

12. 精神疾患による頭痛

Headache attributed to psychiatric disorder

- 12.1 身体化障害による頭痛(Headache attributed to somatization disorder)
- 12.2 精神病性障害による頭痛(Headache attributed to psychotic disorder)

●他疾患にコード化する

物質使用(例えば、物質依存)による頭痛、物質からの離脱による頭痛、急性中毒による頭痛、薬剤の使用過多による頭痛はすべて8.「物質またはその離脱による頭痛」のタイプまたはサブタイプにコード化する。

全般的なコメント

●一次性頭痛か、二次性頭痛か、またはその両方か？

頭痛は一般的な疾患であり、精神疾患も同様である。そのため、しばしば両者が単に偶発的に併存してしまふことが予想される。

しかし、新規に発症する、または明らかに増悪する頭痛と精神疾患の間には、因果関係が存在する可能性がある。他の疾患による頭痛を診断する一般的な規則は、12.「精神疾患による頭痛」においても多少の補整を加えて適用される。

1. 新規の頭痛が精神疾患と時期的に一致して初めて出現し因果関係が確認できる場合には、その精神疾患による二次性頭痛としてコード化する。新規の頭痛が、ICHD-3の第1部に分類されている一次性的頭痛のいずれかの特徴を有する場合にも、これに該当する。
2. 精神疾患と時期的に一致して、一次性的頭痛の特徴をもった以前から存在する頭痛が有意に悪化した場合(通常、頻度や重症度が2倍かそれ以上になること意味する)、その精神疾患が頭痛の原因となる確証があれば、もとも

とある頭痛と12.「精神疾患による頭痛」(あるいはそのうちのタイプの1つ)の両方として診断する。

3. いずれの場合においても、因果関係がはっきりしない場合には、以前から存在する一次性的頭痛と精神疾患はそれぞれ分けて診断される。

精神疾患に起因し、精神疾患消失後も持続する慢性頭痛については、これまで記載されたことがない。

緒言

頭痛の精神的原因を支持する証拠は非常に限られている。したがって、本分類におけるこのセクションの診断カテゴリーは、頭痛が症状として発現することが知られている精神疾患に関連し、かつその直接的な結果として頭痛が生じているような少数のケースに限定される。

診断基準は、偽陽性のケースを含まないために十分厳格にしないといけないが、大多数の患者を受け入れるために十分に閾値を低くしなければならない。12.「精神疾患による頭痛」の大多数のケースで、診断は客観的な診断的バイオマーカーよりもむしろ病歴と身体診察所見に対する(医師による)個人的な評価に基づいている。

頭痛性疾患は、当然ながら、いかなる因果関係もなく精神疾患に合併して起こる場合がある。頭痛性疾患は、抑うつ障害群[うつ病(大うつ病性障害)、単一エピソードまたは反復性;持続性抑うつ障害(気分変調症)], 不安症群/分離不安症/分離不安障害、パニック症/パニック障害、社交不安症/社交不安障害、全般性不安症/全般性不安障害]と心的外傷ストレス因障害群(反応性アタッチメント障害/急性ストレス障害、心的外傷後ストレス障害、適応障害)を含むいくつかの精神疾患

と同時に起きるとされている。そのような場合、因果関係が証明できなければ、一次性頭痛の診断と別の精神医学的な診断の両方をつけなければならない。

それにもかかわらず、疫学的データは頭痛と精神疾患が偶然に同時に起こると予想されるよりも高い頻度で、共存することを示している。共通の要素が両疾患を引き起こす、あるいは起こりやすくしている可能性もある。あるいは、複数の交絡因子が共存を過大評価させているかもしれない(例えば、1つの診断を受けている患者は、単により医学的な検査を受けているがゆえにその他の症状の診断を受けやすい)。頭痛が精神疾患の原因となる、精神疾患が頭痛の原因となる、または頭痛および精神疾患が双方向性に影響を及ぼしているといった形で真の因果関係が存在している可能性もある。

このような意味において抑うつ障害群、不安症群、心的外傷およびストレス因関連障害群のような高頻度に認められる精神疾患に関連してのみ起こる頭痛はこれらの障害に起因していることが示唆されるが、因果関係についてのエビデンスが相対的に不十分であるためいまだに不確実性が存在しているといえる。そのため、これらの精神障害による頭痛の診断基準は2つの精神疾患を除いて付録(Appendix)にとどめた。十分な結論を得るためには、これらの因果関係の基盤となるメカニズムのさらなる解明が必要である。

共存する精神疾患の存在が、頭痛の頻度や強さを増加させること、または頭痛の治療への反応性を低下させること、あるいはその両方によって、1. 「片頭痛」および2. 「緊張型頭痛」の経過を悪化させる傾向がみられるという証拠が示されている。そのため、いかなる共存する精神疾患をも同定し、治療することは、頭痛の適切な管理のために重要である。小児および思春期において、一次性頭痛(片頭痛、頻発反復性緊張型頭痛および特に慢性緊張型頭痛)は精神疾患としばしば、共存している。睡眠障害、心的外傷後ストレス障害(PTSD)、社交不安症(学校恐怖症)、注意欠陥/多動症(ADHD)、素行症/学習症、遺尿症、遺糞症とチック症は小児頭痛の支障度と予後への負の影響

を考慮して注意深く見つけ出し、それらが見つかった場合は治療されなくてはならない。

頭痛が精神疾患によるものか否かを確定するために、まずは、頭痛と同時に精神疾患が存在するかどうかを決定することが必要である。抑うつ障害群や不安症群のような高頻度に共存する精神疾患の症状について、すべての頭痛患者に問診することが推奨される。精神疾患が頭痛症状の原因と疑われる場合、経験豊富な精神科医、心療内科医または臨床心理士による評価が推奨される。

12.1 身体化障害による頭痛

●解説

頭痛が身体化障害の症状の1つとして出現している。

●診断基準

- A. Cを満たすすべての頭痛
B. 以下の2つの身体化障害の特徴から診断されている(注①)

- ① 30歳以前に始まった多数の身体的愁訴の病歴で、既知の内科的疾患によって完全には説明できない、あるいは関連した内科的疾患があったとしても病歴、身体診察所見、または臨床検査所見で予想されるレベルをはるかに超えている
- ② 障害の経過中に、以下のすべてが存在する
- a) 4つの異なった部位または機能に関連した少なくとも4つの疼痛症状(例: 頭部、胸部、背部、腹部、関節、四肢または直腸、月経時、性交時または排尿時)
 - b) 疼痛以外の少なくとも2つの胃腸症状(例: 悪心、鼓腸、妊娠時以外の嘔吐、下痢または数種類の食物への不耐性)
 - c) 疼痛以外の少なくとも1つの性的な症状(例: 性的無関心、勃起または射精機能不全、月経不順、月経過多または妊娠中を通じての嘔吐)
 - d) 疼痛に限らない少なくとも1つの偽神経症状(例: 協調運動障害または平衡

障害，麻痺または局所的な筋力低下，嚥下困難または喉に塊がある感じ，失声，尿閉，幻覚，触覚または痛覚の消失，複視，失明，聴覚障害，痙攣などの転換性症状，健忘のような解離性症状または失神以外の意識消失)

C. 原因となる証拠として以下のうち少なくとも1項目が示されている

- ① 頭痛は，身体化障害に起因している他の身体症状の経過と並行して発展または有意に強さが悪化した
- ② 頭痛は身体化障害による他の身体症状の変動と時間的に並行して一定の強さを示すか寛解した
- ③ 頭痛は身体化障害による他の身体症状の寛解と並行して寛解した

D. ほかに最適な ICHD-3 の診断がない

●注

① 身体化障害自体は，2013年5月に発行された米国精神医学会の診断用マニュアルの最新版、『DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル』に含まれない点に留意する必要がある。それらの症状の深刻さに対する不相応で固執した考え，健康状態または症状に対する持続する高レベルの不安，これらの症状や身体健康への不安につきこまれる過度の時間や労力を伴う1つ以上の身体症状によって特徴づけられる身体症状症というカテゴリーに置き換えられた。このカテゴリーはきわめて異質なものが混在しているため(すなわち，生涯にわたって頭痛を含む複数の身体症状を有する古典的な身体化障害のみならず，頭痛の重症度を不釣り合いに強く懸念する頭痛患者も含まれる)，頭痛が多彩な身体愁訴のなかの1症状であるときのみ，頭痛が身体化障害に起因すると主張することが可能であると定めた。このため，ICHD-3は，身体化障害のDSM-IVの定義を参考にしている。

●コメント

身体化障害では，多くの苦痛的な症状の組み合わせと，それらの症状または随伴する健康への懸念に対しての過度または不適切な反応によって特

徴づけられる。症状は胃またはその他の腸管(あるいはその両方)の問題または機能障害，背部痛，腕・足・関節の痛み，頭痛，胸痛または呼吸困難(あるいはその両方)，めまい，易疲労感または気力の減退(あるいはその両方)，睡眠問題を含む。それが医学的に説明されるか否かにかかわらず，患者の苦しみは本物である。患者は典型的には苦痛と高レベルの機能障害を経験する。症状は診断された一般的な内科疾患または精神を随伴することもあれば，しないこともある。高水準の医療を利用したとしても，患者の懸念が軽減されることはめったにない。臨床医の見解からは，これらの患者の多くは治療法に反応せず，新しい治療介入や治療法は主症状を悪化させるだけであったり，または，新しい副作用と合併症につながるだけかもしれない。一部の患者は，彼らに対する医学的アセスメントおよび治療が不十分であったと感じている。

12.2 精神病性障害による頭痛

●解説

頭痛は，患者が頭痛を説明すると確信しているメカニズムを含んだ内容の妄想の症状である(例：宇宙人に装置を頭に埋め込まれた結果としての頭痛)。

●診断基準

- A. Cを満たすすべての頭痛
- B. 頭痛を説明するであろうメカニズムを含む内容の妄想が存在する(注①)
- C. 原因となる証拠として以下のうち一方もしくは両方が示されている
 - ① 頭痛は妄想が起こったときまたは起こった後に発現した。または頭痛が妄想の契機となった。
 - ② 頭痛は妄想が鎮静したときに寛解した
- D. ほかに最適な ICHD-3 の診断がない(注②)

●注

① 例えば，装置を頭に埋め込まれ，それが頭痛を引き起こしている，または，絶対にそうではないという証拠があるにもかかわらず自身に脳

腫瘍があり、頭痛を引き起こしていると感じている。

- ② 患者がまず頭痛(例: ICHD-3の第1部に分類されるような一次性頭痛の1つ)を発症し、その後、その頭痛への妄想的な説明、例えばそれを支持する医学的なエビデンスもなしに脳腫瘍が頭痛を引き起こしている、などを展開した場合は、精神障害による頭痛ではない可能性がある。代わりに頭痛は一次性頭痛としてコード化し、患者に対しては精神障害の妄想性障害身体型と追加診断されるべきである。

● コメント

妄想とは、現実に対する不正確な推測に基づく誤った訂正不能な信念である。この信念は、そうでない明白な証拠があるにもかかわらず本人はそれを強く信じる。妄想はそのような医学的狀態がないということに関して再三示された証拠や適切かつ権威ある保証にもかかわらず、重大な医学的狀態(例えば脳腫瘍や脳動脈瘤)があり、それが頭痛の原因であるという間違った確信に基づいている。妄想の内容は、例えば、外科手術により送信機が頭の中に埋め込まれ、その送信機が頭痛を起こしているというに、より奇抜な内容のこともある。

文献

Allet JL and Allet RE. Somatoform disorders in neurological practice. *Curr Opin Psychiatry* 2006 ; 19 : 413-420.

Borkum JM. Chronic headaches and the neurobiology of somatization. *Curr Pain Headache Rep* 2010 ; 14 : 55-61.

Canestri B, Galli F, Guidetti V, et al. Chronic daily headache in children and adolescents : a two years follow-up. *Cephalalgia* 2001 ; 21 : 288.

Curioso EP, Young WB, Shecter AL, et al. Psychiatric comorbidity predicts outcome in chronic daily headache patients. *Neurology* 1999 ; 52(Suppl 2) : A471.

Gambini O, Islam L, Demartini B, et al. Psychiatric issues in patients with headaches. *Neurol Sci* 2010 ; 31(Suppl 1) : S111-S113.

Guidetti V, Galli F, Fabrizi P, et al. Headache and psychiatric comorbidity : clinical aspects and outcome in an 8-year follow-up study. *Cephalalgia* 1998 ; 18 : 455-462.

Hung CI, Liu CY, Cheng YT, et al. Migraine : a missing link between somatic symptoms and major depressive disorder. *J Affect Disord* 2009 ; 117 : 108-115.

Lake A. Behavioral and nonpharmacologic treatments of headache. *Med Clin North Am* 2001 ; 85 : 1055-1075.

Lake AE 3rd, Rains JC, Penzien DB, et al. Headache and psychiatric comorbidity : historical context, research relevance, and clinical implications. *Headache* 2005 ; 45 : 493-506.

Maizels M and Burchette R. Somatic symptoms in headache patients : the influence of headache diagnosis, frequency, and comorbidity. *Headache* 2004 ; 44 : 983-993.

Marazziti D, Toni C, Pedri S, et al. Prevalence of headache syndromes in panic disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 1999 ; 14 : 247-251.

Mitsikostas DD and Thomas AM. Comorbidity of headache and depressive disorders. *Cephalalgia* 1999 ; 19 : 211-217.

Nicholson RA. Chronic headache : the role of the psychologist. *Curr Pain Headache Rep* 2010 ; 14 : 47-54.

Pakalnis A, Greenberg G, Drake ME, et al. Pediatric migraine prophylaxis with divalproex. *J Child Neurol* 2001 ; 16 : 731-734.

Radat F.[Psychopathology and headache]. *Rev Neurol (Paris)* 2000 ; 156(Suppl 4) : 4S62-67.

Radat F and Swendsen J. Psychiatric comorbidity in migraine : a review. *Cephalalgia* 2005 ; 25 : 165-178.

Radat F, Milowska D and Valade D. Headaches secondary to psychiatric disorders (HSPD) : a retrospective study of 87 patients. *Headache* 2011 ; 51 : 789-795.

Radat F, Sakh D, Lutz G, et al. Psychiatric comorbidity is related to headache induced by chronic substance use in migraineurs. *Headache* 1999 ; 39 : 477-480.

Smitherman TA and Baskin SM. Headache secondary to psychiatric disorders. *Curr Pain Headache Rep* 2008 ; 12 : 305-310.

Voigt K, Nagel A, Meyer B, et al. Towards positive diagnostic criteria : a systematic review of somatoform disorder diagnoses and suggestions for future classification. *J Psychosom Res* 2010 ; 68 : 403-414.

Yutzy S. Somatoform disorders. In : Tasman A, Kay J and Lieberman JA (eds) *Psychiatry, 2nd edition*. Chichester : John Wiley and Sons, 2003, pp.1419-1420.

