

# ひきこもりはどのように捉えられているのか

## : 海外で発表された文献レビュー

谷田 征子 お茶の水女子大学 人間発達科学研究所

青木 紀久代 お茶の水女子大学

岩藤 裕美 お茶の水女子大学 人間発達科学研究所

古志 めぐみ お茶の水女子大学大学院 人間文化創成科学研究科

### 要約

ひきこもりは 1990 年代より本邦の若者の問題として取り上げられてきたが、近年では他国でもひきこもりに類似した現象が見られる。本論では、ひきこもりがどのように捉えられているのかを、ひきこもりに関する文献レビューを通じて明らかにすることを目的とした。EBSCO 等を用いて、40 本の文献を取り上げた結果、以下の 2 点が示された。第一に、ひきこもりを理解するためには精神障害という医療モデルだけでなく、ひきこもりの背景となる文脈の理解が重要であること、第二に、実証的研究は少なく、ひきこもりに至る過程を個々の事例から示した研究が多いことである。また、ひきこもりは、日本文化そのものといった静的な文脈でなく、日本のグローバル化や価値観の変化といった動的な流れの中で起きてきたメンタルヘルスの問題であることが示唆された。

**キー・ワード** : ひきこもり, メンタルヘルス, グローバル化, 孤独, 社会的排除

### I 問題と目的

ひきこもりは青年期の心理臨床において重要なテーマの一つである。ひきこもりとは、「仕事や学校に行かず、かつ家族以外の人との交流をほとんどせず、6 か月以上続けて自宅にひきこもっている状態」と定義される(厚生労働省, 2010)。ひきこもりは疾患名ではなく、一つの現象を示す概念であることから多義的である。また、ひきこもりは全国で少なくとも 70 万人いると推定され、20~49 歳の内、約 1.2%がひきこもりの経験がある(Koyama et al., 2010)。近年では、日本だけでなく、他国からもひきこもりに類似した現象が見られることが報告されている(Kato et al., 2012 ; Sarchione et al., 2015)。

1980 年代から、教育分野ではひきこもりと不登校との関連が論じられていたが(北尾, 1986)、ひきこもりが一般的に周知されたのは、斎藤環氏の「社会的ひきこもり—終わらない思春期」が出版された 1998 年以降である。その後、フリーターに続いて 2003 年にニートという言葉が用いられるようになり、就労との関連でひきこもりの問題が論じられるようになってきた(古志・青木, 2015)。

しかし、ニート対策としての就労支援ではひきこもりの問題が改善しないことが危惧され、メンタルヘルスの視点を重視したひきこもり対策のガイドラインが策定された。その中心となったのは、厚生労働省によるひきこもり対策推進事業である。まず、平成 15 (2005) 年に保健所や精神保健福祉

センター等の地域の相談機関向けに、「ひきこもり」対応ガイドラインが作成され、ひきこもりが“多様性をもったメンタルヘルス（精神的健康）”の問題であることが強調されている。その後、平成22(2010)年に「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」が提示された。本ガイドラインでは、ひきこもりへの対応には医療だけではなく、教育、保健、福祉といった複数の専門機関による支援や、アウトリーチといった支援が必要とされることが説明されている。また、ひきこもりの評価を行うことが重視され、ひきこもりの長期化をいかに防ぐかが検討されている。ひきこもりの定義については従来通りとしながらも、“確定診断が含まれている可能性は低くないことに留意すべき”として、精神障害が背景にある可能性を踏まえることが明記されている。このことは、ガイドラインの改定によって、ひきこもりを疾患ではないと位置づけながらも、精神障害の可能性を否定するものではなく、その程度を評価することが求められているといえる。

上記のガイドラインに倣えば、ひきこもりをメンタルヘルスの問題として検討することが最優先されると捉えられるが、それはややもすると、ひきこもっている状態像だけにとらわれてしまい、ひきこもり本人やその家族が抱えている問題を見過ごしてしまうことになるのではないだろうか。加えて、労働や社会経済保障の観点から指摘されたニート（Not in Education, Employment or Training, NEET）という言葉が、ひきこもりと混同されて用いられ、境界があいまいになってきている（Toivonen, 2011）。

そこで、本論では、ひきこもりが日本だけでなく他国でも取り上げられている中、ひきこもりがどのように捉えられているのかを、文献レビューを通じて明らかにしたい。そして、ひきこもりを理解する枠組みを検討し、今後のひきこもり研究や支援の枠組みの方向性を考察することとする。

## II 方法

2015年8月中旬に、EBSCO（文献検索エンジン）を利用して、hikikomori/social withdrawal/hidden youth というワードを使って検索した。その結果、91本が抽出されたが、内容が適切でないもの、あまりに短いもの（例えば、学会のポスター発表原稿）を除き32本に絞った。その後、Wiley, Springer, Sageで、hikikomori というワードで検索し、上記と重複したものを外し、8本加え40本の論文をレビューすることとした(表1)。

## III 結果

### 1. ひきこもりの捉え方

長期化した深刻なひきこもりは精神障害と重なるところが多いと報告されている（Ovejero, Caro-Cañizares, de León-Martínez, & Baca-Garcia, 2014 ; Tateno, Tae Woo, Kato, Umene-Nakano, & Saito, 2012）。例えば、Kondo et al. (2013)は、精神保健福祉センターを訪れたひきこもり本人147名を対象に、3グループ（統合失調症・気分障害・不安障害等のDSM-IV-TRのI軸、発達障害、パーソナリティ障害）に区分されたと報告している。また、社交不安障害(Nagata et al., 2013)やうつ(Teo, 2012)との関連も指摘されている。心理臨床の立場から、Hattori (2005)は、35名のひきこもりの事例を報告し、治療の重要性を述べている。

一方、こうした医学的見地からの報告とは異なる見解も示されている。一つは、精神医学領域の文献を中心とするレビュー論文からである。Teo (2010)は医学的な視点からひきこもりについてレビューを行い、1970年代後半に入ってひきこもりが指摘されたこと、精神医学の領域において、不安障害やパーソナリティ障害に含まれるが、DSMでは十分にひきこもりを分類できないと述べている。また、Suwa & Suzuki (2013)は、精神障害が見られない一次性ひきこもり（primary hikikomori）と、精神障害の見られる二次性ひき

表 1 本論文で取り上げた文献

著者	発刊年	研究法	対象者	対象者の人数	年齢 ( )はSD	地域
Kato et al.	2012	質問紙	精神科医	247名(日本123名・他国124名)	日本35.6歳(7.4) 他国33.7歳(7.2)	日本/韓国/オーストラリア/台湾/バングラデシュ/イラン/インド/米国/タイ
Tateno et al.	2012	質問紙	医師、看護師等医療専門職	1,038名	不明	日本
Kondo et al.	2013	質問紙	ひきこもり本人	337名(男性252名・女性85名)	24.2歳(5.4)	日本
Krieg & Dickie	2013	質問紙	ひきこもり本人と対照群	ひきこもり本人24名(男性14名・女性10名)・対照群59名(男性27名・女性32名)	ひきこもり本人 22.8歳(範囲14~32) 対照群20.1歳(18~24)	日本
Lee et al.	2013	質問紙	ひきこもり本人と対照群	ひきこもり本人41名(男性31名・女性10名)・対照群239名(男性173名・女性66名)	ひきこもり本人16.4歳(3.5) 対照群16.3歳(1.5)	韓国
Norasakkunkit & Uchida	2014	質問紙	大学生	195名(男性107名・女性85名・不明3名)	20.2歳(1.6)	日本
Funakoshi & Miyamoto	2015	質問紙	ひきこもりの親	110名(55組の夫婦)	父親:63.5(7.1) 母親:59.4(6.4) 子:30.8(7.1)	日本
Teo et al.	2015	質問紙	ひきこもり本人	72名(日本36名・他国36名)	〈範囲18~49歳〉	日本/米国/インド/韓国
Chan & Lo	2014a	質問紙	ひきこもり本人	588名(男性63.4% 女性36.6%)	21歳以上56.6%、16~20歳8.2%、15歳以下30.6%	中国(香港)
Chan & Lo	2014b	質問紙/インタビュー	ひきこもり本人	質問紙:363名(男性244名・女性119名)	質問紙:21.1歳(2.9)	中国(香港)
Lebowitz, et al.	2012	質問紙/事例	ひきこもりの親	27名	子 26.8歳(7.4)〈範囲18-47〉	米国
Ogino	2004	エスノグラフィー	ひきこもり本人	45名	不明	日本
Malagón-Amor et al.	2015	実践研究(家庭訪問プログラム)	ひきこもり本人	164名(男性121名・女性43名)	40歳(18.3)	スペイン
Hattori	2005	事例	ひきこもり本人	35名(男性25名・女性10名)	21.5歳(範囲 11~35歳)	日本
Kaneko	2006	事例	ひきこもり経験者	男性 1名	30代半ば(面接当時)	日本
Guedj-Bourdiau	2011	事例	ひきこもり本人	21名	不明	フランス
Teo	2012	事例	ひきこもり本人	1名(男性)	30歳	米国
Furuhashi et al.	2013	事例	ひきこもり本人	9名		日本/フランス
Nagata et al.	2013	事例	ひきこもり本人と対照群	ひきこもり本人27名(男性12名・女性15名)・対照群114名(男性50名・女性74名)	ひきこもり本人27.4歳(7.5) 対照群29.2歳(10.9)	日本
Ovejero et al.	2014	事例	ひきこもり本人	1名(男性)	25歳	スペイン
Koyama et al.	2010	インタビュー	一般住民	1660名	〈範囲 20~49歳〉	日本
P. W. C. Wong et al.	2015	電話によるインタビュー	一般住民	1,010名		中国(香港)
V. Wong	2009	フォーカスグループ	ソーシャルワーカー	10~12名	不明	中国(香港)
V. Wong	2014	フォーカスグループ	ソーシャルワーカー/ひきこもり経験者	ソーシャルワーカー10名/ひきこもり経験者30名	不明	中国(香港)
Umeda & Kawakami	2012	インタビュー	一般住民	708名	〈範囲20~49歳〉	日本
Teo	2010	レビュー				
Chan & Lo	2014c	レビュー				
Li & Wong	2015	レビュー				
Tajan	2015	レビュー				
Borovoy	2008	論説				
Furlong	2008	論説				
Wilson	2010	論説				
Todd	2011	論説				
Toivonen	2011	論説				
Rosenthal & Zimmerman	2012	論説				
Suwa & Suzuki	2013	論説				
Teo et al.	2013	論説				
Heinze & Thomas	2014	論説				
Sarchione et al.	2014	論説				
Li & Wong	2015	論説				

こもり (secondary hikikomori) を分け、一次性的ひきこもりの概念の重要性を指摘している。一次的ひきこもりの概念をあげた理由として、日本の現代社会のあり方がひきこもりに影響していると考えられることと、他の疾患があったとしてもひきこもりという状況を無視して治療した場合うまくいかない点が指摘されている。ひきこもりを単に個人の病理として捉えるのではなく、現代社会の構造と絡めて検討することは、本邦におけるひきこもりの数の多さからいっても妥当である。但し、ひきこもることが長くなることによって、抑うつ傾向や対人不安が強くなり(V. Wong, 2009)、二次性的ひきこもりの中には精神障害がきっかけでひきこもるケースやひきこもることによって抑うつ的になるケースがあるため、個々のケースを見ていく必要がある。

Suwa & Suzuki (2013)の分類に基づいたスペインでの調査では、164名のひきこもりの内、一次的ひきこもりは3名(全体の1.8%)と非常に少なく、ひきこもりは多様な精神疾患をもつ深刻な症候群と考えた方がよいのではないかと指摘されている(Malagón-Amor, Córcoles-Martínez, Martín-López, & Pérez-Solà, 2015)。

Tajan (2015)は、1978年から2014年までの精神医学領域の53の文献をレビューし、ひきこもりが、文化に固有の症候群(culture-bound syndrome)と見なされず、DSM-5に導入されなかったことを指摘している。彼によれば、対人恐怖症は日本に固有の症状と考えられるが、ひきこもりは対人恐怖症より広い概念であること、ひきこもり本人は精神科を訪れることは珍しく精神科医が診ているひきこもりはひきこもり全体から見ると少数派であるとさえ述べている。

もう一つは、文化心理学や社会学領域から、和や同調を重視する日本文化と関連づけたり

(Norasakkunkit & Uchida, 2014)、日本社会の変化に伴いひきこもりが生じているという見方(Heinze & Thomas, 2014)があげられる。Furlong (2008)は、1980年代以降、日本では格差が広がる一方、教育や労働市場は変化が見られず、やりなおしが難しいことが背景にあると指摘する。ひきこもりは家族に根差した病理ではなく、従来の伝統的な役割とグローバルに変化していく中での矛盾した期待に対して、若者が目的をもってあえて何も行動しないこと(purposeful inaction)を選んでいくという主張(Rosenthal & Zimmerman, 2012)や、戦後の日本が方向性を見失っていることとの関連(Todd, 2011)、中流意識の価値観を主流とする日本の民主主義のシステムの結果の現れであること(Borovoy, 2008)が指摘されている。

さらに、ひきこもりは問題として捉えるよりも、日本社会にある時間のプレッシャーや役割遂行からの逃避や(Kaneko, 2006)、若者の一つのライフスタイルとして検討した方がよいのではないかと(Chan & Lo, 2014c)とも言われている。Li & Wong (2015)は系統的にひきこもりに関する研究のレビューを行う中で、ひきこもりが多様な現象であることに触れ、過度に単純化しないようにと指摘している。その中で、彼らは臨床的定義と操作的定義の2つに分けて検討している。臨床的定義では、先述したSuwa & Suzuki (2013)による分類である。操作的定義では、社会的つながり(social connectedness)、ひきこもりの場所(place of withdrawal)、ひきこもりの期間(duration of withdrawal)をあげている。こうした概念は多義的なひきこもりを考える上での鍵となると考えられる。

以上をまとめると、ひきこもりの捉え方について、次のことが指摘されよう。ひきこもりの治療だけでなく心理社会的要因も配慮す

ることが必要であったり(Kondo et al., 2013),あるいは,日本の社会構造によってひきこもりが生じてきていると論じながらも治療が必要なケースもあることから(e.g., Rosenthal & Zimmerman, 2012),ひきこもりという現象は多義的であり,明瞭な結論には至っていないといえる。

## 2. ひきこもりの背景

ひきこもりとなった背景として,第一に,ひきこもり本人の心理的特徴についてケースに基づいて検討されていた。先述した Suwa & Suzuki (2013)は,一次性ひきこもりの精神病理として,①ひきこもる前に関わらずして負けるというエピソードが見られ,②自分自身の願望というよりも他者の願望から生じた自己イメージ,③“期待された自己”を理想の自己像としての維持,④子どもの理想像への親のかかわり,⑤他者からの肯定的評価を維持するための回避行動をあげている。①の失敗することを避けようとする傾向は,日仏の事例の比較検討した調査からも,日本のひきこもりの特徴であることが指摘されている(Furuhashi et al., 2013)。

Li & Wong (2015b)は親との関係性から3タイプ,すなわち,①いわゆる過保護な「過度に依存している (overdependent)」タイプ,②他者との比較や批判を怖れる「不適応的な相互依存 (maladaptative dependent)」タイプ,依存に拒否的である③「依存に反する (counterdependent)」タイプを提示している。①~③のタイプは,日本の同調を重視するあり方あるいは集団主義から個人主義への移行を反映していると述べ,マクロな要因も考慮されている。

第二に,心理・社会モデルや生態学的モデルといった環境との相互作用に基づいてひきこもりの要因が検討されていた。実証的には,

ひきこもりに影響を及ぼす要因を同定し,各リスク因子の影響の程度を検討するものである。一つは,家族環境に関する要因を扱ったものがある。Umeda & Kawakami (2012)は,ひきこもりのケースでは,親の学歴が高い傾向が見られ,母親のパニック障害が子どものひきこもりのリスクを高め,親の養育スタイルや虐待などの子ども時代の辛いこととは関連が見られなかったことを報告している。この調査では,ひきこもりのケースが全サンプルの1.2%と少なく,サンプルの偏りが見られるが,本人だけでなく親側への支援の必要性が示されたといえる。また,Chan & Lo (2014b)は,ひきこもりの若者の自尊感情には,親との関係性が最も強く影響していると報告している。

もう一つは,親との愛着を扱った研究である。Krieg & Dickie (2013)は,子どものアンビバレントな愛着のパターンに親からの拒否と気質的なシャイネスが影響し,また仲間からの拒否を介したモデルを想定し,仲間からの拒否とアンビバレントな愛着が見られるほどひきこもる傾向が見られることを報告している。但し,この調査では,説明率が26%,サンプルが85名と少なく,回顧的データに基づいた横断的なデータである点に留意する必要がある。Teo, Stufflebam, & Kato (2013)は上記のKrieg & Dickie (2013)のモデルを踏まえて,Eriksonの心理・社会モデルを加え,ひきこもりの概念的モデルを提案している。ここではEriksonの心理社会モデルにおける成人初期の発達テーマは親密性であり,ひきこもり本人が呈している孤立している状態は他者との関係性がうまくいっていない現れであるとしている。Li & Wong (2015)も同様にBowlbyの愛着理論とEriksonの発達理論を採用しているが,特に彼らは親密性の課題だけでなく,ひきこもり本人がアイデンティティ

危機の状態にあることにも触れている。

こうした研究の動きから、ひきこもり本人と親との関係性を重視している点が浮かび上がってくる。ひきこもり本人の個人の特性にとどまらず、親子がダイナミックに（歪んだ形にせよ）構築してきた関係性がひきこもりの背後にあると考えられている。こうした親子の関係性に影響を与えられる社会・文化的要因も検討していくことが必要である。

上記以外には、包括的に検討したものとして、P. W. C. Wong et al. (2015)による香港での電話によるインタビューがあげられる。彼らは1,010名の若者（12～29歳）に調査を行い、①6ヶ月以上ひきこもっている者、②6か月未満ひきこもっている者、③ひきこもっているが問題と考えていない者、④対照群に分けて分析を行った。その結果、①の6か月以上ひきこもっている者が1.9%と本邦と同じ程度の割合のひきこもりが存在していること、①と②に属する者はメンタルヘルスが悪く、仕事や社会とのネットワークや家族での問題が有意に多いことが示された。また、Chan & Lo (2014a)は、ひきこもり本人の生活の質（QOL）に着目し、社会的サポートの低さと深刻な孤立感（loneliness）によって、ひきこもり本人の生活の質が低下することを見出している。ひきこもり本人は社会的な生活機能が低いことから（Kondo et al., 2013）、病気かどうかということよりも、困難を抱えながらもよりよく生きるためにひきこもり本人が生活状況をどう捉えているのかを検討していくことが必要である。

### 3. ひきこもり支援の実際

ひきこもりに関する研究は、ひきこもりという現象から出発しているため、介入や実践について多く指摘されている。ひきこもり本人への個人心理療法については、トラウマの

解決(Hattori, 2005)や精神分析(Wilson, 2010)の立場からなされていたが、質問紙や面接を用いた実証的調査は、精神医学領域から実施されていた。例えば、2つの典型的なひきこもりのケースについて各国の精神科医に治療法を尋ねた結果、オーストラリアと日本では環境的な介入を選択した人が双方共に顕著であったが、精神療法を選んだ人は日本が最も多かった(Kato et al., 2012)。また、社交不安障害のあるひきこもりの場合、薬物療法と認知行動療法とグループ活動が用いられていたが、治療に対する反応は低かった(Nagata et al., 2013)。日本の精神医療の現場では、心理療法が主として選択されるが、その人の環境に働きかけることも実施されていることが示唆されている。一方、ひきこもり本人が自ら治療を求めてくることは稀ではあるが、中には治療を求めている人もいる(Teo et al., 2015)。しかしながら、ひきこもり本人が回復していくまでには時間がかかったり、ドロップアウトする場合も珍しくなく(Kondo et al., 2013)、治療を継続していくことの難しさがうかがわれる。

アジアや欧米とひきこもりの若者向けのサービスを比較したChan & Lo (2014c)によれば、香港では社会とのつながりを回復することに重点が置かれるのに対して、日本ではより包括的なサービスが行われていると言う。フリースペースといったオープンで柔軟性のあるグループが、ひきこもり本人が自信を回復していく上で重要である(Kaneko, 2006; Ogino, 2004; Teo, 2010)。Li & Wong (2015)は、先述した3タイプ（①overdependent, ②maladaptative dependent, ③counter-dependent）ごとに、精神療法的な治療、サポートグループへの参加、自己内省を深める教育的関わりとそれぞれのタイプの特性にあった介入を仮説的に提案している。

また、アウトリーチの支援として家庭訪問が、香港と韓国で行われていた。香港では、ソーシャルワーカーを中心にアウトリーチが行われ、インフォーマルな雰囲気を中心に訪問を行っていた(V. Wong, 2014)。一方、韓国ではアウトリーチの効果について、41名のひきこもり本人を対象に、本人との面接を平均2.8回及び親との面接を3.4回行い、その前後で生活の全般的機能(GAF: Global Assessment of Functioning)を測定し、比較した結果、訪問後にGAF得点が有意に高くなったと報告している(Lee, et al., 2013)。

さらに、フランスでも家庭訪問が実施されており、本人自身が援助を求めるきっかけとなったことが報告されている(Guedj-Bourdiau, 2011)。同様にスペインでの精神科医と看護師2名ずつでチームを組んだ家庭訪問プログラム(Malagón-Amor et al., 2015)や米国でのひきこもりの子どもをもつ親向けのプログラム(Lebowitz, Dolberger, Nortov, & Omer, 2012)が報告されており、親へのサポートの必要性が指摘されている。本人が支援の場に現れない場合、家族への支援が鍵となる。但し、支援を求めることに対するプレッシャーが負荷され、家族にとっても支援を求めることは躊躇されることである。

Funakoshi et al. (2015)によれば、ひきこもりの子どもをもつ母親の約9割弱が何らかの援助を求めたことがあった一方で、父親では4割にも満たなく、夫婦でひきこもりの問題に取り組むことの重要性が指摘されている(P. W. C. Wong et al., 2015)。また、ひきこもり本人は人のかかわりを求めているものの顔を合わせたくないという傾向が高いため、インターネットを用いた支援が有効であると示唆されている(P. W. C. Wong et al., 2015)。ひきこもり本人が自らアクセスできるメール相談はひきこもり支援において有効な手段であるが

(谷田・岩藤・青木, 2013)、どのような効果をもたらされるのかについて検討していくことが必要だろう。

## IV 考察

### 1. ひきこもりの捉え方

ひきこもりを精神障害という医療モデルだけでなく、ひきこもりの背景となる文脈をグローバルな視点で析出し、一方で現代の日本社会の構造と関連づけて検討する作業が必要である。DSM-5においてひきこもりがどう位置づけられるのか、他の精神障害との重複ケースへの関心から、精神医学領域で研究や実践が行われていた。また、本邦では、不登校・ひきこもりと語られることが散見されるが、今回のレビューの中で教育分野からの論文は見られなかった。しかし、Li & Wong (in press)が危惧するように、ここ20年の間で出現してきた青少年の問題を過度に精神病理として扱うことには慎重になる必要がある。ひきこもりの問題が先進国で起こっていることに着目するのであれば、若者が外に出て行けない共通した要因があり、その中でも日本独自の文脈で起こってきていることもあるのではないだろうか。

ひきこもりを心理臨床的視点から検討する上で、2つの概念が重要であると思われる。一つは、メンタルヘルスである。近年メンタルヘルスは、精神障害の有無だけではなく、広い意味で捉えられるようになってきた。例えば、WHO(世界保健機構)ではメンタルヘルスを“人が自身の能力を発揮し、日常生活におけるストレスに対処でき、生産的に働くことができ、かつ地域に貢献できるような満たされた状態(a state of well-being)”と定義している(世界保健機関, 2013)。また、メンタルヘルスと自己のあり方は密接に関連しており、良いメンタルヘルスの状態には、他者とのポ

ジティブな関係性を構築するだけでなく、一人でいても心地よい感覚をもつという側面も含まれる(Bhugra, Till, & Sartorius, 2013)。家にとどまる時間が長くなり、ひきこもり生活が続くことによって、社会や人とのつながりが失われ、メンタルヘルスが良好な状態とは言えない。無論、青年期の若者が一時的にひきこもって自分について内省する時期もあり、全てのひきこもりが支援の対象となるとは限らない。しかしながら、それが長期にわたると人との交流が失われ、身体的だけでなく、メンタルヘルスの状態が低下することは想像に難くない。すなわち、家族の関係性や社会での役割といった文脈を考慮して、ひきこもり本人のメンタルヘルスを捉えていくことが肝要である。

もう一つは、社会的排除の視点である。近年、主として貧困から政治や経済等の社会のさまざまな側面から排除され不利益を被っている状態は社会的排除 (social exclusion) と言われている。社会的排除は貧困だけでなく、居住、教育、保健、社会的サービスへのアクセスが閉ざされ、周辺に追いやられていくことを指している。社会的排除には、社会的な交流から個人が排除されていくことが含まれ、個人の心理的体験に焦点が当てられている。先述した Umeda & Kawakami (2012)の報告にあるように、ひきこもりには必ずしも貧困が背景にあるとは限らないが、社会的関係の欠如があることは事実である。斎藤(2014)はひきこもり問題を海外で言えば若年ホームレス問題と同位置に捉えられると主張している。アメリカでの若年ホームレスは格差社会の中での個人の失敗や犯罪への温床といったステイグマとして考えられている (Toolis & Hammack, 2015)。但し、慢性的に孤立している人は社会的排除に敏感なため(Vanhalst et al., in press), 支援に結びつかない可能性が高

い。どのような方略が、ひきこもり本人にとって有用なのかを検証し支援を検討していくことが必要である。

## 2. 今後のひきこもり研究の展望

実証的レベルでの研究は、ようやく緒に就いたばかりで、臨床現場での研究による知見の積み重ねが必要である。課題としては以下の2点をあげる。第一に、リスク因子を並列的に組み合わせて、ひきこもりという現象を予測することが分かっていても、ひきこもり本人が治療場面に現れることは稀であり、実際の介入に生かすことが難しいことがあげられる。Teo, Stufflebam, & Kato (2013)も触れているが、ひきこもりのリスク因子を明らかにする医学的研究だけでは十分とはいえず、ひきこもりに至る過程を個々の事例から明らかにするアプローチも必要である。ひきこもりの理論的枠組みで愛着理論が援用されていたが、大人になってからの愛着スタイルが不安定であるから全て不適応的であるというわけではない。また安定した愛着を持つ人は十分サポートがある中で孤独であることを心地よく感じることから (Detrixhe, Samstag, Penn, & Wong, 2014), 愛着の側面だけでなく、孤独 (solitude) といった概念が、ひきこもりを心理臨床的視点から検討する上で鍵となるかもしれない。

第二に、ひきこもりの状況のアセスメントである。「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」においても一定のひきこもりの定義が示されているが、ひきこもりの捉え方は一つに収斂しているとは言い難かった。研究レベルでもひきこもりを評価するツールの必要性が指摘されているが (Teo, Stufflebam, and Kato, 2013), 実践レベルでもひきこもりを包括的に評価し、支援に役立てていけるアセスメントシートが必要である。そのために

は、これまで見てきたように、ひきこもり支援において用いられてきた指標を参考にし、実践の中で試行していくことが必要である。但し、そこには、ひきこもり本人やその家族との関わり合いという行為によってその意味を編成していく作業が求められるだろう。

## V まとめ

ひきこもりは日本を含め、いくつかの先進国でも1~2%の割合で若者に生じている。全体の割合を見ると非常に少数であるが、個人の病理だけでは論じることはできない。ひきこもりは、日本文化そのものといった静的な文脈でなく、日本のグローバル化や価値観の変化といった動的な流れの中で起きてきたメンタルヘルスの問題であるといえる。

ライフスタイルが自由となり、ひととのつながりが断片化され、一旦ひきこもるとひとの目からひきこもり本人は“目に見えない”存在となる。また、彼らはめったに自分からは臨床の場に現れないために、支援になかなか結びつかない。しかし、彼らが何らか痛みを抱えているのも事実である。あまりに痛みがきついとそれを感じなくなっていく。問われているのは、支援者側のまなざしであり、支援者側がひきこもり本人の痛みに関わっていくことが必要だろう。

<付記>本論文はJSPS 科研費 26380920 の助成を受けたものです。

## 文献

- Bhugra, D., Till, A., & Sartorius, N. (2013). What is mental health? *International Journal of Social Psychiatry*, *59*, 3-4.
- Borovoy, A. (2008). Japan's hidden youths: Mainstreaming the emotionally distressed in Japan. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, *32*, 552-576.
- Chan, G. H. Y., & Lo, T. W. (2014a). Quality of life of the hidden youth in Hong Kong. *Applied Research in Quality of Life*, *9*, 951-969.
- Chan, G. H. Y., & Lo, T. W. (2014b). Family relationships and the self-esteem of hidden youth: A power dynamics perspective. *Journal of Family Issues*, Epub ahead of 5 June. doi:10.1177/0192513X14537479.
- Chan, G. H. Y., & Lo, T. W. (2014c). Hidden youth services: What Hong Kong can learn from Japan. *Children & Youth Services Review*, *42*, 118-126.
- Detrixhe, J. J., Samstag, L. W., Penn, L. S., & Wong, P. S. (2014). A lonely idea: Solitude's separation from psychological research and theory. *Contemporary Psychoanalysis*, *50*, 310-331.
- Funakoshi, A., & Miyamoto, Y. (2015). Significant factors in family difficulties for fathers and mothers who use support services for children with hikikomori. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, *69*, 210-219.
- Furlong, A. (2008). The Japanese hikikomori phenomenon: Acute social withdrawal among young people. *Sociological Review*, *56*, 309-325.
- Furuhashi, T., Tsuda, H., Ogawa, T., Suzuki, K., Shimizu, M., Teruyama, J., Horiguchi, S., Shimizu, K., Sedooka, A., & Figueiredo, C. (2013). État des lieux, points communs et différences entre des jeunes adultes retirants sociaux en France et au Japon (Hikikomori). *L'Évolution Psychiatrique*, *78*, 249-266.
- Guedj-Bourdiau, M. J. (2011). Clausturation à domicile de l'adolescent. Hikikomori. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *169*, 668-673.
- Hattori, Y. (2005). Social withdrawal in Japanese youth: A case study of thirty-five hikikomori clients. *Journal of Trauma Practice*, *4*, 181-201.
- Heinze, U., & Thomas, P. (2014). Self and salvation: Visions of hikikomori in Japanese manga. Contemporary Japan. *Journal of the German Institute for Japanese Studies, Tokyo*, *26*, 151-169.
- Kaneko, S. (2006). Japan's 'socially withdrawn youths' and Time Constraints in Japanese society management and conceptualization of time in a support group for 'hikikomori'. *Time & Society*, *15*, 233-249.
- Kato, T., Tateno, M., Shinfuku, N., Fujisawa, D., Teo, A., Sartorius, N., Akiyama, T., Ishida, T., Choi, T., Balhara, Y., Matsumoto, R., Umene-Nakano, W., Fujimura, Y., Wand, A., Chang, J., Chang, R., Shadloo, B., Ahmed, H.,

- Lerthattasilp, T., & Kanba, S. (2012). Does the 'hikikomori' syndrome of social withdrawal exist outside Japan? A preliminary international investigation. *Social Epidemiology & Psychiatric Epidemiology*, **47**, 1061-1075.
- 北尾 倫彦 (1986). 落ちこぼれ・無気力・ひきこもり 教育と医学, **34**, 439-443.
- Kondo, N., Sakai, M., Kuroda, Y., Kiyota, Y., Kitabata, Y., & Kurosawa, M. (2013). General condition of hikikomori (prolonged social withdrawal) in Japan: Psychiatric diagnosis and outcome in mental health welfare centres. *International Journal of Social Psychiatry*, **59**, 79-86.
- 古志 めぐみ・青木 紀久代 (2015). ひきこもりに関する文献の推移 青木紀久代(編) ひきこもりサポートネット事業・研究報告書 2014, pp.65-70.
- 厚生労働省 (2010). ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン
- Koyama, A., Miyake, Y., Kawakami, N., Tsuchiya, M., Tachimori, H., & Takeshima, T. (2010). Lifetime prevalence, psychiatric comorbidity and demographic correlates of "hikikomori" in a community population in Japan. *Psychiatry Research*, **176**, 69-74.
- Krieg, A., & Dickie, J. R. (2013). Attachment and hikikomori: A psychosocial developmental model. *International Journal of Social Psychiatry*, **59**, 61-72.
- Lebowitz, E., Dolberger, D., Nortov, E., & Omer, H. (2012). Parent training in nonviolent resistance for adult entitled dependence. *Family Process*, **51**, 90-106.
- Lee, Y. S., Lee, J. Y., Choi, T. Y., & Choi, J. T. (2013). Home visitation program for detecting, evaluating and treating socially withdrawn youth in Korea. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, **67**, 193-202.
- Li, T. M. H., & Wong, P. W. C. (2015). Youth social withdrawal behavior (hikikomori): A systematic review of qualitative and quantitative studies. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, **49**, 595-609.
- Li, T. M. H., & Wong, P. W. C. (in press). Editorial Commentary: Pathological social withdrawal during in adolescence: a culture-specific or a global phenomenon? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.
- Malagón-Amor, Á., Córcoles-Martínez, D., Martín-López, L. M., & Pérez-Solà, V. (2015). Hikikomori in Spain: A descriptive study. *International Journal of Social Psychiatry*, **61**, 475-483.
- Nagata, T., Yamada, H., Teo, A. R., Yoshimura, C., Nakajima, T., & van Vliet, I. (2013). Comorbid social withdrawal (hikikomori) in outpatients with social anxiety disorder: Clinical characteristics and treatment response in a case series. *International Journal of Social Psychiatry*, **59**, 73-78.
- Norasakkunkit, V., & Uchida, Y. (2014). To conform or to maintain self-consistency? Hikikomori risk in Japan and the deviation from seeking harmony. *Journal of Social and Clinical Psychology*, **33**, 918-935.
- Ogino, T. (2004). Managing categorization and social withdrawal in Japan: Rehabilitation process in a private support group for hikikomorians. *International Journal of Japanese Sociology*, **13**, 120-133.
- Ovejero, S., Caro-Cañizares, I., de León-Martínez, V., & Baca-García, E. (2014). Prolonged social withdrawal disorder: A hikikomori case in Spain. *International Journal of Social Psychiatry*, **60**, 562-565.
- Rosenthal, B., & Zimmerman, D. L. (2012). Hikikomori. *International Journal of Mental Health*, **41**, 82-95.
- 斎藤 環 (2014). 不登校・ひきこもりの「長期間を経たその後の状態」について 臨床精神医学, **43**, 1481-1485.
- Sarchione, F., Santacroce, R., Acciavatti, T., Cinosi, E., Lupi, M., & Di Giannantonio, M. (2015). Hikikomori: clinical and psychopathological issues. *European Psychiatry*, **30**, 28-31.
- Suwa, M., & Suzuki, K. (2013). The phenomenon of "hikikomori"(social withdrawal) and the socio-cultural situation in Japan today. *Journal of Psychopathology*, **19**, 191-198.
- Tajan, N. (2015). Social withdrawal and psychiatry: A comprehensive review of Hikikomori. *Neuropsychiatrie de l'enfance & de l'Adolescence*, **63**, 324-331.
- Tateno, M., Park, T. W., Kato, T. A., Umene-Nakano, W., & Saito, T. (2012). Hikikomori as a possible clinical term in psychiatry: a questionnaire survey. *BMC Psychiatry*, **12**, 169-175.
- Teo, A. R. (2010). A new form of social withdrawal in Japan: A review of hikikomori. *International Journal of Social Psychiatry*, **56**, 178-185.
- Teo, A. R. (2012). Social isolation associated with depression: A case report of hikikomori. *International Journal of Social Psychiatry*, **59**, 339-341.
- Teo, A. R., Fetters, M. D., Stufflebam, K., Tateno, M., Balhara, Y., Choi, T. Y., Kanba, S.,

- Mathews, C.A., & Kato, T. A. (2015). Identification of the hikikomori syndrome of social withdrawal: Psychosocial features and treatment preferences in four countries. *International Journal of Social Psychiatry*, **61**, 64-72.
- Teo, A. R., Stufflebam, K. W., & Kato, T. A. (2013). The intersection of culture and solitude: the hikikomori phenomenon in Japan. In R.J. Coplan & J.C. Bowker (Eds). *The handbook of solitude: Psychological perspectives on social isolation, social withdrawal, and being alone*. Hovoken, New Jersey: John Wiley & Sons, pp.445-460
- Todd, K. H. L. (2011). Hikikomani: Existential horror or national malaise? *Southeast Review of Asian Studies*, **33**, 135-147.
- Toivonen, T. (2011). 'Don't let your child become a NEET!' The strategic foundations of a Japanese youth scare. *Japan Forum*, **23**, 407-429.
- Toolis, E. E., & Hammack, P. L. (2015). The lived experience of homeless youth: A narrative approach. *Qualitative Psychology*, **2**, 50-68.
- Umeda, M., & Kawakami, N. (2012). Association of childhood family environments with the risk of social withdrawal ('hikikomori') in the community population in Japan. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, **66**, 121-129.
- Vanhalst, J., Soenens, B., Luyckx, K., Van Petegem, S., Weeks, M. S., & Asher, S. R. (in press). Why do the lonely stay lonely? Chronically lonely adolescents' attributions and emotions in situations of social inclusion and exclusion. *Journal of Personality and Social Psychology*.
- Wilson, S. (2010). Braindance of the hikikomori: Towards a return to speculative *Psychoanalysis. Paragraph*, **33**, 392-409.
- Wong, P. W. C., Li, T. M. H., Chan, M., Law, Y. W., Chau, M., Cheng, C., Fu, K.W., Bacon-Shone, J., & Yip, P. S. F. (2015). The prevalence and correlates of severe social withdrawal (hikikomori) in Hong Kong: A cross-sectional telephone-based survey study. *International Journal of Social Psychiatry*, **61**, 330-342.
- Wong, V. (2009). Youth locked in time and space? Defining features of social withdrawal and practice implications. *Journal of Social Work Practice*, **23**, 337-352.
- Wong, V. (2014). Social work with youth in social withdrawal: In-home and beyond-home intervention modalities. *China Journal of Social Work*, **7**, 161-174.
- World Health Organization. (2013). *Mental health action plan 2013 - 2020*. (世界保健機関. (2013). (独) 国立精神・神経医療研究センター精神保健福祉研究所自殺予防総合対策センター(訳) (2013). メンタルヘルスアクションプラン 2013-2020.)
- 谷田 征子・岩藤 裕美・青木 紀久代 (2013). オンラインカウンセリングの可能性 お茶の水女子大学心理臨床相談センター紀要, **15**, 1-11.