

第1章

精神症状の診かた



1 総論

1.1 精神症状とは何か

精神症状とは脳内で起こっている何らかの病的な働きが、動作、表情、行動、言語、認知などの変化として現れたものである。精神障害により生じるさまざまな症状が病気の徴候であると判断するには、まず正常なこころの働きを十分に理解することが必要である。なぜなら精神障害による症状として患者に認められるものが、健康な者にまったく存在しないとはいいい切れないからである。その例としては「抑うつ」がある。抑うつは誰でも日常的に遭遇する感情的な体験であり、社会のなかで生活するうえで避けることのできないこころの働きである。または「不安」もそうである。もし不安がなければ、人はどうなるだろうか。古代人に不安がなかったら、人類は長い歴史のどこかで消滅していたに違いない。不安があるからこそ、われわれは危険を回避したり何かを考案したりするのである。これは「痛み」について考えてみると理解しやすい。痛みを感じなければ人は危険な物に安易に近づき、その結果として身体に重大な障害を負うことになるだろう。われわれは病気には至らないまでも、何らかの軽い徴候が存在することによって、人間として生存し続けることが可能なのである。

正常なこころの働きは個人によって、また文化や生育環境によって、大きく異なるものである。われわれは自分が生育してきた経験をもとにして、何かを考えたり評価したりするのが普通である。その狭い経験の範囲で精神症状の診断を行うことは、間違いを起こす可能性が大きくなる。ある環境で生育した人には理解できても、異なる環境で生育した人には理解できない行動や考えがある。例としては、長時間労働による過労と精神障害との関連がある。長時間労働を強いられたことでうつ病などを発症し、その後自殺に至るケースがたびたび報道されている。これを受けて、長時間労働を規制すべきであるという意見が出されている。しかし長時間労働がストレスになる理由が分からないとか、病気になるのはその人が特殊だからではないかとの意見をいう人もいる。そのような見方に対し、近年では職場のなかで脆弱性をもつ人を基準として健康対策を取るような指導が行われるようになった。こころの働きやその疾患における多様性を、自分の経験だけで理解することは極めて難しいことなのである。

もうひとつ、こころの働きにおける正常と異常の間には、広大な境界域が存在していることを知るべきである（図 1.1）。ある一点をもって正常と異常（病的）を区

別することは、現時点では不可能である。ほとんどすべての精神症状は、スペクトラムとして理解しなくてはならない。スペクトラムとは、「一定の分布範囲をもった連続体」ということである。例として不安をあげるとしよう。すでに述べたように、不安を感じたことのない人間はいない。しかしそれは病的なものではなく、放置しておいても自然に消失する性質のものである。一方でパニック発作にみられるような、このまま死んでしまうかもしれないと感じるような極度の不安もある。正常な不安と病的な不安は、質と量においてかなり大きな違いがある。しかしその両者は連続しており、どこかで明確に区別ができるものではない。精神障害をもつ人が、いつでもどこでも精神症状を示していると考えerことは間違っている。人のなかには、正常な部分と病的な部分が、モザイク状に入り混じっていることがほとんどである(図 1.2)。もし患者の正常な部分しかみなければ、その人は病気にはみえないだろう。逆にいえば、健康な人のなかにも何らかの病的な部分があって、そこだけを見れば健者と病者の区別などつかなくなってしまうのである。

健康

境界域

疾病

こころの病気においては、健康と疾病を一点で明確に分離することはできない。健康な状態と疾病の状態の間には広い境界域があり、一人の患者でもそのなかを行ったり来たりすることがある。

図 1.1 スペクトラムの概念



人のこころの働きは、健康な部分とそうでない部分がモザイク状に入り混じっている。精神疾患に罹患している人のこころの働きが、常に病的であるということはない。健康な部分を見つけて、それを伸ばしていくことがリハビリテーションの目標である。

図 1.2 モザイクの概念

精神症状の診かたについて、始めに述べておきたいことは以下の3点である。

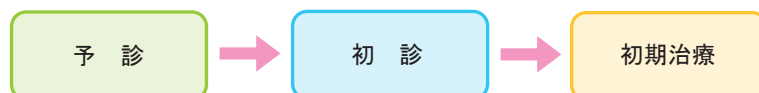
第一には、病的なことの働きにはそれが存在する何らかの理由があるということである。それがあつた時にある人に出現するには、その人の人生において何らかの理由が存在するはずである。その意味を探していくことで、病気からの回復への糸口がみつかる場合もある。

第二に、医療者の限られた経験だけで他人を評価することが、いかに間違いを起しやすいかを認識する必要がある。常に患者の立場で成育歴や現病歴を整理し、その病気の成り立ちについて考えていくことが重要である。

第三に、精神症状はスペクトラムとして捉え、どんな人であっても健康な部分とそうでない部分が混ざつた存在であると考えらるべきである。病的な部分だけをみるのではなく、いかに健康な部分を引き出すかということをリハビリテーションの目標とするべきである。

1.2 予診と初診さらに初期治療

初診とは患者が、病院やクリニックを診療のために初めて訪れることである。ここでは当然のことながら、過去の病歴や生活歴などが長い時間をかけて話し合われる。予診とは初診の前に、あらかじめ初診に向けて基本となる医学的情報を集め手際よく診療録（カルテ）に記載することである。予診は初級者が上級者の診察の前に行い、上級者の前で患者紹介（プレゼンテーション）を行うことが多い。したがって予診と初診は連続して行われ、場合によって患者は同じことを何回も話すことになる。このような手順は大学病院や一部の教育機関で行われているが、初級者にとってはきわめて勉強になるものである。一方で患者のほうはといえば、何回も同じ質問をされたり診察時間が長くなつたりすることで、かえってストレスに感じる可能性もある。精神医療の特殊性として常々いわれていることは、この初診の時点から病気の初期治療が始まっているということである。診察室で患者確認と医療者の自己紹介が行われる瞬間から、既に治療的アプローチが開始されていることを忘れてはいけない（図 1.3）。



病院を始めて訪れるとき 患者は予診を経て初診の診察に入るが、この時点から初期治療は始まっていると考えて対応すべきである。

図 1.3 初期治療への診察の流れ

最近では初診時に紹介状を要求することが多くなっているが、これも見方によっては考え物である。なぜかという、どうしても前医の紹介状にある診断名や経過の記述に自分の判断が影響を受けるからである。そうではなく、まったく白紙の状態で一人の患者と対峙し過去から現在までの話を聞く。そのうえで最終的な臨床診断に至る、そういう過程こそが重要ではないかと考えるのである。実際のところ初診患者から、紹介状をもってきたがそれに捉われずに自分の病気を診てほしい、と真剣に頼まれたことも何回か経験している。紹介元が同じく精神科である場合は、何か転医するにあたって不都合があったのだろうか心配になってしまうこともある。病気の治療が順調に進んでいけば、わざわざ紹介状をもってこないだろう。そういう先走った考えや過剰な懸念が、初診時の診断を迷わせたり対応に不手際を生じさせたりすることを何度も経験している。初診や患者に初めて面接するときの対応は、その後の転帰を左右する可能性があり、注意して行う必要がある。

医療者のなかには、そもそも初診時から患者に継続して関わるということが少ない職種もある。例えば入院後に初めてリハビリテーションを開始する場面で、急性期を過ぎて回復に向かっている患者の担当になるような場合である。そういうときは最初にカルテを読んで現在までの病歴を把握し、担当医や看護師に患者の状態像や接し方の注意点を聞くなどの準備が必要である。このような下準備は可能な限り行うべきであり、いきなり今日から担当の何某です、などといって不用意に自己紹介するようなことは避けたほうがよい。患者にとって新たな対人関係を結ぶということは、強い心理的ストレスとなり得るからである。医療者の対応次第では、せっかく落ち着いてきた病状がまた不安定になったりすることがある。治療グループに新たなメンバー（患者にしろ医療者にしろ）を迎え入れるときも、古くから参加しているメンバーに動揺がみられることがある。そのような集団内の力動は避けられるものではないが、注意深く観察していく必要がある。

1.3 共感性と感情伝染

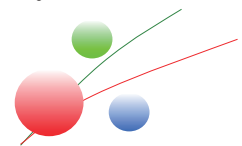
患者と対話するときには、どういう態度で臨んだらいいだろうか。これには正解はない。うつ病の患者はいつも深刻な表情で話しているが、医療者も同じように深刻な顔で話を聞いたほうがよいだろうか。また統合失調症の患者は表情の変化が乏しいが、医療者も同じように表情を変えないで接するほうがよいだろうか。必ずしもそうではないだろう。双極性障害（躁うつ病）の患者は気分変動が大きい、それにあわせてこちらの対応が変化するのはよくない。患者がどのような状態で現れても、医療者は動じる様子はみせないようにしたいものである。つまり、「その程度

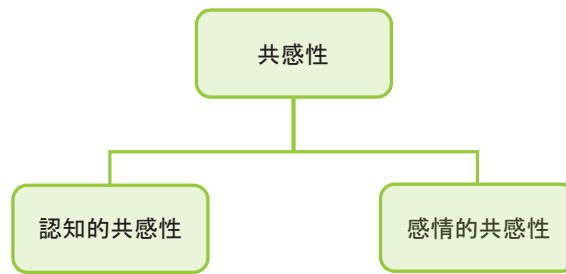
の病状の悪化は何度も経験しています」という感じをみせたほうがよい。患者は、結構しっかりと医療者をみているのである。どんなに泣き叫んでいたり取り乱したりしていても、それに反応して医療者も動揺するようでは患者やその家族から信頼は得られない。常に感情的に一定の範囲で対応し、患者の状態に左右されない素振りが必要である。もちろん、内面はそうでないとしても。

一般的に患者に接する態度としては、支持的かつ共感的な態度が好ましいとされている。共感性とは相手のこころの状態を察する能力であり、認知的共感性と感情的共感性に分けられる（図 1.4）。認知的共感性は、相手の考えや動機、意図、信念などを推察するこころの働きである。感情的共感性は、目の前にいる相手の感情を推し図る能力である。これらはいずれも人間に元来備わっている能力であり、それを効果的に使うことで多くの場合は対応が可能である。相手の行動、動作、視線、言語内容などからその思いを推察し、理解しさらにその後に起こる事態を予測する。すなわち患者の一举手一投足に注意を向け、感覚を研ぎ澄ませることである。この機能を十分に働かせることで、患者についてかなりのことが分かってくる。しかし予期せざる事態が生じることもあるので、過信は禁物である。相手の気持ちを推し量る能力については「こころの理論」として、主に自閉スペクトラム症において働きが低下していると考えられている。

相手の表情、声の抑揚、行動や態度などから、その人の気分や感情状態を把握することは大事な臨床技能である。心理学では人の表情には、基本的な6個の要素があるとされている。これらは世界標準であり、どんな文化や民族にも存在すると考えられている。これらは、怒り (angry)、嫌悪 (disgust)、恐怖 (fear)、悲しみ (sad)、喜び (happy)、驚き (surprised) の6種類である（図 1.5）。これらの6種類の表情は、それぞれを生み出す脳内の感情要素が存在する。現在の脳科学では、これらの感情要素が脳の前頭葉内側面に分布していることが分かっている。

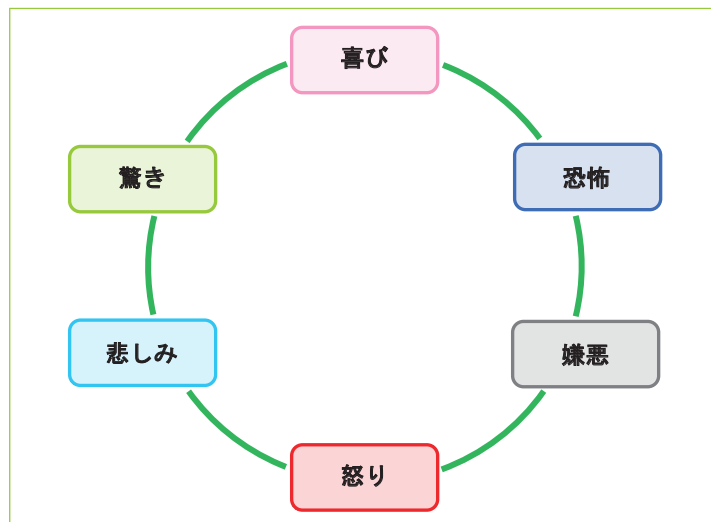
基本感情のうえには社会的あるいは倫理的に規定された、より高次の感情が存在する。それらは例えば、愛情、憐み、懐かしさ、嫉妬、羨望、恨みなどという感情である。これらの高次感情にはそれぞれに対応するような表情はなく、上記の基本表情の入り混じった複雑な表情となる。精神障害では感情や気分が大きく変動したり、逆にまったく感情が生起されない状態になることがある。そのような状態をみて、短時間で的確に相手の感情を判断する能力を高める必要がある。





相手の気持ちを理解する共感性の働きは、人にそもそも備わっているところの機能である。一般的に共感性は、認知的共感性と感情的共感性に分けられる。認知的共感性は、相手の思考内容、意図、信念などといったものを理解する働きである。感情的共感性は、相手の感情や気分などを把握するところの働きである。

図 1.4 共感性の分類



人の感情およびその発露である表情は、基本的に6種類が存在すると考えられている。この6種類の基本感情は、人種や文化、民族などによらず世界共通に存在する。

図 1.5 6つの基本感情

一方で重要なことは、人間には感情伝染というところの働きが存在することである。これは相手が示しているのと同じ感情が、観察者にも自働的に生じてしまう現象である。簡単な例では、あくびをしている人を見ると自分もあくびをしたくなるのと似ている。このような現象は運動反応で起こりやすい。例えば野球観戦をしていたとしよう。投手が投げた球を、打者が打ち返す情景を思い描いてほしい。打球は一直線に投手の頭部に向かったが、投手は素早く手にはめたグラブでそれを捕球する。間一髪でアウトの瞬間である。このような瞬間には、みているほうも思わず手で頭を覆うような、投手が行った動作と同じ動作をしてしまうものである。この

現象が起こる頻度はテレビで観ている場合より、実際に球場で観戦している場合のほうが多いであろう。それと類似の現象が、感情の領域でも生じるのである。つまり患者の示している感情の変化と類似した状態に、医療者が陥ってしまうという事態になる。それもその患者に対して、長期間にわたり密接に関わっている医療者に起こりやすい。これには注意が必要で、患者に対する支持的共感的態度が強い人に起こりやすい。医療者が患者に心理的に接近することは重要だが、十分に注意して行うべきである。

1.4 発達過程の確認

例え成人の患者から病歴を取る場合においても、その人の幼少期における発達過程を知ることには十分な臨床的意義がある（図 1.6）。まず出産とその直後に何か問題はなかったかどうかを尋ねる。出産時の合併症や長期間の保育器使用などは、いずれも後の精神障害発症の危険因子になると考えられている。母親の妊娠後半から産褥期（出産後約2カ月）における、心理社会的な状態を把握することも重要である。産褥期は女性にとって精神障害を発症する危険性の高い時期であり、その間の母子関係は児の発育に影響を与えることがある。その後の発達については、日本では母子保健法の制度があるので、母子健康手帳の記載を参考にすると分かりやすい。

1歳6カ月と3歳における健診結果は、知的能力障害や自閉スペクトラム症などの診断に重要である。しかし大方の患者はそのような資料を持参しないので、実際には本人に幼少期のことを想起して主観的に述べてもらうことになる。例えば幼稚園に入った頃を思い出して、自分がその当時どのような子供だったかを述べてもらう。通園を嫌がって泣いていたとか、他の園児と交流が乏しかったなどという記述を得ることもある。一人遊びが好きで、いろいろな形や色の石を集めて満足していたという人もいるだろう。もし養育者の話を聞くことができれば、人見知りの程度や児の育てやすさについて意見を求めることもできる。

幼稚園には入らない人もおり、また園児や養育者への要求度は義務教育より高くない。したがって小学校入学から低学年における学校での様子が、注意欠如・多動症（ADHD）や自閉スペクトラム症の診断に重要である。授業中にきちんと座って、正しく先生の話聞くことができていたかどうかを尋ねるとよい。先生から落ち着きのない生徒だと注意されたり、通知表にそのような意見を書かれたことはないかと聞く。多動性は目立つので分かりやすいが、不注意傾向は判断が難しい。日常的に提出物や宿題を忘れ、親や先生に注意されていたという経験はないか。授業中に庭から歓声が聞こえたりすると、そちらへ注意が向いて授業が上の空になってしまう。

そういう経験が多々あり、授業の進行について行けなくなったことはないか。一般的に多動性は小学校高学年から中学生にかけて目立たなくなっていくが、不注意は青年期以降も持続することが多い。成人の ADHD には、このようなタイプの人が多い。さらに近年でこそ学校関係者に発達障害の概念と知識が広まってきているが、10 年以上前にはそのような知識は乏しかった。発達障害に対する理解のない人々からの度重なる叱責や無理強いによって、自己肯定感の乏しい性格になることもある。

学童期は精神障害の発症がそれほど多くはなく、統合失調症の好発年齢である青年期と比較すると平穏な時期と考えられてきた。しかし近年では学校でのいじめや家庭での虐待の増加により、学童期も決して平穏な時期とはいえなくなっている。成人の患者の話を聞いていると、しばしば言及されるのが学校でのいじめである。うつ病や不安症などに罹患している患者に、小学校から中学校時代における深刻ないじめとそれによる不登校が認められることがある。いじめの被害者は自己肯定感がもてず、成人期以降もさまざまな精神障害に罹患しやすくなる傾向がある。このような傾向がより顕著なのは、虐待や育児放棄などの被害にあった子供たちである。とりわけ性的虐待の事実は語られることなく、患者のこころの奥底に潜んだまま自傷などの行動化だけが表に出ることが多い。



たとえ成人や中年期以降の患者であっても、その人の幼少期の発達過程について聞くべきである。そこには驚くほど現在の病気に至る発端や、その解釈に結びつく発見があるはずである。

図 1.6 発達過程の問題を探る

1.5 聞き方と話し方

患者の話をただ聞いているだけでは、埒が明かないことが多い。それだけでカルテが上手くまとまることはないし、正確な臨床診断に至ることは難しい。患者の自由な話は、時間と空間を易々と飛び越して行く。昨日のことを話していたかと思う

と、数十年前のことを話し始めたりする。夫との会話における互いの行き違いを嘆いていたと思うと、子供の頃に親から受けた叱責について不満をいうなどである。しかしこのようなまとまりのなさ、ごく普通の人の会話でもみられるものである。簡潔に手際よく、過去から現在までを時系列に従って話すことができる患者は、既にもう何回となく病院へ行き初診時の診察を受けている人である。精神科を受診する人は話を聞いてほしいと願っているから、それを叶えてあげることも重要である。

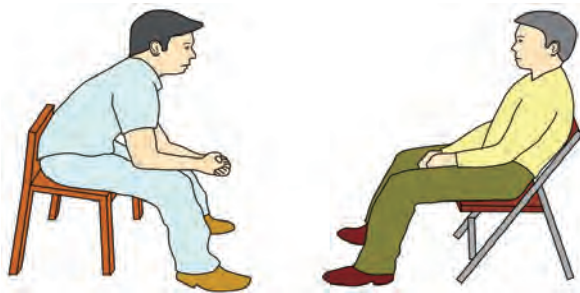
しかし一方で診療であるから、的確な診断と治療方針の決定には、相手のいわないことも尋ねなければいけない。最近の医学教育では、患者の話をできるだけ遮らないことが大事であるとされている。しかし精神科診療では、しばしば相手の話を遮ることがある。それは聞かなければいけないことが多過ぎるからであり、後で検査すれば分かるというようなものではないからである。診察時の医療者の脳裏には、患者の過去から現在までの経過が要点を押さえた形でみえてくるのである。その患者がそのときにその病院を受診するまでのことが、鎖でつながれたようにひとつの物語となって浮かび上がるのである。そうすると患者の記憶がいつまでも残り、時が経っても「ああ、あの患者さん」といって思い出せるのである。そういう診察ができると、その後の診療もうまくいくことが多い。

話を聞いているときの様子は、既に述べたように共感的かつ支持的な態度が望ましい。共感的態度とは、「あなたのいっていることは理解できます」という様子をみせることである。しかしこれをあまりに強調すると、かえって逆効果になることがある。そんなに簡単に自分の受けた辛さや苦しみが分かるはずがない、と考える患者もいるのである。相手のいうことに、軽くうなずく程度の反応でいいだろう。支持的態度とは、「あなたの意見には強いて反対はしません」という程度であり、どんなこともすべて積極的に支持するというような強いものではない。患者の意見のなかに明らかに誤った内容がある場合は、直ちにそれを指摘することは避けておくほうがよい。誤りについては、患者－医療者の関係性が確立してからゆっくりと訂正していくような手法が好ましい。例え患者が年下であったとしても、年長者を気取った態度は好ましくない。患者は診察に来るまでに、多くの人から繰り返し注意やけん責を受けたり、逆に叱咤激励されたりしていることを忘れてはいけない。そういう平凡な言葉にはあきあきしている。専門家が一般の人と同じようなことをいうと、この人も同じことをいっていると諦めに似た感情をもってしまう。

患者と話す場合は、至近距離で相手と面と向かって対峙することは避けた方がよい（図1.7）。日本人は欧米人と異なり、相手の目をみて話すことに慣れていない人が多い。相手の目をまじまじとみつめることは、不安や嫌悪感を惹起する要因とな

りやすいから注意が必要である。その代わりに相手の口元や、肩のあたりをみながら対応するとよいだろう。とりわけ初対面の場合は、このほうが互いに緊張感が少なく済むのである。しかし最近では電子カルテの普及により、医療者がモニターとキーボードのほうばかりみているケースが多い。これは精神科診療においては、マイナス面が大きいと感じている。相手の発語に対する医療者のリアクションは、共感的態度を示すためにきわめて重要である。パソコンの画面ばかりみていると、この部分が大きく損なわれる可能性が高い。

患者とは斜め 45 度位の角度をもって対面することが、緊張感を和らげるにはよいだろう。精神科診療では身体的な診察をする場面は少ないので、相手との距離も内科や外科の診察に比べて遠いほうが望ましい。声の出し方は自分ではやや大きいかなど感じる程度でないと、患者にはうまく伝わらない。医療者のほうが不明瞭な発語で会話するようでは、患者の信頼は得られない。患者が「はい」と返事をしても、それは必ずしも内容を理解したということではない。重要なことは何回も繰り返して伝えることが、後のトラブルを防止するよい方法である。



診察場面では、至近距離で対峙する形のレイアウトは避けたほうがよい。身体的な診察場面を除き、適度な距離感と斜め 45 度位の角度をつけた形が好ましい。視線は相手の口元から肩のあたりに置き、相手の目を凝視することはしない。声はやや大きめで発語は分かりやすく、重要なことは何回か繰り返すほうがよい。

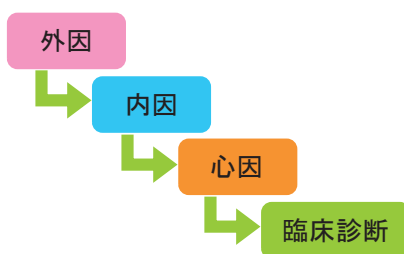
図 1.7 診察場面での姿勢

1.6 診断と分類

患者の話を一通り聞き終えたら診断を下すのだが、実際には話を聞きながらさまざまな鑑別診断を同時進行で考えていることがほとんどである。ある疾患に特徴的な症状がない場合や、一定の年齢までに症状が出現していない場合など、診断基準にあわない病気は外していく。このときには、あまり予断をもたないようにしたほうがよい。事前に耳に入る患者に関する評判などは、可能な限り意識しないで診断

を下するのが適切な方法である。精神医療の特徴としていわれていることに、「関与しながらの観察」という言葉がある。患者を入念に観察しなければ適切な診断はできないが、だからといって相手を実験サンプルのように扱うことは決して行ってはいけないのである。そこには常に治療を目的とした、人と人との関係性が存在しなくてはならない。質問にしてもこれを聞かれたら相手はどう感じるだろうか、という点を念頭に置く必要がある。

古くからある概念だが、診断を進めるうえで今でも重要なものに「内因・外因・心因」がある。内因とはまだ科学的には解明されていない、精神疾患の発症に関わる生物学的な要因である。外因とは、脳疾患または身体疾患で精神機能に影響を与えるもの、アルコールや薬物、化学物質などで精神機能に影響を与えるものなどが該当する。心因とは患者の発育過程から現病歴に至るまでに受けた心理的社会的な因子で、精神疾患の発症に影響を与えたものである。最近の脳科学では、精神疾患の多くに脳の機能的あるいは形態的变化があると報告されている。したがって、厳密にいうと、内因と外因には重なる部分があることも事実である。しかし日常臨床で用いられるような、精神疾患の脳科学的バイオマーカー^{*1}はいまだに発見されていない。そこで現時点で内因と外因を区別することは、患者の臨床診断や予後の判定に役立つ重要な判断過程と考えられる。問題は心因の取り扱いである。支持的かつ共感的立場で診察すると、当然のことながら患者の訴える心因に病気の原因を求めやすくなる。しかし、最初から心因性の疾患を考えるのは間違いである。診断の過程としては、最初に外因について検討し、次いで内因、最後に心因という順番で検討していくのである（図 1.8）。



外因は脳疾患や身体疾患で精神症状を示す可能性のあるものをさす。内因はその人に生まれながらに備わっていると考えられる、精神疾患への脆弱性をさす。心因は発達過程から現病歴に至るまで、その人が受けた心理的社会的因子で発症に関わるものである。

図 1.8 診断プロセス

^{*1} **バイオマーカー**: 血液検査や生理学的検査により測定される、疾患に特徴的な指標のこと。例としてはウィルス性肝炎における血清抗体価や、心筋梗塞で現れる心電図異常などがある。

最初に外因について検討するというのは、例えば脳腫瘍やその他の身体疾患によってうつ状態や幻覚妄想状態となる可能性があるからである。もし精神症状の原因がそれらの疾患であるならば、まずその治療を開始しなくては生命に関わる事態となる。自験例としては、他院から難治性うつ病として紹介されてきた患者が、実は肺がんの脳内転移であったことがある。この症例では前医で詳細な身体疾患の除外診断が行われていたにもかかわらず、肺がんは発見できなかったのである。

外因がなさそうだと判断されると、次いで内因について考えを進めていく。内因とは遺伝的因子に基づいて脳の発達に何らかの偏りが生じ、それが青年期以降に精神障害として明らかになってくる過程である。すなわち統合失調症や双極性障害などといった、精神疾患のなかでも重要な位置を占める病態が含まれていないかどうかを見極めることになる。

最後に心因について考えていくのである。患者やその家族は心因を重要視しやすいので、そういう内容の陳述が多くなるが、それによって診断に偏りが生じることもある。しかし実際には外因・内因・心因のそれぞれが単独で関わっていることはなく、複数の要因が重なって病気になることがほとんどである。

患者の病状を判断するうえで、もうひとつ重要な概念は精神病性か否かということである。精神病性 (psychotic) とは、病状が幻覚または妄想を伴う特徴をもっている様子を示す用語である。これは上にあげた、外因、内因、心因のいずれに関しても生じる可能性がある。精神病性の有無は治療方法や、短期的予後を判断するうえできわめて重要である。

診断名は、米国精神医学会が開発した精神疾患の診断・統計マニュアル (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM)、もしくは世界保健機関 (World Health Organization : WHO) の国際疾病分類 (International Classification of Disease : ICD) に基づいて記載することが望ましい。DSM と ICD は共通性のある診断基準を採用しているものの、疾患名や下位分類などを含めて異なる点も多い。また臨床研究では DSM 診断を用いることが多いが、年金など公的な診断書には ICD 診断が求められる。DSM は精神科領域のみが対象であるが、ICD は全科の疾病を対象としている。したがって国民の健康について年を追って調査するなど、公衆衛生的観点からは ICD による疾病分類のほうが重要である。診断の目安がつき、さらに確信が得られた場合には初期治療に移行するが、それは本章の範囲を超えるのでここでは述べないことにする。次に精神科診療でしばしば用いられる用語について、簡単に表で説明しておく(表 1.1)。

表 1.1 精神医療で用いられる頻度の高い用語

病相	ある病気に特徴的な幾つかの症状が、一定の期間持続している状態をさす。例として、双極性障害ではうつ病相と躁病相が認められるなどという使い方をする。
エピソード (挿話)	病気の症状が一定の期間内に存在し、その人に病前の機能からの変化を起こしている状態をさす。エピソードとエピソードの間に完全な回復を示す場合と、示さない場合がある。
再燃	一旦は回復していた病状が、再び悪化すること。
寛解	症状が一時的に軽くなったり消えたりして、診断基準を満たさなくなった状態のことである。しかし病気が治癒したわけではなく、場合によっては再発するかも知れない状態をさす。
転帰	ある時点での病気の帰結のことで、軽快、寛解、治癒、増悪、死亡などに分類される。
予後	今後の病状についての医学的な見通しのことで、病気の進行や治療効果などを含めた全体的な見方である。この先に病気がよくなるか、悪くなるかの見通しをさすこともある。
危険因子	病気を発症させるかまたは経過中に病状を悪化させる要因として考えられるもので、狭義には病気自体によるもの以外をさす。
慢性	確立した定義はないが、診断基準を満たすような病状が過去2年間にわたって持続している場合に用いられることが多い。

最後に診断名を患者に知らせる場合であるが、これには細心の注意を払って行うほうがよい。過去には統合失調症（当時は精神分裂病）の診断の告知を十分にせず、神経衰弱などというあやふやな病名を知らせていたこともあった。しかし現在では自分の診断名を知ることは患者の権利であり、それを無視することは到底できないのである。また紹介医がいるような場合は、前医と診断名に関して齟齬が生じることも少なくない。これは精神疾患の診断に、現時点で臨床的に有用なバイオマーカーが存在しないことによる。例えばうつ病の診断をつけても、その数年後に躁状態が出現し、双極性障害であったことが分かることもしばしばある。急性一過性に精神病症状が出現するような症例では、幻覚妄想やまとまりのない思考などがあっても、意外と短期間で病前の状態に回復することがある。このような症例に対し拙速に統合失調症という診断をつけて、必要以上に予後不良の告知をすることも問題である。診断は患者に対して「関与しながらの観察」を十分に行ったうえで、単なるレッテル貼りにならないようにすべきである。

1.7 精神医療の歴史

本章ではごく短く、精神医療の歴史について触れる。こころの病気が存在するということは、われわれ人類にとって古くから知られた事実である。新約聖書にはキリストが、てんかんまたは精神障害と推測される人物を治す場面が記されている。また、わが国では8世紀に編纂された大宝律令の医疾令に、皮膚病、感染症、身体障害とともにてんかんと精神疾患に関わる記述が存在する。しかし近代医学が発展するまでの長い期間、精神障害者は医学的および社会的に不当で非人道的な扱いを受けてきた。歴史的に最も早く精神障害者を拘束や隔離から解放しようと尽力したのは、18世紀のフランス革命直後におけるフィリップ・ピネルであった（図1.9）。それと前後して道徳療法とよばれる治療法があり、患者の自然治癒力を高める方法として作業療法やレクリエーション療法が導入されるようになったのである。



出典) Wikimedia Commons より

パリ郊外のサルペトリエール病院において、女性の精神障害患者（中央）の拘束を解く様子を描いた有名な絵画である。中央やや左に立つ帽子をかぶった男性がピネルで、女性の右に立つ人物が彼の部下である。当時としては画期的なことであるが、フランス革命直後という時代的な背景も影響している。

図 1.9 ピネルの精神病患者開放

一方で18世紀にイギリスで始まった産業革命は、19世紀半ばには欧州の多くの国に伝播した。その過程において国内で近代化と都市化が進むようになると、かえって精神障害者は巨大な精神科病院へ収容されることが多くなった。この時代のドイツで精神医学の体系化が進み、病院における臨床研究により疾患単位が明確になったことはよく知られている。ハイデルベルグ大学のエーミール・クレペリンは、

既に発表されていた緊張病と破瓜病という2種類の病型に妄想病を加えて早発性痴呆（デメンチア・プレコックス）という疾患単位を提唱した。さらにスイスの精神医学者であるオイゲン・ブローラーはこれを Schizophrenie と改名し、その名前が今日まで残っている。

ほぼ同時期にフランスの神経学者ジャン・マルタン・シャルコーは、ヒステリー（現在では転換性障害）の症状における心因の役割と催眠療法について研究していた。神経学における心因論はジグムント・フロイトによって引き継がれ、欧州では精神分析学として体系化する。しかし多くの精神分析医は第2次世界大戦により欧州を離れてアメリカへ渡り、北アメリカの精神医療に大きな影響を与えることになる。欧州で下火となった道徳療法もアメリカに伝えられ、アドルフ・マイヤーらより作業療法士の育成が進められた。

現在のアメリカではいわゆる生物学的精神医学の考え方が主流であるが、それに変わる以前は精神分析や力動的手法が主体であった。このような大きな医学的思想の変化は、1950年代のクロルプロマジンから始まる向精神薬の開発により精神疾患の薬物療法が可能になったことが影響している。次いで1980年代には操作的診断法を用いた精神疾患の診断・統計マニュアル（DSM）が発表され、全世界的な診断基準として用いられるようになった。

わが国では明治政府がドイツの医学体系を採用したため、精神医学もそれに倣うことになった。日本の近代的な精神医学の創始者である呉秀三は、ドイツへ留学しクレペリンの診断体系と患者の人道的処遇をわが国に始めて導入した。さらに作業療法の先達として加藤普佐次郎は、薬物療法が開発される以前に患者の開放的処遇と作業の治療的有用性を報告した。

一方でわが国においても近代化は患者の施設化を促進し、そのほとんどは民間の精神科病院によって行われた。戦前の精神病院法から戦後の精神衛生法、さらに現在の精神保健福祉法に至る法律の整備も行われてきた。そのなかで患者の社会復帰が強力に進められているが、わが国の精神病床数は約30万床と先進国のなかでは最も多いままである。1990年代におけるバブル経済の破たんとその後の不況により、一般の人々が強い心理社会的ストレスを受けるようになった。1998年からは年間の自殺者数が3万人を超える状況が続いたが、国をあげての施策により2010年頃からは低下傾向にある。精神障害は一部の限られた人々だけに生じるものではなく、広く国民全体の健康問題として捉えていくことが必要な時代になっているのである。

2 各論

2.1 意識 (consciousness)

意識とは人間の精神活動の中で最も基礎的な領域であり、医学だけでなく哲学や心理学の分野でもそれぞれ定義がなされている。本章では意識を、環境から受ける刺激を認識し、自分の内面を把握してそれを外界に表現するところの働きと考える。この働きが正常に保たれている状態を、意識清明とよぶ。

(1) 意識障害

意識が何らかの原因により障害されている場合、外界の認識が低下し自分の内面を理解し表現することができなくなる。意識障害の程度を量的な面から大まかに区別すると、軽度（昏蒙：こんもう：ややぼんやりとしている状態）、中等度（傾眠：放置すると眠り込む状態、昏眠：昏睡に至る直前）、高度（昏睡：刺激を与えても覚醒しない状態）に分けることができる。臨床的には、Japan Coma Scale（表 1.2）を用いて数値化される。面接で意識障害が疑われる場合は、最初に患者の見当識を評価する（表 1.2：Grade I の 2）ことが重要である。見当識を調べるにはそのときの状況、すなわち日時、今いる場所、そこにいる人物などに関する質問をして反応をみる。

表 1.2 Japan Coma Scale (JCS)

Grade I (1 桁の点数で表示)	刺激しないでも覚醒している状態 (delirium, confusion, senselessness)	1. 意識清明とはいえない 2. 見当識障害がある 3. 自分の名前、生年月日がいえない
Grade II (2 桁の点数で表示)	刺激すると覚醒する状態 (stupor, lethargy, hypersomnia, somnolence, drowsiness)	10. 普通のよびかけで容易に開眼する 20. 大きな声または体を揺さぶることにより開眼する 30. 痛み刺激を加えつつよびかを繰り返すと辛うじて開眼する
Grade III (3 桁の点数で表示)	刺激をしても覚醒しない状態 (deep coma, coma, semicoma)	100. 痛み刺激に対し、払いのけるような動作をする 200. 痛み刺激で少し手足を動かしたり顔をしかめる 300. 痛み刺激に全く反応しない

意識清明から昏睡に至る量的な障害に加えて、意識には質的な障害が加わることがある。代表的なものはせん妄であり、それとの鑑別が必要な状態にもうろう状態、アメンチアなどがある。

1) せん妄

軽度から中等度の意識障害に意識変容が加わり、活発な幻覚や錯覚（視覚的なものが多い）、妄想、不安焦燥、精神運動興奮などが出現する。多くの場合は脳機能に影響を与える薬物、手術、アルコール離脱に伴って生じるが、高齢者では入院など環境の変化だけでも出現し、夕方から夜間にかけての時間帯に起こりやすい（夜間せん妄）。低活動性せん妄では興奮などの精神症状がなく、不活発になるだけなのでうつ病や認知症と間違われることもある。

2) もうろう状態

意識野が狭まった状態になるが、限られた時間と状況においてはまとまった行動をとっているようにみえる。電車に乗って、遠方まで出かけるなどの行動がみられることもある（分別もうろう状態）。興奮や幻覚などは少ないが、その間の行動について健忘を残すことが多い。てんかん発作による場合や、解離症で認められる状態である。

3) アメンチア

意識障害の程度は軽度であるが、周囲の状況についての認識が困難となり、まとまりない行動や困惑状態を示す。

2.2 運動 (motor)

随意運動は精神活動の現れであるが、不随意運動は本人の意思によらない運動である。ここでは精神疾患やその治療に伴って生じ、面接時に認められることの多い不随意運動について述べる。

(1) 振戦と固縮

抗精神病薬による薬剤性パーキンソン症状として、上下肢の震え（振戦）と筋肉の硬直（固縮）を示す。同時に仮面様顔貌と運動緩慢を認めることが多い。薬剤によらないものとして本態性振戦があり、これは動作をしているときや特定の姿勢で震えが出るものである。

(2) アカシジア

主に下肢が落ち着かず、じっとしてられない状態である。抗精神病薬の副作用として認められる。

(3) 口唇ジスキネジア

舌を絶え間なく捻転させたり、顎をもぐもぐと動かすなどの不随意運動がみられる。抗精神病薬の長期服用により生じることがある。

(4) チック

頭頸部や肩に生じる、一過性で繰り返し生じる筋肉の素早い動きである。瞬目、しかめ顔、首や肩を動かすなどの動作が頻回に認められる。

(5) 不穏脚症候群

入眠時に両下肢がむずむずしてきて、そのままじっとして横になっていられず、不眠症の原因となる状態である。むずむず脚（レストレス・レッグ）症候群ともよばれる。

2.3 知覚 (perception)

知覚とは感覚器官（鼻、眼、耳、皮膚、舌、内臓など）を通して、環境からの刺激を受容し意識的に取り上げることである。知覚にはそれぞれ閾値があり、それ以下の刺激強度では認識されない。しかし閾値以下の弱い刺激であっても、意識下に処理され行動に影響を与えることが実験的に示されている。

知覚の障害には感覚変容と妄覚がある。感覚変容とは知覚自体は正常だが、量的または質的に変化がみられる場合（感覚過敏や感覚鈍麻など）である。それ以外にも既視感（初めてみる物や場所を既にみたことがあると感じる）や未視感（過去にみたことのある物や場所を初めてのように感じる）も感覚変容に含まれる。

錯覚と幻覚をあわせて妄覚という。

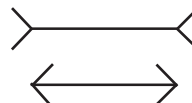
(1) 錯覚

実際に存在する対象を知覚しているが、その内容が誤っている場合である。主に視覚（錯視）と聴覚（錯聴）の領域で起こる。典型的な例では、天井のシミが人の顔にみえる錯視（パレイドリア）がある。健康な人にも特殊な刺激を用いて、実験的に錯視や錯聴を生じさせることができる（例：ミュラー・リヤー錯視^{*2}など）。

(2) 幻覚

実際にはない対象を知覚したように感じる。各感覚器官でそれぞれ異なった

^{*2}：ミュラー・リヤー錯視：線分の両端に矢羽がある場合、矢羽が外向きの場合より内向きのほうが同じ線分でも長く感じる現象。



幻覚を生じる（例：幻視、幻聴、幻臭、幻味、幻触）が、頻度が多いのは幻聴と幻視である。統合失調症では意識清明の状態で、ありありとした話し声の幻聴が生じることが特徴である。幻視は統合失調症でもみられるが、最近ではレビー小体型認知症での報告が多い。アルコール依存症の断酒後に生じる振戦せん妄では、小動物などの幻視が出現する。幻味や幻臭は、統合失調症などで毒を盛られているという妄想に関連することがある。体感幻覚とは体性感覚や内臓感覚における幻覚で、妄想的な解釈が加わることが多い。

(3) 共感覚

刺激を受けたときに、その感覚器官に起こる通常の反応だけではなく、別の種類の感覚が誘発されること。例えば特定の単語を聞く（聴覚）と、特定の色がみえる（視覚）などの主観的体験が生じる。

2.4 注意 (attention)

注意とは意識を特定のひとつまたは複数の対象に集中させ、その他の対象には向けないようにする働きである。対象を焦点化することにより、その認知的処理を効率的に進めることができる。例としては、カクテル・パーティー現象がある。これは多くの参加者がいるパーティーで特定の一人に注意を向けると、その人の話し声がよく聞こえ他の人の話し声が聞こえにくくなる現象である。注意はスポットライトのように、特定の刺激を浮かび上がらせ、その他の刺激を背景化する役目がある（図 1.10）。注意の障害は多くの精神疾患で認められるが、なかでも注意欠如・多動症ではそれが顕著である。患者はひとつの対象に持続して注意を向けることができず、他の刺激を受けると容易に注意がそちらへ転導してしまう。

注意は特定の対象に意識を焦点化させることで、他の対象を背景化する作用がある。あたかもスポットライトによって照らされた刺激が、他の刺激よりも鮮明に浮かび上がるのに似ている。注意の働きによって、特定の対象に関する認知処理が促進される。

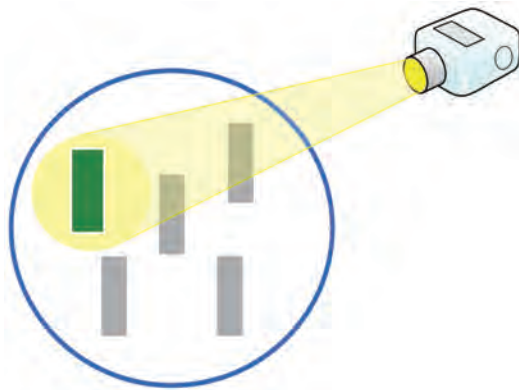
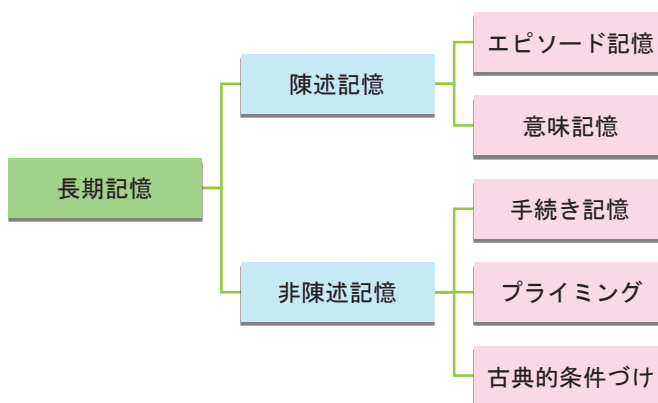


図 1.10 注意の働き

2.5 記憶 (memory)

記憶とは情報を痕跡として心の中に残し、それを後で自由に取り出すことができる能力である。記憶の処理過程としては、記銘、保持、再生（および再認）がある。記銘は情報を記憶痕跡に変換すること、保持はそれを一定の時間保存すること、再生はそれを情報として取り出すことである。再生とは情報を再生成することで、再認は新旧の情報が一致しているかを判断することである。記銘から再生までの時間を基準として、即時記憶（数秒から1分）、近時記憶（数分から数日）、遠隔記憶（数週から数年）に分けることができる。また短期記憶と長期記憶という分け方もあり、短期記憶は作業記憶（ワーキング・メモリー）と同一であると考えられている。

長期記憶の細分化についての代表的なモデルとして、陳述記憶と非陳述記憶に分ける方法がある。陳述記憶は過去の経験（エピソード記憶）や、辞書的な単語や事物の意味（意味記憶）など言語的に記述することができる記憶である。非陳述記憶は手続き記憶、プライミング、古典的条件づけなど、言語的に表現できない記憶をさす（図 1.11）。陳述記憶は顕在記憶、手続き記憶とプライミングは潜在記憶といわれることもある。



記憶は言語的記述の可能な陳述記憶と、言語的に表せない非陳述記憶に分類される。陳述記憶には過去の経験などを含むエピソード記憶と、辞典的内容を含む意味記憶がある。非陳述記憶には自転車の乗り方など身についた運動技能を含む手続き記憶、同じ刺激が繰り返されたときに生じるプライミング、パブロフの犬の実験に代表される古典的条件づけが含まれる。

図 1.11 記憶の分類

記憶の障害はその過程である記銘、保持、再生のどの段階でも起こる可能性があり、臨床的には健忘とよばれる。

(1) 全健忘

ある一定期間に起こった事象をすべて想起できないこと。

(2) 部分健忘

ある一定期間に起こった事象の一部を想起できないこと。

(3) 逆行性健忘 (図 1.12)

障害を受けた時点からみて、過去に起こった事象を想起できないこと。

(4) 前向性健忘 (図 1.12)

障害が起こった時点からみて、その後に起こった事象を想起できないこと。

(5) 全生活史健忘

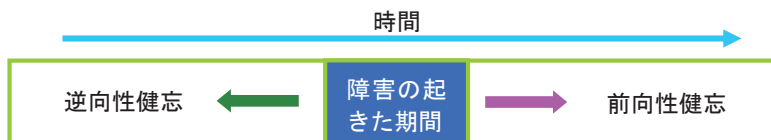
自分の名前や住所、家族関係や成育歴などを含めて生活史のすべてを想起できないこと。心因性に生じることが多い。

(6) 意味性健忘

言葉の意味や学習した知識などを想起できないこと。

(7) コルサコフ症候群

アルコール依存症の振戦せん妄に引き続いて生じる、特殊な健忘症候群である。記銘力障害、失見当識、作話^{さくわ}を主要な症状とする。作話では記憶の想起できない部分を、自分で勝手につくった内容で補うという特徴がみられる。



逆行性健忘では、障害の起きた期間から遡って過去の出来事を想起できない。前向性健忘では、障害の起きた期間から後に起こった出来事を記憶することができない。

図 1.12 健忘の種類

2.6 言語 (language)

言語はヒトに特徴的に存在する機能で、音声や文字を介して自分の考えを伝え、また他者の考えを知るために用いられる。脳の器質的疾患によって生じる音声言語の障害は失語（症）、読みの障害は失読（症）とよばれる。発達過程における言語獲得の障害により生じるものは、発達性失読（症）として区別される。統合失調症では失語・失読などの障害はなく、思考の障害が特徴的な言語内容として表現される。

2.7 学習 (learning)

繰り返し体験することで、認知あるいは運動の処理が上達し行動様式に変化が生じる過程を学習とよぶ。限局性学習症では、学習困難に対する介入がなされているにもかかわらず症状が持続する。障害の領域により読字、書字、算数などに分ける

れる。特定の領域ではなく全般的に学習能力が低い場合は、次の知的能力障害に含まれる。

2.8 知能 (intelligence)

知能とは学習などにより得られた記憶、言語、注意、判断、思考、推論、問題解決、創造性などの総称である。教育や臨床の場面では、種々の知能検査を用いて知能指数 (intelligence quotient : IQ) として数値化される。

(1) 知的能力障害 (精神遅滞)

先天性かもしくは出生後早期の障害により、知能の発達が実年齢に比して遅れていること。その重症度は IQ により区別される (軽度 : 50~55 から 70、中等度 : 35~40 から 50~55、重度 : 20~25 から 35~40、最重度 : 20~25 以下、DSM-IV に準拠)。

(2) 認知症

一旦は正常に発達した知能が、後天的な脳の疾患により持続的に低下した状態をさす。

(3) 軽度認知障害

正常の老化より認知機能の低下は強いが、認知症とはいえ日常生活動作が自立しているもの。

(4) 偽 (仮性) 認知症

心因性に認知症に類似した知能の低下を示すが、脳の器質的疾患は認めない。うつ病の患者や拘禁状態にある者に生じることがある。

2.9 思考 (thinking)

思考とは主に言語を用いて物事の本質や相互の関係性を理解し、何らかの問題を解決するために判断を積み重ねていく過程である。思考の要素としては内容、流れ (思路)、体験があり、それぞれに特有の障害が認められる。

(1) 思考内容の障害

思考の内容が誤っていたとしても、それを認識して訂正することができれば異常ではない。しかしある物事について誤った確信をもち、それを自ら訂正することができなければ、それを妄想とよぶ。

1) 一次 (真性) 妄想

主に統合失調症にみられるもので、何の関連性もなく唐突に妄想が出現するものである。これには妄想気分、妄想知覚、妄想着想が含まれ、いずれも了解が不可能な内容である。

(i) 妄想気分

何かとんでもないことが起こりそうな、極度に不安な気分になること。

(ii) 妄想知覚

知覚したものを、直ちに妄想的に解釈すること。例えば家の近くに駐車している車をみて、直ちに自分を監視していると解釈するなどである。

(iii) 妄想着想

何の前触れもなく、いきなり妄想的な考えが頭に浮かぶこと。

統合失調症の妄想は、被害的な内容（迫害妄想、被毒妄想、注察妄想、関係妄想など）であることが多い。

(a) 迫害妄想

自分が他の誰かにいじめられ痛めつけられているという妄想。

(b) 被毒妄想

自分の食事や飲み物に毒が入っているという妄想で、幻味や幻臭からくることが多い。

(c) 注察妄想

自分が他の誰かからみられているという妄想で、統合失調症の妄想のなかでも頻度が高い。

(d) 関係妄想

自分に無関係な物事を自分と関連づけ、かつ被害的に解釈すること。

2) 二次妄想

その人の性格、置かれている状況、その時の気分などから、妄想の内容がある程度は了解できる場合である。これにはうつ病でみられる微小妄想、心気妄想、貧困妄想、罪業妄想などや、双極性障害でみられる誇大妄想がある。

(i) 微小妄想

自分の存在がちっぽけで取るに足らないものであるという妄想。

(ii) 心気妄想

自分が難治性の重い病気にかかっているという妄想。

(iii) 貧困妄想

自分が経済的にきわめて困窮しているという妄想。

(iv) 罪業妄想

自分が重大な罪を犯しており、捕まってしまうという妄想。

(v) 誇大妄想

自分が大金持ちである、天賦の才能がある、血統的に優れているなどという妄想。

(2) 思路の障害

思考の流れ（思路）は考えの内容により回り道をしたり、早くなったり遅くなったりしながら最終的には目標に達するのが普通である。思路の障害では、その速度が異常なほど遅くまたは早くなったり、途中で途切れたり、同じことを何回も繰り返ししたりするなどの異常が認められる。

1) 思考制止

うつ病にみられる症状で、思考の流れが極端に遅くなり、重症な場合は停止したようになる。

2) 観念奔逸

双極性障害の躁状態で認められ、思考の速度が極端に早くなり、さまざまな観念がほとぼしるように浮かんでは次々と移り変わっていく状態である。

3) 思考途絶

統合失調症にみられる症状で、思考の流れが何の前触れもなく急に途切れてしまうことである。

4) 連合弛緩

統合失調症にみられる症状で、思考の過程で観念相互の関連性が乏しくなり、まとまりがなくなった状態になることである。

5) 支離滅裂

観念相互の関係性がなくなり、思考の理解が難しくなった状態で、さらに進むと「言葉のサラダ」と形容される状態となる。

6) 迂遠

てんかんや脳器質性疾患でみられる症状で、思考が最終的な目標に達するまで回り道が多く、細部にこだわるため速度も遅くなっている状態。

7) 保続

主に認知症などの脳器質性疾患で認められる症状で、同じ思考過程を何回も繰り返ししてしまい、なかなか先へ進まない状態をさす。

(3) 思考体験の障害

思考は自らの体験であるが、病気によりそれが他者から影響を受けたり、押しつけられたように感じることもある。

1) させられ（作為）思考

統合失調症に認められる症状で、自分の考えが誰かに影響され、支配されたと感じるものである。

2) 考想吹入

考えが外部から自分のなかに押し入れられたように感じること。

3) 考想奪取

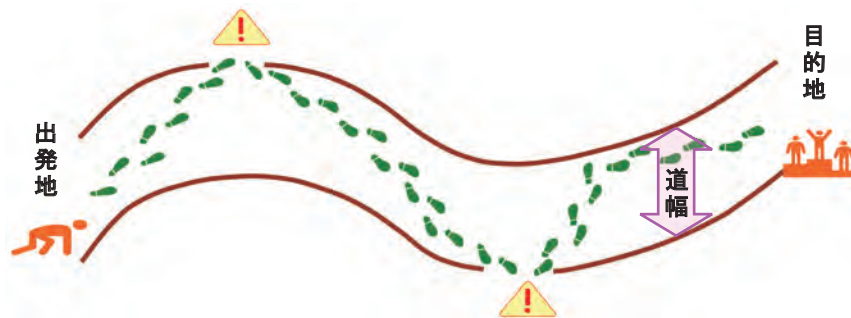
自分の考えが誰かに抜き取られてしまったように感じること。

4) 考想伝播

自分の考えが、周囲の人々に伝わってしまっていると感じること。

5) 強迫観念

自分自身でも不合理でばかばかしいと思うような考えで、それが頻回に頭のなかに浮かんできて制御できないこと。例としては外出時に鍵が閉まっていることを何度も確認するが、すぐにまた心配になってしまい結局は家から出られなくなるような状態である。これは強迫性障害や統合失調症で見られるが、うつ病でも認められることがある。強迫観念に基づいて、繰り返し行われる行動を強迫行為という。



思考は出発地から目的地に向かって、観念相互の関連性を積み重ねながら進むのが普通である。その過程は必ずしも一直線ではなく、時には道を外れそうになるが、また本来の範囲に戻ってくる。この道幅が思考の了解可能性の範囲である。思考の障害では、この範囲を逸脱して戻って来れなくなったり、歩みが途中で止まってしまうのである。

図 1.13 思考の過程

2.10 意志 (will) と欲動 (drive)

人間に限らず動物には生理的な欲求（欲動）があり、これには食欲や睡眠欲など個体の生存に必要な欲求と、性欲など種の保存に必要な欲求がある。人間にはそれらに加えて、社会的な欲求である金銭欲や支配欲などが存在する。欲動に促されてそれを満たすため、目的にあった行動を起こす、または行動を抑制するものが意志である。

意志や欲動の障害としては、その発現が強過ぎるか逆に弱過ぎる状態、ないしはその内容が不適切な状態がある。一般的に意志や欲動は行為として表現され、それを観察することで病的かどうか判断する。

(1) 衝動行為

欲動を満たす行為を制御できず、不適切な場面で行うかまたは不適切な内容で行うこと。

(2) 脱抑制

衝動行為と類似した状態であり、欲動に基づく行為を適切に抑制できないこと。

(3) 多動

衝動行為には欲動を満たす目的があるが、多動はそのような目的がなく生じる。患者は始終体を動かしてじっとしてられない、または落ち着いて行動することができない状態となる。

(4) 無為

欲動が全般的に低下し、それに基づいた意志の発動がきわめて乏しくなっている状態である。無為は統合失調症の慢性状態で、しばしば認められる精神状態である。

(5) 精神運動興奮

急性期の統合失調症、双極性障害の躁状態、てんかんなどを含め、さまざまな精神障害で出現する状態像である。幻覚妄想に基づく病的な思考や躁的気分により、意志や欲動の発露である行為が異常なほど活発になった状態である。大声や奇声を発したり、むやみに動き回ったりするが、理性的にまとまったことはできない。

(6) 精神運動制止

うつ病でみられ、思考の速度が極端に遅くなった状態である。それに伴い行動や言語もきわめて遅くなり、なかなか先へ進まないようにみえる。

(7) うつ病性昏迷

制止の悪化した状態であり、意識障害がないにもかかわらず外界からの刺激に対して自発的な応答や行動がなくなってしまう。昏迷はうつ病以外にも、統合失調症や解離症によって生じることがある。

(8) 緊張病

主に統合失調症でみられ、カタレプシー（^{ろうくつ}蠟屈症を含む）、精神運動興奮、昏迷、拒絶症、常同症、^{げんき}衝奇症、反響言語、反響動作などいくつかの症状があわさった状態をさす。多くは興奮と昏迷を短時間で交互に繰り返すなかで、その他の症状が現れては消えるような一連の病態である。

1) カタレプシー

他動的に与えられた肢位や姿勢を、そのままの形で保ち続けることをいう。場合によっては数時間以上にもわたり同じ姿勢でいるため、蠟人形のようなこととで蠟屈症とよばれる。

2) 拒絶症

他者からの指示に従わず、強く拒否的な態度を示すことである。

3) 常同症

同じ行為や動作を無意味に繰り返すことである。

4) 衝動症

わざとらしく、不自然で奇妙な行為や動作を取り続けることである。

5) 反響言語

他者から聞かされた言葉を、そのままオウム返しに繰り返していることである。

6) 反響動作

他者の動作をそのまま真似て行うことである。

(9) 両価性

ひとつの対象に異なった正反対の考えが出現することで、そのため具体的な行為ができなくなる。例えば目の前にある食事に対して、「食べる」と「食べない」という観念が同時に出現するため、結果として食べるという行為がとれないのである。

その他に生理的欲求そのものが、精神障害により異常を来すことがある。例えばうつ病などによる睡眠障害や、摂食障害（拒食、過食）などである。



人間にはさまざまな生理的欲求（欲動）があり、それを意志の力で発動したりまたは抑制したりしている。その最終的な結果として、発現したものが行為である。われわれは行為の内容から、それを生み出した意志や欲動について解釈している。

図 1.14 意志と欲動

2.11 感情 (affect) と気分 (mood)

感情とは快・不快や、喜怒哀楽に代表される主観的なこころの動きである。欲動（生理的欲求）に伴う目標が満足されるか、または妨害された場合、あるいは葛藤が生じた場合に起こる。その反応様式は比較的強く一過性であり、同時に自律神経系や内分泌系の反応を伴う。自律神経系の反応は心拍や呼吸数の上昇、発汗、腸管運動の亢進など、内分泌系の反応はストレスホルモンの分泌亢進などである。この点において、感情を研究することは心と体の相互作用を解明する糸口になると考えられている。

類似の言葉に情動 (emotion) があるが、一般に感情は人間がもつこころの働きで、情動は人間以外の動物にもみられるものとされる。一方で気分は感情や情動のような一過性の反応を示さず、ある期間（数日から数カ月）は持続するものである。すなわち欲動を満足するかどうかとは無関係に、持続的でその人の精神活動の基盤となる状態といえる。例として気分は数日間の天候（曇り）であり、感情は1日のなかでの天気の変化（時々雨）と考えると分かりやすい。

(1) 感情の障害

感情の障害には、何らかの原因で感情が弱まるか生成されなくなる状態と、必要以上に強く感情が生成されてしまう状態がある。

1) 感情鈍麻

ほとんどすべての種類の感情が弱まるか、生成されにくくなることをいう。主に統合失調症で起こる症状である。感情平板化ともいう。

2) 情動麻痺

強い心理的なストレス（災害や犯罪被害などを含む）を受けた場合に、その後から通常では起こる情動反応がみられなくなること。一過性であることが多い。

3) 失快感

うつ病や統合失調症で現れる症状で、健康なときにはあった快感情がみられなくなること。

4) 易刺激性

些細なことがらで普通よりも強く不快感情が生成されてしまい、いらいらして怒りっぽくなること。

5) 感情失禁

心理的なストレスがあった場合などに、普通なら感情が生成されないような場面や事柄に感情反応が出現すること。通常は涙もろくなったり、泣き出したりすることが多い。認知症や脳器質性疾患の症状として現れることがある。

6) 両価性

ひとつの対象に「好き」と「嫌い」など正反対の感情が生まれること。

7) アレキシサイミア（失感情症）

自分に起こっている感情を認識できず、言語的に感情を表現することが苦手な性格傾向をさす名称である。心身症になりやすいといわれている。

(2) 気分の障害

気分の障害には抑うつ気分と爽快気分、さらに両方が混在した混合状態がある。

1) 抑うつ気分

暗く、落ち込んだ、淋しい、悲しい、辛い気持ちが、通常に起こるよりも強くまた長く持続する状態である。いつもなら楽しく感じることに對しても、興味や快感情が生成しなくなる。自分の存在に価値がない（無価値観）と思うなど、思考にも大きな影響を与える。その結果として、病前の社会的機能からの大きな変化が生じる。重症例では快・不快を問わず、一切の感情が起こらなくなったように感じる。

2) 爽快気分

双極性障害の躁状態でみられる症状である。上機嫌、明朗、快活、発揚した気持ちが、通常に起こるよりも強くまた長く持続する。強い満足感や幸福感を伴い、優越感や自己の過大評価がみられる。その反面で、他者に対しては威圧的で尊大な態度を取ることがある。さらに進行すると多弁多動で過活動が顕著になり、乱費、飲酒量増大、社会的逸脱行為などに及ぶ。怒り感情を伴い、精神運動興奮状態になることもある。

3) 混合状態

抑うつ状態と躁状態が、一時期に交代して認められること。

4) 多幸

場面や状況にそぐわない幸福感が、通常では起こらないほど長く続く状態である。認知症などの脳器質性疾患でみられることがある。

2.12 不安 (anxiety) と恐怖症 (phobia)

不安と恐怖は人を含む多くの動物に備わっている反応で、生命に脅威を及ぼすような対象や状況に遭遇した場合に生じるものである。このような場面で不安や恐怖が生じると、生物はその場で戦うか逃げるか (fight or flight) の判断を迫られることになる。したがってこれらは個体の生存や、種の保存にきわめて重要な反応であると考えることができる。不安は対象が目の前にない場合でも生じるのに対して、恐怖は対象がある場合に生じるものである。

不安と恐怖は人において正常な精神活動の一部であるが、それが通常より強く長い時間にわたって生じることがある。一度強い不安を経験すると、また次にいつ不安が生じると過剰に心配することになる（予期不安）。これらの症状により顕著な苦痛が生じ、社会的機能が低下した場合には精神障害と診断される。

(1) 全般性不安

日常的な事柄に対する過剰な不安と心配があることで、落ち着きがなく、緊張が強く、疲れやすく、集中力のない状態になる。