

現代精神医学 事典

Encyclopedia of Contemporary Psychiatry

編集委員

加藤 敏・神庭重信・中谷陽二・武田雅俊
鹿島晴雄・狩野力八郎・市川宏伸

弘文堂

【編集委員紹介】

加藤 敏 (かとう・さとし)

1949 年生まれ

自治医科大学精神医学講座教授

専攻：精神病理学，精神分析

神庭重信 (かんば・しげのぶ)

1954 年生まれ

九州大学大学院医学研究院精神病態医学分野教授

専攻：精神薬理学，気分障害，脳科学

中谷陽二 (なかたに・ようじ)

1947 年生まれ

筑波大学大学院人間総合科学研究科教授

専攻：司法精神医学，精神病理学，精神医学史

武田雅俊 (たけだ・まさとし)

1949 年生まれ

大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室教授

専攻：神経化学，老年精神医学

鹿島晴雄 (かしま・はるお)

1945 年生まれ

国際医療福祉大学特任教授，慶應義塾大学医学部客員教授

専攻：神経心理学，精神病理学，老年精神医学

狩野力八郎 (かの・りきはちろう)

1945 年生まれ

東京国際大学大学院臨床心理学研究科教授

専攻：精神分析学

市川宏伸 (いちかわ・ひろのぶ)

1945 年生まれ

東京都立小児総合医療センター顧問

専攻：児童青年期精神医学

現代精神医学事典

平成 23 年 10 月 15 日 初版 1 刷発行

編 者 加藤 敏・神庭重信・中谷陽二・武田雅俊

鹿島晴雄・狩野力八郎・市川宏伸

発行者 鯉 渕 友 南

発行所 株式会社 弘 文 堂

101-0062 東京都千代田区神田駿河台 1 の 7

TEL 03(3294)4801 振替 00120-6-53909

<http://www.koubundou.co.jp>

装 幀 水木喜美男

印 刷 三 美 印 刷

製 本 牧製本印刷

©2011 Satoshi Kato, et al. Printed in Japan.

JCOPY (社) 出版者著作権管理機構 委託出版物)

本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています。複写される場合は、そのつと事前に、(社) 出版者著作権管理機構 (電話 03-3513-6969、FAX 03-3513-6979、e-mail: info@jcopy.or.jp) の許諾を得てください。

また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での利用であっても一切認められておりません。

ISBN978-4-335-65143-4

もある。また、イメージの発生の質・量や統御性には個人差や優位性があり、視覚や聴覚など五官のはたらきおよびその体験と少なからず関連性をもつ。

Leuner H [1969] の guided affective imagery (GAI), Desoille R の directed day-dream, 本邦では藤原勝紀 [2001] の三角形イメージ体験法, 田嶋誠一 [1987] の壺イメージ法, 柴田出ほかのイメージ分析(療法)などが有名である。実際のセッションでは、「課題」「指定」イメージや、「自由」イメージの展開を基本とした技法がある。さらに、イメージの「場面」や「感情」のほか、「体験」自体を扱う方法がある。

これらの背景となる理論は、精神分析学、(認知)行動療法学、「体験」を重視するもの、折衷理論など多様である。(森山敏文)

⇒催眠療法, 自律訓練法,

【文献】Desoille R (1966), Leuner H (1969), 田嶋誠一 (1987), 森山敏文 (1994), 柴田出 (2000), 藤原勝紀 (2001)

医薬原性精神障害

【英】drug-induced psychiatric disorders

医薬品によって引き起こされる精神症状は不眠, 不安・焦燥感, 抑うつ, 躁状態, 幻覚妄想, せん妄等とさまざまである。発現についてはすべての薬物に注意すべきであるが, とくに以下の薬物には注意が必要である。ホルモン製剤 (ステロイド製剤, 経口避妊薬, 甲状腺ホルモン製剤), インターフェロン, 抗パーキンソン薬, 抗がん剤, ジギタリス製剤, 向精神薬 (抗精神病薬, 抗うつ薬, 抗てんかん薬, 抗不安薬, 睡眠薬), 抗ヒスタミン薬, 抗潰瘍薬 (H_2 遮断薬), 非ステロイド系消炎鎮痛薬 (NSAIDs), 抗結核薬などである。

医薬原性の精神障害を疑うためには, 使用中の薬剤がどのような精神症状を呈する可能性があるかを知っておく必要がある。診断に

あたっては精神症状と時間経過に注目する。薬剤の開始, 中止, 用量の変更と精神症状の出現, 消失, 増悪, 改善が時間的に対応しているかを追うことが重要である。また, 身体状態の変化 (腎機能, 肝機能等) や環境因子 (たばこ, アルコールなど) の影響で薬剤の感受性が高まっていないかを検討する必要もある。

精神疾患の既往がある際は, 精神症状を引き起こしにくい薬剤選択が求められる。とくに, ステロイドやインターフェロンなど精神症状を引き起こしやすい薬物の使用にあたっては, 事前に精神症状の副作用について患者に説明し精神症状が出現した場合の対応についても話し合っておくことが推奨される。医薬原性に精神症状が出現したと判断される場合には, 精神症状を引き起こした薬物の中止あるいは変更を試みるべきであるが, 実際には薬物投与を要した身体疾患の病状から中止あるいは変更が困難な場合も多く, そうした際には薬物の減量や, 並行して向精神薬の投与を行う。診療にあたっては身体疾患に対する不安感等の存在も念頭に, 薬物の調整だけでなく, 支持的に接する必要がある。

(渡邊衡一郎)

⇒奇異反応, 向精神薬副作用

【文献】「精神科治療学」編集委員会 編 (2006), 鈴木映二 (2010)

意欲減退

【英】hypobulia

意欲とは, 個体の生命や生活の維持に必要な行動をするように内から駆り立てる力である欲動 (drive) と欲動を自己統制する精神作用である意志 (will) を含むものであり, 人間を行動に駆り立てる力のうち低次なものから高次の統制力までを含めた概念である。欲動が減退すると自発性や活動量が低下する。前頭葉障害や間脳障害などの脳器質疾患, うつ病, 統合失調症などでみられる。欲動その

(高橋祥友)

⇒パワーハラスメント, 自殺 [社会精神医学, 疫学]

[文献] 川人博 (1998)

簡易精神症状評価尺度 → BPRS

簡易精神療法

[英] brief psychotherapy

かつての brief psychotherapy の邦訳。簡便精神療法ともいわれていた。short term psychotherapy との区別の問題などがあり, この訳語があてられていたが, 適切ではないとされ 1990 年代以降はほとんど使用されなくなり, 短期精神療法, あるいはブリーフサイコセラピーと訳され, 異なった意味で使われるようになった。

もともとは, 週に 4~5 回, 1 回 45~50 分自由連想法による面接を期間を定めず長期間続ける精神分析療法の, ①期間, ②面接の頻度, ③面接時間という 3 つの時間的構造要素, とくに期間の短縮化を意図した精神分析的精神療法という定義であったが, 治療の効率化と短期化をはかろうとする多角的・総合的なアプローチや, 日常生活で起こる不安や葛藤を支持的に扱い, 洞察よりも現実的な適応力をつけることに力点を置くアプローチなど, さまざまな立場を指す用語としても使われていた。

(池田政俊)

⇒短期精神療法, 自由連想(法)

[文献] 小此木啓吾 (1979), 杉田峰康 (1979), 牛島定信 (1979)

寛解

[英] remission

統合失調症, 双極性気分障害などの精神疾患は長期にわたって再発と軽快を反復することが多く, 一時的に症状が軽快したとしてもそれを疾患それ自体の治癒と見なすことはできない。症状が軽快しても, 性格, 対人関係,

環境の特性の中に病的な特徴が残存し, または再燃に至る条件が準備されていることも多く, 明確な症状消失の時点を決めにくいことも多い。また精神病疾患の一部は長期的な反復性の経過を定義に含めており, 軽快した時期も疾患概念に含まれることがある。これらのため, 症状の消失を以て治癒と見なすことは難しく, 寛解という用語が用いられる。症状の軽快が完全な場合は完全寛解, 一部にとどまる場合には不完全寛解と呼ばれる。投薬などの治療継続によって維持されている寛解であることを強調して, 寛解維持状態と呼ぶことがある。

(金 吉晴)

⇒治癒, 再燃/再発, シュープ, 院内寛解, 病識, 維持療法

寛解時低迷病相/寛解時高揚病相

[英] remission-related hypophase/
remission-related hyperphase

統合失調症急性期後, 幻覚や妄想, 了解に苦しむ不穏な行動, 言動などが鎮静化してくると, 急性期の時とはまったく対照的な印象を与える広義のうつ状態の時期が一過性に出現してくることがある。すなわち, 患者は無気力で, いかにももぬけの殻といった, 緊張がまったく弛緩した状態となり, 臥床がちとなる。この状態が寛解時低迷病相である。それは, 統合失調症後抑うつ (ICD), 精神病後抑うつ, 急性期後疲弊状態 [永田俊彦 1981] の術語と重なる。この状態を経て寛解に至る事例に加え, 一部の症例では, 急性期消退後, 軽度の気分高揚, 多弁, 本来の生活に比べ他人との接触が目立った増大などからなる高揚状態が出現し, 寛解に入っていく。この状態が寛解時高揚病相である。また, 寛解時低迷病相に引き続き, 高揚病相を経て寛解していく事例もある。加藤敏 [1999] によるこの命名は, 統合失調症急性期を生命力動 (Dynamik) の視座から一種の高揚状態 (古典的な意味でのマニー) であるという認識に立って,

早期からの緩和ケア」や「精神心理的ケア」を謳っている。

2002年、WHOにおける緩和ケアの具体的な目標として以下の点が強調される〔武田文和 2005〕。①痛みやその他の苦痛な症状から解放する、②生命を尊重し、死を自然の過程と認める、③死を早めたり、引き延ばしたりしない、④患者のためにケアの心理的、霊的側面を統合する、⑤死を迎えるまで患者が人生を積極的に生きてゆけるように支える、⑥家族が患者の病気や死別後の生活に適応できるように支える、⑦患者と家族（死別後のカウンセリングを含む）のニーズを満たすためにチームアプローチを適用する、⑧QOLを高めて、病気の過程に良い影響を与える、⑨病気の早い段階にも適用する、⑩延命を目指すその他の治療（化学療法、放射線療法）とも結びつく、⑪それによる苦痛な合併症をより良く理解し、管理する必要性を含んでいる。

（内富庸介）

⇒ターミナルケア、精神腫瘍学、生活の質〔クオリティ・オブ・ライフ〕

【文献】 Doyle D, Hanks G, Cherny NI, et al. (2004), 武田文和(2005), Chochinov HM, Breitbart W (2000)

キ

奇異反応

〔英〕 paradoxical reaction

薬剤の期待される作用とは反対の作用が出現する現象。逆説反応ともいう。本来であれば不安・焦燥感、不眠が軽減するベンゾジアゼピン系薬剤の投与時に、恐怖、焦燥感、敵意、怒り反応、攻撃性、行動異常などを示すことを例として挙げることができる。発生頻度は5%以下とまれであるが、過量に服用した場合やアルコールと併用した場合、加齢や外傷など脳の器質的脆弱性を有する場合に生

じやすい。中枢の脱抑制と捉えることができる症状で、可逆性である。（稲田 健）

⇒睡眠薬、医薬原性精神障害

【文献】 石郷岡純（1999）

記憶〔脳科学〕

〔英〕 memory

〔独〕 Gedächtnis

〔仏〕 mémoire

記憶は大まかに短期記憶（short term memory）、長期記憶（long term memory）に区別される。短期記憶は短時間保持される。前頭前野における短期記憶は作動記憶（working memory）と呼ばれるもので推論をするためにバックグラウンドで情報を保持している。視空間や環境（context）、出来事（episode）などの短期記憶は海馬、扁桃体で形成され固定化（consolidation）の機構によって長期記憶となる。長期記憶は長期間保持される機構であるが固定化された記憶は想起（recall）後、実験的に蛋白質合成阻害剤投与によって忘却させることができる。このことから想起した記憶を再固定化（reconsolidation）する機構が存在すると考えられている。心的外傷後ストレス障害（post-traumatic stress disorder; PTSD）は記憶の再固定化を阻止することによって治療が可能であるとする研究も行われている。長期記憶は海馬で形成され維持されるが数ヵ月で記憶の貯蔵は海馬から大脳皮質へ移動し、想起は海馬の活性化を伴わず大脳皮質の活性化によって引き起こされる。大脳皮質に貯蔵される記憶を遠隔記憶（remote memory）と呼ぶ。遺伝子操作によって長期増強（long term potentiation; LTP）を起こすことのできない動物は学習記憶が阻害されることから、記憶はLTPによるシナプス新生によって形成され则认为られている。

アルツハイマー病は加齢に伴う記憶障害から認知障害となる老年性認知症の一つである。

「融和的逆転移」と呼び研究を重ねている。

(衣笠隆幸)

⇨転移, 投影同一視, コンテイナー/コンテインド, 訓練分析, 自己分析, 修正感情体験, 精神分析療法
 【文献】 Bion WR(1962a), Freud S(1910b), Heimann P (1950), Money-Kyrle R (1956), Racker H (1953), Grinberg L (1962)

逆向健忘

【英】 retrograde amnesia

即時記憶 - 近時記憶 - 遠隔記憶という区分が現在を起点とする時間区分であるのに対して, 前向健忘 - 逆向健忘という区分は健忘を生じる原因となった疾患や外傷の発症時点を境とした分類である。前向健忘では, 発症以後に体験した出来事がおぼえられない(ないし思い出せない)。これに対して, 本来おぼえていたはずの発症以前の出来事を思い出せなくなる現象が逆向健忘である。前向健忘は記銘力障害あるいは近時記憶障害と重なる部分が多く, 一方, 逆向健忘は遠隔記憶障害と重なる部分が多い。記憶障害患者では通常, 前向健忘と逆向健忘の両方を認めるが, どちらか一方のみの特殊な場合も知られている。逆向健忘のみを呈する場合, 孤立性(選択性)逆向健忘と呼ばれる。逆向健忘の範囲は発症前の数時間程度のこともあれば, 数十年に及ぶこともある。長年の逆向健忘を認める場合, 遠い昔のことはおぼえていても, 比較的最近の出来事は思い出せない(時間的傾斜現象)。

(三村 將)

⇨前向健忘, 記憶障害, 健忘, 部分健忘, 全生活史健忘, 心因健忘, 近時記憶

【文献】 池田学, 小森憲治郎 (1999), 三村將 (2003)

GABA ギャバ

【英】 gamma-aminobutyric acid

ガンマアミノ酪酸の英語名 gamma-aminobutyric acid の頭文字からとった略称。グルタミン酸脱炭酸酵素によって, グルタミン酸

から合成される。脳の主要な抑制性神経伝達物質の一つ。GABA 受容体は A, B, C のサブタイプに分類されているが, GABA の主たる抑制作用は, GABA_A 受容体の塩素イオンチャンネルの開口を介するものである。エタノールやベンゾジアゼピン系薬剤, バルビツール酸系薬剤などは, いずれも GABA_A 受容体と結合し, GABA の作用を増強する。また, バルプロ酸は GABA 分解酵素である GABA トランスアミナーゼを阻害し, 抑制性シナプスにおける GABA 濃度を上昇させる。GABA を神経伝達物質とする GABA ニューロンには多くのサブタイプが存在するが, その大部分は介在ニューロンであり, 局所神経回路の制御に関与している [Klausberger T ら 2008]。GABA と精神疾患の関連については, 不安障害において多くの報告がある。さらに近年, うつ病患者の前頭前野における GABA レベルの低下を示す機能画像研究や, 脳脊髄液中の GABA レベルの低下を示す臨床研究など, 気分障害に GABA ニューロンの機能不全が関与していることを示唆する報告が増えている [Kalueff AV ら 2007]。また, 分子遺伝学的研究により, GABA_A 受容体を介する抑制性神経伝達系の異常が統合失調症の発症基盤に関与していることも指摘されている [Charych EI ら 2009]。GABA は精神疾患の新たな治療ターゲットとなる可能性がある。

(神野尚三)

⇨ベンゾジアゼピン受容体, バルプロ酸, 淡蒼球

【文献】 Klausberger T, Somogyi P (2008), Kalueff AV, Nutt DJ (2007), Charych EI, Liu F, Moss SJ, et al. (2009)

GABA 受容体 → GABA

GAF ギャフ

【英】 Global Assessment of Functioning

DSM-III-R 以降の多軸診断の第 5 軸として被験者の機能の概要を評価するために取り

薬として登場した。いずれも脳内ドーパミン 2 受容体遮断が主作用であるが、前者を代表とする低力価抗精神病薬は鎮静作用が強い一方で、抗コリン作用や抗ヒスタミン作用も強くそれに関連した副作用が主である。後者を代表とする高力価抗精神病薬は脳内ドーパミン 2 受容体遮断効果が強く幻覚妄想に対する効果も強い半面、錐体外路系の副作用が強かった。セロトニン 2_A 受容体遮断が錐体外路系副作用を軽減することが知られ、1990 年代に入りドーパミン 2 受容体とセロトニン 2_A 受容体をともに遮断する第二世代抗精神病薬と呼ばれる抗精神病薬が登場した。これらは抗精神病効果に比して錐体外路系副作用が出にくいことから新規非定型抗精神病薬とも呼ばれる。第二世代抗精神病薬にはハロペリドールから発展してきたリスペリドンなどセロトニン・ドーパミン遮断薬 (SDA) と呼ばれる薬剤と、クロルプロマジンやクロザピンから発展してきたオランザピンやクエチアピンは MARTA (multiple acting receptor targeting antagonist) と呼ばれる他の受容体にも作用する薬剤がある。前者は高用量ではドーパミン 2 受容体遮断に伴う錐体外路系などの副作用が出やすく、後者では体重増加や脂質異常、糖代謝異常が出やすい。また、ドーパミン 2 受容体への部分作動薬 (dopamine partial agonist; DPA) であるアリピプラゾールも登場している。この薬剤は 20~30% のドーパミン 2 受容体への固有活性を有することから高い受容体占拠率にもかかわらず錐体外路系副作用が出にくい。ところでクロザピンは治療抵抗性統合失調症の 30~50% に効果があるといわれているが、無顆粒球症や心筋炎などの重篤な副作用が出現することがあり、頻回のモニタリングが義務づけられている。(伊豫雅臣)

⇒ドーパミン、神経遮断薬、向精神薬、向精神薬作用、錐体外路症状、悪性症候群、遅発性ジスキネジア、デボ剤、プロラクチン、第二世代抗精神病薬

[SGA]

[文献] Gelder M, Harrison P, Cowen P (2006)

向精神薬

[英] psychotropics; psychotropic drugs

[独] psychotrope Stoffe

[仏] médicaments psychotropes

向精神薬とは、中枢神経系に対する選択的な作用により、主として精神機能や行動に多少なりと特徴的な変化を起こす薬物の総称である [風祭元 1989]。しかしながら、厳密な定義や分類があるわけではなく、国際的にも統一的な用語にはなっていない。一般的には精神疾患の治療に用いられる、抗精神病薬 (antipsychotics)、抗うつ薬 (antidepressants)、気分安定薬 (mood stabilizers)、抗不安薬 (antianxiety drug; anxiolytics)、催眠薬 (hypnotics)、精神刺激薬 (psychostimulants) を指す [融道男 2008]。精神神経疾患の薬物療法に用いられる薬物を向精神薬として広義に捉えるならば、抗パーキンソン薬、抗認知症薬、抗酒剤、抗てんかん薬、脳循環代謝改善薬などが含まれる。他にも精神変容を生む薬物として精神異常発現薬 (psychotomimetics) がある。

各種の近代向精神薬が開発された 1950 年代以前には、バルビツール酸系薬物、ブロムワレリル尿素 (プロバリル)、スルフォナールなどが鎮静・催眠を目的として広く精神疾患の治療に応用されていた。その後、リチウム (1949 年)、イミプラミン (1957 年)、クロルプロマジン (1952 年)、ベンゾジアゼピン系薬物 (1960 年) などの向精神作用が発見され、これらの薬物を中心とした分類が一般的になってきた。しかし、向精神薬の範疇が定まらないだけでなく、その分類も、抗うつ薬のような臨床効果による分類、ベンゾジアゼピン系薬物のような構造式による分類、SSRI のような作用機序による分類などが混在している。その上、抗うつ薬として開発さ

れた SSRI は不安障害にも効果があり、一部の抗てんかん薬や第二世代抗精神病薬は双極性障害や難治性うつ病にも用いられるなど、現在でも向精神薬の分類は曖昧さを残している。

クロルプロマジン は催眠作用が弱く、精神病症状や興奮を改善するので、新しいカテゴリーとしてトランキライザー（静穏剤、精神安定剤）という用語が作られた。また、精神病症状に用いられる薬物をメジャートランキライザー、神経症に用いられるものをマイナートランキライザーとして区別したこともあった。しかし今日トランキライザーという用語は用いられなくなっている。かつて、抗精神病薬を神経遮断薬（neuroleptic; neuroleptique）と呼んだことがあったが、これも国際的には一般的用語ではなくなった。

リチウムは躁病に有効であることがわかり、当初は抗躁薬と呼ばれていた。しかし、双極性障害のうつ病相や再発予防にも有効なことが確かめられ、しかもカルバマゼピンやバルプロ酸にもリチウムと類似の効果が発見されてからは、これらの薬物を気分安定薬として分類するようになった。

抗精神病薬は、クロルプロマジンやハロペリドールをプロトタイプとして合成された第一世代抗精神病薬にとって代わり、リスペリドン、オランザピン、クエチアピン、アリピプラゾール、ペロスピロン、ブロナンセリンなどの錐体外路系副作用が弱い第二世代抗精神病薬が一般的になった。しかしこれらの薬物では、糖代謝異常、肥満、骨代謝異常などの代謝機能への副作用が喚起されている。

抗うつ薬は、初期のイミプラミンとその類似化合物の研究から、抗コリン作用など副作用につながる薬理作用の弱い非三環系抗うつ薬が開発された。さらには選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI) やセロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬 (SNRI) が合成され、広く用いられている。わが国で

は、うつ病に使用できるモノアミン酸化酵素阻害薬 (MAOI) はない。しかし諸外国では、MAOI や可逆性の RIMA (reversible inhibitors of monoamine oxidase type-A) がしばしば使用されている。抗うつ薬の開発は副作用の軽減を目指して行われてきた。しかし従来の副作用に代わり、アクティベーション症候群、自殺念慮・企図の増加、衝動行為の増加、中断症候群などの問題が注目された。

抗不安薬では、各種のベンゾジアゼピン系化合物が合成され、それにセロトニン 1A 受容体アゴニストが加わり、バルビタール酸系薬物にとって代わった。ベンゾジアゼピン系化合物は、GABA 作動性神経の活動を高めて、抗不安作用、催眠作用、筋弛緩作用、抗けいれん作用を現す。個々の薬物はこれらの作用のうち、どの作用が相対的に強いかにより臨床的に使い分けられている。さらにベンゾジアゼピン受容体 1 が催眠作用と強く関係しているため、クアゼパム、ゾルピデムのように、選択的なベンゾジアゼピン受容体 1 結合作用をもつ薬物が催眠薬として開発されている。ベンゾジアゼピン系化合物は安全性が比較的高い一方で、常用量依存を起こすという問題がある。

精神刺激薬では、メチルフェニデート（適応：ナルコレプシー、小児期の ADHD）、ペモリン（適応：ナルコレプシー、軽症うつ状態）、モダファニール（適応：ナルコレプシー）が臨床的に使用できる。メチルフェニデートは処方薬の不正使用がきっかけで、適応症からうつ病が削除され、処方医や調剤薬局に制限が設けられた。かつて臨床で使われたことがあるアンフェタミンやメタンフェタミンは、覚せい剤取締法の対象薬物に指定されている。
(神庭重信)

⇒抗精神病薬、抗うつ薬、気分安定薬、抗不安薬、睡眠薬、中枢(神経)刺激薬、精神薬理学、アクティベーション症候群〔賦活症候群〕、中断症候群〔退薬症候群〕、精神異常発現薬、抗認知症薬、抗酒剤、

抗てんかん薬、精神安定剤、神経遮断薬、精神作用物質

〔文献〕 風祭元 (1989), 融道男 (2008), 樋口輝彦, 小山司 監修/神庭重信, 大森哲郎, 加藤忠史 編 (2009)

向精神薬等価換算

〔英〕 dose equivalence of psychotropic drugs

各種薬剤間で、臨床的な有効性を指標として投与量を換算するものであり、通常は薬剤カテゴリー別に、主に二重盲検試験を中心とした臨床データを参考に作成された等価換算表を用いて算出される。抗精神病薬、持効性抗精神病薬、抗精神病薬注射剤、抗不安薬・睡眠薬、抗パーキンソン薬、抗うつ薬などの換算表が作成されている。多剤併用時の総投与量を表現する場合や、薬剤変更時に新規薬剤の初期投与量を決定する場合等に用いられる。

(三浦智史)

⇒二重盲検法、多剤併用

〔文献〕 稲垣中, 稲田俊也 (2008)

向精神薬副作用

〔英〕 side effects of psychotropic drugs

抗精神病薬では、アカシジア、ジストニア、パーキンソニズムなどの急性期錐体外路症状がドーパミン遮断薬共通の副作用である。定型抗精神病薬では頻繁に認められ、非定型抗精神病薬でも気分障害患者への適応拡大に伴い、依然として問題となっている。その他には、致死性の転帰をとることもある悪性症候群、高プロラクチン血症に伴う月経異常や乳汁分泌、長期投与後にみられる難治性の遅発性ジスキネジアなどが挙げられる。オランザピン、クエチアピン、クロザピンなどで体重増加や糖尿病の誘発がみられ、クロザピンでは顆粒球減少症にも注意を要する。三環系抗うつ薬では、抗コリン作用による口渇、便秘、尿閉、羞明、記憶障害などが副作用として頻発する。重篤な副作用としては用量依存

的にQT間隔の延長がみられ、過量服薬では心室細動から心停止を引き起こすことがある。選択的セロトニン再取り込み阻害薬ではセロトニン再取り込み阻害作用にもとづく悪心・嘔吐が頻繁に認められ、また性機能障害、発汗、頭痛、下痢、セロトニン症候群などもみられる。抗うつ薬の投与初期や用量変更時にはactivation syndrome (賦活症候群) のみられることがある。 α_1 受容体遮断作用を有するトラゾドンやリスペリドンでは、起立性低血圧やめまいのみられることがある。気分安定薬では、リチウムで中毒症状、腎機能・甲状腺機能の低下がみられる。また、抗てんかん薬にも属する薬剤では、バルプロ酸ナトリウムの抗アンモニア血症をはじめ、ゾニサミド、カルバマゼピン、ラモトリギンなどでは発疹などの過敏反応がみられ、重篤例ではスティーヴンス=ジョンソン症候群 (皮膚粘膜眼症候群) を引き起こすことがある。抗不安薬や睡眠薬として用いられるベンゾジアゼピン系薬剤では、鎮静催眠作用と筋弛緩作用にもとづく眠気、ふらつき、脱力感、易疲労感などが用量依存的に現れ、高齢者では転倒することもあり注意を要する。また、マイスリー、ハルシオン、アモバンなど超短時間型・短時間型製剤を高用量服用すると前向健忘のみられることがある。

(稲田俊也)

⇒錐体外路症状、悪性症候群、遅発性ジスキネジア、アクティベーション症候群 [賦活症候群]、QT延長症候群 [QT間隔延長]、前向健忘、抗精神病薬、抗うつ薬、気分安定薬、SSRI [選択的セロトニン再取り込み阻害薬]、抗不安薬、睡眠薬

〔文献〕 山本暢朋, 稲田俊也 (2008), 稲田俊也 (2009)

構造化

〔英〕 structuring

発達障害、とくに自閉症スペクトラムの人の認知機能に合わせて、生活・学習環境や教材等の意味理解を支援する方策である。特に視覚的・物理的な創意・工夫が求められる。

されている。小児期崩壊性障害の特徴は、正常な精神発達をした幼児が、2～5歳までの間に有意味語消失を中心とする退行が生じて、自閉的な行動を示し精神発達の低下した状態になる障害を指す。折れ線の経過をとる自閉症との鑑別が必要である。脳器質的障害の除外診断が重要となる。アスペルガー症候群は3つの必須症状のうち、②の症状の中で言葉とりわけ文法的な発達に遅れが目立たない場合に診断される。経過をみるとアスペルガー症候群は高機能広汎性発達障害との症候論的な差は付けにくく、現在の診断基準についてはもとより疾病論的な妥当性に疑問がもたれている。特定不能の広汎性発達障害は、発症年齢が3歳過ぎであるか、3つの必須症状が基準を満たすほど強くないときに診断される。

広汎性発達障害の有病率は最近増加しており、1%程度と考えられている。とくに高機能広汎性発達障害の割合の増加が著しく、ほぼ半数を占めている。この増加の原因は、自閉症が社会的に広く認知されるようになったこと、診断基準が広がったことが主要因とされている。汚染物質などの環境的要因の関与の可能性も否定できないが確証はない。男女比は4:1程度である。知的障害、てんかん、学習障害、注意欠陥多動性障害、トゥレット症候群、気分障害、強迫性障害などが併存することが多い。精神病様症状（幻覚、妄想など）が併存することもある。レット障害を除いて、血液検査や脳波あるいは脳画像検査などの診断のための生物学的マーカーはない。また、症状はスペクトラムを作っており、サブカテゴリー間での明確な鑑別診断がしにくいことがある。（太田昌孝）

⇒カナー、自閉症、自閉症スペクトラム、レット症候群〔レット障害〕、小児期崩壊性障害、アスペルガー症候群、常同症、精神遅滞、てんかん、学習障害、注意欠如・多動性障害〔ADHD〕、ジル・ドゥーラ・トゥレット症候群

〔文献〕栗田広（2004）、太田昌孝（2009）

向反発作

〔英〕adversive seizure

てんかん発作の焦点性運動発作の一型に分類される。眼球、頭部、体幹が強制的、持続的に偏位、回旋する。主に前頭葉てんかんの発作型として認められる。一般的には焦点側と反対側に偏位、回旋が認められることからてんかん焦点側を推定する材料となりうるが同側に偏位、回旋するものも報告されており注意を要する。持続時間は比較的短く1分以内のものがほとんどである。（岡崎光俊）

抗不安薬

〔英〕anxiolytics ; anti-anxiety drugs

不安の軽減作用をもつ向精神薬の一つで、かつてマイナートランキライザーと呼ばれていた。作用機序からはベンゾジアゼピン受容体（GABA_A受容体；GABA=γアミノ酪酸）作動薬と、セロトニン5-HT_{1A}受容体部分作動薬に分類される。前者は化学構造上、ベンゾジアゼピン系抗不安薬と非ベンゾジアゼピン系抗不安薬に大別されるが、作用機序は共通しているため、効果の面で大きな違いはない。後者としては、わが国ではタンドスピロンのみが承認を受けている。

抗不安薬の定義は歴史的には神経症概念とともに考えられ、神経症治療薬を抗不安薬と呼ぶことに異論は生じなかった。今日の操作的診断では神経症概念は採用されなくなっており、不安障害圏の疾患の多くで第一選択薬がセロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）に移行しつつあるので、抗不安薬という用語自体の定義が流動化している。現時点では、かつての呼称の伝統を受け継ぎ、不安障害の治療に限定的に使用される薬物を抗不安薬と呼ぶ慣習が続いている〔尾鷲登志美ら 2006〕。抗不安薬の歴史はmeprobamateから始まり、効果と安全性が改善された初のベンゾジアゼピン系抗不安薬であるchlordiazepoxide以降、全世界でもっとも多く使用される薬剤の一つ

であり続けている [村崎光邦 2006]。

ベンゾジアゼピン受容体は GABA_A 受容体とともに受容体複合体を形成しており、ベンゾジアゼピン受容体作動薬は抑制性神経伝達物質である GABA による Cl⁻ イオンチャネルの開口頻度を増加させるという、GABA の増強作用が本質的な薬理作用である。GABA 神経は脳内に広範に分布し、多くの神経系の細胞体および樹状突起上の GABA_A 受容体を介して投射先の神経系に対して抑制作用をもつので、ベンゾジアゼピン系抗不安薬はこれらの神経系への抑制作用を増強させることになる。中でも扁桃体に投射するセロトニン神経系に対する抑制作用の増強が抗不安作用を現す上で重要と考えられている。脳内の作用部位は主として大脳辺縁系に局限しており情動の安定化を通じた鎮静作用をもたらす。このため、脳の広範な抑制を示すバルピツール酸系薬物と異なり、意識障害や、生命維持機構の抑制作用による重大な副作用の危険性はきわめて少ない。

臨床的には、全般性不安障害、パニック障害に有効性を示すほか、その他の不安障害やストレス関連疾患、統合失調症、気分障害に伴う不安に対して補助的な治療薬としても用いられる。副作用としては鎮静作用による眠気、倦怠感、構音障害、前向性健忘、依存性にもとづく反跳性不安、反跳性不眠、筋弛緩作用によるふらつき、転倒が主なものとして挙げられるが、バルピツール酸系薬物よりは軽微である半面、臨床的に発見が困難である場合がある。

セロトニン 5-HT_{1A} 受容体部分作動薬の作用機序としては、その連続投与によりセロトニン神経の細胞体・樹状突起上に存在する 5-HT_{1A} 受容体のアップ・レギュレーションが生じ、セロトニン放出が減少する結果、セロトニン情報伝達が減少するためであるという考え方と、シナプス後部の 5-HT_{1A} 受容体の刺激作用によるという、二つの可能性が考

えられている。いずれにせよ、多くの神経系との相互作用を示すベンゾジアゼピン受容体作動薬に比べ、セロトニン神経への限定的な作用を介した選択的な抗不安作用をもつといえる。ベンゾジアゼピン受容体作動薬のもつ依存性、記憶障害惹起作用、筋弛緩作用はないため安全性は高い半面、効果発現は遅い。臨床的には全般性不安障害が主な適応であり、その他の疾患に伴う不安にも補助的に用いられる。

(石郷岡純)

⇒ GABA, セロトニン [5-HT], ベンゾジアゼピン受容体, 不安, 全般性不安障害, パニック障害, 反跳性不眠, 向精神薬副作用, 向精神薬, 睡眠薬
[文献] 尾鷲登志美, 上島国利 (2006), 村崎光邦 (2006)

口部傾向 (口唇傾向)

⇒ クリューヴァー = ビューシー症候群

興奮

[英] excitement

精神医学でいう精神運動性興奮は Wernicke C が古典的な脳モデルにもとづいて提唱した概念であるが、今日の興奮は気分、欲動などの異常によって生じる激しい運動過多の状態を指すことが多い。背景にある精神症状を検討しないまま興奮を異常現象とみると、精神疾患の誤診につながりやすい。(宮岡 等)
⇒ 精神運動興奮

興奮性アミノ酸

[英] excitatory amino acids

遊離型として興奮性シナプス後電位を生じさせるアミノ酸を指し、哺乳類の組織では L-グルタミン酸, L-アスパラギン酸, L-ホモシステイン酸等の酸性アミノ酸が存在する。これらは、興奮性アミノ酸受容体またはグルタミン酸受容体と総称される, NMDA (N-methyl-D-aspartate) 型, AMPA (α -amino-3-hydroxy-5-methyl-4-isoxazolepropionate)

不安障害の下に分類し、転換性障害と解離性障害を関連させる等)。ICD-10ではF4（神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害）に属し、身体化障害、心気障害、身体表現性自律神経機能不全、持続性身体表現性疼痛障害などから構成される。（中尾和久）
 ⇨身体化障害、解離性障害／転換性障害、心気症、疼痛性障害、身体表現性疼痛障害、醜形恐怖、虚偽性障害、自律神経失調症

身体表現性疼痛障害

〔英〕 somatoform pain disorder

心理的要因の強い慢性疼痛に対するDSM-III-Rの診断名。DSM-IIIでは心因性疼痛障害（psychogenic pain disorder）、DSM-IV（およびDSM-IV-TR）では疼痛性障害（pain disorder）、ICD-10では持続性身体表現性疼痛障害（persistent somatoform pain disorder）に相当する。DSMでの用語の変更は、必ずしも心因が明確にできないことや、器質的病変とは釣り合わない痛みも含めるためになされた。通常、不安や抑うつを伴い、鎮痛薬依存も合併しやすい。また、ドクターショッピングや外科的手術の要求もしばしばみられる。診断に際しては、反射性交感神経性ジストロフィーやカウザルギー（RSD/CRPS）、種々の頭痛や顔面痛、顎関節症、線維筋痛症などの疾患、うつ病など痛みを呈する精神疾患、虚偽性障害や詐病の鑑別を十分に行う必要がある。治療は、安定した治療関係の下での認知行動療法的アプローチが推奨される。

（中尾和久）

⇨心因性疼痛、疼痛性障害、線維筋痛症

〔文献〕中尾和久（2000a）

診断基準

〔英〕 diagnostic criteria

一般に、ある特定の疾患の診断を下す際に基準となる重要な臨床症状や検査異常値を羅列したもの。「診断を下すためには、以下の

基準の三つ（またはそれ以上）が過去12ヶ月の間に存在すること」というように明確な基準を設けたものを、操作的診断基準という。適切な診断基準によってより均一の患者群を抽出することができる。その目的は、①病態解明だけでなく、それぞれの医療機関や医師の間での、②治療成績や、③転帰の比較検討を可能にすること、そして、④疫学的調査への有用性である。したがって、診断基準は個々の患者での診断を正確に行うためのものではない。

現在、診断基準が臨床現場でよく用いられる身体疾患としては、関節リウマチや全身性エリテマトーデスなどの膠原病があるが、これらの疾患の原因がまだ十分に解明されていないことやそもそも単一疾患かどうか不明であることがその理由である。適切な診断基準には感度（sensitivity）と特異度（specificity）のバランスが求められ、その作成には十分な検討が必要となる。

精神医学においてもほとんどの疾患が原因不明なため、診断基準が有用である。しかしながら1980年以前までは本格的な診断基準は皆無で、精神科医間の診断信頼性は極端に低く、国際的な比較などは到底できない状況にあった。これらの問題を解決するために、米国精神医学会による公式診断基準DSM-III [1980]が作成された。また、世界保健機関（WHO）によるICD-10 [1992]も同様である。重要な点は、客観的な検査法がほとんどなく、臨床症状のみに依存せざるをえない（＝症状記述主義）精神疾患に関する診断基準では、感度と特異度のバランスの前に、まずその診断の高い妥当性（validity）と信頼性（reliability）が求められることである。そのためDSMでは、さらに妥当性と信頼性を高めるための診断基準の改訂に向けて、DSM-IIIの刊行直後から個々の疾患に関するさまざまな情報の蓄積に努め、その結果1987年にはDSM-III-R、そして1994年には

drome とされる。後二者では半側優位の CSWS を呈す。

(大澤真木子)

⇒棘・徐波複合

睡眠時無呼吸症候群

[英] sleep apnea syndrome; SAS

睡眠時呼吸障害 (sleep disordered breathing; SDB) と呼ぶ。SAS は国際睡眠障害分類において、①中枢性無呼吸、②チェーン=ストークス呼吸障害、③閉塞性無呼吸症、④睡眠時低換気症等に分類されている。SAS の診断は、終夜睡眠ポリグラフ (PSG) によって行われる。無呼吸低呼吸指数 (AHI) が 5 以上で、昼間の眠気などの自覚症状があるもの、あるいは AHI が 15 以上のものが睡眠時無呼吸症 (症候群) と診断できる。上記 4 つの無呼吸症のうち、最も多いのが閉塞性無呼吸症 (OSAS) である。中高年の男性に多く、最大の危険因子として肥満が挙げられる。日本人は欧米人に比べ肥満の頻度は少ないが、日本人も欧米人と同等の割合で OSAS を発症している。その原因の一つとして、日本人の顎顔面の形態 (下顎後退や小下顎) が挙げられている。OSAS の発症のメカニズムは、肥満や扁桃肥大、鼻中隔湾曲症、アレルギー性鼻炎などによる上気道の狭窄である。OSAS は高血圧症、心不全、虚血性心疾患、脳血管障害、糖尿病、脂質異常症、夜間頻尿、逆流性食道炎などのさまざまな合併症を引き起こす。また、集中力低下や意欲低下、抑うつ気分などの気分障害などの精神疾患を引き起こすこともある。治療は、AHI が 20 以上では経鼻的持続陽圧呼吸療法 (n-CPAP) が用いられ、AHI が 20 未満や 20 以上でも n-CPAP を使用できない場合は口腔内装置 (マウスピース) が使われる。また減量などの生活指導も重要である。

(内村直尚)

⇒ AHI [無呼吸低呼吸指数]、CPAP [持続気道陽圧療法]

[文献] American Academy of Sleep Medicine

(2005)

睡眠時遊行症

[英] sleepwalking

睡眠時遊行症 (夢遊病ともいう) は、睡眠時随伴症のうちノンレム睡眠からの覚醒障害に分類される [American Academy of Sleep Medicine 2005]。睡眠時遊行症は小児期に多く、通常は徐波睡眠からの覚醒中に始まり、夜間睡眠の最初の 1/3~1/2 の時間帯に好発する。睡眠時遊行症は睡眠中に歩き回るなどの一連の複雑な行為からなるもので、単に起き上がるだけのものから、他の部屋に行って水を飲む、車を運転し長距離移動するなどの行動をとる場合もある。エピソード中の記憶については、想起困難なことが多いが、手がかり再生されることもある。断眠が最も有力な誘因であり、閉塞性睡眠時無呼吸・周期性四肢運動などの睡眠妨害現象、不慣れた環境での睡眠、発熱、身体的・精神的ストレス、中枢神経系抑制薬なども睡眠時遊行症の誘因となる。上述した誘因をとり除くことで対応可能なことが多いが、慢性化する場合には、抗うつ薬などによる治療の対象になる。

(阿部高志)

⇒睡眠時随伴症

[文献] American Academy of Sleep Medicine (2005)

睡眠障害

[英] sleep disorders

睡眠障害は、睡眠に関連した疾患を総称したものであり、夜間睡眠の量・質に異常が生じているもの (不眠症)、睡眠のタイミングが社会生活の望ましい時間帯からずれているもの (概日リズム睡眠障害)、夜間睡眠が十分量得られているにもかかわらず日中に眠気を呈するもの (過眠症)、睡眠時呼吸障害 (多くは夜間呼吸停止を繰り返す睡眠時無呼吸症候群)、睡眠中の不随意的異常運動 (睡眠時運動障害)、主に意識障害下で異常行

睡眠麻痺

[英] sleep paralysis

眠りばなや睡眠からの覚醒時に、意識はしっかりしているのに体の自由がきかなくなる現象をいう。一般には金縛り(体験)とも呼ばれ、健常人のおよそ半分が、とくに思春期に経験する。睡眠麻痺は、脳は目覚めているのに、レム睡眠に特有な脳からの運動指令を遮断する仕組みが働いてしまう場合に起こる。したがって、睡眠麻痺を起こした場合、夢体験を伴うことも多い。睡眠麻痺中に呼吸が困難に感じられることがあり、時に強い恐怖感を伴う。睡眠麻痺が起こった場合、意識的に目を動かすことが早く抜け出す助けになる。薬物療法としてレム睡眠抑制作用のある三環系抗うつ薬やSNRIを眠前に投与する場合もある。ナルコレプシーでよくみられる症状なので、頻回に起こる場合、夜間に充分眠っているのに日中の強い眠気がある場合には専門医に相談する必要がある。(内山 真)

⇒ナルコレプシー、レム〔REM〕睡眠／ノンレム〔NREM〕睡眠

[文献] 福田一彦 (2009)

睡眠薬

[英] hypnotics

バルビツレート系睡眠薬が20世紀初めに開発され、1950年代までは代表的な睡眠薬(催眠薬、睡眠導入剤)として使用されていた。これらの薬物は強力な催眠作用を有するが、容易に依存や耐性を形成して投与中断により激しい離脱症状を生じる、治療量と致死量とが近接しているなどの大きな問題があった。すなわち、バルビツレート系睡眠薬は大脳辺縁系のみならず脳幹部の抑制性伝達物質であるγ-アミノ酪酸(GABA)神経にも強く作用し呼吸抑制や循環系抑制を生じる。

1960年代に入り、クロルジアゼポキサイド、ジアゼパム、オキサゼパムなどのベンゾジアゼピン(BZ)系睡眠薬が開発されると、

その安全性の高さから現在まで第一選択薬の睡眠薬をして広く使用されるようになった。BZ系睡眠薬の催眠作用もバルビツレート系睡眠薬と同様にGABA神経の作用を増強し、細胞内へのCl⁻イオン流入を促進することで細胞の興奮を抑制することと関連している。しかし、バルビツレート系睡眠薬がCl⁻イオンチャネルの開口時間を増加させるのに対して、BZ系睡眠薬は開口頻度を増加させる。

BZ受容体には ω_1 型、 ω_2 型、 ω_3 型のサブタイプが存在し、中枢神経や末梢組織に広く分布する。BZ系睡眠薬はその作用時間から、超短時間型(トリアゾラム)、短時間型(エチゾラム、プロチゾラム、リルマザホン、ロルメタゼパム)、中間作用型(メタゼパム、フルニトラゼパム、エスタゾラム、ニトラゼパム)、長時間作用型(フルラゼパム、ハロキサゾラム、クアゼパム)の4つに分類される。不眠のタイプや不安症状の存在の有無などを参考にして選択する。たとえば、入眠障害が強い場合には超短時間型か短時間型、中途覚醒や早朝覚醒あるいは神経症性傾向が強い場合には中間型か長時間型の使用が合理的である。

BZ系睡眠薬の副作用には、持ち越し効果(日中の眠気や脱力感・倦怠感などがあり、中間型や長時間型で生じやすい)、記憶障害(服薬後から寝付くまでの出来事や中途覚醒時の出来事を思い出せないといった前向性健忘が生じる、高用量の使用やアルコールとの併用などで出現リスクが高まる)、反跳現象(薬物中断早期より、一過性の不眠や不安が高まり、重篤な場合には焦燥、発汗、せん妄、けいれんなどを生じる)、筋弛緩作用(主として ω_2 型受容体を介した作用であり、 ω_1 型受容体を選択性の高いBZ系睡眠薬では出現し難いと考えられている)、奇異反応(服薬により不安・焦燥、気分易変性、攻撃・興奮などが高まること)、依存(常用量の服用でも長期間連用により依存が形成される、した

がってうつ病の不眠症状に対してBZ系睡眠薬を投与する場合には4週間以内に限り漫然と投与しないことが推奨されている) などがある。

BZ系睡眠薬は肝臓のチトクロームP450(CYP)3A4で代謝されるものが多い。したがって、CYP3A4活性阻害作用を有するフルボキサミン、ジスルフィラム、シメチジン、エリスロマイシン、フルコナゾールなどの薬物の併用により血中薬物濃度が上昇する。また、グレープフルーツジュース飲用も腸管のCYP3A4活性阻害作用により血中薬物濃度上昇をきたす可能性がある。逆にCYP3A4活性誘導作用をもつカルバマゼピンやリファンピシンの投与では血中薬物濃度が低下する。一方、ロラゼパムは肝臓のCYPによる代謝を受けないため、肝機能障害を有する患者に対しても安全に使用できる。BZ系睡眠薬は急に中止すると離脱症状が出現する。とくに高用量を長期間投与されている症例ではその出現リスクが高いが、常用量の短期間投与例でも出現する場合がある。したがって、BZ系睡眠薬を中止する場合には必ず漸減を心がける必要がある。非BZ系睡眠薬としてゾピクロンやゾルピデムなどがある。これらの薬物は化学構造上BZ系睡眠薬と異なるが、いずれもBZ受容体に作用する。ゾピクロンは大脳皮質・海馬・小脳のBZ受容体への結合特異性が高いこと、ゾルピデムは ω_1 受容体への選択性が高いことの理由により筋弛緩作用が弱いために高齢者には使いやすい。

(吉村玲児)

⇒睡眠、不眠症、抗不安薬、薬物依存(症)、離脱症状

【文献】吉村玲児、中村純(2000)、武村史、神林崇、清水徹男(2008)、中村純、吉村玲児(2009)

睡眠薬中毒 ⇒薬物依存(症)

頭蓋咽頭腫

【英】craniopharyngioma

胎生期の頭蓋咽頭管の遺残から発生する。10万人に対して0.13人/年の発生率で性差はない。好発年齢は5~14歳と50~74歳の2峰性。良性の腫瘍で、病理学的にはエナメル上皮型(adamantinomatous type)と乳頭型(papillary type)とに分けられる。前者は若年者に多く、後者は成人に多い。石灰化は前者に多い。ともにシストを形成することが多いが、前者にはマシーンオイル様の液体やコレステリン結晶を含むことがある。好発部位はトルコ鞍およびその周辺で、上方に進展し、2~4cmの大きさで発見されることが多い。下垂体・視床下部やその周辺の構造物を圧迫、破壊することによって臨床症状が出現。すなわち成長・性腺・甲状腺・副腎皮質・抗利尿ホルモンの低下による諸症状、頭蓋内圧亢進症による頭痛、嘔気、嘔吐、視神経・視交叉圧迫による視力低下や視野障害などである。手術による治療が主であるが、全摘が困難な場合も多く、術後に放射線療法を併用することもある。10年生存率は83~92.7%。(数井裕光)

【文献】Karavitaki N, Wass JA (2009)

頭蓋頂鋭一過波

⇒頭蓋頂鋭一過波 どうがいちょうえいいつかは

スキゾイド機制

【英】schizoid mechanism

精神分析においてKlein M [1946]に発して、当初は生後数ヵ月以内の乳児に活発な原始的心理機制とされたが、やがて現代クライン派に引き継がれる中で精神病的心理機制的の解明へと発展した。Kleinによれば、乳児の無意識的幻想の中では、欲求満足のりビド一的に良い対象、これに呼応する良い自分が、欲求不満で悪い対象とこれに呼応する悪い自分によって破壊されるという妄想的不安が

めには身近なところで救急受診できることが必要である。しかし、救急システムが整備されるとかえって患者責任制、自院責任制がくずれ、システムまかせになる傾向もみられる。精神科救急を行うときの大きな問題の一つは、二次医療機関で医療保護入院や応急入院の時に精神保健指定医が必須であるが、指定医の確保が困難なことである。このため救急医療に参画できない医療機関も多い。もう一つの問題は精神科救急患者でもあり身体的救急患者でもある人への対処である。大量服薬やリストカットを含む自殺未遂者への対応においては身体的救急医療機関と精神科救急医療機関の両方の共同作業が必要であるがほとんど解決していない。なお広義の精神科救急では緊急措置入院を含むこともあるが、国の基準では含んでいない。精神科救急は救急精神医療と同義である。(澤 温)

⇒早期介入, 任意入院, 医療保護入院, 応急入院, 緊急入院

【文献】澤温(2007, 2009), 平田豊明, 分島徹(2009), 計見一雄(2005)

精神科病院

【英】mental hospital

精神科病院(精神病院ともいう)とは、精神障害者の医療と保護のために精神科病床(精神病床)をもつことを主要な目的としている病院のことをいう。医療法では「病院とは、医師又は歯科医師が、公衆又は特定多数人のため医業又は歯科医業を行う場所であって、20人以上の患者を入院させるための施設を有するもの」(1条の5)とされ、また「精神病床とは精神疾患を有する者を入院させるためのもの」(7条の2)とする。また、精神保健福祉法によれば、都道府県は精神科病院を設置しなければならない(19条の7)、また国及び都道府県以外の者が設置しても、都道府県立施設に代わるものとして指定すること(指定病院)ができ(19条の8)、この

両施設においては、法が定める措置入院等の強制治療を施すなどの処遇が許可されている。

日本の精神科医療の特徴の一つは、精神科病院や精神科病床の数が多いこととその配置状況にある。厚生労働省の医療施設調査によると、2008年時点で、精神科病院数は1,079、精神科病床数は349,321。精神科病床を施設種類ごとにみると(括弧内は病院数)、国・公的医療機関では33,960(54)、民間の医療法人等では315,084(1,025)、精神科病床数の90.2%が民間の医療法人等の施設に属している。人口千人あたりの病床数でいえば、欧米諸国ではすべて1.5%以下のところ、日本は2.8%ときわめて高い。世界の精神科医療の趨勢は地域・外来治療中心であるのに、日本では今なお入院中心主義と批判される所以である。また、国公立の精神科病床が少なく、精神障害者の9割は民間の精神科病院に入院している。民間の精神科病院では経営中心とならざるをえず、精神科医療上多くの問題を抱えることになりがちである。これからの在宅・地域中心という精神科医療のあり方として、精神科病床の減少や民間精神科病院の医療状況が大きな問題となっている。(松下正明)

⇒精神保健福祉法

【文献】厚生統計協会 編(2010)

精神科薬物療法

【英】pharmacotherapy in psychiatry

現代の精神科臨床において、薬物療法は中心的な治療の一つとして位置づけられている。向精神薬の発見により、閉鎖的、拘束的、治安的な治療から、疾病の回復と再発予防、そして社会復帰へと治療目標を移すことが可能となった。患者に適した向精神薬の種類あるいは投与量は個人差が大きく、試行錯誤の治療にならざるをえない面がある。しかしわが国では、多剤併用大量療法が諸外国に比べて目立つことが指摘されている。また、軽症の大うつ病では、抗うつ薬とプラセボ間に臨床

的に有意な差が見いだされないなど、薬物効果自体の問題ともいえるが、診断やそのカテゴリーの抱える問題も浮き上がっている。精神疾患は多因子疾患であり、それぞれの患者の抱える要因を多角的に分析することが求められる。その上で治療は、薬物の効果を生かしつつ、精神療法、リハビリテーション、環境調整、社会資源の提供などを適切に組み合わせて行われる。用いる有効な方法とそれらの潜在的な危険をつねに警戒することは[Delay Jら 1961]、近代向精神薬療法が始まった頃からの、古くてかつ常に新しい課題である。(神庭重信)

⇒向精神薬、多剤併用、アルゴリズム

[文献] Delay J, Deniker P (1961)

精神科リハビリテーション〔社会復帰〕

[英] psychiatric rehabilitation

[独] psychiatrische Rehabilitation

[仏] réhabilitation psychiatrique

精神科領域でのリハビリテーションを意味する。当初は、精神科病院からの退院と社会復帰が問題となる中で、リハビリテーションは社会復帰と表現されてきた。しかし、最近では心理社会的アプローチの発展を踏まえたより広範なものとなり、ノーマライゼーションを踏まえた包括的なリハビリテーションの提案もされている。こうした動きは、精神障害者の全人的復権という基本的流れに則したものと考えてよい。リハビリテーション(rehabilitation)の語源をたどると、再び(re)、適した(ラテン語の形容詞である habilis)、-にする(ation)に分けられ、「再び、適したものにする」という意味である。ここでの habilis は「人間たるにふさわしい」ということであり、リハビリテーションは、人間たるにふさわしい権利、資格、尊厳が何らかの原因によって傷つけられた人に対し、その権利、資格、尊厳を回復させることを意味する。歴史的には宗教的な意味合いでの使用

が最初であり、中世ヨーロッパにおいて「破門の取り消し」を意味した。キリスト教が支配的な当時のヨーロッパでは破門は人間社会からの脱落に値し、そのリハビリテーションとは一度人間社会から放り出された者が再び人間として社会に受け入れられることであった。とくに近年の精神科リハビリテーションの隆盛は脱施設化の流れを基礎としている。欧米では戦後に、これまでの病院入院主義的な政策を変更し、地域ケアへの流れを作っていた。そこで、精神科病院に入院していれば問題とはされなかったようなことが、地域ケアの実践の中で注目されるようになった。世界的にみても、障害全体のうちおそらくは2/5を精神の障害が占めているだろうこと、とりわけ若年の者が対象となること、元の職場復帰や社会的活動が100%達成されることは比較的少ないことなどを考えあわせると、今後ますます精神科リハビリテーションの役割は大きくなっていかざるをえない。

リハビリテーションの中で障害をどのように捉えるかが重要である。WHOはこれまでの障害分類を改訂し、生活機能分類を発表した。その新しいモデルを図に示した。ここではこれまでに使用されてきた障害という言葉は生活機能に置き換えられ、不利などという用語も用いられていない。これはそうした言葉がネガティブな印象を与えてしまうからである。おおまかにいうと、先の障害分類での機能障害が心身機能・構造、能力障害が活動、社会的不利が参加に当たる。前回の障害分類では、疾患が機能障害を引き起こし、それが能力障害を生み、結果的に社会的不利につながるという一方向の関係のみが記されていた。しかし、新分類では、すべての要因間で双方向の相互作用が明確に示されている。この点は、とくに精神科リハビリテーションで重要である。たとえば、統合失調症者の社会参加は、社会の在り方などの環境因子の影響を受けること(逆にいえば、社会参加が社会を変

そのためこの心身の不快な反応がますます鋭く、強く感じられ、さらに注意が引きつけられてしまう現象を指す。このような感覚と注意の悪循環から症状が形成され、固着してしまう。この悪循環は、ある人が苦痛とを感じるような自我異和的な体験（不安、恐怖、抑うつ、不快な観念、身体的なあらゆる不快な感覚、痛みなど）をしたときに発動する。

（北西憲二）

⇒とらわれ、ヒポコンドリー性基調

【文献】森田正馬（1928）

精神錯乱

【英】 confusion ; incoherence

【独】 Verwirrtheit

【仏】 confusion mentale

意識の解体によって、論理と脈絡を欠いた不明確な思考、見当識の障害、夢幻様状態、記憶の障害などを呈する状態である。この言葉は、統合失調症、躁病、脳器質性の障害いずれの場合にも使われることがあるが、通常は、急性に出現する非定型精神病における症状を指す。Ey Hはこの状態と統合失調症との違いを重視し、急性精神病と慢性精神病とを区別し、前者を意識の病態に、後者を人格の病態に位置づけた [Ey 1954]。この用語は精神作用が比較的保たれた状態から混迷にまで至るさまざまな深さの意識の解体を指すが、この言葉を急性錯乱 (bouffée délirante) との対比において使用する場合には、意識の解体のより深いものを指す。そのため、Ey は confusion を意識解体の最深部に位置づけている。その際、この状態を引き起こす原因として、中毒性、感染性など器質的病変の基盤にある可能性を重視し、症状性精神病や Bonhoeffer KL の外因反応型との関連についても示唆している。

（鈴木國文）

⇒解体、急性錯乱、非定型精神病、症状精神病、外因反応型、アメンチア

【文献】Ey H（1954）

精神作用物質

【英】 psychoactive substance

中枢神経系に作用し精神活動および行動に影響を及ぼす物質の総称である。多くの精神作用物質は各種精神および行動の障害の治療、痛みの治療、麻酔など、临床上、広範囲に使用されている。その一方で、依存性薬物としての性質を有する物質も多く、薬物乱用、薬物依存が問題となることもある。

一般に、中枢神経抑制作用を有する精神作用物質（アヘン類、バルビツール類、アルコール、ベンゾジアゼピン類、有機溶剤、大麻など）は身体依存惹起性が強く、耐性も生じやすいが、精神毒性（慢性中毒としての精神障害惹起性）は弱いことが多い（ただし、有機溶剤の精神障害惹起作用は弱くなく、大麻の身体依存惹起性は強くない）。逆に、中枢神経興奮作用を有する精神作用物質（コカイン、アンフェタミン類、LSD、ニコチンなど）は身体依存惹起性、耐性がないか、弱いことが多いが、精神毒性は強いことが多い（ただし、ニコチンには精神毒性がない）。

（和田 清）

⇒依存、耐性、物質乱用、アヘン [阿片]、有機溶剤、大麻、コカイン、アンフェタミン、ニコチン

【文献】和田清（2000a）

精神刺激薬 ⇒中枢(神経)刺激薬

精神自動症

【英】 mental automatism

【仏】 automatism mental

Clérambault G de は慢性幻覚精神病を中心としたさまざまな精神病において、その核ないし基底をなす現象は精神自動症であり、妄想はそれにもとづいて二次的に形成される知的構築にすぎないと主張した。ここに狭義の精神自動症とは、初期形態である純粹言語性現象（無主題的な言語性幻覚）、純粹観念性現象（マンチスム mentisme など言語性を有

しない現象)から、観念言語性現象である思考反響を経て、本来の幻声へと至るという思考過程の一連の障害からなる。そのうち初期形態は感情的に中立的、観念的に無主題的、非感覚的であり、精神病の最初期徴候であることが強調され、小精神自動症と呼ばれた。

Clérambault はこうした狭義の精神自動症のほか、感覚自動症 (異常感覚および言語性幻聴以外の種々の幻覚)、運動自動症 (運動性のさせられ体験や精神運動幻覚)、感情・情動・意志自動症 (これらの領域の自生体験やさせられ体験) といった広範な一次精神病症状を自動症として記述した。精神自動症は広義にはこれら種々の自動症の総称を示す。

(針間博彦)

⇒慢性幻覚精神病、小精神自動症、要素現象、考想化声、クレランボー

【文献】Clérambault G de (1909)

精神腫瘍学

【英】psycho-oncology

サイコオンコロジーは、心理学 (psychology) と腫瘍学 (oncology) を合わせた造語で、抗がん剤のインフォームド・コンセント、「死ぬ瞬間」、ホスピス運動を背景に、全米屈指のメモリアルがんセンターで精神科部門が誕生したことに始まる [Holland JC 1998]。

その主な目的は、がんが心に与える影響と心や行動ががんに与える影響を調べ、Quality of life (QOL) の向上、がん罹患の減少、生存期間の延長を図ることにある。当初の代表研究は、生存期間の延長がアウトカムになる。がんとの前向きな態度が生存期間を延長させる、がん患者のサポートグループ参加が免疫を高め生存期間を延長させるといった研究であった (現時点では、大規模追試研究により否定的である)。

他に、がん告知や乳房切除・ストマなどがん治療がもたらす心理学的衝撃、患者・家族・スタッフの精神疾患有病率調査、がんの

検査や治療導入が遅れる心理行動学的問題、禁煙プログラム、がん患者への精神療法 (尊厳、意味、士気)、薬物療法、治療選択における意思決定、遺伝カウンセリングの心理学的影響、コミュニケーション技術訓練、サバイバーシップ、悲嘆ケア、緩和ケアにおける精神医学的問題 (医師による自殺幫助、安楽死)、緩和ケアチームの有効性、経済性、代替療法、望ましい死、スピリチュアリティ、化学療法の影響 (Chemo-brain)、など多岐にわたり、守備範囲はがん医療全体に及ぶ [山脇成人ら 1997]。

診療面では、2002 年の緩和ケア診療加算導入により、緩和ケアチームによる抑うつやせん妄などの精神症状緩和対策が急務である。がん対策基本法 (2007 年) により実施された、がん診療医対象の患者・家族の意向を尊重したコミュニケーション技術訓練の成果が期待されている。さらに教育面では、まず、がん患者の①身体症状の評価、②精神症状の評価とその対応、③経済・介護問題の解決、④心理的・スピリチュアルな問題の解決が基本目標であり [小川朝生ら 2009]、精神腫瘍医をはじめとする心のケアに資する人材育成や診療ガイドライン作りが課題となっている。

(内富庸介)

⇒遺伝カウンセリング、緩和ケア、ターミナルケア
【文献】山脇成人、内富庸介 (1997)、Holland JC (1998)、小川朝生、内富庸介 (2009)

精神障害／精神疾患

【英】mental disorder/mental disease

障害 (disorder) は原因・理由は問わず、何らかの機能が障害された状態のことをいい、疾患 (disease) は病因、病態、病理、症状、検査所見、経過、予後などによって一つのまとまった単一の病気としてみなされる状態のことをいう。精神科固有の病気 (統合失調症、気分障害などの内因性精神病) では、身体疾患のような単一の病気を示す病因・病態・症

状・検査所見等を見出すことができず、疾患よりは障害という名称が好んで用いられ、一方、アルツハイマー病やピック病など脳器質性の病気では疾患という名称が使われている。このように、精神科領域では精神障害と精神疾患が混在して用いられているのが現状である。現在世界的に使用されている ICD-10 や DSM-IV の診断・分類マニュアルでは、障害という用語で統一されているが、器質性の場合、精神疾患という呼称も一部みられている。しかし、将来、種々の精神障害の病因や病態が解明されることによって、疾患という名称に置き換わってくる可能性も高い。なお、DSM-IV による精神障害の分類では、①幼児期・小児期・青年期に初めて診断される障害、②せん妄・認知症・健忘性障害、および他の認知障害、③一般身体疾患による精神疾患、④物質関連障害、⑤統合失調症および他の精神病性障害、⑥気分障害、⑦不安障害、⑧身体表現性障害、⑨虚偽性障害、⑩解離性障害、⑪性障害および性同一性障害、⑫摂食障害、⑬睡眠障害、⑭衝動制御の障害、⑮適応障害、⑯パーソナリティ障害、⑰その他、とされている。世界でも、最も好んで使われている精神障害／精神疾患分類である。(松下正明)

⇒ DSM, ICD, 精神病

【文献】 American Psychiatric Association (2000)

精神障害者社会復帰施設

【英】 facilities for psychiatric rehabilitation

わが国の精神障害領域には長いあいだ「医療と保護」の仕組みしかなくて、精神障害者にとっての「社会復帰（リハビリテーション）」が法的に認められるのは、1987（昭和62）年成立の精神保健法まで待たねばならなかった。これ以前には、病院内作業療法、法定外施設である共同作業所、保健所のデイケア、1974 年から診療報酬に認められた精神科デイケア、生活保護法による救護施設や更生施設などで社会復帰活動が行われていた。

1993（平成5）年障害者基本法の対象に精神障害者が加えられたことにより、1995（平成7）年改正の「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」（精神保健福祉法）において、精神障害者保健福祉手帳制度が創設された。同時に精神障害者社会復帰施設として、生活訓練施設（援護寮）、授産施設、福祉ホーム、福祉工場が規定された。1999（平成11）年改正によって地域生活支援センターが追加され、精神障害者居宅生活支援事業としてホームヘルプ、ショートステイ、グループホームが法定化された。

2005（平成17）年に障害者自立支援法が制定され、身体、知的、精神の3障害に一元化したサービスを市町村が中心となって提供することとなった。この際に、33種類に分かれていた社会復帰施設が6事業に再編され、一つの施設が異なる障害に多機能型のサービスを提供したり、NPO 法人が参入したりするなどの規制緩和が行われた。「自立支援給付」として、介護給付、訓練等給付、自立支援医療、補装具が挙げられ、「地域生活支援事業」として、相談支援（ケアマネジメント）や地域活動支援センターが規定された。精神障害では主に、訓練等給付に含まれる日中活動系の自立訓練、就労移行支援、居住支援系の共同生活援助（グループホーム）が利用される。利用料の原則1割負担（応益負担）を定めたことが問題の焦点となって本法の廃止が決定されている。法に定められたものの、この領域は、医療と福祉との格差、他の障害領域との格差、自治体間の格差がきわめて大きい。

(野中 猛)

⇒ 精神保健福祉法、精神障害者保健福祉手帳、ホームヘルプサービス、ショートステイ〔短期入所〕、グループホーム、障害者自立支援法、ケアマネジメント

【文献】 佐藤久夫、小澤温（2010）

損傷例では、背側部症候群において低下の認められる前頭葉機能検査に異常を示さないが、失職、借金、薬物乱用、不適切な情動、不道德な行動などの社会的行動障害が出現する。すなわち、情動にもとづいた社会的な意思決定の障害が生じ、社会的に適切な行動の異常がみられる。この部位の損傷を検出する検査として、ギャンブリング課題 (Gambling Task) が考案されている。(加藤元一郎)

⇒ふざけ症 [モリア], 把握反射 [にぎり反射], 道具の強迫的使用現象, 環境依存症候群, プローカ失語, 超皮質性失語, 保続(症), 無動無言症, アパシー, ギャンブリング課題

[文献] Damasio AR, Anderson SW (2003)

前頭葉ロボットミー ⇒ロボットミー

洗脳

[英] brain-washing

[独] Gehirnwäsche

[仏] lavage de cerveau

「洗脳」という語は、朝鮮戦争 (1950～1953) の際に共産主義国家が国連軍捕虜に対して行った強制的思想改造教育に関する呼称として Hunter E が最初に用いたものである。すなわち、長時間の拘禁・訊問・罪責感の強制等によって対象者を精神的・身体的に疲労困憊させ、実存的危機に陥らせて「自らは『悪』であり、洗脳者の論理に則ることが『善』にして唯一の解決の道」と観念させ、一方では対象者の同調的な言動に対しては寛大な処置をとることにより対象者の思想の改造を図るものである。集団の圧力や薬物が利用されることもある。いったん洗脳者の論理が対象者の実存的立脚点の地位を得ると、認知的不協和の影響で現実に対する認知はその論理に即したものとなる (洗脳の完成)。なお、実存的立脚点が現実の事物・論理であるところが、神仙などの超越的次元に立脚する (すなわち、現実の事物・論理に立脚しない)

信仰との本質的な相違点である。

(小笠原将之)

⇒暗示

[文献] Hunter E (1953)

全能感

[英] omnipotence

万能感とも訳される。Freud S [1909] がねずみ男の症例において、強迫神経症者の「思考の全能」を見出したのがこの概念の初端である。ついで Ferenczi S [1913] は、乳幼児の全能感の発達に伴う変遷を段階的に示した。その後、対象関係の発達論や自己愛理論において全能感は鍵概念となり、妄想分裂ポジションにおける原始的防衛機制への全能の関与や、対象との分離や対象への依存という現実を受け入れることに対する万能的防衛が注目された。

(村岡倫子)

⇒思考の全能, ねずみ男 [症例]

[文献] Freud S (1909b)

全般健忘 ⇒全生活史健忘

全般性不安障害

[英] generalized anxiety disorder; GAD

多数の出来事または活動に対する過剰な不安と心配が続く、慢性の不安状態である。患者は日常的な生活環境について心配することが多い [American Psychiatric Association 2000]。何となく落ち着かない、恐ろしい、じっとしていられないといった感覚に襲われ、一人でいることが恐ろしく、くつろぐことができない。離人感、非現実感、睡眠障害などを伴う。不安は精神症状だけでなく、自律神経症状を伴うために、身体症状として頭痛や振戦、ふらつき、発汗、頻脈、動悸、呼吸促迫、めまい、心窩部不快感、胃腸障害、口渇といった多くの身体症状を認める。患者は、自分や家族の誰か健康が損なわれるのではないか、あるいは不幸にあうのではないかといった不安

を、他の心配事や不吉な予感とともに口にする。女性に多く、慢性的な経過であるが、ストレスのある期間に悪化し、動揺性の経過をたどることもある。気分障害やその他の不安障害、アルコール依存症など物質関連障害に随伴することが多い〔小山田静枝, 上島国利 1997〕。

(岡島由佳)

⇒不安, 不安障害, 非現実感, 睡眠障害

〔文献〕 American Psychiatric Association (2000), 小山田静枝, 上島国利 (1997)

全般てんかん

〔英〕 generalized epilepsy

てんかんの国際分類〔1989〕によると、全般てんかんおよび症候群とは、全般発作をもつてんかん群を指す。これはさらに、特発性全般てんかんと症候性全般てんかんに分類される。特発性全般てんかんとは、器質性の病因を欠き、遺伝的素因を背景とする全般てんかんであり、症候性全般てんかんとは、てんかんの原因となる器質的な病変が明らかであるか、または推定される全般てんかんである。後者は知的な遅れや神経学的異常を示すことが多いが、前者ではそれはあっても軽微か偶然の合併であることが多い。また、前者は年齢依存性に発病・経過し、比較的予後の良い者が多いが、後者は一般に自然寛解することはまれであり、難治な者が多い。以前のてんかん分類で、原発全般てんかんと呼ばれていたものが特発性全般てんかんに相当し、続発全般てんかんと呼ばれていたものが症候性全般てんかんに相当すると考えても大きな間違いではない。

(渡辺裕貴)

⇒全般発作, てんかん

〔文献〕 Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy (1989), 池野知康 (2006)

全般発作

〔英〕 generalized seizure

一部の限局した大脳皮質から起こるのではないと考えられるてんかん発作を全般発作と呼ぶ。てんかん発作の国際分類〔1981〕によると、全般発作といえるのは、欠神発作、非定型欠神、ミオクロニー発作、間代発作、強直発作、強直間代発作、脱力発作(失立発作)の7種類とされる。また、乳児スパズムは全般発作の一型であるが、ウェスト症候群にはほぼ固有の発作である。欠神発作と非定型欠神発作の臨床症状は類似しているが、前者は脳波が定型的な3 Hz 棘・徐波複合を呈するのに対して、後者はそうでないことから区別される。ミオクロニーは一瞬の筋れん縮であり、多くは全身ではなく一部の筋のみの収縮であり、意識障害はないことが多い。脱力発作では転倒を起こすが、強直発作でも下方への筋収縮により転倒する患者がおり、てんかん発作で転倒しても必ずしも脱力発作ではないので注意が必要である。

(渡辺裕貴)

⇒欠神発作, ミオクロニーてんかん, 間代発作, 強直発作, 強直間代発作, 情動脱力発作〔カタプレキシー〕, ウェスト症候群

〔文献〕 Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy (1981)

潜伏期

〔英〕 latency period

Freud S〔1905〕は、自ら観察した、エディプス期を通過したおおよそ6歳から、青年期(思春期)に入る11歳までの間の目立った性的な現れが減少する時期を示すために、(性的)潜伏期という言葉を用いた。Freudは性的衝動が衰退すると考えたが、最近では、自我と超自我の発達によって、子どもはある程度まではエディプス期のリビドー的願望を諦めたり解決したりするようになることや、自我が衝動をコントロー

また、他の薬物への依存はないが、ニコチンとアルコールの両方にのみ依存している場合には、慣例的に多剤依存とは呼ばない。

DSM-IV-TR では、「少なくとも 3 群の物質（カフェインとニコチンは含まない）を、どの物質が際立って多いわけではなく、同じ 12 ヶ月の間に反復使用した人の行動のために残された」診断としている。

依存性薬物には、中枢神経系への興奮作用を示す薬物と抑制作用を示す薬物とがあるが、多剤依存者の多くは、そのどちらにでも薬物依存を示すことが多い。また、スピード・ボーリングといって、コカインとヘロインというように、その両者を同時に使う者もいる。

(和田 清)

⇒薬物依存(症)、物質乱用、精神作用物質

多剤併用

[英] polypharmacy

一人の患者の薬物療法にあたり、複数の薬剤を同時に用いること。抗うつ薬、抗精神病薬など同一の種類の薬剤を複数用いる場合と、気分安定薬と抗精神病薬など異なったクラスの薬剤を併用する場合とがある。一般に多剤併用は単剤投与より優れているというエビデンスが乏しいうえ、副作用の出現率が高い、薬剤の有効性が検証しにくいなどの理由で望ましくないとされている。わが国では他の諸国と比較して統合失調症に対する抗精神病薬の多剤併用が多く、それがしばしば薬物の大量投与につながっていて、患者の社会復帰にも好ましくない影響を与えているといわれており、非定型抗精神病薬の普及に伴って単剤化への取り組みが多くなされるようになった。その一方で、近年他国において多剤併用が増加しつつあるとの報告もあり、有効性と安全性の検証が期待される。

(岡島美朗)

⇒精神科薬物療法

[文献] Mojtabai R, Olfson M (2010)

タシキネジア

[英] tasikinesia

タシキネジア（歩行症）は、歩行衝動がきわめて強く、じっとしていることができずに足踏みをしたり、絶え間なく歩き回ったりするなどの運動の著しく亢進した状態である。主としてドーパミン D₂ 遮断作用を有する抗精神病薬による錐体外路系副作用の一つであるアカシジアの発現時に、座ったままでいられない、じっとしていられないという内的不穏感・下肢のムズムズ感などの自覚症状とともに、運動亢進症状として認められる。

(稲田俊也)

⇒錐体外路症状

[文献] Freed ED (1981)

多軸診断

[英] multiaxial diagnosis

アメリカ精神医学会により作成した診断基準 Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM) では 1980 年に発表された DSM-III 以降、精神障害の診断に全部で 5 つの軸からなる多軸診断システムが採用されている。現行の DSM-IV-TR では、まず I 軸ではパーソナリティ障害と精神遅滞を除く種々の精神障害が、II 軸ではパーソナリティ障害、あるいは知的障害が診断される。III 軸ではその時点で存在する身体疾患が、IV 軸では家族内や住居の問題、教育上、職業上あるいは経済上の問題など心理社会的および環境の問題が記録される。V 軸では「機能の全体的評価尺度 (Global Assessment of Functioning: GAF)」を用いて、評価対象となっている患者の精神症状、および社会機能の水準を 1 点から 100 点までの間のいずれかの値で評価される。このような評価方法を採用することにより、患者の精神状態の総合的、かつ系統的な評価が可能であり、個々の患者の複雑な状況を区別して記述することが可能となる。

(稲垣 中)

⇒頭痛

【文献】 Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society (2004), 日本頭痛学会 編 (2006)

変像(症) ⇒パレイドリア

片側バリズム〔ヘミバリズムス〕

⇒錐体外路症状

ベンゾジアゼピン系抗不安薬 ⇒抗不安薬

ベンゾジアゼピン受容体

【英】 benzodiazepine receptor

ベンゾジアゼピン (benzodiazepine; BZ) 受容体は BZ 化合物の結合により抗不安、鎮静-催眠、筋弛緩、抗けいれん作用を発揮する受容体である。BZ 受容体は γ アミノ酪酸 (gamma-aminobutyric acid; GABA) 受容体とともに $GABA_A$ -BZ- Cl^- イオンチャネル複合体を形成し、GABA, BZ, ピクロトキシン、バルビツール酸、エタノール、神経ステロイドなどさまざまな物質の結合部位をもつ。BZ 受容体は $GABA_A$ 受容体における Cl^- の細胞内流入とそれに伴う神経細胞の過分極を増強するアロステリック調節を行う。

$GABA_A$ 受容体は構成されるサブユニットの組み合わせから、機能の異なるサブタイプが構成される。サブタイプは $\omega_1 \sim \omega_5$ に分類され、 ω_1 , ω_2 が中枢に分布する。 ω_1 受容体は小脳、淡蒼球、大脳皮質第 4 層に高密度で、主に抗不安、鎮静、催眠作用に関係する。 ω_2 受容体は脊髄、線条体、海馬に多く存在し、運動失調や筋弛緩作用に関係している。 ω_1 受容体に選択的な薬剤は抗不安、鎮静催眠作用のみを有し、筋弛緩作用をもたないと期待されている。(稲田 健)

⇒GABA, 抗不安薬

【文献】 稲田健, 鈴木映二, 宮岡等 (2003)

ベンダーゲシュタルト検査

【英】 Bender Gestalt Test;
Visual Motor Gestalt Test

1938 年, Bender L によって考案された検査である。刺激図版 9 枚を被検者に 1 枚ずつ提示し, すべての図形を A4 サイズの 1 枚の用紙に模写させる。結果の解釈には記述的な立場と定量化して判断する立場とがあり, 数量的に処理するものとしてパスカル・サッテル法 [Pascal GR, Suttell BJ 1951] やコピッツ法 [Koppitz EM 1967] が用いられている。ゲシュタルト心理学では刺激やそれに対する反応も, 統合されまとまりのある人間全体が支配するとされる。Bender は描写されたものにこれらの統合機能が反映されると考えた。図形の知覚や再生の過程にみられる誤りから大脳の器質的損傷の検出や精神障害者の性格や情緒面の特性の評価, さらに児童の知覚と運動の協応に関する発達の程度の評価が可能とされている。心理検査の中で視覚的構成力を評価するための神経心理学的検査として位置づけられている。(立石雅子)

⇒ゲシュタルト学説

【文献】 Bender L (1938)

扁桃体

【英】 amygdala

側頭葉先端内側部の皮質下に位置する構造物で, 中心核, 外側核, 基底核, 内側核など複数の核の集合体である。従来から辺縁系の一部とみなされ, 情動との関係が深いとされていた。側頭・後頭葉の連合野から, 複数の感覚情報が入力している。また皮質下経路として, 視床などを通じて情報の入力がある。それらの情報は扁桃体内部における処理の後に, 前頭前野に転送され高次の価値判断が行われる。神経投射としては前頭前野の眼窩部と内側部において豊富な連絡が認められている。現在では扁桃体の機能は顔認知, 学習, 記憶, 社会的判断などにも関連していること

夜驚症

⇒睡眠時驚愕症〔睡眠驚愕障害、夜驚症〕

薬原性錐体外路症状 ⇒錐体外路症状

薬物依存(症)

〔英〕drug dependence

薬物乱用の繰り返しの結果生まれる、薬物使用に対する自己コントロールを失った状態をいう。かつては、アルコール中毒、薬物中毒など、中毒(addiction)と呼ばれていたが、WHOにより依存(dependence)という概念が定義づけられて以降は、中毒は急性アルコール中毒、睡眠薬中毒などの(acute) intoxicationを意味する用語となった。

WHOは依存を以下のように定義づけている。「ある生体器官とある薬物との相互作用の結果として生じた精神的あるいは時には身体的状態であり、その薬物の精神作用を体験するため、あるいは、時にはその薬物の欠乏からくる不快を避けるために、その薬物を継続的ないしは周期的に摂取したいという衝動を常に有する行動上の、ないしは他の形での反応によって特徴づけられる状態」。

薬物依存は精神依存と身体依存という二つの概念で考えることができる。精神依存とは、薬効が切れてくると、その薬物を摂取したいという衝動(渴望)に抗しきれずに、薬物を使ってしまう状態である。身体依存とは、その薬物が体内から減ってくるとさまざまな退薬徴候(離脱症状)が出現し、とくに身体的不都合を生じる状態である。そのため、退薬徴候を避けるために、自らその薬物を使用することになる。多くの依存性薬物は精神依存と身体依存の両方を引き起こすと同時に、耐性を形成する。しかし、覚せい剤には身体依存惹起作用はないとされており、コカインには耐性形成はないとされている。したがって、薬物依存の本体は、精神依存であり、身体依存、耐性は必須ではない。薬物依存に陥ると、

その薬物を自ら入手しようとする行動(薬物探索行動)が認められる。

依存性薬物は薬物ごとに脳内での作用部位は異なるが、いずれの依存性薬物も腹側被蓋野から側座核に至るA10神経系(脳内報酬系)のドーパミン神経系の慢性的異常を引き起こすという共通点がある。(和田 清)

⇒物質乱用、耐性、離脱症状、中断症候群〔退薬症候群〕、多剤依存(者)、精神作用物質

〔文献〕和田清(2000a)

薬物血中濃度

〔英〕blood drug concentration

血清または血漿中の薬物の濃度(定常状態は通常、薬物半減期の約5倍)を指し、治療濃度域を有する薬物の投与後の反応予測の指標に用いることを、治療薬物濃度モニタリングと呼ぶ〔石崎高志 2008〕。薬物動態には個人差があり、投与量よりも血中濃度が効果を正確に反映する。治療濃度域以下では効果が不十分で、治療濃度域を越えると中毒症状が発現しやすい。リチウム、ハロペリドールおよび多くの抗てんかん薬で血中薬物濃度モニタリングの有用性が認められている。(近藤 毅)

⇒リチウム、抗てんかん薬

〔文献〕石崎高志(2008)

薬物相互作用

〔英〕drug-drug interaction

薬物の併用が単純な薬理学的相加作用にとどまらず、影響薬が加わることで被影響薬の作用が減弱または増強することを指す。薬物動態学および薬力学的な相互作用がある。前者の機序としては、影響薬によるチトクロームP450酵素群やグルクロン酸転移酵素などの誘導/阻害を介して基質となる被影響薬の代謝変動が起こる場合が挙げられ、その他に薬物輸送蛋白であるP糖蛋白の阻害を介した機序も存在する〔近藤毅 2008〕。抗てんかん薬多剤併用時に予想外の効果減弱や中毒症

離人症

[英] depersonalization

[独] Depersonalisation

[仏] dépersonnalisation

dépersonnalisation という術語は、Dugas L が 1898 年、現在の離人症に相当する現象について、自我が自らの行為に距離を感じよそよそしく思うという自我の疎隔を重視して提案した。「離人症」は 1937 年の三浦百重による邦訳語である。離人症の定義は論者によってさまざまだが、自我意識、自己の身体、外界のいずれかまたはすべてに対する現実感の喪失あるいは疎隔感と要約できる。自我意識に関しては、自己の所属感や能動性意識の喪失、または感情の消失として体験されることもある。臨床的には「自分が自分でなくなった」「何をしても自分でしているという感じがしない」「周りを見ても、映画を見ているみたいで現実感がない」「桜が咲いているのは見てわかるけれど、きれいだという気持ちが湧いてこない」などと表現される。離人症状は種々の精神疾患において多くは一過性に認められるが、まれには単一症候的に数年以上経過する場合もあるため、離人症の疾病論的位置づけや病因論に関する見解も伝統的には百家争鳴の状態だった。Janet P は離人症を精神衰弱 (psychasthénie) の一種と考えて、「離人症感情は実在機能 (fonction du réel) の障害の内的知覚のようなもの」と述べた。Schilder P は自己観察傾向によって「中心自我」の本来の傾向とは異なる非真性な体験が生じているものとした。Gebattel VE von はうつ病から離人症を考察し、患者の訴える空虚は Heidegger M 的な現存在の生成の可能性の抑止とした。木村敏は Aristoteles 以来の共通感覚論を独自に展開し、離人症は共通感覚の障害であると考えた。DSM-IV-TR では解離性障害の一種とされる。単一症候的に経過し、かつ神経症水準の病態と考えられる場合は離人神経症と呼ぶ。

(清水光恵)

⇨疎隔体験、精神衰弱、解離性障害／転換性障害、離人神経症

【文献】Dugas L (1898), Janet P (1903), 木村敏 (1976b)

離人神経症

[英] depersonalization neurosis

[独] Depersonalisationsneurose

[仏] névrose de dépersonnalisation

離人症は自己、身体、外界に関する現実感の希薄化ないしは喪失を主症状とし、統合失調症や気分障害、解離性障害、パーソナリティ障害、神経症、器質性疾患などの病態に広くみられる。離人神経症は精神病を疑わせる症状がなく、離人症のみを呈する神経症である。体感異常や幻覚などの症状がみられる場合、従来、統合失調症と捉える見解があったが、解離性障害にこれらの症状がみられることは多く、鑑別診断のうえで注意を要する。

(柴山雅俊)

⇨神経症、離人症、現実感消失

リスク差 ⇨リスク比

リスク比

[英] relative risk ; risk ratio ; RR

二値変数間の関連の強さを表す指標には、典型的に、リスク比 (RR)、オッズ比 (odds ratio ; OR)、およびリスク差 (risk difference ; RD) がある。次のような 2×2 表を考えてみよう。

	改善あり	改善なし
治療あり	a	b
治療なし	c	d

治療をしない場合に改善がみられる可能性は $c/(c+d)$ 、治療をした場合に改善がみられる可能性は $a/(a+b)$ であるので、治療をしない場合に比して治療をした場合に改善の

⇒自傷, 境界性パーソナリティ障害

【文献】 Rosenthal RJ, Rinzler C, Wallsh R, et al. (1972)

リスペリドン

【英】 risperidone

セロトニン(5-HT)・ドーパミン(DA)阻害薬 (serotonin-dopamine antagonist; SDA) と呼ばれる第二世代(非定型)の代表的抗精神病薬。5-HT 受容体拮抗薬リタンセリンに抗 DA 作用を付加して合成された。従来の抗精神病薬は DA 受容体阻害作用が強く、錐体外路症状 (EPS) などの副作用がみられたが、5-HT 阻害作用が DA 機能を抑制し、5-HT 拮抗により黒質線条体系の DA が脱抑制され、EPS が軽減された。従来薬と異なり陽性症状だけでなく、陰性症状や認知機能にもある程度効果があるとされる。錠剤、細粒の他、内用液、デポ剤(持効性抗精神病薬)もある。維持療法として2~12 mg/日が投与される。(中村 純)

⇒第二世代抗精神病薬 [SGA], 錐体外路症状, 陰性症状/陽性症状, デポ剤

【文献】 村崎光邦 (2008), 中村純 (2008)

理想化

【英】 idealization

自己または対象を完全無欠で絶対的な存在として認識することである。Freud S はこれをナルシシズムにおける「惚れ込み」と関連した現象として記述した。また Klein M は発達早期の妄想分裂ポジションにみられる分裂、投影同一視などと同様に原始的防衛機制の一つであるとしている。乳児は自分に満足を与えるすべてよい母親として理想化し、欲求不満にさせる母親をすべて悪いものとして脱価値化する。Klein はよい対象を悪い対象から守るために、理想化と脱価値化は正常発達に不可避なものと考えた。すなわち発達のある段階までは、理想化は発達促進因子といえる。

しかしながら、続く抑うつポジションで羨望などから、これが人格に組み入れられると障害を呈してくる。また、自己心理学を発展させた Kohut H は理想化を防衛としては考えず、発達過程で傷ついた自己対象を修復するためにこれが必要であると考えた。(権 成鉉)
⇒ナルシシズム, 原始的防衛機制, 投影同一視, スプリッティング, クライン

【文献】 Freud S (1914c), Klein M (1946), Kohut H (1971)

理想自我 →自我理想/理想自我

離脱症状

【英】 withdrawal symptoms

精神作用物質が長時間体内にあり効果を発現し続ける結果、生体はその効果に適応して正常に近い機能を営むようになり、その効果が減弱したり、消失したりすると、身体機能のバランスが失われて適応失調の状態となり出現する神経・精神・身体症状をいう。以前は禁断症状という用語を使用していたが、禁断(断薬)しなくとも摂取速度・量が減少すれば出現するので、現在は使用されることはまれである。同義語としては退薬徴候がある。ICD-10 では離脱状態という用語を使用している。また、ICD-10 ではアルコール、アヘン、大麻、鎮静剤・睡眠剤、コカイン、カフェインを含む他の精神刺激薬、タバコの離脱状態の症状、徴候についての記載がある。離脱症候群とは離脱後の時間経過とともに出現する一群の離脱症状をいう。アルコール離脱症候群が多くみられるが、Victor M はこれを出現の時間的経過からアルコール離脱後7時間頃より始まり、20時間頃にピークをもち不快感情、自律神経症状、一過性の幻覚、けいれん発作等がみられる早期症候群と離脱後72時間から96時間に多くみられる後期症候群(振戦せん妄)とに分けた。(齋藤利和)
⇒中断症候群 [退薬症候群]

【文献】 World Health Organization (1993), Victor M (1971)

リタリン →中枢(神経)刺激薬

離断症候群

【英】 disconnection syndrome

失語、失行、失認などの高次脳機能障害を、大脳皮質が担う特定の機能領域間の連絡が離断された結果として説明する仮説であり、米国の神経科医 Geschwind N [1965] が Sperry RW の分離脳に関する臨床研究にも触発されて、自験例の分析と過去の症例の再検討により提唱したもので、離断学説とも呼ばれる。このような考え方は、Geschwind により初めて提唱されたものではなく、Wernicke C, Déjerine J, Liepmann H などの古典的連合論者によりすでに論じられている。しかし、離断症候群発表の意義は、当時まだ有力であった Goldstein K らに代表される全体論に対して古典的連合論の復活を宣言したことにある。認知や行動の解剖学的脳基盤を重視する離断学説では、離断される連合線維あるいは連合路として、一方の大脳半球内にとどまるものと二つの大脳半球をつなぐものが存在するとされ、後者である大脳交連線維の損傷による症状は大脳半球離断症候群とも呼ばれている。離断症候群の代表的な症状には、純粹失読、伝導失語、左手の失行（脳梁離断症候群）などがあるが、たとえば左手の失行の発現機序について、Liepmann ら [1907] は習熟動作の運動記憶を優位に有する左半球が左手の運動を担う右半球から離断されることを指摘し、Geschwind ら [1962] は、右半球は聴覚的言語理解には不十分であり左半球から右半球への言語情報が離断されることを指摘している。

(吉野文浩)

⇒伝導失語、脳梁症候群、ゲシュヴィント

【文献】 Geschwind N, Kaplan E (1962), Geschwind N (1965), Liepmann H, Maas O (1907)

リチウム

【英】 lithium

リチウムは原子番号3番の元素であり、アルカリ金属に属する。リチウムは水道水や食物から微量摂取され、健常者における血中リチウム濃度はおよそ 0.001 mEq/L である。この値は他のカリウムやナトリウムに比べて、極端に低い濃度である。気分安定薬として投与する場合には、血中濃度が 0.4~1.0 mEq/L の範囲に入るように投与量を調整するが、躁病の患者には 1.0 mEq/L 前後の比較的高い濃度が必要となることが多い。リチウムは躁病治療の第一選択薬であり、まず投与すべき薬物である。リチウムが奏効しやすい躁病患者は、爽快気分や多幸感を前景とし、誇大妄想など気分一致した妄想を示し、混合状態や焦燥感が目立たない。また、再発回数が多くない患者の方が反応しやすい。副作用としては、しばしば手指振戦が生じ、時に甲状腺機能低下、腎の濃縮力低下とそれに伴う多尿・多飲、まれに徐脈などが生じうる。さらに、治療濃度と中毒濃度が近接しておりリチウム中毒の危険性があるため、定期的なリチウム濃度の測定が必要である。なお、非ステロイド消炎鎮痛剤との併用は、腎臓からのリチウム排泄が阻害されるので中毒を生じる危険性が高いため、控えるべきである。

(寺尾 岳)

⇒気分安定薬、躁病、バルプロ酸

【文献】 寺尾岳 (2006), 寺尾岳, 和田明彦 (2010)

立体感覚失認 →触覚失認

律動性徐波 → IRDA イルダ

リハビリテーション

⇒精神科リハビリテーション〔社会復帰〕