

## 非精神病性ひきこもり者に対するグループ・アプローチの展望：整理と位置づけの試み

板東, 充彦  
九州大学大学院人間環境学府

<https://doi.org/10.15017/15687>

---

出版情報：九州大学心理学研究. 6, pp.107-118, 2005-03-31. Faculty of Human-Environment Studies, Kyushu University

バージョン：

権利関係：

# 非精神病性ひきこもり者に対するグループ・ アプローチの展望

—整理と位置づけの試み—

板東 充彦<sup>1)</sup> 九州大学大学院人間環境学府

## A group approach perspective of non-psychotic withdrawal — A trial of arrangement and characterization —

Michihiko Bando (*Graduate school of human-environment studies, Kyushu university*)

Support for the socially withdrawn requires not only strong commitment from family, but also the discovery of a support method that the individual can make use of. It is also considered important for such individuals to have group experience at transitional facilities before they return to society. With an easy-to-use support method in mind, this paper reviewed the literature related to the application of the group approach for support of "hikikomori" (the socially withdrawn) and attempted to further conceptualize the issue. As a result, seven group approaches, namely "group psychotherapy," "day care," "ibasho (place of belonging)," "self-help group," "hospital treatment," "overnight facilities," and "support group," were conceptualized. Characterization was performed from the three viewpoints of the supporter (specialist - non specialist,) the framework (medical - community mental health,) and the support structure (comprehensive - hard - soft - free.) In order to offer effective support that is also easy to make use of by the socially withdrawn, it was proposed that specialists work in the area of community mental health. Recovery from a state of social withdrawal was understood as a process in which a person rediscovers his/her place, and the group approach was realized as a way to determine how to offer support for such recovery.

**Keywords:** withdrawal, group approach, support group, review, community mental health

### 1 問題と目的

「ひきこもり」と言えば従来、精神病患者特に統合失調症者の一状態を示していた。そうではない、非精神病性のひきこもりが急速に世の中に知られるようになったのは1990年代になってからのことである(川北, 2003)。民間相談機関が先駆的にひきこもり者の居場所活動などを展開し(塩倉, 2003), 90年代後半より学会誌などでひきこもりの特集が組まれるようになった。その一方, 2000年にはいくつかの刑事事件をひきこもり者が起こしたという報道により, そのイメージが先行して社会に広まることになった。本論考で「ひきこもり」と言う場合は, このようにして関心の高まってきた「非精神病性のひきこもり」を指すことにする。

ひきこもり者に対する援助活動は, 彼らの状態像から様々な形態のものが生まれている。その特徴は, 以下のように指摘できるだろう。(a)本人が自ら援助機関を訪れることが少ないため, 家族に対する援助活動, 及び援助者による家庭訪問支援が模索されている。(b)社会で定職に就いていないという点から, 主に民間の宿泊型施設などにおいて, 就労を最終目的とした援助活動が行われている。(c)逆説的ではあるが, 同じようにひきこもっている者たちが集うことで, お互いに支えあいながら社会性を身につけていく活動が行われている。また, 実際に行われている援助活動は以下のように列挙することができる。個人精神療法, 集団精神療法, 入院治療, デイケア, 訪問カウンセリング, メンタルフレンド, 居場所活動, セルフヘルプ・グループ(以下, 「SHG」とする), 宿泊型施設, 親面接, 家族教室…。

筆者は, 上記の中で特に(c)の援助活動に着目している。列挙した援助活動の中では, (専門家が補助的に関与する)居場所活動及びSHGにおいて, 彼らが集うことの効果が積極的に利用されている。彼らは, ひきこもっていることによって社会性の発達が障害されており, 集団体験の中で再びそれを獲得していくことは比較的想像しやすい。そのような援助効果は, 集団を利用した援助によってダイナミックに展開され, 援助者が直接関与する集団精神療法やデイケアにおいても利用されている。野島は, 「グループ・アプローチ」について言及し, 以

「ひきこもり」と言えば従来、精神病患者特に統合失調症者の一状態を示していた。そうではない、非精神病性のひきこもりが急速に世の中に知られるようになったのは1990年代になってからのことである(川北, 2003)。民間相談機関が先駆的にひきこもり者の居場所活動などを展開し(塩倉, 2003), 90年代後半より学会誌などでひきこもりの特集が組まれるようになった。その一方, 2000年にはいくつかの刑事事件をひきこもり者が起こしたという報道により, そのイメージが先行して社会に広まることになった。本論考で「ひきこもり」と言う場合は, このようにして関心の高まってきた「非精神病性のひきこもり」を指すことにする。

<sup>1)</sup> 本論考をまとめるに当たって丁寧なご指導いただきました。吉良安之先生, 野島一彦先生, 高松里先生に深く感謝いたします。ありがとうございました。

下のように定義している。“グループ・アプローチとは、自己成長をめざす、あるいは問題・悩みをもつ複数のクライアントに対し、一人または複数のグループ担当者が、言語的コミュニケーション、活動、人間関係、集団内相互作用などを通して心理的に援助していく営みである(野島, 1999, p6)”。居場所活動には世話役がおり、SHGには代表者がいる。また、入院治療や宿泊型施設においても、ひきこもり者に対しては集団の特性が積極的に利用され、治療・援助に活かされていると考えられる。従って本論考では、これら集団の特性を利用した援助活動を「グループ・アプローチ」と総称し、ひきこもり者に対するグループ・アプローチの整理を試みる。

ひきこもり者は、「人と会うことの恐怖感」「問題性に対する自覚の欠如」「医療機関に対する抵抗感」などの理由により、自ら援助機関を訪れることは少ない。そのため、ひきこもりケースに対する援助は家族援助が重要となり、その方法論に関する議論が進められている(近藤編, 2001)。また、家庭訪問支援についても方法論が模索されている(武藤・渡辺編, 2004)。精神科医である斎藤は、ひきこもりの治療を「家族指導」「個人治療」「集団(再)適応」という3段階で捉えて各段階における方法論の検討が必要であることを示し、グループ・アプローチの利用を最終段階に位置づけている(斎藤, 2002)。ひきこもりケースが医療機関と接点を築ければこの段階を踏むことが可能になるし、個人アプローチとグループ・アプローチの併用も有効に機能する(伊藤, 2004; 植月他, 2002)。しかし、地域精神保健の領域では、例えば本人が自らSHGを訪れ、個人アプローチを行えない場合もある。どちらにしても、ひきこもり者にとってグループ・アプローチは有効であるが、利用するまでの抵抗感が大きいことが想像される。ひきこもり者を対象としたSHGのメンバーに対して行われた調査では、SHGを訪れることができたものの、グループ・メンバーに対して劣等感を抱いて所属していけない者たちの存在が明らかとなった(板東, 2003)。従って、ひきこもり者に対するグループ・アプローチを考える際には、彼らにとっての利用しやすさを考慮に入れ、対応を図ることが重要である。

精神病性のひきこもり者に対しては薬物療法が不可欠であり、精神科医の診察に基づいた治療が行われる。それに比べ、非精神病性のひきこもり者に対する援助活動は、精神科医だけではなく、臨床心理士・ソーシャルワーカー・保健師、そして民間援助者など様々な職種の人たちによって行われている。本論考では、医療の領域とともに地域精神保健の領域におけるグループ・アプローチについても検討していく。ひきこもり者への援助活動を整理するには、様々な専門職及び民間援助者、そして当事者の視点をも含めて多角的に論じることが有益である

う。本論考では、資格を有する援助者を「専門家」と呼び、それ以外の民間援助者を「非専門家」と呼ぶことにする。

本論考の目的は、ひきこもり者に対するグループ・アプローチについての文献レビューを行い、その援助形態を整理することである。その際、ひきこもり者にとっての利用しやすさという視点を考慮に入れ、各グループ・アプローチの相違点及び共通点を明らかにする。

## II 本論考における「ひきこもり」の捉え方

本論考では、医療及び地域精神保健の領域における、専門家あるいは非専門家によるグループ・アプローチについて整理を試みる。そこでまず、様々な立場から理解されているひきこもりを本論考でどのように捉えるかを述べることにする。

ひきこもりに関する発言は、精神科医・臨床心理士・ジャーナリスト・民間援助者などによって行われている。その中で、ひきこもりの定義として社会的に広く知られたのは、斎藤による次のものである。“二十代後半までに問題化し、六ヶ月以上、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は考えにくいもの(斎藤, 1998, p25)”。ここで「ほかの精神障害」として考えられるものは、統合失調症・うつ病・対人恐怖・退却神経症・強迫性障害・自己愛性人格障害・回避性人格障害・分裂病質人格障害・広汎性発達障害・摂食障害など極めて多岐に渡る(狩野・近藤編, 2000; 永田, 1997; 大森, 1997)。ひきこもりの定義に関しては、一次的・二次的な精神障害の取り扱いなどの点で未だ議論は尽きない。ジャーナリストである塩倉は、ひきこもりの定義について文献レビューを行い、“青年期を中心に、対人関係から長期間身を引いた状態や社会的な活動に長期間参加しない(できない)でいる状態が問題にされている(塩倉, 2003, p214)”と、公約数的に共通する部分をまとめた。

近藤・小林(2002)は、ひきこもりの治療・援助の方針として以下の分類理解を行っている。(a)統合失調症圏・気分障害圏など、薬物療法が不可欠な群。(b)発達障害圏で、支持的治療法や認知行動療法が有効な群。(c)パーソナリティの問題を背景とし、力動的治療法や集団精神療法的アプローチが不可欠な群。また、ひきこもり特有のパーソナリティとして、スキゾイド・パーソナリティと自己愛の病理が挙げられ、援助方法が模索されている(藤山, 2001; 衣笠, 1999; 近藤, 1997, 2000; 小此木, 2000)。このような定義・診断に関する基準及びパーソナリティの理解は、医療行為を行う場合に決定的に重要となる。しかし、ひきこもり者に対する援助活動は、居場所活動・SHG・メンタルフレンドなど、

そもそも治療を目的としていないものも多い。精神科医の近藤は次のように述べる。「ひきこもりの定義や判別にそれほどの実践の有用性を感じていない。実際のケースは、それらを区別することなく相談に訪れるので、ケース全体についての理解を深めて実践的に対応する姿勢が求められる」(近藤, 2001)。民間援助者である工藤は、30年間に渡る自らの経験から「純粹ひきこもり」「ひきこもりがち」「ひきこもりもどき」という3つに分類して独自の理解を行い、「純粹ひきこもり」を主な対象として援助活動を行っている(工藤他, 2004)。

近年、精神科医や臨床心理士などの識者によるひきこもりの共通理解が進められており、2003年には厚生労働省がひきこもり対応のガイドラインをまとめた。しかし、現在に至るまで、上記の工藤のように様々な援助者が独自にひきこもり理解を行って実践活動を重ねてきた。従って本論考では、定義づけの議論にはこれ以上立ち入らず、様々な援助者が各援助機関において実際に行ってきた実践活動を整理していくことが、ひきこもりを理解していく上でも有益であると判断する。本論考では一先ず、上記の塩倉の文献レビューによって公約数的に取り出された内容でひきこもりを把握し、論を進めることにする。

### III ひきこもり者に対するグループ・アプローチ

以下、ひきこもり者に対して実践されている様々なグループ・アプローチの文献レビューを行う。各グループ・アプローチの相違点及び共通点を明らかにしながら、援助形態の整理を試みる。

#### 1. 集団精神療法

集団精神療法は、主に医療機関において精神科医・臨床心理士などの専門家が行う治療方法の一つである。集団精神療法学会による定義は以下の通りである。「集団精神療法とは、3人以上のメンバーが一定の期間、決まった時間・場所に集まり、患者個々の治療の変化を目的として行なわれるフォーマルな集団活動である。その集団活動は、集団の心理的相互作用が治療的責任を負った治療者によって組織され、保護され、統制されたものを指し、結果として治療的となるものではなく、当初より治療的となることが意図されて計画され、展開されるものである。…(井上他, 1994, p160)」。その定義に基づいて編纂された辞典(日本集団精神療法学会, 2003)のように、集団精神療法は「小集団精神療法・心理劇・SST(生活技能訓練)・大集団精神療法」の4つに分類して理解できる。本論考では、治療方法としての集団精神療法を援助の形態という視点から捉えて、その他のグループ・アプローチとの比較を試みる。ひきこもり者に対する実践の報告があるのは、主に話し合いの形式で行う小集団

精神療法である。

浅田(1998, 1999, 2000)は、公的精神保健機関において「外来分析的グループ」を行っている。浅田がセラピストを務め、メンバー数を常に8人前後に保つというオープン・グループ形式を取っている。ひきこもり患者を、「内的世界への自己愛的没頭」「対人的なひきこもり」「情緒的体験の分裂排除」を主兆候とする広義のスキゾイドに属するものと理解している。グループ内で発言をして「舞台」に出ることと、沈黙を守って「観客」に留まることそれぞれの意味を論じ、そこで展開されるドラマを治療的に活用している。全メンバーは、他の治療者によって個人面接が並行して行われている。

川上由美子他(2003)は、精神科の病院で小集団精神療法を行っている。参加メンバーは毎回7, 8人, 6ヶ月間1クールで行われるクローズド・グループである。ひきこもり患者の心性は「臆病な自尊心」と「尊大な羞恥心」にあると捉えている。そこで、話し合いだけではなく、ゲームなども取り入れてお互いのコミュニケーションを図り、スタッフが支持的に関わることで彼らが現実に向き合えるように援助している。

根元他(2002)は公的精神保健機関において、植月他(2002)は街中の診療所において、「思春期青年期デイケア」活動に参加しているひきこもり者に対して小集団精神療法を実践した事例をそれぞれ報告している。根元他(2002)では、主に対人関係上の課題を抱えるメンバーに対して、その課題について話し合うピアカウンセリング・グループを実施した。試行錯誤の後にグループ規模を家族サイズの3,4人に変え、構造化を図ることで語り合いが活性化された。植月他(2002)は、日常領域であるデイケア活動と、非日常的な治療構造を持たせた集団精神療法、及び個人精神療法のシステムティックな有機的連関性を指摘している。そのシステムにおける集団精神療法の特徴として、「デイケア体験の言語的吟味ができる」「デイケア全体の“小ウインドウ”となって集団力動の把握を助ける」「集団精神療法での体験を再びデイケアの日常にフィードバックする認知行動療法の機能を有する」ことを挙げている。

また、集団精神療法の一つであるSSTは、行動療法の諸理論を背景にして社会的スキルを学習していく技法である。ひきこもり者に対するSSTの実践報告は見つからないが、厚生労働省がまとめたガイドラインにおいて紹介されている(伊藤, 2004)。そこでは、「グループ参加や就労を考え始めた段階のひきこもり者に対してはSSTの動機付けは高いが、一般的には人と関わる場面が少ないためにモチベーションは高くない」と述べた上で、複数の言語・非言語的プログラムの中に位置づけることの有効性が考察されている。

以上のように、基盤となる学派によって着眼点や介入

方法に違いがあるが、治療あるいは問題の改善を明確な目的にすえて高い構造化を図っていることが、集団精神療法の特徴である。

## 2. デイケア

「精神科デイケア」は、レクリエーションなどの活動プログラムや集団精神療法などの言語的プログラムの提供により、仲間との交流を主な治療媒介にして行われる精神科外来医療の一形態である（浅野，1999）。その利用者は統合失調症などの精神病者がほとんどであったが、医療の枠とは異なる「保健所デイケア」、小規模の「診療所デイケア」、そして病院においても「非精神病圏思春期青年期デイケア」が徐々に取り込まれるようになり、非精神病性のひきこもり者に対するデイケア活動が模索されている（植月，2003）。

植月（2001，2002，2003）・植月他（2002）と、山川（2002）は非精神病性のひきこもり者を対象とした診療所デイケアでの実践を報告している。デイケアは、メンバーの必要に応じてプログラムを柔軟に選択できることが特徴であり、「安心してその場に居られる」という保護的な環境が第一に求められる。山川（2002）は、その点は居場所活動と同じであるが、専門家が治療を目的として関わることを相違点として挙げている。植月（2003）によるひきこもり者の利用目的調査では、「対人関係やコミュニケーションの改善」が8割強、「就労や復学や進学」が5割強であった。対人関係を改善して自立への橋渡しと捉えている利用者が多く、治療導入時に彼らの治療目標を明確にすることが大切であると述べる。

斎藤は、「家族指導」「個人治療」と進んだひきこもり治療の最終段階で、「集団（再）適応」としてデイケア・たまり場・SHGを紹介している（斎藤，2002）。精神科の病院に「ひきこもりデイケア」を設置し、そこでの治療目標を“集団活動への参加、さらにはそこで数人の仲間を獲得すること（斎藤，2001，p66）”としている。このことから、デイケア・たまり場・SHGという場の目的に関して、斎藤は大きな差を感じていないと言えるだろう。

## 3. 居場所活動

「居場所」は日常語であり、論者の立場や文脈によって様々に定義されている（新谷，2001；田中，2004）。歴史的には、公民館などの青少年施設や不登校児の居場所作りの研究が進められてきた。本論考では、西村（2001，2002）が分類した中で、特定の目的を持たずに集まる「たまり場」と、居場所であること自体を主要な目的とする「（狭義の）居場所」を合わせたもののうち、第三者が提供するものを「居場所活動」として理解する。これは、医療とは異なる地域精神保健の領域に属する活

動と言える。ひきこもり者に対する居場所活動は、2002年の時点で少なくとも全国に15ヶ所で行われている（森口他，2002）。

荒井（2000，2001）らは1990年より、家族教室や訪問カウンセリングも織り交ぜながら、民間相談機関において先駆的な居場所活動を実践している。前代表が「せめぎ合って折り合ってお互いさま」と表現した人間関係を体験できる場所として、また“同世代との触れ合いのなかで自分らしさと出会う（荒井，2000，p115）”というコンセプトで居場所活動が展開されている。

青木他（1989，1990a，1990b，1991，1995a，1995b）は、総合病院の精神科において、若い外来患者が個人面接の前後に待合室のようにして集える場所として「たまり場」を設置した。「たまり場」には学生ボランティアが数名いるが、並行して個人面接を行っている治療者と密に連絡を取ることせず、メンバーたちが秘密を持つことができる「半透明な場」として位置づけられている。「何か楽しそうなものがある」とひきこもり者が感じて自主的に覗けるような、診察室と現実社会を橋渡しする中間的空間を提供している。

近松（2003）は、民間施設による通所型の「フリースペース」の試みを報告している。当初は、居場所を提供して変化を待つという姿勢を重視していた。しかし、数年経っても居残っているメンバーが多いことから、通所年限を決めて「卒業」のシステムを作り、社会参加を意識した援助へと変化していった。現在では、学生や市民などのボランティアにも支えられながら、カラオケ・キャンプ・農場の手伝いなどが体験できるようになっている。また、親面接や親の会が充実していることも特徴である。

斎藤（1998）は、民間援助施設での「たまり場」の試みを紹介し、それが有意義であるための条件を列挙している。「ある程度活動のメニューが専属のスタッフによって定められること」「親密さの醸成を重視すること」「場はきっかけであり、その外に関係性と活動性が広がる方向性を尊重すること」などである。上述した斎藤の「ひきこもりデイケア」はこの居場所活動の発展形と思われる。また、精神科治療の補完として存在し、日常の関係性にまで発展していく培地として位置づけられている。

近松及び斎藤によるこれらの実践は、「居場所活動」として認識されていると思われるが、スタッフ役割の度合いによっては、むしろ後述の「サポートグループ」として捉えることが適切かもしれない。

## 4. SHG（セルフヘルプ・グループ）

SHGは、専門家が間接的には関与することがあっても直接グループに参加することはなく、当事者たちが自主的に集まって運営するグループである。居場所としての機能が大きいけれども、第三者によって提供される居

場所活動と区別して理解できる。その重要な効果は「ヘルパー・セラピー原則」と呼ばれ、「援助を与える者は、その役割を通してもっともよく援助を受けることができる」と説明される（久保，1998；岡，2000）。SHGの機能は、自身の考え方や行動を変える「自己変容的機能」と、社会的環境に働きかける「社会変革的機能」の2つがある（岡，1988）。ひきこもり者のSHGは、仲間が集うことで対人関係に慣れたり認知の修正が行われたりするという前者の機能が中心である。

ひきこもり者のSHGは、1994年に初めて誕生した。彼らが作成した宣伝用チラシには、“サークル全体としての達成目標なし、毎月の話のテーマ設定なし、結論なんて出すわけなし、指導者たる人もいません。勝手気ままに、しゃべったり黙ったりしています（塩倉，2002，p101-102より間接引用）”と書かれていた。90年代後半以降には、インターネットの普及とも重なってひきこもり者のSHGが多く結成され始める（塩倉，2003）。SHGの活動について実践報告は見つからないが、筆者が見学に訪れたいくつかのSHGでは、居場所の提供、話し合い、スポーツや飲み会などの活動・企画など内容は様々であった。「自主的な活動であり、自由に内容を選択できる」「経済的な負担が少ない」「医療行為ではないという点で、利用することの抵抗感が比較的少ない」ことなどが利点であろう。その一方で、「グループの誕生とともに消滅も容易になされる」「専門家がいなかったためにメンバーへの対応が十分には行き届かない」という不安定要因を指摘することができる。

## 5. 入院治療

上述までのグループ・アプローチと違い、寝食する場を病院に移して、日々の病棟生活の中で集中的に治療を行うのが入院治療である。病棟スタッフや他患との対人交流を積極的に利用してひきこもり者の治療に生かすため、グループ・アプローチの一つとして捉えることができる。

町沢（2003）は、精神科の病院の一部を思春期・青年期病棟のようにした実践例を報告している。町沢はそこを「合宿所」と呼び、地域の中間的な施設にも行けない者たちを入院させ、集団で治療を行った。小集団精神療法・SST・個人精神療法などのプログラムを行い、およそ3ヶ月で人との接し方の基本を身につけることができたという。

川上正己他（1999）は、ひきこもり者の入院治療実践を報告する中で、入院に至るまでの手続きを必要以上に急がないこと、入院初期は院内に居場所を見つける時期と捉えることを指摘し、侵襲的にならない対応を重要視している。病棟ミーティング（大集団精神療法）・レクリエーション活動・個人精神療法などに徐々に参加して

いき、「目立たないけれど気になる存在」「病棟内で存在感のある患者」という病棟スタッフのイメージを、患者が自己に取り組んでいく過程を示している。

中村他（1995）及び久保田（1997）は、「回避・引きこもりを特徴とする対人恐怖症」者に対する入院森田療法の実践を報告している。近年では、「とらわれ」の機制が強い典型的な森田神経質が減少しており、ひきこもり傾向の強いタイプの対人恐怖症が増えてきているという（中村，1996）。入院森田療法の実践は、臥褥期・軽作業期・作業期・社会復帰期と進んでいく治療経過の中で、他患と生活・作業を共にしていくものである。2つの実践報告は、葛藤に直面したときにひきこもり・逃避のパターンが繰り返されることを指摘している。そのとき、集団からのひきこもりを治療者が許容してとりあえずの居場所を保証することが大事で、不安定ながらも「不安のままに行動していく」姿勢が培われるまでが入院治療の目標であるという（中村他，1995）。

このように入院治療では、ひきこもり者の日常生活環境が病院という小社会に移され、スタッフのサポートを受けながら種々の治療プログラムに参加することになる。また、ひきこもり者以外の患者もいる中での集団生活になる場合も多く、家庭から訪問して利用できるグループ・アプローチと比べると、利用者の抵抗感は非常に大きいと言える。

## 6. 宿泊型施設

入院治療と同じように寝食の場を家庭以外の所へ移す方法として、民間援助者による宿泊型施設がある。援助者は非専門家である場合がほとんどで、その目的も「経済的に自立すること」「目の前のことに一生懸命に取り組むこと」「大きな声が出るようになること」などと様々である（プラットフォームプロジェクト，2003）。このような青年期以上のひきこもり者を対象とした宿泊型施設は、2002年の時点で少なくとも全国に15ヶ所は存在している（森口他，2002）。民間の宿泊型施設が多数存在するのは、ひきこもり者に対する援助活動の大きな特徴である。

工藤が理事長を務める施設では、親面接から始め、ケースによっては家庭訪問を繰り返す。やがてひきこもり者本人が入寮して共同生活を始めると、学習・サークル・ボランティア活動・就労支援というプログラムを体験できる（工藤，2004）。二神が代表を務める施設でも、まず家庭訪問が繰り返され、入寮後は共同生活を行いながら集団に慣れ、介護・農業・飲食などの職業を体験して就労を目指す（荒川，2004）。しかし、このように多くの活動プログラムを有している施設は少数である（プラットフォームプロジェクト，2003）。入寮者の数も施設により様々だが、「家にひきこもっている者」の生活の場

を「他人がいる施設」に移すことが共通点であると言える。援助者が非専門家であるために施設による質の差は大きく、また費用もかかる。親元から離すために、家族関係をどのように捉えているかという点も大事である。しかし、家にひきこもっている状態では得られない体験が宿泊型施設で多くなされることは確かである(荒川, 2004; 橋, 2003)。

## 7. サポートグループ

「サポートグループ」という言葉は、我が国では未だ概念化が十分になされていないものだと言える。ひきこもり者に対するグループ・アプローチでも、サポートグループとして報告されているものは見られない。サポートグループは、主に北米において福祉分野の「グループワーク」の分類・理解が進む中で、その概念化が図られている(Northen, 1989; トーズランド・ライバス, 2003)。特に、治療グループ(treatment group, therapy group)及びSHGと、サポートグループとの異同が議論されてきた(Lieberman, 1990; Rosenberg, 1984)。Schopler & Gallinsky (1993, 1995)は以下のように概念化を行っている。「サポートグループの形態は、治療グループとSHGの中間に位置するものである。基本的にはメンバーが中心となって活動するグループであるが、リーダーは専門家・ボランティア、時にはメンバー自身が行うこともある。リーダーはファシリテーション能力を有しており、心理的な解釈を行うことよりも、グループがメンバーの対処能力を促進させる潜在性を持つように、支持的な環境を保つことが求められる。その形態は多岐に渡り、非構造的な話し合い、高く構造化された活動実践、そしてマルチメディアの使用までを含めて捉えられる」。メンバーの自主性が尊重されながらも、リーダーにはある程度の積極的な関与が求められているグループ形態と言える。その点において、スタッフが居場所の提供を行って補助的に関与するという居場所活動とは区別して理解できる。

ひきこもり者に対するグループ・アプローチにおいて、サポートグループとして位置づけられるものは、精神保健福祉センター・精神科クリニックなどで行われているいくつかの実践だろう。蔵本(1999, 2000)と高野(2000)は、同じ精神保健福祉センターにおける「青年グループカウンセリング」の実践報告を行っている。最初はクローズドの小集団精神療法として始められたが、新規参加希望者への配慮などから、入退会が自由なフリー・グループの形式となった。内容は当たり障りのない雑談がほとんどで、スタッフも仲間の一人として自分のことを話すよう努めている。活動内容はメンバーの話し合いで決められ、徐々に畑仕事や焼肉パーティーなどが取り入れられていった。その一方で、「じっくり話し合うグ

ループがあったらいい」というメンバーの要望から、別にクローズド・グループも設定した。この実践は、柔軟に構造を変化できることに特徴があると言える。

ソーシャルワーカーである長谷川(1999)は、精神科クリニックにおいてひきこもり者対象の「グループミーティング」を月2回開いている。「喫茶店でお茶を飲みながら、物静かに過ごしているイメージ」で、何となくお喋りをしている。その中から、メンバーの提案で卓球・ビデオ鑑賞・ゲーム・散歩などのプログラムが生まれてくる。スタッフのリーダーシップは最小限のものに留めて遅刻や早退も許容していることなどから、サポートグループとして位置づけられながらも、居場所活動に近い形態になっていると言える。

筆者は、民間のフリースクールの一室を借りて、月2回ひきこもり者対象のグループ活動を行っている。目的は、「SHGへ所属することが困難なひきこもり者」たちが居られる場所を提供することである。車座になって話し合う形態だが、内容は雑談が多い中に悩み事についてのディスカッションが交じるもので、サポートグループとして位置づけることが適当だろう。スタッフがリーダーシップ役割を取ってグループ・ミーティングを行うという方法である程度の構造化を図り、自由度が高すぎるとむしろ居られない人たちが居られるよう工夫していることが特徴である。

## IV 7つのグループ・アプローチの位置づけ

### 1. 7つの援助形態相互の関係

本論考では、集団の特性を利用した援助活動を広く「グループ・アプローチ」として捉え、文献で記述されている概念に沿いながらグループ・アプローチを整理し、それぞれの特徴を明確に示した。デイケア・入院治療・宿泊型施設は様々な治療・援助方法を含んだ複合体と言え、集団精神療法はその中の一つとしても存在する。その意味で、ひきこもり者に対するグループ・アプローチがこれら7つの援助形態に「分類」されるわけではない。しかし本論考では、ひきこもり者が援助形態を選択して利用するという視点から、7つのグループ・アプローチを並列させて記述した。そして、文献レビューから活動実践をもとに整理することで、サポートグループや居場所活動など独自の援助形態を記述することができた。サポートグループは、集団精神療法と対比できる援助の方法としても捉えられるが、必ずしも単一の方法に限定されるわけではなく、むしろ柔軟に活動内容を構成できるところに特徴があると言える。居場所活動も、「居場所を提供する」ということのみならず方法が限定されるのではなく、その居場所を通して様々な活動が展開されることに特徴がある。SHGは、援助者がいて明確な方法論に

基づいて行われるものではないが、その活動によって利用者が得られる援助の特性という点などから、従来集団精神療法やサポートグループと比較して論じられてきた (Schopler & Gallinsky, 1993, 1995)。

以上のように、本論考で整理された7つの援助形態は単純に同一線上に並べられるものではないが、ひきこもり者が選択して利用するグループ・アプローチという視点からこれらと比較することはできる。以下、本論考の目的に沿って、ひきこもり者にとっての利用しやすさという視点から7つのグループ・アプローチを比較検討したい。

## 2. 座標系の作成

まず、7つのグループ・アプローチを図に示し、それぞれの位置づけを行うことを試みる。援助者は「専門家」と「非専門家」に分けることができ、援助の枠組みとしては「医療」と「地域精神保健」に分けられる。それらを組み合わせると、「専門家による医療」「専門家による地域精神保健」「非専門家による地域精神保健」という3つのパターンが創出される。それを座標系の横軸に設定して、順に並べる。右端の「専門家による医療」では、もっともシステムティックな治療を期待できるが、ひきこもり者にとっては医療を受けることの抵抗感は大きいことが予想される。左端の「非専門家による地域精神保健」は、ひきこもり者にとっては抵抗感が少なく利用できるかもしれないが、援助者及び援助機関の質の差は大きく、利用した後で十分なサポートを受けられない場合も考えられる。中央の「専門家による地域精神保健」は、

今後の発展が期待される援助方法であると思われる。特に、自ら援助機関を訪れることが難しいひきこもり者に対する援助を模索する上で、専門家が積極的に地域に参画して援助活動を展開する必要があるだろう。

7つのグループ・アプローチについて利用しやすさを考えるとき、上記の横軸だけでは不十分である。宿泊型施設及び入院治療は、寝食の場を家庭から移すため、ひきこもり者にとっての抵抗感は大きい。また、グループの構造化が高いか低いかという点によっても、訪問及び参加継続のしやすさは変わってくる。そこで、縦軸としてグループの「構造」を設定できる。グループ・アプローチの中で、集団精神療法はもっとも構造が「硬い」ものであり、比べてサポートグループとデイケアは構造が「柔らかい」と言うことができる。居場所の提供という意味合いが強いSHGと居場所活動は、構造が「自由」であると言える。これら3つの構造は変化しうるもので、互いに隣接しているものとして捉えられる。その一方、訪問型のグループ・アプローチとは異なる宿泊型の援助は、日々の生活環境全てを構造化させるアプローチであり、援助構造は「包括的」であると言うことができる。そこで、縦軸をグループの構造として「包括的」「硬い」「柔らかい」「自由」と設定できる。

このように横軸と縦軸を設定すると、7つのグループ・アプローチを一つの座標系に図示することができ、それぞれの関係と位置づけが整理される (Fig.1)。グループ・アプローチの利用しやすさという点では、左下のSHGがもっとも訪問しやすく、右上の入院治療に近づくにつれて抵抗感が増していくと捉えられる。ただし、訪問し

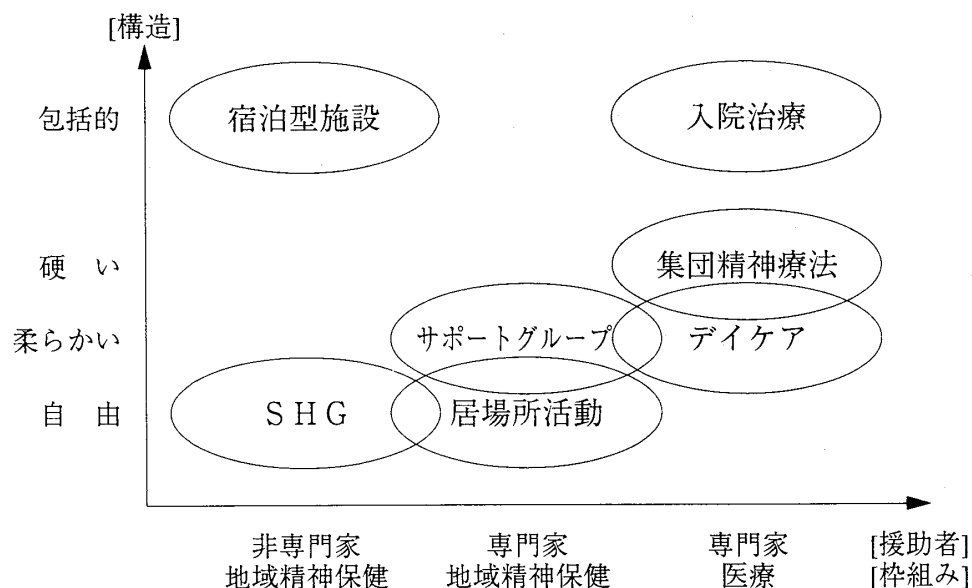


Fig.1 ひきこもり者に対するグループ・アプローチの位置づけ



やすさと参加継続のしやすさは別の概念を示しており、専門家によるサポート体制が充実している方が参加継続はしやすいと考えられる。

### 3. グループ・アプローチの比較検討

ひきこもり者の集団体験の意味について、青木らは“長期間の「ひきこもり」を呈している不登校や対人恐怖の傾向のある青年に対しては、個人精神療法のみでは変化が期待できず、実際に同世代の青年との出会いの場を提供することが必要である（青木他、1990, p1）”と述べ、斎藤は“対人関係の能力だけは、まさに対人関係の中でしか獲得することができない能力でもある（斎藤、1998, p189）”と述べている。彼らが社会との接点を築いていく過程で、まずは同じ悩みを抱える者たちが集う中間的な場を専門家が提供して対人交流を可能とさせているのが、デイケア・居場所活動であると言える。デイケアは「専門家による医療」、居場所活動は「専門家による地域精神保健」として捉えることができる。

「専門家による治療」として高い構造化を図って行っているのが集団精神療法である。精神医学的診断あるいは心理学的な見立てが重視され、治療的介入がなされる。グループ外でのメンバー同士の交流を禁止する場合もあるなど構造化は硬く、日常場面に近い対人交流の場を提供するというそれ以外のグループ・アプローチとは一線を画している。

利用するときの抵抗感が少ないグループ・アプローチは、自由な援助構造を持つ SHG と居場所活動であろう。その目的は、ともに「同じ悩みを持つ仲間会うこと」「その場に居ること」と言え、参加時に「医療を施される」ことの抵抗感は生じない。メンバーの出入りは自由であり、活動内容もメンバーによって自主的に選択される。従って、利用者によっては「覗きやすさ」を感じて訪れやすいという長所がある。特に SHG は、専門家がおらず、代表者はいるものの明確な援助者として位置づけられているわけではない。従って SHG の特徴としては、専門家による補助的な関与がある居場所活動と比べると、「援助を受ける者」という自覚がない状態で訪問するひきこもり者が多いことも指摘できるだろう。これらはともに、地域精神保健の枠組みで捉えられる援助活動である。

宿泊型のアプローチは、入院治療と宿泊型施設である。これらは、寝食及び生活の場を物理的に家庭から離すため、病院や施設が家族力動についてどう捉えているかが重要となる。各機関では様々な体験プログラムが用意されており、包括的な治療・援助が行われる。ひきこもり者にとってはもっとも抵抗感の強い方法だと思われるが、本人の意思確認及び家族援助の過程が適切に行われれば、ひきこもり状態から抜け出すためには強力な手段となる。

ただし、非専門家による援助である宿泊型施設は、援助機関によって質の差が大きいことが欠点だろう。

本論考では、「サポートグループ」の概念を提示して、蔵本（1999, 2000）及び高野（2000）、長谷川（1999）、そして筆者の実践活動を捉えた。それぞれ、「グループカウンセリング」「グループミーティング」などと名称付けられていたものを、サポートグループとして一括して把握することが適切であると判断した。トーズランド・ライバス（2003）によれば、サポートグループは「メンバー及びグループに対する支持的な介入を通して、メンバーが生活上の課題に対処したり、対処能力を高めたりすることを援助する」ことを目的としている。実践活動の報告としては、癌患者に対するもの（福井、2001；スピーゲル・クラッセン、2003）や喪失体験者に対するもの（Tedeschi & Calhoun, 1993）などがあり、変化させることのできない現実を受け止めて対処していくために、支持的なグループが有効に機能している。心理的な解釈を一義的に求められないという点から、地域精神保健の枠組みで捉えることが適切だと思われる。ひきこもり者に対するサポートグループは、実践上は居場所活動と類似した役割を果たし、レクリエーションなど活動性が高くなると内容としてはデイケアに近い形態となる。グループ・アプローチの中では、様々な要素を取り入れた中間的な存在であり、ひきこもり者にとっての訪問と参加継続のしやすさを追及しやすい援助形態であると言える。しかし、ひきこもり者に対して支持的に介入するサポートグループの機能についての検討はまだ不十分であり、今後の実践活動及び研究が期待される。

## V おわりに

ひきこもり者のパーソナリティや精神障害との関係については、徐々に理解が進められており、その知見の上に立った個人精神療法も有効に行われている。しかし、ひきこもりという状態像のゆえに、彼らと接点を築くまでには様々な工夫が必要である。その一つは、家族に対する援助方法の充実を図り、啓蒙活動及び情報の提供を広く行うことだろう。保健師・PSW・臨床心理士などによる家庭訪問の方法論についても今後の検討課題と言える。また、ひきこもり者に対する援助として、フットワークの軽い民間援助者が先鞭をつけてきた経緯もあり、専門家が協働作業を模索していくことも大事である（永富、2004）。

本論考では、ひきこもり者に対するグループ・アプローチの援助形態を7つに整理し、援助の構造・援助者・枠組みという視点からそれぞれの位置づけを行うことができた。ひきこもり者が社会と接点を築いていくことを考えると、その過程で集団体験ができる中間施設の存在は

貴重である。

近藤 (1999) は、ひきこもり者が援助者に対して感じる気持ちによって以下のような分類を行っている。「わかってほしい」=神経症圏、「わかられたくない」=精神病質圏、「この人なら自分のことがわかるはずだ」=巻き込み型強迫症状・自己愛パーソナリティ障害、「わかりっこない」=躁鬱病圏。このようなタイプによって、援助機関に対する意識の持ち方も大きく変わってくるだろうし、家族援助が唯一のアプローチになる場合もあるだろう。しかしその一方で、地域精神保健という視点から、彼らが利用しやすい援助方法の提供を模索することは大事だと言える。

本論考で整理された7つのグループ・アプローチは、それぞれがメリットとデメリットを有している。SHGはもっとも気軽に訪問できるグループ・アプローチかもしれないが、活動に参加継続していくためにはある程度以上の対人関係能力が必要となる。そこで専門家としては、「コンサルテーションモデル」あるいは「パートナーシップモデル」(蔭山, 2002)によるSHGとの関わりを模索することができる。また、専門家が積極的に地域精神保健の領域に出向き、柔軟な構造を持った援助活動の提供を行うことができる。Fig.1における「サポートグループ」と「居場所活動」がそれに相当し、特に本論考においてはひきこもり者に対するサポートグループ概念の提示を行うことができた。

最後に改めて7つのグループ・アプローチを概観してみると、ひきこもり者がどのようにして「居場所」を確保するかということに共通性を見出せるかもしれない。自由な空間を居場所と感じられる者もいるし、ある程度構造化されたグループになら居られる者もいる。集団精神療法などで自らの内面に向き合って語り合うことを望み、そこで居場所を得る者がいる。その一方で、言語的なコミュニケーションが苦手でも、デイケアなどでレクリエーション活動をすることでならば居場所感を得られる者もいる。入院治療においても、病棟生活の中で居場所を見つける過程が重視されていた。

そのように考えると、ひきこもり者は家庭あるいは自室以外に居場所を見出せなくなった者であり、その状態からの回復は、他に居場所を再発見していく過程として理解できる。個人アプローチによる援助者との関係性もまた「居場所」として捉えることができるが、援助形態によってグループ・アプローチを整理し、居場所の提供という視点から理解することの意味は大きいと言える。

本論考においては、ひきこもり者が利用しやすい援助方法を模索するという視点を考慮に入れ、グループ・アプローチの整理を試みた。今後の課題としては、(a)研究面で、サポートグループ概念のより一層の明確化、(b)実践面で、種々の援助機関による協働作業の模索、とい

う点を指摘することができるだろう。

本論考のまとめは以下の通りである。

- (1) ひきこもり者に対するグループ・アプローチの援助形態を「集団精神療法」「デイケア」「居場所活動」「SHG (セルフヘルプ・グループ)」「入院治療」「宿泊型施設」「サポートグループ」という7つに整理し、その特徴を記述することができた。
- (2) 7つのグループ・アプローチは、援助の構造・援助者・枠組みによって示された座標系によってそれぞれの位置づけが確認された (Fig.1)。
- (3) ひきこもり者に対する種々のグループ・アプローチの中間的存在として、「サポートグループ」概念が提示された。
- (4) ひきこもり者が利用しやすい援助を提供するために、「専門家による地域精神保健」の援助を模索することの重要性が指摘された。
- (5) ひきこもり状態からの回復は居場所を再発見する過程として理解でき、それをどのように提供するかという点でグループ・アプローチを捉えることができた。

## 引用文献

- 青木省三・鈴木啓嗣・塚本千秋・中野善行 1989 思春期の神経症の治療における「たまり場」の意義についての研究 メンタルヘルス岡本記念財団 (編) 研究助成報告集, 2, 1-4.
- 青木省三・鈴木啓嗣・塚本千秋・中野善行・吉成央・石川木ノ芽・守屋真理 1990a 思春期神経症の治療における「たまり場」の意義—関係の生まれる培地として— 集団精神療法, 6(2), 157-161.
- 青木省三・鈴木啓嗣・塚本千秋・中野善行・村上伸治・守屋昭 1990b 思春期の神経症の治療における「たまり場」の意義についての研究—その2 関係諸機関の連携について— メンタルヘルス岡本記念財団 (編) 研究助成報告集, 3, 1-4.
- 青木省三・鈴木啓嗣・塚本千秋・中野善行・船越美保・植木紫織・村上伸治・武藤誠治・富田順子・守屋昭・山田京子 1991 思春期の神経症の治療における「たまり場」の意義についての研究—その3 その発達論的考察— メンタルヘルス岡本記念財団 (編) 研究助成報告集, 4, 1-3.
- 青木省三・太田博子 集団体験について—その1 たまり場— 思春期青年期精神医学, 5(1), 113-119.
- 青木省三・太田博子 集団体験について その2—さまざまな「動き」を通して— 思春期青年期精神医学, 5(2), 213-219.

- 荒井俊 2000 民間相談機関によるひきこもりへの対応  
保健婦雑誌, **56(2)**, 113-117.
- 荒井俊 2001 ひきこもりと彼らの生活空間—フレン  
ドスペース活動実践— 現代のエスプリ403—ひ  
きこもり— 至文堂 Pp.155-162.
- 荒川龍 2004 「引きこもり」から「社会」へ—それぞ  
れのニュースタート— 学陽書房
- 新谷周平 2001 「居場所」型施設における若者の関わり  
方—公的中高生施設「ゆう杉並」のエスノグラ  
フィー— 生涯学習・社会教育学研究, **26**, 21-30.
- 浅田護 1998 非分裂病性ひきこもり青年を対象とした  
外来分析的グループ 臨床精神医学, **27(8)**, 997-  
1003.
- 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—「プロトメンタルシステム」  
の原始的無意識的幻想に表現される「ひきこもる」  
ことと「出る」ことの病態の理解と治療技法—  
精神分析研究, **43(2)**, 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—サイレントメンバーとしてグループの  
中でひきこもることの治療的意義について— 狩  
野力八郎・近藤直司(編) 青年のひきこもり—心理  
社会的背景・病理・治療援助— 岩崎学術出版  
社 Pp.197-208.
- 浅野弘毅 1999 デイケアにおけるグループワークと集  
団精神療法 近藤喬一・鈴木純一(編) 集団精神  
療法ハンドブック 金剛出版 Pp.193-202.
- 板東充彦 2003 セルフヘルプ・グループの所属過程に  
関する—研究— SHG 所属過程モデルの作成—  
日本人間性心理学会第22回大会発表論文集, 142-  
143.
- 近松典子 2003 フリースペース—ひきこもり援助の  
とある現場から— 別冊発達, **27**, 251-257.
- 藤山直樹 2001 ひきこもりと人格障害 武藤清栄・渡  
辺健(編) 現代のエスプリ403—ひきこもり—  
至文堂 Pp.78-85.
- 福井小紀子 2001 米国におけるがんサポートグループ  
活動の実際と看護職の役割 看護研究, **34(3)**,  
247-253.
- 長谷川俊雄 1999 クリニックにおける「引きこもり」  
問題への取り組み 近藤直司・長谷川俊雄(編)  
引きこもりの援助と理解 萌文社 Pp.140-165.
- 井上直子・小谷英文・杉山恵理子・西村馨・西川昌宏  
集団精神療法の定義 集団精神療法, **10(2)**, 156-  
161.
- 伊藤順一郎(監修) ひきこもりに対する地域精神保健  
活動研究会(編) 2004 地域保健におけるひきこ  
もりへの対応ガイドライン じほう
- 蔭山正子 2002 セルフヘルプ・グループへの専門職の  
関わり 保健の科学, **44(7)**, 519-524
- 狩野力八郎・近藤直司(編) 2000 青年のひきこもり  
—心理社会的背景・病理・治療援助— 岩崎学術  
出版社
- 川上正己・木部千佳子・赤澤由紀子・稲村晃 1999  
「引きこもり」の入院治療について—コメディカル  
スタッフの立場から— 近藤直司・長谷川俊雄  
(編) 引きこもりの援助と理解 萌文社 Pp.166-  
182.
- 川上由美子・川谷大治・大田真紀 2003 ひきこもり患  
者を対象とする集団精神療法 精神科臨床サービ  
ス, **3(3)**, 333-336.
- 川北稔 2003 「引きこもり」の援助論と親の位置—介  
入の根拠と責任をめぐって— 名古屋大学社会学  
論集, **24**, 179-196.
- 衣笠隆幸 1999 「ひきこもり」とスキソイドパーソナ  
リティー—スキソイドの病理学研究の歴史— 精神  
分析研究, **43(2)**, 101-107.
- 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 1999 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—コミュニケーション能力と受  
診動機についての—考察— 精神分析研究, **43(2)**,  
121-129.
- 近藤直司 2000 ひきこもりケースの理解と治療的ア  
プローチ 家族療法研究, **17(2)**, 87-91
- 近藤直司 2001 ひきこもりケースの理解と治療的ア  
プローチ 近藤直司(編) ひきこもりケースの家族  
援助—相談・治療・予防— 金剛出版 Pp.13-27.
- 近藤直司(編) 2001 ひきこもりケースの家族援助—  
相談・治療・予防— 金剛出版
- 近藤直司・小林真理子 2002 青年期ひきこもりケー  
スへの精神療法 精神科臨床サービス, **2**, 333-337.
- 久保紘章 1998 セルフヘルプ・グループとは何か 久  
保紘章・石川到覚(編) セルフヘルプ・グループ  
の理論と展開 中央法規 Pp.2-20.
- 久保田幹子 1997 回避傾向の強い対人恐怖症例への入  
院森田療法 心理臨床学研究, **14(4)**, 415-425.
- 工藤定次・YSC スタッフ・永富奈津恵 2004 脱! ひ  
きこもり—YSC (NPO 法人 青少年自立支援セン  
ター)の本— ポット出版
- 蔵本信比古 1999 精神保健福祉センターにおける援助  
実践 近藤直司・長谷川俊雄(編) 引きこもりの  
援助と理解 萌文社 Pp.121-139.
- 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—心理社会的背景・  
病理・治療援助— 岩崎学術出版社 Pp.209-217.

- Lieberman, M.A. 1990 A Group Therapist Perspective on Self-Help Groups. *American Journal of Group Psychotherapy*, **40**, 251-278.
- 町沢静夫 2003 ひきこもる若者たち—「ひきこもり」の実態と処方箋— 大和書房
- 森口秀志・奈浦なほ・川口和正 (編) 2002 ひきこもり支援ガイド 晶文社
- 武藤清栄・渡辺健 (編) 2004 現代のエスプリ445—訪問カウンセリング— 至文堂
- 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
- 永富奈津恵 2004 未来型福祉のかたち(49) ひきこもり支援の現状から—今, 自治体に求めたいこと— 地方自治職員研修, **37(7)**, 80-83.
- 中村敬 1996 対人恐怖症の現代的病像—神経質の変遷をめぐる— 森田療法学会雑誌, **7**, 157-161.
- 中村敬・北西憲二・増茂尚志・牛島定信 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.
- 根本英行・石垣ちづさ・青木知子・芦川まさ代・鈴木節夫 2002 社会的ひきこもり青年に対するグループアプローチが示唆すること—非精神病圏のひきこもりメンバーの動きを中心に— 集団精神療法, **18(2)**, 118-120.
- 日本集団精神療法学会 (監修) 北西憲二・小谷英文 (編集代表) 2003 集団精神療法の基礎用語 金剛出版
- 西村美東士 2001 青少年施設の居場所機能—90年代の青少年問題関連文献の分析から— 徳島大学大学開放実践センター紀要, **12**, 73-81.
- 西村美東士 2002 個人化/社会化のための公民館の教育機能—青少年の居場所づくりをめぐる— 月刊公民館, **547**, 12-20.
- 野島一彦 1999 グループ・アプローチへの招待 野島一彦 (編) グループ・アプローチ 現代のエスプリ385 至文堂 Pp.5-13.
- Northen, H. 1989 Social work practice with groups in health care. *Social Work with Groups*, **12(4)**, 7-26.
- 岡知史 1988 セルフ・ヘルプ・グループの働きと活動の意味 看護技術, **34(15)**, 1756-1761.
- 岡知史 2000 セルフヘルプグループの歴史・概念・理論—国際的な視野から— OT ジャーナル, **34(7)**, 718-722.
- 小此木啓吾 2000 ひきこもりの社会心理的背景 狩野力太郎・近藤直司 (編) 青年のひきこもり—心理社会的背景・病理・治療援助— 岩崎学術出版社 Pp.13-26.
- 大森健一 1997 うつ病とひきこもり 臨床精神医学, **26(9)**, 1179-1183.
- プラットフォームプロジェクト (編) 2003 全国ひきこもり・不登校援助団体レポート [宿泊型施設編] ポット出版
- Rosenberg, P.P. 1984 Support Groups: A Special Therapeutic Entity. *Small Group Behavior*, **15(2)**, 173-186.
- 斎藤環 1998 社会的ひきこもり—終わらない思春期— PHP 研究所
- 斎藤環 2001 ひきこもりと社会性 武藤清栄・渡辺健 (編) 現代のエスプリ403—ひきこもり— 至文堂 Pp.60-68.
- 斎藤環 2002 「ひきこもり」の現在形 斎藤環 (編) ひきこもる思春期 星和書店 Pp.3-13.
- Schopler, J.H., & Galinsky, M.J. 1993 Support groups as open systems: a model for practice and research. *Health & Social Work*, **18(3)**, 195-207.
- Schopler, J.H., & Galinsky, M.J. 1995 Expanding our view of support groups as open systems. *Social Work with Groups*, **18(1)**, 3-10.
- 塩倉裕 2000 “引きこもり”の現状 保健婦雑誌, **56(2)**, 107-112.
- 塩倉裕 2002 引きこもる若者たち 朝日新聞社
- 塩倉裕 2003 引きこもり 朝日新聞社
- スピーゲル D・クラッセン C 朝倉隆司・田中祥子 (監訳) 2003 がん患者と家族のためのサポートグループ 医学書院
- 橋由歩 2003 「ひきこもり」たちの夜が明けるとき—彼らはこうして自ら歩き始めた— PHP 研究所
- 高野千代 2000 『青年グループカウンセリング』の実践報告 保健婦雑誌, **56(2)**, 123-127.
- 田中千穂子 2001 ひきこもりの家族関係 講談社
- 田中麻貴 2004 中学校における居場所に関する研究 九州大学心理学研究, **5**, 219-228.
- Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G. 1993 Using the Support Group to Respond to the Isolation of Bereavement. *Journal of Mental Health Counseling*, **15(1)**, 47-54.
- トーズランド R.W.・ライバス R.F. 野村豊子 (監訳) 2004 グループワーク入門—あらゆる場で役にたつアイデアと活用法— 中央法規
- 植月マミ 2001 引きこもり青年の社会化過程における青年期デイケアの治療的役割 思春期青年期精神医学, **11(2)**, 149-150.
- 植月マミ 2002 青年期デイケア体験と治療プロセスを描く 思春期青年期精神医学, **12(2)**, 158-159.
- 植月マミ 2003 思春期青年期精神科デイケア 別冊発達, **27**, 220-225.
- 植月マミ・木村唱子・有元裕美・山川裕樹・鳴岩伸生・渡辺洋一郎 2002 ひきこもり青年対象の, 青年期

デイケア集団精神療法—デイケア集団精神療法と  
デイケアグループワークと個人療法の有機的連関シ  
ステム— 集団精神療法, **18(2)**, 121-125.

山川裕樹 2002 ひきこもり青年のための集団場面の可

能性—ある思春期青年期デイケアでの体験から—  
京都大学大学院教育学研究科附属臨床教育実践研究  
センター紀要, **6**, 54-66.