

第32回社会福祉士・第22回精神保健福祉士 国家試験 受験対策 web 講座

精神疾患とその治療

原田 久（はらだメンタルクリニック）

- ・ 山口大学医学部卒業、北里大学医学部衛生学・公衆衛生学専攻生修了
- ・ 医師、医学博士（乙）、産業医
- ・ 厚生労働省、神奈川県、聖マリアンナ医科大学神経精神科助教、医療法人社団碧水会長谷川病院、メンタルホスピタルかまくら山勤務を経て現職

<受講者へのメッセージ>

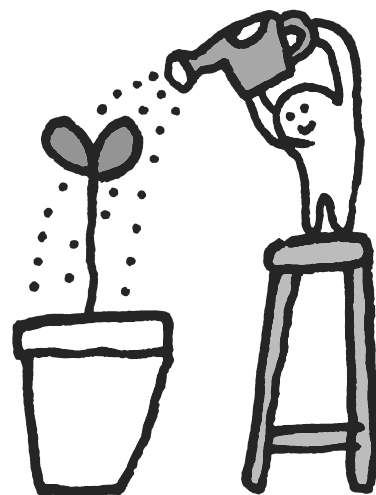
人の存在は、多様性に富んでいます。社会に存在する方法・正常なあり方には、様々なものがあります。多くの精神疾患では、社会的・職業的能力の低下が、その診断基準に含まれています。逆に言えば、精神症状の有無に関わらず、社会的・職業的能力の低下がなければ、もはや精神疾患ではないということにもなります。

その人のあり方は、個性として受け入れられるべきものといえるかもしれません。

一方、適応障害という、厳しい診断基準もあります。その人が置かれた状況がどんなに過酷なものであろうとも、その状況に適応できなければ、精神障害と診断されてしまいます。

精神保健福祉士の業務である社会的・職業的能力の回復を促す相談支援を提供することは、まさに、精神疾患を治癒・寛解に導くためにとても重要な本質であるといえます。

受験勉強の成果によって資格を取得された皆さんと、多様性が受けいられる社会を目指して、仕事に取り組めることを楽しみにしています。

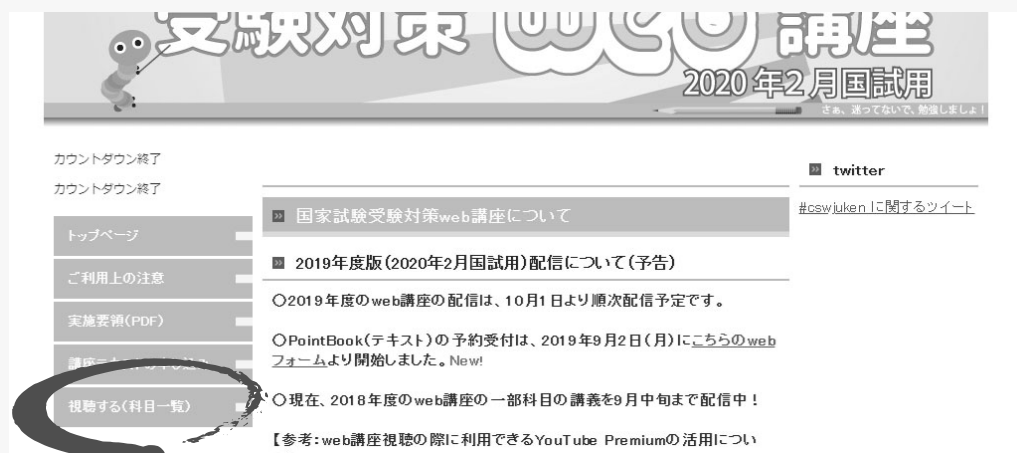


受験対策 web 講座



アクセス用 QR コード

- ① 日本ソーシャルワーク教育学校連盟
ホームページに開設されている『社会福祉士・
精神保健福祉士国家試験受験対策 web 講座
特設サイト』にアクセスしてください。
- ② ホームページの左側にある【視聴する（科目一覧）】各科目名をクリック
すると、該当科目の講座映像が視聴できます。



- ③ このページ下部の『web 講座の利用について』『ご利用の前に』をよく
お読みの上、視聴してください。

受験対策 web 講座の 利用について

本連盟がこの web 講座映像配信で利用している動画配信サイト【YouTube】は、利用規約により、講座映像の商用利用を禁止しています。

この web 講座を、パブリックビューイング形式（独自に会場等を設定して講義映像を放映し、複数の方が視聴すること）で利用する場合、参加費等の費用を視聴者から徴収することはできませんのでご注意ください。さらに、受験対策 Point Book をコピーして配布することは、固く禁じます。

なお、【YouTube】の利用規約に違反し、損害賠償や訴訟等法的措置が講じられた場合は、当該違反者がその責任を負うものとし、本連盟は一切の責任を負いません。

ご利用の前に

- 『受験対策 web 講座』映像や『受験対策 Point Book』は、国家試験直前の受験対策として本連盟が作成しています。『受験 web 講座』映像や『受験対策 Point Book』は、必ずしも国家試験の合格を保障するものではありませんので、各自の判断によりご利用ください。web 講座映像や受験対策 Point Book の視聴・購読によって、視聴した者及びその関係者が不利益を被った場合も、本連盟及び当該科目担当講師は一切責任を負いません。
- 本講座では、個人からの講義内容に関する本連盟及び講師への意見・質問・疑義照会は受け付けておりません。
- 『受験対策 Point Book』は、各講師が国家試験までに最低限押えておくべきポイントを絞って作成しています。講義内で口頭のみで説明している内容は、各自調べて理解を深めてください。
- 『受験対策 web 講座』映像や『受験対策 Point Book』の内容に万が一訂正があった場合は、特設サイト内の当該講座の視聴ページに訂正・補遺を掲載します。
- 『受験対策 Point Book』の点訳資料及び講義映像内の字幕・手話通訳はご用意できません。
- 乱丁・落丁本はお取り替えしますので、現物を着払いでご返送ください。

1. 精神疾患総論（代表的な精神疾患について、成因、症状、診断法、治療法、経過、本人や家族への支援を含む）

1) 精神医学、医療の歴史と現状

(ア) 人物

- ① ピネル（1745-1826）フランス革命時、精神病者の人道的処遇を訴えた
- ② クレペリン（1856-1926）内因精神病を早発痴呆（統合失調症）と躁うつ病に2大別
- ③ フロイト（1856-1939）精神分析学を創始
- ④ ブロイラー（1857-1939）統合失調症の概念の提唱
- ⑤ 呉秀三（1865-1932）クレペリンの精神医学体系をわが国に導入。無拘束の理念の提唱精神病院法（1919（大正8）年）の制定に尽力。報告書『精神病者私宅監置ノ実況及び其統計的観察』（1918（大正7）年）から100年
- ⑥ 森田正馬（1874-1938）森田療法
- ⑦ 野口英世（1876-1928）梅毒の病原体スピロヘータ・パリダを進行麻痺患者の脳組織内に確認
- ⑧ ツェルレッティ（1877-1963）ビニとともに電気けいれん療法を創始
- ⑨ ヤスパース（1883-1969）精神医学の方法論の改良。患者の言葉の正確な記述に徹する「記述精神病理学」を提唱
- ⑩ シュナイダー（1887-1967）自我障害を統合失調症の一級症状と位置づけ
- ⑪ クレッチマー（1888-1964）ヒトの気質を研究「体格と性格」
- ⑫ ジョーンズ（1907-1990）治療共同体の理念を提唱
- ⑬ クラーク（1920-2010）精神科病院の開放処遇を推進。WHOに派遣され来日しリハビリの実施を勧告したクラーク勧告で有名
- ⑭ バザーリア（1924-1980）精神病者開放、脱施設化を目指し、1978年バザーリア法が成立
イタリアでは、新規の精神科病院の開設、新規の精神科病院への入院が禁止された

(イ) 自殺の動向（厚生労働省『平成30年度版自殺対策白書』より）

- ① わが国の自殺死亡率（19.5）はG7主要国の中で高い水準（米国：13.4、英国：7.5など）
- ② 平成24年に15年ぶりに3万人を下回り、6年連続で3万人を下回った
- ③ 自殺は男女総数の15歳から39歳までの死因の第1位
- ④ 40歳代から60歳代の男性で自殺者数全体の約3分の1を占める
- ⑤ 自殺の原因は「健康問題」が最も多い

2) 精神現象の生物学的基礎

3) こころの理解

4) 精神障害の概念

5) 精神疾患の成因と分類

- ・ 脆弱性-ストレスモデル：個人にもともと神経伝達物質の機能不全や不快刺激に対する過剰反応といった弱さがあり、そこにストレスが加わり発症するというモデル
- ・ 三大分類
 - 外因：脳や身体の病変が精神障害の原因となりうる
 - ◇ 脳器質性：脳の損傷によるもの
ex) てんかん精神病
 - ◇ 症状性：脳以外の身体の病変から脳が影響を受けるもの
ex) 全身性エリテマトーデス、甲状腺機能異常

- ◇ 中毒性：脳に作用する物質に由来するもの
 - ex) アルコール依存症
- 内因：精神障害を起こしやすい素質によるもの。遺伝の関与
 - ex) 統合失調症、気分障害
- 心因：心理的要素が原因で起こる精神障害
 - ex) 解離性障害、不安症
- ・ 国際分類法
 - ICD-10（WHO の分類）
 - F0：認知症、F1：依存症、F2：統合失調症、F3：気分障害、F4ストレス障害、
 - F5：生理的障害、F6：人格障害、F7：知的障害、F8：心理発達の障害、
 - F9：小児期、青年期の行動・情緒の障害
 - ※2018 年 6 月 18 日に WHO が ICD-11 を公表。約 30 年ぶりの改訂。我が国の適用に向けて検討が始まる。
 - DSM-IV、DSM-5（アメリカ精神医学会の分類）

6) 代表的な疾患

- ・ 精神作用物質による精神および行動の障害（ICD-10 F1）
 - アルコール関連精神障害
 - ◇ 異常酩酊
 - 複雑酩酊（量的な異常、酒乱）：興奮、刺激的、粗暴、人格の変容、行動はある程度了解可能、異常体験はない
 - 病的酩酊（質的な異常）：強い意識障害と完全な健忘、見当識障害、周囲の状況の誤認、了解不能な行動
 - アルコール依存症候群
 - ◇ 発生要因：アルコールの薬理作用、人格要因、環境要因
 - ◇ プロセス：機会飲酒→習慣的飲酒→終日飲酒 “悪循環”
 - ◇ 精神症状
 - 頑固な不眠
 - 感情障害：浅薄、易怒的、感情易変、抑うつ、躁状態
 - 意欲障害：社会生活放棄
 - 人格変化：道德感情低下、利己的、無責任、衝動性
 - ◇ 身体症状：消化器症状、心血管系症状、神経系症状
 - ◇ アルコール離脱症状：振戦せん妄 断酒後 6～8 時間で始まり 2～4 日に及ぶ神経系全体の過剰興奮状態。振戦、自律神経症状、幻覚（小さな虫が見える、振り払うようなしぐさ）・意識障害、けいれん発作
 - ◇ 治療
 - 薬物療法：断酒補助薬（アカンプロナト）、抗酒薬、抗不安薬、抗うつ薬、睡眠薬
 - ビタミン B 群の大量投与によりウェルニッケ・コルサコフ脳症を予防
 - 精神療法：個人精神療法、集団精神療法
 - 社会復帰活動：断酒会、AA（Alcoholics Anonymous）
 - アルコール精神病
 - ◇ ウェルニッケ・コルサコフ症候群：ニコチン酸やビタミン B1（サイアミン）の欠乏で

起こる。眼球運動麻痺、小脳失調（ウェルニッケ脳症）に引き続き、記憶力低下、見当識障害、作話症などが後遺症（コルサコフ症候群）として残る。

- ◇ アルコール幻覚症：飲酒時の幻聴を主体とした幻覚症
- ◇ アルコール性嫉妬妄想
- 覚せい剤による精神障害
 - ◇ 覚せい剤急性中毒：中枢神経系の異常興奮（精神運動興奮、気分発揚、多幸・万能感、不安・焦燥）、退薬による反跳現象（無欲、疲労、脱力、抑うつ気分）
 - ◇ 覚せい剤精神病：統合失調症類似の病像
 - ◇ フラッシュバック：非特異的な刺激（感情的ストレスなど）による精神病症状の再燃
- ・ 統合失調症（ICD-10 F2）
 - 概念：主として思春期に発病し、特徴的な思考障害、自我障害などを主徴として多くは慢性に経過する原因不明の脳の疾患
 - 疫学：発症率 0.7～0.8%
 - 好発年齢：15 歳から 35 歳（特に 10 代後半から 20 代前半）
 - 症状
 - ◇ 陽性症状（健康な状態では現れないはずものが出てくる症状）
 - 思考障害
 - 妄想
 - ◇ 被害妄想（関係妄想、追跡妄想、注察妄想、被毒妄想など）
 - ◇ 誇大妄想（宗教妄想、発明妄想、血統妄想、恋愛妄想など）
 - ◇ 一次妄想（妄想気分、妄想知覚、妄想着想）
 - 幻覚
 - 幻聴、幻視、体感幻覚
 - ◇ 陰性症状（健康な状態ではあるものがなくなる症状）
 - 感情障害
 - 感情鈍麻、不調和な感情反応、両価性、自閉、疎通性障害
 - 意欲行動の異常
 - 能動性低下、自発性低下、無為、独語、空笑、社会行動の障害
 - ◇ シュナイダーの一級症状（自我障害）
 - 考想化声（自分の考えている内容が他人の声として聞こえる）、話かけと応答の形の幻聴、自己の行為を批判する幻聴、身体への影響体験、思考奪取、思考伝播、思考吹入、妄想知覚、させられ体験
 - 病型
 - ◇ 妄想型
 - ◇ 破瓜型（予後不良）
 - ◇ 緊張型
 - 興奮（了解不能の運動爆発と衝動行為）
 - 混迷（自発運動の停止、緘黙）
 - カタレプシー、拒絶症、常同症
 - ◇ 単純型

➤ 経過、予後

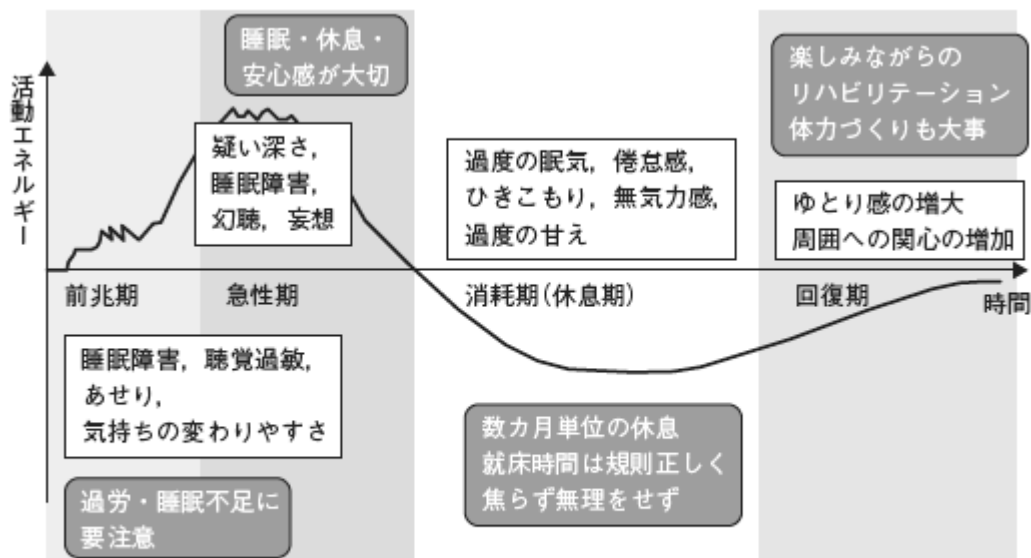
◇ 予後と予後に影響を与える因子

寛解、軽度の欠陥状態、重症の欠陥状態、人格荒廃が1／4ずつ

予後良好な要因：女性、発症年齢が高い、急性発症、再発が少ない、陰性症状が少ない、未治療期間が短い、抗精神病薬への良好な反応、発症前の知的レベル、成功体験、社会参加の機会、家族の理解や適切な対応

予後不良な要因：家族の highEE（高感情表出、High Expressed Emotion）

◇ 経過：前兆期、急性期、消耗期、回復期



（財）全国精神障害者家族会連合会：統合失調症を知る心理教育テキスト当事者版、P5～36、あせらず・のんびり・ゆっくりと、2004（一部改変）

➤ 治療

- ◇ 薬物療法：抗精神病薬（抗幻覚妄想作用、鎮静効果、意欲賦活、認知機能の改善）、抗パーキンソン病薬、睡眠薬、抗不安薬など
- ◇ 精神療法：個人精神療法、集団精神療法
- ◇ 生活療養：作業療法、SST（社会生活技能訓練、Social Skills Training）

・ 気分障害（ICD-10 F3）

- 概念：憂うつや気分の高揚などの感情が一定期間正常を超えた状態にあり、それにより精神や行動、身体などに障害が生じたもの

➤ 分類

- ◇ うつ病
- ◇ 躁うつ病
- ◇ 気分変調症：うつ病と躁うつ病の診断基準を満たさない軽うつ状態が慢性的に持続。

➤ 素因・誘引

- ◇ 遺伝素因
- ◇ 人格：

循環気質－社交的、人情に厚い、親しみやすい、好人物、協調性、現実的

執着気質－仕事熱心、凝り性、徹底的、正直、几帳面、正義感・責任感強い

メランコリー親和型人格－勤勉、良心的、責任感が強い、衝突や摩擦を避ける、

他者に尽くす、秩序への固着

◇ 誘引：心理的、社会的誘引や身体疾患に引き続いて起きることもある

➤ 疫学：躁うつ病＜うつ病

うつ病：男性＜女性

躁うつ病：男性＝女性

➤ 症状

◇ うつ状態（症状の日内変動：朝方に症状が強い）

感情：憂うつ気分、悲哀感、絶望感、寂寥感など

思考：思考抑制、集中力低下、マイナス思考、妄想（微小妄想：罪業妄想、
貧困妄想、心気妄想）、希死念慮など

欲働・行動：食欲低下、不眠（早朝覚醒）、意欲低下、興味や喜びの喪失、
動作緩慢、昏迷などの精神運動抑止、自殺など

身体：便秘、頭痛、性欲低下など

◇ 躁状態

感情：気分高揚、爽快気分、易怒性など

思考：観念奔逸、思考促迫、誇大妄想など

欲働・行動：多弁、多動、行為心迫、乱費、暴力、不眠（苦しくない）、
食欲亢進など

◇ 混合状態

うつ状態の症状と躁状態の症状が混合した状態

◇ 初老期・老年期うつ病

不安・焦燥感が強い、妄想が出現しやすい、病状の長期化傾向、仮性認知症

➤ 経過・予後

一般に良好。10%に自殺企図が起こる。再発率 50%。

寛解時に人格の障害を認めず、統合失調症のように進行性に経過することはない。

心気症状・強迫症状を伴うものや老年期のもの、脳器質障害を合併するもの、環境因や
心因が持続しているもの、人格障害を伴うものは概して予後のよくない傾向にある。

➤ 治療

薬物療法（抗うつ薬、睡眠導入剤）、電気けいれん療法、休養、精神療法、心理療法、
生活指導など。

➤ 接し方の注意

励ましや気晴らしの勧めは禁物、自殺念慮に注意、重大な決定は先送りする。

・ ストレス関連障害（ICD-10 F4）

➤ 不安障害

◇ パニック障害

- 定義：予知できない反復性の重篤な不安（パニック）発作
- 広場恐怖（特定の場所や空間に限定された恐怖症）を伴うものと伴わないもの
- 予期不安（発作が起こるのではないという心配の継続）と行動の変化（乗り物に
乗るのを避けるなど）を伴う
- 他の精神疾患と併存することも多い

- 症状：動悸・心悸亢進、発汗、ふるえ、息苦しさ、窒息感、胸部不快感（胸痛）、吐気・腹部不快感、めまい・気が遠くなる感じ、現実感消失・離人感、コントロール喪失や気が狂うことに対する恐怖、死ぬことへの恐怖、異常感覚（感覚麻痺、うずき感）、熱感・冷感
- ◇ 全般性不安障害

仕事や活動、将来についてなど多数の出来事についての過剰な不安と心配。

 - 症状：イライラ、心配、筋緊張、集中困難、不眠、易疲労、発汗、ふらつき、動悸、めまい、胃部不快感、下痢、頻尿など
- ◇ 社会（社交）不安障害

比較的少人数の集団（知り合い、顔見知りなど）の中で他の人に注目されることへの恐怖（接客、面接、会議でのプレゼンテーションなど）があり、そのため社会的な状況（社交）を回避する。（対人恐怖症）

例）「人前では緊張して思うように話ができない」

 - 青年期に発症。男女とも同等。対人恐怖、赤面恐怖、視線恐怖など
 - 自己評価が低く、他人に批判されることを恐れる人に多い
- 強迫性障害
 - ◇ 反復する強迫思考あるいは強迫行為
 - 強迫観念：ある特定の思考や言葉、イメージが患者さんの意に反して意識の中に繰り返し侵入してくる。「不潔恐怖」「対称性へのこだわり」「加害恐怖」など
 - 強迫行為：強迫観念による不安や不快感を一時的に回避するために行われる過剰な反復行為。「洗浄行為」「確認行為」「ため込み」など
 - ◇ 強迫思考が苦悩をもたらす
 - ◇ 患者は強迫思考や行為は無意味で効果がないと認識し、抵抗しようとする
 - ◇ 強迫観念や強迫行為に著しい時間を費やす
- 重度ストレス反応および適応障害
 - ◇ 急性ストレス反応：外傷性ストレスに反応して数分以内に発現し、最低2日から最大4週間持続する著しく重篤な一過性の障害

症状：意識野の狭窄、眩暈感、激越、自律神経症状
 - ◇ 心的外傷後ストレス障害（PTSD；Post Traumatic Stress Disorder）：

外傷性ストレス後、数週間から6か月以内に発症する。持続期間は1ヶ月以上。回復が期待できるが、一部の患者は慢性に経過し人格に影響する

症状：出来事の再体験（フラッシュバック、反復的で苦痛な夢、類似した出来事による強い心理的苦痛）、出来事と関連した刺激の回避と麻痺（引きこもり、孤立、情動鈍化、健忘）、覚醒亢進状態（不眠、イライラ感、物音や刺激に過敏）
- 適応障害

ストレスの多い状況に順応する時期に発生する苦悩状態。ストレス因がなければ発症しない。急性ストレス反応やPTSDと比較して個体側の要因（素質や脆弱性）が強い。

症状：抑うつ気分、不安、心配などの情緒障害が中心で、日常生活に影響を与える。青年期では行為障害、小児期では退行現象（夜尿症や指しゃぶりなど）が出現する。症状は死別反応ではない。
- 解離性（転換性）障害

解離とは、心的外傷やストレスに対する防衛の一種。解離による防衛は、外傷体験が起こっているそのときに、そこから人を引き離すことで人を助けるが、将来その人の人生の中で（心的）外傷を全体像において正しく位置させるために必要な作業を遅らせる。情緒的葛藤やストレス因子を通常のようにつながりをもって統合的に認識できず、断片的に認識してしまう。

✧ 解離性健忘

最近の重要なできごとの記憶喪失であり、器質的な精神障害によるものではない。健忘は事故などの外傷体験に関連し、通常は部分的、選択的だが、長期にわたる全生活史健忘（自分の姓名、住所、出生など生活史に関する事項：エピソード記憶を想起できない）のかたちをとることもある。食事をする、テレビのスイッチを入れるなどの意味記憶は障害されない。

✧ 解離性遁走（フーグ FUGUE）

不快な情動体験から逃れるため、意図的に家庭や職場から離れる旅に出て行方不明となり、発見されたときにはその期間中のことが思い出せない。

個人の同一性についての混乱があり、新しい同一性を装うこともある。

食事、洗面などの身辺管理は保たれ、単純な対人関係（道を尋ねる、乗車券を買う等）も障害されない。

✧ 解離性運動障害

失立、失歩、失声、四肢の麻痺など

✧ 解離性けいれん

咬舌、打撲などの外傷はまれ（てんかん発作との鑑別点）

✧ 解離性知覚麻痺・知覚消失

手袋・靴下型の知覚麻痺、半身知覚麻痺、筒状視野（検査に用いる文字盤などの目標物までの距離を変えても、筒をのぞいているように視野が変わらない）、らせん状視野（検査をしている最中に視野が狭まってゆく）

✧ ガンザー症候群

「的はずれ応答」が特徴。知的障害や認知症の真似をしているかのようにみえる。とぼけた表情や子どもじみた行動など。わざとらしい面があり、詐病と間違えられやすい。服役中、拘禁状態などの環境にあることが多い。通常いくつかの他の解離症状を伴う。

✧ 解離性同一性障害

2つ以上の別個の人格が同一個人に存在し、それらが反復的に行動を統制する。各人格は独自の記憶（性別、年齢も含め）、行動、好みをもつ完全な人格であり、相互に意識されない。1つの人格から他の人格への変化は最初、突然おこり、外傷的出来事（性的・身体的虐待）と密接な関係を持っている。

・ 認知症（ICD-10 F0）

正常まで発達した知能が失われ、日常生活に支障をきたす状態。記憶障害、失語・失行・失認・実行機能障害などが出現する。

認知症検査：長谷川式簡易認知症スケール（HDS-R）、簡易知能評価スケール（MMSE）

軽度認知障害（MCI ; Mild Cognitive Impairment）：認知機能低下は存在するが生活は保たれて

いる状態。

認知症周辺症状（BPSD ; Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）：

認知症に伴う精神症状でケア上、問題となる。

➤ アルツハイマー型認知症

- ◇ 概念：老年期に発症し、脳の全般的な萎縮（海馬など）により記憶障害や認知症状、人格変化、随伴する精神症状が起こり、徐々に進行する病気。
- ◇ 症状：記憶障害（記銘力低下）、見当識障害（時間、場所、人物等）、人格変化（頑固、自己中心、心気傾向→感情鈍麻）失語・失行・失認、行動障害（徘徊、収集癖など）

➤ 脳血管性認知症

- ◇ 概念：脳血管性の病変（ラクナ梗塞）により脳の神経細胞や組織が広範囲に障害されることによりおこる認知症。階段状の進行が特徴。
- ◇ 症状：まだら認知症、感情失禁など

➤ レビー小体型認知症：認知症状にパーキンソン症状、自律神経症状が加わる。症状の日内変動、薬物への過敏性が特徴的。しばしば幻視を伴う。男性が女性の2倍。

➤ 前頭側頭型認知症（ピック病）

初老期に多発。性格変化・脱抑制（暴言、万引き、立小便など）が特徴。

➤ クロイツフェルト・ヤコブ病：異常なプリオン蛋白の感染症。急激な進行。ミオクロームスなどの神経症状を伴うことが多い。

➤ ハンチントン病型認知症：30～40歳発症。常染色体優性遺伝（第4染色体の遺伝子異常）、舞踏様不随意運動・性格変化

➤ HIV 疾患型認知症：HIVに伴う認知症

7) 精神症状と状態像

8) 診断の手順と方法

(ア) 受容的態度：まず、患者が最も困っている内容（主訴）を本人から聞くのが原則。

(イ) 具体的な訴えを記録する。専門用語で要約しない。

(ウ) オープンクエスション（どのように、どうして、など）を多用して、患者に自由に発言させるのが、治療関係を構築する上でも好ましい。「はい、いいえ」で回答できるクローズドクエスションは予想される症状などを確認するときには有効。

9) 身体的検査と心理的検査

(ア) 身体的検査：器質性精神疾患の診断に重要

脳波、CT、MRI、核医学検査

(イ) 心理的検査

① 知能検査

WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale)：言語性IQ、動作性IQ、全IQ

小児版はWISC (Wechsler Intelligence Scale for Children)

② 認知症スクリーニング検査

HDS-R（長谷川式知能評価スケール）、MMSE (Mini-Mental State Examination)

③ 性格検査

1. 質問紙法

(ア)CMI (Cornell Medical Index)

(イ)ミネソタ多面人格目録 (MMPI ; Minnesota Multiphasic Personality Inventory)

全 550 項目の質問。診断の客観化。精神疾患への親和性、行動特性の評価

(ウ)矢田部-ギルフォード性格検査 (Y-G 性格検査)

2. 投影法

(ア) 文章完成テスト SCT (Sentence Complete Test) : 出だしのみが記載された未完成の文章を完成させる性格検査。人格特性、自己評価、潜在的葛藤を読み取る

(イ) ロールシャッハ・テスト : インクの染み、無意識の探索、問題解決傾向の把握

(ウ) バウムテスト

④ 気分の検査

SDS (Zung Self-rating Depression Scale)

ハミルトンうつ病症状評価尺度 (HDRS ; Hamilton Depression Rating Scale)

⑤ 作業能力検査

内田・クレペリン精神作業検査

2. 精神疾患の治療

1) 精神科薬物療法

単剤投与が原則。高齢者には投与量を減らすなどの対応が必要。

・ 薬理作用と副作用

➤ 抗精神病薬

幻覚、妄想、思考のまとまりのなさなどの陽性症状が主なターゲット。症状がなくなっても長期間投与を継続する。

✧ 定型薬 : D2 (ドーパミン受容体) 遮断薬 (クロルプロマジン、ハロペリドールなど)

✧ 非定型薬 : SDA (リスパダール、ブロナンセリンなど)、MARTA (糖尿病が禁忌のものもある。オランザピン、クエチアピンなど)

✧ 副作用 : 抗コリン作用 (口渇、眠気、便秘、尿閉など)、性ホルモン異常 (月経異常、射精障害、抗プロラクチン血症)、錐体外路症状 (パーキンソニズム、アカシジア、遅発性ジスキネジア、ジストニア)、悪性症候群 (発熱、筋強直、意識障害、CK 上昇)、過飲水

➤ 抗うつ薬 : 三環系 (クロミプラミン、アミトリプチリンなど)、四環系 (テトラミド)、SSRI (選択的セロトニン再取り込み阻害作用 : パキシル、ジェイゾロフト、エスシタロプラムなど)、SNRI (セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害作用 : デュロキセチンなど)

✧ 副作用はヒスタミン受容体遮断作用 (抗コリン作用 : 特に三環系は強い)。セロトニン症候群 (悪性症候群と類似の症状、SSRI が原因となる場合が多い)、アクチベーション症候群 (衝動性亢進、イライラ、自殺企図などが起こる。SSRI が原因となる場合が多い)

➤ 気分安定薬 (抗てんかん薬が多い) : 炭酸リチウム (Li)、バルプロ酸、リボトリール、カルバマゼピンなど

➤ 抗不安薬・睡眠薬 : ベンゾジアゼピン系薬剤 (依存の問題)。

➤ 抗認知症薬 : アセチルコリンエステラーゼ阻害薬 (ドネペシル、ガランタミン、リバスチグミン)、NMDA 受容体アンタゴニスト (メマンチン)

2) 電気けいれん療法などの身体療法

薬物療法が無効なうつ病、統合失調症が好適応。パーキンソン病や悪性症候群への有効性も示唆されている。現在では、修正型電気けいれん療法（m-ECT ; modified electroconvulsive therapy）が主流。全身麻酔下に、筋弛緩薬を用いて、けいれん発作を脳内だけで起こし、骨折などのリスクを低減した安全性の高い方法。

副作用として健忘、せん妄が現れることがある。

3) 精神療法

- ① 精神分析法：洞察的精神療法。自由連想法などを用い、無意識に押さえ込まれた欲動などによる葛藤を意識化することにより症状の軽減を図る。
- ② 支持的¹⁾精神療法：弱体化した自我を支えるため、内的洞察を促さず、精神の健康な部分にはたらきかけ、受容的に接する技法。
- ③ 森田療法：訓練療法。神経質的な悪循環から抜け出すため「あるがまま」の心的態度を体得させる。「絶対臥褥期」「作業期」などからなる。
- ④ 行動療法：訓練療法。学習理論、オペラント条件付けなどを用いて、好ましい行動を強化し、好ましくない行動を消去する。
 - 系統的脱感作療法：不安反応を起こす刺激と、この逆制止をもたらす刺激を同時に与え、不安反応に対する条件付けを除去する。
- ⑤ 認知行動療法：訓練療法。反射的な歪んだ自動思考を検証し、心理的な苦痛を和らげ、ストレスに対するコーピング（対処行動）獲得を支援する。
- ⑥ 自律訓練法：訓練療法。催眠、自己暗示により、副交感神経が優位な自律状態の会得を目指す。
- ⑦ 内観療法：洞察的精神療法。他者を媒介として外から自身を客観視し内省を深める精神療法。
- ⑧ 箱庭療法：表現的精神療法。ミニチュアの人形などを用いて箱庭を完成させ、様々な葛藤の表現を促す。
- ⑨ 芸術療法：表現的精神療法。音楽、絵画、舞踏、詩歌など。表現による心的緊張の緩和。

4) 精神科リハビリテーション

- ① 家族療法：家族は構成員によって形成されるシステムであるという認識（システム論）を背景に、家族のいずれかの構成員に生じている心理的問題を家族も参加する集団面接の中で解決しようとする。
- ② 作業療法：袋詰めなどの作業や、手芸や絵画などの趣味的な作業に取り組みながら働くことで社会生活機能の回復を図る。
- ③ 心理教育：病気や障害の正しい知識を伝え、諸課題への対処を習得させる。家族教室なども取り組まれている。
- ④ 社会生活技能訓練（SST）：リバーマンにより開発された。認知行動療法の技法を用いた集団療法の訓練の中で、精神障害者の人間関係や、社会生活上の対応に関わる技能をモデリングなどの技法を用いて習得を目指す。
- ⑤ デイケア

5) 環境・社会療法