

【要約】

**A longitudinal study of social anxiety
among high school students**

(高校生における社交不安の縦断研究)

千葉大学大学院医学薬学府

先端医学薬学専攻

(主任： 清水 栄司 教授)

林 三千恵

1 はじめに

DSM-5において、社交不安症は社交場面への恐怖と回避を特徴とするものとされており¹⁾、不安障害の中で最もよくみられる疾患である^{2) 3)}。American Psychiatric Association (PAP)によると全米の全人口の7%が社交不安と診断され、そのうちの75%は8~15歳に発症しており、10代前半に発症することが多い疾患といえる⁴⁾。さらに社交不安症は長期化しやすく、うつ病やアルコール依存症などの併存疾患の可能性を増加させることがわかっている^{1) 5)}。学校校生活を送る間に社交不安症を発症する可能性が高く、患者は拒絶されたり他者に迷惑をかけたりすることを恐れて社交場면을回避するようになるため、学校生活にも支障を来すようになる。Cognoriら(2012)は、その苦しさを保護者に相談した生徒より、学校関係者に相談した生徒の方が治療につながりやすかったと報告している⁶⁾。

これらのことから、メンタルヘルスの専門家が、思春期の社交不安の初期段階に介入するために、高校生における社交不安症の実態を明らかにすることが重要と考えられる。さらに高校生の年代は社交不安症の発症年齢に近いので、初期段階の社交不安症の経過を解明することができる。

そこで本研究は高校生の社交不安症の3年間にわたる自然経過を明らかにすることを目的とした。

2 方法

観察、縦断、前向き研究を計画し、千葉大学大学院倫理審査委員会の承認を得て実施した。

2015年に千葉県公立高校1校の第1学年に在籍していた280名を対象とした。本人と保護者に文書と口頭で同意を得て、2015年から2017年の3年間、毎年2学期初日に調査を実施し経過を観察した。社交不安尺度として the Japanese version of the Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS-J)^{7) 8)}を使用した。本研究では、日常生活に大きな支障を来すとされる70点をカットオフ値とした⁸⁾。うつ尺度として the Depression Self-Rating Scale for Children (DSRSC)^{9) 10)}を使用した。16点をカットオフ値とした。

3 結果

2015年に1学年に在籍した280名のうち、同意の得られなかった2名、当日欠席の5名、回答が不完全であった38名を除き、235名(年齢平均15.4 標準偏差0.49 男子102名、女子133名)を分析対象とした。このうち183名から3年間の完全なデータが得られた。

LSASの2015年の平均値は45.88(標準偏差26.60)、70点以上で社交不安傾向がある生徒の数は47名(20.00%)で、この値に3年間有意な変化は見られなかった。DSRSCの2015年の平均値は12.44(標準偏差5.86)、16点以上でうつ傾向がみられる生徒は68名(28.94%)で、この値に3年間有意な変化は見られなかった。

2015年のLSASとDSRSCの相関係数は0.434で、3年間の全ての年で正の相関がみられた。

2015年のベースラインのLSAS得点で、社交不安傾向がある群(LSAS \geq 70)と社交不安傾向がない群(LSAS<70)の2群に分けて、各群のLSASおよびDSRSCの3年間の変化量を、欠損値を考慮した混合効果モデル解析によって分析した。社交不安傾向のある群ではLSAS得点は徐々に減少し、3年目には20.48(95%CL:-27.25-13.71)減少したのに対し、社交不安傾向のない群ではベースラインに対し、2年目、3年目ともに有意に上昇していた。DSRSCでは社交不安傾向のない群の2年目のみ、有意に上昇していた。

対象となる全てのデータ(n=235)をLSASとDSRSCのカットオフ値により、社交不安傾向とうつ傾向の併存群(LSAS \geq 70かつDSRSC \geq 16)、社交不安傾向のみ群(LSAS \geq 70かつDSRSC<16)、うつ傾向のみ群(LSAS<70かつDSRSC \geq 16)、無症状群(LSAS<70かつDSRSC<16)の4群に分け、3年間の各群の割合の変化を分析した。社交不安傾向とうつ傾向の併存群は2015年に21名(8.94%)、社交不安のみ群は26名(11.06%)、うつ傾向のみ群は47名(20.00%)、無症状群は141名(60.00%)で、この割合の変化に3年間に有意な差はみられなかった。3年間完全なデータの揃って

る 183 名においても同様の解析を行ったが有意な差はみられなかった。

このようにグループの割合をみると変化がみられないが、3 年間完全なデータの揃っている 183 名について、2015 年から 2017 年に、それぞれの生徒がどの群に移動したかを分析したところ、2015 年に社交不安傾向とうつ傾向の併存群にいた 17 名のうち 9 名がなお同じ群にとどまり、2 名が社交不安傾向のみ群へ、2 名がうつ傾向のみ群へ、4 名が無症状群へ移動していた。

4 考察

3 年間の縦断研究の目的は、LSAS を使用し、日本の高校生で社交不安傾向のあるものをフォローアップをすることであった。各生徒の社交不安傾向は 3 年間維持されると仮説を立てたが、予想に反して各生徒の LSAS 得点は 3 年間で変動をみせた。それにもかかわらず、社交不安傾向とうつ傾向の間には有意な正の相関がみられた。2015 年に社交不安傾向とうつ傾向の併存した 17 名に注目すると、50%以上の生徒が 3 年間症状の改善がみられなかった。

Johansson ら (2013) による疫学調査では不安症の人が 14.7%、うつ病の人が 10.8%いて、このうち不安症とうつ病が併存する人が 8.3%おり、不安症とうつ病の高い併存を示している¹²⁾。さらに Stein ら(2001)は、青年期、若年成人期の社交不安がその後のうつ病の重要な予測因子になると報告している¹³⁾。

これらをふまえて、本研究から社交不安傾向とうつ傾向が横断的にも縦断的にも相関していることが示唆された。Beesdo-Baum ら(2012)は 10 年間の追跡調査を行い、社交不安症の症例の 56.7%に症状が残り、15.5%が社交不安症を再発したと報告している。簡単に比較できないが、本研究では社交不安傾向とうつ傾向の両方を併存する生徒は、3 年間その症状を維持していたことが示唆された。

本研究には、第一に社交不安症やうつ病を構造化された臨床面接により診断していないため、社交不安症の正確な数がわからない、第二に自記式質問紙を集団で実施したため欠損値が予想以上に多かった、第三にサンプルサイズが比較的小さく、追跡の期間が短いという限界がある。今後より大規模で長期にわたるフォローアップ研究が必要と考えられる。

参考文献

1. American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition. American Psychiatric Publication, Washington, DC, pp. 202-208
2. Brunello N, Den Boer JA, Judd LL, Kasper S, Kelsey JE, Lader M et al (2000) Social phobia: diagnosis and epidemiology, neurobiology and pharmacology, comorbidity and treatment. *J Affect Disord* 60: 61-74
3. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE (2005) Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity of Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 62: 617-627
4. Beesdo-Baum K, Knappe S, Fehm L, Hofler M, Lieb R, Hofmann SG et al (2012) The natural course of SAD among adolescents and young adults. *Acta Psychiatr Scand* 126(6): 411-25
5. Grant, BF, Hasin DS, Blanco G, Stinson FS, Chou SP, Goldstein RB et al (2005) The epidemiology of social anxiety disorder in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 66: 1351-1361
6. Colognori D, Esseling P, Stewart C, Reiss P, Lu F, Case B, et al (2012) Self-disclosure and mental health service use

in socially anxious adolescents. *School Ment Health* 4(4): 219-230

7. Liebowitz MR (1987) Social phobia. *Mod Probl Pharmacopsychiatry* 22: 141-173
8. Asakura S, Inoue S, Sasaki F (2002) Reliability and validity of the Japanese version of the Liebowitz social anxiety scale. *Clin Psychiatry* 44:1077-1084
9. Birmaher B (1981) The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self-rating scale: a research report. *J Child Psychol Psychiatry* 22:73-88
10. Murata T, Shimizu A, Mori Y, Oshima S (1996) Childhood depressive state in the school situation: consideration from the Birmaher's scale. *Jpn J Psychiatry* 1:131-138
11. SPSS Inc (2012) *SPSS Statistics 21 for Windows*, Chicago
12. Johansson R, Carlbring P, Heedaman A, Paxling B, Andersson G (2013) Depression, anxiety and their comorbidity in the Swedish general population: point prevalence and the effect on health-related quality of life. *PeerJ* 98
13. Stain M B, Fuetsch M, Müller N, Höfler M, Lieb R, Wittchen H (2001) Social anxiety disorder and the risk of depression -a prospective community study of adolescents and young adults. *Arch Gen Psychiatry* 58:251-256