

厚生労働科学研究研究費補助金

こころの健康科学研究事業

思春期・青年期の「ひきこもり」に関する精神医学的研究

平成 17 年度～18 年度 総合研究報告書

主任研究者 井上 洋一

平成 19 (2007) 年 3 月

目 次

I. 総括報告書

- 思春期・青年期の「ひきこもり」に関する精神医学的研究 1

主任研究者 井上洋一 大阪大学保健センター

II. 分担研究報告

1. 青年期後期の発達課題と引きこもりの関連についての研究 13

井上洋一¹⁾ 小笠原将之²⁾ 福永知子²⁾ 小川朝雄³⁾ 補永栄子⁴⁾
原 三恵⁵⁾ 草野智洋⁵⁾

- 1) 大阪大学保健センター 2) 大阪大学大学院医学研系研究科
3) 国立病院機構大阪医療センター 4) 大阪市立総合医療センター
5) 大阪大学大学院人間科学研究科

2. 高等学校不登校・中途退学とその経過 18

—社会的ひきこもりを視野に入れた養護教諭による実態調査研究—

北村陽英 奈良教育大学・教育学部・学校保健研究室

3. 「ひきこもり」に関する文献・資料レビュー 25

北村陽英 奈良教育大学・教育学部・学校保健研究室

4. 義務教育期間に生じた不登校とひきこもりとの関連に関する研究 29

齊藤万比古¹⁾ 清田晃生²⁾ 渡部京太¹⁾ 小平雅基¹⁾ 宇佐美政英¹⁾ 佐藤至子¹⁾
林望美²⁾ 瀬戸屋雄太郎²⁾ 神尾陽子²⁾

- 1) 国立精神・神経センター国府台病院
2) 国立精神・神経センター精神保健研究所

5. ひきこもりに関する研究	37
ー不登校の登校回避感情、パーソナリティ特性からー	
本城秀次 ¹⁾ 小倉正義 ¹⁾ 笛吹素子 ¹⁾ 村瀬聡美 ¹⁾ 金子一史 ¹⁾ 田中裕子 ¹⁾ 畠垣智恵 ¹⁾ 1) 名古屋大学発達心理精神教育科学研究センター	
6. 身体および居場所の概念から見た引きこもりの病理および支援に関する研究	43
ー平成 17 年度・平成 18 年度のまとめー	
青木省三 ¹⁾ 野村陽平 ¹⁾ 原田修一郎 ¹⁾ 1) 川崎医科大学精神医学教室	
7. ひきこもりの個人精神病理と治療的観点についての研究	52
近藤直司 ^{1) 2)} 岩崎弘子 ³⁾ 小林真理子 ⁴⁾ 宮沢久江 ¹⁾ 宮田量治 ³⁾ 藤井康男 ³⁾ 1) 山梨県立精神保健福祉センター 2) 山梨県中央児童相談所 3) 山梨県立北病院 4) 山梨県発達障害者支援センター	
8. 摂食障害とひきこもりの関連についての研究	56
水田一郎 ¹⁾ 鈴木朋子 ²⁾ 1) 神戸女学院大学 2) 甲子園大学	
9. ひきこもり支援における保健所と精神科医療機関の連携の現状と課題	60
水田一郎 ¹⁾ 鈴木朋子 ²⁾ 1) 神戸女学院大学 2) 甲子園大学	
10. ひきこもりと発達障害の関連に関する研究	72
田中康雄 北海道大学大学院 教育学研究科 附属子ども発達臨床研究センター	

11. ひきこもりの発現との関連から見た仲間集団	78
おおよびひきこもり支援としての仲間集団の発達論的研究	

生地新¹⁾ 森岡由起子²⁾ 三浦真理³⁾ 鈴木飛鳥⁴⁾

1) 北里大学大学院医療系研究科

2) 大正大学人間学部

3) 山形県福祉相談センター

4) 山形県発達障害者支援センター

Ⅲ. 精神科臨床・精神保健福祉のための提言

思春期・青年期の「ひきこもり」について	87
—精神科臨床・精神保健福祉のための提言集—	

Ⅳ. 研究成果の刊行に関する一覧表	199
-------------------	-----

思春期・青年期の「ひきこもり」に関する精神医学的研究

平成 17 年度～18 年度

主任研究者 井上洋一 大阪大学保健センター

平成 19 年 3 月

研究要旨：

研究の目的

本研究は、成因論的にも、付随する状態像においても、また必要とされる対応においても多様性をもち、教育、福祉、医学、など多領域にまたがる現象である思春期・青年期「ひきこもり」についての理解を深め、対応における明確な基盤を与える目的で、精神医学的な視点から「ひきこもり」について明らかにしようとするものである。「ひきこもり」の経過、精神病理、精神医学的診断・治療等について思春期・青年期精神医学的観点からの理解を深め、精神医学的治療と他の領域からの支援活動との役割分担と連携についての根拠を明らかにすることを目指している。

研究の方法

本研究は大きく3つの分野に分かれて、「ひきこもり」についての精神医学的研究を行う。第一は、引きこもりの経過についての研究である。不登校と「ひきこもり」との関連性については知られているが、その関連の詳細については明らかにされていない。不登校も視野に入れた引きこもりの縦断的研究が引きこもりの実態の理解に大きく貢献すると考えられる。第二は引きこもりと精神医学的な治療との関係についての基礎的な研究である。精神医学的治療を行う場合に、精神医学的診断体系の中に「ひきこもり」をどのように位置づけることができるのか、また精神医学から「ひきこもり」を見るとどのように捉えることができるのかという観点から検討する。「ひきこもり」に見られる精神症状ないし、精神疾患と「ひきこもり」との関連を明確にするための研究である。第三に青年期心性に焦点を当てた、発達論的視点からの研究である。青年期の発達論的視点は「ひきこもり」状態が形成される心理の理解および「ひきこもり」に対する支援の基本的な方向性を考える上で重要なテーマであり、「ひきこもり」の心理や支援の方法について検討した。

結果 2年間の研究を通して、上記の問題点について一定の理解を得ることができ、その結果を通してひきこもりに関する諸問題を精神医学的視点から論じることができた。その結果を「思春期・青年期のひきこもりについて ―精神科臨床・精神保健福祉活動の手引き―」として小冊子にまとめ、ひきこもり治療・支援の現場で活用できる形で報告した。

分担研究者

北村陽英 国立大学法人奈良教育大学 教授
斉藤万比古 国立精神・神経センター 部長
国府台病院

本城秀次 国立大学法人名古屋大学 教授

青木省三 川崎医科大学 教授

田中康雄 国立大学法人北海道大学 教授

水田一郎 神戸女学院大学 教授

生地 新 北里大学大学院医療系研究科 教授

近藤直司 山梨県立精神保健福祉センター 所長
山梨県中央児童相談所

A. 研究の目的

本研究は、成因論的にも、付随する状態像においても、またその対応においても多様性をもち、教育福祉、医学、など多領域にまたがる現象である思春期・青年期「ひきこもり」についての理解、対応における明確な基盤を与える目的で、精神医学的な視点から「ひきこもり」について研究を行う。特に思春期・青年期精神医学の立場から「ひきこもり」の経過、精神病理、精神医学的治療について思春期・青年期の発達論的、精神力動的観点からの検討し、精神医学的治療と他の領域からの支援活動との役割分担と連携についての根拠を明らかにすることを旨とする。

精神医学的治療の対象となる疾患が存在する場合は、医療は他の支援に優先して行われるべきものである¹¹⁾。そのためには、ひきこもりの若者の精神医療受診が容易に行えるよう支援活動も必要であろう。精神医学的な問題の解決ないし軽減をもって次の心理的、社会教育的支援に移ることが可能になる。支援活動において基盤になるのは思春期・青年期の心理への理解である。ひきこもりが抱える心理的問題、診断、疾患との関係の解明などの精神医学的なアセスメント、および精神医学的治療の問題などを検討した。

期待される成果

本研究により、「ひきこもり」に関わる精神医療、

精神保健、教育および福祉関係者の「ひきこもり」に対する理解を深めるとともに、「ひきこもり」に対する医学的治療の適応についての根拠や内容についての認識を深めることが期待される。「ひきこもり」に対する医学的関与について検討することは各連携機関の相互理解を促進し、それぞれの役割をより明確にすることにもつながる。本研究は「ひきこもり」に対して医学的方法論による実態の調査であり、「ひきこもり」の基礎的な研究であるが、「ひきこもり」支援の基盤を確実なものにするための研究である。

わが国において新しくカテゴライズされた概念である「ひきこもり」は、従来の精神医学的な引きこもり概念とは異なり、社会的な定義として取り上げられている。「ひきこもり」は精神医学的範疇とは異なった次元で若者の精神保健の問題を捉えようとしている。精神医学的な概念ではないひきこもりへの対応に明確な基盤と根拠を与えることは思春期・青年期精神医学の役割であると考えられる。本研究において現代の「ひきこもり」に精神医学的な検討を加え、新たな精神医学的理解の確立を目指している。

B. 研究計画

本研究は大きく3つの分野に分かれて、「ひきこもり」についての精神医学的研究を行う。第一は、引きこもりの経過についての研究である。不登校から「ひきこもり」へと移行する事例が少なからずある。不登校と「ひきこもり」との間には何らかの関連性が認められることは明らかである。不登校はもはや特別のことではなく、誰にでも起こりうる事態と見なされている現代において、不登校も視野に入れた引きこもりの縦断的研究が引きこもりの実態の理解に大きく貢献すると考えられる。北村は高等学校における不登校事例を対象として、不登校の中でひきこもりと考えられる事例の経過についての研究を行った。斉藤は義務教育期間に生じた不登校と「ひきこもり」との関連に関する研究を行った。本城は不登校と「ひきこもり」の関連について心理的側面からの共通性につ

いての研究を行った。

第二は「ひきこもり」と精神医学的診断、あるいは精神疾患との関係についての研究である。青木はわが国から提唱されている「ひきこもり」概念について外国におけるひきこもり問題の状況について調べるとともに、ひきこもり家族に生じる問題について検討した。近藤は「ひきこもり」事例について精神医学的に捉え、青年期の「ひきこもり」の精神医学的診断を明らかにする研究を行った。「ひきこもり」事例を精神医学的診断体系から整理しなおし、「ひきこもり」を精神医学の中に明確に位置づけようとする研究である。水田は精神疾患からみた「ひきこもり」について検討するために、摂食障害患者群における「ひきこもり」状態の出現についての研究を行った。

第三に青年期心性^{3,4)}に焦点を当てた、発達論的視点からの「ひきこもり」の理解や支援についての研究である。井上は「ひきこもり」に見られる心理要因を列挙し、心理的関連要因を取り出すとともに、ひきこもりの青年期後期の発達課題との関連を力動的視点から研究を行い、「ひきこもり」の理解および支援の基本的な方向性を研究した。田中は「ひきこもり」もりと発達障害の関連に関しての研究を行い、生地は「ひきこもり」支援としての仲間集団の各種グループについての比較研究を行った。

またこれらに追加して、北村によるひきこもりの文献調査、水田による医療と保健所との連携についての調査を行った。

C. 研究結果

1. 「ひきこもり」の縦断的研究（不登校との関連についての研究）

1) 北村は、高校在籍生徒男子7,627名、女子9,584名、計17,211名を対象とし、養護教諭へ「ひきこもり」と思われる生徒について質問紙により事例の記入を依頼した結果、記載による116例を得た。男子は在籍生徒の0.5%、女子は0.8%、全生徒の0.7%に相当した。得られた116例の中で比較的詳細な記述がされ

ている95例を分析対象とし検討を加えた。

学年別では、男女ともに1,2学年が多く見られる。

2) 斉藤は、義務教育期間に生じた不登校と青年期における「ひきこもり」との関連を検討することを目的として、国府台病院児童精神科病棟を退院または院内学校を卒業して5年以内の子どもを対象に、教育や仕事の状況、「ひきこもり」の有無、全般的適応度、精神健康度等について調査し、中期的予後及びその生徒へ行った支援内容の効果を調査して、不登校からひきこもりへの移行やその防止のための有効な対策などについて検討することを試みた。

回答が得られたのは53名（男16名、女35名）で回収率は36%であった。このうちデータ不備の2名を除く51名について検討した。平均年齢は22.7歳、平均入院期間は435.7日、平均経過期間は7.5年であった。退院時の診断は、発達障害圏3名、精神病圏8名、神経症圏38名と神経症圏の患児が多数を占めていた。

経過中にひきこもりが一度でも見られたのは男4名、女12名の計16名（31.4%）で、うち6ヶ月以上のひきこもりは11名（21.6%）に認められた。

診断別では精神病圏2名、神経症圏14名であった。直近3年間の適応が連続して良好な群（適応群）とそれ以外（不適応群）に二分して検討すると、16名中11名が適応群であり、退院後に一時期ひきこもりを呈したものであっても、その2/3は比較的良好な適応度を示していた。

積極的な支援継続が適応状態改善に寄与する可能性があると考えられる。

3) 本城は登校拒否症例における登校回避感情、登校拒否関連性格の有り様について一般対照群と比較検討を加えることによって、登校拒否児の特徴を更に明確にすることを目的とし、school refusal 症例は28名（男子14人、女子14人）、平均年齢13.32と、一般生徒群の中学生223名（男子108名、女子112名）、平均年齢は13.94歳を比較した。

登校回避感情全体では臨床群と一般生徒群の間に

有意な差は見られず、学校に通っている中学生であってもある程度学校を回避したいという感情をもっていることが予想された。臨床群、つまり登校拒否群の症例の性格特徴として、強迫性が高いといったことが指摘された。消極性・非社交性、内弁慶といったパーソナリティ特性に加え、強迫性というパーソナリティ特性がみられる場合は、不登校に至る危険因子が高く、支援を必要としていると考えることができた。不登校児童生徒に関する知見は、ひきこもりの臨床を考える上で非常に意味があると考えられた。

2、精神医学的診断および疾患との関連について

1) 青木はイギリスとフランスの専門家にひきこもり事例を提示し、諸外国におけるひきこもりへの認識を調査し、精神障害および文化的結合症候群とみる見方が多いことを報告した。次に韓国のひきこもり概念についての調査を行った。韓国の、臨床に携わっている専門家（精神科医）5名に会い話し合いを行い以下の結果を得た。

①韓国には、日本の「ひきこもり」と似たものとして、「隠遁型ウェットリ（ひとりぼっちの意）」という言葉が存在し、日本の「ひきこもり」に相当する青年は存在する。

②疫学調査はこれまでのところなされておらず、実態はわかっていない。

③国家青少年委員会が大韓青少年学会主管で隠遁型ウェットリ事業を最近立ち上げ、実態調査を進行中である。50例を対象として、カウンセラーが直接訪問して調査、評価を行おうとしている。

④専門家の印象としては、日本ほど「ひきこもり」は多くなく、社会的にあまり認知されていない。

⑤政府の「隠遁型ウェットリ」に対する政策は、まだない。

⑥臨床的には、東南精神科の Dr. In Joong Yeo が、特色のある「Rhythm Camp」と称する多様なプログラムを組み、リズム運動をおこなう集団療法的なキャンプを行っている。元々は、有田秀穂（東邦大学）がリズム運動でセロトニン神経が活性化すると唱えた研究からヒントを得て、日本のひきこもり青年を韓国でキャンプし治療することから

始まったようである。

また青木はひきこもり青年を支える家族の生の声やひきこもり青年の生活の質を明らかにするために特定非営利活動法人の家族会員にアンケートを送付し、そのうち54家族（75人）より回答をえた。家族がひきこもりの原因として挙げた点を見ると、本人の問題以外に、過去の養育環境の悪さ、躾の仕方などを記し、自責的に考えやすい傾向がうかがわれ、また GHQ30 で7点以上が65.3%と高く健康面での問題を抱えている可能性があり、家族に対するサポートが不可欠であると考えられる。

具体的には、家族の悩みや苦しみに配慮できる専門家の相談や助言が受けられる場、同様の悩みを抱える家族が話し合える場がこれまで以上に必要と考えられる。経済的面で家族への支援も検討するべき課題である。また、ひきこもり青年に対しては、相談というよりも、具体的な就労支援（働く場の提供、情報提供だけでなく、対人技能や職業訓練など）や同世代の青年と出会える場などが期待されていると考えられた。

2) 近藤は山梨県立精神保健福祉センターの相談ケースのうち、青年期（16～35歳）において6ヶ月以上の社会的ひきこもりをきたしていた88例を対象とし、その中で本人が来談して相談・支援を活用した「来談群」29例の診断を試みた。来談群についての診断学的検討から、

（1）本人が治療者・援助者に会うことに同意し、困難を感じている社会的場面や精神症状などについて率直に述べる、

（2）必要な場合には知能・心理検査の実施に同意する、

（3）家族から十分な発達歴が聴取できる、といった条件がそろえば、青年期ひきこもりケースは、基本的には現行の操作的診断基準で診断・分類が可能であると考えられる。

また、精神医学的背景と治療・援助方針、あるいは精神科医に求められる役割に応じて、

（1）薬物療法を含む一般的な精神科医療の対象として捉えられるグループ、

(2) 発達障害の診断と発達支援の視点、あるいは発達障害に併存する精神障害に対する治療が求められるグループ、

(3) パーソナリティ障害を中心に、精神療法的な観点が重視されるグループ、といった三群に分類するのが妥当であると思われる。

非来談群と長期家族支援後の来談群についての検討からは、本人が相談を活用しようとしていないケースでは就職・就労経験のないものが多く、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推測された。

3) 水田は初年度にあたる平成17年度は、医療機関に通院中の女性摂食障害患者を対象に、自記式質問紙法による調査を行った。その結果、摂食障害患者の多くが、現在、または過去の一時期に、

「ひきこもり」や「ひきこもり」関連エピソード（学校に行けない、家から出られない、友人と付き合えない、家族と話せない、先生・職場の人・クラスメートと付き合えない）を経験していることが分かった。

また、暴力被害・性被害・事故などのトラウマ体験や、死別・離別体験、いじめられ体験、家族間暴力なども高率に見られた。対人関係面においても、主張困難・過剰適合・自己犠牲など、様々な困難を抱えている人が多かった。

3. 発達論的視点からの研究

1) 井上は大学内の相談機関を訪れた「ひきこもり」事例およびその近縁の問題を抱える事例を対象に事例の面接記録を検討し、各対象についてDSM-IV診断に該当するかどうかを検討した。「ひきこもり群」13例中、診断がついた事例は9例(69%)、診断なし4例で、その内訳はパーソナリティ障害2例、社会恐怖1例、適応障害6例であった。特に適応障害が多いのが特徴的であった。

次に青年期後期の課題に対する達成度の問題について調査した。各事例の自我理想の様態について面接の内容、面接時の態度から検討し、

「未定型」(明確な自我理想がなく、目標を持って困難を乗り越えることができない)、

「破綻型」(熱心に追求してきた自我理想が破綻した状態)、

「未成熟型」(自我理想を担う主体の弱さ)に3分することができた。

「ひきこもり群」では「未定型」5例、「破綻型」4例、「未成熟型」4例であった。若者に希望や意欲を与える自我理想が未定のとき、あるいはそれまで確固たる自我理想をもち、それに全生活を賭けていた若者が、その自我理想の破綻を体験したとき、また青年に求められる自我理想(社会の中で役割を担う)を形成し、担うだけの主体の成熟がなされていない若者は、自己をさらに成熟させるために成熟の触媒となる人間関係や社会的体験が必要であると考えられた。

2) 田中は、「発達障害と「ひきこもり」の関連について」検討を加える目的で、今年度は、臨床場面に登場する発達障害のある人々のなかで、不登校あるいは制限された社会参加に至っている人々を抽出し、それぞれの経過を後方視的に検討し、それぞれの現状に至る回復への促進因子と阻害因子を抽出し、その意味を考察した。

各因子状況と現在の社会参加と当人に精神状態を総合評価したものを比較すると、評価が低いほうは促進因子が少ないことがわかる。しかし、こうした数や種類では予測判断できず、多因子が複雑に関与する場合や、当人にある発達障害の一次的特性は、阻害因子となるも、総合評価において大きな影響を示すことはなく、抜きん出た因子が絶妙のタイミングで登場するか否かで決定する可能性が示唆された。

一方で、家族、友人、社会的評価が促進的に作用する場合は、総合評価をよい方向に導いている印象があるが、これは、良い状況に至ったので、よき人間関係を形成するほうに傾いたのかを判断するのは困難である。

3) 生地は「ひきこもり」に至るプロセスでの仲間体験の影響や、回復過程における仲間体験の意義について、質的な方法を用いた発達論的研究を

行った。青年期デイケアやグループ活動に参加している「ひきこもり」体験者7名と「ひきこもり」体験者への支援活動を行っているスタッフ5名を対象として、面接調査を行った。

7名の「ひきこもり」経験は、それぞれ始まった時期も、契機も様々であった。特に精神医学的疾患を持たないものと、高機能広汎性発達障害、統合失調質パーソナリティ障害などの診断のもとで医療機関に通院しているものとがあった。全般的には、幼少期から友達が少ない傾向の人がほとんどだが、「ひきこもり」の時期に、以前からの友達や病院デイケアで知り合ってきた友達からの交流が支えになっていた人もいた。現在通っているデイケアやグループ活動においては、まだ仲間と呼べる人はいないと答える人もいたが、ほとんどの人が、人との交流の場としての意義があると答えていた。「ひきこもり」の時やそこからの回復過程において必要な支援として、24時間の電話サービス・話のできる場所・共同生活の場などの回答があった。スタッフ5名の面接においては、「ひきこもり」体験者の多くが、ソーシャル・スキルの低さや同世代の仲間体験（友人関係）の乏しさを抱えており、家族以外の人との交流の場として、デイケア、セルフヘルプ・グループの意義を認めていた。さらに、職業訓練の場や親の会、公的な支援とボランティア的支援、自助グループによる相互交流などの多様な支援の場や方法が必要であることが指摘された。

4. 医療機関とひきこもり支援システムとの連携について

水田は地域の公的機関の中で、ひきこもり支援の第一線を担うことを期待されている保健所と地域の精神科医療機関（精神科医）の連携の現状や問題点、今後に向けての課題を検討し、保健所の相談員は、ひきこもり支援において、精神科医療との連携への期待を強く持っていること、しかし、精神科医療の現状はその期待に十分応えきれていないと感じていること、連携における精神科医療の役割として、保健所を中心とした支援活動を背後から支えるような形での働きを期待していることを報告した。

5. ひきこもりの文献研究

北村は過去の調査研究報告から、支援のあり方を考えるために、ひきこもり状態の人の数、病理像の種類などをまとめた。支援対策を考えるためには、まずひきこもり状態の人の人数、ひきこもりの病理像の内容の把握、各病理像に応じてどのような支援ができるのか、実際に相談だけでよいのか、あるいはどのような相談機関とスタッフが有効になりうるのか、また共同生活が良いのか、どのような例には積極的な精神科治療が必要なのか、等々を明らかにしておく必要がある。

過去10年近くの間、日本国内のひきこもりに関する調査報告書、相談機関や医療機関での対応の記録、研究論文、インターネットを含むマスコミ報道の検索、得られた記録20編あまりの収集資料の内容を分析した。その結果、思春期、青年期、成人期で学校あるいは一般社会へ参画できないことだけで異常事態であり、そのような例はすべてが相談・援助が必要であること、そして相談を受けたものへの対応をしつつ精神医学的診断についても検討し、より適切な対応を工夫していかなければならないとの結論を得た。

D. 考察

各分担研究者の研究成果はそれぞれの研究項目において、ひきこもりについての新たな知見を明確にしてきた。これらの知見はさらに深く検討され、また実践の中で活用され、検証されさらに緻密でかつ統合的な知見へと今後の研究によって自由実したものへと発展させられることが期待される。ここでは、これらの研究成果を元に、ひきこもりへの対応について検討する。研究成果は常にひきこもり支援に反映されるべきであり、研究成果とひきこもり支援の両者を結ぶ考察が必要である。

1) ひきこもりに生じる問題

ひきこもりは決して自ら望んだ状態ではなく、安定や満足を得ることができない状態でもない⁸⁾

¹⁰⁾ ひきこもっている若者はひきこもり状態に拘束され、自由を奪われ、希望を奪われている。ひ

きこもり始めたきっかけは様々である。例えば対人関係の不安を一時逃れる目的でひきこもりを始めたのかもしれない。しかしやがてひきこもりは本人の意図とは無関係に一層強固なものになり、自分の意思でひきこもりから抜け出そうとしても、できあがった壁を乗り越えることが極めて困難なものになってしまう。

ひきこもりは本人が努力さえすれば直ぐに解決できる問題ではない。どのようなきっかけからひきこもりが始まったにせよ、一旦ひきこもりが始まると、ひきこもり状態を強化する悪循環が働き、ひきこもりを強化し本人の自由を奪ってしまう危険がある。周囲から非難され、孤立し、対人関係から遠ざかり、焦りや自信喪失が生じて、ひきこもりから抜け出すことが難しくなる。

ひきこもりの理解とは何故ひきこもるようになったのか、ひきこもるに至った経緯、ひきこもる理由を理解することは勿論重要であるが、それだけでなくひきこもりが生じた後にどのような状態が生じ、本人がひきこもりの中に取り込まれていったのかを理解することも重要である。現在ひきこもっている本人が直面している困難は、ひきこもりに至った原因だけにあるのではなく、ひきこもりが始まった後に二次的に生じる事態に苦悩し、ひきこもりに拘束されて脱出することが困難になってしまっているという問題も含まれている。ひきこもりへの支援はこの両者を理解して対応する必要がある。

ひきこもりが長期化すると、社会の中に自分の居場所がなくなったように感じる。社会は自分を受け容れてくれないのではないかという思いが次第に強固なものになる。社会に対する不安、他人は自分を認めてくれない、他人の間に自分の居場所がないという意識が強まる⁷⁾。自分の価値を感じることができない若者は家にひきこもり続ける道しか見えなくなる。

ひきこもり問題を解決するためには、個人個人が自分の抱えている問題に直面し一つ一つ問題を乗り越えていくことが必要である。しかし、その前に、ひきこもりを強化し続けるメカニズムから

抜け出して悪循環を断ち切ることもまた必要である。自分がその中にとらわれている状態から独力で抜け出すことは容易ではない。ひきこもりを個人的な問題とみなして、その解決のすべてを個人の責任に負わせるという考えは、ひきこもりの実態にそぐわない。ひきこもりから抜け出すためには周囲の力を結集して働きかける必要がある。

2) ひきこもり ―本人と家族と社会―

「ひきこもり」は思春期・青年期の若者が就学あるいは就職等の社会活動に参加せず、自宅にひきこもった生活を送り、家族外の対人関係もなく過ごしている状態を示す概念である。若者が社会活動に参加する場を持たず、将来の生活の展望がない状態にあり、本人および家族にとって精神的、経済的に大きな問題となっているだけでなく、社会的にも将来のある若者が活動の場を得られないという大きな問題となっている。

ひきこもりは、長期化すると本人および家族の生活に深刻な問題を引き起こすため、早期に解決を要する問題として対応の重要性が注目されている。ひきこもりは

- ①本人の社会適応の問題、
- ②本人の精神的健康の問題、
- ③家族の経済的問題、
- ④家族の精神的健康の問題、
- ⑤引きこもりの結果生じる家庭内の人間関係の問題等多くの問題を抱えている。これらの問題の解決のためには、社会適応への道を開き、その道を進むための周囲からの援助が必要である。

若者の社会的自立と精神的健康を回復するためのひきこもり対策が社会に対して求められている。この対策は本人および家族からの要請であると同時に、若者が社会人として自立することを社会が援助する活動でもある。若者を自立した社会人にするには家族だけに負わされるべき責任ではなく、社会もまた負うべき公的な責任でもある。ひきこもり支援のためのシステムの整備は、地域社会に与えられた課題でもある。

3) 精神医学におけるひきこもり概念

精神医学的診断ではなく、社会的な状態像を表すひきこもりに対して精神医学とはどのような立場から関与していけばよいのだろうか。またどのような働きをもとめられているのだろうか。

精神医学の領域において「ひきこもり」という概念は以前より存在し、専門的概念として使用されていたが、現在わが国で使われている「引きこもり」とは別の意味であった。

精神医学的記述としては、1950年代にアイデンティティ拡散症候群（エリクソン）¹⁾の一症状として青年期の若者に社会的「ひきこもり」が生じることをエリクソンが指摘した。アンナ・フロイド²⁾は、思春期に特有の防衛機制として「ひきこもり」を取り上げている。英国を中心とするスキゾイド・パーソナリティの精神病理学的研究においては、情緒的な「ひきこもり」、あるいは内的対象関係における「ひきこもり」の概念が重要な焦点となってきた。

わが国では、森田学派が1920年代から対人恐怖（社会恐怖）の臨床研究に取り組んできた。1970年代からは、スチューデント・アパシー¹⁾や退却神経症⁵⁾など、社会的「ひきこもり」social withdrawalを示す青年期ケースの精神病理が研究テーマとして取り上げられてきた。

従来のこれらの様々な「ひきこもり」の病理についての研究は「ひきこもり」に関与する多様な心理の理解に資するものであり、「ひきこもり」の治療的対応にも重要な視点を提供している。しかしこれらの医学的概念としての「ひきこもり」をそのまま現在の社会的「ひきこもり」に無条件に当てはめることはできない。厳密に定義され、限局された適用が求められる精神医学的な「ひきこもり」概念をもって、様々な面において多様性をもつ現在言われている「ひきこもり」概念をそのまま置き換えることはできない。

「従来から精神医学が持っているひきこもり概念」を有効な道具として「ひきこもり」の理解に役立てながらも、精神医学は現在言われている「ひきこもり」に対しては新たな精神医学的理解を構

築することを迫られている。

4) 精神医学的診断と対応

ひきこもり状態にある若者が精神科を受診して精神疾患と診断されるケースがある。その中でも重要なのは統合失調症である。青年期に発症する症例が多い統合失調症の中には対人関係や対社会関係が障害され自閉的な生活を送る症例がある。統合失調症のケースは医学的治療の対象としてできる限り早期に治療を始める必要がある。精神科を受診していなかったために、医学的診断を受けず、統合失調症の存在が見逃され、単にひきこもりと見られるだけで、治療が行われていないケースもある。

新たに提唱された「ひきこもり」概念は、従来知られていた統合失調症やその他の精神病による「ひきこもり」以外にも、ひきこもりが存在すること、ひきこもりから脱するには心理社会的支援が必要であることを広く社会に訴えた。ひきこもり状態を広く捉えて、すべてのひきこもりに対する支援が必要であることを主張した。したがってその中には様々な問題や悩みをもつ個人が含まれており、精神疾患もその中の一つとして入っている。ひきこもりは状態像として提唱されているだけであり、すべての事例を一つの心理的要因や病理で説明できるわけではない。

「地域精神保健活動のガイドライン」(伊藤ら⁴⁾)には『いじめのせい』『家族関係のせい』『病気のせい』ではなく、生物—心理—社会的要因の複合として『ひきこもり』を捉える」と説明している。

・齊藤⁹⁾は「ひきこもり」が長期化する中で様々な精神症状が見られるようになると指摘し、対人恐怖症状、自己臭、視線恐怖、醜形恐怖、被害関係念慮、強迫行為、心気症状、不眠、家庭内暴力、抑うつ気分、希死念慮などの症状を挙げている。

近藤らは⁷⁾社会的ひきこもりがみられたケースをDSM-IVに準拠して診断した経験を発表し、青年期ひきこもりケースは基本的には国際診断基準によって分類が可能であると報告している。

ひきこもりは状態像を指し示す言葉であり、ひき

こもり状態として理解するだけでは、心理社会的問題からひきこもっているのか、精神疾患のためにひきこもりが始まったのかの判断はなされていない。その原因が医学的疾患であるかどうかについては、医師の面接が必要である。

ひきこもり問題の中で精神医療に求められている第一の役割は精神疾患の有無の診断である。そして精神医学的治療が必要な症例に対して治療を行うことである。統合失調症、感情障害、パニック障害などの疾患がある場合にはまず医学的疾患として認識し医学的治療を始めることが必要である。ひきこもり状態が続き、ひきこもり状態のみに注目が集まり、精神症状が見逃されている例もあると考えられる。統合失調症を単にひきこもりとしてのみ把握して、治療の機会を逃すことは本人にとって大変な不利益となる。精神疾患の疑いがある場合は精神科受診が必要である。

しかし注意しなければいけないのは、ひきこもりイコール精神疾患であり、医学的治療が必要であると短絡的に結び付ける考え方である。両者は別の次元の概念である。

ひきこもりは一つの状態像を示す言葉であり、ひきこもりの原因や理由はケースごとに様々である。ひきこもりという言葉はあってもひきこもりをまとめて説明する理由や原因はない。ひきこもりの状態や出現する精神症状には個人差があり、ひきこもりというまとめかたで、精神症状や治療について一般論を述べることはできない。精神医学的な判断は個々の症例の診察を待たねばならない。

また精神医学的診断をつけることができたひきこもりの若者であっても、その対応は一律ではない。統合失調症に伴うひきこもり状態であれば、精神医学的な治療が優先され、ひきこもりという見方よりも統合失調症という疾患に重点が置かれることになる。

一方では精神医学的対応がファーストチョイスとは言えないケースもある。精神医学的診断がついたとは言え、精神医学的治療よりも、ひきこもり支援システムの中の医療以外の支援活動の方が

有効な場合もある³⁾。例えば回避性人格障害と診断された事例はどうであろうか。精神科に通院して精神療法を受けるよりも、NPOのグループ活動の中で、人と触れ合う体験を通して対人関係に慣れ、自信をとりもどしていく方がはるかに有効な事例もある。

精神科診断に該当するとしても、その後の対応には幾つもの選択肢があり、事例ごとに考慮されなければならない。統合失調症のように医療が専門的にかかわる必要がある事例もあれば、むしろ医療機関ではないひきこもりサポートシステムの活動が有効である事例もある。発達障害が認められる事例では医療機関での対応には限界があり、発達障害に対応する施設や活動に紹介することが適当である。

5) 精神保健から見たひきこもり問題

ひきこもった生活を続けているというだけでは精神医療の対象になると判断する十分な根拠にはならない。精神医療の対象になるのは、本人が精神科を受診し、精神疾患と診断された事例である。一方、精神保健活動の視点からは、ひきこもっている状態は精神保健の対象と考えられる。精神保健は社会の中で良い適応状態で生活できることを目標にしており、ひきこもりは精神保健上の問題として理解される。

青年が他者と触れ合う機会を持たないままに過ごすことは、彼が精神発達のための環境を得ることができないことを意味している。ひきこもる若者は精神的、社会的に成熟する機会を得ることが難しくなる。それだけでなく、社会参加に向けて準備する機会を得ることができないままに時間を過ごすことになる。若者の社会参加への歩みの停滞は最終的には就労問題へと繋がっている。「ひきこもり」は若者の社会参加の道を閉ざし、就職や結婚等の将来設計に大きな課題を投げかける。

ひきこもりに対して支援システムを整備して対応するという精神保健モデルが提唱された⁴⁾ことの意義は大きい。ひきこもりへの対応システムを地域に確立し、早期に利用できることの重要性

については今日のわが国において広く認知されつつある。

「ひきこもり」状態を示す若者を地域精神保健活動、地域福祉活動の対象として特定し働きかけることは急を要する課題とみなされている。現在、地域精神保健および地域福祉の領域において「ひきこもり」問題の重要性が認識され、全国の精神保健福祉センターを中心に保健所が加わり、さらにNPOの活動なども含めた対応のシステムが整備されつつある⁶⁾。

「ひきこもり」問題の解決のために、本人や家族からの要請を受けて、公的機関や民間団体が援助活動を行い、社会参加への道を開くための働きかけが若者の様々な状態に応じて段階的に用意されている。その活動は就労支援であり、さらにその前段階としてのたまり場やグループ活動である。社会活動や集団活動に至る前段階の対応としては、個人面接や家庭訪問などによる本人個人への接触が試みられる。これらの地域精神保健活動、地域福祉活動と協調すると共に、それらの活動の中で不可欠なのが、精神医学的な診断と精神医学的治療である。

6) 精神科医の役割

精神科医は精神疾患と診断され、しかも引きこもりの問題を抱えている事例に対して、どのように対応することを求められているのだろうか。まずは精神疾患の治療を行うことであるが、それに加えて、ひきこもり問題の解決にも寄与することが期待される。ひきこもりの問題の解決は診察室だけで達成できるものではなく、社会に開かれた活動へ本人を導くことが必要である。

医師としてひきこもりの改善のために果たすことができる役割にはどのようなものがあるのだろうか。ここでは二つのことを提案しておきたい。ひとつは地域にあるひきこもり支援のシステムに関する情報を患者に伝えて、利用を勧めることである。保険所や、精神保健福祉センターや、ひきこもり支援グループ、自助グループなど地域の利用可能な支援についての情報が手元にあれば、患

者に知らせることができる。他のひきこもり支援機関との連携をとり、医療機関もひきこもり支援システムの中の一つの機関としての役割を果たすことができる。医師から勧められてこれらの活動の必要性が患者に理解され、支援活動の利用に繋がっていくことが期待される。

第二はひきこもり状態にいる患者が感じている対人関係の困難さへの対応である。引きこもっている若者が精神科医に出会うことは、ひきこもり状態の中で他人と出会う貴重な機会である。ひきこもり状態にある若者が家族以外の社会人に会い、言葉を交わす機会はめったにない。その稀な出会いの機会が精神科受診である。ひきこもりの若者は他人や社会に触れる機会を失い、次第に他人や社会から疎遠になり、人や社会と接することに自信がなくなり、人や社会に対する不安が増大している。自分が相手からどのように見られているのか、非難され、批判されているのではないかという強い恐れをもっている⁶⁾。自分が傷つくことに怯えて人を避けようとして、ひきこもりが持続する。

これらの不安を解消するのは、自分の価値を感じさせてくれる体験であり、その体験は他人との出会いによって得られるものである。ひきこもりの若者には他人との出会いが必要である。他人と接触して、相手から受け入れられ、認められる体験を通して、自信を回復することができる。精神科医は専門家としてひきこもりの若者の精神症状を治療するだけでなく、ひきこもりの若者と出会う一人の社会人として彼らの自己認識に大きな影響を与える立場にもある。自分が他人からどう評価されるのか恐れながら精神科を受診したひきこもりの若者は、「医師という他人」との接触を大きな期待と不安をもって迎える。

医師との面接で自分がどのように評価されるのか、かれらは医師の態度の中に自分への評価を敏感に読み取ろうとする。それはあたかも社会から自分に与えられる審判とさえ感じられるかもしれない。

「いい若い者がいつまでもそんな状態のままで

よいのか？」という指摘が医師の口から語られたとするならば、その言葉が若者を励ます意図で発せられたとしても、余裕のない彼らにはひきこもっている自分に対する批判として受け取られる危険が大きい。その体験は若者の自己卑下をさらに強めたり、他人が自分を非難するという確信を強化してしまう恐れがある。再び医療機関を受診したり、あるいはひきこもりから抜け出そうとして家の外に出たりする意欲をくじくことになるかもしれない。

逆に、自分の話に耳を傾けてくれ、ひきこもりの苦しさを理解してくれる医師との接触は、自分が他人から受け入れられる体験となり、他人は自分を受け入れてくれないという不安の軽減へつながる。この体験はひきこもり状態の克服に向かう第一歩になるかもしれない。自分を援助し力を貸そうとしてくれる医師との出会いは孤独感を和らげ、心強く感じられ、ひきこもりから抜け出そうとする意欲を強める機会となり得る。

ひきこもりの若者に会った精神科医は、1) 専門性を発揮して治療を行う、2) ひきこもり支援システムへ紹介する、3) ひきこもりの理解者・支援者の立場に立って対応することを期待されている。

7) おわりに

現代の若者に見られる「ひきこもり」はその数が数十万人と言われており、大きな社会問題になっている。支援・対応が緊急の課題とされ、2003年に「地域精神保健活動における介入のあり方」についてのガイドラインが示され、「ひきこもり」への対応は様々な機関が一つのシステムの下で統合され対応に当たることが提唱されている。

精神医学は「ひきこもり」への支援・対応の中で重要な役割を与えられている。社会的に定義されている「ひきこもり」が精神医学的診断体系の中でどのように位置づけられるのか、「ひきこもり」事例に対して精神医学的な診断に該当するかどうかの診断を求められ、また精神医学的治療の適応になつかどうかの判断を求められている。

「ひきこもり」事例とみなされる若者が精神科を受診し、精神医学的診断体系によって診断され、精神医学的な概念によって捉えられるとき、その若者は「ひきこもり」という概念と精神医学的な診断による「精神疾患」という概念の二つの枠組みから理解されることになる。「精神疾患」と「ひきこもり」の概念は同一の平面にある概念ではなく、異なる視点から問題を照らし出そうとしている。

ひきこもりに共通する精神医学的病理を想定することはできない。「ひきこもり」概念と「精神疾患」概念は、それぞれの特徴を生かして、ひきこもりの若者の支援のために有効に活用されることが最も重要であり、それぞれの概念を運用する上での特徴を把握して用いることで、互いの長所を発揮し得る関係を保つことが必要であろう。

参考文献

- 1) Erikson, E. H. : Identity-Youth and Crisis. W. W. Norton & Company Inc, 1968. (岩瀬庸理訳: アイデンティティ. 金沢文庫, 1973)
- 2) Freud, A. : The Ego and the Mechanism of Defense. International University Press, 1966. (牧田清志、黒丸正四郎監訳: 自我と防衛機制—アンナ・フロイト著作集2. 岩崎学術出版社 1982.)
- 3) 井上洋一、小笠原将之、福永知子他: 青年期後期の発達課題とひきこもりの関連についての研究(その2) 厚生労働科学研究補助金(こころの科学研究事業) 分担研究報告書 2007
- 4) 伊藤順一郎、吉田光爾、小林清香ほか: 「社会的ひきこもり」に関する相談・援助状況実態調査報告. 厚生労働科学研究、こころの健康科学研究事業、「地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究」(主任研究者: 伊藤順一郎) 総合研究報告書 2003『平成14年度厚生労働科学研究費補助金心の健康科学研究事業、地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究—10代・20代を中心とした「ひきこもり」をめぐる地域精神保健活動のガイドライン(最終

版)』2003

- 5) 笠原 嘉:退却神経症. 講談社新書 1988.
- 6) 草野智洋:社会的ひきこもり状態からの回復プロセスについての臨床心理学的研究 大阪大学大学院人間科学研究科修士論文集 2007
- 7) 近藤直司, 岩崎弘子, 小林真理子他:ひきこもりの個人精神病理と治療的観点についての研究 厚生労働科学研究補助金(こころの科学研究事業)分担研究報告書 2006
- 8) NHK「ひきこもりサポートキャンペーン」プロジェクト:hikikomori@NHK ひきこもり斉藤環監修 NHK 出版, 2004
- 9) 斎藤 環:社会的ひきこもり. PHP新書 1998
- 10) 塩倉 裕:引きこもり 朝日文庫 朝日新聞

社, 2003

- 11) 山田和夫:スチューデント・アパシーの基本病理—長期縦断的観察の60例から(平井富雄監修)「現代人の心理と病理」p355-373、サイエンス社, 1987

F. 健康危険情報

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

- | | |
|-----------|----|
| 1. 特許取得 | なし |
| 2. 実用新案登録 | なし |
| 3. その他 | なし |