

社交不安障害の心理学的介入に関する現状と展望

城月 健太郎

SUMMARY

This paper reviews the psychological treatment of social anxiety disorder (SAD). In SAD treatment, the combination of cognitive behavior therapy (CBT) and pharmacological treatment has been recommended. Recent CBT treatment program consists of psychoeducation, exposure, cognitive restructuring, social skills training, and relaxation. In SAD research, the improvement of these components has been developed. Additionally, it is important to consider the treatment setting of CBT in SAD. In previous SAD treatment research, individual CBT and group CBT was conducted. Both treatment settings have sufficient effect on the improvement of SAD symptoms. However, the specificity of individual CBT and group CBT in SAD has not been clarified. In this review, it was suggested that future studies requires to reveal the specificity of individual CBT and group CBT and to spread CBT program of SAD throughout Japan.

社交不安障害 (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)。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)。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, Hughes, 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有することが指摘されている。

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。

また, 心理療法は, 主に治療効果を長期的に持続させる点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。

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, リラクゼーション, 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。

本論文では、これらの心理学的介入の諸要素について概説するとともに、今後の SAD の心理学的介入について展望する。

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, Ehlers, McManus, Hackman, Fennell, Campbell, Flower, Davenport, & Louis, 2003; Heimberg, Liebowitz, Hope, Schnier, Holt, Welkowitz, Juster, Campeas, Bruch, Cloitre, Fallon, & Klein, 1998; Herbert, Rheingold, & Goldstein, 2002; Stangier, Heidenreich, Peitz, Lauterbach, & Clark, 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 et al., 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を進めることが多い。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、高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されている (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。

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, Clark, & Mathews (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パ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。そのため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と考えられる。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, Ehlers, Hackman, McManus, Fennell, Grey, Waddington, & Wild (2006) は、SAD での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を比較した。その結果、認知療法群の方が 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, Peters, & Clarke(1988) は、CBGT 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。

リラクゼーション

リラクゼーション法には、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) によって、応用リラクゼーションによる、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、一般にリラクゼーションが SAD 治療で十分な効果を示す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+リラクゼーション群、ウェイトリフ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, Heindenreich, Peitz, Lanterbach,

& Clark, 2003)。また、集団療法は Heimberg や Rapee らのグループを中心に取られ、同様に治療効果が示されてきている(Heimberg, Salzman, Holt & Blendell, 1993; Mattick et al., 1989; Rapee, Gaston, & Abbott, 2009)。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)。

さらに、従来の SAD の心理学的介入研究では、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 1 に、これまでの介入研究の概要について示す。

先述の通り、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、リラクゼーション、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。

個人療法と集団療法

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。集団療法・個人療法の双方に関して、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、患者間で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

Table 1 従来の SAD の介入研究の概要

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。
Chen et al. (2007)	CBGT 群	毎週・12 回	・日本人の SAD 患者への CBGT も欧米と同等の効果を示した。
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)	・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した。
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 ヶ月後の 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 処方 方を継続	・Phenelzine は、SAD の短期的効果において、CBGT より優れていた。 ・CBGT は、SAD 治療の長期的効果の持続の点で優れていた。
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

Table 2 SAD における個人療法と集団療法の比較

	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。	・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。
時間的コスト	・個人のため、患者間の治療への協同意識は高めにくい。	・個人的な話をすることが、他者の存在により妨げられる。
現実性	・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。
治療者側のコスト	・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。
	・1 対 1 で行うため、対応する患者数は限定される。	・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。	・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。

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 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、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 CBGT 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。

SAD 治療の展望

今後の SAD の心理学的介入の展望について、これらの知見をもとに以下に指摘する。まず、第一に、治療形態の効果の特異性に関する知見の提示である。Stangier et al. (2003) により、SAD の個人療法と集団療法の効果の比較がなされているが、他の研究では治療形態に関する効果比較がなされていない。特に、本邦においては、個人認知行動療法プログラムの効果検討は十分になされていないことから、より多くの研究例を蓄積することが重要であるといえる。先述のとおり、従来の研究によって、双方の治療形態は SAD 症状の改善に有効であることを示している。そのため、双方に治療効果のあることが認められる。一方で、個人療法と集団療法について、

認知・行動・生理的反応・感情といった各 SAD 症状の要素に対する治療効果の特異性は十分に解明されていない。そのため、これらの作用に関して十分に明らかにすることが、治療効果の向上と解明につながるといえる。

第二に、治療効果を促進する要因の解明である。従来の SAD 研究では、Clark & Wells (1995) の認知モデルや Rapee & Heimberg (1997) の認知行動モデルを中心に、病態理解の促進が進められてきた。これらを踏まえ、情報処理バイアス (Hirsch & Clark, 2004)、生理的反応の認知の歪み (金井・坂野, 2006)、安全確保行動 (岡島・坂野, 2008) についてのレビューがなされている。今後の研究では、これらの各要因に対する介入効果を明確化するとともに、それらを踏まえてプログラムとしての治療効果を提示することが求められるといえる。

第三に、SAD に関する基礎知識の啓蒙と認知行動療法に関する治療機関の増加である。本邦において、陳 (2005)、Chen, Nakano, Ietzugu, Ogawa, Funayama, Watanabe, Noda, & Furukawa (2007) や小林・井上・鈴木・坂元・石郷岡 (2009) の集団認知行動療法の効果検討が進められるなど、介入研究の成果が提示され始めている。一方、これらの治療を提供する機関の日本全体での普及は、進展を待つ段階であるといえる。また、一般に SAD に関する心理学的メカニズムの理解を広めることや、治療に関する情報提供を進めることで、疾患発症の予防や早期治療を行うことができる。そのため、今後は SAD に関する理解を深める活動を進め、早期予防を促進することが求められるといえる。

引用文献

- 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・染矢俊幸 (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., Buhman, 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.
- 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.
- 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).)
- Chen, J., Nakano, Y., Ietzugu, T., Ogawa, S., Funayama, T., Watanabe, N., Noda, Y., & Furukawa, T. A. (2008). Group cognitive behavior therapy for Japanese patients with social anxiety disorder: preliminary outcomes and their predictors. *BMC Psychiatry*, *7*, 69.
- 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 R.G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier. (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*. New York: Guilford Press. pp69-93.
- Eckman, P. S., & Shean, G. D. (1995). Habituation of cognitive and physiological arousal and social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, *35*, 1113-1121.
- Feske, U., & Chambless, D. L. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, *26*, 695-720.
- 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., 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.
- 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., & Mathews, A. (2006). Imagery and interpretations in Social Phobia: Support for the combined cognitive biases hypothesis. *Behavior Therapy*, *37*, 223-236.
- Hofmann, S. G. (2004). Cognitive mediation of treatment change in Social Phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*, 392-399.
- Hope, D. A., Heimberg, R. G., & Bruch, M. A. (1995). Dismantling cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, *33*, 637-650
- Kessler, R. C., McGonagle, K. 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., & Ishigooka, 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.)
- 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.
- 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.
- Mattick, R. P., Peters, L., & Clarke, J. C. (1989). Exposure and cognitive restructuring for social phobia: A controlled study. *Behavior Therapy*, *20*, 3-23.
- 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.
- Öst, L. G. (1987). Applied relaxation: Description of a coping technique and review of controlled studies. *Behaviour Research and Therapy*, *25*, 397-409.
- Otto, M. W., Pollack, M. H., Gould, R. A., Worthington, J. J., McArdle, E. T., & Rosenbaum, J. F. (2000). A comparison of the efficacy of clonazepam and cognitive-behavioral group therapy for the treatment of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, *14*, 345-358.
- 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., 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., & 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.

- 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., Holaway, R. M., & Heimberg, R. G. (2004). The treatment of social anxiety disorder. *Clinical Psychological Review*, *24*, 883-908.
- Schlong, A., & Emmelkamp, P. M. G. (1993). Exposure with and without cognitive therapy for generalized social phobia: Effects of individual and group treatment. *Behaviour Research and Therapy*, *31*, 667-687.
- Stangier, U., Heidenreich, 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., 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.