

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——

不安障害の現在とこれから
—— DSM-5 改訂に向けての展望と課題：パニック障害——

塩入 俊樹

WHO による患者 1 日調査では、我が国における不安障害の推定患者数はうつ病・うつ状態の患者数を上まわる約 1,000 万人以上とも言われている。したがって、不安障害は精神科の実臨床において非常に重要である。2010 年 2 月、米国精神医学会のホームページ (<http://www.dsm5.org>) 上に最初の DSM-5 ドラフトが公開された。これによると、不安障害は、DSM-IV ではサブカテゴリーであった強迫性障害や心的外傷後ストレス障害などが別の大分類となるなど、その構成がだいぶ変わっている。さらにパニック障害に限局してみても、これまで広場恐怖の有無で行っていた亜型分類がなくなるなど、いろいろと変更がなされている。そこで本稿では、パニック障害の歴史、病態を総見し、さらに DSM と ICD の歴史の変遷などを記述し、パニック障害の現在とこれからについて、DSM-5 ドラフトを中心に述べる。

<索引用語：パニック障害、不安障害、広場恐怖、DSM、ICD>

はじめに

WHO による患者 1 日調査では、我が国における不安障害の推定患者数はうつ病・うつ状態の患者数を上まわる約 1,000 万人以上とも言われている。にわかに信じられない数字ではあるが、不安障害患者がうつ病などの気分障害患者よりも多いことは、むしろ実臨床では日々実感していることである。したがって、不安障害は我が国の精神保健上、大きな課題でもあるはずである。しかしながら、この不安障害という病名自体、まだ 30 数年あまりしか経っていない比較的新しいものであり、現在でも「〇〇神経症」と言ったほうが、馴染み深い方も多いであろう。

そこで本稿では、このまだ少し身近ではない不安障害、特にパニック障害 (panic disorder: PD) について、その成立の歴史から病態に関してこれまでの知見をまとめ、さらに 2013 年 5 月より施行予定の DSM-5 での改訂についても論じる。日常よく遭遇する不安障害患者の治療の一助

になれば、幸いである。

I. パニック障害の歴史¹⁹⁾

図 1 に示したように、PD は、19 世紀には、「神経性の動悸」やダ・コスタ症候群など、すでに身体科によって記載がされており、その歴史は古い。一方、精神科医の記載で最も有名なものは周知のごとく 19 世紀末、S. Freud による不安神経症 (Angstneurose) の概念であろう (詳細は後述)。そしてその後も度重なる戦争によって、兵士心臓や飛行士症候群、あるいは心臓神経症や過換気症候群など、その病名は 20 個近くあるものと思われる。しかしながら、PD という病名が世に知られるようになったのは、1980 年の米国精神医学会の公式診断基準である DSM-III によるところが大きい (実は、1978 年の NIMH による RDC によって、初めて PD という病名が示されている)。この診断基準によって、今までの神経症という病名は廃止され、不安障害や身体表現

精神科医	年	一般科医
	1832	神経性の動悸 (Hope, 心臓学者, 英国)
	1836	心因性の交感神経系の動悸 (Williams, 内科医, 英国)
神経衰弱 (neurasthenia) (Beard, 神経科医, 米国)	1869	
	1871	心臓興奮症 (Da Costa, 内科医, 米国)
空間恐怖を伴う4名の患者 (Westphal, 精神科医, ドイツ)	1872	
不安神経症 (Freud, 神経科医, オーストリア)	1894	
第1次～第2次大戦		
…心臓神経症, 努力症候群, 兵隊心臓, 神経循環無力症, 神経疲弊, 血管運動神経症, 飛行士症候群, 不安状態 など…		
発作神経症 (森田正馬, 精神科医, 日本)	1928	
DSM-I 不安神経症	1952	
イミプラミンの有効性 (Klein)	1964	
乳酸ナトリウムによる誘発 (Pitts)	1967	
DSM-II 不安神経症	1968	
Feighnerら 不安神経症	1972	
RDC (NIMH) パニック・ディスオーダー	1978	
DSM-III→DSM-III-R→DSM-IV パニック・ディスオーダー	1980～1994	

図1 パニック障害の歴史

性障害, 解離性障害など, 新たな分類がなされ, その結果, 様々な不安障害の病態が明らかになっていったのである。PD とて例外ではない。

次に, S. Freud による不安神経症の成り立ちを少し述べる。いわゆる神経症の変遷についてである。周知のごとく, 神経症は1777年に W. Cullen が作った造語である。その中には昏睡症 (comata), 無機能能力症 (adynamia), けいれん症 (spasmi), 妄覚症 (vesaniae) が含まれていることからわかるように, 脳神経系が関与する疾患群の総称であった。それから約百年後の1871年, 神経科医としても高名であった J.M. Charcot は, 前述した神経症の中から, ストッキング様感覚脱出, 円筒状視野, けいれん発作などの精神症状を呈する転換ヒステリーの記述をしている。そして最も重要なことは, 彼は単に記述だけではなく, これらの症状には催眠療法が効果的であることも示した点であろう。つまり, ここで初めて神経症の治療がなされたわけである。また, 彼の弟子には, J. Babinski や P. Janet, そして S. Freud がいた。

特に Freud は, ヒステリー症状のみならず, 患者の感情や生活史などにも綿密な注意を向けた点で, 他の3名とは異なっていた。そして彼は, 当時一世を風靡していた J.M. Beard の「神経衰弱 (neurasthenia, 神経が過度の修復活動に関与し, その結果として神経機能が消耗されるために様々な症状が生じる)」という概念から, 特に不安に基づく症候群を分離して, 不安神経症と命名した, 1894年のことである。さらに S. Freud は神経症を大きく現実神経症と精神神経症の2つに分け, 前者には不安神経症, 神経衰弱, 心気神経症が, 後者にはヒステリー, 強迫神経症, 自己愛神経症が含まれるとした。この亜型分類が後々まで影響したことは, 1975年の ICD-9 の神経症の分類をみると明らかである (図2)。

では, 不安神経症がパニック障害になったのだろうか。これには2つの論文が関与している。1つは, D.F. Klein によるイミプラミンがパニック発作に有効であったという論文¹¹⁾であり, もう1つはその3年後に出た, PD 患者では健常群と異なり乳酸静注によってパニック発作が誘発さ

ICD-9 (1975)	DSM-III (1980)		DSM-IV (1994)
不安神経症	恐怖性障害	恐慌発作を伴う空間恐怖	不安障害
ヒステリー		恐慌発作を伴わない空間恐怖	
恐怖神経症		社会恐怖	
強迫神経症		単一恐怖	
抑うつ神経症		不安状態	
神経衰弱	不安障害	恐慌性障害	不安障害
離人症候群		全般性不安障害 (GAD)	
心気神経症		強迫性障害 (OCD)	
その他		心的外傷後ストレス障害 (PTSD)	
詳細不明		非定型不安障害	
		身体化障害 (ヒステリー)	
		転換性障害 (ヒステリー転換型)	
		心因性疼痛障害	
		心気症	
		非定型身体表現性障害	
	解離性障害	心因性健忘	不安障害
		心因性とん走	
		多重人格	
		離人症性障害	
			広場恐怖を伴わないパニック障害
			広場恐怖を伴うパニック障害
			パニック障害の既往歴のない広場恐怖
			GAD【全般性不安障害】
			特定の恐怖症
			社会恐怖【=社交(会)不安障害】
			OCD【強迫性障害】
			PTSD
			急性ストレス障害
			特定不能の不安障害

図2 神経症の変遷：ICD-9, DSM-III, DSM-IV

れることを示したもの¹⁸⁾である。これらの論文によって、少なくとも不安神経症の一部には、S. Freud がいうように内的不安が蓄積・爆発して生じるのではなく、その病態が生物学的な異常を基礎としたものが存在していることがわかった。そして、不安神経症の中でもこれらの群は1つの疾患単位、PDとして分離されるようになったのである(不安神経症からPDを除いた残りを、全般性不安障害という)。次項では、PDの病態について述べる。

II. パニック障害の病態¹⁹⁾

PDの病態を述べる前に、進化精神医学の立場から不安・不安障害について述べたい。不安は、おそらく危険信号への反応として発生したものが、長い進化の歴史の結果、危険を回避するという一連の反応傾向を形成するに至ったと考えられる⁸⁾。そして発達段階において適応性が向上するにつれ、様々な恐怖反応が出現したと思われる。つまり、不安-回避の連鎖である。もちろん、より複雑で高等なヒトでは条件反応に感情、認知、運動の要素が絡んで不安反応となる。したがって、不安障害は、進化に基づく誤警報により概念化が可

能と言われている²¹⁾。

パニック発作の進化論的起源は、窒息誤警報(false suffocation alarm)とされている¹²⁾。窒息警報とは、進化の過程で形成された、酸素不足(二酸化炭素分圧： $pCO_2 \uparrow$ または脳内乳酸 \uparrow)に対する適応的反応とされる。睡眠や月経前の期間、あるいは弛緩状態や呼吸不全では $pCO_2 \uparrow$ の状態となり、パニック発作は増加する。一方、妊娠などの $pCO_2 \downarrow$ の状態では逆にパニック発作が減少することが経験的にもわかっている。したがって、PDではこの窒息警報の閾値が低く、誤警報が出現するものと思われる²¹⁾。しかしながら、現在では、パニック発作は、重大な危険に対する誤警報と広義に解釈し、様々な無条件刺激が引き金となり、発生するもので、 $pCO_2 \uparrow$ はその1つにすぎないとする意見もある²¹⁾。

1990年代からの脳機能画像を用いた研究によって、現在ではPDの病態は、扁桃体や前頭葉を中心とした恐怖の神経回路の機能不全と言われていた。具体的には、扁桃体の過剰活動とそれを抑えるはずの前頭葉の働きが悪いために、生命の危機に瀕しているという偽りのアラームが脳に鳴り響くのである。つまり、脳の生命維持装置の誤警

報ということになる。また、これらの機能不全には、セロトニン神経系の低下や GABA 神経系の異常が想定されている。紙面の都合で詳細は省かざるを得ないが、著者の総説を参考にされたい¹⁹⁾。

III. DSM と ICD の関係^{14,22)}

本題である DSM-5 の改訂について述べる前に、なぜ DSM ができたのかについて、その経緯を ICD の歴史を紹介しながら、時系列的に示したい。

ご承知のように、ICD は、“International Classification of Diseases” の略とされるが、実はその始まりは、“International Classification of Causes of Death”，つまり国際死因分類であった、1893 年のことである²²⁾。当時は、現在の世界保健機関 (WHO) ではなく、国際統計協会という機関によって作成された。そして 1900 年パリにおいて、第 1 回改訂会議が行われ、そこで批准されたものが、いわゆる“ICD-1”である²²⁾。中心人物は同会議の委員長 J. Bertillon で、その後も約 30 年間、約 10 年毎に改訂され、“ICD-2 (1909)”，“ICD-3 (1920)”，“ICD-4 (1929)”と続いた。そして 1938 年の改訂会議からは、国際統計協会だけでなく、国際連盟もその作成母体となり、“ICD-5”が世に出された。しかしながら、この ICD-5 までは、死因統計のために、精神疾患の独立した章は存在していなかった。その後、第二次世界大戦が終わった 1948 年、新たな動きが出てきた。具体的には、WHO によって作成されることと、初めて精神疾患の独立した章ができたことである。そして、ICD の名称も“International Statistical Classification of Diseases”と変わった (ICD-7 からは“Statistical”が抜け、現在の“International Classification of Diseases”となる)。つまり、ここに至って初めて疾病分類の要素が加味されたのである。とはいえ、表 1 を見てもわかるように、ICD-6 の精神疾患分類は、器質性精神病が内因性精神病と同じ大分類であることや、認知症や神経梅毒、中枢神経系の血管障害や自殺企図が入っ

表 1 ICD-6 の精神疾患分類²²⁾

第 V 章	精神病，精神神経症および人格異常 (300～326)
精神病	(300～309)
300	精神分裂病 (早発痴呆)
301	躁うつ病
302	退行期うつ病
303	偏執病および偏執状態
304	老年性精神病
305	初老期精神病
306	脳動脈硬化症に伴う精神病
307	アルコール性精神病
308	その他の原因を示しうる精神病
309	その他および詳細不明の精神病
精神神経症	(310～318)
310	身体症状の記載のない不安反応
311	不安反応の記載のないヒステリー反応
312	恐怖反応
313	強迫反応
314	神経症性抑うつ反応
315	循環器系をおかす身体症状 (身体化反応) を伴う精神神経症
316	消化器系をおかす身体症状 (身体化反応) を伴う精神神経症
317	その他の系統をおかす身体症状 (身体化反応) を伴う精神神経症
318	その他の型，混合型および詳細不明の精神神経症
性格，行動および知能の障害	(320～326)
320	病的性格
321	未熟人格
322	アルコール中毒症
323	その他の薬品嗜好
324	幼児の行動異常
325	精神薄弱
326	その他および分類不明の性格，行動，知能の障害

ていないこと、あるいは神経症と性格・行動・知能の障害が明確に分離しすぎているなど、いろいろな問題点があり、広く国際的に用いられなかったようである²²⁾。そこで米国精神医学会 (APA) によって出たのが DSM- I (1952)¹⁾ である。その背景として米国は、第二次世界大戦の経験から戦争神経症などの精神神経症が増加したことによって、精神科医の関心が、精神病から神

経症・適応障害・性格障害などへと変わっていき、それまでの精神病院患者（精神病が大部分）を対象とした分類では対応しきれなくなったのである。そして当時の米国精神医学の本流である、E. Kraepelin による記述的診断を排除し、K.A. Menninger の「精神力動的モデル」や A. Meyer の「精神疾患を生物学的、心理学的、社会的な要因の統合体」として捉えるディメンション的一元論に基づき、「反応 (reaction)」という用語が用いられている (表 2)^{14,15,17)}。当時の治療は、もちろん精神分析的精神療法が主流であったことは言うまでもない。そして 1968 年には DSM-II²⁾ に移行するが、これによって「反応」という用語の廃止や大分類が 3 群から 10 群に増え、以前は認められなかった多重診断がなされるようになるなど、DSM-I からの若干の改訂がなされ、E. Kraepelin 以後の欧州の診断体系と米国における精神力動理論が混在した形となった^{14,15,17)}。その間、ICD はというと、1955 年に ICD-7、1965 年に ICD-8 と改訂がなされている。

そして何といたっても精神科診断のエポックメイキングは、1980 年の DSM-III³⁾ であろう¹⁴⁾。したがって、以下に DSM-III 以降の DSM 診断基準の特徴について述べる²⁰⁾。まず第 1 に、前述した操作的診断基準の採用である。一般に操作的診断基準による疾患の定義は、①症状とその数、②症状の持続時間、③他の疾患との並存を許すか許さないか、④同時に複数の診断が可能な場合の優先順序、から構成されている。これらは、①と②は症状記述主義の徹底と明確な診断基準の採用、そして③と④は重複診断〔併存症 (comorbidity)〕の許容、と言い換えることも可能である。具体的なポイントは以下の 2 点で、まず DSM においては、各疾患において A・B・C…の診断基準が示され、「A から C の全てが当てはまる場合」その精神疾患であると診断されることである。次に、A 基準や B 基準には具体的な病像が列挙されるが、C 基準は「その症状が原因で職業・学業・家庭生活に支障を来している」となっており、いわゆる社会機能の重篤な障害が存在

表 2 DSM-I 分類 (文献 15) を改変)

I. 器質性脳症候群 (organic brain syndromes: OBS)
急性脳症候群
精神病性反応を伴う慢性脳症候群
II. 機能的障害 (functional disorders)
精神病 (精神分裂病性反応・躁うつ病・妄想反応)
精神神経症反応
性格障害 (反社会性人格障害の下位分類に、アルコール嗜癖、薬物依存、性的逸脱)
精神生理的障害
特異的症状
一過性状況性性格障害
III. 精神遅滞 (mental deficiency)

表 3 DSM の多軸システム

I 軸	種々の精神疾患
II 軸	知能とパーソナリティ
III 軸	一般身体疾患
IV 軸	心理社会的問題や環境的問題
V 軸	機能レベル (機能の全体的評定: GAF)

することが必須条件となっているのがポイントである。つまり、C 基準がなければ、世間の誰もが DSM に挙げられたいずれかの精神疾患の基準を満たしてしまうおそれがあるからである。また D 基準以降に、除外診断や他の診断との関係についての記載がされている場合もある。

次に、多軸システム (multiple axis system) の採用である。精神疾患では客観的な検査値がなく、ストレスや身体疾患、知能やパーソナリティなど、様々な要因が複雑に精神疾患に関連してくるため、より正確な診断を下すためにはこうした多くの要因を独立して評価し、病名だけでなく、医療方針の決定や転帰予測にも活用されることが望まれる。したがって、DSM では多軸システムと称して、表 3 の 5 つの軸 (要因) についても臨床的な評価を加える。

したがって、DSM 診断では、この 5 つの軸すべてを用いることで、精神疾患患者を多面的かつ総合的に評価し、診断がなされる。もちろん、こ

の5軸をもって患者が抱える諸問題(病気も含めて)のすべてを表現することはできないが、せめて病気の転帰に強くかかわる身体疾患やストレス、社会機能の評価についての情報は注意深く記載する必要がある。もちろん、これだけで十分かというところとは断言できないし、逆に臨床的には必要のない軸もあるかもしれない。したがって、今後の再検討は必要である。しかしながら、この多軸システムはこれまでになかった画期的なものであり、このように様々な観点から多元的にアプローチするという姿勢は、臨床上いつも行っている作業ではあるが、それらを記載することが重要である。また、DSM診断では、併存症の記載が積極的に行われているのも特徴の1つである。そのためI軸およびII軸において、他の精神疾患に対する鑑別や併存症の有無の確認および記載、さらに既往症などの記載も重要となる。

DSM-IIIの登場以来、随時改訂がなされ、DSM-III-R (1986)⁴⁾、DSM-IV (1994)⁵⁾と続き、現在は2000年に出た第4版用修正版DSM-IV-TR (TRは‘Text Revision’の意味で、診断基準そのものはDSM-IVと同じだが、他の様々な情報のバージョンアップがなされている)⁶⁾となっている。ちなみに、この診断基準は、アメリカだけでなく世界で50万部以上が普及していると言われている。次項では、次期診断基準であるDSM-5ドラフト⁷⁾について述べる。

IV. DSM-5ドラフトにおける不安障害、 特にパニック障害を中心に

DSM-5ドラフトは、2010年2月にAPAのホームページ (<http://www.dsm5.org>)上に公開されたのは記憶に新しい⁷⁾。以下に、現在わかっている改訂点について記載する。

まず、全体のシステムに関する変更点としては、多軸診断の廃止とディメンショナル評価の導入が挙げられよう。前者は、ICD-11との共通性を考慮したものか、あるいはより臨床に即した対応であるのか定かではない。また後者については、DSM-III以来のカテゴリー診断(下位分類:疾患

縦断的)からディメンショナル(重症度:疾患横断的)なMeyerの一元論への回帰を狙ったものと捉えることも可能である。しかし一方で、今までの新クレペリン主義によるカテゴリーカルな診断分類では、信頼性は高まったものの妥当性に問題があり、そのため異種の病態の疾患を包含してしまい、生物学的なマーカーの抽出が困難となっているのも事実であろう。この状況を打破し新たに精神疾患をディメンショナルな病態として捉えるためなのかもしれない。そして我々精神科医や患者サイドが最も望む客観的な検査値による疾患診断の可能性、そして新しい疾患単位の確立といった光がこの改訂によって少しでも感じ取れるようになればと思う。

表4は、DSM-IV-TRとDSM-5ドラフトの大分類についてまとめたものである。名称の変更がなされていることと、新しくいくつかの大分類が用意されていることがわかる。特に不安障害の大分類に関しては大きく変わった点は2つである。1つは強迫性障害(OCD)が強迫性およびその関連障害(obsessive-compulsive and related disorders)として不安障害とは別の疾患としてコードされたこと、そしてもう1つが心的外傷後ストレス障害(PTSD)や急性ストレス障害(ASD)が適応障害と共に、やはりトラウマおよびストレス関連障害(trauma and stressor related disorders)として新たな大分類に分けられたことである。さらに不安障害の細部について見ていくと(表5)、広場恐怖(agoraphobia)が1つの疾患単位としてコードされ、今まで小児期の障害に分類されていた分離不安障害(separation anxiety disorder)も新たに不安障害の下位分類となった。前述したように、従来のカテゴリーカルな診断とディメンショナルな診断のコラボレーションという面からは、不安障害あるいは他の疾患においても不安の重症度を評価することが重要とされ、ディメンショナルな評価としてClinical Anxiety Scaleの利用が求められている。また、さらに不安障害の重症度をより詳細に評価するためには、全般性不安障害7項目尺度(GAD-

表4 DSM-IV-TRとDSM-5ドラフト：大分類

1. 通常, 幼児期, 小児期, または青年期に初めて診断される障害	⇒ 神経発達障害
2. せん妄, 認知症, 健忘および他の認知障害	⇒ 神経認知障害
3. 一般身体疾患による精神疾患	⇒ なし (それぞれの ⁹⁾ 大分類内に移動)
4. 物質関連障害	⇒ 物質使用と嗜癖の障害
5. 統合失調症および他の精神病性障害	⇒ 統合失調スペクトラムおよび他の精神病性障害
6. 気分障害	⇒ 双極性およびその関連障害+うつ病性障害
7. 不安障害	⇒ 不安障害+強迫性およびその関連障害+トラウマおよびストレス関連障害
8. 身体表現性障害	⇒ 身体症状障害
9. 虚偽性障害	⇒ なし (その他の障害へ)
10. 解離性障害	
11. 性障害および性同一性障害	⇒ 性機能不全+性の身体違和感+性的倒錯
12. 摂食障害	⇒ 哺育と摂食の障害
13. 睡眠障害	⇒ 睡眠-覚醒障害
14. 他のどこにも分類されない衝動制御の障害	⇒ 破壊的, 衝動制御および行為障害
15. 適応障害	⇒ なし (トラウマおよびストレス関連障害へ)
16. パーソナリティ障害	
17. 臨床的関与の対象となることのある他の状態	⇒ なし?
18. 排泄障害	
19. その他の障害 (自殺を目的としない自傷行為)	

注：表の矢印(⇒)以降の表記は, DSM-IV-TR から変更されたもの

18と19は, DSM-5ドラフトで新たに設けられたもの

7)¹⁶⁾や Panic Disorder Severity Scale⁹⁾,あるいは Fear Questionnaire-Agoraphobia Subscale¹³⁾などの活用が推奨されている。

本項のテーマであるPDについての変更は, どうであろうか。表6にその違いをまとめてある。大きな変更は, 前述したように広場恐怖が新しくコード化されたことで, DSM-IV-TRまで採用されていた広場恐怖の有無によるPDのサブタイプ(亜型分類)がなくなった点であろう。そもそもPDと広場恐怖のヒエラルキーにはアメリカと欧州の論争があり, 1980年のDSM-III当初, PD<AGとなっていたものが, 1987年のDSM-III-Rからその立場が逆転し, PD>AGとなり, 今日に至っていたものである。貝谷らによると, この変更はドイツWittchenらの研究成果²³⁾をエビデンスとしたものであるという¹⁰⁾。

表7は, パニック発作の診断基準の変更点を示した。まず注目すべき点は, 「注」の部分の記述の追加であろう。具体的には, 「パニック発作の特定用語の記載は, 不安障害と同様に非不安障害においても当てはまるかもしれない(下線部は,

表5 DSM-IV-TRとDSM-5ドラフト：不安障害の分類⁷⁾

Anxiety Disorder
E 00 Separation Anxiety Disorder
E 01 Panic Disorder
E 02 Agoraphobia
E 03 Specific Phobia
E 04 Social Anxiety Disorder (Social Phobia)
E 05 Generalized Anxiety Disorder
E 06-11 Substance-Induced Anxiety Disorder
E 12 Anxiety Disorder Associated with a Known General Medical Condition
E 13 Other Specified Anxiety Disorder
E 14 Unspecified Anxiety Disorder

著者作成)。パニック発作が起きるような特定の診断に関して, パニック発作を特定せよ(例えば, 「心的外傷後ストレス障害, パニック発作の特徴を伴うもの」, 「統合失調症, パニック発作の特徴を伴うもの」)となっている。これはパニック発作をより非特異的の症状として, 精神病性の障害ですら生じるものである点を強調したものであると思われる。また, 「注」の中ではさらに, 症状のピークが数分間と短くなり(DSM-IV-TRでは, 10

表6 DSM-IV-TR と DSM-5 ドラフトとの比較：パニック障害の診断基準（文献6,7,10）を改変）

DSM-IV-TR (2000) Panic Disorder with/without Agoraphobia	DSM-5 ドラフト (2010) E01 Panic Disorder
<p>A. 1. と 2. の両方を満たす。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 予期しないパニック発作が繰り返し起こる。 2. 少なくとも1回の発作の後1ヵ月間（またはそれ以上）、以下のうちの1つ（またはそれ以上）が続いていたこと。 <ol style="list-style-type: none"> a. もっと発作が起こるのではないかとという心配の継続 b. 発作またはその結果が持つ意味（例：コントロールを失う、心臓発作を起こす、「気が狂う」）についての心配 c. 発作と関連した行動の大きな変化 	<p>A. 予期しないパニック発作が繰り返し起こる。</p> <p>B. 少なくとも1回の発作の後1ヵ月間（またはそれ以上）、以下のうちの1つ（またはそれ以上）が続いていたこと。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. もっと発作が起こるのではないかと、発作の結果についての心配（例：コントロールを失う、心臓発作を起こす、「気が狂う」） 2. 発作に関連した行動の大きく不適応な変化（例：パニック発作を回避しようとする行動、例えば、運動や慣れていない状況避ける）
<p>B. 広場恐怖が存在している/存在していない。</p>	<p>—</p>
<p>C. パニック発作は、物質（例：乱用薬物、投薬）または一般身体疾患（例：甲状腺機能亢進症）の直接的な生理学的作用によるものではない。</p>	<p>C. この障害は、物質（例：乱用薬物、投薬）または他の身体疾患（例：甲状腺機能亢進症、心肺疾患）の直接的な生理学的作用に寄与するものではない。</p>
<p>D. パニック発作は、以下のような他の精神疾患ではうまく説明されない。例えば、社会恐怖（例：恐れている社会的状況に暴露されて生じる）、特定の恐怖症（例：特定の恐怖状況に暴露されて）、強迫性障害（例：汚染に対する脅迫観念のある人が、ゴミや汚物に暴露されて）、心的外傷後ストレス障害（例：強いストレス因子と関連した刺激に反応して）、または分離不安障害（例：家を離れた時、または身近な家族から離れた時）。</p>	<p>D. この障害は、以下のような他の精神疾患ではうまく説明されない（例えば、パニック発作は、社会恐怖のように恐れている社会的状況のみへの反応で起こるのではなく、特定の恐怖症のように特定の恐怖の対象もしくは状況に制限されるわけではない。また、強迫性障害の強迫観念や心的外傷後ストレス障害でトラウマティックな出来事の想起、あるいは分離不安障害における身近な家族から離れることへの反応のみで起きるのではない）。</p>

注：太字の部分が、DSM-IV-TR と DSM-5 ドラフトとの違い

分)、「この状態は落ち着いた状態からも不安な状態からも起こり得る」という記載がなされている点にも注目したい。パニック発作をより発作性の急激な症状の出現とし、「これまで青天の霹靂」とされていた予期しないパニック発作だけでなく、状況依存性あるいは状況準備性のパニック発作にも注意を喚起した点は、臨床的に大変有用であろう。また、13項目のパニック発作症状には変化がないものの、その順番が変わったこと（9～13を参照）や「熱感 hot flushes」が「熱感 hot sensations」に小変更がなされている。最後に、やはり「注」として、文化的な側面の記載がある点も見逃げせない。ただし、「文化に特定の症状（例えば、耳鳴り、首の痛み、頭痛、コントロール不能の叫び、泣く）が見られるかもしれない。

これらの症状は、パニック発作の基準として必要な4症状のうちの1つとは数えない」という記載となっており、頭痛などの他の症状はパニック発作の症状と認められてはいない。最後に、PDの関連疾患として、広場恐怖の新たな診断基準を表8に挙げた。コード化がなされていなかったDSM-IV-TRとの本質的な違いはないものの、コード化のために他の不安障害の診断基準に準じた設定（例えば、社会機能の障害などの項目の追加）となっている。ただし、持続期間は6ヵ月と長くなっているのは、全般性不安障害が6ヵ月から3ヵ月に短縮されたことを考えると、興味深い。参考になれば、幸いである。

表7 DSM-IV-TR と DSM-5 ドラフトとの比較：パニック発作の診断基準（文献6,7,10）を改変）

DSM-IV-TR (2000) Panic Attack	DSM-5 ドラフト (2010) Panic Attack
<p>注：パニック発作はコード番号のつく障害ではない。パニック発作が起こる特定の診断にコード番号をつけること。 強い恐怖または不快を感じるはっきり他と区別できる期間で、そのとき、以下の症状のうち4つ（またはそれ以上）が突然に発現し、10分以内に頂点に達する。</p>	<p>注：パニック発作はコード番号のつく障害ではない。パニック発作の特定用語の記載は、不安障害と同様に非不安障害においても当てはまるかもしれない。パニック発作が起きるような特定の診断に関して、パニック発作を特定せよ（例えば、「心的外傷後ストレス障害、パニック発作の特徴を伴うもの」、「統合失調症、パニック発作の特徴を伴うもの」）。 強い恐怖または不快感が突然高まり、数分以内にその頂点に達する。その間、以下の症状のうち4つまたはそれ以上が生じる（注：この状態は落ち着いた状態からも不安な状態からも起こり得る）。</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. 動悸，心悸亢進，または心拍数の増加 2. 発汗 3. 身震い，または震え 4. 息切れ，または息苦しさ 5. 窒息感 6. 胸痛，または胸部不快感 7. 嘔気，または腹部不快感 8. めまい感，ふらつく感じ，頭が軽くなる感じ，または気が遠くなる感じ 9. 現実感喪失（現実でない感じ） 10. コントロールを失うことに対する，または気が狂うことに対する恐怖 11. 死ぬことに対する恐怖 12. 異常感覚（感覚麻痺またはうずき感） 13. 冷感（悪寒），または熱感（赤面，hot flushes） 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 動悸，心悸亢進，または心拍数 2. 発汗 3. 身震い，または震え 4. 息切れ，または息苦しさ 5. 窒息感 6. 胸痛，または胸部不快感 7. 嘔気，または腹部不快感 8. めまい感，ふらつく感じ，頭が軽くなる感じ，または気が遠くなる感じ 9. 冷感（悪寒），または熱感（hot sensations） 10. 異常感覚（感覚麻痺またはうずき感） 11. 現実感喪失（現実でない感じ） 12. コントロールを失うことに対する，または気が狂うことに対する恐怖 13. 死ぬことに対する恐怖
<p style="text-align: center;">—</p>	<p>注：文化に特定の症状（例えば、耳鳴り、首の痛み、頭痛、コントロール不能の叫び、泣く）が見られるかもしれない。これらの症状は、パニック発作の基準として必要な4症状のうちの1つとは数えない。</p>

注：太字の部分が、DSM-IV-TR と DSM-5 ドラフトとの違い

おわりに

本稿では、PDの歴史から病態、そしてDSM-5ドラフトについて論じた。不安障害、特にPDについては、広場恐怖とのヒエラルキーの問題がいまだにくすぶっているような印象を抱くのは、著者だけであろうか。DSM-IV-TRでは、パニック発作と広場恐怖はコード化されずに、テキストの不安障害の章の最初にその診断基準が示されている。つまりこの2症状は非特異的な症状であり、どんな不安障害でも生じ得るものとされていた。そして今回の改訂によって、パニック発作は

非不安障害でも生じることが強調され、より非特異的に、一方の広場恐怖は1つの疾患単位としてコード化される（特異的）といった別々の運命をたどりそうに思える。APAのホームページによると、DSM-5は2012年12月31日までには最終版ができ上がり、2013年5月から施行予定とのことである。したがって、今後新たな改訂・変更が加えられる可能性があり、今回の記載はあくまでドラフトである点を強調しておきたい。やはり、本年12月の最終版が気になる場所である。

表 8 DSM-IV-TR と DSM-5 ドラフトとの比較：広場恐怖の診断基準（文献 6,7,10）を改変）

DSM-IV-TR (2000) Agoraphobia	DSM-5 ドラフト (2010) E 02 Agoraphobia
広場恐怖は、コード番号のつく障害ではない。広場恐怖が起こる特定の診断にコード番号をつけること（例：広場恐怖を伴うパニック障害、またはパニック障害の既往のない広場恐怖）	注：広場恐怖は、コード番号のつく障害ではある。
A. 逃げるに逃げられない（または逃げたら恥をかく）ような場所や状況、またはパニック発作やパニック発作様症状が予期しないで、または状況に誘発されて起きたときに、助けが得られない場所や状況にいることについての不安。広場恐怖が生じやすい典型的な状況は、家の外に 1 人であること、混雑の中にいること、または列に並んでいること、橋の上にいること、バス、汽車、または自動車で移動していること、等がある。 注：1 つまたは 2~3 の状況だけを回避している場合には、特定の恐怖症の診断を、または社会的状況だけを回避している場合には、社会恐怖を考慮すること。	A. 少なくとも以下の 5 つの状況のうち、2 つ以上の広場恐怖の対象となる状況についての顕著な恐怖もしくは不安。 1. 公共の交通機関（例：自動車、バス、電車、船、飛行機での移動） 2. 開けた空間（例：駐車場、スーパーマーケット、橋） 3. 店、劇場、もしくは映画館にいる 4. 列に並ぶ、もしくは人ごみにいる 5. その他の状況で家の外に 1 人である
—	B. 自分を制御できなくなるような症状やパニック様症状が起きたときに、逃げるのが困難もしくは助けが得られないかもしれないために、これらの状況に恐怖を感じる。
—	C. 広場恐怖の対象となる状況において、一貫して恐怖もしくは不安が誘発される。
B. その状況が回避されている（例：旅行が制限されている）か、またはそうしなくても、パニック発作またはパニック発作様症状が起こることを非常に強い苦痛または不安を伴いながら耐え忍んでいるか、または同伴者を伴う必要がある。	D. 広場恐怖の対象となる状況を積極的に回避するか、同伴者を求めるか、あるいは激しい恐怖もしくは不安を感じながら耐え忍んでいる。
—	E. 恐怖もしくは不安は、広場恐怖の対象となる状況において、実際に引き起こされた危険性に対して釣り合わない。 注：釣り合わないかどうかは、社会文化的状況を参考にする（テキスト参照）。
—	F. 恐怖、不安、もしくは回避は、少なくとも 6 ヶ月持続する。
—	G. 恐怖、不安、もしくは回避は、臨床上著しい苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。
—	H. この障害は、物質（乱用薬物、投薬）または一般身体疾患（例：甲状腺機能亢進症）の直接的な生理学的作用に寄与するものではない。
C. その不安または恐怖症性の回避は、以下のような他の精神疾患ではうまく説明できない。例えば、社会恐怖（例：恐れている社会的状況に暴露されて生じる）、特定の恐怖症（例：特定の恐怖状況に暴露されて）、強迫性障害（例：汚染に対する脅迫関連のある人が、ゴミや汚物に暴露されて）、心的外傷後ストレス障害（例：強いストレス因子と関連した刺激に反応して）、または分離不安障害（例：家を離れたり、または身近な家族から離れたりしたとき）。	I. この障害は、以下のような他の精神疾患ではうまく説明されない（例えば、特定の恐怖症—状況型の限定された対象あるいは状況に対する不安、社交不安障害や身体醜形障害の社会的状況に対する不安、強迫性障害に関連した対象あるいは状況に対する不安、心的外傷後ストレス障害のトラウマティックな出来事の想起に関する不安、分離不安障害における身近な家族から離れることへの不安）。

注：太字の部分が、DSM-IV-TR と DSM-5 ドラフトとの違い

文 献

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1st ed. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1952
- 2) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2nd ed. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1968
- 3) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1980
- 4) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed, Revised. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1987 (高橋三郎訳: DSM-III-R 精神障害の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 1988)
- 5) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1994 (高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸訳: DSM-IV 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 1996)
- 6) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed, Text Revision. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 2000 (高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸訳: DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル 新訂版. 医学書院, 東京, 2002)
- 7) American Psychiatric Association: www.dsm5.org (cited May 20, 2012)
- 8) Darwin, C.: The Expression of Emotion in Man and Animals. Chicago University Press, Chicago, p.1872, 1965
- 9) Houck, P.R., Spiegel, D.A., Shear, M.K., et al.: Reliability of the self-report version of the panic disorder severity scale. *Depress Anxiety*, 15; 183-185, 2002
- 10) 貝谷久宜, 兼子 唯, 巢山晴菜: DSM-5 ドラフトにおける精神障害: 5. 不安障害. *臨床精神医学*, 41; 577-587, 2012
- 11) Klein, D.F.: Delineation of two drugresponsive anxiety symptoms. *Psychopharmacologia*, 5; 397-408, 1964
- 12) Klein, D.F.: False suffocation alarms, spontaneous panics, and related conditions. An integrative hypothesis. *Arch Gen Psychiatry*, 50; 306-317, 1993
- 13) Marks, I.M., Mathews, A.M.: Brief standard self-rating for phobic patients. *Behav Res Ther*, 17; 263-267, 1979
- 14) 丸田俊彦: アメリカ精神医学における疾患概念と分類の歴史的外観. *臨床精神医学講座第1巻, 精神症候と疾患分類・疫学* (松下正明総編集). 中山書店, 東京, p. 406-415, 1998
- 15) 松本ちひろ, 丸田敏雅, 飯森真喜雄: 精神科診断分類の改訂にむけて: DSM-5 作成の最新動向. *臨床精神医学*, 41; 527-533, 2012
- 16) 村松公美子, 宮岡 等, 上島国利ほか: GAD-7 日本語版の妥当性・有用性の検討. *心身医学*, 50; 592, 2010 (research-2012.jpsad.jp/files/jpsad_gad7.pdf)
- 17) 大久保善朗: 精神科診断分類の改訂にむけて: 精神科診断分類の変遷—DSM-III以前と以後—. *臨床精神医学*, 41; 469-472, 2012
- 18) Pitts, F.N. Jr., McClure, J.N. Jr.: Lactate metabolism in anxiety neurosis. *N Engl J Med*, 277; 1329-1336, 1967
- 19) 塩入俊樹: 不安障害の病態について: Stress-induced fear circuitry disorders を中心に. *精神経誌*, 112; 797-805, 2010
- 20) 塩入俊樹: 17章 精神科面接, 診断と各種検査: 疾患診断. *今日の精神疾患治療指針* (樋口輝彦ほか編). 医学書院, 東京, p.679-683, 2012
- 21) Stein, D.J.: Cognitive-Affective Neuroscience of Depression and Anxiety Disorders. Martin Dunitz, London, 2003 (田島 治, 荒井まゆみ訳: 不安とうつの脳と心のメカニズム: 感情と認知のニューロサイエンス. 星和書店, 東京, 2007)
- 22) 高田浩一: WHO の精神障害に関する国際分類 (ICD). *臨床精神医学講座第1巻, 精神症候と疾患分類・疫学* (松下正明総編集). 中山書店, 東京, p.416-438, 1998
- 23) Wittchen, H.U., Gloster, A.T., Beesdo-Baum, K., et al.: Agoraphobia: a review of the diagnostic classificatory position and criteria. *Depress Anxiety*, 27; 113-133, 2010

The Present and Future of Anxiety Disorders : A View and Problems to DSM-5 : Panic Disorder

Toshiki SHIOIRI

Department of Psychiatry and Psychotherapy, Gifu University Graduate School of Medicine

Japanese Ministry of Health, Labour and Welfare shows that the estimated number of all patients with any anxiety disorders is more than ten million, while the number of all depressive patients is about six million. Thus, anxiety disorders are very important in daily clinical situation of psychiatry.

Recently, DSM-5 draft posted online (<http://www.dsm5.org>). Many of the disorders that were previously listed in the anxiety disorders chapter in DSM-IV have been distributed throughout this chapter as well as separate chapters on obsessive-compulsive and related disorders and trauma-and stressor-related disorders.

As for panic disorder that was one of the new concepts of psychiatric disorder in DSM-III, there are some changes in the criteria, for instance subcategory according to with/without agoraphobia are discontinued since agoraphobia is proposed to be a codable disorder in DSM-5.

In this paper, we will review the history and pathogenesis of panic disorder and the relationships between DSM and ICD, and then discuss the present and future of panic disorder viewed in DSM-5 draft.

<Author's abstract>

<**Key words**: panic disorder, anxiety disorder, agoraphobia, DSM, ICD>
