

メディカルスタッフ専門基礎科目シリーズ

精神医学

飯高哲也 編著

理工図書

メディカルスタッフ専門基礎科目シリーズ

精神医学

飯高哲也 編著

理工図書

メディカルスタッフ専門基礎科目シリーズ

精神医学

飯高哲也 編著

理工図書

メディカルスタッフ専門基礎科目シリーズ 精神医学

編集者

飯高哲也 名古屋大学大学院医学系研究科 作業療法学講座 教授

執筆者

- 第1章 飯高哲也 名古屋大学大学院医学系研究科 作業療法学講座 教授
- 第2章 山本真江里 名古屋大学医学部附属病院 精神科 助教
- 第3章 木村大樹 名古屋大学大学院医学系研究科 精神医療学 助教
- 第4章 小笠原一能 名古屋大学医学部附属病院 生命倫理統括支援室 特任助教
尾崎紀夫 名古屋大学大学院医学系研究科 精神医学・親と子どもの心
療学 教授
- 第5章 牧野拓也 福井大学 子どものこころの発達研究センター 特命助教
鈴木 太 福井大学 子どものこころの発達研究センター 准教授
- 第6章 田中 聰 名古屋大学医学部附属病院 精神科 助教
- 第7章 入谷修司 名古屋大学大学院医学系研究科 精神医療学 教授
羽渕知可子 愛知県精神医療センター
- 第8章 木村宏之 名古屋大学大学院医学系研究科 精神医学 准教授
- 第9章 宮田聖子 名古屋大学大学院医学系研究科 医学教育研究支援センター
特任助教
藤城弘樹 名古屋大学大学院医学系研究科 睡眠医学 講師
- 第10章 鳥居洋太 名古屋大学医学部附属病院 卒後臨床研修・キャリア形成支
援センター 病院助教
- 第11章 石塚佳奈子 名古屋大学医学部附属病院 親と子どもの心療科 助教
- 第12章 徳倉達也 名古屋大学医学部附属病院 精神科 助教
足立康則 安城厚生病院 緩和ケア内科 代表部長
- 第13章 梶田泰一 国立病院機構 名古屋医療センター 脳神経外科 医長
- 第14章 吉見 陽 名城大学 薬学部 病態解析学Ⅰ 助教
岩本邦弘 名古屋大学大学院医学系研究科 発達老年精神医学 講師
- 第15章 星野藍子 名古屋大学大学院医学系研究科 作業療法学講座 講師
- 第16章 飯高哲也 名古屋大学大学院医学系研究科 作業療法学講座 教授
- 第17章 星野藍子 名古屋大学大学院医学系研究科 作業療法学講座 講師

初版の序

最近 20 年ほどの間で、精神疾患に対するわれわれの見方は劇的に変化している。以前は一部の人々の病気と考えられていた精神疾患は、今では日本人のほとんどが罹患しうる病気となった。そのため厚生労働省は 2011 年に、それまでの 4 大疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）に精神疾患を加え、これら 5 大疾病に対して広範かつ継続的な医療を提供することを定めた。このような状況で精神医療の場も変革の時を迎える、入院主体の医療から通院と社会復帰へ向けて大きく舵を取る必要があった。病棟から外来へ、さらに社会的スキルの獲得や認知リハビリテーションなどを含め、多職種の密接な連携が求められる時代になったのである。

今までそれぞれの職種で異なった言葉の用法や、独自の疾患・治療モデルを持っていることが少なくなかった。しかしこれから精神医療に携わる人々の間では、同じ言葉と疾患モデルを持って互いに協力していくかねばならない。本教科書は作業療法士や理学療法士をめざす学生はもとより、広く臨床精神医学を学ぼうとする人々を対象として編集された。とりわけ診断基準は最新の DSM-5 により統一され、他の診断体系との比較表が添付されている。ぜひ多くのメディカル・スタッフにも目を通してください、共通の理解と認識を持って患者の社会復帰に向けて歩んでいきたいと思う。

私自身は大学教員として、学生に既存の教科書を用いて臨床精神医学を教えてきた。その中で自分の考えと教科書に若干の相違があり、また診断基準や医学用語などにも改訂の余地があると感じていた。このような問題点を解消できないかと思っていたところ、2016 年晚秋に出版社から依頼を受け、本書の編集に着手することになった。最初は自分には荷が重いと感じたが、名古屋大学の優秀な人材と共同して徐々に執筆と編集を進めることができた。本書は第一線の臨床医学者の豊富な知識と経験に基づいており、職種を超えて精神疾患を理解するために最適な内容を含んでいる。その初版を上梓できたことは、編集者として歓喜の念もひとしおである。

執筆者のほとんどは名古屋大学大学院医学系研究科・精神医学および親と子

どもの心療学に在籍していたか、または何らかの形でその臨床・教育・研究に
関与していた方々である。従って内容に関しては、類似の教科書と比べて統一
性のとれたものになっていると自負している。また作業療法士国家試験問題と
その解答例が、本書の末尾に収録されているので参考にされたい。最後に理工
図書株式会社の編集諸氏をはじめ、本書の出版に携わった方々のご尽力に感謝
の意を表したい。

2018年7月

編著者 飯高哲也

目 次

第1章

精神症状の診かた

1

1 総論	2	2.4 注意	20
1.1 精神症状とは何か	2	2.5 記憶	21
1.2 予診と初診さらに初期治療	4	2.6 言語	22
1.3 共感性と感情伝染	5	2.7 学習	22
1.4 発達過程の確認	8	2.8 知能	23
1.5 聞き方と話し方	9	2.9 思考	23
1.6 診断と分類	11	2.10 意志と欲動	26
1.7 精神医療の歴史	15	2.11 感情と気分	28
2 各論	17	2.12 不安と恐怖症	30
2.1 意識	17	2.13 自我意識	31
2.2 運動	18	2.14 社会的認知	32
2.3 知覚	19	2.15 パーソナリティ	33

第2章

診断と検査

35

1 診断	36	2.2 毒物検査	45
1.1 精神科診断面接	36	2.3 脳脊髄液検査	45
1.2 身体的診察	39	2.4 脳波検査	45
1.3 診断基準	39	2.5 神経画像検査	49
1.4 構造化面接	41	2.6 知能検査	52
1.5 精神症状評価尺度	41	2.7 神經心理学的検査	53
2 検査	43	2.8 人格検査	60
2.1 臨床化学検査	44		

第3章

統合失調症

65

1 統合失調症とは	66	1.4 成因と機序	68
1.1 概念・定義	66	1.5 症状	72
1.2 歴史的背景	66	1.6 症状評価	75
1.3 痘学	68	1.7 病識について	75

2 診断・分類・亜型	76	4.3 非定型抗精神病薬について	85
2.1 診断	76	4.4 抗精神病薬の副作用	86
2.2 分類	76	4.5 電気痙攣療法	86
2.3 統合失調症の亜型	78	4.6 心理教育	87
3 経過と予後	80	4.7 家族教育	87
3.1 経過	80	4.8 認知行動療法	87
3.2 予後	82	4.9 社会療法（社会復帰のための治療法）	88
4 治療	84	4.10 その他	89
4.1 薬物治療	84		
4.2 再発予防	85		

第4章

うつ病・双極性障害

91

1 うつ病・双極性障害とは	92	6.6 身体疾患による双極性障害および関連障害	112
2 基本的な症候～①抑うつエピソード	93	7 うつ病・双極性障害に	
3 基本的な症候～②躁病エピソード	97	関連する臨床的特徴	112
4 基本的な症候～③軽躁病エピソード	100	7.1 混合状態	112
5 抑うつ障害の診断と特徴について	102	7.2 不安による苦痛	113
5.1 うつ病	102	7.3 精神病症状	113
5.2 持続性抑うつ障害	104	7.4 周産期の発症	114
5.3 医薬品・物質誘発性抑うつ障害	105	7.5 季節性	114
5.4 身体疾患による抑うつ障害	106	7.6 急速交代型	115
5.5 月経前不快気分障害	107	7.7 メランコリア	115
5.6 重篤気分調節症	107	7.8 非定型うつ病	115
5.7 他の特定される抑うつ障害	108	8 痘学	116
6 双極性障害の診断と特徴について	108	8.1 頻度（有病率）	116
6.1 双極I型障害	109	8.2 年齢による頻度の差	116
6.2 双極II型障害	109	8.3 うつ病と双極性障害の頻度の性差	116
6.3 気分循環性障害	109	8.4 他の精神障害との併存	116
6.4 他の特定される双極性障害および関連障害	109	8.5 身体疾患との併存	117
6.5 物質・医薬品誘発性双極性障害および関連障害	111	8.6 発症危険因子：遺伝的要素	118
9 経過・予後	118	9.1 うつ病	118
10 治療	120	9.2 双極性障害	119
		9.3 自殺リスク	119

10.1 治療場面の選択	120	10.5 うつ病・双極性障害の リハビリテーション：	
10.2 治療の原則	120	リワークプログラム	123
10.3 うつ病の治療	121		
10.4 双極性障害の治療	123	11 おわりに	124

第5章

不安症・強迫症・心的外傷後ストレス障害

127

1 はじめに	128	7 経過と予後	142
2 概念・定義	128	7.1 限局性恐怖症	142
3 痘学	130	7.2 社交不安	142
4 成因と機序	130	7.3 パニック症	143
5 臨床症状	130	7.4 全般不安症	143
5.1 限局性恐怖症の臨床症状	131	7.5 強迫症	143
5.2 社交不安症の臨床症状	132	7.6 心的外傷後ストレス障害	143
5.3 パニック症の臨床症状	133	8 治療	143
5.4 全般不安症の臨床症状	135	8.1 限局性恐怖症の行動療法	144
5.5 強迫症の臨床症状	136	8.2 社交不安症の認知行動療法	144
5.6 心的外傷後ストレス障害の 臨床症状	137	8.3 全般性不安症の認知行動 療法	144
5.7 複雑性心的外傷後ストレス 障害の臨床症状	140	8.4 パニック症の認知行動療法	144
6 併存症	142	8.5 PTSDの治療	145
		8.6 複雑性 PTSD の治療	145

第6章

摂食障害

149

1 概念・定義（および 歴史的背景）・症状	150	3 成因と機序	159
1.1 神経性やせ症/神経性 無食欲症	150	3.1 神経性やせ症/神経性 無食欲症	159
1.2 神経性過食症/神経性 大食症	154	3.2 神経性過食症/神経性 大食症	161
1.3 その他の摂食障害	157	3.3 その他の摂食障害	161
2 痘学	158	4 経過と予後	162
2.1 神経性やせ症/神経性 無食欲症	158	4.1 神経性やせ症	162
2.2 神経性過食症/神経性 大食症	158	4.2 神経性過食症/神経性 大食症	162
2.3 その他の摂食障害	159	4.3 その他の摂食障害	162
		5 治療	162
		5.1 神経性やせ症	162

5.2 神経性過食症/神経性 大食症	164	5.3 その他の摂食障害	166
-----------------------------	-----	--------------------	-----

第7章 物質使用障害 169

1 物質使用障害とは	170	5.1 非違法（流通）物質	180
2 物質使用障害にみられる 依存症状	170	5.2 違法物質	182
2.1 物質使用障害の多側面	172	6 代表的な物質使用障害の 特徴	182
2.2 物質関連の医療社会的 コスト	174	6.1 アルコール使用障害	182
3 診断基準	175	6.2 覚醒剤等の使用障害	189
3.1 DSM の診断基準	175	6.3 いわゆる危険ドラッグ	190
3.2 ICD -10 による診断基準	175	6.4 （治療薬による）医原性 依存 処方薬依存症	191
4 疫学	178	7 社会的対策	192
4.1 日本	178	7.1 法的規制と現状	192
4.2 世界	179	7.2 海外の状況	192
5 対象となる物質と その症状	180	8 まとめ	193

第8章 パーソナリティ障害 195

1 はじめに	196	4 パーソナリティ障害の 精神療法的接近	211
2 パーソナリティ障害の 歴史的変遷	196	4.1 精神病理	211
3 診断とアセスメント	197	4.2 精神療法的接近の 基本技能	212
3.1 境界性パーソナリティ 障害	198	4.3 精神療法的接近の ポイント	215
3.2 自己愛性パーソナリティ 障害	200	4.4 困難な状況	218
3.3 その他のパーソナリティ 障害	203		

1 正常な睡眠とその変動	224	6 概日リズム睡眠-覚醒	
1.1 睡眠と発達・加齢の影響	224	障害群	236
1.2 睡眠の性差	224	6.1 睡眠相後退型	236
1.3 環境要因と睡眠	224	6.2 睡眠相前進型	238
2 不眠障害	226	6.3 不規則睡眠-覚醒型	238
2.1 臨床的特徴	226	6.4 非24時間睡眠-覚醒型	239
2.2 検査所見	227	6.5 交代勤務型	239
2.3 治療	228	7 睡眠時随伴症群	240
3 過眠障害	230	7.1 ノンレム睡眠からの覚醒	
3.1 臨床的特徴	230	障害	240
3.2 検査所見	230	7.2 悪夢障害	242
3.3 治療	230	7.3 レム睡眠行動障害	243
4 ナルコレプシー	230	7.4 レストレスレッグス症候群	
4.1 臨床的特徴	230	群(むづむづ脚症候群)	245
4.2 検査所見	232	8 物質・医薬品誘発性睡眠	
4.3 治療	232	障害	247
5 呼吸関連睡眠障害	232	8.1 臨床的特徴	247
5.1 閉塞性睡眠時無呼吸低呼吸	232	8.2 検査所見	247
5.2 中枢性睡眠時無呼吸	234		

1 認知症総論	252	2 認知症各論	265
1.1 認知症の定義	252	2.1 アルツハイマー型認知症	265
1.2 認知症の疫学	256	2.2 血管性認知症	269
1.3 認知症を呈する主な疾患	256	2.3 レビー小体型認知症	272
1.4 認知症の症状	257	2.4 前頭側頭葉変性症	276
1.5 診断・検査	262	2.5 その他の認知症	278
1.6 軽度認知障害	264		



第11章

神経発達症

281

1はじめに	282	1.5 コミュニケーション症群	298
1.1 知的能力障害群	284	1.6 運動症群	301
1.2 自閉スペクトラム症	288	2 症例提示	304
1.3 注意欠如・多動症	292	3 終わりに	307
1.4 限局性学習症	296		



第12章

身体症状症と総合病院精神医学

311

1 身体症状症の定義と概要	312	2.4 法的・倫理的な問題	329
1.1 身体症状症	313	3 症状性を含む器質性	
1.2 病気不安症	314	精神障害	331
1.3 変換症（または転換性障害、機能性神経症状症）	316	3.1 定義	331
1.4 作為症 （または虚偽性障害）	317	3.2 病態	331
1.5 他の医学的疾患に影響する心理的要因	319	3.3 治療・ケアにおける注意点	333
1.6 基本的対応と治療	320	4 せん妄	333
2 コンサルテーション・リエゾン精神医学の定義と概念	325	4.1 定義	333
2.1 歴史	326	4.2 症状	334
2.2 コンサルテーション精神医学における介入の実際	327	4.3 原因	334
2.3 リエゾン精神医学における介入の実際	328	4.4 予防、治療とケア	334
		5 緩和医療	336
		5.1 緩和ケア、サイコオンコロジーの定義	336
		5.2 がん患者における精神症状	337
		5.3 終末期医療における治療目標の設定	339



第13章

てんかん

343

1はじめに	344	2 病態	344
-------------	-----	------------	-----

2.1 てんかんの定義	344	3.5 髄液検査	353
2.2 痘学	344	3.6 神経心理検査	353
2.3 予後	345	4 てんかんの治療	354
2.4 原因	345	4.1 内科的治療	354
2.5 てんかんまたはてんかん 症候群の分類	346	4.2 外科治療	356
2.6 発作症候	349	5 てんかんの包括治療	360
2.7 てんかんの診断	349	5.1 てんかんと 作業・理学療法	362
3 てんかんの検査	350	6 てんかんと社会	362
3.1 脳波検査	350	6.1 運転免許	362
3.2 脳磁図検査	351	6.2 てんかん患者の受けられる 医療支援制度	363
3.3 神経画像検査	352	7 おわりに	363
3.4 血液生化学検査	352		

第14章

精神科薬物療法

365

1 概念・定義	366	2.6 薬物依存治療薬（アルコール 依存治療薬、ニコチン依存 治療薬）	388
2 向精神薬の分類	367	2.7 精神刺激薬	390
2.1 抗精神病薬	367	2.8 抗認知症薬	393
2.2 抗うつ薬	373	2.9 抗てんかん薬	395
2.3 気分安定薬	378		
2.4 抗不安薬	381		
2.5 睡眠薬	385		

第15章

精神科ハビリテーション

401

1 概念・定義	402	2 個人に対するリハビリ テーションの介入と評価	405
1.1 精神科リハビリテーション の歴史	402	2.1 ベーシックな認知機能からの 評価・介入	406
1.2 リハビリテーションでの モデル変化	402		

2.2 活動レベルでのパフォーマンスを切り口とした評価・介入	409	2.4 環境（全体のシステムや取り組み）を切り口としたリハビリテーション	417
2.3 全般的な社会機能を切り口としたリハビリテーション	414	3まとめ	418

第16章 精神医療関連法規 423

1はじめに	424	4隔離と身体拘束	431
2精神医療関連法規の歴史的変遷	424	5心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律	432
3精神保健及び精神障害者福祉に関する法律	426	6発達障害者支援法	433

第17章 国試問題と解説 437

1統合失調症	438	7認知症	447
2うつ病・双極性障害	439	8神経発達症	448
3不安症・強迫症・心的外傷後ストレス障害	441	9てんかん	449
4摂食障害	443	10治療技法・リハビリテーション技法	449
5物質関連障害	444	解答と解説	452
6パーソナリティ障害	445		

索引 457

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えないからである。その例としては「抑郁症」がある。抑郁症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、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ぬとか、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いけない。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思え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、いつどこでも精神症状を示していると考える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、その人は病気には見えないだろう。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、そこだけをみ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。



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。健康な状態と疾病的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。健康な部分をみつけて、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、病的なこころ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。それがある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、いかに間違いを起こ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った存在であると考えるべきである。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がある。そ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ったりすることで、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、これも見方によつては考え方である。なぜかというと、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と心配になってしまふこともある。病気の治療が順調に進んでいれば、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、注意して行うことが必要である。

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今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）を迎えるときも、古くから参加しているメンバーに動搖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

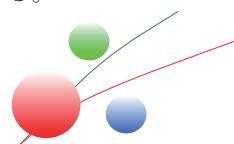
患者と対話するときには、どういう態度で臨んだらいいだろうか。これには正解はない。うつ病の患者はいつも深刻な表情で話しているが、医療者も同じように深刻な顔で話を聞いたほうがよいだろうか。また統合失調症の患者は表情の変化が乏しいが、医療者も同じように表情を変えないで接するほうがよいだろうか。必ずしもそうではないだろう。双極性障害（躁うつ病）の患者は気分変動が大きいが、それにあわせてこちらの対応が変化するのはよくない。患者がどのような状態で現れても、医療者は動じる様子はみせないようにしたいものである。つまり、「その程度

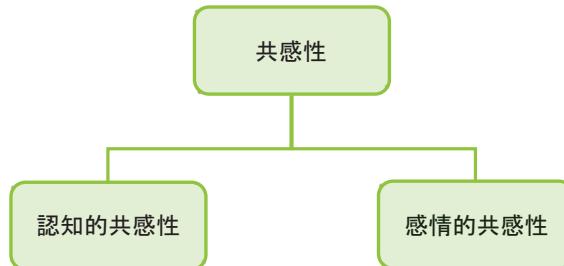
の病状の悪化は何度も経験しています」という感じをみせたほうがよい。患者は、結構しっかりと医療者をみているのである。どんなに泣き叫んでいたり取り乱したりしていても、それに反応して医療者も動搖するようでは患者やその家族から信頼は得られない。常に感情的に一定の範囲で対応し、患者の状態に左右されない素振りが必要である。もちろん、内面はそうでないとしても。

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、相手の考え方や動機、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。すなわち患者の一挙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。

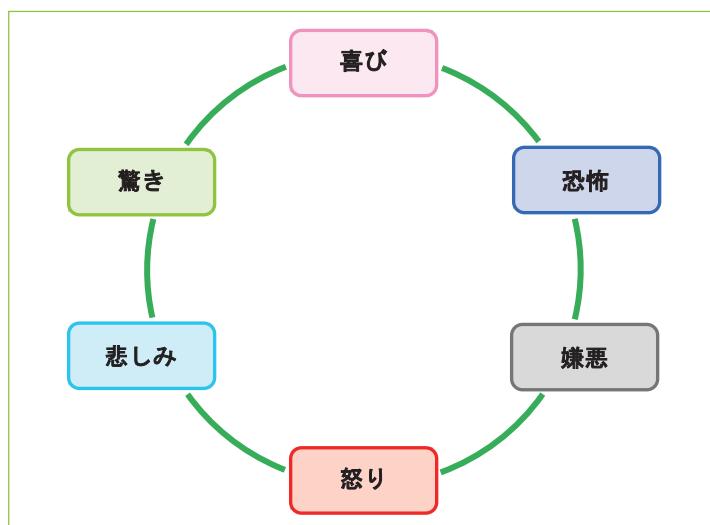
基本感情のうえには社会的あるいは倫理的に規定された、より高次の感情が存在する。それらは例えば、愛情、憐み、懐かしさ、嫉妬、羨望、恨みなどという感情である。これらの高次感情にはそれぞれに対応するような表情はなく、上記の基本表情の入り混じった複雑な表情となる。精神障害では感情や気分が大きく変動したり、逆にまったく感情が生起しない状態になることがある。そのような状態を見て、短時間での確に相手の感情を判断する能力を高める必要がある。





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こころの機能である。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こころの働きである。

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こ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み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

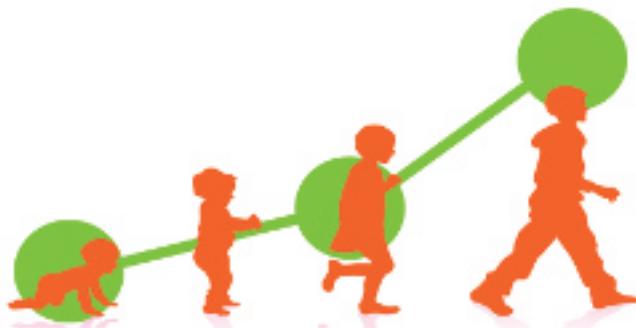
例え成人の患者から病歴を取る場合においても、その人の幼少期における発達過程を知ることには十分な臨床的意義がある（図1.6）。まず出産とその直後に何か問題はなかったかどうかを尋ねる。出産時の合併症や長期間の保育器使用などは、いずれも後の精神障害発症の危険因子になると考えられている。母親の妊娠後半から産褥期（出産後約2カ月）における、心理社会的な状態を把握することも重要である。産褥期は女性にとって精神障害を発症する危険性の高い時期であり、その間の母子関係は児の発育に影響を与えることがある。その後の発達については、日本では母子保健法の制度があるので、母子健康手帳の記載を参考にすると分かりやすい。

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 것도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、正しく先生の話を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てしまったことはないか。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いくなってきている。成人の患者の話を聞いてみると、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ではないし、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は、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。

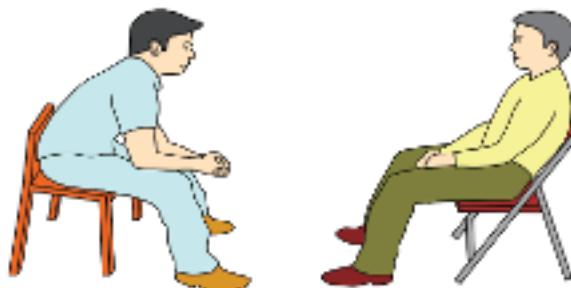
しかし一方で診療であるから、的確な診断と治療方針の決定には、相手のいわなないことも尋ねなければいけない。最近の医学教育では、患者の話をできるだけ遮らないことが大事であるとされている。しかし精神科診療では、しばしば相手の話を遮ることがある。それは聞かなければいけないことが多過ぎるからであり、後で検査すれば分かるというようなものではないからである。診察時の医療者の脳裏には、患者の過去から現在までの経過が要点を押さえた形でみえてくるのである。その患者がそのときにその病院を受診するまでのが、鎖でつながれたようにひとつの物語となって浮かび上がるるのである。そうなると患者の記憶がいつまでも残り、時が経って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

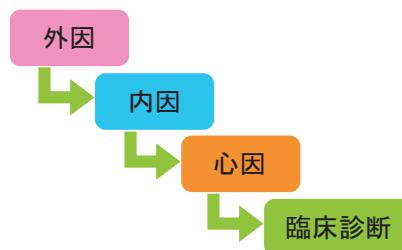
図1.7 診察場面での姿勢

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ならうがよい。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、人ととの関係性が存在しなくてはいけない。質問にしてもこれを聞かれたら相手が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「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。そこで現時点では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・社会的因素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つたのである。

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ではなく、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 は全科の疾患を対象としている。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りし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」を十分に行なう上で、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き放とうと尽力したのは、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、

索引

数字索引

- 1型糖尿病 160
2型糖尿病 83, 117, 226
10-20法 350
22q11.2欠失症候群 68
アミロイド PET 269 396
アミロイド β 265, 266
アミロイド β 40 266
アミロイド β 42 266
アメリカ精神医学会 67, 76, 189, 196 244
意欲低下 57
医薬品・物質誘発性抑うつ障害 105
医薬品誘発性レム睡眠行動障害 244
医療観察法 432
医療保護入院 164, 330, 429, 430
イレウス 86
陰性症状 72, 74, 75, 76, 80
インフォームドコンセント 269, 424

ギリシャ文字索引

- α シヌクレイン 274
 α 波 46, 241
 β セクレターゼ 266 200, 292, 371, 378, 380
 β 波 46
 γ -アミノ酪酸 382
 γ セクレターゼ 266 170, 174, 178, 179, 181, 183, 247
 γ 線 50, 52
 δ 波 46
 θ 波 46, 241
アルコール依存 142
アルコール依存症 176, 182, 183, 184, 186, 188
アルコール依存治療薬 388
アルコール関連疾患 185
アルコール幻覚症 184
アルコール精神病 182, 184, 186
アルツハイマー型認知症 50, 252, 254, 256, 259, 265, 394
アレキシサイミア 29
安全域 181
安全行動 132
安定再発期 82
アントン症候群 57
アンフェタミン 179, 182, 189, 190, 294
ウエルニッケ・コルサコフ症候群 188
ウエルニッケ・リヒトハイムの失語図式 53
ウエルニッケ失語 57
ウエルニッケ脳症 188
迂遠 25
内田一クレペリン検査 61
うつ病 92, 97, 102, 121, 142, 181, 254, 338
うつ病エピソード 332
うつ病性昏迷 27, 95
うつ病性障害群 92
運動失語 54
運動症群 301
運動性失語 259
運動チック 303
運動マッピング検査 359

和文索引

あ

- アウトリーチサービス 418
アカシジア 18, 86, 336, 372
アカンプロサポート 388, 389, 390
亜急性硬化性全脳炎 46
アクチグラフ 237, 238, 239, 240, 247
アクチベーション症候群 121
アクチベーションシンドローム 377
悪夢 242
悪夢障害 242
アスペルガー障害 288
アセチルコリンエステラーゼ阻害薬 275, 393, 394, 395
アセチルコリン作動薬・拮抗薬 247
アセトアルデヒド 388
アドヒアランス 367
アトモキセチン 296, 390, 392
アドルフ・マイヤー 16
アドレナリン作動薬・拮抗薬 247
アパシー 107, 260, 261
あへん法 192
アヘン類 175
アマンタジン 272
アミロイド 269
アメンチア 18
アラノン 186
アリビプラゾール 200, 292, 371, 378, 380
アルコリックアノニマス 183
アルコール 170, 174, 178, 179, 181, 183, 247
アルコール依存 142
アルコール依存症 176, 182, 183, 184, 186, 188
アルコール依存治療薬 388
アルコール関連疾患 185
アルコール幻覚症 184
アルコール精神病 182, 184, 186
アルツハイマー型認知症 50, 252, 254, 256, 259, 265, 394
アレキシサイミア 29
安全域 181
安全行動 132
安定再発期 82
アントン症候群 57
アンフェタミン 179, 182, 189, 190, 294

い

- 医原性薬物依存 180
意志 26
意識清明 17, 18, 20
異食症 158
依存状態 171
依存性パーソナリティ障害 117, 208
一次妄想 23, 73
一過性全健忘 350
一過性脳虚血発作 350
遺伝因子 160
意味記憶 21, 258
意味性健忘 22
意味性認知症 258, 276, 278
イミノスチルベン系抗てんかん薬 140, 141, 247
銳徐波複合 46
銳波 46, 350
エーミール・クレペリン 15
絵カード交換式コミュニケーションシステム 292
易刺激性 29, 44
易怒性 140, 141, 247

え

エスゾピクロン	385	覚醒剤取締法	182, 189, 192	鑑別診断	36
エタノール	184	覚醒障害	241	緩和ケア	336
エトスクシミド	397	カクテル・パーティー現象	20		
エピソード	14	隔離	431, 432	き	
エピソード記憶	21, 258, 266	下行性疼痛抑制系	322	奇異性運動	234
エフェドリン	192	過少診断	124	奇異反応	228, 383
遠隔記憶	21, 258, 266	過剰診断	124	記憶	21
演技性パーソナリティ障害	207	過食・排出型	152	記憶欠損	185
エンドルフィン	172	過食性障害	158, 159, 161, 162	記憶障害	57, 254, 257, 270
		仮性認知症	23, 254	危険因子	14
		家族療法	163, 324	危険ドラッグ	
お		カタレプシー	27, 78		
オイゲン・プロイラ	16	学校保健安全法	434		
黄体ホルモン	224	家庭崩壊	174	既視感	19
応用行動分析学	292	加藤普佐次郎	16	器質性精神障害	331
大うつ病性障害	135	可動性	43	器質性精神病	39
大田原症候群	348	ガバペンチン	247, 397	基準導出法	46
オキシコドン	181	過敏性腸症候群	83	喫煙率	178, 179
オピオイド		カフェイン	175, 181, 182, 247	吃音	298, 301
	175, 179, 181, 235, 247, 334	カプグラ症候群	275	偽認知症	23
親ガイダンス	295	過眠障害	230	機能性神経症症状	312, 316
オランザピン	200, 371, 378, 380	仮面様顎貌	274	機能的磁気共鳴画像	49, 161
オレキシン	231, 387	ガランタミン	269, 272, 393, 394	機能的全般的評価尺度	43
オレキシン受容体拮抗薬		カルバマゼピン		気分	28
	386, 387, 388			気分安定薬	123, 378
音声チック	303			気分エピソード	114
穏和精神安定薬	381	簡易精神症状評価尺度	41, 75	気分循環性障害	109
		寛解	14, 82, 83, 89, 143	気分障害	79, 174
か		感覺性失語	54, 259	気分に一致した精神病症状	113
外因	12, 13	感覺変容	19	気分に一致しない精神病症状	114
絵画欲求不満テスト	61	眼球運動による脱感作と再処理法		気分プロフィール検査	42
概日生物学のマーカー	238			気分変調症	135, 141
概日リズム	238, 240	環境関連因子	145	記録	21
外傷性脳損傷	239	関係念慮	160	逆行性健忘	188
解体型	76	関係妄想	205	逆説反応	383
回避・制限性食物摂取障害		眼瞼亀裂	24, 73	ギャンブル依存	173
	157, 161, 162	喚語困難	187	急性アルコール障害	182
回避性パーソナリティ障害	208	感情	259	急性アルコール中毒	184
回復	89	感情失禁	28	急性期	80
回復期	80	感情的共感性	29	急性ジストニア	86
解剖画像検査	49	感情伝染	6	急速眼球運動	224
解離	31, 145, 211, 214, 220	感情鈍麻	32	休息期	80
解離症	27, 316	眼振	29, 66, 67, 72	急速交代型	115
解離症状	140, 141	肝性脳症	188	境界性人格構造	115
会話心迫	98	関節炎	46	境界性パーソナリティ障害	196
替え玉妄想	275	感染症検査	226		
拡散強調画像	49, 50	がん対策基本法	44		
学習	22	間代発作	327		
学習障害	296, 297	冠動脈疾患	349	共感	214
覚醒困難	230	観念運動性失行	226, 233	共感性	214
覚醒剤	170, 175, 179, 182, 189	観念性失行	55, 259, 266, 278	強直発作	32
覚醒剤精神病	189	観念奔逸	55, 259	強直間代痙攣	349
			25, 98	強直間代発作	86
				共同注意	33

強迫観念	26, 129, 136	軽度認知障害	23, 264	口唇ジスキネジア	19
強迫行為	129	傾眼	17	構成失行	55, 259, 278
強迫症	117, 128, 136, 143, 159, 210	痙攣	180, 184, 191	抗精神病薬	367, 368
強迫性障害	26, 200	ケースマネジメント	90	向精神薬	367
強迫性パーソナリティ障害	117, 210	血液生化学検査	163, 352	厚生労働省編一般職業適性検査	
強迫的飲酒行動	185	血管性認知症	252, 256, 269		417
強迫的音読	277	月経前症候群	107	考想化声	73
強迫的言語応答	277	月経前不快気分障害	107, 123	構造化面接	41
恐怖症	30, 31, 128	欠伸発作	349, 396, 397	考想察知	74
強力精神安定薬	367	血清電解質検査	44	考想吹入	26
逆向性健忘	22	血統妄想	73	考想奪取	26
虚偽性障害	312, 317	ケトン血症	356	考想伝播	26, 74
局在関連てんかん	346	ケトン食療法	354, 356	交代人格	31
棘徐波複合	46	ゲルストマン症候群	57	抗てんかん薬	344, 395
棘波	46, 350	幻覚	57, 66, 72, 73, 76, 113	行動化	211
拒食症	150	幻覚剤	175	行動障害型前頭側頭型認知症	
拒絶	78	幻覚妄想	79		276, 277
拒絶症	27, 28	元気行動回復プラン	416	後頭葉症候群	57
筋強剛	332	奇奇症	27, 28, 83	高二酸化炭素血症	234
筋固縮	274, 278, 332	限局性学習症	22, 295, 296, 298, 433	抗認知症薬	393, 395
近時記憶	21, 258	限局性恐怖症		広汎性発達障害	288
近赤外線スペクトロスコピー	49			抗ヒスタミン薬	247
禁断症状	171	言語	128, 130, 131, 142, 144	抗不安薬	175, 180, 381
緊張型	78	言語症	22	合法ドラッグ	190
緊張病	16, 27, 78	言語障害	298, 300	合理的防衛機制	173
緊張病性興奮	74	言語性記憶	254	語音症	298, 300
		言語性検査	75	コカイン	179, 181, 182
		言語性知能指数	52	小刻み歩行	274
		言語理解	52	国際10-20法	46
グアンファシン塩酸塩徐放錠	296	顕在記憶	53	国際抗てんかん連盟	346, 348
クエチアピン	371, 378, 380	幻視	21	国際疾病分類	13, 175
クッシング病	107	幻臭	20, 57, 260, 332	国際疾病分類第10版	39, 252
クリュバー・ビューシー症候群	57	嫌酒薬	20, 57	国際生活機能分類	43
呉秀三	16, 425	幻触	188, 388	国際標準法	46
クレペリン	66, 82	幻聴	20	国立コロニーのぞみの園	285
クロイツフェルトヤコブ病	46, 279	見当識障害	20, 57, 73, 260	こころの理論	32
クロザピン	86, 370	健忘	254, 257, 258, 266	固縮	18
クロナゼパム	244, 275, 383, 397	健忘失語	21	語想起困難	266
クロバザム	397	幻昧	259	コタール症候群	24, 73, 114
クロミプラミン	232		20	骨粗鬆症	114
クロルジアゼポキシド	381	抗オレキシン系	20, 388	コデイン	83, 84
クロルプロマジン	16, 370	高感情表出	228	言葉のサラダ	180, 181, 192
		高機能自閉症	87	孤発性睡眠麻痺	25, 73
け		後期不眠	288	コミュニケーション症群	242
ケアマネジメント	417, 418	膠原病	226	コラム法	298
経口栄養補助食品	157	抗酒薬	332	語流暢性課題	411
軽症うつ病	104, 108	甲状腺機能検査	388	コルサコフ症候群	59
軽躁状態	109, 108, 110, 115	甲状腺機能低下症	44	コロニー	22, 188
軽躁病エピソード		甲状腺中毒クリーゼ	107, 252, 257	混合状態	285
	-93, 100, 102, 109, 110, 122	高照度光療法	332	コンサータ	30, 113, 115
傾聴	214		122, 238, 239		392

コンサルテーション	326	ジグメント・フロイト	16	自閉性	67
コンサルテーション・リエゾン精神医学	325, 326, 327	自己愛性パーソナリティ障害	196, 197, 200, 201	自閉性障害	288
コンサルテーション精神医学	326	思考	23	社会恐怖	200
昏睡	17, 18	思考干渉	74	社会生活技能訓練	85, 88
昏眠	17	思考吹入	74	社会的コミュニケーション症	
昏迷	27, 74, 83	思考制止	25	社会的認知	32
昏蒙	17	思考奪取	74	社会的ひきこもり	66
		思考途絶	25	社会認知並びに対人関係のトレンジング	412
		時刻表的生活	277	社会病質	206
さ		自己治療仮説	173	社会復帰調整官	432
猜疑性パーソナリティ障害	203	自己破壊的行動	140, 141, 211, 216	社会への参加	43
サイコオンコロジー	337	自殺	83	若年性パーキンソン病	332
サイコオンコロジスト	337	ジスキネジア	372	社交不安	31
罪業妄想	24, 113	ジストニア	278, 316, 372	社交不安症	
再生	21	ジスルフィラム	388, 389	自生思考	74
再認	21	姿勢反射障害	274, 332	姿勢反射障害	274, 332
再燃	14	肢節運動性失行	55	周期性四肢運動	246
催眠剤	180	視線検知	32	重症うつ病	104
サイレース	180	シゾイドパーソナリティ障害	204	集団療法	164
作業記憶	21, 75	持続エクスポージャー療法	145	重篤気分調節症	107
作業検査法	60, 61	持続気道陽圧療法	235	重篤気分調節障害	123
作業療法	15, 89, 164, 402, 409	持続性運動チック症	303	十二誘導心電図	163
作業療法士	416, 430	持続性音声チック症	303	重複記憶錯誤	275
作為思考	25	持続性抑うつ障害	104, 107	周辺症状	260
作為症	312, 317, 318	持続陽圧呼吸療法	234	終末期医療	339
作為体験	31, 74	失快感	29	就労支援プログラム	414
錯語	277	失感情症	29	出眠時幻覚	232
錯視	19, 57, 260	失語	53, 259, 267, 270	シュナイダー	67
錯聴	19	失行	53, 55, 57, 59, 258, 267, 270	シュナイダーの1級症状	67, 68
させられ思考	25	実行機能	294	障害児通所支援施設	287
させられ体験	31, 74	実行機能障害	257, 260	障害者差別解消法	308
錯覚	19	失語症	22, 54	障害者就業・生活支援センター	
作動記憶	53, 75	失算	267	障害年金制度	363
ザレプロン	385	失神発作	350	小血管病性認知症	270
残遺期	82	失声	316	症候性局在関連てんかん	344
三環系抗うつ薬		失読症	22	症候性てんかん	346
.....	242, 322, 373, 375, 376, 378	嫉妬妄想	184, 260	症状性精神障害	331
産後うつ病	114, 123	失認	53, 55, 57, 58, 258, 270	焦燥	261
算数障害	296, 298	失文法	277	情動	29
		失名詞	259, 266	常同	78
し		質問紙法	60	失立	316
シアゼパム	383, 397	視点取得	33	常同運動	291
シアナミド	388, 389	シナプラス小胞蛋白質	398	常同運動症	301, 303
自我意識	31	自発性減退	66	衝動行為	27
視覚失認	55, 57	自閉	74	常同行動	276, 291
時間療法	238	自閉症	288	常同症	27, 28
磁気共鳴画像	49	自閉スペクトラム症		情動障害	57
磁気共鳴スペクトロスコピー	49	.....		情動脱力発作	230, 231, 232
嗜銀顆粒性認知症	278			常道的食行動異常	277
視空間失認	57				
視空間障害	270				

情動麻痺	29	心神喪失者等医療観察法	424, 425	スキゾイドパーソナリティ障害
小児期発症流暢症	298, 301	心神耗弱	432	スキゾタイプパーソナリティ障害
小児期崩壊性障害	288	深睡眠	224, 227	スティーブンス-ジョンソン症候群
小児欠伸てんかん	348	真性妄想	23	スティグマ
小児てんかん	348	振戦18, 132, 180, 191, 274, 316, 332	振戦せん妄	22, 184, 186
承認	214	身体化障害	313	ステロイド療法
小脳失調歩行	188	身体拘束	431, 432	ストレンジスモデル
静脈血栓塞栓症	83	身体失認	55	スペクトラム
除外診断	267	身体症状症	142, 236, 312, 313	スポレキサント
職業レディネステスト	417	身体的依存	171	スルピリド
書字表出障害	296	心的外傷	129, 130, 137	スルホニアミド系抗てんかん薬
遭遇改善請求	431	心的外傷後ストレス障害	128, 143, 200, 227	397
触覚失認	55	シンナー	170, 181	
徐波	46	深部体温リズム	238	
徐波群発	46	心理社会的アプローチ	186	せ
徐波睡眠	224, 226, 230, 241	心理症状	394	生活技能訓練
処理速度	53			412
自立支援医療制度	363			生活の質
支離滅裂	25			337
思路	25	髓液検査	353	正座不能症
心因	12, 13	遂行機能障害	57, 257, 260, 270	制止
心因性非てんかん発作	316	錐体外路症状	85, 86, 278, 370	95
人格異常	196	随伴症状	260	脆弱X症候群
人格変化	33	睡眠・覚醒リズム障害	260	脆弱性ーストレス一対処モデル
新規抗うつ薬	121	睡眠維持困難	227	正常圧水頭症
心気妄想	24, 114	睡眠維持不眠	226	精神医療審査会
神経画像検査	352	睡眠衛生指導	228, 246	精神運動興奮
神経原線維変化型老年期認知症	279	睡眠覚醒概日リズム	238	精神運動焦燥
神経遮断葉	367	睡眠慣性	230	精神運動制止
神経心理学	53	睡眠関連食行動	240	精神衛生法
神経性過食症		睡眠時驚愕エピソード	241	精神科診断面接
… 150, 154, 158, 159, 161, 162, 164		睡眠時驚愕症	240, 241	精神科薬物療法
神経精神ループス	333	睡眠時驚愕症型	240	精神科リハビリテーション
神経性睡眠障害	245	睡眠持続障害	387	精神刺激薬
神経性大食症		睡眠時無呼吸	235	精神疾患の診断・統計マニュアル
… 154, 158, 161, 162, 164		睡眠時無呼吸症候群	46	13, 16
神経生物学の因子	160	睡眠時遊行エピソード	241	精神疾患の診断・統計マニュアル
神経性無食欲症	150, 158, 159	睡眠時遊行症	240	第5版
神経性やせ症		睡眠時遊行症型	240	39, 252
… 150, 152, 155, 157, 158, 159, 162		睡眠潜時	239, 246	精神腫瘍学
神経伝達物質	172	睡眠潜時反復検査		337
神経梅毒	262			精神障害者社会生活評価尺度
神経発達症	282, 307, 308	… 230, 232, 234, 247		413
神経発達障害仮説	70	睡眠相後退型	236, 238	精神障害者保健福祉手帳
神経発達症群	282, 307	睡眠相前進型	238	精神神経症状
進行性核上性麻痺	278	睡眠日誌	237, 238, 239, 240, 247	精神生理学的不眠
進行性非流暢性失語	276, 278	睡眠ポリグラフ検査		236
心室駆出率	235	… 227, 230, 232, 234, 241, 246, 275	精神遲滞	23
心身症	320	睡眠麻痺	232	精神薄弱児育成会
心神喪失	432	睡眠酩酊	230	精神薄弱者福祉法
		睡眠葉	175, 385	精神病質
				196, 206
				精神病者監護法
				425
				精神病性
				13
				精神病発症危険状態
				82
				精神病未治療期間
				82
				精神分析的精神療法
				324
				精神分裂病
				67, 90

精神保健福祉士	430	そ	多因子疾患	118
精神保健福祉法	16, 330, 425	躁うつ病	5, 109	
精神保健法	425	爽快気分	30	
生体リズム	225, 240	早期ミオクロニー脳症	348	
生物学的精神医学	16	双極Ⅰ型障害	109, 110	
生物心理社会的モデル	198	双極Ⅱ型障害	109, 110, 123	
生理活性	172	双極性障害	14, 92, 109, 113, 141, 200, 366	
生理的依存	171	双極性障害および関連障害群	92, 108	
世界保健機関		双極導出	350	
..... 13, 39, 175, 193, 252, 336, 344		双極導出法	46	
世界保健機関能力低下尺度第2版	43, 76	操作の診断基準	41	
摂食障害	28, 150, 160, 200	躁状態	92, 108, 109, 110, 115	
摂食制限型	152	総睡眠時間	226	
セットシフティングの障害	161	早朝覚醒	95, 226, 227	
セルフケア	43	早発性痴呆	16, 67	
セロトニン	322, 374	躁病エピソード		
セロトニン・ドバミン拮抗薬	371	..... 93, 97, 100, 109, 114, 122, 332	
セロトニン・ノルアドレナリン再		相貌失認	277	
取り込み阻害薬	322, 375, 376, 383	相馬事件	425	
セロトニン5-HT1A受容体部分作		挿話	14	
動薬	382, 385	ソーシャルスキルトレーニング		
セロトニン作動薬・拮抗薬	247	..... 296	
線維筋痛症	226	ソーシャルワーカー	164	
前駆期	80, 81	即時記憶	21, 258	
全検査知能指数	53	側頭葉症候群	57	
全健忘	21	側頭葉てんかん	351, 357, 359	
前向性健忘	22, 188, 228	措置入院	330, 428, 429	
全国手をつなぐ育成会連合会	285	ゾニサミド	397	
潜在記憶	21	ゾビクロン	385	
全身性エリテマトーデス		ゾルペデム	385	
..... 107, 332, 333				
浅睡眠	227	た		
全生活史健忘	22	第1世代抗精神病薬	368, 370	
選択的セロトニン再取り込み阻害		第一次覚醒剤乱用期	189	
薬	117, 143, 242, 375, 376, 383	体感幻覚	20, 74	
前頭側頭型認知症		退行	214	
..... 107, 260, 261, 276		胎児性アルコール障害	174	
前頭側頭葉変性症	276, 278	胎児性アルコール症候群	187	
前頭葉機能検査	59	対人関係療法	122, 144, 164	
前頭葉症候群	57	対人恐怖症	129	
セントラルコヒーレンスの障害		耐性	171, 172, 174, 185, 187	
..... 161		代替医療	143	
全般性不安	30	第2世代抗精神病薬	370, 371	
全般的発達遅延	284	大脳半球離断術	360	
全般てんかん	346, 350	大麻	170, 175, 179, 182, 193, 247	
全般不安症	117, 128, 129, 135, 143	大麻取締法	182, 192	
全般発作	346, 348, 349	退葉症状	388	
せん妄		代理ミュンヒハウゼン症候群	318	
..... 18, 44, 254, 333, 334, 336, 337		対話性幻聴	260	
		ち		
		チアブリド	272	
		チーンストークス呼吸	234, 235	
		チエノジアゼピン系抗不安薬		
		..... 382, 383, 388	
		知覚統合	53	
		チック	19	
		チック症	295, 301, 303	
		知的能力障害		
		..... 23, 239, 284, 287, 288, 291, 294	
		知的能力障害群	282, 284	
		チトクロームP450	395, 396	
		知能	23	
		知能検査	52	
		知能指数	23, 52, 284	
		知能測定尺度	285	

<p>と</p> <p>遅発性ジスキネジア 86 遅発性ジストニア 86 着衣失行 55, 259, 266 治癒 82 注意 20 注意欠如 233 注意欠如・多動症 8, 20, 282, 291, 292, 295, 433 中核症状 257, 260 注察妄想 24, 73 中止後症候群 377 中止後症状 121 中枢性睡眠時無呼吸 234 中等症うつ病 104 中途覚醒 95, 226 中途覚醒時間 224 中毒性表皮壊死症 381, 397, 398 聴覚失認 55 長期記憶 21, 258 蝶形紅斑 333 長時間ビデオ脳波記録 359 直面化 217 治療的アプローチ 4, 治療できる認知症 252, 257 治療薬物モニタリング 395 陳述記憶 21, 258 鎮静剤 180, 181 鎮静催眠薬 385 鎮痛薬 175</p>	<p>な</p> <p>投影法 60, 61 盗害妄想 260 冬期うつ病 114 統合失調型パーソナリティ障害 78, 79, 205 統合失調感情障害 78, 79 統合失調症 5, 20, 32, 66, 76, 81, 174, 260 統合失調症スペクトラム障害 78 統合失調症認知機能簡易評価尺度 75 統合失調症認知機能簡易評価尺度 408 日本語版 408 統合失調症様症状 78, 184 動作性検査 52 動作性知能指数 52 頭頂葉症候群 57 動脈血酸素飽和度 235 動脈血二酸化炭素分圧 235 同名半盲 57 トウレット症 303 疼痛性障害 313 ドーパミン 69, 70, 172, 173, 189, 190 ドーパミン系 161 ドーパミン神経細胞 172 ドーパミントランスポーターシン 262, 275 チグラフィー 296, 298 特発性全般てんかん 344 特発性てんかん 346, 368 毒物及び劇物取締法 192 特別支援学級 287, 292 特別支援学校 287 特別支援教育 308 突発性異常波 46 ドネペジル 269, 272, 393, 394 ドパミン 390, 392 ドパミン D2受容体遮断作用 368, 370 ドパミン D2受容体部分作動薬 371 ドパミン仮説 368 ドパミン作動薬・拮抗薬 247 ドパミン受容体作動薬 247 トピラマート 397 どもり 301 トラゾドン 377 トリアゾラム 180</p>
<p>に</p> <p>ニコチン 170, 174, 178, 181 ニコチン依存治療薬 390 ニコチン中毒 174 二次妄想 24, 73 ニセルゴリン 272 日常生活 43 日常生活動作 340 日内変動 254 二分脊椎 380 入眠後覚醒時間 227 入眠困難 95, 226, 227, 387 入眠時幻覚 232 入眠時不眠 226, 239 入眠時レム睡眠期 230, 232 入眠潜時 224, 227 認知 43 認知機能 240 認知機能障害 75, 226, 247, 252, 254, 298, 332 認知行動療法 89, 122, 164, 180, 228, 324, 410 認知行動療法マニュアル 144 認知症 23, 188, 239, 252, 256, 260, 262 認知的共感性 6, 認知リハビリテーション 407</p>	<p>の</p> <p>熱性痙攣 350 脳画像検査 49 脳機能画像 50 脳機能マッピング検査 359 脳局在症候群 57 脳磁図検査 351 脳出血性血管性認知症 270 脳腫瘍 252 脳性小兒麻痺 187</p>
<p>つ</p> <p>追跡妄想 184</p>	<p>て</p> <p>低活動性せん妄 18 低灌流性血管性認知症 270 デイケア 89, 164 定型抗精神病薬 85, 368, 370 低カリウム血症 156 ディスコイド疹 333 手続き記憶 21, 258, 260 デメンチア・プレコックス 16 てんかん 45, 187, 344, 348, 349, 350, 360 てんかん性異常波 348 転換性障害 16, 312, 316 てんかん性脳症 348 てんかん発作 344, 349, 353 転帰 14 電気痙攣療法 78, 86, 89, 122</p>

脳脊髄液検査	45	395	皮膚粘膜眼症候群	397, 398			
脳内報酬系	161		非ベンゾジアゼピン系	228			
脳波検査	45, 350		非ベンゾジアゼピン系睡眠薬	386			
脳波賦活法	46		ヒポクレチン	231			
脳染離断術	360		憑依状態	32			
ノーマライゼイション	88		憑依妄想	73			
ノルアドレナリン			病気不安症	236, 312, 314			
	322, 374, 390, 392		病識	75, 78, 153			
ノルアドレナリン作動性・特異的			標準型失語検査	58			
セロトニン作動性抗うつ薬			標準高次視知覚検査	58			
	375, 376		病前期	81			
ノンレム睡眠			病前性格	33			
	224, 235, 240, 241, 243, 244		病相	4, 109, 119			
は							
パーキンソン症状			病的退行	219			
	86, 274, 275, 336, 372		病的賭博	173			
パーキンソン病			広場恐怖症	133			
	107, 172, 244, 256, 272, 274, 332		貧困妄想	24, 114			
パーソナリティ	33		ふ				
パーソナリティ障害			不安	30, 247			
	33, 117, 122, 174, 196, 197, 236		不安症	142, 159			
バイオマーカー	12, 14		不安障害	227			
徘徊	257, 260, 261		不安神経症	129			
肺血栓塞栓症	83		フィリップ・ピネル	15			
梅毒検査	44		フェニトイイン	395, 397			
バウムテスト	61		フェニルケトン尿症	286			
破瓜型	76		フェノチアジン系抗精神病薬	370			
破瓜病	16		フェノバルビタール	395, 397			
吐きだこ	156		フェンサイクリジン	175			
迫害妄想	24, 73		不穏脚症候群	19			
橋本病	332		賦活症候群	377			
パターンリズム	424		副甲状腺機能検査	44			
発達関連因子	160		複雑性運動チック	303			
発達障害	174		複雑性音声チック	303			
発達障害支援センター	292		複雑性心の外傷後ストレス障害				
発達障害者支援法	424, 433			128			
発達性協調運動症	301, 303		複雑な手段的日常生活動作	252			
発達性失認症	22		複雑部分発作	348			
パニック症			複視	316			
	117, 128, 129, 130, 133, 143, 312		副腎皮質機能検査	44			
パニック障害	200		副腎皮質ステロイド	247			
パニック発作	3, 31, 129, 133, 202		服薬アドヒアランス				
ハピットリバーサル	304			85, 86, 367, 389			
ハプロタイプ DQB1*06 : 02	232		服薬コンプライアンス	85			
ハミルトンうつ病評価尺度	42		父権主義	424			
ハミルトン不安尺度	42		ブスピロン	381			
パリペリドン	371		ブチロフェノン系抗精神病薬	370			
ハルシオン	180		物質・医薬品誘発性睡眠障害	247			
バルビタール	385		物質使用障害				
バルビツール酸系抗てんかん薬				22			
		386, 388	部分健忘				

部分的閉塞性低換気	234	無動	78
部分てんかん	350	無動・寡動	332
部分発作	346, 348, 349	無動性無言	279
不眠	226, 227, 233	無脳症	380
不眠障害	226, 228		
プライミング	21		
プラセボ	143		
ブラックアウト	185		
フラッシュバック	190		
プリオントラウム	279		
プリケ症候群	313		
プリッジングセッション	407, 408		
プリミドン	395, 397		
フルニトラゼパム	180		
フルマゼニル	385		
プロイラー	67		
プローカーモデル	403		
プロトン強調画像	50		
プロムワレリル尿素	386		
プロモバレリル尿素	386		
プロラクチン濃度	84		
分別もうろう状態	18		
分離不安症	107		
ペアレントトレーニング	295		
米国精神医学会	13, 39, 152, 175, 252		
閉塞性睡眠時無呼吸低呼吸	232, 233, 234, 235		
併存症	142		
ベックうつ病評価尺度	42		
ペモリン	390		
ペラグラ	189		
ヘロイン	182		
ペロスピロン	371		
変換症	312, 316		
偏差知能指数	53		
ベンズアミド系抗精神病薬	370		
片側巨脳症	360		
ベンゾジアゼピン	180, 181, 191, 228		
ベンゾジアゼピン依存	180		
ベンゾジアゼピン系抗てんかん薬	397		
ベンゾジアゼピン系抗不安薬	382, 383, 388		
ベンゾジアゼピン系睡眠薬	386		
ベンゾジアゼピン系睡眠薬・抗不安薬	334		
ベンゾジアゼピン系薬剤			
へ			
ま			
め			
も			
や			
む			

..... 60, 353

ヤング躁病評価尺度 42

イ

有機溶剤 179, 182

幽門狭窄症 158

イ

陽性・陰性症状評価尺度 42, 75

陽性症状 72, 75, 81

腰椎穿刺 353

陽電子放出断層撮影 49

抑うつ 2, 44, 236, 247

抑うつエピソード

93, 96, 102, 104, 106, 109, 110

抑うつ気分 30

抑うつ障害

102, 106, 107, 110, 111, 135, 141

抑うつ障害群 102

抑うつ状態

83, 92, 106, 108, 109, 110, 115

抑制 95

欲動 26

予後 14

夜泣き 240

四環系抗うつ薬 375, 376

ア

ラクナ梗塞 270

ラコサミド 355

ラスマッセン脳炎 360

ラメルテオン 385, 386, 388

ラモトリギン

200, 355, 378, 379, 380, 381, 397

卵胞ホルモン 224

リ

リエゾン 326

リエゾンカンファレンス 328, 329

リエゾン精神医学 326

リカバリー 89

リカバリー概念 402, 410, 414, 418

力動精神医学 196

力動的精神療法 144, 164

離人症 31, 74, 180

リスペリドン 292, 371

離脱 171

離脱・後遺症症状 171

離脱症状 180, 184, 191

リタリン 392

リバスチグミン 269, 272, 393, 394

リハビリテーション

4, 402, 405, 409, 414, 416, 418

リボの法則 258

療育センター 287

療育手帳 287

両側性 28, 29, 67, 74

良性小児てんかん 348

良性新生児てんかん 348

リワークプログラム 124

臨床単位 196

臨床用量依存 228

ル

ループス腎炎 333

レ

冷蔵庫マザー 288

レクリエーション療法 15, 88

レジリエンスモデル 71

ストレス・レッグ 19

ストレスレッグス症候群

245, 246

レット障害 288, 290

レット症候群 290

レノックス・ガストー症候群

356, 397

レビー小体型認知症

20, 107, 244, 253, 260, 272, 394

レプチン 161

レベチラセタム 355, 398

レボドバ 275

レボドバ製剤 247

レム睡眠 224, 226, 242, 243, 244

レム睡眠行動障害 244

レム睡眠潜時 226, 230

恋愛妄想 73

連合弛緩 25, 67, 73

ロ

蟻屈症 27

老人斑 265, 266

ロールシャッハテスト 61, 353

ロヒプノール 180

ヌ

ワーキング・メモリー 21, 75

和田テスト 359

英文索引

A

AA 183, 186, 188

ABA 292

acamprostate 389

acetylcholinesterase 393

AChe 393

ACT 90, 417, 418

ACTH 療法 354, 356

activation syndrome 377

ACT-J 418

AD 394

ADHD 8, 9, 142

ADL 340, 409

AED 344

affect 28

Agoraphobia 133

AHA/ASA 270

Alzheimer's disease 394

Ambivalence 67

American Psychiatric Association

39

amnestic MCI 264

AMPS 413

AN 158, 159, 162, 164

AN-BP 152, 156

Anorexia Nervosa 152, 158

AN-R 152

antidementia drugs 393

antiepileptic drugs 344, 395

antipsychotics 367

Antisocial Personality Disorder

206

anxiety 30

anxiolytics 381

APA 76

ApoE-ε 4 266

APP 266

Applied Behavior Analysis 292

ARFID 157, 159, 161, 162

aripiprazole 371

ARMS 82

asomatognosia 55

Assertive Community Treatment

90, 418

Assessment Mortar and Process Skill 413

atonic seizure 349

At-Risk Mental State 82

attention 20

atypical absence	349	Briquet's Syndrome	313	DESH	279
atypical antipsychotics	368	bromovalerylurea	386	deviation intelligence quotient	53
auditory agnosia	55	Bulimia Nervosa	154, 158, 161, 162	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders	13, 39, 312
Autism	67	buspirone	381	DIQ	53
Avoidant Personality Disorder	208	bvFTD	276	Disruptive mood dysregulation disorder	107
Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder	157			DLB	394
		C		DPA	371
		CAE	348	drive	26
		callosotomy	360	Drug–Addiction Rehabilitation Center	190
		carbamazepine	379	DSM	13, 16, 39
		Childhood absence epilepsy	348	DSM–5	
		chlor diazepoxide	381	DSM–5	
		chlorpromazine	370	DSM–III	288
		CBT	144, 324, 410	DSM–IV–TR	76, 93
		CDR	269	DSM–IV	270, 288, 296, 312
		Childhood absence epilepsy	348	DUP	82
		chlor diazepoxide	381	Duration of untreated psychosis	
		chlorpromazine	370	DSM–IV	
		Clinical Dementia Rating	269	DUP	
		clonic seizure	349	Duration of untreated psychosis	82
		CNS ループス	262		
		Cognition	43		
		Cognitive Behavioral Therapy	144, 324, 410		
		common disease	344	E	
		complex partial seizure	348	Early myoclonic encephalopathy	
		complex posttraumatic stress dis- order	128	ECT	86
		Consultation	326	Electro-convulsive therapy	86
		Conversion Disorder	316	electroencephalography	350
		cortex focus resection	360	EMDR	145
		Cotard syndrome	114	emotion	29
		CPS	348	emotional expression	71, 87
		CPTSD	128, 129, 130, 131, 137, 140	epilepsy	344
		Creutzfeldt–Jakob 病	262	Epileptic discharge	348
		CT	49, 50, 262, 269, 278, 279	epileptic encephalopathy	348
		Cushing disease	107	epileptic seizure	344
		Cyclothymic disorder	109	Evidence-Based Practice	410, 414
				Eye movement Desensitization and Reprocessing	145
		D			
		DARC	190	F	
		delusion of guilt	113	Factitious Disorder	317
		delusion of negation	114	Family Based Therapy	163
		delusion of poverty	114	FAS	187
		dementia praecox	67	FDG–PET	262, 269
		dementia with Lewy body	394	Febrile convulsion	350
		dependency	171	Fetal alcohol syndrome	187
		Dependent Personality Disorders		FIQ	53
				first generation antipsychotics	368
				FLAIR 画像	50
				flight of ideas	98
				flumazenil	385

fmMRI	49, 161	Idiopathic generalized epilepsy	344	major tranquilizers	367				
free T3	262	ILAE	346	manic episode	97				
free T4	262	Illness Anxiety Disorder	314	manic state	92				
Full intelligence quotient	53	Illness Management and Recovery	410	MARTA	371				
functional magnetic resonance imaging	49	IMR	410, 416	MATRICS Consensus Cognitive Battery	408				
FUS	276	Individual placement and support	414	Maudsley Personality Inventory	60, 61				
G									
GABA	382, 397	inhibition	95	MCCB	408				
GAF	43	Instrumental Activities of Daily Living	252	MCI	264, 269, 412				
GAF Scale	417	intelligence	23	MEG	351				
gamma-amino-butyric acid	382	intelligence quotient	23, 52, 284	melatonin	386				
GATB	417	International Classification of Diseases	13, 39	memory	21				
generalized anxiety disorder	128	International Classification of Functioning, Disability and Health	43	MIBG 心筋シンチグラフィー	262, 275				
Generalized seizure	346	International league against epilepsy	346	mild cognitive impairment	264				
Getting along	43	IPS	414	Minnesota Multiphasic Personality Inventory	60, 353				
Global Assessment of Functioning	43	IQ	23, 52, 284, 286, 288, 291	Minnesota Starvation Study	160				
going my way behavior	276	J							
haloperidol	370	Japan Coma Scale	17	minor tranquilizer	381				
HAM-A	42	L							
HAM-D	42	lamotorigine	379	Mixed states	112				
Hamilton Anxiety Scale	42	language	22	MMPI	60, 353				
Hamilton Depression Scale	42	LASMI	413	MMSE	269				
HDS-R	269	learning	22	Mobility	43				
hemiconvulsion-hemiplegia-epilepsy	360	learning difficulty	296	monopolar lead	350				
hemimegalencephaly	360	learning disabilities	296, 297	mood	28				
hemispherotomy	360	learning disorders	296	mood stabilizers	123, 378				
HHEsyndrome	360	Lennox-Gastaut syndrome	348, 397	mood-congruent psychotic features	113				
High EE	71, 87	Liaison	326	mood-incongruent psychotic features	114				
Histrionic Personality Disorder	207	Life activities	43	MRI	49, 50, 60, 262, 269, 278, 279				
HIV 感染	179	Life Assessment Scale for the Mentally Ill	413	MRI 検査	352, 357				
HIV 抗体検査	262	lithium carbonate	378	MRS	49				
HIV 脳症	262	loosening Association	67	multiple domain	264				
HLA	232	M							
Huntintin 遺伝子	279	magnetic resonance imaging	49, 352	Münchhausen Syndrome	318				
hypnotics	385	magnetic resonance spectroscopy	49	Münchhausen Syndrome by Proxy	318				
hypochondriacal delusion	114	magnetoencephalogram	351	N					
hypomanic episode	100	major depressive episode	95	NA	190				
I									
IADL	252, 409	NaSSA	121, 375						
ICD	13, 39	National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroup	252						
ICD-10	39, 76, 108, 175, 252	NEAR	407						
ICD-11	130, 141	Near-Infrared Spectroscopy	49, 352						
ICF	43	neuroleptics	367						
		neuropsychiatric lupus	333						

Neuropsychological Educational Approach to Cognitive Remediation	407	PET 検査	352, 357	retardation	95
NIA-AA	252	P-F スタディ	61	risperidone	371
NINDS-AIREN	270	phobia	30	Rorschach test	61
NIRS	49, 352	Physical dependence	171	RPR	262
NMDA	179, 393	Physiological dependence	171	Rumination Disorder	158
NMDA 受容体拮抗薬	275, 394, 395	pica	158		
N-methyl-D-aspartic acid	393	Picture Exchange Communication System	292	S	
non epileptic seizure	344	Picture-Frustration Study	61	safety behavior	132
non-amnestic MCI	264	PIQ	53	SARI	375
Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs	324	PNES	316	Schizoid Personality Disorder	204
NPSLE	333	PO	53	Schizophrenia	16, 67
NSAIDs	324	POMS	42	Schizotypal Personality Disorder	205
N-メチル-D-アスパラギン酸受容体拮抗薬	393	positive and negative syndrome scale	42, 75	SCIT	412
		positron emission tomography	49, 352	SDA	371
		Posttraumatic stress disorder	128, 200	SEAN	164
O		Premenstrual dysphoric disorder	107	second generation antipsychotics	370
obsessive compulsive disorder	128	premenstrual syndrome	107	sedative hypnotics	385
Obssesive-Compulsive Personality Disorder	210	pressured speech	98	SEED-AN	164
OCD	128, 129, 130, 131, 140	processing speed	53	Selective Serotonin Reuptake Inhibitors	144, 200, 201
olanzapine	371	Profile of Mood States	42	self awareness	31
orexin	387	Prolonged Exposure Therapy	145	Self-care	43
OSFED	158	PS	53	Serotonin and Noradrenalin Reuptake Inhibitor	322
Other specified depressive disorder	108	PSEN1	266	Severe and Enduring Anorexia Nervosa	164
Other Specified Feeding or Eating Disorder	158	Psychogenic Non-Epileptic Seizure	316	sharp & wave complex	46
		psychomotor agitation	95	sharp wave	46, 350
		psycho-oncology	337	single domain	264
P		Psychopathic personalities	196	single photon emission computed tomography	49, 352
PaCO ₂	235	Psychosomatic Disease	320	SLE	333
Pain Disorder	313	psychostimulants	390	slow wave burst	46
Panayiotopoulos 症候群	348	psychotic	13	SLTA	58
panic disorder	128	psychotropic drugs	367	SNRI	121, 322, 375, 377, 378
PANSS	42, 75	PTSD	107, 117, 129, 130, 137, 140, 200	social anxiety disorder	128
Paranoid Personality Disorder	203			social cognition	32
pariperidone	371			social cognition and interaction training	412
Parkinson disease	107	Q		social phobia	129
Partial seizure	346	QOL	337, 339, 354, 360, 363, 403	Social Skills Training	88, 412
Participation	43	quetiapine	371	Sociological	174
PE	145			soft neurological sign	71
PECS	292	R		Somatic Symptom Disorder	313
perceptual organization	53	ramelteon	386	Somatization Disorder	313
Performance intelligence quotient	53	Rasmussen's encephalitis	360	specific phobia	128
perospirone	371	refractory seizure	344	SPECT	49, 50, 52, 278, 352, 357
persistent depressive disorder	104	refrigerator mother	288	spike	46
personality	33	resilience	71	spike & wave complex	46
PET	49, 52	restrictive type	152		

spike wave	350	Disability Assessment Schedule	WCST	60	
SpO ₂	235	2.0	Wechsler Adult Intelligence Scale	354	
SPTA	59	Therapeutic drug monitoring	395	..... 354	
SSRI	59	thienodiazepine	382	Wechsler Adult Intelligence Scale	
..... 117, 121, 144, 200, 201, 278, 375		thinking	23	Third Edition	269
SST	85, 88, 412, 413	TIA	350	Wechsler Intelligence Scale for	
Standard Language Test of		TMT	59	Children	354
Aphasia	58	tonic seizure	349	Wechsler Memory Scale-revised	
Standard Performance Test for		tonic-clonic seizure	349	..... 269, 358	
Apraxia	59	toxic epidermal necrolysis	381, 397	Wellness Recovery Action Plan	
Stevens-Johnson syndrome	380, 397	TPHA 法	262	..... 416	
stigma	90	Trail Making Test	59	Western Aphasia Battery	58
structured interview	41	Transient global amnesia	350	West 症候群	348, 356
Sturge-Weber disease	360	Transient ischemic attack	350	WHO	
Substance use disorder	175	treatable dementia	252, 257	..... 13, 39, 43, 130, 175, 179, 184, 344	
Substance/medication-induced		tricyclic antidepressants	373	WHODAS 2.0	43
depressive disorder	105	TSH	262	will	26
Sudden Unexpected Death in		typical antipsychotics	368	Wisconsin Card Sorting Test	60
Epilepsy	345	U	WISC-R	354	
SUDEP	345	Uchida-Kraepelin test	61	WM	53
sulpiride	370	UCSD performance-based skills		WMS-R	269, 358
sovorexant	386, 387	assessment	413	work-directed intervention	416
SV2A	398	Unspecified Feeding or Eating		working memory	53
Symptomatic localization-related		Disorder	158	World Health Organization	13
epilepsy	344	UPSAs	413	WRAP	416, 417
syncope	350	V	X		
Systemic lupus erythematosus	333	vagal nerve stimulation	360	X-ray computed tomography	49
T		Validation	214, 216	Y	
T1強調画像	50	valproic acid	379	Yale-Brown Obsessive	
T2強調画像	49, 50	VC	53	Compulsive Scale	136
tactile agnosia	55	VEEG	351	Y-BOCS	136
tandospirone	381, 382	verbal comprehension	53	YG 性格検査	60, 353
TCA	375	verbal fluency test	59	YMRS	42
TDM	395	Verbal intelligence quotient	52	Young Mania Rating Scale	42
TDP-43	276	VFT	59		
TEACCH	292	Video-EEG	351		
temporal lobe epilepsy	359	VIQ	52		
TEN	381, 397	visual agnosia	55		
tetracyclic antidepressant	375	Visual Perception Test for			
TGA	350	Agnosia	58		
The brief assessment of cognition		VPI 職業興味検査	417		
in schizophrenia Japanese version		VPTA	58		
..... 408		W			
The Global Assessment of Functioning	417	WAB 失語症検査	58		
the Metacognitive Training program for schizophrenia patients	412	WAIS-III	269		
..... 412		WAIS-R	354, 358		
The World Health Organization		washout rate	275		

**メディカルスタッフ専門基礎科目シリーズ
精神医学**

2018年8月27日 初版第1刷発行

編著者 飯高哲也

検印省略

発行者 柴山斐呂子

発行所 理工図書株式会社

〒102-0082 東京都千代田区一番町27-2
電話 03 (3230) 0221 (代表)
FAX 03 (3262) 8247
振替口座 00180-3-36087 番
<http://www.rikohotosho.co.jp>

© 飯高 哲也 2018 Printed in Japan ISBN978-4-8446-0877-6

印刷・製本 丸井工文社

（日本複製権センター委託出版物）

*本書を無断で複写複製（コピー）することは、著作権法上の例外を除き、
禁じられています。本書をコピーされる場合は、事前に日本複製権センター
(電話: 03-3401-2382) の許諾を受けてください。

*本書のコピー、スキャン、デジタル化等の無断複製は著作権法上の例外
を除き禁じられています。本書を代行業者等の第三者に依頼してスキャン
やデジタル化することは、たとえ個人や家庭内の利用でも著作権法違反で
す。

★自然科学書協会会員★工学書協会会員★土木・建築書協会会員



ISBN978-4-8446-0877-6

C3347 ￥5400E



9784844608776

定価（本体 5400 円+税）

医学



1923347054002

