

- Epidemiology In: Treasure J, Schmidt U, van Furth E (eds). Handbook of Eating Disorders (second edition). John Wiley & Sons Ltd, West Sussex, 2003; 11-34.
- 10) American Academy of Pediatrics. Identifying and Treating Eating Disorders. Pediatrics 2003; 111:204-11.
  - 11) Nicholls D, Bryant-Waugh R: Children and young adolescents In: Treasure J, Schmidt U, van Furth E (eds). Handbook of Eating Disorders (second edition). John Wiley & Sons Ltd, West Sussex, 2003; 415-33.
  - 12) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition. American Psychiatric Association, Washington, DC, 1994
  - 13) Powers PS. Initial Assessment and Early Treatment Options for Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. Psychiatr Clin North Am. 1996;19:639-55.
  - 14) American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision). Am J Psychiatry 2000;157:1s-39s.

厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）  
分担研究報告書  
子どもと家庭を対象とした総合評価票の開発に関する研究  
－学習障害の概要と評価について－  
分担研究者 筑波大学大学院人間総合科学研究科 宇野 彰

### 1. 学習障害の定義

WHO の ICD-10 (The ICD-10 Classification of mental and Behavioural Disorders) では、学力(学習能力)の特異的発達障害 (Specific Developmental Disorders of Scholastic Skills) として、以下のカテゴリーに分類されている：

- 1) 特異的読字障害 (Specific reading disorder)
- 2) 特異的綴字(書字)障害 (Specific spelling disorder)
- 3) 特異的算数能力障害 (Specific disorder of arithmetical skills)
- 4) 学力(学習能力)の混合性障害 (Mixed disorder of scholastic skills)：算数と、読字あるいは綴字の両方が損なわれているもの
- 5) 他の学力(学習能力)の発達障害 (Other developmental disorders of scholastic skills)：詳しい説明はなされていない
- 6) 学力(学習能力)の発達障害、特定不能のもの (Developmental disorder of scholastic skills, unspecified)：できるだけ避けるべきカテゴリーとされている。

米国精神医学会の DSM-IV-TR (2000) では「学習障害」として、

- 1) 読字障害 (Reading Disorder) 2) 算数障害 (Mathematics Disorder)
- 3) 書字表出障害 (Disorder of Written Expression)
- 4) 特定不能の学習障害 (Learning Disorder Not Otherwise Specified)

が挙げられている。

我が国の文部科学省の定義(1999)では、

「LD (Learning Disability) とは、基本的には全般的な知的発達に遅れはないが、聞く、話す、読む、書く、計算する又は推論する能力のうち特定のものの習得と使用に著しい困難を示す様々な状態を指すものである。LD は、その原因として、中枢神経系に何らかの機能障害があると推定

されるが、視覚障害、聴覚障害、知的障害、情緒障害などの障害や、環境的な要因が直接の原因となるものではない」

とされている。

いずれの定義においても、読字、書字、算数における困難さ、あるいはこれらが合併した場合を学習障害としている点が共通しているといえよう。一方、ICD-10 では、会話や言語の特異的発達障害の概念に対応するとされており、DSM-IVでも音声言語の障害に関しては別項目となっている。この点が、聞く、話すという音声言語の習得を学習障害に含めている文部科学省の定義とは異なっており、医学界の定義と教育界の定義に相違のあることに留意が必要である。ICD-10 では「ある種の生物学的機能不全に由来する認知過程の異常」を、また、文部科学省でも「その原因として、中枢神経系に何らかの機能障害があると推定される」と述べている。診断に当っては「学業成績の正常範囲内の偏りから鑑別する」必要があり (ICD-10)、さらに「視覚障害、聴覚障害、知的障害、情緒障害などの障害や、環境的な要因が直接の原因となるものではない」(文部科学省)ことが確認されなければならないとしている。すなわち、注意欠陥/多動性障害や広汎性発達障害が学習上の直接の原因である場合は学習障害ではないが、これらの障害と学習障害が合併することがあり、これらの診断がなされていても学習障害を否定せずに慎重な診断を行う必要があること、発達性言語障害や発達性協調障害と学習障害が合併することがある点に留意する必要があること、知的障害と学習障害は重複して出現することはないが、過去に知的障害と疑われたことがあるからといって学習障害を否定しない、ことなどが留意すべき事項となる。

現実には、軽度の知的障害児や注意/欠陥多動性障害児、広汎性発達障害児が学習障害と診断されていることも残念ながら少なくないが、それぞれの障害で必要とされる援助は異なるため、正しい診断が不可欠であると考えられる。

## 2. 学習障害の分類の実際

### 1) 発達性読み書き障害

ここでの「読み」とは「音読」のことを示し、「書き」とは耳で聞いたり自分で想起した(言)語音を「書取る」ことを言う。この発達性読み書き障害は、学習障害(LD)の中核的障害であり(2003Lyon et al. 2005 宇野ら)、8割を占めている。

成人脳損傷例における後天性の読み書き障害(失読、失書)では、読むことだけに障害(純粹失読)が生じることがあるが、発達性の読み書き障害例では読むことに困難があれば書字にも障害が認められる。読むことだけの障害例の報告はほとんどない。一方、読むことには問題がなく、書字のみが困難を示すという症例は必ずしも少なくないのである。また、後天性脳損傷例では仮名は困難なのに漢字は読み書きできるように、漢字と仮名の読み書き機能に乖離のある症例が報告されているが、発達性の読み書き障害例では、ひらがな、カタカナ、漢字、英語の順に習得が難しくなっていく。すなわち、ひらがな習得が困難だとカタカナ習得も困難になり、カタカナが困難だと漢字も困難、漢字習得が難しいと英語の読み書きが苦手になるのである。読み書き障害の原因としては、英語圏では音韻認識、音韻想起という音韻処理過程の障害が重要視されている。しかし、他にも聴覚的認知障害説、視覚情報処理障害説、多重感覚障害説(聴覚、視覚、触覚の各感覚様式における時間的処理の障害)、小脳障害説などいくつかの仮説が提唱されている。一方、日本語の読み書きについては、音韻処理過程の問題のみで読み書き障害が生じるとは考えにくいと思われる。英語の場合、アルファベット1文字やその組み合わせ(例、th, ck, chなど)に対して様々な音が付与される。したがって、どの文字列がどの音に対応するのかがわかるようになるためには、音の認識が非常に重要になってくると考えられよう。しかし、仮名文字の場合は音と文字とが1対1対応しているため、音韻の複雑な処理は必要ないと思われる。さらに、たとえば「いぬのい」というように音として取り出せないとしても、「い」はこの文字というように、1対1対応で学習することが可能である。しかし、このようにして繰り返し練習しても仮名1文字が十分に読んだり書いたりできるようにならないということは、音韻処理障害のみではどうしても説明がつかない。さらに、このような仮名1文字の習得が困難という症状を持つ発達性読み書き障害児を詳細に検討

すると、音韻処理過程の障害のほかに視覚情報処理過程の障害を持つ症例がほとんどであった。複雑な図形で、かつ数も非常に多い漢字ではさらに、視覚的な処理過程の負荷が大きくなると考えられる。このように、日本語の読み書きの習得においては視覚的情報処理過程の占める役割が少なくないことが示唆されよう。

### 2) 算数障害

算数障害の概念は必ずしも明確ではないと思われる。計算が困難な症例を指すこともあるし、算数という科目の成績が低下している例を指す場合もあると考えられる。しかし、たとえば言語発達障害による理解力困難や読み書き障害があれば、算数の計算のやり方は理解できても文章題の文章が読めなかったり、読めても意味が理解できないために結果として正答できない可能性は十分に考えられる。我々の公立小学校普通学級における調査では、計算のみが困難であった例はなく、計算の得点が低かった児童は知的発達あるいは言語発達あるいは読み書きの発達のいずれかの遅れと同時に出現していた。

### 3) 特異的言語障害

医学界の定義では学習障害に含まれないタイプだが、言語の表出面と受容面双方に問題のある児童がいる。復唱や音読は比較的良好なことから音韻の処理は良好であると考えられ、特に仮名の音読には問題がない例が多い。言語的な意味理解力が低下しているので、音声言語、文字言語に限らず理解が困難となる。また、単語を十分に理解しないまま用いるため、発話にも問題が生じる。医学界では定義されていないが、英語圏で Specific Language Impairment (SLI) と呼ばれ、たくさんの論文が報告されている。

## 3. 鑑別診断

### 1) 学習障害に関する鑑別診断の時期と特徴

知的障害、注意欠陥/多動性障害、広汎性発達障害は就学前には診断可能であり、実際に診断されることが多いのに対し、学習障害は就学後に診断評価される。学習障害の中核症状は読み書き障害だからである。就学後毎日ひらがなを見ていても自然に習得できなかったり、カタカナを習っても1年以上習得できない、漢字を練習していてもなかなか覚えられない、または覚えるのだが忘れるのが早いという状態から、

通常の練習方法ではスムーズに習得できない可能性が示唆されてくる。

広汎性発達障害や注意欠陥/多動性障害と異なり、生育歴や行動観察だけでは診断評価できないため、客観的検査が症状を知るうえでは必須となる。俳優のトム・クルーズは自ら発達性読み書き障害であることをある雑誌で告白したが、一見しただけでは障害かどうかはわからないという典型例であることに関して自ら貴重なデータを提供していると思われる。発達性読み書き障害を中核とする学習障害は、英語圏では出現頻度が高いために社会問題となり、対策もとられているが、日本ではまだ、標準化された検査が開発されていないために診断評価の段階から立ち遅れているのが現状である。

## 2) 知的障害との鑑別

最近、知的障害の有無を発達性読み書き障害の除外診断に用いないという考え方も示されるようになってきているが、全般的な知的発達の遅れでは説明することのできない障害が学習障害という意味に関して考え方に相違はない。また、他の機能に比べてその機能のみが障害されている(特異的障害)という考え方にも相違はない。この立場に立てば、知能検査の結果、明

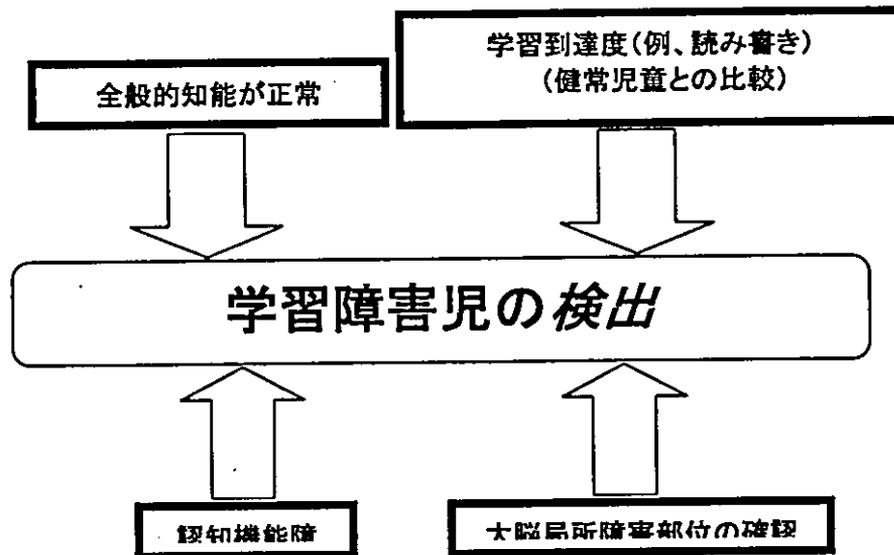
確な全般的な知的機能に低下が認められている場合、学習障害とは区別される。

## 2) 注意欠陥/多動性障害との鑑別

学習障害児が行動上の問題を呈することは少なくない。しかし本質的には学習障害のみであれば注意障害や多動はないため、行動面の問題が学習についていけないことから二次的に生じているかもものかどうかを慎重に見きわめる必要がある。診断を誤って行動面へのアプローチを繰り返し行っても、本質の問題である学習障害への対応がなされなければ、集中できず動いてしまうといった行動が改善されないと考えられる。注意欠陥/多動性障害に合併している場合は少なくない。私たちの調査では注意欠陥/多動性障害に約20%の学習障害が合併していた。

## 3) 広汎性発達障害との鑑別

学習障害は以下の述べるように検査を実施して診断評価されるため、知的障害を示さない広汎性発達障害に合併することもしばしばある。特に特異的言語障害にみられる言語性の意味理解障害は、コミュニケーション障害やこだわりなどの社会性や行動面の異常のない群とある群との間に共通してみられることがある。



#### 4. 検査法

##### 1) 医学的検査

学習障害の診断、評価などに関する医学的情報は心理的検査によって得られる情報に比べますと補助的ではあるが、一般的な小児科的診察に加えて、脳の形態や機能を調べるMRI、SPECTによる評価は診断に有用と考えられる。発達性の読み書き障害児や漢字書字障害児では、MRIやCTでは何ら異常を認めなかったが、SPECTによる局所血流量の測定では左側頭葉、左頭頂葉の血流量が右の同部位に比べて有意な低下を示していた。

##### 2) 心理検査、神経心理学的検査、認知神経心理学的検査

医学的検査も大事であるが、心理学的検査結果は学習障害の評価診断に関して中心的な役割を担っていた。図1に示しめしたように、全般的知能を測定する知能検査やどのくらい学習が為されているかみるための学習到達度検査、学習するために必要な能力をみるための認知機能検査は必須の検査である。

知能検査に関しては、WISC-III (Wechsler Intelligence Scale for Children, Third version) やK-ABC (Kaufman Assessment Battery for Children)、RCPM (Raven coloured progressive Matrices)、などが有用である。WISCは世界にもっとも広く知られた知能検査であるし、K-ABCは音読や推論力などWISCでは測定することのできない項目を含んでいる。一方、RCPMは視覚的認知力や手指の巧緻性が低下していても、影響されにくい検査であることが特徴的である。

学習到達度検査に関しては、日本では学習到達度検査としての発売は実施されていないが、言語の発達検査は言語発達の学習到達度検査と考えることができる。一方、読み書きに関する学習到達度検査は著者らが2005年に発売することになった。ひらがな、カタカナ、それぞれ一文字の音読と書取、ひらがな、カタカナ、漢字単語の音読と書字、加減算から構成されており、RCPMや標準抽象語理解力検査(SCTAW)と読み書きスキルとの関係がわかるようになっている。一般に、読み書きの習得が困難な児童の場合、ひらがなはなんとか覚えることができても、カタカナを完璧に習得していない場合が多いという特徴がある。カタカナはひらがなほどは使用頻度が高くなく、練習期間も短いので逆に認知機能が反映され易いと考えられる。

認知機能検査に関して、言語機能では、音読力と理解力の差について検討すること、(言)語音の聞き取りなどの検査を実施する。読み書きに関しては、聴覚処理過程や視覚処理過程をみる検査を実施する。聴覚情報処理過程とは、聞いてから記憶するまでの過程のことである。音韻処理過程の検査とは、音韻の分析力や抽出力、配列力を見る検査であり、英語圏でのphoneme deletion課題(「cat」の[k]をとるとどうなるか?答えは「at」)やスプーナリズム課題(「car park」の[k]と[p]を入れ替えるとどうなるか?答えは「par cark」)などが相当する。日本語では、単語の逆唱課題(「はさみ」の反対は?答えは「みはさ」)やモーラの同定課題(「はさみ」の二番目の音は何?答えは「さ」)や非語(無意味語)の復唱が音韻処理課題に相当すると言われている。また、聴覚処理での記憶課題として、長期の学習をみる課題が必要である。日本ではまだ標準化されていないが、ReyのAVLTといわれるAuditory Verbal Memory TestやカリフォルニアAVLT(California Auditory Verbal Memory Test)などがある。意味記憶課題を用いている点や繰り返し覚えるという手続きが学習過程に類似しているため有用と考えられている。視覚処理検査として、視知覚をみる検査と記憶をみる検査が重要である。視知覚検査としては手指の巧緻性に影響されない図の同定課題(同じ絵を選択肢から選ぶ)が有用となる。Frostic視知覚検査は広く使われている検査の一つですが比較的単純な図形を使用しているためか検出力が低く、複雑な図形の活用が望まれる。記憶の検査としては、Reyの複雑図形課題(Rey's Complex Figure Test: RCPM)で長期的な記憶をみることができ

##### 5. 訓練方法の考え方

発達性読み書き障害の指導教育に関しては、背景となる障害構造がどうなっているかにより訓練方法が異なる。英語圏では多くの発達性読み書き障害は音韻の聴覚認知力、音韻想起力、音韻認識力、などの音韻情報処理障害が原因と考えられているため、基本的には音韻情報処理に焦点をあてられた訓練方法が盛んである。就学前から音韻情報処理に対する訓練を試みたり、就学後にもフォニクス(phonics)として知られている音韻と文字クラスターとを対応させる訓練が有名である。

一方、本邦では、定性的にまたは観察的に指導教育方法の効用が報告されているが、障害構

造を明確にし、障害構造に対応させた訓練方法はまだ提供されていないと思われる。訓練方法は提案されていてもデータ提示の方法が必ずしも十分でない。また、学習教材が次々に開発されてはいるが、複数の指導教育方法の効果を比較した研究や、科学的に効果が検討された後に指導方法を伝達したり、科学的に効果が認められた後に自習教材を発売するという習慣はまだあまりないように思われる。すなわち学習障害児への指導方法や教材に関して、データに基づき、効果の認められる指導方法や教材を提供されることはまれであると思われます。診断評価検査法に加えて、教育指導法についても開発自体も少ないようですし、開発された方法の効果の検討も不十分と思われる。

一般に、漢字が覚えられないので練習量を増やす、読むことが苦手なので本をたくさん読むという考え方は、熱発していたら解熱剤を使用するという対症療法に似ている。もし、対症療法で効果があがり、その後問題が出ないのであれば障害があるとしても軽度であり、メカニズムとしても単純であり、専門家の手をいちいち煩わせる必要はないと思われる。しかし、読み書き障害の背景となる認知障害の詳細を明確にしないで通常の方法でいくら練習したとしても、一般には安定した文字言語を獲得できないことが多いと思われる。熱発の原因がたとえば他にあるための炎症反応である場合、表面的には熱が下がっても本来の原因となる疾患が完治しない限り熱発を繰り返す可能性が高いのと同様に考えることができる。むしろ、たくさんやってもできないことを継続的に無理におしすすめることは、障害のあるお子さんに失敗する経験をさらに積みさせることになり、傷を深め、自信をさらに喪失させるという負の介入を行うことにつながる。良かれと思っていることが実は客観的に調べてみると倫理的に認めがたい行為であるようなことは避けなければならない。

教育的治療としての訓練方法を how to ものとして伝達することは、医師が素人に薬物療法を伝達しなければならない状況に似ている。したがって、訓練方法は障害の背景にある認知機能障害や障害メカニズムを推定するための診断評価方法とセットで理解することが重要だと思われる。しかし、検査データから認知機能を推定することはトレーニングを受けないとなかなか難しい点が専門家が必要となる大きな理由と思われる。すなわち、発達性読み書き障害への介入は読み書き障害の専門家とのチ

ームで実施することがどうしても必要と思われる、場合によっては心の問題の専門家との連携も必要となろう。

厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）

分担研究報告書

子どもと家庭を対象とした総合評価票の開発に関する研究

—青年期の精神障害の評価について—

分担研究者 名古屋大学発達心理精神科学教育研究センター

金子一史

1. 青年期について

青年期の始まりと終わりはいつ頃かという点については、様々な考え方があり、一般的には、13～14歳頃から22～23歳頃までを考えることが多い。近年は、青年期の早期化および延長化が指摘されている。その背景には、栄養状態の改善により身体的成熟が以前に比べて早く始まる点や、社会的成熟が遅くなっている点がある。中には、青年期の終わりを30歳頃と捉える考え方もある。

ここでは、青年期の終わりを30歳頃と考えることにする。そして、思春期以降に発症することが多い精神障害を取り上げる。具体的には、統合失調症・気分障害・人格障害・神経症について概説する。また、気分障害については、30歳以降の成人期になると頻発するが、気分障害のうち双極性障害は発症が10歳代後半から多く認められることもあり、ここで取り上げる。

こころの問題を抱える子どもに関わる時には、同時に家族と関わることが多い。子どもがこころの問題を抱えている時、家族もこころの問題を持っている場合がよく認められる。したがって、子どもに関わる専門家であっても、成人期の精神障害について押さえておくことは有益である。

なお、ここで取り上げる以外にも、青年期に認められる精神障害は多くあるが、紙

面の都合もあり省略する。参考文献を参照されたい。

2. 統合失調症

(1) 統合失調症の概念

主として青年期に発症し、回復するが再発しやすく、多くは慢性に経過する。現在は薬物療法を中心とした治療法の進歩により、入院治療を必要とする場合が減少し、服薬しながら社会生活を営める人が増えてきている。とはいえ、悪化を繰り返し、学業や仕事を続けることが出来なくなり、生活機能が低下していく人も見られる。症状や経過は、タイプによって差異が見られる。

統合失調症は、どの民族にも出現し、成人の有病率はおよそ0.7%と比較的高く、100人に一人弱見られる、ごくありふれた精神障害である。大部分は、15歳から35歳までに発症する。児童期には少ないが、青年期になると多発する。発症は突然のこともあるが、大多数の者にはある種の前駆期がある。引きこもり、学校や仕事へ行きたがらなくなる、衛生観念や身繕いの低下、異常な行動、怒りの爆発など、様々な症状が次第に現れてくる。

(2) 統合失調症の症状

症状は、陽性症状と陰性症状に分けられる。陽性症状は、行動面の過剰を指してい

て、妄想、幻覚、させられ体験、興奮、昏迷などがある。陽性症状は特に急性期に目立ってみられる。陰性症状は行動面の欠如を指し、自閉、感情鈍麻、自発性欠如、思考内容貧困化などである。陰性症状は、慢性期になって目立ってくる。

#### <陽性症状>

1)妄想 統合失調症の妄想で一番多いのは、「人が自分に注目し、追いかけて、のけ者にし、迫害する」という被害的なものである。注察妄想、被害妄想、追跡妄想、嫉妬妄想、恋愛妄想、血統妄想など、多様である。

2)幻覚 幻覚として、幻聴・幻視・幻臭などがあるが、統合失調症の幻覚のほとんどは、幻聴であり、人の声が聞こえるというものがほとんどである。本人に語りかけてくるものや、他人同士で本人のうわさ話をしているという形式のものが多い。それに心の中で答えると、幻聴の相手もまた再びそれに応じ、対話の形になることがある。これを、対話性幻聴という。

3)させられ体験 「笑いたくないのに笑わされる」「他人に嫌なことを考えさせられる」「自分はしたくないのに、誰かが自分の体を操って動かす」など、考えさせられる、操られるという訴えがしばしば見られる。妄想と結びついて「テレパシーで人が自分を操っている」と訴えることもある。

#### <陰性症状>

1)自閉性 自分の内面の主観世界に閉じこもり、現実への関心を失うこと。周りの世界からしだいに引きこもって行って、家族とも話をするのが減り、自分の部屋に閉じこもったりする。意欲が低下しており、一日中何もせず、無為に過ごす。

2)感情の障害 家族生活や学校生活に対し

て、無関心になる。身だしなみに気をつけることがなく、その結果、だらしない服装となることがある。ひどくなると、表情がなくなり、感情鈍磨といわれる状態になる。当然感じるであろう喜びや怒りなどの感情を、感じられなくなる。

3)思考の障害 初期には「考えがまとまらない」「余計な考えが浮かぶ」などと訴える場合がある。論理的な思考が障害され、話にまとまりがなくなる。ひどくなると支離滅裂となる。話が急に止まったりすることもある。

#### (3) 統合失調症のタイプ

1)妄想型 20歳台後半以降の比較的高齢で発病する。幻覚と妄想を主体とし、陰性症状が少ない。妄想は主として被害妄想であるが、誇大妄想の時もある。感情の障害や自閉性はあまり目立たない。

2)破瓜型(解体型) 発症年齢は、15歳から25歳と若く、徐々に成績が低下し、欠席が増えて、他者と関わらなくなる。中心症状は無関心、無為、思考障害、社会生活の不能、奇妙な行動である。妄想幻覚が顕著でない。発病は目立たぬ仕方ですっきりと始まり、慢性の経過をたどる。

3)緊張型 緊張病状態が主体である。興奮したり、衝動的になったり、逆に昏迷状態となりじっとしていたりする。20歳前後に急激に発病することが多い。比較的速やかに改善することもあるが、再発を繰り返すこともある。近年は減少しつつある。

#### (4) 統合失調症の成因

統合失調症の成因は、他の精神障害と同様に多面的である。遺伝や神経伝達物質の

機能異常など、何らかの生物学的要因が想定される一方、心理社会的要因の関与も指摘されている。遺伝のみによって、あるいは心理的ストレスのみによって統合失調症になるとは、考えられていない。

#### (5) 統合失調症への治療的介入

統合失調症の治療は、薬物療法、精神療法、社会復帰療法（リハビリテーション）から構成される。薬物療法は、抗精神病薬が選択される。これまで薬物療法は、陽性症状の改善に効果的である一方、陰性症状への効果は今一つと言われてきた。しかし、陰性症状の改善に効果があるとされる非定型抗精神病薬が近年登場し、一定の効果が認められている。

精神療法では、医師や看護師などのスタッフと、信頼的な対人関係を保ちながら、徐々に心の交流を重ねていく。通常、精神分析などの内界探索的な深い精神療法は禁忌とされており、支持的精神療法が用いられる。社会復帰療法は、作業療法やデイ・ケアなどがある。作業療法は、簡単な軽作業行ったり作品を作成することで、自分に自信をもち、来るべき社会復帰への準備を行う。デイ・ケアは、スポーツやレクリエーション、ソーシャル・スキル・トレーニング（SST）などのプログラムを通して、他者と関わる機会を持ったり、対人関係の練習をしたりする。また、デイ・ケア施設に通うことは、引きこもりを防止し、生活リズムを整える意味も大きい。また、数名の精神障害者同士で地域の家屋に住み、共同生活を行うグループホームが、近年広まりつつある。以前であれば入院して治療を受けていたケースが、これらの社会資源を有

効に活用しながら、入院せずに地域で生活できるケースが増えつつある。

### 3. 気分障害（うつ病・躁うつ病）

#### (1) 気分障害の概念

クレペリンKraepelin, E. は、原因のはっきりしない内因性の精神病のうち、周期的に躁状態あるいは抑うつ状態が現れるが、原則としてその都度元の正常な状態に戻るタイプのものを「躁うつ病」と名付けた。躁うつ病の中には、うつ状態のみではなく躁状態にもなるケース（双極性）と、うつ状態のみで躁状態にはならないケース（単極性）がある。双極性は、初発年齢が10歳代後半から30歳代までである。10代前半にも双極性障害がみられるが、各病相期の短い持続、頻回の反復など、かなり独特の経過を示す。単極性は30歳代から50歳代までの中年期に多い。後者の方が頻度が高く、軽症例が多い。

#### (2) 躁うつ病の症状

躁状態の症状を、以下に挙げる。

①爽快な気分。②抑制が外れる。多弁多動で活動的になる、考えたらすぐに行動する、すぐに電話する、待てない、不必要な高額な物を次々買ったりする。③自信過剰。恥ずかしさがなくなる、傍若無人になる、楽観的になる。④観念奔逸。考えが次々とわき出てそのスピードに追いつかないため話がまとまらない。⑤疲れを感じない。わずかの睡眠時間で四六時中動き回っても疲れがない。⑥怒りっぽくなる。些細なことで怒ったり興奮したりする。⑦注意散漫。多くの仕事をするがいつもよりおざっぱなやり方となり、細かいところは見落としてし

まったりする。⑧睡眠時間の減少。3時間前後の睡眠で平気である。⑨性欲亢進。躁状態の度に、異性問題が生じる。

### (3) 躁うつ病の治療

炭酸リチウムなどの気分安定薬を使用する。外来治療の継続が困難で、入院が必要になる場合もある。うつ状態の場合は、次に述べるうつ病とほぼ同様の症状を示し、治療もうつ病と同様となる。

### (4) うつ病の症状

#### <身体症状>

1) 睡眠障害。身体症状の中では最も多く見られる。入眠困難（寝付けない）、熟眠困難（すぐに目が覚めてしまう、一度目がさめるとなかなか寝られない）、早朝覚醒（午前3時か4時に目が覚めてしまう）の3種類がある。特にうつ病に特徴的なのは、早朝覚醒である。不眠とは逆に、睡眠が極端に長くなったり、日中も寝てばかりいる過眠症状が現れることもある。

2) 食欲不振。これも頻度が高い。食欲不振のために体重が減少したりする。「何を食べても砂を噛んでいるよう」と訴える場合もある。逆に、甘い物など特定の食べ物ばかり欲しくなったりして、食欲の亢進が見られる場合もある。

3) 性欲低下。 (4) 体重減少。 (5) その他の身体症状。実に様々な身体症状が現れる。頭痛、頭重感、耳鳴り、聴覚過敏、肩こり、口渇、手足のしびれ・冷感など。腹痛・腹部膨満感・下痢・便秘などの胃腸症状や、動悸・胸の圧迫感などの循環器症状もみられる。うつ病では様々な身体症状が見られるため、これらの身体症状の陰に隠れて、

うつ病が気づかれにくい場合がある。

#### <精神症状>

1) 抑うつ気分。「憂うつ」「気が滅入る」「重苦しい」「うっとうしい」「寂しい」「いつもそばにいて欲しい」「これから先が心配」「物事に（今までのように）興味がわからない」「つらい」など、様々な表現がなされる。

2) 抑制。「おっくう」「やる気がでない」「根気がない」「簡単なことでも決断できない」「人に会いたくない」「頭が働かない」などと表現される。外面的抑制は、第三者から見ても通常の状態ではないことがわかる。体の動きや表情が少なく、声も小さく、口数が少なくなり、返事がなかなか返ってこず、動作が緩慢になる。

3) 不安・焦燥。うつ病性の不安は「イライラ」と結びついて現れる。「理由もないのにイライラする」「じっとしていられない」「訳もわからないのに腹が立つ」「不安で落ち着かない」などと表現される。この「イライラ」を焦燥と呼ぶ。焦燥感が強い時は、足踏みをしたり、じっと座ってはられないほどになる。しつこくせき立てられるようにしゃべっている場合、強い焦燥感から起こっていることがある。

4) 自責感・罪責感。「家族に申し訳ない」「自分がいないほうが皆のためになるのではないか」などと訴える。根拠なく自分を責めたり、些細な出来事を思い出しては悩んだりする。このような自責感は「死んだ方がましだ」と、自殺観念に至ることとなる。

5) 妄想。うつ病に見られる妄想として、罪責妄想、貧困妄想、心気妄想がある。「会社の業績が悪いのは、自分の働きが悪いか

らだ」「何も食べるものがないから、家族で餓死するしかない」「会社は自分を解雇して、全財産をまきあげようとしている。自分は一文無しになる」「自分の病気は特別に悪く、いかなる医療でも永久にどうにもならない」などと訴える。

6) 日内変動。うつ病の症状は、一般に朝に悪化し、午後から夜にかけて徐々に改善するという日内変動が見られる。朝は「気が滅入り、体がだるく、起きる気になれない」「朝の身だしなみも、面倒に思う」「また一日が始まると思うと、耐えられない」のに、「夕方になると少し楽になる」「軽いテレビ番組なら、何とか見ていられるようになる」と表現される。日内変動は、内因性のうつ病と、非内因性のうつ状態の鑑別点となる。

#### (5) うつ病の治療

1) 薬物療法。抗うつ薬が用いられる。うつ病では、脳内の神経と神経を結ぶセロトニンやノルアドレナリンなどの脳内神経伝達物質が減少していることがわかっている。抗うつ薬は、これらの神経伝達物質の量を元に戻す働きをする。ただし、効果が現れるには2-3週間かかることが多い。そのため、飲み始めてすぐに効果がないと判断して、薬をやめてしまう場合もある。障害の重さやタイプによっても処方する薬が変わってくる。したがって、服薬に関しては医師とよく相談し、疑問点は医師と率直に話し合えるのが望ましい。

2) 精神療法。うつ病の精神療法としては、支持的精神療法が最も用いられる。症状と病気の説明、治療の方法、経過と見通し、家族の接し方などを丁寧に説明することで、

本人・家族との関係を構築していく。①うつ病という病気であることを本人と家族に確認する。つまり、本人の調子が悪いのは怠けているからではなく「病気」があるからであり、病気を治療すれば、本来の調子に戻ることを確認する。②良くなるには短くても3ヶ月程度かかることをあらかじめ告げておく。③休養の必要性を理解してもらう。仕事を休職してもらったり、家事を分担してもらったりと、周囲の協力が欠かせない。④薬の作用について十分説明すること。しばしば薬を早くやめようとするので注意が必要である。⑤重要な決断は治ってから改めてするようにと説明する。例えば、自責感から職場を退職しようとすることがある。⑥家族には、本人を励ましたり、無理に外に連れ出したりすることは逆効果であることを理解してもらう。本人にとっては刺激となり、休養が妨げられることになる。⑦自殺をしないと約束させる。自殺の防止は、うつ病治療の最も重要なことのひとつである。自殺の背景には、「必ず治る」ことが本人に信じられず、苦しい状態が一生続くと思ひこんでることが多い。したがって、本人がうつ病の知識を正しく持ち、苦しい時は医師の助言に耳を傾け、自分の状態を正しく認識することが重要となる。

#### 4. 人格障害

##### (1) 人格障害の概念

病気ではないのに、行動、態度、対人的な関わり、考え方などが普通の人より大きく変わっていて、そのために自分が悩んだり周囲の人々を悩ませたりする場合を、人格障害という。性格的な偏りが大きく、それが思春期もしくはそれ以前から成人まで

長期持続している。通常、思春期以前は、性格も成長発達に伴って変化する側面が大きい。したがって、思春期以前の子どもを人格障害と見なすことには、慎重である必要がある。

## (2) 人格障害の分類

人格障害は以下の3群に分類される。

### <A群 (奇妙・風変わりな群)>

- 1) 妄想型人格障害：他人が悪意を抱いていると感じやすい。不信感や猜疑心が、広い範囲にわたっている。他人を容易に信用しない。友人や配偶者を疑い、時には嫉妬を抱く。
- 2) 分裂病質人格障害：社会的関係を作ることが下手で、かつ望まないタイプ。孤独を好む。他人からの賞賛や批判に関心がない。他人と性体験を持つことへの興味も少ない。
- 3) 分裂病型人格障害：思考、認知、行動が、奇妙であり風変わりである。魔術的な思考（迷信深いこと、テレパシーを信じるなど）や、関係念慮、奇妙な知覚体験、奇異な考え方と話し方、不適切で制限された感情、疑い深さ、異常な知覚などが認められる。

### <B群 (はなばなしい・演技的な群)>

- 1) 境界性人格障害：対人関係、自己像、感情などが不安定である。慢性の抑うつ・空虚感を抱えており、些細なきっかけで見捨てられたと感じて落ち込みやすい。激しい衝動行為（過食、性的逸脱行動、大量服薬、無謀な運転、リストカットなど）を繰り返す。
- 2) 反社会性人格障害：他人の権利を無視し侵害する行動をとる。犯罪行為、暴力などが認められ、人をだましたり嘘をついたりする。そうした行為を行っても、自責の念

をほとんど示さない。家庭や職場では無責任で、自分の役割を果たさない。

3) 演技性人格障害：人の注意を常に引こうとしており、芝居がかった行動や、大げさな感情表現をする。しかし、その内容は表面的であり、真実性がない。自分が注目的になっていないと楽しくない。他者との関わりでは、性的に誘惑的で挑発的な行動が認められる。

4) 自己愛性人格障害：自己に対して誇大的な感覚がある。自分は特別で独特であり、他人よりも優れていると信じている。過剰な賞賛を求め、自分が特別扱いされるのは当然と思う。他人に対する共感性が乏しく、尊大で傲慢な態度をとる。

### <C群 (恐怖・不安な群)>

- 1) 回避性人格障害：他人からの批判や拒絶を恐れ、そのために職業や学校活動を避ける。好かれていることや、批判なしに受け入れられていると確認できない限り、友人を作ろうとしない。恥をかかされたり、馬鹿にされることを恐れ、自尊心が低く、引っ込み思案である。
- 2) 依存性人格障害：世話をして欲しいという過剰な欲求があり、そのために従属的でしがみつく行動を取り、分離に対して恐怖を持つ。日常生活の簡単なことを決めるにも、他人の保障がなければできない。自分自身で計画を立てたり、一人で決断して実行することができない。
- 3) 強迫性人格障害：秩序や規則、順序や予定などにこだわって、柔軟性がなく融通が利かない。完全主義であり、必要以上に細部にこだわって作業が進まない。自分と同じやり方でやってくれないという理由で、人に仕事を任せることが出来ない。堅苦し

く頑固である。

### (3) 人格障害への治療的介入

人格障害への治療の基本は心理療法となる。人格は、長い生活史の中で形作られてきたため、短期間で変化を目指すのは、そう簡単ではない。また、周囲からはおかしいと思われていても、自分はあまり悩んでいるように見えない場合もある。問題となる人格が、本人にとっては違和感を感じる事が少ない、つまり自我親和的であるため、治療意欲が維持されにくい。したがって、治療関係を維持することが難しいという特徴がある。

心理療法の中では、精神分析療法が試みられてきた。特に、境界性人格障害への治療的介入については、マスターソン (Masterson, J. F.) やカーンバーグ (Kernberg, O. F.) などの優れた臨床研究がある。最近では、認知行動療法や弁証法論的行動療法といった、新しい試みに注目が集まっている。

心理療法の他に、必要に応じて薬物療法が併用される。抑うつ気分や衝動性、不安などの軽減を目的に使用される。根本的に人格を変化させようとするより、当面の生活上の困難を一つずつ改善することを目標とすることが、現実的で妥当である場合も多い。

## 5. 神経症

### (1) 神経症の概念

神経症とは、①原因的には「心因性」で、②軽度であり、③一定の症状があり、④持続的ではあるが原則的には治る精神障害である。心因とは、器質性のもので統合失調

症などの内因性精神病とは異なるという意味である。具体的には、災害、近親者の死亡、家庭や職場のストレスなど第三者からもはっきりとわかる場合があるが、最初は本人もはっきりと出来事が自覚できない場合の方が多い。

### (2) 神経症の分類

1) 不安神経症：発作時にパニック状態に陥るものと、慢性的に不安状態にあるものの2つに分けられる。①パニック障害 不安発作を起こし、パニック状態になるタイプ。突然理由のない説明使用のない不安に襲われる。例えば、「胸のあたりが苦しくなって、冷や汗が出てきて、このまま心臓が止まるのではないかと説明する。呼吸困難、心悸亢進、窒息感、めまい、気が遠くなる感じ、ふるえ、発汗など、心身の症状が突発的に生じる。何か命に関わる重大な病気ではないかと恐れ、救急外来を訪れる者もある。②全般性不安障害 仕事や学業などの活動や出来事などについて過剰な不安や心配が慢性的に続くもの。落ち着きがない、緊張感、疲労、集中困難、睡眠障害などを伴う慢性的な不安があり、そのために日常生活が制限されている。

2) 恐怖神経症 (恐怖性障害)：不安神経症と似ているが、不安になる対象が明確である場合、恐怖症もしくは恐怖神経症という。広場恐怖、社会恐怖 (対人状況で恥をかくことを恐れる)、閉所恐怖、外出恐怖、高所恐怖、先端恐怖 (ハサミ、とがった鉛筆など)、動物恐怖 (蛇、昆虫など) などがある。

3) 強迫神経症 (強迫性障害)：a. ばかばかしい考えやイメージが、b. 自分の意思に反

して、c. 繰り返し頭に浮かんで来て、d. 自分の意思では止められない状態になる神経症である。強迫症状は、頭の中でそれを繰り返す強迫観念と、行動に出る強迫行為がある。

強迫観念には、「細菌が自分の手につくのではないか」「人を殺してしまうのではないか」「卑猥な言葉を言うてしまうのではないか」など様々なものがある。強迫行為にも、手を洗う、戸締まりを確認する、数を数えるなど、様々である。

4) ヒステリー：現在は、解離性障害および転換性障害という診断名が使用される。①解離性障害 本来一つになっている人格の統合が失われる。a. 多重人格、b. 遁走、c. 全生活史健忘の3つに分類される。多重人格は、一人の人間の中に2つ以上の異なった人格が存在し、それぞれの人格が別々に現れて元の人格と入れ替わってしまう。そのため、記憶に空白が残る。遁走は、耐え難い現実から逃れ、仕事や家庭を捨てて放浪する。その間に起こった出来事を、思い出せない場合も、思い出せる場合もある。全盛期健忘は、自分の名前や住所や、これまでの生活史をほとんど忘れていた状態をいう。②転換性障害 転換とは、元々心理的な次元の問題が、身体症状へ変換して現れるという意味である。よく見られる症状は、立てない、歩けない、声が出ない、目が見えない、声が出ない、聞こえない、視野狭窄、意識喪失、けいれんなどである。器質性症状との鑑別が必要となる。転換症状は、以下の特徴を持つ。a. 訴えに見合う神経学的所見がない。b. 症状出現に暗示の果たす役割が大きい。c. 身体症状には、象徴的意味が認められる場合が多い。d. 症状

を持つことで、本人に都合の良い面がある。つまり疾病利得がある。もちろん、本人はわざと症状を出しているのではない。

#### 5) 外傷後ストレス障害

心的外傷（トラウマ）を体験した後に示す心理的な反応のうち、代表的なものが外傷後ストレス障害（PTSD）である。心的外傷体験となる出来事は、「実際に危うく死ぬ、または重傷を負うような出来事」か「自分や他人の身体の保全に迫る危険を、その人が体験したり目撃する」など、深刻なものを指す。具体的には、大地震や航空機事故や殺人事件、強姦、戦争などがある。症状は、以下の3つに大別される。①再体験。心的外傷体験が、本人の意思に関係なく、苦痛を伴って繰り返し体験される。②回避および麻痺。心的外傷を連想させる人、場所、状況などを避け、活動範囲や感情の幅が狭まってしまう。③感覚亢進。集中困難、怒りっぽくなる、過剰な警戒心、睡眠障害などの症状を示す。症状は1ヶ月以上続いている必要がある。

#### 6. 精神障害の評価について

最後に、青年期における精神障害を評価する際の注意点を述べる。

(1) 外因性精神障害との鑑別 精神障害が体内の身体的障害、あるいは体外からの有毒物質の進入による場合を、外因性精神病という。脳外傷、脳腫瘍、脳炎などの脳の障害は、様々な精神症状を示し、時には精神病状態となる。これを脳器質性精神病という。また、感染症、内分泌・代謝疾患、膠原病、自己免疫疾患などの身体疾患の症状の一つとして、精神症状が見られる場合

がある。これを症状精神病という。シンナー、覚醒剤、麻薬、アルコールなどの有害物質を乱用すると、精神病状態となる。これを中毒性精神病という。これらの身体的生物学的基盤がある疾患である場合は、まずその疾患に対する治療が第一となる。したがって、最初に身体的生物学的基盤が大きい外因性精神障害を除外する必要がある。

(2)内因性の精神障害 外因性精神障害が除外できた場合、次に内因性精神障害を検討する。内因性とは、素質が主因と見なされているが、はっきりとは原因がわかっていない場合をいう。遺伝的要因が多少関与しているが、遺伝だけでは説明がつかない精神障害である。統合失調症、躁うつ病などが、内因性精神障害の代表である。

(3)心因性精神障害 外因性精神障害および内因性精神障害が除外できた場合に、心因性精神障害が検討される。心因性精神障害には、対人恐怖などの神経症が含まれる。こころの問題に関わる場合、一般的には心因性の可能性から検討を始めやすい。例えば、「この人が不安定になっているのは、失恋したからではないか」「この人をイライラさせている出来事が、何があったのではないか」と考えがちである。

しかし、対象者を見立てる時は、(1)、(2)、(3)の順番で検討するのが望ましい。外因性精神障害や内因性精神障害を見落として、安易に心因性精神障害と見立ててしまうと、適切な治療に導入する機会を失ってしまう。例えば、統合失調症の前駆症状には、強迫症状や離人症状など、神経症にも認められる症状が見られることがある。また、学校や会社を休むことも多い。統合失調症を誤って不登校と見立てることは、薬物治療な

どの適切な治療的介入に導入する機会を失ってしまい、症状が進行することとなる。この他にも、心理的な問題と担当者は見ていた対象者が、実は躁うつ病であったというケースなどが、時に見られる。安易に心因性精神障害と見立てるべきではない。

#### 参考文献

笠原嘉、竹正建一、風祭元編：必修精神医学（改訂第二版）。南江堂、1991。

下山晴彦編：よくわかる臨床心理学。ミネルヴァ書房、2003。

笠原嘉：精神病。岩波新書、1998。

笠原嘉：青年期。中公新書、1977。

高橋俊彦、近藤三男編：改訂大学生のための精神医学。岩崎学術出版社、2004。

G. C. デビソン、J. M. ニール 村瀬孝雄監訳：異常心理学。精神書房、1998。

厚生労働科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業)

分担研究報告書

子どもと家庭を対象とした総合評価票の開発に関する研究

—ひきこもりの評価について—

分担研究者 国立精神・神経センター 精神保健研究所

社会復帰相談部 吉田光爾 伊藤順一郎

1. はじめに

近年、ひきこもりに関する相談が増えていられる。思春期・青年期の相談を管轄する児童相談所等にも、「家に閉じこもっているがひきこもりではないか」あるいは「子どもがひきこもりでどうにかしてほしい」といった家族からの相談が少なからず寄せられていることと思う。ひきこもりを呈している本人・家族へのサービスは、民間支援団体などを中心にその萌芽が見られるものの、いまだ十分ではなく、公的機関への期待は大きなものがある。このような状況下において、児童相談所等の役割は、ひきこもり支援において辺縁的なものではないことを理解し、むしろ積極的に相談を受け付けていくことが望まれる。

さて、こうした「ひきこもり」事例について、来談者から話を伺う中でアセスメントを行い、支援についての必要な情報を得る、ということはとても必要なことであるが、この際のアセスメントというのは、その状態が「ひきこもりであるかどうか」という、「定義上の診断」をするだけのアセスメントとは異なる、ということがポイントとなる。

「ひきこもり」という言葉は診断ではない。その定義には諸説があるが、一般的には「ひきこもり」は「6ヶ月以上自宅を中心とした生活をしており、他の精神障害が

その第一の原因としては考えにくい」というあたりが、さしあたりの定義として使用されている。しかし、この定義は、そのような状態像を指し示すだけの言葉であり、医療的な対応が必要である、という価値判断を示唆するような「診断」ではない。このことは、「不登校」が病名ではなく医療的対応が必ずしも必要ではない、ということに類似しているかもしれない。

また、「ひきこもり」をしている人々の性格の特徴が、あたかも一種類にくくれるような言われ方をすることがあるが、実際には、多彩な人々が、「ひきこもり」の状態に陥っているのである。そして、そのときの家族の対応にも、かなりの多様性がある。例えばあるケースでは学校でのいじめの経験が契機になっているかもしれないし、あるいは別のケースでは生物学的に精神疾患の関与が大きい場合もある。家族関係が比較的良好な家庭もあれば、ひきこもりが原因で家族間の葛藤が高まっている家庭もある。したがって、ひきこもりに関する特定の個人の性格傾向や、そのための画一的な支援法があるわけではなく、むしろ「ひきこもり」への援助はこうした多様性への対応ということが特徴なのである。このようなことから、「定義上の状態にあてはまっているかどうか」ということだけに固執しても、その臨床的意義は疑わしいと言えよう。

もちろん、例えば家庭内暴力など他の相談を主訴とされている家族や本人から話を聞いていると、実は「本人がひきこもり」の状態にある、ということが分かる場合もある。家族・本人はしばしば恥の感覚や世間からの目に苛まされ、「ひきこもり」について、それを相談事の主題として語れないことも少なくないからである。「ひきこもり」という状態であることが分かれば、支援上で当面可能なことの範囲や課題、あるいは利用可能な資源が見えてきますから、ある事例が定義上「ひきこもり」であるか/否か、あるいはその経験の有無についての判断は決して無意味なものとはいえないだろう。しかし、「ひきこもりのアセスメント」とは、単に定義上の適否を判断することではなく、むしろ、支援に役立つような糸口をどのように発見していくか、「その先の情報」を把握するためにおこなうものであることを押さえておくことが必要であろう。

## 2. 情報収集の前に・・・相談の初期段階のポイント

さて、ひきこもりについてのアセスメントをする前に、相談の初期の段階で留意しておくべきポイントがある。面接や初回の相談にあたっては、来談された家族や、本人であればなおさら、来所にあたっては、大変緊張していると考えて良い。しばしば、家族は「ひきこもり」という事態を「不登校」と同じように、「子育て」の問題と考えていることが多い。「子育てに失敗した」という罪悪感や、あるいは「さまざまな努力をしても解決に至らなかった」という無力感の果てに来所することがほとんどであり、「何を言われるのだろうか」と不安を覚え

ている。また、本人が来所した場合でも「甘えや怠けだと非難されるのではないか」といった気持ちや、「説教をされるのではないか、あれこれと質問攻めにされるのではないか」「どうせ分かってもらえるはずがない」という気持ちを抱いていることも少なくないのである。

初回の来談時にアセスメントをすることは大切なことであるが、このように緊張している家族・本人にとっては、専門家からの質問が時には「ひきこもり」の原因さがしや犯人さがしの様相を呈し、知らずに専門家が家族の子育てや対応のまずさ、あるいは、本人の努力不足として責めてしまっていることがある。家族や本人自身が何らかの失敗の結果と「ひきこもり」の状態を捉え、自責的になっていることもあって、否定的な情報が提供されやすいこともその一因であろう。こうしたことが重なって、相談の結果、より一層家族や本人の苦悩を高めてしまう、ということにもなりかねない。情報収集は過去の問題をあばきたてるものではなく、これから何をしていくことがよいかを考えるための材料を見つけるためであることを明言してから始めるのがよいであろう。

何よりも面接の初期の段階で必要なのは、来所をねぎらい、まずはどのようなことが困っているのか、どのようなことが相談をするなかでできるとよいのかをていねいに聴くことである。相談機関が家族にとって唯一本音を話せる場であることも多い。援助者は「家族や本人がいろいろと努力してきたので、ここまで何とかやってこられたのだ」というスタンスに立って話を聞くことが大切である。

それでも、しばしば来談者は緊張が解けないことがほとんどである。来所したこと自体が「無駄にならなかった」「疲れたけど甲斐があった」と思えるようにすることが必要であり、そのためには、家族や本人が既におこなってきた工夫や対処を積極的に明らかにし、そのような工夫ができたことを積極的に評価しサポートするとよ

いだろう。このような関わりの中で、家族や本人が「自分がやれていること」に気づき、問題についての捉え方をより肯定的にできる可能性がふくらんでいくのである。

また、家族の罪悪感や無力感を解きほぐすために、次のようなことはくり返し伝えることが望ましい：

- 「ひきこもり」は誰にでも起きる可能性があります。
- 「ひきこもり」は、対人関係の不安や自分に自信が持てないことなどを背景に、社会に一步を踏み出せないでいる状態のことで、「怠け」や「反抗」などとは異なります。
- 過保護や放任などの親の育て方や過去の家庭環境などに原因を求める考え方は、多くの場合問題の解決にはあまり役に立ちません。
- 家族や本人の対処の仕方によって、少しずつ解決していける問題であり、家族や周囲が「ひきこもり」の解決を焦らないことが大切です。少なくとも、家族の焦りを本人にぶつけないことはポイントです。
- それでも、どうしても家族に焦りは残ります。それは親としてとても自然な気持ちです。持って行き場のない親の気持ちを、安心して話せる人や場所、家族が自

面談の初期の段階では、このように家族・本人をねぎらいながら関係性を作っていくことが大事である。したがって、家族・本人の評価自体は1回の面接でおこなおうと思わなくてもよいだろう。面接者と家族・本人の関係がはぐくまれ、来ることが心の支えになるような体験の中で、必要な情報が収集され、評価がおこなわれれば良いのである。

では、ひきこもりについては、どのような情報の収集が役立つのであろうか。以下の各節で具体的にみていこう。なお、本論はアセスメントに焦点を当てて論述しているので、ひきこもり支援全体の方法論につ

いて詳しく知りたい場合は、ひきこもりガイドラインなど他の成書をご参考いただきたい。<sup>2), 3), 4), 5)</sup>

### 3：医学的問題

全ての事例に明確な医学的判断がつくわけではないし、医学的判断がなければ援助が先に進まないわけでもない。しかし、「ひきこもり」の状態にある方を援助するに際して、医学的な診断は、今後の援助を効果的に進めるにあたって、役に立つ情報であるとは言えるだろう。家族や本人に関わりながら見立てをしているうち、医学的な診断が必要と考えた場合、ある時点で精神科

医の判断を仰ぐよう準備をしておく事が必要である。

特に、精神疾患のなかには、ストレスへの対処に破綻をきたし、たとえば脳内神経伝達物質などにアンバランスを呈して発症するものがある。このような生物学的問題が明らかな場合は、薬物療法などの専門的治療の有効性が期待できる。専門的治療や服薬によってずいぶん苦痛が軽減されるので、適切に診断や治療ができる医療機関への紹介や連携ができるようこころがけるのがよいであろう。

ひきこもりの問題において医学的な観点から留意しておきたいポイントは以下の点である：

- ・ 睡眠の問題
- ・ 妄想の問題
- ・ 強迫的な行為の問題
- ・ 食事の問題
- ・ 感情の問題

#### 1) 睡眠の問題

##### 【昼夜逆転について】

ひきこもりの事例においてはかなりの割合で昼夜逆転が起こることがある<sup>1)</sup>。人々が活動している昼間の時間は不安感や焦燥感が高まるため、それを避けるように結果的に次第に生活時間帯が夜にずれこんでいく、ということが起きるようである。また、結果的に、体の生理的なバランスも崩れ、昼夜逆転が長期化してしまうと考えられる。

日中の目的のない生活の中で、昼夜逆転が起こってしまうのは、その心理的な意味を考えても必ずしも緊急に対応が必要、というわけではないかもしれない。

しかし、初期の支援のあり方について可能なことの範囲が見えてくるので、その有無に関する情報は抑えておく必要がある。また、睡眠リズムが通常的生活リズムと生理的にずれてしまう「概日リズム睡眠障害」が背景に控えている可能性も考えらるので、昼夜逆転がある場合には、ひきこもりの状態に至る以前からそのようなことがあったかどうかについて確認しておく必要がある。

##### 【不眠について】

睡眠の問題では、不眠についても訴えがある場合があります。6～8時間といった十分な睡眠がとれていないことが1ヶ月以上も続いている、または3日間も眠れていない、などの状態は睡眠障害を疑うこともできる。また、より重要なことは、こうした不眠はしばしば、統合失調症などの精神障害の前駆症状として現れてきていることもあるということである。特に後者の場合は、聴覚的な刺激への敏感さなどがある場合があるので、「音が気になる」などの訴えや情報が得られた場合には、注意しておく必要があろう。

#### 2) 妄想の問題

ひきこもりの問題ではしばしば「人に見られているのではないか」「近所の人が噂をしている」などの妄想的な体験がある場合がある。結果としてカーテンを閉め切ったり、などの行動が見られるかもしれない。

妄想の問題は、ひきこもりのアセスメントにおいて重要な情報となる。なぜならば、ひきこもりの事例の中には、妄想を症状の一つとして持つ「統合失調症」(※囲み記事参照)が背景にある事例も少なくはないからである。他方で、ひきこもりを続けるこ

とによっても、しばしば二次的に被害的な妄想＝強い思い込みが現れることが指摘されている。統合失調症では薬物療法の効果が期待できること、早期治療が重要であることから、ひきこもり事例において妄想的な問題が見られる場合には、統合失調症か否かについて一定の推測をたてることが役立つであろう。

なお、両者の区別は最終的には医師の判断が必要となってくるが、児童相談所で一定の目測をつけるためには、以下の点を抑えておくことよいためであろう。これらの推測の結果、統合失調症が疑われる場合は、保健所や医療機関との連携を考えていく必要がでてこよう。

#### 【妄想の内容について】

統合失調症の妄想の内容は、しばしば客観的な事実と反するような非現実的な様相を呈することがある。例えば「テレビで自分の噂をしていた」「盗聴器がしかけられている」「電波や電磁波が送られてくる」などの内容がみられる。

これに対して、「ひきこもり」の結果、二次的に発生してくる妄想＝思い込みが悪口を言っている」などの内容が多いようである。自宅を中心にして日々を暮

らし「周囲の人が監視している」「近所らし、自尊心が低下していたり恥ずかしさを感じている本人が、そのように思うことにも一定の共感ができる内容であるといえるだろう。

無論、統合失調症の方でも共感しうる内容の妄想をもたれる方もいるので、絶対的な判断基準ではないが、一定の目安としては参考になるとと思われる。

#### 【幻聴について】

統合失調症の方ではしばしば「幻聴」が見られる。幻聴とは、その場にない音や声が、その本人にとってリアルに聞こえるという症状のことをいう。また、幻聴の内容は本人との会話や悪口、命令であったりすることもあるため、行動にも影響が現れることがある。幻聴の訴えがあるという直接的な訴えがある場合や、独語をして誰かと会話をしているような様子がある・空笑が頻繁である、などの場合には背後に幻聴がある場合もあるので、その場合には統合失調症の可能性を検討する必要があるだろう。

#### 統合失調症とは・・・

神経が敏感になりすぎ、環境への適応に困難を生じる精神疾患です。小さな刺激にも敏感に反応するようになり、例えば「テレビでも自分の噂をしていた」「盗聴器が仕掛けられていて、自分の様子が伝わってしまう」といった非現実的な考えにとらわれてしまいます。不眠が続き、考えが次から次へとまとまらなく湧いてきてしまうとも言います。同時に感情が不安定になり、気持ちのゆとりがなくなって、仕事や勉強などうわの空になりがちです。

一方陰性症状といって、根気が続かない、意欲がわかない、生き生きとした感情がわいてこない、などの症状が同時に出現する場合があります。このような時は、傍から見ているといつも疲れやすく無気力でごろごろしている、といった状態が続きます。