



第1部

ひきこもり支援者のための実践的な知識や
制度等の解説

第1章

ひきこもりの心理状態への理解と対応

(爽風会佐々木病院 診療部長)

齋藤 環

はじめに

「ひきこもり」とは、不登校や就労の失敗をきっかけに、何年もの間自宅に閉じこもり続ける青少年の状態像を指す言葉である。診断名ではなく状態像であり、幾つかの定義があるが、共通するのは6か月以上社会参加していない、非精神病性の現象である、外出していても対人関係がない場合はひきこもりと考える、の3点である。

厳密には「ひきこもり」そのものは必ずしも「治療」の対象ではない。長期間に及ぶひきこもり状態がもたらす二次障害としての精神症状や問題行動が治療の対象となる。ただし実際には、ひきこもり事例は何らかの精神障害として診断、治療の対象とすることが多く、未治療の「発達障害」や「統合失調症」が潜在している可能性もある。いずれかの理由で精神科医療による支援を必要とするひきこもり事例は少なくない。

本章では、主として精神医学的視点から見た場合のひきこもりの心理状態とそれに基づく対応方針について説明する。発達障害の問題や支援機関の利用法については該当する章を参照されたい。

基本方針として述べておきたいことが1つある。長期に及ぶひきこもりの問題は、本人や家族だけの自助努力だけで解決することは極めてまれである。筆者が治療中のひきこもり事例の平均年齢は既に32歳と著しい高年齢化傾向を示しているが、その原因の1つがこうした遷延化と考えられる。第三者による支援はほぼ必須である。支援の手段は必ずしも精神科医療に限定されないが、有力な手段の1つであり得ることは間違いない。

1. 原因

ひきこもりに至る原因は多様である。その契機としては、成績の低下や受験の失敗、いじめなど、一種の挫折体験が見られることも多いが、原因や契機がはっきりしない事例も少なくない。

もともとの性格傾向として、内向性、非社交性、「手の掛からない良い子」などがしばしば見られるが、必ずしも決定的な要因ではない。不登校と同様に、どのような家庭のどのような子どもでも「ひきこもり」得る、と考えるべきであろう。

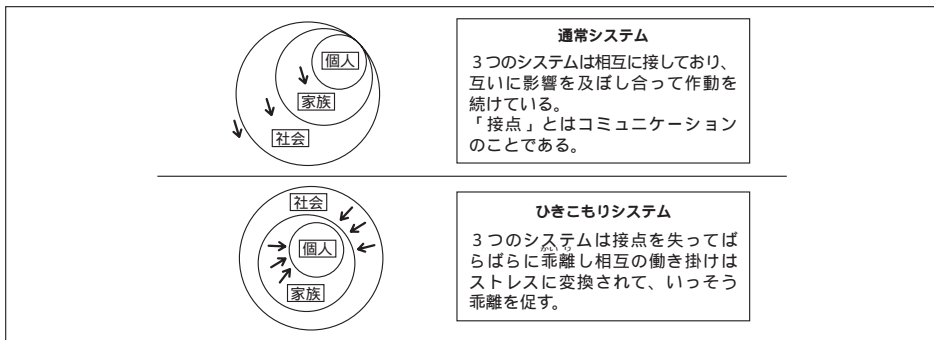
男性事例に多いこと、国際的には日本と韓国に突出して多く見られることなどから、社会文化的な背景も原因の1つと推定される。筆者は「近代化された儒教文化圏」という要因を重視している。形式的には「孝」を重んずるため親子の同居率が高く、不適応に陥った青年をホームレス化させずに家族が抱え込む形でひきこもりに至りやすいと考えるためである。

2. ひきこもりのメカニズム

ひきこもり状態を理解するには、「犯人さがし」や「なぜひきこもったか」の追及は、特殊な場合を除きあまり意味がない。むしろ適切な支援のためには「何がひきこもりからの離脱を困難にしているか」を十分に理解することが重要である。とりわけ社会 個人 家族の関係性における葛藤構造を想定する必要がある。

筆者はそうした理解のための仮説的モデルとして「ひきこもりシステム」を考えている。

図1 ひきこもりシステム模式図



ひきこもりシステムとは、個人 家族 社会それぞれのシステム相互のコミュニケーションが断絶した状態を指す。この状態は極めて安定性が高く、外部からシステムの作動そのものを変えるような介入がなされない限り、システム全体のホメオスタシスは維持される。このため放置すれば、容易に膠着^{こうちやく}状態に陥り、長期化しやすい。

3. 症状

ひきこもり状態に伴う精神症状は、その経過がひきこもり期間や重篤度と平行しており、ひきこもりから二次的に生じたものが少なくない。

主要な症状をおおよその頻度順に列挙するなら、対人恐怖症状（自己臭、醜形恐怖を含む）、被害関係念慮、強迫症状、家庭内暴力、不眠、抑うつ気分、希死念慮、摂食障害、心身症状、心気症状、などがある。

対人恐怖症状は、世間体や近隣住民の視線を恐れて外出しなくなり、来宅した親戚や宅配業者との接触を避けるなどの行動として表れる。その意味では社会恐怖よりも従来の意味での「対人恐怖」のニュアンスに近い。最近の傾向として、自己臭の訴えがやや減少し、醜形恐怖の訴えが増加しつつある。

対人恐怖症状は、こじれるとしばしば被害関係念慮や被害的な妄想様観念に発展しやすい。「近隣住民が自分のうわさをしている」「自分を監視し、いやがらせをしてくる」といった訴えが多い。こうした訴えを真性妄想と誤解して、統合失調症と誤診される事例が少なくないため、鑑別は慎重になされるべきである。

強迫症状のほとんどは、洗浄強迫や確認強迫などの強迫行為であり、しばしば不潔恐怖と結び付きやすい。外出から帰ると何度も着替える、手洗いを繰り返す、などの行為が典型である。また確認強迫は、しばしば家族にも強迫行為への協力を求める「巻き込み型」が多い。

多くの事例で不眠と昼夜逆転傾向を認めるが、日内リズムの障害以上に、家族関係の葛藤が反映されやすい。「家族と顔を合わせたくない」ことも、昼夜逆転を長期化させる要因となる。

抑うつ気分や空虚感、希死念慮の訴えがしばしば見られるが、既遂事例は比較的少ない。また女性事例では手首自傷などの行為も少なくない。

4．診療や相談のポイント

精神科での診療や支援者による相談に際しては、当面は家族相談を中心に対応する必要がある。本人自身の治療意欲がしばしば不安定であり、最初から治療相談の場面に本人が現れる可能性が低いためである。後述するとおり訪問支援活動も有意義であるが、それが可能な支援者は限られているため、多くの治療者や支援者は、まず家族からの相談を積極的に引き受け、介入のタイミングを計る必要がある。

本人が現れてからは、「プライドは高いが自信はない」という本人の自意識を傷つけないためにも、可能な限り受容的かつ支持的な態度で接する必要がある。

本人や家族にこれまでの経過を尋ねる場合は、ひきこもりに至る直接のきっかけとなるエピソードの有無、ひきこもり状態に先行する何らかの症状や問題（発達上の遅れを含む）の有無、ひきこもって以降に生じた症状の有無、の3点に注意して聴取することが望ましい。

5．鑑別診断

鑑別を要する疾患として主要なものを表1に示す。

表1 DSM-5における鑑別診断名

主症状が「ひきこもり」となり得る疾患	統合失調症 社会不安障害 強迫性障害 うつ病 広汎性発達障害 ADHD
他の主症状に「ひきこもり」が伴うこともある疾患	選択的 ^{かんもく} 緘黙症 精神遅滞 分離不安障害 反応性愛着障害 PTSD パニック障害 解離性障害 適応障害 摂食障害

鑑別すべき疾患として最も重要なものは統合失調症である。これは、ひきこもり状態が「自閉」や「自発性の減退」に、独り言や思い出し笑いは「独語」「空笑」に、

家庭内暴力は「精神運動興奮」に、妄想様観念は「真性妄想」と誤診されやすいためである。鑑別点として、ひきこもり状態では幻聴は見られないこと、メディアを巻き込んだ妄想は少ないこと、思考伝播^{てんぱ}、思考吹入といった思考障害は見られないこと、などがある。

なお、いじめ体験からひきこもった事例では、まれに「聴覚性フラッシュバック(いじめた相手の声が聞こえる、などの症状)」が見られ、幻聴との鑑別が問題となる。幻聴の内容や「誰が言っているか」がはっきりしていて薬物治療が無効である場合は、フラッシュバックの可能性が高い。

疾患ではないが、ひきこもりの初期徴候として「不登校」は重要である。いわゆる不登校全体の1～2割程度が長期化し、ひきこもりに至り得るとされている。

その他の疾患については、第2章及び第4章などを参照されたい。

6. 治療的支援の方法

ひきこもり問題への治療的支援としては、 家族相談、 個人治療、 集団適応支援の3段階がある。

(1) 家族相談

ひきこもり事例の当事者が最初から治療に参加することはほとんどないため、治療的対応はまず家族相談から開始される必要がある。

まず両親のみが、相談機関(医療機関、カウンセリングセンター、学校の相談室、精神保健福祉センターや保健所などの相談窓口)に相談する。本人が受診したら、当初は個人面接を通じてひきこもり状態や精神症状の改善を図る。次いで社会復帰の第一歩として、たまり場的な居場所やデイケアなどを利用し、ここから更にアルバイト、就労と段階的に社会参加のステップを進めていく。

医療機関を受診する場合、必ずしも家族相談に必ずしも機関ばかりではないため、何箇所かに候補を絞ってから電話で問い合わせるなどして、事前に家族相談の可否を確認しておく必要があるであろう。

支援する側の視点から言えば、家族相談部門を持たないひきこもりの支援活動は有名無実化しやすい。ひきこもり支援において、家族相談は決定的なまでに重要な意味を持っている。この段階における適切な対応だけで、本人の状況が好転するこ

とすらあり得る。

適切な対応の大前提としては、両親が本人に対する理解と配慮を共有していることが望ましい。対応の主役は両親であり、きょうだいや親戚は、特殊な場合を除いては、深く関わるべきではない。適切な対応を責任を持って10年以上継続できる立場は、事実上両親しかあり得ないためである。

ひきこもり状態が長期に及んでいる場合、両親の関係にも問題が生じていることが少なくない。相談開始の初期に、まず両親の夫婦関係を修復し、問題への共通の理解と、基本的な対応方針の一致を見ておく必要がある。

実際には、この段階でつまづく家族が極めて多い。その際「理解のない父親（あるいは母親）をどう説得するか」が大きな壁となる。さしあたりパートナーの態度を変更させるには、まず自ら率先して対応を実践すること、また根気強く話し合いと働き掛けを継続していくことなどが有効であろう。このほか、勉強会や家族会に両親そろって参加することも有意義である。

両親間の協力態勢が重要なのは、本人への誤った対応を早急に改善し、良好な信頼関係を築くためである。慢性化したひきこもり状態に対する説得・議論・叱咤^{しった}激励は、有害無益なものでしかない。本人はこうした一方的な働き掛けを徹底して回避し、強い不信感を向けたり、ときには暴力によって対抗しようとするだろう。

信頼関係を築くためには、まず両親が、一旦は本人のひきこもり状態をまるごと受容する必要がある。既に起こってしまったものとしてその存在を認め、性急に否認しようとしないうこと。ひきこもりそのものへの批判をせずに、本人と向き合い、対話を試みること。これによって本人は、それまでの肩身の狭い居候気分から抜けだし、居場所を与えられ、リラックスして過ごせるようになる。

この段階における治療者や支援者の目標は、長期間我が子との断絶ないし葛藤に悩んできた家族をねぎらいつつ、家庭での適切な対応法などについての情報を提供し、家族関係の改善を図ることである。

「安心」と「共感」を

本人との信頼関係をつくるためには、まず安心できる環境を整え、その上で少しずつ、本人が受入れ可能な範囲で自立への働き掛けを試みる必要がある。家族相談においては、そのような「環境」調整ならぬ「関係」調整を目指して試行錯

誤を続けることになる。言わば「安心してひきこまれる関係づくり」の段階である。

これは必ずしも「ひきこもりの全肯定」という意味ではない。家族と本人が忌憚なく「交渉」できるテーブルに着くための最初の地ならしとして、ひとまず避けて通れない手続なのである。対立した関係のまま、あるいは会話が断絶したままでは、まともな働き掛けすら不可能になってしまう。

ひきこもって苦しんでいる本人を批判し、恥をかかせ、あるいは追い詰めることで社会参加を促すことはできない。

「安心させたりしたら、ますます居心地が悪くなって、延々とひきこもり状態が続いてしまうのでは」という懸念もあるであろう。しかし、本人自身が自分のひきこもり状態に心から満足することは決してあり得ない。まず本人が、誰よりも自らのひきこもり状態を恥じているのである。

加えて当事者の多くは、「食べるために働く」という動機付けをリアルに感じることができない。彼らに動いてもらいたいのなら、むしろ「他者からの承認」という動機付けに誘導するほうがはるかに効果的である。

マズローの欲求五段階説に依拠して考えるなら、まず生理的欲求（「食べていけること」など）、安全欲求（「批判・非難されないこと」など）、関係欲求（「家族関係の安定」など）が満たされて、はじめて承認欲求を追求することが可能になるのである。

しばしば誤解されがちなことではあるが、「安心させる」ことは、「放置」とは異なる。放置や放任はむしろ本人に「見捨てられるのではないか」という勘ぐりと不安をもたらす。

安心させるためには、積極的に関わりを持つ必要があるが、その意味では親密な会話、おしゃべりが最大の安心の源、ということになる。その際重要なのは、あくまでも対面しながらの会話であり、メモやメール、電話などは、あくまで補助的手段にとどまる。

治療開始の時点では、本人と家族との間で、ほとんど断絶に近いような状態が何年間も続いていることが少なくない。そこに会話の可能性を探る努力は、砂漠を緑化する事業のように、まずは灌漑や追肥によって土壌を十分に活性化し、芽吹くことをひたすら信じて種を蒔き続ける行為になぞらえることができるかもしれない。

不自然さやぎこちなさをおそれず、正面から本人と向かい合い、言葉による働き掛けを続けていくことで、会話を復活することは十分に可能である。以下、幾つかの具体的な留意点を述べておこう。

会話を中心とした働き掛け

会話で重要なのは相互性と共感性であり、言葉のキャッチボールである。しつけや、教え導こうといった「上から目線」にとどまっている限りは、意味のあるキャッチボールは成立しにくい。

全く会話がないうちの場合は、まず「あいさつ」から始める必要があるであろう。このほか試みる価値のある働き掛けとしては「誘い掛け」、「お願い」、「相談」などがある。いずれも本人の存在を尊重するという基本姿勢を伝えるためになされるものである。会話が全くない場合でも、簡単な家事を頼んだら黙ってやってくれた、というエピソードは意外に多い。

会話を進めるに当たって重要なことは、誠実で分かりやすい態度を貫くことである。水面下でいろいろ画策したり根回ししたりするやり方は、ときとして逆効果である。また、食卓にひきこもりの記事やアルバイト雑誌を置いておくといった「これ見て悟れ」方式は怒りしか買わないので注意したい。

話題は自然にまかせてよいが、幾つかの「べからず」はある。本人が密かに恥じ、劣等感を持っている部分には触れないように留意したい。具体的には将来の話、学校の話、同世代の友人の話、などである。逆に話題として好ましいのは本人から距離のある話題、時事問題、芸能界、趣味の話題などである。

本人はしばしば社会的な関心が高く、ニュースなどについてもネット情報などからかなり詳しい知識を持っていることがある。社会情勢などについて本人の意見を求めると、喜んで応じてくれる場合も少なくない。

このように話題も重要であるが、それ以上に大切なのが「話し方」である。

父親はしばしば、権威的な物言いが癖になっている。例えば「世間ではこれが当たり前だ」「そんなことは社会では通用しない」などといった言い回しは、それだけで本人の強い反発を買ってしまう。

母親に多い問題としては、皮肉、嫌味などがごく自然に出てきてしまいがちであることが挙げられる。こうした刺激は、しばしば家庭内暴力の原因となる。

いずれにしても、一般論ではなく個人的な思いとして「お父さん（お母さん）はこう思う」といった率直な表現のほうが、ずっと受け入れられやすいであろう。

家族関係改善の目安としては、親密な会話を通じて「（本人が家族に）弱音を吐ける」「冗談が言える」などが重要である。

本人はしばしば、家族の前では「怠け者」を演ずることがある。自分はもう一生働くつもりはない、などと宣言したりもする。しかし多くの場合、こうした態度は親からの批判を封じるために無意識になされる「演技」である。そうした演技の裏に、強い焦燥感や不安が秘められていることが珍しくない。表面的な態度だけを見てあわてるのではなく、本人の向上心を信じるのが関係改善の第一歩と言えるだろう。

こうした働き掛けを続けていくと、次第に本人もそれに応ずるようになっていくが、ときには突然、親への恨みつらみを口にし始めるケースもある。

こうした場合、家族はとまどいながらも、弁解や反論で対応することが多いが、いずれも不適切な対応なので注意したい。

ここで重要なことは、本人の言いたいことはさえぎらずに最後まで言わせ、十分に耳を傾けることである。

「それは事実ではない」とか「そんな理屈は通らない」といった、「正しい反論」をするべきではない。客観的な「正しさ」よりも、本人がどのような思いで苦しんできたか、まずそれを丁寧に聞き取ることに意味がある。例えばこの行為を「記憶の供養」などと説明すると、家族の理解も得やすいようである。

よく「いつも同じことを、毎晩のように、くどくど聞かされるので参ってしまう」とこぼす家族もいる。しかし、本人に「十分に聞いてもらえた」という満足感を持ってもらえれば、恨みつらみの段階はむしろ短期間で終了するはずである。

一点、注意が必要なのは、ここで本人の「いいなり」になるべきではない、ということである。恨みつらみがこじれて、親に賠償金を請求するようなケースもあるが、本人の訴えに「行動」で応じるべきではない。話は聞くが、いいなりにはならない。耳は貸すが、手は貸さない。これが基本的な姿勢となる。

治療や支援への導入

治療や支援への導入は、一歩間違えばそれまで築いた信頼関係を崩す可能性が

あるだけに、慎重になされなければならない。

まず両親のみで、ひきこもり地域支援センターや精神保健福祉センターの相談窓口、あるいはその他の相談機関（治療機関・カウンセリングセンター・学校や保健所などの相談室）に通い続ける必要がある。同時に、相談に通っている事実を本人にも伝えていく。最初は本人からの強い抵抗に出会う可能性もあるが、ここは「親のわがまま」で押し切ってよい。

このあたりの呼吸は微妙で、実は本人自身も治療の必要性を感じていることが多いのである。そのため最初は暴れんばかりに嫌がった本人が、次第に両親が相談に通うことを受け入れて文句を言わなくなり、ついには「今日はカウンセラーは何と言っていたか」などと興味を示すようになる。しかし初期段階の本人の拒否や抵抗を真に受けすぎて、結局治療の機会を逸し続けている家族も少なくない。

筆者の経験では、全く治療的な援助なしで自然に立ち直ったひきこもり事例は皆無に近い。治療の必要性だけは譲れない一点として、親の意向を貫くべきであろう。ちなみに本人を誘う場合は、前日に誘うことはあまり勧められない。通院当日に声を掛け「一緒に行きましょう」と誘い、応じない場合はすぐに引っ込める。これを定期的に、ただし1か月以上間隔を開けない程度に継続していく。これがきちんと続けられれば、いずれ本人の受診が実現することも期待できるであろう。

「お金」及び「ライフプラン」の重要性

ここまでは「いかにひきこもりを受容するか」について述べてきたが、受容の枠組み、すなわち限界設定についても触れておきたい。

本人のひきこもり生活を支える上で、どの家庭でも考慮しておくべき「限界」が3つある。「寿命」、「お金」、「暴力」である。暴力については後で述べるが、「寿命」と「お金」という問題の取扱いについて検討してみよう。

本人に社会参加を望むのであれば、「お金」は必須である。店に行ってお金を払って物を買うという行為は、最も敷居の低い社会参加の第一歩である。よって「小遣い」を与える必要があるが、多くの家族が「必要に応じて」という間違った方針を選びやすい。小遣いの渡し方にはルールがある。月給制、すなわち「毎月一定額を渡す」という方針である。一定額の枠を守ることで過剰な浪費は予防

できる。

ひきこもりにおいて最も避けるべき事態は、本人の欲がなくなってしまうことである。親への気遣いから「もう小遣いは要らない」と拒否するケースも少なくないが、欲望の枯渇を防ぐためにも、無理にでも与え続けなければならない。

金銭問題に「寿命」、すなわち親亡き後の問題を絡めて考えるなら、ライフプランと相続についても早期に検討しておかなければならない。

とりわけ当事者の高年齢化がいよいよ深刻化しつつある昨今、もはやこの問題は、到底避けて通れない重要性を帯び始めている。

具体的には、現在の資産状況、借金の有無、今後の収入の見込み、生命保険、相続のプランなどについて、幾つかのシミュレーションを試みしておく必要がある。もし本人がこのまま働けなかったら、という前提で、向こう30～40年間の生活設計と、相続の形、場合によっては成年後見人制度を利用するか否か、といった事柄について、早めに検討しておくことが望ましい。

資産があると本人が知ると就労意欲が低下するのではないかと懸念する家族もいるが、マズローの解説で述べたとおり、「食うため」ではなく「承認のため」「自尊心のため」に働く若い世代にとっては、資産の有無はそれほど大きな問題ではない。

この問題については、第5章で詳しく述べられているため、そちらも参照されたい。

(2) 集団適応支援

集団適応支援の段階では、デイケア活動や支援団体の「たまり場」、あるいは自助グループや作業所などの活動に参加することで、親密な対人関係の経験を重ねてもらうことを目指すことになる。

いきなりバイトや就労を目指そうとするケースも多いが、対人関係の再構築には、ひきこもり経験を共有する仲間と関係をつくるほうが、はるかに安全で確実である。

親密な仲間関係がある程度成立してくると、それは「他者による受容と承認」という意味で、否定的な自己評価の改善につながり、それが意欲の賦活をもたらす。さらに、プライドの適正化と自信の回復につながり、願望を行動に移しやすくなるのである。

治療の中で集団への参加を促す場合は、何よりもタイミングが重要である。治療の初期にはグループへの参加は抵抗が大きいため、ある程度治療関係が成立した後に、本人の意向を打診しながらタイミングを計ることが望ましい。

(3) 訪問支援活動

既に繰り返し述べてきたとおり、不登校やひきこもりの支援では、最初から当事者が支援機関や治療機関を訪れることが困難である。相談や受診に踏み切れない当事者に対する一歩踏み込んだ介入として、家庭訪問を中心とするアウトリーチ型の支援は、極めて有効な手段の1つである。

筆者は、いかなる訪問支援活動においても留意すべきこととして「当事者のプライドを最大限尊重すること」を重視している。

かつて単純な善意に基づき、時には拉致監禁まがいの手法で当事者の「矯正」を試みる自称「支援団体」もあった。しかしここ数年、こうした手法による死亡事件や傷害事件が相次ぎ、強引な手法を元寮生に提訴されたケースもあって、こうした合法性に乏しい手法は実質的に廃れつつある。訪問支援活動における「負の歴史」として、長く記憶にとどめておきたい。

支援の手法を検討するに際しては、有効性以上に倫理性に配慮すべきである。倫理性とはこの場合、訪問の対象者の人権や主体性はもちろんのこと、その「プライド」を徹底して尊重する、という姿勢に尽きる。

もちろん、訪問に際しては常に当事者の同意が必要、といった理想論だけでは限界がある。歓迎されないことは承知の上で、訪問に踏み切らざるを得ないこともある。当事者が同意していない場合には、とりあえず家族の客として訪問を続け、その都度部屋の外から一声掛けるといった控えめな働き掛けが望ましい。十分な時間をかけて、丁寧に関係を紡いでいく必要がある。

中井久夫氏（神戸大学名誉教授）も指摘するように「餌づけではなく『人づけ』、つまり主に『人間の中にはそれほど有害でなく強引でもなく限度内であなたの役に立とうとしている者がある』ことを強制性なしに伝達」することが大切なのである。

繰り返すが、押し売りめいた訪問支援は有害無益である。訪問支援者の資質として重要なことは、ためらいと恥じらい、他者への畏れと自らの行為に対する懐疑を常に忘れないことであると筆者は考えている。

(4) メール、ネットの利用

ひきこもり支援の現場において、メールや掲示板が有用な場合も少なくない。これに限らず、ひきこもり事例の支援においては、直接の面接以外の様々なメディアや手段を積極的に活用することが望ましい。

筆者もしばしばメールを用いるほか、まだ来院しない事例では短いメッセージを家族に託したり、来院が中断した事例では家族相談の時間を利用して本人と電話で話したりするといった工夫を取り入れている。こうしたやりとりは、必ずしも直接の改善につながるとは限らないが、治療関係の維持という点ではしばしば有効なものである。

筆者の知る限り、ネット上で獲得された人間関係はそれほど長続きしないことが多いが、直接出会って知り合った者同士の関係を保つ上では、ネットメディアは極めて有効である。集団適応支援の段階においても、携帯メールはもちろん、メールリストや SNS を活用しながら仲間関係が保たれていることがしばしばある。

ただし、頻度は決して多くはないが、ときに「インターネット依存」のような状態に陥る事例もあり、注意が必要である。中でも深刻化しやすいのはオンラインゲーム依存であり、1日に十数時間もプレイし続けて、日常生活が破壊される可能性がある。

詳しくは述べないが、そうした場合には何らかの方法で接続時間を制約するか、場合によってはプロバイダ契約を更新しないと予告した上でネット接続を中断することも必要になってくる。

しかし、一定の限界があることを踏まえて使われるのであれば、インターネットは支援においても積極的に活用されるべき手段の1つであると筆者は考えている。

(5) 家庭内暴力への対応

ひきこもり状態の約1～2割に慢性の家庭内暴力が伴うことがある。

適切な対応法が周知徹底されていないため、今なお家庭内暴力による親殺しや子殺しの悲劇が後を絶たない。暴力が介在すると、適切なひきこもり対応はほとんど不可能になる。このため暴力対応の基本を最後に述べておく。

家庭内暴力と向き合う際に最も重要なのは、「暴力の徹底拒否」という基本姿勢を徹底することである。具体的には「開示・通報・避難」が基本方針となる。

家庭内暴力が慢性化するメカニズムの1つに「密室化」がある。家族が誰にも相談できず、また第三者の介入を要請できない状態を指す。こうした密室をつくらせず、相談と介入によって問題を外部へと「開示」するのである。

激しい暴力には警察への通報も辞さない覚悟が望ましいが、ここで重要なのは、「暴力が起きたら通報する」ことを予告しておき、起きたらそのとおりに実行するという毅然とした姿勢である。世間体を気にしたり報復を恐れたりしてこの方針がぶれると、かえって本人の易刺激性を高める結果になりやすい。

暴力の対象である家族（しばしば母親）の一時避難も有効である。これについても本人の心理状態に配慮しつつ、暴力直後の避難、避難直後の電話連絡、一時帰宅の繰り返しといった手順を、タイミングを計りながら慎重に進めていけば、鎮静化するのはそれほど難しいことではない。

ここで注意すべきは、通報も避難も、「家族が真剣に暴力を拒否している」ことをアピールするためのパフォーマンスである、ということである。通報から逮捕、強制入院などに至ったり、避難が長期化して別居状態に至ってしまうようでは本末転倒である。

家庭内暴力のような緊急性の高い問題について、強制的な入院治療といった“過剰防衛”による弊害を防ぐためにも、初期段階の介入として「開示・通報・避難」を強く推奨したい。その際、支援者は、治安や社会防衛のためではなく、家族と本人の双方を暴力の悪循環から守るために助言と協力をなすべきである（詳細は、参考文献などを参照されたい）。

おわりに

「社会的ひきこもり」への支援ないし治療は強要されるべきものではなく、常に当事者の意思を確認しつつ、可能な限り合意に基づいてなされなければならない。また、あまりにも自己完結的な支援・治療構造はひきこもりをはじめとするサブクリニカルな事例にはなじまない。

その意味からも、常に開かれた、柔軟で緩やかな支援ネットワークの整備が必要である。医療はあくまでも、その一端を担うに過ぎない。

現時点で望まれることは、行政や自治体が整備する基盤（「子ども・若者育成支援推進法」や「ひきこもり地域支援センター」など）の上に、民間の支援団体やNPO

が協力し合い、官民一体となった良質の支援ネットワークが構築されることである。

その際、支援に関わる者には、複数の専門性が求められる。少なくとも、教育、心理、医療、福祉、就労支援、ライフプランといった分野の専門家が協力し合い、重層的かつ複合的な支援活動が展開されることが望ましい。

参考文献

- 1) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION 『DSM- 精神疾患の分類と診断の手引』医学書院、1995年
- 2) 斎藤環 『社会的ひきこもり』PHP 研究所、1998年
- 3) 斎藤環 『ひきこもり救出マニュアル』PHP 研究所、2002年
- 4) 斎藤環 『ひきこもり文化論』紀伊國屋書店、2003年
- 5) 斎藤環 「ひきこもりと社会病理」『精神科』、12巻6号、2008年
- 6) 斎藤環、佐々木一ほか 「後期思春期・早期成人期のひきこもりに対する精神医学的治療・援助に関する研究」『思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・援助システムの構築に関する研究』（主任研究者・齋藤万比古）平成21年度研究報告書（厚生労働科学研究 こころの健康科学研究事業）2010年
- 7) 中井久夫 『家族の深淵』みすず書房、1995年