

特集 不安障害の現在とこれから—— DSM-5 に向けての展望と課題——

強迫性障害の現在とこれから
—— DSM-5 に向けた今後の動向をふまえて——

松永 寿人

2013年のDSM-5改訂では、強迫性障害(OCD)は不安障害カテゴリーから分離され、これを中核とするobsessive-compulsive and related disorders(OCRDs)に移動される予定である。一方ICD-11でも、従来の神経症性障害について、DSM-5に調和した改訂が予想され、今後OCDの位置付けは、他の不安障害から独立する方向に進むであろう。しかし最近OCDでも、皮質-線条体系機能異常にとどまらず、扁桃体-皮質回路の関与、そして恐怖条件付け、あるいは恐怖消去にかかわる障害が目ざされており、病理、病態には共通性も明らかで、両者の関係は極めて複雑である。その複雑さには、強迫観念や認知的不安増強プロセスが明確なタイプ(cognitive type)から、チェック関連性のように、このプロセスを介さず行為に至るタイプ(motoric type)まで、あるいは自閉症スペクトラムや統合失調症などとの関連まで拡がるOCDの多様性がかかっている。またこれゆえ、OCDの中核的病理に関する見解は、不安を中心とした学習理論による限界は明らかで、「とらわれ」、「繰り返し行為」、すなわち大脳基底核機能異常による認知的・行動的抑制障害を想定した生物学的なものへと移行し、OCRDとして他の不安障害と一線を画す理論的根拠となった。これらの妥当性、臨床的有用性は今後の検討課題であるが、少なくともこのような特性を考慮し、個々のOCD、あるいはOCRDs患者の病像を把握することは、的確な治療選択を行う上でも重要となる。例えばcognitive typeでは、SSRIに加え、認知行動療法(CBT)における曝露の重要性など、他の不安障害と共通する治療技法が有効であろう。一方、motoric typeは、行動抑制障害としての傾向がより顕著で、概してSSRI抵抗性であり、非定型抗精神病薬の付加投与や、モデリング、ペーシングなど、異なったCBT技法が必要となる。このようなOCDとの連続性を、現行のOCRDsの構成が的確に反映しているとは考えづらいが、治療モデルの観点からも、その基盤にあるスペクトラム概念の有意性が支持されるかが、今後注目される点である。

<索引用語：強迫性障害、強迫スペクトラム障害、不安障害、DSM-5、ICD-11>

はじめに：強迫性障害の現在
——その典型例と異種性を中心に——

DSM-IV-TRで定義される強迫性障害(obsessive-compulsive disorder: OCD)は不安障害の一型であり、一般人口中の生涯有病率は1~2%程度とされる。男女比はほぼ同等で、平均発症年齢は20歳前後、男性がより早発の傾向であり、女性では結婚や出産にかかわる時期の発症が比較的多い。また初診に至る年齢は30歳頃とされている。このようにOCD患者が自ら受診する場合、

発症後かなりの期間、症状と葛藤して抵抗を繰り返す中で心身とも疲労困憊し、引きこもるなど社会機能、あるいは生活上の支障が重大化してからが多い。

強迫症状の中で、強迫観念は、「自分の心の産物と認識され、無視や抵抗、制御を試みても、絶えず心を占める思考や衝動、イメージ」と定義される。また強迫行為は、「主には観念に伴い高まる不安や苦痛を予防・緩和したり、恐ろしい出来事を避けたりすることを目的とし、あるいは厳密

に適用しなければならないルールに従って、抵抗、あるいは躊躇しつつも、駆り立てられるように行う反復行為や心の中の行為（祈る、呪文を唱える、数を数えるなど）である。OCDの診断には、強迫観念、行為のいずれかが必要となるが、多くの場合には、両者が併存する。具体的には、公衆トイレやつり革など、公共のものへの接触で、感染など汚染の脅威を強く感じれば、それを完全に浄化したい欲求から執拗に手洗いを続け、あるいは泥棒や火事を恐れるがあまり、そのリスクをなくそうと外出前に施錠やガス栓の確認をきりなく繰り返し反したりする。すなわち、強迫行為の多くは、観念や増大する不安に伴う行動的反応（安全探求行動）であり、次第にそれに要する時間や回数を増しつつ、また嫌悪や恐怖する対象、あるいは状況を避けるという回避行動を拡大しつつ重症化し、慢性化してしまう¹⁵⁾。

一般的にOCD患者は、このような観念・行為の無意味さや不合理性、過剰性を十分に認識し、何とか制御しようと抵抗を試みているものの、不安や苦痛に圧倒され思うようにならず、この点からも大きな葛藤やストレスが生じている。さらに、安全と考える空間や手順に執着し、これを次第に狭め厳密にして安心感を得ようとしたり、自らのルールによる儀式、あるいは「大丈夫か」という保証の要求に家族を巻き込んだりしながら、支障が生活空間全体に拡大する¹⁵⁾。一方、強迫行為や回避、巻き込みなどの行動的反応は、(それらの行動により危機回避がなされたという誤った認識に基づいて)きっかけとなった嫌悪(恐怖)刺激の脅威、あるいは重大性をより強く意識させ、不安反応閾値が下がるとともに、それらの行動が合理化され、必要性が正当化されるという悪循環に陥ってしまう。このように、行動抑制障害という側面のみならず、他の不安障害と同様の認知・行動の相互作用、そして強固な恐怖条件付け、あるいは恐怖除去障害などが、典型的OCD患者では観察される¹⁶⁾。

心理的葛藤、極度の不安や緊張、ストレス、疲労、あるいは機能的問題が長期化すれば、二次的

な抑うつ状態、さらには大うつ病性障害(major depressive disorder: MDD)の出現を認めることが多い³⁾。その他にも、不安障害や摂食障害、物質関連障害、パーソナリティ障害、チック障害(tic disorder: TD)やトゥレット症候群(Tourette's syndrome: TS)、自閉症スペクトラム障害(autism spectrum disorders: ASDs)など多彩な併存症が見られ、それによりOCDの病像は様々な修飾を受け多様化・複雑化する^{1,2,12)}。特にMDDの併存は、OCD患者の行動、あるいは認知面に重大な影響を及ぼし、例えば、嫌悪刺激の脅威、その危機が生じる確率や結果の過大評価、あるいは不確実性に対する耐性の低さなどの認知的問題をより増幅させる¹¹⁾。またOCD自体の臨床症状も重症化し、生活能力や社会的機能水準などが有意に低下して、希死念慮や自殺企図に至る割合が増加する¹¹⁾。

一方、強迫行為の出現は、観念や不安への反応としての典型的パターン以外にも、「厳密に適用しなければならないルールに従って、駆り立てられるように行なわれる」場合がある¹⁵⁾。これは極めて頑なな常同的なもので、通常このような繰り返し行為では、観念、あるいは認知的不安増強プロセスの先行を認めず、あるいは不明瞭である。この多くでは様々な感覚現象が先行し、触りたい衝動、「まさにぴったり感(just right feeling)」の追求や不完全感の緩和などを目的として、些細な日常動作中にも出現、おおむね自我親和性で洞察に乏しい。明確な観念を伴わない場合でも、繰り返し行為の存在によってOCDの診断は可能であり、ICD-10には、「強迫行為(儀式強迫)を主とするもの」というサブタイプが存在する。例えば、スリッパを「ぴったり」な左右対称に並べ直す動作を延々と繰り返したり、本の背の高さをきちんと正確に揃えることにこだわり、整頓が止まらなくなったりする。あるいは、腕を袖に通す時の感覚や、冷蔵庫の扉を閉めた時の完璧な「ぴったり」感にこだわり、服の着脱や冷蔵庫の開閉を繰り返すなど、同じ動作を数時間にわたり何度もやり直して、次の行動に移れなくなる、いわゆ

表1 強迫性障害の多様性

	cognitive OCD (neutralization)	motoric OCD (just right)
obsession	+	- ~ ±
avoidant behavior	+	- ~ ±
preceding anxiety	+	- ~ ±
fear conditioning & impaired extinction	+	-
insight	good ~ fair	poor ~ lacking
obsessive slowness	±	+
tic-related	-	+
early onset	- ~ ±	+
comorbid ADHD	- ~ ±	+
male predominance	-	+
main OCD symptoms	contamination/ cleaning, checking	symmetry/ ordering, arranging
SSRI refractory	- ~ ±	+
CBT	ERP	others (pacing, prompting)

る「強迫性緩慢」に陥ることがある¹⁵⁾。これらの臨床特徴に加え、選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (selective serotonin reuptake inhibitor: SSRI) への抵抗性や、適用される認知行動療法 (cognitive-behavioral therapy: CBT) 技法などにも、典型例との相違が見られる。これらは後述する DSM-5 に導入予定の「チック関連性」サブタイプの特徴に一致しており、日常臨床上決して稀ではない^{9,15)}。先に典型例として挙げた、強迫観念や不安増強にかかわる認知的プロセスが明確なものを cognitive type とすれば、これは motoric type として特徴付けられ、双方には表1に示すような相違が認められる。さらにこのような OCD 内の異種性は、OCD 患者で見られる多様な併存症とも連続的であり、例えば ICD-10 にも記載があるが、MDD あるいは抑うつ状態の出現は、観念との関連性が強く cognitive type に見られやすい。

II. OCDのこれから——DSM-5ドラフトにみる OCD や関連障害の動向——

近年 OCD では、motoric type の存在などの多様性を含め、病因や精神病理、生物学的病態、治療など様々な側面において、他の不安障害との相違が注目されている^{1,19)}。では OCD のこれから

を考えるにあたり、2013年に改訂予定である DSM-5 では、診断基準にどのような変更が加えられるのか。この点は、現在公開されているドラフトを見る限り、マイナーチェンジにとどまるようである。しかしこの中で、強迫症状の不合理性や過剰性の洞察について、DSM-IV-TRに見られた、それを一時期でも必須とする診断項目は除外され、この現状態を、「良い、正しい」から、「乏しい」、「欠如」まで、三段階で特定する、より次元的评价の採用が検討されている。しかし、OCDの歴史的経緯の中で、強迫症状の不合理性や過剰性の洞察、そして症状への抵抗や葛藤は、精神病圏との境界という意味でも重視され、一貫して疾患概念の中核をなしてきたものであり、この変更には異論もあるであろう。またそもそも、OCD患者が示す強迫症状の洞察レベルは連続的で^{5,14)}、実地臨床では、どの段階に該当するかの判定に苦慮するケースが多いものと予想される。さらには、これが強迫症状の重症度や併存する不安、抑うつなどの状態に伴って変動するものであり、当初の洞察不良は治療反応性や予後を必ずしも反映しない¹⁴⁾。すなわち、この信頼性、あるいは臨床の有用性に関して、今後も検証が必要であろう。

一方、前述した「チック関連性」は、「慢性チ

ック障害の生涯病歴の有無」によって特定される。TDは、通常は4~11歳頃に瞬目、咳払いなどで始まり、青年期~成人期にかけて徐々に減少、あるいは消失する場合も少なくない⁹⁾。少数ではあるが成人期に症状悪化を認める場合もあるとされる。以前から、OCDとTDとの密接な関係性、さらにこの一群が示す特異的臨床像が注目されてきた。OCD患者中のTDの生涯罹病に関するオッズ比は、OCDの発症が若年ほど高く、有意な相関を認めるという³⁾。実際、児童・青年期OCD患者を対象としたcomorbidity研究では、この傾向が顕著であり^{3,4,9)}、一過性ないし慢性TD、ないしTSの罹病率は20~38%、TDのlifetime comorbidityは26~59%と、一貫して高率とされている^{4,9)}。さらにOCDとTD、ないしTSには、家族性、遺伝学的相互関連が推定されており、TDやTS患者の親族には、OCDの頻度が高率で、同様にOCDの親族には、TD、ないしTSが高率とされる^{4,9)}。このようなTDの既往、ないし併存を認めるチック関連性OCDの臨床特徴は、表1に示したmotoric typeのものとおおむね一致している。すなわち、①早発、②男性優位、③「まさにぴったり感(just right feeling)」の追求、不完全感の解消などを目的とした「繰り返し行為」や「整理整頓」、「保存」や「数を数える」といった強迫症状、④注意欠陥・多動性障害の併存が高率、⑤SSRI単剤投与に抵抗的で、ドーパミン(DA)作動性抗精神病薬の付加的投与が有効、などが臨床的特徴とされ^{4,9)}、適用されるCBT技法も、曝露反応妨害法というよりは、モデリングやペーシング、プロンプティング、あるいはハビットリバーサルなどを用いた、より包括的プログラムが有効である⁹⁾。このように、「チック関連性」というサブタイプが、臨床像や精神病理、治療、反応性など多面的に特異的一群を構成することは明らかで、従来の研究からもこの分類基準の妥当性、あるいは臨床的有用性は支持されるものと考えられる。しかしながら成人OCD患者を対象とした場合、TDやTSなどのlifetime comorbidityは2%前後と低率で^{2,12)}、

前述した児童・青年期OCD患者での調査結果とは大きな隔りがある。このような調査対象年齢による頻度の相違は、児童思春期例などOCDの早発とTDとの密接な関連性を支持するものであるが、他方、これらの既往を成人期に確認することの困難さを示唆するものとも考える。例えば、患者が成人で、すでにTDが消失している場合、幼少時のTDの既往などは、本人のみならず周囲も、障害として認識していない、ないし記憶していない、あるいは記憶していても曖昧で、診断基準に合致しているか判断できない、などが起こりうる。すなわち、TDの生涯病歴を後方視的に調査する場合、高度の信頼性を示しうる評価法が、このサブタイプの臨床的有用性を高める上で不可欠となる。この点、例えば強迫症状のパターンがmotoric typeとみなされれば、TDとの密接な関連性が推測され、TDの生涯病歴について、より慎重に確認する必要がある。

最後に、TDとの特異的関連性やOCD内の異種性は、これの病理・病態について、他の不安障害と同様のセロトニン(5-HT)系機能異常、あるいは「不安」を中核病理として全体像を把握することの限界を明確にした^{7,19)}。最近では、大脳基底核、特に線条体における5-HT、DA系機能異常をも想定し、それに関連した認知的、行動的抑制障害としての「とらわれ」、「繰り返し行為」に焦点をあてた、より包括的・生物学的見解に偏移しつつある⁷⁾。加えて、これらの症状を共有する障害群、すなわち強迫スペクトラム障害(obsessive-compulsive spectrum disorders: OCSDs)が注目され、DSM-5の改訂作業の中で、独立した診断カテゴリーとしての妥当性検証が進められることとなった^{7,19,20)}。その後の具体的過程は別紙に譲るが^{7,13,19,20,21)}、現在のDSM-5ドラフトによれば、従来の不安障害カテゴリーが3分割される方向で進められている。すなわち、全般性不安障害やパニック障害、そして恐怖症が不安障害として残り、OCSDに代わるobsessive-compulsive and related disorders (OCRDs)、そして心的外傷後ストレス障害や急性ストレス障害、

適応障害などを含んだ「trauma and stressor-related disorders」などが、独立したカテゴリーを構成することとなっている。さらに OCRDs からは、TD や TS など motoric な OCSDs の大半が除外され、これらは「neurodevelopmental disorders」という新設のカテゴリーに移動されている。もしそうなれば、元来 TD が、OCSD 概念の中核、そしてその妥当性を支持する最たるモデルとされてきた経緯から、「強迫スペクトラム」という名称が DSM-5 から除外され、OCRD となり縮小される可能性も仕方ないところであろう。

おわりに

——今後の展望、そして課題——

以上、現在の OCD を、その典型例、あるいは異種性を中心に紹介し、DSM-5 での変更点、特にチック関連性サブタイプの導入、そして OCSD あるいは OCRD の動向など、OCD のこれからについて述べた。DSM-5 における OCSD の位置付けはいまだ流動的ではあるが、これから進む ICD-11 の改訂作業でも、DSM-5 と同様の細分化、そして OCRD カテゴリーの導入が予定されている¹⁰⁾。ICD-11 との整合性を優先させるとすれば、OCRD として落ち着く可能性が高く、今後 OCD は不安障害から分離される方向に進むのであろう。

しかし OCD では、他の不安障害との相違が多角的に検証されている反面¹⁾、行動的抑制障害に関連した病態に加え、過度の全般化、過剰形成など恐怖条件付けの障害や恐怖消去不全、さらに扁桃体-皮質回路などの関与が、他の不安障害と同様に注目されている¹⁶⁾。すなわち、SSRI や CBT の有効性を含め、両者の病態には共通性、近似性が認められ、OCD と他の不安障害との境界は決して明瞭ではなく、両者の関係は複雑である。そこには、前述したように、他の不安障害と同じく不安増強にかかわる認知的プロセスが明らかで典型的 OCD である cognitive type から、このプロセスを介さず強迫行為に至る motoric

type までを含む OCD の異種性がかかわっている。この点が、不安障害から OCD を分離させるに至った重大な根拠の1つとなり、さらに OCD の病態を、「とらわれ」、「繰り返し行為」を中心軸に据える現在の見解に至るきっかけとなった^{17,19)}。このような動向は、OCSD や OCRD カテゴリーの導入に反映され、これらを endophenotypic marker と仮定した、不安障害やうつ病圏から、チック、自閉症スペクトラムなどを含む神経発達障害圏に至るまでの、広範な連続性も推定されている²⁰⁻²²⁾。この一連の変化が「強迫」を巡る研究・臨床の新たな発展につながるものであることを期待する半面、「強迫」概念の曖昧性と拡大化、あるいは「強迫」を主要な問題とする患者の多様化が予測される。例えば、ASDs に見られる行動・興味・活動などの限定的、反復的、常同の様式は、①特定の習慣や儀式への、非機能的で頑ななとらわれ、②限定された対象・興味への異常なほど強い執着などを特徴とし、「とらわれ」、「繰り返し行為」という切り口から見れば、「強迫」との鑑別がしばしば難しい^{18,22)}。一方で、OCD 患者における ASDs の併存は 3~7% と一般人口中より 6~14 倍高率とされ、また OCD 患者の約 20% に臨床的に有意な ASD 関連の病像を認め、これは一般人口の約 10 倍に相当するとされている²²⁾。今後、「強迫」、そして関連領域については、妥当なエビデンスの集積や裏付けによる境界の明確化、さらに治療においても、新しいバリエーションや技法の開発・導入が必要であろう。

一方、DSM-5 では、うつ病性障害は双極性障害から分離され、不安障害との近接的關係がより強調されている。元来、MDD と不安障害では、いずれでも他方の comorbidity が高率で、双方の境界の設定、あるいは一次性、二次性の区別はしばしば難しい^{6,17)}。また DSM-5 のうつ病性障害の診断基準における「中等度から重度の不安を伴うもの」といった特定基準の導入は、併存する不安がもつ臨床的意義、例えば予後や重症度への影響、再発や自殺リスクを高める可能性などを重視したものである^{8,11,12)}。ICD-10 にならい検討さ

Depression and Anxiety Disorders
(or Mixed Anxiety Depression)

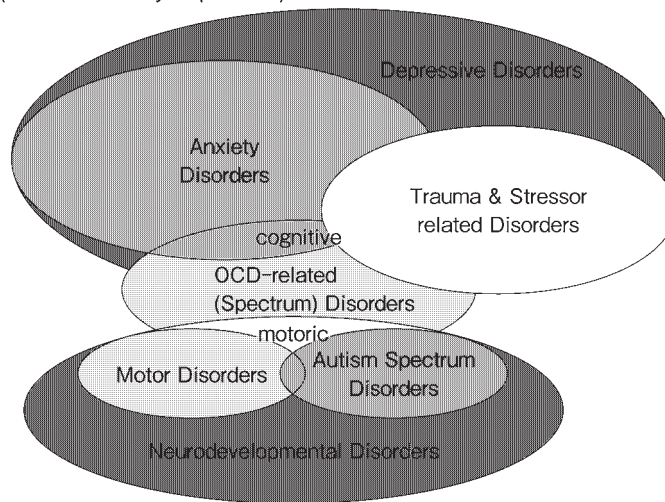


図1 強迫関連障害と他のカテゴリーとの関係 (私見)

れた混合性不安うつ病 (mixed anxiety depression) については, field trial の中で, 信頼性や妥当性の検証が不十分とされ採用は未定であるが, これらの方向性は, 例えば, 高い遺伝的相関など MDD や不安障害全般に共通した脆弱性, あるいは生物学的メカニズムの存在を支持する, 従来の遺伝学的, 病態生理的, および治療反応性などの研究知見と一貫している. すなわち, OCD や OCRDs, その他の不安障害を, 発生機序や病態生理など内在化された特性を共有する一群とし, うつ病性障害とのより広範なスペクトラム上に捉えて, 双方の連続性を強調することの妥当性が指摘されている^{20,21)}. これらの動向をふまえ, 私見ではあるが現在の OCD や OCRD の位置付けを不安障害やうつ病性障害などとの関連性から図式化すれば, 図1のようになると考える. しかしこのような位置付けについては, その妥当性, あるいは臨床的有用性を中心に, さらに検証のプロセスが必要であろう.

付 記

本稿は, 平成22~24年度科学研究費補助金 (No. 22591294) を, 一部用いた.

文 献

- 1) Bartz, J.A., Hollander, E.: Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder? *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 30; 338-352, 2006
- 2) Denys, D., Tenney, N., van Meegen, H.J.G.M., et al.: Axis I and II comorbidity in a large sample of patients with obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord*, 80; 155-162, 2004
- 3) Diniz, J.B., Rosario-Campos, M.C., Shavitt, R. G., et al.: Impact of age at onset and duration of illness of the expression of comorbidities in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*, 65; 22-27, 2004
- 4) Eichstedt, J.A., Arnold, S.L.: Childhood-onset obsessive-compulsive disorder: A tic-related subtype of OCD? *Clin Psychol Rev*, 21; 137-158, 2001
- 5) Eisen, J.L., Philips, K.A., Baer, L., et al.: The Brown Assessment of Beliefs Scale: reliability and validity. *Am J Psychiatry*, 155; 102-108, 1998
- 6) Gorman, J.M.: Comorbid depression and anxiety spectrum disorders. *Depress Anxiety*, 4; 160-168, 1997
- 7) Hollander, E., Kim, S., Khanna, S., et al.: Obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive spectrum disorders; diagnostic and dimensional issues. *CNS Spectr*, 12 (suppl, 3); 5-13, 2007

- 8) Holma, K.M., Holma, I.A.K., Melartin, T.K., et al.: Long-term outcome of major depressive disorder in psychiatric patients is variable. *J Clin Psychiatry*, 69; 196-205, 2008
- 9) 金生由紀子：チック障害との関連による OCD の検討. *精神経誌*, 111; 810-815, 2009
- 10) 丸田敏雅, 松本ちひろ, 飯森真喜雄: ICD-11 作成の最新動向. *臨床精神医学*, 41; 521-526, 2012
- 11) 松井徳造, 松永寿人: うつ病と強迫性障害. *最新精神医学*, 14 (3); 245-251, 2009
- 12) 松永寿人: 強迫性障害の comorbidity—その内容, 臨床的意義, 留意点, 今後の展望について—. *精神科*, 5; 95-103, 2004
- 13) 松永寿人, 林田和久: 強迫スペクトラム障害の概念とその病態, 最新の動向. *臨床精神薬理*, 14; 1025-1031, 2011
- 14) Matsunaga, H., Kiriike, N., Iwasaki, Y., et al.: Obsessive-compulsive disorder patients with poor insight. *Compr Psychiatry*, 43; 150-157, 2002
- 15) 松永寿人, 三戸宏典, 山西恭輔ほか: 典型例を知る「神経症性障害 2」強迫性障害. *精神科治療学* (印刷中)
- 16) Milad, M.R., Rauch, S.L.: Obsessive-compulsive disorder: beyond segregated cortico-striatal pathways. *Trends in Cognitive Sciences*, 16; 43-51, 2012
- 17) Mosing, M.A., Gordon, S.A., Medland, S.E., et al.: Genetic and environmental influences on the comorbidity between depression, panic disorder, agoraphobia, and social phobia: a twin study. *Depress Anxiety*, 26; 1004-1011, 2009
- 18) 中川彰子: 強迫性障害—今何が問題になっているのか—. *臨床精神医学*, 41; 5-11; 2012
- 19) Phillips, K.A., Stein, D.J., Rauch, S., et al.: Should an obsessive-compulsive spectrum grouping of disorders be included in DSM-V? *Depress Anxiety*, 27; 528-555, 2010
- 20) Stein, D.J.: Psychobiology of anxiety disorders and obsessive-compulsive spectrum disorders. *CNS Spectr*, 13 (suppl, 14); 23-28, 2008
- 21) Stein, D.J., Craske, M.G., Friedman, M.J., et al.: Meta-structure issues for the DSM-5: how do anxiety disorders, obsessive-compulsive and related disorders, post-traumatic disorders, and dissociative disorders fit together? *Curr Psychiatry Rep*, 13; 248-250, 2011
- 22) Zandt, F., Prior, M., Kyrios, M.: Repetitive behaviors in children with high functioning autism and obsessive-compulsive disorder. *J Autism Dev Disord*, 37; 251-259, 2007

Current and Emerging Features of Obsessive-Compulsive Disorder —Trends for The Revision of DSM-5—

Hisato MATSUNAGA

Department of Neuropsychiatry, Hyogo College of Medicine

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is characterized as significant impairment of cognitive-behavioral inhibition, which is causally associated with cognitive processes evoking anxiety, along with increased desire for perfect control over the possible harm, at least in typical OCD patients who have compulsions in response to obsessions. However, OCD has been well conceptualized as a multidimensional and heterogeneous disorder apparently comprising a number of potentially valid subtypes. For example, OCD can be diagnosed by either obsessions or compulsions, and a certain type of OCD patient has only compulsions in response to rules that must be applied rigidly. They often become stuck as a result of rigid

rules in every step of their daily working and social life. This type of compulsive behavior is often triggered by specific sensory phenomena such as sight, touch, or personal expression (e. g. need to express himself precisely in written or spoken words). Thus, such OCD patients usually perform their compulsions in order to relieve sensory phenomena such as feelings of incompleteness and urges to reach a specific sensation of feeling “just right”, and are less likely to have obsessions or cognitive processes preceding the repetitive behaviors. This type of OCD has also been characterized as “tic-related” and tends to have comorbid conditions such as tic disorders, ADHD or skin picking. Indeed, there are some crucial and significant differences in the psychopathology, phenomenology, and putative biological bases between OCD patients with obsession-related compulsions (cognitive type) and those with compulsions repeated according to rigid rules (motoric type).

Because of the substantial heterogeneity of OCD, it seems to be beyond the traditional learning model in which anxiety-driven obsessions entrain neutralizing compulsions and also beyond the essential features of anxiety disorders commonly characterized by psychopathological characteristics such as marked and persistent fear, expectant anxiety, fear conditioning, avoidance, and cognitive process to evoke anxiety et al. Eventually, it has caused dramatic changes of view on the core psychopathology of OCD that is based on “preoccupation” and “repeated behaviors” as a failure of behavioral (cognitive and motor) inhibition, which also constitutes a key characteristic of obsessive-compulsive and related disorders (OCDs) in process of the revision of DSM-5. The precise nature and compass of this spectrum remains to be fully elucidated, but a preliminary approach emphasizes that putative OCDs have phenomenological (e.g. repetitive thoughts or behaviors), etiological, psychobiological or treatment overlap with OCD, differentiating OCD from other anxiety disorders.

Therefore, OCDs, including OCD, may be classified apart from other anxiety disorders in the revisions of DSM-5 or ICD-11. Nevertheless, recent neuroimaging evidence points to the critical involvement of the lateral and medial orbitofrontal cortices, the dorsal anterior cingulate cortex and amygdalo-cortical circuitry, in addition to cortico-striatal circuitry, in the pathophysiology of OCD, suggesting the possibility that fear extinction, in addition to behavioral inhibition, might be impaired in OCD similarly to other anxiety disorders. Moreover, studies have investigated the relevant neurocircuitry, neurochemistry, and neuroendocrinology commonly underlying depression, anxiety disorders and OCDs, and have explored the underlying genetic basis of and relevant intermediate phenotypes for developing these conditions. Thus more research is needed to elucidate the essential relationships among these disorders and to validate the future diagnostic classifications of anxiety disorders.

<Author's abstract>

<**Key words**: obsessive compulsive disorder, obsessive compulsive spectrum disorders, anxiety disorders, DSM-5, ICD-11>