

3 躁うつ病

伝統的な精神科診断学では内因性うつ病と心因性うつ病とに分類されたり、精神病性うつ病と神経症性うつ病に分類されていた。その代表例として、バーゼル大学キールホルツによる古典的なうつ病類型を表3に示す。

表3 うつ病の古典的分類

感情病のタイプ	原因
1. 心因性うつ病 反応うつ病 疲はいうつ病 神経症性うつ病	単一の苦悩体験 長期間の情動負荷 無意識の精神的葛藤
2. 内因性うつ病 双極型うつ病 (循環性) 単極型うつ病 (周期性) 遅発性うつ病 (退行期うつ病/50歳 以降に初発する単極型 うつ病)	遺伝要因、先天性代謝障害の想定
3. 身体因性うつ病 器質性うつ病 症状うつ病	脳疾患、たとえば老年痴呆、動脈硬化症、 てんかん、外傷後遺症 たとえば感染、中毒、手術のあと、内分泌 障害、中毒患者の離脱期、レセルピン、 性ホルモン、神経遮断剤、排卵抑制剤の 長期使用

しかし、近年の操作的診断基準の採用によってこうした病院論的疾患分類ではなく、記述的・実証的な方法が採用されるようになり、結果として「内因」「心因」「反応性」「神経症性」などの垂系分類は廃止されている。最近の診断基準では「感情障害」「気分障害」とも記述される。従来 of ICD-9 までの分類では、「単極性障害」と「双極性障害」とに分類されていた。「単極」「双極」の類型は、表4に示すような実証的臨床知見に立脚しており、概ね今日の精神障害分類の骨格として採用されている。

表4 双極型うつ病と単極型うつ病の比較

	双極型	単極型
臨床症状	うつ病相で 精神運動抑制強い 発病年齢が早い	抑制のほかに 不安興奮が多い 発病年齢が遅い 身体的訴えが多い
遺伝学的所見	X染色体と関連するものがあるらしい	
家族歴	躁病が多い	躁病が少ない
生理生化学的所見	大脳誘発電位増強 ステロイド排泄低下 リチウム使用で血清Mg増加 赤血球のCOMT減少わずか 尿中MHPG量低下	大脳誘発電位減少 ステロイド排泄正常又は増加 リチウム使用でMg変化なし 赤血球のCOMT減少著明 尿中MHPG量平均値正常
薬物治療への反応	リチウムの抗うつ作用がより著明 DOPA治療で躁転	リチウムの抗うつ作用は不確実 DOPAの行動毒性なし

(Gershon, 高橋による)

最新のICD-10では、「気分障害」の包括の元に「双極性障害」「反復性うつ病性障害」などの細目に類型化されている。DSM-IVでは「双極性障害」と「大うつ病性障害」とに分類されている。精神分裂病のところでも記述したように、両者の診断基準は非常に類似している面もあるが、その一方で相異なる診断基準も採用されている(表5)。

表5 ICD-10とDSM-IVのうつ病エピソードにおける主な症状

	ICD-10	DSM-IV
抑うつ気分	◎	◎
興味や喜びの著しい減退 あるいは損失	◎	◎
活力の減退による易疲労性 や活動性の減退	◎	○
精神運動性の焦燥、または 制止		○
思考力・集中力・注意力の 減退、および決断困難	○	○
自己評価と自信の低下	○	
罪責感と無価値感	○	○
将来に対する希望のない 悲観的な見方	○	
自傷、あるいは自殺念慮や 自殺企図	○	○
睡眠障害（不眠、ときに 睡眠過多）	○	○
食欲障害（食欲不振や体重 減少、ときに食欲亢進）	○	○

◎は必須症状

4 神経症と心因反応

同じく伝統的精神医学の体系で大きなウエイトを占めていた、神経症と心因反応の2大疾患についても、近年の操作的診断基準の採用によって、分類の原理として重視されない傾向にある。とくに「心因反応」の呼称自体が、病因論的な診断分類が控えられる昨今の潮流の影響で、採用されなくなっている。

また神経症は「恐怖症性不安障害」「強迫性障害」「解離（転換）性障害」などICD-10の5章F40-F49の中に個別分類細目として名残を残しているが、DSM-IVでは大きな範疇としての「神経症」の用語は消失している。いずれにせよ、近年の精神科診断学の潮流は、かつてのように「精神病」と「神経症」の主要分類を重視しなくなり、その境界設定も曖昧になっているのは事実である。

ただし、「精神病」と「神経症」との明白な概念規定や、「心因」という病因を過度に重視する分類は回避されたものの、従来の診断基準で「神経症」と総称されていた個別の疾患自体は現在の診断学でも数多く採用されている。識者によってはICD-10のF4の項目に限っては「disorder」を「障害」ではなく「神経症」と翻訳するよう提唱する意見もある。

表6 ICD-10のF4 神経症性障害、ストレス関連障害および身体的表現性障害

-
- F 40 恐怖症性不安障害
 - F 41 他の不安障害
 - F 42 強迫性障害【強迫神経症】
 - F 43 重度ストレス反応および適応障害
 - F 44 解離性（転換性）障害
 - F 45 身体表現性障害
 - F 48 他の神経症性障害
-

5 各種アルコール・薬物依存症の分類と、中毒性精神障害

古典的な診断学で「アルコール・薬物嗜癖」「慢性アルコール・薬物中毒」と総称されていた病態は、今日「依存症」の用語で統一されている。この見解はICD-10とDSM-IVの両者で採用されている。また「依存」の診断に関して、あまたの（アルコールを含む）薬物ごとに別個に診断基準を用意するのではなく、精神作用物質による精神および行動の障害の下位類型として「依存（症候群）」「離脱状態」「精神病状態」などの診断を位置づけた。その際「中毒」の用語は、法律上の用語とは異なり、「急性中毒」としてのみ残されている。

表7 ICD-10のF1 精神作用物質使用による精神および行動の障害

-
- F 10 アルコール使用による精神および行動の障害
 - F 11 アヘン類使用による精神および行動の障害
 - F 12 大麻類使用による精神および行動の障害
 - F 13 鎮静剤あるいは睡眠剤使用による精神および行動の障害
 - F 14 コカイン使用による精神および行動の障害
 - F 15 カフェインを含む他の精神刺激剤使用による精神および行動の障害
 - F 16 幻覚剤使用による精神および行動の障害
 - F 17 タバコ使用による精神および行動の障害
 - F 18 揮発性溶剤使用による精神および行動の障害
 - F 19 多剤使用および他の精神作用物質使用による精神および行動の障害
 - F 1 X.0 **急性中毒**
 - F 1 X.1 有害な使用
 - F 1 X.2 依存症候群
 - F 1 X.3 離脱状態
 - F 1 X.4 せん妄を伴う離脱状態
 - F 1 X.5 精神病性障害
 - F 1 X.6 健忘症候群
 - F 1 X.7 残遺性および遅発性の精神病性障害
 - F 1 X.8 他の精神および行動の障害

6 てんかん

てんかんは、意識消失とけいれん発作を主な症状とする疾患の総称である。ただし、発作症状のみに限定せず、知能低下や人格変化も疾病を構成すると考えられている。WHO の国際てんかん用語委員会では、大脳神経細胞の過剰放電に由来する反復発作に特徴づけられ、さまざまな臨床症状、検査所見と関連し、種々の原因を持つ慢性脳疾患」と定義している。伝統的にてんかんは「内因性精神病」の一つとされてきたが、今日では疾病分類上「神経疾患」に類型化されている。しかし、こうした分類には臨床の実務の上からも批判が多く、松下は「てんかん性精神障害が精神科領域でも非常に重要な領域であり、臨床的に言っても他の分野では決して扱えない領域」であることを強調し「ICD-10」の分類で精神障害の項目からてんかん関連の病態が排除されたことに疑問を呈している。

(参考)

ICD-10 第5章

F 0 症状性を含む器質性精神障害

- F 00 アルツハイマー病の痴呆
 - F 01 血管性痴呆
 - F 02 他に分類されるその他の疾患の痴呆
 - F 03 特定不能の痴呆
 - F 04 器質性健忘症候群、アルコールおよび他の精神作用物質によらないもの
 - F 05 せん妄、アルコール及び他の精神作用物質によらないもの
 - F 06 脳損傷、脳機能不全および身体疾患による他の精神障害
 - F 07 脳疾患、脳損傷および脳機能不全による人格および行動の障害
 - F 09 特定不能の器質性あるいは症状性精神障害
-

F 1 精神作用物質使用による精神および行動の障害

- F 10 アルコール使用による精神および行動の障害
- F 11 アヘン類使用による精神および行動の障害
- F 12 大麻類使用による精神および行動の障害
- F 13 鎮静剤あるいは睡眠剤使用による精神および行動の障害
- F 14 コカイン使用による精神および行動の障害
- F 15 カフェインを含む他の精神刺激剤使用による精神および行動の障害
- F 16 幻覚剤使用による精神および行動の障害
- F 17 タバコ使用による精神および行動の障害
- F 18 揮発性溶剤使用による精神および行動の障害

- F 19 多剤使用および他の精神作用物質使用による精神および行動の障害
 - F 1 X.0 急性中毒
 - F 1 X.1 有害な使用
 - F 1 X.2 依存症候群
 - F 1 X.3 離脱状態
 - F 1 X.4 せん妄を伴う離脱状態
 - F 1 X.5 精神病性障害
 - F 1 X.6 健忘症候群
 - F 1 X.7 残遺性および遅発性の精神病性障害
 - F 1 X.8 他の精神および行動の障害
 - F 1 X.9 特定不能の精神および行動の障害
-

- F 2 精神分裂病、分裂病型障害および妄想性障害
 - F 20 精神分裂病
 - F 21 分裂病型障害
 - F 22 持続性妄想性障害
 - F 23 急性一過性精神病性障害
 - F 24 感応性妄想性障害
 - F 25 分裂感情障害
 - F 28 他の非器質性精神病性障害
 - F 29 特定不能の非器質性精神病
-

- F 3 気分（感情）障害
 - F 30 躁病エピソード
 - F 31 双極性感情障害【躁うつ病】
 - F 32 うつ病エピソード
 - F 33 反復性うつ病性障害
 - F 34 持続性気分（感情）障害
 - F 38 他の気分（感情）障害
 - F 39 特定不能の気分（感情）障害
-

- F 4 神経症性障害、ストレス関連障害および身体的表現性障害
 - F 40 恐怖症性不安障害
 - F 41 他の不安障害
 - F 42 強迫性障害【強迫神経症】
 - F 43 重度ストレス反応および適応障害
 - F 44 解離性（転換性）障害
 - F 45 身体表現性障害
 - F 48 他の神経症性障害
-

- F 5 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群
 - F 50 摂食障害
 - F 51 非器質性睡眠障害
 - F 52 性機能不全、器質性の障害あるいは疾患によらないもの
 - F 53 産褥に関連した精神および行動の障害、他に分類できないもの
 - F 54 他に分類される障害あるいは疾患に関連した心理的および行動的要因
 - F 55 依存を生じない物質の乱用
 - F 59 生理的障害および身体的要因に関連した特定不能の行動症候群
-

- F 6 成人の人格および行動の障害
 - F 60 特定の人格障害
 - F 61 混合性および他の人格障害
 - F 62 持続的人格変化、脳損傷および脳疾患によらないもの
 - F 63 習慣および衝動の障害
 - F 64 性同一性障害
 - F 65 性嗜好障害
 - F 66 性の発達と方向づけに関連した心理および行動の障害
 - F 68 他の成人の人格および行動の障害
 - F 69 特定不能の成人の人格および行動の障害
-

参考文献

藤原妙子, 岡崎祐士: 精神分裂病と妄想性障害の診断基準. 島菌安雄, 保崎秀夫(編): 精神科 M O O K 28 精神科診断基準, pp101-112, 金原出版, 1992.

Gershon, S. : Treatment of manic-depressive states. In "Manual of Psychiatric Therapeutics" (ed. by R. I. Shader), Little Brown, Boston, 1975.

加藤正明: 精神疾患の命名と分類. 懸田克躬, 大熊輝雄, 島菌安雄, 高橋 良, 保崎秀夫(編): 現代精神医学体系 1 B 2 精神医学総論 II b, pp111-193, 中山書店, 1980.

松下正明: 器質性精神障害の診断基準 - ICD-10 を中心に. 島菌安雄, 保崎秀夫(編): 精神科 M O O K 28 精神科診断基準, pp244-250, 金原出版, 1992.

高田浩一: WHOの精神障害に関する国際分類(I C D). 浅井昌弘, 牛島定信, 倉知正佳, 小山 司, 中根允文, 三好功峰(編): 臨床精神医学講座 1 精神症候と疾患分類・疫学, pp416-438, 中山書店, 1998.

高橋 良, 藤井 薫, 中根允文: 病型分類と診断. 新福尚武, 島菌安雄: 精神医学書下巻, pp420-428, 金原出版, 1983.

高橋 良: 躁うつ病に関する今日の問題点、医学のあゆみ、95 : 353, 1975.

山下 格: 神経症. 島菌安雄, 保崎秀夫(編): 精神科 M O O K 28 精神科診断基準, pp135-148, 金原出版, 1992.

横山知行, 佐藤 新, 飯田 眞: 気分障害の診断基準- I C D -10 (草案) を中心に - . 島菌安雄, 保崎秀夫(編): 精神科 M O O K 28 精神科診断基準, pp124-134, 金原出版, 1992.