

ひきこもりと生きにくさ：対人関係療法による関わりから

安達 圭一郎

山口大学大学院医学系研究科保健学専攻 教授（臨床心理学）

Hikikomori (Social Withdrawal) and the Difficulty of Living: From the View Point of Interpersonal Psychotherapy

Keiichiro Adachi

Professor of Clinical Psychology Faculty of Health Sciences
Yamaguchi University Graduate School of Medicine

ご紹介有難うございます。

私の専門の一つは、対人関係療法を用いた心の支援です。対人関係療法は、日本でこそあまりメジャーではありませんが、うつ病を中心とした様々な精神疾患への治療法として、欧米などでとても豊富なエビデンスが蓄積されてきた心理療法の一つです。そうした私の臨床活動の中に、いわゆる「ひきこもり」と言われるクライアントとの出会いが含まれております。お断りしておかねばなりません、私は決して「ひきこもり」支援の専門家ではありません。本来は精神疾患に悩むクライアントへの治療というのがメインなのですが、精神疾患の症状の一部としてひきこもりの様相を示すクライアントは決して少なくありませんでした。

今回、ひきこもり問題を改めて真正面から捉えなおすことを目的に、そうした方々との治療面接で気がついたこと、あるいは、文献を通して分かったことを、とても基礎的なレベルから整理していきたいと考えております。先生方におかれましては、すでにご存じの内容が多いとは思いますが、再確認のつもりで、どうぞお付き合いください。

ここからは「ハズキルーベ」をかけさせていただきます。これをかけると、人相が悪くなるのであまり評判が良くないのですが…。

記憶に新しいと思いますが、抄録にも書きましたように、今からちょうど1年前にあたる昨年12月末、朝日新聞で「平成とは」というタイトルで連載が組まれました。その中の第1番目のテーマがひきこもり問題でした。

その中ででてきたのが、47歳の息子と86歳の父親の二人暮らし世帯のお話でした。いわゆる「8050（ハチマルゴーマル）問題」ですね。父親はすでに後期高齢者の年齢に達しているにもかかわらず、息子さんは47歳という年齢になっても就労できず、長期にわたって自宅にひきこもっているのです。彼らのその後の生活はどうなっていくのでしょうか？しかも、こうしたケースは決してまれではない。現在の日本を象徴する社会問題の一つであ

ることを、朝日新聞は大々的に取り上げたのです。

私も非常に興味深く読んだわけですが、まずは、ひきこもりの現状からみていきましょう。

ひきこもりの定義

（厚生労働省：2010）

① さまざまな要因の結果として、社会的参加（義務教育を含む就学、非常勤職を含む就労、家庭外での交友など）を回避し、原則的には6ヵ月以上にわたって概ね家庭にとどまり続けている状態（他者と交わらない形での外出をしていてもよい）を示す現象概念

② 原則として統合失調症の陽性あるいは陰性症状に基づくひきこもり状態とは一線を画した非精神病的な現象

その前に、ひきこもりの定義です。スライドにありますように、さまざまな要因の結果として、社会的参加を回避し、原則的には6ヵ月以上にわたって概ね家庭にとどまり続けている状態を示す現象的概念とされています。

また、原則として統合失調症の陽性あるいは、陰性症状に基づくひきこもり状態とは区別されるとあります。

広義のひきこもり

「自分の趣味の用事の時だけは外出できる」

（2010年＝約46万人；2016年＝約36.5万人）

狭義のひきこもり

「ふだんは家にいるが、近所のコンビニなどには出かける」

「自室からは出るが、家からは出ない」

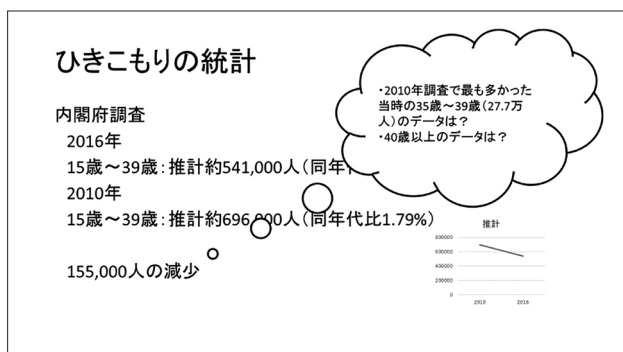
（2010年＝約23.5万人；2016年＝約17.6万人）

内閣府（2016）「若者の生活に関する調査報告書」

内閣府による15歳～39歳を対象とした2016年の調査では、ひろい意味でのひきこもり（自分の趣味の時だけは出かけることができる）の方は推計値で36万5千人います。

狭義のひきこもりというのは、もう少しシビアな状態

といますか。外出できたとしてもコンビニ程度、あるいは、自室からは出られるけれど家からは一歩も出られない。そういう方が17万6千人います。



トータルすると、広義、狭義をあわせて54万人。同年代比でいくと、1.57%の割合です。この6年前の2010年に内閣府でおこなわれた同様の調査では、広義、狭義あわせて推計69万6千人がひきこもりに該当すると発表されました。とすると、6年たって15万5千人程度減少していることになります。様々な医療機関や関連諸機関の努力によって達成されたのでしょうか。しかし、よくみると単純に減少したとは言えない側面が見え隠れしています。

2010年の調査で最大のボリューム層であった35歳～39歳（推定16万5千人）は、6年後の2016年では40歳以上であったため、2016年の調査対象者からは外されています。

この16万5千人のひきこもりの人たちはどうなってしまったのか？それは誰にも分かりません。しかし、そんな矢先の2017年末の朝日新聞です。彼らの全てとまでは言いませんが、ひきこもりという現状から脱出できているわけでは決してない。そういう意味では、とてもセンセーショナルな記事だったと思います。60人に一人くらいの割合でひきこもり当事者の方がおられる。しかも、確実に年齢を重ねている。

日本特有→世界へ

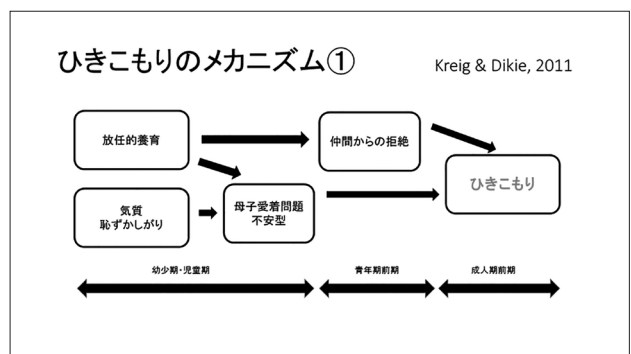
日本固有のメンタリティ
“甘え” “恥の文化”：対人恐怖→1990年以降、Neet・ひきこもり

21世紀
スペイン、韓国、オマーン、フランス、香港からの報告
その他、オーストラリア、バングラディッシュ、イラン、インド、台湾でもひきこもりの現象が起こっている可能性が... (Kato et al., 2011.2012)

元来ひきこもりという現象は、対人恐怖の延長上にある日本固有の問題ととらえられてきました。日本固有とはどういうことかということ、日本の文化的背景、例えば

“甘えの構造”とか“恥の文化”などと密接に結びついた現象という意味です。そして、みなさんすでにご存知だと思いますが、対人恐怖症は日本固有の精神疾患であり、英語にしても“Taijin-kyofu”なんですよ。1990年代になってくると、その延長線上にある現象として「ひきこもり」という言葉が盛んに使われるようになったという経緯があります。

しかし、これが日本特有のものなのかということ、実は2000年にはいって、世界各国からひきこもり例の報告が出てまいりました。文献等で見た限りでは、スペイン、韓国、オマーン。また日本の研究者がひきこもりの架空事例を作成し、世界各地の専門家に読んでもらったところ、こうした事例が存在するとした国はオーストラリア、バングラディッシュ、イラン、インド、台湾、アメリカなどでした。こうなってくるとひきこもりは日本文化固有の問題とは言ってられない。世界規模の問題とも言えるわけです。文献的には“Hikikomori”あるいは“Social withdrawal”という表記が使われています。



次にひきこもりのメカニズムです？

Kreigらが2011年に報告した論文を紹介します。この論文では、ひきこもり経験者とそうでない一般人約80人を対象に調査がなされ、ひきこもりに至るプロセスが検討されました。まずもって目を引くことは、ひきこもり現象が幼少期から成人期に至る息の長い経過を経て出現するということです。それだけ根が深い問題といえるかもしれません。

ざっと眺めてみましょう。前提として、生まれながらにして（気質的に）恥ずかしがりのお子さん、あるいは、何らかの要因でネグレクトに近いような親の放任的養育を受けた子どもさんという問題が潜伏しています。ここから2つの経路に分かれるわけですが、1つは、幼少期に母子間で十分な愛着関係が形成されず、そこを経由して、青年期から成人期にいたってひきこもってしまうというパスです。それから2つめは、母子の愛着問題は経由しませんが、放任的養育によってお子さん自身に対人関係スキルの未学習という問題が起こりやすくなる。それが、児童期後半～青年期にかけての友人からの拒絶につながり、ついにはひきこもりにいたるというパスです。

これはあくまでも心理学的にみた場合のひきこもりの発生経過です。全てのケースがここに該当するわけではありません。該当するのは2割～3割程度とされています。

ひきこもりのメカニズム②

Li & Wong, 2015

タイプ1(過剰依存型ひきこもり)

過保護・過干渉な親(必要な物が全て親によって与えられる)

居心地の良い家→自律性の低下→周囲への信頼・関係構築は必要なし→社会との関わりを一切必要としない

タイプ2(他者依存型ひきこもり)

機能不全家族(対人スキルの未学習・周囲への警戒心)

友人を求める→スキル未学習ゆえに発生する仲間からの拒否・いじめ→学校や職場からのひきこもり

タイプ3(反抗的ひきこもり)

成績や生活態度に過剰な期待をもつ親

良い子→つまずき(成績低下・大学受験・就職試験の失敗など)→ニート

その他の報告を見てみましょう。Liらは過去に報告された約40の実証論文をまとめ、若者のひきこもりには、過剰依存型ひきこもり、他者依存型ひきこもり、反抗的ひきこもりという3つのタイプのひきこもりがありそうだと述べています。

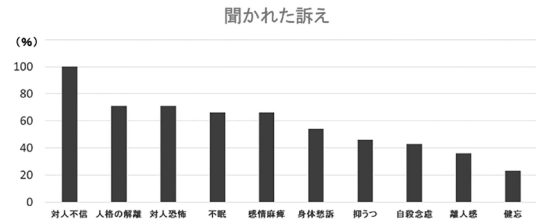
一つ目の過剰依存型ひきこもりとは、過保護・過干渉な親のもとで育った子どもさんのケースです。こうした子どもさんの場合、望むものすべてが親の力でそろってしまう。だからわざわざ家の外に出て、人と関わる必要がないのです。多少理解に苦しむところはありますが、外に出ようとの意欲がないため、もっとも関わりが難しいひきこもりの一群だと言われています。

それから、他者依存型ひきこもりというのは、機能不全家庭、つまり家族のシステムがうまく働いていない家庭で育ったお子さんのケースです。システムがうまく働いていないということは、家庭を構成する個々のメンバー(家族)の役割がどこかうまくかみあっていない。こうしたお子さんの場合、モデルとなる身近な親なり兄弟の役割が混乱しているので、対人スキルがうまく獲得されず、結果として仲間との関係がうまくいなくなる。特に学校や職場でうまく適応できずひきこもりという経過をたどりやすいとされます。

最後に、反抗的ひきこもりです。これは昔よく言われた優等生の息切れタイプに近いです。親の過剰な期待を一身に背負い、いわゆる「良い子」として成長するのですが、成績ダウンなどを機会に、息切れを起こし学校からひきこもりというものです。一時期、不登校でよく見られたパターンに近いだろうと思います。

以上のように、ひきこもりという現象を心理的側面から明らかにしようという研究が一方でなされてきました。

ひきこもり当事者35名からの報告 (Hattori, 2006)



確かに、心理的なメカニズムも重要なのですが、こちらをご覧ください。これは日本の臨床心理士である服部が2006年に書いた論文です。カウンセリングで出会った35名のひきこもりの方が、面接の中で訴えた内容を示しています。

人のことを信用できないと訴えたのは100%。また、人格の解離といったPTSD症状や対人恐怖を訴えたケースは70%。その他、不眠とか、感情麻痺が60%、抑うつ、自殺念慮なども40%以上です。

ひきこもり現象は、心理的な問題、心理的なメカニズムの問題としてある程度は説明できるのですが、果たしてそれだけなのでしょうか？訴えの内容やその頻度を見てみると、精神疾患との関連性についてもおさえておかなければならないと思うのです。

精神疾患との関連性

発達障害の約25%を含め、ひきこもり当事者の95%に何らかの精神疾患が該当する(齋藤, 2010)。

代表的なものとして

発達障害: 自閉症スペクトラム障害, ADHDなど

気分障害: うつ病, 気分変調症など

不安障害: 全般性不安障害, 社交不安障害, パニック障害など

パーソナリティ障害: 回避性, 依存性, 強迫性, 境界性など

これはインパクトの強い報告ですが、ひきこもり当事者の95%には何らかの精神疾患が認められるというものです。

代表的なものとしては25%が発達障害、つまりASD(自閉症スペクトラム障害)、ADHDなどが4分の1程度いて、残りは気分障害、あるいは不安障害、あるいはパーソナリティ障害、という内容でした。

Teo et al(2015a, 2015b)・加藤ら(2015)の研究

日米に共通して多い
回避性パーソナリティ障害(41%)
うつ病(32%)
PTSD(27%)
社交不安症(27%)



★68%は複数の精神疾患に罹患
★23%はどの精神疾患も罹患していない＝特異的(一次的)ひきこもり

その他、Teoらや加藤らは日本の研究者とコラボして多数の論文を書いています。ここに書かれているように、日米のひきこもり当事者に共通して多い精神疾患として、回避性パーソナリティ障害、うつ病、PTSD、社交不安症。そうした精神疾患を持つひきこもりの方の68%は複数の精神疾患に当てはまると言います。

これまでの精神疾患はどういう基準かという、DSMとかICDとか、いわゆるグローバル・スタンダードな基準による精神疾患の診断が用いられています。診断を行ったのは精神科医。しかしながら、どの疾患にも罹患していない人が23%くらいいる。こういう人たちが特異的なというか、いわゆる精神疾患と関係がない心理的な問題としての“ひきこもり”としてみることでいいのではないかとということでした。全体としてみると、全体の77%が何らかの精神疾患ということです。

Koyama et al(2010)の研究

不安障害(全般性、社交など)18.2%
気分障害(うつ病、気分変調症など)31.8%
物質依存(アルコール、薬物など)25.0%
間欠性爆発症8.7%



★このうち35%はひきこもりになる前の発症
★気分障害の発症率はひきこもりの6.1倍
★発達障害は含まれない

それから小山らの研究。ひきこもり当事者に多い精神疾患として不安障害、気分障害、物質依存症などが挙がっています。この研究では、このうち35%の者がひきこもりになる前に発症している。つまり、こういう精神疾患に罹患したあとに、ひきこもりの状態になっています。また、気分障害の発症率はひきこもりを経験していない人の6.1倍です。ひきこもりと気分障害との密接なつながりが指摘されています。

一方で、この研究には発達障害は含まれていませんでした。精神疾患に罹患している方が54%、さきほど25%くらい発達障害の方がおられるんじゃないかということだったので、あわせると、Teoらの研究と同じくらいの数字になると思います。

社交不安障害(社交不安症)との関連をめぐって

Nagata et al, 2011

- 2000～2007年に社交不安症と診断された141名を対象とした。
- ひきこもりの基準は、①大半の時間を自宅で過ごす ②就学や就労に関心がない ③6ヶ月以上のひきこもり状態が続いている ④統合失調症、双極性障害、知的障害の既往がない ⑤友達などとの人間関係を維持している者は除外するであった。
- 141名中27名(19%)がひきこもりの基準に該当した。
- 全てのケースが社交不安症発症の後にひきこもりが始まった。
- 社交不安症+ひきこもり群は、社交不安症+非ひきこもり群よりも、強迫性障害を伴う例が多かった(19% vs 4%)。

私が個人的に面接をしております、特に注目していることは、私のもとにひきこもりとして来られた方のほぼ80%から90%の方が精神科医によって社交不安障害(社交不安症)の診断を受けている点です。

- 他者の注視を浴びる可能性のある1つ以上の社交場面に對する、著しい恐怖または不安感として、社交的なやりとり(例：雑談すること、よく知らない人に会うこと)、見られること(例：食べたり飲んだりすること)、他者の前でなんらかの動作をすること(例：雑談をすること)が含まれる。
注：子どもの場合、その不安は成人との交流だけでなく、仲間との状況でも起きるものでなければならない。
- その人は、ある振る舞いをするか、または不安症状を見せることが、否定的な評価を受けることになると怖れている(すなわち、恥をかいたり恥ずかしい思いをするだろう、拒絶されたり、他者の道徳になるだろう)。
- その社交的状況はほとんど常に恐怖または不安を誘発する。
注：子どもの場合、遠く、かんしゃく、走りつく、まといつく、縮みあがる、または、社交的状況で話せないという形で、その恐怖または不安が表現されることがある。
- その社交的状況は回避され、または、強い恐怖または不安を感じながら耐え忍ばれる。
- その恐怖または不安は、その社交的状況がもたらす現実の危険、その社会的文化的背景に釣り合わない。
- その恐怖、不安、または回避は持続的であり、典型的には6ヵ月以上続く。
- その恐怖、不安、または回避は、臨床的に意味のある苦痛、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。
- その恐怖、不安、または回避は、物質(例：薬物乱用、医薬品)または他の医学的疾患の診断学的存在によるものではない。
- その恐怖、不安、または回避は、パニック症、強迫性障害、自閉スペクトラム症といった他の精神疾患の症状では、うまく説明されない。
- 他の医学的疾患(例：パーキンソン病、肥満、除脈や自傷による病状)が存在している場合、その恐怖、不安、または回避は、明らかに医学的疾患とは無関係または過剰である。

字が小さくて申し訳ないのですが、社交不安症というのはここにありますように、他者の注視を浴びる可能性のある社交場面で著しい恐怖・不安を感じてしまうのが主要な症状です。社交的なやりとりとは、雑談することや、よく知らない人に会うこと、あるいは、見られること、食べたり飲んだりすることなどです。

さらに、ある振る舞いをして人に不安症状(例えば、汗を大量にかく、声が震える、顔が赤くなるなど)を見せてしまうと、人から馬鹿にされる、拒絶される、場合によっては人の迷惑になるなどといった否定的評価につながるのではないかと極度に気にします。それから、こうした社交的状況においては、ほとんど常に恐怖または不安が起きます。

また、こうした社交的状況は基本的には回避されるんですけども、初期のうちには強い恐怖や不安を感じながらも耐え忍んでいる場合もあります。

そして、こうした恐怖、不安、回避は持続的であり、6ヵ月以上続いているとともに、臨床的に意味のある苦痛、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。こういったものが当てはまる病気を、社交不安障害、精神疾患、としましょうということになっています。

社交不安障害(社交不安症)との関連をめぐって

Nagata et al, 2011

- ・2000～2007年に社交不安症と診断された141名を対象とした。
- ・ひきこもりの基準は、①大半の時間を自宅で過ごす ②就学や就労に関心がない ③6ヶ月以上のひきこもった状態が続いている ④統合失調症、双極性障害、知的障害の既往がない ⑤友達などとの人間関係を維持している者は除外するであった。
- ・141名中27名(19%)がひきこもりの基準に該当した。
- ・全てのケースが社交不安症発症の後にひきこもりが始まった。
- ・社交不安症+ひきこもり群は、社交不安症+非ひきこもり群よりも、強迫性障害を伴う例が多かった(19%vs 4%)。

前置きが長くなりましたけど、スライドに示しますように、永田(2001)は、2000年から2007年に社交不安症と診断された141名について、ひきこもりの基準に該当する人がどのくらいいるのか、調べました。

その結果27名(19%)が該当し、後方視的な調査ながら、その全てのケースが社交不安症発症の後にひきこもりが始まったことを見出しました。

また、社交不安症にひきこもりが随伴する場合は、社交不安症単独の人よりも強迫性障害が同時に診断される場合が多いということも興味深い報告です。

治療面では

- ・社交不安症+ひきこもり群27名に対して、平均約2年間の治療をおこなったところ、フルタイムで勤務を始めた者、あるいはフルタイムで復学した者は10名(37%)。
- ・おこなった治療は、SSRI処方、認知行動療法、支援施設における週1回の集団活動参加
- ・改善の見られた者は、そうでないものと比べ、外来治療を中断せず継続していた

私自身、実際、ひきこもりの方とお会いしていると、とても頑固で、思い込んだら絶対譲らない、そんな方が多いという印象を持っています。みなさんの中にもそういう印象をお持ちの方はおられるんじゃないかと思いません。

永田は、この27名に2年間の治療を行ったところ、フルタイムで勤務を始めた者、あるいはフルタイムで復学した者は10名、37%だったと報告しています。4割弱ですね。おこなった治療は、薬の処方、認知行動療法、支援施設における集団活動です。こういった治療を2年間おこなったということですね。

そして、改善のみられた者は、外来治療を中断せず継続できた者ということなので、きちんと治療的援助を受ければ予後は決して悪くないことが伺えます。もっとも、いかにドロップアウトを防ぎ治療につなぎ留めておくかという問題は、言うほど簡単には解消されません。様々な工夫が必要となるのは容易に想像がつかます。

厳密にみると...

ひきこもりは

- ① 特異的なひきこもり(20%程度)
 - ・これまでの診断分類には属さない新しい精神疾患
 - ・発達のプロセスで起こったつまづき=非精神疾患
- ② 二次的なひきこもり(80%程度)
 - 従来でいうところの精神疾患が、ひきこもりの出現、経過に大きく関与する

繰り返しになりますが、ひきこもりというのは診断名ではなく現象を表す名称です。これまでの文献をまとめると、だいたい2割くらいの人は、今ある精神疾患とは縁のない方だと言えそうです。ただし、その中には、これまでの診断分類にはない新しい疾患である可能性が示唆されています。Teoらは、ひきこもりが日本固有ではなく多くの国々で認められていることから、DSMの次の改定で新たな疾患として盛り込む必要があるとも述べています。

それと、純粋に心理社会的な、つまり発達のプロセスの中で起こったつまづき、いわゆる非精神疾患のひきこもりに分かれるのだらうと言えそうです。

それから②の二次的ひきこもり、これが精神疾患と関連のあるひきこもり当事者ということになります。8割程度ですね。

ただし、ここでご注意いただきたいことが2点あります。1つは、精神疾患があるからひきこもっているというふうに、ひきこもりと精神疾患の関係を単純な因果関係でとらえていただきたくないということです。精神疾患とひきこもりとの関係はまだまだ分かっていないことが多いのです。ひきこもりの生活を続けていく中で、様々な心理的ストレスが継続的に作用し、精神疾患発症に結びつく場合もあるでしょう。逆に、精神疾患の症状の一部としてひきこもりの様相を呈することも十分に考えられます。そもそも精神疾患の原因は様々であり、多因子疾患という言葉が使われるほどです。

さらに、ひきこもりの人の8割は精神疾患に罹患していると言ってしまうと、ひきこもり当事者に対するある種の偏見をおおっているように受け取られかねないところがあります。残念ながら日本には、精神疾患に対する偏見やスティグマは根強く存在しています。

しかし、私の精神疾患の捉え方は、世間にある偏見的な見方(あるいはスティグマ)とは一線を画しています。分かりやすく言いますと、ひきこもり当事者の80%が精神疾患ということは、ひきこもり状態にある大部分の人を精神疾患の治療を中心にさまざまな形で支援が可能である。そういうことを言いたいわけです。もうちょっと話を続けさせていただきます。

精神疾患や障害をどうとらえるか？

DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
アメリカ精神医学会が出版した精神疾患診断のための世界統一基準



精神疾患や障害をどうとらえるかということですが、アメリカ精神医学会が作成した精神疾患の診断基準にDSM（精神疾患の診断・統計マニュアル）というものがあります。現在その第5改訂版がでていますが、世界で統一の診断基準を作ろうとの目的でここまで普及してきました。ここでは、Mental Disordersという言葉が使われており、日本語の訳は精神疾患だったり精神障害だったりです。精神疾患と精神障害はどう違うの？というところですが。

ICFの意義

病気や怪我（傷病）を単なる個人の問題に封じ込めない点

以下のように傷病と障害を同一平面上で分かりやすく論じた点

- ① 傷病によって、心や体に不都合が生じ、それが、様々な活動、社会参加への制限をもたらすこと
- ② 同時に、こうした心や体の不都合、活動制限、社会参加への制限は相互に影響し合い、病状にも大きくかわること
- ③ 傷病や障害の支援には、個人への支援にとどまらず（治療、カウンセリングなど）、環境調整（バリアフリー、近所関係、家族関係、生活支援など）との協働が必要であることを明示した

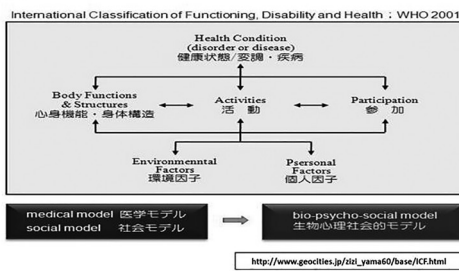
私はこのICFの考え方はとても有用なものと思ってきました。

これを精神疾患に当てはめて考えてみましょう。先ほども述べましたように、日本では、精神疾患に対する偏見が根強く残っています。その中の一つに、精神疾患は本人自身の気力の問題ややる気のなさが原因と安易に決めつけてしまうというものがあります。あるいは、精神疾患はわれわれとは異なる特別な人が罹患する病気であり、一度罹患したら何度も再発し通常な社会生活など送ることができなくなるなどですね。そうやって、精神疾患にかかったその人自身の問題にのみ封じ込めようとしてきたわけです。

ICFが言うのは、いやいやそうじゃないんだ、もっとひろい視点からとらえましょうということですね。個人の問題に封じ込めることなく、傷病と障害を同一平面上でわかりやすく論じている点で私はとても意義があったなと思います。

繰り返しになりますが、精神疾患が起こって心や体に不都合が起こる、それが様々な活動、社会参加への制限をもたらす。同時に、こうした心や体の不都合、活動制限、社会参加への制限は病状にも影響していく。そこに個人のやる気の問題や気力の問題が入り込む余地などないんです。したがって、支援にあたっては、ポジティブ・ネガティブ両面から個人を多角的にアセスメントし、治療、カウンセリング、環境調整などの協働が絶対に必要であることを明示しているのです。これはあらためて申し上げることもない。まとめると、こういうふうになるんだろうなと。

障害とは？



これは有名なICF（国際生活機能分類）というものです。スライドにありますように、2001年にWHOによって提唱されました。そして、ここにはとても重要なことが書かれてあります。障害っていうのは、こういうふうにとらえましょうということなんです。つまり、まず、一番上に疾患あるいは病気が載っています。ここからが大切なのですが、疾患にはある種の機能の問題が必ず伴っています。例えば、歩行機能の低下、消化機能の低下、精神疾患で言えば、対人コミュニケーション機能の低下、集中力の低下、就業機能の低下などですね。そして、そのことによってある種の活動が阻害されてしまう。さらに、そうしたことが、社会参加（社会生活の維持）に大きく影響してしまう。そういう状況にはバリアフリー、あるいは職場上司の理解など環境の因子や、経済状態やその人の性質などと言った個人因子が影響します。そういったものがすべて影響しあって、障害というものが形づくられるという理解です。

つまり、本人の状態を、病気という単独の視点のみからとらえるのではなくて、あらゆる側面からトータルにとらえていきましょう。そういう趣旨なわけです。

傷病と障害は不可分な関係にある

- ① 傷病 = 内臓の働き、認知の働き、人とうまく関わるための諸機能、働くために必要な諸機能などに問題が生じる（心身諸機能、身体構造）
- ② 傷病 = 身体を動かすこと、考えること、他者とコミュニケーションすること、働くことなどの活動に問題が生じる（活動）
- ③ 傷病 = ①②のことからさまざまな場面（学校、職場、サークルなど）への参加に問題が生じる（参加）

確認しておきたいこと

~~傷病: 何らかの内的外的要因によっておこった一時的な心身の異常 (治療で治る)~~
~~障害: 一生抱え続けなければならない不可逆的なハンディキャップ (治療で治らない)~~

↓

傷病と障害は表裏一体

つまり、何らかの内的外的要因によっておこった一時的な心身の異常が病気で、これは治療で治るもの、そして、障害は一生抱え続けなければならない不可逆的なハンディキャップという区別した考え方はやめて、表裏一体の関係であるということをしっかり心にとどめておいて下さい。



こういう障害とか疾病とかおこったときに何が一番問題かという、本人自身の主観的感覚である「生きにくさ」が増大するということですね。私たちは、ここにこそターゲットをあてて、どんな支援をするか考えるわけです。

生きにくさっていうものは、安全保障感が無いと言ってもいいし、安全・安心感のなさと言ってもいいし、とにかくひきこもっている方が、このまま自分の人生を進めていくことに、とってもしづらさを感じてしまっている。私たちはここをポイントに何らかの支援をしていくということです。

生きにくさとは？

安全感・安心感のなさ
 安全保障感のなさ

と言い換えても良いと私は考えています。

ここで、ひきこもり当事者の生の言葉を紹介します。

面接の中で語られた言葉です。

自分は何をやっても駄目だし、容姿に何の魅力もないし、仕事も友人関係もうまくいかない。自分は仕事もしていないし、稼いでいない、社会人でない自分が恥ずかしくてしょうがないとか。毎日、横になりながら、絶望と自責の念が頭を駆け巡るとか。家にいるだけの自分を親はどう思っているんだろう、申し訳ないとか。あるいは、いつ親から働けといわれるのかビクビクしながら生きているとか。なんとかしなきゃいけないとか。

ひきこもり当事者の言葉を聞いてみましょう

- ・自分は何をやっても駄目だし、容姿に何の魅力もない、仕事も友人関係もうまくいかない
- ・自分は仕事もしていないし、稼いでいない、社会人でない自分が恥ずかしくて仕方ない
- ・毎日、横になりながらうつつとしながら、絶望と自責の念が頭を駆け巡る
- ・働いている人に猛烈な嫉妬がある
- ・自分は「人並以下」だし、「普通」でもない
- ・今の自分には人に合わせる顔がないし、人と会いたくない
- ・何をしても面倒くさい、朝起きるのも面倒
- ・家にいるだけの自分を親はどう思っているんだろう、申し訳ない
- ・働いていない(学校に行けていない)自分のことを周囲はダメな奴と思っているにちがいない
- ・このままではいけない、今すぐ何とかしなければ！

- ・自分には何が向いているのか、何をしたいのか分からない
- ・誰かに相談して気持ちをわかってもらいたい、しかし、相談しても何の解決にもならない
- ・自分が受けてきたいじめやからかいを思い出すと、世の中の人が恨めしく思えてならない

周囲への不信感・過敏さ

自責感と焦り・いらだち

助けを求めたいがためらう

傷つきやすさ・自信のなさ

あるいは、長くなってくると、自分には何が向いているのか、何をしたいのか、ほとんどわからない。誰かに相談したいんだけど、気持ちをわかってもらえない。解決にはならない。さらに、いじめとか、そういった体験がきっかけになっているケースも決して少なくない。

周囲への不信感、自責感、自信のなさ、誰にもSOSがだせない。こうなると、生きていけない、やっていけないと思うようになるのも無理ないわけです。

居場所・安心感が・・・

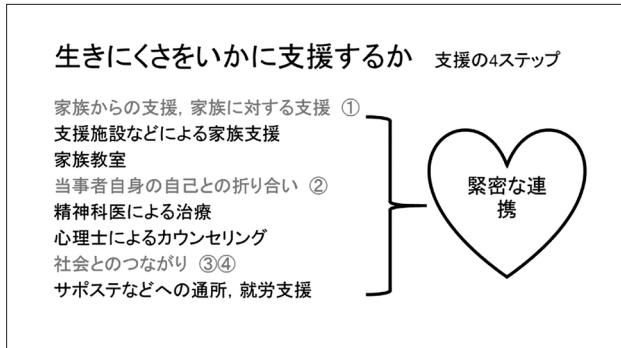
社会

家庭

自分

表現をかえてみると、社会に居場所はないし、家の中

にも居場所はない。加えて、こういう自分も認められない。吉本隆明が「心的構造論」の中で述べているように、社会、家庭、自分との折り合いがつかない状態。こういうふうにとらえてもいいのかもしれない。



厚労省等がだしている支援の4ステップっていうのは、こうした生きにくさを、なんとか、みんなの力を結集して治療していきましようというものです。第1に、家族による支援、支援施設による家族支援です。第2に、さきほど述べたように8割の方に該当するとされています精神疾患の治療です。これは無視できません。最後に第3として社会のつながりを促す支援です。サポステ、その他の就労支援施設などが当てはまるでしょう。

こうした3つの側面からの支援を緊密な連携のもとでおこなっていくことが理想です。そして、全ての支援者の合言葉は、支援される側、つまりひきこもり当事者が「ハッピー」と感じられるよう、みんなで頑張りましようとういうことだろうと思うんです。

生きにくさの反対側がハッピーということについて一言。近年、心理学の分野で、ポジティブ・サイコロジーというのが流行っています。ハッピーというのは、ポジティブ・サイコロジーで言えば「幸福感」にあたります。幸福感というものは、個人個人によってその基準や感じ方は異なるので、あえて「主観的幸福感」と呼ぶ研究者もいます。ポジティブ・サイコロジーでは、こうした個人の主観的幸福感に影響する要因は何か、あるいは主観的幸福感が高い人の特徴とは何かなどを明らかにしようとしています。

そこから分かったことですが、確かに健康で、仕事をしていて、そこそこ裕福で、信頼できる友だちや家族がいる場合、ハッピーに感じる人は多いです。しかし、一方で、シビアと思えるような状況下にいる人でもハッピーに感じる人はいます。周囲の人がどう感じようがあくまでも主観的な問題です。そして、そこに大きく関与するのが周囲からの支援（ソーシャルサポート）です。一番の問題は、悩みを抱えている人を孤立させることです。さまざまな立場の支援者が知恵を出し、さまざまな視点からの支援を展開する。ひきこもっている、少しでもハッピーと感じてもらおうよう支援することです。

対人関係療法 (IPT) とは？

- 効果に科学的な根拠があるうつ病に対する短期心理療法がその始まり(1974; 1976; 1979; 1981)。
- 期間は12回～16回で、問題を焦点化する。
- その後の研究で、双極性障害、摂食障害、不安障害などにもその効果が証明されている。
- 西欧諸国のみならず、日本、タイ、ウガンダ、ドミニカなどでも効果が証明されてきた。
- 医学モデルの採用(病者の役割)。
- 過去の問題や未来よりも、まさにHere & Now。
- パーソナリティを治療ターゲットにせず、現在の対人関係を扱う。
- 基本的には、治療者-患者関係を扱わない。
- 技法よりも戦略を重視する。

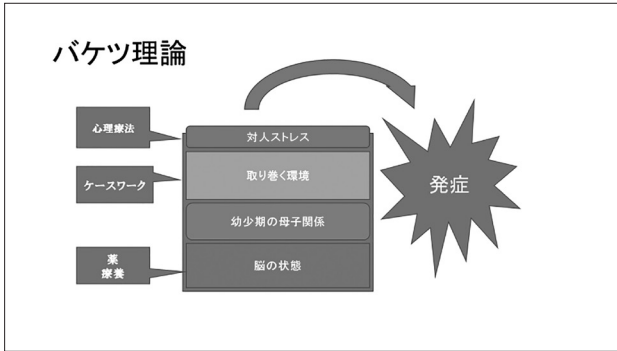
ようやく対人関係療法の話に入っていくわけですけども。対人関係療法というのは、どちらかというところ、ここに書いておりますように、うつ病の短期心理療法からスタートしております。そして、効果が科学的に証明されています。認知行動療法と比較しても遜色はありません。ドロップアウトの面からみると、対人関係療法の方がその数が少ないとされています。大きな理由は宿題です。認知行動療法の場合、毎回宿題が課されます。これがなかなかしんどいという方がおられます。一方、対人関係療法では毎回の宿題はありません。あったとしても、治療全体を通じて数回、それも必修ではありません。従って、ドロップアウトせずに16回の面接をおえることができるわけです。さらに、その後の研究で、双極性障害や不安障害などにもエビデンスがでております。

また、アメリカでスタートした方法ですけれども、日本、タイ、ウガンダ、ドミニカ、などでも効果が証明されています。

それから、医学モデルの採用。対人関係療法というのは医学モデルを採用してはいますが、その考え方は、先ほど紹介したICFの考え方にとっても近いです。つまり、「病氣」がみつかったとしても、その人自身の問題に帰結させない。そうではなくて、病氣という不測の事態が起こっているという考え方をします。

病氣そのものは、その人がなろうとしてなれるものではありません。実際、身体疾患でもおなじです。例えば、癌になりたくて、癌になる人はいません。癌になりたかろうが、なりたくなかろうが、なる人はなるし、ならない人はならない。このように、病氣というのは発症やその経過を全てすべて自分の力でコントロールすることなどできません。やはり、不測の事態だろうというふうにとらえます。不測の事態だからこそ、病者の役割をとりましようとなります。病者の役割っていうのは、病気の期間は一定の社会的役割から離れ、専門家のもとでちゃんと治療をうけましようということなんです。

病者の役割を与えることが医学モデルを採用している一番大きな理由といえます。



クライアントさん、患者さんに、病気について説明するとき、私はこの「バケツ理論」をよく使います。専門用語ではありません。

例えばこんなふうに説明します。「バケツと言うのはあなたの心の許容量です。まず、セロトニンが少ない遺伝子で生まれちゃったとか、いろんな理由で扁桃体の過活動が起こるような状態にあるなどすると、一定の水が入ってしまうんです。あるいは、たまたま脳のある部位に特異性があると、同じようにバケツの中に水が入ってしまう。」

「次に幼い頃のご両親との関係です。これも、たまたまなんです。どこに生まれるかってのは自分では決められませんね。ご両親との関係に一定の齟齬があると、やはり水がたまってしまいます。」

「そして生育環境です。こども、自分で選べるわけではありませんよね。もちろんある程度大人になれば、自分で環境を変えることが可能ですけども。成長のプロセスだと、家族など周囲の大人に頼らざるをえないですよ。ストレスフルな環境であればやはり水がたまっていきます」

「こういうふうに水がたまって行って。最終的に、大きな対人ストレスがかかった時にバケツから水があふれてしまいます。これが病気の発症です」

そして最後に、「お分かりいただけましたでしょうか？ 病気というのは多くの原因からおこってくるものであって、あなたの人間性や気力などは一切関係ありません。あなたが好きこんで招いた結果では決まっています。まずはそのことを頭の隅に置いておいてください。それから治すときです。まずはお薬を飲んで、心の状態を少し動きやすくすることが普通です。さらに、環境を整える意味でケースワークが必要になってきますし、対人ストレス軽減には心理療法が大事になってくるのです。このようにして、各々のお水の量が減っていくと症状がとまります。8分目とか9分目とか考える必要はありません。とにかくあなたのバケツ（許容量）内に水がおさまれば良いのです。どうですか、一緒にやってみませんか。」というような話をさせてもらいます。

こういうプロセスを丁寧に進めていきますと、当事者自身が抱えてしまっている精神疾患に対する思い込み、つまり「自分とはんでもない病気になってしまった。精

対人関係療法 (IPT) とは？

- 効果に科学的な根拠があるうつ病に対する短期心理療法がその始まり(1974; 1976; 1979; 1981)。
- 期間は12回～16回で、問題を焦点化する。
- その後の研究で、双極性障害、摂食障害、不安障害などにもその効果が証明されている。
- 西欧諸国のみならず、日本、タイ、ウガンダ、ドミニカなどでも効果が証明されてきた。
- 医学モデルの採用(病者の役割)。
- 過去の問題や未来よりも、まさにHere & Now。
- パーソナリティを治療ターゲットにせず、現在の対人関係を扱う。
- 基本的には、治療者-患者関係を扱わない。
- 技法よりも戦略を重視する。

神科にいかなきやならない、精神科の薬を飲むと自分が自分でなくなる、一生治らない」といった恐怖や不安から随分と解放されることが多い。私の感触でいうと、うつ病の患者さんだったら、現在の症状を10だとしたら、3割、4割は軽減できるという印象をもちます。

スライドに戻りましょう。過去や未来よりも、まさに、今を大事にする。そして、その人の性格とか、人間性とか問題にしない。現在の人間関係に、それも重要な他者、つまり家族、恋人、配偶者との関係に焦点を絞ります。基本的に治療者-患者関係は扱いません。最後に、技法よりも戦略を重視します。

対人関係の問題をどういうふうにとらえるかっていう問題ですが。私たちは対人関係がうまくいっていないことを“対人関係の不和”という言い方をします。もっと別の言い方をすると、いわゆる、“期待のずれ”、ですね。人間関係がうまくいなくなっている時というのは、双方の期待や言い分、あるいは受け止めがずれてしまっていることが多いのです。

対人関係の不和を、性格が合わない、あるいは水と油の関係というふう原因づけてしまうと、これはもう介入の余地がありません。ただし、“期待のずれ”であれば、いくらでも戦略をたてて、修正を試みることができます。例えば、中学生の男の子Aとその身近な他者である母親との間でこんなやりとりがあったとします。A君は部活でいつもよりもハードな練習を終えて帰宅しました。ホッと一息したA君は母親に「今日部活で〇〇があつてきつかった～」と言いました。A君としては母親から「それはきつかったね～」と少しばかりの共感がほしかっただけだったのです。しかし、母親は次のよう言いました。「好きで入った部活でしょう！ 仕方ないわよ！ そのくらいで泣きごとを言わない！」。A君は一瞬にして怒りがこみ上げ、「何も知らない癖に、偉そうなこと言うなよ！」と言うなり自室に行きました。一方、母親としては、A君を激励しようと思って言ってあげたつもりなのに、A君のふてくされた態度に気持ちがさまりませんでした。

A君にとっても母親にとっても、まさに“期待のずれ”だったのです。どちらにも言い分はあるし、決して間

違ってない。一方が良くて一方が悪いなど簡単に断じることなどできませんね。

このように、人間関係の中でおきる期待のずれってというのは、ささいであってもその人にショックを与えます。A君の場合、そのショックは怒りとして現れました。また、こうした期待のずれという現象に自覚がないと、ずれが重なり関係が大きくこじれ、ついにはあきらめムードになってしまうこともあります。さらに言うと、その相手が重要な人であればあるほど、慢性的な対人ストレスに発展してしまいます。

ここで、A君と母親は元々性格が合わないので仕方ないとせず、どこにずれが生じているのかをよく見極め、ずれのおこりにくい話し方を練習する方が現実的ですし、今後につながります。

いずれにせよ、期待のずれ、というものを軽んじないということが大切です。日頃からずれに注意を払い、ずれを自覚し修正する習慣をつけておくことが良いでしょう。対人関係療法では、こうしたずれの自覚や修正の方法を共に考え実践することを推奨します。あきらめかけていた重要な相手との関係修復という成功体験を起爆剤にして、今の自分でもなんとかやれるんだという自己効力感、自己肯定感をあげていくというのが、対人関係療法の主要な目的です。

対人関係療法から学べること

支援の心構え

- ① 病気／障害の可能性を探る
- ② ただし、それを気力、根性など、その人自身の人間性として見ないこと
- ③ ターゲットは、「生きにくさ」
- ④ 「生きにくさ」を軽減するために、医療、環境調整、その他の支援があること
- ⑤ まず必要なことは「安心」「安全」「ホッとできる」と感じられる空間を作ること＝「話してよかった」「分かってもらえた」と思えるコミュニケーションに心掛けること
- ⑥ それは、「今、ここで」の困りごとを、決めつけ(られ)ず、あるがままに聴く(いてもらえる)こと
- ⑦ そして、コミュニケーションの目的を共有すること

私は、社交不安障害という診断を受け、ひきこもりの状態にある方に対人関係療法をおこなうことが時々あります。もちろん、すべての方が対人関係療法を継続し、その結果よくなったとまではなかなか言えません。ただし、家族との間でコミュニケーションがスムーズになるにつれ、家での居心地が多少はよくなってきた。そういう内容であれば、ほぼ、全例で経験しています。

もちろん、ひきこもりの場合、専門家のところに足を運ぶことそのものが困難である場合が多いので、あくまでも、そのハードルを越えた当事者に限定されてはきますが。

しかし、対人関係療法には、支援者としてもおきたい大切な心構えがちりばめられているように思っています。

まず、回復、支援の可能性として、病気、障害の可能性をさぐるという点です。すべては自分の問題だと思いつ込んでいる重荷を、その大部分は「心の病（精神疾患）からきている」という戦略で軽減を図るということです。そこは、「生きにくさ」の軽減にもつながる部分だと思います。余談ですが、心理学に詳しい人がおられたら、ブリーフセラピーの“外在化”という言葉をお聞きになったことがあると思います。非常によく似たやりかただろうと思います。

それから、対人関係療法をおこなう上で大切にしていることがあります。個人的には「下ごしらえ」という言葉を使ったりします。つまり、何はともあれ、私のここに来て、ホッとしてもらうことです。「この人は決めつけずに話を聞いてくれるなあ」「私のことをすごく大事にしてくれているなあ」「私の話を理解しようとしてくれるなあ」等と思ってもらうような環境をつくっていく、つまり安全空間を二人の間に作っていくことです。それがあからこそ、クライアントは心理療法なんていう、まどろっこしい方法をチョイスしてくれるんだろうと思います。モチベーションが確かに上がっていきます。

そして、過去のこととか、未来のこととかではなく、「今、ここ」での困りごとに焦点化することです。私たちがしんどい思いをしている時は、必ず、過去のことか、未来のことを考えていますね。皆さんがたまたまぶんそうだろうと思います。胸騒ぎする時など、決まって明日のことを考えていたり、明後日のことを考えていたり、あるいは、あの時にあんなことをしなければよかったと過去のことを考えていたりとか。いずれにせよ、「今、ここ」に私たちはいません。

もっと言うと自分が安心、安定していられる時ってというのは、「今、ここ」だけなんです。過去のこと未来のことも、どうしようもできません。どうにかできるのは「今」だけです。皆さんご存知でしょうか。「マインドフルネスストレス低減法」。Google、Facebook、シリコンバレーなどで生産性向上やストレス軽減として導入されています。あれは、「今、ここ」の呼吸に穏やかに集中することで、今に留まる。そして、今に留まりながら、自分の中に起こっている感情をあるがままに見つめていきます。有効性が科学的に確認されたとても優れた方法です。

- ⑧ 当事者の「doing」ではなく「Being」にこそ目を向けること
- ⑨ 話すときは、I message: 誰が誰のことについて話しているのかに注意する
- ⑩ 決めつけない
- ⑪ 話題は過去や未来ではなく、できるだけ今に(過去や未来のテーマは落ち込みや不安の源)
- ⑫ 理解のズレは早急に修正
専門家による支援が必要かも
- ⑬ お互い焦らないで

それから、これは学校場面でよく聞かれる話ですが、「勉強ができるから良い生徒」「先生の言うことをよく聞くから素直な生徒」「部活に頑張るから努力家の生徒」など。とかく、私たちは「〇〇ができるから」という条件つきで人を讃えます。それはそれで素晴らしいのですが、もっともっと根本的なところで、存在そのもの(Being)をリスペクトしようということです。

次ですが、悩みが多いと、私たちは、誰が誰のことについて話しているのか、無自覚なまま理解してしまう癖があるのも知っておきたいですね。主語が彷徨うという表現を使ったりもします。例えば、「自分はダメな奴だ」と言うクライアントの話にじっくり耳を傾けていると、実はお父さんやお母さんの言葉だったりすることがよくあります。お父さんやお母さんの「だからお前はダメなんだ」がいつの間にか「自分はダメな奴」として本人の頭に定着する。

自分がそう思っているわけではなくって、周囲によっていつの間にか刻印づけされている。私との面接の中では、誰が誰のことを言っているのか、主語は誰なのかということ意識して、話をするよう心掛けています。そうすることで、誤った思い込みを少しずつ是正することができるようになります。

それから、決めつけないということ。本人はつらいとも何とも言っていないのに、支援者の方が「こんなことがあったらつらいに決まっていますよ」なんて言ってしまう。対人援助の場でやりがちなんです。言われたクライアントの方が驚いて「つらいと感じなくちゃいけないの？」あるいは「どうしてこの人は私の気持ちを分かったようなことを言うんだらう」と感じてしまうのです。先ほどの主語は誰かという問題ともつながっていますが、支援関係が長くなると、支援者が対象者のことを分かったつもりになり、決めつけが多くなってしまいます。

理解のズレは、早急に修正し、専門家による支援が必要かも。これは、先ほど説明させていただきました。

最後は、対人関係療法についてのまとめみたいなもの

になりましたが、僕が学んだことというのは、もしかしたら、ひきこもりの支援になんらかの形で貢献できるんじゃないかな、という気がしております。

つたない話でしたが、今回、私の頭の整理のためにお話をさせて頂きました。すでにご存じの内容も多々あったことと思います。予定の1時間になりました。ご清聴ありがとうございました。

参考文献

- 安達圭一郎. (2016). 対人関係療法によるアプローチ：不登校からひきこもりに移行した20代半ばの女性を通して. 坂本真佐哉・黒沢幸子(編) 不登校・ひきこもりに効くブリーフセラピー (pp. 174-187) 日本評論社.
- 朝日新聞. (2017). ひきこもる47歳 父は86歳 共倒れの不安. 平成とは：第1部 時代の転機 (12月30日). 朝日新聞西部本社.
- 独立行政法人国立特殊教育総合研究所. (2006). ICFについて. 文部科学省. www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo3/032/siryu/06091306/002.htm
- Hattori Y. (2005). Social withdrawal in Japanese youth: a case study of thirty-five hikikomori clients. *Journal of Trauma Practice* 4, 181-201.
- Kato TA, Shinfuku N, Sartorius N, & Kanba S. (2011). Are Japan's hikikomori and depression in young people spreading abroad? *Lancet* 378, 1070.
- Kato TA, Tateno M, Shinfuku N, Fujisawa D, Teo AR, Sartorius N, Akiyama T, Ishida T, Choi TY, Balhara Y, Matsumoto R, Umene-Nakano W, Fujimura Y, Wand A, Chang JP, Chang RY, Shadloo B, Ahmed HU, Lerthattasilp T, & Kanba S. (2012). Does the "hikikomori" syndrome of social withdrawal exist outside Japan?: a preliminary international investigation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 47, 1061-1075.
- 加藤隆弘, Teo AR, 館農勝, Choi TY, Balhara Y, 神庭重信. (2015). 社会的ひきこもりに関する日本, 米国, 韓国, インドでの国際共同調査の紹介. *臨床精神医学* 44, 1625-1635.
- Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ, & Chevron ES. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. Basic Books. (水島広子, 嶋田誠, 大野裕 (訳). うつ病の対人関係療法. 岩崎学術出版社)
- Koyama A, Miyake Y, Kawakami N, Tsuchiya M, Tachimori H, Takeshima, T, & The World Mental Health Japan Survey Group, 2002-2006. (2010). Lifetime prevalence, psychiatric comorbidity

- and demographic correlates of “hikikomori” in an community population in Japan *Psychiatric Research* 176, 69-74.
- Kreig A & Dickie JR. (2011). Attachment and Hikikomori: a psychosocial developmental model. *International Journal of Social Psychiatry* 59, 1-12.
- Li TMH & Wong PWC. (2015). Youth social withdrawal behavior (Hikikomori): A systematic review of qualitative and quantitative studies. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 49, 595-609.
- 水島広子. (2009). 臨床家のための対人関係療法入門ガイド. 創元社.
- Nagata T, Yamada H, Teo AR, Yoshimura C, Nakajima T, & van Vliet I. (2011). Comorbid social withdrawal (hikikomori) in outpatients with social anxiety disorder: clinical characteristic and treatment response in case series. *International Journal of Social Psychiatry* 59, 73-78.
- 内閣府. (2010). 若者の意識に関する調査（ひきこもりに関する実態調査）概要版（PDF形式）. https://www8.cao.go.jp/youth/kenkyu/hikikomori/pdf_gaiyo_index.html
- 内閣府 (2016). 若者の生活に関する調査報告書（PDF版）. <https://www8.cao.go.jp/youth/kenkyu/hikikomori/h27/pdf-index.html>
- 日本精神神経学会（日本語版用語監修），高橋三郎・大野裕監訳（2014）. DSM-5精神疾患の診断治療マニュアル. 医学書院.
- 齊藤万比古. (2010). ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン. 厚生労働省科学研究費補助金
- こころの健康科学研究事業：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・援助システム構築に関する研究. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12000000-Shakaiengokyoku-Shakai/0000147789.pdf>
- Teo AR, Saha S, Stufflebam K, Fetter MD, Tateno M, Kanba S, & Kato TA. (2015a). Psychopathology associated with social withdrawal: Idiopathic and comorbid presentations. *Psychiatry Research* 228, 182-183.
- Teo AR, Fetter MD, Stufflebam K, Tateno M, Balhara Y, Choi TA, Kanaba S, Matews CA, & Kato TA. (2015b) 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 AR, Chen JI, Kubo H, Katsuki R, Sato-Kasai M, Shimokawa N, Hayakawa K, Umene-Nakano W, Aikens JE, Kanba S, & Kato TA. (2018). Development and validation of the 25-item hikikomori questionnaire (HQ-25). *Psychiatry and Clinical Neuroscience* 72, 780-788.
- 宇田亮一. (2011). 吉本隆明「心的現象論」の読み方. 文芸社.
- Weissman MM, Marcowitz JC & Klerman GK. (2000). *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*. Basic Books. (水島広子 (訳). (2009). 対人関係療法総合ガイド. 岩崎学術出版社)
- ZIZI-YAMA WORLD HP. ICF：国際生活機能分類. www.geocities.jp/zizi_yama60/base/ICF.html