

うつ状態とうつ病診断の変遷

はじめに

「プライマリケアで出会う患者には、うつ状態ではあるけれどまだうつ病とは言えない人が多い」「ストレス社会になってうつ病が増えた」「うつ病は薬で治る」などという、何となく正しいように聞こえるが科学的には検証されていない話がひとり歩きしている。最近、うつ病が社会に認知され偏見が減ってきたのは事実であるが、まだまだ適切な知識が広まるには至っていない。うつ状態やうつ病診断に関して理解しておいてほしい基本的な部分を述べる。

抑うつ気分・うつ状態・うつ病

(1) 概要

抑うつ気分、うつ状態、うつ病という用語は

区別して理解しておく必要がある。

「抑うつ気分」とは症状の名前であり、「ゆううつだ」「気分が落ち込む」などと表現される気分のことである。ある人がゆううつ感を感じている場合、精神医学では「抑うつ気分がある」と表現する。

「うつ状態」はある人の精神状態全体を簡潔に把握するための用語であり、抑うつ気分が中心になっている状態をいう。たいていの場合、不安と抑うつ気分などのように精神症状を二つ以上持っているが、最も強い症状、あるいは患者が最も苦痛に感じている症状で状態像を表現することが多い。また抑うつ気分があっても、体の病気が原因で起こる状態（せん妄状態、痴呆状態など）や主に統合失調症や躁うつ病で起

こる状態（幻覚妄想状態、躁状態）があればそれを優先させて状態像を表現することが多い。

「うつ病」とはうつ状態にある人の症状の特徴、体の病気の状態や服用中の薬剤などを総合的に検討して確定された診断名であり、推測される原因に応じて○うつ病という呼称を用いる。脳器質性うつ病、症候性うつ病、躁うつ病、内因性うつ病、神経症性うつ病などの用語が有名である。最近では特定の診断基準に従ってはじめに診断名を確定できるという考え方が徹底されてきたため、反復性うつ病性障害（ICD-10）、気分変調性障害（DSM-IV-TR）のように用いた診断基準を示すことが多い（ICD-10は世界保健機構（World Health Organization）、DSM-IV-TRはアメリカ精神医学会（American Psychiatric Association）によって呈示されている診断基準）。

(2) うつ病ではないうつ状態があるか

かつては厳密に何かの診断基準に依拠するとうわけではなく、内因性うつ病、神経症性うつ病などの概念が独立に検討され、それにもとづいて診断がなされていた。うつ状態であるが、その時点ではどのタイプのうつ病にあてはまると明確には言えない症例については、「○うつ病という診断確定が難しいうつ状態」として診断確定を保留し、経過をみながら診断を

つけることがあった。しかしこの場合も「うつ病とはいえないうつ状態がある」と積極的に認めるのではなく、最も可能性の高い診断は考えおく必要があった。

一方、最近ではICD-10やDSM-IV-TRなどという診断基準が用いられることが多い。これらは精神症状があれば、何らかの診断がつくように作成されている。大うつ病性障害や気分変調症などの診断基準にあてはまらないうつ状態については「特定不能の……」や「その他の……」などの用語がある。

このような診断名まで用いれば「うつ病と診断されないうつ状態はない」ということになる。どうせ特定不能とかその他とかいうのであれば、うつ病と診断されないと同義ではないかという意見もあろう。しかし特定の診断基準を用いて該当する診断名があるのに、それを用いないのは診断基準の誤用である。

うつ病診断の変遷

(1) 内因性うつ病と神経症性うつ病

かつて精神医学では内因性うつ病と神経症性うつ病という用語が頻用されていた。典型的な内因性うつ病症例は「朝に強いゆううつ感、早朝覚醒のパターンをとることが多い睡眠障害、好きであったことへの関心も失われる興味の喪失、食欲低下、体重減少」などを認め、抗うつ

薬が有効であるとされた。原因は何らかの身体面の異常にあるはずであるが、まだ見出されておらず、明らかな体の病気の脳への影響や中毒性物質が体内に入ったことによるものではないし、性格や環境の問題が主な原因でもないと考えられていた。

一方、神経症性うつ病は「内因性うつ病のような症状特徴を持たないうつ状態。苦痛な体験に続いて認められる。性格や環境に主な原因がある。不安感を有することが多い」などと考えられていたが、内因性うつ病に比べて輪郭は曖昧であった。

(2) DSMによる診断

A. 診断方法

日本で従来用いられていた診断体系に一石を投じたのはアメリカ精神医学会が一九八〇年に出したDSM-IIIに始まる流れであった。徐々に修正が加えられて現在はDSM-IV-TRと呼ばれる診断基準が用いられている。その主な特徴を筆者なりにあげると以下の通りである。

①可能な限り横断面の症状から診断し、精神症状の原因に触れない。

②複数の疾患の症状を有する場合は診断を複数つける（内因性うつ病や神経症性うつ病を用いる時代の診断体系では、「統合失調症、躁うつ病、神経症の間には階層構造があり、統合失調

症は躁うつ病や神経症の症状を、躁うつ病は神経症の症状を持ちうるが、その場合はより上層にある診断名をつける」と理解されていた。

③診断を五軸に分けてつける。精神疾患の診断は第1軸であるが、精神疾患の発症や経過に影響を与える可能性のある性格や環境ストレス、身体疾患などは別の軸で評価し、診断の時点では各軸に記載された内容の相互関係は評価しない。

B. 症例（二四歳男性、会社員）

生活史と家族状況・両親と兄の四人暮らしであったが、高校卒業とともに単身生活を送っている。小児期の発達に明らかな問題を認めない。中学校、高校時代はとくに目立つ生徒ではなく、友達も多くはなかった。高校時代は体調が悪いついて、一年間で平均三〇日程度欠席していたが、内科での検査で異常を認めたことはなかった。一年の浪人の後に大学に入った。大学は最低限の単位を得て卒業したが、パーソナルコンピュータの組み立てという趣味に割く時間が長く、一人でいることが多かった。卒業後のX年四月、A社に就職した。

現病歴・高校時代から何となく気分が落ち込むことが多く、理由は友人との口論、自分の将来に関する親との意見の対立など、さまざまであった。大学に入ってから一人暮らしへの不安

表1 本症例のDSM-IV-TRによる診断

第1軸：臨床疾患、臨床的関与の対象となることのある他の状態 →大うつ病性障害単一エピソード、気分変調性障害、広場恐怖 をともなわないパニック障害
第2軸：パーソナリティ障害、精神遅滞 →自己愛性パーソナリティ障害、依存性パーソナリティ障害
第3軸：一般身体疾患 →なし
第4軸：心理社会的および環境的問題 →ストレスの強い勤務、母親の病气
第5軸：機能の全体的評定 →GAF (Global assessment of functioning) 55点

などから一時期ゆううつ感が強まった。大学三年の後半、卒業後の進路を本格的に考えざるをえなくなつてから、ゆううつ感や意欲低下を強く自覚するようになった。

就職が決まった時点で少し気分が明るくなり、就職後約三カ月間の研修期間はときどき軽いゆううつ感は認めるものの大きな問題はなかった。八月頃からある程度自分の責任で仕事を進めなければならなくなったが、同時期に母親が直腸癌の手術をすることになった。この頃よりゆううつ感が強まり、強い不安感も認めるようになった。疲れやすさだけでなく、頭痛、下

痢、手足のしびれなどさまざまな身体症状が出現し、ときどき会社を休むようになったため、九月下旬に内科で精査を受け、異常を認めないため精神科に紹介された(症状特徴を明確にするために作成した架空の症例である)。

本症例は、以前には抑うつ神経症と診断されたとと思われる。表1に本例のDSM-IV-TR診断を示す。

C. DSMによる診断の長所

DSMが出現する背景には、抑うつ神経症の診断のように、性格や環境と精神症状の関係を評価して診断を確定すると、診断する者の主観が入りやすく差が出やすいという問題があった。同じ症例を診断した場合、伝統的な診断体系に比べて、DSM方式は診断する者による不一致が著しく少ない。

以下に現状で起こっている問題点をあげるが、この診断体系の変化は精神医学を科学的にするために不可欠な作業であったと思う。WHOが出しているICDも第10版以降はDSMに類似の流れをとっている。

うつ病診療の現場で何が起きているか

(1) うつ病と診断される症例の増加

DSM-IV-TRにおいて大うつ病エピソード

表2 大うつ病エピソード (DSM-IV-TR) の基準にみられる症状

以下の症状のうち5つ以上が2週間の間が存在。少なくとも1つは抑うつ気分か興味、喜びの喪失を含む。

1. 抑うつ気分
2. 興味、喜びの著しい喪失
3. 体重減少、あるいは体重増加
4. 不眠または睡眠過多
5. 精神運動性の焦燥、または制止
6. 易疲労性、または気力の減退
7. 無価値感、または不適切な罪責感
8. 思考力や集中力の減退、または決断困難
9. 自殺念慮

ドの基準(一部略)に記載されている症状を表2に示す。このような症状を有するとき大うつ病エピソードにあると判断され、大うつ病性障害と診断される。もし躁病症状を呈した時期があれば双極性障害である。

横断面の症状のみが指標となり、発症契機や病因などはほとんど問われない。このうち五項目あればよいとされるが、1、3、4、6、8あたりはかなりの頻度で認めうる。一方、「ほとんど一日中」「ほとんど毎日」などの記載があるため、厳密にこの基準を適用すれば満たす症例はそれほど多くないという考えもある。しかし少なくともうつ病と診断される症例が増加している今日の精神科臨床をみると、厳しく適用されているとは言えない。

このようにして、かつて抑うつ神経症と診断されていた症例の中に、DSMでは大うつ病性障害と診断される症例が増加することになる。

(2) 合併する精神疾患や人格障害の軽視

うつ状態、とくにかつて抑うつ神経症と診断されていた症例では、大うつ病性障害という診断がつくにしても、表1に示したように第1軸に複数の精神疾患、第2軸に人格障害の診断がつくことが少なくない。ところが多くの臨床場面では他の疾患の診断基準を満たすかどうか十分検討されていないようである。すなわちうつ病を疑わせる症状を有する患者をみて、「診断基準のうつ病エピソードの項目のみを開き、あてはまるからうつ病と診断する」で終わっている医師が多いのではないか。うつ病を紹介するウェブサイトなどでもうつ病エピソードの診断基準だけ掲載して、「○が三つ以上ならうつ病の可能性ががあります」などと記載しているのを見かける。

「うつ病が増えた」という言葉は当然のようにささやかれるが、うつ病性障害と診断され、それ以外の診断のつかない症例のみを数えれば増加はそれほどでない可能性もある。

(3) 薬物療法の増加と精神療法の軽視

うつ病と診断されると抗うつ薬が処方される

ことが多い。とくに最近は「うつ病は薬で治る病気である」という啓発活動を目にする機会が増えた。抗うつ薬が有効とされるうつ病は内因性うつ病である。DSMに準じていえば、第1軸診断に大うつ病性障害を有する症例であるが、他の精神疾患や人格障害を合併する場合は抗うつ薬が効きにくいと言われる。前項で述べたような経過で大うつ病性障害のみを検討し診断することになると、必然的に抗うつ薬が多く使用されることになる。一方、医師は精神療法の必要性を自覚できず、その結果、うつ病に対する精神療法やカウンセリングはますます軽視される。

うつ病の診断基準の安易な使用や誤用が、結局は抗うつ薬使用量の増量につながる点をとらえて、うつ病診断における最近の変化を製薬メーカーの販売戦略と関係づける見方もある。

おわりに

うつ病診断は、製薬メーカーや保険会社などを中心として社会に与える影響が大きい割にまだ精神医学内部に混乱がある。DSMやICDという診断基準は研究や医療統計には便利であったが、現場の治療にはあまり役立たなかった。今後、臨床の現場で有用で、一方社会にも説明しやすい診断基準の作成が望まれる。

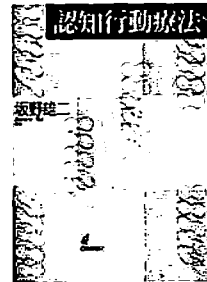
(みやおか・ひとし/精神医学)

認知行動療法

坂野雄二／著

新しい学問・治療分野であり、心理臨床の世界のみならず精神医療の領域からも注目されつつある認知行動療法。その第一人者が、発展の経緯、基礎理論・キーワード、最新研究までを、症例をおりませながらわかりやすく展開する。

- | | |
|-------------------------|-------------------------|
| 第1章 なぜ認知が問題となるか | 第7章 うつ病の認知療法 |
| 第2章 何が認知行動療法の発展を引き起こしたか | 第8章 神経性食欲不振症の認知行動療法 |
| 第3章 認知とは何か | 第9章 ストレスと認知 |
| 第4章 認知をどのように評価するか | 第10章 社会的スキル訓練と認知行動療法 |
| 第5章 セルフ・エフィカシーと行動変容 | 第11章 認知行動療法における患者との関わり方 |
| 第6章 原因帰属の型と行動変容 | 第12章 わが国における認知行動療法の発展 |



日本評論社 <http://www.nippon.co.jp>

ISBN4-535-56017-X A5判 2625円(税込)