

精神疾患で比較的多い病気の特徴

1. 統合失調症

統合失調症は、10代から40代くらいまでの比較的若い世代に起きやすく、約100人に1人の割合でかかる病気です。

症状には個人差がありますが、主な症状として、実際には存在しないものを知覚する幻覚や誤った考えに確信を持つ妄想、頭の中が混乱して考えがまとまらなくなる思考障害、興奮症状等があり、これらはまとめて陽性症状と呼ばれます。また意欲の低下や自閉傾向（閉じこもりがちなこと）など、エネルギーが無くなったような状態になることも多く、これらは陰性症状と呼ばれます。このような症状をともなって、多くは20歳前後に発病します。しかし幻覚や妄想は、本人にとって全くの現実と感じられるため、発病を自覚できないことがあります。本人より先に家族や友人が異変に気づくことも多いようです。

原因ははっきりしていませんが、その人の生まれ持った素質、生まれてからの能力・ストレスに対する対応力、ストレスを引き起こすような環境要件などが絡み合って発症します。脳内には神経伝達物質と呼ばれる物質が存在し、その量の異常も関係していると考えられています。

治療は、薬物療法、精神科リハビリテーション、精神療法等があります。薬物療法では、抗精神病薬という、神経伝達物質の量を調整する薬を用います。薬の進歩は目覚しく、最近の抗精神病薬は幻覚や妄想を取り去るだけでなく、従来の薬では難しかった陰性症状の改善にも効果があります。精神科リハビリテーションとは、その名の通り精神の不調をリハビリすることです。症状によって仕事や学校等の社会生活ができなくなっていることも多いので、集団でスポーツやゲーム、対人交流の練習等を行って社会復帰の訓練をします。精神療法とは、医師によるカウンセリングのことです。実際の治療はこれらをバランスよく組み合わせて行います。治療法の進歩によって、適切な治療の継続により、その症状を相当程度安定化させ、寛解又は治癒することができます。

2. 気分（感情）障害

気分障害は、気分や感情の変化を基本とする障害で、気分が沈んだり、高ぶったりするのが特徴です。気分の変化に伴って生活全般の活動性も変化します。また、ストレスが気分の変化のきっかけとなることが多く、しばしば再発を繰り返します。

気分障害は、大きく双極性感情障害（躁うつ病）とうつ病の二つのタイプに分けられます。うつ病は、以前は躁うつ病のひとつのタイプに含めていましたが、現在は、独立した診断名としてあつかわれる傾向にあり、従来の躁うつ病と同じ意味では双極性障害が用いられています。

双極性感情障害は、気分が高揚し、生気がみなぎって活動的となる時期（躁病エピソード）

ード)と、気分が落ち込み、元気がなく活動性が下がる時期(うつ病エピソード)を交互に繰り返す病気です。エピソードはふつう完全に回復します。躁病エピソードだけを示す患者は比較的少ないですが、そのような場合も双極性障害と診断されます。

一方、うつ病は、うつ病エピソードだけがみられる病気です。この病気にかかると、患者は通常、気分が沈み、興味や喜びが失われ、生気がなく活動的でなくなります。ちょっとしたことでも、ひどく疲れやすく感じます。そのほかにも、集中力・注意力の低下、自信の低下、自責感が目立ち、将来を悲観して、自殺を考えるようになりがちです。時々、イライラ感や不安感が目立ち、かえって落ち着きがなくなる場合もあります。しばしば不眠、食欲低下、体重減少、性欲減退などの身体症状を伴うために、最初は体の異常を疑って一般の内科を受診する患者も少なくありません。うつ病にかかった患者は、気分転換や慰めにもほとんど反応しませんが、朝方悪くて、夕方には少し症状が軽くなるという日内変動がみられることがあります。

国民の約15人に1人がこれまでにうつ病にかかったことがあるにもかかわらず、その4分の3は医療を受けていないといわれており、うつ病が国民にとって非常に身近な問題であるにもかかわらず、その対応が適切になされていないのが現状です。うつ病への気づきと適切な診断・治療が重要です。

3. 神経症性障害

神経症の症状は多彩で、様々なタイプがありますが、その大部分が心理的原因と関連していると考えられています。身体的な原因やはっきりとした理由が見つからないにもかかわらず、機能的な障害をもたらすので、周囲が感じるよりも患者の苦しみが強いという特徴があります。

もともと神経症の分類は心理学的な理論に基づいてできたものですが、現在は、その症状のタイプによって、パニック障害、全般性不安障害、恐怖症性障害、強迫性障害、重度ストレス反応・適応障害、解離性障害、身体表現性障害、離人現実感喪失症候群などに分類されています。これらの病気は、それぞれ特徴のある症状や経過をたどりますが、いずれも心理的な要因が関与しているだろうと推測されています。社会や文化的背景によっても症状には違いがあるといわれています。しかし、一部の神経症では、従来考えられていたよりも、脳の機能的な障害が関与している可能性が指摘されています。事実、心理的な治療とともに薬物療法によって良くなるタイプもあり、また、うつ病と合併することも多い病気です。ここでは、神経症のなかでも頻度の多い病気について説明します。

パニック障害

急激に非常に強い不安(パニック)発作を繰り返す病気です。症状は、ほとんど突然に始まり、動悸、胸痛、窒息感、めまいなどとともに、「現実ではない」「気が遠くなりそうな」感じや「死ぬかも知れない」という恐怖、あるいは「気が狂ってしまいそう

になる」恐怖を伴います。発作は通常数分間しか続かず、生命に危険はないのですが、これがバスや雑踏などの特定の状況で起こると、その後患者は、そのような状況を避けるようになりがちです。次第にパニック発作がまた起こるかもしれないという予期不安のために、外出を控えるようになることがあります。薬物療法や精神療法が効果的です。

全般性不安障害

パニック障害とは異なり、慢性的な不安を特徴とするもので、不安や心配の材料が次々と移り、何もかもが気がかりになってしまう病気です。たえずいらいらしている、ふるえ、緊張、発汗、頭のふらつき、動悸、めまいと胸苦しきなどの訴えがよく認められます。患者は、家族がすぐにでも病気になるのではないかと、事故にあうのではないかと常に気にしており、心配事が絶えません。しばしば周囲から慢性的なストレスを受けていることがあります。また、大抵はうつ病を合併しています。

強迫性障害 [強迫神経症]

患者は、不合理と感じながらも意思に反して不快な考えが繰り返し浮かんだり（強迫思考）、確認や儀式的な動作を繰り返す病気です。具体的には、4、13などの不吉な文字が頭に浮かぶ、戸締まりや火の始末が気になって何度でも確認する、不潔が気になって手洗いを繰り返すなどの症状がみられます。患者は、こうした考えや行為をばかばかしいと感じ、かつ不愉快で、なんとか止めたいと努力するのですが、うまくいきません。そのために、動作に時間がかかり、日常生活が著しく制限される場合もあります。また、強迫思考はうつ病と関連することも多いです。この病気の患者には、もともと几帳面で堅苦しいといった性格的特徴がよくみられます。患者にとってはなかなか厄介な病気ですが、最近は薬物療法が進歩しています。

4. 摂食障害

摂食障害の患者の最も大きな特徴は、体型と体重に関する態度と価値観です。つまり、やせていることを素晴らしい事、太ることを嫌悪すべきこととした上で、自己評価が体型及び体重の影響を過剰に受けています。「やせ」と体重減少が理想化され、追求され、体重増加と「肥満」を回避することに大変な努力が企てられます。この病的な考えの中心は、自らの価値を体型や体重で判断、評価する傾向です。通常は自己価値を多種多様な領域における能力（例えば、対人関係の質や、仕事での業績や、スポーツや他の趣味での能力など）で評価しますが、摂食障害の患者は体型や体重によって自分を評価するわけでは

心理的な要因や生物学的な要因は摂食障害の原因として無視できませんが、社会文化的な影響も非常に大きいといわれています。摂食障害はこれらの原因が複雑に重なった上で発症すると考えられています。

摂食障害には、大きく分けて神経性無食欲症（拒食症）と神経性大食症（過食症）が

あります。神経性無食欲症という名前から想像すると、食欲の低下が中心的な問題であるかのように思われますが、その病気の最も重要な特徴は太ってしまうことへの恐れに関連した、「やせ」の追及です。精神医学的には「やせ」についての定義として、年齢と身長からみた正常体重の85%以下というものや、BMI（体重 Kg/[身長m]²）が17.5以下という基準が用いられます。例えば身長160cmの人なら44kg以下になればこの基準を満たします。また、女性の場合は無月経もやせに引き続いて起こります。神経性無食欲症患者の9割以上が女性といわれています。

神経性大食症の特徴として、むちゃ食いがあげられますが、これはふつうの人が食べる量よりも明らかに多い食物を食べ、そのとき本人にはその食行動を制御できないという感覚をとまなうものです。過酷なダイエットの代償といえるかもしれません。また、むちゃ食いによる体重増加を恐れ、下剤を用いたり、自分で嘔吐をする患者も多く認められます。

5. 睡眠障害

調査によると、日本人の5人に1人が睡眠の問題を抱えています。一口に睡眠の問題といっても、その種類は多様です。おおまかには、①睡眠自体に問題のある「睡眠の異常」、②睡眠自体には問題はないが、睡眠と覚醒のリズムに問題のある「概日リズム症候群」、③眠っている間に問題の起こる「睡眠時随伴症状」に分かれます。

睡眠の異常に関しては、まず、寝つけない・途中で起きてしまうなどのいわゆる「不眠症」があります。身体疾患や、うつ病などの精神疾患が原因になっている場合があります。また、加齢や環境からの影響も大きく受けます。反対に過度の眠気が起こり、日中や眠ってはいけない場面などでも眠り込んでしまう「過眠症」もあります。この中の「ナルコレプシー」という病気は、急に発作のように短時間眠り込んでしまう症状が長期に続きます。また、睡眠中の呼吸の障害からきちんとした睡眠が得られず、全身倦怠感や注意力低下などが続く「睡眠時無呼吸症候群」もあります。肥満や骨格上の問題が原因となる場合が多いようです。

睡眠と覚醒のリズムがさまざまな理由で乱れてしまう「概日リズム症候群」では、しるべき時間に寝たり起きたりする事ができなくなり、日常生活に長期に支障をきたします。生活リズムの乱れや、交代制勤務による不規則な睡眠時間が原因となりやすいようです。

睡眠時随伴症状にも、いくつかの種類があります。寝入りや寝ている時に我慢しがたい足のむずむずを呈し不眠となるのが、「むずむず足症候群」です。また、寝ている間に急に暴れたり、起き上がって動き回り怪我をしてしまう状態もあり、「レム睡眠行動障害」と言われます。

以上のように、一口に睡眠の問題といっても、様々な種類があります。睡眠の問題は、陰に大きな病気が隠れていたり、過度の眠気から大きな事故を引き起こす事もあり、生活に与える影響は思った以上に大きなものです。適切な治療を行えば睡眠の改善とともに

に生活の質の向上も見込めますので、少しでも睡眠に対して悩みを抱えている方は早めに受診する事が大切になります。

6. アルコール・薬物依存症

依存を生じる物質は数多く、アルコールやタバコのような嗜好物、鎮痛剤や睡眠薬などの医薬品、シンナーのような有機溶剤、覚醒剤やコカイン、大麻などの非合法薬物など色々な種類があります。依存症とは、これらの物質を欲しくてたまらない、摂取しないでは我慢できなくなる状態で、そのための行動をコントロールすることが困難となります。その物質の摂取を止めると、重い自律神経症状が出現したり（身体依存）、抑うつや不安などの精神症状が出現する（精神依存）ために、なかなか止めることができません。またアルコールでは、使用量を増やさないと最初ほどの快楽が得られないために、次第に使用量が増えてゆくこと（対応力）が認められます。体にとって有害な作用を及ぼすことが明らかになっているにもかかわらず、依存のためにアルコールや薬物を使わざるをえなくなります。

長期間の飲酒歴のある重いアルコール依存症患者では、飲酒を中止した後に数日間、振戦せん妄という錯乱状態を生じることもあります。振戦せん妄では、意識混濁に幻覚や妄想、興奮などがみられます。覚醒剤やシンナーの依存症では、長期間の使用による神経毒性により精神病状態や痴呆を来すこともあります。

依存症からの回復には、専門的な治療プログラムに取り組む必要があります。また、依存症から立ち直った元患者からの助言や支援も有益で、自助グループ活動への参加が勧められます。

(鮫島構成員提供資料をもとに作成)