

# 心の健康ってなに？

- メンタルヘルスを  
やさしく考える -

長崎県

長崎こども・女性・障害者支援センター



# もくじ

心の健康とは	p 1
ストレスとのつきあい方	p 2
1. ストレスとは	p 2
2. ストレス因 (ストレッサー)の大小	p 2
3. 現代社会とストレス	p 4
4. ストレスとのつきあい方	p 5
心の健康づくり	p 6
1. 心の健康づくりと心のケア	p 6
2. 具体的対応	p 6
3. 自殺の予防と対応	p 7
心の病気の正しい理解	p 8
1. 心の病気は脳の機能不全	p 8
2. 脳内の神経伝達物質	p 9
3. 精神科疾患の頻度	p10
うつ病	p12
躁うつ病 (双極性感情障害)	p13
不安障害	p14
強迫性障害	p15
ストレス関連障害	p16
身体表現性障害	p17
不眠症	p18
統合失調症	p19
認知症	p20
アルコール依存症	p21
薬物依存症	p22
摂食障害	p23
広汎性発達障害 (自閉症など)	p24
多動性障害 (注意欠如/多動性障害)	p25
素行障害 (行為障害)	p26
てんかん	p27
心の健康自己チェックコーナー	p28



# 心の健康とは

心の健康とは何でしょうか。あるいは健康な心とはどんな心でしょうか。どんな心の状態を不健康だというのでしょうか。そもそも、いつも健康な心ってありうるのでしょうか。

『心の健康』という言葉が意味するものは、大きく二つあると思います。一つは、「病気が病気でないか」という狭い意味での心の健康、もう一つは、その人の価値観や生き方に関わる少し哲学的な意味での心の健康です。つまり、精神病になっても自分に自信を持って生き生きと生活している人もいれば、精神的な病気はないけれど、なぜか自分に自信が持てずしょんぼりと生きている人もいるものです。前者は、“心は病気でも心は健康”、後者は、“心は病気でないけれど心は不健康”だと言えるでしょう。

そこで今度は、私たちが目指すべき心の健康とは、どちらの意味の心の健康だろうかと考えてみます。もちろん誰だって病気にはなりたくはないのですが、世の中が複雑になり、高齢化社会となるなど、色んな意味でのストレス社会に生きている私たちにとって“一生の間に一度も心の病気にならないまま人生を全うする”という確率は非常に低くなってきています。ですから、病気にならないようにと心がけるより、むしろ、病気になっても安心して安全に元気に生活していけるように心づもりをしていく方が現実的ではないでしょうか。少なくとも、身体的健康に関しては、“無病息災”ばかりを目指すよりも“一病息災”“二病息災”でいいんだ」という考え方が国民に広がってきていますし、精神的健康、心の健康に関しても、“一病息災”“二病息災”でいいのではないのでしょうか。

このテキストは、「長い人生の中では誰だって一度や二度は心の病気になるもんだ」という大前提で書いています。人生には、うまく行かないことや困難がたくさんあるけれど、人間には困難な状況を乗り越えていく知恵とエネルギーが元来備わっているわけで、たとえ病に冒されても、正しい知識と適切な対処方法を身につけていさえすれば、真の意味での健康な生活が維持されるという姿勢で、心の健康を説明しているつもりです。

健康な生活を求めすぎるあまり、どうしたらよいか分からなくなるのではなく、皆さんが“不健康に対して健康に対処することが一番の健康”と気楽に健康を語れるようになるようにお手伝いしたいと思います。

わたしたちの『健康教室』に、ようこそ。

長崎県  
長崎こども・女性・障害者支援センター  
大塚俊弘

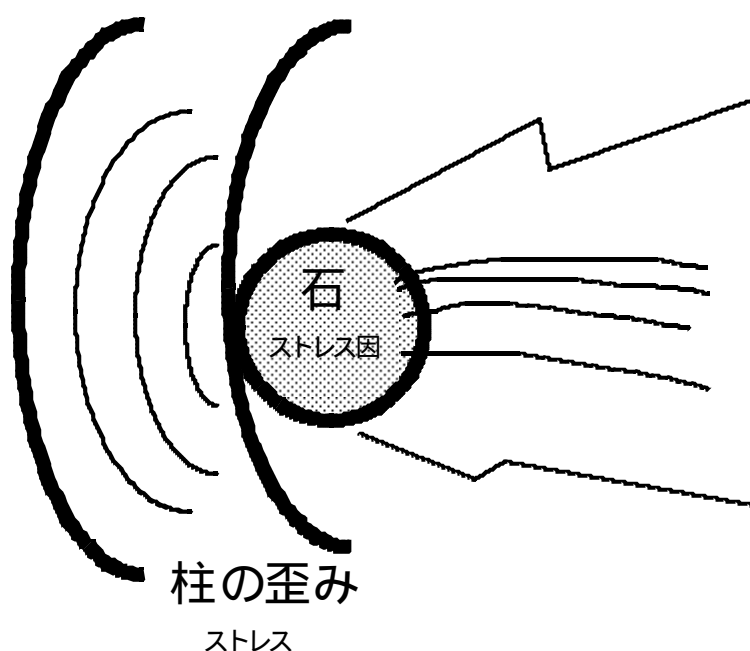
# ストレスとの付き合い方

## 1. ストレスとは

『ストレス』という言葉は、もともと機械工学の領域で用いられていたものです。バネのような弾力体に外から力を加えて曲げようとするとき、内部にこれと釣り合う力が生じますが、外からの力を『ストレス因 (ストレッサー)』と呼び、内からの応力を『ストレス』と呼ぶのです (図1 参照)。

さて、これらを私たちの生活に当てはめると、日常生活の中で生じてくる様々な問題や出来事、環境の変化といったものは全て『ストレス因 (ストレッサー)』であり、そして、そのストレス因によって私たちの心や身体に起こってくる歪んだ状態が『ストレス』と言えるでしょう。

図1：ストレス因とストレス



## 2. ストレス因 (ストレッサー)の大小

このように日常生活において『ストレス』というものは必ず存在するものであり、ストレスのない生活などありえません。しかしながら、『ストレス因 (ストレッサー)』には当然、強弱・大小はあります。アメリカの精神医学者ホームズ博士らは、日常生活の中のストレス因について、その強弱・大小を点数化しています (次ページ表1)。これを見ると、1万ドル(当時の日本円で300万円程度)以上の借金より、転勤や夫婦の問題など、実にありふれた出来事の方が大きなストレス因になることがわかるかと思えます。

# 表 1：ホームズ的生活変化ストレス尺度

生活上の出来事（変化） life events	マグニチュード
1. 配偶者の死亡	100
2. 離婚	73
3. 夫婦別居	65
4. 刑務所などへの収容	63
5. 近親者の死亡	63
6. 本人の大きなケガや病気	53
7. 結婚	50
8. 失業	47
9. 夫婦の和解	45
10. 退職・引退	45
11. 家族メンバーの健康面・行動面での大きな変化	44
12. 妊娠	40
13. 性生活の困難	39
14. 新しい家族メンバーの加入	39
15. 合併・組織替えなど勤め先の大きな変化	39
16. 家計状態の大きな変化	38
17. 親友の死	37
18. 転勤・配置転換	36
19. 夫婦の口論回数の変化	35
20. 1万ドル以上の借金	31
21. 抵当流れ（借金返済できず）	30
22. 仕事上の地位・責任の変化（昇進、降格）	29
23. 子女の離家	29
24. 義理の親族とのトラブル	29
25. 個人的な成功	28
26. 妻の就職または退職	26
27. 本人の進学または卒業	26
28. 生活条件の変化（家の新改築、環境悪化）	25
29. 個人的習慣の変更	24
30. 職場の上司とのトラブル	23
31. 勤務時間や労働条件の変化	20
32. 転居	20
33. 学校生活の変化	20
34. レクリエーションに関しての変化	19
35. 宗教活動上の変化	19
36. 社会活動（社交）の面での変化	18
37. 1万ドル以下の借金	17
38. 睡眠習慣の変化	16
39. 団らんする家族メンバーの数の変化	15
40. 食事習慣の変化	15
41. 長期休暇	13
42. クリスマス	12
43. ちょっとした法律違反	11

左の表のうち過去1年間にあった項目に印をつけ、各項目の点数を合計して下さい。

その合計点数があなたの過去1年間の総ストレス度です。

250点以上あれば、なんらかの身体的変化が現れてもおかしくないし、

300点以上では、2年以内に重病になる可能性が高いです。

### 3. 現代社会とストレス

次に、現代社会は“ストレス社会”だとよく言われますが、その意味について少し考えてみましょう。

前述したように、日常生活の中で生じてくる様々な問題や出来事、環境の変化といったものは全て“心理社会的ストレス因”となります。災害や事故、身近な人物の死、病気や怪我といった心身に過酷な負担がかかる重大な出来事については、それらがストレスにつながることは誰にでも理解できるかと思いますが、そのような重大な出来事ではない、生活環境の変化や価値観の変化といったものもまた大きなストレス因となることは案外理解されていません。

情報量が格段に増えた1980年代以降、世界の二極化構造や権威は薄れ、社会の中では、多様化、個別化、多元化といった価値が重んじられるようになりました。おかげで、わたしたちは、誰でもが主体性を持ち個性を重視しながら自由に生活する可能性を手に入れたわけですが、その一方で、この自由で可能性に富んだ社会を維持するためには、価値観や社会環境の多様化という現象を受容しなければならなくなったのです。つまり、わたしたちは自由と可能性を得るために、価値観や社会環境の激しい変化への対応を余儀なくされたのです。

ところでみなさんは、封建的な社会や戦時体制の社会と今日の日本のような自由な社会を比較してみると、自由な社会の方がストレスが多いことをご存じでしょうか。例えば、戦時下の国家体制においては、国民一体となって戦争での勝利を目指すため、価値観や生活環境は極めて均一化され、環境変化は非常に少なくなりますのでストレスも減少するわけです。もちろん兵士や戦場となっている地域の住民のストレスは極めて高いものになります。戦場から離れている一般住民のストレスは少なくなるのです。実際、うつ病に関するいくつかの疫学調査は、戦時下でのうつ病罹患率が低かったことを明らかにしています。つまり、戦闘や事故、自然災害などの並外れた衝撃的な出来事を除けば、日常生活上の変化が大きいほど、わたしたちはストレス状態に陥りやすくなるわけで(表1参照)、言い換えれば、たとえ忙しくても規則的な仕事をこなせばよい立場にいる人より、忙しかったり暇だったり不規則な生活をする人の方が、精神科疾患になりやすい状況にあると言えるのです。

日本は従来、勤勉で価値観も均一、和を尊び没個性というのが特徴で、富の分配も均一にし発展してきました。しかしながら、わが国も先進国の仲間入りをし、成熟していくにつれて、個別化、多様化が重視されるようになり、今日ではまさに価値観や社会環境の激変の渦の中にあるということを十分に理解することが必要です。そして価値観や環境の変化が激しい現代社会において、わたしたちは、様々な心理社会的ストレス因と出会わざるを得ず、その結果として、精神科疾患に罹患する大きなリスクを負うことになったという事実を受け入れなければならないでしょう。



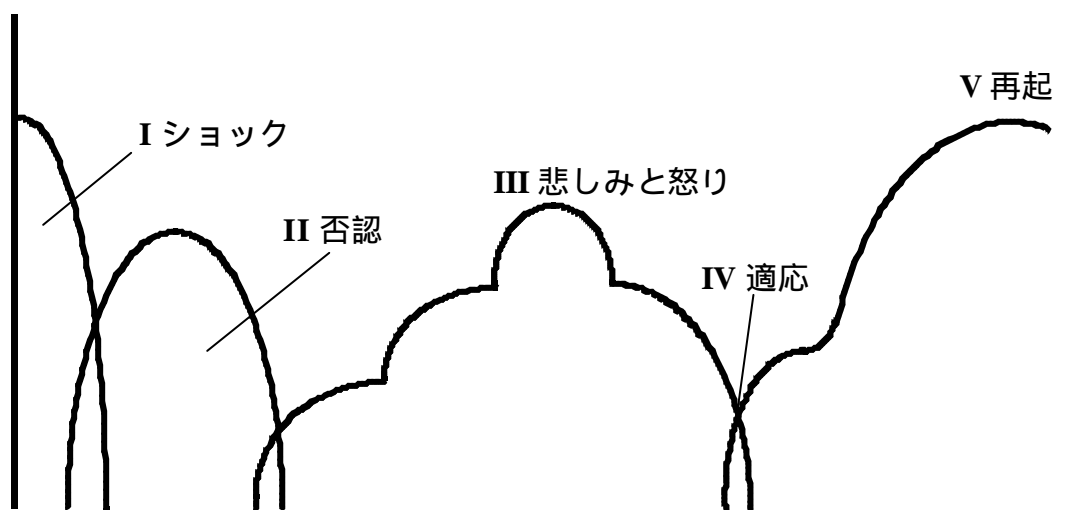
## 4. ストレスとの付き合い方

よく、「ストレスを避ける方法やストレスのない生活方法を教えてください」などと質問される方がおられますが、今まで説明したように、今日の日本社会においてはストレスのない生活などありえません。過度のストレスを避けることは可能かもしれませんが、その方法としては、無理をし過ぎないとか休養をしっかり取るなど、極一般的な健康管理に努めるぐらいで、特別のものはないのが現実です。もし、ストレスのない生活を求めるなら、変化の乏しい封建的な社会に戻るしかありません。そもそも、変化の乏しい生活を続けることが、果たして健康だと言えるでしょうか。ですから、ストレスとは“避ける”のではなく、“上手につき合う”ものだとして理解して下さい。

ストレスと上手につき合うには、まずは、**ストレスを自覚すること**が重要です。日常生活においてストレスは常にあり、その結果として精神的に不安になったり、疲れたり、私たちの心や身体には何らかの変化が生じるものです。ですから、「自分にはストレスや不安、疲れなんかはない」といった強がった態度は不健康です。無理して不安を忘れようとしたり、不安にとらわれている自分を「精神力のないダメな奴だ」と責めたりするのは間違いです。特に大きなストレス因に出合った時にこのようなやり方をしてしまうと、心の健康はひどく損なわれます。下の図2は、重度の障害児を持った母親がショックから立ち直るまでの過程を図式化した『悲哀の5段階』ですが、この中で最も重要な作業が第三段階の“悲しみと怒り”の作業とされています。人間は、悲しみ、ふさぎ込み、不安がったり、怒ったりという作業を繰り返しながらショックを乗り越えて行くものです。言い替えると「泣き言を言いながら乗り越えていく」というやり方が健康なのです。

そして、周囲の援助を素直に受けながら、さしあたり出来ることからやっていくという現実的対応が効果的です。

図2：悲哀の5段階 Klaus, K & Kennell, J (1975年)



# 心の健康づくり

## 1. 心の健康づくりと心のケア

最近、『心の健康づくり』や『心のケア』に対する関心が非常に高まっていますが、わたしたちはどのような姿勢でこの問題に取り組まなければならないのでしょうか。ここでもう一度確認しておきたいと思います。

前章で述べましたように、現在の日本のように、個別化、多様化を容認した自由な社会においては、「ストレスを減らして、心の病気・精神科疾患にならないようにすること」は極めて困難です。したがって病気にならないように予防するというよりも、心の病気になる可能性の高さを真摯に受け止め、病気になった時に、あるいは病状がより軽度のうちに、速やかに対処することを第一に考える、いわゆる“リスクマネジメントとしての心のケア”が重要になってきます。つまり、“早期発見、早期介入”の徹底が大切なのです。

## 2. 具体的対応

それでは、心の健康づくりを推進していくには、具体的にはどうしたらよいのでしょうか。いろいろとあるとは思いますが、最も重要なのは、**正確な知識や情報を持つこと**と、**早期の医学的チェック**の2点です。

精神保健や心の病気・精神科疾患に関しては、正しい情報が一般住民のみなさんに伝わっておらず、迷信めいたものが信じられていたり、誤解や偏見で一杯です。多くのみなさんが“心が弱いから心の病気になる”と信じておられますが、実はこれも大きな誤解です。また、心の病気・精神科疾患はまれな病気、しかも治療しても治らないと信じている方も多いようですが、これも大変な間違いです。

近年、生物学的研究が進む中、多くの精神科疾患について、その病気の本態として脳の神経細胞間の情報伝達機能の障害が想定されるようになりました。そのため、薬物療法が急速に進歩し、その効果が心理・精神療法に勝る場合が増えてきました。また、一般に心の問題と捉えられるもののうち、“相手の気持ちに共感しながら、じっくりと話を聞く”といういわゆる支持的カウンセリングで対応できるものは一部であって、より専門的な精神療法等による医学的ケアが必要なものが多いことも明らかになってきています。しかも、多くの精神科疾患が、適切な治療によって治ったり回復したりすることも証明されているのです。

現代のストレス社会に対応するためには、心の病気・精神科疾患に関する正しい知識や情報を身につけ、そして、精神的健康で気になることがあれば、まずは精神科医療機関をたずねてみるという姿勢が重要なのです。

### 3. 自殺の予防と対応

最近、自殺者の増加が大きな社会問題となっています。わが国の年間自殺者は、1990年には19,821人でしたが、以後少しずつ増加し、1997年には23,494人になりました。ところが、1998年には31,755人と激増し、以後2003年の34,427人をピークに、2007年33,093人、2011年の30,651人まで、実に14年連続で年間3万人を超え続けています。2011年の交通事故死亡者の数は4,612人で、自殺で亡くなる方は、交通事故で亡くなる方の7倍近くになるわけですが、交通事故と比較して自殺に対する世間の関心は低く、予防や対策もまだ不十分であるというのが実情です。

さて、自殺の背景としては、多重債務、失業などの経済問題、健康問題、社会的孤立、介護問題などの高齢者福祉問題と様々ですが、自殺を企図する人の多くがうつ状態に陥っていたり、うつ病に罹患していると考えられています。わが国の自殺者には3つのピークがあり、1回目が1958年、2回目が1986年で、今回は3回目のピークを迎えていると思われませんが、1回目のピークが20歳代に集中していたのに対し、今回は、圧倒的に50歳代、60歳代の中高年の方が多点が特徴です。うつ病の好発年齢は中高年でありますから、この点からも、最近の自殺者の多くの方がうつ病にかかっておられる可能性が示唆されています。

後章で詳しく触れますが、うつ病はストレスとの関連性が強く、ストレス社会である今日の日本においては誰でもがなりうるありふれた病気として理解することが重要です。特に、リストラや昇進といった職場環境の変化、転居などの家庭環境の変化などといったストレス因にさらされた人は用心が必要です。また、仕事にも趣味にも熱心な人や、責任感が強く面倒見のよいなどといった人は、より多くの仕事や負担を抱え、ストレス状態に陥る可能性が高いので、当然、うつ病になるリスクも高くなりますので気をつけておきましょう。

では具体的にはどうしたらよいのでしょうか。

一つは、自殺の背景として考えられている各種問題に対し、出来るだけ早く具体的な支援を行うことです。たとえば、多重債務を抱えている人に対しては、法的手段も含めた具体的な助言や、弁護士会等の適切な相談機関の紹介をするなどの支援が考えられます。

そして、もう一つ重要なのが、うつ病対策です。なぜなら、うつ病は適切な治療を受ければ100%治る病気だからです。気分が落ち込んだり、気力が出なかったりといった状況が続いたら、まずは精神科や心療内科の専門医を受診することが大切です。ただし、専門医を受診することには、抵抗を感じたり、「何とか自分の気力で解決したい」と思われる方も多いので、ご本人やそのご家族が“勇気を持って”あるいは“気軽に”専門家に相談したり受診できるように、地域や職場において環境調整や情報提供などのていねいな支援が必要になってきます。

うつ病に対する早期発見と早期治療は、自殺に対する確実な予防と対策になります。繰り返しになりますが、気になることがあったら、かかりつけ医、または、精神科・心療内科の専門医に相談してください。

# 心の病気の正しい理解

## 1. 心の病気は脳の機能不全

一般に「くよくよ考える人が精神科の病気になりやすい」とか「趣味が多い人は病気になりにくい」といったことが信じられています。しかし、これらはあまり根拠のないものです。多くの精神科疾患は性格との関連性がはっきりしておらず、うつ病や嗜癖行動の一部(アルコール依存症など)との関連性が確認されている性格や行動パターンとして、下に示した『A型行動パターン』と『メランコリー親和型』があるぐらいです。

確かに精神科疾患にかかりやすい素因というものはあると考えられていますが、これは、決して精神力や意志力が弱いとか性格が悪いといったもので片づけられるものではなく、例えば、カゼをひきやすい体質、太りやすい体質、高血圧になりやすい体質、ガンになりやすい体質というふうなイメージで捉えていいものです。元々身体が丈夫な人が若くしてガンで亡くなったり、病弱だった人が大病せずに長生きしたりすることを考えてもわかるように、身体の強弱や精神力の強弱と、病気になりやすいか否かという問題は少し違う次元の話だということをよく理解しておいて下さい。つまり、精神力が強い人でも弱い人でも精神科の病気にかかるわけです。

### 精神科疾患と関連のある性格や行動パターン

#### A型行動パターン(フリードマンとローゼンマン, 1959)

絶えず物事を達成する意欲を持つ、仕事にも趣味にも熱心、競争心が強い、気性が激しい など

#### メランコリー親和型(テレンバッハ, 1961)

几帳面、堅実、綿密、勤勉、強い責任感、誠実、律儀、世話好き、良心的、権威と序列の尊重 など

いずれも、

一般的に良いと評価されるような性格や行動パターンでしょう!!!

ところが、『うつ病』や『神経症』、『統合失調症』、『アルコール依存症』等々の精神科疾患になってしまうと、「自分はダメな人間だ」「人生の失格者」なんて考えてしまいますし、周囲の人々もそのような目で見てしまう傾向があります。でも、冷静に考えてみて下さい。誰もカゼをひいたからといって、みじめになったりしませんし、たとえガンなどの重い病気になってショックを受けたとしても、自分は人間的にダメな人間で世間の面よごしだなんては考えないはずです。家族が心臓病になったり、肝臓病になったからといって、恥ずかしいと思ったり、コソコソと隠したりはしないはずです。精神科疾患も心臓や肝臓と同じ脳という一つの臓器の病気でありますから、本当は身体の病気と同じように捉えて治療に取り組んだり、健康増進のために工夫をすればよいことなのです。

実際、ドーパミンやセロトニンといった脳内の神経伝達物質(脳内ホルモン)の調節機能不全が精神科疾患の本態であることが、近年解明されてきています。肺や肝臓、心臓など

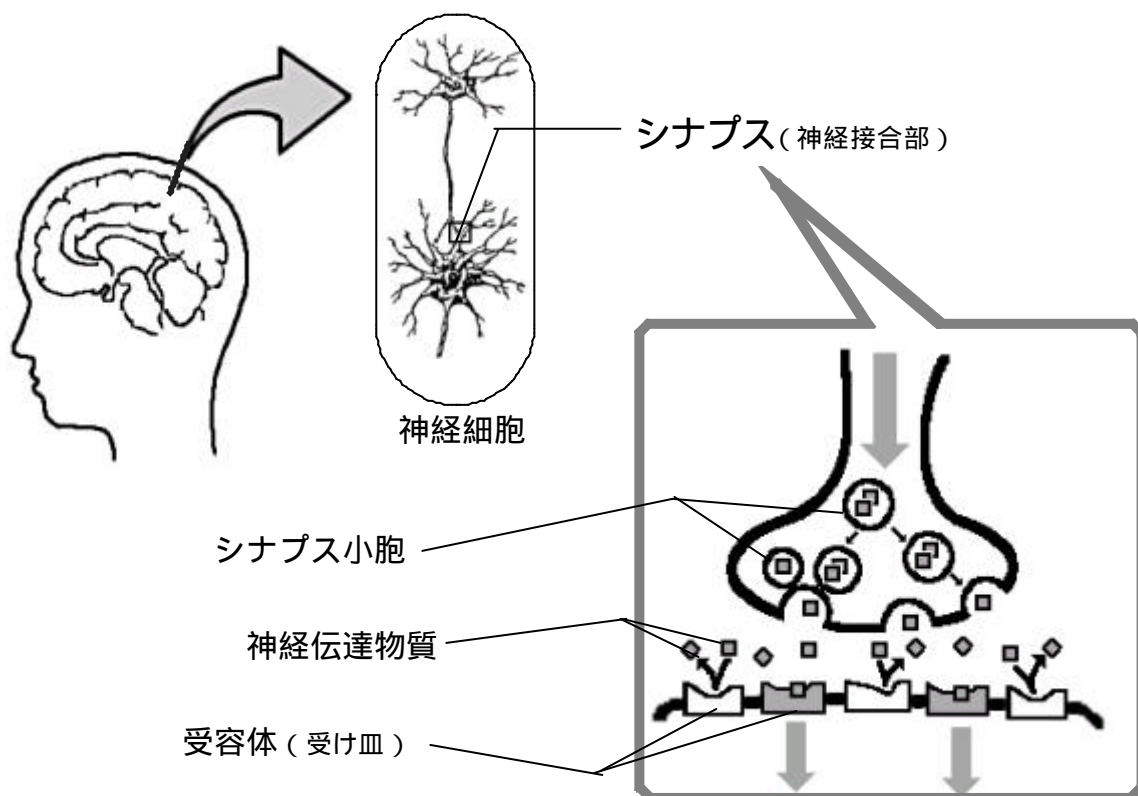
と同じ、一つの臓器の疾患であって、決して根性がなかったり、性格が悪かったり、ダメな人間になる特別な病気ではないのです。

また、「心の病気は、子育ての失敗が原因で起こる」といったことが、いまだに広く信じられていますが、これも大きな誤解です。確かに数十年前までは、精神科疾患の原因を親の子育てに求める、いわゆる『家族病因論』が盛んに取り上げられていましたが、現在では、それらの多くが科学的根拠のないものとして否定されています。今日、精神科疾患の発症因子の一つとして想定される家庭環境としては、親のアルコール・薬物依存症、異性問題(Sex 依存)、あるいは DV(夫婦間暴力)、子ども虐待などの嗜癖行動(アディクション)ぐらいしかありません。要するに、心の病気の原因となる幼児期の体験とは、虐待などの極端な場合に限られており、病気の原因を子育ての失敗に求めるのは、正しい理解とは言えません。

## 2. 脳内の神経伝達物質

下の図3に示すように、人間の脳の神経と神経の間には非常に狭い隙間(シナプス)があって、その間を『ドーパミン』『セロトニン』などといった「神経伝達物質(脳内ホルモン)」が情報のやりとりの役割を担っています。前の神経の中を伝わってきた情報が神経の終わりの部分まで届くと、「神経伝達物質」が放出され、それが次の神経にある受け皿(受容体)に取り込まれるという仕組みによって、情報は神経細胞間を伝わっていきます。そして「神経伝達物質」の量を多くしたり少なくしたり、あるいは「受容体」を閉じたり開いたりすることによって、頭の中を巡る情報は適切に制御されていると推測されており、この微妙な調節機能があるからこそ、私たちは何不自由なく考えたり行動したり出来るわけです。

図3：「神経伝達物質」による情報伝達



### 3. 精神科疾患の頻度

精神科疾患は、非常にまれな病気で、特殊な人になる病気だと思われているようですが、実は非常に頻度の多い病気です。表 2 ~ 4 に過去の代表的な疫学データを示していますが、表 4 の国立精神神経センター・精神保健研究所の調査の結果によると、全人口の **3 人に 1 人は何らかの精神疾患を体験** していることが示唆されています。この調査の中にはアルコール依存症や統合失調症、認知症などの頻度の高い病気は除かれていますので、一生の間に一度でもいいから何らかの精神科疾患になる確率は、実に 50% 近くになると考えてよいでしょう。

**表 2 : 精神科疾患の時点有病率** [ある調査時点における病気の頻度]

---

全精神科疾患患者	: <u>約 258 万人</u> (厚生労働省患者調査, 2002)
	<u>約 303 万人</u> (厚生労働省患者調査, 2005)
アルコール依存症	: <u>約 81 万人</u> 、有害な使用 : <u>約 214 万人</u> (厚労省, 2004)
認知症老人:	65 歳以上人口の <u>6.3%</u>
	80 歳以上人口の <u>20 ~ 25%</u> (厚生省等, 1985)
違法薬物乱用者・ 依存症患者:	<u>約 320 万人</u> (警察庁等, 1998)

---

人口 1 万人の町には、約 240 人の精神障害者がいる  
240 人より多い町は、あらゆる障害者にとって住みやすい町といえる。

**表 3 : 精神科疾患の生涯発病危険率**

[一人の人間が一生の間に一度以上罹患する確率]

---

うつ病 :	<u>10% 弱</u> (10 人に 1 人)
不安障害 :	<u>約 14 ~ 15%</u> (7 ~ 8 人に 1 人)
統合失調症 :	<u>約 0.8%</u> (120 人に 1 人)

---

人間は誰でも 120 人に 1 人の確率で統合失調症に罹患するという意味。  
周囲に統合失調症の患者さんがいないので“人ごと”と考えるのは大きな間違い。  
むしろ、周囲に発病した人がいないからこそ、「確率的にはそろそろ」という  
当事者意識が重要。

## 表 4 : 精神科疾患の生涯有病率

[今までに下記の病気に一回以上罹ったことのある人の割合] (北村ら、1995)

全般性不安障害	: 1%	左記のいずれか	: <u>33%</u>
パニック障害	: 1%		
恐怖性障害	: 20%		
大うつ病	: 14%		
気分変調症	: 2%		
躁病	: 1%		
強迫性障害	: 3%		

さて、ここまでの説明で、心の病気や精神保健に関する誤解がいくらか解けてきたのではないのでしょうか。下に、「心の病気や精神保健に関する誤解と正しい理解」について簡単にまとめていますので、少し復習をしてみてください。

次の章では、代表的な精神科疾患について簡単に説明していますので、精神科疾患の正しい理解に役立ててください。

### 精神科疾患・精神保健に対する誤解と正しい理解

- ✕ 「精神科疾患は精神力が弱い人、くよくよ考える人になるもの」  
「精神科疾患へのなりやすさと、いわゆる精神力は直接的な関係はない」
- ✕ 「不適切な子育ての結果、精神科疾患が生ずる」  
「子ども虐待や親の嗜癖行動（アルコール・薬物依存、ギャンブル依存等）以外には、精神疾患の発症因子として科学的に同定された家庭環境はない。」
- ✕ 「精神科疾患は特殊な病気で、治らない」  
「精神科疾患は誰でもがなる、極めてありふれた病気であり、多くの精神科疾患は、適切な治療により治すことができる。しかも、早期に治療開始すればする程治療成績は良好であり、開始が遅れれば治療成績は下がる。」
- ✕ 「精神科の薬は、心身両面に悪影響を与える」  
「精神科薬物療法は、精神療法以上に確実な効果をもたらすことが多い。」
- ✕ 「健全な家族関係を維持し、適度な運動、趣味を持つ等といった健全な生活を送っていけば、精神科疾患の予防につながる」  
「精神科疾患の一次予防は困難で、趣味やスポーツといった一般的に考えられているストレス解消法は直接的予防にはつながらない」

# 【うつ病】

**好発年齢** : 男性では50歳代、女性では20-30歳代と中年期に多い。

**生涯発病危険率** : 約10% (一生のうち少なくとも一度はうつ病になる確率は約10人に1人)

**病気**の概念 : うつ病の人の脳内では『セロトニン』や『ノルアドレナリン』が減少していると云われています。神経細胞と神経細胞との間にある情報を伝えている神経伝達物質(脳内ホルモン)が枯渇しているわけで、いわば『脳のガソリン切れ』と理解して下さい。  
(図4参照)

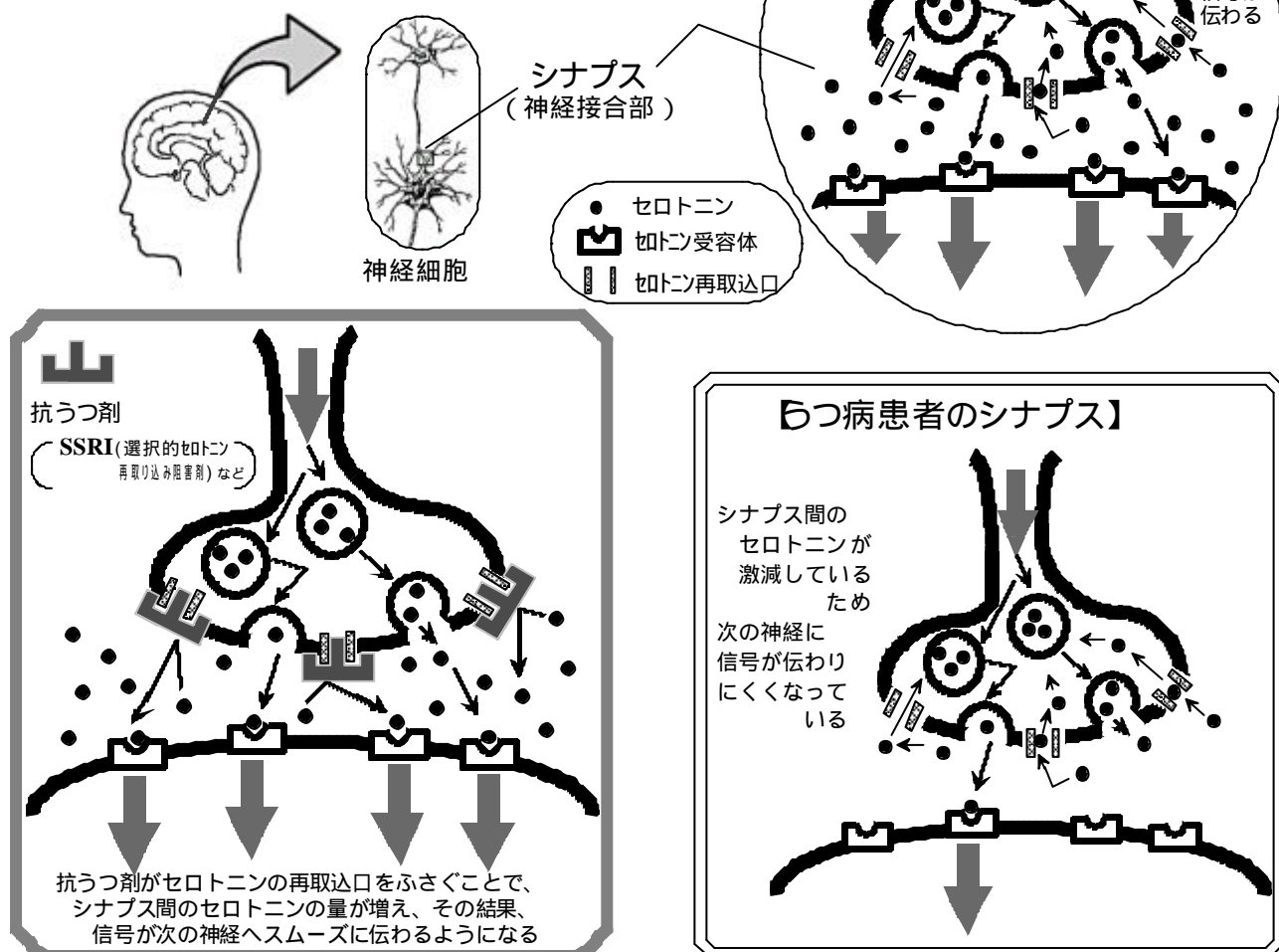
その結果として、意欲の低下、集中力・持続力の低下、興味喪失、抑うつ気分などが生じ、これらの症状は2週間以上、通常3-6ヶ月持続します。完全に治癒する病気ですが、十分な薬物療法が出来ていない場合など、1-2割は半年以上長引くと云われています。

**治療** : 『セロトニン』や『ノルアドレナリン』の量を増やす作用を持つ抗うつ剤の服用が第一です。次に大事なのが十分な休養です。(図4参照)

**養生**のこつ :

定期的に服薬するとともに、出来るだけ負担を軽くした生活を送る事です。場合によっては休職したり、家庭内での仕事もやめて休養に徹することが必要です。脳のガソリン切れですから、ガソリンが貯まるまで省エネ生活に徹するわけです。無理な気晴らしは逆効果です。「ガンバレ」と励ますことは絶対禁忌です。

図4 : うつ病とセロトニン





# 【双極性感情障害 (躁うつ病)】

好発年齢：30歳以下の若年発症が多いと云われています。

生涯発病危険率：0.5～1%

(一生のうちに少なくとも一度は躁うつ病になる確率は約 100～200人に1人)

## 病気の概念：

気分が高揚し活動性が異常に高まる『躁病期』と、気分が落ち込み、意欲や活動性が低下する『うつ病期』が、寛解期(通常の気分の状態)をはさんで繰り返される病気です。必ずしも躁状態とうつ状態が交互に出現するわけではなく、主に躁病期を繰り返し、うつ状態にはたまにしかないタイプ、逆に、途中でわずかな軽躁状態を呈するだけでうつ病期を繰り返すタイプもあります。

躁病期には、気分が高揚し、尊大で節度を欠き、法外な計画を立てたり、浪費したり、多弁で攻撃的となったりします。注意散漫で行動も活発すぎて、夜も眠らず、疲れを知らないといった状態になります。

一方、うつ病期には、意欲の低下、集中力・持続力の低下、興味喪失、抑うつ気分などが続きます。

病因としては、脳内の神経細胞と神経細胞との間にあって情報を伝えている神経伝達物質(脳内ホルモン)の調節障害が想定されており、躁病期には、『ノルアドレナリン』や『ドーパミン』が増加し、うつ病期には、『セロトニン』や『カルアドレナリン』が減少していると云われています。

## 治療と対応：

躁病期には、感情や気分をコントロールする作用をもつ気分安定剤(炭酸リチウム、カルバマゼピン、バルプロ酸ナトリウムなど)やドーパミンを遮断する作用をもつ抗精神病薬(神経遮断薬)による薬物療法が中心となります。病状安定のためには出来るだけ刺激を避ける必要がありますので、活動を減らし安静に努めなければなりません。気分が高揚しているため実際には実行できないことが多いです。また、周囲の対応としては、本人を刺激しないよう、言い合いにならないよう配慮することが重要です。躁状態の時は、気が散りやすくなっていますので、一つの話題で言い争いになりそうなときは、他の話題に話をそらしてみようまく乗ってきたりする場合があります。極端な迷惑行為や逸脱行為が持続する場合は入院治療が必要となります。

うつ病期にも、気分安定剤の服用が重要で、同じうつ状態でも「うつ病」の治療薬である抗うつ剤の投与に関しては、効果が得られなかったり、躁状態を誘発したりする場合も多いので慎重に行う必要があります。

そして、最も重要なのが寛解期(躁でもうつでもない通常の気分の状態)の対応です。この時期は症状も全くないので、ついつい通院から遠ざかってしまうものです。しかし、この病気は躁状態とうつ状態を繰り返すのが特徴ですから、この寛解期に再発を予防する手当をこころがけることが大切なのです。定期的に通院し服薬を継続する必要があります。躁病の治療薬でもある気分安定剤が有効で、躁状態とうつ状態の両方を予防してくれます。また、過度のストレスを避けた余裕のある生活態度に心がけることも病気の予防につながります。

# 【不安障害】(恐怖症および不安神経症)

好発年齢 : 20 歳代から 40 歳代にかけての広い年齢層。

生涯発病危険率 : 10 ~ 15%

分類 :

## 1. 恐怖症性不安障害

特定の場所や出来事に対する強い恐怖感が持続し、そのために外出できないなど日常生活に支障をきたす病気です。人混みや公共の場が怖い『広場恐怖』、人前での食事やスピーチが怖い『社会恐怖(社交不安障害[SAD]、対人恐怖)』、高い場所が怖い『高所恐怖』などがあります。強い不安発作(パニック発作)を伴うこともあります。

## 2. パニック障害

特別な状況ではないのに、突然に、動悸、呼吸困難、めまい感などが出現し、「死ぬんじゃないか」と感じるなど、非常に強い不安発作(パニック発作)が繰り返し起こる病気です。発作は通常数分間しか続きませんが、「パニック発作がまた起きるのでは」という不安(予期不安)が強い場合には、外出が出来ないなど、日常生活における行動がかなり制限されます。

## 3. 全般性不安障害

パニック発作を伴わない慢性の不安神経症で、頻度がもっとも多いものです。日常の些細な出来事や問題について必要以上に心配したり、過度の不安や緊張が数ヶ月持続します。動悸、息切れ、発汗、めまい、胸や腹部の不快感、手足のしびれ、身体の火照りや寒気など、自律神経関連の様々な身体症状を伴うので、内科などの一般診療科を転々とするケースもみられます。いわゆる「自律神経失調症」と呼ばれているものには、この「全般性不安障害」がかなりの割合で含まれているようです

治療 :

通常は、精神療法(いわゆるカウンセリング)と薬物療法の両方が用いられ、全治療期間は数ヶ月から 1-2 年になります。

不安障害に対する精神療法(カウンセリング)とは、一般には「認知療法」、「行動療法」、「認知行動療法」などが用いられます。“時間をかけて悩みを聞いてもらい原因探しをする”というより、“苦手な状況にどのようにして慣れていくか”、“どのようにして不安発作を処理するか”、“リラクゼーション法を身につけるにはどうすればよいか”、“ものの見方や考え方をどのように楽な方向に変えていくか”などといった、いわば不安や問題に対する対処方法を先生と共に話し合うことが重要で、また、そのようなカウンセリングの方が有効です。

最近では不安の原因として『セロトニン』の調節障害が指摘されており、薬物療法も重要視されています。抗うつ剤や抗不安剤を適切に充分量に用いることで、多くの症状が軽快しますが、薬物療法だけでは充分とは言えません。

# 【強迫性障害】

好発年齢： 幼児期を含むすべての年齢層で発症します。  
発症年齢のピークは10歳前後と20前後の二峰性。

頻度： 一般人口の1～2%

## 病気の概念：

本人にとっては、無意味で不合理な考えや行動が繰り返し頭の中に浮かんで、抑えようとしても抑えられなくなる病気で、症状は、『強迫観念』と『強迫行為』に分けられます。

『強迫観念』とは、本人の意志と無関係に頭に浮かぶイメージで、不快な、不安を引き起こす、無意味な内容が多く、「変なことを考えてしまう」、「身近な人が死ぬという考えが頭に浮かぶ」、「病気になるのではないかと考えてしまう」など複雑多様で、意味のない単語や数字が執拗に浮かぶ場合もあります。

『強迫行為』は、強迫観念に反応したり、それをうち消すための行為で、不潔恐怖に伴って手洗いを繰り返す「洗浄強迫」、戸締まりや電気の消し忘れを何度も確認する「確認強迫」の他、「整頓強迫」、「質問癖」、「収集癖」、無意味とわかっているにもかかわらず複雑な一連の行動をしないと次の行動に移れない「儀式行為」といったものがあります。

原因は完全には解明されていませんが、『セロトニン』の調節障害が原因の一つとして指摘されています。

## 治療：

精神療法(いわゆるカウンセリング)の中の行動療法や認知行動療法、および、薬物療法が有効です。

行動療法ではエクスポージャー(暴露療法)と儀式妨害を組み合わせた『ERP』という治療法がしばしば用いられます。エクスポージャーとは、恐れている不安や不快感が発生する状況に自分を意図的にさらすもので、儀式妨害とは、不安や不快感が発生しても、それを低減するための強迫行為を我慢してやらないという方法です。

薬物療法としては、『セロトニン』の量を増やす作用がある抗うつ剤が有効で、薬物療法で症状を軽減させた後に行動療法を行う方が成功体験が得られやすく効果的です。

治療をしてもなかなか症状が改善しない場合には、日常生活が長期に渡り制限され、自尊心が傷つけられたり、自信喪失に陥ったりしますが、そのような状況になったときには自尊心や自信の回復のために強迫性障害者の自助グループにつながることも効果的です。

# 【ストレス関連障害】

## 病気の概念：

誰でもが強い衝撃を受けるような強い心理社会的ストレス因や、持続する不快な状況や生活変化に対する反応として生ずる精神的な障害です。多くの場合は、原因となるストレス因が取り除かれたり解決されれば、病気は速やかに改善しますが、いわゆる心の傷（心的外傷、トラウマ）として色々な後遺症を残す場合もあります。

## 分類：

### 1. 急性ストレス反応

極度のストレス因に曝されてから 1 時間以内に急性発症する病気です。自律神経刺激症状を伴う強い不安状態、激しい悲嘆や失望に陥ったり、落ち着きなくウロウロしたり、攻撃的にしゃべり続けたり、逆に全く動かなくなったり、自分がどこにいるか分からなくなったりする等の症状が生じますが、通常 48 時間以内に軽快します。

### 2. (心的)外傷後ストレス障害(PTSD)

災害や事故で自分や家族の生命が脅かされる、拷問や暴行や性暴力を受ける、他人が襲われたり殺されたりするのを目の当たりにする等、並外れた脅威や破局的な出来事が原因となって生じます。思い出したくもない事件が強烈に思い出される、夢にうなされる、その出来事と関連したものを避けてしまう、活動や関心の低下、孤立、睡眠障害、怒りの爆発、過度の警戒心、集中困難等、いくつかの症状が持続します。災害や事故、事件に出会った後、しばらくの期間をおいて症状が出現したり、慢性化し症状が半年から 1・2 年続くこともあります。

### 3. 適応障害

並外れたものや破局的でないストレスをきっかけに、抑うつや不安、心配や怒りといった情緒的反応や攻撃性や非社会的行為などの行動障害が出現します。その原因となるストレス因が取り除かれれば、症状はよくなりますが、その不快な状況が続けば、当然症状も持続します。

## 治療：

『急性ストレス反応』に対しては、安静を保つために一時的な薬物療法が行われたりしますが、通常、症状は一過性ですから長期間の治療は必要ありません。

『PTSD』と『適応障害』には、必要に応じて精神療法(いわゆるカウンセリング)と薬物療法の両方が用いられます。特に『PTSD』では、多くの場合、認知療法や行動療法といった専門家による継続的な個人精神療法や集団精神療法が必要であり、症状に合わせて「抗うつ剤」「抗精神病薬」などによる薬物療法も積極的に行われます。また、傷ついた自尊心の回復のためには、同じような被害を体験した者同士が集まる自助グループへ参加することが有効な場合もあります。

# 【身体表現性障害（説明不能な種々の身体症状）】

## 病気の概念：

内科的には説明がつかなかったり、明らかな身体的機能障害が見つからないにも関わらず、色々な自律神経症状や痛みなどの身体症状が持続する病気です。患者さんは長期にわたって症状にこだわり続け、繰り返し検査を受けたり、何ヶ所もの病院を転々とします。ストレスや精神的な不健康が症状の原因となっていたり、症状を増強させたり長引かせたりしています。

## 主な病型：

### 1. 身体化障害

腹痛、吐き気、腹満感や下痢などの消化器症状、胸痛や息切れといった心臓の症状、排尿困難、頻尿、生殖器の不快感などの泌尿器症状、皮膚症状や疼痛など、多彩で変化しやすい身体症状が2年以上持続する病気です。

### 2. 心気障害

半年以上の長期間にわたって、自分は癌などの重篤な病気にかかっていると確信し、異常なしという医師の説明を頑固に拒否します。病気のことを執拗に悩んで、日常生活が広範囲に妨げられた状況に陥ってます。

### 3. 疼痛障害

半年以上の長期間にわたって、重度で不快な痛みが持続するが、その痛みを充分説明できる医学的所見が見つからないというものです。患者さんは絶えず痛みが気になり、痛みがひどくなるのではという恐怖感に苛まれ、行動範囲が極端に狭くなります。いわば「痛みノイローゼ」といったものです。

## 治療と養生のこつ：

まずは、それらの身体症状は、決して気のせいではないけれども、そこにはストレスや精神的な不健康が大きく関わっていることに気付くことです。そして次には、身体症状の原因ばかりに注目するのではなく、症状にどう対処していくかに焦点を合わせて工夫をして下さい（リラククス法の練習、上手な気晴らしなど）。

また、症状が急になくなることは期待できませんから、症状があっても出来るだけ普段通りの生活を送るよう努める必要もあります。

強い不安や痛みに対しては、抗うつ剤 や 抗不安薬 が有効な時もあります。

---

# 【不眠症】

**頻度：**日本人の4-5人に1人は何らかの不眠で困っていると云われています。  
不眠は男性より女性に多く、高齢になるほど頻度は高くなります。

## 不眠の種類とその対処法：

### 1. 一過性の不眠

急性のストレス、環境の変化、交代勤務、時差症候群(時差ボケ)などによるものが多く、1日～1週間程度しか続かない一過性の不眠です。あくまでも一過性ですから、焦らずに規則正しい生活リズムの維持に努めて下さい。不安が強い時は抗不安薬を服用したり、睡眠導入剤を1日か数日間使用するのもよいでしょう。

### 2. 短期不眠

4週間を超えない短期間の不眠です。仕事上や家庭における比較的長く続くストレスによるものが大部分です。生活習慣の是正やストレスの緩和が重要ですが、それが難しい時には、不眠時や2日に1回の割合で睡眠導入剤を服用するのもよいでしょう。

### 3. 長期不眠

4週間以上持続する不眠は、いわゆる『不眠症』と云えます。精神生理学的不眠、身体疾患や精神疾患にともなう不眠などが中心です。睡眠を妨げている病気が明らかであれば、その治療が先決です。睡眠導入剤の使用も必要ですが、抑うつ症状や不安が強い場合は、抗うつ剤が有効なことも多いので専門家とよく相談しましょう。

## 不眠対策の指針

- 1)起床時間や就寝時間を一定にする。前の夜が眠れなかったとしても、いつもの時間に起きること。
- 2)昼寝をしない。
- 3)アルコールやコーヒーなど睡眠を妨害する刺激物をとらない。
- 4)自分に合った運動を夕方にする。夜間の活動は不眠の原因となるので減らすこと。
- 5)夜はくつろいで過ごす。リラックスのため、眠前に軽いスナックをとってもよい。
- 6)寝室は清潔で快適なものにする。
- 7)寝室は睡眠と性生活以外には使わない。
- 8)眠くなってから眠る。20-30分経っても眠れなければ、一旦起きてみて、しばらくして少し眠気がきてから眠ってみると効果的。

# 【統合失調症】

好発年齢： 20-30 歳代（55 歳以上での初発はほとんどないとされている）

生涯発病危険率：0.8%

15 ~ 54 歳の間には一回以上、統合失調症になる確率は 約 120 人に 1 人。

自分の身内で 55 歳以上および亡くなった人を 120 人調査した結果、統合失調症になった人が一人もいなかったら、そろそろ誰かがこの病気に罹患するという意味合いです。

## 病気の概念：

『ドーパミン』や『セロトニン』などの神経伝達物質（脳内ホルモン）の調節機能が障害された状態と考えられています。特に 過剰なドーパミン信号 が幻覚や妄想、考えがまとまらないなどの思考障害といった症状に関係していると推測されています。

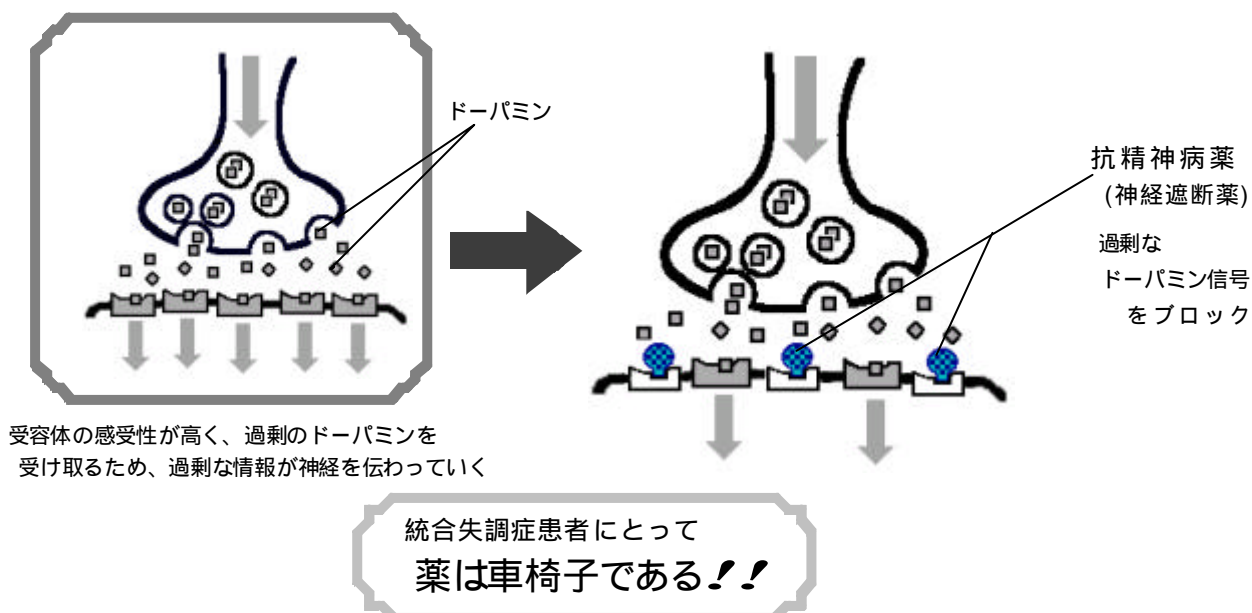
（図 5 参照）

**治療：** ドーパミンやセロトニンを遮断する作用をもつ薬物 “**抗精神病薬**” が有効です（図 5 参照）。症状が慢性化し治療期間が数年と長期化することも多いのですが、約 3 分の 1 は完全寛解する と云われています。また、良くなった後も抗精神病薬の服薬を継続しないと、1 年以内に 70 ~ 80% の高率で再発しますので、規則的な服薬が必要です。

## 養生のこつ：

症状が持続する場合や再発の問題がありますので、規則的に服薬し、主治医と相談しながら病状に合った生活を送ることで。また、人によっては幻覚や妄想などの症状が良くなった後も、集中力や持続力の低下、融通のなさ、状況判断のまずさ、決断力の低下 など、日常生活を遂行するにあたって活動性が制限が持続する場合もあります。再発の問題もありますし、病状に気をつけ、制限された能力に配慮をしながら “調子の良い時は頑張り、調子を崩す前に休養をとる” といった姿勢が大事になってきます。

図 5 統合失調症とドーパミン



# 【認知症】

頻 度： 2000年： 155万人（65歳以上人口の7.18%）  
2020年： 290万人（65歳以上人口の8.91%）

年齢階層別出現率	65-69歳： 1.5%	80-84歳： 14.6%
	70-74歳： 3.6%	85歳以上： 27.3%
	75-79歳： 7.1%	

## 病気の概念：

誰でも年をとるにしたがって脳細胞が減ってしまうために 80歳以上は 4人に1人弱！！  
物忘れが出てきますが、何らかの原因で脳細胞が急激に減り、  
強い物忘れが生じてくるのが認知症です。つまり、認知症の本態は脳細胞の急激な脱落で  
あり、家庭や対人関係といった環境や心理的な問題が直接的原因ではありません。また、  
ご本人の精神力や性格といったものと、認知症になりやすさとの間にも直接的因果関係は  
ありません。ただし、認知症になった後は、心理的ストレスや家族や周囲の人々の対応と  
いったものが、ご本人の精神症状や行動に大きく影響を与えます。

## 分 類：

1. **血管性認知症** 脳出血や脳梗塞のために、栄養や酸素の供給が絶たれ、その部分の神経細胞が働かなくなったために生じる認知症です。『まだら認知症』を呈することもあります。
2. **アルツハイマー病型認知症** 認知症の5割強を占める脳の神経細胞が萎縮していく原因不明の病気です。初期から記憶障害、理解・判断力低下が目立ち、精神症状や問題行動を伴うことも多いといわれています。65歳前の若年発症もあります。
3. **レビー小体型認知症** アルツハイマー病と同じく脳の神経細胞が萎縮していく病気で認知症の1～2割を占めます。“壁に虫が這っている”、“子供が枕元に座っている”などの幻視体験や、気分や態度の変動が大きく、穏やかな状態から無気力状態、興奮、錯乱といった症状を一日の中でも繰り返したりするのが特徴です。

**予 防：** 血管性認知症であれば、脳出血や脳梗塞を予防すれば、当然、認知症の発症は防げます。しかし、アルツハイマーやレビー小体型認知症に関しては、確実な予防方法はまだ確立されていません。マスコミ等では認知症の予防に関する色々な情報が流れていますが、現在のところ、科学的に証明されるには至ってないのです。いずれにしても、認知症とは高齢にともなって生じる病気ですから、根本的な予防は難しいと考えて下さい。

**治療と介護：** 認知症の中心となる記憶障害を、根本的に治療する薬は今のところありません。ただ、最近では、アルツハイマー病の症状の進行を遅らせる薬がでています。進行を遅らせることによって、家族と一緒に過ごす時間を長くすることができます。このため早めの発見が必要です。また、幻覚・妄想、興奮、夜間徘徊などの異常言動、抑うつ症状などには、薬物により症状が軽減することが多いので、早めに病院に相談しましょう。

普段の介護において無理な励ましや働きかけは、症状を悪化させる場合もあります。介護者が「元に戻したい」という気持ちをあきらめると、本人のストレスが軽減し、症状が落ち着くことが多いものです。失敗を叱責しないのが基本的姿勢として重要で、理屈で説得するより、気持ちで納得してもらうことが効果的です。

また、介護者のストレスも大きな問題となりますので、病院や施設などを上手に利用しながら、息の長い介護を目標とされるとよいでしょう。特に、家族会への参加はおすすめです。同じ悩みを持つ家族同士が集まることで自身が元気づけられるし、他の家族が実践してきた具体的な対処方法が聞けます。



# 【アルコール依存症】

**頻 度：** 有害な使用および依存症と推定される大量飲酒者は全国で **295 万人**。  
40 歳以上の男性の場合、約 **14%** (7 人に1人)。

健康を妨げない飲酒量とは・・・日本酒 なら 1 日 1 合以下

**病気の概念：**

ビール なら 1 日 500cc(中ビン 1 本)以下

意志の力や精神力では、飲酒をコントロール出来なくなる病気です。意志の力でコントロール出来なくなるメカニズムは次のようなものです。

初めてお酒を飲んだ時、一部の人は「おいしいからまた飲みたいな」と感じ、繰り返し飲酒するようになります。これをアルコールの「精神依存」と呼びますが、その実態は、アルコールが脳に直接的に作用し、酒が欲しくなるような回路(脳内報酬系と呼びます)を作ってしまうことにあると云われ、「脳が自動的に酒を求めること」といったニュアンスで理解することが重要です。

習慣的に飲酒していると徐々に身体が酒に強くなり、酔うためにはより多くのアルコールが必要となってきます。これをアルコールの「耐性」と呼びます。

「耐性が」形成されると、結果として習慣的に多量の飲酒をすることになりますが、このような状況で、飲酒量を減らしたり酒を断つと、不眠、手のふるえ、発汗、イライラなどの体調不良が生じてきます。これを「離脱症状(いわゆる禁断症状)」と呼びます。

「離脱症状」が出ると日常生活に支障を来すので、離脱症状を和らげるために飲酒しなければなりません。

そして、「医者から止められ、飲むまいと書いていても飲んでしまう」、「飲み始めると一日中飲み続けてしまう」といった飲酒行動の異常が出現すると立派なアルコール依存症と言えます。「毎日飲まなければアル中でない」と思っている人が多いようですが、むしろ、飲まない時は一切飲まないが、飲み出すと止まらないというパターンが多いのです。進行性の病気ですので、治療を受けないと、徐々に健康を害していくばかりか、家庭が崩壊したり、仕事や信用を失っていくこととなります。

**治療ならびに回復のこつ：**

意志の力や精神力では、飲酒をコントロール出来なくなる病気ですから、意志の力や精神力に頼っているかぎり治らない病気と考えてください。健康を損なうまで飲酒量が増えた人には耐性が形成されているため少量の酒では酔えなくなっています。そのため酔っぱらうためには大量飲酒するしかなく、飲酒量を減らすことは容易ではありません。

飲酒量を減らしたり、断酒を継続するための専門治療プログラムを有する医療機関を受診するか、『断酒会』や『AA(アルコホリックス・アノニマス)』などの自助グループに参加しながら、少しでも長くお酒をやめることが重要です。「我慢して飲まない」のではなく、「飲まなくてよい生活」の発見が目標となります。

また、本人が病気と認めようとしなない場合いくら治療をすすめてもうまく行きません。大目に見て、反省を期待するのではなく、悪いことは悪いこととしてきちんと本人に責任をとらせ、必要に応じて法的に罪を償ってもらい、本人に「こりゃやバイな、これではいかな」と自覚してもらうことが治療開始への第一歩となることもあります。

依存が一旦形成されますと、家族の思いやりや愛情までもが飲酒に利用されてしまいますし、家族が「やめさせよう」と必死に世話を焼いたり、尻ぬぐいを繰り返してばかりいると、本人が自分の問題に気付く機会を奪ってしまい、結果として病状を悪化させることが多いので注意が必要です。このような行動パターンにはまっている人を「イネイブラー enabler(本人の飲酒を可能にしている人の意)」と呼びます。イネイブラーにならないよう、家族の方は対処方法について早めに保健所や専門家に相談するとよいでしょう。

# 【薬物依存症】

頻 度： 覚せい剤乱用者 は推計で、 約 220 万人 ( 検挙数の約 110 倍)。  
さらに、シンナー、大麻、ヘロイン、向精神薬などを  
加えた全ての違法薬物使用者の仮想合計は 約 320 万人 に登ります。

また、近年、大きな問題となっているのは、若年者の薬物乱用です！！

1999 年に福岡・佐賀・神奈川 3 県の公立高校の生徒を対象に行われた調査結果  
では、大麻の使用経験者が約 100 人に 1 人、覚醒剤経験者が約 120 人に 1 人、  
シンナー経験者 になると実に 約 20 人に 1 人 という高率でした。

( 習慣的に喫煙している生徒の薬物使用経験率は一般の生徒の約 3 倍、  
習慣的に飲酒をしたり大量飲酒をしている問題飲酒群では 4 ~ 5 倍 )

## 病気の概念：

わが国において乱用頻度が多い依存性薬物は、覚せい剤と大麻、さらには最近急増してきた MDMA などの合成麻薬です。いずれにしても、意志の力や精神力では、薬の使用をコントロール出来なくなる病気 だと理解して下さい。

依存性薬物は脳に直接的に作用し、薬が欲しくなるような回路(脳内報酬系と呼びます)を作ってしまう。これを 「精神依存」と呼びますが、これは、個人の意志力や精神力などで説明すべきことではなく、「脳が自動的に薬を求めること」といったニュアンスで理解することが重要です。したがって、一旦依存が形成されると、どんなに心を入れ替えても、精神を鍛錬しても、家族がどれだけ愛情を注いだとしても薬をやめることには直接的にはつながらないわけです。

また、進行性の病気ですので、治療を受けない限り、徐々に健康を害していくばかりか、家庭崩壊、事故や犯罪など、本人だけでなく周囲の人々、地域社会そのものに重大な影響を与えることとなります。

## 治療ならびに回復のこつ：

意志の力や精神力に頼っているかぎり治らない病気 と考えてください。また、本人が病気であることを認めようとしなない場合いくら治療をすすめてもうまく行きません。まずは、本人が「こりゃヤバイな、これではいかんな」と自覚することが重要です。大目に見て、反省を期待するより、悪いことは悪いこととしてきちんと本人に責任をとらせ、必要に応じて法的に罪を償ってもらい、早く自分の問題に気付かせることが治療開始への第一歩と云えるでしょう。

治療は、精神科医療機関が対応しますが、入院すれば治る病気ではありません。薬物を使用しなくてよい生き方を見つけるためには同じ悩みを持つ仲間との出逢いが重要と言われています。自助グループ 『NA(ナルコティクス・アノミアス)』への参加や、薬物依存症の当事者が運営するリハビリ施設 『DARC(ダルク)』への入所や通所が効果的です。

ただし、本人が気付くまでに家族の方がまいてしまう場合も多く、この間の家族への支援は非常に重要となってきます。しかも、薬物依存が一旦形成されると、家族の思いやりや愛情までもが薬物使用に利用されてしまいます し、家族が「薬をやめさせよう」と必死に世話を焼いたり、尻ぬぐいを繰り返してばかりいると、本人が自分の問題に気付く機会を奪ってしまい、結果として病状を悪化させることが多いので注意が必要です。このような行動パターンにはまっている人を「イネイブラー enabler (本人の薬物使用を可能にしている人の意)」と呼びます。イネイブラーにならないよう、家族の方は対処方法について早めに保健所や専門家に相談するとよいでしょう。

# 【摂食障害】

**頻度：** 国内での正確な調査結果は出ていませんが、  
思春期の女性の 100 人に 1 人以上の頻度と予想されます。  
( 欧米の報告： 拒食症は思春期女性の 120 ~ 550 人に 1 人  
過食症は拒食症より頻度は高い )

## 病気の概念：

意志の力や精神力では、食行動がコントロール出来なくなる病気です。主なものは、「拒食症 = 神経性食欲不振症 (アノレキシア)」と「過食嘔吐 = 神経性過食症 (プリミア)」ですが、どちらも自分の体型へのこだわりや肥満に対する病的な恐怖が共通しています。「拒食症」の場合、極端なダイエットの成功が、強い意志の力で自分をコントロール出来るという幻想につながり、ダイエットがやめれなくなります。「過食症」は、拒食の反動としての無茶食いの後、肥満への恐怖から食べた物を吐くというパターンを繰り返します。拒食を経験することなく過食嘔吐に至るケースもあります。「過食症」「拒食症」のいずれにしても、ダイエットや無茶食いと嘔吐がくせになり自己コントロールを失うという意味で、アルコール依存症と同じ嗜癖行動(中毒・依存症)として理解できます。人間にとって最も基本的な営みである食行動が自己コントロール出来ないわけで、自尊心が傷つき徐々にみじめになっていきます。

## 治療ならびに回復のこつ：

「拒食症」の場合、極端な体重減少に至った場合は内科的治療が優先されます。たとえ本人が嫌がっても、内科の病院に入院させて点滴や中心静脈栄養等によって栄養を補給しないと死に至る場合もあります。

「過食症」では、薬物療法によって過食衝動をコントロールする場合がありますが、むしろ治療の中心は、傷ついた自尊心を回復させながら、過食嘔吐に没頭した生活から本来の健康的な生活に戻れるよう援助していくこととなります。

「過食症」「拒食症」のいずれも、自尊心や自信の回復が重要ですので、病院や先生にばかり頼るのではなく、自分自身で回復しようとする姿勢が必要です。摂食障害者の自助グループにつながるのが最も効果的です。

周囲が過食や拒食を「やめさせよう、やめさせよう」と必死に世話を焼いても、かえって病状を悪化させることが多いので注意して下さい。家族の方は対処方法について早めに専門家に相談するとよいでしょう。

# 【広汎性発達障害（自閉症、非定型自閉症、アスペルガー症候群等）】

頻 度：自閉症は、**600** 人に **1** 人以上。

男児が女児の 3 ~ 5 倍多いと云われています。

高機能広汎性発達障害（知能障害を伴わないもの）まで含めた場合、

病気の概念：**100** 人に **1** 人 程度になるという報告もあります。

広汎性発達障害とは、社会性・対人関係の障害、言語・コミュニケーションの障害、興味の限局・こだわり・常同的反復的な行動活動パターン、の 3 つの基本症状を有する生まれつきの発達障害(3 歳以前の発症が多い)の総称です。その中核的なタイプが自閉症であり、自閉症とその類似疾患群をさすものとして理解してください。

社会性・対人関係の障害としては、友人関係が発展せず孤立してしまったり、社会のルールや暗黙の了解が理解できない、社会的状況に合わせた行動ができないといったものがよくみられます。

コミュニケーション障害としては、ことばの遅れ、オウム返し、身振りや表情をうまく使えない、会話が一方的であったり、比喩や冗談がわからないなどがあります。

こだわり行動・常同的反復的行動としては、数字やマークといったものへの強い興味、物事の手順や日課に固執し、わずかに変化するだけで著しく不安になるといったことがみられます。

以前は自閉症の 7 ~ 8 割に知的障害が認められると云われていましたが、近年、知的障害を伴わない高機能広汎性発達障害が多いことがわかってきており、知的障害の合併は半数程度だと考えられています。

中核タイプの自閉症以外のものとしては、発症年齢が遅い、あるいは 3 つの基本症状のすべてはそろっていない非定型自閉症、言語や認知的発達の障害はみられないアスペルガー症候群、女児のみに発症し、重度の知的障害をともなうレット症候群などがあります。

原因はまだ解明されてませんが、生まれつきの脳機能障害が中心だと考えられており、子育ての失敗、両親の不和などといった環境に起因する病気ではありません。

## 治療と対応：

病気そのものを完全に治すことはできませんが、早期に発見し、適切な治療教育(療育)を行えば、対人関係障害の改善、年齢に応じた適応行動の獲得、異常なこだわり行動の予防が可能です。

治療方法としては、具体的問題を課題として明らかにし、実際の場面を再現したロールプレイ等を用いて、その課題に対する対処技法を向上させようとする SST (生活技能訓練)、バランス運動や協調運動によって神経の発達を促進させる感覚統合療法などが有効で、これらの治療法を用いた教育プログラムも開発されています。

また、親の対処技能を高めるペアレントトレーニング、心理教育的家族療法といった家族支援も重要となってきます。

いずれにしても、できるだけ早期からの療育、訓練が効果的といわれていますので、早めに小児科医や児童精神科医に相談すべきでしょう。

特に、知的障害を伴わない高機能の場合は、早期発見や早期の介入が遅れる場合が多いので、気になることがあれば、まず専門家にご相談ください。

# 【多動性障害（注意欠如・多動性障害、AD/HD）】

頻 度： 学齢期の子どもの 約 4%（3～11%）

男児が女児の 4～9 倍多いと云われています。

## 病気の概念：

年齢に不相応な著しい不注意、多動、衝動性を特徴とする、通常は 7 歳以前に出現する小児の行動障害です。

その原因は未だに解明されていませんが、大脳や小脳の機能障害や神経伝達物質の障害などが指摘されており、行動のコントロールに関連する神経生物学的な障害であるというのが多くの研究者の一致した見解です。つまり、親のしつけの失敗に起因したり、本人のわがままや、やる気がないといったものではなく、子ども自身ではコントロールできない脳神経の障害であると理解してください。

この障害に気づかれず放置されますと、学習が損なわれる、自己評価が低くなり、自尊心が育たない、学校や地域社会、あるいは家庭内に混乱をもたらすなど、子ども自身の成長に影響する様々な問題が生じ、成人まで問題行動が続くことにもなります。さらに、素行障害や成人期の反社会性パーソナリティ障害に移行する場合もあるといわれています。

## 治療と対応：

このような障害をもつことによる有害な影響を最小限にし、子どもがもつ固有の発達を実現し、自己評価を高め、自尊心を培うことが目標となります。

まずは、家族や子どもに関わる教師・保育者が障害としての正しい理解を共有し、協力して対応することが重要です。問題行動に対し、厳しく叱ってもあまり効果は期待できず、むしろ自信喪失や自尊心の欠如を生み出します。外からの入力刺激を適切に処理し、反応を状況に合わせるようにコントロールすることができない障害ですから、脳の情報処理機能を高めるような適切な刺激を与えることが重要となってきます。

具体的治療方法としては、脳内の神経伝達物質であるノルアドレナリンやドパミンの不足を改善する塩酸メチルフェニデートやアトモキセチン、あるいは抗精神病薬等による薬物療法や、具体的問題を課題として明らかにし、実際の場面を再現したロールプレイ等を用いて、その課題に対する対処技法を向上させようとする SST（生活技能訓練）、バランス運動や協調運動によって神経の発達を促進させる感覚統合療法などが有効です。

また、親の対処技能を高める「アレント・トレーニング」、心理教育的家族療法といった家族支援も重要となってきます。

いずれにしても、脳神経の発達が盛んな 10 歳前後までの治療や訓練が効果的といわれていますので、できるだけ早期に小児科医や児童精神科医に相談すべきでしょう。

# 【素行障害(行為障害)】

**頻度：** 国内での正確な調査結果は出ていませんが、米国では18歳未満の男子の**6～16%**(女子は男子の約半数)と報告されています。

## 病気の概念：

年齢相応に社会的規範やルールが守れず、暴力行為やものを破壊したりする行為など、反社会的、攻撃的な行為を常習的に繰り返す行動の障害です。

その原因は未だに解明されていませんが、遺伝的要因、気質、認知機能の障害や低い言語能力、多動といった生物学的な要因と、崩壊家庭や虐待、貧困、家族の薬物乱用や精神疾患、友人関係といった心理社会的要因が蓄積し、それぞれ相互に影響しながら生じてくると考えられています。そして、特に最近注目されているのが**多動性障害(注意欠如・多動性障害 [AD / HD])**で、その約**3分の1**が、その後反抗的になり素行障害を呈すると云われています。

家庭崩壊や親からの虐待、親の犯罪や貧困などの心理社会的問題は、子どものころに不安と怒りを生じさせるでしょうし、**AD / HD**のように脳神経の衝動コントロール機能が不十分であれば、些細なことをきっかけに怒りのコントロールがきかなくなる可能性だって考えられます。そして、生物学的な障害をもつ子どもにしても、家庭環境が劣悪な子どもにしても、強い劣等感、自尊心の低下、不満や不安を感じており、それが社会への敵視へとつながり、どんどんと悪循環に陥ってしまうわけです。

## 治療と対応：

思春期以降における有効な治療法はないと云われています。なぜなら、子どもが成長するにつれて人格が固定し、問題行動が変化しにくくなるからです。したがって、上に示したような生物学的要因や心理社会的要因がある場合、より**早期に介入**することが**最も重要**となってきます。

注意欠如・多動性障害(**AD / HD**)の可能性があれば、早めに医療機関に相談する、知能や言語能力の低下が認められれば速やかに援助を開始する、衝動コントロールが困難な子どもであれば薬物療法の効果について検討する、虐待や劣悪な家族環境から子どもたちを少しでも早く解放する、家族に根気強い働きかけを続ける、といった努力を地域ぐるみで実践しなければなりません。専門家たちの意見では、こうした介入は**10歳前後までに行われないと十分な効果が得られない**と云われていますので、気になることがあれば、速やかに児童相談所、あるいは小児科医や児童精神科医に相談して下さい。

ある程度の年齢となった子どもの場合、大人や社会に対する恨みや反発が強く、他罰的で自分自身の問題を認識できず、治療への動機付けが困難となることが多くなります。本人が治療意欲に欠けていれば治療効果は期待できませんので、このような場合は、積極的に医療に乗せようとする事は望ましくありません。むしろ、司法化や矯正の対象となるでしょう。つまり、少年院や医療少年院への入院や保護司による観察等の対応がなされ、その中で自分の問題について直面してもらうことも必要となるのです。

---

# 【てんかん】

頻 度： 100-200 人に 1 人の割合

## 病気の概念：

様々な原因で起きる慢性脳疾患で、大脳の神経細胞の生体電気の過度な発射に由来する反復性発作を特徴とする病気です。発作のタイプは、けいれん、意識消失、脱力、自動症など多種多様で、脳波異常を伴います。

## 主な発作の分類：

### 1. 複雑部分発作

数十秒から数十分間、意識がぼやけます。眼はうつろになり、中には顔色の悪くなる人もいます。また、意識がうすれている間に、服のボタンをいじったりなど無目的な動作（自動症）が出現する事もあります。

### 2. 大発作（強直間代発作）

意識を失い倒れ、手足がつっぱったり、ガクガク動いたりします。けいれんを起こしている間は、呼吸ができないので、顔色は青くなります。しかし、けいれんは数分ほどで止まり、その後、すみやかに呼吸はもとります。発作の後は、疲れて寝てしまうことがあります。

### 3. 欠神発作

5 ~ 30 秒ほどの短い間意識がとぎれ、突然ボーっとしたり、動作が止まったり、箸を落としたりなどの形で気付かれる事が多いようです。意識が戻った後、直前まで行っていた動作をすぐに再開できるのが特徴です。

**治 療：** 薬物療法が中心です。抗てんかん薬の服用によって発作がコントロールできる割合は、最近では 7-8 割にまで至ってます。発祥年齢が低い場合は治りもよく、薬を完全に中止できる割合も高いと云われています。

また、一部には脳外科手術の対象となるものもあります。特に、脳神経の発達が生後最初の乳幼児期において、発作が頻発しますと精神の発達に重大な影響を及ぼす場合が多いため、早期の脳外科手術が推奨されることもあります。

出来るだけ早い時期に専門家と相談し、より効果の期待できる治療法を選択することが重要となります。

## 養生のこつ：

発作が抑制されている限りは、健常人と全く同じ生活が出来ます。発作がなくても、主治医の指示があるまでは服薬を続けていた方がよいでしょう。3-5 年間発作がなく、脳波異常も消失していれば、抗てんかん薬の中止も可能です。

# 【心の健康自己チェックコーナー】

## 心身健康度チェック

[ “ GeneralHealth Questionnaire-12 ” ( Goldbrg, 1972 ) を一部改変]

下に示したもののうち、

この1ヶ月間のあなたの状態に当てはまる項目はいくつありますか？

1. 心配事のためによく眠れないことが、普段より多い
2. 普段と比べて、何かいつも緊張しているみたいだ
3. 普段と比べて、ここのところ、物事に集中できないみたいだ
4. 自分が何か有益な役割を果たしているとは感じられないことが、普段より多い
5. 自分の問題なのに積極的に取り組めないことが、普段より多い
6. 物事についての決断力が、普段より低下している
7. 普段と比べて、自分で解決できない問題が増えている
8. 全般的に幸せを感じる事が、普段より少ない
9. 普段のように、日々の生活が楽しめない
10. 普段と比べて、不幸せで憂うつとすることが多い
11. 普段と比べて、自信をなくしている
12. 自分は役に立たない人間だと感じる事が、普段より多い

4項目以上あれば要注意！！

かかりつけのお医者さんに相談してみてください。

## アルコール依存症チェック

[ “ CAGE Questionare ” ( Ewing, 1984 ) を一部改変]

今のあなたに当てはまる項目はいくつありますか？

項目 C : 自分の飲酒量を減らす (Cut down) 必要性を感じたことがある。

項目 A : 自分の酒の飲み方について、他人から批判され、  
うるさいなと感じた (Annoyed) ことがある。

項目 G : 自分の酒の飲み方について、よくないと感じたり、  
罪悪感 (Guilty) を持ったことがある。

項目 E : 神経を落ち着かせるために飲酒したり、2日酔いを治すために、  
朝から迎え酒 (Eye-opener) をしたことがある。

2項目以上あるあなたは、もうすでに

アルコールの 罫(おり)、かご(英語で “ CAGE ” ) の中に捕らわれてます！！



うつ病チェック [“ Zung の自己評価式抑うつ尺度 ”( Zung, 1965 ) を一部改変]

つぎの全ての質問について、今のあなたにとって  
最も適当なものに をつけて、その点数を合計して下さい

合計点

1. 気分が沈んで、ゆううつだ。  
いいえ (1点) 時々 (2点) たいてい (3点) いつも (4点)
2. 朝方が一番気分がよい。 いいえ (4点) 時々 (3点) たいてい (2点) いつも (1点)
3. ささいなことで泣いたり、泣きたくなくなったりする。  
いいえ (1点) 時々 (2点) たいてい (3点) いつも (4点)
4. 食欲はふつうにある。 いいえ (4点) 時々 (3点) たいてい (2点) いつも (1点)
5. 夜、よく眠れない。 いいえ (1点) 時々 (2点) たいてい (3点) いつも (4点)
6. 異性への関心はある。 いいえ (4点) 時々 (3点) たいてい (2点) いつも (1点)
7. 最近やせてきた。 いいえ (1点) 時々 (2点) たいてい (3点) いつも (4点)
8. 考えはよくまとまる。 いいえ (4点) 時々 (3点) たいてい (2点) いつも (1点)
9. 便秘する (通じがない)。 いいえ (1点) 時々 (2点) たいてい (3点) いつも (4点)
10. 何事もたやすくできる。 いいえ (4点) 時々 (3点) たいてい (2点) いつも (1点)
11. 心臓がドキドキする。動悸がする。  
いいえ (1点) 時々 (2点) たいてい (3点) いつも (4点)
12. 将来に希望がある。 いいえ (4点) 時々 (3点) たいてい (2点) いつも (1点)
13. 疲れやすい。 いいえ (1点) 時々 (2点) たいてい (3点) いつも (4点)
14. 迷わずに決心できる。 いいえ (4点) 時々 (3点) たいてい (2点) いつも (1点)
15. 落ち着かず、じっとしてられない。  
いいえ (1点) 時々 (2点) たいてい (3点) いつも (4点)
16. 自分は役に立つ、必要な人間だと思う。  
いいえ (4点) 時々 (3点) たいてい (2点) いつも (1点)
17. 気分がいつもに比べてイライラする。  
いいえ (1点) 時々 (2点) たいてい (3点) いつも (4点)
18. 自分の人生は充実している。  
いいえ (4点) 時々 (3点) たいてい (2点) いつも (1点)
19. 自分が死んだ方が、他の人にとってよいと思う。  
いいえ (1点) 時々 (2点) たいてい (3点) いつも (4点)
20. 日々の生活には満足している。  
いいえ (4点) 時々 (3点) たいてい (2点) いつも (1点)

合計点 × 1.25 =



→ 39点以下は正常、

50点以上はうつ状態！！



心の健康ってなに？

- メンタルヘルスをやさしく考える -

発行	平成12年 9月	六訂	平成22年11月
改訂	平成14年 3月	七訂	平成23年 5月
二訂	平成14年10月	八訂	平成24年11月
三訂	平成19年 6月	九訂	平成25年 3月
四訂	平成20年 6月		
五訂	平成21年12月		

監修 大塚 俊弘  
長崎こども・女性・障害者支援センター 所長  
(精神科医師)

長崎県 長崎こども・女性・障害者支援センター  
(障害者支援部 精神保健福祉課)

〒852-8114 長崎市橋口町10-22

電話：095-846-5115、ファクシミリ：095-846-8920

E-mail：s04760@pref.nagasaki.lg.jp