

通学課程の第4回目に提出

課題 10. 精神疾患に関する知識

領域	区分	内容
Ⅱ八	講義	テキストV 第1章第4節を参照して、以下の空欄を埋めましょう。 参考：厚生労働省 こころの情報サイト https://kokoro.ncnp.go.jp/ https://kokoro.ncnp.go.jp/#mental_illness
配当時間		
2H		

会場：_____ 氏名：_____ 提出日： 年 月 日

1 精神疾患の分類

現在、精神疾患の分類には、世界保健機構（WHO）の **ICD** =国際疾病分類 と、米国精神医学会（APA）の **DSM** =精神疾患の診断・統計マニュアル が使われている。

診断とは、「**病名をつけること**」で、病名をつけることができるのは医師に限られている。したがって、当然であるが、キャリアコンサルタントが手引きなどをもとに病名について素人判断で対処することは絶対にしてはならない。そのため、これらの知識は、医療機関にリファーすべきケースの見立ての参考にとどめるべきである。以下、DSM-5に基づいて、主な精神疾患について解説する。

2 主な精神疾患の特徴

(1) **不安** 障害

① パニック障害

基本的な特徴は、**予期しないパニック発作** の反復と、それに続いて、少なくとも1ヶ月の間、パニック発作が起こるのではないかとこの心配が持続すること、パニック発作の潜在的な意味や結果についての心配が起こることである。広場恐怖症へと発展していくこともある。

◆パニック発作（※）

基本的な特徴は、「動悸」「発汗」「**身ぶるい又は震え**」「息切れ感または息苦しさ」「のどが詰まる感じ」「胸痛または胸部不快感」、「吐き気または腹部の不快感」「めまい感または頭が軽くなる感じ」「現実感消失または離人症状」「コントロールを失うことや“気が狂う”ことに対する恐怖」「死ぬことに対する恐怖」「異常感覚」「冷感または熱感」を含み、これらの発作の少なくとも4つが **突然** 起こり、しばしば、危険が迫っている恐怖、**今すぐ逃げ出したい** という感覚を伴うものである。

② **広場恐怖** 症

特定の場所への恐怖と回避が主な症状で、それは **広場に限らない**。大通りや人混み、床屋、エレベーター、電車など公共の場が多く、発作が起きた時に助けを求められない場所に対する恐怖のことを意味する。

③ 社会（社交）不安障害（社会（社交）恐怖）

基本的特徴は、**恥ずかしい思いをすることもかもしれない社会的状況** または行為状況に対して、著しくかつ持続的な恐怖を感じることである。

この障害を持つ青年や成人は、こうした恐怖が過剰である、あるいは不合理であると認

識しており、ほとんどの場合は、そうした恐怖を喚起する状況を回避している。しかし、中には恐怖に耐えつつ毎日を送る人もいる。社会恐怖と診断されるのは、そういった状況回避や、不安のために、本人の毎日の生活や、**職業上の機能、または社会生活**が著しく障害されている場合、または、恐怖のために、本人が著しい苦痛を感じている場合のみである。

(2) 強迫関連障害

強迫性障害

基本的な特徴は、**何度も繰り返す**強迫観念または強迫行動で、そのために多くの時間を浪費させたり、非常に激しい苦痛を伴わせたりする。ある時点で、本人もその強迫観念や強迫行動は過剰または**不合理であると認識する**が、止められない。

強迫観念とは、「**ある1つの考えやイメージ**（例：“不潔”“汚れる”など）が浮かんできて、**自分でも止められない**」という状態である。強迫行動とは、「ある行為（例：“施錠を何度も確かめる”“手を洗い続ける”“数を数え続ける”など）を延々と続けなければ気がすまない」という状態である。

(3) 身体症状関連障害

① 身体症状性障害

苦しい、または日常生活の著しい妨げとなっている1つ以上の身体症状があり（その身体症状が**医学的に説明できるか否かは問わない**）、かつその身体症状に関連した過剰な考えや感情、または行動が伴っている場合にこの診断が下りる。

② 疾病不安障害

身体症状はないか、あったとしてもその症状はごく軽度であるにもかかわらず、**重い病気に罹患しているのではないか**という不安、あるいは罹るのではないかという先入観で頭がいっぱいになっている状態で、その不安や先入観はあきらかに行き過ぎている、偏っていると判断される場合、この診断が下りる。

③ 転換性障害

基本的特徴は、神経疾患または他の一般身体疾患を示唆する、随意運動機能または感覚機能に影響を及ぼす症状、または欠損が存在することである。具体的な症状には、**突然歩けなくなる**、**手が動かなくなる**、声が出なくなるといった「**運動麻痺**」と、**喉に塊がある感じ**、手足や顔の痛覚がなくなるといった「**感覚麻痺**」があり、その症状は**神経学的病態生理**とは矛盾するものであることが重要な診断基準となっている。

転換性障害の診断は、十分な**身体医学的**な検証の後に、初めて下されるものでなければならず、初診で転換性障害と診断された後、一般身体疾患が発見されるケースもしばしばみられることから、長期にわたる場合には、定期的に再評価される必要もある。

なお「転換」とは、ストレスや心の中の葛藤が、**無意識**のうちに身体の様々な症状に「転換」され、明らかな**身体障害**として表出することを意味する（但し、心の中の葛藤が明確になっているか否かは問わない）。

(4) ト라우マとストレス因子関連障害

① **心的外傷後ストレス障害** (PTSD: Post-Traumatic Stress Disorder)

基本的特徴は、実際にまたは危うく死にそうになったり、大けがをしたり、その他自分の身体の統合性に脅威が及んだりする出来事を体験したり、あるいは、他人が死んだり、けがをしたり、身体の統合性に脅威が及んだりするのを目撃したりというように、極度に心的外傷的なストレス因子にさらされる体験があり、そしてそれに続いて、一連の特徴的な症状が発現することである。「特徴的な症状」は、具体的には以下のようなものである。

【PTSDの特徴的な症状】

心理面・感情面	<ul style="list-style-type: none"> ■ 高揚した、誰かと話したくてたまらなくなる ■ やり場のない気持ち ■ 怒りっぽい、人や物に当たる、イライラする ■ 強い不安、恐怖 ■ さびしい、物悲しい、泣き叫ぶ。 ■ 孤立感 ■ 意欲の減退、無気力 ■ 落ち込み、生き残ったことへの罪悪感、誰とも話したくなくなる ■ 感情の混乱
身体面	<ul style="list-style-type: none"> ■ 睡眠障害 (寝つきが悪い、途中で起きる、朝早く起きてしまう、悪夢、熟睡できない) ■ 頭痛、頭重感 ■ 全身倦怠感、筋肉痛 ■ 胸の痛み、動悸 ■ 吐き気、胃の不快感、下痢、腹痛、食欲減退 ■ アレルギー症状がひどくなる、風邪をひきやすくなる
思考面	<ul style="list-style-type: none"> ■ 集中できない ■ 記憶、思考の混乱 ■ 短期間の記憶の喪失 ■ 他の選択肢を考えたり、優先順位をつけたりといった 合理的な判断能力の低下 ■ 1つの考えへの固執 ■ 認知・感情・判断の否認 (「自分はなににも失っていない」「こんなことぐらい平気だ」「援助なんていらぬ」など)
行動面	<ul style="list-style-type: none"> ■ ちょっとしたことでも喧嘩になる ■ 人間関係のトラブルが起こりやすくなる ■ ひきこもる、 周囲との接触を拒絶 する ■ 援助を断る ■ お酒、タバコ、薬物類の量が急に増える ■ じっとしてられない ■ 食べ過ぎる ■ 子どものおねしょ、指しゃぶり、過度の甘えといった 退行

② 急性ストレス障害

急性ストレス障害の臨床症状は、基本的にはPTSDと同じだが、唯一異なるのは、その症状の持続が **1ヶ月以内** と期間が短いことである。

急性ストレス障害はPTSDの早期の形態であり、急性ストレス障害が回復しない場合、PTSDに移行するということになる。

③ 適応 障害

具体的な生活上の **ストレス** への反応の結果、臨床的に著しい苦痛、また機能障害を生じるほどの症状があらわれている場合で、他の精神疾患の基準を満たすほど顕著な症状を呈していないものをいう。

適応障害の症状は、**問題となるストレス因子** が除去されれば通常6ヶ月以内に収束するものとされているが、そのストレス因子が慢性的なものの場合（例えば、困難な仕事や結婚生活、持続する経済上のトラブルなど）、症状も慢性に経過する。

（5）解離性障害

① 解離性同一性障害

基本的特徴は、「2つまたはそれ以上の、はっきりと **異なった人格状態の存在** により、自己同一性（アイデンティティ）の分割が生じていて」、

- 1) 自己感覚と主体性の感覚の突然の交代と途絶、および
- 2) 反復する解離性健忘の存在

が見られることが条件である。なお、異なる人格状態がはっきりと観察されない場合でも1)2)をもとに判断される。

なお、発症のきっかけとして、例えば、親からの暴力や性的虐待など、その人にとって耐えられないほどの **辛い外傷体験** が深く関与していることもわかっており、普通のままではどうも耐えられず、かつ強い恐怖のために、自分の心を防御しようとして、同一性が **損なわれる** 疾患である。

② 離人／現実感喪失障害

基本的特徴は、自己から遊離している、あるいは遠ざかっているという感覚、あるいは、周囲の環境に対して抱く **非現実感** や遠ざかっているという感覚が、持続的に、あるいは繰り返し生じてくることにある。

例えば、意識や身体感覚が現実感を失い、自分がまるで機械かロボットになったように感じる。時には自分の身体が大きさまで変わったように感じたり、自分が身体から引き離されて、遠い所から自分を眺めているように感じたりする。しかし、一方で、

現実吟味能力 は正常に保たれており、「これは現実ではなく、感覚にすぎない」ということを冷静に認識できているのも特徴である。

（6）双極および関連障害群

① 双極Ⅰ型障害

双極Ⅰ型障害は、**躁病エピソード** が存在することがその特徴としてある。大うつ病エピソードも併せてみられる患者がほとんどだが、診断には必ずしも大うつ病エピソードは必要ではない（研究によると、ごくわずかの患者が躁病エピソードだけを体験するようだが、そういった患者のほとんども、結局その後、大うつ病エピソードを体験するようである）。

② 双極Ⅱ型障害

双極Ⅱ型障害は、1回以上の軽躁病エピソードが存在し、かつ1回以上の **大うつ病エピソード** も併せてみられることが診断の条件となっている。

「気分の高揚」や「気分の落ち込み」は誰にとってもごくごく日常的なものであるという事情や、また、この後で紹介する単極性の双極Ⅰ型病性障害／うつ病との境界が非常にあ

いまいであるということなど、**複雑な要素が絡み合っている** ため、双極および関連障害は非常に判定の難しい精神疾患といわれている。

大うつ病エピソード	基本的な特徴は、 抑うつ気分 、または、ほとんどすべての活動において、興味または喜びが 喪失 してしまうことにある。そして、それは少なくとも2週間続く。加えて、「食欲、体重、睡眠、精神運動性活動等の変化」「無価値観や罪責感」「思考、集中、決断の困難」「自殺年慮、自殺計画、自殺企図」などが見られる場合、大うつ病エピソードが存在するという。なお、これらの特徴は、他の人にもわかるほど重篤であることが条件である。
躁病エピソード	基本的な特徴は、いつもとは異なる、異常にかつ持続的に 高揚した 、開放的、または 苛立たしい気分 が存在する期間があることにある。異常な気分が存在する期間は少なくとも1週間で、さらに、 自尊心 の肥大または誇大、睡眠欲求の減少、会話心迫、観念奔逸、注意散漫、まずい結果になる可能性が高い快楽的活動に熱中すること等の症状を伴うことも条件として挙げられる。また、 社会的 または 職業的 に著しい機能不全を起こすか、入院治療を必要とするほど重症でなければならない。
軽躁病エピソード	少なくとも 4日間 続く、異常にかつ持続的に高揚した、開放的、または苛立たしい気分があり、その前後と はっきりと異なった期間 がある。基本的な特徴は、ほとんどが躁病エピソードと同じだが、大きな特徴として、躁病エピソードとは異なり、社会的または職業的に直接著しい機能不全を起こすほど重症ではないということになっている。時には、その軽躁病エピソードの症状によって、能率、仕事の完成あるいは創造性が増し、職業的な成功をおさめることもある。しかしその一方で、人によっては、その症状ゆえ、結果的に何らかの職業的、社会的障害を起こすこともある。
混合性エピソード	混合性エピソードは、 ほとんど毎日 躁病エピソードと大うつ病エピソードの両方の基準を満たす一定の期間（少なくとも1週間持続）の存在によって特徴づけられる。症状には、しばしば、焦燥、不眠、食欲の不調、精神病性の特徴、 自殺念慮 が含まれる。なお、混合性エピソードにみられるような症状が、抗うつ薬投与、電気けいれん療法、光療法、あるいは他の一般身体疾患に対して処方された医薬の直接作用により起こる場合があるが、この場合は混合性エピソードとはみなされない。

(7) 抑うつ障害群

① 大うつ病性障害／うつ病

大うつ病エピソード が少なくとも1回存在することで診断され、さらにそれが1度だけなのか、繰り返すのかということ、そして繰り返すのであれば、その重症度はどの程度なのかによって、細分類されていく。また、DSM-4までは大切な人が亡くなった後に訪れる深い悲しみは正常であることから、「よほど重症でない限り大うつ病エピソードと判断してはいけない」となっていたが、DSM-5への改訂に伴い「正常な死別反応を思わせるものに大うつ病エピソードが重なって存在することもあるので注意すること」との但し書きが加わった。

なお、大うつ病性障害／うつ病のように見えて、経過観察をしていく中で躁または軽躁の症状が、現在または過去存在することが判明することがある。

② 持続性抑うつ障害（気分変調症）

大うつ病性障害／うつ病よりも、抑うつは軽症ではあるものの、ほとんどの日がどんよりしているというように、大うつ病エピソードは存在しない **抑うつ症状**（絶望感、低い自己イメージ、罪悪感、無価値感、社会的引きこもり、食欲や睡眠の問題）が **長期** にわたってみられることが特徴である。

大うつ病性障害／うつ病よりははるかに重症度は低く、患者は時には自分をよく知っている人以外には上手に症状を隠し続けることができる。ただ、その抑うつ症状は常に重荷になっているという苦しさがある。

（8）統合失調症スペクトラム

DSM-5において、統合失調症スペクトラムという概念を用い、統合失調症をはじめとする関連疾患は個別に存在するのではなく一連の **連続体** として存在するものとして再編成された。統合失調症の5つの中核症状である「**妄想**」「**幻覚**」「解体した思考・会話」「ひどくまとまりのない言動または緊張病性の行動」「**陰性症状**」の症状の有無と組み合わせ、強さ、持続期間の違いによって重症度が判断され、その重症度によって診断が定まる。

統合失調症スペクトラムの各特徴と診断

下表の5つの主症状のうち、

- ① 統合失調症の特徴は見られるが、いずれの主領域の症状もはっきり認められないのが **失調型** 障害
- ② 「妄想」1つだけを有するのが **妄想性** 障害
- ③ 主領域のうち1つ以上が認められても、1ヶ月以内に完全に回復したものが **短期性精神病性** 障害
- ④ 統合失調症の診断基準は満たすが、**6ヶ月以内** に基準を下回ったものが統合失調様障害
- ⑤ 診断基準を満たし、持続期間が6ヶ月を超えるものが統合失調症

【妄想】

「他の人に脅されている」「テレビで自分のことを放送している」「自分は天使の生まれかわりだ」など、非現実的なことをあたかも本当であるかのように信じ込んでいる事がある。本人にとっては、**うそいつわりのない事実** として認識されている。

【幻覚】

実在しないものを **存在するかのように知覚** する。統合失調症の幻聴は特徴的で、誰も何も言っていないのに、人の話し声が聞こえてくる事がある。声は実在しないが、本人には「聞こえる」ので無視できない。内容は **悪口や脅しなど怖いもの** が多く、本人は苦しむ。

【解体した思考・会話】

ものごとを順序立てて考える ことが難しく、話がまとまらず、混乱してくることがある。ひどくなるとまったく会話にならない言葉の羅列になることもある。

【ひどくまとまりのない言動または緊張病性の行動】
行動を一貫させることが難しく、急に子供じみた言動をとったり、目的にそぐわない行動をとったりしてしまい、結果的に日常生活のごくごく簡単な決まりごとでもできなくなってしまう。また、この言動が顕著になると、激しい興奮や奇妙な姿勢などに特徴づけられる 緊張病性 の行動があらわれることもある。
【陰性症状】
正常機能の衰退または喪失を反映しているように見える症状で、感情表現の強度や範囲の制限（ 感情の平板化 ）、思考と会話の流暢さや豊かさの制限（ 思考の貧困 ）、目的志向性の行動を開始することの制限（ 意欲低下 ）が含まれる。

なお、統合失調症においては、上記の症状を「**陽性症状**（妄想や幻覚など、あるはずがないのに現れている症状）」と「**陰性症状**（感情鈍麻や感情の平板化、意欲の減退、思考の低下など、あったものがなくなる症状）」に分けることができる。

（9）パーソナリティ障害（人格障害）

物事の考え方、感情表現の仕方、対人関係の持ち方、衝動の制御の仕方が、その人の**所属している文化**から期待される水準から極端に偏っていて、その様式が個人生活から社会生活にまで幅広く広がっている場合、そして、そのことが、本人にとって**著しい苦痛**をもたらしたり、社会的、職業的、あるいはその他重要な領域に、機能的な障害を引き起こしているものをいう。

なお、パーソナリティ障害の発症は、少なくとも**青年期か成人期前期**までさかのぼることができ、そして、その認知思考・感情・対人関係・衝動制御の様式は、比較的変動がなく、長期間続くのも特徴である。

また、パーソナリティ障害とパーソナリティ障害とまではいかないパーソナリティ傾向とが混同されることがあるが、「柔軟性がなく、不適応的であり、持続的で、著しい機能障害または主観的苦痛が引き起こされている場合」のみ、パーソナリティ障害と診断される。

パーソナリティ障害には、次のものがある。

【パーソナリティ障害の分類】

種 類	主な特徴
妄想性パーソナリティ障害	他人の動機を悪意あるものと解釈するといった、 不信と疑い深さ がある
スキゾイド パーソナリティ障害	社会的関係からの遊離、感情表現の範囲が限定している
統合失調型パーソナリティ障害	親密な関係で急に不快になること、認知的または知覚的な歪曲があること、および行動に奇妙さがある
反社会性パーソナリティ障害	他人の権利 を無視し、それを侵害する
境界性パーソナリティ障害	対人関係、自己像の在り方に偏りがあり、感情の不安定さが顕著であり、 著しく衝動的 になる
演技性 パーソナリティ障害	過度な情動性と人の注意をひこうとする行動パターンがある

自己愛性パーソナリティ障害	空想や行動が誇大であり、 賞賛されたい という欲求が過剰、共感性が欠如している
回避性 パーソナリティ障害	批判や評価に対する恐怖や恥の意識のため、重要な対人接触や社会参加を避ける
依存性 パーソナリティ障害	どんな場面においても、世話をされたいという欲求が過剰であり、常に従属的でしがみつく行動をとる
強迫性パーソナリティ障害	秩序に過剰にとらわれ、 完全主義 であり、統制にとらわれている
特定不能のパーソナリティ障害	どのパーソナリティ障害の基準も満たさないが、それぞれの症状を総合するとパーソナリティ障害とみなされる

(10) 神経発達障害群

神経発達障害群は、その障害を持つ人の多くが、小児期または青年期になんらかの困難を訴えて受診したりするが、受診機会を逃せば、時には **成人期まで診断されない** こともある。

特に、若年者の就労支援をする際には、背景にこういった障害を抱えているにもかかわらず、青年期、成人期まで見過ごされていて、それが「就労困難」という形で顕在化するケースも多々あるため、CCとしても、知識を持つておく必要がある。

① 知的能力障害

この障害は、**発達期** に発症し、概念的、社会的、および実用的な領域における知的機能と適応機能（日常生活において様々な必要性に応じて、効率よく対処し、年齢、社会文化的背景、地域社会状況において、その人に期待される人間的自立の基準を満たす機能のこと）の **両面** の欠陥を含む障害である。

以下の3つの基準を満たす必要がある。

- 1) 臨床的評価および個別化、標準化された知能検査によって確かめられる、論理的思考、問題解決、計画、抽象的思考、判断、学校での学習、および経験からの学習など、**知的機能** の欠陥。
- 2) 個人の自立や社会的責任において発達的小および社会文化的な水準を満たすことができなくなる **適応機能** の欠陥、継続的な支援がなければ、適応上の欠陥は、家庭、学校、職場、および地域社会といった多岐にわたる環境において、コミュニケーション、社会参加、および自立した生活といった複数の日常生活活動における機能を限定する。
- 3) 知的小および適応の欠陥は、発達期の中に発症する。

なお、知的能力障害は「軽度」「中等度」「重度」「最重度」の4つの重症度がある。

② 限局性学習症/限局性学習障害 (Specific Learning Disorder, SLD)

いわゆる **LD/学習障害** であり、学習や学業的技能の使用に困難があり、その困難に対する介入が提供されているにもかかわらず、以下の症状の少なくとも1つが存在し、少なくとも6ヶ月間持続していることで明らかになる。

欠陥のある学業的技能は、その人の **歴年齢** に期待されるよりも、著明にかつ定量的

に低く、**学業** または **職業遂行** 能力、または日常生活活動に明確な障害を引き起こしている。

なお、学習困難は学齢期に始まるものであるが、欠陥のある学業的スキルに対する要求が、その人の能力の限界を超えるまでは完全には明らかにはならないこともあり、

青年期や成人期に初めて発見されるケース もある。

なお、学習障害を伴う成人の中には、その特徴ゆえに **自己効力感** が低くなったり、就職または社会適応に明らかな困難を示したりする場合も見られる。また、そういった度重なる困難さのために、二次障害として **うつ病** 等の精神疾患を発症することもある。

【限局性学習障害の症状】

① 字を読むとき、不的確だったり 速度が遅かったり するため、かなり努力をしなければならない
② 読んでいるものの 意味 を理解することが難しい
③ 綴り字の困難さがある
④ 文章を 構成する ことが難しい
⑤ 数字の概念や、数値、または 計算 を習得するのが難しい
⑥ 数学的な 推論 が難しい

③ 自閉スペクトラム症／自閉症スペクトラム障害

特徴は、「社会的な **コミュニケーション** の能力の障害」と、「**限定・反復された行動・興味・活動** の存在」の2つに代表され、その特徴ゆえに発達のいくつかの面において重症で広範な障害がみられることが診断には必要である。自閉スペクトラム症の診断基準は、以下の通りで、1)～4)の全てを満たしていることが必須である。

1) 社会的コミュニケーション及び相互関係における持続的障害（以下の3点で示される）。

- ・ 社会的・**情緒的** な相互関係の障害
- ・ 他者との交流に用いられる **非言語的コミュニケーション** の障害
- ・ 年齢相応の対人関係性の発達や維持の障害

2) 限局された反復する様式の行動、興味、活動（以下の2点以上の特徴で示される）。

- ・ 常同的で反復的な **運動動作** や **物体の使用** 、あるいは話し方
- ・ **同一性** へのこだわり
- ・ 日常動作への融通の利かない執着
- ・ 言語・非言語上の **儀式的** な行動パターン

3) 症状は発達早期の段階で必ず出現するが、後になって明らかになるものもある。

4) 症状は社会や職業その他の重要な機能に重大な障害を引き起こしている。

④ 注意欠如・多動性障害 (**AD/HD**)

基本的な特徴は、**不注意** 及び／または、多動性－衝動性の持続的な様式である。

この症状を持ったまま何年か過ごした後に診断される人もいるが、症状そのものは12歳以前から存在していたことがはっきりしていなければならない。

なお「不注意」「多動性および衝動性」とは具体的に以下のような症状のことをいう。

1) 不注意

- ・ 遊び、学業、仕事などにおいて **集中すること** ができなかつたり、不注意ミス
を繰り返したりする
- ・ 話を集中して聴くことができず、すぐに忘れてしまつたり、聴いていないようにみら
れる
- ・ 理解しているはずの大事な指示に従うことができず、学業や職場での義務を最後まで
やり遂げることができない
- ・ **忘れ物** やなくしものが多い
- ・ 課題や活動を順序立てて遂行することが困難 など。

2) 多動性－衝動性

- ・ **落ち着き** がなく、じっとしていることができない
- ・ 不適切な状況で **走り回つたり** 、高い所に登つたりする（青年期以降ではその
感覚だけの場合もある）
- ・ すぐに席を立つてしまう
- ・ しゃべりすぎる
- ・ エンジンで動かされたみたいに行動する
- ・ 思いついた行動を唐突に行う、順番を待てない
- ・ **人の話が待てず** にしゃべりだしてしまつ など。

なお、症状の現れ方や程度にはかなり個人差があり、大きくは次の3つに分類される。

(ア) 混合型（不注意、衝動性-多動性をともに満たしている）

(イ) 不注意優勢型

(ウ) 多動性・衝動性優勢型

神経発達障害群は、そのほとんどが **先天性** 、かつ持続的で一生続く障害であり

育ち方 や環境が根本の原因ではない。

しかし、神経発達障害群の特徴があるために、対人関係や、学習面などで、人一倍の困
難さを感じ続ける結果として、精神疾患を発症させるケースが多々あり、これを **二次
障害** という。そして、二次障害をきっかけに、成人してから神経発達障害群であるこ
とが判明するケースも多くあるため、注意を要する。

(11) 精神障害の治療と予後

精神障害と一言でいっても、その主な原因が生育歴や環境にあつたり、先天的であつたり、
脳機能 に問題があるなど様々である。従つて、それぞれの障害によって治療法や予後
も様々である。

基本的には、生育歴や環境が主な原因と考えられる場合には、心理療法が有効である。先
天性のものは、治療というよりは、「**療育** 」といつて、その障害を抱えながら適応し
ていくトレーニングをしていくことが有効である。

器質的なものが主な原因の場合は、**薬物療法** が欠かせない。ただ、実際には単一の
原因であることはまずなく、すべての要因が複雑に絡み合っていることがほとんどで、たと
え同じ診断名がついていても、どのケースも同じ対処法ということはありません。

2～3年で良好に向かう場合もあり、10年以上かかる場合もあり、治療を続けつつ仕事を
続けていくことが可能な場合もあるし、治療に専念する方がよい場合もある。

キャリアコンサルティングの場面でも、精神障害を抱えた人が来談するケースがしばしば
あり、**専門機関につながるまでの中継ぎ的役割** をキャリアコンサルタントが担わ

なければならないケースも増えている。したがって、専門機関と連携を取りながら、臨機応変に対応していける体制と能力が求められる。

(12) キャリアコンサルタントとしての可能性と限界

キャリアコンサルタントとしてメンタルヘルス不調者と関わる際の注意点。

① 限界認識とリファー

CL の悩みが精神疾患にまで発展しているようなケース等は、専門家や専門機関に繋がなければならない（**リファー**）。

CC として経験をどれだけ積んだとしても、自己の力量を超えたカウンセリングやコンサルティングを実施することは、事態を悪化させることになりかねない。

身体的、心理的な疾病と思われる CL に対しては無理をしたり、いたずらに対応せず、医師などの専門家に速やかにリファーすることは、CC の専門性を保つためにも必要である。

② 限界認識の必要性

CC の **専門性** における限界と、各 CC の **個人的な能力** の限界のどちらの限界についてもしっかりと自己理解することは、専門家として当然の責務である。

特に、精神疾患（あるいはその疑いがある）の CL に対して安易にカウンセリングを行ってはならない。たとえば、双極性障害や統合失調症などの CL に対して、自己を深く見つめさせるカウンセリングを行うことは、**病状を進行させる可能性** があり、最悪の場合には **自殺** のきっかけを与えることにもなりかねない。

また、CL の抱えるストレスの種類によっては、カウンセリングそのものが更なる **ストレス因子** として作用してしまうこともある。各種 **アセスメント** ・ツールの使用に関しても、CL に大きな負担を与えることの認識も重要である。決してむやみに行ってはならない。

③ リファーの判断のポイント

以下のような場合には、リファーの可能性を考えること。

- ◆ CC の **トレーニングレベル** を超える能力・知識を必要とする時
- ◆ CC の **倫理規定** を逸脱する場合
- ◆ CC とクライアントの間に **信頼関係** が築けない場合
- ◆ クライアントが **別の支援者** を求める場合

ただし、信頼関係が築けない場合や CL が別の支援者を求める場合については、それが CL や CC の課題である場合もあるので、リファーが必要なのか、担当者を変えないで乗り越えることが大切なのかを見極める必要がある。