

社交不安症の援助要請における関連要因および促進方法に関するレビュー

上里 日奈子 お茶の水女子大学大学院 人間文化創成科学研究科
石丸 径一郎 お茶の水女子大学基幹研究院

要約

社交不安症罹患者に対する介入の遅れは病態の悪化につながるため、早期に適切な介入が必要とされている。しかし、罹患者は専門的な相談機関を受診しない傾向があるとされているため、援助要請行動を促進するために効果的な方法を検討することが求められている。そこで本研究では、これまでに検討されてきた社交不安症罹患者の援助要請と関連する要因を整理すること、ならびに関連要因を踏まえて検討されてきた援助要請行動の促進方法を紹介することを目的とした。その結果、社交不安症罹患者の援助要請には特徴が見られること、また、メンタルヘルスリテラシーの普及と ICT を活用した介入法の有効性が示唆されていることが確認された。

キー・ワード：社交不安症，援助要請行動，スティグマ，メンタルヘルスリテラシー，ICT

I はじめに

国際的な精神科診断基準である Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013) によると、社交不安症 (Social Anxiety Disorder; 以下、SAD と略記) とは、他者の注視を浴びる可能性のある社交場面で著しい恐怖または不安を抱き、苦手な社交場面を回避したり強い恐怖や不安を感じながらも耐え忍んだりすることで、日常生活に大きな支障をきたす精神疾患のことである。SAD は治療的な介入がなされないと症状が長期間持続して慢性化し、後にうつ病やアルコール依存などの他の精神疾患が二次障害として併存することが多くなるとされている (Stein et al., 2008)。このような病態の悪化を防ぐため、SAD 罹患者に早期に介入し、適切な治療を行うこ

とが必要だと考えられる。しかし、米国における大規模調査では、SAD を発症してから 1 年以内に治療を求めた罹患者はわずか 3% であり、最終的に治療を求めた罹患者が治療開始までにかかった期間の中央値は 16 年であったことが示された (Wang et al., 2005)。このことから、治療を求める人が少ないこと、治療を求めたとしても治療開始までにかかる期間は長期間に及ぶことが窺える。日本においても、確立された SAD の治療法がある (吉永他, 2016) もの、SAD 罹患者は医療機関を受診していない場合が多いことが示唆されている (音羽他, 2015)。したがって、早期に適切な支援へとつなげるため、心理援助の専門機関に対する援助要請行動を効果的に促進する方法を検討する必要があると言える。

受療行動や来談行動のように、問題の解決や軽

減のために他者に助けを求める行動のことを援助要請行動という(梅垣, 2014)。また, 治療や援助を受ける必要があるにもかかわらず, 専門的な相談機関を利用しない現象はサービスギャップ(service gap)と呼ばれている(Steffl et al., 1985)。SAD 罹患者において, 先述のような, 早期に治療的な介入をする必要があるにもかかわらず専門的な相談機関を受診しない傾向があるというサービスギャップの問題を改善するためには, まずどのような要因が援助要請プロセスの妨害・促進と関連しているかを検討し, そこから得られた知見を踏まえて, 援助要請行動の促進のために効果的な方法を検討することも重要であると考えられる。

そこで本研究では, 先行研究を概観し, これまでに検討された SAD 罹患者の援助要請と関連する要因を整理すること, ならびにこれまでに提案された援助要請行動の促進方法を紹介することを目的とする。

II SAD 罹患者の援助要請と関連する要因

1. SAD 罹患者の援助要請意図・行動の特徴

援助要請の関連要因について取り上げる前に, まずはどのくらいの SAD 罹患者が援助要請をしようという意図(援助要請意図)を持ち, 実際に援助要請行動をとるのかについて検討している先行研究を概観する。

最初に, 他の精神疾患と比較して検討している先行研究を紹介する。SAD 症状を発症した人物が描かれた短いエピソード(vignette)を用いた場面想定法によって, その登場人物に援助要請を勧めめるかどうか, もしくは登場人物が自分自身であったら援助要請意図を持つかどうかを尋ねることで, SAD 罹患者の援助要請意図・行動を検討した研究がいくつか見られた。Coles et al. (2010) は米国の公立大学の健常な学部生 284 人を対象に不安障害(SAD, パニック症, 全般性不安症, 強迫性障害)とうつ病の症例が描かれたエピソードを用いた場面想定法を行い, エピソードに登場する青年

に治療を勧めめるかどうかを尋ねた。その結果, SAD のエピソードに登場する青年に治療を勧めると回答した割合は研究参加者の 64.3%で, うつ病(82.9%), 強迫性障害(81.3%), パニック症(80.6%)に比べると低かった。また, Coles et al. (2016) が米国の高校生 1,104 人を対象に SAD とうつ病のエピソードを用いて行った研究において, 登場人物が友人であった場合に援助要請を勧めめるかを尋ねたところ, 68.8%の参加者がうつ病をもつ友人に対して援助を求めることを勧めると回答した一方で, SAD をもつ友人に対して援助要請を勧めると回答した参加者は 59.2%であり, うつ病の場合に比べて少なかった。このように SAD を発症した他者に援助を勧めめる意図を持つ人の割合は, 他の精神疾患と比べて比較的低いことを示唆している研究が見られた。その一方で, 参加者の多くが SAD をもつ人に援助要請を勧めると回答した先行研究もある。McDonagh et al. (2021) がアイルランドの中学生 315 人を対象に行った研究では, ほぼすべての参加者(96.8%)がエピソード中に登場する SAD をもつ青年は助けを求めるべきだと回答し, 先述の先行研究とは異なる結果が示唆された。このように, 場面想定法を用いた研究において, SAD 罹患者に援助要請を勧めると回答した参加者の割合は, 研究によって異なる結果が示されていた。

実際の SAD 罹患者の援助要請行動の状況に関して検討している研究もある。SAD 罹患者の援助要請行動を他の不安障害の罹患者と比較して検討した研究(Heinig et al., 2021)では, 参加者のうち SAD 罹患者が最もメンタルヘルスサービスを利用していたことが示された。しかし, このような結果が示された理由として, SAD は比較的障害が重く, 持続期間が長く, 併存疾患が多いことが関係している可能性が考えられている。さらに, サービスを利用する割合は他の不安障害と比較して高かったものの, SAD 罹患者は治療への障壁を感じている割合が全般性不安症に次いで 2 番目

に多く、参加者の40.8%であったことから、サービスの利用に至ったとしてもそれまでに障壁を感じている罹患者も多いことが考えられる。また、SAD罹患者はスティグマへの恐怖や入院することへの懸念など、治療を求めた後に生じる社会的結果を危惧することが特徴的であると示唆されており、この点が他の不安障害と比較して特徴的な要因であるとされていた。

他の精神疾患をもつ罹患者との比較だけではなく、SAD罹患者同士と比較し、罹患者内の援助要請行動の差を検討した研究もある。Acarturk et al.

(2008)は、社交恐怖 (social phobia) 罹患者が恐怖を感じる社会的場面の多さと援助要請行動の関連を検討している。その結果、恐怖場面が1つの参加者のうち援助要請行動をした人は52%であったのに対し、恐怖場面が5つまたは6つの参加者のうち援助要請行動をした人は93%であり、恐怖場面の多さと援助要請行動は有意に関連していることが示された。このような結果となった理由として、恐怖場面の数が増えると不安や気分障害を併発する可能性が高くなり、生活の質が低下することが関係していると考えられている。また、社交恐怖の症状ではなく、異なる身体的問題やその他の問題を訴えてメンタルヘルスサービスを利用することが多いため、疑わしい時には一次疾患としての社交恐怖をチェックする必要があることも述べられていた。

2. SAD罹患者の援助要請と関連する要因

次に、先行研究で検討されたSAD罹患者の援助要請と関連する要因について主だったものを紹介していく。

1) スティグマ

SAD罹患者の援助要請に関連する要因の中でも、スティグマはSADと特に関連していることを示唆した先行研究が複数見られた。

Heining et al. (2021)では、ドイツの不安障害 (パニック症, 広場恐怖症, SAD, 全般性不安症,

限局性恐怖症)をもつ成人650人のデータを用いて治療の障壁となる要因を検討している。その結果、治療を受けることで他者にどのように思われるかを恐れるといったスティグマへの恐怖は、他の不安障害の罹患者と比較してSAD罹患者によって最も高い割合で報告され、治療を求めることで生じるスティグマがSAD罹患者の治療を妨害する可能性が示唆されている。SADと全般性不安症の罹患者226人を対象に行われた研究 (Goetter et al., 2020)では、SAD罹患者において、「自分で問題に対処したい (83%)」に次いで「自分の問題を恥ずかしく思う (79%)」が治療への障壁として2番目に多く報告されており、援助要請を妨害する要因の中でも、恥とスティグマがSAD罹患者にとって頻繁に報告される要因であることが示唆されている。さらに、SAD症状がある参加者とない参加者とでメンタルヘルス治療への障壁を比較した研究 (Olfson et al., 2000)では、他者からどう思われ何を言われるかといったことへの恐怖がSAD症状をもつ人にとって特に大きな障壁となっており、このスティグマに対する恐怖はSAD症状のない人に比べて2.8倍持ちやすいと示され、他の障壁に比べて最も大きなリスク要因であると示唆された。その他、スティグマについて検討した研究として、McDonagh et al. (2021)がある。McDonaghらはアイルランドの中学生315人を対象に調査を実施し、スティグマを強く持っている参加者は親などの非専門家の大人に助けを求める可能性が低いことを示唆した。しかし、中学生にとって、親の同意なしに専門家などの公式な支援につながることは難しいため、その点を踏まえた対策の必要性があると述べている。

2) SADの重症度

SAD症状の重症度と援助要請との関連性について検討している先行研究もいくつか見られた。しかし、重症の場合と軽症の場合のどちらが援助要請の低さと関連しているかは、研究によって異なる結果が示唆されていた。

McDonagh et al. (2021) では、研究に参加したアイルランドの中学生の中で、SAD 症状がより重い参加者は、仲間と非専門家の大人からの助けを求めにくい可能性が示された。このことから、SAD 症状自体が SAD 罹患者の援助要請の障壁となっていることが示唆されている。Chartier-Otis et al. (2010) は、カナダの SAD または広場恐怖症を伴うパニック症の罹患者 206 名を対象に、メンタルヘルスケアを利用する必要があるにもかかわらず利用しなかったことと関連する要因を検討している。その結果、症状の重症度との関連が示され、症状の中でも特にうつ病の併存と回避があることが、メンタルヘルスケアを利用しないことへの予測因子となっていることが示唆された。また、回避に関しては、パニック症罹患者と同様に SAD 罹患者も治療が提供される公共の場を避けることがあるので、この問題に対処するため、メンタルヘルスケアへのアクセスをより簡便にする必要があると述べられている。Goetter et al. (2020) においても、症状が重いほど治療に対する障壁がより認識されやすいことが示され、より治療を受けるべきである重症の人ほど多くの障壁を認識しているということが示唆されている。

このように、重症であるほど援助要請が低下することが示唆された研究がある一方で、先述の Acarturk, et al. (2008) では、SAD 罹患者が恐怖を感じる場面が多いほど、より治療を求めることを示唆している。したがって、症状が重いほど援助要請が高まることが示唆されており、先述した他の先行研究とは異なる見解が示されている。

3) メンタルヘルスリテラシー

メンタルヘルスリテラシーとは、精神疾患への気づき・対処・予防に役立つ知識や考えのことをいう (Jorm et al., 1997)。メンタルヘルスリテラシーに関連する要因についても複数の先行研究で取り上げられていた。

まず、SAD だと認識するために必要な知識の不足が援助要請の障壁となっていることを示唆した

先行研究が見られた。米国の高校生を対象にうつ病と SAD のエピソードを用いて行われた研究 (Coles et al., 2016) では、参加者はそれぞれの症例が描かれているエピソードにおいて問題となっていることを 5 ワード以内の言葉で表現するように求められた。その結果、うつ病のエピソードに対しては参加者の 40% が “depressed” または “depression” と正確にうつ病であると回答していた一方で、SAD のエピソードに対しては “social phobia” または “social anxiety disorder” のように SAD だと正確に回答することができた参加者は 1% しかいなかった。正確に回答できなかった参加者の回答内容の内訳は、“shy” or “quiet” が 33%，“low self-esteem” or “low confidence” が 24%，“anxious”，“anxiety” or “afraid” が 15%，“depression” が 1% であった。このように SAD と特定できた参加者が少なかった研究に対して、同じく SAD のエピソードを用いたものの正反対の結果が示された研究も見られた。米国の大学生を対象にした研究 (Coles et al., 2010) においても SAD の症例を描いたエピソードを用いているが、参加者のうち 86.8% の人がエピソードの登場人物を SAD だと特定することができたという。しかし、この研究は前者の Coles et al. (2016) とは異なり、エピソード中の登場人物が抱える問題を自由記述ではなく選択肢から選んでもらう方法をとっており、例えば「うつ病」や「統合失調症」、「全般性不安症」などの精神疾患や「一般的な生活ストレス」、「身体医学的問題」などの選択肢から選択するよう求められていた。このような選択式の方法を用いたことによって正答率が高かった可能性も考えられ、自由記述という方法であれば異なる結果となった可能性も否めない。

次に、援助を求める場所についての知識不足が治療の障壁となっていることを示した研究を紹介する。Olfson et al. (2000) はこれまで援助を受けなかった SAD 罹患者に、その理由を尋ねたところ、最も報告された理由は治療を受けるために

こに行けば良いのか分からないという、治療を受ける場所についての知識に関することであった。Goetter et al. (2020) においても、SAD 罹患者にとって、治療を受ける場所についての知識不足が治療への障壁であることが示唆されており、治療を受ける場所が分からないと回答した参加者の割合は 69% であった。同様に、Chartier-Otis et al. (2010) も、罹患者によって最も一般的に知覚されている障壁の一つとして助けを求める場所についての知識不足を挙げており、これは不安障害に対する情報が入手しにくいことと、利用できる治療やサービスへのアクセスが悪いことの結果として生じている可能性があるとして述べている。

その他、SAD に対する治療や症状についての誤解、知識不足が治療の障壁となっていることが先行研究から窺えた。Goetter et al. (2020) では、研究に参加した SAD 罹患者の半分以上の人が治療が症状を改善する助けにならないと思っていることが示され、治療の効果に対する懸念を多くの罹患者が持っていることが示唆された。また、Coles et al. (2010) では、SAD の症例が描かれたエピソードを参加者に読んでもらい、問題の主な原因は何であると思うかを尋ねたところ、精神疾患ではなく環境要因だと回答した人は 30.9%、個人的な弱さと回答した人は 35.3% で、全体の約 3 分の 1 であった。このように SAD に対する治療と症状についての正しい知識を持っておらず、誤解していることが少なくないことが、SAD 罹患者の援助要請を妨害する要因となっている可能性があると考えられる。

以上のように、メンタルヘルスリテラシーが不足していることは、SAD 罹患者の援助要請の障壁となっていることが先行研究によって示唆されている。

4) その他の要因

以上で取り上げた要因の他にも、SAD 罹患者の援助要請と関連していることが示唆されている要因がある。その一つとして経済的なコストや治療

を受けるための予約待ち時間がある。Olfson et al.

(2000) は保険がないことや治療を受けられるほどの金銭的な余裕がないといった、経済的コストの問題もよくある障壁であると述べている。また、SAD をもつ人は学業成績と職業的地位がより低く、このことから示唆されているように、SAD と社会経済的地位の間に逆相関があることが、経済的な問題と関連している可能性があるとも述べている。広場恐怖症を伴うパニック症と SAD の治療の障壁について検討した Chartier-Otis et al.

(2010) においても、メンタルヘルスサービスの経済的コストが治療の障壁として認識されることが多かったことが示されており、研究参加者の 63.9% が経済的コストを懸念していた。また、同研究で、サービスを利用する際の予約の待ち時間が長すぎることも懸念要因だったと回答する参加者もあり、これによって専門的な治療を受けることが制限される可能性が示唆されている。経済的なコストや予約の待ち時間が長すぎるといった要因は、援助要請意図を持った罹患者が実際に行動に移すことを妨げる可能性があると考えられる。

以上、先行研究によって検討された治療の障壁となる要因について概観してきた。本研究では、これまでに SAD 罹患者の援助要請と関連しているとされてきた一部の要因を取り上げたが、他にも様々な要因が SAD 罹患者の援助要請を妨げていると考えられている。

III 援助要請を促進する方法

ここから、SAD 罹患者の援助要請行動の促進方法について検討している先行研究を紹介していく。

まず、複数の先行研究で SAD に関するメンタルヘルスリテラシーを広く普及することの必要性が述べられていた。ドイツで調査が行われた Heining et al. (2021) では、ヘルスケアシステムが発展しているにもかかわらず、ドイツでは不安障害の援助要請が低かったこと、また、「不安症状をメンタルヘルスの問題であると気づいていな

い、「一人で問題を対処したいと思う」、「治療の効果はないと思う」といったことが援助要請を妨害する可能性がある」と述べている。そこで、不安障害の症状と治療可能な性質、介入の種類について広く知ってもらうために、メンタルヘルスリテラシーの普及が必要だと述べている。リテラシーを普及することで罹患者のスティグマを減らし、メンタルヘルスと治療に関して、より現実的な期待を持つことができると考えられている。Goetter et al. (2020) においても、知識を普及し、症状と利用できる治療についての気づきを増やす必要性があると主張されており、それによりメンタルヘルスリテラシーの向上とスティグマの減少が期待されると述べられている。また、治療についての知識を広める際には、治療を受けることができる場所をどのように探すかという情報も含めて伝えることが必要だと述べられている。同研究ではメンタルヘルスリテラシーの普及以外にも、治療に割く時間に関する障壁を感じている罹患者がいるということから、メンタルヘルスの治療の利便性をさらに高める必要性もあると述べられている。

その他、メンタルヘルスリテラシーの具体的な普及方法について言及した先行研究もある。Gallo et al. (2013) は、不安障害に対するエビデンス・ベースド・トリートメント (evidence based treatment) を専門家を介さずに一般の人々に直接普及する方法を検討している。その方法として、まず専門家が学校を訪れ、学校の職員や保護者に不安障害の治療に関する情報を広める方法、専門機関で情報共有のためのワークショップを開催する方法などが挙げられていた。さらに、普及の際にかかる時間的・金銭的な負担を軽減する方法として、インターネットを用いた普及方法が紹介されている。Web サイト上で症状と治療について紹介している例の他に、SNS やスマートフォンアプリケーションを用いて情報を発信している例も紹介されており、インターネットを活用した方法の有効性について言及されている。しかし、インタ

ーネット上において情報の受け手側が知りたい情報を得るためには、その情報について意図的に検索することが必要となる。一方で、テレビなどのメディア出演であれば1回の出演で非常に多くの視聴者に普及でき、治療の存在を知らない当事者やその家族にも情報を提供できることから、専門家がテレビで情報発信することの有用性についても述べられていた。その他、一般人向けの本や記事の執筆なども普及方法として挙げられている。

以上、メンタルヘルスリテラシーの普及について紹介したが、治療を受けるための移動や時間に関する問題などを軽減すると期待される ICT を利用した治療方法に関しても検討されている。Yuen et al. (2013) はオンライン会議アプリケーション Skype を通じて、遠隔で SAD 罹患者に行動療法に基づいた治療を提供することの実現可能性と有効性を検討している。その結果、Skype を用いた治療は罹患者にとってもセラピストにとっても受け入れ可能ならびに実行可能であり、SAD やうつ症状、生活の質、機能障害、回避に著しい改善が見られた。また、効果量は SAD 罹患者向けに対面で実施される認知行動療法 (Cognitive Behavioral Therapy; 以下、CBT と略記) に関する先行研究で示された効果量と同等もしくはそれ以上であることが示唆された。この結果から、遠隔で実施されるオンライン治療の有効性が示唆されている。Ivanova et al. (2016) は、SAD とパニック症の罹患者を対象に、インターネットとスマートフォンアプリケーション上で提供されるアクセプタンス&コミットメントセラピーをもとにした治療プログラムの効果を検証している。これは罹患者が自分でプログラムに沿って進めていくセルフヘルププログラムであるが、SAD 罹患者自身がこの治療プログラムを実施した結果、SAD 症状は減少し、その効果量は対面のアクセプタンス&コミットメントセラピーをもとにした治療と同等であることが示唆され、SAD 症状の軽減に効果的であることが示唆されている。Gershkovich et

al. (2016) は、インターネット上で提供されるアクセプタンスをベースとした CBT プログラムの有効性について検討している。これもセルフヘルププログラムであるが、毎週オンライン会議アプリケーションを用いてセラピストのガイドを受けることも求められていた。介入の結果、参加者の SAD 症状は有意に減少し、心理社会的機能の改善が見られた。その効果量は SAD の対面での介入の場合と同等であることが示唆され、SAD の治療に効果的である可能性が見られた。また、インターネットを用いた介入プログラムは、地理的な理由で治療を受けることが難しい罹患者に加え、社交恐怖と回避によって対面治療を求めることが難しい罹患者にアプローチするためにも用いることができる」と述べられている。

IV 考察

以上、主に SAD 罹患者の援助要請に関連する要因と、援助要請行動を促進するための方法を検討している先行研究を概観した。関連要因を整理することを通じ、SAD 罹患者ならではの援助要請の特徴があることが示唆された。SAD 罹患者の援助要請に関連する要因を踏まえた促進方法を検討することで、より効果的に SAD 罹患者の援助要請を促進できる可能性がある。一方、検討された関連要因の中には、研究によって異なる見解が示されたものもあった。そのため、さらなる研究を重ね、より知見を深めることが求められていると言える。また、今回は援助要請に関連する要因に焦点を当てたが、関連要因だけでなく、援助要請に至るまでのプロセスにも焦点を当てることが重要であるとの意見もある(森岡, 2007)。そのため、今後は援助要請プロセスの視点も取り入れた検討を行うことも重要だと考えられる。

これまでに検討された SAD 罹患者の援助要請行動を促進する方法として、本研究ではメンタルヘルスリテラシーの普及と ICT を利用した介入法に関する先行研究を取り上げた。ICT を利用した

介入法に関しては、昨今の新型コロナウイルス感染対策によってリモートワーク、オンライン授業などが取り入れられることが増え、オンライン会議アプリケーションを使い慣れた人々が増えたと考えられることから、ICT を利用した遠隔での治療はますます受容されやすくなっているかもしれない。このような状況の変化に合わせた介入方法を検討することで、より罹患者の援助要請行動を効果的に促進できるかもしれない。

以上より、今後 SAD 罹患者の援助要請行動をさらに促進するために、関連する要因についての知見を深めることに加え、援助要請プロセスの視点も取り入れた検討を行うこと、そこから得た知見を踏まえ、ICT を用いた介入などの促進方法をさらに検討していくことが重要だと考えられる。

文献

- Acarturk, C., Graaf, R., Straten, A., Have, M. Ten, & Cuijpers, P. (2008). Social phobia and number of social fears, and their association with comorbidity, health-related quality of life and help seeking. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *43*(4), 273–279.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (5th Ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Chartier-Otis, M., Perreault, M., & Bélanger, C. (2010). Determinants of barriers to treatment for anxiety disorders. *Psychiatric Quarterly*, *81*(2), 127–138.
- Coles, M. E., & Coleman, S. L. (2010). Barriers to treatment seeking for anxiety disorders: Initial data on the role of mental health literacy. *Depression and Anxiety*, *27*(1), 63–71.
- Coles, M. E., Ravid, A., Gibb, B., George-Denn, D., Bronstein, L. R., & McLeod, S. (2016). Adolescent Mental Health Literacy: Young People's Know-

- ledge of Depression and Social Anxiety Disorder. *Journal of Adolescent Health, 58*(1), 57–62.
- Gallo, K. P., Comer, J. S., & Barlow, D. H. (2013). Direct-to-consumer marketing of psychological treatments for anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders, 27*(8), 793–801.
- Gershkovich, M., Herbert, J. D., Forman, E. M., & Glassman, L. (2016). Guided Internet-Based Self-Help Intervention for Social Anxiety Disorder With Videoconferenced Therapist Support. *Cognitive and Behavioral Practice, 23*(2), 239–255.
- Goetter, E. M., Frumkin, M. R., Palitz, S. A., Swee, M. B., Baker, A. W., Bui, E., & Simon, N. M. (2020). Barriers to mental health treatment among individuals with social anxiety disorder and generalized anxiety disorder. *Psychological Services, 17*(1), 5–12.
- Heinig, I., Wittchen, H. U., & Knappe, S. (2021). Help-Seeking Behavior and Treatment Barriers in Anxiety Disorders: Results from a Representative German Community Survey. *Community Mental Health Journal*. doi: 10.1007/s10597-020-00767-5
- Ivanova, E., Lindner, P., Ly, K. H., Dahlin, M., Vernmark, K., Andersson, G., & Carlbring, P. (2016). Guided and unguided Acceptance and Commitment Therapy for social anxiety disorder and/or panic disorder provided via the Internet and a smartphone application: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders, 44*, 27–35.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). “Mental health literacy”: A survey of the public’s ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia, 166*(4), 182–186.
- McDonagh, C., Lynch, H., & Hennessy, E. (2021). Do stigma and level of social anxiety predict adolescents’ help-seeking intentions for social anxiety disorder? *Early Intervention in Psychiatry*, (April), 1–5.
- Olfson, M., Guardino, M., Elmer, T., Struening, S., Franklin, R., Schneider, F., Hellman, J., & Donald, F. Klein. (2000). Barriers to the treatment of social anxiety. *The American Journal of PSYCHIATRY, 157*(4), 521–527.
- 音羽 健司・森田 正哉 (2015) . 社交不安症の疫学——その概念の変遷と歴史—— 不安症研究, 7(1), 18–28.
- Steffl, M. E., & Prosperi, D. C. (1985). Barriers to mental health service utilization. *Community Mental Health Journal, 21*, 167–178.
- Stein, M. B., & Stein, D. J. (2008). Social anxiety disorder. *The Lancet, 371*(9618), 1115–1125.
- 梅垣 佑介 (2014) . うつと援助をつなぐ——援助資源マッチングに向けた臨床心理学研究—— 東京大学出版会
- Wang, P. S., Berglund, P., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., & Kessler, R. C. (2005). Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*(6), 603–613.
- 吉永 尚紀・清水 栄司 (2016) . 社交不安障害(社交不安症)の認知行動療法マニュアル 不安症研究, 7(特別号), 42–93.
- Yuen, E. K., Herbert, J. D., Forman, E. M., Goetter, E. M., Juarascio, A. S., Rabin, S., ... Bouchard, S. (2013). Acceptance based behavior therapy for social anxiety disorder through videoconferencing. *Journal of Anxiety Disorders, 27*(4), 389–397.