

青年期ひきこもりケースの精神医学的背景について

近藤 直司^{1,2)}, 岩崎 弘子²⁾, 小林 真理子³⁾, 宮沢 久江¹⁾Naoji Kondo, Hiroko Iwazaki, Mariko Kobayashi, Hisae Miyazawa :
The Psychiatric background of Social Withdrawal in Adolescence

わが国の精神保健福祉活動は、近年、社会的ひきこもりが長期化する青年期ケースの増加に直面しており、その治療・援助は全国的な課題となっている。本研究は、ひきこもり状態をきたしている青年期ケースの治療・援助指針、あるいは精神科医の役割を明らかにすることを目的とする。

精神保健福祉センターに寄せられた相談のうち、社会的ひきこもりがみられた青年期ケースを、本人が来談して相談・支援を活用した「来談群」、家族相談のみで本人に会うことができなかった「非来談群」、来談群のうち1年以上の家族相談の後ようやく本人に会うことができた「長期家族支援後の来談群」の三群に分けて検討した。その結果、青年期のひきこもりケースは、基本的には現行の操作的診断基準 (DSM-IV) で診断・分類が可能であり、今後は国際的診断基準を基軸に精神医学的解明を進めていくことが重要であることを指摘した。さらに、「非来談群」は「来談群」に比べてより深刻なケースが多く含まれていると推測されること、家族構成や家族状況は本人の来談に影響を及ぼしている可能性があること、また、本人が来談しないケースに対する支援課題のいくつかを示した。

そして、精神科医に診断と治療が求められる場合、生活・就労支援は非医療的な相談支援機関が中心となり、精神科医には的確な診断やリーダーシップが求められる場合、あるいは民間支援団体との連携や協力など、青年期のひきこもり問題に対する精神医学や精神科医の役割が多岐にわたる可能性があることを指摘した。

〈索引用語：社会的ひきこもり，青年期，精神科診断，治療・援助指針〉

1. はじめに

わが国の精神保健福祉活動は、近年、社会的ひきこもりが長期化する青年期ケースの増加に直面しており、その治療・援助は全国的な課題となりつつある。これまで、社会的ひきこもりの問題は個人精神病理 (生物学的-心理的背景)、家族状況や文化・社会的状況 (社会的背景) など、多くの要因が関連し合って形成されていること、それだけ

に、医療、教育、保健、福祉、労働など、多くの領域からの貢献が必要であることが指摘されてきた。

しかし、その精神医学的背景や心理特性は十分に解明されておらず、有効な治療・援助が展開されているとは言い難い現状にある。また、家族が相談に訪れるものの、本人は受診・相談につながらないケースが多く、精神医学的な検討にあつ

著者所属：1) 山梨県立精神保健福祉センター, Yamanashi Prefectural Mental Health Welfare Center

2) 山梨県中央児童相談所, Yamanashi Prefectural Central Child Guidance Center

3) 山梨県発達障害者支援センター, Yamanashi Support Center for Developmental Disorders

受理日：2007年7月7日

て大きな制約があることも事実である。

本研究では、ひきこもり状態をきたしている青年期ケースの精神病理を検討することにより、その治療・援助指針を明らかにする一助となることを目的とする。また、本人が受診・来談しないケースについても考察の対象とすることで、青年期のひきこもり問題の全体像を展望することを試み、精神科医に求められる役割について検討したい。

2. 「ひきこもり」「社会的ひきこもり」の捉え方

現在、「社会的ひきこもり」という用語は、広く対人交流や社会参加の機会をもととしない非精神病的な青年や若年成人を指すものとして用いられる場合がある。また、「社会的ひきこもり」を状態像、ないしは症状として捉えるべきなのか、あるいは診断名や診断に準ずるような均質で独立した一群の問題と考えるべきなのかといった混乱も生じているように思われる³⁾。

筆者らは、まずは「社会的ひきこもり」を状態像として規定し、その背景として想定される生物-心理-社会的要因を現行の国際的診断基準に準拠して診断・分類することを試みる必要があると考えており、本稿もその立場から論じたいと思う。

3. 研究の対象

本稿では、『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」を指すものとした。山梨県立精神保健福祉センターにおいて、X年4月からX+4年3月の4年間に受け付けた全ての新規相談ケース814件のうち、6か月以上に及ぶ社会的ひきこもりがみられた青年期(16歳~35歳)ケース88件を検討の対象とした。このうち、相談・支援経過において本人が1回以上来談したケースを「来談群」、家族相談のみで本人は来談しないケースを「非来談群」とした。また、非来談群の精神医学的背景を推察する手がかりとして、来談群のうち1年以上の家族相談の後によりやく本人が来談したケースを「長期家族支援後の来談群」として、その精神病理や家族状況についてさ

らに詳細に検討した。

88件の経過・転帰をX+5年11月まで追跡した結果、来談群は29件、非来談群は59件であった。来談群のうち、長期家族支援後の来談群は3件であった。

4. 方法

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)の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。また、精神医学的診断に基づいて、治療・援助方針や精神科医に期待される役割などについて考察を加えた。

非来談群については、家族相談の内容から、本人の精神医学的背景を推測できるような情報や精神科医療機関の受診歴などを確認し、おもに精神的な医療ニーズについて検討した。また、初回相談時の年齢、性別、ひきこもり始めた年齢、不登校経験、職歴、相談の転帰などについて来談群との間で統計的に比較・検討し、その精神病理学的特性や家族状況、家族支援の課題などについて検討を試みた。

長期家族支援後の来談群については、来談群と同様の手続きによる精神医学的診断に加えて、本人が来談するまでに長期間を要した要因について検討した。

5. 結果

(1) 対象ケースの概要

調査対象となった88件の概要を表1に示す。

(2) 来談群の精神医学的診断

「来談群」29件の診断と相談・支援の転帰を表2に、29件の診断別件数(重複診断あり)を表3

表1 ひきこもり相談 88 件の概要

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 最年長	17歳 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 最年長	10歳 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 最短 最長	4.2年 6か月 15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%)

に示す。

診断を保留したのは5件であった。このうち2件は統合失調症が疑われ、生物学的治療が優先されると判断されたため速やかに医療機関へ紹介し、精神保健福祉センターにおける相談を終了としたものであった。この他、家族の強い希望で本人が来談に至ったものの、「親戚内の祝い事に出席しなくて済むように親を説得してほしい」といった希望を述べるだけであったり、「自分には何も問題は無い」「これまで働こうとしなかったのは、親が働けと言わなかったから」と主張するなどして、相談・面接を継続する合意に至らなかったケースが2件あった。いずれも回避的・他罰的な傾向が強く、パーソナリティ障害圏の精神病理、あるいは広汎性発達障害も疑われたが、診断を確定するには情報が不十分であると判断した。あと1件は、高校時代から数年にわたって不登校・ひきこもりがみられていたが、来談後は速やかに社会参加に至って終結となり、ひきこもっていた当時の精神状態などについては十分な振り返りができなかった。

(3) 非来談群の特性

まず、家族相談の内容から本人の精神医学的背景を推測できるような情報や精神科医療機関の受診歴・入院歴などを確認した。59件のうち13件は、家族から統合失調症を疑わせる陽性症状や激しい巻き込み型の強迫行為が報告されたり、過去に統合失調症の診断を受け、現在は医療中断しているなどのケースであり、訪問を含めた積極的な受診勧奨の対象として保健福祉事務所へつないだり、直接、精神科医療機関を紹介していた。本人が来談しないまま社会参加に至ったことが確認できたケースは6件あり、そのうち1件は本人が自ら精神科医療機関を受診し、薬物療法を受けた後、就労に至っていた。家族相談が中断に終わったケースは35件、その他、転居先の相談機関を紹介して終了したケースなどが5件あった。これらについての情報はかなり乏しいが、確認できた範囲では7例に受診歴があり、そのうち4例には暴力

表2 来談群29件の診断と相談支援の転帰

No.	年齢	性別	I軸, II軸診断	IV軸診断	V軸診断	転帰
1	20代前半	男	統合失調症(緊張型)	特記事項なし	23	精神科病院通院
2	30代前半	女	統合失調症(残遺型の疑い)	親の過保護	51	精神科病院通院
3	30代前半	男	妄想性障害, 強迫性障害	家族の意向による能力以上の進路選択	48	精神科病院通院 精神保健福祉センター通所
4	20代後半	男	統合失調症(下位分類は不明)	情報不十分	43	精神科病院通院 授産施設通所
5	20代後半	男	双極性障害の疑い, 社会恐怖	情報不十分	情報不十分	精神科病院通院
6	10代後半	女	中度精神遅滞, 選択性緘黙, 適応障害(不安と抑うつ気分の混合を伴うもの, 慢性)	学校・家庭で障害を踏まえた対応の不足	41	障害者職業センターを経て就労
7	10代後半	女	軽度精神遅滞, 適応障害(不安と抑うつ気分の混合を伴うもの, 慢性)	母親の養育不備, 学校でのいじめ	38	福祉的就労
8	10代後半	男	軽度精神遅滞, パニック障害の既往歴のない広場恐怖	能力に見合った適切な教育環境の未提供, いじめ	30	精神保健福祉センター通所 通所授産施設体験利用
9	30代前半	男	アスペルガー障害	特記事項なし	45	発達障害者支援センター通所
10	20代後半	男	アスペルガー障害	特記事項なし	38	アルバイト・親の介護
11	20代後半	男	アスペルガー障害	特記事項なし	41	精神保健福祉センター通所
12	30代前半	男	アスペルガー障害, 強迫性障害, 特定不能の不安障害	両親の過剰な服従的傾向	20	精神科クリニック通院
13	20代前半	男	アスペルガー障害	特記事項なし	48	職業訓練所に通所後就労
14	20代後半	男	アスペルガー障害, 社会恐怖, 特定不能の身体表現性障害	特記事項なし	43	病院や相談機関を転々
15	20代前半	男	特定不能の広汎性発達障害	両親の別居, 険悪な親子関係	42	発達障害者支援センター通所
16	10代後半	男	特定不能の広汎性発達障害	特記事項なし	30	障害者相談所通所
17	20代前半	男	特定不能の広汎性発達障害, 適応障害(抑うつ気分を伴うもの, 慢性)	家族内の深刻な葛藤	35	精神科クリニック通院
18	20代前半	男	特定不能の広汎性発達障害, 社会恐怖	特記事項なし	45	発達障害者支援センター通所
19	20代前半	男	特定不能の身体表現性障害, 同一性の問題	養育環境の著しい不備, 介入・支援の遅れ	45	就労
20	10代後半	女	適応障害(不安と抑うつ気分の混合を伴うもの, 慢性)	情報不十分	情報不十分	アルバイト
21	30代前半	男	回避性パーソナリティ障害	離婚・親の過保護	51	精神保健福祉センター相談中断
22	20代後半	男	強迫性障害, 自己愛パーソナリティ傾向	親の過保護, 父親のアルコール問題	51	精神科病院通院 精神保健福祉センター通所
23	10代後半	女	社会恐怖, 特定不能のパーソナリティ障害	家族の不仲, 希薄なコミュニケーション	48	精神保健福祉センター通所
24	20代前半	男	回避性パーソナリティ障害, 特定不能の身体表現性障害	子どもの自立を促すことができない混乱した家族状況	41	精神保健福祉センターに母が時折来所
25	30代前半	男	不明(パーソナリティ障害の疑い)	情報不十分	情報不十分	精神科病院受診
26	10代後半	女	不明(統合失調症の疑い)	情報不十分	情報不十分	精神科クリニック通院 通信制高校編入
27	20代後半	男	不明(統合失調症の疑い)	情報不十分	45	精神科病院通院
28	10代後半	女	不明	情報不十分	情報不十分	精神保健福祉センター相談中断
29	20代前半	男	不明(広汎性発達障害の疑い)	子どもの自立を支えられない家族機能の問題	31	精神科病院通院

表3 来談群 29 件の診断別件数 (重複診断を含む)

診断名	件数	
通常, 幼児期, 小児期または青年期に初めて診断される障害	軽度精神遅滞	2
	中度精神遅滞	1
	アスペルガー障害	6
	特定不能の広汎性発達障害	4
	選択性緘黙	1
統合失調症および他の精神病性障害	統合失調症	3
	妄想性障害	1
気分障害	双極性障害	1
不安障害	パニック障害の既往歴のない広場恐怖	1
	社会恐怖	4
	強迫性障害	3
	特定不能の不安障害	1
身体表現性障害	特定不能の身体表現性障害	3
適応障害	適応障害 (不安と抑うつ気分の混合を伴うもの)	3
パーソナリティ障害・傾向	回避性パーソナリティ障害	2
	特定不能のパーソナリティ障害	1
	自己愛パーソナリティ傾向	1
臨床的関与の対象となることのある他の状態	同一性の問題	1
診断保留		5

や摂食障害, 自殺企図などによる入院歴があった。家族が幻覚・妄想などの精神症状に気づいているものの, 積極的に本人を受診させようとしないうまま中断に終わったケースも3件あった。これらより, 非来談群 59 件のうち, 薬物療法を含めた精神科治療が必要であると判断されたケースが16件, 少なくとも過去のある時点で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。

次に, 性別, 初回相談時の年齢, ひきこもり始めた年齢, ひきこもり期間, 最終学歴, 職歴, 不登校経験, 家族構成, 相談・支援の転帰について, 来談群との間で統計的に比較・検討した。各項目でデータが不明であるケースは除外して統計処理した。

初回相談時の年齢, ひきこもり始めた年齢, ひきこもり期間, 父親の年齢, 母親の年齢の5項目についてはスチューデントの *t* 検定を用いて両群を比較したが, どの項目も有意差を認めなかった。性別, 最終学歴, 職歴, 不登校経験, 家族構成,

世帯の職業, 相談・支援の転帰の7項目については分割表を作成し, 両群を比較・検討した。その結果, 職歴, 家族構成, 転帰の3項目で統計的に有意差をみとめた (表4)。

職歴に関しては, 職歴がない, アルバイト歴がある, 正社員歴がある, という3項目について分割表を作成し, χ^2 乗検定を行った結果, 有意差を認めた ($p < .05$)。残差分析の結果, 来談群では本人にこれまで職歴のないものが10ケース (34.5%) であったのに対し, 非来談群では35ケース (60.3%) ($p < .01$) であった。来談群ではアルバイト歴のあるものが11ケース (37.9%) であったのに対し, 非来談群では8ケース (13.8%) であった ($p < .01$)。以上から, 来談群ではアルバイト歴が有意に多く, 非来談群では職歴のない場合が有意に多いことが示された。

家族構成に関しては, 三世代家族, 両親のいる家族, 父子家庭, 母子家庭という4項目で分割表を作成した。そのいずれでもない1ケースについ

表4 来談群と非来談群との間で優位差のある項目

	職 歴				家 族 構 成					転 帰				
	なし	アルバイト	正社員	計	三世代	両親	父子	母子	計	精神科医療	相談継続	社会参加	中断	計
来談群	10(34.5%)	11(37.9%)	8(27.6%)	29(100%)	7(25.0%)	14(50.0%)	3(10.7%)	4(14.3%)	28(100%)	12(41.4%)	9(31.0%)	6(20.7)	2(6.9)	29(100%)
非来談群	35(60.3%)	8(13.8%)	15(25.9%)	58(100%)	7(12.3%)	38(66.7%)	0(0%)	12(21.0%)	57(100%)	13(22.0%)	5(8.5%)	6(10.2%)	35(59.3%)	59(100%)
全 体	45(51.7%)	19(21.9%)	23(26.4%)	87(100%)	14(16.5%)	52(61.2%)	3(3.5%)	16(18.8%)	85(100%)	25(28.4%)	14(15.9%)	12(13.6%)	37(42.1%)	88(100%)

p値=0.0215, *不明1ケースは除外

Fisher's exact test p値=0.0299483,

Fisher's exact test p値<0.0001

*不明2ケース, その他1ケースは除外

ては除外してデータ処理した。来談群では両親と同居しているケースが14ケース(50%)であるのに対し、非来談群では38ケース(66.7%)であった。来談群では三世代同居のケースが7ケース(25.0%)あるのに対し、非来談群では7ケース(12.3%)であった。また、来談群には父子家庭が3ケース(10.7%)あったが、非来談群には父子家庭はなく、これらの差は有意であった(p<.05, Fisherの直接確率計算による)。残差分析では、父子家庭は来談群で有意に多いことが示された(p<.05)。

転帰については、精神科医療につながった場合、相談を継続した場合、社会参加した場合、相談を中断した場合という4項目で分割表を作成した。相談機関と精神科医療機関の両方を利用しているケースは「精神科医療」として、相談機関や医療機関を利用しながら何らかの社会参加に至っているものは「社会参加」としてカウントした。来談群では、本人が精神科医療につながったものが12ケース(41.4%)、精神保健福祉センターやおもな紹介先である発達障害者支援センターなどで相談を継続しているものが9ケース(31.0%)であり、相談の中断は2ケース(6.9%)にすぎなかったが、非来談群では35ケース(59.3%)が相談を中断していた。これらの差は有意であり(p<.0001, Fisherの直接確率計算による)、残差分析の結果、来談群では精神科医療につながるケースと相談継続するケースが有意に多く(それぞれp<.10, p<.01)、非来談群では相談の中断が有意に多いことが示された(p<.01)。

(4) 長期家族支援後の来談群について

対象者は3名で、家族が初めて相談に訪れてから本人が来談するまでの期間は、それぞれ1年3ヶ月、2年1ヶ月、4年7ヶ月であった。精神医学的診断としては3例すべてに社会恐怖を認め、併存障害は特定不能の広汎性発達障害が1名、特定不能のパーソナリティ障害が1名、広汎性発達障害の疑いが1名であった。広汎性発達障害とその疑いが強い2例には著しい頑なさや物事を曲解する傾向、特定の事柄への固執などが共通しており、生活上の変化や新しい状況に直面することに対して抵抗感を抱きやすい傾向がみられた。職歴なしが2名、アルバイト歴ありが1名であった。家族状況としては、家族同士のコミュニケーションの希薄さや家族が一方向的に本人を叱咤するような関係など、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た。

6. 考 察

(1) 青年期ひきこもりケースの精神医学的診断について

筆者らは本研究において、6ヶ月以上に及ぶ社会的ひきこもりをきたす青年期ケースは、本人に会える場合には、基本的に現行の国際的診断基準によって分類・診断が可能であることを示した。また、諏訪、鈴木は、精神医学的診断を検討したひきこもりケース14例のうち2例については従来の診断カテゴリーには分類せず、「一次性ひきこもり」という新カテゴリーを提唱しているものの、12例については社会恐怖、強迫性障害、妄

想性障害, 広汎性発達障害がそれぞれ2例ずつ, 身体表現性障害, うつ病性障害, 注意欠陥/多動性障害, 境界知能が1例ずつであったとしている⁵⁾。

これらの報告から, 少なくとも本人が精神科治療や精神保健福祉相談を活用しているケースを慎重に検討すれば, その多くに何らかの精神科診断が付与されることが明らかになってきている。これまで青年期ひきこもりケースについて, 一部には「中核群では, 本人の病理性は軽い」「精神障害がない」といった解釈も示されていたが, 今後は国際的診断基準を軸に精神医学的解明を進めていくことが重要であると思われる³⁾。

ただし, 本人が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, 家族からも十分な発達歴が聴取できるなど, 確定診断にはいくつかの条件が揃っている必要がある。また, 診断に迷うケースも少なくない。たとえば, 操作的診断基準においてはパーソナリティ障害が最もよく合致するが, 能力面のアンバランスや特徴的な発達歴から広汎性発達障害も疑われ, 両者の鑑別が困難なケースがある。パーソナリティ障害と広汎性発達障害との鑑別や重なり合いについては, 近年, 児童精神医学にとどまらず精神医療全般において重視され始めている。第102回の本学会総会でもシンポジウムのテーマとして取り上げられており¹⁾, 今後, 診断に必要な手続きについての何らかの指針が必要になるものと思われる。また, 刺激を回避した状態にあるため, ひきこもりの原因となっている精神症状が目立たない, 本人が自らのひきこもりのメカニズムを言語化できない場合や意図的に報告しようとしなない場合があることなど, ひきこもりケースに特異的とも思われる診断の困難性が指摘されている³⁾。

ただし, 筆者らが青年期のひきこもり問題について, 個人の精神病理学的視点からのみ論じようとしているものではないことは付言しておく必要がある。本論では個人精神病理を中心に検討しているが, ひきこもり状態の長期化と家族状況との

関連, あるいは文化・社会的状況との関連⁵⁾についても積極的な議論が必要であることを強調しておきたい。

(2) 本人への治療・援助方針と精神科医に求められる役割について

表2, 3に示したように, 来談群にみられる精神医学的背景は多様である。発達障害やパーソナリティ障害(ないしは傾向 trait)に不安障害や適応障害が併存するようなケースも多く, 必ずしも明瞭に区分できるわけではないが, 精神医学的背景と治療・援助方針, 精神科医に求められる役割に注目し, 来談群のうち診断を確定した24件を以下の三群に分類しておきたい^{2,3)}。

第一に, 統合失調症や気分障害, 不安障害を主診断とし, 一般的な精神科医療の対象となる一群がある。表2のNo.1からNo.5までがこれに相当する。近年, 社会恐怖(社会不安障害)についても薬物療法の有効性を示す多くの報告があり, ひきこもりケースに対する精神科医療の役割に, 今後さらに多くの期待が寄せられるものと思われる。

第二に, 何らかの発達障害を認め, 発達臨床, 発達支援の観点が必要になる一群がある。表2ではNo.6からNo.18までが相当する。これらは, 軽度知的障害や広汎性発達障害などのために年齢相応の社会的要請に応えられないケースや, 過去の出来事への固執や生活状況を変えることへの抵抗感が強い, あるいは不安障害や適応障害などの併発のためにひきこもり状態が遷延しているケースであった。生活・就労支援については非医療機関の役割も大きい, 的確な診断と併存障害の治療は精神科医の重要な役割であると思われる。

第三に, 精神療法やその他の心理社会的支援が中心になると思われる一群がある。表2ではNo.19からNo.24までがこれに相当し, パーソナリティ障害(傾向)や同一性の問題 identity problemなどのケースが中心である。また, 薬物療法の有効性が低く, 心理社会的支援が重視される社会恐怖のケースなどもこの群に含まれよう。この

群の治療・援助については、カウンセリング機関や民間の支援団体など、非医療的な支援システムの役割も大きいと思われるが、これまで蓄積されてきた精神療法研究は多くの心理社会的支援の方向性を検討する上で有用であろう。また、第二群と三群は精神保健福祉センターや保健福祉事務所などの公的支援機関でフォローされることも多く、精神科医にはこれらの公的相談機関におけるリーダーシップが求められる。

(3) 非来談群の特性と支援課題

ひきこもりという問題の性質上、本人は受診・相談につながらないケースが多く、本研究においても、88例のうち59例は家族だけが来談したケースであった。本人に会えていないうえ、家族相談も1回から数回で中断に終わるケースが多く、精神医学的検討には大きな制限を伴うが、ひきこもりケースの全体像を検討するためには避けて通れない課題でもある。

まず、家族相談の内容から本人の精神医学的背景を推測できるような情報や精神科医療機関の受診歴などを確認したところ、非来談群59件のうち、家族から幻覚・妄想や激しい強迫行為などの精神症状が報告され、薬物療法を含めた精神科治療が必要であると判断されたケースが16件、少なくとも過去のある時点で精神科医療を必要としていたことが確認されたケースが8件あった。

次に、性別、初回相談時の年齢、ひきこもり始めた年齢、ひきこもり期間、最終学歴、職歴、不登校経験、家族構成、相談・支援の転帰について来談群との間で統計的に比較・検討することにより、非来談群の精神病理や家族状況などの特性を検討することを試みた。その結果、職歴の有無、家族構成、相談・支援の転帰という3項目において統計的な有意差を認めた。

まず、来談群にはアルバイト歴のあるケース、非来談群では職歴のないケースが有意に多かった。このことから、非来談群には社会への志向性、回避傾向、社会適応能力などの点で、より深刻なケースが多く含まれていることが推測された。

家族構成では、来談群に父子家庭が多いことがわかった。また、有意差はなかったものの非来談群では両親との同居が、来談群では三世代家族が多かったことから、父親や祖父母の存在は、本人が来談する促進要因になっている可能性がうかがわれた。

相談の転帰としては、非来談群で有意に中断が多かった。山梨県立精神保健福祉センターでは、家族だけが来談するケースに対して、まずは面接や家族教室などで家族相談を継続することが多い。本人の生活状況を把握し、状況によっては保健所と協力するなどして訪問を実施する場合もあるが、その際にもできるだけ本人の意向を確認するようにしている。中断ケースの多くは、継続的な相談に対する家族の意欲や動機付けが乏しかったり、本人への訪問カウンセリングを早急に実施することを希望していた。また、数回は通所してくるものの、本人に目立った変化がみられないことを理由に相談を中断する家族も多かったことから、今後、家族の相談動機を維持できるような支援技術や、従来よりもさらに積極的に自宅への訪問を試みるなど、短期間で何らかの成果を出せるような相談活動のあり方を検討する必要があると思われる。

(4) 長期家族支援後の来談群について

本人が来談するまでに1年以上を要した3ケースには、社会恐怖を背景とした回避傾向や著しい頑なさ、生活の変化や新しい状況に対する強い抵抗感などの精神病理学的特性が共通して認められた。また、本人が医療機関や相談機関を利用するように促したり、話し合ったりできるような家族関係が失われている傾向もうかがわれたが、こうした家族状況が本人の受診・相談へのつながりにくさの一要因として捉えられるのか、本人が相談・受診や家族との関わりを拒否する結果、二次的に生じた変化なのかを特定することはできない。

7. 結 論

本研究は、社会的ひきこもりをきたす青年期ケ

ースのうち本人が受診・来談する場合には、基本的には現行の操作的診断基準 (DSM-IV) で診断・分類が可能であり、ひきこもり問題の精神医学的解明にあたって国際的診断基準が適用できることを示唆するものである。ただし、ひきこもりケースの診断には特有の困難さがあり、発達障害の鑑別診断など、大きな臨床的課題も関連してくる。また本研究の対象が、精神医学的診断を検討したケース 29 件、家族からの情報をもとに精神的な医療ニーズや精神病理学的特性・家族状況を検討したケース 59 件に限られており、青年期のひきこもりケース全般にわたる結論とすることはできない。

ただし、家族相談のみで本人が来談しなかったケースと、1 年以上に及ぶ家族相談の後によりややく本人が来談したケースの検討から、本人が来談しない、あるいは、なかなか来談しようとしないうケースの中には、薬物療法を含めた精神医学的治療を必要とするケースが少なくないこと、本人が自ら受診・来談するケースに比べて、生活の変化や新しい状況に直面することへの強い抵抗感、社会への志向性や回避傾向、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されており、もしも本人が受診・来談すれば、何らかの精神科診断が付与される可能性は高いものと考えられる。また、本人が来談するかどうかということに家族構成・家族状況が関連している可能性が示され、家族への相談・支援におけるいくつかの

課題が明らかになった。

最後に、精神科医療機関における診断・治療の他、的確な診断と生活・就労支援システムとの連携、精神療法研究や公的相談機関におけるリーダーシップなど、精神科医は青年期のひきこもり問題に対して多くの貢献を求められていることを強調しておきたい。

謝 辞

山梨県立北病院院長、藤井康男氏、同副院長、宮田量治氏には本論の研究計画について、また、徳島大学総合科学部、境 泉洋氏には統計解析について、それぞれ貴重なご助言をいただきました。厚く御礼を申し上げます。

本研究は、平成 17 年度、18 年度厚生労働科学研究費補助金 (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 (主任研究者：井上洋一) の分担研究として実施した。

文 献

- 1) 鹿島晴雄, 藤山直樹, 衣笠隆幸ほか: シンポジウム, アスペルガー症候群とシゾイドパーソナリティ障害——臨床的あるいは生物学的視点から考える——. 精神経誌, 109; 30-54, 2007
- 2) 近藤直司: 青年期のひきこもりについて. 精神経誌, 103; 556-565, 2001
- 3) 近藤直司: 青年期ひきこもりケースと「ひきこもり」概念について. 精神科治療学, 21; 1223-1228, 2006
- 4) 鈴木國文: 社会の変化と思春期青年期の臨床への影響. 精神科治療学, 21; 1173-1181, 2006
- 5) 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

The Psychiatric background of Social Withdrawal in Adolescence

Naoji KONDO^{1,2)}, Hiroko IWAZAKI²⁾, Mariko KOBAYASHI³⁾, Hisae MIYAZAWA¹⁾1) *Yamanashi Prefectural Mental Health Welfare Center*2) *Yamanashi Prefectural Central Child Guidance Center*3) *Yamanashi Support Center for Developmental Disorders*

In recent years, Japan's mental health welfare service personnel are encountering a growing number of adolescents in whom social withdrawal persists for extended periods. The provision of treatment and support for these individuals has become a challenge that needs to be addressed on a nationwide scale. This study was conducted to identify the guidelines for treating and assisting adolescents who manifest social withdrawal behaviors, and to clarify the psychiatrist's role.

Of the consultation requests sent to the Yamanashi Prefectural Mental Health Welfare Center, cases of adolescents manifesting social withdrawal behaviors were classified into the following three groups and studied: (1) the Consultation Group (the subject himself/herself came to the center and made use of the consultation and assistance services), (2) the Non-Consultation Group (only the subject's family came to the center for consultation, and the staff were unable to meet him/her), and (3) the Consultation-after-Family-Support Group (those subjects in the Consultation Group whom the staff could finally meet after one year or more of consultations with the family).

As a result, we learned that adolescent cases of social withdrawal could be diagnosed and classified, in principle, according to the current diagnostic criteria (DSM-IV), and that, from here on, we aim to psychiatrically elucidate the pathology by focusing on international diagnostic criteria. We also showed that, compared with the Consultation Group, the Non-Consultation Group had a greater number of subjects with no employment history. The subjects within this group, moreover, tended to exhibit even more serious problems, and there was a possibility that the family structure and circumstances influenced whether or not the subjects visited the center for consultation. We also determined some of the issues related to assistance and support provided to individuals who fail to come to the center for consultation.

Furthermore, we showed the possibility that psychiatry and psychiatrists play a wide variety of roles in dealing with the issue of social withdrawal in adolescence. These include: (a) cases in which a psychiatrist is called upon to provide diagnosis and treatment, (b) cases in which non-medical consultation service institutes play a central role in providing assistance in daily living and matters relating to employment, and a psychiatrist is called upon to provide adequate diagnosis and guidance, and (c) cases in which a psychiatrist collaborates and cooperates with private-sector support groups.

<Authors' abstract>

<Key words: social withdrawal, adolescence, psychiatric diagnosis, the guidelines for treating and assisting>