

ひきこもりの具体的対応法に関する考察

A Consideration on the Practical Response Method of the Withdrawal.

高 賢 一

Kenichi Taka

〈要旨〉

第2巻第1号においては、「ひきこもりのプロセスと心理に関する考察」というテーマで、これまで筆者が取り組んできたひきこもりの事例のなかでも、特に深刻な30事例をタイプ分けし、ひきこもりに至るプロセスや心理について考察を試みた。本稿においては、第1号における考察を踏まえながら、ひきこもりの具体的対応法について検討してみたい。日本では、ひきこもりの原因を甘えや努力不足、あるいはコミュニケーション能力不足などと捉えがちであるが、欧米ではひきこもりを病気と捉える傾向が強い。このように、ひきこもりに対する捉え方が大きく異なると、当然のことながら具体的な対応法も大きく異なってくる。甘えや努力不足、あるいはコミュニケーション能力不足などが原因だとすれば、本人の努力を促したりコミュニケーション能力を高めるようなトレーニングを重ねればよいということになる。しかし、ひきこもりはこのような単純なものではないと思われる。病気も視野にいれながら、ひきこもりの具体的な対応法を検討したい。

〈キーワード〉

いじめ、不登校、医学療法、心理療法、家族療法、社会参加

はじめに

本稿では、厚生労働省が定義している「社会的ひきこもり」を「ひきこもり」として検討している。ひきこもりは、一般的に思春期前後から始まるケースが少ないが、その多くが長期化し、人生の中で最も多感で重要な思春期・青年期を孤独に過ごすことになる。加えて、周りからの働きかけを極端に避ける傾向があるために、ひきこもりからの立ち直りが難しくなっているのが実情である。したがって、いじめや不登校などの問題とは異なり、ひきこもり問題の解明・支援はなかなか難しいものがある。

第2巻第1号では、これまで筆者が取り組んできたひきこもりの事例の中でも、とりわけ深刻な30事例を分析し、ひきこもりに至るプロセスや心理を考察したが、本稿では、それを踏まえてひきこもりの具体的な対応法を検討するものである。ひきこもりを病気とみるかみないかによって対応が大きく異なってくると思われるが、ここではひきこもり状態が長期化して、さまざまな精神疾患が出てくる場合もあることから、最初から病気とみるかみないかと判断するにはやや無理があるという視点で検討したい。

1. ひきこもりに至るプロセスとタイプ

1-1 不登校から徐々に陥るひきこもり

不登校の約8割がひきこもりになるといわれているが、不登校・ひきこもり状態になると、社会との接点が減ってしまい、理想と現実のギャップが広がる。前思春期における不登校からひきこもりに至るケースであるが、30事例のうち3事例がこれに該当する。小学校低学年において自己中心的な性格に起因し、未熟型の不登校から長期化してひきこもりに至るケースである。小学校高学年から不登校に入っていくケースの中には、対人関係に戸惑っていたり、強迫傾向があって混乱をきたしてひきこもりに陥っていくケースが少なくない。

中学・高校・大学入学後の早い時期に登校を渋る場合は、親が無理に学校に連れて行ったり、教師が迎えに行ったりすると恐怖心を露わにすることが少なくないが、30事例のうち12事例がこれに相当する。自分でもどうしてこのような状況になるのかよくわからずに恐怖心を抱くことが多い。このタイプは、しばらく休息した後に自ら少しずつ動き始め、登校も含めて社会参加していく者も多い。このような一定期間のひきこもりは、混乱の修復と心理的な立て直しのためのひきこもりと言えよう。

中学校・高等学校の2・3年生あたりから徐々に不登校となり、しだいにひきこもりへ移行するケースであるが、30事例のうち10事例がこれに相当する。子どもたちの多くは、登校しないばかりではなく自宅ないしは自室にこもってしまうことが多い。どこか疲れたような感じで、このままでは続けていけないというあきらめにも似た様子が窺える。自意識の高まり、自立への欲求などにより、意識過剰になったり精神的に不安定になるなど、思春期特有の混乱状態となり、身動きがとれない状況に陥り、疲れ切って登校できなくなる。

最終学校を卒業後、どこかに就職してこれからという時にひきこもりに陥るケースもあるが、30事例のうち5事例がこれに該当する。職場で気に障ることを言われたとか、上司にきつく注意されたとか、職場内でいじめに遭ったとか、仕事についていけなかったとか、職場の人間関係に疲れたなどの理由があげられている。こうしたケースの場合、職場の人間関係が原因になっていることが多く、繊細な心が傷つき自信喪失に結びつき、人との関わりを拒絶する形となっている。家族とならば会話ができるケースと完全に自室にひきこもってしまうケースに分かれる。家族としては、このような状態がいつまで続くのかという不安、区切りのいいところで再就職あるいは職場復帰してほしいという期待などが錯綜していることが多い。

筆者の場合、大学よりも中学校・高校などの学校現場や学校現場と関係のある教育行政機関等に在職していたせい、扱う事例は、主として小学生・中学生・高校生ならびに大学生などが中心となる。ただし、4年前から不登校親のグループ学習会のアドバイザーを担当するようになってからは、高校や大学などを卒業した後ひきこもりに陥る事例と向き合うことも多くなってきた。20代後半や30代にもひきこもりやニートの問題等が山積し、将来の日本を背負う若者が夢や希望を持てる地域づくりや国づくりが求められていると言って過言ではない。

1-2 さまざまなタイプのひきこもり

受験塾のような詰め込み型の学習、踊りやピアノなどの習い事などの生活に疲れ切った状態でひきこもるようなタイプがあるが、十分なひきこもりが終了すると、少しずつ試行錯誤や模索を繰り返しながら収束していく。彼らには、対人コミュニケーション能力に弱点がないことや神経症傾向がほとんどみられないなどの特徴があげられる。

一方、対人関係能力や外界への対処能力に問題があってひきこもった場合、自らの方向性すら見出せず、試行錯誤や模索を始めても、再び挫折を繰り返していくうちに長期のひきこもりに移行していくことが多い。また、不安神経症や強迫神経症など、神経症傾向のある子どもたちのケー

スも扱ってきたが、カウンセリングや心理療法の限界を見極め、医療機関に繋いだケースも少なくない。

最近目立つのは、対人関係において一方的なコミュニケーションしかできず、持続的な対人関係を形成するのが苦手な子どもたちが増加していることである。こうした子どもたちは果敢にも社会復帰にチャレンジするものの、なかなかうまくいかず挫折を繰り返すうちに再びひきこもりに陥るというプロセスをたどることが多い。圧倒的に多いケースは、心理的メカニズムで生じる不登校から長期のひきこもりに至るタイプ、軽度の神経症傾向や人格障害傾向あるいは発達障害傾向を示すタイプであり、これらがひきこもりの中核群を形成しているものと思われる。

2. ひきこもりのとらえ方

2-1 ひきこもりは病気であるとする見解

服部⁽¹⁾は、ひきこもりを病気としてとらえて説明しているが、概略は以下の通りである。ひきこもりは部屋に閉じこもるだけでなく、人間不信、対人恐怖、心因性の身体症状があり、放っておけばさらに孤立状態に陥るから、病気という定義は大切である。はっきり病気と認めないと、「甘やかしている」とか「元気を出せ」というような精神論に走り、病気を悪化させる危険性がある。ひどいひきこもりは自然治癒することではなく、本人や周囲の努力では治らない。専門知識を持った精神科医やセラピストがきちんと治療しない限り快復しない心の病だといえる。ひきこもりは、10年ほど前からマスコミで報道され始めたが、病気と認めない専門家はたくさんいる。それなのに、快復に至る有効なプロセスを示すことができない。専門家ですら、ひきこもりの扱いに戸惑っているのが現実である。

服部のように、ひきこもりを病気として説明する識者は決して多くはない。病気として扱うことになると、精神科医や熟練したセラピストなど以外の人が安易に関わることは危険であり、より問題を深刻化する可能性が高いということになる。ただし、病気だからすべて投薬で治療するというのではない。服部は、厚生労働省がひきこもりを深刻な社会問題として認知したことを評価する一方で、厚生労働省の定義は漠然としていることを指摘している。同省は、ひきこもりの定義として5点あげている。2点目に「就学・就労といった社会参加活動ができない・していないもの」があげられているが、服部は、社会参加するひきこもりが日本社会にかなりいると考え、このタイプを「潜在的ひきこもり」と呼んでいる。これは、従来のひきこもり感に強いインパクトを与えるものである。

2-2 ひきこもりは病気ではないとする見解

斉藤⁽²⁾は、ひきこもりは病気ではなく、不登校や家庭内暴力といった言葉と同様に、ひとつの状態像を示す言葉であると指摘している。さらに、ひきこもり（社会的ひきこもり）について、「①自宅にひきこもって社会参加をしない状態が6カ月以上持続しており、②精神障害がその第一の原因とは考えにくいもの。ただし、社会参加とは、就学・就労しているか、家族以外に親密な対人関係がある状態をさす」と定義している。斉藤が定義するひきこもりは、みんなが自宅にひきこもっているわけではなく、一人でもコンビニやレンタルビデオ店、あるいはスポーツ観戦などにも行けるような、かなり活動的なひきこもり事例も含めていることである。また、「就学」「就労」「家族以外の親密な対人関係」のうち、いずれか一つでもあれば社会参加しているものとみなしている。加えて、ひきこもりは病名ではないが、ひきこもり状態が長期化して、さまざまな精神症状が出てくる場合があるため、病的なひきこもりも存在するとしている。

2-3 日本社会特有のひきこもり

斉藤は、ひきこもりの事例が日本に突出して多くみられると指摘している。将来の本格的な国際比較が待たれるところではあるが、欧米のマスメディアは、ひきこもりを「social withdrawal」ではなく「Hikikomori」として報道していることから、少なくとも欧米圏においては一般的な問題ではないと受け止めても間違いではなかろう。そして斉藤は、このような欧米との格差が生じる背景について以下のように説明している。

子どもが成人したら親元から離れ、個人として生活することを事実上強いられた「個人の自立」が欧米の自立モデルである。これに対して日本の場合、家族と同居する両親を養えるようになって初めて自立した個人とみなされる「親孝行」が自立モデルとなっている。さらに日本独自の要素として、土居健郎が指摘する「甘え文化」が関与する。日本人にとって望ましい親子関係は、お互いに甘えたり、甘やかす関係としてイメージされる。そこでは、自立の条件として必然的に家出よりも同居が重要となってくる。

ただし、このような背景を理解することが、そのままひきこもり対策につながるとは限らないこと、とりわけ社会文化的な要因については、それを安易な価値判断の対象にできないことも指摘している。ひきこもりへの対策を考える時、安易に欧米モデルやアジアモデルといった外側の価値観を持ち出すのではなく、現在の文化的状況を温存しつつ、何とか内側から突破できないか模索するのが現実的であると述べている。

3. ひきこもりの具体的な対応法

ひきこもりを病気ととらえるか、あるいは病気にあらずととらえるかによって、その対応法あるいは解決法が大きく異なってくる。ケースによっては病気の場合もあるだろうし、そうでない場合もあるだろうというのが筆者のとらえ方である。したがって、ひきこもりを最初から病気であるとしてとらえるのはやや早急ではないかと思われる。ひきこもりの解決あるいは治療については、専門家の間でもさまざまな方法論が出されているものの、まだその方法論が確立されているとはいえないのが実情である。ひきこもりの原因や成り立ちが極めて複合的であり、たった一つの方法論のみで解決に至るとは考えにくいのである。

3-1 服部の対応方法

ひきこもりを病気ととらえる服部は、ひきこもりの多くは成長期に親に甘えられないために発生すると指摘する。親子間にコミュニケーションがないと、次の四つの問題が発生すると考える。①親を優先して自分を否定する。つまり、親との共存性がある。②親との絆が切れているか、薄皮一枚で何とかつながっている。（アタッチメント・トラウマ）③多くのひきこもりが、「本当の自分」と「偽りの表の自分」の二重人格を持つ。④人と関わる能力が欠けており、人間を信用していない。服部は、このような認識を基本にして次の四つの方針で心理療法を行っている。

1. 感情をとり戻す

ひきこもりの奥底にある感情を見つけることは、それを抱える本当の自分を取り戻すことである。奥底にある感情を求めていくと本当の自分が見つかる。本当の自分が意識に出る頃になると、クライアントは親との絆がなかった事実ショックを受ける。ここまで来ると、なぜ人間に緊張していたのか、なぜ人を信用できないのか、どうして自分がひきこもったかを理解できるようになる。

2. 幼児期から表現できなかった本当の自分を復活させる

本当の自分が意識に表れると、一般的にクライアントは幼児化する。多くのクライアントは、3歳までに親とのつながりを喪失しており、それ以後は仮面の自分で生きている。警戒心の強い本当の自分を安心させるのは並大抵の作業ではない。

3. セラピストと新しいアタッチメントを形成する

アタッチメントを作る作業は、ひきこもり治療のクライマックスである。この作業は、セラピストにとって自分の人間性、人を愛する能力が本物かどうかを問われる最大の試練である。ひきこもり治療の成功は、本当の自分が新しいアタッチメントを作れるかどうかにかかっており、治療の成否はここに集約される。新しい完全なアタッチメント

を作れない場合、ひきこもりから抜け出すことはできない。したがって、クライアントを怖がらせないように、少しずつ優しくアプローチする必要がある。

4. 社会復帰のリハビリを行う

クライアントとの間に信頼関係ができたリハビリのステップに進んでいくが、社会復帰の最終段階ともいえるべきリハビリについては、次のような方針で臨んでいる。①親と教師から学んだ習慣と価値観を壊す。②自己決断をする習慣を学ぶ。③自己主張をできるようにする。④異文化に触れる。親や学校以外の人間関係を広げる。⑤男女交際を学ぶ。ひきこもりが苦手なのは、自分の考えと感情を表現すること、そして自分で判断して行動することである。

3-2 斉藤の対応方法

斉藤は、ひきこもりの原因や成り立ちが極めて複合的であることから、訪問指導からカウンセリング、薬物療法、家族療法など、さまざまな方法論を折衷的に組み合わせて洗練していく方法が必要であると指摘する。こうした前提のうえで、斉藤は以下のような治療の流れをとっている。

1 番目は、家族指導である。本人が最初から治療に来ることは滅多にないため、最初は家族相談を続けることになる。何年にもわたって、本人不在のまま家族と面接を続ける場合もある。ひきこもりの治療については、両親のみの相談でも受ける姿勢がなければ対応できない。病気がそうでないかを判断するのが難しい問題については、いきなり本人を受診させて病気のレッテルを貼ってしまうよりも、まず家族から間接的に情報を得て、受診や介入のタイミングや方法を練る方がより効果的である。また、この段階において、正しいと思われる対応法を家族に指導することで、親子関係の改善をはかることができる。

2 番目は、個人指導である。ひきこもりの青年たちにとっては、定期的に外出して他人と会って話をする、それだけのことが意味を持つ。雑談や近況報告などに終始することが多くなるが、一定の信頼関係さえ結ぶことができれば、この段階での目標は達成できたと考える。3 番目は集団適応であるが、この段階は治療の最終段階である。ひきこもりの治療では、一般に考えられがちな「就労」がゴールではなく、「親密な対人関係を複数もつこと」に設定している。複数とは最低3人の友人であり、1人だと相手を特別な人と思ってしまい、2人だけだと三者関係になり不安定だからである。

3-3 筆者の見解

筆者は、これまで主として中学生や高校生、あるいは大学生のひきこもりに関わってきたが、定義や具体的な対応法を考える指針については斉藤の見解と一致する。

つまり、ひきこもりの原因や成り立ちがきわめて複合的であり、たった一つの方法論のみで解決に至るとは考えにくいのである。それぞれのケースの状況に応じて、訪問指導からカウンセリング、薬物療法、家族療法など、さまざまな方法論を折衷的に組み合わせて洗練していく方法である。筆者は、大学学生相談室の専任カウンセラーであり、公立中学校や公立高校のスクールカウンセラーも担当していることから、このような立場でどのような方法でひきこもりに関わっていくのがベターなのかを検討してみたい。

筆者は、医師ではないので薬物療法を選択することはできないが、カウンセリングや家族療法などは可能である。ここで大切なのは、ひきこもりの本人に対してどのような見立てを行うかである。うつや統合失調症など、明らかに病気である場合は、医療機関に繋ぐ必要があるが、医療機関に繋がればそれでお任せというわけにはいかないであろう。タイミングを見極める必要はあるが、医学的な治療と並行してカウンセリングや家族療法などが必要な場合がある。

医療機関で受診させた家族としては、とかく自らの不安感を訴えるとともに病名を求めがちである。診断されれば有効な治療方法が示され、快復が可能になってくると思うからである。しかし、とりわけ人間関係で悩むひきこもりの場合、薬だけでは快復できないと思われる。薬で治るのは薬で解決すればよいが、薬物治療では効果がみられない、あるいは薬物治療を敬遠するひきこもりの場合、心理療法や家族療法、あるいはカウンセリング等でアプローチする必要があると思われる。

筆者が関わってきたひきこもりの多くは、とても感受性が強く、他者の目や評価に対して過敏である、自己肯定感が低い、自罰傾向が強い、達成感や成功感に乏しいなどの特徴が見られた。したがって、まず本人の頑なな心を開かせ、本当の自分について深く洞察する、家族療法も含めてありのままの自分をさらけ出すカウンセリングが必要であろう。「ありのままの自分でいいこと」を実感させることが大切であり、それができるようになったら、ボランティア活動などにチャレンジするなど、本人が社会に必要とされているという体験、あるいは誰かに具体的に認められたという体験をさせること、つまり社会的評価を得ることである。さらに、フリースクールなどで何か共通の話題を持てる同一世代と集いあう体験を積むことも大切であろう。

【註】

- (1) 服部雄一著「ひきこもりと家族トラウマ」、日本放送出版協会、2007年。
- (2) 斎藤環著「ひきこもり救出マニュアル」、PHP研究所、2002年。