

## 社交不安障害の診断と治療

朝倉 聡

Satoshi Asakura : Diagnosis and Treatment of Social Anxiety Disorder

社交不安障害 (SAD) は、DSM-IIIにおいて、社交恐怖としてその診断基準が示されて以降、欧米では多くの研究がなされるようになってきた。わが国では、対人交流場面で強い不安感や緊張感が生じて日常生活に困難をきたす SAD と類似の病態については「対人恐怖」として多くの研究が行われてきている。特に、自己臭恐怖あるいは醜形恐怖などのように自分の身体的欠点が他人に不快感を与えていることを確信し悩む症例を確信型対人恐怖として検討してきたことが特徴と考えられる。DSM-5においては、「他者の迷惑になるだろう」と恐れることが診断基準に加えられ対人恐怖を SAD として診断する方向で改訂された。しかし、醜形恐怖症/身体醜形障害が身体表現性障害から強迫症および関連症に移り、自己臭恐怖、醜貌恐怖が日本語表記で他の特定される強迫症および関連症に分類されることになったことは混乱をきたしやすい。薬物療法としては SSRI が多くのコントロール研究で有効性および忍容性が認められ、現在、第一選択薬と考えられるようになってきている。また、認知行動療法の有効性も示されているが、SAD は併存精神疾患が多いことから、その対応や治療効果不十分例に対する対応は今後の課題と考えられる。

<索引用語：社交不安障害，対人恐怖，確信型対人恐怖，診断，治療>

### はじめに

社交不安障害 (social anxiety disorder : SAD) は、1980年に DSM-III<sup>2)</sup>において、社交恐怖 (social phobia) としてその診断基準が示されて以降、欧米では多くの研究が行われるようになってきている。以前はまれな病態であるとの認識であったが、大規模な疫学調査で3~13%という高い生涯有病率であることが示され、さらに社会生活上の障害も大きいことが明らかとなり、SAD は「認識されず治療されなかった重大な障害」であるという考えが一挙に広まった<sup>4)</sup>。また、治療

については、薬物療法や認知行動療法などの精神療法の有効性に関する研究も多く行われており、臨床症状評価尺度も開発されている。わが国においては、現在 SAD の治療薬として fluvoxamine と paroxetine が保険適用として認可されている。SAD の日本語表記については、「社会不安障害」とされていたが、2008年の日本精神神経学会による精神神経学用語集より「社交不安障害」と表記されることとなった<sup>56)</sup>。また、2013年に改訂された DSM-5<sup>5)</sup>の social anxiety disorder (social phobia) の日本語表記は「社交不安症/社交不安障害

著者所属：北海道大学保健センター・大学院医学研究科精神医学分野，Department of Psychiatry, Health Care Center and Graduate School of Medicine, Hokkaido University

編 注：編集委員会からの依頼による総説論文である。

(社交恐怖)」となされることとなった<sup>57)</sup>。

わが国においては、社交場面や対人交流場面で強い不安感や緊張感が生じて日常生活に困難をきたす SAD と類似の病態について「対人恐怖」として 1930 年代より研究がなされてきた。その研究は、神経症と精神病の境界領域にかかわる精神病理学的検討や森田療法をはじめとする精神療法的介入など多岐にわたっているが、このような病態については他の国からの報告は少なかった。このため、対人恐怖については、わが国の社会文化的背景に密接に関連して発症する文化結合症候群と考えられることが多かった。しかし、DSM-III 以降、世界各国でわが国の対人恐怖と類似の病態であると考えられる SAD が高頻度に発症していることが明らかとなり、SAD と対人恐怖の関係についても議論されるようになってきている。

本稿では、SAD の診断、治療などについて、わが国の対人恐怖との関係も含めて概説してみたい。

### I. わが国における対人恐怖

対人恐怖は「他人と同席する場面で、不当に強い不安と精神的緊張が生じ、そのため他人に軽蔑されるのではないか、他人に不快な感じを与えるのではないか、いやがられるのではないかと案じ、対人関係から身を退こうとする神経症の一種」と定義されてきた<sup>35)</sup>。このような病態については、わが国では多くの報告がみられたが、DSM-III による SAD の診断基準が提出される以前は他の国からの報告が少なかったことから、特にわが国における社会文化的背景が注目され、文化結合症候群とも考えられていた。

その後、わが国では 1960 年代頃からは自分の体から不快な臭いが出て周囲の人に迷惑をかけているのではないかと、自分の視線がきつくて周囲の人に嫌な思いをさせているのではないかと、あるいは自分の外見が周囲の人に嫌な印象を与えるのではないかなどのように自分の身体的欠点が他人に不快感を与えていることを悩む患者が注目されるようになった。これらは自己臭恐怖や自己視線恐怖、醜形恐怖などと身体的欠点の確信部位によっ

て分類されて呼ばれていたが、山下<sup>86)</sup>はこれらの患者を対人恐怖定型例としてまとめ、その特徴として、自分の臭いや視線、表情、容姿などについての対人性をもつ欠点の存在、その存在に関する確信は極めて強固であるという確信性、その欠点は相手の行動などから直感的に感じとられるという関係妄想性、この妄想体験は一定の状況内にとどまり、それ以上発展することはないという妄想体験の限局性と生育歴や性格、状況要因などから症状形成が了解的に把握できるという理解性を見出している。

さらに、わが国における対人恐怖という場合でも、研究者によって用いられる概念、用語は異なっていた (図 1)。山下<sup>86)</sup>は対人恐怖を対人恐怖軽症例と対人恐怖定型例に 2 分したが、1997 年には操作的な国際分類も考慮しほぼ同様な概念を緊張型対人恐怖と確信型対人恐怖と呼び変えている<sup>87)</sup>。笠原<sup>34)</sup>は対人恐怖を 4 群に分け、第 1 群：青春期という発達段階に一時的にみられるもの、第 2 群：恐怖症段階にとどまるもの、第 3 群：関係妄想性を帯びているもの (重症対人恐怖症)、第 4 群：前統合失調症症状、統合失調症回復期にみられるもの、としている。植元、村上<sup>75)</sup>は特に妄想的確信をもっている患者に着目し、思春期妄想症という名称をつけて研究している。

これらと DSM-5 との対応をみると、SAD は山下の緊張型対人恐怖、笠原らの第 1 群および第 2 群にほぼ対応していると考えられる。また、自己臭恐怖や自己視線恐怖、醜形恐怖などの身体的欠点を妄想的に確信しているという山下の確信型対人恐怖、笠原らの第 3 群の重症対人恐怖症や思春期妄想症は、妄想性障害の身体型、あるいは醜形恐怖症/身体醜形障害 (body dysmorphic disorder : BDD) に分類されることとなると考えられる。DSM-5 でやや混乱をきたしやすい点は、BDD が身体表現性障害から強迫症および関連症群/強迫性障害および関連障害群に移り、醜貌恐怖 (shubo-kyofu)、自己臭恐怖 (jikoshu-kyofu) が日本語名のまま他の特定される強迫症および関連症/他の特定される強迫性障害および関連障害

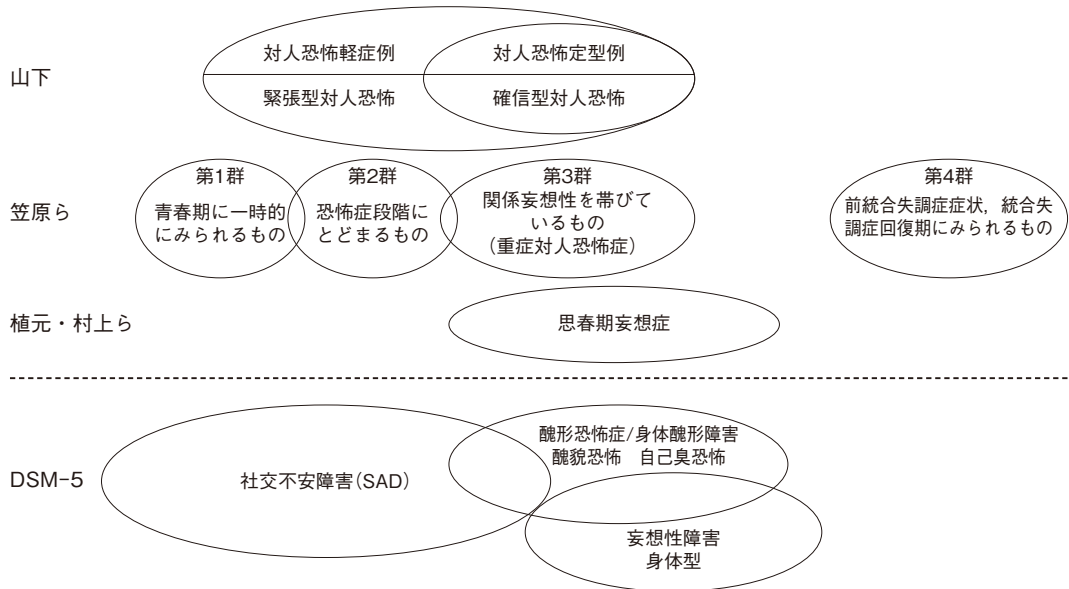


図1 対人恐怖概念とDSM-5

として記載されたことである。BDDを強迫関連症として検討していくのがよいか、あるいはSADに関連したものとして検討していくのがよいか診断学的にも議論がなされているが<sup>38)</sup>、わが国では対人恐怖全体を一臨床疾患ととらえた上で亜型に分類するのが合理的であるとの考えが提案されている<sup>32,87)</sup>。

## II. SADと対人恐怖

SADと対人恐怖の関係を考える上では、自己臭恐怖や自己視線恐怖、醜形恐怖などの確信型対人恐怖がSADの精神病理と類似のものとしてとらえられるかが問題となると考えられる。他の国からの報告としては、米国から少数例ながらoffensive subtype of taijin-kyofu-shoとして報告があり<sup>18)</sup>、韓国からは自己視線恐怖を含め、わが国と同様の症例が存在していることが報告されている<sup>42)</sup>。自己臭恐怖については、これと類似の病態がolfactory reference syndromeとして報告されていることが散見される<sup>14,59)</sup>。Marks<sup>50)</sup>はsocial phobiaの鑑別診断としてdysmorphobiaを取り上げているが、その中でdysmorphic fear of body

odorとして自己臭恐怖と類似の患者を記載している。この患者は、自宅近くの教会には行けず、わざわざ遠くの教会に出かけているとの記述があり、わが国の対人恐怖研究において指摘されている中間的な人間関係において恐怖症状が出現しやすいことが英国の患者でも認められるのかもしれない。また、米国の181名とわが国の161名の一般の大学生に対し社交不安のスケール(Social Phobia Scale: SPS, Social Interaction Anxiety Scale: SIAS)と確信型の症状を含む対人恐怖のスケール(Taijin Kyofusho Scale: TKS)を施行し両国間の社交不安の文化差を比較した検討がある<sup>40)</sup>。この検討では、米国の大学生でSPSとTKSともに高得点者は53%、SIASとTKSともに高得点者は53%であり、わが国の大学生ではSPSとTKSともに高得点者は54%、SIASとTKSともに高得点者は50%であったという。米国の大学生でSADタイプの社交不安と確信型を含む対人恐怖タイプの社交不安を併せ持つ人を合わせると全体の8.8%であり、わが国の大学生では8.1%であった。このことから、米国とわが国のどちらの文化圏でも確信型を含む対人恐怖タイプの社交不安

安を呈する人がいると考えられる。また、米国と韓国の DSM-IV で診断される SAD 患者で確信型対人恐怖の症状の出現頻度を検討した報告もなされている<sup>15)</sup>。この検討では、米国の SAD 患者 181 例中、こわばった表情に関する恐怖が 48.9%、臭いに関する恐怖が 32.4%、視線に関する恐怖が 37.2%、腸のガスに関する恐怖が 44.2%、外見に関する恐怖が 37.6% 認められ、これら 5 つの症状のいずれかが認められるものは 75% に及んだと報告された。さらに、これらの症状により他人に迷惑をかけているのではないかと考える加害性をおびる患者の割合も韓国の患者と比較しても低くはなく、確信型対人恐怖の症状は米国の SAD 患者の中でもさほど非一般的なものではないとしている。徐々に他の文化圏においても、わが国で確信型対人恐怖として検討されていた症例が存在する可能性が指摘されてきており、DSM-5 においても「他者の迷惑になるだろう」と恐れることが SAD の診断基準に加えられた。さらに文化に関連する診断的事項において、「対人恐怖症という症候群は、しばしば、社会的評価への懸念によって特徴づけられ、社交不安症の基準を満たしており、その人が他の人々を不快にさせているという恐怖と関連しており、この恐れは時に妄想的な強さで経験される」と記載され、対人恐怖を SAD として考える方向となっている。また「この症状はアジア以外の状況でもみられるかもしれない」と指摘し、確信型対人恐怖も他の文化圏でもみられることが認められてきているが、さらなる比較文化的な検討は必要と考えられる。

DSM では、確信型対人恐怖の一部は BDD あるいは妄想性障害の身体型と診断されてきた可能性がある。欧米における近年の BDD の研究では、身体的欠陥へのとらわれの強固さから妄想的と考えられ、妄想型 BDD といわれる患者が 48.7% に及ぶことが指摘されており、これらは非妄想型 BDD と比較して有病率、経過、合併精神障害、精神科家族歴、治療反応性において大きな差異は認められず、亜型に分類されると考えられるようになっている<sup>62)</sup>。米国の BDD と SAD との関係につ

いての検討では、BDD は SAD の併存精神疾患としては 4 番目に多いものとされ<sup>28)</sup>、時点併存率は 8~12% 程度とみられている<sup>85,88)</sup>。一方、BDD における SAD の時点併存率は 16~69% 程度とみられている<sup>82,88)</sup>。SAD と BDD が併存していると診断される患者が、わが国の確信型対人恐怖と類似の臨床症状を呈しているかどうかは興味もたれるところである。

また、確信型対人恐怖の生物学的基盤を考える上で、薬物療法に対する治療反応性を検討することも重要と考えられる。この病態に関しては、わが国ではセロトニン再取り込み阻害薬 (serotonin reuptake inhibitor : SRI) が有効であったとの報告がみられていた<sup>6,7,51)</sup>。また、確信型対人恐怖の一部が分類されると考えられる BDD に対しての欧米の研究では妄想型を含む BDD の 29 例に対し、SRI として clomipramine を使用し、desipramine との 16 週間の二重盲検クロスオーバー試験を行ったものがある<sup>27)</sup>。この検討では、妄想型を含めても SRI は BDD に対し有効であったという。また、わが国で、Nagata ら<sup>55)</sup>は 22 例の確信型対人恐怖に対し 12 週間で SSRI である paroxetine のオープンラベル試験を行い有効性が認められたと報告している。治療の項目で後述するが、SAD に対する SSRI の有効性が欧米およびわが国においても確立してきていることを考えると、確信型対人恐怖についても SAD と類似のセロトニン系に関する生物学的基盤が想定されるかもしれない。

### III. SAD の診断

DSM における SAD の診断の変遷について整理してみたい。DSM-III、DSM-III-R<sup>3)</sup>では SAD は social phobia という診断名であった。DSM-III で、I 軸診断として診断基準が示されたが、ここでは、人前で話をしたり、人前で字を書いたり、会食をしたり、公衆トイレを使用したりするような特定の状況に対する恐怖が強調されていた。主にある行為状況に対する恐怖、不安症状が示されており、単一恐怖の一種という程度の認識であった。また、全般的な社会的状況に対する恐怖症状

あるいは回避行動をとる症例はⅡ軸診断の回避性パーソナリティ障害に分類されることとなっていた。その後、診断基準が示されたことにより大規模な疫学調査（epidemiologic catchment area：ECA）<sup>61)</sup>などが行われ、SADは、典型的な発症年齢が10歳代半ばと早く、有病率が高く、うつ病やアルコール依存の併存が多いことなどが示された。さらにSAD患者は、特定の状況のみならず多くの社会的状況で困難をきたしており、学業や職業上また婚姻や日常の社会生活全般に大きな障害をきたしていることが明らかとなってきた。

これらを踏まえ、DSM-Ⅲ-Rでの大きな変更点は、1つあるいは2つ程度の状況のみならず多くの社会的状況で恐怖、不安症状や回避行動を示す全般性の特定をすることとなった点である。ここで、SADは非全般性と全般性の2つの亜型に分類されることとなった。

さらに、DSM-Ⅳでは、人目につく赤面、震え、発汗などの不安症状を恐れることが診断基準に明記されるようになった。社会的状況で出現するこれらの不安症状をコントロールできなくなる経験にとらわれ、予期不安の悪循環に陥り、このため他者からの注目や恥ずかしいふるまいをしまうのではないかということ恐れることが示された。診断名も、social phobiaからsocial phobia（social anxiety disorder）と変更された。

DSM-5においては、恐怖する状況の多さはSADの重症度に関連する要因と考えられるため全般性を特定するのではなく、人前で話をしたり演技をしたりする行為状況のみに状況が限定されるものをパフォーマンス限局型と特定することとなった。DSM-ⅢでSADの診断基準が示されたときには、特定の行為状況における恐怖感が主に指摘されており、対人交流場面での恐怖、不安症状を中心に考えられていた対人恐怖とSADとの関係を考える場合に問題になっていた点の1つであった。この変更により、SADの中核群をより対人恐怖に近い病態と理解できるようになると思われる。また、自分が恥をかかされたり、恥ずかしい思いをしたりすることを恐れることに加え、他

者に迷惑をかけることを恐れることが記載された。他者に迷惑をかけることを恐れる加害性については、特に確信型対人恐怖の研究で指摘されていた症状と考えられ興味深い。確信型対人恐怖とSADとの関係を検討する上で問題であった恐怖の不合理性の認識は、必要とされなくなっている。これらのことから、DSM-5はわが国の対人恐怖をSADとして診断していく方向で考えられている。DSM-5の診断基準を表1に示す。

SADの研究が進むにつれ、DSM-ⅢからⅢ-R、Ⅳ、5へと、より病態の把握が洗練されてきている。さらに、今後、DSM-5により検討されることになるSADとわが国の対人恐怖との関係についても明らかになってくる点が多いのではないかと考えられる。

#### Ⅳ. SADの併存精神疾患

SADの臨床では、併存精神疾患について考慮することは重要である。米国で行われたNational Comorbidity Survey（NCS）による疫学調査では、SAD患者1,077人の6割近くに併存精神疾患がみられ、SAD以外の不安障害が56%、うつ病が42%、アルコール依存が40%であったという<sup>39)</sup>。

独国での14～24歳の一般人口を対象とし、4年間追跡調査したEarly Development Stages of Psychopathology Study（EDSP）によると、調査開始時にSADの診断がなされた人は、精神疾患の診断がなされなかった人に比べ30～50ヵ月後に3.5倍大うつ病エピソードを経験していたという<sup>67)</sup>。うつ病を併存したSAD患者では、自殺念慮、自殺企図、抑うつ症状数の増加、うつ病エピソードの期間増加の危険が高くなった。このことから、SADはうつ病発症の危険因子であるだけでなく、うつ病の経過の増悪因子であることも指摘され、SADとうつ病の併存例には治療反応性や経過について慎重な対応が求められると考えられる。さらに、うつ病が双極性うつ病の可能性がないかどうか検討する必要がある。米国で行われたNational Comorbidity Survey Replication（NCS-R）においては、双極性障害に不安障害は

表1 DSM-5によるSADの診断基準の要点(文献57より引用)

- A. 他者の注視を浴びる可能性のある1つ以上の社交場面に對する、著しい恐怖または不安。例として、社交的なやり取り(例:雑談すること、よく知らない人に会うこと)、見られること(例:食べたり飲んだりすること)、他者の前で何らかの動作をすること(例:談話をすること)が含まれる。  
注:子どもの場合、その不安は成人との交流だけでなく、仲間達との状況でも起きるものでなければならない。
- B. 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ことを恐れている(すなわち、恥をかいったり恥ずかしい思いをするだろう、拒絶されたり、他者の迷惑になるだろう)。
- C. 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。  
注:子どもの場合、泣く、かんしゃく、凍りつく、まといつく、縮みあがる、または、社交的状況で話せないという形で、その恐怖または不安が表現されることがある。
- D. 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。
- E. その恐怖または不安は、その社交的状況もたらす現実の危険や、その社会文化的背景に釣りあわない。
- F. その恐怖、不安、または回避は持続的であり、典型的には6ヵ月以上続く。
- G. 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。
- H. その恐怖、不安、または回避は、物質(例:乱用薬物、医薬品)または他の医学的疾患の生理学的作用によるものではない。
- I. その恐怖、不安、または回避は、パニック症、醜形恐怖症、自閉スペクトラム症といった他の精神疾患の症状では、うまく説明されない。
- J. 他の医学的疾患(例:パーキンソン病、肥満、熱傷や負傷による醜形)が存在する場合、その恐怖、不安、または回避は、明らかに医学的疾患とは無関係または過剰である。

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

74.9%併存し、その中でSADが37.8%と最も多かったとされている<sup>52)</sup>。

最近行われた、Achimら<sup>1)</sup>による52の研究の4,032例を対象としたメタ解析の結果では、統合

失調症圏の疾患に対する不安障害の併存率は38.3%であり、その中でSADは14.9%と最も高かったという。Edinburgh High-Risk Studyにおいては、SAD症状は統合失調症の発症の危険度を高める因子であることが指摘されている<sup>31)</sup>。SADの併存は統合失調症の精神病症状の重症度とも関連が指摘されており、SAD症状は妄想症状を強めるとされ<sup>49)</sup>、統合失調症の経過に影響を及ぼし、日常生活能力の低下をもたらすという。

米国におけるNational Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC)では、SADの生涯診断がなされる人の48%はアルコール使用障害の生涯診断がなされたとされる<sup>24)</sup>。SAD患者におけるアルコール使用障害の12ヵ月有病率は13.1%とされ、一般人口におけるアルコール使用障害の12ヵ月有病率の8.5%と比較し高いとされる<sup>23)</sup>。また、SADを併存するアルコール使用障害では、SADを併存しないアルコール使用障害と比較し、より重度のアルコール依存となりやすく、うつ病エピソードも伴いやすく、社会的支援も受けにくいことが指摘されている<sup>73)</sup>。

このように、SADは早期に発症し、その後、他の精神疾患が併存しやすいことが考えられる。他の精神疾患が併存してくる前にSADに早期に介入し治療的対応を行うことは、SADに併存しやすい他の精神疾患の治療という観点からも重要と考えられる。

## V. 臨床症状評価

### 1. Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) によるSADの臨床症状評価

SADの評価者が臨床症状を評価する尺度としては、LSAS<sup>43)</sup>が使用されることが多い。LSASは、SAD患者が症状を呈することが多い行為状況(13項目)、社交状況(11項目)の24項目からなり、それぞれの項目に対して恐怖感/不安感と回避行動の程度を0~3の4段階で評価する。DSM-IIIにおいてSADの診断基準が示されたときに重点がおかれていた、人前で話をしたり、会

食をしたり、公衆トイレを使用したりするような行為状況のみならず、注目を浴びたり、他人の意見に賛成できないことを表明したり、人と目を合わせたりするなどの社交状況についても評価するように作成されており、症状出現状況として行為状況に偏らない評価尺度となっている。LSASの評価は、過去1週間の症状を評価するものとされ、項目にあたる状況を経験していなかった場合は、そのような状況におかれた場合を想像して回答してもらい評価することとなる。治療反応性の検討を行う場合は、項目ごとの想定されている状況を一定にすることに注意が必要である。例えば「人に姿を見られながら仕事（勉強）する」の項目であれば、社長や友人に見られながら仕事をするのは稀であり、一般的に直属の上司のもとで仕事をする人が多いと考えられる人であれば、治療経過を通して一貫して上司の見ている状況で仕事をしているときの症状を評価することにする。

わが国のSAD患者について検討することを目的として、再翻訳の手続きを経てLSAS日本語版(LSAS-J)を作成し、症例群30例、健常対照群60例を対象として、その信頼性と妥当性を検討してみた結果をみてみたい<sup>8)</sup>。表2にLSAS-Jを示す。症例群における全項目のCronbachの $\alpha$ 係数は0.95を示し、内的整合性は保たれていると考えられた。健常対照群において2週間の間隔において2回施行した場合の全項目の級内相関係数(intraclass correlation coefficient: ICC)は0.92を示し再テスト信頼性も高いと考えられた。また、LSAS-Jは社交不安の自己記入式評価尺度であるSocial Avoidance and Distress Scale(SADS)日本語版<sup>30)</sup>と相関を示し、診察医が軽症、中等症、重症の3段階に判定した臨床的重症度とも相関を示した。また、ROC曲線を作成しカットオフ値を求めたところ42であった。LSAS-Jはわが国におけるfluvoxamine<sup>9)</sup>とparoxetine<sup>10)</sup>のSADに対する臨床試験にも使用され、治療反応性の評価にも適していることが示されている。

LSASは、比較的多くの状況を評価するように

作成されているため治療初期に症状の出現状況を確認していくときにも役立つと思われる。面接場面では語られなかった不安感が高まる状況が確認できたり、不安階層表などを作成するときにも参考になると考えられる。また、評価を得点として視覚化して確認しながら治療をすすめていくことは問題点を検討しそれを克服していく方法を治療者と一緒に考えていく一助にもなると思われる。

## 2. 社交不安/対人恐怖評価尺度 (Social Anxiety/Taijin-kyofu Scale: SATS)

SADの臨床症状評価尺度では、自己臭恐怖や自己視線恐怖、醜形恐怖などのわが国において確信型対人恐怖として検討されてきた症例の症状評価には不十分な点があると考えられる。このため、確信型対人恐怖を含め、その臨床症状を評価する構造化面接によるSATSを強迫性障害の臨床症状評価尺度であるYale-Brown Obsessive Compulsive Scale(Y-BOCS)を参考に考案した<sup>12)</sup>。

SATSでは、Y-BOCSと同様に最初に症状チェックリストを行い、不安感/恐怖感あるいは回避行動の出現しやすい状況(聴衆の前で話す、会議などで意見を述べる、相手に反対の意見を言う、自分より権威のある人と話す、異性と話す、人を誘う、相手の目を見て話す、知らない人の多い集まりに参加する、少人数のグループ活動や行事に参加する、他の人が集まっている部屋に入っていく、人に見られながら仕事や勉強をする、人に見られながら文字を書く、公共の場所で飲食をする、あまり知らない人に電話をかける、かかってきた電話に出る、注目を浴びる、他の人が乗っている公共の交通機関を使用するなど)、恐怖感/不安感に関連する身体症状(体や表情がこわばる、体や手や足が震える、赤面する、息苦しくなる、多量に汗をかく、声が出にくくなったり震えたりする、お腹が鳴ったり痛くなったりする、動悸がする、吐き気がする、すぐに排尿したくなるなど)、確信型対人恐怖の認知症状(自分の体の臭い、視線、外見、表情が他の人に嫌な感じを与えており、それは他の人の様子からわかる)を確認

表2 Liebowitz Social Anxiety Scale 日本語版 (LSAS-J)

	恐怖感/不安感				回避			
	0	1	2	3	0	1	2	3
1. 人前で電話をかける (P)	0	1	2	3	0	1	2	3
2. 少人数のグループ活動に参加する (P)	0	1	2	3	0	1	2	3
3. 公共の場所で食事をする (P)	0	1	2	3	0	1	2	3
4. 人と一緒に公共の場所でお酒 (飲み物) を飲む (P)	0	1	2	3	0	1	2	3
5. 権威ある人と話をする (S)	0	1	2	3	0	1	2	3
6. 観衆の前で何か行為をしたり話をする (P)	0	1	2	3	0	1	2	3
7. パーティーに行く (S)	0	1	2	3	0	1	2	3
8. 人に姿を見られながら仕事 (勉強) する (P)	0	1	2	3	0	1	2	3
9. 人に見られながら字を書く (P)	0	1	2	3	0	1	2	3
10. あまりよく知らない人に電話する (S)	0	1	2	3	0	1	2	3
11. あまりよく知らない人達と話し合う (S)	0	1	2	3	0	1	2	3
12. まったく初対面の人と会う (S)	0	1	2	3	0	1	2	3
13. 公衆トイレで用を足す (P)	0	1	2	3	0	1	2	3
14. 他の人達が着席して待っている部屋に入って行く (P)	0	1	2	3	0	1	2	3
15. 人々の注目を浴びる (S)	0	1	2	3	0	1	2	3
16. 会議で意見を言う (P)	0	1	2	3	0	1	2	3
17. 試験を受ける (P)	0	1	2	3	0	1	2	3
18. あまりよく知らない人に不賛成であると言う (S)	0	1	2	3	0	1	2	3
19. あまりよく知らない人と目を合わせる (S)	0	1	2	3	0	1	2	3
20. 仲間の前で報告をする (P)	0	1	2	3	0	1	2	3
21. 誰かを誘おうとする (P)	0	1	2	3	0	1	2	3
22. 店に品物を返品する (S)	0	1	2	3	0	1	2	3
23. パーティーを主催する (S)	0	1	2	3	0	1	2	3
24. 強引なセールスマンの誘いに抵抗する (S)	0	1	2	3	0	1	2	3

P: 行為状況, S: 社交状況

し、それらを標的症状リストにまとめる。その後、構造化された面接により恐怖感/不安感(予期不安の程度、恐怖感/不安感に伴う苦痛、恐怖感/不安感に対する抵抗、恐怖感/不安感に関連する身体症状)、回避行動(回避行動の頻度、回避行動と苦痛、回避行動に対する抵抗、回避行動による社会的障害)、認知症状(確信の程度、関係念慮、加害性、認知症状に伴う苦痛)について0~4の5段階で評価する。SATSを表3に示す。

確信型対人恐怖の患者15例を対象とし、信頼性、妥当性の検討を行った結果では、SATSのCronbachの $\alpha$ 係数は0.97を示し、内的整合性は高かった。SATS合計は恐怖感/不安感、回避行動、認知症状の各項目と高い相関が示され、ICCによる10人の評価者でのSATS合計、恐怖感/不安感、回避行動、認知症状の評価者間信頼性も高く、再テスト信頼性も高く、Clinical Global Impression(CGI)重症度評価とも相関がみられた。



表3 社交不安/対人恐怖評価尺度 (Social Anxiety/Taijin-kyofu Scale : SATS)

恐怖感/不安感	なし	軽度	中等度	重度	極度
予期不安の程度	0	1	2	3	4
恐怖感/不安感に伴う苦痛	0	1	2	3	4
恐怖感/不安感に対する抵抗	いつも抵抗	大抵は抵抗	少しは抵抗	躊躇するも屈服	完全に屈服
恐怖感/不安感に関連する身体症状	0	1	2	3	4
回避行動	なし	軽度	中等度	重度	極度
回避行動の程度	0	1	2	3	4
回避行動と苦痛	0	1	2	3	4
回避行動に対する抵抗	いつも抵抗	大抵は抵抗	少しは抵抗	躊躇するも屈服	完全に屈服
回避行動による社会的障害	0	1	2	3	4
認知症状	なし	軽度	中等度	重度	極度
確信の程度	0	1	2	3	4
関係念慮	0	1	2	3	4
加害性	0	1	2	3	4
認知症状に伴う苦痛	0	1	2	3	4

DSM-5では、SADにわが国の対人恐怖を含めて考えられるようになってきており、確信型対人恐怖の症状を含めて臨床症状を評価できるSATSは、今後、SADと対人恐怖との関係を検討していく上でも有用と考えられる。

### VI. SADの治療

SADの治療については、薬物療法や認知行動療法の有効性が多くのコントロール研究により示されている。メタ解析によるとSSRIのエフェクトサイズは1.5程度、曝露療法と認知再構成のエフェクトサイズは1.8程度とされる<sup>20)</sup>。薬物療法と精神療法の直接の治療効果比較は精神療法の検討では対照群にウエイティングリストを用いるなど薬物療法と検討方法が異なるため難しい面もある。一般的には、薬物療法の効果発現は早く、認知行動療法の効果は長く続くことが指摘されている<sup>22,25)</sup>。治療ガイドラインでは、薬物療法と認知行動療法はいずれもSADの治療として第一選択の治療法として提唱されている<sup>71)</sup>。現在のところ、薬物療法と認知行動療法の併用は、それぞれの単独療法よりどの程度有効かははっきりとしないところがある。治療法の選択については、個々

の患者の状態に合わせてなされることになると思われる。不安感が強く認知行動療法で用いられるホームワークができにくい場合などは、薬物療法が選択されることが多いかもしれない。また、D-cycloserineが行動療法の有効性を高める報告<sup>26)</sup>などから、今後、精神療法を施行するときの有効な増強療法が開発されていくかもしれない。

#### 1. 薬物療法

初期のSADに対する薬物療法としては、モノアミン酸化酵素阻害薬 (monoamine oxidase inhibitor : MAOI) の有用性が検討されていたが、副作用とチラミン含有物の食事制限などが必要なこともあり忍容性と安全性の面から問題が指摘されていた<sup>44)</sup>。また、高力価のベンゾジアゼピン系抗不安薬についてはalprazolamとclonazepamについて検討され<sup>19,22)</sup>、ある程度有効性が認められたが、SADにアルコールや物質使用障害が併存しやすいことなどを考慮すると、副作用や依存性の観点からベンゾジアゼピン系抗不安薬は第一選択薬とはなり得ていない。

SSRIについては、fluvoxamine<sup>9,66,80)</sup>、paroxetine<sup>45,47,65)</sup>、sertraline<sup>37,46,78)</sup>、escitalopram<sup>36,41)</sup>で、

セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬 (serotonin noradrenaline reuptake inhibitor: SNRI) については, venlafaxine<sup>47,48,60,68)</sup>で大規模なコントロール研究が行われ, その有効性と忍容性が確認されている. メタ解析による SSRI の SAD に対する number need to treat (NNT) は 3.7 と報告されており, その有用性は高いと考えられる<sup>79)</sup>.

用量比較試験からは, SAD に対する SSRI の効果に用量依存性は少ないとされているが<sup>45)</sup>, 高用量にして治療反応性が得られる例があることも知られている<sup>63)</sup>. わが国で行われた, paroxetine の SAD に対するプラセボ対照二重盲検試験の結果では, 全例を対象とした解析では, paroxetine 20 mg/日群, paroxetine 40 mg/日群ともに 12 週間の治療期間で SAD の臨床症状評価尺度である LSAS-J がプラセボ群より有意な改善をみせたが, 治療開始時に CGI 重症度評価で重症以上の例に限ると paroxetine 40 mg/日群はプラセボ群と比較し LSAS-J が有意に改善したが, paroxetine 20 mg/日群ではその改善度は有意ではなかった<sup>10)</sup>. このことから, 重症例については高用量を使用してみる価値があるかもしれない.

多くの SSRI や SNRI の SAD に対するコントロール研究は 12 週程度の短期間のものであるが, paroxetine<sup>64)</sup>, sertraline<sup>84)</sup>, escitalopram<sup>53)</sup>で行われた再発防止試験からは, 薬物療法継続群での再発率は 4~14%であったのに対し, プラセボ群では 36~39%であったとされる. このため, 治療反応性がみられた後も 1 年程度は薬物療法を継続した方がよいのではないかと考えられている. 薬物療法による治療反応性の予測因子については, 治療期間の長さが指摘されていることから<sup>63)</sup>, 良好な治療関係を保ち, 薬物療法を継続させることが肝要と思われる. わが国で行われたオープンラベルの長期投与試験によると 52 週での CGI による治療反応率は fluvoxamine では 64.7%であり<sup>9)</sup>, paroxetine では 71.2%であったことから<sup>10)</sup>, 1 年程度の SSRI による薬物療法で約 6~7 割程度の症例で効果が得られる可能性はあると考えられる

が, 3~4 割程度の症例については SSRI 単剤投与以外の薬物療法的工夫が必要かもしれない.

多くのコントロール研究は, 成人を対象にして行われているが, SAD は発症年齢が低いことから, 児童青年期の患者に対する薬物療法の研究も必要と考えられる. SAD を含む児童青年期の不安障害に対する fluvoxamine によるプラセボ対照試験では, fluvoxamine の有効性が指摘されている<sup>72)</sup>. また, paroxetine も児童青年期の SAD に対して有効性が指摘されている<sup>83)</sup>. 希死念慮や副作用を注意深く観察しながら, 児童青年期の SAD に対しても SSRI による薬物療法を施行することは, その後に併発してくることが多い他の精神疾患の予防という観点からも重要かもしれない.

セロトニン 1 A アゴニストの buspirone については, 単剤療法では SAD に対し有効性は示されなかったが<sup>81)</sup>, 比較的少数例のオープンラベルの検討では, SSRI に buspirone を併用することで有効性が認められたと報告されている<sup>77)</sup>. わが国では, tandospirone を増強療法として使用することが可能かもしれない. 抗てんかん薬の gabapentin<sup>58)</sup>と pregabalin<sup>21)</sup>については, SAD に対する有効性がコントロール研究で示されているが, levetiracetam<sup>69)</sup>では有効性が示されなかった. 非定型抗精神病薬では, 小規模の研究であるが, quetiapine<sup>76)</sup>と olanzapine<sup>13)</sup>で SAD に対する有効性が示されており, SSRI により効果がみられない場合は, 体重増加やメタボリック症候群などの副作用に注意しながら試みる価値はあるかもしれない.

SAD と単極性うつ病の併存例については, SSRI により薬物療法を行うことは妥当と考えられるが, 双極性うつ病との併存例に対しては, SSRI を使用するか, 気分安定薬を使用するか, 両者を併用するか, エビデンスは多くはないが両疾患に有効性が期待されるかもしれない quetiapine, olanzapine などの非定型抗精神病薬を使用するか, バルプロ酸との併用で gabapentin, pregabalin などの SAD に対して有効性が指摘されている抗てんかん薬を考慮するかなど, 試行錯誤にな

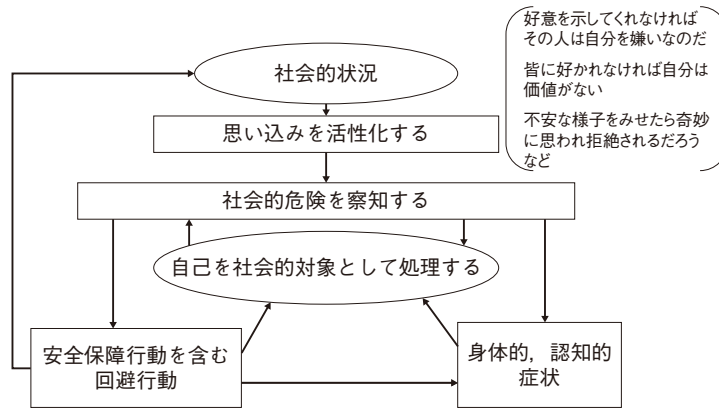


図2 SADの認知モデル (文献16より改変引用)

と思われる。統合失調症に併存するSAD症状の治療においては、薬物療法としては少数例でのオープンラベルの検討ではあるが、aripiprazole有効性を指摘する報告がある<sup>70)</sup>。アルコールや物質使用障害が併存する場合は、まずはその治療が優先されると考えられる。薬物療法としては、依存性を考慮しベンゾジアゼピン系抗不安薬は避け、SSRIから始めた方がよいと思われる。他の不安障害としてパニック障害が併存している場合は、SSRIによる薬物療法は投与初期の不安感の増強を避けるため、少量から開始した方がよい。また、妊娠、授乳中の女性に関しては、薬物療法におけるベネフィットとリスクを十分に考慮して、治療を考える必要がある<sup>74)</sup>。

## 2. 精神療法

SADに対する精神療法としては、わが国の対人恐怖に対する精神療法として検討されてきた森田療法は有効と考えられるが、欧米では認知行動療法の有効性が多く検討されている。

SADの認知モデルとしては、ClarkとWellsのモデル<sup>16)</sup>が興味深い(図2)。このモデルによると、SAD患者は恐れている社会的状況に接すると、「好意を示してくれなければ、その人は自分を嫌いなのだ。皆に好かれなければ、自分は価値がない。もし、自分が不安な様子を見せたら、奇妙に思われ拒絶されるだろう」などの患者自身の社

会的状況に関する一連の思い込みを活性化するという。これらの思い込みのために、SAD患者は、通常の社会的状況における対人関係も否定的に解釈し危険のサインとみなし、不安のプログラムが始動し始めるという。それは、3つの相互に関連する構成要素からなる。第1は、危険を察知することによって始まる身体的、認知的な不安症状とされる。赤面、震え、動悸、集中困難感、何も考えられない感じなどが起こり、これらが、それぞれ察知された危険のさらなる原因と考えられ不安を維持する悪循環が形成される。第2の構成要素は、患者が恐れている社会的状況に対する脅威を減らすためにとる安全保障行動を含めた回避行動である。第3の重要な構成要素は自己を社会的対象として処理する過程とされる。自己の注意が他者の視点にシフトしてしまい、不安時に生じる自分の内部感覚的な情報を使って、他者からみる自分自身の印象を作り上げてしまう。自己に注意が集中するために、口の周りの筋肉が緊張するのを感じるとすぐに、この感覚は誰の目にも明らかな引きつった表情のイメージにつながることもあり、また、ちょっとした汗の感覚が額を滴のように流れる映像につながっていくこともある。そして、その自分自身についての印象は、実際に他者が患者について考えていることが反映されていると思込むのである。このように、閉じたシステムの中で自己の内部で作られた情報によって自分

が否定的に評価される危険があるという信念が強化され、実際の社交的状况で起こっていることは見過ごされてしまうことが多くなるという。

わが国の自己臭恐怖や自己視線恐怖、醜形恐怖などの確信型対人恐怖の症状形成を考える場合もこの自己を社会的対象として処理する過程は興味深い。「観察者の視点で自己を注目する処理(自己注目)」「内的情報への注意シフト、内的情報に基づいて自分が他者にどう見えるかを推論(事実と一致しない自己イメージ)」「自分の価値は他人の判断で決まる」ことが起こり、その中で自分の臭いや視線、外見などの対人性をもつ身体的欠点の存在に事実と一致しない自己イメージが焦点化し確信していくことが、確信型対人恐怖では起こるのかもしれない。

認知行動療法の治療技法としては、心理教育、リラクセーション(漸進的筋弛緩法や呼吸法)、社会技能訓練、曝露療法、ビデオフィードバック、認知再構成法などを組み合わせて行われることが多い<sup>29)</sup>。どの技法の効果が高いかについては議論があるが、近年では認知的技法の重要性が多く指摘されるようになってきている<sup>17)</sup>。SADの認知モデルに沿って、非機能的認知や回避行動を改善していくように対応していく。認知行動療法は、個人療法と集団療法の両方で行われているが、近年の研究では、個人療法の方が集団療法よりも有効性が高いことが指摘されている<sup>54)</sup>。

一般臨床の外来場面では、認知行動療法や森田療法などの体系的な精神療法の施行が難しい場合も多いと考えられる。このため、わが国で2006年から3年間にわたり検討されたSAD研究会による「SADの小精神療法」も参考になると考えられるため、以下解説したい<sup>11)</sup>(表4)。

1) 「SADは治療可能な病態である(心理教育)」

心理教育時のポイントは、まず、笠原敏彦<sup>33)</sup>の指摘する「心の落穂拾い：不安感の出現しやすい社会的状況を確認しながら惨めな思い出を心情的レベルで丁寧に聞き取ることを十分に行うこと」と思われる。SAD患者は周囲の人から「気にしすぎだ、気持ちを強くもて」などと言われるのみで、

表4 SADの小精神療法

- 
- 1) SADは治療可能な病態である(心理教育)
  - 2) 今のままでは大変困ってしまうと思われるので、治療者と一緒に日常生活を立て直していこう(動機づけ)
  - 3) しばらくは不安感をうまく手なずけようというような気持ちで(不安感の扱い)、まずは3ヵ月間は一緒に治療を行ってみよう。効果が感じられるようであれば、少なくとも1年間は治療を続けてみよう(予想される治療期間を示す)
  - 4) 薬物療法は力強い味方になる(薬物に変えられるのではなく手助けに)
  - 5) まずは、日常生活の中で、できそうなことから(行動)始めてみよう(階層化)
  - 6) できていることに目を向けよう
  - 7) 周囲の人の話をよく聴き、よく見てみよう(自分の身体反応に注意が集中しないように、自分への過剰な観察に陥らないように)
  - 8) 治療中、症状に一進一退があるため、一喜一憂しないようにしよう
  - 9) 元来、人に気をつかえることは長所でもある
- 

その症状を理解してもらえなかったと感じていることも多いので、今までのつらかったことを広げてみせてもらうようにすることも重要と思われる。その中で、症状の好発状況を確認していく。その上で「社会的にも頭の中でも、対人関係や社交的状况に条件づけられた不安が起こりやすい悪循環の回路ができてしまっているかもしれない」と病態を説明し「その悪循環の回路が回りださないように、悪循環がとれてよい循環になるように」一緒に治療していくということを説明する。

2) 「今のままでは大変困ってしまうと思われるので、治療者と一緒に日常生活を立て直していこう(動機づけ)」

治療方針を説明する際には、まず、治療に対する動機づけを高めることが鍵になると思われる。本来やりたかったが、不安が強く避けてきたためできなかったことを聞き出していくことも有効と思われる。このとき、治療者は「避けたくない」けれども「避けたい」という両方の気持ちがあることを確認しておいた方がよい。森田療法的対応に慣れた治療者であれば、症状の裏にある向上発展の希求(生の欲望)をうまく利用できるかもし

れない。

- 3) 「しばらくは不安感をうまく手なづけようという気持ちで(不安感の扱い), まずは3ヵ月間一緒に治療を行ってみよう。効果が感じられるようであれば, 少なくとも1年間は治療を続けてみよう(予想される治療期間を示す)」

不安感の扱いは, 最初から完全になくさなければいけないと思わない方がよいかもしい。うまく手なづける, 折り合いをつける程度にしておき, まずは3ヵ月, 効果が感じられるようであれば1年間程度は治療を続けてみた方がよいと説明し, 予想される改善の時点を最初に設定しておく。

- 4) 「薬物療法は力強い味方になる(薬物に変えられるのではなく手助けに)」

薬物療法に対する不安感をもつ人もいるので, 薬物療法を手助けにし, 頭の中の悪循環の回路が回りだすことがなくなり, 良い循環の回路がうまく形成されてくるとだんだん薬物は必要なくなってくるかもしれないと説明しておく。

- 5) 「まずは, 日常生活の中で, できそうなことから(行動)始めてみよう(階層化)」

不安階層表などを作成してみてもよいかもしい。日常生活で必要な行動がとれるようになっていくことが重要であることを説明する。不安感が多少あっても行動ができていればよいというメッセージを伝える。

- 6) 「できていることに目を向けよう」

できていないこと, 不安感が出現することに目が向きやすいので, できていることに目が向くように配慮する。うまくできそうな方法を治療者とともに検討していく。

- 7) 「周囲の人の話をよく聴き, よく見てみよう(自分の身体反応に注意が集中しないように, 自分への過剰な観察に陥らないように)」

意外とよく聴いていなかったり, よく見ていなかったりし, 周囲の人の様子を誤解していることが多い。よく聴くことができるようになり, よく見ることができるようになると落ち着いてくるこ

ともある。可能であれば, 徐々に安全保障行動(不安感が起こらないように自然にとってしまう回避行動)をとらないで行動してもらい, その前後での周囲の人の様子を確認してもらう。

- 8) 「治療中, 症状に一進一退があるため, 一喜一憂しないようにしましょう」

うまくいかないことが生じると失敗したという感じを強くもつことも多いので, うまくいったり, うまくいかなかったりしながら, 一緒にうまくいく方法を考えて, 全体として徐々に改善していくことを伝えておく。

- 9) 「元来, 人に気をつかえることは長所でもある」

治療の後半では, 人に気をつかえすぎてしまうことは大変であったが, 人に気をつかえることの長所も話しておく。

このように, 一般臨床の外来場面で可能な精神療法的対応を行いながら, 社交場面での不安感にとらわれすぎずに生活する自信を獲得できるように支援していくことも重要と考えられる。

## おわりに

SAD について, わが国の対人恐怖を含めて, その診断, 治療などについて概説した。診断については DSM-5 では, わが国の対人恐怖は SAD として組み入れる方向で考えられてきている。今後, 特に確信型対人恐怖が国際的にどのような診断的位置づけになっていくか興味もたれる。治療については薬物療法としては SSRI が多くのコントロール研究で有効性が示されていることから第一選択薬となっているが, SSRI で効果不十分な症例や治療困難例に対する対応は今後の課題と思われる。また, 精神療法と薬物療法とのより有効な組み合わせ方についても検討が必要であると考えられる。

なお, 本論文に関連して開示すべき利益相反はない

## 文 献

- 1) Achim, A. M., Maziade, M., Raymond, E., et al. : How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association. *Schizophr Bull*, 37 ; 881-821, 2011
- 2) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed. APA, Washington, D. C., 1980
- 3) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed, revised. APA, Washington, D. C., 1987
- 4) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. APA, Washington, D. C., 1994
- 5) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. APA, Arlington, 2013
- 6) 朝倉 聡, 築島 健, 北川信樹ほか : 薬物療法が有効であった中年期の自己臭恐怖の2例. *精神医学*, 40 ; 1111-1113, 1998
- 7) 朝倉 聡, 築島 健, 北川信樹ほか : 自己臭恐怖の臨床的研究—25年前の症例との比較から— . *臨床精神医学*, 29 ; 313-320, 1999
- 8) 朝倉 聡, 井上誠士郎, 佐々木史ほか : Liebowitz Sosial 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, 2002
- 9) Asakura, S., Tajima, O., Koyama, T. : Fluvoxamine treatment of generalized social anxiety disorder in Japan : a randomized double-blind, placebo-controlled study. *Int J Neuropsychopharmacol*, 10 ; 263-274, 2007
- 10) 朝倉 聡, 筒井末春, 小山 司 : Paroxetine 塩酸塩水和物の社会不安障害に対する臨床評価—プラセボを対照とした二重盲検比較試験— . *臨床精神医学*, 37 ; 833-848, 2008
- 11) 朝倉 聡, 尾崎紀夫, 笠原 嘉ほか : SAD 研究会が提唱するわが国における SAD 治療フロー : コンセンサス・ステイトメント. *臨床精神薬理*, 12 ; 773-779, 2009
- 12) Asakura, S., Inoue, T., Kitagawa, N., et al. : The Social Anxiety/*Taijin-kyofu* Scale (SATS) : development and psychometric evaluation of a new instrument. *Psychopathology*, 45 ; 67-72, 2012
- 13) Barnett, S. D., Kramer, M. L., Casat, C. D., et al. : Efficacy of olanzapine in social anxiety disorder : a pilot study. *J Psychopharmacol*, 16 ; 365-368, 2002
- 14) Begum, M., McKenna, P. J. : Olfactory reference syndrome : a systematic review of the world literature. *Psychol Med*, 41 ; 453-461, 2011
- 15) Choy, Y., Schneier, F. R., Heimberg, R. G., et al. : Features of the offensive subtype of taijin-kyofu-sho in US and Korean patients with DSM-IV social anxiety disorder. *Depress Anxiety*, 25 ; 230-240, 2008
- 16) Clark, D. M., Wells, A. A. : A cognitive model of social phobia. *Social Phobia : Diagnosis, Assessment and Treatment* (ed. by Heimberg, R.G., Liebowitz, M.R., et al.). Guilford Press, New York, p.69-93, 1995
- 17) Clark, D. M., Ehlers, A., Hackmann, A., et al. : Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia : a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*, 74 ; 568-578, 2006
- 18) Clarvit, S. R., Johnson, K. A., Dick, L. M., et al. : The offensive subtype of taijin-kyofu-sho in New York City : The phenomenology and treatment of a social anxiety disorder. *J Clin Psychiatry*, 57 ; 523-527, 1996
- 19) Davidson, J. R. T., Potts, N. L. S., Richichi, E., et al. : Treatment of social phobia with clonazepam and placebo. *J Clin Psychopharmacol*, 13 ; 423-428, 1993
- 20) Fedoroff, I. C., Taylor, S. : Psychological and pharmacological treatment of social phobia : a meta-analysis. *J Clin Psychopharmacol*, 21 ; 311-324, 2001
- 21) Feltner, D. E., Liu-Dumaw, M., Schweizer, E., et al. : Efficacy of pregabalin in generalized social anxiety disorder : results of a double-blind, placebo-controlled, fixed-dose study. *Int Clin Psychopharmacol*, 26 ; 213-220, 2011
- 22) Gelernter, G. S., Uhde, T. W., Cimboic, P., et al. : Cognitive-behavioral and pharmacological treatments of social phobia : a controlled study. *Arch Gen Psychiatry*, 48 ; 938-945, 1991
- 23) Grant, B. F., Dawson, D. A., Stinson, F. S., et al. : The 12-month prevalence and trends in DSM-IV alcohol abuse and dependence : United States, 1991-1992 and 2001-2002. *Drug Alcohol Depend*, 74 ; 223-234, 2004
- 24) Grant, B. F., Hasin, D. S., Blanco, C., et al. : 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, 2005
- 25) Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., et

- al. : Cognitive behavioral group therapy vs phenelzine therapy for social phobia : 12-week outcome. *Arch Gen Psychiatry*, 55 ; 1133-1141, 1998
- 26) Hofmann, S. G., Meuret, A. E., Smits, J. A., et al. : Augmentation of exposure therapy with D-cycloserine for social anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 63 ; 298-304, 2006
- 27) Hollander, E., Allen, A., Kwon, J., et al. : Clomipramine vs desipramine crossover trial in body dysmorphic disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 56 ; 1033-1039, 1999
- 28) Hollander, E., Aronowitz, B. R. : Comorbid social anxiety and body dysmorphic disorder : Managing the complicated patient. *J Clin Psychiatry (Suppl 9)*, 60 ; 27-31, 1999
- 29) Huppert, J. D., Roth, D. A., Foa, E. B. : Cognitive-behavioral treatment of social phobia : new advances. *Curr Psychiatry Rep*, 5 ; 289-296, 2003
- 30) 石川利江, 佐々木和義, 福井 至 : 社会的不安尺度 FNE・SADS の日本語版標準化の試み. *行動療法研究*, 18 ; 10-17, 1992
- 31) Johnstone, E. C., Ebmeier, K. P., Miller, P., et al. : Predicting schizophrenia : finding from the Edinburgh High-Risk Study. *Br J Psychiatry*, 186 ; 18-25, 2005
- 32) 笠原敏彦 : 対人恐怖と社会恐怖 (ICD-10) の診断について. *精神経誌*, 97 ; 357-366, 1995
- 33) 笠原敏彦 : 対人恐怖の外來精神療法—治療のポイント. 対人恐怖と社会不安障害—診断と治療の指針. 金剛出版, 東京, p.95-114, 2005
- 34) 笠原 嘉, 藤縄 昭, 関口英雄ほか : 正視恐怖・体臭恐怖—主として精神分裂病との境界例について—. 医学書院, 東京, 1972
- 35) 笠原 嘉 : 対人恐怖. 新版精神医学事典 (加藤正明, 保崎秀夫ほか編). 弘文堂, 東京, 1993
- 36) Kasper, S., Stein, D. J., Loft, H., et al. : Escitalopram in the treatment of social anxiety disorder : randomized, double-blind, placebo-controlled, flexible-dose study. *Br J Psychiatry*, 186 ; 222-226, 2005
- 37) Katzelnick, D. J., Kobak, K. A., Greist, J. H., et al. : Sertraline for social phobia. A double-blind, placebo-controlled crossover study. *Am J Psychiatry*, 152 ; 1368-1371, 1995
- 38) Kelly, M. M., Dalrymple, K., Zimmerman, M. A., et al. : A comparison study of body dysmorphic disorder versus social phobia. *Psychiatry Res*, 205 ; 109-116, 2013
- 39) Kessler, R. C., Stang, P., Wittchen, H. U., et al. : Life-time comorbidities social phobia and mood disorders in the US National Comorbidity Survey. *Psychol Med*, 29 ; 555-567, 1999
- 40) Kleinknecht, R. A., Dinnel, D. L., Kleinknecht, E. E., et al. : Cultural factors in social anxiety : a comparison of social phobia symptoms and taijin kyofusho. *J Anxiety Disord*, 11 ; 157-177, 1997
- 41) Lader, M., Stender, K., Burger, V., et al. : Efficacy and tolerability of escitlopram in 12- and 24-week treatment of social anxiety disorder : randomized, double-blind, placebo-controlled, fixed-dose study. *Depress Anxiety*, 19 ; 241-248, 2004
- 42) Lee, S. H. : Social Phobia in Korea. *Proceeding of First Cultural Psychiatry Symposium between Japan and Korea. East Asian Academy of Cultural Psychiatry, Seoul*, p.24-52, 1987
- 43) Liebowitz, M. R. : Social phobia. *Mod Probl Pharmacopsychiat*, 22 ; 141-173, 1987
- 44) Liebowitz, M. R., Schneier, F. R., Campeas, R., et al. : Phenelzine versus atenolol in social phobia. A placebo-controlled comparison. *Arch Gen Psychiatry*, 49 ; 290-300, 1992
- 45) Liebowitz, M. R., Stein, M. B., Tancer, M. E., et al. : A randomized, double-blind, fixed-dosed comparison of paroxetine and placebo in the treatment of generalized social anxiety disorder. *J Clin Psychiatry*, 63 ; 66-74, 2002
- 46) Liebowitz, M. R., DeMattinis N. A., Weihs, K., et al. : Efficacy of sertraline in severe generalized social anxiety disorder : results of a double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry*, 64 ; 785-792, 2003
- 47) Liebowitz, M. R., Gelenberg, A. J., Munjack, D. : Venlafaxine extended release vs placebo and paroxetine in social anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 62 ; 190-198, 2005
- 48) Liebowitz, M. R., Mangano, R. M., Bradwijn, J., et al. : A randomized controlled trial of venlafaxine extended release in generalized social anxiety disorder. *J Clin Psychiatry*, 66 ; 238-247, 2005
- 49) Lysaker, P. H., Salvatore, G., Grant, M. I., et al. : Deficits in theory of mind and social anxiety as independent paths to paranoid features in schizophrenia. *Schizophr Res*, 124 ; 81-85, 2010
- 50) Marks, I. M. : *Fears, Phobias and Rituals*. Oxford

University Press, New York, 1987

51) Matsunaga, H., Kiriike, N., Iwasaki, Y., et al. : Taijin kyofusho : A form of social anxiety disorder that responds to serotonin reuptake inhibitors? *Int J Neuropsychopharmacology*, 4 ; 231-237, 2001

52) Merikangas, K. R., Akiskal, H. S., Angst, J., et al. : Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 64 ; 543-552, 2007

53) Montgomery, S. A., Nil, R., Durr-Pal, N., et al. : A 24-week randomized, double-blind, placebo-controlled study of escitalopram for the prevention of generalized social anxiety disorder. *J Clin Psychiatry*, 66 ; 1270-1278, 2005

54) Mortberg, E., Clark, D. M., Sundin, O., et al. : Intensive group cognitive treatment and individual cognitive therapy vs treatment as usual in social phobia : a randomized controlled trial. *Acta Psychiatr Scand*, 115 ; 142-154, 2007

55) Nagata, T., van Vliet, I., Yamada, H., et al. : An open trial of paroxetine for the "offensive subtype" of taijin kyofusho and social anxiety disorder. *Depress Anxiety*, 23 ; 168-174, 2006

56) 日本精神神経学会 : 精神神経学用語集改訂 6 版. 日本精神神経学会, 東京, 2008

57) 日本精神神経学会監修, 高橋三郎, 大野 裕監訳 : DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 2014

58) Pande, A. C., Davidson, J. R., Jefferson, J. W., et al. : Treatment of social phobia with gabapentine : a placebo controlled study. *J Clin Psychopharmacol*, 19 ; 341-348, 1999

59) Phillips, K. A., Menard, W. : Olfactory reference syndrome : demographic and clinical features of imagined body odor. *Gen Hosp Psychiatry*, 33 ; 398-406, 2011

60) Riekeles, K., Mangano, R., Khan, A. : A double-blind, placebo-controlled, study of a flexible dose of venlafaxine ER in adult outpatients with in generalized social anxiety disorder. *J Clin Psychopharmacol*, 24 ; 488-496, 2004

61) Schneier, F. R., Johnson, J., Hormong, C. D., et al. : Social Phobia : comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Arch Gen Psychiatry*, 49 ; 282-288, 1992

62) Simeon, D., Hollander, E., Stein, D. J., et al. : Body dysmorphic disorder in the DSM-IV field trial for obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 152 ; 1207-1209, 1995

63) Stein, D. J., Stein, M. B., Pitts, C. D., et al. : Predictors of response to pharmacotherapy in social anxiety disorder : an analysis of 3 placebo-controlled paroxetine trials. *J Clin Psychiatry*, 63 ; 152-155, 2002

64) Stein, D. J., Versiani, M., Hair, T., et al. : Efficacy of paroxetine for relapse prevention in social anxiety disorder : a 24-week study. *Arch Gen Psychiatry*, 59 ; 1111-1118, 2002

65) Stein, M. B., Liebowitz, M. R., Lydiard, R. B., et al. : Paroxetine in the treatment of generalized social phobia (social anxiety disorder). *JAMA*, 280 ; 708-713, 1998

66) Stein, M. B., Fyer, A. J., Davidson, J. R. T., et al. : Fluvoxamine in the treatment of social phobia. A double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry*, 156 ; 756-760, 1999

67) Stein, M. B., Fuetsch, M., Muller, N., et al. : Social anxiety disorder and the risk of depression : a prospective community study of adolescents and young adults. *Arch Gen Psychiatry*, 58 ; 251-256, 2001

68) Stein, M. B., Pollack, M. H., Bystrinsky, A., et al. : Efficacy of low and higher dose extended-release venlafaxine in generalized social anxiety disorder : 6-month randomized controlled trial. *Psychopharmacology (Berl)*, 177 ; 280-288, 2005

69) Stein, M. B., Ravindran, L. N., Simon, N. M., et al. : Levetiracetam in generalized social anxiety disorder : a double-blind randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry*, 71 ; 627-631, 2010

70) Stern, R. G., Petti, T. A., Bopp, K., et al. : Aripiprazole for the treatment of schizophrenia with co-occurring social anxiety : an open-label cross-taper study. *J Clin Psychopharmacol*, 29 ; 206-209, 2009

71) Swinson, R. P., Antony, M. M., Bleau, P. B., et al. : Clinical practice guidelines : management of anxiety disorders. *Can J Psychiatry*, 51 (suppl 2) ; 1-92, 2006

72) The Research Unit on Pediatric Psychopharmacology Anxiety Study Group : Fluvoxamine for the treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *N Engl J Med*, 344 ; 1279-1285, 2001



- 73) Thevos, A. K., Thomas, S. E., Randall, C. L., et al. : Baseline differences in social support among treatment-seeking alcoholics with and without social phobia. *Subst Abuse*, 20 ; 107-121, 1999
- 74) Tuccioni, M., Testi, A., Antonioli, L., et al. : Safety concerns associated with the use of serotonin reuptake inhibitors and other serotonergic/noradrenergic antidepressants during pregnancy : a review. *Clin Ther*, 31 ; 1426-1453, 2009
- 75) 植元行男, 村上靖彦, 藤田早苗ほか : 思春期における異常な確信体験について (その I) —いわゆる思春期妄想症について—. *児精誌*, 8 ; 155-167, 1967
- 76) Vaishnavi, S., Alamy, S., Zhang, W., et al. : Quetiapine as monotherapy for social anxiety disorder : a placebo-controlled study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 31 ; 1464-1469, 2007
- 77) van Ameringen, M., Mancini, C., Wilson, C. : Buspirone augmentation of selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) in social phobia. *J Affect Disord*, 39 ; 115-121, 1996
- 78) van Ameringen, M. A., Lane, R. M., Walker, J. R., et al. : Sertraline treatment of generalized social phobia. A 20-week, double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry*, 158 ; 275-281, 2001
- 79) Van der Linden, G., Stein, D. J., van Balkom, A. J. : The efficacy of the selective serotonin reuptake inhibitors for social anxiety disorder (social phobia) : a meta-analysis of randomized controlled trials. *Int Clin Psychopharm*, 15 (suppl 2) ; 15-24, 2000
- 80) van Vliet, I. M., den Boer, J. A., Westenberg, H. G. M. : Psychopharmacological treatment of social phobia. A double-blind placebo controlled study with fluvoxamine. *Psychopharmacology*, 115 ; 128-134, 1994
- 81) van Vliet, I. M., den Boer, J. A., Westenberg, H. G., et al. : Clinical effects of buspirone in social phobia : a double-blind placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry*, 58 ; 164-168, 1997
- 82) Veale, D., Boocock, A., Gournay, K., et al. : Body dysmorphic disorder : A survey of fifty cases. *Br J Psychiatry*, 169 ; 196-201, 1996
- 83) Wagner, K. D., Berard, R., Stein, M. B., et al. : A multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial of paroxetine in children and adolescents with social anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 61 ; 1153-1162, 2004
- 84) Walker, J. R., Van Ameringen, M. A., Swinson, R., et al. : Prevention of relapse in generalized social phobia. Results of a 24-week study in response to 20 weeks of sertraline treatment. *J Clin Psychopharmacol*, 20 ; 636-644, 2000
- 85) Wihelm, S., Otto, M. W., Zucker, B. G., et al. : Prevalence of body dysmorphic disorder in patients with anxiety disorders. *J Anxiety Disord*, 11 ; 499-502, 1997
- 86) 山下 格 : 対人恐怖. 金原出版, 東京, 1977
- 87) 山下 格 : 対人恐怖の病理と治療. *精神科治療学*, 12 ; 9-13, 1997
- 88) Zimmerman, M., Mattia, J. I. : Body dysmorphic disorder in psychiatric outpatients : Recognition, prevalence, comorbidity, demographic, and clinical correlates. *Compr Psychiatry*, 39 ; 265-270, 1998
-

## Diagnosis and Treatment of Social Anxiety Disorder

Satoshi ASAKURA

*Department of Psychiatry, Health Care Center and Graduate School of Medicine, Hokkaido University*

Many studies of social anxiety disorder (SAD) have been conducted because diagnostic criteria are defined as social phobia in DSM-III in the West. In Japan, several studies have examined pathological conditions similar to SAD, known as taijin-kyofu (TK). This highly remarkable disorder involves a convincing fear of giving another person discomfort from one's physical faults (e.g. feeling that neighboring people detect an unpleasant smell from one's body, "jikoshu-kyofu", or feeling that neighboring people feel unpleasant because of one's appearance, "shukei-kyofu") termed "convinced subtype of TK" (c-TK ; also known as offensive subtype of TK). In DSM-5, the definitions of feeling rejection and offense of others are added to a fear of humiliating or embarrassing oneself. Moreover, TK is a sufficient criterion for SAD. However, it is confusing that body dysmorphic disorder is not in category of somatoform disorders but in that of obsessive-compulsive disorder and related disorders and that the Japanese terms of "jikoshu-kyofu" and "shubo-kyofu" are categorized as other specified obsessive-compulsive disorder and related disorders. The efficacy and tolerability of selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for the treatment of SAD has been reported in many controlled studies. Recently, SSRIs are regarded as first line pharmacotherapy for SAD. Cognitive behavioral therapy is also effective for SAD treatment. High rates of co-occurring SAD and other psychiatric disorders can be found in clinical samples and in the general population. Additional research must be conducted for these patients and for the management of treatment-refractory SAD patients.

< Author's abstract >

< **Keywords** : social anxiety disorder, taijin-kyofu, convinced subtype of taijin-kyofu (also known as offensive subtype of taijin-kyofu), diagnosis, treatment >

---