

精神科医療施設で診療する不登校・社会的ひきこもり

辻本 哲士^{1,2)}, 大門 一司²⁾, 泉 和秀²⁾, 澤井 真樹²⁾, 岩重 達也²⁾

Tetsushi Tsujimoto^{1,2)}, Kazushi Daimon²⁾, Kazuhide Izumi²⁾, Maki Sawai²⁾, Tatsuya Iwashige²⁾:
School-refusal and Social-withdrawal in the Clinical Setting at a Psychiatric Medical Institution

滋賀県の県立精神病院外来を初診した不登校・社会的ひきこもり症例52人に関し、年齢、性別、ICD-10診断、転帰と受診回数等につき分析した。男性が61.5%を占め、女性より平均年齢も高く、より広い年齢層での受診があった。ICD-10診断としてはF4の神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害が67.3%を占め、F3の気分(感情)障害が11.5%に見られた。良好な経過をとったと推察される症例が25%であり、通院治療ができた症例が42.3%あった。精神科医療施設の不登校・社会的ひきこもり症例への関わりについて検討した。

<索引用語:社会的ひきこもり, 不登校, 神経性障害・ストレス関連障害および身体表現性障害, ICD-10診断>

I. はじめに

近年、不登校・社会的ひきこもり問題が注目されている。2003年度に行われた全国の精神保健福祉センター・保健所を対象とした調査でも、ひきこもりに関する相談は、電話相談で延べ9,986件、来所相談で4,083件に達していると報告され²⁾、若者の就労問題としてのニート対策と関連して議論が高まっている。社会的ひきこもりについては臨床単位としての基準が示され⁶⁾、保健福祉・就労の分野での関心は高まっているが、精神科医療、特に病院での認識はどうであろうか。ひきこもっている以上、医療場面に登場することは少なく、なにかのきっかけで受診しても、当然ICD-10診断やDSM-IV診断が下されることとなり、不登校・社会的ひきこもりといった疾患概念をもって診療される症例は少ないと思われる。ま

た、不登校・社会的ひきこもりを診断する問題として、事例の多くがさまざまな精神症状を呈することも指摘されている¹⁵⁾。1980年代、登校拒否に関してはDSM等を用いて診断学的分類について、いくつかの検討がなされていた^{7,12)}が、社会的ひきこもりの概念が浸透して以降の報告は少ない。今回、病院を受診し、ICD-10診断基準を用いて初診時診断をつけることのできた不登校・社会的ひきこもり症例について、2年間の診療統計の集計結果に基づいて検討した。

II. 研究方法

1) 施設背景

滋賀県立精神保健総合センターは、平成4年に開設され、診療部(主に病院部門として外来および入院病棟を受け持つ)、社会復帰部(主にデイ

著者所属:1) 滋賀県立精神保健福祉センター, Shiga Mental Health and Welfare Center

2) 滋賀県立精神医療センター, Shiga Mental Health Medical Center

受理日:2007年3月3日

ケアを行う), 地域保健部 (主に精神保健福祉センター業務を行う) の3部門からなる。医療に関しては診療部が担い, 保健福祉に関しては地域保健部が担当し, 利用者のニーズに応じて部署間で情報交換を行っている。相互に連携しながら精神医療および保健福祉に総合的に携わっている。

診療部の診療体制としては常勤精神科医師8名で, うち4名が思春期グループとして週2日(火曜日・木曜日)の思春期外来を担当している。そのなかでも, より専門性をもって不登校・社会的ひきこもり, 摂食障害, 発達障害それぞれの担当医が割り当てられる。筆頭著者は主に不登校・社会的ひきこもりケースを担当し, 看護師の行う初診インテークの段階で不登校・社会的ひきこもりの可能性がある場合に割り振られる。もちろん診断がはっきりしない症例や, 受診曜日による患者数のばらつきがあるなどして, すべての患者がクリアカットに細分化されて専門外来を受診しているわけではない。筆頭著者以外の医師が不登校・社会的ひきこもりケースを診察することも少数例としてはありえる。また, 思春期外来日以外の一般外来日に受診してくるケースもあり, 一般精神障害患者に対する日常診療を行いながら, 思春期患者の診療に携わっていることになる。入院に関しては, センター全体で100床の病床を持ち, そのうち1つの病棟50床が思春期病棟となっている。思春期病棟と名乗ってはいるが, 実際には統合失調症, 躁うつ病, 急性の精神病状態等, 青年期以降の種々の精神障害患者も入院している。

同じ建物内にある地域保健部では, 平成10年度より不登校・ひきこもり対策として, 家族に対しての個別相談や不登校・ひきこもり家族教室, 不登校・ひきこもり本人に対しての心理士・保健師による心理面接等を実施している。また, 平成15年4月に自助組織として立ち上がった家族会「とまとの会」, 当事者の自助グループである「仲間会」等にも関わっている。相談部門の地域保健部で援助している不登校・社会的ひきこもり症例に対し, 精神科医による診断, 診療, 投薬, 危機介入等が必要と判断された場合は病院部門の診

療部に紹介される。逆に診療部で加療中である不登校・社会的ひきこもり症例で家族支援が求められる場合には, 地域保健部が継続相談を受ける。公的機関として, 不登校・社会的ひきこもり問題を医療・保健福祉トータルとして援助していきやすい土壌にある。

(滋賀県立精神保健総合センターは地方公営企業法全部適用にて, 平成18年4月から, 滋賀県立精神保健福祉センターと滋賀県立精神医療センターに分かれた。)

2) 対象と方法

対象は, 2004年4月から2006年3月までの2年の間に, 当センター診療部を初診し, 筆頭著者が担当した症例である。当センターでは診療対象を, おおむね高校生以上(ケースによっては中学生も含む)としているため, 今回の結果には小学生は含まれない。診療録に基づき, 初診時年齢, 性別, 診断名(ICD-10診断基準²⁰⁾に基づく), 治療の継続性について検討した。重複診断が下される場合には, もっとも優勢な障害を診断名として取り上げた。不登校・社会的ひきこもりの対象の決定には, 厚生労働省の「社会的ひきこもり等への介入を行う際の地域保健活動のあり方についての研究」で採用された「①6ヶ月以上自宅にひきこもって社会参加しない状態が持続しており, ②統合失調症などの精神病ではないと考えられるもの。ただし, 社会参加しない状態とは, 学校や仕事に行かないまたは就いていないことを表す」とする基準を, やや広く, 医療・福祉分野で活用しやすい形にした吉田らの定義「A. 日常生活①自宅を中心とした生活を送っている。②就学・就労といった社会参加活動をしていない, あるいはできない。B. 対象の年齢③問題発現年齢が10代~20代である。C. 疾患の有無について④統合失調症, 中等度以上の精神遅滞は除外する。⑤うつ病や強迫性障害, 人格障害や広汎性発達障害は対象に含める。D. 問題の継続期間について⑥上記①, ②の状態が, エントリー時点で3か月~6か月以上継続している。継続例では過去1年以内に

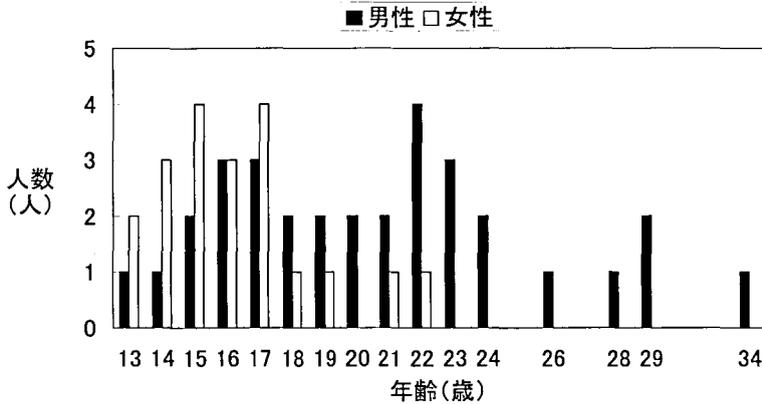


図1 初診時年齢分布

上記①, ②の状態が6か月以上継続していたものを含む。」を用いた¹⁹⁾。したがって、今回の対象にはうつ病や強迫性障害、人格障害、広汎性発達障害等の一部も含まれるが、明らかな発達障害は除外した。

Ⅲ. 結 果

1) 不登校・社会的ひきこもりの患者数

2004年4月から2006年3月までの2年間に、当センター外来を受診した成人を含めた新患総数は1,151人あった。そのうち筆頭筆者が担当した新患は144名で、センター全体の12.5%を占めている。その中で不登校・社会的ひきこもりに当てはまる症例は52人(男性32名61.5%, 女性20名38.5%)であった。以下はこの52人に関して分析をすすめる。

2) 初診時の年齢分布

図1は初診時の年齢分布を性別に表している。男性では16~17歳と22歳での二つのピークを持ち広い年齢層での受診があった。女性では15歳から17歳にかけての受診者が多く、23歳以上の症例はみられなかった。男性の平均年齢は20.7歳、女性の平均年齢は16.2歳、全体の平均は19.0歳であった。

3) ICD-10 診断

ICD-10 診断別内訳を表1に示す。ICD-10 診断としてはF4の神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害が35名で全体の67.3%を占めていた。ついでF3の気分(感情)障害が6名(11.5%)で、F8の心理的発達の障害とF9の小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害がそれぞれ3名(5.8%)であった。F4の神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害の下位分類を見てみると、F40の恐怖症性不安障害が18名(男性15名、女性3名)、ついでF43の重度ストレス反応および適応障害が10名(男性5名、女性5名)であった。性差では、男性ではF40の恐怖症性不安障害が15名(46.9%)と約半数を占めていた。女性ではF43の重度ストレス反応および適応障害の5名(25%)が最多であり、男性より診断が分散する傾向にあった。F4以外では、F3の気分(感情)障害が6名(男性3名、女性3名)で全体の11.5%を占めていた。

4) 転帰と受診回数

2年という限られた期間で転帰を規定することは難しいが、今回は以下のようにして分類した。社会的不適応の度合いが小さく、家族関係も比較的良好で、病状説明等の小精神療法にて治療終了

表1 ICD-10 診断別内訳

	男性	女性	全体
F3: 気分(感情)障害	3(9.4%)	3(15%)	6(11.5%)
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	23(71.9%)	12(60%)	35(67.3%)
F40: 恐怖症性不安障害	15(46.9%)	3(15%)	18(34.6%)
F43: 重度ストレス反応および適応障害	5(15.6%)	5(25%)	10(19.2%)
F44: 解離性(転換性)障害		1(5%)	1(1.9%)
F45: 身体表現性障害	3(9.4%)	2(10%)	5(9.6%)
F48: 他の神経症性障害		1(5%)	1(1.9%)
F5: 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群		2(10%)	2(3.8%)
F6: 成人の人格および行動の障害		1(5%)	1(1.9%)
F7: 精神遅滞	1(3.1%)		1(1.9%)
F8: 心理的発達障害	3(9.4%)		3(5.8%)
F9: 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害	1(3.1%)	2(10%)	3(5.8%)
Z: 健康状態および保健サービスの利用に影響を及ぼす要因	1(3.1%)		1(1.9%)
計	32	20	52

表2 転帰および受診回数

転帰・受診回数	1回	2回	3~9回	10~19回	20回以上	計
良好終結	7	1	1			9(17.3%)
良好中断	1	1		2		4(7.7%)
定期通院			4	1	3	8(15.4%)
不定期通院				2	2	4(7.7%)
他部署・他機関紹介等	7	2			1	10(19.2%)
不良中断	3	3	4	4	1	15(28.8%)
不良終結	2					2(3.8%)
計	20	7	9	9	7	52

できたものを「良好終結」群, 良好終結群レベルの本人家族の状況ではあるが, 明確な治療終結を行わずに「困ったらまた来て」といった継続性を持たせつつ終結したものを「良好中断」群, 本人や家族に継続的な精神科サポートが必要であり, 定期的な通院治療を続けていたものを「定期通院」群, 本人や家族に継続的な精神科サポートが必要であるが, 不定期的な通院治療になったものを「不定期通院」群, 通院の都合や心理カウンセリングの必要性から他部署・他機関を紹介し, 当センターと連携をとっていくこととしたものを「他

部署・他機関紹介等」群, 本人や家族に継続的な精神科サポートが必要であったが, 通院が中断してしまったものを「不良中断」群, 本人や家族に精神科サポートが必要であることを十分説明したが, 継続的な通院に同意が得られずに初診のみで治療終了してしまったものを「不良終結」群とした(表2参照)。「良好終結」9例(17.3%), 「良好中断」4例(7.7%), 「定期通院」8名(15.4%), 「不定期通院」4名(7.7%), 「他部署・他機関紹介」10名(19.2%), 「不良中断」15名(28.8%), 「不良終結」2名(3.8%)という結

果となった。良好な経過をとったと推察される「良好終結」と「良好中断」をあわせると25%、「定期通院」「不定期通院」「他部署・他機関紹介等」をあわせると42.3%、「不良中断」「不良終結」をあわせると32.6%となった。なお、「他部署・他機関紹介」10名のうち、最多だったのは地域保健部への紹介5名であった。

受診回数に関しては、1回のみが20名(38.5%)、2回が7名(13.5%)、3～9回が9名(17.3%)、10～19回が9名(17.3%)、20回以上が7名(13.5%)であった。

転帰と受診回数との兼ね合いを分析してみると、「良好終結」「他部署・他機関紹介等」「不良終結」で1回のみを受診で終了しているケースが多かった。

IV. 考 察

1) 受診者数、性別、年齢等について

今回、病院に受診した不登校・ひきこもり症例数は2年間で52名であった。この数は、一般精神医療機関を訪れる症例数よりはるかに多いと推察される。その理由は、当センターが病院部門である診療部と相談部門である地域保健部が、同じ建物内にあって互いにケースを紹介しやすい環境にあることに基づく。性別・年齢については、男性61.5%、女性38.5%、平均年齢19.0歳で、伊藤らの報告²⁾の男性76.4%、女性22.9%、平均年齢26.7歳に比べて、女性の割合が多く、平均年齢も低かった。男女とも高校生の不登校症例が多いことが関連していると思われるが、その理由として、今まで当センターが学校から紹介された思春期患者の診療・相談に数多く関わってきたことが関与している。不登校から必要な出席日数が足りなくなったため、学校・保護者からの受診勧奨があつての受診となった。男性では20代の受診者も散見されるが、今回の観察期間中には23歳以上の女性はいなかった。観察期間が短かったためか、日本の文化として女性は自宅内適応のまま経過していきやすい環境にあり、病院に行つてまで状況を変えていこうとする動きが少な

いのかもしれない。

2) ICD診断と主症状について

社会的ひきこもりは非常に幅広い概念で、大人組ではさまざまな神経症が惹起されていると指摘されている¹⁾。逆に分類可能な病態を除外することによって「一次性ひきこもり」を取り出して精神病理学的特徴を明らかにした報告¹⁶⁾もあり、「一次性ひきこもり」の病理の中核が、対人緊張、対人恐怖心性にないことが指摘されている。今回、我々は日常臨床で遭遇するより広い症例群を対象にしたわけであるが、ICD-10診断としてはF4の神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害が約7割を占めていた。その中で、男性ではF40の恐怖症性不安障害が5割近くを占め、社会恐怖・対人恐怖を中心にした症例が多いことが示唆された。社会恐怖は臨床場面では女性より男性に多く発症することが知られており⁹⁾、このことは社会的ひきこもりが男性に多くみられることと関連すると思われる。一方、女性ではF43の重度ストレス反応および適応障害が最多であり、男性より診断が分散する傾向にあった。これは受診年齢にも関係しており、女性では高校在学中のケースが多く、不登校になるきっかけをストレスの多い出来事、状況、あるいは生活上の危機ととらえて診断していることが関係している。また、男性に比して社会恐怖・対人恐怖が目立たず、心因や気分状態、身体不調等、ケースごとに訴えが多様になることも影響している。患者が不調感を訴えることができる程度に活動性を持っているうちは抑うつ・神経症症状が中心となるが、周囲に苦しさをわかってもらえないと対人交流を避けるようになり、次第にひきこもりの生活に入っていくと推察される。F45の身体表現性障害と診断されていた症例が、男女とも約1割に見られた。身体症状を主要な病像としているわけで、不登校・社会的ひきこもりも臨床場面では内科・小児科等の一般科で初期対応されている可能性の高いことが示唆された。

神経症圏だけでなく、表面的にはひきこもりが

主訴になっているが、その奥に発達障害⁹⁾や非行の問題¹⁰⁾等が存在することもしばしばある。今回も初診時診断での分析であり、継続治療中に主病名が変わっていく症例が複数あった。特に発達障害は初回面接だけでは診断を下しにくく、通院治療中に明らかになっていくことも多かった。齋藤は、発達障害を背景要因として評価対象にした不登校の多軸的な評価システムを検討している¹⁴⁾が、社会的ひきこもりに対しても同様の視点が必要となるであろう。

注目されるのは、F3の気分(感情)障害が全体の約1割を占めていることである。大学卒業前の就職活動にある時期や、就労してからでも不適応を起し、うつ病に陥った症例が複数例に認められた。うつ病そのものは自然経過で軽快していったが、社会に戻る機会や援助に恵まれずにひきこもった状況が続いていたことが推察される。不登校・社会的ひきこもりの長期化を防ぐためにも、うつ病の啓発や社会復帰・就労支援対策が重要になる。

3) 病院における継続的な関わり

今回、転帰と受診回数との関係性について調べてみた。受診回数1回、すなわち初診で終結しているものが20例(38.5%)あり、診断、本人・家族への病状説明、方向性の検討などきめの細かい丁寧な診察により、1回の診察で終結できる症例が多数存在した。逆に、本人・家族とも通院に同意せずに終結してしまった症例も認められた。一方、初回面接は継続性をもたせるための入り口となる診察でもある。保健福祉の分野では、不登校・社会的ひきこもり症例に対して、継続相談の重要性が強調されている。今回は10回以上の継続医療を行えたのは16名(30.1%)であった。転帰については、良好な経過をとったと推察されるもの25%、「定期通院」「不定期通院」「他部署・他機関紹介等」を合わせた42.3%、中断例の32.6%となった。伊藤らの報告²⁾による保健所・精神保健福祉センターでの転帰(援助終了16.0%、援助中56.9%、中断24.1%)と比較

してみると、今回は援助終了と中断が多かった。病院の機能として、診断や治療に重点があり、継続相談を続けるというスタンスは取りづらいのかもしれない。医療と保健福祉の役割の違いと言えるが、今後、互いの特徴を生かした協力体制を構築していく必要があるだろう。

4) 不登校・社会的ひきこもり症例個人への対応法

近年、思春期精神医療の現場では、治療対象者が増加しており⁹⁾、対応に苦慮している状況にある。援助モデルも検討されているが¹⁸⁾、膨大な人的・時間的エネルギーが必要になり、日々の外来臨床の場で対応していくのは困難となりつつある。また、不登校・社会的ひきこもり症例を精神障害患者ととらえて、保険診療という枠組みの中の治療という形で関わっていくべきかどうかは議論が分かれるところであろう。

齋藤は社会的ひきこもりを、社会参加しない状態と状態像を中心とした定義で提唱¹⁵⁾し、ICD-10診断やDSM-IV診断等も、明確な診断基準を操作的に用いて診断が下される。ともに判定者がガイドラインに沿って診断していくスタイルをとり、精神医学的な病理性については、判定者の主観が入りにくくするためにあえて言及していない。しかし、実際の臨床現場で、援助者・治療者として関わる場面では、当然のことながら、不登校・社会的ひきこもり症例の心理状態を理解しておかなければならないであろう。操作的な診断基準を用いて、患者に診断名というレッテルを貼るだけでなく、ひきこもり心性すなわち対人関係の苦悩——他人に接したいが接するのがこわい気持ちにどう対峙していくかが問われる。その心性のありかたを把握するには、家庭の状況、ひきこもりの経過時期、背景疾患を考慮することが必要になるだろう。その上で医療であれ保健福祉であれ、本人の力量を信じて待つことを基本として、一人一人に対して手作りの関わりが重要となる。十分な個人精神療法にて対人関係における信頼感が得られた上で、回復段階に応じて集団療法を含めた同年

輩との仲間体験，家族療法，アルバイトなどの社会体験が治療の要因になる¹⁷⁾。当センターでも診療部・地域保健部という構造の中で，本人の居場所をどう作っていけるか¹⁾は今後の課題である。

5) 他の関係機関との連携の重要性

児童思春期において，情緒・行動の障害に対する精神医療・保健・福祉の対応・連携システムについて報告されている¹⁸⁾。今回も通院の都合や心理カウンセリングの必要性から他部署・他機関を紹介した症例が19.2%あった。内訳としては，同一施設ではあるが地域保健部への紹介が最も多く，その他としては元々の紹介元であった医療機関等へ戻す症例が散見された。病院機能を鑑みると，今後も投薬が必要なケースについては当センターで処方し，継続性を持ったカウンセリングの関わりが必要な場合は関係機関へ紹介していくシステムは維持されるであろう。

6) 家族支援について

不登校・社会的ひきこもり対策として，家族支援は重要な要素となる^{3,4)}。今回の調査でも，不登校・社会的ひきこもり症例をもつ家族の基本的な心構えは様々であった。中学校・高校在学中の症例では，登校刺激をしないことを理解している家族もいたが，やはり出席日数にこだわって短期間でどうにか復学させようとする保護者も多かった。また，病院受診しても早急な改善が期待できないことがわかると通院も中断しがちであった。一方，本人が病院へ来なくなっても，家族のみが通院を続けて継続相談できたケースもあった。通院が続いた場合には，診療部から地域保健部が行っている「不登校・社会的ひきこもり家族教室」等の家族支援や家族会「とまとの会」，当事者自助グループ「仲間の会」につながれたケースもあり，逆に地域保健部で行っている家族支援の延長線上に本人が登場し，診療部での医療に結びつけられた症例も見られた。

不登校・ひきこもり症例をフォローしていくうちに，親自身がうつ病を発症するケースもあった。

場合によっては親自らが病院を受診し，診療のかたちでサポートを受けるシステムがあることも必要であろう⁴⁾。

7) 本研究の限界と今後の課題

今回は2年間と限られた期間での分析である。そのため，対象患者が限局され，経過が長くなるほど中断例が増える結果となった。今後，追跡調査を実施することにより，より多くの症例で治療継続性の評価や確定診断，予後等に関する検討をしていきたい。

文 献

- 1) 青木省三：不登校の治療と援助を再考する。精神科治療学，21；287-291，2006
- 2) 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。地域精神保健における介入のあり方に関する研究。総合研究報告書，2003
- 3) 畑 哲信，前田 香，阿蘇 裕ほか：社会的ひきこもりの家族支援。精神医学，46；691-699，2004
- 4) 本間博彰：不登校の家族のアプローチ。精神科治療学，21；293-298，2006
- 5) Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry 7th ed. Williams & Wilkins, Baltimore, p. 351, 1994 (井上令一，四宮滋子監訳：カプラン臨床精神医学テキスト。医学書院MYW，東京，1996)
- 6) 倉本英彦：思春期のメンタルヘルス：北大路書房，京都，p. 157，2003
- 7) 栗田 広，太田昌孝，清水康夫ほか：その15。「登校拒否」の診断学的分類。臨床精神医学，11；87-95，1982
- 8) 近藤直司，小林真理子，有泉加奈絵ほか：思春期・青年期における不登校・ひきこもりと発達障害。精神保健研究，50；17-24，2004
- 9) 目良和彦，武井 明，太田充子ほか：市立旭川病院精神神経科における思春期患者の実態。精神医学，46；307-315，2004
- 10) 奥村雄介：悪性ひきこもりの現在。臨床精神医学，33；391-395，2004
- 11) 奥山雅久：引きこもりの実態と展望。精神療法，

30; 290-298, 2004

12) 齊藤万比古: 登校拒否の下位分類と精神療法. 臨床精神医学, 16; 809-814, 1987

13) 齋藤万比古, 佐藤至子, 小平雅基ほか: 児童思春期における情緒・行動の障害に対する精神医療・保健・福祉の対応・連携システムについて. 精神保健研究, 49; 49-59, 2003

14) 齊藤万比古: 最近の不登校. 臨床精神医学, 33; 373-378, 2004

15) 齋藤 環: 社会的ひきこもり. 日社精医誌, 11; 323-328, 2003

16) 諏訪真美, 鈴木國文: 「一次性ひきこもり」の精神病理学的特徴. 精神経誌, 104; 1228-1241, 2002

17) 牛島定信: 思春期臨床の現在. 臨床精神医学,

33; 359-362, 2004

18) 白井卓士, 白井みどり: ニート・社会的ひきこもりからの回復に向けての取り組み. 精神医学, 48; 519-528, 2006

19) 吉田光爾, 小林清香, 伊藤順一郎ほか: 公的機関における支援を受けた社会的ひきこもり事例に関する1年間の追跡研究から. 精神医学, 47; 655-662, 2005

20) World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. WHO, Geneva, 1992 (融 道男, 中根允文, 小見山実監訳: ICD-10 精神および行動の障害—臨床記述と診断のガイドライン. 医学書院, 東京, 1993)

School-refusal and Social-withdrawal in the Clinical Setting at a Psychiatric Medical Institution.

Tetsushi TSUJIMOTO^{1,2)}, Kazushi DAIMON²⁾, Kazuhide IZUMI²⁾,
Maki SAWAI²⁾, Tatsuya IWASHIGE²⁾

1) *Shiga Mental Health and Welfare Center*

2) *Shiga Mental Health Medical Center*

Fifty two outpatients, who showed signs of school-refusal-withdrawal at the Shiga Prefectural Psychiatric Institution have been analyzed according to their age, gender, ICD-10 diagnosis, medical evolution, and total number of consultations. A total of 61.5% of the population were male, and they showed a higher average and a wider range of age than female patients. According to the ICD-10 diagnosis, 67.3% were in the group of F40-48 neurotic, stress-related and somatoform disorders, and 11.5% were in the group of F30-39 mood [affective] disorders. Twenty five % of the patients were assumed to have show medical improvement, and 42.3% of the patients continued to have further consultations. This article discusses the possible role of psychiatric medical institutions in supporting cases of school-refusal and social-withdrawal.

<Authors' abstract>

<Key words: social-withdrawal; school-refusal; neurotic, stress-related somatoform disorders; ICD-10 diagnosis>