

# 社交不安障害の認知行動療法

●  
福井至

Itaru Fukui / 東京家政大学文学部・大学院教授

## はじめに

社交不安障害とは、人と会話したり人前でなんらかの行為をするという状況で、自分が恥ずかしい思いをするだろうという顕著で持続的な恐怖が起こってしまう障害である。また社交不安障害の人は、その恐怖が過剰または不合理であることを理解しつつも、恐れている状況ではたいてい不安反応が起こるため、そうした社交状況を極力回避し、回避できない場合には、著しい苦痛を感じつつ、耐え忍んでいる。さらに、社交不安障害の人は、そうした状況の回避や苦痛のために、職業上（学業上）の障害が生じていたり、その他の社会活動や他者との関係に障害が生じている。社交不安障害は、わが国では対人恐怖症として主に森田療法で治療されてきた病態とほぼ類似した障害である（中村, 2006）。しかし欧米では、1980年にアメリカ精神医学会がDSM-IIIにおいて初めて社交恐怖（Social Phobia）として公式に採用した診断分類であり、1992年にはICD-10でも同一の診断名称が採用されている。また、1994年のDSM-IVでは社交恐怖（社交不安障害）[Social Phobia (Social Anxiety Disorder)]と括弧書きが付加され、現在のDSM-IV-TRでもこの診断名が採用されている。Social Anxiety Disorderは、わが国では当初「社会不安障害」と訳されていたが、この訳では社会全体が怖い障害と誤解される可能性が高いことから、社交場面に限られた不安症状であることを明らかにするため、2008年に日本精神神経学会で「社交不安障害」と改正された。

この社交不安障害の有病率は、アメリカにおいても不安障害中で最も多く、生涯有病率が13.3%であり1年間での有病率も7.9%と、全精神疾患中3番目に高いことが報告されている（Kessler et al., 1994）。この障害の発症は、13歳頃の学童期であることが多いが、大

多数は長期にわたって治療を受けず、治療を受けない場合には自然治癒率は12年間で37%と低いことも報告されている（Bruce et al., 2005）。さらに、30年以上にわたって慢性化することもまれではなく、長期経過の中では大うつ病性障害の35.8%を筆頭に、アルコール乱用、パニック障害、薬物乱用などの合併が非常に多いことも報告されている（シーハン, 2002）。わが国においては、社交不安障害の有病率に関する信頼できる疫学調査はいまだ行われていないものの、アメリカにおけるよりも多いだろうと指摘されている（貝谷, 2002）。つまりわが国でも、非常に多くの患者さんが、病気であると気づかず、長期間苦勞しながらも治療を受けていなかったのが社交不安障害である。

しかし、2005年に厚生労働省は、社交不安障害に対して従来抗うつ薬として承認されていたSSRIの一種であるフルボキサミンの保険適用を承認した。そのため、それ以降徐々に自分の状態が単なる強度に内気な性格なのではなく、社交不安障害という病気だと気づき、治療を受ける患者さんが増えてきた。実際、社交不安障害に対するフルボキサミンなどのSSRIの治療効果はかなり短期間で現れることが確認されている（Stein, 1998）。ところが、薬物療法のみでは再発の危険性があり、長期予後といった観点からは、薬物療法と認知行動療法を併用することが勧められている（バンデロー, 2002）。

社交不安障害に対する認知行動療法の効果は、厳格な基準で選定されたRCTデザインの実験7本を総合したメタ分析において、効果量（Hedge's *g*）の平均が0.62であり、95%信頼区間が0.39～0.86と、明確な効果があることが示されている（Hofmann & Smits, 2008）。この社交不安障害の認知行動療法には、個人療法のIndividual Cognitive-Behavior Therapy（以下、ICBT）と、集団療法のCognitive-Behavioral Group Therapy（以下、CBGT）がある。そこで、以下でICBTとCBGTの両者の共通の基盤となる社交不安障害の認知行動

モデルについてまず解説し、つづいてICBTとCBGTについて順に解説していく。

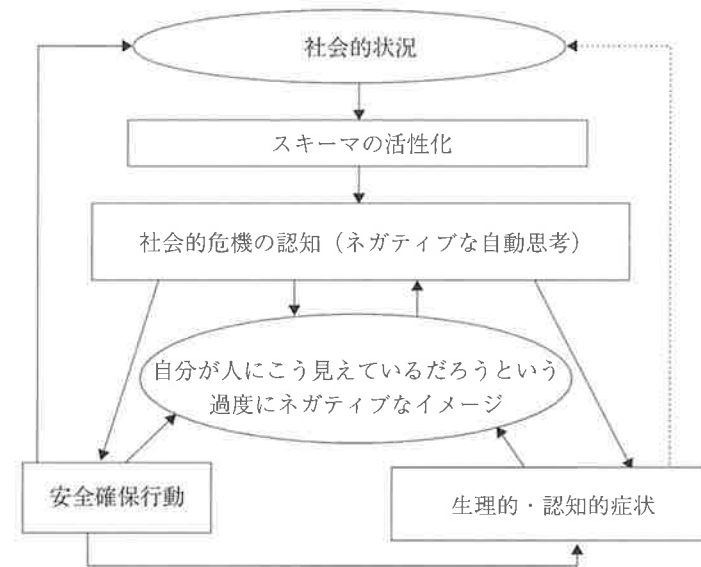
## 社交不安障害の認知行動モデル

社交不安障害は、1970年代から1980年代にかけては他の不安障害と同様に、Mowrer (1939) の二段階理論で説明されてきた。つまり、レスポナント条件づけで社交不安が条件づけられ、回避行動のオペラント条件づけで症状が維持されるというモデルである。このモデルに基づき、治療法としては不安場面に20分以上直面しつづけるエクスポージャー法が単体で用いられていた。

しかし、エクスポージャー法単体では、患者さんの相当の割合が治療に反応しなかったり、部分的な改善しか得られなかったため、認知行動モデルが発展した (Clark & Fairburn, 1997)。その最初のモデルが、図表1に示したClark & Wells (1995) の「社交不安障害の認知モデル」である。また、それに引き続いて提唱されたのが図表2のRapee & Heimberg (1997) の「社交恐怖における不安の認知行動モデル」である。この2つのモデルではどちらも、社交不安障害の患者さんは社交状況になると、人からこんなふうに見られているだろうという過度にネガティブなイメージを持ってしまうことが示されている。このイメージが単にエクスポージャー法を行うだけではなかなか修正されないため、エクスポージャー法のみでは治療効率が悪かったようである。

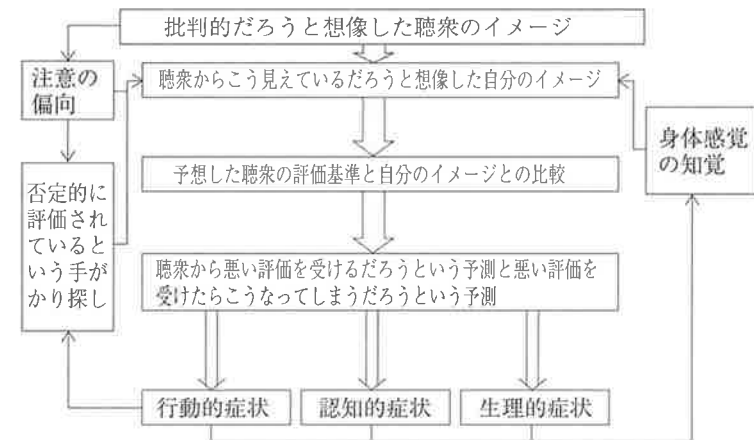
この2つのモデルのうち、図表1を提唱したClark & Wellsは主に個人療法の治療プロトコルを開発し、図表2を提唱したRapee & Heimbergは集団療法の治療プロトコルを開発している。また、Hofmann (2007) は社交不安障害の認知行動療法の効果をさらに高める

図表1 社交不安障害の認知モデル



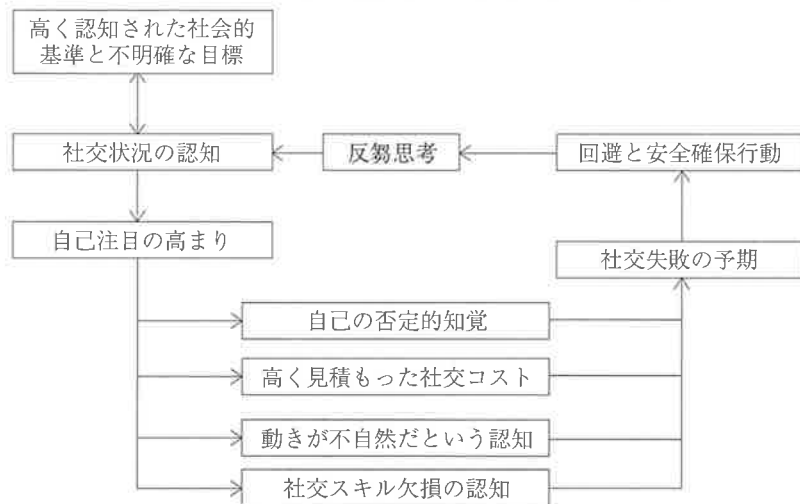
Clark & Wells, 1995 より作成

図表2 社交恐怖における不安の認知行動モデル



Rapee & Heimberg, 1997 より作成

図表3 社交不安障害の心理的維持要因の総合モデル



Hofmann, 2007 より作成

ため、図表3に示した「社交不安障害の心理的維持要因の総合モデル」を提唱した。図表1や図表2と比較したときのこのモデルの特徴は、高く見積もった社交コストという認知要因が加えられている点である。この社交コストとは、変なふうに見えたらこれだけ損をするという社交上のコストであり、それを社交不安障害の患者さんはとても高く見積もってしまうのである。このモデルを提唱したHofmannもHeimbergと同様、集団療法を実施している。その集団療法の中でわざと恥ずかしい思いをする行動をして、社交コストがそんなに高いことを確認するというゲームを試みている。例えば、ジャケットを裏返しに着て外を歩いたり、トイレトペーパーを1メートルぐらいズボンから垂らして外を歩くというような課題が書かれたくじをひき、みんなでそれぞれその行動を試みるのである。これらのゲームをすることで、社交コストがそれほど高いことを学習するのである。

## Individual Cognitive-Behavior Therapy (ICBT)

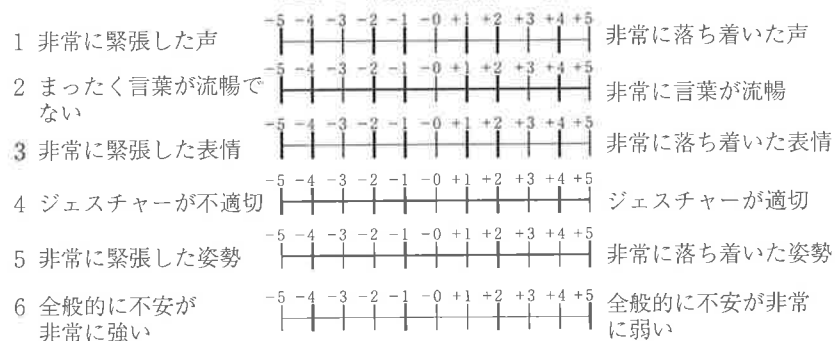
個人療法のICBTでは、まずインテーク面接で主訴を聴取し、発症からの経過を聞いていく。また、社交不安障害だけなのかそれとも合併症があるのかなどを知るために、MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) などの構造化面接を実施しておくことが望ましい。さらに、症状を幅広く詳細に確認するためには、Liebowitzの社交不安評価尺度 (以下L-SASと略記する) などの質問紙を実施する (Liebowitz, 1987)。その後、図表1または図表2の認知行動モデルをその患者さんの具体的な状態に応じて完成させていく。

認知行動療法の第一段階は心理教育となる。心理教育では、まず心悸亢進や冷や汗などは、通常は現実的な脅威にさらされたときの恐怖反応であること。しかし、社交不安障害の患者さんが恐れる社交場面は、現実的にはなんら脅威ではないので、恐怖反応を引き起こす必要はないこと。ところが、社交不安障害の患者さんは、社交状況で恐怖反応を起こしたことがあり、その恐怖反応を引き起こしたノルアドレナリンが脳に社交状況が危険であると認識させてしまったこと。そのため、社交状況では扁桃体がいつも恐怖反応を引き起こすようになってしまっているというようなことを、患者さんが理解できるように説明していくのである。

治療の第二段階は、リラクゼーション法のマスターである。in vivoエクスポージャーの最中にも、十分に生理的不安反応が低減できるように、漸進的筋弛緩法や呼吸法などを教える。

そして、第三段階では、認知的再体制化を行う。その際に非常に有効なのが、ビデオ・フィードバックである。つまり、初対面の助手のセラピストと患者さんが話している場面のビデオ・フィードバックに

図表4 行動評定項目の一部



よって、自己イメージを検証するのである。具体的には、まず図表4に示したような行動評定尺度などを用いて、初対面の人と会話している場面を想像し、そのイメージを患者さんに評定してもらう。次に、実際に初対面である助手のセラピストと自由に10～20分間会話してもらい、その場面をビデオ撮りする。ビデオ撮り終了後に、患者さんとセラピスト、および助手のセラピストが先ほど撮ったビデオを見ながらそれぞれ行動評定尺度で評定する。その行動の評定尺度をつけ終わった後、フィードバック前に想像してつけた行動評価とフィードバック後の評価を比較する、そうすると、患者さんの想像したイメージが悪すぎることが明らかとなる。また、患者さんとセラピスト、および助手のセラピストの3人の結果を比較すると、患者さん自身の評価が一番低く、とても厳しく自己評価していることが明らかとなる。そこで、患者さんには、社交不安障害の人は自分が世界で一番厳しい評価者であるともいわれていることを説明する。このようなビデオ・フィードバックを何回か行くと、「自分の想像していたイメージは悪すぎました。それに、人から見たら少し震えたり冷や汗が出ていても、気づかれないこともわかりました。とにかく、自分が想像していた自分のイメージとはまったく違うことがよくわかりました」といっ

たことが患者さんから報告される。このようにして、図表4の自己イメージを正しいイメージに修正し、自動思考の変容をセッション内で行っていく。さらに、セッション外ではホームワークとして、安全確保行動を少しずつ減らしていく。このようにして、現実生活での *in vivo* エクスポージャーで、社交場面が危険ではないことを扁桃体が再学習できるようにしていくのである。その際、社会的スキルが欠損している場合には、社会的スキル訓練をセッション内で実施する必要がある。

以上のようなセッションを5～10セッション実施してから、スキーマの変容をしていく。社交不安障害の患者さんの場合、社交不安障害を引き起こしたトラウマティックな場面の記憶がある患者さんも多い。たとえば、学校で発言してどもってしまった場面や、人と話していて冷や汗が出てきてしまった場面などである。しかしその際、患者さんは周囲の人を客観的には見ておらず、みんな嘲笑していたと思い込んでいる場合が多い。しかし、人が緊張している場面で嘲笑する人はまれであり、同情したり心配してくれている場合のほうが多い。そのため、そのようなトラウマティックな記憶を再検討し、多くの人はあまり気にしていなかったり、もしくは心配してくれていたであろうように、客観的に見直すことが社交不安の大幅な低減につながる場合がよくある (Wild, Hackman, & Clark, 2008)。この記憶の見直しのために、EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) を用いるという方法もある (Wehrenberg & Prinz, 2008)。

このスキーマの変容をしつつ、さらに安全確保行動をすべてなくしていく段階的なエクスポージャーの課題を実施していく。また、前述の高く見積もった社交コストを低減するため、患者さんが恥ずかしいと思う行動をまずカウンセラーがしてみせ、他の人がほぼ何も気にしないことや、笑われたとしてもたいした社交コストではないことを確認していく。

図表5 CBGTプログラム

1. オリエンテーション  
CBGTの全体説明と、各自の治療目標の明確化、恐怖と回避行動の説明、不安階層表の作成
2. セッション1~2  
社交不安障害についての心理教育、認知行動モデルの説明、治療目標の共有、セッションの進め方の決定、認知的再体制化の練習、ホームワークの設定と実施
3. セッション3~11  
認知的再体制化スキルを用いながら、セッション中に各自恐怖場面に対するエクスポージャー実施、エクスポージャー中の自動思考の検討と変容
4. セッション12  
患者さんそれぞれが治療中に得られた改善についてまとめ、残されている問題を固定し、今後の目標設定をする

筆者がよく実施しているのは、暖かい季節であれば300cc ぐらいの水を筆者の頭につけ、脇の下も水で濡らして冷や汗をかいているような状態のまま、お客さんの多い喫茶店に出かけ、患者さんと飲み物を飲んで帰ってくるという課題である。また寒い季節には、コートやジャケットを裏返しに着て、人どおりの多い広場に出かけ、数十分その場にとどまり、患者さんに筆者のことを気にしている人が何人いたか確認してもらうのである。このような課題をしてみると、ほぼ多くの人は、自分のことしか気にしておらず、人のことはあまり気にしないことに患者さんが気づき、社交コストの見積もりが大幅に低減するのである。そのことに気づかせてから、患者さんにも同じ行動をしてもらい、不安を低減していく。以上のような治療セッションを重ねると、治療前には70~80あったL-SASの得点も、20~35前後まで低減でき、社交不安障害が治癒する。

図表6 スピーチ恐怖の自動思考質問紙

[1] 今のあなたの考えでは、多くの人前で話したり、目上の人と話したり、人と話す場面で以下にあげるそれぞれの項目についてどのように思っているでしょうか。「1.まったくそう思っていない」から「5.非常にそう思っている」までの5段階のうちで、最もよく当てはまる数字に○をつけてください。必ずすべての項目に○をつけてください。

	まったくそう思っていない	あまりそう思っていない	「1」よりもいえない	かなりそう思っている	非常にそう思っている	
1. 私は言葉を言い間違えて周りから非難されてしまう。	1	2	3	4	5	周囲からの否定的反応の予測得点
2. 私は話す内容を間違えて周りから低く評価されてしまう。	1	2	3	4	5	
3. 私は言葉を言い間違えて周りから低く評価されてしまいます。	1	2	3	4	5	
4. 私は話す内容を間違えて周りから非難されてしまう。	1	2	3	4	5	
5. 私は話す内容を間違えてそれを指摘されてしまう。	1	2	3	4	5	
6. 私は話す内容を間違えて笑われてしまう。	1	2	3	4	5	
7. 私は言葉をいい間違えて恥ずかしい思いをしてしまう。	1	2	3	4	5	
8. 私は答えることのできない質問をされて周りから低く評価されてしまう。	1	2	3	4	5	
9. 私は言葉の言い間違えを指摘されてしまう。	1	2	3	4	5	
10. 私は言葉を言い間違えてその場の雰囲気が悪くしてしまう。	1	2	3	4	5	
11. 私は答えることのできない質問をされて恥ずかしい思いをしてしまう。	1	2	3	4	5	
12. 私は言葉を言い間違えて笑われてしまう。	1	2	3	4	5	
13. 私は話をする時に手が震えていることが周りにばれてしまう。	1	2	3	4	5	あがりの手前得点
14. 私は話をする時に声が震えていることが周りにばれてしまう。	1	2	3	4	5	
15. 私は話をする時に足が震えていることが周りにばれてしまう。	1	2	3	4	5	
16. 私は話をする時に冷汗が出ていることが周りにばれてしまう。	1	2	3	4	5	
17. 私は話をする時に顔が真っ赤になっていることが周りにばれてしまう。	1	2	3	4	5	
18. 私は話をする時に動悸が激しくなってしまう。	1	2	3	4	5	
19. 私は話をする時に頭が真っ白になってしまう。	1	2	3	4	5	
20. 私は話をする時にどもってしまう。	1	2	3	4	5	
21. 私は話をする時に早口になってしまう。	1	2	3	4	5	
22. 私は話をする時に支離滅裂になってしまう。	1	2	3	4	5	
23. 私の話は聞いていても楽しくない。	1	2	3	4	5	話し手としての自己否定得点
24. 私の話は周りを退屈させてしまう。	1	2	3	4	5	
25. 私の話は場の雰囲気をしらけさせてしまう。	1	2	3	4	5	
26. 私の話はつまらない。	1	2	3	4	5	
27. 私は場の雰囲気に合った話が出来ない。	1	2	3	4	5	
28. 私の話は堅苦しい。	1	2	3	4	5	

梅原・福井, 2009より作成

## Cognitive Behavioral-Group Therapy (CBGT)

Heimberg らの CBGT は、セラピスト 2 名（男女各 1 名が望ましい）と、患者さん 6 名程度で実施されている。患者さんグループは、男女のバランスと恐怖状況、および重症度を調整して構成される。最も効果的なのは、1 セッション 2.5 時間で、合計 12 週間実施する方法であるとされている（Heimberg & Becker, 2002）。またこの治療セッション終了後、月に 1 回の合計 6～7 セッションのブースターセッションが実施されている。

実際のセッションの内容は図表 5 に示したとおりであり、ICBT とほぼ同じ治療内容を集団で行うことになる。ただし、CBGT は多人数で行うため、セッション中の社交場面のエクスポージャーが容易であり、治療コストも ICBT より安いという利点がある。赤坂クリニックでは、本書の「スピーチ恐怖の集団認知行動療法」で紹介されているように、スピーチ恐怖に特化した CBGT を実施している。全般性の社交不安障害ではなくスピーチ恐怖に特化した場合には、Heimberg らのプログラムよりもより少ない 7 セッションで 3 カ月後のフォローアップまでには十分な効果が示されることが報告されている。ただし、セッション数が少ないため、2 セッション目に行く患者さん各自の認知行動モデルの作成時に困難があった。そのため、図表 6 に示したようなスピーチ恐怖の自動思考質問紙を開発し、より効率的な治療ができるよう改善を重ねている（梅原・福井, 2009）。

### 文献

朝倉聡・井上誠士郎・佐々木史・佐々木幸哉・北川信樹・井上猛・傳田健三・伊藤ます

- み・松原良次・小山司 (2002). 「Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) 日本語版の信頼性および妥当性の検討」『精神医学』44, 1077-1084.
- バンデロー, B. (2002). 「社会不安障害の長期治療」樋口輝彦・久保木富房・不安・抑うつ臨床研究会編『社会不安障害』日本評論社; 2002; :60-82.
- Bruce, S. E., Yonkers, K. A., Otto, M. W., Eisen, J. L., Weisberg, R. B., Pagano, M., Shea, M. T., & Keller, M. B. (2005). Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: A 12-Year Prospective Study. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1179-1187.
- Clark, D. M. & Fairburn C. G. (1997). *Science and practice of cognitive behavior therapy*. Oxford: Oxford University Press (伊豫正臣監訳『認知行動療法の科学と実践』星和書店).
- Clark, D. M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia, in R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*, 69-93, New York: Guilford Press.
- 福井至編著 (2007) 『学習理論と認知行動療法』培風館.
- Heimberg, R. G. (2002). Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: current status and future directions. *Biological Psychiatry*, 51, 101-108.
- Heimberg, R. G. & Becker, R. E. (2002). *Cognitive Behavioral Group Therapy for Social Phobia: Basic Mechanisms and Clinical Strategies*. New York: Guilford Press.
- Hofmann S. G. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: a comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive Behavior Therapy*, 36, 193-209.
- Hofmann, S. G. & Smits, J. A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 621-632.
- 貝谷久宣 (2002) 『対人恐怖』講談社.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems in Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.
- Mowrer, O. A. (1939). A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychological Review*, 46, 553-565.
- 中村敬 (2006). 「社会不安障害 (対人恐怖症) の森田療法」『精神神経学雑誌』108 (7): 754-759.
- Rapee, R. M. & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioural model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 741-756.
- シーハン, D. V. (2002) 「社会不安障害の短期療法」樋口輝彦・久保木富房・不安・抑うつ臨床研究会編『社会不安障害』日本評論社; 2002; :14-57.

- Stein, M. B., Liebowitz, M. R., Lydiard, R. B., Pitts, C. D., Bushnell, W., & Gergel, I. (1998). Paroxetine treatment of generalized social phobia (social anxiety disorder): a randomized control trial. *Jama*, 280, 708-713.
- 梅原沙衣加・福井至 (2009) 「スピーチ恐怖の自動思考を測定する質問紙の開発」『日本心理学会第73回大会発表論文集』(印刷中).
- Wehrenberg, M. & Prinz, S. (2007). *The anxious brain*, New York: W. W. Norton & Company.
- Wild, J., Hackman, A., & Clark, D. M. (2008). Rescripting early memories linked to negative images in social phobia: a pilot study. *Behavior Therapy*, 39, 47-56.