
 <<原著>>

めまい患者に対するSDSの検討

酒井 昇*¹ 宮崎友香 三上満江*² 橋本久美*³

The Evaluation by SDS Test of Vertiginous Patients

Noboru SAKAI*¹ Yuka MIYAZAKI Michie MIKAMI*² Hisami HASHIMOTO*³

Abstract : The Self-rating Depression Scale (SDS) test was used to evaluate the psychological state of 330 patients with vertigo at the initial examination. We divided them into four groups by the diagnoses – Ménière's disease and suspected case of it, peripheral vertigo, central vertigo, and vertigo of unknown origin – and conducted an F-test on the groups' mean scores. As the result showed no significant differences, in this study, the statistical evidence that the degree of depressive tendencies in vertiginous patients is comparable to that in neurotic patients was not provided.

Key words : SDS検査 (SDS test), めまい患者 (vertiginous patients), 抑うつ傾向 (tendency of depression), 神経症傾向 (tendency of neurosis)

はじめに

めまい特にメニエール患者に心理的要因が関与することは、これ迄多数の報告がされてきており、神経症傾向や抑うつ傾向が高いと報告されてきた。しかし一方でその様な傾向はみられないとの報告もあり、めまいの発症に心因が関与するか否かについては、まだ一定の見解が出ていないのが現状である。めまい患者の神経症傾向に関する報告は多数みられるが、抑うつ傾向に関する報告は少ない。今回われわれは、めまい患者（特にメニエール患者）に心因が関与するか否かについてSDS検査を施行し、その結果について文献的考察を加えて報告した。

対象と方法

平成15年6月から平成20年2月までの間に、北海道医療大学病院耳鼻咽喉科を受診しためまいを主訴とする初診患者330名を対象とした。年齢は18～86歳で平均64.8歳、性別は男性91名(27.6%)、女性239名(72.4%)であった。めまいの原因については4つの疾患群に分類した。その内訳はメニエール病および疑い例52名、末梢性めまい79名、中枢性めまい112名、原因不明の眩暈症87名という構成であった。末梢性めまいの原因としては、良性発作性頭位眩暈症(BPPV)51名、突発性難聴8名、慢性中耳炎5名、前庭神経炎3名、原因不明の耳性めまい12名などが含まれていた。一方中枢性めまいとしては、高血圧60名、低血圧31名、脳動脈硬化症9名、椎骨脳底動脈循環不全7名、脳梗塞3名、その他2名などの原因疾患がみられた(表1)。

めまいの診断には、純音聴力検査、眼振検査

*1 山崎めまい耳鼻咽喉科クリニック
*2 元北海道医療大学病院
*3 札幌国際大学人文学部心理学科

表1 めまいの原因疾患

疾患名	例数 (%)
メニエール病および疑い	52 (15.8)
末梢性めまい	79 (23.9)
良性発作性頭位眩暈症 (BPPV)	51
突発性難聴	8
慢性中耳炎	5
前庭神経炎	3
原因不明の耳性めまい	12
中枢性めまい	112 (33.9)
高血圧	60
低血圧	31
脳動脈硬化症	9
椎骨脳底動脈循環不全	7
脳梗塞	3
その他	2
原因不明の眩暈症	87 (26.4)
計	330 (100)

(自発, 注視, 頭位, 頭位変換), 電気眼振計検査 (ENG), 視標追跡検査 (ETT), 視運動性眼振検査 (OKN), 耳レントゲン検査, 血圧測定などをルーチン検査として施行した. さらに必要な場合には精密聴力検査, 重心動揺計検査, CT, MRI, 末梢血, 肝機能, 尿, 血清梅毒検査などの諸検査を追加した. これらの結果を基に最終的にめまいの診断を決定した.

心理検査は外来初診時に日本版SDS¹⁾による質問紙法を行った. SDSはSelf-rating Depression Scale (自己評価式抑うつ性尺度)の略で, 患者の自己評価による抑うつ状態を判定するものである. 20項目の質問事項から成り, それぞれの事項は頻度に応じて4段階 (1~4点)に分けられており, 該当する頻度の点数を全項目で合計した点数により判定する. 最低は20点, 最高は80点で点数が高いほど抑うつ傾向が強いことを意味する. 通常, 正常対照群では35±12 (23~47)点, 神経症患者群では49±10 (39~59)点, うつ病患者群で60±7 (53~67)点とされている. 今回の検討では, 各群の最低得点で区切り, SDS得点のうち23~38点を正常域, 39~52点を神経症域, 53~67

点をうつ病域とした.

結果

めまいの各疾患群について, 前述の規定による正常域, 神経症域, うつ病域という3領域の出現頻度をみると, 図1の様な結果が得られた. この結果をみると, 4群ともうつ病域は2.5~8.0%と少ないが, 神経症域は38.5~58.2%と高率であった. 各疾患群別のSDSの平均値 (平均値±S.D.)は図2の如くで, メニエール病および疑い例では37.8±9.1と正常域であったが, 末梢性めまい, 中枢性めまい, 原因不明の眩暈症の3群では, 39.1±9.1~41.1±8.4とやや高値で神経症域に該当することが示唆された. しかし, 各疾患群別のSDSの平均値についてF検定を行ったところ, 各群間に有意差は認められなかった ($F(3, 326) = 1.71, p > .05$).

考察

めまい特にメニエール病患者に心因が関与することについては, これまで多数の報告²⁾⁻⁹⁾がなされ, 神経症傾向や抑うつ傾向が高率にみられるとされてきている. しかし一方でその様な傾向はみられないとの報告¹⁰⁾⁻¹⁸⁾もあり, めまい患者に心因が関与するか否かについては, まだ一定の見解が出ていないのが現状である. めまい患者の神経症傾向に関する報告は, CMI検査などを中心に多数みられる^{2)-4), 10)-16)}.

抑うつ傾向に関する報告はSRQ-D⁵⁾⁶⁾¹¹⁾やSDS検査⁷⁾¹⁷⁾¹⁸⁾などが施行されているが, その報告例は少ない. 今回われわれはこれらの点を踏まえて, めまい患者の抑うつ傾向を調べるためにSDS検査を行なった. その結果, SDSの平均値はメニエール病および疑い例では正常域に入り, 抑うつ傾向はみられなかったが, 末梢性めまい, 中枢性めまい, 原因不明の眩暈症の3群では神経症域に入り, 軽度の抑うつ傾向が危惧された. しかしながら, 各疾患群別のSDSの平均値についてF検定を

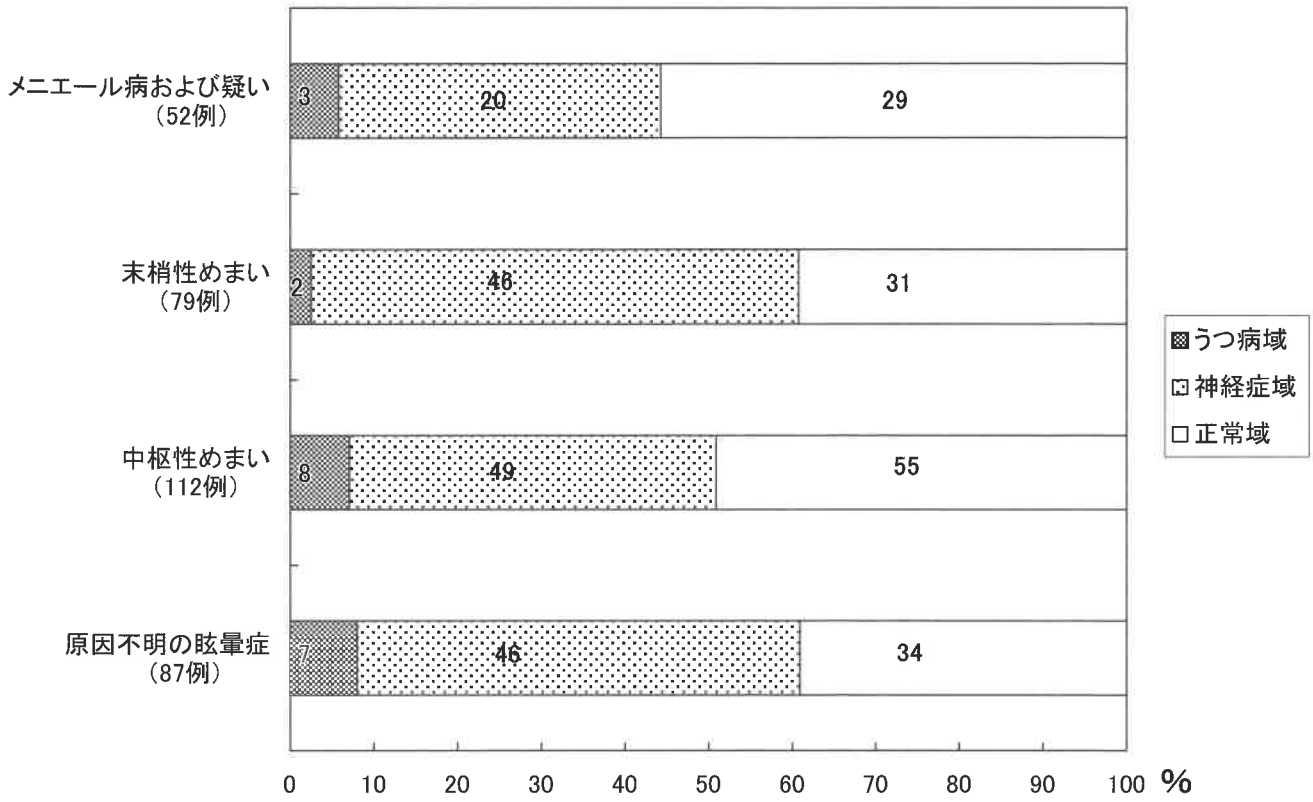


図1 疾患群別のSDS各領域の頻度
グラフ内の数字は例数を示す。

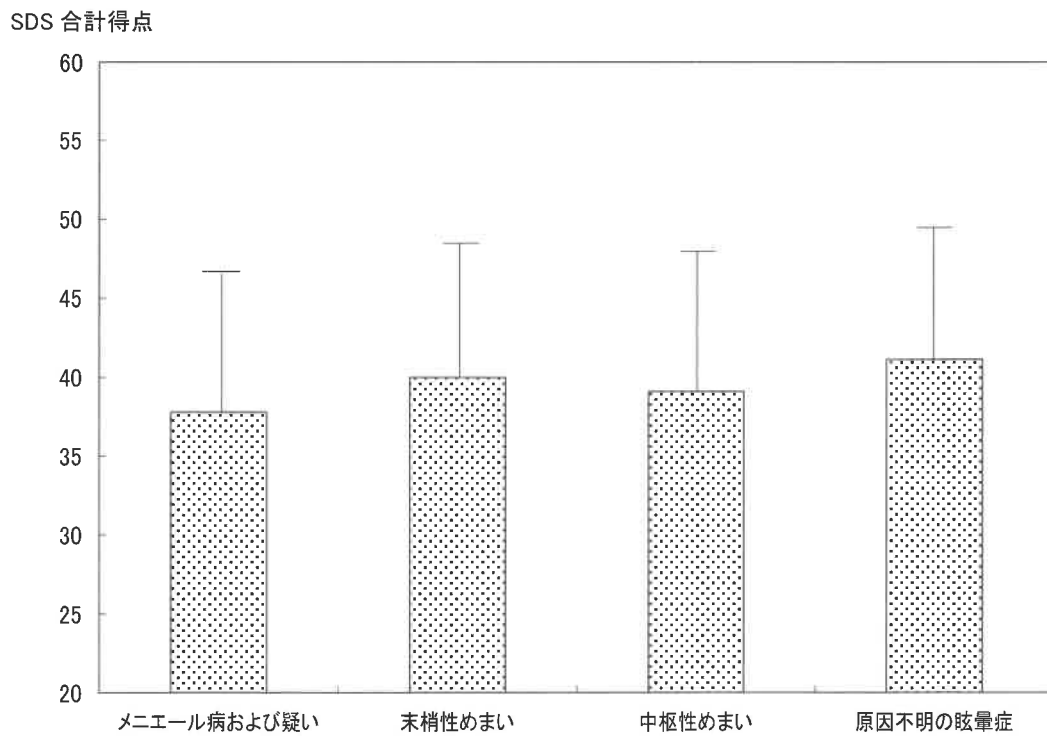


図2 疾患群別のSDS平均値と標準偏差

行ったところ、各群とも有意差は認められず、今回の検討ではめまい患者には神経症患者と一致する程度の抑うつ傾向があることについて、統計的な裏づけが得られなかった。

今回の結果も含めて、前述の様にめまいに心因が関与するか否かについての見解が一致しない要因として、以下のことが考えられる。まず第一にめまいの病勢によりSDSの値が左右される点である。すなわち、めまいの経過不良な例⁹⁾¹⁰⁾や治療の遷延化⁹⁾¹¹⁾などの難治例では、神経症傾向や抑うつ傾向が増強することが指摘されており、SDSの値が高くなる可能性がある。今回われわれのSDS検査では、これらの要因を特に考慮せず、めまいの初診例のみを対象としたので、めまい特にメニエール病などのめまい疾患に明確な心因の関与がみられなかったのかも知れない。今後これらの要因を含めた検討をする必要があると考えている。

第二の要因としては、SDS検査などの心理検査自体に存在する問題点が挙げられる。矢野¹⁹⁾は、多くの心理検査の判定規準が神経症患者と一般健康人の多数例についての結果を統計的に処理して決められているため、器質的または機能的異常を有するめまい患者に心理検査をそのまま適応するのは誤りであると指摘している。また自記式での心理検査では、検査を受ける目的や動機によっても結果が左右される割合が高く、信頼性、再現性に問題がある点も言及している。すなわち、患者が質問紙を記載する際に、自分にマイナスのイメージになる項目には丸印をつけず、自分が望ましく感じているプラスのイメージの項目に丸印をつけ易い傾向がある。従って心理検査の判定には、ただ単に一番高率に認められたものが、その疾患群の代表的なものとは判断すべきではなく、年齢、性別などをマッチさせたコントロールとの比較検討が必要となる²⁰⁾。実際、心理検査のみで神経症患者を神経症と正診できる率は69.8%、逆に健康人を神経症と誤診する率は17.3%との報告もみられる²¹⁾。また用いる心理検査の種類により、結果にバラツキが生ずることも考慮に入れておく必要

がある¹⁷⁾。

ところでめまい患者の心理検査では、念頭においておかなければならない点が幾つか挙げられる。一般にめまいが長期化、重症化すれば、めまい発作が患者を不安におとし入れ、多彩な神経症ないし抑うつ傾向を生じさせることが予想される。一方、めまいには患者の神経症ないし抑うつ傾向がめまいを引き起こしている時もある。すなわち、これらの心理的な問題は、めまいの結果生ずる場合と逆にめまいの原因となる場合の2通りがある⁹⁾²⁰⁾。従って両者を鑑別できれば、治療の重点をどちらの要因に置くべきかを定めることができる。また神経症ないし抑うつ傾向といった心理的な問題のある人は、心理的な問題のない人よりもめまい症状を訴えやすい。これは神経症や抑うつ傾向という素質によるもので、その素質が強い患者では、より強くめまいを感じるためである²²⁾。

いずれにせよ心理検査は、心理的に問題がある症例を選別し適切な心理療法を行う上で、意義のある大切な検査である。心理検査にはいろいろなものがあるが、心身医学の基本は患者との面接であり、十分な時間をかける必要がある。しかし多忙な日常診療において、一人々の患者に十分な面接時間をかけることは不可能である。その意味で今回われわれが行ったSDSは、結果の分析が比較的容易で短時間に行える簡便なものであり、ルーチン検査として有用なものと考えられる。また今回の結果にも示されている様に、神経症域の抑うつ傾向を示す患者は、4群とも38.5~58.2%と高率であった。さらに各疾患群に少数だがSDS53点以上の高い抑うつ傾向を示す患者が存在した。従ってめまいを扱う耳鼻科医は、そのようなケースに対する心理的治療の必要性を、絶えず念頭に置いて診療してゆかなければならない。

まとめ

めまいに心理的要因、特に抑うつ傾向が関与するか否かについて、めまいの初診患者330名に

SDS検査を施行した。めまいの原因からメニエール病および疑い例，末梢性めまい，中枢性めまい，原因不明の眩暈症の4つの疾患群に分類し，各疾患群についてSDSの平均値を調べたところ，

- 1) メニエール病およびメニエール病疑いでは，抑うつ傾向はみられなかった。
- 2) 末梢性めまい，中枢性めまい，原因不明の眩暈症の3群では，やや高いSDS得点がみられた。
- 3) しかし，各疾患群別のSDSの平均値についてF検定を行ったところ，各群とも有意差は認められなかった。この結果から，今回の検討では，めまい患者に抑うつ傾向があることについて統計的な裏づけが得られなかった（明確に心理的要因が関与するとはいえなかった）。

引用文献

- 1) 福田一彦・小林重雄：自己評価式抑うつ性尺度の研究。精神誌75：673-679, 1973
- 2) 日前健介：メニエール氏病患者の自律神経機能状態に関する研究。耳鼻 6：254-282, 1960
- 3) 前田正徳・時田 喬・水谷泰吉・宮田英雄・早野洋司・橋本正彦・牧 達夫：メニエール病のCMI検査成績。耳鼻臨床 70：1771-1777, 1977
- 4) 岸 澄子：メニエール病の経過と予後に関する研究。日耳鼻 76：386-400, 1973
- 5) 松島純一・熊谷雅彦・原田千洋・間口四郎・酒井 昇：眩暈患者におけるCMI,SRQ-D検査について。耳鼻 34：600-603, 1988
- 6) 岩元正広・吉川茂樹・平野哲雄・井上裕章・小宮山莊太郎：めまい患者のうつ傾向と抗うつ剤の効果。耳鼻 41：655-659, 1995
- 7) 中村将裕・石井正則・近澤仁志・梅澤祐二・森山 寛：低音部に聴力低下を来す難聴患者の心理背景と聴力変動との関連について。耳展 46：199-206, 2003
- 8) 安田宏一：難治性めまいとうつ傾向。Equilibrium Res 58：317-322, 1999
- 9) 田中美由起・荻野 仁・松永 亨：めまい患者におけるうつ傾向。耳鼻臨床補 8：184-190, 1986
- 10) 妙中啓子・中井義明・山根英雄・小西一夫・桜井敏恵：眩暈患者におけるCMI検査。耳鼻臨床 78：2674-2686, 1985
- 11) 林 光夫・山崎 勤・中江政美・林 奈美江・小崎秀夫：めまい患者の心身医学的検討。札病誌 47：15-20, 1987
- 12) 横山晴樹：めまい平衡障害例の素因に関する研究。Equilibrium Res46：147-154, 1987
- 13) 秋定 健・折田洋造・藤田浩志・山本英一・折田 浩・飯尾和子・河田 信・半田 徹：末梢性めまいにおけるCMIの検討。耳鼻臨床補 31：35-40, 1989
- 14) 北原正章・岸本誠司・松原秀春：心身医学的にみたメニエール病。耳鼻臨床 70：1778-1782, 1977
- 15) 中村香菜江・伊藤久子・峯田周幸・野末道彦：末梢前庭性めまい発症への心因の関与について。耳鼻臨床 77：2251-2255, 1984
- 16) 河津芳典：めまい，平衡障害例の心身医学的研究。耳展補 6：483-515, 1983
- 17) 神崎 仁・浅野恭子・田副真美・國弘幸伸：難治性メニエール病に対する心理療法。Equilibrium Res 60：93-104, 2001
- 18) 浅野恭子・山崎圭奈子・國弘幸伸・田副真美・東野一隆・神崎 仁：心因が主たる原因と思われためまい症例の心理的特徴。Equilibrium Res 60：450-455, 2001
- 19) 矢野 純：めまい患者の心身医学的診療。耳鼻臨床 76：3141-3146, 1983
- 20) 荻野 仁・佐野光仁・松永 亨：めまい患者の性格特性について。Equilibrium Res 45：325-331, 1986
- 21) 小此木啓吾・山本久仁子・上田紀子・吉田直子：心身医学におけるCornell Medical Indexの研究（その2）。精身医 9：115-122, 1969
- 22) 秋岡勝哉・松永 喬：めまい患者の心理テス

ト成績 (第 3 報). *Equilibrium Res* 56 : 527
-529, 1997