

ICD-11 気分障害の動向 ——双極性障害とうつ病性障害——

車地 曉生

ICD-11 への改訂は、2015 年の完成が予定されているが、最近発表された ICD-11 の beta ドラフトからは、気分障害に関する内容変更が見える。この ICD-11 では、精神と行動の障害のメタ構造に関する妥当性の評価結果が反映して、気分障害は双極性障害とうつ病性障害に分離分割されるようである。また、双極性障害は I 型と II 型に明確に分けられ、うつ病性障害には、新たに破壊的な気分調節不全障害、混合性不安抑うつ障害と月経前不快気分障害といった疾患が含まれる。ICD-10 あるいは DSM-IV で診断した気分障害患者の我々の疫学的資料は、この診断基準の有用性を示すと同時に、いくつかの改訂を示唆している。気分循環症や気分変調症といった持続性気分障害の既往は、双極性障害の前駆状態の要素をうかがわせ、躁病および軽躁病エピソードの正確な評価のためには、抗うつ薬の生理作用の的確な評価ならびに患者の家族から得る臨床的情報を十分に得ることが必須であった。混合性感情エピソードは ICD-11 においては削除される見通しであるが、我々の疫学資料も、このエピソードが極めて稀であることを示していた。また、当科に入院し、DSM-IV で双極 II 型障害と診断した患者の資料からは、その発症年齢ならびに最初のうつ病エピソードを呈しての障害が臨床的に極めて多様なものであることがうかがわれた。今後、世界的および集中的な議論を重ねて刷新される ICD-11 は、精神医学の科学性を高めたものとなるであろう。

<索引用語：気分障害，ICD，うつ病，双極性障害，DSM-5>

はじめに

2011 年 5 月に発表された ICD-11 Alpha, 2012 年 5 月に発表された ICD-11 Beta は、現在までのところ、「精神と行動の障害」については詳細な情報を含んでいないが、いくつかの動向をうかがい知ることはできる¹⁾。これらは、現在同時に行われている DSM-IV から DSM-5 への改訂と内容的にも同調しているようである。たとえば、ICD-10 では「F3 気分（感情）障害」に含まれていた双極性感情障害とうつ病性障害が、ICD-11 において分割される。また、本稿では、東京医科歯科大学精神科において、ICD-10 に準拠して診断した外来初診患者に関する統計資料を、ICD-10 から ICD-

11 に向けての動向^{7,8)}を視野にいれながら紹介する。また、ICD-11 において初めて診断分類される双極 II 型障害については、DSM-IV から DSM-5 に向けての改訂への動向²⁾および当科での具体的な資料も提示しながら、考察を加えたい。

I. ICD-11 への動向

1. F3 気分（感情）障害の分割

ICD-10 では「F3 気分（感情）障害」に含まれていた双極性感情障害とうつ病性障害が、ICD-11 においては、それぞれ、2つの独立した項目として「双極性および関連障害」と「うつ病性障害」に分割される。これは、ICD-11 と DSM-5 の同調

した改訂作業において考案されたものであり、疾患群の再構成を目的とした研究結果から導きだされている。この研究では、現象学的な病像の類似性ではなく、病因論的な関連の強さを考慮して、精神障害を構成する疾患群の「メタ構造」解析を11の因子に基づいて行っており、併存性、家族内集積性、治療反応性や脳画像研究の結果などが、この因子に含まれている。このメタ構造解析では、精神障害は、①神経認知群 (neurocognitive cluster)、②神経発達群 (neurodevelopmental cluster)、③精神病群 (psychosis cluster)、④情動型群 (emotional cluster)、および⑤外向型群 (externalizing cluster) の5つの疾患群にまとめられている³⁾。このなかで、双極性障害は、精神病群を代表する統合失調症とも、うつ病や不安性障害を代表とする情動型群とも、多くの相違点が認められたため、これらから独立している^{4,6)}。

2. 双極性および関連障害

ICD-10においても、躁病および軽躁病エピソードのそれぞれに診断基準があったが、双極I型とII型障害の診断分類は明確には行われていなかった¹⁰⁾。ICD-11では、この区別が行われ、かつ現在のエピソードを規定し、その重症度分類も加わるようである。この他、DSMでは、DSM-IV⁹⁾で規定した「混合性エピソード」は、極めて稀なものであることから、DSM-5では削除され、これに変わって、「混合性の特徴の特定用語」の診断基準があらたに作成されている^{2,5)}。ただし、ICD-11においては、この「混合性エピソード」の扱いについて、その動向はいまだ不明確である。

3. うつ病性障害

ICD-10のF3に含まれていたうつ病性障害は、これまでのものとあまり変わることなく、そのまま規定および分類される方向であると判断される。また、うつ状態の重症度分類に関して、DSM-IVでは、症状の広がりだけでなく、職業、社会生活および人間関係における機能面での障害を考慮して規定していたが、ICD-10においては、

うつ状態を構成しかつ診断項目になっているうつ症状の個数で規定しており、両者には相違がみられている。おそらく、これまでのICD-10の特徴は、ICD-11でも踏襲されるようである。

このうつ病性障害には、新たに3つの障害が加わる¹¹⁾。まず、破壊的気分調節不全障害 (disruptive mood dysregulation disorder) は、小児期にみられるものであり、むしろ、双極性障害との鑑別診断が重要であるが、家族内集積性からみると単極性うつ病に近縁であることが見いだされたため、うつ病性障害に加えられている。2つ目の混合性不安抑うつ障害 (mixed depression-anxiety) は、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」に分類されている。臨床的には、決して少なくないものであるが、うつ状態も不安症状も、いずれもうつ病あるいは不安性障害の診断基準の閾値以下であるとするものであり、縦断的にみれば、たとえば、うつ病エピソードの前駆期あるいは回復期、うつ病と不安性障害の合併への移行などを含んだものであり、独立した精神障害であるかどうかについては、慎重な意見もある。3つ目は、月経前不快気分障害 (premenstrual dysphoric disorder) がある。これは、DSMおよびICDにおいても、これまであまり重要視されていなかった。罹患率は比較的高いものの、臨床的には婦人科的に治療されることも多く、疾患概念としてもいわゆる内因性の精神障害とは考えにくいものである。

II. 東京医科歯科大学精神科の 外来初診患者の統計資料

2001年1月1日から2011年12月31日までの期間に、東京医科歯科大学医学部附属病院精神科外来を初診した患者について、ICD-10診断基準¹⁰⁾に準拠して診断した統計資料を紹介する。これには、身体科に入院中のいわゆるリエゾン・コンサルテーション患者は含まれていない。

1. F分類の内訳 (図1)

患者総数は、7,672名であり、「F4 神経症性障

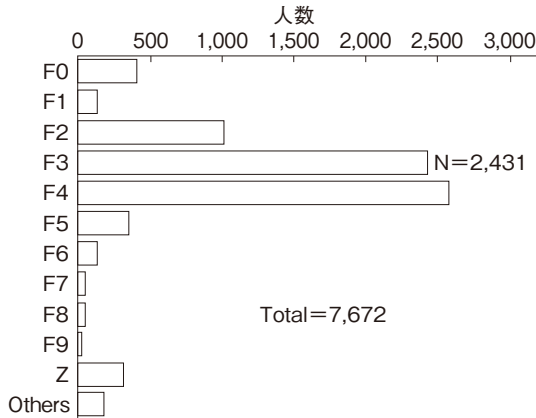


図1 東京医科歯科大学医学部附属病院の精神科初診患者の内訳
ICD-10 診断基準に準拠して診断し、各診断カテゴリーの患者数を示した。

害、ストレス関連障害および身体表現性障害」と診断された患者が2,583名で最も多く、その次に、「F3 気分（感情）障害」と診断された患者が多く、2,431名であった。「Z」は、「健康状態に影響を及ぼす要因および保健サービスの利用」を表すコードで、家族相談などを含んでおり、「Others（その他）」には、てんかんなどの神経疾患が含ま

れている。この患者総数には、一旦、通院を中断した患者が、1年以上経過して、再び受診（再初診）したものも含まれている。

2. 「F3 気分（感情）障害」における内訳

図2には、気分（感情）障害と診断された総数2,389名の患者について、各診断分類ごとに、男女別の人数も合わせて示してある。この総数には、前述した再初診患者の重複は省かれており、最初の受診時の診断によって集計した。その内訳をみると、うつ病エピソード、反復性うつ病性障害、双極性感情障害の順に、患者数が多かった。F38.10 反復性短期うつ病性障害と診断された症例は、少数ながら3例あったが、F38.00 混合性感情エピソードと診断されたものは1例もなく、我々の外来統計資料からも、近年指摘されてきたように、このエピソードは極めて稀なものであることを支持している。

次に、各々の診断分類ごとに、患者の初診時の年齢によってその患者数を集計し、その分布を調べた。うつ病エピソードでは、女性では、20代後半から30代の前半におけるピークと40代後半から老年期にかけてもう一つのピークが認められ

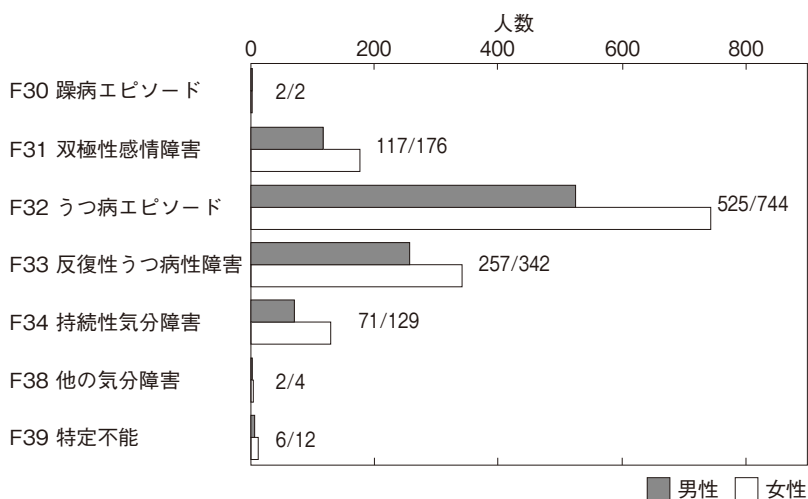


図2 F3 気分（感情）障害患者の内訳
ICD-10 診断基準に準拠して、気分（感情）障害と診断された患者の各下位分類ごとの患者数を示している。

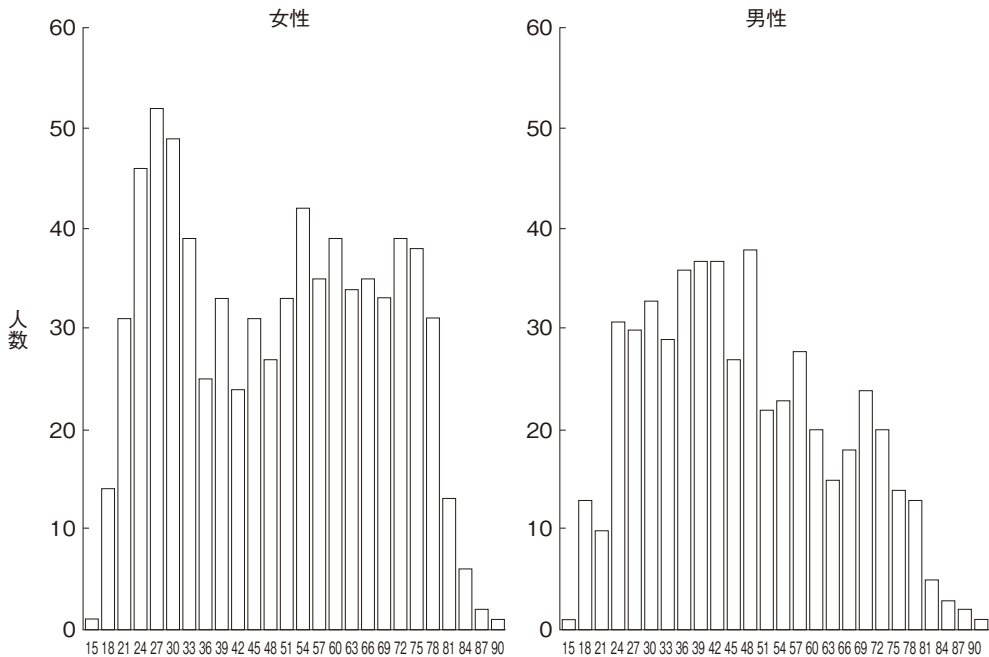


図3 うつ病エピソード患者初診時の年齢分布
15歳から3歳ごとにその年齢を区切り、それぞれの年齢幅の患者数を集計した。

るが、男性では、これとは異なって、30～50代にかけてのなだらかなピークがみられた。このことは、女性のうつ病発症の危険因子の1つとして更年期があり、この発症年齢の2峰性に関連していると思われる(図3)。反復性うつ病性障害では、男性よりも女性の患者が多く、双極感情障害患者の初診時の年齢分布は、男女ともに、30～50代を中心とした正規分布に近いものであった。

持続性気分障害と診断された患者の総数は、200症例であったが、この年齢分布をみると、男女ともに、20～30代をピークとした分布になっており、前述したうつ病エピソード、双極感情障害などとは、多少異なっていた。DSM-5のドラフトで議論されているように、気分変調症の多くは、うつ病エピソードに発展することが多く、この気分変調症の比較的若年発症は、うつ病エピソードまでの前駆状態的なものを含んでいる可能性が考えられる(図4)。

Ⅲ. 双極Ⅱ型障害の診断について

1. 東京医科歯科大学精神科入院患者について
双極性障害は、DSM-IV⁹⁾ではⅠ型とⅡ型に分類されているが、ICD-10では軽躁病エピソードの診断基準はあるものの、この両方の型を明確には分類していない。この点に関して、ICD-11ではこの型の区別を明確に打ち出している¹⁾。当科では、これまで入院患者において、この双極Ⅱ型障害の診断についての問題点を議論しながら、DSM-IVに準拠した診断を行っている。この双極Ⅱ型障害の診断の問題点は、軽躁病エピソードの評価に集約され、これまでの病歴聴取による評価と抗うつ薬服用中の評価の問題が挙げられる。

実際、抗うつ薬を服用していないときに、医療的な観察下で、軽躁エピソードを評価して、この双極Ⅱ型障害の診断を下すこと(pattern 1)はさほど多くなく、本人および家族などからの病歴聴取によること(pattern 2)も多かった。また、抗うつ薬服用中の軽躁状態が抗うつ薬を減量および中止しても1週間ほど継続した場合(pattern 3)、

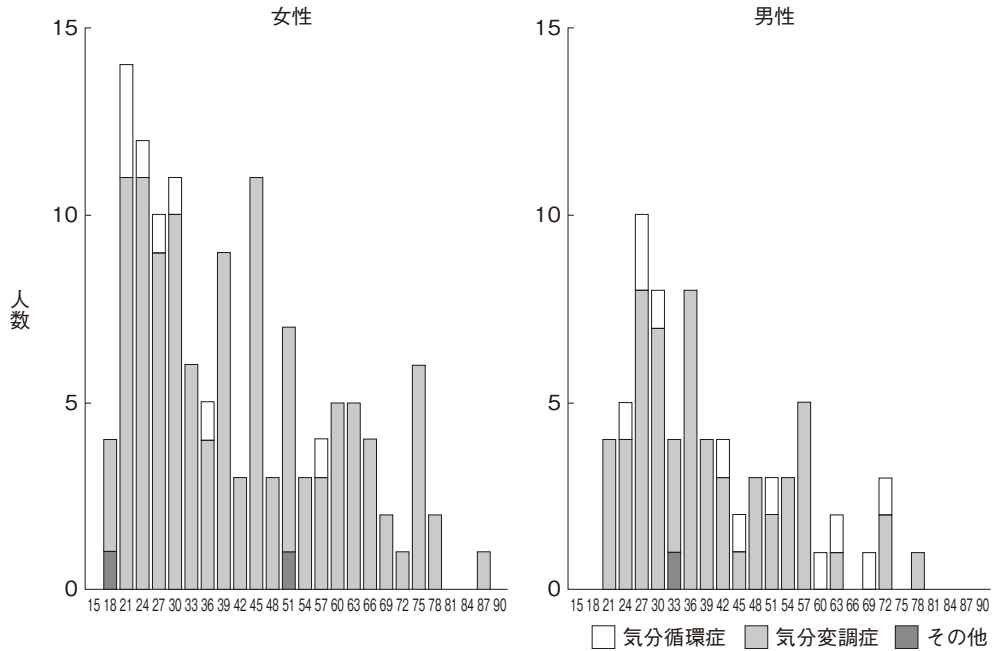


図4 持続性気分障害患者の初診時の年齢分布
15歳から3歳ごとにその年齢を区切り、それぞれの年齢幅の患者数を集計した。

あるいは、ほぼ同様の抗うつ薬を服用中に軽躁エピソードだけでなく正常状態およびうつ状態を自然経過としてみた場合 (pattern 4) は、抗うつ薬の影響を最小限に評価した。また、電気けいれん療法後に (軽) 躁転した場合でも、1~2日の一過性ではなく、1週間以上も継続した場合 (pattern 5) も軽躁病エピソードとして評価した。こういった判断によって、2005年4月から6年間に、当科の入院患者において、双極II型障害と診断した患者は、89名 (男/女:44/45) あり、軽躁エピソードを確認した各 pattern ごと (表1) の症例数を、図5に示した。

この89名の双極II型障害の患者の縦断的な経過を分類すると、大うつ病エピソードから発症するものが、そのほとんど (64症例) であったが、9症例は軽躁病エピソードからの発症であり、持続性気分障害に分類される気分循環症と気分変調症から発症した患者も、それぞれ13症例と3症例みられた (図6)。また、双極II型障害と診断された症例の気分障害の発症年齢について調べてみる

と、持続性気分障害から発症した症例は、その気分障害の発症年齢が比較的若年であった。一方、大うつ病エピソードから発症は、幅広い年齢においてみられており、かつ、65歳以上の高齢発症もみられた (図7)。

また、この大うつ病エピソードから双極II型障害を発症したタイプでは、1回 (30例)、2回 (16例) あるいは3回目 (13例) のうつ病エピソードの後に、この順番で、軽躁病エピソードを呈することが多かった (図8A)。しかしながら、初回のうつ病エピソードから、軽躁病エピソードを呈するまでの期間については、3年までの症例が比較的多かった (31例) もの、10年以上のもの (10例) も少なくなく、幅広い分布を示した (図8B)。

2. ICD-11 および DSM-V の動向

DSM-5の草案²⁾では、躁病および軽躁病エピソードの診断基準に関して、DSM-IVからの改変がいくつか提示されている。まず、気分の変化だけでなく、活動あるいは気力の亢進を伴うものと

表 1 軽躁病エピソードの診断的評価とその確認パターン

I	抗うつ薬を服用していない時期に、軽躁病エピソードが出現	
I-1	外来および入院などの医療的観察下で確認	Pattern 1
I-2	主観および客観的情報から確認	Pattern 2
II	抗うつ薬服用中に軽躁状態が出現（医療的観察下）	
II-1	抗うつ薬服用中止後もしばらく持続	Pattern 3
II-2	同様薬物の服薬継続中に正常およびうつ状態に移行	Pattern 4
III	ECT 施行と関連して軽躁状態となりしばらく持続	Pattern 3

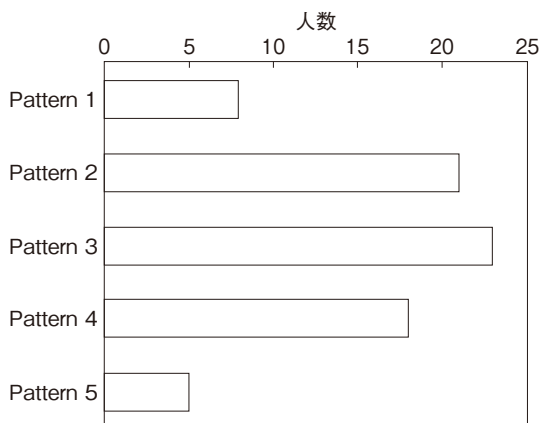


図 5 軽躁病エピソードの診断的評価とその確認パターンの患者数の集計

表 1 に準拠した診断パターンの分類を行い、それぞれの患者数を集計した。

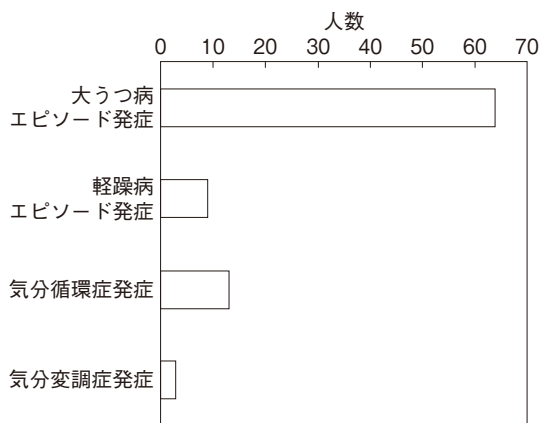


図 6 双極 II 型障害患者の縦断的経過の分類とその数

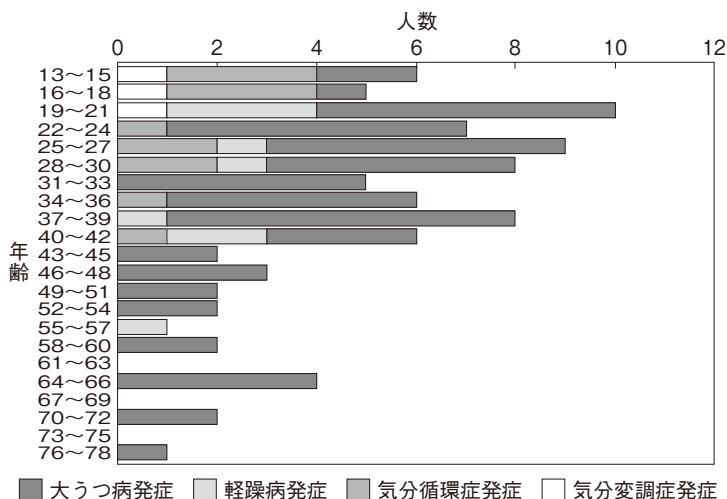


図 7 双極 II 型障害患者の気分障害の発症年齢

13 歳から 3 歳ごとにその年齢を区切り、それぞれの年齢幅の患者数を集計した。

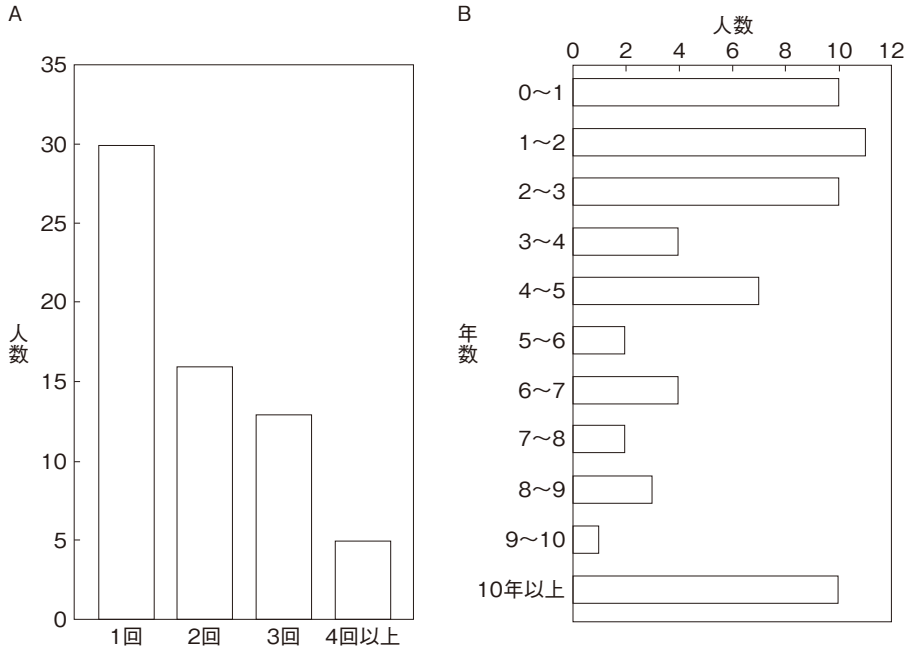


図8 大うつ病エピソードから発症した双極II型障害患者の軽躁病エピソードを呈するまでのうつ病エピソード回数 (A) とその年数 (B)

する改訂があり^{1,5)}, また, その付記において, 抗うつ薬投与中に診断基準をみだす躁状態あるいは軽躁状態が出現した場合でも, 薬物の直接的な薬理作用を超えた時間あるいは期間において, その症状がみられた場合は, それぞれの診断基準をみだすものと判断してよいとしている. DSM-IVにおいては, 物質誘発性気分障害ではないことを支持する診断基準として, 薬物中止後も1ヵ月以上にわたり, そのエピソードが持続することがその判断の目安として提示されているが, このことが抗うつ薬服用中止後の軽躁病エピソードの積極的な評価を抑制していた事実がある. この物質誘発性気分障害は, 違法薬物やアルコールなどの幅広い種類の薬物を想定しており, 抗うつ薬の場合は, より個別にその影響の持続期間を考える必要があり, 薬物の半減期などの動態を視野に入れて判断することを意味しているようである.

おわりに

平成24年5月の第108回日本精神神経学会総会のシンポジウムの発表内容をまとめた. 2012年5月に発表されたICD-11 Betaのドラフトでは, 残念ながら, 精神と行動の異常については, その本質的な内容が未発表であり, 具体的な内容の提示や議論は十分には行えない状況にある. ただし, 間もなく, その内容も公表される.

本文では, ICD-11と同期かつ連動していると思われるDSM-5のドラフトにふれながら, 今後の操作的診断基準の動向について, 特にうつ病性障害と双極性障害について概略した. また, ICD-10に関しては, 当科の外来初診患者の統計資料を提示し, この問題点や得られた結果に対する考察を行った. この他, 現在, 臨床診断や疾患概念において関心を集めている双極性障害, なかでも双極II型障害のDSM-IVの診断基準に準拠して診断した当科の入院症例についても分析を行い, ICD-11およびDSM-5への改訂についても言及した.

文 献

- 1) 阿部又一郎, 肥田昌子, 三島和夫ほか: Hypomania Check List 改訂第1版 (HCL-32R1) の紹介と日本語版作成の試み. 精神科, 20; 554-566, 2012
 - 2) American Psychiatric Association: DSM-5 development: Proposed draft to DSM disorders and criteria. URL: <http://www.dsm5.org>
 - 3) Andrews, G., Goldberg, D. P., Krueger, R. F., et al.: Exploring the feasibility of a meta-structure for DSM-V and ICD-11: could it improve utility and validity? Psychological Medicine, 39; 1993-2000, 2009
 - 4) Goldberg, D. P., Andrews, G., Hobbs, M. J.: Where should bipolar disorder appear in the meta-structure. Psychological Medicine, 39; 2071-2081, 2009
 - 5) 井上 猛: 各論 DSM-5 ドラフトにおける精神障害, 3. 双極性障害. 臨床精神医学, 41; 555-562, 2012
 - 6) 本村啓介, 神庭重信: 各論 DSM-5 ドラフトにおける精神障害, 4. 抑うつ性障害 DSM-5 の動向と批判. 臨床精神医学, 41; 565-575, 2012
 - 7) 丸田敏雅, 松本ちひろ, 飯森真喜雄: ICD-11 作成の動向. 精神経誌, 113; 309-322, 2011
 - 8) 丸田敏雅, 松本ちひろ, 飯森真喜雄: 総論 精神科診断分類の改訂にむけて—8. ICD-11 作成の最新動向. 臨床精神医学, 41; 521-526, 2012
 - 9) 高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸訳: DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引き. 医学書院, 東京, 2002
 - 10) 融 道男, 中根允文, 小見山実ほか訳: ICD-10 精神と行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン—. 医学書院, 東京, 2005
 - 11) World Health Organization: Classification of Disease (ICD). URL: <http://www.who.int/classifications/icd/revision/en/index.html>
-

The Trends of Mood Disorders in ICD-11 : Bipolar and Depressive Disorders

Akeo KURUMAJI

*Section of Psychiatry and Behavioral Sciences,
Tokyo Medical and Dental University Graduate School*

The international classification of diseases 11th (ICD-11) revision is due by 2015. The ICD-11 beta draft has recently been released, which includes a prospective change in the content of mood disorders. The ICD-11 may separate the disorders into bipolar and depressive disorders as a consequence of an evaluation for the feasibility of a meta-structure for mental and behavioral disorders. In addition, the bipolar disorders may be divided into type I and II disorders. The depressive disorders may include new diseases, i. e., disruptive mood dysregulation disorder, mixed depressive anxiety, and premenstrual dysphoric disorder.

Our epidemiological data from patients with mood disorders diagnosed using the ICD-10 or DSM-IV have proven their utility in clinical use, and suggested a required revision for the criteria of the diagnosis. A part of persistent mood disorders, such as cyclothymia and dysthymia, seem to be the prodromal state of bipolar disorders. For an accurate assessment of manic and hypomanic episodes, a precise estimation of the physiological effects of antidepressants as well as a sufficient review of clinical information from family members of patients are mandatory. The mixed affective episode may be deleted in the new version, because our data also indicate that this episode is a very rare clinical state. Moreover, it appears that inpatients with bipolar II disorder diagnosed by the DSM-IV in our hospital showed heterogeneous clinical properties, such as the onset age and interval between the first depressive and first hypomanic episode.

After a worldwide and intensive discussion, it appears that the newly revised ICD-11 will be an advanced scientific tool for psychiatry.

< Author's abstract >

< **Key words** : mood disorders, ICD-11, bipolar disorders, depressive disorders, DSM-5 >
