

## 「大うつ病性障害」ができるまで —— DSM-III以前の「うつ病」(内因性抑うつ)と 現代の「うつ病」(大うつ病性障害)の関係——

大前 晋

Susumu Ohmae : The Difference between Depression and Melancholia :  
Two Distinct Conditions that were Combined into a Single Category in DSM-III

「大うつ病性障害」診断基準の構築過程を振り返ったうえで、現状の問題点を整理する。

Hamiltonによれば、抑うつという言葉には、①誰でも体験する悲しみの状態、②尋常でない気分だが、日常経験における悲しみ、不幸、みじめさと本質的には同じ状態、③日常経験の悲しみとは質が違い、いかなる手段や体験をもってしても喜びを経験できない状態という3つの意味がある。本稿では①を「悲しみ」、②を「デプレッション」、③を「うつ病」として訳し分ける。大雑把に言えば、デプレッションは神経症性抑うつ、うつ病は内因性抑うつと呼ばれた概念にほぼ相当する。

デプレッションは躁うつ病とは無関係に、非精神科医の外来診療から発生したが、うつ病は、躁うつ病の軽症形態として発生した。デプレッションでは薬物療法は対症療法だが、うつ病では薬物療法が治療の主体となる。デプレッションの人に共感と励ましは有効だが、うつ病の人を励ますのは的はずれである。

DSM-IIIの起源、Feighner基準のそのまた起源であるCassidy基準には、現代の操作的診断基準の考えかたと、診断項目のほとんどがあった。DSM-IIIの「メジャー・デプレッション」の必須症状は、デプレッションを指示する「ディスフォリックな気分」と、うつ病を指示する「興味あるいは喜びの喪失」が“or”条件として設定されたので、デプレッションとうつ病は、まとめて1つのカテゴリーに仕立て上げられた。

大うつ病性障害では、デプレッションとうつ病を一括してしまったために、精神療法、薬物療法ともに臨床研究のエビデンスが弱いものしか得られず、個々の症例に対する治療指針に応用しがたい。双極性と単極性の二分法は、当初は躁うつ病とうつ病にまつわる分類だったが、デプレッションにも適用されるようになった結果、双極性障害治療のエビデンスや双極性抑うつ研究も、大うつ病性障害と同様の経過をたどることが懸念される。

〈索引用語：うつ病、操作的診断基準、大うつ病性障害、デプレッション、DSM-III〉

### はじめに

「うつ病」をDSM-IV-TR<sup>6)</sup>の「大うつ病性障害」と等価とみなすならば、「うつ病の人を励ましてはならない」という格言は、すべてのテキストから消去されなければならない。

太田ら<sup>7)</sup>が注目したように、Hamilton<sup>3)</sup>によ

れば、抑うつ (depression)\*<sup>1</sup> という言葉は、3つの異なった流儀で使われている。それは、以下のようなものである。

①日常会話における抑うつは、誰でも体験する悲しみ (sadness) の状態をいう。それは、大切なものを喪失したとき、たとえば近い家族を

著者所属：虎の門病院精神科，Department of Psychiatry, Toranomon Hospital

受理日：2012年4月7日

亡くしたときに経験される。

②精神科領域では、抑うつは尋常でない気分のことを意味する。尋常でないといっても、日常経験における悲しみ、不幸 (unhappiness)、みじめさ (misery) と本質的には同じである\*2。

③精神科領域でもうひとつ、日常経験の悲しみとは質の違う特徴的な状態を、抑うつということがある。この質とは、いかなる手段や体験をもってしても喜び (pleasure) を経験できなくなること [アンヘドニア (anhedonia)<sup>18,101</sup>] と関係がある。患者は自らの気分が正常な経験と違うことをわかっているが、その経験をメタファーでしか述べることができない\*3。

本稿では抑うつについて便宜的に、①を「悲しみ」、②を「デプレッション」、③を「うつ病」として訳し分ける。DSM-III<sup>3)</sup>以前は、英語圏の論文で“depression”といえは②を、日本語の論文で「うつ病」といえは③を指すことが多かったからだ。大雑把にいえば、デプレッションは神経症性抑うつ (neurotic depression)、うつ病は内因性抑うつ (endogenous depression) [あるいは躁うつ病 (manic-depressive illness) の抑うつ、メランコリア (melancholia) など] と呼ばれた概念にほぼ相当する。しかし「神経症性」「内因性」ともにその意味するところは多岐にわたる<sup>7,11,56,61</sup>ため、これまでの神経症性抑うつと内因性抑うつの関係にまつわる議論のほとんどが、すれ違いのまま終わってしまった<sup>7,73</sup>。このことを踏まえ、本稿では「神経症性」「内因性」の術語はできるだけ用いない。

②と③を足しあわせたものが、DSM-IV-TR

の「大うつ病性障害 (major depressive disorder)」である。双極性/単極性の二分法は、ほんらい③を「躁うつ病」と「うつ病」に分けるためのもので、②に適用してはいけない<sup>75</sup>。気分変調性障害 (dysthymic disorder) と気分循環性障害 (cyclothymic disorder) の問題は、①と②の境界づけにまつわる問題である。

“major depressive disorder”を「大うつ病性障害」と訳したために、いま日本語で「うつ病」というと、従来のように③だけを指すのか、それとも「大うつ病性障害」すなわち②と③を足したものを指すのかが、わからなくなってしまった\*4。近年「うつ病の増加」が話題になっているが、それは単に「うつ病」の定義が広がったためという可能性を否定できない。

本稿では「デプレッション」と「うつ病」の違いについて紹介したうえで、DSM-III「メジャー・デプレッション (major depression)」<sup>5)</sup>の成立過程と以後のDSM改訂を検討し、現代の「うつ病関連病態」にまつわる概念の混乱を整理する。

## I. 英語でいうデプレッションと 日本語でいううつ病のちがいを

デプレッションとうつ病では、起源も病態心理も治療法も違う。

### 1. デプレッションの起源

— デプレッションは、Kraepelinの躁うつ病と無関係に発生した

英語で「デプレッション」とは、ものごとが押し下げられた状態をいう。そこに「精神の」や

\*1 本稿では、depressionの包括的な訳語として「抑うつ」を用いる。抑うつ「抑」に、depressionという意味が含まれているからである。

\*2 Hamilton<sup>36)</sup>は、①と違って②では、判断力の乱れがしばしば観察されるという。ただし彼は、「尋常でない/尋常な」の鑑別は、いくつかのクライテリアによって定義できるような簡単なものではないとも論じている。

\*3 Schulte<sup>96)</sup>は、メランコリーの人が《健康な周囲の人々にいくらかでも自分を理解してもらいたいときに、とりうる方法は、「悲しい (traurig)」という手近なメタファーを応用するほかはまずないだろう》と論じている。

\*4 この問題意識について、松浪ら<sup>66)</sup>が理論的な視点から詳細に検討している。

\*5 RDC (研究用診断基準 Research Diagnostic Criteria)<sup>102,104)</sup>は大うつ病性障害、DSM-III<sup>3)</sup>とIII-R<sup>4)</sup>はメジャー・デプレッション、DSM-IV<sup>5)</sup>とIV-TR<sup>6)</sup>はふたたび大うつ病性障害となる。

「病気」, 「障害」という意味はない。気分の抑うつだけでなく、経済的な不況や気象の低気圧もデプレッションという。「グレイト・デプレッション」は「大恐慌」である。

デプレッションは、19世紀末の米国において Kraepelin の躁うつ病<sup>62,111)</sup>とは無関係に発生した。すなわちデプレッションは神経医 (neurologist) や一般医 (general physician) が、神経衰弱 (neurasthenia), 精神衰弱 (psychasthenia), 神経質 (nervousness), 神経症 (neurosis) などの診断のもとで往診やオフィスで診療し、躁うつ病は、精神科医が精神科病院で管理していた<sup>20,85,97)</sup>。デプレッションはたいてい、休息療法 (rest cure)<sup>65)</sup>と簡便な対話療法 (talk therapy), そして薬物療法の折衷で治療されてきた<sup>20)</sup>。

デプレッションの薬物療法は、1929年の大恐慌のち1930年代の復興期にはデプレッションとして amphetamin が<sup>71,87,88)</sup>、第二次大戦後、Auden<sup>12)</sup>の長篇詩 (1947) と東西冷戦に象徴される「不安の時代 (the Age of Anxiety)」<sup>47,109)</sup>には神経症性不安の病理として meprobamate (1950年代) や benzodiazepine 系 (1970年代) などの抗不安薬が<sup>6)</sup>、東西冷戦が終結に向かいだした1980年代後半からは選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI) などの新規抗うつ薬が処方された<sup>30,40,99,109)</sup>。この現代を「デプレッションの時代」<sup>19,45,48)</sup>と称する向きもある。

従来の米国でいうデプレッションは、診断というより状態像であり、疾患カテゴリーとして定着したのは、1980年のDSM-III以降である。Amphetamin が処方された時代に、デプレッションは診断として扱われることもあったが、これは例外的な事態である<sup>\*7)</sup>。

## 2. うつ病の起源——うつ病は Kraepelin の躁うつ病に起源し、三環系抗うつ薬 (TCA) の普及とともに広まった

日本語で「うつ」とは、草木などが密に生い茂っているさまをいい、転じて、にぎわっている、繁盛しているという意味をもつこともある<sup>100)</sup>。しいて英語に訳せば、“dense”あるいは“thick”であって、少なくとも“depression”ではない。

デプレッションと違い、うつ病は Kraepelin の躁うつ病を経由している。したがって、うつ病の疾患カテゴリー性は当初から確立されている。

DSM-III以前の日本でいう「うつ病」の起源は、平沢<sup>41)</sup>による1959年の総説である<sup>\*8)</sup>。タイミングよくその年に、はじめてのTCAである imipramine が日本でも発売され、「うつ病」をタイトルに冠した論文が増えはじめた。平沢による一連のうつ病研究は、1966年「軽症うつ病の臨床と予後」<sup>42)</sup>というモノグラフにまとめられた。

平沢のいう軽症うつ病は、のちの笠原・木村分

\*6 米国では、三環系抗うつ薬 (TCA) はおもに精神科病院の入院例で使用され、一般医の外来では、抗コリン作用などの有害作用が嫌われて、ほとんど使用されなかった<sup>112)</sup>。

\*7 診断としてのデプレッションは、1934年から1935年ころの Anthonisen<sup>10)</sup>の「生活経験の一部としてのデプレッション」、Kimberly<sup>55)</sup>の「精神神経症性デプレッション」などにみることができる。これらは総合医学雑誌 JAMA に掲載された。これらから、デプレッションという診断には、精神科医ではなく一般医、そして軽症というだけでなく、生活経験上の悩み、神経症という含みがあることがわかる。

Anthonisen の「生活経験の一部としてのデプレッション」とは、いわゆる「新型うつ病」<sup>74)</sup>と、オーバーラップする病態である。もとより適応に困難をきたしている人が多く、入院すると、社会的な責任から逃れられるので、すみやかに軽快する。しかし病院の外の状況には対処できないままなので、環境が根本的に変化しない限り、入院し続ける。軽快のきっかけは、配偶者と仲直りする、医師の助言を得て将来のプランを練り直す、友人からの経済的援助を受けることなどである。

\*8 1900年代前半50年の日本の文献に「うつ病」という診断はみられない<sup>42)</sup>。「躁鬱病」「循環病」の「鬱状態」、あるいは「激越性鬱病」「妄想型鬱病」のように、漢字で修飾語の付されたものしかなく、「内因性鬱病」という呼びかたすら、ほとんど見当たらない。漢字の「鬱病」は1955年<sup>106)</sup>にみられるが、以後しばらくは使われていない。

類 I 型<sup>51)</sup>の原型である。この日本の従来臨床における「うつ病」は、躁うつ病の抑うつ状態と本質的には同じだが、入院の必要はなく、軽躁状態もふくめて外来で治療できる。いわゆるテレンバツハのメランコリー型、下田の執着性格という、几帳面で責任感が強く良心的なパーソナリティと関連がある。笠原・木村分類では TCA が有効という特徴も数えられた。

### 3. デプレッションの心理——デプレッションは、基本的にストレス反応である

デプレッションの心理は、悲しみの感情、憂うつな気分、いらいらした不機嫌な情緒、易刺激性などにあり、DSM-IV-TR「大うつ病性エピソード」診断基準 A 1「抑うつ気分」に相当する。たいていは誘発イベント、すなわち喪失体験、経済上の困難、仕事や家庭環境によるストレスなどのあとからやってくる（抑うつ反応）<sup>31,63)</sup>。その一方で、慢性的に不機嫌な状態が持続しており、誘発イベントがはっきりしないこともある（神経症性抑うつ）<sup>11)</sup>。

デプレッションでは、うつ病と違って気分の反応性が保たれており、悩みが解決すれば気分はよくなるし、家族や友人から励ましをうければ勇気づけられるし、いい音楽やいい映画を観れば感動できるし、スポーツに打ち込んだりすれば気分転換ができる。

われわれはみな、多かれ少なかれ悲しみとともに生きているし、その程度が高じればデプレッションとなる。

### 4. うつ病の心理——うつ病の心理は、ストレスと直接の関係はない

うつ病の気分もいやなものだが、デプレッションとはまったく違う。音楽にたとえれば、デプレッションは悲しみの短調であってもハーモニーは保たれているが、うつ病においてはチューニングが合っておらず、響きが濁っている。うつ病においては、誘発イベントの有無は問われない。うつ病はつらいことや悲しいことのあとに続くことも

あるし、そうでないこともある。喜ばしい出来事のあとに起こることすらある。

Hamilton<sup>36)</sup>がアンヘドニアと表現したように、うつ病では気分がポジティブな出来事に対して反応せず<sup>56,92)</sup>、つらいことや悲しいことが解決しても、うつ病が改善することはない<sup>93,94)</sup>。うつ病では気分がポジティブな出来事だけでなく、ネガティブな出来事に対しても反応できない、という事態に注目した概念が Schulte の「悲哀不能 (Nichttraurigseinkönnen)」<sup>95,96)</sup>であり、軽症から中等症うつ病に対する精神療法の手掛かりとして重要な概念である。

この「気分の非反応性」は、デプレッションとうつ病の鑑別上もっとも重要な指標であり、これは DSM-IV-TR「大うつ病性エピソード」診断基準 A 2「興味・喜びの著明な減退」に相当する。ただし厳密に言えば、「興味・喜びの著明な減退」ではなく、「喜びの喪失」とより狭く定義されねばならない。このことについては IV 章にて詳述する。

### 5. デプレッションの治療——薬物療法よりも、精神療法が大事である

デプレッションとうつ病では、どちらも薬物療法が有効だが、使い方が違う。

デプレッションでは、薬物は対症療法の役割を果たすが、ストレスや悩みのもとを解消してくれるわけではない。薬物療法でつらさをやわらげながら、状況の改善をはかっていく、あるいは時間の流れを味方につけて好転を待つことが、治療目標となる。慢性的な士気の低下 (demoralization) に対して、またそれを予防するために、精神療法が有効である<sup>26,27)</sup>。

### 6. うつ病の治療——励ましてはいけないうつ病である

うつ病は、医学的な病因はいまだ不明だが、治療法は確立されている。一定の期間がたてば自然回復するし、抗うつ薬<sup>56,64)</sup>や電気けいれん療法 (ECT)<sup>108)</sup>が有効である。慢性的な士気の低下を



防ぐために、精神療法的な手立てが有効なのはデプレッションと同じだが、精神的な働きかけによつてうつ病自体が改善するわけではない<sup>93,96</sup>。

Schulte<sup>96</sup>の指摘にあるように、うつ病の人を、「がんばれ」と励ますのは的はずれである。以前にくらべて、仕事の質や量が落ちたとしても、それは努力不足ではなくて病気のため、すなわち骨折に気づかずサッカーをしているようなものだからだ。さらに、「がんばれ」ということばは、「今のままでは不十分だ」という意味をもっている。だから、たとえ善意からのことばであったとしても、患者をおとしめていることになってしまう。

## 7. まとめ

デプレッションは、Kraepelinの躁うつ病とは無関係に、非精神科医の外来診療から発生したが、うつ病は、躁うつ病の軽症形態として発生した。デプレッションは日常生活の悲しみの延長にあるが、うつ病は日常の悲しみとは質が違う。デプレッションは、悩みが解決すれば改善するが、うつ病は悩みが解決しても改善しない。デプレッションでは薬物療法は対症療法だが、うつ病では薬物療法が治療の主体となる。デプレッションの人に共感と励ましは有効だが、うつ病の人を励ますのは的はずれである。

## II. 「ディメンジョンとカテゴリー」と「単一論と二分論」

Hamilton<sup>36</sup>にとって、①「悲しみ」②「デプレッション」③「うつ病」という3通りの抑うつは、1つのディメンジョンと1つのカテゴリーで構成されている。すなわち、①日常の悲しみと②病院を訪れるデプレッションは、症状学的には同じ重症度と持続性だけが違う1つのディメンジョンを、③うつ病は、日常の悲しみとは質が違う1つのカテゴリーを構成する。これはSchneider<sup>94</sup>、Weitbrecht<sup>113</sup>らに代表される、DSM-III以前のドイツや日本の古典的な精神医学にとって暗黙の了解だった。

DSM-III以前の米国では、「3通りの抑うつ①

②③は、重症度が違うだけで本質的には同じである」という単一ディメンジョン論が優勢だった。Meyer<sup>69</sup>は、日常生活の心理と精神疾患の心理は本質的には同じであり、「日常生活の問題を理解するために精神医学が寄与できる」と主張した<sup>85,87</sup>。Meyerの思想は、第二次大戦後W.C. Menninger<sup>68</sup>による《(神経症は)急性の情緒的ストレス下にある市民をまれならず襲う》との講演や、K.Menningerら<sup>67</sup>による《あらゆる形態の精神の病いは本質的には同じであり、違うのは量である》という単一精神病観、そしてGrinker<sup>32</sup>による《(二分論は)遺伝対養育、還元主義対人間主義というコンセプトの再来である》という二分論批判によって支持された。

DSM-IIIからIV-TRは、HamiltonともMeyerとも違い、①悲しみという1つのディメンジョンと、②デプレッションと③うつ病は本質的に同じ大うつ病性障害という1つのカテゴリーを構成する(②デプレッションの重いものが③うつ病である)という理論を採用している。大うつ病性障害において軽症、中等症、重症の区別が設けられているのは、単一論の痕跡といえる。さらに、悲しみと大うつ病性障害(デプレッションとうつ病)を分類する目安も、症状の質的な違いではなく、量的な違い(9項目中5項目以上)に求められている。

筆者は、抑うつ「単一論と二分論」では、うつ病をデプレッションから独立したカテゴリーとして認めない立場(Meyer, DSM)を単一論、認める立場を二分論(Hamilton)と規定する<sup>73</sup>。デプレッションでもうつ病でも表面にあらわれる抑うつ症状に本質的な違いはないとするのが単一論で、デプレッションとうつ病は精神症状の質的な違いをもって鑑別できるとするのが二分論である\*9。米国では、つねに単一論が優勢である<sup>118</sup>。

## III. DSM-IIIの起源、Feighner基準 ——精神分析、精神力動理論と 神経症診断を追放せよ

Spitzerは、DSM-II (1968)<sup>2</sup>でなく、操作的

診断基準の嚆矢である Feighner 基準 (1972)<sup>24)</sup> を参照して RDC を作成し (1975 年発表<sup>102)</sup>, 1978 年までに改訂<sup>104)</sup>, DSM-III に到達した。

### 1. DSM-III の思想

— 神経症を追放するためには、DSM-II よりも Feighner 基準が使いやすい

DSM (1952)<sup>1)</sup> と DSM-II は、抑うつ分類について、精神病性の「躁うつ反応 (manic depressive reaction) (DSM), 躁うつ病 (manic depressive illness) (DSM-II)」と、神経症性の「抑うつ反応 (depressive reaction) (DSM), 抑うつ神経症 (depressive neurosis) (DSM-II)」というように、表面的には二分論を採用していた<sup>\*10</sup>。ただしこの基盤には、やはり単一論があった。すなわち DSM-II でいう躁うつ病は Kraepelin のいう躁うつ病に相応するが、抑うつ神経症にはデプレッションだけでなく、うつ病に相応する病態も実質的には含まれていた<sup>11)</sup>。

Spitzer は、それまで米国を支配していた精神分析学あるいは精神力動論<sup>33)</sup> を排除すべく、「神経症」という診断を消去し、理論と無関係な atheoretical 診断基準を採用せねばならないと考えた<sup>13,61,105,116)</sup>。Spitzer にとって疾患カテゴリーとは、攻撃性の内向や自己尊敬の低下<sup>28,86)</sup>、あるいは不安に対する防衛<sup>2)</sup> などの雲をつかむようなコンセプトではなく、Feighner 基準のように、患者から直接語られる症状をもとに構成されねばならなかった。これは評価者間信頼性を確保するた

めでもある。結果として Spitzer は、DSM-II の抑うつ神経症を、大うつ病性障害と気分変調症性障害という 2 つのカテゴリーへ解消した<sup>\*11</sup>。

### 2. Feighner 基準の起源, Cassidy 基準

— 現代の診断基準は 1957 年にほとんど完成していた

Feighner らの操作的診断基準のテンプレートは、1957 年に発表された Cassidy ら<sup>21)</sup> の基準までさかのぼることができる。Cassidy らは躁うつ病 (manic-depressive disease) の入院 248 例のうち、重症度の高い 100 例を選択し、身体疾患をもつ入院 50 例をコントロール群として、診断基準を作成した。科学哲学者 Hempel<sup>39)</sup> が、操作主義を米国の精神科医に紹介する 2 年前のことである<sup>\*12</sup>。

Cassidy 基準から Feighner 基準, RDC を経て DSM-III, III-R, IV, IV-TR にいたるまでの大うつ病性障害あるいはメジャー・デプレッション診断基準の変遷を表示した (表)<sup>\*13</sup>。1957 年の段階で、現在の大うつ病性障害に相応する診断基準は、ほぼ完成していた。

### 3. Cassidy 基準の問題

— 現代とは用途が違うし、操作主義に則しているかも心もとない

診断基準の変遷以前に、基準の使用目的に大きな違いがあったことを見逃してはならない。すなわち Cassidy 基準は、入院が必要な躁うつ病の

\*9 単一論者たちにとって、「内因性」「メランコリー性」は「重症」という意味をもつ。二分論者たちは、軽症の病態でもデプレッションとうつ病 (「軽症内因性抑うつ」あるいは「軽症メランコリー」) を鑑別すべきであると主張する。

\*10 DSM と DSM-II には、他にもいくつかの関連診断が存在するが、混乱をさけるため、本稿ではこれ以上論じない。

\*11 DSM-III において、気分変調症性障害に括弧つきで「あるいは抑うつ神経症」と記されている (DSM-IV で消去された) ため、気分変調症性障害と抑うつ神経症は等価のように思われることが多い。しかし DSM-III 感情障害分類の途中経過報告 (1977) で Spitzer ら<sup>103)</sup> は、抑うつ神経症は単極性うつ病性障害 (unipolar depressive disorder, のちのメジャー・デプレッションあるいは大うつ病性障害), 小うつ病性障害 (minor depressive disorder, のちの気分変調症性障害), 慢性間欠性うつ病性障害 (chronic and intermittent depressive disorder, DSM-III では不採用) の 3 カテゴリーに分けられる、と記している。

\*12 Guze<sup>35)</sup> によれば、操作的診断の思想は Robins によって紹介された。Hempel ではない。Cassidy の共著者の 1 人、Cohen は、Robins の師の 1 人である。

\*13 Kendler ら<sup>53)</sup> による表を参考として、DSM-III を視点の中心において再構成した。

表 大うつ病性障害あるいはメジャー・デプレッション診断基準の歴史の変遷

診断基準 出版年	Cassidy, et al. <sup>21)</sup> 1957	Feighner, et al. <sup>24)</sup> 1972	RDC 1st ed. <sup>102)</sup> 1975	RDC rev ed. <sup>104)</sup> 1978	DSM-III <sup>3)</sup> 1980	DSM-III-R <sup>4)</sup> 1987	DSM-IV(-TR) <sup>5,6)</sup> 1994(2000)
必須項目	A 気分の変化	A ディスフォリックな気分	→ A	→ A	→ A	A 1 抑うつ気分	→ A 1
				A 興味あるいは喜びの喪失(B 5から格上げ) ※ディスフォリックな気分とは“or”条件	→ A →	A 2 興味あるいは喜びの著明な減退 ※A1 抑うつ気分とは“or”条件	→ A 2 →
任意項目	B 2 食欲低下 B 8 体重減少	B 1 食欲低下あるいは体重減少	B 1 食欲低下あるいは体重減少, または食欲増進あるいは体重増加	→ B 1	→ B 1	→ A 3	→ A 3
	B 4 不眠	B 2 不眠あるいは過眠	→ B 2	→ B 2	→ B 2	→ A 4	→ A 4
	B 1 思考遅滞 B10 手を固く握りしめる, 歩き回る, 過度に喋る, 切迫した訴え	B 4 焦燥あるいは遅滞	B 4 精神運動性の焦燥あるいは遅滞	→ B 4	→ B 3	→ A 5	→ A 5
	B 9 性的関心の減退	B 5 興味の喪失あるいは性欲減退	B 5 興味あるいは喜びの喪失, または性的欲求の減退	→ B 5 (A と重複)	→ B 4 (A と重複)	→消去 (A 2 との重複を解消)	
	B 5 疲労感	B 3 エネルギーの喪失, 疲労	→ B 3	→ B 3	→ B 5	→ A 6	→ A 6
		B 6 自己非難あるいは罪業感	→ B 6	→ B 6	B 6 無価値観, 自己非難あるいは罪責感	→ A 7	→ A 7
	B 6 集中力の喪失	B 7 思考力あるいは集中力の喪失	B 7 思考力あるいは集中力の減退	→ B 7	→ B 7	→ A 8	→ A 8
	B 7 自殺念慮	B 8 死や自殺を反復して考える, あるいは死にたいと考える	→ B 8	→ B 8	→ B 8	→ A 9	→ A 9
	B 3 便秘	→消去					
	診断に必要な項目数	11項目中7項目	確実な: 9項目中6項目/ほぼ確実な: 9項目中5項目	→	→ ※興味あるいは喜びの喪失は, 2項目相当	9項目中5項目 →	9項目中5項目 ※興味あるいは喜びの著明な減退は1項目
診断に必要な期間	制約なし	1ヶ月以上	確実な: 2週間以上/ほぼ確実な: 1週間以上	→	2週間以上	→	→
対象患者	入院患者	入院外来の区別なし	→	→	→	→	→
その他基準			助けを求める	→	→消去		
分類その他		一次性及び二次性 <sup>註1)</sup>	→消去	→	診断ヒエラルキーの設定 <sup>註2)</sup>	診断ヒエラルキーの消去 comorbidity <sup>註3)</sup>	→ →
							苦痛あるいは機能障害
双極性障害との関係							一部が双極II型障害へ移行 <sup>註4)</sup>

註1: Feighner 基準では, 感情障害と神経症の両方の基準を満たす場合, 経時的に感情障害が先行した場合は一次性抑うつ, 神経症が先行した場合は二次性抑うつと診断する。  
 註2: DSM-IIIでは, メジャー・デプレッションと不安障害の両方の基準を満たす場合, メジャー・デプレッションの診断が優先されて, 不安障害の診断はつけられない。  
 註3: DSM-III-Rからは, メジャー・デプレッションと不安障害の診断ヒエラルキーは消去され, comorbidity として両方の診断がつけられることになった。  
 註4: DSM-III-Rの双極性障害は, DSM-IVではそのまま双極I型障害となり, DSM-III-Rのメジャー・デプレッションは, DSM-IVで, 大うつ病性障害と双極II型障害に分割された。

重症例を、身体疾患のために入院している人から鑑別するために創られたものであって、現在のよように、健康な人から、軽症の大うつ病性障害を鑑別するために創られたものではない。用途が変わったというのに、基準はほとんど変わっていない。これは問題である。

さらに、これらの診断基準が科学的な意味で操作主義に基づくといいよいかは心もとない。ほんらい操作主義とは、たとえば H<sub>2</sub>O の融点における水銀柱の高さを 0°C、沸点における水銀柱の高さを 100°C ととりきめ、高さの差を 100 等分したうえで、水銀柱が示す目盛りの値を媒介として温度を測定する操作のことをいう<sup>39)</sup>。

厳密な操作主義を精神医学的診断に応用したとすれば、DSM-IV-TR でいえば、精神的に完全に健康な状態を 0 項目、大うつ病性障害の最重症の状態を 9 項目と設定して、5 項目を大うつ病性障害の閾値と設定したことになる。しかし水銀柱とは違って、9 項目が 9 等分を保証する基盤がない。たとえば健康な人でもありえる疲労感 (A 6) も、重症のうつ病にしかみられない罪業感<sup>113)</sup> (A 7) も同じ 1 項目とされる。これは等分ではない。腋下体温 37°C 以上を発熱と診断するのは操作的診断といえても、大うつ病性障害は、同じ意味で操作主義に基づいているとはいえない。診断閾値を論ずる以前の問題である。

#### 4. デプレッションとうつ病は症状学的には区別できない

——しかし、診断学的には区別せよ

Cassidy らが重症の入院症例を対象としたのに対し、Feighner らは、入院だけでなく外来症例も対象とし、従来の抑うつ神経症を感情障害（躁うつ病）の抑うつ診断に加えることにした。そのために、入院例には必要がなかった罹病期間の閾値を 1 ヶ月以上と設定した。

Feighner らは、デプレッションとうつ病を症状学的に区別しなかったが、家族集積性や予後予測、そして治療指針という観点から、何らかの区別が必要なことは認識していた。そこで彼らは経過像を考慮にいれて、一次性 (primary) と二次性 (secondary) という分類をとりいれた<sup>89,90)</sup>。感情障害と神経症の基準を同時に満たしていても、時系列的に感情障害が神経症より先行していれば一次性抑うつ（うつ病）、神経症が感情障害より先行していれば二次性抑うつ（デプレッション）と、違う診断がくだされる。

#### 5. まとめ

DSM-III 作成にあたって Spitzer は、神経症診断を消去するために Feighner 基準を参照した。Feighner 基準の起源である Cassidy 基準には、現代の操作的診断基準の考えかたと、診断項目のほとんどがあった。しかし、これらが科学的な意味で操作主義に則しているかは、疑問である。ただし Feighner らは、一次性対二次性という経時的な指標を採用することで、デプレッションとうつ病の区別をこころみた。

### IV. Feighner 基準から RDC を経て

#### DSM-III, III-R, IV, そして IV-TR へ

Spitzer は、大うつ病性障害あるいはメジャー・デプレッションの診断閾値を引き下げたうえで、デプレッションとうつ病を単一のカテゴリーに仕立て上げた。

#### 1. 大うつ病性障害あるいはメジャー・デプレッションの診断閾値を引き下げよ<sup>\*14</sup>

診断閾値は着実に下げられていった。Feighner 基準と RDC は、確実な definite 診断のために 9 項目中 6 項目、ほぼ確実な probable 診断のために 9 項目中 5 項目、DSM-III は、9 項目中 5

<sup>\*14</sup> Andreasen<sup>7)</sup>は、Feighner 基準と RDC について、「これらのシステムは、抑うつ症状について、指定された（たいてい 5 か 6）項目が、指定された期間（たいてい 2 週間から 4 週間）の存在を要求することによって、抑うつ概念を狭めようとするものである」と説明している。当時の米国におけるデプレッションがいかに広がったかを窺わせる。



項目とした(表)。この閾値の設定は、科学的にも経験的にも根拠を欠く<sup>52)</sup>。

さらに診断に必要な期間は、Feighner らでは1ヶ月、RDCでは確実な診断のために2週間、ほぼ確実な診断のために1週間を設定し、DSM-IIIは2週間を採用した。この期間の設定も、科学的にも経験的にも根拠を欠く<sup>52)</sup>。

2. Feighner らの必須A項目「ディスフォリックな気分」は、日常の悲しみの延長にある。Feighner らは、必須A項目に「ディスフォリックな気分 (dysphoric mood)」として、抑うつ (depressed)、悲しい (sad)、ブルー (blue)、落胆 (despondent)、絶望 (hopeless)、意気消沈 (down in the dumps)、いらいら (irritable)、恐ろしい (fearful)、心配 (worried) あるいは、がっかり (discouraged) を挙げた。ディスフォリックという言葉はあまり日常的ではないが、その意味はうつ病性の異質な気分ではなく、日常の悲しみの延長をあらわす<sup>\*15)</sup>。Schulte のいう喜ぶことも悲しむこともできない中核的なうつ病<sup>95,96)</sup>は、一次性抑うつと診断されない。

### 3. デプレッションとうつ病を足しあわせる ——「興味と喜びの喪失」の格上げ

Spitzer ら<sup>104)</sup>はRDC改訂の際に、それまで必須でなかったB5「いつもの活動に興味あるいは喜びを喪失する、または性的欲求の減退」を、「全般的な興味あるいは喜びの喪失」として必須A項目に格上げし、従来からの「ディスフォリックな気分」との“or”条件に設定した。しかも、B5を消去せずに残したため、「興味あるいは喜びの喪失」には実質2項目分の重みづけがされた。Spitzer らが参照したのは、Klein<sup>56)</sup>の「内因

性形態の抑うつ (endogenomorphic depression)」(TCAが効果をあらわす抑うつとして構成された概念であり、結果としてうつ病と等価である)である。その診断指標は「興味・喜びの喪失」、具体的には《喜びを体験したり、喜びを期待して感情的に反応したりする能力が全般的に障害をこうむっている、それは痛切であり反応性がない》と規定されている。Kleinは、この概念を構成するにあたって、ドイツの精神病理学の影響を受けていない。精神病理学者 Jaspers, Schneider らと精神薬理学者 Klein は、違うルートを取りながらも同じ頂上に到達した<sup>59),\*16)</sup>。

「興味と喜びの喪失」の格上げによって、うつ病はデプレッションとあわせて大うつ病性障害に算入された。Spitzer にとって「内因性」という術語は、病因を示唆するという理由で、「神経症性」と同様に排除されなければならない。そこで Spitzer らは、(神経症性)デプレッションと(内因性)うつ病を1つのカテゴリーにまとめることによって、「神経症性」「内因性」いずれの術語も診断カテゴリーから締め出した。

Spitzer はさらに、Feighner らによる一次性対二次性の分類を捨て去り<sup>105)</sup>、そのかわりに感情障害と不安障害に診断上のヒエラルキーを設定し、両方の基準を満たす場合は感情障害の診断にプライオリティを与えた<sup>3,34)</sup>。しかし彼はDSM-III-Rで、このヒエラルキーを捨て、comorbidityとして感情障害と不安障害の共存を許容した<sup>4,34)</sup>。

### 4. アンヘドニア (興味・喜びの喪失) の再検討 ——狩猟の喜びと祝宴の喜びを区別せよ のちに Klein<sup>57,58)</sup>はアンヘドニアには2段階あることを指摘した。「狩猟の喜びと祝宴の喜び」、すなわち興味をもって物事を追求する欲求行動の

\*15 ドイツ語圏でディスフォリー (Dysphorie) は、うつ病、すなわち通常ならば楽しいはずの経験に反応しない状態とは異なった症状として、意識的に用いられることが多い<sup>17,37,84)</sup>。

\*16 Klein<sup>56)</sup>の指摘した「興味、喜びの喪失」は、《それは痛切であり反応がない》との表現から、Jaspers<sup>49)</sup>のいう「感情喪失に対する感情 (Gefühl der Gefühllosigkeit)」を想起させる。Jaspers を経て Schneider が循環病のうつ状態、すなわちうつ病の症状論を完成させ [生氣的悲哀感 (vitale Traurigkeit)<sup>92,94)</sup>を症状とする生氣的抑うつ (vitale Depression)<sup>114)</sup>]、この病態に対する imipramine の効果を Kuhn<sup>64)</sup>が発見した、という事情がこの推測を裏づける。

喜び (appetitive pleasure) の喪失と、性的興奮、食べる喜び、睡眠の喜びといった完了行動の喜び (consummatory pleasure) の喪失とである。TCA は欲求行動のアンヘドニアには無効であり、完了行動のアンヘドニアに効果をあらわす。そして欲求行動のアンヘドニアに対してはモノアミン酸化酵素阻害薬 (MAOI) あるいは amphetamine が有効である<sup>\*17</sup>。

すなわち TCA の有効な病態は、アンヘドニアのなかでも「興味の喪失」ではなく「喜びの喪失」であり、アンヘドニアを DSM-III のように「興味・喜びの喪失」とまとめてしまうと、臨床的な有用性が大幅に減じてしまう。Snaith<sup>101)</sup> は、興味が持続していても喜びが喪失される例を挙げているし、ニューロサイエンスの領域でも、DSM の診断基準が、動機づけの減退と喜びの体験の減少を区別していないことに批判的である<sup>110)</sup>。

### 5. DSM-III 「メランコリアを伴う」

——この概念に注目する者はいなかった

Spitzer ら<sup>104)</sup> は 1978 年に、「内因性形態」を RDC の以後の版では採用するだろうと宣言し、1980 年の DSM-III では大うつ病性エピソードの下位分類として「メランコリアを伴う」を採用した。そこでは Klein の研究を踏まえて、《すべての、あるいはほとんどすべての活動において喜びが喪失される、いつもなら喜ばしいはずの刺激に反応できない<sup>9)</sup>》と、「喜びの喪失」すなわち完了行動の喜びの喪失に限定して必須症状を設けた。

DSM-III 「メランコリアを伴う」の改訂版といえる DSM-IV-TR 「メランコリー型の特徴」はほとんど注目されず<sup>105)</sup>、解説文では重症、入院という単一論の余波が見てとれる<sup>9)</sup>。Klein は不

満を隠さず、DSM-III-R への改訂の際 Spitzer に《相対的に自律的な抑うつ (筆者註：うつ病) と相対的に反応的な抑うつ (筆者註：デプレッション) の区別は著しく重要であり、来たる DSM-III-R に組み込まれなければならない<sup>107)</sup>》と伝えた。

### 6. DSM-III-R, DSM-IV, DSM-IV-TR

DSM-III-R の改訂は、先述の comorbidity 問題以外は些細なものにすぎない。「ディスフォリックな気分」を「抑うつ気分」とあらため、「興味・喜びの喪失」を「著明な減退」と緩めるかわりに<sup>\*18</sup>、2 項目の重みを解消して 1 項目とした。DSM-IV では《症状群は、社会的、職業的、あるいは他の重要な領域で、臨床的に明らかな苦痛あるいは機能障害をきたしている》という基準が加えられたが、ほとんど注目されない<sup>\*19</sup>。

むしろ DSM-IV の変化で大きなものは、DSM-III-R のメジャー・デプレッションのうち、軽躁状態をあわせもつものを、双極 II 型障害として双極性障害のカテゴリーに移しかえたことである。このことによってデプレッション (かつての抑うつ神経症) の一部は、双極性障害のカテゴリーに入りこんだ。

さらに DSM-IV では、昏迷や激越などを伴う大うつ病に対して、「緊張病性の特徴」という特定用語が採用された。これは benzodiazepine 系薬剤および ECT の特徴的な効果を示唆する概念であり、Fink による長年の臨床研究に基づく主張が採用されたものである<sup>25)</sup>。

### 7. まとめ

DSM-III の「メジャー・デプレッション」は、デプレッションとうつ病をまとめて 1 つのカテゴリーに仕立てたものである。Feighner 基準では、

\*17 実際に Skinner の理論によって条件づけされたラットのデプレッションに amphetamine は有効だったが、amitriptyline は無効だった。いったん抗うつ薬として断念された amitriptyline は、imipramine の発見後見直され、ヒトに使用されることとなった<sup>88)</sup>。

\*18 ただし、診断基準のなかでも「喪失」と「著明な減退」が混着して使用されている。

\*19 診断基準を狭めるために設けられたと思われる。しかし皮肉にも、この基準が診断閾値引き下げのために利用されることがある。閾値下にある人でも苦痛や機能障害を持つならば、障害と見なすべきというのが根拠である<sup>50)</sup>。

デプレッションとうつ病の分類が試みられたが、RDCとDSM-IIIでは、あらためて1つのカテゴリーにまとめられた。9項目のうち何項目、あるいは何週間が必要かという診断閾値は下げられていったが、その根拠は乏しい。アンヘドニアはうつ病をデプレッションから鑑別するうえで鍵となる指標だが、そのためには「興味あるいは喜びの喪失」でなく「喜びの喪失」に限定しなければならない。DSM-III-R以後の改訂は、comorbidityというコンセプトの採用以外に大きな変化はない。ただDSM-IVからは、うつ病の一部とデプレッションの一部が、双極II型障害のカテゴリーに移しかえられ、あらたに「緊張病性の特徴」という特定用語が採用された。

#### V. DSM-III から現代まで——大うつ病性障害増加の大部分はデプレッションの増加による

1980年代後半から、メジャー・デプレッションあるいは大うつ病性障害の罹病率は尋常でない上昇をとげた。米国では、1987年と1997年のあいだにデプレッション（大うつ病性障害、気分変調症性障害、特定不能のうつ病性障害）で外来治療を受けた患者は一般人口100人あたり0.73人から2.33人へと3倍以上に増え<sup>72)</sup>、2001年から2003年にかけて一般人口9,282人について、大うつ病性障害の12ヶ月間有病率が6.7%、気分障害全般は9.5%だった<sup>54)</sup>。WHOによれば、デプレッションは2020年までに、世界中の障害の原因として虚血性心疾患に次いで第2位を占めるだろうと推測されている<sup>70)</sup>。

この増加の背景には、1980年代後半からのSSRIのマーケティング戦略、1990年後半の米国食品医薬局（FDA）による消費者直接（DTC）広告の解禁など医療外の理由があるのは確かである<sup>19,30,34,40,43,44,99,109)</sup>。しかし、「大うつ病性障害」という診断カテゴリー自体が、この増加を許容するように構成されているのも確かである<sup>47,48)</sup>。

大うつ病性障害の増加は、通常デプレッションの増加として説明される。いわゆる「悲しみの喪失 (loss of sadness)」<sup>46)</sup>、すなわち日常生活上の

悲しみをデプレッションに数え入れることによって、大うつ病性障害が増加する。

「大うつ病性障害」が、自ら医療を求めない一般人口にも多く見出される理由は、おもに2つ挙げられる。第一は、大うつ病性障害診断基準を構成する9項目に、疾患特異性のある症状が何ひとつなく、閾値の設定も根拠に乏しい<sup>52)</sup>ことである。

第二は、大うつ病性障害からは、死別反応だけを例外として病因論が排除されているため、日常的なストレス反応が容易に大うつ病性障害として診断されてしまうことである<sup>34,45~48)</sup>。すなわち、貧困、政治的迫害などの社会的問題や、健康問題、失業、失恋、夫婦間葛藤などの個人的問題などに続く悲しみの反応の少なからずが、診断閾値を越えて大うつ病性障害と診断される。Kleinman<sup>60)</sup>は《こういった問題は地域集団の道徳、宗教そして政治上の布置と結合しており、精神医学のカテゴリーとは関係ない》と論じている。

その一方で、従来日本のうつ病について信頼性のあるデータが皆無といってよい現状では、うつ病が増加したかどうかについては、何ともいえない。

#### VI. 大うつ病性障害の問題点

1. デプレッションとうつ病を分類しないと、治療方針が立てられない

I章で論じたように、デプレッションとうつ病では治療原理が違うので、大うつ病性障害という包括的なカテゴリーを用いて臨床試験を行っても、実りのあるデータが得られない。

Beck<sup>15)</sup>は教科書の初版（1967）で、《認知精神療法のおもな適応は抑うつが終結した時期である》、《私は、あるタイプの抑うつ患者には、抑うつの中でも認知精神療法が有効なことも発見した；それは一般的に、内因性抑うつ（筆者註：うつ病）ではなく反応性抑うつ（デプレッション）に分類されるケースである》といい、実際に、抑うつに対する認知療法の初期の臨床試験は、DSM-IIの抑うつ神経症の症例に対して行っていた<sup>91)</sup>。しかし教科書の第2版（2009）でBeckら<sup>16)</sup>は、治療適応の範囲に関する記述を、すべ

て削除した\*<sup>20</sup>。

薬物療法にも同様の問題がある。「大うつ病性障害」を用いたエビデンスのメタ解析によれば、SSRIとTCAの反応率はともに54%（16,000例以上、150の臨床試験）だが、SSRI対プラセボでは51%対32%（10,000例以上、81の臨床試験）とmoderateな差にとどまる<sup>115</sup>。このプラセボの高い反応率は、「大うつ病性障害」のもとに日常の悲しみがリクルートされている可能性を強く示唆している。さらにこの（寛解率ではなく）反応率51%あるいは54%という低い水準を根拠として、薬物の臨床的有用性を主張することは困難である。

## 2. 双極性障害と単極性抑うつ病の分類は、

ほんらい躁うつ病とうつ病の分類である

双極性障害と単極性抑うつ病の分類は、ほんらい入院症例に関するもの、すなわち躁うつ病と（重症単極性）うつ病の分類であって、デプレッションはすべて単極性抑うつに組み込まなければならない<sup>75</sup>。また、双極II型障害も、当初は入院症例すなわち重症うつ病の患者について提案されたカテゴリーである<sup>22</sup>。

ところがDSM-IVの双極II型障害では重症抑うつと軽躁の組み合わせだけでなく、軽症抑うつと軽躁の組み合わせも許容したため、そこには多数のデプレッション患者が算入されることになった。近年気分障害の治療研究は、双極性障害と大うつ病性障害の鑑別を強調するものが多いが、どちらのカテゴリーにもデプレッションとうつ病がまじりあっているため、得られたデータの有用性に疑問がある。大うつ病性障害の薬物療法研究と

同様に、弱いエビデンスしか得られないことが懸念される。

Taylorら<sup>108</sup>によれば、双極性障害と単極性うつ病を分ける根拠はいまだに十分でない。この二分法は確立されたものではなく、根拠づける研究を引き続き必要としている。

## 3. 双極性抑うつ bipolar depression の問題 ——デプレッションとうつ病を鑑別している可能性

近年さかんな双極性抑うつ病の研究<sup>23</sup>は、デプレッションからうつ病を分離しようとする研究とオーバーラップしている可能性がある<sup>77</sup>。躁うつ病と（単極性）うつ病の違いよりも、躁うつ病とうつ病をあわせた抑うつと、デプレッションの抑うつとの違いの方がはるかに大きいことは、Perris<sup>83</sup>がはじめから指摘していた。

米国ではlithiumが効くということが、双極性障害の疾患カテゴリー性を保証するというように、漠然と信じられている<sup>38</sup>。単極性抑うつ病のほとんどを占めるデプレッションにはlithiumが効かないからだ<sup>98</sup>。しかしAngst<sup>8</sup>もPerris<sup>81</sup>もWinokurら<sup>117</sup>も、双極性障害と単極性抑うつを分類する根拠は家系研究にあり、薬物療法の効果になかったことは覚えておくべきだろう<sup>75</sup>、<sup>21</sup>。Angst<sup>8</sup>とPerrisら<sup>82</sup>はともに、抑うつに対するTCAの効果は双極性でも単極性でも変わらないと論じていた\*<sup>22</sup>。さらにAngst<sup>9</sup>は、ECTやTCAなどの身体的治療によって躁転のリスクが高まるというエビデンスはとくに認められない、と「現代の常識」に反した結論に達している。根拠となったのは、1920年から1980年までにZürich大

\*<sup>20</sup> Parkerら<sup>78,79</sup>は認知行動療法と対人関係療法の治療効果に関する文献のメタ解析のうえ、これらの抑うつ急性期に対する特異的治療効果は確立されていないと結論づけている。

\*<sup>21</sup> 彼らの分類は、以下の実証データに根拠づけられている。Angst<sup>8</sup>は双極性障害の親と同胞に双極性障害と単極性抑うつを認めたが、単極性抑うつ病の親同胞には単極性抑うつしか認めなかった；Perris<sup>81</sup>は双極性障害の親同胞には双極性障害、単極性抑うつ病の親同胞には単極性抑うつのみを認めた；Winokurら<sup>117</sup>は、2世代にわたる感情障害の家族歴をもつ発端者の14.3%に躁状態の入院歴を認めたが、家族歴のない発端者の3.1%にしか躁状態の入院歴を認めなかった（ $p < 0.003$ ）。

\*<sup>22</sup> Winokurら<sup>117</sup>は薬物療法について言及していない。



学病院に入院した抑うつ 908 例の病歴だった\*<sup>23</sup>。

#### 4. まとめ

大うつ病性障害では、デプレッションとうつ病を一括してしまったために、精神療法、薬物療法ともに臨床研究のエビデンスが弱いものしか得られず、個々の症例に対する治療指針に応用しがたい。双極性と単極性の二分法は、当初は躁うつ病とうつ病にまつわる分類だったが、デプレッションにも適用されるようになった結果、双極性障害治療のエビデンスや双極性抑うつ研究も、大うつ病性障害と同様の経過をたどることが懸念される。

#### おわりに

Beard<sup>14)</sup>の神経衰弱発、抑うつ神経症経由の米国の「デプレッション」と、Kraepelinの躁うつ病発、Schneider, 平沢経由の日本の「うつ病」が、現代の「大うつ病性障害」に統一される経過を追い、その結果生じた問題点を吟味した。あわせて操作的診断基準の問題点を検討した。

「大うつ病性障害」の臨床研究は、治療指針として応用するには不十分なエビデンスしか提供できず、この問題は、双極性抑うつ概念をもってしても、解消は期待しがたい。双極スペクトラム研究の限界についても、筆者は以前に指摘した<sup>75)</sup>。

米国精神医学誌 2010 年 6 月号に、論説「メランコリアはいずこへ? (Whither melancholia?)」<sup>80)</sup>が掲載された。治療にあたって、精神療法や新規抗うつ薬でなく、TCA や ECT がプライオリティをもつ「メランコリア」診断を、DSM-5 に組み込むよう勧告している。この「メランコリア」は、本稿でいううつ病と交換可能な術語である。著者は、Parker, Klein, Fink, Taylor, Healy など錚々たる顔ぶれで、意外にも Akiskal や Spitzer までが名をつらねている。

米国でこの病態、つまり従来日本の「うつ病」を「デプレッション」と呼ぶことは、彼らにとつ

て考えられないようだ。たしかに本稿で行ったような、「デプレッション」と「うつ病」という使い分けは、現場をさらに混乱させる可能性があり、また翻訳上の問題がある。ただし「メランコリア」ではやはり、「重症・入院」というふくみから自由になることは難しい。軽躁病 (hypomania) にならって軽症うつ病は、1896 年に Ziehen<sup>119,120)</sup> が提案したように“hypomelancholia”と訳するのが適当かもしれない。

近年の気分障害研究は隆盛を迎えているが、基礎方面はともかく、臨床に与えるインパクトは、imipramine<sup>64)</sup> や lithim<sup>98)</sup> など薬物療法の発見、双極性障害と単極性抑うつの二分法<sup>8,81,117)</sup> に匹敵するブレイクスルーは得られていない。これらはいずれも DSM-III 以前の出来事である。さらに、現在の大うつ病性障害概念の限界が明らかとなりつつある。日本では、DSM-III 以前の「うつ病」すなわち軽症内因性抑うつは忘れられつつあるが、再評価のときが来つつあるのかもしれない。

この総説の前半は、第 8 回日本うつ病学会総会 (2011 年 7 月 1 日) にて発表した。

本稿の受理後に、黒木俊秀: DSM と現代の精神医学—どこから来て、どこに向かうのか。専門医のための精神科リュミエール 30: 精神医学の思想 (神庭重信, 松下正明責任編集)。中山書店, 東京, p.123-136, 2012 が出版された。本来は本稿で触れるべき論文であるため、ここで紹介する。

#### 文 献

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1952
- 2) American Psychiatric Association: DSM-II: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2nd ed.). American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1968
- 3) American Psychiatric Association: DSM-III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

\*<sup>23</sup> ただし Angst のデータは複数の解釈が可能であり、Goodwin ら<sup>29)</sup> は同じデータを根拠として、ECT と TCA の導入によって躁転率は顕著に上昇しているという、Angst とは逆の結論を呈示している。

(3rd ed.). American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1980

4) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed.-Revised): DSM-III-R. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1987 (高橋三郎, 花田耕一ほか訳: DSM-III-R 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 1988)

5) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; 4th ed.: DSM-IV. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1994 (高橋三郎, 大野裕ほか訳: DSM-IV 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 1996)

6) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; 4th ed.: Text Revision: DSM-IV-TR. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 2000 (高橋三郎, 大野裕ほか訳: DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 2002)

7) Andreasen, N.C.: Concepts, diagnosis and classification. Handbook of Affective Disorders (ed. by Paykel, E.). The Guilford Press, New York, p.24-44, 1982

8) Angst, J.: Zur Ätiologie und Nosologie endogener depressiver Psychosen. Eine genetische, soziologische und klinische Studie. Springer, Berlin, 1966

9) Angst, J.: Switch from depression to mania - a record study over decades between 1920 and 1982. Psychopathology, 18; 140-154, 1985

10) Anthonisen, N.L.: Depression as a part of a life experience: A study of forty consecutive cases. J Am Med Assoc, 105; 1249-1252, 1935

11) Ascher, E.: A criticism of the concept of neurotic depression. Am J Psychiatry, 108; 901-908, 1952

12) Auden, W.H.: The Age of Anxiety: A Baroque Eclogue (1947) (ed. by Jacobs, A.). Princeton University Press, Princeton, 2011 (大橋 勇, 木村博雄ほか訳: 不安の時代: バロック風田園詩. 国文社, 東京, 1993)

13) Bayer, R., Spitzer, R.L.: Neurosis, psychodynamics, and DSM-III. A history of the controversy. Arch Gen Psychiatry, 42; 187-196, 1985

14) Beard, G.: Practical Treatise on Nervous Exhaustion (Neurasthenia): Its Symptoms, Nature, Sequences, and Treatment, 3rd ed. E.B. Treat, New York, 1894

15) Beck, A.T.: Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects. Harper & Row, New York, 1967

16) Beck, A.T., Alford, B.A.: Depression: Cause and Treatment, 2nd ed. University of Pennsylvania Press, Philadelphia, 2009

17) Berner, P., Musalek, M., Walter, H.: Psychopathological concepts of dysphoria. Psychopathology, 20; 93-100, 1987

18) Berrios, G.E., Olivares, J.M.: The anhedonias: a conceptual history. Hist Psychiatry, 6; 453-470, 1995

19) Blazer, D.G.: The Age of Melancholy: "Major Depression" and Its Social Origins. Routledge, New York, 2005

20) Callahan, C.M., Berrios, G.E.: Reinventing Depression: A History of the Treatment of Depression in Primary Care 1940-2004. Oxford University Press, Oxford, 2005

21) Cassidy, W.L., Flanagan, N.B., Spellman, M., et al.: Clinical observations in manic-depressive disease; a quantitative study of one hundred manic-depressive patients and fifty medically sick controls. J Am Med Assoc, 164; 1535-1546, 1957

22) Dunner, D.L., Gershon, E.S., Goodwin, F.K.: Heritable factors in the severity of affective illness. Biol Psychiatry, 11; 31-42, 1976

23) El-Mallakh, R.S., Ghaemi, N.S. (eds.): Bipolar Depression: A Comprehensive Guide. American Psychiatric Publishing, Washington, D.C., 2006

24) Feighner, J.P., Robins, E., Guze, S.B., et al.: Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Arch Gen Psychiatry, 26; 57-63, 1972

25) Fink, M.: Catatonia. DSM-IV Sourcebook Volume 2 (ed. by Widiger, T.A., Frances, A.J., et al.). American Psychiatric Association, Washington, D.C., p. 181-192, 1996

26) Frank, J.D.: Psychotherapy: The restoration of morale. Am J Psychiatry, 131; 271-274, 1974

27) Frank, J.D., Frank, J.B.: Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy, 3rd ed.

The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1991 (杉原保史訳：説得と治療：心理療法の共通要因。金剛出版，東京，2007)

28) Freud, S.: Trauer und Melancholie. Internationale Zeitschrift für Ärztliche Psychoanalyse, 4; 288-301, 1918

29) Goodwin, F.K., Jamison, K.R.: Manic-depressive Illness. Bipolar Disorders and Recurrent Depression, 2nd ed. Oxford University Press, New York, 2007

30) Greenberg, G.: Manufacturing Depression: The Secret History of a Modern Disease. Simon & Schuster, New York, 2010 (柴田裕之訳：「うつ」がこの世にある理由——作られた病の知られざる真実。河出書房新社，東京，2011)

31) Grinker, R.R., Spiegel, J.P.: Men Under Stress. Blakiston, Philadelphia, 1945

32) Grinker, R.R. Sr.: The phenomena of depression. Recent Advance in the Psychobiology of the Depressive Illnesses: Proceedings of a Workshop Sponsored by the Clinical Research Branch Division of the Extramural Research Programs National Institute of Mental Health: Hosted by the College of William and Mary in Virginia Williamsburg, Virginia: April 30 through May 2, 1969 (ed. by Williams, T.A., Katz, M.M., et al.). DHEW Publication, Washington, D.C., p.295-297, 1972

33) Grob, G.N.: Origins of DSM-I: a study in appearance and reality. Am J Psychiatry, 148; 421-431, 1991

34) Grob, G.N., Horwitz, A.V.: Diagnosis, Therapy and Evidence: Conundrums in Modern American Medicine. Rutgers University Press, New Brunswick, 2010

35) Guze, S.: The neo-Kraepelinian revolution. The Psychopharmacologists III (interviews with Healy, D.). Arnold, London, p.395-414, 2000

36) Hamilton, M.: Mood disorders: clinical features. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 5th ed. (ed. by Kaplan, H.I., Sadock, B.J.). Williams & Wilkins, Baltimore, p.892-913, 1989

37) Haring, C., Leickert, K.H.: Wörterbuch der Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete. Schattauer, Stuttgart, 1968

38) Healy, D.: Mania: A Short History of Bipolar

Disorder. The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 2008

39) Hempel, C.G.: Paper delivered by Carl G. Hempel. Morning Session: Introduction to Problems of Taxonomy (presid. by Reid, D.B., discus. by Stengel, E. et al., summary by Lausen, J.A.). Field Studies in the Mental Disorders: Proceedings of the Work Conference on Problems in Field Studies in the Mental Disorders, February 15-19, 1959, under the Auspices of the American Psychopathological Association, Supported by U.S.P.H.S. Grant No. 3M-9146, National Institute of Mental Health (ed. by Zubin, J.). Grune & Stratton, New York, p.3-50, 1961

40) Herzberg, D.: Happy Pills in America: From Miltown to Prozac. The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 2009

41) 平沢 一：うつ病の臨床精神医学的研究の現況 (1945-1958)。精神医学, 1; 211-223, 1959

42) 平澤 一：軽症うつ病の臨床と予後。医学書院，東京，1966

43) Hirshbein, L.D.: Science, gender, and the emergence of depression in American psychiatry, 1952-1980. J Hist Med Allied Sci, 61; 187-216, 2006

44) Hirshbein, L.D.: American Melancholy: Constructions of Depression in the Twentieth Century. Rutgers University Press, New Brunswick, 2009

45) Horwitz, A.V., Wakefield, J.C.: The age of depression. The Public Interest, 158; 39-58, 2005

46) Horwitz, A.V., Wakefield, J.C.: The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder. Oxford University Press, Oxford, 2007 (伊藤和子訳：それは「うつ」ではない——どんな悲しみも「うつ」にされてしまう理由。阪急コミュニケーションズ，東京，2011)

47) Horwitz, A.V.: How an age of anxiety became an age of depression. Milbank Q, 88; 112-138, 2010

48) Horwitz, A.V.: Creating an age of depression: The social construction and consequences of the major depression diagnosis. Society and Mental Health, 1; 41-54, 2011

49) Jaspers, K.: Allgemeine Psychopathologie: Ein Leitfadens für Studierende, Ärzte und Psychologen. Springer, Berlin, 1913 (西丸四方訳：精神病理学原論。みすず書房，東京，1971)

- 50) Judd, L.L., Akiskal, H.S.: Delineating the longitudinal structure of depressive illness: beyond clinical subtypes and duration thresholds. *Pharmacopsychiatry*, 33; 3-7, 2000
- 51) 笠原 嘉, 木村 敏: うつ状態の臨床的分類に関する研究. *精神経誌*, 77; 715-735, 1975
- 52) Kendler, K.S., Gardner, C.O.Jr.: Boundaries of major depression: an evaluation of DSM-IV criteria. *Am J Psychiatry*, 155; 172-177, 1998
- 53) Kendler, K.S., Muñoz, R.A., Murphy, G.: The development of the Feighner criteria: a historical perspective. *Am J Psychiatry*, 167; 134-142, 2010
- 54) Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O., et al.: Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62; 617-627, 2005
- 55) Kimberly, C.H.: The psychoneurotic depression. *J Am Med Assoc*, 107; 1112-1114, 1936
- 56) Klein, D.F.: Endogenomorphic depression: a conceptual and terminological revision. *Arch Gen Psychiatry*, 31; 447-454, 1974
- 57) Klein, D.F., Gittelman, R., Quitkin, F., et al.: *Diagnosis and Drug Treatment of Psychiatric Disorders: Adult and Children*, 2nd ed. Williams and Wilkins, Baltimore, 1980
- 58) Klein, D.F.: Depression and anhedonia. *Anhedonia and Affect Deficit State* (ed. by Clark, D.C., Fawcett, J.). PMA Publishing, New York, p.1-14, 1987
- 59) Klein, D.: Reaction patterns psychotropic drugs and the discovery of panic disorder. *The Psychopharmacologists* (interviews with Healy, D.). Chapman and Hall, London, p.329-352, 1996
- 60) Kleinman, A.: *Rethinking Psychiatry: From Cultural Category to Personal Experience*. The Free Press, New York, 1988 (江口重幸, 下地明友ほか訳: *精神医学を再考する——疾患カテゴリーから個人的経験へ*. みすず書房, 東京, 2012)
- 61) Klerman, G.L., Endicott, J., Spitzer, R., et al.: Neurotic depressions: a systematic analysis of multiple criteria and meanings. *Am J Psychiatry*, 136; 57-61, 1979
- 62) Kraepelin, E.: *Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, 8. Aufl., III. Band, *Klinische Psychiatrie*, II. Teil. Barth, Leipzig, 1913 (西丸四方, 西丸甫夫訳: *精神分裂病. 躁うつ病とてんかん*. みすず書房, 東京, 1986)
- 63) Kral, V.A.: Psychiatric observations under severe chronic stress. *Am J Psychiatry*, 108; 185-192, 1951
- 64) Kuhn, R.: Über die Behandlung depressiver Zustände mit einem Iminodibenzylderivat (G 22355). *Schweiz Med Wochenschr*, 87; 1135-1140, 1957
- 65) Martin, D.: The rest cure revisited. *Am J Psychiatry*, 164; 737-738, 2007
- 66) 松浪克文, 上瀬大樹: うつ病臨床にみる操作的診断の功罪. *精神療法*, 37; 556-564, 2011
- 67) Menninger, K., Mayman, M., Pruyser, P.: *The Vital Balance: The Life Process in Mental Health & Illness*. The Viking Press, New York, 1963
- 68) Menninger, W.C.: The problems of the neurotic patient. *Ann Intern Med*, 27; 487-493, 1947
- 69) Meyer, A.: The contributions of psychiatry to the understanding of life problems (1921). *The Commonsense Psychiatry of Dr. Adolf Meyer: Fifty-two Selected Papers*, Edited, with Biographical Narrative, Reprint Edition (ed. by Lief, A.). Arno Press, New York, p.1-15, 1973
- 70) Murray, C.J.L., Lopez, A.D. (eds.): *Summary: Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*. Harvard School of Public Health, Massachusetts, 1996
- 71) Myerson, A.: Effect of Benzedrine sulfate on mood and fatigue in normal and in neurotic persons. *Arch Neurol Psychiatry*, 36; 816-822, 1936
- 72) Olfson, M., Marcus, S.C., Druss, B., et al.: National trends in the outpatient treatment of depression. *JAMA*, 287; 203-209, 2002
- 73) 大前 晋: 「軽症内因性うつ病」の発見とその現代的意義——うつ病態分類をめぐる単一論と二分論の論争, 1926-1957年の英国を中心に——. *精神経誌*, 111; 486-501, 2009
- 74) 大前 晋: 若い世代のうつ病——新型うつ病と軽症双極性障害. *分子精神医学*, 10; 230-232, 2010
- 75) 大前 晋: 双極スペクトラム問題. *最新精神医学*, 16; 5-12, 2011
- 76) 太田敏男, 豊嶋良一: 「うつ病」はどの範囲を指すのか——「うつ」と「うつ病」をめぐる混乱——. *精神*



経誌, 110 ; 829-834, 2008

77) Parker, G., Roy, K., Wilhelm, K., et al.: The nature of bipolar depression: implications for the definition of melancholia. *J Affect Disord*, 59 ; 217-224, 2000

78) Parker, G.: What is the place of psychological treatments in mood disorders? *Int J Neuropsychopharmacology*, 10 ; 137-145, 2007

79) Parker, G., Fletcher, K.: Treating depression with the evidence-based psychotherapies: a critique of the evidence. *Acta Psychiat Scand*, 115 ; 352-359, 2007

80) Parker, G., Fink, M., Shorter, E., et al.: Issues for DSM-5: whither melancholia? The case for its classification as a distinct mood disorder. *Am J Psychiatry*, 167 ; 745-747, 2010

81) Perris, C.: A study of bipolar (manic-depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses: I. Genetic investigation. *Acta Psychiat Scand*, Suppl 194 ; s15-s44, 1966

82) Perris, C., d'Elia, G.: A study of bipolar (manic-depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses: IX. Therapy and prognosis. *Acta Psychiat Scand*, Suppl 194 ; s153-s163, 1966

83) Perris, C.: General discussion and conclusions. *Acta Psychiat Scand*, Suppl 194 ; s184-s188, 1966

84) Peters, U.H.: Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie, 3. Aufl. Urban & Schwarzenberg, München, 1984

85) Pressman, J.D.: Last Resort: Psychosurgery and the Limits of Medicine. Cambridge University Press, Cambridge, 1998

86) Rado, S.: The problem of melancholia. *Int J Psychoanal*, 9 ; 420-438: 1928

87) Rasmussen, N.: Making the first anti-depressant: amphetamine in American medicine, 1929-1950. *J Hist Med Allied Sci*, 61 ; 288-323, 2006

88) Rasmussen, N.: On Speed: The Many Lives of Amphetamine. New York University Press, New York, 2008

89) Robins, E., Guze, S.: Classification of affective disorders: the primary-secondary, the endogenous-reactive, and the neurotic-psychotic concepts. Recent Advance in the Psychobiology of the Depressive Illnesses: Proceedings of a Workshop Sponsored by the

Clinical Research Branch Division of the Extramural Research Programs National Institute of Mental Health: Hosted by the College of William and Mary in Virginia Williamsburg, Virginia: April 30 through May 2, 1969 (ed. by Williams, T.A., Katz, M.M., et al.). DHEW Publication, Washington, D.C., p.283-293, 1972

90) Robins, E., Munoz, R.A., Martin, S., et al.: Primary and secondary affective disorders. *Proc Annu Meet Am Psychopathol Assoc*, 60 ; 33-49, 1972

91) Rush, A.J., Beck, A.T., Kovacs, M., et al.: Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 1 ; 17-37, 1977

92) Schneider, K.: Die Schichtung des emotionalen Lebens und der Aufbau der Depressionszustände. *Z Gesamte Neurol Psychiatr Orig*, 59 ; 281-286, 1920 (赤田豊治訳・解説: 感情生活の成層性と抑うつ状態の構造. *精神医学*, 18 ; 441-447, 1976)

93) Schneider, K.: Zur Frage der Psychotherapie endogener Psychosen. *Dtsch Med Wochenschr*, 79 ; 873-875, 1954

94) Schneider, K.: Klinische Psychopathologie, 3. Aufl. Thieme, Stuttgart, 1950 (平井静也, 鹿子木敏範訳: 臨床精神病理学, 第4版. 文光堂, 東京, 1957)

95) Schulte, W.: Nichttraurigseinkönnen im Kern melancholischen Erlebens. *Nervenarzt*, 32 ; 314-320, 1961

96) Schulte, W.: Psychotherapeutische Bemühungen bei den Melancholie. *Dtsch Med Wochenschr*, 87 ; 2225-2231, 1962 (飯田 眞, 中井久夫訳: うつ病の精神療法. *精神療法研究*. 岩崎学術出版社, 東京, p.63-85, 1994)

97) Shorter, E.: Historical review of diagnosis and treatment of depression. *Depression: Social and Economic Timebomb*. (ed. by Dawson, A., Tylee, A.). BMJ Books, London, p.25-30, 2001

98) Shorter, E.: The history of lithium therapy. *Bipolar Disord*, 11, Suppl 2 ; s4-s9, 2009

99) Shorter, E.: Before Prozac: The Troubled History of Mood Disorders in Psychiatry. Oxford University Press, Oxford, 2009

100) 小学館国語辞典編集部 (編): 日本国語大辞典, 第2版. 小学館, 東京, 2000-2002

101) Snaith, P.: Anhedonia: a neglected symptom

of psychopathology. *Psychol Med*, 23 ; 957-966, 1993

102) Spitzer, R.L., Endicott, J., Robins, E., et al. : Preliminary report of the reliability of research criteria applied to psychiatric case records. Predictability in Psychopharmacology : Preclinical and Clinical Correlations (ed. by Sudilovsky, A., Gershon, S., et al.). Raven Press, New York, p.1-47, 1975

103) Spitzer, R.L., Endicott, J., Woodruff, R.A.Jr., et al. : Classification of mood disorders. Depression : Clinical, Biological and Psychological Perspectives (ed. by Usdin, G.). Brunner/Mazel, New York, p.73-103, 1977

104) Spitzer, R.L., Endicott, J., Robins, E. : Research diagnostic criteria : rationale and reliability. *Arch Gen Psychiatry*, 35 ; 773-782, 1978

105) Spitzer, R. : A manual for diagnosis and statistics. The Psychopharmacologists III (interviews with Healy, D.). Arnold, London, p.415-430, 2000

106) 諏訪 望 : 精神分裂病と鬱病の早期診断. 診断と治療, 30 ; 1175-1181, 1955

107) Swartz, C.M., Shorter, E. : Psychotic Depression. Cambridge University Press, Cambridge, 2007

108) Taylor, M.A., Fink, M. : Melancholia : The Diagnosis, Pathophysiology and Treatment of Depressive Illness. Cambridge University Press, Cambridge, 2006

109) Tone, A. : The Age of Anxiety : A History of America's Turbulent Affair with Tranquilizers. Basic Books, New York, 2009

110) Treadway, M.T., Zald, D.H. : Reconsidering anhedonia in depression : lessons from translational neuroscience. *Neurosci Biobehav Rev*, 35 ; 537-555, 2011

111) Trede, K., Salvatore, P., Baethge, C., et al. : Manic-depressive illness : evolution in Kraepelin's Textbook, 1883-1926. *Harv Rev Psychiatry*, 13 ; 155-178, 2005

112) Weiss, N. : No one listened to imipramine.

Altering American Consciousness : The History of Alcohol and Drug Use in the United States, 1800-2000 (ed. by Tracy, S.W., Acker, C.J.). University of Massachusetts Press, Amherst, p.329-352, 2004

113) Weitbrecht, H.J. : Depressive und manische endogene Psychosen. *Psychiatrie der Gegenwart : Forschung und Praxis : Band II : Klinische Psychiatrie* (hrsg. von Gruhle, H.G., Jung, R., et al.). Springer, Berlin, S.73-118, 1960

114) Westermann, J. : Über die vitale Depression. *Z Gesamte Neurol Psychiatr Orig*, 77 ; 391-422, 1922

115) Williams, J.W. Jr., Mulrow, C.D., Chiquette, E., et al. : A systematic review of newer pharmacotherapies for depression in adults : evidence report summary. *Ann Intern Med*, 132 ; 743-756, 2000

116) Wilson, M. : DSM-III and the transformation of American psychiatry : a history. *Am J Psychiatry*, 150 ; 399-410, 1993

117) Winokur, G., Clayton, P. : Family history studies : I. Two types of affective disorders separated according to genetic and clinical factors. Volume IX. Recent Advances in Biological Psychiatry : The Proceedings of the Twenty-First Annual Convention and Scientific Program of the Society of Biological Psychiatry, Washington, D.C., June 10-12, 1966 (ed. by Wortis, J.). Plenum Press, New York, p.35-50, 1967

118) Winokur, G. : All roads lead to depression : clinically homogeneous, etiologically heterogeneous. *J Affect Disord*, 45 ; 97-108, 1997

119) Ziehen, T. : Die Erkennung und Behandlung der Melancholie in der Praxis (1896), 2. Aufl. Marhold, Halle, 1907

120) Ziehen, T. : The diagnosis and treatment of melancholia (trans. by McCorn, A.). *Am J Insanity*, 54 ; 543-587, 1898

The Difference between Depression and Melancholia :  
Two Distinct Conditions that were Combined into a Single Category in DSM-III

Susumu OHMAE

*Department of Psychiatry, Toranomon Hospital*

In DSM-III (1980), depressive states of neurosis and those of manic-depressive illness (melancholia or endogenous depression) were combined into the single category “major depression,” which is the progenitor of “major depressive disorder” in DSM-IV-TR (2000).

According to Hamilton, the word “depression” is used in three different ways. In common speech, it is used to describe the state of sadness that all persons experience when they lose something of importance to them. In psychiatry, the word is used to signify an abnormal mood, analogous to the sadness, unhappiness, and misery of everyday experiences. Moreover, the depression discussed in psychiatry often has another quality that makes it distinctive, and this quality appears to be related to an inability to experience any pleasure (anhedonia) regardless of experience. Accordingly, we classify these three uses of the term “depression” into sadness, depression, and melancholia in order of appearance within this paper. According to DSM-IV-TR criteria for major depressive disorder, depression corresponds closely to A1 “depressed mood”, while melancholia is roughly compatible with A2 “markedly diminished interest or pleasure.”

Depression and melancholia differ in terms of origin, psychopathology, and therapy. Before DSM-III, depression had not been considered as a diagnosis, but was a ubiquitous symptom that was seen in such conditions as neurasthenia, psychasthenia, nervousness, and neurosis. Melancholia has a history that reaches back to Hippocratic times. Its modern meaning was established based on Kraepelin’s manic-depressive illness. Depression is a deepened or prolonged sadness in everyday life, but melancholia has a distinct quality of mood that cannot be interpreted as severe depression. In modern times, depression has been treated with a diverse range of methods, including rest, talk therapy, amphetamines (1930s), meprobamate (1950s), and benzodiazepines (1970s). Melancholia has primarily been treated with somatic therapy, such as electroconvulsive therapy, and tricyclic antidepressants.

When preparing diagnostic criteria for DSM-III, Spitzer referred not to DSM-II but to Feighner’s (1972) criteria as a model because Feighner’s operational criteria were considered to be effective in establishing inter-rater reliability. At the outset, Spitzer established Research Diagnostic Criteria (RDC, 1975), which he revised in 1978. In the first edition of RDC, Spitzer adopted most of the Feighner criteria, including essential criteria A “dysphoric mood” and eight optional criteria (B1-B8). However, he reduced the minimal morbid duration for diagnosis. Moreover, for the purpose of excluding neurosis from the diagnostic criteria, Spitzer eliminated the distinction between primary and secondary depression, which had been used to differentiate melancholia from depression. In the revised RDC, Spitzer upgraded optional criteria B5 “loss of pleasure or interest” to one of the essential criteria A with “dysphoric mood.” This revision reflects the fact that “loss of pleasure or interest” has

been designated as an essential feature of Klein's concept of "endogenomorphic depression" (1974), which is equivalent to melancholia or endogenous depression. At that time, depression and melancholia were completely amalgamated into a single category.

DSM-III followed almost all of the revisions in the revised RDC and accepted the bipolar-unipolar dichotomy. However, Klein's endogenomorphic depression was downgraded to the specifier "with melancholia", which has been used only rarely. Thus, as depression and melancholia were fused into major depressive disorder, we have only limited evidence of the efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy.

DSM-IV divided major depression into major depressive disorder and bipolar II disorder. Consequently, some depression and some melancholia were moved from unipolar depression to bipolar disorder, although the bipolar-unipolar dichotomy was proposed for manic-depressive illness and recurrent unipolar melancholia, but not depression. Therefore, we suspect that we will not obtain strong therapeutic evidence for bipolar II disorder as well.

Our proposals are as follows: give up the unitarian view of depression and melancholia and accept the binarian view; and restrict the bipolar-unipolar dichotomy to manic-depressive illness and unipolar melancholia.

<Author's abstract>

<**Key words**: endogenous depression, depression, DSM-III, melancholia,  
neurotic depression>

---