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。



統合失調症

keyword:陽性症状、陰性症状、認知機能障害、抗精神病薬、社会復帰療法、再発予防、回復、實解

Schizophrenia

統合失調症って、どんな病気だと思う?





いきなり質問だなんて、今回はどうしてまた?

本人・家族・医療者含む周囲の人々に必ずきくのが、病気の認識なんだ



どの疾患でもそうですが、特に統合失調症では疾患の認識・受け止め方が治療においてとても重要になります。正しい理解のもとで、正しい治療を進めていきましょう。



統合失調症って言われても、なじみがあまりなくて……

統合失調症は日本では100万人以上がかかっている一般的な病気だよ



統合失調症の**生涯有病率は100人に1人弱**(0.85%)で、男女差はありません。**10歳台後半~30歳台**に発症します。その後、長期的に経過し、社会生活にも困難をきたすことが多く、本人・家族の苦しみに加え、社会経済的損失も大きくなっています。

統合失調症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。

統合失調症による日本の社会経済的損失は、2兆7740億円(直接費用7700億円+間接費用2兆40億円)にもなります。



統合失調症では間接費用が大きく、なかでも「失業費用」が最も大きな費用となっています。

ノーベル賞を受賞したあの人も統合失調症。2015年に亡くなったその最期は?





統合失調症と闘いながら研究に取り組んだ半生を、映画『ビューティフル・マインド』で観てみよう

原因•誘因



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+身体要因)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



■ ドパミン仮説

統合失調症の基盤として、脳内神経伝達物質である**ドパミン**・セロトニン・グルタミン酸のバランスの 異常があります。

特にメッセージを伝達する**ドパミン**が過剰になると、奇妙なメッセージが送られ、感覚が変化、思考が 混乱します。そこで、ドパミンを阻害する薬(**ドパミン阻害薬**)を使うことで症状を軽減できます。

分類

統合失調症は4つの病型に分けられます



統合失調症	統合失調症の病型		
妄想型	陽性症状(妄想・幻覚)が中心 抗精神病薬治療によく反応 発病年齢は30代と遅め 最も多い病型		
破瓜型	陰性症状 (感情・意欲・思考の障害)が中心 発症年齢が10代と早い その後の社会生活のために、生活指導が重要		
緊張型	緊張病症状(昏迷、拒絶症、硬直、蝋屈症、しかめ顔、尖り口、興奮、常同、反響動作)が中心症状は急激に出現し、短期間で消失発症は20代が多い現在は稀な病型		
残遺型	慢性段階 陰性症状 が中心		

症状

統合失調症の症状は陽性症状・陰性症状・認知機能障害に分けられます



陽性症状

統合失調症で目立つ症状である、幻覚(その場に実際にないものが感覚として感じられること)、妄想(現 実離れした訂正不可能な絶対的な確信) などが陽性症状です。その他にも、陽性症状には次のような症状 があります。

陽性症	<u>性症状</u>			
	幻聴		誰もいないのに悪口、批判、命令などの声がきこえる	
幻覚	思考化声		自分の考えが声になってきこえる	
(知覚の	幻視		そこに実在しないものが見える	
障害)	体感幻覚		「脳が溶けた」など体の異常を知覚する	
	独語・空笑		幻聴との対話で独り言を言う・幻聴にきき入って笑う	
	迫害妄想	油	他者から害を加えられている	
	関係妄想	被害妄想	噂されている、悪口を言われている	
	注察妄想	安 想	見られている	
	追跡妄想		あとをつけられている	
妄想	誇大妄想・血綿	充妄想	自分の能力・地位・財産・素性などを過大に評価し、特別な人物と確信する	
(思考内	恋愛妄想		相手と恋愛関係にあると一方的に確信する	
容の障害)	妄想気分		周りで起きていることが偶然ではなく、自分に関係があるように感じる (「世界没落 体験」など)	
	妄想知覚		知覚した事柄に対して異常な意味づけをする	
	妄想着想		突然浮かんだ非現実的な考えを直感的に確信する	
	人物誤認・カプグラ 症候群		他人が自分の知っている人のように見える	
*_BEII	滅裂思考・言動		思考・言動に統一性がなくまとまらない	
滅裂 • 興奮	興奮		理性による統制がきかず、感情が突然激しい興奮として現れる	
大田	衝動行為		理性による統制がきかず、欲動が突然激しい行動として現れる	
	昏迷		意識障害がないのに、自発的行動が全くない	
	拒絶		他者からの指示を全く受け入れない(無言・拒食)	
緊張病 症状	常同症		無目的な型にはまった行為を長時間繰り返す	
11上1人	反響言語・動作	乍	相手の言葉や動作をオウム返しに模倣する	
	衒奇症		わざとらしく奇怪な動作	
	カタレプシー		受動的に与えられた姿勢を長時間保持する	

幻覚は錯覚とはどう違うか、知っているかな?



陰性症状

能力や意欲が失われ、以前は簡単にできた日常的なことができなくなるのが、**陰性症状**です。決して、「怠けている」わけでも、「性格や根性の問題」でもありません。

陽性症状と比べてわかりにくく、発病して数年して明らかになることが多い症状です。

陰性症状		
感情 の障害	感情鈍麻•平板化	感受性が鈍麻し、感情表現が乏しくなる 他人の感情や表情の理解も苦手となり、対人関係において自分を理解してもらうこと、相手と交流を持つことが困難となる
	多幸	弛緩し何も考えず楽天的となる
	意欲低下	仕事や勉強への意欲が出ない
	無為	何もせずぼんやり過ごす
意欲 の障害	自閉・無関心	周囲への関心がなくなり自分の世界に閉じこもる
V/∓□	無言症	口数が減り無口となる
	不潔	入浴しない、部屋が乱雑でも整理整頓できず気にしない「ゴミ屋敷」状態となる
	接触不良	応対がぎごちない
思考過程	疎通不良	気持ちが通じない・話のピントがずれる
の障害	連合弛緩	表面的な連想でつながりがなく、話にまとまりがない
(思路障害)	言語新作	自分にしかわからない言葉を自分で作り出す
	思考途絶	思考の流れが突然中断され続かない

認知機能障害

日常生活や社会生活で適切な作業ができず、生活上の困難の原因となるのが認知機能障害です。

陽性症状はおろか、陰性症状と比べてもさらにわかりにくい症状ですが、社会復帰のためには認知機能の改善が欠かせません。

認知機能障害		
注意	 章害	注意力が低下し集中力が続かない、言われたことが頭に入らない
実行		計画が立てられない、優先順位がつけられない、融通がきかず臨機応変に対応できない
	自生思考	考えが勝手に浮かんでくるという体験
自	思考吹入	他人の考えが自分の頭に吹き込まれるという体験
我 障	思考奪取	自分の考えが他人に抜き取られるという体験
害	思考伝播	自分の考えが他人に伝わるという体験
	作為体験	自分の考えや行動が他人に操られているという体験
病識	文如	自分自身が病気であること、幻覚や妄想が病気の症状であることを認識できない



自分の病気は認識できないとして、本人にとって他人の幻聴や妄想はどう見えるものなの?

自分の症状は認識できなくても、他人の症状はそれが病気と認識できるんだ





自分のことよりも、他人のことの方がわかるものなんだね

奇妙な声や考えが離れない: 統合失調症

その他の症状

不眠(昼夜逆転)、食欲低下などがみられます。

なお、知的能力や記憶に問題はありません。

診断•検査

早期治療が予後を大きく改善するため、早期発見が重要です



診断

ICD-10とDSM-5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 統合失調症 診断基準

Aから1つ以上、あるいはBから2つ以上の症状が存在

- 1. 考想反響、考想吹入、考想奪取、考想伝播
- 2. 他者から影響されているという妄想で、身体の動き、思考・行為・感覚に関連しているもの、および 妄想知覚
- 3. 幻聴

Α

- 4. 不適切で全くありえないような持続的妄想
- 1. 1か月以上の持続的幻覚
- 2. 言語新作、支離滅裂、的外れ会話 В
 - 3. 興奮、拒絶、緘黙、昏迷などの緊張病性の行動
 - 4. 無気力、会話の貧困、感情鈍麻などの陰性症状

DSM-5 統合失調症 カテゴリー診断基準

以下の1か2か3を含む2つ以上が1か月間いつも存在

- 1. 妄想
- 2. 幻覚
- 3. 解体した会話(頻繁な脱線、滅裂など)
- 4. まとまりのない、または緊張病性の行動
- 5. 陰性症状(感情の平板化、思考の貧困、意欲欠如など)

DSM-5 統合失調症 ディメンション診断基準

以下の8症状領域を5段階で重症度評価

- 幻覚 1.
- 2. 妄想
- 3. まとまりのない発語
- 4. 異常な精神運動行動
- 5. 陰性症状
- 6. 認知機能低下
- 7. 抑うつ
- 躁状態

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

症状評価尺度

統合失調症の重症度を評価する評価尺度の例としては次があります。

陽性陰性症状評価尺度(PANSS)	陽性症状・陰性症状・総合精神病理について18項目7段階で評価
簡易精神症状評価尺度(BPRS)	PANSSのうちの18項目で評価

治療

統合失調症は治る病気。統合失調症の治療の進歩は目覚ましし



統合失調症の治療の進歩は著しく、以前は治療困難だったものが、**薬物療法**が導入され、現在では大幅な改善が期待できます³。

薬物療法

統合失調症の薬物療法の中心は、脳内のドパミン過剰状態を改善するための、**ドパミン阻害薬**である**抗精神病薬**(精神安定剤 / 神経遮断薬)になります。

抗精神病薬がドパミン受容体を阻害することで、脳内の正常な情報伝達が可能になり、幻覚や妄想などの**陽性症状**が抑えられます。

抗精神病薬の効果

抗精神病薬には次のような作用があります。

抗精神病薬の効果	
抗精神病作用	幻覚・妄想などの陽性症状を改善。ドパミンD2受容体遮断による作用
鎮静催眠作用	不安・焦燥感・不眠・興奮・衝動性を軽減
精神賦活作用	感情や意欲の障害などの陰性症状を改善。セロトニン5-HT2 受容体遮断による作用
認知機能改善作用	認知機能・思考障害を改善。セロトニン 5-HT2 受容体遮断による作用
再発予防作用	安定期に維持療法を続けることで再発を予防



妄想がなくなるということは、薬で考えが変わるの?

薬で考えが変わるわけではないよ。ストレスが気にならなくなるんだ



決して、薬で「考えが変わる」わけではありません。そもそも、薬には人の考えを変えるような作用はありません。薬が変えるのは、ストレスに対する過敏性です。過敏性が改善されることで、幻覚や妄想が気にならなくなり、行動が影響を受けにくくなります。

奇妙な声や考えが離れない: 統合失調症

^{3 1930} 年代には約30%だった寛解・軽快率が、1970 年代には約70%に

抗精神病薬の副作用

非常に効果的な抗精神病薬ですが、場合によっては次のような副作用がみられることもあります。

抗精神病薬	抗精神病薬の副作用		
	パーキンソン	振戦(手が震える)、筋強剛(体が固くなる)、流涎	
	症状	(よだれが出る)、構音障害(ろれつが回らない)	
錐体外	アカシジア	ソワソワして落ち着かずじっとしていられない	
路症状	ジストニア	筋肉が引きつれ、目が上を向いたままになったり、舌が出たままになったり、頭が片	
EB71E1A		方に向いてしまう	
	ジスキネジア	体がねじれたり、口や舌が勝手に動いてしまう	
	アキネジア	体の動きが遅くなる	
過鎮静		眠気	
抗コリン作り	Ħ	口渇、便秘、イレウス、排尿困難、起立性低血圧(立ちくらみ)、霧視(かすみ目)など	
代謝異常		体重増加、糖尿病	
ホルモン異常		高プロラクチン血症(無月経、乳汁分泌)	
悪性症候群	-	高熱、発汗、筋強剛、尿閉、ミオグロビン尿、意識障害	

最近は副作用が少なく、新たな効果の期待できる、非定型抗精神病薬が用いられます



非定型抗精神病薬

- 錐体外路症状などの副作用が少ない
- 陽性症状に定型抗精神病薬(従来薬)と同等の効果がある
- 精神賦活作用があり、陰性症状にも効果が期待できる
- 認知機能障害も改善する
- 治療抵抗例にも威力を発揮する
- 再発抑制効果が高い

■ 電気けいれん療法 (ECT)

即効性と強力な効果があり、急性期や緊張病型で特に効果を発揮します。薬物療法が無効な難治例、薬物療法で副作用が強い場合にも有効です。

電気けいれん療法を実例で理解しよ



電気けいれ	電気けいれん療法 (ECT)		
対象疾患	統合失調症(特に急性発症、緊張病症状、感情症状をともなうもの)、うつ病、双極性障害、その他の疾		
N 多沃思	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)		
	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)		
適応状況	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		
	絶対的な医学的禁忌はない		
禁忌	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		
	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		
副作用	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		
	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		
実施方法	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		

精神療法

個人精神療法	1対1の信頼関係の中で、コミュニケーションを通して、症状の安定を図る
集団精神療法	治療的な集団の中で、患者同士のコミュニケーションや、集団の持つ力によって、社会での適応力や自信を身につける
認知行動療法	統合失調症に特徴的な認知機能障害に焦点をあてたメタ認知トレーニングなど

自分の病気を理解するために



本人が自覚できないのなら、それは幻覚や妄想だと指摘した方がいいの?

幻覚や妄想は原則として指摘してはいけません



幻覚や妄想は、本人にとっては真実として体験されます。「本当の声ではない、正しい考えではない」と 説明されても信じられません。たとえそれが私たちにとって、どれほど非現実的な訴えに思えたとしても、 その辛さを理解し、**共感**しましょう。

あえて幻聴や妄想を指摘すると…



原則として、指摘してはいけない幻覚や妄想ですが、丁寧な精神療法で徐々に認知を修正し自覚できるようにすることは可能です(上級編)。



るととも幻覚や妄想の内容に意味はあるの?

幻覚や妄想は本人の価値観や関心と関連しており、本人が大切に考えていること、劣等感を抱いてい

ることなどが症状として現れます。そのため、辛い内容が多いのです。本人が自信を持てるよう、支持 的に接しましょう。

治療に前向きに取り組むために

統合失調症は認知機能障害の影響もあって、自分が病気であるという認識(**病識**)を持ちにくいことが 特徴であり、それが治療の大きな障害となります。自分が病気であるという認識がないと、服薬の継続 は困難です。

精神療法を通して、症状を認識し、病識を持てるようになるんだ

実例

統合失調症の治療は薬物療法の進歩により急速に向上しましたが、効果的な薬物療法の維持には、精神療法が欠かせません。

薬物療法は精神療法と組み合わせてこそ効果を発揮する(薬物精神療法





薬物療法と精神療法で、統合失調症の治療はバッチリ?

統合失調症では薬物療法、精神療法に加え、リハビリテーションが欠かせません



社会復帰療法(リハビリテーション)

薬物療法は急性期の症状を抑え、入院期間を短縮することに成功してきました。しかし、統合失調症 治療のゴールは、幻覚や妄想などの症状を取ることではありません。

生活上の障害を克服し、社会生活に復帰するための**社会復帰療法**(リハビリテーション)をおこなっていきます。

社会復	会復帰療法		
	生活指導	病気や入院により苦手となった身の回りの処理能力(入浴、洗濯など)を回復する	
	社会技能訓練(SST)	社会復帰の妨げとなる対人関係やコミュニケーションの問題を解決し、生活障害	
入院		を改善する	
	作業療法	日常の動作、創作的な作業、生産的な活動などを通して、集中力や持続力を養い、	
		機能の回復と適応を促す	
	レクリエーション療法	レクリエーションを通して、興味・意欲の回復と対人交流を図る	
	デイケア・ナイトケア	日中ないし夜間に通所し、グループでのプログラムに参加することで、対人関係	
外来		などの社会的適応を改善する	
71/本	共同作業所	共同で軽作業をおこなう働く場を提供する	
	就労移行施設	実際的な訓練を積むことで就労を支援する	

経過

統合失調症は**早期治療**がおこなえるほど、回復は良好です。初期から治療すれば、その後の病気の進行や最終的な人格荒廃を防ぐことができます。

早期治療を始めるためには、**早期発見**が大切です。本人は(場合によっては家族も)なかなか自分の病気を認めることができませんので、病気の兆候を手がかりに発症を見落とさないことが重要です。

統合失調症は長期に経過する疾患です。それぞれのステージに応じた治療法をみていきましょう。

前兆期(前駆期)

精神的変化	不安・焦り・感覚過敏・集中困難・気力減退など
身体的変化	不眠・食欲不振・昼夜逆転など
対人関係の回避	引きこもり・不登校・家庭内暴力など

仕事や学業で行き詰まり感を覚えて自分に自信を失い、暗く悶々とした気持ちとなり、周囲が自分を 嘲笑い悪口を言っているように感じて気になりだします。

急性期極期(発症)

不安・恐怖・切迫感が最高潮に達します。

切迫した状況から抜け出そうとあがいているちに頭が異常に冴え、思考が空回りし、周囲が特別の意味を持つように思え(異常意味認識)、重大なことが起こる予感・不安感(妄想気分)が生じてきます。

人によっては、緊迫感に耐えられずに漠然とした大きな不安に押し潰され自殺してしまうこともあります。





急性期

妄想(被害妄想が多い)、**幻覚**(幻聴が多い)、**思考障害、感情障害、意欲障害**が顕在化し、行動が影響され、 日常生活や対人関係が障害されます。医療機関に受診することが多いのはこの時点です。

急性期の治療: 薬物療法

急性期には、まずは**薬物療法**で辛い症状(**陽性症状**)を軽減することを最優先にします。



可能な限り外来通院で治療を始めます。入院治療が必要になるのは…



統合失調症の入院適応

- 日常生活での苦痛が強い
- 幻覚や妄想に行動が左右され、通常の生活が困難
- 自傷・自殺の危険性がある
- 自分が病気であるとの認識が乏しく、服薬できない

急性期の対応

本人は妄想や幻覚に翻弄されている状態ですが、治療スタッフや家族が動じない存在として落ち着いて接していると、次第に落ち着いてきます。

混乱している時期ですが、たとえ昏迷で無反応であっても、本人は周囲のことを認識しており、後から鮮明に思い出すこともありますので、丁寧な対応が望まれます。

回復期

治療開始から2~4週間たつと、薬の効果が現れ、幻覚や妄想が和らぎ、頭の混乱が落ち着いてきます。

回復期の治療: 薬物療法+心理社会的療法

回復期には、**薬物療法**により、病気によって障害された機能の修復を図ることに加え、**精神療法**を含む**心理社会的療法**により、障害されていない機能を生かし社会生活の障害を克服していきます。

両者は単独ではなく、組み合わせにより効果を発揮します。

回復期の対応

幻覚や妄想が抑えられ、落ち着いたように見えます。周りから見ると良くなっているのですが(無口で 反応が鈍く見えることもあり)、本人としては、元気が出ないと感じ、消耗感・疲労感・意欲減退・集中 困難を覚え、将来への不安と焦りがみられますので、安心はできません。

回復期は、脳内がまだ不安定で、些細な刺激で急性期の状態に逆戻りしやすい時期ですので注意が必要です。たとえば、家族としては良くなったので早く退院させて復学・復職させたいなどと考えがちですが、ストレスにより症状が容易に再燃します。この時期は脳の休息のために大事な時期であり、本人や家族を焦らせないよう、辛抱強く待ちましょう。

精神病後抑うつと呼ばれる状態がみられることもあります



精神病後抑うつとは、統合失調症の症状が改善した直後に出現する抑うつ状態です。脳の科学的反応、あるいは症状が良くなることに対する心理的反応と考えられています。

治療により認知機能が回復すると、今まで見えなかった自分を取り巻く状況が見えるようになります。そうすると、病気によって失われたもの(年月や目標)に気づき、自分がなぜ病気になったのか悩み、絶望して自殺に結びつくこともあります。認知機能の回復は本来喜ぶべきことであり、回復への一過程である抑うつ状態は時間の経過、治療によって良くなりますので、その間、支え続けることが医療者の役目です。

安定期

薬物療法で急性症状が寛解すると、入院病棟・自宅などの保護的環境で安定するようになります。

すっかり元に戻る場合もあれば、急性期の症状の一部が残る場合、回復期の元気がない状態が続く場合もあります。

安定期の治療: 社会復帰療法

症状が再燃することなく安定した状態が続けば、社会復帰へ向けて準備を進めていきます。安定期も中期になると、陰性症状の表れとしての**生活障害**(生活のしにくさ)、**能力障害**が目立ってきます。それらには非定型抗精神病薬が有効とも言われていますが、効果は不十分です。そこで効果を発揮するのが、各種トレーニングやケースワークを含む**社会復帰療法**(リハビリテーション)です。

社会復	社会復帰療法		
	生活指導	病気や入院により苦手となった身の回りの処理能力(入浴、洗濯など)を回復する	
	社会技能訓練(SST)	社会復帰の妨げとなる対人関係やコミュニケーションの問題を解決し、生活障害	
		を改善する	
入院	作業療法	日常の動作、創作的な作業、生産的な活動などを通して、集中力や持続力を養い、	
		機能の回復と適応を促す	
	レクリエーション療法	レクリエーションを通して、興味・意欲の回復と対人交流を図る	
	試験外泊	入院の場合に退院準備の一環として、自宅環境に慣れるためにおこなう	



外泊もれっきとした目的のある治療なんだね

ケースワーク

入院や外来での治療だけが精神科治療ではありません



治療的意味のある住む場所や、通う場所を用意することも、治療の一環です。

住む場所としては、ひとり暮らしや家族との同居はもちろんですが、生活能力や家族との距離の取り方を考慮して、**グループホーム**や**援護寮**などの訓練施設を利用することも考えます。その際には、その先の目標も見据えて長期計画を練ります(グループホームの生活を2年送った後にひとり暮らしを目指すなど)。

日中**通う場所**としては、対人交流や集団参加に自信が持てない場合には**デイケア・ナイトケア**に通所したり、 就労の前段階として**共同作業所や授産施設**で軽作業に従事したりします。そこから、就労を含めた社会 復帰を目指していきます。

社会復帰療法		
	デイケア・ナイトケア	日中ないし夜間に通所し、グループでのプログラムに参加することで、対人関係
外来	 共同作業所・授産施設	│ などの社会的適応を改善する │ 共同で軽作業をおこなう働く場を提供する
	就労移行施設	実際的な訓練を積むことで就労を支援する

安定期の対応

病気の受容

安定期の課題の一つは、自分の病気を受け入れることです。

本人は「自分は病気ではない。すぐにでも一人前に働ける」と焦りがちで、回復の一過程として、それが家族への怒りとなって暴力・反抗として向けられることもあります。また、家族が本人の病気を認められず、本人にプレッシャーをかけることもあります。

病気の受容は人生における自己像や価値観の大転換であって簡単にはできませんが、次のようなステップがあります。

病気の受容のためには…



- ・まず家族を含む周囲が病気を受容すること
- ・安らげる仲間のいる場所を見つけること

受容的な雰囲気の中で、本人も自分の病気を受け入れられるようになります。

受容のための場 (病棟・外来・デイケアなど)を提供するのも医療者の役目です

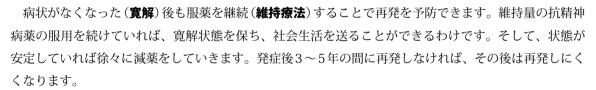


再発予防

再発

統合失調症は再発リスクの高い病気です。再発すると完全には元に戻らず、機能水準が低下して社会 生活への適応がさらに困難になります。また、一度再発すると再発準備性(脆弱性)を獲得し、より再発 しやすくなります。

だから、再発防止は重要なんだ

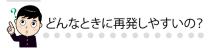


再発防止が特に重要な初発の統合失調症ですが、統合失調症の初期では特に病気の受容が難しく、服薬の重要性が理解しづらいため、再発が多くなります。

初発エピソード後に服薬をやめると、80%が1年以内に再発すると言われている

服薬の継続には周囲の協力が欠かせません。調子が良いとつい起こりがちな服薬忘れには、内服が必要なくなる2~4週間持続する**持効性筋肉注射剤**(LAI)も役立ちます。

再発リスクと対応(接し方)



再発しやすいのは服薬を忘れたとき。それに加え、ストレスが誘引となる



再発を誘発するストレス	
非特異的ストレス	不眠、疲労、不安、焦り、サポートの欠如、過剰な役割(就学・就労・結婚・出産など)
特異的ストレス (個人の価値観と関連)	自尊心の問題、愛情問題、金銭問題



再発しやすい人・しにくい人がいるの?

再発しやすい人・しにくい人が、生活臨床学派では指摘されています。

能動型	社会生活で、現状に安住せず、自分 から変化と拡大を作り出そうとする	再発しやすい 適応状態が良いからと周りが生活の枠組みを拡大すると、再発す ることがある
受動型	社会生活で、現状に安住し、自分から変化を作り出そうとしない	再発しにくい

身

身の丈にあった生活に満足感を覚えるのも大切ってことなのかなあ

再発しやすい家族環境ってあるのかしら?

highEE家族環境が再発しやすいと言われます。ただし、発症原因ではないわよ



再発しやすい家族環境(highEE)

本人に対して

- 批判の多い人
- 敵対的感情を向ける人
- 情緒的に巻きこまれている人(過保護、過干渉)

病気を忌避したり、逆に自立できないとみなして「かわいそう」と過保護になるのは、個人の尊厳を傷つけることになります。



心配しすぎるのも良くないのね

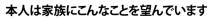
本人にあまり干渉せず、感情的な距離を置き、のんびり接することが大切



本人がデイケアなどで家族以外と過ごす時間も大切です。

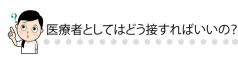
また、家族に病気について理解してもらうための**心理教育**、家族がストレスを抱えこまないための**家族会**も助けになります。

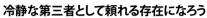
心理教育	本人・家族に病気や治療、対応についてよく知ってもらい、増悪や再発を防ぐ	
家族会	家族に同じ境遇の家族と分かちあってもらうことで、ストレスがたまるのを防ぐ	
セルフヘルプグループ	同じ問題を抱えた当事者同士で支え合う	





- 気持ちをわかってほしい
- 傷つけるようなことを言ってほしくない
- 人間として認めてほしい
- 信じてほしい
- 世間体を気にしないでほしい
- 口やかましく言わないでほしい
- そっとしておいてほしい







- 時機を失せず
- 具体的に(細かいことまで)
- 反復して(固着した行動パターンを変える)
- 断定的に(あまりにも自由な選択は思考力が低下しているときは混乱のもと)
- 余分なことは言わずに(働きかけの焦点をぼかさない)

以上のように伝えるとうまくいくと言われています。

特に依存型の場合は迷ったり、待たされたりすると、考えが散逸してしまって要らぬ心配をしてしまい、 それがきっかけで再発することもあります。



再発しそうってわかるの?

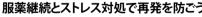
再発の早期兆候(サイン)の例

- 眠れなくなる
- 集中力が落ちる
- 学校や職場、デイケアや作業所に行けなくなる
- 人に会えなくなる

兆候は人により違いますが、その兆候を本人や周囲が早めに見つけることができれば、対処すること ができます。



再発直後は、生活指導や薬の増量により切り抜けられます。しかし、時間がたつと手遅れとなり、入 院や大量の投薬を必要とします。特に、服薬していないと、早期兆候からの進みが早いため、治療が間 に合いません。





慢性期

効果的な薬物療法がなかった昔、慢性期に至ることがままあったんだ



慢性期には妄想が体系化し、過去や現在の出来事が妄想に取りこまれてしまいます。また欠陥状態と なり、無為自閉な生活となっていきます。

慢性期の治療

慢性期には、**訪問看護やホームヘルプサービス**を利用しながらひとり暮らしを維持、あるいはケア付き住宅や長期滞在型の**グループホーム**で支援を受けながら生活を送り、日中は**デイケア**や福祉施設に通い、地域での生活を維持できるようサポートします。

入院している場合は病院内でのより良い適応を図ります。そのためには、**作業療法やレクリエーション療法**などの院内リハビリテーションが有効です。

慢性期の対応

病的心理が目立つ慢性期でも、正常心理の部分があるのを忘れないで



幻覚や妄想などの本人の病的な世界を変えようとするのではなく、実際に生活している現実の世界を 価値あるものにすることが大切です(再現実化)。

予後

近年の治療の進歩により、統合失調症は治療可能(**回復・寛解**)な病気となりました。特に、**早期発見・早期治療**により予後は大きく改善します。そして、発病から $5\sim10$ 年もたつと、幻聴や妄想を持っていてもそれらの症状に振り回されることがなくなり、症状と距離を取って生活できるようになります。

統合失調症の予後	
20~30%	回復 (リカバリー):症状が消退し、社会復帰
40~50%	寛解 (レミッション):中等度の症状が持続、ある程度の社会復帰
20~30%	継続:生活水準に影響を及ぼす症状が継続



どんな人の予後が良くて、どんな人の予後が悪いの?

症状が現れてから薬物療法を開始する期間 (DUP) が短いと予後が良いことに加え、次のような予測因子があります。

予後の予測因子	
予後が良好	予後が不良
発病年齢が高い	発病年齢が低い
女性	男性
既婚	未婚/離婚
病前の社会的適応が良い	悪い
発症経過が急性	潜行性
発症のきっかけとなった出来事がある	ない
陽性症状の持続が短い	長い
気分障害の合併がある	ない
気分障害の家族歴がある	統合失調症の家族歴がある
症状の主体が陽性症状	陰性症状
社会的サポートが良い	悪い

悪い予後

統合失調症自体による死亡は急性致死性緊張病(ごく稀)以外にはありませんが、精神症状に関係した 死因として重要なのは自殺です。統合失調症では、うつ病と同程度の約10%の自殺がみられます。うつ 病と違うのは、統合失調症の自殺は理由もわからず突発的で予測困難なことです。

予測困難な統合失調症の自殺ですが、次の場合は特にリスクが高いとされます。

統合失調症の自殺リスク

- 男性
- 30歳以下
- 抑うつ症状
- 無職
- 退院から間もないこと



自殺しやすいのは重症の人ではなく、自立の見こみの高い人なの?

病気が良くなっても、今の社会は生きづらく自殺をしてしまうのかもしれませ





統合失調症の治療のゴールはどこなのか、改めて考えてみましょう



統合失調症の治療のゴールは幻覚や妄想などの目立つ症状を取ることではありません。あくまでも、 その先にある社会的予後の改善を含めた、リカバリー(就学、就労、結婚、出産などの社会復帰)です。そ れを実現するために、目標実現を見すえた長期的な治療を組み立てていきましょう。

目次

眠	れない・・・・・・・ 5
	睡眠とは・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・
	不眠症
	過眠症
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 25
	適応障害
	解離性(転換性)障害 · · · · · · · 33
	身体表現性障害 · · · · · · · · 35
灵	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 ‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥ 13	36
境界性パーソナリティ障害 ・・・・・・・・・・・・・・・・13	38
その他のパーソナリティ障害 ・・・・・・・・・・14	40
性同一性障害 · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	44

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。