



Title	対人恐怖症の心理療法による治癒像
Author(s)	桜井, 利行
Citation	大阪大学教育学年報. 2001, 6, p. 313-324
Version Type	VoR
URL	<a href="https://doi.org/10.18910/9239">https://doi.org/10.18910/9239</a>
rights	
Note	

*The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA*

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

## 対人恐怖症の心理療法による治癒像

桜井利行

### 【要旨】

本稿は、対人恐怖症の心理療法による治癒像について、従来示されてきた見解や報告を概観し、それがどのようなものであり、どのように理解されるのが適当かということについて検討することを目的としている。対人恐怖症とは、対人場面での緊張や人間関係の悩みの深刻化した神経症の一種であり、そうした悩みをもった人が心理療法を受けることでどのような状態に至るのかを明らかにするという目的に沿って、まず、従来よりなされてきた対人恐怖症の治療効果に関する研究を整理した。次に、事例研究にみられる治癒像と、これまで治療者等により示されてきた見解を整理し、その治癒像を強迫性の観点から検討した。この観点から、対人恐怖症の治癒像は二つの側面から理解され、いわゆる自覚症状の程度についてそれが軽減することと、症状に対する患者自身の視点の転換されることが関係しており、とくに後者の条件が重要視されてきていることが理解された。こうした理解から、治癒像を理解する際の枠組みとして、問題そのものと、問題に対する態度が区別されて捉えられる意義について考察した。

### 1. はじめに

対人的な場面での悩みに苦しむ者がその悩みを克服していくのはどのようにしてであろうか。その悩みの克服過程を、自らの症状に対する態度の観点から捉えてみることはできないだろうか。本稿で扱っているのは、これまで「対人恐怖」とか「対人恐怖症」と呼ばれてきた悩みで、具体的には、対人緊張、赤面恐怖、視線恐怖、醜貌恐怖などが含まれる。こうした悩みをもった人達は、自らの症状克服への努力をひたすら続ける（高橋, 1976）。治療場面を訪れる患者も、症状の治癒を期待する気持ちが強い。そこで患者は多様な症状に対して、嫌悪したり許容したりするなど様々な向かい合い方を試みる。そしてその結果として、こうした対人恐怖に悩む人は、どのように治癒過程を歩むのだろうか。これまで、悩みの原因や苦しみの様子について多くの研究がなされてきている一方、そこからどのように抜け出していくのかという「最終段階」に焦点のあてられた研究は少なく（西園ら, 1969；高木, 1977；鈴木ら, 1979）、その治癒がどのように捉えられるのかという結論は必ずしも出ていない。そこで本稿では、対人恐怖の治癒像について、それがどのように理解されるのが適当かということに関して、これまで示されてきた報告や見解を整理し、それらを参考にしながら治癒像を理解するための枠組みについて検討することを目的とした。

対人恐怖という言葉については、人前で緊張する、集団の中にうまく溶け込めない、人の視線が気になるなど、様々な症状のあてはまる輪郭の曖昧なカテゴリーであるとされるが（笠原, 1969）、一般的に定義すれば、「他者と同席する場面で、不当に強い不安と精神的緊張が生じ、そのために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、嫌がられるのではないかと案じ、対人関係からできるだけ身を退こうとする神経症の一種」（笠原 1993, 515頁）とされる。その場に居合わせる周囲の者に対する過度の気遣いや緊張から、赤面したり、声を震わせたりして、そのような自分の緊張した姿が笑いのものにされたり、相手に嫌な印象を与えてしまいかと心配するというものである。また、内心そのように心配していることを見透かされることの恥ずかしさから、対人関係の場面に入り難く、結果として対人関係が結べなくなっている。こうした状態は、米国精神医学会によるDSM-IV、の基準からは社交恐怖（social phobia）とも呼ばれ（岡野, 1998）、「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一つまたはそれ以上に対する顕著で持続的な恐怖」（高橋ら訳 1995, 166頁）が特徴とされる。

こうした対人恐怖症について、これまでの研究では、関心の大部分がその発症の原因に向けられてきた。つまり、対人恐怖症者の生育環境（山下, 1970；鍋田, 1997）、恐怖の出現しやすい状況や人間関係にみられる特徴（木村, 1972；高橋, 1979）、さらには社会文化的背景に関わる研究（近藤, 1964；河合, 1975）な

どが、様々の立場からなされてきている（鈴木, 1982; 伊藤, 1983; 田中ら, 1992）。しかし、原因や悩みの特徴について数多くの研究が行われてきている一方で、その苦しみからどのように抜け出していくのかという、「最終段階」に焦点のあてられた研究は少ない。その理由は様々に考えられるが、一般的に治療像の問題が、心理療法の目的や目標の問題と密接に関連している点がある。つまり、議論を進めていくと、究極的な論点として哲学的な問題に帰結せざるを得ない（西園, 1967）。様々の心理療法においては、結果としての症状や問題行動の解消だけが意図されているわけではなく、それぞれの心理療法の立場にはそれぞれに固有の人間観があるということがこの問題に関連しているということである。だが、治療像の問題があまり扱われてこなかったのには、対人恐怖という問題の特殊性に由来する理由も考えられる。それは一つには、対人恐怖の大部分が思春期・青年期を中心とした一過性のものであり、加齢に伴い自然と軽快していくことが多いという事情がある（笠原, 1977）。また、恐怖症の治療では、ある程度の軽快とか、症状に対する態度の変化とかのかね合いで治療が終結するケースが多いとされる（金山, 1992）。このような治療の中での改善を明確に捉える困難さと、実際の必要性の低さは、対人恐怖の治療像があまり検討されてこなかった理由の一部ということができそうである。

それに関わらず、治療像の問題を取り上げようとするのは、その意味を理解することが治療の方向性を探っていくのに重要であると考えられるためである。一般的には予後の良好とされる対人恐怖症であるが、その推移は、必ずしも患者自身により当初期待された通りのものではない。治療の初期に患者自身が期待する治療像はしたがって、治療者の意図する方向と食い違うこともしばしばとされる。例えば、藤田（1977）は、対人恐怖症者が望む治療像を調査し、その期待の内容が次のようなものであることを明らかにしている。「感覚的苦痛が全く消失すること」、「何事にもよらず不安や恐怖がなくなること」、「いかなる場合にも、心の動揺がなく平常心でいられること」、「自分の意志のままに行動がとれること」、「内向的な性格傾向の外向化」。藤田によればこれらの期待の中でも、特に、対人場面での不安や恐怖の除去ということに患者の高い関心が向けられている。また、そうした症状が自分の性格の弱さに由来すると自覚されるためか、自分の感情や行動の統制、性格上の変化にも感心が向けられている。もちろんこうした期待は、対人恐怖症者の悩みの内容からして当然といえは当然の内容であろうが、これら治療に対する対人恐怖症者の期待には、程度の差はあれ非現実的な理想の追求という側面が含まれており、藤田はその点を次のように指摘する。「彼らは、あらゆる緊張に耐え、不快な気分を克服し、いつ、いかなる場合に直面しても平常心を失わない自己を現実求めようとし、しかもそれが得られるものと期待する。つまり最上級の理想的自我像である」（317頁）。

患者自身の期待する治療像についてのこの指摘は、治療像の問題が、対人恐怖症者自身にとって高い関心の対象であるということに加えて、治療という観点からも治療の意味の理解が重要であるということを示唆している。その点について、河合（1960）は、対人恐怖についての見解を述べる中で、「神経症において治療の意味がわかれば、もうそれだけで半分は治ったといってもいいだろう」（226頁）と述べる。治るといふことの意味が明確に位置づけられることが、治療に当たっても重要であるという指摘である。そもそも、治るのなら治る、治らないのなら治らない、そのように一見自明とも思えることが問題となるということは、治るといふことの意味がしばしば誤解されているということであろう。河合の見解は、少なくとも患者自身に関しては、治療の意味が充分には理解されていない可能性を示唆している。では、このような治療の意味を知る重要性とは、どのように理解することができるのであろうか。治るといふことの意味はどのようにして問題となってくるのであろうか。

## 2. 対人恐怖の予後

患者自身の当初の期待に対して、実際の治療経過を経ての対人恐怖の「最終段階」がどのように実現されるのかをまず見ておこう。予後研究や治療効果研究は、心理療法による治療の結果がどのようなであったかという問題を実証的に扱おうとする。これらの研究を整理することで、治療結果の実際と、結果を評価する基準に含まれる観点について示唆を得られるだろう。この種の調査として、最も大規模に行われたも

のの一つは、鈴木（1979）によるものである。鈴木は、森田療法により入院治療を行った患者に、退院時より二年以上たった時点でアンケートを送って改善状態を調査し、453例の対人恐怖症例について回答を得ている。この鈴木の研究では、改善の様子は段階を設けて調べられており、その際の治療の段階の設定には二つの観点が含まれている。すなわち、主観的な側面については患者の自覚する恐怖心の程度、客観的な側面については恐怖心による日常生活への影響である（表1）。

表1 鈴木による基準

全治	A段階：対人恐怖の不安症状をほとんど考えることなく、活動的に勉強勤務している	11%
	B段階：対人的な症状は意識されるが、それを不安と感ずることなく、活動的に勉強勤務している	40%
軽快	C段階：対人的な不安はあるが、日常生活は一応普通にできる状態	46%
	D段階：対人恐怖の不安症状のために、治療前と同様に日常生活ができない	2%

効果判定に用いる基準は、他の森田療法家の報告においても、新福（1968）が「病的状態に対する洞察」の有無を要件に加えていたり、与良（1959）が「全治」という言葉を使わなかったり、阿部（1975）が「症状」を「神経症のこだわり」という表現に言い換えるなど、それぞれ独自の治療観を反映する部分での相違は見られるものの、主観的な側面における不安や苦痛の側面と、客観的な側面における日常生活の状態が問題とされている点で、先に示した鈴木とはほぼ同様の基準が設定されている。実際の結果としては、表2のように、「全治」という表現で報告されたのは概ね40%から70%の患者があたり、それに続く「軽快」と表現される段階まで含めて治療が効果的であったとされたのは、全体では60%から90%の範囲であった（新福, 1968；阿部, 1975；高木, 1977；牛島, 2000）。

表2 森田療法家による治療効果

報告者	治療時期	例数	全治	軽快	不変他
宇佐玄雄	1919-1926	126	86.7%	13.3%	0.0%
高良武久	1929-1937	541	58.4%	35.5%	6.1%
与良健	1949-1953	406	63.3%	16.2%	20.5%
鈴木知準	1963-1974	453	54.1%	41.50%	4.40%
阿部亮	1971-1972	139	50.6%	36.7%	12.9%
中村敬	1972-1998	58	22.4%	39.7%	37.9%

以上、森田療法家による報告は、組織化された研究として数量的になされており、対人恐怖の全体の実態を知るのに比較的適当なものと考えられる。しかし、対象が特定の治療法を受けに来た患者であるという偏りは否めない。では、森田療法家以外の報告はどのようなものであろうか。そうした報告として山下（1977）は、100例の対人恐怖症例について、治療結果の調査を行っている。調査の結果は、症状の完全消失群が27例、軽快群が55例、不変群が18例であった。改善の見られた82例の治療像は次のようにまとめられている。「はじめに治療に訪れたときの期待とは、かけ離れたものとなる。恐怖症状は、ほぼ消失しているが、恐怖心まで全くなくなったとは言えない。病状が重かったとき周囲で起きていたことが、全て誤認であり実際に何もなかったかどうか、いずれとも言えない。部分的にはそうかもしれないが、今は、それを確かめる手段もないし、どうでもよいことであり、今は他にやりたい大事なことがたくさんある」。この報告で、恐怖心の完全な消失という意味での治療に至っている者は3割に満たないが、8割を超える患者は何らかの改善に至っている。同様の報告として、西園（1983）は、43例の対人恐怖症例の治療の結果、「症状がとれた」が10例、「症状はとれないが現実適応がよくなった」が19例、「不変その他」が14例であったと

し、「治療の転帰についてみると、対人恐怖それ自身がよくなるものは少ないが、現実適応のレベルでは大半が改善している」(147頁)と、まとめている(表3)。

表3 一般の治療者による治療効果

報告者	例数	消失	軽快	不変他
笠原嘉(1972)	45	6.7%	35.6%	57.8%
山下格(1977)	100	27.0%	55.0%	18.0%
西園昌久(1983)	43	23.3%	44.2%	32.6%
鍋田恭孝(1997)*	25	32.0%	36.0%	28.0%
		38.9%	55.6%	5.6%

\*上段は精神症状、下段は適応上の障害についての結果

また、治療の経過を類型化しようとする試みもみられる。例えば、笠原(1972)の報告は、自己臭恐怖のケースであり、症例数は30歳未満に発症したものとして45例を対象としたものである。結果は、症状の変遷から4つのパターンに分類されている。神経症圏内と考えられる「消退型」は3-5回の面接で治癒しており、短期間の治療で終結に至っている。「持続型」も神経症圏内と考えられ、3ヶ月から4年の治療で、治癒または軽快に至っている。この報告は、短期間で治癒に至る例と、ある程度の治療期間を経て治癒・軽快していく例を区別して捉えたところに特徴があり、終結までに必要な時間にばらつきのあることを示している。また、鍋田(1997)は対人恐怖症者にグループ・ワークを行なった効果を報告している。報告された25例の症例の治療効果は、精神症状と適応上の障害の二つの基準から行われており、精神症状については3割の者が「不変」であったとされる。ただし、精神症状について「不変」であった者のほとんどは症状の存在へのとらわれが減り、症状は症状としてそれなりにやっていこうという姿勢を持つなど、「症状に対する構え」に変化がみられたと報告される。一方、適応上の障害については、すべての例で何らかの改善があったと報告され、「不変」という結果はほぼ皆無であったとされている。鍋田のこの報告は、精神症状と適応上の障害に対する効果を別々に捉えたところに特徴がみられる。

以上、いずれの報告についても調査対象の偏りは否めないが、治癒判定の基準と治療の結果についておおよその見当をつけることはできたであろう。すなわち、治癒判定の基準として、不安や恐怖心といった精神的側面と、日常生活や社会生活における適応上の障害の二点に着目された報告が多い。基準を二つに分けて報告する必要性があったのは、それらの間で食い違いが生じる場合があることを示しているといえよう。そして、実際の治療結果として比較的高い割合で報告されていたのも、この食い違いの生じているケースであった。つまり、精神面での症状を残しながら、適応上の障害に改善の見られたケースである。このような、治癒像における結果の食い違いの現象については、西園ら(1969)も次のように指摘している。西園らは、精神分析療法と森田療法のいずれかの治療を受けた対人恐怖症者について、治療終結後に追跡調査を行った結果を報告しており、二つの治療方法での治癒像にみられる共通する特徴に言及している。それは、患者たちの大多数が、「とても元気に生活している」など、日々の様子を肯定的に報告している一方で、「治療を受けたものの過半数において本人たちが症状と考えるものが残っている。症状が残っていないが、『元気にあるいはふつうに生活している』という傾向がどの治療においても共通して認められる」(50頁)というものである。こうした状態が治癒と見なしうるかは別問題としても、治療の終結後に、こうした食い違いの状態にある例が多く見られるという事実については確かなことのようにである。もし、治療を経ることによって、適応上の障害が改善されたことに加えて、精神的な症状も消えたというのであれば、それを「治癒」とするのには何の異論もないであろうし、そこに取って治癒像が問題として取り上げられる余地もないであろう。しかし、そこに食い違いの生じている例がかなりの割合で出てきているということは、もしその状態が治癒と見なされるのならばそれは何故にであるのか、たとえ見なされなくても、実際にそのような奇妙な食い違いの起こってきている例が多いのはどうしてなのか、これが当初患者自身に期待された治癒像からは程遠いことを考えあわせると、こうした食い違いの事実の一つの興味深

い問題としてとりあげることができるのではないかと考えられる。

### 3. 事例研究にみられる治癒像

では、実際の治癒像や終結像は、具体的な様子としてはどのようなものであろうか。判定基準と治癒像のより詳細な理解を得る目的で、これまで報告されたいくつかの事例研究を資料として、具体的な実際の治癒像について検討した。検討に用いた事例は、これまで事例報告、事例研究などの形で印刷・出版されているもののうち、対人恐怖を扱ったものの14例である。それらの資料には、とくに治療の失敗例として報告されていたものは含まれていないが、必ずしも充分な成果の報告された例ばかりではない。だが、成功した事例であるとか、治癒機点が明確であった等の理由により報告されている場合が多く、そうした意味での偏りは避けられない。また、事例研究というスタイルは報告者の視点を含まずにはおかないが、改善がどのような観点から評価されたかという点はかえって浮き彫りにされている。特にそうした点に留意しながら、患者自身の言葉による、治療を経ての変化や成果についての感想を整理した。なお、プライバシーを考慮して、表現の一部に改変を加えてある。最初に示したのは、明確な変化の報告された4例からの、患者の言葉である。

- (a) こまかいことが気にならなくなった。自分はひらきなおったという感じ。図々しくなった。
- (b) 前は思っても出さなかったが、今は、自分の思っていることが正しいかどうか分からなくても出せるようになった。自信がついた。
- (c) 人と話すのがなんとなくなくなってきた。自分は変わったと思う。
- (d) 言いたいことが言えるようになってきた。自分の原点を忘れてはいけないと思うようになった。

以上の4例は、治療によって症状が消失しており、行動的側面での変化も大きい。本人に自覚される苦痛な感覚についてはほとんど触れられておらず、症状の消えることによって治った例ということができよう。これらのケースの特徴は、自覚症状が消失すると同時に、人間関係のなかで自然に振るまえるようになった自己の発見されている点ということができよう。次に示したのも、比較的大きな変化の語られたケースである。

- (a) 以前はノイローゼだから何もできないと考えていたが、こだわりを忘れた。ノイローゼはノイローゼでも社会生活をしようと思う。
- (b) 症状は完全になくなったとはいえないが、あまり気にならなくなった。これからすべきことを一生懸命考えている。
- (c) 治るなんてないんじゃないかと思う。これからも闘っていく。これまでは闘うというより投げやりだった。
- (d) すぐに治ると思ってたが、最初に考えていたのとは違っていた。いろいろ悩みもあるが、前向きに一人でやってみようと思う。

以上の4例は、症状の存在に最終的な安心の得られない状態であるものの、何らかの納得を得ることで内的な自信を示し、意味ある生活に向けての姿勢の強調されているケースである。特徴は、苦痛に振り回されたり、治療に高望みをしていた過去の自分が相対的に捉えられていたり、自分の悩みや未来の生活に対して取り組む意欲の示されている点にあった。次に示したのも、何らかの変化の語られたケースである。

- (a) 症状が前よりだいぶんらくになった。絶望的でなくなった。何とかやっつけていける。
- (b) まだ状況はそんなに変わらないが、自分で頑張ってみようと思う。
- (c) 少しずつ抜け出してきたようには思うが、バラ色の場所なんてない。こういう自分に自信が持てた

感じはする。

以上の3例は、症状や問題について若干の変化が見られた場合とそうでない場合とがあったが、状況に対する余裕が生まれ、主体性の回復してきているケースである。特徴は、症状にあまり変化がなくとも、その問題のみにとらわれていない点、治療に頼ることなく自分の力を試してみようとする意欲を示している点であった。なお、次に示した3例は、現状を肯定できない気持ちの強い点が特徴である。

- (a) 治療の見込みが感じられない。症状は少しずつは気にならなくなってきた。
- (b) やはり人にとけ込めない。自分がこういう性格なのだと分かっている、それではいけないという気持ちが強い。
- (c) 面接は上辺だけの話で、変わっている気がしない。

以上、事例の偏りを考えれば例数の比較にほとんど意味はないものの、3割程度の者に大きな変化が示され、5割程度の者にもなんらかの変化が示されていた。なんらかの変化のみられた5割程度の者は、症状が消えたということはないが、新たな行動への関心という点で変化が起こっていた。つまり、先に検討された食い違いの生じている例が高い割合で報告されており、そのような者にみられた特徴は、期待過剰であった自己の相対化であるとか、現実内への自己の位置づけ、自信や自立の姿勢といった点であった。こうした特徴からみてとれる最大の変化は、患者自身にとっての治療目標が変更されている点であるとも言えよう。二者択一的な、治るのか治らないのかといった態度とは対照的な曖昧な態度へと変わっており、理想主義的であった考え方は現実に根ざしたものに变化している。つまり、患者にとっての治療のイメージが変化している。もちろんこうした変化は、単に治療目標が変更されたという事実のみにおいて理解されるならば、ただ治るということのイメージが変わったということにすぎないわけでもあり、それは決して本質的な変化とは言えないかもしれない。実際に、以上を全体としてみれば、多くの例でどこか中途半端な治り方をしているという印象も否めない。しかし、それが対人恐怖の治療像の特徴であることにほぼ間違いのないことは、これまでの検討から確かであろう。つまり、治療像に含まれる食い違い、治療目標の変更、曖昧な治療像ということが、対人恐怖の治療の終結時にしばしばみられる特徴だということが言え、そのような治り方の不十分さについての説明が必要とされてくる。

#### 4. 諸家の治療像見解

では、治療像についての理解は、これまでどのように示されてきたであろうか。治療者や治療理論の疾病観の特殊性との関係から、治療像そのものに関心の示される場合と、あまり示されない場合とがあることによる偏りは避けられないものの、これまで示されてきたものとして、治療者や研究者が対人恐怖症の治療像をどのように捉えてきたのかを整理してみよう。

鍋田(1997)は、一般の大学生を対象として、かつて対人緊張や対人恐怖に悩んだものの、その後それが消えたという数名に面接した印象として、次のような共通した心境を報告している。「もう、どう思われてもいいやと思った」、「人の自分への評価を気にしているのが馬鹿ばかしくなった」、「自分は自分と思い始めたら気が楽になった」。そして、もっとも共通した言葉として「開き直ったことがよかったと思う」を、あげている。対人恐怖に悩んでいた当時と、その悩みが消えた状態の間での心境の変化を重視し、他人の思惑にとらわれていた自分から、そのような思惑に拘泥されない自分への変化として、対人恐怖の悩みからの立ち直りを捉えたわけである。こうした捉え方は、治療場面を訪れた対人恐怖症者についてもあてはまる。例えば、永井(1994)は、実際に治療を行った対人恐怖症者の治療像について次のような見解を示している。「多くの者が症状が全く気にならなくなったわけではないがこんなものかなと思うし、他にやることから、という形で終結するケースが多い。症状に対するとらわれの強い人の場合、治療の初期において、この症状さえなければ自分はどんなにか自由に楽しく日常生活を送れるのにという強い期

待を持っている。それに対し治療過程を経て体験することは、決してそのような期待通りの変化ではなく、そのような期待をもつ自分自身の姿勢の変化である」(160頁)。この永井の見解でも、主観的側面における心境の変化が、治療像の特徴として重視されている。また、笠原(1976)も同じように、対人恐怖の治療経過について、「症状の方は完全になくなったとはいえないがあまり気にならないこと、これからどうしようかと積極的な姿勢でいること」(21頁)が一般的な状態であるとする。このように、多くの見解に共通するのは、患者は治療の経過に伴って最初の期待とは異なる心境の変化を経験しており、それと同時に、自分の抱える問題とは異なる事柄へと関心の方向を変えているという点であった。

次に、対人恐怖に対する独自の理論と治療法をもつ森田療法では、その理論との関係から治療像が問題として取りあげられることが多い(岩井, 1975; 藤田, 1977)。つまり、症状に対してとらわれること自体が病であると考えられ、症状がよくなるというのは、症状に対するとらわれが減少することであると考えられている。例えば河井(1960)は、治療像に関して、「一般に症状がよくなるというのは、症状に対する『とらわれ』が解消することで、症状そのものが消えることではない。症状は本来誰にでもあり得ることだからである」(262頁)と述べる。森田療法では、症状そのものの存否が積極的に重視されていないということである。例えば高良(1969)の、「神経質の治り方について、若干の誤解がみられることがある。治ればノイローゼとしての症状はなくなるけれども、快不快いづれにせよ、人間性として備わっている人情だとか、好悪の心がすべてなくなるわけではない。症状としての対人恐怖が治っても、対人恐怖的な心理がすべてなくなる訳ではない」(77頁)という見解も、症状の消失に対する理解に誤りが含まれているとの理解である。さらに池田(1959)は、「森田療法における治療の目標は、その当初からいわゆる性格改善を考えていない。森田療法にとって、最も普通の治療の状態というのは、治療によって根本的によくなったとも感じないが、いつの間にか、以前出来なかったことが自由にできているという自己の発見といった、むしろ落ちついた、沈んだ心的構造である」(461頁)と述べる。症状の積極的な受容を治療目標としたり、症状への不問の姿勢を治療方法とする森田療法では、対人恐怖の治療した状態を、不安や苦悩といったいわゆる症状の消失によっては定義していないことが理解できる。

もちろん、こうした見解には論者によって若干の相違もあり、例えば藤田(1977)は、患者が治療の経過の中で経験する心境の変化としてしばしば引用される「夢ノ醒メタル、夜ノ明ケタル」と比較しながら、池田の「治療によって根本的によくなったとも感じない」という表現が必ずしも適当ではなく、「とらわれない自分に気づくときは、やはり治療前の状態と根本的な違いを自覚する者が多い」(315頁)として、治療における自己意識の変化を強調する。同じように、鈴木(1970)も、「治らずして治った」と表現されるような状態や、池田の「落ちついた、沈んだ心的構造」といった状態に対して、それらがまだ充分な治療に至っていない段階として、そこから更に約28カ月で新たな段階へ展開していくものであるとしている。しかし一方で、治療後一定の期間を経ても、症状の持続した状態にとどまる者が多いという臨床的な指摘もしばしばなされてきており(西園, 1969; 高木, 1974; 阿部, 1975)、これらの見解に含まれる相違からは、治療像の実際の多様性が理解されてくる。

以上を全体としてみると、終結時における症状の存否や、自己意識の状態は今一つ判然としてこない。たいていの場合、患者自身の関心が他へ移ってしまっており、治療者の側からも症状の有無にそれほど熱心な追求が行われていない。また、患者に経験される自己意識の変化についても様々な経験のされ方があるようで一つに決めて理解するには無理がある。そのため、治療像を症状の有無や自己意識の内容によって捉えようとすると、途端に混乱が生じてくる。それは、対人恐怖の治療像においては、症状は残っていたり残っていなかったりする場合があるが、自覚的にはその点が関心の対象外となっていることが一つの特徴となっているということである。そして、そのような状態がしばしば治療と見なされてきているようであり、そこから理解されるのは、治療像がそれとは異なる観点から評価されているということであろう。そのような異なる観点として、患者の関心の対象の移行という点が治療像の理解に関係しているようであった。患者はすべて自分の抱える問題に気を取られているが、治療の終結にあたっては自分の問題に対するそうした拘泥的な姿勢を変化させているということである。つまり、自分の抱える症状に主な関心に向けてきた患者は、そのような姿勢を変化させ、その結果として、関心の方向が移行されている。そうした点で、治療像の理解に共通項を見いだせるのではないかと考えられた。



## 5. 治療像と病理との関連

ここまで見てきたような治療像の特徴は、対人恐怖の病理とどのように関係しているのだろうか。症状との関係に焦点づけながら対人恐怖を理解しようとする森田(1960)によれば、対人恐怖症者は症状の消失を望む気持ちが強く、自らの症状に対する執着心が強い。そのため、例えば、他人を前にして焦ったり狼狽したり、取り繕ったりする臆病な姿を他人にみせたくないという強い思を持っている。その点を森田(1953)は、「対人恐怖は、恥ずかしがることをもって自らふがいないことと考え、恥ずかしがらないように苦心する『負けおしみ』の意地っ張り根性である」(18頁)と述べ、対人恐怖症者の恐れ 배경に強気の存在を見ている。そうした強気の存在は、必要以上に完璧に振る舞おうとしたり、自分の身振り手振りを細部にわたってまでコントロールする傾向ともいえ、対人恐怖の病理がそこに見いだされている。従って、治るとは症状に対するコントロールしようとする傾向の解消であり、症状そのものが消えることではないということになる。

このような傾向は、恐怖症にしばしば伴われる特徴とされる。一般に恐怖症とは、特定の事物や状況に対する恐怖や嫌悪感の過剰な状態であり、恐怖の不適切さが本人に認められている点を特徴とする。したがって、患者はできるだけ早く恐怖から解放されたいと願うのであるが、逆に抵抗するほど恐怖にとらわれていく。そうした意識的抵抗が悪循環を助長していることから、恐怖症はしばしば強迫神経症の一型として理解される(金山、1992)。このような、苦痛を与える症状を自分で取り除こうとして悪循環におちいっていく傾向は、Salzman(1968)により「強迫パーソナリティ」とされ、その由来は次のように説明される。「人間に本質的な無力さ、頼りなさに対処するために、自分自身の肉体へのコントロールとそして自分の周りの物理的世界へのコントロールに頼ろうとする」(訳3頁)。人間のもつ不完全さや曖昧さといった限界に対して、絶対的な要求にしばられる一方、それをコントロールすることでその事実を認めないやり方が強迫の本質として理解されるのである。

対人恐怖症者においては、こうした強迫性が自己統制に向けられていると理解できる。つまり、対人恐怖症者は治療の初期に高い期待を抱いていたことから分かるように、症状を完治させようと努力し、自己を改善させようと努力する姿勢が強い。こうした姿勢の結果、症状に対するとらわれが悪循環となって形成されている。そう考えると、対人恐怖の治療像として症状の完全な消去が強く主張されてこなかった理由が理解されてこよう。つまり、治療の目標が、症状に対する強迫的な態度の変容にあるという理解である。また、治療者も症状の有無にこだわりすぎることによって、患者の強迫性を助長したくないという思いもあるのかもしれない。対人恐怖をはじめとした強迫パーソナリティの事例におけるそうした態度を「強迫的構え」と呼ぶ田嶋(1995)は、治療者と患者の双方が、症状や性格傾向を問題視して悩みの内容に深く立ち入るのではなく、悩みの対象との「じょうずなつきあい方」を探ろうとする。このような、症状や悩みの解決そのものではなく、問題との関係に働きかけるアプローチは、「悩み方」(松木、1991)や「心の整理」(増井、1996)「自分とのつきあい方」(日笠、1998)といった観点からも報告されている。松木(1991)はその方法について、治療者の役割は、「『悩みの内容』の解決の援助のためにあるというよりも、CI(クライアント)が自分の抱える問題や症状に対して、どう関わり、また悩んでいるかという『関わり方』や『悩み方』の変換やそのための工夫に対する援助のためにある」(5頁)とし、「上手な悩み方」という提案を行っている。症状や悩みそのものと、そうした問題に対する態度とを区別して捉え、治療的働きかけを後者の側面に選択的に行おうとするものである。

こうした考え方は、先にみてきた対人恐怖症の治療像を理解する枠組みにも合致する。ここまで検討してきた結果、症状の存否に対する関心は治療の経過と共に次第に薄らいでいき、最終的な症状がどうなったのかという点は曖昧であった。また、主観的な意味での症状と、適応上の障害は区別されて捉えられることが多く、症状に対する態度の変化として治療が捉えられる場合がしばしばであった。このことから、治療終結時における対人恐怖の治療像は、症状そのものの消失という観点からだけでは捉えにくいと考えられた。こうした考え方は、対人恐怖の病理が症状への拘泥的な姿勢にあるという理解に基づいており、そのような症状除去への関心の相対化が、対人恐怖が治るということの意味と考えられた。そしてこのように考えるならば、症状に対する態度変容という観点を明確にするという意味から、対人恐怖の治療像を

理解する場合に、症状そのものと、症状への態度が区別して考えられる意義が出てくると言えよう。

こうした理解は、対人恐怖症者の苦悩を、症状に対するとらわれとして捉えようとするものである。もちろん、「症状を気にしすぎているから」というアドバイスは、おそらく周囲の人たちからもなされるものであろうし、それは、核心を得たアドバイスとも言える。ただ、とらわれの解消はあくまで治療目標であり、意識的になされるべき努力として主張しようとしたものではない。「気にしないように」といったアドバイスが、余計に誰も理解してくれないとの孤独感を強めうることは心理療法の常識であるし、気を紛らわそうと意識するとかえって逆効果になるのも人間の不思議であろう。自己の中に見出される傾向を排除しようとかえってその傾向を助長していくのは、対人恐怖症者の特徴でもあった。したがって先のようなアドバイスは、「この傾向を変えなければ」といった対人恐怖症者の神経症的傾向を強めることに、周囲の者も加担することになりかねない。そうした、自己の中に見出されるものを排除し払いのけようとする態度は、さらなる失望や悲観という結果に至らしめよう。したがって、問題の解決そのものよりも、そのような問題に対する態度の変化が、むしろより重要だと考えられたのである。そして、そうした過程は、治癒像の特徴としてみれば、関心の対象の移行という形で理解されるのではないかというのが、検討の結論であった。

## 7. おわりに

心理療法は一般的に、患者の症状を取り除くことに焦点を当てるものと想定されている。症状は苦痛であるが故に否定的な意味をもつ状態とみなされ、それからの解放や克服が目指される。このことは症状が伴う必然の結果であり、患者にとって症状の有無が最大の関心事であるのも、治療者がその期待に応じて症状の軽快を目指すのも不自然なこととは言えない。しかし、治療が成功した場合に問題が解決されるであろうという一般的な期待に対して、対人恐怖の治癒像を詳細に検討していった結果から理解されたのは、治療によって達成されているのは、必ずしも問題の解決ではなく、問題に対する姿勢の変化であった。つまり、治療を求める直接の動機は症状の苦痛からであっても、治療の過程を経ることで、多少の問題を残しながらでも、それにこだわらず生活するようになっている。このことは、症状の改善に関する治療の有効性について否定するものではないが、治療が単に症状の改善のための手段と見なされて展開されることへの疑問を投げかけている。症状の有無は、必ずしも治癒像を規定する条件となっていないからである。

もちろん、極端な言い方をすれば、「症状は治さなくてもよい」といったまるで非常識とも思われる主張は、単なる現状肯定を教える「あきらめ」の哲学と受けとめられかねない。苦痛を嫌う気持ちは、現状をよりよきものへと改善していく刺激でもあり、安易な現状肯定は意欲や自信といった人間の活力をかえって減退させうる。しかし、あまりに苦痛や苦悩が大きく感じとられる状態では、問題を冷静に考えたり、気持ちを切り替えたりすることが難しくなりがちともいえよう。そうして、症状に縛られ振り回されている状態として対人恐怖を理解するなら、苦痛に巻き込まれないことで、新たな現実に取り組む活力を得た状態として治癒像は理解されてくるのではないだろうか。つまり、対人恐怖の治癒像を規定している条件には、不安や苦痛といった今ある状態の消失の他にも、新たな状態の創造や展開が含まれているのではないかということである。

以上、対人恐怖症の治癒像について従来示されてきた見解や報告を概観し、それがどのようなものであり、どのように理解されるのが適当かということについて検討を行った。その結果、治癒像は二つの観点から理解することができ、いわゆる自覚症状の程度についてそれが軽減することと、患者自身の問題に対する視点の転換されることが含まれており、とくに後者の条件が重要視されていることが理解された。また、そうした治癒像と病理との関連について、とくに強迫性という観点から考察を加えることを通して、治癒像を理解する枠組みについて検討した。その結果、治癒像を理解するに際して、問題そのものと、問題に対する態度が区別されて捉えられる意義が理解された。このような治癒像についての検討の意義は、治療によって患者の至る「最終段階」について吟味することで治療の方向性を探ろうとするところにあった。ただし、こうした検討は特定の治癒像の画一的な実現を狙ったものではなく、むしろ、一般的な治癒

像のイメージへの問題提起として、多様な患者理解の可能性の一つとして役立つのではないと思われる。つまり、人が自らの悩みや問題をどのように認知し受けとめ、関わるかの構えの観点から治療像を捉えることによって、問題に対して持っているイメージの重要性であったり、問題への関わり方と行動との関連などにも目が向けられ、そのことによって、悩みに苦しむ人の理解をより深めることができるのではないと思われる。

# ＜参考文献＞

- American Psychiatric Association 1994 高橋三郎他訳 1995 『DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引き』 医学書院.
- 新福尚武 1968 「森田療法」 井村恒郎他編 『異常心理学講座第3巻』 みすず書房.
- 池田数好 1959 「森田神経質とその療法」『精神医学』1(7), 461-473.
- 岩井 寛, 阿部 亮 1975 『森田療法の理論と実際』 金剛出版.
- 藤田千尋 1977 「森田療法における治療をめぐる諸問題」 大原健士郎編 『現代の森田療法』 白楊社.
- 日笠摩子 1998 「フォーカシング志向心理療法を通して学ぶ自分とのつき合い方」『心理臨床学研究』16(3), 209-220.
- 伊藤義美 1983 「対人恐怖症に関する文献的概観」『名古屋大学教養部紀要』27, 133-146.
- 金山由美 1992 「恐怖症」 氏原寛他編 『心理臨床大事典』 倍風館.
- 笠原敏彦, 大宮司信 1983 「対人恐怖の回復過程に関する一考察」『精神医学』25(6), 583-588.
- 笠原 嘉 1969 「『人みしり』—正視恐怖についての臨床的考察」『精神分析研究』15, 2-5.
- 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.
- 笠原 嘉 1976 「高垣論文に対するコメント」『臨床心理事例研究』3, 20-21.
- 笠原 嘉 1977 『青年期—精神病理学から』 中央公論社.
- 笠原 嘉 1993 「対人恐怖」『新精神医学』 弘文堂.
- 河合隼雄 1975 「自我・羞恥・恐怖—対人恐怖症の世界から」『思想』62 岩波書店.
- 河合 博 1960 「解説」 森田正馬 『神経質の本態と療法』 白楊社.
- 木村 敏 1972 『人と人との間』 弘文堂.
- 木村 駿 1982 『日本人の対人恐怖』 勁草書房.
- 北西憲二 1983 「精神科治療方法論と治療の概念—森田療法の立場から—」『臨床精神病理』4, 27-36.
- 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.
- 高良武久 1969 「ノイローゼとその治し方—対人恐怖症を中心として」 大原健士郎他編 1988 『高良武久著作集V』 白楊社.
- 増井武士 1996 「『心の整理』としての面接—“ありのままの自分”とその治療的意義」『心理臨床学研究』14(1), 10-21.
- 松木 繁 1991 「『悩み』の解決と『悩み方』の解決」『心理臨床学研究』9(2), 4-16.
- 森田正馬 1960 『神経質の本態と療法』 白楊社.
- 森田正馬, 高良武久 1998 「対人恐怖の治し方」(森田正馬, 高良武久1953 『赤面恐怖の治し方』 白楊社) 白楊社.
- 鍋田恭孝 1997 『対人恐怖・醜形恐怖』 金剛出版.
- 永井 徹 1994 『対人恐怖の心理』 サイエンス社.
- 中野良平 1981 「対人恐怖の予後」 飯田真他編 『対人恐怖』 有斐閣選書.
- 西園昌久 1967 「精神分析における技法と理論—とくに人間関係と治療像をめぐる—」『精神医学』9(7), 479-483.
- 西園昌久, 村田豊久, 神田橋條治 1969 「各種精神療法による治療像」『精神療法研究』1(2), 47-57.
- 西園昌久 1983 「対人恐怖—とくに男子の対人恐怖について—」『青年期の精神病理と治療』 金剛出版.
- 岡野憲一郎 1998 「恥と自己愛の精神分析—対人恐怖から差別論まで—」 岩崎学術出版社.
- Salzman, L. 1968 成田義弘, 笠原嘉訳 1985 『強迫パーソナリティ』 みすず書房.
- 鈴木睦夫 1982 「対人恐怖症論の外観」 河合隼雄他編 『臨床心理ケース研究4』 誠信書房.

- 鈴木知準 1970 「神経質治癒像についての考え方」『精神療法研究』2(1), 62-73.
- 鈴木知準、鈴木龍 1979 「入院森田療法をうけた神経症患者の追跡調査」『精神神経学雑誌』(81) 10、666-678.
- 鈴木知準 1986 「神経症はこんな風に全治する」 誠信書房.
- 田嶋誠一 1995 「強迫症状との『つきあい方』」『心理臨床学研究』15(6), 573-584.
- 高木正勝 1977 「森田神経質の予後」『現代の森田療法』 白揚社.
- 高橋 徹 1979 「対人恐怖—相互伝達の分析」 医学書院.
- 田中康裕、小川捷之 1992 「対人恐怖症論—その文献的考察」『上智大学心理学年報』16, 7-17.
- 牛島定信 2000 「現代社会における森田療法の可能性」 北西憲二編 『現代人の悩みと森田療法』 日本評論社.
- 山下 格 1970 「対人恐怖について」『精神医学』12(5), 5-14.
- 山下 格 1977 「対人恐怖」 金原出版.
- 与良 健 1959 「神経質症の予後に関する臨床的研究」『慈恵医大誌』75,306-315.

## **The Healed State of Social Phobia through the Process of Psychotherapy**

SAKURAI, Toshiyuki

This paper aims to consider what the healed state of social phobia and what adequate understanding about it is by making a general survey of some opinions. Social phobia means a type of neurosis that a tension in public and a worry about relationships with other people get serious. To make the state reached by the patient clear, I summarize the studies of a result by treatment about social phobia. And I summarize the state in some case studies and some opinions by therapists. Then I consider the state through discussing pathology of obsession. From the perspective, the healed state is understood from two sides. One is that the degree of symptom decreases. The other is that a patient thinks the symptom from another point. And the latter is more important. From the understanding, I conclude the important distinction between a problem and an attitude toward a problem as the framework to understand the healed state.