

社交不安障害に対する集団心理教育

●
野口恭子

Kyoko Noguchi / 医療法人和楽会心療内科・神経科赤坂クリニック

社交不安障害とは

社交不安障害 (Social Anxiety Disorder; 以下 SAD と略記) とは、他人の注目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に対する恐怖や、自分が恥をかいたり、困惑したりするような行為を行うかもしれないという恐れがあり、日常生活や仕事に支障が生じている疾患である (DSM- IV -TR, 2002)。

SAD の概念は 1980 年に改訂された DSM- III で「社会恐怖」として初めて診断基準が示されて以降、多くの研究がなされている。DSM- III 以前は、ごくまれにみられる恐怖症という程度の認識であったものが、その後、大規模な疫学研究によって、高い有病率と社会生活上の支障が大きい疾患として注目されはじめ、さらに薬物療法や認知行動療法の有効性が次々に報告されたことなどから広く知られるようになってきた。永田 (2005) は、SAD が SSRI の投与により「簡単、安全に」治療可能になったことで一躍注目を浴びていると述べている。

SAD の生涯有病率は 10% 前後と非常に高く、発症年齢は平均 15 歳前後であり、25 歳以降の発症は少ないといわれている。尾崎 (2007) は、発病時期は思春期が多く、そのまま普通の社会生活を営むのが困難になり、ひきこもりになってしまうケースもあることを指摘している。また、貝谷ほか (2005) は、SAD は後年には、うつ病、パニック障害、アルコール中毒などの発症の基盤となりうる精神障害であると指摘しており、自殺行動が多く、社会機能の障害が早期から認められるとしている。SAD に対する早期の介入がその後に併発する精神障害を予防できるかどうかという点にも関心もたれている (朝倉ほか, 2005)。

ところで、わが国では対人恐怖という概念が SAD にかかなり近い概念として認知されている (福西, 2007)。対人恐怖症については、わが国でも長年にわたる臨床的な研究が積み重ねられており「対人恐怖」という言葉は広く一般に認識されている。渡辺 (2007) は、対人恐怖はあまりにも身近すぎる問題なので、性格や気持ちの問題の延長線上として考え、治療が可能な疾患としては理解しにくい風潮が続いていると指摘している。つまり、対人恐怖という用語が、日常語として一般的にイメージが形づくられていることは、SAD について正確な理解を得るうことを困難にする一因になっていると考えられる。

SAD 患者は、対人場面に強く意識される緊張や恥をかくことを恐れるという「症状」を自身の「性格」として認識していることが多い。土屋 (2007) は、SAD 患者は、対人不安の問題で治療求めることはほとんどなく、うつ病性障害などと比べて、相対的に治療の必要性の認識が低いと指摘している。また、こういった問題を抱えるのは自分ひとりであるか、きわめて少数であると決めつけていることが少なくない。大野は (2003) は、SAD 患者は社会的状況や対人関係で生ずる不安反応は不合理だという認識があるために、社会的、対人的な場面を避けるようになる、また SAD 患者は、劣等感が強く他人からの否定的評価や批判に非常に敏感であり、否定的な認知が強いとも指摘している。対人場面という日常生活を送るうえで避けることができない状況に特異的に意識され、しかも他の生活上の能力は障害されにくいというのも、SAD の特徴である。また日常一般生活では、家族や親しい友人と問題ない付き合いを保っていたとしても、「(他者に対する恐怖を知られることは) 恥ずかしい、馬鹿にされる」と考え自尊心を傷つけることにつながるため、その内面を隠すことが多い (渡辺, 2007)。

SAD の治療ガイドラインと心理教育

APA による SAD の治療ガイドラインでは、第一選択として、選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI) が推奨されているが、田島 (2005) は、SAD に対する SSRI の効果発現は遅く、薬物療法の効果を十分に発揮するには心理教育的なアプローチが欠かせないことを指摘している。SSRI による治療は、最低限 1 年間、通常 3 年間は継続して服用することが推奨されている (渡辺, 2007)。

また薬物療法を中心に行う場合であっても、SAD という疾患に対する知識、推定される病態メカニズム、治療の選択肢と治療の効果、SSRI を中心とした薬物療法による効果と副作用の出方の特徴、長期の継続投与の意義などについて、治療開始前に十分な説明がなされることは非常に重要であると考えられる (田島, 2005)。朝倉 (2005) は、SAD 患者が医療機関を受診する場合、症状のために苦痛をとまなっていて生活していた期間が比較的長期に及んでいることが多いこと、また治療も年単位で考えたほうがよいため、治療初期には中断を防ぐ工夫が必要であると述べている。

つまり、治療者は、SAD 患者に対して病気に対する不安を取り除くだけでなく、コンプライアンスを高め、さらには家族の治療に対する協力も得られるように働きかける必要がある (貝谷ほか, 2005)。

また、患者本人だけでなく、家族や友人なども参加可能とすること、集団で行うことによって、このような問題で悩んでいるのは自分だけではないのだということ、性格の問題ではなく、治療することができるということを周囲の人とともに十分に理解することは、適切な治療を続けるうえで非常に重要であると考えられる。

SAD の集団心理教育の概要

以上のことから、筆者らのクリニックでは、SAD 患者を対象とした集団心理教育 (以下、SAD ガイダンスと略記する) を実施している。SAD 患者は、初診時に医師からの紹介および会計時に受付のスタッフからの案内によって、ガイダンスの申し込み予約をする。対象者は、患者本人、またはその家族であり、病気のことを理解してほしい人物も参加可能としている。1セッションのみ 50 分で心理士が担当し、毎週土曜日の午前中に実施している。

心理教育内容は、図表 1 のとおりである。①症状、②治療法、③薬物療法、④不安・恐怖を感じる場面に対する理解で構成されており、パワーポイントを使ったスライドを用いてガイダンスを行う。

まず、SAD の診断基準と定義を説明し、全般性と非全般性の 2 つのサブタイプを紹介する。ここで、自身がどちらのタイプに当てはまるか、どのような症状に悩んでいるかについて、ガイダンス参加者に発言を促し、参加者間で共有することによって、このような悩みをもっているのは自分だけではないのだということを感じられるような機会をつくる。また、さまざまな不安・恐怖を感じる場面や状況を紹介し、過去に、SAD 患者 100 名に実施した「どの場面が苦手か」というアンケートの結果を紹介することで、SAD という診断があっても、どのような場面や状況に対して不安や恐怖を感じるのかどうかは、人それぞれ異なることも説明する。

つづいて、SAD の身体症状、認知的な症状、行動的な症状を紹介し、有病率についても説明する。10%前後と高い生涯有病率を紹介しても、にわかには信じがたいという表情を浮かべる患者は少なくないが、性格の問題だと考えて、1人で悩んでしまう傾向も特徴の一つで

図表1 「社会不安障害を克服するために——治療ガイドンス」の内容

社会不安障害の説明と特徴について

- ・社会不安障害の診断基準
- ・全般性と非全般性の2つのサブタイプ
- ・不安・恐怖を感じる場面や状況
- ・100名のSAD患者の主訴のアンケート紹介
- ・身体症状、認知的な症状、行動的な症状
- ・有病率
- ・合併症として、うつ症状、パニック発作、アルコールの依存や乱用の問題

社会不安障害の治療

- ・原因として、遺伝的要因、家庭環境、学習経験など
- ・脳内の神経系の機能異常に関連している可能性と、医学的な病気として治療可能であること
- ・治療に使われる代表的な薬
- ・継続的な服薬の重要性
- ・認知行動療法との併用が効果的
- ・クリニックで行っているカウンセリングの紹介

薬についてのQ&Aの紹介

- ・一般的な服薬期間について
- ・離脱症状について
- ・副作用について
- ・アルコールとの服用は禁止であること
- ・市販薬との併用について

苦手な状況で感じる不安・恐怖への対応

- ・「自分が感じていることは本当か？」という題で、Stopa & Clark (1993)の研究結果の紹介

あると紹介すると、同じ苦勞を抱えた人はほかにもいるのだと安心するようである。また、SADにみられる合併症としてうつ症状、パニック発作、アルコールの問題を説明し、このような症状がある場合には、主治医に相談するよう注意を促す。

さらに、SADの治療法についても紹介する。まず、SAD発症の原因としては、遺伝的要因、家庭環境、学習経験などがあげられるが、これらの影響の強さは人それぞれであり、また互いに関連しあっていることを説明する。そして、原因ははまだ明確にされてはいないもの

の、脳内の神経系の機能異常が関連していると考えられることから、SADは性格の問題や気の弱さからなるものではなく、医学的な病気として、十分に治療の対象となりうることを強調する。また、治療の基本は薬物療法であるが、とくに回避行動に対しては、認知行動療法を併用することが効果的であることも紹介する。

また、薬物療法のアドヒアランス向上を狙いとして「これまでに実際に患者さんから寄せられた質問」として、代表的な5つの質問についてQ&Aの形式で紹介する。主な内容としては、一般的な服薬期間と副作用について、急な服薬中止による離脱症状についての説明と自己判断での調整は行わないように注意を促す。そして、アルコールとの併用は禁止であることなどを説明したうえで、薬に対する不安や疑問をもったときには、1人で悩まないように、治療については、主治医とのコミュニケーションが大切であることを強調する。

最後に、会話における自己評価と他者評価の違いについて、Stopa & Clark (1993)の研究結果をグラフに示し、SADの患者は、一般的なグループや不安傾向の高いグループに比べると、否定的な自己評価が非常に強くなっていることを紹介し、「自分が思っているほど、周囲の人は否定的な評価をしていないかもしれない」という内容を紹介している。

SAD ガイドンスの効果判定法

●目的：

SAD ガイドンスの参加前と参加後に実施した質問紙の回答から、心理教育の効果について検討した。

●方法：

対象者：診察時または、受付での会計の際に案内をし、ガイダンスの参加を希望した社交不安障害の患者および家族。

手続き：ガイダンス参加当日、受付時にプリテストをガイダンス終了時にポストテストを実施した。

●測定尺度：

①社交不安障害の認知度

「あなたは社交不安障害という病気について、本やインターネットなどでご存知ですか？」という質問について、「よく知っている」「少し知っている」「言葉は聞いたことがある」「いいえ」を選択する。

②過去の治療歴とカウンセリングを受けた経験

薬物療法による治療歴と、その期間を記載する。カウンセリングを受けた経験について「はい」または「いいえ」を選択する。

③State-Trait Anxiety Inventory 日本版の状態不安（清水・今榮，1981）

20項目の不安を喚起する事象に対する一過性の状況反応を測定する尺度であり、「1. まったくあてはまらない」「2. いくぶんあてはまる」「3. かなりよくあてはまる」「4. 非常によくあてはまる」の4件法で回答する。

④社交不安障害に関する知識

「社交不安障害という病気を知っている」「社交不安障害の症状を知っている」「社交不安障害に対する治療法を知っている」の3項目について「1. まったく知らない」から「5. とてもよく知っている」までの5件法で回答する。

⑤薬に対する不安

薬に対する不安に関する4項目について「非常に不安である」を100、「不安はまったくなし」を0として0～100のVisual Analog

Scale（以下、VASと略記する）で評価する。

⑥症状コントロール

症状コントロールに関する3項目について「確実に（コントロール）できると思う」を100、「まったくできないと思う」を0として、0～100の自由記述。

⑦治療意欲と服薬に対する意欲

治療意欲と服薬に対する意欲に関する3項目について「非常にそう思う」を100、「まったくそう思わない」を0として、0～100のVASで評価する。

⑧ガイダンスの満足度

ガイダンスの満足度について「1. まったく満足していない」「2. あまり満足していない」「3. どちらともいえない」「4. やや満足している」「5. とても満足している」の5件法で回答する。

⑨Anxiety Sensitivity Index 日本語版（ASI 日本語版：池谷，丹野，2002）

不安感受性と呼ばれる破局的な認知をさせるような信念を測定する、16項目で構成される尺度であり、「1. まったくそう思わない」から「5. 非常にそう思う」の5件法で回答する。

結果と考察

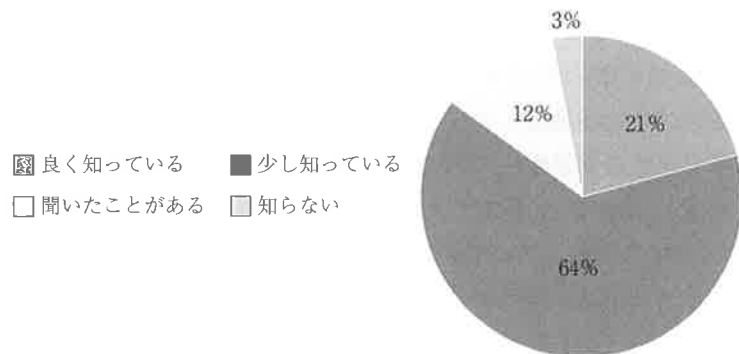
参加者は計131名（平均年齢 33.2 ± 10.18 歳）、うち男性61名（平均年齢 35.0 ± 10.76 歳）、女性70名（平均年齢 31.6 ± 9.49 歳）であった。図表2に示す。

まず社交不安障害に関する知識について（図表3）は、「よく知っている」は21.4%であったものの、「少し知っている」「聞いたことがある」を合わせると74.9%であり、「知らない」が3.1%であった。

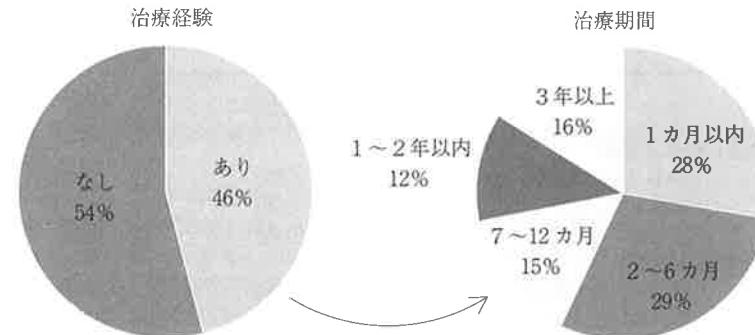
図表2 治療ガイダンス参加者

	人数	平均年齢
男性	61	35.0 (±10.76)
女性	70	31.6 (±9.49)
合計	131	33.7 (±10.18)

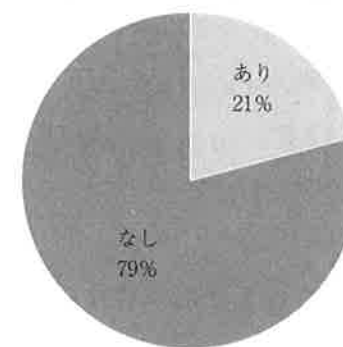
図表3 社交不安障害について



図表4 SADの治療経験と治療期間



図表5 カウンセリング経験



薬物療法での治療経験の有無(図表4)は、「なし」が52.7%、「あり」が45.8%であり、治療経験ありの場合、治療期間は1カ月以内が28%、1~6カ月が29%、7~12カ月が15.0%、1~2年は11.7%、3年以上15.0%であった。短い者では2週間程度、最長では204カ月間(17年間)であった。

カウンセリング経験(図表5)は、「あり」が20.6%「なし」が77.9%であった。

つづいて、ガイダンス参加前と参加後の各尺度の得点の平均値と有意差について、図表6に示した。

STAI 状態不安尺度の合計点、ASI の合計点は、どちらもガイダンス参加前に比べて、参加後に有意な低下が認められた。また、SAD に関する知識、症状コントロール、治療意欲と服薬に対する意欲は、

ガイダンス参加前に比べて、参加後に有意に増加した。さらに、薬に対する不安については、ガイダンス参加前に比べて、参加後に有意な低下が示された。

以上の結果より、クリニックに受診する患者の約75%がすでに、書籍やインターネットの情報などから、SADに関する知識を得ていることが多いことが示され、一般社会のなかでも少しずつSADが認知されつつあることがわかった。過去の治療歴については、約半数が治療歴「あり」としたが、その治療期間は6割が6カ月未満であり、

図表6 ガイダンス参加前と参加後の変化

	プレテスト 平均 (SD)	ポストテスト 平均 (SD)
STAI	49.7 (9.96)	41.5 (9.12) **
ASI	45.1 (9.77)	39.3 (10.51) **
SADに関する知識		
・SADという病気を知っている	3.1 (0.97)	4.2 (0.52) **
・症状を知っている	3.1 (0.95)	4.2 (0.54) **
・治療法を知っている	2.4 (0.99)	4.2 (0.59) **
薬に対する不安		
・依存に対する不安	53.7 (28.43)	25.6 (24.65) **
・副作用に対する不安	54.8 (28.99)	33.4 (27.05) **
・効果に対する不安	56.5 (26.74)	32.4 (24.30) **
・服薬期間に対する不安	63.1 (26.48)	29.8 (26.60) **
症状コントロール		
・症状コントロール	25.8 (19.26)	34.7 (21.52) **
・予期不安コントロール	24.3 (20.34)	35.0 (21.93) **
・自己コントロール	24.4 (18.78)	33.4 (20.83) **
治療意欲と服薬に対する意欲		
・治すことができる	57.9 (21.79)	73.0 (20.10) **
・治療に取り組もうと思う	84.8 (18.33)	89.9 (15.37) **
・薬を飲もうと思う	75.5 (25.86)	85.9 (20.11) **

**p<0.001

SAD治療の第一選択薬であるSSRIの効果発現と、適切な治療のためには最低1年間は服薬することが望まれていることなどから考えると、十分な治療経験があるとはいえないことも示唆された。

また、今回のSADガイダンスは患者の薬に対する不安の低減、社交不安障害に対するセルフ・エフィカシーおよび治療意欲の向上、不安感受性の低下をもたらしたと考えられる。

今後はさらに、長期的な効果の維持についての検討や、統制群を用いた効果の検討などが必要であると考えられる。

文献

- 朝倉聡 (2002).『心と社会』110:30-36.
 朝倉聡, 小山司 (2005).「社会不安障害に退位するSSRIの効果」『社会不安障害治療のストラテジー』139-144.
 大野裕 (2002)『ストレスと臨床』12:34-37.
 大野裕 (2003).「社会不安障害の診断と治療——薬物療法と精神療法の併用」『分子精神医学』Vol.3, No.3.
 大野裕 (2003).『分子精神医学』3:218-228.
 尾崎進 (2007).「現代社会に見られる社会不安障害」『現代のエスプリ』480:5-16.
 貝谷久宣, 熊野宏明, 山中学, 土田英人 (2005).「社会不安障害の有病率——罹病年齢などの疫学から」『社会不安障害治療のストラテジー』19-26.
 貝谷久宣 (2005).「社会不安障害」『ストレスと臨床』23:15-20.
 田島治 (2005).「社会不安障害における薬物療法と位置付けと心理教育的アプローチ」『臨床精神薬理』8:47-53.
 土屋政雄, 川上憲人 (2007).「社会不安障害の疫学」『臨床精神医学』36(12):1495-1502.
 永田利彦 (2005).「対人恐怖症と社会不安障害——その概念と相互関係」『社会不安障害治療のストラテジー』7-12.
 福西勇夫 (2007).「座談会——現代社会に見られる社会不安障害」『現代のエスプリ』480:5-16.
 渡辺全朗 (2007).「社会不安障害の治療と予防——今後の展望」『現代のエスプリ』480:77-85.