

精神疾患と身体疾患を区別できるのか

—精神疾患や身体疾患という用語が混乱を引き起こしている—

戸田克広

精神疾患と身体疾患を区別できるのか

—精神疾患や身体疾患という用語が混乱を引き起こしている—

〒738-0060

広島県廿日市陽光台5丁目12番

廿日市記念病院リハビリテーション科

戸田克広

精神疾患と身体疾患

すべての疾患を精神疾患か身体疾患に分けるという考え方がある。しかし、すべての疾患を精神疾患と身体疾患に分けることができるのであろうか。本論文では精神疾患と身体疾患を区別できるか否かを論じる。そして精神疾患と身体疾患という用語の問題点を論じる。

一般論として疾患の診断基準や定義が疾患の症状に基づいているのか疾患の原因に基づいているのかを明確に区別する必要がある。これが不明確であると混乱が生じる[1]。線維筋痛症（FM）は広範な痛みを引き起こす疾患[2-3]であるが、自覚症状を説明するに足る他覚所見がない。診断基準の1つである11か所以上の圧痛の存在は他覚所見ではあるが、限りなく自覚症状に近い他覚所見と見なされているため、精神疾患あるいは心因性疼痛と見なす医師が日本では多い。心因性疼痛と神経障害性疼痛は痛みの原因の観点で定義されたにもかかわらず、実際の診断基準あるいは判定は症状の観点で行われている。すなわち、痛みを説明するに足る他覚所見がある場合には神経障害性疼痛と診断され、痛みを説明するに足る他覚所見がない場合には心因性疼痛と診断されることが多い。現時点の医学レベルでは心因性疼痛と神経障害性疼痛を原因の観点から区別することは不可能であるため、定義と実際の診断基準に乖離があり、臨床の現場に混乱を引き起こしている[4]。そのため、心因性疼痛と神経障害性疼痛を1つにまとめるべきであるという意見さえある[4]。「痛みを説明するに足る他覚所見がない場合には、心因性疼痛のほずである。」という科学的根拠のない仮定により心因性疼痛が定義されているにすぎ

ない。現時点の医学レベルでは痛みの原因の観点から心因性疼痛と神経障害性疼痛を区別できないと考えている。

精神疾患の定義

精神疾患のみの定義は散見される。加藤は「広義には、1人の人間が原因の如何を問わず、生来性に、あるいはある時期から異常な精神現象（心理的、行動的）を呈するに至った状態」と述べている[5]。この定義は疾患の症状の観点から作られている。

精神疾患と身体疾患の鑑別

現時点の医学レベルでは痛みの原因の観点から心因性疼痛と神経障害性疼痛を区別できないのと同様に、現時点の医学レベルでは疾患の原因の観点から精神疾患と身体疾患を区別することはできない。糖尿病は膵臓の機能異常によって引き起こされる身体疾患であり、パーキンソン病は脳の機能異常によって引き起こされる身体疾患である。統合失調症・大うつ病・不安障害は精神疾患の代表的疾患であり、脳の機能障害によって引き起こされるという有力な説がある。また、痛みを引き起こす疾患であるFM患者の脳の機能異常[6]あるいは形態異常[7]が数多く報告されている。脳のどこかに機能異常を示す病変があり、その病変から生じた痛みの信号が大脳皮質に到達することにより痛みが生じることがFMの痛みの原因という説があり、私もその説を信じている。これらの説が正しければ、精神機能を制御する神経系の機能異常によって精神疾患が、運動機能を制御する神経系の機能異常によって運動障害が、感覚機能を制御する神経系の機能異常によって痛みが引き起こされることになる[8]。そして、脳には無数のネットワークが張り巡らされているため、重複した異常を呈する場合もあることになる。PET・functional MRI・脳磁図などによりある程度脳の機能異常はわかるが、それらの検査所見のみでは臨床症状があるのか、精神疾患のみがあるのか、身体疾患のみがあるのか、あるいは両者が合併しているのかはわからない。

精神疾患や身体疾患という用語には大きな問題がある。現時点の医学レベルでは精神疾患や身体疾患という用語は疾患の原因の観点からは区別できず、疾患の症状の観点からしか区別できない。しかし、精神疾患や身体疾患という用語には疾患の原因の観点から定義された意味合いを持つと患者のみならず医師までが感じてしまう。この乖離が問題である。そのため、精神疾患や身体疾患という用語の使用を

中止し、原因の如何を問わず精神症状を呈する疾患・身体症状を呈する疾患という用語を用いることが望ましいと私は考えている。

痛みは精神疾患の結果ではない

もう一つ問題がある。痛みは身体症状に含まれると私は考えている。パーキンソン病患者に抑うつ症状がある場合には、パーキンソン病と抑うつが合併していると考えられる医師はいても、運動障害という症状は仮面うつ病の1症状であると考えたり、運動障害を精神疾患と考える医師はいないと考えている。しかし、FMやその不全型の慢性広範痛症（chronic widespread pain）の様に痛みはあるが血液検査、画像検査、理学検査ではそれらの異常を説明できない疾患の患者に抑うつが合併している場合には、しばしばそうはならない。痛みは仮面うつ病の1症状であるとして一律に考えたり、痛みは精神疾患によって引き起こされているとして一律に考える医師はたくさんいる。抑うつが痛みを引き起こすのかもしれないが、逆に痛みが抑うつを引き起こすのかもしれない。あるいは脳の機能異常が精神機能を制御する神経系と感覚機能を制御する神経系の両者に起きているため、抑うつと痛みは同時に起きているのかもしれない。抑うつと痛みを合併する患者にノイロトロピン[®]を投与するとすべての症状がなくなる患者がいる。ノイロトロピン[®]には抗うつ作用はないため、その患者では、ほぼ間違いなく抑うつの結果痛みが起こったのではないと推測できる。恐らく痛みの結果抑うつが起こったのであろうと私は推測している。原因の如何を問わず精神症状を呈する疾患・身体症状を呈する疾患という用語を用いることが望ましいと述べたが、「身体症状を呈する疾患」の身体症状には運動障害、痛みなど直接の精神症状以外の症状を含めることが妥当であると考えている。つまり、原因の如何を問わず精神症状を呈する疾患、運動障害を呈する疾患、痛みを呈する疾患という用語を用いることが望ましいと私は考えている。

末梢神経は体性神経と自律神経に分類され、体性神経は感覚神経（求心性神経）と運動神経（遠心性神経）に分類される。通常痛みは、痛みの信号が感覚神経から大脳皮質に送られることにより発生する。随意的な運動は運動の信号が大脳皮質から運動神経に送られることにより発生する。大脳皮質から運動神経にいたるところに異常があれば、運動障害が生じる。パーキンソン病や脊髄損傷である。脳のどこかに病変があり、その病変そのものが痛みの原因であるという説がある。脳に病変があるから精神疾患であるというのであれば、パーキンソン病も精神疾患

となってしまう。病変がどこにあろうとも痛みは精神症状ではなく身体症状と見なすことが妥当であると考えている。脳内の運動神経系の機能異常によっておこる疾患を身体疾患と見なし、脳内の感覚神経系の機能異常によって起こるといふ仮説のある疾患を精神疾患と見なす理由が私にはわからない。「痛みを説明するに足る他覚所見がない場合には、精神疾患のほずである。」という仮説には根拠がない。「痛みを説明するに足る他覚所見がない場合には、精神疾患あるいは心因性疼痛のほずである。」と見なされていた病態が、医学の進歩により疾患として認められることは珍しくない。500年前の医師が「痛みを説明するに足る他覚所見がない場合には、精神疾患あるいは心因性疼痛のほずである。」と考えると多くの間違いを犯すことは容易に想像できる、同様に500年後の医学レベルに比べると原始的な現時点の医学レベルで「痛みを説明するに足る他覚所見がない場合には、精神疾患あるいは心因性疼痛のほずである。」と考えることは妥当とは思えない。

器質的異常と機能的異常

脳や神経系の機能異常という用語を頻繁に使用したが、機能異常という用語も混乱を引き起こしている。何らかの機能異常によって引き起こされていると考えられた疾患が、医学の進歩により器質的異常により引き起こされていることがわかるようになってきている。器質的異常と非器質的異常（機能的異常）を区別することに意味はないと考えている。機能性あるいはfunctionalという用語が疾患名の前につく疾患名がある。私はその疾患名は適切ではないと考えている。医学が進歩すれば器質的な異常が見つかるかもしれないにもかかわらず、機能性と断言することは適切ではないからである。器質的異常でない異常は機能的異常であるという理論には賛同できない。医学の進歩により機能的異常が原因と思われていた疾患の原因が実は器質的異常であったという事例は多数存在する。

中枢性過敏症候群

中枢性過敏症候群（central sensitivity syndrome: CSS）という症候群が存在する[9][10]。中枢神経、特に脳の過敏化（central sensitization）によって起こる症候群である。慢性疲労症候群、化学物質過敏症、精神疾患の代表であるうつ病や不安障害、痛みを引き起こす疾患であるFMや緊張型頭痛などが含まれる[9][10]。CSSに含まれる疾患の一つに罹患しているとCSSに含まれるその他の疾患に

も罹患しやすい。つまりうつ病や不安障害は慢性疲労症候群、化学物質過敏症、FM、緊張型頭痛と合併しやすいのである。この概念を考えると精神疾患と身体疾患を区別する意義は全くない。

引用文献

- 1) Toda K: Trigeminal Neuralgia-Symptom, diagnosis, classification, and related disorders-. Oral Science International. 4: 1-9, 2007.
- 2) 戸田克広: 線維筋痛症がわかる本. 主婦の友社, 東京, 2010.
- 3) 戸田克広: 線維筋痛症の基本. CareNet, 2012,
<http://www.carenet.com/special/1208/contribution/index.html>.
- 4) Toda K: The terms neurogenic pain and psychogenic pain complicate clinical practice. Clin J Pain. 23: 380-381, 2007.
- 5) 加藤伸勝: Minor Textbook精神医学. 金芳堂, 東京, 2005.
- 6) Wood PB, Patterson JC, 2nd, Sunderland JJ, Tainter KH, Glabus MF, Lilien DL: Reduced presynaptic dopamine activity in fibromyalgia syndrome demonstrated with positron emission tomography: a pilot study. J Pain. 8: 51-58, 2007.
- 7) Kuchinad A, Schweinhardt P, Seminowicz DA, Wood PB, Chizh BA, Bushnell MC: Accelerated brain gray matter loss in fibromyalgia patients: premature aging of the brain? J Neurosci. 27: 4004-4007, 2007.
- 8) Toda K, Harada T: Prevalence, classification, and etiology of pain in Parkinson's disease: association between Parkinson's disease and fibromyalgia or chronic widespread pain. Tohoku J Exp Med. 222: 1-5, 2010.
- 9) Yunus MB: Central sensitivity syndromes: a new paradigm and group nosology for fibromyalgia and overlapping conditions, and the related issue of disease versus illness. Semin Arthritis Rheum. 37: 339-352, 2008.
- 10) 戸田克広: 中枢性過敏症候群. 産科と婦人科. 80: 出版予定 2013.

著者紹介

著者紹介

戸田克広（とだかつひろ）

1985年新潟大学医学部医学科卒業。元整形外科医。2001年から2004年までアメリカ国立衛生研究所（National Institutes of Health: NIH）に勤務した際、線維筋痛症に出会う。帰国後、線維筋痛症を中心とした中枢性過敏症候群や原因不明の痛みの治療を専門にしている。2007年から廿日市記念病院リハビリテーション科（自称慢性痛科）勤務。『線維筋痛症がわかる本』（主婦の友社）を2010年に出版。電子書籍『抗不安薬による常用量依存—恐ろしすぎる副作用と医師の無関心、抗不安薬の罣、日本医学の闇—』<http://p.booklog.jp/book/62140>を2012年に出版。ブログにて線維筋痛症を中心とした中枢性過敏症候群や痛みの情報を発信している。実名でツイッターをしている。

ツイッター：@KatsuhikoTodaMD

実名でツイッターをしています。キーワードに「線維筋痛症」と入れればすぐに私のつぶやきが出てきます。痛みや抗不安薬に関する問題であれば遠慮なく質問して下さい。私ができる範囲でお答えいたします。

電子書籍：抗不安薬による常用量依存—恐ろしすぎる副作用と医師の無関心、精神安定剤の罣、日本医学の闇—<http://p.booklog.jp/book/62140>

日本医学の悪しき習慣である抗不安薬の使用方法に対する内部告発の書籍です。276の引用文献をつけています。2012年の時点では抗不安薬による常用量依存に関して最も詳しい日本語医学書です。医学書ですが、一般の方が理解できる内容になっています。

・戸田克広：「正しい線維筋痛症の知識」の普及を目指して!—まず知ろう診療のポイント—. CareNet 2011

<http://www.carenet.com/conference/qa/autoimmune/mt110927/index.html>

薬の優先順位など、私が行っている線維筋痛症の最新の治療方法を記載してい

ます。

・戸田克広: 線維筋痛症の基本. CareNet 2012

<http://www.carenet.com/special/1208/contribution/index.html>

さらに最新の情報を記載しています。

ブログ：[腰痛、肩こりから慢性広範痛症、線維筋痛症へー中枢性過敏症候群ー戸田克広](http://fibro.exblog.jp/) <http://fibro.exblog.jp/>

線維筋痛症を中心にした中枢性過敏症候群や抗不安薬による常用量依存などに関する最新の英語論文の翻訳や、痛みに関する私の意見を記載しています。

線維筋痛症に関する情報

戸田克広: 線維筋痛症がわかる本. 主婦の友社, 東京, 2010.

医学書ではない一般書ですが、引用文献を400以上つけており、医師が読むに耐える一般書です。

電子書籍

通常の書籍のみならず電子書籍もあります。

電子書籍（アップル版、アンドロイド版、パソコン版）

<http://bukure.shufunotomo.co.jp/digital/?p=10451>

通常の書籍、電子書籍（kindle版）

http://www.amazon.co.jp/%E7%B7%9A%E7%B6%AD%E7%AD%8B%E7%97%9B%E7%97%87%E3%81%8C%E3%82%8F%E3%81%8B%E3%82%8B%E6%9C%AC-ebook/dp/B0095BMLE8/ref=tmm_kin_title_0

電子書籍（XPDF形式）

<http://books.livedoor.com/item/4801844>

精神疾患と身体疾患を区別できるのか

—精神疾患や身体疾患という用語が混乱を引き起こしている—

著者：戸田克広

2013年2月6日 第1版第1刷発行

<http://p.booklog.jp/book/65716>

著者：戸田克広

発行者：吉田健吾

発行所：株式会社ブックログ

〒150-8512東京都渋谷区桜丘町26-1 セルリアンタワー

<http://booklog.co.jp>

精神疾患と身体疾患を区別できるのか—精神疾患や身体疾患という用語が混乱
を引き起こしている—

<http://p.booklog.jp/book/65716>

著者：戸田克広

著者プロフィール：<http://p.booklog.jp/users/katsuhitodamd/profile>

感想はこちらのコメントへ

<http://p.booklog.jp/book/65716>

ブックログ本棚へ入れる

<http://booklog.jp/item/3/65716>

電子書籍プラットフォーム：ブックログのパー（<http://p.booklog.jp/>）

運営会社：株式会社ブックログ