OUKA
The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	社会的ひきこもりに関する文献的考察
Author(s)	桜井, 利行
Citation	大阪大学教育学年報. 2002, 7, p. 205-218
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/4709
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

大阪大学教育学年報 第7号（2002年）
Annals of Educational Studies Vol .7

社会的ひきこもりに関する文献的考察

桜 井 利 行

【要旨】

近年、社会的活動や対人的関係から身をひき、数年から、長いものでは数十年にわたり自宅に閉居するという青年が増加しており、「社会的ひきこもり」として問題化している。ひきこもりについては、問題の性質上、その実態や背景が十分には把握されていなかったが、最近になってようやく問題が広く認識されるようになり、回復のための取り組みや、研究報告が行われるようになってきた。本稿では、このような中でこの数年間に発表されたひきこもりに関する臨床心理学や精神医学領域の論文を中心にとりあげ、これまでひきこもりの問題が、とくに個人の病理との関係からどのように扱われてきているのかを整理し、今後の研究課題を模索することを試みた。

はじめに

今日、日本において、分裂病の自閉やうつ病の制止によらない「ひきこもり」の問題が急増しているとされる（中村ら,1997;斎藤,1998;牛島ら,1999;狩野ら編,2000など）。ひきこもりの問題は、古くは岡堂（1980）、北尾（1986）などにより取り上げられて以来、富田（1992）、町沢（1996）などにより問題の存在が指摘されてきた。最近では、日本でのひきこもりの件数が50万人から100万人に増加しているという推測もなされるようになるなど、問題の広がりが懸念されている（斉藤,2000）。しかし、ひきこもりという問題の性質上、ひきこもりの事実が家庭の中に温存されやすく、また、治療者や援助者との関係からもしばしばひきこもってしまう結果、援助の手が届きにくいという事情も手伝って、ひきこもりの実態やひきこもる者の心理はまだ十分に捉え切られていない現状にある。

このような、青年が現実世界から離れて自分の世界にひきこもることについては、山中（2000）の指摘にもあるように、依存の対象から離れて固有の内的世界を形成するといった創造的な側面にも目が向けられる必要もあろうが、これまで主に関心が向けられてきたのはひきこもりのもつ否定的な側面である。たとえば、最近になって指摘されるようになってきた、安易な放置の結果としてのひきこもりの長期化の問題は、そうした否定的側面の一つと言える。この問題を危惧する斉藤（1998）は、問題が長期化するにしたがってひきこもる生活が多様な病理の温床となり、ひきこもりの当初には存在しなかった二次的な問題を発生させやすくなる点や、ひきこもった生活の中で悪循環がいったん形成されはじめると自然に解決することがほとんどない点を指摘している。自己形成や自己防衛のための手段であったひきこもりが、長引くにしたがって生活を貧しくさせていくのは不幸なことのように思われる。

狩野（2000）は、現象として生じてきているひきこもりは、それが病的なものなのか、健康なものなのかを判断する必要があると述べているが、ひきこもりの是非に関する先のような見解にも通じるものと言えよう。ひきこもりとはどのようなものであるのか、その実態や背景をどのように理解できるのかを整理する必要は、このように周囲の援助者がひきこもる者を適切に支援しようとするときの理解の一助とする視点から生じてくる。実際に、たとえば、ひきこもっている人がその状態をどうにかしたいと思っているのかといった援助の前提からして、周囲の人間は戸惑いを覚えることもあるだろう。藤山（1999）も、そのように援助者がひきこもる者を前にして経験するアンビバレンスを指摘し、「そっとしておく方がいい」という思いと「介入した方がいい」という思いの間で揺れる援助者の姿勢を描いているが、援助者がひきこもる者を前にしてある種の迷いを生じやすいということは、ひきこもりの問題の本質とも関係しているのかもしれない。

このように、いまだ十分には把握されていないひきこもりであるが、徐々に支援の取り組みが始められ、そうした中での臨床経験が蓄積されてもきている。たとえば、厚生労働省は2001年に「社会的ひきこもり」

対応ガイドライン（暫定版）を作成した。そこでは、ひきこもりの概念が「社会的な参加の場面がせばまり、自宅以外での生活の場が長期にわたって失われている状態」とされた上で、「明確に精神疾患だといえない場合」が「社会的ひきこもり」として定義され、回復に向けた国の取り組みも本格的に始まった。また、臨床的知見の集積としても、1997年に『臨床精神医学』において「特集／ひきこもりの精神病理」が組まれたのを最初に、1999年には『精神分析研究』、『こころの科学』、『現代のエスプリ』で、2000年には、『精神療法』と『家族療法研究』で特集が行われた。ひきこもりに関する研究は1990年代前半まではほとんどなく、ひきこもりの問題が最近になって専門家の間でも注目を集めるようになってきたことが分かる。本稿では、このような中で発表されたひきこもりに関する臨床心理学や精神医学領域の論文を中心に、ひきこもりの問題がどのように理解され扱われてきたのかを概観し、今後の研究課題を模索することを試みてみたいと思う。

1．ひきこもりの定義と分類

ひきこもりとは、対人恐怖や強迫神経症などの神経症、回避性人格障害や自己愛人格障害などの人格障害、その他さまざまな理由により自宅に長期間、閉じこもっている状態を指す言葉である。狩野（2000）の指摘するように、用語としての使われ方はまだ統一されておらず、この呼称によって想定される臨床像にはかなりの広がりがある。敢えて一般的に定義すれば、「家族以外のあらゆる人間関係を避け、そこから撤退してしまうこと」（斎藤 1998,18頁）であり、もう少し具体的に述べるなら「二十代後半までに問題化し、６ヶ月以上、自宅にひきこもって社会参加をしない状態が持続しており、ほかの精神障害がその第一の原因としては考えにくいもの」（25頁）とされる。また、近藤（2001）は、さらに詳しい定義を試みており、「（ひきこもりとは）おおむね『青年期に相応の社会参加や対人交流の機会をもとうとしない』、ないしは『できない人たち』であり、『その背景として、神経症性の要因やパーソナリティ形成の問題、あるいは社会的・文化的要因までが深く関わっているものと考えられ、精神分裂病の陰性症状や、広汎性発達障害に特徴的な相互交流の質的な異常、あるいは精神遅滞を背景としないもの』」（13頁）とされる。

塩路ら（2000）によれば、このような「ひきこもり(withdrawal)」という用語は、従来の精神医療の場では心理的な意味でのひきこもり（情緒的人間関係からの撤退、あるいは情緒的な人間関係を求めない）とか、治療関係からの撤退という意味で用いられてきたとされる。また、近藤（2001）も、とくに精神分析の領域で、ひきこもりという言葉が「心と心の交流がもてない」といった情緒的交流の困難や、内的対象からのひきこもりなどの、内的現象を扱った用語として用いられてきたとしている。一方、現在、日本で社会問題化しているひきこもりは行動上の問題としての側面を主に扱っており、社会的な状況からの、あるいは、社会的な関係を持つことからのひきこもりという意味で、「社会的ひきこもり」（斎藤,1999）とか、「非分裂病性ひきこもり」（狩野ら編,2000）、「非精神病性ひきこもり」（小此木,2000）などの呼ばれ方をされている。ひきこもりという言葉が社会の中に急速に広がったことで、用語の外延が急速に拡散しているという現状は、呼称が区別される事情の一つと言えよう。

このような「ひきこもり」という概念は、「不登校」といった概念と同様に一定の性格傾向や精神障害と結びついた概念ではなく、「ひきこもりをきたす一群」とか「ひきこもり症候群」を示すものとして理解されるのが一般的である（斉藤,1999;近藤,2000など）。マスコミ等でしばしば、単一の疾患単位のように扱われるひきこもりは、現象的には共通の状態を示しているが、対人恐怖や人格障害といった他の多くの診断分類にあてはまる場合も多く、さまざまな背景をもってひきこもりが生じてきていると考えられているからである。ひきこもりの理解や適切な援助について一概に論ずることが難しいのにはそうした理由があり、ひきこもりはそれに伴う症状や障害などとの関連でしばしば論じられてきている。

たとえば、狩野ら（2000）は、ひきこもりが神経症や気分障害といった精神障害によって引き起こされている場合や、パーソナリティ障害に基づいている場合があるとして、対人恐怖、退却神経症、強迫神経症、スキゾイド、境界例、自己愛パーソナリティ障害、回避性人格障害、逃避型抑うつ、摂食障害、外傷性精神障害との関連からひきこもりのケースを論じている。また、近藤（2001）は、広汎性発達障害、精

神分裂病、気分障害、スキゾイド、アイデンティティ拡散、神経症・うつ病・強迫性、自己愛の病理との関連を扱っている。このようにして見ると、思春期・青年期に起こりやすいほとんどあらゆる種類の心理的問題が、ひきこもりという行動化を選択する可能性があるようでもあり、この問題の提起する問題領域がかなり広いことが窺える。しかし一方では、多様な背景がありながらもひきこもりという形に問題が収束していくのには、なんらかの共通した理由があるからとも考えられよう。そうした意味では、ひきこもりの問題を必要以上に細分化して議論することは、かえって、ひきこもりに共通する観点を見いだすことからは離れてしまう。極論すれば、ひきこもりに目をむけるのか、ひきこもりに伴う症状に目を向けるのかということである。

衣笠（1998・2000）は、ひきこもりそのものを中心的な特徴とした「一次的ひきこもり症候群」と、精神病や摂食障害、強迫症状、重症な対人恐怖症などによって閉じこもっている「二次的ひきこもり症候群」という分類をしている。塩路ら（2000）も同様に、特定の症状が背景となってひきこもりが生じているケースの他にも、症状への焦点化が不明確で曖昧なひきこもりのケースも存在するとして、特定の症状を背景としない「一次性のひきこもり」と、特定の神経症症状を回避するためにひきこもっている「二次性のひきこもり」に分類している。その上で、特定の症状が背景となっている二次性のひきこもりの方が治療の予後が良いとの印象も述べている。こうした議論から、症状によってのみひきこもりを分類することには一定の限界があり、症状によっては分類することの難しいひきこもりにも目を向ける必要が示唆されている。

したがって、援助の指針を検討していく上で、ひきこもりケースをどのように分類するかという検討が必要となってこよう。そのような分類として、たとえば狩野（2000）は、ひきこもりの背景にある精神障害に関して、次のような区分を行っている。①発達障害を含め、器質的な疾患の疑われる場合、②神経症や気分障害などの精神障害によってひきこもりが引き起こされている場合、③パーソナリティ障害に基づく場合、の３つの分類である。そして、器質的疾患によらない②と③に該当する者に共通する特徴として、万能的一誇大的態度と、対象との一体感を指摘し、ひきこもりにおいては自己愛の病理が主要なテーマとなっているという私見を述べている。また、近藤（2001）は、ひきこもりのケースからスクリーニングする精神疾患として広汎性発達障害と精神分裂病をあげ、神経症圏やパーソナリティ障害圏に属するひきこもりを、自己愛型、スキゾイド型、強迫型の３つに分類している。同様の視点から衣笠（2000）は、自己愛型、スキゾイド型、回避型という分類を行っている。こうした類型化の議論は、ひきこもりの背景に多様な障害が関連している可能性に目を向けさせる一方で、少なくとも、明確な臨床疾患の認められないケースについては、人格障害や精神力動の観点から理解することの有用性を示唆している。

また、藤山（2001）は、ひきこもりのケースへの臨床的関与を目的とした場合、従来の精神科診断学に従って診断・分類することの意義に一定の限界が認められるとする立場から、ひきこもりは精神疾患としてではなく、一つの生き方の病理を示す人格障害として理解することが有効と論じている。狭義の疾患モデルは生物学的になんらかの元の状態に戻すことを援助することであり、そうした意味での「治療する」という考え方がひきこもりのケースの臨床には馴染まず、ひきこもりを特定の記述的診断に類型化することが適切な治療アプローチを見つけることに必ずしもつながらないと考えるからである。代わりに藤山は、スキゾイドと病的自己愛の観点に言及し、ひきこもりの精神力動に目を向けている。このように、ひきこもりの定義や分類にはさまざまな考え方があり、ひきこもりをどのように定義し分類することが有用なのかという問題に、まだ統一した見解は示されていない。

２．ひきこもり研究の系譜

ひきこもりという言葉は最近になって注目を集めるようになってきたものであるが、ひきこもりが特徴しているような、思春期・青年期に他人と関係することを避けて閉じこもった生活を続けるという傾向は、必ずしも最近になって突然に出てきたというのではなく、それなりの歴史的変遷を辿って出現してきたものとされる。

近藤（1997・2000・2001）は、ひきこもりケースの理解を助ける精神病理学的概念を展望する中で、そうした研究史として次のような論点をあげている。(1) 英国学派におけるスキゾイド・パーソナリティ研究としてFairbiarn（1952）の情緒的ひきこもりに関する研究や、クライン派としてSteiner（1993）による心的退避の研究をあげ、スキゾイド・メカニズムの理解が個人精神療法では不可欠の知見であるとしている。(2) Erikson（1968）によるアイデンティティ拡散症候群の研究をあげ、ひきこもりの問題をライフサイクルの文脈で捉える観点が重要としている。ひきこもりの問題をアイデンティティ拡散の観点から論じている小此木（2000）も同様の見解を示している。(3) 1960年代の米国で報告されたスチューデント・アパシーや、笠原（1978）による退却神経症（withdrawal neurosis）、さらに退却神経症の存在が指摘されたのとほぼ同時期に提案された逃避型抑うつ（広瀬他,1977）や内閉神経症（山中,1978）など、1970年代に不登校や出社拒否の背景として想定された無気力ーひきこもりへの注目をあげ、これらの病像がさらに重症化したものとして今日のひきこもりを位置づけている。

牛島（1997・2000）は、これまで日本の社会変化の中で取り上げられ、論じられてきたひきこもりに関連した病態を、時代を追って論じている。それによれば、歴史的変遷に目を向けたとき、今日のひきこもりの源流は対人恐怖にさかのぼることができるとされる。そして、森田（1919）による「神経質」の純型が減少した結果として、1960年代過ぎに指摘されるようになった、「重症対人恐怖」（笠原,1972）や「思春期妄想症」（村上,1976）の研究を取り上げている。また、これらとほぼ同時期に現れた「登校拒否」では、対人恐怖の者に顕著であった「自身の問題を乗り越えようとする強さ」が減少したという点を指摘している。そのように、現実世界に関わろうとする精神的強さが時代と伴に弱くなってきており、その延長線上に退却神経症やひきこもりが位置づけられるというわけである。そして、対人恐怖に始まりひきこもりへと至るこうした系列に見られる背景として、空想の中で誇大化した自己愛の問題が一貫してあったのではないかと論じている。

武藤（2000）は、ひきこもり概念の変遷を、日本と海外に分けて整理している。日本の研究としては、ひきこもりに類似する概念として、最初に「学校恐怖症」（高木,1963）をあげ、スチューデントアパシーや退却神経症など、1970年代に論じられた不登校や留年大学生を巡る議論を紹介している。また、社会現象としてのひきこもり傾向の拡散について、モラトリアム論（小此木,1978）やパラサイト・シングル（山田,1999）の議論にも言及している。一方、海外の研究としては、アンナ・フロイトやスピッツ、マーラー、エリクソンなどの自我心理学の立場からの議論、また、怠学や学校恐怖を扱ったブロードウィンやジョンソン、ウォーレンの議論、その他、防衛機制としてひきこもりを扱ったビブリング、エリック・バーンなどの議論に言及している。

このようにしてみると、きわめて多様な議論が、今日のひきこもりを理解するのに有用と理解されていることが分かる。それらを大まかに分類してみると、(1) 精神分析の立場から扱われてきた心的機制としてのひきこもり、(2) 教育現場で問題となってきた学校や大学からのひきこもり、(3) 日本の対人恐怖にみられた人間関係からのひきこもり、という3つの議論の流れの中でこの問題が扱われてきていると考えられる。

3．ひきこもりの精神病理

近藤（1999a）によれば、DSM-Ⅳに準拠した場合、ひきこもりケースに付与されることの多い診断カテゴリーは、第1軸として、社会恐怖、パニック障害、強迫性障害などの不安障害と、気分変調性障害を中心とした気分障害、第2軸として、回避性パーソナリティ障害、分裂病質パーソナリティ障害、自己愛パーソナリティ障害とされる。しかしながら、これまでのひきこもりに関連した研究の中に、パニック障害との関連を扱ったものは見あたらない。また、強迫性との関連を扱った研究（塚本,1994;市田,2000）や、気分障害との関連を扱った研究（大森,1997;広瀬,2000）も少ない。そこで以下、社会恐怖とパーソナリティ障害を扱った研究を中心に、ひきこもりとの関連がどのように理解されてきているのかを見ていきたい。

3-1．社会恐怖・対人恐怖との関連

(1) 社会恐怖と対人恐怖の異同

社会恐怖とは、対人場面への不安など対人恐怖と類似の病態を特徴とした臨床疾患で、アメリカ精神医学会によるDSM-Ⅲで採用された診断カテゴリーである。ひきこもりにはさまざまな背景があり、症状も多様とされるが、ひきこもりに伴って最も頻繁にみられる症状の一つは社会恐怖や対人恐怖とされる。例えば、ひきこもりの条件を満たす患者80名を対象にした斎藤（1998）の調査では、ひきこもり事例の67%に対人恐怖症状がみられたとされ、ひきこもりと対人恐怖症状との強い関連が示唆されている。また、DSM-Ⅳでの社会恐怖に関連する記述をみても、「重症な例では、学校を中退したり、失業しても就職面接がいやで仕事を探そうとしなかったり、友達がいなかったり・・・または家族の中にとじこもっていたりする」（高橋ら訳, 420頁）と説明される中に、社会的ひきこもり（social withdrawal）という言葉を見出すことができる。まずは、この社会恐怖と対人恐怖の概念について整理してみよう。

社会恐怖の基本的特徴は、「恥ずかしい思いをするかもしれない社会的状況または行為状況に対する顕著で持続的な恐怖」（高橋ら訳 1994,418頁）とされる。DSM-Ⅳにおける社会恐怖の診断的特徴を見ると、「恥ずかしい思いをすることを心配し、自分が不安を感じ、弱々しい、“気が狂っている”、またはばかであると他人に判断されることを恐れている」（418頁）とされ、他人の賞賛や批判に敏感で、他人から自分が低く評価されるのではないかと不安を感じる評価懸念に社会恐怖の特徴を見ることができるだろう。

こうした、他人の評価を気にして対人関係に不安を感じる心性として、日本では従来より対人恐怖という言葉がしばしば用いられてきた。かつて対人恐怖や退却神経症が盛んに論じられていた時期、諸外国での同じような病理を扱った研究があまり見られず、これらの病理が日本文化に固有のものではないかと理解されていたのである（内沼,1977;近藤(喬),1982)。しかし、1980年に出版されたアメリカ精神医学会によるDSM-Ⅲの中で、社会恐怖（social phobia）や回避性人格障害（avoidant personality disorder）という診断カテゴリーが採用され、類似の問題が日本以外でも存在することが徐々に知られるようになり、両者の違いに関心が向けられてきた（山下,1982a;中村,1994)。最近では中久喜（2000）が、対人恐怖と社会恐怖の異同について論じているが、それによれば、社会恐怖では被害的スタンスが取られるのに対して対人恐怖では加害恐怖が中心であるとされている。

しかし、社会恐怖は1980年に出版されたDSM-Ⅲでは不安障害の下位分類として定義されたのみであったが、1994年に出版されたDSM-Ⅳでは、さらに社会恐怖の一亜型として対人恐怖が追加された。日本や韓国における社会恐怖の臨床像として、一般的な社会恐怖の特徴とされる恥ずかしい思いをすることへの恐怖と比較して、他人を攻撃する恐怖が経験される場合があると記載されるようになったのである。また一方、アメリカでは社会恐怖はかつてそれほど注目をひいてこなかったが、比較的最近の疫学的研究（Liebowitz,1985）では、アメリカでも社会恐怖に悩む患者の多いことが明らかにされてきている。

このように、社会恐怖と対人恐怖を比較検討してみると、自身の攻撃性や加害性の意識、すなわち自分の欠陥のために周囲に害を及ぼし、他人に不愉快な印象を与えてしまうのではないかという意識の有無が、両者の違いを議論するに際して一つの着目点とされてきたことが理解できよう。歴史を遡るならばこうした加害性の意識は、かつて笠原ら（1972）が提唱した重症対人恐怖において中核的特徴とされたのを最初に、しばしば議論されるようになってきた論点であった。ところが最近では、そのように指摘されてきた対人恐怖の典型例とは異なる非定型的な対人恐怖の増加が指摘されるようになり、特に、ひきこもりを伴う対人恐怖においては、そうした加害関係妄想性がむしろ乏しいとの指摘がなされるようになってきている（北西ら,1998)。今日、かつての対人恐怖にみられたそのような中核的特徴が明確でなくなってきているのだとすれば、対人恐怖と社会恐怖との差異も小さくなってきているように考えられる。

(2) ひきこもりと対人恐怖

対人恐怖において症状の現れ方が変化してきているという時代的変遷の問題は、これまでにも多くの報告がなされてきている（西田,1967;丸山ら,1982;堀井ら,1995;鍋田,1997)。たとえば西田（1967）は、対人

恐怖症において、赤面恐怖が減少する一方で視線恐怖が増加していると報告し、その変化が周囲に対する「恥の意識」から周囲に対する「怯えの意識」へという、対人関係への態度の変化を背景としていると論じている。そうした変化として、笠原ら（1972）は重症対人恐怖のカテゴリーを提唱し、対人恐怖の新しい病像として注目を集めた。最近では、鍋田（1997）が、女性例の増加と古典的症例の減少を指摘しており、他者との関係性が形成できずに自己にとじこもる「シゾイド化」や、自己感覚の希薄さや脆弱さを抱えた「自己の障害」（self disorder）が変化の背景にあると論じている。

中村ら（1995）は、対人恐怖症におけるこうした時代的変遷に着目し、その延長線上にひきこもりの一部を位置づけている。中村らは、「回避・引きこもりを特徴とする対人恐怖」という症例を呈示し、いわゆる重症対人恐怖にはあてはまらないにもかかわらず、長期間にわたってひきこもる対人恐怖症例が増加していると報告している。中村（1994）が、そうした今日の対人恐怖の特徴として指摘しているのは、関係念慮や関係妄想性が明確でなく、漠然とした他人からの圧迫感や緊張感・自己不確実感を訴えて、長期にわたってひきこもるという例の増加である。そしてその後、ひきこもりと対人恐怖との関連は、主に森田学派の立場から扱われてきている（中村ら,1995;牛島,1997;北西,2000;塩路ら,2000;中村,2001）。

中村ら（1997）は、1995年3月からの一年間に入院森田療法を行った患者55例中、こうしたひきこもりの特徴を有する症例が7例（29.9%）あり、外来受診した268例のうちでも27.6%がひきこもりに該当しており、20年前の結果と比較してこの問題が増加傾向にあると指摘している。こうした、回避・引きこもりを特徴とする対人恐怖の臨床特徴としては、次のような整理がなされている。①加害関係妄想性の欠如、②他者に対する罪意識が希薄、③表情や視線などの自己の身体的属性に固執する構えが乏しい、④漠然とした対人緊張・圧迫感が訴えの中心、⑤他者に対する怯えの意識が強い、⑥内的な不確実感を伴う、⑦長期化の傾向にあり治療に難渋しやすい。また、こうしたひきこもり症例の人格的特徴として、①消極的で弱力的な性格、②著しい行動化は見られないが、対人的に傷つきやすく不安定、③根底にある対人希求性、④選択的退却から全般的なひきこもり、⑤時間的展望の喪失と変化への恐れ、の5点が指摘されている。

ところで、従来の重症対人恐怖や、山下（1982b）の定型的対人恐怖においては、対人恐怖の基本的な特徴として指摘されてきたのは、次のような3文節の症状構造であった（笠原ら,1972）。すなわち、かつての典型的な対人恐怖の特徴には、①自己の存在や身体に関する欠陥の確信、②それが周囲の他者に不快を与え（加害関係妄想性）、③その結果、他者から蔑まれ避けられると確信する（忌避関係妄想性）という構造があるとの指摘である。しかし、中村ら（1995）によって示されている回避・引きこもりを特徴とする対人恐怖の臨床特徴をみるかぎり、かつて見られたこうした構造は認められない。

また、かつて森田（1953）は、「対人恐怖は、恥ずかしがることをもって自らふがいないと考え、恥ずかしがらないように苦心する『負けおしみ』の意地っ張り根性である」（18頁）と述べたが、ここからも分かるように、従来の対人恐怖は、単なる対人関係を恐れる悩みだけでなく、そうした自分の姿に対する違和感や不適応感を伴っていることが特徴とされていた。したがって森田が着目したのも、対人恐怖において見られる「我の強さ」が症状へのこだわりを生み出し、尚一層の症状を形成するという精神交互作用の機制であった。また、症状に対する克服的姿勢を、より良く生きようとする「生の欲望」に由来するものであるという自覚へつなげることが、森田療法における治療の方向性とされてきたのも、そのような精神交互作用が強く働いていたからであろう。しかしこうしてみると、中村ら（1995）が回避・引きこもりを特徴とする対人恐怖において示した、「身体的属性に固執する構えが乏しい」とか「消極的で弱力的な性格」という点が、森田の論じた対人恐怖像とも隔たっているいるように見えてくる。

にも関わらず、中村ら（1995）がこうした事例を対人恐怖と呼んでいるのは、対人恐怖のある特徴を、回避・引きこもりを特徴とする対人恐怖に見いだすことができると考えるからである。その特徴とは、「対人状況を回避しようとする反面、回避することに対して抵抗がある」（253頁）という、対人恐怖の診断基準である。そして、中村らは、「抵抗の存在」というこの条件に、今日のひきこもりは該当しているかという問題を提起し、複数のひきこもりの症例を呈示して詳細に検討している。それによれば、「（ひきこもりは）回避に対する抵抗が乏しい点にこそ特徴があるのだが、しかし少なくとも自らの引きこもりに全く自足しているわけでも無関心であるわけでもない。そのような自己に対して苦痛や不全感を自覚し治療を求めている点で、幾ばくかの回避への抵抗が認められる」（253頁）として、回避・引きこもりを特徴

とする対人恐怖にも対人状況を回避することへの抵抗を想定できるとしている。

長期間に渡りひきこもりの生活を続けている人の様子を見ると、現実に関わろうとする意志の強さが減少し、弱さの側面ばかりが目につくようになってくるが、しかし一方で、自らの意志で他人とのかかわりを絶ち、他人とかかわる欲求をもっていないかのように見えても、実際には、対人希求性が存在しているという指摘である。中村ら（1995）はこうしたひきこもりの理解から治療論も展開しており、自身のひきこもっている状態についての違和感や、その結果として生じる不安や葛藤に着目しながら、「弱々しく傷つきやすい彼らの対人希求性を患者ともども再発見し、それを受け入れ育てんでいく作業が不可欠」（257頁）と述べている。以上のように、ひきこもりと対人恐怖についての議論を見てくると、ひきこもる者の心理において、対人希求性がどのように働いているのかを明らかにすることが、治療の方向性を考える上でも重要な着目点であると議論されてきていることが理解できる。

3-2．人格障害との関連

(1) 回避性人格障害との関連

回避性人格障害とは、対人関係への不安と、不安に由来する回避行動を特徴とした人格障害で、アメリカ精神医学会によるDSM-Ⅲ（1980）で導入された診断分類である。大野（2000）によれば、DSM-Ⅲの人格障害概念の基礎を作ったMillon,T（1991）は、Bleuler,E.の自閉症状や、Kretschmer,E.の分裂気質の中でも敏感なタイプ、Hornay,Kのひきこもりタイプといった古典的諸概念を基礎として回避性人格障害の概念を提唱したが、発表当初は全く新しい概念であったことの加えて、米国ではひきこもり型の対人関係が一般的でなかったことから、概念の妥当性を巡って議論がなされたとのことである。今日ではこの概念の有効性は評価されるようになってきており、大野は、対人恐怖やひきこもり型の精神科的障害と、米国で発展した回避性人格障害の概念とが類似しているとの見解を示している。

また、大野（2000）は、8名の回避性人格障害の患者を対象としたの調査で、この障害を持ちながら社会参加しているのは6例中2例と少なく、回避性人格障害が社会不適応的なひきこもりに発展していく可能性が高いとも指摘している。斉藤（1998）も、102名の精神科医を対象としたアンケート調査で、一次的な症状を持たないひきこもりの事例に該当する診断名として、この回避性人格障害が、36%の高さでもっとも多く選択されたと報告しており、ひきこもりの状態は回避性人格障害の基本的な特徴に重なる部分が多いことを示唆している。これらはいずれも、ひきこもりと回避性人格障害の関連の強さを指摘するものと言えよう。

尚、DSM-Ⅳ（1994）における「回避性人格障害」では、その基本的な症状が、「批判、否認、または拒絶に対する恐怖のために、重要な対人接触のある職業または学校活動を避ける」「恥をかかされること、または馬鹿にされることを恐れるために、親密な関係の中でも遠慮を示す」「恥ずかしいことになるかもしれないという理由で、個人的な危険をおかすこと、または何か新しい活動にとりかかることに、異常なほど引っ込み思案である」と記載されている。この障害をもつ人は、自分が他人からのあざけりや失笑の対象となることを避けようとする気持ちが強く、他人の動きや表情に対する用心深さをもつ。また、「着こなしが変だと思われて恥ずかしい思いをするかもしれないと恐れて、就職の面接をことわってしまう人もいる」（訳,662頁）といった記載も見られ、回避性人格障害では、他人の評価を恐れる気持ちが社会的活動を制限する要因となっていることが理解できる。

DSM-Ⅳの鑑別診断の項を見てみても、このような対人関係に対する関心の高さについて、次のように分裂病質人格障害との違いが述べられている。「回避性人格障害と同じように、分裂病質人格障害と分裂病型人格障害は社会的孤立を特徴としている。しかしながら、回避性人格障害をもつ人は、他人と関係を持ちたいと思うし、孤独感を強く感じているが、一方、分裂病質人格障害と分裂病型人格障害は社会的孤立に満足しており、あるいはむしろそれを好むことさえある」（訳,663）。他人の賞賛や批判に対して無関心であったり、人間嫌いであったりするのが分裂病質人格障害や分裂病型人格障害の特徴であり、逆に他

人に対する関心が高く、他人と積極的に付き合いたいと考えているが、人の評価に過敏となってそれができないのが回避性人格障害の特徴と理解されているのである。このように、他人との親密な関係に対する欲求や、他人からの拒絶に対する懸念の有無は、回避性人格障害を理解する際の着目点となっている。

中村ら（1995）は、対人的ひきこもりという点では共通した複数の症例を検討し、自身のひきこもり状態に葛藤している例がある一方で、他方では、対人希求性が曖昧で感情表出や生命的なエネルギーの乏しいひきこもりの例もあったと報告している。そして、ひきこもりの人格において、avoidant personalityからschizoid personalityに至る移行的なスペクトラムが認められるとの見解を示している。このように、回避性人格障害とひきこもりとの関係を見てくると、他人と親密になることへの欲求の有無が論点とされてきていることが理解できる。

稲垣ら（1999）は、このような回避性人格障害と考えられるひきこもりケースの入院治療経験を報告している。それによれば、患者は対人関係において傷つくのを恐れ、ひきこもりを呈する反面、入院という保護された空間の中では看護スタッフとは楽しく会話ができたり、具体的な目標を掲げて挑戦するなどして治療者からの働きかけに応えるといった対人希求性や、自己実現の希求性が認められたとされる。そして、治療者の支持的な励ましに支えられて、当初のひきこもった状態から、アルバイトを始めるといった目標が達成されていったと報告している。この報告は、治療者との関係の中で現実志向的な行動を支持し、成功体験を重ねることで自己評価が修正されていったケースと言えよう。先に指摘したように、回避性人格障害の概念は、行動上の諸特徴によって定義された診断分類名であり、その人格障害の原因となる背景が特定の精神力動や精神病理に由来したものではない。そのため、ひきこもりと回避性人格障害との関連についても、共通する病理などの背景に焦点づけて論じられることが少ない。

(2) 自己愛人格障害との関連

多様な障害を伴うことのあるひきこもりを理解するための共通する観点として、自己愛の問題にも目が向けられてきている（北西,1995;近藤,1999b;衣笠,2000）。自己愛型人格とは歴史的には、Kernberg（1984）やKohut（1971）などによる精神分析の研究を基礎とした概念で、自己愛人格障害はこれらをもとにDSM-Ⅲ（1980）の診断分類に取り入れられたものである。人格障害としての概念は、DSM-Ⅲ-R（1987）、DSM-Ⅳ（1994）に至る操作的診断の発展により、力動的理解から実証的研究に支えられた概念に近づいてきているとされ（舘,1995）、次のような点が診断基準とされるようになっている。①自分の重要性についての誇大な感覚、②限りない成功への空想、③自分の特別さの確信、④過剰な賞賛を求める、⑤特権意識、⑥利己的な対人関係、⑦共感の欠如、⑧他人への羨望、⑨尊大で傲慢な態度や行動、の９点である。

自己愛の力動的な理解としては、Kernbergが、病理的自己愛が羨望を防衛するために働いている機能に注目したのに対して、Kohutは本来健康な自己愛の発達が停止した状態として自己愛型人格を捉えている。また、DSM-Ⅲ（1980）では十分捉えきれなかった自己愛型人格の臨床像にも目が向けられるようになり、自己愛人格障害のサブタイプについて論じられるようになった。たとえばGabbard（1989）は、周囲を気にかけない誇大型（oblivious）と、過剰に気にする過敏型（hypervigilant）という分類をおこない、２つのタイプを両極とする連続体を想定している。同様の観点から、Rosenfeld（1987）も、自己愛の病理を、厚皮（thick-skinned）型と薄皮（thin-skinned）型に分類している。したがって、ひきこもりと自己愛の関連を論ずるに際しても、自己愛を健康なものと見なすのか、病的なものと見なすのかといった違いや、誇大型について述べているのか、過敏型について述べているのかといった違いが生じてくる。

近藤（1999・2000）は、精神分析の立場から自己愛とひきこもりの関連を扱っている。そして、「(ひきこもりの）多くのケースに共通するのは、“脆弱な自己愛を保護するために、対人関係や社会的活動からひきこもる”という精神力動」（近藤 2000,102頁）と述べて、自己愛との関連が多くのひきこもりのケースでみられるとする。近藤が着目しているのは、Gabbardらの示した両極、すなわち周囲を気にかけない誇大的な傾向と、周囲を過剰に気にする過敏な傾向の両極を動揺する自尊心のあり方である。そうした自尊心の動揺は、一方では、治療や治療者を脱価値化する態度となって現れたり、他方では、自信を喪失して抑うつ反応を引き起こすといったような不安定な自尊心の形で現れ、そのような自尊心の動揺が次第に

安定してゆく過程としてひきこもりの治療過程を呈示している。

衣笠（2000）も精神分析の立場から自己愛とひきこもりの関係を扱っている。それによれば、勤務する精神保健センターを過去7年間に受診相談した「一次的ひきこもり症候群」と考えられる50名のうち、7名が自己愛性パーソナリティ障害を背景としていたとする。そして、そうした「自己愛型ひきこもり」がひきこもりのケースの中では特異な亜型として存在しているのではないかとの観点に立ち、「スキゾイド型ひきこもり」や「回避型ひきこもり」と比較している。そして、自己愛型ひきこもりでは、自分が俳優やモデルになれる容姿を持っているとか、プロスポーツ選手になれる能力があるといった、極端に万能的な自己像をもっていたとする。スキゾイド型ひきこもりが傷ついた自己像を持っており、回避型ひきこもりが自信を喪失した自己像を持っているのと異なるとされる。また、家庭では、執拗な要求・寄生的な依存を発展させており、他の型では、家庭の中でも孤立しているのとコントラストをなしているとしている。更に、行動特徴においては、自己愛型ではゴルフやサーフィンなどの趣味を楽しんで外出にも積極的なのに対して、他の型では自室で無為に過ごしているとしている。衣笠が自己愛型ひきこもりとして提示しているのは、周囲を気にかけないという点でGabbardの分類でいう誇大型に属するものであろう。

北西（1995・2000）は森田理論の立場から、ひきこもりと対人恐怖に共通する病理として自己愛の傷つきを論じている。その中で北西は、恥の意識に着目し、「(対人恐怖者の苦悩には）人前で感じる羞恥、緊張などの感情を、だらしのない、他者に比べて劣っていると感じとる対人恐怖者の誇大的な自己愛のあり方が存在する」（1319頁）と述べて、恥の意識の背景に自己愛が存在していると指摘する。過大な自己愛をもっているため対人場面で傷つきやすく、自己愛の傷つけられる場面が回避されるとの理解を示している。こうした、自己の完全や優越を求める傾向を、森田理論では「生の欲望」と呼び、人がより良く生きようとする原動力と捉えられてきたが、北西も、こうした理解の枠組みを使ってひきこもりのケースを呈示している。そして、とくにひきこもりのケースにおいては、侵襲されることや探索されることへの抵抗が強く、継続的な治療関係を結ぶことが困難なため、自己愛を肯定的に再評価することで治療関係を形成しえたと報告している。自己愛自体の存在は否定されず、むしろ治療関係を形成する手がかりという観点から肯定的評価が与えられている点が特徴と言える。以上、自己愛の理解に幅があるように、ひきこもりを自己愛の病理と捉える立場にも少しずつ違いが見られる。

(3) 分裂病質人格障害との関連

ひきこもりが背景としている病理として、分裂病質（schizoid）との関連も扱われてきている（衣笠,1999;中尾,2000;藤山,2000;菊池,2000）。分裂病質論の基本的枠組みは、Fairbairn（1952）やGuntrip（1968）などの英国対象関係論の研究によって作られてきたもので、これらをもとにDSM-Ⅲ（1980）で採用された診断分類が分裂病質人格障害である。衣笠（1999）によれば、精神分析におけるスキゾイドという概念の使われ方には幅があり、（ｉ）ひきこもりがちな性格や臨床状態を表す「スキゾイド状態」、（ii）非精神病的な病理的状態である「スキゾイド・パーソナリティ」、（iii）心の構造を表す「スキゾイド機制」などの意味で使われている。病理的水準を指しているスキゾイド・パーソナリティは、DSM-Ⅳとの関連では、分裂病質人格障害や回避性人格障害などの背景となっており、力動的理解と診断分類とが厳密な対応関係にあるというわけではない。尚、DSM-Ⅳ（1994）では分裂病質人格障害の基本的特徴は、「社会的関係からの遊離、対人関係状況での感情表現の範囲の限定などの広範な様式」（高橋ら訳 1996,640頁）とされ、診断基準としては、①他人と親密な関係を持ちたいと思わない、②ほとんどいつも孤立した行動を選択、③性体験への無関心、④喜びを感じる活動が少ない、⑤親兄弟以外に親しい友人がいない、⑥他人の賞賛や批判に無関心、⑦情緒的な冷たさと平板な感情、の7点があげられている。

衣笠（1999）は、特定の症状が明確でない一次的ひきこもり症候群の中で、最もよく見られる病理としてこのスキゾイド・パーソナリティをあげている。そして、その病理に関する精神分析的研究を歴史的に鳥瞰している。現象としてのひきこもりが生じてくる背景にどのような心理的機制があるのか、それをスキゾイドパーソナリティの研究から知ろうとする立場である。

それによれば、スキゾイド・パーソナリティに初めて焦点を当てた研究としてFairbairn（1940）があげ

られる。Fairbairnは、スキゾイドとは万能的態度、孤立と孤独、内的世界への没頭の3点を特徴とした精神分裂病から正常性格までを含むスペクトラムと理解しており、口愛的摂取をめぐる葛藤に起源をもつスキゾイドには、自分の愛が対象を破壊するのではないかと恐怖して社会的交換を破棄するとか、対象希求性を抑圧するために憎しみを代理とした関係を形成するといった悲劇が伴うとしている。こうしたFairbarnの研究はGuntrip（1968）に継承され、スキゾイドの恐怖は対象を破壊するというものだけでなく、対象から飲み込まれる自己喪失の恐怖と表裏一体となったものであるという検討がなされた点、そのため、他人に依存しようとすると距離をとってしまう「インアンドアウト」の関係性がスキゾイドの葛藤の核心とされた点に言及されている。また、Fairbairnと相互的な影響がみられるKlein（1946）の研究として、分裂排除された罪悪感や破壊性が迫害的不安を生み、主体は恐れによってひきこもっていくという「妄想ー分裂ポジション」の概念が提唱された点に言及されている。スキゾイドの問題はKleinの後継者により引き続いて検討されてきており、最近の研究としてはSteiner（1993）が、迫害的不安や抑鬱的不安に対して病理的組織化として形成された退避領域の存在を指摘し、それが対象を求めることへの抵抗として働いているとした点に言及されている。これら一連の研究を見てみると、ひきこもりという現象が起こってくるのは、スキゾイドの人々が対象希求性を持ちながら、その貪欲さや破壊性を恐れるため他人との関係を形成できないことに由来しているとの理解がなされてきており、そうした恐怖の背景として、他人が一人のまとまりのある人間として体験されない人格内部の分裂した世界のあり様に着目されてきていることが理解できる。

藤山（1999・2000）も、ひきこもりの精神力動について英国対象関係論の議論を取り上げているが、その中でクライン派とFairbairnに加えて、Winnicott（1960）の研究を重視している。それによれば、Winnicottの場合は、乳児の発達過程に人格の分裂の契機が必然的に含まれているとは考えておらず、「本当の自己」を築く基礎として位置づけられる孤立（isolation）が、母親からの侵襲にさらされる不安や憤りに対して自己感覚を守る手段として、外界から自身を閉ざす「ひきこもり」が生じると捉えたとされる。そして、人がひきこもるのは、孤立が脅かされているからであるという逆説的な見解を示した点を藤山は評価している。

相田（2000）は、こうしたスキゾイド機制が、現実的な意味での物理的撤退としてのひきこもりだけでなく、外面的には外の世界と交流しているように見えながら、情緒的な他者との関わりは回避するという「内面的なひきこもり」に目を向けることの重要性を強調している。それによれば、内面的ひきこもりは、いわゆる「社会的ひきこもり」にだけでなく、薬物やアルコール・食行動をめぐる依存症の背景にも同様に見いだされるとされる。そして、人格内部の分裂した自我の部分を分裂排除するという点では共通しながら、他者との情緒的交換の困難さを克服しようとして発展させた防衛の現れ方には様々な形態があり、臨床的には情緒的な対象関係からの内面的ひきこもりこそが本質的な問題であるとの見解を示している。

以上のように、ひきこもりと分裂病質人格障害の関係について、現象としてのひきこもりや、診断分類としての分裂病質人格障害については、ほとんどなにも述べられてきていない。むしろ精神分析的脈絡から、スキゾイド機制という原初的な精神力動において特徴的にみられる「内的対象からのひきこもり」の観点が重視されており、また、そのような内的世界に触れられ明らかにされることの不安が背景となって、物理的な意味での人間関係からのひきこもりが生じているとの理解がなされてきているのである。

おわりに

以上、ひきこもりをめぐる議論について、その定義や分類などに目を通すことで全体像を展望した。その上で、特に個人の病理として、ひきこもりの問題がこれまでどのような観点から扱われてきたのかを概観した。すなわち、社会恐怖、対人恐怖、回避性人格障害、自己愛人格障害、分裂病質人格障害など、従来より論じられてきた枠組みを用いてひきこもりの問題を捉えようとする見解について整理した。そのことで、この問題の輪郭をある程度は浮かび上がらせることができたのではないかと思われる。一方、多様な議論が展開され、混沌とした状態を呈しているように見えるのは、この問題そのものの裾野の広さを示

唆するものであろうし、また、共通した知見に至るまでの十分な経験や知識が蓄積されていないということでもあろう。

更に、ひきこもりをめぐる議論としては、個人の問題として捉える視点の他に、家族の問題としてひきこもりを捉えようとする視点もある（田中,1996;斉藤,1998;吉川,2000など）。実践的な援助の立場からは、本人からの相談が少なく、ひきこもりの問題では家族臨床が大きな位置を占めるという現状があるからである。最近になって、どのような働きかけや援助が有効なのかという議論は、家族援助の他にも、当事者グループ（蔵本,2000）、自宅への訪問援助（塚本,1994）、日記を用いた援助（北西,1995）など数多くの実践に基づいて活発になされるようになってきている。こうした、家族や本人への援助についての議論は本稿では扱っておらず今後の検討課題としたい。また一方、そのような援助が当事者自身の目から見てどのように映っているのかなど、援助する側の視点からだけではなく、当事者自身の声に触れて考える視点はほとんどなく（塩倉,1999;田辺,2000）、そうした視点からの検討も今後は必要なのではないかと考えられる。

＜引用文献＞

相田信男　2000　「スキゾイド」　狩野力八郎・近藤直司編　『青年のひきこもり』　岩崎学術出版社.

American Psychiatric Association. 1980　Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder,3rd ed. APA,Washington DC.

American Psychiatric Association. 1987　Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder,3rd ed Revised. APA,Washington DC.

American Psychiatric Association. 1994　Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder,4th ed. APA,Washington DC.（高橋三郎・大野裕・染矢俊幸訳　1996　『DSM-Ⅳ　精神疾患の診断・統計マニュアル』　医学書院）

浅田　護　1999　「非分裂病性ひきこもり青年の対象関係論的外来分析グループ」『精神分析研究』43,108-120.

浅田　護　2000　「ひきこもり青年を対象とする外来分析的グループ」　狩野力八郎・近藤直司編　『青年のひきこもり』　岩崎学術出版社.

Erikson,E.H. 1968　Identity:Youth and crisis. W.W.Norton & Company Inc.（岩瀬庸理訳　1973　『アイデンティティ』　金沢文庫）

Fairbairn,W.R.D. 1952　Psychoanalytic Studies of the Personality. Tavistock,London.（山口泰司訳　1995　『人格の精神分析学』　講談社）

Fairbairn,W.R.D. 1940　Psychoanalytic Studies of the Personality(1952). Tavistock,London.（山口泰司訳　1995　『人格の精神分析学』　講談社）

藤山直樹　1999　「ひきこもりについて考える」『精神分析研究』43(2),130-137.

藤山直樹　2000　「ひきこもりの精神力動」　狩野力八郎・近藤直司編　『青年のひきこもり』　岩崎学術出版社.

藤山直樹　2001　「ひきこもりと人格障害」『現代のエスプリ』403,78-85.

Gabbard,G.O. 1989　Two subtypes of narcissistic personality disorder. Bulletin of the Menninger Clinic,53.

Guntrip,H. 1968　Schizoid Phenomena;Object Relations and the Self. Hogarth Press,London.

広瀬徹他　1977　「逃避型抑うつ」　狩野力八郎・近藤直司編　『青年のひきこもり』　岩崎学術出版社.

広瀬徹他　2000　「「逃避型抑うつ」について」　宮本忠雄編　『躁うつ病の精神病理2』　弘文堂.

堀井俊章・小川捷之　1995　「思春期・青年期における対人不安意識の時代的推移」『上智大学心理学年報』19,75-84.

稲垣卓司・妹尾晴夫　1999　「ひきこもりを呈した回避性人格障害の入院治療」『臨床精神医学』28(7),1561-1566.

市田　勝　2000　「強迫神経症」　狩野力八郎・近藤直司編　『青年のひきこもり』　岩崎学術出版社.

上林靖子　1993　「１０代のこころを診る（4）ひきこもり・無気力・モラトリアム」『公衆衛生』57(4).

狩野力八郎　2000　「序論：精神障害とひきこもり」　狩野力八郎・近藤直司編　『青年のひきこもり』　岩崎学術出版社.

狩野力八郎・近藤直司編　2000　『青年のひきこもり』　岩崎学術出版社.

笠原　嘉　1978　「退却神経症withdrawal neurosisという新カテゴリーの提唱-スチューデント・アパシー-第二報」　中井久夫・山中康裕編　『思春期の精神病理と治療』　岩崎学術出版社.

笠原　嘉　1988　『退却神経症』　講談社新書.

笠原 嘉・藤縄昭・関口英雄他 1972 『正視恐怖・体臭恐怖ー主として精神分裂病との境界例についてー』 医学書院.
菊池孝則 2000 「通院設定での個人精神療法」 狩野力八郎・近藤直司編 『青年のひきこもり』 岩崎学術出版社.
衣笠隆幸 1998 「ヤングアダルトのひきこもり」『臨床精神医学』11月増刊号,147-152.
衣笠隆幸 1999 「「ひきこもり」とスキゾイドパーソナリティースキゾイドの病理学的研究」『精神分析研究』43(2),101-107.
衣笠隆幸 2000 「自己愛とひきこもりー精神保健福祉センターの相談状況ー」『精神療法』26(6),586-594.
北西憲二 1995 「自己愛的傾向の強い対人恐怖の治療ー森田療法における感情の扱いをめぐって」『精神科治療学』10(12),1319-1327.
北西憲二 2000 「対人恐怖（森田神経質を含む）」 狩野力八郎・近藤直司編 『青年のひきこもり』 岩崎学術出版社.
北西憲二・久保田幹子 1998 「社会恐怖とひきこもり」『最新精神医学』3,227-234.
北尾倫彦 1986 「落ちこぼれ・無気力・ひきこもり」『教育と医学』34(5),439-443.
Klein,M. 1946 Some notes on schizoid mechanisms. in The Work of Melanie Klein vol.3. Hogarth,London(1988).（狩野力八郎訳 1985 「分裂機制についての覚書」『メラニークライン著作集4』 誠信書房）
近藤喬一 1982 「対人恐怖の日本的特性」『臨床精神医学』11,837-842.
近藤直司 1997 「非精神病性ひきこもりの現在」『臨床精神医学』26(9),1159-1167.
近藤直司 1999a 「非分裂病性ひきこもりケースに対する精神保健サービスーコミュニケーション能力と受診動機についての一考察」『精神分析研究』43(2),121-129.
近藤直司 1999b 「引きこもりケースにおける自己愛の精神病理について」『思春期青年期精神医学誌』9(2),201-202.
近藤直司 2000 「自己愛パーソナリティ障害」 狩野力八郎・近藤直司編 『青年のひきこもり』 岩崎学術出版社.
近藤直司 2001 「ひきこもりのケース理解と治療的アプローチ」 近藤直司編 『ひきこもりケ-スの家族援助ー相談・治療・予防』 金剛出版.
近藤直司編 2001 『ひきこもりケ-スの家族援助ー相談・治療・予防』 金剛出版.
近藤直司・長谷川俊雄編 1999 『引きこもりの理解と援助』 萌文社.
近藤直司・林美子 1995 「青年期における「閉じこもり」の一事例ー自己愛の病理を中心に」『思春期青年期青年医学』5(2),133-142.
蔵本信比古 2000 「本人グループ援助」 狩野力八郎・近藤直司編 『青年のひきこもり』 岩崎学術出版社.
Liebowitz,M.R,Gorman & J.M,Fyer,A.J. et al. 1985 Social phobia. Review of a neglected anxiety disorder.. Archives-of-general-psychiatry,42(7),729-736.
丸山晋・児玉和宏・小島忠他 1982 「対人恐怖の時代的変遷」『臨床精神医学』11(7),829-835.
町沢静夫 1996 『飛べないボンボの心理療法』 PHP研究所.
町沢静夫 1999 『閉じこもるフクロウ』 朝日新聞社.
Millon,T. 1991 Avoidant Personality Disorder:A Brief Review of Issue and Data. Journal of personality disorders,5,353-362.
森田正馬 1919 『神経質及神経衰弱の療法（高良武久編（1974）森田正馬全集第1巻, 279-457）』 白揚社.
森田正馬・高良武久 1953 『赤面恐怖の直し方（森田正馬,高良武久（1998）対人恐怖の直し方）』 白揚社.
村上靖彦 1976 「思春期妄想症について」 笠原嘉・清水将之・伊藤克彦編 『青年の精神病理』 弘文堂.
武藤清栄 2001 「ひきこもりの概念の変遷とその心理」『現代のエスプリ』403,35-44.
武藤清栄・渡辺健編 2001 「特集 ひきこもり」『現代のエスプリ』403.
鍋田恭孝編 1997 『対人恐怖・醜形恐怖』 金剛出版.
鍋田恭孝編 1999 「特別企画 学校不適応とひきこもり」『こころの科学』87.
永田俊彦 1997 「精神分裂病とひきこもり」『臨床精神医学』26(9),1185-1189.
中久喜雅文 1996 「アメリカにおける神経症とその周辺」『森田療法学会雑誌』7,53-59.
中村 敬 1994 「Social phobiaと対人恐怖症-文献およびカナダ人自験例についての予備的考察-」『精神医学』36,131-139.

中村　敬　2001　「森田療法の立場から-長期に引きこもりを続けた対人恐怖症の1例-」『精神分析研究』45(2),113-119.
中村　敬・北西憲二・増茂尚志他　1995　「回避・引きこもりを特徴とする対人恐怖症について」『臨床精神病理』16,249-259.
中村　敬・塩路理恵子　1997　「対人恐怖とひきこもり」『臨床精神医学』26(9),1169-1176.
楢林理一郎　2000　「「ひきこもり」を抱える家族への援助」　狩野力八郎・近藤直司編　『青年のひきこもり』岩崎学術出版社.
西田博文　1968　「青年期神経症の時代的変遷」『児童精神医学とその近接領域』9,225-252.
岡堂哲雄　1980　「ひきこもり現象と家族心理」『心と社会』23(3).
小此木啓吾　1978　『モラトリアム人間の時代』　中公叢書.
小此木敬吾　2000　「ひきこもりの社会心理学的背景」　狩野力八郎・近藤直司編　『青年のひきこもり』　岩崎学術出版社.
大森健一　1997　「うつ病とひきこもり」『臨床精神医学』26(9),1179-1183.
大野　裕　1995　「回避性人格障害からみた日本的性格論」　福島章・町沢静夫・大野裕編　『人格障害』　金剛出版.
大野　裕　2000　「回避性人格障害」　狩野力八郎・近藤直司編　『青年のひきこもり』　岩崎学術出版社.
Rosenfeld,H. 1987　Impasse and Interpretation. Tavistock Publications,London.
斎藤　環　1998　『社会的ひきこもり－終わらない思春期』　PHP研究所.
斉藤　環　2000　「ひきこもりと社会性」『現代のエスプリ』403,60-68.
Seinfeld,J. 1991　The Empty Core. Tavistock Publications,London.
塩倉　裕　1999　『引きこもる若者たち』　ビレッジセンター.
塩路理恵子　2000　「ひきこもり（対人恐怖も含む）と森田療法」『こころの科学』89,70-74.
塩路理恵子・久保田幹子・中村敬　2000　「神経質とひきこもり」『精神療法』26(6),549-556.
Steiner,J. 1993　Psychic Retreat:Pathological organization in psychotic,neurotic,borderline patients by John Steiner. The New Library of Psychoanalysis,19,Routledge.（衣笠隆幸監訳　1997　『こころの退避－精神病・神経症・境界例患者の病理的組織化』　岩崎学術出版社）
高木隆郎　1963　「学校恐怖症」　『小児科診療』.
田辺　祐　2000　『私がひきこもった理由』　ブックマン社.
田中千穂子　1996　『ひきこもり－「対話する関係」をとり戻すために』　サイエンス社.
田中千穂子　2001　『ひきこもりの家族関係』　講談社.
富田富士也　1992　『ひきこもりからの旅立ち』　ハート出版.
塚本千秋　1993　「訪問から外来へ－ひきこもる境界例へのアプローチ」『思春期青年期精神医学誌』3(1),77-87.
塚本千秋　1994　「ひきこもりと強迫症状を呈する青年期患者への訪問治療」『精神神経学雑誌』96,587-608.
牛島定信・佐藤譲二　1997　「非精神病性のひきこもりの精神力動」『臨床精神医学』26(9),1151-1156.
牛島定信　2000　「最近のひきこもりをどう考えるか」『精神療法』26(6),543-548.
牛島定信・狩野力八郎・衣笠隆幸他　1999　「特集　ひきこもり」『精神分析研究』43(2),100-137.
牛島定信・近藤直司・中村敬他　1997　「特集ひきこもりの精神病理」『臨床精神医学』26(9).
牛島定信・塩路理恵子・山中康裕他　2000　「特集「ひきこもり」の精神療法」『精神療法』26(6).
内沼幸雄　1977　『対人恐怖の人間学』　弘文堂.
山田昌弘　1999　『パラサイト・シングルの時代』　筑摩書房.
山中康裕　1978　「思春期内閉Juvenile Seclution－治療実践よりみた内閉神経症（いわゆる学校恐怖症）の精神病理－」　中井久夫・山中康裕編　『思春期の精神病理と治療』　岩崎学術出版社.
山中康裕　2000　「不登校児の「内閉論」からみたひきこもり」『精神療法』26(6),557-563.
山下　格　1982a　「わが国における神経症の診断とDSM-3」『臨床精神医学』11,205-212.
山下　格　1982b　「対人恐怖の診断的位置づけ」『臨床精神医学』11,797-804.
吉川　悟　2000　「ひきこもり事例への家族療法」　狩野力八郎・近藤直司編　『青年のひきこもり』　岩崎学術出版社.

A Review of Social Withdrawal

SAKURAI Toshiyuki

In recent years,the number of young peolpe who withdraw at home for several years, stopping social activities and not keeping company with other persons is increasing. It has been called "social withdrawal". The actual conditions and backgrounds of the problem have not been grasped fully because of the nature of the problem. The reserch reports which dealt with this problem and the process of recovery have been increased because it has been recognized widely. In this paper, I discussed the definition and the classification of the problem through reviewing the past research. In addition, I clarified the relations between the social withdrawal and the individual pathology.