

うつ病の診断：その多面性

北村 俊 則〔熊本大学大学院医学薬学研究部臨床行動科学（こころの診療科）〕

1. はじめに

臨床におけるうつ病の診断は、単にうつ病という病名に該当する状態が存在するか否かを判定すれば済むものではない。ここでは(1)診断の確定と亜型分類の決定、(2)重症度、(3)自傷・自殺行動の評価と危険性予測、(4)発症メカニズムの評価に分けて行う。

2. 診断の確定と亜型分類の決定

うつ病の診断を行う際の基準としてはICD-10あるいはDSM-IV-TRを用いる。ところで、なぜ診断の基準が必要だったのか。1970年ごろまでは、精神疾患の「診断名」や「分類」が国により、学派により、個々の研究者により、一人の臨床家の中でも時間により異なっていた。日本においては1980年のDSM-III発表以降も精神科医間の診断の一致率は低いものであった^{9,10)}。これでは精神科医療の社会的責任が果たせるものではない⁴⁾。

一般に、診断基準は症状とその持続期間および除外診断から構成されている。確度（評定者間信頼度）の高い評価を行うには構造化面接を行う。広く用いられている構造化面接はStructured Interview for DSM-IV (SCID)である¹⁾。SCIDは教育用のビデオなどが開発されている。一定の研修を受ければ容易に用いることができる。SCIDは保険点数もついている。

また、うつ病は他の1軸あるいは2軸の診断を併せ持つことが少なくない。それらの診断との鑑

別も重要である。

また、診断基準に用いられている症状には精神病理学的に厳密な定義がなされている。従って、まずは症状学を学ぶ必要がある⁵⁾。

うつ病にはさまざまな亜型が存在する。これらは临床上、さまざまに利用することができる。さらにこれらを統合した構造化面接も開発されている²⁾。

3. 重症度

うつ病の重症度は(1)症状面の重症度、(2)社会機能の重症度、(3)自殺の危険性の3点で評価する。

症状レベルの重症度評価には、(A)診断基準に挙げてある症状のうち当該患者に存在する数をもって重症度とする方法と(B)うつ病に多く見られる症状についてそれぞれ重症度を測定した後合算する方法がある。前者にはDSM-IVやICD-10のそれが該当する。後者に属する評価尺度ではHamilton Rating Scale for Depressionが³⁾、自己記入式調査票としてBeck Depression Inventoryがある。こうした多項目式のうつ病重症度尺度は複数の因子構造を有していることが知られている^{7,14)}。この場合、全項目の総合点をもってうつ病の重症度とするのではなく、各因子ごとの得点を下位尺度得点としてみるほうが臨床の印象に一致した所見を得ることができる。

心理社会的機能の重症度はDSMの5軸評価が該当する。

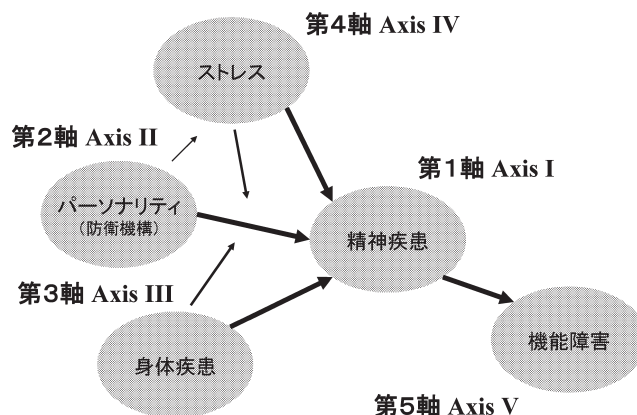


図1 (北村, 2007より転載)

これらの重症度の相互の相関係数は高くない⁸⁾。つまり、うつ病の重症度は均質なものではなく、臨床では個別に評価する必要がある。

また、うつ病では陰性症状も見られるので鑑別が必要である¹¹⁾。

4. 自殺危険性の評価

自殺率の高い精神疾患は気分障害、統合失調症、アルコール症であり、自殺者の自殺直前の精神科診断でもっとも高率な1軸診断は気分障害である。従って、うつ病の評価で自傷・自殺行為の評価とその危険性の予測は不可欠である³⁾。

5. 発症メカニズムの評価

DSM-IVでは5つの軸で診断することはよく知られている(図1)。このうち、第2軸のパーソナリティと第4軸の心理社会的要因について、多忙な日常臨床では十分な評価が行われていない。しかし、両項目の詳細な評価は、単に当該うつ病の心理社会的原因理解のみならず(北村, 2007)、治療方針・予防方策の決定に不可欠である(図2)。第2軸には単にパーソナリティ障害の有無とその種類のみではなく、DSM-IVに記載されるように防衛機制も評価し、さらにパーソナリティ関連項目として、対処行動¹⁵⁾、認知スタイル¹⁶⁾、気質や性格^{12,13)}を入れるべきである。また、第4

軸には直前のストレス要因に留まらず、ソーシャルサポートやさらには児童期の体験—被虐待体験や被養育体験¹⁷⁾など—を含めることが望ましい。

文 献

- 1) First, M., Spitzer, R. L., Gibbon, M., et al.: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (高橋三郎監修, 北村俊則, 岡野禎治監訳, 富田拓郎, 菊池安希子共訳: 精神科診断面接マニュアル。日本評論社, 東京, 2003)
- 2) Furukawa, T., Takahashi, K., Kitamura, T., et al.: The Comprehensive Assessment List for Affective Disorders (COALA): A polydiagnostic, comprehensive, and serial semistructured interview system for affective and related disorders. Acta Psychiatr Scand Suppl, 91, No. 387, 1995
- 3) Hiramura, H., Shono, M., Tanaka, N., et al.: Prospective study on suicidal ideation among Japanese undergraduate students: Correlation with stressful life events, depression, and depressogenic cognitive patterns. Archives of Suicide Research, 12; 238-250, 2008
- 4) 北村俊則: 精神疾患診断の問題点と操作診断の必要性。精神科診断学, 11; 191-218, 2000
- 5) 北村俊則: 精神・心理症状ハンドブック。日本評論社, 東京, 2000
- 6) 北村俊則編: 事例で読み解く周産期メンタルヘルスクエアの理論: 産後うつ病発症のメカニズムの理解のために。医学書院, 東京, 2007

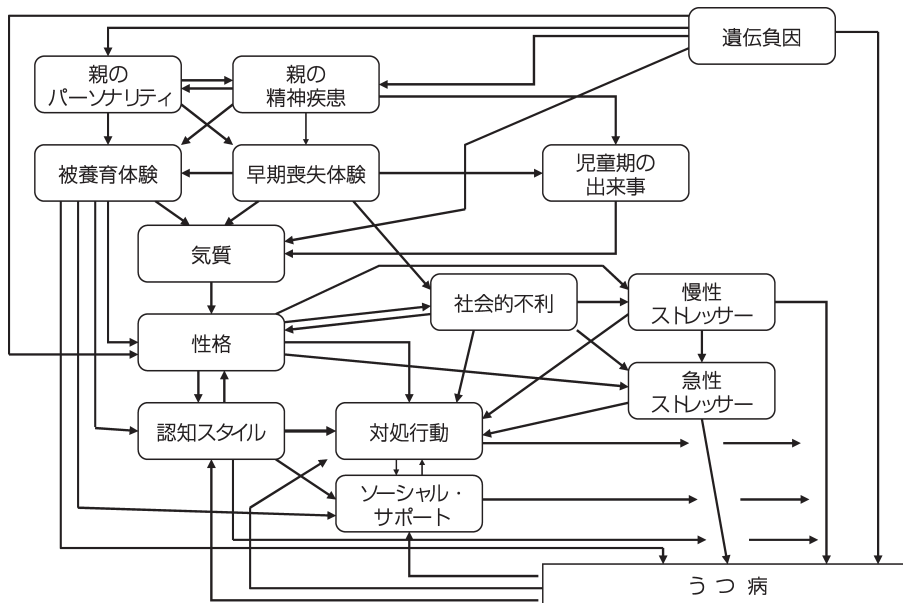


図2 (北村, 2007 より転載)

7) Kitamura, T., Hirano, H., Chen, Z., et al.: Factor structure of the Zung Self-rating Depression Scale in first-year university students in Japan. *Psychiatry Res*, 128; 281-287, 2004

8) Kitamura, T., Nakagawa, Y., Machizawa, S.: Grading depression severity by symptom scores: Is it a valid way of subclassifying depressive disorders? *Compr Psychiatry*, 34; 280-283, 1993

9) Kitamura, T., Shima, S., Sakio, E., et al.: Psychiatric diagnosis in Japan. I. A study on diagnostic labels used by practitioners. *Psychopathology*, 22; 239-249, 1989

10) Kitamura, T., Shima, S., Sakio, E., et al.: Psychiatric diagnosis in Japan. II. Reliability of conventional diagnosis and discrepancies with RDC diagnosis. *Psychopathology*, 22; 250-259, 1989

11) Kitamura, T., Suga, R.: Depressive and negative symptoms in major psychiatric disorders. *Compr Psychiatry*, 32; 88-94, 1991

12) Matsudaira, T., Kitamura, T.: Personality traits as risk factors of depression and anxiety among Japanese students. *J Clin Psychol*, 62; 97-109, 2006

13) Naito, M., Kijima, N., Kitamura, T.: Temper-

ament and Character Inventory (TCI) as predictors of depression among Japanese college students. *J Clin Psychol*, 56; 1579-1585, 2000

14) Shafer, A. B.: Meta-analysis of the factor structures of four depression questionnaires: Beck, CES-D, Hamilton, and Zung. *J Clin Psychol*, 62; 123-146, 2006

15) Shikai, N., Uji, M., Chen, Z., et al.: The role of coping styles and self-efficacy in the development of dysphoric mood among nursing students. *Journal of Psychopathology and Behavior Assessment*, 29; 241-248, 2007

16) Tanaka, N., Uji, M., Hiramura, H., et al.: Cognitive patterns and depression: Study of a Japanese university student population. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60; 358-364, 2006

17) Uji, M., Tanaka, N., Shono, M., et al.: Factorial structure of the Parental Bonding Instrument (PBI) in Japan: A study of cultural, developmental, generational, and sexual influences. *Child Psychiatry Hum Dev*, 37; 115-132, 2006