原 著

心因性めまいと精神疾患の検討

清水 謙祐¹⁾²⁾・鳥原 康治³⁾・中山 明峰⁴⁾・福留 真二²⁾

佐藤 伸矢²⁾・東野 哲也²⁾

Psychiatric comorbidity in patients with dizziness

Kensuke Kiyomizu¹⁾²⁾, Koji Torihara³⁾, Meiho Nakayama⁴⁾, Shinji Fukudome²⁾,
Shinya Sato²⁾, Tetsuya Tono²⁾

¹⁾*Department of Psychiatry, Yoshida Hospital*

²⁾*Department of Otorhinolaryngology, Miyazaki Medical College, University of Miyazaki*

³⁾*Department of Otorhinolaryngology, Miyazaki prefectural Nobeoka Hospital*

⁴⁾*Department of Otolaryngology, Nagoya city University*

We report herein on psychiatric comorbidity in patients with dizziness in a psychiatric hospital with an otolaryngologist. Psychiatric comorbidity was revealed in 270 (68.9%) of 392 patients with dizziness. Of 270 patients with dizziness and psychiatric comorbidity, anxiety disorders were revealed in 149 (55.2%), mood disorders in 36 (13.3%), somatoform disorders in 5 (1.9%) and adjustment disorders or post-traumatic stress disorder in 15 (5.5%) but in addition organic mental disorders were also seen in 21 (7.8%) and schizophrenia in 15 (5.6%). Phobic postural vertigo was diagnosed in 30 (7.7%). These patients were not only treated by otolaryngologists, but also received psychiatric therapy or were prescribed psychotropic drugs. We believe that cooperation between psychiatrists and otolaryngologists in hospitals or regions can improve the mental condition and quality of life in patients suffering from dizziness with psychiatric comorbidity.

Key words: psychiatric comorbidity, dizziness, psychiatric hospital

はじめに

「心因性めまい」の定義は以下の3つに分類できる。(図1)

¹⁾ 医療法人建悠会吉田病院精神科

²⁾ 宮崎大学医学部耳鼻咽喉科

³⁾ 宮崎県立延岡病院耳鼻咽喉科

⁴⁾ 名古屋市立大学医学部耳鼻咽喉科

A) 器質性疾患のない原因不明のめまいで、心因性のものがめまいに深く関与している場合、狭義の心因性めまいと定義する。「心因性のもの」とは、合併した精神疾患である。精神的に心因性とは精神疾患を示す。

B) めまい疾患に精神疾患を合併し、それがめまいに関与している場合、広義の心因性めまい¹⁾と定義する。めまい疾患とは器質性、非器質性の

すべてを含む。よって、非器質性めまい疾患に精神疾患を併存したA) の場合も含む

A) < B) となる。

C) めまい疾患に独立して精神疾患を合併した場合：精神疾患併存=Psychiatric comorbidity²⁾と定義する。「独立して」ということは、関与した場合と関与しない場合の両方を意味する。よって、めまい疾患と精神疾患が関連しているB) の場合も含む。C) はB) を含むのであるから当然、A) も含むことになる。

A) < B) < C) となる

日常診療においてメニエール病に不安障害やうつ病を合併した症例を経験するが、A) を心因性めまいと定義した場合は器質性であるため除外される。しかしながらメニエール病に心理・精神療法が効果的であったという報告も見られ³⁾⁴⁾、精神疾患の合併しためまい患者は、その対処法について特別の注意を要するため、B) を心因性めまいの定義として考えることが広まってきている^{1)~4)}。ただ、筆頭筆者の経験として、精神疾患患者の診断は変化することが多く、精神疾患がめまいに関与しているかどうか、患者自身でさえ自覚していないことを、日常の診療においてすべて明らかにすることは不可能である。つまり、B) の場合は、統合失調症の患者がメニエール病を発症し、初診時関連がないと診断された場合は除外され、後日関連があると診断されれば含まれるため、心因性めまいであるかどうかの鑑別は容易でない。精神疾患の診断と、めまいに関連があるかどうかの2つが必要となる。そのため、今回はめまいに関与した場合と関与しない場合の両方を含むC) を心因性めまいと定義した。めまい患者189人の68.3%に急性の精神障害を認めたという報告⁵⁾もあり、今やめまいを診療するプライマリ・ケア医にとって、精神疾患の合併しためまい患者(Psychiatric comorbidity)を診断し治療することは、以前にも増して重要になってきた。

一方ドイツのBrandtにより提唱されたPhobic Postural Vertigo (恐怖性姿勢めまい：PPV)⁶⁾⁷⁾は、日本でも近年注目されている疾患概念であり、心因性の要素が強い。通常のめまい治療に加えて、向精神薬内服や認知行動療法にて軽快する。精神疾患の概念とは異なるが、めまいを診察する一般医にとっては、日常よく遭遇する疾患で

図1 心因性めまいの定義A) B) C) の説明は本文中に記載

図2 めまい患者392例の内訳

ある可能性が高い。

筆頭筆者は耳鼻咽喉科専門医で精神保健指定医であるが、2005年3月より精神科病院にてめまい診療を開始して以来、耳鼻咽喉科と精神科にまたがる数多くの患者に接してきた。今回めまい患者のPsychiatric comorbidity、及びPPVについて検討したので報告する。

対象と方法

2005年4月-2010年11月に当院を受診しためまい患者392例(男124例、女268例、年齢7~95歳、平均 59.0 ± 18.0 歳)を対象とした。めまいを主訴として当院を受診した患者や、当院加療中の精神障害者にめまいを伴った場合も含み、全例にめまい症状を認めた。図2にめまい患者の内訳を示

す。耳性めまいの診断のために、電気眼振図 (Synapack2100, NEC, 東京) を用いた温度刺激検査や赤外線 CCD カメラを用いた回転刺激眼振検査 (ニスタモ21タイプ2, モリタ製作所, 東京) を施行し、前庭機能を評価した。また比較として、1997年8月～2004年10月に宮崎大学医学部耳鼻咽喉科で電気眼振計を施行し、めまい症状を認めた1,493例 (男性629例, 女性864例, 年齢: 4～86歳 平均51.9歳) も対象とした⁸⁾。詳細な問診や心理テストにより、1994年に施行された WHO の診断基準である ICD-10⁹⁾ に従って、精神疾患の診断をした。詳細は F0: 器質性精神障害 (認知症, 脳梗塞による精神障害, てんかん性精神病など), F1: 薬物による精神障害 (アルコール依存症など), F2: 統合失調症, F3: 気分障害 (うつ病, 躁うつ病など), F41: 不安障害・パニック障害, F43: 適応障害・外傷後ストレス障害 (PTSD), F44: 解離性障害, F45: 身体表現性障害, F48: 神経症性障害, F6: 人格障害, F8: 発達障害とした。てんかんは ICD-10 では精神疾患ではないが、器質性疾患であるので F0: 器質性精神障害に分類した。当院の症例では精神保健指定医, または精神科経験9年以上の医師により診断した。PPV について以下に Brandt の示した診断基準を示す。

1. 平衡機能検査は立っているときや歩行時にめまいや自覚的平衡障害がある。
2. 日によって異なる不安定性, または短時間の発作, または瞬間的な身体の動揺感。
3. 発作は突発的に起こるが, 通常は患者が誘発因子として認識している避けられない知覚刺激 (階段, 部屋, 道路) や社会状況 (人ごみなど) が存在する。条件付け, 般化や回避行動が急速に形成される傾向がある。
4. 不安と自律神経症状 (吐き気など) の随伴。
5. 強迫性性格, 不安定な情動, 軽度のうつ状態。
6. 精神的なストレスや, 重大な病気や前庭障害に引き続いて発症⁴⁾⁵⁾。

結 果

図3に結果を示す。当院のめまい患者392例のうち, A) 狭義の心因性めまい, 非器質性めまいで精神疾患と関連する症例は59例 (15.1%) であ

図3 当院における Psychiatric comorbidity

った。めまい疾患に独立して精神疾患を認める C) Psychiatric comorbidity は270例 (68.9%) であった。Psychiatric comorbidity はすべて狭義の心因性めまいを含む。よって, 狭義心因性めまいではなく Psychiatric comorbidity のみに含まれる症例, つまり器質性めまい疾患や, 非器質性めまいで精神疾患と関連のない症例は211例 (53.8%) であった。一方, 宮崎大学医学部耳鼻咽喉科のめまい患者1,493例のうち, A) 狭義の心因性めまいはわずか5例 (0.003%) であった⁶⁾。Psychiatric comorbidity については2004年のことであり, 詳細不明である。

図4に Psychiatric comorbidity 270例の内訳を示す。めまい疾患に独立して合併した精神疾患は, F0: 器質性精神障害21例 (7.8%), F1: 薬物による精神障害3例 (1.1%), F2: 統合失調症15例 (5.6%), F3: 気分障害36例 (13.3%), F41: 不安障害・パニック障害149例 (55.2%), F43: 適応障害・PTSD15例 (5.5%), F44: 解離性障害5例 (1.9%), F45: 身体表現性障害5例 (1.9%), F48: 神経症性障害14例 (5.2%), F6: 人格障害5例 (1.9%), F8: 発達障害2例 (0.7%) であった。また PPV 症例は30例 (7.7%) であった。

めまい疾患別の Psychiatric comorbidity を表1に示す。めまい症は153例 (74.6%), 耳性めまいは49例 (68.1%), メニエール病は33例 (64.7%), 脳循環不全は14例 (51.9%), BPPV は5例 (33.3%), その他は16例 (72.7%) であった。

抗めまい薬・向精神薬内服, 精神療法, 前庭リ

図4 Psychiatric comorbidity 270例の内訳

ハビリにより加療したが、疾病利得や依存症の場合は、治療困難であった。

考 察

精神疾患は、A) 器質性（認知症、てんかん、脳梗塞・出血による精神障害、アルコール依存症など）、B) 機能性（統合失調症、気分障害、不安障害など）に分類される。めまい疾患には、不安・パニック障害、身体表現性障害、気分障害の合併が多く認められる（図5）²⁾。また、めまいに伴う精神症状により、精神疾患の鑑別が必要であり、表2にめまいに合併する精神疾患を示した²⁾。

Psychiatric comorbidity はドイツの報告では68.3%³⁾であり、今回の検討では68.9%と同程度であった。疾患としては不安・パニック障害、身体表現性障害、気分障害が多く報告されているが、今回の検討ではそれ以外の疾患も認めた。宮崎大学耳鼻咽喉科の場合は、狭義の心因性めまい、非器質性めまいに関連した精神疾患がわずか5例（0.003%）⁸⁾と今回の報告狭義の心因性めまい15.1%と比較してかなり少なかった。Psychiatric comorbidity については検討することができなかった。これは大学病院の耳鼻咽喉科に非器質性めまいに関連した精神疾患が少ないということではなく、当時耳鼻咽喉科医師である筆頭著者が、軽度の精神疾患を見落としていた可能性が高い。事実、精神科病院に勤務して、患者の雰囲気や何気ない仕草、そしてめまい症例全例に心理テストを施行することで、隠れた不安障害や気分障害を検索できている。精神科医師より耳鼻咽喉科医師

表1 めまい疾患と Psychiatric comorbidity

めまい疾患	Psychiatric comorbidity	精神疾患なし	計
めまい症	153 (74.6%)	52	205
耳性めまい	49 (68.1%)	23	72
メニエール病	33 (64.7%)	18	51
脳循環不全	14 (51.9%)	13	27
BPPV	5 (33.3%)	10	15
その他	16 (72.7%)	6	22
計	270 (68.9%)	122	392

の方が、精神疾患に対する診断はより厳しいのではないかとさえ思われる。例えば、自殺については精神科医師として患者に問診することはできるが、果たして耳鼻咽喉科医師が自殺について患者に問診できるかどうかである。隠れた精神疾患を検索することはかなり困難である。精神保健指定医になった現在でも、患者の精神状態を初診時にすべて把握することは不可能であると考えている。大学病院耳鼻咽喉科のめまい患者における Psychiatric comorbidity についても、詳細な検討が期待される。

不安障害は、最も高頻度にめまいを生じる精神疾患である。パニック障害は数分のパニック発作（動悸、発汗、震え、息苦しさ、めまい感、ふらつく感じ、頭が軽くなる感じ）を繰り返し、救急外来を受診することも度々である。パニック障害患者の50-85%にめまいを認めると報告されている¹⁰⁾。全般的な不安障害は、不安な気持ちが6ヶ月以上続き、自律神経症状も見られる。適応障害は心理社会的ストレスに適応できず、不安・抑うつ・行動異常などの精神症状が見られる。恐怖症は高所など特定の状況・場所で引き起こされる。これらに該当せず、ただ不安症状がある場合、特定不能の不安障害と診断される。今回の検討では不安障害・パニック障害は149例（55.2%）と最も高頻度であった。適応障害・PTSDは15例（5.5%）であった。不安障害は扁桃体の異常で発症すると言われており、前庭神経核と扁桃体の関連についても研究されている¹⁾。

身体表現性障害は、医学的には身体的な異常所

図5 心因性めまい

見は認められないが、何らかの疾患にかかっていると強固に思い込み、様々な身体的不調を訴えるのが特徴である。ICD-10では不安障害と同カテゴリーであるが、DSM-IVでは別のカテゴリーに分類される。身体化障害や心気障害を含む。身体化障害では身体的不調が2年以上続く。心気障害は2種以上の重大な身体疾患があると6ヶ月以上頑固に確信している場合である。解離性障害は以前ヒステリーと呼ばれていたが、ストレスと身体症状の関連する場合である。転換性障害とも言われる。てんかんとは異なる。今回の検討では身体表現性障害は5例(1.9%)、解離性障害も5例(1.9%)と少数であった。しかし難治性であり、めまい症状の消失は困難であった。

気分障害はうつ病や双極性障害(躁うつ病)などに分類される。うつ病は一生のうち一度は13人に1人が経験すると言われる。意欲や興味の減退に加え、様々な身体症状(頭痛、肩こり、めまい、味覚異常、疲労感、不眠など)が現れる。ICD-10のうつ病は、1. 内因性うつ病(従来型、脳の活動低下)、2. 心因性うつ病(ストレスによる)、3. 躁うつ病(DSM-IVの双極性障害Ⅱ型を含む): 初発うつ症状でうつ病期の長いタイプがある、4. 高齢者のうつ病(認知症との鑑別)、5. 非定型(新型)うつ病、(若者に多い、にせうつ、わがままうつ、ディスチミア親和型)、6. 併存例(パニック障害、PTSD、社交不安障害、強迫性障害、統合失調症などの疾患と併存)、などの様々なタイプのうつ病を含む可能性があり、これらの区別は容易でない。

うつ病患者の半数は病院などを受診し、残りの半数は受診しないと言われる。三木¹¹⁾によると、初診時に受診したうつ病患者の9割は、まず内科、耳鼻咽喉科など精神科以外の科を受診するこ

表2 めまいに合併する精神疾患(ICD-10)

精神疾患	精神症状
パニック障害 F 410	パニック発作を繰り返す、不安、自律神経症状
全般性不安障害 F 411	6ヶ月以上持続する不安、緊張、自律神経症状
適応障害 F 43	社会的ストレスによる不安、うつ、行動障害
恐怖症 F 40	特定の状況・場所で起こる恐怖感
解離性障害 F 44	ストレスと身体的障害に強い関連がある
身体化障害 F 450	2年以上続く多彩で変わり易い身体症状
心気障害 F 452	2種以上の重大な身体疾患があると6ヶ月以上頑固に確信している
うつ病 F 32	抑うつ気分、興味・喜びの喪失、疲労感、自信喪失、集中力低下、不眠、食欲低下
統合失調症 F 20	幻覚、妄想、支離滅裂
人格障害 F 60	著しい人格の偏り、本人・周囲が非常に困っている

パニック発作: 動悸、発汗、震え、息苦しさ、めまい感、ふらつく感じ、頭が軽くなる感じ

とが多く、プライマリ・ケア医は、常にうつ病の可能性も視野に入れて診断する必要がある。ただし、初発はうつ症状で、うつ病期の長い躁うつ病があり、抗うつ薬投与にて躁転する場合があります、注意が必要である。また混合状態とは、うつ症状と躁症状が同時に見られる場合で、「気分」がうつでも「思考」や「意志」が躁の場合がある。このように躁うつ病は精神科医師でも診断に苦慮することがあり、治療困難な場合は精神科医師に相談し、自殺念慮がある場合は、すみやかに精神科病院へ紹介すべきである。その際、聴力検査や眼振検査は神経耳科医によりフォローされるべきであり、精神科医師との連携を図ると、患者も精神科受診を納得し、紹介された精神科医師の治療もスムーズに進む。今回の検討では気分障害36例(13.3%)を認め、うつ病・躁うつ病ともに認め

た。著者が精神科医師として対応した場合もあれば、精神科主治医と連携して診療した場合もあった。いずれにせよ、治療には精神科医師との連携が大変重要である。

統合失調症や人格障害で、浮動感やふらつきがめまいとして認められることがある。また、耳性めまいやメニエール病を合併する場合もある。統合失調症は注察妄想（誰かから見られている）、被害妄想、幻聴などの精神症状を示し、精神科への紹介が必要である。しかし患者が幻聴を訴えない場合も多く、めまいを「うれいがゆらす」と表現する1例も経験した。また、統合失調症患者において一過性の聴覚失認を認めたとの報告もある¹²⁾。今回の検討で統合失調症を15例（5.6%）認めており、決して少ない数字ではない。糖尿病や高脂血症、高血圧症を正常人より発症しやすいと言われており、めまいの発症に関してはまだ不明であるが、今後の検討が必要と思われる。

人格障害は別名「かまって欲しい病」とも言われるが、治療に意欲的でなく、疾病利得もあるため、治療が困難である。主治医や家族、恋人の注意をひくのが目的である場合が多く、夜中に大量内服を繰り返して、救急病院を度々受診する。治療にあたっては約束事を決めることが重要である。精神科でも治療困難であるが、好んで精神科以外の一般科を受診したが、本人に病識がないため精神科への紹介を伝えたと主治医を非難することもある。今回の検討では人格障害5例（1.9%）を認めており、軽快した例もあるが、人格についての治療に難渋している。また急に來なくなる場合もある。

PPVについては、今回30例（7.7%）認めた。精神疾患としては、不安障害、パニック障害、適応障害、身体表現性障害などに分類される。内耳性めまいに続発する二次性PPVも認め、強迫的に治療に抵抗する場合もある。67歳男性の症例では、心理テストSTAIでは全く不安を示さないのに、MRIの結果を知るまで1カ月間不安でたまらなかったと言い、めまいの予期不安のため外出もままならない状態であった。心理テストの結果と実際の臨床所見において解離が見られた。医師の説明に納得しない場合もあり、「大丈夫」であることを繰り返して強調することが重要である。五島らは自律訓練がPPVに有効であったと報告し

ている¹³⁾。

今回の検討では、めまい疾患において、めまい症（74.6%）、耳性めまい（68.1%）、メニエール病（64.7%）で高率にPsychiatric comorbidityを認めた。全体平均でも68.9%と高率で、その他の疾患でも高率であった。精神科単科病院である点、精神保健指定医の診断による点が、高率にPsychiatric comorbidityを認めた理由と思われる。ドイツの精神科医師Eckhardt-Henn¹⁴⁾によると、メニエール病（57%）や前庭片頭痛（65%）は、BPPV（15%）や前庭神経炎（22%）に比べて高率にPsychiatric comorbidityを認めた。BPPVは当院でも33.3%と若干低く、この理由について今後も検討が期待される。また、どのような精神疾患とめまい疾患が関連するか詳細な検討が必要である。

このように数々の精神疾患の治療を当院にて施行しているが、ここで当院の状況について述べる。307床の精神科単科病院であり、医師10人のうち精神保健指定医は筆頭筆者も含めて5人、耳鼻咽喉科専門医は筆頭筆者1人、職員数は246人である。宮崎市より北へ約100 kmの延岡市南部に位置する。延岡市人口は13万人であるが、近隣の医療圏は日向市、高千穂町、椎葉村など広域にわたり人口27万人である。しかし耳鼻咽喉科医院は5件、県立病院は1件であり、耳鼻咽喉科医師8人でこの領域をカバーしなければならない。通常、精神科病院において耳鼻咽喉科診療はなされていないが、当院においては、平成6年11月1日より73歳の耳鼻咽喉科専門医が精神科医師として勤務しており、耳鼻咽喉科診療も行われていた。そのため精神科病院である当院にも耳鼻咽喉科患者が度々受診している。

精神疾患はうつ病、不安障害、認知症など多岐にわたり、経過を追うごとに精神症状が変化し、診断が変更することも度々である。一般医師にとって理解にくい部分と思われる。しかし、めまい疾患におけるPsychiatric comorbidityは、今回の検討では68.9%、ドイツの報告で68.3%⁵⁾であり、めまいを専門とする一般医師は、精神疾患を最も理解できる医師であるかもしれない。今後も身体科と精神科の一層の連携が、日本全国で広まり、心因性めまい患者の精神状態が改善し、QOLが向上することを期待する。

文 献

- 1) 堀井 新：めまいの発症機序を考える：不安障害／抑うつとの関与. *Equilibrium Res.* 67: 251-255, 2008
- 2) 清水謙祐, 東野哲也, 石田 康：耳鼻咽喉科疾患における向精神薬の使い方. *臨牀と研究* 86: 1006-1012, 2009
- 3) 中山明峰, 志賀 敦, 車 哲成, 他：メニエール病に対する心理的側面の追跡 *Equilibrium Res* 63: 155-162, 2004
- 4) 神崎 仁, 浅野恭子, 田副真美, 他：難治性メニエール病に対する心理療法. *Equilibrium Res* 60: 93-104, 2001
- 5) Eckhardt-Henn A, Breuer P, Thomalske C, et al: Anxiety disorders and other psychiatric subgroups in patients complaining of dizziness. *Anxiety Disorders* 17: 369-388, 2003
- 6) 五島史行：本邦における PPV 症例について *Equilibrium Res* 66: 123-129, 2007
- 7) Brandt T：恐怖性姿勢めまい. 國弘幸伸, 神崎 仁, 五十嵐 真監訳. めまい改訂第2版. 457-466頁, 診断と治療社, 東京, 2003
- 8) 清水謙祐, 中山明峰, 松浦宏司, 他：ENGを施行した1423例についての検討. *耳鼻と臨* 52: 321-329, 2006
- 9) 中根允文, 岡崎祐士, 藤原妙子訳：ICD-10 精神および行動の障害—DCR 研究用診断基準—. 1-236頁, 医学書院, 東京, 1994
- 10) Aiper T, Rasit T, Burak E, et al.: Audiovestibular functioning in patients with panic disorder. *J Psychosomatic Res* 57: 177-182, 2004
- 11) 三木 治：プライマリ・ケアにおけるうつ病の実態と治療. *心身医学* 42: 585-589, 2002
- 12) 神崎 仁, 原田竜彦, 神崎 晶：統合失調症にみられた一過性聴覚失認の1症例. *日耳鼻会報* 114: 133-138, 2011
- 13) Goto F, Nakai K, Kunihiro T. et al.: Phobic postural vertigo treated with autogenic training: a case report. *Cases Journal* 1: 189 2008
- 14) Eckhardt-Henn A, Best C, Bense S, et al: Psychiatric comorbidity in different organic vertigo syndromes. *J Neurol* 255: 420-428, 2008