

公開講座の記録

「若者のひきこもりと就労支援」

若者のひきこもりについて

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副所長 近 藤 直 司



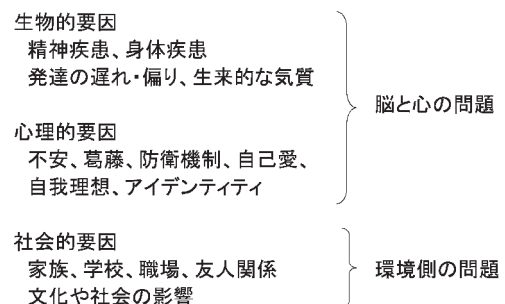
若者のひきこもりについて ～精神医学的背景と治療・援助～

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

スライド①

ひきこもり問題の背景要因



スライド②

ただいまご紹介いただきました近藤と申します。山梨県に勤務をしております精神科医です。よろしくお願い致します。最初に、このような貴重な機会を与えてくださいました下山先生や武藤先生他、関係の先生方に厚く御礼を申し上げます。たいへん過分なご紹介を頂きましたが、ご覧のと通りの若輩者ですので、何とも頼りないのが出てきものだ、びっくりしておられる方もおいでかと思いますが、私に与えられている課題は、今日的な若者のひきこもり問題に関する精神医学的な理解をなるべくコンパクトにお話しすることだと思しますので、さっそく内容に入らせていただきます。お手元にスライドの一部がお配りしてございますので、大体これに沿って進めて参ります。いくつか症例をお話するつもりなのですが、これは画面の方だけで、お手元の配布資料には入っておりません。

まず、ひきこもり問題の背景要因を簡単にまとめておきたいと思います（スライド②）。不登校や家庭内暴力、ひきこもりとか、いろいろな若者の問題がありますがけれども、このように多角的に捉えるのが良いのではないかと思います。生物的要因、心理的要因、社会的な要

因の三つです。生物的要因と申しますのは、精神疾患とか身体疾患、発達の遅れや偏り、持って生まれたその人の気質といったようなものです。心理的要因は、不安とか葛藤、防衛機制、自己愛、自我理想、アイデンティティといったような心の有り様です。生物的な問題と心理的な問題とを合わせて、ここではご本人の「脳と心の

問題」というふうにとらえておきたいと思います。それから、ひきこもりの問題が日本で深刻化しているとするれば、これはおそらく社会構造ですとか、わたしたちが暮らしているこの国の文化ですとか、家族状況、経済状況など、おそらくいろいろな文化・社会的影響の上に成り立っているのだと思うわれます。これらを大きくまとめて「環境側の問題」というふうにしておきたいと思います。

今日は環境側の問題についてはあまり触れないつもりですが、そうすると、話があまりにも脳と心にばかりに偏ってしまいそうな気がしますので、いろいろな文化・社会的な状況が絡み合っている問題であるということを確認するために1枚だけ入れておきました(スライド③)。ひきこもりの問題がこれだけ増えている背景としては、例えば、自立を重視しない家族文化。例えば日本では、成人を迎えた人が親と一緒に暮らしていても、あまり違和感がありません。20歳の誕生日を迎えたその日から、いつ家を出るかということが話題になり始める国もあると聞きますので、そういうことを考えると、日本という国の家族文化はあまり若者の自立を重視しないのではないかという指摘です。あるいは、わが国の社会は過剰な競争社会であって、勝つことを諦めた若者が無気力になってしまうのではないかということを指摘する方もいらっしゃいます。それから、親世代は働くことに大きな価値観を置いて、実際に日本の高度経済成長に貢献してきたわけですが、その子世代にあたる人たちは、どうも働くということに対してあまり価値観を感じていないのではないかという指摘もあります。さらには、インターネットが普及したり、子どもの遊び方が変化して、子どもが並んでゲームをして遊んでいる風景などもよく見かけますが、ああいう遊び方の変化が社会的な対人関係の技能を低下させているのではないかとすることを指摘する方もいます。それから、わが国では、社会参加に

躓いた青年の就労を支援するシステムが弱いのではないかとすることを指摘する方もいます。どれが正解ということではないのですが、こういった文化的・社会的な背景も、ひきこもり問題には少なからず絡んでいるのだということを確認しておきたいと思います。それから、家族の有り様と青年のひきこもりとの関連も決して軽視することのできない観点であります、今日はもっぱら「脳と心の問題」に注目してお話しさせていただきたいと思います。

脳と心の問題という観点からひきこもっている人をお一人お一人みていくと、いろいろな人がいるのだということ、確認していきたいと思います。若者のひきこもり問題というと、みんなが同じような問題を抱えている、かなり均質な問題なのではないかという印象をもたれる方もいるようですが、有効な支援を展開するためには、1人1人の特徴や背景要因がかなり多様であることをしっかり確認する必要があると思います。

例をあげていきたいと思います(スライド④)。ある時期から幻聴とか妄想などの精神病症状が生じていて、そのために他人を避けている人がいます。それから、おもに生物学的な要因から生活全般にわたって意欲や活動性が著しく低下していて、半ば寝たきりのような生活になっているひきこもり事例も少なくありません。

それから、次の3番目、4番目、5番目はいずれも不安、緊張、恐怖感がキーワードです。不安、緊張、恐怖感などのために社会的活動が著しく制限されている。軽い方から重い方まで様々ですが、人と関わるときの緊張感や不安感に何とか耐えながら生活している方がいる一方で、人とすれ違いそうになると電信柱の陰に隠れてしまう、人が寝静まった深夜でないと外に出られないという方もいらっしゃいます。それから6番目は、もともとは強い不安感、緊張感のためにひきこもっていたけれども、ひきこもって刺激を回避していると多少は楽に過ご

ひきこもり問題の文化・社会的背景

- ◇“自立”を重視しない家族文化
- ◇過剰な競争社会と勝つことを諦めた若者の無気力
- ◇親世代の経済的余裕と、子世代に広がる「働くこと」への脱価値化
- ◇インターネットの普及や子どもの遊び方の変化による社会的(対人関係)技能の低下
- ◇社会参加につまづいた青年への就労支援システムの不備

スライド③

ひきこもりの要因となる脳と心の問題(1)

- ◇幻聴や妄想などの精神病症状によって他者を避け、外出もしない。
- ◇生活全般にわたって意欲や活動性が著しく低下し、寝たきりのような生活が続いている。
- ◇不安や緊張、恐怖感のために社会的活動が著しく制限されており、本人も悩んでいる。
- ◇もともとは社会的な場面で強い不安・恐怖感があつたが、ひきこもり、刺激を回避することによって、現在は軽減している。本人は現状を変えようとは考えていないので、その状態が固定化してしまっている。
- ◇本人も、何とかしなければと思っているが、失敗したり、恥をかくことを恐れる気持ちが強すぎて、何一つ行動に移せない。

スライド④

せるので、また外に出たり、人と関わってつらい思いをするよりは今の生活の方がいいと考えるようになって、問題が長期化しているような場合です。一番下は、何とかしなくてはいけないというご本人さんも思っているのですが、何かを始めたときに、失敗したり、失敗して恥をかくような事態を恐れる気持ちが強すぎて、実際には何一つ行動に移せないというような方です。

(スライド⑤)次に、生まれつき学力や運動能力、社会性・対人関係持ち方などの面で同年代の仲間についていけないところがあって、生活の中で挫折感や劣等感を抱くような出来事がさらに重なったりして、思春期や青年期に至るまでにはすっかり自信がなくなってしまうたり、人嫌いになってしまったりして、ひきこもっている人たちがいます。これは、同年代についていけないところを生まれつきもっていたというところが重要なポイントになります。

さらに、その下の3つの例は、もともとの素質に加えて、その後の経験を重ねながら思春期や青年期でその人のパーソナリティができ上がっていったときに、ある種の問題が生じているような事例です。例えば、尊大で人を見下すような傾向が強い一方で、ご自分の自己愛が傷つくことには敏感であったり、今の自分、できない自分をしっかり認めたくて目標に向かってコツコツ努力していく、というようなことが好きではないような方。それから、劣等感が強く、批判されたり拒絶されたりすることに著しく過敏になってしまっていて、対人関係や社会的な場면을回避するそういうパターンが身に付いてしまっている方ですとか。あるいは、人嫌いの傾向が強くてあまり外には出ないけれども、家族に対してはかなり依存的であったり、自分がうまくいかなかったのは家族のせいだ、親のせいだといった他罰的な考え方をする傾向の強い人。悪いのは親なのであって、自分の問題を自ら解決しなくてはならないというような発想を持てな

い方、こういう方もいらっしゃいます。

ひきこもっている人たち1人1人の脳と心の問題には、かなり多様性があることを確認していただけたかと思います。これらに精神医学的な診断名をあてはめてみたいと思います。先ほど、不安感や緊張感、恐怖感がおもな問題になっていると思われる方たちのことを少し話しました。WHO（世界保健機構）が作成したICD-10という診断基準では、「社会恐怖」という診断カテゴリーに当てはまります（スライド⑥）。従来わが国では、「対人恐怖」と呼ばれていたものとも重なりますが、社会恐怖の説明として、ICD-10には「比較的小さな集団内で他の人々から見られる恐れを中心とする。この問題のために完全な社会的孤立に至ることがある。」と記載されています。またICD-10には、「外傷後ストレス障害」、つまり非常に重篤な、死ぬか生きるかみたいな体験をした後の心の後遺症としてひきこもりの問題が起きる場合があることも記載されております。

いま映っているスライドはお手元の配付資料にはありません。簡単に事例を紹介します。この方は26歳の女性で、予備校時代から8年間ひきこもり状態にあった方です。予備校でストーカーのような男の子に付け回されことがきっかけでひきこもり始めてしまったと話しておられました。お話を聞いている感じでは、彼女に好意をもっている男の子が「一緒に勉強しようよ」とか、「一緒に帰らない？」と誘っていたけようにも感じられましたが、彼女はそれをストーカー行為と体験していました。この人とやりとりを続けていって分かってきたのは、彼女が子どもの頃、何年間かに渡っておじいさんから性的虐待を受けていたということでした。先ほど、破局的な体験後の心の後遺症ということをお話しましたが、この人はおそらくその男の子に言い寄られたことがきっかけになって、破局的な被虐待体験が想起されてしまったのだらうと思われます。あるいは、ICD-10に記載されてい

ひきこもりの要因となる脳と心の問題(2)

◇生まれつき、学力や運動能力、社会性などの面で、同年代の仲間についていけないところがあった。挫折感や劣等感を抱くような出来事が重なり、すっかり自信をなくしてしまった。

◇尊大で他者を見下す傾向がある。自尊心が傷つくことに敏感で、頭を下げたり、コツコツ努力することはしたくないようである。

◇劣等感が強く、批判・拒絶されることに著しく過敏になってしまい、対人関係や社会的な場면을回避するパターンが身に付いている。

◇厭世的な傾向が強いが、家族に対しては依存的・他罰的であり、自ら問題を解決しようという動機付けは曖昧である。

スライド⑤

F4 神経症性障害、ストレス関連障害、および身体表現性障害(ICD-10)

＜広場恐怖＞開放空間、家を離れること、店、雑踏、公衆の場所、一人で旅行することに対する恐れなどを含む…完全に家にこもってしまう患者もいる。

＜社会恐怖＞比較的小さな集団内で、他の人々から注視される恐れを中核とし…ほとんど完全な社会的孤立に至ることがある…広場恐怖やうつ病性障害も患者を家にこもりきりにすることがある。

＜外傷後ストレス障害＞…破局体験後の持続的人格変化へ移行することがある…以下のような人格特徴…社会的なひきこもり、空虚感、無力感…。

スライド⑥

るような、「破局体験後の持続的人格変化への移行」と捉えられるのかもしれませんが。

次にお話しようと思っているのは、もともと知的能力や社会性の発達といった点で同年代についていけないところがあるケースについてです。これらは広汎性発達障害といわれる生来的な発達特性をもっている方の事例です。この人は大学に入学後、まったく友達がつくれないし、どんな科目をとるのかとか、授業のカリキュラムも組むこともできなくて、大学生活がスタートできないままひきこもり状態になって3年が経っていました。ご本人さんは、「友達の作り方とか友達付き合いのノウハウがまったく分からない。」とおっしゃっていました。でも実はこの友達づきあいのノウハウをまったく分からない、人間関係のノウハウが分からないというふうな困り感は今に始まったことではなくて、子どもの頃からだったそうです。小学校から中学校では馴染みの友達と過ごし、高校でも友達や周りの人たちが引っ張っていつてくれたようですが、大学に入って、いろいろなことを1人きりでやらなくてはいけなくなったところで、まったく学生生活が送れなくなってしまったようでした。この方の発達歴ですが、お母さんによれば、赤ちゃんの頃は、「寝ていても、体に疲れが入っているみたいで、なんとも不自然な赤ちゃん」だったそうです。また、感情や表情が乏しかった、視線が合にくかった、人見知りがなかったといった特徴があったようです。幼稚園の頃は軽い言葉の発達の遅れがあったようです。こだわりが強く、他の子と協調して遊べないとか、自分なりのやり方にこだわってしまって、違うやり方を強要されるとかんしゃくを起こして騒ぎ出してしまうというような様子がみられていました。学校に入りますと、勉強はよくできるのですが、自分の興味があることを一方的に喋ってしまったり、こだわりが強く融通が利かないということがあり、そのことで、ひどいいじめに遭っていたようで、この時期に、かなり深刻な人嫌いや自信の喪失が起こっていたようです。それでも成績は良いので大学に進みますが、そこで人づきあいのノウハウがまったく分からないという問題が露呈して、ひきこもり状態に陥っています。

もう一例だけ簡単にお話します。この人もとても成績のいい方で、県内でも有数の進学校で上位の成績をとっていましたが、校外での集団活動についていけなくて、どうも彼一人のために活動全体がストップするという事態が起こったらしく、彼はそのことで強い挫折感を抱いていたようです。その後、自殺を図るなどした後、ひきこもり状態になっています。この人も広汎性発達障害といわれるような、生来的な発達特性をもっている方です。

小さい頃は不器用さつつま先歩きくらいで、それ以上は特徴的な所見はないのですが、保育園に入ってから頃から極端に内向的で、家の外では人と話すことができないお子さんだったようです。その一方で、自分が嫌だと思いうことは絶対にしないといった頑固さもあったようです。学校ではとても成績は良いのですが、やはり小学校でも学校ではほとんど話ができなかったようです。当時の通知表を見せてもらいますと、担任の記入欄には、「挨拶ができるように励ましていきたいと思います」「自分の思ったことを発言していいんだよ」といったコメントが書き込まれています。これは随分後になって彼が教えてくれたことですが、この頃から彼は、周りの人が話している会話の内容や、周囲の出来事がどのように展開しているのかというようなことがさっぱり分からなかったのだそうです。

今、お話ししてきたような2例は広汎性発達障害といわれるような特性をもった方たちで、実は青年期のひきこもりケースの中にはかなり多く含まれていることが分かっています。お配りした資料の後ろの方に研究論文の要約を付けてありますので、後でご確認いただければと思います(資料を参照)。こうした方たちのひきこもりには、いくつかの特徴があるようです(スライド⑦)。例えば他の人の気持ち、意図とか周りで話されている会話とか、周りで起こっている状況の読みがどうもうまくいかない。何だか分からないけど、自分はみんなと違うみたいだといった漠然とした違和感とか、何かよくわからないけれど、いつもうまくいかないといった不適応感や自己不全感を抱いておられる。その「わからないこと」は、いくら工夫・努力してみてもやっぱり分からないので、半ば諦めてしまっていたり、自分は馬鹿なんだから仕方がないといった自己イメージや意欲の低下に繋がっていたりする。何かよく分からないのだけれど、自分がうまくいっていないということだけは分かるので、周囲

広汎性発達障害とひきこもり

1. 他者の意図や会話・状況の読みが苦手
2. 漠然とした違和感、不適応感、不全感
3. 諦め、自己評価の低下
4. 被害感(疑心暗鬼)、社会恐怖・対人恐怖
5. 今後のことを具体的に想像できない
6. 新しい体験に対する抵抗感
7. 過去の成功や不快な体験への固執
8. 現在の生活パターンへの固執
9. 特定の関心ごとへの没頭
10. 気質や社会性の質には個人差が大きい

スライド⑦

に対してひどく疑心暗鬼になってしまう。これがさっきの社会恐怖や対人恐怖に結びついている場合もあるようです。それから、これからどうなるのだろうか、これからどう生活していったらいいだろうとかといったことが具体的に想像できないという障害を持っていますので、新しい体験に対する抵抗感がとても強くて、今の生活を少しも変えたくないと思っている方が少なくないようです。過去のちょっとうまくいったこととか、過去でとっても嫌だったことなどに強く固執したり、特定の関心事に極端に没頭している人もいらっしゃいます。

この後、若者の就労・自立支援のお話を伺いますが、就労・自立支援の前にさまざまな支援が必要で、それなしにはとても就労支援の段階には移れないような方たちが多いのですが、広汎性発達障害の特性を持っている方の支援をどのように進めていくのかということも、今、私どもの現場ではかなり重要な課題になってきています（スライド⑧）。こういう方々への支援にあたっては、今までわたしたちがやってきた心理療法や精神科治療とはいくらか違った発想や技法も必要であろうということを実感しています。例えば、先ほど保育園の頃から外出先ではずっと緘黙状態になる人のことをお話ししましたが、ああいう方は面接場面にいらっしゃっても、最初はほとんど言語的なやりとりにはならないので、喋れない人との面接をどうやって工夫するかなどというのも重要なポイントです。それから、先ほどお示したような漠然とした被害感や自己不全感、いまの生活を変えたくない、新しいことには直面したくないといった同一性保持の傾向をどのように緩めて、新しい課題に取り組めるような意欲を高めていくか、などが重要な課題になります。これらはしばしば年単位の仕事になりますが。

次に、軽度の知的障害のある事例についてお話しします。特別支援学校に行くほどではないけれども、普通学級ではかなり厳しいぐらいの知的能力の人たちが、そう

とは認識されず、適切な配慮のないまま学校生活を送ると、とても気の毒なことになってしまう場合があります。この方はIQ65、軽度の知的障害をもっています。小学校2、3年の頃からすでに学業不振の状態で、九九の後ろの方は今もちゃんと身に付いていません。ですが、周囲には知的な発達に遅れのある子でという認識がないままだったので、「他の子のようにはいできない」という体験ばかりが積み重なったうえ、ひどいじめの対象になって、中学2年でついに不登校になっています。その後、「通行人が僕のことを見て笑っている」といった被害感が強まってひきこもってしまい、家族に向かってかんしゃくを起こすようになりました。このケースの場合は、ご家族との相談を経て、ご本人さんにも出てきてもらえるようになって、療育手帳を取得してもらい、現在は福祉的な就労に結びついています。こうした発達障害と、その後、二次的に生じた問題が合わさって、ひきこもりが生じているケースがあるわけです。

最後に、「パーソナリティ障害」とか、「パーソナリティの問題」と言われるようなケースについて少しお話しします。「パーソナリティ」とは、生来的な素質に加えて、その後の体験の積み重ねによって形成された物事の考え方や捉え方、あるいは行動のパターンのことです。「パーソナリティの障害」「パーソナリティの問題」というのは、それらの偏りや歪みのために、ご本人や周囲が困っているという意味になります。こういう問題をもつ人の中にもひきこもる人がいます。（スライド⑨）たとえば、自分の問題を自分で何とかしなければいけないという能動性を放棄してしまって、ご家族に依存したり、寄生したりしている。だけれども、「やろうと思えば、おれは何だってできる」といった万能感が強かったりすると、他人に弱みを見せることになるような状況に回避したまま、あるいは頭を下げたり知恵を求めたりもしない状況のまま、問題が長期化していくことになります。また、実際

広汎性発達障害を背景とする ひきこもりケースへの治療・援助

1. 相談面接への導入と継続：個人差を踏まえて
2. 非言語的な面接の工夫：検査や活動の活用
3. SST(社会技能訓練)：具体性と細分化
4. 個人・集団による心理療法的アプローチ
：安全な対人場面や所属感の体験
偶発的な体験やmentalizingな技法の活用
被害感の軽減と新しい取り組みへの意欲
5. 薬物療法：二次障害や衝動行為に対して
6. 就労支援

スライド⑧

パーソナリティ障害・傾向のために ひきこもるケースの特徴

◇自らの能動性を放棄し、家族に依存・寄生することで安定を維持していたり、万能感が強い場合などは、本人が支援・治療を拒むことが多い。

◇他者と関わろうとすると、心のバランスを失う。

◇精神療法が行き詰まったり、中断に至ることも多い。

スライド⑨

に人と関わろうとすると、急速に心のバランスを失って、極端な考え方に陥ったり、衝動的な問題行動が生じるような場合もあるので、心理療法や治療・援助が行き詰まってしまうことが多いようです。

これもお手元の資料には入っていないケースですが、簡単にご紹介します。この人は28歳の男の人で、インターネットでひきこもっている人同士のメール交換をしていたそうです。同じ相手としばらくやりとりしていると、「実際に会ってみようか」なんていう話が始まることもあるそうです。最初のうちは、彼はとても乗り気なのですが、話が具体的になってくると、いろいろなことが心配になってきます。心配というよりは、むしろ不気味な感じというべきでしょうか。これは仲間作りなんかではなくて、カルト宗教の勧誘なのではないか、うっかり会ったりすると、とんでもない世界に引きずり込まれていくのではないかと、といったような不気味さです。あるいは、実際に会い始めると、自分がその相手にとても依存的になるのではないかと、さらには自分の依存欲求がコントロールできなくなって、ストーカーまがいのことを始めてしまうのではないかという不安であったりします。結局、彼はインターネット上で知り合った人と、実際には会うことができずにお別れする。しばらくすると、次のメル友ができて、また会う相談を始めるのですが、やっぱり同じような不気味さや不安が生じてきて離れてしまう。こういうことをずっと繰り返していました。

もう一つ。この人はとても知的な印象を与える礼儀正しい好青年なのですが、どこかでは、「コツコツ働いているやつはご苦労さんだね」といったような、人を見下す一面があります。たとえ非合法的なことであっても、おもしろおかしく暮らせる人生というのがあるはずで、むしろそんな人生に憧れている。またこの人には、一発逆転のウルトラCのような何かが起きて、そのことによって自分の人生が劇的に良くなるといった空想に耽る傾向がありました。そのような空想がさまざまな不安や心の痛み、たとえば、今のひきこもり生活を続けていくと先々は一体どうになってしまうのかといった不安、誰とも関わることができないという孤独感などを麻痺させているということが続いていました。不安になったり孤独になったりすると、一発逆転の空想に耽ることでそれらを麻痺させる、自分を慰めることができる、ということですね。

(スライド⑩) こうしたパーソナリティの問題によってひきこもっている方々への治療・支援課題としては、まずは彼が人間関係をもっと安全なもの体験できる必要があるでしょう。それから、自己評価がもう少し安定することも大事だと思われそうですし、万能的な感覚がもう少し

パーソナリティ障害・傾向のためにひきこもる人への支援とは？

1. 人間関係を安全なもの体験できること
2. 自己評価が安定すること
3. 万能的な内的世界からの脱出
4. 依存性・寄生性の解消と能動性の回復

スライド⑩

ひきこもり問題の解決に向けて

<本人に対して>

薬物療法、精神・心理療法、訪問カウンセリング、グループや共同生活の体験、社会技能訓練、就労支援、生活技術の支援、予防的早期支援

<家族に対して>

親ガイダンス、親の会(自助グループ)、家族教室(心理教育的アプローチ)、家族療法

<社会的なアプローチ>

自立を重視した教育・青少年育成対策

スライド⑪

青年期のひきこもりを予防できるか？

①乳幼児期

軽度発達障害の把握と早期支援

②幼稚園・保育園・小学校

軽度の知的障害への気づきと支援

内向性や他者の意図・文脈の読めなさへの気づきと支援

③中学校・高校

高校卒業時の進路選択までを一つの目安に

不登校のまま卒業する生徒や中退者に対するケア

教育システムと相談機関についての情報提供

低すぎる自己評価の回復

④大学生活と就労の支援

⑤地域単位の早期介入ネットワークづくり

スライド⑫

し緩んで、弱い自分や素のままの自分に向かえ合えるようになれるといいなのでしょう。また、それらを通して、自分の人生は自分自身で何とかなくてはならないのだという能動性を回復してもらえかどうか大きなポイントになるでしょう。

ここまでお話ししてきたように、ひきこもっている人の中にはいろいろな方がいます。ひきこもる人たちへの精神医学的診断と治療・支援方針は大きく三つに整理し

て考えるのが良いのではないかと思います（資料、表－2を参照）。第一群は、統合失調症や気分障害、不安障害などを主診断として、薬物療法などの生物学的治療を含めた精神医学的介入が必要ないしは有効と判断されるケースで、生物学的治療の他、病状や障害に応じた心理療法的アプローチや、福祉的な生活・就労支援が治療・支援の主体となるでしょう。第二群は、ひきこもりの発現に何らかの発達障害が関連していて、治療・援助においても発達支援の視点が不可欠と判断されたものです。個々の発達特性を踏まえた心理療法的アプローチや福祉的な生活・就労支援が中心となることが多いと思われるのですが、併存障害（うつ状態や不安・緊張感、被害感など）に対しては精神医学的治療が必要な場合もあります。第三群は、パーソナリティ障害（ないしは、その傾向trait）や身体表現性障害などの神経症的傾向、あるいは、薬物療法が無効ないしは補助的な手段にとどまるような気分障害や不安障害など、心理的－社会的支援が中心になると判断されるケースです。

お配りしてある資料（表－2）をご覧ください。これは精神保健福祉センターでお受けした相談ケースのうち、6ヶ月以上ひきこもっていた青年、なおかつご本人さんに会えた29例を対象に診断を検討した研究論文の要約です。29例のうち第一群に分類されたのは5例で、相談・支援の転帰としては、すべての方が精神科医療機関に繋がっています。第二群に分類されたのは13例で、医

療機関よりも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で支援を継続している人が多く、一部に就労に至っている方もいます。最後にお話したような第三群に分類されたのが6件でした。

私の話はこれで終わりたいと思うのですが、今日お話ししようとしていたのは、ひきこもっているご本人さんにはいろんな背景があって、お1人お1人をよくみて支援の方法を考えていかないといけないということです。ひきこもり問題の解決のために必要な支援をまとめて羅列してみると、このスライドのように、とても多くのメニューが必要になってくることがわかります。これは、ひきこもりの背景がかなり多様であることの表れですし、ご家族だけの相談をどのように進めていくかも重要な課題です。ひきこもっているご本人には何らかの診断名がつくこともお示しました。診断がつくということで、ひきこもっている人がすべて精神科医療の対象であるかのようにお感じになる方がいるかもしれませんが、むしろ、薬物療法が必須なケースがあるのと同時に、心理療法や発達支援、生活・就労支援など、多くの非医療的支援が必要であることが明らかになるのだと解釈していただくのが良いと思います。

少し駆け足だったり、話の順序が混乱していたりして、専門職の方はともかく、一般の方に対しては不十分であったかもしれません。後ほど補足できる時間があればと思います。ご清聴、どうもありがとうございました。

資料：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(9)；834-843,2007を要約)

近藤直司¹⁾²⁾・岩崎弘子²⁾・小林真理子³⁾・宮沢久江¹⁾

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) 山梨県発達障害者支援センター

1. 研究の方法

本研究では、『社会的ひきこもり』を「年齢や社会的立場に相応した社会参加に至らず、対人関係を回避して孤立している状態」を指すものとし、ある4年間における山梨県立精神保健福祉センターの相談ケースのうち、6ヶ月以上の社会的ひきこもりをきたしていた青年期ケース(16～35歳)88例すべてを研究の対象とした。

本人が来談して相談・支援を活用した「来談群」29例については、その精神医学的診断と治療・援助方針、家族相談のみで本人が来談しなかった「非来談群」59例については、精神科医療ニーズと来談群との統計的な比較・検討を試みた。また、来談群のうち1年以上の家族相談の後によりやうく本人が来談した「長期家族支援後の来談群」3例を非来談群との中間群と位置づけ、精神医学的診断と精神病理学的特性、家族状況について検討し、青年期ひきこもりケースの全体像を展望することを試みた。

2. 88例の概要

対象となった88例の概要を表-1に示す。

3. 来談群の精神医学的診断について

来談群については、相談記録の検討と相談担当者(精神科医、心理福祉職、保健師、作業療法士)からの聴き取りをもとに、精神科医(臨床経験18年)、精神科医(7年)、心理福祉職(21年)、心理福祉職(18年)から成る4者の協議によってDSM-IVに基づいて多軸的に診断した。診断に加わった4名以外が相談を担当したケースについては、相談記録の検討に加えて、相談担当者から1ケースにつき1時間程度の聴き取りを行った。

幻覚や妄想などの精神病症状が確認されたため、速やかに医療機関を紹介し、精神保健福祉センターでは確定診断に至らなかった、あるいは、本人が継続的な来談を拒否し、情報不足のために診断を保留したケースは5例であった。他の24例については、精神医学的背景と治療・援助方針、精神保健福祉専門職に求められる役割に応じて、おおむね三群に分類することができた(表-2)。

4. 長期家族支援後の来談群について

3例すべてに顕著な社会恐怖を認め、1例には広汎性発達障害が併存、他の1例も広汎性発達障害が疑われた。この2例には、著しい頑なさや物事を曲解する傾向、特定の事柄への執着などの精神病理学的特性が共通しており、些細な生活上の変化や新しい状況に直面することに抵抗感を抱きやすい傾向がみられた。またIV軸診断として、家族内のコミュニケーションの希薄さや慢性的な不和、一方的に本人を叱咤するような関わり方など、本人が医療機関や相談機関を利用するように適切に促したり、話し合ったりすることができない家族状況がみられ、本人の来談までに長期を要した要因の一つとなっているものと考えられた。

5. 非来談群の特性について

非来談群59件のうち、現時点で薬物療法や入院治療を含めた精神科治療が必要であると判断されたものが16件、過去に精神科医療を必要としたことが確認されたケースが8件あった。

また、来談群との間で統計的な検討を試みたところ、職歴の有無、家族構成、相談・支援の転帰という三項目で有意差を認めた。来談群ではアルバイト歴のあるもの、非来談群では全く職歴のないものが有意に多かった。また、来談群では父子家庭と三世代家族が多く、相談・支援の転帰としては、非来談群で相談の中断が多かった。

6. まとめ

来談群についての検討から、青年期ひきこもりケースは基本的には現行の国際的診断基準(DSM-IV)で診断・分類が可能であると考えられる。ただし、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、必要な場合には知能・心理検査の実施に同意する、家族から十分な発達歴が聴取できるなどの条件がそろわないケース、あるいは、パーソナリティ障害と発達障害、統合失調症と発達障害などの鑑別が困難なケースなど、確定診断の難しいケースも少なくなかった。

来談群は、精神医学的背景と治療・援助方針、精神保健福祉専門職に求められる役割に応じて、(1)薬物療法の必要性ないしは適応があり、病状や障害に応じて心理的・社会的支援も必要となるグループ、(2)発達障害についての診断・アセスメントと発達支援の視点を含む心理的・社会的支援、あるいは発達障害に併存する精神障害（いわゆる二次障害）に対する精神科治療が必要となるグループ、(3)パーソナリティ障害（傾向）や同一性の問題identity problem、社会恐怖の中でも薬物療法の有効性が乏しいケースなど、本人への心理療法的アプローチが中心となるグループ、といった三群に分類するのが妥当であると考えられた。

長期家族支援後の来談群と非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なかったケースの中には、精神科的な医療ニーズを有するものが少なくないこと、また、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、来談群に比べてより深刻なケースが多いことが推測された。また、本人が来談するかどうかという点に、家族構成・家族状況が関連している可能性も示唆された。さらに、非来談群で家族相談の中断が有意に多かったことから、今後、家族だけが来談するケースへの相談・支援技術の向上や支援メニューの多様化についても検討する必要性が明らかになった。

表－１ ひきこもり相談 88 例の概要

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

表－２ 来談群 29 例の診断・分類と相談支援の転帰（併存・重複あり）

グループ	治療・援助方針と課題	I 軸、II 軸診断	例数	IV 軸	例数	転帰	例数
第 1 群 5 例	薬物療法の必要性・有用性 病状・障害に応じた心理的－社会的支援 福祉制度の活用	統合失調症 妄想性障害 双極性障害の疑い 強迫性障害 社会恐怖	3 1 1 1 1	情報不十分 過保護 特記事項なし 家族の意向による能力以上の進路選択	2 1 1 1	医療機関・通院 相談機関・通所 社会復帰施設・通所	5 1 1
第 2 群 13 例	発達特性と二次的な情緒的問題に応じた心理的－社会的支援が中心 二次障害に対する精神科治療 青年期における発達障害の診断が課題 福祉制度の活用	アスペルガー障害 特定不能の広汎性発達障害 中・軽度精神遅滞 社会恐怖 適応障害 パニック障害の既往歴のない広場恐怖 選択性緘黙 強迫性障害 特定不能の不安障害 特定不能の身体表現性障害	6 4 3 2 2 1 1 1 1 1	特記事項なし 養育不備 学校でのいじめ 慢性的な家庭不和 障害を踏まえた教育的対応の不足 両親の過剰な服従的傾向	7 2 2 2 2 1	相談機関・通所 福祉的就労 医療機関・通院 アルバイト 就労訓練 社会復帰施設・通所	5 2 2 1 1 1
第 3 群 6 例	パーソナリティ特性や神経症的傾向に応じた心理的－社会的支援が中心 家族療法的アプローチの重要性	回避性パーソナリティ障害 特定不能の身体表現性障害 同一性の問題 強迫性障害 社会恐怖 適応障害 特定不能のパーソナリティ障害 自己愛パーソナリティ傾向	2 1 1 1 1 1 1 1	過保護 家族の不和と希薄なコミュニケーション 養育不備 親のアルコール問題 情報不十分	2 2 1 1 1	相談機関・通所 相談機関・中断 医療機関・通院 一般就労 アルバイト	2 2 1 1 1
診断保留 5 例		不明（統合失調症の疑い） 不明（パーソナリティ障害の疑い） 不明（広汎性発達障害の疑い） 不明	2 1 1 1	情報不十分 家族の不和と希薄なコミュニケーション	4 1	医療機関・通院 相談機関・中断	4 1