

社交不安症者の人的資源に着目した臨床心理学的支援に関する文献研究

古賀, なな子
九州大学大学院人間環境学研究院

<https://doi.org/10.15017/4773129>

出版情報 : 九州大学心理学研究. 23, pp.45-52, 2022-02-17. 九州大学大学院人間環境学研究院
バージョン :
権利関係 :

社交不安症者の人的資源に着目した 臨床心理学的支援に関する文献研究

古賀 なな子 九州大学大学院人間環境学研究院

Clinical Psychological Support for Social Anxiety Disorder using Social Resources: A Literature Review

Nanako Koga (Faculty of Human-Environmental Studies, Kyushu University)

People with social anxiety disorder experience extreme fear of being criticized by others for their abilities or performance, and subsequently avoid social exposure. It has been highlighted that there is a low diagnostic rate, since the symptoms appear in interpersonal situations, and it is difficult to connect to social resources. In this paper, we reviewed the following: the current situation and issues of the support available for social anxiety, the barriers to accessing social resources among those with social anxiety, and clinical psychological support. Consequently, the following were considered as challenges in the support provision for individuals with social anxiety: high dropout rate in cognitive-behavioral therapy, not knowing what kind of psychological experience is causing the security behavior, and the lack of consideration given to their environmental factors and social resources. For providing clinical psychological support, it was inferred that increasing social support, modifying the environment, and enhancing social resources such as self-help groups may prove effective.

Key Words: Social anxiety disorder, Social Resources, Literature Research

1. 問題と目的

社交不安症 (Social Anxiety Disorder, 以下, SAD) は, 他人から, 自分の能力, 容貌およびパフォーマンスを批判されることを極度に恐れ, 他人に暴露されることを避け (貝谷, 2015), 回避行動や身体症状により日常生活に不適応を示すものである。SAD の症状は主に対人交流場面にて出現するため, 受診率も低くなり (小山, 2017), 社会資源につながりにくいことが指摘されている。本稿では, SAD 支援における現状と課題について指摘し (2), SAD 者に特徴的な行動について整理することで (3), 2 で指摘した課題を踏まえ, SAD 者が社会資源につながりにくい要因について検討を行い, 臨床心理学的支援について考察を行う (4) こととする。

2. 社交不安症の外観

(a) 社交不安症の変遷と類似概念

SAD は, Liebowitz, M. R., Gorman, J. M., Fyer, A. J., Klein, D. F (1985) が Neglected Anxiety Disorder 「無視されてきた障害」として初めてを指摘し, これまで様々な研究が行われてきた (e.g. Conner, K. M., Kobak, K. a., Churchill, L. E., Katzelnick, D., & Davidson, J. R., 2001 ; 音羽・森田, 2015)。本邦でも, 類似概念である対人恐怖症などとの比較がなされながら (e.g. 岡野, 2003 ; 笠原,

2010), 社会恐怖, 社会不安障害, 社交不安障害などと名称を変え, DSM-5 においては「社交不安症」として診断基準が定められている。

社交不安と類似の概念の一つとして, 対人恐怖があげられる。対人恐怖症は社交不安症よりも広い構成概念であり, 社会的交流において, 自己の外見や動作が他者に対して不適切または不快であるという思考, 感情, または確信によって, 対人状況についての不安および回避が特徴である文化症候群である (DSM-5)。また, 社交場面への不安が生じるものとして, 回避性パーソナリティ障害や自閉症スペクトラム等も指摘されており, その異同についても明らかとなっている (e.g. 横山・小松・高井, 2017 ; 種市, 2018)。回避性パーソナリティ障害を伴う SAD の場合には, 吐き気や腹部の不快感がより強いことが示されており, 内受容的感覚の知覚に異常をきたしているために妄想的観念を抱きやすいことが指摘されている (横山ら, 2017)。一方, 自閉症スペクトラム症の場合には, 感覚過敏やコミュニケーション障害などにより, 対人面での傷つきを体験しやすいとされている (種市, 2018)。このように, SAD の類似概念や近接領域は複数示されており, 永田 (2018) は「社交不安スペクトラム」と捉えることで, 選択制緘黙や醜形恐怖症, ひきこもり等のスペクトラムに属する病態について, 有効な支援を考えることが出来る旨と指摘する。

(b) 社交不安症研究の症状と有病率等

SADの症状としては、極度の不安や恐怖感に加えて、自律神経症状(動悸、発汗、赤面、手足や声の震え)などがあり、これらは主に対人交流場面にて出現する(吉永, 2015)。つまり、SAD当事者はその症状により、人と人とが交流する場面を回避しがちである。不安を回避する行動として、アルコール依存や出社困難、不登校あるいは引きこもりに進展することもある(芝山, 2007)。

不安症の発症要因としては、遺伝が2~4割、環境が6~8割と考えられている。不安症の単一遺伝子は同定されておらず、病理性の比較的小さい責任遺伝子の集積により発症する多遺伝子疾患と考えられている(貝谷, 2015)。遺伝要因に関して、不安症の相対危険度(一般人口の頻度と比べた場合の遺伝的素因をある程度共有している患者の家族の疾患発症率)は4~6倍程度であり、不安症の遺伝率は30~40%であることがわかっている。養育者がSADであった場合、不安の強い育児という生活環境によって、子どももSADを呈するケースもあるため、一概にSADは遺伝するとは言いきれない(水島, 2010)。SADやその周辺関連疾患と養育環境との関係性に関する先行研究は複数存在しており(e.g. 小川, 1994; 増田・平川・山中・志村・武井・古賀・鄭, 2003; 貝谷, 2009; 松浦・坂本, 2011; 佐合・山口, 2012)、幼少期に不適切な環境で養育を受けると、不安を生じやすくなることも報告されている(音羽, 2015)。さらに、SADは、小児期の虐待と心理社会的困難が危険要因であるとされている(DSM-5)。個人因子に関しては、SADでは幼少期の行動抑制(社交場面における刺激に過剰に反応する傾向)や拒絶過敏性(他者の行動や感情に対する過度の意識と過敏さ)との関連性が示されている(菓山・貝谷・小川・小関・小関・兼子・伊藤・横山・伊藤・鈴木, 2014)。山下(2008)は子どもの不安障害の各類型の発達経路を示しており、永田(2018)も「社交不安スペクトラム」と指摘するように、幼少期に見られる人見知りや引っ込み思案、臆病といわれる特徴を示す行動抑制は、不安障害の病前性格とされている(音羽・森田, 2015; DSM-5)。また、Martin M. Antony & Karen R. (2011)は、気質と環境との相互作用はSADの発症を理解するうえで重要であると指摘し、行動抑制を示す子どもは親から過保護な行動を引き出し、その結果、子どもが新しい場面になれる機会が減り、抑制がさらに強まる、と考えられている。以上より、SAD本人がもつ器質的な要因や遺伝的な要因と、周囲の環境要因との相互作用によってSADが発症すると考えられる。

SADの生涯有病率は12.1%であるに対しSADの生涯受診率は4%といわれており、SADそのものを主訴として治療を訪れる当事者は少なく、うつ病などの併存疾患

が合併した場合に初めて訪れる場合が多いのが現状である(小山, 2017)。受診率に関しては、併存疾患のないSADの生涯受診率が4%であるのに対して、うつ病などの精神疾患が併存している場合では30%程度になるとの指摘もある(小山, 2017)。また、SADは、発症から受診までの期間が長くなる傾向があるため、重症化・慢性化しやすく、ひきこもりやニート、不登校などの社会問題になりかねない(吉永, 2015)。さらに、不安症は早期の介入により、その後の他の病気の併発は著明に少なくなることが多くの研究で示されているとの報告もある(貝谷, 2015)。つまり、SADは早期の介入により改善することが期待されるにも関わらず、当事者はその症状により援助要請行動を起こしにくいいため、適切な介入が行われず、重症化・慢性化しやすいと考えられる。

SADの生涯有病率は15%であり(貝谷, 2015)、女性の罹患率は男性の2倍であるともいわれている。多くの人は10代半ばと思春期早期に発症し、20歳を超えてからSADを発症する人は一般的には少ない(吉永, 2015)。本邦の大学生を対象とした調査によると、SADの時点有病率は4.5%、その61.3%は女性であった(久松, 2006)。このように、生涯有病率や発症年齢は調査によって数値が異なるが、これは、それぞれの調査者が、どこからどこまでを「病気」とみるかという基準や、研究の方法によって結果にばらつきが出るためである(水島, 2010)。また、米国の疫学調査のデータをまとめたものによると、SADにおける併発率は、何らかの不安症が55.0%、限局性恐怖症が36.4%、全般性不安症は21.6%、すべてのパニック障害は20.4%、大うつ病は33.4%、なんらかの気分障害は55.0%である(貝谷, 2015)。さらに、うつ病の自然寛解率が80%であるのに対し、SADは自然寛解率が20%と低く(水島, 2010)、症状自体が自然に改善していくことが難しい病気である(吉永, 2015)。以上より、有病率や併発率、自然寛解率に対する受診率の低さの要因について明らかにすることは、SAD者への心理支援を行う上で急務であると思われる。

3. 社交不安症者の安全確保行動と援助要請行動の比較

(a) 社交不安症者の安全確保行動

SAD等の不安障害が維持される要因については様々な議論がなされてきたが、その一つに安全確保行動があげられる。安全確保行動(Safety Behavior)とは、恐怖場面で生じる不安を避けるためにSAD者がとる行動のことであり、これによってSAD症状が維持されていると考えられている(岡島・坂野, 2007)。安全確保行動

については、おおむねどの文献 (e.g. 岡島・坂野, 2007; Marchin et al, 2011) においても、他者からの否定的な反応を避けるために安全確保行動を行うことによって、SAD 者が想像するような否定的な結果が通常は起きないということを学習する機会を失ってしまうこと、それによって否定的な信念を維持し、SAD 症状をも維持するという悪循環になっていること、が指摘されている。その代表的なモデルの一つに Clark & Wells (1995) の SAD 認知モデルがある。このモデルによると、SAD 者は社交場面において否定的な信念が活性化し、脅威を知覚すると、身体症状が生じた自分自身に注目しやすくなり、それによって人の目を引いている感覚が強まることで、さらに脅威を知覚する (Clark, D. M, 1995; Martin et al, 2011)。また、知覚した脅威を避けようとして、安全確保行動 (Behavioural symptoms/Safety Behaviour) をとることがある。この安全確保行動は、社交場面の最中だけではなく、その前や社交場面を乗り切った後にも行われることによって、否定的な信念を増悪させている (Clark, 1995; Martin et al, 2011)。

Clark (1999) は、安全確保行動は“行動 (Behavior)”であるが、実際は心理的なプロセスによるものであることを指摘しており、一見同じ行動であっても、その行動が安全確保行動なのか、適切な行動として機能するののかについては分からないことがあり、SAD 者本人が、その行動を行わないと破局的な結果が起こるだろうと考えている場合には安全確保行動として機能していると判断すべきである (岡島・坂野, 2007) ことから、行動内容によらず、本人が安全だと判断した行動であることが安全確保行動の中核であると考えられる。

そもそも対人不安の強い者は、社会的状況を知覚した時点で注意に偏りがあり、外的な手掛かりと内的な手掛かりから「他者から見た自己」のイメージを作り上げてしまうといわれている (Rapee, R. M., Heimberg, R. G, 1997)。また、不安の強い者は身体症状を不安のサインであると解釈しがちであることから、自己イメージはゆがみやすく、それによって安全確保行動をとることから自己イメージの歪みに気づく機会も失われ、対人不安が維持・悪化するという悪循環が生じる (Check, J. M., Watson, A. K., 1989)。さらに、SAD 者は曖昧な社会的状況を否定的に解釈し (Amin, N., Foa, E. B. & Coles, M. E., 1998)、社会的状況の脅威の程度を過度に高く判断する (Foa, E. B, Franklin, M. E., Perry, K. J., & Herbert, J. D., 1996) ということも、先行研究からも明らかになっている。このように、SAD 者は人よりも社会的状況を否定的に解釈しがちであると考えられ、そのために自身の身近にある社会資源についても否定的に捉え、うまく活用できないという悪循環が生じているのではないだろうか。

(b) 社交不安症者の援助要請

援助要請 (self-seeking) とは、当事者が何らかの問題を抱えたときに、自分だけでは解決が難しい問題について、他者に援助を求めることである (竹ヶ原, 2014)。また、その人がもともと何らかの社会資源に対して援助要請行動を起こしやすい性質をもっているかどうかを被援助志向性という (水野・石隈, 1999)。援助要請行動を起こす可能性の高い者は被援助志向性が高く (田村・石隈, 2006)、被援助志向性と実行されたサポートとの間には正の相関 (水野・石隈, 1999)、知覚されたサポートの間にも正の相関がある (本田・新井・石隈, 2011)。前述の「治療を受けに行く」という行動を、援助要請行動の一つとして捉えると、援助要請行動を起こしにくいと考えられる SAD 者は、被援助志向性に乏しいことが推測することができる。

援助要請するかどうかは、コストと利益のバランスにより判断される (高野・宇留田, 2002)。実際に援助要請の利益・コスト尺度 (永井・新井, 2008) の項目をみると、要請コストと考えられる「相談しても相手に嫌なことを言われる」のような「否定的応答」因子、「相談したことを他の人にばらされる」のような「秘密漏洩」因子、「悩みを相談すると自分の弱い面を相手に知られてしまう」のような「自己評価の低下」因子の項目は、SAD 者が脅威と感ずる項目であると推測され、SAD 者はこのような要請コストが被援助利益よりも大きいために、援助要請されにくいのではないかと考えられる。また、家族・友人・教師に対する被援助志向性尺度 (本田他, 2011) における「自分が能力のない人間と思われそう」「(相談しても) 真剣には考えてくれないだろう」等の「被援助に対する懸念や抵抗感の低さ」因子の項目は、SAD 者が脅威と感ずる項目であると考えられる。実際に、西谷・桜井 (2005; 2006) が児童を対象に行った研究において、援助要請態度と対人関与の苦痛との間に負の関連が見られ、人と関わることに苦痛を感じる傾向の高い児童は援助要請態度 (他人に援助を求めたいという欲求) が低く、向社会的スキルの高い児童ほど援助要請行動を行うことが明らかになっている。さらに、MMPI の中でも意識的に自分自身あるいは他者との対人関係を否定的にゆがめる傾向の強い人や問題を大げさに訴える人も高い値を示す F 尺度と被援助志向性との間に負の相関が示されている (雨宮・松田, 2015)。以上の先行研究から見ても、SAD 者は被援助志向性に乏しく、援助要請を起こしにくいことが推測される。

(c) 社交不安症者の援助要請行動と安全確保行動

援助要請態度を質的に捉える視点として、援助要請スタイルに着目した研究も存在する。前述の通り、一つの行動をとっても、安全確保行動として機能するの適切

な行動として機能するのかは分からないことがあり、恐怖場面内での回避行動についての尺度 ABIS を作成した岡島・金井・陳・板野 (2007) の研究においても、健常群と臨床群との間に優位な差は認められず、回避行動の多さではなく SAD 者が不安の軽減に効果があると信じている特定の回避行動に着目する必要があることを指摘している。実際に、安全確保行動についての尺度 SAFE (Subtle Avoidance Frequency Examination; Cuming, S, Kempa, N, Maree J. Abbott, L. Peters, J. E. Gastona, 2009)、恐怖場面内での回避行動についての尺度 ABIS (Avoidance Behavior In-Situation Scale: 岡島他, 2007)、援助要請スタイル尺度 (永井, 2013) を比較すると、「自分のパフォーマンスについて人に尋ねる」といった他者からの評価を回避するために行われる過活動型の安全確保行動 (Cuming, S et al, 2009) は、一見すると安全確保行動と同定しにくい (荒井ら, 2017)、場合によっては「些細なことでもすぐに相談する」等の過剰な援助要請スタイル (永井, 2013) と行動上は類似し、援助要請行動としても機能する場合もあると推測される。つまり、SAD 者の行動のみではなく、SAD 者がどのような体験をしているのかに着目し、安全確保行動の機能を明らかにすることが、SAD 者への有効な支援を考える上で必要なことであると考えられる。

4. 社交不安症の支援

SAD の治療としては主に、薬物療法と精神療法の 2 つがある。精神療法には、支持的精神療法、精神分析的な精神療法、森田療法、認知行動療法などがある。本邦における SAD 治療ガイドラインは作成中であるが (藤井・朝倉, 2018)、イギリス (National Institute for Health and Care Excellence) やドイツ (S3)、カナダ (clinical practice) ではガイドラインが制定されている。それによると、エビデンスレベルが高いのは薬物療法および認知行動療法であり、本邦でも SAD の支援には、認知の偏りに直接アプローチする認知行動療法が行われることが多い (福西, 2007)。認知行動療法とは、認知の仕方を変えることにより気持ちを楽にする精神療法である (貝谷, 2015)。一般的に、選択的セロトニン再取り込み薬 (SSRI) による薬物療法終了後の再発率は、平均して約 50% であり (渡辺, 2007)、認知行動療法による治療終了後の再発率は約 20% といわれる一方で、その脱落率の高さ (31%) も指摘されている (Lincoln et al, 2005)。

従来、心理支援はクリニックモデルで行われるものであったが、近年では Engel (1977) が生物・心理・社会モデルを提唱し、WHO (2001) の国際機能分類 (以下、ICF) においても生活機能と背景要因との相互作用によって人間を理解すべきであるとされてきている。ICF

では、「心身機能・身体機能」「活動」「参加」という 3 つの生活機能と、その背景要因としての「環境因子」や「個人因子」の相互作用によって人間を構造的に理解するという、医学モデルと社会モデルを統合した形でのモデルが提唱されている (厚生労働省, 2002)。「心身機能・構造」は「生命レベル」に相応し、SAD においては社交場面での高い不安や認知の歪み等が考えられる。「活動」は「生活レベル」であり、SAD においては、社交不安によって仕事上の業務が遂行できない、電車に乗れない等の日常生活レベルに支障が出ることでありと考えられる。また、「参加」は「人生レベル」の生活機能であり、就職困難、ひきこもり等の状態が考えられる。これらに因果関係はなく、矢印が双方向であるように、「人が生きる」ことの全体をみることが特徴である。つまり、SAD であるという状態は、SAD によって「心身機能 (心理的機能)」が低下しているだけではなく、「活動 (課題や行為の個人による遂行のこと)」「参加 (生活・人生場面への関わりのこと)」のレベルにおいても生活機能が低下していると考えられる。

前述の通り、これまで認知行動療法などの SAD の個人因子に着目した支援方法については様々な研究がおこなわれてきた。一方、SAD の環境因子 (人々が生活し人生を送っている物的な環境や社会的環境、人々の社会的な態度による環境を構成する因子) の影響については指摘されてきたものの、環境因子に着目した支援については十分な検討がなされていないと考えられる。SAD 者の行動のみではなく体験の様相に着目し、安全確保行動の機能を明らかにすることが、SAD 者への有効な支援を考える上で必要であると考えられることから、SAD 者の環境因子について検討を行うことが求められているのではないだろうか。

5. 社交不安症と人的資源

(a) 社交不安症者のソーシャルサポート

「社会資源」や「ソーシャルサポート」に明確な定義は存在していないが、福岡 (2018) はソーシャルサポートとは「その人をとりまく対人関係において様々な援助 (サポート)、あるいはそれが必要なときに得られる期待に関わる概念」という久田 (1987) の定義を採用している。高島 (2006) は、社会資源とは、個人の日常生活や社会生活、集団活動の維持、発展させるために必要な資源のことをいい、コミュニティの人々のニーズに基づいて活用できるものを指し、人材・物質・資金、施設・機関、情報、制度やサービス (技術・知識)などを指すとしている。

ソーシャルサポートは、サポートの次元や内容の観点から複数に分類されている。なかでも、知覚されたサ

ポート (perceived support) とは、サポートに対する主観的な心理的感覚のこと (稲葉・浦・南, 1987) であり、例えば、宮崎・小玉・佐々木 (1999) の尺度では「喜びや悲しみを分かち合うことのできる特別な人がいる」「私の家族は助けが必要になった時に手を貸してくれる」等の項目である。また、ソーシャルサポートが低い者は自尊心が低く不安が高い等、精神的健康等の関連も明らかとなっている (e.g. 細田・田島, 2009; 福岡, 2018)。さらに、自分の事を気にかけてくれている存在がいると思えること自体が、悩んでいる人にとって励みになることも示されており (Taylor et al., 2004)、援助資源の存在を多く認知することが情緒的安定を導くと考えられている (竹ヶ原, 2014)。つまり、SAD 者は社会資源、なかでも知覚されたサポートが不足しているために、人とのつながりが薄れ、SAD 症状が維持・悪化するという「悪循環」が生じているのではないかと考えられる。

(b) 人的資源に着目した臨床心理学的支援

2017年に施行された公認心理師法では、全ての国民を対象とした「心の健康に関する知識の普及を図るための教育及び情報の提供」がその業務として求められており、心の健康のための予防・健康増進に寄与することが期待されている (野島, 2016)。さらに、従来手薄であった予防の視点 (津川, 2016)、「専門家が治す」ことから「コミュニティで支える」コミュニティ・アプローチへの発想の転換の必要性 (野島, 2016) も指摘されている。すなわち、症状や障害を治そうとするのではなく、ともに抱えともに生きる資源を豊かにすること、エンパワーメントすること等のコミュニティ・アプローチが大事にする視点 (山本, 2001) が、いま求められていると言えよう。マズロー (1970) が、人間社会において「所属の欲求」が妨害されることが、不適応の一般的な原因になっていると指摘するように、人は何かに所属し人とのつながりをもつことで、精神的健康を保つことができると考えられる。

厚生労働省 (2010) の「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」によると、ひきこもりケースを包括的にアセスメントするための多軸診断モデルにおいて、第5軸に環境の評価が必要であると述べられている。また、ひきこもり支援は3次元で考えられ、その一つが「家族を含むストレスの強い環境の修正や支援機関の掘り起しなど環境的条件的改善」であるとされている。このガイドラインをもとに、精神医学的な確定診断がなくても背景要因となっている情緒体験や症状を把握・同定することを重視して作成された、近藤 (2017) の「ひきこもりケースの包括的アセスメント (GAW)」においても、第5軸に環境要因の評価、第6軸において社会的機能水

準の評価が設定されており、家族や友人などがもつ肯定的な強みにも着目して支援計画を立てることが大事であるとされている。近藤 (2017) によると、ひきこもりは、一次的ひきこもりと二次的ひきこもりとに分けられ、ひきこもりそのものが中心的な問題となる対人恐怖や回避性パーソナリティ障害などは一次的ひきこもりに分類される。DSM-IVにおける社会恐怖と同様の概念である緊張型対人恐怖は、問題なく社会参加できているように見える適応群と、ひきこもり群に大別できるとも指摘されている (傳田, 2002)。厚生労働省 (2010) が作成した「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」においても、「社会不安障害は人前で行動する等の社会的活動に対する回避傾向が主症状の不安障害で、(中略) ひきこもりへと向かう可能性が少なくない」と指摘されている。これらの指摘からも、SAD とひきこもりとは密接な関係があり、ひきこもりだけではなく SAD の支援に対しても、環境調整が必要であるといえよう。

(c) セルフヘルプ・グループによる支援の可能性

環境面での支援方法の一つとして、セルフヘルプ・グループ (Self-Help Group, 以下、SHG) があげられる。SHG とは、共通の問題やニーズをもった仲間が、自分たちの問題を解決するために自発的に集まったグループである (谷本, 2004)。セルフヘルプ (self-help) という言葉には、個人による自助や独立などの自立 (自律) の意味と、相互援助 (mutual aid) や共同の意味がある。つまり、セルフヘルプには独立と依存の両面が含まれており、「自分のことは自分でする」と「相互に助け合う」が組み合わされて「仲間同士が支え合うグループ」と考えることができる (久保, 1998)。専門職が SHG に関わる際に最も多い関わりは会員の紹介であり、約6~7割の専門職が行っている (蔭山, 2002)。専門職が SHG を紹介するクライアントの特徴として、対人場面が少なく孤立していること、対人不安が高いことが明らかになっており、専門家は、SHG を人の集まりへの参加を促すことができる資源として捉え、期待をよせている (三好, 2016)。つまり、SHG は前述の通り「ともに抱え生きる資源」として SAD 者を支えることが出来ると考えられる。また、先行研究において、SHG は援助形態の一つであると指摘されており (e.g. 中田, 2004; 黄・中岡・高田, 2011)、専門職による援助とは異なるピアサポートという援助機能を果たしている (e.g. 中田, 2007; 谷本, 2004)。中田 (2000) は、援助されることによる被援助者の自尊心の低下を指摘し、被援助者には相互に援助し合い問題の解決に向けて協働するという道徳的行為が必要であり、このような内在的な力を素直に表現できる場が SHG であると述べている。

マズロー (1970) は、グループが急激に増加した時代

の背景には、疎外感や孤独感、違和感や孤立感などを克服したいという欲求があると指摘している。しかしながら、SAD 者や対人恐怖症者のみが集まって活動しているグループはほとんど存在しない。その理由として、板東 (2005) は、対人関係に対する過敏さや緊張のためであることを指摘している。一方で、対人恐怖心性の高い者が多い SHG には、日常生活における対人関係の困難さを和らげることを目的に訪れるメンバーは多い (板東, 2005)。このように、対人交流場面での苦手を克服したいと思っている SAD 当事者は多いと推測され、SHG は対人交流場面の練習の場、所属の欲求を満たすことが出来る場として機能するのではないだろうか。ドイツの不安障害のための治療方針 (S3) のなかでも、薬物療法に次いで認知行動療法による支援が推奨されているが、SHG による支援については、clinical consensus point として記載されており、今後、研究の余地はあると考えられる。

6. まとめと今後の展望

SAD 者への支援の課題として、安全確保行動の心的体験の様相の不透明さ、認知行動療法における脱落率の高さ、SAD 者の環境要因や社会資源に着目した検討の乏しさが考えられた。SAD 者は援助要請を起こしにくく社会資源への認知の歪みによりサポート源を知覚しにくいと推測される。SAD 者を取りまく社会資源を充実させる支援、すわなち、人とつながるコミュニティをもつ (所属の欲求を満たす) 支援について検討することは急務であり、社会資源の一つである SHG は有用なサポート源となりうるだろうと考えられた。今後、SAD 者が社会資源をどのように認知しているのか、安全確保行動を行う際の心的体験等について、明らかにしていく必要があると思われる。

引用文献

- Amin, N., Foa, E. B., & Coles, M. E. (1998). Negative interpretation bias in social phobia. *Behavior Research and Therapy*, *36*, 945-957.
- 雨宮千沙都・松田英子 (2015). 大学生の家族および友人への援助要請行動に被援助志向性、ソーシャルサポート、その他の心理的変数が及ぼす影響 江戸川大学紀要, *25*, 159-165.
- American Psychiatric Association (2014) *Diagnostic and statistical manual of mental of disorder. Fifth ed.* (高橋三郎・大野 裕 (訳). DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院)
- 荒井穂菜美・青木俊太郎・石川信一・坂野雄二 (2017) 不安のコントロール感が社交不安症状におよぼす影響—三つのタイプの安全確保行動を媒介変数として— 行動療法研究, *43* (2), 127-135.
- 板東充彦 (2005). セルフヘルプ・グループへの所属過程—対人恐怖心性の高いグループにおける調査— 人間性心理学研究, *23* (1), 39-50.
- Cheek, J. M., Watson, A. K. (1989). The definition of shyness: Psychological imperialism or construct validity? *Journal of Social of Behavior and personality*, *4*, 85-95.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D. A., Hope & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp.69-93). New York: Guilford Press.
- Clark, D.M. (1999). Anxiety disorders: why they persist and how to treat them. *Behavior Research and therapy*, *37*, S5-S27.
- Conner, K. M., Kobak, K. a., Churchill, L. E., Katzelnick, D. & Davidson, J. R. (2001). Mini-SPIN: A Brief screening assessment for generalized social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, *14*, 137-140.
- Cuming, S., Rapee, M. R., Kempa, N., Abbott, J. M., Peters, L., & Gastona, E. J. (2009). A self-report measure of subtle avoidance and safety behaviors relevant to social anxiety: Development and psychometric properties. *Journal of Anxiety Disorders*, *23*, 879-883.
- 傳田健三 (2002). 一般外来における対人恐怖の治療—対人恐怖と社会恐怖の異動も含めて— 精神科治療学, *17* (8), 1045-1050.
- 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.
- 本田真大・新井邦二郎・石隈利紀 (2011). 中学生の友人、教師、家族に対する被援助志向性尺度の作成 カウンセリング研究, *44* (3), 254-263.
- 福岡欣治 (2018). ソーシャルサポートと知覚されたサポート 実行されたサポートが大学生の孤独感と抑うつに及ぼす影響. 川崎医療福祉学会誌, *27* (2), 303-312.
- 福西勇夫 (2007). 精神療法—認知行動療法を含む社会不安障害 社会不安障害 (pp.72-76) 現代のエスプリ
- 藤井 泰・朝倉 聡 (2018). 社交不安症の難治例の治療 精神科, *33* (5), 402-406.
- 久田 満 (1987). ソーシャルサポート研究の動向と今後の課題 看護研究, *20* (2), 2-11.
- 久松由華 (2006). 日本人の社会不安の傾向とスクリーニング方法に関する研究 心身医学, *46* (11),

- 970-968.
- 細田 絢・田島誠一 (2009). 中学生におけるソーシャルサポートと自己への肯定感に関する研究 教育心理学研究, *57*, 309-323.
- 稲葉昭英・浦 光博・南 隆男 (1987). 「ソーシャルサポート」研究の現状と課題 哲学, *85*, 109-149.
- 貝谷久信 (2009). 非定型うつ病 主婦の友社, 54-55, 64-65.
- 貝谷久信 (2015). 不安症とは 貝谷久信・佐々木司・清水栄治 (編) 不安症の事典 (pp.12-23) 日本評論社
- 笠原敏彦 (2010). Social Phobia は社交恐怖か? 精神神経学雑誌, *112* (7), 644-649.
- Kamalou, S., Shaughnessy, K., & Moscovitch, D. A. (2019). Social anxiety in the digital age: The measurement and sequelae of online safety-seeking. *Computers in Human Behavior*, *90*, 10-17.
- Katzman, M. A., Bleau, P., Blier, P., Chokka, P., Kjemsted, K., & Ameringen, V. M. (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive compulsive disorders. *BMC Psychiatry*, *14*, 3-83.
- Kawakami, N., Takeshima, T., Ono, Y., Uda, H., Hata, Y., Nakane, H., ... Kikkawa, T. (2005). Twelve-month prevalence, severity and treatment of common mental disorders in communities in Japan: A preliminary funding from The World Mental Health Japan 2002-2003. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *59*, 441-452.
- 久保絃章 (1998). セルフヘルプ・グループとは何か 久保絃章・石川倒覚 (編) セルフヘルプ・グループの理論と展開—わがコクの実践をふまえて— (pp.2-20) 中央法規出版
- 藤山正子 (2002). セルフヘルプ・グループへの専門職の関わり 保健の科学, *44* (7), 519-524.
- 小山 司 (2017). 社交不安症について 貝谷久信 (編), 社交不安症の臨床 評価と治療の最前線 (pp.50-69) 金剛出版
- 近藤直司 (2017). 青年のひきこもり・その後—包括的アセスメント支援の方法論— 岩崎学術出版社
- Lee, B. W., & Stapinski, L. A. (2012). Seeking safety on the internet: Relationship between social anxiety and problematic internet use. *Journal of Anxiety Disorder*, *26*, 197-205.
- Liebowitz, M. R., Gorman, J.M., Fyer, A.J., & Klein, D. F. (1985). Social Phobia. Review of neglected anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, *42*, 729-736.
- Lincoln, T. M., Rief, W., Hahlweg, K., Frank, M., & Witzleben, I. (2005) Who Comes, Who Stays, Who Profits? Predicting refusal, dropout, success, and relapse in a short intervention for social phobia. *Psychotherapy Research*, *15* (3), 210-225.
- Maslow, A. H. (1970). *Motivation and Personality* (Second ed). Harper & Row, Inc. (マズロー, A. H. 小口忠彦 (訳). 改訂新版 人間性の心理学 モチベーションの心理学. 産業能率大学出版部)
- Martin, M. A., & Karen, R. (2011). *Advances in Psychotherapy-Evidenced-Based Practice: Social Anxiety Disorder*. (マーチン・M・アントニー & カレン・ロウ 鈴木伸一 (監訳) (2011) エビデンス・ベースト心理療法シリーズ—社会不安障害 金剛出版)
- 宮崎隆穂・小玉正博・佐々木雄二 (1999). 知覚されたソーシャルサポート尺度の計量心理学的特性の検討 筑波大学心理学研究, *21*, 187-195.
- 三好真人 (2016). 臨床家がセルフヘルプ・グループにクライアントを紹介するプロセスの検討 心理臨床学研究, *34* (3), 329-334.
- 水島広子 (2010). 対人関係療法でなおす社交不安障害—自分の中の「社会恐怖」とどう向き合うか— 創元社
- 水野治久・石隈利紀 (1999). 被援助志向性・被援助行動に関する研究の動向 教育心理学研究, *47*, 530-539.
- 増田彰則・平川忠敏・山中隆夫・志村正子・武井美智子・古賀靖之・鄭 忠和 (2003). 思春期・青年期の心身症およびその周辺疾患の発症に及ぼす家庭機能と養育環境の影響 心身医学, *44* (5), 369-378.
- 松浦隆信・坂本真士 (2011). 不安障害疾患群における両親の養育態度の検討—様々な不安に関連する認知行動的変数への影響を考慮に入れて— 日本心身医学会第75回大会, 403.
- National Institute for Health and Care Excellence (2013). *Social Anxiety Disorder: Recognition, Assessment and Treatment. Clinical Guideline [CG159]*. London: National Institute for Health and Care Excellence.
- 中田智恵海 (2000). セルフヘルプグループ—自己再生の援助形態 八千代出版.
- 中田智恵海 (2004). セルフヘルプ・グループと専門職 助産雑誌, *58* (7), 593-598.
- 中田智恵海 (2007). セルフヘルプグループと医療専門職 看護学雑誌, *71* (12), 1092-1095.
- 永井 智・新井邦二郎 (2008) 相談行動の利益・コスト 尺度改訂版の作成 筑波大学心理学研究, *35*, 49-55.
- 永井 智 (2013). 援助要請スタイル尺度の作成—縦断調査による実際の援助要請行動との関連から— 教育心理学研究, *61*, 44-55.

- 永田利彦 (2018). 社会不安障害 (社交不安症) “人が怖い” の心理学 (pp.36-40), こころの科学.
- 西谷美紀・桜井茂男 (2005). 児童の援助要請行動と社会的スキルとの関連 日本教育心理学会総会発表論文集第 47 回総会.
- 西谷美紀・桜井茂男 (2006). 児童の援助要請行動と対人不安傾向 抑うつ傾向との関連. 日本教育心理学会総会発表論文集第 48 回総会.
- 野島一彦 (2016). 心理学的援助を学ぶ 公認心理師への期待 (pp.62-65), こころの科学.
- 黄 正国・中岡千幸・高田 純 (2011). 地域のがん患者会の援助機能に関する質的分析 広島大学心理学研究, *11*, 249-258.
- 小川雅美 (1994). 不安神経症患者と両親の養育態度の関連 東京女子医科大学雑誌, *64* (5), 418-423.
- 音羽健司・森田正哉 (2015). 社交不安症の疫学—その概念の変遷と歴史— 不安症研究, *7* (1), 18-28.
- 岡野憲一郎 (2003). Socialphobia と対人恐怖の比較—比較文化の視点から— 精神科治療学, *18* (3), 279-286.
- 岡島 義・板野雄二 (2007). 社交不安障害における安全確保行動の役割 行動療法研究, *34* (1).
- 岡島 義・金井嘉宏・陳 俊雯・板野雄二 (2007). 社会不安障害における恐怖場面での回避行動の評価—Avoidance Behavior In-Situation Scale の開発— 行動療法研究, *33* (1), 1-12.
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, *35*, 741-756.
- 佐合由香・山口勝己 (2012). 社会不安傾向と養育態度との関連性について 創価大学教育学論集, *63*, 51-63.
- 芝山幸久 (2007). 不安障害の症状と診断—症例を中心に— 社会不安障害 (pp.36-47), 現代のエスプリ.
- 巢山晴菜・貝谷久直・小川裕子・小関俊祐・小関真実・兼子 唯…鈴木伸一 (2014). 本邦における拒絶過敏性の特徴の検討—非定型うつ病における所見— 心身医学, *54*, 422-430.
- 谷本千恵 (2004). セルフヘルプ・グループ (SHG) の概念と援助効果に関する文献検討—看護職は SHG とどうかかわるか— 石川看護雑誌, *1*, 57-64.
- Taylor, S. E., Sherman, D. K., Kim, H. S., Jarcho, Takagi, K., & Dunagan, M. S. (2004). Culture and Social Support: Who Seeks It and Why? *Journal of Personality and Social Psychology*, *87* (3), 354-362.
- 高野 明・宇留田麗 (2002). 援助要請行動から見たサービスとしての学生相談 教育心理学研究, *50*, 113-125.
- 竹ヶ原靖子 (2014). 援助要請行動の研究動向と今後の展望—援助要請者と援助者の相互作用の観点から— 東北大学大学院教育学研究科研究年報, *62* (2).
- 種市摂子 (2018). 自閉症スペクトラムにおける対人不安 “人が怖い” の心理学 (pp.41-45), こころの科学.
- 田村修一・石隈利紀 (2006). 中学教師の被援助志向性に関する研究—状態・特性被援助志向性尺度の作成および信頼性と妥当性の検討— 教育心理学研究, *54*, 75-89.
- 高島克子 (2011). コミュニティ・アプローチ 東京大学出版社
- 津川律子 (2016). 公認心理師の活躍が期待される職域・活動 (総論) 公認心理師への期待 (pp.74-77) こころの科学.
- 渡辺全郎 (2007). 社会不安障害の治療と予防 社会不安障害 (pp.77-85), 現代のエスプリ.
- 山下 洋 (2008). 子どもの不安障害 子どもと思春期の精神医学 (pp.480-486) 中根見・牛島定信, 村瀬嘉代子 (編) 金剛出版
- 吉永尚紀 (2015). 社交不安症 不安症の事典 (pp.60-62) 日本評論社
- 横山知加・小松智賀・高井絵里 (2017). 回避性パーソナリティ障害を伴う社会不安症患者の臨床的特徴—社交状況に対する身体症状および対人関係の病理からの探索的検討— 社会不安症の臨床, 112-135.