

② 登校拒否関連性格尺度

本城 (1999) により作成された、計 22 項目からなる尺度である (Table2)。本尺度は、不登校に見られる性格傾向を測定するものであり、「強迫性」(11 項目)、「消極・非社交性」(6 項目)、「内弁慶」(5 項目) の 3 つの下位尺度で構成されている。それぞれの項目に対して、「はい」、「どちらでもない」、「いいえ」の 3 件法で回答を求めた。「はい」は 3 点、「どちらでもない」は 2 点、「いいえ」は 1 点と、それぞれ得点化された。合計得点は、「強迫性」は 11 点から 33 点、「消極・非社交性」は 6 点から 18 点、「内弁慶」は 5 点から 15 点の間におさまる。

③ CDI (Children's Depression Inventory) 日本語版

Children's Depression Inventory の日本語版であり、村田ら (1989) によって作成された、計 27 項目からなる尺度である (Table3)。本尺度は、子どもの抑うつを測定する尺度である。3 つの項目のうちの一つを選択する形式になっている。上の項目から、それぞれ 0 点、1 点、2 点と換算する。ただし、2), 5), 7), 8), 10), 11), 13), 15), 16), 18), 21), 24), 25) は逆転項目 (上の項目から、2 点、1 点、0 点と換算する) である。合計得点は、0 点から 54 点の間におさまる。日本の児童青年における臨床的なカットオフポイント (臨床的にうつ病と判断されるスコア) は、22 点 (村田ら、1989) である。

C. 研究結果

1. 各尺度における不登校群と一般生徒群の平均値の差

登校回避感情、登校拒否性格関連尺度、CDI の各尺度における、不登校群と一般生徒群の平均値の差を検討するために、登校回避感情、強迫性、消極・非社交性、内弁慶、CDI を従属変数として *t* 検定を行った (Table4)。

まず登校回避感情については、不登校群の平均値は 24.52 ± 5.14 、一般生徒群の平均値は 20.17 ± 5.62 であった。*t* 検定の結果、不登校群と一般生徒群の間に有意差が見られた (不登校群 > 一般生徒群)。

次に、登校拒否関連性格尺度について述べる。不登校群の平均値は、強迫性の平均値は 20.32 ± 4.08 、消極・非社交性の平均値は 13.40 ± 2.83 、内弁慶の平均値は 9.07 ± 2.02 であった。また、一般生徒群の平均値は、強迫性の平均値は 18.58 ± 4.24 、消極・非社交性の平均値は 11.82 ± 2.67 、内弁慶の平均値は 7.53 ± 2.21 であった。*t* 検定の結果、強迫性、消極・非社交性、内弁慶のすべての尺度において、不登校群と一般生徒群の間に有意差がみられた (強迫性：不登校群 > 一般生徒群、消極・非社交性：不登校群 > 一般生徒群、内弁慶有意：不登校群 > 一般生徒群)

さらに、CDI について、不登校群の平均値は 19.44 ± 7.5 、一般生徒群の平均値は 23.03 であった。*t* 検定の結果、不登校群と一般生徒群の間に有意差がみられた (不登校群 > 一般生徒群)。

2. 各尺度間の相関

登校回避感情、登校拒否性格関連尺度、CDI の各尺度間の相関を検討するために、*Pearson* の相関係数を不登校群、一般生徒群それぞれで求めた (Table5, Table6)。その結果、一般生徒群において、抑うつ (CDI) と登校回避感情との間、抑うつと消極・非社交性、内弁慶との間、登校回避感情と消極・非社交性との間、強迫性と内弁慶との間、消極・非社交性と内弁慶との間で有意な正の相関がみられた。また、登校回避感情と強迫性の間では、有意な正の相関がみられた。また、不登校群では、有意な相関はみられなかった。

D. 考察

1. 不登校群と一般生徒群の間の登校回避感情、強迫、消極・非社交性、内弁慶、抑うつの差についての検討

本研究の結果から、不登校群と一般生徒群の間の登校回避感情、強迫、消極・非社交性、内弁慶、抑うつとの差について検討する。

第1に、不登校群と一般生徒群の間で、登校回避感情に有意差があったことから、不登校群は一般生徒群よりも登校回避感情が高いことが明らかになった。このことから、不登校群は登校回避感情が高いから、不登校という状態になっていると考えられる。これは、登校回避感情と学校生活からの回避行動の結びつきの強さを示している。しかしながら、不登校という学校生活からの回避行動の性質を明らかにするためには、登校回避感情が高くても学校に通っているものとの比較が必要になるであろう。実際、本研究の結果からも不登校群と同程度の高さの登校回避感情を示す者が存在した。今後、検討が必要である。

第2に、不登校群と一般生徒群の間で、強迫性、消極・非社交性、内弁慶、抑うつに有意差があったことから、不登校群は一般生徒群よりも、強迫性、消極・非社交性、内弁慶、抑うつが高いことが明らかになった。このことから、不登校と関連が高いと考えられた強迫性、消極・非社交性、内弁慶、抑うつは、やはり不登校と関連が高いものであることが示された。今後、他の性格傾向についても検討し、不登校群に特徴的な性格傾向について明らかにしていく必要があるだろう。

2. 登校回避感情と強迫性、消極・非社交性、内弁慶、抑うつとの関連

一般生徒群において、登校回避感情と強迫性、消極・非社交性、内弁慶、抑うつとの間に有意な正の相関がみられたことから、登校回避感情とこれらの性格傾向は関連があることが明らかになった。

特に、登校回避感情と抑うつは比較的相関が高く ($r = .566, p < .001$)、登校回避感情が高いほど抑うつが高いことが考えられた。しかしながら、不登校群においては登校回避感情と抑うつとの相関はそれほど高くないことが予想され ($r = .129, ns$)、登校回避感情と抑うつとの関連は高

いが、不登校という状態ではそれほど関連はないと考えられる。このことから、登校回避感情をもちながら学校に通う行動が、抑うつを高めている可能性が示唆される。本研究の結果からは、このことについて十分に明らかにされなかったため、今後検討していく必要があるだろう。

また、不登校群においても一般生徒群においても、登校回避感情と強迫性の間に負の相関がみられたことから (不登校群: $r = -.177, ns$; 一般生徒群: $r = -.130, p < .01$)、登校回避感情と強迫性は負の関連がある可能性が示唆された。つまり、登校回避感情が低いほうが、強迫性が高い可能性があるということである。このことは、不登校群のほうが一般生徒群より強迫性が高かったこと矛盾する結果である。今後、不登校という状態や登校回避感情と強迫性の関連について検討していく必要性があるだろう。

E. 結論

今回の調査結果から、不登校群は登校回避感情、強迫性、消極・非社交性、内弁慶、抑うつが一般生徒群よりも高いことが明らかになった。また、強迫性と抑うつについては、今後学校に登校していながら登校回避感情が高い群、つまり不登校予備軍との比較のなかで、より詳細に検討していくことの必要性が示唆された。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 著書

- ・本城秀次 (2005) 第2章 青少年の殺人の実態とその内容 5. 精神障害と殺人. 第3章 殺人に接近する青少年への対応と予防策 5. 精神障害と殺人. 河野荘子編著 人をあやめる青少年の心. Pp.72-77, Pp.108-112, 北大路書房.

- ・本城秀次 (2005) 不登校. 上島国利監修 精神科臨床ニューアプローチ 7. 児童期精神障害, Pp.116-123, メジカルビュー社.
- ・本城秀次編 (2005) 就学相談と特別支援教育, 心の科学, 124, Pp9-93, 日本評論社.

2. 論文発表

- ・Hakamata, Y., Takahashi, N., Ishihara, R., Saito, S., Ozaki, N., Honjo, S., Ono, Y. and Inada, T. (2005) No association between monoamine oxidase A promoter polymorphism and personality traits in Japanese females. *Neuroscience Letters*, 389:121-123.
- ・Honjo, S., Sasaki, Y., Murase, S., Kaneko, H. and Nomura, K. (2005) Transient eating disorder in early childhood. A case report. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14:52-54.
- ・Sasaki, Y., Mizuno, R., Kaneko, H., Murase, S., and Honjo, S. (2006) Application of the revised infant temperament questionnaire for evaluating temperament in the Japanese infant: Creation of an abridged Japanese version. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 60:9-17.

3. 学会発表

- ・Chie Hatagaki, Miyako Morita, Shuji Honjo (2005) Featured Responses made by High functional Pervasive Developmental Disorder in Rorschach. 18th International Congress of Rorschach and Projective methods, Barcelona, Spain, 26-30, July.
- ・Hakamata, Y., Iwase, M., Iwata, H., Kobayashi, T., Tamaki, T., Nishio, M., Kawahara, K., Matsuda, H., Ozaki, N., Honjo, S., and Inada, T. (2005) Relationship between personality traits and regional brain cerebral glucose metabolism: A

- positron emission tomography study. 18th world Congress on Psychosomatic Medicine, Program & Abstracts, p. 77, Kobe, 22-26, August (Hakamata, Y., Iwase, M., Iwata, H., Kobayashi, T., Tamaki, T., Nishio, M., Kawahara, K., Matsuda, H., Ozaki, N., Honjo, S., and Inada, T. (2005) Relationship between personality traits and regional brain cerebral glucose metabolism: A positron emission tomography study. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(Supplement):33.
- ・Hamada, S., Murase, S., Murakami, T., Kaneko, H., Honjo, S., (2005) The effects of parental child-rearing attitude on children's nervous habit—mediated by anxiety and depression. 18th world Congress on Psychosomatic Medicine, Program & Abstracts, p.77, Kobe, 22-26, August (Hamada, S., Murase, S., Murakami, T.,
- ・日比野ゆかり, 村瀬聡美, 金子一史, 本城秀次 (2005) 大学生における自己呈示・自己不一致・自尊感情の関連. 日本パーソナリティ心理学会第14回大会発表論文集, p.113-114, 岩手大学, 11月12, 13日.
- ・本城秀次 (2005) 妊娠, 産褥期の抑うつと子どもに対する愛着. 第2回子どものメンタルヘルス関連合同医学会シンポジウム抄録集, p.10, 東京慈恵会医科大学, 3月26, 27日.
- ・本城秀次 (2005) 母子愛着と内的ワーキングモデル. 第46回日本母性衛生学会総会学術集会プログラム, シンポジウム3「どう支える? 親になれない親」p.43, 宮崎市, 10月6, 7日.
- ・今井康, 石井卓, 野邑健二, 本城秀次 (2005) 選択制緘黙を主訴として来院した患児の傾向とその考察. 第94回日本小児精神神経学会プログラム・抄録集, p.27, 名古屋市公会堂, 10月14, 15日.
- ・伊藤亮, 本城秀次, 金子一史 (2005) ふれ合い恐怖の心性と自我同一性および抑うつとの関連

について—大学生と対人恐怖心性との比較—.
第46回日本児童青年精神医学会抄録集,P.
205,神戸国際会議場,11月9-11日.

- ・ Kaneko,H., Honjo,S., (2005) The effects of parental child-rearing attitude on children's nervous habita—mediated by anxiety and depression. Journal of Psychosomatic Research,58(Supplement);55).
- ・ 川村昌代・野邑健二・石井卓・橋本大彦・猪子香代・村瀬聡美・本城秀次(2005)摂食障害の入院治療における主要因の検討.第94回日本小児精神神経学会プログラム・抄録集, p.24, 名古屋市公会堂,10月14,15日.
- ・ 村田英和,丸山笑里佳,田中信明,田中裕子,野邑健二,橋本大彦,佐々木靖子,荒井紫織,金子一史,村瀬聡美,本城秀次 (2005) 乳幼児の気質と母親の愛着と抑うつに関する検討.第46回日本児童青年精神医学会抄録集,P.176,神戸国際会議場,11月9-11日.
- ・ 中谷奈美子・本城秀次 (2005) 母親の防衛機制と虐待的行為の関連—ハイリスクの母親に必要な援助を検討するために—.日本心理臨床学会第24回大会プログラム,p.76, 国立京都国際会館,9月5-8日.

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

なし

Table 1 登校回避感情尺度

-
- 1) 学校に来て何も楽しいことがない
 - 2) 朝, なんとなく学校に行きたくないときがある
 - 3) 学校さえなければ, 毎日が楽しいだろうと思う
 - 4) わたしはこの学校が好きである[†]
 - 5) 学校ではいやなことばかりある
 - 6) 日曜の夜, 明日から学校かと思うと気が重くなる
 - 7) 学校をやめたくることがある
 - 8) 授業が終わったらすぐ学校を出たいと思う
 - 9) 今の学校がいやで転校したいと思うことがある
 - 10) できれば学校なんかなくなればいいと思う
 - 11) 学校にいるとゆううつになる
-

[†]は逆転項目

Table 2 登校拒否関連性格尺度

-
- 1) 何事もきちんとやらないと気がすまない方です
 - 2) 先生や親に言われたことはその通りに従う方です
 - 3) どちらかというと友だちは少ない方です
 - 4) 自分の欲しいものがあると, 親に買ってもらうまでだをこねる方です
 - 5) 時間などの約束事はきちんと守りたい方です
 - 6) 人にどう思われるか気になる方です
 - 7) どちらかというと, 友だちの後からついていく方です
 - 8) 家では, 自分の思い通りにならないと気がすまないところがあります
 - 9) 宿題はきちんとやらないと気になる方です
 - 10) 周囲の人の気持ちをくんで行動する方です
 - 11) 自分から誘うより, 誘われれば遊ぶ方です
 - 12) 自己主張するよりは, 人の意見に従う方です
 - 13) 家では言い出したら聞かないところがあります
 - 14) 学校の規則などはきちんと守る方です
 - 15) 聞きわけの良い子だとおもう
 - 16) 自分から友だちの家に遊びに行くことはありません
 - 17) やらないといけないことは, 完ぺきにやりたい方です
 - 18) きちようめんな方です
 - 19) 外ではおとなしいのに, 家ではわがままなところがある
 - 20) 何事も完ぺきにできたかどうか気になる方です
 - 21) 親や先生から期待されたように行動しようとおもう
 - 22) 自分から友だちを引っばっていく方です[†]
-

[†]は逆転項目

Table 3 CDI(Children's Depression Inventory)

-
- 1) わたしは悲しいことがちょっとだけあった
わたしは悲しいことが多かった
わたしはずっと悲しかった
 - 2)[†] 何もうまくいかないような気がする
うまくいくかどうかわからない
たぶん何でもうまくいくような気がする
 - 3) わたしはほとんどのことがうまくやれている
わたしはまちがうことが多い
わたしはいつもまちがってばかりいる
 - 4) わたしはなにをやっても楽しい
わたしは楽しいことがときどきある
わたしはなにをやっても楽しくない
 - 5)[†] わたしはいつも悪い子だった
わたしは悪い子の時が多かった
わたしはときどき悪い子だった
 - 6) わたしに悪いことが起こらないかとちょっと気になった
わたしに悪いことが起こらないかと心配だった
わたしに悪いことが必ず起こりそうな気がする
 - 7)[†] わたしは自分が嫌いだ
わたしは自分が嫌いだ自分があまり好きではない
わたしは自分が好きだ
 - 8)[†] 悪いことはみんな自分のせいだと思う
悪いことの多くが自分のせいだと思う
悪いことのほとんどは自分のせいではない
 - 9) わたしは死にたいと考えたことはない
わたしは死にたいと考えたことはないあるが、死のうとは思わない
わたしは死にたいと思う
 - 10)[†] わたしは毎日泣きたくなる
わたしは泣きたくなる日が多い
わたしはちょっと泣きたくなることがある
 - 11)[†] あることがわたしをいつも苦しめる
あることがわたしを苦しめることが多い
あることがちょっとだけわたしを苦しめる
 - 12) わたしは他の人と一緒にいることが好きだ
わたしは他の人と一緒にいたくないと思うことが多い
わたしは絶対他の人と一緒にいたくない
 - 13)[†] わたしは一人で物事を決められない
わたしは一人で物事を決めるのがむずかしい
わたしは一人で物事を簡単に決められる
 - 14) わたしの顔は良い
わたしの顔は良い顔にはちょっと気に入らないことがある
わたしの顔はみにくい
-

Table 3 CDI(Children's Depression Inventory)つづき

- 15)[†] わたしは学校の勉強をするのにいつもがんばってやらなくてはならない
わたしは学校の勉強をするのにがんばってやらなくてはならないことが
わたしは学校の勉強をするのにそう問題はない
- 16)[†] わたしは眠れなくていつも困っている
わたしはよく眠れないことがある
わたしはよく眠れている
- 17) わたしはちょっとだけ疲れることがあった
わたしは疲れた日が多かった
わたしはほとんど疲れていた
- 18) わたしはほとんど毎日食欲がなかった
わたしはほとんど毎日食欲がない日が多かった
わたしはおいしく食べている
- 19) わたしは痛みや苦しみをあまり心配しない
わたしは痛みや苦しみが心配になる日が多い
わたしは痛みや苦しみをいつも心配している
- 20) わたしはひとりぼっちであるとは思わない
わたしはひとりぼっちだと思うことが多い
わたしはひとりぼっちだと思っている
- 21)[†] わたしは学校を楽しいと思っただけがまったくない
わたしは学校を楽しいと思うことはちょっとしかない
わたしは学校がいつも楽しい
- 22)[†] わたしは友だちがたくさんいる
わたしは友だちが何人かいるが、もっと欲しい
わたしは友だちがいない
- 23) 学校の勉強がうまくいっている
学校の勉強が前ほどうまくいかない
以前は良かった科目が大変悪くなった
- 24)[†] わたしは他の子どものようにどうしても良い子になれない
わたしはやろうとしたら他の子どものように良い子になれる
わたしは他の子どもと同じように良い子である
- 25)[†] わたしは誰からも本当には好かれていない
わたしは誰かに好かれているかどうかわからない
わたしはきっと誰かに好かれていると思う
- 26) わたしは言われたことはいつもする
わたしは言われたことをしないことが多い
わたしは言われたことはいつもする絶対しない
- 27) わたしは他の人とうまくやれている
わたしは他の人とよくけんかする
わたしは他の人とけんかばかりしている

[†]は逆転項目

Table 4 各尺度の不登校群と一般生徒群の比較

| | 群 | n | 平均値 | 標準偏差 | t値 |
|---------|-------|-----|-------|------|-----------|
| 登校回避感情 | 不登校群 | 40 | 24.52 | 5.14 | 4.706 *** |
| | 一般生徒群 | 410 | 20.17 | 5.62 | |
| 強迫性 | 不登校群 | 41 | 20.32 | 4.08 | 2.503 * |
| | 一般生徒群 | 408 | 18.58 | 4.24 | |
| 消極・非社交性 | 不登校群 | 43 | 13.4 | 2.83 | 3.648 *** |
| | 一般生徒群 | 409 | 11.82 | 2.67 | |
| 内弁慶 | 不登校群 | 43 | 9.07 | 2.02 | 4.383 *** |
| | 一般生徒群 | 409 | 7.53 | 2.21 | |
| CDI | 不登校群 | 30 | 23.03 | 6.89 | 2.537 ** |
| | 一般生徒群 | 357 | 19.44 | 7.5 | |

*** p<.001 ** p<.01 * p<.05

Table 5 尺度間相関・不登校群

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|------------|-------|-------|-------|------|---|
| 1. 登校回避感情 | | | | | |
| 2. 強迫性 | -.177 | | | | |
| 3. 消極・非社交性 | .118 | .111 | | | |
| 4. 内弁慶 | .293 | -.224 | -.042 | | |
| 5. CDI | .129 | -.100 | .339 | .185 | |

Table 6 尺度間相関・一般生徒群

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|------------|-----------|----------|----------|-----------|---|
| 1. 登校回避感情 | | | | | |
| 2. 強迫性 | -.130 ** | | | | |
| 3. 消極・非社交性 | -.014 | .091 | | | |
| 4. 内弁慶 | .219 *** | .166 *** | .143 ** | | |
| 5. CDI | .560 **** | -.014 | .166 *** | .219 **** | |

*** p<.001 ** p<.01 * p<.05

身体性および居場所の概念から見た引きこもりの病理および支援に関する研究
ーイギリス・フランスの精神科医療従事者へのアンケートを実施してー

分担研究者 青木省三¹⁾

研究協力者 野村陽平¹⁾、太田充子²⁾、森享子³⁾、島内智子⁴⁾、向井智子⁵⁾

1)川崎医科大学精神科学教室

2) Department of Clinical Forensic Psychiatry and Psychology, Insitute of Psychiatry, London、六条神経科

3) Department of Child and Adolescent Psychiatry, Insitute of Psychiatry, London

4) Service de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpital Robert Debré、桜ヶ丘記念病院

5)パリ第8大学大学院心理学科博士課程

研究要旨

本研究の初年度にあたる平成 17 年度は、海外からわが国におけるひきこもりを見つめ直すために、イギリスとフランスに対して架空のわが国におけるある程度典型的なひきこもり事例を通してアンケート調査を行った。

平成 18 年 1 月現在、アンケートはイギリスから 10 通、フランスからは 25 通の返事が得られたが、まだまだ数が少なく十分な検討が出来てない段階である。

印象としては、イギリス・フランス両国において、「ひきこもり」の事例は少ないと認識されているようであった。

両国とも事例を精神障害と考えるとの回答が多く、疾患としては社会恐怖症、うつ病を考えることが多かった。フランスでは統合失調症を考えることも多かった。対応としては、認知行動療法が多く、次に家族療法や薬物療法がみられた。両国での原因は、共通してインターネットやテレビの普及があげられたことが印象的で、フランスでは両親の対応に着目していることが多かった。

日本の「ひきこもり」は、イギリス、フランス両国からは日本独特の学業や社会のプレッシャーがあると、文化的結合症候群と考える人が多いようであった。また両国に共通して、インターネット・テレビなどの技術発展が関与しているとも述べられ、その点に関しては、着目されていることが推測される。

現在までにアンケートを回収できた数は少なく、今後可能であればアジア圏にも対象を増やし、さらに考察していきたいと思う。

A. 研究目的

「ひきこもり」という言葉はわが国では日常用語のように使われているが、「ひきこもり」当事者が社会との接触が少ないために、実際の「ひきこもり」当事者が、わが国にどの程度存在するのか、さらには彼らの悩みや苦しみ、そして日常生活を把握することは極めて困難である。

本研究は今後3年間で、1) わが国における「ひきこもり」を諸外国と比較し、外からわが国の「ひきこもり」を見つめ直し、何がおきているのか検討すること、2) わが国の「ひきこもり」当事者の生活の質はどうなっているのか、また、どのような援助が求められているのか、3) 「ひきこもり」の親はどのように感じ、どのような援助が必要と考えているのかを調査する予定である。

今年度は、わが国における「ひきこもり」と思われる事例が諸外国においても共通してみられるものなのか、もし見られる場合、諸外国では「ひきこもり」に対してどう対応しているのかなどを把握する目的として、まずイギリスとフランスに対して、研究協力者を通してアンケート調査を実施した。

B. 研究対象

わが国における「ひきこもり」と考えられるモデル事例を一例作成し、英語とフランス語に翻訳し、イギリスとフランスの精神科医療関係者を対象にアンケート調査を実施した。

「ひきこもり」を的確に表現する単語は海外には少なく、その概念が伝わりにくい
ため、今回は「ひきこもり」の定義を、「20

歳代後半までに問題化し、6ヵ月以上、自宅にひきこもって社会参加をしない状態が持続しており、ほかの精神障害がその第一の原因とは考えにくいもの」とした(斉藤環: 社会的ひきこもり—終わらない思春期。PHP 研究所, 1998)。

C. 調査実施時期

2005年9月から2006年1月。現在も進行中である。

D. 研究方法

イギリス: 2005年9月よりロンドン大学精神医学研究所を中心に、質問の意図を口頭でも説明し、質問紙を手渡し返送してもらうようにした。また研究協力者の知人に同様の形式で依頼した。

フランス: 研究協力者の勤務先であったロベール・デュブレ小児病院児童青年精神科のスタッフに質問紙を手渡し、回答を回収した。また2005年10月6日パリ市内のセクター、インターセクター52箇所に質問紙と返信用封筒を発送し、アンケート調査を実施した。

以下に質問紙の内容を記載した。倫理面への配慮は、質問紙の最後に記載している。

質問紙

「ひきこもりの比較文化的研究」への御協力の依頼 Hikikomori (Social Withdrawal)

(趣旨)

本研究は、日本の厚生労働省より委託さ

れた、「思春期・青年期の青年のひきこもりに関する精神医学的研究」班の分担研究の一つです。

現在の日本で社会的問題にまでなっている「ひきこもり」現象について、1)日本の文化に結びついた特有の現象とかがえられるのか、2)他国にも共通して認められるものなのか、3)もし認められるとすれば、それは精神疾患と捉えられているのか、4)同時に、どのような社会的対応がなされているのか、などについて調査し、日本のひきこもりへの対応を考えることの手がかりにしたいと考えています。

疫学調査は現在進行中ですが、あるひきこもりの家族会会長は18歳以上で推定129万人存在すると報告しています。ひきこもりの定義は、「20歳代後半までに問題化し、6ヵ月以上、自宅にひきこもって社会参加をしない状態が持続しており、ほかの精神障害がその第一の原因とは考えにくいもの(斉藤環:社会的ひきこもり—終わらない思春期。PHP研究所,1998から引用)」とします。

ご協力の程よろしくお願いいたします。

なお、事例は「ひきこもり」のある程度典型的な症例ですが、架空のものです。

(事例) 21歳男性 タケシ(仮名)

発達歴:出生時および乳幼児期の発達に特別な問題なし。

既往歴:特記すべき事項なし。薬物使用歴なし。

家族背景:父は大卒で、保険会社の営業部長。母は短大卒後一般事務をしていたが、結婚後専業主婦、パートを週2回している。

兄弟はいない。両親の仲は悪く、父の仕事は忙しく、夜遅く帰り朝早く出勤するため、両親が顔を合わすのは日曜日のみであった。子どもの養育に関して、父は母に任している状態であった。両親間の会話は少ない。家族歴:特記すべき事項なし。

経過:

保育園、小学校とも活発で友達も多く、よく遊んでいた。

中学ではテニス部に入り、成績も上位であった。

高校に入り、半年くらいたって学校に行かなくなった。母親が理由を尋ねると「学校が面白くないから」と答えた。心配した両親が、学校に行くよう促したが行こうとしなかった。母親が学校の担任教師に学校でのいじめの有無を確認したが、担任教師はそういうことはないと言った。食事はみんなを待たずに早々と食べ、部屋にすぐ入ることが多かった。たまに自分の好きなテレビ番組は見ていた。たいていパソコンでインターネットを見たり、メールをしていた。サイトへ書き込みをし、サイトが更新されているのが楽しみであった。

両親が寝静まると、リビングに出てきてテレビを見たり、漫画を読んだり、コンビニエンスストアにジュースや雑誌を買いに行ったりして、夜中4時頃から寝付く、起きるのは昼過ぎ。睡眠時間は十分取れているが、1日のリズムが逆転していた。母親が散歩を一緒にしようと促すが、本人は「同じ高校の生徒に会うかもしれないから嫌だ。」と昼間は外へ出たがらない。たまりかねた父親が学校に行くように叱ると、大きな声で「うるさい」などといい、反抗する。しかし家族内でも家庭外でも暴力を振るう

ことは無かった。担任教師が家庭訪問しても、教師に会わず、じっと反応無く部屋にこもった。

高校2年生で中退。

親の勧めもあり、通信教育で高校卒業の資格を得た。

少し家から離れたところのコンビニエンスストアでアルバイトをするが、2ヶ月で止めた。それ以後、余計に自室にこもることが多く、パソコンでゲームやメールをしたり、ラジオを聴いたり、CDを聞いたりして過ごす。時にCDショップに出かけ、何枚か買ってくる。

家族とはほとんど会話せず、親が話しかけても生返事のみ。親が勉強や仕事のことをしばらく口うるさく言わないでいると、親との話の中で時に笑ったり、テレビを一緒に見て笑うようになる。そんな状態が2年半続き、本人が21歳の時点で当科に親から相談があった。

以下の質問に対してお答えください。

質問1 あなたの年齢

1. 20歳～29歳
2. 30歳～39歳
3. 40歳～49歳
4. 50歳～59歳
5. 60歳以上

質問2 あなたの職業

1. 精神科医師
2. 臨床心理士
3. ソーシャルワーカー
4. 看護師
5. その他

質問3 あなたの臨床経験年数

1. 5年未満
2. 5～9
3. 10～19年
4. 20～29年
5. 30年以上

質問4. 事例のような青年が日本では増えていますが、あなたの国ではいかがでしょうか？あなたの印象をお聞かせください。

1. いない
2. 稀にいる
3. それなりにいる
4. たくさんいる

自由記載

質問5. 「いない」と答えた方以外に質問です。男性と女性では差があるでしょうか？

1. 男に多い
2. 女に多い
3. 性差はない

自由記載

質問6. このような青年は、精神障害と考えますか？

1. 精神障害と考える
2. 精神障害と考えない

質問6-1. 精神障害と考えると答えた方に質問です。精神障害とすれば、どのような疾患を可能性として考えますか？また鑑別疾患として何をあげますか？

自由記載

質問6-2. どのような対処や治療を進めていきますか？

自由記載

質問7. 精神障害と考えないと答えた方に質問です。このような青年に対して、どのような対処を考えますか？

自由記載

質問8. 自国でのひきこもりの原因として何を考えますか？具体的にお答えください。

自由記載

質問 9. 日本で問題となっているひきこもりは、あなたから見て何が原因になっていると推測されますか？

自由記載

ご協力誠にありがとうございました。なおこの質問紙は研究以外の目的で使用することは一切ありません。またこの内容は私達が責任を持って、厳重に管理いたします。

E. 研究結果

2006年1月末現在、アンケートはイギリスから10通、フランスから25通（病院15通、セクター10通）の返事が得られたが、まだまだ数が少なく十分な検討ができていない段階である。

Q1. 回答者の年齢

イギリス（10名）：20～29歳 0名、30～39歳 3名、40～49歳 3名、50～59歳 3名、60歳以上 1名

フランス（25名）：20～29歳 7名、30～39歳 3名、40～49歳 7名、50～59歳 8名、60歳以上 0名

Q2. 回答者の職業

イギリス（10名）：精神科医 8名、臨床心理士 1名、家族療法士 1名

フランス（25名）：精神科医 15名、臨床心理士 2名、ケースワーカー 1名、看護師 2名、その他 5名（特別教育士、精神運動療法士、言語療法士、医療秘書、看護助手）

Q3. 回答者の臨床経験年数

イギリス（10名）：5年未満 2名 5～9年

1名 10～19年 4名 20～29年 1名 30年以上 2名

フランス（25名）：5年未満 6名 5～9年 3名 10～19年 6名 20～29年 8名 30年以上 2名

Q4. 回答者の国ではこういうケースがどの程度いるかの印象

イギリス：いない 2名 稀にいる 2名 それなりにいる 6名 たくさんいる 0名
フランス：いない 3名 稀にいる 13名 それなりにいる 6名 たくさんいる 2名 未記入 1名

Q5. 「いない」と答えた方以外に質問。性差について。

イギリス（8名）：男性に多い 2名 女性に多い 1名 わからない 5名

フランス（22名）：男性に多い 18名（社会的責任が重い、テレビゲームの多くが戦いや自動車がテーマだからとそれぞれ1名ずつ書かれていた） 女性に多い 0名 性差はない 2名 未記入 1名 両方 1名

Q6. このような青年は、精神障害と考えるか？

イギリス（10名）：考える 9名（うち4名が多分あると回答） 考えない 1名

フランス（25名）：考える 15名 考えない 8名 未記入 2名

Q6-1 精神障害と考える場合、どんな疾患を可能性として考えるか？また鑑別疾患は？

主診断と鑑別診断を明確に分けて記載している事例は少なく、鑑別として箇条書き

で書いていることが多かった。そのため第一に書いているものを主診断として挙げ、鑑別診断は挙げているものを数に加えた。

主診断

イギリス：

社会恐怖症 3 名、社会不安障害 2 名、うつ病 2 名、特定の恐怖症 1 名、特定しにくい 2 名

フランス：

社会恐怖症 8 名、統合失調症 7 名、うつ病 5 名、急性精神病・精神病状態 2 名、特定しにくい 1 名、ほか思春期危機の表現型、適応の一形態

鑑別診断：

イギリス：うつ病・うつ状態 8 名、広場恐怖症 4 名、統合失調症（前駆状態、初期、単純型）4 名、精神病 2 名、統合失調症性パーソナリティ障害 2 名、社会恐怖症 2 名、適応障害 2 名

ほか、物質乱用障害、OCD、ASD など神経発達障害、嗜癖（ギャンブル依存症など）、分離不安障害、慢性疲労症候群、倦怠や苦悩の気持ちを持った正常な思春期、幾つかの境遇による自己評価の低下あるいは回避、学校のいじめ、狭義の精神疾患にはあてはまらないが、広義の精神保健問題には含まれるなど

フランス：うつ病 4 名、統合失調症 3 名、パーソナリティ障害 2 名

ほか社会恐怖症、不安障害、強迫性障害、急性精神病、分離不安障害、自閉症など

Q6-2 どのような対処や治療を進めていく

か？

イギリス：

- ・精神状態を評価（本人、両親）5 名
- ・認知行動療法 5 名
- ・家族療法 3 名
- ・薬物療法（抗うつ薬・SSRI s）2 名
- ・ソーシャルサポート
- ・家族へのサポート
- ・Motivational Enhancement Therapy、Solution focused therapy、Narrative therapy
- ・デイホスピタル
- ・家に友達を招くなどして、生活様式を適応させるように方法を探る。外出せずつに
入られない状況を作る。
- ・自己尊重を高める治療

フランス：

- ・精神状態を評価（入院もあり）6 名
- ・認知行動療法 2 名
- ・集団療法 2 名
- ・家族療法
- ・個人精神療法
- ・薬物療法（抗うつ薬、抗精神病薬）
- ・インターネットをする時間を制限し、学外の集団活動に参加させる
- ・時間をかけて本人と家族を援助、出会いの場所に連れて行く

Q7 精神障害と考える場合、どう対応するか？

イギリス：

- ・精神障害と考える場合と同じように対応する 3 名
- ・環境を思い切って変え、かつ両親や友達、祖父母とともに、テレビやインターネット

ト、便利なものがない状態の中で田舎で過ごす。

- ・より社会的な活動が出来たり、適応がよりよくなるように家族療法と個人の認知アプローチをする。
- ・実際的で問題に基づいたマネージメントを考える。

フランス：

- ・本人と家族の評価（本人の身体診察も含めて）
- ・自尊心を高める治療 3 名
- ・家族療法
- ・薬物療法
- ・自己表現のワークグループ
- ・通信教育
- ・専門の教育施設に 1 年間預け、学業の再会を試みる、病院や寮などの施設を使った治療
- ・集団活動を勧める
- ・親の教育の問題
- ・家に治療者、教師を派遣する
- ・ソーシャルサポート

Q8 自国でのひきこもりの原因として何を考えるか？

イギリス：

- ・ Q6 で回答した精神疾患 3 名(併存あり)、物質乱用 2 名、発達障害 1 名
- ・文化的要因 2 名
テレビ・インターネットの普及、想像上の関係増加
病理的な世代間の関係（反抗心、抵抗、相互理解と尊重の欠落、権威に対する両価的感情）
- ・社会要因 4 名

いじめ、成功に対するプレッシャー、学業

- ・家族要因 4 名
両親の不調和、片親、関係の困難さ
- ・個人要因 5 名
特性、人格、知的能力、生物学的、遺伝学的

フランス：

- ・文化的要因 7 名
インターネット・テレビゲームの普及、バーチャルコミュニケーションの発達（逃避、維持）
- ・社会要因 5 名
個人主義が強い、学校と家庭以外に余暇を過ごす場所がない、学業
- ・家族要因 6 名
両親の寛大さ、関係の不安定性、両親の仕事にエネルギーをとられすぎる
- ・個人要因 4 名
思春期の自尊心の低さ、悪い生活習慣、受動的反抗、社会政治システムに対する攻撃、現実逃避

Q9 日本のひきこもりは、何が原因として推測するか？

イギリス：

- ・精神障害 2 名
社会的・歴史的な流れからくる社会恐怖症や広場恐怖症、物質乱用
- ・文化的要因 4 名
文化的症候群、社会的特徴
コンピューター・インターネット・他の技術により強化されている
- ・社会要因 2 名
成功に対するプレッシャー、学業、いじ

め

社会一般からや両親に対する一種の防衛的無気力 (ataxia-abasia) が受容的な敵意

- ・ 家族要因 2 名
- ・ 個人要因 特性、人格
- ・ わからない 3 名

フランス：

- ・ 精神障害 社会恐怖症の有病率が高い
- ・ 文化的要因 7 名
テレビゲーム・インターネットの普及 (逃避) 3 名、青少年に対する社会の要求が高い、精神疾患に対する世間の目が冷たく、外来受診がためられる、日本に住むのはストレスが多そう
- ・ 社会要因 5 名
制約が多い、学業 (日本は重要性が高い)、フランスより激しい競争の存在、仕事を見つけることの困難さ、プレッシャーが大きい
- ・ 家族要因 2 名
家族がほとんど家にいない、家族の価値観の崩壊、両親が寛容すぎる
- ・ 個人要因 2 名
受動的反抗、社会政治に対する攻撃、無気力が増えている
- ・ わからない 8 名

F. 考察

今回は回収できた事例数が少ないため、結果を統計処理出来ていない状態である。

印象としては、イギリスとフランス両国において、「ひきこもり」の事例は少ないと認識されているようであった。

両国とも事例を精神障害と考えるとの回答が多く、疾患としては社会恐怖症、うつ

病を考えることが多かった。フランスでは統合失調症を考えることも多かった。対応としては、認知行動療法が多く、次に家族療法や薬物療法がみられた。両国での原因は、共通してインターネットやテレビの普及があげられたことが印象的で、フランスでは両親の対応に着目していることが多かった。

日本の「ひきこもり」は、イギリス、フランス両国からは日本独特の学業や社会のプレッシャーがあると、文化的結合症候群と考える人が多いようであった。また両国に共通して、インターネット・テレビなどの技術発展が関与しているとも述べられ、その点に関しては、着目されていることが推測される。

「ひきこもり」の事例を少ないと捉えている人が多いのは印象的であったが、質問紙で「ひきこもり」のイメージがどの程度、イギリス・フランスの精神科医療従事者に通じたのかがよくわからない。もう少し説明が必要ではないかと考えている。

私たちは、日本の「ひきこもり」と同様の背景をもつ青年たちが、イギリスやフランスでは「青年のホームレス」や「ニート」として表れているのではないかという感想をもったが、これも想像の域を出ない。回収できた数は少なく、今後可能であればアジア圏にも対象を増やし、さらに考察していきたいと思う。また、「自立 (自律) した青年像」というものがイギリス・フランスと日本では異なる可能性が高く、その点についての検討も必要と考えている。

G. 研究発表 学会発表

- ・青木省三：青年期内閉への臨床的アプローチ．第46回日本児童青年精神医学会・教育講演，2005.11.9

ひきこもりの個人精神病理と治療的観点についての研究

分担研究者 近藤直司¹⁾ 2)

研究協力者 岩崎弘子³⁾ 小林真理子¹⁾ 宮沢久江¹⁾ 藤井康男³⁾ 宮田量治³⁾

1) 山梨県立精神保健福祉センター 2) 山梨県中央児童相談所 3) 山梨県立北病院

研究要旨

初年度にあたる平成17年度は、青年期ひきこもりケースの精神医学的診断について検討した。対象となった24例をDSM-IVに準拠して診断した結果、精神遅滞や広汎性発達障害など、『通常、幼児期、小児期または青年期に初めて診断される障害』が13例、『統合失調症及びその他の精神障害』が3例、『不安障害』が8例、『パーソナリティ障害（傾向）』が3例であった。診断に必要な情報が十分に得られなかったため、3例が診断保留となった。対象ケースの中には、鑑別診断が困難なものや、刺激を回避した状態が長期化し、症状が把握しにくくなっているもの、青年期になって初めて診断される発達障害のケースも認められた。次年度以降は、有効な治療・援助、特に精神・心理療法の指針について検討したい。

A. 研究目的

わが国の精神保健福祉活動は、近年、社会的ひきこもりが長期化する青年期ケースの増加に直面しており、その治療・援助は全国的な課題となりつつある。しかし、その精神医学的背景や心理特性は十分に把握されておらず、有効な治療・援助が展開されているとは言い難い現状にある。

そこで本研究は、青年期ひきこもりケースの精神医学的背景と診断をめぐる特有の課題、有効な治療・支援、とくに精神・心理療法の指針を検討することを目的とする。平成17年度は、ひきこもりケースの精神医学的診断について検討する同時に、診断をめぐる困難と課題を中心に検討する。

B. 研究方法

1 対象

本研究では、『社会的ひきこもり』を「対人関係を回避し、孤立している状態」を指すもの

とし、ごく限られた範囲の社会参加にとどまるもの、あるいは家族やインターネット上の交流だけが保たれているものもこれに含めることとした。

初回相談の時点で6か月以上にわたって『社会的ひきこもり』が持続しており、山梨県立精神保健福祉センターにおける相談・支援経過において、本人が1回以上来談したケースを検討の対象とした。

2 方法

本人が来談したケースの相談記録と相談担当者からの聴き取りをもとに、4人の専門職（精神科医〔臨床経験17年〕、精神科医〔6年〕、心理福祉職〔20年〕、心理福祉職〔17年〕）の協議によってDSM-IVに基づいて多軸的に診断した。

C. 研究結果

1 対象ケースの概要

山梨県立精神保健福祉センターにおいて

2001年4月から2005年3月の期間に受け付けた新規相談ケース814件のうち、社会的ひきこもりがみられた青年期(16歳~35歳)ケースは88件、このうち本人が1回以上来談したケースは24件であり、これを検討の対象とした。

24件の男女比は男19件、女5件で、ひきこもりの期間は平均3.9年間、最短で6か月、最長は15年であった。初回から本人が来談したケースは12件で、その他の12件は家族との相談を開始後、平均約11ヶ月後(最短で1週間後、最長で4年1ヶ月後)に本人が来談していた。本人の年齢は、平均24.4歳(17歳~34歳)、最終学歴は中学校卒9件(高校中退3件を含む)、高校卒10件(大学中退3件を含む)、専門学校・大学・大学院卒5件であった。職歴は、「全く就労経験なし」9件、「アルバイト・パート等短期の就労経験あり」13件、「1年以上の就労経験あり」2件であった。

2 対象ケースの精神医学的診断

対象ケース24件に付与されたI軸、II軸診断は別表1のとおりであった(重複診断あり)。

IV軸診断としては、「本人の自立を促進できないような混乱した家族状況」が多く、V軸(GAF)は24例の平均が40.1であった。

D. 考察

(1) 診断に必要な情報が十分に得られなかったケース

24ケースのうち診断を保留したケースは3件であった。このうち1ケースは統合失調症が疑われ、生物学的治療が優先されると判断されたため、医療機関を紹介して終了としたものであった。他の2ケースは、いずれも家族の強い希望で本人が来談に至ったものの、「親戚内の祝い事に出席しなくて済むように親を説得してほしい」といった希望を述べるだけであったり、「自分には何も問題はない」「これまで働こうとしなかったのは、親が働けと言わなかったから」と主張するなどして、相談・面接を継続

する合意に至らなかったケースであった。いずれも回避的・他罰的な傾向が強く、パーソナリティ障害圏の精神病理、あるいは広汎性発達障害が疑われたが、診断を確定するには情報が不十分であると判断した。

(2) パーソナリティ障害と発達障害、統合失調症との鑑別について

操作的な診断においては分裂病質パーソナリティ障害が最もよく合致するが、能力面の著しいアンバランスや特徴的な発達歴から、広汎性発達障害も疑われるケースがあった。また、薬物療法による過鎮静のため、病像・発達像の把握や統合失調症との鑑別が困難なケースもあった。

(3) 刺激を回避した状態にある身体表現性障害・不安障害について

ひきこもりの原因となっている精神・神経症症状が目立たなかったが、家族や知人から就労を強制されるなど、強引とも思えるような周囲の働きかけの結果、初めて身体表現性障害や不安障害が確認されたケースがあった。

(4) 青年期において初めて診断される発達障害について

本研究においてアスペルガー障害、または特定不能の広汎性発達障害(PDDNOS)と診断されたケースのほとんどは、これまで未診断であった。今回、詳細な生育歴の把握と面接内容の綿密な検討、知能検査の結果などから確定診断に至ったが、青年期に至った発達障害の診断を広く普及・定着させるためには、診断に必要な情報・手続きについて何らかの指針を示す必要があるものと思われる。

(5) ひきこもりと家族状況との関連

適応障害に分類したケースには、かつては学校不適応に伴い抑うつ的な状態であったものの、来談した時点ではほぼ改善しており、むしろ

ろ自立を求めようとしない家族要因がひきこもり状態の長期化に影響を与えているように思われるものがあった。

この他にも、本人の精神病理（Ⅰ軸、Ⅱ軸診断）だけでは長期化したひきこもり状態を説明できないと思われるケースがあり、これらについてはⅣ軸診断が重要であると考えられた。

E. 結論

ひきこもりケースの精神医学的診断について検討すると同時に、診断をめぐる困難と課題を中心に検討した。その結果21例については精神医学的診断が確定し、情報不十分のため3例が診断保留となった。

診断が困難であった症例としては、パーソナリティ障害と発達障害、統合失調症との鑑別や、刺激を回避した状態が長期化し、症状が把握しづらい不安障害や身体表現性障害などがあった。また、個人の精神病理だけでなく、家族状況がひきこもり状態の長期化に影響していると考えられるケースがあった。

F. 研究発表

論文発表

- ・ 近藤直司・小林真理子・有泉加奈絵他，思春期・青年期における不登校・ひきこもりと発達障害，精神保健研究 50 17-24 2004
- ・ 近藤直司・中嶋彩，子どものひきこもりについて，現代のエスプリ別冊うつ の時代シリーズ「うつ の時代の子どもたち」，至文堂，2005
- ・ 小林真理子・近藤直司，発達障害とひきこもり，現代のエスプリ別冊うつ の時代シリーズ「ひきこもる若者たち」，至文堂，2005
- ・ 近藤直司，「ひきこもり」を理解しよう① 青年期ひきこもりケースの精神医学的理解，保健師ジャーナル Vol. 61 No. 12 2005-12