

DSM-III が病因論を廃するとともにその時点で臨床症状の組み合わせを満たすか否かで診断する、すなわち横断面診断に割り切った時点から、それまで論じられた経過類型の議論はしばらく低迷することになった。しかし、その後、DSM が改訂されるなかで、横断面の診断に加えて、縦断面の情報が付加されるようになり、DSM-IV-TR では縦断的経過を特定するための特定用語が設けられたことは周知のことである。

広瀬が経過類型の論文を発表したのは 1960 年代後半であり、追試を行った下山の報告は 1970 年代前半である。したがって、DSM-III が出版される 10 年以上前の業績であり、経過類型には今日という大うつ病性障害と双極性障害が含まれた形になっていることは別にして、発病年齢と間歇期の長さをもとに詳細な症例分析が行われたわけだが、DSM-III 以前であったがゆえに可能な仕事であったともいえるたいへん貴重なデータと分析であり、今日においても臨床上たいへん意義のある内容である。

私見であるが、横断面診断は暫定診断と理解すべきというのが私の基本的考えである。経過を追ってみていくうちに、新たな情報が加わりそれまでの横断面診断が変更されることは当然起こりえることである。典型的なのがうつ病相のみで経過している症例に「大うつ病性障害」という診断がなされる。この横断面診断は、しかし暫定診断でもある。やがて、躁病相が何年後に出現して、双極性障害と診断変更される。重要なことは、経過を常に押さえていくことである。そのときに役に立つのが「経過類型」である。その症例が今後たどる経過をあらかじめ予測することは治療上きわめて重要だからである。

「経過類型と治療との関連について」の項で、広瀬は大変重要なことを述べている。それは躁うつ病の薬物療法と経過の関係である。今日では、ほぼ常識になっていることであるが、抗うつ薬を躁うつ病のうつ病相に使用した場合に症状の程度は軽減される一方で病相が頻発化（ラピッドサイクラー）する場合があります。その原因に抗うつ薬そのものが考えられている。今日では、このようなケースにはできるだけ抗うつ薬の投与は避けてバルプロ酸などの気分安定薬中心の処方があるが、当時はまだ炭酸リチウムが市販されていない時代であり、抗うつ薬が中心的に用いられた時代であったがゆえに、抗うつ薬の躁うつ病に対する効果と副作用がきめ細かく考察できたものと思われる。この点は過去の議論として片づけられるべきではなく、今日、気分安定薬を数種類手にすることができてなお、Bipolar Depression に抗うつ薬を使うことの是非はホットな話題であり、十分参考にすべき内容である。

気分障害の予後や長期経過、残遺症状などの研究課題は今日においても気分障害研究の一つの重要な柱である。統合失調症に比べて気分障害の予後は一般的に良好とされた Kraepelin 以来の「常識」がこの領域の研究を進展させなかったというのは言い過ぎかもしれないが、統合失調症に比べて圧倒的にこの領域の研究が少ないのは事実である。最近では、認知機能障害の立場から、QOL 改善の立場から、あるいは subsyndromal

morbidity の観点からの研究が進展してきたが、まだその成果が臨床に還元されるには至っていない。

このような時代背景のなかで 1960 年代から広瀬らは躁うつ病の残遺状態と人格変化に注目し、それらの性質を詳細に分析していた。これらは、今後、この領域の研究を発展させるうえで貴重な礎になることは間違いないものと思われる。

(樋口輝彦)