

家族心理教育プログラムに参加した 長期ひきこもり者の家族の心理的プロセス

山根 俊 恵¹⁾、楠 凡 之²⁾、廣 瀬 春 次¹⁾、
矢 田 浩 紀¹⁾、大 達 亮¹⁾

1) 山口大学大学院医学系研究科

2) 北九州市立大学大学院社会システム研究科

Psychological process of family who has a family member with long-term social withdrawal (Hikikomori) through a family psychoeducation program

Toshie Yamane¹⁾, Hiroyuki Kusunoki²⁾, Haruji Hirose¹⁾, Hironoi Yada¹⁾, Ryo Odachi¹⁾

1) Faculty of Health Sciences Yamaguchi University Graduate School of Medicine

2) Public University Corporation The University of Kitakyushu

要約

本研究は、長期ひきこもり者の家族が「ひきこもり家族心理教育」に参加することにより変化する心理的プロセスを明らかにすることを目的とした。対象者は、A市にあるひきこもり家族会に登録し、5年以上のひきこもり経験の子どもをもつ8家族10名である。家族心理教育は全8回、週に1回2時間でCRAFTを取り入れた内容で構成されている。最終日に集団による半構造化面接法による調査を実施し、データは修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチにて分析した。その結果、「ひきこもり家族心理教育」参加による家族の心理的プロセスは、《家族役割の自覚と現状の理解》、《家族機能の強化》、《生きにくさを理解した上でのコミュニケーションの獲得》、《専門家の支持的サポートによる行動変容》の4カテゴリーとそのプロセスに影響する9サブカテゴリーが抽出された。家族は、全8回プログラムの家族心理教育によって正しい知識・技能を身につけ、行動変容をおこした。これらの一連のプロセスによって、フィンクの危機モデルでいう防御的退行から承認、適応の段階に進めたことが示唆された。

キーワード：ひきこもり、長期化、家族心理教育、CRAFT

受付日：2016年1月8日 受理日：2016年2月9日

Abstract

We explored the psychological processes of the families who have a family member with long-term social withdrawal following participation in a social withdrawal family psychoeducation program. We targeted 10 participants from eight families who had children with Hikikomori symptoms for over five years and who are the members of Social Withdrawal Family Society in a city. The psychoeducation program comprised eight sessions, for two hours a week, and used Community Reinforcement and Family Training therapy. We conducted semi-structured group interviews after the last session. Data were analyzed using modified Grounded Theory approach. Four categories and nine related subcategories were extracted: awareness of family role and understanding of the situation; strengthening of family function; acquisition of communication skills with understanding of difficulty in living; and behavior modification. The findings suggest that families changed their behavior because they obtained the required knowledge and skills through the psychoeducation and this set of processes assisted families to move on from the step of defensive regression to that of recognition and adaptation stated in Fink's crisis model

Key word : social withdrawal (Hikikomori), lengthening, family psychoeducation, CRAFT

I. はじめに

我が国において「社会的ひきこもり」は、推計69.6万人（そのうち狭義のひきこもりは23.6万人）とされ、その増加や長期化が深刻な社会問題となっている。2013年「全国ひきこもり調査」¹⁾によると、ひきこもり本人の平

均年齢は33.1歳、家族の平均年齢は63.2歳、ひきこもり期間は10.5年、ひきこもり期間20年以上の者が約1割とされ、長期化が深刻な問題となっている。長年にわたってひきこもっている子どもを抱え、誰にも助けを求めることができない、あるいは支援されないまま将来を悲観し、家族ごと地域の中で孤立している家族は少なからず

存在する。ひきこもりの支援は、「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」²⁾においては4段階とされ、出会いと評価の段階における家族支援から当事者の個人的な心の支援へとといったように諸段階を一段一段登っていく過程だとされている。しかし、第1段階とされる家族支援は、家族相談窓口の設置や家族会への支援にとどまり、具体的な知識教育内容や方法は明らかにされておらず、結果としてひきこもりが長期化しているのが現状である。

ひきこもり支援においては、直接ひきこもり者にアプローチをすることは難しく、アプローチが可能な家族への支援が最も重要である。斎藤は「家族が家族教室で得たことを日常生活での本人との関わりの中でいかに有効に活かしていくかがひきこもりの家族支援の課題であり、特に対処技能については、家族教室等で学習したスキルを実際の生活に般化することは難しい」³⁾と述べている。家族教室において、学習したことを生活場面で活かし、コミュニケーションが改善するようなプログラムが望まれている。そこで、本研究では、米国で開発されたCRAFT (コミュニティ強化と家族訓練: Community Reinforcement and Family Training)⁴⁾という認知行動療法に着目した。CRAFTは、物質乱用の問題を持つにもかかわらず、治療を拒否している人の家族や友人のための実証に基づいた治療プログラムである。ひきこもりは依存症ではないが、家族が最初に支援が必要となることやひきこもり者と家族に共依存が存在するなどの共通がある。CRAFTは2010年に厚生労働省が作成したひきこもりの評価・支援のガイドラインにおいても取り上げられ、境らによってプログラムの検討がなされ、ひきこもり家族支援においても効果的であると報告されている⁵⁾。しかし、家族ストレス反応の低減⁵⁾、相談機関の利用や就労に至った報告⁶⁾、家族関係の改善⁷⁾などの報告はあるが、家族教室への参加による家族の内面の変化が明らかにされた研究は見当たらない。そこで本研究は、長期ひきこもり者の家族が「ひきこもり家族教室」に参加することにより変化する心理的プロセスを明らかにすることを目的とした。今後、家族教室のプログラムを検討するうえで、学びの構造を明らかにすることは重要であると考えられる。

II. 研究方法

1. 用語の定義

(1) ひきこもり: 「ひきこもり」は診断名ではなく状態像である。本研究において「ひきこもり」は、厚生労働省「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」による「様々な要因の結果として社会参加(義務教育を含む就学、家庭外での交遊など)を回避し、原則的には6カ月以上にわたって概ね家庭にとどまり続けている状態(他者とかかわらない形での外出をしてもよい)」⁸⁾と定義する。

(2) 狭義のひきこもり: 「自室からは出るが、家からはほとんど出ない状態」と定義する。

(3) 長期ひきこもり者: 「5年以上にわたってひきこもりの状態である者」と定義する。

2. 対象者

以下の条件を満たしたひきこもりの子どもを持つ家族とした。

(1) NPO法人ふらっとコミュニティが支援している「ひきこもり家族会」に登録している家族とする。

(2) 長期ひきこもりの定義に該当している子どもと同居している親とする。

(3) 原則として全プログラムに参加可能な家族とする。

山口県ひきこもりサポーター事業指針⁹⁾を参考に除外基準を以下のとおりとした。

(1) 精神科医療が中心になると考えられる「統合失調症や躁うつ病など精神病圏のケース」の子どもを持つ家族。

(2) 精神科医療が中心になると考えられる「自傷他害がしばしば起こるなど精神科救急の対応が必要なケース」の子どもを持つ家族。

〈対象者の概要〉

10家族12名の参加希望があり2グループに分けて実施した。そのうち、全プログラムに参加した8家族10名を分析の対象とした。父親3名、母親7名であり、夫婦での参加が2組あった。年齢は51歳~81歳、平均年齢は67.5歳であった。

ひきこもりである子どもの性別は、男性4名、女性4名であった。子どもの年齢は19歳~44歳、平均年齢は35.75歳であった。ひきこもり平均年数は8.4年で、一番長い者は13年になり、狭義のひきこもり者が4名いた。過去に何らかの診断名がついている者は4名、そのうち3名が自閉症スペクトラム障害、1名が人格障害であった。コミュニケーションに関しては、親と全く喋らない者2名、返事等の最小限しか喋らない者2名、特定の家族とのみ喋る者4名であった。自室で一人食事をする者が3名おり、家の中にも家族とほとんど顔を合わせない者もいた。

3. 研究方法

(1) 定例の家族会において、研究の主旨と方法について説明をし、研究参加の募集を行った。

(2) 後日、研究参加の申し出があった家族に対して、インフォームド・コンセントを行った。

(3) 家族心理教育実施前にアンケート調査を実施した。

(4) 全8回、週に1回2時間の家族心理教育を実施した。参加者は1グループあたり5名程度とし、精神看護分野の専門職と臨床心理士の2名で実施した。1名は、北九州市精神保健福祉センターが開催したCRAFT研修

を受講した。

(5) 最終日に集団による半構造化面接を行った。

〈長期ひきこもり家族を対象とした心理教育の概要〉

家族心理教育は、参加者による相互交流を重視するよう構造化されている。家族が問題に取り組みやすくなるような情報を伝える「教育セッション」と実際に問題にどのように取り組んだらよいかという対処方法について話し合う「家族グループセッション」からなる¹⁰⁾。講義資料は、図や表、例を用いたわかりやすいものを作成して情報提供を行い、ホワイトボードを使って整理をし、質疑応答の時間をつくった。家族グループセッションでは、肯定的コミュニケーションを用いて参加者同士の相互交流を促進し、互いの共通性を確認し、参加者が取り組みやすくなるようなりフレミングをすることにより、問題に対する様々な対処案を出し合った。家族は、ひきこもりが長期化する中で、子どもに対して批判的、否定的な評価をしている場合が多いが、心理教育プログラムの参加を通して自分の感じている問題が他の家族の悩みと共通していることに安心し、次第に子どもの肯定的側面を認めることができるように支援した。そして、さまざまな対処方法についての話し合いやロールプレイングを通して、子どもへの対応やコミュニケーションが変化していくように支援した。

(1) プログラムの目的

- ① ひきこもりに対する正しい知識を持つ。
- ② 子どもの「生きづらさ」の背後にある問題を理解する。
- ③ 家族の「コミュニケーションパターンの悪循環」を理解する。
- ④ 適切な対応方法を学び、子どもとの関係を改善する。
- ⑤ 相談機関の利用を促進し、ライフプランを考える。
- ⑥ 家族自身の負担が軽くなり、元気をとりもどすことができる。

(2) プログラム内容

境が作成した「CRAFTひきこもり家族支援ワークブック¹¹⁾」を参考にしてプログラム内容を検討した。特に、コミュニケーションスキルにおいては、CRAFTプログラム¹²⁾の「問題行動の機能分析」、「健全な行動の機能分析」、「コミュニケーションスキルの改善」を取り入れた。本研究の家族心理教育プログラムでは、ひきこもりと関係の深い個々の子どもの特性や障害から生じるコミュニケーションに焦点をあて、一人一人に子どもの特性に沿ったコミュニケーションや支援の在り方について検討した。そのために、ひきこもりと関係の深い精神障害とその特徴についての情報を共有するとともに、具体例として、自閉症スペクトラム障害の生きづらさや生活困難さを生み出す要因等について理解を深める話し合い

を行った。

- 第1回 ひきこもりのメカニズムや生きにくさの背後にある問題を理解しよう。
- 第2回 問題と感ずる子どもの行動を理解し、暴力などの問題行動の対応を理解しよう。
- 第3回 ポジティブなコミュニケーションの取り方を理解しよう。
- 第4回 上手にほめて好ましい行動を増やす方法を理解しよう。
- 第5回 先回りをやめて、子どもとしっかり向き合う方法を理解しよう。
- 第6回 相談機関につなぐタイミングを知り、社会につながる方法を理解しよう。
- 第7回 親亡き後、どのような問題が考えられるのか知り、ライフプランを考えよう。
- 第8回 これまでのセッションを振り返り、家族同士で支えあおう。

(3) セッションの構造：以下の手順で参加者の相互交流の促進をはかる。

- ① オリエンテーション：ここ最近の出来事を報告してもらい、リラックスできるようにする。当日のプログラム内容の説明、前回の内容のまとめをして振り返るようにする。
- ② 情報提供・対処技能の練習：資料に基づき講義、演習を行う。機能分析においては、模擬事例による体験をしたあとで、家族が問題と感ずている行動の分析を全員で行う。ポジティブなコミュニケーションでは、家族同士でロールプレイングを行い、対処技能の向上を図る。
- ③ 質疑応答：適宜質問を受けつける。質問には肯定的・支持的な答えをするように心がける。また、他の家族との共通点、相違点を押さえたフィードバックやコメントをすることにより、参加しているメンバー同士が互いの経験に注目したり、関心を持ったり、共感できるようにする。
- ④ クロージング：今日のセッションの感想を一人ひとり話してもらい、グループで共有する。

4. データ収集方法

インタビューでは、以下のインタビューガイドに沿って自由に語ってもらった。なお、面接内容は研究対象者の承諾を得て録音記録した。また、対象者の口調・表情・反応に注意を向けながら行った。

[インタビューガイド]

- (1) 「ひきこもり家族心理教育プログラム」に参加してみて、気づいたことや自分自身の変化について
- (2) 学習を通してどのような学びがあったのか
- (3) どのような学習が効果的であったと感じたのか
- (4) ひきこもりの家族同士で学び合うことに対する思いや効果

5. 調査期間

平成27年2月～平成27年4月

6. 分析方法

データの分析は、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (Modified Grounded Theory Approach: MGTA)¹³⁾ による質的帰納的研究方法を用いた。MGTAは人間の相互作用を明らかにすることに適している。長期ひきこもり者を抱える家族は様々な思いを抱きながら生活を営んでいる。その背景には、ひきこもり者を取り巻く家族、家族会、支援者など、様々な人間との相互作用があると考えられる。そのため、人間の行動、他者との相互作用を説明できるMGTAが分析に適していると判断した。

分析手順については以下の要領で実施した。

- (1) 面接調査 (インタビュー) は許可を得て録音し、作成した逐語録をデータとした。
- (2) 分析は逐語録から「家族心理教育参加による気づき」、「家族の気持ちや行動の変化」をコード化した。
- (3) コードの過程が妥当であるかをデータに立ち戻り、専門家の定期的なスーパーバイズを受けた。
- (4) コードを類似した特性に従ってサブカテゴリー化し、定義と命名を行った。
- (5) サブカテゴリー間を時系列で関係づけることによってプロセスを明らかにした。
- (6) サブカテゴリーを時系列のプロセスとは別の視点からさらにカテゴリーでまとめ、分析を行った。
- (7) カテゴリー、サブカテゴリーの命名については、説明可能で内容に基づいた命名がなされているのか十

分に検討し、修正作業を繰り返し行った。

7. 倫理的配慮

本研究は、ヘルシンキ宣言 (2013年フォルタレザ修正) の倫理的原則に則り、「人を対象とする医学系研究等に関する倫理指針」を遵守して実施した。研究対象者に対して、研究の目的、方法について文書と口頭で説明し、研究参加が自由意思に基づくこと、参加の拒否および途中辞退の権利が保証されること、研究参加者の不利益は生じないこと、研究で得た情報管理の徹底について説明した。また研究成果は学会公表するが、その際には個人情報特定されない旨を説明し、承諾が得られた後、同意書にサインを依頼した。

Ⅲ. 結果

1. 「ひきこもり家族心理教育」参加による家族の心理的プロセスのストーリーライン

本文中では、カテゴリーは《 》、サブカテゴリーは〈 〉、コードは []、生データについては『 』で表記する。分析の結果、「ひきこもり家族心理教育」参加による家族の心理的プロセスは、《家族役割の自覚と現状の理解》、《家族機能の強化》、《生きにくさを理解した上でのコミュニケーションの獲得》、《専門家の支持的サポートによる行動変容》の4カテゴリーとそのプロセスに影響する9サブカテゴリーが抽出された。分析結果のストーリーラインとその結果図を (図1) に示した。

全8回で構成されたプログラムを2ヶ月にわたって参加することで、これまでのひきこもり経過と家族対応を振り返ることは〈ひきこもりの現状に向き合う時間〉と

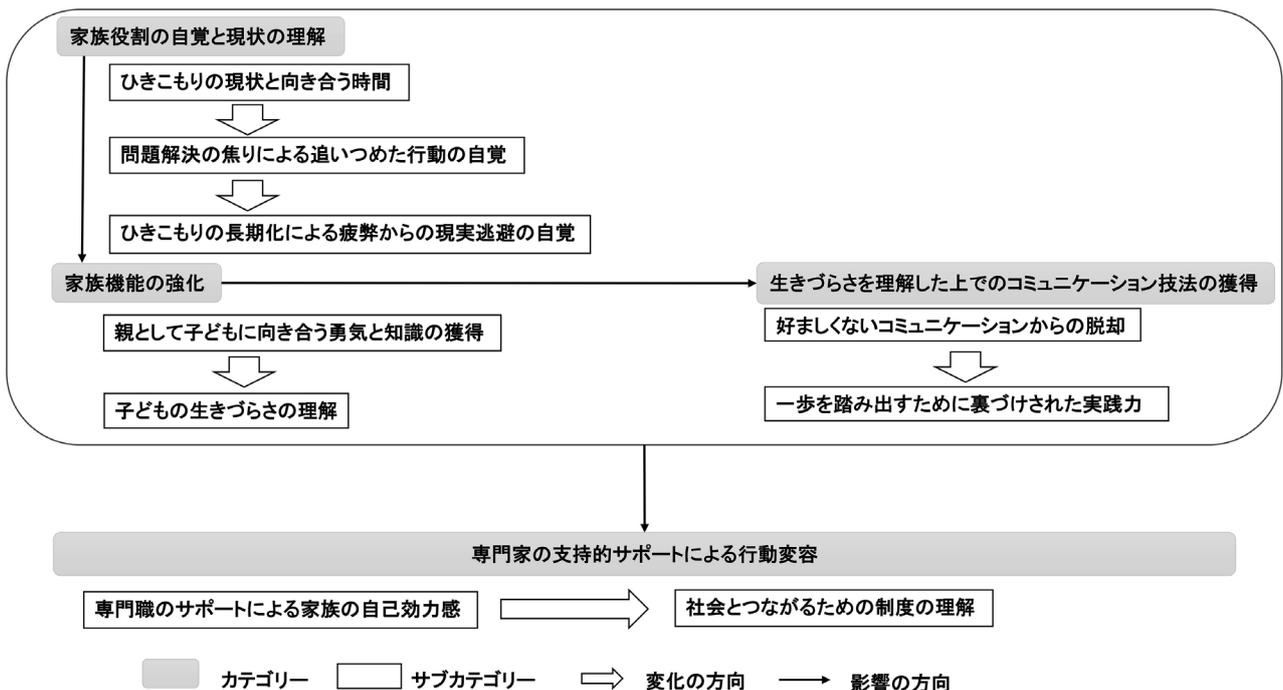


図1. 家族心理教育プログラムに参加した長期ひきこもり者の家族の心理的プロセスに関する結果図

なり、〈問題解決の焦りによる追いつめた行動の自覚〉や〈ひきこもりの長期化による疲弊からの現実逃避の自覚〉をした。そのことから家族自身が変わりたいという思いが芽生え《家族役割の自覚と現状の理解》へとつながった。これまで対応に苦慮し、子どもの問題にしか目が向かなくなってしまっていたことの気づきは〈親として子どもに向き合う勇気と知識〉や〈子どもの生きづらさの理解〉へと変化することで《家族機能の強化》へとつながった。ひきこもりが長期化する中で諦めの意識が強まり、家族内で生じていた好ましくないコミュニケーションが、プログラムでの機能分析によって意識されるようになり、〈好ましくないコミュニケーションからの脱却〉、ロールプレイングによって〈一步を踏み出すために裏づけされた実践力〉となり、《生きづらさを理解した上でのコミュニケーション技法の獲得》へとつながっていった。これまで家族会で支えあって歩んできた仲間による共感はかけがえのないものである一方で、ひきこもりの子どもには変化がないため、子どもの自立を諦めかけていた。しかし、専門家の支援によってわが子と関わる知識や技法が習得されたことでわが子への関わりへの自信が生まれ〈専門職のサポートによる自己効力感〉、〈社会とつながるための制度の理解〉によって《専門家の支持的サポートによる行動変容》へとつながった。

2. 各カテゴリーにおけるプログラム体験の心理変化の様相について

(1) 《家族役割の自覚と現状の理解》

家族は、ひきこもりが長期化することで『自分の育て方が悪いからこうなった』ということが頭から離れなかった』というように「親として払拭できない自責感」を抱いていた。また、『自分たちがいつまでも援助できるわけではないのでなんとかしたい』という「親が高齢化していくことの焦り」に気づき、プログラムへの参加自体が〈ひきこもりの現状に向き合う時間〉となっていた。さらにその焦りが、『子どものとる行動をネガティブにしか受け取れなくなっていた』というように「焦りによって子どもを追い詰めた行動」となり、『外に出ることばかりにこだわっていた』というような「現状にそぐわない目標設定」をしていた。これまでひきこもりを『怠けていると受け止めていた』、『親への嫌がらせだと思っていた』、『自分たちのことが嫌で口を利かないのだと思っていた』というように「知識不足による誤った理解」をしていたために行き詰っていた。しかし、『行動には意味があることがわかった』、『これまでは何を考えているのかさっぱりわからなかったし、わかってしなかった』というように「生きにくさの理解を知ることの意味づけ」をすることで〈問題解決の焦りによる追いつめた行動の自覚〉をし、前向きに取り組むようになったことが理解できた。

子どもとの関わりが親しかできないことから『自分に

余裕がないとつい感情を出してしまう』、『限界を感じて一緒に死のうかと考えたこともあった』、『子どもとどうつきあったらいいかわからなくなっていた』と「長期にわたるひきこもり状態の親の疲弊」から家族は混乱を招いていた。その結果、『保健師さんに任せたらなんとしてもらえると逃げようとしていた』というように「誰かに依存して役割放棄をしようとしていた自分の気づき」から〈ひきこもりの長期化による疲弊からの現実逃避の自覚〉をすることで一步を踏み出したことが語られていた。

(2) 《家族機能の強化》

これまでどう対応していいかわからなかった家族は、『関わってほしいという叫びを受け止める力が必要だと感じた』、『腫れ物にさわような関係は決して本人のためにはなっていないことがわかった』というように、学びによって「子どもと向き合うために必要な知識」を得た。また、『具体的な関わり方を教えてもらえるので自信がついた』、『背中を押してもらえたので話しかけることができた』と支援者によって「もう一度子どもに向き合う勇気」を持つことができた。そして『親なのに気づいていないことがたくさんあった』、『親が理解することで前に進めるようになった』と「親としての役割を再認識」した。さらに『焦らず、慌てず、諦めずと習ってきたが、今回その意味がよくわかった』、『ゆとりを持って関わるができるようになり、待つことができるようになった』と「親としての一貫した態度と揺るがない姿勢」の重要性を認識した。さらに『良い所に目が向けられるようになった』といった「関係性を客観的にとらえることの重要性」、『子どもの思いが言えるように話しかけることが大切だと思った』といった「ポジティブコミュニケーションの大切さの体験」などを通して〈親として子どもに向き合う勇気と知識〉を得ることにつながっていた。

その体験の積み重ねから『気づかされることで、今まで疑問に思っていたことが理解できるようになった』、『過去を振り返ってみて、あんなこともあったと思いだされることが出てきた』というように「家族の歩みを整理することで現状の理解」をした。そして、『わかる楽しさから発見する楽しさに変わった』、『自分が冷静になることで子どもが落ち着いた』、『緊張した顔ではなくなってきたので話しやすくなった』といったように「自分自身の内面の変化による波及効果」がうまれた。子どもに関心を持つことで、『何も変わっていないと思っていたが、ちょっとした変化に気づかされた』、『意識して観察しているので違いに気づけたのだと思う』と「些細な変化に気づくことの大切さ」を感じていた。そのことから『親の意見の押し付けではなく、本人に問いかけることが大切』、『どうやって子どもの思いを引き出したらいいのかを考えるようになった』といったように「親として子どもを理解する必要性」を感じていた。親として

良かれと思って行ってきた対応が『先回り行動をすることで、結果として動かなくていい環境を作っていた』ことに気づき、『発達の凸凹がようやく理解できた』と『ありのままを受け入れることで障害（可能性）を理解』することができた。これらは、〈子どもの生きづらさの理解〉へとつながっていた。

(3) 《生きづらさを理解したうえでのコミュニケーション技法の獲得》

これまでの家族のコミュニケーションは『返事をしないため、声かけをしないのがあたり前になっていた』、『嫌がることには触れないことで、それなりの安定を保っていた』といったように『差し障りのないコミュニケーションでの安定感』であった。また『良かれと思ってしていたことが先回りだということに気づいた』、『言って聞かせなければという思いが強く、自分が正しいと思っていた』というように『コミュニケーションの悪循環』であることに気づいた。しかし、『子どもと向き合うのが怖くてたまらない』、『子どもとの関係が壊れるのが怖くて逃げ腰になっていた』といった『最悪な状態に逆戻りするのではないかという不安』がつきまとっている。それぞれの家族が実際に行っている対応場面の機能分析を通して『コミュニケーションパターンが分かかってきた』、『コミュニケーションが形になって見えるのでわかりやすい』といったように可視化することで『コミュニケーションパターンの理解』が深まった。問題だと思っていた行動も『さまざまな行動には意味があることが分かった』、『言語化されていない思いに気づくことができた』と『行動にばかり目が行き、思いを考えようとしなかった』とこれまでの行動を振り返った。他の家族の機能分析は『他者の事例を通してわが子と自分のことが分かかってきた』、『他の家族のことだと客観的に見ることで間違いに気づけた』というように『他の家族の関わりを通して自分を見直す機会』となり『好ましくないコミュニケーションからの脱却』につながっていた。関わり方が変わることによって『何年ぶりに親子で笑いあえた』、『思いを理解することで話ができるようになった』、『言葉のかけ方で次第で、子どもが変わっていくことを体験した』と『自分自身の変化が行動変容につながった体験の満足』となった。これまでは、医療者からの助言に戸惑いがあり、『距離を置くと言われたがいつまで待たたらいいか分からなかった』、『距離を置き、焦るなど指導されていたけど、具体的にどうしたら良いかは教えてもらえなかった』と『距離を置くことの本来的意味の理解』をした。さらに『自分の思いを言葉にするのは難しい』、『わかってはいても褒めるのは難しい』と『子どもの思いを引きだすかわり方の難しさ』を感じていた。しかし、コミュニケーション技術の習得によって『やっとスタートラインに立てた』、『娘の自主的な行動が増えたことで自信につながった』といったように『自分の行動を支持されることによる自信と安

心』を得た。その専門的な技術の学びから『機能分析の、メリット、デメリット、そういうところが目から鱗だった』、『話すタイミングが来た時にどう関わるかのロールプレイは参考になる』という『単なる知識ではなく実践知につながる学び』が『一歩を踏み出すために裏づけされた実践力』につながっていた。

(4) 《専門家の支持的サポートによる行動変容》

これまで家族会で支えあってきたが、『家族会は目の前の問題をどう対処するか提案はないので行き詰ってしまう』、『体験談や講演は参考にはなるが、普段の生活に活かすことはできない』と『家族会の役割と限界』を感じていた。グループワークによって『同じひきこもり家族だからこそ失敗したことも言い合える場だった』、『一人だけで前に進むことはできないが、みんなと一緒に学ぶ機会は楽しい』と『家族同士で学びあうことの充実感』があった。専門職によるセッションは『具体的な対応方法が教えてもらえるので一歩が踏み出せた』、『専門家に共感してもらえる環境下での学ぶ機会は、学びの深さが違う』と『支援者の存在による家族のよりどころ』となっていた。しかし、一方で『機能分析は家族だけでは難しい』、『場面が違えば、まだまだ応用ができない』と『専門職による支援がないと継続していけるか不安』はあるが『専門職のサポートによる自己効力感』につながっていた。

これまで孤立しがちであった家族は、社会資源の学びによって『行政などに相談しても誰も助けてくれないので自分で何とかするしかないと思っていた』、『以前は隠したいと思っていたが、周囲の人に理解してもらいたいと思うようになった』と『社会的偏見による孤立感からの解放』された。『親亡き後の生活に対する不安をずっと感じていた』、『制度を知ることによって安心につながった』と『活用できる制度を知ることによる安心感』を得ることで『社会とつながるための制度の理解』につながっていった。

IV. 考察

1. 《家族役割の自覚と現状の理解》について

ある日突然、何らかの要因によって我が子がひきこもり状態になるということは、親としては受け入れがたい出来事であったと思われる。一時的なもの、思春期特有のものだろうと思って過ごしているうちに長期化し、親も高齢となってしまい、親亡きあとの不安から焦りが隠せない。『自分の育て方が悪いからこうなった』ということが頭から離れなかった』は罪悪感と自責、『限界を感じて一緒に死のうかと考えたこともあった』は無力感による自殺念慮であり、悲嘆反応と言え。悲嘆とは、喪失によって起こる一連の心理過程で経験される落胆や絶望の情緒的体験である¹⁴⁾。喪失には、近親者の死や失恋をはじめとする愛情・依存の対象の死や別離、住み慣れた環境や地位・役割・故郷などからの別れ、自分の誇り

や理想・所有物・身体的自己の喪失がある。子どもが社会からひきこもってしまうということは、親としての誇りや理想の喪失体験だと言える。キャプランは、「危機的状況は、人が大切な目標に向かうとき障害に直面し、それが習慣的な問題解決の方法を用いても克服できない時に生じる。混乱と動揺の時期がしばらく続き、その間、打開するためのさまざまな試みがなされる。結果的にはある種の順応が成し遂げられ、その人自身や周りの人にとってもっとためになるかもしれないし、そうでないかもしれない¹⁵⁾」と定義している。危機とは、不安の強度な状態で、喪失に対する脅威、あるいは喪失という困難に直面して、それに対処するにはレパトリーが不十分で、そのストレスを対処する方法を持っていないときに経験するものである。家族は、喪失という困難に直面して対処すべき方法を持っていなかったために危機的状況に陥ったのではないかと考えられる。フィンクの危機モデルは、衝撃⇒防衛的退行⇒承認(ストレスの再現)⇒適応というものである¹⁵⁾。『保健師さんに任せたらなんとしてもらえると逃げようとしていた』といった現実逃避は防衛的退行を示しており、適切な対処規制や社会的支持がないまま長期化していたと思われる。しかし、プログラム参加によって〈ひきこもりの現状に向き合う時間〉をもつことで現実に直面し、自己に強いられている事実を認知することによって〈問題解決の焦りによる追いつめた行動の自覚〉、〈ひきこもりの長期化による疲弊からの現実逃避の自覚〉という承認の段階に進めたことが示唆された。

2. 《家族機能の強化》、《生きづらさを理解した上でのコミュニケーションの獲得》について

このまま子どもが動き出すのを待っているだけでは何の変化も起きないこと、現実から逃れられないことを知り、ひきこもり状態を再認識しながら親子関係の再構築が促された。ひきこもりと関連のある問題行動として①攻撃的行動 ②対人不安 ③強迫行動 ④家族回避行動 ⑤抑うつ ⑥日常生活活動の欠如 ⑦不可解な不適応行動 ⑧社会不参加 ⑨活動性の低下 ⑩不規則な生活パターン、が挙げられている¹⁶⁾。これらの問題に対してこれまでどのような対応をしてきたために悪循環がおきているのかを振り返るために機能分析を用いている。ここでの機能分析とは、その行動がその人にとってどのような意味を持つかを理解するための方法である。機能分析によって破壊的な行動をする理由、その行動が自分たちの関係性において何を意味しているのかといったことを理解するためのものである。問題行動に対する対応が短期的結果ではメリット、長期的結果ではデメリットが生じているといったことを実践することで『腫れ物にさわるような関係は決して本人のためにはなっていないことがわかった』といったように悪循環の理解が深まった。さらに機能分析の結果、どのようなことが分かった

のか、どのような生きづらさがあるために問題が生じているのかを共に考えることで『さまざまな行動には意味があることが分かった』、『言語化されていない思いに気づくことができた』と〈子どもの生きづらさの理解〉が深まり〈親として子どもに向き合う勇気と知識〉となった。しかし、『子どもと向き合うのが怖くてたまらない』というように、頭で理解はしていてもこれまでの対応を変化させることは強い不安と動揺が生じる。より具体的なコミュニケーションの方法についてロールプレイングといった方法をとることで知識だけではなく、コミュニケーション技術を身に着けたことで〈一步を踏み出すために裏づけされた実践力〉となった。そして、実際にその方法を実践することで、『何年ぶりに親子で笑いあえた』、『言葉のかけ方で次第で子どもが変わっていくことを体験した』とコミュニケーションに変化が起きはじめた。この体験が自信につながったと同時に『返事をしないため、声かけをしないのがあたり前になっていた』、『嫌がることには触れないことで、それなりの安定を保っていた』とこれまでのコミュニケーションパターンを振り返ることで〈好ましくないコミュニケーションからの脱却〉をしていったことが示唆された。

3. 《専門家の支持的サポートによる行動変容》について

ひきこもり家族会は、精神保健福祉センターや保健所がサポートする形で立ち上がっている。KHJ (Kazoku Hikikomori Japan) 全国ひきこもり家族連合会は全国都道府県に39支部ある。家族会の組織状況は地域によってさまざまであるが、同じ悩みを持つ家族同士が交流をもち、互いに悩みを語り、相談し、学習しあう場となり、仲間との語り合いで支えられるというピア・カウンセリング的な意義は大きい。しかし、ひきこもりという現象は同じでも、そのきっかけや精神的問題の背景などはそれぞれ違う。そのため『家族会は目の前の問題をどう対処するかの提案はないので行き詰ってしまう』、『体験談や講演は参考にはなるが、普段の生活に活かすことはできない』と限界を感じていたと思われる。

CRAFTは、「できることは全てやり尽くした」と思っている人を対象に作られたものである。叱責し、小言を言い、懇願し、あるいは物でつったり、距離をおいたりしながら頑張ってきた人に、まだ試したことがない方法を採用している。自分自身とひきこもりの子どもとの関係性を変えてもらい、それによって家族の不安な気持ちを減らすとともに、ひきこもり者が安心して変化を起こせるようにするものである。こういった手法は専門家であれば学習効果が得られない。また、単なる知識教育ではなく心理教育によって〈専門職のサポートによる自己効力感〉を高めることにつながったと考える。心理教育とは、専門家と家族、患者が病気や治療についての知識を共有し、かつ対処技能の向上を図ることにより、再発に影響するような不適切な行動を防止しようとするも

のである¹⁷⁾。その行動は、「参加している者同士が支えあい、気持ちが楽になれる場」を基本に「情報にふれる場」と「対処方法について話し合い、工夫できることを伸ばす場」の3つからなる。専門職として、この3つの機能を促進するように展開したことから『専門家に共感してもらえ環境下での学ぶ機会は学びの深さが違う』と感じたのではないかと思われる。長期ひきこもり者やその家族に対する社会的支援策は乏しく、『行政など相談しても誰も助けてくれないので自分で何とかするしかないと思っていた』というように諦めの境地であったと思われる。また、社会的偏見に苦しみ、孤立していることも多い。特に高齢化した親にとっては、『親亡き後の生活に対する不安をずっと感じていた』と経済的な不安も切実である。年金制度・障害者手帳・障害者総合支援法などについての知識によって『制度を知ることで安心につながった』と〈社会とつながるための制度の理解〉になった。

全8回のプログラムによる家族心理教育によって、家族は癒され、現実に向き合いながら家族本来の機能を取り戻した。そして、正しい知識・技能を学ぶことによってもう一度ひきこもりの子どもと向き合い、自分自身が変わらなければという意識を持ち、行動変容をおこした。これらの一連のプロセスによって、適応の段階に進めたことが示唆された。

4. 本研究の限界と課題

本研究はすでに家族会に参加している人を対象としている。ひきこもりに対する最低限の知識があり、家族なりに試行錯誤しながらそれなりに安定しているといった特徴がある。長期化したひきこもりの家族という限定した範囲においては説明力を持ち、厚生労働省が示す「ひきこもり支援の諸段階」の第1段階である「出会い・評価段階」においてより具体的な家族支援として応用可能であると考えられる。(図2)

しかし、家庭内が著しく混乱している場合には今回の知見の一般化は困難であり、検討が必要であると考えられる。

本研究結果から、長期ひきこもり者の家族が「ひきこもり家族心理教育」に参加することによって変化する心理的プロセスが明らかとなり、家族心理教育によって家族がひきこもりという危機的状況に適応していくことが示唆された。本研究で得られた知見をもとに、家族支援のあり方について追究し、個人的支援段階に進めるような援助展開の成果を分析することが今後の課題となる。

V. 結論

「ひきこもり家族心理教育」参加による家族の心理的プロセスは、『家族役割の自覚と現状の理解』、『家族機能の強化』、『生きにくさを理解した上でのコミュニケーションの獲得』、『専門家の支持的サポートによる行動変容』の4カテゴリとそのプロセスに影響する9サブカテゴリで構成された。「ひきこもり家族心理教育」に参加することにより変化する心理的プロセスの構造とその構成要素から以下の知見を得た。

1. プログラム実施前の家族の状態は、危機理論でいう防御的退行を示しており、適切な対処機制や社会的支援がないまま長期化していたと思われる。
2. 家族心理教育プログラムへの参加によって〈ひきこもりの現状に向き合う時間〉をもつことで現実に直面し、自己に強いられている事実を認知することによって〈問題解決の焦りによる追いつめた行動の自覚〉、〈ひきこもりの長期化による疲弊からの現実逃避の自覚〉という承認の段階に進めたことが示唆された。
3. さらに機能分析を通して〈子どもの生きづらさの理解〉が深まり〈親として子どもに向き合う勇気と知識〉となった。
4. コミュニケーションの方法について、ロールプレイ

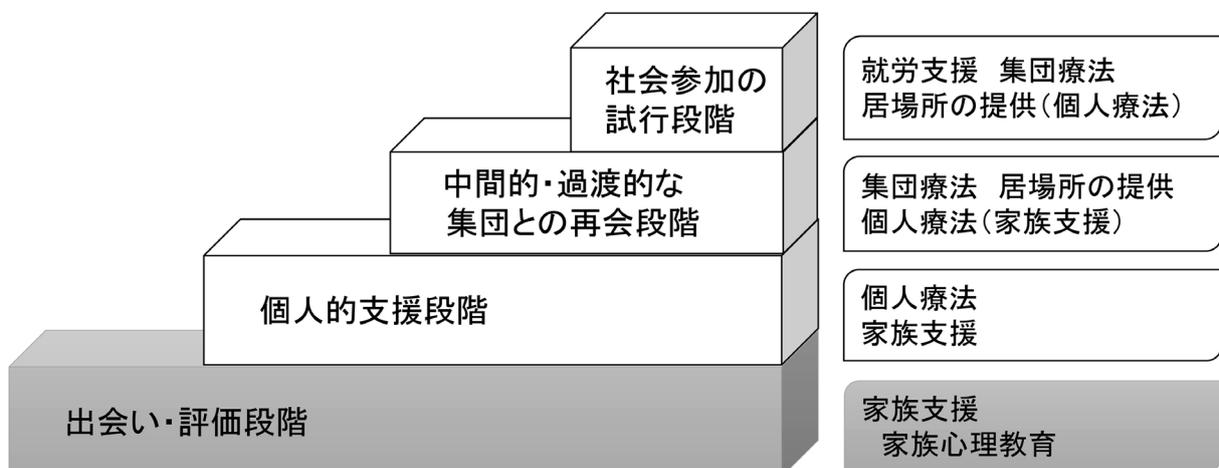


図2 ひきこもり支援の諸段階 厚生労働省 ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン P42 引用 一部改変

ングをとりいれることで知識だけではなくコミュニケーション技術を身につけ〈一步を踏み出すために裏づけされた実践力〉となり、〈好ましくないコミュニケーションからの脱却〉をした。

5. 単なる知識教育ではなく心理教育が〈専門職のサポートによる自己効力感〉を高めることにつながった。また、年金制度・障害者手帳・障害者総合支援法などについての知識によって〈社会とつながるための制度の理解〉になった。
6. 全8回のプログラムによる家族心理教育参加によって、本来の家族機能役割を取り戻し、正しい知識・技能を学ぶことによってもう一度、ひきこもりの子どもと向き合い、行動変容をおこした。
7. これらの一連のプロセスによって、フィンクの危機モデルでいう防御的退行から承認、適応の段階に進めたことが示唆された。

VI. 文献

- 1) 境泉洋ほか. 「引きこもり」の実態に関する調査報告書⑩-NPO法人全国引きこもりKHJ親の会における実態-, KHJ全国ひきこもり家族連合会, 2013.
- 2) 齊藤万比古. ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン. 厚生労働省研究費補助金(こころの健康科学研究事業), 2010: 42.
- 3) 斎藤環. ひきこもりはなぜ「治る」のか?. 東京. ちぐま文庫, 2012.
- 4) ジェーン・エレン・スミス ロバート・J・メイヤーズ. CRAFT 依存症患者への治療動機づけ. 金剛出版. 東京. 2014
- 5) 境泉洋. 坂野雄二. ひきこもり状態にある人の親に対する行動論的集団進路教育の効果. 行動療法研究, 36(3) 2010: 223-232
- 6) 野中俊介. 境泉洋. 大野あき子. ひきこもり状態にある人の親に対する集団認知行動療法の効果-Community Reinforcement and Family Trainingを応用した試行的介入. 精神医学. 55(3), 2013: 283-292
- 7) 境泉洋. ひきこもり状態にある人の家族を対象としたCRAFTプログラム 効果を規定する要因の探索. 第54回日本児童青年精神医学会総会抄録集, 2013: 281.
- 8) 2) 再掲: 6
- 9) 山口県ひきこもりサポーター事業指針. 山口. 山口県精神保健福祉センター, 2015: 12.
- 10) 川野雅資. 精神看護学II 精神臨床看護学第5版. 東京. スーベルヒロカワ, 2014: 130-135
- 11) 境泉洋. CRAFT ひきこもりの家族支援ワークブック. 東京. 金剛出版, 2013.
- 12) ロバート・メイヤーズ ブレンダ・ウォルフ. CRAFT 依存症患者のための対応ハンドブック. 松本俊彦 吉田精次監訳. 渋谷繭子訳. 東京. 金剛出版, 2013.
- 13) 木下康仁. ライブ講義M-GTA-実践的質的研究法 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて. 東京. 弘文堂, 2013.
- 14) 山勢博彰. 看護師による精神的援助の理論と実践 救急・重症患者と家族のための心のケア. 大阪. メディカ出版, 2010: 56-61
- 15) キャプラン. G. 地域精神衛生理論と実際. 加藤正明監訳. 山本和郎訳. 東京. 医学書院, 1986: 263.
- 16) 11) 再掲: 32-33.
- 17) 10) 再掲: 132.