

現象としての社交不安

佐々木 淳

2016年3月14日発行 (Ver. 1.0) ●発行元: ちとせプレス

社交不安という言葉を目にしたことがありますでしょうか。社交不安とはいったい何なのか、どのように理解すればよいのか。臨床心理学のアプローチから研究を進められている大阪大学の佐々木淳准教授に、「現象としての社交不安」について解説していただきました。社交不安を「症状」ではなく「現象」としてとらえると、何が見えてくるのでしょうか。

Section 1

臨床心理学入門としての社交不安

私はこれまで「社交不安」という現象について、臨床心理学の立場から考えてきました。2000年当時、私が大学院生になった頃は、私も含めて身のまわりにいる人は「社交不安」という呼び名ではなく、「対人不安」とか「対人恐怖」という呼び方をしていたように思います。2008年に日本の精神医学の学会である日本精神神経学会が「社交不安障害」という名前を定め、近年、国際的診断基準 DSM の最新版から「社交不安症」⁽¹⁾ という呼び名に変更されたのは記憶に新しいことです。ただし他にも対人恐怖、対人恐怖症、社会不安、社会恐怖、社会不安障害など、昔から使われてきた名称は今でも非公式には使われていますし、最近は「コミュ障」なんて言葉もよく聞こえてきます。こんなところから、人を前にしたときに人に起こる現象について、さまざまな人が関心を抱き、それぞれの抱いている微妙なニュアンスの違いを呼び名に込めているのがわかります。あなたもその1人なのかもしれません。そして、この名称がたくさんある背景には、どこからが病的でどこからが病的ではないのか、ということをはっきりと定めようとした歴史があるように思えます。

症状という「現象」

この連載は「現象としての社交不安」という題名ですし、先ほどから「現象」という言葉を使っているのですが、これを読んでくださる方の中には、「臨床心理学の専門家なのになぜ症状という言葉を使わないのか」と疑問に思った方もおられるかもしれません。これには2つ理由があります。

1つは、症状という言葉には何かしらネガティブな意味合いが自然とついてまわるからです。援助職の方は症状をいつも見馴れていますから、症状という言葉に特にネガティブな響きを感じずに使っていることが多く、耐性があります。しかし、一般の方にとってみたら症状という言葉に何か大変なこと、なくさなければならぬこと、という印象を抱きかねません。例えば、「軽い症状がありますね」と援助職から言われたとしても、「今は軽いかもしいけれどゆくゆくはなくすべきものなのだ」とか、「今は何とかなっているようだが、重くなったらどうしよう」という印象につながり、不安を感じるようになるかもしれません。

社交不安に限らず、不安という症状が生じるのはごく自然な心の働きです。不安に限らず、落ち込んだりやる気が出なかったり……、なども症状といえ症状なのですが、何らかの状況に触れた反応としては、自然なものも多いはず。このような意味合いから、私は一般の方には症状ではなく、現象という言葉を使うようにしています。大学での講義でも極力同様にしています。このような態度は「ノーマライジング」という考え方に近いことをはじめて大学院時代に知り、私の考えとの近さに嬉しく思ったものです。

もう1つの理由は、社交不安は1人の人に生じる心理現象としての興味深さもあるだけでなく、それを取り巻く人の動きを含めて眺めてみるとなお人間らしさ

を感じさせてくれるからです。症状を取り巻く人々の動きなので、ある種の集団的症状という言い方もできるかもしれません。私にとってみれば、社交不安を発端に、それを取り巻く人間、ひいては社会の大きなダイナミクスまで感じさせる、まさに「現象」なのです。このあたりのことは、「症状なんだからなくさなきゃいけない」とばかりこだわると目が届きづらいつころでしょう。このあたりは第3回、第4回のときに述べたいと思います。

もともとは卒業論文のテーマ探しから社交不安とのつき合いは始まりました。私にとって学部生のときからすでに、心理学とは身近な出来事の中に潜む心の動きを読み解くことのできる、面白い道具でした。卒論でも身のまわりの些細ともいえるような事柄からテーマを探そうと頑張っていました。なかなかそんなものは見つかりませんでした。なぜなら身のまわりには些細ながらも面白い事柄にあふれており、絞り込むことが難しかったからです。

そんなテーマ探しの中で出会ったのが、社会心理学者の菅原健介先生の『人はなぜ恥ずかしがるのか——羞恥と自己イメージの社会心理学』⁽²⁾ という本でした。「恥ずかしさ」という、些細だと切り捨てられがちな現象に対して誠実に心理学のアプローチから取り組まれている様子に心を打たれ、立ち読みのときにすでにこれをテーマにすることを半ば決めつつ読み進めていることに気づきました。このようにひよんなことから「恥ずかしさ」の研究と出会い、今では少し派生して社交不安関連の仕事で生計を立てているので、不思議なことだと思います。残念ながら私は大学院入試がうまくいかず、他の卒論生よりも長くこの問題に取り組んだのですが、後に成果をいくつかの論文⁽³⁾にまとめることができました。塞翁が馬というものです。

バイオ・サイコ・ソーシャルモデルから見た社交不安

恥ずかしさは専門的には羞恥と呼びます。ごくおおまかにいうと、羞恥とは何かの出来事によって直接的に生じる心の反応であり、社交不安とは、この羞恥を体験するようなことが生じはしないかという予期不安です。

社交不安にはいくつかの側面があります。最近ではバイオ・サイコ・ソーシャルモデル⁽⁴⁾ というものの捉え方が一般的になっています。つまり、身体的側面、心理的側面、社会的側面のそれぞれをアセスメントし、それらを総合して人物像を浮かび上がらせる考え方、

というとわかりやすいでしょうか。

これに則していうならば、身体的側面とは体に現れる社交不安現象です。例えば、誰かあまり知らない人と話さなければならないときのことを思い浮かべてみてください。あまり普段から不安を感じない人は、就職がかかった面接で考えたこともない質問が飛んでくるシチュエーションを想像してみるとよいでしょう。きっと、体がほてってきたり、なぜか右目の下の方がびくびくしたり、脇に汗がたまってきたり、顔が赤くなったり……など、体に何かの変化を感じることでしょう。これが社交不安の身体的側面です。

次は心理的側面です。先ほどのようなことに遭遇したとき、困ったなあ、とか、変に思われるのではないかと、とか、きっと心の中には何らかの思いや情景が思い浮かべられることでしょう。あるいは何だか怖い感じがしたり、焦りの気持ちが出てきたり、普段とは違う気持ちが出てくることでしょう。前者は認知と呼び、後者を感情と呼びます。このように主観的に何かを感じ、何かを考える側面が心理的側面といえるでしょう。

さて、先ほどの場面に戻りましょう。このような場面が苦手だとしたら、そこから逃げ出したり、また同じ場面に遭遇しなくてもすむように、これからは避けようとしたりするのも人情というもの。これは最後の社会的側面です。不安が人の関わり方の程度や質を左右するわけです。

社交不安の仕組み——学習と適応システム

なぜ社交不安は生じるのでしょうか。ここでは学習という側面から考えてみましょう。

人間は出来事から学び、それを次に生かす動物です。この仕組みを学習⁽⁵⁾ といいます。上記のようなあまり知らない人に話しかけないといけない場面で、何かしら恥ずかしさを感じたとしましょう。そうするとこの恥ずかしさという感情と場面が結びついてしまい、次に同じような場面に遭遇したときに、自然と恥ずかしさがよみがえってくることでしょう。これは古典的条件づけと呼ばれる仕組みが背景にあります。他にも、人前で話さなければならないときにうまく話せなかったことがあり、それからというもの人前で話すような場面が億劫になってしまう、ということもよくあると思いますが、ここにも古典的条件づけの仕組みが背景に存在しています。

そして、嫌な感情を体験させるような場面に遭遇するとしたら、ある程度なら我慢するかもしれませんが、どうしても耐え難い場合はそこから逃げ出したり、回避

したりすることでしょう。逃げ出したり回避したりすることによって、嫌なことから解放されるわけですから、次も同じような場面に出くわせば、同じような行動をとることでしょう。このように、行動の結果として得られることによって、その後の行動の頻度が変化するような学習の仕組みをオペラント条件づけと呼びます。どうしても嫌なときは我慢しなくてもよいかもしれませんが、同じような場面では、同じように逃げ出したり、回避したりすることが続いてしまいます。つまり、ちょっとしたことが悪循環を呼び、なかなか抜け出しにくくなるので、ついには日常生活にさしきわが生じて、援助職の助けを借りることになっても不思議はありません。

ここで取り上げた学習とは、人間の非常に基本的な仕組みの1つです。実は人間の心も進化の産物⁽⁶⁾であり、私たちはサバイバルして生き残ってきた祖先たちの末裔です。おおまかにいうと、厳しい環境の中で生存して生殖した人々の特徴が私たちに備わっていると考えられています。ここで不思議なのは、もともと人間が生きていけるように存在しているはずの仕組みなのに、結果として本人が望まない結果や不適應へと導いてしまう可能性がある点です。ここが、人間の適應システムから精神病理を考えてみる際の不思議な点、面白い点だと私は思っています。社交不安は非常に身近な現象ですので、自分の実体験と比べながら研究を紐解くことがしやすいですし、なおかつ、適應システムの見方から精神病理を読み解くというノーマライズした考え方を身につけようとする人にとっては、よい入り口を与えてくれる現象だと思います。

社交不安という現象に触れることの面白さ

塞翁が馬なこと、他にもあります。先ほど社会心理学が私の入り口にあったお話に少し触れましたが、その後は大学院で臨床心理学を専攻し、大学での教育・研究・臨床活動に加えて、産業領域で臨床活動を行っています。もともと臨床心理学志望ではあったのですが、大学の学部で頑張ってみて勉強してみた社会心理学は、臨床心理学を始めてさらに進めていくうえでも大きく役に立ちました。

大学院では丹野義彦先生の『認知臨床心理学入門』⁽⁷⁾を繰り返し読んで臨床心理学の考え方を身につけましたが、基礎的な心理学領域の学習はここで紹介されている認知行動療法という心理療法の理解におおいに貢献しました。今振り返ってみて、なぜ臨床心理学

に社会心理学などが役に立ったのか、その理由を考えてみましたが、社交不安は病気として見るなら社交不安症と呼ばれる一方、その身近さから、臨床心理学以外の領域、例えば社会心理学や文化心理学、認知心理学からのアプローチも盛んな現象です。社会心理学を始めとして、さまざまな基礎的な心理学領域で言われていることは、クライアントが抱えるひとまとまりの出来事や悩みという現象を、さまざまな視点から捉えるための良いトレーニングになるのだろうと思います。

ちょうど、絵を描くときに言われる、デッサンの大切さを思い浮かべてもらったらよいと思います。たしかにデッサンの訓練を経なくても心をつつ芸術作品は生まれるかもしれませんが、デッサンが基礎であると重要性を説く人も多いようです。目の前におられる方について、心理学のパラダイムを応用しながら考えて表現する、ということを経る訓練は、臨床実践の基礎訓練としてもけっこう大事だと私は考えています。これでは自分の個性が出せない、目の前の方の詳細には触れることができない、という人もいるかもしれませんが、NHKの「デザインあ」という番組の「デッサンあ」コーナー⁽⁸⁾でも表れているように、それぞれの人のデッサンはそれぞれ個性的ですし、それなりに真に迫っているように感じます。このあたりのことについては、また別の機会にでも論じたいと思います。

臨床実践上でも有益な点があります。ここまでの文章に表れているように、私は基本的には一般の人でも当てはまりそうなことをスタート地点として援助を考えたい方なので、心理学が追い求めてきた法則性はたしかに役に立つように感じています。そして、法則性が必ずしも当てはまらない人を見ると、その人のいきいきとした個性に触れたような感覚が出現します。もちろん法則性がそのまま表れている場合もよくありますが、法則性が必ずしも当てはまらない部分にその人の大切な何かが潜んでいるように感じるのです。このように、その人のその人らしい部分を透かして見せてくれる良さを基礎研究はもっており、それを学ぶのに適している現象の1つが社交不安という現象だと私は思っています。

社交不安は人間らしい現象で、この現象のメカニズムについての研究⁽⁹⁾の考え方も面白いですし、近年の注意機能との関係に関する新しい展開⁽¹⁰⁾にも興味がそそられます。しかし、この連載では、「現象そのもの」というよりは、学術論文としてはあまり書けない「現象を取り巻く現象」について、焦点を当てたいと思います。第2回では社交不安の正常性・異常性の線引きをどのように行うのかについて、第3回で

は社交不安と文化の関係について、第4回では社交不安を取り巻く現象からどのような人間の本質が見えてくるかについて考えてみる予定です。

■ 文献・注

- (1) 日本精神神経学会精神科病名検討連絡会 (2014). 「DSM-5 病名・用語翻訳ガイドライン (初版)」『精神神経学雑誌』 116(6), 429-457.
- (2) 菅原健介 (1998). 『人はなぜ恥ずかしがるのか——羞恥と自己イメージの社会心理学』サイエンス社
- (3) 佐々木淳・菅原健介・丹野義彦 (2005). 「羞恥感と心理的距離との逆U字的関係の成因に関する研究——対人不安の自己呈示モデルからのアプローチ」『心理学研究』 76(5), 445-452.
佐々木淳・菅原健介・丹野義彦 (2001). 「対人不安における自己呈示欲求について——賞賛獲得欲求と拒否回避欲求との比較から」『性格心理学研究』 9(2), 142-143.
- (4) Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, no. 4286, 129-136.
- (5) 日本認知心理学会編 (2013). 『認知心理学ハンドブック』有斐閣
篠原彰一 (2008). 『学習心理学への招待——学習・記憶のしくみを探る [改訂版] (新心理学ライブラリ)』サイエンス社
- (6) 長谷川寿一・新田徹 (1999). 「心はどのように進化したか」『糸きりて』 74.
- (7) ドライデン, W.・レントウル, R. (丹野義彦監訳) (1996). 『認知臨床心理学入門——認知行動アプローチの実践的理解のために』東京大学出版会
- (8) 「デッサンあ」NHK
<https://www.nhk.or.jp/design-ah/drawing/>
- (9) 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*. Guilford Press. pp. 69-93.
- (10) Amir, N. et al. (2009). Attention training in individuals with generalized social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(5), 961-973.

Section 2

これって正常？ 異常？ ——現象の機能を考える

社交不安に限ったことではないですが、授業や講演などで「精神病理」についてお話しするとき、時折気になる感想をいただくことがあります。感想が気になるというより、何だか気にされているようなその方の様子を見ると、何だかこちらにも心配になるというのが正確なところかもしれません。

それは、「私は……なんです、これって病気ですか？」という深刻な問いです。異口同音どころか同口同音にさえ聞こえる、共通した語りが繰り返されます。第1回でお話したように、私は「症状」に奥深い

何かを感じつつ臨床と研究を続ける半面、その響きが人を脅かし過ぎるのではないかという思いを抱き続けてきました。たしかに、「○○の症状があります」「あなたは△△障害です」と伝えることに意味がないわけではありません。不安は掻き立てられますが、それをもつ人に注意喚起することができるからです。しかし、それを踏まえたうえで、「症状」や「障害」ではなく、「現象」としてとらえることでより広い柔軟なとらえ方ができるのではないかと日々感じています。

この現象はあなたに何を与えているのか ——現象の機能という視点

現象の正常と異常を考える際に、いくつか押さえておきたい視点があります。まず考えておきたいのは、「この現象はこの人に何を与えているのか」という視点です。ここでは「人前で緊張して汗がたくさん出てくる」とか「人前で変なことをしてしまってバカにされるのではないか」などの思いが出てくる、という現象を取り上げましょう。

第1回のお話でいうと、前者は社交不安の身体的現象であり、後者は心理的現象、特に否定的評価への恐れ (fear of negative evaluation: FNE⁽¹⁾) と呼ばれる認知的現象です。つまり症状として数えられます。人前で緊張して汗をたくさんかくとしても、それがこの人に何を与えているのかを考えた際、この身体的現象が強い苦痛を与えているということでしたら、その人は困っていると言えるでしょう。

それに対して、たしかに汗をたくさんかくけれども、そんなことはいつものことだから別に気にしない、でも身体的「症状」として紹介されたから病気なのかと思って聞いてみた、という場合もあります。このように、たしかに「現象」が現れていることには変わりはありませんが、それがこの人に与えているものは異なることがよくわかります。後者の例でいうと、このような認知が現れてきてやはり耐え難い苦痛を感じていたり、回避行動が生じていたりすると、この人の生活の質や人生の質は、その現象がない場合と比べて、しんどいものとなったり追い詰められているような感じがつきまとうはずで

ここで援用されているのは機能分析⁽²⁾という考え方です。私は認知行動療法とそれに伴う認知行動病理学を専門にしていますが、これは認知行動療法の一派である行動分析の考え方の1つです。行動分析の始祖のバラス・スキナーは、第1回でお話したオペラント条件づけを発見し、それを臨床に応用し、後の応用行



図 機能分析から現象と機能をとらえる

動分析の発展の礎を作りました。この心理療法のアセスメントの考え方として大切なのが機能分析です。

この考え方では、行動 (B: Behavior) には、「行動を生じさせる刺激」(A: Antecedent)、と「行動の結果」(C: Consequence) が結びついていると考えています(図)。この ABC の3つの要素の結びつきのことを随伴性と呼びます。厳密にいうと「行動」ではない現象もあるでしょうが、ここでは簡単のために、何かによって現象が生起し、その結果としてもたらされるもの、このもたらされるものを「機能」と考えます。

現象の短期的機能と社会的機能

現象を治すべき治療対象と考える場合、まず押さえておくべきことは、その現象が短期的に・即時的に何をもたらしているのかです。そして、それが自分の社会生活(学校生活を含む)でどの程度邪魔になっているのか、という視点が重要であり、社会的機能と呼ばれています。例えば、その現象のせいで学校に行きづらくなっていたり、職場で自分の力が発揮しにくくなっていたりするとしたら、現象によって社会的機能が低くなっていると言えます。他の人にもわかるような目に見えた変化はないが、けっこうきつい思いをしながら何とか社会生活を送っている、という場合も負担がかかっていて社会的機能が低くなりかねないので、何らかの援助を試してみる価値はあります。

それに対し、目に見えた変化も、苦痛もないけれど、何だかこの現象に違和感を覚えている……というような場合はどうでしょうか。この場合、この現象以外に特に目立った不適応が見当たらないと、特に医療においては、治療は不要であると見なされることが多いでしょう。つまり、「現象があれば病気である」というわけではなく、「現象があり、しかもそれに苦痛や社会的機能の低下があることによって、はじめて病気であると言える」というわけです。ただし、生活に支障がないものの何となく違和感を抱いていることを1つの生きづらさとするのであれば、カウンセラー等に話してみる価値はあるでしょう。

このように、社会的機能の低下がどの程度大きいと治療者が判断するのか、そして社会的機能の低下や現

象がもたらすものを本人がどの程度治したいものだと判断するのかによって、治療対象になるかどうかが決まってきます。つまり、治療対象になるかどうかは、現象単独ではなく、その機能とそれに対する意味づけによる、と言い換えることもできるでしょう。これによって社交不安の正常と異常の境界線を引くという考え方が、まず1つ目の視点です。

現象の長期的機能

認知行動療法⁽³⁾では、認知が感情を生じさせている、つまり頭に浮かぶ考えが気持ちを生じさせていると考えます。これに即して言うと、「人前で変なことをしてしまってバカにされるのではないか」という考えによって即時的に何らかの感情が生じていると言えます。具体的にはこうした認知によって、不快な気持ちになったり焦りの気持ちを生じたりします。

しかし、今挙げた例は瞬時に起こることに焦点を当てているだけで、その後の影響まではとらえていません。心理的苦痛は瞬時の体験に対して強烈に焦点を当てる機能をもっていますが、「現象」とそれがもたらすものをより広く見ていく際には、その長期的機能にも目を配る必要があります。例えば、「人前で変なことをしてしまってバカにされるのではないか」という思いがよぎったので、それならバカにされないように行動を注意しよう、と前向きに自分の居住まいを直すこともあります。この場合、不快をもたらしめているはずの認知が、自分をよりよいものにするためのきっかけや動機づけとしての機能を果たしていることとなります。もちろん、不安に駆られて強迫的に行動を修正しているとしたらある程度の苦痛が伴ったり(短期的機能)、長期的にしんどい面も出てきたりするかもしれませんが、この例の場合は、どちらかというと認知が適応的な方向に利用されていると言えます。現象が自分に何かを教えてくれた、というわけです。

また、「この症状があり続けることで苦痛以外に何がもたらされているのか」を、自分だけでなく他者との関係も視野に入れつつ考えてみたいところです。自分がそういう人を見たときにどのようにしてあげたくなるのか、ということもヒントになるかもしれません。本人にとっての「現象」と他人から見えるあなたの「現象」は、えてして違うものです。知らず知らずのうちに何かをもたらしめている現象の機能を想像してみましょう。

現象の長期的機能という面でもう1つ押さえておきたいのは、「なぜ自分にこの現象が生じるのか自問自

答する」という機能です。例えば、病気をもって生まれたり事故にあったりした子どもの親は、なぜ、なぜ、とその出来事が自分に生じた理由を問い続けることが知られています。私から見ると、これはごく自然な心の働きであり、また自浄力を秘めた問いであるように見えます。強い苦しみを伴うものではありません、その方の「なぜ」にあった答えが見つかるならば、そのしっくりいく感覚がその人に力を与えてくれるはずで、人前でのちょっとした社交不安的現象をきっかけに、「なぜ自分は昔からこうなんだろう」とか「なぜ自分は人と違うんだろう」と、自分に自分の生を問う構えをもたせる、というのも長期的機能の1つです。ただし、問うことが生きやすさにつながるか生きづらさにつながるかは、人それぞれのように見えます。

重要なのは、長期的機能を考えていく際に、生活の質も人生の意味もその人にとって両方とも大切なものだということです。ただし、それぞれをどの程度の割合にしてバランスをとるのは各自に任されています。特殊な例かもしれませんが、心理療法の上でどちらかを欠いた場合、「元気にはなったが、これからどう生きていけばいいのかわからない」とか「自分の生の意味はよくわかったが、もう少し元気になる方が嬉しい」という不満につながっていきます。「機能と意味の両立」は、心理療法においても重要なテーマだと私は考えています。

「症状＝治さなければならぬもの」という考えに立てば、すべての症状を治さなければいけないということになるでしょう。しかし、これはあまり現実的な目標設定ではありません。第1回でもお話しした通り、適応するための力の反映が現象として現れている場合がけっこう多いためです。それに近いですが、よりよく生きようとすることの裏側にそうできなかったことへの恐怖が生じるというのは、日本で開発された代表的な精神療法である森田療法⁽⁴⁾も教えてくれる考え方もあります。

臨床心理学における正常と異常

他にも現象をとらえるための考え方を紹介しましょう。臨床心理学において、正常と異常を区別する基準が4つあると言われています。つまり、適応的基準、価値的基準、統計的基準、病理的基準の4つです(表)。ここでは東京大学の下山晴彦先生の論文⁽⁵⁾に基づきながら、それぞれを紹介したいと思います。

まず、適応的基準とは「所属する社会に適応してい

表 正常と異常を区別する4つの基準

- 適応的基準
- 価値的基準
- 統計的基準
- 病理的基準

るのが正常で、社会生活が円滑にできなくなったのが異常である」という考え方です。上で挙げたような現象が生じていて、それによってスムーズにことが運びづらくなっている場合、適応的基準において異常である、ということが出来ます。逆に、社会的機能が保たれている、負担がなく過ごせている場合は、適応的基準において正常といえるでしょう。社会的機能とかなり近い考え方です。

次の価値的基準による適応—不適応は、「判断のための理念体系に基づく規範があり、その規範の許容範囲内で行動している状態を正常とし、その規範から逸脱している場合を異常とする」考え方です。例えば、人前で尻込みする人に対して弱虫だと批判する風潮があるグループと、尻込みする人ばかりが集まっているグループとでは、社交不安の現象の意味合いが変わってきます。広く日本の社会や文化においては、挨拶程度に人前で何かをする際に「緊張する……」と言っている人をよく見るように、社交不安は許容される傾向にあるように思います。日常的に不安を語ることの多い文化だと、それを異常視して「症状」とするのではなくむしろ自分の一部、つまり「性格」の一部と見なすような傾向があるという指摘⁽⁶⁾もあります。いずれにせよ、何らかの準拠集団⁽⁷⁾の価値観に照らして異常と正常を線引きするのがこの基準です。あなたは日本という以外にどのような準拠集団に属しているでしょうか。そこの価値観から見るという点が2つ目です。

統計的基準とは「集団の中で平均に近い標準の状態にあるものを正常として、平均から偏奇の度合いが強い状態を異常とする」考え方です。症状に限らず、パーソナリティなどを測定するために、さまざまなテストが臨床心理学や精神医学の取り組みの中から作成されています。これは心理学用語で、「尺度」とも呼びます。社交不安の代表的な尺度としてLSAS-J⁽⁸⁾やSPS/SIAS⁽⁹⁾があります。ここでは一般の方のアクセスのしやすさからLSAS-Jを紹介しましょう。この尺度は1987年、アメリカ・コロンビア大学医学部のM. Liebowitz博士が開発し世界中に広まりました。日本語版とその評価基準が書かれたサイトがいくつかありますので、探してみてください。例えば、合計点が90点以上だと「重度の社交不安症」という目安です。

この得点で線引きを検討することができます。ただし、確率的にそうである可能性が高いという判断にとどめておいてください。

最後の病理的基準は、医学的基準と読み替えてもよいものです。「病理学に基づく医学的判断により、健康と判断された場合が正常であり、疾病と診断された場合を異常とする」考え方です。これにも適応的基準が絡んでいることは上でもお話ししました。

正常と異常——誰が決めること？

上に挙げた機能と4つの基準の中で、自分はどのような機能を求めるのか、あるいは、どの正常を求めている、どの異常と距離をとりたいたいのか。これはおおげさに言えば、人生に何を求めるのか、どのような人生を求めるのか、というテーマにつながる問いです。正常・異常を自分なりに考えるという行いは、「自分の価値観を再確認させる」という、現象がもつもう1つの大切な機能です。

正常か異常かを考える際の基本は、その現象について「よく知りましょう」ということです。これには私も賛成です。判断の材料を増やしてくれるからです。また、上に挙げたような基準があることを知っておくことも有効だと思います。

ただ、たくさん情報を得たとしても、自分のこととして考えるかどうかはその人任せになってしまいます。ですので、ちょっと突っ込んだ言い方にはなりますが、情報をもとに現象の機能や正常・異常の基準を自分に照らしてみ、思い切って自分なりに考えてみてほしいと思います。何かを思いめぐらせている人は、たとえ知識の運用に誤りがあったとしても外から修正がききますが、何も思いをめぐらせていないと、重たい腰をあげるところから始めなければなりません。後で治療を受けることになったとしても、ここで考えることは治療者にとっても参考になります。そして、読者のみなさんには、これって人間のどういう仕組みで起こっている現象なのだろう、ということも考えてほしいと思います。

自分では正常だと思っているが、そう言い切るのに躊躇することは自然なことです。この現象をもち続けることでどのようなデメリットが将来ありうるのかわからない、という面がおそらく大きく影響していると思います。さすがにこれはすぐれて専門的な判断になるので、治療者の門を叩いた方がよいでしょう。これに限らず、考えあぐねたり、しんどさを感じたりしているときは、信頼できそうな治療者を探して、尋ねて

みてほしいと思います。そんな出会いのきっかけを作ってくれるのも、現象の大切な機能なのです。

文献・注

- (1) Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluation anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.
- (2) ランメロ, J・トールネケ, N. (松見淳子監修) (2009). 『臨床行動分析のABC』日本評論社
- (3) ニーナン, M・ドライデン, M. (石垣琢磨・丹野義彦監訳) (2010). 『認知行動療法100のポイント』金剛出版
- (4) 公益財団法人メンタルヘルス岡本記念財団のサイト (森田療法や神経症に詳しいサイト。普及活動や研究助成活動を行っている財団。)
 <http://www.mental-health.org/index.html>
- (5) 下山晴彦 (2002). 「臨床心理学における異常心理学の役割」 下山晴彦・丹野義彦編『講座臨床心理学3 異常心理学I』東京大学出版会, pp. 21-40.
- (6) 樽味伸 (2004). 「対人恐怖症」概念の変容と文化拘束性に関する一考察——社会恐怖(社会不安障害)との比較において」『こころと文化』3(1), 44-56.
 樽味伸 (2006). 『臨床の記述と「義」——樽味伸論文集』星和書店
- (7) 池田謙一・唐沢穰・工藤恵理子・村本由紀子 (2010). 『社会心理学』有斐閣
- (8) Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.
 朝倉聡・井上誠士郎・佐々木幸哉ら (2002). 「Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS): 日本語版の信頼性及び妥当性の検討」『精神医学』44, 1077-1084.
- (9) Mattick, R. P., & Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455-470.
 金井嘉宏・笹川智子・陳 峻文・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.

Section 3

対人恐怖症は日本文化に固有の現象なのか？

「タイジンキョウフショウ」という言葉が外国の研究者の口から聞こえてくると、ちょっとびっくりしますが、対人恐怖症は「タイジンキョウフショウ」(Taijin-kyofusho)として海外でも通用する言葉なのです。ただし、この言葉の受け取られ方は時代によって変遷を続けてきました。これには文化という観点が大きく関わっています。第3回では、歴史的な推移を踏まえつつ、社交不安現象が文化とどう関係しているのかを考えてみたいと思います。

「対人恐怖症」の誕生と発展

社交不安がさまざまな用語で呼ばれてきたことは第1回でもお話した通りです。今でこそ、社交不安症は social anxiety disorder という名前で世界中に広まっていますが、それはこの40年ほどのことで、以前はそれほど共有された概念ではありませんでした。

それと対照的に、日本での研究や臨床は100年ほどの歴史を誇ります。20世紀初頭から活躍した精神科医である森田正馬が「対人恐怖症」を概念化したことが大きなきっかけです。対人恐怖症の1つである赤面恐怖を取り上げ「恥ずかしがる事を以て、自らふがひない事と考へ、恥ずかしがらないやうにと苦心する“負けおしみ”の意地張り根性である」と論じた⁽¹⁾のは有名な話です。

対人恐怖症の研究が非常に盛んになったのが1970年代です。日本の精神医学の雑誌である『精神医学』で特集号が編集されました。文化に関する論考では、「対人恐怖に関する症例が確かにわが国において多いのは事実であり、そのことにわが国特有の文化形式が大きな影響を持っていることも事実であると思われる」と綴られています⁽²⁾。人との関係性を重んじたり、暗黙の了解が人づきあいの中にあたりなど、少しヤヤコシイ面も含んでいる日常を振り返ると、人前での不安や恐怖はきっと日本特有なんだらうと、すつと信じてしまうのではないのでしょうか。

1970年代は対人恐怖症の概念にもう1つの色彩が加えられた時代でもありました。その中でも代表的なのは、笠原嘉の4つの分類です⁽³⁾。一言で対人恐怖症といっても、対人恐怖症の背景の発達段階や重症度によってずいぶん色彩が異なります。

まず、「発達的に青春期の一時期に見られる」対人恐怖症は、誰にも経験がある、青年期での自己意識の高まりを反映したものです。次は「純粋に恐怖症段階にとどまる」対人恐怖症で、不安の強度が強い状態です。次からが少し聞きなれないでしょうが、「関係妄想性をはじめから帯びたもの」が提唱されました。例えば、あの人が向こうを向いたのは自分からにおいが出ていて、それがあの人を不快にした結果、嫌われてしまったのだ、と自分のにおいと人の行動を結びつけて強く信じる特徴、つまり関係妄想性をもっている対人恐怖症です。この自己臭恐怖に加えて、自分の視線が相手に嫌な感じを与えてしまって相手から嫌われてしまうと強く信じる自己視線恐怖が「重症対人恐怖症」と位置づけられています。最後は「前統合失調症

症状として、ないしは統合失調症の回復期における後症状」であり、統合失調症の前後に現れる漠然とした人への恐れがそれにあたります。

その他にもこの時期には、自分の考えが相手に伝わったと信じる自我漏洩症候や、思春期に特有の心理現象に着目した思春期妄想症など、人前での不安や恐怖の妄想性についての言及が増えました。これらは社交不安を主概念として、神経症から統合失調症へと変遷するスペクトラム(連続体)がイメージされています。この時期に提出された概念の特徴は、他者を不快にする、という加害性と、それを強く信じるという妄想性の2つであったと言えます。

DSM-IIIの到来と誤解

しかし、1980年に国際的な診断基準であるDSMの第3版(DSM-III)⁽⁴⁾が発行され、社会恐怖(social phobia)という診断基準ができました。はじめて人前での恐怖が国際的な診断基準に載ったのです。日本で培われてきた対人恐怖症概念と外国で診断基準に挙げられた社会恐怖のどこが同じでどこか異なるのが話題になるだけでなく、日本の対人恐怖症の概念が海外に伝えられ、冒頭のように「タイジンキョウフショウ(Taijin-kyofusho)」と呼ばれるようになりました。

ただ、厄介だったのは、日本のこれまでの研究に由来する対人恐怖症的な症状の中でも、特に加害妄想をもつタイプ(offensive type)の対人恐怖症、つまり「不快にする」ことを「強く信じる」一群が日本や東アジアに特有のものであり、これこそがタイジンキョウフショウであるという論調へと発展してしまったことです。そして、ついにはある文化の下で生じやすい精神疾患である文化結合症候群(culture-bound syndrome)の1つとしてDSMにリストアップされてしまいました。

同じ日本人の感覚として、みなさんはこうした現象の底に流れている気持ちはよくわかる感じがするのではないのでしょうか？ また、文化結合症候群と見なされることについて、みなさんはどう思うのでしょうか？ 気づいた人もおられると思いますが、「日本の対人恐怖症」は加害妄想をもつタイプのタイジンキョウフショウだけではありません。つまり、人前で恥ずかしいことをしてしまったらどうしよう、と恐れているような人たちの姿も、どこかで目にしてきたのではないかと思います。

日本の対人恐怖症の症状は、他者が不快になることへの悩みである、つまり他者志向的であるのに対し、海外流の社交不安は自分が社会的場面で苦痛を感じる

ことを悩む、つまりその逆で自己志向的であるという議論がなされてきました。これは一片の真理についているように思います。ただし、海外にも他者に対する気遣いをもって人は当然大勢いるはずで、そういう人々には気遣いの裏側にある「人を不快にってしまった」と信じる現象が現れても不思議ではないでしょう。タイジンキョウフショウが文化結合症候群に分類されることについて、私は違和感がずっとぬぐえませんでした。

文化結合的という考え方の裏側にあるもの

タイジンキョウフショウは文化結合的であると信じている人は、1990年代頃から現れた研究に驚いたことでしょう。例えば S. R. Clarvit et al.⁽⁵⁾ はニューヨークで、R. J. McNally et al.⁽⁶⁾ はシカゴでクリニックに来院した加害妄想をもつタイプのタイジンキョウフショウの症例を報告したのです。いずれも日本文化との接点がない症例でした。加えて、R. A. Kleinknecht et al.⁽⁷⁾ は、タイジンキョウフショウ尺度を用いてアメリカのサンプルを調査し、同様の現象がアメリカにも存在することを明らかにしています。D. L. Dinnel et al.⁽⁸⁾ に関しても同様です。これらの実証研究は、加害妄想をもつタイプのタイジンキョウフショウ的な現象は日本文化圏に限らないことをはっきりと表しています。

話は少し変わりますが、自己紹介にあるように私は自我漏洩感 (egorrhea symptoms) に興味をもち、研究をしてきました。ごく単純にいうと、人に自分の内面的な情報が人に伝わったと感じ、それが苦痛をもたらすという現象です。

私は大学院を修了後、カナダのモントリオールにあるマギル大学精神科の社会・文化精神医学講座⁽⁹⁾ に客員研究員として赴任しました⁽¹⁰⁾。タイジンキョウフショウ研究⁽¹¹⁾ で著名な Laurence J. Kirmayer 教授とディスカッションをする機会を求めたのです。

その日々の中でまた驚くようなことがありました。Kirmayer 教授がある講義で私の自我漏洩感の尺度を紹介してくれたそうです。「日本にはこういう現象があるようだよ」と。すると、ある学生が「その症状は精神病的な症状だと思う」という意外な返答が返ってきたというのです。しかし、私が使っている尺度は日本の大学生の調査をもとに開発したものであり、一般の大学生が日常的に体験している現象だったのです。これは、私の尺度が Schneider の一級症状⁽¹²⁾ の内容

と類似していたことも一因かもしれません。一級症状とは 20 世紀初頭のドイツの精神科医 K. Schneider が統合失調症の診断に重要としてリストアップした症状であり、この言説が以前は根強く影響を及ぼしていました。一級症状の中の、考えたことが筒抜けになって伝わってしまうと信じる考想伝播は、私の尺度に通底する「他者に伝わる」という点とよく類似しているのです。

ただ、ここで加害妄想をもつタイプのタイジンキョウフショウに対する海外からの誤解を考え合わせてみましょう。するとこの逸話は、自分と異なる文化に身を置いている人の中に、自分たちにはなじみが薄い(と信じる)現象があった場合、その人の目にどう映るのかを如実に表しているようにも見えます。相手が日本人であるとしても、その人を知るためには文化的背景に思いを寄せることが非常に大切です。しかし文化を重んじる反面、自分のもっている文化とはどこかしら異なるものを感じて「この人と自分とは違う」と判断する際、何か大切なものが見落とされてしまうことにもなりかねないことに気づかせてくれる体験でした。

現象と文化

対人恐怖症についてのこれまでの経過を現象という視点から振り返ってみましょう。「加害妄想をもつタイプのタイジンキョウフショウは日本文化に特有な症状である」と主張するためには、①日本文化圏において加害妄想をもつタイプのタイジンキョウフショウの現象が生じているだけでなく、②他の文化圏においては存在しない、ということを実証する必要があったように思います。後になってから②を否定するデータが示されたことは上で述べた通りです。

ここで考えておかなければならないのは、臨床心理学や精神医学の主なターゲットは、自分か他者が困っている心理的問題をもつ人であることです。つまり、第2回の図でいうと、現象 (B) に加えて、ネガティブな機能 (C) が加わった人が来談します。つまり、現象があるだけでは来談に結びつかず、苦痛が薄かったり、周囲が許容していたりする場合にも同様です。こうした人々は、現象をもっていたとしても臨床群のデータにはなりません。

文化がどこに影響を与えているのかも考える必要があります。A → B の部分、つまり現象の生起に影響をしているのか。また B → C の部分、つまり何らかの機能をもたらすことになる現象の解釈の部分に影響をしているのか、あるいはこの両方なのか。臨床群の

データだけで、この両方の影響が分離できないので、臨床群ではない一般の人のデータとの比較も必要になることでしょう。

また、現象を文化の面から考えることの機能にも目を配る必要があるでしょう。おそらく、文化という概念が伴うことによって、「日本を中心として多く見られるようだ」という言説がいつの間にか「日本に特有」という形で一人歩きしてしまったのかもしれない。文化を考え合わせることに注意点として念頭に置くべきことでしょう。

これからの対人恐怖症研究

2008年から対人恐怖症に関する研究は大きく進展をしています。木下善弘ら⁽¹³⁾は、加害観念の有無と妄想性の有無の2×2=4通りの社交不安のタイプを整理しています。つまり、日本の対人恐怖症=加害妄想という誤解がこれまで根深くあったわけですが、妄想的でない加害観念や加害観念ではない妄想的観念も存在することを示しています。そして、2013年に改訂されたDSM-5では、社交不安症の診断基準に加害観念に関する症状がついに取り入れられました。日本で蓄積された研究知見を世界的な基準の中で生かす土台が築かれたわけです。さらに文化結合という考え方が強調されすぎてしまったことについても言及されています。

これらのことは、対人恐怖症の現象を研究する際に障壁となりがちな、概念整理の難しさや、DSM上の裏づけの薄さを解消するものですから、今後対人恐怖症に興味を抱いて研究を行う方々には着手しやすくなっているといえます。この領域の研究が今後大きく進むことを期待しています。

最近アメリカで「嗅覚関連づけ症候群（自己臭症）」という研究も盛んになってきており、DSMでは正式な診断基準に入っていないものの、タイジンキョウフショウの変異型と紹介されています。自己臭恐怖はそれこそ「日本に特有」と言われてきたようにも思います。なぜ今になってこうした動きが出てきたのかはわかりませんが、DSMでも紹介されているように、対人恐怖症はDSMの社交不安症よりもさまざまなものを含む現象です。日本にはこれまでにたくさんの多彩な症例研究が蓄積されており、そこで学ばれたことをより多くの人に対して生かすことのできる時期が今なのです。また、日本人として対人関係の中で自然に感じることや、日本語を読めることがそのまま強みとして生きる研究領域であるともいえます。

上記の通り、対人恐怖症はさまざまな現象が絡んでいて複雑です。しかし、研究をしていく際には、何かの1つの現象を取り上げ、その発生や維持の心理学的モデルを構築・実証していく方が、逆に近道であるように感じています。私は自我漏洩感を始めとした対人恐怖症の症状を主に研究してきましたが、こうした取り組み⁽¹⁴⁾が参考になることを願っています。

文献・注

- (1) 森田正馬 (1974). 「赤面恐怖症（又は対人恐怖症）と其療法」『森田正馬全集 第3巻』白揚社, pp. 164-174.
- (2) 近藤章久 (1970). 「対人恐怖について——森田を起点として」『精神医学』12, 22-28.
- (3) 笠原嘉編 (1972). 『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
- (4) American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.). American Psychiatric Association.
- (5) Clarvit, S. R., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (1996). The offensive subtype of Taijin-Kyofu-Sho in New York City: The phenomenology and treatment of a social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 523-527.
- (6) McNally, R. J., Cassiday, K. L., & Calemari, J. E. (1990). Taijin-kyofu-sho in a black American woman: Behavioral treatment of a "culture-bound" anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 4, 83-87.
- (7) Kleinknecht, R. A., Dinnel, D. L., Kleinknecht, E. E., Hiruma, N., & Harada, N. (1997). Cultural factors in social anxiety: A comparison of social phobia symptoms and Taijin Kyofusho. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 157-177.
- (8) Dinnel, D. L., Kleinknecht, R. A., & Tanaka-Matsumi, J. (2002). A cross-cultural comparison of social phobia symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24, 75-84.
- (9) マギル大学精神科の社会・文化精神医学講座のサイト
<https://www.mcgill.ca/tcpsych/division-social-and-transcultural-psychiatry>
- (10) 佐々木淳 (2010). 「McGill University への留学体験」『心理学ワールド』50, 32.
- (11) Kirmayer, L. (1991). The place of culture in psychiatric nosology: Taijin kyofusho and DSM-III-R. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 179, 19-28.
- (12) Schneider, K. (1959). *Clinical Psychopathology*. Grune & Stratton.
- (13) Kinoshita, Y., Chen, J., Rapee, R.M., Bögels, S., Schneier, F.R., Choy, Y., et al. (2008). Cross-cultural study of conviction subtype Taijin Kyofu: Proposal and reliability of Nagoya-Osaka diagnostic criteria for social anxiety disorder. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 196, 307-313.
- (14) 佐々木淳 (2011). 『大学生における自我漏洩感の心理学的研究——認知行動療法の視点から』風間書房
Sasaki, J., Wada, K., & Tanno, Y. (2013). Understanding egorrhea from cultural-clinical psychology. *Frontiers in Psychology*, 4, 894.
Zhou, B., Lacroix, F., Sasaki, J., Peng, Y., Wang, X., & Ryder, A. G. (2014). Unpacking cultural variations in social anxiety and the offensive-type of Taijin Kyofusho through the indirect effects of intolerance of uncertainty and self-construals. *Journal of Cross-*

Section 4

現象が現象であるために——病理を超えて

社交不安症という概念が広まったのはこの30年ほどの間です。1980年にアメリカの精神医学会が作成したDSM-III⁽¹⁾に社会恐怖が採録されましたが、欧米ではDSM-III以前に、人前での不安や恐怖についてのまとまった報告はほとんどありませんでした。それに対して、日本では100年ほどの研究史があることは以前述べた通りです。

Neglected anxiety disorder ?

しかし、1985年にコロンビア大学の精神科医 M. Liebowitz が重要な提言を行ったときから、状況は劇的に変わりました⁽²⁾。このDSM-IIIの社会恐怖について、“Neglected anxiety disorder”，つまり忘れられてきた不安障害であるというフレーズを掲げつつ紹介したのです。この論文は多くの人の関心と呼び、これを機に社交不安症の研究数は増加の一途をたどることになりました。そして、J. R. Marshall (1993) は「1990年代の障害」⁽³⁾とも表現しています。今では *The Wiley Blackwell handbook of social anxiety disorder*⁽⁴⁾ を始めとした600ページを超える分厚いハンドブックまで出版されるに至っています。これは Liebowitz の提言から30年ほどの間に、社交不安症についてさまざまな角度から研究が爆発的に展開されてきた証拠といえます。

診断基準に取り上げられることは、クライアントにとっても好ましい影響があります。それが関心と呼ぶだけでなく、疾患の一応の定義が共有できるので、この現象を理解するための枠組みが構築されていき、その結果、治療法として結実するからです。社交不安については D. M. Clark と A. Wells⁽⁵⁾ や R. M. Rapee と R. G. Heimberg⁽⁶⁾ などの枠組みが代表的でしょう。世界で共有されている枠組みに基づいて、世界中からのデータが汲み上げられて理解が進んでいくのは、見事の一言です。2006年にはアメリカ心理学会の臨床心理学部会(第12部会)が「研究によって支持された心理学的治療」(Research-Supported Psychological Treatments)を公表しました⁽⁷⁾。これはうつ病、双極性障害、パニック症など、さまざまな精神疾患に対する心理療法の中でも、研究によって裏づけられているものを評価し、リストアップしたものです。社交不安症については基

本的な認知行動療法と、Clark と Wells の枠組みに即した行動実験などが取り上げられています。

心理療法はたしかに細やかな試行錯誤の連続ではありません。しかし、あまりに手さぐりすぎたりして、何を行っているのかがクライアントから見てわかりにくい援助をずっと続けられることに対して、拒否感を耳にすることが増えてきたように思います。「心は目に見えない」のは確かなのですが、研究によって裏づけのある、非専門家でもある程度納得できるところをスタートラインとして展開する心理的援助も、これからの大きな選択肢の1つとして成長することと思います。

現象に関する情報の発信の功罪

しかし、この急速な研究の増加はいったいどうしたことなのでしょう。この点には以前から興味があり、第3回で紹介した Kirmayer 教授に少し意見を聞いてみたことがあります。彼いわく、今は病院であるがそれまではおそらくは学生相談やカウンセリング・センターなどに来談していたのではないだろうかと言われ、納得した覚えがあります。以前から現象としては存在していた、しかし医学の対象ではなかった、というのは可能性がある答えではないでしょうか。つまり、DSM が現れることによって、それまで存在していた現象に対する意味づけが変化したわけです。

必要な人に良質の援助を提供すること——これは個人にとっても、その人を取り巻く人たちにとっても、おおげさにいえば社会にとっても大変重要な事柄です。適切な援助にたどりついてもらうためには、現象に関する情報を発信し、その援助法に希望をもってもらうことが第一に大切です。インターネットをざっと見てみても、社交不安症に関する情報には簡単にアクセスすることができるようになりました。社交不安症だけでなく、さまざまな精神疾患について DSM の日本語版の診断基準を見ることができ、どのような治療法がありうるのかについても解説されています(もちろん発信者がちゃんとした専門家であるかどうかは見分けなければなりません)。昔とは比べ物にならないぐらいの判断材料があるのは幸福な時代だと思います。

しかし近年は、社交不安症に悩む人が気になる書き込みを行うことも増えているように感じます。例えば、診断基準を見たらばっちりあてはまっていて落ち込んだ……という趣旨の書き込みです。自分は病気である、どうしようもない、という、かなり強い自己否定感が伝わってくることも多いのです。

たしかにインターネットの普及などの社会の変化は

著しかったですが、人間の本質的な部分はそれほどまでに急激に変化するものなのでしょうか。診断基準や疾患についての情報が広まることによって、以前から自分の中に現象としては存在しつつも、気にならなかったとか、それほど害があるとも思わなかったものが、何かの情報を機に気になるようになった、害のあるように感じられるようになったとすれば、あまり好ましいことではないかもしれません。不安を感じた人が必ず相談機関を来談して下さるなら、治療者から「大丈夫ですよ」と安心してもらえるのですが、だいたいの方は相談機関には行かず、不安の中で取り残されてしまいます。インターネットでのやりとりを見ると、不安をむやみに強めすぎないように有益な情報を伝えるにはどうしたらよいのか、それを今問われているように痛感します。正しいことを伝えるのだ、というのは一種の正義心ですが、どこかで誰かにため息をつかせているかも……と思ひ浮かべてみるデリカシーも、正義心のパートナーとして必要なのかもしれません。

■ 病気ですよというメッセージ

さて、それなら専門家からどのように情報を広めればよいのでしょうか。私見ですが、さまざまな専門家からの情報を見ていると、だいたい2つの方向性の伝え方があるようです。

1つは、「これは病気です」というメッセージです。一昔前ですが社交不安症にはキャンペーンがはられていることは珍しくありませんでした。それは性格ではありませんよ、病気なんですよ、でも治すことができますよ、というメッセージです。ちなみに、こうしたキャンペーンへの意見として、ノースウェスタン大学のC. Lane教授はまとまった意見⁽⁸⁾を表しています。このメッセージがもつ方向性の是非を判定するのは難しいのですが、私個人の立場から言うなら、こうしたキャンペーンの結果、クライアントが治療につながって、クライアントの希望する人生に近づけるのであれば、よいきっかけになるのだと思います。

「私はこの内気な性格で長いこと悩んできた……」という人が、それは性格ではなく病気かもしれませんよと専門家から言われ、気持ちが楽になるということによくあります。それは心の底からの、正直な感想なのだと思います。実は病気のせいだった、自分が悪いわけではなかった、という結論につながるの、専門用語を使うのであれば、問題が自分の外に出て、「外在化」されたということが出来ます。

ただし、病気ですよというメッセージは、それほど必要性のない人でも医療に巻き込む危険性をはらみません。ですので、これは一般人口のうち、病的なレベルの高い人を救うことを目的としたメッセージといえるでしょう。

■ 病気ではありませんよというメッセージ

もう1つありうるのは、「これは病気ではありません」というメッセージです。あるいは「誰にでもある現象である」というメッセージとも言い換えられるでしょう。「正常な機能の反映です」とか「適応へ向かおうとする心の裏返しである」というメッセージの親戚ともいえるスタンスです。これもこれで理に合っているように思えるし、何でもかんでも病気にしないという意味で、配慮のあるメッセージだと思います。

でも、あまりにしんどいときにこれが耳に入るとしたらどうでしょうか。病気ではないよ、誰にもある現象だよ、というところから転じて、人生とはこのようにしんどいものだ、これが普通のことだ、というメッセージとして聞こえてくるとしても不思議ではありません。ですので、今感じているしんどさを「普通のこと」「誰でも経験していること」と信じる準備がない場合は、このメッセージに拒否感を感じてしまうかもしれません。これも心の底からの正直な感想なはずですよ。

マイルドにゆっくり伝える限りはこのメッセージはそれほど拒否感を呼び起さないかもしれません。しかし、「病気ではありませんよ」というメッセージがクライアントに受け入れづらい場合、病気ではなく「普通」の範疇に収めようとする親切心からの言葉とはいえ、クライアントからしてみれば、自分の苦悩を重大なこととして扱ってもらえていないように感じることもよくあります。その由来からいうと全部が病気というわけではないとしても、機能レベルが下がっていったら医療的援助の範疇にもなるわけですから、あまり普通普通と宣伝するばかりだと、救えるはずの人を救えない、という結果にもなりかねません。

■ 病理視への2つの傾向

この2つを私なりに比較すると、クライアントはどちらの場合も、現象を病理視、つまり病気として見ようとしています。前者は専門家の言葉を受け入れることで、自分の現象を病理視しています。後者は、クライアントからの病理視です。つまり、専門家から正常

だと言われても、クライアントの方が病気であると信じたり、あるいは病気として認めてほしかったりという心の動きがあるわけです。

これらのことを要約するならば、専門家が病気と認定し、それを受け入れるならばそのまま現象の病理視につながりますし、他方、専門家からのノーマライズがうまくいかなかったり、いったんうまくいったとしてもやはりこの現象が自分にあることが普通だと思えなかったりする場合は病理視につながるわけです。つまり、専門家の言説は病理視へのきっかけとなりやすいように思えてきます。専門家の言葉あるいは専門化された言葉が、非専門家であるクライアントにとっての「正常」と「異常」の距離を広げてしまうのでは……などと私は危惧します。

このような病理視への傾向を日頃から疑問に感じていると、本当にその現象が病気かどうかという問題とその現象を病気と認識するかどうかという問題は異なるように思えるので、クライアントが専門家から病気と認定されて否認する態度をもったとしても、「まあそう思うのも無理はないだろうなあ」とわりと納得できます。障害をむやみに受容させようとする傾向についての、当事者やその家族からの意見については田島明子の著作⁹⁾に詳しいです。援助者やそれを志望する人は必読だと思います。

ただし、「病気ですよ」を信じる心も、「病気ではありませんよ」を信じる心も、クライアントの中には両方あるはずで、そして時折この2つの間を、専門家の心も揺れ動いていきます。

現象への病理視と対応の担い手

「病気ですよ」というスタンスですと、専門家が責任をもって対応しますよ、という流れなので専門家にお任せする感じでしょうし、「病気ではないですよ」というスタンスですと、これは「普通」のことなので、一緒に工夫をしていきましょう、あるいはご自分で工夫していきましょうね、という流れにつながりやすいように思います。

自分のもっている現象を病気とするかどうかという問題は、自分の現象を自分でどうしたいのか、誰が主にその担い手になるのか、という点にもつながる話だと思います。人間は体の持病や体質を1つや2つもっていてもおかしいことではなく、それは心の面でもいえることですが、自分のもっている現象を何とかしたくなった場合、それを専門家に完全にお任せするなら、その専門家の病理観を受け入れる流れになることでし

よう。

他方、安易に病気にされたくないというのであれば、ある程度自分が自分を動かしていく責任を受け取ることになるでしょう。言い換えれば、自分の中で何を問題とするのかを自分で決めていく態度だと思います。この点、認知行動療法は自分が自分を動かしていく担い手になるようとするのを手助けする心理療法の1つです。自分で自分の問題を何とかしたい、自分のために何かをしよう、というスタンスに立つならば、自分のもっている現象が病理であるかどうかという点とは少し違う次元に立っているといえるのではないのでしょうか。

治療技法の発展と責任性

診断基準ができ、研究が発展し、治療法ができる。効果を高めるための研究がきっかけとなり、さらに治療効果が高まる、という流れを繰り返しているのが、実証に基づく臨床心理学の形だと思います。これはこれで望ましいことですが、近年のようにその外側での情報の広まりが過熱しすぎると、クライアントの責任性が出てくるという難しい面もでてくるかもしれません。

例えば、私は保育園に5歳と3歳の子どもを通わせていますが、今の冬の時期はやはりインフルエンザが蔓延します。小さい子どもには2回のワクチンを打つことによって、インフルエンザの予防をすることができるといふ言説が伝わってきますし、私自身もワクチンを打つ選択をしています。この情報は、ある意味、子どもをもつ親としては常識なのかもしれませんが、今のところ私の園ではワクチンを打つかどうかはまぢまぢのようです。ただし、そこに一斉に専門家から情報が報じられたとしたらどうでしょうか。ワクチンを打ちにいかないことが、他者に迷惑をかけるよくないことでもあるかのように、保護者の意識が変わっていくことも考えられます。

保育園に関してはおそらく、10年もすればそのような時代が到来するのではないかと予感しますが、精神科的なことではどうでしょうか。例えば、うつ病に関していうと、疲れ果てたクライアント予備群の方々に対して、心療内科に行って元気になればいいじゃないかという、心ないまなざしが注がれていることも珍しくありません。社交不安症の治療研究がもっと進み、その情報が広く周知されたとしたら、大事な商談の前なのに内気なままの人に対して、どのようなまなざしが注がれるでしょうか。コンテンツの作成と提供は臨

床心理学においても大切なことですが、情報が人に対してどのように影響を与えるのかという視点や、その結果、現象が病気になるかという視点も、それを防ぐにはどうすべきかという視点も、今後の臨床心理学には必要であるように感じています。

最後に——Other neglected aspects ?

この4回の連載の中で、社交不安をはじめから症状と考えるのではなく、ひとまず現象として考えることの意義について触れてきたつもりです。2015年という年はLiebowitz博士の提言から30年という大きなメモリアル・イヤーであり、その間に大きく社交不安症の世界は広がりました。これから10年でどのような展開があるのでしょうか。私個人は、前回の対人恐怖症の研究の発展を始めとして、発達障害やパーソナリティ障害など、ある程度安定的な要因も加味した研究があると、より援助にも使いやすくなるように感じています。

次の10年間で、どのような進展があるのか。ぜひ興味のある方は参戦してもらえたらと思います。

文献・注

- (1) American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). American Psychiatric Association.
- (2) Liebowitz, M. R., Gorman, J. M., Fyer, A. J., & Klein, D. F. (1985). *Social phobia: Review of a neglected anxiety disorder*. *Archives of General Psychiatry*, **42**, 729-736.
- (3) Marshall, J. R. (1993). Social phobia: An overview of treatment strategies. *Journal of Clinical Psychiatry*, **54**, 165-171.
- (4) Weeks, J. W. (Ed.) (2014). *The Wiley Blackwell handbook of social anxiety disorder*. Wiley-Blackwell.
- (5) 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*. Guilford Press. pp. 69-93.
- (6) Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behavior Research and Therapy*, **35**(8), 741-756.
- (7) アメリカ心理学会臨床心理学部会（第12部会）による「研究によって支持された心理学的治療」（Research-Supported Psychological Treatments）
<http://www.div12.org/psychological-treatments/>
- (8) レーン, C. (寺西のぶ子訳) (2009). 『乱造される心の病』河出書房新社
- (9) 田島明子編 (2015). 『障害受容からの自由——あなたのあるがままに』シービーアール

著者

佐々木 淳 (ささき・じゅん)：大阪大学大学院人間科学研究科准教授。主要著作・論文に *Understanding egorrhea from cultural-clinical psychology* (*Frontiers in Psychology*, **4**, 894, 2013, 共著), 『臨床心理学 (New Liberal Arts Selection)』(有斐閣, 2015年, 共著)。web サイト (<http://www.dma.jim.osaka-u.ac.jp/view?l=ja&u=2795>)。



*サイナビ！（URL参照）に連載された記事をもとに作成しています。

<http://chitosepress.com/category/psychology-navigation/>

*記載された内容の著作権等の知的財産権は、著者または著者に権利を許諾した者に帰属します。

*購入者・利用者は印刷・配布して使用することができます。

*CC BY-ND ライセンスによって許諾されています。ライセンスの内容を知りたい方は <https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/deed.ja> でご確認ください。

