

- 7) 永田利彦, 大島淳, 和田彰ほか: 社会不安障害に対する薬物療法. 精神医学, 46; 933-939, 2004.
- 8) 斎藤環: 社会的ひきこもり. PHP新書, 東京, 1998.
- 9) 澤田信也, 原田ゆかり, 中野育子ほか: 青年期アスペルガーグループの活動. 臨床精神医学, 34; 1125-1132, 2005.
- 10) 清水將之: ひきこもりを考える. 精神医学, 45; 230-234, 2003.
- 11) 塩路理恵子, 久保田幹子, 中村敬: 神経質とひきこもり. 精神療法, 26; 549-556, 2000.
- 12) 諏訪真美, 鈴木國文: 「一次性ひきこもり」の精神病理学的特徴. 精神誌, 104; 1228-1241, 2002.

## 特集：学校精神保健

渡部 京太\*

### 不登校児童生徒への治療と援助

児童青年精神医学とその近接領域 48(2); 102-110 (2007)

不登校を主訴に児童精神科を受診する子どもをとりまく環境は年々悪化してきている印象があり、複雑な家族背景や不適切な養育状況の家庭で育ってきた子どもが増えているように思われる。不登校の子どもの診療にあたる時に、まず治療者はその子ども自身に何が起きているのかを理解しなければならない。さらに、子どもと親を中心とするその家族、そして子どもにとって主たる外界である学校・仲間集団の三領域の相互関係を詳細に評価することを通して、不登校の子どもの治療・援助システムを組み立てていくことが必要になる。このような評価には子どもの精神医学的診断が含まれており、それは疾病単位の特定のみならず“見立て”が意識されていなければならない。齊藤(2004)は不登校をきちんと精神医学的に規定し直すことの必要性を述べ、不登校を総合的にとらえるための多軸評価システムを提唱している。その多軸的な評価システムは、①背景疾患の診断、②発達障害の診断、③不登校発現様式による下位分類の評価、④不登校の経過に関する評価、⑤環境の評価からなる。さらに不登校の子どもには、精神分析的な発達論を参照しながら、「大人になったら、社会の中で働く場を確保し、ともに生きていくパートナーを見つけ、次世代を育てていくことが望ましい」というような常識的な発達論に準拠して発達支援を行うことが大切であると考えられる。

**Key words** : assessment, child and adolescent, inpatient treatment, school non-attendance, parent-guidance

#### I. はじめに

不登校の治療・支援については、青木(2006)、齊藤(1996)、皆川(2001)を始めとして数多くの論文があり、児童精神科における不登校を中心とした入院治療については齊藤(2005)の論文がすでにある。ここで不登校の治療・支援について屋上屋を重ねる理由はないと思われる。その一方で児童精神科を受診する子どもをとりまく環境は年々悪化してきている印象があり、複雑な家族背景や不適切な養育状況の家庭で育ってきた子どもの受診が増えてきている。齊藤(2004)は不登校を総合的にとらえるための多軸評価システムを提案しているが、筆者は疾病単位の特定のみならず“見立て”を丁寧に行い、

不登校の子どもへの治療・援助システムを組み立てていくことの大切さを強く感じている。本稿では小学校低学年から不登校になった症例をどう評価し、治療を組み立てていったかを報告する。

#### II. 国府台病院児童精神科における不登校への診療の現状

2003年から2005年の当科の新患における不登校を示した子どもの診断を示した(図1)。3年間の新患総数が778名、715名、691名で、新患患者の30~40%が不登校を示しており、男女はほぼ同数だった。不登校を示した子どもの半数が神経症性障害で、ADHDや自閉性障害は25%、気分障害は5~10%だった。2軸診断で精神遅滞の診断がなされたのは、15名、13名、8名だった。神経症性障害の診断の内訳は、不安障害

\*国立精神・神経センター国府台病院児童精神科  
e-mail: kyotaw@r9.dion.ne.jp

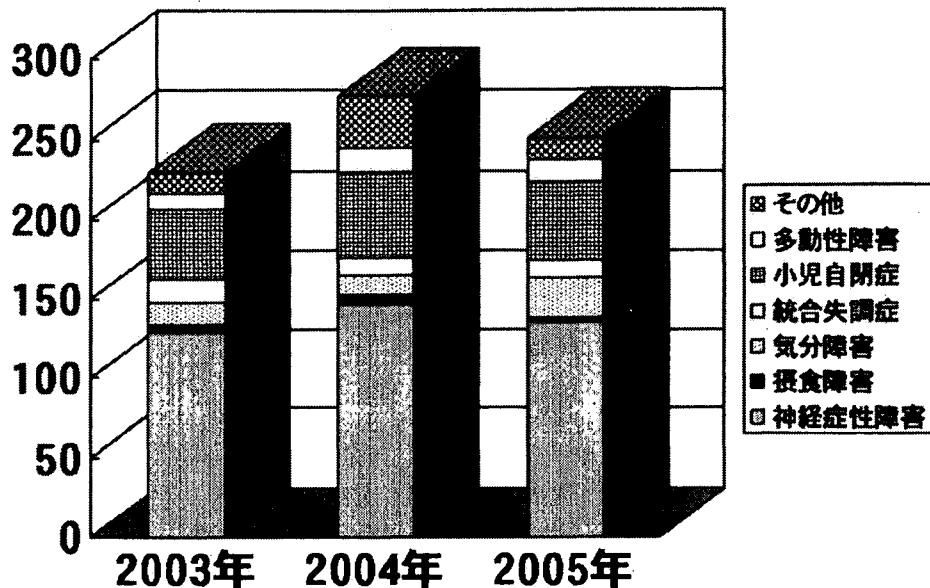


図1 国府台病院児童精神科新患における不登校を示した子どもの診断 (DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) のI軸診断)

(全般性不安障害や強迫性障害など)が45%，適応障害が40%，転換性障害・解離性障害・身体化障害が20%で，この3年間ほぼ同じ比率だった。2003年から2005年の当科の新規入院患者のうち70～80%が不登校を示していた。不登校は，児童精神科の診療において対処しなければならない重要な問題と言えるだろう。

国府台病院児童精神科の治療構造は，①小中学生を対象とした41床の児童精神科病棟（開放病棟）がある，②9室の個室（保護室ではない）で隔離，身体拘束といった行動制限を行うことがある，③院内小・中学校が併設されており，院内学級と連携して年単位の長期の入院を行うこともある，④同世代の仲間集団に参加を目的として集団精神療法的アプローチが活発に行われているといった特徴があげられる。

### III. 不登校の多軸評価

齊藤（2004）は，不登校を総合的にとらえるための多軸評価システムを提唱している（表1）。第2軸は，第1軸の精神疾患とは別に，不登校の背景疾患として，発達障害が診断される場合も少なくない。発達障害が明確になれば，その症例の支援に何が必要かという課題に有力な手がかりを与えてくれる。第3軸では，不登校

校症例の理解にあたり，不登校開始直前までの学校における，あるいは友人関係における対処法および適応姿勢の特徴を評価する。齊藤（2000）は院内中学校を卒業した不登校児の10年間に及ぶ追跡調査を行い，過剰適応型は受動型，衝動統制未熟型，混合型の3型より中学校卒業後10年目の適応群の比率が有意に高いことを報告しており，第3軸は不登校の経過の予測につながってくる。

### IV. 症例呈示

不登校は小学校高学年に増加し始め中学になり急増するといわれているが，本稿では小学校低学年から不登校になった2症例を，多軸評価に沿って呈示したいと思う。この2症例を呈示するのは，これらの症例が，“入院”という治療的介入が行われなければ，長期に及ぶ“ひきこもり”になっていたと思われるからである。

#### 1. 症例A 男児（初診時小学3年）

主訴：不登校。母親から離れると不安が強くなる。昼夜逆転の生活。

既往歴：夜泣きがひどく，救急車を要請することもあった。小学1年時に足を骨折した。

生育歴・現病歴：Aの母親は飲食店で働いてい

表1 不登校の多軸評価

1) 第1軸：背景疾患の診断
2) 第2軸：発達障害の診断
3) 第3軸：不登校出現様式による下位分類の評価
①過剰適応型（プライドが高く、弱音を出さずに強がる傾向のある子ども）
②受動型（萎縮し不安に満ちた子ども）
③受動攻撃型（受動型の症例にみえるが、実は大人の過剰な干渉に対する努力を放棄するという自虐的な反抗を続ける子ども）
④衝動統制未熟型（体質的衝動性の高さや対象関係における強度の見すてられ抑うつなどにより、仲間関係の中で衝動統制がうまくいかない子ども）
⑤混合型
4) 第4軸：不登校の経過に関する評価
①不登校準備段階
②不登校開始段階（葛藤の顕在化による不安定さが目立つ段階）
③ひきこもり段階（退行と外界の回避が前景に出る中で、徐々に余裕を回復しながら固有の葛藤に向かおうとしている段階）
④社会との再会段階
5) 第5軸：環境の評価
ライフイベント、家族機能の評価、各種相談機関や医療機関の有無

た。25歳時に飲食店に通っていた男性と交際するようになった。妊娠したがまもなく流産した。その後Aを妊娠した。母親は中学の頃からシングル・マザーになって子どもを育てたいと思っていたという。男性と入籍するつもりはなく、シングル・マザーになろうと考えていて、母親はお腹の中にいたAに「父親はいないから」と話しかけていたという。妊娠8カ月頃に流産しかけて入院した。母親は看護師に入籍を勧められ、その男性と入籍することにした。Aの父親は、母親の10歳年上で、パチンコで生計を立てていた。Aは出生時へその緒が首に絡まり、保育器に入ることはあったが、その後の健診で発達の遅れを指摘されたことはない。

Aが生まれた時、母親、父親、母方祖父母が同居していた。父親が定職につかないため、母親は飲食店で働き始め、Aは1歳からベビーホームに預けられた。母方祖父には愛人がいて家に寄りつかず、祖母は家政婦をしていた。母親は離婚を考え、Aが2歳頃に別居し、3歳時に離婚が成立した。母親はさみしくて泣いてしまい、Aに「2人で死のう」と語りかけることがたびたびあったという。Aは2年間保育園に通い、母親から離れることを嫌がったが、次第に

友達ができ、保育士からは「おとなびている」といわれたという。

Aは小学校に入学したが漢字の書き取りが苦手で、Aは担任の教師に叱責され、母親も「しっかり指導してください」と怒られ、Aも母親も担任が苦手になった。母方祖父は飲食店で多額の借金を作り、その取り立てが厳しくなったため、Aが小学1年時に祖父母は夜逃げをした。Aは小学1年の秋から不登校になり、母親は飲食店を辞めた。Aは放課後に友達と遊ぶこともあったが、自転車で転倒して骨折してからは外出しなくなった。小学2年時には家のチャイムが鳴るとひどくおびえ、夜には身体を震わせてこわがるようになった。母親は児童相談所に相談し当院を勧められ、小学3年の春に初診した。外来での治療経過：Aは分離不安障害と診断され、2回だけの受診で来院しないため、入院を勧められた。Aは母親に「再婚をしたらいい」と話し、母親は交際相手との再婚を考え働くようになった。母親の再婚話はなくなり、母親の体調不良やAが嫌がるために通院は不定期になった。Aは昼夜逆転の生活を送り、食事をとりすぎて嘔吐した。母親が仕事に行くと、「家に戻ってきてほしい」と電話をして、母親が戻って

こないと母親にあたった。次第に母親の抑うつ感が強くなり、精神科クリニックを受診した。小学4年の春に主治医が転勤になり、筆者が主治医を引き継いだ。Aが来院しないため、筆者は母親面接を継続した。Aはいじめられていたことを母親に話し、小学1年時の骨折が実はいじめによるものだったことがわかった。筆者は、Aの家庭訪問を継続していた市教育委員会と連絡を取り、母親との合同面接を行い、筆者は母親に入院を勧めた。母親はAが小学5年になった時点で入院を開始することに同意した。しかしその後母親はAを入院させることを拒否し、筆者は親面接を継続した。Aの母親に密着した生活が続いたため、母親も入院に同意し、秋に入院になった(医療保護入院)。Aは髪の毛が伸び放題で、肥満体だった。筆者が入院を勧めると、Aは妙に大人びている感じで「どうせどうにもならない」という表情を浮かべ、「入院したくない」と言うのみだった。筆者がAの手を引っぱり病棟へ連れて行こうとすると、Aは抵抗したが、次第に息切れし、病棟まで歩けなかった。

## 2. 症例B 女児(初診時小学5年)

主訴：不登校。学校でいじめられたことを思い出すとこわくなる。

父親が暴れることをなんとかしてもらいたい。吐き気がする。

既往歴：足の骨折以外は特記事項なし。

生育歴・現病歴：Bの生育歴・現病歴の前に、Bの母親(以下Cとする)の生育歴を記す。Cの父親(Bの祖父)はCだけに暴力をふるい、Cは「気が強いから殴られたと思う」と語り、Cは生真面目な性格だった。父親のCへの暴力は続いたため、22歳時に両親は離婚し、父親は行方不明になった。

Cは28歳時に友人の紹介でBの父親と知り合い結婚した。結婚1年後から父親は仕事で嫌なことがあると、Cにあたるようになった。父親は几帳面だった。結婚5年後にBが出生した。健診で発達の遅れを指摘されたことはない。B

が3歳時に妹が出生した。妹は心臓病を患っていた。Bの父親は、容姿が父親似で病弱な妹をかわいがり、母親似のBには冷たく、機嫌が悪いとCとBを怒った。CとBは父親の機嫌を損ねないように気を遣っていたが、Bは5歳時にCに「暴れるお父さんは嫌いだから殺してほしい」と頼んだという。幼稚園では男児からいじめられることがあった。小学校入学翌日にBは一人の男児から椅子を投げつけられて足を骨折し、長期欠席した。小学2年時にも膝を蹴られて負傷し長期欠席した。小学3年時には女児から仲間はずれにあい、徐々に不登校になった。父親は仕事が忙しく、Bには無関心だった。Cは学校に相談したが、積極的に対応してくれなかったという。

小学5年時にBは男児からボールを頭や首にぶつけられた。その後首の痛みや嘔気が続き、総合病院の小児科や脳神経外科で診察を受けたが問題はないと言われた。担任とB、その男児との話し合いがもたれ、Bはその男児に「謝ってもらいたい」と話した。男児は謝ろうとせず、最後に横を向いて謝ったという。Bはその男児の態度を「許せない」と怒ったが、話し合いが終わった帰り道にその男児の待ちぶせにあい、ボールを再び強くぶつけられた。その後Bは登校しなくなった。嘔気は続き、小児科から児童相談所への相談を勧められ、小学6年の春に来所した。児童相談所の嘱託医だった筆者がBを診察したが、Bは礼儀正しく、周囲にとっても気を遣っていることが痛々しいほど伝わってきた。Bは「いじめられることと父が暴れることをなんとかしてもらいたい。いらいらするし、落ちこむ。こわい怒ったような顔が見えたりする」と幻視の訴えを語った。筆者はBと母親に(いじめられたり父親が暴れたりして、あなたは腹を立てているのかもしれない。でも、自分の気持ちをだすと、さらにいじめられたり、父親はもっと暴れるかもしれない。あなたの中には腹立たしい気持ちとその気持ちをだすとどんなことが起こるかこわいという気持ちがあるのでしょうかね)と伝えると、Bは「そういう気持

ちはあります」と答えた。筆者はBを鑑別不能型身体表現性障害、気分変調性障害と診断したが、Bの精神症状は十分な観察が必要だと感じ、BとCに児童精神科の受診を勧め、児童相談所や女性サポートセンターと連携していくことにした。

外来での治療経過：BとCは児童精神科を受診し、筆者はBに抗うつ薬を主体とした薬物療法を行い、Cには親面接を行った。Cとの面接では離婚を考えているが踏み切れないことが語られた。小学6年の夏になっても状況は変わらず、BはCに「お母さんはいつまでお父さんの奴隷になっているの」と話すようになった。筆者はCに（このまま夫の暴言に堪えることもできるし、子どもと新しい生活も始めることもできる）と伝えると、Cは「自分が動かないと始まらないのですね」と語り、Cは子どもとともに女性サポートセンターの援助を受けて離婚調停を開始した。秋からはBへのプレイ・セラピーを開始し、女性の心理士が担当した。冬に両親の離婚は成立し、Cが親権を持つことになった。筆者はCに入院を勧め、児童精神科が満床のため

小児科に入院した。入院と同時に院内小学校への入級の手続きを勧め、中学入学と同時に児童精神科病棟に転棟した（任意入院）。

### 3. 症例A, Bの多軸評価と“見立て”

症例A, Bでの不登校の多軸評価を表2に示した。

Aの家族の情緒的な交流はばらばらで、将来の生活設計といった見通しはなく、それぞれが自分が好きなことを勝手にしているようで、Aにはモデルになる大人の存在はなかった。Aの母親は自分の両親（Aの祖父母）に頼ることができなと感じていたため、Aの母親がシングル・マザーになりたいと思っていたことは、母親の手に置いて頼ることができる子どもがほしいということだったと思われる。不登校になったAは母親が自分の言うことを聞かないとあたり、加えて母親は抑うつ状態になって仕事ができなくなり、母子密着の生活が強まっていった。抑うつ状態の母親はAに愚痴をこぼすことが多く、Aは母親の不安や抑うつの受け皿になった。母親がAから離れると、母親は不安や抑

表2 症例A, Bにおける不登校の多軸評価

症例A（筆者に主治医が変更になった時期の評価）
第1軸】分離不安障害
第2軸】特になし（後に行ったWISC-IIIではVIQ=91, PIQ=70, FIQ=80）
第3軸】受動型
第4軸】ひきこもり段階
第5軸】Aのライフイベント：いじめ
家族機能：両親は離婚し、母親と2人ぐらし。
母親はうつ病、依存性パーソナリティ障害で精神科クリニックに通院中。
関係機関：教育委員会
症例B（筆者が病院で主治医になった時期の評価）
第1軸】鑑別不能型身体表現性障害、気分変調性障害
第2軸】特になし（後に行ったWISC-IIIではVIQ=86, PIQ=79, FIQ=81）
第3軸】受動攻撃型
第4軸】社会との再会段階
第5軸】Bのライフイベント：いじめ
家族：両親は不仲で、父親は母親とBにあたる。
父親のBへの対応は、心理的虐待、ネグレクトと考えられる。
母親は離婚を考え始めている。
関係機関：児童相談所、女性サポートセンター（緊急時の母親、子どもの保護）
嘔気などの身体症状：かかりつけの総合病院小児科

うつのためにどうにかなってしまうというAの不安がかきたてられ、Aは母子密着の生活に退行してしがみつこうとし、母親にあたることに生じたと考えられた。またAが母親にあたることは、Aが母子密着の生活から抜け出そうとする側面もあると感じられた。母親はクリニックではうつ病と言われているが、依存性パーソナリティ障害の傾向を認めた。筆者が母親にAの入院を勧めたことによって、Aから離れてひとり取り残されるという不安が強まったため、母親は入院を拒否したと考えられた。

Bの母親(C)は、自分の父親(Bの祖父)から暴力を受けて育った。Cが「気が強いから叩かれたと思う」と語っていたが、CとBの祖父との間にはCが正当な自己主張をすると叩かれるという関係ができていた。Cは暴力をふるわないが、あたりちらす男性(Bの父親)と結婚した。Bの父親は、Bにもあたり、Bの成長には全く関心を持っておらず、Bへの対応は心理的虐待およびネグレクトという状態であったと考えられた。父親から暴言を投げかけられるCの姿を見たり、父親から関心を向けてもらえず、さらに同年代の中ではいじめられることの多かったBは、「どうしてこんな仕打ちを受けないといけないのか」という怒りを感じながら、父親を恐れ痛々しい程に気を遣っていた。そしてBの中には、怒りや自己主張をおさえこんでマゾヒスティックに耐え、自分はだめだと自己評価を切り下げ、他者との関係を作っていけないような受動攻撃的な対象関係が形成されていたと考えられた。

#### 4. 症例A, Bへの治療・援助の組み立て

##### 1) Aの入院治療の初期経過：

入院当初は、同世代の中で過ごしたことの無いAを保護し、Aの精神症状や病態を観察し、そして治療スタッフとの関係作りのためにしばらく個室隔離を行った。筆者はAと週2回面接を行い、院内学級に通い同世代の仲間とのつきあい方を学んだり遅れた学習を取り戻すといった目標を明確にした。Aは他の子どもからいじ

められることを恐れていた。4人部屋に移ったある日、1歳年上のADHDの男児にからかわれ、突然蹴りあげられ、Aは怒って男児を叩き喧嘩になることがあった。Aは面接で「くやしい」と言って泣いた。筆者は(あなたが怒ったことは当然で、どうでもいいとならなくてけんかしたことは大切だと思う)と伝えた。その後のAは院内学級に通い、仲間集団にとけこんでいった。母親との面接は2週に1回行い、母親からAに頼っていたことが語られた。Aと離れるとAがそのまま離れていってしまうという母親の不安は少なくなっていき、母親は適切なAとの距離をとれるようになってきている。

##### 2) Bの入院治療の初期経過：

院内中学校に入学したBの周囲には上級生が多く、Bはびくびくしていた。Bは嘔気のため院内学級に通えなかった。筆者はBと週2回の面接を行い、外来で開始した心理士とのプレイ・セラピーも継続した。Bは面接中に次第にペンなどで自傷行為をするようになり、プレイ・セラピーでも「自分を傷つけようと思うので、はさみを貸してください」、「窓から飛び降りてもいいでしょうか」と話し、プレイどころではなくなり、転棟4カ月後に中止した。Bは面接時「死にたい。生きているのがつらい。私にしあわせはくるのか」と話し、自傷したり、面接室で倒れたりした。筆者は(そんなに自分をだめだと思わなくてもいい。自分がだめだと思ふ気持ちが強くて、病棟でも新しい友達の中に入っていけなくなっているのではないかと)伝え、Bの自傷がひどい時には制止した。Bは徐々に院内学級に登校するようになってきている。

#### V. 考察

不登校の子ども診察にあたる時に、まず治療者はその子ども自身に何が起きているのかを理解し、子どもとその家族、そして学校・仲間集団の三領域の相互関係を詳細に評価し、“見立て”を行う必要があるが、不登校の子どもを総合的にとらえるために齊藤の提唱した多軸評価

システムは有用と思われる。そして“見立て”に基づいてどのような治療・援助を行っていくのかを子どもや親にわかりやすく説明することが必要になる。筆者は、生地(2002)が述べているように精神分析的な発達論を参照しながら、「学童期は社会で生きていくために必要な最低限の知識と技術を身につけ、青年期は大人から徐々に離れて自分独自の対人関係を広げ、社会の中で自分の役割の方向を見出し、大人になったら、社会の中で働く場を確保し、ともに生きていくパートナーを見つけ、次世代を育てていくことが望ましい」という常識的な発達論に準拠するのがよいと考えている。その理由は常識的な発達論に準拠することにより、子どもや家族にとってわかりやすく手ごたえのある治療・援助になると思うからである。青木(2006)は、不登校の子どもへの援助で重要なこととして、①子どもへの精神療法は重要であるが原則としては子どもからの問いかけを待つこと、②親の心理的援助が重要であり、親への援助が間接的に子どもを支えることになること、③不登校の子どもでは重要な同年輩集団の中で「もまれる」体験が得られないため、形の異なった多様な居場所を提供することが必要なこと、④何よりも大切なことは子どもが人生を肯定的に捉え生きられるようになること、をあげている。子どもへの治療介入は成人に比べて非言語的交流が中心となり、さらに思春期に高まった両個性はしばしば言語的交流を阻む要因となり、精神療法に導入することが困難で、しばらくすると子どもは来院しなくなり、親のみが受診するということが少なくない。そのため、親ガイダンスを通じて親を支えることは大切である。ただし、親の一部には子どもに十分な関心を払い続けるために避けることのできない苦痛や欲求不満に耐えられなかったり、症例Aのように子どもが自分とは別個の独立した人間であることを認めたく自分の所有物としておきたいために、親機能を発揮できない人も存在する。このような場合には親ガイダンスだけでは状況を打開するのが難しい。Aの母親はAが成長し母親

から分離していくことに対する不安が強く、母親にはモーニング・ワークが進まないまま残っている流産、離婚、家族の離散といった対象喪失体験が数多く存在していた。近藤(2000)は、長期化しているひきこもりでは「ひきこもり家族の文化」とでもいうべき家族の特性をあげ、治療・援助を有効に活用できない家族が存在すると述べているが、ひきこもり家族の特性、なかでも母親のパーソナリティや対象関係の特徴を把握することの重要性を指摘しておきたい。そのほかに齊藤(1996)は不登校の援助する時に心得ておくべきこととして、①子ども個人の立場に立つこと、②子どもが変化するための固有の速度を尊重すること、③子どもの両面的心性を常に心得て援助にあたる必要があること、④状況に応じて必要となる専門的相談機関や援助者と連携することを、あげている。Bは自身自身の状況をなんとかしたいという気持ちで、父親の暴言に耐える母親を動かして治療に訪れた。多軸評価の第4軸において、Aが引きこもり段階であるとすれば、Bは社会との再会段階と考えられる。齊藤(2004)は、治療者が社会との再会段階の開始を敏感に察知し援助することを強調しているが、筆者は児童相談所との連携を続けながら、速やかに病院での治療に導入した。BとCにとって、筆者が行った治療・援助はある程度手ごたえのあるものとして受け入れられ、Cは離婚を決意しBの入院治療導入につながったと思われた。

AとBは小学校低学年から不登校になり、小学校年代で身につけておかなければならない学習ができなかったり、仲間集団の中での経験ができずにいた。ひきこもりがさらに長期化すると、Aの受動的、Bの受動攻撃的性格傾向はパーソナリティの形成において大きな影響を及ぼすことになるだろう。そのため入院治療に導入したが、入院治療での目標は、①患者の持続的な傷つき体験によって形成されてきた妙に大人びた部分や気を遣いすぎる部分を修正し、子ども集団の中で子どもらしさを取り戻すこと、②長期に及ぶ不登校や養育の不十分さのために学



習していないことを援助するということになる。

#### 文 献

American Psychiatric Association (2000) : *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision*. Washington DC, American Psychiatric Association.

青木省三(2006)：不登校の治療と援助を再考する。精神科治療学, 21, 287-291.

近藤直司(2000)：ひきこもりケースの家族特性とひきこもり文化。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 (pp. 39-46). 東京, 岩崎学術出版社.

皆川邦直(2001)：固有の思春期までに発症する「ひきこもり」の精神病理と治療：親ガイダンスの重要性

を中心に。近藤直司(編)：ひきこもりケースの家族援助, 相談・治療・予防 (pp. 164-172). 東京, 金剛出版.

生地新(2002)：発達支援の視点からみた学校不適応の予防。思春期青年期精神医学, 12, 90-95.

齊藤万比古(1996)：解題(1)―青年期心性の展開とその適応障害としての不登校。齊藤万比古, 生地新(編)：不登校と適応障害(pp. 111-128). 東京, 岩崎学術出版社.

齊藤万比古(2000)：不登校の病院内学級中学校卒業後10年間の追跡研究。児童青年精神医学とその近接領域, 41, 377-399.

齊藤万比古(2004)：最近の不登校。臨床精神医学, 33, 373-378.

齊藤万比古(2005)：児童精神科における入院治療。児童青年精神医学とその近接領域, 46, 231-240.

## TREATMENT AND SUPPORT FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS EXHIBITING SCHOOL NON-ATTENDANCE

Kyota WATANABE

*Department of Child and Adolescent Psychiatry, Kohnodai Hospital, National Center of  
Neurology and Psychiatry.*

The circumstances surrounding children brought in for consultation to child psychiatrists regarding school non-attendance appear to be deteriorating with each passing year, with more children being brought up in families harboring complicated backgrounds or under inadequate rearing conditions. In dealing with such children exhibiting school non-attendance, we must first understand what is happening to them. A treatment and support system for each child must be constructed following careful assessment of the interactions between the three domains consisting of the child, the family around the parents at the core, and primary outer world surrounding the child such as the school or peer group. This assessment must include the psychiatric diagnoses of the children, not only in terms of specifying the diagnostic category, but also taking “clinical judgment” into account. Saito (2004) citing the need to redefine school refusal in psychiatric terms, suggests a multi-axial assessment system for comprehensive understanding of the phenomenon. The multi-axial assessment system consists of: 1) diagnosis of underlying dis-

ease, 2) diagnosis of pervasive developmental disorders, 3) assessment of subgroup according to mode of onset of the school non-attendance, 4) assessment of the course of school non-attendance, and 5) assessment of the environmental conditions. Furthermore, the author suggests the importance of providing children who are exhibiting school non-attendance with developmental support based on sensible developmental theories, such as, “when you grow up, it is desirable to secure a working place in society, find a partner to grow old with, and bring up the next generation”, with reference to the psychoanalytic theory of development.

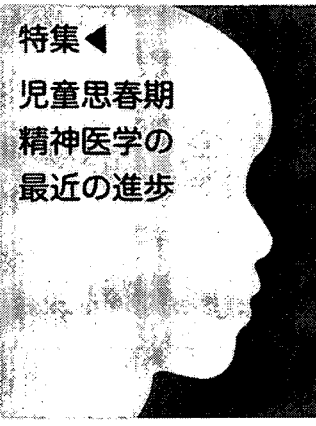
Author's Address :

K. Watanabe

Department of Child and Adolescent  
Psychiatry, Kohnodai Hospital, National  
center of Neurology and Psychiatry.

1-7-1 Kohnodai, Ichikawa-shi, Chiba,  
272-8516 JAPAN

特集


 児童思春期  
精神医学の  
最近の進歩

## 第3章 現代社会と子ども

## 1. 不登校の現在

渡部 京太 清田 晃生

Key words: school refusal, multiaxial assessment, parents-guidance, developmental disorders, social withdrawal

## 1 はじめに

筆者が精神科の研修を開始した頃に編集された「思春期青年期ケース研究3 不登校と適応障害」の中で、印象的だった箇所が2つある。1つは、齊藤<sup>9)</sup>が『不登校という事態に向かい合うことへの深刻さが薄れていることはそのまま自我感あるいは自己感と呼ぶべき内へ向けてのある種の実感の鮮烈さが薄れていることかもしれない』と指摘したことである。2005年7月に文部科学省は、不登校の子どもに対してインターネット、電子メール、テレビなどを利用しての自宅学習などを出席扱いとするという方針を通告し、登校しなくても義務教育を修了できる道が開かれたといえるが、今後不登校に向かい合う実感はますます薄れていくのかもしれない。青木<sup>1)</sup>は、このような変化が短期的には行かなければならないという登校への圧力を減らすが、長期的には自宅学習をする子どもが増える可能性があること、さらに自宅学習では獲得できないものとして、質のよい同年輩の集団体験をいかに持つかが課題であると指摘している。もう1つは、生地<sup>2)</sup>が『子どもの甘えたい気持ちやすねた気持ちへの感受性がない、あるいは兄弟葛藤について姑や自分の母親から学ぶ機会がない母親が増えてきているのではないか』と指摘

したことである。生地の指摘は現在でもそのままあてはまると思われ、親と子どもの感情のすりあわせがうまくいくように親を援助する工夫が必要になる。2004年、本誌第33巻第4号において「思春期臨床の現在」という特集が生まれ、齊藤<sup>9)</sup>は「最近の不登校」というテーマで、不登校を総合的にとらえるための多軸評価システムを提唱している。筆者は疾病単位の特定のみならず“見立て”を丁寧に行い、不登校の子どもへの治療・援助システムを組み立てていくことの大切さを強く感じている。本稿では、不登校の症例をどう評価し治療介入を行うか、義務教育期間に生じた不登校と引きこもりとの関連について触れたいと思う。

## 2 不登校の多軸評価

筆者は、2003年から2005年の当科における不登校の診療の現状を報告した<sup>10)</sup>。新規外来患者の30～40%、新規入院患者の70～80%が不登校を示していた。不登校は児童精神科の診療において対処しなければならない重要な問題といえる。齊藤<sup>9)</sup>は、不登校を総合的にとらえるための多軸評価システムを提唱している(表1)。第2軸は、第1軸の精神疾患とは別に、不登校の背景疾患として、発達障害が診断される場合も少なくない。発達障害が明確になれば、その症例の支援に何が

'School refusal' as a contemporary issue of mental health in Japanese children and adolescents

WATABE Kyota 国立精神・神経センター国府台病院児童精神科 [〒272-0835 市川市中国分2-9-1]

KIYOTA Akio 国立精神・神経センター精神保健研究所児童・思春期精神保健部

表1 不登校の多軸評価

第1軸；背景疾患の診断
第2軸；発達障害の診断
第3軸；不登校出現様式による下位分類の評価
第4軸；不登校の経過に関する評価
第5軸；環境の評価

必要かという課題に有力な手がかりを与えてくれる。第3軸では、不登校症例の理解にあたり、不登校開始直前までの学校における、あるいは友人関係における対処法および適応姿勢の特徴を評価する。

### 3 症例呈示

入院治療を行った注意欠陥多動性障害(ADHD)と親ガイダンスを中心に治療介入を行った不登校児の治療経過を呈示する。

[症例A]男児(初診時中学1年)

主訴：忘れ物など不注意が目立つ。母親が注意をするといらだち、何もなくなる。

‘どうでもいい’と話すことが多く無気力。

家族歴：姉(2歳年上)は解離性障害の診断で当科にて入院治療を受けた。姉の解離症状は中学入学後から出現し、その頃から母親は抑うつ状態になり治療を受けるようになった。

生育歴・現病歴：両親は結婚後から不仲だった。Aは仮死状態で生まれ、始語は2歳と遅かった。幼稚園の保育士からは、‘ぼやっとしている子ども’といわれた。両親の不仲は改善せず、父親が母親を殴ることもあったという。4歳時、母親は姉を連れて別居し、Aは父親、父方祖父母と暮らしたが、Aには運動性チックが出現した。その後両親は離婚した。小学2年からは母親に引き取られたが、母親は飲食店で夜間働いていたために母方祖父母に預けられた。小学5年からは、母親、姉の3人暮らしが始まったが、実際には母親は夜間不在のことが多かった。小学生年代のAは落ちつきがなく、授業には集中できず、整理整頓が苦手だった。Aの行動は中学入学後も変わらず、家庭や学校でも‘だらしない’と叱責されることが多く、反抗的になっていった。中学1年秋には授業を妨害し、級友の鞆にいたずら書きをしていじめることがあっ

た。学校でいじめをめぐって話し合いが行われたが、相手の親から‘君みたいな身体の大きい子どもにいじめられたら、子どもは登校できなくなる’といきなり殴られ、Aは泣きじゃくったという。その後のAは無気力で、大人から注意を受けると何もしないという態度をとり不登校になった。当科に入院していた姉がAを心配して母親にAの受診を勧め、中学1年3学期に当科を受診した。初診時のAはおもしろいことが全くないという表情だった。筆者は初診時の状態像をADHD(不注意優勢型)、反抗挑戦性障害、気分変調性障害と診断し、Aには何もしないことで自分を台無しにする受動攻撃(passive-aggressive)な傾向を認めると考えた。

外来での治療経過：Aの無気力さや不注意症状の改善を標的にmethylphenidateや抗うつ薬を投与したが変化はなかった。中学2年時Aは新しい担任になって登校し始めた。2学期にはAは勉強についていけず、授業を忘れ教師に反抗するグループと親しくするようになった。Aが親しくなったグループ内で財布をなくした子どもがいて、Aが犯人扱いされ孤立した。さらにAが登校前にファーストフード店に立ち寄っていたことを学校に通知され、教師から注意を受けた。翌日からAは不登校になり、無気力は強まった。来院したAは「母が用意してくれないからファーストフード店で食事をして登校していたのに注意されるなんて、もう誰も信用しない」と硬い表情で語った。Aの養育状況は放任状態で、Aの受動攻撃的な傾向が強まっていったため、筆者はAと母親に入院を勧め、中学3年春に児童精神科病棟に入院した。Aの入院時における不登校の多軸評価を表2に示した。

入院治療の経過：Aは入院当初つまらなそうな表情だったが、中学生男児とうちとけていった。Aは1学期末には元気を取り戻し、Aは身体が大きいので、Aが少し強い口調で話すことや身体接触があると男児はAを恐がるようになった。Aは「みんなが俺を恐がってこそこそしている」と男児の態度にいらだちを強め、Aはさらに恐がられ孤立した。筆者を始めとする病棟スタッフは、AがいらだつとAが冷静に戻るように働きかけ、他の子どもとつきあう方法を相談していった。Aは「みんなと仲よくしたいと思う」と話すかと思うと、「みんなは俺を恐がっている。俺は一匹狼になる」となげやりな態度をとった。2学期の初めに

表2 症例Aにおける不登校の多軸評価

第1軸；反抗挑戦性障害，気分変調性障害
第2軸；注意欠陥多動性障害（不注意優勢型） WISC-Ⅲでは，IQ = 95（言語性IQ = 90，動作性IQ = 101）
第3軸；受動攻撃型
第4軸；不登校開始段階
第5軸；Aのライフイベント：仲間関係からの孤立。 家族機能：両親は離婚し，母親，姉と3人暮らし。 母親は夜間飲食店に勤務し，子どもの養育は放任。 母親は抑うつ状態で通院治療中。

病棟スタッフは入院中の中学生男児を集め，男児のグループの悪い雰囲気改善のための話し合いを行った。その話し合いで，Aは「自分を恐いということはやめてほしい」と語り，他の男児は「Aとは仲よくしたいけど，Aがいらだつと恐い」と語り，雰囲気が悪くならないように仲直りをするようになった。それでも男児集団のぎこちない雰囲気は続いた。その頃に新しく入院した男児B（強迫性障害）が，Aの持ち物を壊してしまい，AとBは殴り合いになった。Aは易怒的なため個室隔離をせざるを得なかった。Aは2週間個室隔離となったが，「暴力はふるわないと思っていたけど，カッとなって殴ってしまった。ひとりぼっちでさみしい」と語り穏やかになった。その後Aは男児のグループに受け入れられていった。冬にはAはバレーボールの練習に熱心に参加し，大会では優勝を勝ち取った。Aはスタッフに「いい友達ができてよかった。友達に年賀状を書くのは何年ぶりかな」と語った。

症例Aのまとめ：Aは家庭や学校でも叱責されることが多く，中学入学後は反抗的になり仲間から孤立した。Aは受動攻撃な傾向を強め，さらにAは家庭で放任されている状況だったため，入院治療を行うことにした。Aは病棟男児から孤立したが，病棟のスタッフや個室隔離といった行動制限の力を借りて，Aはこれまで失敗し続けた友人関係を修復することができ，これはAにとって自信につながる体験になったと考えられた。Aの母親の抑うつ状態は姉の回復とともに改善してきているが，母親は子どもの養育には関心は低いので，母方祖父母の援助を受けながらAを支える環境をつくる必要がある。

不登校の子どもの診療にあたる時に，まず治

療者はその子ども自身に何が起きているのかを理解し，子どもとその家族，そして学校・仲間集団の三領域の相互関係を詳細に評価し，“見立て”を行う必要があるが，不登校の子どもを総合的にとらえるために齊藤の提唱した多軸評価システムは有用と思われる。そして“見立て”に基づいてどのような治療・援助を行っていくのかを子どもや親にわかりやすく説明することが必要になる。筆者は，生地<sup>3)</sup>が述べているように精神分析的な発達論を参照しながら，常識的な発達論—学校への適応を目指すよりも，社会の中で働き，異性のパートナーをみつけて生きることを目標にする—に準拠するのがよいと考えている。その理由は常識的な発達論に準拠することにより，子どもや家族にとってわかりやすく手ごたえのある治療・援助になると思うからである。

子どもへの治療介入は成人に比べて非言語的交流が中心となり，さらに思春期の高まった両価性はしばしば言語的交流を阻む要因となり，精神療法に導入することは困難で，しばらくすると子どもは来院しなくなり，親のみが受診するということが少なくない<sup>9)</sup>。

#### [症例C] 女児(初診時中学2年)

主訴：頻尿。不登校。死にたいといって泣き叫ぶ。

生育歴・現病歴：両親は一流企業の職場で知り合い結婚した。Cには4歳年上の姉がいる。母親はCを母乳で育てたが，授乳後に喘鳴が出現した。3カ月時にCは呼吸困難のため小児科に入院し，ミルクアレルギー，気管支炎と診断された。母親は体質改善のために食事に気を配り，アレルギー用ミルクに切りかえたが，Cは受けつけず苦勞したという。この頃父親は会社を設立するところで，子どもに無関心だっ

た。5歳時に父親の女性問題が発覚して、両親は離婚し、姉とCは母親に引き取られた。Cは繊細なまじめな子どもで、幼稚園の頃から友達にとけこみにくいところがみられた。小学3年時Cはいじめにあったが、母親は「Cが自分で解決してくれたらいい」と詳しくは聞かなかった。中学1年秋から頻尿を訴え小児科を受診した。頻尿は続き、冬にはCは突然「どうして自分は生きていけないといけないのか」と泣きながら母親に話し、その後不登校になった。母親は担任、スクールカウンセラーに相談したが、学校で問題となることはなかったという。カウンセラーの勧めで母親とCはD精神科クリニックを受診した。医師の診察後、心理士がCの心理療法を担当した。母親は医師に「子どもへの接し方がわからない」と話したところ、医師は母親も心理療法を受けるように勧めたという。数回で通院は中断したが、Cは中学2年になって登校し始めた。合宿のグループを決めるときに級友と口論になり、1学期半ばで不登校になった。Cは母親に「学校に行かないといけないよね」と話したり、母親に「死にたい」と泣き叫ぶなどいらだつようになり、秋に当科を初診した。初診時のCは終始無言で、母親は「(Cは)話してもわかってもらえないといって、質問には答えたくない話すのです」とうんざりした様子で答えた。Cはしばらくすると「外で待っている」と面接室から退室した。母親は「Cが死にたいといっているけど、Cの気持ちがわからない。自分はCの対応に疲れたので、Cをこのまま死なせてあげた方がいいと思う。実は自分も小さい頃からずっと死にたいと思ってきた」とあきらめたように語った。筆者は面接から感じた①Cの姉は名門進学校に進学し、Cも成績が良かったものの姉にはかなわないと感じていること、②母親はCが幼い頃から養育が難しいと感じていて、母親がCのために行うことをCは受けつけないとうんざりしているのではないかとといった印象を伝えると、母親は「母親にひどくあたるかと思うと、嫌われたくないべたべたしてくる」と語った。筆者はCの頻尿の不安を軽減するために抗不安薬を投薬した。Cは帰宅後に「今まで会った中ではまともな医者だった」と母親に語ったが、その後来院するが診察室には入室しなかった。逆にCは「Dクリニックの薬の方がよかった」と語り、Cの治療に対する気持ちは両面的だった。その後の母親との面接では、①母親の両親は厳しかつ

たため、自分のいいことがいえずに死にたいと思いつめることもあったこと、②母親には優秀な姉がいて劣等感を感じていたこと、③その姉は順調な結婚生活を送っていて、離婚した母親はさらに劣等感が強まっていることが語られた。筆者は(長女と比べると養育しにくかったり不登校になったりするCは、姉に対して劣等感を感じている母親自身と重なって見えてしまうのかもしれないね。Cは母親にとって価値がある子どもかどうか確かめたいと思っているのかもしれない)と伝えると、母親は同意した。その後母親はCの「愚痴」をよく聞くようになり、Cは初診後3カ月で登校するようになった。

**症例Cのまとめ：**Cは全般性不安障害、鑑別不能型身体表現性障害という診断になる。Cは治療に対して両面的な態度が目立った。母親はCへの対応で疲れ果て、Cを受けとめられない様子だった。筆者は母親との面接を続け、Cへの接し方を助言したり、Cの抱える問題について面接から感じたことを伝えていった。母親は疲れ果てた様子からCの「愚痴」を聞くように変わっていった。母親に「愚痴」を聞いてもらえることは思春期前期の女兒にとって幸福な親子関係なのではないかと思われる。不登校の子どもの親ガイダンスを行う際には、ひきこもり家族の特性<sup>9)</sup>、中でも母親のパーソナリティや対象関係の特徴を把握することの重要性<sup>10)</sup>を指摘しておきたい。

#### 4 義務教育期間に生じた不登校とひきこもりとの関連について

わが国における不登校児の予後研究では、社会適応の良好な群が56～88%という結果である<sup>6)</sup>。予後不良群の一部がひきこもりに移行していく可能性がある。齊藤<sup>9)</sup>は、児童精神科に入院歴があり中学校卒業時まで院内学級に所属した対象で、中学校卒業後10年間にわたり1年ごとの適応状況を評価していく調査を実施した。その結果を、①中学校卒業後5年間は評価がかなり変動しやすいが、6年目以降はほぼ10年目の評価と一致していること、②不登校の下位分類では、過剰適応群が他の3群(受動型、衝動統制未熟型、混合型)よりも中学終了10年目の社会適応がよいこと、③不登校に伴う症状のうち抑うつ症状、家庭内暴力、

妄想関連症状、著しいひきこもりの4症状のいずれかを示す子どもは、中学終了後10年目の適応状況が不良になりやすいこと、④106名の対象が中学卒業後10年間で新たに診断された精神障害は不安障害群、パーソナリティ障害、統合失調症、抑うつ群などであり、しかもその疾患の種類に関係なく中学校卒業後10年目の適応状況は診断されない者よりも不良となりやすいこと、と報告している。齊藤の報告は1988年までに治療援助を受けた不登校児の予後調査から得られた結論であり、現在の不登校事情にそのまま当てはまるか否かについては対象を変えて検討する必要がある。さらに齊藤ら<sup>8)</sup>は、1995年以降に児童精神科病棟で入院治療を行った者を対象として退院後の経過について郵送法により調査した。調査票の郵送が可能だった146名のうち53名から回答が得られ、記載漏れが多かった2名を除き51名(35%)を解析対象とした。その結果を、①退院後1年目の適応が良かった者は65%でその多くは現在まで良好な適応が持続していたこと、②退院後には不適応状態であった者もその後47%は適応状態に改善し現在に至っていたこと、③ひきこもりは経過中16名(31%)、そのうち11名は6カ月以上ひきこもりが持続していたこと、またひきこもりは退院後5年目までに出現するものがほとんどで、その半数以上が6年目以降にひきこもりから脱却していたこと、と報告している。この調査対象は必ずしも不登校を主訴としているわけではないが、約80%が神経症圏の子どもであり、齊藤の先行研究の対象と極端に異なっているわけではない。これらの結果から、義務教育期間に発現した不登校に対して、本人および親から同意が得られるならば、中学校卒業後5年間は社会適応状況の良否に関係なく支持的な治療関係を維持し、6年目以降は不

適応群に属するものを中心にさらに治療援助を続けることが望ましいといえるだろう。

## 文献

- 1) 青木省三：不登校の治療と援助を再考する。精神科治療学 21：287-291, 2006
- 2) 生地 新：解題2—自己批判能力の向上のためのコメント集。齊藤万比古，生地 新責任編集：不登校と適応障害。岩波学術出版社，東京，pp129-139, 1996
- 3) 生地 新：発達支援の視点からみた学校不適応の予防。思春期青年期精神医学 12：90-95, 2002
- 4) 近藤直司：ひきこもりケースの家族特性とひきこもり文化。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，東京，pp39-46, 2000
- 5) 齊藤万比古：解題1—青年期の展開とその適応障害としての不登校。齊藤万比古，生地 新責任編集：不登校と適応障害。岩波学術出版社，東京，pp111-128, 1996
- 6) 齊藤万比古：不登校の病院内学級中学校卒業後10年間の追跡研究。児童青年精神医学とその近接領域 41：377-399, 2000
- 7) 齊藤万比古：最近の不登校。臨床精神医学 33：373-378, 2004
- 8) 齊藤万比古，清田見生，渡部京太ほか：義務教育期間に生じた不登校とひきこもりとの関連に関する研究。厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）分担研究報告書（平成17～18年度総合報告書）（印刷中）
- 9) 皆川邦直：固有の思春期までに発症する「ひきこもり」の精神病理と治療 親ガイダンスの重要性を中心に。近藤直司編著：ひきこもりケースの家族援助 相談・治療・予防。金剛出版，東京，pp164-172, 2001
- 10) 渡部京太：不登校児童生徒への治療と援助。児童青年精神医学とその近接領域（印刷中）

\*

\*

\*

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）  
「思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と  
精神医学的治療・援助システムの構築に関する研究」  
平成19年度 総括・分担研究報告書

発行日 平成20(2008)年 3月  
発行者 主任研究者 齊藤万比古  
発行所 国立精神・神経センター国府台病院 児童精神科  
〒272-8516 千葉県市川市国府台1-7-1  
TEL: 047-372-3501 FAX: 047-318-4622