

## うつ病・不安症の理解と治療

中尾, 智博  
九州大学大学院医学研究院精神病態医学分野

<https://doi.org/10.15017/4479044>

---

出版情報：福岡醫學雑誌. 112 (1), pp.13-22, 2021-03-25. Fukuoka Medical Association  
バージョン：  
権利関係：



---

---

## 総 説

---

---

### うつ病・不安症の理解と治療

九州大学大学院医学研究院 精神病態医学分野

中 尾 智 博

#### はじめに

ストレスにあふれた現代社会において、うつ病と不安症は増加の一途をたどっている。両疾患は、現在世界中に不安をもたらしている新型コロナウイルス（COVID-19）の影響で、今後いっそう増加することが憂慮されている。うつ病、不安症治療の二つの大きな柱は薬物療法と精神療法であり、薬物療法の主流は以前の抗不安薬から現在はSSRIやSNRIなどの新世代抗うつ薬へとシフトしつつあるが、これらの薬剤によってもなお治療反応が不十分な患者も少なくない。一方、精神療法のなかで有効性のエビデンスが集積しているのは認知行動療法（Cognitive Behavior Therapy : CBT）であり、多くの治療ガイドラインで薬物療法と同等に推奨されている。本稿では、うつ病、社交不安症（Social Anxiety Disorder : SAD）、そしてDSM-5<sup>1)</sup>などの最新の診断基準では不安症カテゴリーから独立した形をとるが、もともとは不安症の一つとして定義されていた強迫症（Obsessive-Compulsive Disorder : OCD）、これら3つの疾患に対するCBTを中心に解説したい。

#### 1. うつ病

##### 1) うつ病治療に関する最近の知見

うつ病の治療において、薬物療法がその重要な柱であることに論は俟たない。特に、急性期や重症例の治療においては、安全な環境の確保とともに抗うつ薬を十分量、十分な期間、服用することが治療の基本となる。一方、うつ病の多数を占めるとされる軽症例に関しては、近年の研究でプラセボ対照試験によって抗うつ薬の有効性は実証されておらず、さらにアクチベーション（賦活）症候群や自殺関連行動、衝動的他害行動の増加など抗うつ薬使用に伴う問題も指摘され、薬物療法が必ずしも治療のファーストラインにならないという現状がある。実際、各国のガイドラインやアルゴリズムを俯瞰すると、推奨される治療・対応として、支持的な精神療法と心理教育（日本うつ病学会ガイドライン<sup>2)</sup>）、支持的ケアや問題解決技法（WFSBPガイドライン<sup>3)</sup>）、簡便なCBTカウンセリング（NICEガイドライン<sup>4)</sup>）などが挙げられている。一方薬物療法については、「リスクベネフィット比が低いため初期治療としては推奨しない」（NICEガイドライン<sup>4)</sup>）など、必ずしも第1選択治療としては推奨されていない（表1）<sup>5)</sup>。

加えて、従来、薬物療法と並んで、うつ病治療の原理原則とされてきた、「休息」、これについても必ずしも絶対的な存在ではないことが指摘されている。日本うつ病学会による治療ガイドライン<sup>2)</sup>においても、休養・休息が症状の改善に有効であるかは、特に軽症例に関しては議論の余地があり、「不適切な休養や休職は、患者の自己回復力を阻害し、病状の遷延や慢性化につながる」可能性が指摘されている。

##### 2) うつ病に対する行動活性化療法

このような状況下で、うつ病治療において昨今注目されているのが新世代のCBTといわれる行動活性

表1 国内外の諸ガイドラインにおけるうつ病に対する第一推奨治療

	軽 症 例	中 等 症 例
うつ病学会 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者背景, 病態の理解に努め, 支持的精神療法と心理教育を行う</li> <li>さらなるアプローチが必要な際は, 新規抗うつ薬か CBT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>新規抗うつ薬・TCA/non-TCA・ECT</li> </ul>
TMAP 2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>エビデンスに基づいた精神療法が単独あるいは薬物療法と併用で考慮されるべき</li> <li>毎日の運動, 適切な栄養摂取, <math>\omega</math>-3 脂肪酸, 女性での葉酸</li> <li>薬物ならば SSRI, プロピオン, ミルタザピン, SNRI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SSRI, プロピオン, ミルタザピン</li> <li>SNRI (ベンラファキシン)</li> </ul>
WFSBP 2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>注意深い観察 (2 週間程度) や運動</li> <li>うつに関するパンフレットを渡す</li> <li>支持的ケア</li> <li>問題解決技法</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>抗うつ薬±精神療法</li> <li>心理社会的介入</li> </ul>
NICE (英国) 2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>薬物療法は初めの治療にリスクベネフィット比が低いため推奨しない</li> <li>介入を希望しなければ注意深く様子観察し待つ</li> <li>運動やうつ病についてのパンフレットを渡し指導</li> <li>うつに焦点を当てた問題解決技法, 簡単な CBT, カウンセリング</li> <li>長期の CBT や IPT は推奨されない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>心理学的介入より前に抗うつ薬投与されるべき</li> <li>社会的サポート・長期の構造化された心理学的介入 (CBT)</li> </ul>

文献5)を改変引用

化療法 (behavioral activation; BA) である。CBT の代表的技法のひとつである認知療法は、うつ病患者の認知の歪みに着目しそれを変容させるための過程として行動の変化を求める。それに対し BA はうつ病を持続させる鍵概念として、嫌悪状況や社会的状況からの回避行動に注目する。うつ病においてよくとられる回避行動は快事象の減少や不快事象の増加を引き起こすことにより結果的にうつ症状を強化している、という考え方である。Jacobson ら<sup>6)</sup>によれば、その行動を取ることで気分が改善するような行動を同定し、それを増やすことにより目標の達成や感情調節に前向きな態度をとることは、症状を緩和するのみならず (負の強化), 正の強化を通して前向きな行動レパートリーをさらに増加させる。この基本理論に基づき、BA で行われるケースフォーミュレーションでは、うつ病患者を取り巻く環境因子を同定し、正の強化、罰といったオペラントモデルに基づいてうつ症状やそれに伴う回避行動がどのように形成されているかの行動分析を行い、その変容のための行動課題を設定していく。BA の具体的な治療技法には、活動記録表などを用いた自身の行動や気分についての活動モニタリングの実施、本人の価値に沿った報酬が得られるような活動の強度を段階的に増やしていくための活動スケジュールの策定、反すう思考の同定とそれへの対処、回避行動の機能分析、目標達成のためのスキルトレーニング等が含まれる。

BA はどのようなうつ病に適応を持つのであろうか。中等症以上のうつ病や精神病性のうつ病には、抗うつ薬、抗精神病薬による増強療法、修正型電気けいれん療法が推奨される治療であり、精神療法の単独実施は推奨されないという意見がある。著者の印象では、実臨床においては軽症うつ病、ディスチミア型うつ病、あるいはそれらの慢性経過例に対して BA はより効果を発揮すると考える。特に学業の挫折、就労の失敗、離婚といった生活環境や対人関係の負の変化からうつ病を発症し、回避的生活パターンに陥り慢性うつ病を呈している症例において有効なのではないかと推測する<sup>7)</sup>。うつ病の病態と BA の治療効果の関連性については今後の統制的な研究が待たれる。次に、実際の BA によるうつ病治療について症例を呈示する。なお本症例の記載にあたっては本人の同意を得ており、プライバシーに配慮した記載を行っている。

【症例】34歳男性 無職

【主訴】憂うつな気分が続く、頭重感がとれない

【生活歴・現病歴】

九州A県の出身。同胞1人。もともとみんなの前で何かをするのが苦手で、もたもたしてしまうことがあった。内向的な性格で、成績は上位であったが応用は苦手であった。中学では卓球、高校ではテニスをそれぞれ一年したが長続きはしなかった。県立の高校に進んだが周囲に溶け込めなかった。寮に入っていたが馴染めずに途中から実家に切り替えた。高校卒業後は、九州B県の私立大学工学部に入学した。

大学卒業後、X-12年(22歳時)に、C県にて機械修理の仕事に就職。職場で孤立してパワハラもされて気分が落ち込むようになった。近医精神科を受診して薬剤内服にて改善したが結局3年間で退職した。X-9年(25歳)、電気関係の仕事に転職。その頃から頭重感と肩こりが強くなり、X-7年(27歳)になると不眠、疲労感、対人恐怖が出てきてX-6年(28歳)3月から休職、D精神科病院に入院して、計6回ECT(電気けいれん)治療を受けた。頭重感はとれなかったが気分は改善した。しかし、2週間くらいで元に戻った。その後は休職や病休を繰り返し、X-4年(30歳)に退職となった。

その後、各種抗うつ薬はほとんど試されたが、十分な効果は出なかった。E大学病院では光トポグラフィの検査を受けた。X-1年(33歳)にはF病院でTMS(経頭蓋磁気刺激)の治療を計20回受けたが改善感はなかった。X-1年、Gクリニックからの紹介で当科受診、著者が外来主治医となった。X年1月、入院を勧め入院となった。

【入院後治療経過】

X年1月から3月にかけて約2ヶ月間の入院加療を行った。入院時点からBAの適応を考慮し、本人の同意を得てBAを導入した。週に3回、1時間のセッションを継続的に実施した。テキスト(うつを克服するための行動活性化練習帳、創元社)<sup>8)</sup>を用いて、本人の理解度を確認しながら進めていった。テキストの各章毎の練習問題を次回の面談までの宿題としていた。毎日の気分と活動のモニタリングを行った結果、「午前中、特に起床時に抑うつ気分が強くなる」ことがわかり、院内散歩のコースを具体的に決めて行うこととした。また気分を悪化させる行動として、「二度寝」や「食事の際に視線を気にする」ことがあり、それを取り上げ、「病棟を散歩する」、「食事の際、食べる行為に集中する」といった代替行動を一緒に考え実施した。その結果、「二度寝せずに午前中散歩することにより気分が改善する」ことを実感でき、継続的に行うこととした。さらに運動療法として、「晴れの日には近くの駅まで必ず歩く」、「雨の日には病棟から外来棟の売店まで5往復する」ことを決め、実行することが出来た。入院後約2ヶ月(20セッション)でうつ症状は改善し、同時に体調面も改善したことを実感し、退院となった。退院後は長期的な目標を立て、社会復帰に取り組むこととなった。

【考察】

今回のBAを主体とした入院加療の長所としては、まずモニタリング表を患者自身が記入することにより、これまで気づけなかった抑うつの強い時間帯や行動について発見できたことがあげられる。同時に毎日モニタリング表をつけることで、生活リズムの維持にも役立っていた。入院という治療形態の利を活かし、行動について一緒に迅速に振り返ることが出来たため治療が連続的なものとなった。患者は優柔不断で回避的な行動特性を持っていたが、「まずは行動を変え、結果的に内面を変容させていく」というBAの特長がそこを補完していた。今後の継続によってさらなる効果が期待できそうであった。

## 2. 不安症の分類について

不安症(不安障害)は、以前神経症と呼ばれていた疾患群である。不安は喜びや悲しみ、怒りなどとも正常心理のひとつであるが、生来の気質(性格)や環境、ストレスなどの影響を受け持続的で強いものとなることもあり、それが日常生活に支障を来す程度まで高じた場合不安症と定義される。なお最新の精神科診断マニュアルであるDSM-5<sup>1)</sup>では疾患群の再整備が行われ、OCDや心的外傷後ストレス障害(PTSD)は不安症群から独立し、それぞれ新しいカテゴリーに収載されることとなった(表2)。今日的な

表2 DSM-IV と DSM-5 における不安障害領域の変更点

従来の慣用診断	DSM-IV	DSM-5
〈神経症〉	〈不安障害〉	〈不安症群〉
恐怖症	広場恐怖 社会恐怖（社会不安障害） 特定の恐怖症	広場恐怖症 社交不安症 限局性恐怖症
不安神経症	広場恐怖を伴う／伴わないパニック障害 全般性不安障害	パニック症 全般性不安症
強迫神経症	強迫性障害	〈強迫症および関連症群〉 強迫症 醜形恐怖症 ためこみ症
外傷神経症	外傷後ストレス障害	〈心的外傷およびストレス因関連障害群〉
ヒステリー神経症	〈解離性障害〉  〈身体表現性障害〉 身体化障害	外傷後ストレス障害 〈解離症群〉 〈身体症状および関連症群〉 身体表現症
心気神経症	心気症／身体醜形障害	病気不安症

分類では、パニック症、社交不安症、全般性不安症、恐怖症などが不安症に属する疾患となる。本稿では、代表的な不安症である社交不安症と、不安症から独立した強迫症について述べる。

### 3. 社交不安症（SAD）

#### 1) SAD の概略

SAD の症状の特徴は、他人の注視をあびるかも知れない社会的状況（人前での会話、書字、飲食など）に対する恐れと、そのような状況で声や手の震え、顔の引きつり、赤面、発汗などの行動を呈することに対する恐れである。近年の大規模な疫学調査で3～13%という高い生涯有病率であることが示され看過できない疾患であるという認識に変わりつつある。病態の基盤として、扁桃体・海馬を中心とした情動を司る神経回路の機能障害が考えられている。また、赤面、動悸、震え、発汗、状況誘発性のパニック発作といった身体反応からはノルアドレナリンの過剰放出やセロトニン、GABA の調節障害が推定されている。治療ガイドラインではSSRI やSNRI、ベンゾジアゼピンをを用いた薬物療法とともにCBT が推奨されている<sup>9)</sup>。

#### 2) SAD の CBT

SAD の CBT は、心理教育、ケースフォーミュレーション、介入という手順で行われる。図1が、SAD の CBT モデルである。例として、社交場面によって「自分は変な奴だと思われる」という信念が生じ、「赤面して変だと思われているかも」という自動思考が生じる。これに赤面・発汗・足の震えといった不安・身体症状、さらには人と目を合わせない、早めに切り上げるといった安全行動が加わることで「自分自身に注意が集中する」という自己注目（自己イメージ）がより強固になっていく。自己注目が強まることにより、さらに身体反応や不安が強まり、他者からのポジティブなフィードバックを見落とす（例：微笑みかけてくれていても気付かない）といったデメリットが生じる。

このような安全行動や自己注目を弱め、社交場面への適応を上げていくための介入方法として、注意シフトトレーニング、ビデオフィードバック、行動実験などの技法がある。注意シフトトレーニングは、SAD 患者の自己注目を外部情報へと柔軟に切り替えられるようにするためのものである。まずは、5 感

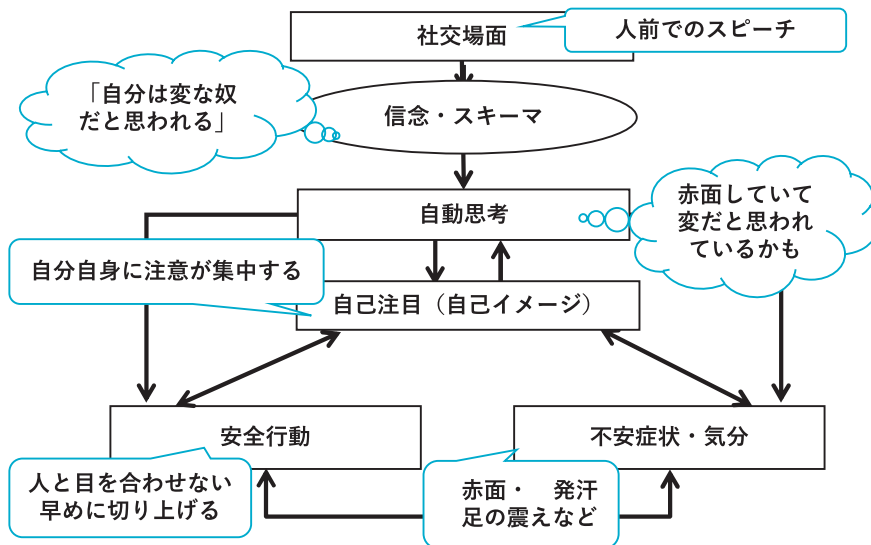


図1 SADの認知行動モデル

社交場面によって「自分の変な奴だと思われる」という信念、「赤面して変だと思われるかも」という自動思考が生じる。これに不安・身体症状と安全行動が加わり「自分自身に注意が集中する」という自己注目（自己イメージ）がより強固になり、さらに身体反応や不安が強まっていく。

（視覚・聴覚・嗅覚・味覚・触覚）のいずれかに集中する練習から始める。例えば視覚なら、部屋に存在するあらゆる色の種類を数える、壁、窓、服、髪、メガネなど、それぞれの色の濃淡、光と影、反射など視覚情報に意識を集中する。次いで内部情報と外部情報に交互に注意を向ける練習、さらに社交状況で自分ではなく相手の情報に注意を向ける練習をする。ビデオフィードバックは、セッション内でスピーチ等の課題を行う様子をビデオで撮影し、自分が思っていた印象とビデオを観た時の印象を比較評価して認知を検討する方法である。ビデオを見る前に自分がどのように映っているか思い浮かべてもらい（自己イメージの同定）、赤面、手や声の震え、声が出なくなるなどの不安症状が、どのように映っているか（チークで塗ったように赤くなっている、目に見えて震えている、5秒間の沈黙があるなど）を話し合う。その上でビデオを視聴しあらためて自己イメージを評定し、予想したイメージとの違いについて検討し、認知を変えてゆく方法である。行動実験とは、社交場面においてSAD患者の持つ特定の予想（認知）を実験することである。患者は、安全行動や回避を続けてきたことにより、脅威的な結果が実際に起こるのか検証する機会を失っており、患者の信念を反証するための証拠を収集し、自分がありのままでも受け入れられるという気づきを得ることが行動実験の目的である。例えば、「歩いている人（通行人）に、博多駅までの道を尋ねる」という課題を設定する。SADの患者Aの予測は、「道を聞かれた人は、Aの顔をじろじろ見るとともに、Aが変な人だと思う」というものである。ここで、通常ならアイコンタクトを避けるなどの安全行動をとるところ、実験では通行人の顔を見てその視線がAの顔に向くかどうかを観察する。その結果、通行人は駅の方を見ながら道順を説明してくれ、Aの顔に視線を向けることはほとんどなかった。このことにより、「通行人は、道を尋ねても顔を見ない、つまり変な人だと思わない」ということを学び、患者の信念を弱めることが出来る。このようなCBTの介入によって安全行動や自己注目を弱め、社交場面への適応を上げていくことが期待できる。

#### 4. 強迫症（OCD）

##### 1) OCDの概略

OCDの特徴は、不安の対象に対して繰り返し生じる思考（強迫観念）と行動（強迫行為）そのものがさらに不安を増大し、著しい機能障害を来す点にある。症状は、不潔恐怖に伴う洗浄強迫や加害不安や過失

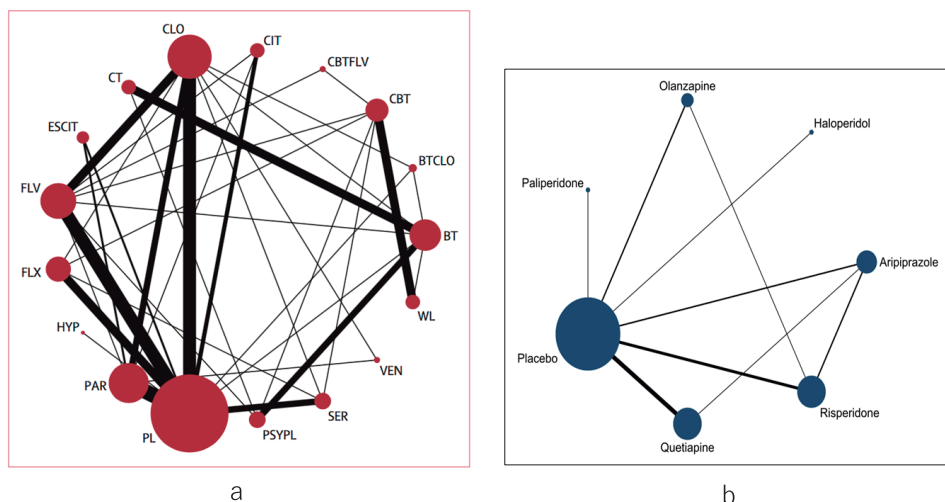


図2 OCDへの治療介入の有効性についてのネットワークメタ解析  
SSRIやCBTの有効性についてのネットワークメタ解析 (a)<sup>10)</sup>、治療抵抗性OCDに対する抗精神病薬強化療法についてのネットワークメタ解析 (b)<sup>11)</sup>をもとにしたシステマティックレビューの結果、OCDに対してSSRIは等しく有効であること、精神療法としてCBTが有効であること、強化療法としてaripiprazole, quetiapine, risperidoneの追加による増強療法が有効であることが示された。

不安に伴う確認強迫のほか、物の位置の対称性や文章の正確性へのこだわり、幸運、不運な数へのこだわり、無意味な行動の反復、性的・宗教的な思考へのとらわれなど、非常に多様である。通常患者は自分の思考や行動が不合理的で過剰であることを自覚している。生涯有病率約2%前後といわれ、発症要因としてセロトニンの調節異常によって前頭葉や基底核の機能に異常が生じているのではないかと考えられている。10代での若年発症が多く、治療抵抗性が強いことから長期の罹病に至り、学業、就労など社会機能に多大な影響が生じやすい。その特異的な病態から、DSM-5においてOCDは不安障害のカテゴリーから分離独立し、強迫関連症群という新しいカテゴリーの中核疾患となっている。

OCDはガイドライン上第1選択のSSRIでも十分な改善が得られない患者が少なくなく、clomipramineへの切り替え、あるいは抗精神病薬付加療法などが推奨されるとともにCBTの実施が推奨されている<sup>9)</sup>。現在著者らは、不安症学会のワーキンググループにおいて本邦におけるOCDの治療ガイドラインの作成を目指しており、Skapinakisら<sup>10)</sup>によるSSRIやCBTの有効性についてのネットワークメタ解析、Zhouら<sup>11)</sup>による治療抵抗性OCDに対する抗精神病薬強化療法についてのネットワークメタ解析をもとに、著者らが追加のシステマティックレビューを実施した。その結果、第1治療としてSSRIは等しく有効であること、精神療法としてはCBTが有効であること、治療抵抗性OCDに対してはaripiprazole, quetiapine, risperidoneの追加による増強療法が有効であることが示された(図2)。

## 2) OCDのCBT

OCDに対するCBTも、まず心理教育とケースフォーミュレーションを行う。強迫行為は一時的には不安を軽減しても繰り返すことにより強迫観念や不安はむしろ強まり、強迫行為もさらに増えていくというOCD特有の症状メカニズムについて図(図3)を用いながら十分な説明を行う。さらに一日の生活スケジュールを記載してもらい、生活に強迫症状がどのような影響を与えているかについての理解を深める。これらの作業によって、患者が恐れている強迫観念は実体のない不合理なものであり、それにとらわれて行動や生活に支障が出ていることについて患者の自覚が強まるように心がける。そして患者本人が自身の症状について理解し、図式出来るようになることを目指す<sup>12)</sup>。

CBTのなかでもOCDの中心的な治療技法となるのは、曝露反応妨害法(Exposure and Response Pre-

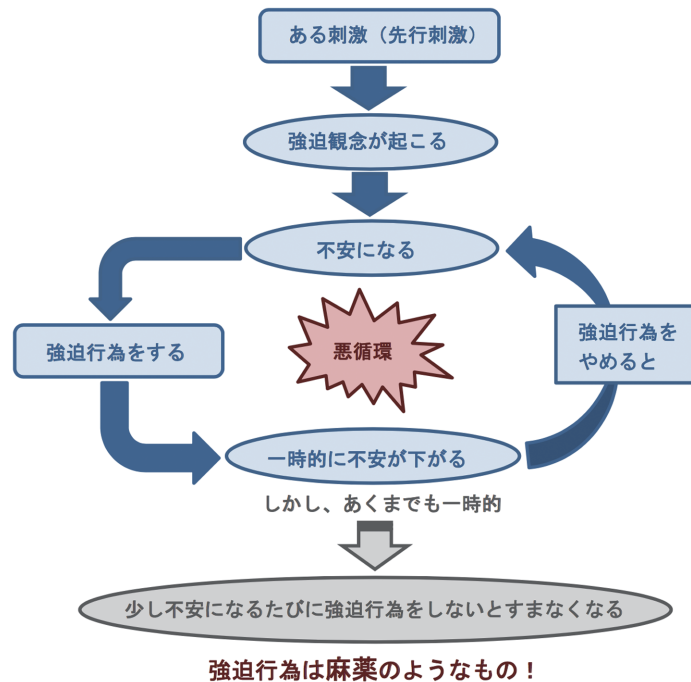


図3 OCDの悪循環の図

OCD特有の症状メカニズムとして、強迫行為は一時的には不安を軽減しても繰り返すことにより強迫観念や不安はむしろ強まり、強迫行為もさらに増えていく。

vention:ERP)である。ERPは、患者が強迫観念と不安や恐怖の出現を恐れ回避している刺激状況に対し、あえて自らを曝し（曝露）、その際不安が高まってもそれを無理に抑え込むための強迫行為をとらず（反応妨害）にいと、時間経過につれて不安が自然に収まってくることを繰り返し体験することで、それまでの不適切な不安の学習を解除する方法である。ERPの実施においては、先述の悪循環の図をもとにどのような刺激に曝露しどのような反応を防止すればよいかを患者に十分理解してもらうことが重要である。対象によって生じる不安の強さは様々であるので、具体的な不安の対象を階層化した不安階層表をもとに、中等度の不安を起こす刺激状況から開始し段階的に強い刺激への曝露を行っていく。ホームワークを中心としてERPを根気よく行うことで、患者が恐れていた対象物への強迫観念は徐々に弱まり、強迫行為やそれに伴う生活障害は解消できる。ここで具体的な治療の進め方について、著者が実際に治療した症例を呈示する。なお本症例の記載にあたっては本人の同意を得ており、プライバシーに配慮した記載を行っている。

【症例】22歳男性

【主訴】潔癖症が日常生活の足を引っ張る。

【生活歴・現病歴】出生時、発育発達に異常はなかった。小学生の時は友人も多く成績も上位であった。きれい好きであった。中学2年の頃、転居・転校し、馴染めず友人がいなくなった。学校が終わると帰宅しほとんど家で過ごすようになった。父親による叱責が増え家でも落ち着かず、同時期に潔癖傾向が強まった。中学3年（X-7年）になると明らかに手洗い、入浴の時間が長くなり、朝も登校準備に時間がかかり、遅刻や休みが増え、不登校となった。同年近医A病院にかかりSSRIを投与されたが効果を感じず、数回で通院を中断した。別のB病院にもかかったが、やはり通院は続かなかった。高校には進まず引きこもりの生活となった。次第に自宅の中でもきれいな場所、汚い場所を分けるようになり、きれいな場所に行く際は手洗いや入浴によって身を清めねばならなかった。次第にきれいな場所は減り、X-5年には自室の

ベッド、椅子、リビングの自分用の椅子にしか座れないようになり、手洗いは1日30回、入浴も3時間かかり、月に水道代が2万円程度かかる状態となった。ずっとそのような生活を続けていたが、X年になり、親の知人から日雇いのアルバイトを頼まれ、短期間だけ働いた。その際、病気を治さないと仕事は無理だと思い、X年Y月当科受診した。

#### 【治療経過】

初回面接では詳しく病歴、病状を聴き取った上で、OCDの診断に該当すること、清潔な領域と不潔な領域を区別することで症状は維持増悪すること、行動療法が有効と思われること、について説明を行った。治療を望んで受診したことを賞賛し、次の受診までに自宅での生活状況と行っている強迫行為について記録をつけ、各場所の清潔の度合いを点数でつけ、図を書いてもらうこととした。2回目以降、本人の記録に基づきながら、汚いと感じている場所に段階的に触れるERPの課題を出し、実行してもらった。本人が課題を遂行してきた際は賞賛の言葉をかけ励ました。汚染に関連する嫌悪感は徐々に軽減している印象であった。Y+4ヶ月時に、本人が「革命を起こしました」と言い、主治医の説明を取り入れ、汚いと感じている床に寝転がり、そのままきれいな領域である布団に、ダイブするという曝露を実施した。そこから症状は大きく改善に向かい、次第に手洗い、入浴の時間も減少した。清潔不潔の区別はなくなり、外出の頻度も増え、外出から帰宅後もそのままの服でベッドに寝転がれるようになった。現在、7年近くに及んだ引きこもりからの脱出を目指し、デイケア通所を開始したところである。

#### 【考察】

思春期のOCD発症後に引きこもりを呈し、清潔域・汚染域の区別によってさらに病状の悪化を来した症例である。何度か受療の機会があったものの継続しておらず、結果的に発症から専門医の受診まで7年を要していた。初診時からOCDの病理機制について丁寧な説明を行い、行動療法による働きかけを行うことで本人の治りたいという気持ちは高まり、本人が「革命」と呼んだ曝露体験につながった。回復までに時間はかかったが、今本人なりのペースで社会に参加しようとしている。

#### おわりに

今日的なうつ病治療の方法として新世代CBTの行動活性化療法を中心に紹介した。また代表的な不安症である社交不安症と、不安症から独立したOCDについてもガイドラインに沿った薬物療法の進め方、CBTによる治療を紹介した。うつ病や不安症は一般的によく見られる精神疾患であり、新型コロナウイルス感染症の大流行を受けて今後その治療ニーズはますます増えていくと思われる。今後も有効な治療の実践を心がけてゆきたいと考えている。

#### 参 考 文 献

- 1) American Psychiatric Association : Obsessive-Compulsive and Related Disorders. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition : DSM-5. American Psychiatric Publishing, Washington, DC, pp. 235-264, 2013.
- 2) 日本うつ病学会・気分障害の治療ガイドライン作成委員会：日本うつ病学会治療ガイドラインⅡ。うつ病(DSM-5)/大うつ病性障害, 日本うつ病学会, 2016.
- 3) Bauer M, Bschor T, Pfennig A, Whybrow PC, Angst J, Versiani M and Möller HJ : World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders in Primary Care. World. J. Biol. Psychiatry. 8 : 67-104, 2007.
- 4) National Collaborating Centre for Mental Health (UK) : National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Depression in adults : The treatment and management of depression in adults. National Collaborating Centre for Mental Health, UK, 2007.
- 5) 渡邊衡一郎：精神科外来臨床における非薬物療法的アプローチの位置づけと期待—うつ病を例に— 総合病院精神医学 25 : 262-267, 2013.
- 6) Jacobson NS, Martell CR and Dimidjian S : Behavioral activation treatment for depression : returning to contextual roots. Clin Psychol : Science and technology, 8 : 255-270, 2001.

- 7) 中尾智博：うつ病の行動活性化療法—理論と実践—。特集 うつ病治療における行動活性化—「休息と薬物療法」を超えていかに導入するか—。精神神経誌 117：18-25, 2015.
- 8) Martell CR and Addis ME：うつを克服するための行動活性化練習帳 —認知行動療法の新しい技法。大野裕, 岡本泰昌, 創元社, 2012.
- 9) Bandelow B, Zohar J, Hollander E, Kasper S, Möller HJ ; WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Anxiety, Obsessive-Compulsive and Post-Traumatic Stress Disorders, Zohar J, Hollander E, Kasper S, Möller HJ, Bandelow B, Allgulander C, Ayuso-Gutierrez J, Baldwin DS, Buenvicinius R, Cassano G, Fineberg N, Gabriels L, Hindmarch I, Kaiya H, Klein DF, Lader M, Lecrubier Y, Lépine JP, Liebowitz MR, Lopez-Ibor JJ, Marazziti D, Miguel EC, Oh KS, Preter M, Rupperecht R, Sato M, Starcevic V, Stein DJ, van Ameringen M and Vega J : World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Pharmacological Treatment of Anxiety, Obsessive-Compulsive and Post-Traumatic Stress Disorders First Revision. World J Biol Psychiatry. 9 : 248-312, 2008.
- 10) Skapinakis P, Caldwell DM, Hollingworth W, Bryden P, Fineberg NA, Salkovskis P, Welton NJ, Baxter H, Kessler D, Churchill R and Lewis G : Pharmacological and psychotherapeutic interventions for management of obsessive-compulsive disorder in adults : a systematic review and network meta-analysis. Lancet Psychiatry. 3 : 730-739, 2016.
- 11) Zhou DD, Zhou XX, Lv Z, Chen XR, Wang W, Wang GM, Liu C, Li DQ and Kuang L : Comparative efficacy and tolerability of antipsychotics as augmentations in adults with treatment-resistant obsessive-compulsive disorder : A network meta-analysis. J Psychiatr Res. 111 : 51-58, 2019.
- 12) 中尾智博：強迫性障害における認知行動療法活用術。疾患・領域別最新認知行動療法活用術。精神療法増刊第7号, 73-83, 2020.

(特に重要な文献については、番号をゴシック体で表記している。)

#### 著者プロフィール

中尾 智博 (なかお ともひろ)

九州大学教授 (大学院医学研究院精神病態医学分野)。医学博士。

◆**略歴** 1970年鹿児島県に生まれる。1995年九州大学医学部卒業。同年精神病態医学教室に入局。2005年同大学院医学系研究科博士課程修了。2006年九州大学医学部助教。2010~2011年ロンドン大学客員研究員。2011年九州大学医学部講師。2017年同診療准教授併任。2020年より現職 (第8代目教授)。

◆**研究テーマと抱負** 不安症・強迫症の臨床と研究。認知行動療法の実践。我々の教室では臨床精神医学の実践とともに基礎から臨床に至る幅広い領域の研究を行っている。先代神庭重信名誉教授の思想を引き継ぎ、教室員の個性と多様性を大事にしながらさらなる発展を目指したい。

◆**趣味** ドライブ, 読書, ワイン。

# Understanding and Treatment of Depression and Anxiety Disorders

Tomohiro NAKAO

*Department of Neuropsychiatry, Graduate School of Medical Sciences, Kyushu University*

## **Abstract**

Recently, the number of patients with depression and anxiety disorders is steadily increasing under the stressful modern society. Further increase of these disorders are worried due to the COVID-19. Though the first lines of pharmacotherapy for these disorders are new generation antidepressants including SSRI and SNRI, not a few patient response inadequately. On the other hand, regarding psychotherapy, there are numerous evidences of the effectiveness of cognitive behavior therapy (CBT). In most treatment guidelines, CBT are recommended as a first line treatment, as well as pharmacotherapy with SSRI/SNRIs. In this review, I will provide comprehensive commentaries of treatment strategies including CBT on depression, social anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder.

**Key words** : depression, anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder (OCD), cognitive behavior therapy (CBT), behavioral activation (BA)