

特集 社会不安障害

社会不安障害と認知行動療法*

● 井上和臣** / 鍵本伸明**

Key Words : social anxiety disorder, cognitive-behavioral therapy, cognitive model, outcome studies, case example

はじめに

愛別離苦という言葉がある。仏教にいう八苦の一つで、愛する人と別れる苦しみをさす。およそ不安や抑うつを伴う精神の障害は苦悩をもたらすが、対人不安をめぐる病態ほど、愛別離苦を主題とするものはあるまい。患者は親密な人間関係に強く惹かれながらも、拒絶を恐れるあまり、社会的絆から排除される苦痛を味わい続ける。

最近の脳機能画像を用いた研究¹⁾²⁾によると、社会的疎外によって経験される精神的苦痛は身体的苦痛と同じように、前帯状皮質や右腹側前頭前皮質の活動を变化させるという。おそらく患者が対人状況において予測する「仮想」の拒絶も、明確な神経生物学的基礎が存在するくらい「現実」的なものであろう。

小論では、1980年にアメリカ精神医学会の公式診断分類に登場し、1990年代になってようやく注目されはじめた社会恐怖/社会不安障害(social anxiety disorder : SAD)について、認知行動療法(cognitive-behavioral therapy : CBT)との関連で論じる。言うまでもなく、CBTは選択的セロト

ニン再取り込み阻害薬(SSRI)とともに、SADに対する効果が実証された治療法である³⁾。

対人場面における認知

SADの主徴はもちろん不安や恐怖という感情反応であるが、否定的認知が果たす役割にも大きいものがある。

一般集団499名を対象とした電話調査⁴⁾によると、人前で話すことに強い恐怖を覚える167名が示した否定的認知(括弧内:頻度)は、以下のようになる。

- ・ 恥ずかしいことを言ったり、したりしてしまうかもしれない。(64%)
- ・ 頭が真っ白になってしまうだろう。(74%)
- ・ 話を続けられなくなるだろう。(63%)
- ・ 馬鹿なことを言ったり、話の辻褃があわなくなったりするだろう。(58%)
- ・ 身体や声が震えたりして、不安になっていることがわかってしまう。(80%)

一般集団の対人不安とSADとの連続性は別として、少なくともその認知には共通性が認められるだろう。

不安に関連する認知は「危険」や「脅威」を主題とするが、これを簡潔に表現すると、「悪いことが起こりそうだが、私にはどうすることもできない」となる。認知の歪み(cognitive distortions)としては、事態に内在する危険・脅威の過大視(magnifi-

* Social anxiety disorder and cognitive-behavioral therapy.

** Kazuomi INOUE, M.D.: 鳴門教育大学教育臨床講座[☎772-8502 鳴門市鳴門町高島中島748]; Department of Clinical Studies and Practice of Education, Naruto University of Education, Naruto, Tokushima, JAPAN.

*** Nobuaki KAGIMOTO, M.D.: 伸明会ナンバかぎもとクリニック; Nanba Kagimoto Clinic, Osaka, JAPAN.

cation)と自己の対処能の過小視(minimization)である。

SADの場合には、他者に対したときの自己の身体的・心理的反応が誤って破局的に解釈され(catastrophic misinterpretation)、自己の社会的「死」を予期することへと収斂していく、と考えられる。

社会不安障害の認知モデル

Clarkらが提案したSADの認知モデル(図1)⁵⁾⁶⁾によると、社会的状況(たとえば、人前で話す)で他者を前にしたとき、自己に関する患者の非機能的信念(dysfunctional beliefs)が活性化される。信念は中核的(「私は人に好かれない」)、条件的(「もし不安そうに見えたら、私が馬鹿で駄目な人間だと皆は思うだろう」)、道具的・自己教示的(「私はいつでも賢そうに見える必要がある」)信念に分けることができる。

社会的危険を感知した患者の注意は、自己の外的・内的状態に向けられ(self-focused attention)、綿密な自己監視(self-monitoring)が作動しはじめる。自己監視の過剰のために、患者は不安や緊張に伴う自己の些細な変化まで知覚できることになるが、一方で他者の行動が与える情報を適切に処理することが妨げられる。「仮想」他者の視点で自己の状態を眺める傾向(observer perspective)⁷⁾が顕著となり、「見られるもの」としての歪曲された自己像が優勢となる。他者に対する自己(public self)について誤った破局的解釈がなされる。

さらに、他者の拒絶という社会的破局を回避するために、安全希求行動(safety behaviors)が活発となる。患者は、たとえば、馬鹿だと思われないための周到な準備をして人前に立ち、懸命に注意を払いながら話し続ける。他者からの逃走は、患者の破局視(catastrophizing)を強めることはあっても弱めることには役立たない。

社会不安障害の認知行動療法

上述の認知モデルは、これに基づく個人CBTにおいて、下記のような複数の介入が可能であることを示している。

1. 認知モデルの個別化

個人CBTは個々の患者について独自の認知モデルを作成することから始まる。病態の維持機制がモデル化され図示されることで、治療者はもちろんのこと患者にも介入の位置が明確になる。

2. 安全希求行動の停止

安全希求行動という回避をやめた場合、その結果として恐れている社会的破局が生じるものかどうかを、行動実験(behavioral experiments)を通して検証することが、認知の修正には不可欠となる。

3. 内から外への注意の変換

自己の状態に向けられていた注意を外に転換し、過剰な自己監視を減らし、他者の行動を観察することで、他者からの反応を適切に把握できるようにするはずである⁸⁾。

4. 事前・事後の非機能的情報処理(anticipatory/postevent processing)への介入

社会的状況に入る前に生じる不適切な予期と、社会的状況から離れた後で起こる過度の自己批判とを、認知再構成法(cognitive restructuring)により適正化する。

社会不安障害に対する 認知行動療法の効果研究

1. メタアナリシス

一般に、成人のSADに対するCBTでは、リラクゼーション訓練、社会生活技能訓練(social skills training)、曝露法(exposure)、認知再構成法などを適宜組み合わせる。

系統的な文献検索をもとにZaiderとHeimberg⁹⁾が展望した複数のメタアナリシスによると、成人のSADの場合、CBTは対照群(プラセボや待機患者)よりも明らかに有効であった。また、急性期治療終了後にも効果の維持が認められた。どの技法が必須かという点に関しては、結論はできないまでも、曝露法単独あるいは認知再構成法との併用がもっとも効果的と考えられた。

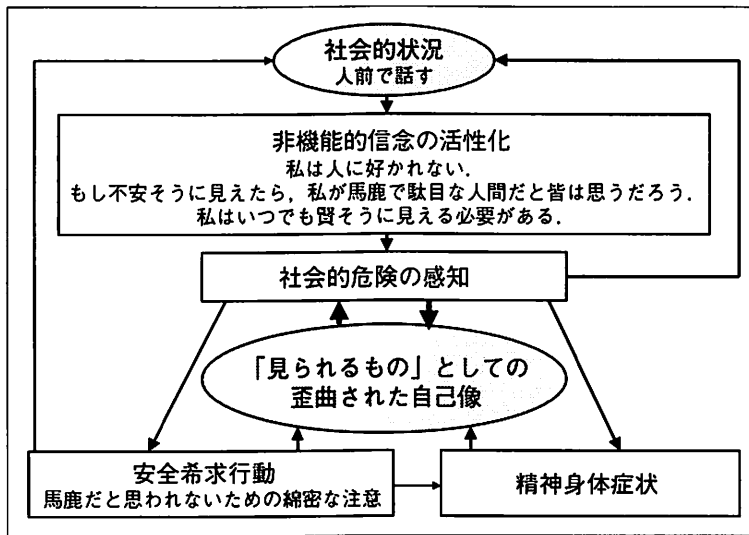


図1 社会不安障害の認知モデル(文献⁵⁾⁶⁾をもとに作成)

2. 個人認知療法

SADに対するCBTの効果研究では、別稿¹⁰⁾にも触れたHeimbergらの集団CBTがよく知られている。しかし、実地臨床面では、一定数の集団を形成するのに待機する必要があるたり、日程との関連で参加率が低下する可能性があったりする、といった問題も指摘されている。

Stangierら¹¹⁾は、71例のSAD患者を個人認知療法(cognitive therapy: CT)、集団CT、待機群に無作為に割り付け、治療群では週1回のセッションを4ヵ月にわたり最大15回実施し、その後6ヵ月間追跡した。CTはClarkとWellsのモデル⁹⁾に基づき行い、治療期間中は薬物療法を中止した。65例が治療を終了し、59例が追跡できた。治療終了時および追跡時の転帰は、効果判定に用いた複数の尺度で、個人CTが集団CTよりも有意に優っていた。治療後にDSM-IVの診断基準を満たさなくなった患者は、集団CT(13.6%)に比べ個人CT(50%)が有意に多かった。効果量については、治療終了時の個人CT(1.17)が集団CT(0.55)より大きかったが、追跡時にはその差がさらに拡大していた(個人CT, 1.57; 集団CT, 0.74)。

3. 短期認知療法

ClarkらによるSADの認知モデル⁵⁾⁶⁾にあるように、SAD患者は自己に注意が偏位して、「他者か

ら注視されているに違いない」と考える傾向がある。そのため、曝露されている外的社会状況に注意を転換させて認知を修正することが、症状の軽減に必要であることが多い。

WellsとPapageorgiou¹²⁾は、14~18セッションからなる標準的個人CTを短期化する過程で、自己への過剰な注意に焦点を当てた治療を試みた。あわせて、事前・事後の認知過程にも介入し、行動実験による非機能的認知の改変を図った。その結果、対象となった6例すべてが、4~8回(平均5.5回)のセッションで、社会的回避、自己意識、否定的信念を測定する自記式尺度において速やかな改善を示した。さらに、この臨床的効果は治療終了後3~6ヵ月まで維持されていた。

社会不安障害の症例

1. 症例の概要

患者は30歳代の女性で、「人に会うと汗がふき出る」ことを主訴に受診した。

外出時には「人からどう見られているのか」が気になり、帽子をかぶって顔を隠していた。「どのように見られていると考えるから、つらいのか」と聞くと、「[他人と違って自分だけが浮いてしまっているのではないかと]考える」と語った。子どもの通う幼稚園でも母親同士のつきあいがあり、その中に入るのが困難であった。

表1 治療に伴う思考記録の変化(その1)

日付/対人状況	自動思考 (確信度：%)	他人からどう 思われていると 考えたか	その根拠は (確信度：%)	不合理な 対処行動	合理的思考 (確信度：%)
X/22 買い物	また汗が出るかも (90%)	暑いのか…	一瞬頭が熱く なった 少し汗が出る (80%)	少し離れて みる	別に周りの人は 気にしていない
X/24 友人と食事 (外国人を含む)	うまく話ができない 言葉が浮かばない (100%)	緊張していると 思われている 何を考えている のかと思われる	声が普通より 小さい(80%)	会話に参加 しない	相手は何とも思っ ていない 緊張しているの は始めだけ(70%)
X/28 電話 (人の前で) (あまり知らない人に)	食べなくてもいい 声が普通に出るか? (80%)	緊張していると 思われる	話が続かない (50%)	すぐ切る 人変わる	誰も気にしてい ない (100%)

発症年齢は17歳で、過去の治療歴はなかった。
SADの全般型および大うつ病と診断された。

2. CBTによる治療経過

CBTは3ヵ月間実施した。SSRI(パロキセチン
20mg/日)および抗不安薬(ロフラゼブ酸エチル
1mg/日)による薬物療法を併用した。

最初に、幼稚園の参観や送迎といった交流関
係の中で発汗を自覚したとき、実際に汗が出て
ハンカチで拭かないといけなかったのか、ある
いはカーッとほせて汗が出ていると感じたの
か、の区別をつけてもらった。また、汗が出て
いるかどうか常に注意が向かっていたので、
周囲を見回して本当に周りの人が自分を注目し
てみているかどうかを確認してもらった。

次いで、自動車教習所に通い、避けていた友
人に会うことも勧めた。

この間に患者が作成した思考記録を、治療経
過に沿って表1に示した。この記録様式はClark
とWells⁵⁾の6コラム法を変形させたもので、左
から対人状況、そのときの自動思考、他人から
どう思われていると考えたか、その根拠、不
合理的な対処行動、合理的思考とし、確信度も評価
してもらうようになっている。

治療3ヵ月目になると、患者は汗が出るこ
とがあっても気にならなくなり、「汗かきな人と
思われてもいいや」と思えるようになった。

4ヵ月目に働き始め、8ヵ月目には社交場面
に入るとき緊張もなくなり、「汗が出てしまう」と

いう訴えもなくなった。

3. 治療の効果

治療前後の日本語版LSAS-J(Liebowitz Social
Anxiety Scale)については、恐怖・不安が34から
22に、回避が27から11に変化した。BDI(Beck
Depression Inventory)は22から9となった。

社会的状況に曝露されたときの非機能的自動
思考は、「人前に出ると汗が出る」「のほせてきた
ので、汗が流れ出ているに違いない」「人から見
られている」というものであったが、治療前後で
確信度が100%から20~30%まで低下した。また、
「私は変な人だ」という非機能的信念の確信度は
80~90%から10%となった。

認知行動療法に伴う脳機能変化

SSRIの有効性からセロトニン作動性神経系¹³⁾
を介した不安症状の改善が想定できるが、SAD
に対するCBTの効果がどのような脳機能変化と
関連するかは明確ではなかった。SADの脳画像
研究¹⁴⁾¹⁵⁾はこの疑問に答えるものである。

Furmarkら¹⁵⁾は18例のSAD患者をcitalopram治
療群(平均40mg/日)、集団CBT群(CBGT;週1
回、1回当たり3時間、8回のセッション)、待
機群に、6例ずつ無作為に割り付け、治療前と9
週後に、人前で話すという課題遂行時の局所脳
血流量(rCBF)をPETによって測定した。

その結果、待機群での変化はなかったものの、
citalopram群とCBGT群ではほぼ同等の、有意の

表 1 治療に伴う思考記録の変化(その 2)

日付/対人状況	自動思考 (確信度: %)	他人からどう 思われていると 考えたか	その根拠は (確信度: %)	不合理な 対処行動	合理的思考 (確信度: %)
X+1/6 保育士と私的な話	汗が出るかもしれない (60%)	汗をかいていると 思われている	実際首などに汗 をかいたから (100%)	早めに話を 切り上げる	汗をかいていると 思われただろう けど、別にいい (90%)
X+1/11 保育所に子どもを 連れて行く	自分のことを変に思わ れている? (90%)	わからない 何か変なうわさ でもあるのか	その場の空気が嫌 だったから		気のせいだったみ たい (100%)
X+1/24 買い物	声をかけるのを戸惑い そう (20%)	普通	落ち着いて会話 ができたから (70%)	別にない	自分自身が少し緊 張するけど何も 思わない(90%)
X+1/25 役所(手続き)	汗が出そう (70%) 緊張しそう (50%)	別におかしいと は思われない	所内はいつも暑 いから (90%)		自分は変ではない (60%)

表 1 治療に伴う思考記録の変化(その 3)

日付/対人状況	自動思考 (確信度: %)	他人からどう 思われていると 考えたか	その根拠は (確信度: %)	不合理な 対処行動	合理的思考 (確信度: %)
X+1/26 教習所(説明)	緊張しそう (80%)	何か私のことを変 に思うだろうか?	理由はなく、た だそう思うだけ (80%)		緊張は誰にでも ある (80%)
X+2/3 教習所(3日目)	自分だけ浮いているみ たい (80%)	誰にも相手にされ ない ひとり浮いている	わからない 孤立している気が する (80%)		気にしない 知らない人ばか り緊張して いるのだ(80%)
X+2/8 教習所	何も不安感はない (70%)	ただの教習生	緊張していない 不安でない(70%)		始めの日のよう な気分は、慣 れてなかった からだ (90%)
X+2/12ごろ 教習所や外出先や 自宅(ずっと)	不安な気持ちはない 安定している (85%)	別に何も… 気にならない	安定している 楽しいし、元氣		

症状改善が得られた。治療反応例は、citalopram 群とCBGT群はともに4例(67%)であった。症状の改善に伴って、citalopram群とCBGT群では共通して、両側の扁桃核、海馬、前および中側頭皮質におけるrCBFの減少が認められた。治療に反応した9例(待機群の1例を含む)でも、同様の変化が得られた。

おわりに

21世紀を迎え、SADに関する研究は欧米では着実に成果を生んできている。SADはもはや「診断されず治療されず」といった病態ではなくなり

つつある¹⁶⁾。この有病率の高い精神障害に適切に対応しようとするとき、CBTは必須の選択肢になりうるはずである。わが国でも治療者と患者のためのマニュアルが最近になって邦訳されている¹⁷⁾。マニュアルの活用とともに、実地臨床に活かすことのできるSADの臨床研究が望まれる。

文 献

- 1) Panksepp J. Feeling the pain of social loss. Science 2003; 302: 237.
- 2) Eisenberger NI, Lieberman MD, Williams KD. Does rejection hurt? An fMRI study of social ex-

- clusion. *Science* 2003 ; 302 : 290.
- 3) Schneier FR. Social anxiety disorder. *BMJ* 2003 ; 327 : 515.
 - 4) Stein MB, Walker JR, Forde DR. Public-speaking fears in a community sample : prevalence, impact on functioning, and diagnostic classification. *Arch Gen Psychiatry* 1996 ; 53 : 169.
 - 5) Clark DM, Wells A. A cognitive model of social phobia. In : Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, et al. editors. *Social Phobia : Diagnosis, Assessment, and Treatment*. New York : Guilford Press ; 1995. p.69.
 - 6) Clark DM, McManus F. Information processing in social phobia. *Biol Psychiatry* 2002 ; 51 : 92.
 - 7) Wells A, Papageorgiou C. The observer perspective : biased imagery in social phobia, agoraphobia, and blood/injury phobia. *Behav Res Ther* 1999 ; 37 : 653.
 - 8) Wells A, Papageorgiou C. Social phobia : effects of external attention on anxiety, negative beliefs, and perspective taking. *Behav Ther* 1998 ; 29 : 357.
 - 9) Zaider TI, Heimberg RG. Non-pharmacologic treatments for social anxiety disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2003 ; 108 Suppl 417 : 72.
 - 10) 井上和臣, 渡辺元嗣. 対人恐怖/社会恐怖と認知行動療法. *臨床精神医学* 2000 ; 29 : 1099.
 - 11) Stangier U, Heidenreich T, Peitz M, et al. Cognitive therapy for social phobia : individual versus group treatment. *Behav Res Ther* 2003 ; 41 : 991.
 - 12) Wells A, Papageorgiou C. Brief cognitive therapy for social phobia : a case series. *Behav Res Ther* 2001 ; 39 : 713.
 - 13) Stein DJ, Westenberg HGM, Liebowitz MR. Social anxiety disorder and generalized anxiety disorder : serotonergic and dopaminergic neurocircuitry. *J Clin Psychiatry* 2002 ; 63 Suppl 6 : 12.
 - 14) Tillfors M, Furmark T, Marteinsdottir I, et al. Cerebral blood flow during anticipation of public speaking in social phobia : a PET study. *Biol Psychiatry* 2002 ; 52 : 1113.
 - 15) Furmark T, Tillfors M, Marteinsdottir I, et al. Common changes in cerebral blood flow in patients with social phobia treated with citalopram or cognitive-behavioral therapy. *Arch Gen Psychiatry* 2002 ; 59 : 425.
 - 16) Wittchen H-U. Social phobia : still neglected, poorly recognized and rarely treated? *Acta Psychiatr Scand* 2003 ; 108 Suppl 417 : 3.
 - 17) ギャビン・アンドリュース, マーク・クリーマー, ロッコ・クリーノ, ほか(古川壽亮・監訳). 不安障害の認知行動療法(2). 社会恐怖—不安障害から回復するための治療者向けガイドと患者さん向けマニュアル. 東京 : 星和書店 ; 2003.

* * *

