

## 双極Ⅱ型障害の鑑別診断の重要性

土屋 マチ<sup>1</sup>, 赤塚 大樹<sup>2</sup>

### Significance of the Differential Diagnosis of Bipolar II Disorder and Other Mood Disorders

Machi Tsuchiya<sup>1</sup>, Daiju Akatsuka<sup>2</sup>

Kraepelin, E以来の精神医学史の中での躁うつ病概念から、Akiskal, HSの双極Ⅱ型障害の疾病概念とアメリカ精神医学会の診断基準であるDSMにおける双極Ⅱ型障害の登場の変遷を概観した。次に、双極Ⅱ型障害の病理の中核をなす『軽躁』と、『併存comorbidity』を取り上げ、薬物療法、心理療法の観点から、治療初期段階における的確な鑑別診断の臨床的重要性を指摘した。さらに『現代型うつ病』について取り上げ、新型のうつ病という視点ではなく、双極スペクトラム線上において捉えるべきものであるとの提起をし、論述・検討を行った。

キーワード：双極Ⅱ型障害，気分障害，鑑別診断，軽躁，現代型うつ病

#### I. はじめに

従来のメランコリー親和型をベースとしたうつ病概念では理解できない双極Ⅱ型障害といわれる気分障害が近年、臨床的に注目されてきている。双極Ⅱ型障害とは、うつ病相に加えて軽躁病相が見られる気分障害の一型である。

双極Ⅱ型障害は、米国精神医学会による「精神疾患の診断・統計マニュアル (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)」の第4版 (DSM-IV, 1994年) で初めて双極性障害の下位分類として採用された比較的新しいカテゴリーである。しかし、新しいとはいえ、その背景には長い歴史と変遷がある。さらに、「現在では、双極Ⅱ型障害と単極型うつ病の有病率はほぼ同等ではないかという報告さえある」<sup>2)</sup>、「双極性障害の発症頻度は100人に1人弱ぐらいの頻度であり、双極性障害の患者さんとまったく関わることなく人生を送る人は、いないと言っても過言ではない」<sup>9)</sup>と双極性の症例が増加していることが示唆されている。このように、臨床的には双極Ⅱ型障害を病んでいる人は決して少なくないにもか

わらず、単極性うつ病や双極Ⅰ型障害と比較するとまだまだ認知度が低い臨床状況がある。

本論文では、双極Ⅱ型障害の概念の変遷を概観し、その病態像の特徴と診断をめぐる問題点や双極Ⅱ型障害を鑑別診断することの重要性について論述・検討しようとするものである。

#### II. 双極Ⅱ型障害の疾病概念の変遷

##### 1. Kraepelin, EからAkiskal, HSまで

Kraepelinは精神医学教科書第6版 (1899) において、躁うつ病の概念を確立し、早発性痴呆 (統合失調症) と躁うつ病を二大内因性精神病として位置づけた。それが第8版 (1913) において、「躁うつ病には、これ以前に取り上げられていた諸病型、つまり周期性精神病と循環性精神病の領域全体と、単純躁病とメランコリー病像の大部分、そしてアメンチアの症例のかかなりの部分が包含されている…。このようにクレペリンは従来さまざまな形で記載されてきた諸病像を、躁うつ病という1つの大きな枠組みに統合することを試みた」<sup>10)</sup>とされる。これはいわゆる「躁うつ一元論」とされる立場である。

<sup>1</sup>愛知県女性相談センター、<sup>2</sup>所属愛知県立大学看護学部 (臨床心理学・精神分析学)

「クレベリンの包括的な躁うつ病の概念，すなわち一元論は，その後約半世紀にわたって，気分障害の支配的な疾病概念として流通した」<sup>23)</sup>。ところが，鈴木・広瀬<sup>16)</sup>，岩井<sup>7)</sup>が指摘しているように，その後，Bleuler, Eによって，その躁うつ病の概念は著しく狭められ，1950年代になるとLeonhard, Kが，さらに1960年代にはAngst, JとPerris, Cが気分障害を単極性と双極性に二分する概念を提唱するに至り，躁うつ病の捉え方は一元論から二元論へと転換した。単極性のうつ病は躁うつ病から分離されて両者は別の疾患であるとされることになった。

とりわけ，わが国に影響があったのは，Tellenbach, H.が1961年にその著「メランコリー」において提唱した概念であった。この中で生来的にうつ病にかかりやすい人の病前性格を「メランコリー親和型性格」として抽出した。その特徴として，仕事や家庭などの「秩序」に対して執着することを認め，几帳面，完璧主義で責任感が強く，対人関係においても細やかな配慮が行き届き，自分自身に対し高い要求水準を課し，自己を駆り立ててしまうという諸点が指摘された。Tellenbachは，前メランコリー的な状況布置が，その人が元来持っている内因的なものに誘発的に作用し，その結果，うつ病を引き起こしてしまうと説明した。この考え方は，わが国に紹介された当時の社会経済情勢（60年代後半の高度経済成長期）の中で日本人に要請されていた几帳面で真面目さと関連させつつ，わが国には積極的に受け入れられた。それに加え，下田光造の「執着性格」（1941）の概念が再評価されたこともあり，わが国では，うつ病と言え，メランコリー親和型性格を病前性格とする単極性うつ病が典型と考えられるようになった。「気分障害の二元論時代は，単に単極性/双極性の二分法だけではなく，単極性うつ病が中心的に位置づけられたことによって特徴づけられる…こうして「うつ病」は，気分障害の代名詞となった」<sup>23)</sup>のである。

その一方で，1970年になり，米国のDunner, DLらによって単極性うつ病と双極性の躁うつ病の二分法におさまらない，気分障害の一類型として双極Ⅱ型という概念が提唱された。

この双極Ⅱ型障害に新たな位置づけを与えたのは，Akiskal, HSである。彼は，1978年に神経症性うつ病の約20%が双極性の経過を辿っていることを見出し，単極性，双極性の二分法を定説とする二元論に対して疑問符を投じた。そして，気分障害の中に気分変調性，気分循環性，双極Ⅱ型障害といった病態が連続体をなしていると考え，

1983年にbipolar spectrum（双極スペクトラム）なる概念を提唱した。この概念は「完全な躁病への連続性を保ちながら，躁状態が弱められているという意味」<sup>3)</sup>と説明した。

岩井は，「単極性のうつ病と思われている症例の中には，実際には躁極性の経過をとっているにもかかわらず，躁期が軽いか短いために見過ごされているものが多い」<sup>7)</sup>ことを指摘した点をAkiskalの研究の要点の一つとして挙げている。すなわちAkiskalは，双極性障害を「単極性の病態から最重症の精神病像を伴う双極Ⅰ型まで症候論的に連続している」<sup>16)</sup>とし，双極性障害の概念を拡張した。軽躁は見過ごされやすい症状であることを考えると，見落とされてきた可能性がある躁病エピソード，軽躁エピソードに対して臨床家の注意を呼び起こしたAkiskalの診断学的功績は大きいと言える。

双極Ⅱ型障害は当初少数の研究者の関心を引くにすぎなかったが，一定の臨床単位であることを示す所見が集積され，約4世紀半を経た1994年にはDSM-Ⅳに採用されるに至り，完全に市民権を得たと言えよう。

## 2. DSMにおける双極Ⅱ型障害の診断定義の変遷

DSMは初版（DSM-I）は，1952年に，さらに1958年には，DSM-IIが発表されたが，広く知られるようになったのは，1980年のDSM-Ⅲになってからである。

DSM-IIにおいては，躁うつ病の単一性を示す方向での考え方であったが，DSM-Ⅲにおいては，感情障害（affective disorders）の単極型と双極型の間には，明確な違いがあるという考え方に立っている。双極性という言葉は，このⅢにおいて登場した。

感情障害として，定型感情障害（major affective disorder），他の特殊な感情障害（other specific affective disorder），非定型感情障害（atypical affective disorder）の3つの重分類を設定した。さらに，定型障害の中に，双極感情障害（bipolar disorder）と，定型抑うつ障害（major depression）をおいた。双極性感情障害の診断には，躁性エピソードを持っていることがポイントであった。この躁性エピソードを持っている症例は，すべて定型抑うつエピソードを発症することが研究上明らかになっていたからであった。

DSM-Ⅲ-R（1986）になると，気分障害（mood disorders）のもとに，躁病エピソード，大うつ病エピソード，双極性障害，うつ病性障害をおいた。さらに双極性障害の下に，双極性障害，気分循環症，特定不能のうつ

病性障害の3つの分類をおいている。気分循環症は多数の軽躁病エピソードに抑うつ症状を持つ多数の症相期があるものであるとし、軽躁病と完全な大うつ病エピソードを伴う障害は「双極Ⅱ型」と分類し、特定不能の双極性障害に含まれるとした。

DSM-Ⅳ (1994) では、双極Ⅱ型障害が独立した臨床単位として認められた。また、重症度、精神病性、寛解、慢性、緊張病性、メランコリー型、非定型、産後、という特定用語や季節性、急速交代型 (rapid cycler) などを using タイプ分けすることで、診断の幅が広がっている。

DSM-Ⅳ-TR (2000) は、Ⅳの解説 (Text) 部分の改訂 (Revision) したものであり、基本的には、DSM-Ⅳと変わらない。

以上のDSMの流れからわかるように、双極Ⅱ型障害という見方が出てきたのは、DSM-Ⅲ-Rからであるが、独立した疾患単位として認められたのは、DSM-Ⅳからである。

このDSM診断にあたっては、まず最初にエピソード診断を行う。このエピソード診断段階では、うつ病か双極性かを大きく捉える。すなわち、前述の躁あるいは軽躁状態の有無の把握が重要なのである。次の段階では、該当するエピソードに沿って障害診断、特定項目診断を行う。

この診断分類の流れの最初の段階で「軽躁」が出てくるということは、双極Ⅱ型障害を独立した疾患単位として分類抽出することになることに繋がっている。

岡本は、双極Ⅱ型障害についてDSM診断分類が「適切に使用されているか懐疑的とする報告がある一方で、治療に関しても双極Ⅱ型障害を対象とした検討はほとんど行われていないのが現状である」<sup>14)</sup> と警告を発している。

### Ⅲ. 双極Ⅱ型障害の病態像と鑑別診断の重要性について

双極Ⅱ型障害は、先に述べたように、うつ病相に加えて軽躁病相が見られる気分障害の一型であり、軽躁という言葉が示すように、本格的な躁病エピソードまでには至らない。DSM-Ⅳの診断基準<sup>1)</sup> を見てみると、軽躁病エピソードが、持続的に高揚した気分が4日間続くこととされているのに対し、躁病エピソードでは、異常かつ持続的に高揚した気分が少なくとも1週間持続することとされている。さらにその他の具体的な指標として、入院の必要性という視点があり、躁病エピソードでは入院が必要とされるが、軽躁病エピソードでは入院を要しな

い。これらの点だけを見るならば、双極Ⅱ型障害は、躁うつ病の軽症型であるといったような考え方が出てくるかもしれない。しかし、内海は、そういった考え方に対しては否定的で、「双極Ⅱ型障害は、独自の、固有の病態であると考えべきものである」<sup>24)</sup> とし、「臨床場面では、双極Ⅱ型という疾病概念さえもっていれば、両者 (躁と軽躁) の違いは自明なものとして現れる」<sup>24)</sup> とした。

臨床的な視点から双極Ⅱ型障害の特徴を叙述すると、その病理の中心をなす要は「軽躁」である。「躁状態は、本人が困る、あるいはまわりが困るという状態であるのに対して、軽躁状態は、本人もまわりもそれほど困らない程度の状態」<sup>9)</sup> で「気分が高揚し、仕事がかどり、いろいろなアイデアが湧いてきて調子が良いというような状態を言う」<sup>9)</sup>。つまり、軽躁状態は「本人にとっては、大変よい状態」<sup>23)</sup> で「本人がそれを病的であると認めるのは難しい」<sup>23)</sup>、「理想的な状態と思われている節もある」<sup>2)</sup> と言われており、軽躁であることについての病識を持ちにくいことが指摘されている。

次に、「双極Ⅱ型の人の場合、…、「うつ」のはずなのに仕事を始めたり、海外旅行に出かけたり、恋をしたり、病気にしくみえない」<sup>25)</sup> と抑うつ症状に異質性が伴うことが指摘されている。双極Ⅱ型障害のうつ病像の特徴として内海は、「不全感、易変性、部分性の三つの指標」<sup>24)</sup> を挙げ、「症状が出揃わなかったり (不全性)、変動しやすかったり (易変性)、出現に場面依存性があったり (部分性)」<sup>24)</sup> とした。

さらに、双極Ⅱ型障害の特徴としてcomorbidity (併病：二つの病気が並立していること) が起こりやすいことが挙げられる。パニック障害をはじめとする不安障害、摂食障害、パーソナリティ障害、ヒステリー症、アルコール依存、薬物依存、注意欠陥多動性障害、社会恐怖など様々な疾病と結びつくことが指摘されており、このようなcomorbidityの存在が双極Ⅱ型障害の症状像をより複雑にしている。

さらに、うつ症状と軽躁症状が同時に存在する混合状態が起こりやすいとされる。高岡は「混合状態とは、高揚気分不安が混じったり、沈んだ気分衝動性が混じることを指す」<sup>17)</sup>、「思考・気分・意志が一斉に揃って移行しているのではなく、ばらばらに移行している」<sup>18)</sup> とし、「〈双極Ⅱ型〉の自殺企図は躁うつ混合状態において惹起されやすい」<sup>17)</sup> と考えた。すなわち、双極Ⅱ型障害の自殺企図、自殺完遂の割合の高さとその背景にある混合状態の存在が指摘されている。

このように軽躁の捉えにくさだけではなく、多彩な病態像を持つが故に、双極Ⅱ型障害の鑑別診断には困難を伴うが、治療初期に適切な鑑別診断を行うことの臨床的重要性が指摘されている。それは、特に薬物療法上、及び心理療法上の2点において、その必要性が挙げられる。

双極Ⅱ型障害の患者は、上述したように、軽躁に対しての病識を持ちにくいいため、軽躁からうつへの移行期に治療場面に登場することが多い。そのため、単極性のうつ病と誤診されることが少なくない。その結果、双極Ⅱ型障害の患者に気分安定薬との併用ではなく、抗うつ薬単独の治療が施されることが多くなる。しかし、抗うつ薬を使用した場合、躁状態が引き起こされて本格的な双極性障害が出現したり、うつと躁が頻繁に繰り返される「急速交代型」という状態が現れるなど、治療困難性を引き起こしてしまう危険性が指摘されている<sup>3)5)13)23)24)</sup>。

心理療法を行う上でも、様々な観点から患者の状態像を適切に鑑別することは重要であると指摘されている<sup>8)13)23)</sup>。軽躁病相の治療について神庭<sup>8)</sup>は、患者が能動的に治療に参加する必要性やその目的達成のために、サイコエデュケーションの有効性を指摘している。それは、内海・高田が言うように、「療養という基本線を見失わず、治療に専念してもらうことを伝える」<sup>25)</sup>ことや、軽躁状態を治療の対象とすべき「症状として取り上げる」<sup>25)</sup>ことの重要性とも一致する。それにより、患者に自身の症状を客観的に見つけさせ、その行動に一定の枠を作ることが可能になる。われわれは临床上、この視点の重要性を痛感している。軽躁症状を単極性うつ病や他の精神疾患と誤って判断をした場合には、これらの研究が指摘する軽躁病相に必要な心理療法的姿勢を欠くことになる。

以上のような事情により、鑑別診断の具体的な方法の必要性については、臨床的には喫緊の課題であり、次のような叫びがある。

「双極性障害の診断は治療に直結することから、多忙な日常臨床でも用いることができる簡便な診断ツールの開発が望まれる」<sup>20)</sup>、「双極性障害という診断が確定するまでには時間が必要」<sup>9)</sup>であるが、「患者さんの負担を軽減するための、新しい診断方法の開発も待たれる」<sup>9)</sup>というものである。

#### IV. 「現代型うつ病」と双極Ⅱ型障害

最近、「現代型うつ病」という言い方を耳にする。これは、DSM-IV-TRでは捉えきれない新しいタイプのうつ

病であろうか。

松浪は、「わが国では、内因性のうつ病に対しては、治療への導入の仕方、病気の見通しの伝え方、療養の仕方、薬物療法についての考え方などの臨床的知恵が蓄積されてきた…。しかし、これはあくまでも…DSM診断で言えば「メランコリー型の特徴を伴う大うつ病」についての、臨床経験から引き出されたものであって、DSMを通じて希釈されたうつ病の病態全体について一律に適用することには妥当ではない」<sup>12)</sup>と指摘している。松浪の上記の指摘は、一般的に最も周知されている従来型うつ病、いわゆるメランコリー親和型うつ病と呼ばれる典型的なうつ病に対し、高岡が解説する「新しい時代には新しい相貌を伴った（躁）うつ病が立ち現れる」<sup>19)</sup>と述べて指摘している病態像を考えることに繋がる。

高岡<sup>19)</sup>は、新しい相貌のうつ病のあり方として、第1に軽症化、第2に双極Ⅱ型に典型的な混合状態、第3に非定型化を挙げ、これら3つは互いに関連し合っているとしている。この軽症化は松波・上背が提起した「現代型うつ病」<sup>11)</sup>につながるものと言い、非定型化うつ病については、高岡はAkiskalの非定形うつ病は、ほとんどが双極Ⅱ型であるという考え方を紹介している。さらに、もう一つの非定形うつ病ともいう形をとるものとして、ディスチミア親和型うつ病を挙げている。この概念は、2005年に樽味伸、神庭重信により提唱されたものであり、その特徴については次のように説明される。昨今の精神科臨床において若者を中心に、几帳面で秩序を愛し、他者配慮的と指摘されてきたわが国のうつ病の気質の特徴に合致しない一群が多く現れ始めている。彼らは規範に閉じ込められることを嫌い、「仕事熱心」という時期が見られないまま、常態的にやる気のなさを訴えてうつ病を呈する。樽味・神庭は「ディスチミア親和型では、抑制よりも倦怠が強く、罪業感とともに疲弊するよりも、漠然とした万能感を保持したまま回避的行動をとる印象がある」<sup>21)</sup>とも指摘している。このような病態を「ディスチミア親和型うつ病」<sup>21)</sup>と呼び、従来のメランコリー親和的なうつ病と対比させた。ディスチミア親和型うつ病と類似する特徴を持つものとして、広瀬の「逃避型抑うつ」<sup>6)</sup>、阿部の「未熟型うつ病」<sup>1)</sup>などが関連づけられている。これらはいずれも、抑うつ症状を主とするものの、メランコリー親和型うつ病とは異なる病像を呈する一群として、相互に重複する部分を持つ概念であると言えよう。

このように考えると、「現代型うつ病」は新種としての

新しいタイプなのではなく、高岡が言うように、軽症化、混合状態、非定型というフィルターを通じて「現代型うつ病」を捉えることが肝要であると考え、このフィルターという視点を忘れて「現代型うつ病」を直接的に捉えようとする「現代型うつ病」の屋台骨が見えなくなってしまう。なお、坂元<sup>15)</sup>は、広範な抑うつ病態を「抑うつスペクトラム」として整理し直し、非定型うつ病や逃避型うつ病、未熟型うつ病に代表されるいわゆる「現代型うつ病」が双極Ⅱ型障害と親和性を有することを示している。また、津田は、「完全なうつ病相にまで陥ることのない気分循環症、および一部の気分変動症、逃避型抑うつ、非定型うつ病、通常はマニー型の適応様式を示しながらときどきうつ状態に陥る場合など」<sup>22)</sup>について、これらの様態から中核的な躁うつ病までを、鑑別診断を厳密にした上で、これらをひとまとまりに双極成分を持つものとして扱おうとする双極スペクトラムに入れて良いと考えた。この津田の考え方は、現代型うつ病についても双極スペクトラムとして多面的に理解が可能だと示唆していると言えよう。

以上より、「現代型うつ病」は双極Ⅱ型障害とも関連させつつ、双極スペクトラムの線上において捉えるべきものであると考えられる。双極スペクトラムの線上において、軽躁というある意味、微妙な位置づけを持つ双極Ⅱ型障害を鑑別することが、相対的位置関係にある「現代型うつ病」と大雑把にひとまとめにされる病態群を同定し得ることになるであろうと、われわれは考える。

## 文 献

- 1) 阿部隆明・大塚公一郎・加藤敏ほか:「未熟型うつ病」の臨床精神病理学的検討—構造力動論(W. JanzariK)からみたうつ病の病前性格と臨床像—。臨床精神病理, 16, 239-248, 2005.
- 2) 阿部隆明: Soft bipolar disorder (軽微双極性障害)概念について。臨床精神医学, 35(10), 1407-1411, 2006.
- 3) Akiskal, H. S: Soft Bipolarity—A footnote to Kraepelin 100 years later—。広瀬徹也翻訳 日本精神病理学会第22回大会特別講演, 臨床精神病理, 21(1), 3-11, 2000.
- 4) American Psychiatric Association: Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-IV-TR. APA, Washington, D. C., 2000. 高橋三郎・大野裕・染矢俊幸訳, DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引 新訂版. 137-170, 医学書院, 2003.
- 5) Brian P. Q: The Depression Sourcebook. The McGraw Hill Companies Inc, New York, 1997. 大野裕監訳・岩坂彰訳, 「うつ」と「躁」の教科書. 67-99, 紀伊国屋書店, 2003.
- 6) 広瀬徹也: 「逃避型抑うつ」について。宮本忠雄編, 躁うつ病の精神病理 2. 弘文堂, 61-86, 1977.
- 7) 岩井圭司: 双極Ⅱ型障害—その登場の背景と意義—。精神科治療学, 23(7), 789-795, 2008.
- 8) 神庭重信: 第Ⅱ編 双極性障害 第5章, 研究の方向。精神医学講座担当学会議監修, 上島国利編, 気分障害 治療ガイドライン. 301-303. 医学書院, 2004.
- 9) 加藤忠史: 双極性障害 躁うつ病への対処と治療. 34-54, ちくま新書. 2009.
- 10) 古茶大樹: クレペリンと躁うつ病概念。臨床精神医学, 34(5), 543-549, 2005.
- 11) 松浪克文・上背大樹: 現代型うつ病。精神療法, 32(3), 308-317, 2006.
- 12) 松浪克文: 現代のうつ病論—診断学的問題。神庭重信・黒木俊秀編, 現代うつ病の臨床 その多様な病態と自在な対処法. 75-97, 創元者, 2009.
- 13) 本橋伸高: 双極障害か大うつ病か—気分障害の鑑別—。精神科治療学, 13(1), 49-55, 1998.
- 14) 岡本泰昌: 双極Ⅱ型障害。精神科治療学, 17増刊号, 134-139, 2002.
- 15) 坂元薫: 非定型うつ病はうつ病か?—非定型うつ病の診断と治療をめぐるControversy。神庭重信・黒木俊秀編, 現代うつ病の臨床 その多様な病態と自在な対処法. 155-167, 創元者, 2009.
- 16) 鈴木幹夫, 広瀬徹也: 双極性障害の概念と診断の新たな展開。臨床精神病理, 8(3), 277-287, 2005.
- 17) 高岡健: 新しいうつ病論 絶望の中に見える希望. 129-131, 雲母書房, 2003.
- 18) 高岡健: やさしいうつ病論. 60-63, 批評社, 2009.
- 19) 高岡健: 総論 メランコリーの彼岸へ—軽症化・混合状態・非定型化。高岡健・浅野弘毅編, うつ病論 双極Ⅱ型障害とその周辺. 37-47, 批評社, 2009.
- 20) 田中輝明・小山司: 双極性障害の早期診断と治療。心身医学, 49(9): 979-985, 2009.
- 21) 樽味伸・神庭重信: うつ病の社会文化的試論—特に「ディスチミア親和型うつ病」について—: 日本社

- 会精神医学雑誌, 13(3), 129-136, 2005.
- 22) 津田均: 双極スペクトラム (Bipolar spectrum) の多面的理解. 神庭重信・黒木俊秀編, 現代うつ病の臨床 その多様な病態と自在な対処法. 120-132, 創元社, 2009.
- 23) 内海健: うつ病新時代 双極Ⅱ型障害という病. 19-63, 免誠出版, 2006.
- 24) 内海健: うつ病の心理 失われた悲しみの場に. 12-24, 誠信書房, 2008.
- 25) 内海健・高田知二: インタビュー双極Ⅱ型. 高岡健・浅野弘毅編, うつ病論 双極Ⅱ型障害とその周辺. 11-36. 批評社. 2009.