

不安症群，強迫症および関連症群

音羽健司¹⁾，佐々木司²⁾

日本不安障害学会

はじめに

1. 日本語表記について

DSM-IV¹⁾からDSM-5²⁾への変更を契機に，診断名の日本語翻訳を見直す機運が高まった。筆者らが所属する日本不安障害学会では，日本精神神経学会病名検討連絡会からの依頼を受けて，不安障害病名検討ワーキング・グループを組織し，不安障害に関連したカテゴリーの日本語病名を検討してきた⁷⁾。そこで，例えば，これまでの「不安障害」から「不安症」へと変更することとなった。それは，「障害」を病名として用いると，重症あるいは不可逆的な病気 (disability, handicap, impairment) として誤解されやすいことが最も大きな理由である。さらに英語の原義的にも，anxiety disorder の disorder は，本来は order (正) に dis- (はずれた) が加わった言葉であり，「正」に「やまいだれ (疔)」を組み合わせた「症 (disorder)」という日本語表記を逐語訳的にあてる方が，「障害」という訳をあてるよりも適切と考えられるためである。こうした病名の改定は，統合失調症や認知症のように common disease として人口に膾炙するような馴染みやすい病名への変更となるため，メンタルヘルスへの関心を高めるうえでも非常に重要であろう。ただし，DSM-5 の病名記載に際しては，DSM-IV の旧病名がある程度普及して用いられている場合には，新たな病名の横にスラッシュで旧病名を併記 (例えば，「パニック

症/パニック障害」など) することにした。

2. DSM-IV からの変更点

本稿で述べる不安症群，強迫症および関連症群の発症年齢は典型的には小児期から思春期と若く，その後の他の精神疾患の発症にも影響が大きい。こうした観点から DSM-5 では発達的な「生涯を通してみる視点 (lifespan perspective)」と用語の統一化が図られている。発達的な視点では，DSM-IV で「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」に分類されていた分離不安障害や選択性緘黙を不安症群の最初に組み入れ，疾患を典型的な発症年齢の順番に置くようにした。また用語の統一では，DSM-IV で「不安」と「恐怖」をそれぞれ別々に用いていたのを「恐怖あるいは不安」と共通した用語を用いた。さらに，DSM-5 の構成上の大きな変更点としては，DSM-IV の不安障害を3つの分類に分け，不安症群/不安障害群，強迫症および関連症群/強迫性障害および関連障害群，心的外傷およびストレス因関連障害群とした。DSM-5 での注目に値する下位分類での変更点として，広場恐怖症がパニック症から独立して新たにコード化されたことが挙げられる⁹⁾。また強迫症および関連症群では，ためこみ症と皮膚むしり症の診断基準が新たに追加され，強迫症/強迫性障害，醜形恐怖症/身体醜形障害，抜毛症などとともにグルーピングされた。図1はDSM-IV から DSM-5 へ変更された疾患のうち，不安症群，強迫症および関連症群，心的外傷およ

著者所属：1) 東京大学大学院医学系研究科精神医学分野，2) 東京大学大学院教育学研究科健康教育学分野

注) 病名の訳語は日本精神神経学会・精神科病名検討連絡会の DSM-5 病名・用語翻訳ガイドライン (初版) に従った。

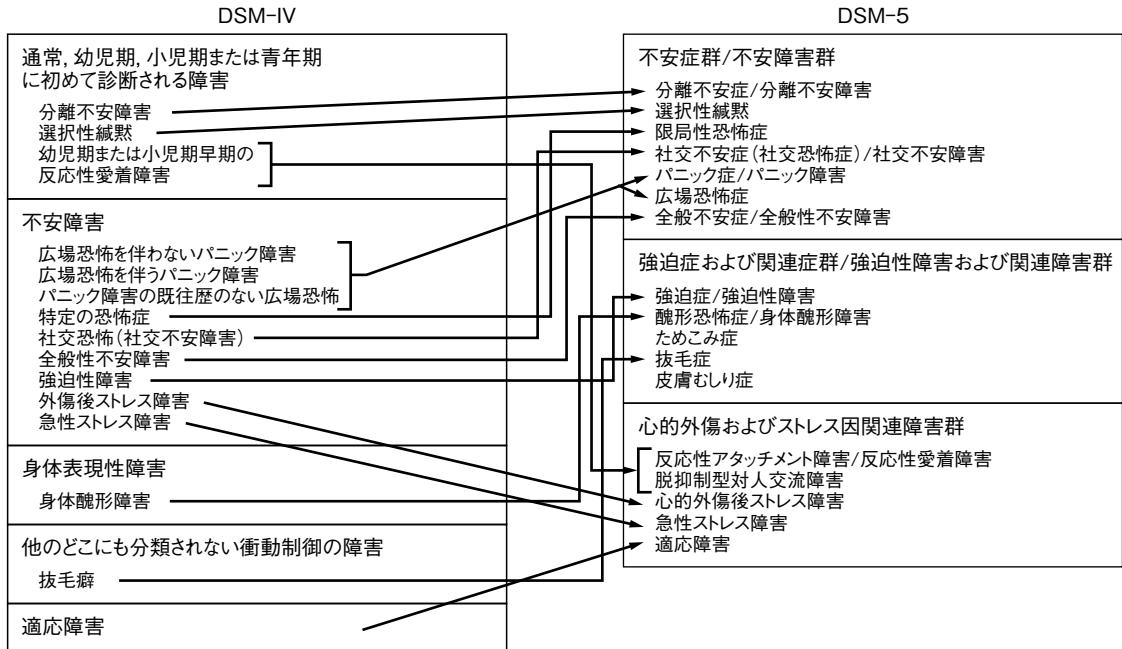


図1 DSM-IVから DSM-5 への主な診断分類の変更点

びストレス因関連障害群に関連するものを載せた。本稿では、これらのうち、不安症群、強迫症および関連症群に絞って各項目の下位分類の変更点を中心に述べる。

不安症群

1. 分離不安症/分離不安障害, 選択性緘黙

DSM-IVでは「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」に分類されていたが, DSM-5ではともに不安症の一部となった。分離不安症は小児期にみられることが多いものの成人でもみられることから, 発症年齢についての項目(18歳未満)が削除され, 成人を対象とした用語が追加された(例えば, 「分離に対する恐怖のために, 家を離れて学校や仕事, その他の場所へと外出することに対する持続的な抵抗または拒否」)³⁾。また, 「早発性: 6歳以前の発症」という特定用語(Specifier)が削除され, 症状の持続期

間については「小児や青年では少なくとも4週間, 成人であれば典型的には6ヵ月以上」となった。なお, 選択性緘黙の診断基準について, DSM-IVとDSM-5の変更点はない。

2. 限局性恐怖症

日本語病名をDSM-IVの「特定の恐怖症」からDSM-5では「限局性恐怖症」へと変更した。内容の変更点については, 診断基準の順序や用語の修正がみられるのみである。実際の臨床場面では, 患者は恐怖が過剰あるいは不合理であるとの認識が低いことがあり, DSM-5では「その恐怖あるいは不安は, その物や状況によって置かれた実際の脅威, 社会文化的な文脈につり合わない」へと変更された⁵⁾。こうした恐怖あるいは不安が「過剰である」「度が過ぎている」という判断は, 主に医師が社会文化的な背景も考慮に入れて診断することとなり, 臨床的にも有用性が増したといえる。

3. 社交不安症(社交恐怖症)

病名については, 特定の場面への「恐怖」だけ

ではなく、さまざまな社交状況への不安や回避がみられることから、DSM-IVの「社交恐怖（社交不安障害）」からDSM-5の「社交不安症（社交恐怖症）」へと変更された。DSM-5では、恐怖あるいは不安を感じる例として、「社会的交流（例、会話をする、よく知らない人たちと会う）」「人に見られる（例、食べることや飲むこと）」「他者の前で何かをする（例、スピーチをする）」の3つの状況を示した。また認知的な側面を別の項目立てにして、患者は「他人から否定的な評価を受けること」「恥をかかされたり、恥ずかしい思いをすること」「他人を拒絶することになったり、怒らせたりすること」を恐れるとした。

病識については、限局性恐怖症と同じく、社交不安症の患者で必ずしも「恐怖が過剰であることを認識している」（DSM-IV）わけではないため、「その恐怖や不安は、その社会的状況によって置かれた実際の脅威、社会文化的な文脈につり合わない」（DSM-5）へと変更された。持続期間については、DSM-IVと異なり、18歳以上であっても「6ヵ月以上続く」ことを条件とした。特定用語（Specifier）については、DSM-IVの「全般性」が臨床的に有用であるというエビデンスがみられないことから、DSM-5では、人前でのパフォーマンスやスピーチなどで恐怖・不安が生じる「パフォーマンス限局型（Performance only）」のみとなった。

4. パニック発作、パニック症/パニック障害、 広場恐怖症

パニック発作は、DSM-IVと同様にDSM-5においても精神障害としてのコードはなく、「どの不安障害でも、そして他の精神障害やいくつかの医学的状況でも起こりうる」ものとし、パニック障害以外のDSM-5の全ての障害の特定用語として記載することとなった。パニック発作の基準では、症状のピークがDSM-IVの「10分以内」からDSM-5の「数分以内」へと短くなり、注釈として「この状態は平静な状態でも不安な状態でも起こ

りうる」という文面が加わった。全体の項目内容に大きな変化はないものの、簡便化と有用性のため順序と用語の一部が変更された。

パニック症の診断基準自体に大きな変更はないが、B基準については「発作が起こる心配」「発作の結果に対する心配」の2つが1つにまとめられ、「回避」などの行動変化とあわせて2つの項目となった。

広場恐怖症はDSM-5ではパニック障害と独立した疾患単位となり、新たにコードが付された。DSM-IVでは「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のない広場恐怖」の診断基準があり、いずれもパニック障害との関連が重視されていたが、DSM-5では別々の診断と捉えられるようになった。広場恐怖症の診断基準の項目内容はDSM-IVと本質的な違いはないが、コード化により他の不安症の診断基準に準じた項目（B基準以下）が追加されている。

強迫症および関連症群/強迫性障害 および関連障害群

1. 強迫症/強迫性障害（obsessive-compulsive disorder : OCD）

DSM-IVではOCDは不安障害に分類されていたが、不安症状が必ずしも認められるとは限らないことやトゥレット症候群などとの併存率の高さなど、不安症群に含まれる他の疾患との特徴の違いからDSM-5では別の分類項目となった⁵⁾。

診断基準の大きな変更点はないが、DSM-IVで強迫観念を「不適切なもの（inappropriate）」としていたのをDSM-5では「望まれないもの（unwanted）」とするなど用語の修正が行われている。また、強迫観念による「不安や苦痛」は、全ての人にあてはまるわけではないことからDSM-5では「ほとんどの人にとって強い不安や苦痛を引き起こす」と修正された。

DSM-IVでは病識について、「強迫的な思考、衝動または心像が自分自身の心の産物であると認識している」「強迫観念または強迫行為が過剰である、または不合理であると認識したことがある」として診断基準に含まれていた。一方で、こうした病識についての診断基準は子どもでは適応されず、大人でもそうした洞察を欠く患者もみられることから、DSM-5ではこれらの項目は削除された。DSM-5では病識を特定用語として付加し、「病識が十分または概ね十分」「病識が不十分」「病識が欠如した・妄想的な信念を伴う」の三段階を設定し、他のOCD関連疾患（身体醜形症やためこみ症）との整合性を保つようにした⁸⁾。

トゥレット症候群ではOCDとの高率な併存や遺伝的関連が認められているが、トゥレット症候群に伴うOCDではSSRI単独投与に治療抵抗性がみられることや、抗精神病薬の付加投与が有効といった特異性がある⁸⁾。こうした臨床的な観点から、DSM-5では「チック関連性」というサブタイプが特定用語に含められた。

2. 醜形恐怖症/身体醜形障害、ためこみ症、抜毛症、皮膚むしり症、その他

醜形恐怖症はDSM-IVでは身体醜形障害として身体表現性障害に含まれていたが、その「とらわれ」と「反復的な行為」からDSM-5ではOCD関連障害に含まれた⁶⁾。醜形恐怖症では、身体に関する認識のゆがみがみられるが、DSM-IVの「想像上の欠陥」からDSM-5の「他者から観察できない、あるいはささいな欠陥の認識」となり、より臨床的に醜形恐怖症を捉えやすい用語の修正が行われた⁶⁾。さらに、DSM-5ではOCDと同様に、「とらわれ（観念）」に加えて「反復行為」についての基準項目[「外見の心配に反応して、反復的な行為（例、鏡での確認、過度な整髪、皮膚をむしること、保証を求めること）、または心の中の行為（例、他者と自分の外見を比較）をする」]が追加された。さらに、特定用語（Specifier）として「筋

肉に関する」ものが追加された。病識についてはOCDと同様に3つの特定用語（「病識が十分または概ね十分」「病識が不十分」「病識が欠如した・妄想的な信念を伴う」）を追加している。

ためこみ症はDSM-5で新たに診断分類として加わった。ためこみ症患者のうち、OCDを併存する者は20%程度との報告があり、OCDとの関連はあるものの、独立した障害と考えられている⁴⁾。

抜毛症はDSM-IVの衝動制御障害の診断項目の1つとして含まれていたが、DSM-5では強迫症および関連症群に含まれるようになった。抜毛症のDSM-IVの基準項目である「体毛を抜く直前、その行動に抵抗している時の緊張感のたかまり」は、それが認められない患者も多いことからDSM-5では削除された。皮膚むしり症は、DSM-IVでは独自の診断基準がなかったが、DSM-5では、この疾患群の1つとして新たに追加された。

以上の他にも、他の特定される強迫症および関連症や特定不能の強迫症および関連症の項目があり、特に他の特定される強迫症および関連症にはOCD関連症状は認められるものの、非定型的な症状であったり原因が明確でないものが含まれる。こうしたものには、抜毛症や皮膚むしり症以外の身体集中反復行動症/身体集中反復行動障害（body-focused repetitive behaviors）や強迫的な嫉妬（obsessional jealousy）、自己臭恐怖などが含まれる。

考 察

——臨床的意義、問題点——

本稿では、不安症群、強迫症および関連症群のDSM-IVとDSM-5の変更点について主に述べた。特にDSM-IVの「通常、幼児期、小児期、青年期に初めて診断される障害」が、DSM-5では発達の視点から、本稿で述べた2つの群を含むさまざまな診断群に組み入れられた点は今後の児童思春期精神医学との連続性を考えると意義は大きい。

今回のマニュアル改訂では、広場恐怖症が新たにコード化されたことや、DSM-IVでは診断基準がなかったためこみ症や皮膚むしり症などが新たに加わったことも特記されるべき点である。こうした新たな診断基準を設けることで、これまで見逃されていた面（例えば、パニック症と広場恐怖症の成因の相違など）での研究の進展が期待できる。一方で、全般不安症/全般性不安障害などのように、DSM-IVからDSM-5への改訂でほとんど修正がなされなかった診断基準もある。これは診断基準があいまいなため対象となる患者を限定しにくいことや、そのために研究報告が十分でなかったことも要因として挙げられる。

DSM-5はDSM-IVとの連続性を重視したこともあり、本稿で述べた疾患のほとんどの診断基準はDSM-IVを基礎に置いた発展型といえるが、いまだ従来のカテゴリー的モデルから脱していない。特に恐怖や不安症状は健常者においても閾値下の症状がみられ、他の精神疾患への併存率が高いことが知られている。こうした症状を捉えるにはディメンジョン的モデルの導入が必要であるが、DSM-5においても、まだ道半ばといった観がある。

なお、DSM-5では、セクションIIIのEmerging Measures and Modelsにおいて、試行的ではあるが段階的な症状評価のモデルが提案されている(www.psychiatry.org/dsm5)。この章のAssessment MeasuresではLevel 1のCross-Cutting Symptom Measureとして、成人(18歳以上)には13の症状項目のスクリーニング、小児・思春期には12の症状項目のスクリーニングを行い、症状項目が基準値以上の場合にはさらに詳細なLevel 2のテストを行うとしている。また、不安症群に含まれる各疾患の重症度測定テストも用意されており、各テストともに10の質問項目に対し、5件法(0.決して、1. たまに、2. 半分くらい、3. ほとんど、4. いつも)でチェックし、評価することができる。結果の解釈は、集計後の全得点を10

で割って平均値を出し、重症度(0. なし、1. 軽度、2. 中等度、3. 重度、4. 著しく重度)を判定して行う。こうした質問紙を用いて定期的に測定することで患者の症状や治療の効果判定に利用が可能である。診断をつけるということは、単に症状を評価するだけでなく治療やその後の経過を見据えるという意味も含むことから、今後DSM-5を実地臨床で役立つようにするには、診断基準と継続的な重症度評価を組み合わせる用いることが望ましいと考えられる。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 4th ed., Revised. APA, Washington, D. C., 2000 (高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸訳 : DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 2002)
- 2) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 5th ed. APA, Washington, D. C., 2013
- 3) Bögels, S. M., Knappe, S., Clark, L. A. : Adult separation anxiety disorder in DSM-5. Clin Psychol Rev, 33 ; 663-674, 2013
- 4) Frost, R. O., Steketee, G., Tolin, D. F. : Diagnosis and assessment of hoarding disorder. Annu Rev Clin Psychol, 8 ; 219-242, 2012
- 5) 松永寿人 : DSM-5 ドラフトにおける強迫性障害の動向. 臨床精神医学, 41 ; 589-595, 2012
- 6) Phillips, K. A., Wilhelm, S., Koran, L. M., et al. : Body dysmorphic disorder : some key issues for DSM-V. Depress Anxiety, 27 ; 573-591, 2010
- 7) 清水栄司 : Anxiety disorder を「不安症」と字義どおりに日本語訳する病名案について. 精神科, 22 ; 627-630, 2013
- 8) Thomsen, P. H. : Obsessive-compulsive disorders. Eur Child Adolesc Psychiatry, 22 (Suppl 1) ; S23-28, 2013
- 9) 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