

精神医学をはじめて学ぶ方、学び直す方へ



みなさん、精神医学にはどんなイメージをお持ちですか？



「よくわからない」、「つまらなさそう」、もしかしたら、「こわい」？

そんなイメージをひっくり返す、精神医学をおもしろくさせる教科書が本書です



みなさん、勉強はおもしろいですか？

学校での勉強はあまりおもしろくないかもしれません。それは、受け取り手のみなさんの学習態度に問題があるわけではなく、伝え手の教え方に根本的な問題があるからではないでしょうか。教育とは決して知識をつめこむことではありません。

誰よりも知識豊富だったはずのアインシュタインは、こう言いました。

「想像力は知識より重要だ」——アルベルト・アインシュタイン (1879-1955)



この教科書はみなさんが医療の現場で即使える実践的知識をつめこんだマニュアルですが、それと同時に、相手の気持ちを考えることのできる想像力を身につけてもらえるようデザインしています。

精神医学は精神科の現場へ将来進む、あるいは既に関わっている方々のためだけでなく、全ての医療現場での基本となる、医療コミュニケーションスキルです。

本書はそのために、対話形式で精神医学のポイントを示しています。

本書の使い方

本書はどのページからでも読めるように構成されていますので、興味をそそられたページから拾い読んでみてください。

重要なポイントは、本文中の**太字**と、次のような右側の対話の下線で示しています。

「聞いたことは忘れる。見たことは覚えている。やったことは理解する」——孔子 (BC552-479)



これらのポイントと**表**に目を通すだけで一通りの流れがつかめるようになっていますので、あらかじめ見通すため、あるいは後から見直すため、お役立てください。

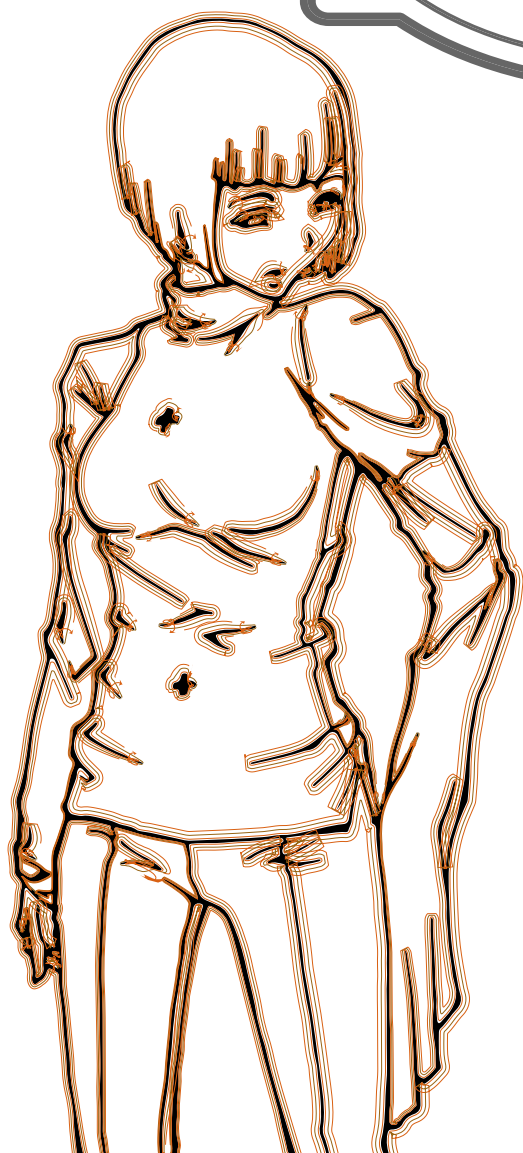
それでは、楽しい学びを！

なお、Kindle版は書籍版の一部抜粋となっています。完全版は書籍でご確認ください。

気分が落ちこむ

うつ病

Depression



うつ病と気分障害

keyword：気分変動、うつ病・双極性障害（躁うつ病）、仮面うつ病

Mood Disorder



お姉ちゃんって気分屋だよな……それって、気分障害ってこと？



そんなわけないでしょ！ 気分が変わることは誰にでもあるわよ

気分障害とは通常気分変動とは違い、**正常範囲を超える気分の変動が一定期間以上**続き、社会生活に支障をきたした状態です。

気分障害による日本の社会経済的損失（疾病費用）はいくらになると思う？



社会経済的損失（疾病費用）って何だっけ？

疾病費用とは、病気を治す直接費用と、その病気のために失われた活動の価値である間接費用（欠勤・遅刻・早退による労働生産性の損失＋就労中の労働生産性低下＋失業費用＋死亡費用）をあわせたもの。

気分障害による日本の社会経済的損失は、3兆900億円（直接費用2090億円＋間接費用2兆8810億円）にもなります。



3兆円?!

気分障害では間接費用が大きく、なかでも「職場における損失」が最も大きな費用となっています。

あのノーベル賞作家も気分障害だったんだ。でも、最期は……



症状・分類

気分障害には、うつ病と躁うつ病（双極性障害）があります



うつ病	うつ病相のみが現れる
双極性障害（躁うつ病）	うつ病相と躁病相の両方が出現する

うつ病相と躁病相では、睡眠以外は逆の症状を示すことが多いんだ



症状	うつ病相	躁病相
気分・感情	抑うつ気分 不安・焦燥 興味・喜びの喪失 劣等感	高揚気分 易怒性 万能感
意欲・行動	制止(無口、無動) 焦燥 自殺(希死念慮、自殺企図)	多弁・多動 行為心迫 精神運動興奮 逸脱行為、浪費
思考	思考制止 微小妄想、罪業妄想、貧困妄想、心気妄想	観念奔逸 誇大妄想
食欲・性欲	低下 体重減少	亢進
睡眠	不眠(入眠困難、中途覚醒、早朝覚醒、熟眠困難)	不眠(睡眠欲求の減少)
身体症状	倦怠感 頭痛、肩こり、慢性疼痛 便秘、消化器症状 発汗、口渇 月経不順	疲れを感じない

うつ病はさらに、病因別に次のように分けられます



うつ病の分類	
内因性うつ病 (うつ病の典型)	外因の認められないうつ病。心因の関与も少ない 特別な心配事がなくても気分が落ちこむ。一定期間続いた後、再び理由なく軽快。周期的に反復することもある。日内変動(身体・精神症状が朝に最も悪く、夕方に軽快)がみられる。環境改善による回復が乏しく、抗うつ薬が著効する。何らかの身体的変化が原因と想定される
心因性うつ病	過度の心的ストレスが原因。他罰的な傾向。抗うつ薬が効きにくい
産後うつ病	産後1～3か月頃に発症 初産婦に多い 母親としての役目を果たせていないという罪悪感
季節性うつ病	秋冬に発症し、春夏に寛解する 過眠、過食がみられることも多い
非定型うつ病	気分の反応性(楽しい出来事に反応して気分が明るくなる)がみられる 体重増加、過眠、鉛様の麻痺(手足の重さ)、対人関係の拒絶に敏感
仮面うつ病	身体症状が前面に現れ、気分の変調が隠れている状態 高齢者の場合は、認知症、器質性疾患の有無を確認する
外因性うつ病	身体疾患、物質などの影響で二次的にうつ病の症状が現れる

うつ状態と身体疾患

うつ状態はどこでも多い。どの医療現場でも、うつ状態に注意を払おう



内科にはうつ状態の人が多いみたいよ

総合病院の内科の初診患者の5%前後はうつ病と言われています。軽度の身体疾患、神経症、怠け病と誤診されていることも多いのです。

仮面うつ病って聞いたことがあるけれど、普通のうつ病と違うの？



仮面うつ病とは、精神症状があまり見られず、**身体的不調**（自律神経症状、慢性疼痛など）を主訴とするうつ病のことです。

本態のうつ病が身体症状という仮面で隠されており、本人も周りも身体疾患と考え、内科受診を繰り返し、なかなかうつ病の診断がつかず治療されません。

うつ病として治療されることで、身体的不調も改善するので、見落とさないことが重要です。

うつ状態を合併する身体疾患

うつ状態の併発は身体疾患の予後を悪化させます。逆にうつ状態を改善することで、QOLのみならず、身体疾患の予後を改善することができますので、うつ状態を見落とさないようにしましょう。

うつ状態を合併する身体疾患の例： 悪性腫瘍、糖尿病、心筋梗塞など

うつ状態を引き起こす身体疾患・薬剤

うつ状態が身体疾患や薬剤が原因で、引き起こされていることもあります。その場合、身体疾患を治療、原因薬剤を変更することで、うつ状態が治ります。

うつ状態を引き起こす原因		
身体疾患	神経疾患	神経変性疾患（パーキンソン病など）、脳血管障害、脳腫瘍、側頭葉てんかん
	内分泌疾患	甲状腺機能低下症、クッシング症候群、下垂体機能低下症
	自己免疫疾患	全身性エリテマトーデス
	感染症	脳炎、梅毒、HIV感染など
物質・薬剤		ステロイド、インターフェロン、レセルピン、降圧剤、H2ブロッカー、アンフェタミン、コカイン、アルコールなど

それぞれのうつ病の症状や治療については、次節からみていきましょう



うつ病（大うつ病・単極性うつ病）

keyword：抑うつ気分、興味と喜びの喪失、食欲低下、不眠、自殺、抗うつ薬、認知行動療法

Depression



私、落ちこんでいるんだけど……うつ病かなあ



お姉ちゃん、またフラれたでしょ。それってうつ病なの？ 本当のうつ病は案外少なかったりして

うつ病はとて多いし、増えているんだ



生涯有病率は5～15%で増加傾向にあります。**20歳台前後～中高年**で多くみられます。**女性**で男性の約2倍と多くなっています。

原因・誘因



うつ病の原因って何？ 失恋でうつ病になるわけじゃないよね

脆弱性—ストレス—対処技能モデルで説明されるよ



脆弱性—ストレス—対処技能モデル

脆弱性（ストレスに弱い素因）が高い人が、過剰な**ストレス**（心的要因¹＋身体要因²）を受け、**対処**（コーピング）できないと、神経伝達物質のバランスが崩れて症状が出現します。

素因＋環境因で発症する病気を、身体疾患からも挙げてみよう



モノアミン仮説



うつ病の人の頭の中はどうなっているの？

うつ病の基盤として、脳内神経伝達物質である**モノアミン**（セロトニン、ノルアドレナリン、ドパミンなど）の減少があります。これをモノアミン仮説と呼びます。モノアミン仮説に基づき、減少している**セロトニン**や**ノルアドレナリン**をシナプス間隙で増やす薬を使うことで、症状を軽減できます。

1 家族環境（親の育て方は無関係）・思春期の発達課題・社会的文化的環境ストレスなど

2 身体疾患・加齢・妊娠など



どんな人がうつ病になりやすいの？

次のような性格の人が無理をすると、うつ病になりやすいと言われています



うつ病になりやすい性格

- 真面目、几帳面、凝り性、徹底的、強い責任感、仕事熱心、堅苦しい、頑固
- 模範的、過度に良心的、社会的役割への過剰な同調
- 融通がきかない、消極的、保守的
- 不快なことが尾を引く、適当に休めない
- 悩みをうち明けられない
- 人に気を遣う、嫌と言えない
- 要求水準が高い、「べきである」と考えがち、強迫的



ずばりで適当な性格には良い点もあるね、お姉ちゃん！

誘因

うつ病の原因ではありませんが、うつ病を発症する誘因(きっかけ)として、人生における次のような出来事があります。

うつ病の誘因	
職業・学業上の問題	就職、転勤、昇進、定年、退職、失業、過労、進学など
経済上の問題	借金、倒産、進学など
家庭の問題	子の誕生、家族の病気・死、子の独立、引越、独り暮らしの開始など
異性の問題	恋愛、結婚、離婚、浮気など
身体の問題	病気、出産、月経、加齢など



昇進や結婚など良いイベントも発症のきっかけになるんだね、意外だな



でもやっぱり、仕事が大変でうつになることが多いんでしょ？

そうとも限らない。原因と結果を取り違えないようにね



実例▶

はじめに仕事や勉強が大変などの問題が起きて悩むようになり、そのために抑うつ状態になったと、本人も周囲も思いこんでしまうものです。しかし、実際には最初に軽い抑うつ症状が始まり、そのために仕事や勉強ができなくなっていた、という場合がしばしばあります。

症状



うつ病の症状なら簡単！ うつっぽくなるんでしょ？

うつでは抑うつ気分に加え、様々な症状がみられます



覚えよう▶

うつ病の基本症状は抑うつ気分と、興味・喜びの喪失です。その他に、次のような症状がみられます。

うつ病の症状					
感情障害	抑うつ気分		気分が落ちこみ、気が滅入る		
	興味・喜びの喪失		以前楽しめていたことが楽しくない		
	不安・焦燥		不安が強く、じっとしていられない、イライラする		
	悲観・絶望		悲観的となり、将来に絶望する		
	無価値感・罪責感		自分には価値がない、自分が悪いと感じる		
	無感情		喜怒哀楽を感じなくなる		
意欲障害・ 行動障害	精神運動抑制	意欲低下	おっくうで、やる気が出ない		
		行動制止	自発行動が低下し、身体の動きが少なく、表情も乏しく、声も小さい		
	うつ病性昏迷		意識は清明だが、抑制が強く、自発行動がみられない		
	日内変動		精神症状の波が1日の中にあり、朝方に悪く、午後から夕方にかけて良くなる		
	自殺	希死念慮	生きていても仕方がない、死んだ方がましと感じる		
		自殺念慮	自殺を具体的に考える		
		自殺企図	自殺を実際に図る		
思考障害	思考過程の障害 (思路障害)	思考力・集中力低下	見聞きする内容が頭に入らない		
		思考制止	考えが前に進まず止まってしまう		
	思考内容の障害 (妄想)	自己の過小評価	微小妄想	自分を取るに足らない存在と思いつむ	
			罪業妄想	自分は重大な罪を犯してしまったので罰を受けなければならないと思いつむ	
			心気妄想	不治の病にかかっていて絶対に治らないと思いつむ	
貧困妄想			実際には問題がないのに経済的に困窮していると思いつむ		
自我障害	離人症		現実感がなく、生き生きと感じられない		
身体症状	睡眠障害		入眠障害、熟眠障害、中途覚醒、早朝覚醒、まれに過眠		
	食欲低下		体重減少、味を感じない、まれに食欲亢進		
	性欲低下		性的欲求が低下する		
	易疲労感・倦怠感		疲れやすい		
	自律神経障害・内分泌障害		動悸、発汗、口渴、胃部不快、膨満感、頭重、肩こり、しびれ、冷感、悪寒、月経不順、頻尿、便秘、下痢など		



うつ病と一口に言っても、いろいろな症状があるのね

目と耳と(心で)、ひとつひとつ理解しよう



診断・検査

診断

ICD-10³とDSM-5⁴の診断基準をみてみよう。先ほどの症状が挙げられているね



ICD-10 うつ病エピソード 診断基準

患者は通常、抑うつ気分、興味と喜びの喪失、および活力の減退による易疲労感の増大や活動性の減少に悩まされる。わずかに頑張ったあとでも、ひどく疲労を感じる事が普通である。他の一般的な症状には以下のものがある。

1. 集中力と注意力の減退
2. 自己評価と自信の低下
3. 罪責感と無価値感
4. 将来に対する希望のない悲観的な見方
5. 自傷あるいは自殺の観念や行為
6. 睡眠障害
7. 食欲不振

DSM-5 大うつ病性障害 診断基準

以下の症状のうち5つ以上が同一の2週間に存在

必須症状	抑うつ気分 興味・喜びの喪失
その他の症状	食欲の低下(あるいは亢進) 不眠(あるいは過眠) 精神運動制止(あるいは焦燥) 易疲労感(気力の減退) 無価値感、罪責感 思考力・集中力の低下 死についての反復思考

複数の症状が長期間続くことが要件なのがポイント



私みたいな一時的な気分の落ちこみは、うつ病とは言わないわけね

また、初発のうつ病相では、その後に躁病相が現れ、双極性障害であることが判明することがよくあります。

大うつ病と双極性障害では治療法が異なるため、注意深く経過をみることが大切



検査

うつ病の重症度を評価するため、さまざまな評価尺度があります



3 世界保健機関（WHO）による、国際疾病分類第10版

4 米国精神医学会による、精神疾患の診断・統計マニュアル第5版

うつ病の評価尺度

- ハミルトンうつ病評価尺度 (HAM-D)
- モンゴメリ・アスベルグうつ病評価尺度 (MADRS)
- ベックうつ病自己評価尺度 (BDI)
- 自己評価式抑うつ性尺度 (SDS)

治療

原因、重症度にあわせて、最適な治療環境を準備しましょう



うつ病の原因・重症度別の対応

外因が認められる場合	まずは原因となっている身体疾患を治療する
軽症	通院にて、支持的精神療法と心理教育をおこなう
中等症	通院にて、新規抗うつ薬の処方や認知行動療法を実施する 必要に応じて入院治療をおこなう
重症	入院の上、三環系抗うつ薬の使用や非定型抗精神病薬などの併用による増強療法をおこなう
最重症	入院の上、電気けいれん療法をおこなう



元気がないときは、励ましたり、気分転換に誘うといいんじゃないの？

いや、うつ病では励ましや気分転換の誘いは、余計に負担になるからダメ！



うつ病の治療の基本は、**休養・精神療法・薬物療法・環境整備**です。

休養



責任感の強い人がうつ病になりやすいんでしょ？ 簡単に休めるかなあ

うつ病の人は真面目で責任感が強く、「他人に迷惑がかかる」と自分から休むことができません。そんなときは治療に専念できる環境が必要です。場合によっては入院をセッティングすることが役立ちます。

精神療法

精神療法の基本・医療者の対応



精神療法って難しそう。熟練した精神科医に任せればいいんじゃないの？

精神療法の基本は対応の基本なので、コメディカルにも必須。肩肘張らず、まずは……



うつ病の人は不安でいっぱいです。まずは治療の方針や見通しを伝えることで安心してもらいます。以

下を本人(場合によっては家族や職場)に説明し、理解してもらいましょう。⁵

うつ病の精神療法の基本

1. うつ病は病気であり、決して怠けではない。時間はある程度かかるが、病気なので治療すれば必ず良くなる
2. ゆっくり休養することが最優先の治療法
3. 周囲は激励や気晴らしの誘いをしない(逆に本人を追いつめてしまう)
4. 服薬の重要性を理解し、自己判断で中止・変更しない
5. 服薬効果が出るまでには数週間かかるため、焦らず待つことが必要
6. 一本調子で良くなるのではなく、症状は一進一退するため一喜一憂しない
7. 一人で悩みを抱えこまず、不安なことは周りに相談するよう約束する
8. 重大な決断(退職、退学、離婚など)は思考力が回復するまで延期する
9. 自殺をしないことを約束する。

うつの人にはいけない対応



逆に、うつ病の人にはいけない対応ってあるの？

ダメ① うつ病の人を励ましては、いけません



「病は気から、気の持ちようだからしっかりしなさい」と励ますのは意味がありません。うつ病はあくまでも病気であり、「気の持ちよう」ではありません。

「がんばれ」と励ますのは**逆効果**です。うつ病の人は根が真面目な性格ですので、十分がんばっているのです。励ましはさらなる負担となり、病状を悪化させ、自殺に追いこむこともあります。急性期には無理な働きかけをせず、ゆっくりと休んでもらいましょう。

ただし、軽い抑うつ症状が長引くときには、状態によっては多少の誘いかけが有効なこともあります。

ダメ② 説得しては、いけません



うつ病の人は物事を誤って捉えがちです(**認知の問題**)。しかし、相手の言うことに反論し、説得を試みてはいけません。相手の考え方に大きな誤りがあっても、忍耐強く話を聞いた後に控えめに伝える程度に留め、無理に説得しないようにしましょう。

自殺を防ぐ

うつ病では何よりも大切なことは、**自殺を防ぐ**ことです。

自殺を防ぐことは難しいことではありますが、いくつかの方法があります



自宅で過ごす場合には、家族などに常にそばにいて様子を観察してもらいます。ただし、24時間つきっきりでいることは難しいですから、自殺が切迫している場合は、**入院**で治療をおこないます。

うつ病の人は真面目な性格ですので、自殺をしない約束をすることも想像以上に有効です



逆に自殺しない約束ができない場合は、自殺が切迫しているといえます。

5 笠原の小精神療法を元に改変

認知行動療法

ここからは焦点を絞った精神療法をみていきましょう。次の**認知療法**と**行動療法**の組み合わせを**認知行動療法**と呼びます。

認知療法

自分自身を苦しめている**認知**(ものの考え方や捉え方)のバランスを修正することで、気分の改善を図るのが**認知療法**です。認知療法を通して、物事の考え方や捉え方を変え、現実に適応するための考え方を持てるようにします。

認知の修正の例

- その思考に根拠はあるか？
- その思考に反する根拠はあるか？
- 別の見方はできないか？
- その思考を信じることのメリット、修正することのメリットは？

行動療法

うつ状態では、生活習慣が乱れる⇒精神症状が悪化⇒さらに生活習慣が乱れる、という悪循環がみられます。

そこで、**行動療法**を通して、計画を立て、生活習慣を改善していき、日頃の活動(仕事、勉強、家事など)を通じて充足感を持ってもらいましょう。

行動療法のターゲットは具体的な「行動」です。好ましくない行動を減らし、望ましい行動を増やし、自らの行動のコントロールを図っていくことを目標とします。

認知行動療法におけるコメディカルの役割

認知行動療法は、看護師もできます



認知行動療法をできるのは医師だけではありません。**看護師による認知行動療法**が2016年より認められるようになりました。

以下を満たす看護師が認知行動療法をおこなえます。

看護師による認知行動療法の条件

- 認知行動療法をおこなう外来に2年以上勤務し、120回以上の面接に同席する
- うつ病等の気分障害の患者に対して、認知行動療法の手法を取り入れた面接を10症例120回以上実施し、その内容のうち5症例60回以上のものについて、面接を録画、録音等の方法により記録し、専任の医師又は研修の講師が確認し、必要な指導を受ける
- 認知行動療法治療者用マニュアルに準拠したプログラムによる研修を修了する

対人関係療法

対人関係療法とは**対人関係の問題点を修正**していく治療法です。重要な人との関わりに注目し、人間関係の問題点を整理していきます。他者との関係を改善するためにどのようなコミュニケーションを図

ればいいのか、具体的な方法を考えましょう。

対人関係の4つの問題領域
<ul style="list-style-type: none"> • 悲哀 • 対人関係上の役割をめぐる不和 • 役割の変化 • 対人関係の欠如

薬物療法

抗うつ薬

うつ病では脳内神経伝達物質であるセロトニン、ノルアドレナリン、ドパミンが減少しています。そこで、減少している**セロトニン**や**ノルアドレナリン**などの神経伝達物質を増加させることで、うつ状態を改善することができます。そのために用いられるのが**抗うつ薬**です。

抗うつ薬の種類	効果	注意点
三環系抗うつ薬 (TCA)	強力な抗うつ効果	強い抗コリン作用(口渇、便秘、排尿障害、起立性低血圧、めまい、不整脈、認知機能障害など) 過量内服時の心毒性が高い 双極性障害で躁転のリスク
四環系抗うつ薬	発現が早い 鎮静作用	三環系よりも効果がやや弱い 弱い抗コリン作用
選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI)	抗不安作用 抗コリン作用などの副作用が少ない 過量服薬でも比較的安全 鎮静が少ない	消化器症状(食欲不振、悪心・嘔吐、下痢)、性機能障害 賦活症候群(易刺激性、衝動性、自殺) 離脱症候群(不安・焦燥、めまい、知覚異常) セロトニン症候群(不安・焦燥、振戦、発熱)
セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬 (SNRI)	意欲向上作用 疼痛に対する作用 鎮静が少ない	SSRIと同様
ノルアドレナリン作動性・特異的セロトニン作動性抗うつ薬 (NaSSA)	睡眠改善作用 食欲向上作用 他の薬剤と作用機序が異なるため併用に適する	眠気 体重増加

抗うつ薬はすぐに効果の現れる薬ではありません。抗うつ薬が効き始めるまでにある程度の量と期間が必要です。抗うつ薬は一種類を少量から開始し、**十分な量を十分な期間**(4～8週間)、使用します。

どの抗うつ薬が効くかは個人によって違います。最初の抗うつ薬で無反応であれば、別の種類へ変更します。それでも効果不十分であれば、**効果増強療法**(炭酸リチウム、アリピプラゾール、甲状腺ホルモンなどの併用)を検討します。

抗うつ薬が効果を発揮しない場合は、**双極性障害**など他の疾患の可能性も再検討します。

抗精神病薬

精神病症状が存在する場合は、**抗精神病薬**を併用します。

抗不安薬

抗うつ薬の効果が現れるまで数日かかるため、初期には不安や不眠を対象とした**ベンゾジアゼピン系抗不安薬**の使用が有効です。ただし、依存に注意し漫然とは継続しません。


薬物療法以外の身体療法

電気けいれん療法 (ECT)⁶

1938年に誕生した**電気けいれん療法 (ECT)**は、薬物療法よりも歴史が古く、薬物療法導入前にはほとんど唯一の精神疾患治療法でした。長い歴史を持つ電気けいれん療法は、その確かな効果が実証されており、その後も改良されつつ継続して利用されています。現在では、静脈麻酔薬、筋弛緩薬を併用し、十分な酸素を投与する**修正型電気けいれん療法 (mECT)**が一般的です。筋弛緩薬によってけいれん発作時の骨折などの事故を減らし、静脈麻酔薬によって不全発作・部分発作時の恐怖感を回避することができます。

電気けいれん療法は、両側のこめかみに電極を当て通電し、電氣的刺激によって脳に全般性の発作活動を誘発することで、臨床症状を改善します。

即効性と強力な効果から、自殺の危険の高い**重症例**、**薬物療法無効例**、薬物療法で副作用が強い場合などに用いられます。

電気けいれん療法を実例で理解しよう  **実例**

電気けいれん療法 (ECT)	
対象疾患	うつ病、双極性障害、統合失調症(特に急性発症、緊張病症状、感情症状をとともなうもの)、その他の疾患(難治性強迫性障害、悪性症候群、パーキンソン病、慢性疼痛など)
適応状況	上記疾患の重症例、難治例 迅速で確実な症状改善が望まれる場合(自殺の危険、拒食・低栄養・脱水などによる身体衰弱、昏迷、錯乱、興奮、焦燥など) 他の治療法の危険性が高い場合(高齢者、妊娠、身体合併症など) 薬物療法への反応が不良の場合 薬物療法に対する忍容性が低い、副作用がある場合 患者本人の希望
禁忌	絶対的な医学的禁忌はない 不安定で重度の心血管性疾患、破裂する危険性のある動脈瘤や血管奇形、脳占拠性病変による頭蓋内圧亢進、重度の呼吸器系疾患などはリスクが高い
副作用	1万人に1人、8万回に1回の死亡(出産時死亡率と同程度)。大部分が心血管系の合併症に起因するため、ECT治療中に心電図とバイタルサインをモニタリングすることで対処する 他に、遷延性発作、遷延性無呼吸、頭痛、筋肉痛、嘔気、躁転、発作後せん妄、認知機能障害など
実施方法	週2～3回、合計6～12回を1クールとして実施 完全寛解に達するか、改善が平衡状態に達し、過去2回の治療後にそれ以上の改善が認められない場合に治療終結(～5クール程度) 許容できない重度の認知障害、治療が安全に実施できない合併症があるときは治療を中断 急性エピソードが寛解に達してから、エピソードの再燃・再発予防を目的に実施する維持療法もある

6 日本精神神経学会 ECT 検討委員会・日本総合病院精神医学会 ECT 委員会

経頭蓋磁気刺激法 (TMS)

頭の外側から刺激コイルで**磁気刺激**を脳に加え、脳内の神経細胞を刺激することで抗うつ作用をもたらします。

高照度光療法

1500～10000ルクス(室内の明るさの数倍～数十倍)の**高照度の光**を毎日1～2時間浴びることで、生体リズムをリセットします。**季節性うつ病**に有効とされています。



いろいろな治療があるね。これで、うつっぽい気分が治って万事OKだね!

うつ病の治療はうつ症状を改善することではないよ



環境整備・ケースワーク

うつ病の治療のゴールは、就労などの社会復帰です



うつ病の治療では初めから終わりまで、**環境整備**が欠かせません。初期にストレスを避けて休むための入院をセッティングするのも医療者の役目ですし、治療が進んだ段階では、復職を含めたサポートをおこなっていきます。

仕事に戻るには、復職リハビリが効果的です



実例▶

経過と予後

薬物療法の進歩により、現在では約3か月で改善がみこめます。

うつ病の予後	
寛解	20%
慢性化	20%
再発を繰り返す	60%
自殺	2%

ただし、初発のうつ病患者の50～60%が**再発**するとされます。特に症状改善後の半年間に再発が多くなっています。再発回数が増えるほど再発しやすくなり、病相期間も長くなるため、**再発予防**が重要です。そのため、症状寛解後も、再発防止のために**維持療法**として、抗うつ薬を同用量で継続します。

また、再発性のうつ病の10～15%が経過中に躁病・軽躁病エピソードを呈し、**双極性障害**に診断が変更されます。

うつ病と診断され、なかなか治らない場合、実は双極性障害のことも多いんだ



うつ病の経過で最も注意しなければならないのは**自殺**です。うつ病の発症率は女性で高くなっていま

すが、自殺は**男性**でより多くみられます。

自殺者の1/3がうつ病と推定されます。うつ病を治し、自殺を防ぐのはあなたです



目次

眠れない	5
睡眠とは	6
不眠症	7
過眠症	16
ストレスで不安になる	17
不安障害	18
社交不安障害（対人恐怖症）	22
パニック障害	24
強迫性障害	27
急性ストレス障害・外傷後ストレス障害	29
適応障害	31
解離性（転換性）障害	33
身体表現性障害	35
気分が落ちこむ	37
うつ病と気分障害	38
うつ病（大うつ病・単極性うつ病）	41
コラム：精神保健福祉法① 精神保健指定医	52
テンションが高い	53
双極性障害（躁うつ病）	54
コラム：精神保健福祉法② 入院形態	60
奇妙な声や考えが離れない	61
統合失調症	62
忘れっぽい	79

認知症とは	80
アルツハイマー型認知症	88
脳血管性認知症	92
レビー小体型認知症	94
前頭側頭型認知症	96
その他の認知症性疾患	97
コラム：精神保健福祉法③ 身体拘束・隔離	100
意識を失って倒れる	101
てんかん	102
その他の器質性精神疾患	111
やめられない	113
依存症とは	114
アルコール依存	115
薬物依存	119
ニコチン（タバコ）依存	120
食べられない、食べ過ぎる	121
神経性やせ症（拒食症）	122
神経性大食症（過食症）	124
コラム：医療観察法	126
社会にうまくなじめない	127
発達障害とは	128
注意欠陥・多動症	129
自閉症スペクトラム障害	131
知的障害	132
学習障害	134
極端に考え反応する	135

パーソナリティ障害とは	136
境界性パーソナリティ障害	138
その他のパーソナリティ障害	140
性同一性障害	144

あとがき

みなさん、本書を通しての精神医学の勉強は楽しんでいただけましたでしょうか？

今、私たちが身を置いている教育現場では、教え方に対する考え方が大きく変わりつつあります。そんな時代において、能動的な学びにふさわしい教科書が望まれてきました。対話による本書はその一つの試みとなります。

医療現場における正解が一つではないように、教育現場における正解もただ一つではありません。本書はより良い教科書を目指して毎年の改訂を予定しています。なお、医療における基本的なコミュニケーションや対応については、続編をご覧ください。

また、より皆さんの学習意欲に響く教材を目指し、本書が採用した各精神疾患ごとに分けての解説とは異なる、別アプローチの教科書の企画も進んでいますので、楽しみにお待ちください。

最後に、本書は準備の段階から当事者の方々にご覧いただき、ともに作りあげました。この場を借りて心からの感謝の気持ちを伝えさせていただきます。

細川 大雅

細川大雅

精神科医

東京大学医学部卒

東京大学大学院卒(医学博士)

東大病院精神神経科、初石病院、内閣府、米国ハーバード大学医学部精神科研究員をへて、現在、土田病院(東京・上野)副院長、文京学院大学保健医療技術学部非常勤講師

医学教育を専門とし、「見える精神医学」をテーマに大学や看護学校で教鞭を執るとともに、教育講演を多数おこなっている

対話で学ぶ 精神医学入門——コメディカル・学生のために

2017年8月1日 第1版第4刷発行

ISBN 978-4-909141-00-2

著者 細川 大雅
 発行所 医療コミュニケーションセンター
 〒110-0002 東京都台東区上野桜木1-12-12
 本書に関するお問い合わせ先(注文・執筆・講演依頼を含む)
 メール: inquiry@uenosakuragi.com
 ©2017 Taiga Hosokawa, Printed in Japan

本書の複製権・翻訳権・翻案権・上映権・譲渡権・公衆送信権(送信可能化権を含む)・口述権は、医療コミュニケーションセンターが保有します。

本書を無断で複製する行為(コピー、スキャン、デジタルデータ化など)は、「私的使用のための複製」などの著作権法上の限られた例外を除き禁じられています。

本書に記載されている内容は、正確であるべく最善の努力のもとに作成しております。しかしながら、本書の記載内容によりトラブルや損害、不測の事故等が生じた場合、著者ならびに発行者は、その責を負いかねます。また、本書に記載されている治療法や医薬品の使用にあたっては、最新の添付文書等をご参照の上、適応や使用方法等をご確認下さい。