

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。

テンションが高い

双極性障害 (躁うつ病)

Bipolar Disorder



双極性障害（躁うつ病）

keyword：躁病相とうつ病相の反復、高揚気分、易怒性、自殺、再発予防

Bipolar Disorder



躁うつ病とうつ病って、わざわざ分ける必要があるの？

躁うつ病（双極性障害）は、うつ病とは原因も治療も違うんだ



双極性障害（躁うつ病）は、**躁病相**（あるいは軽躁病相）と**うつ病相**を繰り返す疾患です。双極性障害は、従来考えられていた以上に、うつ病とは異なる疾患だということがわかってきています。双極性障害は、うつ病に比べ遺伝的素因の関与が大きいと考えられます。

双極性障害は、うつ病相のみの単極性**うつ病よりも発症年齢が若く**、30歳以前に発症します。うつ病と違い、性差は見られません。生涯有病率は、単極性うつ病が約7%なのに対し、双極性障害は約0.7%と10分の1です。

原因

脆弱性—ストレス—対処技能モデル

うつ病と同様に、**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＋身体要因）を受け、**対処**（コーピング）できないと、症状が出現します。症状はうつ病よりも頻回に反復します。

初発時はストレスがきっかけとなることが多いですが、再発を繰り返していると、やがてストレスがなくても再発するようになります。

イノシトール仮説

脳内でイノシトールが過剰になっていると考えられていますが、詳しくはまだ解明されていません。

症状

双極性障害では、**躁病相・軽躁病相、うつ病相、躁うつ混合相、間欠期**がみられます。

躁病相・軽躁病相

双極性障害に特徴的な病相として、**躁病相・軽躁病相**があります。



躁と軽躁はどう違うの？

躁と軽躁、基本症状は同じだけれど、症状が軽く短いのが軽躁だ



躁病相と軽躁病相は、症状の程度や継続期間の違いにより区別されます。著しい社会的な機能低下が引き起こされているのが**躁病相**、そこまでではない軽い状態が**軽躁病相**です。

躁病相・軽躁病相では、共通して次の症状がみられます



躁病相・軽躁病相の症状				
感情障害	爽快気分・高揚気分		根拠もなく陽気になり物事を楽観的に考える	
	易刺激性・易怒性		ささいなことで怒りを覚え、ときに行動化する	
意欲障害・ 行動障害	多弁・多動		話し続ける、動き続ける	
	行為心迫		次々と考えが浮かび行動せずにいられないが、集中できず最後までやり遂げられない	
	精神運動興奮（躁病性興奮）		気分や情動の変化により激しく興奮する	
	逸脱行為		抑制がきかず、迷惑行為・犯罪・浪費・借金などを引き起こす	
思考障害	思考過程の 障害（思路 障害）	観念奔逸		考えが連想的に次から次へと飛躍する
		迂遠・冗長		会話内容が脱線し、話の要点が不明確となる
		注意転導		注意が散漫となり1つのことに集中できない
	思考内容の 障害（妄想）	自己の過 大評価	誇大妄想	自分の能力・地位・財産などを過大に評価する
			血統妄想	自分の素性を誇大に確信する
			宗教妄想	自分を特別視し、宗教的な使命を帯びていると信じる
			恋愛妄想	相手と恋愛関係にあると一方的に思いこむ
身体症状	睡眠障害		睡眠欲求が減少し睡眠時間が短くなる	
	食欲亢進		食欲が増してよく食べる（過活動のため体重は増えない）	
	性欲亢進		性的逸脱が生じることもある	
	疲労感の欠如		疲れを自覚できず、消耗しても活動をやめない	

躁病相は突然始まり、2～3日で急速に悪化します。数週間から数か月続き、突然終息します。**躁病相はうつ病相よりも短期間**です。

うつ病相

躁病相の前後には、**うつ病相**がしばしばみられます。双極性障害のうつ病相でも、基本的にうつ病のうつ病相と同じ症状が見られます。うつ病のうつ病相よりは期間が短い傾向があります。

うつ病相は数日間から数週間かけて進行し、躁病相の期間よりも長く続きます。そのため、**本人は自分がうつ病だと思いがち**です。

躁うつ混合状態

躁病相とうつ病相が同時にみられることもまれにあり、**躁うつ混合状態**と呼びます。気分はゆううつなのに、次々と嫌な考えが浮かび落ち着かないなどの状態を指します。

間欠期

躁病相でもうつ病相でもない**間欠期**には、正常な状態に回復します。

病相の交代

双極性障害では病相の交代がしばしばみられますが、**1年間に4回以上の病相**を繰り返す難治例を**急速交代型**（ラピッドサイクラー）と呼びます。双極性障害の10～15%に起こります。

検査・診断・分類

診断

ICD-10¹とDSM-5²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 診断基準

- A) 気分は高揚あるいは易刺激的であり、その程度は患者にとって確実に異常であり、かつ4日以上連続で持続すること
- B) 次の徴候のうち3項目以上が存在し、日常の個人生活機能にある程度の支障をきたしていなければならない
1. 活動性の亢進、あるいは落ち着きなさ
 2. 会話量の増加
 3. 注意転導性、あるいは集中困難
 4. 睡眠欲求の低下
 5. 性的エネルギーの亢進
 6. 軽度の浪費、あるいは他の型の無謀ないし無責任な行動
 7. 社交性の亢進、あるいは過度の馴れ馴れしさ

DSM-5 診断基準

1. 気分が高揚し、開放的または易怒的
2. 自尊心の肥大または誇大
3. 睡眠欲求の減少
4. 多弁または喋り続けようとする衝動
5. 観念奔逸
6. 注意散漫
7. 目標指向性の活動の増加または焦燥
8. 困った結果になる可能性が高い活動への熱中（浪費、性的逸脱など）

1 世界保健機関（WHO）による、国際疾病分類第10版

2 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

みられるのが躁病相か軽躁病相かにより、次のように分けることもあります。

双極Ⅰ型障害	躁病相＋うつ病相
双極Ⅱ型障害	軽躁病相＋うつ病相

軽躁病相、うつ病相を満たさない程度の**軽い躁うつ**を繰り返している場合、**気分循環性障害**と診断されます。

評価尺度

躁状態の重症度をヤング躁病評価尺度 (YMRS) などで評価します。

うつ病との鑑別

双極性障害ではうつ病と治療法が異なることから、**うつ病との鑑別が重要**ですが、以下の理由から困難なことも多くあります。

躁病相・軽躁病相では病識が乏しい



うつ病相では苦痛を生じるため病識を持ちやすいですが、**躁病相では病識がない**ことが多く、特に軽躁病相では、本人は「調子が良い本来の自分」と感じ、病的な感じが少ないために周囲も気づかないことがあります。

躁病相よりも、うつ病相の占める割合が大きい



躁病相よりもうつ病相の頻度が高く期間も長いため、本人も周囲も**うつ病と思いがち**です。

初回のうつ病相では判断が難しい



初発エピソードは躁状態、うつ状態のどちらもありえますが、うつ状態で受診した場合は、うつ病と診断されがちです。

初回のうつ病相の時点では、双極性障害のうつ病相と大うつ病の両方が考えられますが、初回では区別することは困難です。



うつ病と双極性障害は、初めは区別しようがないってこと？

それでも、双極性障害を疑うポイントはいくつかある



双極性障害を疑うポイント

- 双極性障害の家族歴
- 若年発症
- 精神病症状
- うつ病相の反復の多さ
- 抗うつ薬の効果が乏しい

治療・経過

躁病相の治療、うつ病相の治療、維持療法に分けて考えよう



躁病相の治療

うつ病相に比べ急速に悪化することが多いため、外来治療では対応しきれず、入院治療がしばしば必要になります。特に、他人とのトラブル、浪費、性的逸脱など、社会生活に問題を引き起こしている場合、本人を守るためにも入院治療を検討しましょう。

薬物療法

最も推奨される薬物療法は、気分安定薬であるリチウムです



躁病相の薬物療法の基本は**リチウム**です。ただし、リチウムは即効性が期待できないため、中等度以上の場合は、鎮静作用のある**非定型抗精神病薬**を併用します。

次に推奨される薬物は、バルプロ酸やカルバマゼピンなどの**気分安定薬**になります。

リチウム、バルプロ酸、カルバマゼピンは治療域と中毒域が近接しているため、中毒³を避けるために**治療薬物血中濃度モニタリング** (TDM) を定期的³に実施し、治療域内にあることを確認します。

電気けいれん療法 (ECT)

気分安定薬の効果発現を待てない場合、重症例、薬物療法への忍容性が低い場合には、即効性があり効果的な**電気けいれん療法**を検討します。

うつ病相の治療

うつ病相での**自殺率**は大うつ病性障害よりも高く、注意を要します。

薬物療法

リチウム、ラモトリギンなどの**気分安定薬**が使用されます。

双極性障害のうつ病相に対し、抗うつ薬は推奨されません



双極性障害では、うつ病相といえども、抗うつ薬 (特に三環系抗うつ薬) の使用は、躁転や病相の急速交代化を起こしうるため、推奨されません。うつ病相が遷延し、どうしても使う必要がある場合は、気分安定薬を併用しながら慎重に使用します。

3 副作用として、振戦 (リチウム)、催奇形性 (バルプロ酸、カルバマゼピン)、皮疹 (カルバマゼピン、ラモトリギンに多い) など

電気けいれん療法 (ECT)

躁病相と同様に、即効性が必要な場合、重症例、薬物療法で副作用が強い場合には、**電気けいれん療法**を検討します。

再発予防

双極性障害では躁病相やうつ病相が一度だけで終わることは少なく、再発を繰り返すことが多いため、躁病相・うつ病相が寛解した**安定期**に、**再発予防療法 (維持療法)**をおこなうことが重要です。

特に軽躁病相は社会的な障害がないために病識が持ちづらく、「頭の回転が速くエネルギーに満ちあふれた好調な時期」と捉えられがちで、怠薬など治療中断が起こりやすくなります。その結果、再発してうつ状態に陥ります。

そのように再発を繰り返すと、脆弱性が増して再発しやすくなり、病相の期間も長くなってしまいます。

再発防止のための維持療法の基本は薬物療法であり、最も推奨される薬物は**リチウム**、次に**気分安定薬** (ラモトリギン、バルプロ酸、カルバマゼピンなど)、**非定型抗精神病薬** (オランザピン、クエチアピン、アリピプラゾールなど) となります。

そして何よりも、再発予防療法の長期継続には、病気の理解を含めた**心理教育**が欠かせません。

心理社会的治療

心理教育	疾患に対する知識を身につけ疾患を受け入れられるようにする 再発の兆候に気づき、早期対応を取れるようにする
認知行動療法	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育てるようにする
対人関係療法	重要な他者との対人関係に焦点を当てる
社会リズム療法	睡眠などの生活リズムを把握し修正する
家族療法	躁状態への対応を含め、家族間の関係を良い状態に変えていく

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。