

特集

日本の精神科医は
米国 DSM-5 を
どう読むか

〈各論〉米国 DSM-5 における精神疾患 不安症の主要変更事項 —“広場恐怖症の独立”について—

貝谷 久宣* 兼子 唯** 巢山 晴菜**
横山 知加*** 土田 英人****

KEY WORDS

DSM-5 批判, 広場恐怖とパニック症の区別, 広い空間の恐怖, 公共の場の恐怖, 原発性と二次性

抄録：欧州の精神医学では広い空間または公共の場を恐れることが本態である純粋な広場恐怖の存在が認められている。DSM-III ではこの考えを踏襲したが、DSM-III-R 以後は、広場恐怖はパニック発作またはパニック不全発作の結果生じるという考えのもとに記載されてきていた。DSM-5 では広場恐怖はパニック症から独立した障害として記載されたが、しかし、まだその根底にはパニック発作またはパニック発作症状がもとになって発症するという考えからは完全に抜けきっていない。ここでは広場恐怖とパニック障害の関係を論議し、最後に、パニック症と広場恐怖の臨床的存在様式についてまとめる。①不意のパニック発作にはじまる広場恐怖のないパニック症②不意のパニック発作に始まる広場恐怖のあるパニック症③広場恐怖が前駆し状況結合性パニック発作が出現し、パニック症が発展する④明白なパニック発作がない純粋広場恐怖⑤パニック発作またはパニック不全発作のある(予期不安のない)広場恐怖。

1 Agoraphobia という用語

「Agora」という言葉はプログレッシブ英和辞典(第4版)を紐解くと2つの意味がある：1, 古代ギリシャの政治的人民集会；2, 1のための広場, ギリシャ語では市場。Agoraphobieの最初の記載者である Westphal²⁷⁾はどちらの意味でAgoraを使用したのであろう。まず、彼の記載した症例1の要約を見てみよう。

[症例1]32歳。男性。セールスマン。身長中等度、健康な外見

主訴は広い交差点の横断困難。渡ろうとすると心悸亢進と全身の震えを伴う不安感に突然襲われる。通りに面する家屋に近づけば近づくほど安心できた。店が閉店したあとに壁沿いや、大きなビル、そして通りに沿って歩くと同じような不安に襲われた。旅行中1人で道を歩く危険を冒さなかった。出発前に詳細な情報を集め、目的地に達するために(不安を軽減するために)ありとあらゆる巧妙な手を使った。初めて不安になった時わけがわからず、不安の原因は今も自分でもわからない。これは、不安を不安に思うことである。彼は自分の発病を

Independence of agoraphobia as a disorder –One of the changed points in anxiety disorders in DSM-5 from DSM-IV -TR

* KAIYA Hisanobu 医療法人和楽会パニック障害研究センター (〒107-0052 東京都港区赤坂3-9-18 BIC 赤坂ビル 6F)

** KANEKO Yui and SUYAMA Haruna 早稲田大学大学院人間科学研究科臨床心理学研究領域, 医療法人和楽会赤坂クリニック, 日本学術振興会特別研究員

*** YOKOYAMA Chika 医療法人和楽会赤坂クリニック

**** TSUCHIDA Hideto 京都府精神保健福祉総合センター京都府立医科大学神経精神科

次のように語っている。数年前、広い交差点に不安感を感じることがあったが、それ以上の注意を払わなかった。その後町のはずれまで細い道を歩いていた。最後の家並みが消えたところで突然ひどく悲惨な感覚を覚え、引き返さなければならなかった。

この記載から考えられる不安の対象は“広い空間”と“人気がないこと”のように思われる。この意味では“*peur des espaces*（空間の恐怖）-Le Grand du Saulle（1878）”という用語が対応する²⁵⁾。DSM-III-R以降、広場恐怖とパニック障害との関係が重視されWestphalが示したような症例は、臨床場面では非常に稀である。Westphal症例では原初の恐怖は広い空間であり、その恐怖状況にいと心悸亢進と全身の震えといった身体症状が認められているが、パニック発作には至っていないし、パニック障害を特徴づけるような不意のパニック発作ではなく、不安な状況における予期的な不安の身体症状と考えられる。このことは、広場恐怖とパニック症との関係を考えるうえでまず押さえておかなければならない事項である。

一方、Marks²⁴⁾はAgoraを1の意味、すなわち広い空間の恐怖ではなく、あくまでも衆愚政治の集会を行う群衆の只中つまり、公共の場に対する恐怖であることを強調した。公共の場に対する恐怖はDSM-IIIクライテリアでは明白に使用されている。このようなことから広場恐怖における恐怖の対象はアゴラの意味するところの“広い空間”と“公共の場”の両者と理解して問題はないと考えられる。Marks²⁴⁾によればこれまでにagoraphobia以外に種々な病名、たとえば、locomotor anxiety, topophobia (fear of particular places), kenophobia (fear of empty spaces), Platzangst (place anxiety)などがつけられてきた。しかし、結局agoraphobiaが生き残ったのは、前述したようにより広い恐怖状況を対象にした意味が含まれているからであろう。

2 DSMの不安症分類における「広場恐怖症」の変遷

広場恐怖が初めて登場したのはDSM-III²⁾からである(表1)。この時点では、広場恐怖は社会恐怖(社交不安症)や単一恐怖(限局性恐怖症)とともに恐怖性障害の1つに分類されており、ICD³¹⁾にならっている。恐慌性障害(パニック障害)はそれとは別に全般性不安障害、強迫性障害、心的外傷後ストレス障害とともに不安状態(いわゆる不安神経症)に分類されていた。この時の広場恐怖(空間恐怖)の診断基準を表2に示す。DSM-IIIにおける広場恐怖の診断基準はICD-10³¹⁾の診断基準(表3)と大きく異なることはなかった。すなわち、DSM-IIIの広場恐怖はパニック症からは独立させていた。そしてMarks²⁴⁾が強調するように恐怖の対象は公共の場所であった。ここまでは米国精神医学が欧州(とりわけ英国)の精神医学の学説を踏襲していたものと考えられる。しかし、DSM-III-R³⁾からは米国精神医学は広場恐怖の概念に関しては欧州のそれからは大きく袂を分かつことになる。

恐怖症に関して欧州の伝統的な考えを踏襲してきたICD-10³¹⁾は、広場恐怖を限定的恐怖症や社交不安症と並ぶ恐怖症の中心的な障害と理解し、雑踏、公共の場、家から離れての旅行、および1人旅それら自体を恐怖の対象としてきた。ICD-10は、パニック発作は恐怖症の重症さの表現であるとした。そして、広場恐怖の下位診断として、「パニック障害を伴わないもの(F40.00)」と「パニック障害を伴うもの(F40.01)」に分類した。

一方、米国精神医学はこのような広場恐怖とパニック障害の立場をDSM-III-R³⁾から主客転倒させた。すなわち、広場恐怖はパニック障害の結果であるというものである⁸⁾。これにはコロンビア大学グループによる広場恐怖は不意のパニック発作の結果であるとする論文^{21,22)}が大いに影響したものである。その結論

表2 DSM-Ⅲにおける広場恐怖 診断クライテリア

300.2x 空間恐怖 Agoraphobia
鑑別診断 精神分裂病にみられる特定状況の恐怖症的回避, 大うつ病, 強迫性障害, 妄想性人格障害
診断基準
A. 患者は, 独りになること, あるいは突然対処できなくなった場合に逃げ出すか助けを得ることが出来ないような公共の場所, 例えば雑踏, トンネル, 橋, 公共交通機関など, に居ることに際立った恐怖を持ち, それを避ける。
B. 正常な活動が次第に制限されてゆき, それらの恐怖や忌避行動によって患者の生活が支配されるに至る。
C. 大うつ病エピソード, 「強迫性障害」, 「妄想性人格障害」, 「精神分裂病」に起因しない。
300.21 恐慌発作を伴う広場恐怖
300.22 恐慌発作を伴わない広場恐怖

(文献2より引用)

表3 ICD-10における広場恐怖の診断ガイドライン

確定診断のためには, 以下のすべての基準が満たされなければならない。
(a) 心理的症候あるいは自律神経症状は, 不安の一次的発現でなければならない, 妄想あるいは強迫思考のような他の症状に対する二次的なものであってはならない。
(b) 不安は, 以下の状況のうち少なくとも2つに限定され(あるいは主に生じ)なければならない——雑踏, 公衆の場所, 家から離れての旅行, および一人旅。
(c) 恐怖症的な状況の回避が現に, あるいは以前から際立った特徴でなければならない。
【鑑別診断】広場恐怖患者の中には一貫して彼らの恐怖症的な状況を回避することができるので, ほとんど不安を体験しない者もいることに留意しなければならない。抑うつ, 離人症, 強迫症状および社会恐怖などの他の症状が存在しても, それらが臨床像を支配するものでなければ, 広場恐怖の診断は無効ではない。しかしながら, 最初に恐怖症状が現れたときに患者がすでに著しく抑うつ的であったなら, うつ病エピソードを主診断とする。これは選発性の症例でより一般的である。
広場恐怖的な状況にある際は多くの場合, パニック障害(F41.0)の有無が, 第5桁のコードによって記録される。
F40.00 パニック障害を伴わないもの
F40.01 パニック障害を伴うもの
(含) 広場恐怖を伴うパニック障害

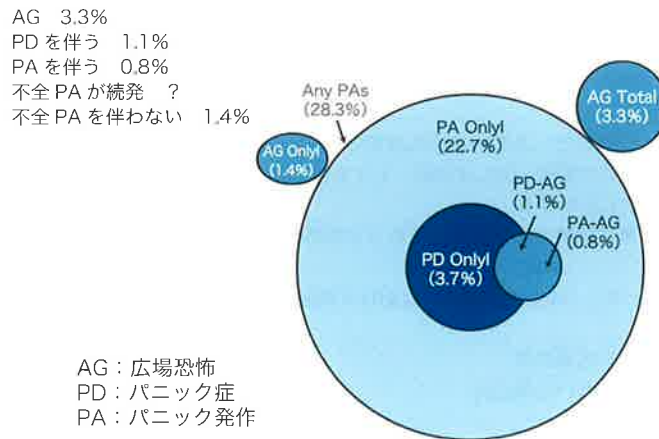
(文献31より引用)

として, DSM-Ⅲ-Rでは「空間(広場)恐怖を伴う恐慌性障害(パニック症)(300.21)」と「空間(広場)恐怖を伴わない恐慌性障害(パニック症)(300.01)」に分類した。そして, 「恐慌性障害(パニック症)の既往のない空間(広場)恐怖(300.22)」はパニック発作様症状の恐怖が関連し回避を生じた状態であるとした。このようにDSM-Ⅲ-Rからは, 広場恐怖を恐怖症の枠から外し, パニック症またはパニック発作の随伴症状または残遺症状として取り扱うようになって

た。さらに, DSM-IV⁴⁾およびDSM-IV-TR⁵⁾では, パニック発作と広場恐怖を種々な障害と関連して起こるものとし, 独立した疾病単位として診断すべきものではないとして, コード番号のない診断基準を設けた。

3 広場恐怖の頻度についての研究—パニック発作のない純粋広場恐怖の存在

筆者らは多くのパニック症を見る中でDSM



NCS-R 研究 : 18歳以上の英語圏の男女 9,282名

図1 パニック症と広場恐怖の生涯有病率(NCS-R研究)(文献19,20より引用)

の考え方に以前から疑問を抱いていた。それはパニック発作に先立ちすでに広場恐怖を持つ患者の存在に気づいていたし、少数ながらパニック症を持たない広場恐怖症を観察していたからである。しかしながら、日本の精神医学はDSMの考えに傾いていたように思われる。1997年に発刊された精神医学体系の神経症性障害の項は、11の海外文献を渉猟し、パニック発作と広場恐怖症の時間的関係をまとめ、パニック発作先行のパニック症351例(46.6%)、両者同時の発症295例(34.1%)、広場恐怖先行108例(14.3%)といった結果を示しながらDSM-III-Rの立場に賛意を示していた²³⁾。

ここで筆者が経験したパニック発作のない広場恐怖症例について簡単に紹介する。

[症例A] 26歳。男性。大学生。身長中等よりやや低い(中学3年まで低身長のため成長ホルモン治療を受けていた)

主訴：外に出たくない。外に出ると調子が悪い。

家族は両親と弟。家族負因なし。

幼稚園児の時から高所恐怖と虫恐怖があり、現在も続いている。分離不安症や社交不安症は認めなかった。パニック発作の既往もない。

高校1年の時通学の電車に乗ると、酔いやすい、

過敏性腸症候群の兆候、頭がすっきりせず目覚めた感じがしないといったことがあった。駅のホームは線路が延々と続いて見えるのでそこに立つのは恐怖であった。

大学1年の時、ガソリンスタンドでアルバイトをしていた際、寝不足で体調の悪い日にスタンド前の道路の広いの恐怖感を覚えた。それを契機として大学の天井の高い講堂に入ると発汗、浮遊感、吐気、めまい、視界不良(霧がかかった感じ)が出現した。そのために講義に出るのがつらくなり大学を休むようになった。また、外出すると他人にはわからない自分に迫ってくるような不安感が出た。このような場合、手に何かを持っていると多少気分が楽で、外に出る時は手ぶらでは出なくなった。大学2年までは勉強はできたが、それからは通学しなくなりこの3年間は休学している。家の中からほとんど出たことはなく、楽しみは友人に遊びに来てもらって談笑することぐらいである。

この症例は前掲したWestphal症例にとてもよく似た特徴を持つ。恐怖対象は開放空間が主である。恐怖状況では発汗、浮遊感、吐気、めまい、視界不良といった身体症状が認められているが、パニック発作には至っていない。このようなパニック発作を持たない純粋な広場

恐怖は臨床的には稀であるが、疫学調査ではパニック発作が前駆する広場恐怖ほどではないが、かなりの頻度で認められる^{1,10,19,20,26}。EatonとKeyl¹⁰は疫学的医療圏(Epidemiological Catchment Area : ECA)研究でDSM-IIIの診断基準を使って広場恐怖の頻度を調べた。その1年有病率は2.2% (260/18,560)で、その2/3はパニック発作の既往はなかった。彼らが分類した広場恐怖の2型は興味深いのでここに記す。Classic Typeでは、発症は30～40歳、教育レベルが比較的高い、職業的状况は悪い、白人に多い、単独での外出の恐怖、独りでの恐怖、うつ病、物質使用障害、アルコール障害の併発が多い。Situational Typeでは、発症は若い、ほかのタイプの恐怖症が併存、トンネル・橋、公共交通機関、および人ごみが恐怖対象で限定性恐怖症に類似するが、回避が多い点で異なる。

次に広場恐怖に関する最近の研究を示す。図1にICD-10診断基準をもとにしている統合国際診断面接(Composite International Diagnostic Interview : CIDI)を使用して調査した18歳以上の男女9,282名を対象とした全米併存症調査(National Comorbidity Survey Replication : NCS-R)のパニック症と広場恐怖の生涯有病率を示す^{19,20}。この疫学調査では広場恐怖の生涯有病率は3.3%で、パニック発作も不全パニック発作も伴わない純粋広場恐怖は1.4%であった。一方、ミュンヘンでなされた14～24歳までの若者3,021名の疫学調査では広場恐怖は5.3%で、不全パニック発作を伴わない純粋広場恐怖は1.5%であり、この純粋広場恐怖の頻度は前述のKesslerらの全年齢の疫学調査結果と比べても大きく変わっていない²⁹。Faravelliら¹¹は、5つの疫学調査研究と8つの臨床研究(多くの症例は数十例)のレビューを行い広場恐怖におけるパニック発作の頻度を比較した。その結果、疫学研究(15～54%)よりも臨床研究(69～100%)における方が、パニック発作の頻度は高かった。パニック発作やパニック症を併

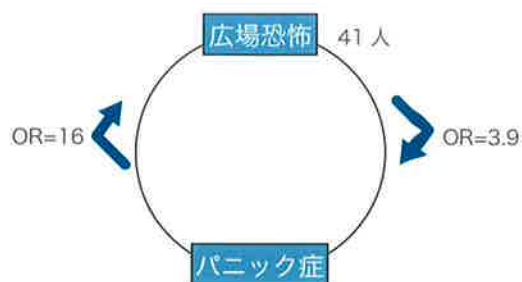


図2 広場恐怖とパニック発作の関係
1,920人を10年追跡したECA-Baltimore研究
(文献9)

存した広場恐怖は社会的障害度が高く^{19,29}、臨床場面で遭遇されやすいと考えられる²⁶。

4 広場恐怖とパニック症の関係—広場恐怖はパニック症とは別の障害か、本態は同じか？

Wittchenら²⁸は14～24歳の青少年3,021人を10年間追跡し、パニック発作やパニック症と広場恐怖との関係を明らかにした。それによれば、広場恐怖からパニック発作への発展は11.6%、パニック症へは2.4%にすぎず、それに比べるとパニック発作から広場恐怖への発展は23.5%、パニック症へは50%とパニック発作の影響がずっと大きかった。ここで注目すべき結果は広場恐怖からパニック発作への発展よりも、パニック発作から広場恐怖への発展の方が多かったことである(11.6% : 23.5%)。Bienvenuら⁹の8～9年後に再調査をした追跡疫学研究の結果も類似した所見を示している。パニック発作のない広場恐怖がパニック症を予見するオッズ比は3.9であり、反対にパニック症が広場恐怖を予見するオッズ比は16であった(図2)。疫学調査の結果から46～85%の広場恐怖はパニック発作を持たないことが明らかになっており¹¹、これらの広場恐怖はパニック症に発展することは少ない(2.4%²⁸)。パニック発作または不全パニック発作のない(身体症状の少ない)広場恐怖は苦悩がそれほど強くない(社会的障害度は重いにもかかわらず)医療の

表4 広場恐怖とパニック症との疾病単位としての差異を示唆する所見

	広場恐怖	パニック症
きっかけのある平均パニック発作数	78.2	134.4
きっかけのない平均パニック発作数	38.3	121.8
	($p=0.02$)	($p=0.06$)
発症年齢 ²¹⁾	17.0 ± 1.4	22.9 ± 1.0
女/男 ¹⁶⁾	2.7	2.2
尿中 N-acetyl- β -glucosaminase ¹⁵⁾ (セロトニン関連リソゾーム酵素)	9.7 ± 8	22 ± 21

助けを求めることが少ないので²⁶⁾、臨床場面で遭遇することは非常に稀である。そのために米国精神医学は、パニック発作のない純粋広場恐怖の存在を文献的には認めながらも、臨床的には大部分の広場恐怖はパニック発作またはパニック症が原因とみなしてしまっているのであろう⁸⁾。

次にわずかであるが広場恐怖とパニック症が別の疾患単位であることを示唆する研究結果を提示する(表4)。きっかけのあるパニック発作は広場恐怖に有意に多く、パニック症ではきっかけのあるものとないものの差異は有意ではない²⁰⁾。また発症年齢は広場恐怖の方がパニック症より若い(17歳:22歳)²⁰⁾。男女比に関しても広場恐怖で女性比が高い(2.7:2.2)¹⁶⁾。広場恐怖とパニック症の違いが生物学的所見でただ1つだけ提出されている。それはセロトニン関連リソゾーム酵素である尿中 N-acetyl- β -glucosaminase がパニック症に比べ広場恐怖で有意に低いことである¹⁵⁾。これらの所見とは別に双生児における多変量構造方程式モデリングによる不安症における遺伝因子と環境因子の影響を調べた研究では、広場恐怖が特異的立場にあることが示された¹⁷⁾。それによると広場恐怖にはほかの不安症にはない特異的遺伝子が想定され、双生児ペアが共有しない環境因子の影響が不安症の中で最も高かった。

以上は広場恐怖とパニック症は異なった病気であることを示唆する所見であったが、DSMもICDもどちらも疾病を病理学的単位から分

類しているわけではなく、診断のための概念の約束事にすぎない。であるからどちらが正しいか? という絶対的なものは何もない。米国の見方を支持するような所見もある。Favaら¹²⁾は、パニック発作に先立ち広場恐怖が軽快した事実を観察し、そして、逆にパニック発作が再発する前の年に広場恐怖性回避が憎悪した¹⁴⁾。さらに、彼ら¹³⁾は広場恐怖を伴うパニック症40人でパニック発作初発前に広場恐怖、心気症、全般性不安といった前駆症状を見つけた。これらの事実は広場恐怖がパニック症の根底に病因的に存在することを暗示している。筆者らは覚醒時のパニック発作が全くない睡眠時のみのパニック発作だけの広場恐怖を伴うパニック症を経験したのでここに記す。

[症例B] 37歳、主婦

既往歴：分離不安、限定性恐怖症、社交不安症その他の不安症の既往はない。

現病歴：29歳妊娠中、自宅でうたた寝している時に、初めてパニック発作が出現した。

以降、睡眠時に発作がたびたび起こり、夜が怖くなった。夫が夜勤の時は、子どもを連れて実家に帰るようにしていた。

33歳時、パーチェット病を患い、身体症状により過敏になった。身体感覚を引き起こすような状況や活動はほとんど避け、家事や人付き合いができなくなった。

睡眠時に動悸と息苦しきで何度か目が覚め、不眠に悩んだ。この症状はパーチェット病の悪化だと信じ、たびたび検査を受けたが、異常がなかった。

表5 DSM-5 広場恐怖 診断クライテリア

- A. 下記の5つの状況のうち2つ以上について著明な恐怖または不安：
1. 公共交通機関を使う（例、自家用車、バス、列車、船、飛行機）。
 2. 解放空間にいる（例、大駐車場、市場、橋）。
 3. 閉鎖空間にいる（例、商店、劇場、映画館）。
 4. ラインに沿って立ったり、群衆の中にいる。
 5. 家の外に一人である。
- B. これらの状況を恐怖し回避する理由は、パニック様症状が出る、または何もできなくなる、または狼狽する（例、老人では転ぶ心配、失禁の心配）状態が起きたときに逃げ出せない、または助けを求めることができないという考えが浮かぶ為である。
- C. 広場恐怖の状況はほとんど常に不安と恐怖を引き起こす。
- D. 広場恐怖の状況は積極的に回避される、同伴者を必要とする、または激しい不安や恐怖で耐え抜かれる。
- E. この不安・恐怖は広場恐怖の状況が実際の危険性や社会文化的意味合いに比し強すぎる。
- F. この不安、恐怖及び回避行動は持続性で多くの場合6カ月以上続く。
- G. この不安、恐怖及び回避行動は社会的、職業的または重要な活動場面において臨床的に強い不快感や障害を引き起こす。
- H. もし他の医学的状態（例、炎症性腹部疾患、パーキンソン病）があるならば、不安、恐怖及び回避行動は明らかに度を越している。
- I. 不安、恐怖及び回避行動はその他の精神障害によってより適切に説明されるものではない—たとえば、症状は特定の恐怖症の状況型に限定されるものではない；（社交不安症のように）社会的状況のみに関与するものではない；（強迫性障害のように）専ら強迫のみに関与するものではない；（醜形恐怖のように）身体的な欠点や欠損を気にするものでもない；（心的外傷後ストレス障害のように）心的外傷事項を回想するものでもない；（分離不安症のように）別離に対する恐怖でもない。

（文献6, 18より引用）

35歳時、睡眠時に激しい発作と強い恐怖に襲われ、救急車を呼んだ。数日後、近医を受診したところ、パニック障害と診断され、服薬を開始した。

初診時：友人に付き添われて来院。発作は夜間の就寝時時のみ出現。そのたびに何度も目が覚め、熟眠感は欠如していた。また不快な身体症状はベッチェット病の悪化にも影響すると恐れ、横になって過ごすことが多かった。予期不安は強く、日常生活の広範囲にわたる回避行動を認めた。

心理検査：ベックうつ病調査表BDI：28、自己評価抑うつ性尺度SDS：58、東大式社交不安障害尺度TSAS：123（重症）、リーボッツ社交不安尺度LSAS：128（重症）、広場恐怖尺度（筆者作製）：90/100（重症）、パニック広場恐怖尺度PAS：29/52（重症）

この事例はFavaの研究結果と照らし合わせて考えると、一部のパニック症の根底に広場恐怖性の生物学的病態生理が存在する可能性を暗示している。言葉を替えていえば、パニック発

作に引き続く広場恐怖という病態は心理学的了解以上の病態生理を持っている可能性が示唆される。

5 DSM-5の現在

Wittchenら³⁰⁾はパニック症と広場恐怖を分離させる理由を7つ述べDSM-5の改定を考慮するよう提案した：①臨床研究ではなく疫学研究ではパニック症状のない広場恐怖が相当数存在する。②臨床ではなく疫学的には広場恐怖はいつもパニックに引き続くことはない。③パニックのない広場恐怖は機能障害が相当に強く、持続性で、自然寛解が少ない。④パニック症と広場恐怖の発症率は男女差が異なる、治療反応も異なる。⑤間接的エビデンスとして、広場恐怖は心理検査や統計分類学では独立したカテゴリーをなし、パニック症の重症度、経過、予後にパニック症の症状から独立して影響している。⑥

パニック症、広場恐怖を伴うパニック症、広場恐怖はそれぞれ異なる経過と症状の安定性を示す。⑦広場恐怖の明確な診断基準を使うと評点者間、テスト間の一致率が高い。

この提案を受け入れ、DSM-5は広場恐怖をパニック症から分離してコード番号のある診断カテゴリーに変えた。DSM-5の不安症は下位分類されてはいないが、しかし、広場恐怖の記載はパニック症の次である(表5)。この意味では広場恐怖はICDのように恐怖症候群には入れられていないと理解することができる。また、ICDでは広場恐怖における恐怖の対象はその状況それ自体であるが、DSM-5では“これらの状況を恐怖し回避する理由は、パニック様症状が出る、または何もできなくなる、または狼狽する状態”としており、パニック発作の切要性を捨てていない。このようなことから米国精神医学は“広場恐怖はパニック障害により生じる”という従来の考えから完全には脱却していない。

DSM-5の広場恐怖の診断カテゴリーに対して北米(主にカナダ)からは以下のような批判がなされている：①広場恐怖は恐怖状況の数を2つ以上と規定して限局性恐怖症と区別するようにしているが、これをエビデンス化するには潜在クラス分析による研究が必要である。②“パニック様症状が出る、または何もできなくなる、または狼狽する状態”以外で恐怖されるならば、限定性恐怖症の診断がより確定的だとしているが、限定性恐怖症でもパニック様症状がみられることがある。たとえば、閉所恐怖では窒息、高所恐怖ではめまい、血液—注射—外傷恐怖では失神が出ることがあるので、鑑別が困難になることがありうる。③広場恐怖には6カ月以上の持続が必要であることが記されているが、これを基礎づけるエビデンスは見当たらない。

6 結 び

広場恐怖はパニック症から独立したカテゴリーにはなったが、DSMは広場恐怖をパニッ

ク症から完全に独立した障害とはみなしていないようである。この考え方には、稀な症例は無視して、臨床を重視するDSMの姿勢の一端が垣間見られる。筆者は現在まで20数年間このDSMの考え方に一応沿って診療をしてきたが、大きな支障はなかった。しかし、パニック発作のない純粋広場恐怖は臨床場面ではほとんど遭遇しないからといってこのような考え方を将来にわたって進めていくことには、筆者は矛盾を感じざるをえない。これを解決するのはやはり生物学的精神医学であろう。疾患単位を確立するエビデンスの積み重ねが大切と思われる。

最後に、パニック症と広場恐怖の臨床的な存在様式についてまとめる。

①不意のパニック発作に始まる広場恐怖のないパニック症。

②不意のパニック発作に始まる広場恐怖のあるパニック症。

③広場恐怖が前駆し状況結合性パニック発作が出現し、パニック症が発展する。

④明白なパニック発作がない純粋広場恐怖。

⑤パニック発作またはパニック不全発作のある(予期不安のない)広場恐怖。

文献

- 1) Andrews G, Slade T : Agoraphobia without a history of panic disorder may be part of the panic disorder syndrome. *J Nerv Ment Dis* 190 : 624-630, 2002
- 2) American Psychiatric Association : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition*. Washington DC, 1980. DSM-III (高橋三郎, 花田耕一, 藤縄 昭訳 : 精神障害の分類と診断の手引き. 医学書院, 東京, 1982)
- 3) American Psychiatric Association : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition-Revised*. Washington DC, 1987
- 4) American Psychiatric Association : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington DC, 1994
- 5) American Psychiatric Association : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth*

- Edition Text Revision. Washington DC, 2000
- 6) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Washington DC, 2013
 - 7) Asmundson GJ, Taylor S, AJ Smits J : Panic disorder and agoraphobia : an overview and commentary on DSM-5 changes. *Depress Anxiety* 31: 480–486. doi : 10.1002/da.22277. Epub 2014 May 27
 - 8) Ballenger JC, Fyer AJ : Panic Disorder and Agoraphobia. In Widinger TA, Frances AJ, Pincus HA (Eds): *DSM-IV Sourcebook*. APA, Washington DC, pp411–471, 1996
 - 9) Bienvenu OJ, Onyike CU, Stein MB et al : Agoraphobia in adults : incidence and longitudinal relationship with panic. *Br J Psychiatry* 188 : 432–438, 2006
 - 10) Eaton WW, Keyl PM : Risk factors for the onset of Diagnostic Interview Schedule/DSM-III agoraphobia in a prospective, population-based study. *Arch Gen Psychiatry* 47 : 819–824, 1990
 - 11) Faravelli C, Furukawa TA, Truglia E : Panic disorder. In Andrews G, Charney DS, Sirovatka PJ et al (Eds): *Stress-Induced and Fear Circuitry Disorders*. APA, Arlington, VA, pp31–58, 2009
 - 12) Fava GA, Grandi S, Canestrari R et al : Mechanisms of change of panic attacks with exposure treatment of agoraphobia. *J Affect Disord* 22 : 65–71, 1991
 - 13) Fava GA, Grandi S, Rafanelli C et al : Prodromal symptoms in panic disorder with agoraphobia : a replication study. *J Affect Disord* 26 : 85–88, 1992
 - 14) Fava GA, Zielezny M, Savron G et al : Long-term effects of behavioral treatment for panic disorder with agoraphobia. *Br J Psychiatry* 166 : 87–92, 1995
 - 15) Garvey MJ, Noyes R Jr : NAG level differences in panic disorder and agoraphobia. *J Anxiety Disord* 19 : 818–825, 2005
 - 16) Goodwin RD, Faravelli C, Rosi S : The epidemiology of panic disorder and agoraphobia in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol* 15 : 435–443, 2005
 - 17) Hettema JM, Prescott CA, Myers JM et al : The structure of genetic and environmental risk factors for anxiety disorders in men and women. *Arch Gen Psychiatry* 62 : 182–189, 2005
 - 18) 貝谷久宣, 兼子 唯, 栗山晴菜 : DSM-5 における精神障害 5. 不安障害. *臨床精神医学* 41 : 577–587, 2012
 - 19) Kessler RC, Berglund P, Demler O et al : Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 62 : 593–602, 2005
 - 20) Kessler RC, Chiu WT, Jin R et al : The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 63 : 415–424, 2006
 - 21) Klein DF : Anxiety reconceptualized. *Compr Psychiatry* 21 : 411–427, 1980
 - 22) Klein DF, Gorman JM : A model of panic and agoraphobic development. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 335 : 87–95, 1987
 - 23) 越野好文 : II パニック障害 A. パニック障害と広場恐怖症の位置づけ. *精神医学講座 5. 神経症性障害・ストレス関連障害*. 中山書店, 東京, p147, 1997
 - 24) Marks IM : *Fears, phobias and rituals: panic, anxiety, and their disorders*. Oxford University Press, New York, 1987
 - 25) Stone MH : History of anxiety disorders. In Stein DJ, Hollander E (Ed): *Textbook of anxiety disorders*. American Psychiatric Publishing, Washington DC, 2002 (Bienvenu OJ, Wuyek LA, Stein MB : *Anxiety Disorders Diagnosis : Some History and Controversies*. In Stein MB, Steckler T (Eds): *Behavioral Neurobiology of Anxiety and Its Treatment. Part I Anxiety Disorders-Clinical*. Springer, pp3–20, 2002) (樋口輝彦, 久保木富房, 不安・抑うつ臨床研究会ほか監訳 : 不安障害. 吉内一浩訳 : 不安障害の歴史. 日本評論社, 東京, pp2–12, 2005)
 - 26) Wang PS, Lane M, Olfson M et al : Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 62 : 629–640, 2005
 - 27) Westphal C : Die Agoraphobie : eine neuropathische erscheinung. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 3 : 138–161, 1872
 - 28) Wittchen HU, Nocon A, Beesdo K et al : Agoraphobia and panic. Prospective-longitudinal relations suggest a rethinking of diagnostic concepts. *Psychother Psychosom* 77 : 147–157, 2008. doi : 10.1159/000116608. Epub 2008 Feb 14.
 - 29) Wittchen HU, Reed V, Kessler RC : The relationship of agoraphobia and panic in a community sample of adolescents and young adults. *Arch Gen*

- Psychiatry 55 : 1017-1024, 1998
- 30) Wittchen HU, Gloster AT, Beesdo-Baum K et al : Agoraphobia : a review of the diagnostic classificatory position and criteria. *Depress Anxiety* 27 : 113-133. 2010. doi : 10.1002/da. 20646.
- 31) World Health Organization : International classification of disease and related disorders (ICD-10). WHO, Geneva, 1992 (融 道男, 中根允文, 小見山実ほか監訳 : ICD-10精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン—. 医学書院, 東京, 2007)

* * *