

うつ状態

～原因の考え方と対応～

KEY WORDS

- うつ病
- 脆弱性
- 自閉症スペクトラム障害
- ストレス

Depression:
etiology and treatment.
Hitoshi Miyaoka (主任教授)

北里大学医学部精神科 宮岡 等

はじめに

精神科医はうつ状態の患者をみて、どのような思考過程をとってうつ病を診断し、治療方針を決めているのだろうか。約30年前と最近では変わってきているように思う。そのなかで新しい診断基準が生まれた結果、必ずしも「精神医学が進歩した」とは言い切れず、かえって臨床面では好ましくない対応も生まれているのではないか。そのあたりの変遷を概説し、どのような考え方が求められているかを簡単に述べてみたい。

I. 「外因-内因-心因」という考え方

かつて精神医学ではうつ状態に限らず、あらゆる精神疾患の原因を外因-内因-心因の順番で考えて対応するように教えられていた。認知症や膠原病などの身体疾患に起因する精神症状、

薬物に起因する精神症状などが「外因性(=身体因性)」、統合失調症や双極性障害(躁うつ病)などが「内因性(=原因不明)」、神経症、適応障害、パーソナリティ障害などが「心因性(=性格・環境因性)」である。いずれが原因であっても類似の精神症状が現れるため、重大な疾患を見落とさないために「外因-内因-心因の順番に原因を考える」と、精神科医の初期教育で強く教えられた。

「最近落ち込んでいる→何かストレスになるようなことがあった？」という日常的なやりとりは最初に心因性を疑う姿勢であり、「最初に外因性を疑う」という精神医学の基本に戸惑いを覚える初期の精神科医も多かった。

II. 操作的診断基準の考え方

1980年に米国精神医学会がDSM(診断と統計の手引き)-IIIを出版し、それ以後、日本の精神科臨床でも操作的診