

社会不安障害の治療

—認知療法の立場から—

井上 和臣*

I. 薬物療法と精神療法の併用

社会不安障害 (SAD) には、選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI) が第1選択と診療ガイドラインで推奨されているが、あわせて認知行動療法 (CBT), とりわけ曝露を主体とする CBT も有効であるとされている。

薬物療法と認知療法を含めた精神療法を併用する場合、我々の脳裏にはさまざまな思いが去来するが、これらは併用に関わる我々の「認知」ととらえることができる。治療が最も順調に運ぶ場合、「薬物療法と精神療法はお互いに正の影響を与え合う」形になる。薬物療法により精神療法に取り組みやすくなり、精神療法によって薬物療法に対するアドヒアランスが改善する。一方、「薬物療法が精神療法に負の影響を与える」可能性もある。薬物療法によって症状が改善すると、患者は精神療法に対する動機づけを失い、精神療法が中断されることもありうる。また、「精神療法により薬物療法の効果を損なう」こともあるかもしれない。

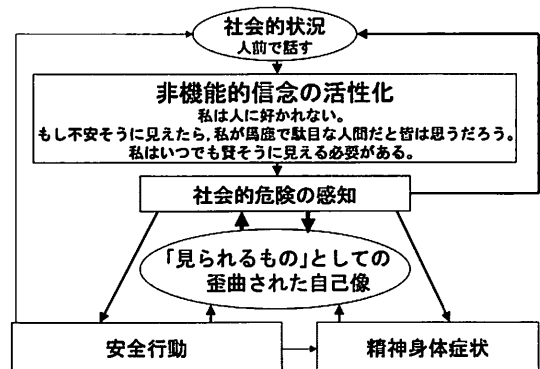


図1 社会不安障害の認知モデル

Clark, D. M., McManus, F. : Biol. Psychiatry, 51 : 92-100, 2002.

II. 社会不安障害の認知モデル

図1はSADの認知モデルである。認知モデルは、認知の問題を中軸に据えてSADを読み解こうと試みる。社交場面はわが国と欧米では異なっており、「人前で話す」といっても日本人は「仲間内で雑談をちよっとする」などでも難しい状況になることもある。社交場面において、信念あるいはスキーマと呼ばれる認知が活性化される。たとえば、「私は人に好かれぬ」「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」「私はいつでも賢そうに見える必要がある」などの、中核的、条件的、自己教示的な、非機能的信念が活性化される。これらが基底にあって、社交場面での危険が我々に感知されてくる。

不安は危険や脅威を認知の内容にする。パニック

2005年12月9日、第5回日本認知療法学会(名古屋)におけるシンポジウム。

The treatment of social anxiety disorder: From the viewpoint of cognitive therapy.

*鳴門教育大学教育臨床講座

[〒772-8502 徳島県鳴門市鳴門町高島字中島748番地]

Kazuomi Inoue, M. D. : Department of Clinical Studies and Practice of Education, Naruto University of Education, Takashima, Naruto-cho, Naruto-shi, 772-8502 Japan.

ク障害の場合は主に身体的な危険だが、SADでは社会的な危険が感知される。現実にいる相手ではなくて仮想の他者が私を見る形の自己像が強調され、自分のいろいろな精神身体反応を自己監視する状態になり、精神身体症状が顕在化してくる。それとともに、危険を回避し自分の安全を保つための巧みな行動を患者がとることが、治療上は大きな問題になってくる。

認知モデルをそれぞれの症例に当てはめ、個別の認知的概念化を行うと、治療介入のポイントが見えてくる。安全行動を停止させるには行動実験を用いる。自己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すことも必要である。さらに重要なのが非機能的な認知への介入（認知再構成法）である。社交状況に入る前の問題も大切だが、事後の、主に後悔を募らせる部分に介入していくことは、次の挑戦を引き出すために大事なことである。失敗の自覚が大きいと後が続かなくなるからである。

Ⅲ. 認知行動療法 vs. 薬物療法 vs. 併用療法

表1はHeimbergらの集団認知行動療法(CBGT)である。SADを認知行動的側面から説明する、という心理教育の後、仮想場面での曝露の中で認知再構成法を行うことにより実施前、実施中、実施後の認知にも介入し、さらに現実場面への曝露を行う。この場合、ホームワークに認知再構成法を取り入れていく。認知再構成法を曝露法の中に上手に組み入れる試みである。集団療法として6名ぐらいを対象に2時間か2時間半行う。

このCBGTを含むCBTを、薬物療法、併用療法と比べた研究を概観すると、それほどたやすく結論できる結果ではない(表2)。CBGTと薬物療法を比較した試験(Heimbergら, 1998; Liebowitzら, 1999)では、12週間の治療でphenelzineに比べ効果が劣るが、6ヵ月間治療を継続すると同等に近づいてくる。ところがその後の6ヵ月の無治療追跡期では形勢が逆転し、CBGTに軍配が上がる。ClonazepamもCBGTと12週では同じ効果である(Ottoら, 2000)。Fluvoxamineと

表1 社会不安障害に対する集団認知行動療法

- 1 社会不安障害を認知行動的側面から説明する
- 2 不適応的認知を同定・検討・修正する技能を訓練する
- 3 不安をもたらす仮想場面への曝露を行う
- 4 認知再構成法を用いることによって、仮想場面への曝露の実施前・中・後に出現する不適応的認知は制御できることを教える
- 5 ホームワークとして、現実場面への曝露を実施する
- 6 ホームワークの実施前後に認知再構成法を自分でいつも使えるよう教える

Heimberg, R. G., Barlow, D. H.: J. Clin. Psychiatry, 52(11, suppl): 21-30, 1991.

表2 認知行動療法 vs. 薬物療法 vs. 併用療法

集団認知行動療法 vs. Phenelzine (Heimbergら, 1998; Liebowitzら, 1999)

急性期 (12週間): CBGT < PZ
 維持期 (6ヵ月): CBGT ≤ PZ
 無治療追跡期 (6ヵ月): CBGT > PZ

集団認知行動療法 vs. Clonazepam (Ottoら, 2000)

急性期 (12週間): CBGT = Clonazepam

曝露法 vs. Sertraline (Blomhoffら, 2001)

急性期 (24週間): E + Sertraline = Sertraline
 > PBO ≤ E + PBO ≤ E + Sertraline

認知療法 vs. Fluoxetine (Clarkら, 2003)

急性期 (16週間): CT > FLU + SE = PBO + SE
 追跡期 (12ヵ月): CT > FLU + SE

総合的集団認知行動療法 vs. Fluoxetine (Davidsonら, 2004)

急性期 (14週間): CCBT + FLU = CCBT + PBO = FLU = CCBT > PBO

CBGT, 集団認知行動療法; PZ, Phenelzine; E, 曝露法; PBO, プラセボ; CT, 認知療法; FLU, Fluoxetine; SE, 自己曝露法; CCBT, 総合的集団認知行動療法

認知療法, あるいはその併用効果の研究は見つからない。曝露法とsertralineの併用は急性期の24週間の治療では、薬物療法単独と同等である。曝露法とプラセボの併用はプラセボと似た効果である。この研究では薬物療法だけの方が良いという

印象である(Blomhoffら, 2001)。Clarkら(2003)の研究では, 自己曝露法と fluoxetine の併用, あるいはプラセボとの併用よりも認知療法の方が急性期も追跡期間も良いという結果を得ている。一方, Davidsonら(2004)は, CBT単独や fluoxetine 単独と, 両者の併用療法の間に差異を認めなかった。

それぞれの研究がそれぞれの特色を持っているので, 全部をまとめて表現することは難しい。単独あるいは併用について, RCT (randomized controlled trial) の結論は下しにくいところがある。

IV. 認知行動療法と生活の質 (QOL)

SAD に対する治療の大きな目的は, 患者が日常生活の中で困らなくなることであるから, QOL に対する治療効果は無視できない大きな課題である。

薬物療法の場合, 症状の変化以外に QOL についての理解が当然入ってくるが, CBT でもそれが必要であろう。

Heimbergら(2002) および Engら(2001)の報告によると, CBGTによる12週間の治療により QOL は, 64%で改善しているが, 全般型 SAD の改善が良くて(72%), 回避性パーソナリティ障害を合併している場合は良くない(36%)。しかも, 症状の改善と同じように, 治療後の平均 QOL は, 健康な人の平均には及んでいない。Fluvoxamine を1年間使うとより軽快していくので, CBT ももっと続ける必要があるだろう。

V. 併用 vs. 統合

認知療法と薬物療法を併用する場合, 1人の医師が両方の治療を担当することもあるが, 他の医師と分担する, あるいは医師と医師以外の精神保健の専門家で分担する場合もある。

医師がほかの職種に「外注をする」複数治療者モデルだと, 生物学的な領域と心理社会的な領域からなる生物・心理・社会モデルが医師の頭の中から消えてしまう恐れがある。あるいは, 治療法

表3 社会不安障害のための認知療法

-
- 第1段階 Relabel: それは治療可能な社会不安障害である
 - ・社会不安障害およびその治療可能性を理解する(社会不安障害の心理教育)
 - 第2段階 Reattribute: 社会不安障害には認知の問題が伴う
 - ・社会不安障害と認知の関連について理解する(社会不安障害の認知モデル)
 - 第3段階 Restructure/Refocus/Retrain: 認知の問題は修正可能である
 - ・認知再構成法, 曝露法, 社会的スキル訓練を実践する
 - 第4段階 Revalue: 新しい認知スタイルを実行する
 - ・自己・他者・世界・未来に関する新しい認知スタイルを日々の生活の中に生かしていく(スキーマ療法)
-

をめぐる観念論的な対立や職種間の協調・連携の欠如が出現することもあり得る。2つの治療法を分担して実施するときには, お互いが理解し合っている必要がある。

理論的には, 併用と統合がある。併用(combination)は, たとえば認知療法と薬物療法を同時, あるいは相前後して実施することであり, 同じ土俵で同じものが2つ並ぶことである。統合(integration)は認知療法と薬物療法を一段と高いレベルの1つの治療にまとめあげることである。

併用の場合, 一緒に始める並列的な方法と, たとえば fluvoxamine で始め, その後認知療法を加えていく直列的な方法があり得るが, 多くの医師に可能なのは相前後しての直列法かもしれない。

統合を基礎づける理論では, 生物学的な事実と心理学的な知見を統合することが必要である。認知モデルは, 横断的な病態を把握する部分が多い。しかし, 精神障害は SAD も含めて多くは慢性再発性の病態だと考えられる。そうすると, 縦断的な症状の進展も視野に入れた仮説形成が必要になるだろう。それができれば, 2つの治療法を一緒に実施する場合に病期に応じた治療介入が可能となる。

VI. 生物認知モデルの必要性

統合理論との関連で、生物学的な脆弱性から扁桃体や前頭前皮質などの機能障害にまで及ぶ脳科学研究と、SADに特異的な自動思考から心理学的な脆弱性としての非機能的スキーマに至る認知理論を包括的に統合したモデル、すなわち生物認知モデル (biocognitive model) の形成がこれからは必要であろう。

VII. 社会不安障害の認知療法

Schwartzによる強迫性障害の自己治療モデル

をもとに組み立てたSADのための認知療法を表3に示す。第1段階として「SADは治療可能である」という心理教育を行う。次に、SADの問題を脳機能および認知の問題に還元して、認知モデルの説明をする。その後、認知再構成法、曝露法、および社会的スキル訓練を実施する。最後に、新しい認知スタイル、自己や他者、世界に対する新しいスキーマを実践の中で生かせるようにする。これらことができれば、初めてSADの認知療法は完結し得ると考える。