

IV アセスメント

54 精神医学の基礎

長坂正文

1 到達目標

- (1) 精神医学の基礎的な概念を概ね理解する。
- (2) 病態水準について概ね推察できるようになる。
- (3) 向精神薬について概要を理解する。
- (4) 好発年齢について理解する。
- (5) 医療機関へのリファーと連携について理解する。

【キーワード】

病態水準, 向精神薬, 好発年齢, リファー, 連携

2 はじめに

学校教育相談を考えた場合、精神医学の基礎的な知識はあったほうがよいことは言うまでもない。スクールカウンセラーは言うまでもなく、相談係、養護教諭、特別支援教育コーディネーター、さらには担任教師であっても、子どもとかかわる際の理解と対応に、その有用性は認められる。

さて、精神医学というと、その診断基準にあって、世界中で利用されているものに、WHOによる「ICD-10」と、アメリカ精神医学会による「DSM-5」がある。DSM-5は、2013年（日本語訳は2014年）に発表されたのであるが、未だ、日本では広く流布していないという事情を考慮し、主に「DSM-IV」に準拠することにした。同時に、過去には使用されたが、現在ではあまり使用されていない用語・概念であっても、有用と思われる用語・概念は採り上げた（必要に応じてDSM-5の名称を【 】で併記した）。

紙幅の関係上全てを網羅することはできないので、学校教育相談の対象を想定して、児童から青年までを中心に考えるとともに、より頻度の高いものを優先的に取り上げた。

3 精神医学の定義・要因・病態水準

精神医学とは、“医療の助けを必要とするような異常な精神状態（精神疾患）を取り扱う医学”と定義されるが、そこには、種々の病理の種類、特徴だけでなく、その原因、経過、治療、援助なども含まれる。

主に対象となる精神疾患はどのようなものかといえば、DSM-5（2014）では、「精神疾患とは、精神機能の基礎となる心理的、生物学的、または発達過程の機能不全を反映する

個人の認知、情動制御、または行動における臨床的に意味のある障害によって特徴づけられる症候群である。精神疾患は通常、社会的、職業的、または他の重要な活動における意味のある苦痛または機能低下と関連する。よくあるストレス因や喪失、例えば、愛する者との死別に対する予測可能な、もしくは文化的に許容された反応は精神疾患ではない。社会的に逸脱した行動（例：政治的、宗教的、性的に）や、主として個人や社会との間の葛藤も、上記のようにその逸脱や葛藤が個人の機能不全の結果でなければ精神疾患ではない」と定義されている。

原因は、まず身体因（生物学的要因）として、脳の病変および機能障害、遺伝を無視することはできない。続いて、環境因があり、心因（反応）がある。したがって、治療に際しても、身体、心理、対人関係などの諸次元から接近する必要がある。このなかで、まず始めに検討しなければならないのが、身体因である。身体因が除外されたのちに、それ以外を検討する。そうでないと、深刻な病理を見逃して、これを心因と考えてしまって早期治療の時機を逸してしまう恐れもある（例えば、脳腫瘍のため頭痛を訴えて学校を休む生徒を、単なる不登校と考えてしまって様子を見る対応をしたような場合である）。とかく、心理士や教師などは、心因として理解しようという傾向が強いので注意が必要である。

次に、「病態水準」について触れておく。これは、病理に関する見立て（アセスメント）のことであるが、医師ではないので診断という医療行為はできないものの、その病態水準がどの程度であるかというおおまかな判断は重要である。具体的には、①精神病水準（自我の力が弱く、現実検討能力が低下している）、②神経症水準（自我の力が強く、現実検討能力はある）、③境界水準（①と②の間、自我の力・現実検討能力は部分的に保持している）、④人格障害水準（自我の力が強く、周囲に苦勞をかける）の四つである。これらの、大まかな見立てができることが必要である。

各論については、できるだけ幅広く理解しておくことも大切である。しかしながら、あまりにも細かな症状・特徴などを列挙することはせずに、見立て（アセスメント）や実際のかかわりに役立つ情報を提供するという観点から、筆者の経験を踏まえて紹介する。

4 精神病

精神病には、統合失調症【統合失調症スペクトラム障害、統合失調症】と気分障害【抑うつ障害、双極性障害】がある。これらは、原因がはっきり分かっていないことから「内因性」と呼ばれる。

（1）統合失調症【統合失調症スペクトラム障害、統合失調症】

（ア）統合失調症の特徴

前駆症状として、長期にわたり頭痛、全身のだるさ、不眠を訴えることがあったり、風邪をひいたと自覚していることもある。きっかけは、恋愛にまつわることが多い。妄想・幻覚、感情と意欲の障害、思考障害という三つの観点から特徴を述べる。

①妄想・幻覚

- ・世の中の出来事がすべて自分に関連しているという妄想的意識は共通する。
- ・妄想気分：何か恐ろしい重大なことが起きている，恐ろしく不安に感じる。
- ・妄想知覚：起きている出来事の特別な意味を感じる（例：風にゆれる木は身に迫る危険を表す）。
- ・注察妄想：みんなが探るように自分を見ている。
- ・思考伝播：自分の考えがみんなに知られてしまっている（電波で伝えられている）。
- ・被害妄想：誰かが自分を妬んで嫌がらせをしている（家のまわりを車が走る，部屋の物がなくなったりする）。
- ・誇大妄想：自分は特別な存在（超能力者，神の生まれ代わり）である。
- ・幻聴：自分を非難するような声が聞こえる（対話型の幻聴）。
- ・独語：幻聴に対して小声でぶつぶつ反論をする。
- ・幻視：人の顔が見えたり，恐ろしい怪獣や奇妙な虫が見える。
- ・作為体験：自分の行動が誰かに操られていると感じる。

②感情と意欲の障害

- ・喜怒哀楽の感情が乏しくなり（感情の平板化），何事にも取り組む意欲がなくなり，世間に無関心となる。
- ・生活が乱れ，家族とも口を利かなくなり，ぼんやりと過ごす，次第にだらしなくなり，服も着替えず，風呂にも入らなくなり，やがて部屋にこもる（解体型）。
- *しかし，本人は意外に周りの出来事をよく見ていて知っていることもある。

③思考障害

- ・連合弛緩：表面的なつながりで話を続けるため，あちこちそれる。
- ・支離滅裂：さらにつながりがなくなる（言葉のサラダ）。

（イ）統合失調症の型

DSM-5では，統合失調症を幅広くとらえて【統合失調症スペクトラム】という概念にまとめ，統合失調症の型を明記しなくなったが，ここでは従来のDSM-IVの分類にならっておく。

①妄想型

20歳後半から40歳くらいが好発年齢で，妄想・幻覚が中心にあり，感情・意欲・思考の障害はないか軽度である。

②解体型（破瓜型）

10代後半から好発年齢となりゆっくりと進行する。感情・意欲・思考の障害を伴い，生活が乱れ，世間に無関心となる。やがて無為自閉し，幻覚・妄想が断片的に始まり，人格荒廃に至る。しかし，はっきりとした経過を伴わず，回復（寛解）する例もある。不登校・ひきこもりとの区別が大切である。

③緊張型【緊張病】

発病は20歳前後が多く，急激で，運動にしなやかさがなく，時に，興奮・衝動的であったり，昏迷（身体を硬くし，返事もしない）を伴う。今日では症例は少ない。

④残遺型（欠陥治癒型）

すでに過去に1回以上統合失調症にかかり，感情の平板さ，ひきこもり，非論理的考え

などの統合失調症の症状の残滓があるが、はっきりした症状はない。解体型が途中でこの型に移行してしまうものがあったり（欠陥治療型）、加齢と共に寛解となることもある。

（ウ）周辺類型

①妄想性障害（パラノイア）【妄想性障害】

中年期以降に発症。妄想（被害妄想，嫉妬妄想）を基本症状とし，人格の変化は全くかほとんどせず，知性・行動は完全を保持されている。

②接枝統合失調症

精神遅滞の基盤の上に，発展してくる統合失調症あるいは統合失調症様の状態である。

③非定型精神病

統合失調症と躁うつ病との間で診断上問題となるような精神病状態である。病状は，急性の統合失調症（急性幻覚妄想状態，急性錯乱）であるが，その経過は躁うつ病に似て，相性（そうせい）があり，ほぼ完全にもとの精神状態にもどる（寛解）。

④心因反応

素質的な基礎があり，そこに心的原因が働いて精神障害が生じる。回復しやすく，人格荒廃には至らない。

（エ）治療

まずは休養が必須である。それから，薬物療法（コントミン，セレネース，ドグマチール，リスパダール，ジブレキサなど），入院治療，集団療法，作業療法，ソーシャル・スキル・トレーニング（SST），心理療法（現実重視で深めず，サポートティブ）などがある。

（２）気分障害【抑うつ障害，双極性障害】

DSM-IVでは，気分障害の中に，大うつ病（単一エピソード，反復性），気分変調性障害（以上は【抑うつ障害群】），双極Ⅰ型障害，双極Ⅱ型障害，気分循環性障害（以上は【双極性障害】），に分けられている。ここではうつ病・双極性障害を中心に紹介する。

（ア）気分障害の型

①極性による分類

躁とうつの両病相を繰り返す「双極性（躁うつ病）」と，うつ病相あるいは躁病相のいずれかしかみられない「単極性（うつ病，躁病）」がある。双極性うつは，10代後半から30歳代までに発病し，単極性うつは，30～50歳代に多い。近年の分類の，双極Ⅰ型障害（躁とうつを繰り返す），双極Ⅱ型障害（躁が目立たず，うつだけが目立つ）も理解しておきたい。

②疾病論的分類

内因性，反応性（辛いことの後），身体因性（甲状腺異常，加齢など）に分けて捉えることが大切である。

③軽症うつ病

身体的愁訴（頭痛など）が著しく（仮面うつ病とも言われる），しばしば抑うつ気分などの精神症状をおおう。近年，精神科外来に軽症のうつ病が増えたと言われて久しい。

④新型（非定型）うつ

仕事を回避したり，他人のせいにするので，わがままとみられることが多いが，うつ病の症状を確かにもっている。好きなことをするときには症状がでなかつたり，気分転換として，平気で旅行にでかけたりする。

（イ）うつ病の症状

①身体症状

睡眠障害（入眠困難，途中覚醒，早朝覚醒，過眠），食欲低下（胃腸障害），性欲低下，自律神経失調症（頭痛，口渇，肩こり，動悸，手足のしびれ，便秘など）などがある。

②精神症状

抑うつ（ゆううつ），抑制（おっくう），不安・焦燥，自責感，気分の日内変動，また，妄想（罪責妄想，貧困妄想，心気妄想）を伴うこともあり，時に，被害妄想が一過性に現れることもある。

（ウ）性格

病前性格としては，人付き合いがよく，親切，静か，物事を苦にする，感じやすいなど（以上，クレペリンの循環気質）や，強い義務・責任感，仕事熱心，徹底的，几帳面，正直，凝り性など（以上，下田の執着器質，テレンバッハのメランコリー親和型）が指摘されている。

（エ）誘因

誘因としては，さまざまなものが考えられ，例えば，転勤（昇進，転職，就職を含む），子女の結婚・婚約・遊学，家族成員の移動（死亡，別居，誕生，同居人の増減など），生命にかかわるぬ程度の身体疾患（負傷），負担の急激な増加・ないし軽減（荷下ろしうつ），出産（産後うつ），居住地の移動（引っ越しうつ）ないし改変（転居，改築，留学，帰朝など），愛着する物事ないしは地位・財産の喪失などが指摘されている。

（オ）うつ病の特徴

うつ病の一般的な特徴は，早朝覚醒・途中覚醒型の睡眠障害，起床時からすでにみられる抑うつ・疲労感，軽くとも存在する厭世観・自殺念慮・自責感情（あのととき，ああしなかったら，と過去にこだわる），午後から夕方にかけての抑うつ気分の軽快（日内変動），悲哀の生機化（身体層に根を持った悲哀）などが指摘されている。

（カ）治療

まずは，休養。抗うつ剤（効果が定着するまでに3，4週間。重症の場合三環系のトラフラニール，アナフラニール，アモキシサンなどが，最近では副作用の少ないSSRI・SNRIのデプロメール（強迫性症状にも有効），パキシル（パニック発作にも有効），トレドミン，ルボックスなどが多い），睡眠薬を必要に応じて処方される。ただし，双極性障害には気分調整薬（リーマス，テグレトール，デパケンなど）が処方される。サポータティブな心理療法。「がんばれ」という励ましは禁句である。自殺は，治りかけの時（自殺するエネルギー

ギーが出てくる)に注意が必要。

5 パーソナリティ障害(人格障害)【パーソナリティ障害】

(ア)パーソナリティ障害とは

個人にみられる認知や情緒や行動の平均から著しく逸脱した特徴的パターンである。すなわち、独特な解釈・情緒反応・対人関係様式、不安定性、衝動抑制の困難などを伴う。

パーソナリティ障害の人は、現実をやりぬく、あるいは周りを操作したり、巻き込んだりする「強さ」を持っている。また、パーソナリティ障害は、児童には適用されず、基本的には青年期以降に限られる。

(イ)分類

DSM-5の分類としては次に示すとおりであるが(従来のDSM-IVもほぼ同様に、パーソナリティ障害を人格障害と呼んでいた)、各パーソナリティ障害の特徴の概略を示した。このなかのうち、学校でかかわる可能性が高いと思われる、境界性パーソナリティ障害、自己愛性パーソナリティ障害、回避性パーソナリティ障害については詳しく取り上げる。

①A群

妄想性パーソナリティ障害：不信、疑い深さ

シゾイドパーソナリティ障害：孤立、他人に無関心、冷たさ

統合失調型パーソナリティ障害：関係念慮、魔術的思考、異常な知覚、奇異な行動

②B群

反社会性パーソナリティ障害：他人の権利を無視、逸脱する行動、うそ、易怒性

境界性パーソナリティ障害：対人関係・自己像・感情の不安定、高い衝動性、見捨てられ不安、自傷行為、怒り制御困難、妄想観念、解離症状

演技性パーソナリティ障害：過度な情緒性、人の注意を引く、誘惑的、演技性、暗示性

自己愛性パーソナリティ障害：誇大性、賞賛欲求、共感欠如、尊大

③C群

回避性パーソナリティ障害：社会的制止、不適切感、否定的評価過敏、劣等感

依存性パーソナリティ障害：世話されたい、しがみつきの分離不安、他人に保証求める

強迫性パーソナリティ障害：秩序・完全主義、対人関係の抑制、精神面の抑制、硬さ

④他のパーソナリティ障害

(ウ)境界性パーソナリティ障害(境界例、ボーダーライン)

原始的防衛機制(分裂、投影同一視、理想化)や行動化(自殺未遂)を特徴とし、治療関係の深まりとともに病理が開花し、周りを巻き込んでいく。始めは、良い関係を形成でき、治療者をいい気分させるが、次第に病理が表面化し、治療者の「価値下げ」を行って攻撃し、泥沼状態の関係へと移行する。これは、自己の安定性や他者との安定した関係を保ちにくいという特徴があり、他者と親密な関係になると、自分がなくなってしまうような不安を覚え、自ら関係を破壊して安定を得ようとするメカニズムが働くからである。

また、治療者への批判は当たっている点もあり、急所を突いてくるのがうまい。急に

表出される怒りに、治療者は困惑するとともに、クライエントは、これでもかと、何度も関係を壊したり、試したりする（リストカットや自殺未遂を頻繁におこなう）。また、経過中にしばしばうつ病を併発することもある。

はでな症状をいくつも有していることがあるが、概して薬の効きがよくないことが多い。

(エ)自己愛性パーソナリティ障害

自分に特別な才能がある、他人より優れているという確信をもち、成功や理想の空想に浸っていることもある。自分は特別待遇されて当然と考えるため、他者への共感が欠如し、対人関係を築くことが困難である。時に内気で恥ずかしがり屋が前面に出て、誇大自己が隠れていることもある。また、自己愛の傷付きを避けるため、不登校や引きこもりとなることがある。

(オ)回避性パーソナリティ障害

恥ずかしがり屋で、引っ込み思案である。恥をかかされたり、ばかにされたりすることを恐れ、他人の批判や拒絶に過敏で傷付きやすいため対人接触を避ける。また、危険を過大視するため、日常的なことも避ける。

(カ)治療

B群のパーソナリティ障害は、治療者を困惑させ、巻き込むことが多いので、長期間のねばり強いかわりが必要であり、限界設定や枠組みが重要となることが多いが、それを超えて付き合い合わなければならないこともある。基本的には、パーソナリティ障害の治療に経験豊富な治療者につなぐことが大切である。なお、多彩な症状を訴える者がいるが、薬の効果が得られないことが多い。

6 神経症

神経症は、基本的には誰もがかかる可能性があり、少しはその傾向をもっているが多く、共感できるものである。数ある神経症のなかでも、一般的なものを取り上げておく。

(1)解離性障害【解離性障害】

解離とは、意識・記憶・体験の統合と連絡が成立していない状態のことである。解離性健忘、解離性遁走、解離性同一性障害（多重人格）、離人症性障害を含む。成因として、幼少年期の心的外傷（虐待）がかかわっていることが多い（あるいは、いじめの事例もある）。未熟な性格の上に強度のストレスが加わって、解離がおこることもある。具体的な症状としては、健忘、夢遊、遁走、失神発作（崩れ、転倒）、ヒステリー性せん妄などがある。

昔は、「ヒステリー」と呼ばれたが、「転換ヒステリー」は身体症状が前面にあるヒステリーで、具体的な症状には、麻痺、失立、失歩、発声障害、けいれん発作、知覚麻痺、盲、視野狭窄などがある。演技性が強く感じられたり、注目・関心を引きたいと思われる

ものがある。

「解離性同一性障害」とは、ある時点から第2人格が出現し、第1人格に戻ったとき、第2人格の時の記憶がないことが多い。第3人格以上が出現した多重人格もあるが、治療者が作り出しているとする説もある。

(2) パニック障害【パニック障害】

予期しないパニック発作（不安発作、動悸、めまい、ふるえ、息苦しさ、吐き気・嘔吐、頻尿、下痢など）がおこる。おこるのではないと、予期不安をもつ。発作は、通常30分から1時間以内に収まる。

逃れることができない場所、助けが得られない場所（具体的には、雑踏の中、バス・電車・車の中など）にすることに恐怖を感じる。このため、外出しにくくなり、一人で行動することに恐れをもつ。不登校に伴うこともある。

(3) 強迫神経症【強迫症、強迫性障害】

①強迫観念

自分の意志に反して、考えや感情が繰り返し頭に浮かんでくること。具体的には、疑惑癖、質問癖、詮索癖、計算癖などである。

②強迫行為

ある行動を繰り返して、やめようと思ってもやめられない現象である。具体的には、入眠儀式、洗浄強迫、確認強迫、汚言症（汚い言葉を言う）など。

③留意点

- ・青年期に発症することは多いが、3割は10～15歳で発症する。症状は動き、加齢とともに軽減する。
- ・基礎性格は、強迫性格（堅苦しい、几帳面、完全癖）である。
- ・不安を解消するための行為であり、無理に止めさせると破綻する（精神病発病）。
- ・統合失調症の症状として認められたり、うつ病や恐怖症・広汎性発達障害に伴うこともある。

(4) 対人恐怖症【一部は、社交不安障害】

人前で強い不安や緊張が生じ、他人に軽蔑されたり、不快感を与えるのではないかと思ひ、対人関係から身を引こうとする。亜型として、赤面恐怖、視線恐怖、正視恐怖、体臭恐怖、醜貌恐怖、吃音恐怖などがある。

青年期の発症が多いが、加齢とともに軽微となる。また、不登校に伴うこと多く、半見知り状況（電車や教室などの空間に数十人程度）が苦手である。

(5) 思春期妄想症 (自己臭妄想症)

自分の身体から嫌な臭いを発散し、他人に迷惑をかけていると訴える (周囲が否定しても頑として受け入れないという意味で妄想レベル)。

思春期に多い。一過性のものが多いが、何年も持続するもの、統合失調症へ移行するものもある。重症対人恐怖症に分類され、統合失調症と神経症の中間領域と考えられている。軽いものは丁寧に状況を確認するだけで軽快もすることがある。

(6) 緘黙【選択性緘黙】

言語能力を有し (構音機構に異常がない) ながら言葉を発しない状態である。「全緘黙」 (家でも学校でも話さない) と「場面緘黙 (選択性緘黙)」とに分けられる。場面緘黙は、学校や近所などの特定の場所・人に対してのみ発話しない状態で、家の中では普通に会話したり、うるさいほどであったりする。

頭がよく、頑固、意地っ張りであることが多い。外的には萎縮した自我であるが、内的には肥大した自我を併せ持つという特徴があることが多い。また、疾病利得 (緘黙であることで、例えば、教室内での答えることが免除されて、恥をかかなくてすむ) があるため、なかなか治らない (何年も続く) 場合もある。

(7) 摂食障害【摂食障害】

①拒食症【神経性やせ症、神経性無食欲症】

標準体重のマイナス 15% で該当し、マイナス 30% で入院対象となる。痩せてきて、過活動となったり、「まだ太っている」「ちょうどいい」と認知のゆがみ (脳の萎縮が原因といわれる) がある。また、進行すると、体中にうぶ毛が生えてきたり、寒気を感じたり、イスに座るとおしりが痛いと訴える。死亡することもある。

拒食は、自身をコントロールする爽快感があり、食へのこだわりが強く、カロリー計算したり、健康食に凝ったり、たくさん作って家人に強制することもある。

②過食症【神経性過食症、神経性大食症】

家人に隠れて過食しては、後悔の念にかられて嘔吐する。ストレス解消、寂しさを埋めるために過食に走ることもある。

過食は、食物類の万引きや性的逸脱などの行動化がみられることもある。

③留意点

- ・拒食から過食に転じることもあり (リバウンド)、拒食と過食を繰り返すことも多い。
- ・情緒的な母子関係の形成不全が多く、愛情希求のサインであるとみることができる。
- ・思春期・青年期の女性に多く、性格は、真面目、頑張り屋、几帳面、完璧をもとめる。ほかに、未熟で子どもっぽい性格、派手好みで外面の華美をもとめる性格などのタイプも指摘される。
- ・成熟拒否、女性化の拒否も指摘され、治療はなかなか困難である (長期化し、何年も治らなかつたり、20代後半になっても継続している場合もある)。

(8) リストカット

手首の表皮をカミソリなどで薄く切る行為であり、しだいにエスカレートし、より数多く、深くなり、縫合が必要となることもある。また、切る箇所が次第に上がっていき、腕、身体、顔と移動することもあり、人に見つからないように、脇や太ももを切る者もいる。

演技的なニュアンスを感じることもあり、わざとらしく包帯をしてきたり、人に見せて、注目を集めようとすることもある。根底に「さみしさ」があり、対人葛藤が誘発となることが多い。離人症的な状態になっており、切っている時だけが生きている実感を体験する。

思春期・青年期の女性がほとんどで、母子関係がよくなく、母親は「困ったものだ」「いいかげんにしなさい」と思っていることが多い。

切る前や最中は、意識が解離していることもあり、切ったことを覚えていないこともある（尋ねると、いやなことを思い出していて頭が痛くなり、気がついたら切っていた、と報告する者もいる）。

また、カミソリなどが「お守り」的な働き（これがあるからいつでも切ることができるという安心感）をしていることもあり、取り上げて禁止するだけでは解決しない。したがって、代替りのもの（例えば、治療者のボールペンなど）を与え、カミソリは預かるという工夫もある。

(9) 行為障害【素行障害】

行為障害とは、反社会的、攻撃的あるいは反抗的な行動パターンを反復して持続するものである。具体的には、喧嘩、放火、盗み、嘘、学校のずる休み、家出、破壊行為、反発的で症癩的な行動、持続的な激しい反抗などがある（のちに、反社会性人格障害へと発展することもある）。要因として、ADHD、親からの拒絶、一貫しない教育、早期の施設生活などが挙げられている。

7 てんかん

てんかんは、昔は精神病のなかに入れられていた（分裂病、躁うつ病とともに三大精神病といわれた）が、現在では、あきらかに脳（神経系）の問題であるとされている。

(ア) 発作

① 部分発作

発作を起こす脳の部位が特定の場所に限定される。単純部分発作（意識障害は伴わない）は、めまい、自律神経症状、失語、恐怖、錯覚、幻覚などが発作的に現れるものである。複雑部分発作（意識障害を伴い、時間的には数十秒から2分程度）は、もぐもぐ、足踏み、自動症（動作を無意識に続ける）などである。

② 全汎発作

発作を起こす脳の部位が特定されない。発作には、欠神発作（短時間の意識消失、「小発作」とも呼ばれる。ぼんやりとした状態に見える）、ミオクレニー発作（瞬間的に四肢

の筋の対称的な付随的収縮)，間代性発作（全身，四肢をばたばたさせる発作），強直性発作（全身をかたく硬直させるけいれん発作），「大発作」（間代性発作と強直性発作の合併した発作で，突然意識を失い転倒する。時間にして2，3分），脱力発作（筋緊張が発作的に失われ，うずくまったり，転倒したりする）がある。

また，ヒステリー性転倒との区別が大切で，てんかんの場合は頭を打って怪我をするなど危険な倒れ方をするが，ヒステリーの場合は人前できれいに倒れて怪我はしない。

（イ）脳波

てんかんの場合は，ほぼ脳波の異常が認められ，棘波（とげのように飛び出す波）がみられる。昼間の安静時だけではみられなくとも，入院して検査をして，夜に異常が発見されることもある。

（ウ）精神症状

意識障害がみられ，もうろう状態が発作に引き続いて，無関係に現れる。また，気分変動（不機嫌，抑うつ）が発作の前や間欠期に認められることもある。幻覚や妄想を示す精神病状態が続くこともある

（エ）治療

心身の疲労，睡眠不足，過度の摂食は発作を起こしやすくするので注意が必要である。飲酒もよくない。抗てんかん薬（デパケン，テグレトール）によりかなりコントロールされるが，飲み続けないと再発する。

8 発達障害

（1）精神遅滞【知的能力障害】

精神遅滞とは，「一般的知的機能が有意に平均より低く，同時に適応行動の障害を伴っており，かつ発達期間中に現れるもの」（アメリカ精神遅滞連盟）である。つまり，IQだけではなく，社会不適応を加味するということである。

IQでは，1～2標準偏差（15～30）以上低いこと，つまり，IQが85～70以下である。このIQ70～85を境界知能という。また，最重度（20以下），重度（20～34），中等度（35～49），軽度（50～70）と分類することもある。

感情や意志の面でも発達の障害があり，けいれん，興奮，衝動行為を伴うことがある。境界知能は，抽象概念が苦手な，小学校高学年以降に苦労し，自分が努力してもできないということをひしひしと感じる能力がある。

（2）広汎性発達障害【自閉症スペクトラム障害】

広汎性とは，発達の障害が広範な領域にわたって生じているという意味である。3歳までには診断され，突然（小学生，中学生からとか）自閉症となることはない。しかし，幼

児期に自閉症と診断され、その後言葉が伸び、6歳ではアスペルガーに該当し、さらにその後中学生年代では、非定型自閉症となったという経過をたどることもある。

①自閉症

知的障害を伴い、認知・言語・社会性における障害で、約7割に知的障害が、15～30%に全身けいれんがみられ、脳波にも異常所見があることが多い。

幼児期に始語や言語発達の遅れがあり（おうむがえしの言葉がみられる）、周囲の人に関心を示すことがなく、おとなしく一人遊びする。視線が合わない、人見知りしない、迷子になることもあり、同一性の保持（常同的行動）の強迫的欲求（不安への対処）がある。また、興味の限局（図鑑、記号など）や、光るものへの熱中がみられる。

知覚過敏（聴覚、視覚、味覚）や偏食がみられることが多く、環境の変化や思いどおりにならないことに対するパニック、自傷行為なども多い。

②高機能自閉症

知的障害を伴わず（IQ70～85以上）、認知・言語・社会性における障害は同様である。

③アスペルガー症候群

知的障害を伴わず（IQ70～85以上）、言語の障害が軽微である。しかし、硬さ、頑固さを持ち、独特な考え方をしたり、屁理屈をこねたりする。また、対人関係上で、他人のこのころを読むことが苦手で、被害的に受け取りやすい。このような特徴のため、いじめの対象となることもある。

④PDD-NOS（特定不能の広汎性発達障害）

上記①～③の3つの診断基準を満たさないもの。医療機関によっては、この診断が一番多いこともある。

（3）ADHD（注意欠陥多動性障害）【注意欠如・多動性障害】

DSMでは、発症年齢は7歳【12歳】までで、多動、不注意、衝動性の特徴をもつ。したがって、中学生以降に突然ADHDになることはなく、それ以前からこれらの特徴を持つ。不器用な面があったり、学習障害や協調運動障害を併せ持つことも多い。多動性・衝動性については、加齢とともに和らぐ（不注意は継続）。本人の身勝手ととられ叱責されるため、自尊心が低下し、反抗的であることが多い。経過中に、チックや抜毛癖がでたり、抑うつ的となったりすることもある。

病型は、「混合型」「不注意優勢型」「多動性-衝動性優勢型」の3つに分けられ、学齢児の3～10%が該当する。

治療は、メチルフェニデート、抗うつ薬、抗てんかん薬、精神安定剤などが効く場合もある（7割に効果がある）が、薬効時間が短いものがある（一番よく処方される、メチルフェニデートの一種であるコンサータは、朝飲めば夕方まで効く）。

対応として、刺激を少なくする（教室をのりをあまり飾らずシンプルにする）、分かりやすい指示をする、一貫した対応をする、などの環境を整え（これを「構造化」という）、できる課題を与えて達成感を得させ、すこしでもできればほめる。また、興奮状態となったら、場所を変えて、落ち着かせる（タイムアウト）。

(4) LD (学習障害) 【局限性学習障害】

LD とは、「全般的な知的能力に遅れはないが、聞く、話す、読む、書く、計算するまたは推論する能力のうち特定のものの習得と使用に著しい困難を示す状態」である。WISC などの知能検査の下位検査のばらつきから類推できることもある。

注意、集中が困難で、多動を伴うことがあるが、逆に、ぼうっとしていることもある。情緒は不安定で変わりやすく、衝動的で突然の行動をとることがある。また、こだわりも強く、行動の切り替えが苦手であり、身体全体、指先が不器用なことが多い。実際に、かなり ADHD と重複している場合もある。

対応は、子どもの能力の特徴を見極め、学業・対人関係の達成可能な小さな課題を作り、できたらほめ、自尊心を育てる。

9 その他の病理

(1) 心身症

心身症とは、「身体症状を主とするが、その診断と治療に、心理的因子についての配慮が、とくに重要な意味をもつ病態」（日本心身医学会）である。具体的には、過呼吸、喘息、食思不振症、神経性嘔吐症、過敏性大腸症候群、頭痛、自律神経失調症、チック、湿疹、心因性発熱などがあり、ほとんどの身体病は心身症的であるといえる。

薬では対処療法的で一時的のぎにはなるが、改善しないことが多い。また、内科的な検査をしても異常が見つからないこともある。

治療としては、ストレスの特定と、その状況からの離脱と休養が必要となる。

(2) 睡眠障害【睡眠・覚醒障害】

睡眠障害には、睡眠の量の障害と質の障害がある。具体的には、不眠症、夢中遊行症、夜警症、過眠症、ナルコレプシー（睡眠過剰）などがある。

神経症的な不眠では、入眠困難が訴えられることが多く、うつ病や急性統合失調症でも、不眠、途中覚醒などが出現する。また、不登校の子どもも、不眠を訴えることが多い。

原因としては、近年では、スマートフォンやゲームの長時間の使用のため生活リズムが乱れてしまう例が多い。

睡眠薬（導入型、持続型）は効かない場合もあるが、抗うつ薬の SSRI は依存性もなく神経的不眠にも効く。睡眠外来という専門の外来もあるが、薬だけではなく、認知行動療法などの心理療法も併用することが有効である。

(3) ネット依存

今や、ネット依存は、小学生から大学生まで（もちろん大人にもいるが）蔓延しており、寝る時間を惜しんではまっている者がたくさんいる。そのため、生活習慣は乱れ、睡眠不

足、食欲不振、集中力低下となり、結果として、成績低下、不登校、ひきこもりとなってしまう例もある。

もともと対人関係を苦手とする者（発達障害、社会不安障害）が多く、バーチャルな世界では安心して他者とかわりをもてるので、ますますのめり込む。

治療は、心理教育（ネット依存がいかにかい怖い）、精神療法（認知行動療法、作業療法）、入院、家族会などがある。

（４）PTSD（心的外傷後ストレス障害）【心的外傷後ストレス障害】

PTSDとは、災害、暴力、いじめなどの心的外傷体験を契機として発症する精神障害であり、再体験（夢でみる場合もある）、フラッシュバック、覚醒亢進（不眠、イライラ）、健忘などがあり、関連した物を避ける（例えば、事故に遭った現場を避けて通る）。解離症状（離人症状、解離性健忘）を示すこともある。

治療には、EMDR（眼球運動による脱感作）が効くといわれている。

（５）思春期（青年期）危機

青年期にみられる一過性の精神変調と行動異常で、時として、解体型統合失調症に類似する症状を示すが、予後は良好なもの。怠学、薬物・たばこ・アルコール依存、種々の神経症症状、反応性錯乱などがみられることがある。

（６）思春期内閉（山中）／ひきこもり

思春期内閉とは、山中（1978）が提唱した概念で、自閉症などの病的な「自閉」と分けて、思春期にある子どもの不登校の中でも、健康度の高いひきこもりをいう。自我を守るために内閉し、そこで再生（変身）へのエネルギーをためている。したがって、内閉を保証し、かわりの「窓（接点）」を大切にす。

一般に、不登校から、本格的な「ひきこもり」へと移行する事例が多い。また、登校していても人と交流しない「情緒的ひきこもり」という事例もある。

10 留意点

（１）病理の好発年齢

病理には一定の年代に起こりやすい好発年齢がある。例えば、精神病である統合失調症とうつ病は、基本的には大人の病気なので、少なくとも思春期以降に表れる。同じ統合失調症でも、解体型はこの思春期・青年期から発症する可能性があるが、妄想型や緊張型は成人以降の発症となるし、単極性のうつ病についても、基本的には成人以降に多い病理であるが、双極性うつは、10代後半から発病する。

また、対人恐怖は、思春期・青年期に好発年齢となるし、発達障害については、自閉症

は3歳までに、ADHDは7歳【12歳】までに現れるものとされているので、中学生以降になって突然発達障害となることはない。

（2）子どもの病理の特徴

子どもの病理は、大人のように典型的に発症をせず、身体化する。前駆症状（不眠、情緒不安定、風邪など）に注意が必要である。また、教科書的には進行せず、部分的、停止、回復することもある。

心理的なサポートにより病理の発症を食い止めたり、進行を妨げたりすることがある。

（3）正確なアセスメント

不十分な知識を基に、安易にレッテルを貼ってはならない。病理については、より正確な判断が必要である。概して、心理や教師は、病理を軽く見がちで、まず身体因を疑い除外することから始める（医者に紹介する）。逆に、親は深刻に考えがちである。したがって、情報の丁寧な聞き取りが大切である。また、おかしいなと思ったり、心配があれば、早い段階から専門家のコンサルテーションを受ける必要がある。

（4）親への対応

親に対しては、話をていねいに聞き、不安な気持ちを情緒的に支えることが大切で、必要に応じて正しい知識・情報を伝達する。共に悩み、相談するという態度が大切で、親のしつけが悪いとか、学校に非協力的というような批判をしても、得るところはないどころか、親の学校批判をまねくことがあるので注意する。

（5）薬の理解と説明

精神科で処方される薬（向精神薬）について、基本的なところをまとめておこう。

まず、大きく分けて、向精神薬には6種類ある。それは、①抗精神病薬（30種類：メジジャー・トランクライザーといい、統合失調症の症状を改善）、②抗うつ薬（16種類：うつの改善）、③抗不安薬（18種類：マイナー・トランクライザーといい、不安を改善）、④睡眠薬（19種類：睡眠障害を改善）、⑤気分安定薬（4種類：双極性障害を改善、てんかんにも用いる）、⑥中枢刺激薬（3種類：多動性を改善）である。基本的には、どの薬も副作用があり、依存性があるものもある。また、複数を組み合わせて副作用がでることもあるので注意が必要である。また、処方量は、基準を1とすると、2、3倍から10倍くらいの幅があり、初めは最低量（子どもはさらに2分の1）から始めるのが普通である。さらに、効果が安定するまで数週間かかることもあり、個人に合った、薬の種類（複数の組み合わせも）と処方量を調整していくことが大切である。

子どもや親に、薬の説明（理解、種類）が必要となることもある。筆者の説明であるが、精神科や診療内科で処方される薬は、風邪薬や頭痛薬と同じように考えて理解してもらおう。

風邪にどの薬が合うか、どの量が合うかは個人によって違いがあり、好みもある。また、かならずしも著効するわけではなく、説明にも「諸症状の緩和」と書いてある。これと同じように考えて、薬は、つらいときにはあった方がよく、あとは自身の免疫力や気のもち方も大切である、と説明する。

(6) 医療機関へのリファーマと連携の工夫

医療機関へつなぐことは必須である。その方法としては、いくら正しいことであっても、単に「病院にかかってください」と言うのでは抵抗にあう。場合によっては、病氣と宣告された、学校に見捨てられたとして怒りを買うかもしれない。そこで、丁寧に親の話を聴き、不安に寄り添って、親の方から医療機関にかかった方がよいかと尋ねてくるのを待つ。

いざ、紹介するときには、複数を用意して親に選択してもらう。最初は、教師が同行することを提案してもよい。親は、そうとう不安を抱いているので、教師が同行すればずいぶんと心強く感じたり、信頼を寄せてくれるので、その後の医師との連携もスムーズとなることが多い。

<参考文献>

- APA(1995)：DSM-IV精神疾患の分類と診断の手引．医学書院．
APA(2014)：DSM-5精神疾患の分類と診断の手引．医学書院．
原仁・杉山登志郎(1991)：教師のためのやさしい精神・神経医学．学研．
笠原嘉他編(1991)：必修精神医学 改訂第2版．南江堂．
加藤正明・保崎秀夫監(2006)：精神科ポケット辞典 新訂版．弘文堂．
加藤敏・神庭重信・中谷陽二他編(2011)：現代精神医学事典．弘文堂．
中根晃(1997)：新児童精神医学入門．金剛出版．
小此木啓吾・深津千賀子・大野裕編(2004)：心の臨床家のための精神医学ハンドブック 改訂．創元社．
清水将之(2010)：子どもの精神医学ハンドブック 第2版．日本評論社．
氏原寛他編(2004)：心理臨床大事典 改訂版．培風館．
渡辺雅幸(2007)：専門医がやさしく語る はじめての精神医学．中山書店．
山口登・酒井隆・宮本聖他編(2014)：こころの治療薬ハンドブック 第9版．星和書店．
山中康裕(1978)：思春期内閉 Juvenile Seclusion- 治療実践よりみた内閉神経症(いわゆる 学校恐怖症)の精神病理- 中井久夫・山中康裕編，思春期の精神病理と治療．岩崎 学術出版社，pp.17-62．