

て大きな制約があることも事実である。

本研究では、ひきこもり状態をきたしている青年期ケースの精神病理を検討することにより、その治療・援助指針を明らかにする一助となることを目的とする。また、本人が受診・来談しないケースについても考察の対象とすることで、青年期のひきこもり問題の全体像を展望することを試み、精神科医に求められる役割について検討したい。

2. 「ひきこもり」「社会的ひきこもり」の捉え方

現在、「社会的ひきこもり」という用語は、広く対人交流や社会参加の機会をもととしない非精神病的な青年や若年成人を指すものとして用いられる場合がある。また、「社会的ひきこもり」を状態像、ないしは症状として捉えるべきなのか、あるいは診断名や診断に準ずるような均質で独立した一群の問題と考えるべきなのかといった混乱も生じているように思われる³⁾。

筆者らは、まずは「社会的ひきこもり」を状態像として規定し、その背景として想定される生物-心理-社会的要因を現行の国際的診断基準に準拠して診断・分類することを試みる必要があると考えており、本稿もその立場から論じたいと思う。

3. 研究の対象

本稿では、『社会的ひきこもり』を「年齢や社会的立場に相応した社会参加に至らず、対人関係を回避して孤立している状態」を指すものとした。山梨県立精神保健福祉センターにおいて、X年4月からX+4年3月の4年間に受け付けた全ての新規相談ケース814件のうち、6か月以上に及ぶ社会的ひきこもりがみられた青年期(16歳~35歳)ケース88件を検討の対象とした。このうち、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「来談群」、家族相談のみで本人は来談しないケースを「非来談群」とした。また、非来談群の精神医学的背景を推察する手がかりとして、来談群のうち1年以上の家族相談の後によく本人が来談したケースを「長期家族支援後の来談群」として、その精神病理や家族状況についてさ

らに詳細に検討した。

88件の経過・転帰をX+5年11月まで追跡した結果、来談群は29件、非来談群は59件であった。来談群のうち、長期家族支援後の来談群は3件であった。

4. 方 法

来談群については、相談記録の検討と相談担当者(精神科医、心理福祉職、保健師、作業療法士)からの聴き取りをもとに、精神科医(臨床経験18年)、精神科医(7年)、心理福祉職(21年)、心理福祉職(18年)の4者の協議によってDSM-IVに基づいて多軸的に診断した。診断に加わった4名以外が相談を担当したケースについては、相談記録の検討に加えて、相談担当者から1ケースにつき1時間程度の聴き取りを行った。また、精神医学的診断に基づいて、治療・援助方針や精神科医に期待される役割などについて考察を加えた。

非来談群については、家族相談の内容から、本人の精神医学的背景を推測できるような情報や精神科医療機関の受診歴などを確認し、おもに精神的な医療ニーズについて検討した。また、初回相談時の年齢、性別、ひきこもり始めた年齢、不登校経験、職歴、相談の転帰などについて来談群との間で統計的に比較・検討し、その精神病理学的特性や家族状況、家族支援の課題などについて検討を試みた。

長期家族支援後の来談群については、来談群と同様の手続きによる精神医学的診断に加えて、本人が来談するまでに長期間を要した要因について検討した。

5. 結 果

(1) 対象ケースの概要

調査対象となった88件の概要を表1に示す。

(2) 来談群の精神医学的診断

「来談群」29件の診断と相談・支援の転帰を表2に、29件の診断別件数(重複診断あり)を表3

表1 ひきこもり相談88件の概要

項目		人数 (%)
性別	男性	68人 (77%)
	女性	20人 (23%)
年齢	10代	19人 (22%)
	20代前半	29人 (33%)
	20代後半	19人 (21%)
	30代	21人 (24%)
	平均年齢	24.8歳
	最年少 最年長	17歳 35歳
ひきこもり 始めた年齢	10代	44人 (50%)
	20代前半	28人 (32%)
	20代後半	7人 (8%)
	30代	4人 (5%)
	不明	5人 (6%)
	平均年齢 最年少 最年長	18.9歳 10歳 32歳
ひきこもり 期間	1年未満	10人 (11%)
	1年以上 5年未満	41人 (46%)
	5年以上 10年未満	20人 (23%)
	10年以上	12人 (14%)
	不明	5人 (6%)
	平均期間 最短 最長	4.2年 6か月 15年
最終学歴	中卒 (高校中退含む)	28人 (32%)
	高卒 (大学中退含む)	37人 (42%)
	専門学校卒	9人 (10%)
	大卒以上	9人 (10%)
	不明	5人 (6%)
職歴	なし	45人 (51%)
	アルバイト	19人 (22%)
	正社員	23人 (26%)
	不明	1人 (1%)
不登校歴	なし	24人 (27%)
	あり	37人 (42%)
	不明	27人 (31%)
家族構成	三世同居	14人 (16%)
	両親	52人 (60%)
	父子家庭	3人 (3%)
	母子家庭	16人 (18%)
	不明	1人 (1%)

に示す。

診断を保留したのは5件であった。このうち2件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速やかに医療機関へ紹介し、精神保健福祉センターにおける相談を終了としたものであった。この他、家族の強い希望で本人が来談に至ったものの、「親戚内の祝い事に参加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無い」「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が2件あった。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も疑われたが、診断を確定するには情報が不十分であると判断した。あと1件は、高校時代から数年にわたって不登校・ひきこもりがみられていたが、来談後は速やかに社会参加に至って終結となり、ひきこもっていた当時の精神状態などについては十分な振り返りができなかった。

(3) 非来談群の特性

まず、家族相談の内容から本人の精神医学的背景を推測できるような情報や精神科医療機関の受診歴・入院歴などを確認した。59件のうち13件は、家族から統合失調症を疑わせる陽性症状や激しい巻き込み型の強迫行為が報告されたり、過去に統合失調症の診断を受け、現在は医療中断しているなどのケースであり、訪問を含めた積極的な受診勧奨の対象として保健福祉事務所へつないだり、直接、精神科医療機関を紹介していた。本人が来談しないまま社会参加に至ったことが確認できたケースは6件あり、そのうち1件は本人が自ら精神科医療機関を受診し、薬物療法を受けた後、就労に至っていた。家族相談が中断に終わったケースは35件、その他、転居先の相談機関を紹介して終了したケースなどが5件あった。これらについての情報はかなり乏しいが、確認できた範囲では7例に受診歴があり、そのうち4例には暴力

表2 来談群29件の診断と相談支援の転帰

No.	年齢	性別	I軸, II軸診断	IV軸診断	V軸診断	転帰
1	20代前半	男	統合失調症(緊張型)	特記事項なし	23	精神科病院通院
2	30代前半	女	統合失調症(残遺型の疑い)	親の過保護	51	精神科病院通院
3	30代前半	男	妄想性障害, 強迫性障害	家族の意向による能力以上の進路選択	48	精神科病院通院 精神保健福祉センター通所
4	20代後半	男	統合失調症(下位分類は不明)	情報不十分	43	精神科病院通院 授産施設通所
5	20代後半	男	双極性障害の疑い, 社会恐怖	情報不十分	情報不十分	精神科病院通院
6	10代後半	女	中度精神遅滞, 選択性緘黙, 適応障害(不安と抑うつ気分の混合を伴うもの, 慢性)	学校・家庭で障害を踏まえた対応の不足	41	障害者職業センターを経て就労
7	10代後半	女	軽度精神遅滞, 適応障害(不安と抑うつ気分の混合を伴うもの, 慢性)	母親の養育不備, 学校でのいじめ	38	福祉的就労
8	10代後半	男	軽度精神遅滞, パニック障害の既往歴のない広場恐怖	能力に見合った適切な教育環境の未提供, いじめ	30	精神保健福祉センター通所 通所授産施設体験利用
9	30代前半	男	アスペルガー障害	特記事項なし	45	発達障害者支援センター通所
10	20代後半	男	アスペルガー障害	特記事項なし	38	アルバイト・親の介護
11	20代後半	男	アスペルガー障害	特記事項なし	41	精神保健福祉センター通所
12	30代前半	男	アスペルガー障害, 強迫性障害, 特定不能の不安障害	両親の過剰な服従的傾向	20	精神科クリニック通院
13	20代前半	男	アスペルガー障害	特記事項なし	48	職業訓練所に通所後就労
14	20代後半	男	アスペルガー障害, 社会恐怖, 特定不能の身体表現性障害	特記事項なし	43	病院や相談機関を転々
15	20代前半	男	特定不能の広汎性発達障害	両親の別居, 険悪な親子関係	42	発達障害者支援センター通所
16	10代後半	男	特定不能の広汎性発達障害	特記事項なし	30	障害者相談所通所
17	20代前半	男	特定不能の広汎性発達障害, 適応障害(抑うつ気分を伴うもの, 慢性)	家族内の深刻な葛藤	35	精神科クリニック通院
18	20代前半	男	特定不能の広汎性発達障害, 社会恐怖	特記事項なし	45	発達障害者支援センター通所
19	20代前半	男	特定不能の身体表現性障害, 同一性の問題	養育環境の著しい不備, 介入・支援の遅れ	45	就労
20	10代後半	女	適応障害(不安と抑うつ気分の混合を伴うもの, 慢性)	情報不十分	情報不十分	アルバイト
21	30代前半	男	回避性パーソナリティ障害	離婚・親の過保護	51	精神保健福祉センター相談中断
22	20代後半	男	強迫性障害, 自己愛パーソナリティ傾向	親の過保護, 父親のアルコール問題	51	精神科病院通院 精神保健福祉センター通所
23	10代後半	女	社会恐怖, 特定不能のパーソナリティ障害	家族の不仲, 希薄なコミュニケーション	48	精神保健福祉センター通所
24	20代前半	男	回避性パーソナリティ障害, 特定不能の身体表現性障害	子どもの自立を促すことができない混乱した家族状況	41	精神保健福祉センターに母が時折来所
25	30代前半	男	不明(パーソナリティ障害の疑い)	情報不十分	情報不十分	精神科病院受診
26	10代後半	女	不明(統合失調症の疑い)	情報不十分	情報不十分	精神科クリニック通院 通信制高校編入
27	20代後半	男	不明(統合失調症の疑い)	情報不十分	45	精神科病院通院
28	10代後半	女	不明	情報不十分	情報不十分	精神保健福祉センター相談中断
29	20代前半	男	不明(広汎性発達障害の疑い)	子どもの自立を支えられない家族機能の問題	31	精神科病院通院

診断確定

診断保留

表3 来談群 29 件の診断別件数 (重複診断を含む)

診断名	件数	
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	軽度精神遅滞	2
	中度精神遅滞	1
	アスペルガー障害	6
	特定不能の広汎性発達障害	4
	選択性緘黙	1
統合失調症および他の精神病性障害	統合失調症	3
	妄想性障害	1
気分障害	双極性障害	1
不安障害	パニック障害の既往歴のない広場恐怖	1
	社会恐怖	4
	強迫性障害	3
	特定不能の不安障害	1
身体表現性障害	特定不能の身体表現性障害	3
適応障害	適応障害 (不安と抑うつ気分の混合を伴うもの)	3
パーソナリティ障害・傾向	回避性パーソナリティ障害	2
	特定不能のパーソナリティ障害	1
	自己愛パーソナリティ傾向	1
臨床的関与の対象となることのある他の状態	同一性の問題	1
診断保留		5

や摂食障害, 自殺企図などによる入院歴があった。家族が幻覚・妄想などの精神症状に気づいているものの, 積極的に本人を受診させようとしないうまま中断に終わったケースも3件あった。これらより, 非来談群 59 件のうち, 薬物療法を含めた精神科治療が必要であると判断されたケースが16件, 少なくとも過去のある時点で精神科医療を必要としたことが確認されたケースが8件あった。

次に, 性別, 初回相談時の年齢, ひきこもり始めた年齢, ひきこもり期間, 最終学歴, 職歴, 不登校経験, 家族構成, 相談・支援の転帰について, 来談群との間で統計的に比較・検討した。各項目でデータが不明であるケースは除外して統計処理した。

初回相談時の年齢, ひきこもり始めた年齢, ひきこもり期間, 父親の年齢, 母親の年齢の5項目についてはスチューデントの t 検定を用いて両群を比較したが, どの項目も有意差を認めなかった。性別, 最終学歴, 職歴, 不登校経験, 家族構成,

世帯の職業, 相談・支援の転帰の7項目については分割表を作成し, 両群を比較・検討した。その結果, 職歴, 家族構成, 転帰の3項目で統計的に有意差をみとめた (表4)。

職歴に関しては, 職歴がない, アルバイト歴がある, 正社員歴がある, という3項目について分割表を作成し, χ^2 二乗検定を行った結果, 有意差を認めた ($p < .05$)。残差分析の結果, 来談群では本人にこれまで職歴のないものが10ケース (34.5%) であったのに対し, 非来談群では35ケース (60.3%) ($p < .01$) であった。来談群ではアルバイト歴のあるものが11ケース (37.9%) であったのに対し, 非来談群では8ケース (13.8%) であった ($p < .01$)。以上から, 来談群ではアルバイト歴が有意に多く, 非来談群では職歴のない場合が有意に多いことが示された。

家族構成に関しては, 三世代家族, 両親のいる家族, 父子家庭, 母子家庭という4項目で分割表を作成した。そのいずれでもない1ケースについ

表4 来談群と非来談群との間で優位差のある項目

	職 歴				家族構成					転 帰				
	なし	アルバイト	正社員	計	三世代	両親	父子	母子	計	精神科医療	相談継続	社会参加	中断	計
来談群	10(34.5%)	11(37.9%)	8(27.6%)	29(100%)	7(25.0%)	14(50.0%)	3(10.7%)	4(14.3%)	28(100%)	12(41.4%)	9(31.0%)	6(20.7)	2(6.9)	29(100%)
非来談群	35(60.3%)	8(13.8%)	15(25.9%)	58(100%)	7(12.3%)	38(66.7%)	0(0%)	12(21.0%)	57(100%)	13(22.0%)	5(8.5%)	6(10.2%)	35(59.3%)	59(100%)
全 体	45(51.7%)	19(21.9%)	23(26.4%)	87(100%)	14(16.5%)	52(61.2%)	3(3.5%)	16(18.8%)	85(100%)	25(28.4%)	14(15.9%)	12(13.6%)	37(42.1%)	88(100%)

p 値=0.0215, *不明1 ケースは除外

Fisher's exact test p 値=0.0299483,

Fisher's exact test p 値<0.0001

*不明2 ケース, その他1 ケースは除外

ては除外してデータ処理した。来談群では両親と同居しているケースが14ケース(50%)であるのに対し、非来談群では38ケース(66.7%)であった。来談群では三世代同居のケースが7ケース(25.0%)あるのに対し、非来談群では7ケース(12.3%)であった。また、来談群には父子家庭が3ケース(10.7%)あったが、非来談群には父子家庭はなく、これらの差は有意であった(p<.05, Fisherの直接確率計算による)。残差分析では、父子家庭は来談群で有意に多いことが示された(p<.05)。

転帰については、精神科医療につながった場合、相談を継続した場合、社会参加した場合、相談を中断した場合という4項目で分割表を作成した。相談機関と精神科医療機関の両方を利用しているケースは「精神科医療」として、相談機関や医療機関を利用しながら何らかの社会参加に至っているものは「社会参加」としてカウントした。来談群では、本人が精神科医療につながったものが12ケース(41.4%)、精神保健福祉センターやおもな紹介先である発達障害者支援センターなどで相談を継続しているものが9ケース(31.0%)であり、相談の中断は2ケース(6.9%)にすぎなかったが、非来談群では35ケース(59.3%)が相談を中断していた。これらの差は有意であり(p<.0001, Fisherの直接確率計算による)、残差分析の結果、来談群では精神科医療につながるケースと相談継続するケースが有意に多く(それぞれp<.10, p<.01)、非来談群では相談の中断が有意に多いことが示された(p<.01)。

(4) 長期家族支援後の来談群について

対象者は3名で、家族が初めて相談に訪れてから本人が来談するまでの期間は、それぞれ1年3ヶ月、2年1ヶ月、4年7ヶ月であった。精神医学的診断としては3例すべてに社会恐怖を認め、併存障害は特定不能の広汎性発達障害が1名、特定不能のパーソナリティ障害が1名、広汎性発達障害の疑いが1名であった。広汎性発達障害とその疑いが強い2例には著しい頑なさや物事を曲解する傾向、特定の事柄への固執などが共通しており、生活上の変化や新しい状況に直面することに対して抵抗感を抱きやすい傾向がみられた。職歴なしが2名、アルバイト歴ありが1名であった。家族状況としては、家族同士のコミュニケーションの希薄さや家族が一方向的に本人を叱咤するような関係など、本人が医療機関や相談機関を利用するように適切に促したり、話し合ったりすることができない家族状況がみられた。

6. 考 察

(1) 青年期ひきこもりケースの精神医学的診断について

筆者らは本研究において、6ヶ月以上に及ぶ社会的ひきこもりをきたす青年期ケースは、本人に会える場合には、基本的に現行の国際的診断基準によって分類・診断が可能であることを示した。また、諏訪、鈴木は、精神医学的診断を検討したひきこもりケース14例のうち2例については従来の診断カテゴリーには分類せず、「一次性ひきこもり」という新カテゴリーを提唱しているものの、12例については社会恐怖、強迫性障害、妄

想性障害, 広汎性発達障害がそれぞれ2例ずつ, 身体表現性障害, うつ病性障害, 注意欠陥/多動性障害, 境界知能が1例ずつであったとしている⁵⁾。

これらの報告から, 少なくとも本人が精神科治療や精神保健福祉相談を活用しているケースを慎重に検討すれば, その多くに何らかの精神科診断が付与されることが明らかになってきている。これまで青年期ひきこもりケースについて, 一部には「中核群では, 本人の病理性は軽い」「精神障害がない」といった解釈も示されていたが, 今後は国際的診断基準を基軸に精神医学的解明を進めていくことが重要であると思われる³⁾。

ただし, 本人が困難を感じている社会的場面や精神症状などについて率直に述べる, 必要な場合には知能・心理検査の実施に同意する, 家族からも十分な発達歴が聴取できるなど, 確定診断にはいくつかの条件が揃っている必要がある。また, 診断に迷うケースも少なくない。たとえば, 操作的診断基準においてはパーソナリティ障害が最もよく合致するが, 能力面の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, 両者の鑑別が困難なケースがある。パーソナリティ障害と広汎性発達障害との鑑別や重なり合いについては, 近年, 児童精神医学にとどまらず精神医療全般において重視され始めている。第102回の本学会総会でもシンポジウムのテーマとして取り上げられており¹⁾, 今後, 診断に必要な手続きについての何らかの指針が必要になるものと思われる。また, 刺激を回避した状態にあるため, ひきこもりの原因となっている精神症状が目立たない, 本人が自らのひきこもりのメカニズムを言語化できない場合や意図的に報告しようとしがない場合があることなど, ひきこもりケースに特異的とも思われる診断の困難性が指摘されている³⁾。

ただし, 筆者らが青年期のひきこもり問題について, 個人の精神病理学的視点からのみ論じようとしているものではないことは付言しておく必要がある。本論では個人精神病理を中心に検討しているが, ひきこもり状態の長期化と家族状況との

関連, あるいは文化・社会的状況との関連⁵⁾についても積極的な議論が必要であることを強調しておきたい。

(2) 本人への治療・援助方針と精神科医に求められる役割について

表2, 3に示したように, 来談群にみられる精神医学的背景は多様である。発達障害やパーソナリティ障害(ないしは傾向 trait)に不安障害や適応障害が併存するようなケースも多く, 必ずしも明瞭に区分できるわけではないが, 精神医学的背景と治療・援助方針, 精神科医に求められる役割に注目し, 来談群のうち診断を確定した24件を以下の三群に分類しておきたい^{2,3)}。

第一に, 統合失調症や気分障害, 不安障害を主診断とし, 一般的な精神科医療の対象となる一群がある。表2のNo.1からNo.5までがこれに相当する。近年, 社会恐怖(社会不安障害)についても薬物療法の有効性を示す多くの報告があり, ひきこもりケースに対する精神科医療の役割に, 今後さらに多くの期待が寄せられるものと思われる。

第二に, 何らかの発達障害を認め, 発達臨床, 発達支援の観点が必要になる一群がある。表2ではNo.6からNo.18までが相当する。これらは, 軽度知的障害や広汎性発達障害などのために年齢相応の社会的要請に応えられないケースや, 過去の出来事への固執や生活状況を変えることへの抵抗感が強い, あるいは不安障害や適応障害などの併発のためにひきこもり状態が遷延しているケースであった。生活・就労支援については非医療機関の役割も大きい, 的確な診断と併存障害の治療は精神科医の重要な役割であると思われる。

第三に, 精神療法やその他の心理社会的支援が中心になると思われる一群がある。表2ではNo.19からNo.24までがこれに相当し, パーソナリティ障害(傾向)や同一性の問題 identity problemなどのケースが中心である。また, 薬物療法の有効性が低く, 心理社会的支援が重視される社会恐怖のケースなどもこの群に含まれよう。この

群の治療・援助については、カウンセリング機関や民間の支援団体など、非医療的な支援システムの役割も大きいと思われるが、これまで蓄積されてきた精神療法研究は多くの心理社会的支援の方向性を検討する上で有用であろう。また、第二群と三群は精神保健福祉センターや保健福祉事務所などの公的支援機関でフォローされることも多く、精神科医にはこれらの公的相談機関におけるリーダーシップが求められる。

(3) 非来談群の特性と支援課題

ひきこもりという問題の性質上、本人は受診・相談につながらないケースが多く、本研究においても、88例のうち59例は家族だけが来談したケースであった。本人に会えていないうえ、家族相談も1回から数回で中断に終わるケースが多く、精神医学的検討には大きな制限を伴うが、ひきこもりケースの全体像を検討するためには避けて通れない課題でもある。

まず、家族相談の内容から本人の精神医学的背景を推測できるような情報や精神科医療機関の受診歴などを確認したところ、非来談群59件のうち、家族から幻覚・妄想や激しい強迫行為などの精神症状が報告され、薬物療法を含めた精神科治療が必要であると判断されたケースが16件、少なくとも過去のある時点で精神科医療を必要としていたことが確認されたケースが8件あった。

次に、性別、初回相談時の年齢、ひきこもり始めた年齢、ひきこもり期間、最終学歴、職歴、不登校経験、家族構成、相談・支援の転帰について来談群との間で統計的に比較・検討することにより、非来談群の精神病理や家族状況などの特性を検討することを試みた。その結果、職歴の有無、家族構成、相談・支援の転帰という3項目において統計的な有意差を認めた。

まず、来談群にはアルバイト歴のあるケース、非来談群では職歴のないケースが有意に多かった。このことから、非来談群には社会への志向性、回避傾向、社会適応能力などの点で、より深刻なケースが多く含まれていることが推測された。

家族構成では、来談群に父子家庭が多いことがわかった。また、有意差はなかったものの非来談群では両親との同居が、来談群では三世代家族が多かったことから、父親や祖父母の存在は、本人が来談する促進要因になっている可能性がうかがわれた。

相談の転帰としては、非来談群で有意に中断が多かった。山梨県立精神保健福祉センターでは、家族だけが来談するケースに対して、まずは面接や家族教室などで家族相談を継続することが多い。本人の生活状況を把握し、状況によっては保健所と協力するなどして訪問を実施する場合もあるが、その際にもできるだけ本人の意向を確認するようにしている。中断ケースの多くは、継続的な相談に対する家族の意欲や動機付けが乏しかったり、本人への訪問カウンセリングを早急に実施することを希望していた。また、数回は通所してくるものの、本人に目立った変化がみられないことを理由に相談を中断する家族も多かったことから、今後、家族の相談動機を維持できるような支援技術や、従来よりもさらに積極的に自宅への訪問を試みるなど、短期間で何らかの成果を出せるような相談活動のあり方を検討する必要があると思われる。

(4) 長期家族支援後の来談群について

本人が来談するまでに1年以上を要した3ケースには、社会恐怖を背景とした回避傾向や著しい頑なさ、生活の変化や新しい状況に対する強い抵抗感などの精神病理学的特性が共通して認められた。また、本人が医療機関や相談機関を利用するように促したり、話し合ったりできるような家族関係が失われている傾向もうかがわれたが、こうした家族状況が本人の受診・相談へのつながりにくさの一要因として捉えられるのか、本人が相談・受診や家族との関わりを拒否する結果、二次的に生じた変化なのかを特定することはできない。

7. 結 論

本研究は、社会的ひきこもりをきたす青年期ケ

ースのうち本人が受診・来談する場合には、基本的には現行の操作的診断基準 (DSM-IV) で診断・分類が可能であり、ひきこもり問題の精神医学的解明にあたって国際的診断基準が適用できることを示唆するものである。ただし、ひきこもりケースの診断には特有の困難さがあり、発達障害の鑑別診断など、大きな臨床的課題も関連してくる。また本研究の対象が、精神医学的診断を検討したケース 29 件、家族からの情報をもとに精神科的な医療ニーズや精神病理学的特性・家族状況を検討したケース 59 件に限られており、青年期のひきこもりケース全般にわたる結論とすることはできない。

ただし、家族相談のみで本人が来談しなかったケースと、1年以上に及ぶ家族相談の後によく本人が来談したケースの検討から、本人が来談しない、あるいは、なかなか来談しようとしないうちの中には、薬物療法を含めた精神医学的治療を必要とするケースが少なくないこと、本人が自ら受診・来談するケースに比べて、生活の変化や新しい状況に直面することへの強い抵抗感、社会への志向性や回避傾向、社会適応能力などの点においてより深刻なケースが多いことが示されており、もしも本人が受診・来談すれば、何らかの精神科診断が付与される可能性は高いものと考えられる。また、本人が来談するかどうかということに家族構成・家族状況が関連している可能性が示され、家族への相談・支援におけるいくつかの

課題が明らかになった。

最後に、精神科医療機関における診断・治療の他、的確な診断と生活・就労支援システムとの連携、精神療法研究や公的相談機関におけるリーダーシップなど、精神科医は青年期のひきこもり問題に対して多くの貢献を求められていることを強調しておきたい。

謝 辞

山梨県立北病院院長、藤井康男氏、同副院長、宮田量治氏には本論の研究計画について、また、徳島大学総合科学部、境 泉洋氏には統計解析について、それぞれ貴重なご助言をいただきました。厚く御礼を申し上げます。

本研究は、平成 17 年度、18 年度厚生労働科学研究費補助金 (こころの健康科学研究事業)、思春期・青年期の「ひきこもり」に関する精神医学的研究 (主任研究者：井上洋一) の分担研究として実施した。

文 献

- 1) 鹿島晴雄, 藤山直樹, 衣笠隆幸ほか: シンポジウム, アスペルガー症候群とシゾイドパーソナリティ障害——臨床的あるいは生物学的視点から考える——. 精神経誌, 109; 30-54, 2007
- 2) 近藤直司: 青年期のひきこもりについて. 精神経誌, 103; 556-565, 2001
- 3) 近藤直司: 青年期ひきこもりケースと「ひきこもり」概念について. 精神科治療学, 21; 1223-1228, 2006
- 4) 鈴木國文: 社会の変化と思春期青年期の臨床への影響. 精神科治療学, 21; 1173-1181, 2006
- 5) 諏訪真美, 鈴木國文: 「一次性ひきこもり」の精神病理学的特徴. 精神経誌, 104; 1228-1241, 2002

The Psychiatric background of Social Withdrawal in Adolescence

Naoji KONDO^{1,2)}, Hiroko IWAZAKI²⁾, Mariko KOBAYASHI³⁾, Hisae MIYAZAWA¹⁾

- 1) *Yamanashi Prefectural Mental Health Welfare Center*
- 2) *Yamanashi Prefectural Central Child Guidance Center*
- 3) *Yamanashi Support Center for Developmental Disorders*

In recent years, Japan's mental health welfare service personnel are encountering a growing number of adolescents in whom social withdrawal persists for extended periods. The provision of treatment and support for these individuals has become a challenge that needs to be addressed on a nationwide scale. This study was conducted to identify the guidelines for treating and assisting adolescents who manifest social withdrawal behaviors, and to clarify the psychiatrist's role.

Of the consultation requests sent to the Yamanashi Prefectural Mental Health Welfare Center, cases of adolescents manifesting social withdrawal behaviors were classified into the following three groups and studied: (1) the Consultation Group (the subject himself/herself came to the center and made use of the consultation and assistance services), (2) the Non-Consultation Group (only the subject's family came to the center for consultation, and the staff were unable to meet him/her), and (3) the Consultation-after-Family-Support Group (those subjects in the Consultation Group whom the staff could finally meet after one year or more of consultations with the family).

As a result, we learned that adolescent cases of social withdrawal could be diagnosed and classified, in principle, according to the current diagnostic criteria (DSM-IV), and that, from here on, we aim to psychiatrically elucidate the pathology by focusing on international diagnostic criteria. We also showed that, compared with the Consultation Group, the Non-Consultation Group had a greater number of subjects with no employment history. The subjects within this group, moreover, tended to exhibit even more serious problems, and there was a possibility that the family structure and circumstances influenced whether or not the subjects visited the center for consultation. We also determined some of the issues related to assistance and support provided to individuals who fail to come to the center for consultation.

Furthermore, we showed the possibility that psychiatry and psychiatrists play a wide variety of roles in dealing with the issue of social withdrawal in adolescence. These include: (a) cases in which a psychiatrist is called upon to provide diagnosis and treatment, (b) cases in which non-medical consultation service institutes play a central role in providing assistance in daily living and matters relating to employment, and a psychiatrist is called upon to provide adequate diagnosis and guidance, and (c) cases in which a psychiatrist collaborates and cooperates with private-sector support groups.

<Authors' abstract>

<Key words : social withdrawal, adolescence, psychiatric diagnosis, the guidelines for treating and assisting>

社会的ひきこもり

近藤 直司

KEY WORDS

adolescence, young adult, psychiatric diagnosis, treatment, psycho-social support

1 はじめに

青年のひきこもりをめぐる近年の議論は、心理・文化・社会的視点が強調され、生物学的な視点は排除される傾向があったように思う。また一部には、「社会的ひきこもり」が1つの診断カテゴリーであるかのような誤解や、「ひきこもりには精神障害がない」「青年期のひきこもりは精神科治療の対象ではない」といった画一的な解釈も生じたため、大きな社会問題として取り上げられたにもかかわらず、有効な臨床研究の蓄積は滞っていたように思われる。私たちは、社会的ひきこもりを生物-心理-社会的な諸要因によって生じている1つの状態像として捉え直し、その精神医学的背景の解明や治療・援助に貢献する責任を再確認する必要があると思う。

2 青年期ひきこもりケースの精神医学的背景と診断上の困難

社会的ひきこもりの精神病理学的背景は多様であり、有効な治療・援助のためには個々のケースに対する的確な診断が1つの核心にな

る。

筆者らは、青年期において社会的ひきこもりをきたしているケースの精神医学的診断を検討した⁸⁾。この研究では、『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」を指すものと規定し、「年齢相応の社会参加に至らず、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」も含めることとした。2001年4月から2005年3月の間に山梨県立精神保健福祉センターで受けた新規相談ケースのうち、初回相談の時点で6カ月以上にわたる『社会的ひきこもり』がみられた青年期ケース(16歳～35歳)は88件、このうち支援経過において、本人が1回以上来談した24ケースを対象にDSM-IVに基づいて診断を検討した。情報不足のために診断を保留したのは3件であった(表1)。

診断に困難を伴うようなケースも多かった。以下のような点は、多くの治療者が直面する課題ではないかと思う。

1. 内的・情緒的なひきこもりについて

問題の性質上、本人に会えない事例や治療中断例が少なくない。また、クライアントはしばしば情緒的にもひきこもっており、自らの内的

Social withdrawal

KONDO Naoji 山梨県立精神保健福祉センター/山梨県中央児童相談所〔〒400-0005 甲府市北新1-2-12〕

表 1 対象 24 例のプロフィール

	年齢	性別	I 軸, II 軸診断	IV 軸診断	V 軸診断	転帰
第 1 群	20 代前半	男	統合失調症(緊張型)	特記事項なし	23	精神科病院通院
	30 代前半	女	統合失調症(残遺型の疑)	親の過保護	51	精神科病院通院
	30 代前半	男	妄想性障害, 強迫性障害	家族の意向による能力以上の進路選択	48	精神科病院・精神保健福祉センター通所
	20 代後半	男	双極性障害の疑い, 社会恐怖	情報不十分	情報不十分	精神科病院通院
第 2 群	10 代後半	女	中度精神遅滞, 選択性緘黙, 適応障害(不安と抑うつ気分の混合を伴うもの)	学校・家庭で障害をふまえた対応の不足	41	障害者職業センターを経て就労
	10 代後半	女	軽度精神遅滞, 適応障害(不安と抑うつ気分の混合を伴うもの, 慢性)	母親の養育不備, 学校でのいじめ, 障害者として扱われることの本人の抵抗感	38	福祉的就労
	10 代後半	男	軽度精神遅滞, パニック障害の既往歴のない広場恐怖	能力に見合った適切な教育環境の未提供, いじめ	30	精神保健福祉センター通所・通所授産施設体験利用
	30 代前半	男	アスペルガー障害	特記事項なし	45	発達障害者支援センター通所
	20 代後半	男	アスペルガー障害	特記事項なし	38	アルバイト・父親の介護
	20 代後半	男	アスペルガー障害	特記事項なし	41	精神保健福祉センター通所
	30 代前半	男	アスペルガー障害, 強迫性障害, 特定不能の不安障害	両親の過剰な服従的傾向	20	精神科クリニック通院
	20 代前半	男	アスペルガー障害	特記事項なし	48	職業訓練所に通所後就労
	20 代後半	男	アスペルガー障害, 社会恐怖, 特定不能の身体表現性障害	特記事項なし	43	病院や相談機関を転々
	20 代前半	男	特定不能の広汎性発達障害	特記事項なし	42	発達障害者支援センター通所
	10 代後半	男	特定不能の広汎性発達障害	特記事項なし	30	障害者相談所通所
	20 代前半	男	特定不能の広汎性発達障害, 社会恐怖	特記事項なし	45	発達障害者支援センター通所
第 3 群	20 代前半	男	特定不能の身体表現性障害, 同一性の問題	養育環境の著しい不備, 介入・支援の遅れ	45	就労
	10 代後半	女	適応障害(不安と抑うつ気分の混合を伴うもの)	情報不十分	情報不十分	アルバイト
	30 代前半	男	回避性パーソナリティ障害	離婚・親の過保護	51	精神保健福祉センター相談中断
	20 代後半	男	強迫性障害, 自己愛パーソナリティ傾向	親の過保護, 父親のアルコール問題	51	精神科病院・精神保健福祉センター通所
	20 代前半	男	回避性パーソナリティ障害, 特定不能の身体表現性障害	子どもの自立を促すことができない混乱した家族状況	41	精神保健福祉センターに母親が断続的に来所
診断保留	30 代前半	男	不明(パーソナリティ障害の疑い)	情報不十分	情報不十分	精神科病院受診
	10 代後半	女	不明(統合失調症の疑い)	情報不十分	情報不十分	精神科クリニック通院, 通信制高校編入
	20 代前半	男	不明(広汎性発達障害の疑い)	特記事項なし	31	精神保健福祉センター相談中断

体験を語ることや、困っている問題について話すことにさえ抵抗感を抱いていることもある。こうした場合、治療・援助関係が維持できたとしても、それだけでケースについての理解が深まるわけではない。これらは、内的にひきこもっている人を理解しようとする際に直面する基本的な難しさでもある。

2. 「精神症状がみられない」とされるケースについて

多くの治療者・援助者が、深刻な社会的ひきこもりを生じさせるだけの精神症状を把握できないケースに直面している現状もある。この点について、ひきこもりケースの中には何らかの精神症状によってひきこもりが生じているというよりも、ひきこもりそのものが一義的な問題として捉えられる一群があると指摘する臨床家は多い^{4,11,13,14)}。

例えば塩路ら¹³⁾は、強迫行為や外出恐怖、赤面恐怖など神経症的な焦点が比較的明確で、症状を回避する結果ひきこもりに陥っている症例を「二次的なひきこもり」とし、症状の焦点が漠然としており、当初からひきこもりそのものが中心的な問題となっているものを「一次的なひきこもり」と呼んだ。「一次的なひきこもり」に分類された症例の精神医学的診断は、対人恐怖と回避性パーソナリティ障害が中心である。同様に衣笠⁴⁾は、精神病症状や神経症症状が顕著ではなく、ひきこもりそのものが主な特徴である一群のケースを「一次的ひきこもり」と呼び、スキゾイド・パーソナリティ障害、回避性パーソナリティ障害、自己愛パーソナリティ障害によって構成されるとしている。

スキゾイドや自己愛の病理を中心とするケースの中には、操作的な診断基準だけでなく、その精神力動を理解しようとする視点がなければ、社会的ひきこもりに至るメカニズムを把握することは難しいように思う。また、ひきこもった生活を送っているために、その原因となっている精神・神経症症状が目立たない場合がある。ICD-10では広場恐怖と社会恐怖について、

「一貫して恐怖症的な状況を回避することができるので、ほとんど不安を体験しない者もいることに留意しなければならない」という記述があり、上記24例の中にも、社会参加や外出を強く促すなど、家族や知人による何らかの働きかけの結果、はじ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。クライアントが診察や相談の場面でこれらの症状を自ら報告しない場合、不安障害や身体表現性障害はさらに見逃される可能性が高くなるものと思われる。

3. 青年期において初めて診断される発達障害について

青年期における発達障害は、詳細な生育歴の把握と面接内容の検討、知能検査の結果などから確定診断に至る。ただし、青年期や成人期のケースに対する発達障害の診断が広く定着しているとはいえない。今後、鑑別診断や診断に要する情報や手続きについて、何らかの指針が必要になるものと思われる。

3 本人への治療・援助について

表1に示したように、青年期ひきこもりケースにみられる精神医学的背景は多様である。発達障害やパーソナリティ障害(傾向)に不安障害や適応障害が併存するようなケースも多く、必ずしも明瞭に区分できるわけではないが、精神医学的背景と治療・援助方針、精神科医に求められる役割について、大まかに3つに分類してみたい。

1. 第一群

一般的な精神科医療の対象となる一群、つまり、統合失調症や気分障害、不安障害が主診断となるグループである。薬物療法などの生物学的治療に加えて、精神療法的アプローチや生活・就労支援、家族支援など、包括的な介入を要することもある。社会恐怖(社会不安障害)についても、近年、薬物療法の有効性を示す多くの報告がある。このうち永田ら⁹⁾は、社会不安障害によって深刻な社会的ひきこもりが生じて

いるケースにも SSRI/SNRI の有効例が少なくないことを報告している。

2. 第二群

何らかの発達障害を認め、発達臨床や発達支援の観点が必要になるケースをすべてこのグループに分類した。軽度知的障害や広汎性発達障害などのために年齢相応の社会的要請に応えられないケースや、過去の出来事への固執や生活状況を変えることへの抵抗感のために、ひきこもり状態が遷延しているケース、あるいは、気分障害、不安障害、適応障害などの併発例も多い。

彼らは家族に説得されて渋々来談したものの、ひどく不機嫌であったり、これまでの対人関係をめぐり不快な経験から、初対面の治療者・援助者にさえ被害感を抱いていることもある。初期の治療・相談場面では、クライアントのペースを尊重していいない関わりが望まれる。話しことばより文字の方が表現・理解しやすい人にはノートを使いながら面接したり、ファックスやEメール、作業療法や芸術療法の手法を取り入れるなど、クライアントの得意なコミュニケーション方法を活用することも重要である⁶⁾。発達障害者支援センターや精神保健福祉センター、保健所などをフィールドに、生来的な知的水準や発達特性をふまえた支援の取り組みが報告され始めているが^{1,3,12)}、知的障害を伴わない発達障害者の生活・就労支援については、今のところ有効な支援メニューが少ないため、精神障害や知的障害の支援施策を援用することも多い。精神科医の役割としては、的確な診断と併存障害の治療が重要であろう。

3. 第三群

主診断か副診断のいずれかにパーソナリティ障害(ないしはその傾向)や同一性の問題(identity problem)などが付与され、精神療法的アプローチが中心になるケースを第三群とした。

Gabbard G²⁾は回避性パーソナリティ障害に対して表出的・支持的な個人精神療法と集団精神療法が有効であることを指摘し、その要点を、

人前に自分をさらすことへの当惑や恥辱に共感しながらも、恐れている状況に自身をさらしていくように確固とした態度で励ますこと(支持的要素)、羞恥心の基礎にある理由と過去の体験との関連を探求すること(表出的要素)と解説している。また、表出的要素の一例として、批判的・威圧的な父親から繰り返し屈辱的な扱いを受けてきた女性が、感情的になることや恥をかかされることを過剰に恐れたり、楽しい気持ちになることに罪悪感を抱くようになったことが洞察された精神療法症例を提示している。

また、不安定なセルフ・エスティームや万能的態度などの自己愛の病理、情緒的孤立と内的現実への囚われを伴うスキゾイド・パーソナリティが問題となるケースに出会うことも多いように思う。こうした人たちは、いわば、“他者と現実的な関わりを持とうとすると、急速に心のバランスを失う人たち”であり、自らの能動性を放棄し、家族に依存・寄生することで安定を維持していたり、「自分のことはすべてわかっている」といった万能感が強い場合などは、本人が支援・治療を拒んだり、精神療法が行き詰まったまま長期化してゆくこともある。支援・治療の中断例や、現行の生活・就労支援にのりにくいケースも少なくない。まずは治療・援助関係を維持しつつ、①他者との関係を安全なものとして体験できるようになること、②セルフ・エスティームが安定すること、③万能的な内的世界からの抜け出すこと、④依存性・寄生性の軽減と能動性の回復、などが中心的な課題となる。

上記、永田らの報告⁹⁾は、社会不安障害のために外来受診した人が薬物療法を拒否したり、薬物療法により社会的ひきこもりが著明に改善したにもかかわらず、いくら丁寧に説明しても自ら治療を中断した症例が複数あったことについても言及している。また、これらの症例が回避性パーソナリティ障害の併存例であったことを示唆し、「良くなることさえも怖がって回避する傾向」によるものと考察している。こうし

た局面は、多くの治療者・援助者が共通して経験しているのではないかと思われ、さらに検討を深める必要のある臨床的課題である。精神分析や精神分析的な精神療法の臨床研究では、好ましい治療過程が進展しているにもかかわらず、治ることや治療の進展を拒絶する精神力動が精神療法における陰性治療反応として考察されており、こうした局面の理解にも有用である^{5,7)}。

4 家族支援について

ひきこもりという問題の性質上、本人に会えないケースも多く、家族を対象にした相談活動や心理教育プログラム、親の会などの試みが各地で定着してきている。楢林¹¹⁾は、ひきこもりケースに対する家族支援の有用性を、以下のような3つのレベルに整理している。

①症状形成に関与する家族内相互交流パターンのレベル：ひきこもりが家族との相互交流のパターンにも影響を受けているという仮説に立ち、家族間の交流パターンの変化により、ひきこもりという現象も変化することを期待するアプローチ。

②ひきこもりに付随する問題解決のレベル：ひきこもり現象が直ちに解消しなくても、ひきこもりに付随して生じる問題や家族とのトラブルを軽減するためのアプローチ。

③家族への支持レベル：家族は抑うつ、自責、焦燥などの不安定な感情状態にあるため、まずは家族が気力を回復し、問題解決の希望を持つことができるようになるためのアプローチ。

山梨県立精神保健福祉センターでは、思春期・青年期の子どもを社会に送り出してゆくための「橋渡しシステム」としての家族機能¹⁰⁾を重視している。特に、本人が受診・来談せず、家族だけが相談に訪れている場合には、①まずは、今後の人生について話し合える親子関係を取り戻すことを目標とする、②現在の生活を変えるために何らかの努力を始めるか、そうでなければ、自ら受診・相談するといった選択を、期限

を切って本人に促す、③上記の方針に沿ってさまざまな関わりを試み、いずれも無効であった場合には、とにかくいったんは離れて生活したり、本人を家から出すことも検討してみる、といった段階的な目標に沿って家族面接や心理教育を実施している。

こうした家族支援に共通するのは、過去の原因を究明しようとするよりも、現在から未来を指向した問題解決を念頭に置くこと、問題解決のための新たな行動選択の可能性を発見するために、家族が希望や意欲、自信を回復することを重視する姿勢である¹¹⁾。

5 おわりに

若年者を対象としたさまざまな就労支援施策の他、NPOや民間支援団体などが運営する、いわゆる居場所や訪問カウンセリング、就労体験、宿泊訓練などの支援プログラムを活用することで、ひきこもり状態を脱する人も多いと思われる。これらは、ひきこもりに悩む本人や家族にとって精神科医療や公的な精神保健福祉サービス以上にアクセスしやすく、きめの細かい支援を受けられる社会資源として多くの期待を集めている。しかしその一方で、平成18年5月には、「引きこもり者更生支援施設」と称するNPO法人の代表らが施設入所者への逮捕監禁致死容疑によって逮捕される事件も起きており、精神科医療・精神保健福祉分野の専門職には、今後も堅実な治療・支援実践と臨床研究の積み重ねが求められていると思う。

文献

- 1) 有泉加奈絵, 近藤直司: 青年期ひきこもりケースを対象としたSST(社会技能訓練)の試み, 厚生労働科学研究(こころの健康科学研究事業), 「地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究」(主任研究者: 伊藤順一郎), 総合研究報告書 2003
- 2) Gabbard GO: Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice: The DSM-IV Edition. American Psychiatric Press, 1994 (館 哲朗監訳: 精神力

- 動的精神医学—その臨床実践 [DSM-IV版] —,
③臨床編：Ⅱ軸障害. 岩崎学術出版社, 東京,
1997
- 3) 日詰正文：アスペルガー症候群への地域保健が
果たせる支援. 臨床精神医学 34：1199-1205,
2005
- 4) 衣笠隆幸：ヤングアダルトのひきこもり. 臨床
精神医学増刊号, pp147-152, 1998
- 5) 菊地孝則：通院設定での個人精神療法. 狩野力
八郎, 近藤直司編著：青年のひきこもり. 岩崎
学術出版社, 東京, pp185-196, 2000
- 6) 小林真理子, 近藤直司：青年期のひきこもり
と発達障害. 現代のエスプリ, 至文堂, 東京,
2006 (印刷中)
- 7) 近藤直司：青年期におけるひきこもりの成因と
長期化について. 精神医学 45：235-240, 2003
- 8) 近藤直司, 岩崎弘子, 小林真理子ほか：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. 平成 17 年度, 厚生労働科学研究 (こころの
健康科学研究事業), 「思春期・青年期のひきこ
もりに関する精神医学的研究」(主任研究者：井
上洋一) 研究報告書
- 9) 永田利彦, 大島 淳, 和田 彰ほか：社会不安
障害に対する薬物療法. 精神医学 46：933-939,
2004
- 10) 中村伸一：非行の家族を中心に. 家族療法研究 8:
132-137, 1991
- 11) 楢林理一郎：「ひきこもり」を抱える家族への援
助. 狩野力八郎, 近藤直司編：青年のひきこもり.
岩崎学術出版社, 東京, pp151-160, 2000
- 12) 澤田信也, 原田ゆかり, 中野育子ほか：青年期
アスペルガーグループの活動. 臨床精神医学
34：1125-1132, 2005
- 13) 塩路理恵子, 久保田幹子, 中村 敬：神経質と
ひきこもり. 精神療法 26：549-556, 2000
- 14) 諏訪真美, 鈴木國文：「一次性ひきこもり」の精
神病理学的特徴. 精神神経誌 104：1228-1241,
2002

*

*

*

青年期ひきこもりケースと「ひきこもり」概念について

近藤 直司*

抄録：現在、「ひきこもり」概念、あるいは「社会的ひきこもり」の精神医学的な捉え方は混乱した状況にあり、このことが本人や家族への支援・治療を進展させるうえで一つの障壁となっているように思われる。本稿では、こうした混乱の背景を検討し、精神医学における「社会的ひきこもり」の捉え方や精神疾患・障害との関連、ひきこもりケースの診断をめぐる特有の困難について考察した。また、ひきこもりケースの精神病理学的背景に応じた支援・治療方針を整理したうえで、精神科医や精神保健福祉サービスに求められる役割にも言及した。

精神科治療学 21(11); 1223-1228, 2006

Key words : *social withdrawal, adolescence, definition, psychiatric diagnosis*

I. はじめに

厚生労働省は平成17年5月から、教育訓練も受けず就労することもできない若年者等を対象に若者自立塾創出推進事業を創設し、全国20カ所のNPO法人に運営を委託した。こうしたNPOや民間支援団体が運営する居場所や就労体験、宿泊訓練などの支援プログラムは、ひきこもりに悩む当事者が活用しやすく、きめの細かい支援を提供できる社会資源として期待が寄せられている。

しかし、ここで懸念されるのは、「社会的ひきこもり」「ニート」といった概念のもとに、多様な精神病理学的背景をもつ人たちが、たとえば、生物学的治療を要する精神障害をもつ人たちが、そ

れぞれの発達特性に応じた支援が必要な発達障害圏の人たちまでもが、必要な個別的配慮を欠いたまま一様に扱われるような事態である。平成18年5月、施設入所者への逮捕監禁致死容疑によって、「引きこもり者更生支援施設」と称するNPO法人の代表らが逮捕される事件が起きた。今後、民間支援施設の活動内容とともに、個々の利用者が支援対象として適当であるかどうかという判断が課題になり、精神保健福祉行政や精神科医、精神保健福祉専門職の果たすべき役割が問われることになるかもしれない。

また、薬物療法の適応となるような不安障害を背景としてひきこもっているケースを、診療機能をもたない精神保健福祉センターに「ひきこもりだから…」という理由で紹介してくる医療機関もある。これらに共通する背景として、精神医学的に「社会的ひきこもり」をどのように捉えるのか、ひきこもりと精神疾患・障害との関連をどのように理解するのかといった点について、専門職の間に混乱があるように思う。本稿では、精神医学における「ひきこもり」の概念や、ひきこもりケースに対する精神科医や精神保健福祉サービス

Social Withdrawal in adolescence and defining social withdrawal.

*山梨県立精神保健福祉センター/山梨県中央児童相談所
〔〒400-0005 山梨県甲府市北新1-2-12山梨県福祉プラザ〕
Naoji Kondo, M.D.: Yamanashi Prefectural Mental Health Welfare Center./Yamanashi Prefectural Central Child Guidance Center. 1-2-12, Kitashin, Kofu-shi, Yamanashi, 400-0005 Japan.

に求められる役割について、改めて検討・整理してみたい。

Ⅱ. ひきこもり概念の混乱について

まず、今日的な青年のひきこもりが精神医学において、あるいは社会一般において、どのように捉えられてきたのか、その現状と問題点について整理しておきたい。

従来、精神医学や心理学において、ひきこもりという用語はおもに以下の二つの意味合いで用いられてきた。一つは、周囲に無関心になり、もっぱら自らの精神内界の現実のみ心を奪われ、全能的自己愛に浸っている現象、つまり内的・情緒的なレベルで生じているひきこもりであり、もう一つは、生活する空間や時間を狭め、外出しなくなったり、家族とも顔を合わせないように昼夜逆転の生活を送るなど、対人関係の回避や孤立といった現象、つまり外的・社会的なひきこもりである。

いずれにしても、精神医学ではひきこもりを症状ないしは状態と捉えるのが一般的であり、症状・状態の背景には、その原因となる疾患・障害が存在するというのが基本的な考え方であった。しかし、こうした精神医学的常識は、社会的ひきこもりの「定義」が普及した頃から、にわかには混乱し始めたように思われる。たとえば斎藤⁸⁾は、「社会的ひきこもり」を「二十代後半までに問題化し、六ヵ月以上、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」と定義し、同時に、「社会的ひきこもり」は診断名ではなく、自らが「社会的ひきこもり」と呼ぶ事例は、国際診断基準では社会恐怖と回避性パーソナリティ障害のいずれかに分類されるとも述べた。この説明は確かにわかりにくいのだが、むしろ、かなり多くの専門家が、その妥当性についての検証を欠いたまま、上述の「定義」を一つの診断カテゴリーのように解釈したことに大きな問題があったように思う。厚生労働科学研究「地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究」（主任研究者：伊藤順一郎）の中間報告において同様の

「定義」が示されたことも影響が大きかったようである。

こうして、「社会的ひきこもり」という用語が症状や状態像を指すのか、あるいは診断名なのか、社会的交流や社会参加の機会をもととしないが、病理的とも言えないような若者たちを指す用語なのか、混沌とした状況に陥っていったように思われる。これと同時に、個人精神病理（生物学的-心理的側面）と家族状況や時代・文化・社会的背景（社会的側面）など、さまざまな要因が関連しているという問題認識から生物学的な視点が欠落し、心理-社会的な側面ばかりが強調されるようになった。「ほかの精神障害が第一の原因とは考えにくい」という記述を、「社会的ひきこもりの本人には病理性がない」と解釈した臨床心理学領域の論評や、「ひきこもりは精神科医療の対象ではない」と言い切る精神科医も現れた。診断名として「社会的ひきこもり」を用いた学会発表に対して、海外の精神科医がひきこもりは症状であり、診断には国際的な診断基準を使用すべきであると厳しく批判する場面に居合わせたこともある。一部のNPOなどにみられた「ひきこもりは甘えである」「ひきこもりには厳しく接しなければならない」という偏った画一的解釈や犯罪的な活動の発生にも、このような概念の混乱が一因となったように思われるのである。

Ⅲ. ひきこもり概念の再整理

次に、精神医学におけるひきこもりの捉え方について、改めて検討してみたい。現在、社会的ひきこもりの捉え方や、現行の診断体系との関連をどのように理解するかといった点については、いくつかの立場があるように思う。

第一は、「ひきこもり」「社会的ひきこもり」を症状・状態像として捉え、その原因となる精神障害を従来の精神科診断分類に沿って同定しようとする立場である。たとえば近藤ら⁹⁾は、精神保健福祉センターで受け付けたひきこもりケースの精神医学的診断について報告した。この研究では、『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

表1 対象24例のプロフィール (文献6より引用)

	年齢	性別	I軸, II軸診断	IV軸診断	V軸診断	転帰
第1群	20代前半	男	統合失調症(緊張型)	特記事項なし	23	精神科病院通院
	30代前半	女	統合失調症(残遺型の疑)	親の過保護	51	精神科病院通院
	30代前半	男	妄想性障害, 強迫性障害	家族の意思による能力以上の進路選択	48	精神科病院・精神保健福祉センター通所
	20代後半	男	双極性障害の疑い, 社会恐怖	情報不十分	情報不十分	精神科病院通院
第2群	10代後半	女	中度精神遅滞, 選択性嫉妬, 適応障害(不安と抑うつ気分の混合を伴うもの)	学校・家庭で障害を踏まえた対応の不足	41	障害者職業センターを経て就労
	10代後半	女	軽度精神遅滞, 適応障害(不安と抑うつ気分の混合を伴うもの, 慢性)	母親の養育不備, 学校でのいじめ, 障害者として扱われることの本人の抵抗感	38	福祉的就労
	10代後半	男	軽度精神遅滞, パニック障害の既往歴のない広場恐怖	能力に見合った適切な教育環境の未提供, いじめ	30	精神保健福祉センター通所・通所授産施設体験利用
	30代前半	男	アスペルガー障害	特記事項なし	45	発達障害者支援センター通所
	20代後半	男	アスペルガー障害	特記事項なし	38	アルバイト・父親の介護
	20代後半	男	アスペルガー障害	特記事項なし	41	精神保健福祉センター通所
	30代前半	男	アスペルガー障害, 強迫性障害, 特定不能の不安障害	両親の過剰な服従的傾向	20	精神科クリニック通院
	20代前半	男	アスペルガー障害	特記事項なし	48	職業訓練所に通所後就労
	20代後半	男	アスペルガー障害, 社会恐怖, 特定不能の身体表現性障害	特記事項なし	43	病院や相談機関を転々
	20代前半	男	特定不能の広汎性発達障害	特記事項なし	42	発達障害者支援センター通所
	10代後半	男	特定不能の広汎性発達障害	特記事項なし	30	障害者相談所通所
	20代前半	男	特定不能の広汎性発達障害, 社会恐怖	特記事項なし	45	発達障害者支援センター通所
第3群	20代前半	男	特定不能の身体表現性障害, 同・性の問題	養育環境の著しい不備, 介入・支援の遅れ	45	就労
	10代後半	女	適応障害(不安と抑うつ気分の混合を伴うもの)	情報不十分	情報不十分	アルバイト
	30代前半	男	回避性パーソナリティ障害	離婚・親の過保護	51	精神保健福祉センター相談中断
	20代後半	男	強迫性障害, 自己愛パーソナリティ傾向	親の過保護, 父親のアルコール問題	51	精神科病院・精神保健福祉センター通所
診断保留	20代前半	男	回避性パーソナリティ障害, 特定不能の身体表現性障害	子どもの自立を促すことができない混乱した家族状況	41	精神保健福祉センターに母親が断続的に来所
	30代前半	男	不明(パーソナリティ障害の疑い)	情報不十分	情報不十分	精神科病院受診
	10代後半	女	不明(統合失調症の疑い)	情報不十分	情報不十分	精神科クリニック通院, 通信制高校編入
	20代前半	男	不明(広汎性発達障害の疑い)	特記事項なし	31	精神保健福祉センター相談中断

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」も含めることとした。2001年4月から2005年3月の間に受けた新規相談ケースのうち、社会的ひきこもりがみられた青年期ケース(16歳~35歳)は88件、このうち初回相談の時点で6ヵ月以上にわたって『社会的ひきこもり』が持続しており、支援経過において、本人が1回以上来談した24ケースを対象にDSM-IVに基づいて診断を検討した。その結果、情報不足のために診断を保留した3件以外には、すべてのケースに何らかの診断が付与された(表1)。

第二に、一部のひきこもりケースの精神病理を記述・診断するためには、現行の診断分類以外の新カテゴリーが必要であるとする立場がある。こうした仮説の学術的検証を試みている研究としては、諏訪ら¹²⁾の報告がある。この研究では、精神保健福祉センターで実施しているひきこもり青年

の活動グループに参加していた14例の精神医学的診断が検討されており、社会恐怖、強迫性障害、妄想性障害、広汎性発達障害がそれぞれ2例ずつ、身体表現性障害、うつ病性障害、注意欠陥/多動性障害、境界知能が1例ずつであったとしている。そして従来の診断カテゴリーには分類できないとされる「一次性ひきこもり」の2例は、スキゾイド、回避、自己愛などの性格傾向を有するものの、パーソナリティ障害と判断できるような固定的な性格病理はみられず、ひきこもり以外には人格の偏りに起因する他の症状や問題行動は認められなかったという。

DSM-IVに準じれば、「一次性ひきこもり」はパーソナリティ傾向 personality trait としてII軸に記載するのが適当ではないかと思われる。筆者自身は、新カテゴリーを提唱するよりも国際的な診断基準を尊重する方がよいと考えているが、諏訪らは、ひきこもりを症状・状態として捉え、そ

の原因となる疾患・障害を診断する立場を明確にしており、その点においては第一の立場と同じである。

第三に、広瀬、清水が指摘したような、社会的ひきこもりをきたしている青年期ケースの「中核群」は現行の診断カテゴリーには当てはまらない²⁾、疾病でもなければ、狭義の医学的治療の対象でもない¹⁰⁾という見解があるが、これは現場の臨床経験とは隔たりが大きい。「一次性ひきこもり」やDSM-IVにおける「パーソナリティ傾向」が「疾病でもなければ、狭義の医学的治療の対象でもない」ケースに相当するのかもしれないが、近藤、諏訪らの報告では、主診断として一次性ひきこもりやパーソナリティ傾向が付与されたケースは全体のごく一部である。いずれの報告も、精神保健福祉センターに来談したり、グループ活動に参加した人たちが検討の対象となっており、ひきこもる青年たちの全体像を捉えているかどうかは明らかではないが、誰も本人を診ていないケースを「軽い」と判断できる根拠もない。ただし広瀬、清水の発言は、今日的なひきこもり問題について、精神科医はその精神病理の解明や診断に積極的に貢献すべきであるという点が骨子であり、この点にはまったく同感である。

IV. ひきこもりケースの診断をめぐる課題

ひきこもりケースの中には精神科治療を必要とする人が少なくないし、的確な診断を必要とするケースも多い。しかし、精神症状が見逃されたり、さまざまな理由で診断に困難を伴うようなケースも多く、このことも、「ひきこもり」概念の混乱に大いに関連しているものと思われる。次に、診断をめぐる課題について検討してみたい。

1. 内的なひきこもりについて

問題の性質上、ひきこもりケースには治療中断例が少なくない。また、クライアントはしばしば情緒的にもひきこもっており、自らの内的体験を語ることや、困っている問題について話すことにさえ抵抗感を抱いていることもある。こうした場合、治療・援助関係が維持できたとしても、それ

だけでケースについての理解が深まるわけではない。これらは、内的にひきこもっている人を理解しようとする際に直面する基本的な難しさでもある。

2. 「精神症状がみられない」とされるケースについて

多くの治療者・援助者が、深刻な社会的ひきこもりを生じさせるだけの精神症状を把握できないケースに直面している現状もある。この点について、ひきこもりケースの中には何らかの精神症状によってひきこもりが生じているというよりも、ひきこもりそのものが一義的な問題として捉えられる一群があると指摘する臨床家は多い^{5,11,12)}。

たとえば塩路ら¹¹⁾は、強迫行為や外出恐怖、赤面恐怖など神経症的な焦点が比較的明確で、症状を回避する結果ひきこもりに陥っている症例を「二次的なひきこもり」とし、症状の焦点が漠然としており、当初からひきこもりそのものが中心的な問題となっているものを「一次的なひきこもり」と呼んだ。「一次的なひきこもり」に分類された症例の精神医学的診断は、対人恐怖と回避性パーソナリティ障害が中心である。同様に衣笠⁵⁾は、精神病症状や神経症症状が顕著ではなく、ひきこもりそのものが主な特徴である一群のケースを「一次的ひきこもり」と呼び、統合失調質パーソナリティ障害、回避性パーソナリティ障害、自己愛パーソナリティ障害によって構成されるとしている。

また、ひきこもった生活を送っているときには、その原因となっている精神症状は目立たず、家族や知人からの働きかけの結果、初めて身体表現性障害や不安障害が確認されるケースがある。ICD-10では広場恐怖と社会恐怖について、「一貫して恐怖症的な状況を回避することができるので、ほとんど不安を体験しない者もいることに留意しなければならない」という記載があり、ひきこもって刺激を回避している人の恐怖症性不安障害は見逃されやすいと解することができる。本人が診察や相談の場面で、これらの症状を自ら報告しない場合、不安障害や身体表現性障害は、さらに見逃される可能性が高くなるものと思われる。

3. 青年期において初めて診断される発達障害について

青年期における広汎性発達障害は、詳細な生育歴の把握と面接内容の検討、知能検査の結果などから確定診断に至るが、現時点では、その発達特性をよく理解している専門職でなければ、問題の性質を明らかにできないことは充分にあり得る。今後、鑑別診断や診断に要する手続きについて、何らかの指針が必要になるものと思われる。

V. 治療・援助について

最後に、ひきこもりケースに対する治療・援助の方針と、精神科医に求められる役割について簡単にまとめておきたい。表1に示したように、青年期ひきこもりケースにみられる精神医学的背景と治療・援助方針、あるいは、精神科医に求められる役割を大きく三つに分類してみた。

まず第一に、統合失調症や気分障害などを背景として、あるいは不安障害によって深刻なひきこもりが生じているグループがある。これらは薬物療法などの生物学的治療に加えて、精神療法的アプローチや生活支援、就労支援など、包括的な支援が必要であることが多い。最も精神科医療の貢献が必要な一群でもある。近年、社会恐怖(社会不安障害)に対する薬物療法と精神療法については内外から多くの研究報告があるが、笠原の著書⁴⁾や永田らの研究報告⁷⁾は実践的で参考になる。

第二群は、発達障害、とくに軽度知的障害や広汎性発達障害のために同年代の仲間集団についていけなくなったり、年齢相応の社会的要請に応えられずにひきこもり状態に陥っているケースであり、上記のような気分障害や不安障害を併発していることもある。これらについては、生来的な知的水準や発達特性を踏まえた治療・援助が必要である。精神保健福祉センターや保健所における支援の取り組みが報告され始めているが^{1,3,9)}、発達障害者支援法の施行により、今後、支援の充実が期待される。精神科医の役割としては、的確な診断と併存障害の治療が重要であろう。

第三群は、回避性パーソナリティ障害や自己愛パーソナリティ障害(あるいは、その傾向)、同

一性の問題 identity problemなどを背景とし、精神療法的なアプローチが重視される一群である。パーソナリティ障害のためにひきこもっている人たちは、いわば、“他者と関わりをもとうとすると、急速に心のバランスを失う人たち”であり、支援・治療の中断例や、現行の生活・就労支援に乗りにくいケースも少なくない。自らの能動性を放棄し、家族に依存・寄生することで安定を維持していたり、「自分のことはすべてわかっている」といった万能感が強い場合などは、本人が支援・治療を拒んだり、精神療法が行き詰まったまま長期化していくことも多い。

この他、家族を対象にした相談活動や心理教育プログラム、親の会など、家族支援の試みが各地で定着してきている。また、精神科治療や従来の精神保健福祉サービスではなく、若年者を対象とした近年の労働施策の他、NPOやボランティアによる訪問活動、宿泊体験や就労訓練など、非医療的な支援を活用することによってひきこもり状態を脱するケースも多いと思われるので、それらの支援活動の実情、有効性と限界、最も有効性を発揮する対象者の特性などを精神医学的な観点からも検討する必要があるように思われる。

文 献

- 1) 有泉加奈絵, 近藤直司: 青年期ひきこもりケースを対象としたSST(社会技能訓練)の試み. 平成15年度厚生労働科学研究(こころの健康科学研究事業)「地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究」(主任研究者: 伊藤順一郎), 総合研究報告書, p.82-86, 2003.
- 2) 藤原茂樹, 原敏明, 岡本淳子ほか: 座談会—ひきこもりと精神医療. 精神医学, 45; 278-291, 2003.
- 3) 日詰正文: アスペルガー症候群への地域保健が果たせる支援. 臨床精神医学, 34; 1199-1205, 2005.
- 4) 笠原敏彦: 対人恐怖と社会不安障害. 金剛出版, 東京, 2005.
- 5) 衣笠隆幸: 自己愛とひきこもり—精神保健福祉センターの相談状況—. 精神療法, 26; 586-594, 2000.
- 6) 近藤直司, 岩崎弘子, 小林真理子ほか: 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. 平成17年度厚生労働科学研究(こころの健康科学研究事業)「思春期・青年期のひきこもりに関する精神医学的研究」(主任研究者: 井上洋一), 研究報告書, p.74-78, 2006.