

抑うつ症候群の治療からみた疾病分類問題 ——日常臨床における診断の混乱にどう対応するか——

宮岡 等

うつ病の疾病分類や診断における混乱は医学教育、プライマリケア医や社会への啓発のみならず精神科医自身の診療にまで及んでおり、早急な対応が必要である。現在、治療に直結するうつ病診断の問題点の第1として、抗うつ薬が効きにくいうつ状態を診断できていない。それには併存症、多軸評価、重症度評価などが関係し、大うつ病の過度の強調や過剰診断に至っている。第2はうつ病の範囲の広がりであり、自殺対策、職域、製薬メーカーによる抗うつ薬の売り込み戦略などが関係する可能性がある。現時点での対応として、日本うつ病学会治療ガイドラインは一定の指針を出しているし、DSMやICDを適切に用いることで混乱はかなり防げられると思われる。さらに内因という用語の用い方や診断の簡潔性を検討する必要がある。疾病分類のモデルにはカテゴリー的分類、ディメンジョン的分類、スペクトラム的分類がある。うつ病の分類や診断はカテゴリー的分類に基づくことが多いが、現時点での対応として、症状軸、背景軸、社会機能軸などを細かく設定したディメンジョン的分類は検討されるべきである。また精神医学におけるうつ病診断が、職域、リエゾン精神医学、自殺予防などの場面で改変されて用いられることは、矛盾さえなければ、ある程度許容されてよいと思われる。

<索引用語：うつ病，疾患単位，併存症，ディメンジョン的分類，妥当性>

はじめに

うつ病の分類について、内因性うつ病と神経症性うつ病があり、前者には抗うつ薬が効き、後者では環境調整や精神療法がより重要であるという教育がなされていたのは何年前までであろうか。近年のうつ病患者の増加や抗うつ薬の著しい売り上げ増加は、本当に患者数が増えたという面はあるにしても、診断方法や抗うつ薬療法を中心とした治療指針の変化と密接な関係を有すると考える。しかしこれに対して精神科医は十分に議論してこなかったように見える。その結果、現在、医学教育、プライマリケア医や社会への啓発のみならず精神科医自身の診療自体にまで混乱を生じている。本稿では主に治療という視点から、うつ病

の診断を検討したい。

I. 疾患単位の妥当性と診断

Robins, E. らは疾患単位の妥当性を確認するためには、①臨床的記述、②検査所見、③他の疾病との区別、④追跡研究、⑤家族研究という5項目の作業が必要であるとした¹⁾。精神疾患の疾病分類においても引用されることが多く、これは重視されねばならない。一方、診断が疾病分類に準じてなされるべきであるのはいうまでもないが、診断の時点で評価しうるのは、①臨床的記述、②検査所見、⑤家族研究である。④追跡研究は診断の妥当性を検討するために不可欠であるが、診断の時点では評価しえない。

③他の疾病との区別について、古典的な診断体系では統合失調症と内因性うつ病、内因性うつ病と不安神経症などは鑑別すべき疾患であった。DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, 1980) にはじまる操作的診断基準の流れでは、例えばうつ病性障害とパニック障害は comorbidity として合併しうると考えられるし、その他の障害でも診断基準の記載によって、鑑別と合併を慎重に判断する必要がある。

II. 現在のうつ病診療の主な問題点

うつ病診療の背景にある疾病分類や診断には多くの問題があるが、筆者は特に以下の2点を重視している。

1. 抗うつ薬が効きにくいうつ状態を見分けられていない

かつて神経症性うつ病と診断された病態では、抗うつ薬は効きにくいとされ、精神療法やカウンセリングが有効とは言えないまでも、医師は少しでも性格環境要因の改善に努めた。ところが今日、一部の精神科医はこれらを大うつ病性障害と診断し、薬物療法中心に対応し、改善しなければ薬物の増量や変更がなされる傾向にある。大うつ病性障害と診断する背景には大別して3つの問題がある。

第1に併存症が評価されていない。DSMは構造化面接によって用いるのが基本であり、第1軸と第2軸のすべての疾患について検討してこそ適切に用いたと言える。ところが医師が思いついた疾患に最も近い第1軸疾患の診断基準を満たすかどうか確認するだけで診断を終えていることが少なくない。いわゆる神経症性うつ病は、もし大うつ病性障害の診断基準を満たしたとしても、同時に全般性不安性障害、鑑別不能型身体表現性障害、気分変調性障害、依存性パーソナリティ障害などの診断基準を満たすことが少なくない。

第2も多軸評価に関係するが、第4軸の心理社会的ストレスの評価が不十分であることが多い。

これが評価されればより性格環境面への対応がなされるはずであり、今日のような薬物療法偏重の精神医療はある程度避け得たのではないか。

第3は重症度評価である。大うつ病性障害の診断基準に記載された症状には「ほとんど一日中、ほとんど毎日」という記載があるにもかかわらず、少しでも認めれば「あり」と評価される傾向がある。これらはいずれも大うつ病の過度の強調や過剰診断につながりやすい。

2. うつ病の範囲をどうとらえるか

自殺対策のためにうつ病の早期発見が勧められ、また労災関係、抗うつ薬の売り込みなども関係して、うつ病の範囲が広がったとされる。しかし現実的には健常な状態から連続的に移行するかのように見えるうつ状態に、病気とする範囲を決めるのは難しい。DSM-5には、必ずしも障害(disorder)とはみなせない場合に状態(condition)という呼称を与える提案がなされている。ここで「他に分類不能の抑うつ状態(depressive conditions not elsewhere classified: depressive CNEC)」が提案されており、その中には閾値下うつ状態(subsyndromal depressive CNEC)がある。

また、明らかな環境面の負荷のあと起こったうつ状態で、健常な心理過程として理解することが可能であっても、抑うつ感が強い場合はうつ病と診断される。これをうつ病の過剰診断とする考え方もあるが、一方この中で、抗うつ薬が著効する症例では、うつ病の診断が妥当であったと考えた方がよいこともある。

どの範囲を疾患ととらえるかについては、精神科医がうつ状態の評価さえ適切にしておけば、目的によって「病気ととらえる範囲」が異なることをある程度許容してよいと考える。臨床現場、自殺対策、職域の精神衛生など、場面によって目的に応じて異なった解釈が許されると考えてよいのではないか。

Ⅲ. 求められる疾病分類と診断

1. 疾病分類のモデル

精神疾患の疾病分類のモデルとしてよくとりあげられるのはカテゴリー的分類、ディメンジョン的分類、スペクトラム的分類である。

すでに述べた Robins, E. らの疾患単位はカテゴリー的分類であるが、まだまだ検証されていない部分が多すぎるし、実は検証されえないことも多いと推測される。古典的なカテゴリー的分類に基づく診断体系を用いた診断に、評価者間の不一致が大きく、社会に理解されなかったことは十分頭に置くべきであろう。

スペクトラム分類は近年双極スペクトラム、OCD スペクトラムなどと頻用されている。「スペクトラム」とは太陽光線を分光器で分解すると、赤、橙、黄、緑、青、藍という連続した波長の色に分解される色の配列である。つまり、例えば「双極スペクトラム」は「双極性障害という1つの病気があがるが、ある方法でみるといくつかの連続した病気に分かれてくる」という意味であろう。気分障害を双極-単極、うつ病を内因性-神経症性的のように考えていく場合は意味があろうが、うつ病では双極性との連続性、統合失調症との連続性、性格環境因性精神障害との連続性などいくつかのスペクトラムが必要となり、うつ病あるいは気分障害全体をスペクトラム分類で整理するのは困難が大きい。

ディメンジョン的分類は、相互に関係しないいくつかの評価項目（ディメンジョン）を設定し、その項目について評価する方法である。ディメンジョンの数は問わないが、ディメンジョンごとの独立性は重視される。DSMは第1軸から第5軸までのディメンジョン評価であると言われることがあるが、「第1軸：臨床疾患」、「第2軸：パーソナリティ障害、精神遅滞」、「第4軸：心理社会的および環境的問題」の各軸は相互に強く関係する。例えば第1軸にストレス因が記載されている急性ストレス障害や外傷後ストレス障害では評価が第4軸と重なることになる。したがって厳密にはディメンジョン的分類とは言えないし、第1軸の

中ではカテゴリー的分類が用いられている。各軸間の独立性が弱いことは、臨床現場で第1軸の評価のみが重視されることに関係しているかもしれない。

2. とりあえぬ対応

現実にはうつ病診療に混乱が起こっており、不適切な治療によって患者に被害が及ぶ可能性もある状況になっている。時間をかけて対応策を練るのはもちろん重要であるが、同時に早急にできる対策を考えねばならない。

1) 日本うつ病学会治療ガイドライン

2012年7月にうつ病学会が出した「日本うつ病学会治療ガイドライン II. 大うつ病性障害」(http://www.secretariat.ne.jp/jsmd/mood_disorder/img/120726.pdf) はまだまだ検討すべき点が多いし、疾病分類は重症度による分類が中心にすぎないが、早急な対応として意味があろう。今後改訂を繰り返していくことが期待される。

2) DSM や ICD を適切に用いる

DSM や ICD は精神面の問題を深く検討して治療に役立てようとする診断基準ではないが、不適切な臨床を防ぐために、これらを適切に用いるのは重要である。Comorbidity, 多軸評価, 重症度評価などを厳密にすれば十分有用である。ただ厳密に評価するには時間がかかるのが問題であり、構造化面接、あるいはそれに近い方法で DSM によって診断すれば、1時間は優に超えるであろう。

3) 「内因」という用語

「内因性うつ病」という用語は便利な用語としていまだに臨床現場で用いている医師は少なくないし、医学生の教科書にもしばしば登場する。しかしあまりにわかりにくいし、日本以外で通じにくいし、評価者間に差がありすぎる。精神科医に対してすら納得させる議論を呈示できていないように見える現状では、かえって精神医学の適切な普及を妨げる可能性がある。精神科医間で「内因」を用いて議論するにしても、対外的にも示す必要のあるうつ病の疾病分類では、現時点では、「内因」という用語を用いない方がよい。

4) 簡潔で使いやすい診断

うつ病治療に、プライマリケア医や産業医など精神科医以外の医療従事者が多く関係するようになった。この状況を考えると、精神科医間では詳細な疾病分類を議論するにしても、体外的には簡潔で理解しやすく、対応上の誤りにつながりにくい疾病分類や診断を呈示しておく必要がある。

3. 診断に関する私見

現在のうつ病診断はカテゴリー的分類を基盤としている。DSM はディメンジョン別に評価するとされているが、第1軸はカテゴリー的分類であり、その不適切使用がうつ病診療をめぐる最近の問題に深く関係しているように思える。極めて私見の内容であるが、筆者は打開策として以下の2点に触れたい。

第1はできるだけ徹底したディメンジョン的分類を行うことである。例えば、症状軸として、従来の精神症状学に準じて「意識」、「知的機能」、「幻覚、錯覚」、「思考過程」、「思考内容」、「気分」、「意志欲動」に、「自閉症スペクトラム障害でみられる症状(社会性、コミュニケーション、想像力)」を加える。また背景軸として「環境的問題」と「身体疾患」、社会機能軸として「機能の全体的評価」を含める。非常に煩雑であるが、カテゴリー的分類が存在するかのような前提で診療にあたるよりも、ここで抽出された問題に対応していくという姿勢の方が適切な診療につながるように思う。自

閉症スペクトラム障害をどこまで重視するかは議論があろうが、最近のうつ状態患者をみると評価すべき項目に入れた方がよいと思う。

第2に、精神科診療で用いられるうつ病診断と、他の領域で用いられるうつ病診断が異なることは、矛盾さえしなければ、ある程度許容されてよいと考える。特に職域の精神衛生における産業医、リエゾン精神医学における身体科医、自殺予防に関わるコメディカルスタッフなどは、個々の診断方法にどの程度の妥当性があるかを知った上で使いやすい方法、状況によってはカテゴリー的分類も用いて評価することは好ましいといえよう。

おわりに

「抑うつ症候群の治療からみた疾病分類問題」というテーマを与えられていたが、疾病分類というより「日常臨床における診断」という視点から私見を述べた。うつ状態の患者に対して、精神科医ごとに異なる診断をつけ、あるいは時には診断しないまま、自分だけが正しいと思う治療を行っている医師が少なくない現状で、日本精神神経学会が検討し対応すべき問題は非常に大きいと思う。

文 献

- 1) Robins, E., Guze, S. B.: Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 126: 983-987, 1970

How to Improve the System of Classification and Diagnosis of Depressive Syndrome

Hitoshi MIYAOKA

Department of Psychiatry, Kitasato University School of Medicine

The confusion regarding the system of classification and diagnosis of depressive syndrome must be promptly addressed. One issue is to discriminate between antidepressant-effective and -resistant depression. Another is to diagnose depressive disorders even if depression is mild. It is important as an immediate response to appropriately use DSM and ICD and the treatment guideline of the Japanese Society of Mood disorders.

The system of dimensional classifications and diagnoses of depressive syndrome, including the axes of symptoms, social background, and social function, should be more fully utilized in psychiatry. It may be possible to modify it according to associated areas such as occupational mental health, liaison psychiatry, and suicide prevention.

< Author's abstract >

< **Key words** : depression, disease entity, comorbidity, dimensional classification, diagnostic validity >
