

特集 双極スペクトラムを巡って

双極性障害と疾患喧伝 (disease mongering)

井原 裕

双極性障害がいきなり脚光を浴び始めたといっても、別に日本人が突然、躁うつ気分変動を呈し始めたわけではない。背景には、精神科医と製薬資本による「疾患喧伝」(disease mongering)がある。製薬会社のマーケティング戦略に精神科医たちがいとも簡単に踊らされてしまう点こそが、事態の本質なのである。

疾患喧伝とは、生理的な範囲の身体の不調を指して、「病気だ、病気だ」と騒ぎ立てて、やれ「医者にかかれ」だの「治療しないとまずい」だのとかまびすしく説いてまわることを用いる。製薬会社は医薬品の潜在的需要が、病気と健康の中間領域にあることを熟知している。そのため、巨大市場を求めて逆流性食道炎、過活動膀胱、脱毛症、勃起障害などの境界領域を狙い、研究開発費を上回る巨大な予算を広報活動に注入する。販売促進のための疾患啓発キャンペーンは、度が過ぎれば疾患喧伝と紙一重となり、こうして疾患イメージは増幅され、医者たちは無邪気にも踊り始める。この状況を見れば、ころある市民が「製薬会社と医者が結託して病気を作って一儲けしようとしている」と思ったとしても何ら不思議はない。

精神科医は、これまで疾患喧伝の扇動に従順であった。気分障害患者数が見かけ上の増加を始めたのは1999年。それは、富高(2009)も指摘するように、SSRIの本邦登場と一致する。製薬会社の疾患啓発にそそのかされた精神科医たちがよく考えもしないでSSRIを処方し、それに伴って保険病名「うつ病」を乱発したからであろう。そのほかにも、「注意欠陥多動性障害」(methylphenidate)、「社会不安障害」(SSRI)など、精神科医が情報操作にまんまと乗せられた例は枚挙にいとまがない。

今後、疾患喧伝の対象は双極性障害に移る。精神科医の多くが薬物療法以外の治療手段を考えられない現状は、危険である。私どもは歴史から教訓を得なければならない。

<索引用語：双極性障害、うつ病、疾患喧伝、製薬産業、感情調整剤>

1. はじめに

双極性障害がにわかに脚光を浴び始めた。日本人が突如として躁うつ気分変動を呈し始めたのであろうか。否、むしろ、真相は精神科医と製薬資本による「疾患喧伝」(disease mongering)にあり。製薬会社のマーケティング戦略に精神科医たちがいとも簡単に踊らされてしまう点に、事態の本質がある。

2. 「疾患喧伝」(disease mongering)

「疾患喧伝」とは英語の 'disease mongering'

の訳である。まだ、日本語の定訳はない。これまで私は仮に「病気喧伝」と呼んでいたが^{8,9)}、'disease awareness'を「疾患啓発」と呼ぶので、それに対応して「疾患喧伝」と呼ぶ方がいいかもしれない。

ここで 'disease' とは私どもにとっておなじみの英単語だが、もう1つの 'monger' はなじみがない。これは、「売り歩く」とか、「威勢よく掛け声をかけて売りさばく」といったニュアンスである。たとえば、'costermonger' (行商人)、'fishmonger' (魚行商) 'cheezemonger' (チーズ

屋)などの語がある。ただ、日本語でも「○○屋」ということばに多少とも侮蔑的な響きがあるように、英語の‘…monger’という言葉にも負のニュアンスが込められているようである。

そして、‘…monger’が商い以外の文脈で使用される時は、例外なく否定的な含意をはらんでくる。『ランダムハウス英語辞典』¹⁷⁾には、‘scandalmonger’, ‘sensationmonger’, ‘gossipmonger’, ‘rumormonger’などの語がある。ジャーナリズム関係者がセンセーショナルリズムを批判する文脈でこの語を用いてきたようである。

「疾患喧伝」(‘disease mongering’)とは、営利目的の疾患概念拡大である¹⁴⁾。些細な身体の不調を、本来それは生理的な範囲にすぎないかもしれないのに、ことさらにとりあげては、「病気だ、病気だ」と騒ぎ立てて、やれ「医者にかかれ」だの「治療しないとまずい」だのとかまびすしく説いてまわることをいう。代表的な疾患としては、逆流性食道炎、過活動膀胱、脱毛症、勃起障害、ムズムズ足症候群、月経前緊張症などがある。

たとえば、「逆流性食道炎」という病名に相当する病態があることは間違いない。しかし、要ほどの程度を病気とみなし、どの程度を見なさないかである。とりわけ、どの程度の重症度からが薬物療法の適用かは、慎重な判断を要する。普通の人のちょっとした胸やけをさして、「それは逆流性食道炎だ。まずいぞ、医者に診てもらえ。薬をちゃんと飲め」などと騒ぐ必要があるだろうか。

また、「過活動膀胱」も実在する病態である。とはいえ、その全例が薬物療法の対象というわけではないだろう。高齢者は皆、多かれ少なかれ、トイレが近いものであり、そのなかにはときには「間に合わない」場合もある。しかし、このような高齢者が全員薬物療法を受けなければならないわけではない。

一方、製薬会社は医薬品の潜在的需要が、病気と健康の中間領域にあることを熟知している。これらは、本来、「死に至る病」ではなく、医学的には急務の課題ではない。しかし、製薬会社は、市場が巨大だという理由で、くだんの境界領域に

狙いを定め、研究開発費を上回る莫大な予算を広報活動に投入する。販売促進のための疾患啓発キャンペーンは、度が過ぎれば疾患喧伝となり、こうして疾患イメージは拡大され、情報に振り回された医者たちは一斉に処方箋を書き始める。

本来、医療においては限りある資源をどう配分するかが問われる。しかし、疾患喧伝の結果、致死性が低く、医学的重大性は低いにもかかわらず、巨額の収益が見込まれるというそれだけの理由で、貴重な医療資源が投入されてしまう。この状況を見れば、こころある市民が「製薬会社と医者が結託して病気を作って一儲けしようとしている」と思ったとしても不思議はない。

3. 疾患喧伝と精神医学

医学全体を見渡してみても、およそ精神医学ぐらゐ疾患喧伝にもろい分野はない。私ども精神科医は、これまで製薬会社による情報操作に、いとも簡単に乗せられてきた。

製薬会社の医薬情報担当者(MR)は、私どもの教師ではない。しかし、彼らは、巧みな営業トークによって、いつの間にか、精神医学の「客員教授」のごとき地位を得ている。私どもは、気が付けば製薬会社に教えていただくような立場に成り下がり、教授の指導に従う研修医のように、MRの声に耳を傾け、薬剤のパンフレットを精神医学の教科書とみなすようになった。

たしかに、MRたちは、薬剤の情報提供と情報収集の一役を担い、高い倫理観を課せられた尊敬すべき存在である。しかし、一面では彼らはあくまで営利企業の営業職にすぎない。かつて、「プロパー」と呼ばれ、「宣伝マン」というニュアンスの‘propagandist’に出自を持つように、売り上げの伸長への本能的追求心を有している。彼らが第一に意識しているのは、ひとりひとりの患者さんの幸福ではなく、売り上げを示す折れ線グラフである。自社製品の推移をいかにして右肩上がりにするかがもっぱらの関心事であり、だからこそ熱心に病院に通い、あれやこれやの薬剤広告を医局に置いていくのである。

いかにして医師たちの行動を変えさせるか、それが彼らの腕の見せ所である。このようなMRにとって、いかなる診療科医師をおいても、もっとも御しやすい、もっとも愛すべき存在が、私どもも精神科医なのかもしれない。

精神医学における疾患喧伝のなかには、「内気」というひとつのキャラクターをあえて「社会不安障害」と呼んで、抗うつ薬を使わせようとしたり、落ち着きのないおちょこちょいの子どもたちを次々に「注意欠陥多動性障害」と診断して、methylphenidateを飲ませようとしたりなどいささか危険である。しかし、さいわいなことにこれらは、臨床医の自重もあって、本邦では大きな社会問題に発展していない。

本邦の精神科医が製薬会社の啓発活動に翻弄された好例としては、脳循環・代謝改善薬と抗うつ薬のケースがある。前者は、疾患喧伝とは正確には多少異なる問題だが、製薬会社の情報戦略が背後にある点は同じである。

4. 脳循環・代謝改善薬の経験

かつて、アバン、カラン、エレン、セレポート、ドラガノンなど数々の脳循環・代謝改善薬があった。製薬会社は、美しいパンフレットを何種類も作っては、「効くぞ、効くぞ」と私どもに吹き込んだ。それだけでなく、有名医師たちをそそのかしては、「痴呆（当時）の予防・改善効果」を謳い上げる論文を書かせて、日本中にばら撒いた。喧伝は成功し、日本中の精神科医たちが一度はこれらを熱心に使った。まもなく、これらは再評価の対象となり、「有用性なし」との結論で一瞬にして市場から消えた。みずからの目で効果を確認する能力がなく、製薬会社の暗示に翻弄されてきた私どもは、キツネにつままれたように立ちすくむだけであった。

私どもは、脳循環・代謝改善薬の際の経験から何かを学べるはずであった。製薬会社の情報には、それを素直に受け止めてはならない危険なものがある。処方最終責任は医師にあり、そうである以上MRの言葉を、もっと健全な懐疑をもって

聴いておけばよかった。

脳循環・代謝改善薬は、年間1300億円程度の市場規模であったといわれる¹⁾。これだけの医療費が効果のない薬剤に費やされてしまったことは、スキャンダルであった。そして、このような事態を招いたのは、まぎれもなく精神科医の責任であった。しかし、事後のさしたる検証は行われなかった。私どもは、この失敗から何かを学ぶところがついになかった。

5. うつ病・躁うつ病の増加と疾患啓発

厚生省がアバン、セレポート、エレンらの脳循環・代謝改善薬4成分の承認を取り消したのが1998年。そのわずか1年後、今度はうつ病、躁うつ病の総患者数が突如として急激な上昇を始めた。厚生労働省の「患者調査」によれば、「うつ病・躁うつ病」の総患者数は、1996年に43.3万人、1999年に44.1万人にすぎなかったのが、71.1万人（2002年）、92.4万人（2005年）、104.1万人（2008年）と1999年からの9年間で2.4倍に膨れ上がった。

このうつ病・躁うつ病患者数の見かけ上の増加は、富高¹⁹⁾も指摘するように、選択的セロトニン再取り込阻害剤（SSRI）の本邦登場と一致していた。Fluvoxamineの承認に端を発して、製薬会社は高額なSSRIの売り込みのために、熱心に疾患啓発を行った。そして、憂うつな人々を大挙して受診させ、精神科医をしてSSRIを処方させ、保険病名「うつ病」を乱発させた。結果として、抗うつ剤の市場規模（決算ベース）は、1998年の145億円から2006年には870億円に膨れ上がった⁵⁾。

2008年¹³⁾、2010年³⁾、連続して大規模なメタ分析論文が発表され、SSRIは最重症うつ病患者以外には、プラセボとの有意差なしとの結果が出た。諸外国のガイドラインでは、すでに軽症うつ病では薬物療法を第一選択から外している^{2,15,16,18)}。ここでも私どもは、効果のない薬剤のために膨大な処方箋を書いてきたのかもしれない。うつ病のケースは、製薬会社にとって疾患啓発の最大の成

功例であり、精神科医にとっては疾患喧伝に踊らされて喜劇を演じた典型例であった。

富高は、うつ病の増加における疾患啓発の影響について、豊富なデータをもとに説得力のある議論を展開した。富高は学会でこの問題を論じることなく、いきなり単行本を出して、直接輿論に問いかけたため、センセーションを巻き起こすとともに、批判も受けた。輿論を相手には是非を問う前に、専門家間で議論すべきだったのではないかとするのである。これに対し富高は、次のように述べた。

「専門家は業界の中にいるので、業界の利益に関わる問題を議論するのは難しいのかもしれない」と。

しかし、この指摘ほど厳しい学界批判はない。学界が自浄作用を失い、製薬会社とともに「業界の利益」だけのために動いている。したがって、学界で議論するのは無駄だから、直接、国民に語りかけたというのだから。

疑いようもない事実は、アカデミズムがうつ病の疾患啓発にはらまれる疾患喧伝の危険に無警戒であったということである。そして、うつ病臨床の混乱が社会問題となっても、依然として問題を精神医学内部に限定し、病型分類や診断の問題や治療薬アルゴリズムなどをめぐる「無難な」議論に終始した。1人の市井に隠れた賢人医師の指摘があり、それに良質の医療ジャーナリズムが呼応した。本邦でも、すでに疾患喧伝は医療ジャーナリズムの話題となっている²⁰⁾。今頃になって私ども専門家集団がこの問題を取り上げたのは、遅きに失したというべきかもしれない。

6. 双極性障害への抗精神病薬の適用拡大

2010年、イーライ・リリー社は、自社の抗精神病薬 Zyprexa (olanzapine) の「双極性障害における躁状態」への適用拡大とともに、精神医学各誌に疾患啓発広告を掲載した。たとえば、『精神科治療学』25巻11月号(2010年)88ページの広告によれば、大量の不要の品々を自室に陳列させている女性が登場。「あれもこれも買います

ぎてしまう。性格の問題じゃなかったんだ」とのキャッチコピーが踊っている。ここには、浪費癖のある人をあれもこれも医者にかからせて、双極性障害にしまい、薬の処方へと誘導しようという同社の意図がある。おりしも、同誌同月号の編集後記に、宮岡等編集委員による‘disease mongering’批判の意見が掲載されたときであった。

私は、直ちに e-mail で宮岡委員に連絡するとともに、イーライ・リリー社担当 MR を通して「この広告はお控えいただけないか」と要望した。「あれもこれもビョーキにしてしまう。マーケティングの問題だったんだ」とのパロディもつけた。同社は要望を受け入れ、広告からこのキャッチ・コピーを外してくれた。

ただし、会社による適用拡大は、それ自体、精神科医としては歓迎すべき点が多い。抗精神病薬は、非定型薬がでる前から、躁状態に使用されていた。オフラベルであるから、すべては暗数だが、臨床家の間では公然の秘密であった。実際、それは悪くない。たとえば、carbamazepine と比べれば重篤な血液障害、皮膚障害が少なく、sodium valproate の高アンモニア血症のような恐るべき副作用もない。高血糖という問題はあるが、これは carbamazepine, sodium valproate の上記副作用ほどには、対応に緊急性を要しない。精神科医にとって、抗精神病薬は効果も副作用も熟知している、まさに「自家薬籠中のもの」である。今回の適用拡大により、「統合失調症」という偽りの病名をつける必要がなくなった。それは明らかに同社の功績である。

競合他社も、本当は自社製抗精神病薬が躁状態に使用され、それによって収益を得ている事実を把握しているはずである。しかし適用拡大の努力をしていない。イーライ・リリー社だけが、そのような努力を敢行し、多額の費用を注ぎ込み、高いハードルを越えた。これによって躁状態に対して、オフラベルでなく使用し得る唯一の新規抗精神病薬が生まれた。そのことを私ども実地臨床家は評価している。そして、今後は、老年期精神医

学における認知症心理行動症状への適用拡大の努力もぜひとも行っていただきたいと思う^{7,10)}。

ただ、適用拡大への努力は歓迎すべきだが、それによって「眠っている需要を掘り起こす」という商業主義が頭をもたげてくるのなら、別問題である。

7. 問題は過剰診断ではなく過剰処方

神庭は、双極性障害の治療に関する文脈で、適切にも「過剰処方」と「過剰診断」とを論じわけている¹¹⁾。この区別は確かに重要である。前者には害がある。後者には、さしたる実害はない。問題の本質は、過剰処方であって、過剰診断ではない。過剰処方がなければ、過剰診断はさしたる問題になるはずがない。

たとえば、うつ病を考えてみよう。自殺者3万人のこの国において、「自殺念慮があるけれど、うつ病ではないから診ない」とするぐらいなら、うつ病と過剰診断してでも何らかの援助につなげたほうがいい。本来、「うつ病でなく適応障害(その他)と診断して、そのうえで診る」が正しいのだが、「うつ病」と診断しなければ治療を引き受ける意欲がわからないのなら、そう診断すればよい。実際、うつ病概念の広がり、それだけ幅広い自殺リスク層を精神科医の観察下に置くことになり、弊害よりも利益の方が大きい。

双極性障害においても、小さな気分変動の存在を見落とさないことは、援助の方法を考える上で意味がある。抗うつ薬の安易な投与に対する抑止力にもなる。万一、双極性障害と過剰診断しても、それによって気分変動を慎重にモニターしようという診療姿勢につながれば、患者にも資するところがある。直ちに強引な薬物療法と結びつけることをしなければ、ことは混乱しないはずである。

8. 疾患喧伝の責任は製薬会社ではなく 精神科医にある

製薬会社は、疾患啓発に対する批判には、回答を用意している。「私どもは、企業倫理コンプライアンスに則って疾患啓発を行っております。病

気かどうかを判断なさるのは、あくまでお医者さんです。先生方にはつねに適切な処方をお願い申し上げます」というものである。どの社のどのMRに尋ねても判で押したように同じ回答が返ってくる。これは、おそらくは、業界の統一見解であろう。

実際、本邦では患者に対する薬剤広告は許されていないが、疾患啓発は許可されている。それはルール内での広報活動である以上、私どもが批判すべきことではない。疾患啓発によって患者が受診してきたとき、薬剤を使うべきかどうかは、もっぱら精神科医の判断による。「薬は不要」と判断すれば、処方を控えればいいだけの話である。

ただ、疾患啓発広告のなかには、事実と違う、紛らわしい、誇大な表現もある。そこに疾患喧伝の危険を見出す責任は、私ども臨床家にある。向精神薬のいきすぎた疾患啓発に対して、適切な指導を行うことも私ども精神科医の役割であろう。

9. 製薬会社にとっての疾患啓発

ただ、製薬会社にとって、疾患啓発は慎重に行わなければ、自社のネガティブ・キャンペーンと化す。「ルール内でのプロモーションだ」との正論は、輿論を前にしては通用しない。

私ども精神科医の現今の診療レベルからすれば、疾患啓発は必然的に過剰処方へとつながる。不適切な処方早晩社会問題と化し、結果として、「製薬会社のせいでは患者は薬漬けにされる」かのようなイメージが定着する。もちろん、責任は製薬会社ではなく、精神科医にあるが、どうであれその結果、製薬会社のイメージはダウンする。私ども精神科医の思慮を欠いた処方によって、本来、健康企業である製薬会社が、あたかも薬害をまき散らす悪徳産業であるかのような誤解を与えてしまう。

国民の利益相反に向ける視線は厳しい。疾患啓発広告は、短期的に見れば薬剤消費量を増やし、製薬会社に一時的な利益を還元するであろう。しかし、長期的には、当該企業のイメージダウンという致命的な結果をもたらしかねない。信用とい

うものは、ひとたび失墜すれば、回復には長大な年月がかかる。製薬各社が短期的な利益のために、長期的な大損失をあえてひきうけるのは、賢明とはいえない。

10. 精神科医にとっての双極性障害

私ども精神科医には、薬を出す前にすることがある。そのためには、特別なことは何もいらぬ。精神療法のみといった技法も、精神病理の難しい理論も必要ない。平凡で、簡単で、常識的な療養指導をすれば十分である。

それは、生活習慣の是正である。気分の変動があるならば、その背後にかならず生活リズムの変動がある。睡眠の絶対量の不足、不安定な睡眠相、アルコール乱用、不規則な食事摂取などの生活習慣の乱れは、必然的に気分の変動をもたらす。「完全断酒、週50時間の睡眠、定時に起床」の3点だけでもまずは守らせてはどうか。それは、GoodwinとJamisonが提唱した「双極性障害の不安定仮説 (Instability Hypothesis)」⁶⁾にも適合し、Frankらによる「対人関係・社会リズム療法 (IPSRT)」⁴⁾にも通じる。

そして、向精神薬による治療は、双極I型障害(躁うつ病)に限定するのはどうであろうか。

11. おわりに

製薬会社のパンフレットは精神医学の教科書ではない。MRは私ども精神科医の教師ではない。彼らは、私どもに教える立場ではない。私どもが彼らに教える側である。しかし、同時に、私どもは、反薬物療法、反製薬会社の立場にたつこともできない。それこそ、精神医学の専門家として堅持すべき立場である。

前世期中葉に抗精神病薬が発明されて、統合失調症の患者さんの人生は劇的にかわった。やはり薬には意味はあった。薬とくれば十把一絡げに敵視するのは、短絡的である。しかし、うつ病に対する抗うつ薬については、統合失調症に対する抗精神病薬ほどには、患者さんに貢献していない。双極性障害に対する気分調整剤、抗精神病薬にし

ても同じ結果をたどろう。私ども精神科医の多くが薬物療法以外の治療手段を考えられない現状では、うつ病の混乱と同様の事態は避けられない。

私ども精神科医は、一方に統合失調症という難治疾患を抱えている。向精神薬なくしては仕事にならない。したがって、私どもは、依然、製薬会社と協力関係を続けていくであろう。しかし、その関係は、なれ合いであってはならない。「緊張感のある協力関係」でありたい。

「薬を出す以外に能がない!」、これが私ども精神科医に対する国民の評価である。「薬漬け」との批判は、薬物療法偏重の斯学の現状にかんがみれば、的確な批判である。「とりあえず薬を出す」という習慣が一番いけない。その前に適切な療養指導を行って、患者の生活習慣を変えていくことが必要であろう。

謝 辞

宮岡等先生、松本俊彦先生との討論から、多くの示唆を受けました。御礼申し上げます。

文 献

- 1) 朝日新聞：脳代謝剤4種「効果なし」。朝日新聞1998年4月18日朝刊、1998
- 2) Bauer, M., Bacher, T., Pfenning, A., et al.: World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders in primary care. The World Journal of Biological Psychiatry, 8 (2); 67-104, 2007
- 3) Fournier, J.C., DeRubeis, R.J., Hollon, S.D., et al.: Antidepressant drug effects and depression severity. A patient-level meta-analysis. JAMA, 303 (1); 47-53, 2010
- 4) Frank, E., Swartz, H.A., Kupfer, D.J.: Interpersonal and Social rhythm therapy: managing the chaos of bipolar disorder. Biol Psychiatry, 48; 593-604, 2000
- 5) グラクソ・スミスクライン株式会社: utsu.jp うつ病と不安の病気の情報サイト (<http://utsu.jp/>)
- 6) Goodwin, F., Jamison, K.: Manic-Depressive Illness. Oxford University Press, New York, 1990
- 7) 井原 裕: 総合病院精神医学における適用外処方

の倫理. 総合病院精神医学, 20 (3); 265-270, 2008

8) 井原 裕: 治さない—思春期臨床における「病気喧伝」の回避. 臨床精神医学, 39; 1577-1581, 2010

9) 井原 裕: 病気喧伝. こころの科学, 156; 21-27, 2011

10) Ihara, H., Arai, H.: The ethical dilemma associated with the off-label use of antipsychotic drugs for the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD). *Psychogeriatrics*, 8; 32-37, 2008

11) 神庭重信: 双極性障害の臨床について思うこと. 臨床精神医学, 40; 237-239, 2011

12) 厚生労働省: 平成20年患者調査(傷病分類編): 傷病別年次推移表 (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/sai-kin/hw/kanja/10syoubyo/suihyo18.html>)

13) Kirsch, I., Deacon, B.J., Huedo-Medina, T.B., et al.: Initial severity and antidepressant benefits: A meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Medicine*, 5; 250-268, 2008

14) Moynihan, R., Heath, I., Henry, D.: Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *British Medical Journal*, 324: 886-891, 2002

15) National Institute for Health and Clinical Excellence: The treatment and management of depression in adults (<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12329/45888/45888.pdf>)

16) Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guideline Team for Depression: Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of depression. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38; 389-407, 2004

17) 小学館: CD-ROM版ランダムハウス英語辞典 Version 1.50. 小学館, 東京, 2002

18) TMAP (Texas Medications Algorithm Project) Manuals and algorithms: Major depressive disorder nonpsychotic algorithm (http://www.dshs.state.tx.us/mhprograms/pdf/TIMA_MDD_MDDA1goOnly_080608.pdf)

19) 富高 辰一郎: なぜうつ病の人が増えたのか. 幻冬舎, 東京, 2009

20) 読売新聞: 「医師に相談を」広告が急増. 読売新聞 2010 (平成22年) 年9月4日 (土曜日) 朝刊, 13S, 社会面 気になる! p.33, 2010

Disease Mongering and Bipolar Disorder in Japan

Hiroshi IHARA

Department of Psychiatry, Dokkyo Koshigaya Hospital, Dokkyo Medical University

Frequently used in a pejorative sense, “disease mongering” connotes a widening of the diagnostic boundaries of illness. Pharmaceutical companies conduct disease awareness campaigns on the pretext of educating the public about the prevention of illness or the promotion of health. Encouraged by disease awareness advertisements, people gradually become filled with concern that they are ill and need medical treatment. As a result, pharmacotherapy is increasingly being applied to ever-milder conditions, leading to potentially unnecessary medication, wasted resources, and even adverse side effects.

Among all fields of clinical medicine, psychiatry is undoubtedly the most vulnerable to

the danger of disease mongering. In Japan, depression provides the most drastic example of the impact of disease awareness campaigns on the number of patients seeking treatment. Until the late 1990s, Japanese psychiatrists focused almost exclusively on psychosis and endogenous depression, the latter being severe enough to require conventional forms of antidepressants, known as tricyclic antidepressants, and even hospitalization. At this time, people's attitude toward depression was generally unfavorable. Indeed, the Japanese word for clinical depression, *utubyo*, has a negative connotation, implying severe mental illness.

This situation, however, changed immediately after fluvoxamine (Luvox-Fujisawa, Depromel-Meiji Seika), the first selective serotonin re-uptake inhibitor (SSRI) to receive approval in Japan, was introduced in 1999. In order to aid the drug's acceptance by the Japanese public, pharmaceutical companies began using the catchphrase *kokoro no kaze*, which literally means "a cold of the soul". Thus armed with this phrase, the pharmaceutical industry embarked on a campaign to lessen the stigma surrounding depression. According to national data from the Ministry of Health and Welfare, the number of patients with a diagnosis of mood disorder increased from 327,000 in 1999 to 591,600 in 2003. At the same time, antidepressant sales have sextupled, from ¥14.5 billion in 1998 to ¥87 billion in 2006, according to statistics from GlaxoSmithKline.

Recently, the pharmaceutical industry has shifted its focus from depression to bipolar disorder. Historically, Japanese psychiatrists have been familiar with Emil Kraepelin's "manic depressive insanity" (1899), whose definition was much narrower than that of its contemporary counterpart, bipolar disorder. Thus far, perhaps due partly to the reference in Kraepelin's definition of "manic depressive" disorder, Japanese psychiatrists have rather conservatively prescribed mood stabilizers for persons with frequent mood swings.

Japanese psychiatrists can learn a great deal from their experience with the aggressive marketing of antidepressants. In the case of depression, over-medication arguably did more harm than good. The same risk exists with bipolar disorder. Disease mongering may occur whenever the interests of a pharmaceutical company exceed the expected benefits from the proposed pharmacotherapy on those affected by the putative bipolar disorder. In cases that are not severe enough for aggressive medication, psychiatrists should propose natural alternatives, such as an alteration of lifestyle and psychotherapy.

<Author's abstract>

<Key words: bipolar disorder, depression, disease mongering, pharmaceutical industry, mood stabilizer>
