

特集 抑うつ症候群の形成機序と疾病分類問題

『うつ病』関連の医学用語、どこに問題があるのか？

太田 敏男

うつ病関連用語の縦の混乱（症状名-状態像名-病名という概念レベルの混乱）と横の混乱（病名「うつ病」の範囲の不明確さ）、およびその対策について、特に混乱が問題化している場に焦点を当てて再論した。また、日本語病名用語として「うつ病」を使うのは妥当であること、ただしその条件として、概念的定義を念頭に置く、症状把握の精度を上げる、そして観察眼を長期間維持することが必要であるという意見を述べた。

<索引用語：うつ病、うつ、用語、混乱>

はじめに

本特集の趣旨は、「うつ病関連用語の整理」という問題を見据えたうえで、その議論の基礎となる知識を深めるために様々な側面から議論をしておこうということだと理解している。筆者への分担は「『うつ病』という医学用語の用法を考える立場から」とのことである。用語の本質的要件は、1つには「人から人へ伝達しやすいこと」、もう1つは「内容を正しくあらわすこと」であろう。

前半では、「伝達」の側面について述べる。すなわち、まずどういう状況でどういう用語問題が起こっているのかを提示し、次にその問題の分析と対策について述べる。後半では、本特集のテーマ「抑うつ症候群の形成機序と疾病分類問題」に迫るべく、「内容」の側面に触れたい。具体的には、日本語用語「うつ病」が指し示す臨床実体の有無とその把握を可能にする条件について意見を述べる。

I. どういう状況で

どんな用語が問題化しているか

問題化している状況を「いつ?」「どこで?」「だれが?」という側面から論じる。

いつ?：当然ながら現在である。情報化という

変化が重要である。当事者や家族の方は、薬をもらうとインターネットで薬の適応病名を知り、病名について調べる。「うつ病」「うつ」に関するテレビ番組も多い。こうした情報から、当事者は、医師の説明とは別に、自分なりのイメージを持ってしまう。

どこで?：もちろんわが国である。現在のわが国では、ドイツ精神医学的な伝統的教育を受けたベテラン世代と米国式・DSM式の体系から入った若い世代との間で、基本的考え方・感じ方、知識体系などの部分にかなりの世代間ギャップがある。また、世代や地域により、精神疾患に対する根強い偏見が残っていることにも注意しなければならない。

だれが?：これが最も重要な条件である。かつては、精神科医が精神医学用語を独占していた。しかし、現在は違う。うつ病関係の用語は、精神科医のみならず、各科医師、医師以外の各職種スタッフ、ジャーナリズム、当事者、家族など、立場も教育背景も異なる人たちが広く使うようになっていく。精神科医同士であれば、用語が少々複雑でも曖昧でも、専門的知識を共有しているので、前後関係や著者・発言者の経歴などから言わ

んとしていることは理解し合えよう。しかし、このような拡大した使用者の間では、もはや複雑で曖昧な言葉を阿吽の呼吸で理解し合うようなことは困難である。

こうした状況下で何が問題になっているか。それは「拡大した使用者」間でのコミュニケーション・ギャップであり、概念の混乱である。特に「うつ」という便利だが漠然とした言葉の流布は顕著であり、それはあらゆるものを飲み込んで膨れ上がっている。用語「うつ」の一般化は、当初は受診への垣根を低くするポジティブな面もあった。しかし、肥大しすぎた結果、病像や諸問題の適切な切り分けを阻み、もはや治療や援助などの活動を阻害し始めている。昨今、ジャーナリズムにおいてうつ病診断や抗うつ薬の不適切投与について批判的報道がなされ始めているが、これも肥大しすぎた「うつ」と無関係ではなからう。治療に最適な程度にまで整理をすることは、喫緊の課題である。

II. どう整理しどんな対策をとるべきか

うつ病関連の用語問題について、筆者はすでに本学会²⁴⁾と日本うつ病学会のシンポジウムなどで何度か発表の機会をいただいた。要旨は下記のとおりである。

1) 「うつ」「うつ病」を巡る混乱に下記2つがある (図1)。

①縦の混乱: 「症状名-状態像名-病名」のどのレベル (概念レベルと呼ぶことにする) の用語として使っているのかが不明確という混乱。

②横の混乱: 「うつ病」を病名レベルの用語として使う場合、どの範囲を指すかが不明確という混乱。

2) 対策として下記を提案する。

①用語「うつ病」は病名用語としてのみ用い、症状名や状態像名の用語としては「抑うつ」を当てる。

②用語「うつ」を概念レベルが曖昧なまま使うことは避ける。

③用語「うつ病」の範囲を明確化するため、国際的診断分類体系を参照枠とし、そのうちのどの障害 (群) を指すかを取り決める。

用語「うつ病」の範囲明確化の参照枠として国際的診断分類体系 (ICD-10, DSM-IV) を使うことについて、反対意見はある。しかし、それでもあえて妥当性を主張したい。理由については以前にも述べたが²⁻⁴⁾、ここでは2つだけ挙げる。

第1に、disorder (障害) は disease (疾患) ではないから対応させることには反対という意見がある。しかし、症状名か状態像名か病名かという概念レベルの話になれば、両者ともに病名レベルの概念である。各 disorder は症状、経過、鑑別診断、治療、転帰、家族歴などを記述することができる。病因や病態生理についても、不明ではあるが研究したり語ったりすることはできるのであって、「空 (くう)」ではあっても「無 (む)」ではない。また、障害者年金診断書では、「障害を引き起こす元になった病名」という欄が存在し、そこに ICD-10 の disorder のコード記載欄もついていることから示されるように、disorder は社会福祉的な意味での「障害」とは一応別物と見なされている。

第2に、従来の「うつ病」の概念と厳密に一致する disorder がないからこの行き方が妥当ではないという意見があるが、これにも賛成できない。その意見には前述の「拡大された使用者」という重要な視点が欠けている。うつ病やその関連 disorders の中身に関する厳密な議論は、精神科医の中の議論としては重要である。しかし、精神科医以外の人にとっては理解困難である。現在の課題は、診療的見地からすでに看過できない段階にある用語の混乱を、ともかく診療に有用な程度にまで急いで收拾すること、すなわち、現実的な前進である。それには、小異を残して大同につく姿勢が必要である。そもそも DSM-IV などの診断基準にしても、小異に対する現実的な寛容さがあったからこそ完成したのではなかったか。

ただ、「取り決める」とは言っても、多くの精神科医の念頭にある日本語用語「うつ病」の内容と

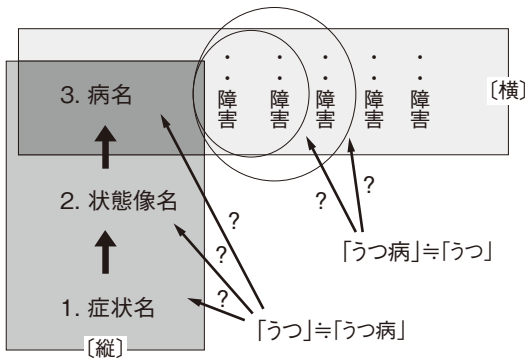


図1 縦の混乱と横の混乱

用語「うつ」は（しばしば「うつ病」も）症状名、状態像名、病名のどのレベルの意味が曖昧なまま使われる傾向がある（縦の混乱）。「うつ病を病名レベル用語として使うとした場合も、その範囲が使う人によって違うという混乱が起こっている（横の混乱）。

対応 disorder (s) とがあまりにかけ離れると混乱が起こる。うつ病学会の用語検討委員会では、この点を議論したが、異論はあったものの、多数意見は、DSM-IVの「大うつ病性障害（単一エピソード＋反復性）」、ICD-10の「うつ病エピソード＋反復性うつ病性障害」を対応させるのが妥当というものであった。根拠として、歴史的概念との整合性、各委員の臨床経験、薬剤治験がほとんどの場合これを対象として行われていることなどが議論された。さらに、昨年の日本うつ病学会のシンポジウムに先立って行った同学会の評議員へのアンケートで、この点についても質問したところ、86%という多くの評議員によってこの案が支持された。

国際的診断分類体系を参照枠に使う以上、depression, depressive, depressedなどの翻訳問題は避けて通れない。「拡大した使用者」を念頭に置いたうえで現実的でシンプルな原則が必要とされよう。現在、日本精神神経学会の用語委員会が中心となり、日本うつ病学会、精神科診断学会、その他の委員が加わり、精神科病名検討連絡会が月1回の割合で開催され、検討が行われている。

Ⅲ. 用語「うつ病」の生き残りとその条件

さて、ここまでは、用語「うつ病」が使われることを前提とし、使い方を議論してきた。ここからは、そうまでして日本語病名用語「うつ病」を使い続けることにそもそも意義があるのか、指し示す対象の実体があるのかという点について意見を述べたい。

結論から言うならば、日本語病名用語「うつ病」は、臨床的に有用なある種の診断単位を代表する言葉として意義を保つと考える。ただし、それには条件がある。第1に、「長期経過を含む概念的定義」を再認識すべきである。第2に、症状把握の精度を上げる必要がある。第3に、自然科学的な目で時間をかけて観察を続けることの重要性を認識すべきである。これらの条件をきちんと満たせば、精神・生理・身体の各分野の症状プロフィールが揃って相性経過も見出せるような患者群は見えてくるものである。上記のうつ病学会評議員へのアンケート結果は、多くのベテラン臨床家が同様な感触を持っていることを示唆している。

1. 「長期経過を含む概念的定義」について

定義には、概念的-、記述的-、規約的-、内包的-、外延的-、操作的定義など、使う状況や目的によっていろいろなものがある。これらのうち、自然科学や心理学分野で重要なのは概念的定義と操作的定義である。概念的定義は、ひとまとまりと認識される現象を自然言語に転写したもので、研究や考察の出発点となる重要なものである。ただし、境界曖昧で運用しにくいという欠点を持つ。例えば「知能」は、広辞苑をみると「環境に適応し、新しい問題状況に対処する知的機能」とある。これは概念的定義の1例だと言ってよい。これで一応なるほどとはわかる。しかし、このままでは患者間の知能の比較はしにくいし、他の変数との関連を調べる研究もできない。そこで、概念的定義に適切に合致し境界鮮明で運用しやすい操作的定義が必要となる。「WAIS-IIIで測定したIQ値」はその1例であり、これなら研究で使える。それでは元の概念的定義は不要かという点、

やはり数値だけあっても内容はピンと来ない。概念的定義あってこそその操作的定義である。

精神医学でも、概念的定義と操作的定義はともに必要である。精神医学において操作的定義が知られるようになったのは DSM-III の登場によってである。その後、操作的定義の比重は高まり、昨今ではこれらの体系のことを「国際的診断基準」と言うことすらある。しかし、これらの体系で本質的に重要なのは、むしろ全体の構成と同時的に決定される各 disorder の基本コンセプトの方である。各 disorder の基本コンセプトと内容は、DSM-III では散文的表現で記述されていた。これは、内容を示しているという点で、事実上概念的定義に相当する。操作的診断基準は、各 disorder ごとに、こうした散文的記述がされたうえで付されていた。つまり、作成の経緯からも本の構成からも、散文的に記述された概念的定義を効率よく指し示すものが操作的定義だったと解釈できる。こういう考え方については、DSM-III 作成にかかわった Andreasen, N. に直接質問し、肯定的返事を得ている³⁾。

次に指摘したいのは、病因不明な病気が多い現在の精神医学において、概念的定義はしばしば長期経過の特徴を含むということである。このことは、決定的な検査所見がなく時点横断的な確定診断が困難な場合、必然である。経過特徴は操作的定義でもしばしば採用されている。しかし、DSM などの操作的定義での経過特徴は過去から現在までをみるのに対し、概念的定義における経過特徴は、より広く将来にまで広がる時空間を念頭に置いたものである。DSM-III 開発の中心であった Spitzer, R.L. は、disorder の妥当性の gold standard として LEAD 診断というものを提唱している⁵⁾。LEAD とは Longitudinal, Expert, All Data の略である。結局のところ、経過を追い切つて十分に集めた情報に基づいて専門家が下す臨床診断が最終基準だと言っているのである。

うつ病の場合にも当然、長期経過を含んだ概念的定義は重要である。例えば反復性うつ病性障害 (ICD-10) を考えてみる。これは、再発傾向を有

し、これまでに躁状況を呈していないことが条件である。しかし、この disorder のコンセプトは、実は、暗にはあるが「今後も」躁状態を呈しないことを含んでいるふしがある。我々はこの障害と診断された患者の一部が将来双極性障害として除外され得ることは認識しているが、相当部分が残存すると考え、その部分を真の反復性うつ病性障害と感じているはずである。我々は、こういう長期的展望を含んだコンセプトを念頭に置いて日々臨床活動に従事している。

2. 症状把握の精度を上げる必要性について

昨今、診断基準の議論は盛んであるが、診断基準の部品である各症状項目の判定の精度が問題にされることは少ないように思われる。

いくつかの例を挙げる。

1) 不眠について

質問：眠れますか？

返答：はい、寝られます。

これだけでは睡眠障害を把握したことにはならない。例えば下記のような問診の方が症状を正しく把握できる。

質問：日本語は難しいです。「寝る」と「眠る」は違います。横になって「寝て」はいても断じて「眠れ」てはいないことがあります。ちゃんと「眠れ」ていますか？

返答：いいえ、横になって目はつぶっていますが、ぐっすりは眠れません。

2) 食欲について

質問：食欲はありますか？

返答：ええ、食欲はだいじょうぶです。

これも不十分である。下記の方が丁寧である。

質問：「頑張つて、結果として食べている」のを「食欲はある」と言う人がいます。知りたいのは、食事が「楽しみ」か、「おいしい」かどうかです。いかがですか？

返答：いいえ、おいしくないです。砂を噛むようにまるで味がありません。

もしここで「おいしい感じはあります」と答えても、うつ病を疑った場合はまだ不十分である。下

記を追加しておく方が安全であろう。

質問：うつ病では、途中いちばん重い時期があって、そのあと自然に少し軽くなることがあります。いちばんひどかったのはいつごろですか？ そのときには、さっき言ったような意味で、食欲が落ちてはいませんでしたか？

現在エピソードの最重症期に症状があったかどうかを訊ねておくことは、診断を判断するうえで重要な着眼的である。

抑うつ気分の判断にしても、我々は主訴、観察、内面の言語的報告など、多方面から情報を集める¹⁾。言語的報告では、正面の「憂うつ」に加え、裏側の「楽しめない」、思考・意欲への影、場面による改善の欠如、持続性などを確認する。これらチェックを経てはじめて、抑うつ気分ありと判断する。「憂うつですか」だけで決まるものではない。

いくら診断基準が立派でも、こうした丁寧な評価を徹底して行わないままに得た部品を組み合わせたのでは、現実から乖離した診断になってしまう。

3. 長期的観察の必要性について

当初診断に難渋するケースでも、数年間治療を担当する中で丁寧に観察していれば診断のつくものである。初診のときにはその人の普段をみていないため、その病像のどこからが症状でどこまでがパーソナリティなのか、微妙な判断ができず、回復したときを目撃してはじめて遡及的に、あの特徴は症状だったのかとわかることがある。また、何年かのうちに、ほとんど何の心因もなしにスーッと病相に入るケースを目撃することもある。

そうした重要な情報を見逃さないためには、「簡単にわかりすぎない目」が必要である。診断が確定しているという思い込みは、観察の目を曇ら

せるものである。

ここでも「長期経過を含む概念的定義」が重要である³⁾。そのときどき診断基準に合致した診断を記載することはもちろん必要である。しかし、診断基準に基づく操作的定義への過度の依存は、診断は確定しているという思い込みを誘導し、重大だが低確率の診断を忘れさせがちである。「長期経過を含む概念的定義」を念頭に置くことは、思考の柔軟性を保ち、観察眼を曇らせないために有用と思われる。たとえ数年かかっても正しい診断がつけばいい、というくらいのゆとりを頭のどこかに置いておきたいものである。

おわりに

うつ病関連用語の混乱の実態と整理のしかたについて、特に混乱が問題化している背景的状况に焦点を当てて再論した。また、日本語病名用語として「うつ病」使い続けることは妥当であり、その条件として、概念的定義を念頭に置き、症状把握の精度を上げ、観察眼を長期間維持することが必要であるという意見を述べた。

文 献

- 1) 太田敏男：うつ状態のいろいろ：臨床現場でどう見分けるか。臨床精神医学, 34 ; 587-592, 2005
- 2) 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
- 3) 太田敏男：DSM-IIIの功罪の視点から「うつ病」の切り分けを再考する。精神科治療学, 24 ; 119-123, 2009
- 4) 太田敏男：Depression と Melancholia を巡る用語上の諸問題。精神経誌, 112 ; 594-598, 2010
- 5) Spitzer, R. L.: Psychiatric diagnosis : are clinicians still necessary? Compr Psychiatry, 24 ; 399-411, 1983

Chaotic Use of Depression-related Medical Terms : How should it be Settled?

Toshio OTA

Department of Psychiatry, Saitama University Hospital

Along with the marked increase of depressive patients, psychiatric terms related to depression have come to be exposed to many lay people in recent years. As a result, various psychiatric terms formerly interpreted and used correctly by psychiatrists have been simplified too much into only a few words such as “utsu”, which are often used in an inappropriate way. The new word “utsu” was originally a fragment of words such as “utsu-shoujou” (= depressive symptom), “utsu-joutai” (= depressive state), or “utsu-byou” (= depressive illness). Thus, the lack of postfixes indicating symptom, state, or illness appears to have caused the ambiguity of “utsu”. The ambiguity (polysemy) of the word “utsu” is partly derived from that of the English word “depression”, which indicates either depressive symptoms or depressive illness, or even within-normal depressed emotion, depending on the context. The use of “utsu-byou” (= depressive illness) is also confusing in terms of which disorders (illnesses) to include, because of the interchangeable use of “utsu” and “utsu-byou”. The author contends that the chaotic use of the depression-related terms should be organized along the following “vertical” and “horizontal” axes : the vertical being the symptom-state-illness dimension, and the horizontal being the range of disorders. Specifically, the use of “utsu-byou” should be confined only to depressive illnesses which include definite ICD-10 and DSM-IV disorders, and another term, “yoku-utsu”, is recommended for “depressive symptom” and “depressive state” with the postfix of “-shoujou” and “-joutai”, respectively. The use of “utsu” in an ambiguous way should be avoided. The author also contends that the traditional brief Japanese term “utsu-byou” maintains validity as a term indicating a certain clinical unit in a clinical situation, even though the Japanese translated disorder names of DSM-IV and ICD-10 may also be in use in a formal situation. There are three conditions for the authors’ latter contention. First, the conceptual definition of the illness including its longitudinal course should be kept in mind. Secondly, symptom evaluation should be conducted through specialized techniques by psychiatrists. Thirdly, cautious observation looking for new findings should be maintained for a long time in parallel with treatment.

< Author’s abstract >

< **Key words** : depression, terms, chaos >
