

早稲田大学審査学位論文
博士（人間科学）

社会不安障害の解釈バイアスの機能と
介入プログラムの効果

The function of an interpretation bias
in Social Anxiety Disorder
and
the effect of an intervention program

2010年1月

早稲田大学大学院 人間科学研究科

城月 健太郎

Shirotsuki, Kentaro

研究指導教員： 野村 忍 教授

目次

第一章 社会不安障害と解釈バイアス

第1節	社会不安障害の疫学	1
第2節	現在の社会不安障害の病態理解	3
第3節	社会不安障害の心理学的維持モデル	7
第4節	社会不安障害の Cost / Probability bias	19
第5節	社会不安障害における心理学的介入	22
第6節	社会不安障害における課題	26

第二章 本研究の目的

第1節	本研究の目的	29
第2節	本研究の意義	34

第三章 社会的状況における Cost / Probability bias の機能

研究 1-1	Social Cost / Probability bias scale の開発	35
研究 1-2	Cost / Probability bias の反応パターンが 社会不安症状と抑うつ症状に与える影響	49
研究 2	Cost / Probability bias が社会不安症状に影響するプロセス	55

第四章 スピーチ場面における否定的見積もりが社会不安症状に与える影響

研究 3	Speech Estimation Scale の作成	70
研究 4	スピーチ場面の否定的見積もりが社会不安症状に与える影響	78
研究 5	スピーチ場面における否定的見積もりの関与する認知プロセス	85

第五章 社会不安障害の個人療法プログラムによる

解釈バイアスと SAD 症状の変容

研究 6 社会不安障害の個人療法プログラムの構成	98
研究 7-1 社会不安障害の個人療法プログラムの効果検討.....	113
研究 7-2 コストバイアスの変化の違いが SAD 症状の改善に与える影響.....	137

第六章 総合考察

第 1 節 本研究で得られた知見の概説.....	152
第 2 節 結果のまとめ.....	154
第 3 節 本研究の限界と展望.....	159
第 4 節 本研究の応用.....	161
第 5 節 結語.....	162

引用文献.....	164
-----------	-----

第一章 社会不安障害と解釈バイアス

第1節 社会不安障害の疫学

社会不安障害 (Social Anxiety Disorder; 以下 SAD とする) は、“恥ずかしい思いをするかもしれない社会的状況または行為状況に対する顕著で持続的な恐怖”を特徴とする疾患である (American Psychiatric Association; 以下 APA とする, 2000)。例えば, SAD 患者は人前でスピーチを行う場面や何人かの人と交流する場面において, 過度な不安を喚起する (APA, 2000)。SAD の診断基準については, Table1-1 に示す通りである。

SAD では, 社会的状況の中でも, スピーチ場面は SAD 患者が最も不安を喚起する場面であるとされている (Stein, Walker, & Forde, 1996)。そのため, スピーチ課題を扱った研究によって, SAD の心理学的な理解が促進されてきた。他にも, SAD 患者は, 会話や会議などの対人交流場面, 書字場面など, 他者から評価を受ける可能性のある状況において, 過度な不安を喚起することで知られている。

SAD 患者は, 13%以上の高い有病率や気分障害・物質関連障害などの高い併発率を示すことが指摘されている (Kessler, McGonagle, Zhao, Nelson, Heghes, Eshleman, Wittchen, & Kendler, 1994)。例えば, Magee, Eaton, Wittchen, McGonagle, & Kessler (1996) は, SAD 患者において, 大うつ病について 37.2%, アルコール依存症について 23.9%, パニック障害について 10.9%の併発率を報告している。結果として, 81%の SAD 患者が何らかの併発疾患を患有することが指摘されている。

このような SAD における二次的な精神疾患は, SAD 症状を増悪するとされている。例えば, 抑うつを併発することによって, 否定的な認知は悪化する (Wilson & Rapee, 2005b)。また, その結果, SAD の重症度が高くなることも報告されている。この抑うつ症状の併発は, 児童青年期から生じていることが指摘されている (Chavira, Stein, Bailey, & Stein, 2004)。

さらに, SAD の社会生活上の問題点についても指摘されている (Stein & Kean, 2000)。Katzelnick & Greist(2001)は, SAD 患者の大卒率の低さ, 賃金が一般人口よりも約 10%低い

Table 1-1 SAD の診断基準 (APA, 2000)

診断基準 社会恐怖

- A. よく知らない人達の前で他人の注視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の一つまたはそれ以上に対する顕著で持続的な恐怖。その人は、自分が恥をかかされたり、恥ずかしい思いをするような形で行動(または不安症状を呈したり)することを恐れる。
注:子供の場合は、よく知っている人とは年齢相応の社会関係をもつ能力があるという証拠が存在し、その不安が、大人との交流だけでなく、同世代の子供との間でも起こるものでなければならない。
- B. 恐怖している社会的状況への暴露によって、ほとんど必ず不安反応が誘発され、それは状況依存性、または状況誘発性のパニック発作の形をとることがある。
注:子供の場合は、泣く、かんしゃくを起こす、立ちすくむ、またはよく知らない人と交流する状況から遠ざかるという形で、恐怖が表現されることがある。
- C. その人は、恐怖が過剰であること、または不合理であることを認識している。注:子供の場合、こうした特徴のない場合もある。
- D. 恐怖している社会的状況または行為をする状況を回避されているか、またはそうでなければ、強い不安または苦痛を感じながら耐え忍んでいる。
- E. 恐怖している社会的状況または行為をする状況の回避、不安を伴う予期、または苦痛のために、その人の正常な毎日の生活習慣、職業上の(学業上の)機能、または社会活動または他者との関係が障害されており、またはその恐怖症があるために著しい苦痛を感じている。
- F. 18歳未満の場合未満の人の場合、持続期間は少なくとも6ヶ月である。
- G. その恐怖または回避は、物質(例:乱用薬物、投薬)または一般身体疾患の調節的な生理学的作用によるものではなく、他の精神疾患(例:広場恐怖を伴う、または伴わないパニック障害、分離不安障害、身体醜形障害、広汎性発達障害、またはシゾイドパーソナリティ障害)ではうまく説明されない。
- H. 一般身体疾患または他の精神疾患が存在している場合、基準 A の恐怖はそれに関連がない例えば、恐怖は、吃音症、パーキンソン病の振戦、または神経性食欲不振症または神経性大食症の異常な食行動を示すことへの恐怖でもない。

▼該当すれば特定せよ

全般性 恐怖がほとんどの社会的状況に向けられている場合(回避性パーソナリティ障害の追加診断も考慮すること)

こと、低雇用率などの社会的な問題について報告している。また、SADは若年発症率が高いことが報告されている (Chartier, Hazen, & Stein, 1998; Reich, Goldenberg, Goisman, Vasile, & Keller, 1994)。そのため、SADによる心理社会的な負担は大きく、早期介入を行うことの有効性が指摘されている (Chavira et al., 2004)。

SADのサブタイプは、大きく全般性社会不安障害と非全般性社会不安障害の2つに分けられる (APA, 2000)。全般性社会不安障害は、上記のような状況のほとんど全てで過度な不安を喚起するタイプであり、非全般性社会不安障害は、状況が限局されるタイプである。全般性社会不安障害の多くは青少年期に発症し、成人後も症状が持続することが指摘されている (Merikangas, Avenevoli, Acharyya, Zhang, & Angst, 2002; Wittchen, Stein, & Kessler, 1999)。一般に、全般性社会不安障害患者は重症度が高いことが指摘されている (Stein, Torgrud, & Walker, 2000)。Heimberg, Stein, Hiripi, & Kessler (2000) は、スピーチ恐怖に特徴付けられるSAD患者よりも、複数の社会的状況での不安を抱く患者の方が、若年発症率の高いことを報告している。また、全般性社会不安障害患者はSAD患者の約3分の2ほどであり、これらの患者は治療への反応性が低いと示唆されている (Stein et al., 1996)。加えて、約30~40%のSAD患者は、治療が機能しないことも指摘されている (Stein & Stein, 2008)。

さらに、SADにおいては、SAD患者と疾患レベルにない社会不安の高特性者との心理的特徴の類似性が指摘されており (Henderson & Zimbardo, 2001; Rapee, 1995; Turner, Beidel, & Larkin, 1986; Turner, Beidel, & Townsley, 1990)、SADにおける疾患の連続性が指摘されている。つまり、SADの病態理解は、臨床群を対象とした研究のみでなく、高特性者を対象とした研究についても有効であると考えられる。

第2節 現在のSADの病態理解

SAD症状の生起・維持は、生物学的要因と心理学的要因から理解することができる。生物学的要因としては、前頭前野・扁桃体・セロトニン受容体などの脳内の機能異常が指摘

できる。また、心理学的要因としては、社会的状況における否定的認知、回避行動、生理的反応に対する認知などの要因が挙げられる。そのため、現在の SAD の治療は、双方への介入を行うため、大きく薬物療法と心理療法から構成される。例えば、Heimberg (2002) は、薬物療法と心理療法（特に、認知行動療法）の併用が、SAD の長期的な治療効果の持続を考慮するうえで、最も有効であると指摘している。

現在の薬物療法においては、Selective Serotonin Reuptake Inhibitor（以下 SSRI とする）が効果的であるとされている。例えば、本邦で SAD 患者に使用される SSRI には、パロキセチン（商品名：パキシル）、フルボキサミン（商品名：デプロメール）の効果が認められている。Stein, Liebowitz, Lrduard, Pitts, Bushnell, & Gergel (1998) は、プラセボを投与された SAD 患者の 23.9% が症状の変容に反応した一方で、パロキセチンを投与した SAD 患者は 55% が反応を示したことを明らかにしている。

また、心理療法は、主に治療効果を長期的に持続させるうえで有効であるとされている。例えば、Liebowitz, Heimberg, Schneier, Hope, Davies, Holt, Goetz, Juster, Lin, Bruch, Marshall, & Klein (1999) は、薬物療法（Phenelzine）と集団認知行動療法（Cognitive Behavior Group Therapy; 以下 CBGT とする）の効果の比較検討を行った。その結果から、薬物療法による SAD 症状への即効性と、認知行動療法の長期的な効果を指摘している。特に、CBGT 群の再発率は薬物療法群の 50% に比べて 17% と低いという特徴がある。また、Heimberg (2002) は、SAD における認知行動療法の主要な治療技法として、エクスポージャー、認知的再体制化、心理教育、リラクセーション、ソーシャルスキルトレーニングを挙げている。Rodebaugh, Holaway, & Heimberg (2004) は、SAD の認知行動療法の効果に関するレビューにおいて、エクスポージャーと認知的再体制化の併用を推奨している。ただし、治療の効果サイズを考慮すると、エクスポージャー単独より効果が優れているかどうかについては、断定できる段階にないことも示している。さらに、これからの SAD 研究においては、治療効果を予測する要因について検討を進める必要があると指摘している。

このように、従来の研究から、薬物療法と心理療法についてそれぞれ効果を上げている

ことが指摘されている。そのため、SAD 治療においては、双方の効果を向上させることが有益であると指摘できる。本節では、これらの治療を行う上で理解する必要があると考えられる、生物学的要因と心理学的要因について述べる。

生物学的要因

SAD 症状の発現には、脳機能の関与が指摘されている。関連する脳部位としては、前頭前野・扁桃体などがある。例えば、前頭前野は、社会的行動の制御をつかさどる部位である。Van Ameringen, Mancini, Szechtmana, Nahmias, Oakman, Halla, Pipeb, & Farvoldenb (2004) は、SAD 患者の脳における血流量の増加が、社会的な刺激に関する視覚情報の回避に関連していることを示唆している

また、扁桃体は、不安・恐怖などの情動制御に関与することが知られている。いくつかの研究で、扁桃体が不安喚起刺激に対して活性化することが明らかにされている (Furmark, Tillfors, Marteinsdottir, Fischer, Pissota, Lamgstrom, & Fredeikson, 2002; Lorberbaum, Kose, Johnson, Arana, Sullivan, Hammer, Ballenger, Lydiard, Brodrick, Bohning, & George, 2004)。この扁桃体の活動について、Campbell, Sareen, Paulus, Goldin, Stein, & Reiss (2007) は、SAD 患者は健常群より、表情刺激に対して扁桃体の反応が鈍いことを示した。Luan Phan, Fitzgerald, Nathan, & Tancer (2006) は、不快表情に対する全般性 SAD 患者の扁桃体の反応が活性化していることを示し、SAD 症状と扁桃体の活動に正の相関があることを指摘している。すなわち、社会的な脅威刺激に対する扁桃体の機能異常により、不安の亢進や維持に関与することが考えられる。

また、脳内のセロトニン分泌異常は、不安障害や気分障害において症状の生起・維持に大きく関与する要因であることが知られている (Nutt, Bell, & Malizia, 1998; Stein, 1998)。そのため、SSRI を用いた薬物療法はこれらの機能異常を正常化すると指摘されている。SSRI の治療効果については、いくつかの研究で示されている (Baldwin, Bobes, Stein, Scharwachter, & Faure, 1999 ; Heimberg, Liebowitz, Hope, Schnier, Holt, Welkowitz, Juster,

Campeas, Bruch, Cloitre, Fallon, & Klein, 1998; Stein et al., 1998; Stein, Fyer, Davidson, Pollack, & Wiita, 1999)。

そのほかにも、SAD 患者や高社会不安者は、Hypothalamus-Pituitary-Adrenal axis (視床下部—下垂体—副腎皮質系; 以下,HPA 系)における内分泌系のストレスホルモンの機能異常が指摘されている (Condren, O'Neill, Ryan, Barrett, & Thakore, 2003; Furlan, DeMartinis, Schweizer, Rickels, & Lucki, 2001; Shirotaki, Izawa, Sugaya, Yamada, Ogawa, Ouchi, Nagano, & Nomura, 2009)。HPA 系は、交感神経系の賦活や、セロトニン代謝に関与することが指摘されている。また、いくつかの研究により、HPA 系の機能異常が、社会的状況の回避や不安の亢進、注意機能に関与することが指摘されている (Roelof, Bakis, Hermans, van Pelt, & van Honk, 2007; Roelof, Elzinga, & Rotteveel, 2005; Roelof, van Peer, Berretty, de Jong, Spinhoven, & Elzinga, 2009; Shirotaki et al., 2009)。

心理学的要因

一方、心理学的要因としては、社会的状況における否定的認知や行動に特徴づけられる。SAD の心理学的な理解は、Clark & Wells (1995) と Rapee & Heimberg (1997) のモデルを中心に発展してきた。これらのモデルにおいては、認知・行動・感情・生理的反応 (またはその認知) の要素に区分され、SAD の疾患理解が進められてきた。そのため、これらの要素を修正するために、認知行動療法的アプローチを用いた取り組みがなされてきた。

SAD の介入研究については、個人療法・集団療法の双方のプログラムが作成され、その効果が示されている (Clark, Ehlers, McManus, Fennell, Grey, Waddington, & Wild, 2006; Chambless & Tran, 1997; Heimberg, Salzman, Holt, & Blendell, 1993; Herbert, Rheingold, & Goldstein, 2002; Hofmann, Moscovitch, Kim, & Taylor, 2004; Mattick, Peters, & Clarke, 1988; Rapee, Gaston & Abbott, 2009; Stangier, Heidenreich, Peitz, Lauterbach, & Clark, 2003)。国内の SAD の介入研究については、Furukawa, Chen, Watanabe, Nakano, Ietsugu, Ogawa, Funayama, & Noda, (2009) のビデオフィードバックの実験的検討や、陳 (2005) と小林・井上・鈴木・

坂元・石郷岡（2009）の集団認知行動療法プログラムの報告があるものの、実証的な介入プログラムの研究例は国外のものとは比べて十分に見られないのが現状である。

SAD の心理療法については、多くの介入研究やレビューから認知行動療法の有効性が指摘されている（Heimberg et al., 1993 ; Heimberg, 2002; Rodebaugh et al., 2004）。例えば、認知行動療法を用いた心理療法における主要な要素として、Rodebaugh et al. (2004)はエクスポージャー、リラクゼーション、ソーシャルスキルトレーニング、認知的再体制化を挙げている。そのため、これらの方略により構成された介入プログラムが研究で用いられている。また、従来の介入研究では、認知的技法を用いることや、SAD に特異的な認知の変容が症状の改善に有効であることが指摘されている（Clark, Ehlers, McManus, Hackman, Fennell, Campbell, Flower, Davenport, & Louis, 2003; Clark et al., 2006; Rapee & Abbott, 2007; Rapee et al., 2009）。これらを踏まえ、次節では、SAD の認知モデル・認知行動モデルに基づき、認知的要素を中心に心理学的メカニズムについて述べる。

第 3 節 社会不安障害の心理学的維持モデル

SAD の代表的な心理学的モデルに、Clark & Wells（1995）の認知モデルと Rapee & Heimberg（1997）の認知行動モデルがある。この 2 つのモデルをもとに、SAD の心理学的メカニズムの解明や心理学的介入について検討が進められてきた。その結果、この否定的認知が社会的状況での安全確保行動、感情、生理的反応などの SAD 症状の維持・増悪に影響することが認められている。それぞれのモデルを、順に Fig. 1-1 と Fig. 1-2 に示す。

Clark & Wells（1995）のモデルでは、社会的状況において SAD 患者および高社会不安者が一連の否定的見積もりを活性化させ、他者が自己のパフォーマンスをどのように評価しているかを過度に否定的に見積もるとしている。Clark & Wells（1995）は、SAD 患者に特異的な認知が疾患の維持に機能していることを述べた。その中心的なプロセスは、大きく 4 つに分類される。それらは、A) 注意焦点の増加、B) 誤った内的情報（感情やイメージ）の活用、C) 安全確保行動、D) 社会的状況における認知的な事前処理と事後処理、である。

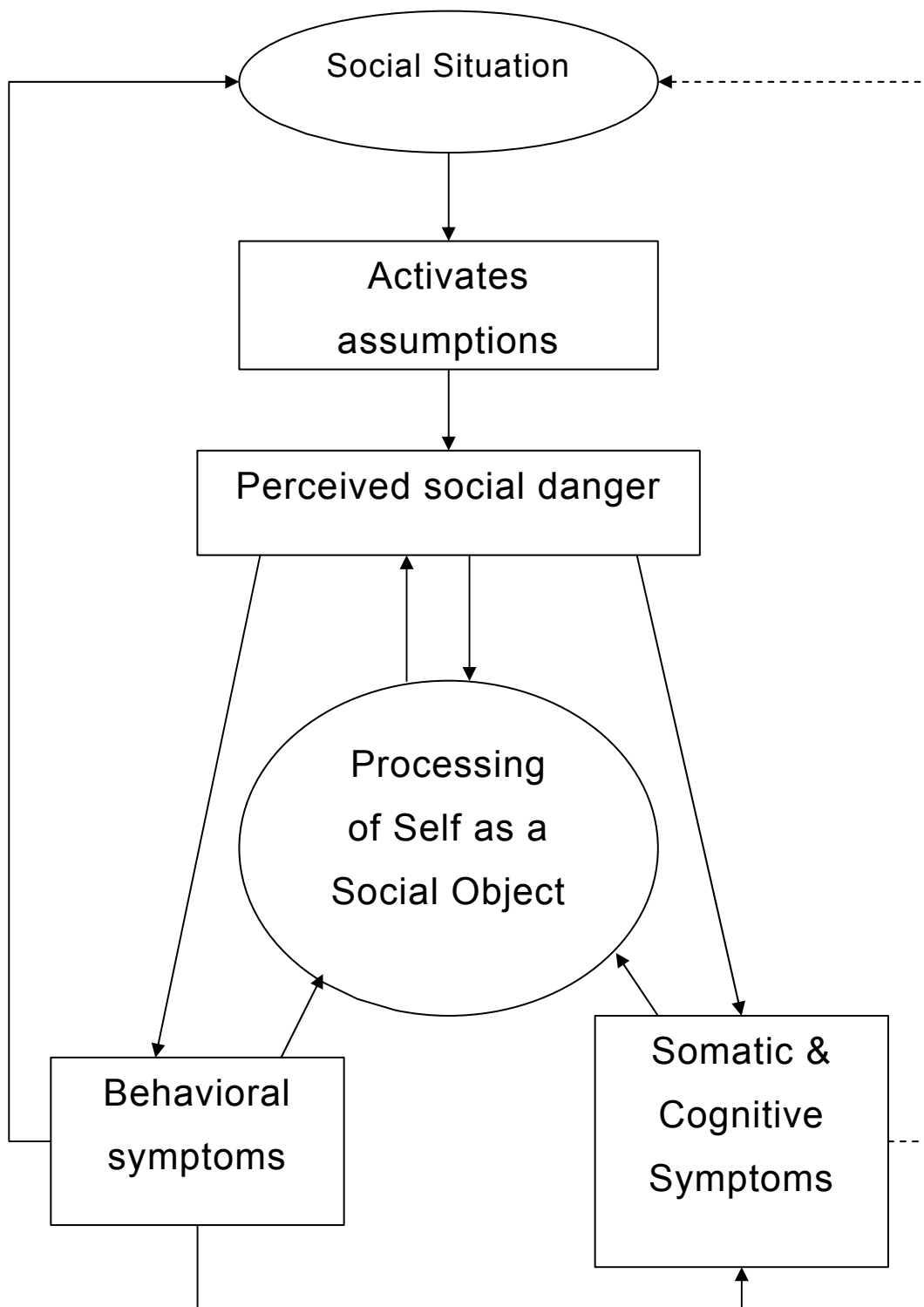


Fig. 1-1

SAD の認知モデル (Clark & Wells, 1995)

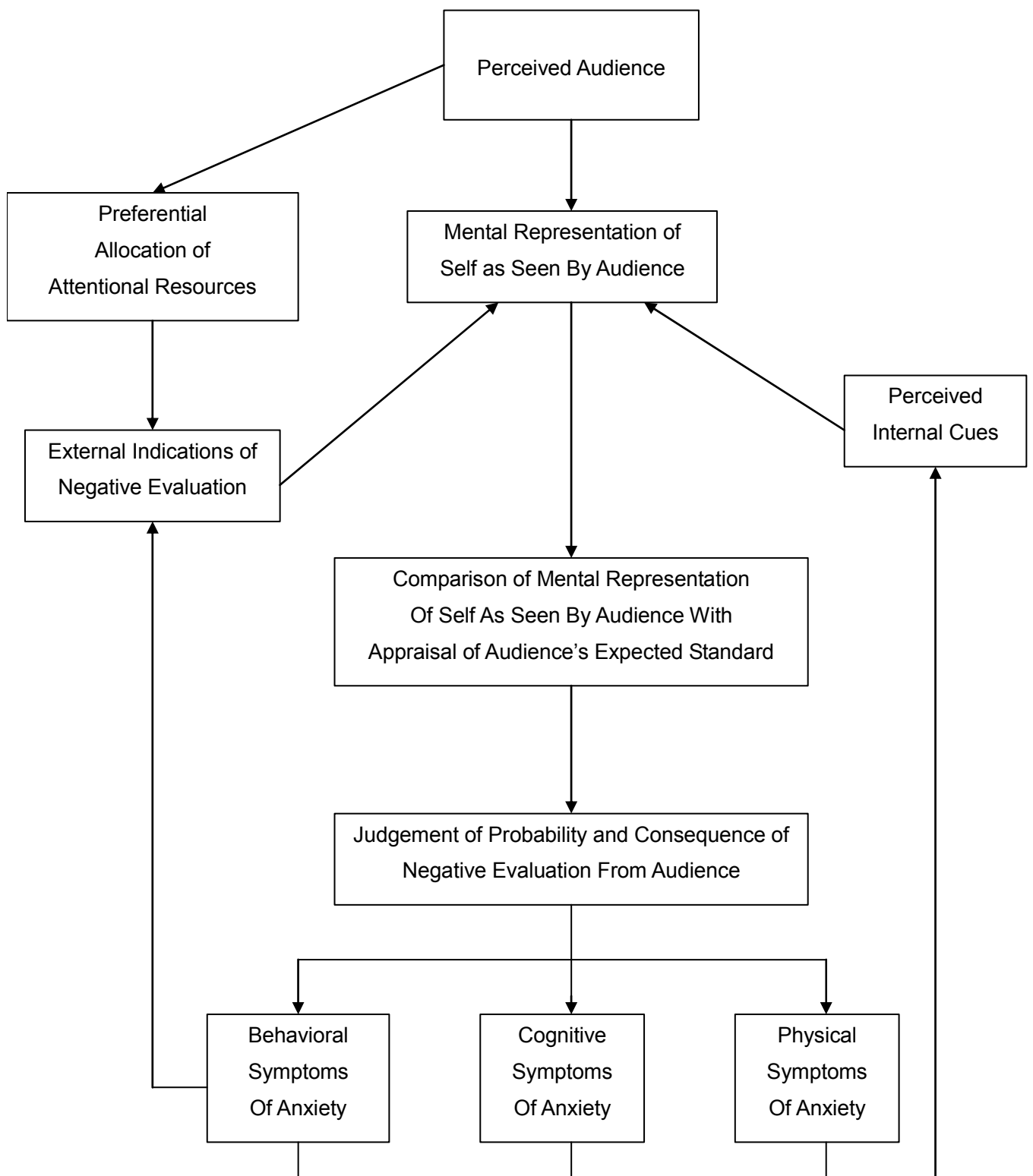


Fig. 1-2

SAD の認知行動モデル (Rapee & Heimberg, 1997)

Clark & Wells (1995) は、この A・B・C のプロセスを社会的な恐怖状況におけるものとし、D のプロセスを社会的状況前と社会的状況後のものであるとしている。

Rapee & Heimberg (1997) のモデルでは、特に Mental Representation (生理的反応の評価) について言及されている。SAD 患者や高社会不安者は、社会的状況におけるパフォーマンスの見た目や振る舞いについて、聴衆の評価や聴衆の基準と自己の知覚にギャップが生じる。このギャップが、聴衆からの否定的評価に関する知覚や予期される否定的評価についての社会的な結果に関する考えを規定する、としている。Rapee & Heimberg (1997) のモデルでも、Clark & Wells (1995) と同様に、SAD 患者はパフォーマンス場面で他者に見られる自己の行動を低く見積もり、自己の不安が他者にどのように映るかについて過度に見積もる、と指摘している。そのため、パフォーマンスに関する否定的な見積もりが SAD 症状に関与すると考えられる。また、このモデルでは、SAD における生理的反応や外見についての評価の恐れに重点が置かれているといえる。例えば、自己の震え、赤面、汗といった生理的反応が過度な反応であると意識することで、SAD 症状が維持されるとしている。

これらの SAD の心理学的モデルにおいては、認知、行動、生理的反応について指摘されている。その中でも、社会的状況での否定的認知は SAD 症状の維持要因として捉えられている。この否定的認知については、いくつかに分けることが出来る。特に、社会的状況や刺激の情報を処理する観点からは、情報処理バイアスの存在を考慮する必要があるといえる。SAD に関する情報処理バイアスについては、これまでに注意 (Bögels & Mansell, 2004; Hope, Gansler, & Heimberg, 1989), 記憶 (Coles & Heimberg, 2002), 解釈 (Alden & Taylor, 2004; Hirsch & Clark, 2004; 金井・坂野, 2006), 反すう (Brozovich & Heimberg, 2008) に関するレビューが報告されている。これらの構成概念上の定義をまとめたものを、Table 1-2 に示す。

以上のように、SAD における特有の認知の理解を深めることに加え、心理学的介入により情報処理バイアスと SAD 症状の低減を図ることが有用であると考えられる。本節では、情報処理バイアスに関する従来知見をまとめるとともに、各バイアスについて詳説する。

Table 1-2

SAD に関する構成概念表

構成概念	定義
解釈バイアス	<ul style="list-style-type: none"> ・中性的な社会的状況を否定的に捉える認知 ・やや否定的な社会的状況を過度に否定的に捉える認知
Cost bias (コストバイアス)	<ul style="list-style-type: none"> ・社会的状況の脅威を過度に高く見積もる認知
Probability bias (予測バイアス)	<ul style="list-style-type: none"> ・社会的状況の否定的結果の生起を高く見積もる認知
注意バイアス	<ul style="list-style-type: none"> ・社会的状況や刺激に対して、選択的に注意を向ける認知
記憶バイアス	<ul style="list-style-type: none"> ・ 体験した社会的状況の出来事に関して、 実際よりも否定的な結果を想起する認知
反すう	<ul style="list-style-type: none"> ・(社会的状況に関する)過去志向的な反復的思考
生理的反応に 対する認知	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自己の身体に生じる反応についての知覚
安全確保行動(回避)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 社会的状況の不安を低減するために個人が行う行動、 ・ または、不安を喚起させないために行動を行わないこと

注意バイアス

不安の高特性者は、脅威刺激やあいまいな出来事を過度に否定的に知覚すると指摘されている (Mathews & Macleod, 1994)。SAD においては、社会的状況における刺激や情報に、敏感もしくは鈍磨した選択的注意が働いているとされている。例えば、SAD 患者や高社会不安者の注意は、脅威刺激にむけられていると指摘されている (Mathews & Macleod, 1994)。また、Wells & Mathews (1994) は、社会的交流場面においては、自己焦点化された注意と外部に焦点を置いた注意のバランスが重要であると指摘している。そのため、注意が過度に自己に向くことによって、自己を社会的な対象として捉え、SAD 症状を高めることにつながる。この注意バイアスは、質問紙研究による特性的な注意の偏りの検討と、ストループ課題やドットプロブ課題による実験研究を中心に進められてきた。自己に焦点を置いた注意については、自己意識の測定により質問紙研究が進められている。例えば、SAD 患者は、他の不安障害患者やコントロール群と比較して、公的自己意識の高いことが報告されている (Jostes, Pook, & Florin, 1999; Saboonchi, Lundh, & Öst, 1999)。

実験研究では、修正ストループ課題を用いて、SAD 患者が中性的な語や身体的な脅威に関する語よりも、否定的評価に関する語の色の回答に時間を要したことが報告されている (Hope, Rapee, Heimberg, & Dobbeck, 1990; Mattia, Heimberg, & Hope, 1993; McNeil, Ries, Taylor, Boone, Carter, Turk, & Lewin, 1995)。これらの延長された反応時間は、一つの認知的な回避として捉えられると指摘されている (Bögels & Mansell, 2004)。また、いくつかの研究でドットプロブ課題を用いた検討がなされている。Asmundson & Stein (1994) は、SAD 患者が社会的脅威語に関して敏感に反応することを報告している。SAD 患者があいまいな文脈の結論となる語句の選択に関して、健常群よりも回答に時間を要することや、ポジティブな推論が欠如していることが指摘されている (Hirsch & Mathews, 2000)。さらに、表情による感情表出の評価についての検討では、SAD 患者が中性的な表情について健常群よりも否定的に捉えていることが報告されている (Lundh & Öst, 1996)。また、Musa, Lepine, Clark, & Ehlers (2003) は、抑うつが統制された際に社会的脅威語に対して反応が敏感になるこ

とを報告している。

ドットプローブ課題においては、表情による刺激も用いられている。例えば、SAD患者が健常群に比べて怒りの表情に選択的に注意を向けていると指摘されている (Mogg, Phillipot, & Bradley, 2004)。Mansell, Clark, Ehlers, & Chen (1999) は、スピーチ課題を行った際に、高社会不安者はポジティブな表情とネガティブな表情の双方に対して回避的であることを示した。同様に、SAD患者は社会的脅威状況の有無に関わらず、評価的な表情に対して回避的であることが示唆されている (Chen, Ehlers, Clark, & Mansell, 2002)。

このように、SADの注意バイアスの特徴として、社会的に脅威となる刺激に対して接近的反応と回避的反応を示すことが理解できる。

記憶バイアス

社会的に脅威となる刺激に関する記憶にバイアスが存在するという観点から、いくつかの研究が進められている。例えば、表情を刺激とした実験において、SAD患者は批判的な表情の想起が健常群よりも高いことを指摘し、記憶バイアスの存在が示唆されている (Lundh & Öst, 1996)。また、Coles & Heimberg (2005) は、同様に SAD患者は批判的表情の知覚が的確であることを報告している。

一方、SADについては記憶バイアスの影響が認められなかったとする報告もある。Rapee, McClim, Melville, Ravenscroft, & Rodbey (1994) は社会的に脅威となる語句の想起に関して、SAD患者と健常群に違いを見出せなかった。同様に、Cloitre, Cancienne, Heimberg, Holt, & Liebowitz (1995) も、社会的脅威語の想起と再認識に有意差は見られなかった。社会不安者に4つの社会的・評価的ストーリーについての想起を求めた検討においても、明白な記憶バイアスの存在は確認されなかった (Brendel & Wenzel, 2004)。Coles & Heimberg (2002) は、不安障害における記憶バイアスのレビューにおいて、SADにおいてこれらの記憶バイアスを示す報告の少ないことを指摘している。これらの社会的状況の想起に関する機能については、次項で取り上げる反すうを考慮することがより有用であると考えられ

る。

反すう（社会的状況の事後処理）

先の記憶バイアスでは、社会的状況や刺激の処理で生じる認知について、SAD患者と健常群の異同は明確となっていない。一方、社会的状況後の反すうを扱った際に、SAD患者や高社会不安者の特徴が明らかにされている。反すうは、古くは“持続性があり繰り返される抑うつ的な思考”と定義されていた（Rippere, 1977）。Nolen-Hoeksema（1991）は、うつに対する反すうを、“自己の注意を抑うつの兆候・その兆候に関連するものに向ける行動や思考”と定義した。近年のSAD研究においても、社会的状況に関する事後処理において、過去の出来事に関する反復的思考が指摘されており、反すうに焦点をあてた検討が進められている。

SADの認知モデル（Clark & Wells, 1995）・認知行動モデル（Rapee & Heimberg, 1997）においては、社会的場面の事後処理に関する思考として、反すうの関与が指摘されている。これらのモデルをもとに、反すうの機能が検討されている。例えば、Mellings & Alden（2000）は、高社会不安傾向者は、相互交流後の反すう思考が高いことを報告している。一週間の間隔をおいた二度のスピーチ課題において、高不安者が低不安者よりもネガティブなフィードバックの想起が高いことや、反すうと社会不安傾向の関連が明らかにされている（Edwards, Rapee, & Franklin, 2005）。同様に、高社会不安者のスピーチ課題に関するネガティブな解釈が課題の3日後に増加し、SADにおいて事後処理が解釈の維持に機能することが指摘されている（五十嵐・嶋田, 2008）。Kocovski, Endler, Rector, & Flett（2005）は、社会的場面に関するシナリオのコーピングについて検討し、高社会不安者が反すうを多く行い、気晴らし行動の少ないことを指摘している。城月・笹川・野村（2007）は、社会不安における反すうの機能をプロセス化し、否定的評価の恐れや回避への影響を明らかにしている。また、SAD患者の認知行動療法による治療プログラムの終結後に、SAD症状に加えてネガティブな反すう傾向が低減していることが報告されている（Abbott & Rapee,

2004)。すなわち、現実の社会的状況やエクスポージャーなどの事後に生じる反すうに心理学的介入を行うことによって、SAD症状の維持の修正に効果的であると考えられる。

解釈バイアス

解釈バイアスは、あいまいな状況や刺激を否定的に解釈する、または、否定的な状況や刺激を過度に否定的に解釈する認知と定義できる。例えば、SADの維持に関与する解釈バイアスとして、少なくとも二つの性質の解釈バイアスの存在が指摘されている（Beck, Emery, & Greenberg, 1985）。一つは、あいまいな社会的状況の否定的解釈であり、もう一つはそれほど否定的ではない社会的状況を破局的に捉えるというものである。この解釈バイアスについて、（1）社会的状況、情報、刺激に関する解釈、（2）社会的状況の実際のパフォーマンスに関する解釈、に区分して概説する。

（1）社会的状況、情報、刺激に関する解釈

社会的状況や情報・刺激に対する解釈バイアスの研究は、あいまいで否定的にも肯定的にも解釈しうる中性的な状況をどのように捉えるか、また、否定的な状況を相応に否定的に捉えるか・破局的に解釈するか、について検討されている。例えば、SAD患者はあいまいな社会的状況を否定的に解釈し、一般健常群はあいまいな状況を肯定的に解釈することが報告されている（Amin, Foa, & Coles, 1998）。Stopa & Clark（2000）は、SAD患者と他の不安障害患者、一般健常群に対してあいまいな社会的状況と一般的状況に関するシナリオの評価を求めた。その結果、SAD患者は社会的状況の否定的解釈の頻度が高く、SAD患者と他の不安障害患者はともに一般的状況を否定的に解釈していた。このように、SAD患者の否定的解釈は社会的状況の情報や刺激に特徴付けられる。

また、社会的状況に直面する際の解釈バイアスとして、Cost bias（コストバイアス）とProbability bias（予測バイアス）の存在が認められている。SAD患者は社会的状況でのコストバイアスが高く、治療効果の予測率が高いことを報告している（Foa, Franklin, Perry, &

Herbert, 1996)。また、これらの解釈バイアスは、抑うつ症状の併発により増悪することが報告されている。Wilson & Rapee (2005) は、統制群、SAD 群、SAD と気分障害の併発群の解釈バイアスを比較した際に、SAD と気分障害群が最も解釈バイアスが悪化していることを示している。これらの解釈バイアスについては、モデル検討により、コストバイアスが SAD 症状に影響することと、不安のコントロール感によりその影響が低減されることが示されている (Hofmann, 2005)。コストバイアスや予測バイアスについては、社会的状況に直面する際の認知、という特徴から、社会的状況の予期不安に影響すると考えられる。そのため、これらを介入ターゲットとした実証的な検討を進めることが求められる。

(2) 社会的状況の実際のパフォーマンスに関する解釈

SAD 患者が自己のパフォーマンスを低く評価することはいくつかの研究で示されている (Alden & Wallace, 1995; Heimberg, Hope, Dodge, & Becker, 1990; Stopa & Clark, 1993)。また、社会的状況のパフォーマンスに自己評価の歪みが生じるとされ、主にスピーチ場面と対人交流場面における検討が進められてきた。

Rapee & Lim (1992) は、SAD 患者を対象にスピーチ課題に関する自己評価を求めた結果、SAD 患者の自己評価が低いことを指摘した。また、Rapee & Abbott (2005) は、Rapee & Lim (1992) と同様の手続きで SAD 患者と健常群にスピーチ課題を行い、スピーチの自己評価は両群で低いことを示した。Rapee & Hayman (1996) は、高社会不安者のスピーチ課題における自己評価が低いことを報告している。同様に、社会不安の高特性者と低特性者を対象としたスピーチ課題における自己評価は、高特性者のほうが低いと報告されている (Rodebaugh & Chambless, 2002)。また、金井・笹川・陳・嶋田・坂野 (2007) は、高社会不安者がスピーチ場面での聞き手のあいまいな行動を、より脅威的かつ否定的に解釈することを示した。つまり、SAD 患者および高社会不安者は、スピーチ場面での自己評価や解釈が否定的であることが、一貫して報告されている。

対人交流場面においても、同様の検討が行われている。例えば、Stopa & Clark (1993)

は、SAD 患者が観察者より自己の振る舞いをネガティブに評価し、ポジティブな評価が少ないことを示した。Alden & Wallace (1995) は、対人交流場面における SAD 患者の自己評価が低いことを示した。この研究では、SAD 患者のネガティブな解釈は、自己のスキルではなく状況に依存すること、すなわち社会的状況に依存することが指摘されている。Norton & Hope (2001) は、SAD 患者と健常群に、スピーチ課題と非構造化されたロールプレイと構造化されたロールプレイを求め、全ての場面で SAD 患者の自己評価が健常群より低いことを示している。

従来¹⁾の知見によると、SAD 患者または社会不安の高特性者は、自己のパフォーマンスを低く評価することが報告されている。一方で、他者評価の違いについては研究間で異同が存在する。しかし、この自己評価と他者評価には大きな違いが生じていることが一貫して報告されている。例えば、Rapee & Lim (1992) は、スピーチ課題の自己評価と他者評価について比較を行ったところ、SAD 患者と健常群の双方で自己評価が他者評価よりも低く、自己評価に歪みが生じていると指摘している。なお、このギャップは SAD 患者のほうが大きいことが示されている。

この自己評価の歪みについては、いくつかの研究で報告がなされている。例えば、Rapee & Abbott (2005) の研究では、スピーチ場面での自己評価は、SAD 患者・健常群ともに他者評価よりも低く、健常群の自己評価の平均点は SAD 患者の他者評価よりも低いことが報告されている。Stopa & Clark (1993) は、対人交流場面において、SAD 患者の方が健常群よりも自己評価が低い一方で、他者評価には違いがないことを報告している。つまり、社会不安が高いほど自己評価と他者評価に大きな開きが存在し、自己評価の歪みが生じていると考えられる。これらの自己評価の歪みについては、スピーチ課題を用いることによっていくつかの研究で確認されている (Rapee & Lim, 1992; Rodebaugh & Chambless, 2002; Rodebaugh & Rapee, 2005)。

他の心理的要因

上述した心理学的要因の他に、SADの心理学的要因として、安全確保行動（回避）と生理的反応に対する認知が指摘できる。

まず、安全確保行動について述べる。SADにおいては、社会的状況の過度な回避について指摘されている。SAD患者は、一般に過度の不安を喚起する状況で苦痛を耐え忍んでいるか、その状況を回避して一時的に不安を低減している。しかし、結果として、長期的な不安を低減することができない。Clark & Wells (1995) や Clark (1999) は、観察される行動や内的な過程の双方を安全確保行動として指摘している。例えば、Hirsch et al. (2004) は、否定的なイメージを持たせる条件において、主観的不安や安全確保行動がより高く生じることを示している。

これまでに、安全確保行動への介入研究がいくつか報告されている。Wells et al. (1995) は、安全確保行動をとらずに恐怖場面にとどまることで、SAD患者の主観的不安と否定的信念が低減することを示した。岡島・坂野 (2008) は、同様に安全確保行動の制御により不安や否定的信念の低減を示した。Clark et al. (2003) や Clark et al. (2006) の介入プログラムにおいては、安全確保行動を介入ターゲットの一つとしており、各SAD症状の低減とともに安全確保行動の低減を明らかにしている。

次に、生理的反応に対する認知についてである。SAD患者や社会不安の高特性者は、社会的状況において自己の生理的反応を過度に亢進していると認知することが指摘されている。実際の生理的反応については、反応が過度に亢進する場合と違いの見られない場合がある。金井・坂野 (2006) は、実際の生理的反応について、大きな変化の見られた研究 (Beidel, Turner, & Dancu, 1985; Turner et al., 1986; Hofmann et al., 1995) と、変化の見られなかった研究 (Edelmann & Baker, 2002; Puigcerver, Martinez-Selva, Garcia-Sanchez, & Gomez-Amor, 1989) の存在を指摘している。

一方、SAD患者や高社会不安者が生理的反応に対して反応を過大に知覚することについては、従来のSAD研究で一貫して指摘されている。たとえば、Rapee & Heimberg (1997) のモデルにおいて、生理的反応の知覚は、他者から観察される反応よりも否定的に知覚さ

れると指摘されている。また、Clark & Wells (1995) のモデルでは、汗や震えといった生理的反応に注意をむけることによって、不安や否定的認知が活性化されると示唆されている。これらを元に、先行研究では、生理的反応に対する否定的解釈や恐れが指摘されている (Alden & Wallace, 1995; Clark, 2001; Roth, Antony, & Swinson, 2001)。生理的反応に対する認知への介入方略の一つとして、先述のビデオフィードバックが挙げられる。ビデオによる客観的な映像の提示は、自己の生理的反応の歪みの修正に有効であるとされている。

まとめ

SAD の情報処理バイアスの各機能については、各機能の特徴を考慮し、各要因に關与するプロセスを理解することが重要であるといえる。例えば、Hirsch, Clark, & Mathews (2006) は、否定的イメージと解釈との関連について論じ、これらの関係性を明らかにする重要性を主張している。先に挙げた情報処理バイアスの機能についての知見を総合し、現状の問題点を明確にすることは、SAD の理解と効果的介入に有用となる。そのため、SAD における認知的情報処理過程の機能やプロセスを十分に理解することが求められるといえる。

これらの情報処理バイアスの中で、近年 SAD 症状への影響性や介入効果の向上の点で注目されているのが、解釈バイアスである。例えば、解釈バイアスの中でも Cost bias は治療効果を大きく規定することが指摘されている (Hofmann, 2004; Foa et al., 1996)。すなわち、コストバイアスをより低減させることで、治療効果が向上する可能性がある。また、社会的状況で見積もられたコストバイアスの高いことが、治療の妨害要因であることも指摘されている (Smits, Powers, Buxkamper, & Telch, 2006)。そのため、解釈バイアスの機能の解明や、解釈バイアスの変容によって SAD 症状の改善に有効であると考えられる。次節においては、この Cost / Probability bias について詳説する。

第 4 節 社会不安障害の Cost / Probability bias

本節においては、第 3 節で述べた SAD の Cost / Probability bias に関する研究やその性質

について述べる。

SAD の解釈バイアスが機能するプロセスでは、社会的状況に至るまでに、まず社会的状況の潜在的なコストや予測を過度に否定的に解釈する。さらに、社会的状況においてあいまいな刺激や否定的な刺激に対して注意を向け、否定的な解釈が働く。社会的状況の後には、ネガティブな反すうが活性化し、一連の出来事の否定的解釈が強まる。想定される解釈バイアスが SAD 症状に影響するプロセスについて、Fig. 1-3 に示す。本節では、この解釈バイアスの性質について述べる。

社会的状況に直面する際の解釈バイアスとして、Cost bias（以下、コストバイアス）と Probability bias（以下、予測バイアス）の存在が認められている。Foa & Kozak（1986）は、SAD 患者が社会的状況のコストに特徴付けられていることを指摘した。Foa et al.（1996）は、SAD 患者は社会的状況でのコストバイアスが高く、非社会的状況においては健常群と違いの無いことを指摘している。また、SAD 患者の治療後に、コストバイアスの変容が治療効果を高く予測することを報告している。そのため、コストバイアスの変容を促進することによって、SAD 症状の改善においてより効果的であると示唆されている。

また、これらのコスト/予測バイアスは、抑うつ症状の併発により増悪することが報告されている。例えば、Wilson & Rapee（2005b）は、統制群、SAD 群、SAD と気分障害の併発群の解釈バイアスを比較した際に、SAD と気分障害の併発群において、最も解釈バイアスが悪化していることを示している。これらのバイアスについては、モデル検討によりプロセスの解明が進められている。Hofmann（2005）は、コストバイアスが SAD 症状に影響することと、不安のコントロール感によりその影響が低減されることを示している。Rapee & Abbott（2007）は、SAD 患者のスピーチ場面の認知プロセスをモデル化し、コスト/予測バイアス、注意、といった変数が不安に影響していることを明らかにした。

いくつかの介入研究では、コストバイアスの変容の有効性が指摘されている。例えば、Hofmann（2004）は、SAD の治療プログラムの効果を、コストバイアスの変容が媒介していることを示した。すなわち、コストバイアスの低減は SAD 治療に有効であると指摘され

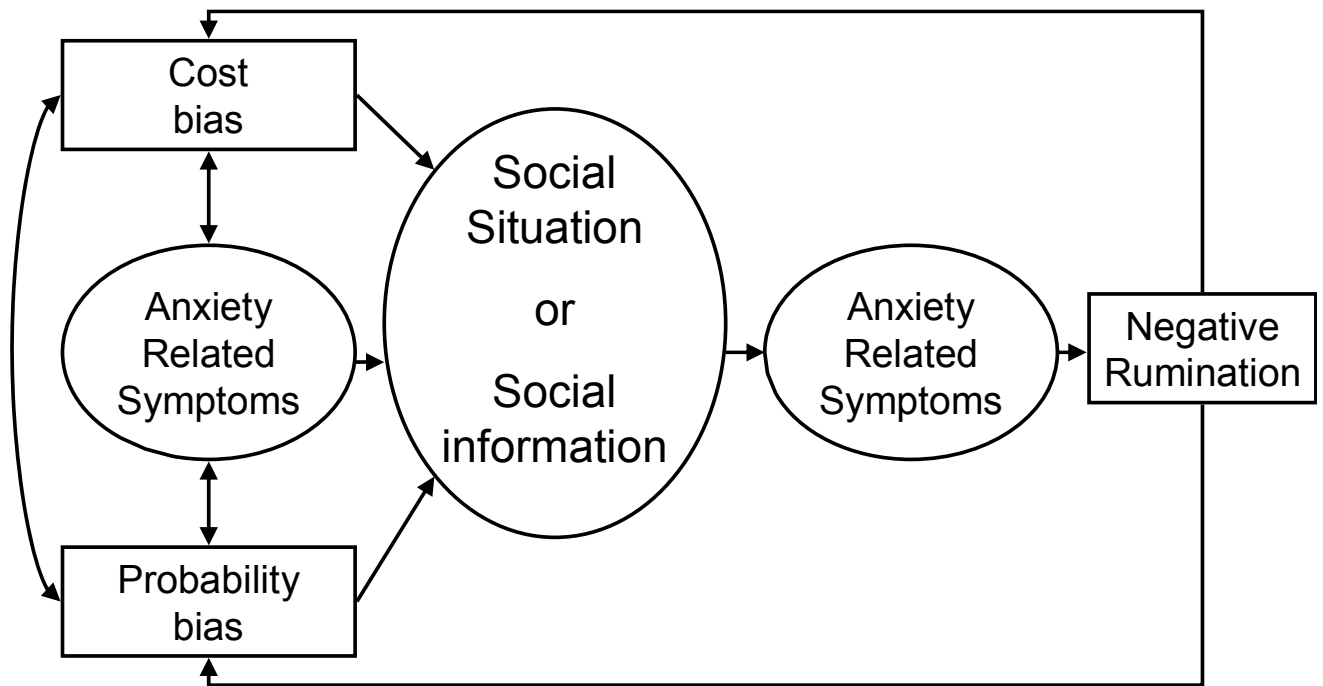


Fig. 1-3

想定される Cost / Probability bias の SAD 症状に関与するモデル

ている。また、Rapee et al. (2009) は、通常の CBGT プログラムを改良した Enhanced program を導入した。その結果、治療者による重症度の評価や、コスト/予測バイアスが大きく変容したことを示した。Rapee et al. (2009) は、以上をふまえ、コスト/予測バイアスの変容を促進することが、SAD 症状の変容に効果的であることを述べている。

これらの研究が示すように、現在の SAD 研究ではコスト/予測バイアスに關与する病態理解と介入の検討に焦点が置かれている。従来の研究で示されているように、コスト/予測バイアスは SAD 症状への影響が強い認知であることが認められている。これらの理解を深めることによって、SAD の治療効果の向上に貢献しうると考えられる。コストバイアスや予測バイアスについては、社会的状況に直面する際の認知、という特徴から、社会的状況の予期不安やその影響によるパフォーマンスの自己評価に關与する可能性が高いと考えられる。そのため、これらのバイアスを介入ターゲットとすることの有効性が指摘できる。

第5節 社会不安障害における心理学的介入

これまでに、SAD に影響する心理学的要因について、特に認知的要因を中心に概観した。また、これらの SAD の認知モデルや認知行動モデルをもとに、実際に多くの介入研究が行われている。以下に、介入研究や介入プログラムの構成要素について、それぞれを概説する。

心理教育

心理教育 (psychoeducation) は、多くの SAD の介入プログラムの初期に導入されている (Clark et al., 2003 ; Heimberg et al., 1998 ; Herbert et al., 2002 ; Stangier et al., 2003)。例えば、Clark et al. (2003) の心理教育セッションでは、Clark & Wells (1995) のモデルに沿って SAD の生じるメカニズムについて各患者の理解を深める。さらに、個人に特有の認知や行動の同定を進めることとなる。心理教育は、SAD の介入プログラムで多く取り入れられているが、心理教育単独で SAD 症状にどのような効果を与えるかについては検討が行われ

ていない。

エクスポージャー

SAD ではスピーチ場面において最も不安が喚起されることが指摘されている (Stein, Walker, & Forde, 1996)。そのため、実際の SAD の心理学的介入のセッションでは、スピーチ場面を設定したエクスポージャーによって、社会的状況で生じる過度な不安の低減が試みられる。一般に、エクスポージャーセッションでは、SAD 患者が不安場面に繰り返し曝露することによって、不安の低減が試みられる。例えば、SAD の心理学的介入に関するメタ分析では、エクスポージャーセッションを多く行うことが効果的であると報告している (Feske & Chambless, 1995)。

スピーチ場面などを用いた心理学的介入では、不安の低減に加え、実際のパフォーマンスの自己評価の改善も進められる。例えば、Rapee & Hayman (1996) は、スピーチ課題についてビデオフィードバックを行うことで、二回目のスピーチの自己評価が向上することを明らかにしている。Rodebaugh (2004) は、スピーチ課題における自己評価と他者評価のギャップが大きいほど、ビデオフィードバックの効果が高いとしている。また、Harvey, Clark, Ehlers, & Rapee (2000) は、ビデオフィードバックに加えて Cognitive preparation (認知的事前介入) を行うことで、自己評価を改善する効果が高まることを報告している。一方、これらの介入では不安感情の低減には十分な効果をもたないことも示唆されている。

また、スピーチ場面での心理学的介入では、前述の否定的認知の影響についても考慮する必要がある。例えば、Eckman & Shean (1995) は、3回のスピーチ課題を行った際に、高社会不安者の不安や生理的反応が低社会不安者よりも馴化の遅いことを示している。あわせて、高社会不安者は、実験中のネガティブな認知が多く、ポジティブな認知が少ないことを報告している。

Hinrichsen & Clark (2003) は、否定的な社会的状況の予測を行うことによって、スピーチ課題時の不安が亢進することを報告している。Hirsch et al. (2006) は、否定的なイメー

ジを持つことで、スピーチ課題時の不安を亢進することにつながると示唆している。また、Rapee & Abbott (2007) は、スピーチ場面において、注意や否定的見積もり、パフォーマンスの自己評価が不安を高める関係性について明らかにしている。Clark & Wells (1995) や Rapee & Heimberg (1997) のモデルにおいても指摘されているように、否定的見積もりはコストバイアスとして社会的状況の前に活性化し、パフォーマンスの自己評価に影響する。このように、スピーチ場面で生じる否定的見積もりは、不安や否定的自己評価に影響を与える要因であると考えられる。

すなわち、心理学的介入により、スピーチ場面での不安の減弱や自己評価の改善を進める際には、スピーチ課題前に生じる否定的見積もりが SAD の維持要因であることを考慮する必要がある。そのため、スピーチ場面の後で行われるビデオフィードバックなどの方略に加え、課題前に生じるスピーチに特異的な否定的見積もりに対して、介入を行うことが求められる。一方で、実際のスピーチ場面で否定的見積もりが不安や自己評価に機能する認知プロセスは、従来の研究からは十分に明らかにされていないといえる。

認知的再体制化

認知的再体制化の効果は、いくつかの研究で指摘されている。例えば、Clark et al. (2006) は、認知療法の介入ターゲットとして、(A)注意：注意の増加と他者の観察や反応への関連付けの低減、(B)生理的反応に対する認知：自己が他者にどのように映っているかについて、過度に否定的な影響を引き起こす誤った内的情報の利用、(C)安全確保行動(回避)：顕在的または潜在的な安全確保行動の過度の利用、(D)情報処理バイアス：問題となる事前・事後の処理過程、について指摘している。Clark et al. (2006) は、認知療法とエクスポージャー＋応用リラクゼーションの効果と比較した。その結果、認知療法が SAD 症状の変容に高い効果を示した。すなわち、SAD に特有の認知に介入することの有効性を指摘している。

Mattick et al. (1989) は、集団認知行動療法の効果検討を行い、エクスポージャーの効果とエクスポージャーと認知的再体制化の併用効果を比較検討した。その結果、併用群の効

果の高いことを明らかにしている。一方、Rodebaugh et al. (2004) は、エクスポージャー単独とエクスポージャーと認知的再体制化の併用の効果の違いに研究間で差があるため、検討の余地が残されていると指摘している。しかし、認知的再体制化とエクスポージャーの厳密な比較については、限界が指摘されている。例えば、患者と治療者間でエクスポージャー前後に会話を行わないことは、現実的に難しい (Rodebaugh et al., 2004)。そのため、二つの技法は一つの統合された方略であるとの指摘もある。

リラクセーション

リラクセーション法には、漸進的筋弛緩法、自律訓練法、呼吸法など、様々な方法が知られている。例えば、SADの研究では、Öst (1987) により応用リラクセーションによる、直面した恐怖場面での不安を低減する効果が指摘されている。しかし、一般にリラクセーションは SAD 治療で十分な効果があることは実証されていない (Rodebaugh et al., 2004)。例えば、Clark et al. (2006) は、認知療法群、エクスポージャー+リラクセーション群、ウェイトリングリスト群の治療効果を比較した際に、認知療法群の効果が最も高いことを示している。つまり、SAD 治療では認知療法の要素がより重要であると考えられる。

治療形態

SAD の心理療法は、形式上大きく個人療法と集団療法に区分できる。従来の介入研究も、双方の形態をもとに取り組みられてきた。例えば、SAD の個人療法は主に Clark らのグループを中心として発展してきた。これらのグループの先行研究では、SAD の個人療法プログラムの効果が示されている (Clark et al., 2003; Clark et al., 2006; Stangier et al., 2003)。また、集団療法は Heimberg や Rapee らのグループを中心に取り組み、同様に治療効果が示されてきている (Heimberg et al., 1993; Mattick et al., 1988; Rapee et al., 2009)。また、近年はインターネットベースの SAD 治療も普及を見せており、様々な形態での治療の普及が進んでいる (Andersson, Carlbring, Holmstrom, Sparthar, Furmark, Nilsson-Ihrfelt, Buhrman, &

Ekselius, 2006)。

まとめ

以上のように、SADにおける介入プログラムの主要な構成要素について述べた。これらの要素からなる従来の介入研究は、SAD症状の改善に効果を示している。また、SADの心理療法の効果向上が進められる一方で、SADの病態理解と治療効果の向上は、依然重要な課題とされている。

これまでに示したように、SADにおいては Cost / Probability bias について、治療効果の向上の点で焦点が当てられている。そのため、病態理解や治療効果の向上の観点からは、このバイアスに着目することが重要であると考えられる。

第6節 社会不安障害における課題

これまでに、SADに関するこれまでの心理学的理解に関する知見と治療について述べた。従来の研究を概説した前節までの記述を踏まえると、大きく二点の課題をあげることができる。

まず、第一に、解釈バイアスが SAD 症状に影響するプロセスの理解である。従来の研究から、解釈バイアスの中でもコスト/予測バイアスが SAD 症状に強く影響することが指摘されている。本邦においては、コスト/予測バイアスが SAD 症状に与える影響のみならず、その尺度整備が不十分であるなど、基礎資料が得られていない。また、これらのバイアスが社会的状況での不安感情をはじめとする、各 SAD 症状に影響するプロセスについては十分に理解されていない。各 SAD 症状とコスト/予測バイアスの関係性を明らかにすることは、SAD 治療を行ううえで、治療による症状の変容の予測力を高めることにつながる。

なお、“解釈”は、あいまいな社会的状況や情報・やや否定的な社会的状況や情報について、その意味の処理を行う一連のプロセスを示す概念である (Hirsch, Mathews & Clark, 2006)。一方、本研究で扱う“解釈バイアス”とは、Hirsch et al. (2006)と同様に、社会的状

況や情報を肯定的・または否定的に意味づける認知の傾向を示している。従来の研究をふまえると、この解釈バイアスが、不安感情や回避などの異なる要因とどのような関係にあるかを明らかにすることが重要であると考えられる。

また、コスト/予測バイアスについては、エクスポージャーの有用性の観点から、スピーチ場面に特化した測定を行う必要性が指摘できる。このスピーチ場面は、多くの SAD 患者が不安を喚起する場面である (Stein et al., 1996)。そのため、スピーチ場面での介入による不安の低減は、様々な社会的状況の不安に般化する可能性がある。Rapee & Heimberg (1997) のモデルで指摘されているように、SAD 患者は社会的状況における実際の自己のパフォーマンスを、否定的に見積もることが指摘されている。そのため、様々な社会的状況でのコスト/予測バイアスを測定する尺度の作成に加え、多くの SAD 患者の不安喚起場面となるスピーチ場面特有のコスト/予測バイアスの測定が必要であると考えられる。つまり、スピーチ場面における否定的見積もりの測定が求められるといえる。また、この否定的見積もりが、スピーチ場面に限らず異なる社会的状況での不安に影響することについても明らかにする必要がある。これらの検討の結果、介入プログラムのエクスポージャー場面として、スピーチ場面の汎用性の高さを指摘することが出来ると考えられる。

第二に、SAD の解釈バイアスに関する基礎的知見の心理学的介入への応用である。臨床心理学における基礎的知見は、介入への応用が必須となる。そのためには、まず、上述の第一の点の課題を解決することが必要である。そのうえで、実際に SAD 患者を対象とした心理学的介入により、解釈バイアスの変容と SAD 症状の改善との関係性を理解することが必要である。

また、SAD 治療においては、個人療法の効果についての基礎的知見を提供する必要があると指摘できる。従来、海外の SAD の心理療法に関する研究は、集団療法と個人療法が実施されてきた。そのうえで、個々のメリット・デメリットが明らかにされ、治療の提供・充実が図られてきた。これまでの国内の SAD における心理学的介入の研究では、主に集団療法が進められてきた。これは、集団で行う治療者側の人的なメリットと、エクスポージャ

一場面を設定するうえで現実場面により近づけられるメリットなどが理由である。

しかし、Stangier et al. (2003) の報告にあるように、個人療法が集団療法よりも治療効果が高いという指摘もある。この一因に、個人療法において、個人の認知の特徴に合わせて介入が可能であること、集団への参加やエクスポージャーが脅威すぎるため、効果を減弱している可能性があること、などが指摘されている。また、個人療法と集団療法についての有効性の異同については検討の余地がある。本邦において SAD の個人療法の効果が十分に示されていないことから、実証的な治療効果の提示は、双方の治療形態の充実と患者側のニーズに応じる点で有益であると考えられる。さらに、上述の SAD におけるコスト/予測バイアスの変容が SAD 症状の変容にどのように影響するかは、国内外でも実証的報告の蓄積が期待されている段階である。Foa et al. (1996)や Rapee et al. (2009)は、コストバイアスの変容が SAD 患者の治療効果を高く予測する認知であると指摘している。これらの介入研究は、集団療法により試行されており、個人療法の形態での効果検証はいまだなされていない。また、Beard & Amir (2008)は、高社会不安者を対象に、解釈バイアスへの介入を行っている。この研究では、中性的なシナリオに関するポジティブな解釈を強化するコンピュータ課題を用いた介入を行った。その結果、ポジティブな解釈の強化が SAD 症状の改善に効果のあることを示した。しかし、この研究は一般健常群を対象としているため、SAD 患者に試行した際の効果の異同が提示されていない。これらを踏まえると、解釈バイアスの変容をターゲットとした個人療法プログラムの開発と、解釈バイアスの変容が SAD 症状の変容に与える効果の検討が求められると考えられる。

これらを踏まえると、SAD においては解釈バイアスの研究を進める必要がある。研究課題として、(1) 基礎研究：解釈バイアスの関与する心理学的プロセスの解明、(2) 介入研究：解釈バイアスと SAD 症状の変容の関係性の解明、の二つに取り組むことが求められるといえる。

第二章 本研究の目的と意義

第1節 本研究の目的

第1章においては、従来の SAD の心理学的メカニズムについて述べた。これまでの SAD 研究を概観することにより、コスト/予測バイアスが SAD 症状に大きく関与する認知であることが示唆された。さらに、これらを踏まえ、現在の SAD 研究の課題（特にコスト/予測バイアス）について、

- (1) コスト/予測バイアスが SAD 症状に影響するプロセス
- (2) スピーチ場面に特化したコスト/予測バイアスの SAD 症状への影響
- (3) SAD の個人療法プログラムの効果検討
- (4) SAD 患者への心理学的介入によるコスト/予測バイアスの変容

の4点にまとめることができる (Fig. 2-1)。

以上の課題において、まず第一に、コスト/予測バイアスが SAD 症状に影響するプロセスの解明が求められる。

まず、本邦において、コスト/予測バイアスを測定する尺度を開発することが必要である。海外の研究では、Probability / Cost Questionnaire (Foa et al., 1996; 以下 PCQ とする) や The Consequences of Negative Social Events Questionnaire (Wilson et al., 2005b; 以下 CONSEQ とする) といった評定尺度が作成されてきた。しかし、日本人を対象とした測定尺度が存在しないことから、はじめにコスト/予測バイアスの測定尺度を開発することが必須である。また、従来の研究では、コスト/予測バイアスが SAD 症状に影響する要因であることが示されてきた。しかし、行動面である回避や、生理的反応に対する認知・不安感情といった各 SAD 症状に対して、コスト/予測バイアスがどの程度影響するか、どのような関係性にあるかについては、十分に明らかにされてこなかった。このような SAD 症状に影響するプロセスの解明は、SAD の病態理解が促進されるだけでなく、心理学的介入において SAD 症状の変容の予測を高めるうえで効果的であると考えられる。

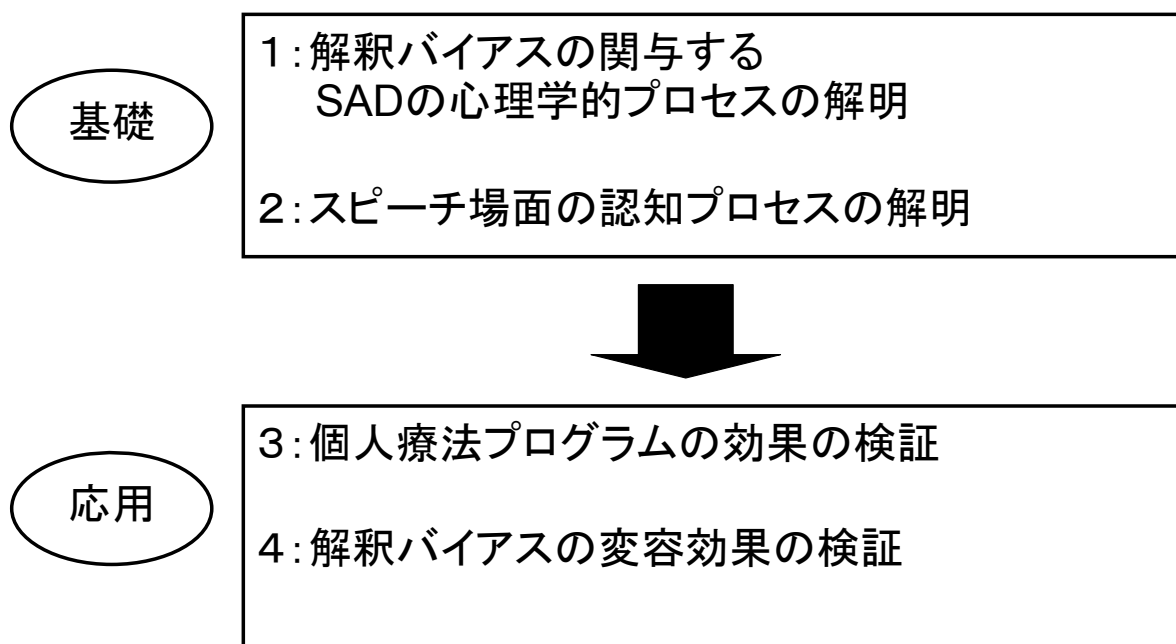


Fig. 2-1

本研究の概要

第二に、スピーチ場面におけるコスト/予測バイアスの SAD 症状への影響を明らかにすることが求められる。

スピーチ場面は、従来から SAD におけるエクスポージャーで広く採用される場面である。これは、スピーチ場面が SAD において最も不安を喚起する場面であること、場面の設定が簡便であること、などが理由である。SAD では、エクスポージャーセッションを多く行うことにより、不安の低減に有効であることが示唆されている (Feske & Chambless, 1995)。しかし、コスト/予測バイアスの SAD 症状への影響が考えられる一方で、スピーチ場面に特化した解釈バイアスの機能は従来明らかにされてこなかった。この点について、一点目と同様に、スピーチ場面での解釈バイアスを測定する尺度を作成した上で、社会的状況での不安に影響するプロセスを明らかにすることが必要となる。前述の通り、スピーチ場面はエクスポージャーのような現実場面での検討が必須である。そのため、スピーチ場面での解釈バイアスの機能の解明するために、質問紙研究に加えて実験研究による現実場面のプロセスを明らかにすることが有効であると考えられる。なお、本研究では、第四章までの対象は一般健常群を対象とした社会不安を扱い、アナログ研究により検討を進める。そこで、SAD 患者の SAD 症状との違いを示すため、以後、一般健常群を対象とした不安感情や回避・生理的反応の認知については、社会不安症状と示す。

第三に、SAD における個人療法の効果検討である。SAD の介入プログラムについては、その形態上、個人療法と集団療法が行われてきた。海外では、Clark et al. (2003) ,Clark et al. (2006) ,Stangier et al. (2003) といった研究により、個人療法が集団療法に比べて SAD の改善に同等もしくは高い効果が示されている。一方、本邦における SAD の心理学的介入に関する効果検討は、集団療法を中心に進められてきた。しかし、本邦においても個人療法プログラムの導入は SAD 患者の治療方法の選択のニーズの観点から重要であると考えられる。そのため、本研究では個人療法による SAD 症状の改善効果の検討を行う。

第四に、基礎的知見を理解した上で、SAD 患者に対する心理学的介入によるコスト/予測バイアスの変容について検討を行う必要がある。第一と第二の点を明らかにした上で、

実際に SAD 症状の変容との解釈バイアスの変容の関係について解明することが求められる。そこで、SAD 患者を対象とした心理学的介入を実施し、コスト/予測バイアスがどのように変容するかを明らかにする必要がある。さらに、コスト/予測バイアスの変容と SAD 症状の変容の関係を明らかにし、この二つのバイアスの変容が SAD 症状の改善に有効であるかを検討することが求められる。これらを踏まえ、SAD 患者に対する介入プログラムを実施し、SAD 症状と解釈バイアスの変容の関係について検討を行う。

これらの課題を解決するために、以下の研究を行う。構成については、Fig. 2-2 に示す。まず、第三章では、コスト/予測バイアスの社会不安症状への影響を明らかにする。研究 1 において、コスト/予測バイアスを測定する、Social Cost / Probability Scale (SCOP) を作成する。研究 2 において、SCOP を用いて、コスト/予測バイアスが社会不安症状に影響するプロセスについて検討を行う。

次に、第四章では、スピーチ場面でのコスト/予測バイアスの影響を明らかにする。研究 3 では、スピーチ場面の解釈バイアスを測定する尺度である、Speech Estimation Scale (SES) の作成を行う。さらに、研究 4 では、SES を用いて、スピーチ場面の解釈バイアスが社会不安症状に与える影響について検討を行う。加えて、研究 5 では、実際のスピーチ場面において、解釈バイアスが社会不安症状に影響するプロセスについて検討を行う。

さらに、第五章では、SAD 患者に対する介入プログラムの開発と効果検討を行う。研究 6 では、研究 5 までの知見とこれまでの SAD 研究の知見をもとに、SAD に対する介入プログラムの作成を行う。なお、本研究においては、介入効果に関する基礎資料の提供と治療効果の向上の観点から、SAD の個人療法プログラムの開発を行う。研究 7 において、実際に SAD 患者を対象に個人療法プログラムを施行し、SAD 症状とコスト/予測バイアスの変容について検討を行う。

以上を通して、コスト/予測バイアスが SAD 症状に与える影響を明らかにし、実際の心理学的介入の効果について明らかにする。

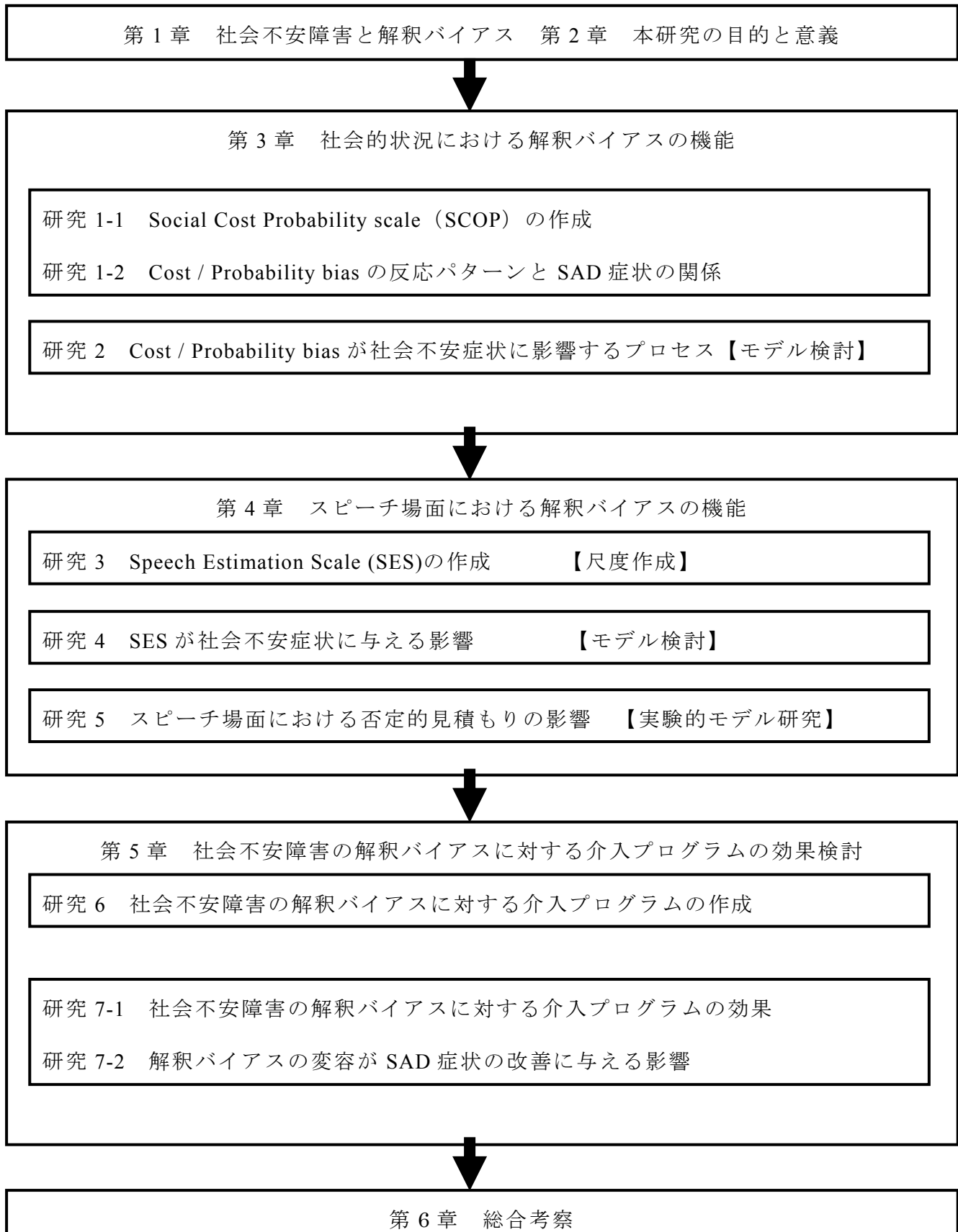


Fig. 2-2 本研究の構成

第2節 本研究の意義

これらの検討により、第一に、SADにおけるコスト/予測バイアスの各症状への影響を解明することができる。従来の研究においても、社会的状況における解釈バイアスが、SAD患者や高社会不安者に特有の認知であることが示されてきた。しかし、本邦においては、これらの認知の機能は十分に明らかにされておらず、本研究によって基礎的資料を提供することができる。また、回避や不安感情などのSAD症状を扱ったモデルの構築により、SAD症状間の関係性を示すことができる。その結果、SAD症状の生起に関するプロセスを示すことができる。

さらに、第二に、SADの個人療法プログラムの効果と、解釈バイアスの治療における変容を明らかにすることができる。本邦では、SADの集団療法の実証的検討の報告が見られるものの、個人療法の効果は十分に提示されてこなかった。海外では、大きく Rapee や Heimbergらの集団療法を主とするグループと、Clarkらの個人療法を扱うグループにより、二つの治療研究が進められている。双方が治療効果を促進する検討を進めることにより、現在でも治療技法のアップデートが進められている。本研究により、個人療法プログラムの効果を提示することによって、治療サービスの普及に貢献できると考えられる。また、解釈バイアスの変容がSAD症状の改善に与える影響は、海外のSAD研究でもトピックのひとつとなっている。そのため、本研究の結果は、SAD研究の知見を促進し、治療効果の向上に寄与するものであると考えられる。

第三章 社会的状況における Cost / Probability bias の機能

研究 1-1 Social Cost / Probability scale の開発

第一章において、SAD 症状の維持要因として、解釈バイアスの影響が指摘された。解釈バイアスとは、あいまいな状況を否定的に解釈し、やや否定的な状況を破局的に解釈するという認知面の特徴である。例えば、SAD 患者や高社会不安者の社会的状況に関する否定的解釈や、ポジティブな解釈の欠如が報告されている。近年、この SAD の解釈バイアスの中で、Cost bias（コストバイアス）と Probability bias（予測バイアス）に注目がおかれている。コストバイアスとは、社会的状況のコストを過度に高く見積もる認知であり、予測バイアスとは、社会的状況が頻繁に生じると否定的に見積もる認知である。Foa et al. (1996) は、SAD 患者が否定的社会的状況についてそのコストを過度に高く見積もり、実際の生起確率を過度に高く見積もることを示し、コストバイアスが最も SAD 治療の効果を規定する要因であることを示した。さらに、スピーチ課題の自己評価に至る認知プロセスのモデル化により、コストバイアスや予測バイアスの否定的な自己評価や不安への影響が明らかにされている (Rapee & Abbott, 2007)。

これらの SAD におけるコストバイアスや予測バイアスは、治療終結後にその変容が認められている (Foa et al., 1996; Wilson & Rapee, 2005b)。Hofmann (2004) は、社会的状況のコストバイアスが治療効果を媒介しており、エクスポージャー単独よりも認知的技法を取り入れた介入を行った場合に、SAD 症状やコストバイアスが改善し、より治療効果が維持されたことを示した。つまり、コストバイアスや予測バイアスといった解釈バイアスへの介入により、SAD 症状の改善が促進されると考えられる。

一方、本邦においては、コストバイアスや予測バイアスを測定する尺度は作成されていない。さらに、これらのバイアスが SAD 症状に与える影響に関する基礎的な資料は得られていない。海外においては PCQ (Foa et al., 1996) や CONSEQ (Wilson & Rapee, 2005b)

といった尺度が使用されている。これらの尺度は解釈バイアスの測定に有用であるものの、各項目をシナリオ化し、状況が詳細に説明される尺度である。そのため、(1) 回答に長い時間が必要で、日本語化すると冗長になる可能性が高い、(2) 具体的な状況に関する海外と日本の文化差により測定の精度に誤差が生じる恐れがある、といった事項が懸念される。これらの点をふまえ、本研究では、コストバイアスと予測バイアスを測定する社会的状況におけるコスト/予測尺度 (Social Cost / Probability Scale ; 以下 SCOP とする) を作成することを目的とする。

予備調査

方法

対象

高社会不安者 30 名を対象に、社会的状況を収集するための自由記述を用いた調査を行った。高社会不安者は、359 名を対象とした Short Fear of Negative Evaluation Scale (笹川・金井・村岡・鈴木・嶋田・坂野, 2004 ; 以下 SFNE とする) を用いた質問紙調査により、SFNE の平均点 + 0.5SD 以上 (44 点以上) を基準に抽出した。自由記述に関する予備調査は、研究目的を説明し同意の得られたもののみに行った。なお、予備調査と本調査は異なる対象者に実施された。

調査材料

社会的状況を抽出するために、自由記述調査を行った。項目は、“人前で何かをするときに恐れを抱く場面があれば、以下にいくつでもご記入ください”であった。

場面の整理・検討

予備調査の結果、計 86 の場面が収集された。この 86 の場面について、臨床心理学を専

攻する大学院生 4 名による整理・検討を行った。その基準は、(1) 内容が重複していると判断される項目を整理する、(2) 状況として不適切な項目は除外する、(3) 特に個人的な表現は除く、であった。これらの整理の結果、26 の社会的状況が得られた。

これら 26 の各状況について、コストバイアスを測定する項目を用意した。これらの状況と項目の各対に関して、4 名の臨床心理学専攻の大学院生を評定者として、各項目の認知が状況のコストを過度に捉えている認知として妥当であるかどうか判断された。その結果、評定者 4 名の一致率が 100%であった 18 項目を、SCOP の原項目として使用することとした。また、予測バイアスは、それぞれのコストバイアスを測定するために用意した項目が、実際の日常生活でどのくらいその通りの結果になると思うか、で測定を行った。

本調査

予備調査によって作成された SCOP についての信頼性・妥当性を検討するために、質問紙調査を行った。

方法

対象

首都圏近郊の大学生 433 名に配布し、回答の得られた 410 名のうち不備や記入漏れの無い 362 名（男性 150 名，女性 212 名；平均年齢 20.19 歳， $SD=1.64$ ）を調査対象とした。なお，調査前に，調査が強制でないこと，回答結果について個人を特定しない形で統計的に処理を行い，研究目的のみに利用されることが教示され，調査協力に同意の得られた場合に回答を求めた。

調査材料

SCOP

社会的状況でのコストバイアスと予測バイアスを測定するために，予備調査で作成され

た SCOP の 18 項目の原項目を用いた (Fig. 3-1, 3-2)。コストバイアスについては、各項目に示された社会的状況のコストを過度に捉える認知がどの程度あてはまるかを、1 (全くあてはまらない) ~5 (とてもあてはまる) の 5 件法により回答を求めた。予測バイアスについては、コストバイアスとして示された認知がどの程度日常生活であてはまるかについて、1 (全くないと思う) ~5 (とてもあると思う) の 5 件法で回答を求めた。ともに、得点の高いほうがそれぞれのバイアスの高いことを示す。なお、コストバイアスについては、“各状況においてどのくらい以下の考えがあてはまるか”，予測バイアスについては、“各状況について実際の日常生活でどれくらい以下の考え通りの結果になると思うか”で回答を求めた。

SFNE

SAD の中核的な認知的側面である、他者からの否定的評価の恐れを測定する尺度である。30 項目 2 件法の日本語版 Fear of Negative Evaluation scale が石川・佐々木・福井 (1992) により作成されたが、十分な信頼性と妥当性を備えた尺度である一方で、臨床現場での実施で扱いづらいことが指摘されていた (Leary, 1983a, b)。そのため、利用の簡便性や有用性を考慮し、笹川他 (2004) によって 12 項目 5 件法の短縮版が作成された。得点可能範囲は 12~60 点であり、SFNE の合計得点が高いほど他者からの否定的評価への恐れが高い。

日本語版 Social Phobia Scale (金井・笹川・陳・鈴木・嶋田・坂野, 2004 ; 以下 SPS とする)

SPS は、Mattick & Clarke (1988) により作成された、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を測定する尺度である。原版 SPS は高い信頼性と妥当性を有しており、国内外の SAD 研究で広く使用されている尺度である。本邦では、金井

以下に、ある状況とその後におこる考えが示されています。それぞれについて、

①各状況において、どのくらい以下の考えがあてはまるか

②各状況について、実際の日常生活で、どれくらい以下の考え通りの結果になると思うか

について、1～5の数字にそれぞれ1つ○をつけてください

①考えがあてはまるか

②どれくらい考え通りの結果になると思うか

状況		考え		全くあてはまらない	あまりあてはまらない	ややあてはまる	よくあてはまる	とてもあてはまる	全くないと思う	あまりないと思う	ややあると思う	よくあると思う	とてもあると思う
1	多くの人に対して発表を行う前	→ きっと失敗する	と思う	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2	会議で自分の意見を求められたとき	→ 何を言っても批判される	と思う	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3	突然よく知らない話題について質問されたとき	→ 適切にコメントできない	と思う	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4	知り合って間もない人と会話を行うとき	→ 会話がはずまない	と思う	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5	知らない人と視線が合ったとき	→ 自分の良くないところを見られていた	と思う	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6	多くの人の意見をまとめる立場にいるとき	→ 自分うまくまとめることが出来ない	と思う	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7	人前で自分の考えを伝えるとき	→ うまく伝わらず誤解される	と思う	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8	人前で話をする前	→ うまくしゃべれない	と思う	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9	自分の意見を述べるとき	→ きっと批判される	と思う	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Fig. 3-1

SCOP の原項目 (その1)

①考えがあてはまるか

②どれくらい考え通りの結果になると思うか

	状況	考え		①					②				
				全くあてはまらない	あまりあてはまらない	ややあてはまる	よくあてはまる	とてもあてはまる	全くないと思う	あまりないと思う	ややあると思う	よくあると思う	とてもあると思う
10	面接を受けるとき	→ 実際よりも低く評価される	と思う	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11	自己紹介を行うとき	→ 興味を引く話が浮かばない	と思う	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12	発表の際に聴衆をつまらなくさせていると感じたとき	→ 取るに足らない人物だと受け取られる	と思う	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13	みんなを楽しませることをするように求められたとき	→ 何をしても失敗する	と思う	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
14	自分の不利にならぬよう主張しなければならないとき	→ 私の意見は受け入れられない	と思う	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15	友人と話をするとき	→ 自分は拒絶される	と思う	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
16	人前で字を書くとき	→ みっともない姿をさらす	と思う	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
17	手元で行う細かい作業を人に見られているとき	→ きっとミスをする	と思う	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
18	仕事の際に商品を探すよう求められたとき	→ 早くできずに見下される	と思う	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Fig. 3-2

SCOP の原項目 (その2)

他（2004）によって日本語版SPSが作成され、高い信頼性と妥当性を有することが報告されている。SPSは20項目5件法であり、合計得点が高いほど上記の場面における恐怖が強い。

日本語版 Social Interaction Anxiety Scale（金井他,2004；以下 SIAS とする）

SIASは、SPSとともに作成された尺度である。SIASは、人との会話や付き合いのような他者と交流する状況に対する恐怖を測定する。SPSと同様に、高い信頼性と妥当性を有することが報告されている。金井他（2004）によって日本語版SIASが作成され、高い信頼性と妥当性を有することが報告されている。SIASは、SPSと同様に20項目5件法により測定される。

Self-rating Depression Scale（福田・小林，1973；以下 SDS とする）

抑うつ測定には、福田・小林（1973）により作成された日本語版 SDS を用いた。SDS は 20 項目 4 件法からなり、SDS 得点が高いほど、抑うつ症状が強いことを意味する。SAD においては、二次的な抑うつ症状が SAD の増悪要因であることが指摘されている。

分析方法

第一に、SCOP の因子構造を確認するために、最尤法プロマックス回転による因子分析を行った。そのうえで、得られた因子構造をもとに SCOP の信頼性・妥当性の検討を行った。内的整合性を検討するため、Cronbach の α 係数を算出した。第二に、基準関連妥当性について検討するため、SAD 症状を測定する各尺度との Pearson の積率相関係数を算出した。第三に、他者からの否定的評価の恐れ（SFNE）や抑うつ症状（SDS）の影響を制御したうえで、コスト/予測バイアスと社会不安症状との関連を明らかにするために、SFNE と SDS を制御変数とした偏相関係数を算出した。

結果

因子構造の検討

SCOP の因子構造について検討を行うために、まずコストバイアスの項目について最尤法プロマックス回転による探索的因子分析を行った。その結果、スクリープロットの形状から 2 因子構造が妥当であると判断された。そこで、因子数を 2 に指定して再度因子分析を行った。その結果、各因子への負荷量が .40 以上、他の因子への負荷量が .30 以下の基準を満たさない 3 項目を除外して分析を進めたところ、2 因子 15 項目が抽出された。次に、15 項目の予測バイアスの項目に関して、コストバイアスと同様に因子数を 2 に指定し、最尤法プロマックス回転による因子分析を行った。因子負荷量が .40 以上、他の因子への負荷量が .30 以下の基準を満たさない 1 項目を除外して因子分析を進めた。その結果、さらに 2 項目の除外が必要となった。そのため、2 項目を除いて因子分析を進めたところ、最終的に 2 因子 12 項目が抽出された。この点を考慮して、コストバイアスにおいても同様に 12 項目として再度因子分析を行ったところ、2 因子に収束することが確認された。そのため、SCOP はコストバイアス、予測バイアスともに 12 項目の 2 因子構造が妥当であると認められた。なお、因子名については、各項目の内容から第 1 因子を対人コミュニケーション、第 2 因子を一般的社会的状況と命名した。

内的整合性の検討

SCOP の内的整合性を明らかにするために、SCOP のコストバイアス、予測バイアスの各下位尺度について Cronbach の α 係数を算出した。その結果、合計得点および各下位因子において高い内的整合性を有していることが示された（Cost-対人コミュニケーション： $\alpha = .83$ ，Cost-一般的社会的状況： $\alpha = .79$ ，Prob-対人コミュニケーション： $\alpha = .80$ ，Prob-一般的社会的状況： $\alpha = .86$ ；Table 3-1）。

基準関連妥当性の検討

SCOP の基準関連妥当性について検討するために、SCOP の各因子と SFNE、SIAS、SPS、SDS との相関係数を算出した。各尺度の記述統計量について、Table 3-2 に示す。分析の結

Table 3-1

SCOP の因子分析の結果

状況	認知	Cost		Probability	
		I	II	I	II
I. 対人コミュニケーション					
知り合って間もない人と 会話を行うとき	会話がはずまない	.72	-.14	.53	.04
突然よく知らない話題について 質問されたとき	適切にコメントできない	.72	-.09	.67	-.19
人前で話をする前	うまくしゃべれない	.69	.03	.72	.01
自己紹介を行うとき	興味を引く話が浮かばない	.66	.03	.47	.11
多くの人の意見を まとめる立場にいるとき	自分はうまくまとめることが 出来ない	.64	.09	.65	.13
人前で自分の考えを伝えるとき	うまく伝わらず誤解される	.58	.14	.63	.07
II. 一般的社会的状況					
友人と話をするとき	自分は拒絶される	-.11	.75	-.17	.90
手元で行う細かい作業を 人に見られているとき	きっとミスをする	.06	.66	.08	.63
人前で字を書くとき	みっともない姿をさらす	-.16	.65	-.07	.75
仕事の際に商品を探すよう 求められたとき	早くできずに見下される	.14	.61	.09	.65
自分の不利にならぬよう 主張しなければならぬとき	私の意見は受け入れられない	.16	.53	.16	.60
知らない人と 視線が合ったとき	自分の良くないところを 見られていた	.09	.46	.05	.65
Cronbach' α		因子 I	$\alpha=.83$	$\alpha=.80$	
		因子 II	$\alpha=.79$	$\alpha=.86$	

Table 3-2

各尺度の平均と標準偏差

	Mean	SD
SFNE	41.02	9.78
SIAS	33.39	14.78
SPS	20.98	14.91
SDS	42.42	7.31
Cost-対人コミュニケーション	18.60	5.03
Cost-一般的社会的状況	13.97	4.45
Probability-対人コミュニケーション	18.66	4.38
Probability-一般的社会的状況	15.36	5.23

果、SCOP のコストバイアスの各因子は各尺度と中程度の正の相関関係にあることが示された。また、予測バイアスの各因子は正の弱い相関から中程度の相関関係にあることが認められた (Table 3-3)。つまり、これらのバイアスが社会的状況の不安と関連する認知であることが認められた。

偏相関係数

他者からの否定的評価の恐れと抑うつ症状の影響を制御して、コスト/予測バイアスと社会不安症状の関連を明らかにするため、偏相関係数を算出した。その結果、コストバイアス・予測バイアスの二つの因子は、ともに SPS・SIAS と有意な正の相関が求められた ($ps<.01$: Table 3-4)。

考察

本研究は、社会的状況におけるコスト/予測バイアスの測定を行うために、SCOP の作成および信頼性・妥当性の検討を行い、コスト/予測バイアスの社会不安との関連を検討することが目的であった。SCOP の各項目における社会的状況とそれに対応する認知は、高社会不安者から抽出され、妥当である判断を得たものであり、内容的妥当性を備えていると考えられる。さらに、因子分析の結果 12 項目からなる SCOP が作成された。この結果、SCOP に関しては、対人コミュニケーションと一般的社会的状況を意味する因子構造が確認された。すなわち、SCOP の各因子は、SAD において特徴的なスピーチ場面や会話場面と全般的な他者評価を受ける状況から構成されている。そのため、SAD 特有のコスト/予測バイアスの測定が可能であると考えられる。さらに、SCOP は、Cronbach の α 係数をもとに高い内的整合性を備えていることや、既存の SAD 症状や抑うつ症状を測定する尺度と関係が強く、基準関連妥当性を有していることが確認された。

これまでの研究では、コストバイアスがより SAD 症状を予測する因子であることが報告されている (Foa et al., 1996)。本研究においても、コストバイアスのほうが予測バイアス

Table 3-3

SCOP の各因子と各尺度間の相関係数

	SFNE	SPS	SIAS	SDS
Cost-対人コミュニケーション	.31**	.41**	.61**	.39**
Cost-一般的社会的状況	.39**	.52**	.58**	.44**
Probability-対人コミュニケーション	.23**	.26**	.39**	.23**
Probability-一般的社会的状況	.19**	.25**	.25**	.17**

** $p < .01$

Table 3-4

SCOP の各因子と SIAS・SPS 間の偏相関係数

	SPS	SIAS
Cost-対人コミュニケーション	.24**	.49**
Cost-一般的社会的状況	.36**	.41**
Probability-対人コミュニケーション	.17**	.15**
Probability-一般的社会的状況	.15**	.30**

** $p < .01$

よりも社会不安症状を測定する尺度と強い関係にあることが認められた。また、コストバイアスは抑うつ症状と予測バイアスよりも強く関連することが認められた。これらの結果を総合すると、先行研究の結果と同様の知見が得られ、SCOP が構成概念妥当性を満たしていると考えられる。

加えて、SFNE や SDS といった変数を統制した際にも、コストバイアス・予測バイアスの双方が社会不安症状を測定する尺度と強い関係にあることが認められた。これは、他者からの否定的評価の恐れや抑うつ症状という社会不安と関連の強い要素の影響を受けず、コストバイアスや予測バイアスが独立して社会不安と関係していることを示す。すなわち、コスト/予測バイアスは、独立して社会不安と関係している概念であると示唆される。なお、この偏相関係数についても、コストバイアスのほうが高い関連性を示していた。以上より、SCOP が信頼性・妥当性を備えた尺度であることが認められたと考えられる。

研究 1-2 Cost / Probability bias の反応パターンが 社会不安症状と抑うつ症状に与える影響

研究 1-1 において作成された SCOP は、信頼性と妥当性を有することが明らかにされた。そのため、SCOP を用いてコスト/予測バイアスを測定することが可能であると考えられる。一方、コストバイアスと予測バイアスは、研究 1-1 で示唆されたように、社会不安症状や抑うつ症状との関連性の程度がそれぞれ異なることが考えられる。この原因の一つとして、二つのバイアスについて反応性に違いがあることが示唆される。そのため、二つのバイアスがどのような反応パターンを示すかどうかを明らかにし、社会不安症状や抑うつ症状に与える影響の異同を検討することが必要となる。そこで、本研究ではこの二つのバイアスの反応パターンを検討する。さらに、この反応パターンの違いによる、社会不安症状と抑うつ症状の程度の異同について検討する。

方法

分析対象

研究 1-1 と同様の首都圏近郊の大学生 362 名（男性 150 名、女性 212 名；平均年齢 20.19 歳、 $SD=1.64$ ）を分析対象とした。

調査材料

研究 1-1 と同様に、SCOP・SFNE・SPS・SIAS・SDS を用いた。

分析方法

SCOP の各因子の反応パターンが社会不安症状に与える影響について検討するため、SCOP 因子について Ward 法によるクラスター分析を行った。また、得られた各クラスターを群として、SFNE・SIAS・SPS・SDS を従属変数とした分散分析を行った。事後検定には、

Scheffe 法を用いた。

結果

Cost / Probability bias の反応パターンに関する検討

SCOP の各下位因子の反応パターンを明らかにするため、各因子得点の平均得点と標準偏差をもとに Z-score に変換し、Ward 法によるクラスター分析を行った。その結果、これら 4 つの因子は 3 つの反応パターンを示すことが明らかにされた。それぞれのクラスターの特徴は、順に High Cost クラスター、High Prob クラスター、Low Cost / Prob クラスターと解釈された (Fig. 3-3)。各クラスターは、回答者の SCOP の各因子得点の割合が、順に、コストバイアスが高く予測バイアスの低いクラスター、予測バイアスが高くコストバイアスの低いクラスター、コストバイアス・予測バイアスがともに低いクラスターであることを意味する。

各クラスターにおける社会不安症状と抑うつ症状の比較

各クラスターにおける社会不安症状と抑うつ症状の違いを比較するために、これらの各クラスターの群を要因とし、SFNE・SIAS・SPS・SDS を従属変数とした一元配置分散分析を行った。それぞれのクラスターにおける記述統計量を Table 3-5 に示す。分析の結果、全ての尺度に関して群の主効果が認められた ($F_s(2, 359) > 12.34, p < .01$)。さらに、Scheffe 法による事後検定の結果、High Cost クラスターにおいて全ての尺度得点が有意に高かった ($p < .01$)。また、Low Cost / Probability クラスターおよび High Probability クラスターとの間に有意な違いは認められなかった。

考察

本研究の目的は、SCOP で測定されるコスト/予測バイアスの反応パターンを明らかにし、二つのバイアスが社会不安症状と抑うつ症状に与える影響の違いを明らかにすることであ

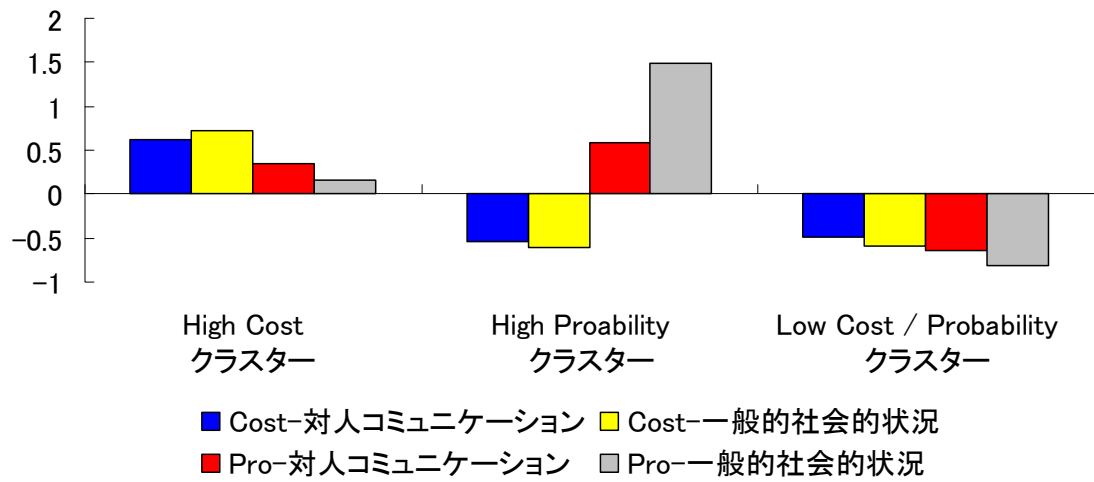


Fig. 3-3 クラスタ分析を用いた SCOP の各因子の反応パターン

Table 3-5

SFNE, SIAS, SPS, SDS の各クラスターの比較

		High Cost クラスター	High Probability クラスター	Low Cost / Probability クラスター	<i>F</i> -values	
		n=163	n=58	n=141		
SFNE	Mean	43.75 ^a	38.83 ^b	38.76 ^b	12.34**	b<a**
	SD	(9.83)	(10.01)	(8.83)		
SIAS	Mean	40.56 ^a	27.19 ^b	27.65 ^b	43.05**	b<a**
	SD	(14.60)	(12.52)	(11.99)		
SPS	Mean	27.83 ^a	17.84 ^b	14.35 ^b	39.26**	b<a**
	SD	(15.63)	(14.11)	(10.33)		
SDS	Mean	45.21 ^a	40.47 ^b	39.99 ^b	24.57**	b<a**
	SD	(6.88)	(7.40)	(6.66)		

***p*<.01

った。

クラスター分析の結果、コスト/予測バイアスは3つの反応パターンにより構成されることが明らかにされた。各クラスターは、その特徴から High Cost クラスター、High probability クラスター、Low Cost / Probability クラスターと名づけられた。High Cost クラスターは、コストバイアスの高いグループ、High Probability クラスターは、予測バイアスの高いグループ、Low Cost / Probability クラスターは双方のバイアスが低いグループであることが示された。そのため、3つのクラスターにおける社会不安症状の違いは、それぞれのバイアスの高低の影響を反映していると考えられた。

これらのクラスターをもとに行った分散分析の結果、High Cost クラスターが他の二つのクラスターよりも社会不安症状・抑うつ症状の高いことが示された。すなわち、コストバイアスの高いことにより、社会不安症状や抑うつ症状が高いことが示唆される。この結果は、コストバイアスが予測バイアスよりも SAD 症状と関係が強く、治療効果の変容を規定する、という先行研究の知見と同様のものである (Foa et al., 1996; Wilson & Rapee, 2005b)。そのため、これらの結果が従来知見を反映しており、SCOP が構成概念妥当性を備えた尺度であることも示唆される。

また、High probability クラスターと Low Cost / Probability クラスターには、社会不安症状と抑うつ症状の違いが認められなかった。この二つのクラスターは、コストバイアスがともに低いことから、予測バイアスの高低のみが反映されていると考えられる。しかし、社会不安症状の尺度間に違いが認められなかったことから、予測バイアスの直接的な影響の弱いことが示唆される。また、研究 1-1 において予測バイアスと社会不安症状の関連性が見られたが、比較的弱い相関であった。この一因として、否定的な予測を行うことによって、回避を高めるなどの異なる社会不安の要因に影響することが考えられる。そのため、予測バイアスは直接社会的状況の不安に影響するのではなく、間接的な影響をもつことが考えられる。つまり、各バイアスの影響や各 SAD 症状との関係性については、モデルを構築した検証が求められると考えられる。

総合考察

研究 1 においては、コスト/予測バイアスを測定する SCOP を作成し、コストバイアスと予測バイアスの SAD 症状への影響について検討を行った。その結果、SCOP の信頼性・妥当性が確認された。また、研究 1-2 から、特にコストバイアスが SAD 症状への影響の強い認知であることが認められた。

SCOP で測定されるコストバイアスと予測バイアスは、偏相関係数から、従来から測定される他者からの否定的評価の恐れや抑うつ症状の影響を制御した際にも社会不安症状に関連していた。つまり、双方のバイアスは独立して社会不安症状に関連すると考えられる。また、研究 1-2 の結果から、コストバイアスのほうが社会不安症状との関与が大きいことが認められた。

これらを踏まえ、社会的状況のコスト/予測バイアスに焦点をおいた心理学的介入は、SAD 症状の改善に有効である可能性があるといえる。例えば、失敗体験のない社会的状況へのエクスポージャーを繰り返すことが、社会的状況のコストバイアスの低減に有効であることが示唆されている(Hofmann, 2004)。また、Wilson & Rapee (2005a) は、SAD の治療プログラムにおいて、社会的状況のコストに関する否定的な信念を変容させる介入の必要性を指摘している。すなわち、Foa et al. (1996) や Hofmann (2004) の指摘のように、コストバイアスは SAD 症状の低減への関与が大きい認知であると考えられる。本研究の結果からも、コストバイアスがよりも社会不安や抑うつに強く影響することが示唆された。そのため、SCOP で測定される SAD のコスト/予測バイアスへの介入は、SAD の治療効果を向上させる可能性があると考えられる。

また、本研究では、SPS と SIAS により、社会的状況の不安感情のみを測定して検討を進めた。一方、SAD における特徴的な症状として、安全確保行動としての回避や生理的反応とその認知について考慮することが求められる。そのため、回避や生理的反応の認知といった異なる要素をふまえて関係性の理解を深める必要があるといえる。

研究 2

Cost / Probability bias が社会不安症状に影響するプロセス

研究 1 において、コスト / 予測バイアスを測定する尺度である SCOP が作成された。また、特にコストバイアスが社会不安症状や抑うつ症状に対する影響の強いことが明らかにされた。

SAD に関与する心理学的要因には、社会的状況に関する否定的認知 (Clark & Wells, 1995 ; Heinrischs & Hofmann, 2001; Hirsch & Clark, 2004), 不安を維持する安全確保行動としての回避 (MacManus, Sacudura, & Clark, 2008; Rapee & Heimberg, 1997; Wells, Clark, Salkovskis, Ludgate, Hackman, & Gelder, 1995) , 生理的反応に対する認知の歪み (金井・坂野, 2006 ; Roth et al., 2001) が指摘されている。SAD の病態の的確な把握と症状の改善に効果的な心理学的介入には、これらの要因の特徴を踏まえ、その関係性について十分に理解する必要があるといえる。

SAD の認知行動モデルにおいては、社会的状況に関する否定的認知が疾患の維持要因であることに着目されている (Clark & Wells, 1995 ; Rapee & Heimberg, 1997)。この否定的認知は、その性質からいくつかに分類される。例えば、それぞれのモデルでは、注意・記憶・解釈といった認知的情報処理過程の機能に注目している。これらの要因を踏まえ、Rapee & Abbott (2007) は、SAD 患者の認知プロセスのモデル化を試みている。この研究では、SAD 患者に対して試行したスピーチ課題における認知プロセスをモデル化し、注意や解釈、反すうなどの認知が SAD 患者の不安に影響する一連の流れを明らかにしている。

さらに、研究 1 で示されたように、コスト / 予測バイアスが社会不安症状の維持要因と考えられる。一方で、回避や生理的反応に対する認知、不安などの他の社会不安症状の要因との関係性については、十分な実証的検討がなされていない。これらの関係性を検討することにより、コスト / 予測バイアスが社会不安症状に影響するプロセスの理解が促進される。そこで、本研究ではコスト / 予測バイアスが社会不安症状に影響するモデルを構築

し、そのプロセスについて検討を行う。

方法

調査対象

大学生 319 名に質問紙調査を行い、回答に不備の無い 290 名（男性 116 名、女性 167 名、不明 7 名；平均年齢 20.06 歳，SD=1.63）を分析の対象とした。調査は、大学の講義の終了時に行った。調査が強制でないこと、個人の情報が保護されることを教示した上で、研究の主旨に同意した場合、回答を行った。なお、本研究の対象は研究 1 と異なる対象である。

調査材料

Short Fear of Negative Evaluation scale

Short Fear of Negative Evaluation scale（笹川他，2004；以下 SFNE とする）は、SAD に中核的な認知的側面である，“他者からの否定的評価の恐れ”について測定する尺度である。30 項目 2 件法の日本語版 Fear of Negative Evaluation scale が石川他（1992）により作成されたが、十分な信頼性と妥当性を備えた尺度である一方、臨床現場での実施のためには、より簡便な尺度の作成が求められていた（Leary, 1983a, b）。そのため、簡便性や有用性を考慮し、笹川他（2004）によって、原版の情報量を損なわない形で 12 項目 5 件法の SFNE が作成された。得点可能範囲は 12～60 点であり、合計得点が高いほど他者からの否定的評価への恐れが高い。

Social Cost / Probability scale

社会的状況におけるコスト / 予測バイアスを測定するために、研究 1 において作成された、SCOP を用いた。SCOP は 12 項目 5 件法であり、コストバイアス、予測バイアスともに対人コミュニケーションと一般的社会的状況の 2 因子からなる。高得点であるほど、コストバイアス、予測バイアスがそれぞれ高いことを意味する。SCOP は、研究 1 において、

高い内的整合性，基準関連妥当性，構成概念妥当性を有することが認められている。

SCOP は，項目ごとに一つの社会的状況と，それに対応する否定的認知が用意されている。コストバイアスについては，“各状況においてどのくらい以下の考えがあてはまるか”，予測バイアスについては，“各状況について実際の日常生活でどれくらい以下の考え通りの結果になると思うか”，について 5 件法で評価を求めている。本研究ではコストバイアス，予測バイアスそれぞれの合計点を用いて，コスト / 予測バイアスを評価した。

Liebowitz Social Anxiety Scale

社会的状況の恐怖と回避の程度について測定するために，日本語版 Liebowitz Social Anxiety Scale（朝倉・井上・佐々木・佐々木・北川・井上・傳田・伊藤・松原・小山，2002；以下 LSAS とする）を用いた。LSAS は，SAD に関する臨床症状や治療効果の測定において，国内外で広く使用されている尺度である。日本語版 LSAS は，高い内的整合性，再検査信頼性，収束的妥当性を有し，SAD 患者の臨床症状評価尺度として使用可能であることが示されている（朝倉他，2002）。LSAS は 24 項目 4 件法で測定を行い，高得点であるほど社会的場面での恐怖の程度と社会的状況の回避の程度が高いことを意味する。本研究では，LSAS により社会的状況の恐怖（LSAS-Fear）と回避（LSAS-Avoidance）を測定した。

生理的反応に関する項目

社会的状況における生理的反応に対する認知を測定するために，Speech Perception Questionnaire（Rapee & Lim，1992；以下 SPQ とする）をもとに，自己の生理的反応に対する認知項目（Modified SPQ；以下 MSPQ とする）を用意した。SPQ は，SAD におけるビデオフィードバックの効果測定に用いられる尺度であり，同じ項目によって，スピーチ場面の行動的側面，生理的反応，全体的な印象についての自己評価と他者評価を測定できる尺度である。SPQ は 17 項目 5 件法であり，得点の高い方がスピーチ場面のパフォーマンスについて，自己評価・他者評価が悪いことを意味する。SPQ は，高い内的整合性や構成概

念妥当性が確認されている (Rapee & Lim, 1992)。

本研究では、SPQ の各項目を用いて、普段の自己のパフォーマンスを評価できるよう、教示文を”以下のリストに挙げたそれぞれの特徴に関して、普段あなたが人前で話をする際のパフォーマンスがどうであると思うかを示す適切な番号に○を付けてください。あなたの評価は守秘されます。”と改変して用いた。

構成するモデル

本研究では、SAD の中核的認知である他者からの否定的評価の恐れによって、社会的状況におけるコスト / 予測バイアスが活性化し、さらに、生理的反応に対する認知、回避、不安のそれぞれに影響することを想定し、Cost / Probability bias model を構成した。なお、本研究では、コスト/予測バイアスが社会的状況に直面した際に生じる認知であることから、状況で生起する不安に至るまでのプロセスを想定している。

まず、本研究では、予測バイアスからコストバイアスへの経路を想定した。予測バイアスの社会不安への影響については、研究 1 において、不安への直接的な影響よりも、他の要因を媒介して不安に至る可能性が指摘されている。また、構成概念の性質上、予測バイアスは、否定的状況の生起頻度を高く見積もりという認知であり、コストバイアスは社会的状況でのコスト・危険性を高く見積もるという認知、という点で違いがある。そのため、コストバイアスは、社会的情報や刺激により予測バイアスが生じた結果、活性化すると考えられる。以上より、コストバイアスのほうが回避や不安感情などの社会不安症状と近い関係にあると想定される。そこで、本モデルでは、予測バイアスは他者からの否定的評価への恐れとコストバイアスを媒介し、各要因に間接的に影響することを仮定した。

また、社会不安の各症状間の関係性については、生理的反応に対する認知が回避を増加させ、不安に至るプロセスを想定した。本研究では不安感情の生起に至るプロセスを検討するため、最終的な予測変数を、不安を測定する LSAS-Fear とした。さらに、不安に至る経路として、生理的反応の認知 (MSPQ) が高まり、社会的状況の回避 (LSAS-avoidance)

が促進され、その結果社会的状況の不安が維持されるという経路を構成している。

SADにおいて回避が不安の維持に与える影響については、いくつかの研究で指摘されている。例えば、Wells et al. (1995)は安全確保行動としての回避の低減が、SAD患者の不安の低減につながると指摘している。また、McManus et al. (2008)は、SAD患者が回避的な安全確保行動を使用した際に、より高い不安を喚起することを指摘している。これらの研究を踏まえると、回避が不安に影響する経路を想定できると考えられる。

分析方法

分析には、SPSS ver. 16.0 for windows および Amos ver. 16.0 を用いた。各尺度の記述統計量を算出し、各尺度間の Pearson の積率相関係数を求めた。さらに、社会不安における解釈バイアスと不安、回避、生理的反応に対する認知との関係性を検討するために、パス解析を行った。モデルの適合度指標として、Goodness of Fit Index (以下 GFI とする)、Adjusted Goodness of Fit Index (以下 AGFI とする)、Root Mean Square Error of Approximation (以下 RMSEA とする) を用いた。

結果

各尺度の記述統計量を Table 3-6 に示した。また、各尺度間の相関係数を算出した。その結果、各尺度間に中程度以上の有意な正の相関が認められた ($p<.01$; Table 3-7)。

さらに、本研究では、Fig. 3-4 に示す Cost / Probability bias model を構成し、パス解析を行った。分析の結果、各適合度指標については、GFI=.98, AGFI=.91, RMSEA=.09 と概ね良好な値が得られた。また、各変数間のパス係数については、他者からの否定的評価の恐れからコスト / 予測バイアスへの経路、コストバイアスからの全ての経路に関して、有意な強い影響が認められた ($p<.01$)。予測バイアスからのパス係数については、コストバイアスと生理的反応に対する認知への係数が有意であった ($p<.01$)。一方、予測バイアスから回避と不安へのパス係数は有意な水準に達しなかった。

Table 3-6

研究2における各尺度の平均と標準偏差

	Mean	SD
SFNE	42.33	9.21
SCOP-Cost	33.26	8.69
SCOP-Probability	33.91	8.24
LSAS-fear	31.74	14.38
LSAS-avoidance	22.62	13.92
MSPQ	30.91	9.69

Table 3-7

研究2における各尺度間の相関係数

	SFNE	SCOP Cost	SCOP Probability	LSAS fear	LSAS avoidance
SCOP-Cost	.44**				
SCOP-Probability	.36**	.53**			
LSAS-fear	.38**	.70**	.40**		
LSAS-avoidance	.34**	.60**	.35**	.72**	
MSPQ	.44**	.68**	.54**	.57**	.52**

** $p < .01$

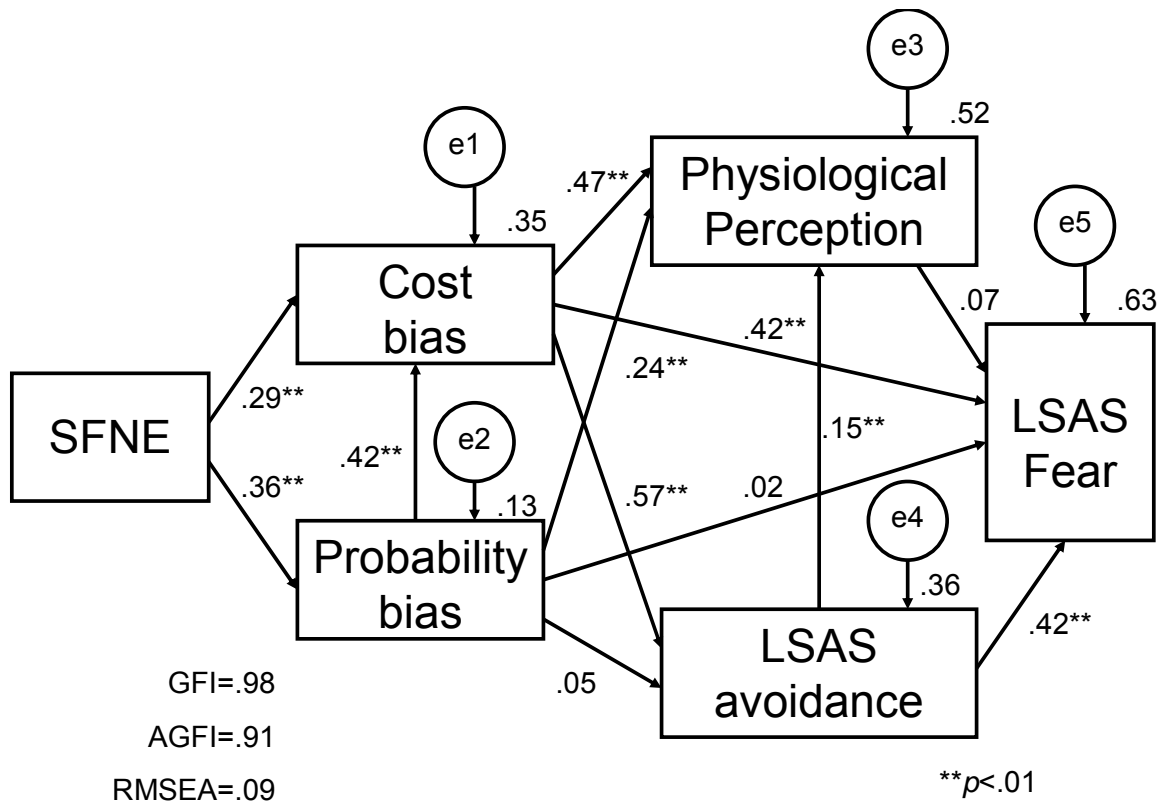


Fig. 3-4 Cost / Probability bias Model

考察

本研究で構成したモデルは、得られた適合度指標によりあてはまりの良いモデルであると考えられる。すなわち、SADにおいて、他者からの否定的評価の恐れがコスト / 予測バイアスを活性化し、社会的状況の不安・回避・生理的反応に対する認知に影響する、というプロセスが妥当であることが認められた。このモデルで示されたコスト / 予測バイアスの各経路について、以下に考察する。

まず、コストバイアスについては、各 SAD 症状への直接的な影響が強いことが指摘できる。先行研究においても、コストバイアスが SAD 症状に強く影響することが明らかにされている (Foa et al., 1996 ; Hofmann, 2005)。本研究で得られたコストバイアスの高いパス係数の値を踏まえると、従来と同様にコストバイアスに対する介入が社会不安症状の改善に有効である可能性が示唆される。

また、本研究で構成したモデルでは、このコストバイアスから各社会不安症状への経路が大きく二つに分けられる。以下に、それぞれの経路について考察する。まず、第一に、コストバイアスが直接不安を高める経路である。社会的状況においては、他者からの否定的評価への恐れによりコストバイアスが活性化され、状況が過度に脅威であると捉えられる。その結果、SAD 患者や高社会不安者の不安が高められると考えられる。そのため、コストバイアスを低減することによって、社会的状況における不安が改善する可能性があると考えられる。

第二に、コストバイアスが生理的反応に対する認知や回避を介し、社会的状況での不安を高める経路である。この経路では、生理的反応に対する認知を経由し、回避を媒介して不安が高められている。つまり、コストバイアスが高まることで生理的反応が亢進していると認知し、社会的状況の回避の増加に至る。この回避により、社会的状況の体験頻度が低下する。その結果、社会的状況に対する高不安が維持される機能があると考えられる。そのため、心理学的介入によるコストバイアスの低減は、生理的反応に対する認知や回避などの SAD 症状を変容するだけでなく、不安を維持する影響を低減する上でも有効である

と示唆される。

予測バイアスに関しては、他者からの否定的評価の恐れとコストバイアスを媒介する要因としての機能が明らかにされた。つまり、否定的な社会的状況の生起を高く予測することによって、コストバイアスが活性化する。その結果、上述の生理的反応の認知や回避が高まり、不安に至るといふ、コストバイアスの機能するプロセスが生じる。

一方、予測バイアスは、生理的反応に対する認知に対して中程度の影響が認められたものの、不安や回避に対しては直接的な影響が認められなかった。この点について、以下に考察する。本モデルでは、否定的状況の生起を高く予測してコストバイアスを活性化させた結果、社会不安症状を高めている。この点は、否定的な出来事の生起の予測が高くなることにより、他の社会不安症状に対して間接的に影響するという研究1での指摘と一致している。つまり、予測バイアスが社会不安の維持要因として機能する条件として、その後コストバイアスが活性化させることが必要である。研究1においては、予測バイアスは否定的な予測により回避を高める可能性があるという指摘されていた。しかし、本モデルからは、予測バイアスが直接回避に影響するパス係数の値は低いものであった。一方、予測バイアスからコストバイアスへの強い影響が認められた。そのため、予測バイアスは、コストバイアスの反応を高め、間接的に回避や不安に影響する認知、と捉えられると示唆される。

総合考察

本章では、コスト/予測バイアスが SAD 症状に与える影響について検討を行った。まず、研究 1-1 において、コスト/予測バイアスを測定する SCOP が開発された。分析の結果、SCOP は高い信頼性・妥当性を有することが認められた。また、研究 1-2 において、コストバイアスと予測バイアスの反応パターンと社会不安症状への影響が検討された。その結果、コストバイアスの社会不安症状への影響の強さが認められた。あわせて、研究 2 ではコスト/予測バイアスが生理的反応に対する認知、回避、不安感情といった SAD 症状の各要素に影

響するプロセスが示された。その結果、コストバイアスの社会不安症状への直接的な影響と、予測バイアスの間接的な影響が認められた。また、社会不安症状は、生理的反応に対する認知、回避、不安感情という順に影響を受けることが示された。

これらのプロセスを踏まえ、コスト / 予測バイアスに対する心理学的介入について指摘できる。SADにおいては、国内外で認知行動療法の有効性が指摘されている（陳・坂野・笹川・村岡・金井・貝谷，2004；Heimberg, 2002）。実際の介入としては、スピーチ場面などを用いたエクスポージャーとその前後に生じる認知について修正が有効であると考えられる。この際に、コスト / 予測バイアスを対象とした認知的介入を的確に行うことにより、従来の治療効果を高めることができると示唆される。例えば、Smits et al. (2006)は、社会的状況に対するコストを十分に低減することによって、エクスポージャーやビデオフィードバック技法の効果を高めることが出来ると指摘している。以下に、コスト / 予測バイアスに対する介入の有用性について述べる。

まず、コストバイアスに対する認知的介入の有用性について論じる。SADの治療では、エクスポージャーが社会的状況の不安の低減に効果をあげている。コストバイアスに対する認知的介入は、社会的状況の前に生じるというコストバイアスの認知的特徴から、実際の社会的状況やエクスポージャーの前に行うことが有効であると考えられる。そのため、この認知的介入は、エクスポージャー場面で生じる予期不安の低減に奏効すると考えられる。例えば、SADにおいては、スピーチ場面でのエクスポージャーが広く用いられている。その際にコストバイアスに介入することは、本モデルのプロセスを考慮すれば、生理的反応の客観的な知覚の促進や、回避の低減によるスピーチ場面での実際のパフォーマンスの向上などの可能性が示唆される。すなわち、コストバイアスの低減は、エクスポージャーの効果を向上させると考えられる。

また、予測バイアスについても同様に修正を図ることの有効性が示唆される。本モデルから、否定的予測が高いことによって、社会的状況でのコストを高めることが示唆された。Foa & Kozak (1986)は、否定的な結果のないエクスポージャーが、過度な否定的予測の低

減につながると報告している。治療場面におけるエクスポージャーにおいては、その脅威の程度を調整し、客観的に状況を予測できるよう繰り返し進められる。そのため、このエクスポージャーの手続きに加えて認知的技法を用いて予測バイアスを変容することにより、上記のコストバイアスの変容を促進しうる。その結果、SAD 症状を改善する効果が高まる可能性があるとする唆される。

本章においては、特にコストバイアスの SAD 症状に対する直接的な影響の強いことが認められた。そのため、実際の心理学的介入を導入する際には、コストバイアスに焦点をあてることで症状の低減に有効であると考えられる。また、実際の SAD の心理学的介入を行う上で、本モデルの現実場面への適応可能性について検討を行う余地がある。例えば、スピーチ場面を用いたエクスポージャーは、SAD の心理療法において広く用いられている。そのため、スピーチ場面などの認知プロセスについての検証が求められると考えられる。

第四章

スピーチ場面における否定的見積もりが社会不安症状に与える影響

第三章では、研究 1 において、SAD の解釈バイアスであるコスト / 予測バイアスを測定する尺度の SCOP を開発し、2 つのバイアスの社会不安症状への影響を明らかにした。さらに、研究 2 においては、コスト / 予測バイアスが社会不安症状に与える機能について明らかにした。これらの結果から、SAD 症状の改善にコスト / 予測バイアスの変容が有効であると考えられる。特に、コストバイアスの社会不安症状への影響の強さが示唆され、コストバイアスの低減が社会不安症状の改善により有効であると考えられる。

実際の SAD の治療では、エクスポージャーが有効とされている(Rodebaugh et al., 2004; Taylor, 1996)。エクスポージャーは、実際の不安喚起場面に曝露することにより不安の減弱を図る方法である。Feske & Chambless (1995)は、SAD の心理学的介入に関するメタ分析を行い、エクスポージャーのセッションを多く行うことが効果的であると報告している。加えて、Clark & Wells (1995)の認知モデルや Rapee & Heimberg (1997)の認知行動モデルにより、SAD 特有の否定的認知が疾患の維持に大きく関与することが指摘されてきた。例えば、Mattick et al. (1989)は、エクスポージャーと認知的再体制化の併用がエクスポージャー単独よりも優れた治療効果を示すことを明らかにしている。ゆえに、SAD ではエクスポージャーに加えて認知的介入の要素を加えることが必要かつ有効とされる。そのため、SAD 患者特有の否定的認知と社会不安症状の関係についての理解が、心理学的介入のターゲットを特定する上で重要である。

近年、これらの SAD の解釈バイアスについては、その機能に関するモデル化が行われ、SAD の病態理解が促進されている。例えば、社会的状況前のプロセスは、Hofmann (2005)により検討されている。この結果、コストバイアスが不安や SAD 症状に影響し、不安のコントロール感はその影響を低減していることが示された。また、社会的状況後の認知プロセスにおいて、反すうが社会不安症状の悪化や抑うつを生じさせる要因となることが指摘

されている(城月・笹川・野村, 2007)。このような認知プロセスのモデル化は、疾患の維持経路を明らかにするため、効果的であると考えられる。第三章においては、コストバイアスが活性化することによって、生理的反応に対する認知、回避、不安感情という経路で社会不安症状に影響することが示された。

SAD においては、最も不安を喚起する社会的状況として、スピーチ場面が報告されている(Stein et al., 1996)。実際に、スピーチ場面は SAD における研究で数多く用いられており、臨床場面でのエクスポージャーにおいても採用されることが多い。また、第三章の結果から、社会的状況においてはコストバイアスが不安に強い影響を及ぼすことが明らかにされた。Rapee & Heimberg (1997)は、社会的状況に直面した際に、その状況の脅威を過度に高く解釈し、自己のパフォーマンスを否定的に見積もることを指摘している。そのため、スピーチ場面においてもコストバイアスの影響する可能性が考えられる。スピーチ場面においては、実際に話をすることが求められるため、そのパフォーマンスに対する脅威を過度に否定的に見積もることが想定される。

これらを考慮すると、第三章で作成した、全般的な SCOP によるコスト/予測バイアスの測定に加え、エクスポージャー場面として採用するスピーチ場面に特有のバイアスを測定する尺度の作成が有用であると考えられる。つまり、このスピーチ場面特有の否定的見積もりについて、正確に測定を行う必要があると考えられる。また、この否定的見積もりが SAD 症状の改善における介入ターゲットとなるかどうかを明らかにする必要がある。これらの基礎的資料を得た上で、この否定的見積もりを客観的に評価することと、介入により低減することが求められる。すなわち、この否定的見積もりが SAD 症状に影響するプロセスの解明は、病態理解を促進する上で有効であると考えられる。

そこで、本章では、第一に研究 3 においてスピーチに関する否定的見積もりをアセスメントする *Speech Estimation Scale* を作成することを目的とする。なお、第三章でコストバイアスの社会不安症状に対する影響の強さが指摘されたことから、本章ではコストバイアスに焦点をあてて検討を進める。第二に、研究 4 においてスピーチ場面での否定的見積も

りが社会不安症状に影響するプロセスについて検討を行う。さらに、第三に、研究5においては、実際のスピーチ場面において否定的見積もりが社会不安症状に与える影響について検討を行う。なお、本研究でのスピーチに関する否定的見積もりとは、スピーチ場面の自己のパフォーマンスについて、否定的に見積もることとして検討を進める。

研究3 Speech Estimation Scale の作成

目的

本研究では、スピーチ場面のコストバイアスであるスピーチに関する否定的見積もりを測定する Speech Estimation Scale (以下; SES とする) を開発することが目的であった。そこで、SES の原項目を整備し、信頼性・妥当性の検討を行った。

方法

調査対象

大学生 306 名 (男性 105 名, 女性 180 名, 不明 21 名; 年齢 19.67 歳, $SD=1.84$) を対象に質問紙調査を行い、回答を求めた。調査は、大学の講義の終了後に行った。調査が強制でないこと、個人の情報が保護されることを教示した上で、研究の主旨に同意した場合、在室して回答を行った。なお、調査対象は研究 1, 2 と異なるものであった。

調査材料

SFNE

SFNE (笹川他, 2004) は、SAD に中核的な認知的側面である、他者からの否定的評価の恐れについて測定する尺度である。30 項目 2 件法の日本語版 Fear of Negative Evaluation scale が石川他 (1992) により作成されたが、十分な信頼性と妥当性を備えた尺度である一方で、臨床現場での実施のためにはより簡便な尺度の作成が求められていた (Leary, 1983a, b)。そのため、簡便性や有用性を考慮し、笹川他 (2004) によって、原版の情報量を損なわない形で 12 項目 5 件法の SFNE が作成された。得点可能範囲は 12~60 点であり、合計得点が高いほど他者からの否定的評価への恐れが高い。笹川・金井・陳・鈴木・嶋田・坂野 (2003) は、SFNE が高い再検査信頼性や内的整合性を示し、他の SAD 症状を測定する尺度と高い相関があり、臨床的妥当性を有することを報告している。

SPS

SPS（金井他,2004）は、Mattick & Clarke（1998）により作成された、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を測定する尺度である。原版 SPS は高い信頼性と妥当性を有しており、国内外の SAD 研究で多く使用されている尺度である。本邦では、金井他（2004）によって日本語版 SPS が作成され、高い信頼性と妥当性を有することが報告されている。なお、SPS は 20 項目 5 件法であり、合計得点が高いほど上記の場面における恐怖が強い。

SIAS

SIAS（金井他,2004）は、SPS とともに Mattick & Clarke（1998）により作成された尺度である。SIAS は、人との会話や付き合いのような他者と交流する状況に対する恐怖を測定している。SPS と同様に、高い信頼性と妥当性を有することが報告されている。金井他（2004）によって、日本語版 SPS が作成され、高い信頼性と妥当性を有することが報告されている。SIAS は、20 項目 5 件法により測定する。

SES

SES は、本研究で作成を行った、スピーチ場面における否定的見積もりを測定する尺度である。スピーチ不安に関する尺度の Personal Report of Confidence as a Speaker（Paul, 1966）,Speech Anxiety Thoughts Inventory（Cho, Smits, & Telch, 2004）,および Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition Text Revision（APA, 2000）の診断基準をもとに、20 項目からなる原案を用意した。それぞれの項目は、1 から 5 の 5 件法（1. 全くあてはまらない、2. あまりあてはまらない、3. ややあてはまる、4. かなりあてはまる、5. 非常にあてはまる）で評定を行うものである。各項目は、臨床心理学領域の教員、臨床心理士、臨床心理学専攻の大学院生の計 5 名によって、スピーチに関する否定的見積もり

を測定している項目かどうかについて、その内容が妥当か妥当でないかの2件法で、すべて妥当であることが認められた。教示文は、“以下の項目は、人前でのスピーチに関連した質問です。スピーチを行う際のあなたにもっともあてはまる番号に、各項目一つずつ○をつけて下さい。”であった。原項目について、Table 4-1 に示す。

結果

分析には、SPSS ver.12.0 for Windows を用いた。SES の信頼性・妥当性について検討するため、以下の分析を行った。

項目分析

調査対象者を SFNE, SPS, SIAS の合計得点について、上位と下位の 25% でそれぞれ 2 群に分け、SES の各項目の得点について t 検定を行った。その結果、SFNE で設定した 2 群において、項目“話す内容をきちんと伝えられる”、“つまらない話だと思われる”について両群に有意差が見られなかったため ($p>.10$)、この 2 項目をこの後の分析から除外した。

因子構造

SES の因子構造を明らかにするために、SES18 項目について、最尤法、プロマックス回転による探索的因子分析を行った。その結果、固有値について、7.78, 1.37, 1.12, 0.92 の値が得られたが、スクリープロットによる固有値の落差を考慮し、1 因子構造が妥当であると判断された。さらに、この分析において因子負荷量が.40 以下の項目を除外し、残された 9 項目について主成分分析を行った。その後、因子負荷量が.40 以下の 1 項目（相手を楽しませなければならないと思う）を除外し再度分析を行った。その結果、最終的に因子負荷量が.40 以上の 1 因子 8 項目を SES の項目とした。なお、寄与率は 53.69%であった (Table 4-2)。

Table 4-1 SES の原項目

以下の項目は、人前でのスピーチに関連した質問です。 スピーチを行う際のあなたにもっともあてはまる番号に、 各項目に一つずつ○をつけて下さい。	全くあてはまらない	あまりあてはまらない	どちらでもない	ややあてはまる	非常にあてはまる
焦って失敗すると思う	1	2	3	4	5
体が震える	1	2	3	4	5
落ち着いて話すことが出来ない	1	2	3	4	5
冷たい視線を感じる	1	2	3	4	5
話す内容をきちんと伝えられる	1	2	3	4	5
顔が赤くなる	1	2	3	4	5
出来るだけ早く話を終えたいと思う	1	2	3	4	5
つまらない話だと思われる	1	2	3	4	5
相手の顔を見て話すことが出来ない	1	2	3	4	5
話すことは苦にならない	1	2	3	4	5
話をした結果、自分の評価を下げる	1	2	3	4	5
どう話を始めていいかわからない	1	2	3	4	5
うまく舌がまわらない	1	2	3	4	5
自分の欠点に注目されていると感じる	1	2	3	4	5
早く時間が過ぎてほしいと思う	1	2	3	4	5
汗が出てくる	1	2	3	4	5
相手を楽しませなければならないと思う	1	2	3	4	5
適切な話のテーマがわからない	1	2	3	4	5
途中で話したいことを忘れる	1	2	3	4	5
話をする前は不安になる	1	2	3	4	5

Table 4-2

Speech Estimation Scale の因子分析の結果

Item	Mean	SD	Factor loadings
どう話を始めていいかわからない (I don't know how to begin to speak.)	2.83	1.13	.79
焦って失敗すると思う (I think that I will fail to speak well because I will be upset.)	2.18	1.00	.78
適切な話の内容がわからない (I don't know what I should speak.)	2.33	1.01	.78
話をした結果、自分の評価を下げる (As a result of my speech, I will be evaluated more negatively.)	2.59	1.12	.75
うまく舌がまわらない (I will stutter when I speak.)	2.50	1.22	.73
自分の欠点を探されていると感じる (When I speak, I will feel that someone is finding fault with me.)	2.03	1.12	.72
途中で話したいことを忘れる (I often forget what I want to say during my speech.)	2.46	1.11	.68
冷たい視線を感じる (I will be watched with a cold look when I speak.)	2.75	1.25	.63
Percentage of variance	53.69%		

内的整合性と基準関連妥当性

各尺度の記述統計量をTable 4-3に示した。SES8項目の内的整合性を検討するために、Cronbachの α 係数を算出したところ、 $\alpha=.87$ と高い値が得られた。さらに、SESと社会不安症状を測定する各尺度との相関係数を求めた。各尺度間の相関係数をTable 4-4に示した。その結果、SESとSFNE ($r=.34, p<.01$)、SPS ($r=.59, p<.01$)、SIAS ($r=.64, p<.01$) との間に中程度の相関が認められた。

考察

本研究の目的は、スピーチに関する否定的見積もりを測定するSESを作成することであった。用意されたSESの各項目は、複数の評価者によってスピーチに関する否定的見積もりを測定する内容的妥当性を有することが確認された。また、因子分析の結果、最終的に8項目に収束するSESが構成された。そのため、SESは因子的妥当性を有することが認められた。SESは実際のスピーチ場面での測定を目的としている。分析の結果、最終的なSESの項目は8項目であり、簡便な構成の尺度であることが認められた。実際のエクスポージャー場面での利用を考慮した際に、この8項目からなる構成は利便性が高いと考えられる。

加えて、SESはCronbachの α 係数の値から、高い内的整合性を有することが示された。さらに、SESとSAD症状を測定するSIAS・SPSとの間に中程度の相関関係が認められ、基準関連妥当性が確認された。以上のことから、SESがスピーチに関する否定的な見積もりを測定するうえで、信頼性・妥当性を備えていることが認められた。

Table 4-3

研究 3 で用いた各尺度の平均と標準偏差

	Mean	SD
SES	19.67	6.55
SFNE	39.75	8.33
SIAS	33.80	14.31
SPS	18.94	12.69

Table 4-4

研究 3 における各尺度間の相関係数

	SPS	SIAS	SFNE
SIAS	.72**		
SFNE	.45**	.46**	
SES	.60**	.64**	.34**

** $p < .01$

研究 4

スピーチ場面の否定的見積もりが社会不安症状に与える影響

研究 3 において、スピーチ場面における否定的見積もりを測定する SES が開発された。分析の結果、SES が信頼性と妥当性を有することが認められた。そのため、SES を用いてスピーチ場面の前に生じる否定的見積もりを測定することができると考えられる。

次に、この否定的見積もりの SAD 症状との関係性について検討を行うことが求められる。研究 3 で作成した SES は、スピーチ場面に特化した否定的見積もりを測定している。そのため、他の社会的状況の不安とどのような関係にあるかについて、十分な理解が得られていない。また、SAD では、他者からの否定的評価の恐れが中核的認知であることが指摘されている (Clark & Wells, 1995; Rapee & Heimberg, 1997)。研究 1-3 においても示されたように、この他者からの否定的評価の恐れにより、実際のスピーチ場面において、否定的見積もりが活性化されると考えられる。また、このような社会的状況に対する否定的見積もりは SAD 症状に影響することが指摘されている (Clark & Wells, 1995; Foa et al., 1996; Rapee & Heimberg, 1997)。従来の研究では、スピーチ場面は SAD 患者の最も不安を喚起する場面であることが指摘されている (Stein et al., 1996)。その一方で、スピーチ場面に特有の否定的見積もりが、様々な異なる社会的状況での不安に影響するかどうかについては、検討を行うことが求められる。このスピーチ場面の否定的見積もりが異なる社会的状況の不安に関与する要因であれば、この否定的見積もりへの介入が様々な社会的状況での不安の低減に有効である可能性を指摘できる。そこで、本研究ではスピーチに関する見積もりモデルを構成し、その妥当性について検討する。

目的

研究 4 の目的は、研究 3 において作成された SES を用いて、スピーチに関する否定的見積もりが社会不安症状に影響を及ぼすプロセスについて検討することであった。

方法

調査対象

大学生 368 名（男性 145 名,女性 169 名, 不明 54 名;年齢 20.39 歳, $SD=2.11$ ）を対象に質問紙調査を行い, 回答を求めた。調査は, 大学の講義の終了後に行った。調査が強制でないこと, 個人の情報が保護されることを教示した上で, 研究の主旨に同意した場合, 在室して回答を行った。なお, 調査対象は研究 1, 2, 3 と異なるものであった。

調査材料

SFNE・SIAS・SPS

他者からの否定的評価への恐れを測定するために SFNE, 他者から観察される社会的状況での恐怖を測定するために SPS, 他者と交流する状況に対する恐怖を測定するために SIAS を用いた。これらの尺度は, 研究 1・研究 3 と同様の尺度である。

SES

スピーチに関する否定的見積もりを測定するために, 研究 1 で作成された SES を用いた。SES は, 8 項目 5 件法により, スピーチ場面での否定的見積もりを測定する尺度である。SES は, 研究 3 において内的整合性と基準関連妥当性を有することが確認されている。

構成するモデル

本研究では, 他者からの否定的評価への恐れが直接的に社会不安症状に影響するだけでなく, スピーチに関する否定的見積もりを活性化させ, 社会不安症状に影響するという二つの経路を想定しているスピーチに関する見積もりモデルを構成した。

順に, 各経路について説明する。まず, SAD において多く見られるパフォーマンス状況への恐怖 (SPS) と, 対人交流場面における恐怖という人前で話をする機会への恐怖 (SIAS)

から構成される社会不安に対して、他者からの否定的評価への恐れ（SFNE）が直接影響する経路と、この否定的評価への恐れがスピーチに関する否定的見積もり（SES）を介して社会不安症状に影響を与えるという経路である。これらの経路では、特性的な他者からの否定的評価の恐れがスピーチ場面のような実際の社会的状況で生じる否定的見積もりに影響を与えるものとして、SFNE から SES のパスが構成されている。また、スピーチ場面が SAD において最も不安を喚起する場面であることから、スピーチにおける否定的見積もりが複数の社会的状況での不安に影響しうることが想定されている。

分析方法

分析には SPSS for Windows ver. 16.0 を用いた。また、構成したモデルの分析には、Amos ver. 16.0 を用いた。本モデルの検討は、観測変数と潜在変数の合成モデルを形成し、共分散構造分析により分析を行った。適合度指標としては、研究 2 と同様に、GFI, AGFI, RMSEA を参照した。

結果

分析により得られた各尺度の記述統計量および相関係数を、Table4-5, 4-6 に示した。なお、SES について研究 3 で得られた因子構造が得られるかどうかを検討するため、同様の主成分分析を行ったところ、研究 3 と同様の 1 因子構造が認められた。寄与率は 58.98%、各項目の負荷量は .66 以上であり、 α 係数は .90 と高い値を示した。

また、スピーチに関する見積もりモデルについて検討するために、共分散構造分析を行った。その結果、本モデルは GFI=.99, AGFI=.99, RMSEA=.01 と良好な値が得られた (Fig. 4-1)。また、各変数から他の変数へのパス係数については、全て 1%水準で有意であることが示された。

Table 4-5

研究 4 における各尺度の平均と標準偏差

	Mean	SD
SES	20.66	6.91
SFNE	41.12	9.30
SIAS	34.31	15.59
SPS	17.58	14.62

Table 4-6

研究 4 における各尺度間の相関係数

	SFNE	SIAS	SPS
SIAS	.45**		
SPS	.42**	.72**	
SES	.35**	.69**	.68**

** $p < .01$

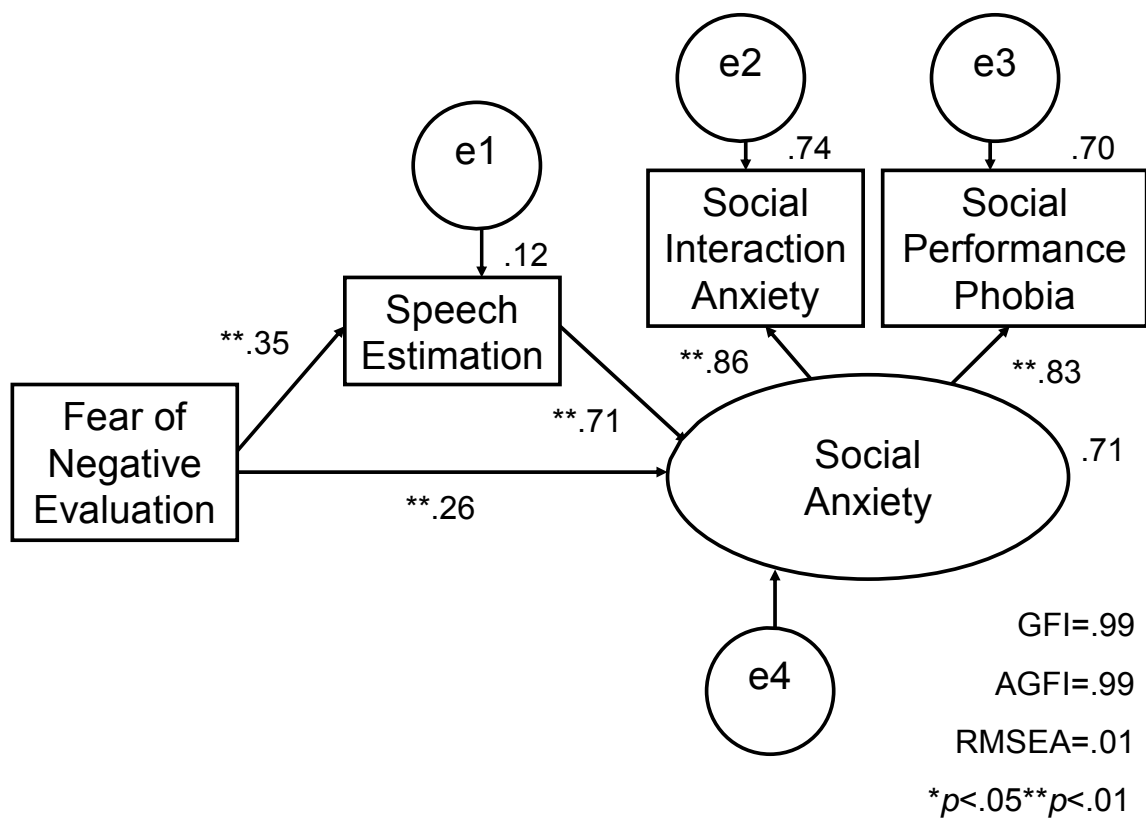


Fig.4-1 スピーチに関する見積もりモデルの分析の結果

考察

本研究の目的は、スピーチに関する見積もりモデルについて検討を行うことであった。本モデルの分析の結果、全てのパス係数において有意な値が得られ、さらに、高い適合度指標とデータのあてはまりの良さが確認された。また、SES については、研究 3 と同様の因子構造と α 係数が得られ、尺度としての信頼性・妥当性が確認された。

本研究で作成したモデルにおいては、SAD 症状へ影響するプロセスについて二つの経路が想定された。第一に、他者からの否定的評価の恐れ (SFNE) が直接社会不安症状に影響する場合であり、第二に、スピーチの否定的見積もり (SES) を介して社会不安症状に影響する場合である。つまり、他者からの否定的評価の恐れが社会不安症状の先行要因として社会不安症状を強めるだけでなく、他者からの否定的評価の恐れが実際の社会的状況で生じる否定的見積もりを活性化し、社会不安症状が強くなるというものである。

本モデルについて、分析により得られた適合度指標やパス係数から、従来扱われてきた中核的認知である他者からの否定的評価の恐れだけでなく、この否定的見積もりが社会不安症状に影響することが認められた。本モデルの経路では、SFNE で測定される特性的な他者からの否定的評価の恐れが、SES で測定される実際の社会的状況で生じる否定的見積もりを活性化することを想定した。本モデルが支持されたことから、スピーチに関する否定的見積もりは、他者からの否定的評価の恐れを先行要因とし、社会的状況において活性化した結果社会不安症状に影響する要因であることが認められた。そのため、SES で測定される否定的見積もりが社会的状況での不安に影響することが考えられ、実際の介入ターゲットとして扱うことが有効であると示唆された。SIAS や SPS は、代表的な社会的状況における不安を測定している。そのため、SES で測定されるスピーチ場面の特有の否定的見積もりが、様々な社会的状況の不安に関与していることが示唆される。つまり、この否定的見積もりを低減させる介入によって、スピーチ場面の不安だけでなく、様々な社会的状況の不安の低減に般化できる可能性があるとして示唆される。

研究 5

スピーチ場面における否定的見積もりの関与する認知プロセス

研究 4 においては、研究 3 で作成された SES を用いて、スピーチ場面での否定的見積もりが様々な社会的状況の不安に影響することが明らかにされた。そのため、スピーチに関する否定的見積もりの低減が、様々な社会的状況での不安の改善に有効であると指摘できる。

また、これらに加え、実際のスピーチ場面における否定的見積もりの影響を明らかにすることが求められる。スピーチ場面では、否定的見積もりの他に、不安感情やスピーチ課題の自己評価などの要因について考慮する必要がある。例えば、不安感情に関して、Hinrichsen & Clark (2003) は、社会的状況を否定的に予測することによって、スピーチ課題時の不安が亢進することを報告している。Hirsch et al. (2006) は、否定的なイメージを持つことで、スピーチ課題時の不安を亢進することにつながると示唆している。また、スピーチ課題の自己評価については、Rapee & Hayman (1996) は、スピーチ課題についてビデオフィードバックを行うことで、二回目のスピーチの自己評価が向上することを明らかにしている。Rodebaugh (2004) は、スピーチ課題における自己評価と他者評価のギャップが大きいほど、ビデオフィードバックの効果が高いとしている。また、Harvey et al. (2000) は、ビデオフィードバックに加えて Cognitive Preparation (認知的事前介入) を行うことで、自己評価を改善する効果が高まることを報告している。一方、これらの介入では不安感情の低減には十分な効果をもたないことも示唆されている。

これらの不安感情や否定的自己評価を改善する心理学的介入を行うには、まず否定的見積もりとこれらの要素の関係を示す基礎的資料が必要であると考えられる。つまり、実際のスピーチ場面の否定的見積もりと不安や自己評価の関係性を明らかにすることは、エクスポージャー場面での心理学的プロセスの理解の促進につながると考えられる。また、これらのプロセスの理解を踏まえ、否定的見積もりを介入ターゲットとする有効性を示すこ

とにつながる。そこで、本研究では、スピーチ課題において否定的見積もりが不安と自己評価に影響する心理学的モデルを構成し、その妥当性について検討を行う。

方法

対象

事前に、大学生 1011 名（男性 408 名、女性 567、不明 102 名；平均年齢 20.39 歳、SD=2.08）を対象に、SFNE（笹川他、2004）を用いた質問紙調査により、実験への協力を依頼した。なお、質問紙調査は大学の講義の終了時に行い、強制ではないこと、授業の評価とは無関係であること、プライバシーが侵害されないことが教示された上で、回答に同意の得られたもののみ協力を求めた。そのうち、研究の趣旨を説明し、同意の得られた一般大学生 54 名（男性 13 名、女性 41 名；平均年齢 20.48 歳、SD=2.10）を対象とした。

調査材料

SFNE

SFNE（笹川他,2004）は、SAD の中核的な認知とされる、他者からの否定的評価への恐れを測定する尺度である。SFNE は、12 項目 5 件法により構成される。合計得点が高いほど他者からの否定的評価の恐れが高いことを意味する。笹川他（2003）は、SFNE が高い再検査信頼性や内的整合性を示し、他の SAD 症状を測定する尺度と高い相関があることを報告している。

SES

SES は、スピーチ場面での否定的見積もりを測定する尺度である。SES は 8 項目 5 件法であり、合計得点が高いほどスピーチに対する否定的見積もりが高いことを意味する。研究 3 と研究 4 において、SES が高い信頼性と妥当性を有することが認められた。また、スピーチ場面での否定的見積もりが、他者から観察される社会的状況・他者と交流する社会

的状况における不安に影響することを示唆している。

SPQ

Speech Perception Questionnaire (Rapee & Lim, 1992;以下 SPQ とする) は、スピーチ場面での自己評価を測定する尺度である。SPQ は、17 項目 5 件法であり、合計得点が高いほどスピーチ課題の自己評価が否定的であることを意味する。SPQ は、スピーチ場面のパフォーマンスについての自己評価を測定する尺度として、広く用いられている。この SPQ は、自己評価を改善する技法であるビデオフィードバックの効果測定にも用いられる。SPQ はスピーチ課題に対する自己評価の歪みを測定する構成概念妥当性や、高い内的整合性を備えていることが報告されている (Rapee & Lim, 1992)。

主観的不安

実験中の参加者の主観的な不安感情を測定する指標として、Subjective Units of Distress for anxiety (以下 SUD とする) を測定した。本研究では、実験参加者に 0 から 100 で実験中の不安の評定を求めた。

手続き

2 分間のスピーチ準備期を設定し、3 分間のスピーチ課題を実施した。一連の実験のプロトコルについては、Fig. 4-2 に示す。スピーチ課題の内容は、実験参加者が自由に設定することが出来た。これらの手順は、先述の Rapee & Hayman (1996) や Rapee & Abbott (2007) のものと同様である。SFNE は実験開始前に測定された。また、実験の配置を Fig. 4-3 に示す。SES と SUD は、スピーチ直前に測定された。SPQ は課題直後に測定された。なお、実験は早稲田大学人間科学学術院研究倫理委員会において手続きの承認を得た上で実施した。

分析方法

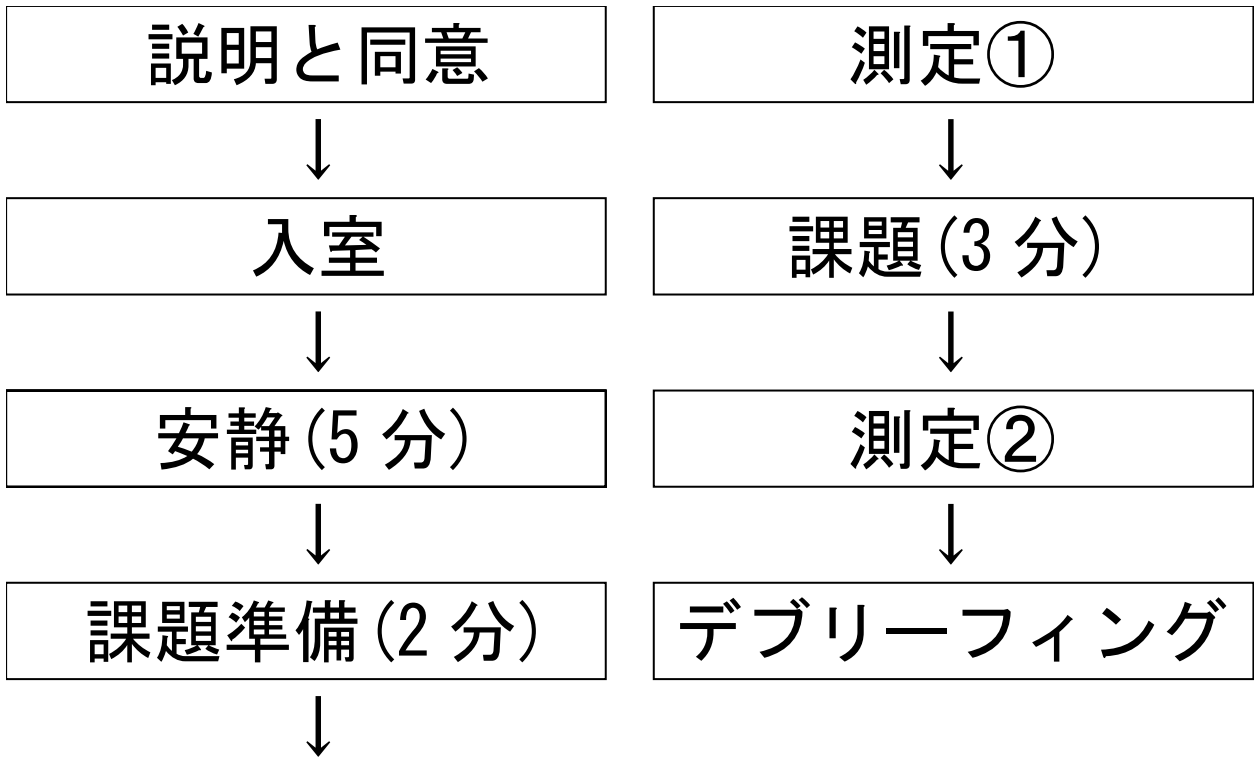


Fig. 4-2

研究 5 の流れ

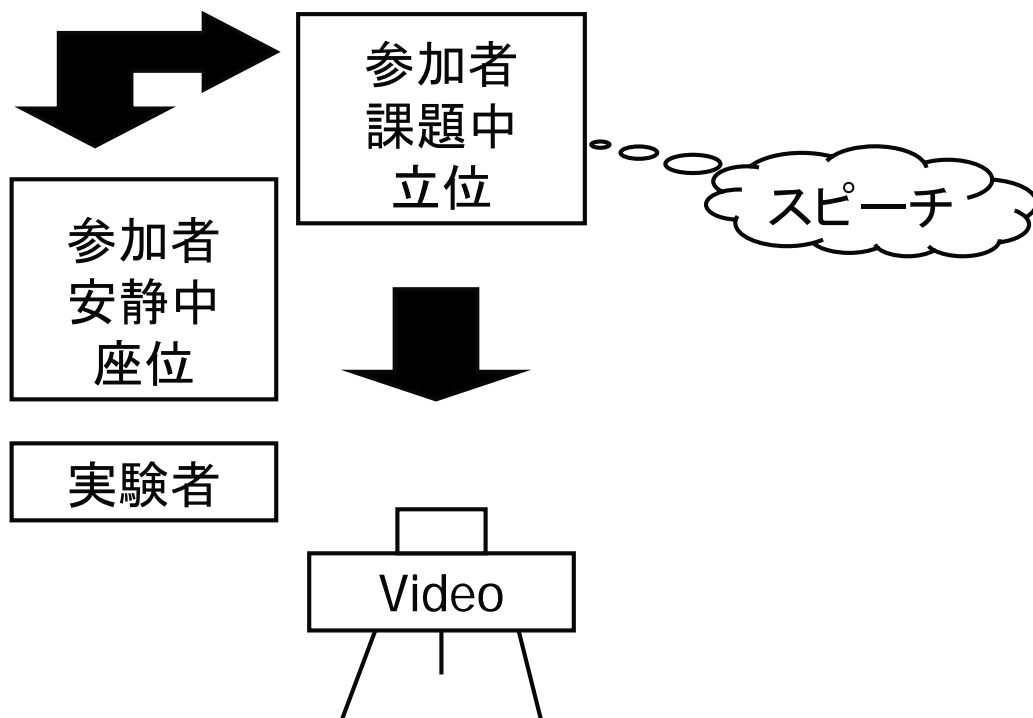


Fig. 4-3

研究 5 の実験のセッティング

構成したモデルの分析には、パス解析を用いた。分析には、SPSS ver. 16.0 for windows および AMOS ver. 16.0 for windows を用いた。また、適合度指標として、GFI, AGFI, RMSEA を用いた。

構成するモデルについて

本研究では、Speech Experimental Model を構成した。まず、研究 2・研究 4 同様に、SAD において他者からの否定的評価の恐れ（FNE）が中核的な認知であることから、FNE によりスピーチ場面での否定的見積もり（SES）が活性化される経路を構成した。

さらに、SES は、不安感情（SUD）やスピーチの自己評価（SPQ）に関与すると考えられる。これらの関係性について考慮した際に、否定的見積もりはその性質上スピーチ前に生じると考えられる。そのため、この否定的見積もりは不安を高める機能とスピーチ課題を否定的に予測する機能があり、実際のパフォーマンスの評価を下げる可能性があると考えられた。そこで、SES から直接 SPQ に影響する経路と、SES が SUD を介して間接的に SPQ に影響する経路を想定した。

結果

記述統計量について、Table 4-7 に示す。また、各尺度間の相関係数について Table 4-8 に示す。Speech Experimental Model についてパス解析を行った結果、それぞれのパスについて、他の変数への有意な影響が認められた ($ps<.01$)。また、モデルのあてはまりの良さを示す各適合度指標については、GFI=.99, AGFI=.95, RMSEA=.01 であり、概ね良好な値が得られた (Fig. 4-4)。

考察

本研究で構成されたモデルは、分析の結果得られた適合度指標から、あてはまりの良いことが認められた。そのため、本モデルの経路の構成が妥当であることが考えられる。ま

Table 4-7

研究 5 における各尺度の平均と標準偏差

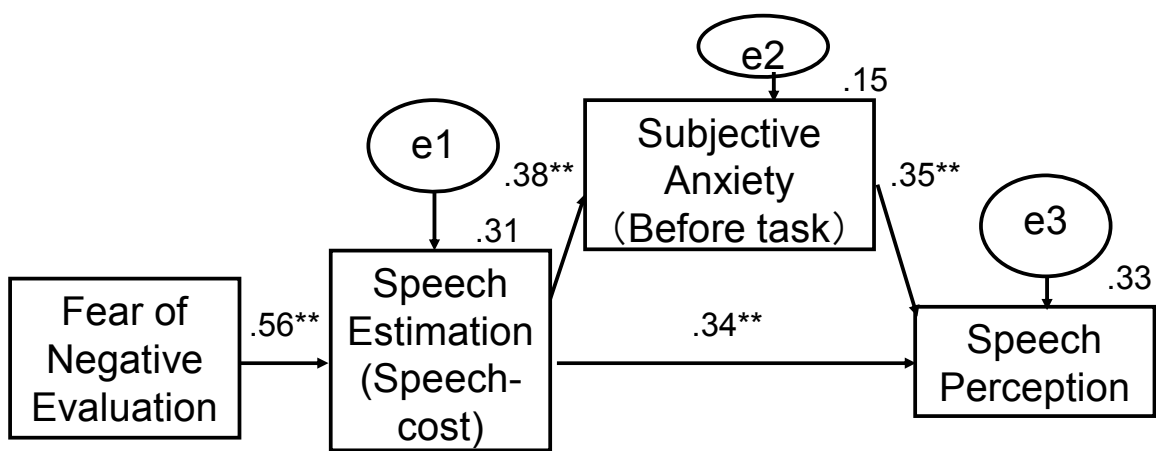
	Mean	SD
SFNE	42.33	11.05
SES	22.39	6.66
SPQ	37.85	9.42
SUD	57.04	23.26

Table 4-8

各尺度間の相関係数

	SFNE	SES	SPQ
SES	.56**		
SPQ	.27*	.45**	
SUD	.28*	.38**	.48**

* $p < .05$, ** $p < .01$



GFI=.99
 AGFI=.95
 RMSEA=.01
 (n=54)

** $p < .01$

Fig. 4-4

Speech Estimation Model の分析結果

た、パス係数の値から、スピーチに関する否定的見積もりが不安感情や否定的自己評価に関与していると考えられる。本モデルは、大きく二つの経路から構成された。この経路に関して、以下に考察する。

第一に、否定的見積もりから不安感情を介し、否定的な自己評価に至る経路についてである。本モデルの構成では、スピーチ場面での否定的見積もりは、他者からの否定的評価の恐れによって活性化されている。さらに、この否定的見積もりが課題前の不安感情を高めている。このように、スピーチ場面での一連のプロセスにおいて、否定的見積もりは不安感情を高める要因であると認められる。

SADにおいて、繰り返しエクスポージャーを行うことによる不安の低減する効果は、従来の知見からも報告されている。しかし、これまでの報告では、スピーチ場面における認知プロセスは十分に示されていなかった。本モデルの知見から、否定的見積もりが不安の低減を抑制する有効性が示唆された。つまり、エクスポージャーを行う際に、否定的見積もりへの認知的介入を併用することが効果的であると考えられる。具体的には、まず、どの程度社会的状況を否定的に知覚しているかをアセスメントすることが必要となる。それを踏まえ、心理学的介入により否定的見積もりによるエクスポージャーの妨害効果を低減することが求められる。

これに加えて、不安感情（SUD）を介して実際のスピーチの否定的自己評価（SPQ）に影響するパスについても考察することができる。このパスは、不安感情が高まることによって、否定的自己評価が高まることを示している。パフォーマンスの否定的自己評価の改善には、ビデオフィードバックが効果的であるとされている。また、この自己評価は課題前の不安との関連が高いことが、従来の研究から報告されている。そのため、ビデオフィードバックのような技法を用いて自己評価を改善する前に、否定的見積もりを低減することが、不安感情の減弱に有効となる可能性がある。

第二に、否定的見積もりが、直接否定的自己評価に影響する経路が示された。このパスからは、スピーチ課題前に否定的な見積もりが活性化することによって、実際のパフォー

マンスに関わらず否定的な自己評価を形成している可能性が考えられる。例えば、研究 2 においては、SPQ を修正して普段のパフォーマンスの評価を測定し、他の SAD 症状への影響が明らかにされた。また、研究 4 では、スピーチの否定的見積もりが様々な社会的状況の不安感情に影響することが明らかにされている。これらの知見を総合すると、スピーチ課題の否定的見積もりは、課題のパフォーマンスに関わらず否定的自己評価の形成に関与している可能性がある。

以上のプロセスを踏まえ、実際の心理学的介入について考察することができる。課題前に生じる否定的見積もりは、不安を高める要因である。そのため、まず、スピーチ場면을繰り返し経験するエクスポージャーによって、不安を減弱することが求められる。さらに、否定的見積もりに対する認知的介入が、不安の減弱の促進に有効であると考えられる。実際の否定的見積もりの低減には、エクスポージャーに認知的介入を併用することの有効性が示唆される。具体的には、スピーチ課題の複数回の試行に加え、客観的知覚を促進する認知的介入を導入することが挙げられる。この介入では、SES の評価の変容をフィードバックすることや、各項目の確信度を比較すること、複数回のスピーチ課題における否定的見積もりの比較、などが有用であると示唆される。また、否定的見積もりから直接自己評価に影響することが認められた。そのため、認知的技法を用いた否定的見積もりの低減や、否定的自己評価の改善を行うことが有効であると示唆される。

総合考察

本章の目的は、第一にスピーチに関する否定的な見積もりを測定する SES を作成すること、第二に、この否定的見積もりが様々な社会的状況での不安に影響するプロセスを検討すること、第三に、実際のスピーチ場面において否定的見積もりが機能するプロセスについて明らかにすることであった。

まず、研究 3 で作成した SES について、尺度の内容的妥当性や、社会不安症状を測定する他の尺度との基準関連妥当性、信頼性を備えていることが確認された。例えば、SES は

SFNE, SIAS, SPS といった既存の SAD 症状を測定する尺度と中程度の正の相関関係にあることが明らかにされた。さらに, Cronbach の α 係数からも, SES の内的整合性の高いことが理解できる。また, SES は 1 因子 8 項目という簡便な測定尺度であることから, 実際のスピーチ場面の測定においても有用であると考えられる。

また, 研究 4 で構成したスピーチに関する見積もりモデルは, 適合度指標の高さからデータのあてはまりの良いモデルであることが示された。本モデルは, 他者からの否定的評価への恐れが社会不安症状に影響するだけでなく, スピーチに関する否定的見積もりを活性化することによって社会不安症状に影響することを表している。すなわち, 社会不安症状の維持には, 中核的な認知である他者からの否定的評価の恐れのみならず, SES で測定されるスピーチに関する否定的見積もりが影響していると理解できる。

この原因には, まず先述のように, スピーチ場面が SAD 患者や高社会不安者にとって, 最も不安を喚起する場面であることが挙げられる。よって, スピーチ場面での不安は多くの高社会不安者に共通して生じるといえる。そのため, この否定的見積もりは多くの社会的状況の不安に影響する可能性があると考えられる。また, SPS や SIAS で測定される社会的状況では, 人と話をすることや他者とのコミュニケーションを行うことが求められる。そのため, SES で測定される否定的見積もりは, スピーチと関連性のある社会的状況の不安に影響している可能性が示唆される。

さらに, 研究 5 において, 実際のスピーチ場面において否定的見積もりが不安と否定的自己評価に機能するプロセスが明らかにされた。特に, 本モデル検討では, 二つの経路が認められた。まず, 第一に, 不安を高め否定的自己評価に至る経路である。この経路では, 研究 4 と同様に否定的見積もりが不安の亢進に影響することがわかる。すなわち, 否定的見積もりの低減により, スピーチ場面での不安を低減に有効であることが示唆される。加えて, 第二に, 否定的見積もりから直接否定的自己評価に影響する経路が認められた。そのため, 認知的介入をスピーチ課題前に実施することで, 否定的見積もりや自己評価を改善できる可能性が示唆される。

本章の知見をもとに、SES で測定される否定的見積もりへの介入の有用性が指摘できる。先述の通り、スピーチ場面は多くの SAD 患者が高い不安を喚起する社会的状況である。そのため、実際にスピーチ場面を設定したエクスポージャーは SAD の治療で広く取り入れられている。また、SAD の否定的自己評価の改善には、ビデオフィードバックの有効性が指摘されている (Clark & Wells, 1995)。SAD の治療においては、エクスポージャーやビデオフィードバックに加えて認知的介入を行うことで、より治療効果が高まるとされている。本研究で示されたモデルにおいては、SES で測定されるスピーチに関する否定的見積もりが SAD 症状の維持に影響していることが認められる。つまり、エクスポージャーなどの治療場面で生じるスピーチに関する否定的見積もりを低減することにより、不安感情や自己評価の改善に至る治療効果の促進につながると考えられる。

この SES は、“どう話を始めていいかわからない”のような実際のスピーチのスキルに対する認知や、“焦って失敗すると思う”のような否定的評価の恐れに関する項目から構成されている。そのため、実際の介入においては、エクスポージャーなどの技法に加え、これらの認知に焦点をあてて介入を行う有用性が考えられる。具体的には、複数回エクスポージャーを行う際に、スピーチを行う前にこれらの認知について客観的知覚を促進することが有用であると考えられる。また、本研究で作成された SES を用いることによって、介入による否定的見積もりの変容を的確にアセスメントできると考えられる。

第五章

社会不安障害の個人療法プログラムによる 解釈バイアスと SAD 症状の変容

研究 6 社会不安障害の個人療法プログラムの構成

第 1 節 本章の目的

第三章と第四章の研究から、コスト/予測バイアスが社会不安症状に影響を与える機能について明らかにされた。第三章の結果から、解釈バイアスの中でも、特にコストバイアスを変容することが社会不安症状の変容に有効である可能性が示された。また、第四章の結果から、スピーチ場面でのコストバイアスである否定的見積もりが社会不安に影響していることが示された。つまり、スピーチ場面でのエクスポージャーにおいて否定的見積もりの低減が、社会不安症状の改善に有効である可能性が示唆された。

以上を踏まえ、(1) コストバイアスの変容が SAD 症状の改善に有効である、(2) スピーチ場面を用いたエクスポージャーにおいて否定的見積もりを変容する認知的介入が有効である、と示唆される。そのため、この二点を考慮した SAD に対する心理学的介入プログラムを構成・実施することが求められる。

また、従来の SAD の心理学的介入研究では、その治療効果が明らかにされてきた。これらの介入研究では、認知行動療法の技法を取り入れた場合、他の心理療法に比べてその効果が SAD 症状の改善に優れていることが指摘されている (Heimberg et al., 1993; Hofmann et al., 2004; Rapee et al., 2009)。Table 5-1 に、これまでの介入研究の概要について挙げる。

第一章においても取り上げたが、SAD の介入プログラムについて概観すると、主要な構成要素として、エクスポージャー、認知的再体制化、心理教育、リラクセーション、ソーシャルスキルトレーニングなどが取り入れられている (Heimberg, 2002)。また、Rodebaugh et al. (2004) は、SAD の心理療法においてエクスポージャーの認知的再体制化の併用を

Table 5-1 従来の SAD 介入研究の概要

著者	設定群	期間・回数	効果とその特徴
陳(2005)	CBGT 群 27 名	毎週・6 回	・6 回の簡便な集団療法プログラムの SAD 症状の変容効果を示した。
Clark et al. (2003)	CT 群 20 名(個人療法) FLU+SE 群 20 名 PLA+20 名	毎週・16 回	・CT 群は、他の 2 群よりも効果が高く、1 年後もその効果が維持された
Clark et al.(2006)	CT 群 21 名(個人療法) EXP+AR 群 21 名 WL 群 20 名	毎週・14 回	・CT 群は、EXP+AR 群よりも SAD の治療効果が優れていた ・治療効果は 1 年後も維持されていた
Chambless et al.(1997)	CBGT 群 62 名	毎週・12 回	・否定的認知の変容が、SAD 症状の変容を予測していた
Heimberg et al. (1993)	CBGT 群 20 名 ES 群 20 名	毎週・12 回	・CBGT 群の方が、治療後・Follow-up ともに治療効果が高かった。
Heimberg et al. (1998)	CBGT 群 36 名 Phenelzine 群 31 名 PLA 群 33 名	毎週・12 回 (CBGT 群について)	・CBGT 群、Phenelzine 群ともに SAD 治療に効果を示した。
Herbert et al. (2002)	CBGT 群 26 名	毎週・6 回	・6 回の短期的なプログラムにより、SAD 症状について中程度の変容が認められた
Hofmann (2004)	EGT 群 CBGT 群 WL 群(各群30名)	EGT 群・CBGT 群 ともに毎週12回	・Cost bias の変容は、SAD 症状の変容を高く予測する
Hope et al. (1995)	CBGT 群 13 名 EXP 単独群 10 名 WL 群 10 名	毎週・12 回	・CBGT 群は、治療後に EXP 群より高い治療効果を示した。6 カ月後の Follow up 時には、その違いはなくなっていた。
Liebowitz et al. (1999)	CBGT 群 14 ⇒一月に 2 時間半 Phenelzine 群 14 名 * Responders の人数	6 ヶ月間 ・CBGT 群 ・Phenelzine 群 一日最大 90mg の 処方継続	・Phenelzine は、SAD の短期的効果において、CBGT より優れている ・CBGT は、SAD 治療の長期的効果の持続の点で優れている
Mattick et al. (1989)	CR 単独群 11 名 EXP 群 11 名 EXP+CR 群 11 名 WL 群 10 名	毎週・6 回	・EXP と CR の併用が最も効果の高いことを示した。
Moscovitch et al. (2005)	CBGT 群 66 名	毎週・12 回	・SAD 症状の変容は、抑うつ症状の低減を予測していた。
Otto et al. (2000)	クロナバゼパム群 15 名 CBGT 群 15 名	毎週・12 回	・CBGT 群、クロナゼパム群は同等の治療効果を示した。
Rapee et al. (2009)	付加プログラム群 68 名 通常の CBGT 群 59 名 ストマネ群 56 名	毎週・12 回	・パフォーマンスに関するフィードバックや注意トレーニングの付加プログラムは、否定的評価のコストや個人のスキルや見た目に関する否定的評価の変容を促進した
Schlong & Emmelkamp (1993)	個人療法 集団療法 合計 59 名	週に 2 回 計 16 回	・エクスポージャー・エクスポージャー後の認知療法と現実場面への応用が SAD 症状の改善に効果があった
Stangier et al. (2003)	集団 CT 群 26 名 個人 CT 群 24 名	毎週・15 回	・個人療法は集団療法よりもいくつかの測定指標で高い効果を示した。 ・認知療法の要素が集団療法で損なわれる可能性が指摘された。

* EGT-Exposure Group Therapy, ES-Educational-supportive psychotherapy, CT-Cognitive Therapy,

FLT-fluoxetine, SE-Self Exposure, PLA-Placebo, EXP-Exposure, AR-Applied Relaxation, WL-Waiting List

推奨している。そのため、認知的再体制化とエクスポージャーの技法を中心に介入プログラムを構成することが効果的であると考えられる。

また、SADの心理学的介入は、介入の構成上大きく集団療法と個人療法に区分できる。この集団療法・個人療法の双方に、メリット・デメリットが指摘できる。以下に、それぞれの特徴について述べる。

集団療法のメリットとして、社会的状況で設定するエクスポージャーの際に、他者の存在により脅威の程度や現実性を高められる、エクスポージャー場面で他者のモデリングが可能である、患者間に治療に対する協力意識が生じる、一度に多くの患者に介入することができる、などの点が指摘できる。その反面、デメリットとして、他者の存在が否定的評価の恐れを活性化し、患者の行動や自発的発言を抑制する可能性がある、エクスポージャーの脅威が過度に高くなる可能性がある、治療者-患者間の関係性が希薄になる、個々に応じた対応が難しくなる、他者の存在によりプログラムへの参加そのものが困難になる、といった点について指摘できる。

一方、個人療法についてのメリットは、患者特有の認知・行動にプログラムを適応させやすい、治療者-患者個人の間で主訴を必要十分に扱うことができる、治療への参加が集団に比べて容易である、個々の患者のニーズや疑問を十分に取り上げられる、他者に配慮せず自由な発言や振る舞いが表出する、などのメリットがある。一方、集団療法で指摘された利点については、個人療法では構成上得ることが難しいと考えられる。これらの集団療法と個人療法の違いをまとめたものを Table 5-2 に示す。

双方の有効性については、Stainger et al. (2003) が比較検討を行っている。Stainger et al. (2003) は、SAD患者の個人療法プログラムと集団療法プログラムの効果を比較した。その結果、個人療法の治療のエフェクトサイズがより大きいことを指摘している。また、個人療法の試行後に患者の50%がDSMのSADの診断基準を満たさない基準に改善したが、集団療法では13.6%程度であったと報告している。さらに、個人療法では個人特有の認知や行動をアセスメントし、介入ターゲットとすることの有用性を指摘している。ただし、

Table 5-2

SADにおける個人療法と集団療法の違い

	個人療法	集団療法
個別性	・個人の特有の認知や行動に 焦点をあてることができる	・個人のニーズに合わせるためには、 個別のフォローが必要となる
集団の 凝集性	・周囲に配慮することなく、 個人の話をする ことができる ・個人のため、 患者間の治療への協同意識は高まらない	・集団で治療目標を共有し、 治療効果を高めることができる ・個人的な話をする ことが、 他者の存在により妨げられうる
時間的 コスト	・個人に多くの時間をかけられる	・個人に焦点があてられる時間は少ない
現実性	・治療者と患者のみのセッションであるため、 他者の存在をエクスポージャーに 設定できない可能性がある	・複数の治療者と患者がいるため、 脅威の程度がより現実に近い
治療者側の コスト	・1対1で行うため、 対応する患者数は限定される ・集団の力動や治療者間の意思疎通を考 慮せず、1対1の関係で治療を進めること ができる	・1度に2～3人の治療者で、 6名前後の患者に対応できる ・集団に応じ複数の治療者側で治療方針を 統一することや、集団の力動を考慮する必 要がある

Rodebaugh et al. (2004) の指摘するように、個人療法と集団療法の効果の異同に関する研究報告は、わずかである。そのため、現状では今後の比較検討が期待される段階であるといえる。これらを総合すると、双方の SAD の治療方法に独自の有用性があると考えられる。本邦においては、陳 (2005) により集団認知行動療法の効果が示されている。一方、SAD に対する個人療法の実証的検討はわずかである。また、従来の報告から、認知的技法を取り入れた個人療法は、SAD 症状の変容に高い効果があると考えられる。しかし、SAD における心理学的介入に関する個人療法の実証的な報告は、特に国内において十分とはいえない。そのため、SAD の個人療法プログラムの効果検討は、患者のニーズに応じた治療整備の観点からも重要であると考えられる。さらに、第四章までの知見を総合すると、SAD におけるコスト/予測バイアスの変容をターゲットとして、心理学的介入の効果を明らかにすることが求められる。そこで、本章では、SAD 患者に対するコスト/予測バイアスをターゲットとした個人療法プログラムを構成し、その効果検討を進めることとする。

なお、SAD の介入研究で用いられるプログラムは、一般に 12~16 回で構成されているものが多い。一方、簡便な SAD の介入プログラムは、6 回により構成されている (陳, 2005; Herbert et al., 2002)。本研究では、解釈バイアスの変容を検討することと、解釈バイアスと SAD 症状の変容の関連性について探索的に検討を行う目的がある。そこで、まず簡便な 6 回構成のプログラムを構成し、効果検討を行うこととする。

第 2 節 SAD の個人療法プログラムの構成

本節では、SAD の個人療法プログラムの構成を行う。前章までの知見と従来の研究を踏まえると、本研究で構成する SAD の個人療法プログラムによる治療目標は、“コスト/予測バイアスの低減と、社会的状況の不安の低減”と設定することができる。以下に、プログラムで用いる構成要素について述べる。また、プログラムの概要を Fig. 5-1 に示す。

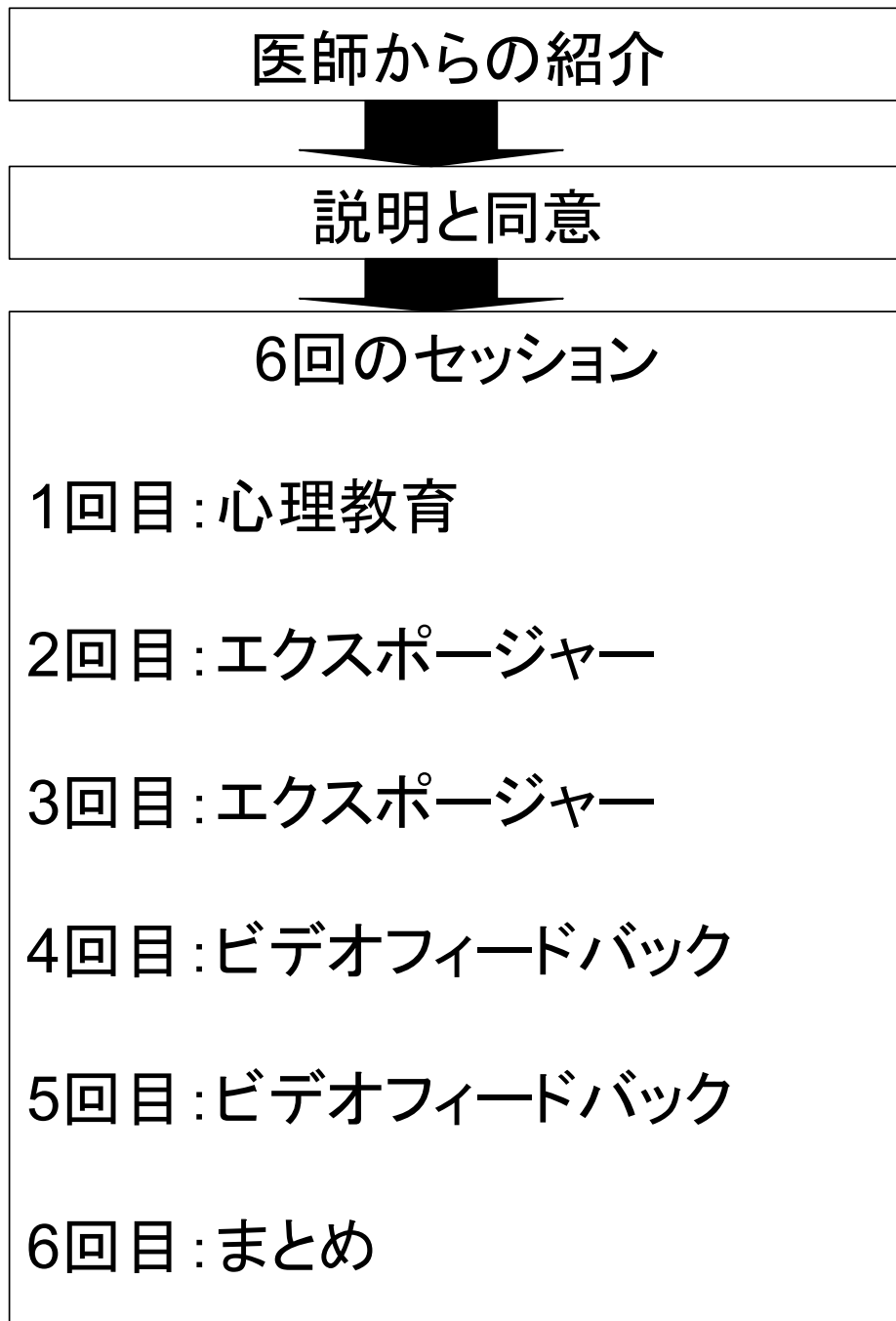


Fig. 5-1 本介入プログラムのアウトライン

本研究における個人療法プログラムの構成要素

第四章までに、コストバイアスが社会不安症状に強く影響すること、スピーチ場面の否定的見積もりの社会不安への影響が強いことが示されていた。また、これまでの SAD の介入研究やレビューから、エクスポージャーと認知的介入の有効性が指摘されてきた。そこで、本プログラムのセッションでは、スピーチ場面のエクスポージャーを実施し、その際に否定的見積もりに対する認知的介入を行うことを中心に構成することとする。

従来の知見からも、エクスポージャーは SAD の認知行動療法プログラムの主要な構成要素となっている。例えば、Feske & Chambless (1995) は、エクスポージャーセッションを多く持つことの SAD 治療の有効性について指摘している。そのため、本研究におけるプログラムも、エクスポージャーを中心に行う。また、第四章で検討を進めたように、スピーチ場面における否定的見積もりは、様々な社会的状況の不安に関連している。他の介入研究においても、スピーチは SAD 患者のエクスポージャー場面として多く取り入れられている（例えば、陳, 2005; Herbert et al., 2002; Rapee et al., 2009）。これらを踏まえ、本プログラム内のエクスポージャーでは、スピーチ場面を用いることとする。

また、認知的再体制化に代表される認知療法的アプローチは、従来の研究からも有効であることが指摘されてきた (Clark, et al., 2006 ; Stangier et al., 2003)。さらに、エクスポージャーセッションにおいては、認知的技法を取り入れることが有効である (Mattick et al., 1989)。これは、第四章でなされた、スピーチ場面を用いたエクスポージャーにおいて、事前に生じる否定的見積もりに対する認知的介入が有効である、という指摘とも一致する。そこで、本プログラムでは従来の知見と第四章までの結果を踏まえ、エクスポージャー前に生じる否定的見積もりに対する認知的介入を併用する。これらを踏まえ、以下にプログラムの詳細について示す。

まず、プログラム実施前に、プログラムの説明を行い、研究参加への同意を得るセッションを導入した。このセッション時に、研究の目的、メリット・デメリット、費用、権利、情報の保護などについて、説明した。さらに、同意をいつでも撤回できること、撤回した

場合に不利益が生じないことを説明した。

次に、第1回目に、SADの心理学的メカニズムについて、心理教育を行うセッションを設定した。心理教育のセッションでは、従来の研究で得られた知見に加えて、第二章・第三章で構成したモデルをもとに、SAD症状の生起と維持に關与する要因とプロセスについて説明を行った。事前に十分な心理教育を行うことによって、治療で行う内容を明確にし、患者個人の主訴や特徴を理解することを目的とした。

2回目と3回目には、スピーチ場面を用いたエクスポージャーと認知的介入を行った。なお、双方の回で2度のスピーチ課題を実施した。2回目のセッションでは、2度のスピーチ間の否定的見積もりについて、セッション内で客観的知覚を促進した。3回目のセッションでは、2回目と同様の構造のセッションを設定した。そのうえで、2回目と3回目のセッション間で、スピーチ前の否定的見積もりや不安の知覚について比較を求めた。

4回目と5回目のセッションでは、同様のスピーチ場面のエクスポージャーと認知的介入に加え、ビデオフィードバックを行う。ビデオフィードバックは、従来の研究から否定的自己評価の改善に効果が高いことが示されている技法である (Harvey et al., 2000; Rapee & Lim, 1992; Rodebaugh, 2004)。実際に、多くの介入プログラムにおいて、ビデオフィードバックが取り入れられている (Rapee et al., 2009)。そのため、スピーチ場面のエクスポージャーのセッションに加え、ビデオフィードバック技法を取り入れる。なお、ビデオフィードバックにおいては、Cognitive Preparation (認知的事前介入) の併用が推奨されていることから (Harvey, et al., 2000; Rodebaugh, 2004)、本研究においても双方の併用を行った。

6回目は、初回と比較するためのスピーチセッションを1回実施した。また、これまでのセッションの効果のまとめを伝えるとともに、プログラム終了後に向けて有効となる方略について面接を進めた。

なお、本プログラムでは、コストバイアスの低減による社会的状況の不安の改善を目的としている。そのため、不安そのものの低減を図るリラクゼーションや、実際の社会生活上のスキルを向上させるソーシャルスキルトレーニングの二つの要素は、プログラムに導

入しないこととする。リラクゼーション法は、一般的に不安の低減に有効とされる心理療法である。しかし、Fedroff & Taylor (2001) は、治療効果が他の要素に比べて小さいことを指摘している。同様に、Rodebaugh et al. (2004) もリラクゼーションの SAD 症状の改善に対する実証的な効果の報告のないことを指摘している。また、本プログラムは 6 回という短期的なプログラムであることも、リラクゼーションを治療要素として取り入れない一因である。

また、セッション内のエクスポージャーに加え、現実場面での高不安の低減を進めることが求められる。そのため、本プログラムでは、ホームワークとして in vivo エクスポージャーの場面設定を、個々に行った。ホームワーク場面の設定は、1 回目の心理教育セッション時に不安階層表を作成する形で行った。その際に、日常の不安場面の主訴について聴取し、0~100 で評価を求めた。この SUD (日常の主訴) については、6 回目のセッション時にその得点について再度評価を求めた。

第 3 節 SAD の個人療法プログラムの効果指標

SAD 症状を捉える上で、これまでの研究で測定してきたように、いくつかの要素から測定することが重要となる。例えば、研究 2 では、SAD 症状の測定を、他者からの否定的評価の恐れ、解釈バイアス (コスト/予測バイアス)、回避、生理的反応に対する認知、不安感情の側面から理解を進めた。そのため、本プログラムにおいてもこれらの要因について測定を行うことが重要であると考えられる。そこで、研究 2 で用いた指標である、SFNE、SCOP、LSAS、MSPQ をプログラムの効果指標として測定することとした。また、従来の研究では、研究 2 の要素に加え、SAD 症状の増悪要因として、抑うつ症状が測定されている。例えば、研究 1-3 や研究 4 において、社会的状況の不安が抑うつ症状に影響することが指摘された。そのため、プログラムの効果測定の指標として SDS についても加えることとする。

また、エクスポージャーセッションでは、スピーチ課題を用いる。研究 5 においては、ス

スピーチ場面でのプロセスを解明した。その結果、否定的見積もりや主観的不安に加え、スピーチの否定的自己評価の高まることが明らかにされた。そのため、これらの要因が変容するかどうかについて測定することが求められる。そこで、研究5で使用した尺度である、SUD、SES、SPQをセッション中の評価指標として用いることとする（Fig. 5-2）。

第4節 スピーチ場面を用いたエクスポージャーの手続き

本研究では、従来の知見や第四章の結果を踏まえ、計8回のスピーチ場面を用いたエクスポージャーを設定した。ここで、各回の目的と方法を示す。

まず、2回目のセッションでは、2度のスピーチ課題を課した。このセッションでは、セッション内での否定的見積もりの比較を、2度目のセッション時に求めた。その際には、Table 5-3に示す言葉を用いた。また、Table 5-4に各セッションの目的を示す。

3回目のセッションでは、同様に2回のスピーチを求めた。セッション内では、初めてのセッション時に、一番初めてのセッション（2-1回目）の脅威の程度との比較を求めた。さらに、次のセッション（3-2回目）では、3回目のセッション内での比較と初回（2-1回目）その比較を2回目のセッションと同様に求めた。

4回目と5回目のセッションでは、ビデオ映像を用いた客観的情報による否定的自己評価の変容を進めた。このビデオフィードバックの技法は、従来の介入研究において有効とされる技法である（Rapee & Haymann, 1996; Rodebaugh, 2004）。スピーチ課題に対する否定的見積もりの低減に加え、実際のパフォーマンスを観察することにより、否定的なイメージを修正することが求められる。そのためビデオフィードバックにより、パフォーマンスの否定的自己評価についても修正を進めた。

6回目には、2回目のセッションで一番初めに行ったスピーチと、否定的見積もりや不安の比較を求めた。その上で、否定的見積もり（SES）、自己評価（SPQ）の変化の得点をグラフ化して、治療におけるそれぞれの指標の変化のフィードバックを行った。

介入プログラム全体の効果指標
(研究1・2の測定指標)

- ・SFNE—他者からの否定的評価の恐れ
- ・SCOP-COST—コストバイアス
- ・SCOP-Prob—予測バイアス
- ・LSAS-Fear—社会的状況の不安
- ・LSAS-Avoidance—社会的状況の回避
- ・MSPQ—生理的反応に対する認知
- ・SDS—抑うつ症状
- ・SUD—日常の主訴

エクスポージャーの効果指標
(研究5の測定指標)

- ・SES—スピーチの否定的見積もり
- ・SUD—(主観的)不安感情
- ・SPQ—スピーチの自己評価

Fig. 5-2

本介入プログラムの測定指標

Table 5-3

エクスポージャーの前に行う認知的介入で用いた言語のリスト

スピーチ前に用いた言葉

- ・さきほどのスピーチと比べてどうですか？何が違いますか？

 - ・前回と(〇〇のときと)比べて不安はどうですか？

 - ・立った際の(立位の)感じはこれまでと比べてどうですか？

 - ・どんな風になるとよくないですか？それは起こりそうですか？

 - ・予想していたことは起こると思いますか(起こりましたか)？

 - ・3分間話せない、とっていましたが、実際はどうなるでしょうか(どうでしたか)？

 - ・内容を忘れることを恐れていましたが、実際はどうなるでしょうか(どうでしたか)？

 - ・からだの反応はどうなるでしょうか(どうでしたか)？

 - ・前回恐れていたことを、今回はどのように感じますか？
 - ・実際に何が起こると思いますか？
 - ・前回と比べて、どのように感じますか？
-

Table 5-4

各エクスポージャーセッションの目的と構成

累計 回数	プログラムの 回数	セッションの 回数	主な内容
1回目	2回目	2-1回目	スピーチ課題の実践 特有の認知・行動のアセスメント
2回目		2-2回目	1回目の否定的見積もりや不安との比較
3回目	3回目	3-1回目	1回目(2-1回目)時との比較
4回目		3-2回目	3回目(3-1回目)時との比較
5回目	4回目	4-1回目	ビデオフィードバックによる客観的知覚の促進
6回目		4-2回目	6回目(4-1回目)時との比較
7回目	5回目	5-1回目	ビデオフィードバックによる客観的知覚の促進
8回目	6回目	6-1回目	初回との比較による変容効果の確認

第5節 スピーチ場面以外の in vivo エクスポージャー

セッション内ではスピーチ場面のエクスポージャーを行ったが、現実場面においてもホームワークによるエクスポージャーを行う必要があった。そこで、1回目の心理教育のセッションの際に、不安階層表を作成し、3つの不安喚起場面を設定した

不安喚起場面については、不安感情を0～100で評定をもとめた。毎回のホームワークとして、各場面で生じる認知・行動に記録を求めた。また、これらの状況について生じる否定的認知について、その脅威の比較、再評価を求め、コストバイアスの変容を進める認知的介入を行った。なお、実際に当該週に設定場面が生じなかった場合は、イメージにより記録を求めた。これらの状況についての不安の変化は、6回目のまとめのセッションの際に再度評定を求めた。これらの手順により、スピーチ場面以外の主訴となる状況の変容を進めた。

第6節 まとめ

以上のように、本研究ではSADの個人療法プログラムを構成した。本プログラムでは、従来の知見をふまえ、エクスポージャーと認知的技法の併用を主たる介入技法としている。また、本プログラムは6回という簡便なプログラムであることに加え、リラクゼーション法を導入せず、全8回のエクスポージャーとin vivo エクスポージャーおよび認知的介入を中心に用いている点が特徴であるといえる。

また、第三章と第四章の知見を踏まえ、コストバイアスを介入ターゲットとしてプログラムを構成した。スピーチ場面を用いたエクスポージャーでは、否定的見積もりの低減を試みる認知的再体制化を導入した。また、現実場面でのコストバイアスについても、in vivo エクスポージャーを通してセッション内でコストバイアスの低減を行った。研究7においては、このプログラムを実際にSAD患者に行い、その治療効果について明らかにする。

研究 7 社会不安障害の個人療法プログラムの効果検討

本研究の目的

これまでの研究では、コスト/予測バイアスが SAD 症状に与える影響について検討を行った。第三章の結果から、コストバイアスを変容することが SAD 症状の変容に有効である可能性が示唆された。また、第四章の結果から、スピーチ場面での否定的見積もりが SAD 症状に影響していることから、スピーチ場面でのエクスポージャーが SAD 症状の改善に有効であることが認められた。これらの研究 5 までに得られた知見と従来の心理学的介入を踏まえ、研究 6 において SAD に対する個人療法プログラムを構成した。

これらの結果をもとに、研究 7 では、SAD 患者を対象に介入プログラムを実施し、その効果を検討することを目的とする。なお、本プログラムは、“解釈バイアス（コスト / 予測バイアス）の変容と社会的状況での不安の低減”を最終的な治療目標としたものである。

研究 7 では、研究 7-1 においてプログラム全体の効果について検討を行う。また、研究 7-2 においては、解釈バイアスの変容の違いが SAD 症状に与える影響について検討する。なお、本研究は早稲田大学人間科学学術院学術倫理委員会の承認を得た上で実施された。

研究 7-1 社会不安障害の個人療法プログラムの効果検討

方法

対象

心療内科に外来受診中の、DSM-IVの診断基準を満たす社会不安障害患者 19 名（男性 10 名，女性 9 名；平均年齢 = 30.32 歳， $SD=6.04$ ）を対象とした。なお，参加者は事前にプログラムの参加と研究に関する詳細な説明をうけ，同意が得られたものである。また，プログラム参加前に，医師によって統合失調症，自殺のリスクの高いもの，パーソナリティ障害，また抑うつ症状が重篤である可能性のある患者については，予め除外された。参加者の属性については，Table 5-5 に示す。対象者のプログラム開始までの医療機関における SAD の医療機関での平均治療期間は 2 年 3 ヶ月であり，プログラム以前に何らかの心理療法を受けたものはいなかった。

なお，プログラム開始前に 1 ヶ月間投薬の変更を行わない薬物療法期間があった。投薬については，10 名がプログラム中に一定量処方されたが，9 名は症状に応じて追加の投薬・減薬があった（Table 5-6-1, 5-6-2）。

プログラム

本研究で実施する介入プログラムは，研究 6 において構成したプログラムを用いた。プログラムの内容は，研究 6 で示した通りである。プログラムの各セッションは，週 1 回・50 分の個人療法の形式で構成された。プログラムは男性の臨床心理士 1 名が担当し，全 6 回，のべ 300 分であった。プログラムは，心療内科の心理面接室で行った。実際の心理面接のセッティングを Fig. 5-3 に示す。さらに，各セッションの時間構成を Fig. 5-4 に示す。

プログラム全体の測定指標

本プログラムの効果を測定するために，これまでの研究で用いた，SFNE（笹川他，2004）

Table 5-5

プログラム参加者の属性

N=19		Percent %	
年齢		30.32 (6.04)歳	
男性/女性比		10/9	
雇用率	正規雇用社員	13	68.42
	アルバイト	1	5.26
	無職	5	26.32
結婚	独身	14	73.68
	既婚	5	26.32
	離婚	0	0
教育歴	中卒	0	0
	高卒	9	47.39
	大卒	8	42.11
	大学院卒	1	5.26
	専門学校卒	1	5.26
SAD の初発からの平均期間		4年3ヶ月	
プログラム開始までの		2年3ヶ月	
SAD の平均治療期間			
併発疾患	Panic Disorder	2	10.53
	Mood Disorders	8	42.11
	Generalized Anxiety Disorder	1	5.26
	Bipolar Disorder	1	5.26
	なし	6	31.58

Table5-6-1 各患者のプログラム中の薬物処方

* - は処方の変化がないことを示す

sub	pre	1	2	3	4	5	6
A	パキシル20mg * 1 ソラナックス0. 4mg * 2	-	-	-	-	-	-
B	ルボックス25mg * 2	-	-	-	-	ルボックス25mg * 1 パキシル10mg * 1	-
C	デプロメール25mg * 1	デプロメール25mg * 1	デプロメール50mg * 1	デプロメール50mg * 2	-	-	パキシル10mg * 1 デプロメール50mg * 1
	デプロメール50mg * 1	デプロメール50mg * 1	デプロメール50mg * 1	デプロメール50mg * 2	-	-	-
	デプロメール50mg * 1	デプロメール50mg * 1	デプロメール50mg * 1	デプロメール50mg * 2	-	-	-
D	ソラナックス0. 4mg * 2 * 2 ジェイゾプロフト50mg * 2	ソラナックス0. 4mg * 2 ジェイゾプロフト50mg * 2	ソラナックス0. 4mg * 2 ジェイゾプロフト50mg * 2	ソラナックス0. 4mg * 2 ジェイゾプロフト50mg * 2	ソラナックス0. 4mg * 2 ジェイゾプロフト50mg * 2	ジェイゾプロフト50mg * 2	-
E	トフラニール10mg * 3	トフラニール10mg * 3	トフラニール10mg * 3	トフラニール10mg * 3	トフラニール10mg * 3	トフラニール10mg * 3	トフラニール10mg * 3
	ソラナックス0. 4mg * 3	ソラナックス0. 4mg * 3	ソラナックス0. 4mg * 3	ソラナックス0. 4mg * 3	ソラナックス0. 4mg * 3	ソラナックス0. 4mg * 3	ソラナックス0. 4mg * 3
	グッドミン0. 25mg * 1	グッドミン0. 25mg * 1	グッドミン0. 25mg * 1	グッドミン0. 25mg * 1	グッドミン0. 25mg * 1	グッドミン0. 25mg * 1	グッドミン0. 25mg * 1
	ヨーデル80 * 3	ヨーデル80 * 3	ヨーデル80 * 3	ヨーデル80 * 3	ヨーデル80 * 3	ヨーデル80 * 3	ヨーデル80 * 3
F	炭酸リチウム200 * 3 炭酸リチウム100 * 1	炭酸リチウム200 * 3 炭酸リチウム100 * 1	炭酸リチウム200 * 3 炭酸リチウム100 * 1	炭酸リチウム200 * 3 炭酸リチウム100 * 1	炭酸リチウム200 * 3 炭酸リチウム100 * 1	炭酸リチウム200 * 3 炭酸リチウム100 * 1	-
G	ルボックス50mg * 3	ルボックス50mg * 3	ルボックス50mg * 3	ルボックス50mg * 3	ルボックス50mg * 3	ルボックス50mg * 3	-
	ワイパックス0. 5 * 2	ワイパックス0. 5 * 2	ワイパックス0. 5 * 2	ワイパックス0. 5 * 2	ワイパックス0. 5 * 2	ワイパックス0. 5 * 2	-
	アルサルミン90% * 28 レスリン25mg * 1	アルサルミン90% * 28 レスリン25mg * 1	アルサルミン90% * 28 レスリン25mg * 1	アルサルミン90% * 28 レスリン25mg * 1	アルサルミン90% * 28 レスリン25mg * 1	アルサルミン90% * 28 レスリン25mg * 1	-
H	ソラナックス0. 4mg * 1	ソラナックス0. 4mg * 1	ソラナックス0. 4mg * 1	ソラナックス0. 4mg * 1	ソラナックス0. 4mg * 1	ソラナックス0. 4mg * 1	-
I	デプロメール50mg * 2	デプロメール50mg * 2	デプロメール50mg * 2	デプロメール50mg * 2	デプロメール50mg * 2	デプロメール50mg * 2	-

Table5-6-2 各患者の薬物処方(続き)

* ーは処方の変化が無いことを示す

sub_pre	1	2	3	4	5	6
J	パキシル20mg*2 リスミー2mg*1 セニラン2*1 ワイパックス0.5*1	パキシル20mg*2 リスミー2mg*1 ジブレキサ2.5mg*1 ワイパックス0.5*1	パキシル20mg*2 リスミー2mg*1 ルーラン4mg*1 ワイパックス0.5*1	パキシル20mg*1 パキシル10mg*1 リスミー2mg*1 ルーラン4mg*1 ワイパックス0.5*1	パキシル20mg*1 ジェイゾロフト25mg*1 リスミー2mg*1 ルーラン4mg*1 ワイパックス0.5*1 ジェイゾロフト25mg*1	パキシル20mg*1 ジェイゾロフト25mg*1 リスミー2mg*1 ルーラン4mg*1 ワイパックス0.5*1 ジェイゾロフト25mg*1
K	パキシル10mg	パキシル10mg*1 インデラル10mg*1 酸化マグネシウム*2 8日	パキシル10mg*1 インデラル10mg*1 酸化マグネシウム*28 日	パキシル10mg*1 インデラル10mg*1 酸化マグネシウム*28 日	パキシル10mg*1 インデラル10mg*1 酸化マグネシウム*2 8日	パキシル10mg*1 インデラル10mg*1 酸化マグネシウム*2 8日 (週2日休薬) インデラル10mg*1 酸化マグネシウム*2 8日
L	ルボックス75mg*2 ソラナックス0.4mg*4 マイスリー10mg*1 レンドルミン0.25mg*1 ルーラン4mg*1 レボトミン5mg*1	ルボックス75mg*2 ルボックス50*1 ソラナックス0.4mg*4 レボトミン5mg*1	ルボックス75mg*2 ルボックス50*1 ソラナックス0.4mg*4 レボトミン5mg*2	ルボックス75mg*2 ルボックス50*1 ソラナックス0.4mg*4 レボトミン5mg*2	ルボックス75mg*2 ルボックス50*2 ソラナックス0.4mg*4 レボトミン5mg*2	ルボックス75mg*2 ルボックス50*2 ソラナックス0.4mg*4 レボトミン5mg*2
M	ルボックス50mg*2	-	ルボックス25mg*2	-	-	-
N	ジェイゾロフト50mg*1	-	-	-	-	-
O	インデラル10mg*1 ソラナックス0.4mg*1 デプロメール75mg*2	-	-	-	インデラル10mg*1 ソラナックス0.4mg*1 デプロメール75mg*1	インデラル10mg*1 ソラナックス0.4mg*1 デプロメール75mg*1
P	アズロゲン0.5*1 デプロメール25*1 メイラックス1mg*1	-	-	-	-	-
Q	デプロメール50mg*1	-	-	-	-	-
R	エビリファイ0.1%3ml デプロメール75mg*2 ベンザリン5*2	-	-	-	-	-
S	デプロメール25mg*2	デプロメール75mg*1	-	-	-	-

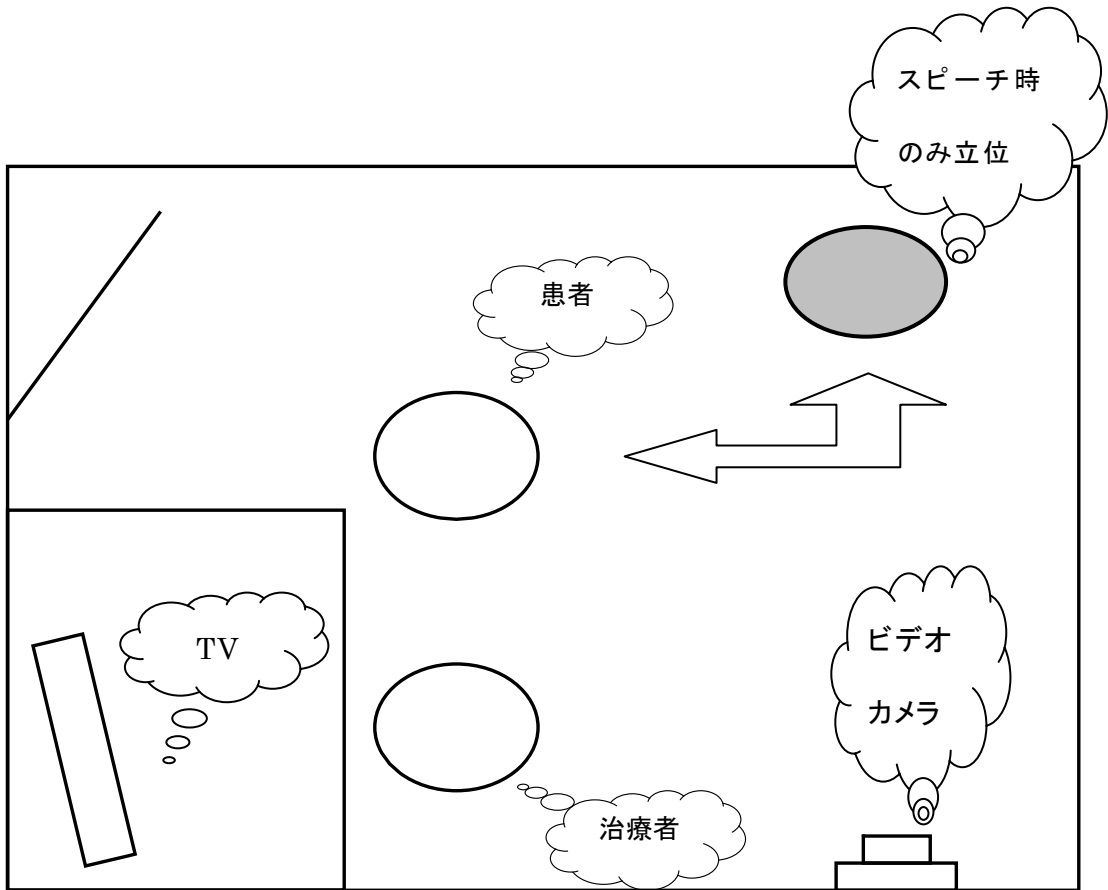


Fig. 5-3

セッションにおける心理面接室のセッティング

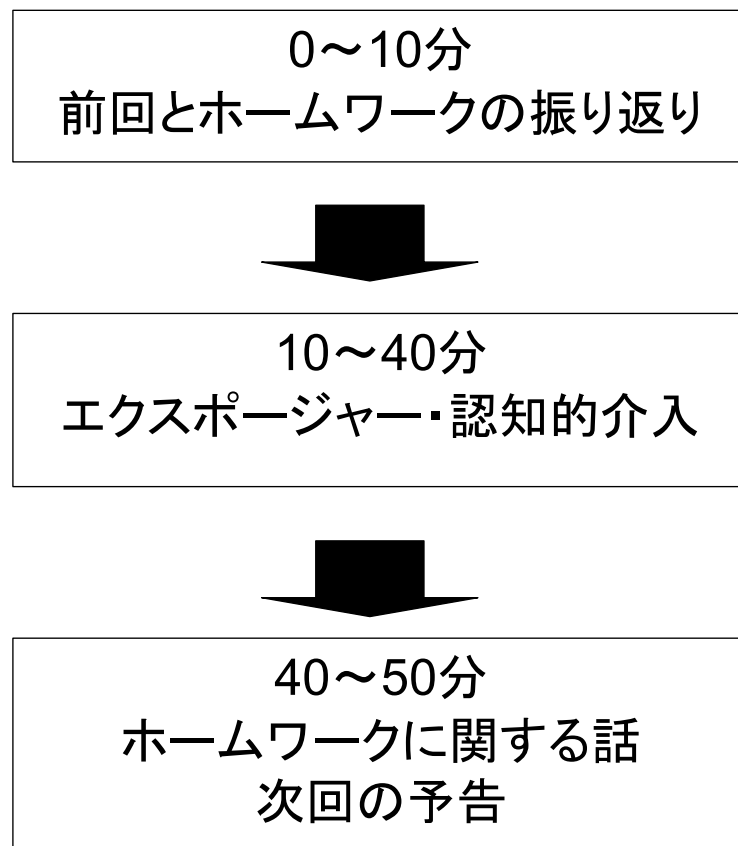


Fig. 5-4

セッションの流れのフロー

SCOP-COST・SCOP-Probability（研究 1）、LSAS-fear・LSAS-avoidance（朝倉他，2002）、SDS（福田・小林，1973）、MSPQ（研究 2）を測定した。これらの指標について、プログラムの開始前と終了後に回答を求めた。また、1 回目と 6 回目のセッション内で、SUD（日常の主訴）について、0～100 で評定を求めた。

エクスポージャーの測定指標

プログラム内のエクスポージャーとして、研究 5 と同様のスピーチ場面を設定した。そこで、エクスポージャー中の測定指標として、研究 5 と同様に SES、SUD、SPQ を測定した。

エクスポージャーについて

本プログラムでは、スピーチを用いた従来の研究（Rapee & Abbott, 2007; Rapee & Hayman, 1996; Rodebough, 2004）や研究 5 と同様に、2 分の準備期、3 分のスピーチ場面を設定した。課題中のみ心理面接室において立位となり、ビデオカメラに向かってスピーチを行った。なお、スピーチ課題の基本的なセッティングは、研究 5 と同様であった。スピーチの内容は、毎回参加者が自由に決めることが出来た。加えて、スピーチセッションの流れを Fig. 5-5-1, 5-5-2 に示す。

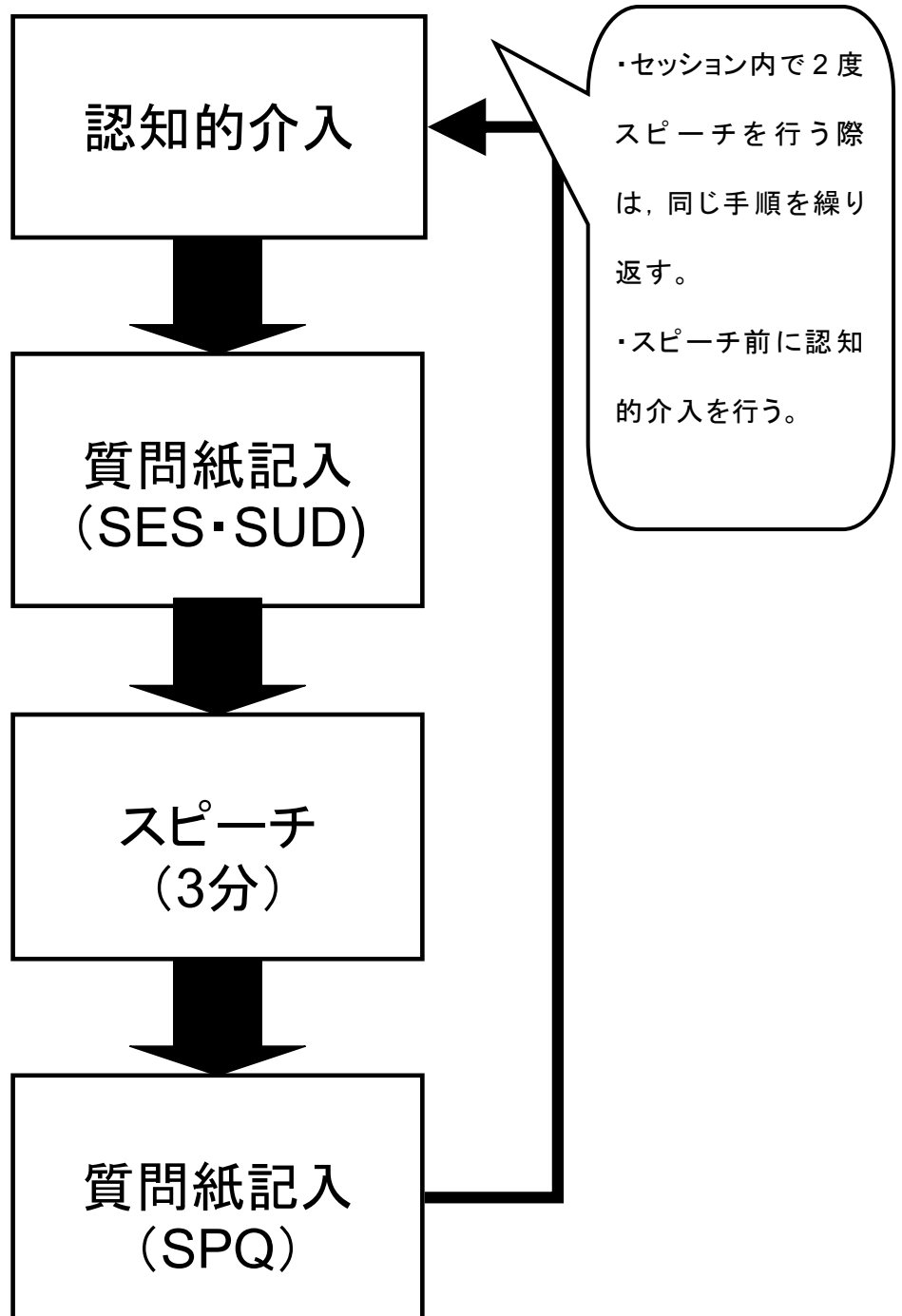


Fig. 5-5-1

スピーチセッションの流れ

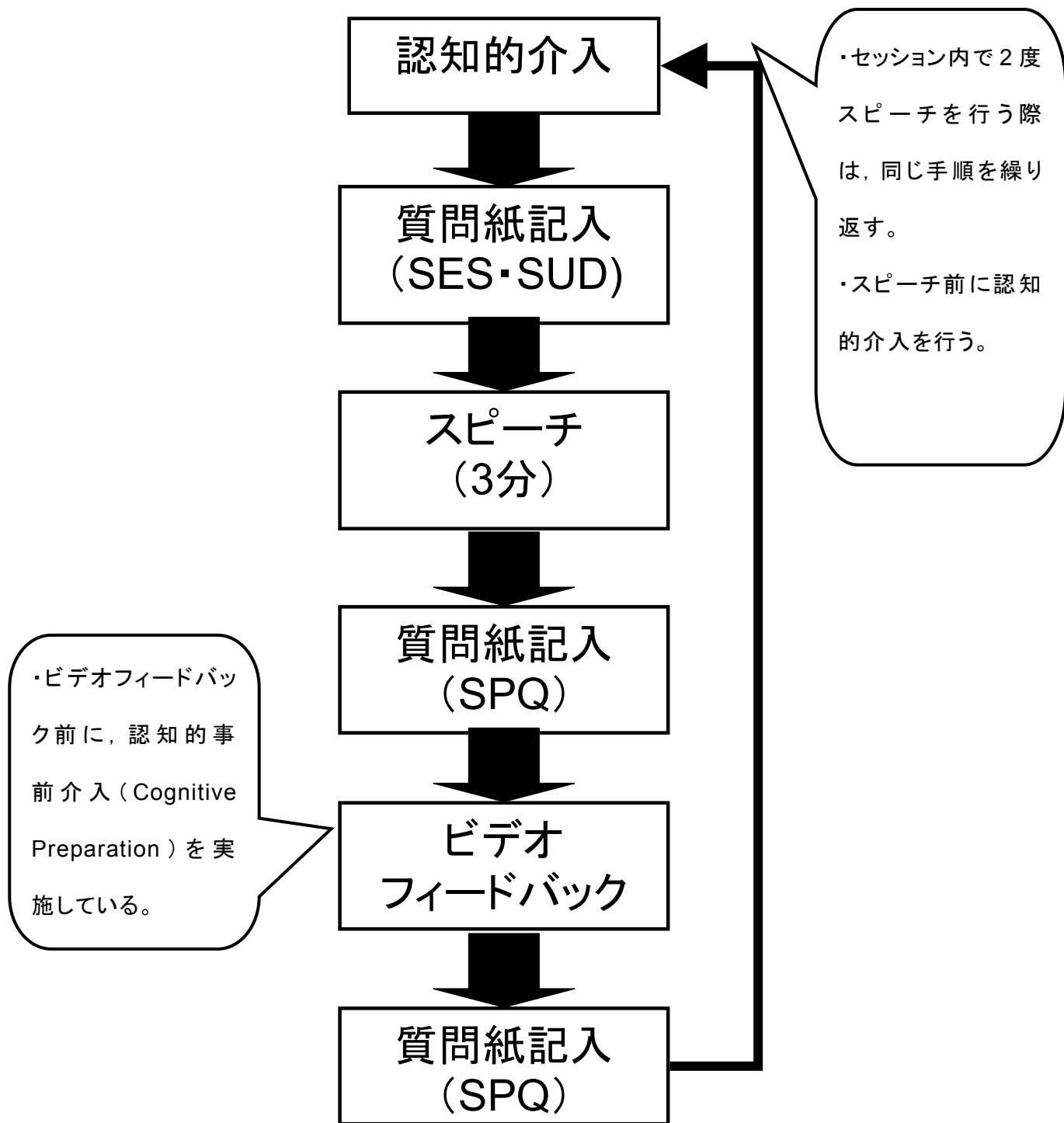


Fig. 5-5-2

ビデオフィードバックセッションの流れ

分析方法

第一に、介入プログラムによる変化を明らかにするために、介入群の Pre と Post の各指標（SFNE, SCOP, SDS, LSAS, MSPQ, SUD（日常の主訴））の、介入前と介入後の得点について t 検定を行った。また、課題中の各指標（SES, SPQ, SUD）の変容について、同様に t 検定を行った。第二に、介入プログラムの効果を表すために、各指標の効果サイズ（Cohen's d ）を算出した。効果サイズは、Cohen（1988）に従い、介入前後の平均点と標準偏差を計算式に投入することで求めた。計算式は、以下に示すとおりである。

$$d = \frac{(\text{介入前の平均} - \text{介入後の平均})}{\sqrt{\frac{\text{介入前の標準偏差}^2 + \text{介入後の標準偏差}^2}{2}}}$$

結果

ドロップアウト率

本研究で医師からプログラムの参加が紹介された患者は、計 22 名であった。このうち、1 名は同意セッション時に参加の同意が得られなかった。また、2 名が同意を得た後、それ以降の 6 回のプログラムのセッションに参加しなかった。すなわち、19 名の患者がプログラム終了時まで参加した。そのため、プログラム全体の参加率は 86.36% であった。なお、6 回の本プログラムに参加し、途中で治療を中断したものはいなかった。

プログラム全体の効果

第一に、プログラム開始前と終了後に測定した各指標の変容を明らかにするため、 t 検定を行った。その結果を、Table5-7 に示す。なお、SUD（日常の主訴）は、2 名が初めに挙げた場面が終結時に無く、評価ができなかった。分析の結果、すべての測定指標においてプログラム終了後に有意な低下が認められた（SFNE: $t(18) = 4.32, p < .01$; SCOP-COST:

Table 5-7

本プログラムによる各指標の治療前後の変化

	Pre		Post		<i>t</i> -values
	Mean	SD	Mean	SD	
SFNE	46.42	7.49	35.89	10.30	4.32**
SCOP-COST	40.68	8.94	33.05	10.30	3.89**
SCOP-Probability	38.00	8.55	31.74	10.20	3.14**
LSAS-fear	37.26	15.52	28.68	14.56	4.11**
LSAS-avoidance	27.42	19.98	21.63	16.56	3.01**
SDS	50.53	8.57	44.26	9.26	3.82**
MSPQ	49.95	8.03	31.63	12.68	6.19**
SUD	95.29	7.80	69.12	25.87	4.77**
(日常の主訴)					

***p*<.01

$t(18) = 3.89, p < .01$; SCOP-Probability; $t(18) = 3.14, p < .01$; LSAS-fear: $t(18) = 4.10, p < .01$; LSAS-avoidance: $t(18) = 3.01, p < .01$; SDS: $t(18) = 3.82, p < .01$; MSPQ: $t(18) = 6.19, p < .01$; SUD (日常の主訴): $t(16) = 4.77, p < .01$ 。また、日常の主訴のリストを Table 5-8 に示す。

セッション中のエクスポージャーの効果

本プログラムでは、スピーチ場面のエクスポージャーを試行した。そこで、プログラムにおけるスピーチ課題の効果について明らかにするため、 t 検定を行った。その結果を、Table 5-9 に示す。その結果、全ての指標に有意な低下が認められた (SES: $t(18) = 7.64, p < .01$; SPQ: $t(18) = 10.64, p < .01$; SUD: $t(18) = 7.80, p < .01$)。また、それぞれの指標のエクスポージャーセッションにおける変化を、Fig. 5-6~5-8 に示す。

介入プログラムのエフェクトサイズ

介入プログラムの効果の程度を明らかにするために、効果サイズの指標である Cohen の d を算出した。なお、Cohen (1988) は、効果サイズの基準の目安について、0.2 を小、0.5 を中、0.8 以上を大としている。

分析の結果、介入プログラムの全体の効果の各指標について、SFNE (1.17), MSPQ (1.72) に大きな効果が認められた。また、SCOP-Cost (0.79), SCOP-Probability (0.67), LSAS-Fear (0.57), SDS (0.71) に中程度の効果が認められた (Table 5-10)。また、エクスポージャー中の 3 つの指標は、全ての指標に 1.95 以上の大きな効果が認められた (Table 5-11)。

考察

分析の結果、SAD 症状を測定する各指標について、プログラム終了後に有意な低下が認められた。そのため、本プログラムは SAD 症状の各要素の改善に有効であったと考えられる。以下に、本プログラムで得られた効果サイズを元に、これまでの介入プログラム研究の効果サイズや構成と比較して考察を行う。なお、先行研究において効果サイズの示され

Table 5-8

プログラム参加者の日常の主訴のリスト

電話をとるのがいや

試験の前(筆記)

研修中のプレゼン

家族を含めた総合カンファレンス

人前で長く話しをする(プレゼン)

電車の中の人の目

バイト先の上司の注意

勉強会

通行人の視線

結婚式で名前を書く

電車にのる

上司に対し報告する

立ったままで人前で静かな場面

会議

人前で話す

人前で自分の意見を発言する

町で知らない人と話す

Table 5-9

エクスポージャーにおける各指標の変容

	Pre		Post		t-values
	Mean	SD	Mean	SD	
SES	30.21	5.51	18.58	5.67	7.64**
SPQ	47.26	11.14	26.05	9.19	10.64**
SUD	83.42	16.67	49.05	18.54	7.80**

** $p < .01$

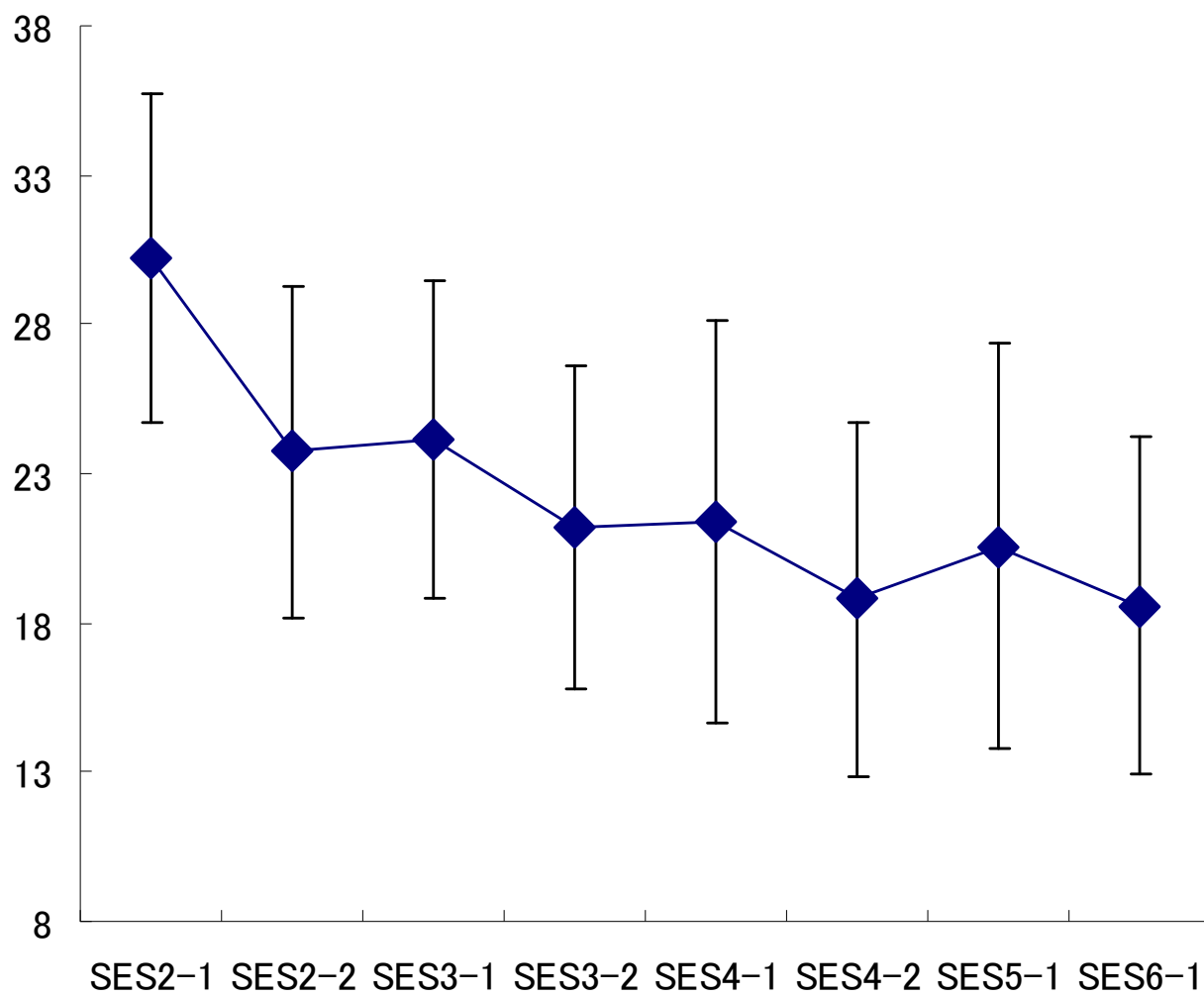


Fig. 5-6

スピーチセッションにおける SES の変化

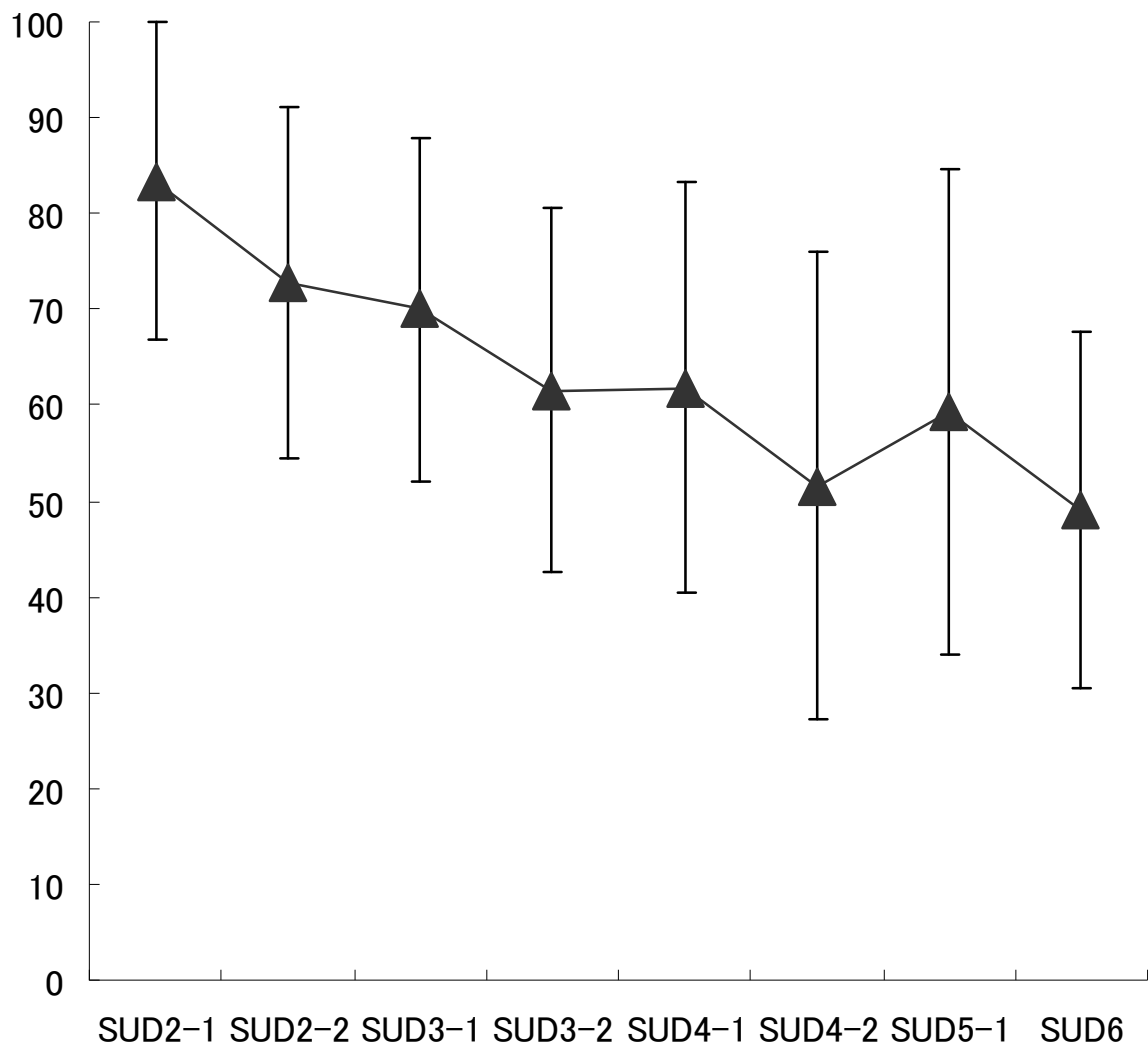
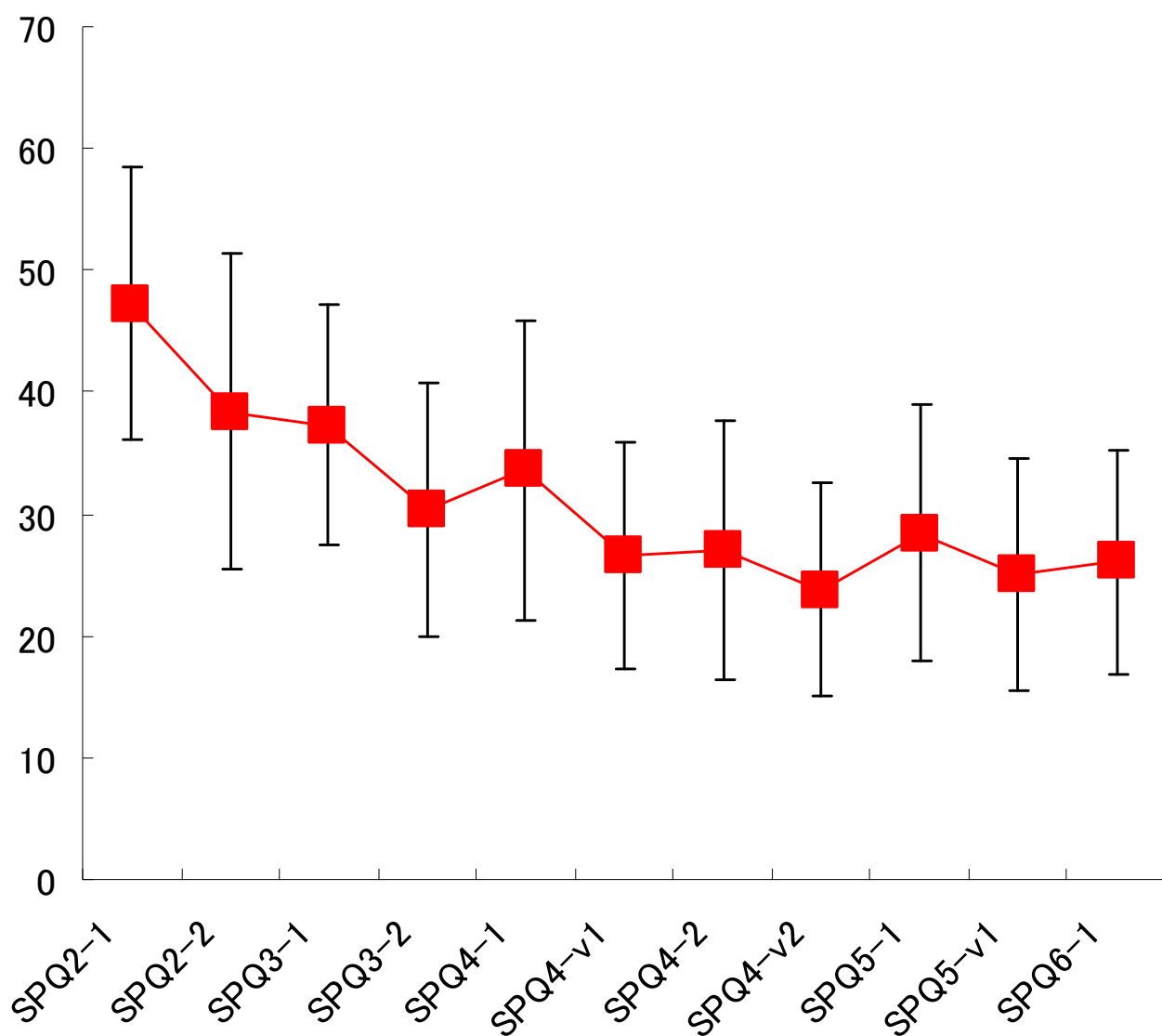


Fig. 5-7

スピーチセッションによる SUD の変化



*V はビデオフィードバック後の測定を意味する

Fig. 5-8

スピーチセッションにおける SPQ の変化

Table 5-10

本プログラムと従来の介入研究のエフェクトサイズ

	Pre		Post(6weeks)		Effect size (Cohen's <i>d</i>)
	Mean	SD	Mean	SD	
本プログラム - 50min 6times (Individual Therapy)					
SFNE	46.42	7.49	35.89	10.30	1.17
SCOP-COST	40.68	8.94	33.05	10.30	0.79
SCOP-Probability	38.00	8.55	31.74	10.20	0.67
LSAS-fear	37.26	15.52	28.68	14.56	0.57
LSAS-avoidance	27.42	19.98	21.63	16.56	0.31
SDS	50.53	8.57	44.26	9.26	0.71
MSPQ	49.95	8.03	31.63	12.68	1.72
SUD(日常の主訴)	95.29	7.80	69.12	25.87	1.36
陳(2005) CBGTプログラム - 120~150min 6times					
LSAS-fear	33.89	14.72	23.70	12.32	0.75
SFNE	45.59	6.91	42.56	7.10	0.43
BDI	9.81	6.46	5.30	5.69	0.74
Mattick et al. (1988) CBGTprogram -Exposure & cognitive restructuring 120min 6times					
FNE	25.90	4.90	18.10	10.20	0.97
SPS	41.90	6.20	24.00	12.40	1.82
SIAS	42.60	12.30	28.40	11.90	1.17
Herbert et al. (2002) CBGTprogram 120min 6times					
LSAS-fear	37.50	10.70	32.50	13.30	0.41
LSAS-avoidance	33.50	11.10	29.40	13.00	0.34
BDI	8.10	5.20	4.80	4.40	0.57

Table 5-11

エクスポージャーセッションの指標のエフェクトサイズ

	Pre		Post		Post		Effect size (Cohen's <i>d</i>)
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
本プログラム	50min 6times (3-min Imprompt speech)						
SES	30.21	5.51	18.58	5.67			2.08
SPQ	47.26	11.14	26.05	9.19			2.07
SUD	83.42	16.67	49.05	18.54			1.95
Heimberg et al. (1993) 12 weekly 2hour-session							
CBGT group							
Personal Report of							
Confidence as a	23.60	4.38			13.63	8.42	2.23
Speaker							
ES group							
Personal Report of							
Confidence as a	23.11	4.57			18.38	5.83	0.65
Speaker							
Herbert et al. (2002) 120min 6 times (3-min imprompt speech)							
SUD	68.25	17.57	54.40	17.75			0.78
Rapee & Abbott (2009) 120min 12times (3-min imprompt speech)							
Enhanced program							
State anxiety	19.60	1.35			10.11	1.47	0.90
standard program							
State anxiety	19.78	1.45			13.60	1.62	0.63

ていないものは、先述の計算式に平均値と標準偏差を代入して算出した。本プログラムの効果指標について、算出された効果サイズから、SAD 症状の各要素の変容に概ね中程度から大きな効果を示したことがわかる。これまでに、本プログラムと同様の 6 回構成からなる SAD の介入研究に、Mattick et al. (1988) ,Heimberg et al. (1998) (ただし、12 回のプログラムの 6 回終了時のデータ)、Herbert et al. (2002) ,陳 (2005) のものがある。従来の研究のエフェクトサイズについて、Table 5-10, Table 5-11 にあわせて示したうえで、プログラムの効果を比較して考察する。

本プログラムの効果サイズは、従来介入研究と同程度から高い効果が得られたと考えられる。例えば、本邦の CBGT プログラムの効果検討を行った陳 (2005) や Herbert et al. (2002) の値と比べると、不安 (LSAS-fear) や抑うつ症状については、概ね同様の中程度の効果が見られた。一方、本プログラムでは、陳 (2005) に比べて SFNE への効果が大きく、他者からの否定的評価の恐れについて改善率の高いことがわかる。また、コスト/予測バイアスを測定する SCOP についても中程度の効果が認められている。すなわち、本プログラムは、他者からの否定的評価の恐れやコスト/予測バイアスといった、認知的変数に対して効果の高いことが理解できる。

Herbert et al. (2002) の CBGT プログラムに比べると、本プログラムは不安の変容に対して効果が高い。特に、エクスポージャーセッションの指標の効果サイズは大きく、スピーチ場面での変容に大きな効果のあることが認められた。この点について、Herbert et al. (2002) のプログラムでは、エクスポージャー場面にスピーチ場面に加えて二つのロールプレイという、3 つの場面を採用している。そのため、集中してスピーチを行った本プログラムとの効果の違いが認められたと考えられる。また、Rapee et al. (2009) の CBGT プログラムと比べても、本プログラムの不安感情の変容効果は大きい。この点についても、集中してスピーチ場面のエクスポージャーを用いたことが原因として挙げられる。

本プログラムは、6 回のセッションにおいて計 8 回のスピーチを行い、集中的にスピーチ場面の認知や不安の改善を進めた。その結果、エクスポージャー場面で測定される SES

は、治療後に大きく変容していた。すなわち、本プログラムによってスピーチ場面における否定的見積もりが十分に低減されたことを示している。

また、SCOP-COST や SCOP-Probability についても十分な変容を示していることから、社会的状況全般のコスト/予測バイアスも十分に低減したと考えられる。これは、スピーチ場面のエクスポージャーセッションと日常の主訴場面での不安の低減に伴い、各状況で生じる認知的側面について十分な変容が促進されたものと示唆される。さらに、普段のパフォーマンスの自己評価を測定する MSPQ についても高い効果を示した。これは、エクスポージャーの際に自己評価の改善が促進され、日常のパフォーマンスの自己評価にも影響を与えたことによると示唆される。つまり、スピーチ場面を用いたエクスポージャーが、SAD 症状の全般的な改善に影響を与えた可能性が考えられる。これらの結果から、本プログラムが一連の Cost / Prob バイアスやパフォーマンスの自己評価の変容に有効であったことが認められる。

これに加え、日常の主訴となる不安の変容についても高い効果が見られた。本プログラムでは、各回に日常の個々の不安場面の問題を取り上げ、不安が減弱されるよう実践が促進された。また、日常の SUD の低減だけでなく、セッション内で行ったスピーチ場面のエクスポージャーの SUD は大きく低減した。すなわち、本プログラムに参加した SAD 患者は、セッションの内外で不安の低減が認められたことがわかる。

ここで、他の 12~16 回で構成される介入プログラムの先行研究における効果サイズについても、Table 5-12 に示す。これらの研究において最も効果の高いプログラムの値と比べると、本プログラムの効果は総じて低い。この原因に、本プログラムが全 6 回と半分以下の回数で構成されていることや、1 回の治療時間が 50 分と短いことが挙げられる。

一方、FNE の効果サイズは、Clark et al. (2006) のエクスポージャー+応用リラクゼーション群や Heimberg et al. (1998) の CBGT 群よりも高い効果を示している。つまり、本プログラムは従来のスタンダードな構成の SAD の治療プログラムと同等の効果が得られたといえる。また、Rapee et al. (2009)により、コスト/予測バイアスの効果サイズが示され

Table 5-12

従来の介入研究 (12~16 回試行のもの)のエフェクトサイズ

	Pre		Post(12weeks)		Effect size (Cohen's <i>d</i>)
	Mean	SD	Mean	SD	
Stangier et al. (2003) CT program (Individual Therapy: 15 weeks)					
SPS	33.60	15.30	25.50	15.30	0.53
SIAS	45.80	14.00	38.40	12.40	0.56
BDI	17.80	9.30	13.40	9.10	0.48
Heimberg et al. (1993) 120min 12times CBGT program					
FNE	22.00	6.58	16.13	8.76	0.76
FQ	18.40	5.91	9.38	5.40	1.59
BDI	10.40	8.92	2.50	5.30	1.08
Clark et al. (2006) 75min 16times Cognitive Therapy program (Individual Therapy)					
FNE	23.14	7.02	12.90	8.88	1.27
LSAS(composite)	74.83	24.10	28.00	17.71	2.21
BDI	12.40	8.65	2.57	3.93	1.46
Exposure + Applied Relaxation					
FNE	25.14	6.10	18.95	8.91	0.81
LSAS(composite)	78.70	23.70	52.32	33.89	0.90
BDI	16.85	10.30	7.91	10.80	0.85
Rapee & Abbott (2009) 120min 12times enhanced program – CBGT					
Social anxiety composite	0.77	0.29	-2.02	0.29	1.21
Cost of negative evaluation	58.45	2.42	31.40	2.48	1.46
Probability of negative evaluation	41.30	2.48	32.71	2.52	0.57
standard program					
Social anxiety composite	1.62	0.29	-0.99	0.31	1.15
Cost of negative evaluation	65.83	2.46	46.19	2.68	1.01
Probability of negative evaluation	50.17	2.59	41.75	2.72	0.45

ているが、予測バイアスは概ねそれらと同等の効果であった。一方、コストバイアスについては、中低度の効果が認められたものの、Rapee et al. (2009) の Enhanced program (改良プログラム) の半分程度であった。そのため、本プログラムでは一定の治療効果が示されたものの、より治療効果を高める上で、コストバイアスをより効果的に低減できるよう、プログラムの回数や構成を改善する必要性が示唆される。また、日常の主訴場面やエクスポージャーとしてのスピーチ場面において、コスト/予測バイアスの変容を進めた。その結果、コスト/予測バイアスの低減とともに、不安の低減が認められた。そのため、これらのバイアスの低減が不安の低減に効果的であると示唆される。

一方、時間的コストを考慮すると、本プログラムは高い効果が得られたといえる。例えば、1回のセッション時間は、他の CBGT プログラムと比べて概ね半分以下である。また、合計のセッション数も同様に半分以下となっている。そのため、短時間で得られる治療効果を考慮すると、本プログラムでは時間相応に高い治療効果が得られたといえる。

これらの知見を総合し、二点指摘することが出来る。第一に、SAD の個人療法プログラムに関する有効性である。本プログラムは 6 回構成であったが、従来の CBGT プログラムと比べ、概ね同等の効果サイズを示した。そのため、SAD 症状の改善に、集団療法と同様に個人療法が有効である可能性が指摘できる。特に、本プログラムでは、認知的変数について効果が高かった。この一因に、個人療法の形態を取ることによって十分に解釈バイアスの変容を進められた可能性が挙げられる。たとえば、本プログラムでは、全患者に対して試行するスピーチ場面のエクスポージャーに加え、各自の主訴とする問題を扱った。これらを考慮すると、個人の問題に焦点をあてて介入を進める有効性についても指摘できる。

また、エクスポージャー中に測定した SES や SPQ についても、効果サイズの値が高かった。そのため、繰り返しエクスポージャーと認知的介入を行うことによって、認知的変数の十分な変容を促進できたと考えられる。本研究では、個人療法の形態をとり、エクスポージャー場面においても治療者以外に在室するものがいなかった。しかし、エクスポージャーセッション初期の不安感情は高く、最終的に諸変数は十分に低減した。そのため、

本プログラムのセッティングも集団療法と同様に不安や認知的変数の低減に有効であると指摘できる。

第二に、治療者・患者の時間的コストについての観点である。陳（2005）のCBGTプログラムでは、1回2～2.5時間のプログラムに、主治療者1名と補助2～3名を要する。また、患者の定員は6名までとなっている。Herbert et al.（2002）のCBGTプログラムでは、1回2時間のプログラムにおいて、主治療者1名に対し2名の補助が付き、患者の定員は同様に4～6名となっている。一方、本プログラムでは、1回50分に主治療者1名で実施を行う。これらを踏まえると、社会的状況の不安への治療効果が概ね同等であることから、本プログラムの利点として、（1）介入時間が短いこと、（2）1名の治療者で対応可能であること、（3）治療者間や患者間の関係性の影響を受けないこと、などが挙げられる。また、半分以下の治療時間にもかかわらず、おおむね同等の効果が得られたことから、相対的な治療コストも低く、治療における人的・時間的費用対効果が高いと示唆される。

SADでは、集団療法が、治療における現実性や効率の良さから有効性が指摘されてきたが、個人療法においても同等の効果の得られることが認められた。そのため、双方のプログラムを用いることの有効性が指摘できる。双方のプログラムを充実させることによって、患者側のニーズや医療機関ごとの現実場的な適用可能性にあわせてSAD治療を普及することが有用であると考えられる。

研究 7-2

コストバイアスの変化の違いが SAD 症状の改善に与える影響

研究 7-1 において、本プログラムが SAD 症状の変容に効果のあることが認められた。例えば、LSAS-Fear の変化は従来の集団認知行動療法プログラムと同等の効果が認められた。また、コストバイアスや他者からの否定的評価の恐れといった認知的変数については、高い効果サイズが認められた。そのため、集団療法と同様に、個人療法の形態によって SAD 症状の改善が認められ、本プログラムによってコストバイアスや社会的状況の不安の改善が示されたと考えられる。

一方、第四章までの知見を踏まえ、実際にコストバイアスの変容が SAD 症状の変化に影響するかどうかを検討する必要がある。例えば、研究 2 のモデルにおいては、コストバイアスが直接生理的反応の認知、回避、不安感情に強い影響を持つことが指摘されている。また、第四章においては、スピーチ場面の否定的見積もりが不安感情やパフォーマンスの自己評価に影響することが示唆されている。そのため、本研究で介入ターゲットとしたコストバイアスやスピーチの否定的見積もりの変化の違いにより、SAD 症状の改善が異なるかどうかを明らかにする必要がある。これまでの SAD の解釈バイアスに対する介入研究には、Beard & Amir (2008) のものがある。この研究では、コンピューター課題においてポジティブな解釈を行った際に、肯定的な評価を受けるというものである。この介入は社会不安症状の変容に効果があったものの、対象は高社会不安者であり、SAD 患者への知見の応用可能性が十分に示されていなかった。そのため、SAD 患者を対象とした介入研究において、解釈バイアスの改善により SAD 症状の改善効果が高いかどうかを検討する必要があると考えられる。

そこで、研究 7-2 においては、SCOP で測定されるコストバイアス、さらには SES で測定される否定的見積もりといった変数の変化の違いが、SAD 症状の低減に影響するかどうかを検討する。

対象

研究 7-1 と同様の， SAD 患者 19 名を分析対象とした。

調査材料

研究 7-1 で用いた，プログラム中の指標である SFNE・SCOP・LSAS-Fear・LSAS-Avoidance・MSPQ・SUD（日常の主訴），エクスポージャーの指標である，SES・SUD・SPQ を用いた。

分析方法

本研究では，介入プログラムによるコストバイアスの低減が SAD 症状に与える影響を明らかにするため，対象者の SCOP-COST の変化量を算出した。さらに，変化量の中央値を基準に変化の高群と低群を設定した。そのうえで，変化量の高低の群と時期（プログラム前・後）を独立変数とし，LSAS-Fear・SFNE・LSAS-Avoidance・MSPQ・SUD（日常の主訴）を従属変数とする 2 要因分散分析を行った。なお，抑うつ症状の影響を統制するため，プログラム前の SDS の値を制御変数として投入した。

また，エクスポージャーと認知的介入の併用による SES の変化が，不安感情や自己評価に与える影響を検討するため，対象者の SES の変化量を算出した。さらに，変化量の中央値を基準に変化の高群と低群を設定した。そのうえで，変化量の高低の群と時期（スピーチ課題の各回）を独立変数とし，不安感情と自己評価（SUD・SPQ）を従属変数とする線型混合モデルによる分析を行った。

結果

コストバイアスの変化の違いによる SAD 症状への影響

まず，SCOP-COST のプログラムによる変化量を算出し，中央値を求めた上で参加者を 2 群に分けた。その結果，中央値の 9 点を基準として，コストバイアスの変化量の高群（H 群：N=10）と低群（L 群：N=9）が設定された。なお，2 群間で介入前の SCOP-COST 得点

に有意な差は認められなかった ($t(17)=.16, p=.88$)。また、分析対象である LSAS-Fear・SFNE・LSAS-Avoidance・MSPQ・SUD（日常の主訴）について、介入前の得点に2群間で有意な差は認められなかった（LSAS-Fear: $t(17)=.59, p=.56$; SFNE: $t(17)=.49, p=.63$; LSAS-Avoidance: $t(17)=.46, p=.65$; MSPQ: $t(17)=.94, p=.36$; SUD（日常の主訴）: $t(17)=1.40, p=.18$ ）。

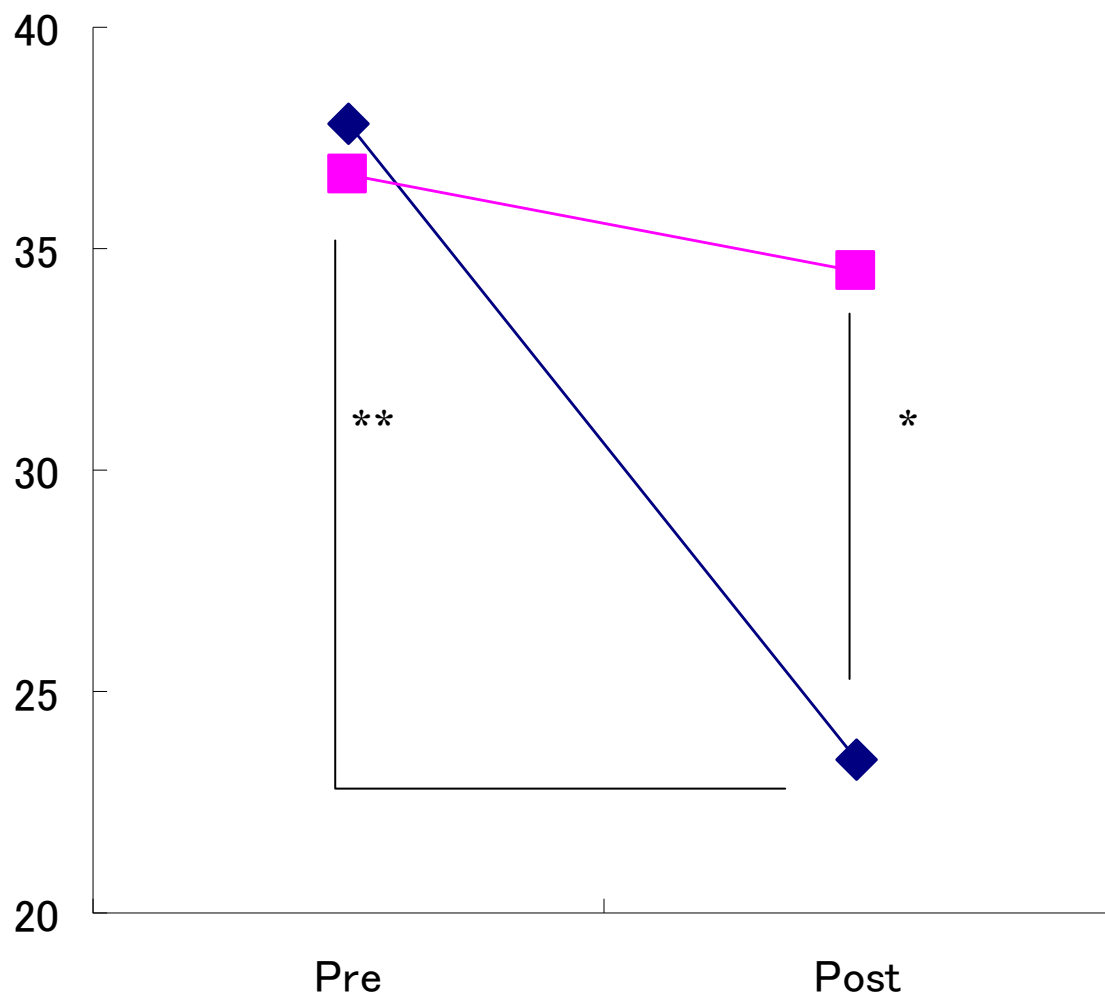
さらに、群と時期を要因とし、LSAS-Fear を従属変数とする2要因の共分散分析を行った。分析の結果、群と時期の有意な交互作用が認められた ($F(1, 16)=13.20, p<.01$: Fig. 5-9)。さらに、Bonferroni 法による事後検定の結果、プログラム前に両群に違いは認められなかったが ($p=.85$)、プログラム後には有意な違いが認められた ($p<.05$)。また、H群のみプログラム後に LSAS-Fear が有意に低下していた ($p<.01$)。すなわち、コストバイアスの変化が高いことにより、社会的状況の不安がより低減することが認められた。

次に、SFNE を従属変数として分析を進めた。その結果、有意な群と時期の交互作用が認められた ($F(1, 16)=4.71, p<.05$: Fig. 5-10)。Bonferroni 法による事後検定の結果、H群はプログラム後にプログラム前より有意に SFNE 得点が低下していた ($p<.01$)。また、プログラム後に H群は L群より得点が有意に低かった ($p<.01$)。

また、LSAS-Avoidance を従属変数として分析を進めた結果、群・時期の有意な主効果および群と時期の有意な交互作用は認められなかった ($F(1, 16)=0.13, p=.72$; $F(1, 16)=0.34, p=.86$; $F(1, 16)=1.86, p=.19$: Fig. 5-11)。

さらに、MSPQ を従属変数として共分散分析を進めたところ、有意な交互作用が認められた ($F(1, 16)=7.37, p<.05$: Fig. 5-12)。Bonferroni 法による事後検定の結果、両群ともにプログラム後に有意な低下が認められた ($p<.01$)。また、プログラム後に H群の MSPQ 得点が有意に低かった ($p<.05$)。

SUD（日常の主訴）を従属変数として共分散分析を行った結果、有意な交互作用が認められた ($F(1, 14)=6.14, p<.05$: Fig. 5-13)。Bonferroni 法による事後検定の結果、両群ともにプログラム後に有意な低下が認められた ($ps<.05$)。また、プログラム後に H群の MSPQ 得点が有意に低かった ($p<.01$)。

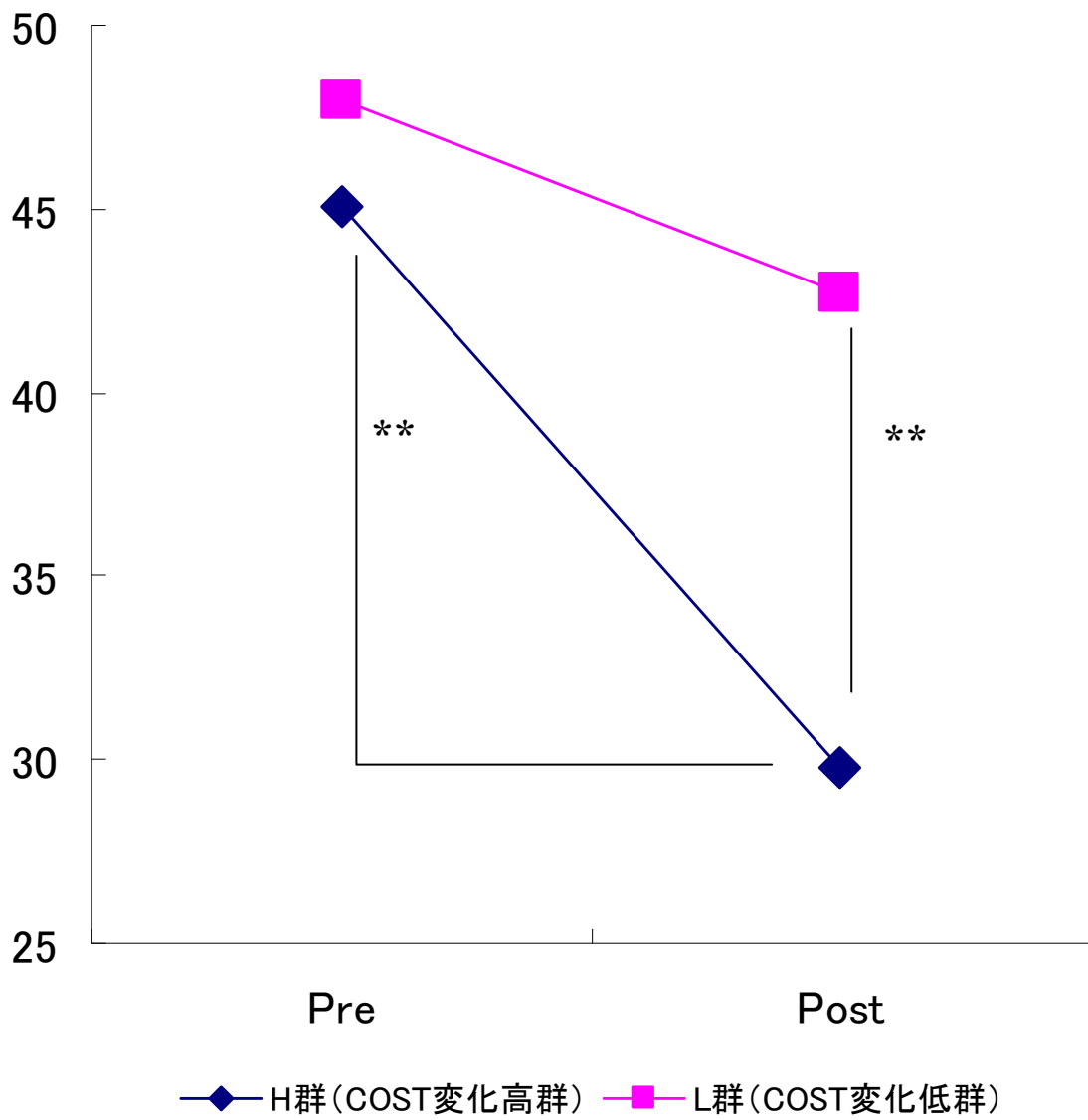


—◆— H群 (COST変化高群) —■— L群 (COST変化低群)

* $p < .05$, ** $p < .01$

Fig. 5-9

コストバイアスの変化の違いによる LSAS-Fear の改善の違い



** $p < .01$

Fig. 5-10

コストバイアスの変化の違いによる SFNE の改善の違い

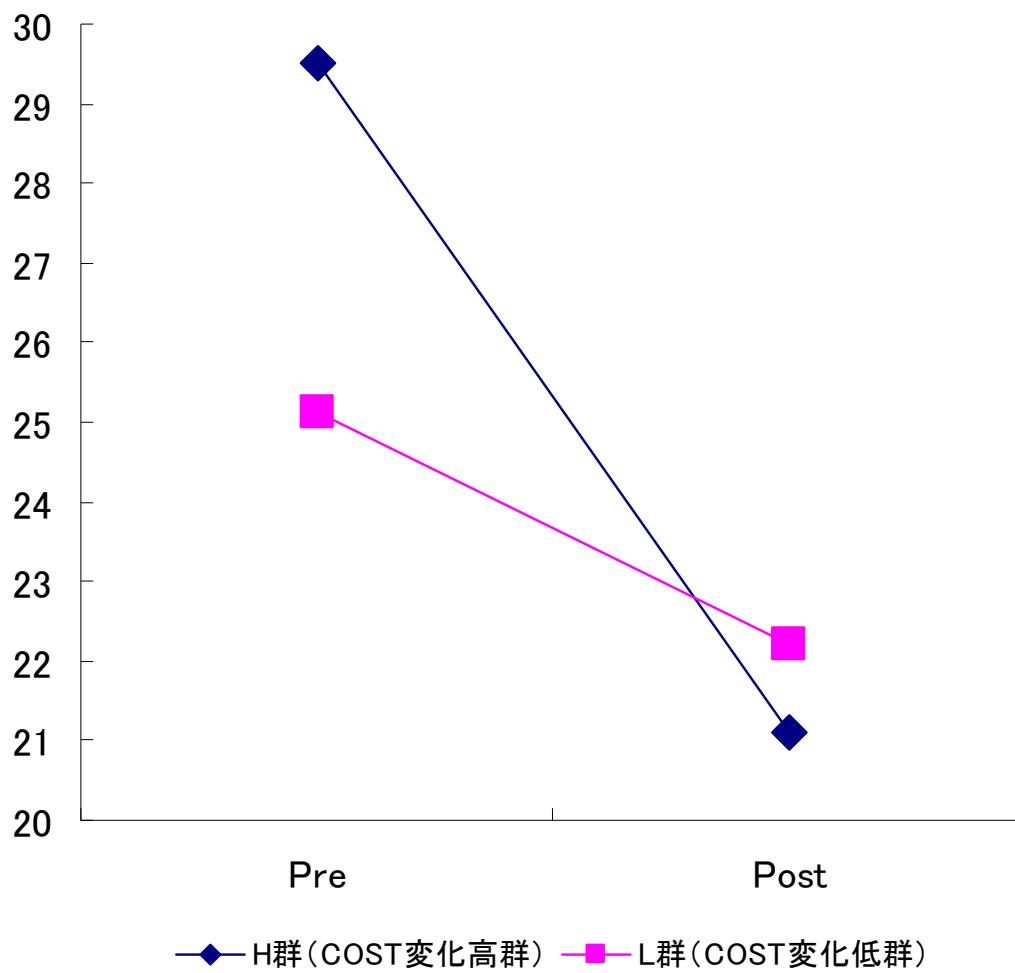


Fig. 5-11

コストバイアスの変化の違いによる LSAS-Avoidance の改善の違い

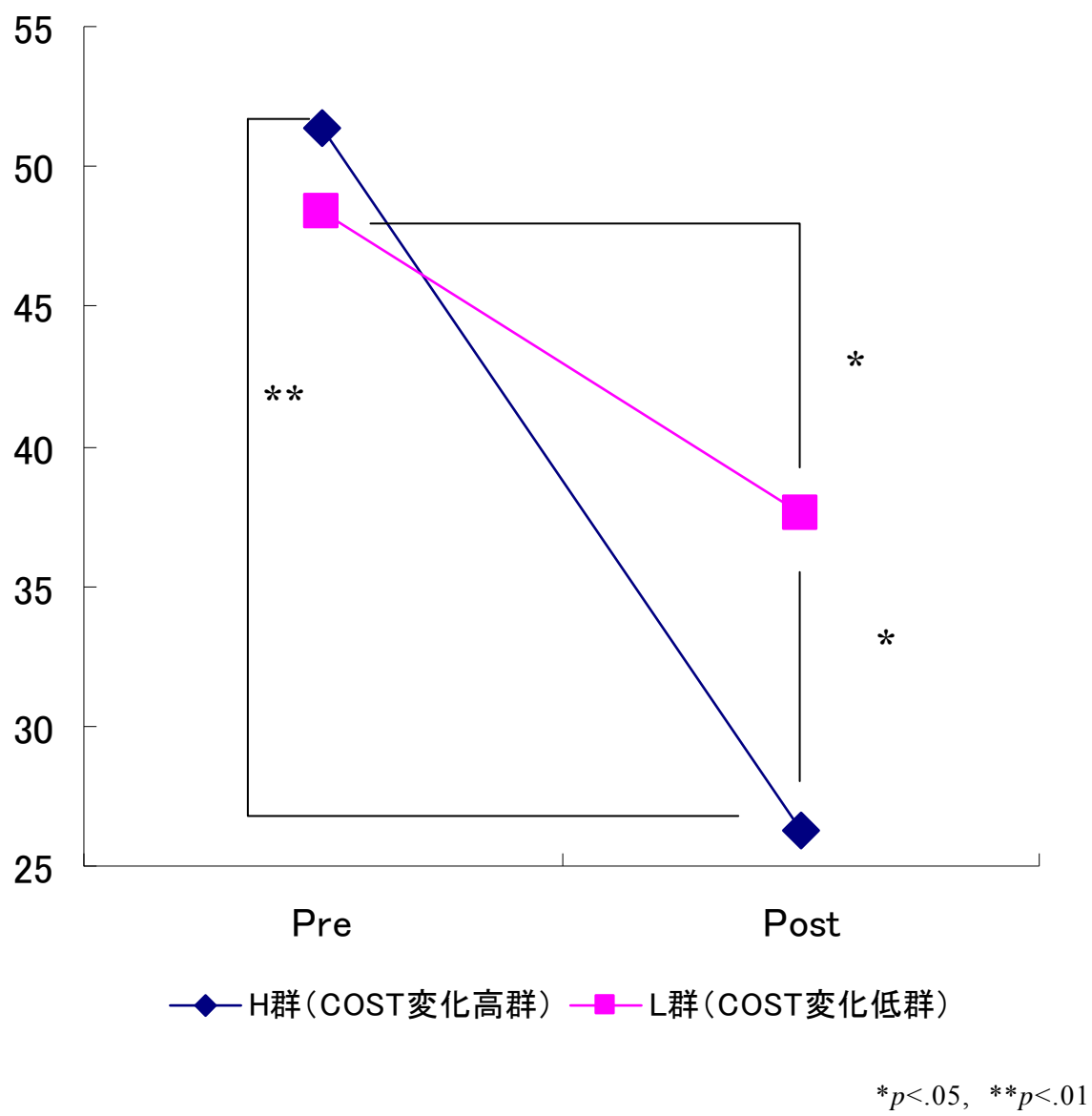
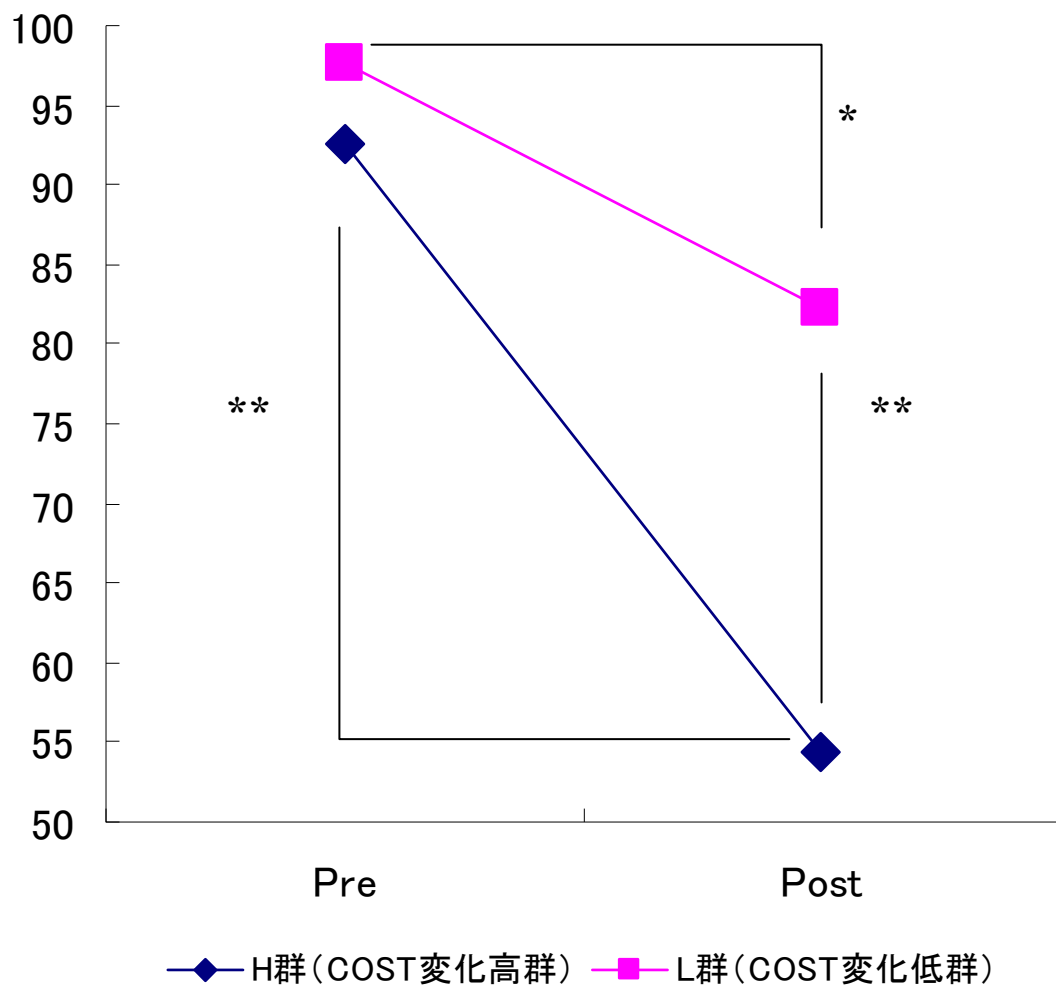


Fig. 5-12

コストバイアスの変化の違いによる MSPQ(生理的反応の認知)の改善の違い



* $p < .05$, ** $p < .01$

Fig. 5-13

コストバイアスの変化の違いによる SUD (日常の主訴) の改善の違い

スピーチの否定的見積もりの変化が不安と自己評価に与える影響

まず、SES のプログラムによる変化量を算出し、中央値を求めた上で参加者を 2 群に分けた。その結果、中央値の 12 点を基準に、スピーチの否定的見積もりの変化量の高群（H 群：N=9）と低群（L 群：N=10）が設定された。なお、2 群間で、スピーチ初回の SES 得点に有意な差は認められなかった（ $t(17)=1.65, p=.12$ ）。また、分析対象である SUD・SPQ について、初回のスピーチ時 SUD・SPQ の得点に 2 群間で有意な差は認められなかった（SUD: $t(17)=.66, p=.52$; SPQ: $t(17)=.06, p=.95$ ）。さらに、群と時期を要因とし、SUD と SPQ を従属変数とする線型混合モデルによる分析をそれぞれ行った。

その結果、SPQ について、群と時期の有意な交互作用が認められた（ $F(17, 170)=2.36, p<.01$: Fig. 5-14）。そのため、スピーチの否定的見積もりの変化が大きいほど、エクスポージャーによるパフォーマンスの自己評価がより改善することが認められた。また、SUD については、時期の有意な主効果が認められた（ $F(10, 150)=7.41, p<.01$: Fig. 5-15）。しかし、群と時期の交互作用と群の主効果が認められなかった（ $F(10, 150)=.80, p=.63$; $F(1, 23.92)=.90, p=.35$ ）。

考察

研究 7-2 においては、コストバイアスの変化が SAD 症状の改善に与える影響を検討することが目的であった。

まず、第一に、コストバイアスの変容について考察する。研究 7-2 では、コストバイアス（SCOP-COST）の変化の高低により、SAD 症状の変化の違いを検討した。その結果、コストバイアスの変化が高いほど、社会的状況の不安感情や生理的反応の認知、さらには他者からの否定的評価の恐れが改善することが示された。本プログラムでは、コストバイアス（SCOP-COST）に介入し、その結果、コストバイアスの低減が高いほど、社会的状況の不安の改善効果が高いことが認められた。そのため、コストバイアスの低減が、社会的状況での不安の低減において有効であることが示されたと考えられる。また、日常の主訴



Fig. 5-14

スピーチの否定的見積もりの高低によるスピーチ課題の不安の改善の違い

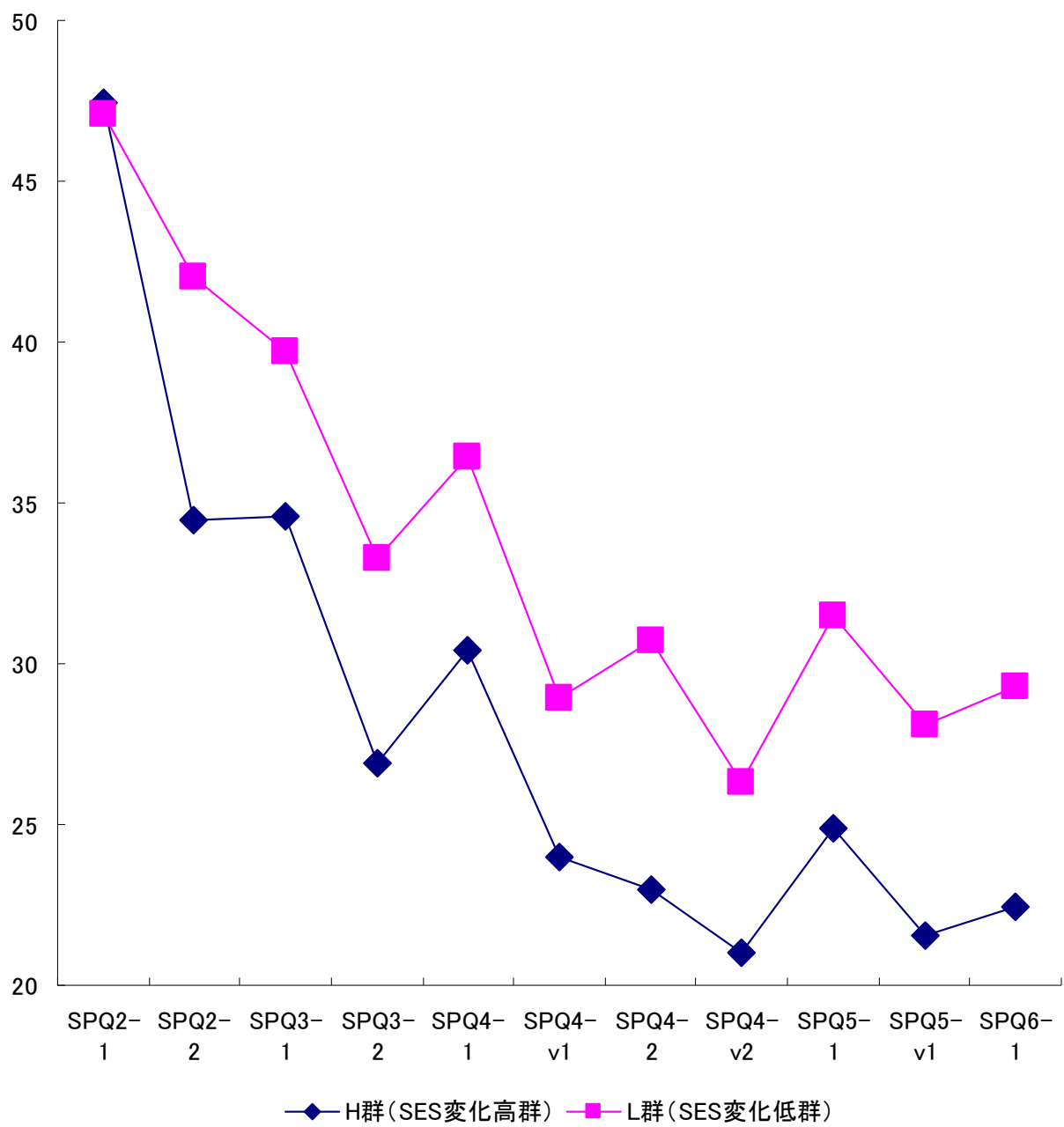


Fig. 5-15

スピーチの否定的見積もりの高低による自己評価の改善の違い

についても、コストバイアスの変化の高いH群が、プログラム終了後により改善した。本研究では、日常の主訴場面のエクスポージャーを進めるとともに、主訴場面で生じるコストバイアスに対する認知的介入を進めた。その結果、コストバイアスの低減が大きいほど、日常の場面の不安が低減することが示された。すなわち、コストバイアスの低減は、社会的状況における不安の低減において重要な要素であると考えられる。

また、生理的反応の認知についても高い効果が認められた。これは、日常の主訴場面を通じた介入やスピーチ場面を用いたエクスポージャーによって、生理的反応について客観的に認知できるようになった結果であると考えられる。一方、回避については群間に違いが認められなかった。本プログラムでは、社会的状況の不安感情については改善効果が認められた。しかし、その他の社会的状況の回避の程度については、変化が認められなかった。この一因として、本研究で扱う場面が、スピーチ場面と個々の主訴場面のみであり、他の場面の体験頻度の直接的な増加には関与しなかったことがある。研究2のモデルでは、回避を続けることで不安を維持するパスが想定されている。そのため、スピーチや主訴場面のエクスポージャーにより体験が増加し、結果として不安の低減につながっていると考えられる。しかし、その他の場面については、経験の増加が促進されていないため、回避は改善が見られなかった可能性がある。そのため、社会的状況の回避を改善するには、コストバイアスの低減に加え、実際の場面の体験頻度が増えるような、行動を活性化させる介入の工夫が有効であると示唆される。例えば、現実場面の体験には、集団療法のように複数人での取り組みが回避の改善を促進する可能性があると考えられる。

第二に、スピーチに関する否定的見積もりの変容効果である。本研究では、スピーチ場面のエクスポージャーと認知的介入における否定的見積もりの変容が、不安感情や自己評価の改善に与える影響を検討した。その結果、否定的見積もりの変容が高いほど、スピーチ場面での自己評価が低減することが示された。つまり、否定的見積もりを低減することにより、実際のパフォーマンスの自己評価が向上するといえる。そのため、エクスポージャーにおいて否定的見積もりを低減する認知的介入が重要であると考えられる。

一方、不安感情についてはプログラム前後での変化が認められたものの、群間に違いが認められなかった。これは、不安感情の低減について、認知的介入の要素がエクスポージャーによる馴化の効果よりも大きいものではなかったことを意味する。しかし、研究5のスピーチ課題における大学生のSUDの平均点は、57.04点であり、SAD患者の両群のSUD得点はプログラム終了時に同等の得点まで低下している。そのため、エクスポージャーを繰り返し行うことによる、不安感情の低減効果の高いことが示唆される。

一方、SUDの変化のグラフ (Fig. 5-14) において、SESの変化高群はセッション内でSUDが大きく変化している。すなわち、セッション内で2回目のスピーチを行う際には、認知的介入が効果を挙げた場合、不安感情の低減に有効であると考えられる。しかし、次のセッション時にはSUDレベルがSESの変化の低群と同等に戻っていることから、これらの変化を定着させる介入を加えることが、より有効である可能性があるといえる。例えば、従来のSAD研究において、事後の反すうの影響が指摘されている。本プログラムでは、反すうに対する特異的な介入は行っていない。そのため、ホームワークとしてスピーチ課題の振り返りを行い、客観的なパフォーマンスの知覚を促進することは、治療効果向上につながる可能性がある。

総合考察

本章では、SADにおける個人療法プログラムを構成し、その効果検討を行うことが目的であった。研究6と研究7で得られた知見をまとめると、個人療法の有効性と、コストバイアス (SCOP-COST・SES) の変容がSAD症状の低減に効果的であることが指摘できる。

まず、第一に、本個人療法プログラムの有効性について指摘できる。本研究で作成したプログラムの効果サイズは、各指標に概ね中程度から大きな効果のあることが示された。これらの値は、従来のSADのCBGTプログラムの効果と同等のものであった。そのため、本研究で用いた個人療法は、集団療法と同等にSAD治療に効果があると考えられる。

また、SFNEやSCOPによって測定される社会的状況に関する否定的認知は、従来の6

回構成の介入プログラムに比べて、大きな効果が認められた。すなわち、コストバイアスをターゲットとした本プログラムが、認知的側面の変容に功を奏したと考えられる。本プログラムでは個人療法の特徴を生かし、個人の認知に焦点をあてた。Stangier et al. (2003) や Clark et al. (2006) の指摘するように、個人療法では患者個人の特有の認知や行動に焦点をあてることができる。本研究の結果からも、個人療法の形態による SAD の心理学的介入が、個別性を重視する点で有効であると指摘できる。

第二に、エクスポージャーにおける否定的見積もりの変容の効果である。本プログラムの結果、エクスポージャー場面における否定的見積もりの低減による、パフォーマンスの自己評価の改善効果が明らかにされた。研究 5 のモデルでは、否定的見積もりが不安感情や自己評価に影響する経路が示されていた。研究 7-2 では、否定的見積もりの低減は、自己評価の改善に関与することが認められた。つまり、スピーチ場面の前に生じる否定的見積もりの影響を低減することによって、スピーチパフォーマンスの自己評価の改善が高まることになる。そのため、この否定的見積もりを介入ターゲットとして扱うことが有効であるといえる。一方、不安感情については、否定的見積もりの低減の高低による違いが認められなかった。しかし、時期の主効果が認められたように、スピーチ課題の実施により対象者の課題前の不安が低減していたことがわかる。そのため、不安感情の低減については、認知的介入による否定的見積もりの低減効果よりも、エクスポージャーによる体験の効果のほうが高かったと示唆される。

本プログラムでは、スピーチ場面を用いて特有の否定的見積もりについて変容を進めた。一方、異なるエクスポージャー場面の設定についても有用であると考えられる。例えば、会話場面や書字場面についても、同様に課題前に否定的見積もりが生じると考えられる。そのため、これらの状況においても認知的技法を導入することが有効であると指摘できる。また、本プログラムは、個人療法であるという性質上、治療者以外に直接心理面接に関わるものがいなかった。しかし一回目のスピーチでは高い不安を喚起し、否定的見積もりや否定的自己評価の程度も高い値を示した。また、最終セッション時には、エクスポージャ

一の各指標が大きく改善することが示された。そのため、治療者との1対1のセッションにおいても、スピーチ場面では不安を喚起する状況としての設定ができ、不安の減弱に有用であることが示唆される。

第三に、解釈バイアス（コスト/予測バイアス）を変容する有効性である。第三章の知見から、コスト/予測バイアスが各 SAD 症状に影響するため、介入を行うことが有用であると示唆された。分析の結果、解釈バイアスの低減は、SAD 症状の改善に関連することが認められた。すなわち、基礎研究で示唆されたように、解釈バイアスの影響を制御することによって、SAD 症状の改善を促進する可能性が指摘できる。

特に、研究 7-2 により、コストバイアスの変容が大きいほど、社会的状況全般の低減や、個々の日常の主訴場面の不安の低減が認められた。第四章までに、コストバイアスは直接 SAD 症状に影響する認知であると考えられた。介入研究の結果、コストバイアスの低減が大きいほど不安感情や生理的反応の認知の低減に大きな効果があった。そのため、第四章までの基礎研究の知見を踏まえ、コストバイアスの変容が効果的であることが示されたといえる。一方、回避についてはコストバイアスの変化の違いによる改善効果が認められなかった。実際の社会的状況の体験頻度を増加させるには、集団療法のように、複数人で社会的状況を体験するような、行動活性化を促進する方法を導入することが有効となる可能性があるといえる。

以上より、SAD における個人療法プログラムの有効性と、コストバイアスの低減が SAD 症状の改善の効果が示唆された。従来、本邦では個人療法プログラムの実証的な検討が十分に進められていなかった。そのため、本研究の知見は本邦の SAD の心理学的介入において、個人療法プログラムの効果の提示に貢献できたと考えられる。また、第三章と第四章において、コスト/予測バイアスの SAD 症状への影響を明らかにしたが、本章では実際にコストバイアスに介入を行う有効性を示すことができた。そのため、本研究で得られた基礎的知見が、介入研究に応用するうえで有用であったと考えられる。

第六章 総合考察

第1節 本研究で得られた知見の概説

本章では、これまでの研究から得られた知見について総括を行う。さらに、本研究の限界と展望について述べる。

本研究の目的は、第二章で示されたように、(1) コスト/予測バイアスが SAD 症状に影響するプロセスの解明、(2) スピーチ場面に特化したコスト/予測バイアスの SAD 症状への影響の解明、(3) SAD の個人療法プログラムの効果検討、(4) SAD 患者への心理学的介入によるコストバイアスの変容の検証、であった。これらを明らかにするために行った一連の研究について、本節では概説する。

第一章では、SAD の心理学的要因について、情報処理バイアスの機能を中心に概説した。その中で、SAD においてコスト/予測バイアスを扱う重要性が指摘された。第二章においては、これを踏まえ、コスト/予測バイアスの SAD 症状に与える影響の解明と介入効果を示す意義が論じられた。

また、第一章・第二章で挙げられた問題点に基づき、第三章の研究1では、コスト/予測バイアスを測定する尺度として、SCOP の開発を行った。その結果、12項目からなる SCOP が作成され、信頼性・妥当性が明らかにされた。加えて、従来の研究と同様に、コストバイアスの社会不安症状への強い影響が明らかにされた。次に、研究2において、コスト/予測バイアスが社会不安症状に影響するプロセスについて検討を行った。その結果、生理的反応に対する認知、回避、不安感情という順に影響するプロセスが認められた。さらに、コストバイアスは各社会不安症状に直接的な影響の強いことが認められた。また、予測バイアスは他者からの否定的評価への恐れとコストバイアスの媒介要因であることが示唆された。これらの第三章の結果を通して、コストバイアスに対する心理学的介入が、SAD 症状の改善において、より有効である可能性が認められた。

次に、第四章において、SAD のエクスポージャー場面として用いる、スピーチ場面の認

知プロセスについて検討を行った。研究3においては、まずスピーチ場面で生じるコストバイアスである否定的見積もりについて測定する、SESの開発を進めた。その結果、スピーチ場面での簡便な測定に有効となる、8項目からなるSESが作成された。分析の結果、SESが信頼性・妥当性を有する尺度であることが認められた。次に、研究4において、スピーチ場面の否定的見積もりが、様々な社会的状況での不安に影響することが認められた。そのため、スピーチ場面を用いることによって、全般的なSAD症状の改善に有効である可能性が示唆された。さらに、研究5において、実際のスピーチ場面で否定的見積もりが機能するプロセスについて検討を行った。その結果、否定的見積もりは不安に影響し、さらに否定的自己評価を高める経路の存在することが明らかにされた。これらの第四章の結果から、スピーチ場面を用いたエクスポージャーを行うことと、それに加えて否定的見積もりを低減する認知的介入を併用することが有効であると示唆された。

第五章では、第四章までのコストバイアスのSAD症状への影響に関する知見と従来の介入研究をもとに、研究6においてSADに対する個人療法プログラムを構成した。このプログラムは、コストバイアスに対する認知的介入により特徴付けられた。さらに、研究7では、SAD患者を対象に本プログラムを実施し、その効果検討を行った。その結果、まず本プログラムがコスト/予測バイアスの低減とSAD症状の改善に有効であると認められた。また、実際のスピーチ課題を用いたエクスポージャーでは、否定的見積もりの低減が不安や否定的自己評価の改善に有用であることが認められた。

本研究で構成した個人療法プログラムは、同様の6回構成である従来の集団認知行動療法プログラムと比べて、不安についてほぼ同程度の効果が認められた。特に、本プログラムは第四章までの知見を踏まえ、コスト/予測バイアスの変容を目的とした。その結果、他者からの否定的評価の恐れ(SFNE)やコストバイアス(SCOP-COST)といった認知的変数の改善は、高い効果サイズを示した。また、プログラムにおいて、コストバイアスの変容が高い場合に、社会的状況の不安や生理的反応の認知の低減効果が高かった。すなわち、コストバイアスを低減することが、SAD症状を改善する上で有効であると示された。

これらの研究を通して、コスト/予測バイアスが SAD 症状に大きく関与していること、SAD の心理学的介入で特にコストバイアスの低減が症状を改善に効果的であることが認められた。つまり、SAD の心理療法においては、コスト/予測バイアスを低減させることが重要であるといえる。次節においては、本研究で得られた知見を総合し、考察を行う。

第 2 節 結果のまとめ

本研究で得られた知見は、大きく以下にまとめることが出来る。第一に、コスト / 予測バイアスの SAD 症状への影響、第二に、スピーチ場面の解釈バイアスの機能とその変容、第三に、個人療法プログラムによる SAD 症状の改善、第四にコストバイアスの変容効果、である。以下にそれぞれ考察するとともに、概要を Fig. 6-1 に示す。

まず、第一の点について述べる。本研究では、SAD の解釈バイアスの一つであるコスト/予測バイアスの機能について検討を行った。第三章の結果から、海外の研究例と同様に、コストバイアスが SAD 症状に強く影響することが認められた。また、他者からの否定的評価の恐れに活性化されたコストバイアスは、生理的反応に対する認知、回避、不安感情といった各 SAD 症状の要素に影響することが認められた。これらの経路は、コストバイアスを低減することにより、SAD 症状が改善することを示唆するものであった。また、コスト/予測バイアスにおいては、特にコストバイアスから各 SAD 症状への影響が強いため、コストバイアスを低減する有効性が認められた。以上の基礎研究の知見により、コストバイアスが SAD 症状に影響するプロセスが理解されたと考えられる。

これらを元に、第五章では介入研究を行った。研究 6 において構成した介入プログラムを用いて、研究 7 において効果検討を進めた。基礎研究の研究 2 のモデルでは、他者からの否定的の恐れによって活性化されたコストバイアスが、生理的反応の認知や回避などの各 SAD 症状に強く影響している。その結果、SAD 症状に対して、より直接的な影響の強い認知であると考えられた。さらに、研究 7 の結果から、コストバイアスの変容が社会的状況の不安の低減に大きく関与していたことが認められた。そのため、症状の直接的な変

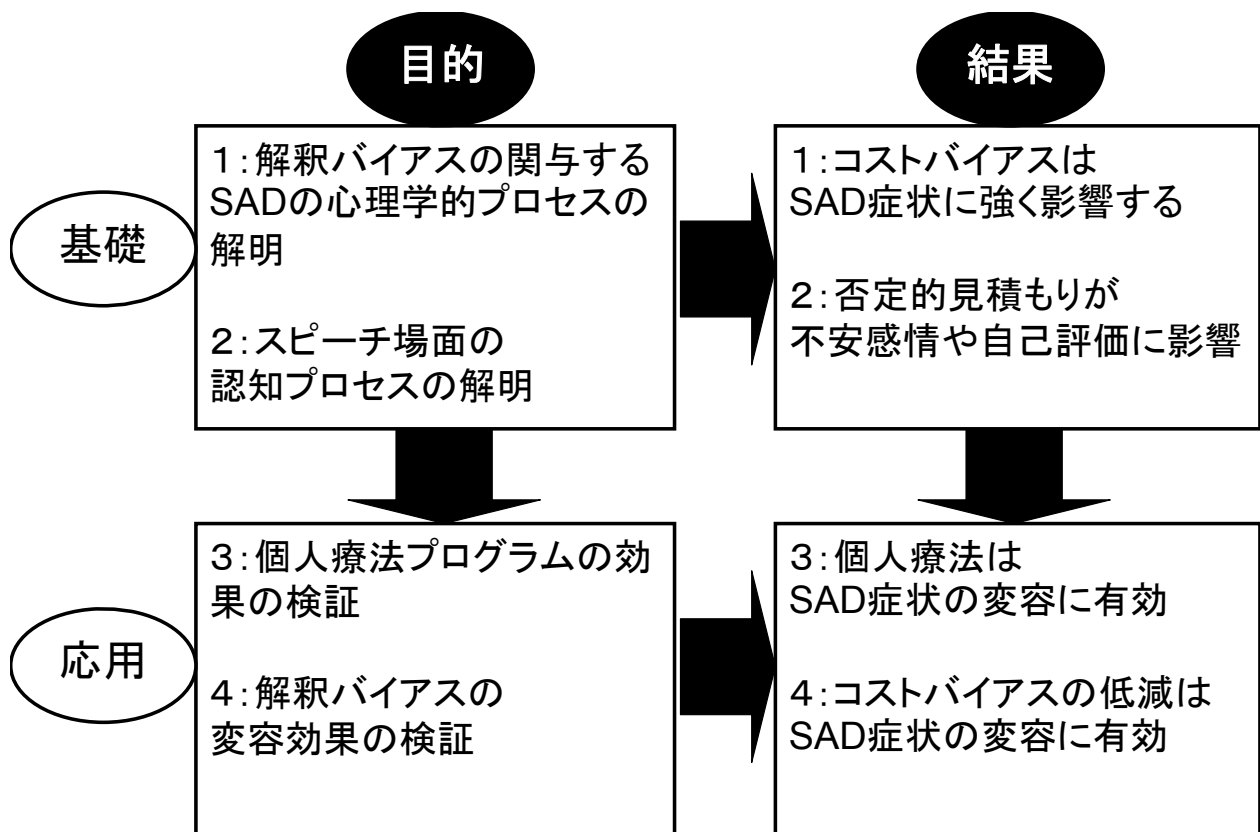


Fig. 6-1

本研究の結果の概要

容を促進する上で、コストバイアスを扱うことが効果的であると示唆された。

第二に、スピーチ場面でコストバイアスが機能するプロセスである。本研究では、実際に繰り返し行うエクスポージャー場面に、スピーチ場面を用いた。第三章ではコストバイアスの機能が指摘されたが、スピーチ場面特有の認知プロセスを解明することが求められた。第四章の検討により、スピーチ前に生じる否定的見積もりによって、不安が高まり、さらに否定的自己評価を高めることが明らかにされた。そのため、エクスポージャーに加えてスピーチ前に生じる否定的見積もりの低減が有効であると考えられた。

実際に、第五章の介入研究では、プログラムを試行した結果、研究 7-1 の結果、認知的介入とエクスポージャーの併用により、否定的見積もり・不安感情・スピーチの自己評価は、高い効果サイズを示した。つまり、プログラムはこれらの指標の変容に効果的であったことがわかる。さらに、スピーチ場面の否定的見積もりの低減が大きいほど、パフォーマンスの自己評価が大きく改善していた。これらの知見から、否定的見積もりの低減が自己評価を改善に有効であり、エクスポージャーの前に行う認知的介入が重要であると指摘できる。しかし、研究 7-2 において、不安感情の低減は、否定的見積もりの変化に影響を受けていなかった。これは、不安感情については、エクスポージャーによる曝露効果が大きかったことを示唆するものである。すなわち、否定的見積もりへの認知的介入がパフォーマンスの自己評価の改善に有効であることと、エクスポージャーを繰り返し行うことが不安感情の低減に有効であることが指摘できる。一方、コストバイアスの低減が大きいほど、LSAS-Fear はより改善を示した。これらの知見を総合すると、特定の社会的状況の不安には反復的なエクスポージャーが有効であるが、広範な状況の不安の低減への般化を図る上では、コストバイアスを低減させる認知的介入が必要になると考えられる。

第三に、基礎的知見を踏まえた SAD における個人療法プログラムの効果の実証である。本研究では、SAD における個人療法の有効性について明らかにされた。従来、本邦の SAD の介入研究で集団認知行動療法の効果が示されてきたが、個人療法に関する研究報告は十分なものではなかった。本研究の結果、不安や認知的変数の効果サイズは、従来の 6 回の

集団療法プログラムと概ね同等の効果が認められた。つまり、SADにおいては集団療法と同様に個人療法プログラムが有効であると考えられる。

双方の治療形態は、患者の症状やニーズに応じて選択されることが重要であるといえる。例えば、他者との交流に過度の不安を感じる SAD 患者は、集団療法での参加そのものが困難となる。また、参加した際に患者間の関係性が良好で無い場合、プログラム以外の要因により治療効果が妨げられうる。そのような場合には、個人療法を選択することにより、望ましい治療効果が期待できる。一方、集団での活動により治療への動機づけが向上したり、モデリング効果が期待されたりするなど、個人療法では補えない点についても考慮すべき必要がある。そのため、双方のプログラムの特性を充実させることが今後の SAD 研究で求められるといえる。

ここで、治療に要する治療者側のコストについても考察する。SAD の集団療法では、2～3 人の治療者で一度に 6 名程度の患者を扱うことができるメリットがある。一方、個々のニーズに応えるには、個別のフォローアップを追加で行う必要がある。従来のプログラムの多くは、2 時間以上の時間を要する。本プログラムは、1 回が 50 分と集団療法の半分以下であるため、時間的効率はより良い。また、治療する患者は各回に一人であることから、個々のニーズ・特有の認知や状況を考慮して治療が進められる。そのため、より患者の特性に応じた治療を短時間で進められるメリットがあるといえる。

また、集団療法の方が、複数の他者の存在により社会的状況の現実適応性を高めることができ、個人療法より優れていると指摘される。しかし、本研究で用いたスピーチ場面のエクスポージャーでは、セッションの初期に十分に高い不安を喚起することが出来た。さらに、否定的見積もり、不安、自己評価といったスピーチ場面の指標は、治療後に十分な低減を示した。加えて、プログラム中で計 8 回の課題を行うように、集中的に個人の SAD 症状の改善を進めることが可能となる。これらを考慮すると、本邦の SAD 治療においても、個人療法によって十分に SAD 症状の改善が期待できると考えられる。

第四に、SAD 治療におけるコストバイアスの低減の有効性である。本プログラムは、効

果サイズから SCOP や SFNE といった認知的変数の変容に効果のあることが認められた。また、コストバイアスの低減は、社会的状況の不安の低減と関連が高かった。そのため、コストバイアスを変容する有効性が明らかにされたといえる。これらの認知的変数を変容する有効性は、これまでの SAD の介入研究においても指摘されている (Clark et al., 2003; Clark et al., 2006; Rapee et al., 2009)。つまり、SAD 症状を効果的に改善するには、SAD に特徴的な認知を変容する必要があるといえる。

また、スピーチ場面の否定的見積もりの低減は、自己評価の改善に関与していることが研究 7-2 から示唆された。本プログラムのエクスポージャーでは、課題前に認知的介入を行うことにより、否定的見積もりの働きを低減した。そのため、エクスポージャーセッションにおいては、課題前に生じる否定的見積もりに対する認知的介入によって、課題の自己評価を向上させることにつながると考えられる。

コストバイアスの変化は、特に、社会的状況の不安や、日常の主訴場面の不安といった、不安感情の低減と関連が高かった。コストバイアスは、社会的状況の脅威を過度に高く捉える認知、である。そのため。その性質上、社会的状況に至るまでに生じ、不安の生起に関与すると考えられた。研究 2 で示されたプロセスの通り、コストバイアスはこれらの変数、特に不安感情の低減に関与していた。すなわち、コストバイアスの低減が不安の低減に効果的であると示唆される。

課題後のフィードバックに対して、課題前の介入は、フィードフォワードと位置づけることが出来る。すなわち、状況に対する否定的認知の機能を制御することによって、不安喚起場面での適応的な知覚を促進するというものである。第四章までの基礎的知見をふまえ、介入プログラムによる変容は、その心理学的プロセスの妥当性を示した。介入方法の比較検討を行うことで、より効果的な技法を明らかにすることができると考えられる。

以上から、本研究においては、(1) コスト/予測バイアス (特にコストバイアス) が SAD 症状に大きく関与すること、(2) コストバイアスの変容が、SAD 症状の変容に有効であること、が明らかにされたといえる。

第3節 本研究の限界と展望

これまでに、本研究で得られた知見とその有効性について概説した。本節においては、本研究の限界と展望について述べる。

本研究の限界点として、第一に、本プログラムと他の治療法の比較検討が挙げられる。研究7において、本研究で開発した個人療法プログラムは、分析で示された効果サイズから SAD 症状の改善に有効であることが認められた。これは、他の介入研究で得られた効果サイズと比較した際にも同等、もしくはそれよりも高い効果が示唆された。一方、本研究では、他の治療法との厳密な比較検討がなされていない。

例えば、本研究では、ウェイトリグリスト群や複数回のベースラインの測定を行うといった、統制群の設定が行われていない。つまり、厳密な比較対照群が設定されておらず、今後検討を行う余地が残されている。また、SAD の介入で用いられる集団療法や、薬物療法単独群などとの比較を行い、治療効果の異同を明らかにすることは本研究の限界であり、今後の課題であるといえる。この点については、集団療法においてもコストバイアスに対する認知的介入の効果を明らかにすることが求められる。例えば、本研究で用いたプロトコルを集団療法で実施した際には、異なる治療効果が見られる可能性がある。この点は、今後比較検討を進めることでより詳細に理解されると考えられる。

また、研究7-2においては、スピーチ場面における否定的見積もりに介入を行う有効性について指摘した。具体的には、線型混合モデルを用いた分析により、認知的技法とエクスポージャーを併用することの自己評価の改善効果が認められた。一方、本研究で行ったエクスポージャーと認知的技法の併用と、エクスポージャーのみの効果の比較については、検討の余地が残されている。また、本研究で用いたプロトコルが最も効果的であるかどうかは、今後比較検討する必要がある。今後の検討では、エクスポージャー単独の効果との比較、さらには、様々な認知的技法との比較が求められると考えられる。

第二に、セッション内のエクスポージャー場面についてである。本研究では、セッション内のエクスポージャー場面として、スピーチ場面のみを用いた。これは、スピーチ場面

が多くの SAD 患者に共通する不安喚起場面であり、第四章の知見から、スピーチ場面の否定的見積もりが異なる社会的状況の不安に影響することが示されたためである。実際に、介入プログラムの結果、LSAS、SCOP といった様々な社会的状況での不安や認知の指標が変容していたことから、SAD 症状の変容に効果があったといえる。一方、エクスポージャー場面に異なる状況を用いた際の効果について、比較検討がなされていない。例えば、異なる社会的状況として、複数人と会話を行う場面、書字場面、食事場面などが挙げられる。本研究ではスピーチ場面のみを用いていたが、これらの場面のエクスポージャーの採用・併用によって、治療効果が異なる可能性がある。

これらの場面の設定については、本研究が個人療法の形式を取っていることも考慮する必要がある。本研究では、治療者と患者が 1 対 1 で治療を進めている。そのため、複数人と会話を行うような、相互に交流を要する対人交流場面をエクスポージャー場面として用いることが難しい。一方、エクスポージャーの不安の程度として、課題前に SUD を聴取したが、この SUD は聴衆のいない本プログラムでも、初期に平均 83.42 と十分に高い不安を喚起していた。そのため、スピーチ課題の個人療法における有用性が指摘できる。しかし、会話場面や食事場面は、実際の他者からの視線や存在の影響が大きい。そのため、これらの場面を用いるには、集団療法のほうが適している可能性がある。そのため、エクスポージャーで用いる場面については、患者のニーズや治療形態の組み合わせを踏まえて、さらに検討を進める余地があるといえる。

一方で、エクスポージャーのセッティングやプログラムにおける構成については改善の余地があると考えられる。例えば、認知的介入については、セッション内で認知に焦点を当てる時間を増やす・セッション回数を増やすなどの改良が必要となるかもしれない。Rapee et al. (2009) の介入研究では、SAD の CBGT の Enhanced program (改良プログラム) における要素として、現実場面のエクスポージャーでの現実的客観性の再評価や、パフォーマンスの細かなフィードバックを取り入れている。その結果、このプログラムは従来の CBGT よりも高い治療効果を示した。そのため、これらの要素を取り入れることの有効性

が示唆される。

第三に、プログラムの回数とその構成についてである。本研究では、簡便な治療プログラムとして、全6回のプログラムを構成した。一方、海外の多くの介入研究では、個人療法・集団療法の双方で12～16回を設定している。そのため、これらの回数を試行した海外のSADの介入プログラムでは、効果サイズは総じて本プログラムよりも高い。すなわち、治療効果を向上させるうえでは、本邦においても個人療法・集団療法ともに、より回数の多いプログラムでの検討が求められるといえる。

第二の点と関連するが、セッション回数を増やすことによって、セッション内で用いるエクスポージャー場面や構成が異なると指摘できる。例えば、本プログラムを12～16回の構成に改変した際に、スピーチ場面に加えて他の場面を導入することが有効であるといえる。本研究で指標として用いたSESやSPQについては、研究3や研究5で示された大学生を対象とした調査の平均点のレベルまで低減しているため、さらに試行数を増やすことが必ずしも有効であるとはいえない。そのため、スピーチ場面以外の状況を用いることでより多くの状況において般化を図ることができると指摘できる。

第四に、治療効果の維持についてである。本研究では、フォローアップ調査のデータを提示していない。すなわち、治療の短期的効果は示されたものの、効果の長期的な維持については明らかにされていない。従来の研究から、SADのコスト/予測バイアスは症状の維持要因であることが指摘されている。そのため、これらのバイアスが大きく改善した本プログラムは、長期的な治療効果が維持される可能性がある。しかし、これらの効果については今後の課題として検討の余地が残されている。

第4節 本研究の応用

本研究では、大きく(1)SADの解釈バイアスの機能に関する基礎理解、(2)基礎理解にもとづくSADの個人療法の応用とその効果、の二つについて明らかにした。これらの知見の応用と今後のSAD研究における課題とターゲットについて述べる。

まず、第一の点について述べる。SAD においては、一連の研究で示したように、症状の生起や維持に解釈バイアスが関与している。一方、第一章で指摘したように、多くの情報処理バイアスの機能についても考慮することが求められる。Rapee & Abbott (2007) の示したように、スピーチ場面の認知プロセスでは、注意や反すうといった認知の影響についても考慮する必要がある。本研究では、これらの要素を取り上げず、解釈バイアスのみに焦点をあて、認知プロセスや治療効果を示した。そのため、今後の基礎研究では、他の認知との関連についても検討の余地があるといえる。また、実際の介入においては、これらの要素についても考慮することが有効であると考えられる。

第二に、個人療法に関する効果向上である。本研究では、患者が話を続けるスピーチ場面のみをセッション内のエクスポージャーに用いた。一方、実際の介入においては、個人療法の特性上、患者のニーズに応じて場面の調整を行うことが可能である。例えば、会話場面の設定を行う場合、治療者と患者で数分間の会話を行うことも可能である。また、回数設定についても、患者の重症度に応じて自由に設定可能である。集団療法の場合、規定の回数に至る前の中途での治療の終結は、他の参加患者に対して影響を与える。例えば、治療終結への焦りや、集団の構成や凝集性を変容させることなどである。そのため、個人療法は実施するうえでより柔軟性が高いと考えられる。

第 5 節 結語

本研究では、社会不安障害における解釈バイアスの症状への影響を明らかにし、介入プログラムの効果を明らかにした。本プログラムを応用することによって、より多くの SAD 患者の症状が改善されると考えられる。

SAD の心理学的メカニズムは、本邦においては一般に広く知られているものではなく、専門的な治療が十分に普及している段階ではない。そのため、本研究で示された知見を広範に頒布することや、心理療法を行う治療者に本プログラムのような介入方法が広く取り入れられることが求められるといえる。

また、本研究で示した SAD における解釈バイアスや個人療法プログラムの知見は、海外で示されてきた報告と比べ、本邦では非常に少ない。そのため、海外で示された知見がそのまま国内で応用可能かどうかについても、十分な検証がなされていないといえる。これらの問題を解決するには、本研究のような基礎研究や介入研究を多く提示していくことが求められる。すなわち、今後は国内における研究報告の充実が必要であると考えられる。

一般に、SAD 患者は医療機関への受診が低いことが知られている。これには、疾患そのものの理解が低いことや、効果的な治療が十分に行われる機関が十分でないことが一因である。また、受診することそのものや心理療法に参加する不安があるため、これらの負担を考慮しながら心理学的介入を導入・提供することが求められるといえる。また、SAD に関する知識について、治療を行う専門家に限らず、一般に広める必要があることも指摘できる。そのため、多くの SAD 患者の症状を改善するためには、これらの問題の解決も求められるといえる。これから、本研究で得られた知見の十分な活用、多くの医療機関でのプログラムの利用、さらにはより一層の研究の充実を期待したい。

引用文献

- Abbott, M. J., & Rapee, R. M. (2004). Post-event rumination and negative self-appraisal in social phobia before and after treatment. *Journal of Abnormal Psychology*, **113**, 136-144.
- Alden, L. E., & Taylor, C. T. (2004). Interpersonal processes in social phobia. *Clinical Psychology Review*, **24**, 857-882.
- Alden, L. E., & Wallace, S. T. (1995). Social phobia and social appraisal in successful and unsuccessful social interactions. *Behaviour Research and Therapy*, **33**, 497-506.
- Amin, N., Foa, E. B., & Coles, M. E. (1998). Negative interpretation bias in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, **36**, 945-957.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed., Text Revision*. Washington D.C.: American Psychiatric Press.
- (アメリカ精神医学会 高橋三郎・大野裕・染谷俊幸 (訳) (2003). DSM-IV-TR — 精神疾患の診断・統計マニュアル — (新訂版) 医学書院)
- Andersson, G., Carlbring, P., Holmstrom, A., Sparthar, E., Furmark, T., Nilsson-Ihrfelt, E., Buhrman, M., & Ekselius, L. (2006). Internet-based self help with therapist feedback and in vivo group exposure for social phobia: a randomized controlled trial. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, **74**, 677-686.
- 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.
- (Asakura, S., Inoue, S., Sasaki, F., Sasaki, Y., Kitagawa, N., Inoue, T., Denda, K., Ito, M., Matubara, R., & Koyama, T. (2002). Reliability and validity of the Japanese version of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Japanese Journal of Clinical Psychiatry*, **44**, 1077-1084.)
- Asmundson, C. J. G., & Stein, M. B. (1994). Selective processing of social threat in patients with generalized social phobia: Evaluation using a dot-probe paradigm. *Journal of Anxiety*

Disorders, **8**, 107–117.

Baldwin, D., Bobes, J., Stein, D. J., Scharwachter, I., & Faure, M. (1999). Paroxetine in social phobia / social anxiety disorder. Randomised, double-blind, placebo-controlled study.

Paroxetine study group. *British Journal of Psychiatry*, **175**, 120-126.

Beard, C., & Amir, N. (2008). A multi-session interpretation modification program: changes in interpretation and social anxiety symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, **46**, 1135-1141.

Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective. New York: Basic Books.

Beidel, D. C., Turner, S. M., & Dancu, C. V. (1985). Physiological, cognitive, and behavioural aspects of social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, **23**, 109-117.

Bögels, S. M., & Mansell, W. (2004). Attention processes in the maintenance and treatment of social phobia: hypervigilance, avoidance and self-focused attention. *Clinical Psychological Review*, **24**, 827-856.

Brendel, J. R., & Wenzel, A. (2004). Differentiating between memory and interpretation biases in socially anxious and nonanxious individuals. *Behaviour Research and Therapy*, **42**, 155-171.

Brozovich, F., & Heimberg, R. G. (2008). An analysis of post-event processing in social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, **28**, 291-903.

Bögels, S. M., & Mansell, W. (2004). Attention processes in the maintenance and treatment of social phobia: hypervigilance, avoidance and self-focused attention. *Clinical Psychology Review*, **24**, 827-856.

Campbell, D. W., Sareen, J., Paulus, M. P., Goldin, P. R., Stein, M. B., & Reiss, J. P. (2007). Time-varying amygdale response to emotional faces in generalized social phobia. *Biological Psychiatry*, **62**, 455-463.

Chambless, D. L., Tran, G. Q., & Glass, C. R. (1997). Predictors of response to

cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, **11**, 221–240.

Chartier, M. J., Hazen, A. L., & Stein, M. B. (1998). Lifetime patterns of social phobia: a retrospective study of the course of social phobia in a nonclinical population. *Depression and Anxiety*, **7**, 113-121.

Chavira, D. A., Stein, M. B., Bailey, K. & Stein, M. B. (2004). Comorbidity of generalized social anxiety disorder and depression in a pediatric primary care sample. *Journal of Affective Disorders*, **80**, 163-171.

Chen, Y. P., Ehlers, A., Clark, D. M., & Mansell, W. (2002). Patients with generalized social phobia direct their attention away from faces. *Behaviour Research and Therapy*, **40**, 677–687.

陳峻雯（2005）． 社会不安障害に対する集団認知行動療法の効果 平成15-16年度文部科学省科学研究費補助金 若手研究（B） 研究成果報告書．

（Chen, J. (2005). ）

陳峻雯・坂野雄二・笹川智子・村岡理子・金井嘉弘・貝谷久宜（2004）． 集団療法と認知行動療法の活用：社会不安障害の治療 精神療法, **30**, 646-654.

(Chen, J., Sakano, Y., Sasagawa, T., Muraoka, R., Kanai, Y., & Kaiya, H. (2004).

Application of group therapy and cognitive behavior therapy for Social Anxiety Disorder. *Japanese Journal of Psychotherapy*, **30**, 646-654.)

Cho, Y., Smits, J. A. J., & Telch, A. J. (2004). The Speech Anxiety Thoughts Inventory: Scale development and preliminary psychometric data. *Behaviour Research and Therapy*, **42**, 13-25.

Clark, D. M. (2001). A cognitive perspective on social phobia. In W. R. Crozier & L. E. Alden (Eds.) *International handbook of social anxiety: Concepts, research and interventions relating to the self and shyness*. New York: John Wiley & Sons. Pp. 405-430.

Clark, D. M. (1999). Anxiety disorders: why they persist and how to treat them. *Behaviour Research*

ch and Therapy, **37**, S5-S27.

- Clark, D. M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N., Waddington, L., & Wild, J. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **74**, 568-578.
- Clark, D. M., Ehlers, A., McManus, F., Hackman, A., Fennell, M., Campbell, H., Flower, T., Davenport, C., & Louis, B. (2003). Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: a randomized placebo-controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **71**, 1058-1067.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In Heimberg, R.G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., & Schneier, F. R. (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*. New York: Guilford Press. pp69-93.
- Cloitre, M., Cancienne, J., Heimberg, R. G., Holt, C. S., & Liebowitz, M. R. (1995). Memory bias does not generalize across anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, **33**, 305-307.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (revised ed.). New York: Academic Press.
- Coles, M. E., & Heimberg, R. G. (2002). Memory bias in the anxiety disorders: Current status. *Clinical Psychology Review*, **22**, 587-627.
- Coles, M. E., & Heimberg, R. G. (2005). Recognition bias for critical faces in social phobia: a replication and extension. *Behaviour Research and Therapy*, **43**, 109-120.
- Condren, R.M., O'Neill, A., Ryan, M.C., Barrett, P., & Thakore, J. H. (2003). HPA axis response to a psychological stressor in generalised social phobia. *Psychoneuroendocrinology*, **27**, 693-703.
- Eckman, P. S., & Shean, G. D. (1995). Habituation of cognitive and physiological arousal and social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, **35**, 1113-1121.

- Edelmann, R. J., & Baker, S. R. (2002). Self-reported and actual physiological responses in social phobia. *British Journal of Clinical Psychology*, **41**, 1-14.
- Edwards, S. L., Rapee, R. M., & Franklin, J. (2003). Post-event rumination and recall bias for a social performance event in high and low socially anxious individuals. *Cognitive Therapy and Research*, **27**, 607-617.
- Feske, U., & Chambless, D. L. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, **26**, 695-720.
- 福田一彦・小林重雄 (1973). 自己評価式抑うつ性尺度の研究. *精神神経学雑誌*, **75**, 673-679,.
- (Fukuda, K., & Kobayashi, S. (1973). A study on a Self-Rating Depression Scale. *Psychiatria et Neurologia Japonica*, **75**, 673-679.)
- Furlan, P.M., DeMartinis, N., Schweizer, E., Rickels, K., & Lucki, I. (2001). Abnormal salivary cortisol levels in social phobic patients in response to acute psychological but not physical stress. *Biological Psychiatry*, **50**, 254 –259.
- Furukawa, T., Chen, J., Watanabe, N., Nakano, Y., Ietsugu T., Ogawa, S., Funayama, T., & Noda, Y. (2009). Videotaped experiments to drop safety behaviors and self-focused attention for patients with social anxiety disorder: Do they change subjective and objective evaluations of anxiety and performance? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, **40**, 202-210.
- Furmark, T., Tillfors, M., Marteinsdottir, I., Fischer, H., Pissota, A., Lamgstrom, B., & Fredrikson, M. (2002). Common changes in cerebral blood flow in patients with social phobia treated with citalopram or cognitive-behavior therapy. *Archives of General Psychiatry*, **59**, 425-433.
- Foa, E. B., Franklin, M. E., Perry, K. J., & Herbert, J. D. (1996). Cognitive biases in social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, **105**, 433-439.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective

information. *Psychological Bulletin*, **99**, 20-35.

- Harvey, A. G., Clark, D. M., Ehlers, A., & Rapee, R. M. (2000). Social anxiety and self-impression: Cognitive preparation enhances the beneficial effects of video feedback following a stressful social task. *Behaviour Research and Therapy*, **38**, 1183-1192.
- Heimberg, R. G. (2002). Cognitive-behavioral therapy for Social Anxiety Disorder: Current status and future directions. *Biological Psychiatry*, **51**, 101-108.
- Heimberg, R. G., Dogde, C. S., Hope, D. A., Kennedy, C. R., Zollo, L. J., & Becker, R. (1990). Cognitive behavioral group treatment for social phobia: Comparison with a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research*, **14**, 1-23.
- Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., Schnier, F. R., Holt, C. S., Welkowitz, L., Juster, H. R., Campeas, R., Bruch, M. A., Cloitre, M., Fallon, B., & Klein, D. F. (1998). Cognitive-behavioral group therapy versus phenelzine in social phobia: 12 week outcome. *Archives of General Psychiatry*, **55**, 1133-1141.
- Heimberg, R. G., Salzman, D. G., Holt, C. S., & Blendell, K. A. (1993). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia: Effectiveness at five-year followup. *Cognitive Therapy and Research*, **17**, 325-339.
- Heimberg, R. G., Stein, M. B., Hiripi, E. & Kessler, R. C. (2000). Trends in the prevalence of social phobia in the United States: a synthetic cohort analysis of changes over four decades. *European Psychiatry*, **15**, 29-37.
- Heinrichs, N., & Hofmann, S. G. (2001). Information processing in social phobia: a critical review. *Clinical Psychology Review*, **21**, 751-770.
- Henderson, L., & Zimbardo, P. (2001). Shyness, Social Anxiety, and Social Phobia. In Hofmann, S. G., & Dibartoro, D. M. (Eds), *From social anxiety to Social Phobia*. Boston, M. A: Allyn and Bacon.
- Herbert, J. D., Rheingold, A. A., & Goldstein, S. G. (2002). Brief cognitive behavioral group

- therapy for Social Anxiety Disorder. *Cognitive and Behavioral practice*, **9**, 1-8.
- Hinrichsen, H., & Clark, D. M. (2003). Anticipatory processing in social anxiety: two pilot studies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, **34**, 205-218.
- Hirsch, C. R., & Clark, D. M. (2004). Information-processing bias in social phobia. *Clinical Psychology Review*, **24**, 799-825.
- Hirsch, C. R., Clark, D. M., & Mathews, A. (2006). Imagery and interpretations in Social Phobia: Support for the combined cognitive biases hypothesis. *Behavior Therapy*, **37**, 223-236.
- Hirsch, C. R., Mathews, A., Clark, D. M., Williams, R., & Morrison, J. A. (2006). The casual role of negative imagery in social anxiety: A test in confident public speakers. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, **37**, 159-170.
- Hirsch, C. R., & Mathews, A. (2000). Impaired positive inferential biases in social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, **102**, 705-712.
- Hirsch, C. R., Meyne, T., & Clark, D. M. (2004). Negative self-imagery in social anxiety contaminates social interactions. *Memory*, **12**, 496-506.
- Hofmann, S. G. (2005). Perception of control over anxiety mediates the relation between catastrophic thinking and social anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, **43**, 885-895.
- Hofmann, S. G. (2004). Cognitive mediation of treatment change in Social Phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **72**, 392-399.
- Hofmann, S. G., Moscovitch, D. A., Kim, H., & Taylor, A. N. (2004). Changes in self-perception during treatment of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **72**, 588-596.
- Hofmann, S. G., Newman, M. G., Ehlers, A., & Roth, W. T. (1995). Psychophysiological differences between subgroups of social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, **104**, 224-231.

- Hope, D. A., Gansler, D. A., Heimberg, R. G. (1989). Attentional focus and casual attributions in social phobia: implications from social psychology. *Clinical Psychology Review*, **9**, 49-60.
- Hope, D. A., Rapee, R. M., Heimberg, R. G., & Dombeck, M. J. (1990). Representations of the self in social phobia: Vulnerability to social threat. *Cognitive Therapy and Research*, **14**, 177-189.
- 五十嵐友里・嶋田洋徳（2008）. Post-event Processingが社会的場面における解釈に及ぼす影響 行動療法研究, **34**, 149-161.
- (Igarashi, Y., & Shimada, H. (2008). Post-event processing and interpretations of social situations. *Japanese Journal of Behavior Therapy*, **34**, 149-161.)
- 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.
- (Ishikawa, R., Sasaki, K., & Fukui, K. (1992). Standardization of Japanese version of FNE and SADS. *Japanese Journal of Behavior Therapy*, **18**, 10-17.)
- Jostes, A., Pook, M., & Florin, I. (1999). Public and private self-consciousness as specific psychopathological features. *Personality and Individual Differences*, **27**, 1285-1295.
- Katzelnick, D. J., & Greist, J. H. (2001). Social anxiety disorder: An unrecognized problem in primary care. *Journal of Clinical Psychiatry*, **62**, 11-15.
- 金井嘉宏・坂野雄二（2006）. 社会不安障害患者の生理的反応に関する展望 行動療法, **32**, 117-130.
- (Kanai, Y., & Sakano, Y. (2006). Physiological responses of individuals with Social Anxiety Disorder: A review. *Japanese Journal of Behavior Therapy*, **32**, 117-130.)
- 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 日本語版の作成 心身医学, **44**, 841-850.
- (Kanai, Y., Sasagawa, T., Chen, S., Suzuki, S., Shimada, H., & Sakano, Y. (2004). Development and validation of the Japanese version of Social Phobia Scale and Social

Interaction Anxiety Scale. *Japanese Journal of Psychosomatic Medicine*, **44**, 841-850.)

金井嘉宏・笹川智子・陳峻雯・嶋田洋徳・坂野雄二 (2007). 社会不安障害傾向者と対人恐怖傾向者における他者のあいまいな行動に対する解釈バイアス 行動療法研究, **33**, 97-110.

(Kanai, Y., Sasagawa, S., Chen J., Shimada, H., & Sakano, T. (2007). Interpretation bias for other people's ambiguous behavior by individuals likely to have Social Anxiety Disorder or Taijin Kyofusho. *Japanese Journal of Behavior Therapy*, **33**, 97-110.)

Kessler, R. C., McGonagle, U. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H., & Kendler, K. S. (1994). Life-time and 12-month prevalence of DSM—IV—R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, **51**, 8-19.

小林清香・井上敦子・鈴木伸一・坂元薫・石郷岡純 (2009) . 社交不安障害に対する認知行動療法に基づく心理教育グループの実践 認知療法研究, **2**, 66-74.

(Kobayashi, S., Inoue, A., Suzuki, S., Sakamoto, K., & Ishigo-oka, J. (2009). The practice of a psychoeducational group based on cognitive behavior therapy for Social Anxiety Disorder. *Japanese Journal of Cognitive Therapy*, **2**, 66-74.)

Kocovski, N. L., Endler, N. S., Rector, N. A., & Flett, G. L. (2005). Ruminative coping and post-event processing in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, **43**, 971-984.

Leary, M. R. (1983a). A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychol Bulliten*, **9**, 371-375.

Leary, M. R. (1983b). Social anxiousness: The construct and its measurement. *Journal of Personality Assessment*, **47**, 66-75.

Liebowitz, M. R., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., Hope, D. A., Davies, S., Holt, C. S., Goetz, D., Juster, H. R., Lin, s., Bruch, M. A., Marshall, R. D., Klein, D. F. (1999).

Cognitive-behavioral group therapy versus phenelzine in social phobia: Long-term outcome. *Depression and Anxiety*, **10**, 89-98.

- Lorberbaum, J. P., Kose, S., Johnson, M. R., Arana, G. W., Sullivan, L. K., Hammer, M. B., Ballenger, J. C., Lydiard, R. B., Brodrick, P. S., Bohning, D. E., & George, M. S. (2004). Neural correlates of speech anticipatory anxiety in generalized social phobia, *Neuroreport*, **15**, 2701-2705.
- Luan Phan, K., Fitzgerald, D. A., Nathan, P. J., & Tancer, M. E. (2006). Association between amygdala hyperactivity to harsh faces and severity of Social Anxiety in Generalized Social Phobia. *Biological Psychiatry*, **59**, 424-429.
- Lundh, L. G., & Öst, L. G. (1996). Stroop interference, self-focus and perfectionism in social phobics. *Personality and Individual Differences*, **20**, 725–731.
- Magee, W. J., Eaton, W. W., Wittchen, H. U., McGonagle, K. A., & Kessler, R. C. (1996). Agoraphobia, simple phobia and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, **53**, 159-168.
- Mansell, W., Clark, D. M., Ehlers, A., & Chen, Y. (1999). Social anxiety and attention away from emotional faces. *Cognition and Emotion*, **13**, 673–690.
- Mathews, A. & MacLead, C. (1994). Cognitive approaches to emotion and emotional disorders. *Annual Review of Psychology*, **45**, 25-50.
- Mattia, J. L., Heimberg, R. G., & Hope, D. A. (1993). The revised Stroop colour-naming task in social phobics. *Behaviour Research and Therapy*, **31**, 305–313.
- Mattick, R. P., & Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, **36**, 455-470.
- Mattick, R. P., Peters, L., & Clarke, J. C. (1989). Exposure and cognitive restructuring for social phobia: A controlled study. *Behavior Therapy*, **20**, 3–23.
- MacManus, F., Sacudura, C., & Clark, D. M. (2008). Why social anxiety persists: an experimental investigation of the role of safety behaviors as a maintaining factor. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, **39**, 147-161, 2008.

- McNeil, D. W., Reis, B. J., Taylor, B. J., Boone, M. L., Carter, L. E., Turk, C. L., & Lewin, M. R. (1995). Comparison of social phobic subtypes using Stroop tests. *Journal of Anxiety Disorders, 9*, 47–57.
- Mellings, T. M. B., & Alden, L. E. (2000). Cognitive processes in social anxiety: The effects of self-focus, rumination and anticipatory processing. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 243-257.
- Merikangas, K. R., Avenevoli, S., Archaryya, S., Zhang, H., & Angst, J. (2002). The spectrum of social phobia in the Zurich cohort study of young adults. *Society of Biological Psychiatry, 51*, 81-91.
- Mogg, K., Philippot, P., & Bradley, B.P. (2004). Selective attention to angry faces in clinical social phobia. *Journal of Abnormal Psychology, 113*, 160–165.
- Moscovitch, D. A., Hofmann, S. G., Suvak, M. K., & In-Albon, T. (2005). Mediation of changes in anxiety and depression during treatment of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 945-952.
- Musa, C., Lepine, J., Clark, D. M., Mansell, W., & Ehlers, A. (2003). Selective attention in social phobia: The effect of aconcurrent depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 1043–1054.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Response to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 569-582.
- Norton, P. J., & Hope, D. A. (2001). Kernels of truth or distorted perceptions: self and observer ratings of social anxiety and performance. *Behavior Therapy, 32*, 765-786.
- Nutt, D. J., Bell, C. J., & Malizia, A. L. (1998). Brain mechanisms of social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 59*, 4-11.
- 岡島義・坂野雄二 (2008). 安全確保行動の修正が社会不安症状に及ぼす影響 精神医学, **50**, 801-808.

- (Okajima, I., & Sakano, Y. (2008). Effect of modification of safety behaviors on social anxiety symptoms. *Japanese Journal of Clinical Psychiatry*, **50**, 801-808.)
- Öst, L. G. (1987). Applied relaxation: Description of a coping technique and review of controlled studies. *Behaviour Research and Therapy*, **25**, 397–409.
- Paul, G. L. (1966). *Insight versus desensitization in psychotherapy*. Stanford: Stanford University Press.
- Puigcerver, A., Martinez-Selva, J. M., Garcia-Sanchez, F. A., & Gomez-Amor, J. (1989). Individual differences in psychophysiological and subjective correlates of speech anxiety. *Journal of Psychophysiology*, **3**, 75-81.
- Rapee, R. M. (1995). Descriptive psychopathology of social phobia. In Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA et al (Eds.): *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*. Guilford Press, New York, pp. 41-66.
- Rapee, R. M., & Abbott, M. J. (2005). Mental representation of observable attributes in people with social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, **37**, 113-126
- Rapee, R. M., & Abbott, M. J. (2007). Modelling relationships between cognitive variables during and following public speaking in participants with social phobia *Behaviour Research and Therapy*, **45**, 2977-2989.
- Rapee, R. M., & Hayman, K. (1996). The effects of video feedback on the self-evaluation of performance in socially anxious subjects. *Behaviour Research and Therapy*, **34**, 315-322.
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, **35**, 741-756.
- Rapee, R. M., Gaston, J. E., & Abbott, M. J. (2009). Testing the efficacy of theoretically derived improvements in the treatment of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **77**, 317-327.
- Rapee, R. M. & Lim, L. (1992). Discrepancy between self and observer ratings of performance in

- social phobics. *Journal of Abnormal Psychology*, **101**, 727-731.
- Rapee, R. M., McCallum, S. L., Melville, L. F., Ravenscroft, H., & Rodney, J. M. (1994). Memory bias in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, **32**, 89–99.
- Reich, J., Goldenberg, I., Vasile, R., Goisman, R., & Keller, M. (1994). A prospective follow-along study of the course of Social Phobia. *Psychiatry Research*, **54**, 249-258.
- Rippere, V. (1977). “What’s the thing to do when you’re feeling depressed?”: A pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, **15**, 185–191.
- Rodebaugh, T. L. (2004). I might look OK, but I’m still doubtful, anxious, and avoidant: The mixed effects of enhanced video feedback on social anxiety symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, **42**, 1435-1451.
- Rodebaugh, T. L., & Chambless, D. L. (2002). The effects of video feedback on self-perception of performance: A replication and extension. *Cognitive Therapy and Research*, **26**, 629-644.
- Rodebaugh, T. L., Holaway, R. M., & Heimberg, R. G. (2004). The treatment of social anxiety disorder. *Clinical Psychological Review*, **24**, 883-908.
- Rodebaugh, T. L., & Rapee, R. M. (2005). Those who think they look worst respond best: Self-observer discrepancy predicts response to video feedback following a Speech Task. *Cognitive Therapy and Research*, **29**, 705-715.
- Roelof, K., Bakis, P., Hermans, E. J., van Pelt, J. & van Honk, J. (2007). The effects of social stress and cortisol responses on the preconscious selective attention to social threat. *Biological Psychology*, **75**, 1-7.
- Roelof, K., Elzinga, B. M., & Rotteveel, M. (2005). The effects of stress-induced cortisol responses on approach-avoidance behavior. *Psychoneuroendocrinology*, **30**, 665-677.
- Roelof, K., van Peer, J., Berretty, E., de Jong, P., Spinhoven, P., & Elzinga, B. M. (2009). Hypothalamus-Pituitary-adrenal axis hyperresponsiveness is associated with increased social avoidance behavior in social phobia. *Biological Psychiatry*, **65**, 336-343.

- Roth, D., Antony, M. M., & Swinson, R. P. (2001). Interpretations for anxiety symptoms in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, **39**, 129-138.
- Saboonchi, F., Lundh, L. G., & Öst, L. G. (1999). Perfectionism and self-consciousness in social phobia and panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, **37**, 799-808.
- 笹川智子・金井嘉宏・陳峻雯・鈴木伸一・嶋田洋徳・坂野雄二 (2003). FNE短縮版の信頼性妥当性の検討 日本心理学会第67回大会発表論文集 293.
(Sasagawa, T., Kanai, Y., Chen, S., Suzuki, S., Shimada, H., & Sakano, Y.)
- 笹川智子・金井嘉宏・村中泰子・鈴木伸一・嶋田洋徳・坂野雄二 (2004). 他者からの否定的評価に対する社会的不安測定尺度(FNE)短縮版作成の試み —— 項目反応理論による検討 —— 行動療法研究, **30**, 87-98.
(Sasagawa, S., Kanai, Y., Muranaka, Y., Suzuki, S., Shimada, H., & Sakano, Y. (2004). Development of a Short Fear of Negative Evaluation scale for Japanese using Item Response Theory. *Japanese Journal of Behavior Therapy*, **30**, 87-98.)
- Shirotsuki, K., Izawa, S., Sugaya, N., Kosuke Chris Yamada, K. C., Ogawa, N., Ouchi, Y., Nagano, Y., & Nomura, S. 2009. Salivary cortisol and DHEA reactivity to psychosocial stress in socially anxious males. *International Journal of Psychophysiology*, **72**, 198-203.
- 城月健太郎・笹川智子・野村忍 (2007). ネガティブな反すうが社会不安傾向に与える影響 健康心理学研究, **20**, 42-48.
(Shirotsuki, K., Sasagawa, S., & Nomura, S. The effect of negative rumination on social anxiety. *Japanese Journal of Health Psychology*, **20**, 42-48.)
- Smits, J. A. J., Powers, M. B., Buxkamper, R., & Telch, M. J. (2006). The efficacy of videotape feedback for enhancing the effects of exposure-based treatment for social anxiety disorder: A controlled investigation. *Behaviour Research and Therapy*, **44**, 1773-1785
- Stangier, U., Heindenreich, T., Peitz, M., Lauterbach, W., & Clark, D. M. (2003). Cognitive therapy for social phobia: individual versus group treatment. *Behaviour Research and*

Therapy, **41**, 991-1007.

Stein, M. B. (1998). Neurobiological perspectives on social phobia: from affiliation to zoology.

Biological Psychiatry, **44**, 1277-1285.

Stein, M. B., Liebowitz, M. R., Lrdiard, R. B., Pitts, C. D., Bushnell, W., & Gergel, I. (1998).

Paroxetine treatment of generalized social phobia (social anxiety disorder). A randomized clinical trial. *Journal of the American Medical Association*, **280**, 708-713.

Stein, M. B., Fyer, A. J., Davidson, R. T., Pollack, M. H., & Wiita, B. (1999). Fluvoxiamine

treatment of social phobia (social anxiety disorder): a double-blind, placebo-contorolled study. *American Journal of Psychiatry*, **156**, 756-760.

Stein, M. B., & Kean, Y. M. (2000). Disability and quality of life in social phobia: epidemiologic

findings. *American Journal of Psychiatry*, **157**, 1606-1613.

Stein, M. B. & Stein, D. J. (2008). Social anxiety disorder. *Lancet*, **371**, 1115-1125.

Stein, M. B., Torgrud, L. J., & Walker, J. R. (2000). Social phobia symptoms, subtypes, and

severity. *Archives of General Psychiatry*, **57**, 1046-1051.

Stein, M. B., Walker, J. R., & Forde, D. R. (1996). Public speaking fears in a community sample:

prevalence, impact on functioning, and diagnostic classification. *Archives of General Psychiatry*, **53**, 169-174.

Stopa, L., & Clark, D. M. (1993). Cognitive processes in social phobia. *Behaviour Research and*

Therapy, **31**, 255-267.

Stopa, L., & Clark, D. M. (2000). Social phobia and interpretation of social events. *Behaviour*

Research and Therapy, **38**, 273-283.

Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Journal of*

Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry, **27**, 1-9.

Turner, S. M., Beidel, D. C., & Larkin, K. T. (1986). Situational determinants of social anxiety in

clinic and nonclinic samples: physiological and cognitive correlates. *Journal of Counselling*

and Clinical Psychology, **54**, 523-527.

Turner, S. M., Beidel, D. C., & Townsley, R. M. (1990). Social phobia: relationship to shyness.

Behaviour Research and Therapy, **28**, 497-505.

Van Ameringen, M., Mancini, C., Styan, G., & Donison, D. (1991). Relationship to social phobia with other psychiatric illness. *Journal of Affective Disorders*, **21**, 93-99.

Van Ameringen, Mancini, Szechtmana, Nahmiasa, Oakmanc, Halla, Pipeb, & Farvoldenb (2004). A PET provocation study of generalized social phobia. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, **132**, 13-18.

Wells, A., & Mathews, G. (Eds.). (1994). Self-focused attention. Hove, England Lawrence Erlbaum Associates.

Wells, A., & Clark, D.M., & Salkovskis, P., Ludgate, J., Hackmann, A., & Gelder, M. (1995). Social phobia: The role of in-situation safety behaviors in maintaining factor and negative beliefs. *Behavior Therapy*, **26**, 153-161.

Wilson, K. J., & Rapee, R. M. (2005). The interpretation of negative social events in social phobia with versus without comorbid mood disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, **19**, 245-274.

Wilson, K. J., & Rapee, R. M. (2005b). The interpretation of negative social events in social phobia: changes during treatment and relationship to outcome. *Behaviour Research and Therapy*, **43**, 373-389.

Wittchen, H. U., Stein, M. B., & Kessler, R. C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: Prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychological Medicine*, **29**, 309-323.