

## 第102回日本精神神経学会総会

専門医を目指す人の特別講座

## 不安障害の診断と治療 ——パニック障害，社会不安障害，強迫性障害——

傳田 健三（北海道大学大学院医学研究科精神医学分野）

### I. はじめに

不安障害とは、不安を主症状とする疾患であり、DSM-III<sup>1)</sup>から新たに設けられたカテゴリーである。その中の主な疾患としては、「パニック障害」「強迫性障害」「社会不安障害（社会恐怖）」「外傷後ストレス障害（PTSD）」などが含まれる。

不安は健康な人間にも生じるものであり、それだけでは病気とはいえないことは言うまでもない。不安障害の人の不安は、性質も、強さも、健康な人の不安とは異なり、そのために日常生活に著しい障害が生じているのである。不安障害は、健康な人間の心理の延長線上にある病気であるが、特有の悪循環過程ができ上がっていることが特徴である。いわゆる「精神病」ではなく、大きな身体の病変によるものでもない。本人は症状に苦しんでおり、その悩みは理解可能なものと言うことができる。

不安障害は、これまで心因によって生ずる病気と考えられてきたが、近年の研究により、心理的要因だけでなく、体質的要因、社会文化的要因などが相互に関連して起こることが明らかになってきた。どの要因が強く働いているかは、個人によってさまざまである。とくに神経生物学的研究が進み、生物学的基盤が解明されつつある。

本講座では不安障害の中から「パニック障害」「強迫性障害」「社会不安障害」を取り上げて、そ

の診断と最新の治療について詳しく解説を行いたい。

### II. パニック障害

#### 1. パニック障害はどんな病気か

パニック障害とは、表1<sup>2)</sup>のような急性の不安発作（パニック発作）が頻発する状態である。パニック発作は、急激に出現する強い恐怖感、不安感、あるいは不快感を特徴とする。突然、表1の症状のうち4つ以上が出現し、10分以内に頂点に達する。

そのようなパニック発作が頻発すると、次第に、また発作が起きるのではないかとという「予期不安」が出現してくる。さらに、発作により「コントロールを失うのではないかと」「心臓発作を起こすのではないかと」「気が狂ってしまうのではないかと」などといった「過剰な心配」が持続する。

さらに、パニック発作が頻発すると、地下鉄に乗るのが怖い、飛行機に乗ることができない、外出するのが怖いなどの「広場恐怖」を呈し、生活が著しく障害されるようになる人もいる。また、パニック障害を放置すると、「うつ状態」へ移行する場合がある。

パニック障害は、かつて「不安神経症」「心臓神経症」と呼ばれた病態である。パニック障害は身体症状が表面に出るため、正しい診断と治療が

表1 パニック発作の診断：DSM-IV<sup>2)</sup>

- 強い恐怖または不快を感じるはっきり他と区別できる期間で、その時、以下の症状のうち4つ以上（またはそれ以上）が突然に発現し、10分以内にその頂点に達する。
- (1) 動悸、心悸亢進、または心拍数の増加
  - (2) 発汗
  - (3) 身震いまたは震え
  - (4) 息切れ感または息苦しさ
  - (5) 窒息感
  - (6) 胸痛または胸部不快感
  - (7) 嘔気または腹部の不快感
  - (8) めまい感、ふらつく感じ、頭が軽くなる感じ、または気が遠くなる感じ
  - (9) 現実感消失（現実でない感じ）、または離人症状（自分自身から離れている）
  - (10) コントロールを失うことに対する、または気が狂うことに対する恐怖
  - (11) 死ぬことに対する恐怖
  - (12) 冷感または熱感
  - (13) 異常感覚（感覚麻痺またはうずき感）

なされていない場合がある。初診時に精神科を受診する人は約10%で、90%以上は一般診療科を受診する。近年の研究により、パニック障害の生物学的基盤が解明されつつある。

## 2. パニック障害の診断

DSM-IV<sup>2)</sup>のパニック障害の診断基準を表2に示した。DSM-IVでは、広場恐怖を伴うパニック障害と広場恐怖を伴わないパニック障害に分かれる。パニック障害のパニック発作は、少なくとも1回は予期しない（自然の、前触れの無い、突然の）発作が存在することを特徴とする。表2のAからDのすべてを満たしたときパニック障害と診断される。

## 3. パニック障害の悪循環過程（図1）<sup>5)</sup>

パニック障害の人は身体の症状に敏感で、ストレスに対して身体のバランスを崩しやすい傾向がある。慢性的なストレス状況、疲弊状態が持続していることが少なくない。ストレスが持続すると、パニック発作の前兆としての些細な身体的変調（軽い動悸、息苦しさ、めまいなど）が起こり、

表2 パニック障害の診断：DSM-IV<sup>2)</sup>

- A. (1)と(2)の両方を満たす。
  - (1) 予期しないパニック発作が繰り返し起こる。
  - (2) 少なくとも1回の発作の後1ヶ月間（またはそれ以上）、以下のうちの1つ（またはそれ以上）が続いていたこと：
    - (a) もっと発作が起こるのではないかとこの心配の継続
    - (b) 発作またはその結果がもつ意味（例：コントロールを失う、心臓発作を起こす、“気が狂う”）についての心配
    - (c) 発作と関連した行動の大きな変化
- B. 広場恐怖が存在する（または存在しない）。
- C. パニック発作は、物質（例：乱用薬物、投薬）または一般身体疾患（例：甲状腺機能亢進症）の直接的な生理学的作用によるものではない。
- D. パニック発作は、以下のような他の精神疾患ではうまく説明されない。例えば、社会恐怖（例：恐れている社会的状況に曝露されて生じる）、特定の恐怖症（例：特定の恐怖状況に曝露されて）、強迫性障害（例：汚染に対する強迫観念のある人が、ごみや汚物に曝露されて）、外傷後ストレス障害（例：強いストレス因子と関連した刺激に反応して）、または分離不安障害（例：家を離れたり、または身近な家族から離れたたりしたとき）

発症準備状態ができあがる。

そのような状態において、ある日突然強いパニック発作が出現する。その時、強い死の恐怖、重大な疾患ではないかという過剰な不安を感じる（破局的解釈）。発作が治まっても、また発作が起こるのではないかという不安が生じる（予期不安）。その不安のため、体調の変化に過剰に注意が向き、身体症状に固執するようになる。身体症状に注意が引きつけられると、些細な身体症状がより起こりやすくなり、実際にパニック発作に発展してしまうのである（悪循環の形成）。

パニック発作が頻発すると、発作を起こしやすい状況や援助を求められない空間に対する回避行動が引き起こされる（広場恐怖）。この回避行動が、さらに身体症状に敏感にさせ、注意を身体的変調に向けさせ、結果としてパニック発作をさらに引き起こしやすい状況が作られていく。

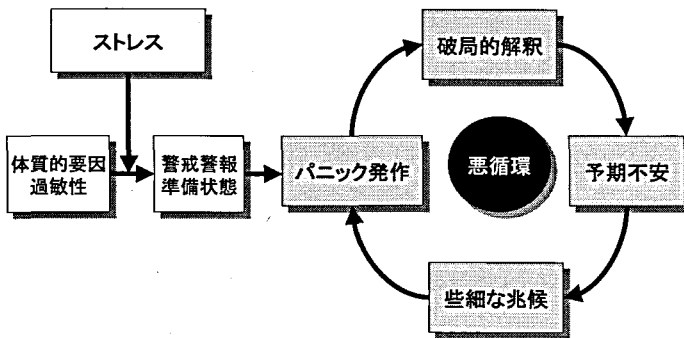


図1 パニック障害の悪循環過程 (傳田, 2006)

#### 4. パニック障害の治療

パニック障害の治療の第一は心理教育である<sup>4)</sup>。パンフレットを用いながら詳しい病気の説明を行う。身体的な検査を十分にを行い、心臓などの内科的疾患でないことを保証する。そして、治療の方法や今後の見通しについて説明していく。

薬物療法は、原則として、抗うつ薬 (SSRI のフルボキサミン、パロキセチンあるいは三環系抗うつ薬のイミプラミン、クロミプラミン) 単剤で治療を開始し、ベンゾジアゼピン系抗不安薬 (ロラゼパム、アルプラゾラムなど) を頓服として用いる。しかし、発作が消失したら、抗不安薬は漸減・中止し、なるべく抗うつ薬単剤を使用するようにする。抗うつ薬は十分量を十分期間継続する必要がある。また、うつ病が合併する場合は、SSRI にこだわりすぎず、うつ病の治療を優先させる必要がある。薬物療法は1年以上継続すると再発しにくいと言われている。

精神療法としては、一般には支持的なアプローチが行われる。症状や不安の程度を十分に聞き、苦しみを理解する。そして、問題点を整理し、発作時の対処の仕方や不安を乗り越える方法などについて助言していく。広場恐怖に対しては、段階的に行動範囲を広げる練習をする行動療法が行われる。認知行動療法や森田療法が適応の場合も少なくない。

### III. 社会不安障害

#### 1. 社会不安障害の診断

社会不安障害 (社会恐怖ともよばれる) は、対人交流場面における強い緊張や恐怖感を特徴とし、過度に恥ずかしがったり、他人からの評価を強く恐れたりする疾患である。

具体的には、他人と話をしたり、人前で行動したりする社会的状況において、変に思われるのではないかと、恥をかくのではないかと心配し恐れることが特徴である。そのような状況に入ると強い不安が生じ、激しい苦痛を感じる。そのため、そのような状況なるべく避けようとする。やむを得ずそうした状況に入らなくてはならないときは、強い苦痛を堪え忍んでいる。日常生活や仕事上で、大きな支障が生じていることが少なくない。表3<sup>2)</sup>にDSM-IVの診断基準を示した。

社会不安障害に似ている病態として、わが国では「対人恐怖症」という状態がある。これは現在では、社会不安障害と概ね同じ概念であり、わが国特有の一型と考えられている。社会不安障害と対人恐怖症の関係を図2<sup>3,6)</sup>に示す。

これまで、社会不安障害や対人恐怖症は、本人の性格の問題として誤解されてきた。しかし最近の研究によると、多くの人たちがこの問題で悩み (一般人口の3~13%)、社会生活において大きな障害を生じていることがわかってきた。さらに、薬物療法や精神療法を用いた適切な治療により改善することが解明されてきた。社会不安障害は、

表 3 : 社会不安障害の診断 : DSM-IV<sup>2)</sup>

- A. よく知らない人達の前で他人の注視を浴びるかもしれない社会的状況または行為をするという状況の1つまたはそれ以上に対する顕著で持続的な恐怖。患者は、自分が恥をかいいたり、恥ずかしい思いをしたりするような形で行動(または不安症状を呈したり)することを恐れる。  
注: 子どもの場合は、よく知っている人とは年齢相応の社会関係を持つ能力があるという証拠が存在し、その不安が、大人との交流だけでなく、同年代の子どもとの間でも起こるものでなければならない。
- B. 恐怖している社会的状況への暴露によって、ほとんど必ず不安反応が誘発され、それは、状況依存性または状況誘発性のパニック発作の形をとることがある。  
注: 子どもの場合は、大声で泣く、かんしゃくを起こす、動作が止まってしまう、またはよく知らない人と交流する状況から遠ざかるという形で、恐怖が表現されることがある。
- C. 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。  
注: 子どもの場合、こうした特徴のない場合もある。
- D. 恐怖している社会的状況または行為をする状況は回避されているか、またはそうでなければ、強い不安または苦痛を伴い耐え忍ばれている。
- E. 恐怖している社会的状況または行為をする状況の回避、不安を伴う予期、または苦痛のために、その人の正常な毎日の生活習慣、職業上の(学業上の)機能、または社会活動または他者との関係が障害されており、またはその恐怖症があるために著しい苦痛を感じている。
- F. 18歳未満の患者の場合、持続期間は少なくとも6ヶ月である。
- G. その恐怖または回避は、物質(例: 乱用薬物、投薬)または一般身体疾患の直接的な生理学的作用によるものではなく、他の精神疾患(例: 広場恐怖を伴う、または伴わないパニック障害、分離不安障害、身体醜形障害、広汎性発達障害、または統合失調病質人格障害)ではうまく説明されない。
- H. 一般身体疾患または他の精神疾患が存在している場合、基準Aの恐怖はそれに関連がない(例: 恐怖は、吃音症、パーキンソン病の振戦、または神経性無食欲症または神経性大食症の異常な食行動を示すことへの恐怖でもない)。
- ◆該当すれば特定せよ:  
全般性: 恐怖がほとんどの社会的状況に向けられている場合(例: 会話を始めたり続けたりすること、小さいグループに参加すること、デートすること、目上の人に話をする、パーティーに参加すること)。  
注: 回避性人格障害の診断の追加も考慮すること。

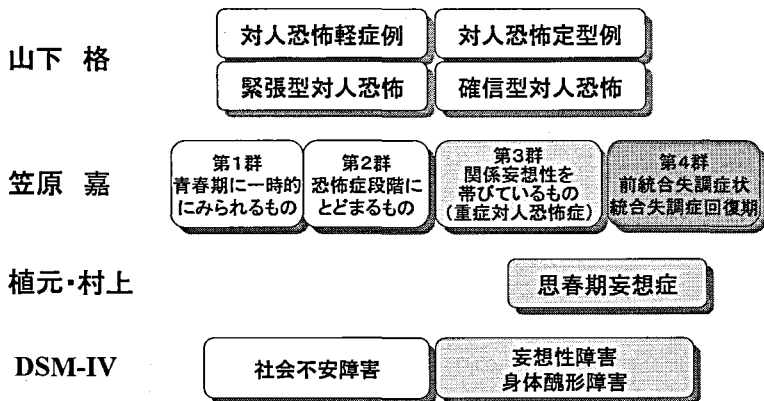


図 2 社会不安障害と対人恐怖の概念 (朝倉ら, 2000)

「若年で発症し、病気ではないと思われてきたが、きちんと治療すれば治る病気」であると言える。

## 2. 社会不安障害の症状

### 1) 社会不安障害

他人と話をしたり、他の人がいる前で何か行動したりする時に、自分の言動が不適切なために、恥ずかしい思いををするのではないかと、変に思われるのではないかと、軽蔑されるのではないかと恐れる。具体的には、人前で話をすること、小さなグループやパーティーに参加すること、目上の人と話をすること、見知らぬ人に話しかけること、他人の視線を浴びること、公共の場所で飲食すること、人前で字を書くこと、電話に出ること、公衆トイレで用を足すことなどを恐れる。

自分が恐れている対人関係や社会的状況に入ることによって、強い不安感、激しい苦痛が生じることになる。例えば、話している時に声が震えたり、顔が引きつったりしていると気づかれて恥をかくのではないかと考えて非常に不安になる。不安に伴う身体症状も現れやすく、顔の紅潮、動悸、手の震え、声の震え、発汗、胃腸の不快感、下痢などがみられる。本人は、自分の恐怖が過剰であることや不合理であることはわかっている。

恐怖している対人関係や社会的状況は、通常回避されている。やむを得ずそうした状況に入らなくてはならない時は、強い苦痛を耐え忍んでいる。恐怖している対人関係や社会的状況を回避したり、強い不安や苦痛を感じるにより、日常生活、仕事、社会生活に著しい支障が生じている。重症の場合は、全ての社会的状況に恐怖を感じて、引きこもってしまう場合もある。

初対面の人に感じる不安、あがり易さ、内気な性格は一般的なものであり、強い不安や回避行動のために著しい障害が生じていない場合は、社会不安障害とは診断しない。

特定の状況（例えば、公共の場所で飲食、人前で書字など）に限って症状を訴える「限局型」と、ほとんどの社会的状況において苦痛を感じ、回避する「全般型」に分けられる。

### 2) 対人恐怖症

対人恐怖症は、社会不安障害と概ね同じ概念であり、わが国特有の一種と考えられている<sup>9)</sup>。赤面恐怖（人前で顔が赤くなるのが苦痛）、自己視線恐怖（自分の視線がきついと悩む）、自己臭恐怖（自分から嫌な臭いが出ていると苦しむ）、醜形恐怖（自分の顔が醜いと悩む）などのタイプがある。

患者は、自分の赤面、きつい視線、嫌な臭い、醜い表情のために、周囲の人に不快感や緊張感を与えてしまっていると感じている（対人性をもつ身体的欠点の存在）。その存在に関する確信はきわめて強固である（確信性）。そのため周囲の人たちは、自分の不快な症状のために、目をそらしたり、下を向いたり、鼻をすすったり、咳払いをしたり、ひそひそと自分のことを話しているように感じる。周りの人がそのような行動をとるのは、自分の赤面、きつい視線、嫌な臭い、醜い表情のせいであり、それは、周囲の人の表情・動作・話し声から直感的に感じ取れると述べる（関係妄想性）。その症状のために周囲に迷惑をかけて申し訳ないと思っている（加害妄想性）。しかし、この妄想様体験は一定の範囲にとどまり、それ以上発展することはない。妄想的ではあるが、統合失調症の被害妄想とは明らかに異なる（限局性）。この症状のために周囲に不愉快な思いをさせ、自分も恐怖を感じるのには、学校や職場や近所の身近な人たちである。親や親友の前ではほとんど緊張せず、赤の他人にもあまり気づかいをせずにする（状況依存性）。

## 3. 社会不安障害の治療

社会不安障害の人は、自分の症状を病気ではなく性格の問題であると思っている人が多い。したがって、病気の内容、治療の方針、今後の見通しについて詳しく説明することが重要である。現在の症状は性格や身体疾患が原因のように見えるが、適切な治療により改善し、より充実した社会生活を送れるようになることを説明する。

薬物療法の第一選択薬は SSRI である。ベンゾ

ジアゼピン系抗不安薬は補助的に用いることが多い。例えば、ある特定の状況に限局して症状が出現する社会不安障害の場合には、その状況の前に抗不安薬を頓服するように工夫する。SSRIが無効な場合は、SNRI（セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬）や三環系抗うつ薬が用いられることもある。個人差はあるが、薬物療法は1年以上継続すると再発しにくいとされている。

精神療法の基本は一般的な支持的精神療法である<sup>6)</sup>。初診時には、十分な共感をもって熱心に耳を傾ける。症状に関する悩みを十分に聞き、長年堪え忍んできた苦しみ、他人にはわかってもらえなかったつらさを理解することに努める。精神療法的なアプローチの進め方としては、まず、症状を十分に把握することから始める。いつ、どのような状況で、どのように感じて、どのように考えて、どのように振る舞ってしまうのか、について詳しく聞いていく。治療者とともに問題点を整理し、現実在即した対処の仕方や生活の工夫を考えていくことを基本とする。そして、原則としては「症状を持ちながらも、なるべく普通の生活を前向きに進めていこう」「今、ここから、できることから始めよう」と伝え、励ましながら、建設的な行動には十分な賞賛を送っていく。

回避行動が著しい場合は、行動療法的に段階を設定して、一つ一つ慣らしていく方法をとることもある。症例によっては、認知行動療法や森田療法が有効な場合も少なくない。長年引きこもってしまっている場合は、病院のデイケア・作業療法や自助グループなどの社会資源を利用する。集団における対人関係の場で、安心感を得ながら、少しずつ現実的な対応の仕方や技術を身につけていくことが重要であると思われる。

#### IV. 強迫性障害

##### 1. 強迫性障害とはどんな病気なのか

強迫性障害とは、本人にとってはばかばかしい、無意味で不合理な考え・感情・行動が、繰り返し頭の中に生じて支配的となり、抑えようとしても抑えきれない状態である。かつて「強迫神経症」

と呼ばれたものである。

強迫症状は強迫観念（繰り返し頭に浮かぶ不吉な考えや衝動、嫌なイメージ）と強迫行為（手を洗ったり、順番に並べたり、点検したりする反復行動）に分けることができる。強迫性障害は以下の4つの特徴をもち、少なくとも2週間の間、ほとんど毎日存在することが特徴である。

- ①強迫症状は自分の心の中に生じたものであり、外部から影響を受けたものではない。
- ②強迫症状は反復して起こり不快であり、本人はそれが過剰である、あるいは不合理であると認識している（子どもの場合は認識していないこともある）。
- ③本人は強迫症状に抵抗しようとしている。
- ④強迫観念や強迫行為を実行することは、それ自体楽しいものではない。

表4にDSM-IV<sup>2)</sup>の診断基準を示した。軽い強迫症状（鍵やガス栓の確認など）は、健康な人にもみられるものだが、強迫性障害では、症状は本人にとって苦痛になっており、そのために日常生活に大きな障害が生じていることが特徴といえる。

以前は比較的まれな病気であると考えられていたが、近年の疫学調査では、生涯有病率は一般人口の2~3%にのぼっている。これまで、強迫性障害はなかなか治りにくい病気であると考えられてきたが、近年、薬物療法（特にSSRI）と精神療法（特に行動療法）を適切に行うことにより改善することが明らかになってきた。

##### 2. 強迫性障害の治療

強迫性障害の治療は、心理教育、薬物療法、心理社会的治療などを組み合わせた総合的なアプローチが必要である。強迫性障害の人は、症状をもっていてもそれを癖のようなものと考えていたり、病気ではないと思っていたりすることが多いので、症状発現から受診までに時間がかかることが多い。そこで、病気について、治療の方法について、今後の見通しについて詳しく説明する。治療に対するモチベーションがその成否を決めると言っても過言ではない。

表 4 強迫性障害の診断：DSM-IV<sup>2)</sup>

<p>A. 強迫観念または強迫行為のどちらか</p> <p>■強迫観念：(1)(2)(3)(4)によって定義される</p> <p>(1) 反復的、持続的な思考、衝動、または心像で、それは障害の期間の一時期には、侵入的で不適切なものとして体験されており、強い不安や苦痛を引き起こすことがある。</p> <p>(2) その思考、衝動または心像は、単に現実生活の問題についての過剰な心配ではない。</p> <p>(3) その人は、この思考、衝動、または心像を無視したり抑制したり、または何か他の思考または行為によって中和しようと試みる。</p> <p>(4) その人は、強迫的な思考、衝動、または心像が（思考吹入のように外部から強制されたものではなく）自分自身の心の産物であると認識している。</p> <p>■強迫行為：(1)(2)によって定義される</p> <p>(1) 反復行動（例：手洗い、順番に並べる、点検）または心の中の行為（例：祈る、数を数える、声を出さずに言葉を繰り返す）であり、その人は強迫観念に反応して、または厳密に適用しなくてはならない規則に従って、それを行うように駆り立てられていると感じている。</p> <p>(2) その行動や心の中の行為は、苦痛を予防したり、緩和したり、または何か恐ろしい出来事や状況を避けることを目的としている。しかし、その行動はそれによって中和・予防しようとしていることとは現実的関連をもっていないし、または明らかに過剰である。</p>	<p>B. この障害の経過のある時点で、患者は、その強迫観念・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。（注：これは子供には適用されない）</p> <p>C. 強迫観念または強迫行為は、強い苦痛を生じ、時間を浪費させ（1日1時間以上）、患者の正常な毎日の生活習慣、職業（学業）機能、または日常の社会的活動、他者との人間関係を著明に障害している。</p> <p>D. 他のI軸障害が合併している場合、強迫観念または強迫行為の内容がそれに限定されていない（例：摂食障害が存在する場合の食物へのとらわれ；<u>抜毛癖</u>が存在している場合の抜毛；<u>身体醜形障害</u>が存在している場合の外見についての心配；<u>物質使用障害</u>が存在している場合の薬物へのとらわれ；<u>心気症</u>が存在している場合の重篤な病気にかかっているというとらわれ；<u>性嗜好異常</u>が存在している場合の性的な衝動または空想へのとらわれ；または<u>大うつ病</u>が存在している場合の罪悪感の反復思考。</p> <p>E. その障害は、物質（例：乱用薬物、投薬）または一般身体疾患の直接的な生理学的作用によるものではない。</p> <p>◆該当すれば特定せよ： 洞察に乏しいもの：現在のエピソードのほとんどの期間、患者はその強迫観念および強迫行為が過剰であり、または不合理であることを認識していない。</p>
---	--

現在、強迫性障害に対する有効性が示されている薬剤は、選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）と三環系抗うつ薬のクロミプラミンである。SSRIは強迫性障害に対する第1選択薬である。効果発現までに6~8週間以上かかり、投与量もうつ病に対して用いるより高用量が必要なことがある。SSRIで効果がない場合には、三環系抗うつ薬のクロミプラミンを使用してみる。それでも効果がない場合には、他の作用をもつ薬物を併用することも選択肢の一つである。図3は、Goodmannら<sup>7)</sup>が提唱した強迫性障害に対する生物学的治療のアルゴリズムである。

精神療法的アプローチの基本姿勢は、症状を十分に聴いた上で、「今、ここから、できることから始めよう」「症状を持ちながらも、なるべく普通の生活をしていこう」という生活指導的アプロ

ーチである。

その上で行われる精神療法として最も用いられているものは行動療法である。とくに強迫行為に対して「曝露反応妨害法」が用いられる。強迫症状が生じる状況に直面しながら、そこで起こる強迫衝動や不安をそのままにして、強迫行為を行わないですませることで、強迫衝動や不安の減少を体験して症状の軽減を図っていく方法である。

まず、飯倉<sup>8)</sup>の図4を参考にしながら、強迫性障害の悪循環のメカニズムを説明する。ある刺激が生じる（物に触る）と強迫観念（不潔恐怖）が起こる。すると不安が増大する（バイ菌が付いたのではないか）。そこで強迫行為（手洗い）を行うと、一時的に不安が低下する。しかし強迫行為は麻薬のようなもので、少し不安になるたびに強迫行為をしないと気がすまなくなる、強迫行為を

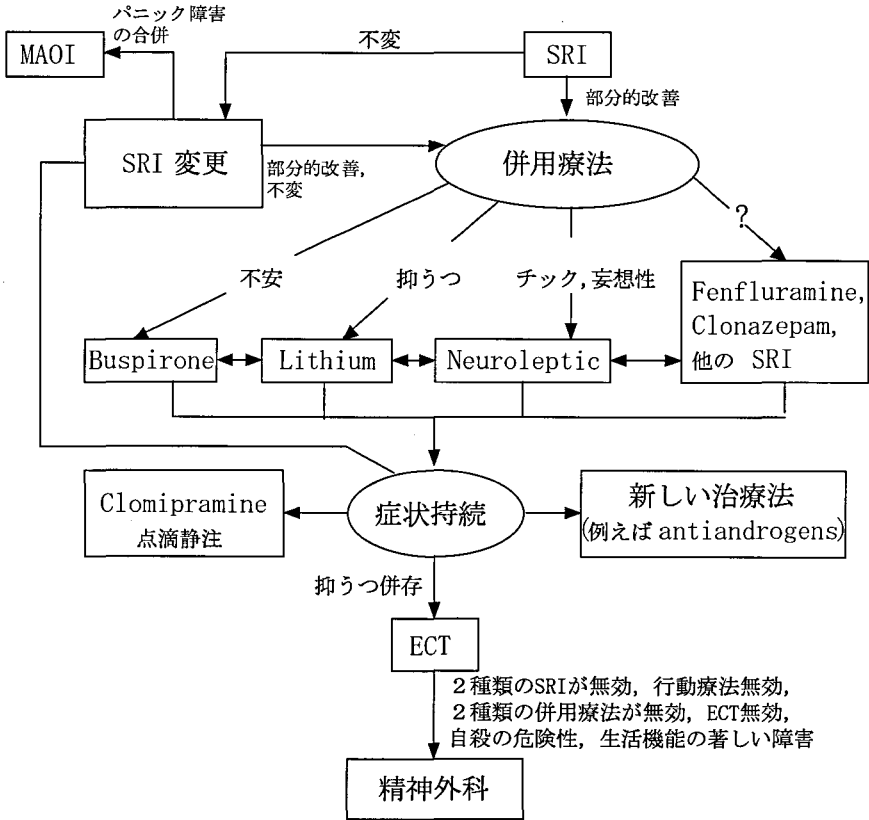


図3 強迫性障害に対する生物学的治療のアルゴリズム (Goodmann, et al., 1993?)

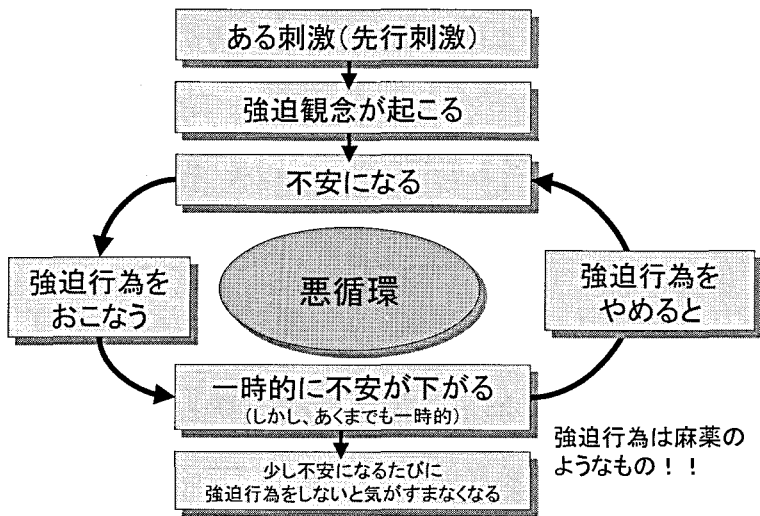


図4 強迫性障害の悪循環過程 (飯倉, 1999?)



止めるとさらに大きな不安が襲ってくるので、結局悪循環に陥ってしまう。したがって、我慢できるものから我慢していくのが治療であると説明する。

次に、恐怖の対象を不安の弱いものから強いものへと並べた不安階層表を作り、不安の少ないものから治療を始める。例えば、洗淨強迫の人は、不安の少ないものから実際に触ってみる。治療者は「手を洗いたくなくても我慢しよう」と助言する。初めは不安が少し強まるが、強迫行為をしない状態を続けると、時間とともに不安が軽減していくことを体験させるのである。一つ我慢できると他も我慢できるようになっていく。次第に強い不安対象へ治療を進めていく。認知療法的に「思考記録表」をつけて、自分の感情や行動を観察し、修正していく方法も行われる。

#### 文 献

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed (DSM-III). American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1980
- 2) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed (DSM-IV). American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1994 (高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸 訳: DSM-IV. 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 1996)
- 3) 朝倉 聡, 傳田健三, 小山 司: 対人恐怖/社会恐怖の薬物療法. 臨床精神医学, 29; 1121-1128, 2000
- 4) 傳田健三: パニック障害の薬物療法と精神療法. 臨床精神医学, 25; 1021-1027, 1996
- 5) 傳田健三: 小児のうつと不安—診断と治療の最前線—. 新興医学出版社, 東京, 2006
- 6) 傳田健三: 一般外来における対人恐怖の治療—対人恐怖と社会恐怖の異同も含めて—. 精神科治療学, 17; 1045-1050, 2002
- 7) Goodman, W.K., McDougle, C.J., Barr, L.C., et al.: Biological approaches to treatment-resistant obsessive compulsive disorder. J Clin Psychiatry, 54 (Suppl 6); 16-26, 1993
- 8) 飯倉康郎: 強迫性障害の治療ガイド, 二瓶社, 大阪, 1999