

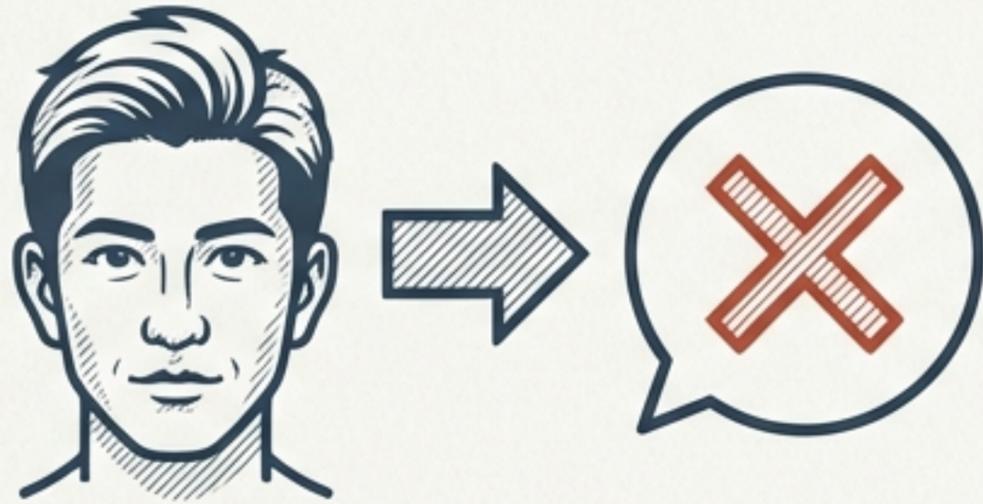
# 痛みと妄想： 診断の境界線を読み解く

身体的所見、機能性疼痛、  
そして心因性疼痛の鑑別プロセス



# 信念と妄想を分ける「検証可能性」の壁

検証可能 (Verifiable)



**妄想 (Delusion)**: 「キムタクが毎晩会いに来る」→ 本人に確認可能。

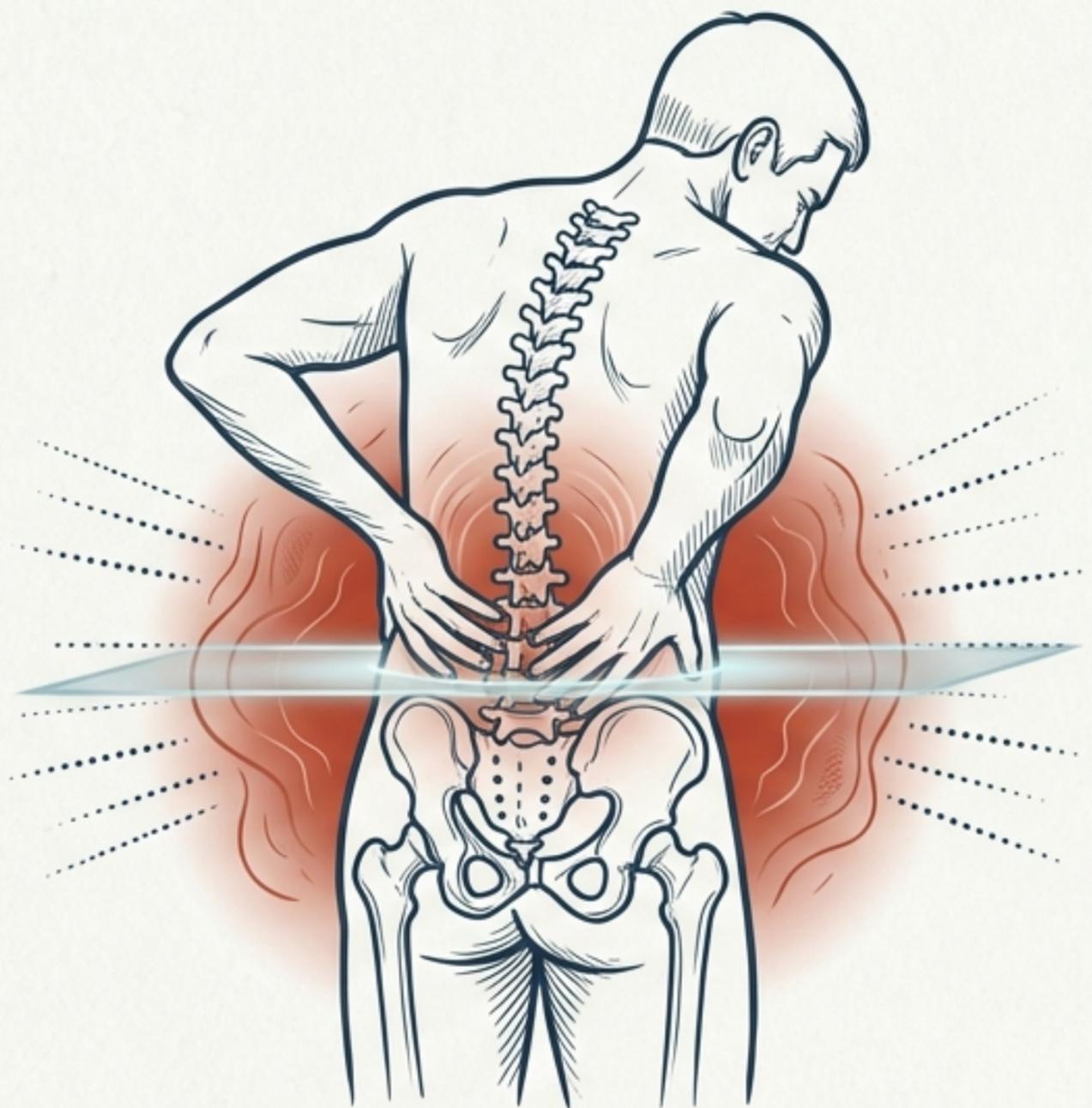
検証不可能 (Unverifiable)



**グレーゾーン**: 「私はキムタクが大好き」  
→ 主観の強さは他人には測れない。

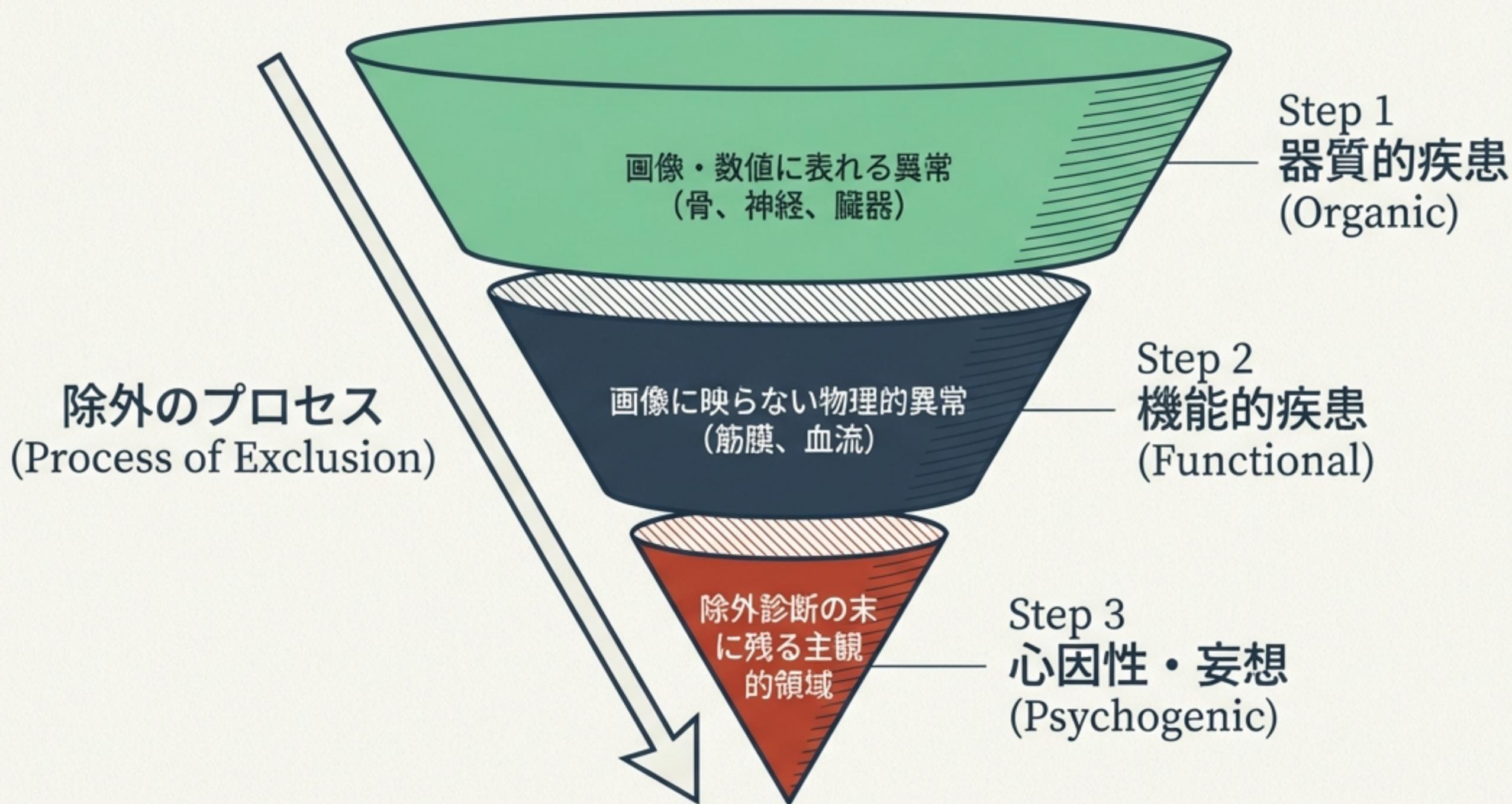
**核心**: 恋愛感情や「痛み」のような内的な感覚は、  
他者が客観的に検証する手立てが乏しい。

# 「痛み」という他者には見えない主観的現実

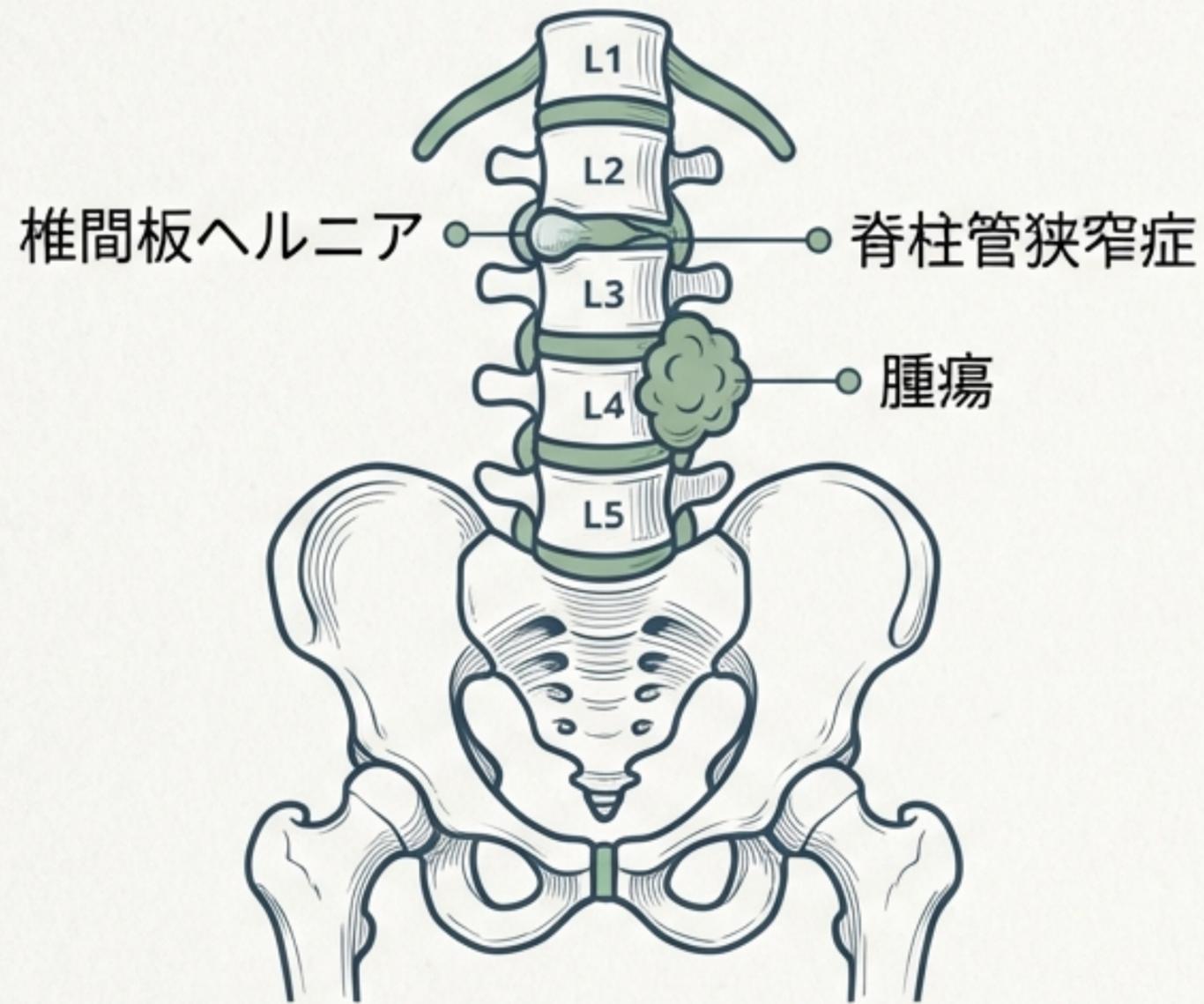


- **臨床の課題:** 腹痛や腰痛、歩行困難を訴えるが、身体的検査では異常が見つからないケース。
- **診断の迷い:** 血液検査や画像所見で訴えを説明できない時、医師は「心因性」を疑う。
- **関連病名:** 身体表現性障害、心因性疼痛。

# 診断の階層構造：除外診断のプロセス



# 第一階層：器質的疾患の確認（画像に見える異常）

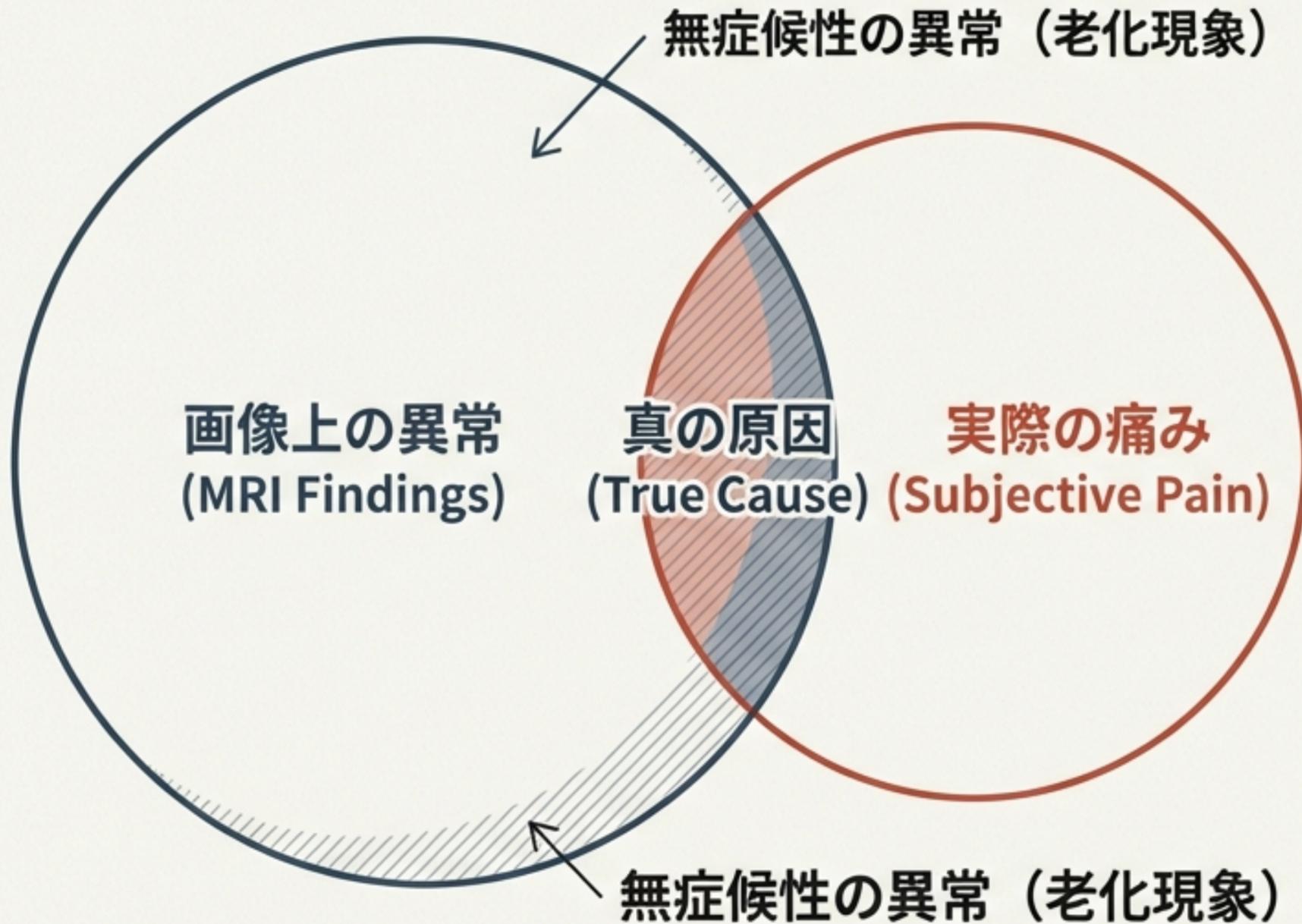


## ⚠️ 危険な徴候（Red Flags）

- 排尿・尿意コントロールの困難
- 肛門・生殖器周辺のしびれ
- 両足のしびれ、脱力、歩行時のふらつき

これらの症状がある場合は、器質性の可能性が高い。

# 画像診断の落とし穴：老化と病変の区別

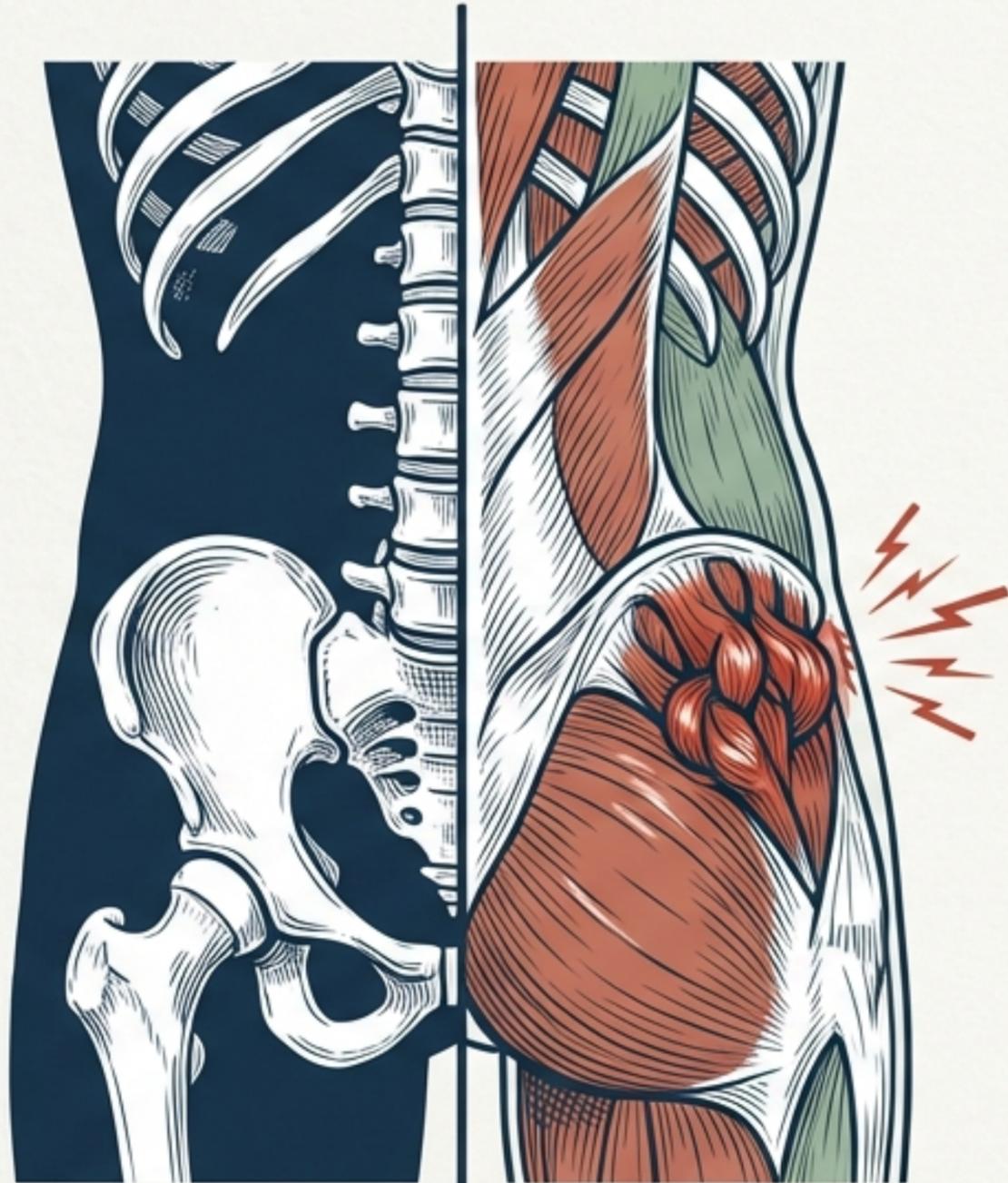


- **因果関係の難しさ:** 写真の所見と、現在の症状が一致するとは限らない。
- **老化という要因:** 腰痛がない人でも、MRIを撮れば腰椎の異常(変性)が見つかることが多い。
- **リスク:** 誰にでもある「老化現象」を、痛みの原因として誤って特定してしまう。

# Noto Sans JP 「診断」が作り出す慢性化のリスク



## 第二階層：画像に映らない「機能的」疼痛



X線・MRI  
(骨は写る)

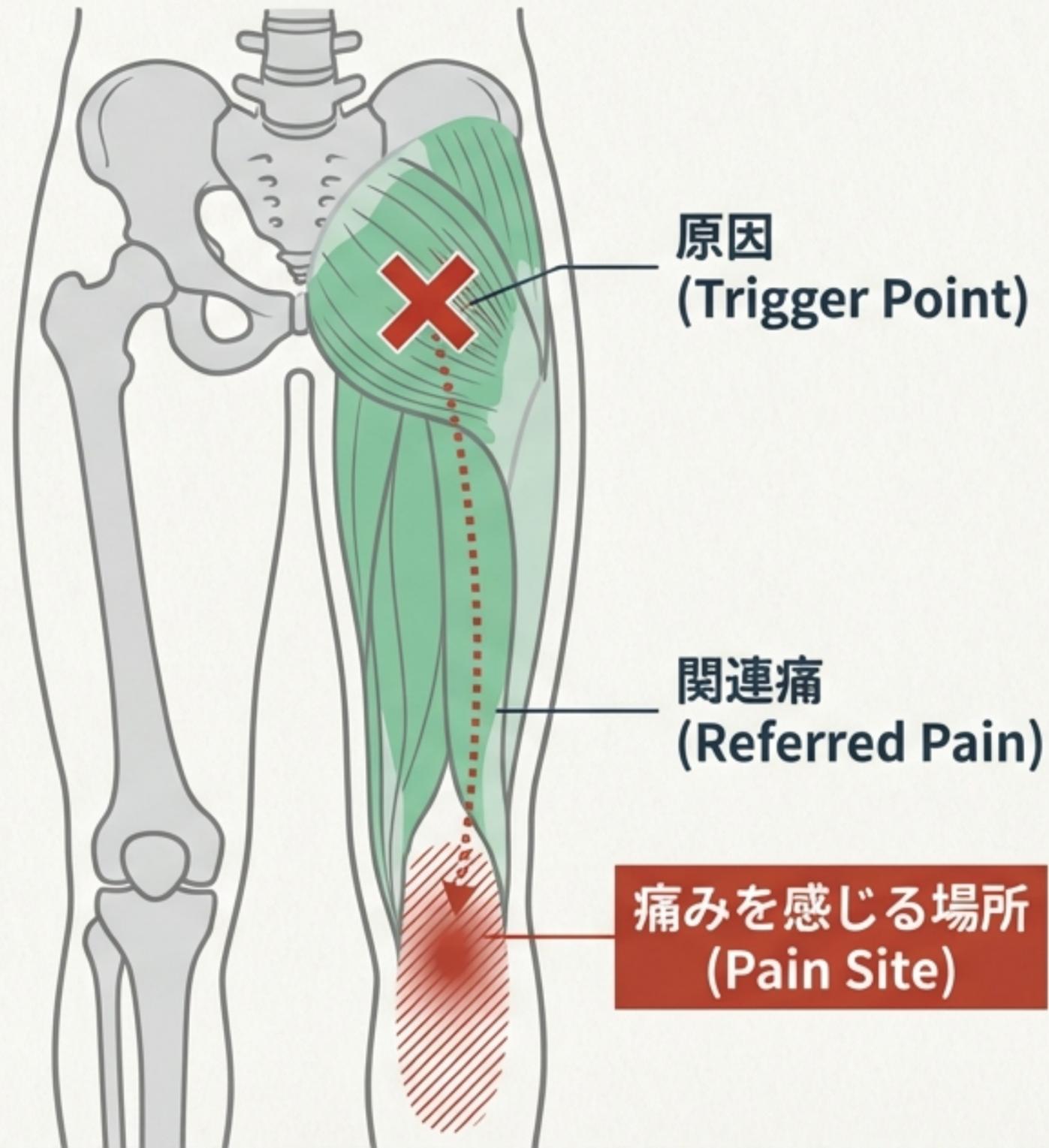
筋膜・筋肉  
(画像に写らない)

見えない物理的原因: 骨は写真に写るが、筋膜 (Fascia) や筋肉の微細な炎症はMRIには写りにくい。

筋膜性疼痛症候群 (MPS) : 画像所見がなくとも、筋肉の緊張や炎症が激痛を引き起こす。

臨床の盲点: 「画像に異常なし」  
= 「身体に異常なし」ではない。

# 患部と原因の乖離：関連痛のメカニズム



## 関連痛:

痛みの原因が局所になく、離れた場所にある現象。解剖学的に説明が可能。

## 治療のアプローチ:

本人が痛みを訴える場所と、実際の炎症源が異なるため、見落とされやすい。

## 伝統医学の視点:

鍼灸治療などは、局所ではなく離れた原因点を刺激することで痛みを解決してきた。

## 第三階層：心因性疼痛の検討（除外診断）

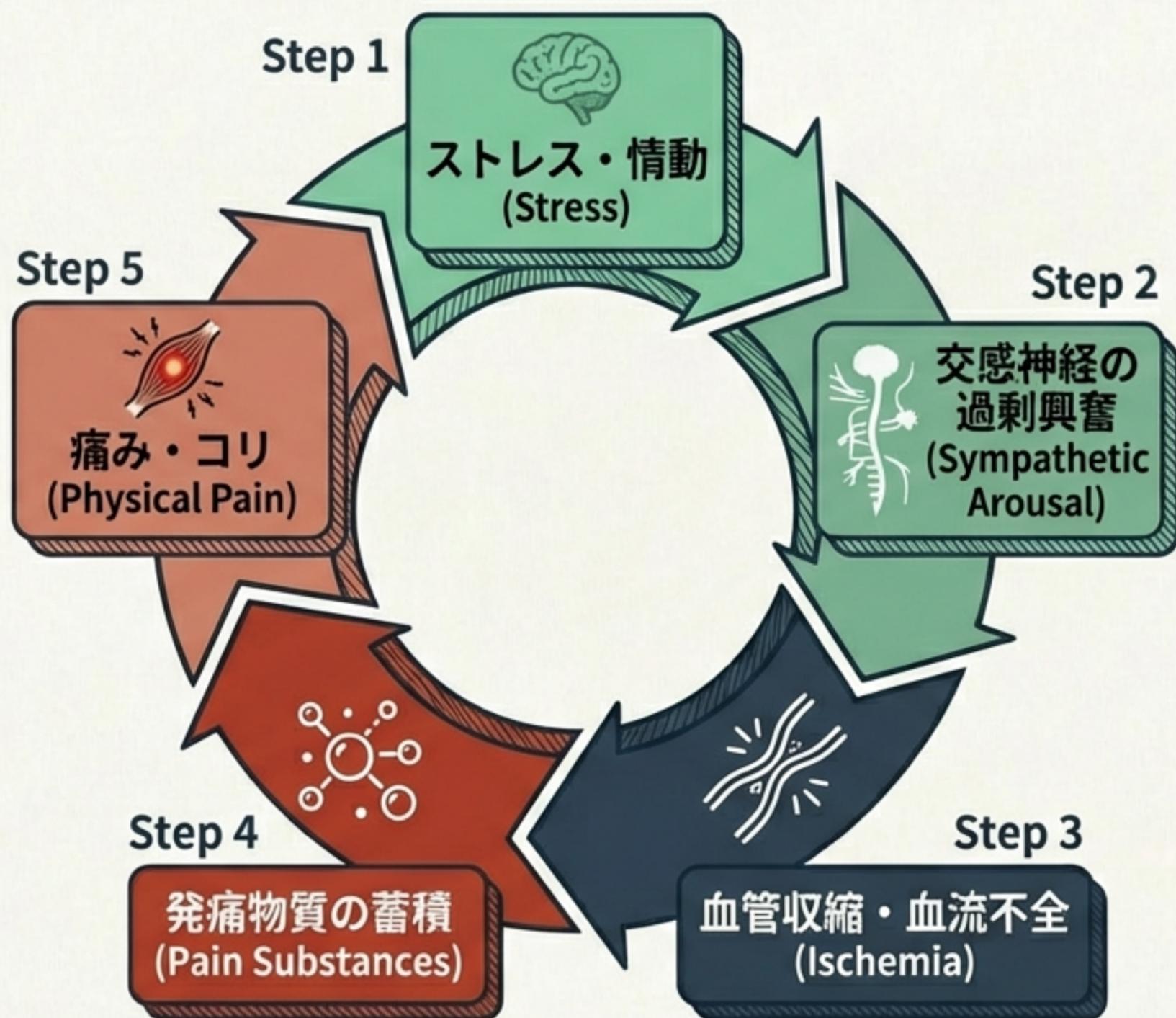


疑うべき状況:

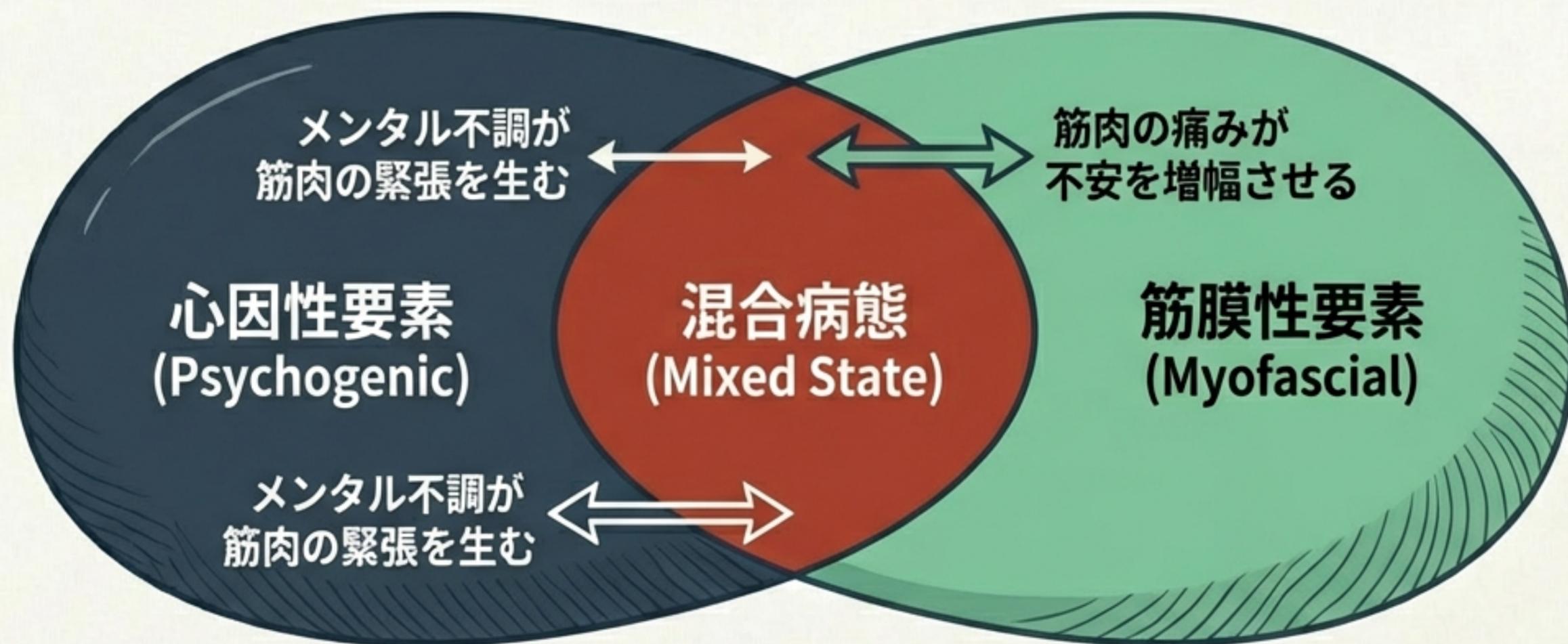
- ・症状が解剖学的な経路と一致しない。
- ・痛みの場所が移動する（浮動性）、あるいは奇妙に固定している。
- ・背景に悩みや特定の性格特徴がある。

# 「気のせい」ではない生理学的メカニズム

心因性といっても、実体のない妄想とは限らない。生理学的な悪循環が存在する。

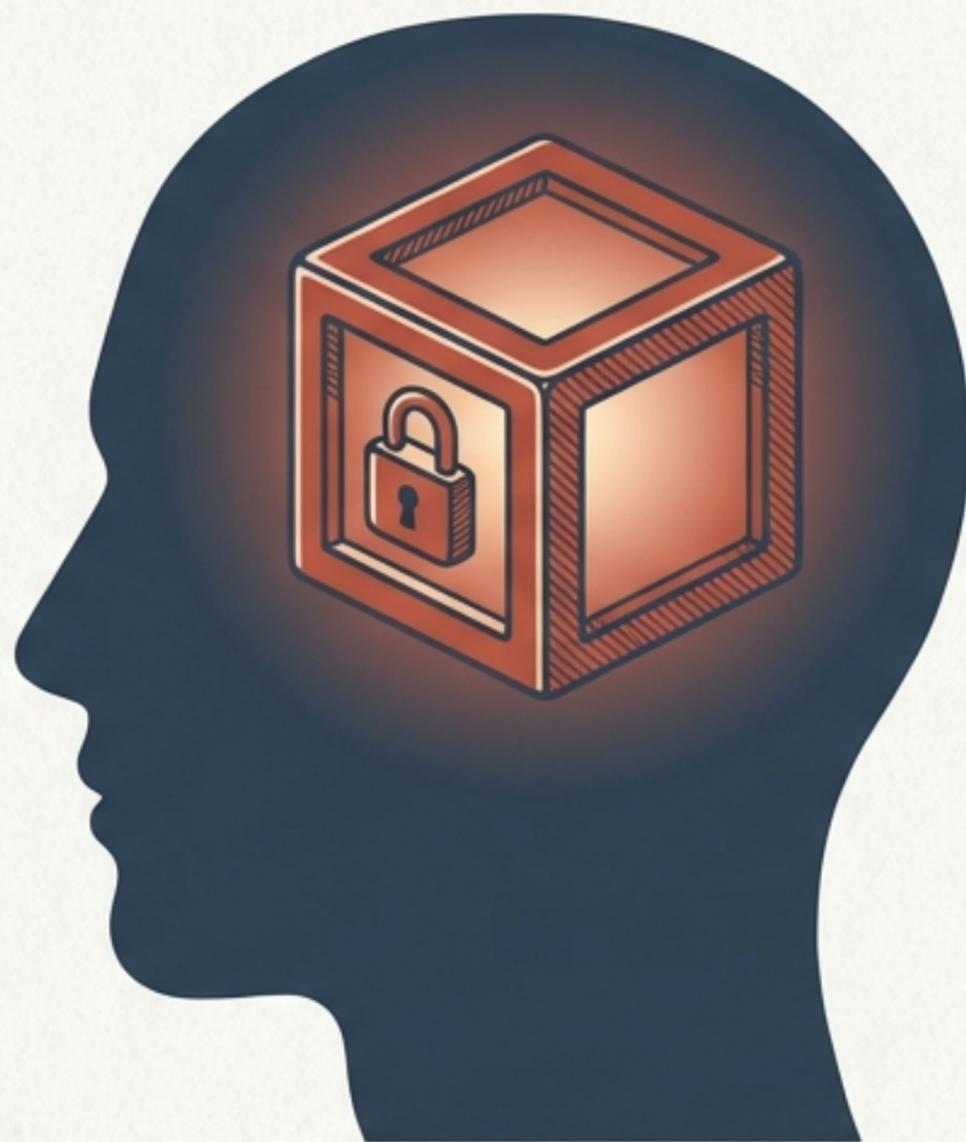


# 混合する病態：心と身体の相互作用



- 複合的な現実: 完全に「妄想」の領域にあるものもあれば、心因性疼痛と筋膜炎が混合している状態も多い。
- 臨床の難しさ: 診断・治療ともに困難なケースが少なくない（腰痛、腹痛、めまい、頭痛など）。

# 再び、妄想の境界へ



最終的な問い: その痛みは「固い信念 (妄想)」なのか?

- 身体表現性障害の壁: 痛みの実体 (炎症や損傷) はなく、脳内の「痛いという確信」だけが存在する  
場合がある。

検証の限界: 患者の痛み (主観) が「存在しない」ことを証明する手段は、医学にはない。

# 結論：見えないうみにどう向き合うか

Verify → Touch → Listen



画像を見るが信じすぎない  
(偽陽性に注意)

体に触れる  
(筋膜・関連痛を探る)

背景を聞く  
(生活背景を理解する)

姿勢: 妄想か現実かの二元論を超えて、患者の訴える「苦痛」  
そのものに寄り添う必要がある。

# 参考文献・出典

出典: 『痛みと妄想』

言及された著書・著者:

- 夏樹静子 『椅子が怖い』
- 夏樹静子 『心療内科を訪ねて一心が痛み、心が治す』
- 柳沢桂子

