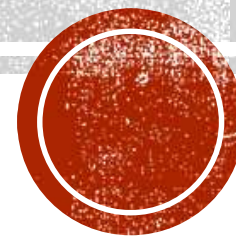


社交不安障害



社交不安障害とは

2008年より社交不安障害：世界保健機構 I C D 1 0 では社交恐怖

上り性

緊張しやすい性質

生活上困っている

とても悩んでいる

社交場面で

(人から注目される場面や恥ずかしい思いをするかもしれない場面)

強い不安を感じ続ける疾患

みんなの前で話そうとすると、

頭が真っ白になり、何を言っていないかわからなくなる

声や手が震える、冷や汗が出る

人前で、うまく字を書けない、うまく仕事ができない。演奏のときあがってしまう

(電車に乗ると尿意が気になる。人混の中で吐き気がでてしまう。 広場恐怖症的)

他の人の視線が気になる。自分の視線で人に迷惑をかけている。いやな顔をされる。

人前で顔が赤くなってしまう。異性とうまく話せない。

公衆便所が苦手



歴史

- 日本 1932年 森田正馬(まさたけ) 対人恐怖という言葉を用いた
確信型対人恐怖が日本に多く、社会的風土と関連があるか
最近否定的
- アメリカ 1980年 DSM3 社会恐怖 認識されずに治療されなかった重大な障害
スピーチ恐怖 34% 1996
Stein,MB.,Walker,J.R.,Forde,D.R.:Public-speaking fears in a communitysample. Arch.Gen.Psychiatry,53;169-174,1996
- 世界保健機構 (WHO) 1992 社会恐怖



A 他者の注視を浴びる可能性のある1つ以上の社交場面に対する、著しい恐怖または不安

例 社交的なやりとり（例：雑談すること、よく知らない人に会うこと）、
見られること（例：食べたり飲んだりすること）、
他者の前でなんらかの動作をすること（例：談話をすること）が含まれる。

注:子どもの場合、その不安は成人との交流だけでなく、仲間達との状況でも起きる

B その人は、ある振る舞いをするか、または不安症状を見せることが、**否定的な評価を受けることになる**と恐れている（すなわち、恥をかいたり恥ずかしい思いをするだろう、拒絶されたり、他者の迷惑になるだろう）。

C その社交的状況はほとんど常に恐怖または不安を誘発する。

注：子どもの場合、泣く、かんしゃく、凍りつく、まといつく、縮みあがる、または、社交的状況で話せないという形で、その恐怖または不安が表現されることがある。

D その社交的状況は**回避**され、または、強い恐怖または不安を感じながら**耐え忍ばれる**。

E その恐怖または不安は、その社交的状況がもたらす**現実の危険や、その社会文化的背景に釣り合わない**

F.その恐怖、不安、または回避は持続的であり、典型的には**6カ月以上続く**。

G.その恐怖、不安、または回避は、**臨床的に意味のある苦痛**、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。

パフォーマンス限局型 その恐怖が公衆の面前で話したり動作をしたりすることに限定されている場合



頻度

頻度は多く増加傾向

欧米 生涯有病率7-13%で 精神疾患中3番目の罹患率

Stein MB & Stein DJ.; 2008 など

うつ病・アルコール依存症につぐ

(Kessler et al 1994)

ここ10年で日本では、12ヵ月有病率が0.7%から2.3%と
数倍になった可能性

川上怒人：精神疾患の有病率等に関する大規模疫学調査研究：世界精神保健日本調査セカンド（WMHJ2,H25精神一般一006）
平成25年度総括・分担研究報告書。厚生労働省厚生労働科学研究費補助金，障害者対策総合研究事業，2014

性差 疫学調査 男性<女性

来院者 男性=女性 又は、男性>女性

男性のほうが社会的場面に出る機会が多いことによるか？

DSM5



スピーチ恐怖症以外のSAD有病率は上昇傾向で今後も上昇してゆく傾向

Heimberg, R. G. Stein, M. ... B. L. Hiripi, E., et al. : Trends in the prevalence of social phobia in the United States : a synthetic cohort analysis of changes over four decades. Eur Psychiatry, 15 ; 29-37, 20

疾患の歴史は日本のほうが古いが、 頻度は 日本<欧米

日本 上がり症で済まされるものが、
欧米では小さいときからプレゼンがあり、日常生活に支障をきたしやすい？

米国 12ヶ月有病率は約7%

成人 12ヶ月有病率は2~5%の範囲

有病率 概して男性よりも女性で高く（オッズ比は1.5~2.2）

臨床症例 性比は男女で同等か、または男性でわずかに高い DSM5

世界の大半の地域での12ヶ月有病率はより低く, 0.5~2.0%

欧州では有病率の中央値は2.3%

DSM5

地域社会における疫学調査では、社会恐怖の生涯有病率は3~13%

DSM4



当院の社交不安障害受診率 (H31.3.10)

全体で約4.3%

	全体	年齢		社交不安障害	年齢	性別SAD受診率
男	3680 (41.8%)	39.6		184 (48.4%)	32.0	5.0%
女	5129 (58.2%)	43.1		196 (51.6%)	15.5	3.8%
計	8809 名	41.7 才		380 名	29.9 才	4.3%

受診年齢

男性>女性

性別受診率

平均32歳の男性(仕事上の悩み)

男性SADの男性受診者に対する割合 5.0%

平均15.5歳の女性(友人関係の悩み)

女性SADの女性受診者に対する割合 3.8%



症状の発展と経過

発症年齢は平均13歳前後と低く、社交不安が自分の性格と捉えられやすく、未治療である場合が多い。

持続性で一生涯続くことが多い。 自然寛解率30～40%

発症年齢 中央値 13歳 75%の人の発症年齢が8～15歳 (10歳台半ば)

小児期早期にも発症しえる

成人発症は比較的まれ

発症状況 潜在的に徐々に

ストレス又は屈辱的体験（例：いじめられる、人前で話しているときに嘔吐する）

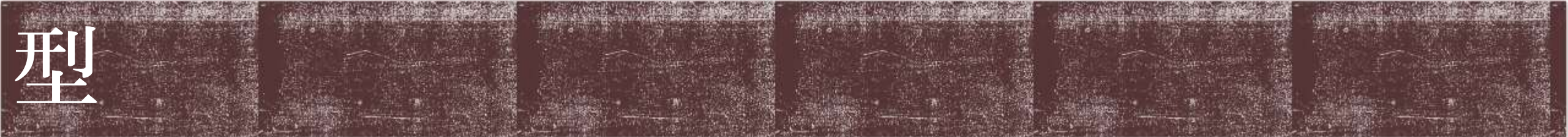
経過

約30%は1年以内にその症状が寛解し、2～3年で約50%が寛解を経験す

特別な治療を受けない社交不安症を伴う人の約60%は、数年またはそれ以上の経過

退学率の上昇、生活の質的低下、引きこもりに至ることも

受診率は3割位と低く
主訴で来院する人は僅か3%



緊張型

全般性

殆どの社交場面を恐れる

1対1の場面でも緊張

パフォーマンス限局型

スピーチ恐怖、人前での演奏等行動等に伴うことに限局

頻度 全般性>限局型 全般性が殆ど 限局性は数パーセント

全般性不安障害のうち治療を受けているのはほんの僅か

米国 8.2%の患者のうち0.5%しか診断されず

半構造化面接をしないと、ベテランの精神科医でも殆どが診断されない

行過ぎた心配・精神的な悩み・自己中心性(恥ずかしい思いをする)

(パニック障害・空間恐怖との関連)

確信型対人恐怖

自己視線恐怖・自己臭恐怖・醜形恐怖

確信している・身体の悩み・他者中心(迷惑をかける)

(強迫症関連障害)



表 2-2 「不安喚起状況」による分類

[大衆恐怖]	大衆の前に出る状況を恐れる状態
[長上恐怖]	目上の人と同席する状況を恐れる状態
[異性恐怖]	異性と同席する状況を恐れる状態
[交際恐怖]	他者と交際する状況を恐れる状態
[演説恐怖]	人前で発言する状況を恐れる状態
[会議恐怖]	会議の席で話をする状況を恐れる状態
[朗読恐怖]	人前で朗読する状況を恐れる状態
[談話恐怖]	他者と会話する状況を恐れる状態
[電話恐怖]	他者と電話する状況を恐れる状態
[会食恐怖]	人前で食事する状況を恐れる状態
[視線恐怖]	他者から注視される状況を恐れる状態
[正視恐怖]	他者と視線を合わせる状況を恐れる状態
[思惑恐怖]	自分が皆を白けさせる状況を恐れる状態

表 2-3 「不安の身体的表出」による分類

[赤面恐怖]	人前で顔が赤く（熱く）なることを恐れる状態
[表情恐怖]	人前で変な表情になるのを恐れる状態
[吃音恐怖]	人前でどもることを恐れる状態
[ふるえ恐怖]	人前で手や声がふるえることを恐れる状態
[発汗恐怖]	人前で発汗することを恐れる状態
[硬直恐怖]	人前で身体が硬直することを恐れる状態
[嘔吐恐怖]	人前で嘔吐する状況を恐れる状態
[卒倒恐怖]	人前で意識を失って倒れることを恐れる状態
[頻尿恐怖]	人前で頻回に尿意が生じることを恐れる状態
[頻便恐怖]	人前で頻回に便意が生じることを恐れる状態
[尿閉恐怖]	公衆便所で排尿できないことを恐れる状態

笠原敏彦 対人恐怖と社会不安障害-診断と治療の指針 金剛出版

広場恐怖症・パニック発作との関連

頻尿恐怖 広場恐怖症他的色彩(閉鎖空間での尿意・親しい人が居ると軽減) も強い

嘔吐恐怖 社会恐怖的色彩が強いが、広場恐怖症的色彩の混入も多い

何れも薬物治療は同様



確信型対人恐怖

確信性

自分の臭いや視線，表情，容姿などについての対人性をもつ欠点の存在，その存在に関する確信は極めて強固

肛門から臭いが漏れている。視線が迷惑をかけている。鼻の形が悪い。肩の形が悪い等

関係妄想性

その欠点は相手の行動などから直感的に感じとられる

限局性

この妄想体験は一定の状況内にとどまり，それ以上発展することはない

中間対人関係状況で発現、無関係の人や親しい人の間では出にくい(=緊張型)

了解性

生育歴や性格，状況要因などから症状形成が了解的に把握できる

過保護ぎみに育てられて，相手の気持を大切にし，相手に好かれ親しまれることを強く望む青少年が，家庭から学校や職場など周囲との人間関係が特別な意味をもつ集団のなかで新しい人間関係に入る際に生じやすい。

笠原敏彦 対人恐怖と社会不安障害-診断と治療の指針 金剛出版

これらは基本的に、社交不安障害に含まれ、日本特有ではない可能性

米国や韓国と余り変わらない



山下

緊張型対人恐怖

確信型対人恐怖

視線恐怖・自臭症等・醜形恐怖等

笠原(嘉)ら

第1群

青春に一時的
みられるものに

第2群

恐怖症段階に
とどまるもの

第3群

関係妄想性を帯びているもの
(重症対人恐怖症)

第4群

前統合失調症状, 統合失調
症回復期にみられるもの

上がり症

生活に支障の
ある上り性

一寸重い上がり症

植元・村上ら

思春期妄想症

DSM-IV

Social Phobia

non-generalized type
generalized type

Delusional Disorder
somatic type

Body Dysmorphic Disorder

図 1-3 対人恐怖の概念 (笠原, 2005)



妄想性障害ないしは統合失調症を念頭に置いて治療を進めるべき症例の臨床的特徴

- 1) 対人恐怖の病態構造が曖昧である。
- 2) 状況依存性が画然としない。
- 3) 関係念慮の対象が拡散している。（社交不安障害にとどまる人でも拡散することがある）
- 4) 関係念慮と身体的欠点の関連が明確でない。
- 5) 加害性よりも被害性が優位である。
- 6) 自責感よりも他罰感の訴えが多い。
- 7) 体感異常や離人症などを合併している。
- 8) 周囲との親密な感情接触を求める心性が乏しい。
- 9) 症状からみて現実とのかかわり方が了解しにくい。
- 10) 家族の評価や面接時の印象が精神病性人格変化を疑わせる。



症状の強さ(検査)

表2 Liebowitz Social Anxiety Scale 日本語版 (LSAS-J)

LSAS	恐怖感/不安感				回 避			
	0: 全く感じない 1: 少しは感じる 2: はっきりと感じる 3: 非常に強く感じる				0: 全く回避しない (0%) 1: 回避する (1/3 以下) 2: 回避する (1/2 程度) 3: 回避する (2/3 以上 または100%)			
1. 人前で電話をかける (P)	0	1	2	3	0	1	2	3
2. 少人数のグループ活動に参加する (P)	0	1	2	3	0	1	2	3
3. 公共の場所で食事をする (P)	0	1	2	3	0	1	2	3
4. 人と一緒に公共の場所でお酒 (飲み物) を飲む (P)	0	1	2	3	0	1	2	3
5. 権威ある人と話をする (S)	0	1	2	3	0	1	2	3
6. 観衆の前で何か行為をしたり話をする (P)	0	1	2	3	0	1	2	3
7. パーティーに行く (S)	0	1	2	3	0	1	2	3
8. 人に姿を見られながら仕事 (勉強) する (P)	0	1	2	3	0	1	2	3
9. 人に見られながら字を書く (P)	0	1	2	3	0	1	2	3
10. あまりよく知らない人に電話する (S)	0	1	2	3	0	1	2	3
11. あまりよく知らない人達と話し合う (S)	0	1	2	3	0	1	2	3
12. まったく初対面の人と会う (S)	0	1	2	3	0	1	2	3
13. 公衆トイレで用を足す (P)	0	1	2	3	0	1	2	3
14. 他の人達が着席して待っている部屋に入っていく (P)	0	1	2	3	0	1	2	3
15. 人々の注目を浴びる (S)	0	1	2	3	0	1	2	3
16. 会議で意見を言う (P)	0	1	2	3	0	1	2	3
17. 試験を受ける (P)	0	1	2	3	0	1	2	3
18. あまりよく知らない人に不賛成であると言う (S)	0	1	2	3	0	1	2	3
19. あまりよく知らない人と目を合わせる (S)	0	1	2	3	0	1	2	3
20. 仲間の前で報告をする (P)	0	1	2	3	0	1	2	3
21. 誰かを誘おうとする (P)	0	1	2	3	0	1	2	3
22. 店に品物を返品する (S)	0	1	2	3	0	1	2	3
23. パーティーを主催する (S)	0	1	2	3	0	1	2	3
24. 強引なセールスマンの誘いに抵抗する (S)	0	1	2	3	0	1	2	3

P: 行為状況, S: 社交状況

30点 境界域

50-70点 中等度

70-90点 生活に支障

90点以上 重度 活動能力の低下

全般的社交不安障害の成因

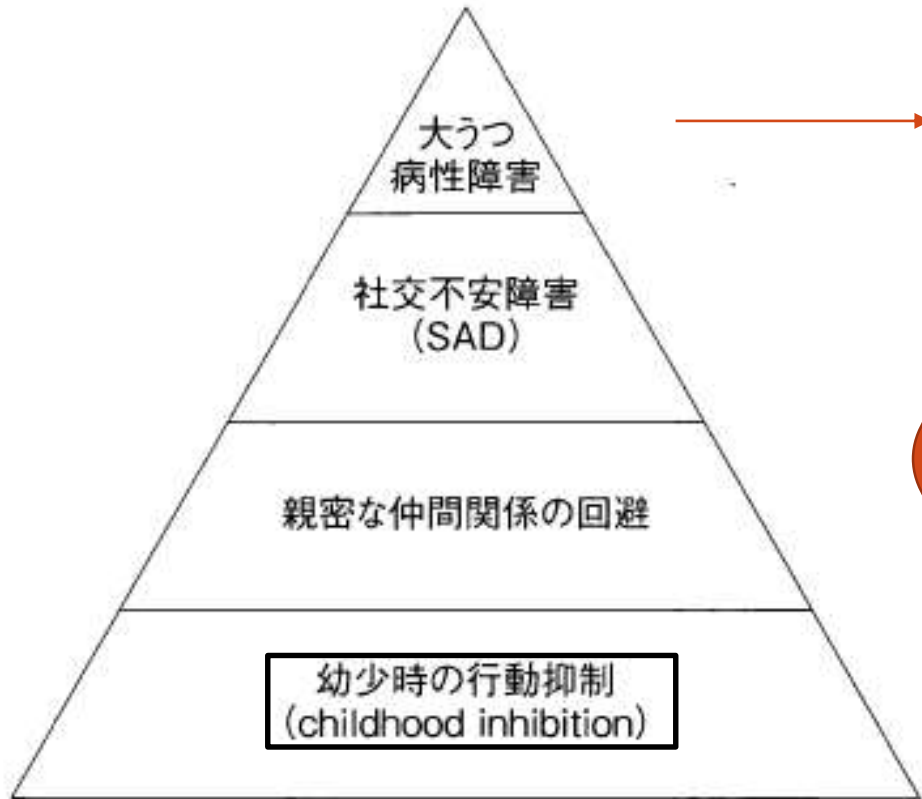


図1 全般的社交不安障害のプロトタイプ

→ 併存症の発症で受診すること多い

体質 + 環境要因

Cf 1割にSADで攻撃的なタイプが存在
→境界性パーソナリティ障害等に合併したもの？

不安障害発症の危険因子

怖がりの気質：生後4カ月にアルコール綿を嗅がせるなどの刺激に高反応
7歳， 11歳と，その気質が継続

永田利彦 社交不安障害 (SAD) どこから薬物療法を始めるべきか 精神経誌 (2015) 11 283-290



危険要因

気質要因：社交不安症にかかりやすくさせる潜在的傾向 → 行動抑制と否定的評価に対する恐怖

環境要因：小児期の虐待または他の早発性の心理社会的困難の頻度増加

社交不安症の発症に原因的役割をもっていない。
しかし、小児期の虐待と困難は社交不安症の危険要因である。

遺伝要因と生理学的要因：第一度親族は、社交不安症をもつ機会が2～6倍高く

障害特異的な遺伝要因（例：否定的評価の恐怖）

非特異的な遺伝要因（例：神経症的特質） の相互作用

生物学的要因

神経伝達物質とその作用及び作用部位

セロトニン

不安

ヤバ！

GABA

ノルアドレナリン

自律神経系症状の発現

ドキ！（動悸、発汗、赤面、震え等）

ドーパミン

他者との社会的関係に対する危険と利益の評価システムの機能異常(報酬系)

（こうなったら）どうしよう

遺伝的関与+

一卵性双生児の一致率 24%

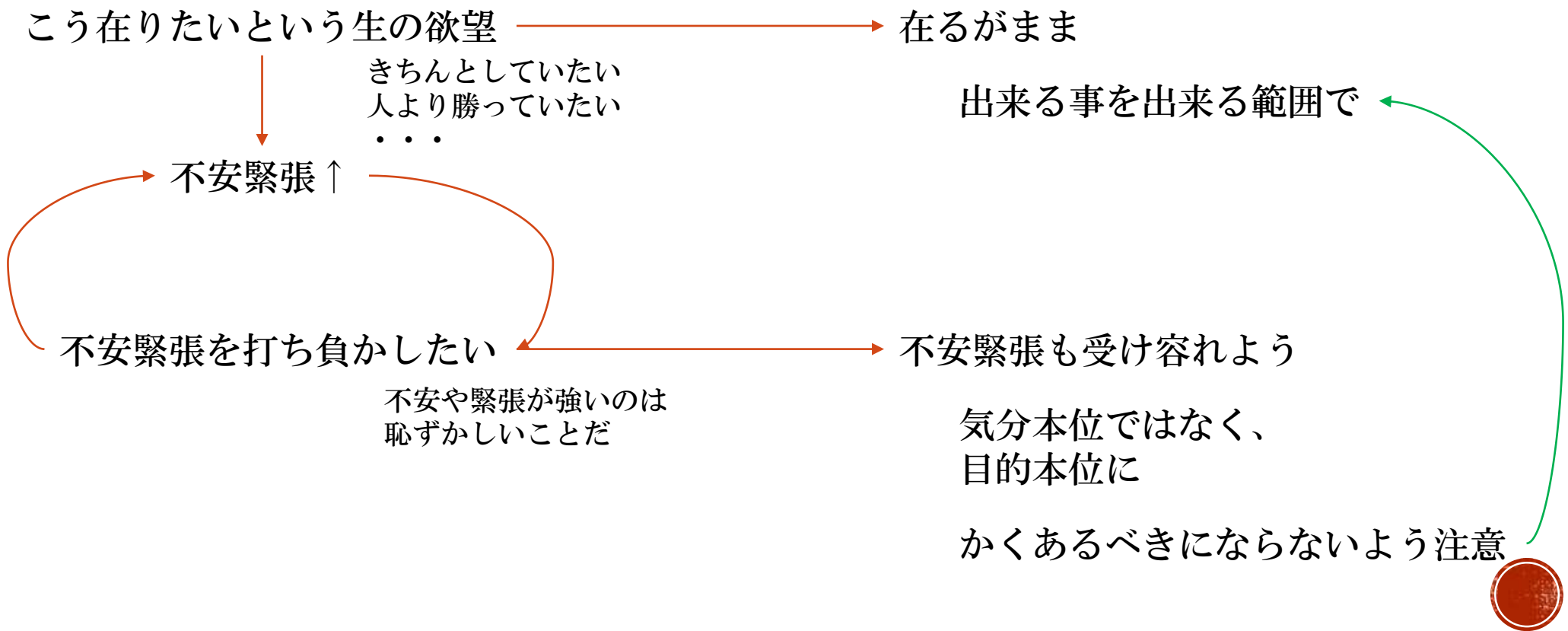
2卵性双生児の一致率 15%



心理的要因

森田正馬

「恥かしがることをもって自ら不甲斐ないことと考え、恥かしがらないようにと苦心する『負け惜しみ』の意地張り根性



自己を貫こうとする気持ちと（我執）、周囲との一体感を求める気持ち（没我）との葛藤

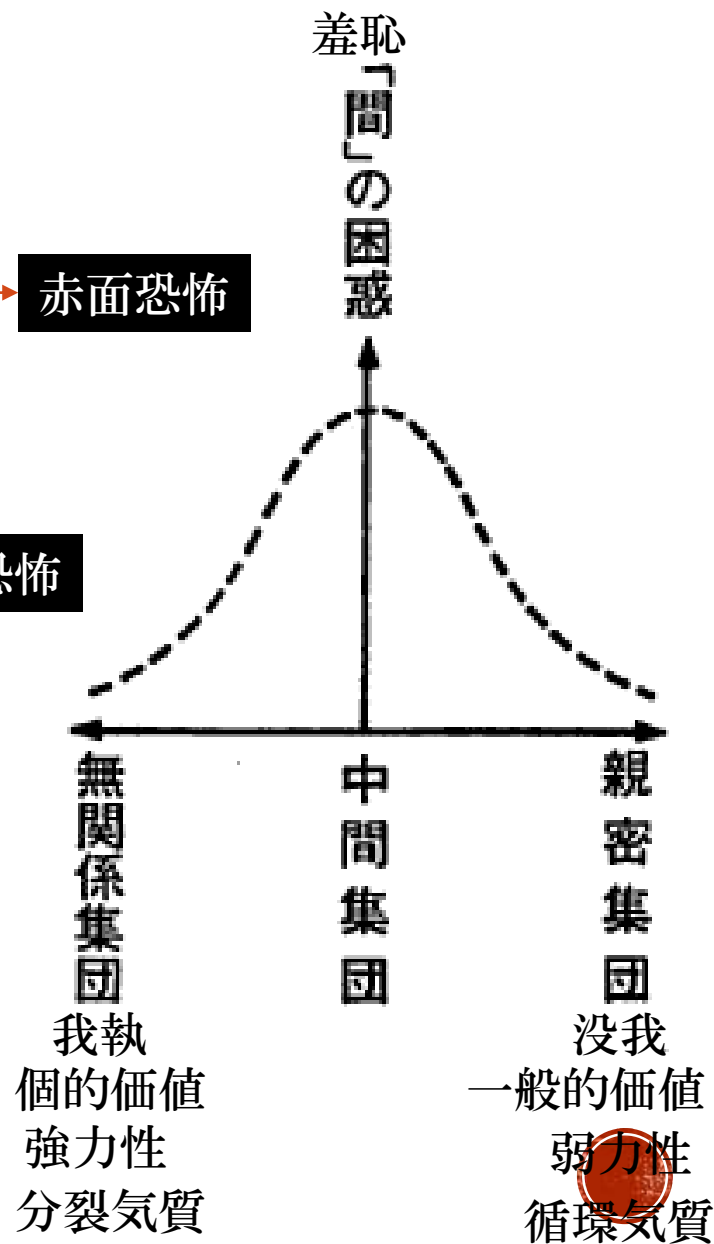
人見知り → 羞恥 → 恥辱 → 罪
(劣位の意識・屈辱)

間が悪い → 恥ずかしい → 赤面 → 赤面 → 恥ずかしい → 間が悪い → 赤面恐怖

→ 克服の努力 → 不自然な表情態度 → 表情恐怖

→ 中間表情(能面) → 見られる意識 ↑ → 怯え → 視線恐怖

→ 対象の拡散 被害者意識 加害者意識 仮面性
中間集団 → 親密集団・無関係集団
さらし者にされている見られる恥辱・怒り
見返そうとする攻撃性と罪の意識
それらを隠そうとする



併存症

六割近くに他の精神疾患の合併症がある

社交不安障害が先行

●不安障害 56.1% うつ病 41.6% アルコール依存症 39.6%

(National comorbidity survey)

経過中の慢性の社会的孤立は、うつ病を引き起こす結果となることもある

発症年齢の早い人はうつ病の合併が多い (不安症状とうつ病の交互の発症も認める)

多国幸司 社交不安障害の併存症研究-気分障害を併存する症例の特徴について 精神医学・55(5) 427-435, 201

統合失調症に並存すると妄想症状が強まる可能性 統合失調症に並存すると妄想症状が強まる可能性

合併症のあるSAD患者 自殺率が高い

●しばしば回避性パーソナリティ障害を併存する (22-89%)

大坪天平 DSM5を読み解く4 社交不安症 40-46

回避性パーソナリティ障害との異同

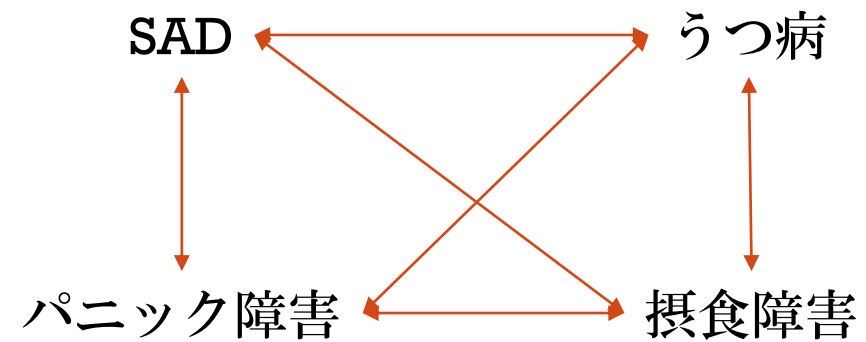
全般的社交不安障害と共通している部分が多い

多くの部分が回避性パーソナリティ障害とSADは連続？

SAD → うつ病・アルコール依存症・パニック障害・摂食障害・ひきこもり

発達障害 → SAD

交互に繰り返す場合も



治療

薬物治療

抗うつ薬

抗不安薬

降圧剤

抗精神病薬

抗てんかん薬

精神療法

認知行動療法

森田療法

他 対人関係療法

精神分析的精神療法



表1 S3ガイドラインでのSADに推奨される治療 ドイツ

精神療法/他の方法			エビデンスレベル	推奨グレード
認知行動療法			I a	A
力動的な精神療法			II a	B
患者自助グループ/家族サポートグループ			エクスパートコンセンサス	CCP
薬物療法				
SSRI	escitalopram	10~20 mg	I a	A
	paroxetine	20~50 mg	I a	A
	sertraline	50~150 mg	I a	A
SNRI	venlafaxine	75~225 mg	I a	A
RIMA	moclobemide	300~600 mg	エクスパートコンセンサス	CCP

SSRI：selective serotonin reuptake inhibitor, SNRI：serotonin noradrenaline reuptake inhibitor, RIMA：reversible inhibitors of monoamine oxidase type-A

【エビデンスレベル】 I a：少なくとも3つのRCTによるメタ解析からのエビデンス, II a：少なくとも1つのRCTではない治験からのエビデンス

【推奨グレード】 A：推奨しなければならない, B：推奨すべきである, CCP：臨床的なコンセンサス

(文献9より改変引用)



薬物治療

抗うつ薬 SSRI(選択的セロトニン再取り込み阻害薬)

セロトニン

ルボックス・ジェイゾロフト・レクサプロ・パキシル

即効性はなく、効果発現まで2-3週間

毎日服薬

抗不安薬

GABA

セパゾン・コンスタン・ワイパックス

即効性があり、必要なときだけ飲んでもOK

毎日又は頓服

降圧剤
(Bブロッカー)

ノルアドレナリン

ミケラン

手の振るえ、声の振るえ等に対して用いられる。即効性＋

頓服

他、SNRI(リフレックス、トレドミン等) 抗てんかん薬(ガバペン等) はSADには余り使われない。



表1 社交不安症に対する薬物療法 (Mayo-Wilson, et al., Lancet Psychiatry, 2014¹⁸⁾をもとに筆者改変)

	研究数	総被験者数	平均効果量	95%信頼区間
MAOI*	11	615	-1.01	-1.56, -0.45
Benzodiazepine	5	112	-0.96	-1.56, -0.36
clonazepam リボトリール	4	100	-1.07	-1.44, -0.70
alprazolam コンスタン	1	12	-0.85	-1.40, -0.30
SSRI / SNRI	32	4043	-0.91	-1.23, -0.60
paroxetine パキシル	12	1449	-0.99	-1.26, -0.73
fluvoxamine ルボックス	5	500	-0.94	-1.25, -0.63
sertraline ジェイゾロフト	3	535	-0.92	-1.23, -0.61
escitalopram レクサプロ	2	675	-0.88	-1.20, -0.56
venlafaxine イフェクサー	5	759	-0.96	-1.25, -0.67
NaSSA				
mirtazapine リフレックス	1	30	-0.81	-1.45, -0.16
抗てんかん薬	5	242	-0.81	-1.36, -0.28
gabapentin ガバペン	1	34	-0.89	-1.42, -0.37
levetiracetam イーケプラ	1	9	-0.83	-1.50, -0.18
pregabalin リリカ	3	199	-0.72	-1.07, -0.37
抗精神病薬：ジプレキサ				
placebo pill	42	3623	-0.47	-0.71, -0.23

イーケプラ:有効性なかったとの報告も



表3 Anxiety Disorders Association of Canada
(ADAC) のガイドラインでの SAD に推奨さ
れる薬物療法

第一選択薬	escitalopram, fluvoxamine, fluvoxamine CR, paroxetine, paroxetine CR, pregabalin, sertraline, venlafaxine XR
第二選択薬	alprazolam, bromazepam, citalopram, clon- azepam, gabapentin, phenelzine
第三選択薬	atomoxetine, bupropion SR, clomipramine, divalproex, duloxetine, fluoxetine, mir- tazapine, moclobemide, olanzapine, selegi- line, tiagabine, topiramate

【エビデンス】 レベル1：メタ解析または少なくとも2つ
の RCT, レベル2：少なくとも1つの RCT, レベル3：
少なくとも10例の非対照試験, レベル4：症例報告また
はエキスパートの意見

【推奨グレード】 第一選択：レベル1またはレベル2のエ
ビデンス+有効性と安全性に関する臨床的支持, 第二選
択：レベル3のエビデンスまたは有効性と安全性に関す
る高い臨床的支持, 第三選択：レベル4のエビデンスま
たは有効性と安全性に関する高い臨床的支持

(文献12より改変引用)



表2 S3ガイドラインでのSADで最初の薬物療法が無効または不耐性の場合の段階的治療プラン

標準的な薬物から他の標準的な薬物への変更	SSRI から他の SSRI への変更 SSRI から SNRI への変更 TCA への変更
他の不安症で承認されている薬物への変更	pregabalin への変更 moclobemide, opipramole, hydroxyzine への変更 ベンゾジアゼピンへの変更 (臨床的に正当性がある場合, 稀な症例のみ)
当該の不安症では承認されていないがRCTで有効性が認められている薬物への変更	mirtazapine, gabapentin, pregabalin, olanzapine
オープン試験で効果が認められている薬物あるいは併用療法	levetiracetam, topiramate, tranylcypromine (MAOI) 治療抵抗例については SSRI に buspirone (5-HT _{1A} 受容体部分アゴニスト) を追加

SSRI : selective serotonin reuptake inhibitor, SNRI : serotonin noradrenaline reuptake inhibitor, TCA : tricyclic antidepressant, MAOI : monoamine oxidase inhibitor
(文献9より改変引用)



不安の経路と薬

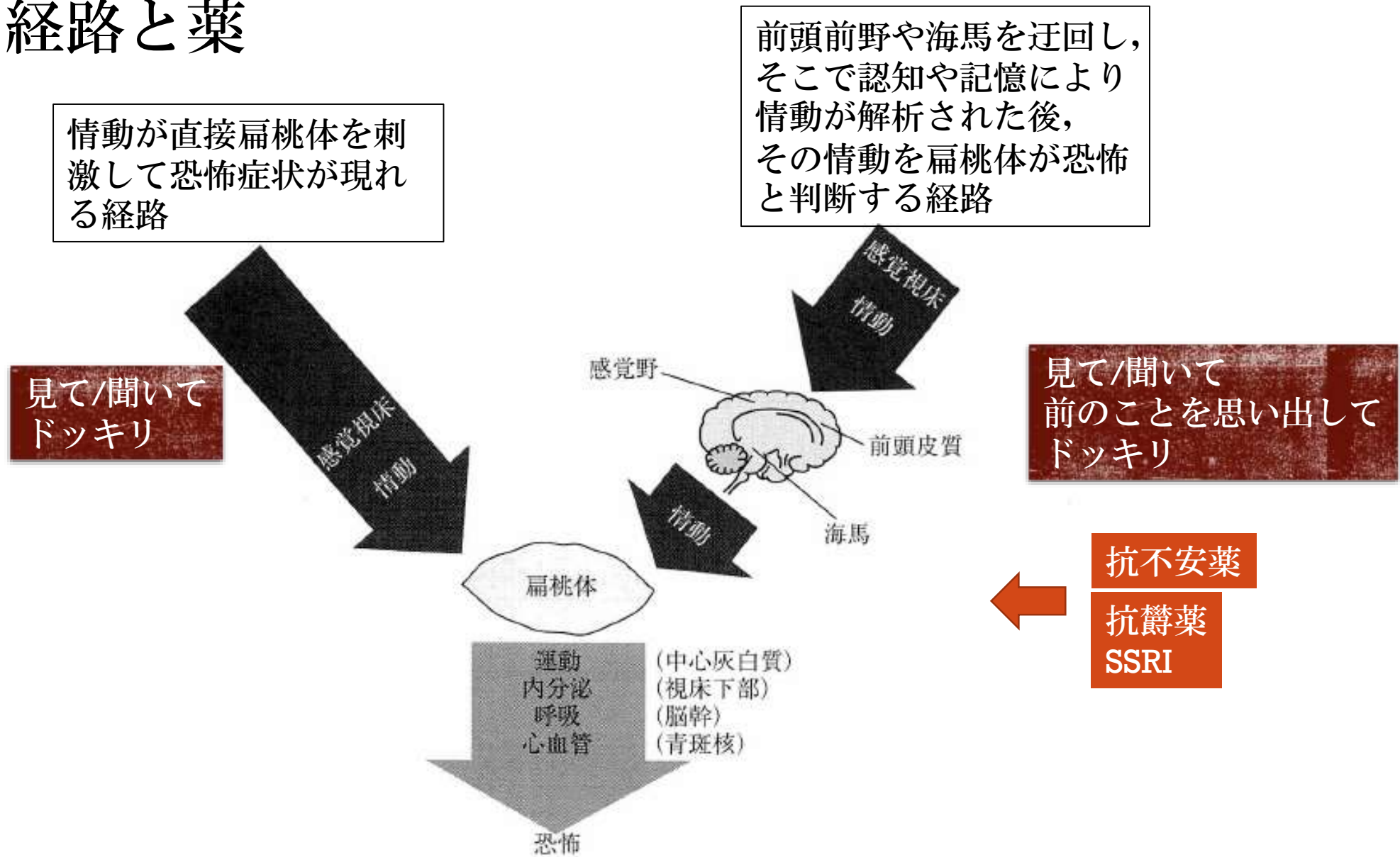


図2 扁桃体はパニック障害のスイッチ

(Stahl SM, 2002 より改変引用)

精神療法

1. 認知行動療法

2. 森田療法

3. 社交不安障害の「小精神療法」



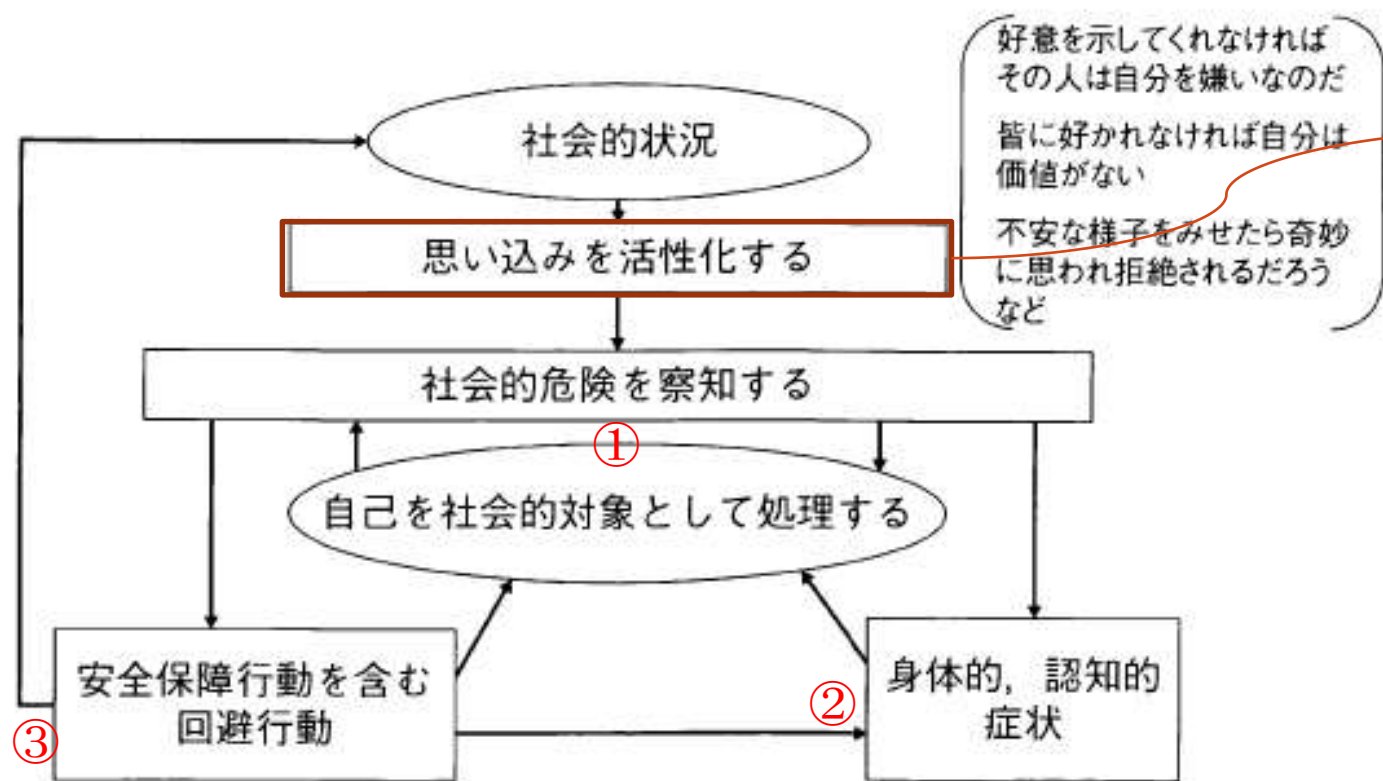
表2 社交不安症に対する精神療法 (Mayo-Wilson, et al., Lancet Psychiatry, 2014¹⁸⁾をもとに筆者改変)

	研究数	総被験者数	平均効果量	95%信頼区間
個人認知行動療法	15	562	-1.19	-1.56, -0.81
集団認知行動療法	284	984	-0.92	-1.33, -0.51
セルフヘルプ (サポートあり)	16	748	-0.86	-1.36, -0.36
暴露療法	9	199	-0.82	-1.07, -0.59
セルフヘルプ (サポートなし)	9	406	-0.75	-1.25, -0.26
力動的療法	3	185	-0.62	-0.93, -0.31
他の精神療法	7	182	-0.36	-0.84, 0.12
心理学的プラセボ	6	145	-0.63	-0.90, -0.36



認知行動療法

クラークとウエルズのモデル



社会的状況の悪化への思い込みの活性化

恥・社会的コスト

不安を維持する要因

① 自己イメージ

② 自己注目

③ 安全行動(含む回避行動)

図2 SADの認知モデル (文献16より改変引用)



自己注目

（いわゆる内的情報）に対して注意が偏ること（注意のバイアス）

身体反応、不安感情、自己イメージ、自動思考、安全行動など、自分の内側のモニタリングに注意のほとんどが使われているために、外部に注意を向けることができず、他者の現実の反応に気づくことができない。

注意のシフト 相手の言動にしっかり注意をする

自己イメージ

観察することなく、自分が他者にどう見えているかを判断してしまうこと

自分の身体反応と不安感情（いわゆる内的情報）をもとにして、自己イメージを構築するため、「こんなに自分が不安を感じ、震えを感じているのだから、きっと他人から見た目も、さぞや不安そうに震えて見えるだろう」と、否定的な自己イメージを形成

ビデオフィードバック・世論調査 自分のビデオを見たり、人の実際の考えを聞いて参考に

安全行動

本人は安全と思っているが、悪循環になってしまっている行動

恐れている結果を過剰に防ごうとして、安全行動を続けるため、不安が持続し、自動思考が強化され、また安全行動を他者に奇妙な行動と捉えられてしまう場合もある。

行動実験



社交不安障害（社交不安症）の認知行動療法マニュアル

安全行動と自己注目の検討

安全行動あり+自己注目

安全行動なし+外部注目

否定的な自己イメージの修正(ビデオフィードバック)

現実と自己イメージのずれの確認検討

注意シフトトレーニング

非社交状況/社交状況において、注意の焦点を外部に向ける練習

行動実験

実際に行動して現実はどうか確かめる

最悪な事態に対する他者の解釈の検討（世論調査）

「出来事の前で繰り返しやること」の検討

出来事の前で行うことのメリットデメリットの検討

自己イメージと結びつく記憶の意味の書き直し（Rescripting）

残っている信念の検討（スキーマワーク）

再発予防



小精神療法

- ・ SAD は治療可能な病態である（心理教育）
- ・ 今のままでは大変困ってしまうと思われるので、治療者と一緒に日常生活を立て直していこう（動機付け）
- ・ しばらくは不安感をうまく手なずけようという気持ちで（不安感の扱い）、まずは3ヵ月間一緒に治療を行ってみよう。効果が感じられるようであれば、少なくとも1年間は治療を続けてみよう（予想される期間を示す）
- ・ 薬物療法は力強い味方になる（薬物に変えられるのではなく手助けに）
- ・ まずは、日常生活の中で、できそうなことから（行動）はじめてみよう（階層化）
- ・ できていることに目を向けよう。
- ・ 周囲の人の話をよく聴き、よく見てみよう（自分の身体反応に注意が集中しないように、自分への過剰な観察に陥らないように）
- ・ 治療中、症状に一進一退があるため、一喜一憂しないようにしよう。
- ・ 元来、人に気をつかえることは長所でもある。



森田療法

入院療法

第一期 絶対臥褥期 1週間 (心身の休息、不安と向き合う)

一人で何も行わず横になっている → 退屈感

第二期 軽作業期 4日 - 1週間 (作業期への準備)

庭に出て外界の観察を行い、徐々に軽い仕事

日記指導

第三期 (重)作業期 1 - 2ヶ月 (他患者との共同作業)

目的本位の生活 → 達成感 → 捉われの ↓

第四期 社会復帰期 1週間 - 1ヶ月

慈恵医大森田療法センター
東邦大学医療センター
浜松医科大学精神科
三島森田病院・南知多病院
メンタルホスピタルかまくら山

外来療法

日記指導

自助グループや体験フォーラムの活用

北海道・青森・仙台・東京・埼玉
静岡・名古屋・大阪・・・

インターネットホームページ
Mental health & morita therapy
公益財団法人メンタルヘルス岡本記念財団



当院での治療

1. 苦手場面遭遇頻度が低い場合 月や年に1-2度

比較的短時間作用型の抗不安薬をその場面前に服薬してごまかす

ワイパックスを1-2時間前に服薬

声や手の振るえを伴う場合はβブロッカーを併用する（ミケランを1時間前に服薬）

2. 苦手場面遭遇頻度が多い場合 毎週一週に2-3回

S S R I という抗鬱薬を服薬する ルボックス・レクサプロ・パキシル等

大体は抗不安薬を併用(特に最初の1ヶ月)

服薬しながら、苦手場面に慣れてゆく

慣れてきたら減薬して、うまく行けば1年間位で終了する

