

社交不安障害の臨床社会学に向けて

Toward a Clinical Sociology of Social Anxiety Disorder

櫻井龍彦*

1. はじめに

社交不安障害 (social anxiety disorder)⁽¹⁾ は、簡単に言うと、対人状況において恥ずかしい思いや緊張を強く感じ、そのせいで他者とのコミュニケーションや人前でのさまざまな行動、ときには人前にいること自体にさえ困難が生じる病理であり、現在、うつ病とならんで世界中で大きな注目を集めている精神疾患である。

私は現在、社交不安障害の元患者へのインタビュー調査による、発症から回復にいたるまでの過程についてのライフストーリーの収集と、それにもとづいた臨床社会的な研究に取り組んでいる。本稿の目的は、そうした研究の具体的な成果を報告するのに先立って、そうした研究が求められる理由や、社会学が社交不安障害という病理に対して臨床的貢献をなす理由、そして私が、臨床社会的な研究に際して、元患者が語るライフストーリーに依拠する理由を、先行業績の検討を通して明らかにしておくことにある。

以下ではまず、精神医学の領域における社交不安障害の研究の歴史をふり返る。それに続いて、日本で古くから注目されてきた対人恐怖と社交不安障害との関係を整理した上で、社交不安障害に関するこれまでの国内外の社会学的研究の特徴と問題点を確認する。そして以上をふまえた上で、上記の目的を果たすことにする。

2. 社交不安障害の病像と研究史

冒頭で、社交不安障害の特徴を簡単にまとめたが、社交不安障害の研究の歴史をふり返るに先立って、社交不安障害とはどのような病理であるのかをもう少し詳しく確認しておこう。先ほど述べた通り、現在、社交不安障害は世界的に大きな注目を集めており、世界各国で活発に研究がおこなわれているが、こうした中で、アメリカ精神医学会が定める『精神疾患の分類と診断の手引』(*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)、いわゆる DSM と、世界保健機構 (WHO) が定める『疾病及び関連保健問題の国際統計分類』(*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*)、いわゆる ICD における定義が標準的な定義として広く用いられている。紙幅の都合上、そのすべてを引くことはできないので、要点を以下に表 1 としてまとめておく⁽²⁾。

* 浜松学院大学 (社会学)

【表1：DSM および ICD における社交不安障害の定義】

DSM における定義	ICD における定義
<p>A. よく知らない人達の前で他人の注視を浴びるかもしれない社会的状況または行為をするという状況の1つまたはそれ以上に対する顕著で持続的な恐怖。その人は、自分が恥をかかされたり、恥ずかしい思いをしたりするような形で行動（または不安症状を呈したり）することを恐れる。</p> <p>B. 恐怖している社会的状況への暴露によって、ほとんど必ず不安反応が誘発され、それは状況依存性、または状況誘発性のパニック発作の形をとることがある。</p> <p>C. その人は、恐怖が過剰であること、または不合理であることを認識している。</p> <p>D. 恐怖している社会的状況または行為をする状況は回避されているか、またはそうでなければ、強い不安または苦痛を感じながら耐え忍んでいる。</p> <p>E. 恐怖している社会的状況または行為をする状況の回避、不安を伴う予期、または苦痛のために、その人の正常な毎日の生活習慣、職業上の（学業上の）機能、または社会活動または他者との関係が障害されており、またはその恐怖症があるために著しい苦痛を感じている。</p>	<p>A. 次の2項のうちのいずれかが存在すること。</p> <p>(1) 注目的になるのではないか、収拾のつかない恥ずかしい行為をしてしまうのではないかと、いう顕著な恐怖。</p> <p>(2) 注目的になるのではないか、収拾のつかない恥ずかしい行為をしてしまうのではないかと、いう恐れのある状況を顕著に回避する。</p> <p>これらの恐れは、人前での食事や発言、人なかで知人と偶然出会うとか、少人数の集まり（たとえば、パーティ、会合、教室）に参加するとか、付き合わされるなどといった、社会的状況において明らかになる。</p> <p>B. 障害の発症後、ある恐怖症の状況において、次の症状のうちの1項目を満たすこと。</p> <p>(1) 赤面または震え</p> <p>(2) 嘔吐の恐怖</p> <p>(3) 排尿や排便の差し迫った感じ、またはその恐れ</p> <p>C. 症状や回避のため明らかに苦痛を感じ、またそれが過剰で不合理であると分かっていること。</p>

社交不安障害という病理の特徴は以上の通りだが、社交不安障害という言葉自体は、実は1990年代に作られた新しい言葉である。また、現在のところ、DSMには「社交（社会）恐怖（social phobia）」という呼称と社交不安障害という呼称が並記され、またICDでは社交不安障害という呼称ではなく社交恐怖という呼称が用いられているが、両者は同義と考えてよい。2つの呼称が並立している経緯については後に簡単にふれるが、ここで確認しておきたいのは、現在社交不安障害と呼ばれている病理についての研究の歴史は、社交不安障害という言葉の歴史よりはるかに古いという点である。

社交不安障害に関する研究は、1846年の、ドイツのJ.L.カスパーによる赤面恐怖⁽³⁾、すなわち人前で赤面することを苦にする症状を訴える青年についての症例報告に始まるとする見解が一般的である。そして、高橋徹によれば、このカスパーによる症例報告を契機として、ヨーロッパ世界では、20世紀初頭ぐらいまでの時期にかけては、赤面恐怖に関する研究は活発におこなわれていたという（高橋 1976: 23-4）。

しかしその後、社交不安障害に関する研究は奇妙な道筋をたどる。不思議なことに、本

家本元であるはずのヨーロッパでは研究が衰退してしまうのである。そして、ヨーロッパの知的・文化的蓄積を色濃く引き継いでいるはずのアメリカの精神医学界においても、社交不安障害の研究が大きく開花することはなかった。もちろん、ヨーロッパでは研究がまったく途絶えてしまったわけではなく、イギリスの I. マークスなど、注目すべき業績を残した研究者もわずかながら存在した。また、1970 年代にドイツに留学した里村淳は、当時のドイツで一般的に用いられていた精神医学の教科書でも、赤面恐怖に関する記述は容易に見出すことができ、また赤面の悩みを訴える患者には頻繁に遭遇したという。しかし同時に里村は、医師の間でも、赤面恐怖という病理の存在は知られてはいたものの関心はきわめて薄く、そして赤面恐怖も含め、社交不安障害に関心を示す人にはドイツ滞在中には「全然出会わなかった」と述べている（里村 1979: 334-6）。このように、ヨーロッパ世界では、赤面恐怖に悩む人自体はある程度の割合で存在し続けていたことは間違いないようだが、精神医学界では、社交不安障害は半ば「忘れられた病理」と化してしまう。

これに対して、本家本元の西洋精神医学の知見を「輸入」することで研究がはじまった、いわば「分家」にあたる日本で、研究がきわめて活発に展開していくことになる。日本では、わが国における近代的精神医学の父とも呼ばれる呉秀三が、自らが教鞭をとっていた東京帝国大学における講義でヨーロッパにおける赤面恐怖の研究を紹介したのが、社交不安障害研究の端緒となったようである⁽⁴⁾。ただし、すでに述べたように社交不安障害という言葉は、1990 年代のアメリカで作られたものであって、当時の日本で使われていたわけではない。日本でも、当初はヨーロッパにおける赤面恐怖に関する先行研究にならい、赤面恐怖の研究が中心になっていた。その後、表情のこわばりや視線への恐れなどを特徴とする症状（つまり表情恐怖や視線恐怖）なども注目されるようになり、そうしたさまざまな下部症状を総称する上部呼称として、「対人恐怖」という呼称が生み出された。それが大正の終わりか昭和初期頃のことと推測されるが、その後、日本では対人恐怖という言葉が広く使われることになる。そして、社交不安障害に関する研究は、大まかにいえば 1920 年代頃から 1970 年代ぐらまでの間は、ほぼ日本における対人恐怖研究のみとなる。比較的近年まで、現在社交不安障害と呼ばれている病理は日本に固有、あるいは日本に目立って多い病理であり、それゆえに日本の文化を象徴する病理であるとする見解が盛んに提示されていたが、それもこうした経緯によるところが大きい。

こうした状況に変化が見られ始めるのは、1980 年代になってからである。つまり、長きにわたって西洋社会においては半ば忘れられた病理と化していた社交不安障害が「復活」し始めるのである。まず、先ほどもあげた DSM の、1980 年に刊行された第 3 版に、社交不安障害がはじめて記載される。ただし当時は、名称は「社交恐怖」となっており、また、アメリカでは一般においてはもちろん、精神科医の間でも、社交不安障害という病理の存在はほとんど知られていなかったようである。

しかし、この DSM 第 3 版での記載が契機となり、社交不安障害は徐々に注目を集める

ようになっていく。1994年に刊行された第4版では、社交恐怖という呼称はこの病理の実態を必ずしも正確に表現しているとはいえないとして、社交不安障害という呼称が並記されるようになり、現在では社交恐怖よりも社交不安障害という呼称が使われることが多くなっている。そして、1980年の時点ではほとんど知られてさえいなかった社交不安障害が、1990年代の終わりのアメリカでは、うつ病、アルコール依存症について3番目に多い精神疾患だとされるにいたる(Cottle 1999: 24)。さらに、罹患率の高さや患者数の多さは、ヨーロッパでも指摘されるようになり、一時は日本以外では忘れられた病理と化していた(あるいはそもそもまったく知られていなかった)社交不安障害は、現在では世界中で広く認知されている。

3. 対人恐怖との関係 呼称と病像

社交不安障害についての研究の歴史の概要は上に述べた通りであるが、その歴史的な経緯からしても、日本において社交不安障害の問題を考えるに際しては、対人恐怖との関係が注目される。この点を簡単に整理しておこう。両者をめぐっては、呼称の問題と病像の問題という2つの問題がある。

まず呼称の問題について。すでに述べたように、対人恐怖という呼称は、ヨーロッパの精神医学の知見に触発されて日本で研究が活発に展開していきながら、赤面恐怖以外の多様な症状も含む総称として生み出されたものである。また、上述の通り社交不安障害研究が日本における対人恐怖研究以外にはほとんど見られない時期が長く続いたことや、近年になって、社交不安障害研究が世界的に活発化する中で、日本における対人恐怖研究が先行研究として注目されるようになったこともあり、対人恐怖は“*Taijin Kyofu*”というローマ字表記でも、精神医学界では世界的にかなり通用するともいわれる。こうした点を考えると、対人恐怖という呼称は、日本における独自の研究の歴史に裏打ちされた、重みのある呼称だといえる。

ところが、実は現在の日本では、対人恐怖という呼称は微妙な位置にある。日本国内でも厚生労働省の指示により、精神疾患も含めたあらゆる保健病名は、WHOが定めるものに準拠することになっている。つまり、皮肉なことに日本ではずっと対人恐怖と呼ばれてきたこの病理が世界的に注目され、ICDにも社交恐怖として記載されるようになった結果、日本でも保険病名としては正式な呼称は対人恐怖ではなく社交恐怖となっているのである(笠原 2005: 62)。そしてさらに現在では、ICDと同等以上に世界的に広く用いられているDSMにおいて、すでに述べたように社交恐怖という呼称の適切さに関して疑義が示されていることもあり、社交不安障害という呼称の方が優位になっている。もちろん、長年対人恐怖という呼称が広く用いられてきた日本では、まだまだ対人恐怖という呼称が用いられる頻度はかなり高いが、現在は対人恐怖、社交恐怖、社交不安障害という3つの呼称が混在しており、また、3者の中でも、社交不安障害という呼称が用いられる頻度は年々明ら

かに高くなっている（これに対して、社交恐怖という呼称が用いられる頻度は、他の2者が用いられる頻度に比べると低下してきているようである）。

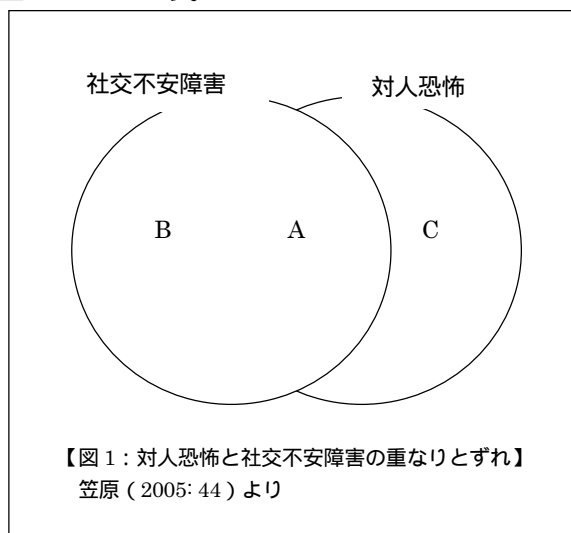
次に病像の問題について。上記のような理由により、これまで日本で対人恐怖と呼ばれてきた病理は社交不安障害と呼ばれるようになってきている。ところが、日本で対人恐怖と呼ばれてきた病理と、西洋社会で生まれた社交不安障害という呼称が指している病理は、完全に同一のものとはいえない面がある。もちろん両者には重複する部分もかなりあり、両者は完全に別の病理だとする見解は見られない。しかし両者については、興味深い差異もしばしば指摘される。この点は、笠原敏彦がきわめて明快に図式化して説明しているの（笠原 2005: 43-58）それにならって整理しておこう。

両者の重なりとずれを図式化すると図1のようになる。

図のうち、両者が重なる部分がA群、対人恐怖とは重ならない社交不安障害に特徴的な部分がB群、そして社交不安障害とは重ならない対人恐怖に特徴的な部分がC群となる。それぞれの部分について説明しておく。

まずA群について。現在社交不安障害と呼ばれている病理に関する研究が、日本における対人恐怖研究以外にはほとんど見られなくなっていた時期には、対人恐怖的な悩みは日本に特徴的、あるいは日本に固有のものとして主張されていたことがあった。もちろんこのような主張は、そもそも日本における対人恐怖研究も西洋精神医学の知見の輸入に端を発することや、人に対して恥ずかしがったり緊張したりすることは人間として当たり前の普遍的な心理であり、したがってそうした心理が病的な段階にまでエスカレートすることも当然ある程度は普遍的にありうるという2つの事実を忘却した、いわば2重の忘却の上に成り立っていたにすぎないと言わざるをえない。A群の症状は、そうした人間として当たり前の普遍的心理に根ざした普遍的な症状、すなわち人前で緊張したり恥ずかしがったりしてしまう自分の性格的な弱さに悩むようなタイプのものである。カスパーが報告し、社交不安障害研究の端緒となった赤面恐怖はこのA群に属するといえる。

続いてB群について。この領域は、西洋社会で社交不安障害と呼ばれている病理に特徴的とされる部分である。具体的な症状としてあげられるものの代表は、人と一緒に食事をしていると吐いてしまうのではないかと恐れ会食できない嘔吐恐怖や、一定の状況になると排尿や排便をしたい感覚が強く生じる、排泄に関する恐怖症状などである。先ほどの表



1 でいうと、ICD の方の B 項目の (2) と (3) がそれにあたる。もちろん、B 群に属するこうした症状は、日本社会にも皆無であるわけではない。ただ、日本における対人恐怖研究では、A 群や、以下に述べる C 群に相当する症状がきわめて一般的であるのに比べて、B 群の症状は中核症状には該当せず、周辺のなものだとされてきたのである (内沼 1997: 33; 笠原 2005: 48)。

最後に C 群について。この領域は、西洋社会で社交不安障害として扱われている病理とは重ならない、日本で対人恐怖として扱われてきた病理に特徴的とされてきた部分である。それは、自己の存在やふるまいが他者に対して不快感を与えているというように、加害性の悩みを訴えるタイプのものである。たとえば、対人恐怖の代表的な症状の一つに視線恐怖がある。このうち、人の視線が気になるという、いわば被害性の悩みを訴えるタイプのもは、常識的にも比較的容易に想像することができるだろう。しかし視線恐怖にはもう一つの症状があり、その症状の場合には、自分の視線に異様な力がこもり、そのせいで他者に不快感を与えているといったように、自らの視線の加害性に苦悩する。ほかに、自分の体臭や自分が発する音が他者に不快感を与えているなどと思い悩む自己臭恐怖や自己音恐怖などの症状が知られている (笠原 2005: 52-3)。当事者が訴える加害性の悩みは、端から見れば荒唐無稽ではあるものの、しかし当事者自身は自らの加害性を強く確信しているため、こうした加害性の悩みを主な特徴とする C 群の症状は確信型とも呼ばれる。

いずれにしてもこうした C 群の症状は、日本では臨床上しばしば遭遇するありふれた症状だが、他国では近年までこうした症状は社交不安障害に属する症状としては、そもそもほとんど認知されていなかった。あるいは、こうした症状が論じられる場合でも、日本とはまったく扱いが違っていた。つまりこうした加害性の症状は、国際的な診断基準では社交不安障害や対人恐怖が属する不安障害、すなわち近年までもっぱら神経症と呼ばれていたカテゴリーとは別の、妄想性障害というカテゴリーに分類され、そしてその妄想性障害は、明らかに精神病圏のものなのである (笠原 2005: 54)。しかし、日本ではしばしば存在する加害性の症状を訴える患者たちは、人格の統合性や社会性の維持の程度などからして、明らかに精神病ではなく、神経症レベルにとどまっている (笠原 2005: 53-8)。いいかえれば、西洋的な感覚からすれば一見したところ精神病的と思われるような症状が、神経症レベルで立ち現れているという点が、C 群のきわめて興味深い特徴なのである。

さて、このように両者の重なりとずれを整理してみると、社交不安障害という言葉には 3 つの意味がありうる事が分かる。第 1 は、いわば「原義」の、すなわちアメリカで社交不安障害という言葉が作られたとき、その言葉がカバーしていた範囲の意味合いである。先ほどの図でいえば、A 群と B 群とをあわせた部分がそれにあたる。第 2 は、いわば「狭義」の、すなわち日本で対人恐怖として扱われてきた病理では中核的な症状とは見なされてこなかった部分のみを指し、対人恐怖との違いを強調するために用いられる意味合いである。先ほどの図でいえば、B 群がそれにあたる。第 3 は、いわば「広義」の、すなわち

C 群を日本の文化と結びついた日本に特徴的な症状の一パリエーションとして組み込みながら社交不安障害と呼ぶ際の意味合いである。先ほどの図でいえば、A 群、B 群、C 群のすべてをあわせた部分がそれにあたる。

すでに述べたように、現在では日本でも社交不安障害という呼称が広く用いられるようになってきているが、この場合は基本的に広義の意味合いとして理解する必要がある（先ほど述べた、日本では周辺的なものとされてきた B 群の症状の現在の位置づけについては後に述べる）。日本に特徴的とされてきた C 群の症状のことを考えると、そもそもは A 群と B 群を指していた社交不安障害という呼称を用いることには抵抗感がないわけではない。しかし、すでに日本でも社交不安障害という言葉がかなり一般的に用いられている現状や、後に紹介するような、C 群の症状に関する最新の比較研究の成果などをふまえ、本稿でも広義の社交不安障害という言葉を用いることにする。そして、特に日本における研究の文脈を指し示したいときには、対人恐怖という言葉を用いる。その他、それぞれの症状を区別して呼ぶ必要が生じた場合は、図 1 に則って A 群、B 群、C 群と呼び分けることにする。

4. 従来の社会学および隣接領域の研究の問題点

さて、以上に整理した社交不安障害の研究の歴史や対人恐怖との異同をふまえて、これまでの社会学および隣接領域の研究の問題点を以下に確認してみよう。

4-1. 日本の場合

まず日本の場合である。繰り返し述べているように、社交不安障害に関する研究は、日本における対人恐怖研究以外にはほとんど見られない状態がかなり長く続いた。こうしたこともあり、社交不安障害を日本に特に多い、さらに場合によっては日本に固有の病理と見なして、社交不安障害と日本文化との関連性を解明しようとする、ある種の文化論的研究が、日本ではきわめて活発におこなわれてきた。

ところで、文化論的研究といえば、当然社会学が主導的な役割を果たしてきたように思われるかもしれない。ところが奇妙なことに、日本の社会学においては、文化論的研究はもちろん、それ以外のものを含めても、1990 年に発表された、関西大学の大学院生であった中内英了による論文（中内 1990）を除けば、そもそも社交不安障害が主題的にとりあげられること自体がこれまでほとんどなかった。しかも、残念なことに中内は夭折してしまい、まとまった研究成果を残すにはいたらなかったのである。

そして、社会学が主題的に取り組むことがほとんどなかった文化論的研究は、もっぱら精神医学者たちによっておこなわれてきた。ただし、こうした研究のうちの少なからぬものは、さきほど指摘したような 2 重の忘却とでもいうべき誤りを犯しており、現時点から見れば通俗日本文化論の域を出るものではなかったと言わざるをえない。しかし、一部の研究者は、C 群の症状が日本に特徴的であることに注目し、それにもとづいて現在でも色

あせることのない興味深い業績を残している。代表的なものとしては、内沼幸雄の一連の業績（内沼 1979; 1997 ほか）や、近藤章久の一連の業績（近藤 1967 ほか）などをあげることができるだろう。本稿では紙幅の都合上、それらの内容には立ち入らないが、こうした業績は、現在、社交不安障害への関心が世界的に高まり、比較精神医学的研究の重要性や必要性が指摘される中で、あらためて非常に重要な意味を持ちつつあるといえる。

いずれにしてもここで確認しておきたいのは、日本においては、あってしかるべきだったはずの社会学的研究が、精神医学者による文化論的研究によって代替されてきたという点である。ついでに指摘しておけば、社会学的研究の空白が生じたのは、日本の社会学が精神疾患や精神医学の問題に無関心だったからではない。事実日本の社会学は、S. フロイトや J. ラカンなどの精神分析家や、精神医学や心理学についての M. フーコーらの業績、そして彼らが好んでとりあげてきた狂気や社交不安障害以外のさまざまな神経症の問題にはきわめて活発に言及してきた。にもかかわらず日本の社会学は、社交不安障害や、社交不安障害を含む各種の神経症の有効な治療法であり、日本が生み出した独創的な精神療法である森田療法や、その考案者である森田正馬の業績にはほとんどふれてこなかったのである。そしてこれは、西洋の知ばかりをありがたがり、それを紹介することのみに夢中になるという、日本の社会学にしばしば見られる悪癖に起因するのではないか。日本の社会学は、こうした悪癖を真摯に反省すべきであり、また精神医学者たちが残してくれた数多くの文化論的研究に、まずは虚心に向き合う必要があるだろう。

とはいえ、そうした文化論的研究を手放しに賞賛してばかりもいられない。さしあたりここでは、以下の2つの問題点を指摘しておきたい。

まず第1に、文化という要因に帰すべき範囲、あるいは文化という要因への帰し方の問題である。先ほどふれたように、B 群の症状は日本では中核的な症状とは見なされてこなかったが、この事実は、とりもなおさず、ある程度の頻度では日本でも B 群の症状を訴える人々が存在してきたことを意味している。そして近年では、日本でも、社交不安障害という呼称とともにその原義の内容が広く紹介されるようになるにつれて、かつてと比べるとこれまでは周辺的とされてきた B 群の症状の扱いが明らかに大きくなってきている⁽⁵⁾。

逆に、C 群に属する加害性の症状は、すでに述べたように日本以外の国では最近までその存在自体が知られていないか、知られてはいても精神病圏のものとして扱われていた。だが近年、社交不安障害への関心が世界的に高まる中で、日本の対人恐怖研究で頻繁にとりあげられてきた C 群の症状にも関心が寄せられるようになり、C 群の症状について、いくつかの国で体系的な調査がおこなわれるようになった。その結果、最新の知見では、C 群の症状は韓国では比較的頻度の高い症状だということが明らかになっているほか、アメリカでも C 群についての症例報告が出てきている（朝倉・小山 2009; 永田 2009）。そのため、「今後、SAD（引用者注：Social Anxiety Disorder = 社交不安障害のこと）概念は、よりわが国の対人恐怖概念に近づいていくかもしれない」（朝倉・小山 2009: 28）と指摘する

研究者もいる。このように、日本の精神医学で蓄積されてきた知見が伝播することで、他の社会においてもC群の症状があいついで「発見」されているのである。

また、すでに述べたように、日本における対人恐怖研究は、そもそもはヨーロッパではじまった研究の成果を輸入して始まったものであり、当時のヨーロッパでは赤面という症状が特に注目されてはいたが、他の症状についての研究も皆無だったわけではない。たとえば、この時期にフランスで活躍したP. ジャネは、実はC群の症状についても研究をおこなっていた(朝倉・小山 2009: 30)。つまり、日本におけるC群の症状への注目も、ジャネの研究に触発された可能性が考えられるのである。さらに、C群に属する加害性の症状は、国際的な基準に則れば精神病(妄想性障害)に分類されることを先ほど述べたが、この点も、加害性の症状自体は他国にも見られないわけではなく、ただその位置づけ方が日本と異なっているだけである可能性を示唆しているといえるだろう。

いずれにしても、以上のような事実は、それぞれの社会に特徴的とされてきた症状と、それぞれの社会の文化との結びつきについてのこれまでの想定に反省を迫るものだといえる。もちろん、そもそもどのような症状に精神医学者たちがより関心を持ちやすいかという点や、ある症状が見られる頻度、そしてある症状を神経症とするか精神病とするかという点などに関しては、依然として文化的な差異はありうる。また、外国人と実際にコミュニケーションをしたときに感じる、彼我の間のコミュニケーション感覚の違いについての印象はやはり実感としてはぬぐいがたい。したがって、同じ社交不安障害という呼称で呼ぶにしても、具体的な症状の現れ方には、やはり文化に関連した違いがある可能性を完全に否定するのも危険であるように思われる。とはいえ、症状の現れ方と文化との結びつきは、これまで想定されていたほど単純なものではないのではないかという点は、真剣に検討されなければなるまい。文化が症状の現れ方に直接影響を及ぼすという、これまでの文化論的研究で前提とされてきた、いわば「素朴文化反映論」的な発想にとどまらず、精神医学者による病像の記述や症状の分類の仕方自体が、精神疾患の「文化の型」とでもいべきものを作ることがありうるという、精神医学的言説自体が持つ構築的作用を考察するような研究が、今後は必要となるように思われる⁽⁶⁾。

第2に、冒頭で述べた本稿の目的からすればむしろこちらの方がより重要な問題だが、文化的背景を探究することの臨床的な価値や有効性の問題である。文化論的視点は、上に述べたような留保を要するとはいえ、なぜ症状の現れ方に社会による違いがあるのかを説明する視点としては確かに興味深いし、その学術的価値は決して安易に否定されるべきではない。だが、たとえばC群の症状に悩んでいる人にとって、それは日本の文化的特徴に起因するものであるといった言説の有用性とはいったい何なのであろうか。もちろん、そうした言説が、自分が抱えている悩みは文化的・社会的要因によるのであり、自分自身の性格の問題などとして自責的に悩む必要はない、というように頭を切り替える契機となり、それが一定の問題解決作用をもたらすということはあるであろう。そうした意味では、

文化論的視点もある種の臨床的效果をもちうるのであって、その点でも私は、文化論的視点の重要性を否定するつもりはまったくない。

しかし、自分が悩んでいる症状が、自分が背負っている文化的要因によるのだといわれても、「だから何？」としか思えない人々も大量に存在することは間違いない。なぜなら

素朴な物言いなのを承知であえていうのだが、われわれは自分が背負っている文化の外に簡単にいられるわけではないし、また、文化というものはそもそもそう簡単に変わるものでもないからである。だとすれば、自分が抱えている悩みや苦しきは文化的要因によるという言説は、苦しみを抱えている当事者にとっては何の問題解決にもつながらず、いわば単なる「知識のための知識」としかいいようのないものにとどまっている面が多々あることは否定できないだろう。

社会学は知識のための知識に終始してもよいではないか、という見解もありうるかもしれない。また私は、知識のための知識が許容されないような社会を望むわけでもない。しかし、文化の外に出たり文化を変えたりしなくても、自らの抱えている悩みや苦しみの解決にいたった人々はいくらでも存在するし、またそうした人々の声に耳を傾けることで、社交不安障害という病理に対して、社会学は単なる知識のための知識にとどまらない役割を担うことができると私は考えている。この点には後にふれることにしよう。

4-2. 日本以外の国の場合

続いて日本以外の国の場合について検討しよう。この点については以前、比較的詳細に検討したことがあるが（櫻井 2011）、本稿の目的に必要な範囲で簡単にまとめておくことにする。

社交不安障害が古くから対人恐怖として注目されてきた日本とは異なり、すでに述べたように、海外では、社交不安障害は近年になって急速に注目を集めるようになった。また、社交不安障害は 1980 年にはじめて DSM に登場したものであるにもかかわらず、1990 年代の終わりのアメリカでは、3 番目に多い精神疾患とさえいわれるようになったことも、すでにふれたとおりである。そしてこうした経緯が、社交不安障害に関する社会学的研究のあり方にも大きな影響を与えているように思われる。つまり大まかにいえば、海外における社交不安障害に関する社会学的研究では、きわめて短い期間で起きた急増をどのように理解するかという点が焦点となっているのである。

そしてこうした研究においては、社交不安障害の急増は、かつては 　　しかもそれほど遠くない過去においては 　　内気や引っ込み思案など、単なる性格傾向の一つと見なされていたものが医療化され、病理視されるようになったことで生じたものにほかならないとして、医療化や病理視といった現象が否定的に論じられるケースがほとんどであり、特に以下のような 3 つの点が問題視されている。

第 1 は、DSM が持つ構築的作用である。後にもう一度ふれるが、羞恥や緊張といった社

交不安傾向をまったく持たない人などは存在しない。したがって、社交不安障害を構成する要素は、誰もが経験しうる对人的な羞恥や緊張とある程度の連続性を持つことは確かである。そして、繰り返し述べてきたように、社交不安障害が日本以外の国でも注目されるようになった重要な契機の一つは、DSM の第 3 版にそれが記載されたことである。以上の点からすると、社交不安障害の急増は、DSM それ自体によってもたらされたものである可能性は大いに考えられる。同様のことは精神疾患の問題全般に広く該当しうるが、社交不安障害に関する社会学的研究でも、DSM の持つ構築的作用が批判的に論じられることがしばしばある (Kutchins & Kirk 1997 = 2002; Lane 2007 = 2009 など)。

第 2 は、社交不安障害に有効とされる、選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors)、いわゆる SSRI を製造する製薬会社による「啓発」活動の影響である。SSRI を製造する製薬会社にしてみれば、社交不安障害の患者が増えることで、莫大な利益を手にする事ができる。そして実際に、社交不安障害の急増が顕著に見られるようになるのは、もともとは抗うつ剤の一種であった SSRI が、社交不安障害の薬としても認可された 1990 年代半ば頃からのことである。つまり社交不安障害の急増は、「あなたは内気なのではない、病気なのです」(Lane 2007 = 2009: 157) という一節に集約されるような、製薬会社による「病気作り」によって生じたものだというのである (Lane 2007 = 2009)。

第 3 は、友人関係や恋愛や結婚といった親密な関係性の構築や、キャリア形成において成功するためには、自己主張的であることが重要だという考えが浸透し、内気や引っ込み思案な性格傾向を否定視する価値観が広がったことである。こうした価値観は、もちろん製薬会社による啓発活動などによってあおられている可能性もあるだろう。いずれにしても、現在では SSRI や認知行動療法など、内気や引っ込み思案な性格の「改善」を可能にする医療的な手段がいくつか確立されていることもあって、内気や引っ込み思案な性格を否定視するような価値観の浸透は、それらの医療化や病理視へとより直結しやすくなっているとされる (Scott 2006: 134)。

以上のような 3 つの論点をめぐる批判的見解は、「性格の医療化批判」とまとめることができるだろう。そして、社交不安障害という病理の性質からしても、その急増は、性格の医療化という現象と深く結びついていることは明白である。また、なにをもって精神疾患とするかは、決して「自然に」決まるようなものではないことを、われわれは忘れてはならない。それは、根本的に精神医学という知のあり方や、そうした知と権力との関わりに深く結びついている上に、精神薬理学が高度に発達した現代社会においては、製薬会社による啓発活動や宣伝活動とも切り離しがたく結びついている。こうしたことを考えたとき、性格の医療化批判という方向性が、社会学的研究のあり方としてきわめて正当かつ重要なものであることは疑いない。

しかし、性格の医療化批判は、その重要性にもかかわらず、2 つの大きな問題を抱えて

いる。第1に、性格の医療化批判は、別の機会にすでに指摘したように、性格の医療化がもつ正の側面をとらえ損ねている（櫻井 2011: 96-8）。上に述べたように、社交不安障害の急増は性格の医療化という現象と深く結びついていることは明らかであり、そこには、批判的に検討されるべきさまざまな論点があることも事実である。しかし、性格の医療化を批判的にとらえる人々は、ともすればかつて、事態が単なる性格の問題として扱われていた時代には何の問題もなかったかのように、性格の医療化が起こる以前のことをユートピア化する傾向がある。たとえばそれは、C. レーンによる以下のような主張に端的に現れている。

母の世代では、引っ込み思案の人は内向的だとか多少扱いにくいなどと受け取られるものの、精神疾患があるとは思われなかった。大人の目には、内気な子は読書好きであるとか、奥ゆかしいとか、一人の時間を大切にしているなどと映り、一目置かれていた。（Lane 2007 = 2009: 7-8）

だが、他人の目からどう見えていようと、自分自身の性格のあり方に深く悩んでいながらも、性格の問題なのだから仕方がないとあきらめるほかなかった人々は大量に存在してきたはずだ。そしてそうした人々にとっては、性格の医療化こそが大きな救いになった／なっているのではないか（「あなたは内気なのではない、病気なのです」「だったら性格だから仕方がないとあきらめる必要はない、『治療』できるんですね!？」）。あれほど短時間で社交不安障害の急増が起こった大きな理由の一つは、ほかならぬこの点にあるのではないか。にもかかわらず、性格の医療化批判の立場に与する人々は、かつては内気や引っ込み思案な性格の持ち主は、他人の目からは（あるいは社会的に）必ずしも否定的には見られてはいなかったという主張は頻繁にするのに対して、ほかならぬそうした人々自身が、自分の性格をどのように感じていた／いるかという点にふれることはほとんどない。したがって当然のことながら、自らの性格のありように悩んでいた／いる人々にとって、性格の医療化がどのような意味を持った／持っているか、という点にふれることもほとんどない⁽⁷⁾。

性格の医療化批判が、性格の医療化が持つ正の側面を見落としているというのは、以上のような意味においてである。あるいは性格の医療化批判は、性格の医療化が持つ正の側面を、意図的に無視しているとさえ言えるのかもしれない。そしてもし意図的に無視しているのだとすれば、それは性格の医療化の正の側面に目をつぶった方が、性格の医療化批判の正当性を維持しやすいという計算が働いているからではないのか。P. ストロングは、社会学が自らの正当性を喧伝するために、他の知や技術の価値を不当におとしめたり、他の知や技術がはらんでいる危険性などを過剰にあげつらったりする態度を「社会学的帝国主義」と呼び、そうした帝国主義的傾向が、特に医療研究の領域に色濃く見られる点を厳

しく批判したが(Strong 1979)、こうしたストロングの批判は、残念ながら性格の医療化批判を基本的スタンスとするこれまでの研究にもかなりあてはまるように思われる。

第2に、性格の医療化批判は、必然的に内気や引っ込み思案な性格の個人にではなく、そうした性格を否定視する社会の方に問題があるという形で、問題をいわば「社会化」するが、問題の社会化自体が持つリスクや、そうしたリスクゆえの、問題の社会化という選択肢を選ぶことの困難、そして問題の社会化が持ちうる問題解決効果の限界について無頓着すぎる。もちろん、社会化とは逆に、問題を「個人化」する視点は、問題の社会的背景を見えなくしてしまうという大きな危険性をはらんでいる以上、そして社会学が、現状の社会のありようへの批判を大きな役割とする以上、問題の社会化は社会学としては当然の選択であるといえる。また、問題の原因を自分自身にではなく社会に帰属させるという発想がありうることを知るだけでも、それまで感じていた生きづらさが解消されるというケースも確かにあるだろう。たとえばスコットは、こうしたことを「シャイ・プライド(shy pride)」という言葉で説明している。シャイ・プライドとは、内気や引っ込み思案であることを否定視するような価値観が浸透した社会のありように疑いをもち、自らの内気で引っ込み思案な性格に誇りを持つことをさす。そして、スコットは、シャイ・プライドを持つことが、内気で引っ込み思案な性格を否定視するような考え方を相対化することを可能にし、それが、自らの性格のあり方について自責的に悩んできたそれまでの生き方の転換につながっていることを明らかにする(Scott 2007: 159-65)。

だが、シャイ・プライドを持ち、今ある社会で一般的とされている価値観に背を向けることは、当然のことながら、現在の社会生活においては親密な関係性の構築やキャリア形成などにおいて、不利な立場に立たされるリスクをかなり高くすると予想される。だとすれば、誰もがシャイ・プライドを持つことができるわけではないことは明らかであり、むしろ、シャイ・プライドを持つことができる人々というのは、実は例外的なのではないだろうか。そして、シャイ・プライドを持ち得ない人々にとっては、そもそも今ある社会やそこで一般的とされている価値観に背を向けるということ自体が現実的な選択肢にはなりえないし、したがって当然それは、生きづらさの解消にもつながらない。このように、問題の社会化では解決できない問題や、それでは救われない人々は数多く存在するのである。そのような問題やそのような人々は、そもそも社会学の埒外だ、という主張もありうるかもしれない。しかし、社会学は本当にそういう問題やそういう人々を、社会学の埒外に置くほかないのだろうか。

5. 臨床社会学に向けて

ここまでの考察をふまえると、これまでの社会的な社交不安障害研究の特徴と問題点は以下のようにまとめられる。つまり、文化論的研究にしても性格の医療化批判にしても、社交不安障害という病理が生み出される社会的背景の解明にはかなりの程度成功しており、

またそれにもとづいて重要な社会批判的視点の提供にも成功しているものの、社交不安障害という病理、あるいは社交不安傾向に起因する悩みや苦しみの解決 以下それらをまとめて「回復」と呼ぶことにする はどのようにすれば可能なのかという点については、必ずしも十分な貢献をなしてきたとはいえないのである。もちろん、社会学の役割は社会的背景の解明と社会批判の2つでよいのだという立場もありうるだろうし、私もその2つの重要性を否定するつもりはまったくない。ただ、社会学の役割をその2つに限定することには同意できない。なぜなら、社会学は、社交不安障害からの回復についても大きな役割を果たすことができると考えられるからである。

そのように考えられる理由は、社交不安障害から回復するとはどのようなことなのかを確認することで明らかにすることができる。そしてそれに際しては、逆説的なことだが、性格の医療化批判の立場が、社交不安障害は、誰もが感じる対人的な緊張や羞恥と連続性があり、社交不安障害の急増は、つい最近まで内気や引っ込み思案など、単なる性格傾向の一つだとされていたものが医療化されたことで生じたものだと言っている点が大きな手掛かりとなる。もちろん、だからといって社交不安障害患者と見なされる人々が感じる社交不安の程度を、そうでない人々のそれと単純に同一視するような物言いをするとすれば、それは明らかに暴論である。重要なのは、患者とそうでない人との違いは、社交不安傾向があるかないかという違いではなく、社交不安傾向がある程度以上に強いのか弱いかという、同一の連続体上の位置の違いと考えるほかないものだという点である。

つまり、社交不安障害から回復することとは、人に対して緊張したり恥ずかしがったりするといった、社交不安傾向自体が消えることなどではない。もし社交不安傾向をまったく抱えていない人がいたとしたら、その人はおそらく、より深刻な病理を抱えているというほかないだろう。社交不安障害からの回復には、もちろん、社交不安傾向がある程度以下に抑えられるようになることも重要だが、より重要なのは、社交不安傾向自体は依然としてある程度は抱えていながらも、それとうまく折り合えるようになることにほかならない。

そしてわが国が生んだ画期的な療法である森田療法は、こうした点にいち早く着目した点に先進性があった。森田療法のあり方は時代によって変化している部分があるが、少なくともそのプロトタイプは、簡単にまとめると以下のようにして回復を実現する。

社交不安障害患者たちは、人前で赤面や視線が気になるなどのさまざまな症状が出てしまうせいですが、それができないと考え、なんとか症状それ自体をなくしたいという思いにこり固まっている。しかし、症状が出ていないか気にすることで、かえって症状に過剰に意識が向いてしまう。そしてこうした過剰な意識のせいで、症状それ自体が悪化したり、あるいは症状それ自体は大したことはなくても、いわば針小棒大の感覚にはまって大問題に思ってしまうという悪循環にはまるのである。そこで森田療法では、症状それ自体をあってはならない病的異常として異物視してなんとかそれをなくそうとしたりはせず、赤面するならするがまま、視線が気になるならなるがままといったふうに、症状それ自体はそ

のまま受忍しながら、本来すべきことに取り組みせるといふ、ある種の作業療法的な体験を積みさせる。すると患者は、さまざまな症状が出たとしても、実際にはそれなりにすべきことはできることが分かっていく。そしてこうした経験を積み重ねていくことで、患者たちは、依然として症状それ自体はあったとしてもそれにとらわれなくなり、とらわれなくなることで症状それ自体が消えたも同然、あるいは症状それ自体はあっても問題にならない、という境地に達する。こうして患者は「回復」するのである。森田療法のキーワードとしてしばしばとりあげられる「あるがまま」と「目的本位」とは、以上のような事態を指す。

そして、こうしたあるがままと目的本位の体得は、単なる作業療法的な経験の積み重ねといった素朴な経験至上主義ではなく、患者自身が紡ぎ出す言語的なりアリティによっても下支えされていた点に、森田療法のもう一つの興味深い特徴がある。つまり、森田療法では、上記のようなあるがままと目的本位の境地にいたるまでのプロセスにおいて、患者に自らが抱えている悩みや葛藤を日記として記録させ、その日記に医師がコメントをつけて返すという、いわゆる日記指導が重要な手続きになっているのである。また、こうした日記指導と並んで注目されるのは、森田療法では、早くから元患者や患者同士が自らの回復体験や悩みについて語り合う機会が積極的に導入され、さらにはそうした語らいのための集団、すなわち、現在でいう自助グループ的な集団も早い時期から形成され、活発に活動してきた点である。そして、日記や語らいの機会が重視されてきたのは、社交不安傾向と折り合いをつけるためには、素朴な経験的実感を積み重ねるだけでは不十分であり、そうした実感を資源としながら、自らのありようについての説明や了解を言語的に構築していく必要があると森田は考えていたからにほかならないだろう。

さて、以上をふまえると、社交不安障害からの回復のプロセスは、近年社会学において大きな注目を集めている自己物語論ときわめて親和性が高いことが分かるだろう。一言で言えば、自己物語論のもっとも重大なインパクトは、自己は自己が自己について語る物語として存在すること、それゆえに、自己が変わるとはそうした自己が自己について語る物語の書き換えにほかならないことを明らかにした点にあった。そしてこうした自己物語論のエッセンスを、上に確認したこともふまえて社交不安障害の文脈に当てはめれば、以下のような図式が自ずと浮かび上がってくる。つまり、社交不安障害からの回復とは、依然としてある程度の社交不安傾向を抱えていながらも、社交不安傾向を抱えた自己についての物語が書き換えられることにほかならない、という図式である。

逆に言えば、抱えている社交不安傾向自体はそれほど大きくなって、それにとらわれ、自己物語の書き換えがうまくいかなければ、回復はいつまでたっても果たされることはない。状態そのものは客観的に見ればだいぶ好転しているにもかかわらず、「百分の一位は良くなつたかと思はれます」などとして一向に完治しないと訴えるある患者に対して、森田が、「十の容体が一つ治つた時、其一つを悦び感謝すれば、忽ちにして其全体が治るやうに

なるけれども、十の容体が九つ治つて、其一つを苦にやみ、不満をもらす時には、忽ちにして其全部が再発するやうになるのである」(森田 1974: 267)と述べるのはそのためである。

そしてこうした、自己物語の書き換えの成否こそが回復の鍵を握るという事実は、森田療法以外の、社交不安傾向をある程度以下に抑えるために、より直接的な手段として、SSRIを積極的に用いるような治療の場合にも等しく当てはまる。それは、そうした治療においても、投薬だけで十分とされることはあまりなく、社交不安障害の場合、投薬のみによる治療では再発率がかなり高くなることはよく指摘される、さまざまなカウンセリングが不可欠とされたり、しばしば自助グループ的な場での他者との語らいが推奨されたりすることからも明らかである。

もちろん、自己物語の書き換えが重要な意味を持つのは、社交不安障害という病理に限ったことではない。しかし、以上で明らかのように、社交不安障害の場合は、自己物語という位相がとりわけ重要な意味を持つように思われる。そしてこのことは、社交不安障害という病理に関しては、すでに自己の物語的構築とその臨床的意味合いについて多くの知見を蓄積してきた社会学が、きわめて大きな臨床的貢献をなしうることを指し示しているだろう⁽⁸⁾。また、社交不安障害の臨床社会学に向けて特に重要なのは、実際に回復にいたった人々が、具体的にどのように自己物語の書き換えを果たしていったのかを、彼ら自身が語るライフストーリーに即して丁寧に解明し、それを社会学を専門とするわけではない人々にも広く共有可能な形で発信していくことであろう。なぜならそれは、回復=自己物語の書き換えを求めている人々にとって、きわめて有用な資源やモデルになるはずだからである。

以上本稿では、社交不安障害に関する臨床社会学的研究が求められる理由と、社会学が社交不安障害に対して臨床的貢献をなしうる理由、そして、臨床社会学的研究に際して、私が回復にいたった元患者が語るライフストーリーに依拠しようとする理由を明らかにした。ライフストーリーの分析と、それにもとづいた臨床社会学的研究の具体的な成果については、機会をあらためて報告する。

注

- (1) 社交不安障害は「社会不安障害」と表記されることもあるが、本稿では社交不安障害という表記を採用する。かつては社会不安障害という表記がなされることが多かったが、2008年に日本精神神経学会が表記を社交不安障害へとあらためており、またそれ以来、社交不安障害という表記の方が一般的に用いられるようになってきているからである。
- (2) 表1は、DSM、ICDそれぞれの最新版をもとにしている。それぞれの文献情報の詳細については、巻末の文献一覧を参照。
- (3) カスパーはErythrophobie、すなわち英語でいうerythrophobiaという言葉を使っていた。この言葉の

- 訳語として、日本の精神医学界ではある時期まで「赤面症」という言葉もかなり広く使われていたが、本稿では後により一般的に用いられるようになった「赤面恐怖」という表記に統一しておく。
- (4) たとえば田澤秀四郎は、赤面恐怖についての症例報告をおこなったある論文の中で、「赤面恐怖症ニ関シ泰西ニ於テハ今日迄其報告者十有餘人前後合シテ二十餘例ヲ算スルモ我日本ニ於テハ恩師吳教授ノ臨床講義ニ出デシノミ未タ嘗テ報告ニ接セザルヲ遺憾トス余今教授ノ指導ニ従ヒ此ノ報告ヲナスノ光栄ヲ謝スル所以ナリ」(田澤 1907: 8)と述べている。また、後に対人恐怖の研究と治療の最重要人物となる森田正馬も、吳の高弟であった。
- (5) たとえば、近年しばしば刊行されるようになってきている社交不安障害に関する一般向けの解説書や啓発書でも、B群の症状に関する記述は決して少なくない。
- (6) こうした点については、樽味伸(2004; 2005)が興味深い考察をおこなっているが、本稿では紙幅の都合上、この点には詳しくふれることができない。
- (7) ただし、スコットは性格の医療化批判に与する研究者としては珍しく、自らの内気で引っ込み思案な性格に悩んでいた人々にとっては、性格の医療化が大きな救いになっていることを指摘している点は付言しておきたい。とはいえ、最終的に後段で述べるようなシャイ・プライドという方向性に傾き、自らの性格のありように悩んでいた当事者にとって性格の医療化が持つ意味をさらに深く掘り下げようとしないう点で、私はスコットのスタンスには不満を感じる。
- (8) 自己の物語的構築に関する理論的・学說的な整備や、自己物語論と臨床社会学との関わりについては、いうまでもなく、すでに日本では浅野智彦(2001)や野口裕二(2005)らをはじめとするすぐれた業績がある。

文献

- American Psychiatric Association, 2000, *Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-TR*. (=2002, 高橋三郎・大野裕・染矢俊幸訳『精神疾患の分類と診断の手引き 新訂版』医学書院.)
- 朝倉聡・小山司, 2009, 「対人恐怖の臨床」『こころの科学』147: 26-31.
- 浅野智彦, 2001, 『自己への物語論的接近』勁草書房.
- Cottle, Michelle, 1999, "Selling Shyness", *The New Republic*, 2-August: 24-9.
- 笠原敏彦, 2005, 『対人恐怖と社会不安障害』金剛出版.
- 近藤章久, 1964, 「日本文化の配慮的性格と神経質」『精神医学』6: 13-22.
- Kutchins, Herb, & Kirk, Stuart, 1997, *Making Us Crazy*, The Free Press. (=2002, 高木俊介・塚本千明訳『精神疾患はつくられる』日本評論社.)
- Lane, Christopher, 2007, *Shyness*, Yale University Press. (=2009, 寺西のぶ子訳『乱造される心の病』河出書房新社.)
- 森田正馬, [1931] 1974, 「対人恐怖で治療困難なるものゝ例」『森田正馬全集第4巻』白揚社, 256-67.

- 永田利彦, 2009, 「社交不安障害の概念の拡大と対人恐怖症」『こころの科学』147: 32-6.
- 中内英了, 1990, 「対人恐怖症に関する社会学的一考察」『人間科学』33(2): 1-66.
- 野口裕二, 2005, 『ナラティブの臨床社会学』勁草書房.
- 櫻井龍彦, 2011, 「社会不安障害をめぐる新たな社会学的課題」『三田社会学』16: 90-103.
- 里村淳, 1979, 「ドイツと日本の対人恐怖症の比較精神医学的研究」『臨床精神医学』8(3): 329-37.
- Scott, Susie, 2006, “The Medicalisation of Shyness,” *Sociology of Health & Illness* 28(2): 133-53.
, 2007, *Shyness and Society*, Palgrave Macmillan.
- Strong, Philip, 1979, “Sociological Imperialism and the Profession of Medicine”, *Social Science and Medicine* 13A(2): 135-58.
- 高橋徹, 1976, 『対人恐怖』医学書院.
- 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」『こころと文化』3(1): 44-56.
, 2005, 「対人不安と治療文化」『森田療法学会雑誌』16: 35-40.
- 田澤秀四郎, 1907, 「強迫観念二就テ」『神経学雑誌』6(1): 1-22.
- 内沼幸雄, 1977, 『対人恐怖の人間学』弘文堂.
, 1997, 『対人恐怖の心理』講談社.
- World Health Organization, 1993, *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. (= 2008, 中根允史・岡崎祐土他訳 『ICD10 精神および行動の障害 新訂版』医学書院.)