

精神疾患診断のアプローチ

慶應義塾大学医学部精神神経科学准教授

村松太郎

(聞き手 大西 真)

大西 村松先生、精神疾患診断のアプローチということでいろいろお話をうかがいたいと思います。

やはり何といても、うつ状態が臨床の現場では一番中心になるかと思えますので、それを中心におうかがいしたいのですが、まず抑うつ気分や、うつ状態、うつ病など、いろいろありますけれども、そのあたりから説明していただけますか。

村松 今ご指摘のことは非常に混乱して使われているのが現状ですけれども、定義としては、うつ病といえ、これは病気です。最初の抑うつ気分というのは、これは症状なので、あらゆる病気で出てくる可能性がある。要するに、気持ちが落ち込んでいれば抑うつ気分です。抑うつ気分がその患者さんの精神状態の中心を占めていれば、これはうつ状態ということになります。ですから、うつ状態は、うつ病かもしれないし、あるいはほかの病気かもしれない。そういうことがいえると思います。

大西 そうしますと、うつ病ではないうつ状態というものもあるのでしょうか。

村松 これも言葉の使い方が混乱しているので、一概にはいえないのですが、そのように、うつ病ではないうつ状態はあるとってよろしいと思います。

大西 症状などに違いがあるのでしょうか。

村松 細かく見ると違いはありますけれども、表面的には、落ち込むとか、意欲が出ないとか、眠れないとか、言葉にしてしまうと違いはないような感じがします。

大西 内因性うつ病と神経症性うつ病ですか、そのあたりの診断はどのようにしたらよいのでしょうか。

村松 まず内因性うつ病というのは、脳の中に何らかの原因があるだろう。ですから、性格とか、そういうこととは一応は違う、そういう概念です。神経症性うつ病といった場合は、性格の関与とか、そういったものも大きい。

そういったことに環境の影響がかぶさって発症するという事です。

大西 よくDSM分類というものが診断で使われていると思いますけれども、DSMについて解説していただけますか。

村松 DSMはアメリカ精神医学会が作成した診断基準で、国際的にも日本でも非常によく使われているものです。批判もかなりあるのですが、ただ、ほかに代わるものがないので、実際にはこれが広く使われているというのが現状です。

特徴としては、原因論は極力排除して、実際に目に見えるといいますか、表面に現れる症状を確認することによって診断をつけていく、これが基本理念です。

大西 アメリカで作られたものなのですね。

村松 そうです。

大西 日本と事情が違う場合もあるかと思いますが、そのあたりは何かあるのでしょうか。

村松 それはかなりあるといわれていて、それも相まって批判も多くて、使いにくいという実際の声もあります。ただ、先ほど申しましたように、ほかに代わるものがないものですから、これを使っていくというのが一般的になっています。

大西 「大うつ病のエピソードの診断基準」というものもできているわけ

ですね。具体的にはどのような診断基準になっているのか、教えていただけますか。

村松 細かい項目は非常にたくさんあって、抑うつ気分とか、興味の低下とか、こういったものが幾つも並んでいて、非常に短く説明すると、病気でもなくとも、そういうことはいくらかもあるというような感じなのですが、厳密に診断基準を適用すればかなり正確に診断できると思います。

大西 ただ、専門家でない間違えることもあるかと思いますが、そのあたりはなかなか難しいですね。診断基準だけ読んでも、ということですね。

村松 安易に使うことは非常に危険です。

大西 一般の医師が、うつ状態といえますか、抑うつ気分の患者さんを診て、どういった場合に専門家に相談したらいいか、迷われる場合もあるかと思いますが、何かヒントのようなものはありますか。

村松 うつの状態ですと、うつ病を真っ先にお考えになると思うのですが、実際にはうつの状態というのはいろいろな精神疾患あるいは体の病気でも現れることがあります。うつ病は念頭に置くにしても、そのほかの病気の可能性も十分あるということをもまづ認識していただく、これが最も重要かと思います。

大西 例えばほかの病気となると、代表的なものはどのようなものを念頭に置くべきでしょうか。

村松 精神科領域ですと、うつ病と近縁ですけれども、躁うつ病、あるいは統合失調症でも、始まりの時点ではうつ状態ということがあります。そういったものをうつ病と間違えると、あとでまづいことになったりしますので、そういったものもあるということを念頭に置いていただくのが必要です。

大西 統合失調症ですと、何となく幻覚とか幻聴とかいうものが頭に浮かぶのですけれども、抑うつ気分のようなものも多いのですか。

村松 そうです。特に初期はそういったものだけが前景に出ることもあります。

大西 気をつけなければいけないということですね。

村松 そうですね。

大西 意外に躁うつ病とうつ病がよくわからない場合もあるかと思いますが、そのあたりの見分け方はあるのでしょうか。

村松 これは躁状態があるかないかだけが見分けるポイントです。躁うつ病でも、最初がうつ状態で発症した場合は、事実上、区別はつかないのです。

大西 そうしますと、問診のときにどんな症状といいますか、話に気をつけたらよいでしょうか。

村松 躁うつ病を念頭に置くのでし

たら、そういった一時的な躁状態、こういったエピソードがあったかどうかということです。

大西 あとは、診断基準でICD-10も使われるのでしょうか。

村松 厚生労働省はICD-10のほうを公式に推奨していますので、障害認定の診断書とか、こういったものはICD-10のほうを使うことになっています。

大西 特徴やDSMとの違いというのはどのあたりにあるのでしょうか。

村松 ICD-10のほうが少し緩やかといいですか、医師の裁量の余地がDSMよりは広いということがあります。

大西 日本ではそちらを使っている方もけっこういらっしゃるのでしょうか。

村松 そうですね。その辺が混乱を生んでいるところです。

大西 混乱のもとですね。

村松 臨床の間ではICD-10が勧められて、リサーチだとDSMが勧められる。そのような状況になっています。

大西 新しい基準はできないのでしょうか。

村松 そういう動きは今まで何回かあったのですが、だいたいうまくいかなくて。

大西 日本人と欧米人のうつ状態の違いや病状の違いなどはあるのですか。

村松 おそらく実際にはあると思うのですけれども、診断基準のレベルでそれが見えてくるかということ、ちょっ

と難しいですね。

大西 先ほどの話に戻るのですけれども、患者さんが抑うつ気分を訴えた場合に、いろいろな程度があると思うのですけれども、どういったときに「これは専門家に任せたほうがいいな」という判断をしたらよいのでしょうか。

村松 内因性うつ病かどうかということがかなり重要だと思うのですけれども、その場合、わかりやすいのは自責、自分を責めるということとか、あとはあらゆることに関する興味の喪失といえますか、自分が本来好きだったこととか楽しめることであっても、楽しめなくなってしまうとか、こういうふうになってくると内因性のうつ病の可能性が高まります。

大西 そういった症状に注目するということですね。紹介する場合は、心療内科よりも精神科のほうが良いですよ。そのあたりはいろいろ議論があると思いますけれども。

村松 そもそも標榜されている精神科と心療内科が違うかどうかという問題もありますので、実際、その先生がどういうバックグラウンドか。なかなかわかりにくいのですけれども。

大西 最初の治療が少しずれていると、こじれるケースもありますね。

村松 それはよくあります。

大西 その辺で気をつけなければいけないこともあるわけですね。

村松 そうですね。

大西 いろいろな新しい抗うつ薬がどんどん出てきていますから、何となく安易に使ってしまう、専門家でなくても使えるようなところもありますが、そのあたりはどうですか。

村松 これもかなり議論のあるところですが、特にうつ病の軽い場合はいろいろな先生方に診ていただいたほうがよろしいかと思うのです。ただ、そこで安易に薬をどんどん使うというのは問題があります。一定期間、例えば1カ月とか、そのくらい抗うつ薬を使っていたいただいて、それでうまくいかなければ、もうそのあたりでご紹介いただいたほうがよいかと思います。

大西 統合失調症なども早く治療したほうが予後がよいとうかがっているのですけれども、うつ病などもそうなのでしょうか。

村松 そのとおりです。

大西 早期発見したほうが予後が良いということですね。

村松 そうですね。

大西 そうしますと、ちょっと気分が滅入った人が来たときに、専門医への紹介のタイミングや治療をどうするかという判断がかなり重要になるということですね。

村松 そうですね。

大西 そのあたりはなかなか難しいですね。

村松 そうだと思います。

大西 何かアイデアといえますか、

一般の医師に向けてアドバイスはありますか。

村松 最初に申しましたように、うつ病とは限らないということです。一般的な問診でけっこうですので、よく問診をしていただくこと。あと、抗うつ薬で治療を始めた場合も、あまり引

っ張り過ぎないで、ある期間でよくならなければ、ご紹介いただいたほうがよいと思います。

大西 抱え込みすぎないほうがいいかもしれないということですね。どうもありがとうございました。