

特集 児童期双極性障害

3. 青年期の双極 II 型障害：診断上の注意点

棟居 俊夫*

抄録：診断において双極性障害 (Bipolar Disorder : BD) は大うつ病性障害 (Major Depressive Disorder : MDD) に優先する。その背景の 1 つは軽躁病が見逃されやすいことである。つまり双極 II 型障害 (Bipolar II Disorder : BDII) は MDD と誤診されやすい。さらに丹念に問診しても軽躁病エピソードが認められなかった場合、すぐに MDD と診断するのではなく、躁性の徴候を探し、将来の BD の発症を念頭に置いておく必要がある。このような配慮は BD を MDD と誤診して、抗うつ薬を処方し、病状の悪化することを防ぐために必要である。

青年が抑うつ状態を呈して受診した場合、まず BD、特に BDII を疑わなければならない。なぜなら若年発症自体が躁性の徴候だからである。また、depressive mixed state という病態に注意する必要がある。なぜなら、操作的診断基準では MDD と診断されるが、この病態は BDII に近縁だからである。

日本生物学的精神医学会誌 21 (3) : 195-198, 2010

Key words : bipolar disorder, bipolar II disorder, adolescence, diagnosis, major depressive disorder

1. はじめに

本論では青年期 (老年期は措き, 成人期にも通用すると思うが) の双極性障害の診断に際しての、一部は私の臨床経験に基づいた、考察を記したい。

気分障害の症候学は極めて多彩で、たとえば幻覚がかなり頻繁に認められるが、統合失調症としてよいかと踏みとどまる経験はよくある。不安症状や転換症状や解離症状、あるいは食行動の偏りも気分障害から検討すると説明しやすいと考えさせられる場合もある。

気分障害は人間の精神機能 (こころの働き) のうちの、感情、思考、意欲、時には知覚の働きの不具合なので、人間の日常生活に近接の領域に支障をきたす病態であり、正常心理で理解しやすいのにもかかわらず、ではなく、だからこそ、落とし穴があり、誤解されやすい (たとえば、「抑うつ気分」は「落ち込む」という語感とはかなり異なる気分である)。

気分障害は学問的な関心を喚起し^{11a)}、加えて、日常の臨床では、症候学から診断学への結びつきがことのほか密接で、かつ治療に直結している。前述のように本論では症候学に準拠し、診断に焦点を当てたい。

2. 軽躁病を見逃さない

双極性障害 (Bipolar Disorder : BD) は双極 I 型障害 (Bipolar I Disorder : BDI)、双極 II 型障害 (Bipolar II Disorder : BDII)、気分循環性障害 (Cyclothymic Disorder)、そして特定不能の双極性障害 (Bipolar Disorder Not Otherwise Specified : BDNOS) の総称である (DSM-IV)³⁾。

このうち BDII の語に通じる病態が初めて記されたのは、筆者の知る限り、1975 年である⁸⁾。そこでは、気分障害を双極性 (bipolar) と単極性 (unipolar) に二分する概念的枠組みの中で、前者を “Bipolar I”, “Bipolar II”, “Bipolar Other”, “Cyclothymic Personality” に、後者を同様に “Unipolar I”, “Unipolar II”, “Unipolar Other”, “Depressive Personality” に細分している。この細分化は仮説であり、将来の研究のための枠組みを提供することを意図していた。ここで “Bipolar II” はうつ病相では入院歴があるが、軽躁病相では入院歴がない者を指し、“Bipolar Other” は両病相のいずれでも入院歴がない者を指す。つまり、この両者が現在の BDII に相当することになる。

この総説は時期が相前後するが 1976 年の研究⁶⁾

Diagnostic considerations regarding bipolar II disorder in adolescence

* 金沢大学子どものこころの発達研究センター (〒920-8640 金沢市宝町 13-1) Toshio Munesue : Research Center for Child Mental Development, Kanazawa University. 13-1, Takara-machi, Kanazawa, Ishikawa, 920-8640, Japan

をおそらく基としている。そこでBDIIはBDIと異なる臨床経過をたどる可能性が示唆されている。現在、ある総説がBDIIがBDIと異なる点をまとめている^{11b)}。BDIIはBDIと比べ、不安症状が多く、うつ病相の期間が長く、病相数が多く、急速交代化が多く、自殺企図が多く、月経前の不快気分が強く、アルコール乱用が多く、女性の割合が大きい。しかし似ている点も多く、後述のように両者をスペクトラム (spectrum) の連続体の中で考えることもできるだろう。

ところで、BDIIの重要性は19世紀に既に指摘されていた¹⁴⁾が、ここでHeckerはこの病態が青年期に発症することを記している。BDIIと大うつ病性障害 (Major Depressive Disorder : MDD) を症候学的に比較検討した研究²⁾によると、対象者の最初の大うつ病エピソードの発症はMDD群で平均31.9歳 (標準偏差14.0歳)、BDII群では22.8歳 (10.6歳)であった。標準偏差を念頭に置くと、10歳代ではMDDよりもBDIIの方が多い。そもそもBD自体が10歳代後半に最も好発する^{11c)}。

つまり青年期の気分障害ではMDDよりもBDが優先される。

理屈のうえでは、BDがMDDよりも優先されることは、年代を問わず当てはまる。なぜなら、MDDはBDを否定して初めて診断できる病態だからである。BDを否定するためには、(軽)躁病エピソードがなかったことを確かめなければならない。これは「ないことの証明」を求められていることになり、極めて困難な作業となるだろう。たとえば、躁病エピソードを経験した患者の60%は数年後に問診されると、その既往を忘れていないか否定するという¹⁷⁾。これは病気に基づく思考の障害によるとも考えられ、さすがに家族や友人は躁病相を覚えているだろう。しかし、軽躁病エピソードは、安易に問診してしまうと、家族や友人にも思い出されない可能性がある。これはたびたび指摘されている⁷⁾。

BDIIの臨床的意義の1つはうつ病に該当する患者を診た場合、軽躁病相を丹念に探せということである。これはしつこいほど行う必要がある。なぜなら、うつ病と誤診して抗うつ薬を処方すると病状は悪化し患者の利益を損ねるからである⁹⁾。

したがって、抑うつ状態を呈する若者が受診した場合、MDDではなくBDIIを念頭に置かねばならない。

3. 将来の軽躁病を予想する

気分障害は時間経過の軸をたどっていく病気である。

理論上「ないことの証明」は不可能だが、いくら綿密に調べても(軽)躁病の既往がみつからなかったならば、临床上は「なし」とするだろう。診断はMDDとなる。しかし、はたして、それで良いだろうか。今後、(軽)躁病が出現するかもしれない。それを明確に予言することは現時点では不可能だが、ある程度、予想できると有用である。

BDIIとMDDの両者を比較検討した研究²⁾は、BDIIでは最初の大うつ病エピソードの発症年齢が若く、その病相数が多く、非定型うつ病の症状が多く認められ、BDの家族歴が多く、イライラした気分の頻度が高く、大うつ病エピソード中の軽症症状の数が多かったことを示した。この報告はMDDと診断されそうな患者の中からBDIIを捉えるための方策を示している。

ここに掲げられた項目は「躁性の徴候」と呼んでもいいだろう。MDDではなくBDを考えるべき徴候として、ある報告¹⁰⁾は第1度親族における双極性障害の家族歴、抗うつ薬により誘発された躁病あるいは軽躁病、病前性格が発揚気質、大うつ病エピソードを4回以上繰り返している、大うつ病エピソードが3ヵ月未満と短い、非定型うつ病の特徴、精神病性の特徴を有する大うつ病エピソード、大うつ病エピソードの初発が25歳以下、産褥期うつ病、抗うつ薬が初めは有効だが次第にその効果が薄れてくる、そして4種類以上の抗うつ薬に反応しないという10項目を挙げている。

これらは安易にMDDと診断しないための指標として使用できる。

4. 2つのスペクトラム (spectrum)

気分障害に含まれる各種の病気を、それぞれ独立していると考えのではなく、それぞれがある程度に連続しており、その境界はあいまいであると考えられることもできる。

連続している、つまりスペクトラム (spectrum) を形成していると考え、2つの場合がある (図1)^{11b)}。1つは極性 (polarity) に注目して、双極性と単極性の病態が連続していると考え。木村が類似した考え方を示している¹²⁾。もう1つは病気と気質の間の連続性である。これはKraepelinの考え方と同じである¹⁵⁾。

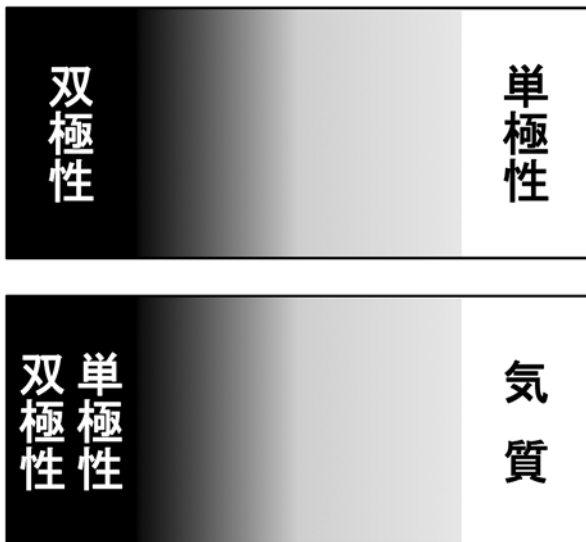


図1 気分障害のスペクトラムは2つ考えられる。
上は極性間のスペクトラムである。
下は病気と気質との間のスペクトラムである。
(文献^{11a)}より作成)

スペクトラムの考え方を念頭に置く利点の1つは、操作的診断基準からこぼれおちる、あるいは理解しにくい病態を気分障害の範疇の中で考えていくという姿勢を臨床家に喚起させることだと思う。

5. Depressive mixed state (抑うつ混合状態とでも訳すべきか)

大うつ病エピソードの基準に合致しているが、同時に racing/crowded thoughts¹⁶⁾ (それぞれ、競い合う考え、ごったがえす考え、とでも訳すべきか)を示す若者は大変多い。診断はMDDであるが、混合状態の一種とも考えられる。

DSM-IVは大うつ病エピソードと軽躁病エピソードの同時存在を規定していない(混合性エピソードは大うつ病エピソードと躁病エピソードの同時存在であり、これに合致する患者がいるとは思えないほど厳しい基準である)。

診断はMDDだが、いくつかの軽躁症状が同時に存在した場合、どのように考えるべきなのだろうか。この点について近年、数多くの研究がなされ^{1) 4) 13)}, depressive mixed stateと呼ばれるようになった。これはBDIIに近縁の病態であるとされている⁵⁾。

6. おわりに

臨床の現場には、抑うつ状態といってもさまざまな病態の若者が受診してくる。安易にMDDとせず、

BDの可能性を常に念頭に置いておく必要がある。

さらに、「うつ病対策」は、本当は、「躁うつ病対策」であることを専門家は忘れてはならないだろう。

文 献

- 1) Akiskal HS and Mallya G (1987) Criteria for the "soft" bipolar spectrum : Treatment implications. *Psychopharmacol Bull*, 23 : 68-73.
- 2) Akiskal HS and Benazzi F (2005) Optimizing the detection of bipolar II disorder in outpatient private practice : Toward a systematization of clinical diagnostic wisdom. *J Clin Psychiatry*, 66 : 914-921.
- 3) American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. American Psychiatric Association. (高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸/訳 (2002) DSM-IV-TR 精神障害の分類と診断の手引 新訂版. 医学書院, pp137-170.
- 4) Benazzi F and Akiskal HS (2001) Delineating bipolar II mixed states in the Ravenna-San Diego collaborative study : The relative prevalence and diagnostic significance of hypomanic features during major depressive episodes. *J Affect Disord*, 67 : 113-122.
- 5) Benazzi F (2007) Bipolar disorder : Focus on bipolar II disorder and mixed depression. *Lancet*, 369 : 935-945.
- 6) Dunner DL, Gershon ES and Goodwin FK (1976) Heritable factors in the severity of affective illness. *Biol Psychiatry*, 11 : 31-41.
- 7) Dunner DL and Tay LK (1993) Diagnostic reliability of the history of hypomania in bipolar II patients and patients with major depression. *Compr Psychiatry*, 34 : 303-307.
- 8) Fieve RR and Dunner DL (1975) Unipolar and bipolar affective state. In : *The nature and treatment of depression* (eds Black FF and Draghi SC). John Wiley & Sons, pp145-160.
- 9) Frye MA, Helleman G, McElroy SL, et al (2009) Correlates of treatment-emergent mania associated with antidepressant treatment in bipolar depression. *Am J Psychiatry*, 166 : 164-172.
- 10) Ghaemi SN, Hsu DJ, Ko JY, et al (2004) Bipolar spectrum disorder : A pilot study. *Psychopathology*, 37 : 222-226.
- 11) Goodwin FK and Jamison KR (2007) *Manic-*

- depressive illness : Bipolar disorders and recurrent depression. Oxford University Press, a, pp3-27 ; b, p19 ; c, p124.
- 12) 木村 敏 (1990) 躁とうつ. 異常心理学講座 6 : 神経症と精神病 3 (土居健郎, 笠原 嘉, 宮本忠雄, 他/編). 医学書院, pp1-53.
- 13) Koukopoulos A and Koukopoulos A (1999) Agitated depression as a mixed state and the problem of melancholia. *Psychiatr Clin North Am*, 22 : 547-564.
- 14) Koukopoulos A (2003) Ewald Hecker's description of cyclothymia as a cyclical mood disorder : its relevance to the modern concept of bipolar II. *J Affect Disord*, 73 : 199-205.
- 15) Kraepelin E (1921) Manic-depressive insanity and paranoia. E. & S. Livingston, pp1-2.
- 16) Piguët C, Dayer A, Kosel M, et al (2010) Phenomenology of racing and crowded thoughts in mood disorders : A theoretical reappraisal. *J Affect Disord*, 121 : 189-198.
- 17) Tsuang MT, Winokur G and Crowe RR (1980) Morbidity risks of schizophrenia and affective disorders among first-degree relatives of patients with schizophrenia, mania, depression and surgical conditions. *Br J Psychiatry*, 137 : 497-504.

■ ABSTRACT

Diagnostic considerations regarding bipolar II disorder in adolescence

Toshio Munesue

Research Center for Child Mental Development, Kanazawa University

The diagnosis of major depressive disorder (MDD) cannot be made in patients with major depressive episodes if they have shown hypomanic symptoms. However, hypomanic symptoms are often overlooked in daily clinical settings. Bipolar disorder (BD), especially bipolar II disorder (BDII), is liable to be misdiagnosed as MDD. Antidepressants may induce harmful events, such as manic switch, in patients with BD. Therefore, clinicians must carefully probe hypomanic episodes in patients with major depressive episodes. Moreover, the diagnosis of MDD should not be made lightly even if hypomanic episodes are not recognized, as patients with major depressive episodes may show hypomanic episodes during their clinical course. Early onset of major depressive episodes is regarded as one of the clinical signs in patients with BD rather than MDD. Many adolescents seek help with depressive symptoms in daily clinical settings. Clinicians should pay attention to unrecognized hypomanic symptoms. Patients may show one to four hypomanic symptoms during major depressive episodes. Such patients are regarded as having depressive mixed state, and that they should be diagnosed as having BDII rather than MDD.

(Japanese Journal of Biological Psychiatry 21 (3) : 195-198, 2010)
