

その情報の信頼性により、見当外れの評価になる危険もあることを、常に意識しておかなければならない。

大げさに言えば、ひきこもり青年のアセスメントとは、“人間についてのアセスメントそのもの”と言ってもよいくらい多方面からの評価となり、必然的に項目が多くなってしまふ。そのため、数回に分けてアセスメントを行うとか、本ガイドラインの別の項目で斎藤（環）らが用いているような質問紙を活用するのの一法と考えられる。

1) 発達歴・生育史の評価

一般的な病歴・問題歴を聴取することはもちろんであるが、とりわけ発達歴を詳しく聴取してそれを評価することが重要である。詳細は発達障害について解説している項に譲るが、ひきこもりの青年の半数近くに発達障害の存在を認めるという報告もある。乳児期からの生活リズムやかんしゃく、こだわりなどの特性、保育園・幼稚園・小学校などの集団場面での適応や社会性の発達などに特に注意して発達歴を聴取する。

また、親からの過大な期待によって勉強を極端に強いられているとか、習い事を強要されていたなどの、親からの不適切な養育の存在にも注意する。いじめなどのトラウマがあれば、その時期や程度、それに対して大人たちが適切に対応できていたかどうかをチェックする。

高機能の発達障害があるのにそれに見合った対応がなされず、小学校高学年頃からいじめなどのトラウマが発生して不登校になり、そのままひきこもってしまっている事例は非常に多い。

2) 現在の日常の評価

同居している親と全く顔を合わせずに過ごしているひきこもり青年も少なくないが、親はその青年の就眠・起床のパターンくらいは何となく把握しているものである（広い家屋で全く青年の動静が把握できない例もあるが）。青年の睡眠覚醒リズムについての情報は重要である。多くのひきこもり青年は、昼夜が逆転した生活を送っているが、それが程度一定したパターンとなっているか、それとも不安定で不規則なリズムになっているかを把握する。

この昼夜の逆転については、一次的な障害としての睡眠覚醒リズム障害の可能性、気分障害や統合失調症などの内因性疾患による不眠の可能性、社会恐怖や回避、自己嫌悪等の心理から生じた二次的なリズムの障害まで、多様な可能性が考えられる。疾病でなくとも精神的に不安定な状態の場合は、睡眠覚醒リズムが安定しない。

食事摂取についての評価も必要である。食事の量や回数に加え、摂食する場所や食事内容についても評価する。ひきこもり青年の多くは家族と食卓を共にせず、自室に食事を持ち込んで食ったり、母親に食盆を持ってこさせたりしている。あるいは家族が寝静まった深夜にキッチンに入って、インスタント食品などを食べていることもある。広汎性発達障害などの発達障害のある青年の場合、著しい偏食で決まったものしか食べないことがある。また女性の場合は、この深夜の食事の際に、過食嘔吐を繰り返していることもある。

摂食障害の症状を持たないかぎり、ひきこもりはじめて間がない青年の一日の食事回数は、1、2回と少なくないががちである。不安や抑うつが強い事例では、大うつ病性障害でなくとも食事が減って痩せてくることが多い。逆に一定のひきこもり期間を経た後に、精神的な安定が得られると、食事が頻回になり、1回の食事が増えて、肥満に傾いてしまうことが多い。

次に身だしなみ・入浴・散髪などの、清潔・不潔に関連する青年の様子を把握する。ひきこもり青年には強迫症状を併せ持つ事例が少なくない。彼らは頻繁に入浴し、シャワーを浴び、手を洗っている。それでは彼らの全身が清潔かというところでもない。掌など局所的な清潔不潔に拘泥してしまうと、全体がおろそかになり、顔や頭が不潔になっている事例も多い。全体的に清潔・不潔に無頓着になり、更衣が出来ず薄汚れが目立つようになると、それを人格水準の緩徐な低下と捉えて解体型の統合失調症の発症を疑うことになる。ひきこもりから抜けて社会に一歩足を踏み出そうとしている徴候として、久しぶりの散髪という行動が観察されることがある。同じ時期に外出して新しい洋服を購入することが多い。

3) IT機器に対する行動や態度

現代では携帯電話・メールやインターネットの普及によって、自宅にいながら他者とコミュニケーションすることができる。ニュースなど社会の情報や知識を取得することができる。

IT機器をどのように利用しているかは、その青年の精神生活を評価する上で有力な情報となる。青年が、携帯メールやパソコンのメールを用いて、友人や知人、かつての同級生などと双方向性のやりとりをしているなら、その青年のメンタルヘルスは一定の健康度を保っているものと類推できる。

単にインターネットのサイトを閲覧しているだけだったり、不特定他者を対象に掲示板にメッセージを書き込むだけの場合は、そうした行動がないものよりは、精神世界が外に開かれていると評価できるものの、その健康度を推し

量することは難しい。最近、社会を騒がせた事件にしばしば見られるように、インターネットの頻回な使用によって、ももとの攻撃性を更に強めてしまっている事例を見ることも少なくない。

青年がIT機器を縦横に駆使するのに対し、保護者の世代は概して機器に疎いので、具体的にどのような利用の仕方をしているのかわからないことも少なくない。

4) TVの視聴、テレビゲームやネットゲームの利用状況

TVの視聴の有無やその使い方から、青年の生活や家族との関係性を評価することもできる。家族と隣り合って同じテレビ番組を視たり、番組の内容について意見を述べあうことができるなら、青年のメンタルヘルスは良好で、家族との関係性も健全と評価できるだろう。一方、TVが自分の部屋にあって、自分の好きなアニメの番組を夢中で見ていたり、テレビゲームをするためだけに用いられている場合には、家族との関係性のありようとしては心配である。

ひきこもりの青年では、パソコンを使ってネットゲームに耽溺している事例が少なくない。今日では、かなり壮大なスケールを持ち、数百人～数千人の若者が参加しているネットゲームが数多くもある。ロールプレイングゲームとシューティングゲームの両方の特徴をかねそなえたもの、仮想世界で生活するものなど多彩で、一日に何時間も、ひどい場合には10時間以上ゲームにのめり込み（「廃人」と呼ぶ）、家族を心配させている事例も多い。こうしたゲームの中にはチームを組んで対戦するものも数多くあり、チームのメンバー間でメールやチャットをしてコミュニケーションが広がっている子も少なくない。

家族としては、本人の健康を案じて長時間のゲーム三昧を否定的に評価し、より生産的な活動をしてほしいという願いから、パソコンを取り上げようとしたり、強引に捨ててしまったりする。その結果、親子の関係が悪くなる事例も多いが、対立をきっかけに、よりよい関係が築かれることもある。

5) 外部からの刺激への反応

その他、地域生活をする中で自然に発生する外部とのやりとりに、本人がどのような態度をとっているかを知ること、本人の社会や外界に対する関心や警戒心を評価することができる。例えば以下のような場面である

- ・他の家族が留守にしているときに、家にかかってきた電話に出るか（その際、常識的な応答ができているか）
- ・他の家族が留守の時に、宅急便などの配達があったとき、それを受け取るか
- ・セールスマンや新興宗教の勧誘などの訪問の際にどのような態度をとるか

6) 家の行事の際の態度

同じように、その家庭の行事に際してどのような態度をとるかも、家族との関係性や青年自身の社会性の評価に役立つ。かなり無為・自閉的に日常生活を過ごしている事例でも、祖父母の病気で入院や逝去時の葬式などでは、（受付をするなど）一定の役割をこなすなど常識的な行動がとれるものである。

- ・家の法事、近隣の冠婚葬祭時
- ・盆や正月などで親戚が集まったときの態度
- ・兄弟姉妹の結婚式や出産

7) 親に対する態度・関係性

親による家庭生活上の依頼ごと、すなわち「お手伝いの依頼」にどのような対応をするかは、親との関係性を評価する上で、有力な情報になる。また逆に自分の子どもを相手にして、親がこのような依頼を“自然に出来る”～“まったくできない”という観点から、親子の関係性の歴史や、そのときの親のメンタルヘルスを評価することができる。

- ・古新聞やゴミ出しの依頼
- ・洗濯物の取り入れの依頼
- ・ちょっとした買い物の依頼
- ・母親や兄弟が外出する際の自動車の運転主役の依頼

8) 親の支配、まきこみ

ひきこもり青年の中には、母親に自室付近の清掃や消毒を強要するなど強迫症状に家族を巻き込んだり、自分が好んで視聴するテレビ番組の録画や趣味しているCDやDVDなどの購入に母親をこき使うなど暴君のように振る舞っている事例が少なくない。

多くは男性の事例で母親を支配しており、父親を拒否したり無視したりしている。母親は本人の暴力や暴言を怖れ、

言いなりになっており、他の家族から「言いなりにならないように」と助言されても、そうできない状況にまで追いつめられていることが多い。

こうした自己愛的構造体と呼ばれるような病理的關係が成立している事例は、深刻な事態を呈しやすいので、丁寧な対応が必要である。警察介入や強制的な入院介入の準備が必要であり、そうしたタイミングを逃したために事件や事故が発生してしまうことがある。

9) 精神症状の評価

精神症状の評価については、このガイドラインの中に、ひきこもりに関連する精神疾患について述べられている項があるので、それに譲るが、「ひきこもり」という状態は、精神疾患の「現れ」でもあり同時に、精神疾患の「発生の防衛」でもあることを強調しておきたい。

それゆえ、ひきこもりがひきこもりとして機能しているうちは、統合失調症にせよ、大うつ病にせよ、症状が不明瞭で、把握しにくいことが少なくない。ひきこもりからの孵化が始まり、社会的な活動に向けて興味関心が移っていくにつれ、疾患の症状が明瞭になっていく事例を見ることは少なくない。

そういう意味で、横断的な症状把握だけでなく、症状の推移などを含んだ「経過についての評価」は重要である。変化がゆっくりであるときは安全度が高いが、変化のスピードが速いときは良くも悪くも、何かが起きているわけであり、その青年のメンタルヘルスはバランスを崩す可能性が高いから、丁寧に経過を追っていく必要がある。

10) 緊急性の評価

統合失調症の急性期、大うつ病で自殺念慮が切迫しているとき、家族を巻き込んで暴力をふるうような深刻な事例の場合は、疾病の鑑別診断だけでなく、緊急性の評価が重要である。

医師は、状態や症状を把握すると同時に、それらの情報から「緊急性を評価する」という観点を持つことが大事である。長期間、一人で親面接を担当してきているような事例では、変化が少ないことも手伝って面談がマンネリ化に陥り、親からの危機の訴えに対する感受性が鈍化してしまっている危険があるので、緊急性の評価について、同僚や上司に相談するように心がけると良い。

地方独立行政法人岡山県精神科医療センター 塚本千秋
大重耕三
中島豊爾

⑤ 矯正機関による評価

<はじめに>

元来、非行少年は不登校と親和性が高く、ひきこもりとは親和性が低いと認識されていたが、科学技術の発達や社会構造の複雑化によってその様相は変化している。高度経済成長とバブルの崩壊、人口増加、核家族化と少子化、受験競争の激化、高度情報化・管理化などにより、物や情報が氾濫する中で生活が忙しくなり、時間・空間的なゆとりがなくなっている。子どもたちの基本的な生活空間である家庭、学校、地域をみると、特に地域の許容量が減少する反面、家庭の許容量が増大した結果、学校に行かず、巷を徘徊する子どもが減り、家庭にひきこもる子どもが増えていったと思われる。つまり不登校の内訳は学校に行かず、地域に進出する“非ひきこもり”群と学校に行かず、家庭内から出ない“ひきこもり”群の二群に別れ、後者が増加しているということができる。このような現象とあいまって従来は非行と背反事象であった“ひきこもり”群から非行が散発するようになっている。筆者らはこれを“少年非行の二極化¹⁾”(後述)として提唱した。

本研究における“ひきこもり”の定義は端的に言えば行動範囲が家庭内に限局しており、その結果、社会的な人間関係が乏しくなっている状態であるが、時代とともに“ひきこもり”の質が変化していると考えられる。

一般的に人間の活動は、時空間における運動・移動と情報空間における送受信の二つの次元に分けることができる。仮に前者、後者をそれぞれ Locomotion Activity(以下 LA と略す)、Information Activity(以下 IA と略す)と命名すると従来のひきこもりは LA、IA とともに低かったが、インターネット、携帯電話などの出現によって LA が低くても必ずしも IA は低くない場合や、極端な例ではむしろ LA と IA が逆相関し、LA が低く、かつ IA が高い場合があり

得るようになった。すなわちコミュニケーションツールが乏しかった時代にはLAとIAはパラレルであり、LAが低ければ結果としてIAは低くなるという必然性があったが、現代では例えばネットサーフィンに耽溺した結果、長時間個室に閉じこもるようになり、IAが高ければ高いほどLAが低くなるという現象が生じるようになったのである。またテレビやラジオなど一方向のマスメディアからインターネットという双方向のマスメディアへコミュニケーションの様態がシフトし、人間の相互作用のあり方が大きく変化している。このマスメディアのシフトはLAの低い“ひきこもり”群に特に多大な影響を及ぼしていると考えられる。この点に着目し、たとえばNHKは“ひきこもりネット相談²⁾”を始めている。このようなLAとIAの分離は、たとえば傍目からは動機の不可解ないわゆる“いきなり型非行³⁾”の温床になっていると考えられる。

<少年非行と行為障害>

少年非行ともっとも関連の深い精神障害は行為障害である。行為障害は操作的診断基準であるDSM-III(1980)によって採用された概念で、その特徴は「他者の基本的人権または年齢相応の社会規範または規則を侵害するような行動様式が反復し持続していること」であり、反社会性人格障害の幼弱型であると考えられている。精神医学的概念である行為障害と法的概念である少年非行は必ずしも一致しない。たとえば殺人など単発の反社会的行動は、非行・犯罪と認定されることはあっても行為障害には該当しないし、逆に行為障害と診断される少年の問題行動が必ずしも法に触れるわけではない。行為障害の診断基準と非行・犯罪を比較すると表①のようになる。また、表②行為障害と少年非行の比較である。したがって、通り魔殺人、家族殺人など単発で起こる、いわゆる『いきなり型非行』、窃盗癖や放火癖など単一方向の非行、および薬物乱用の3つを除けば、少年非行は重症の行為障害に該当するといえることができる。

表① 行為障害の診断基準(DSM-IV)と非行・犯罪

行為障害の診断基準	非行・犯罪
A 他人や動物への攻撃的行動	暴行、傷害、殺人、強姦など
B 他人の財産に損失や損害を与える行動	器物損壊、放火など
C 嘘をつくことや盗み	詐欺、横領、窃盗など
D 重大な規則違反	怠学、家出、不良交友など

表② 行為障害と少年非行

	行為障害	少年非行
概念	医学的モデル	法的モデル
触法性	必ずしも満たさない	満たす
反復性・持続性 多方向性	満たす	必ずしも満たさない

したがって少年非行は行為障害という概念を用いて規定し直すと3つのタイプに分けることができる。(表③)第1は多方向にまたがる反社会的行動が反復・持続している場合で行為障害の中核群に、第2は心理社会的なストレス状況で生じた一過性の反社会的行動の場合で行為障害を伴う適応障害に、第3は単発または単一方向の反社会的行動の場合で行為障害ではなく臨床的関与の対象となることのある他の状態に、それぞれ相当している。

この分類に照らし合わせると、従来型の非行は概ね第一または第二のタイプに該当し、“ひきこもり”群の中から発生する非行は第三のタイプに該当している。前者の行動様式はLAが高く、outgoingであることから凸型、後者のそれはLAが低く、withdrawalであることから凹型であり、少年非行は二極化しているといえることができる。両者のプロフィールは概ね表④のようにまとめられる。

表③ 行為障害概念を用いた少年非行の分類

少年非行の分類	状態像
行為障害の中核群	多方向にまたがる反社会的行動の反復・持続
行為障害を伴う適応障害	ストレス状況で生じた一過性の反社会的行動
行為障害でない臨床的関与の対象	単発または単一方向の反社会的行動

表④ 少年非行の二極化

類型	凸型非行	凹型非行
社会的活動	outgoing (外向性)	withdrawal (ひきこもり)
行為障害	該当する	該当しない
家族状況	崩壊家庭 虐待、ネグレクト	家庭内暴力 過保護、過干渉
対人関係	不良交友	孤立
感情表出	派手・大袈裟	単調・平板
自己同一性	反社会的	非社会的

<不登校・ひきこもりの評価>

不登校でひきこもりのない群は従来型の非行(凸型)に対応しており、本稿では特に扱わない。

不登校でかつひきこもりがある群の中から発生する少年非行(凹型)を考察する際に重要なのは第一に行為障害の該当の有無である。凹型非行の大半は行為障害に該当しないが、ひきこもりの既往があって、その後、非行に及び少年鑑別所に入所した者の中には行為障害に該当する一群がある。ひきこもり生活を送っていたために社会性が欠落し、未熟で免疫がないために、インターネットを通してまたは巷を徘徊するうちに容易に不良集団に感化されるという意味で、この一群を“ひきこもり先行型非行”と呼ぶことにする。この群の特徴は主体性がなく、依存的、意志薄弱で夜間徘徊、住居侵入、道交法違反、窃盗、薬物乱用などの軽犯罪が多く、しばしば虞犯として鑑別所に収容される。彼らの共通点の一つは、第二次性徴により性的な欲動が亢進し、活動レベルが高くなり、家庭内での生活では飽き足らず、興味や関心が外の世界に向くといったメカニズムである。第二は CDC⁴⁾の類型判別であり、非行類型を予測する上で有用である。特に“ひきこもり先行型非行”は未分化型が多く、一部、虚言型が混入していると考えられる。第三は行為障害以外の精神障害との関連である。一般の非行少年(少年鑑別所入所者)の中でひきこもり傾向のある者の割合が約2%に過ぎないのに対し、医療少年院送致になった者の中でひきこもり傾向がある者の割合は約20%で、10倍になっている。したがって精神障害、特に精神病性障害(統合失調症など)または発達障害が、ひきこもりの原因になっているとともに非行・犯罪の確率を高めていると考えられる。第四には、ひきこもりの様態を判別するために LA と IA のレベルを調べることである。LA と IA がともに低い無力型は基本的に非行・犯罪とは縁遠いと思われる。これに対し、IA が高い者は能動性が高く、隠れた攻撃性を秘めている可能性がある。これらの群は、たとえばハッカー、ネットによる詐欺や脅迫などと関連が深い。またバーチャルな世界に物足りなくなった一部の者が、通り魔殺人やストーカー犯罪などいわゆる“いきなり型非行”におよぶ可能性がある。第五は家族システムを攪乱する因子であり、親の定年や離婚、破産、病気、死別などである。ひきこもりの状態を支えていた家族システムに破綻が生じると様々な危険が生ずる。たとえば家庭内暴力の延長としての家族殺人や一家心中を企てる放火などが挙げられる。

以下の表⑤が評価項目のまとめである。

表⑤ 評価項目と解説

評価項目	解 説
①行為障害の鑑別診断	大半は行為障害に該当しない。“ひきこもり先行型非行”の一部は行為障害に該当する。
②CDCL 類型判別	未分化型が多く、一部、虚言型が混入している。混合型はほとんどみられない。
③その他の精神障害の有無	精神病性障害（統合失調症など）および発達障害などが基底にあると非行・犯罪のリスクが高まる。
④ひきこもりの様態 (LA、IA のレベル)	LA と IA がともに低い場合は非行・犯罪とは縁遠い。LA が低く、IA が高いものの一部は“いきなり型非行”に及ぶことがある。
⑤家族システム	親の定年や離婚、破産、病気、死別など家族システムを攪乱する因子が引き金となり、家族殺人や放火などの重大犯罪を誘発することがある。

府中刑務所 奥村雄介

参考・引用文献

- 1) 奥村雄介：最近の少年非行の動向と特質—医療少年院の現場から—，犯罪学雑誌(67)3，101-104，2001
- 2) 倉本英彦：NHKひきこもりネット相談の実際，精神科治療学(23)5；543-547，2008
- 3) 奥村雄介：凶悪な少年非行—いわゆる「いきなり型非行」について，犯罪に挑む心理学—現場が語る最前線—，笠井達夫編；98-109，北大路書房，京都，2002
- 4) 奥村雄介他：少年非行と行為障害との関連について—非行少年の特性および CDCL(Conduct Disorder Check List)による行為障害の診断と下位分類—，児童思春期精神医療・保健・福祉の介入対象としての行為障害の診断及び治療・援助に関する研究，齊藤万比古（主任研究者）；厚生労働科学研究費補助金，こころの健康科学事業，総括・分担研究報告書，2006

c) 不登校・ニート・ひきこもりとの関連が深い精神疾患

① 気分障害

1 はじめに

大うつ病をはじめとする気分障害の患者は非常に多い。日本においてもいくつかの統計資料があるが、例えば平成14年に岡山市や長崎市などで実施された20歳以上の住民の無作為抽出疫学調査(DSM-IV診断が用いられた)では、大うつ病の12ヶ月有病率は2.2%、生涯有病率は6.5%とされている。すなわち、一般住民のうち、これまでの生涯に約15人に一人が、過去12ヶ月間に約50人に一人が大うつ病を経験していることになる。このように大うつ病は発生頻度が高い精神科疾患であり、20歳代に発生することも少なくない(欧米では20代の発症が多いとされ、平均発症年齢は20歳代半ばである)ので、ひきこもる青年のメンタルヘルスを考えていく上で、大うつ病などの気分障害の鑑別診断は非常に重要である。

2 気分障害の診断

DSM-IVTRでは、気分障害は、気分エピソード(大うつ病エピソード、躁病エピソード、混合性エピソード、軽躁病エピソード)という疾患の構成部分を取り出し、それぞれのエピソードの有無や反復性などから一連の気分障害(大うつ病性障害、気分変調性障害、双極性障害)を診断するシステムを採用している。

例えば大うつ病性障害は、1回以上の大うつ病エピソードにより特徴づけられ、双極I型障害は、通常大うつ病エピソードを伴う1回以上の躁病又は混合性エピソードの存在によって特徴づけられる。

ひきこもりに関係が深いのは大うつ病性障害と気分変調性障害と考えられるので、この二つについて詳しく述べた上で、近年、注目されている双極II型障害についてもまとめておくこととする。

1) 大うつ病性障害の診断と留意点

まず大うつ病エピソードについて、DSM-IVTRの診断基準を引用する。

大うつ病エピソード

- ・基本的な特徴は、「ほとんど1日中、ほとんど毎日の抑うつ気分」または「ほとんど1日中、ほとんど毎日、ほとんどすべての活動における興味または喜びの減退」である。このどちらかの症状が少なくとも2週間以上続いているなければならない。ただし、小児や青年の場合には、気分は悲しいというよりむしろ苛立たしいものであるかもしれない。
- ・上記のどちらかの症状に加えて、以下にあげた症状の中から少なくとも4つを体験していなければならない。
 - (1) 食事療法をしていないのに、著しい体重減少あるいは体重増加
またはほとんど毎日の食欲の減退または増加
 - (2) ほとんど毎日の不眠または睡眠過多
 - (3) ほとんど毎日の精神運動性の焦燥または制止
 - (4) ほとんど毎日の易疲労性、または気力の減退
 - (5) ほとんど毎日の無価値感、または過剰であるか不適切な罪責感(妄想的であることもある)
 - (6) 思考力や集中力の減退、または決断困難が毎日認められる。
 - (7) 死についての反復思考、特別な計画はないが反復的な自殺念慮、または自殺企図、または自殺するためのはっきりとした計画
- ・症状は臨床的に著しい苦痛または社会的・職業的または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。
- ・症状は死別反応ではうまく説明されない。すなわち愛するものを失ったあと、症状が2ヶ月を超えて続くか、または著明な機能不全、無価値感への病的などらわれ、自殺念慮、精神病性の症状、精神運動性の制止があることで特徴づけられる。

このような大うつ病エピソードが1回以上あり、躁病エピソードや混合性エピソード、軽躁病エピソードの既往がなく、また他の精神障害の兆候を認めないときに、大うつ病性障害と診断されることになる。

大うつ病エピソードの基準を見ればわかるように、ひきこもりに加え、食欲不振や不眠などの身体症状、希死念慮

などが伴っている場合には、大うつ病性障害を考えなければならない。

大うつ病性障害は自殺のリスクが高く、特に重症な事例の場合の自殺率は15%に及ぶとされている。ひきこもる青年にひきこもることを保証して、無理に通院させないでそっと見守ることもしばしばであるが、本人に苦痛感があり、大うつ病性障害が疑われる場合には、家族を通じて強く受診を働きかけ、抗うつ剤などによる治療を勧めた方がよい。自殺の危険がある患者は自殺念慮について医師にはあまり語らず、家族や周囲の人にもみ語る傾向があるので、注意が必要である。

2) 気分変調性障害

DSM-IVTRに従えば、気分変調性障害は、ほとんど一日中の慢性的な抑うつ気分が少なくとも2年以上にわたって続いている病態である。この抑うつ気分に伴って、食欲減退、不眠または過眠、気力の低下または疲労、自尊心の低下、集中力の低下または決断困難、絶望感などの症状が少なくとも2つ必要とされる。

この病態は日本の伝統的診断では抑うつ神経症と呼ばれていたものと強く重なっており、ひきこもりとも関係が深い。ひきこもり青年を精神医学的に診断した場合に、かなりの割合がこの診断名に当てはまるのではないかと思われる。

このタイプの患者の多くは、典型的な大うつ病性障害の患者とは違って、性格的に未熟で自己中心的な傾向を持つ。しばしば幼年期の未解決な問題が解決されないまま持ち越されており、それによって生じる不安を、幻想的な「かつての自己像」や「将来への期待」にしがみつくことによって防衛し、精神の平衡を保っている。しかし幻想的な自己像は、現実の厳しさによって頻繁に脅かされるので、患者は頻繁に抑うつ的となり、それを周囲にアピールすることになる。すなわち「自分はこのように調子が悪いから出来ないのだ」。

この種の病態の場合は、抗うつ剤を投与してもあまり効果がないことが多く、しぶとく支持的な精神療法を続けながら、時期を見て直面化や教育的な指導を行っていく必要がある。性格の未熟性が顕著な場合には、境界性人格障害のような行動パターンを呈することもある。

3) 双極II型障害

双極II型障害は、一連の疾病の経過中に、少なくとも1回の軽躁病エピソードと、大うつ病エピソードが見られる気分障害である。双極I型障害で認められる躁病エピソードと違って、軽躁病エピソードは医師がその存在の可能性を考えながら丁寧に問診して情報を集めないで見逃してしまいやすい。

以下に軽躁病エピソードの診断基準をあげる。

軽躁病エピソード

- ・少なくとも4日間続く、異常かつ持続的に高揚し、開放的、あるいは苛立たい気分があり、その前後の通常のときの気分とははっきりと異なった期間として特徴づけられる。
- ・それに加え、以下の症状のうち3つ以上が持続して存在している。
 - (1) 自尊心の肥大、または誇大
 - (2) 睡眠欲求の減少(例:3時間眠っただけでよく休めたと感じる)
 - (3) ふだんより多弁であるか、しゃべり続けようとする心迫
 - (4) 観念奔逸、またはいくつもの考えが競い合っているという主観的な体験
 - (5) 注意散漫
 - (6) 目標志向性の活動の増加、または精神運動性の焦燥
 - (7) まずい結果になることが見えている快楽的活動に熱中すること(例:制御の効かない買いあさり、性的無分別、ばかげた投資)

非活動的にひきこもり続けている青年の、それまでの生活史を丁寧に聞いていくと、勉強や仕事・趣味などの物事に極端に熱中して疲れを知らずに頑張っていた時期が聴取されることがある。その場合には、双極II型障害を疑って、その人の年表などを作って気分の状態を折れ線グラフ化して見るとよい。ひきこもりの時期は、その軽躁状態の時期に引き続いて起きている可能性があり、そのような経過が繰り返されている場合には、パルプロ酸やカルバマゼピンなどの気分調整薬が奏功する可能性がある。

3 気分障害という診断名の混乱

操作的診断基準を用いた診断について述べてきたが、今日、精神科の臨床現場では気分障害の診断について若干の混乱が生じているので、最後にそれについてふれておく。その混乱の原因は主として三つある。

一つは、1980年代後半からはじまった操作的診断基準（DSM など）の浸透による影響である。こうした“疾病の構造”よりも“表面に現れている症候”を重視する診断基準によって、従来はうつ病と診断されなかった病像（例えば先に述べた「抑うつ神経症」など）が気分障害の範疇に入れられ、その結果、気分障害が網羅する範囲が顕著に広がってしまった。それにより気分障害の患者が著しく増加した。その一方、SSRI 等の新規に開発された抗うつ剤の効果が若干過剰に宣伝されたこともあって、この増加した患者群の大半（内因性ではない反応性のものや性格に原因を持つものにまで）に薬物療法が行われるという状況が発生した。実際にどのような患者群に薬物療法が著効するか、より限定的に検討されなければならない。SSRI にはアクチベーション作用などの重篤な副作用もあるのでこの点については急ぐ必要がある。

二つめは、「児童・思春期に気分障害の患者が少なくない」という研究報告が相次いでいることである。ここにも操作的診断基準の無批判的適用の影響がある。たしかに児童・思春期のメンタルヘルスは重要であり、抑うつ状態の子どもを放置すれば、成功体験が乏しくなって自尊心が低下したり、後年の本格的なうつ病の発症の準備状況を作ることになるだろう。しかし、子どもたちのメンタルヘルスの悪化は、モデルとなるべき大人の超自我の形成が不十分で範疇得ないことや、先が見えない現代社会の閉塞状況を反映している側面が大きく、それを個人の心理的問題や精神科疾患に読みかえていくことには問題がある。同様に、青年のひきこもりも実際以上に気分障害と過剰診断されてしまう危険がある。

三つ目は、現代社会の変貌に伴ううつ病の病像の変化である。1990年以降、終身雇用制が崩壊する一方、仕事のIT化が進み、“人にあわせてひたすら真面目に”という従来の職業人の考え方、すなわちメランコリー親和型の考え方ではやっていけなくなった。人々は協調・執着の価値観を捨て、自己愛的な価値観へと走り、その結果、若い世代の抑うつが“自己愛傾向の強い不安定な病像”となって現れるようになった。

こうした原因によって起きた診断面での混乱を「ひきこもり」という現象に引きよせて書き直すと次のようなことになる。かつては「うつ病の患者」と「青年のひきこもり」は無縁と考えられていた。うつ病の好発年齢は中年期であり、その病前性格は、求められている役割を機敏に察知し貢献しようとするメランコリー親和型か、自分の納得がいくまで追求する執着性格に限られると考えられており、逃避的に家庭に引きこもるような行動は、こうした人々が最も嫌う行動と理解されていたわけである。ところが、“症状がいくつか合致すればうつ病と診断される”“現代の青少年にはうつ病が多い”“現代のうつ病患者は逃避的な行動に親和的である”など、尺度の側の変化と、対象の側の変化が同時に起きた結果、うつ病患者において、ひきこもりという行動は、「滅多にない行動」から「しばしば見られる行動」に様変わりしてしまったわけである。

操作的診断基準は、その作成趣旨とは異なり、結果として診断境界の不鮮明化を招いた。その結果、「うつ病の診断と治療はそれほど難しくない」という従来の常識を完全に覆り、今日の精神科臨床現場では「うつ病の診断と治療はなかなか難しい仕事である」という認識が浸透しつつある。

岡山県立精神医療センター 塚本千秋
大重耕三
中島豊爾

② 強迫性障害

I. はじめに

児童思春期の臨床場面において強迫性障害の症状は時に強固かつ激しいものであり、対応に非常に苦慮する可能性のある障害の一つである。不登校・引きこもりとの関連としても、強迫症状が極めて増悪してきた場合には生活がままならなくなるものの、必ずしも容易に精神医療に登場するわけでもないため、不登校・引きこもりの背景となる代表的な疾患と言えよう。また治療により強迫症状が改善した後も、強迫症状がもてど始まった不登校・引きこもり状態が改善しないというケースにも臨床場面ではしばしば遭遇する。そのような強迫性障害関連引きこもりとしてまとめれば、より一層親和性が高いと言える。よって不登校・引きこもりを考えていく上で、強迫性障害（もしくは強迫

症状)の存在が疑われた場合には、それらへの対処方法を組み入れた形での援助が必要となる。

II. 児童思春期の強迫性に関する医学的診断

強迫性障害は頻発する強迫観念と(もしくは)強迫行為によって規定されている。強迫観念とは、不合理な内容の考えが意に反して頭の中に浮かんでくることであり、それらは考えずにはいられず、その結果正常な思考が妨げられることとなる。強迫行為とはある行動に駆り立てられて、それを行わないと気が済まないことであり、観察可能である振る舞いの形か、精神活動に転じた形(たとえば「声を出さずに言葉を繰り返す」など)のいずれかである。

強迫観念は一般的にはネガティブな感情を伴っており、強迫観念を無視し、抑圧するために強迫行為を形成すると考えられている。また強迫行為をすればするほど不安は高まり、結果として強迫観念から強迫行為への悪循環を強めていくことも理解されている。

DSM-IV-TR¹⁾では強迫観念は現実問題へのただの心配のしすぎではなく、それが自身の心から発生していることを本人が自覚していることを必要としている。またある時期には本人は観念が行為を過度で、「意志に反するもの」「無意味なもの」と認識しなければならない。しかし小児期においては必ずしも不合理なものとして体験されてはいないとしており、不合理さへの洞察は必須の条件ではないというのが現在の考え方である。

成田²⁾は強迫性障害を、強迫症状に一人で悩み、他者を巻き添えにしない「自己完結型」と強迫症状の遂行にあたって必ず他者を必要とする「巻き込み型」に区別し、子どもでは成人に比べ「巻き込み型」が多いとしている。この点も小児期の強迫性障害の特徴として挙げられるかもしれない。筆者が国府台病院で過去10年間の児童思春期の強迫性障害を調査したところ2/3が巻き込み型であった。

疫学としては成人の有病率は様々な調査で1~3%の範囲にあるものが多い。児童青年期の調査としてはFlamentが14~18歳の高校生を対象に行ったもので有病率が1%³⁾、British Mental Survey(5~15歳を対象)で有病率が0.25%⁴⁾といった結果を認める。

症状として最もよく認める強迫観念は「汚染への不安」、「自分自身もしくは他人への危害を及ぼすことへの不安」、「対称性や完全さへの欲動」である。強迫行為では「過剰な洗浄」と「清掃」を先頭として、「確認」、「数かぞえ」、「繰り返し」の順となっている⁵⁾。多くの子どもは経過の中で洗浄と確認を認めており、その後時とともに変化していき、最終的に思春期の終わりにはほとんど全ての症状を経験してしまうこととなる⁶⁾。強迫観念だけ、もしくは強迫行為だけという子どもは極めて稀である。

併存症としてはチック障害、不安障害、行為障害および反抗挑戦性障害、学習障害などがしばしば指摘される。強迫性障害は除外診断ではないため複数診断がつくことがありうることは意識しておくなければならない。

またあまりわが国では論じられることは少ないが、米国を中心にPANDAS(Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorder Associated with Strep)というSwedoらの研究グループが1989年に報告し、新しく規定した概念が存在する。小児期においてA群β溶連菌感染後、急性に強迫症状やチックが出現することがあり、その様子がSydenham 舞蹈病に類似していることから、基底核に容連菌抗体が自己免疫反応を起こすことが関与しているのではないかと推測されているものである。海外では治療として免疫治療(prednisone、血漿交換療法、免疫グロブリン静脈内投与)や抗菌薬による予防などが取り組まれ、治療効果をあげた報告が散見される。未だ十分なコンセンサスを得られていない疾病病理ではあるが、今後強迫性障害の1つのサブタイプとして規定されていく可能性はあり、急性発症し劇的に悪化した強迫性障害やチックにおいて、A群β溶連菌感染を調べることは意味があるかもしれない。

III. 児童思春期心性と強迫性

子どもの強迫性障害においては、発達過程にみられる正常の範疇に属する強迫から強迫性障害とされる強迫までスペクトラムとして理解することが可能⁷⁾であり、児童期にみられる正常レベルの強迫は子どもが発達するために経過しなければならない課題ともいえる側面を持っている。すなわち障害とは言えない強迫症状がありうるということになるので、DSMでは「それが悩ましく、長時間続き、社会活動を害していること」をもって障害と特定している。

また身体的変化に伴いリビドーの活動が高まる思春期においては、それにより生じる不安や緊張を、それまでに身につけた肛門期への退行(汚い言葉を言う、母親や他の女性への反抗的・攻撃的態度を示したりする等)により心の平衡を保とうとする。肛門期への退行をおこすことで強迫症状が形成されるという力動論的解釈をあえて用いるならば、子どもが思春期に強迫的な心性を強めることはある程度理解しておくべきである。

しかし明らかな強迫症状にまで至った場合には、親を症状に巻き込む場合が多いため、結果として「親から分離し、個としての存在を成立させる」という思春期の精神発達課題を達成することが困難となりうる。そのため先に述べたように、強迫症状が改善した後も強迫症状がもとで始まった不登校・引きこもり状態が改善しないというケースが発

生することとなる。そのため強迫症状（強迫性）と精神発達過程との相互関係を意識しながらも、問題としては別のディメンションであることを心に留めておくべきと考える。

IV. 児童思春期の強迫性障害に対する治療概要

強迫性障害に陥った子どもに対する治療としては当然であるがまずは患者・治療者間の信頼関係の確立、本人と保護者に対する疾病に関する教育の2つが何よりも優先されることは間違いない。多くの場合子どもは不合理とっていないまでも「何か変なことが自分の中で起こっている」とは感じており、その部分を「治療者に共有してもらっている」と本人が治療初期に感じることは後の治療の大きな助けとなる。

その上での治療戦略としては認知行動療法と選択的セロトニン再取り込み阻害薬（Selective Serotonin Reuptake Inhibitor: SSRI）を中心とした薬物療法の併用が最も効果的であると考えられている。しかし実際には強迫症状を「何か変なこと」とは思っていないながらも、治療への動機付けが乏しい場合が少なくない。よって動機付けが高い子どもには認知行動療法と薬物療法を開始していくが、その導入が困難な子どもに対しては、支持的療法、集団療法、家族療法といった様々な介入が必要となってくる。年代によっては遊戯療法を用いることもある。洞察的療法については否定的な研究報告が多く、その効果は実証されていないが、臨床場面では治療のある段階において有意義であることを時に経験する。

また他者を巻き込む行為が止まらず暴力的となってしまう場合や、あまりに治療への動機付けが乏しく外来治療の限界を感じた場合などは入院治療を導入することとなる。特に重症例などでは行動制限も含めた intensive な治療構造を設定しなければならないことしばしば認め、そういった環境の中で初めて行動療法が可能となるケースもいることは事実である。

国立国際医療センター国府台病院 小平雅基

参考文献

- 1) American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual and Mental Disorders. 4th edition Text Revision (DSM-IV-TR): American Psychiatric Association, Washington, DC: 2000.
- 2) 成田善弘 (1994): 強迫症の臨床研究. 金剛出版: 35-55.
- 3) Flament MF, et al.(1988) Obsessive compulsive disorder in adolescence: An epidemiological study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 27: 764-771
- 4) Heyman I, et al.(2001) Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health 179:324-329
- 5) Swedo S, Rapoport J, Leonard H, et al.(1989): Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: Clinical phenomenology of 70 consecutive cases. Archives of General Psychiatry, 46(4): 335-341.
- 6) Rettew D, Swedo S, Leonard H, et al.(1992): Obsessions and compulsions across time in 79 children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 31(6), 1050-11056
- 7) Adams, P. (1973): Obsessive children; A sociopsychiatric study. New York, Brunner/Mazel. (山田真理子, 山下景子訳(1983): 強迫的な子どもたち. 東京, 星和書店)

③ 適応障害

はじめに

適応障害は1980年にDSM-IIIによって、わが国の精神科臨床の場面に登場した精神障害である。そこでは適応障害は、従来の精神疾患のような精神病理学的な側面は持ち合わせておらず、気分障害や不安障害、もしくは破壊的行動障害などの診断基準をみださない情緒および行為の問題がストレス誘因を契機に出現した疾患と規定されている。

ひきこもりを主訴とする精神疾患として、適応障害は多くの割合を占めており、ひきこもりを考える上で欠かすことのできない疾患である。実際の臨床の場面では、いじめを契機とした不登校の児童と出会うことがよくある。またいじめから抑うつ、不安症状が出現して、不登校に加えて反抗や家庭内暴力にまで至るケースもよく経験するところである。また彼らが就学年代以降もひきこもりを呈するケースも少なくないだろう。そこで本稿ではひきこもりと適

応障害について述べたいと思う。

2. 適応障害の疾患概念

適応障害は米国精神医学会の診断基準 (DSM-IV-TR) や ICD-10 などの操作的診断基準では下位分類に抑うつ気分や不安、行為の問題といった多彩な症状が規定されている。しかしながら、適応障害は気分障害、不安障害、破壊的行動障害といった診断カテゴリーから別に分類された独立した疾患概念である。とくに気分障害と不安障害が鑑別疾患になることはあっても、併存障害とならないと診断基準に既定されており、留意しておく必要がある。DSM-IV-TR と ICD-10 が謳っている診断基準についてそれぞれの特徴も含め、これらにおける診断基準をそれぞれ述べたいと思う。

2 つの診断基準に共通して認められるところであるが、適応障害の診断基準のなかで最も特徴的な項目はストレス要因と症状に関する時間的基準である。実際にはストレス要因の発生から 3 ヶ月以内 (ICD-10 では 1 ヶ月以内) の発症を認め、持続期間は (その要因の終結から) 6 ヶ月を超えないとされていると規定されている。ただ ICD-10 では、症状が 6 ヶ月以上経過してもいぜん強度で持続しているもので、持続は 2 年をこえない軽症抑うつ状態のものを遷延性抑うつ反応と分類している。

DSM-IV-TR における適応障害の診断基準では、抑うつ気分、涙もろさ、絶望感、神経質、心配、過敏、怠学、破壊、無謀運転、喧嘩、学業上の停滞、法的責任の不履行などを例としてあげている。児童・思春期に関する症状として唯一、不安症状のなかで、「子どもの場合には主要な愛着の対象からの分離に対する恐怖などの症状」をあげている。

ICD-10 における適応障害の診断基準では、「抑うつ気分、不安、心配 (あるいはこれらの混合)、現状の中で対処し、計画、あるいは継続することができないという感じ、および日課の遂行がある程度障害されることが含まれる」とある。また青年期においては、「行為障害 (たとえば攻撃的あるいは非社会的行動) が関連する症状となることがある」とされている。ただしいずれの症状もそれ自体では、より特異的診断を正当化するほどの十分な重篤度あるいは顕著さを示さない。小児例では「夜尿症、幼稚な話し方、指しゃぶり退行現象が、症状パターンの一つとなることがしばしばある」としている。

ここまで適応障害の診断基準について述べてきたが、注意しなくてはならないことがある。それは従来の神経症概念は内的な葛藤が症状に置き換わることを表しており、このような観点からはすべての精神障害がストレス因子に起因した状態像だけで診断を下す適応障害という疾患概念に含まれることになってしまう。もちろんそのストレス因子を受けた時に予測される苦痛などの症状は適応障害として診断されないのだが、臨床学上重要なのは DSM-IV-TR では「ストレス関連性障害は他の特定の第 I 軸障害の基準を満たしていないし、すでに存在している第 I 軸障害または第 II 軸障害の単なる悪化でもない」という診断基準であり、先にも述べたように時間的な診断基準であるといえる。また ICD-10 でも「不安と抑うつの症状は、不安障害やうつ病性障害と診断されるほどには優位でない」とされており、不安障害や気分障害は併存障害とならないことが明記されている。また「いずれの症状もそれ自体では、より特異的診断を正当化するほど十分な重篤度またはあるいは顕著さをあらわさない」とされている。時間的な診断基準では「ストレス因子の発生から 1 か月以内であり、症状の持続は遷延性抑うつ反応の場合を除いて通常 6 か月を超えない。症状が 6 か月以上持続するならば、診断は現在の臨床像により変更すべきである」とされている。

3. 適応障害とひきこもり

適応障害におけるストレス因子が急な出来事 (例: 仕事を解雇されるなど) である場合、障害の発症は通常ただちに (あるいは数日のうちに) 起こり、持続は比較的短い (例: 数ヶ月以上は続かない)。ストレス因子またはその結果が持続するときには、適応障害もまた持続する。成人よりも小児や青年の場合のほうが、適応障害が持続したり、他のもっと重症な精神疾患 (例: 大うつ病性障害) に進展する傾向がある。

ここで適応障害と診断される子どもと不登校について考えてみたい。「家族の病気や死、過度な学校 (勉強) 活動、両親の不仲や離婚、大災害、事件の被害者、など明らかな誘因 (ストレス因子) に就いて生じた抑うつや不安が生じ不登校に至る子どもとよく出会う。誘因となった出来事や状況に対しての反応と理解できる抑うつ、不安、素行の問題 (自傷行為、非行など) の出現はこの疾患概念の中核である。それゆえ、適応障害は不登校の最も一般的な原因疾患であるが、ストレス因子が持続していることが多くその回復には手間取ることも少なくない。適応障害はストレス因子の終結後 6 か月以上続かないという時間的な診断基準があり、それゆえに不適応となった環境が改善すれば、症状は速やかに消失するはずである。ところが、誘因となった状況の改善後に症状が長期にわたって持続するような場合を少なからず認めることがある。この場合には適応障害から全般性不安障害やうつ病など他の精神障害への移行が生じていることを想定し、診断についての再検討をする必要がある。とくに思春期年代の子どものとって不登校は、同年代集団からの離別を意味しており、それは自立を希求する思春期心性に逆行するものである。すなわち、不登校

を続けること自体が、友人と関わる機会を失い、仲間の話題についていくことができず、勉強の遅れを促進させる。そのためにいじめなどの問題が解決したとしても、一度不登校になった子どもが再び登校することがより一層困難になることがよくある。こうして、不登校からひきこもりへと続いていくことは稀ではないのである。

また、適応障害に関連した主観的苦痛や機能の障害は、しばしば仕事や学校の成績の低下および対人関係の一時的な変化として明らかになる。青年・成人期においてもストレス因子により抑うつ症状や不安を呈し、また仕事でも能率があがらず対人関係もうまく立ち回れず「会社へ行きたくない」「同僚と話したくない」と欠勤を続ける場合がある。これらに適切な介入がおこなわれ、つまり早期に環境調整をするなどしてストレス因子を取り除き、また本人には個人精神療法をおこない、家族への疾病の理解を促すなどの心理教育が上手く作用すると比較的スムーズに症状が改善されることがある。反面、ストレス因子が継続していることや環境調整がうまくいかなかったり、本人の脆弱性があったりなどいろいろな要因が絡み合い、気分障害や不安障害へと移行し、ひきこもりを呈する群もある。

4. 鑑別診断と併存障害

DSM-IV-TRでは適応障害と診断された患者が主症状以外の問題行動や症状がある診断基準を満たす際には、重複診断として、これらを併記することを認めている。(例えば、ある人が失業後に「適応障害、抑うつ気分を伴うもの」を発症し、同時に強迫性障害の診断が下されることがある)ここでは適応障害以外の重複診断をすべて併存障害とよぶことになるが、適応障害にも多くの併存障害が存在することが知られている。DSM-IV-TRの診断基準にも記載されているが、気分障害、不安障害、反社会性人格障害は適応障害の併存障害にはならないが、たとえば広汎性発達障害、注意欠如多動性障害、チック障害、精神遅滞、などは併存障害としてあげられる。児童思春期ではそれらの障害の特徴から学校生活などでの不適応に至ることをしばしば経験する。さらに、行為の問題を適応障害という疾患概念は含んでいるが、注意欠如・多動性障害(ADHD)、反抗挑戦性障害、素行障害を含む破壊性行動障害は併存障害として考えることができる。

5. 治療、予後

適応障害と診断された患者の治療を行う際に、操作的診断基準に定められた症状に加えて、彼ら自身の精神発達の水準、病態水準、発達障害の有無、環境要因、家族機能、など多岐にわたる要因について評価・理解していかなくてはならない。そして、その予後を規定する因子については、適応障害の診断概念上から環境要因が最も重要な因子であり、同時に本人の病態の変化に注目していく必要がある。

DSM、ICDの適応障害の定義をそのまま理解するならば、症状は6か月以上継続してはならず、環境要因が改善すれば速やかに症状は消失することになっている。すなわち、予後は環境要因の改善に大きく左右されることになる。このことは適応障害の治療においても重要である。適応障害と診断された患者の治療は、そのストレス要因、たとえば児童であればいじめを引き起こした学校での集団力動の理解、また成人であれば職場や身体疾患など多岐にわたるストレス因子の理解から始まる。学校や職場との連携などによっていじめや過労などの環境問題が改善し症状が消退すると疾患概念が規定しており、治療に関してはまずは環境調整が第1選択肢になるだろう。だが、同時に適応障害として出現した情緒もしくは行為の問題が環境調整の是非にかかわらず、長期に継続していき、気分障害や不安障害などの他の精神疾患へと展開していくことも想定しておかなくてはならない。

実際の治療場面においては、個人療法、薬物療法、認知行動療法、親や家族へのアプローチ、地域での他機関(学校、職場など)との連携、などさまざまな治療技法が組み合わされて行われ、環境要因へのアプローチと個人へのアプローチが同時に行われるべきである。適応障害の特徴から環境調整は必須であり、適応障害を誘発したストレス因子の改善をめざさなくてはならない。

一方で患者個人に焦点をおけば精神療法や薬物療法が主な治療となる。精神療法に関しては、言語的な交流が可能な思春期年代以降になれば支持的な精神療法を行うことが有効である。ただし、学童期年代においては言語的なやりとりが不十分な年代であるために、積極的に遊戯療法を治療に取り入れていくことが望ましく、その治療効果が期待される。

もう一つ重要な治療である薬物療法については、抑うつや不安症状など多彩な症状を示す適応障害に対して、薬物療法を選択した際には、標的症状の選定が重要である。そして環境要因の変化にも注目して薬物療法の効果を判定していくことが適応障害の薬物療法には重要であるといえる。

国立国際医療センター国府台病院 平英里子
宇佐美政英

参考文献

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd edition. Washington DC: American Psychiatric Association: 1980.
高橋三郎ほか訳. DSM-III 精神疾患の診断・統計マニュアル. 東京: 医学書院; 1980
- 2) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition. Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Association: 2002.
高橋三郎ほか訳. DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル. 東京: 医学書院; 2002
- 3) 融道男ほか訳. ICD-10 精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン. 東京: 医学書院; 2005
- 4) 齊藤万比古編、宇佐美政英. 不登校対応ガイドブック. 東京: 中山書店; 2007. p44-p50

④ 不安障害 (全般性不安障害、社会恐怖など)

社会不安障害

社会的ひきこもり状態と不安障害の関係はきわめて重要である。

さまざまな不安障害がひきこもりのきっかけをもたらすと同時に、長期間にわたるひきこもり状態が、二次的に不安障害の症状をもたらすことが多いからだ。たとえば、一九八九年に実施した筆者による調査では、ひきこもり事例の六七%に、なんらかの対人恐怖症状が認められている。

まず、ひきこもりとの関連では最も重要と考えられる「社会不安障害」について述べてたい。これはかつての「社会恐怖」であり、わが国では伝統的に「対人恐怖」として知られる障害の多くも、現在はこのように診断されることが増えた。筆者が現在進めている調査でも、ひきこもり事例につけられる診断名で最も多いものが「社会不安障害」である。

DSM-IVの記述に基づくならば、その症状は基本的に、「A: 良く知らない人々の前で注視されるかもしれない社会的状況、または行為をするという状況の、1 つ以上に対する顕著で持続的な恐怖。患者は恥をかいたり、恥ずかしい思いをするような形で行動 (または不安症状を示したり) することを恐れる。」ということになる。このような状況下では「ほとんど必ず不安反応が誘発され、それはパニック発作の形をとることがある」。

かつて対人恐怖は日本に特有の疾患とみなされていたが、SAD概念に基づく診断と調査がなされることで、広く世界的にみられることがあきらかになってきた。たとえば1992年に米国で行われた National Comorbidity Survey では、米国におけるSADの生涯有病率は13.3%であり、大うつ病、アルコール依存症に次いで多くみられる疾患であることがあきらかになった。こうした傾向は、他のEU諸国にもみられた。一方、2002年から2006年にかけて行われた調査では、日本におけるSADの生涯有病率は1.4%と、比較的低い水準にとどまっている。日本に限らず、従来は対人恐怖が多いとされた韓国や中国でも低水準であり、ここには診断基準の適用方法のずれや、SAD症状の表出のされ方の違いなどが反映されていると考えられる。

それでは、対人恐怖とSADの概念は、どの程度重なり合うものなのだろうか。

対人恐怖を文化結合症候群とする視点からすれば、DSM-IVにも述べられている通り、対人恐怖とはSADの文化特異的な発現形とみなされることになる。

岡野憲一郎はその症候学的な相違について、次のようにまとめている。対人恐怖の症状が人前に存在するだけで表出されるものに対する恥辱体験であるのに対して、SADでは行為によって惹起する恥辱が主たる症状であること。対人恐怖には加害恐怖的な関係念慮がみられるが、SADにはみられないこと。

筆者はひきこもり事例における対人恐怖症状の成り立ちについて、いわゆる「世間」との関連で検討したことがある。対人恐怖が多いとされる日本と韓国においては、こうした「世間」への配慮も共通するとされる。ちなみに韓国語における「世間」に対応する言葉は「世上」である。

ひきこもり事例が昼間の外出を恐れるのは「世間体」すなわち「近所の視線」を恐れるためでもある。時には家族までが、こうした世間体への配慮から、ひきこもっている子が出歩くことを禁じたりする場合もある。

神や宗教などに基づく倫理観が定着しにくいわが国においては、「世間体」がほぼ唯一の価値規範として作用を及ぼしてきた。「世間」とは何か。それは集合的な投影的同一化のための装置である。そこでは、他者はマジックミラーのような存在となる。対人恐怖的な主体は、そこに投影された自身の姿に見入るのみで、相手の個性や内面は眼中になくなってしまふ。

彼らは「半分知っている人が一番怖い」としばしば言う。半知りとは、自分の姿を映すだけの匿名性を帯びた他者のことである。このことは端なくも、「世間」の大部分を構成するのが「半知りの人たち」の視線であることを示唆している。

もっとも、中村らの調査研究によれば、「社会恐怖」と診断された日本人（全例が「対人恐怖症」とも診断された）とカナダ人の比較において、ほとんどの項目で有意差がみられなかった。たとえばカナダ群においても「自己視線恐怖」が多くみられたり、賦活状況についても日本とカナダの双方で、小集団より大集団、同性より異性、年長者や年少者より同年配、未知の人や親しい人よりも半見知りの対象の前で症状が増強する傾向がみられている。対人恐怖の文化的な特異性は、日本人論に親和性が高いこともあるためか、やや過大に評価されてきた可能性は否定できない。

広場恐怖を伴うパニック障害

不安障害にはこのほか、「全般性不安障害」や「パニック障害」があるが、とりわけひきこもりに関連が深いのは、「広場恐怖を伴うパニック障害」である。

このタイプの患者が苦手な状況は、DSM-IVによれば以下のようになる。「逃げるに逃げられない（または逃げたら恥をかく）ような場所や状況、またはパニック発作やパニック様症状が予期しないで、または状況に誘発されて起きたときに、助けが得られない場所や状況にいることについての不安。広場恐怖が生じやすい典型的な状況には、家の外に1人であること、混雑の中にいることまたは列に並んでいること、橋の上にいること、バス、列車、または自動車で移動していることなどがある」。

SADとの違いは、SADでは他人から見られることや恥をかくことに不安の焦点があるが、広場恐怖ではパニック発作が起こることへの不安が強い。このため、一度パニックを起こしたことのある場所に行くことを回避するようになり、これにバスや電車などへの恐怖が加わることで、しばしばひきこもり状態が固定してしまう。

不安障害の治療

SADに対する治療として、有効性が確立されているものとしては、SSRIによる薬物療法、認知行動療法（CBT）、エクスポージャー法である。このほか、わが国独自の治療法としての森田療法、および森田療法的な発想に基づく精神療法の伝統があり、ひとつの治療文化として重要な位置を担っている。

中野は、SADの認知行動療法の手順について、次のようにまとめている。

治療プログラムは、(1)社会不安障害と不安についての心理教育、(2)認知行動モデルの作成、(3)ビデオによる実験、(4)注意訓練、(5)認知再構成、(6)段階的暴露と行動実験という、6つのセッションから構成されている。

筆者の理解では、このプログラムの前半は自己に対する注意が集中することで、不安や身体症状が生じ、それがいっそう自己への注意の集中につながるという悪循環の解除を目指している。これは森田療法で言う「精神交互作用」そのものであり、そこからの離脱を目指すという点では共通するところも大きい。

(4)注意訓練では、聴覚をはじめとする五感の解放を目指すのが、これは先に述べた悪循環を回避するため安全保障行動を行いがちな癖を改善するためになされる。(5)認知再構成では、状況、自動思考、適応的思考の3つを記録していく3カラム法によって認知のゆがみの改善を目指す。(6)では患者が苦手な社会状況のヒエラルキー（不安階層表）を作成し、不安度が低い状況から順に、あえてその状況に臨むことを指導していく。

一方、原井らは、SADに対する認知行動療法の限界について述べている。それによると、社会状況は不安階層表のようにコントロール可能なものではなく、常に不測の事態が起こるため、ある程度以上の治療的發展が見込めないという。また、臨床試験の成績からみても、認知行動療法の有効性は、薬物療法を上回るものではなかった。

ひきこもり事例に関して言えば、筆者の調査では最も有効だった治療法として治療者自身に評価されたものが薬物療法であり、その多くはSSRIであった。認知行動療法をはじめとする特殊な治療法は、患者本人が望まないことが多いため、ほとんど実施されていない。デイケアなどのグループ活動は、社会参加にむけての段階的暴露という意義を持つと考えられるが、その最終的な評価については現在検証を進めている。

ただし、グループ活動の有効性は、認知的ゆがみの修整や暴露によってストレスに慣れるという以上の意味を持つと筆者は考えている。改善した事例をみていると、しばしばグループ内で親密な対人関係を獲得してから、急速に社会参加が進むという経過がみられる。SADやひきこもり事例にとっては、「親密な対人関係」それ自体が治療的な意義を持つと考えられる。

広場恐怖についても、SADと同様に、薬物療法と暴露療法が有効とされている。しかしここでも、「親密な対人関係」の持つ意義は少なくない。やはりデイケアなどのグループ活動を経験することで、広場恐怖を克服できた事例の経験がある。

もっとも、治療者は対人関係を投与できず、まして「親密な関係」の発生は偶然に委ねるほかはない以上、これを治療法と呼ぶことは難しい。治療者にできることは、こうした「治療的な意味を持つ偶然」が、安全かつ高い確率で起こるような環境を設計するところまでであろう。

爽風会佐々木病院 齋藤環

参考文献

- Keesler RC, Berglund P, Demler O et al: Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 62:617-627, 2005
- 川上憲人: こころの健康についての疫学調査に関する研究. 平成16~18年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学事業)「心の健康についての疫学調査に関する研究」総合研究報告書. pp1-21, 2007
- 竹内龍雄: 広場恐怖の本態. *精神科治療学*, 287-292, 18-3, 2003
- 岡野憲一郎: Social phobia と対人恐怖の比較—比較文化の視点から. *精神科治療学*, 279-286, 18-3, 2003
- 中野有美: 社会不安障害の認知行動療法. *臨床精神医学*, 36-12, p1503-1512, 2007.
- 原井宏明: 社会不安障害の薬物療法: 臨床試験と一般臨床の違い・認知行動療法との併用. *臨床精神医学*, 36(12), p1535-1542, 2007.

⑤ パーソナリティ障害

I) 児童・思春期のパーソナリティ障害について

児童・思春期の治療のきっかけとなる問題として、不登校やひきこもりという問題だけではなく、家庭内暴力、家出、無断外泊、非行、リストカットなどの自傷行為、自殺企図、性的な逸脱行為といった問題行動、焦燥感や強い空虚感を伴った抑うつやパニックなどの不安といったさまざまな状態像を示す。また、摂食障害や薬物乱用といった問題を伴っていることもあり、身体的な治療から精神科治療が始まるということもある。これらの問題行動や症状は、いずれも児童・思春期の患者にはよくみられるものであるが、不安定な対人関係、強い衝動性、原始的防衛機制が優位な場合には、境界性パーソナリティ障害(BPD: borderline personality disorder)や自己愛性パーソナリティ障害(NPD: narcissistic personality disorder)を考慮することも少なくないと思われる。

1950年代にKnight, Rが神経症症状と統合失調症症状(精神病症状)を合わせ持つ状態を境界状態(borderline state)と記載した。Kernberg, O^{(8) (12)}は英国のKlein学派の概念を取り入れ、Knight, Rの研究を発展させた。パーソナリティ構造(personality organization)を、①同一性の統合度、②防衛機制の種類、③現実検討能力の有無によって、神経症性(neurotic)、境界性(borderline)、精神病性(psychotic)の三水準にわけた。神経症性パーソナリティ構造(NPO)は、①統合された同一性を持ち、②抑圧を基礎にした高次の防衛機制が働き、③現実検討能力は保たれている。境界性パーソナリティ構造(BPO)では、①同一性が拡散し、②分裂を基礎とした原始的な防衛機制が働いているが、③現実検討能力は保たれている。精神病性パーソナリティ構造(PPO)になると①②はBPOと共通しているのに加えて、③現実検討能力も障害されている。Kernberg, Oが、BPOの症候学上の特徴としてあげた症状は不安、恐怖、強迫、転換、解離、心気、倒錯、嗜癖、性格障害など一般に神経症者や性格障害者にみられるものである。しかし、これらの症状のうち2つ以上、特に3つ以上、同一の患者に認められる場合には、その背後にBPOの存在をかなり示唆するという。原始的防衛機制が優勢であることや内的な対象関係としては部分的対象関係に止まり全体的対象関係に発達していないことなどの把握が必要であるとしている。病因論としては、体質的に規定された攻撃衝動の強さ、および発達早期のひどい欲求不満の体験から生じる攻撃性の両側面が重視されている。その後、1980年に出版されたDSM-IIIではKernberg, OのBPOを反映して、II軸にパーソナリティ障害が位置づけられ、現在の診断基準まで確立されてきた。DSM-IV-TRのパーソナリティ障害の全般的診断基準を表1に示す¹⁾。

診断基準Dには「その始まりは少なくとも青年期または成人期早期にまで遡ることができる」とあり、思春期のパーソナリティ障害の診断は可能であることを示唆するが、児童期に関してはふれられていない。Kernberg, P, Weiner, A, Bardenstein, K⁽¹⁴⁾は、子ども自身とその周囲をとりまく状況についての考え方や現実の認知の仕方において、子どもが持続的な様式を示し、そのような様式があらゆる機会と状況において持続する場合、そしてさらにこれらの様式が変化しにくく、不適応的になり、慢性化して重大な障害を引き起こし、深刻な主観的な苦悩をもたらす場合には、子どもの年齢にかかわらず、パーソナリティ障害と呼ぶことに相応しいことを主張している。さらにパー

ソナリティやパーソナリティ障害の研究における発達のアプローチは、概念化だけでなく早期に見極めること、治療すること、予防することへの方針がきわめて重要であることを指摘している。個人や家族の大きな苦痛、そして広範囲にわたる社会的な負担に関連する比較的持続する特性 (trait) と不適応のパターンの発展を防ぐためにパーソナリティ障害には早期の介入は不可欠である。Kernberg, P¹⁴⁾ は、病態水準を NPO として演技性パーソナリティ障害、回避性パーソナリティ障害、強迫性パーソナリティ障害、BPO として境界性パーソナリティ障害、自己愛性パーソナリティ障害、反社会性パーソナリティ障害、PPO として統合失調症型パーソナリティ障害、妄想性パーソナリティ障害、統合失調質パーソナリティ障害と分類している。児童・思春期のパーソナリティ障害を論理的に構成し診断するという妥当性、信頼性を支持する経験的なデータは極めて少ないなかで、児童・思春期のパーソナリティ障害に関する研究の多くは境界性パーソナリティ障害や反社会性パーソナリティ障害についてである²¹⁾。わが国では、皆川¹⁸⁾、本城⁷⁾の境界例児童に関する総説、笠原^{10) 11)}、松田¹⁶⁾の境界性パーソナリティ障害や自己愛性パーソナリティ障害の総説がある。本稿では児童・思春期のひきこもりに親和性が高いと思われる境界性パーソナリティ障害や自己愛性パーソナリティ障害を中心に述べる。

II) 児童・思春期の境界性のパーソナリティ障害と自己愛性パーソナリティ障害

1) 境界性パーソナリティ障害

児童・思春期の精神医学領域において使用される“境界性 (borderline)” という用語には、①小児期の境界状態 (borderline states in childhood)、②境界性パーソナリティの病理を踏まえた境界例児童 (borderline child)、③潜伏期の児童に見られ“borderline syndrome” と呼ばれ、また近年 multiple complex developmental disorder (MCDD) という呼称が提案されている状態の概念がある。

①小児期の境界状態 (borderline states in childhood)

乳幼児の精神病状態あるいは小児期の統合失調症の中で、症状が精神病状態と言えるほど重篤ではなく固定していない病態を小児期の境界状態 (borderline states in childhood) とする捉え方が Geleerd⁶⁾ や Marcus¹⁷⁾ によって提唱された。Marcus は小児期の境界状態の臨床像を表 2 のように述べている。

②境界性パーソナリティ構造の病理を踏まえた境界例児童 (borderline child)

Chethik⁴⁾ の示す境界例児童の特徴は、①慢性的な強い不安を持ち、時にパニック状態に陥る。外界や自分自身の衝動の強さにたいして自分が破壊する恐怖心に脅え、保護的な人物の接触が一時でも崩れると強い不安などにおそわれるなど、対象との分離に際して非常に不安定になる、②不安と結びついた多症状的な神経症症状を持つ、③衝動表出は非常に激しい。一見衝動行為が少なくない場合は、社会との接触を回避して没交渉の形態をとったり、不満で苛立つ環境から自己を完全に分離して空想の世界に埋没したりする方法で衝動を押さえつけている、④自己愛的特徴、自虐的特徴、依存的特徴など、重篤な性格障害の特徴がしばしば見出される、があげられている。このような境界例児童という見方が広がるにつれて、小児期の統合失調症や自閉症圏内の病態との異同には混乱を生じた。Vela, R., Gottlieb, H²³⁾ は境界例児童の診断基準について、境界例児童に関する 8 名の論文から 19 の兆候を選び、検討した。その診断基準を表 3 に示す。

さらに DSM-IV-TR の境界性パーソナリティ障害の診断基準を表 4 に示す¹⁾。

BPD のひきこもりは、他者との間で不安定な対人関係を繰り返す時期と、自己嫌悪と絶望感に苛まれてひきこもっている時期を交互に繰り返していると考えられる。

③MCDD という呼称が提案されている状態

Towbin²²⁾ は発達障害の観点から、小児期の境界症候群と小児期の統合失調症の概念化を試み、multiple complex developmental disorder (MCDD) の診断基準を提唱した。Towbin²²⁾ は、MCDD を特定不能の広汎性発達障害 (PDDNOS) のサブグループとして位置づけている。現在のところ、児童・思春期の BPD を考える時には、パーソナリティ構造の問題としてみるか、発達障害と精神現象の異常と捉えるかという、どの立場に準拠した意味であるかを認識した上で用いる必要があると考えられる。

2) 自己愛パーソナリティ障害

さらに DSM-IV-TR の自己愛性パーソナリティ障害の診断基準を表 5 に示す¹⁾。

また Rosenfeld, H²⁰⁾ は、NPD を「thick skin (鈍感型)」と「thin skin (過敏型)」タイプに分類し、Gabbard⁵⁾ は「the oblivious narcissist (周囲を気にかけない自己愛的な人)」と「the hypervigilant narcissist (周囲を過剰に気にする自己愛的な人)」に分類した (表 6)。ひきこもりに親和性が高いのは、「thin skin (過敏型)」タイプや「the hypervigilant narcissist (過敏型)」と考えられる。

児童・思春期の自己愛性パーソナリティ障害の臨床像は、成人と同様の特徴を持っているとされている。Kernberg, P¹³⁾ は子どもの自己愛について次のように述べている。子どもの正常な自己愛は年齢相応の幻想、要求、愛着を有し、

依存欲求と自律欲求を認識し、依存することができ、全能感と現実との間で情緒的発達には阻害されない。しかし、病的自己愛では、誇大的な錯覚を維持すること必要であり、依存することができず、情緒的発達が阻害される。努力の報酬は賞賛であり、自らの満足を得るためではない。児童・思春期の NPD の臨床的特徴として、いつも自分が仲間の中でなければならないと思っており、さらに他者に対して共感できないので、友情は成立せず、仲間との交流は乏しいとされている。さらに他者よりも劣ることに敏感であり、傷つきやすさが顕著である。見つめられることに対する嫌悪感、強い分離不安、遊びでは原始的な攻撃性が現れることがある。ひきこもりとの関連については、現実の自己像とかけ離れた誇大的な自己像と自己愛の傷つきやすさを持っている子どもが、学校で恥をかいたり負けたりという無力な体験をした結果、自己像を守るために不登校やひきこもりになるようになるという報告がなされている。

III) 子どものパーソナリティ障害の治療をめぐって

1) 発達障害との関連についてをしっかりと検討すること。

児童・思春期の NPD、BPD のアセスメントでは、発達障害の病態との関連性を丁寧に検討する必要があるだろう。子どもの生物学的背景がその子どもの養育態度に影響し、養育環境を変化させ、そのことが再び子どもの精神発達に影響するといったように、繰り返される相互作用の連鎖が生じることには注目が必要である。注意欠如・多動性障害 (ADHD) では衝動性のために自己評価の低下といった自己表象のゆがみが生じ、広汎性発達障害 (PDD) では共感性の問題や対象表象の独特の認知のために自己愛の発達や対象関係に影響が生じてくる。

また、統合失調型パーソナリティ障害は PDD と overlap したり、児童期の統合失調症と類似した経過を示すという報告がある。統合失調質パーソナリティ障害は PDD と類似性が示唆され、追跡調査では成人の統合失調型パーソナリティ障害とのかなりの連続性を示した。衣笠¹⁵⁾は、スキゾイドパーソナリティ障害の成人患者の中に高機能 PDD の傾向を持つ患者群が一部に存在していることを見だし、「重ね着症候群 (layered-clothes syndrome)」と名づけて報告している。

また、精神遅滞と正常知能との境界域の知的水準 (IQ71 から 84) を示す境界知能 (BIF: borderline intellectual functioning) という概念がある。臨床上問題となるのは、境界知能に加えて PDD や ADHD を伴う場合である。学業不振だけでなく、同世代の中でも孤立しやすくなるため、知的水準から期待される状態よりも適応が悪いことが多い。親や学校関係者は知的水準にばかり目を向け、「やればできるのに怠けている」と解釈され、本人の自己評価の低さや孤立感は見落とされることが少なくない。このため二次障害としてひきこもり、反抗、抑うつや無気力といった問題を生じやすい。このため、児童・思春期のパーソナリティ障害を考慮する場合には、知能検査、他の精神障害との鑑別診断や治療方針決定のために、自我機能や精神状態、形成されつつあるパーソナリティ傾向を評価するロールシャッハ・テストなど検査を複数組み合わせる行うことが望ましい。

2) 衝動行為が目立つ時には脳波検査や頭部画像検査も必ず行っておくこと。

3) 保護者との治療関係を維持することも困難を伴うことも多いこと。

児童・思春期の BPD、NPD には、言語発達がある程度水準に達している場合 (多くは中学生年代以降) には力動的療法、そして小学生年代であれば精神力動的な遊戯療法は有用と考えられる。ところが、治療導入時期には子ども自身の治療へのモチベーションが低かったり、親との治療関係を維持することも困難を伴うことも多い。BPD では身体的虐待といった不適切な養育との関連が指摘され、NPD では自己愛的な母親と影の薄い父親、そして依存的で不安定な母親と権威のない父親といった家族関係との関連が指摘されている。母親自身が精神的に不安定であったり、治療構造に不満を訴えたりすることがしばしばあり、子どもへの治療が維持できない状況も生じやすい。そのため、親のパーソナリティや対象関係の特徴を把握することは極めて重要である。

4) 治療の原則について—子どものパーソナリティ障害 (特に BPD、NPD) の心性の理解には、Mahler, M の分離-個体化理論、Kernberg、Kohut、Masterson などの理論、Bowlby のアタッチメント理論、乳幼児発達研究の理論が役に立つこと—

パーソナリティ障害への精神療法的アプローチは、①安定した治療の枠組みを作る (治療構造の設定と維持)、②積極的な態度、③患者の憎悪に耐えること、④自己破壊行動を満足させない、⑤患者の感情と行動との関連をつける (ことばで表現すること)、⑥行動化の阻止 (構造化、限界設定)、⑦今ここの脈絡における明確化と解釈、⑧逆転移の注意深い観察とまとめられるが、なかでも治療構造の設定と維持、行動化への対応と限界設定が重要になる。最近のパーソナリティ障害の研究から抽出されている治療の原則は、①いくつかのアプローチの組合せが望ましい (個人精神療法—力動的・認知行動・弁証法的 (DBT) —、家族療法、集団療法、薬物療法)、②どの精神療法理論がよいかという議論は治療的には価値がないこと、③理論は何でもよいが、首尾一貫した治療理論に基づくこと、④治療の構造化が技法上重要である、⑤治療には家族を含むこと、⑥治療者には経験と訓練が必要であり、必要に応じてコンサルテーションやスーパービジョンを受けることも必要になること、⑦チームないし広いネットワークの協力を意

識することとまとめられる^{3) 9)}。さらに reflective function、mentalization という新しい概念が紹介されている^{2) 3)}。Fonagy ら²⁾ が Bowlby のアタッチメント理論と精神分析理論を結びつける概念として提唱しているものである。reflective function とは生物学的に準備されていて、誰にでも備わっているような能力であり、他者の行為や自分自身の行為を、内的な心の状態の文脈で、解釈する（あるいは読み取る）能力のことであり、内的表象世界を形成し、意味の基本的準拠枠を提供する働きと考えられる。精神分析でいう containing、holding は、reflective function の機能を基盤としているといえるだろう。このような reflective function の生成には、養育者の現実の存在が必要だということが強調されている。子どもや親の reflective function を強化していくためには、治療者は「思いをめぐらせ、考える」という機能を子どもや親に提供し、促すような働きかけを行っていく必要がある。

⑤不幸にして、親から持続的な身体的暴力を受けたり、自分を否定する言動を浴びせかけられたり、性的に利用されたり、十分な生活上のケアや配慮を受けずに育てて子どもにとっては、健康な自己愛を獲得することは難しく、否定的な自己イメージ、「何も望まず、何も感じない」という心のモード、「何でも自分でできる」といった自己愛的な万能感を持つようになるかもしれない。被虐待体験を持つ子どもには、精神療法だけではなく、一貫性のある安定した養育環境の提供（入院治療の設定、児童養護施設への入所など）も重要になると思われる。自己愛的な万能感という空想を手放して、無力な世界に放り出されても、代わりに一緒に解決してくれるという存在がいるという信頼感が精神療法と現実の生活のケアの両面で獲得されるものと考えられるからである^{1) 9)}。

国立国際医療センター国府台病院 渡部京太

表1 パーソナリティ障害の全般的診断基準 (DSM-IV-TR)

-
- A.その人の属する文化から期待されるものより著しく偏った内的体験および行動の持続的様式、この様式は以下の領域の2つ（またはそれ以上）の領域に現れる。
- 1) 認知（すなわち、自己、他者、および出来事を知覚し解釈する仕方）
 - 2) 感情性（すなわち、情動反応の範囲、強さ、不安定性および適切さ）
 - 3) 対人関係機能
 - 4) 衝動の制御
- B.その持続的様式は柔軟性がなく、個人的および社会的状況の幅広い範囲に広がっている。
- C.その持続的な様式が、臨床的に著しい苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な 領域における機能の障害を引き起こしている。
- D.その様式は、長期間続いており、その始まりは少なくとも青年期または成人期早期までさかのぼることができる。
- E.その持続的様式は、他の精神疾患の現れ、またはその結果ではうまく説明されない。
- F.その持続的様式は、物質（例：乱用薬物、投薬）または一般身体疾患（例：頭部外傷）の直接的な生理学的作用によるものではない。
-

表2 小児期の境界状態 (borderline states in childhood) の臨床像 (Marcus,1963)

-
- 1) 社会適応においては、だれかれの区別なく過度に社交的であったり、ひきこもりあるいは孤立しがちで、自分が万能的でありたいという欲求のために、社会的関係を維持することが困難である。あらゆる状況をコントロールしようとうとし、他の子ども達に自分の意思を押し付けようとする。万能的コントロールがうまくいかないと、ひきこもってパニックに陥ったり、魔術的思考にふけったりする。また、拒絶やかんしゃくで大人を操作しようとする。
 - 2) 取り扱いやすさの面においては、葛藤に対する耐性が低く、周囲をコントロールしようとするためにしばしばかんしゃくを起こしやすい。
 - 3) 恐怖症、強迫的儀式、チック、ヒステリー傾向、心氣的傾向など多彩な神経症様症状を示す。
-

表3 Vela,R, Gottlieb,H による境界例児童 (borderline child) の診断基準

1) 以下に示すような対人関係上の問題

- a) 支配的な行動をとり、過剰要求し、非常に強い独占欲を示し、しがみつきの、自分の要求が満たされるまで常に要求し続けるといった過度に依存的なやり方をする。
- b) 状況を適切に判断することなく、社会的相互関係から過度に退却する。
- c) 極端に引きこもりや無関心な時期がある。
- d) 同じ対象に対して愛と憎の極端な表出をしたり、あるいは一方の親に対して誇張され表面的な愛情表出を行い、もう一方の親に対して憎しみの表出をする。
- e) 他人の行動（例えば人の全ての動作、身振り、行動の模倣）をしばしば誇張して真似る。
- f) 仲間から孤立し友達がいない。

2) 以下に示すような現実感の障害

- a) 万能感に満ちた空想、空想を信じているだけではなくまるで真実であるかのように行動する。例えば、まるでスーパーヒーローになり危険な行動に挑んでいるように行動する。
- b) 同年代の子どもに相応しいもの以上にしばしば空想に没頭する。
その空想は非常に奇異な内容であったり、非常に長時間であったり、不適切な場面で出現する。
- c) 遊びと現実の区別が困難になるくらい想像上の遊びに対して過度に自己陶醉する。
例えば、おもちゃの兵士で遊びながら、他の人に対し、まるで実際の敵であるかのように反応する。
- d) 子どもが虐待されたり不当に扱われているといった確信を含む、妄想ではなく妄想様観念を持つ。
例えば、「あの子は私を捕まえるためにいつも現れるんだ」という。
- e) 魔術的な考えを過度に用い、そのことがまさに現実になることを恐れている。
例えば、母親が怪我をすることを考えると、実際に母親が怪我をするのではないかと恐れることである。

3) 以下に示すような非常に強い不安

- a) 慢性的で持続的な不安であり、それは、子どもの広範な機能を妨げ、何かに動かされているような落ち着きのなさ、不眠、集中困難などによって現される広範で漠然とした不安である。
- b) 身体が崩壊し、大災害に見舞われるような恐怖、あるいは自分が他の人間になってしまうような恐怖として言語化されるような程度を示す、強い不安によって表出されるパニック状態である。このような状態はまた、子どもの表情がこわばり、死人のように動かず、硬直した身体、機械的な動き、上手く喋ることもできず意味不明の言葉によって、逆上したような、非常に混乱した、極端にかき乱された状態によって現されるかもしれない。
- c) ありとあらゆる刺激や新しい状況に対する過剰な不安がある。子どもの機能を妨害するくらい危険な場所として世の中を知覚することから不安になる。
- d) 他の人々と離れることの非常な恐怖があり、自らの保護のためにおとなにしがみつきの、一時的におとなと離れることで激しい不安を生じる。

4) 子どもにとってその行動が相応しい年齢を越えていても、以下のように些細な挑発や 欲求不満の結果、過度に極端に衝動的な行動をとること

- a) 反復し、軽減しない憤怒発作。
- b) 抑制を失う。例えば、他人を噛む、見境なく物を壊すなどである。
- c) 攻撃的な行動によって全体的にコントロール不能な状態となる。
- d) このような状態の間、現実感が喪失する。
- e) 1時間以上不機嫌な状態が続く。
- f) 不機嫌な時に生じる妄想様観念。例えば、誰もかかわってないのに「あっちに行って！」と叫ぶことである。

5) 神経症様の徴候

例えば、儀式的行動、身体化、強迫、多彩な恐怖、あるいは、一時的で変化に富み強烈に自ら課した制限や禁止などである。

6) 以下に示すような不均衡で歪みのある発達

- a) 逸脱した風変わりな生理的な傾向。例えば、過緊張状態、異常な食事や睡眠、刺激に対する感受性の高低、あるいは医学的原因では説明のつかない嘔吐や下痢などである。
- b) 無関心、要求を示すために泣かない、乳を吸う弱さ、何か月も母親の顔に対する反応の欠如、母親の腕に抱かれにくい、抱っこを要求する姿勢をとらないなどである。
- c) 過剰にこすったり、転がったり頭をぶつけたりする。