

ケーススタディ

# スピーチ恐怖に対する集団認知行動療法

●  
宇佐美英里

Eri Usami / 医療法人和楽会心療内科・神経科赤坂クリニック

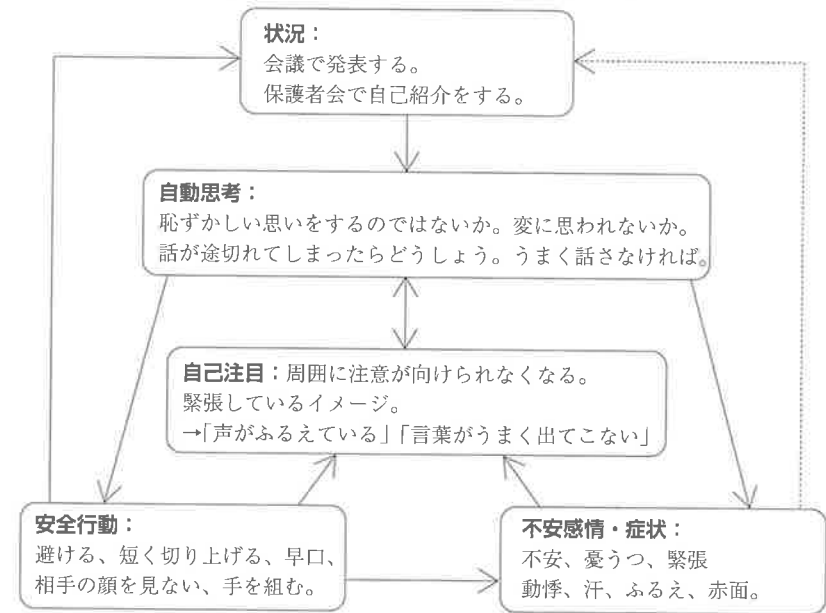
## はじめに

社交不安障害 (social anxiety disorder: SAD) はほとんどすべての社会的状況に強度の不安を持つタイプ (全般型) と、2~3の状況のみに恐怖を感じるタイプ (非全般型)、スピーチ・排尿・書字など1種類の対象だけに恐怖が限られたタイプ (限局型) のサブタイプに分類されている。また、他の社会的・社会的状況にほとんど不安を感じることがなく、人前でスピーチすることだけに不安を抱く人は「スピーチ恐怖」とよばれている (貝谷・山中, 2002)。SAD は、文化的背景の違いにより恐怖の対象に差異があり、わが国ではスピーチ恐怖が一番多く、次に視線恐怖が多いといわれている (山田, 2006)。ところで、SAD の治療法は薬物療法と認知行動療法 (Cognitive Behavioral Therapy; CBT) が行われてきている。これまで、SAD に対する CBT は個人および集団という治療形態で実施されているが、患者にとって安全な環境であること、そして多数のフィードバックを得ることが可能であること、さらに治療効果が顕著であることから主に集団認知行動療法 (Cognitive-Behavioral Group Therapy; CBGT) が研究されている (陳, 2005)。

SAD に対する CBGT では、Heimberg (1991) の認知的再体制化とエクスポージャーを併用した12セッションのCBGTが最も一般的に行われており、その治療効果については、社交不安と回避行動が有意に低下したことが報告されている (Hope, Heimberg, & Bruchi, 1995)。しかし、認知の歪みに対する治療効果については報告されていない。

一方、Clark & Wells (1995) によって、自己認知の歪みから SAD に関する症状が引き起こされるという認知行動モデルが提唱された (図表1)。個人療法として実施されることが多い Clark & Wells

図表1 Clark & Wells (1995) のモデル



(1995) の治療プログラムでは、認知の歪みを修正することが重要であると指摘されており、自己注目と否定的自己イメージ、そして安全確保行動の改善により効果的であったことが報告されている。

そこで、本研究では SAD 患者の中でもわが国で最も多いと報告されているスピーチ恐怖を対象として、Heimberg (1991) の CBGT に Clark & Wells (1995) が指摘した認知の歪みを修正する内容を含めたより少ないセッション数の治療プログラムを開発し、その効果を確認することとした。

## 方法

### ●集団認知行動療法の構成

本プログラムは週1回、各セッションの所要時間はいずれも2時間から2時間半であり、合計7回の治療セッションと3カ月後および6カ月後のフォローアップセッションから構成されている（図表2）。グループスタッフは臨床心理士1名と治療補助者2～3名であり、CBGTプログラム参加者は4～5名とした。

本プログラムに参加を希望する者は、事前に参加適性を判断するためにMini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) およびStructured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II) が実施された。このことによって、他の不安障害、気分障害、回避性人格障害、妄想性人格障害の除外診断が行われた。さらに、本プログラム参加前にはSADの症状や治療法について理解を深めるための心理教育「社交不安障害の治療ガイダンス」に参加することとした。

### ●集団認知行動療法プログラムの内容

#### セッション1

まず参加者に対して各治療セッションの概要についてスライドを用いて紹介した。そして、主治療者および治療補助者がモデルとなって自己紹介を行い、続いて参加者も自己紹介を行った。この自己紹介によって参加者がスピーチ場面で感じている身体症状や感情、認知、安全行動を聞くことが可能となり、参加者の共通点や異なる点を明確にすることができた。続いて、SADの症状や治療法、さらにClark & Wells (1995) の認知行動モデルとエクスポージャー法についての心理教育を行った。そして、Clark & Wells (1995) の認知行動モデル

図表2 スピーチ恐怖に対するCBGTプログラムの内容

	内容	ホームワーク	評価
SAD治療ガイダンス 事前面接	症状の理解 適正判断		SCID-II M, I, N, I プリテスト
セッション1 } セッション2 }	心理教育セッション 認知的再体制化 リラクゼーション		
セッション3 } セッション4 } セッション5 } セッション6 }	エクスポージャーセッション フィードバックセッション	リラクゼーション 認知的再体制化 エクスポージャー 継続的に実施	
セッション7	スキーマを探る まとめ		ポストテスト
3カ月後フォローアップ面接			フォローアップテスト
6カ月後フォローアップ面接			フォローアップテスト

に基づいて自身のモデル図を作成し、スピーチ恐怖が引き起こされる状況について客観的に理解するというワークを行った。ホームワークの課題はスピーチ場面に関する不安階層表の作成とした。

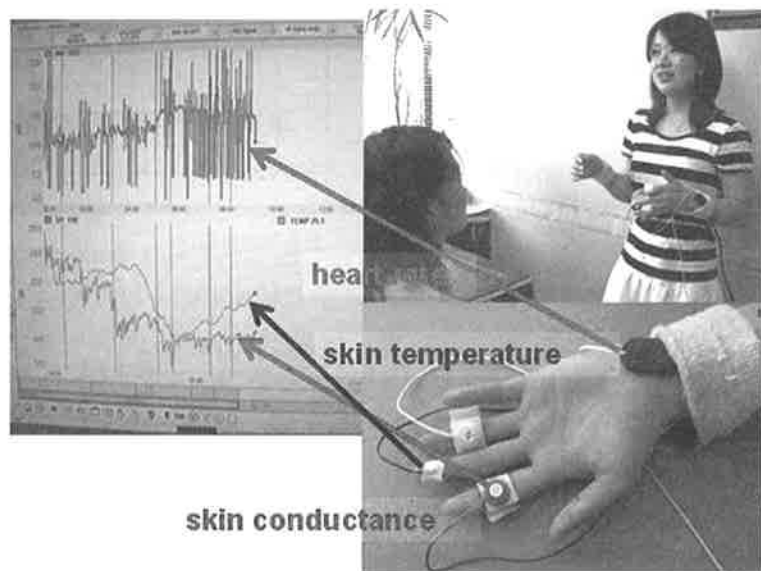
#### セッション2

まず、認知的再体制化についての心理教育を行った。続いて、非機能的思考記録表（トリプルカラム法）を用いて自身のスピーチ場面における自動思考や感情、推論の誤り、さらに合理的思考を記入するというワークを行った。そして、漸進的筋弛緩法と呼吸法を習得して不安に対する対処法を身につけさせた。ホームワークの課題は、セッション中に学んだ非機能的思考記録表の記録と漸進的筋弛緩法、呼吸法の実践とした。

#### セッション3・セッション5

本プログラムではエクスポージャーセッションを2回設けており、セッション3とセッション5で実施した。まず、エクスポージャーの

図表3 エクスポージャー中の様子



場面設定とSUD、目標をワークシートに記入することとした。続いて、その場面に対する自動思考と感情、推論の誤り、合理的思考を検討した。さらに、自身がスピーチをしている時の身体症状や振る舞いの予測を記録し、BASAによる行動評定を行った。そしてエクスポージャー実施中はビデオ撮影することと、心拍速度（heart rate）や指先の末梢皮膚温度（skin temperature）、指の皮膚抵抗（skin conductance）といった生理指標を測定することによって自分の身体的変化を客観的に捉えることができるようになっていた（図表3）。また、エクスポージャーは10分間であり、1分間ごとにSUDを評定した。そして、エクスポージャー終了後には事前に予測していた身体症状や振る舞いが実際はどうであったかを記録し、再びBASAによる行動評定を行った。

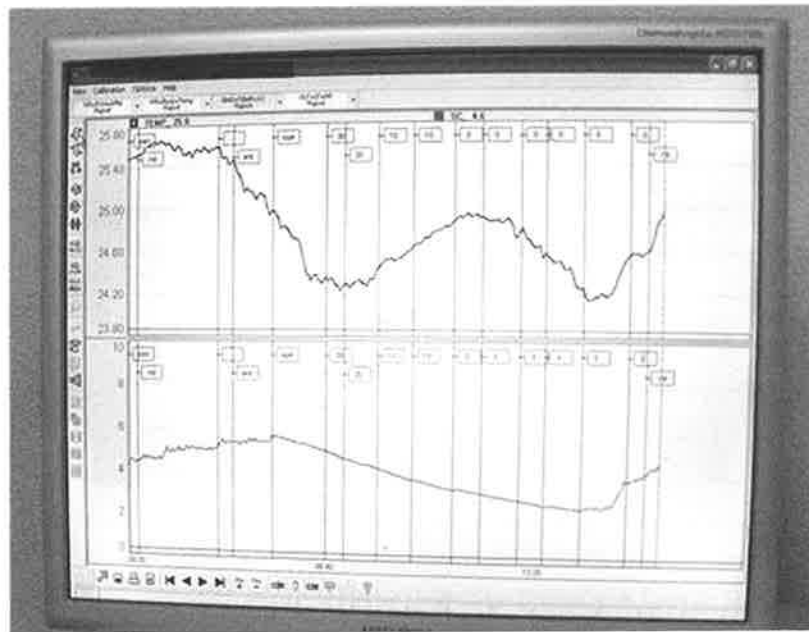
図表4 ビデオフィードバック



#### セッション4・セッション6

エクスポージャーセッションを2回設けているためフィードバックセッションについても2回設定し、セッション4とセッション6で実施した。まずビデオフィードバックを行う前にエクスポージャーセッションで行ったスピーチの様子を各自がふりかえった。そして、ビデオを見る際はできるだけ客観的に見るように注意を促した（図表4）。ビデオフィードバック後は身体症状や振る舞いなど客観的に見た結果を記録し、さらにBASAによって自分の状態を客観的に評定した。また、他の参加者と治療者はBASAによる他者評定を行い、当事者の自己評定と他者評定を比較させた。そして、エクスポージャー中に測定した末梢皮膚温度と指先の皮膚抵抗を図表5に示したモニターを使ってフィードバックした。モニター上段は末梢皮膚温度であり、上昇するほど身体的リラクセスを示す。また、モニター下段は指先の皮膚抵抗であり、下降するほど、身体的リラクセスを示す。以上によって、歪んだ自己認知の修正を促した。

図表5 生理指標のフィードバック



#### セッション7

プログラムを通して行なった非機能的思考記録表の記録や下向き矢印法からスキーマを探ることと、その修正を行った。最後に、本CBGTプログラムの実施内容の反省会を開いた。

#### ●対象者

東京都内にある心療内科・神経科を受診し、SADと診断され、スピーチ恐怖がある患者のなかで「スピーチ恐怖を克服するためのセミナー」の参加を希望した患者42名（男性20名、女性22名）を対象とした。

#### ●評価尺度

プログラムの効果を評価するため以下の質問紙を実施した。

##### ① Social Phobia Scale 日本語版 (SPS)

SPSは、他者から観察される社会的状況、主として人前でのパフォーマンス状況に対する恐怖について測定する質問紙である（金井ら、2004）。SPSは20項目から構成され、“まったくあてはまらない”を0、“非常にあてはまる”を4とする5件法で回答する質問紙である。

##### ② Fear of Negative Evaluation 日本語版 (FNE)

FNEは他者からの否定的評価に対する不安を測定する質問紙である（石川ほか、1992）。FNEは30項目から構成され、“はい”“いいえ”で回答する質問紙である。

##### ③ Beck Depression Inventory (BDI)

BDIは抑うつ症状の重症度を判定するための21項目4件法からなる質問紙である（Beck, 1979）。

##### ④ Liebowitz Social Anxiety Scale 日本語版 (LSAS)

LSASは一番広く知られているSADの臨床症状評価尺度である（朝倉ら、2002）。LSASは不安・恐怖の程度、回避の程度を評価しており、社交と行為の両方で24項目から構成され、4件法で回答する質問紙である。

##### ⑤ Social Anxiety Disorder Scale (SADS)

SADSは社交不安障害を簡便にスクリーニングできる尺度である（貝谷ら、2004；貝谷、2009）。SADSは恐怖の程度、回避の頻度、身体的反応、日常生活支障度を評価している。SADSの特徴は、身体的

症状と日常生活支障度を評価している点である。恐怖の程度と回避の頻度、身体的反応については5件法で回答する。また、日常生活支障度については“日常生活にほとんど支障がない”を0点、“日常生活に多少支障がある”を10点、“日常生活にかなり支障がある”を20点、“日常生活に大変支障がある”を30点とし、該当する支障度を選択することになっている。

#### ⑥ Depression and Anxiety Cognition Scale (DACS)

DACSは、不安気分と抑うつ気分を引き起こす自動思考（将来否定、脅威予測、自己否定、過去否定、対人関係脅威度）を測定する質問紙である（福井，1998）。DACSは50項目から構成され、“まったくそう思ってなかった”を1、“非常にそう思っていた”を5とする5件法で回答する質問紙である。

## 結果

3カ月後のフォローアップセッションまでにドロップアウトした13名を除いた29名（男性14名、女性15名）の結果を示した（脱落率31%）。平均年齢は男性が37.6歳（SD = 12.9）、女性が39.3歳（SD = 7.1）であった。

図表6は各尺度のプリテストとポストテスト、および3カ月後のフォローアップテストの平均と標準偏差を示したものである。LSASの総合得点ではプリテストで54.3であったものが、ポストテスト時点では36.5、さらにフォローアップテスト時点では31.1点となっていた。プリテストとポストテスト、およびフォローアップテストにおいて評価された各尺度について一要因の分散分析を行った。

図表6 各尺度の平均と標準偏差の変化

N = 29	プリテスト		ポストテスト (7 week)		フォローアップテスト (19 weeks)	
	Mean	± SD	Mean	± Mean	SD	± SD
SPS	21.8	± 12.9	15.4	± 9.2	11.9	± 7.0
FNE	17.5	± 7.3	14.0	± 7.3	11.9	± 7.9
BDI	6.5	± 8.6	3.5	± 4.3	3.8	± 4.9
LSAS不安・恐怖の程度	31.1	± 13.0	23.5	± 10.7	21.2	± 11.3
LSAS回避の程度	23.3	± 14.2	13.0	± 10.9	9.9	± 10.7
LSAS総得点	54.3	± 25.8	36.5	± 20.3	31.1	± 20.0
SADS恐怖の程度	14.8	± 6.5	11.5	± 5.6	10.6	± 6.5
SADS回避の頻度	9.2	± 7.1	5.7	± 6.3	4.7	± 5.1
SADS身体的反応	13.1	± 11.0	9.5	± 8.4	6.0	± 7.7
SADS日常生活支障度	8.6	± 7.1	5.9	± 5.0	3.8	± 6.2
SADS総得点	45.7	± 26.2	32.6	± 19.0	25.0	± 21.2
DACS将来否定	18.5	± 9.1	15.2	± 7.5	15.3	± 8.3
DACS脅威予測	21.8	± 9.7	19.5	± 7.8	19.7	± 7.9
DACS自己否定	23.1	± 11.4	20.2	± 9.4	18.4	± 8.6
DACS過去否定	16.4	± 80.9	15.1	± 6.6	14.3	± 6.8
DACS対人関係脅威度	26.9	± 13.5	24.0	± 12.1	23.8	± 13.1

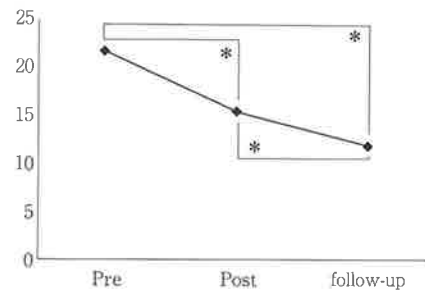
### ● SPS

一要因の分散分析の結果、主効果が有意であった ( $F(2,56) = 15.6$ ,  $p < 0.01$ )。多重比較を行った結果、プリテストに比べてポストテストとフォローアップテストの得点が有意に低かった。さらに、ポストテストからフォローアップテストの得点も有意に低いことが確認された（図表7）。このことから、CBGTを通して人前でのパフォーマンス状況に対する恐怖が低下し、その変化がフォローアップ時まで引き続いていったことが明らかとなった。

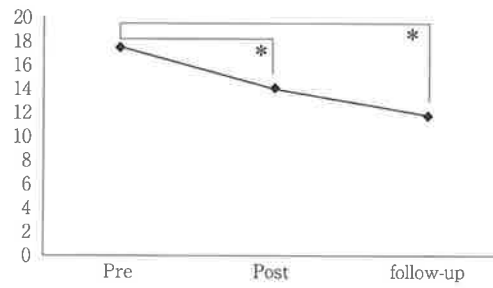
### ● FNE

一要因の分散分析の結果、主効果が有意であった ( $F(2,56) = 13.7$ ,  $p < 0.01$ )。多重比較を行った結果、プリテストに比べてポストテストとフォローアップテストの得点が有意に低かった（図表8）。この

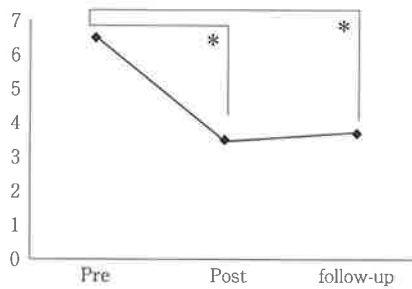
図表 7 SPS の経過



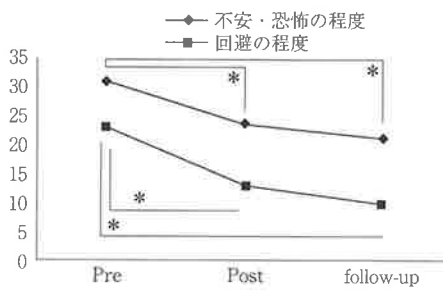
図表 8 FNE の経過



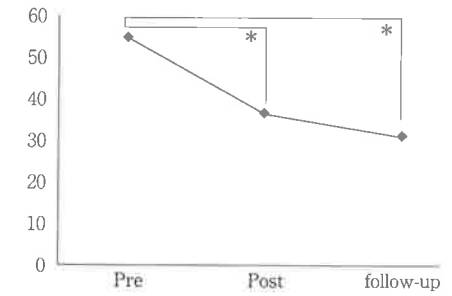
図表 9 BDI の経過



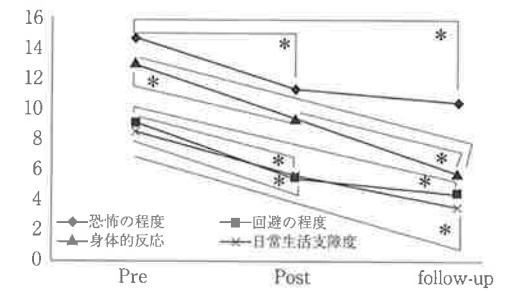
図表 10 LSAS 各尺度の経過



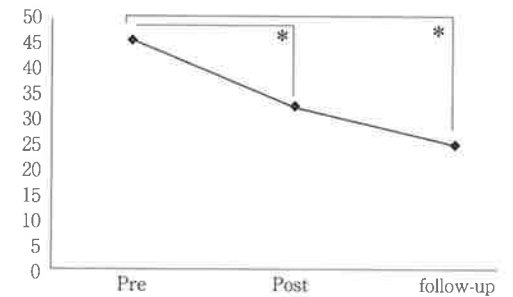
図表 11 LSAS 総得点の経過



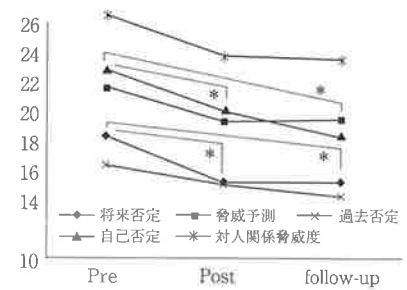
図表 12 SADS 各尺度の経過



図表 13 SADS 総得点の経過



図表 14 DACS 各尺度の経過



ことから、CBGTを通して他者からの否定的評価に対する不安が低減したことがわかった。さらにその変化がフォローアップ時まで引き続いていたことが明らかとなった。

### ● BDI

一要因の分散分析の結果、主効果が有意であった ( $F(2,56) = 9.1, p < 0.01$ )。多重比較を行った結果、プリテストに比べてポストテストとフォローアップテストの得点が有意に低かった (図表 9)。このことから、CBGTを通して抑うつ症状が低下したことがわかった。さらにその変化がフォローアップ時まで引き続いていたことが明らかとなった。

### ● LSAS

一要因の分散分析の結果、各尺度で主効果が有意であった (「不安・恐怖の程度」 $F(2,56) = 10.9, p < 0.01$ ; 「回避の程度」 $F(2,56) = 18.2, p < 0.01$ ; 「総得点」 $F(2,56) = 17.5, p < 0.01$ )。多重比較を行った結果、各尺度および総得点において、プリテストに比べてポストテストとフォローアップテストの得点が有意に低かった (図表 10、11)。これらのことから、CBGTを通して「不安・恐怖の程度」と「回避の程度」が低減したことが示された。さらに、その変化はセッション終了2カ月後のフォローアップセッション時にも引き続いていたことが明らかとなった。

### ● SADS

一要因の分散分析の結果、各尺度で主効果が有意であった (「恐怖の程度」 $F(2,56) = 7.9, p < 0.01$ ; 「回避の頻度」、 $F(2,56) = 8.3, p < 0.01$ ; 「身体的反応」 $F(2,56) = 10.1, p < 0.01$ ; 「日常生活支障度」 $F(2,56) = 7.5, p < 0.01$ ; 「総得点」 $F(2,56) = 13.1, p < 0.01$ )。多重比較

を行った結果、各尺度および総得点において、プリテストに比べてポストテストとフォローアップテストの得点が有意に低かった。さらに「身体的反応」についてはポストテストからフォローアップテストの得点も有意に低いことが確認された (図表 12、13)。これらのことから、CBGTを通して「恐怖の程度」「回避の頻度」「身体的反応」「日常生活支障度」が低減したことが示された。さらにセッション終了後2カ月後のフォローアップセッション時にも引き続いていることが明らかとなった。

### ● DACS

一要因の分散分析の結果、各尺度で主効果が有意であった (「将来否定」 $F(2,56) = 7.0, p < 0.01$ ; 「脅威予測」 $F(2,56) = 3.5, p < 0.01$ ; 「自己否定」 $F(2,56) = 9.2, p < 0.01$ ; 「過去否定」 $F(2,56) = 4.1, p < 0.01$ ; 「対人関係脅威度」 $F(2,56) = 3.3, p < 0.01$ )。多重比較を行った結果、「将来否定」と「自己否定」においてプリテストに比べてポストテストとフォローアップテストの得点が有意に低いことが確認された (図表 14)。これらのことから、CBGTを通して「将来否定」と「自己否定」の自動思考が低下したことが明らかとなった。一方、「脅威予測」「過去否定」「対人関係脅威度」の自動思考はCBGTを通して低下したものの有意ではなかった。

## 考察

本研究では、スピーチ恐怖を対象として、Heimberg (1991) のCBGTにClark & Wells (1995) が指摘した認知の歪みを修正する内容を含めたより少ないセッション数の治療プログラムを開発し、その効果を確認した。



本研究の結果から、将来を否定的に考える「将来否定」と自己を否定的に考える「自己否定」の自動思考の改善が明らかとなった。これは、Clark & Wells (1995) の治療プログラムが否定的自己イメージの改善により効果的であったと報告されており、本プログラムで得られた結果もそれに相応するものと考えられる。また本研究の結果から、社会的状況の不安・恐怖の程度や回避の頻度が低減したこともわかった。これは、Heimberg (1991) の社交不安と回避行動が有意に低下したという報告と同様であり、本プログラムが同等の効果をもつ内容であったものと考えられる。

さらに本研究の結果から、身体的反応が低減したことが明らかにされた。このことは、本プログラムにおいてエクスポージャー時に心拍速度や指先の末梢皮膚温度、指の皮膚抵抗を測定したこと、エクスポージャーの様子をビデオ撮影したこと、さらに、これらをフィードバックしたことによって、スピーチ中の自身の様子を客観的に評価できたものと考えられる。

以上のことから、本プログラムによって身体的反応や人前でのパフォーマンス状況について客観的な自己評価が可能となり、他者からの否定的評価に対する不安やスピーチ場面の回避の頻度が低下したものと示唆される。さらに、これらの改善が3カ月後のフォローアップ時にも引き続いてきたことから、本プログラムで行われた介入はプログラム終了後にも影響し続けたことがわかる。

このように、本プログラムはわが国で最も多いといわれているスピーチ恐怖を対象として、Clark & Wells (1995) が指摘した認知の歪みを修正する内容を含めたより少ないセッション数の治療プログラムであり、その効果は最も一般的に行われている Heimberg, et al. (1991) の12週にわたって行われるCBGTと同等の効果を持つ内容であったと考えられる。

しかし、将来の脅威的または嫌悪的な状況を予測する「脅威予測」

と、過去から現在までの経験を否定的に評価する「過去否定」、特定の状況が脅威的であったり嫌悪的であると評価する「対人関係脅威度」の自動思考はCBGTを通じて低下したものの有意ではなかった。このことから、さらに治療効果をあげるためには、トリプルカラム法を継続的にホームワークで実施する必要があると示唆される。

最後に本研究において、7週連続のプログラムのドロップアウト率は10%であり、これまでのSADを対象としたCBGTと同等であったものの、3カ月後のフォローアップ時のドロップアウト率は31%と高かった。CBGTの効果を検討するにはより長い期間が必要と考えられるため、フォローアップセッションの期日前に参加者に連絡することなどを検討する必要があると考えられる。また薬物療法のみ、あるいは自然経過観察の対象群との比較検討などが今後の課題である。

#### 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) 日本語版の信頼性及び妥当性の検討」『精神医学』44: 1077-84.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. N.Y.: The Guilford Press.
- 陳峻雯 (2005). 「社会不安障害に対する集団認知行動療法プログラムの効果」研究成果報告書
- 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* (pp. 69-93). New York: Guilford Press.
- 福井至 (1998). 「Depression and Anxiety Cognition Scale (DACs) の開発——抑うつと不安の認知行動モデルの構築に向けて」『行動療法研究』24: 57-70.
- Heimberg, R. G. (1991). A manual for conducting cognitive-behavioral group therapy for social phobia. 2nd, Edn. Unpublished manuscript available from the Center for Stress and Anxiety Disorders, Pine West Plaza, Bldg 4, Washington Avenue Extension, Albany, NY 12205.
- Hope, D. A., Heimberg, R. G., & Brush, M. A. (1995). Dismantling cognitive-behavioral

- group therapy for social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 33, 637-650.
- 石川利江・佐々木和義・福井至 (1992). 「社会的不安尺度 FNE・SADS の日本版標準化の試み」『行動療法研究』18, 10-17.
- 貝谷久宣 (2009). 『社交不安障害検査実施の手引』金子書房。
- 貝谷久宣・金井嘉宏・熊野宏昭・坂野雄二・久保木富房 (2004). 「東大式社会不安障害尺度の開発と信頼性・妥当性の検討」『心身医学』44 : 279-287.
- 貝谷久宣・山中学 (2002). 「社会不安障害」『こころの科学』106, 55-59.
- 金井嘉宏・笹川智子・陳峻雯・鈴木伸一・嶋田洋徳・坂野雄二 (2004). 「Social Phobia Scale と Social Interaction Anxiety Scale 日本語版の開発」『心身医学』44 : 842-850.
- 大坪天平・宮岡等・上島国利 (訳) (2000). 『Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) 精神疾患簡易構造化面接法』星和書店。
- 高橋三郎 (監訳)・大曾根彰 (訳) (2002). 『SCID-II DSM-IV II 軸人格障害のための構造化面接』医学書院。
- 山田和夫 (2006). 「社会不安の治療——薬物治療の立場から」『臨床精神薬理』9 : 2145-2148.