

(Pervasive Developmental Disorders: PDD) というカテゴリーが用いられている。カテゴリーは階層的に構成され、PDDカテゴリーの下には自閉症、アスペルガー症候群、それらのいずれにも該当しない Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified (PDD-NOS: 特定不能の広汎性発達障害) などの下位カテゴリーが含まれる。これに対して、自閉症スペクトラムという概念は、1981年にイギリスの精神科医 Lorna Wing が最初に提唱して以来、今日では PDD 分類に批判的な臨床家のみならず研究者によっても一般的に用いられるようになってきた。彼女は、流暢な話しことばの一方で、非言語的なコミュニケーションと対人的相互交流の障害を有し、活動や関心などが限局されており、不器用な青年や成人を診て、小児自閉症の症状と極めて似ていることに気づいた。彼らをアスペルガー症候群と命名し、小児自閉症と連続する状態像と考えた(神尾, 2008)。さらにロンドン南部の調査で知的な遅れのある子どもの中に自閉症にもアスペルガー症候群にも該当しないけれども、自閉症症状を呈する子どもが多数存在することを見いだした。つまりスペクトラム上には、自閉症やアスペルガー症候群の典型ケースのほかに、それらの中間型の人々が多数存在するという視点を導入したのである(神尾, 2009)。

スペクトラム概念を導入することの最大のメリットは、従来の診断分類では PDD-NOS や診断閾下ケースとなるより軽度の症状を有する人々のニーズに敏感になること、であろう。ASD 全体の中では彼らは軽症で、多くは高機能である。重度知的障害のある人々と比べると学習能力は高く、身辺自立は問題なく、試験に強い人たちは高学歴である。しかしそのことと社会適応がよいということは別物である。仕事が不安定で、親しい同僚や友人もなく、結婚などパートナーと安定した対人関係を築くことに大きな困難を抱えている。思春期以降に不安障害やうつ病などを併発し、精神科を受診する率も高い。このような適応の難しい人々に対して、支援ニーズに敏感になることは、予防の観点からも有用な概念である(神尾, 2008)。

### 2.1 個人レベルでみられるなめらかな連続性

発達障害は、症状に多少の変化はあっても生涯を通じて治ることはない、すなわち診断は安定している、というのがこれまでの理解の前提であった。近年になってその例外が稀ではないことが次第にわかってきた。たとえば、年齢とともに ASD 症状の改善がみられ、診断基準の症状の数や程度に満たなくなった結果、ASD 診断からはずれるケースが注目されている(Sutera,

Pandey, Esser, et al., 2007)。また ASD 症状の消退と入れ替わりに ADHD やチックなど他の発達障害の症状が前景に現れ、診断変更を余議なくされるケースの存在から、発達障害診断の安定性には疑問も指摘されている(Kamio, Tobimatsu, Fukui, in press)。この場合、ある診断から外れたということは通常の意味での治癒を意味するのではなく、操作的に決められている診断基準を下回ったということの意味する。並行して適応が改善するケースもあれば、適応上の困難と診断変更とにギャップがあるケースもある。後者の場合、診断に該当しないということは、支援が必要なくなったことを意味するものではない。つまり、診断の有無にかかわらず、支援の継続の必要性を見逃さないような的確なアセスメントが重要となってくる。

### 2.2 集団レベルでみられるなめらかな連続性

集団レベルでみると、ASD の人々とそうでない人々との間に明瞭な境界線は存在しない。ASD 行動特徴は、一般母集団の中でなめらかに連続的に分布する。ASD 行動特徴がほとんどない人々から、中程度に有する人々はその人数が多く、やがてさらにより特徴の強い人々に向かってなめらかに人数が減っていく。このような ASD 行動特徴の連続性は児童の大規模調査でもわかってきた(Constantino and Todd, 2003)。このことは、典型的な ASD ではないが ASD 行動特徴を一定程度有する児童が多数存在することを意味している。このことは、児童集団を対象とする特別支援教育は、診断のはっきりした児童にだけ向けるのではなく、診断閾下にあるが支援ニーズを有する児童も含めて計画されるべきであり、そしてそのような児童のニーズを的確に把握することの重要性を示している。

## 3. ASD の早期診断

ASD の早期発見は、諸外国のみならずわが国でも発達障害者支援法に謳われ、早期にさまざまな適応上のニーズをもちながら診断されずに見逃されている子どもたちを少なくすることは、世界共通の重要な課題となっている(神尾, 小山, 印刷中)。

### 3.1 乳児期の ASD 児

一般的には1歳を過ぎてから次第に診断的特徴がみられるようになる。振り返り調査では、視線が合わない、人の顔・声・抱っこに興味を示さない、模倣をしない、おとなしい、人見知りが弱い、指差しが少ない、赤ちゃんことばが少ない、始歩の遅れなどが指摘されているが、必ずしもすべての ASD 児に当てはまらない。どの特徴もすぐにそれとわかるような異常行動ではなく、

どちらかという平均より低頻度でしかみられないといった程度の違いにすぎない点が、判断を難しくさせている。

### 3.2 気づきから早期診断へ

このように乳幼児期では、対人コミュニケーションのほかにも、こだわり、かんしゃく、落ち着きのなさ、睡眠や感覚、摂食の異常などの一般的な行動の問題も含めて、育児の困難さを中心に丁寧に聞きながら問題を絞り込んでいく構えが大切である。親が育児に問題を感じていない場合には、相談や受診が遅れ、その結果診断や療育など支援が遅れることになる。乳幼児健診はASDが疑われたケースをすみやかに支援につなげるための貴重な機会であり、家族の気持ちに丁寧に配慮しながらもこのようなタイムラグを短縮する工夫が必要である。この時期の親の気持ちは、わが子の発達についての気づきと不安、日常生活の中で生じる対応困難な問題などで揺れており、相談したいが診断されるのが怖い、という気持ちから結果的に受診行動が遅れる。そのことを考慮して、専門家は不用意な診断名告知で終わらないよう、親が子どもの発達のようにすを理解して育児に活かせるような具体的な助言と継続的なフォローに繋げる用意が必要である。2008年の発達障害支援の推進に係る検討会報告書 (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/09/dl/s0903-7h.pdf>) には、家族が発達障害という事実に取り組む準備ができていない場合には、不用意な診断を行う前に、支援をすみやかに開始できるように「診断前支援」の取り組みが課題として挙げられている。「診断前支援」とは、診断が確定しなくては支援を始められないのではなく、診断が疑われた時点で、アセスメントに基づく支援を始めながら子どもと家族を見守る、ということである。

### 3.3 ASDのスクリーニング尺度

レベル1のスクリーニングとは、一般の子どもたちを対象にして該当する子どもを一定以上の精度をもって抽出することである。最初のレベル1スクリーニング尺度は、Checklist for Autism in Toddlers (CHAT)で、特異度が高い反面、感度が低いのが特徴である。つまり、CHATで陽性ケースはほぼ間違いなく自閉症であるが、陰性ケースの中に後に自閉症と診断されるケースが少なくない。そこで、感度を上げるよう作成されたのが、Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)である (Robins, Fein, Barton, et al., 2001)。M-CHATは23項目から成る親記入式の質問紙で、現在、日本語訳を含め、世界中で使用されている。

M-CHAT項目のうち16項目は、共同注意、模倣、対

人的関心など、平均的な幼児なら1歳6カ月までに通過する社会的行動指標に関係している。ASDのスクリーニングは、これらの社会的行動が1歳6カ月から2歳までに現れるかどうか注目する。これらの行動すべてに通過していれば定型的な社会的発達を順調にたどっているといえるが、そうでない場合は、必ずしもASDとは限らないもののフォローの必要性を警告している。M-CHATは、定型的社会的発達かどうかをチェックするためのツールともいえる。

表1に示すように、M-CHATに含まれる16項目は、平均的な通過時期によって、8カ月以前、10～12カ月、14カ月以降、の3群に分けられる (稲田, 神尾, 小山, 2008)。たとえば、ASDの早期兆候の一つとして重要な共同注意行動は、平均的な幼児では1歳前後で通過することから、その欠如がはっきりするのは1歳過ぎとわかる。表1は、8～20カ月の一般的な幼児を対象に母親に記入してもらった結果をまとめたものであるが、1歳6カ月を過ぎた子どもの大多数がこれらの項目すべてに通過している。これより、M-CHATを1歳6カ月健診で用いることは発達の的に妥当といえよう。

### 3.4 ASD早期発見・早期支援の実践

著者らは地方自治体の発達相談事業の一環として、1歳6カ月健診の受診児全員に日本語版M-CHAT (<http://www.ncnp.go.jp/nimh/jidou/research/mchat.pdf>) を用いたスクリーニングを実施し、早期発見から早期支援のシステムを導入しその成果を調査した。詳細は別誌に報告した (稲田, 神尾, 2008, 2009; 神尾, 稲田, 2006)。本稿では、その方法と結果、そして施行時の留意点などについて述べる。

1歳6カ月健診に参加し保護者が研究参加に同意した一般幼児 ( $n=2113$ ) を対象として、M-CHATを用いた第1段階スクリーニングを、続いて電話面接による第2段階スクリーニングを経て、2歳時に家族面接と子どもの行動観察に基づく診断評価を行った。米国原版のM-CHATの対象は主に24カ月児だったのに対して、本邦での対象は1歳6カ月児だったため、カットオフの際の基準を若干変更している。2段階のスクリーニングで陽性かつ2歳時診断がASDだった23名中、フォローできた16名中15名は3歳時診断もASDであった。偽陽性だった6名には、対人・言語の発達の遅れや多動、こだわりなどのため育児困難感が強く、フォローが必要なケースであった。偽陰性だった5名は発達水準が正常範囲の高機能児だった。2歳時の診断内訳は、自閉性障害10名とPDD-NOS13名で、23名中11名 (47.8

表1 社会的行動と遊びの月齢区分ごとの通過率 (%)

項目	月齢区分(男:女)		8 m	9 m	10 m	11 m	12 m	13 m	14 m	15 m	16 m	17 m	18 m	19 m	20 m
	項目内容		(17:4)	(12:11)	(14:4)	(15:22)	(9:20)	(18:15)	(13:9)	(11:7)	(16:11)	(11:8)	(10:4)	(9:8)	(13:7)
第1群 8カ月 以前	1	身体を揺らすと喜ぶ	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	2	他児への関心	100	87	100	97.3	100	100	100	94.4	92.6	100	100	100	100
	4	イナイナイパー喜ぶ	100	87	96.4	94.6	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	10	合視	90.5	95.7	89.3	100	96.6	90.9	87.5	94.4	81.5	100	85.7	100	100
第2群 10-12カ月	12	微笑み返し	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	14	呼名反応	95.2	91.3	96.4	100	96.6	97	100	100	96.3	100	100	100	100
	5	みたて遊び	9.5	13	35.7	48.6	79.3	69.7	84.4	94.4	88.9	100	100	94.1	95
	6	要求の指さし	9.5	13	28.6	43.2	75.9	87.9	87.5	100	92.6	100	100	100	100
	7	興味の指さし	9.5	13	35.7	51.4	79.3	75.8	87.5	100	88.9	100	100	94.1	100
	13	模倣	28.6	26.1	71.4	81.1	82.8	81.8	87.5	88.9	77.8	94.7	92.9	100	100
	15	指さし追従	38.1	52.2	46.4	67.6	86.2	78.8	90.6	88.9	96.3	100	100	100	100
第3群 14カ月 以降	19	親の注意喚起	57.1	56.5	64.3	75.7	86.2	72.7	78.1	83.3	81.5	100	100	94.1	95
	8	機能的遊び	14.3	8.7	14.3	27	41.4	21.2	40.6	72.2	66.7	78.9	92.9	100	95
	9	興味あるものを 見せに持ってくる	4.8	8.7	7.1	29.7	44.8	48.5	62.5	83.3	81.5	89.5	92.9	82.4	95
	17	視線追従	47.6	52.2	53.6	48.6	69	66.7	62.5	83.3	70.4	94.7	85.7	76.5	95
23	社会的参照	57.1	56.5	53.6	70.3	65.5	66.7	68.8	83.3	63	78.9	78.6	70.6	75	

稲田ほか(2008)から引用。

%)は正常範囲の発達水準にあった。したがって、これまで早期発見が困難とされてきた高機能群を比較的鋭敏に把握できたといえる。

M-CHATの結果にかかわらず、3歳までのフォロー中にASDの診断を受けた40名は、男女比が3:1、発達の遅れは半数にあり、残りの半数は正常範囲内の発達水準と、ASD人口を代表する分布特徴を示した。1歳6カ月でのM-CHAT陽性率は80%、電話も含めて2回とも陽性だった割合は60%であった。3歳時にASD診断を受けたケースのうち、1歳6カ月時M-CHAT陽性・陰性で、3歳時臨床データを比較したところ統計的に有意差はなかった。親記入のM-CHATの限界を補完するために、今後、健診スタッフによる観察結果も合わせて陽性・陰性の判断を行うことが、潜在ケースの発見に有用と思われる。

早期発見・早期支援効果は現段階では不明であるが、追跡可能だったASD早期診断から支援に繋がった16名(早期診断群)と、スクリーニング陽性が判明したが3歳までなんの支援も受けなかった10名(3歳診断群)とでその臨床症状を比較した(小山, 稲田, 神尾, 2009)。2群の性比や月齢はほぼ同等で、1歳6カ月時のM-CHAT各項目の通過率では差がなかった。3歳時で比べると、発達水準には群間差はなかったが、行動面で違いが認められた。早期診断群は、場面の変化への切り替えやこだわりと関係するCARSの『変化への適応』得点が3歳診断群と比べて低い、すなわち変化への適応がより良好であった。このことは、早期からの支援が子どもの遊びなどの生活経験を広げ、環境の変化への耐性を高めた結果と解釈されるかもしれない。また親の報告に基づく評価では、早期診断群がより笑いかけると微笑みを返すとみなされていた。この結果は、回答者である母親の主観が反映されている可能性があるが、早期から支援を受けていたケースは人に向けてポジティブな感情を表出しながら対人的応答をしていることを意味している。

### 3.5 家族へのフィードバックの際の留意点

早期診断は支援につなぐためのプロセスであるので、家族へのフィードバックの目的は、アセスメントによって得られた子どもの発達情報を共有し、日常生活で最大限に活かしてもらうことにある。わが子についてより理解するための手助けとなるように、対人コミュニケーションの発達を中心に、子どもの強みや多面的な発達の状況をバランスよくわかりやすく伝えることが肝要である。その際には、一方的な診断告知とならないように、発達の個人差を強調し、行動観察に基づ

く説明とともに、日常の育児や遊びの工夫に繋がる具体的な助言を行う。また発達とともに変化することを伝えて、発達に応じた適切なかわりのためには定期的なアセスメントが役立つことも説明しておく。

前述したように、ASDによくみられる対人コミュニケーションの特徴は、一般母集団においても連続的に分布する。それは親についてもいえることで、気づきが弱い親の一部に軽微なコミュニケーションの困難を有する人たちがいる。家族とのコミュニケーションを円滑にするためにも、家族のコミュニケーションスタイルに応じた工夫が必要であり、そのために家族歴の情報も有用である。ケースによっては、遠慮がちで婉曲的な言い方よりもシンプルで客観的な表現のほうが好まれる場合もある。親の対人コミュニケーションの問題は日常生活ではわかりにくい場合でも、育児に際しては困難が露呈しやすく、ていねいな育児支援が欠かせない。

## 4. おわりに

ASDやその他の発達障害では、幼児期から始まる長い発達過程において症状は持続するけれどもその発達の变化も大きい。ライフステージに応じた支援を提供するためには、発達の变化を的確に捉えてその時のニーズを把握する必要がある。発達障害には、ある症候群に典型的な特徴が目立つケースだけでなく、典型ケースと正常との中間に位置づけられるような臨床閾下ケース、またASDとADHD、あるいはASDとADHDと発達性協調運動障害などのように重複診断を有し、典型的な特徴が見えにくいケースなど、きわめて多様な臨床像を呈する状態が含まれている。そうした個人差の大きい臨床像に応じた支援ニーズを的確に捉えることもまた必要となる。発達障害における診断の意義は、このように発達過程に応じて変化し、かつ一人ひとり異なるニーズを把握することにあるといえる。発達障害のある人々の社会適応を将来にわたって高めるためには、診断名から得られる情報だけでは十分とはいえず、ほかの障害の合併や気質、家族歴、環境などさまざまな角度から評価することが重要である。長期的な観点からは、どのように診断評価が発達経過や支援に応じて変化してきたかということも、予測の根拠となるであろう。

本稿では、早期診断をすすめるために既存の乳幼児健診システムと平行して実施可能なASDのスクリーニングの実際を紹介した。これまで見逃されてきた乳幼児の社会的発達を捉えるために、M-CHATのような

ツールを用いると、ASD児のみならずほかの発達の問題を有する子どもたちのニーズに気づくのに役立つ。早い時期にニーズに気づき、的確な診断を行うことは、発達障害を有する子どもとその家族が必要な時に支援を受けやすい道を拓く契機となり、支援を具体化するためには、それぞれのニーズに応じた心理士、言語聴覚士、理学療法士、作業療法士、保育士などの専門職、そして家族や医療の連携と役割分担が一層進められていなくてはならない。

## 文 献

- Constantino, J. N. and Todd, R. D. (2003). Autistic traits in the general population: A twin study. *Arch Gen Psychiatry*, 60, 524-530.
- 稲田尚子, 神尾陽子. (2008). 自閉症スペクトラム障害の早期診断への M-CHAT の活用. 小児科臨床, 特集「最近注目されている発達障害」. 61, 2435-2439.
- 稲田尚子, 神尾陽子, 小山智典. (2008). 8 ヶ月齢から 20 ヶ月齢の乳幼児の社会的行動獲得の時系列. 第 49 回日本児童青年精神医学会抄録集. p.253.
- 稲田尚子, 神尾陽子 (2009): 幼児期早期のアスペルガー症候群: ASD 児に対する早期からのアセスメントと支援. アスペルガー症候群の子どもの発達理解と発達援助. 別冊発達 30. 榊原洋一 (編). ミネルヴァ書房, p.113-122.
- 神尾陽子, 稲田尚子. (2006). 1 歳 6 ヶ月健診における広汎性発達障害の早期発見についての予備的研究. 精神医学. 48, 981-990.
- 神尾陽子. (2008). アスペルガー症候群の概念: 統合失調症スペクトラム障害との関連における概念の変遷と動向. 精神科治療学. 23, 127-133.
- 神尾陽子. (2009). 自閉症概念の変遷と今日の動向. 児童青年精神医学とその近接領域, 学会発足 50 周年記念特集号. 50, 124-129.
- Kamio, Y., Tobimatsu, S., Fukui, H. Developmental disorders. *The Handbook of Social Neuroscience*. Decety, J. and Cacioppo J. (eds.), Oxford University Press, (in press).
- 神尾陽子, 小山智典. 早期発見. 自閉症. 高木隆郎 (編). 星和書店, 印刷中.
- 小山智典, 稲田尚子, 井口英子, ほか. (2009). 自閉症スペクトラム障害児の早期発見システム導入による効果の検討. 平成 20 年度国立精神・神経センター精神保健研究所研究報告会, 国立精神・神経センター精神保健研究所, 東京.
- Robins, D. L., Fein, D., Barton, M. L., et al. (2001). The Modified Checklist for Autism in Toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 31, 131-144.
- Sutera, S., Pandey, J., Esser, E. L., et al. (2007). Predictors of optimal outcome in toddlers diagnosed with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 37, 98-107.

近藤 直司\*

## 青年のひきこもり

児童青年精神医学とその近接領域 50(50周年記念特集号)；156—160 (2009)

### I. はじめに

本稿では、まず、青年期のひきこもり問題が精神医学や心理学においてどのように捉えられてきたかを概説したい。とくに成因論について整理することを目的とし、そのうえで、治療・援助論の方向性を展望したいと思う。

### II. 精神医学・心理学が取り上げてきた「ひきこもり」

精神医学や心理学においては、古くから「ひきこもり」という用語が用いられてきた。この用語は、周囲に無関心になり、もっぱら自らの内面ばかりに心を奪われ、自己愛的な内的世界に浸っている状態（自閉、内的なひきこもり）、他者に「心を開く」ことや、他者との「心を通わせる」ことができない状態（情緒的なひきこもり）、あるいは対人関係を回避し、孤立している状態、社会生活の範囲が著しく限定されている状態（外的なひきこもり、社会的ひきこもり）など、多義的に用いられてきた。つまり、内的世界のレベルで生じている現象と、外的・現実的な状態像として生じている現象という双方の意味が包含され、そのときどきの文脈によって使い分けられてきたということであろう。

たとえば英国では、1940年代からスキゾイド・パーソナリティ（分裂病質）の精神病理学研究において、内的なひきこもり現象や自ら孤立を選択する人たちが臨床研究の対象となってきた。こうしたスキゾイド研究は、今日においても、対人関係からひきこもる人々のパーソナリティ特性を検討するうえで極めて重要な鍵概

念となっている。また小此木（2000）は、エリクソンが1968年に提唱した「アイデンティティ—拡散症候群」が今日的な青年のひきこもりについての最初の記載であると指摘し、その臨床像を「自意識ばかりが過剰になり、社会が与えてくれたモラトリアムを有意義に利用することができない。いろいろな同一化を試みたり、アイデンティティ—選択のゲームを楽しむ自我の活力が失われ、いつになっても自己定義を回避する選択麻痺の状態に陥る。人と親密になると呑み込まれる不安が起り、対人的な距離のとり方が失調し、未来に対する希望や展望が失われる。生活全体の緩慢化、絶望、無気力が生じ、どんな社会的活動からもひきこもってしまう。」と要約している。

1970年代からは、わが国においてもスチューデント・アパシーの問題が取り上げられ、退却神経症（笠原, 1988）、逃避型抑うつ（広瀬, 2000）、思春期内閉（山中, 2003）、自閉傾向の強い家庭内暴力を示す思春期ケース（小倉, 1980；中村, 1991）など、今日的なひきこもり問題と密接に関連するような臨床研究が始まっている。

### III. 青年期ひきこもりケースの精神医学的背景

外的・社会的なひきこもりの精神医学的背景はかなり多様であることがわかってきている。たとえばRubin（1996）は、おもに子どもにみられるひきこもりを想定して、社会的ひきこもり social withdrawal を、「よく知っている人と知らない人、またはどちらか一方の同年代の人たち peer と出会ったときの孤立的な行動の（状況や時にかかわらない）一貫した表れであり、自ら同年代の集団から距離をとること」と規定し、DSM-IVの診断カテゴリーの中では、分離不安

\*山梨県立精神保健福祉センター／山梨県中央児童相談所  
e-mail: kondou-yrh@pref.yamanashi.lg.jp

障害、幼児期または小児期早期の反応性愛着障害、自閉性障害、社会恐怖(社会不安障害)、適応障害(特定不能)、大うつ病性障害と気分変調性障害、回避性パーソナリティ障害、スキゾイド・パーソナリティ障害に、ICD-10では、選択性緘黙、自閉症、単純型統合失調症、幼児期の反応性愛着障害、スキゾイド・パーソナリティ障害、急性ストレス反応、社会恐怖、気分変調症、気分循環症、小児期の分離不安、小児期の恐怖症性障害、小児期の社会性〔社交〕不安障害、他の小児期の情緒障害(小児期の全般性不安障害)、不安性(回避性)パーソナリティ障害において、社会的ひきこもりが一つの症状として記載されていると指摘している。

筆者ら(近藤ら, 2007)は、山梨県立精神保健福祉センターの相談ケースのうち、16歳~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にもとづいて診断し、統合失調症、妄想性障害、社会恐怖、強迫性障害、適応障害(不安と抑うつ気分の混合を伴うもの、慢性)、回避性パーソナリティ障害、特定不能のパーソナリティ障害などの他、軽度精神遅滞に適応障害や広場恐怖が合併したケース、あるいはアスペルガー障害や特定不能の広汎性発達障害、広汎性発達障害に社会恐怖や身体表現性障害、強迫性障害などが合併したケースがあったこと、情報不足のために診断を保留したケース以外には、すべてのケースに何らかの診断が付与されたことを報告した。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、明らかに精神的な医療ニーズを有するものが多く含まれていたこと、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た。

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る。生物学的治療を必要と判断されるケース、激しい精神症状を伴うようなケースの割合が少ないことから、ひきこもり問題全体としては、統合失調症や気分障害、重症の不安障害、あるいは、併存障害や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。これまで、学術的根拠は曖昧なまま、「統合失調症を除けば、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、一般社会ばかりでなく、関係する専門家の間にもかなり広く流布したように思われるが、上記の報告は、より厳密な診断のもとに治療・支援を検討してゆく必要があることを示すものである。

#### IV. 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

青年期ひきこもりケースの中に、発達障害、とりわけ広汎性発達障害をもつ人が少なくないことが明らかになったことは、それまで把握が難しかったひきこもりのメカニズムをいくらか明らかにすることに役立つものと思われる(近藤ら, 2007, 2008)。

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生物的一心理的メカニズムは、以下のようなものである。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、社会参加に対する意欲の低下につながっていることがある。また、今後のことを具体的に想像することの苦しさや実行機能の問題などのため、漫然とした日常生活が長期化しやすい。こうした傾向の背景には、過去の成功や不快な体験に固執し、現在の生活

パターンを変えることや、新しい体験、予期せぬ事態に直面することへの抵抗感が強いことも関連しているようである。

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る結果、外的な現実や他者への意識、現実検討がさらに減衰しているケース、おもに感覚過敏のために不登校となり、その後も苦痛な刺激への対応策を見出すことができないまま、社会的な場面を回避しているケース、生来的な過敏さやこだわりの強さに、自意識の高まりや自立と分離をめぐる葛藤などの思春期心性が加わることによって、自己臭恐怖や醜貌恐怖、巻き込み型の強迫症状が形成されているように思われるケースもある。さらに、協調運動障害や不器用さ、緘黙ないしは極端な言語表出の苦手さなど、運動表出系の困難をもつ場合にも、周囲とのコミュニケーションが成立しにくい、一定の作業能力を発揮できないなどの問題が生じ、不適応やひきこもりにつながることもある。

## V. ひきこもり問題をめぐる社会的観点

ここまで、ひきこもり問題の背景要因のうち、おもに生物的一心理的要因（個人精神病理）について述べてきた。しかし、今日的なひきこもり問題が、個人の精神病理だけでなく、家族や文化・社会状況と密接に関連しているという認識は広く共有されているものと思われる。次に、社会的要因に関する論点を紹介しておきたい。

### 1. ひきこもりの長期化に関連する家族状況

中村(1991)は、早くから「家庭からでられない青年を持つ家族」というモデルを示し、両親間に慢性的で潜在的な葛藤が続いているために、子どもは家族の絆が脆弱であることに無意識的に過敏になり、「手のかからない、できのいい子」として機能しながら青年期を迎えていること、母親は夫婦の潜在的な満たされなさを埋め合わせるものとして子どもとの関係を形成してきており、過保護や過干渉といった関係をつ

くりやすいこと、そして、こうした家族関係が維持される結果、家族は青年期の子どもを社会に送り出してゆくために必要な「橋渡しシステム」としての機能を発揮できないことを指摘した。

また、青年期のひきこもりが社会問題化し始めた時期、思春期・青年期ケースの家族療法や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(2001)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(2000)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していること、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(狩野, 2001; 皆川, 2001; 橋本, 2000)。

この他、想像力や応用力の乏しさのため、子どもが体験していることを想像しながら、これまでとは違う関わり方を工夫してみるといったことが極端に苦手な家族と出会うことも多く、今後、いわゆる Broader Autism Phenotype との関連から検討が加えられることになるかもしれない。

### 2. 文化・社会状況の影響

文化・社会状況との関連についても多くの論



説がある。たとえば諏訪ら（2006）は、ひきこもりという現象を、個人の心理学、精神医学的問題を反映すると同時に、共同体の社会学的問題をも反映する個人の心理と社会との結び目の問題であると捉えたうえで、1990年以降、イデオロギーの終焉と言われる事態が一気に進行し、体制としての外部を持たない自由主義社会という方向の掘みにくい社会、規範よりも個性や自由が尊重される社会において、青年が社会の方向性を掴むことが難しくなっていると指摘する。また、ひきこもりケースの中に高機能広汎性発達障害をもつ人が少なくないという事実とこうした社会状況との関連を指摘し、これまでなら何とか適応できていた軽度の自閉症スペクトラム障害のケースが、こうした社会状況において適応に困難をきたす、あるいは、こうあるべきという成人としての理想像が曖昧な現代社会の中で、適切な同一化の対象を見いだすことができないまま、思春期・青年期になって事例化する機会が増えているのではないかという仮説を述べている。

若者の自立観や家族文化、就労に対する価値観や若者の就労環境など、今日的なひきこもり問題を検討するうえで、社会的な視点を欠かすことはできない。今後、さらに学際的な検討が進むことが期待される。

## VI. ひきこもりケースの治療・援助について

### 1. 本人に対する治療・支援

個々の精神医学的診断と治療・支援方針、あるいは、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ることができるかという観点を含めて、青年期ひきこもりケースを以下の三群に分類しておきたい（近藤ら、2008）。

〈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・心理療法の

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。

〈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が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、精神・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. 家族支援, その他

ひきこもりケースにおいて家族支援が重要な課題であることは言うまでもない。家族との面接相談, 親の会や家族教室などのグループ支援, 家族療法などの方法論をさらに検討する必要がある。

また, 本人にアプローチするための訪問や往診の方法論, 将来的にひきこもりに陥るリスクをもつ児童・思春期ケースへの予防的早期支援, 自立を重視した教育や青少年育成対策, 就労支援の一層の充実, 雇用・就労状況の改善など, 若者の自立支援に向けた包括的な取り組みが必要な時代を迎えているものと考えられる。

### 文 献

- 広瀬徹也(2000): 逃避型抑うつ. 狩野力八郎, 近藤直司(編): 青年のひきこもり(pp. 114-119). 東京, 岩崎学術出版社.
- 笠原嘉(1988): 退却神経症. 東京, 講談社.
- 狩野力八郎(2001): 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): ひきこもりケースの家族支援(pp. 41-50). 東京, 金剛出版.
- 近藤直司(2000a): 本人が受診しないひきこもりケースの家族状況と援助方針について. 家族療法研究, 17(2), 122-130.
- 近藤直司, 岩崎弘子, 小林真理子他(2007): 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.
- 近藤直司, 宮沢久江, 境泉洋他(2008): 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.
- 近藤直司, 小林真理子, 宮沢久江(2008): 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. 思春期青年期精神医学誌, 18(2), 116-123.
- 皆川邦直(2001): 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): ひきこもりケースの家族支援(pp. 164-172). 東京, 金剛出版.
- 中村伸一(1991): 非行の家族を中心に. 家族療法研究, 8(2), 132-137.
- 榎林理一郎(2000): 「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(pp. 151-160). 東京, 岩崎学術出版社.
- 小倉清(1980): 親に乱暴する子どもたち. 臨床精神医学論文集(土居健郎教授還暦記念論文集)(pp. 214-233). 東京, 星和書店.
- 小此木啓吾(2000): ひきこもりの心理社会的背景. 狩野力八郎, 近藤直司(編): 青年のひきこもり(pp. 13-26). 東京, 岩崎学術出版社.
- Rubin, K. H. & Stewart, S. L. (1996): Social withdrawal. In Mash, E. & Barkley, R. (eds.): Child psychopathology (pp. 277-307). New York, Guilford.
- 諏訪真美, 鈴木國文(2006): 「ひきこもり」概念と社会報道と精神医学. 思春期青年期精神医学, 16, 61-74.
- 山中康裕(2003): 内閉論の展開. 臨床心理学, 3(5), 683-688.
- 吉川悟(2001): 家族療法から見たひきこもりの家族内で起きていること—葛藤回避のペルをどのように無効化するか—. 近藤直司(編): ひきこもりケースの家族援助(pp. 66-78). 東京, 金剛出版.

## 第 105 回日本精神神経学会総会

## シンポジウム

## 青年期における発達障害と精神科医療

近藤 直 司（山梨県立精神保健福祉センター，山梨県中央児童相談所）

近年，さまざまな精神医学的問題をもつ青年期ケースの中に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ている。本稿では，青年期のひきこもり問題における発達障害，青年期の発達障害ケースを支援する地域ネットワーク支援における精神科医療の役割，さらに，青年期における発達障害の診断に関する課題について検討した。

全国の発達障害者支援センターと精神保健福祉センターを対象とした調査結果からは，発達障害ケースに対する地域ネットワーク支援において，精神科医療機関には薬物療法，デイケア利用，危機介入的な入院治療などの他，確定診断や診断書作成などが期待されていた。同時に，精神科医療機関を含むネットワーク支援の課題として，精神科医療機関や精神科医の発達障害に対する認識に関する問題が多く指摘されていた。

青年期の広汎性発達障害ケースについて，ひきこもりを伴う群と伴わない群とを比較した研究からは，ひきこもりをきたす広汎性発達障害ケースは内向的・受身的なタイプが多く，発達歴と現在の発達・行動所見の慎重な把握が必要であることが明らかになった。近年，障害者自立支援法に基づく福祉サービスを利用するために，精神障害者保健福祉手帳を取得する高機能の発達障害ケースが増えている現状もあり，精神科医にとって，発達障害の診断が重要かつ困難を伴う課題であり，今後，詳細な検討が必要であると考えられる。

## 1. はじめに

近年，さまざまな精神医学的問題をもつ青年期ケースの中に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ており，有効な支援を展開するうえで，まずは発達障害に気づくこと，そして，個々の発達特性や精神・心理状態を踏まえた支援を工夫することが重要な課題となっている。本稿では，青年期のひきこもり問題における発達障害，青年期の発達障害ケースを支援する地域ネットワーク支援における精神科医療の役割，さらに，青年期における発達障害の診断に関する課題について検討する。

## 2. 青年期ひきこもりケースと発達障害

まず，青年期のひきこもり問題と発達障害との関連について検討する。平成 19 年度から組織さ

れている厚生労働科学研究「思春期のひきこもりをもたらし精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・支援システムの構築に関する研究（主任研究者：齊藤万比古）」<sup>1)</sup>において，研究対象としての「ひきこもり」は以下のように定義されている。

『本研究におけるひきこもりとは，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。』

その分担研究として，筆者らは岩手県，石川県，さいたま市，和歌山県の精神保健福祉センター（こころの健康センター）との共同研究<sup>4)</sup>を実施しており，16歳から36歳までのひきこもりケー

スの精神医学的診断について検討している。平成19年度および20年11月までの時点で281件のケースが研究対象となり、性比は男性211件、女性70件、平均年齢は24.5歳であった。このうち、調査実施期間に本人が来談した152件(54.1%)について、各機関でDSM-IV-TRにもとづいて診断した。情報不足などのため診断保留となった27件を除く125件(152件中の82.2%)で診断が確定し、治療・援助方針までを含めて以下の三群<sup>2)</sup>に分けて集計した。

#### ＜第一群＞

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。

#### ＜第二群＞

広汎性発達障害や知的障害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への治療・支援が必要な場合もある。

#### ＜第三群＞

パーソナリティ障害(傾向 trait を含む)や適応障害、身体表現性障害などを主診断とし、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。

125件の群別件数と割合は、第一群が39件(31%)、第二群が41件(33%)、第三群が45件(36%)であり、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。第二群に分類された41件に記載された第1軸、2軸診断としては、軽度知的障害が12件と最も多く、次いで自閉性障害11件、アスペルガー障害10件、特定不能の広汎性発達障害4件、中度知的障害2件、注意欠陥/多動性障害2件、算数障害1件の他、下位分類の記載が漏れていた広汎性発達障害が1件あっ

た(重複診断あり)。併存障害は、強迫性障害と社会恐怖(社会不安障害)を中心に不安障害6件、気分障害3件、適応障害1件、妄想性障害1件、解離性障害1件であった。相談・支援の転帰は、社会参加6件、精神科医療機関への紹介3件、他の相談支援機関への紹介12件、精神保健福祉センターで相談を継続18件、中断2件であり(重複あり)、医療機関よりも発達障害者支援センターや精神保健福祉センターなどの相談機関が支援の中心となっていた。また、第二群だけでなく、併存する統合失調症や妄想性障害が主診断と判断されたために第一群に分類されたケースの中にも自閉性障害、軽度知的障害、中度知的障害が1件ずつ、第三群の中にもトゥレット障害が1件含まれていた。

これらの知見は、多くの青年期ひきこもりケースに発達障害が関連していることを示すものであり、ひきこもり問題への対策を包括的に検討する際、発達障害をもつ人たちと家族への支援体制・制度を如何に構築するかという視点を欠かすことはできないことを示している。また、これらのケースは、ほとんど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、福祉サービスや就労支援などの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<sup>3)</sup>。

### 3. ひきこもりを伴う広汎性発達障害ケースの特性について

高機能の広汎性発達障害ケースを、社会的ひきこもりを伴う群(以下、ひきこもり群)と伴わない群(以下、非ひきこもり群)に分けて両群の特性を比較・検討した研究結果<sup>5)</sup>を示し、ひきこもりをきたしやすい広汎性発達障害の特徴について明確にしたい。

平成X年Y月~Y+8月までの期間で、山梨県発達障害者支援センターに本人が来談した16歳以上、IQ75以上の広汎性発達障害ケースで、

調査に対する同意が得られた 34 件を対象とした。ひきこもり群は 12 件、非ひきこもり群は 22 件であった。ひきこもり群 12 件の主診断は自閉性障害 4 件、アスペルガー障害 2 件、PDD-NOS 6 件、併存障害としては、社会恐怖や強迫性障害、特定不能の不安障害などの不安障害が 7 件、大うつ病性障害や小うつ病性障害などの気分障害が 6 件、(厳密には除外診断であるが) 選択性緘黙が 2 件、境界知能が 2 件、書字表出障害が 1 件であった。相談・面接場面において把握された心理的所見としては、ひきこもり群のケースでは被害感が強い傾向があった。また、PARS (広汎性発達障害日本自閉症協会評価尺度) については、幼児期における特徴的な発達歴を尋ねる「回顧評定」、現在/最近の症状や対人関係上の問題などを尋ねる「現在評定」ともに、ひきこもり群の得点が有意に低く、非ひきこもり群に比べて広汎性発達障害に特徴的な発達歴や症状・行動特性が目立たないことが明らかになった。主要 5 因子性格検査においては従順・受身態度などの内向性が高く、周囲への迷惑行為の出現頻度が低いことや、家族の勧めによって医療・相談機関を利用する割合が多く、教師など家族以外の勧めによるものが少なかったことから、ひきこもり群のケースは発達歴や現在症において広汎性発達障害に特徴的な所見に乏しい傾向があり、乳幼児期から学童期において障害に気づかれにくいことが予測された。また、ひきこもっている現時点においても、きわめて慎重な発達・行動所見の把握が必要であり、現状においては、一般的な精神科医療機関や相談機関では的確に診断されない場合があるものと思われた。

#### 4. 地域のネットワーク支援と精神科医療の役割

次に、発達障害者支援センターと精神保健福祉センターで実践されている高機能の発達障害者へのネットワーク支援に関する調査結果<sup>6)</sup>から、高機能の発達障害者に対する地域ネットワーク支援における精神科医療の役割と課題について述べる。

調査は、全国発達障害者支援センター連絡協議

会と全国精神保健福祉センター長会のメーリングリストを活用し、発達障害者支援センター 73 ヶ所と精神保健福祉センター 67 ヶ所、合計 140 機関から、15 歳以上の高機能広汎性発達障害、注意欠陥/多動性障害、学習障害など、高機能の発達障害ケース (確定診断されているケースの他、その可能性が強く疑われるものも含める) に対して、他機関とのネットワークによって支援した実践例を収集した。

ここでは、ネットワーク支援を以下の二つに限定した。

①一つのケースに複数の支援課題があり、複数の機関・支援者が同時に関与していること (以下、「協働」と呼ぶ)。

②クライアントの加齢や社会的立場の変化 (卒業、進学、就労など)、あるいは、これまでの支援により新たな支援段階に達したために、おもな支援機関が移行すること (以下、「移行」と呼ぶ)。

他機関とのネットワークによって支援した実践例が「ある」と回答したのは、発達障害者支援センター 28 機関、精神保健福祉センター 25 機関であり、このうち 28 機関から 181 ケースについて回答が寄せられた。このうち、医療機関が協働に加わっていたものが 98 ケース (54%) と最も多く、続いて、他の福祉・保健機関との協働が 93 ケース (51%)、就労支援機関との協働が 90 ケース (49%)、教育機関との協働が 34 ケース (18%)、司法関係は 9 ケース (4%) であった (重複あり)。

精神科医療機関を含むネットワーク支援には、医療機関から他の機関へ紹介または協働を依頼する場合と、相談支援機関が精神科医療機関に紹介または協働を依頼する場合があった。以下、これらの移行・協働の実際と精神科医療機関の担う役割と、精神科医療機関を含むネットワーク支援の課題としてあげられていた記述を整理する。

- 1) 医療機関が他機関を紹介して協働する場合、または、おもな支援機関が医療機関から他機関に移行する場合

精神科医療機関において確定診断された後、生活・就労支援や学校に対するコンサルテーションなどの心理-社会的支援を目的として、発達障害者支援センターなどに紹介されるケースがあった。また、入院治療から外来・地域支援に移行する際に、デイケアや思春期グループの利用を目的に精神保健福祉センターなどに紹介されたケースや、生活・就労支援や地域支援ネットワークのマネジメントを目的に発達障害者支援センターに紹介されたケースがあった。

この他には、通院の中断や本人がひきこもり状態に陥ったため、家族相談や自宅への訪問などを目的に、家族に医療機関が精神保健福祉センターや発達障害者支援センターなどの相談機関を紹介し、支援機関が移行したケースや、小児科や児童精神科、思春期外来などの対象年齢（15歳までを診療対象としている場合が多い）を越えたために、一般精神科医療機関や精神保健福祉センターに紹介・移行したケースもあった。さらに、発達障害が疑われる事例の確定診断を目的に、精神科医療機関から他の医療機関や精神保健福祉センター、発達障害者支援センターに紹介されたケースもあり、発達障害に精通する一部の医療・相談機関に紹介ケースが集中している現状の一端が明らかになったように思われる。

- 2) 相談支援機関が医療機関に紹介、または協働を依頼する場合

相談支援機関が精神科医療機関に紹介するパターンとしては、就労支援機関や発達障害者支援センター、学校などから、診断、薬物療法、デイケア利用、診断書作成などを目的に紹介されたものが多かった。その他、相談支援機関で支援を継続しながら、暴力や衝動行為がエスカレートしたときなどに、短期の精神科入院治療を活用していたケースがあった。

- 3) 精神科医療機関の担う役割と問題点について

上記のような協働においては、精神科医療機関が薬物療法を担い、カウンセリングや生活・就労支援などの心理-社会的支援を相談支援機関が担っているパターンが最も一般的なようである。薬物療法の対象となる精神障害や標的的症状としては、不安障害（対人恐怖・社会恐怖、強迫症状、パニック発作など）、気分障害（うつ状態、気分易変）、易怒性・衝動性、かんしゃくの問題などが多く、一部には、依存症、幻聴、妄想、拒食、睡眠障害という記載もあった。その他にも、精神科医療機関が医師や心理職などによる精神・心理療法を担っている場合や、診断および精神障害者保健福祉手帳の取得を目的とした診断書作成、デイケアや本人が参加できるグループにおける支援、精神医学的アセスメントに基づく他機関への助言・コンサルテーションなどを担っていたケースがあった。また、地域によっては、これらの役割のいくつかを精神保健福祉センターが担っている場合があった。

精神科医療機関とのネットワーク支援の課題としてあげられていたのは、発達障害に対する医師同士、機関同士の捉え方に不一致があること、その時点における本人の状態についての評価や優先的な介入課題についての認識のズレが生じやすいこと、医療機関がケースを発達障害と認識していないことなど、精神科医療機関や精神科医の発達障害に対する認識に関する問題であった。

## 5. 診断における問題点と今後の課題

ここまで繰り返し述べてきたように、精神科医にとっては青年期の広汎性発達障害ケースの診断が重要かつ困難を伴う課題となってきた。たとえば、DSM-IV-TRに準拠して診断する場合には、診断基準の各項目について過去の発達歴と現在の発達・行動上の所見を検討することになる。

まず、自閉性障害の診断基準のうち、A項目についてである。A項目は、(1)対人的相互反応における質的な障害について2項目以上、(2)意志

伝達の質的な障害について1項目以上、(3)行動、興味および活動の限定について1項目以上を満たせば自閉性障害と診断することになっている。このうち(2)は自閉性障害とアスペルガー障害とを鑑別診断するうえで特に重要であり、(a)から(d)の4項目の有無を確認する必要がある。このうち(a)(b)(c)の3項目は言語発達や会話を成立させるためのコミュニケーション能力、(d)は「ごっこ遊びや社会性を持った物まね遊びの欠如」について検討することになっており、(a)(b)(c)を満たさない場合でも、(d)の「ごっこ遊びや社会性を持った物まね遊びの欠如」が確認できれば、(2)の基準を満たすことになる。青年期においては、たとえば、本やテレビのフィクションについて、「意味がわからない」「意味がない」と述べる人や、いわゆる“再現ビデオ”の場面を現在進行中の“実況放送”として捉えてしまうといった所見が把握できれば、この項目を満たすと判断できるかもしれない。しかし、養育者などから幼児期の遊びの様子を詳細に把握することは困難であり、厳密に運用しようとすれば、この一項目が不明であるために確定診断を留保せざるを得ないことがある。

また、自閉性障害の場合、B項目において、上記の(1)(2)(3)のうち少なくとも一つが3歳以前に出現していたことを確認する必要がある。一方、アスペルガー障害では、3歳以前の言語機能や認知機能、年齢相応の自己管理能力、適応的行動、環境への好奇心などに関して明らかな遅れがみられないことが強調されている。しかし一般に、ケースの年齢が高くなるほど正確な発達歴の確認は難しくなるし、養育者が記憶している発達・行動特性が3歳以前のものであったかどうかとも判然としないケースが多くなる。したがって、発達上の問題がなかったのか、あるいは情報不足により確認できないのかを厳密に区別しない場合、アスペルガー障害や特定不能の広汎性発達障害が過剰診断される可能性があるように思われる。

もっともDSM-IV-TRの序文には、「診断に関する適切な臨床研修と経験をもつ人によって使用されることを想定している。重要なことは、研修

を受けていない人にDSM-IVが機械的に用いられてはならない」という記載がある。確かに、自閉性障害のいくつかの項目は、それを読むだけでは、どのような所見をとればよいのかわからないものも少なくないし、「著明な障害」という判断基準に戸惑いを感じる臨床家も多いのではないだろうか。上記のような問題点も、現時点においては、「適切な臨床研修」によって補われるべきなのであろうが、精神科医による確定診断が多くの場面で求められるようになってきている現状があり、精度の高い診断が広く実施されるような対策を検討する必要があると考えられる。こうした知識や技術の普及が、発達障害をもつ人々への治療・支援の向上に結びつくことが期待される。

#### 謝 辞

本稿で紹介した共同研究<sup>3)</sup>にご参加いただいている石川県こころの健康センター、和歌山県精神保健福祉センター、さいたま市こころの健康センター、岩手県精神保健福祉センターの皆さまに感謝申し上げます。

本稿で引用した研究は、平成19～20年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）「ライフステージに応じた広汎性発達障害者に対する支援のあり方に関する研究」（H19-障害-008）（研究代表者：神尾陽子）、平成19～20年厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学）「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・支援システムの構築に関する研究」（H-19-こころ一般-010）（研究代表者：齊藤万比古）、平成20年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合）「青年期・成人期の発達障害に対する支援の現状把握と効果的なネットワーク支援についてのガイドライン作成に関する研究」（H-20-障害一般-008）（研究代表者：近藤直司）による助成を受けて実施された。

#### 文 献

- 1) 厚生労働科学研究（こころの健康科学）「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・支援システムの構築に関する研究」（研究代表者：齊藤万比古）、平成20年度研究報告書、2009
- 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。精神経誌、109；834-843、2007
- 3) 近藤直司、小林真理子、宮沢久江：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。思春期青年期精神医学, 18; 130-137, 2008

4) 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」(研究代表者: 齊藤万比古), 平成 20 年度研究報告書, 2009

5) 近藤直司, 小林真理子, 宇留賀正二ほか: 在宅青年・成人の支援に関する研究—ライフステージからみた青年・成人期 PDD ケースの効果的支援に関する研究—。厚生労働科学研究 (障害保健福祉総合研究事業) 「ライフス

テージに応じた広汎性発達障害者に対する支援のあり方に関する研究」(研究代表者・神尾陽子), 平成 20 年度研究報告書, 2009

6) 近藤直司, 萩原和子, 宇留賀正二ほか: 全国の発達障害者支援センターと精神保健福祉センターにおける高機能発達障害に対するネットワーク支援の現状とモデル事例に関する研究。厚生労働科学研究費補助金 (障害保健福祉総合) 「青年期・成人期の発達障害に対する支援の現状把握と効果的なネットワーク支援についてのガイドライン作成に関する研究」(研究代表者: 近藤直司), 平成 20 年度研究報告書, 2009



## 青年期における広汎性発達障害のひきこもりについて

近藤 直司<sup>1,2)</sup> 小林真理子<sup>2)</sup> 富士宮秀紫<sup>1)</sup> 蘆原 和子<sup>1)</sup>

抄録：青年期の発達障害ケースが、不安、抑うつなどを主訴として精神科医療機関を受診する場合や、学校・職場への不適応、家庭内暴力や近隣への迷惑行為、社会的ひきこもりなどによって事例化することがある。本稿では、ひきこもり問題を中心に青年期ケースへの支援について論じる。とくに、高機能広汎性発達障害を背景とするひきこもりケースの特性と、ひきこもりが長期化しやすいメカニズム、幼児期・学童期からの予防的早期支援の視点、青年期ケースへの心理療法的アプローチについて述べ、精神科医療と精神科医に求められる役割と課題について検討する。 精神科治療学 24(10) : 1219-1224, 2009

Key words : *cognitive-psychological mechanism, early intervention, psychotherapeutic approach, social skill training, group therapy*

### I. 広汎性発達障害をもつ人たちが 青年期に体験すること

青年期の発達障害ケースが、不安、抑うつなどを主訴として精神科医療機関を受診する場合や、学校・職場への不適応、家庭内暴力や近隣への迷惑行為、社会的ひきこもりなどによって事例化することがある。本稿では、ひきこもり問題を中心に、青年期ケースへの支援について論じたいと思う。ひきこもり状態を呈し、青年期で初めて事例化する広汎性発達障害ケースは、そのほとんどが

これまで未診断・未療育である。まず、ひきこもりに至る彼らの思春期・青年期体験の一端に触れておきたい。

一般的に、思春期の仲間関係においてはグループ内でのみ共通する価値観が重要であり、隠語の使用などにも意味がある。仲間との一体感からグループへの帰属感が高まり、親密な同性との交流を通して、自己の同一性を確立してゆく。一方、広汎性発達障害をもつ人は他者の興味や意図、暗黙のルールを汲み取ることが不得手であること、自分の興味や関心を他者と共有しようとする志向性が弱いことなどから、クラスの中で浮き上がったり、孤立しやすい。仲間集団への適応困難から被害感や不適応感、無力感を抱きやすく、アニメのキャラクターやインターネット上のヒーローなどに万能的に同一化し、1日の多くの時間をパソコンやファンタジーへの没頭に費やすようになることもある。

また、広汎性発達障害は遺伝要因が強いことが知られており、親にも同様の発達特性がみられることがある。こうした場合、家族の中にも同一化

Social withdrawal of adolescents with pervasive with developmental disorders.

<sup>1)</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., Homurasaki Fujinomiya, Kazuko Hagihara: Yamanashi Prefectural Mental Health Welfare Center, 1-2-12, Kitashin, Kofu-shi, Yamanashi, 400-0005 Japan.

<sup>2)</sup>山梨県中央児童相談所  
Naoji Kondo, M.D., Mariko Kobayashi: Yamanashi Prefectural Central Child Guidance Center.

の対象を見出すことができず、社会で活動する成人としての自己イメージを形成しにくいように思われる。ある青年は、他者との交流が極端に苦手な趣味に没頭している父親が家族との関わりをも嫌っていると感じていた。彼は父親と会話したことがほとんどなく、父親を巡る思い出や一緒にすごしたエピソードなどは全くないと話していた。また他の青年は、家族と協調しようとせず、著しく社交性の乏しい父親をみて、「あんな人にはなりたくない」と感じてきたことを語っていた。彼は父親像や男性像を強く拒絶し、自分らしさをも認めることができずに混乱していた。

ひきこもり始める年齢は18~20歳前後がピークであることがわかっており<sup>4)</sup>、この時期に直面する生活上の課題についても考えてみたい。たとえば、高校卒業に伴う進路選択、大学で初年度のカリキュラムを組む、専門課程に入ってゼミのメンバーや指導教官との濃密な人間関係に直面する、研究計画を立て、卒論制作に取りかかる、大卒後の進路について考え始める、あるいは、就職活動を始める、職場への適応を求められる、独り暮らしを始める、などである。社会性やコミュニケーションの問題、想像力の乏しさのために、こうした課題を乗り越えられなかったことがひきこもりの契機となることが多いようである。

## Ⅱ. 青年期におけるひきこもり問題と発達障害

これまでの知見<sup>2,4)</sup>から、青年期において深刻な社会的ひきこもりをきたす多くのケースに発達障害が関連していることが明らかになっており、ひきこもり問題への包括的な対策を検討する際に、発達障害をもつ人たちとその家族への支援体制・制度を如何に構築するかという視点を欠かすことはできない。以下、本稿ではおもに高機能広汎性発達障害について論を進めるが、軽度から中度の精神遅滞が見逃されたまま、思春期・青年期で不適応に至っているケースが多いことにも注目する必要がある。

高機能広汎性発達障害を背景とするひきこもりケースの認知的-心理的特性、あるいは、ひきこもりが長期化しやすいメカニズムとして、以下の

ような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、漠然とした違和感や被害感、不適応感を抱きやすく、社会恐怖が生じやすい。不適応のエピソードは、過去の体験とパターンの関連させて独特に意味付け・解釈されていることが多い。また、今後のことを具体的に想像することの苦手さや実行機能の問題、過去の成功や不快な体験に固執しやすいこと、現在の生活パターンを変えることや、新しい体験、予期せぬ事態に直面することへの抵抗感が強いことも関連して、変化の乏しい漫然とした日常生活が長期化しやすい。

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る結果、外的な現実や他者への意識、現実検討がさらに減衰しているケース、おもに感覚過敏のために不登校となり、その後も苦痛な刺激への対応策を見出すことができないまま、社会的な場面を回避しているケース、生来的な過敏さやこだわりの強さに、自意識の高まりや自立と分離をめぐる葛藤などの思春期心性が加わることによって、自己臭恐怖や醜貌恐怖、巻き込み型の強迫症状が形成されていると捉えられるケースもある。協調運動障害や不器用さ、緘黙ないしは極端な言語表出の苦手さなど、運動・表出系の困難をもつ場合にも、周囲とのコミュニケーションが成立しにくい、一定の作業能力を発揮できないなどの問題が生じやすく、学校や職場での不適応からひきこもりにつながることもある。

## Ⅲ. ひきこもりをきたす広汎性発達障害の特徴と予防的早期支援の視点

筆者らは、青年期の高機能広汎性発達障害ケースを、社会的ひきこもりを伴う群（以下、ひきこもり群）と伴わない群（以下、非ひきこもり群）に分けて両群の特性を比較・検討した<sup>5)</sup>。これによれば、ひきこもり群のケースでは、自閉性障害の診断基準のうち、「興味の限局」や「常同的反復的言語の使用」を満たすものが少なく、PARS（広汎性発達障害日本自閉症協会評価尺度）の得

点も有意に低かった。心理的には被害感が強く、主要5因子性格検査においては従順・受身態度などの内向性が高かった。また、周囲への迷惑行為などのエピソードが少ないことや、家族の勧めによって医療・相談機関を利用する割合が多く、教師など家族以外の勧めによるものが少なかったことから、ひきこもり群では発達歴や現在症において広汎性発達障害に特徴的な所見が目立たない傾向があり、乳幼児期から学童期において障害に気づかれにくいことが予測された。また、青年期においても、一般的な精神科医療機関や相談機関では的確に診断されない場合があるものと思われる。

ひきこもり群のPARS所見では、回顧評定（発達歴）において、「何でもないものをひどく怖がる」「普段通りの状況や手順が急に変わると、混乱する」が多く認められた。とくに、「何でもないものをひどく怖がる」は、ひきこもり群に有意に多かったことから、幼児期から認められる過剰な怖がり、将来的な社会的ひきこもりのリスクファクターと考えられるかもしれない。児童精神科臨床においても、特徴的な発達歴や行動上の特性はそれほど目立たない内向的・受身的タイプの広汎性発達障害ケースは珍しくない。これらの子どもたちは、初めて体験する場面を極端に怖がり、慣れるまでにかなりの時間を要することが多い。就学後は、些細な出来事を重大なトラブルと解釈して登校を渋ったり、客観的にはトラブルとも言えないような出来事を被害的に曲解しているような状況を目にすることも多い。

こうしたケースへの早期支援としては、具体的で理解しやすい情報提供や苦手な刺激の少ない場の設定など、外界への恐れが緩和されるような配慮により、まずは安心してすごせる時間と環境を保証すること、そのうえで、徐々に経験の幅を広げていけるように働きかけること、あるいは、社会的な場面での成功体験を通して自己効力感や社会的アプローチの動機付けが高まるように助けること、いじめやからかい、苦手な活動を無理強いらされるなどの過酷なライフイベントから守ること、養育者の心理やメンタルヘルスに配慮しながら、親子の間で生じやすい悪循環を軽減させるこ

と、養育者と学校とが共通理解のもとに子どもに関われるような学校・教師へのコンサルテーションなどが考えられる。

#### IV. 広汎性発達障害ケースの 心理療法的アプローチについて

青年期・成人期でひきこもり状態に陥っている広汎性発達障害のケースは、ほとんど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のものである。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、福祉サービスや就労支援などの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<sup>3)</sup>が必要になる場合が少なくないが、そのためにも、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、ひきこもりやすい本人を治療・援助につなぎとめる工夫が必要である。

面接を実施する際には、開始の手続きや構造を工夫する必要がある。たとえば、睡眠障害を伴う場合や日課にこだわりのある人もおり、面接の時間帯については慎重に設定する必要がある。未体験の事柄に対する不安が強い場合には、来談するための交通手段や面接を予約・キャンセルする場合の方法などを事前に確認しておくともよいかもしれない。また、聴覚、視覚、嗅覚などの過敏さをもつ人に対しては、面接室の音、壁紙や装飾、塗料の臭いなどにも注意を払う必要がある。

本人との面接において留意すべきこととして、以下のような点を指摘しておきたい。

- 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。とくに治療・支援の初期においては、曖昧な表現や微笑など、援助者の言動が誤解を生む場合があるので、注意を要する。
- ②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。その人の興味や関心に合わせた話題の選択、描画やアクティビティを取り入れた作業療法的な面接、ノートやメールなどの視覚的なツールを活用した交流などが

有効かもしれない。

- ③中立性にこだわりすぎず、穏やかでプレイフルな雰囲気を作ることが大切。ただし、想像力が弱い、被害感が強いなどの傾向をもつ人に対しては、余計な冗談や社交辞令などは控えた方がよいかもしれない。
- ④本人の発達特性やこれまで経験した出来事の文脈や状況、他者の反応の意味などをわかりやすく説明するような心理教育的なアプローチは、多くのケースで有効である。知能検査に基づいた認知特性の説明も可能な限り行った方がよい。
- ⑤治療者・援助者の考えや感情を積極的に伝えること、クライアントと治療者・援助者との捉え方や感じ方の違いを明確にすることなどを通して、クライアントが他者の心を意識できるように働きかけること（メンタライジングなアプローチ<sup>1)</sup>）。

この他、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、早い時期から社会生活技能訓練（Social Skill Training：以下 SST）を導入することで成果がみられるケースがある。緘黙状態ないしは著しい言語表現の問題などのために、言語を中心とした面接が困難と思われる場合には、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必要がある場合には、あえて導入期に知能検査や心理検査を実施することもある。

こうした支援を通して、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）を緩めること、新しい取り組みへの意欲を育むことが目標となる。

## V. グループ支援について

青年期・成人期の発達障害ケースに対して、これまでもさまざまなグループ支援が実践されてきた。山梨県立精神保健福祉センターでは、青年期ケースを対象とした SST グループと成人期ケースを対象としたアクティビティ・グループを実

施しており、多くの場合、個人面接の次のステップとして活用されている。

SST グループは、月2回、約1時間のセミクロード・グループで、毎回6～7名が参加している。開始当初、課題として取り上げる場面の抽出が難しかったことから、課題を選択しやすい課題技能別 SST を取り入れた。課題が「会話技能群」「友人付き合いの技能群」などに大別され、さらに下位項目が明示されているものを参考にしている。以下、グループ運営上の工夫について述べる。

### (1) ウォーミングアップの有効活用

ウォーミングアップでは、テーマを設けたうえで発言を求め、抽象的なテーマの場合には参加歴の長いメンバーから発言してもらうなどの工夫により、新しいメンバーが参加しやすくなる。また、哲学的な話題や要領を得ない話が長引くようなメンバー構成の場合には、ゲームを取り入れたり、時間に関する権利が平等であることを伝え、一人ひとりの発言時間を決めることもある。

### (2) 目的の明確化

社会技能の獲得という SST の基本的な目的とそのメリット、そのために必要なステップなどを視覚化した教材を準備しておく。メンバーがそれぞれの価値観を主張して譲らないなど、混乱した状況では、それを読み合わせて確認することで、セッションの軌道修正が可能になることがある。

### (3) 具体的で詳細なロールプレイ

ロールプレイでは、登場人物や設定状況を明確にしたうえで、どのような言葉から話し始め、どのような順序で話すかなど、できるだけ具体的に、きめ細かくアイデアを出し合うことで、台詞の選択が容易になるようである。

### (4) メンタライジングなアプローチ

配役を代えたロールプレイや、個々の参加者がその場面で感じている気持ちや印象などを積極的に取り上げることにより、他者の感情や意図を想像しやすくなることがある。こうした介入により、「母親の言葉はうるさいとしか感じられなかったけれど、自分のことを心配しているのだということに気づいた」「母親役をやってみて、母は忙しいときに自分の声が耳に入らなかっただけ