

ます。その後、不安や不快感の程度を、こちらの記録シートに書いていきます」p26 を見せる

- (例文)「今日ここで、どのような課題ができるでしょうか？」セルフコントロールを意識し、課題修正や、課題変更、提案を患者自身にってもらう割合を増やす。
- 十分に交渉して、課題を決める。必要に応じて、認知を揺さぶる and/or 行動実験で補足する
- 宿題で十分な不安定減が起こらなかった場合、同じ課題を実施するか、修正した課題を実施し、課題の難易度を上げない。課題を修正した場合は、その理由をしっかりと説明する。
- (例文)「それでは、p13 をもう一度だけ読んで、曝露反応妨害法をやってみましょう」
- (例文)「今日の課題を踏まえて、ご自宅でも宿題をやって頂きます。宿題では、どのようなことができるでしょうか？全く同じことができますか、少し違う課題になりますか？」
- (例文)「1日1回、課題をやって、本日の治療ターゲット(をノートに書いて)に記録してください」

#### 宿題の設定 10分(めやす)

##### 5) 曝露反応妨害法の実施方法、記録方法

- 今日の課題ができたことをもういちどねぎらい、ほめ、宿題でやってもらう
- 新しい課題となる場合は、課題を「変更」するのか「追加」するのかを明らかにする。追加の場合は、1日で複数の課題をやってもらうことを強調する。

##### 6) IC レコーダーを聞き直す

- (例文)「今日も様々なことを読んだり、お話しましたね。いちどにいろいろなことを理解したり、覚えたりするのは、誰にとっても難しいものです。今日は不安が一時的に高まる課題をやりましたから、なおさらです。いちどでいいですから、今日の録音を聞き直してきてください。その場では分からなかったこと、難しかったことでも、もういちど聞き直すと、分かりやすくなったり、新しく気づくこともあるものです」

##### 7) 宿題と持参するものを書いたメモを渡す

##### 8) 予約・宿題の確認をする。(一つは患者一つはカルテ)

### Session 9-10

- 患者は待合室で質問紙に記入する
  - PHQ, GAD

#### チェックイン 5分(めやす)

- 前回の宿題のコピーをとる。
  - 曝露反応妨害法の記録シート
- 今日ここに来たことを歓迎しねぎらう
- 今日のアジェンダを伝える
- (例文)「この間も説明したように、今日も診療時間は 50 分(めやす)以内としております。本日は●時●分までです。では、IC レコーダーの録音を開始しましょう」
- 宿題 (内容でなくしたかどうか) の確認と強化ーやってきたこと、書き方、内容について一つでもよいところあれば、大きくほめる

- 巻き込みに関係しない質問は、簡単に聞いておき、反応妨害中に回答すると伝える

#### 曝露反応妨害法の宿題を振り返る 5-10分(めやす)

- どこで、いつ、どうやったのか、記録シートを見ながら質問
- やってみてどうだったか？
- はじめはどうであったか？そしてどうなっていったか？というように、やっていくことで不安感が下がることを共有していく
- 課題を達成したことで、認知にどのような変化があったか(例文)「●●が起こる/●●になってしまふということについて、考え方は同じですか、変わった点はありますか？」
- 生活障害にどのような変化があったかを引き出す(不安低減以外の強化子を明らかにして動機づけを高める)(例文)「できるようになったこと、生活しやすくなったことはありますか？」
- 般化を聞く(例文)「他にもできるようになったことはありますか？」(例文)「それはどうしてできたのでしょうか？」(ポジティブな変化にはWhyを用いてOK)
- 治療がどうしてうまくいっているのか、さらなる効果が得られるためにはどうしたらいいと思うか、本人に言ってもらふことで、治療の理解を深めながら、患者が治療に参加できるよう促す。
- 不安低減果が十分でなければ、なにか回避がなかったか、隠れた強迫行為がなかったか、不安が十分上がっていない/上がりすぎたのではないか、という点に着目して、ひとつひとつ聞いていく。
- よくなってない症状について、その理由を本人にその場で考えてもらったり、治療のアイデアを考えてくることを宿題にしてみるのもよい。
- 必要であれば、曝露反応妨害法と一緒に復習したり、テキストの「陥りやすいところ(p21-23)」を読んでもらったり、それを読んでくることを宿題としてみる

#### セッション内の曝露反応妨害法 25-30分(めやす)

- (例文)「今日も、不安階層表をもとに、曝露する内容と、反応妨害する内容を決めて、実行します。その後、不安や不快感の程度を、こちらの記録シートに書いていきます」p26を見せる
- 「今日ここで、どのような課題ができるでしょうか？」セルフコントロールを意識し、課題修正や、課題変更、提案を患者自身にしてもらったのち、治療者が指導する形とする。
- 十分に交渉して、課題を決める。必要に応じて、認知を揺さぶる and/or 行動実験で補足する
- 宿題で十分な不安定減が起らなかった場合、同じ課題を実施するか、修正した課題を実施し、課題の難易度を上げない。課題を修正した場合は、その理由をしっかりと説明する。
- (例文)「それでは、p13をもう一度だけ読んで、曝露反応妨害法をやってみましょう」
- (例文)「今日の課題を踏まえて、ご自宅でも宿題をやって頂きます。宿題では、どのようなことができるでしょうか？全く同じことができますか、少し違う課題になりますか？」
- (例文)「1日1回、課題をやって、本日の治療ターゲット(をノートに書いて)に記録してください」

### 宿題の設定 10分(めやす)

#### 1) 曝露反応妨害法の実施方法、記録方法

- 今日の課題ができたことをもういちどねぎらい、ほめ、宿題でやってもらう
- 新しい課題となる場合は、課題を「変更」するのか「追加」するのかを明らかにする。追加の場合は、1日で複数の課題をやってもらうことを強調する。

#### 2) Petit 再発防止

- もし今、改善した症状が悪くなりかかったらどうするか？
- 再燃した症状や残留する症状の例をあげてみて、それに対する対処を考えてくるよう指示

#### 3) IC レコーダーを聞き直す

- (例文)「今日も様々なことを読んだり、お話ししましたね。いちどにいろいろなことを理解したり、覚えたりするのは、誰にとっても難しいものです。今日は不安が一時的に高まる課題をやりましたから、なおさらです。いちどでいいですから、今日の録音を聞き直してきてください。その場では分からなかったこと、難しかったことでも、もういちど聞き直すと、分かりやすくなったり、新しく気づくこともあるものです」

#### 4) 宿題と持参するものを書いたメモを渡す

#### 5) 予約・宿題の確認をする。(一つは患者一つはカルテ)

\*\*セッションを終結してよいか、延長するか、スーパービジョンで相談する

## Session 11 (-15)

- 患者は待合室で質問紙に記入する
  - PHQ, GAD

### チェックイン 5分(めやす)

- 前回の宿題のコピーをとる。
  - 曝露反応妨害法の記録シート
- 今日ここに来たことを歓迎しねぎらう
- 今日のアジェンダを伝える
- (例文)「この間も説明したように、今日も診療時間は50分(めやす)以内としております。本日は●時●分までです。では、ICレコーダーの録音を開始しましょう」
- 宿題(内容でなくしたかどうか)の確認と強化ーやってきたこと、書き方、内容について一つでもよいところあれば、大きくほめる

### 曝露反応妨害法の宿題を振り返る 5-10分(めやす)

- どこで、いつ、どうやったのか、記録シートを見ながら質問
- やってみてどうだったか？
- はじめはどうであったか？そしてどうなっていったか？というように、やっていくことで不安感が下がることを共有していく
- 課題を達成したことで、認知にどのような変化があったか(例文)「●●が起こる/●●になってし

まうということについて、考え方は同じですか、変わった点がありますか？」

- 生活障害にどのような変化があったかを引き出す (不安低減以外の強化子を明らかにして動機づけを高める) (例文)「できるようになったこと、生活しやすくなったことはありますか？」
- 般化を聞く(例文)「他にもできるようになったことはありますか？」(例文)「それはどうしてできたのでしょうか？」(ポジティブな変化にはWhyを用いてOK)
- 治療がどうしてうまくいっているのか、さらなる効果が得られるためにはどうしたらいいと思うか、本人に言ってもらうことで、治療の理解を深めながら、患者が治療に参加できるように促す。
- 不安低減果が十分でなければ、なにか回避がなかったか、隠れた強迫行為がなかったか、不安が十分上がっていない上がりすぎたのではないか、という点に着目して、ひとつひとつ聞いていく。
- よくなってない症状について、その理由を本人にその場で考えてもらったり、治療のアイデアを考えてくることを宿題にしてみるのもよい。
- 必要であれば、曝露反応妨害法を一緒に復習したり、テキストの「陥りやすいところ(p21-23)」を読んでもらったり、それを読んでくることを宿題としてみる

#### セッション内の曝露反応妨害法 25-30分(めやす)

- (例文)「今日も、不安階層表をもとに、曝露する内容と、反応妨害する内容を決めて、実行します。その後、不安や不快感の程度を、こちらの記録シートに書いていきます」p26を見せる
- (例文)「今日ここで、どのような課題ができるでしょうか？」セルフコントロールを意識し、課題修正や、課題変更、提案を患者自身にしてもらったのち、治療者が指導する形とする。
- 十分に交渉して、課題を決める。必要に応じて、認知を揺さぶる and/or 行動実験で補足する
- 宿題で十分な不安定減が起こらなかった場合、同じ課題を実施するか、修正した課題を実施し、課題の難易度を上げない。課題を修正した場合は、その理由をしっかりと説明する。
- (例文)「それでは、p13をもう一度だけ読んで、曝露反応妨害法をやってみましょう」
- (例文)「今日の課題を踏まえて、ご自宅でも宿題をやって頂きます。宿題では、どのようなことができるでしょうか？全く同じことができますか、少し違う課題になりますか？」
- (例文)「1日1回、課題をやって、本日の治療ターゲット(をノートに書いて)に記録してください」

#### 宿題の設定 15分(めやす)

##### 1) 曝露反応妨害法の実施方法、記録方法

- 今日の課題ができたことをもういちどねぎらい、ほめ、宿題でやってもらう
- 新しい課題となる場合は、課題を「変更」するのか「追加」するのかを明らかにする。追加の場合は、1日で複数の課題をやってもらうことを強調する。

##### 2) 青写真を作る

- 生活のスケジュールの書き方に基づき、現在の生活の様子を書いてきてもらう。
- (例文)「こちらのシートは、青写真と言いまして、●●さんの回復を明らかにして自信をつけ、さらに、これからも改善を続け、再発を予防する方法を探るものです。書けるところだけで

いいですから、自分の言葉で、書いてみて下さい」

3) IC レコーダーを聞き直す

- (例文)「今日も様々なことを読んだり、お話ししましたね。いちどにいろいろなことを理解したり、覚えたりするのは、誰にとっても難しいものです。今日は不安が一時的に高まる課題をやりましたから、なおさらです。いちどでいいですから、今日の録音を聞き直してきてください。その場では分からなかったこと、難しかったことでも、もういちど聞き直すと、分かりやすくなったり、新しく気づくこともあるものです」

4) 宿題と持参するものを書いたメモを渡す

5) 予約・宿題の確認をする。(一つは患者一つはカルテ)

### 最終セッション 治療効果の検証と再発防止

- 患者は待合室で質問紙に記入する
  - YBOCS 障害度 (自記式をやってもらい、さらにで明細化)
  - OCI
  - PHQ-9
  - GAD-7
- 障害度の評価
  - SDS
  - EQ-5D
  - CGI (他者評定)

#### チェックイン 5分(めやす)

- 前回の宿題のコピーをとる。
  - 曝露反応妨害法の記録シート
  - 生活スケジュール
  - 青写真
- 今日ここに来たことを歓迎しねぎらう
- 今日のアジェンダを伝える
- (例文)「この間も説明したように、今日も診療時間は 50 分(めやす)以内としております。本日は●時●分までです。では、IC レコーダーの録音を開始しましょう」
- 宿題 (内容でなくしたかどうか) の確認と強化ーやってきたこと、書き方、内容について一つでもよいところあれば、大きくほめる

#### 曝露反応妨害法の宿題を振り返る 5-10 分(めやす)

- どこで、いつ、どうやったのか、記録シートを見ながら質問
- やってみてどうだったか?
- はじめはどうであったか?そしてどうなっていたか?というように、やっていくことで不

安感が下がることを共有していく

- 課題を達成したことで、認知にどのような変化があったか(例文)「●●が起こる/●●になってしまうということについて、考え方は同じですか、変わった点がありますか？」
- 生活障害にどのような変化があったかを引き出す (不安低減以外の強化子を明らかにして動機づけを高める)(例文)「できるようになったこと、生活しやすくなったことはありますか？」
- 般化を聞く(例文)「他にもできるようになったことはありますか？」「それはどうしてできたのでしょうか？」(ポジティブな変化には Why を用いて OK)
- 治療がどうしてうまくいっているのか、さらなる効果が得られるためにはどうしたらいいと思うか、本人に言ってもらうことで、治療の理解を深めながら、患者が治療に参加できるように促す。

#### 再発防止 30分(めやす)

- 今日の得点を入力し、症状評価の変遷を図に(視覚化)して渡す。ポジティブな変化に着目し、指摘し、本人の努力のたまものであることを伝える(例文)「●●の得点が●●点から●●点になりましたね。ざっくり計算すると、●●%になりました/およそ●分の●になりました。本当にすごいですよ。これも●●さんの努力(とご家族の協力)のたまものですね」
- 青写真づくり(例文)「それでは青写真を拝見します。よく書けてますね。特にこの言葉が素晴らしいですね。こういうところにも変化があったんですね」症状だけでなく、人間関係、仕事や学業、家事、趣味や余暇について、変化があったところを明細化していく。今後の課題を明らかにして、どのように改善を続けて行くか、再発の予兆にどう対処するか話し合う
- 青写真を「カンペ」として使いながら、ラジオショー

#### 宿題の設定 10分(めやす)

- 1) 青写真の話し合いに基づき、次回のフォローアップセッションまでにやること
  - 曝露反応妨害法の課題
  - その他 OCD を生活から遠ざけるための日々の工夫
- 2) IC レコーダーを聞き直す
  - (例文)「今日も様々なことを読んだり、お話しましたね。いちどにいろいろなことを理解したり、覚えたりするのは、誰にとっても難しいものです。今日は今後のことをたくさん話し合いましたから、なおさらです。いちどでいいですから、今日の録音を聞き直してきてください。その場では分からなかったこと、難しかったことでも、もういちど聞き直すと、分かりやすくなったり、新しく気づくこともあるものです」
- 3) フォローアップセッションの担当者と日時、宿題の確認をする。(一つは患者一つはカルテ)
- 4) 別れの作業をする

Clark & Wells モデルに基づく  
社交不安障害の認知行動療法

治療者用マニュアル

## マニュアルで使用される略語

**CBT :**

Cognitive Behavioral Therapy (認知行動療法)

**CTS-R :**

Cognitive Therapy Scale-Revised (認知療法尺度：改訂版)

**SPWSS :**

Social Phobia Weekly Summary Scale (社交不安の一週間要約尺度)

**SAQ :**

Social Attitudes Questionnaire (対人心構え質問紙)

**SBQ :**

Social Behaviors Questionnaire (対人行動質問紙)

**SCQ :**

Social Cognitions Questionnaire (対人認知質問紙)



## マニュアルの使用に当たっての注意

### (認知行動療法を進めるにあたって考慮すべき項目)

本マニュアルは、認知療法尺度-改定版 (CTS-R; Cognitive Therapy Scale-Revised) によって評価される一定のコンピテンスを有する治療者が、認知行動療法を進めることを想定している。また、セッションの録画・録音記録を指導者（スーパーバイザー）に提出するなどして、この評定尺度を元に、治療の手技に関する客観的評価を受けることが望ましい。また、セッションを進めるに当たって、特に初心者の場合には、マニュアルに並行して、認知行動療法の経験を有するスーパーバイザーによるスーパービジョンを受けること。

考慮すべき項目の概要について以下に示す。CTS-R の 12 項目の概要を以下に示す。詳細は原文 (Blackburn et al.; 日本語訳「臨床精神医学」41 巻 8 号 (2012 年 8 月号) に掲載) を参照すること。

#### 項目 1. 話題 (アジェンダ) の設定と追従

適切な方法で同意され、かつ、設定されたトピックスに適切に話を向けること。共同作業の形で具体的で現実的な目標の設定を行うことを含む。

#### 項目 2. フィードバック

患者と治療者の、鍵となる問題の理解は、双方向のフィードバックを通じて、助けられるべきである。情報をフィードバックする 2 つの大きな形は、一般的なまとめ (summary) を通じるものと、情報の重要な単位の「関係のまとめ (chunking)」を通じるものがある。適切なフィードバックの使用は、治療者が患者の状況を理解することを助けるし、患者が大きな洞察を得たり、治療的な変化をしたりすることができるようにする材料を患者が作り出すことをも助ける。それは、また、患者が焦点を合わせ続けることをも助ける。

#### 項目 3. 協同作業

患者はセッション中に積極的であるように励まされるべきである。治療者が熟練した技術で患者が十分に参加するように励ましている、生産的なチームワークの明らかな証拠が存在しなければならない。(たとえば、ソクラテスの質問法や、問題解決や決断の共有を通じて)。しかし、治療者は、患者が構造化されていないようにとりとめなく話すことを許してはいけない。治療者のスタイルは、次のような手段を通じて、効果的なチームワークを促進すべきである。

#### 項目 4. ペース配分と時間の効果的利用

セッションは、始まり、中盤、結びの段階を通じて円滑にセッションが流れるように、アジェンダに関連してよく時間管理がなされているべきだ。作業は、患者の必要に関連してよくペース配分がなされなければならない。重要な問題は追求される必要があるが、非生産的な消化試合のような時間使用は円滑に処理されるべきである。セッションは、適切な理由なしで、時間を過ぎて行われるべきでない。

#### 項目 5. 対人的効果

患者は、治療者の言語的、非言語的 (傾聴のスキル) 行為によって、気楽にくつろいでいる状態に置かれる。患者が心底大切な人間関係 (すなわち、温かさ、偽りのなさ、共感と理解) が今ここにあると感じられるようにすべきである。しかし、プロフェッショナルとしての境界を保つことは重要である。治療者がとびぬけて対人的に効果を出せる状況では、患者は、創造的で、洞察に富み、直感が鋭くなる。

#### 項目 6. 適切な感情表現を引き出す

治療者は患者による感情の適切なレベルの処理を促進する。あまりに高いあるいはあまりに低い感情のレベルは、治療の干渉 (妨げ) になりがちである。治療者は、また、効果的な変化に干渉するような感情の問題 (敵意、不安、過剰な怒り) を効率的に処理することができなければならない。効果的な促進は、変化を促進するような方法で患者が感情にアクセスし表現することを可能にするであろう。

#### 項目 7. 鍵となる認知を引き出す

患者が認知へアクセスできるようになるのを助けること、また、患者の認知（考え、思い込み、信念）とつらい感情の間を関係を理解すること。これは、ソクラテスの質問や日記、モニタリングの使用を通じてなされる。

#### 項目 8. 行動を引出し、計画する

患者がその問題に関する行動の効果への洞察を得るのを助けること。これは、ソクラテスの質問、日記、モニタリングの使用を通じてなされる。治療者は非機能的な行動パターンを克服するか、やめるような戦略を計画するために、患者と作業する。

#### 項目 9. 誘導による発見

患者は、現在の状況に関する仮説をつくり、自分自身で潜在的な解決法をつくるように助けられるべきである。患者は自分の体験に関する見方、考え方の幅をつくるように助けられる。効果的な、誘導による発見は、以前に確かだと思いこんでいたところに疑いを作り出し、起るべき再評価と新しい学習の機会を提供する。

#### 項目 10. 概念的統合

患者は、現在と未来に変化をもたらすために自分の問題の歴史や引き金や維持している要因の意味を理解するように助けられるべきである。治療者はどのように患者の問題に自分の知覚、解釈、信念、態度、ルールが関連しているかを理解するように患者を助けるべきである。良い概念化は、以前の認知や対処戦略を現在のものと同様に検証するであろう。理論に基づいた理解は、よく統合されるべきで、治療を前向きに誘導するために使われるべきである。

#### 項目 11. 変化の技法の適用

治療者は熟練したスキルで認知モデル（定式化）とつながる適切な認知および行動技法を使ったり、あるいは、それらを使うように患者を助けたりする。治療者は、感情における大きな新しい見方と変化に導きながら、患者がつらい感情と関連した鍵となる認知を評価する適切な認知的技法を工夫するように患者を助ける。治療者は、また、患者が、認知モデル（定式化）とつながる行動技法を適応するように助ける。治療者は、患者が潜在的な困難を同定し、課題を遂行するため、認知の理論的根拠を考え続けるように助ける。その方法は、患者が現実的に認知を検証したり、高いレベルの感情に対処する体験を得たりする有用な方法を提供する。その方法は、また、治療者に、将来の実践課題に対する患者の理解のレベルに関するフィードバックを得させる（すなわち、患者がセッション中の課題を達することによって）。

#### 項目 12. 宿題（ホームワーク）の設定

この項目は、はっきりとした的確な目標をもった適切な宿題の課題の設定についてである。概念化にそって、治療の段階で適切な課題を取り決めること、患者がその課題を行う理論的根拠を理解できること、アイデアを検証し、新しい体験を試み、潜在的な障害に対処し、反応の新しい方法を実験できることが目的であるべきである。

## マニュアルの使用に当たっての注意

### (トラブルシューティング)

#### 【本マニュアルについて】

本マニュアルは、「社交不安の心理学的な維持要因」に焦点をあてた認知行動療法である。そのため、特に社交不安の問題よりも、その他の問題（例えば、大うつ病性障害などの疾患）が、現在の生活上の支障に大きく関連している場合には、本マニュアルの使用が、患者にとって有益でない可能性があることを考慮しておくべきである。

#### 【治療における優先事項】

下記に示すような、治療継続を左右する話題があがった場合、マニュアルの進行状況とは関係なく、優先的に話しあうべきである（マニュアルの進行が一時中断しても良い）。特に自殺・自傷に関する問題は、医師または医師を含む複数名で、リスクアセスメントと今後の対応を検討すること。

- ・ 切迫した自殺、自傷に関連する問題
- ・ 治療の継続に影響する現実上の大きな問題（例：経済的な問題、身体的健康問題、被虐待など）
- ・ 治療や治療者に対する陰性感情

#### 【患者が扱いたいテーマと、プログラムの進行・アジェンダ設定について】

しばしば、患者が扱いたいテーマとプログラムで扱う内容との解離が生じることが予想される。その際は、以下の項目などを考慮して、優先すべきテーマであるかの判断が求められる。もし緊急を要さないテーマである場合は、グループスーパービジョンや個人スーパービジョンで、テーマの優先度を検討すべきである。

- ・ 早急に解決が必要、かつ、短期間で解決が見込まれるテーマであるか
- ・ 社交不安障害に関係するテーマであるか
- ・ 患者が話し合いたいというニーズがあるか

患者のニーズはあるが、社交不安障害に関係せず、早急に解決すべき問題でない場合は、協同関係を崩さないよう短時間での傾聴のみ行い、マニュアルを中断せずに滞りなく進めることが望ましい。

患者のニーズがあり、社交不安障害に関係するが、早急に解決すべきテーマでない場合は、マニュアルを中断せずに滞りなく進めることが望ましい。協同関係の維持のためにも、患者が扱いたいテーマを、その日に扱う予定のアジェンダに組み込むことが本来は望ましい。もし扱うことが困難な場合は、患者が扱いたいテーマをセッションのどの段階（何セッション目）で扱うことができるか、見通しを伝えておくと良い。

早急に解決すべきテーマである場合は、患者のニーズに関係なく、十分な話し合いを優先するべきである。その際は、セッションの順番の入れ替えや、マニュアルの進行を一時的に止めても構わない（【治療における優先事項】を参照）。ただし、これ以上の認知行動療法の継続が困難と思われる場合、試験責任者に早急に相談すること。時間的猶予がある場合、グループスーパービジョンや個人スーパービジョンで検討することが望ましい。

## 認知行動療法専門外来の例



本マニュアルは、週1回50分、計12～16回の治療面接を基本構成とした認知行動療法である。

必要に応じて（行動実験など）、90分に延長してもよい。

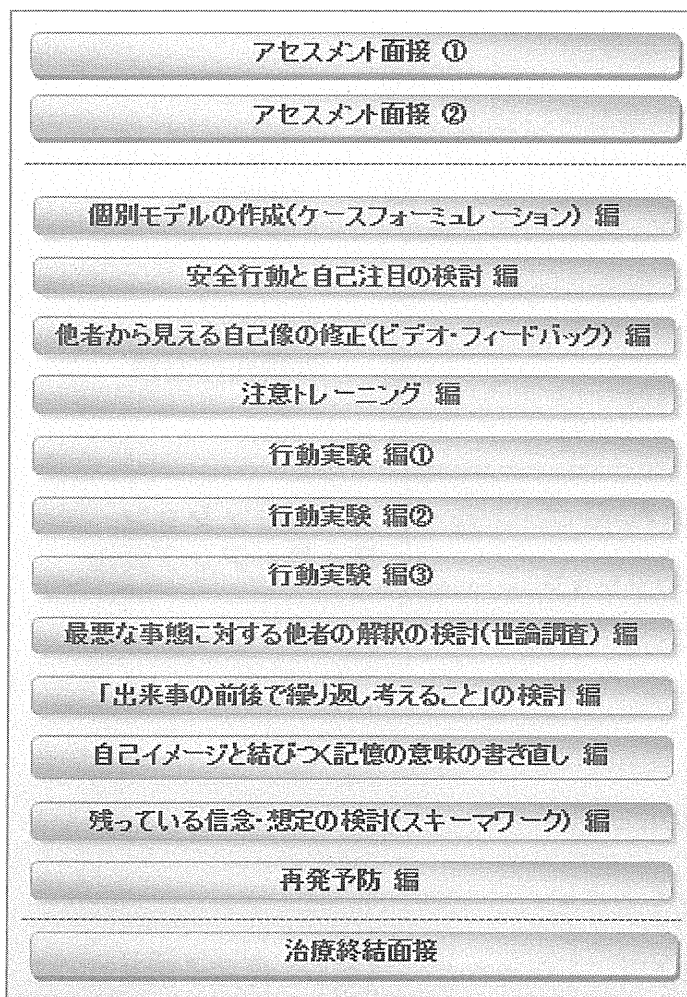
フォローアップ面接は1ヶ月後、3ヶ月後、半年後、1年後などに実施し、再発予防を行うこと。

## 認知行動療法の全体的な構成

### 【セッションの進め方】

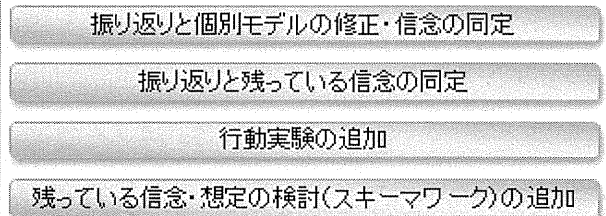
原則的には、マニュアルに記載されている順番で進めること。ただし、治療者の判断により、セッションの順番を入れ替えることは可能である。会議やPTA、お茶会などのイベントと、行動実験の時期が大幅に異なる場合などは、行動実験のセッションの順番を入れ替えることで、行動実験が患者にとって、より有益なものになるからである。その際、特に初心者は、グループスーパービジョンや個人スーパービジョンで優先度等を含めて検討することが望ましい。

また本マニュアルは、4回分の予備セッションを設けている。この予備セッションは、患者の理解の程度とセッションの進行を合わせること（復習）や、患者個別の症状や問題に合わせることを目的として活用してほしい。言い換えれば、本マニュアルは患者に合わせてセッションの構造をカスタマイズできるように配慮されている。



※患者に合わせて、理解が難しかったセッションの復習や、以下のセッションなどを参考に、4セッション分を追加または挿入し、合計16セッションを構成すること。

追加セッションの例



各セッションで設定する宿題は、「付録資料 B：ホームワークリスト」を参考にすると良い

## 社交不安障害の重症度を評価するツール

治療効果判定や、治療標的の明確化や優先順位の決定、さらに、認知モデルの各構成要素の具体例をリストアップする際に、以下の評価尺度が有用であるだろう。主に Clark らの研究グループが用いている評価尺度を挙げている。また、患者に負担がない範囲で、抑うつ気分や機能障害の程度を評価する尺度を、別途追加することも推奨される。

### ■日本語版での標準化がなされている評価尺度

- ・ Liebowitz 社交不安障害評価尺度：Liebowitz Social Anxiety Scale 日本語版 (LSAS-J)
- ・ 社会恐怖尺度：Social Phobia Scale 日本語版 (SPS-J)
- ・ 社会的相互作用不安尺度：Social Interaction Anxiety Scale 日本語版 (SIAS-J)
- ・ 否定的評価懸念尺度：Fear of Negative Evaluation Scale (B-FNE)
- ・ 社会不安障害尺度：Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI)

### ■日本語版での標準化がなされていないが、有用と思われる評価尺度

- ・ 恐怖症状質問票（社交不安版）：Fear Questionnaire-Social Phobia (FQ-SP)
- ・ 社交不安の一週間要約尺度：Social Phobia Weekly Summary Scale (SPWSS)
- ・ 対人認知質問紙：Social Cognitions Questionnaire (SCQ)
- ・ 対人行動質問紙：Social Behaviors Questionnaire (SBQ)
- ・ 対人心構え質問紙：Social Attitudes Questionnaire (SAQ)

## 目次

|                                  |       |      |
|----------------------------------|-------|------|
| アセスメント面接                         | ・ ・ ・ | P 9  |
| 個別モデルの作成（ケースフォーミュレーション） 編        | ・ ・ ・ | P 10 |
| 安全行動と自己注目の検討 編                   | ・ ・ ・ | P 11 |
| 内的情報に基づく自己イメージの修正（ビデオ・フィードバック） 編 | ・ ・ ・ | P 12 |
| 注意トレーニング 編                       | ・ ・ ・ | P 13 |
| 行動実験 編                           | ・ ・ ・ | P 14 |
| 最悪な事態に対する他者の解釈の検討（世論調査） 編        | ・ ・ ・ | P 15 |
| 「出来事の前後で繰り返しやること」の検討 編           | ・ ・ ・ | P 16 |
| 自己イメージと結びつく記憶の意味の書き直し 編          | ・ ・ ・ | P 17 |
| 残っている信念・想定 of 検討（スキーマワーク） 編      | ・ ・ ・ | P 18 |
| 再発予防 編                           | ・ ・ ・ | P 19 |
| 治療終結面接                           | ・ ・ ・ | P 20 |
| 参考文献等                            | ・ ・ ・ | P 21 |

付録資料 A：アセスメントシート

付録資料 B：ホームワークシートリスト

付録資料 C：典型的な自動思考・安全行動・信念リスト

付録資料 D：「ビデオフィードバック 編」 セッション記録用紙

付録資料 E：行動実験リスト

付録資料 F：スキーマワークリスト

付録資料 G：再発予防シート

■目標 - 解決すべき問題と目標の明確化

社交不安障害のアセスメント面接を実施するに当たり、下記の内容を把握・理解しておくこと。

社交不安障害の定義（DSM-IV）の概要 (Stein MB & Stein DJ.; 2008)

1. 対人場面・行為状況（人前でのスピーチ、食事、電話など）における、顕著で持続的な恐怖
2. 恥をかいたり、恥ずかしい思いをするような形で行動することを恐れている
3. 恐怖している社会的状況では、ほとんど必ず不安反応が誘発される
4. 患者は恐怖が過剰であること、または不合理であることを認識している
5. 恐怖している対人場面・行為状況を回避する、または強い不安・苦痛を伴って耐え忍んでいる

社交不安障害の疫学的特徴 (Stein MB & Stein DJ.; 2008)

- ・一般人口の 2-3% で、高い有病率を持つ (ex. ウッチャンナンチャンの南原さん：カミカミ星人)
- ・発症年齢が若い（平均 13 歳）、社交不安が自分の性格と捉えられやすく、未治療であることが多い。
- ・成人になってから突然発症する場合もある。
- ・併存疾患を有する人が多い（うつ病、その他の不安障害、アルコール依存など）。
- ・薬物治療で寛解しない症例が多く慢性の経過をたどることが多い（治療反応率 50% 以下）。

社交不安障害の成因と治療の概要 (田島;2006)

- ・成因について—明確な発症の原因は、現在のところ明らかになっていない。しかし、遺伝子多型に由来する発症脆弱性（生物学的要因）、不安や恐怖の条件付けに伴って起こる認知の歪みと回避行動、そして脳内の不安恐怖回路の機能調節の異常など、様々な要因が複合的に関与していると考えられている。
- ・薬物治療の作用について—抗うつ薬、抗不安薬などは、扁桃体（情動反応の中核）を中心とした不安恐怖回路の過剰な活動を直接的に抑制し、恐怖反応を抑制することで、症状の改善を図る（ボトムアップ）。
- ・認知行動療法の作用について—非機能的な認知（物事の捉え方）に伴って起こる過剰な恐怖や不安反応と、回避行動の悪循環を、主に認知・行動的側面に働きかけることで、症状の改善を図る（トップダウン）。

■手順

把握しておくべき情報の主な例を以下に示す（「付録資料 A：アセスメントシート」を参考にしてもよい）。

- ・主訴（主訴やきっかけ、これまでの対処、社会資源 など）
- ・現在の生活状況（職業、家族構成、日常生活 など）
- ・生活歴（出生・生育地、幼少期の家族構成、学歴・学校生活状況、職歴・職業状況、その他の家族歴・ライフイベント、既往歴・治療歴、生活習慣 など）
- ・ライフチャートの作成すること（主訴に関する苦痛度や不安度、機能障害度が、生活歴の中でどのように変化したか点数化）
- ・主訴に対する目標設定：
  - ①短期（この 1～2ヶ月で達成したいこと）
  - ②中期（治療終了時に達成したいこと）
  - ③長期（数年後に達成したいこと）
 （特に短期・中期目標は、セッションが進む中で、より現実的・具体的な目標になるよう適宜修正を行うこと）

※社交不安に関する情報を事前に把握するために、SPWSS、SAQ、SBQ、SCQ などの尺度を HW で記入頂くことも有用であるだろう。



■目標 - 患者が社交不安の問題を維持する「悪循環」に気づく

■理論背景

以下の3つの要因と各構成要素の関連が、社交不安が維持される要因といわれている。

①内的な情報へ注意がシフトすること

-自分の行為、身体感覚、記憶や思考のモニタリングにより、他者の反応に気づくことができない

②内的な情報に基づいて、自分が他者にどう映っているか推論すること（反芻を含む）

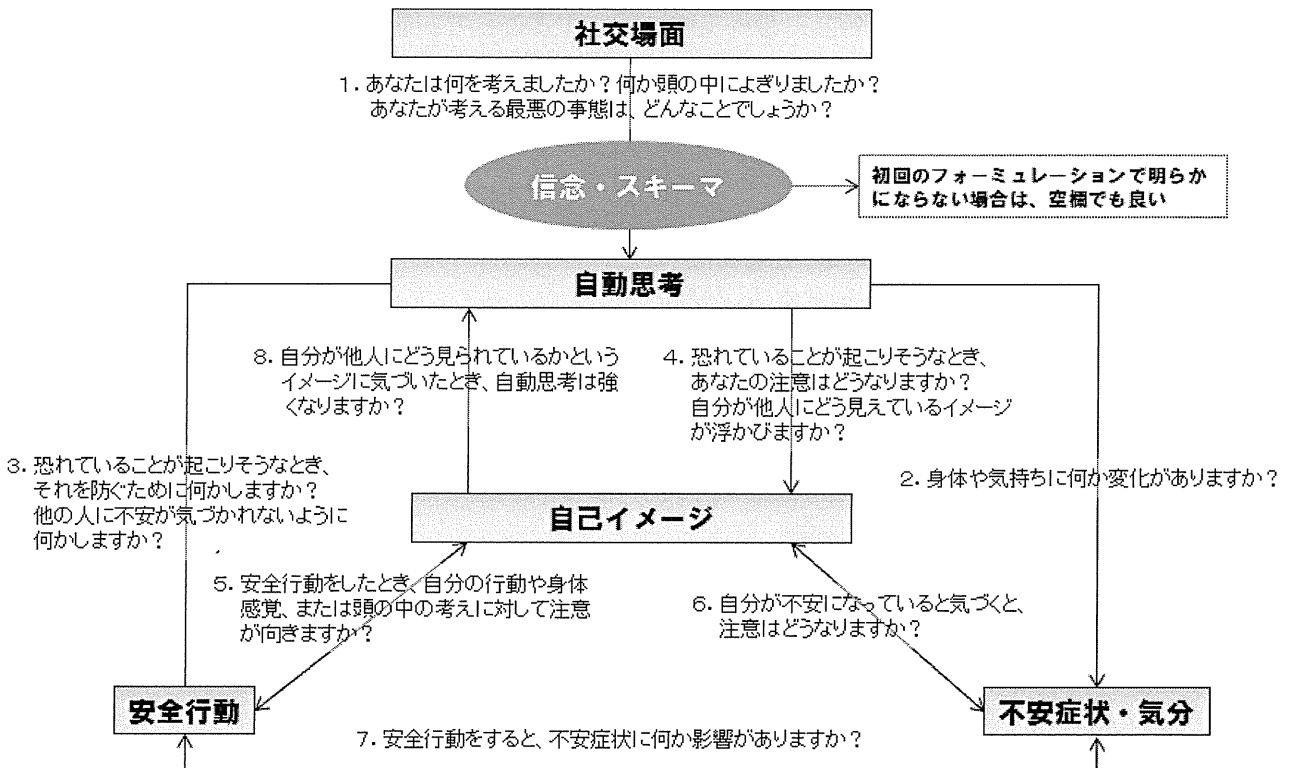
-自分の身体感覚と感情を材料に自己イメージを構築するため、「自分が不安と感じている、自分が動悸や震えを感じているから、見た目も震えていて不安そうに見えるだろう」と、否定的イメージを過大評価する

③安全行動を続けること（回避を含む）

-恐れている結果を過剰に防ごうとすることで、不安は持続し、また他者に奇妙な行動と捉えられてしまう

■手順

1. 社交場面で不安が生じる典型的な場面、または最近強く不安を感じた場面を同定する。
2. 不安症状・気分を同定する。
3. 自動思考を同定する。
4. 安全行動を同定する。
5. 自己イメージ（注意の対象を含む）を同定する。
6. 他の不安を感じる社交場面を取り上げ、認知モデルを拡充する（行動実験までにモデルを洗練させる）
7. 各構成要素の関連や悪循環について話し合う。  
(これからのセッションでは、この認知モデルの鍵となる要素を取り扱っていくことを説明する)
8. 宿題：セッションで扱った以外の社交場面での出来事について、認知モデルを用いて分析する「付録資料B：ホームワークシートリスト ①」。



個別モデルと各構成要素を引き出す質問例

※個別モデル作成は、ホワイトボードを介して作成すると良い。特に治療初期は、治療者も患者の恐怖の対象となっている場合があり、自分の思考へのアクセスが困難になる場合がある。一枚の個別モデル用紙を一緒に眺めながら作成する方法も良い。  
 ※患者の記載が進まない場合は、「付録資料C：典型的な自動思考・安全行動・信念リスト」を参考に、典型例を提示してもよい。

■目標 - 患者が、社交場面における「安全行動と自己注目」が、不安を高めていることに気づく

### ■理論背景

・安全行動は、最悪（破局的）な事態を防ぐために用いられる。しかし実際は、反証の機会を失うことで不安が持続する、安全行動のモニタリングにより自己注目が高まる、また安全行動を行うことで、他者はより一層、不安症状に気づきやすくなってしま（不安症状も生じやすくなる）という問題に繋がっている。

### ■手順

※本セッションのビデオ録画は、「他者から見える自己像の修正 編」で用いる。必要に応じて、「次のセッションで使うものです」と伝えてもよい。ただし、「撮影されている」という評価懸念（不安症状の増大）が生じる場合があるため、ロールプレイの際は、カメラを患者の目につきにくい場所に設置するべきである。また、患者の姿だけでなく、他者とのやりとり全体が見えるよう撮影し、患者が自分と他者の様子を客観的に観察可能となる（相手のあくびに気づかなかったなど）。

#### 1. セッション内で行うことが可能で、不安を誘発するような他者とのやり取りの課題（自己紹介、お茶を飲みながら談話する など）をいくつかリストアップする。

（治療者以外の同僚や事務員などの第3者を相手に行うことが望ましい。不安が弱すぎる場合は、第3者を複数名参加させる。不安が強くなりすぎる場合は、事前に第3者と短時間の会話時間を設けたり、ビデオチャットによる方法などを用いる：適度な不安のレベルの目安 50/100 点）。

#### 2. 設定した課題（状況）で起こる最悪な事態と、それを防ぐための安全行動を同定する（「付録資料 C：典型的な自動思考・安全行動・信念リスト」や、作成した認知モデルを用いると良い）。

（同定された安全行動が多くある場合は、自己注目を喚起させやすい行動を3～5つほどに絞ると良い）。

#### 3. 安全行動をやる場合と、やらない場合のロールプレイを行うことを伝え、事前の質問を行う。

- ・何が上手くできませんか？それはどれくらいできませんか？（0-100）
- ・典型的な不安症状は何が起こると思いますか？（赤面、震え、どもり、予想もしない不安症状など）その出現確率は？（0-100）
- ・どのような印象を与えますか？（つまらない、ばかだ、ネタがない、などが露呈される）

#### 4. 「同定した安全行動を確実に実践することと、他者にどのように見られているか考えること」に集中するよう教示し、課題を遂行させる。次に、「同定した安全行動を全てやめて、他者との会話の内容（難しいければ表情や頷く頻度、アイコンタクト、服の色）など自分以外の情報に注目し、自分に注意を絶対向けないこと」を教示し、課題を実践させる。

※「安全行動あり+自己注目」「安全行動なし+外部注目」の直後に、以下の項目に従い、それぞれ課題チェックを行うこと。

- ・リストアップした安全行動は行えましたか？（0-100；全くできなかった-全てできた）
- ・どれくらい自分に注目できましたか？（0-100；全く注目できなかった-完全に注目できた）

#### 5. それぞれの課題について、下記の項目について評定を行う

- ・恐れていた最悪な事態は起こりましたか？（0-100；全く起こらなかった-思った通りに起こった）
- ・やり取りの間に、どれくらい不安を感じましたか？（0-100；全く感じない-恐ろしいほど感じた）
- ・出現した不安は、予想した不安より大きかったですか？（0-100；全く感じなかった-非常に大きく感じた）
- ・上手に振る舞えたと思いますか？（0-100；とても下手だった-とても上手かった）
- ・「相手にどんな印象を与えているだろうか」というイメージを体験しましたか？（はい-いいえ）

#### 6. 評定結果を元に、安全行動と自己注目をする、しないことのメリットとデメリットを話し合う

#### 7. 宿題：実生活の中で、安全行動と自己注目をする場合としない場合を実践し、不安感や疲労度の違いを比較する。不安が強い場合は、家族や友人の前で試しても良い。それも難しい場合は、認知モデルシートや日記を用いて、不安を感じる社交場面で行っている安全行動と、自分に対する注目の有無、そして不安症状や気分の状態を思い出して記録する「付録資料 B：ホームワークシートリスト ②」。

- 目標 - 患者が「内的情報に基づく自己のイメージ」と「客観的に見た現実的な自分の姿」の違いに気づくことができる

■理論背景

- ・内的な情報に基づいて、自分が他者にどう映っているか推論していることが多い。つまり、自分の身体感覚と感情を材料に自己イメージを構築するため、「自分が不安と感じている、または、自分が動悸や震えを感じているから、他者からも震えていて不安そうに見えるだろう」と、現実の姿よりも過大に、ネガティブな自己イメージを形成している。
- ・不安症状を隠すための安全行動によって、より奇妙な行動や期待しない反応（赤面を隠そうと手で顔を覆うと余計に目立つ、小さな声で早口で話すと注意深く話を聞かれたり、聞き直しをされる など）が作り出されている場合もある。

■手順（付録資料D:「ビデオフィードバック 編」セッション記録用紙 を参照せよ）

1. 目を閉じてもらい、「安全行動と自己注目の検討 編」で撮影したビデオに、自分がどのように映っているか思い浮かべてもらう（自己イメージの同定）。
2. 「1」のイメージを示す具体的、かつ、観察可能な特徴や不安症状（赤面、手や声の震えなど）が、どのように映っているか（目に見えて震えている、チークで塗ったように赤くなっている、5秒間の沈黙があるなど）を話し合う。その際、患者の頭の中にあるイメージの中で、ビデオ上で観察可能なものに焦点を当てること。  
（頭の中でイメージする姿（震えなど）をその場で再現し、別途ビデオ撮影することも良い）
3. 「2」でリストアップした観察項目の、度合い（蕁麻疹のように赤く、痙攣のようにひどく など）、出現確率（赤面や震えが出たか など）、持続時間などの予想を、点数（0-100）や時間として評定する。
4. ビデオの中に映っていると予想される自分姿（「1」や「2」の自己イメージ）について評定してもらう。
  - ・ イメージの鮮明さ：例「イメージがどれくらい鮮明に思い浮かびますか？」（0-100）
  - ・ イメージの辛さ・不安度：例「イメージすることはどれくらい辛いですか？」（0-100）
  - ・ イメージの確信度：例「イメージが、ビデオで客観的に見たときにも同じように映っていると思いますか？」（0-100）
5. ビデオの中に映っていると予想される姿に対する、他者の反応を予想する（否定的な予測や信念の同定）
6. ビデオを視聴する。  
※ビデオを見る際には、見知らぬ別の人を見ているかのように観察するよう伝える。見えること、聞こえることにだけ注目し、「感じること」は無視するよう教示する。自分が他者にどう映っているかというイメージと、実際のビデオに映った姿との相違を、患者が最大限観察できることであるが、ビデオを見ることで、その時の不安感情を再体験する場合がある。つまり、自分の感情をビデオのイメージに投影してしまう可能性があるため、この手順が重要となる。
7. ビデオを視聴した後に、「1」～「4」の再評定を行う。
8. ビデオを視聴した後に、自己イメージの予想と実際の結果、安全行動の行う場合と行わない場合の相違、などについて話し合う。また、より負担の少ない行動の仕方や振る舞い方についても検討する。
9. 宿題：「安全行動と自己注目」と「ビデオフィードバック」のセッションを通して、安全行動をやること、やらないことの不安度や疲労感の違い、そして自分に合った行動の仕方を増やしていく「付録資料B：ホームワークシートリスト ②」（前回と同じもの）。

■目標 - 自分自身（行為、身体感覚、記憶や思考）への内的な注意を減らし、注意を柔軟にすることができる。

■理論背景

・自分の行為、身体感覚、記憶や思考をモニタリングすることによって、注意が自分自身に向いてしまう場合が多い。そのため、患者は他者の反応（ポジティブ・ネガティブな評価）に気づくことができない。

■手順

1. 注意を柔軟にすることは、練習を必要とするスキルであることを伝える。

2. 非社交状況において、注意の焦点を外部に向ける練習をする。

（ヒトは、様々な感覚の中でも視覚が優位であるため、視覚情報のトレーニングから始めると良いだろう。逆に、視覚以外の感覚を扱う際は、目を閉じて行くと、それぞれの感覚に注意が集中しやすい）

例

視覚：部屋に存在するあらゆる色の種類を数える、それぞれの色の濃淡、光と影、反射、治療者の洋服の色、髪の色やツヤ、メガネの汚れ など

聴覚：目を閉じて聞こえてくる診察室内の音（時計やパソコンの音）、診察室の外の足音や話し声、音楽を流してそれぞれの楽器の音を追う（ギター、ベース、ドラムのリズム）

嗅覚：診察室内の匂い（アルコール臭や服の匂い）、飲み物（コーヒー）などがあればその匂い など

味覚：飲み物（コーヒー）などがあれば、飲んだ時の味や後味の違い（苦味や甘味、酸味の変化） など

触覚：座っている椅子、診察台、机の材質や温度 など

3. 非社交状況において、外部のものに没頭できるようになったら、自分の思考と外部の情報に、交互に注意を集中させる。

（例えば、給料や昇進、子どもの育児など、社交場面以外の最近の悩みについて少しの間考えさせ、次に自分の思考から離れて外の情報に注意を向ける。最近の悩み事で頭が一杯になるほど有効である）

4. 社交状況において、自分自身（行為、身体感覚、記憶や思考）へ注意を向けず、相手（セラピスト）の情報に注意を向ける。

（例えば、相手の服装の柄や肌のつや、メガネのデザイン、顔は一重か二重か、など。また、苦手な社交場面を設定してのロールプレイを行いながらでも良い。）

5. 宿題：一日に一回以上、「2. ～ 4.」のいずれかの注意トレーニングを行い、その内容と日付を記録する。

また、注意を外に向けることで新しく気づいたこと・発見したことについても記載すること「付録資料B：ホームワークシートリスト ③」。

（社交場面で不安が強いことで会話のやりとりに集中できない場合や、コミュニケーションがない対人場面（会議やPTAへの参加など）の場合は、自分自身（行為、身体感覚、記憶や思考）への注意だけは一切行わず、外部の情報（参加者の年齢、男女比、髪の色 など）に注意を向けるよう指示する）