

表4 境界性パーソナリティ障害の診断基準 (DSM-IV-TR)

対人関係、自己像、感情の不安定および著しい衝動性の広範な様式で、成人期早期までに始まり、極々の状況で明らかになる。以下のうち5つ（またはそれ以上）によって示される。

- 1) 現実、または想像の中で見捨てられることを避けようとするなりふりかまわない努力。
注：基準5で取り上げられる自殺行為または自傷行為は含めないこと。
- 2) 理想化とこき下ろしとの両極端を揺れ動くことによって特徴づけられる、不安定で激しい対人関係様式。
- 3) 同一性障害：著明で持続的な不安定な自己像または自己感。
- 4) 自己を傷つける可能性のある衝動性で、少なくとも2つの領域にわたるもの
(例：浪費、性行為、物質乱用、無謀な運転、むちや食い)。
注：基準5で取り上げられる自殺行為または自傷行為は含めないこと。
- 5) 自殺の行動、そぶり、脅し、または自傷行為の繰り返し。
- 6) 顕著な気分反応性による感情不安定 (例：通常は2～3時間持続し、2～3日以上持続することはまれな、エピソード的に起こる強い不快気分、いらいら、または不安)。
- 7) 慢性的な空虚感。
- 8) 不適切で激しい怒り、または怒りの制御の困難 (例：しばしばかんしゃくを起こす、いつも怒っている、取っ組み合いの喧嘩を繰り返す)。
- 9) 一過性のストレス関連性の妄想様観念または解離性症状。

表5 自己愛性パーソナリティ障害の診断基準 (DSM-IV-TR)

自己愛性パーソナリティ障害は、誇大性 (空想または行動における)、賞賛されたいという欲求、共感の欠如の広範な様式で、成人期早期までに始まり、種々の状況で明らかになる。

以下のうち5つ（またはそれ以上）によって示される。

- 1) 自己の重要性に関する誇大な感覚 (例：業績や才能を誇張する、十分な業績がないにもかかわらず優れていると認められることを期待する)。
- 2) 限りない成功、権力、才気、美しさ、あるいは理想的な愛の空想にとらわれている。
- 3) 自分が「特別」であり、独特であり、他の特別なまたは地位の高い人達に (または施設で) しか理解されない、または関係があるべきだ、と信じている。
- 4) 過剰な賞賛を求める。
- 5) 特権意識、つまり、特別有利な取り計らい、または自分の期待に自動的に従うことを理由なく期待する。
- 6) 対人関係で相手を不当に利用する。つまり、自分自身の目的を達成するために他人を利用する。
- 7) 共感の欠如：他人の気持ちおよび欲求を認識しようとしめない。またはそれに気づこうとしない。
- 8) しばしば他人に嫉妬する、または他人が自分に嫉妬していると思いつまむ。
- 9) 尊大で傲慢な行動、または態度。

表6 自己愛性パーソナリティ障害の2つのタイプ

- 1) 「the oblivious narcissist (周囲を気にかけない自己愛的な人)」

- ① 他人の反応に気がつかない。
- ② 傲慢で攻撃的。
- ③ 自分に夢中である。
- ④ 注目の的であろうとする。

- ⑤送信者であり、受信者ではない。
 ⑥見かけ上は、他の人々に傷つけられたと感じることに鈍感である。
- 2) 「the hypervigilant narcissist (周囲を過剰に気にする自己愛的な人)」
- ①他の人々の反応に敏感である。
 ②抑制的、内気、表に立とうとしない。
 ③自分よりも他の人々に注意を向ける。
 ④注目的になることを避ける。
 ⑤侮辱や批判をされていないか、他の人々に耳を傾ける。
 ⑥容易に傷つけられたという感情をもち、羞恥や屈辱を感じやすい。

参考文献：

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. DSM-IV-TR. Washington, D.C., American Psychiatric Association, 2000 (高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸訳 : . DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 2002) .
- 2) Bateman, A., Fonagy, P. : Psychotherapy for borderline personality disorder : Mentalization-based treatment. New York, Oxford University Press, 2004. (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, 東京, 2008) .
- 3) Bleiberg, E. : Treating personality disorders in children and adolescents : A relational approach. New York, Guilford Press, 2001.
- 4) Chethik, M. : The Borderline Child. Basic Book of Child Psychiatry, 2 ; p.304-324, New York, Basic Books, 1979.
- 5) Gabbard, G.O. : Two subtypes of narcissistic personality disorder. Bulletin of the Menninger Clinic, 53 ; 527-532, 1989.
- 6) Geleerd, E.R. : Borderline state in children. Psychoanalytic Study of the Child, 13 ; 279-295, 1958.
- 7) 本城秀次 : Borderline child (境界例児童) について—文献的考察. 児童青年精神医学とその近接領域, 25 ; 303-312, 1984.
- 8) 岩崎徹也 : 境界パーソナリティ構造. 精神分析事典, 岩崎学術出版社, 東京, p.92-93, 2002.
- 9) 狩野力八郎 : 青年期人格障害の臨床. 児童青年精神医学とその近接領域, 47 ; 326-336, 2006.
- 10) 笠原麻里 : 児童・思春期の境界例. 児童青年精神医学とその近接領域, 48 ; 389-398, 2007.
- 11) 笠原麻里 : 境界例. 精神科治療学, 23 (増刊号) ; 295-299, 2008.
- 12) Kernberg, O.F. : Borderline personality organization. J. Amer. Psychoanal. Assn, 15 ; 641-685, 1967.
- 13) Kernberg, P.F. : 正常な自己愛と病的自己愛の発達の側面. In Ronningstam, E.F. (Ed) : Disorders of Narcissism : Diagnostic, clinical, and empirical implication. John Scott & Company, 1998 (佐野信也監訳 : 自己愛の障害—診断的、臨床的、診断的意義—. 東京, 金剛出版 ; 102-116, 2003) .
- 14) Kernberg, P., Weiner, A., Bardenstein, K. : Personality Disorders in Children and Adolescents. New York, Basic Books, 2000.
- 15) 衣笠隆幸、池田政国、世木田久美ほか : 境界性パーソナリティ障害と発達障害—重ね着症候群について—. 精神経誌, 109 ; 36-44, 2007.
- 16) 松田文雄 : 児童思春期の境界性パーソナリティ障害と自己愛性パーソナリティ障害. 詳解 子どもと思春期の精神医学, 金剛出版, 東京 ; p.501-512, 2008.
- 17) Marcus, J. : Borderline states in childhood. Journal of the Child Psychology and Psychiatry, 4 ; 208-218, 1963.
- 18) 皆川邦直 : 前思春期より初期・中期青春期における境界例. 青年の精神病理2, 弘文堂, 東京 ; p.171-219, 1980.
- 19) 生地新 : 被虐待体験と自己愛的な万能感について. ナルシシズムの精神分析, 岩崎学術出版社, 東京 ; p.81-98, 2008.
- 20) Rosenfeld, H. : Impasse and Interpretation. Tavistock, London, 1987 (神田橋條治監訳 : 治療の行き詰まりと解釈. 精神書房, 東京, 2001) .
- 21) Sharp, C., Bleiberg, E. : Personality Disorders in Children and Adolescents. In Martin, A., Volkmar, F.R. (Ed) :

- Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook. Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
- 22) Towbin, K.E., Dykens, E.M., Pearson, G.S. et al.: Conceptualizing "borderline syndrome of childhood" and "childhood schizophrenia" as a developmental disorder. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32: 775-782, 1993.
- 23) Vela, R.M., Gottlieb, H., Gottlieb, E.: Diagnostic criteria for borderline conditions in children. 27th Annual Meeting of the American Academy of Child Psychiatry, Chicago, October, 1980.

⑥ 統合失調症

統合失調症は、主として青年期に発症し、慢性の経過を辿ることが多い原因不明の精神病で、精神疾患の中でも代表的なものの一つです。発生頻度は高く（生涯有病率は推定で 0.5～1%）、男女差はないとされています。主な症状には、次のようなものがみられます。

- 妄想：** 病的で誤った判断や観念のことで、現実には存在しない事柄を強く確信し、他者の説得によっても訂正できないのが特徴です。関係妄想、被害妄想、迫害妄想、追跡妄想、注察妄想、誇大妄想、血統妄想、宗教妄想など、さまざまなタイプの妄想がありますが、多いのは、被害的な内容のものです。
- 幻覚：** 実際にはそこに存在しないものが知覚される症状です。知覚の種類によって、幻聴、幻視、幻嗅、体感幻覚などがありますが、統合失調症で多いのは幻聴です。中でも、自分が何かをしようとするとその行為を批評・批判してくるもの（行為を批評する幻聴）、2人以上の人が自分のことを噂しているのが聞こえてくるもの（対話形式の幻聴）は、統合失調症にかなり特徴的であるとされています。内容は、妄想と同じように被害的なものが中心です。
- 自我障害：** 自我意識（能動性意識や外界・他者との間の境界意識など）の障害として理解される症状のことです。代表的なものとしては、自分の考えが人に伝わってしまう（考想伝播）、自分の考えが抜き取られてしまう（考想奪取）、操られる・自分が考えるのではなく人に考えさせられる・自分がするのではなく人にそうさせられる（作為体験）、外からの力で身体内部に異常な感覚が起こる（被影響体験）、考えたことが声になる・反響して返ってくる（思考化声）などがあります。
- 解体症状：** まとまりのない会話や行動のことです。会話としては、一つの話から脈絡なく別の話題に移ってしまう（連合弛緩・脱線）、会話がひどくまとまりなくなって殆ど理解不能になる（減裂）などがあります。行動としては、子供じみた行動をとったり、だらしない格好をしたり、風変わりな身づくろいをしたり、きっかけなく突然に興奮したりなど、様々な形のまとまりない行動がみられます。
- 緊張病症状：** 環境への反応性が著明に減少する一連の症状のことです。自分の周りで起こっていることや周りからの働きかけに対して完全に無関心になったり（緊張病性昏迷）、硬直した姿勢を維持して動かされることに抵抗したり（緊張病性硬直）、動かそうとする指示や試みに反抗したり（緊張病性拒絶）、不適切で奇異な姿勢をとったり（緊張病性姿勢保持）、無目的で外部からの刺激に応じない過度の運動活動性を示したり（緊張病性興奮）といったものが含まれます。
- 陰性症状：** 統合失調症の症状は、陽性と陰性という二つのカテゴリーに大別されます。陽性症状は正常機能の過剰やゆがみと考えられるもの、陰性症状は正常機能の減退や喪失と考えられるもので、上の 5 つは陽性症状のカテゴリーに入ります。一方、代表的な陰性症状には、感情の平板化、思考の貧困、意欲の欠如が含まれます。感情の平板化とは、感情の動きが乏しくなり、深みも感じられなくなってしまうもので、普通であれば感情が動いて然るべき場面でも、無関心、無頓着なままにいるといった症状です。場にそぐわない不適切な感情を示すこともあります。思考の貧困は、人と会話してい

ても、素気なく、内容の乏しい返事しかしない、会話量が減ってしまうといった形で現れてきます。意欲の欠如は活動を始めたり、持続する意欲が失われてしまうもので、長時間じっと動かなかったり、仕事や社会活動に参加することに殆ど興味を示さないといったことが起こってきます。

以上の症状の現れ方やパターンは、患者さんによっても時期によっても違ってきます。全ての患者さんに等しくこれらの症状がみられるわけではありません。また、これらの症状は、いずれも統合失調症に特異的なものではありません。統合失調症以外の疾患でもこれらの症状がみられることがありますので、症状だけから決めつけることのないように、注意が必要です。

統合失調症には次にあげる幾つかのタイプがあります。

- | | |
|---------------|--|
| 妄想型： | 妄想と幻覚を主症状とし、解体症状や緊張病症状、陰性症状は、他のタイプに比べて比較的目立たないものです。他のタイプと比べ、発病年齢が遅く、人格のまとまりは保たれやすい傾向があります。 |
| 解体型
(破瓜型)： | 解体症状と陰性症状を中心とするもので、発病年齢は他のタイプに比べ早く、潜行性で持続性の経過を辿りやすい傾向があります。 |
| 緊張型： | 緊張病症状を中心とするもので、周期性の経過を辿り、数ヶ月で病前レベルまで回復することが多いものの、再発を繰り返すうちに、人格水準が低下してしまうこともあります。 |
| 残遺型： | 過去に統合失調症の全般的基準を満たした時期があったが、現時点では陽性症状は目立たず、主として陰性症状だけが続いているというものです。 |
| 鑑別不能型： | 上記のいずれにも当てはまらないものです。 |

統合失調症は、不登校やひきこもりと関連の深い疾患です。統合失調症で不登校やひきこもりが起こるパターンには、大きく分けて一次性的なもの（症状が直接の原因になっているもの）と二次性的なもの（症状や疾患から二次的に引き起こされる事柄が主な原因になっているもの）があると考えられます。

一次性的なものとしては、たとえば、誰かにつけ狙われる、皆に馬鹿にされるといった不安や恐怖（被害妄想）のために家にひきこもってしまう；外出を禁止する声（幻聴）の命令に逆らえずに家から出られなくなってしまう；自分の考えが人に伝わってしまう不安（考想伝播）が、外出することによって一層強まるために外出できなくなってしまうといったケースが考えられます。

また、これは特に解体型（破瓜型）や残遺型で問題になることが多いのですが、陰性症状のために、外出への意欲や動機づけ自体が低下したり、人との交流が億劫になったり嫌になってしまう結果、ひきこもりがちになってしまう場合もあります。

二次性的なものとしては、症状のために、周囲の人との関係が悪化したり、周囲の人から避けられたりするようになり、そのことが辛くて外出困難になる状況が考えられます。たとえば、被害妄想のために他者を攻撃し、不快感や恐怖感を与える；妄想や自我障害のために他者を過剰に警戒したり、避けたりする；解体症状のために、場の状況や文脈を理解したり、周囲の人とどうまく波長を合わせることができないといったことが重なれば、当然、周囲との関係は悪化し、孤立してしまいます。あるいは、症状のために仕事や学業への意欲や能率が低下し、上司や教師から注意されたり、自分でも自信を失ったりといったことがきっかけになってひきこもってしまう場合もあるでしょう。これらはいずれも、症状のために対人関係面や仕事・学業面に否定的な影響が出た結果としての、適応障害的なひきこもりと言えます。

また、周囲の人達の病気に対する差別や偏見が関わってくる場合もあります。残念なことですが、心の病気、特に統合失調症に対する差別や偏見は、一般にまだ根強く残っており、このことは、様々な形で直接的・間接的に患者さんを苦しめています。病気であるという理由で周囲の人達から差別されたり、排斥されたりすることが、結果として患者さんをひきこもりに追い込んでしまう可能性も、決して無視はできません。

いずれの場合にも、認識しておく必要があるのは、自分を取り巻く状況や対人関係についての患者さんの過敏性です。現実にはそれほど大きな問題が起こっているわけでもないし、周囲の人達から差別されたり、排斥されているわけでもないのに、患者さんが、実際以上に事態を深刻に捉えてしまう場合があります。これは、程度が強くなると症状としての妄想ということになりますが、そこまではいかない程度の過敏性が、統合失調症のひきこもりには、しば

しば関わっています。この過敏性は、不安障害やパーソナリティ障害など、他の非精神病性の疾患でみられる過敏性ともある程度共通したものです。

二次性のものには、これら以外にも、家族の関わりが大きく影響しているものがあります。たとえば、世間体を気にしたり、外で何か問題を起こすことを心配する家族が、患者さんを外に出さないようにする；親子間の過剰な密着のために、いつも一緒にいないと、親か子供のいずれか、または両方が不安になり、結果として子供が外出できなくなるというケースです。また、これは、厳密には統合失調症によるひきこもりとは言えないのですが、家族の中に統合失調症の人がいて、その人の強い影響のために、ひきこもりが起こってくる場合があります。たとえば、家の外に猛毒が巻かれているという被害妄想を持つ統合失調症の母親が、子供を守るために、子供を外出させないといったケースです。この場合、子供は親に逆らえず、心ならずも“ひきこもらされて”いることもあれば、母親の妄想を共有し（共有精神病性障害）、自らの意志で“ひきこもって”いることもあります。

以上のように、統合失調症による不登校やひきこもりには、一次性、二次性の様々な事情が関わっています。また、どれか一つだけの理由で不登校やひきこもりが起こることはむしろ稀で、実際には幾つもの事情が絡み合っていることの方が多いと思われます。

統合失調症の治療は、薬物療法と心理社会的療法が中心になります。薬物療法は、抗精神病薬を基本としながら、必要に応じて他の種類の薬も加え、患者さんにとって最適な組み合わせを目指します。心理社会的療法は、精神療法と生活・就労支援に大別されます。但し、精神療法においても患者さんの生活や就労を視野におくことは大切であり、一方、生活・就労支援は、それ自体が精神療法的な要素も持っていると考えられます。その意味では、両者の間に明確な線を引くことはできません。

精神療法には様々な種類のものがありますが、統合失調症で中心になるのは、支持的な精神療法、つまり、患者さんが現に持っている力を最大限に生かし、育てることに重点を置くものです。無意識的な葛藤を意識化したり、精神内界で起こっていることへの気づきを深めることを目指す洞察的な精神療法は、統合失調症では効果がないばかりか、場合によっては、却って病状を悪化させてしまう危険があることから、原則的には推奨されません。

生活・就労支援は、患者さんが社会生活を送ったり、就労する上で抱えているハンディキャップを少しでも克服したり、それとうまく付き合っていくことができるように支援していくものです。患者さんが抱えているハンディキャップには、症状以外にも、過度の過敏性、対人関係を器用にこなす技術の不足、場の状況や文脈を理解したり、それにふさわしい行動をとる感受性や能力の乏しさ、集中力や持続力の乏しさといったものがあります。これらのハンディキャップに対して、SSTと呼ばれる技法を用いて対人関係の技能を練習したり、デイケア、レクリエーション療法、作業療法など、様々な方法で、対人関係能力や作業能力の維持・向上を目指したりするわけです。

薬物療法であれ、心理社会的療法であれ、治療で最も基本的で大切なことは、患者さんが安心感を持って治療を受けることができるように、最大限の配慮と工夫をすることです。同時に、過敏で被害的になっていることの多い患者さんにとって、安心感を持つということ、或いは相手を信頼するというのが、しばしば極めて困難な課題であることも認識しておかなければなりません。ひきこもっている患者さんに対して、具体的にどのように接近し、治療に結びつけていくか、また、その際、患者さん本人だけでなく、家族に対してどのように働きかけ、サポートしていくかといったことについては、このガイドラインの別の箇所を参照してください。

ひきこもりとされている人たちの中には、まだ治療を受けていなかったり、治療が中断してしまった統合失調症の方が、少なからず含まれている可能性があります。このような患者さんへの働きかけには、上に述べたように困難な点も多いのですが、うまく信頼関係を築き、治療に導くことができれば、良い方向への変化、つまり、ひきこもりからの脱出を期待できる可能性も大きいのです。逆に、それができなければ、ひきこもりが遷延してしまう危険が高まってしまいます。統合失調症に伴うひきこもりでは、この働きかけの成否が、経過に特に大きな影響を与えるということを、十分に認識しておく必要があります。

神戸女学院大学 水田一郎

⑦ 児童・思春期に特有な精神疾患（醜形恐怖、緘黙など）

現在執筆中 （大分大学付属病院 清田晃生）

⑧ 広汎性発達障害

1. 広汎性発達障害とは

ひきこもりと広汎性発達障害 (Pervasive Developmental Disorders:PDD) との関連を語る前に、はじめに PDD の概念について述べたい。

PDD は発達のいくつかの面における重症で広範な障害によって特徴づけられる。それは相互的な対人関係技能の障害、コミュニケーション能力の障害、または常同的な行動、興味、活動の存在である。このような状態を定義する質的障害は、その者の発達水準および精神年齢に比して明らかに偏っている。この考えは現在の DSM や ICD といった操作的診断基準においてもその中核概念として据えられている。

DSM-IV-TR によれば PDD は5つに下位分類されている。それは対人的相互反応の質的障害、対人的コミュニケーションに用いられる言語の質的障害、または行動、興味、活動の限定された反復的で常同的な様式の3領域のうち、少なくとも1つが3歳以前に始まる「自閉性障害」、女兒に認められ、生後5カ月までは正常な胎生期、周産期、精神運動発達、頭囲を示すが、それ以降から3、4歳の間にそれらの成長が減速または消失し、常同的な手の動きや特異な歩行と体幹の動きなどが認められる「レット障害」、通常の精神運動発達の後に急激な精神発達の遅れを示し、上記3領域のうち少なくとも2領域における機能異常が認められる「小児期破壊性障害」、言語発達に遅れを認めないが、残りの2領域の特徴を認める「アスペルガー障害」、そして上記の4疾患の診断基準のいずれにも当てはまらないが、それらの特徴のいずれかを有している「特定不能の広汎性発達障害」が含まれている。また従来は自閉症と精神遅滞は常に重複して認めるように捉えられてきたが、近年では DSM や ICD にしても精神遅滞を伴う広汎性発達障害児と正常知能を有する広汎性発達障害児の存在が認められるようになってきている。すなわち、どのような疾患であっても的確な診断はその治療の成功に大きく関わってくることから、PDD が規定するような自閉症関連症状の評価と同時に精神発達に関する評価を行うといった二つの側面を的確に評価・診断していくことが、その援助を始めるに当たって極めて重要な視点であると言えるだろう。

ただし、PDD を抱えた児童と接したことがある臨床家なら誰でも、自閉性障害にしろ、アスペルガー障害にしろ PDD の特徴や程度は個人差が大きいと感じたことがあるだろう。その個人差には PDD 症状の程度の問題もあるが、その精神発達の水準にも寄るところも大きいと言える。先にも述べたが、PDD には精神遅滞が併存する群と併存しない群とがある。前者は乳幼児健診の時点でその発達の遅れや質的特異性などを指摘され、早期発見、早期介入をされていることが多い。そのため彼らはしかるべき療育を既に受けている場合が多く、不登校やひきこもりになる以前にその介入がなされる環境にいる。万が一、乳幼児健診などで指摘されなかったとしても、本人や家族によく説明した上で適切な支援を受けられるよう、義務教育年代では特別支援学級や特別支援学校などの療育機関に、青年期以降であれば知的障害者更生相談所や発達支援センター、障害者支援センターなどの福祉・労働分野の相談支援機関につなげることが可能である。

一方で、通常知能を有している広汎性発達障害児は普通級に進学していることが多く、適切な発達支援や療育を経験することなく生活している。そのような環境で、上述した PDD の特徴を持って社会生活を営むことは、本人にとって苦痛であり不適応の誘因となるであろう。そして、学習面での能力に比べて著しく低い社会スキルのために、親や教師など本人に関わる周りの大人も困惑していることが多い。このような社会的な困難を抱える一方で、その知的水準から周囲からは怠けているように誤解をされることも多く、結果的に社会参加を避けるがごとく不登校や長期のひきこもりなどの非社会的な生活へと没入していくことが度々ある。

2. PDD と不登校・ひきこもり

ここでは PDD を抱えた人の臨床的な特徴と、不登校・ひきこもりとの関連性について述べたい。特に「対人的相互反応の障害」、「コミュニケーションの障害」、「常同的で限定された行動、興味、活動」と言った3領域の症状に、それ以外の臨床症状である感覚過敏、多動、学習障害の視点を加えて、PDD の二次障害と不登校・ひきこもりについて解説する。

(1) 対人的相互反応の障害

PDD を抱えた人にとって、対人的相互反応の障害は通常の集団生活の中で極めて困難にさせる症状と言える。物事を一連の流れとして捉えることが苦手であり、その場の状況を正しく判断する力に乏しく、他者との関わり方が奇妙になってしまうことが多い。例えば学校では、教師や先輩など目上の人に対しては丁寧語で話し、礼儀正しい態度で接し、同級生とは親しみを持って話しても良いことなど、いわゆる暗黙の了解である社会的ルールを身に付

けることが苦手である。さらに上司に向かって話す時、足を組み、まるで友人と話すような言葉使いをして、上司に怒られることすらある。また、その場にそぐわない内容を突如話してしまい、友達や職場の同僚から避けられたり、笑われたりもする。このような対人的相互反応の障害が原因で失敗を繰り返すので、当然学校や会社へは行きしぶり、不登校やひきこもり状態となることがある。

(2) コミュニケーションの障害

彼らは始話が遅れることや、助詞の使い方を誤るなどの言語発達の遅れを認めることがある。特に情緒的で抽象的な言語の使用が苦手であり、日常生活の中で相手の言うことが理解できず、思い込みや推測で行動しやすいと言えるだろう。また一方的に自分の興味のあることだけを話すため、彼らのコミュニケーション自体が自己中心的な振る舞いに見えてしまう。相手の言うことを字義通りに捉え、冗談が解らないために本気で怒ってしまうなどの行動もよく見られる。その結果、仲間外れにされ、いじめやからかいの対象になる。こういった状況が続けば、学校や会社へ行きしぶり、不登校やひきこもりになり易いだろう。

(3) 常同的で限定された行動、興味、活動

彼らは常同的で限定された行動、興味、活動を認め、ゆえに予定の変更や初めての場面などが苦手なことがある。例えば学校行事などで、いつも通りの授業ではなく、運動会や合唱祭などいつもと違った事をいつもと違う場所でする場合、不安になり混乱し、パニックを起こすことがある。その上、場を読む力が乏しいため、今は何をやる時なのかなど解らなくなり不安は増強する。またルールや規則に厳しく、「遅刻は駄目」、「勉強は1番でないと嫌だ」などのこだわりのために過剰適応となり、学校や会社へ行きしぶるようになる。そして家で自分の好きな趣味や興味あるものへの没頭が始まれば、集団生活を疎ましく思い、自宅へとひきこもる要因となるかも知れない。

(4) 上記3領域以外の問題

① 感覚過敏

特に学校場面で問題となるのは、音過敏と味覚過敏であろう。音過敏としてよく認められるのが、「教室のざわつき」である。また、「チャイムが嫌い」、「運動会のピストルが嫌い」などもある。味覚過敏の子どもなら、偏食や拒食などの食行動異常の併存もあるかも知れない。そんな彼らにとって休み時間や給食は地獄の様なひと時である。また社会人となり通勤をする際に、満員電車などは視覚過敏や臭覚過敏のある者にとっては辛いであろう。

② 多動・不注意

近年、PDDと注意欠陥/多動性障害との併存を認めるか否かなどの議論は繰り返されているが、臨床的にはPDDに多動・衝動性が併存しているケースは多い。例えば興味の無い授業では落ち着きなくなり、離席し自分の好きな場所の図書室へ勝手に行ってしまうたり、教室のざわつきが嫌で、机の下にもぐったり、仲間の中傷に対してカッとしてその相手に暴言暴力をしてしまうなどである。このような人をPDDの特徴を知らない教師や上司が見たら、奇異な、理解の出来ぬ人として捉えられるかも知れない。同時に同級生や同僚からのからかいの対象にもなる。

③ 学習障害

PDDは学習障害を併存していることが多く、書字障害や算数障害などがある。また微細運動障害があり不器用な場合は図画工作や家庭科は辛い授業であろう。協調運動障害があれば、体育に苦手意識を持つ子どもも多い。従って、このような特徴を持った彼らにとって、学習意欲を保つことは困難な場合も多いのである。

(5) 二次障害について

上述してきた様々なPDDの特性がゆえに、彼らは失敗体験が多く、自己評価が低くなり、抑うつ気分や不安焦燥感などが出現し、その不安の対処が上手くいかないと、パニックが出現したり、こだわりの強迫症状や偏食などの症状が出現したりと多彩な精神症状を呈する。すなわち、適応障害やうつ病、強迫性障害、摂食障害など多様な精神疾患が併存し二次障害へと発展することもある。場合によっては行為障害や反抗挑戦性障害など行動の問題を呈する者もいる。いずれにしてもこれらの病態は、学校や社会への不適応を助長し、不登校・ひきこもり状態を遷延させることになる。

3. PDDの子どもの不登校・ひきこもりへの治療的介入と留意点

(1) 心理検査

まず彼らと付き合う周りの人、すなわち両親や教師、上司などが彼らを理解することが重要である。その為には正しい評価、診断は不可欠となる。その診断をするにあたり、臨床症状から見た本人の特徴だけを手立てとするのではなく、心理検査などを利用して診断していく必要がある。例えば、ウェクスラー式知能検査(Wechsler

Intelligence Scale for Children-Third Edition : WISC-III) である。これは単に精神遅滞の併存の有無を確認するだけでなく、彼らは言語性下位検査や動作性下位検査の個人内差が著明なことがあり、これを明確にすることでその人の得手・不得手などが分かる。その結果を参考に個々の対応が可能である。すなわち家では両親が、学校では先生が、会社では上司が、個々の特徴を理解した上で本人と付き合うのである。彼らと付き合う周りの人々のこうした変化だけで、落ち着いて生活できるようになるケースは多い。

(2) 心理社会的アプローチ

彼らは上述のように、物事を一連の流れとして捉えることや、予定の変更、初めての場面などが苦手である。また、自分の興味のあることに関しては集中するが、そうでないと集中困難となることも多い。そういった彼らに、分かり易く、集中して物事に取り組んでもらうためには、枠組みのある、構造化された環境やシステムの提供が必要である。こういったアプローチを通常級で行うには限界があり、障害に応じた特別支援学級や特別支援学校などの療育の利用が助けになる。構造化された環境と分かりやすい指示のもとで、子どもが療育を受けると、それまであったパニックや集中困難などは回避され、さらに成功体験を増やす結果となり学校が楽しくなり、ひきこもりから脱する。場合によっては補助の先生の導入、個別指導などでも良い場合もある。一方で、義務教育年代が終了した高校生年代以上のひきこもりに関しては、社会とのつながりを促すことは困難であるが、精神保健・社会福祉機関などを利用する方法もあろう。

(3) 薬物療法

上述のように PDD は精神症状や二次障害を呈することもある。その場合には対症療法的に薬物治療が有効な場合がある。特にその急性期には沈静作用が必要となることや、心理社会的アプローチだけではすぐに奏功しないことから、薬物療法が必要な場合もある。

結語

PDD はその特徴がゆえに、学校や会社などの社会的な活動を送ることに不適応を起こし易く、自己評価が低下し、場合によっては二次障害に至っているケースも多々存在する。その結果として不登校やひきこもりの状態となり悩み苦しんでいる人やその家族が多く認められる。その対応は早期診断や早期療育、早期介入を本人やその家族、本人を取り巻く関係者と共に連携しながら行うことが重要であると言えるだろう。

国立国際医療センター国府台病院 井上喜久江
宇佐美政英

参考・引用文献

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, Text Revision Washington DC: American Psychiatric Association; 2002. 高橋三郎ほか訳. DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル. 東京: 医学書院; 2002
2. 融道男ほか訳. ICD-10 精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン. 東京: 医学書院; 2005
3. 近藤直司【今日の精神科治療指針 2006】精神科における症候・症候群の治療指針 社会的ひきこもり: 臨床精神医学(0300-032X)2006 年増刊 Page316-321(2006.12)

⑨ 注意欠如・多動性障害

はじめに

注意欠如・多動性障害(以下 ADHD)は、学校生活での不適応を生じる可能性は高いと言われるが、その内容は同級生や担任教師とのトラブルが主なものであって、不登校やひきこもりを生じやすいという証拠はない。むしろ ADHD の子どもは人懐っこく、客観的には孤立しているようにみえても、気づかずに仲間集団に接近していく方が多いようである。しかし思春期に入るとさすがに孤立への感受性は高まり、仲間集団との関係の挫折はこたえるように

なるため、ひきこもりの出現がそれ以前より増えるのは一般の子どもの傾向と同じである。

ADHD の子どもは幼少期からその多動性、衝動性のために大人をいらだたせ、叱責を受けやすいという生育史を持っている事が多く、否定的な自己像を持ちがちである。その上、攻撃性や衝動性の高い、あるいはそれらの統制機能が未熟なゆえに、学校などの社会生活において常に疎外され排除される危険を抱えている。特に思春期年代は、仲間集団の同質性・均質性追求という心性を刺激し、異質な存在に対する排他性を高めるため、衝動的な子どもは以前にも増して疎外されやすくなる。すると子どもはよりいっそう自信を失って自尊心の低い落ち込んだ気分になり、同時にその様な状況に腹を立て苛立つようになり、内的な攻撃性・衝動性が亢進し、逸脱的な行動が増加する。この逸脱行動の増加は必然的に仲間集団による排除と大人による叱責の機会を増加させることとなり、悪循環を生じる。

斎藤が提唱する不登校の下位分類の内の、衝動型不登校あるいは衝動統制未熟型不登校と呼ばれるタイプの不登校は、ADHD の子どもの不登校、ひきこもりを理解するのに有用な概念である。すなわち、衝動統制機能が未熟であり、自己中心的な行動が繰り返されることから、仲間集団から疎外され、所属する学校環境にも居づらくなっていくため、ついには学校参加の意欲を失い不登校にいたるというものである。

また亢進した攻撃性は、外在化すれば反抗挑戦性障害や行為障害へ発展し、内在化すれば受動攻撃型反抗へと発展する。「受動攻撃性」とは、自分の意思を無視して過干渉な介入を続ける大人に対して、能動的な怒りの表現をあきらめ、一見その大人の意思を受け入れたごとくに見せながら、実際には一切の努力を放棄し、期待を裏切りつづけることで怒りを表現している子どもと大人との関係に典型的に見いだすことができるものである。このような子どもは、まさに自分自身の価値を踏みにじることで、すなわちだんじて動かないことで自己主張し反抗するという屈折した攻撃性を発揮しているものであり、ひきこもりと親和的な心性である。

以上をふまえ、不登校、ひきこもり状態に陥った子どもの随伴症状として ADHD を考える場合、疾患特異的治療を受けさせるのみならず、心理社会的課題も正當に評価しその解決法を織り込んだ支援プログラムを提供することが望まれる。

症例呈示

入院治療を行った注意欠如・多動性障害 (ADHD) を併発する不登校児の治療経過を呈示する。

症例 A 男児 (初診時中学1年)

主訴: 忘れ物など不注意が目立つ。母が注意をするといらだち、何もしくなる。‘どうでもいい’と話すことが多く無気力。

家族歴: 姉 (2歳年上) は解離性障害。母は抑うつ状態。

生育歴・現病歴: 両親は結婚後から不仲だった。A は仮死状態で生まれ、始語は2歳と遅かった。幼稚園では、‘ぼやっとしている’と言われた。両親の不仲は改善せず、父が母を殴ることもあった。4歳時、母は姉を連れて別居し、A は父、父方祖父母と暮らしたが、A には運動性チックが出現した。その後両親は離婚した。小学2年からは母に引き取られたが、母は飲食店で夜間働いていたために母方祖父母に預けられた。小学5年からは、母、姉との3人暮らしが始まったが、実際には母は夜間不在のことが多かった。小学生年代のA は落ちつきがなく、授業には集中できず、整理整頓が苦手だった。A の行動は中学入学後も変わらず、家庭や学校でも‘だらしない’と叱責されることが多く、反抗的になっていった。中学1年秋には授業を妨害し、級友の鞆にいたずら書きをしていじめることがあった。学校でいじめをめぐって話し合いが行われたが、相手の親から‘君みたいな身体の子にいいめられたら、子どもは登校できなくなる’といきなり殴られ、A は泣きじゃくったという。その後のA は無気力で大人から注意を受けると何もしないという態度をとり不登校になり、中学1年3学期に当科を受診した。初診時のA はおもしろいことが全くないという表情だった。初診時の状態像はADHD (不注意優勢型)、反抗挑戦性障害、気分変調性障害と診断され、何もしないことで自分をだいなしにする受動攻撃的な傾向を認めると考えられた。

外来での治療経過:

A の無気力さや不注意症状の改善を標的に methylphenidate や抗うつ薬を投与したが変化はなかった。中学2年時A は新しい担任になつて登校し始めた。2学期にはA は勉強についていけず、授業を怠け教師に反抗するグループと親しくするようになったが、グループ内で財布をなくした子どもがいて、A が犯人扱いされ孤立した。さらにA が登校前にファーストフード店に立ち寄っていたことを学校に通知され、教師から注意を受けた。翌日からA は不登校になり、無気力は強まった。来院したA は‘母が用意してくれないからファーストフード店で食事をして登校していたのに注意されるなんて、もう誰も信用しない’と硬い表情で語った。A の養育状況は放任状態で、A の受動攻撃的な傾向が強まっていったため、中学3年春に児童精神科病棟に入院した。

入院治療の経過:

Aは入院当初つまらなそうだったが、中学生男児とうちとけていき、次第に元氣を取り戻した。Aは身体が大きい
ため、強い口調で話したり身体接触があると男児はAを恐るようになった。Aは「みんなが俺を恐がってこそそ
している」と男児の態度にいらだちを強め、さらに恐がられ孤立した。病棟スタッフは、AがいらいだとAが冷静に
戻るように働きかけ、他児とつきあう方法を相談していった。2学期の初めに病棟スタッフは中学生男児を集め、男
児のグループの悪い雰囲気改善のための話し合いを行った。そこで、Aは「自分を恐いと言うことはやめてほし
い」と語り、他の男児は「Aとは仲よくしたいけど、Aがいらいだと恐い」と語り、仲直りをするようになったが、
男児集団のぐちない雰囲気は続いた。その頃に、新しく入院した男児B（強迫性障害）がAの持ち物を壊してしま
い、AとBは殴り合いになった。Aが易怒的なため個室隔離をせざるを得なかった。Aは2週間個室隔離となったが、
「暴力はふるわないと思っていたけど、カッとなって殴ってしまった。ひとりぼっちでさみしい」と語り穏やかにな
った。その後Aは男児のグループに受け入れられていった。冬にはAはバレーボールの練習に熱心に参加し、大会で
優勝を勝ち取った。Aはスタッフに「いい友達ができてよかった。友達に年賀状を書くのは何年ぶりかな」と語った。
症例のまとめ：

Aは家庭や学校で叱責されることが多く、中学入学後は反抗的になり仲間から孤立した。Aは受動攻撃性を強め、
さらに家庭で放任されている状況だったため、入院治療を行うことにした。Aは病棟男児から孤立したが、病棟ス
タッフや個室隔離といった行動制限の力を借りて、これまで失敗し続けた友人関係を修復することができ、これはAに
とって自信につながる体験になったと考えられた。Aの母は子どもの養育に関心は低いので、母方祖父母の援助を受
けながらAを支える環境を作る必要があった。

Aに薬物療法は有効ではなかったが、対人交流の自信をつけることや家庭環境の調整を行うことで、受動攻撃的な
傾向はなくなり、社会参加へ復帰することができたと考えられた。

ADHDの診断・治療について

以下に、注意欠如・多動性障害-ADHD-の診断・治療ガイドラインより抜粋を記載する。

診断：

ADHDの診断・評価は、DSM-IV-TRに準拠した診断アルゴリズムを遵守することで到達できる。ADHDの確定
診断を確実に安定して得るためには、DSM-IV-TRに準拠した『ADHDの診断・評価用フォーム』を用いた半構造化
面接を実施することを推奨する。

ADHDの重症度を数値化して表現できるADHD-RSや、親記入用のCBCL (child behavior checklist)、教師記入
用のTRF (teacher report form)、反抗挑戦性障害の重症度評価尺度であるODBI (Oppositional Defiant Behavior
Inventory) など親や教師による評価尺度は、ADHDの診断・評価のための有益な資料を与えてくれる。

ADHD児の理解のためには、ADHD児の示す症候、対人交流の質と量、形成されつつある人格傾向などの横断的
な評価と、発達の時軸に沿ったそれらの経過についての縦断的な評価を実施するとともに、その総合的な結果を根
拠に今後の展開を予測し、支援法を検討するといった障害構造の全体像をダイナミックに把握しようとする姿勢が推
奨される。

治療：

治療・支援は、臨床像に応じて親ガイダンス、学校との連携、子ども本人との面接、薬物療法を組み合わせること
がわが国の臨床家の間では一般的である。医師は自らの機関が何処までの治療・援助法を提供できるかを冷静に判断
し、必要ならばより専門性の高い医療機関を紹介したり、教育機関や児童福祉機関などと連携した治療システムを組
み立てることに積極的に取り組む必要がある。

- ① 治療はあくまで確定診断を前提として行われるべきである。特に薬物療法において、確定診断なしのコンサータ
使用は許されていないことを忘れてはならない。
- ② 「親ガイダンス」は親を支援者と位置づけることを前提として、ADHDの発達障害としての特性、一般的な心身
の発達経過、予想される問題への対処法などの情報を提供したり、現実生じている問題について検討するなど
を通じて、よりよい支援を実現するために行うもので、言いかえれば親との作戦会議である。
- ③ 「学校との連携」はあくまで親の同意を前提として、学校の担任教師などとの情報交換や、医療的観点からのア
ドバイス、教育側から医療に期待する要望事項の聴取などを通じて行われる当該ADHD児支援の共同作戦であ
る。
- ④ 「子どもとの面接」とは、一言でいえば、行動療法的な課題を適宜組み込んだ支持的精神療法である。子どもの
問題行動を直接的に叱ったり注意したりするという面接は、いたずらに反抗的な拒否や反撃を引き起こすだけで、
成功しないだろう。かといって漫然とすべての行動を容認することは子どもの成長に結びつきにくい。いかに、

スリリングなチャレンジとして自らの問題行動のマネージメントを対象化できるかといった発想が、行動療法的な課題の設定と取り組みの準備段階として必要である。

- ⑤ 薬物療法は、子どもの利益につながることを予測できた場合に初めて採用すべき治療法であり、常に副作用などのリスクに細心の注意を払うべきである。
- ⑥ 現在、ADHD 治療薬として承認されているのは methylphenidate 徐放剤であるコンサータ (Concerta) であり、第一選択薬はコンサータとする。
- ⑦ 第二選択薬としては carbamazepine などの「気分安定薬」、risperidone などの「抗精神病薬」、SSRI を中心とする「抗うつ薬」の3種類の薬物がある。
- ⑧ コンサータの単独投与によって満足すべき効果が得られない、あるいは副作用のために使用を継続できないといった場合に、上記3種類の第二選択薬のいずれかを単独で、あるいはコンサータとの併用で使用する。
- ⑨ コンサータの処方可能な医師はコンサータ錠適正流通管理委員会の審査と承認に基くコンサータ錠登録医師でなければならないし、処方医療機関は登録医療機関でなければならない。さらにコンサータの調剤にあたる薬局も、そこで実際に調剤にあたる薬剤師も登録されていることが義務づけられている。

国立国際医療センター国府台病院 佐藤裕美子
渡部京太

参考文献

- ・ 不登校の児童・思春期精神医学：齊藤万比古著（2006金剛出版）
- ・ 第3版 注意欠如・多動性障害・ADHDの診断・治療ガイドライン（2008じほう）

⑩ その他の発達障害（精神遅滞・学習障害など）

1. その他の発達障害とは

ICD-10 や DSM-IV-TR において「発達障害」という用語はどの診断カテゴリーにおいても使用されておらず、国際的に「発達障害」という用語が広く認知されていないことがわかる。ところが、わが国では発達障害者支援法が施行されたことや、発達障害児への対応に焦点をおいた特別支援教育が開始になったことなど、発達障害という概念と用語の普及と発達障害者に対する取り組みが活発になっている現状がある。そこで、平成17年4月に施行された発達障害者支援法をみると、「発達障害とは、自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するもの」と記載されており、「学習障害 (Learning Disorder: LD)」、「広汎性発達障害 (Pervasive Developmental Disorder: PDD)」、「注意欠如・多動性障害 (Attention Deficit Hyperactivity Disorder: ADHD)」の三つが代表的な疾患であると言えるだろう。

ここで発達障害を「脳機能の障害であり、その症状が低年齢において発現するもの」という発達障害者支援法で明記された一文に注目して捉え直してみると、DSM-IV-TR において「通常、幼児期、小児期、または青年期に始めて診断される障害」に分類される疾患や精神遅滞は、発達障害概念と一致する疾患群といえる。そのため、本項では ADHD, PDD, LD を狭義の発達障害として捉え、これら障害群に精神遅滞やコミュニケーション障害なども加える疾患群を広義の発達障害と考える立場をとることとする。即ち、本ガイドラインでは精神遅滞も含めて広義の発達障害を一括して「発達障害」として用いる。

そこで、PDD および ADHD については別項で述べられてきたため、ここからは境界知能を含む精神遅滞（以下、精神遅滞）と LD およびその周辺領域を「その他の発達障害」として、それらの障害を背景に持つ不登校やひきこもりの特徴について述べようと思う。

ア) 精神遅滞

精神遅滞は DSM-IV-TR において明らかに平均以下の知的機能 (IQ70 以下) と規定されており、現在の適応機能の欠陥または不全が、意思伝達、自己管理、家庭生活、社会的・対人的技能、地域社会資源の利用、自律性、発揮される学習能力、仕事、余暇、健康、安全のうち2つ以上の領域で存在することが、18歳未満であきらかとなることと

定義されている。さらに、精神遅滞はそのIQの値から、軽度、中度、重度（最重度）に分類されている。また、DSMでは精神遅滞とは別に「臨床的関与の対象となることのある他の状態」として境界知能という診断カテゴリーがあり、そこではIQが71～84程度と規定されている。

軽度精神遅滞から境界知能に近づき、より正常知能に近い場合には、その幼少期の精神発達は正常との区別が知能テストをしないと困難な場合も多い。小学校低学年では特に問題なく過ごすことが多く、小学校の3、4年生ぐらいから学習の遅れがめだち始め、いじめの対象となるなどのその同世代集団への不適応が起きやすくなっていく。中学生年代になると、その年代の勉強にはほとんどついて行くことができず、日常生活上の困難さが明らかとなりやすい。このような学業上の遅れとは別に、基本的な社会習慣は概ね身につけることができ、疎通性も良好である場合もしばしばある。時には仲間集団や教師と良好な関係性を築き、自尊感情を比較的保ちながら成長してきたケースでは、社会的・職業的技能の確立も可能であり、結婚して家庭をもつこともある。しかしながら、その全般的な理解力の乏しさは外見上からや、短時間でのコミュニケーションからでは分かりにくいケースが多く、周囲の人物に本人の能力的な限界を理解してもらうことや、過度のストレス下では指導と援助が必要な場合があることにも注意が必要である。

中度もしくは重度・最重度の精神発達遅滞は幼少期から身の回りのことや運動能力の達成も遅れることがあるため、健診などでもその発達の遅れを指摘されることが多い。そのため、特別支援学級もしくは特別支援学校において基本的な技能を習得するための訓練や練習が必要とされる。そのような保護的な環境では、熟練を要さない単純な仕事は可能な場合もある。

イ) 学習障害およびその周辺領域

精神医学的な評価による学習障害と捉えている状態像と、教育分野における評価によって学習障害と呼ばれる状態像とは異なっていることに注意が必要である。教育分野で使われている学習障害概念の方が広く、学校教育上において顕著な学習困難を指し示していることとされている。このような教育領域における学習障害概念では、医学的にADHDや広汎性発達障害と診断される児童もその中に含まれることとなることに留意して、学習障害概念を使用していかななくてはならない。一方で精神医学的に学習障害と診断される状態像は、読む、書く、話す、聴くあるいは推論することにおいて同年齢、同じ知能のものと比較した場合に、期待される技能獲得の面で欠陥がある障害をさしている。DSM-IV-TRにおける学習障害の定義によれば、読みの正確さと理解力についての個別施行による標準化検査で測定された読みの到達度が、その人の生活年齢、測定された知能、年齢相応の教育の程度に応じて期待されるものより十分に低い「読み障害」、個別施行による標準化検査で測定された算数の能力が、その人の生活年齢、測定された知能、年齢相応の教育の程度に応じて期待されるものより十分に低い「算数障害」、個別施行による標準化検査で測定された書字能力が、その人の生活年齢、測定された知能、年齢相応の教育の程度に応じて期待されるものより十分に低い「書字表出性障害」の三つにわけられる。また学習障害以外にコミュニケーション障害と分類される生来的な障害がいくつかあり、例えば、人と会話をすることの問題として表出性言語障害と受容・表出混合性言語障害があり、構語の問題として音韻障害も取り上げられている。

2. その他の発達障害のひきこもりの特徴

その他の発達障害と不適応

精神遅滞にしろ学習障害にしろ、「発達障害」を抱えてきたものにとって、日常生活は何かしらの障害とともに過ぎている。例えば、「集団について行けない・友達を作りたいけどできない」「学習について行けない」「学校にいてもつらい」「いじめられる・からかわれる」といった問題を幼少期から抱えてきた可能性がある。この場合に周囲の大人が適切な援助を施し、様々な環境調整がなされれば、それらの問題は解決へと向かうことが多い。具体的には本人にあわせて個別学習・通級指導教室、特別支援学級、特別支援学校、障害者としての就労や作業所などを利用することによって再び学習や就労に対する意欲を取り戻し、その自尊心の低下を起因とする様々な精神障害を防いでいくことにつながっていくとも言えるだろう。このように本来もっていた精神遅滞や学習障害といった障害とは別に、それらの疾患を持つことによって生じたある種の困難さによって引き起こされたうつ病、不安障害（全般性不安障害、社会恐怖、強迫性障害）、等を「二次障害」と呼ぶ。

特に注意が必要な場合は、境界知能などの正常域に近い場合や、軽度の学習障害の場合である。そのような時に親や先生や兄弟に「頑張ればできる」「もう少し頑張れば追いつく」「怠けている」「わがままだ」といった見方をされることも多く、その障害を単なる怠けのように扱われることがある。さらにそのような場合に、小学校や中学校の通常学級で過ごしていることが殆どであり、周囲の児童たちから「成績が悪く」「不器用で」「友達が少ない」子供としてみられ、場合によっては「いじめ」や「仲良くしたいができない」などの否定的な体験を繰り返していることが多い。そのような生活を送りながら思春期に突入していくと、「なにをやってもできない自分」「必要とされない自分」と言

った否定的な自己像が形成されやすく、そこで抑うつ症状などが出現してくることも度々ある。その結果、そのように否定される集団を避け、不登校やひきこもりといったかたちで自宅に閉居することを余儀なくされる場合があると云えるだろう。

3. その他の発達障害のひきこもりへの対処・援助

その他の発達障害を抱えた人がひきこもりへと至ったときに何ができるであろうか。まず、ひきこもりの背景に精神遅滞や学習障害などの発達障害の有無が確定しているか否かを考えなくてはならないだろう。精神遅滞や学習障害の診断の確定を行うためには、ウェクスラー式知能検査 (Wechsler Intelligence Scale for Children-Third Edition: WISC-III) もしくは Wechsler Adult Intelligence Scale-Third Edition: WAIS-III) をまずは行っておく必要がある。ただし、ここでいくつかの問題点がある。それはこのような検査を行うためには、本人が来所し、さらに検査者を含む他者との間で十分なラポールがとれることが必要といえるだろう。もちろん、ひきこもり状態にある人たちにとって、他人との関係性が無理なくとれることや自宅から検査場まで出向くことは極めて困難なことである。そのため、そのような検査は仮に極めて早急に必要であると判断したとしても、ひきこもりという状態では容易に行うことができないのである。このような問題を理解し乗り越えていくためにも以下のような様々な試みが必要といえるだろう。

精神遅滞や学習障害などの発達障害を持った (もしくは疑った) ひきこもりに対して援助を始めていく際に、来所して心理検査ができない場合には、その状態像を自宅での様子だけでなく、幼少期からの情報を的確に集めていくことは、会うことがなかなかできない人たちにとってその診断や状態像を確定していく上で極めて有用である。例えば、小学校や中学校などの通知票を持ってきてもらうなどして、本人たちとも出会うことができないとしても、その社会適応の能力を判断していかななくてはならない。発達障害は精神病のようにあるときを境に発症した障害とは異なり、精神遅滞や学習障害などではその困難さは幼少期から一貫して続いているものといえる。そして、一度その発達障害の可能性が疑われたのであれば、本人たちの失われた自尊感情を支え、すこしでも多くの成功体験を得ていくためにも、精神遅滞や学習障害などによる日常生活全般に渡って生じてきた困難さに合った環境を提供していくことをかれらに保証し、本人たちがひきこもり生活から安心して外の世界に興味を持てるようにして行かなくてはならない。例えば、精神遅滞を抱えてきた青年が一度も診断を受けたことがなく成人となり、仕事上の失敗などを繰り返し経験してきた場合には、知的障害者手帳をとり、福祉的なサポートを受けつつ障害者として企業や作業所などで働いていくことを、繰り返し伝えていく必要があるだろう。また、学習障害による書字障害を持つのであれば、書字でのやり取りを減らし、パソコンやワープロなどを練習させ、その技能を職業訓練校などで習得することによって、就労の幅を広げていくことを伝えていかななくては、彼らの幼少期からずっと抱えてきた不安や挫折感を和らげ、再度社会の中に入っていこうという前向きな気持ちへと向かわせることができないと思われる。

このように発達障害を抱えた人たちが不登校やひきこもりに至った場合には、彼らが抱えている障害の特徴を理解し、その特徴に合った環境調整を施していくことが、彼らが幼少期から常に抱えてきた不安全感を払拭し、再度社会へと参加していくこと実現していくことに必要である。特に専門的な支援者は常にそのような視点を持ち、診断・治療の必要に応じて医療機関との連携も図りながら、彼らの困難さがすこしでも軽減してけるように援助していかななくてはならないといえる。

国立国際医療センター国府台病院 上野耕揮

d) 支援方法を踏まえたひきこもりケースの分類

(1) ひきこもりケースの分類にあたって

ひきこもり状態をきたしている本人の精神病理や治療・援助論については、これまで、個別的な治療・援助経験をひきこもり問題の総体として拡大解釈する傾向や、実際の治療・支援経験の裏づけに乏しい先入観なども根拠があったように思われる。「統合失調症が除外されれば、ひきこもる本人には精神医学的な問題がない」といった解釈が広く流布したため、有効な保健福祉施策の検討が立ち遅れた感も否めない。

本研究班では、青年期ひきこもりケースの精神医学的背景がかなり多様であり、個々のケースを慎重にアセスメントすることの重要性や、本人と会うことができて必要な情報が集まれば、基本的にはすべてのケースに何らかの精神医学的診断が付与されることなどが明らかになってきている。ただし、これらの知見については、ひきこもり問題に関わる多くの関係者に対して丁寧な説明が必要であろうと思われる。診断というラベリングに対する当事者・家族の根強い抵抗感に加えて、精神科医療以外の分野で活動する援助者や専門家の中には、精神医学的診断が付与されることによって自らの貢献できる範囲を制限されたように感じる人もおり、ひきこもりと精神医学的診断とを切り離して捉えようとする意図がはたらくやすいように思われるからである。

もとより今日的なひきこもり問題が個人精神病理によってのみ生じているとも、精神医学的や精神科医療、公的な精神保健福祉活動だけで説明・解決できるとも考えにくいし、個々の診断が明確になるということは、生物学的治療を必須とするケースや薬物療法にある程度の有効性が期待できるケース、心理療法やカウンセリング、就労・自立支援などの心理・社会的な支援が中心となるケースとを区分する、あるいはもっと積極的に非医療的支援の必要性が明らかになるという側面があることを強調する必要がある。

ひきこもり問題には医療機関だけでなく、保健・福祉分野の公的相談支援機関、就労支援機関、産業分野、当事者や家族、民間団体による支援活動など多くの貢献が必要であること、また、たとえば社会恐怖（社会不安障害）と診断されるケースの中にも薬物療法の有効例と効果が不十分なために心理・社会的支援が中心になるケースがあること¹⁾などを踏まえ、ここでは、診断とともに治療・援助方針に基づく大まかな分類を示す。実際の治療・支援実践においては、本人や家族がどのような治療・支援を望むかという観点を欠いてはならないが、どのようなケースを、どのような方針で、あるいはどのような場で支援するのが適当であるかという点についても、大まかなガイドラインが必要であろうと思われるからである。

(2) ひきこもりケースの三分類

近藤ら¹⁾は、ひきこもりの生物・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歳～35歳において6ヶ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にもとづいて診断した。さらに、大まかな治療・援助方針までを加味して、以下の三群に分類した。また、各群に分類されるケースは、どのような治療・支援機関や支援制度を利用することが多いのか、つまり、精神医学的診断と現行の医療・保健・福祉システムのうち、どのような機関・制度を活用して支援を組み立てられるかという点について述べる（ここでは、本人が義務教育年齢を越えている、すでに学籍がないなどの理由で、教育分野の支援システムや大学などの保健管理システムを活用できないケースを念頭に置くこととする）。

＜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。病態や障害に応じた精神・心理療法的アプローチの併用が望ましい場合が多く、とくに不安障害においては薬物療法と精神・心理療法的併用が有効であることが検証されている。治療・支援の場としては、一義的には医療機関が重視される。総合失調症や難治性のうつ病などのため生活・就労支援が必要となる場合には、多くの場合、精神保健福祉法に基づいて設置された社会復帰施設や、障害者自立支援法に基づいた支援体制（市町村の相談支援事業など）、障害者を対象とした就労支援体制（障害者職業センターや生活・就業支援センターなど）が活用されているものと思われる。民間支援の活用もあり得るが、精神障害や必要な治療・支援に関する知識の普及や専門機関とのネットワーク支援が望ましい。

が必要である。

＜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）に対して治療的アプローチが必要な場合には医療機関の役割も重視されるが、発達障害を対象とした生活・就労支援については、知的障害者更生相談所や発達障害者支援センター、精神保健福祉センターなどの保健・福祉分野、あるいは労働分野の相談支援機関活用されていることが多いものと思われる。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を取得し、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。

発達障害に気づかれないまま青少年育成分野や民間支援団体の支援を受けている場合もあると思われるため、本人や家族、関係機関・団体などへの啓発活動や専門機関とのネットワーク形成などの体制整備が必要である。

＜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 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。この群のケースは、医療機関や保健・福祉分野の相談支援機関、カウンセリング機関、青少年育成分野や労働分野の相談支援機関、民間支援団体など、さまざまな治療・支援システムを活用しているものと思われる。

（2）平成19年度の研究成果より

さらに近藤ら³⁾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機関における平成19年度の相談ケースのうち、16歳から35歳までの全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にもとづいて診断し、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いと判定されたケースはなかった。

この結果は、上記した三分類の妥当性を支持するものと考えられる。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となら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いことから、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示唆されている²⁾。

これらの知見は、ひきこもりケース全体に占める精神医学的背景とその割合を、ある程度推測し得る知見であると思われるが、このデータに含まれるバイアスについても考察しておく必要がある。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）。このことから、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がもっと多い可能性、あるいは、併存障害や暴力を伴うような発達障害、パーソナリティ障害などの割合が多い可能性がある。

以上、ひきこもりの精神医学的背景について概説し、ひきこもりケースを診断と治療・援助方針によって分類することの意義について述べた。次に、上記の3群に対する治療・援助方針について詳述する。

山梨県立精神保健福祉センター／山梨県中央児童相談所 近藤直司

＜参考・引用文献＞

- 1) 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。
- 2) 近藤直司、岩崎弘子、小林真理子、宮沢久江：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、清田吉和、北端裕司、黒田安計、黒澤美枝、宮田量治：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、2008

① 生物学的治療を含めた支援を必要とする群

1. 統合失調症

精神保健福祉センターや保健所などの相談機関では、社会的ひきこもりをおもな相談理由として家族から相談を受け、後に本人との面接において幻覚や妄想などの精神病症状が確認され、医療機関へつなぐケースがある。また、本人が来談せず、家族相談のみが継続されるケースの中にも、精神病症状を背景としたものが少なくない⁹⁾。

統合失調症によってひきこもりが生じやすいことは周知のことであり、ICD-10における統合失調症の診断基準には、陰性症状の項目に「社会的ひきこもりや社会的能力の低下」という記述がある。統合失調症を背景とした社会的ひきこもりは、こうした陰性症状として捉えられるものの他に、幻覚や被害関係妄想など、いわゆる陽性症状を背景として閉居しているような場合や、発症前駆状態としてひきこもりが生じている場合などもあると思われる⁸⁾。永田¹²⁾は、これら統合失調症の諸病相にみられるひきこもりを、急性期のひきこもり、寛解後疲弊病相のひきこもり、慢性期のひきこもりに分類して論じている。

統合失調症の治療において薬物療法が一定の効果を示すことは確かであるが、薬物療法だけでなく、リハビリテーションや福祉的な生活・就労支援などの心理・社会的支援が必要である¹⁰⁾。

2. 気分障害

まず、うつ病について述べる。DSM-IVでは、うつ病にみられる興味や喜びの減退によって社会的ひきこもりが生じる場合があることが記載されている。児童・青年期の気分障害については従来からさまざまな議論があったが、年齢と発達段階を考慮すれば、うつ病性障害は成人期と同様の診断基準で診断することが可能であり、その頻度は学童期で0.5-2.5%、青年期で2.0-8.0%と決して低くないというのが近年の疫学研究の見解である¹⁰⁾。一方で、その病態が成人期と同一であるのか、同様の治療的介入が可能であるのかは、まだ十分に明らかにされていない¹⁾。

DSM-IVのうつ病性障害の診断基準によれば、児童・青年期では、抑うつ気分の代わりに「いらいらとした気分」であってもよく、また、体重の変化を評価する際には、「小児の場合、期待されるような体重増加がみられないことも考慮せよ」とされている。傳田¹⁰⁾は児童・青年期のうつ病性障害の臨床的特徴をまとめて、①基本的には成人のうつ病と同じ症状（興味・喜びの減退、気力低下、集中力減退、睡眠障害、食欲障害、易疲労性など）が出現する、②大人と比較すると社会的ひきこもり（不登校など）、身体愁訴（頭痛、腹痛など）、イライラ感などが特徴的である、③児童・青年期では抑うつ気分は表現しにくい、④不安障害（社会恐怖、強迫性障害、パニック障害）、摂食障害、行為障害、注意欠陥多動性障害などに合併して出現することが多い、⑤成人と同じように、うつ病性障害、気分変調性障害、小うつ病性障害、双極性障害などが出現する、⑥薬物療法はSSRIが有効であるが、副作用には十分な注意が必要である、としている。すなわち、児童・青年期のうつ病性障害は、成人期のうつ病性障害と比較すると、その症状においていくらかの相違があり、身体症状や行動面での問題を伴いやすく、併存障害を多く認める点でも異なる。長期経過については、児童・青年期のうつ病性障害は早期に軽快することが多いものの、その後には再発しやすいこと、成人期のうつ病性障害や双極性障害へ移行する例があることが示されている¹⁰⁾。

次に、双極性障害と気分変調症について述べる。児童・青年期における双極性障害は、成人期と異なり、明確な躁病相とうつ病相を示さず、短期の病相や混合状態を呈しやすく、不機嫌や焦燥感を中心となることもある。エピソード間の回復が見られないことも多く、気分循環症や特定不能の双極性障害との診断に該当する例が多いとされる¹⁾。気分変調症は軽症のうつ病で慢性経過をとり、行動上の異常や性格的な問題が顕在化して典型的なうつ病とは異なる様相を示すために、従来では抑うつ神経症と診断されることが多く、薬物療法に反応しないとされてきた。しかし最近、これらの中に薬物に反応する一群があることが報告されており、これまでの精神療法によるアプローチの他に、薬物療法による改善の可能性が示されている¹⁰⁾。

児童・青年期のうつ病性障害に対する薬物療法に関しては、いずれの三環系抗うつ剤においてもプラセボとの間に有意差が示されていなかったが、1997年以降、ようやくSSRIの有効性が実証された。しかし、塩酸パロキセチンの投与による自殺リスクの増加を示唆する報告に基づき、英国規制当局がパロキセチンの18歳未満のうつ病性障害への使用禁忌勧告を出したことから、日本においても2003年8月から、これらのケースに対するパロキセチンの投与が禁忌となっていた。しかしその後の比較臨床試験の追跡により、欧米に次いで我が国でも禁忌が削除され、さらにその後の欧米での議論をふまえて、2007年10月からは、パロキセチンだけでなく三環系を含むすべての抗うつ剤について、「抗うつ剤の投与により、24歳以下の患者で自殺念慮、自殺企図のリスクが増加する」との報告があるため、抗うつ剤の投与にあたってはリスクとベネフィットを考慮すること」という警告で統一されることとなった。

傳田は、FDAがSSRIによる中枢刺激様症状（activation syndrome）としてあげた、不安、焦燥感、パニック発作、不眠、易刺激性、敵意、衝動性、アカシジア、軽躁状態、躁状態について、①抗うつ薬の副作用（ジッターネス症候群・アカシジア様症状）、②躁状態、あるいは混合状態への移行、③うつ病の悪化あるいは併存障害の顕在化、といった多様な病態の可能性があると、それぞれに対する考察と対処について記している¹⁰⁾。また、抗うつ剤は減量・

中止時にもさまざまな症状が出現しやすいことも指摘されている¹⁷⁾。これらの症状は Discontinuation Syndrome と呼ばれ、めまい、ふらつき、悪心、全身倦怠感、頭痛などが多いが、ほとんどが重症化せず、1-2 週間で自然軽快する。しかし、ごく稀に焦燥感、衝動性、自殺念慮を伴い、重症化することもあるため注意を要する¹⁸⁾。抗うつ剤の急な中止や高用量からの中止で起こりやすいため、継続療法への移行の際に症状が改善しても急に内服を中止しないように指導を行う¹⁷⁾。

児童・青年期のうつ病性障害に対する精神療法としては、認知行動療法と対人関係療法の有効性が示されている。軽症の場合には薬物を使わずに認知行動療法などの心理治療を第一選択とし、中等度以上のうつ病の治療としては、薬物療法と CBT (認知行動療法) などの心理療法との併用を推奨する報告もある。一方で、近年 CBT の有効性について否定的な報告もあり、薬物療法との併用についても未だ一定の結論に至っていない¹⁹⁾。

傳田は、病態の改善と子どもの発達を促進するために、薬物療法や精神療法だけでなく、家族療法や環境療法、教育的援助を含めた幅広い領域にわたる治療的アプローチが、もっと研究される必要があると述べている^{20,21)}。

3. 不安障害

不安障害、特に社会恐怖と強迫性障害は社会的ひきこもりの背景となる中心的な精神医学的問題の一つである。

社会恐怖は「青年期に好発し、比較的少人数の集団内で他の人々から注視される恐れを中核とし、社会状況をふつう回避するようになる (ICD-10)」とされ、原因として遺伝的要因(生物学的要因)と環境的要因が関係しているとされている。我が国では、欧米で社会恐怖(社会不安障害)が注目される以前から、対人恐怖症として多くの研究が積み重ねられてきた。鍋田¹⁰⁾は対人恐怖症と社会恐怖の異同について、またひきこもりとの関連について論じている。その中で古典的な対人恐怖症と「ひきこもり」に伴う軽症の対人恐怖症とを比較して、葛藤モデルに匹敵する神経症状態と欠損モデル(明確な欲求の欠損、自己像の欠損、対人関係形成能力そのものの形成不全)との違いであると述べている。また、中村¹⁰⁾は「回避、ひきこもりを伴う対人恐怖症」の特徴について、①赤面、表情、自己視線など自己の身体属性に対する固着した構えに乏しい、②漠然とした対人緊張、圧迫感が訴えの中心である、③加害妄想性が不明瞭ないしは欠如する、④他者に対する罪意識が希薄である、⑤他者に対する怯えの意識が強い、⑥「自分らしさがわからない」などの自己不確実感を伴うことが多い、⑦時に抑うつ、または無気力症状を伴うことがある、⑧長期にわたってひきこもる傾向にあり、治療が難渋しやすい、などをあげている。近年、対人恐怖症に限らず、思春期・青年期の神経症において容易にひきこもりに陥る症例が多いこと、つまりひきこもりが神経症全般に広くみられる陰性の行動化であることが指摘されている^{22,23,24)}。

社会不安障害の治療としては、薬物療法と精神療法との併用が有効であるという認識が定着しつつある。たとえば笠原²⁵⁾は、対人恐怖を示す青年に対する抗不安薬の頓用的な使用と精神療法とを組み合わせた外来治療の実際を詳述している。また永田¹³⁾は、社会恐怖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対しても SSRI/SNRI の有効例が少なくないことを報告している。精神療法的アプローチとしては、認知行動療法の有効性が示されている他、森田学派などからの精神療法研究がある^{26,27)}。

強迫性障害では強迫観念や強迫行為のために長時間を費やし、日常の社会的活動を妨げてひきこもりをきたすことがある。治療としては、薬物療法と暴露反応妨害法を中心とした認知行動療法の有効性が示されている。薬物は SSRI が中心であり、上記したような薬物による有害事象には特に注意が必要である²⁸⁾。認知行動療法について中谷¹⁴⁾は、対象が年少であれば、通常の暴露反応妨害法の前に、強迫性障害を外在化させるための工夫が必要であること、また、強迫症状に巻き込まれることの多い家族に対する心理教育も重要であることを指摘している。

山梨県立中央病院・思春期外来 金重紅美子

山梨県立精神保健福祉センター/山梨県中央児童相談所 近藤直司

<文献>

- 1) 岡田俊: 子どもの抗うつ薬治療における問題—診断と治療反応性をめぐって—. 精神科治療学 23(7): 831-837, 2008
- 2) 笠原敏彦: 対人恐怖と社会不安障害. 金剛出版 2005
- 3) 加藤忠史、福田倫明、工藤耕太郎ほか: Paroxetine 離脱症候群を呈した 5 例. 精神医学 45(7): 743-747, 2003
- 4) 北川信樹: 児童・青年期のうつ病性障害に対する精神療法—主に認知行動療法について—. 児童青年精神医学とその近接領域 49(2): 126-137, 2008
- 5) 近藤直司、岩崎弘子、小林真理子、宮沢久江: 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

- 6) 塩路理恵子、久保田幹子、中村敏：神経質とひきこもり。精神療法 26(6)；549-556, 2000
- 7) 穴倉久里江：OCD の薬物療法。児童青年精神医学とその近接領域 47(2)；106-112, 2006
- 8) 竹内直樹：子どもの統合失調圏。児童青年精神医学とその近接領域 49(4)；458-465, 2008
- 9) 傳田健三：児童・思春期のうつ病の現在。臨床精神医学 33(4)；437-433, 2004
- 10) 傳田健三：児童・青年期の気分障害の臨床的特徴と最新の動向。児童青年精神医学とその近接領域 49(2)；89-100, 2008
- 11) 傳田健三：子どものうつ病—発達障害と bipolarity の視点から—。精神科治療学 23(7)；813-822, 2008
- 12) 永田俊彦：精神分裂病とひきこもり。臨床精神医学 26(9)；1185-1189, 1997
- 13) 永田利彦、大嶋淳、和田彰ほか：社会不安障害に対する薬物療法。精神医学 46(9)；933-939, 2004
- 14) 中谷江利子：子どもの強迫性障害への認知行動療法。児童青年精神医学とその近接領域 47(2)；100-105, 2006
- 15) 中村敏：対人恐怖とひきこもり。臨床精神医学 26(9)；1169-1176, 1997
- 16) 鍋田恭孝：対人恐怖の今日の問題。臨床精神医学 33(4)；363-370, 2004
- 17) 花田一志、松尾順子、辻井農亜：児童・青年期のうつ病性障害に対する薬物療法。児童青年精神医学とその近接領域 49(2)；101-109, 2008
- 18) 広瀬徹也：思春期・青年期抑うつ診断の側面。思春期青年期精神医学 4(2)；133-141, 1994
- 19) 松本英夫：統合失調症 (schizophrenia)。児童青年精神医学とその近接領域 44(4)；381-386, 2003

② 発達障害を考慮した上での生活・就労支援が必要な群

社会的ひきこもりが社会的に問題となって来た当初は、統合失調症や躁うつ病などの内因性精神疾患でないが、ひきこもり状態にあるものを、いわゆる「社会的ひきこもり」と称していた。しかし、ひきこもり事例が検討されるとともに、ここ数年、高機能広汎性発達障害（アスペルガー症候群）などへの関心が高まってくる中、これまで「社会的ひきこもり」と言われて来た群の中に少なからず、発達障害を有するものも含まれるのではと考えられるようになってきている。

実際のひきこもり者本人や家族への相談場面においては、発達障害の知識を有することは不可欠になってきていると言える。

発達障害者の中には、学生時代からすでに発達障害としての診断を受け、様々な支援を受けてきたというものもみられる一方で、思春期から青年期、成人にかけて、発達障害の存在に気付かれないまま学校を卒業（もしくは中退）したものも少なくない。これらの中にも、発達障害の診断がなされているもの、なされてはいるが家族のみに告知され本人には告知がされていないもの、発達障害の傾向を持ちながら診断をうけず、結果的には発達障害としての支援がなされていないものなど、対応は様々である。

しかし、発達障害者の中には、ごく些細なことをきっかけに、強い不安や恐怖を抱き、そのことが、結果的に、相談機関や就労支援機関等に対する拒否感に発展することもある。せっかく相談に至ったにもかかわらず、発達障害についての理解がない、配慮がなされなかったがために、相談が中断されてしまうこともある。それらを防ぐためにも、発達障害に対する適切な理解が必要である。

以下は、鳥取県において、ひきこもり状態にある高機能広汎性発達障害（アスペルガー症候群）の人への関わり方について、研修のときなどに使用しているものである。すべての状態を表しているものではないが、生活・就労支援の場面において発達障害のある方に接するときの参考にして頂ければと思う。

（参考）アスペルガー症候群の人への関わり

鳥取県立精神保健福祉センター

アスペルガー症候群の人は、高い知識や集中力を持つ一方で、その人特有の「苦手なもの」を持っていることがあります。これらの「苦手なもの」が周囲に理解されないがために、本来の能力が出せず、一方で、「生活のしづらさ」に悩み、結果的にひきこもりの状態に陥ってしまったということもあります。

ここでは、アスペルガー症候群の人が持つ特徴をあげることにより、どの様に関わっていけば良いのかを考えています。これらの「苦手なもの」を、周囲の人が理解することにより、少しでも、安心して生活や就労が送れる様にできればと思います。

(1) 抽象的な言葉を理解することが苦手です。

具体的にない言葉で話してください。

一方的な、早い口調にならないように、気をつけてください。

きびしい口調や叱責には、強い不安や恐怖を感じることがあります。

具体的な「もの」や「行為」を示さない言葉が、分かりづらい人がいます。

例えば、

代名詞（あれ、これ、そこ・・・）、指示詞（あの、その・・・）

はっきりしない数の概念（ほとんど、ほぼ、だいたい、・・・）

はっきりしない時間の概念（時々、最近、この前、○時頃、○時過ぎ・・・）

その他、具体的にない概念（適当に、ほどほどに・・・）・・・などです。

本人にとって、「分かりづらい言葉」や「気になる言葉」があると、

そこから先の考えが十分にできないことがあります

その為に、話題についていけなくなることがあります。

言葉が十分に理解しづらいとき、

「分からない」と答えられる人もいますが、多くの人は、

「不安な表情」「とまどった表情」「なまはんな返答」「視線が合わない」

などの様子を見せることもあります。

こんな時は、もう一度、ゆっくりと、具体的な言葉を使って説明をしてください。

図表や絵・写真を使って説明すると、より理解がしやすくなります。

一つ一つの文章毎に、きちっと主語をつけてもらえると分かりやすいという人もいます。

物事を言葉通りに受け取ってしまうことがあります。

例えば話や冗談が理解しにくい時があります。

言葉の裏や暗黙の雰囲気を読むのが苦手です。

「である」「でない」とはっきりと言ってください。

（「ないことない」と言うような表現は分かりづらい時があります）

声をかけるときは、キチッと「君」「さん」をつけてください。

馴れ馴れしい態度は、時に不安や苦痛を与えることがあります。

対人関係が苦手です。

初めての人は苦手です。

初めてではなくても、苦手意識のある人は苦手です。

本人にとって、安心できる人とは、

叱らない人、聞きやすい人、言動が一貫している人などです。

職場では、同じ人が異なった指示を出したり、複数に人によって指示が異なると

混乱や不信感が生じます。的確で、かつ、矛盾の無い指示することが重要です。

指示を行うには、本人がその指示を出す人を信頼している必要があります。

本人と指示を出す人との信頼関係が構築されていると言うことが大切です。

(2) 同時に2つのことを行うことが苦手です。

一つのことだけに、集中することは得意ですが、

二つ以上のことを並行して行うことは苦手です。

特定の「もの」や「行為」に、高い興味や集中を示すことがあります。
一度、集中し始めると、途中で中断することが苦手です。

途中で中断することに強い不安や苛立ちを覚えることがあります。
一方で、別のことに集中すると、

以前のことへの関心が落ちてしまうことがあります。
切り替えるのが苦手です。

一度、集中してしまうと、その場にそぐわないものに、
熱中したり話題にしたりしてしまうことがあります。

「歴史」「政治」「地理」など、それぞれの興味の対象は異なります。
強い集中をしているときは、周囲の状況に関心が起きないときもあります。

(3) 初めてのこと、見通しのつかない事が苦手です。

これまでに経験のしたことのないことを、想像して実行することは苦手です。
急に意見や発言を求められると、強い不安や混乱を生じる事があります。
抽象的なテーマを与えられても、うまく実行できないことがあります。

(自分の好きな事を空想することはできます。また、本人自身が自分なりの意味
をもった抽象的な言葉を使うことがあります)

こんな時は、具体的に指示をしてくれる人と一緒に行動してみます。
初めて経験することは、安心してできる人と体験するところから始めます。
一度、体験すると次回からは安心して行動することが出来ます。
見通しのつかないこと、予想がつかないことが苦手です。

事前に予定を伝えておいてください。段取りも分かっている方が安心です。

終了の時間、区切りの時間は明確に伝えてください。

かつ、その時間は必ず守って下さい。

予定の変更が有れば、早く伝えてください。

いままでのやり方を、急に変えることが難しいことがあります。

いつ終わるのか分からない、日によって内容が異なることが苦手です。

しかし、内容の違いがキチッと事前に分かれば大丈夫です。

その場その場で、臨機応変に対応することが苦手です。

「あること」が得意であっても、

「それとよく似たこと」が必ずしも得意で有るとは限りません。

周囲の人からみて「よく似ているもの」「よく似ていること」でも、

本人には「全く別のもの」「全く別のこと」と感じられることもあります。

できること、できにくいこととギャップが大きい人もいます。

また、過去に嫌な経験をした出来事も苦手です。

(4) 知覚が過敏なため、ざわつきや大きな声が苦手です。

知覚過敏の強い人がいます。

聴覚だけではなく、視覚や嗅覚(臭いなど)に対しても過敏な人がいます。

周囲の声(音)が一方的に入ってきます。

その為に、複数の声(音)があると、一つの事への集中が難しくなります

聴覚過敏のある人は、他の人がそれ程苦痛に感じないような

余分な声(音)や大きな声(音)が不快に感じる場合があります。

その為に、周囲のざわつきがあると、苛立ちを覚える場合があります。

自分自身に関することで本人自身が賑やかであっても、

自分が集中していること以外の音や声には、不快感を感じます。

また、視覚過敏の人の中には、他人の視線がとても気になるという人がいます。