

いわゆる「社会的ひきこもり」に関する MMPI を用いた臨床的研究

岩 谷 泰 志

東京慈恵会医科大学精神医学講座

(受付 平成 15 年 6 月 12 日)

PERSONALITY CHARACTERISTICS OF MINNESOTA MULTIPHASIC PERSONALITY INVENTORY SUBGROUPS OF SOCIALLY WITHDRAWN PATIENTS

Yasushi IWATANI

Department of Psychiatry, The Jikei University School of Medicine

Social withdrawal is a serious social problem in Japan. The aim of this study was to investigate the actual conditions of socially withdrawn persons, defined as those who cannot take part in their expected social life. Fifty-eight subjects were selected from outpatients who have come to Jikei University Hospital for a period of 1 year from April 1997. Although most patients were male, a significant number (35%) were female. Most are relatively highly educated and are members of middle-class families. Forty-three subjects completed the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) and were classified into 5 MMPI profile subgroups (A, B, C, D, and E). The psychopathologic characteristics of the subgroups reflect the seriousness of personality organization. Subgroup D is the most serious, and subgroups B, C, E, and A follow in descending order. Most patients in subgroups A and E are on a neurotic level of personality organization. The present findings indicate that socially withdrawn persons have diverse conditions of diseases and various levels of personality organization. These findings suggest the usefulness of the MMPI for estimating levels of personality organization in these patients.

(Tokyo Jikeikai Medical Journal 2003; 118: 345-58)

Key words: social withdrawal, MMPI, personality organization, personality disorder

I. 緒 言

「ひきこもり」とは社会活動や対人接触を避けて、家あるいは自室に閉じこもっている病態であると理解されている。この「ひきこもり」という病態は、従来精神医学における重要な課題の一つであった。たとえば統合失調症における自閉論は、Bleuler¹⁾ 以来不可欠のものとして認識され、その特徴的行動パターンとして「ひきこもり」症状が存在すると理解されてきた。また、うつ病では精

神運動制止や抑うつ気分が存在することにより「ひきこもり」を呈することが多く、最近では慢性化したうつ病にみられる「ひきこもり」が話題になっている²⁾。このように、精神病性の「ひきこもり」については、これまで数多く言及されてきたのである³⁾。しかし、現代のおもに一般精神科臨床や精神保健福祉センター、保健所等の家族相談等においてみられる「ひきこもり」は、これらとは違って、「身体に病気などの理由がなく、親の家に同居し、日中、通学や通勤、あるいは友だち付き

合いなど社会生活ができない状態で、経済的には親に依存して生活している人」といったものが中核となっている。いわば、最近になって新たな議論を呼び起している非精神病性のひきこもりである⁴⁾。

しかしながら、この「現代的ひきこもり」ともいうべき病態の底流にどのような精神力動が動いているのか、その病態は均一的なのか異種的なかなどは今ひとつ明らかになっていないきらいがある。つまり、ただ単なる臨床記載だけでは治療的戦略を立てることは難しく、これらの症例の持つ生活上の特徴や人格傾向を明らかにする必要があるのである。そこで筆者は、使用が簡便で広く認められたMMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, ミネソタ多面式人格目録)を用いて、そこに現れた所見から上記の目的を達成できるのではないかと考え、それを適用することとした。そうすることによって、より客観的、より力動的な理解ができると考えたのである。

II. 対象と方法

調査対象は東京慈恵会医科大学附属病院精神神経科外来を1997年4月から1998年3月までの期間に受診した患者で、上記の大雑把な条件を満たす症例を社会的ひきこもりとして選び出し、それを対象とした。統合失調症、うつ病、器質性精神障害、精神発達遅滞と考えられる症例は除外した。

対象となった58名(男性35名、女性23名、年齢 28.7 ± 8.35)に対し、インフォームドコンセントとして本研究に関する説明を口頭で十分に行い同意を得た。その上で家族構成、学歴、職歴、生活上の問題、行動面でのひきこもりの程度、対人関係の程度、ひきこもりに対する葛藤等に関してFig. 1の調査票を用いて調査した。また診療録、および本人との面接により、詳細な情報を得た。このうち43名(男性28名、女性15名、年齢 27.6 ± 6.68)に対してはMMPIが施行可能であった。MMPIは新日本版研究会編(II型)を用いた。

III. 結 果

1. 対象のプロフィール

対象のプロフィール (Table 1-1, Table 1-2, Table 1-3)を示す。MMPIを含めた調査が可能で

Table 1-1. Sex of subjects

Male	28
Female	15
Total	43

$n=43$, Number of subjects

Table 1-2. Educational background

Junior high school	2
Senior high school	10
Junior college	6
University	25

$n=43$, Number of subjects

Table 1-3. Revenue sources

Parents	36
Spouse	1
Part-time job	2
Pension	4

$n=43$, Number of subjects

あった43名は、男性28例、女性15例であった。これまで一般にひきこもりを呈する症例は男性がほとんどだと考えられがちであったが、今回の調査では女性が35%弱を占め、大きな性差が見られなかったことは注目し得る。学歴は、大学まで進学したものが25例、短大・専門学校まで進学したものが6例で、いずれも中途退学者を含んでいるが、比較的高学歴者が多くを占めている。経済状況は、両親に扶養されているものが36例(男性22名、女性14名、年齢 26.2 ± 4.71)であり、比較的経済的余裕のある家庭が多いといわねばならない。

2. ひきこもりの状況

次にひきこもり始めた年齢(Table 2-1)、ひきこもりの期間 (Table 2-2) および程度 (Table 2-3)を示す。ひきこもり始めた年齢は、20歳から24歳が21例と最も多く、10代が11例でこれに次いで多くみられた。ひきこもり始める年齢はヤングアダルトと呼ばれる年齢層が中心となっている。

ひきこもりの期間とは、ひきこもり始めてから今回の調査までの期間を表す。5年未満が24例、5年以上10年未満が15例で、10年以上の長期にわたるひきこもりは4例であった。全症例の引きこ

ひきこもり調査票

対象； (1) 社会生活(仕事、学校)からの引きこもりが1年間以上続いている。
 (2) 20~39歳までの発症。
 (3) 精神分裂病、器質性精神傷害、精神発達遅滞を除く。

お願い；全ての症例にMMPIをオーダーしてください。該当項目のない場合は、余白に具体的に記載してください。

IDNo. _____ 氏名 _____

生年月日 _____ 性別 男 女 主治医 _____

調査年月日 _____

発病年齢 _____ 歳 ひきこもり始めた年齢 _____ 歳 ひきこもりの期間 _____

従来診断 _____

DSM-IV；I軸 _____

DSM-IV；II軸 _____

ICD-10 _____

職業 働いたことがない 転職1~2回 その他
転職したことがない 転職3回以上

配偶者 あり 離別・死別
独身・未婚

学歴 中学卒 短大中退 大学卒以上
高校中退 短大卒 専門学校中退
高校卒 大学中退 専門学校卒
大学検定 大学生 その他

同居家族 なし 同胞 配偶者
父 祖父 子
母 祖母 その他

経済状況 生活保護 その他
配偶者が働いている
アルバイトや副収入で生活している
両親が働いている
障害年金・傷病手当

遺伝負荷 あり なし 不明

ひきこもりの契機 契機あり 契機なし 不明

ひきこもりのでき方 幼少時より 外傷体験 家族関係 症状遷延
対人恐怖 職業上の問題 経済問題 症状増悪
適応障害 健康上の問題 喪失体験 その他

ひきこもりの程度 殆ど自室で過ごす
散歩などはする
通院する
趣味などのためには、他者との関係も持つ
時々アルバイトはするが、続かない
アルバイトしている
出社したり、しなかったり
その他

対人関係 他者と関係を持たない
家族とは関係を持つ
友人、医療関係者
職場でも関係を維持できる
その他

ひきこもりに対する葛藤 悩んでいる
諦めている
楽しんでいる
その他

生活史上の問題 なし
両親の離婚、別居
早期の対象喪失(親など)
不登校
薬物乱用
家庭内暴力
外傷体験
その他

具体的に； _____

程度 完全撤退
部分的撤退

主体となる症状 精神症状 行動異常
身体症状

タイプ 孤立
親との共生/依存
特に問題なし
親の不在
不明

Fig. 1. The questionnaire for social withdrawals

Table 2-1. Age of starting withdrawal

Age	Number of subjects
<19	11
20~24	21
25~29	5
30~34	3
35≤	3

n=43

Table 2-2. Period of years of withdrawal

Period of years	Number of subjects
<1	2
1≤, <5	22
5≤, <10	15
10≤	4

n=43

Period of years (M±SD) : 4.7±3.27

Table 2-3. Levels of withdrawal

Staying in the room	0
Go out to shopping	1
Attend a hospital	14
Go out for a hobby	13
Part-time job (occasionally)	7
Part-time job (continuously)	4
Attendance at work (occasionally)	4

n=43, Number of subjects

もりの期間の平均は4.6年であった。ひきこもりは、ともすれば長期化しやすく、看過できない状態であるといわねばならない。

3. 診断名

DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV, 精神障害に関する診断と統計マニュアル(第4改正))のI, II軸診断を示す(Table 3-1, Table 3-2)。従来診断は神経症が32例で、対人恐怖が7例であった。DSM-IVのI軸診断は適応障害などのストレス関連障害と社会恐怖を中心に、恐怖症その他の不安障害であるが、意外だったのは女性例では摂食障害を併発していることが少なくなく、注目に値する。女性のひきこもりが男性の症例と若干異なることを示しているといえよう。また、II軸の人格障害診断では、ひ

Table 3-1. Diagnosis from DSM-IV (Axis I)

Adjustment Disorders	8
Social Phobia	10
Somatization Disorder	3
Panic Disorder	1
Posttraumatic Stress Disorder	3
Obsessive-Compulsive Disorder	3
Anxiety Disorder Not Otherwise Specified	1
Specific Phobia	3
Anorexia Nervosa	1
Bulimia Nervosa	4
Eating Disorder Not Otherwise Specified	3
Dysthymic Disorder	2
Tic Disorders	1

n=43, Number of subjects

Table 3-2. Diagnosis from DSM-IV (Axis II)

Borderline Personality Disorder	8
Avoidant Personality Disorder	43
Narcissistic Personality Disorder	6
Personality Disorder Not Otherwise Specified	5

n=43, Number of subjects

Note. Some patients are given plural diagnoses

きこもりを主にした病態という意味ではすべてが回避性人格障害の診断基準を満たしたが、その他に自己愛性人格障害と境界性人格障害の重複診断が可能であった例が少なくなかった。

4. MMPIを用いた分類

MMPIは標準化された質問紙法パーソナリティ検査を代表する心理検査の一つである。躁うつ病、摂食障害など種々の精神疾患に関する研究において、患者のパーソナリティや精神病理のパターンとその重篤さを測定する目的で広く用いられている。得られた結果はあくまで横断的なものであることは考慮せねばならないが、逆にその時点での精神病理パターンを描出することができる。施行したMMPIの回答用紙により採点された粗点からプロフィールを描くと、K修正されたT得点(標準化換算点)が得られる。このT得点が高値を示す臨床尺度によりパターン分類するのが一般的である。

対象患者に施行したMMPIの結果を上記の方

法でパターンに分類すると、5群に分類することができた。今回各群にそれぞれA群(神経症群)、B群(精神病群)、C群(人格偏倚群)、D群(正常域群)、E群(妥当性疑問群)という名称を与えた。A群は、臨床尺度のうち、心気症尺度 Hs, 抑うつ性尺度 D, ヒステリー性尺度 Hy といった、いわゆる神経症尺度が高値を示しているものである。B群は偏執性尺度 Pa, 精神衰弱性尺度 Pt, 精神分裂性尺度 Sc, 軽躁性尺度 Ma の T 得点が高いもので、仮に精神病群とした。C群は他に高い尺度が無く、精神病質の偏倚性尺度 Pd と精神分裂性尺度 Sc または精神衰弱性尺度 Pt に高い T 得点を示すものである。D群はすべての尺度が正常域にあるものであり、E群は疑問点が高く、テストそのものの妥当性が低いものである。

各群とその症例数を Table 4-1 に示す。A群 13例、B群 14例、C群 8例、D群 5例、E群 3例であった。

各群のひきこもりの平均期間を Table 4-2 に示す。各群を比較すると B群と D群でやや長い傾向がみられたが、A群では若干発病が若い傾向がある。このことは、最初のうちは、神経症症状を訴

えながらも対人関係は維持されていたものが、次第に対人関係が希薄になりひきこもりを強くしていったといえることができる。

つぎに、主体となる症状を、精神症状、身体症状、行動異常の3つに分け、各群での分布を検討した (Table 4-3)。各群間に大きな偏りはみられず、表面に現れている症状からは、5群間に差はみられなかった。

行動面でのひきこもりの程度を完全なひきこもりと、多少ともアルバイト等を短期間なりともできるような不完全なひきこもりの2つに分け、各群間の分布をみた。結果を Table 4-4 に示す。各群間では差はみられなかったが、14例、全体の約3分の1が完全型のひきこもりであった。背景となる人格傾向もさることながら、患者を包む環境を考慮に入れなければならないかも知れない。

各群のII軸診断を Table 4-5 に示す。状態からみて全例が回避性人格障害の診断を満たすが、その他境界性人格障害と自己愛性人格障害の併用診断が可能であったものがそれぞれ8例、6例であった。前者は、B群、C群、D群に多く、後者はA群、D群、E群にまたがっていた。

各群のひきこもりのタイプを Table 4-6 に示す。ひきこもりのタイプを一人の世界に埋没し、家

Table 4-1. Number of subjects

	Subgroup				
	A	B	C	D	E
Number of subjects	13	14	8	5	3

$n=43$, Number of subjects
Five MMPI profile subgroups were classified. Subgroup A consists of spikes on Hs, D and Hy. Subgroup B consists of spikes on Pa, Pt, Sc and Ma. Subgroup C consists of spikes on Pd and Sc or on Pd and Pt. Subgroup D consists of standard type profiles. Subgroup E consists of a spike on the question score (?).

Table 4-2. Period of years of withdrawal

	Subgroup				
	A	B	C	D	E
period of years Mean	2.3	6.4	3.8	7.6	4.1
SD	1.35	2.93	2.50	4.47	1.55

$n=43$, Years
The subgroups were classified with the method mentioned at Table 4-1

Table 4-3. Classification of main symptoms

	Subgroup				
	A	B	C	D	E
Psychic symptoms	7	6	5	1	1
Somatic symptoms	2	2	0	1	1
Problem conducts	4	6	3	3	1

$n=43$, Number of subjects
The subgroups were classified with the method mentioned at Table 4-1

Table 4-4. Behavioral pattern of withdrawal

	Subgroup				
	A	B	C	D	E
Completeness	4	4	3	3	2
Incompleteness	9	10	5	2	1

$n=43$, Number of subjects
The subgroups were classified with the method mentioned at Table 4-1

Table 4-5. Diagnosis from DSM-IV (Axis II)

	Subgroup				
	A	B	C	D	E
Avoidant Personality Disorder	13	14	8	5	3
Borderline Personality Disorder	0	3	3	2	0
Narcissistic Personality Disorder	2	2	0	2	0
Personality Disorder Not Otherwise Specified	2	1	2	0	0

n=43, Number of subjects

The subgroups were classified with the method mentioned at Table 4-1

Table 4-6. Types of withdrawal

	Subgroup				
	A	B	C	D	E
Isolation	2	12	2	3	2
Coexistence/Dependence	6	1	5	2	1
Nothing particular	3	1	1	0	0
Unidentified	2	0	0	0	0

n=43, Number of subjects

The subgroups were classified with the method mentioned at Table 4-1

族からもひきこもる孤立型、親との共生関係や依存を呈するタイプ、とくに問題のみられないものに分けて各群での分布をみた。その結果、孤立型はB群に多いが、D群でも孤立型が少なくないことが注目を惹く。一方、共生・依存型はA群、C群で多くみられた。

IV. 症例の呈示

1. A群

症例1は38歳の男性である。仕事のプレッシャーが辛く退職したいという訴えを持って受診した。幼い頃から真面目だといわれて育ったが、小学校6年の頃よりめまいを訴えて近医を受診し、自律神経失調症の診断のもとに治療を受けていた。めまいが心配で薬を手放せないままに成長したというが、登校はきちんとしていた。成人後も売薬を手放せないままに通勤していた。その一方で、小中学校での成績はよく、名門の私立高校に進学した。しかし、高校での成績は伸びず、これといったエピソードのないままの大学卒業であっ

た。卒業とともに某会社に入社し、25歳で恋愛結婚した。注目すべきは、両親との関係ははなはだ希薄で、結婚式も呼ばないままであったという。入社7年目、技術職である新プロジェクトチームに移り、3人の部下を割り当てられ、残業が増えた。さらには営業部との仕事の取り合いや、上司から急がされることがしばしばとなり、負担がひどく大きくなった感じをもつようになった。そうした状況で、仕事がかまく運べず、部下を路頭に迷わせるようになるのではないかと不安が強くなり、さらに不眠を訴えては会社を休むことが多くなった。その時点で会社の健康相談室を訪ねたところ、当院当科を紹介された。

初診時は、抑うつ気分、不安・焦燥感、意欲の低下が強く、うつ病の可能性を考慮して治療開始したが、抗うつ薬に対する反応が乏しいため入院を勧めることになった。入院すると、抑うつ感が3日目より速やかに消失し1週間で退院となった。しかし復職するとすぐに意欲の低下、入眠困難、食欲不振などがみられ、さらに希死念慮も出現してきたので再入院となった。再入院時は、不眠・抑うつよりも緊張と不安が目立ったので、心身の緊張をほぐすことが重要であると考えられたため、抗不安薬を中心とした治療となった。その結果、比較的順調に回復した。退院に当たっては、職場環境のあり方を話し合い、さらには上司の理解を得て、配属転換まで視野にいれた職場復帰が考えられた。しかし、復職してもなくすると、再びうまくやれるかどうかの不安のために、休職してしまい、ひきこもりの状態が出現するに至り、その後2年が経過している。日常的に好きなものの買い物には出掛けるが、人に会うのをひどく嫌う傾向がある。人の中に入っていくことが困難な様子である。妻とは普通に対話ができるというが、両親との接触はまだ敬遠している。

以前、両親との間で感じた緊張、離反に起源があるようで、青年期の親からの自立をめぐる情緒的問題が解決していないことが職場での緊張の遠因となっていると見なければならぬであろう。子ども時代から、神経症症状を呈しやすく、青年期になって自らが問われたとき、妻との関係で一応の乗り越えができたが、現実に社会的責任を問われるようになった時点での破綻ないしは挫折と

いえる。

2. B群

症例2は29歳の独身男性。家族には会社員の父、主婦の母、4歳年下の妹がいる。小中学校から成績はよく、周囲の評価もよかったので、大学には推薦で進み、卒業後は自動車会社に就職した。ところが、就職4カ月目に販売部門への配属を前に不安となって簡単に退職してしまった。そして、患者は、英語を身につけて留学するのだとって英語学校に通うようになった。しかし、留学試験に失敗すると、部屋にひきこもるようになり、神経質で不決断な性格が悪いと考えるようになったらしく、24歳時に当院当科を受診した。

初診時、「自分の性格の偏りを治したい」「何をしたいか自分でもハッキリしない」「アルバイトよりは就職した方がいい」などと語っている。自らの問題の所在がはっきりしないかの感じを与えた。妹が大学4年になり就職活動を始めると、焦りはするものの「きっかけが見つからない」と言って何らかの行動を起こすことはなかった。家族との接触を避け、昼夜逆転の生活となった。そして「隣の人が家の前をよく通るのは嫌がらせだ」といった被害念慮が生じた。これは統合失調症にみられるものというより、世間体を気にしたための気兼ねであり、事実「勤めるようになれば治ると思う」と言っている。しかしながら、少しずつ慣らしていくというより、直ぐにでも立派な職業人にならねばならないという気持ちが強く、「就職ならいいが、アルバイトはやる気がしない。もともと自分はオール・オア・ナッシングな性格で、それがいい面でもある」と語っている。現実離れた自我理想の持ち主だといえた。「何もしないでいるから気が引けるのである。普通に大学を出て、普通のサラリーマンになっている人と自分を比べてしまうので、外出もできない。見透かされてしまうのが怖い」と言って一人で外出ができないようである。その一方で、肺癌で手術した父親の看病や痴呆の祖母の介護には積極的であった。

そうした社会的弱者である父親や祖母との接触の中で、次第に自信が出てきたかの印象を与えるようになった。そして母親はひどくヒステリックで自己中心的な性格であり、自分がほめられて、得意になるような状況にあっても、ことごとく叩か

れていた思い出を徐々に話すようになった。しかし、それに立ち向かって問題を解決するような力強さは見られず、通院も次第に遠のくようになった。

子ども時代の自我理想の形成に歪みのあることを示唆する症例である。母親に自らの存在を否定された体験のみしか記憶に昇ってこないようで、本当の自信を持っていないところに一番の問題がある。症例1に比べると、親子関係での安らぎのなさはより深刻である。

3. C群

症例3は22歳の独身男性である。「やる気が出ない、怒りっぽいことに困る」を主訴に来院した。性格は消極的で、小心、臆病であるという。

高校までは少ないながらも親しい友人はいたが、家庭にあっては母親が干渉気味で、完璧な人間であることを要求していたという。両親は仲が悪くほとんど口もきかない関係で、患者と接触があるのは母親である。父親とはまず接触がない。つまり母親と患者の結びつきが強く、父親は一人孤立しているかの家庭内力動がある。にもかかわらず、母親は、父親と自分を比較して、がんばれ、病気ではないと叱咤するという。

そして患者が大学に進学した頃から、自分の家系(父方の祖父)に白血病の人がいることを知り、癌になるのではないかと不安になり、何かに感染するのではないかと不安になり、繰り返し手を洗うようになった。この強迫洗浄もさることながら、大学にも行く気がしない、みんな就職活動で会社の人間にペコペコしているのを考えると、そこまでして就職しなくてはならないのかと腹がたってくるという。受診後、話を聴いてもらい投薬を受けたことで幾分なりとも強迫行為は減ったが、大学に行くことには抵抗があって、結局は休学することになった。人に好かれたいの、人の目が気になって誰からも嫌われているような気がするとも言う。母親の日ごろの言動の影響もあって、完璧な人間でなければダメという思いが強く、思うように行動をとれない。留学もしたいが自信はない。大学に通うことができれば社会的にも認められるのにと、思うとひどく焦ってくる。将来についても自分で決められない。周囲の評価に敏感になる。

こうした訴えを受容的に聞きながら、毎日の生

活を支えているうち、ある程度の治療関係が形成されたかに感じられるようになった頃、治療者に支えられて母親と喧嘩ができるようになったことを契機に、父親と野球観戦に行ったり好きなテニスをしたり、さらには週1回のフランス語クラスに通うようにはなってきた。

症例4は、「人ごみが怖くて外出できない」という訴えで来院した31歳の独身女性である。

父は幼いころから暴力的で、母親への暴力を目撃して育った。そういう意味では母親と結びつきが強かった。そうした中で短大まで何とか卒業し、一応は就職した。その後、恋人はいたが、それほど深まりができた様子はなかった。ところが、27歳の時に、父親の浮気が発覚し、両親が殴り合う光景を見せられるようになってから、帰るとどちらかが死んでいるのではと空想し不安になるようになった。母親を助けようとする、逆に母に怒られた。父親に「おまえが生まれたせいだ」と言われて自分の存在が悪いかの感じさえしてきた。そんな中で母親は自殺企図(飛び込み、過量服薬)を数回にわたって繰り返したが、母親が乳癌になったために、患者は母の看病で忙しくなった。その後、対人場面を避けるようになり、外出もままならなくなった。

これらの症例は、どちらかといえば、暴力的な対象関係を基盤にして生じたひきこもりといえる。多分に外傷性の色合いを持っているだけに、外界に対する恐怖心を持ちやすいといえる。

4. D群

症例5は、「髪がうすくて人前に出られない。自殺するのではないかと不安である」という訴えを持って受診した31歳の男性である。

両親は患者が3歳のときに離婚し、母親がひきとった。しかし、5歳の時から男性が家に入り込んできた。その男性は患者に暴力を振うだけではないに、その男性の女性問題をめぐって母親とその男性の激しい喧嘩が絶えなかった。そのうちその男性は家を出ていったが、すぐに別の男性が入ってきた。結局患者は、母親の実家に引き取られて、祖母と同居中の伯母(母親の姉、独身)に育てられることになった。

受診した患者は、人前に出ることができないことの原因を「親にありのままの自分を受け入れて

もらえなかったことにあると思う」と語っている。かなりの混乱の中で育ったにもかかわらず、患者は幼少時より「自分は他人よりも優れている」という思いがあったともいう。しかし、小学5年生の時に生じた円形脱毛症をめぐって友達に「ハゲ」と言われて馬鹿にされたように思い、学校を休むようになった。中学になると自分は本当に禿げているのではないかと思うようになり、2年生から不登校になった。この頃、友人と空き巣に入って捕まったこともある。高校には進学したが、毛髪のことかどうしても気になり、頭皮の移植手術まで受けている。17歳時、高校を中退した。その頃より、自分が超能力を持つことを想像するようになり、馬鹿げていると思う気持ちがなくなっていくわけではないが、結構本気になっていた。そして、20歳頃には自分は神の子であると思い込もうとした。しかし、23歳になると、自分が衰弱していきそうな不安に襲われるようになり、24歳時にはさらに自分が自殺してしまうのではないかという不安が出現するようになった。催眠療法やカウンセリング、さらには森田療法を受けたこともある。そうした中でも、大学進学を諦めることができず、予備校に通うが長続きせず転々とするような生活になった。そして、間もなくすると上京してアパートで一人暮らしを始めた。大学検定試験を受験するが、合格できないままである。30歳の時、伯母とともに当院受診した。伯母は60歳で結婚したが、その後も患者の生活を支えているという。

初診時から、患者は多少とも攻撃的で挑発的な印象を与えた。奇妙な空想を話すが、統合失調症を示唆する思考、認知の障害はなかった。「自分に自信がないから髪の毛を理由にしていると思う」と言う。コンビニエンス・ストアでアルバイトしたが、年下の同僚におどおどして敬語を使ってしまう一方で、その男性に「年下なのに自分に偉そうに命令する。自分をとろい男と思ってなめた態度をとる」と思ってキレて、「ぶっ殺してやる」と怒鳴ってしまったという。「自分が下手に出るから、相手がつけあがる。弱い人間をいたぶるタイプのやつがいる」と言い、さらに「結局自分はハゲという劣等感があるからだということで心の決着をつけている」と言う。外出は近所への買い物や食事に行く程度であり友人はいない。「大検に

通って、大学を卒業して臨床心理士になりたい」と言うが、大学検定試験は18歳の時1回受けたのみである。「幼少時の知能テストでIQ 163だったから、伯母は自分を過大評価している」、「相手への敵意と反感があるが、そのままでは拒絶されてしまうから、その反動形成として卑屈な態度になる」、「母も伯母も祖母も90点の答案を見せると馬鹿呼ばわりする。学校で喧嘩して怪我しても心配してくれなかった」と語る。そうした状況で昼夜逆転し、飲酒、過食する毎日となった。「ちゃんとした資格を取るために大学には行きたい」といいながら、「なめられると仕返ししてしまう。暴力的になる。警棒やスタンガンを7つぐらい持ち歩いていた。些細なことでも気になって復讐しないでいられない」と言う。「伯母にも暴力を振るうがふざけているだけだ」と言い訳するが、衝動性に基づくことは間違いない。

多少とも、誇大的な自己に反社会的傾向を伴うのは、悪性の自己愛を感じさせる。幼少時の暴力的な対象関係が影を落としているとみてよいであろう。

5. E群

症例6は、咽頭痛、寒気、体のだるさを訴えて来院した31歳の独身男性である。

両親は患者が29歳時に離婚したが同居したままである。同胞は弟、妹、5人暮らし。患者は、小中高校一貫教育で大学に進んだが、卒業後、定職につかずに、自宅でピアノのレッスンをしたり、ライブに参加したり、引っ越しや喫茶店のアルバイトをしたりするが、長続きできず、社会参加をしないままの生活になっている。

幼い頃から自分も兄弟も父親に体罰を受けて成長したという。父親は子どもに厳しく、熱があっても学校を休ませなかった。本人は小学校時代から優秀で良い子だった。中学の時、父親が愛人を作り家に寄りつかなかったことに、「父を許せない」気持ちを自覚するようになった。24歳頃より父親が愛人と別れて家に戻ってきたことをきっかけに主訴が出現した。近医を受診し安定剤の内服により一時的に症状は軽快したが、その後再び症状が増悪し当院の受診に至った。28歳の時、父親の会社が倒産し、家に戻ってきて母親に経済的に頼るようになったが、「自分に厳しくしておいて何

だ!」と父親に暴力を振るうようになった。母親や妹の行動に腹を立てて暴力を振るうことがあり、弟が仲間の暴走族に頼んで患者に脅しをかけたため、家に寄りつかなかった。母親の職場の人からは家庭内暴力のことで暴力を受けたため、母親に対して攻撃的になった。その一方で、無気力、不安、耳鳴り、喉が詰まって声が十分に出せない、発熱、下痢を訴える。「何をやってもうまく行かない」「なぜ自分がこんなに苦勞しなくてはならないのか」と言う。喫茶店でアルバイトをするが、「31歳でこんな仕事をしているなんて、店長に見下されるのがいやだ。でも大事な女性(ピアノの教え子)の紹介で入ったから辞められない」と気持ちが決まらない。将来は音楽の仕事をしたいというが、一方では気力がわかないという。妹の結婚が決まると「阻止する」と妹に言う一方で、妹と一緒にカラオケに行きたがると母親はいう。家庭内暴力は見られなくなったが、諸々の身体症状を訴えては、昼夜逆転してゴロゴロ過ごしているという。外来で主治医がもっと自分の問題として捉えるように勧めたところ、それ以来来院しなくなった。

正常域の症例に似た病的な自己愛傾向があるが、批判し、嫌っている父親とそっくりの生活態度であることが特徴的である。それだけに自我理想の高さとは裏腹に自らの無為な生活に肯定的になれず、自分に対して非常にアンビバレントである。

V. 考 察

1. 「ひきこもり」に関する歴史的概観

現代の非精神病性の「ひきこもり」という病態の概念を捉えるためには、まずこれまでの著述を歴史的に概観する必要がある。この問題に関する著述は海外では少ないが、我が国ではしばしば取り上げられ、検討されてきた。

牛島⁵⁶⁾は、本論の主題である「ひきこもり」には歴史的な変遷があると指摘している。つまり、森田正馬⁷⁾が記載した対人恐怖が時代的影響を受けて、1960年代には純型の神経質が減少し、登校拒否という病態に変化し、1970年代になると退却神経症(笠原⁸⁾)に変形したという。この病態の特徴は、自分に課せられた仕事を前にすると尻込みをする一方で、趣味その他の副業面では生き生きと

した生活態度を取ることにあるといわれる。いわば部分的退却である。筆者がここで問題にしようとしているのは、その趣味の世界でさえも社会参加が不可能になった全面撤退ともいえる状態である。牛島は、こうした病態の変遷の背後に、時代特有の青年期の同一性形成の問題をみている。

また一方、狩野⁹⁾は、精神分析学で展開された Fairbairn¹⁰⁾ のスキゾイド・メカニズムを引用して、本病態を論じている。ただし注意を要するのは、このメカニズム論は、ここで論じようとしている、いわゆる「社会的ひきこもり」「生活上の引きこもり」といった現象のことでない。むしろ「情緒的ひきこもり」といわれるような、情緒面からのひきこもり概念に関する理論的展開で、表面的な対人関係は豊かにあっても、そこに生じ難い自然な感情体験のことである。もちろん、ここで論じようとしている病態の一部を成す部分でもあるので、看過できない領域の議論であることは論じるまでもない。

そして1980年代後半から話題になってきた「社会的ひきこもり」に関しては、中村ら¹¹⁾の対人恐怖症のひきこもりに関する記述や、蔵本ら¹²⁾¹³⁾や近藤¹⁴⁾による保健所相談のケースを中心としたひきこもりが紹介されるに至っている。

2. 対象のプロフィール

意外なのは女性の割合が約35%と、決して少なくないことである。かつては、社会に出て決まった仕事に従事するのは男性の人生であるとされた時代とは違って、女性の人生の送り方が男性とはあまり差異がなくなったことと関連しているのではないかと思われる。小野¹⁵⁾は、最近の女性の人格形成の方向として、自我理想のあり様が男性と近づいてきたのではないかと指摘している。これまで家事手伝いは女性の仕事であったが、社会に出て定職につかないことに自責の念をもったり悔やんだりする、そして自らを「フリーター」と呼んでいる女性が20%もいたことは忘れてはならないであろう。

また、比較的高学歴で、裕福な家庭が多いという特徴があった。学歴は、大学まで進学したものが25例、短大・専門学校まで進学したものが6例で、いずれも中途退学者を含んでいるが、比較的高学歴者が多くを占めている。経済状況は、両親

に扶養されているものが36例であり、年金を取得する形での収入があるものはわずか2例であったことから経済的余裕のある家庭が多かった。これは大学病院外来のために偏りが生じた可能性はあろうが、大学を出ても定職を持たず、両親に扶養され続ける人間が現実増加している現代の世相を考えると、社会的ひきこもりの重要な背景要因と考えられ、特徴の一つといってよいように思われる。

3. MMPIを用いた分類から見えてくるもの

MMPIの最初の出発点は精神障害者と非精神障害者とを識別することであり、同時に正常者群の人格・行動特徴も識別することであった。本論文で取り上げた病態が「社会的ひきこもり」(社会参加ができない)であることから、全体的には「回避性人格障害」といえるものであるが、問題は背後の人格傾向が必ずしも同じではないということである。MMPIはそれを示唆しているように見えるのである。各群の特徴をまとめてみたい。

1) A群(神経症群)

A群は、心気症、抑うつ、ヒステリーといった神経症尺度のT得点が高い群である。呈示した症例に示されたように、この群の症例は子ども時代から神経質な性格傾向をもっている。現実さまざまな神経症々状を持っていることが多いようにみえる。

生活史的にみると、比較的良好な家庭の出身で、小中学校では成績が優秀で、比較的良好な高校に進んでいる。ただし、高校以降になると成績が下がったり、職場で責任のある地位につくと自信を失くして適応不全に陥り、遂には破綻をきたしてひきこもりへと発展していくという経過をたどりやすい。いわば、周囲に守られている段階では力を発揮できるが、何かを自分で背負わなければならなくなると、異常に緊張し自信を失くすようである。その背後に何があるのか。推察するに、呈示した症例でみるように、25歳の結婚時に両親を招かなかったことは両親との間に何らかの未解決の問題を秘めていたことを示している。それは、小中学校でよかった成績が高校になって落ちて両親の期待に応えることができなくなっているのが原因ではないかと考えられる。自らの結婚も報告して祝福を受ける自信がないし、再び職場での責任のある

地位についたときもまた同じ緊張が再現したとみるのが自然である。この態度のあり方は、私たちには馴染みの深い森田神経質のそれだといえることができる。いわば、土居のいう「甘えの構造」¹⁶⁾を内奥に秘めた人格である。

神経質の心理に自己愛問題が絡んでいることは牛島¹⁷⁾が指摘する通りであるし、Kohut¹⁸⁾により提唱された自己愛性パーソナリティの概念を基本として、Gabbard¹⁹⁾が過敏型の自己愛性人格障害として記述している病態と通じる。

2) B群 (精神病群)

B群は、精神病性といわれる偏執性尺度、精神衰弱性尺度、精神分裂性尺度、軽躁性尺度のT得点が高い群である。過度に敏感で猜疑的、自己中心的で、関係妄想的観念を進展させやすく、非現実的行動に走りやすいという傾向をもつといわれる。

症例2をみると、症例1と同じく、比較的よい家庭の出であり、小中高と成績もよかったが、社会に出て責任を持たねばなくなると自信をなくしてしまうという経過がみられる。ただ症例1と異なるところは、こちらの方が失敗感、自分の弱さに対する現実的な認識のないことである。適応の破綻をきたしていながら、自らの社会的能力のなさを否認して、留学という現実離れた目標を立てて英語学校に通い始めるのである。かなりの難関を突破するためには相当な努力と才能が必要であるという認識がなく、簡単に実現できると思っている節がある。ただ忘れてならないことは、自らの弱さを全くもって否認できているかということ、必ずしもそうではないということである。密かに自らの小心さ、臆病さを感じ取っているところがあるのである。それだけに、周囲の人に見抜かれるのではないか、仕事がないことで軽蔑されているのではないかという心配がつきまとい、状況によっては関係妄想的な観念さえ進展させるのである。この症例でみられた関係念慮はまさにそうした性質をもったもので、統合失調症でみるような一次性妄想の色合いはない。

こうした症例ではどのような生活史の特徴をもっているのだろうか。普通の生活史の記述だけではなかなか明らかにできないことが多いが、面接を重ねるうちに明らかになってくるのは、母

子関係は密着しているが、母親には自己中心的で子どもが困ったときに手を差し延べてやるだけの思い遣りの余裕がないことである。そしてしばしば子どもがほめられて得意になってもよいような場面で真の賞賛を与えることができない。そうした母親の情緒的拒否が反動的な誇大的自己、現実離れした自我理想を生むようである。

こうした人格的基盤の弱さをもった症例はしばしば衝動行為や自傷行為に走ることが少なくなく、ことに女性例では摂食障害を伴った境界性人格障害の様相を呈しやすい。

3) C群 (人格偏倚群)

C群は、反社会的逸脱行動、家庭内葛藤、敵意などの精神病質的偏倚性尺度が高い特徴をもったものである。

そうした傾向の強かった症例では、両親が不仲であることを基盤にした密着した母子関係が形成されていることである。父親が排除されて孤立しているという家庭内力動があるのである。もうひとつの特徴は、親のいずれかがある意味では暴力的な対象関係を作っていることである。すなわち症例3では、母親が強迫的で過干渉であり、患者のだらしなさを口で罵ってきたという。症例4では父親が身体的に暴力的であった。そうした家庭環境で育った患者は、温かく支えられた経験に乏しく、外界に適応していく場面では真の自信を持つことができないでいる。反動的に高い自我理想を形成はしているが、それを実行に移すことができない。例えば、症例2では非現実的な留学希望をもってはいるが、その準備として英語学校に通うほどの自信はないのである。ある意味では、現実の自分の実力の認識があるとはいえるが、それ以上に現実場面での自信のなさの方が強いのである。現実世界に身を置くことができない。

忘れてならないのは、そうした自信のなさの背後で暴力的な親を取り入れているところがあることである。それは、症例3では母親への、症例4では父親への反発という態度の中にみることができ、それが一般社会への反発という形をとるまでになっている。反社会的傾向を何らかのかたちで示していることが少なくない。自らへの自信のなさが対象（相手ないしは社会一般）を破壊することによって自己評価を得ようとする傾向で、背後

には自分でも具体的に描けない誇大的自己像もっている。

4) D群 (正常域群)

MMPIで、どの項目でも一定以上のT得点を得ることの出来ない症例である。一般には、現実感覚がしっかりしていて情緒や内的葛藤への対応が健康であるといえるが、注意を要するのは、客観的にみると正常からの逸脱があっても自己像に対する認識がなく葛藤が乏しい例では、評価尺度では正常領域を示すことが少なくない。先に示した症例は後者の場合である。

症例5の特徴は、「母親に受け入れられたことがない」という恨みに近い心性が底流に流れている一方で、「自分は他人より偉い」という現実に基づかない空想的な誇大的自己像が根強くあって、何からの機会にそれが顔を出すことである。ここで現実に基づかないというのは、小中学生のときに成績がよかったとか、芸術的活動や何らかのスポーツで活躍したといった、自らを誇ることでできる実際の体験をもったことがないにもかかわらず、空想的に自分は偉いと思っているという意味である。それだけに、自我親和的なのである。全体的に、空想的に自分を捉え、現実を見ないで行動に走るといえるところがある。こうした空想性を持っていることの背後には、どちらかといえば悲惨な成育史のあることが多い。症例5が崩壊家族としか言いようのない幼児期を過ごしていることがこの空想性を高め、誇大的自己像を形成するに至ったと考えられる。

加えて、多少とも反社会的で暴力的なところがあることも、この症例の特徴である。悪性自己愛²⁰⁾²¹⁾といえるもので、現実社会で自らを誇る体験をもつことを諦めた人間が、代わって他者ないしは社会一般を破壊することで自らの誇大性を体験しようとするのである²²⁾²³⁾。正常域群に属する症例は、現実を無視した空想的な心理過程のあることを特徴とするものが多かった。それだけに社会的な活動や内的心理過程に対する葛藤がないために、評価尺度での質問にはT得点が高くないのである。

それだけに、ある意味ではもっとも重症の病理性をもった一群であるといえる。この症例が醸し出すある種の凄さを感じるのは、そうした特性に

由来すると思われる。

5) E群 (妥当性疑問群)

E群は疑問点が高い群である。

この群の特徴は、自らの行動なり生活態度なりに親和的でありながら、その一方で批判的でもあるということになる。呈示された症例6では、定職につかず、ピアノや喫茶店でのバイトといった遊び感覚の生活におさまっているかにみえる。高い自我理想に沿って、自らを社会の中で立派にしていこうとするところがない。こうした姿は、実をいうと父親がこれまで取ってきた生活態度なのである。換言すれば、父親に反発しながら、成長するにつれて父親そっくりになるということなのである。つまり、自らの生活態度に対して無意識的には肯定的でありながら、意識的には批判的というひどくアンビバレントな態度をもっているのである。それだけに、MMPIにおけるさまざまな質問に対してイエス・ノーの両方の反応を示した結果、「どちらでもない」が増えたものといえる。こうした心性が見られることも確かだが、どちらかといえば現代的なひきこもりというより、昔からしばしば話題になる「遊び人」のような感じの人格像である。ただし、非常に神経症的である。客観的にはかなり身勝手な人間と映っている。自己愛性人格障害の様相を呈することも少なくないようである。

以上まとめてみると、病理性の強いものから並べると、まず境界水準にあると考えられるD群、ついでB群となる。健康度の高い、いわば神経症水準で機能しているものにはA群とそれに続くE群がある。そういう意味ではC群が中間領域の病態といえる。注目すべきは、いずれの群も何らかのかたちで自己愛ないしは自我理想の発達をめぐる問題を秘めていたということである。その自己愛ないしは自我理想をめぐる、さまざまな防衛活動が動き出して特有の病態を形成していると考えられる。しかも、あるものは神経症水準で終わっているし、あるものは境界水準²⁴⁾まで重症化していた。いわば、病的な自己愛に対する防衛のあり様が『ひきこもり』の多様性をかたち作っているといえる。A群からE群に至るまで型分けできたことはそのことを物語っている。

そして「ひきこもり」を主症状としてみた場合、

全例が回避性人格障害²⁵⁾²⁶⁾ということができるとは、興味深いのは、境界性人格障害と自己愛性人格障害の診断が可能な症例があったことである。境界性人格障害を満たしたのはB群、C群、D群であり、他の特徴とともに自傷的衝動行為が若干なりとも認められた。最も重症と考えられるD群の2例は境界性障害と自己愛性人格障害の両方を満たした。いわば、衝動行為は、自傷的であると同時に対象破壊的な傾向があった。例えば、症例6は自己愛的傾向の強い境界性人格障害と考えた方が理解しやすいと考えられる。一方、自己愛性人格障害といえるA群は、どちらかといえばGabbard¹⁹⁾のいう過敏型の自己愛であるし、いわゆるDSM-IVの自己愛性障害を満たすのはC群であるかにみえる。

これらのことから、治療的戦略を練る上でも、ひきこもり症例に対してはMMPIを施行して、症例の大まかな方向性を把握しておくことの必要性があると考えられる。

VI. ま と め

1. 現在、社会問題ともいえる「社会的ひきこもり」の実態を明らかにすべく、「社会参加のできない症例」という割と大まかな基準を設けて、それに該当する症例を1997年4月から1年間の間に東京慈恵会医科大学附属病院精神神経科を受診した患者から選び出して検討した。

2. それによると、一般に男性に多いという認識とは逆に、女性例も結構多いことが明らかになった(35%)。一般に高学歴で中流以上の家庭の出身であるという所見を得た。

3. MMPIが施行できた43例をみると、A群(神経症群)13例、B群(精神病群)14例、C群(人格偏倚群)8例、D群(正常域群)5例、E群(妥当性疑問群)の5群に分けることができた。

4. 精神病理学的にみると、もっとも重症といえるのはD群で、ついでB群、C群、E群、A群となり、A群とE群はむしろ神経症水準の病態を考えられた。いわゆる社会的ひきこもりといってさまざまな病態、人格の機能水準のあることが明らかとなった。

5. これらの所見から、ひきこもり症例ではMMPIを施行して、その大まかな人格の機能水準

を把握しておくことは意義あることだと考えた。

稿を終えるに当たり、直接のご指導を賜りました東京慈恵会医科大学精神医学講座、牛島定信主任教授に深謝いたします。さらに総武病院樋口英二郎副院長はじめ精神病理研究班の皆様からご指導およびご助言を頂きましたことに感謝いたします。

文 献

- 1) Bleuler E. 飯田, 下坂, 保崎, 安永 訳. 早発性痴呆または精神分裂病群. 東京: 医学書院; 1974.
- 2) 大森健一. うつ病とひきこもり. 臨精医 1997; 26: 1179-83.
- 3) 牛島定信, 狩野力八郎, 衣笠隆幸. 特集「ひきこもり」をめぐって. 精分析研 1999; 43: 100.
- 4) 斉藤 環. 社会的ひきこもり—終わらない思春期. 東京: PHP 新書; 1998.
- 5) 牛島定信, 佐藤譲二. 非精神病性のひきこもりの精神力動. 臨精医 1997; 26: 1151-6.
- 6) 牛島定信. 最近のひきこもりをどう考えるか. 精神療法 2000; 26: 543-8.
- 7) 森田正馬. 神経質及神経衰弱の療法. 高良武久編. 森田正馬全集第1巻. 東京: 白揚社; 1974. p. 239-457.
- 8) 笠原 嘉. 退却神経症という新カテゴリーの提唱: スチューデント・アバシー第二報. 中井久夫, 山中康裕 編. 思春期の精神病理と治療. 東京: 岩崎学術出版社; 1978. p. 287-319.
- 9) 狩野力八郎, 近藤直司. 青年のひきこもり. 東京: 岩崎学術出版社; 2000.
- 10) Fairbairn WRD. 人格の精神分析学. 山口泰司訳. 東京: 講談社; 1995.
- 11) 中村 敬, 北西憲二, 増茂尚志. 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 1995; 16: 249-59.
- 12) 蔵本信比古, 川上正己, 近藤直司, 長谷川俊雄. 引きこもりの理解と援助. 東京: 萌文社; 1999.
- 13) 蔵本信比古. 引きこもりと向きあう: その理解と実践のプロセス. 東京: 金剛出版; 2001.
- 14) 近藤直司. 非精神病性ひきこもりの現在. 臨精医 1997; 26: 1159-67.
- 15) 小野和哉. 最近のヤングアダルト世代の神経症圏の女性における病態変化. 臨精病理 2000; 21: 31-52.
- 16) 土居健郎. 神経質の精神病理. 精神医学と精神分析. 東京: 弘文堂; 1979. p. 3-28.
- 17) 牛島定信. 甘え, 自己愛, そして森田療法. 精分析研 2001; 45: 120-8.
- 18) Kohut H. 水野信義, 笠原 嘉 監訳. 自己の分

- 析, 東京: みすず書房; 1994.
- 19) Gabbard GO. Two subtypes of narcissistic personality disorder. *Bull Menninger Clin* 1989; 53: 527-32.
 - 20) Kernberg OF. *Aggression in Personality Disorders and Perversions*. New Heaven: Yale University Press; 1992.
 - 21) Kernberg OF. 人格障害の分類のための精神分析的なモデル. 岩崎徹也 訳. *精分析研* 1996; 40: 155-68.
 - 22) 小島秀悟, 黒田直明, 佐藤親次. ひきこもりと犯罪. *最新精神医学* 2000; 25: 451-6.
 - 23) 小田 晋. 重大犯罪を行った「引きこもり」事例の精神病理と犯罪心理. *最新精神医学* 2000; 25: 457-67.
 - 24) Kernberg OF. *Borderline Conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson; 1975.
 - 25) Millon T. *Disorders of personality DSM-IV and beyond*. New York: John Wiley & Sons; 1996. p. 393-427.
 - 26) 弘田洋二. 回避性人格障害についての考察. *大阪公衛研報* 1989; 27: 55-62.