴う精神的ストレス」が身体化症状としての声の症状を誘発したため、過緊張性発声障害群ではより若年の発症が多かったと考えられる。

2) 発症の主観的誘因：過緊張性発声障害群では主観的誘因として精神的ストレスが最も多かった。先行研究では、過緊張型発声障害の82.6%が症状の背景に心因を認めたこと¹⁶⁾や、過緊張性発声障害を含む機能性発声障害の誘因として、失恋、学校・職場でのいじめ、勉強や親の介護等による精神的ストレス、ひきこもりが聴取されたこと¹⁷⁾が報告されており、本研究の結果は、それらと類似していた。過緊張性発声障害においては、声の酷使など直接的な誘因よりも、精神的ストレスが発症により関与しやすいと考えられる。しかし、一方で本研究の過緊張性発声障害群では、約3割が発症の誘因を自覚していなかった。つまり、過緊張性発声障害の発症には精神的ストレスがより関与しやすいが、必ずしも患者自身が声の問題と精神的ストレスとの関連を自覚するわけではないと考えられる。

3) 発症前後半年以内のライフイベント：両群とも約6割にライフイベントが認められたが、過緊張性発声障害群では、主観的誘因が「特にない」と答えたもののライフイベントを経験していた者が、全体の約20%存在した。先行研究では、過緊張性発声障害患者に半構造化インタビューを行ったところ、患者から直接的な心理的原因については報告されなかったものの、発症前に転職や家族・友人の死、離婚、他者との衝突など、重要なライフイベントを経験していたことが報告されている¹⁸⁾。これは、本研究結果と類似している。同先行研究では、このようなライフイベントは通常不安や悲しみ、恐れなどの感情を引き起こすが、多くの患者はそれらの感情と声の症状とを関連づけていなかったと報告されている¹⁸⁾。過緊張性発声患者のなかには、ライフイベント自体は自覚していても、①ライフイベントにより生じた不安や悲しみなどの感情への自覚が少ない（無自覚な精神的ストレスがある）、もしくは②ライフイベントにより生じた感情への自覚

はあるが、その感情と声の問題との関連についての自覚が少ない、という傾向がある可能性が示唆された。

さらに、Kanbaraらは、感情や身体の気付き・内受容感覚・恒常性調節機能は相互に関連しており、これらの働きが心身の健康には重要な役割を果たしていると述べているが¹⁹⁾、ライフイベントにより生じる感情への自覚が薄いと、このバランスが崩れ、発声という運動に障害をもたらす場合があり、過緊張性発声障害の背景にそのような傾向が認められる可能性があると考えられる。

4) STAI：本研究では両群とも高い不安傾向を示した。先行研究では、不安障害の発症には、発症前1年以内のストレスフルなライフイベントが重要な要因となることが報告されている²⁰⁾。本研究では、両群とも約6割の対象者がライフイベントを経験しており、このライフイベントによるストレスと、両群に共通する高い不安傾向は関連していると考えられる。しかし、STAIで示される不安傾向は、年齢が高くなるにつれて直線的に低くなり、男性に比し女性において特性不安が高い傾向にあることが過去に報告されている²¹⁾。本研究では、過緊張性発声障害群、コントロール群ともに①平均年齢が約30歳と比較的若年であり、②男性に比し女性が多い、という点で先行研究の対象者と類似している。そのため、本研究でも先行研究と同様に、対象者が若年で、かつ、女性が多かったことにより高い不安傾向が結果として生じたと考えられる。対象者の年齢・性別を含め、サンプルのサイズや採取方法については、今後検討の必要がある。また、同先行研究では、職業や教育が不安傾向に影響を与える因子になることも報告されており²¹⁾、年齢や性別のみならず、職業や教育などさまざまな要素と不安傾向の関連について検討することも今後の課題である。

2. 両群における調査方法の違いについて

本研究では、過緊張性発声障害群には口頭での聴取、コントロール群にはアンケートによる聴取を行った。対象者に与える心理的影響を最小限にするため、両群とも初回音声評価・訓練の前段階で聴取を行い、口頭聴取もアンケート内容を基にアンケートと同じ順番、同じ文言で質問した。しかし、主観的誘因のように具体的中身に幅があり、調査者が想定しえない回答があると考えられる場合、回答者の負担が大きくなりやすい²²⁾。そのうえで、口頭聴取では面接による圧迫感や聞き手の表情など、ノンバーバルな要素が回答にさらなる影響を及ぼす可能性もあったと考えられ、少なくとも両群で調査方法を揃えることによりノンバーバル

な要素の影響による結果の違いは除外できたといえる。今回は後方視的調査のため、調査方法を揃えられなかったのが難点であり、あくまで各群における結果がどうだったのか、という点までしかいえないが、今後は調査方法を統一するなど、より精度を上げるための調査方法を検討していくことで、より両群間の「違い」というところまで検討できると考えられる。

3. 過緊張性発声障害患者への対応について

今回、過緊張性発声障害には一定数、精神的ストレスが発症の誘因となり、そのなかには患者自身が自覚しない心的要因が存在しうることが示唆された。精神療法においては、心理的な問題に本人が気づいていない場合も多く、「自分への気づき」が損なわれると心身症につながりやすいといわれており、「自分のことがわかること」が重要な治療のプロセスとして考えられている²³⁾。また、先行研究では、過緊張性発声障害患者のなかでも「自覚した統制感」(声の問題やその他のストレスに対するコントロール感覚)が高いと、感情面・行動面でより適応的な反応ができ、改善につながりやすいことが報告されている¹⁸⁾。機能性発声障害患者に対する訓練において、発声様式の再調整を行う音声治療が第一選択であること⁵⁾は広く知られており、当院でも過緊張性発声障害患者に対し、リラクセーションなどの手技を用いた音声治療を行っている。しかし、治療が奏功しない場合、ポジティブなライフイベントもストレスになりうること⁷⁾や、精神的ストレスが声の症状に関連しうることを患者に説明し、患者自身の心的状態への気づきやそれに合わせた行動変容(たとえば、患者自身が「ライフイベントによるストレスが生じている時期だから無理をしないでおこう」と考え、勤務時間・睡眠時間を調整する、など)を促していくことは、改善の一助となりうる。そのためには、発症の誘因として患者自身が何を自覚しているか、ストレスにつながりうるライフイベントの経験があったかなど、過緊張性発声障害患者の発症の背景をより詳しく聴取していくことは重要であると考えられる。

ま と め

1. 当院受診の過緊張性発声障害患者 65 例を対象に、発症時期、発症の主観的誘因、発症前後半年以内のライフイベント、STAI について調査し、器質性音声障害 32 例をコントロール群とし、比較した。

2. 両群とも、20 代での発症が最も多く、比較的若年での発症が多い傾向にあったが、過緊張性発声障

害群では 10 代での発症を約 3 割認めた。これは、思春期特有の内的葛藤が症状に関与していた可能性がある。

3. 発症の主観的誘因については、声の誤用や乱用、身体的疲労、精神的ストレスに大別され、過緊張性発声障害群では精神的ストレスの割合が高かった。精神的ストレスが発症に影響を与えていると考えられた。

4. 発症前後半年以内のライフイベントについては、両群とも約 6 割に認められた。また、過緊張性発声障害群では発症の誘因を自覚しない者が約 3 割存在し、そのうちの 6 割にはライフイベントが認められた。ライフイベントにより生じる感情への自覚、もしくは、感情と声との関連に対する自覚が薄い可能性があると考えられた。

5. ライフイベントがストレスになりうることを鑑みると、過緊張性発声障害群で無自覚なものも含め精神的ストレスが発症の背景に存在しうる可能性が示唆され、これらを念頭において問診・訓練に当たることが重要と考えられた。

利益相反自己申告：申告すべきものなし。

文 献

- 1) 廣瀬 肇：音声障害をきたす疾患—機能性発声障害—。音声障害の臨床、インテルナ出版、東京、98-100 頁、1998。
- 2) 新美成二：音声リハビリテーションについて。日気食会報、62 (5)：433-439、2011。
- 3) 牧山 清、松崎洋海、平井良治：機能性発声障害—診断のポイント—。日耳鼻、117：1173-1178、2014。
- 4) 香田千絵子、濱川幸世、森 一功、他：機能性発声障害の臨床的検討。音声言語医学、40：1-7、1999。
- 5) 前川圭子、岩城 忍、飯田佳実、他：機能性発声障害に対する音声治療。音声言語医学、48：353-358、2007。
- 6) Spielberger CD：STAI 使用手引(水口公信、下仲順子、中里克治構成)、三京房、京都、1991。
- 7) Holmes TH and Rahe RH: The social readjustment rating scale. J Psychosom Res, 11: 213-218, 1967。
- 8) 水島広子：IPC を始める。対人関係カウンセリング IPC の進め方、創元社、大阪、44-45 頁、2011。
- 9) 高比良美詠子：対人・達成領域別ライフイベント尺度(大学生用)の作成と妥当性の検討。社会心理学研究、14：12-24、1998。
- 10) 松野俊夫：状態・特性不安検査 STAI (State-Trait Anxiety Inventory) について。ストレスと臨床、21：38-41、2004。
- 11) Kiese-Himmel C: Clinical-psychological components in the consideration of functional dysphonia—a review. Laryngorhinootologie, 94: 156-162, 2015。
- 12) 齊藤万比古：幼児期の心理的発達と思春期。子の心とからだ、26 (4)：350-353、2018。

- 13) 藤田純一：思春期の抑うつ状態と精神病症状. 医学と薬学, 75 : 31-35, 2018.
 - 14) 新井 卓, 伊藤郁子, 鎗木 宏, 他：児童思春期のリエゾン—北里大学病院の場合—. 北里医学, 26 : 17-23, 1996.
 - 15) 矢野 純：心因性発声障害. 心身医, 50 : 80, 2015.
 - 16) 香田千絵子, 梅野博仁, 濱川幸世, 他：機能性発声障害に対する音声治療効果の検討. 音声言語医学, 55 : 155-161, 2014.
 - 17) 田口亜紀：機能性発声障害の診断における問診および自覚度評価のポイント. 音声言語医学, 48 : 342-346, 2007.
 - 18) Misono S, Haut C, Meredith L, et al: Dysphonia, perceived control, and psychosocial distress: A qualitative study. J Voice, doi: 10.1016/j.jvoice.2018.04.003, 2018.
 - 19) Kanbara K and Fukunaga M: Links among emotional awareness, somatic awareness and autonomic homeostatic processing. Biopsychosoc Med, 10: 1-11, 2016.
 - 20) Taher D, Mahmud N and Amin R: The effect of stressful life events on generalized anxiety disorder. Eur Psychiatry, 30: 28-31, 2015.
 - 21) 中里克治, 下仲順子：成人前期から老年期にいたる不安の年齢変化. 教育心理学研究, 37 : 172-178, 1989.
 - 22) 国立教育政策研究所社会教育実践研究センター：社会教育調査ハンドブック. www.nier.go.jp/jissen/chosa/h23_handbook03_all.pdf (2018.12.15)
 - 23) 守口善也：心身症とアレクサイミア—情動認知と身体性の関連の観点から—. 心理学評論, 57 : 77-92, 2014.
- 別刷請求先：〒160-0021 東京都新宿区歌舞伎町 1-1-17
エキニア新宿ビル 4 階
新宿ボイスクリニック
平田暢子
-