

社会の問題としてのうつ病について

Social Problems of Depression

第 671 回新潟医学会

日 時 平成 23 年 10 月 15 日 (土) 午後 2 時 30 分から
会 場 新潟大学医学部 有壬記念館

司 会 染矢俊幸教授 (精神科)

演 者 鈴木雄太郎 (精神科), 遠藤太郎 (精神科), 福島 昇 (新潟市こころの健康センター所長)

1 うつ病診断の問題点について

鈴 木 雄 太 郎

新潟大学医歯学総合病院精神科

Confusion About a Diagnosis of Depression in Japan

Yutaro SUZUKI

*Department of Psychiatry, Niigata University
Medical and Dental Hospital*

要 旨

日本の自殺者数は年間 3 万人を超えており, これは世界的にみても非常に多く, この原因として有病率が 10 % を超えるうつ病の増加や難治化が指摘されている. 自殺予防のためには, まずうつ病治療を成功させることが必要であるが, 近年, うつ病の増加・難治化と同時にうつ病概念が拡大しているとも言われており, うつ病診断の混乱が指摘されている. 本稿では, ①うつ病診断の難しさと重要性②うつ病の増加と診断基準の誤用③新型うつ病とうつ病の増加④うつ病専門外来における見かけ上のうつ病難治化の 4 つの視点から, うつ病診断の混乱について検

Reprint requests to: Yutaro SUZUKI
Department of Psychiatry Niigata University
Medical and Dental Hospital
1 - 757 Asahimachi - dori Chuo - ku,
Niigata 951 - 8510 Japan

別刷請求先: 〒951 - 8510 新潟市中央区旭町通 1 - 757
新潟大学医歯学総合病院精神科 鈴木雄太郎

討した。

キーワード：新型うつ病, ディスチミア親和型, SSRI, DSM

はじめに

日本の自殺者数は年間3万人を超えており、これは世界的にみても非常に多く、この原因として有病率が10%を超えるうつ病の増加や難治化が指摘されている。自殺予防のためには、まずうつ病治療を成功させることが必要であるが、近年、うつ病の増加・難治化と同時にうつ病概念が拡大しているとも言われている。本稿では、こうしたうつ病を取り巻く混乱について検討したい。

うつ病診断の難しさと重要性

生物学的診断マーカーが存在しないうつ病の診断は面接によって行われる。筆者がうつ病診断の際に浮かべる疾患概念イメージを図1に示すが、各診断の重複や併存などもあり、専門医にとってもうつ病診断は難しい。うつ病の中には、より生物学的基盤をもつと考えられている大うつ病性障害

害（特にメランコリー型の特徴を伴うもの）・双極性障害から、パーソナリティの問題とoverlapする適応障害や気分変調性障害まで非常に幅広い病態が存在する。治療上、前者は薬物療法が欠かせないし、後者は薬物療法だけでなく精神療法の併用が必要となることが多い。このようにうつ病の診断は治療を検討する上でも重要である。

うつ病の増加と診断基準の誤用

厚生労働省の統計によれば、うつ病・躁うつ病は1999年44.1万人であったが、2008年には104.1万人と2.4倍に増加している¹⁾。日本の経済状況悪化によって、うつ病の中核群と考えられているメランコリー型うつ病などが増加したことは容易に予測できるが、それ以外に、従来はうつ病と診断されなかった患者の受診も増加していると考えられている。1999年に本邦にはじめて選択的セロトニン再取込阻害薬（SSRI）であるフルボ

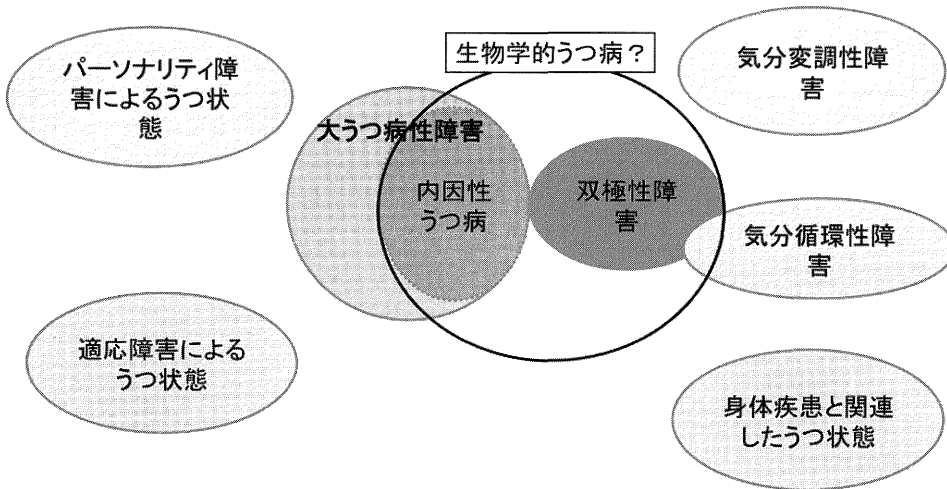


図1 「うつ病」診断の多様性

キサミンが、翌2000年にパロキセチンが登場したが、これらSSRIは副作用が少なく精神科医以外でもうつ病薬物療法を行いやすい環境が整った。当時、うつ病は「こころの風邪」と説明され、患者及び精神科以外の医師にも幅広く啓蒙活動が行われた。こうした動向は評価すべきことで、うつ病に対する正しい理解が進み、患者も病院を受診しやすくなり、また精神科医以外でもうつ病の初期治療を行いやすくなった。そのため、重症度が高くて従来は受診しなかつたうつ病患者の受診数が増加したことはむしろ好ましい事である。しかし、前述したようにうつ病診断は精神科医にとっても難しいが、精神科医以外の医師がうつ病治療に参加する機会が増えたことで、誤診断が増加したことも否めない²⁾。精神科領域ではアメリカの診断基準であるDiagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM)を用いてうつ病診断を行うことが多いが、この診断基準を十分理解せず単なる「あてはめ診断」が広がり、うつ病が増加してきたと考えられている。

新型うつ病とうつ病の増加

DSM診断基準の「あてはめ」によって、ディスチミア親和型とも呼ばれる「新型うつ病」が増加し、それがマスコミで報道されると、「自分もうつ病である」と考えた患者が増加するという悪循環が形成された。ディスチミア親和型については、提唱者である樽味の論文で詳述されているが、その中で提唱者自身も『規定も甘く未熟な概念を仮設することは、おそらく軽率の誹りを免れ得ないだろう。しかし慢性化しかねない抑うつへの臨床的な足場となるならば、そこに幾ばくかの意義はあるかもしれない。もちろん“母屋”である「うつ病」疾患概念の“改装”が過不足なく終了すれば、この「ディスチミア親和型」概念が不要になるのも、仮設の足場の本懐である。』³⁾と説明しており、決して新しいうつ病概念を提唱した訳ではない。むしろ、DSMの「あてはめ診断」を批判し、うつ病診断を丁寧に行い薬物療法だけでは十分治療できない病態には精神療法など別の治療を

検討するよう警鐘を鳴らすために、敢えてディスチミア親和型を提唱したと考えられる。しかし、ディスチミア親和型うつ病はマスコミ報道などで独り歩きし、提唱者の意図とは逆に用いられ、あたかもうつ病が変化したといわれるようになり混乱を生じている。

筆者は、ディスチミア親和型はパーソナリティの問題が大きく関与していると考えているが、このパーソナリティの問題が現在のDSM-IV-TR診断基準ではうまく記述できないため、うつ病と誤診されてきたのではないかと考えている。筆者が考えるDSMの問題として、

- ①忙しい臨床現場ではI軸診断のみ使われることが多く、パーソナリティ評価が軽視されている。
 - ②ディスチミア親和型には、長期にわたる明らかなパーソナリティ障害が確認できない。
 - ③ディスチミア親和型には、自己愛性、回避性、攻撃性などの特徴が存在するが、現在のcluster分類では相反する自己愛(cluster B)と回避(cluster C)という特徴をうまく説明できず、「特定不能のパーソナリティ障害」や、ともすると「パーソナリティ障害なし」と診断されることも多い。
- などである。

DSM-IV-TRのパーソナリティ障害は、DSMのカテゴリカル分類の弊害が最も顕著に表れている部分であり、こうした批判を受けて2013年登場予定のDSM-5ではパーソナリティについてはディメンショナルに記述することになるようである。筆者はDSM-5では、ディスチミア親和型をうまく記述できるようになり、ディスチミア親和型の概念がその役目を終えることを期待している。

うつ病専門外来における見かけ上のうつ病難治化

筆者は1999年からうつ病専門外来を担当しているが、当外来での初診患者の診断内訳の推移を検討した(表1)。この約10年で新潟市にも精神科クリニックが増え、その影響を受けて専門外来を受診するうつ病患者の絶対数は減少している

表1 新潟大学医歯学総合病院における
うつ病新患の動向
～専門医を受診するうつ病患者の変化～

	2004年	2007年	2010年
初診患者数	836	875	790
うつ病性障害	206	178	151
大うつ病性障害	132	88	63
その他のうつ病	74	90	88
双極性障害	13	11	17

単位：人

その他のうつ病＝特定不能のうつ病性障害＋気分変調性障害＋適応障害(うつ症状をとまなうもの)

が、その内訳をみると典型的なうつ病である大うつ病性障害の数が減少し、それ以外の割合が相対的に増加している。その中には、ディスチミア親和型うつ病と言われる病態も多く含まれている。こうした病態は前述のように難治化しやすいため、専門外来を受診する患者は治療者からみれば「治りにくくなった」と感じる。おそらく大うつ病性障害は、薬物療法に反応しやすいため、クリ

ニックでの治療で十分改善し、より難治の患者が専門外来を受診するようになって来ていると考察できる。このように、専門外来では見かけ上のうつ病病態の変化も観察される。

結 語

うつ病診断の混乱とうつ病の増加・難治化について筆者の考えも入れて概説した。うつ病は自殺の大きな原因であるが、自殺予防のためには同疾患の正しい理解と適切な治療法選択が必要である。

文 献

- 1) 厚生労働省 患者調査。
- 2) 富高辰一郎：なぜうつ病の人が増えたのか。幻冬舎ルネッサンス、東京、2010。
- 3) 樽味 伸：現代社会が生む“ディスチミア親和型”。臨床精神医学 34: 687-694, 2005。

2 発達障害の併存症

— 気分障害と不安障害を中心に —

遠藤 太郎・染矢 俊幸

新潟大学大学院医歯学総合研究科精神医学分野

Comorbidity of Pervasive Developmental Disorder and Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

Taro ENDO and Toshiyuki SOMEYA

Department of Psychiatry, Niigata University Graduate School of
Medical and Dental Sciences

Reprint requests to: Taro ENDO
Department of Psychiatry Niigata University
Graduate School of Medical and Dental Sciences
1-757 Asahimachi - dori Chuo - ku,
Niigata 951-8510 Japan

別刷請求先：〒951-8510 新潟市中央区旭町通1-757
新潟大学大学院医歯学総合研究科精神医学分野
遠藤 太郎