

テーマ論文

臨床心理学を学ぶ「その2」：精神医学などの基礎知識

—症状に注目して—

長谷川明弘
東洋英和女学院大学

東洋英和女学院大学
心理相談室紀要
Vol.20 2017, pp.61-70

臨床心理学を学ぶ「その2」：精神医学などの基礎知識

—症状に注目して—

長谷川 明弘

I. はじめに

公認心理師法が2017年秋から施行される。筆者は、これまで臨床心理士として行ってきた活動と考えを伝達していくことを自覚し、本紀要に対人支援技能（長谷川，2014）や臨床心理学の歴史（長谷川，2015）、心理アセスメント（2016）として報告してきた。

今回は、臨床心理学の立場から、精神医学を取り上げる。本論の前半では、精神医学が、臨床心理学と密接な関係にあった経緯について簡単に概説し、後半で、精神医学の中でも特に症状について解説する。

II. 精神医学とその背景

臨床心理学と密接な学問領域には、精神医学（psychiatry）が第一に挙げられる。心理学を学問的に確立したヴント（Wundt W.M.）の実験助手をしていたクレペリン（Kraepelin E.）は、記述精神医学（descriptive psychiatry）を打ち立て、緻密な観察に基づいて精神症状の変遷を記述して把握することで病名を分類（外因性、内因性、治療可能、治療不能）して治療法を決定していくことを提唱して精神医学を体系化し現代の精神疾患の分類にも大きく影響を与えた一人である。またクレペリンは、作業曲線による研究を行っていた。これを内田勇三郎が「内田クレペリン精神検査」を考案する際のヒントにしている。

精神医学は、人間の精神機能を対象として、精神障害の原因解明、診断や治療、予防について研究ならびに臨床実践を行う医学の一分野である。その大きな特徴は、身体疾患を対象とする身体医学と比較して精神症状という主観的要

素の強い思考や感情、知覚や認知といった事柄を対象としていることである。この点は学問として心理学が有している特徴とも類似している。身体医学は、生物学、生理学など自然科学で用いる手法を適用することで客観的に把握することを可能にして観察者による誤差が小さい。一方で精神医学は、対象とする精神症状を把握するのに脳科学や生理学など自然科学的にかつ客観的な手法を用いることに加えて、対象とする人間の心理・精神といった主観的な側面と時代的な価値観の推移や社会的背景、人の存在を見つめる実存主義、倫理学といった点から多角的に多面的に捉えることを求められ、観察者による誤差が生じやすい。

異常心理学（abnormal psychology）は、精神病理学（psychopathology）とほとんど同義であり、臨床心理学と強く関連している。異常心理学・精神病理学の役割は、心理的な課題や病理の記述・分類や、経過を予測し、発生原因やメカニズム解明と予防、心理学的介入による変化の予測と仕組みの解明を行い、さらには新しい介入技法ならびにアセスメント技法を生み出す機能を有する（丹野，2002）。また、狭義の精神病理学である記述的精神病理学（descriptive psychopathology）の先駆者ヤースハース（Jaspers K.T. : 1883 ~ 1969）は、精神障害を有すると考えられる人が訴えている体験・現象を記述することから始め、その中の徴候と症状を定義して、精神症状の内容ではなく形式を分類して精神疾患の仕組みを検討しようとした。

III. 操作的な診断基準

医学では、原因、病態生理、症状、経過、予後、

病理組織所見から疾患単位を分類してきたため精神医学でも原因、症状、環境、重症度、経過から疾患単位や分類を行うこと、つまり診断をしてきた。しかし診断の信頼性と妥当性が充分でないという議論から操作的な診断基準が示されるようになった。臨床現場では、伝統的に用いられてきた精神疾患の診断と操作的定義による精神障害の分類とが併存して用いられているのが現状である。

以下では、先に操作的な診断基準の特徴を示し、本論の後半では、先に症状と疾患について簡単に説明してから、伝統的に用いられてきた症状の特徴を詳しく述べる。

i. ICD（国際疾病分類）によるカテゴリー分類

国際疾病分類（International Classification of Diseases and Related Health Problems:ICD）とは、世界保健機関（World Health Organization:WHO）が作成した分類である。1990年5月の第43回世界保健総会において採択されたものが最初でICD-10（1990年版）と呼ばれ、その後2003年にWHOがICD-10のまま改正を勧告してICD-10（2003年版）に準拠した「疾病、傷害及び死因の統計分類」が知られている。日本国内では厚生労働省が、医学的分類として医療機関における診療録の管理等にICD-10を活用している。ICD-10の中の「第V章 精神及び行動の障害（F00 - F99）」が精神医学の疾患分類に相当する（表1）。

表1：ICD-10の精神疾患の分類

症状性を含む器質精神障害
精神作用物質使用による精神及び行動の障害
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害
気分（感情）障害
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害
生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群
成人の人格及び行動の障害
知的障害（精神遅滞）
心理的発達の障害
小児（児童）期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害
詳細不明の精神障害

ii. DSM（精神疾患の診断・統計マニュアル）による診断

アメリカ精神医学会（American Psychiatric Association）が中心となって作成した精神疾患の診断・統計マニュアル（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders:DSM）は、1952年に初版であるDSM-Iが出版され、1968年に第2版となるDSM-II、続いてDSM-IIIが1980年、1987年に改訂版となるDSM-III-R、1994年にDSM-IV、2000年にDSM-IV-TRという本文改訂版、2013年にDSM-5が出版されている。

DSM-5の特徴は、各章の構成を成長の時間軸を反映する形にしている（表2）。例えば、幼少期に頻度が高く診断される神経発達症群などの疾患を章の前方に配置し、高齢期に多く診断されることが多い神経認知障害群などの疾患を終章に配置している。またDSM-IVで用いていた多軸システムを取りやめている。

表2：DSM-5の精神疾患の分類

1 神経発達症群／神経発達障害
知的能力障害群
コミュニケーション症群／コミュニケーション障害群
自閉スペクトラム症／自閉スペクトラム障害
注意欠如・多動症／注意欠如・多動性障害
限局性学習症／限局性学習障害
運動症群／運動障害群
他の神経発達症群
2 統合失調症スペクトラム障害および他の精神病性障害群
3 双極性障害および関連障害群
4 抑うつ障害群
5 不安症群／不安障害群
6 強迫症および関連症群／強迫性障害および関連障害群
7 心的外傷およびストレス因関連障害群
8 解離症群／解離性障害群
9 身体症状性／および関連症群
10 食行動障害および摂食障害群
11 排泄症群
12 睡眠－覚醒障害群
13 性機能不全群
14 性別違和
15 秩序破壊的・衝動制御・素行症群
16 物質関連障害および嗜癖性障害群
17 神経認知障害群
18 パーソナリティ障害群

- 19 パラフィリア障害群
- 20 他の精神疾患群
- 21 医薬品誘発性運動症群および他の他の医薬品有害作用
- 22 臨床的関与の対象となることのある他の状態

IV. 症状と疾患

i. 症状とは

症状 (symptoms) とは、病気・疾患・疾病といった通常とは異なった状態のこと。主観的な症状である自覚症状や愁訴 (complaints) と医師の診察を含む他者の観察や検査などから症状を確認できる他覚症状がある。また他覚症状のことを所見・徴候 (signs) ということがある。

ii. 疾患とは

疾患は、疾病、病気のこと。身体や精神が通常とは異なる状態になっていることである。英語では disease、illness、sickness と使い分けられている。disease は重大な疾患を指し、illness が長期的・慢性的な疾患のこと、sickness が一般的な病気や疾患を指している。本論では、疾患名については大きく取り上げない。

V. 精神症状

i. 意識 (consciousness)

意識は、心理学的・主観的な現象として、気づいている内容や知っている内容であったり、意識に昇らない内容を想定して、気づいていく過程や知っていく過程を指すこともある。意識を生理学的な意味で捉えると、覚醒機能であり、外界からの刺激を受け容れ、自己を外界に表出する機能のことになる。外界 (環境) と内界 (自己) の知覚が適切に保たれている心理状態を意識清明 (clear) と呼ぶ。意識障害 (disturbance of consciousness) は、生理的に意識が失われた睡眠状態を除いて、意識が機能低下した状態を指す。なおフロイトが打ち立てた精神分析学では、無意識に抑圧された記憶が意識に昇って気づくことを重視している。

意識混濁 (clouding of consciousness) は、意識の清明度 (覚醒レベル) の低下した状態で軽度・

低度 (ぼんやりしているといった清明度の低下 + 名前が言えない)、中等度 (名前を呼んだとき、身体を揺さぶる、身体を抓るといった刺激に対して開眼する反応を示すなどして「覚醒する」ものの傾眠傾向が強い + 見当識障害)、高度・重度 (刺激が加わっても「覚醒しない」) に大きく分類される。

意識狭窄 (limited consciousness / narrowing of consciousness) と 意識変容 (pathological dream state) は、意識混濁に通常とは異なる精神症状が加わった状態を指す。意識狭窄と意識変容は、共に注意が的確に向けられないところ (意識野の狭窄) が共通しているが、意識変容は、知覚の仕方が変容して幻覚を伴うことを指す。意識狭窄は、部分的に意識活動が活発になっているものの、他の部分では活動低下を認め、例えば催眠のトランス状態で確認できる。せん妄 (delirium) は、意識混濁が軽度か中等度に加えて幻覚や錯覚などの認知障害や不安や興奮が次々に現れ、手術後、薬物中毒、脳機能の低下した状態 (認知症など) に認められることが多い。

解離 (dissociation) は、強い不安や恐怖といった不快な体験をした際に、その時の記憶を忘却させて脅威や不快さから自己を守ろうとして不連続な意識を有した状態や自己の同一性を失った状態である。忘却した記憶などは、類似した場面に曝された場合に思い出して混乱をきたすことがある。

ii. 感情 (emotion / feeling)

感情は、様々な要素が複合的に組み合わせられた多面的な心理現象である。感情は、つかの間の間に生じる生理的な感覚を伴うため観察可能な心の活動である。日常的には、主観的な側面に焦点を当てた場合に感情を使い、動的な側面に焦点を当てた場合に、情緒、情動という言葉が用いられる。一般的な用語として feeling を感情として用いるが、感情の学術用語として emotion が用いられて強度の強い動機の意味を含めて使用され、affect (情動) を emotion の上位

概念と見なして、moodが気分、tempermentが気質（生物学的側面を含む）と対応している。表3は、感情や気分を反応と体験に区別してまとめたものである。

気分 (mood) は、情動が長く続いた状態のことである。時間経過と共に気分の強度が変動する点に注目することが大切になる。

衝動 (impulse) は、理由が明確でなく突き動かされる心の動きである。理由もなく買い物をした「衝動買い」は impulse buying や blind purchase と英訳される。さまざまな精神疾患の精神状態に認める。

不安 (anxiety) は、対象が明確でないものの脅威や恐れを感じて気分が落ち着かない状態のこと。

恐怖 (fear) は、対象が明確でその対象を怖がって活動や思考が滞った状態になること。

懸念 (apprehension) は、ある対象に対して注意が向かって捕らわれた状態のこと。

怒り (anger) は、精神疾患を有していると疑う徴候として、些細なこと（当人とは直接関係を強く認めないこと）で睨み付けるなど攻撃的な表情を示したり、大きな声で攻撃的な内容の発言をして声を荒げたり、時には暴力を振るうなど荒々しい振る舞いを示すことがある。てんかんや脳血管性認知症といった脳機能の障害を有する場合や自己愛、反社会性、境界性といった人格障害を疑う場合に確認できることがある。

喜び (joy / delight) は、気持ちが深く満たされ、快く感じる状態のこと。

抑うつ気分 (depressed mood) は、気分が落ち込み自己評価が下がるなど活動性が低下した状態になる。うつ状態は、抑うつが精神状態の中核に位置づけられている場合を指す。抑うつ障害に認める感情である。

感情鈍麻・感情の平板化 (blunted affect) は、平板感情とも呼ばれ、状況の中での感情表出が乏しくなる（減弱）状態を指す。

情動麻痺 (emotional stupor) は、大きな災害に遭遇して情動反応が一次的に停止した状態の

こと。

快楽消失 (anhedonia) は、日頃の生活で楽しめる事柄に対する興味や喜びが失われている状態のこと。

無感情 (apathy) は、感情の表出をしなかったり、外界への関心・興味を消失したり表出しない状態を指す。

感情失禁 (emotional incontinence) は、話しかけただけで、すぐに泣き出したり、あるいは激怒したり、時には笑ったりと感情を制御できない状態で会話が成立しにくい。脳の器質的な障害がある場合に多く確認することがある。情動失禁と呼ぶことがある。

焦燥 (irritability) は、少しのことで気分を損ね、不快な感情が強まっている状態のこと。

緊張 (tension / strain) は、気分が緩みを無くし張り詰めた状態であり、心だけでなく身体も硬くしている状態である。

困惑 (confusion / embarrassment) は、対応をどうして良いかわからず戸惑った状態である。

高揚気分 (heightened affective intensity) は、気分が高揚している状態である。病理を疑う場合に注目するのは、情緒が不安定な精神状態になっているかどうかで、高揚した気分と思っていたら急に焦燥感や易怒性を示して気分が著しく変わることが多い。

爽快気分 (pleasant) は、気分が晴れ晴れとなって自信が湧いている状態のこと。

躁 (manic) は、気分が爽快気分よりも高揚して活動性が活発な状態になることである。躁状態は、躁が精神状態の中核に位置づけられている。双極性障害の中の躁病（躁状態）様相に認める感情である。

多幸・上機嫌 (euphoria) は、周囲の状況や経過とは関係無しに気持ちが明るくなり高揚した気分である。アルツハイマー型認知症に多く認める状態である。

表 3：感情や気分を反応と体験に区別した一覧

感情や気分の類似概念	感情 (emotion / feeling)	様々な要素が複合的に組み合わせられた多面的な心理現象である。 一般的な用語として主観的な側面を含む感情は feeling を用いる。 学術用語や強い動機の意味を加えて emotion が用いられる。
	情動 (affect)	emotion の上位概念に位置づけられて動的な側面に焦点を当てている
	気質 (temperment)	感情を表していても、生まれ持った生物学的な側面に焦点を当てている
	気分 (mood)	情動が長く続いた状態
感情や気分の反応	衝動 (impulse)	理由が明確でなく突き動かされる心の動きのこと
	不安 (anxiety)	対象が明確でないものの脅威を感じて気分が落ち着かない状態
	恐怖 (fear)	対象が明確でその対象を怖がって活動や思考が滞った状態
	懸念 (apprehension)	ある対象に対して注意が向かって捕らわれた状態のこと
	怒り (anger)	些細なことで攻撃的な表情や攻撃的な内容の発言をしたり、時には荒々しい振る舞いを示す状態
感情や気分の体験	喜び (joy / delight)	気持ちが深く満たされ、快く感じる状態
	抑うつ気分 (depressed mood)	気分が落ち込み自己評価が下がるなど活動性が低下した状態
	感情鈍麻・感情の平板化 (blunted affect)	感情表出が乏しくなる(減弱)状態 平板感情ともいう
	情動麻痺 (emotional stupor)	大きな災害に遭遇して情動反応が一次的に停止した状態
	快楽消失 (anhedonia)	日頃の生活で楽しめる事柄に対する興味や喜びが失われている状態
	無感情 (apathy)	感情や外界への関心・興味を表出しない状態
感情や気分の体験	感情失禁 (emotional incontinence)	感情を制御できないで会話が成立しにくい状態。情動失禁ともいう。
	焦燥 (irritability)	少しのことで気分を損ね、不快な感情が強まっている状態

緊張 (tension / strain)	気分が緩みを無くし張り詰めた状態
困惑 (confusion / embarrassment)	対応をどうして良いかわからず戸惑った状態
高揚気分 (heightened affective intensity)	気分が高揚している状態
爽快気分 (pleasant)	気分が晴れ晴れとなって自信が湧いている状態
躁 (manic)	気分が爽快気分よりも高揚して活動性一段と活発になった状態
多幸・上機嫌 (euphoria)	周囲の状況や経過とは関係無しに気持ちが明るくなり高揚した気分のこと

iii. 知覚 (perception)

知覚は、外界に存在する色、形といった光、音、物質・物体などの刺激が眼や耳、鼻、舌、皮膚といった末梢感覚器官を通して「知ること」であり、また主観的に事物や対象を知ることや知るまでの過程を指している。なお、知覚してから時間経過した後、心に想起したものが表象 (representation) である。表 4 は、知覚の仕方をまとめてある

錯覚 (illusion) は、誤った解釈で知覚すること。

幻覚 (hallucination) は、外部に対象が無いにもかかわらず知覚すること (対象無き知覚)。幻覚は、意識障害の時だけでなく、主に言葉による会話を通じて生じた変性意識状態である催眠状態でも生じる。感覚器官によって幻視、幻聴、幻臭、幻味、幻触と呼ぶ。

幻聴 (auditory hallucination) は、音が無いにもかかわらず音が聞こえたことと知覚すること。統合失調症の症状として、悪口、批判、中傷、命令といった言葉や対話が聞こえたり、自らの考えが即時に声となって聞こえるという考想化声 (audible thoughts) やしばらくして聞こえてくるという思考伝播 (broadcasting of thught) と訴えることがある。脳器質性障害、心因反応でも幻聴を訴えることがある。

幻視 (visual hallucination) は、存在しないものが見えると知覚すること。統合失調症では意

識が清明なときに認められることがある。脳器質性障害や薬物障害、アルコール障害、せん妄状態でも幻視を体験することがある。

幻臭 (olfactory hallucination) は、嗅覚に生じる幻覚のこと。「自らの身体から異臭 (便臭、体臭など) が発せられている」と訴える自己臭症での関係妄想や「隣人が異臭のするものを撒いて嫌がらせをしている」といった被害妄想として訴えられることがある。

幻味 (gustatory hallucination) は、味覚に生じる幻覚のこと。「毒を盛られた」というと被害妄想や「食べ物の味がおかしい」と不快な味を感じる訴えをすること。

幻触 (tactile hallucination) は、触覚に幻覚を感じる。統合失調症の症状として「(脳に埋め込まれた電極から) 電流が流れてしびれている」「寄生虫が身体を這いずり回ったり、動いている」と訴えることがある。精神疾患が無い場合でも、マナーモード時の携帯電話の振動を実際に着信が無い場合でも感じたりすることがある。

体感幻覚 (cenesthetic hallucination) は、温冷感、痛覚、平衡感覚、運動感覚に生じる幻覚のことで体感症 (cenesthopathy: セネストパチー) と呼ばれることがある。「腸がねじれて引っ張られている」「脳がグチャグチャに解けている」「歯が溶けて透明なものが口の中に溢れてくる」「身体が火照って熱い」といった訴えから統合失調症や心身症、心気症に認められることがある。精神疾患が無い場合でも、大規模な地震に遭遇した後、時々身体が揺らされる感覚を体験したりする。

離人感 (depersonalization feeling) は、自己認識 (自己の精神内界) が身体から遠ざかっているような知覚や体験の仕方をする。 「手足が自分のものではないような感じ」「今ここにいるのは自分でなく、自分は他の所から観察している感じ」「今ここにいるのは自分ではない感じ」といった訴えをする事がある。思春期に一過性の離人感を体験する人が多い。うつ病や統合失

調症には持続したり反復して認められる。

現実感消失・現実感喪失 (derealization) は、奇妙で非日常的な感覚や環境を知覚したり体験すること。「あそこは、いつも通っている道とは違っていたが、いつの間にかいつもの場所にした」というように過去の変容した知覚体験を訴えることがある (「解離」参照のこと)。

表 4：知覚の仕方の一覧

知覚 (perception)	外界に存在する色、形といった光、音、物質・物体などの刺激が眼や耳、鼻、舌、皮膚といった末梢感覚器官を通して「知ること」である	
表象 (representation)	知覚してから時間経過した後、心に想起したもの	
錯覚 (illusion)	誤った解釈で知覚すること	
幻覚 (hallucination)	外部に対象が無いにもかかわらず知覚すること (対象無き知覚)	
	幻聴 (auditory hallucination)	音が無いにもかかわらず音が聞こえたと知覚すること
	幻視 (visual hallucination)	存在しないものが見えると知覚すること
	幻臭 (olfactory hallucination)	嗅覚に生じる幻覚のこと
	幻味 (gustatory hallucination)	味覚に生じる幻覚のこと
体感幻覚 (cenesthetic hallucination)	幻触 (tactile hallucination)	触覚に幻覚を感じる
	体感幻覚 (cenesthetic hallucination)	温冷感、痛覚、平衡感覚、運動感覚に生じる幻覚のこと 体感症 (cenesthopathy: セネストパチー)
離人感 (depersonalization feeling)	自己認識 (自己の精神内界) が身体から遠ざかっているような知覚や体験の仕方をする	
現実感消失・現実感喪失 (derealization)	奇妙で非日常的な感覚や環境を知覚したり体験すること	

iv. 認知 (cognition)

認知は、見る、聞く、話す、覚える、考えるなど知的機能を包括的に広範囲で捉えた概念で

ある。心理学では知覚の上位概念であり、意識と同じ意味で用いられることがある。医療・福祉領域で高次脳機能と呼ばれることがある。表5は、認知の仕方をまとめた。

記憶 (memory) は、過去の経験を保つて必要な折に想起 (remembering) する過程のことである。記憶を司る脳の部位は、海馬や乳頭体といった大脳辺縁系が関与していると言われている。記憶には、数秒程度の作動記憶 (working memory)、数秒から1分程度の短期記憶 (short term memory) とそれよりも長い時間の記憶が持続される長期記憶 (long term memory) に分けられる。記憶内容による分類には、言葉で説明できる陳述記憶 (declarative memory) と言葉で内容を説明しにくい手続き記憶 (procedural memory) がある。陳述記憶には、意味記憶 (semantic memory) とエピソード記憶 (episodic memory) の下位分類があり、前者は「鳥は飛ぶ」といった知識の記憶であり、後者は、「1992年に語学研修で海外へ行った」「2003年に結婚した」等と個人の生育歴と関連する思い出の記憶のことである。手続き記憶は、「目玉焼きを作る」「自転車に乗る」「サクソフォンを演奏する」といった身体動作を伴う記憶で、言葉で説明しにくい記憶 (nondeclarative memory: 非陳述記憶) である。

記銘 (registration) は、知覚した事柄や経験を記憶に残すことを指し、保持 (retention) は、記憶を保つて蓄えることであり、再生 (recall) は、記憶した事柄を思い出すことであり、再認 (recognition) が提示された事柄と再生した事柄とを照合して経験の有無を確認することである。

記銘力障害 (derangement of the capacity to register) は、新しい事柄を記銘できない状態のこと。認知症では過去の出来事を想起ができるが、直前の出来事を記銘できない短期記憶の障害が認められる。意識障害が生じたときにも一次的に記銘力障害を認めることがある。

健忘 (amnesia) は、過去の経験や出来事を意図して努力しても想起できないことである。す

べての記憶が無くなる全健忘 (total amnesia)、一部の記憶が失われる部分健忘 (partial amnesia) に大別される。生活史の記憶がすべて無くなる全生活史健忘 (amnesia of personal history) あるいは心因性健忘 (psychogenic amnesia) という症状もある。時間経過に沿った区別では、意識障害が生じた期間とそれ以前の記憶が思い出せなくなる逆行性健忘 (retrograde amnesia) と意識障害から回復した後の期間の記憶が想起できない前向性健忘 (anterograde amnesia) とがある。

遂行機能障害 (executive function disorders) は、時間経過を伴って一連の目的がある行動・活動が達成できない障害のこと。例えば、「夕食でカレーを作る」という目的の場合、最初に買い物や料理の計画や段取りを考え、続いてお店に行行って必要な材料を購入し、帰宅して台所で料理をするという一連の過程がある。この一連の過程の一部や過程すべてが遂行できない状態を指す。

見当識・定位 (orientation) は、今いる場所や日時、周りの様子や人物を正しく適切に認識する能力や心構え・身構えのこと。

見当識障害・失見当 (disorientation) は、見当識が低下している状態のこと。具体的には、居場所や日時がわからなくなったり、家族や知人を正しく認識できなくなったり、病院などに来ている状況がわからなくなっていること。意識障害や記銘力障害、妄想を伴うなどさまざまな要因で生じる。

言語障害 (Language disorder) は、身体の構音器官が障害を有する構音障害 (dysarthria) と大脳損傷が原因となって獲得されていた言語機能が不調状態となる失語 (aphasia) がある。ブローカ (Broca) 失語 (運動性失語群) は、大脳半球の下前頭回の部位が病因とされ、流暢な言語の表出が困難となるが、他者が話している内容の理解が保たれる。ウェルニッケ (Wernicke) 失語 (感覚性失語群) は、大脳半球の上側頭回の部位が病因とされ、発語は流暢にできるもの

の、他者が話している内容理解が困難となる。医療現場で言語聴覚士 (Speech-Language-Hearing Therapist:ST) が主に訓練を行う。

緘黙 (mutism) は、構音器官と発声器官に障害がないが、意図的にかつ頑なに話さない状態のこと。全く話さない全緘黙と家庭内では会話するものの家庭の外では話さない場面緘黙がある。

思考 (thinking) は、「考える」行為や活動を指している。思考障害には、細部にこだわり説明が回りくどく結論になかなか達しない迂遠 (circumstantiality)、同じ観念が保たれ続けて、切り替えができず、現実的な状況に対応できない保続 (perseveration)、言葉で表出しないが繰り返し何度も同じことを考える反芻 (rumination) がある。統合失調症に限定される思考障害は、会話中に突然に黙り込んでしまう思考途絶 (blocking of thought) や会話の内容に論理性が失われ、観念の間に関連が弱くなる連合弛緩 (loosening of association)、造語や新しい意味づけを言葉に行う言語新作 (neologism) がある。考え (観念) が次々に浮かんで相互の関連が保たれて展開していく観念放逸 (flight of ideas) は躁状態に認められ、考えが滞って不活発となってしまつて結論を出すまでに多くの時間を要する思考制止 (inhibition of thought) はうつ状態に認められる。

知能 (intelligence) は、生活環境の中で新しい課題を達成したり、問題を解決する中で、合理的で目的的に知識を応用しながら対処しようとする総合的な思考能力のこと。知的能力障害 (intellectual disability) では、知能の獲得が最初から制限されて十分に獲得できない。一方、認知症や交通事故の後遺症による高次脳機能障害では、一度獲得された知能が後天的に脳機能に障害を受けることにより低下する。知能を測定するための心理検査が開発されている。

妄想 (delusion) は、事実とは異なる事柄や出来事に対して強い確信を持って訂正できない考えや意味づけをした状態である。統合失調症に

多く認められる妄想としては、誰かに追跡されていると確信を持つ追跡妄想や嫌がらせを受けているとする被害妄想、パートナーが浮気しているとして男性に多く認める嫉妬妄想、毒を盛られているとする被毒妄想、事象・出来事・他者との間に特別な意味合いがあったとする関係妄想がある。統合失調症と躁状態に多く認める妄想は、有名人を含む他人との恋愛関係にあると確信を持ち女性に多く認める恋愛妄想や特別な才能や能力や使命があるとする誇大妄想などがある。うつ状態で多く確認できる妄想は、深刻で重篤な疾病に罹患したと疑う心気妄想や自分が大きな罪を犯してしまったためにその対象が破滅的な事態に陥って後悔しているとする罪業妄想がある。

強迫観念 (obsessive idea) は、思考内容そのものが不合理で馬鹿らしいと自覚がありながらも考えが湧いてきてしまつて、考えないようにすると不安が強まってしまう。

表 5：認知の仕方一覧

認知 (cognition)	見る、聞く、話す、覚える、考えるなど知的機能を包括的に広範囲で捉えた概念である。心理学では知覚の上位概念であり、意識と同じ意味で用いられる。高次脳機能と呼ばれることがある。
記憶 (memory)	過去の経験を保って必要な折に想起する過程のことである
記銘 (registration)	知覚した事柄や経験を記憶に残すこと
記銘力障害 (derangement of the capacity to register)	新しい事柄を記銘できない状態のこと
健忘 (amnesia)	過去の経験や出来事を意図して努力しても想起できないこと
遂行機能障害 (executive function disorders)	時間経過を伴って一連の目的がある行動・活動が達成できない障害のこと
見当識・定位 (orientation)	今いる場所や日時、周りの様子や人物を正しく適切に認識する能力や心構え・身構えのこと

見当識障害・失見当 (disorientation)	見当識が低下している状態のこと
言語障害 (Language disorder)	身体の構音器官が障害を有する構音障害 (dysarthria) と大脳損傷が原因となって獲得されていた言語機能が不調状態となる失語がある
緘黙 (mutism)	構音器官と発声器官に障害がないが、意図的にかつ頑なに話さない状態のこと
思考 (thinking)	「考える」行為や活動のこと。精神疾患に特有な思考障害が複数存在する
知能 (intelligence)	生活環境の中で新しい課題を達成したり、問題を解決する中で、合理的で目的的に知識を応用しながら対処していくこととする総合的な思考能力のこと
妄想 (delusion)	事実とは異なる事柄に対して強い確信を持って訂正できない考えや意味づけをした状態
強迫観念 (obsessive idea)	思考内容そのものが不合理で馬鹿らしいと自覚がありながらも考えが湧いてきてしまっ、考えないようにすると不安が強まってしまう状態のこと

v. それ以外の症状

目的がないように歩きまわっているようにみえる徘徊や排泄物を家の壁に塗りたくるなどの不潔行為、家族や周囲の人に攻撃的な言葉を浴びせかける暴言、さらには殴る・蹴る、髪の毛を引っ張るといった暴力行為などの行動の障害や眠りが妨げられている睡眠の障害、食べることを拒んだりする拒食、食欲が湧いてこない状態である食欲不振、自らを傷つけたりする自傷行為、自らの死を考える自殺念慮などが挙げられる。

V. 精神薬理学 (psychopharmacology) と脳科学 (neuroscience)

精神薬理学は、精神に影響を与える薬物を研究する分野である。精神疾患の治療に用いられる薬物は向精神薬と呼ばれ、抗うつ薬 (antidepressant)、抗精神病薬 (antipsychotic)、気分安定薬 (mood stabilizer)、抗不安薬 (anxiolytic)、睡眠薬 (hypnotic)、

認知機能改善薬 (cognitive enhancer)、精神刺激薬 (stimulant) に分類される。これらの薬物は、複数の効能を併せ持つことがあり、薬物の役割や効用に混乱をもたらすことがある。薬物を処方する医師の「匙加減」によって効き方が変わることもあり得る。それ故に医学・薬学の非専門職は自己判断を控えて医師や薬剤師 (Pharmacist) といった専門職に意見や判断を仰ぐ必要がある。脳科学の発展により脳内の薬物の作用機序の解明が進展し、また期待されている。

VI. まとめに変えて

本論の後半では、精神症状を中心にして記述してきた。その意図は、心理専門職が単に疾病名あるいは障害名でカテゴリーに区分してしまう (診断や分類) だけに陥る危険性を危惧しているからである。またこの行為だけになると医療現場で中核になっている医師の役割・機能の真似事に過ぎず、「クライアントといった当事者の立場で理解しようとする」心理専門職の特性を考慮して欲しいからである。心理専門職は、臨床心理面接のトップダウン方略とボトムアップ方略 (長谷川, 2014) を駆使して、情報を得た事柄について、クライアントが「何とかかかしよう」と努力した結果の行為であるという視点を持って欲しい。専門職集団の中で心理専門職として機能するためには、「症状」の見方を変えて、クライアントが懸命に生きている姿と捉えて、目の前の人のために何が役立つのか、専門職として何ができるのかと振り返る姿勢を身につけてほしい。これは、単純ではあるが簡単ではない。

引用・参考文献

- American Psychiatric Association (2013) 高橋三郎・大野裕 (監訳) (2014) DSM-5 精神疾患の診断統計マニュアル 医学書院 (American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition, American Psychiatric Publishing)

- Burton N (2010) 朝田隆 (監訳) (2015) みる・よむ・わかる精神医学入門 医学書院 (Burton N (2010) Psychiatry 2nd Edition, Blackwell Publishing)
- 長谷川明弘 (2014) 対人支援専門職の基礎訓練プログラムの提案—概観そして技能と学習形態を整理する試み—, 東洋英和女学院大学心理相談室紀要 17 巻, p39-52.
- 長谷川明弘 (2015) 臨床心理学の歴史—催眠を基軸として—, 東洋英和女学院大学心理相談室紀要 18 巻, p56-66.
- 長谷川明弘 (2016) 臨床心理学を学ぶ: 計画を立てる—心理アセスメントに注目して—, 東洋英和女学院大学心理相談室紀要 19 巻, p68-75.
- 上島国利・上別府圭子・平島奈津子 (編) (2013) 知っておきたい精神医学の基礎知識—サイコロジストとメディカルスタッフのために— [第2版] 誠信書房
- 川野雅資 (編) (2011) 新看護観察のキーポイントシリーズ 精神科 I 中央法規
- 石井毅・栗田広 (2009) 研修医のための精神医学入門 第2版 星和書店
- 中島義明・安藤清志・子安増生・坂野雄二・繁榊算男・立花政夫・箱田裕司 (編) (1999) 心理学辞典 有斐閣
- 野村総一郎・樋口輝彦 (監修) 尾崎紀夫・朝田隆・村井俊哉 (編集) (2015) 標準精神医学 医学書院
- Sadoc BJ ほか 2015 井上令一監修 四宮滋子・田宮聡監訳 (2016) カブラン 臨床精神医学テキスト—DSM-5 診断基準の臨床への展開— メディカル・サイエンス・インターナショナル (Sadoc BJ, Sadoc VA and Ruiz P (2015) Kaplan & Sadoc's Synopsis of Psychiatry : Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry 11th edition, Wolters Kluwer)
- 丹野義彦 (2002) 異常心理学の成立に向けて 下山晴彦・丹野義彦 (編) 講座 臨床心理学 3 異常心理学 I 東京大学出版会