

講座 精神疾患の臨床

監修 松下正明
編集主幹 神庭重信

*Comprehensive Handbook
of Clinical Psychiatry*

1

気分症群

編集 神庭重信

Mood disorders

中山書店

シリーズ刊行にあたって

【講座 精神疾患の臨床】のめざすところは、最新の臨床精神医学の精華と経験を集成し、その到達点を、実践的な講座として精神科臨床に携わる方々へお届けすることである。

本シリーズは、中山書店から1975～1990年に刊行された【現代精神医学大系】(懸田克躬ほか責任編集、全25巻56冊)を第一世代とするならば、そのほぼ20年後の1997～2001年に刊行された【臨床精神医学講座】(松下正明総編集、全36巻)が第二世代版であり、その後20年余が経過した今、これらの大系の上に積み重ねられる第三世代版の知のアーカイブスである。1990年に発表された国際疾病分類ICD-10が30年ぶりに改訂されたことを踏まえ、2019年公開のICD-11の疾病分類に則って内容を構成し、めまぐるしく変わる時代のなかで様々な進歩がみられる精神医学について時宜を逸することなく最新の情報を提供するために、臨床上ニーズの高い疾患を中心に編んだコンパクトなシリーズとなっている。

疾病構造は社会の変化とともに変わる。精神疾患の患者数が急増し、2011年には精神疾患が五大疾病の一つに位置づけられ、精神医学の重要性が広く認識されるようになった。また精神疾患の診断と治療においても、この20年の間に大きくその姿を変えてきた。DSM/ICDに基づいて世界中で行われた研究の成果が蓄積され、各疾患の概念と定義にも修正が加えられている。ゲーム行動症のように、治療が必要な対象として新たに定義されたものもある。

治療においても、新規薬物の導入やニューロモデュレーションの開発が進められており、臨床研究や治験の結果に基づいた薬物治療ガイドラインが国内外で多数作成されてきた。昨今の研究対象は予防や早期介入へも向けられつつある。また、精神療法や疾患教育にもさまざまな工夫が加えられ、その有効性が臨床試験で示されつつある。リハビリテーションは今や欠かすことのできない治療となり、地域医療のさらなる充実が図られようとしている。各疾患をみても、たとえば自閉スペクトラム症、うつ病、統合失調症のハイリスク状態、認知症、PTSDや強迫症、物質使用症や嗜癖行動症など、その病理の理解が進み、治療法も工夫され、幅が広がっている。この背景には脳科学の格段の進歩がある。ヒトや霊長類の脳の構造と作動原理の理解が深まるとともに、精神神経疾患の脳病態の解明に向けて様々なアプローチが可能となってきた。この流れは今後さらに加速するだろう。

当事者の権利擁護の動きも一段と進み、治療の「説明と同意」は当然のこととして、医療者が治療情報を当事者に提示して、当事者が治療方針を選べるように支援

する共有意思決定 (shared decision making) が実践されつつある。臨床の現場では、アドボカシーやピアサポートなど、当事者の視点を医療に反映させる試みが盛んになり、精神疾患の研究においても、研究の優先順位を当事者、市民、臨床医、研究者らが共同で決める方針 (patient and public involvement: PPI) など、新たな流れが起きてきた。

しかしながら、いまだに十分な回復が得られない患者さんも少なくないのが現実である。今日、精神疾患の多くは、内的要因と外的要因が複雑に関与する多因子疾患であると考えられており、その病態像は多様を極める。治療者は、複雑な病態をより適切に診たて、より精緻で丁寧な治療を進める必要があり、そのためには広く深い精神医学の知識と豊富な経験とを身につけることが要請される。

本シリーズが、精神科医はもちろんのこと、精神科医とチームを組む多職種の専門職の方々にも、臨床に生かせる知識と技を提供できることを編集者一同こころより願っている。

2020年5月

監修 松下正明 東京大学名誉教授
編集主幹 神庭重信 九州大学名誉教授

序

精神医学・医療には様々な進歩がみられているが、なかでもこの30年の大きな変化として、身近な病としてうつ病が理解され、メンタルヘルスへの関心が日本社会に広く普及したことを挙げるができる。

そのきっかけの一つはWHOによる障害調整生命年（disability adjusted life years: DALY）の採用であった（2000年）。この結果、精神疾患による疾病損失が極めて大きいことが明らかになった。なかでもうつ病は全疾患中、第3位に位置づけられたばかりか、2030年には1位に浮上するだろうと予測された。これらの報告に精神医療関係者はみな驚きをもって接したに違いない。そして実際に、2008年の厚生労働省患者調査では、わが国のうつ病・躁うつ病の受診者が年間100万人になったと報じられている。1999年には40万人台にとどまっていたことを考えると、様々な理由が想定されているが、その増加はあまりに急である。

日本社会がバブル景気から一転して大不況の時代へと突入し、わが国の自殺者が年間3万人を超えたのは1998年のことである。自殺対策基本法が2006年、続いて大綱が2007年に策定され、県・政令都市単位で自殺対策協議会が設置され、自殺のリスク因子としての精神疾患、なかでもうつ病の啓発と早期発見・介入（ゲートキーパー養成、病診連携、診療科間連携など）が推し進められた。ほぼ同時期に、過重労働によるうつ病や自殺が社会問題となり、職域でのメンタルヘルスの重要性が認識され、ストレスチェック制度の確立へとつながった。2011年には「四疾病五事業」に「精神疾患」が加わり「五疾病五事業」となり、これにより、地域医療計画を自治体ごとに立てていくことが義務づけられた。このようにして、日本国内にメンタルヘルス対策が徐々に張り巡らされだしたのである。

一方、精神医学にも大きな変化が見られている。診断分類では、この間の研究成果が取り込まれ、DSM-IVはDSM-5に、ICD-10はICD-11へと改訂された。気分症群〈気分障害〉の研究でいえば、双極症〈双極性障害〉とうつ病とを独立した疾患と考えるのではなく、両極の間には連続して変化する病像が布置しているとするスペクトラム概念が議論され、躁症状とうつ症状が混在する病像への理解が深まり、新しい診断分類に反映されている。DSM-5では、双極症と統合失調症に共通する遺伝子の存在および画像所見、組織変化、脳波所見の類似性が相次いで報告され、「気分障害 mood disorders」という大分類を排除し、「統合失調症スペクトラム障害 schizophrenia spectrum」 「双極性障害および関連障害群 bipolar and related disorders」 「抑うつ障害群 depressive disorders」を、相互の関連性を考慮して並べて分類した。一方、ICD-11では「気分症群 mood disorders」という括りには临床上の有用性があるとして、この大分類名を残している。加えて、DSM-5では「月経前不快気分障害 premenstrual dysphoric disorder」

der」が抑うつ障害群に位置づけられているが、ICD-11ではprimary parentとして「腎尿路生殖器系の疾患」（第16章）に分類され、secondary parentとして抑うつ症群の箇所にも配置されている。なおDSM-5が採用した重篤気分調節症（disruptive mood dysregulation disorder: DMDD）はICD-11では採用されていない。一方、ICD-11には双極症にI型、II型の概念が導入され、DSMとのハーモナイゼーションが図られている。

治療法にも新たな展開が見られた。1999年には、SSRI（選択的セロトニン再取込み阻害薬）に分類される薬物はフルボキサミンしかなかったが、新薬開発のタイムラグが短縮され、SSRI/SNRI（セロトニン・ノルアドレナリン再取込み阻害薬）などの抗うつ薬が次々と上市された。一方で、抗うつ薬によるアクチベーションや断薬症状が注意喚起され、また難治化しがちな双極症の抑うつエピソードに対して抗うつ薬を使用するリスク・ベネフィットをめぐる議論が盛んに行われるなか、一部の抗精神病薬や抗てんかん薬の有効性が示され、治療ガイドラインの改訂が重ねられている。

非薬物療法においては、従来の精神療法に加えて、工夫された疾患教育、認知行動療法、対人関係療法、行動活性化、マインドフルネスなどが開発され、治療の選択肢が広がった。

ライフサイエンスの領域では、世界中で脳科学が隆興し、技術革新とともに、ゲノムレベル、分子・細胞レベルから回路レベルにわたる研究がめざましく進んだ。日本でも、2013年に「脳とこころの健康大国実現プロジェクト」が立ち上がり、各省庁および日本医療研究開発機構（AMED）は、精神・神経疾患を重点疾患と位置づけ、研究を推進した。このプロジェクトは、「脳の構造・機能の解明等の研究開発」と「認知症やうつ病などの発症メカニズムの解明、診断法、適切な治療法の確立」を目指すとして謳い、うつ病は重要な研究対象として浮上した。これらの潮流のなかで、基礎研究と臨床研究との融合が図られ、国内外の共同研究が推進され大規模臨床研究が開始された。

ちなみに人類は、20万年前の環境適応に成功した脳を持ち、高度に進歩した文明社会を生活している（EO Wilson）。人の社会行動は、この脳に組み込まれた基本的行動から自由ではない。しかしながら、脳の個体発生と発達、その過程において、「素因」対「環境」という二項対立ではなく、遺伝子・環境相関というプロセスをもって漸次進行し、豊かで多様な思考、感情、行動を可能とする。養育環境は、マクロな視点に立てば、部族社会の掟（FA von Hayek）に象徴される様々な社会文化のあり方へとつながっているのであり、人は、進化と文化により二重にコードされていると言い換えることができる。脳とこころの研究が進み、この壮大かつ複雑な謎が解き明かされ、思考、感情、行動の生得的で普遍的な構造と、それが変形され精神病理として現れる仕方と、さらにはその恒常性を取り戻す仕方とを、深く理解することで、これまで抽象論に終始しがちであった生物・心理・社会モデルをより豊かに議論することができるだろう。

話をもどすと、私たちは、患者と向き合い、その問題の解決をめざして、精神療法

の可能性，薬物療法やECTなどの可能性を探り出さなければならない。そのためには，患者の症状とその発生過程を詳細に把握するとともに，患者の人生の鍵体験を，自分のところに映し出して，写し取る必要もある。これらの作業を的確に進めるには，診断，精神療法，薬物療法，リハビリテーション，社会資源の活用にわたり，最新の情報に精通することが求められる。

本書は，これらの必要に応えるべく，気分症群の臨床において実践的に活用できる知と技の集大成をめざした。気分症群の臨床では診断や治療に難渋することは少なくない。その際，本書を手にして頂ければ，問題を解く手がかりを，きっとどこかに見つけることができると思う。

2020年5月

九州大学名誉教授
神庭重信

CONTENTS

本書で用いるICD-11の日本語病名・用語および診断ガイドラインの和訳について	神庭重信	xiv
--------------------------------------------------	------	-----

1章 概念・診断・疫学

疾患概念と分類の歴史.....	本村啓介	2
今日の分類と診断.....	松本ちひろ	9
気分症群の概念と診断, 鑑別診断		
抑うつ症群.....	本村啓介, 神庭重信	21
双極症または関連症群.....	川寄弘詔	36
境界を接する精神疾患との鑑別と併存精神疾患.....	大森哲郎	47
内因性うつ病概念は何のために.....	大前 晋	55
気分症群の疫学と社会負担.....	西 大輔	70
Topics 双極症の当事者会*.....	鈴木映二	78

2章 症候・症状論と精神鑑定

児童・思春期の気分症群.....	岡田 俊	88
若年者の抑うつ症——「現代抑うつ症候群」の提唱.....	加藤隆弘	97
高齢者の気分症群.....	稲村圭亮, 繁田雅弘	110
女性の気分症群.....	加茂登志子	120
退行期メランコリー.....	古茶大樹	137

*の付いた項目に関連する参考文献を中山書店HPの「Learning More on the Web [らんもあ]」でご覧いただけます
<https://www.nakayamashoten.jp/lmw/>



気分症群と身体疾患	西村勝治	144
Topics 一般科医・精神科医連携を考える	白川 治	156
気分症群と自殺	井上佳祐, 河西千秋	164
Topics 生態系としての近代文明社会と抑うつ——年齢階層別・年度別自殺率 100年間変動マップは社会と幸福について何を語るか	豊嶋良一	169
気分症群と創造性	芝伸太郎	177
気分症群の精神鑑定	村松太郎	184

3章 病態

抑うつ症群のゲノム研究	金沢徹文, 池田匡志	194
抑うつ症群の画像研究	岡田 剛, 岡本泰昌	199
Topics ニューロフィードバック	岡本泰昌, 高村真広	206
抑うつ症群の大規模臨床研究	小川雄右	212
抑うつ症群のバイオマーカー	竹林 実	220
双極症の生物学的研究*	加藤忠史	229
双極症のゲノム研究	池田匡志, 金沢徹文	240
うつ病をめぐるグローバルとローカル——医療人類学的視点	北中淳子	245
気分症群と産業精神衛生	吉村玲児	255
Topics うつ病は「こころの風邪」ではない!	樋口輝彦	263

4章 治療

治療総論

抑うつ症群	神庭重信	270
-------	------	-----

CONTENTS

双極症	山田和男	278
薬物療法		
抑うつ症群の薬物療法	渡邊衡一郎	282
Topics うつ病, 抗うつ薬と自動車運転	岩本邦弘	291
双極症の薬物療法	寺尾 岳	296
Topics サングラス療法—双極症の新しい補完的治療	寺尾 岳	307
Topics EGUIDEプロジェクト	橋本亮太, 渡邊衡一郎	309
抗うつ薬・気分安定薬の作用機序	茶木茂之	313
Topics 新規抗うつ薬としてのケタミンの光学異性体	橋本謙二	322
気分症群治療の重要なメタ解析	三浦智史	328
精神療法		
気分症群における支持と共感	青木省三, 村上伸治	336
心理教育	市来真彦	344
認知行動療法	原田誠一	354
Topics 気分症群～複雑性PTSDと関連の深い「児童虐待, いじめ, パワハラ, 教師による体罰」に関するデータ	原田誠一	370
Topics 気分症群の遷延化と関連の深いPTSDの歴史・文化的背景—差別～軍隊・戦争との関連について	原田誠一	372
マインドフルネス認知療法	佐渡充洋	375
対人関係療法	水島広子	383
森田療法	中村 敬	390
力動精神療法	生地 新	398
作業療法	田中佐千恵, 杉山暢宏	405

気分症群の復職支援	有馬秀晃, 秋山 剛	412
抑うつ症群の治療ゴールと再燃・再発予防	小笠原一能	419
Topics 公認心理師の役割	久保浩明, 黒木俊秀	432
ニューロモデュレーション		
電気けいれん療法 (ECT)	安田和幸, 布村明彦	438
反復経頭蓋磁気刺激療法 (rTMS)	鬼頭伸輔	444
Topics 治療抵抗性うつ病に対する脳深部刺激法 (DBS)		
— 有効性と安全性	山末英典, 杉山憲嗣	452
Topics うつ病・双極症に対する経頭蓋直流電気刺激法 (tDCS)		
— 有効性と安全性	亀野陽亮, 山末英典	457
新しい診断技術		
近赤外線光トポグラフィー (NIRS)	野田隆政	462
情報通信技術 (ICT) の活用	岸本泰士郎	469
索引		475

【読者の方々へ】

本書に記載されている診断法・治療法については、出版時の最新の情報に基づいて正確を期するよう最善の努力が払われていますが、医学・医療の進歩からみて、その内容が全て正確かつ完全であることを保証するものではありません。したがって読者ご自身の診療にそれらを応用される場合には、医薬品添付文書や機器の説明書など、常に最新の情報に当たり、十分な注意を払われることを要望いたします。

中山書店

本書で用いるICD-11の日本語病名・用語および 診断ガイドラインの和訳について

2019年5月に国際疾病分類第11版（ICD-11）が発表された。いわゆる精神疾患（統合失調症やうつ病、双極症〈双極性障害〉など）は、第6章「精神、行動または神経発達の疾患（mental, behavioural, or neurodevelopmental disorders: MBND）」にまとめられている。しかしながら、精神科医が治療の対象とする疾患は第6章の疾患に限られるわけではない。たとえば、睡眠障害は、非器質性（ICD-10ではF51）と器質性を一括して第7章に、てんかんは第8章「神経系の疾患（diseases of the nervous system）」に付置されている。性別不合（性同一性障害）は性機能不全などと合わせて17章「性の健康に関する状態（conditions related to sexual health）」にまとめられている。さらに、燃え尽き（burnout）、児童虐待（personal history of physical abuseなど）やDV（domestic violence）など、精神科医が遭遇する問題は、第23章「罹病あるいは死因の外的原因（external causes of morbidity or mortality）」あるいは第24章「健康状態または医療機関受診に影響する要因（factors influencing health status or contact with health services）」に記載されている。

精神疾患の診断カテゴリー（疾患、障害、疾病などに相当）は、構成概念と診断のためのガイドラインが一体となっている。ICD-11 MBNDの診断ガイドラインは日本精神神経学会ICD-11委員会が翻訳を進めているところであり、本書では必要に応じて現時点での案を掲載した。しかし、今後細部において改訂が加わる可能性もあることに留意されたい。

また、ICD-11の日本語病名・用語については、2016年に組織された日本精神神経学会精神科用語検討委員会および同精神科病名検討連絡会の合同委員会が中心となり、学会員や代議員へのアンケートの実施および一般の方々（特に患者家族会）へのパブリックコメント募集を行い、慎重に検討を重ねてきた。

大きな変更は、病名のdisorderの訳に、disabilityと混同されやすい「障害」ではなく、「症」をあてたことである。この試みは、すでにDSM-5の翻訳の際に、一部の病名（たとえば不安・恐怖関連の疾患や児童思春期の疾患）で導入したが、ICD-11では、原則すべての病名の「障害」を「症」に変更することにした。たとえば、bipolar disorderの日本語病名は、双極症〈双極性障害〉となり、同義語は山括弧〈 〉で併記した。一方、発達障害という分類は日本独自のものであり、ICD-11の神経発達症群とは対応していない。このような類義語の場合には、神経発達症（発達障害）のように、丸括弧（ ）に入れて併記した。

さらにICD-11の診断名に登場するpsychosisやpsychoticは、幻覚や妄想などの症状

が存在していることを指している。したがって、これまでいろいろな意味で用いられ、とかく偏見や差別の対象とされがちだった「精神病」ではなく、「精神症」に変更することにした（例「双極症I型、精神症症状を伴う」など）。

病態をより適切に表すために訳し変えた病名も複数あることに注意されたい。たとえば、適応障害（adjustment disorders）は適応反応症（適応障害）とした。症状は強い心的ストレスに適応しようとする反応として現れるのであり、避けることができれば現れないものである。DVを受けている主婦が抑うつ症状を現した場合に、それを適応障害と呼ぶことには誰も抵抗感を覚えるであろう。そこで、強い心的ストレスに適応できない当事者の側に問題があるかのように誤解されがちな「適応障害」という用語を変えることにしたのである。

なお本シリーズでは、psychiatric disorder (disease) や mental illness を指す用語は、原則、「精神疾患」で統一し、「精神障害」は「障害者自立支援法」でいう障害の文脈で使われる場合などに限定した。

次に、本巻で用いられる用語に関して説明を加えておく。本書の書名でもある気分症群（気分障害）は、「抑うつ症群」と「双極症または関連症群」からなる大分類（診断コードなし）である。この用語は、DSM-5からは削除されているが、ICD-11はこの用語には臨床的な有用性があるとして残すことに決めている。また、複数の疾患をまとめる親分類には、「抑うつ症群」のように「群」をつけることにした。ただし、気分症群に含まれる個々の疾患を指して「気分症」の語が用いられていることがある（例「双極症のような気分症は……である」など）。

ICD-11では「うつ病」を「単一エピソードうつ病」と「反復性うつ病」に限定した。これはDSM-5の「うつ病 (DSM-5)/大うつ病性障害」に相当する診断カテゴリーである。言うまでもなく、「うつ病」は、国の内外を問わず、DSM/ICDの診断基準に合致しているかどうかを問わないで、曖昧に使われてきた病名である。たとえば「脳血管障害後のうつ病の併発率は…」 「職場のうつ病の発生率は…」 「うつ病対策」などという場合に、DSM-5の大うつ病性障害の意味で用いられているのか、うつ状態の重症度スケールで「うつ病」と診断したものなのか、あるいは単に抑うつ状態を意味しているのかが不明なことが多い。一方、生物医学的な病態研究や薬物の治験、臨床研究では、通常DSM診断が用いられており、ICD-11の「うつ病」とほぼ重なると思われる。したがって、本書でICD-11診断に言及していることが明確ではない文脈で使われる「うつ病」に関しては、多義的に用いられていることに留意されたい。

また、「内因性うつ病」のように従来から頻用されている用語、「躁うつ病」のような歴史的用語、法律や行政文書などに用いられる「うつ病」、あるいは「新型うつ病」「うつ病はこころの風邪」のようにマスコミや一般書などで用いられている用語はそのまま残している。

最後に付け加えておくと、本書では、「抑うつ症群」のカテゴリーの中に含まれる個々の疾患を指す一般名詞として「抑うつ症」の語が用いられている（例「単一エピソードうつ病などの抑うつ症では……」など）。また「双極症」は双極症I型とII型を含む用語として用いられているが、ICD-11のコードをもつ診断カテゴリーではない。同じく「不安症」は、文脈により、大分類「不安または恐怖関連症群」を簡略にした用語として、あるいは「不安または恐怖関連症群」に属する個々の疾患を指して用いられている。

(2020年5月 神庭重信)

1章 概念・診断・疫学

疾患概念と分類の歴史

はじめに—メランコリーの多様性

17世紀の英国人Burton Rは「バベルの塔がもたらした言語の混乱も、メランコリーの混沌が症状にもたらした多様性ほどではなかっただろう」と書いている。いにしへのメランコリー概念は、それほどまでに混沌として矛盾に満ちていたのだが、現代の哲学者Radden Jは、過去のメランコリーの記述から、反復される4つの主題をとりだしている。すなわち、①メランコリーの多様性、多義性、②原因のない恐怖と悲哀、③メランコリーの天才と創造の活力、④メランコリーと怠惰の関連、である。本稿ではこれらの主題に沿いながら、かつてのメランコリーから現代の気分症群〈気分障害〉までの概念の変遷を辿ってみたい。

さまざまなメランコリー

18世紀の英国で、(自身がメランコリー者であった)Johnson Sが編纂した辞書では、メランコリーは、①黒胆汁の過剰によって生じるさまざまな病態であり、②単一の対象に心を奪われた狂気の一つでもあり、また、③陰鬱で不満に満ちた気質の一種でもある、とされていた。このようなメランコリーの多義性、多様性は、それ自体がしばしば言及される主題であった。

メランコリーと妄想

中世の西洋では、心は想像力-理性-記憶から構成されると想定されており、メランコリーは

主に想像力を、時に理性を侵すと考えられていた。18世紀になると、心の構成成分は情動-知性-意志の三つ組みとして考えられるようになり、メランコリーは、知性を損なう病いとみなされた時期もあったものの、やがて情動への影響に主眼が置かれるようになった。このようにメランコリーは、感情の変化にも、固定した妄想にも結びつきうる概念だったのであるが、19世紀になってEsquirol JEDが*monomania*の概念を提唱してからは、メランコリーは主に感情の病いとみなされるようになった。19世紀から20世紀への変わり目にはKraepelin Eが、知性の障害である早発性痴呆と、情動の障害である躁うつ病を分かち、すべてのメランコリーを後者に組み入れた。

けれども現代でも、精神症〈精神病〉と気分症群との境界は曖昧であって、前者はしばしば気分症状を、後者はしばしば精神症症状を含み、「自然の境界」は存在しないことが明らかとなっている。そして現代の分子遺伝学も、統合失調症と気分症群が遺伝的危険性を相当に共有し、発病機序の一部が共通する可能性を示唆している¹⁾。

メランコリーと人格

メランコリーが健常者の気質の一種をも意味するようになったのは、紀元前4世紀の哲学者Aristotleの論考以降であるというが、ルネサンス期になってもそのような用法は続いた。Shakespeare Wの『お気に召すまま』に登場す

COLUMN

用語の変遷について

まず大前提として、ICDもDSMも原語は英語であり、日本語の病名や用語は原語ありきの訳語である。ICD-10、DSM-IVからDSM-5、ICD-11にかけて、日本語病名・訳語が大幅に見直されてきた¹¹⁾。特にうつ病関連の用語が新旧の混在のため読みづらくなっており、対応する訳語を表1にまとめた。

「うつ病」という表現について、意外に思われるかもしれないが、これは単体では診断分類システムにはごく最近まで存在しなかったものである。気分が落ち込んでいるなど、診断に至るほどではないが抑うつ症状がみられる状態を、従来「抑うつ状態 (depressive state)」と表現してきた。これに対し、診断閾値を超える重症度に達したものは、「大うつ病性障害 (major depressive disorder: MDD)」[うつ病性障害 (depressive disorder)]と、「障害」をつけることで、独立した疾患単位であることを区別して示してきたのである。

しかし「障害 (disorder)」という表現がスティグマをはらむこと、日本語では「障害 (disability)」とまぎらわしいことを理由に、DSM-5日本語版作成時に、病名に用いられる disorder の訳語を「症」に変更しようという動きがあったのである¹²⁾。この結果、たとえば「パニック障害」は「パニック症」に呼称が変更された (英語の病名は panic disorder で変更なし)。

一方、うつ病はその例外として扱われた。国民に広く「うつ病」に関する啓発の努力がなされてきたにもかかわらず、「うつ病」が診断用語でないのはおかしい、片方で「うつ病」の概念が広がり過ぎている、これを機に「うつ病」の定義を診断要件と合わせてはっきりさせよう、ということになった。そしてこれを背景に、DSM-5では表1にあるMDDの診断要件を満たす状態を「うつ病 (DSM-5)」と呼ぼう、ということになった。カッコ書きのDSM-5というのは、いわゆる「新型うつ」などを含む概念が広がり過ぎた一般用語に対してDSM-5の規定するうつ病ということを強調するために加えられた。

この流れを受け、ICD-11でも従来のMDDに相当するものは「うつ病」と呼ぶこととなった (なお、ICD-10にMDDの表記はなく、うつ病エピソード (depressive episode) や反復性うつ病性障害 (recurrent depressive disorder) がそれに相当する)。すなわちICD-11では、single episode depressive disorderは単一エピソードうつ病、recurrent depressive disorderは反復性うつ病となった。

depressiveは従来「うつ病 (性)」と訳されていたが、「病」がより疾患単位を示す性質として用いられるようになったのに合わせ、単に形容詞として用いる場合には「病」の表記を避け、「抑うつ (性)」と訳されることが多くなった。従来「うつ病エピソード」だったdepressive episodeは「抑うつエピソード」、いわゆるMDDの基準を満たさない気分変調症も含む大きな括りとして用いるdepressive disordersは抑うつ症群と、各々訳されることになった。

「病」を基本的には診断カテゴリに対して用い、性質を表す形容詞から除くという方針はmanic、hypomanicの訳語にも影響した。従来「躁病エピソード (manic episode)」[軽躁病エピソード (hypomanic episode)]と訳されていたエピソードの訳語は、ICD-11で各々「躁エピソード」「軽躁エピソード」と変更された (DSM-5日本語病名検討時にはこの議論がなされなかったため、「躁病」「軽躁病」の表記が散見される)。

が向上するとされる一方、後に述べるような、臨床像は一見この診断にあてはまるが、観察さ

れる症状数が規定に満たないため「他に分類される」あるいは「特定不能」など、残遺カテゴ

表1 気分症群の主要な用語とその訳語

	ICD-10	DSM-IV	DSM-5	ICD-11
major depressive disorder	—	大うつ病性障害	うつ病 (DSM-5)	—
single episode depressive disorder	—	—	—	単一エピソードうつ病
recurrent depressive disorder	反復性うつ病性障害	—	—	反復性うつ病
bipolar (type) I/II disorder	双極性感情障害 (type IIの概念はない)	双極I/II型障害	双極I/II型障害	双極症I/II型
depressive episode	うつ病エピソード	うつ病エピソード	抑うつエピソード	抑うつエピソード
manic episode	躁病エピソード	躁病エピソード	躁病エピソード	躁エピソード
hypomanic episode	軽躁病エピソード	軽躁病エピソード	軽躁病エピソード	軽躁エピソード
mixed episode	混合性エピソード	混合性エピソード	—	混合エピソード

(American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition, 2015¹⁾; World Health Organization. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, version: 04/2019. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en?>²⁾; World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines, 1992³⁾; American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, 1994⁴⁾より)

りと診断せざるをえず、有用な臨床情報のとりこぼしを生じうるという側面もある。

ICD-11はより横断的、DSM-5はより縦断的なアプローチ

傾向として、ICD-11はより横断的、DSM-5はより縦断的なアプローチを重視する傾向にある。現実的な問題として、縦断的な診断を行うには、過去に遡る病歴の聴取や、その後の経過を追う必要が生じる。医療資源が極端に少なく、また半年、1年と診察を継続するのが困難な場合、縦断的アプローチに依拠した診断要件よりも横断的、つまり今ここで認められる臨床像のみに依拠したもののほうが適用しやすい。北米よりはるかに医療資源に限られる地域での運用を想定した際、ICDは横断的アプローチに必然的に寄りがちとなる。これに対して縦断的アプローチは、ある診断の特徴が横断的には切り取りづらく、長期にわたりその特徴が浮かび上がってくる際に有用であろう。

気分症状が関連する具体的な例に、統合失調感情症 (schizoaffective disorder) があげられる。ICD-11は、統合失調症と気分エピソード (抑

うつ、躁または混合) の診断要件を同時またはほぼ同時に満たす状態を統合失調感情症と規定している。対照的に、DSM-5では、気分エピソードと統合失調症の診断要件を同時に満たす期間があることに加えて、疾病の生涯持続期間中に、気分エピソードを伴わず妄想・幻覚のみが2週間以上出現する期間があることや気分症状が疾病の活動期・残遺期を合わせた半分以上の期間に認められることを要件とするなど、長期的な視野に立った診断基準の設計となっている。数としては多くないが、横断的あるいは縦断的アプローチの重視といった観点の違いから、ICD-11とDSM-5との間で、指す病態や診断様式が多少異なる診断カテゴリが存在する。

公衆衛生統計のツールであるというICDの側面

臨床現場での診断のツールという側面に加え、ICD-11もDSM-5も公衆衛生統計という側面を備えているが、相対的にICD-11のほうがその比重は大きいといえよう。DSM-5は米国において広く臨床業務やそれに関連する保険、行政などの分野で用いられているが、米国もWHOに疾病統計を報告する際にはICDを用いてい

1 章 概念・診断・疫学

気分症群の概念と診断, 鑑別診断

抑うつ症群

はじめに

抑うつ症群 (depressive disorders) は, 単極性の気分調節障害を特徴とした, うつ病を中心とする疾患群である。うつ病は, 個人の生活に与える影響の大きさ, および有病率の高さから, 精神疾患のなかでも特に社会的な重要性が高いが, 病像や経過, 治療反応性が多様であり, 正常との境界が不鮮明であることもあって, その診断基準や分類は絶え間のない論争にさらされてきた。本稿では, DSM-5とICD-11における抑うつ症群, 特にうつ病の診断基準をめぐる近年の議論を紹介する。

うつ病

位置づけと分類の変遷

ICD (International Classification of Diseases, 国際疾病分類; 現在正式には「疾病及び関連保健問題の国際統計分類 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems」) での, うつ病を含めた気分症群の分類の変遷を表1に示す¹⁾。ICDは, 1900年に開催された第1回国際死因分類会議ではじめて制定され, 第二次大戦後は世界保健機構 (WHO) の主導で改訂されてきた, 死因, 疾病, 関連健康問題に関する統計のための分類である。ICD-6 (1948) になって, 死因だけでなく疾病全般を網羅するようになったため, はじめて精神疾患に独立した章が与えられた。ICD-8 (1968) に

おける精神疾患の分類は, まず領域全体が, ①精神病, ②神経症, パーソナリティ症, その他, ③精神遅滞, に三分されて, その内側でさらに細分化される構造となっていた。ICD-9 (1978) では第一群「精神病」は, 「器質精神病状態」と「その他の精神病」に二分され, 前者には認知症を含む器質性精神疾患と症状性精神疾患が, 後者には統合失調症と躁うつ病その他が含まれていた。第二群には, さまざまな神経症, パーソナリティ症, 依存症, その他の行動異常が含まれていた。このような全体の構造は, かつてのドイツの精神医学の分類法に基づくものであったが, その枠組みの中では, 気分の異常を特徴とする病態も, 「精神病」に属するものと「神経症, パーソナリティ症」に属するものに分かれていた。しかし, 1980年に米国でDSM-IIIが公表されると, ICDもその影響を強く受けることになった。

DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; 精神疾患の診断・統計マニュアル) は, 米国精神医学会が制定する精神疾患の分類法を記載した書籍である。1952年に公表されたDSM-Iは, ICD-6を改変したものであり, DSM-II (1968) はICD-8に対応するように作成されていた。しかし, 折からの反精神医学運動のなかで, 精神医学の科学的根拠が求められると, 診断の信頼性が注目されるようになり, 一部の研究者たちによって開発されてきた操作的診断基準が採用されて, DSM-III (1980)²⁾が作成された。現在DSMやICDで用

1章 概念・診断・疫学

気分症群の概念と診断, 鑑別診断

双極症または関連症群

歴史と概念

近代以前からKraepelinまで

躁状態（マニー、マニア）や抑うつ状態についての記載は、古くは紀元前のギリシャ時代にHippocratesのものがある¹⁾。抑うつ状態は当時の体液説の文脈でメランコリー（melancholia：黒胆汁症）と呼ばれ、「メランコリーからマニーに転じることがある」と記載されていた。現在の双極症（双極性障害）の病態を記述しているものとしては、ローマ時代のAretaeusによるもので、躁（マニー）とうつ（メランコリー）は関係が深く、両者が同一人物に交互に現れることを記載したことから、今日の「躁うつ病」概念を最初に提唱した医学者として評価されている²⁾。

1800年頃に最初の精神科病院が創設されたとき、マニアはまだ狂気を意味する一般的用語で、過活動と混乱した行動を示す患者の状態を指し、現代なら統合失調症、うつ病、せん妄、老衰、知的障害などと診断されたと思われる患者も含む広い概念であった。その時代、「鎖からの解放」など精神科病院に収容された人々の処遇改善の功績を残したPinelは、入院患者の症状経過を精緻に観察し分類した。『精神病すなわち狂気に関する医学・哲学論考』において、マニアのより特異的な診断について記載し、この分類が行われて以降、認知症とメランコリーからマニアが分離された³⁾。

その後、19世紀のフランスのFalretによる「循環精神病」やBaillargerによる「重複型精神病」、ドイツのKahlbaumによる「気分循環症」などの概念の変遷を経ながら、19世紀末から20世紀初頭にかけてKraepelinが躁うつ病（Manisch-Depressive Irresein, Manic-Depressive Illness; MDI）という疾患概念を確立した³⁾。ここではKraepelinは躁うつ病が病相期以外の時期は正常に戻り長期予後が良いことから、早発性痴呆（統合失調症）と区別しつつ、それらを二大精神病ととらえた。ここではまだ単極性うつ病と双極性障害が区別されていなかった（MDIは双極性障害よりも広い概念である）。1960年代のAngst⁴⁾やPerris⁵⁾などの家系研究によって、単極性うつ病と双極性障害の出やすい家系が別であることが示されてから現在の操作的診断基準に至るまで、単極性うつ病と双極性障害は別の疾患概念となっている。

双極スペクトラム概念

上述のように、単極性うつ病と双極性障害は別の疾患概念という考え方の流れがあるが、1970年代に入るとAkiskal⁶⁾やGhaemi⁷⁾らによってスペクトラム概念が導入され、それらは単極性うつ病と双極性障害が地続きであるという方向に再び向かう見方でもある。

Akiskalは「soft bipolar spectrum」の概念を提唱し、これは一方を精神症（精神病）の極とし、もう一方を気質の極とし、さらに器質的な部分までも含む包括的な概念である。この概念の意

双極症の当事者会

当事者・当事者会とは

当事者は、疾患にかかった本人には限られない¹⁾。中西らは、当事者を「ニーズを持った人たち」、つまりは現在の状態を、こうあってほしい状態に対する不足ととらえて、そうではない新しい現実をつくりだそうとする構想力を持った人たちと定義している²⁾。

当事者会は、当事者が自発的に集まって作った団体である。精神疾患に限定すると、1935年に2人のアルコール依存症患者が始めたアルコールアノニマス（AA）が最初とされている³⁾。米国では推定で、50万以上のグループに計1,000万人以上が所属し⁴⁾、30以上の自助センターおよび情報センターが設立されている⁵⁾。

日本でも1960年代から精神疾患の当事者会が誕生し1965年には主に家族が運営する全国精神障害者家族連合会（ぜんかれん）、1983年に主に医療スタッフが運営する全国精神障害者社会復帰協議会（全精社連）、1993年に当事者が運営する全国精神障害者団体連合会（ぜんせいれん）が誕生した。

当事者会の機能・効果

当事者にとって最終的目標は当事者でなくなることで、すなわちニーズが取り除かれることである¹⁾。そのためには、安全でシンプルな環境の中で当事者としてのニーズが満たされていくことが重要で、洗練された理論、体系的な行動技法、認知行動療法などは必要とされない。むしろ、プロフェッショナルリズムと医師-患者関係のヒエラルキーによって奪われた人間性の回復が当事者会に求められる最も重要な機能である。そのことは以下の有名な言葉に集約されている。“Doctors know better than we do how a sickness can be treated. We know better than doctors how sick people can be treated as humans.”⁶⁾。

当事者会は、お互いのリカバリー（p82 **COLUMN** 参照）のためにピアサポート（p83 **COLUMN** 参照）などを通じて相互扶助する団体（セルフヘルプグループ；SHG）であると言い換えることができよう。詳細な機能については表1⁷⁾に掲載した。

当事者会の形式

当事者会は、自主発生的に誕生してきているために、決まった形式はなく、会によって運用方法や社会との連携、イデオロギーに至るまでさまざまである⁸⁾。SchubertとBorkmanは、当事者会を主に5つに分類した⁹⁾が、それをもとに時代と日本の現状に合わせて表2にまとめた。

■ FURTHER READING

- Guyatt G, et al (eds). *User's Guides to the Medical Literature: A Manual for Evidence-Based Clinical Practice*, 3rd edition. McGraw-Hill Education; 2014／相原守夫（訳）. 医学文献ユーザーズガイドー根拠に基づく診療のマニュアル 第3版. 中外医学社；2018.
医学文献を診療に利用するための、いわゆるEBMの基礎知識から実践までが丁寧に解説されている。
- Murad M, et al. How to read a systematic review and meta-analysis and apply the results to patient care: User's guides to the medical literature. *JAMA* 2014; 312 (2): 171-179.
上記書籍のもとになったJAMA誌への掲載シリーズの論文のひとつ。メタ解析を読む際に注意すべき点についてまとめて記載されている。
- 相原守夫. 診療ガイドラインのためのGRADEシステム 第3版. 中外医学社；2018.
メタ解析におけるエビデンスの確信度や診断ガイドラインにおける推奨度を評価する際のGRADEシステムについて詳細な解説がなされている。
- Mavridis D, et al. A primer on network meta-analysis with emphasis on mental health. *Evid Based Ment Health* 2015; 18 (2): 40-46.
ネットワーク・メタ解析の基礎的内容から、論文として報告されるグラフや表の意味や見方が解説されている。
- Higgins JPT, Green S (eds). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* Version 5.1.0.
<http://training.cochrane.org/handbook>
メタ解析の具体的な方法からコクランレビューを作成するソフトウェアであるRevManの使い方まで詳細に記載されている。