

る自由記述

⑧訪問支援の結果、及びGAFが改善している場合の改善点に関する自由記述

⑨訪問支援を行う上で配慮したことや困難であったことに関する自由記述

### 3. 結果

#### (1) 訪問の実施状況と訪問者の職種

59ヶ所の相談機関に調査を依頼し、58機関(98.3%)から回答を得た。調査票(1)の結果から、調査対象となった相談機関では、平成16年度には計359件、平成17年度には計208件のひきこもりケースが把握されており、平成16年度で80件、平成17年度で44件に対して訪問が実施されていた。一施設あたりでは、平成16年度は平均6.9件、平成17年度は平均4.0件のひきこもりケースを把握し、訪問を実施したケースの割合は平成16年度で22.3%、平成17年度は21.2%であった。本研究において把握できたのは計54件であり、平成16年度と17年度に訪問を実施したケースのうち、それぞれ30.0%、45.5%に相当する。

訪問者は54名(男性12名、女性42名)であり、所属機関は保健所37名、児童相談所15名、福祉事務所1名、福祉保健所1名であり、訪問者の職種は保健師29名、児童福祉司15名、精神保健福祉士8名、その他2名であった。

#### (2) 本人の生活状況と既往歴など

対象54件の訪問開始時におけるデモグラフィック・データを示す。男女比は男性37件、女性17件であり、平均年齢は $15.8 \pm 2.7$ 歳(範囲12-25)、ひきこもり期間は $23.8 \pm 21.5$ ヶ月(範囲1-84)であった。精神科既往歴のある人が14名おり、統合失調症や重症対人恐怖、アスペルガー症候群などの診断を受けていた。また、精神科既往歴はないものの、知的障害や低身長、てんかんといった医学診断を受けている人が6名いた。GAF得点は平均 $41.6 \pm 16.5$ (範囲0-75)であった。

訪問を開始した時点において暴力行為がみられ

ていたケースは19件(35.2%)であった。暴力の対象はおもに母親(13名)で、暴力の頻度は月2~3回以上が14件と最も多く、暴力の程度は病院に行くほどではない軽度のものが16件であった。

本人に生命の危険があると判断されたケースは5件であり、内訳は自殺企図3名、低栄養状態1名であった。行動異常のみられたケースは18件で、内訳は家族や訪問者、近隣への威嚇、リストカット、強迫行為などであった。さらに盗癖など、犯罪性があると判断されていたケースが4件あった。

#### (3) 訪問の理由と目的

訪問が必要になった理由や目的については、「本人の生活状態を把握するために訪問を行った」が40名(74.1%)と最も多かった。次いで、「本人の精神的問題を確認するため」と「本人と援助・相談関係を築くため」がそれぞれ29名(53.7%)であった。さらに、「本人の発達上の問題を確認するため」が23名(42.6%)、「今後についての本人の意向を確認するため」が19名(35.2%)、「家族からの依頼・要請が強かったため」が14名(25.9%)、「家族との相談だけでは事態が改善しないと考えたため」が13名(24.1%)、「精神科受診・入院や一時保護などの処遇につなげるため」が10名(18.5%)であった。

#### (4) 事前の準備について

訪問前の情報収集について回答を求めたところ、本人の生育歴を聴取している訪問者が47名(87.0%)、1日の生活の様子については45名(83.3%)の訪問者が聴取していた。また、これまでの相談・治療歴については39名(72.2%)、発達歴については35名(64.8%)、疾患の有無については32名(59.3%)、本人の言動の特徴については28名(51.9%)、本人の趣味や特技については26名(48.2%)が情報収集していた。

初回訪問までの事前準備について回答を求めたところ、41名(75.9%)の訪問者が来談者(そ

の多くは、保健所や児童相談所などに相談に訪れた親以外の家族成員が訪問することを了解しているかどうかを確認していた。また、本人が訪問を了解しているかどうかを確認するという回答が27名(50%)、訪問に対する本人の反応を予測・検討した訪問者は17名(31.5%)、必要な関係機関(多くは精神科病院や警察など)との事前協議を行ったのは16名(29.6%)、家族を介して本人の了解を得たのは14名(25.9%)、他機関(病院職員や警察官など)に同行を求めたのは13名(24.1%)、訪問する日時を本人に知らせたのは10名(18.5%)、本人と関係をとりやすいのは誰かなど、訪問者を選定したのは10名(18.5%)であった。

#### (5) 訪問の期間・頻度と介入の実際

訪問を実施した期間は平均11.4±15.3ヶ月(範囲1-72, 不明16名)、訪問回数は平均5.9±9.6回(範囲1-50, 不明4名)であり、その頻度は平均5.8±4.7週(範囲2-24, 不明23名)に1回であった。

訪問者の関わり方を自由記述で回答を求めたところ、話題を選びながら慎重に本人との支援関係を形成するような関わり方の他、受診・入院勧奨を目的としたもの、医師の同行による診察や心理検査を実施するためなど、多様な目的で訪問が実施されていることがわかった。本人が訪問者に会うことを拒否する場合には、本人宛に手紙を置いて帰るという回答もあった。

#### (6) 訪問を実施する上での困難

訪問支援を行う上で困難を感じたことについて自由記述で回答を求めたところ、本人が精神科医療機関への受診に同意しない、面接での話題の選び方や本人の安全感を脅かさないような接し方が難しいといった他、訪問しても本人に会えない、

会えても問いかけに全く反応しない、本人が現在の生活に困っていない、知的障害や広汎性発達障害などの発達障害を伴う場合の関わり方が難しい、などの回答があった。

また、家族に関するものとしては、両親間の不和や意見の不一致、家族が本人の言いなりになっていたり、本人のひきこもり問題を隠蔽しようとするために訪問の実施に同意・協力してくれない、などの回答があった。

#### (7) 訪問の効果と関連する要因

訪問を実施したケースに対する支援の効果を検討するにあたり、効果の有無に関する基準を次のように設定した。

①訪問前後で暴力行為、生命の危険性、行動異常、犯罪性のいずれかに改善がみられる。

②訪問の結果、あるいはGAFが改善している場合の改善点に関する自由記述から、医療機関や専門相談機関で治療・支援を受けるようになったことが読み取れる。

これらの基準によって訪問の効果ありと判断されたのが22名(40.7%)、効果なしと判断されたのが30名(55.6%)であった(以下、効果ありを改善群、効果なしを非改善群とする)。改善群のうち基準①に該当したのが14件、基準②が17件であった(重複あり)。

訪問の効果に関連する要因を検討するために、訪問者の属性、ひきこもり本人の属性、訪問支援前のひきこもり本人の生活状況、訪問支援の経過について改善群と非改善群との間で比較を行った。群間の比較はt検定及び $\chi^2$ 検定(セルの期待値が5未満の場合、直接確率計算)を用いた\*1。その結果、訪問が必要になった理由を尋ねた「本人の生活状態を把握するため( $p < .05$ )」と「家族との相談だけでは事態が改善しないと考えたため( $p < .05$ )」において改善群の回答が有意に少な

\*1 上記の質問項目については、単一回答法による回答を求めているため、上述のような解析手続きを用いざるを得ない。しかしながら、この手法では検定の繰り返しによるタイプIエラーの問題を考慮に入れる必要があり、結果の解釈は慎重に行うべきである。



く、「支援の経過の中で、本人が訪問に同意したため ( $p < .05$ )」において改善群の回答が有意に多いことが示され、それ以外においては有意な差は認められなかった。

#### (8) 暴力ケースに対する訪問の有効性に関する検討

ひきこもりに付随する問題行動に対する訪問の有効性を検討するために、暴力行為、生命の危険性、行動異常、犯罪性の有無について McNemar 検定を行った。その結果、暴力行為において有意な改善が認められた ( $p < .05$ )。また、暴力や他者への残虐な行為が「ある」と回答した 19 ケースのうち、訪問後、明確に暴力行為に改善がみられたのは 8 ケース (42.1%) であり、変化のみられなかった 4 ケース (21.0%) を上回った (7 名は不明)。そこで、暴力行為がみられるケースへの訪問の実際を明らかにするために、暴力あり群 19 ケースと (GAF 得点未記入の 1 名は除く) (35.2%)、「なし」と回答した 35 ケース (64.8%) (以下、暴力なし群) として、両者の間で実施された訪問支援に違いがあるかどうかを検討した。

まず、暴力あり群と暴力なし群において、初回面接までの期間・回数 (期間:  $t = -0.90$ ; 回数:  $u = 275.00$ )、および訪問全体の期間や回数に差はみられなかった (期間:  $t = 0.10$ ; 回数:  $u = 203.50$ )。訪問の理由や初回訪問の目的としては、暴力あり群では、「精神科受診・入院や一時保護などの処遇につなげるため」が多く ( $p < .01$ )、より強力な介入を目的としていることが示された。また、暴力あり群では、本人の言動の特徴について調べてから訪問することが多いことも明らかとなった ( $p < .05$ )。また、暴力あり群では、初回の訪問で本人に会えたケースは 2 ケース (10.5%) であったのに対して、会えなかったのは 17 ケース (89.5%) であった。一方、暴力なし群では会えたのは 19 ケース (54.3%) で、会えなかった 16 ケース (45.7%) を上回っていた。 $\chi^2$  検定の結果この差は有意であった

( $\chi^2 [1, 54] = 9.923, p < .01$ )。

暴力の改善がみられた 8 ケースの経過・転帰、自由記載の結果をまとめてみると、精神科外来につながり、内服治療などで落ち着いてきているものが 1 ケース、精神科外来への通院と同時に児童福祉施設への入所や精神科入院治療を要したものが 4 ケースあった。これらの支援経過をみると、本人に会えるまでに何度も手紙を出す、家族に伝言を依頼するなどのアプローチを 2 年近く続けたり、訪問者に会うことを拒否する本人に対して部屋の外から声をかけることから始め、時間をかけて一時保護から児童福祉施設の活用に至ったケースもあった。

その一方で、強迫症状などの精神症状や近隣への迷惑行為などが問題となっていたケースでは、初回から精神科医や病院職員、警察官などに同行を求めて、速やかに入院治療に導入していたケースもあった。こうしたケースでは、援助者は入院中、本人と頻りに面会しながら、退院後の生活基盤を整えるための支援を継続していた。その他の 3 ケースは、初回の訪問では本人に会うことができず、月 1 回程度の訪問を続けながら、手紙やメモを置くなどして少しずつ本人にはたらきかけた結果、ひきこもり状態は続いているものの、暴力は消失している点が共通していた。

暴力が改善した 8 ケースで報告された改善点は、「家族への問題行動がなくなった」「入院治療によって強迫行為が減少した」「入院治療によって家庭では獲得できなかった日常生活の過ごし方を学んだ」「友人が訪れるようになるなど、家族以外の対人関係に広がりが出てきた」「家族への暴力がなくなり、比較的規則正しい生活をしている」「相談者との面接が可能になってきている」などであった。

## 4. 考 察

### (1) 対象ケースの精神医学的背景について

本研究は保健・福祉分野の相談支援機関を対象に実施したものであり、訪問者は保健師や児童福祉司など、医師以外の職種である。これらの専門

## Home Visits for Social Withdrawal Cases in Community Mental Health and Child Welfare Services

Naoji KONDO<sup>1,2)</sup>, Motohiro SAKAI<sup>3)</sup>, Shin-ichi ISHIKAWA<sup>4)</sup>, Junko NIIMURA<sup>5)</sup>, Michika TANOUE<sup>5)</sup>

- 1) *Yamanashi Prefectural Mental Health Welfare Center*
- 2) *Yamanashi Prefectural Central Child Guidance Center*
- 3) *Faculty of Integrated Arts and Sciences, The University of Tokushima*
- 4) *Faculty of Education and Culture, University of Miyazaki*
- 5) *Tokyo Institute of Psychiatry*

Home visits are one of the intervention and assistance methods anticipated to be useful in cases of social withdrawal. This study aims at investigating the current status of home visits that are carried out in the regional mental health and child welfare sectors, targeting socially withdrawn adolescents, and at examining the efficacy of this method.

We conducted a survey using questionnaires targeting 59 institutions, such as public health centers, health and welfare offices, and child guidance centers, and found that home visits were carried out by public health nurses and child welfare personnel in about 20% of the adolescent social withdrawal cases. Answers to the question sheets were obtained for 54 cases, and investigation revealed that some form of improvement was seen as a result of these visits in 22 cases, or 40.7%. Typical answers included: "the visit encouraged the adolescent to go to a medical institution and/or a consultation agency for examination or consultation," and the "incidence of domestic violence by the adolescent declined." The survey also revealed that 19 of the social withdrawal cases, or 35.2%, inflicted acts of violence on family members; however, 8 cases, or 42.1% showed the improvement of violence through home visits.

<Authors' abstract>

<Key words: social withdrawal, adolescence, home visits, domestic violence>

## 広汎性発達障害をもつ青年期ひきこもりケースの 心理療法について

近藤 直司<sup>\*</sup> <sup>\*\*</sup> 小林真理子<sup>\*\*\*</sup> 宮沢 久江<sup>\*</sup>

抄録：社会的ひきこもりをきたしている青年期事例の中に広汎性発達障害を背景とするものが少なくないことは、近年、多くの臨床家に認知されるようになっており、その治療・援助の検討が大きな臨床的課題となっている。

本稿で筆者らは、高機能広汎性発達障害を背景としているひきこもりケースに特有の精神病理や特異的な面接技法のいくつかを提示すると同時に、これまでに蓄積してきた思春期・青年期事例に対する治療・援助が充分に応用可能であることを示した。症例1においては、とくにクライアントの精神力動や治療・援助関係に対する敏感さが重要であることを強調した。また症例2では、丁寧な心理療法的環境のもとで他者の心を意識した対人関係を積み重ねることによって、社会性の問題がかなり改善する症例があることを示した。

**Key words**：社会的ひきこもり、青年期、広汎性発達障害、心理療法

### 1. はじめに

社会的ひきこもりをきたしている思春期・青年期事例の中に広汎性発達障害を背景とするものが少なくないことは、近年、多くの臨床家に

認知されるようになっており、その治療・援助論の検討が大きな臨床的課題となっている。筆者らの臨床経験はまだ乏しく、必ずしも十分な知見を提示できるわけではないが、広汎性発達障害を背景とするひきこもり事例に対する治療的な議論を活性化させることを目的に、いくつかの症例と治療・相談における留意点などについて話題提供してみたい。

### 2. ひきこもり問題の背景要因

まず、青年期において長期化する社会的ひきこもりの背景要因として、以下のような多角的な視点が必要であることを確認しておきたい。第一に、精神疾患や発達の遅れ・偏り、生来的な気質などの生物的要因がある。第二には心理的要因があり、思春期に特有の防衛機制と

Psychotherapy for the social withdrawal with pervasive developmental disorder in adolescence

\* 山梨県立精神保健福祉センター

〒400-0005 山梨県甲府市北新1-2-12

Naoji Kondo, Hisae Miyazawa : Yamanashi Prefectural Mental Health Welfare Center

\*\* 山梨県児童相談所

〒400-0005 山梨県甲府市北新1-2-12

Naoji Kondo : Yamanashi Prefectural Central Child Guidance Center

\*\*\* 山梨県発達障害者支援センター

〒400-0005 山梨県甲府市北新1-2-12

Mariko Kobayashi : Yamanashi Support Center for Developmental Disorders



して、あるいは、アイデンティティ拡散症候群の一症候としてひきこもりが生じることが知られてきた。また、自己愛的な傷つきによる抑うつや、こうした傷つき体験を回避するためにあらゆる社会的場を回避する傾向、接近したい欲求と呑み込まれる恐怖との間を揺れ動くスキゾイド・ジレンマなどの心理的メカニズムを背景とする事例があることも、すでによく知られている。また第三には、家族状況の他、本人が所属していた学校や職場などの環境要因があり、より広く、文化・社会的な影響も考慮されなければならない。

### 3. 青年期ひきこもりケースの精神医学的背景と治療・援助方針

平成19年度より進められている厚生労働科学研究<sup>4)</sup>において、「ひきこもり」は『様々な要因の結果として社会的参加（義務教育を含む就学、非常勤職を含む就労、家庭外での交遊など）を回避し、原則的には6ヵ月以上にわたって概ね家庭にとどまり続けている状態（他者と交わらない形での外出をしてもよい）を指す現象概念である』と定義されている。研究の趣旨としては、統合失調症を背景としないひきこもりのメカニズムと治療・援助指針、予防についての検討が重視されているが、診断が確定する以前においては、統合失調症のケースが含まれていることも想定されている。本稿もこの定義に沿って論を進めることとする。

筆者らは、山梨県立精神保健福祉センターの相談ケースのうち、相談・支援経過において本人が来談したケースをDSM-IVにもとづいて診断し、さらに治療・援助方針までを含めて以下の三群に分類した<sup>2)</sup>。

＜第1群＞統合失調症、気分障害、不安障害などを主診断とし、薬物療法などの生物学的治療が不可欠ないしはその有効性が期待されるもの。生物学的治療だけでなく、病状や障害に応じた心理療法的アプローチや生活・就労支援

が必要となる場合もある。

＜第2群＞広汎性発達障害や精神遅滞などの発達障害を主診断とし、発達特性に応じた心理療法的アプローチや生活・就労支援が中心となるもの。二次的に生じた情緒的・心理的問題、あるいは併存障害としての精神障害（適応障害や社会恐怖、強迫性障害など）への治療・支援が必要な場合もある。

＜第3群＞パーソナリティ障害（傾向 trait を含む）や同一性（アイデンティティ）の問題、身体表現性障害などを主診断とし、パーソナリティの問題や神経症的傾向に対する心理療法的アプローチと生活・就労支援が中心となるもの。気分障害や不安障害のうち、薬物療法が無効なために、心理-社会的支援が中心になるものも含む。

さらに平成19年度は、山梨県立精神保健福祉センター、岩手県精神保健福祉センター、石川県こころの健康センター、さいたま市こころの健康センター、和歌山県精神保健福祉センターという5機関の相談ケースのうち、上記の定義に当てはまる16歳から35歳までの全てのケース（ただし、30歳以上のケースについては、ひきこもり始めた年齢が30歳以前のものだけとする）を対象に、その精神医学的診断を検討した。上記の基準に該当したのは181件であり、このうち、相談・支援経過において本人が来談したケースをDSM-IV-TRにもとづいて診断し、さらに治療・援助方針までを含めて上記の三群に分けて集計した。

181件のうち本人が来談し、診断の対象となったケースは97件であった。このうち情報不足などの理由により診断が保留されたものが19件あり、それ以外の78件は、第一群に24件（30.8%）、第二群に22件（28.2%）、第三群に32件（41.0%）が分類され、いずれにも当てはまらないと判定されたケースはなかった<sup>3)</sup>。

#### 4. 広汎性発達障害を背景とする ひきこもりケースにみられる精神病理

上記の第2群には、一部に軽度から中度の精神遅滞や中核的な自閉性障害が見逃されたまま経過してきたケースが含まれているが、多くはアスペルガー障害や特定不能の広汎性発達障害に分類されるケースで、知的能力も全体的に高い。これら高機能広汎性発達障害を背景としてひきこもり状態に陥っているケースの精神病理として、以下の点を指摘しておきたい。

まず、他者の意図や会話を理解すること、あるいは状況や文脈の読みが苦手なために、漠然とした、または独特に意味づけされた違和感、被害感、不適応感、自己不全感を抱きやすく、このことが社会恐怖や対人恐怖、社会参加への意欲の低下などにつながることもある。また、今後のことを具体的に想像できない、あるいは過去の成功や不快な体験に固執する傾向が強いこと、現在の生活パターンを変えること、新しい体験や予期せぬ事態に直面することへの抵抗感が強い。この他、現実回避のための防衛的なメカニズムを背景として自己愛的・万能的なファンタジーへの没入が生じている場合や、おもに感覚過敏のために不登校となり、家族機能の弱さなどの環境要因が重なり、そのままひきこもりが長期化している場合、生来的な過敏さやこだわりの強さと思春期心性が関連し合うことによって、自己臭恐怖や醜貌恐怖が形成されている場合などもある。

#### 5. 思春期・青年期の広汎性発達障害 ケースに対する支援方針・技法

精神保健福祉センターでは、精神遅滞や中核的な自閉症が見逃されたまま経過していたケースについては、家族と本人に丁寧に説明したうえで、適切な生活・就労支援を受けられるよう、知的障害者更生相談所や発達障害者支援センタ

ー、障害者職業センターなどの福祉・労働分野の相談支援機関につなぐことが多い。また、高機能群の発達障害者については、近年、精神障害者保健福祉手帳の取得により、障害者自立支援法に基づいた支援機関・制度を活用するケースも増えているようである。

ただし、青年期でひきこもり状態に陥っている高機能広汎性発達障害のケースは、そのほとんどすべてがこれまで未診断であり、就学前の療育や特別支援教育を受けた経験のない人たちである。すでに深刻な二次障害が固定化した状態に至っていることが多いことから、こうした社会資源を活用できるようになるまでに、根気強い心理療法的アプローチが必要になる場合が少なくない。心理療法の目標としては、対人関係上の違和感や被害感、不快感を軽減させること、現在の生活パターンへの固執（同一性保持の傾向）を緩め、新しい取り組みへの意欲を育むことが中心となる。そのためには、まずは家族支援や環境調整を含めた的確なケース・マネジメントと、本人を治療・援助につなぎとめる工夫が必要である。

本人との面接における留意点としては、さしあたり、①具体的で簡潔な言葉遣いなど、クライアントが理解しやすい話し方を工夫すること（断定的な説明を好む人もいる）、②中立性にこだわり過ぎず、穏やかでプレイフルな雰囲気や心がけること（ただし、想像力の弱い人に対しては、余計な冗談は控えた方がよいかもしれない）、③クライアントが取り組みやすい話題や交流様式を積極的に活用すること（作業療法的な面接、ノートやメールなどの視覚の手がかりの活用など）、④発達特性やこれまで経験した出来事の文脈などをわかりやすく説明すること（心理教育的なアプローチ）、⑤治療者・援助者の心を意識するようにはたらきかけること（メンタライジングなアプローチ）<sup>1)</sup>、などを指摘しておきたい。

この他にも、治療・援助方針を検討する、あるいは面接を進めるための技法的な留意点を



いくつかあげておきたい。まず、本人が日常生活場面の不適応について悩んでいる場合などは、早い時期から社会技能訓練に導入することで成果がみられるケースがある。臆黙状態ないしは著しい言語表現の問題がみられ、言語を中心とした面接が困難と思われる場合には、テーブルゲームや軽いスポーツなどのアクティビティを活用した相談・面接を工夫する必要がある。また、構造のはっきりした面接場面を構成する目的で、敢えて導入期に知能検査や心理検査を実施することが有効であったケース、安全な対人場面や所属感を体験してもらうこと、偶発的な体験に慣れること、社会的な場面での対人スキルを増やすことなどを目的としたグループ支援が有効であったケースなども経験した。

## 6. 心理療法的アプローチの留意点と 技法上の工夫：症例を通して

次に、症例を通して、個人面接ないしは心理療法的アプローチについて検討したい。

### <症例1>

アスペルガー障害をもつ男子高校生。杓子定規で状況の読みが苦手なことによる不相应な言動（たとえば、教室が騒がしいときに、まるで教師のように権威的に静粛を指示するなど）に対して、クラス全員から批判を浴びせられるといった出来事が続いたこと、彼がそうした出来事の文脈を理解できないまま混乱状態に陥ったことにより、リストカット、不登校、ひきこもりが生じていた。治療・援助経過は約3年に及ぶ。

担当援助者は、当初、家族ガイダンスや学校コンサルテーションなどの環境調整と同時に、個人面接では本人の傷つきに共感しながら、本人の生真面目さや正義感の強さなどを肯定的にフィードバックすることに努めた。また、クラスメイトから批判されたエピソードなどについては、その文脈やクラスメイトの反応の意味な

どを本人に説明しつつ、より適応的な言動や対処方法について助言したり、社会技能訓練の手法を取り入れながら心理教育的にアプローチした。また、自分と他者との関係性や自分の置かれた立場の理解を助けしようとする際に、図や座標軸などの視覚的な手法の活用が有効であった。

これらの介入により一旦は再登校に至ったものの、決定的な不適応体験を契機として、彼は再び不登校となった。このときのひきこもりは著しく、外界との一切の交流を遮断し、ファンタジーに没頭するようになった。ファンタジーの中での彼は、ゲームの主役のような万能的なキャラクターに同一化しており、それに伴って現実感減衰していった。面接場面でファンタジーを語り続けるときの彼は、面接者を外的な存在として認識しているかどうかさえ疑わしい様子で、極めて未分化な対象関係が活性化しているようであった。援助者は、相手の反応を気にせずにファンタジーを語るのは、この面接場面と本人が信頼を寄せている一人の教師との間に留めることを本人と確認したうえで、彼のファンタジーに耳を傾けた。また、面接の終了時に少しでも生活の様子を尋ねるなどして、現実感を取り戻した状態で面接を終了することを心がけた。

こうした面接は半年ほど続いたが、次第にファンタジーの内容とファンタジーをめぐる援助者-クライアント関係に変化がみえ始めた。まず、ファンタジーには、彼が同一化する主役の他に、強さを競い合う「好敵手」が登場するようになった。それに引き続いて、ファンタジーのストーリーを創造することに協力してほしいと援助者に希望するようになり、ここへきて彼はようやく現実的な他者との交流を再開できるようになったものと思われた。この局面の後、彼は自らの正義感が強すぎることや些細なルール違反も許すことができない傾向などによって周囲との関係のとり方が難しくなっていることについて、少しずつ自己点検を試みるようにな



った。一面的な捉え方や硬い思考形式、柔軟性に乏しいことなどは以前と変わりはないが、「外部から自分がどのように見えるか」という他者の心を意識しながら、自らのアイデンティティを構築しているようにも思われた。学校でも手厚いサポートを受け、進学を果たすことができた。

活発なファンタジーへの没頭によって現実検討能力の低下が生じていた半年間を心理療法的なアプローチによって乗り越えることができたのは、本人の退行が生活全般にわたって深刻化することがないように支持したこと、不安を募らせていた家族を支え得たことが大きかったが、ファンタジーの内容にわずかに他者性が垣間見られるようになったことや援助者－クライエント関係の微妙な変化に援助者が着目し、改善の徴候を感じ取っていたことが重要であったと思われる。

### <症例2>

アスペルガー障害をもつ男性。大学中退後、6年間のひきこもりが続いていた。大学の専門課程において、「自分には能力がない」「ついていけない」という傷つきを体験しており、就労に向けて取り組めるようになるまでに約3年の支援を要した。

面接を開始した当初、彼の緊張感は強く、うつむいたまま話もできない様子であった。援助者も「再び傷つけるようなことがあってはならない」というプレッシャーを感じ、彼が少しでも話しやすい話題を探り出そうとするなど、面接場面の緊張感を軽減させることに苦心していた。徐々に面接場面に慣れてくると、彼はかなり尊大で横柄な態度を示すようになり、将来的な職業のイメージが話題になったときには、「自分にできる仕事は何一つない」と語る一方で、「仕事といえば弁護士」と述べるなど、セルフ・エスティームの不安定さが伺われたため、援助者は当初、彼の中心的な精神病理として自己愛的なパーソナリティの問題を想定していた。

しかし、数回目の面接で大学中退に至った経緯が話題になると、「親がその専門分野の仕事をしていないので、自分もできないのです」「これまで教師には嫌われてばかりでしたから、大学でもそうだったのです」といったように、独特な論理立てによって物事をパターンのに解釈する傾向が明らかになってきた。この他にも、毎回同じ服装で来談する、いつも同じ店で買い物をするなど、パターン化された生活習慣や固執している決まり事が数多くあることもわかってきた。それまでセルフ・エスティームの不安定さと捉えていた両極端な自己イメージについても、現在から将来を連続的に捉えるために必要な想像力の弱さとして捉える視点も必要であるように思われた。母親から発達歴を聴きとったところ、極端な融通の効かなさや独特で杓子定規な正義感、予定やルールの変更に対する強い抵抗感などの発達特性が幼児期からみられていたことが確認された。

もう一点、支援経過の中で明らかになってきたことは、彼には他者に助けを求めるといった姿勢がみられない、あるいは他者に相談するという発想自体がまったく欠如しているということであった。このことによって彼の社会適応水準は大幅に低下しているものと推測され、社会参加を促してゆく前段階として重要な支援課題になると考えられた。家族面接の場面をみる限り、両親の情緒応答性や子どもの心にメンタライズする能力<sup>1)</sup>はかなり低いようであり、乳幼児期における本人の愛着形成がさらに阻害されたであろうことが推測された。また彼は、「自分の(かなり唐突らしい)言動が周囲を戸惑わせている(らしい)」という場面を学童期の頃から繰り返して経験してきたことを語っており、このことも他者と関わろうとする動機付けを減衰させたものと思われた。

次に、面接中にしばしば生じていた沈黙に注目してみたい。援助者は当初、面接中の沈黙について、援助者との関係性において体験している彼の不安や葛藤が関連しているのであろうと

推測していたが、やりとりの途中で不意に沈黙することが多かったこと、沈黙している彼の様子から、話すことに対する抵抗感や複雑な情緒よりも、ただその場をやり過ごそうとしているように感じられたことから、沈黙の意味を本人と確認してみることにした。その結果、その沈黙には援助者との関係性をめぐる不安や葛藤などは介在せず、彼は単に援助者の質問の意味が理解できないときに黙っていたことがわかった。それ以後、援助者はできるだけ抽象的な表現を避け、具体的・説明的な話し方に留意するようになり、そのことで、コミュニケーションは以前よりスムーズになり、面接の雰囲気も穏やかなものになっていった。

以前に比べれば、彼はだいたい話せるようになってきたものの、出来事の実事関係を報告するだけで自らの情緒には触れようとしないうえ、援助者は報告される出来事を彼がどのように体験していたのかということに焦点を当てた介入を続けた。また、援助者は、もしも自分が彼の立場であったら、どのような気持ちになるかを積極的に伝えた。彼の話し方はいつも断定的で、とりつく島のない印象を受けることが多かったが、こうした介入を続けるうちに、「自分はこう思います……」といった対話的な話し方に変わっていった。彼は自分と援助者との考え方や物事の捉え方が違うことに気づき始めたようであった。

さらに半年ほどが経過した時期、面接場面では再び沈黙が多くなった。援助者は再びそのことを取り上げてみた。このときにわかったのは、彼が「自分の語った内容を理解してもらえないのではないか」という不安を感じ始めていたこと、つまり、以前は関係性の欠如していた沈黙が、今では援助者との関係性を意識した沈黙に変化していることであった。援助者は、「理解してもらえないのではないか」という彼の不安に対する介入として、まずはとにかく興味のあることを積極的に話すように励ました。また、彼が語る内容（マニアックな音楽や歴史に関す

る話題などが多かった）に対して、「よくわかった」「自分にも興味がある」「申し訳ないが、よくわからなかった」など、率直な印象を彼に伝えると同時に、面接場面に一貫して穏やかでブレイブルな雰囲気が保たれるように配慮した。彼は当初、自分で話題を選んで話すことに強い抵抗を示していたが、次第に説明の仕方を工夫したり、援助者が理解しているかどうかを確認しながら話を進めるようになり、自他の境界を認識し、他者の心を意識しながら交流しようとする姿勢を身に付け始めたことがみとれた。こうした時期を経て、ようやく就労や社会参加について話し合えるようになってきた。面接を開始して3日目、彼は初めて就労に関する話題に応じるようになり、自分に向いていそうな仕事内容や業種について考えながら、就職面接で適切な受け答えができないかもしれないという不安を述べた。また、援助者の同行のもとに、ハローワークやジョブカフェなどの就労支援機関を訪れてみることに同意し、就職面接を想定した社会技能訓練にも取り組むようになった。

以上のような面接過程から、安全な心理療法的環境のもとで自他が分化した感覚を経験し、他者の心を意識するようになったことを契機として、セルフ・エスティームの安定化、現実検討能力の改善、社会参加に対する意欲の高まりなどの変化が生じたものと考えられた。今後の社会参加を考える際に、彼が他者の支援を受け容れようとする姿勢を示すようになったことは、とくに重要な変化であると思われた。

## 7. まとめ：ワークショップでの討論について

ワークショップでは、フロアからいくつかのご質問、ご意見をいただいた。そのうち、「提示した症例の精神病理や治療は、一般的な思春期ケースとどのように違うのか」という質問に対しては明確に答えられなかったように思うので、この点について補足しておきたい。



筆者らは、広汎性発達障害を背景とするひきこもりケースに特有の精神病理や面接技法のいくつかを提示することと同時に、これまでに蓄積してきた思春期・青年期ケースの治療経験が十分に応用可能であることを示したいと考えていた。症例1においては、とくにクライアントの精神力動や治療・援助関係に対する感受性が重要であることを強調した。また症例2では、安全な心理療法的環境のもとで他者の心を意識するようなはたらきかけを継続することによって、社会性の問題がかなり改善する症例があることを示したつもりである。これらの報告が、広汎性発達障害をもつ思春期・青年期ケースに対する心理療法的アプローチという新しい課題を検討する一助になれば幸いである。

#### 引用文献

- 1) A. Bateman, & P. Fonagy: Psychotherapy for Borderline Personality Disorders:

Mentalization-based Treatment. Oxford University Press, 2004, pp. 253-256. (狩野力八郎, 白波瀬丈一郎監訳: メンタライゼーションと境界パーソナリティ障害, 岩崎学術出版社, 2008)

- 2) 近藤直司, 岩崎弘子, 小林真理子ほか: 青年期ひきこもりケースの精神医学的背景について. 精神神経学雑誌 109; 834-843, 2007
- 3) 近藤直司, 宮沢久江, 境 泉洋ほか: 思春期ひきこもりにおける精神医学的障害の実態把握に関する研究. 厚生労働科学研究(こころの健康科学研究事業)「思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・援助システムの構築に関する研究」(主任研究者: 齊藤万比古) 平成19年度研究報告書
- 4) 厚生労働科学研究(こころの健康科学研究事業)「思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・援助システムの構築に関する研究」(主任研究者: 齊藤万比古) 平成19年度研究報告書

PSYCHOTHERAPY FOR THE SOCIAL WITHDRAWAL  
WITH PERVASIVE DEVELOPMENTAL DISORDER IN ADOLESCENCE

NAOJI KONDO, MARIKO KOBAYASHI, HISAE MIYAZAWA  
(Yamanashi Prefectural Mental Health Welfare Center)

**Abstract** : Many clinicians have come to a realization of pervasive developmental disorder lying behind the secluded adolescent cases recently. The treatment and assistance methods for them should be studied and developed as one of the big clinical issues.

In this article, the psychopathology and several interviewing techniques peculiar to high functioning pervasive developmental disorders are described first. Then two cases are cited to indicate that the accumulated treatment experiences can be adequately applied to those cases.

Case 1 is instantiated to emphasize that the clients' psychodynamics and sensitivities to the relationships of treatment and assistance; Case 2 shows that their social problems can be improved to a considerable extent through accumulation of human relations with being aware of others' minds under respectful psychotherapy.

**Key words** : *Social withdrawal, adolescence, Pervasive Developmental Disorders, Psychotherapy*



## 長期化したひきこもりの子どもを持つ親への支援

近藤 直司<sup>\*\*</sup> 萩原 和子

抄録：児童・思春期のひきこもりが長期化する背景要因としては、本人の発達特性や神経症的傾向、家族や養育の状況、学校の状況などの諸要因が想定される。介入の困難な家族状況としては、家族の外傷的な喪失体験や親の発達特性が関連している場合がある。また、親への支援にあたっては、子どもの発達特性、および子どもの精神発達を促進するために、どのような親機能を強化する必要があるのかを見立てることが重要である。また、個別の面接・相談以外の方法として、家族教室などのグループ支援と自宅への訪問が有効な場合がある。

精神科治療学 23(10) ; 1209-1214, 2008

Key words : social withdrawal, long term, childhood, adolescence, family support

## I. はじめに

児童相談所や精神保健福祉センターなど保健・福祉分野の相談支援機関では、親からの相談を受ける機会が多い。とくに不登校・ひきこもり事例では、本人は来談を渋る場合があること、単発の助言や指導で事態が好転する事例が少ないことから、継続的な親支援が必要となる事例が多い。本稿では、ひきこもりを伴う不登校が半年から1年、事例によっては数年にわたって長期化しているような事例を念頭に置き、ひきこもりが長期化している児童・思春期ケースを中心に、親への支援について考えてみたい。

Family support for long term social withdrawal cases in childhood and adolescence.

<sup>\*</sup>山梨県立精神保健福祉センター

[〒400-0005 山梨県甲府市北新1-2-12]

Naoji Kondo, M.D. Kazuko Hagihara: Yamanashi Prefectural Mental Health Welfare Center, 1-2-12, Kitashin, Kofu-shi, Yamanashi, 400-0005 Japan.

<sup>\*\*</sup>山梨県中央児童相談所

Naoji Kondo, M.D.: Yamanashi Prefectural Central Child Guidance Center.

児童・思春期のひきこもりが長期化する背景要因としては、本人の発達特性や神経症的傾向、家族や養育の状況、学校の状況などの諸要因が想定され、実際の事例ではこれらの要因が絡み合っていることが多いのではないかと思う。インターネット上の交流に没頭しつつ不登校が長期化している中学生なども少なくないようなので、より広範な文化・社会的状況についても検討するべきかもしれないが、本稿では、本人の発達特性や神経症的傾向、あるいは家族状況との関連から、ひきこもりの長期化という現象を捉えたいと思う。本人の発達特性に関しては、とくに広汎性発達障害を背景とするひきこもり事例について、そのメカニズムと基本的な親支援の方針を確認しておきたい。また、親支援の方針を検討する際には、子どもの診断や障害分類だけでなく、子どもの精神発達を促進するために、どのような親機能を強化する必要があるのかを、個々のケース、個々の時期において見立てる必要があることを示したい。また、介入の困難な家族状況として、家族の外傷的な喪失体験や親の発達特性が関連している場合があること、さらに、個別の面接・相談以外の方法

として、家族教室などのグループ支援と自宅への訪問の有効性を示したい。

## Ⅱ. 子どもの心情を汲んだ関わりを強化するための親支援

まず、おもに本人の神経症的な不安や回避傾向を背景としてひきこもりが長期化しており、親の共感的な養育能力を高めることが必要であった事例を示す。

### 〔事例1〕

小学校4年生の男児。3年生からの不登校で、母親の送迎で放課後、保健室に顔を出すのが精一杯で、休日も友だちとの関係を避け家でぼんやり考え込んでいるようなことが多かった。特別な誘因となるような出来事は確認されていなかったが、学年が変わって担任やクラスへの馴染みにくさを感じていたようではある。

もともと怖がりで泣き虫、神経質なところのある子どもであったため、母親は小さなことにも妥協せず、約束したことは必ず守らせるよう厳しく接してきたという。できないことを厳しく叱責することが多かった一方で、失敗や挫折を体験させないように先回りして対処することも多かったようで、母親から承認されながら、新しいことに取り組むという体験の積み重ねが乏しかったものと思われた。本児の生来的な気質と母親の養育態度との相互関係の中で、人前で失敗して恥ずかしい思いをする、苦手教科の授業で教師に叱られるといった事態を過剰に恐れるような神経症的傾向が強化されていったものと考えられた。

母親は自身の養育態度の影響が大きいことに気づいてはいるものの、甘やかすと登校できなくなるのではないかという不安が拭えないようであった。援助者は、本児の心理状況を確認しながら、母親の本児への要求水準を下げてもらうこと、たとえ小さなことでも、できたことや取り組もうとした意欲を褒めること、本児の機能水準を下げないように配慮しつつも、無理をさせすぎないこと、母親がすべて決めるのではなく、いくつかの案を提示して本児に選択させることなどを助言

し、母親の新しい試みを承認し、労うことに留意した。

母親は、本児の様子を細やかに観察するようになり、毎回の面接では、母親が本児の心情を汲みながら対応できるようになっていることが確認できた。当初は、「天狗になっても困る」と褒めることに抵抗感を抱いていた母親が、自然に本人の頑張りを認め、本人の変化を喜ぶようになっていった。本児の苦手な場面とその対応策を母子で話し合えるようになり、教室に戻る準備が整っていった。もともと内省的で、助言や話し合われたことを自分なりに工夫して行動に移す力もある母親であった。家族機能も良好で、両親の連合や世代間境界もしっかりしていた。

## Ⅲ. 子どもの衝動性を制御する機能を強化するための親支援

### 〔事例2〕

小学校4年生の男児。2年生からの不登校が2年に及んでおり、児童精神科外来を受診した。もともと発達性の偏りが窺われていた。著しい偏食があったため、給食を全量摂取させようとする指導を契機として不登校となったようであった。この頃より非常に強いかんしゃくを起こすようになり、母親はおもちゃやゲームなどを買い与えること以外には本児を落ち着かせる方法が見出せなくなり、さらに本児の要求がエスカレートするという悪循環が形成されているようであった。一方、父親は、厳しく接しようとし過ぎて本児との関係づくりに失敗しているようであった。また学校では、いったん登校したからには、給食や終わりの会まで、一日の学校生活を送らせようと強く指導したところ、学校や教師に対する本児の反発や拒否感がさらに強まったようであった。書字の苦手さがあるようで、学習への拒否感も強く、遅れが目立ち始めていた。本児は面接場面でも、援助者や周囲をコントロールしようとする傾向が強く、面接場面での主導権を奪おうとするかのように、激しいかんしゃくを起こした。

治療者と両親は、学校を休んだ日は家で勉強することとし、決められた課題ができた日は、夜、



親と一緒にゲームができるというルールを設定した。過剰な欲求に対しては、理屈抜きに、「ダメなものはダメ」とだけ伝え、毅然としてシャットアウトすること、両親で歩調をそろえることを話し合った。また本児には、「まずは見守ってくれるように学校の先生に頼んであげるの、しばらくはきみのペースで頑張ってみなさい。でも、なかなか学校に行けるようにならなければ、どんなペースで頑張ってもらうかをこちらで決めることになるよ」と伝え、学校も当面はこの方針を尊重してもらうように依頼した。この介入の後、本児は少しずつ学校で長くすごし、給食を食べてから帰宅するなど、学校に適應するために自分のペースで努力するようになった。また、衝動が高まったときには拳を握ったりして我慢しようとしている様子が見られるようになり、本児のかんしゃくは急速に軽減した。次第に多くの時間を学校ですごし、友だちの交友関係を築けるようになってきている。

この事例では、子どもの発達の偏りを基盤としていたものの、子どもの欲求や過剰な操作を禁止すること、衝動コントロールの能力を子どもが内在化するための親機能の強化が必要であった。受け入れることと禁止することという相反的な親機能を整理することが支援の中心であったと思われる。

#### IV. 発達障害を背景とした 長期化事例について

また、発達障害やその特性をもつ子どもの場合にも、問題が長期化しやすい場合があるかもしれない。広汎性発達障害を背景とした不登校事例では、①他者の意図や会話を理解すること、あるいは、状況・文脈の読みが苦手なために、学校生活において被害感や自己不全感、自己評価の低下を招きやすい、②規範意識が強過ぎるために、本当はやりたくないことを自ら引き受けてしまう、他児のルール違反と周囲がそれを黙認することが許せないなどにより、フラストレーションが高じやすい、③聴覚や味覚の過敏さのために、騒がしいクラスにいることや給食を残さないことなどを強

要され、登校を渋るようになる、④上記のような本人の行動を周囲が理解できないため、あるいは周囲との軋轢が生じるために、双方の不安や怒りが増大しやすい、⑤本人のかんしゃくや暴力が激しい場合、親や教師が適切な対応を見出すのが難しくなる、⑥過去の不快な出来事に固執してしまうと、再登校に対する抵抗感が強まりやすい、などが問題になることが多い。

こうした事例における家族支援は、子どもへの対応や学校・他児の親などとの関係をめぐり、とくに母親の苦勞を丁寧な労うこと、問題に対する両親の共通理解を促進すること、問題行動の背景となっている発達特性や子どもの心理を検討し、「本人なりの理由や事情」を把握すること、そして、それらに対してどのように対応するのかを家族とともに一つずつ具体的に検討していくこと、家族がうまく対応している部分に焦点を当て、エンパワーメントすることなどが重要であろう。母親の抱えるストレスはとくに大きく、親のメンタル・ケアが優先されることもある。

#### V. ひきこもりの長期化に関連する 家族背景

青年期のひきこもりが社会問題化し始めた時期、家族療法・家族支援に取り組んでいた臨床家は、家族にみられる柔軟性の乏しさ、あるいは、家族システムや家族のコミュニケーション・パターンに変化が生じにくいことに気づき始めた。たとえば吉川<sup>7)</sup>は、ひきこもりケースの家族にみられる特徴として、家族内の緊張を一定の閾値に留めようとする暗黙のルールや葛藤回避的なコミュニケーション・パターンがあることを指摘した。また近藤<sup>7)</sup>は、ひきこもりケースにみられる家族文化とその背景にある家族成員の精神力動に注目し、家族同士がそれぞれの内面に踏み込まないようになっていること、親（多くは母親）は子どもとの分離に対する不安が強く、子どもを抱え込もうとする傾向がみられること、ときには、子どもが自立的な動きを示した局面で、親の喪失感や分離不安、羨望が喚起され、子どもの建設的な行動を抑制しようとする場合があることなどを報告し

た。この他にも、家族にみられる柔軟性の乏しさや、家族関係を変化させることの難しさの背景要因として、多くの臨床家が喪失をテーマにした家族神話や、子どもの自立に伴って体験される親の喪失感に注目した<sup>1,2,3,4)</sup>。

こうした事例の中には、家族や近い親戚の自殺といった深刻な喪失体験が関連しているものもある。たとえば、家族・親族の自殺を経験した親が、「無理をさせて子どもを追い詰めると、死に追いやってしまう」といった深刻な不安を抱え、子どもに自立を促すことができない事例に遭遇することは稀ではない。こうした事例において、子どもが希死念慮をほのめかす、あるいは自傷行為に及ぶようなことがあれば、親の不安は現実のものとなり、事態はさらに硬直化してゆくことになる。

青年期事例と比べれば、児童・思春期事例ではこうした介入困難な事例が必ずしも多いわけではないように思う。あるいは、そこまで事例を掘り下げる以前に、何らかの改善がみられることが多いのかもしれない。しかし、不登校やひきこもりという現状と将来、あるいは、子どもの内的体験に対する親の理解、想像、共感が著しく乏しい事例、これまでの子どもとの関係を振り返ってみたり、新たな関わり方を工夫してみるなどの創造性や柔軟性の欠如のために有効に介入できず、問題が長期化してゆく児童期・思春期事例があることも事実である。

筆者（近藤）は以前に、こうした親の特徴について、自らの迫害的不安を子どもに強力に投影し、「子どものつらさがわかりすぎてしまう」ために、全く子どもに働きかけられない、あるいは、子どもの葛藤を否認してしまう結果、著しく共感性を欠いてしまうなど、親のパーソナリティや精神力動に焦点を当てて考察したことがある<sup>3)</sup>。そして現在は、こうした視点と同時に、親側の発達特性として捉える必要性も感じている。青年期のひきこもり事例の中に広汎性発達障害を背景とするものが少なくないことが明らかになってきた現在、親にも同様の特性がみられる事例があることは必然だからである。

## VI. グループやアウトリーチを活用した親支援

### 1. 家族教室の活用について

次に、個別の相談面接と並行して、家族教室の活用を契機に展開が生じた事例を示す。

#### 〔事例3〕

17歳の男児、中学1年生から不登校となり、高校受験をせず、ひきこもりが長期化していた。人目を避け外出できず、家族との接触も避け、食事も別室で摂っていた。このままではいけないという思いはあるようで、通信制高校の見学や母親に付き添いを要求して外出することを試みていたが、不安感や焦りが高じると、「どうせできない」「生きていても仕方ない」と訴え、自分に代わって今後の進路などについて考えるよう母親に強要し、暴力を振るうようになった。

母親は物静かで控えめな人。骨折するほどの暴力を受けたり、子どもの自傷行為を止めようとして怪我を負うこともあったため、援助者は、本人の言いなりにならず、不機嫌になってきたときにはその場を離れる、父親や第三者に助けを求めるなどを助言したが、母親は「自分の対応が悪いから」「子どもが可哀相だから」と、ひたすら耐えていた。

本人が17歳を迎えた時期、青年期の子どもをもつ家族教室に初めて母親が参加した。より年長の子どもを抱えている他の家族の姿や、根気よく働きかけを続けたことで、子どもとの間で今後のことについて話し合える関係が築けるようになり、ようやく子ども自身が来談するようになったという経験談に触発されたようであった。「うちの子どもが一番若いのに、ひきこもりの期間は一番長い」「もっと早く対応していれば良かった」という感想や、服従的な姿勢を考え直し、今後のことを本人と話し合うために、より積極的に働きかける必要性を実感したことを語った。

### 2. アウトリーチについて

本人の精神病理が重い、あるいは家族機能の低



さのために本人に的確な働きかけができないなど、来所型の家族支援だけでは進展が望めない事例もある。また、本人から家族への暴力が続いている、現実検討能力の低下している本人を医療機関につなげる必要がある場合などは、より積極的な介入方法として訪問が有効な場合がある。訪問によって展開が図られた事例を示す。

#### 【事例4】

小学校6年生の女兒。友だちから無視されたことを契機に、4年生から不登校が続いていた。小学校低学年の頃から、学校場面では緘黙状態であった。

子どもの不登校相談を目的に母親が来談したが、面接では、夫のアルコール問題や夫婦の不和、自身の不幸な成育歴などを話し続けることに終始した。母親はアルコール問題のある家庭に育ったという。飲酒する父親や夫への不満は、「飲酒する人すべて」に拡大し、以前の相談先では、担当者が飲酒することを知ったことで相談を中断してしまっただけであった。その他にも何か所かの相談を中断しており、安定した相談関係を築くことが難しいようであった。

母親は自身の不幸な体験を強かに子どもに投影していた。自身と子どもとの間にあるべき心理的な境界はきわめて曖昧で、子どもの体験や考えを客観的に検討することはできない状態であった。援助者は、相談や助言を通して母親に子どもへの関わり方を考えてもらう、あるいは、母親との相談面接から本児の来談へつなげていくような展開は望めないと判断し、まずは父親の来談を提案してみた。母親は、援助者が父親にアルコール問題について指導してくれることを期待して、これに同意した。父親とは別の援助者が会い、本児に対する今後の方針などを話し合った。直接、父親に会うといった具体的な行動を示すことで、初めて母親は援助者に対する信頼感をもてたようであった。また、本児は学校の担任が自宅を訪問することを拒否していないという情報もあったため、援助者が自宅を訪問することを提案してみると、母親も積極的に同意した。

月1～2回のペースで計8回の訪問を実施し

た。直接会うことはできなかったが、本児は訪問者をかかなり意識しており、自室で援助者と母親との会話を聴いているようであった。次第に、訪問の日に合わせて手づくりの菓子や短い手紙を用意してくれるようになり、母親との間では援助者のことをあだ名で呼び始めるなど、母親や自分を支援してくれる身近な存在と感じ始めたようであった。この時期、頭痛や不眠のことを相談するために医療機関を受診する、適応指導教室に登校してみるなど、少しずつ動きが生じ始めた。

小学校の卒業を控えていた時期、進学や将来のことを相談したいと希望し、母親に伴われて来談した。母親の横で、本児も父親の飲酒問題について話したり、母がいない場面では緊張して反応が乏しくなるなど、心理的自立という面でも、あるいは実際の生活場面においても、母親からの分離が難しいようであったが、中学校への進学を契機に、ようやく保健室登校を開始できるようになった。

本人に会えないまま継続する訪問でも、何らかの効果がみられる場合がある。筆者らは、10～20歳のひきこもり事例に対する保健・福祉領域の訪問活動について調査し、本人が医療・相談機関につながる、家庭内暴力が収まるなど、約4割に改善がみられたことを報告した。また、上記の事例では、父親の来談を促す、来所型の相談を自宅への訪問に切り替えるといった相談・支援構造の変更が相談関係の安定につながったものと思われるが、訪問という活動は、親の万能的・退行的な依存性を強める可能性を常に孕んでいる。ひきこもり事例に対する訪問については、これまで以上に積極的に、しかし慎重に検討される必要があるように思う。

#### 文 献

- 1) 狩野力太郎: システム家族論からみた家族と精神分析からみた家族: おもに三者関係をめぐって. 近藤直司編著: ひきこもりケースの家族支援. 金剛出版. 東京. p.41-50. 2001.
- 2) 近藤直司: ひきこもりケースの家族特性とひきこもり文化. 狩野力太郎, 近藤直司編: 青年のひきこもり. 岩崎学術出版社. 東京. p.135-142. 2000.

- 3) 近藤直司: ひきこもりケースにおける家族状況の分類と援助方針, 近藤直司編著: ひきこもりケースの家族支援, 金剛出版, 東京, p.53-65, 2001.
- 4) 近藤直司, 境泉洋, 石川信一ほか: 地域精神保健・児童福祉領域におけるひきこもりケースへの訪問支援, 精神経誌, 110(7):2008 (印刷中).
- 5) 皆川邦直: 固有の思春期までに発症する「ひきこもり」の精神病理と治療: 親ガイダンスの重要性を中心に, 近藤直司編著: ひきこもりケースの家族支援, 金剛出版, 東京, p.164-172, 2001.
- 6) 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, p.151-160, 2000.
- 7) 吉川悟: ひきこもりへの家族療法的アプローチ, 家族療法研究, 17: 95-99, 2000.

●特集論文公募のお知らせ●

「精神科治療学」では特集への論文を公募しています。ご投稿をお待ちしております。

第24巻1号(2008年1月発行)

改めてうつ病中核群を問う

締切: 2008年10月末日必着

第24巻2号(2008年2月発行)

夜, 寝ている時に起こる異常行動

締切: 2008年10月末日必着

- ・特集への応募論文は, 投稿規定の枠内で公募いたします(体裁は投稿規定をご参照下さい)。
- ・ご投稿の論文は編集委員会にて審査の上, 結果をご通知いたします。お問い合わせは下記まで。  
〒168-0074 東京都杉並区上高井戸1-2-5 ☎03-3329-0033 (株)星和書店「精神科治療学」編集部

## ひきこもりと広汎性発達障害

近藤直司<sup>1,2)</sup> 小林真理子<sup>3)</sup>

## Key Words

social withdrawal, pervasive developmental disorders, adolescence, psychotherapeutic approach

## 1 青年期ひきこもりケースの精神医学的背景

青年期において長期化する社会的ひきこもりの背景要因を捉えるうえで、以下のような多角的な視点が必要であることを確認しておきたい。第一に、精神疾患や発達の遅れ・偏り、生来的な気質などの生物的要因がある。第二には心理的要因がある。例えば、思春期に特有の防衛機制として、あるいはアイデンティティ拡散症候群の一症候としてひきこもりが生じ得ること、また、自己愛的な傷つきによる抑うつや、こうした傷つき体験を回避するためにあらゆる社会的場面を回避する傾向、接近したい欲求と呑み込まれる恐怖との間を揺れ動くスキゾイド・ジレンマなどの心理的メカニズムを背景とする事例があることも、すでによく知られている。また第三には、家族関係や所属していた学校、職場の状況などの社会的要因があり、より広く文化・社会的な影響も考慮されなければならない。

筆者らは、上記の生物的一心理的要因を明らかにするための一環として、山梨県立精神保

健福祉センターの相談ケース(電話相談だけのケースは含まない)のうち、16～35歳において6カ月以上の社会的ひきこもり(社会参加に至らず、対人関係を回避し、孤立している状態)をきたしており、相談・支援経過において本人が来談したケースをDSM-IV-TRに基づいて診断し、さらに治療・援助方針までを含めて以下の三群に分類した<sup>2)</sup>。

<第1群>統合失調症、気分障害、不安障害などを主診断とし、薬物療法などの生物学的治療が不可欠ないしはその有効性が期待されるもの。生物学的治療に加えて、病状や障害に応じた心理療法的アプローチや生活・就労支援が必要となる場合もある。

<第2群>広汎性発達障害や精神遅滞などの発達障害を主診断とし、発達特性に応じた心理療法的アプローチや生活・就労支援が中心となるもの。二次的に生じた情緒的・心理的問題、あるいは併存障害としての精神障害(社会恐怖や強迫性障害、慢性の適応障害など)への治療・支援が必要な場合もある。

<第3群>パーソナリティ障害(ないしは傾向, trait)や身体表現性障害、同一性の問題

Social Withdrawal and Pervasive Developmental Disorders

<sup>1,2)</sup> KONDO Naoji 山梨県立精神保健福祉センター [〒400-0005 甲府市北新1-2-12]<sup>3)</sup> 山梨県中央児童相談所 <sup>3)</sup> KOBAYASHI Mariko 山梨県発達障害者支援センター



(identity problem)などを主診断とし、心理療法的アプローチや生活・就労支援が中心となるもの。気分障害や不安障害を主診断とするケースのうち、薬物療法が無効なために心理-社会的支援が中心になるものも含む。

さらに平成19年度は、山梨県立精神保健福祉センター、岩手県精神保健福祉センター、石川県こころの健康センター、さいたま市こころの健康センター、和歌山県精神保健福祉センターの5機関における相談ケースのうち、16～35歳までのすべてのひきこもりケース(ただし、30歳以上のケースについては、ひきこもり始めた年齢が30歳以前のものだけとする)を対象に、その精神医学的診断を検討した。相談ケースは計181件で、相談・支援の経過中に本人が来談したのは97件であった。この97ケースを各機関でDSM-IV-TRに基づいて診断し、治療・援助方針までを含めて上記の三群に分けて集計した。情報不足などの理由により診断が保留されたものが19件あり、それ以外の78件は、第1群に24件(30.8%)、第2群に22件(28.2%)、第3群に32件(41.0%)が分類され、いずれにも当てはまらなると判定されたケースはなかった<sup>3)</sup>。また、家族からの相談のみで、本人が医療機関や相談機関を利用しようしないケースについても検討したところ、幻覚妄想状態や激しい巻き込み型の強迫行為が確認されるなど、明らかに精神科的な医療ニーズを有するものが少なからず含まれていること、本人には就職・就労経験のないものが有意に多く、著しい頑なさ、生活が変化することや新しい状況に直面することへの抵抗感、あるいは社会への志向性、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明らかになっている。

医療機関や保健所・保健福祉事務所と比較すれば、精神保健福祉センターは生物学的治療よりも心理-社会的支援が中心になるケースや、いわゆるサブ・クリニカルなケースまでを広く相談・支援の対象とする傾向があり、生物学的治療や入院治療を必要とするケース、緊急性の

高いケースの割合が低いことが予測される(精神保健福祉センターでこうした電話相談を受けた場合、医療機関を受診するように助言する、あるいは積極的な受診援助を目的に保健所へ繋ぐなどして、来所相談には至らないことも多い)。推測の域を出るものではないが、ひきこもり問題全体としては、上記の第1群に分類されるケース、あるいは併存障害、暴力を伴うような発達障害やパーソナリティ障害などの割合がもっと多いのかもしれない。

## 2 広汎性発達障害を背景としたひきこもりケースの精神病理学的特性

上記の第2群には、一部に軽度から中度の精神遅滞や中核的な自閉性障害が見逃されたまま経過してきたケースが含まれているが、多くはアスペルガー障害や特定不能の広汎性発達障害に分類されるケースで、知的能力も全体的に高い。これら高機能広汎性発達障害を背景としてひきこもり状態に陥っているケースの精神病理として、以下の点を指摘しておきたい。

まず、他者の意図や会話の内容を理解すること、あるいは状況や文脈の読みが苦手なために、漠然とした、または独特に意味づけされた違和感、被害感、不適応感、自己不全感を抱きやすく、このことが社会恐怖や対人恐怖、社会参加に向けた意欲の低下などにつながることもある。また、今後のことを具体的に想像できない、あるいは過去の成功や不快な体験に固執する傾向が強い。現在の生活パターンを変えること、新しい体験や予期せぬ事態に直面することに対する抵抗感が強い。こうした人の生活パターンを詳しく聞いてみると、毎日同じ時間に起床し、決められた家事や課題をこなし、同じ時間に就寝している、同じ店でしか買い物をしない、決まった服しか着ないなどということもある。この他、現実回避のための防衛的なメカニズムを背景として自己愛的・万能的なファンタジーへの没入が生じているケース、主に感覚過敏のために不登校となり、刺激への対処法を見いだ