

## 不安障害の個人認知療法・認知行動療法の治療マニュアルの作成と効果の検証、 教育システムの構築

研究分担者 清水栄司 千葉大学子どものこころの発達教育研究センター長・  
千葉大学大学院医学研究院認知行動生理学教授

研究要旨：欧米では、不安障害（不安症）の個人認知行動療法は、抗うつ薬治療より有効性が高いというエビデンスがあり、治療の第一選択肢に位置づけられている。本研究では、日本で我々が開発した治療者用マニュアルに基づいた治療者の教育を行い、社交不安症とパニック症に対する個人認知行動療法の効果研究を進めてきた。社交不安症については、抗うつ薬で改善しない症例を対象に、かかりつけ医による通常診療に個人認知行動療法を併用することの効果と、42症例を2群（通常診療単独群 vs 認知行動療法併用群）に分けたランダム化比較試験（RCT）により、世界で初めて明らかにした。さらに認知行動療法を受けた21名についてフォローアップを行い、16週間の認知行動療法の効果が1年後まで維持されていることが明らかになった。パニック症に関しては、社交不安症の理論モデルをパニック症に適用するという新しい視点に基づいた総合的マニュアルを作成した。そのマニュアルに基づき、single arm の効果研究を実施し、パニック症の患者15症例において、症状改善効果に加えて、健康関連 QOL として EQ-5D (EuroQol 5 Dimension)を用いて、QALYs (Quality-Adjusted Life Years : 質調整生存年)を算出し、費用対効果においても優れていることを明らかにした。

研究協力者 吉永尚紀 宮崎大学テニユア  
トラック推進機構 講師、 関陽一 千葉  
大学子どものこころの発達教育研究センタ  
ー特任研究員

### A. 研究目的

海外のエビデンスでは、不安障害（社交不安症、パニック症などの不安症、強迫症、PTSD など）の認知行動療法は、ランダム化比較試験（RCT）のメタ解析にて、プラセボ群よりも有効であり、(Hofmann et al., 2008)、エビデンスのレベルは 1a である。さらに、不安障害の個人認知行動療法は、抗うつ薬治療より有

効性が高いというエビデンスも報告されている。そのため、不安障害の認知行動療法は、諸外国のガイドラインでは、治療の第一選択肢に位置づけられている。たとえば、社交不安症の認知行動療法については、英国の Clark らのグループの RCT によって標準的な薬物療法（フルオキセチン）より有意に優れた有効性が示されている (Clark et al., 2003)。また、101 報の RCT のネットワーク・メタ解析で、社交不安症の個人認知行動療法は、薬物療法よりも副作用のリスクが小さく、最も大きな効果量を示したことが報告されている (Mayo-Wilson et al. 2014)。

さらに、社交不安障害についての英国 NICE ガイドライン (NICE, 2013) では、個人認知行動療法が治療の第一選択として推奨されている。認知行動療法を望まず、薬物療法を希望する人には、その理由について話し合うこと、それでも、薬物療法を希望する場合は、選択的セロトニン再取込阻害薬 (SSRI: エスシタロプラムあるいはセルトラリン) が推奨されている。

パニック症の認知行動療法については、不安障害の中で、最も初期にエビデンスが確立され、欧米では、1990年代に、代表的な RCT が複数行われ、標準的な薬物療法 (アルプラゾラム、イミプラミン) より有意に優れた有効性が示された (Klosko et al. 1990, Marks et al. 1993, Clark et al. 1994)。また、9報の RCT のメタ解析によって、認知行動療法が薬物療法よりも有意に優れた有効性を持つことが示されている (Roshanaei-Moghaddam et al. 2011)。我が国では、これまで平成 16~18 年度の厚生労働科学研究費補助金 (こころの健康科学研究事業) 「パニック障害の治療法の最適化と治療ガイドラインの策定」(研究代表者 久保木富房→熊野宏昭) において、認知行動療法の研究の有効性が示されてきた。

パニック障害についての英国 NICE ガイドライン (NICE, 2011) では、心理学的療法 (認知行動療法)、薬物療法 (SSRI あるいは三環系抗うつ薬)、セルフヘルプ (認知行動療法の本を読む) のどれかを患者の好みにより選択することが推奨されている。ベンゾジアゼピン系抗不安薬は、長期予後が良くないため、推奨されない。

以上のように、これまで、不安障害に対する認知行動療法の高い効果は、英国や米国などを中心に報告されてきた。

一方、本邦では、国内における有効性を示す知見が乏しく、抗うつ薬治療が主流となっている現状がある。日本で社会不安障害 (社交不安障害、社交不安症) の保険適応を有している薬剤は、SSRI のパロキセチンとフルボキサミン、そして、最近追加されたエスシタロプラムである。また、日本でパニック障害 (パニック症) の保険適応を有している薬剤は、SSRI のパロキセチンとセルトラリンである。

本分担研究では、我々が開発した治療マニュアルに基づいたセラピスト (治療者) の教育を行い、社交不安症とパニック症に対する個人認知行動療法の効果研究を進めてきた。社交不安症については、まず、本邦で保険適用となっている抗うつ薬治療に抵抗性を示す患者を対象に、かかりつけ医による通常診療を継続する場合 (通常診療単独群 21 名) と、認知行動療法を併用する場合 (認知行動療法併用群 21 名) で、社交不安症状の改善に違いがあるかを RCT により検証した。さらに、認知行動療法を受けた 21 名について、1 年後までのフォローアップを行い、治療の長期的維持効果を検討した。

パニック症に関しては、社交不安症の理論モデルをパニック症に適用するという新しい視点に基づいた治療者マニュアルを作成した。その内容は、心理教育、認知行動モデル (ケース・フォーミュレーション) の作成、イメージの再構成、安全行動への介入、注意のバイアスと注意のシフト・トレーニング、行動

実験、破局的イメージにつながる初期記憶の書き直し、予期不安と反芻（心配）などを含めた総合的な個人認知行動療法マニュアルを開発し、その治療効果と医療経済効果を検証することを目的とした。

## B. 研究方法

### 【社交不安症：デザイン】

本邦の抗うつ薬治療により十分な改善を示さない社交不安症患者に対し、通常診療に個人認知行動療法を併用することが、通常診療単独と比較して有効であるか、他者評価式の Liebowitz 社交不安評価尺度（Liebowitz Social Anxiety Scale: LSAS）を指標としたランダム化比較試験により検証した。さらに、認知行動療法を実施した場合にその治療効果が 1 年後まで維持されるか、自記式の LSAS を指標とした研究により検証した（図 1）。

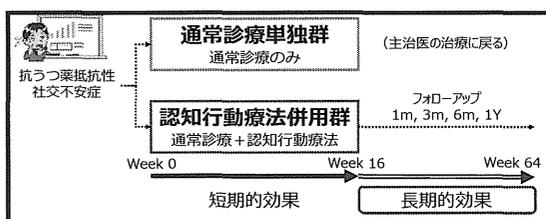


図 1 試験デザイン

### 【社交不安症：選択・除外基準】

選択基準は、①社交不安症が主診断である（DSM-IV）こと、②18～65 歳、における SAD の診断基準をみたすもの、③過去に、1 剤以上の SSRI を用いた薬物療法を 12 週以上受けた経験を有するもの（12 週未満の内服経験であっても、その理由が、SSRI 内服による副作用等の忍容性による問題の場合は、この選択基準を満たすものとする）、④中等度以上

（LSAS $\geq$ 50）の症状を有するもの、⑤社交不安症が主診断であるかぎりその他の併存疾患を認める、⑥本試験の参加にあたり十分な説明を受けた後、十分な理解の上、本人の自由意思による文書同意が得られたもの（未成年の場合、保護者の同意も含む）、であった。

除外基準は、①脳の器質的障害、②統合失調症及びその他の精神病性障害、③物質依存・乱用の既往、④切迫した自殺の危険性を有する、⑤反社会的な人格障害、境界性人格障害を有する、などであった。

### 【社交不安症：介入】

認知行動療法は、Clark らの理論モデルをもとに、我々が開発したマニュアルに基づく教育を治療者に行い、その治療者による週 1 回 50 分のセッションを、計 16 回実施した。

### 【社交不安症：評価】

評価は、介入開始前（0 週）、介入中期（8 週）、介入終了後（16 週）、介入終了 1 ヶ月後（20 週）、介入終了 3 ヶ月後（28 週）、介入終了 6 ヶ月後（40 週）、介入終了 1 年後（64 週）に実施した。主要評価項目は他者評価式または自記式の LSAS を用いた。なお、治療反応性の基準を LSAS 減少率 31% 以上、寛解の基準を LSAS 合計点が 36 未満かつ DSM-IV の社交不安症の基準を満たさないこととした。

### 【社交不安症：倫理的配慮】

本研究は千葉大学医学部附属病院治験審査委員会において、試験の妥当性・倫理的配慮に関する審議を受け、承認されたものである（G23075）。また、本試験計画は UMIN にて登録・公開済みである（UMIN000007552）。

#### 【パニック症：デザイン】

パニック症に関しては、社交不安症の理論モデルをパニック症に適用するという新しい視点に基づいた総合的マニュアルを作成した。そのマニュアルに基づき、single arm の効果研究を実施し、パニック症の患者 15 症例において、パニック障害重症度評価尺度（Panic Disorder Severity Scale：PDSS）を主要評価項目とした症状改善効果の検証に加えて、健康関連 QOL として EQ-5D (EuroQol 5 Dimension) を用いて、QALYs（Quality-Adjusted Life Years：質調整生存年）を算出し、費用対効果の検証を行った。

#### 【パニック症：選択・除外基準】

選択基準は①パニック症が主診断であること、②18～65 歳におけるパニック症の診断基準を満たすもの、③PDSS の得点が 8 点以上のもの、④本試験の参加にあたり十分な説明を受けた後、十分な理解の上、本人の自由意思による文書同意が得られたもの（未成年者の場合、本人同意に加え保護者の同意を必要とする）⑤急激な薬物療法の変更を要しないもの、であった。

除外基準は、①脳の器質的障害、②統合失調症及びその他の精神病性障害、③物質依存・乱用の既往、④切迫した自殺の危険性を有する、⑤反社会的な人格障害、境界性人格障害を有する、などであった。

#### 【パニック症：介入】

認知行動療法は、我々が開発したマニュアルに基づく教育を治療者に行い、その治療者による週 1 回 50 分のセッションを、計 16 回実施した。

#### 【パニック症：評価】

評価は、介入開始前（0 週）、介入中期（8 週）、介入終了後（16 週）に実施した。主要評価項目はパニック障害重症度評価尺度（Panic Disorder Severity Scale：PDSS）として検証した。なお、治療反応性の基準を PDSS 減少率 40%以上、寛解の基準を PDSS 合計点が 8 未満かつ DSM のパニック症の基準を満たさないこととした。

また健康関連 QOL の尺度である EQ-5D（EuroQol5-Dimension）を用いて、費用対効果の検証を行った。

#### 【パニック症：倫理的配慮】

本研究は千葉大学大学院医学研究院倫理審査委員会において、研究の妥当性・倫理的配慮に関する審議を受け、承認されたものである（1700）。

### C. 研究結果

#### 【社交不安症】

試験の適格性を満たした 42 例が試験に参加した。42 例の被験者は、通常診療単独群に 21 例、認知行動療法併用群に 21 例がランダムに割り付けられた。試験開始時点において、両群の臨床特性（重症度、性別、抗うつ薬治療の有無など）に偏りはなかった。

主評価項目（LSAS）の変化を図 2 に示す。16 週の介入後、認知行動療法併用群では、通常診療単独群と比較して、8 週時点、16 週時点で LSAS の有意な改善を認めた（ $p < 0.001$ 、図 2）。治療反応性を認めた患者は、通常診療単独群で 14.3%であったのに対し、認知行動療法併用群では 85.7%であった。寛解に至っ

た患者は、通常診療単独群で 0%であったのに対し、認知行動療法併用群では 47.67%であった。

長期フォローアップ期間においては、認知行動療法群に割り付けられた 21 名のうち 2 名が治療から脱落した（本人の希望による辞退：1 名、引っ越し：1 名）。LSAS は介入期間終了時の 16 週までに顕著な示し、その効果は 1 年後（64 週）まで維持されていた。なお、16 週時点では治療反応性を認めた患者が 18 名（85.7%）・寛解の基準に至った患者が 9 名（42.9%）であったのに対して、64 週時点では治療反応性を認めた患者が 19 名（90.5%）・脱落例を除いて全員）・寛解の基準に至った患者が 13 名（61.9%）であった。

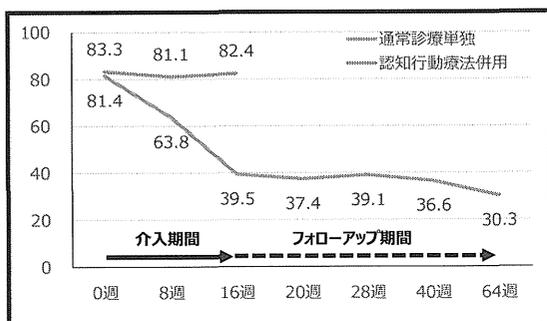


図 2 主要評価項目の変化

#### 【パニック症】

15 名が研究に参加し、脱落者は 0 名であった。主評価項目 PDSSS の変化を図 3 に示す。16 週時点では前述の治療反応性を認めた患者が 10 名（66.7%）、寛解の基準に至った患者が 10 名（66.7%）であった。

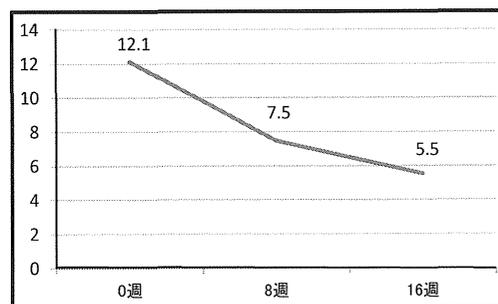


図 3 主要評価項目の変化

費用対効果については QALYs（質調整生存年; Quality Adjusted Life Years）の概念に基づき Area under the curve calculation により算出した。その結果、介入終了時に EQ-5D 効用値で 0.19 ポイントの改善が示され、1 年後に効果がなくなると仮定（最小の効果）しても、0.102QALYs が得られた（図 4）。日本人の 1 QALY を 500 万円として換算（Shiroiwa et al. 2010）すると、認知行動療法で得られる便益は少なくとも 51 万円であり、1 回あたり最低で約 3.2 万円の便益となった。

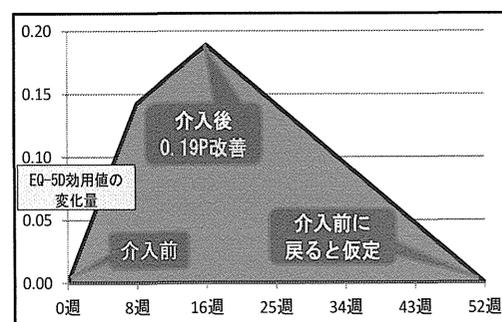


図 4 QALYs の計算 (Area under the curve calculation)

## D. 考察

社交不安症の効果研究では、抗うつ薬抵抗性に対する個人認知行動療法を併用することの高い効果が認められ、さらにその効果は介入終了1年後まで維持されることが分かった。一方で、通常診療単独群では症状の変化がほとんど見られなかった。以上から、認知行動療法によって、通常治療で改善しなかった多くの患者が早期に社会復帰が可能になることが予想され、医療費や社会的負担を大幅に軽減することも期待できる。今後は、認知行動療法を普及するための教育・研修体制の整備、認知行動療法の増分費用対効果比の算出など、さらに詳細な医療経済的な評価が必要となる。

パニック症の効果研究では、マニュアルを用いた個人認知行動療法は、臨床効果と費用対効果に優れていることが示唆された。今後はRCTによる、さらなる検証が求められる。

強迫性障害（強迫症）の認知行動療法マニュアルも作成されたので、今後は、児童思春期の不安障害や摂食障害に関して、認知行動療法のマニュアルに基づいた臨床研究が必要とされる。

## E. 結論

抗うつ薬で改善しない社交不安症であっても、マニュアルによる個人認知行動療法を提供することで、大きな症状の改善が期待できることが短期的・長期的な観察により明らかとなった。また、パニック症に対して、マニュアルによる個人認知行動療法を実施することで、臨床効果だけでなく、費用対効果も高

いことが明らかとなった。

## F. 健康危険情報

特になし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

Yoshinaga N, Matsuki S, Niitsu T, Sato Y, Tanaka M, Ibuki H, Takanashi R, Ohshiro K, Ohshima F, Asano K, Kobori O, Yoshimura K, Hirano Y, Sawaguchi K, Koshizaka M, Hanaoka H, Nakagawa A, Nakazato M, Iyo M, Shimizu E. Cognitive behavioral therapy for patients with social anxiety disorder who remain symptomatic following antidepressant treatment: a randomized, assessor-blinded, controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*. (in press)

浦尾悠子, 石川亮太郎, 吉永尚紀, 清水栄司. 赤面を恐れる社交不安症に対する認知行動療法—Clark & Wells モデルを用いた実践報告—. *認知療法研究*. (印刷中)

Urao Y, Yoshinaga N, Asano K, Ishikawa R, Tano A, Shimizu E, Sato Y. Effectiveness of a cognitive behavioural therapy-based anxiety prevention programme for children: a preliminary quasi-experimental study in Japan. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2016;10:4.

Kunikata H, Yoshinaga N, Shiraishi Y, Okada Y. Nurse-led Cognitive Behavioral Group Therapy for Recovery of Self-esteem in Patients with Mental Disorders: a Pilot Study.

- Japan Journal of Nursing Science. (Early view). doi: 10.1111/jjns.12114.
- Yoshinaga N, Nosaki A, Hayashi Y, Tanoue H, Shimizu E, Kunikata H, Okada Y, Shiraishi Y. Cognitive Behavioral Therapy in Psychiatric Nursing in Japan. *Nursing Research and Practice*, 2015;2015:529107.
- 吉永尚紀, 野崎章子, 宇野澤輝美枝, 浦尾悠子, 林佑太, 清水栄司. 日本の看護領域における認知行動療法の実践・研究の動向: 系統的文献レビュー. *不安症研究*. 2015;6(2):100-112.
- Kobori O, Nakazato M, Yoshinaga N, Shiraishi T, Takaoka K, Nakagawa A, Iyo M and Shimizu E. Transporting Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and the Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) Project to Japan: Preliminary Observations and Service Evaluation in Chiba. *Journal of Mental Health Training, Education and Practice* 2014; 9(3): 155-166.
- Yoshinaga N, Hayashi Y, Yamazaki Y, Moriuchi M, Doi M, Zhou M, Asano K, Shimada M, Nakagawa A, Iyo M and Yamamoto M. Development of Nursing Guidelines for Inpatients with Obsessive-Compulsive Disorder in Line with the Progress of Cognitive Behavioral Therapy: A Practical Report. *Journal of Depression and Anxiety* 2014; 3(2): 153.
- 吉永尚紀 (分担執筆). *不安症の辞典*. 日本評論社 2015.3.
- 吉永尚紀・清水栄司 (分担執筆). *ストレス学ハンドブック*. 創元社. 2015.2.
- Yoshinaga N, Shimizu E. Social Skills Training Encourages a Patient with Social Anxiety Disorder to Undertake Challenging Behavioral Experiments. *British Journal of Medicine and Medical Research*. 2014; 4(3): 905-913.
- Yoshinaga N, Kobori O, Iyo M, Shimizu E. Cognitive Behaviour Therapy Using the Clark & Wells Model: A Case Study of a Japanese Social Anxiety Disorder Patient. *the Cognitive Behaviour Therapist*. 2013; 6(e3).
- 清水栄司 (分担執筆). *不安障害診療のすべて*. 医学書院 2013. 44-52.
- 清水栄司. Anxiety disorder を「不安症」と字義どおりに日本語訳する病名案について. *精神科*, 2013; 22(6): 627-630.
- 清水栄司. 職場における対人恐怖 (社交不安) の発症と認知行動療法. *産業ストレス研究*, 2013; 20(4) 別刷.
- 清水栄司. 認知行動療法. *日本医師会雑誌*, 2013; 142(2) 神経・精神疾患診療マニュアル 別刷.
- 吉永尚紀, 清水栄司. 働く世代を襲う社交不安障害の実態と職場でできる取り組み: 早期発見の重要性. *メンタルヘルスマネジメント*, 2013; 1(6): 45-49. 30.
- 清水栄司. うつ病の認知行動療法と生理メカニズム. *医学のあゆみ*, 2013; 244(5): 411-416.
- 清水栄司. 社交不安症 (社交不安障害) の認知行動療法. *週刊日本医事新報*, 2013; 4645: 72-73.

## 2.学会発表

田中康子, 吉永尚紀, 清水栄司. 社交不安症患者に対する認知行動療法の一事例～電車内行動実験による認知変容過程に関する考察～. CO-2-2 (口演). 第12回 日本うつ病学会総会・第15回 日本認知療法学会. 京王プラザホテル (東京). 2015. 7.

吉永尚紀, 野崎章子, 宇野澤輝美枝, 浦尾悠子, 林佑太, 清水栄司. 精神看護領域における認知行動療法の実践・研究の動向と課題: 系統的文献レビュー. P-3-1 (ポスター). 第7回日本不安症学会学術集会. アステールプラザ (広島). 2015. 2.

関陽一, 永田忍, 澁谷孝之, 横尾瑞恵, 伊吹英恵, 南谷則子, 楠無我, 稲田康之, 川副暢子, 足立總一郎, 吉永尚紀, 中川彰子, 吉村健佑, 伊豫雅臣, 清水栄司. パニック症に対するマニュアルに基づく個人認知行動療法の臨床効果と医療経済評価. P-2-1 (ポスター). 第8回日本不安症学会学術集会. 千葉大学亥鼻キャンパス (千葉). 2015. 2.

田中康子, 吉永尚紀, 石川亮太郎, 須藤千尋, 松澤大輔, 清水栄司. 社交不安症の認知行動療法前後における心的イメージ: 自発的イメージ使用尺度 (SUIS) の日本語版の開発と臨床的有用性. P-8-3 (ポスター). 第8回日本不安症学会学術集会. 千葉大学亥鼻キャンパス (千葉). 2015. 2.

高梨利恵子, 吉永尚紀, 松澤大輔, 清水栄司. 社交不安におけるトラウマ記憶のイメージ書き直しセッションの効果. 第7回日本不安症学会学術集会. 広島. 2015.2.

田中康子, 吉永尚紀, 松澤大輔, 清水栄司. 社交不安症の認知行動療法前後におけるイメージの自発的使用尺度の研究. 第7回日本不安症学会学術集会. 広島. 2015.2.

吉永尚紀, 野崎章子, 宇野澤輝美枝, 浦尾悠子, 林佑太, 清水栄司. 日本の精神看護領域における認知行動療法の実践・研究の動向: 系統的文献レビュー. 第7回日本不安症学会学術集会. 広島. 2015.2.

関陽一, 清水栄司. パニック症の個人認知行動療法. 第7回日本不安症学会学術集会. 広島. 2015.2.

Yoshinaga N, Nosaki A, Unozawa K, Hayashi Y and Shimizu E. A Systematic Review of Cognitive Behavioral Therapy in Nursing Field in Japan. 16th Pacific Rim College of Psychiatrists (PRCP) Scientific Meeting. Vancouver, Canada. 2014.10.

Takanashi R, Yoshinaga N and Shimizu E. Exploration of the Nature of Recurrent Images and Early Memories in Japanese Social Anxiety Disorder. 44th Congress of the European Association for Behavioural & Cognitive Therapies. Den Haag, Netherlands. 2014.9.

Yoshinaga N, Hirano Y and Shimizu E. Effectiveness of Cognitive Therapy and Neuronal Alterations in Medication-Resistant Social Anxiety Disorder. 8th International Congress of Cognitive Psychotherapy. Hong Kong. 2014.7.

Yoshinaga N, Matsuki S, Kobori O, Shimizu E. Individual Cognitive Behavior Therapy for

- Japanese Patients with Social Anxiety Disorder: Preliminary Outcomes and Their Predictors. 43rd Annual Congress of The European Association for Behavioural and Cognitive Therapies Marrakech, Morocco 2013/9/27.
- Yoshinaga N. Recurrent self-image and early traumatic memory in social anxiety disorder. 4th Asian Cognitive Behavior Therapy Conference symposium "Self-Image in Social Anxiety: Its Function and Intervention" Tokyo, Japan 2013/8/23-8/25.
- Yoshinaga N, Hayashi Y, Shimada M, Yamamoto M, Yamazaki Y, Moriuchi K, Doi M, Zhou M, Asano K, Iyo M, Nakagawa A. Nursing Intervention for Inpatient Obsessive Compulsive Disorder Receiving Cognitive Behavioral Treatment: Development of Nursing Guideline at Chiba University Hospital. 4th Asian Cognitive Behavior Therapy Conference symposium Tokyo, Japan 2013/8/23-8/25.
- Yoshinaga N, Ohshima F, Matsuki S, Tanaka M, Kobayashi T, Ibuki H, Asano K, Kobori O, Shiraishi T, Ito E, Nakazato M, Nakagawa A, Iyo M, Shimizu E. A Feasibility Study of Individual Cognitive Behavior Therapy for Social Anxiety Disorder in Japanese Clinical Settings 7th World Congress of Cognitive and Behavioural Therapies Lima, Peru 2013/7/24.
- 吉永尚紀, 平野好幸, 清水栄司. 治療抵抗性社交不安障害に対する認知行動療法の効果と脳科学的作用機序の解明: ランダム化比較試験と機能的 MRI による検討. 第 6 回日本不安障害学会学術集会, 東京. 2014/2/1.
- 清水栄司 (オーガナイザー/座長), 最上多美子 (座長). シンポジウム 6 ニューロサイエンスと認知行動療法の統合. 第 4 回アジア認知行動療法会議学術総会・第 13 回日本認知療法学会・日本行動療法学会第 39 回大会, 東京. 2013/8/24.
- 吉永尚紀. うつと不安の認知行動療法. 九州認知行動療法看護研究会, 宮崎. 2013/11/8.
- H. 知的財産権の出願・登録状況
1. 特許取得 なし
  2. 実用新案登録 なし
  3. その他
    - 社交不安障害 (社交不安症) の認知行動療法マニュアル (治療者用) [1,378KB]
    - パニック障害 (パニック症) の認知行動療法マニュアル (治療者用) [1,031KB]
- を作成し、厚生労働省、心の健康、認知行動療法のサイトに掲載
- [http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/shougaishahukushi/kokoro/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/kokoro/)

# 社交不安障害（社交不安症）の 認知行動療法マニュアル （治療者用）

吉永尚紀（執筆・編集） 清水栄司（監修）

本マニュアルおよび付録資料は、厚生労働省科学研究費補助金障害者対策総合研究事業「精神療法の有効性の確立と普及に関する研究（代表：大野裕）」（平成 22～24 年度）（平成 24 年度総合研究報告書にて第 1 版を作成・公表）および「認知行動療法等の精神療法の科学的エビデンスに基づいた標準治療の開発と普及に関する研究（代表：大野裕）」（平成 25～27 年度）の助成を受け、千葉大学大学院医学研究院社交不安障害研究（SAD）チーム（松木悟志・大島郁葉・浅野憲一・伊吹英恵・小林朋美・田中麻里・高梨利恵子）と日本不安症学会不安障害認知行動療法研究班の協力のもと、作成されました。

2012 年 5 月 11 日 第 1 版作成  
2013 年 4 月 30 日 第 2 版作成  
2016 年 2 月 19 日 第 3 版作成

## 目次（マニュアル）

本マニュアルについて	3
本マニュアルの使用にあたって考慮すべき事項	4
社交不安障害の重症度を評価するツール	5
アセスメント面接	6
認知行動モデルの作成（ケースフォーミュレーション）	7
安全行動と自己注目の検討	8
否定的な自己イメージの修正（ビデオフィードバック）	9
注意シフトトレーニング	10
行動実験	11
最悪な事態に対する他者の解釈の検討（世論調査）	12
「出来事の前後で繰り返しやること」の検討	13
自己イメージと結びつく記憶の意味の書き直し（Rescripting）	14
残っている信念の検討（スキーマワーク）	15
再発予防	16
参考・引用文献リスト	17

## 目次（付録資料）

付録資料 1：アセスメントシート	19
付録資料 2：ホームワークリスト	22
ホームワーク（認知行動モデルの作成・ケースフォーミュレーション）	22
ホームワーク（安全行動と自己注目）	23
ホームワーク（注意シフトトレーニング）	24
ホームワーク（行動実験）	25
ホームワーク（出来事の前後で繰り返しやることの検討）	26
付録資料 3：典型的な自動思考・安全行動・信念リスト	27
付録資料 4：「ビデオフィードバック」 セッション記録用紙	28
付録資料 5：行動実験リスト	30
付録資料 6：「自己イメージと結びつく記憶の意味の書き直し」 セッション記録用紙	31
付録資料 7：スキーマワーク	36
付録資料 8：再発予防シート	37

## マニュアルで使用される略語

- CBT：Cognitive Behavioral Therapy（認知行動療法）  
CTS-R：Cognitive Therapy Scale-Revised（認知療法尺度：改訂版）  
HW：Homework（宿題）

## 本マニュアルについて

本マニュアルは、David M Clarkらが提唱する社交不安の心理学的な維持要因に基づく認知療法・認知行動療法である（詳細は本マニュアルの参考文献リストを参照すること）。そのため、アセスメント面接を通して、本人の主訴および解決すべき問題と目標を明確化する過程において、社交不安の問題よりも、その他の問題（例えば、大うつ病性障害やアルコール依存など）が現在の生活上の支障に大きく関連している場合には、本マニュアルの使用が、患者にとって有益でない可能性があることを考慮しておくべきである。

なお、本マニュアルで使用される文言・図表の一部には既存の資料を引用したものが含まれるが、マニュアルという性質上、その都度引用元を明記するのではなく、「参考・引用文献リスト」においてまとめて提示する。

### 【治療面接の流れ】

本マニュアルは、週1回50分、計12～16回の治療面接を基本構成とした認知行動療法である。必要に応じて（行動実験など）、90分に延長してもよい。また、フォローアップ面接を1ヶ月後、3ヶ月後、6ヶ月後、1年後などに実施し、再発予防を行うこと。

### 【治療面接の進め方】

原則的には、マニュアルに記載されている順番で進めること。ただし、治療者の判断により、セッションの順番を入れ替えることは可能である。会議やPTA、お茶会などのイベントと、行動実験の時期が大幅に異なる場合などは、行動実験のセッションの順番を入れ替えることで、行動実験が患者にとって、より有益なものになるからである。その際、特に初心者は、グループスーパービジョンや個人スーパービジョンで優先度等を含めて検討することが望ましい。

また本マニュアルは、4回分の予備セッションを設けている。この予備セッションは、患者の理解の程度とセッションの進行を合わせる（復習）や、患者個別の症状や問題に合わせることを目的として活用してほしい。言い換えれば、本マニュアルは患者に合わせてセッションの構造をカスタマイズできるように配慮されている。

### 【治療における優先事項】

下記に示すような、治療継続を左右する話題があがった場合、マニュアルの進行状況とは関係なく、優先的に話しあうべきである（マニュアルの進行が一時中断しても良い）。特に自殺・自傷に関する問題は、医師または医師を含む複数名で、リスクアセスメントと今後の対応を検討すること。

- ・ 切迫した自殺、自傷に関連する問題
- ・ 治療の継続に影響しうる現実上の大きな問題（例：経済的な問題、身体的健康問題、被虐待など）
- ・ 治療や治療者に対する陰性感情

しばしば、患者が扱いたいテーマとプログラムで扱う内容との解離が生じることが予想される。その際は、以下の項目などを考慮して、優先すべきテーマであるかの判断が求められる。もし緊急を要さないテーマである場合は、グループスーパービジョンや個人スーパービジョンで、テーマの優先度を検討すべきである。

- ・ 早急に解決が必要、かつ、短期間での解決が見込まれるテーマであるか
- ・ 社交不安障害に関係するテーマであるか
- ・ 患者が話し合いたいというニーズがあるか

患者のニーズはあるが、社交不安障害に関係せず、早急に解決すべき問題でない場合は、協同関係を崩さないよう短時間での傾聴のみを行い、マニュアルを中断せずに滞りなく進めることが望ましい。

患者のニーズがあり、社交不安障害に関係するが、早急に解決すべきテーマでない場合は、マニュアルを中断せずに滞りなく進めることが望ましい。協同関係の維持のためにも、患者が扱いたいテーマを、その日に扱う予定のアジェンダに組み込むことが本来は望ましい。もし扱うことが困難な場合は、患者が扱いたいテーマをセッションのどの段階（何セッション目）で扱うことができるか、見通しを伝えておくことと良い。

早急に解決すべきテーマである場合は、患者のニーズに関係なく、十分な話し合いを優先するべきである。その際は、セッションの順番の入れ替えや、マニュアルの進行を一時的に止めても構わない（【治療における優先事項】を参照）。ただし、これ以上の認知行動療法の継続が困難と思われる場合、スーパーバイザーに早急に今後の対応について相談すること。

## 本マニュアルの使用にあたって考慮すべき事項

### (認知療法認知療法尺度-改定版の使用とスーパービジョンの必要性)

セッションの実施にあたり、特に初心者は、マニュアルに並行して、社交不安障害に対する認知行動療法の実施経験を有するスーパーバイザーによる指導（スーパービジョン）を受けるべきである。また、本マニュアルは認知療法尺度-改定版（CTRS; Cognitive Therapy Rating Scale）、または、認知療法尺度-改定版（CTS-R; Cognitive Therapy Scale-Revised）によって評価される一定のコンピテンスを有する治療者が、認知行動療法を進めることを想定している。そのため、セッションの録画・録音記録を指導者（スーパーバイザー）に提出し、CTS-Rを元に、治療の手技に関する客観的評価・指導を受けるべきである。

考慮すべき項目の概要について以下に示す。CTS-Rの12項目の概要を事項に示す。詳細は原文(Blackburn et al.; 日本語訳「臨床精神医学」41巻8号(2012年8月号)に掲載)を参照すること。

CTS-R 合計点の目安（各項目6点満点・合計72点満点）:

24~36点（上級研修生レベル） 36~48点（有資格者レベル） 48~60点（熟練者レベル） 60点以上（達人）

※36点以上の技量持つことが望ましい

- |  |
|--|
| 項目 1. 話題（アジェンダ）の設定と追従（Agenda Setting & Adherence）              |
| 項目 2. フィードバック（Feedback）  |
| 項目 3. 協同作業（Collaboration）                                      |
| 項目 4. ペース配分と時間の効果的利用（Pacing and Efficient Use of Time）         |
| 項目 5. 対人的効果（Interpersonal Effectiveness）                       |
| 項目 6. 適切な感情表現を引き出す（Eliciting Appropriate Emotional Expression） |
| 項目 7. 鍵となる認知を引き出す（Eliciting Key Cognitions）                    |
| 項目 8. 行動を引出し、計画する（Eliciting Behaviours）                        |
| 項目 9. 誘導による発見（Guided Discovery）                                |
| 項目 10. 概念的統合（Conceptual Integration）                           |
| 項目 11. 変化の技法の適用（Application of Change Methods）                 |
| 項目 12. 宿題（ホームワーク）の設定（Homework Setting）                         |

## 社交不安障害の重症度を評価するツール

社交不安の症状評価には、以下の評価尺度が有用であるだろう。主に Clark らの研究グループが用いている評価尺度を挙げる。また、患者に負担がない範囲で、抑うつ気分や機能障害の程度を評価する尺度を、別途追加することも推奨される。

### ■日本語版での標準化がなされている評価尺度

#### 【Liebowitz 社交不安評価尺度：Liebowitz Social Anxiety Scale 日本語版 (LSAS)】

朝倉聡・井上誠士郎・佐々木史・佐々木幸哉・北川信樹・井上猛・俣田健三・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.

#### 【社会恐怖尺度：Social Phobia Scale 日本語版 (SPS)】

#### 【社会的相互作用不安尺度：Social Interaction Anxiety Scale 日本語版 (SIAS)】

金井嘉宏・笹川智子・陳峻雯・鈴木伸一・嶋田洋徳・坂野雄二 (2004). *Social Phobia Scale と Social Interaction Anxiety Scale 日本語版の開発* 心身医学, 44, 841-850.

#### 【短縮版否定的評価懸念尺度日本語版：Brief-Fear of Negative Evaluation Scale (B-FNE)】

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, 87-97.

#### 【社会不安障害尺度日本語版：Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI)】

岡島義・金井嘉宏・笹川智子・金澤潤一郎・秋田久美・陳峻雯・坂野雄二 (2008). *社会不安障害尺度 (Social Phobia and Anxiety Inventory 日本語版) の開発* 行動療法研究, 34, 297-309.

## アセスメント面接

### ■目標 - 解決すべき問題と目標の明確化

社交不安障害のアセスメント面接を実施するに当たり、下記の内容を把握・理解しておくこと。

#### 社交不安障害の定義（DSM-5）の概要（詳細は参考文献「高橋ら 2014」を参照すること）

- ・ 他者の注視を浴びる可能性の1つ以上の社交場面に対する、著しい恐怖または不安。例として、社交的なやりとり、見られること、他者の前でなんらかの動作をすることが含まれる。
  - ・ その人は、ある振る舞いをするか、または不安症状を見せることが、否定的な評価を受けることになるかと恐れている。
  - ・ その社交的状況はほとんど常に恐怖または不安を誘発する。
  - ・ その社交的状況は回避され、または、強い恐怖または不安を感じながら耐え忍ばれる。
  - ・ その恐怖または不安は、その社交的状況がもたらす現実の危険や、その社会文化的背景に釣り合わない。
  - ・ その恐怖、不安、または回避は持続的であり、典型的に6カ月以上続く。
  - ・ その恐怖、不安、または回避は、臨床的に意味のある苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。
- ▶ 該当すれば特定せよ  
パフォーマンス限局型：その恐怖が公衆の面前で話したり動作をしたりすることに限定されている場合

#### 社交不安障害の疫学的特徴（Stein MB & Stein DJ, 2008 など）

- ・ 生涯有病率は13%程度と高い（一生のうち一度でも社交不安障害にかかる割合が、7人に1人程度）
- ・ 発症年齢が若い（平均13歳）、社交不安が自分の性格と捉えられやすく、未治療である場合が多い。
- ・ 成人になってから突然発症する場合もあるが稀である。
- ・ 併存疾患を有する場合が多い（うつ病、その他の不安障害、アルコール依存など）。
- ・ 自然に症状が改善していくことは稀であり（自然寛解率30～40%）、慢性の経過をたどることが多い。

### ■手順

把握しておくべき情報の主な例を以下に示す（「付録資料1：アセスメントシート」を参照）。

- ・ 主訴（主訴やきっかけ、これまでの対処、社会資源 など）
  - ・ 現在の生活状況（職業、家族構成、日常生活 など）
  - ・ 生活歴（出生・生育地、幼少期の家族構成、学歴・学校生活状況、職歴・職業状況、その他の家族歴・ライフイベント、既往歴・治療歴、生活習慣 など）
  - ・ ライフチャートの作成（主訴に関する苦痛度や不安度、機能障害度が、生活歴の中でどのように変化したかについて点数化し、重要なイベントとともにグラフ化）
- ・ 主訴に対する目標設定：
- ① 短期（この1～2ヶ月で達成したいこと）
  - ② 中期（治療終結時に達成したいこと）
  - ③ 長期（数年後に達成したいこと）
- （特に短期・中期目標は、セッションが進む中で、より現実的・具体的な目標になるよう適宜評価・修正すること）

## 認知行動モデルの作成（ケースフォーミュレーション）

### ■目標 - 社交不安の問題を維持する「悪循環」に気づく

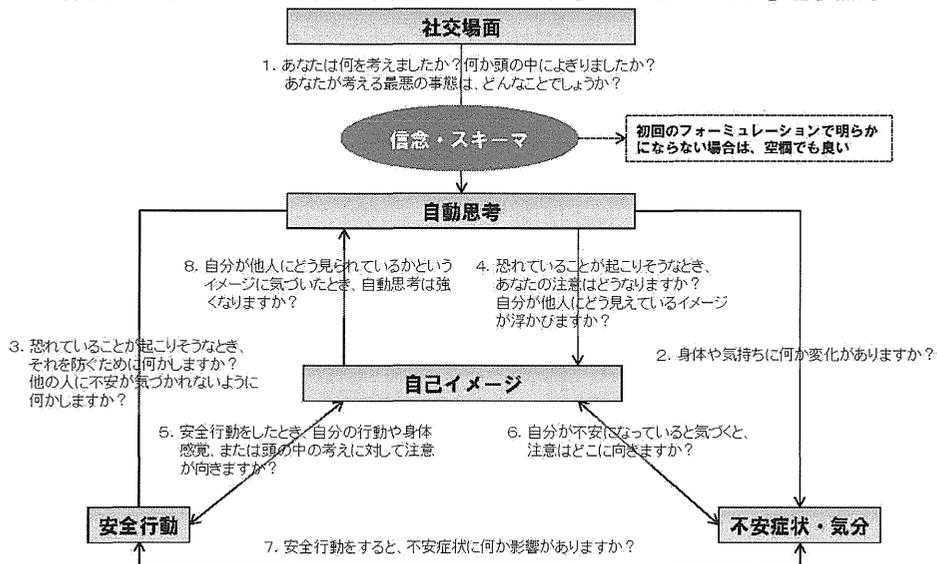
#### ■理論背景

以下の3つの要因と各構成要素の関連が、社交不安が維持される要因といわれている。

- ①自分自身（いわゆる内的情報）に対して注意が偏ること（注意のバイアス）「自己注目」「自意識」  
-身体反応、不安感情、自己イメージ、自動思考、安全行動など、自分の内側のモニタリングに注意のほとんどが使われているために、外部に注意を向けることができず、他者の現実の反応に気づくことができない。
- ②観察することなく、自分が他者にどう見えているかを判断してしまうこと  
-自分の身体反応と不安感情（いわゆる内的情報）をもとにして、自己イメージを構築するため、「こんなに自分が不安を感じ、震えを感じているのだから、きっと他人から見た目も、さぞや不安そうに震えて見えるだろう」と、否定的な自己イメージを形成する。
- ③安全行動（本人は安全と思っているが、悪循環になってしまっている行動）を続けること  
-恐れている結果を過剰に防ごうとして、安全行動を続けるため、不安が持続し、自動思考が強化され、また安全行動を他者に奇妙な行動と捉えられてしまう場合もある。

#### ■手順

1. 典型的な不安が生じる社交場面（対人場面）を同定する。
2. 自動思考を同定する（可能ならば、信念についても、同定する）。
3. 不安感情と身体反応を同定する。
4. 安全行動を同定する。
5. 自己イメージ（注意の集中する対象として）を同定する。
6. 上記の要素についての関連性から、悪循環について話し合う
7. 他の不安を感じる社交場面を取り上げ、モデルを拡充する（行動実験までにモデルを洗練させる）  
（これからのセッションでは、この認知行動モデルの鍵となる要素を取り扱っていくことを説明する）
8. 宿題：セッションで扱った社交場面以外の出来事について、認知行動モデルを用いて分析する（「付録資料2：ホームワーク 個別モデルの作成・ケースフォーミュレーション」を参照）。



#### 認知行動モデルと各構成要素を引き出す質問例

\*「対人恐怖の認知モデルの各段階を特定する質問(クラーク著)」から引用し、著者が一部注釈を加えた

- ※個別モデル作成は、ホワイトボードを介して作成すると良い。特に治療初期は、治療者も患者の恐怖の対象となっている場合があり、自分の思考へのアクセスが困難になる場合がある。一枚の個別モデル用紙を一緒に眺めながら作成する方法も良い。
- ※患者の記載が進まない場合は、「付録資料3：典型的な自動思考・安全行動・信念リスト」を参考に、典型例を提示してもよい。

## 安全行動と自己注目の検討

### ■目標 - 社交場面における「安全行動と自己注目」が不安を高めていることに気づく

#### ■理論背景

・安全行動は、最悪（破局的）な事態を防ぐために用いられる。しかし実際は、反証の機会を失い、不安が持続する、安全行動のモニタリングにより自己注目が高まる、また安全行動を行うことで、他者はより一層、患者の不安症状に気づきやすくなってしまふ（不安症状も生じやすくなる）という問題に繋がっている。

#### ■手順

※本セッションのビデオ録画は、「他者から見える自己像の修正 編」で用いる。必要に応じて、「次のセッションで使うものです」と伝えてもよい。ただし、「撮影されている」という評価懸念（不安症状の増大）が生じる場合があるため、ロールプレイの際は、カメラを患者の視野の外（目につきにくい場所）に設置するべきである。また、患者の姿だけでなく、他者とのやりとり全体が見えるよう撮影し、患者が自分と他者の様子を客観的に観察可能とする（相手のあくびに気づかなかつたなど）。

#### 1. セッション内で行うことが可能で、不安を誘発するような他者とのやり取りの課題（自己紹介、お茶を飲みながら談話する など）をいくつかリストアップする。

治療者以外の同僚や事務員などの第3者を相手に行うことが望ましい。不安が弱すぎる場合は、第3者を複数名参加させる。不安が強くなりすぎる場合は、事前に第3者と短時間の会話時間を設けたり、ビデオチャットによる方法などを用いる：適度な不安のレベルの目安 60/100点。

#### 2. 設定した課題（状況）で起こる最悪な事態と、それを防ぐための安全行動を同定する（「付録資料3：典型的な自動思考・安全行動・信念リスト」や、作成した認知行動モデルを用いると良い）。

同定された安全行動が多くある場合は、自己注目を喚起させやすい行動を3~5つほどに絞ると良い。

#### 3. 安全行動をやる場合と、やらない場合のロールプレイを行うことを伝え、事前の質問を行う。

- ・何が上手くできないと思いますか？それはどれくらいできないと思いますか？（0-100）
- ・典型的な不安症状は何が起こると思いますか？（赤面、震え、どもり、予想もしない不安症状など）その出現確率は？（0-100）
- ・どのような印象を与えますか？（つまらない、ばかだ、ネタがない、などが露呈される）

#### 4. 「同定した安全行動を確実に実践することと、他者にどのように見られているか考えること」に集中するよう教示し、課題を遂行させる。次に、「同定した安全行動を全てやめて、他者との会話の内容（難しければ表情や頷く頻度、アイコンタクト、服の色）など自分以外の情報に注目し、自分に注意を絶対向けないこと」を教示し、課題を実践させる。

※「安全行動あり+自己注目」「安全行動なし+外部注目」の直後に、以下の項目に従い、それぞれ課題チェックを行うこと。

- ・リストアップした安全行動は行えましたか？（0-100；全くできなかった-全てできた）
- ・どれくらい自分に注目できましたか？（0-100；全く注目できなかった-完全に注目できた）

#### 5. それぞれの課題について、下記の項目について評価を行う

- ・恐れていた最悪な事態は起こりましたか？（0-100；全く起こらなかった-思った通りに起こった）
- ・やり取りの間に、どれくらい不安を感じましたか？（0-100；全く感じない-恐ろしいほど感じた）
- ・出現した不安は、予想した不安より大きかったですか（0-100；全く感じなかった-非常に大きく感じた）
- ・上手に振る舞えたと思いますか？（0-100；とても下手だった-とても上手かった）
- ・「相手にどんな印象を与えているだろうか」というイメージを体験しましたか？（はいいいえ）

#### 6. 評価結果を元に、安全行動と自己注目をする事、しないことのメリットとデメリットを話し合う

#### 7. 宿題：実生活の中で、安全行動と自己注目をする場合としない場合を実践し、不安感や疲労度の違いを比較する。不安が強い場合は、家族や友人の前で試しても良い。それも難しい場合は、認知モデルシートや日記を用いて、不安を感じる社交場面で行っている安全行動と、自分に対する注目の有無、そして不安症状や気分の状態を思い出して記録する（「付録資料2：ホームワーク 安全行動と自己注目」を参照）

## 否定的な自己イメージの修正(ビデオフィードバック)

■目標 - 「否定的な自己イメージ」と「客観的に見た現実的な自分の姿」の違いに気づく

### ■理論背景

・患者は、他者のような外的世界を観察して得られる外的情報ではなく、自分の身体反応や不安感情、自分の頭に浮かぶ自己イメージや自動思考などの、いわゆる内的情報に基づいて、自分が他者にどう映っているかを推論していることが多い。つまり、自分の身体感覚と不安感情などを材料に自己イメージを構築するため、「自分がこんなに不安と感じ、こんなに震えを感じているから、他者からも、さぞや不安そうに震えているように見えるに違いない」と、現実の姿よりも過大に、否定的な自己イメージを形成している。

■手順 (付録資料4:「ビデオフィードバック」セッション記録用紙 を参照せよ)

1. 目を閉じてもらい、「安全行動と自己注目の検討 編」で撮影したビデオに、自分がどのように映っているか思い浮かべてもらう(自己イメージの同定)。
2. 「1」のイメージを示す具体的、かつ、観察可能な特徴(赤面、手や声の震え、声が出なくなるなどの不安症状)が、どのように映っているか(チークで塗ったように赤くなっている、目に見えて震えている、5秒間の沈黙があるなど)を話し合う。その際、患者の頭の中にあるイメージの中で、ビデオ上で観察可能なものに焦点を当てること。  
(頭の中でイメージする姿(震えなど)をその場で再現し、別途ビデオ撮影することも良い)
3. 「2」でリストアップした観察項目の、度合い(夕日のように真っ赤に、痙攣のようにひどく など)、出現確率(赤面や震えが出たか など)、持続時間などの予想を、点数(0-100)や時間として評定する。
4. ビデオの中に映っていると予想される自己イメージ(「1」や「2」)について評定する。
  - ・イメージの鮮明さ: 例「イメージがどれぐらい鮮明に思い浮かびますか？」(0-100)
  - ・イメージの辛さ・不安度: 例「イメージすることはどれぐらい辛いですか？」(0-100)
  - ・イメージの確信度: 例「イメージが、ビデオで客観的に見たときにも同じように映っていると思いますか？」(0-100)
5. ビデオの中に映っていると予想される自己イメージに対する、他者の反応を予想する(否定的な予測や信念などの認知の同定)
6. ビデオを視聴する。  
※ビデオを見る際には、見知らぬ別の人を見ているかのように観察するよう伝える。見えること、聞こえることにだけ注目し、「感じること」は無視するよう教示する。自分が他者にどう映っているかというイメージと、実際のビデオに映った姿との相違を、患者が最大限観察できることであるが、ビデオを見ることで、その時の不安感情を再体験する場合がある。つまり、自分の感情をビデオのイメージに投影してしまう可能性があるため、この手順が重要となる。
7. ビデオを視聴した後に、「3」～「5」の再評定を行う。
8. ビデオを視聴した後に、自己イメージの予想と実際の結果(余裕があれば、安全行動の行う場合と行わない場合の相違についても)について話し合う。
9. 宿題:「安全行動と自己注目」と「ビデオフィードバック」のセッションを通して、安全行動をやること、やらないこと不安度や疲労感の違い、そして自分に合った行動の仕方を増やしていく「付録資料B: ホームワークシートリスト ②」(前回と同じもの)。

## 注意シフトトレーニング

- 目標 - 自分自身（内部）への注意の偏り（バイアス）を減らし、外部への注意のシフトに加えて、内部と外部への相互の注意のシフトを柔軟にできる

### ■理論背景

・自分の安全行動の遂行具合、不安感情、身体感覚、自動思考などの自分自身の内部情報をモニタリングすることによって、注意が自分自身に向いてしまう場合が多い（注意の内的シフト）。そのため、患者は他者の反応（ポジティブにしる、ネガティブにしる、現実の他者評価）に気づくことができない。

### ■手順

1. 注意を柔軟にすることは、練習を必要とするスキルであることを伝える。
2. 非社交状況において、注意の焦点を外部に向ける練習をする。  
（ヒトは、様々な感覚の中でも視覚が優位であるため、視覚情報のトレーニングから始めると良いだろう。逆に、視覚以外の感覚を扱う際は、目を閉じて行くと、それぞれの感覚に注意が集中しやすい）

### 例

視覚：部屋に存在するあらゆる色の種類を数える、それぞれの色の濃淡、光と影、反射、治療者の洋服の色、髪の色やツヤ、メガネの汚れ など  
聴覚：目を閉じて聞こえてくる診察室内の音（時計やパソコンの音）、診察室の外の足音や話し声、音楽を流してそれぞれの楽器の音を追う（ギター、ベースの音、ドラムのリズム）  
嗅覚：診察室内の匂い（アルコール臭や服の匂い）、飲み物（コーヒー）などがあればその匂い など  
味覚：飲み物（コーヒー）などがあれば、飲んだ時の味や後味の違い（苦味や甘味、酸味の変化） など  
触覚：座っている椅子、診察台、机の材質や温度 など

3. 非社交状況において、外部のものに没頭できるようになったら、自分自身の内部情報（頭に浮かぶ否定的な自己イメージや身体感覚など）と外部の情報に、交互に注意を集中させる。  
（例えば、給料や昇進、子どもの育児など、社交場面以外の最近の悩みについて少しの間考えさせ、次に自分の思考から離れて外の情報に注意を向ける。最近の悩み事で頭が一杯になるほど有効である）
4. 社交状況において、自分自身（安全行動、身体感覚、自動思考など）へ注意を向けず、相手（セラピスト）の情報に注意を向ける。  
（例えば、給料や昇進、子どもの育児など、社交場面以外の最近の悩みについて少しの間考えさせ、次に自分の思考から離れて外の情報に注意を向ける。外部の情報については、相手の服装の柄や肌のつや、メガネのデザイン、顔は一重か二重か、などに注目すると良い。また、苦手な社交場面を設定してのロールプレイを行いながら行うことも可能である）
5. 宿題：一日に一回以上、「2. ～4.」のいずれかの注意シフトトレーニングを行い、その内容と日付を記録する。また、注意を外に向けることで新しく気づいたこと・発見したことについても記載すること「付録資料2：ホームワークリスト 注意シフトトレーニング」。  
（社交場面で不安が強いことで会話のやりとりに集中できない場合や、コミュニケーションがない対人場面（会議やPTAへの参加など）の場合は、自分自身への注意だけは一切行わず、外部の情報（参加者の年齢、男女比、髪の色 など）に注意を向けるよう指示する）

## 行動実験

### ■目標 - 社交場面において持つ特定の予測が実際は起こりにくいことを発見し、ありのままの自分でも他者に受け入れられることに気づくことができる

※行動実験の目標が達成されるためには、複数のセッション数で扱うことと、宿題での主体的な実験への取り組みが必要である。実験の学びを通して、取り繕う必要もなく、隠れる必要もなく、事前に賢そうな話題を準備する必要もなく、ただ適切に行動する能力が十分あることを信じれば良い。最も脅威なのは他者ではなく、実は自分自身の考えであることに患者が気づくことができるよう意識すること。

### ■理論背景

・患者は、安全行動や回避を続けてきたことにより、脅威的な結果が実際に起こるのか検証する機会を失ってきた。行動実験の目的は、社交場面において患者の持つ特定の予想（認知）を実験することである。そして、患者の信念を反証するための証拠を収集し、自分がありのままでも受け入れられるという気づきを得ることが全体的な目的である。

### ■手順

1. 実験する社会的な状況・場面を書き出す（「2. 予測：検証したい信念」が先になる場合もある）。
2. 患者が持つ予想（認知）と、それを裏づける結果とは何かを明らかにする。
3. 患者が持つ予想を検証する方法を明らかにする（「よくないと思う行動」をすると、周囲に○○と思われ、□□のような反応が観察できるだろう）。  
※他者の反応についての予測を検証（観察）するため、注意の焦点を他者に向けると同時に、安全行動を全てやめるよう教示する（安全行動を完全にやめなければ、安全行動のおかげで最悪の事態に至らなかったと考えるため）。
4. 結果を詳細に記述し、予想した結果との違いを比較する。
5. 実験を通して学んだことを書き出し、まとめる。  
※「5. 実験から学んだこと」で記載される残された問題（納得がいかないこと）に、常に着目すること。そして、残された問題を検証するための新たな行動実験が、即座に計画されるべきである。
6. 宿題：繰り返し行動実験を計画し実践する「付録資料2：ホームワーク 行動実験」

1. 実験の状況	2. 予想	3. 実験のやり方	4. 現実の結果	5. 実験から学んだこと
なるべく詳細な状況を頭の中で思い描き、それを書き出しましょう。	何が起こると予想しますか？それはどのようにして分かりますか？その確信度は(0-100点)？	その予想を実験するために何をしますか？安全行動を止めることをイメージして考えましょう。	何が起こりましたか？予想は正しかったですか(0-100)？予想と結果には、どんな違いがありますか？	予想したことが今後起こる可能性はありますか？もとの予想をさらに実験するには？納得がいかないことは？
例： コーヒープレイクで、職場の同僚と座って会話に混ざる。	例： 頭に浮かんだことをそのまま話したら、笑われたり、無視されたり、馬鹿にされるだろう。(80%の確率)	例： 頭に浮かんだことを何でも言ってみる。そして安全行動(自分について話さないこと)をせずに、他の同僚の反応を観察する。	例： 無視されたり、馬鹿にされなかった。1人が関心を示して色々な質問をしてきて、その人は笑顔だった。(10%)	例： その人が笑っていたのは会話が楽しかったからで、私を馬鹿にしたわけではないだろう。思ったよりも受け入れられるかもしれない。 お互いよく知っている同僚同士だったので、今度はよく知らない人を相手にやってみよう。

※**外的注意**について：以下の2種類があるが、徐々に①のスイッチを切り、②を実践するよう指示すること。  
**①評価モード**：他者の反応を検出するための外的注意。これは、「自分が他者にどう見られるか」の評価を続けている状態でもある。つまり、自意識が高まっている状態である。  
**②コミュニケーションモード**：自分がどう見られているかの評価ではなく、やりとりに没頭する外的注意。

この行動実験は、通常は3～4セッションかけて行う。初期は治療者がアシストし行動実験への取り組みを勇気づけ、徐々に患者自身で必要な行動実験を自分で計画・実行できるよう働きかける。その他の行動実験の例は、「付録資料5：行動実験リスト」に記載されているので参考にすると良い。