

Title	社会不安障害をめぐる新たな社会学的課題：性格と病理の間で
Sub Title	The new sociological task in the study on social anxiety disorder : Between character and pathology
Author	桜井, 龍彦(Sakurai, Tatsuhiko)
Publisher	三田社会学会
Publication year	2011
Jtitle	三田社会学 (Mita journal of sociology). No.16 (2011. 7) ,p.90- 103
Abstract	
Notes	論文
Genre	Journal Article
URL	http://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AA11358103-20110709-0090

社会不安障害をめぐる新たな社会学的課題

——性格と病理の間で——

The New Sociological Task in the Study on Social Anxiety Disorder: Between Character and Pathology

櫻井 龍彦

1. はじめに

社会不安障害 (Social Anxiety Disorder) ¹⁾ が、社会恐怖 (Social Phobia) という名称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 にはじめて登場したのは、1980 年に刊行された第 3 版においてであったが、当時は社会不安障害はまれな病理とされており、一般にさほど大きな注目を集めることはなかった。しかしその社会不安障害が、アメリカでは 1990 年代の終わりになるとうつ病、アルコール依存症について 3 番目に多い精神疾患となるにいたり (Cottle 1999 : 24)、同様の「急増」傾向や患者数の多さは、程度の差はあれアメリカ以外のさまざまな国においても指摘されている。こうした「劇的」な経緯もあり、社会不安障害は現在、うつ病などと並んでもっとも注目を集めている精神疾患の一つとなっているといえる。そしてそれを裏づけるかのように、社会不安障害についてはすでにさまざまな研究がおこなわれており、膨大な知見が提示されているが、それらは大まかにいって以下のような 2 つのタイプに分類することができる。

第 1 は、上記のような劇的な変化を「不自然」な変化としてとらえ、社会不安障害という病理カテゴリーの妥当性や、社会不安傾向の医療化を批判的にとらえる立場である。第 2 は、上記のような劇的な変化を、これまでなんのサポートも受けられずに放置されてきた社会不安傾向を抱える多くの人々に、医療という有用なサポートを提供することができるようになった「福音」的な変化としてとらえ、社会不安障害という病理カテゴリーのさらなる浸透や社会不安傾向の医療化を肯定的にとらえる立場である。いずれの立場からも、有意義な知見が数多く提示されているが、同時にいずれの立場も、看過しえない問題点をはらんでいるように思われる。

以上のような考えのもと、本稿では社会不安障害について考察する。以下ではまず、考察の出発点として、社会不安障害の病像およびその急増ぶりや罹患率の高さなどについて確認する。ついで、上記の 2 つの立場のそれぞれの意義や問題点を整理する。そしてそれをふまえて、社会不安障害に関する研究において社会学が取り組むべきと思われる一つの新たな課題について、結論部分で簡単に述べることにする。

2. 社会不安障害とはどのような病理か

はじめに、社会不安障害とはどのような病理なのかを、DSM の記述にもとづいて確認しておこう。なお、DSM に依拠するのは、DSM はアメリカ精神医学会が定める基準ではあるが、アメリカ国内のローカルな基準であるにとどまらず、精神疾患の診断や分類において、事実上世界標準の基準として広く使われているからである²⁾。紙幅の都合上、DSM の記述をそのまま引くことはできないが、現時点での最新版である DSM 第 4 版にもとづいて整理すると、社会不安障害の主要な特徴は以下のようにまとめられる³⁾。

第 1 に、よく知らない人との交流や、他者の注目を集めながら行為する状況などに強い不安や恐れを持っている。たとえば、デパートで店員に話しかけたりすることや、レストランで食事をしたり会議で発言したりすることへの不安や恐れなどがそれにあたる。

第 2 に、上記のような不安や恐れが喚起される状況を回避するか、回避できない場合は強い不安や苦痛を感じながらそれを耐え忍んでいる。レストランでものを食べるのが苦痛なので(会食困難)、人と食事に行かないようにする、あるいは会議の場で汗びっしょりになりながらも(異常発汗)、なんとか発言しているなどといったことがそれにあたる。

第 3 に、そうした状況を避けようとしたり、そうした状況に強い不安や苦痛を感じたりすることで、学業や職業などのごく一般的な社会的活動に支障が生じている。たとえば、ある有能な社員が、会社から昇進の話を持ちかけられながらも、昇進するとただでさえ苦手な会議の場での発言の機会がさらに増えるため、せつかくの昇進の話を断ってしまうといったエピソードは、社会不安障害に関する文献ではおなじみのものである。

第 4 に、以上のような問題が、内科的な疾患や他の精神疾患によっては説明がつかない。対人的な状況を回避しようとしたり、それに強い不安や恐れを抱いたりすることは、一部の精神病などにも見られるが、社会不安障害はあくまでも不安障害レベルのものであって、精神病とは明らかに異なっている。

以上が社会不安障害の主な特徴であるが、具体的な症状としてしばしば指摘されるものとしては、上でふれた会食困難や異常発汗といったもののほかに、赤面、声の震え、人前で字を書こうとすると手が震えてしまつてうまく書けない書痙、公衆トイレで周囲に人がいる状況になると緊張してうまく排尿できなくなってしまう排尿困難などがあげられる。

さて、以上のような社会不安障害という病理に関する研究において、もっとも頻繁に話題となるのは、冒頭でもふれたように、患者の急増や罹患率の高さである。急増ぶりについては、簡単にではあるが冒頭ですでに確認したので、ここでは罹患率の高さについて、具体的な数値をあげながら確認しておこう。たとえば D. シーハンによれば、R. ケスラーらが 1994 年におこなった調査では、1993 年時点のアメリカでは、社会不安障害の生涯有病率、つまり生涯に一度でも社会不安障害にかかる人の割合は 13.3%であり、直近の一年間における罹患率ですら 7.9%にもものぼるといふ (Sheehan 2001=2002 : 15)。そして磯部潮がさまざまな調査結果をまとめて述べているところによれば、同時期にスイスでおこなわれた調査では、生涯有病率は

16.6%であるという (磯部 2007 : 34)。

また、同じく磯部によれば、2003 年時点での日本では、生涯有病率は 2%強から 5%程度という範囲におさまる (磯部 2007 : 34)。この数値は、上述のアメリカやスイスにおける数値と比べるとかなり低いが、日本における精神疾患の数値としてはうつ病につぐものなのである (磯部 2007 : 35)。一般に西洋に比べ精神疾患という診断や分類に対する抵抗感が強く、したがって精神疾患の罹患率が低く算出されがちな日本の特徴を考慮すると、この数値は西洋と比較した際の相対的な数値としてはともかく、日本国内における絶対的な数値としては必ずしも低いとはいえない。

また、日本の特殊事情としてもう一つ指摘しておくべきなのは、対人恐怖との関係である。明治期以来、日本では対人的な緊張などを苦に病む病理として対人恐怖が注目を集めてきた。対人恐怖と社会不安障害との異同についてはさまざまな点が指摘されているが、赤面恐怖をはじめとする対人恐怖の代表的な症状を思い浮かべてみれば明らかなように、対人恐怖の一部が社会不安障害と重なることは間違いない (笠原 2005 : 43-58)。

しかし、社会不安障害という病理カテゴリーが日本にも浸透するにつれて、中心적으로とりあげられる事柄には大きな変化が生じている。たとえば、従来の対人恐怖研究では、日本に固有の対人感覚とされる「間」の意識の問題や、間の意識が極大化する、他者に対してなれなれしくもよそよそしくもなりきれない「中間状況」的な関係性 (つまり家族や親友ほど親しくはないが、かといって見知らぬ他者というのでもない、いわば「半知り」の相手との関わり) にこそ深く困惑する対人恐怖的心理の特徴などが大きく扱われてきた。しかしこれらの点は、社会不安障害に関する研究ではほとんど省みられることがない。

逆に、社会不安障害の代表的な症状としてあげられる会食困難や排尿困難などは、対人恐怖の症状としては中核的なものではなく周辺的なものとされており (内沼 1997 : 33)、対人恐怖研究においてはあまり大きく扱われてはこなかった (笠原 2005 : 48)。ところが、社会不安障害という病理カテゴリーが浸透するにつれて、こうしたこれまでの対人恐怖研究においては周辺的とされてきた症状が大きく扱われるようになってきている⁴⁾。

以上のように、社会不安障害という病理カテゴリーが浸透するにつれて、日本においても、対人恐怖研究で注目されてきたものとは別の心理的葛藤や症状が急速に注目されるようになってきていることは明らかなのである⁵⁾。

いずれにしても、社会不安障害という病理に関してきわめて興味深いのは、それが非常に短期間の間に「急増」している点、あるいは実は罹患者が非常に多いといった「事実」がさまざまな社会においてあいついで「発見」されているという点である。そしてそれゆえに、社会不安障害をめぐるこれまでの研究では、こうした急増や発見をどのようにとらえるべきかという点が大いなる論点となってきた。そしてこの点をめぐって、社会不安障害に関する立場は、冒頭にもあげたような 2 つの立場に大別される。すなわち、それを批判的にとらえる立場と、肯定的にとらえる立場である。以下、本稿では便宜的に前者を「批判派」、後者を「肯定派」と名づ

けて考察を進めていくことにする。

3. 批判派の意義

批判派は、社会不安障害の急増や、社会不安障害の罹患率が実はきわめて高いといった事実の発見を「不自然」な現象としてとらえる。そして、そうした不自然な現象を生じさせた社会的な背景に切り込んでいく点が、批判派の大きな意義であるといえる。

では、社会不安障害の、不可解なほどの急増や罹患率の高さは、なぜ生じたのだろうか。この点について、批判派はさまざまな知見を提供してくれるが、まずもっとも注目すべきなのは、選択的セロトニン再取り込み阻害薬（Selective Serotonin Reuptake Inhibitors、以下、一般的な表記にならって本稿でも SSRI と略記する）の開発と、それを売り込もうとする製薬会社の戦略の問題である。

（1）SSRI と社会不安障害

まず、SSRI とはなにか。紙幅の都合もあるので、本稿の考察の必要性に見合った最低限の説明にとどめるが、SSRI とは、脳内の神経伝達物質の一種であるセロトニンの取り込み作用を抑制することでうつ状態を解消する抗うつ剤の一種である。もちろん、SSRI が開発される以前からすでにいくつかのタイプの抗うつ剤が存在していたが、旧来の抗うつ剤には口の渇きや便秘などの副作用があることが知られており、より副作用の少ない薬の開発が進められていた。SSRI は、こうした背景から開発された新薬であり⁶⁾、現在では複数の製薬会社からパキシル、ゾロフト、プロザックといった商品名で発売されている⁷⁾。

ところで、SSRI が大きな注目を集めたのは、実は旧来の抗うつ剤に比べて副作用が少ないという点のみによるのではない。富高辰一郎によると、SSRI が開発される以前の抗うつ剤は、いずれも薬価が比較的安く、いくら売れても製薬会社にとってはあまり利益にはならなかった。しかし、SSRI は、薬価が非常に高く設定されたために、製薬会社にとっては莫大な利益が期待されることになった（富高 2010：70）。そして重要なのは、SSRI の販売に際して、製薬各社はこれまでになく大規模なうつ病に関する啓発キャンペーンをおこなったという点である。そのキャンペーンの概要は、以下のように整理することができる。

まず、うつ病に対する人々の意識を高めること。そのために重要なのは、営業と広告である。富高によれば、アメリカでは 1995 年から 2000 年までの間に、製薬会社の研究部門で働く社員は 2% 減少したのに対し、営業部門で働く社員は 60% 増加した。そして近年、アメリカの製薬業界全体で、新薬の研究開発に使われる資金は 325 億ドルであるのに対し、営業に使われる資金は 570 億ドルにのぼっている。また現在では、食品業界や自動車業界を抜いて、製薬業界がもっとも広告費を使う業界になっているという（富高 2010：86）。

もちろん、ことは製薬会社自体による営業や広告活動に限らない。むしろ、製薬会社が表に出るのは明らかに一般社会の警戒を買いやすいことを考えれば、目立たない形での啓発の方が

製薬会社にとっては好都合なのである。こうした、いわば「不可視のキャンペーン」の具体例として、うつ病に関する啓発をおこなうためのウェブサイトの運営資金や、国や精神医学系の学会がおこなう啓発活動の経費を、製薬会社が負担していることがしばしばある点などをあげることができる (富高 2010 : 114, 123)。

以上のような製薬会社の戦略によって、それまでは嫌なことや辛いことに直面すれば誰にでも当たり前にも生じる気分の落ち込みとして認識されていたものや、さほど重度ではないうつ状態をも、決して軽視せず病理としてとらえるべきだという意識が社会に浸透していく。こうして、うつ病患者の「急増」や、うつ病罹患率は実はこれまで思われていたよりもはるかに高いという「事実」の「発見」が生じることになる。富高は、SSRI の発売が認可されている先進諸国では、認可後 10 年で認可前に比べてどの国でもうつ病患者が数倍になっているという興味深い事実を指摘しているが (富高 2010 : 142)、それはこうした理由による。そして、このようにして生じるうつ病の急増によって、製薬会社は莫大な利益を手にするようになるのである。

とはいえ、以上はうつ病に関する事柄であり、それが社会不安障害とどのような関連があるのか疑問に思われるかもしれない。もちろん私は、うつ病に見られたのと同様のことが、論理的にいつて社会不安障害にも当てはまるはずだという推測を提示したいのではない。そうではなく、同様のことが事実として社会不安障害にも当てはまるのである。

すでに述べたように、SSRI はそもそも抗うつ剤として開発されたものである。しかしその後、SSRI には対人的な緊張や不安を抑制する作用もあることが発見される。つまり製薬会社は、うつ病に加えて、社会不安障害という新たな「沃土」を獲得したのである。

こうした沃土を製薬会社がどのように開拓していったのかという点について、現段階でもっとも興味深い考察をおこなっているのは C. レーンである。レーンは、「薬を売るなら、まず病気を売り込まないといけない。社会不安障害ほどこの言葉が当てはまる疾患はない」(Lane 2007=2009: 134) と指摘し、製薬会社が社会不安障害を「活用」して SSRI を売り上げていった過程を詳細に考察している。

たとえば、SSRI の代表的銘柄の一つであるパキシルを製造するイギリスのグラクソ・スミスクライン社は、パキシルがアメリカの食品医薬品局から社会不安障害の治療薬として認可を受けるやいなや、さっそく社会不安障害に関する積極的な啓発活動に取り組み始める。レーンによれば、そのキャンペーンは「パキシルを売り込むことよりも『記者、消費者、場合によっては医師を教育して、診断と治療を推進すること』に重点を置いていた」(Lane 2007=2009 : 156) という。なぜなら「社会不安障害の患者は概して、自分は極度の内気なのだと思解する傾向がある」(Lane 2007=2009 : 156) からであり、そのような「誤解」を解いて、それを病理だと「理解」させ、医師の診断を受けるようにすることが、パキシルの売り上げを伸ばす上ではもっとも効果的な方法だからである。そして他の製薬会社も、これと同様のキャンペーンを積極的に展開していく。

もちろん、こうした「患者」の「誤解」を解くためのキャンペーンは、同時に、内気な人々やコミュニケーションに対する苦手意識などを抱えているより多くの人々をも、「正しい理解」に導こうとする。つまり、「あなたは内気なのではない、病気なのです」(Lane 2007=2009 : 157) という趣旨のメッセージが、さまざまな媒体を通して社会全体に放たれていく。この点について、レーンはさまざまな製薬会社の広告なども紹介しながら考察しているが、それらの演出やキャッチコピーの巧みさは見事というほかない。ここではそれらの広告の画像を紹介することはできないので、キャッチコピーを2つ紹介するにとどめることにする。第1は、コーヒーカップを片手に浮かぬ表情をしている男性の写真を背景にして示される「人アレルギーだと想像してみてください……」というコーン・アンド・ウォルフ社の広告のキャッチコピー (Lane 2007=2009 : 158)。第2は、表情がまったくわからないほどに帽子を目深にかぶった女性の写真を背景にして示される「彼女は内気なだけでしょうか？ それとも社会不安障害なんでしょうか？」というゾロフトのキャッチコピー (Lane 2007=2009 : 177)。同様のものは他にも数多くあげることができるが、こうしたキャッチコピーはいずれも、内気であることや人とのコミュニケーションが苦手であることに悩んでいる人々に対して、これまでこれは自分の性格なのだと思っていたものを、まったく違った角度からとらえ直すべきなのではないか、という「気づき」をうながす上で大きな役割を果たすことになる。

また、このように社会不安障害の急増や罹患率の高さが製薬会社の広告戦略と深く関連していることを指摘することの当然の帰結として、批判派は、社会不安障害に対する薬物投与が、現在はあまりにも安易になされているのではないかと、という問題提起をおこなう。つまり、それまでは病理視されていなかったものに薬物を投与するのは、誰にでもあって当たり前という程度の社会不安傾向や対人緊張すらも解消しなければ十分ではないという考えを反映しているのではないかとするのである。向精神薬を用いて通常の意味での「健康」以上の「より完璧な」状態を追求することを、P. クレイマーは「美容精神薬理学」と呼んでいるが (Kramer 1993 = 1997 : 36)、レーンは社会不安障害に対する薬物投与は、明らかに美容精神薬理学レベルのものへとエスカレートしているのではないかと懸念を示している (Lane 2007=2009 : 220-1)。なぜなら、美容精神薬理学が目指すより完璧な状態とは、完璧という言葉とは裏腹に、人間として当たり前であるはずの感情経験が阻害されているという点では実はきわめて不完全な状態であり、そしてそれになんの疑問も抱かずにいるとしたら、それこそがより深刻な問題だと考えられるからである。

以上のように批判派は、社会不安障害が SSRI によって莫大な利益を獲得しようとする製薬会社の戦略によって「つくられた」病理なのではないかという点を特に問題視する。

(2) DSM と社会不安障害

さて、以上のような製薬会社の販売戦略や美容精神薬理学の問題と並んで注目すべきなのは、社会不安障害を病理としてカテゴライズする DSM 自身が持っている構成的な作用である。冒

頭でも述べたように、1980 年に刊行された DSM の第 3 版ではまれな病理とされていた社会不安障害が、1990 年代の終わりには 3 番目に多い精神疾患となっているが、それにはまず、1987 年に刊行された DSM 第 3 版の改訂版 (いわゆる DSM-III-R) において、社会不安障害の診断基準が大幅に緩められた点が深く関係している。つまり、「疾患の条件を勝手に著しく変更して、大勢の人の前で質問するなど、難しい状況に立たされたときに感じるありふれた困惑や恐怖を疾患に含める」(Lane 2007=2009 : 129) という操作が、そこではなされたのである。

さらに、1994 年に刊行された DSM の第 4 版においては、「社会恐怖は、さらに包括的な名前である『社会不安障害』に変えられていた」(Lane 2007=2009 : 132)。つまりこの変更は、「恐怖」というほどに著しいものにはいたっていない「不安」レベルのものまで病理に含めようという意図を反映したものであった。事実その結果、「この疾患に悩むアメリカ人の割合は一晩のうちに跳ね上がり、100 人に 4 人以下だったものが 5 人に 1 人となった」(Lane 2007=2009 : 132-3) のである⁸⁾。

われわれは、「DSM は、ある種の行動をカテゴリー化することによって、どの行動が病気や障害に基づくものであり、精神科医などの専門家に取られるべきかを決定する」(Kutchins & Kirk 1997=2002 : 15) 上で決定的な役割を果たしている上に、「精神疾患を識別するバーが下げられると、ほぼすべての感情が DSM のリストに入る」(Lane 2007=2009 : 130) という事実を忘れるべきではない。しかもそのバーをどのあたりに設定するかは、レーンをはじめ多くの研究者が指摘しているように、十分な客観性を備えたデータを豊富に揃えた上で、誰もが納得するような科学的な手法にもとづいて決定されているのではなく、質の面でも量の面でも大いに疑問の余地のあるデータをもとに、限られた人々によって、しかもかなり彼らの主観や恣意が混入しやすい状態で決定されているのである⁹⁾。

ある状態が病理とされるのは、その状態がそれ自体として事実異常であるからというよりはむしろ、それが DSM に記載されていることによる、という可能性は常につきまとう。とりわけ社会不安障害の場合には、統合失調症やうつ病などのように、一般の人々でも比較的気がつきやすいようなわかりやすい特徴はほとんど見られず、内気というありふれた気質や、状況によっては誰もが当たり前に感じるはずの緊張や不安といったものと強い連続性を持っているために、DSM のようなものによるカテゴリー化の影響を非常に受けやすいことは容易に想像されるのである。

4. 批判派の問題点と肯定派のメリット

以上、ここまで製薬会社の販売戦略の影響と DSM が持つ構成的な作用の 2 点に注目して、批判派の主張の要点を確認してきた。いずれにしても、社会不安障害の急増にはどうしても「不自然」な印象がつきまとうことは確かであり、そこにメスを入れた点で、批判派の知見には大いに意義があることは間違いない。特に、精神薬理学が高度に発達した現代社会においては、向精神薬の製造が一大産業と化して巨大なマーケットを形成し、それが社会の中で大きな影響

力を持つにいたっていると同時に、製薬会社の広告や販売戦略に精神疾患のカテゴリーが大きく左右されつつあるという点は、社会不安障害に限らず、現代社会における精神疾患の問題全般を考える上で避けて通ることのできない重要な論点である。

しかし、以上のような意義があることは確かであるにしても、批判派の見解には、ある点で重要な問題があるように思われる。批判派が問題視するのは、一言でいえば、かつては単なる性格として扱われていたものが、時代が下るにつれて病理視されるようになってきているという点である。この主張は、確かにそれ自体としては正しいし、また上で述べたように、きわめて重要な問題提起ともなっている。しかし、事態を性格ととらえるか、それとも病理ととらえるかという点がはらむ問題は、批判派が考えているよりもはるかに複雑である。というのは、批判派は事態が病理視されていく傾向を明らかに否定的にとらえているが、実際には病理視されることには多大なメリットが間違いなくあるからである。

では、そのメリットとは何か。それは、社会不安障害の実際の治療経過の記録などにはしばしば登場する——しかし不思議なことに批判派の著書や論文にはほとんど登場することのない——、社会不安障害患者たちの以下のような言葉を確認してみれば、ただちに明らかになる。

私、これが治せるものだと知りませんでした。こういうのは引っ込み思案の一種で、自分の性格から来るものだと思いますこんでいたから……。(André & Légeron 1995=2007 : 146)

つまり、社会不安傾向を性格としてとらえてしまうと、そもそもそれを変えよう、あるいはそれは変えられる、という発想自体が生まれにくくなってしまう。まず、事態を病理ととらえ、病理だからこそ治療が可能である、と発想を転換することが問題を解決するためには大きな意味を持つのであり、この点で事態が病理視されるようになったことには大きなメリットがある。このように肯定派は、「過剰な不安による生きづらさを『もって生まれた性格』と切り捨ててしまったら、なにも始まりません」(貝谷 2006 : 33)という発想に立つ。そしてこうした発想からすれば、事態を性格としてとらえるような批判派的な発想は、解決できるかもしれない問題すら解決しようとせずに放置してしまう無責任なものにほかならないことになるだろう。

もちろんここで批判派は、社会不安障害とされる人々が抱えている悩み自体が、製薬会社の広告や啓発活動、および DSM による「教育効果」の結果として生じたのではないかと主張するに違いない。そしておそらく批判派は、以下のように述べるだろう。「あなたが悩んでいることは、かつては病理ではなく単なる性格類型の一つだと考えられており、そしてだからこそ別に誰もそれをさほど苦に病んだりしてはいなかった」、と。しかしこうした主張には、2つの点で大きな問題がある。

第1に、先ほど引用した患者の声は、自分が抱えている問題は性格によるものだと考えていたこと、にもかかわらず大変に苦しんでいたこと、そして事態を病理としてとらえることでは

じめて問題解決への道が切り開かれたことを明確に物語っている。もちろん、社会不安障害の不自然なまでの急増を理解する上で、かつては性格ととらえられていたものが現在では病理視されているという批判派の指摘は重要である。しかし、性格の病理視による社会不安障害の急増と、性格の病理視が社会不安傾向を抱えた人々の苦しみを増すか否かとは、まったくの別問題である。にもかかわらず批判派は、こうした点を混同している。

こうした点と関連して第 2 に、性格と病理の境界に関する批判派の主張は、奇妙な矛盾に陥っている。批判派は、性格と病理の境界線の位置は、時代によって大きく変わりうるものであり、したがって製薬会社の都合や DSM のカテゴリー化作用を色濃く反映している、つまりかつてに比べてあまりにも多くのものを病理に区分するような位置に設定されている現在の境界線を絶対視すべきではないと主張する。こうした主張は、それ自体としては確かに至当である。しかし、このように主張するときの批判派は、現在に比べてかなり多くのものを性格に区分するような位置に設定されていたかつての境界線の位置もまた、決して絶対視されるべきではないのではないかという、境界線の位置の時代的相対性というものを考慮すれば当然留意すべきであるはずの点を明らかに見落としている。その結果批判派は、現在の境界線の位置を批判的に論じるとき、明に暗にかつての境界線の位置は正しかったかのように——少なくとも現在のそれよりは正しかったかのように——論じる傾向がある。しかしこのような考え方は、先ほど指摘したような、問題を性格としてとらえることは、病理としてとらえることよりもいっそう大きな苦しみをもたらすことが大いにありうるという点からすると、あまりにも単純素朴だといわざるをえない。

以上のように、当事者が現に感じている痛みというものを考慮すると、批判派の主張には非常に粗雑な面があることは明らかである。性格としてとらえられていたためになんの有効な解決策も与えられないままに放置されてきたものに、医療という一つの有効な解決策が与えられるようになったのは、問題が病理としてとらえられるようになったからであり、この点で肯定派の主張に大きなメリットがあることはまぎれもない事実なのである。批判派は、こうしたメリットに気づいてすらいらないのか、そうでないとすればそれを意図的に無視していることになるが、いずれにしてもこうした点で、批判派の発想には大きな問題がある。

5. 肯定派の問題点

しかしだからといって、肯定派の発想に問題がないわけではもちろんない。肯定派は、実際に悩みを抱えている人々に、医療という現実的な問題解決策を提供することを至上の目的とする。そこに製薬会社の利権の問題や、DSM の十分に科学的とはいえないカテゴリー化の問題など、さまざまな問題が絡んでいることは確かだが、この点についてはすでにふれたので繰り返さない。ここでは、現実的な問題解決策を提供しようという、それ自体としては純粋で称賛されるべき営みに的を絞って論じることにする。重要なのは、こうした営みにも、大きな問題が潜んでいるという点である。

その問題は、実際に悩みを抱えている人々に現実的な問題解決策を提供することを至上の目的とする肯定派の発想は、当事者が抱えている問題が性格によるものなのか病理によるものなのかという区別自体にもはや大した意味はない（貝谷 2006：33）、という考え方にいたりやすいことから生じる。つまりこうした考え方は、「治療」の範囲がどんどん肥大していくことに、おそらくほとんど歯止めをかけることができないのである¹⁰⁾。

ここで提起しておきたいのは、そのように歯止めがきかなくなってしまった社会に、社会不安障害の人々はもちろん、社会不安障害と親和的な性格傾向を持つ人々、すなわち内気な人々や引っ込み思案な人々の居場所ははたして確保されているのだろうか、という疑問である。こうした疑問に対しては、内気であったり引っ込み思案であったりすることに一体どんな積極的意義があるのかという疑問が逆に投げかけられるかもしれない。内気や引っ込み思案が一掃され、誰もが社会的であるような社会になにか問題があるのかという疑問は、確かにあってしかるべきものである。こうした問題については、抽象的な論理のレベルで考えるよりも、具体例をあげながら考えてみる方がよいだろう。

平静なときの私を見てほしい。無精で臆病そのものである。なにもかも私をおびえさせ、尻ごみさせる。……ひとこと言うのも、身振り一つするのも、私の安逸を脅かし、心配と恥ずかしさに打ちひしがれて、あらゆる人間の眼から消えてしまいたいほどだ。なにかしなければならぬと、なにをしようかかわからない。ものを言わねばならぬと、なにを言おうかかわからない。人から眺められると、度を失う。

これはある男性の言葉である。もしこの男性が精神科医の診察を受けたら、かなりの確率で社会不安障害だと診察されて、治療を勧められるだろう。そしてこの男性自身も、その勧めを受け入れるかもしれない。そして肯定派は以下のように述べるに違いない。「このような人を救うことこそがわれわれの使命なのだ」、と。

ところで——すでにお気づきかもしれないが——、実は上の引用は、J=J. ルソーの『告白』の一節である（Rousseau 1782=1979 上：47）。ルソーに現在でいうところの社会不安障害的な傾向が見られるという指摘はすでになされている（André & Légeron 1995=2007：20）。また、彼が実際に社会不安障害だったかどうかは別としても、少なくともルソーに、通常以上に内気で引っ込み思案な面があったことは、『告白』に限らず、彼のさまざまな著書からしても確実である。しかしルソーの、あの人間や社会に対する深い洞察を思い浮かべたとき、彼を「治療」することがはたして妥当だといえるのかは大いに疑問である。ルソーの深い洞察は、内気や引っ込み思案の傾向ゆえに、他者や社会から距離をとっていた（無論、とらざるをえなかった、という側面もあるだろう）ことのためものではなかっただろうか。彼が大したとまどいも緊張もなく平気で人と接することができ、またそれを素朴に楽しむことのできるような社交的な性格で、そして1人でいることよりも人とともにいることを積極的に選ぶような人物であ

ったとしたら、彼がさまざまな事柄に対してあのように徹底した思索を向けることなどありえなかつたはずである。

内気や引っ込み思案な性格に悩む人々は大量に存在するし、それらの治療を望む人々もたくさん存在する。そして、治療を望む人々に治療が提供できないような社会よりも、きちんと提供できる社会の方がよいと私は思う。この点で私は、批判派が陥りがちな素朴な性格論には賛成できない。しかし、内気や引っ込み思案な性格の人々の居場所がそもそも確保されておらず、彼らに対して治療という選択肢しか提供しないような社会が健全な社会と呼べるのかどうかははなはだ疑問である。そしてこうした点に関して、肯定派の発想はかなり危ういものをはらんでいるように思われるのである。

そして現在の社会は、肯定派の発想がはらんでいる危険性に対してきわめて無自覚になりやすい特性を持っていることを指摘しておかなければならない。たとえば S. スコットは、社会不安障害の急増が指摘される現代社会の特徴として、社会的に成功するためには自己主張的で社交的であればならないと考え、その裏返しとして内気であることやひかえめであることを否定視する価値観が深く浸透している点をあげている (Scott 2006 : 134)。こうした現在の社会が、肯定派が主張するような「治療」範囲の拡大に対して警戒的になることはほとんど期待できないだろう。

もちろん、自己主張的・社交的たらんとすることは、一つの価値観としてあっていい。また、望むと望まざるとにかかわらず、現在の社会には自己主張的であることや社交的であることを重視するような価値観が現に深く浸透しており、こうした社会を生きていく上で、ある程度以上に強い社会不安傾向を抱えている人々は、特にキャリア形成などにおいて、大きな不利益を被るリスクにさらされている。そしてだからこそ、そうした人々に対して、医療的なサポートを含め、さまざまなサポートが用意されている必要があることは間違いない。

しかし、自己主張的・社交的たらんとする価値観が深く浸透した社会は、誰もが自己主張的・社交的たらざるをえない社会へと転化してしまう可能性が大いにあるのではないだろうか。そして、人間や社会に対するルソーの深い洞察は、おそらくは彼の抱えていた社会不安傾向と決して無縁ではなかつたという先ほど指摘した点からすれば、誰もが自己主張的・社交的たらざるをえないような社会は、人間や社会についてかなり多くのものを見失ってしまう社会にほかならないということを、われわれは忘れてはならない。上に指摘したように、現在の社会は肯定派の発想がはらむ危険性に対してきわめて無自覚になりやすい社会であればこそ、それはなおさらなのである。

6. 結論

以上本稿では、社会不安傾向が病理視されたり医療化されたりしていくことを批判的にとらえる立場と肯定的にとらえる立場のそれぞれについて検討してきた。簡単にまとめると、批判派は、病理視されたり医療化されたりすることのメリットを見落としており、その結果、当事

者たちが現に抱えている苦しみに対して無頓着になりがちだという点で問題がある。これに対して肯定派は、社会不安傾向を持つパーソナリティに秘められたかけがえのない可能性に対して無頓着になりがちだという点で問題がある。

では、以上をふまえてわれわれはどうしたらよいのか。そして社会学には何ができるのか。こうした大きな問いに十分な解答を示すことはもちろん容易ではないが、さしあたり本稿の結論として述べておくことができるのは、われわれは安易に批判派になるべきでも、安易に肯定派になるべきでもない、という点である。安易に批判派に与して事態を単なる性格の問題としてしまうと、われわれは治療という有用なサポートを失うことになる。かといって安易に肯定派に与して過剰に治療主義的になると、われわれはルソーに象徴されるような、人間や社会に対する深い洞察力の基盤を一つ失うことになる¹⁾。だとすれば、社会不安傾向は、性格と病理の間を揺れ動き続けるべきものであり、それがどちらかに固定化されてしまうことこそが、もっとも憂慮すべきことなのではないだろうか。

そして、このことに関連して、社会学が取り組むべき新たな課題が一つある。社会学は、その特性上、おそらく批判派に与しやすいし、実際これまで批判派に属する知見の多くは、社会学の分野から提示されてきた。もちろんそれは、十分に意義のあることである。しかし、批判派的な発想は、当事者が現に抱えている苦しみに対して無頓着な傾向があるという点を考慮すれば、社会学には社会不安障害に対する向き合い方を再考すべき面があるはずだ。もちろんだからといって私は、社会学は批判派的なスタンスを放棄すべきだ、などということはいいたいのではない。私が考える社会学の新たな課題とは、批判派と肯定派のそれぞれが持つ利点と問題点とともに認識し、そのいずれにも安易に与すべきではないことの理由を、社会に対して明示するという点である。そして、社会不安傾向の病理視や医療化を批判的にとらえる言説は、当事者たちが現に抱えている苦しみに対して比較的無頓着なままに活発に産出され続けており、その一方で、今後、社会不安障害の「治療」技術の飛躍的な向上や、「治療」の適用範囲のさらなる拡大は大いに予想されるからこそ、社会学が上記のような新たな課題に取り組むことには、大きな意義があるはずである。

【注】

- 1) 「社会不安障害」という呼び方は、2008年に日本精神神経学会が「社交不安障害」という呼び方にあらためているが、一般にはまだ社会不安障害という呼びの方が浸透しているため、本稿もそれにならう。
- 2) DSM 以外に世界で標準的に使用されている疾病分類としては、WHO の定める『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 があるが、社会不安障害に関しては、専門的な研究書や論文と、一般向けの啓発書的な書籍のいずれにおいても、DSM の定義が引かれることが圧倒的に多いので、本稿でも

DSM における定義にならうことにする。

- 3) なお、筆者が参照しているのは、第 4 版の Text Revision として 2000 年に発表されたいわゆる DSM-IV-TR のクイック・リファレンス版として広く流通しているものである。
- 4) たとえば、貝谷 (2006: 12-5)、磯部 (2007: 15) などを参照。
- 5) 対人恐怖と社会不安障害の関係については、他にも興味深い論点がいくつかあるが、本稿では扱うことができないので、別の機会に考察することにした。
- 6) とはいえ、SSRI にまったく副作用がないわけではなく、それどころか自殺念慮を高めるなど、深刻な副作用を指摘する研究も数多くある。こうした点からしても、SSRI はさまざまな課題を背負った薬であるといえる。詳しくは Healy (2003=2005) などを参照。
- 7) 本稿執筆時点では、日本ではまだプロザックは認可されていないが、日本でもすでに複数の SSRI が認可されている。特に日本の場合は、パキシルの処方量が多いことが知られている (富高 2010: 104)。
- 8) ここでレーンが参照しているのは、前段のケスラーらの調査とは別のものである。
- 9) この点については、特にレーンによる指摘 (Lane 2007=2009: 52-133) を参照。また、DSM については、さまざまな研究が指摘しているように、DSM の策定に深く関与している精神医学会のキーパーソンの多くが、製薬会社ときわめて親密な関係にあるという点にも留意する必要があるだろう。
- 10) ただしこうした拡大は、批判派が主張するほど素朴に「唯薬論」的であるわけでも、薬物中心主義的であるわけでもない点は指摘しておかなければならない。というのは、実際の投薬はカウンセリングなどと合わせてなされるのが常であり、また近年は、社会不安障害の治療には認知行動療法がきわめて有効であることが確認され、積極的に導入されているからである。しかし逆に言えばこうした事実は、社会不安傾向が薬物だけでなく他のさまざまな手段によっても「治療」されるようになってきていることを意味している。つまり、社会不安障害をめぐる事態は、前段で論じた「美容精神薬理学」からいわば「美容精神医学」というより徹底した段階へと進みつつあるともいえるのである。
- 11) もちろんこの点は、ルソー以外の人物からも例証されるだろう。たとえば内沼幸雄は、一連の対人恐怖研究において、夏目漱石、三島由紀夫、J=P. サルトルらに対人恐怖的傾向が見られることを指摘しているが (内沼 1977; 1983)、現時点でいえば、彼らに社会不安障害的傾向が見られる、と指摘することができる。

【文献】

- American Psychiatric Association, 2000, *Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-IV-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.)
- André, Christophe, & Légeron, Patrick, 1995, *La peur des autres*, Éditions Odile Jacob. (=2007, 高野優監訳・野田嘉秀・田中裕子訳『他人がこわい』紀伊國屋書店.)
- Cottle, Michelle, 1999, "Selling Shyness", *The New Republic*, 2-August: 24-9.
- Healy, David, 2003, *Let Them Eat Prozac*, James Lorimer & Company. (=2005, 田島治監修・谷垣暁美訳『抗うつ薬の功罪』みすず書房.)

- 磯部潮, 2007, 『知らなかった「社会不安障害 (SAD)」という病気』講談社.
- 貝谷久宣, 2006, 『社会不安障害のすべてがわかる本』講談社.
- 笠原敏彦, 2005, 『対人恐怖と社会不安障害』金剛出版.
- Kramer, Peter, 1993, *Listening to Prozac*, Viking. (=1997, 堀たほ子訳・渋谷直樹監修『驚異の脳内薬品』同朋舎.)
- 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.)
- Rousseau, Jean-Jacques, 1782; 1789, *Les confessions*. (=1979, 小林善彦訳「告白 (上下)」『ルソー全集第1巻/第2巻』白水社.)
- Scott, Susie, 2006, "The Medicalisation of Shyness," *Sociology of Health & Illness* 28 (2) : 133-53.
- Sheehan, David, 2001, "The Impact of Social Anxiety Disorder". (=2002, 樋口輝彦・久保木富房他編訳「社会不安障害の短期療法」『社会不安障害』日本評論社, 13-57.)
- 富高辰一郎, 2010, 『なぜうつ病の人が増えたのか』幻冬舎.
- 内沼幸雄, 1977, 『対人恐怖の人間学』弘文堂.
- , 1983, 『羞恥の構造』紀伊國屋書店.
- , 1997, 『対人恐怖の心理』講談社.

(さくらい たつひこ 浜松学院大学現代コミュニケーション学部)