

第12章

思春期青年期のメンタルヘルスリテラシーについて：ひきこもり予防を中心に (濱崎由紀子)

はじめに

多くの精神疾患は思春期に好発する一方で、精神保健に関する知識の一般普及率は低く、これは精神疾患対策（予防や早期介入など）を進めるうえで大きな障害となっている。このような問題意識から児童思春期の子どもへの精神保健教育（メンタルヘルスリテラシー）の開発が世界的に求められ、イギリスやカナダなどの海外先進国を中心に学校授業に導入され、またその効果が実証的研究により明らかにされ始めている¹⁾²⁾³⁾⁴⁾。現在、我が国の文部科学省では指導要領の改訂作業が進められ、近い将来、精神保健教育が学校授業として始まる可能性があるが、教育プログラム開発の基盤となるべき研究に十分なエビデンスがそろっていないのが現状である⁵⁾。本稿ではひきこもり予防を中心に、思春期青年期におけるメンタルヘルスリテラシーの重要性について述べていくこととする。

キーワード

メンタルヘルスリテラシー、大学生、ひきこもり、抑うつ、概日リズム

1 思春期青年期のメンタルヘルス

我が国では5人に一人が一生のうちに何らかの精神疾患にかかると報告されている（Kessler et al, 2007）⁶⁾。この中には統合失調症や認知症は含まれないので、身近でうつ病やパニック障害などを発症し精神科治療を受けている人は我々の想像以上に多いということがわかる。このような病気の多くは日常的な環境要因（過労や睡眠不足など）がきっかけとなり発症するものであり、特別な病気ではなく誰でもかかりえる病気と言える。WHOなどの研究によると、一般的に先進国であるほど精神疾患の発症率や重症度は高いことが報告されている⁷⁾。また、精神疾患は10代で急激に発症率が増え、患者人口の約75%は20代半ばまでに発症している⁶⁾。大学生はまさに精神疾患の好発年齢に位置すると言える（Appendix、図1、2参照）。大学生の発症リスクとしては、概日リズムの乱れ（夜更かしや睡眠不足、二度寝など）や食生活の乱れ、ネット依存などが指摘されている。

脳科学の視点から見ると、思春期青年期は脳のなかでも社会的認知に特に大切な「前頭連合野」（Appendix、図3参照）が発達・成熟する重要な時期である⁸⁾。この時期、不要なシナプスの刈り込

みや髓消形成によって、感情の制御や衝動的行動の抑止、社会関連情報の処理など、その後の社会生活のために大切な能力が形成される。このような脳の成熟が複雑な対人関係に相応しながら急速に進行するために、思春期青年期は感情や気分が不安定となりやすく、日常生活の些細な出来事が契機となってメンタルヘルスの不調をきたしやすい。

大学生の場合、メンタルヘルスの問題で日常生活が障害されれば不登校や休学、さらに重態化して社会的ひきこもりに至ることも少なくない。そうならないためには概日リズムの確保など日常生活での予防が最も重要となる。また本格的な病気になる前に不調に気づいて早めに対処（睡眠確保やストレス発散、友人や家族への相談など）することにより、発症を防ぐことができる。この早めの気づきのために、精神保健についての基礎知識（メンタルヘルスリテラシー）が必要となるのである。

2 社会的ひきこもりについて

ここでは大学生のメンタルヘルス問題として重要な社会的ひきこもりについて述べておく。社会的ひきこもり（以下、ひきこもりと記す）は、社会的なつながりも持たず数ヶ月または数年間、個人が部屋に閉じこもる社会的退却現象のことである⁹⁾。ひきこもり問題を論じた精神科医、斎藤環¹⁰⁾の著書は、日本で数多くのテレビ報道や新聞記事で取り上げられ、この問題のメディア普及に重要な役割を果たした。2000年代からは主に社会学領域において論文数が増え、英語圏のジャーナルにも幾つかの論文が掲載され始めている。

一方、ひきこもりという概念が精神医学的な学術用語として定義され位置づけられたのは比較的最近のことであり、この5~6年の間に精神医学雑誌にひきこもりテーマが登場することが多くなった。ひきこもり人口における精神障害の有病率について論じるものやひきこもりを文化結合症候群として捉えることを提唱するもの、不登校との関連を論じるものなど研究の方法や視点は多岐にわたっており、これらの文献レビューも概ね2015年に発表されている。公的な発表としては日本厚生労働省による最初のひきこもり報告が2001年および2003年に発表された。2010年および2016年の日本内閣府ひきこもり調査報告はひきこもり疫学研究の端緒となるものとして特筆される¹¹⁾¹²⁾。内閣府調査ではひきこもりになったきっかけの一位は不登校18.4%と報告されており¹²⁾、思春期青年期はひきこもりのcritical period（臨界期）として早期発見・予防の観点から大変重要な時期と考えられる。

ひきこもりは外出困難な狭義のひきこもりから趣味の用事の時だけ外出する「準ひきこもり」¹²⁾まで含む質的量的に広範な概念であり、どこから精神保健施策の対象とするのかは難しい問題である。さらに思春期青年期においては、登校には支障はないが家族以外の人間との交流を欠く所謂「ひきこもり親和群」¹²⁾もひきこもりの連続体（スペクトラム）として考慮に入れることが、リスクの早期発見・予防の観点から必要となってくる¹³⁾。

3 女子大学生のひきこもり関連因子 – 統計学的研究から

若年者のひきこもりリスク因子としては、家庭の機能不全¹⁴⁾、気分障害や不安障害などの精神疾患¹⁵⁾¹⁶⁾や概日リズム障害¹⁷⁾、コーピング（ストレス対処）能力の問題¹⁸⁾、ネット依存¹⁹⁾、などが先行研究により既に指摘されている。また、ひきこもりに限らずメンタルヘルス一般の防御因子としてはHaglundらがいくつかのレジリエンス因子²⁰⁾（トラブル対処行動、楽観性、宗教的信念、利他的行動など）を実証研究で明らかにしている。

筆者らはこれらのリスク因子、防御因子を説明変数として、女子大学生のひきこもり傾向との関連を調査した²¹⁾。その結果、女子大学生のひきこもり傾向は抑うつ・不安度と強く関連していること

が明らかとなった。自分のメンタルヘルス不調に気づいて早めに対処（ストレス発散や周囲への相談など）することが、ひきこもり予防にとって重要であることがわかる。概日リズムに関しては、特に食生活の乱れがひきこもりと強く関連していた。ネット依存についてはこれまで複数の先行研究が指摘しているが、当該研究においては関連が示唆されなかった。これまで若年者のひきこもり研究はひきこもり発生率の高い男子を中心に論じられてきた経緯があり²²⁾、ネット依存（特にオンラインゲーム）との関連もその中で指摘されてきた。ひきこもり要因としてのネット依存の性差については今後さらに検証する必要がある。

Haglund らが挙げるレジリエンス因子のなかでは、トラブル対処行動、利他的行動が特にひきこもりを抑制する強力な防御因子であることが明らかとなった。抑うつ・不安がひきこもりと関連することは既に上述したが、それ以上にトラブル対処や利他的行動といった日常的な行動特性がひきこもりの防御因子として強く関連していることは興味深い。メンタルヘルス不調への洞察・早期ケアと同様に、日頃より能動的な対処様式（解決策を模索する、学習する等）や利他的行動（人に親切にする、ボランティアなど）を心がけることがひきこもり発生の予防につながるといえよう。これらの行動様式のレジリエンス効果についてはニューロサイエンス領域においても神経生物学的機序（報酬回路の強化、自律神経系活動の減弱、学習性無力の予防、恐怖消去の促進など）が報告されており²⁰⁾、メンタルヘルスそのものの賦活に寄与しながらひきこもりを抑制するものと考えられる。

また当該研究では簡易なパンフレット配布（Appendix 参照）によるメンタルヘルスリテラシーを試みた。配布したパンフレットには仏教理念に基づいた生活とこころの整え方も紹介しており、広大で難解な理論を含むメンタルヘルスリテラシーの中に若者向けのシンプルで実践的なポイントを提示することに留意した。当該研究では宗教教育とメンタルヘルスリテラシーの間に相乗効果があることも実証され²¹⁾、宗教を介したメンタルヘルスリテラシーの有効性と臨床応用の可能性が示唆された。冒頭に述べたようにメンタルヘルスリテラシー・プログラムの開発は若年層のメンタルヘルス向上のために喫緊の課題であるが、プログラムが十分な実効性を持つためには個人が暮らす社会の風土、文化、規範などを十分に考慮したうえで構築していく必要がある²³⁾。

4 結語

社会的ひきこもりは現代日本社会のメンタルキャピタルを脅かす重要な問題となりつつある。内閣府は若年層（15歳から39歳まで）を対象とした2016年調査でひきこもり推計数を54.1万人と報告したが、2018年には中高年（40歳から64歳まで）を対象とした同様の調査²⁴⁾で若年層を上回るひきこもり推計数61.3万人を公表した。どの年齢層においても長期的なひきこもりのきっかけの一位は不登校と報告されており、思春期青年期はひきこもりの長期的予防にとって最も重要な時期といえる。先述したように脳科学の視点からも、思春期青年期は社会的認知の発達・成熟にとって特に大切な時期である⁸⁾。個人のメンタルヘルス問題にとどまらず現代公衆衛生の視点からも、若年層に特化した実効性のあるメンタルヘルスリテラシーの構築と学校教育への早期導入が望まれる。

参考文献

- 1) Kutcher S., Wei Y., Coniglio C. (2016) “Mental Health Literacy: Past, Present, and Future”, *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(3): 154-8.
- 2) 小塩靖崇, 北川裕子, 股村美里, 佐々木司, 東郷史治 (2013) 「不安・抑うつ, 精神疾患に関する英国の学校教育」, 『不安障害研究』 5 (1): 39-48.

- 3) Rickwood D., Cavanagh S., Curtis L., Sakrouge R. (2004) “Educating Young People about Mental Health and Mental Illness: Evaluating a School-Based Programme”, *International Journal of Mental Health Promotion*, 6(4): 23-32.
- 4) Loo P. W. , Wong S., Furnham A (2012) “Mental health literacy: A cross - cultural study from Britain, Hong Kong and Malaysia”, *Asia - Pacific Psychiatry* 4(2): 113-25.
- 5) 小塩靖崇, 股村美里, 佐々木司 (2013) 「日本におけるメンタルヘルスリテラシー教育」, 『精神科』, 22 (1): 12-9.
- 6) Kessler R. C., Angermeyer M., Anthony J. C. et al (2007) “Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization’s World Mental Health Survey Initiative”, *World Psychiatry* 6 (3): 168-76.
- 7) Leff, J., Sartorius N., Jablensky A., Korten A., Ernberge G (1992) “The International Pilot Study of Schizophrenia: five-year follow-up findings”, *Psychological Medicine* 22: 131-45.
- 8) Drabick D. A. G., Steinberg L. (2011) “Developmental Psychopathology”, *Encyclopedia Adolescence*, Elsevier: 136-42. (濱崎由紀子訳「発達精神病理学」 In: 『青年期発達百科事典・第3巻(精神病理と非定型プロセス)』 329 - 336, 丸善出版, 2014.
- 9) Teo A. R. (2010) “A new form of social withdrawal in Japan: a review of hikikomori”, *Int J Soc Psychiatry* 56:178-85.
- 10) 斎藤環 (1998) 『社会的ひきこもり：終わらない思春期』, PHP 研究所.
- 11) 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) (https://www8.cao.go.jp/youth/kenkyu/hikikomori/pdf_gaiyo_index.html)
- 12) 内閣府 (2016) 「若者の生活に関する調査報告書」 (<https://www8.cao.go.jp/youth/kenkyu/hikikomori/h27/pdf-index.html>)
- 13) 濱崎由紀子、ニコラ・タジャン (2018) 「ひきこもり研究から見える現代日本社会の病理」, 『京都女子大学現代社会研究』, 20: 37-49.
- 14) Kato, T. A., Kanba S., Teo A. R. (2016) “A 39-year-old “adulthoodescent”: understanding social withdrawal in Japan”, *Am J Psychiat* 173: 112-4.
- 15) Koyama A., Miyake Y., Kawakami N., Tsuchiya M., Tachimori H., Takeshima T., et al. (2010) “Lifetime prevalence, psychiatric comorbidity, and demographic correlates of “hikikomori” in a community population in Japan”, *Psychiatry Res* 176:69-74.
- 16) Malagón-Amor Á., Córcoles-Martínez D., Martín-López L. M., Pérez-Solà V. (2015) “Hikikomori in Spain: a descriptive study”, *Int J Soc Psychiatry* 61(5):475-83.
- 17) Ben Simon E., Walker M. P. (2018) “Sleep loss causes social withdrawal and loneliness”, *Nat Commun* 9:3146.
- 18) Yong R., Kaneko Y. (2016) “Hikikomori, a phenomenon of social withdrawal and isolation in young adults marked by an anomic response to coping difficulties: a qualitative study exploring individual experiences from first- and second-person perspectives”, *Open J Prev Med* 6(1):1-20.
- 19) Stip E., Thibault A., Beauchamp-Chatel A., Kisely S. (2016) “Internet addiction, hikikomori syndrome, and the prodromal phase of psychosis”, *Front Psychiatry* 7(6): 1-18.
- 20) Haglund M. E. M., Nestadt P. S., Cooper N. S. (2007) “Psychobiological mechanisms of resilience: Relevance to prevention and treatment of stress-related psychopathology”, *Development and Psychopathology* 19 (3): 889-920.
- 21) 濱崎由紀子 (2020) 「仏教教育によるメンタルヘルスリテラシーの可能性：社会的ひきこもりを中

- 心に」, 京都女子大学宗教・文化研究所『研究紀要』33, 57-70.
- 22) Yong R., Nomura K. (2019) “Hikikomori is most associated with interpersonal relationships, followed by suicide risks: a secondary analysis of a national cross-sectional study”, *Frontiers in psychiatry* 10:247.
- 23) 木村優里、濱崎由紀子 (2020) 「宗教と主観的幸福感について: 死の忘却とコンサマトリー化する現代」, 『京都女子大学大学院現代社会研究科論集』, 14: 127-136.
- 24) 内閣府 (2018) 「生活状況に関する調査報告書」(<https://www8.cao.go.jp/youth/kenkyu/life/list.html>)

Appendix

パンフレット「こころの不調はありませんか？」 大学生のためのメンタルヘルスリテラシー (2019年9月26日、濱崎由紀子) <http://godama-psychiatry.blogspot.com/2019/09/5-kessler-et-al-2007-who-1-10-20.html>



課題

内閣府 (2016) 「若者の生活に関する調査報告書」で狭義のひきこもり、準ひきこもり、ひきこもり親和群の定義について調べてみよう。