シンポジウム「小児の心身症」

視 覚 障 害

宮 本 信 也

(自治医科大学小児科)

psychogenic visual disturbances

Shinya MIYAMOTO

Pediatrics, Jichi Medical School

心因性視覚障害との関連で、自験例のまとめ、心因性ということの考え方、および、心因性疾患の評価方法につき述べた。

心因性視覚障害と診断された17名の患児につき、最終受診より3年以上経過した後の状態を追跡調査した。調査時点では、5名、全体の約30%が近視になっていた。このことは、心因性視力障害の視力に関する長期予後検討の必要性を示すものである。自験例の検討から、非器質性視覚障害において、心因性が疑われる状態として、①自覚症状で発症、②眼以外の症状の合併、③日常生活の障害、の3点が考えられた。これら3点に該当する患児への対応に際しては、心理疾患の専門機関との連絡が望ましいと思われた。

心因性という用語は、非器質性視覚異常の中で心因が明らかな例にのみ使用し、それ以外の例に関しては、適当な用語を考案する必要があると考えた。

In relation to psychogenic visual disturbances, the author describe a summary of our own clinical experiences, a conception of “psychogenic” and a process of evaluation of a psychogenic disorder.

Seventeen patients diagnosed as psychogenic visual disturbance were followed for more than 3 years after their last visiting. Five of them, about 30% of these patients, developed true myopia at follow-up. This indicates that a long term follow-up study of patients with psychogenic visual disturbance should be conducted in point of their vision. The study of our patients suggests that there are three conditions in which a psychogenic visual disturbance is suspected. They are; (1) onset with symptoms, not signs, (2) coexistence with symptoms other than ophthalmic ones, (3) troubles of ordinary daily activities due to visual symptoms. It seems desirable to refer such a patient who meets these conditions to a specialist in psychological disorders.

It is proposed that the term, “psychogenic”, should apply only to a patient with non-organic visual disturbance whose psychological background has a some causal dependence on symptoms and signs, and that it may be necessary to think out an another term for a patient whose psychological factors are not found.

I. はじめに

小児の心因性の視覚障害、中でも視力障害は、その症例の多さと経過の特異性から、注目を集めています。本日は、小児科の立場から、視覚障害そのものと言うよりも、心因性ということの考え方を中心にお話させていただきます。

連絡先 (〒305) つくば市天王台 1-1-1
筑波大学心身障害学系
TEL 0298-53-6716
FAX 0298-53-6504

Key word: psychogenic visual disturbance
non-organic visual disturbance
psychosomatic disorder
children

II. 自験例の検討

最初に、私達が経験しました27例につき検討を加えてみました。その発症時の視覚症状では、視力低下が23名と、全体の85%を占めていました。視力低下をきたしたものの65%は、発症時、自覚症状を示していませんでした。しかし、この自覚症状を示していなかった児のうち67%は、視力低下を指摘された後、自覚的な視力障害を訴えるようになっておりました。視覚異常以外の症状は多彩ですが、頭痛の訴えが比較的多く、全体の約30%を占めていました。

心理的背景要因は、27名中21名、78%で認められました。ただし、ここで言う心理的要因と

表1 最終受診後2年以上経過した症例の状況

近視で眼鏡使用	5名
仮性近視	3
機能性視力低下(?)	2
正常視力	7
計	17

表2 発症時自覚症状と心因

		心 (+)	因 (-)
自覚 症状	(+)	8	2
	(-)	3	14

$$(x^2=7.72, df=1, P<0.01)$$

表3 眼以外の症状と心因

		心 (+)	因 (-)
眼 以 外 の 症 状	(+)	8	3
	(-)	3	13

$$(x^2=5.79, df=1, P<0.05)$$

は、全て、心理的原因(心因)を意味してはいません。心理的に何らかの影響を患児に与える可能性のある事柄を、全てともかくチェックしたものです。こうした要因を持つ症例の中で、その後の経過から、その要因が明らかに心因であると判断されたものは、11名、全体の41%でした。心因の内訳では、家族関係と学校・友人関係が、それぞれ半々でした。

最終受診時転帰では、23名、85%の症例で改善が認められていました。患児への対応は、箱庭療法も含めた特別の心理的対応をしたものは2名のみで、残りは、簡単なアドバイスをを行い、経過観察をただけでした。最終受診後2年以上を経過している症例の現時点での視力の程度を調査した結果が表1です。結局、近視となり眼鏡を使用しているものが約30%認められました。この結果は、注目すべきものと思われます。近視となったものの多くは、発症時、自覚症状のなかったもので、トリック検査で陽性になり、「心因性視力低下」と判断されていた症例でした。これらの症例の初診時の症状が、近視の始まりと何らかの関連があった可能性は否定できないと思われます。心因性視力障害の長期の予後に関する報告は少なく、今後の課題であろうと思われました。

次に、心因の関与が明らかであった例の特徴を見たのが、表2～3です。この表から、自覚症状で発症した場合と眼以外の症状がある場合に、心因が認められる傾向が高いことが伺えます。また、人数は少ないのですが、視覚障害のために日常生活に支障をきたしていた患児が2名おり、この2名は、いずれも心因を有していました。

III. 「心因性」ということの検討

こうした非器質性の視覚障害を持つ患児達の特徴は、以下のようにまとめられると思われます。まず、少なくとも、発症時、あるいは、発見時は、自覚症状に乏しいことがあげられます。次に、心因を明らかにすることのできる症例は、多くても半数程度です。また、特別の心理療法をしなくても、軽快する症例が多いことも特徴といえるでしょう。これまで、非器質性視覚障

害、直ちに、心因性視覚障害とされることが多かったような印象がありますが、これらの特徴を考慮しますと、器質的異常所見のない視覚異常に、全て、「心因性」という用語を用いることが妥当かどうか疑問が出てきます。

そこで、私といたしましては、現時点では、次のように提案したいと思います。すなわち、心因の関与が明らかなものだけにのみ、心因性の用語を冠し、それ以外の非器質性視覚障害には、何か適当な用語を新たに考える、ということです。欧米の文献では、機能性を意味する functional という用語を用いている報告が少なくないようです。しかし、日本では、機能性視力障害と言いますと、本来の弱視を意味してしまう、というご意見もありますので、それ以外の適切な用語を、眼科領域で是非お考えいただきたいと思う次第です。

なお、ここで、一言ご注意くださいのは、心理的な要因が全て心因ではない、ということです。私達の症例では、何らかの心理的要因を認めた例は約80%おりましたが、そうした要因が、実際に患児の症状に関与していたと判断されたものは、その半数に過ぎませんでした。心因性というからには、心理的要因の存在だけではなく、それが、病状に関係しているということを明らかにしなければならない、あるいは、少なくとも関係していることを推測させる事実を示さなければならない、と私は考えております。

IV. 真の心因性視覚障害

それでは、真の心因性視覚障害としては、どのようなものが考えられるでしょうか。表4は、小児で心因性視覚障害をきたし得る病態を示し

表4 小児の心因性視覚障害

心身症	
心因反応	
神経症	ヒステリー
	心気症
	抑うつ状態
うつ病	
詐病	

たものです。実際の臨床場面では、心身症、心因反応、ヒステリーのどれかに該当するものがほとんどかと思われます。ここで言う心身症は、狭義の意味で、客観的な異常所見がつかまるものです。心身症では、心因が特定できる場合とできない場合がありますが、いずれの場合でも、患児にとって、かなりのストレス状況は必ず存在します。心因反応以下は、原則として、客観的な異常所見は呈しません。心因反応とは、心理的ストレスに対する反応として症状が出るもので、ストレスと症状との間の時間的關係が明らかであり、ストレス状況がなくなれば症状も消失するものです。神経症は、その患児の性格、行動パターン、価値観などを背景として、ある程度の時間をかけて形成されてくる心理的異常状態と考えられます。したがって、神経症の場合は、特定の心因が判明することはむしろ稀と言えます。小児のうつ病は、最近、受診が目につくようになってきています。眼がかすむ、ぼやける、疲れる、などの訴えが聞かれることがあります。詐病による視覚障害は、小児では極めて稀とされています。

V. 診 断

先ほど、心因の関与が明らかなものだけを、心因性視覚障害とすべきだ、という旨を申し上げました。それでは、心因が特定されていない段階では、どういう場合、心因性視覚障害の疑いを持つことができるでしょうか。自験例の検討結果より、私は、表5のような場合、心因の関与している可能性が高い。つまりは、心因性視覚障害の可能性が高い、と考えています。こうした患児では、心理的背景を詳細に検討する必要があると言えるでしょう。

次に、こうした患児達に認められる心因としては、どのようなものが多いかを示したのが表6です。これは、心因性視覚障害をきたしやすい

表5 心因性が疑われる要素

- ①自覚症状で発症している。
- ②眼以外の症状がある。
- ③日常生活に支障が出ている。

い7～12歳の年齢層に相当する小学生で、心理的疾患を持った患児達に多く認められた心因です。この年齢層では、比較的単純なことが、直接的に子どもの心理面へ影響を与えやすいのが特徴です。患児や家族からお話を聞かれるときには、こうした項目に注意されるといいと思います。

心因評価の過程をまとめたのが表7です。先ず、面接・心理テストなどの結果から、心理的背景要因に関する情報を集めます。情報源は、患児、家族、学校の先生などです。この部分は、身体疾患において種々の検査を行いデータを集めることに相当します。次に、得られた情報を経時的に整理します。当科では、経過表を作成するようレジデントに指導しております。表8が経過表の例で、実際の心因性視覚障害の患児のものです。経過表を作ってみると、背景因子と症状との関連が大変理解しやすくなります。

経時的整理が終わりましたら、心因と思われる事柄と症状との関連について仮説を設定します。言ってみれば、どのようにして患児が症状を出すに至ったかを、あたかも見てきたかのようにお話しを作るわけです。この際、時間的因

果関係と内容的因果関係に着目します。前者ですが、心因と思われることがらの後に、症状が出ていることが確認されなければいけません。また、心因と症状の出現時期の間隔が、空き過ぎていないかどうかとも考慮すべきでしょう。幼児期の体験が尾を引いて、年長児になってから症状が出ることも珍しいことではありませんが、とりあえずは、症状出現1、2年前くらいの期間で検討するのが現実的と思われます。次に内容的因果関係です。ことばを換えて言いますと、そうした心因があれば、なるほど、あのような症状が出て不思議はない、と理解できるかどうか、ということです。もちろん、全てが理解されるわけではありません。神経症などは、むしろ、常識的理解の範囲を越えていることの方が多いと思います。これら二つのことは、該当する場合には、その要因が心因として関与している可能性が極めて高いと判断されます。もちろん、該当しなくても、関与していないとは言えません。

そこで、最後は、その仮説に基づいた治療的対応、ということになります。この段階では、評価と治療が一緒になります。言わば、診断的

表6 小学生で心因となる頻度が高い状況

家庭	親の過干渉 家族の不和 親の精神不安定 子どもの放置
学校	教師との軋轢 転校 給食 学業負担
友人	いじめ 友人がいない

表7 心因評価から治療への過程

情報収集	— 面接・心理テスト
↓	
経時的に整理	— 経過表の作成
↓	
仮説設定	— 時間的・内容的因果関係
↓	
仮説に基づく治療	

表8 経過表の実例

年齢 (日時)	家 庭	学 校	患 児
	母子家庭		
7 歳 (2 年生)	1 回目転居	1 回目転校	元気に登校 友人数普通
	2 回目転居	2 回目転校	転校嫌がらず
8 歳 (3 年生)	3 回目転居 母親 新しい仕事	3 回目転校	普通に登校 友人数 やや少ない
9 歳 (4 年生)	母親、多忙	組替え 厳しい担任 患児の訴えに 担任無理解	学校検診で 視力低下 頭痛、気分不快 欠席傾向

治療ということになるでしょう。心因と考えられることがらへ、何らかの治療的対応を試み、その反応を見て判断します。もし、患児の状態が改善を示せば、そのことがらが症状に関与していた可能性が高い、と考える訳です。改善しない場合には、心因ではなかったか、治療方法のまずさか、どちらかを考えます。例えば、母親の過干渉が一番の問題となれば、母親の過干渉状態を軽減、消去する方法が検討され、実行される訳です。

診断に際し、心因性視覚障害と誤られることのある状態としては、偏頭痛、てんかん、もやもや病があります。これらは、小児でも起こりやすく、かつ、眼科的異常所見がつかまらないものの代表的なものです。偏頭痛による眼症状はいろいろありますが、心因性疾患とまちがわれやすいものに、不思議の国のアリス症候群と呼ばれるものがあります。これは、見ている物が大きく見えたり小さく見えたり（近くに見えたり遠くに見えたり）、早く動いて見えたり遅く動いて見えたりするなどの視覚錯覚と身体イメージの変容をきたすものです。非常に奇妙な訴えのため、しばしば、心因性として紹介されてきます。ルイス・キャロルの書いた不思議の国のアリスの物語からこの病名が付けられています。作者のキャロル自身、この病気を持っていたと推測されています。なお、この病態は、偏頭痛以外にも、てんかん、高熱時など、種々の疾患で起こることが知られています。てんかんでは、部分発作と言われるもので視覚異常の症状を呈することがあります。これには2種類あります。一つは、意識障害を伴わないもので要素部分発作と呼ばれます。閃光、暗視、半盲などが起こります。他の一つは、複雑部分発作と言われ、意識障害を伴うことが多く、先ほどの不思議の国のアリス症候群と同様の症状を呈します。もやもや病とは、脳の血管が自然につまってしまう病気です。つまった血管の代わりに、細い血管が網状にでき、脳血管造影でその血管がもやもやと見えるのでこの病名があります。脳の虚血のために、眼がかすむ、ぼやけるなどの症状を認めることがあります。

VI. 治 療

表9は、治療方法の概要を示したものです。心理的治療への導入として、身体疾患のないことをよく説明すると同時に、正常小児の視覚発達過程を説明するのがよいと思います。後者は、子どもの眼の状態は正常でも変化していくものであり、心理的なことも含め、種々の影響を受けやすいものだ、ということを理解しやすくしてくれます。

全ての患児に、表の対応を全部行う必要はありません。心因のはっきりしない非器質性視覚障害であれば、1の導入と2の①、②、③で十分なことも少なくないと思います。明らかな心因性視覚障害であれば、3、4の対応が不可欠になってくるでしょう。ところで、視能訓練士の方々の分担部分は、3の①、②となります。心因性疾患を持つ子ども達に対するリハビリ的対応の有効性は、他の分野でも報告されてきています。例えば、ヒステリーのために、立てない、歩けない、という状態になった子には、麻痺のある子どもへの対応と同様に、立って歩くリハビリを行うことで、ほとんどの患児は歩けるようになります。そして、不思議なことに、心理的にも安定してくることが少なくありません。

表9 治療の概要

- 1 導入
 - ①身体疾患のないことの説明
 - ②視覚の正常発達の説明
- 2 不安の除去
 - ①不安の受容・共感
 - ②症状出現時の対処法の説明
 - ③完治の保証
 - ④自律訓練法
 - ⑤心理療法
 - ⑥薬物
- 3 機能的異常状態の改善
 - ①リハビリテーション
 - ②暗示と激励
 - ③心理療法
 - ④薬物
- 4 心理的ストレス状況の改善
 - ①環境調整
 - ②心理療法
 - ③薬物

ん。自己の心理面を充分に表現する能力の育っていない小児においては、非器質性視覚障害において視能訓練士の方の果たす役割には、大きなものがあると考えております。

図1は、心因性視覚障害への対応の原則を示したものです。一つの考え方は、症状を基にするものです。不登校などの行動面の症状がある場合には、自信がある時以外は、心理の専門機関へ紹介するのが一番かと思います。次に、眼以外の症状に注意します。その程度が強くない場合に限り、眼科での対応を考えるのが現実的かと思います。強くないとはどの程度かと申しますと、一応、1週間のうち症状のない日が半分以下、あるいは、その症状で日常生活が障害されていない場合、と考えられればよろしいかと思います。最後に、眼の自覚症状の有無で判断します。治療期間を4カ月としたのは、多くの患児がそのくらいの期間で改善していることによります。治療終了後、数年間、follow する

のは、数年後に、明らかな近視になる症例がいると思われるからです。もちろん、これらは、一つの案に過ぎません。皆さんのご診療の際、何かの参考にもしていただければと思います。

最後に、今回の発表の機会を与えて下さいました第30回日本視能矯正学会名誉会長の東京医科大学眼科学松尾治亘教授、会長の東京医科大学眼科視能矯正室原沢佳代子先生、ならびに、司会の労を取って下さいました東京医科大学小児科学本多輝男教授に深謝いたします。

参 考 文 献

- 1) 諏訪望：概念と歴史的展望。3-34 (下坂幸三，諏訪望 他編：現代精神医学体系6 A「神経症と心因反応I」，中山書店，東京，1978)。
- 2) Golden GS: The Alice in Wonderland syndrome in juvenile migraine. Pediatrics 63: 517-519, 1979.
- 3) Kathol RG, Cox TA et al: Functional visual loss. I. A true psychiatric disorder? Psychological Medicine 13: 307-314, 1983.
- 4) Kathol RG, Cox TA et al: Functional visual loss. II. Psychiatric aspects in 42 patients followed for 4 years. Psychological Medicine 13: 315-324, 1983.
- 5) Kathol RG, Cox TA et al: Functional visual loss. Follow-up of 42 Cases. Arch Ophthalmol 101: 729-735, 1983.
- 6) 小口芳久：学童期の心因性視力障害。眼科 26: 139-145, 1984.
- 7) 矢野徹，長谷川正士 他：小児の心因性視力障害 — 4例の症例報告を中心に —。臨床精神医学 14: 811-820, 1985.
- 8) 横山尚洋：小児の視力障害に関する精神医学的研究 — 器質的变化を伴わない症例について —。慶應医学 63: 309-333, 1986.
- 9) Kosaburo A, Watanabe K et al.: Visual seizures in children. Epilepsy Res 1: 246-253, 1987.
- 10) Hupp SL, Kline LB et al.: Visual disturbances of migraine. Survey Ophthalmology 33: 221-236, 1989.

図1 小児における非器質性視覚障害への対応原則