

解 説

不登校児の指導と治療的アプローチの実際

小 崎 武*

はじめに

昭和50年度より学校へ行かない長期欠席の子供が急速に増え続けており、大きな社会問題となっている。これらの子供の中で、「意図的に登校を拒否する型」ならびに「遊び・非行型」の不登校児は原則として児童相談所等で対応がなされているので、病院・診療所など医療機関を訪れるのは身体症状を訴えて登校できない児童・生徒である。従って医療機関で対応する不登校児については心身症の知識が必要である。

心身症 (Psychosomatic Disease) は1970年日本心身医学会で「身体症状を主とするが、その診断や治療に心理的因子についての配慮がとくに重要な意味をもつ病態」と定義した。1991年にはDSM-III. (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition 1980) の定義をも参考にして「心身症とは身体疾患の中で、その発症や経過に心理社会的因子が密接に関与し、器質的ないし機能的障害が認められる病態をいう。ただし、神経症やうつ病など、他の精神障害に伴う身体症状は除外する」と規定し直した¹⁾。

心身症となる背景には子供自身の気質と生育過程で体験したことが重要な因子となって準備状態ができ、そこへ色々な種類や程度の異なる心理社会的ストレスが誘因として働き、心身症が発症する。すなわち、子供の性格は、遺伝的な気質の上に、生まれて間もなくから経験する生活体験が加

わって形成される。生直後から乳幼児期までの生活体験の中で最も大きな比重を占めるのは、養育者、特に母親の養育態度である。母子の基本的信頼関係が確立される乳児期前半は特に重要な時期で、この時期の分離体験などの心的外傷は、性格形成上に少なからず影響する。厳しすぎる躾、遊びの体験の不足なども重要な因子と考えられる。このような生活体験をもった子供に学校生活、友人関係、家庭崩壊などの心理社会的ストレスが加わると欲求不満、不安、緊張、怒りの抑圧など種々の心理反応を引き起こし、自律神経系、内分泌系、免疫系の反応に失調をきたし、身体症状が現れる。また特定の性格傾向の子供で食習慣、睡眠時間などの生活リズムが乱れて、栄養の偏り、睡眠不足、栄養不足からも自律神経系、内分泌系、免疫系の失調をきたし図1のような機序で心身症を起こすことになる。しかし、子供は成長、発達の途上にあり、たとえ生来の気質体質が心身症を起こしやすいものであっても、母親の養育態度がよければ発症は予防できる。母親の養育態度を決定する因子の中で最も重要なものは両親の夫婦関係である²⁾。

1. 不登校発症の機序

1) 子どもの性格

不登校になる子どもの性格的特徴は、①自己中心的傾向、強迫傾向、②緊張過度傾向と③内向的で、引っ込み思案、非社交的、神経質な傾向が挙げられる。

2) 両親の性格

不登校発症には両親の性格が重要な関わりをも

* 国立名古屋病院小児科

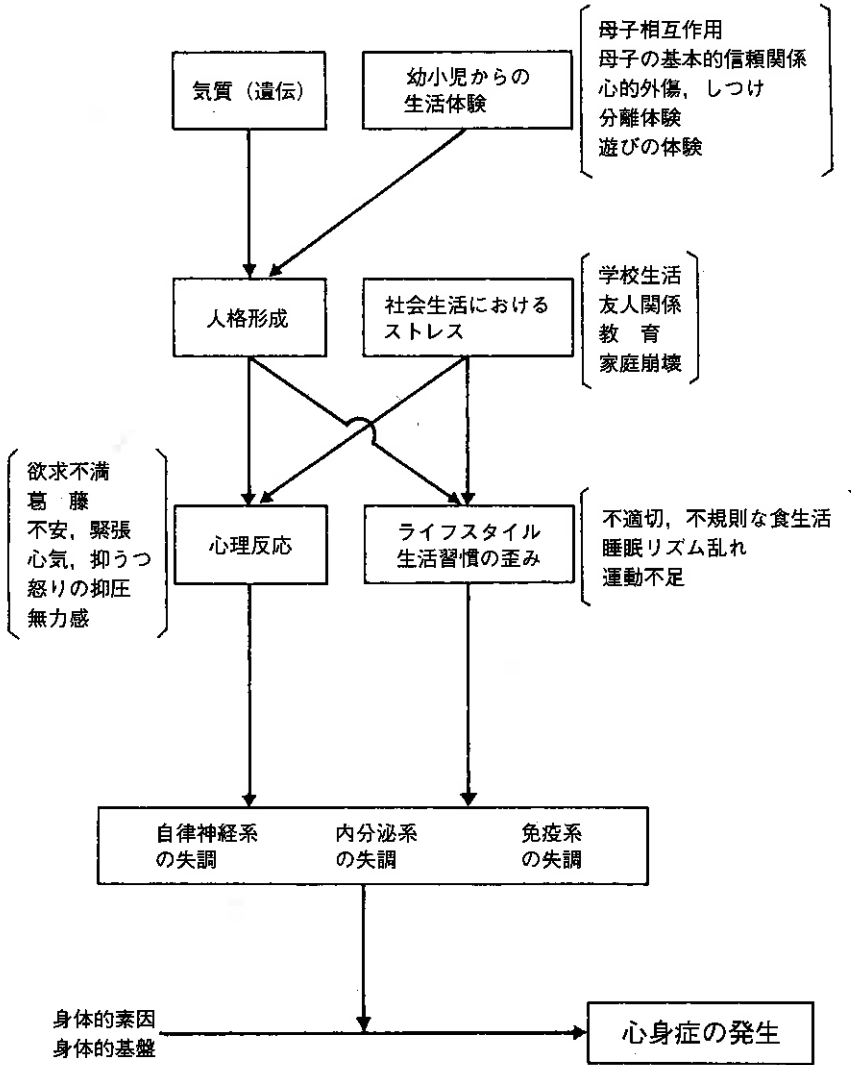


図1 小児心身症の発生機序 (中川哲也：心身医,29(5),444,1989より一部改変)

つことが多い。なかでも子どもの性格形成に多大な影響がある母親の性格は一般的に言って、①情緒的に未成熟であり、自分の母親に対して依存的なタイプ、②物事をきちんとしないと気がすまないという完全癖傾向がみられ、子どもの行動にもいちいち世話をやくタイプ、③失敗の可能性や些細なことに対し必要以上に心配し、予期不安をもちやすいタイプ、④体のことについても過

度の心配をする神経症的タイプが知られている。次に父親の問題となる性格は情緒的に未成熟で、責任を回避し社会性に欠け、男性らしさに乏しい、無口で存在感が薄い、時に逆に小心で多弁なタイプである。特に自分の父親に早く死別している場合には男性として同一化ができていないこともあって自信欠如が認められる。

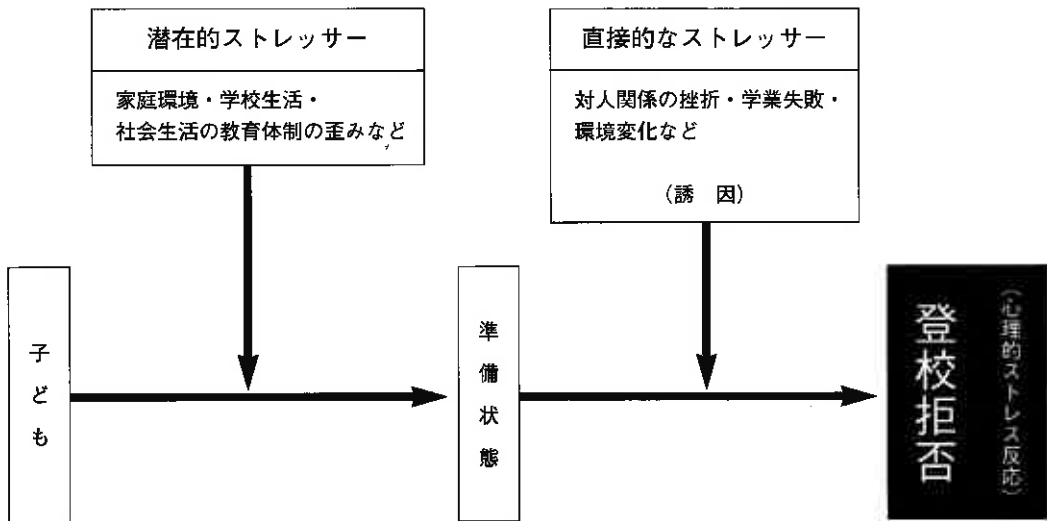


図2 登校拒否の発現メカニズム (梅垣弘編：医師のための登校拒否119番, p.73,ヒューマンティワイ,1990.)

表1 初期によくみられる身体症状

| | |
|---------|---------------------------|
| 1. 神経系 | 頭痛, 不眠, めまい, 四肢のしびれ, 感覚異常 |
| 2. 循環器系 | 動悸, 胸痛, 胸内苦悶 |
| 3. 消化器系 | 腹痛, 下痢, 吐気, 嘔吐, 食欲低下 |
| 4. 呼吸器系 | 過呼吸発作, 喘息様発作 |
| 5. 泌尿器系 | 頻尿, 夜尿, 遺尿 |
| 6. その他 | チック, ヒステリー症状, 発熱, 全身倦怠感 |

(梅垣弘編：医師のための登校拒否119番, p.8, ヒューマンティワイ, 1990)

3) 母親の育児態度

過干渉、過保護、溺愛、厳格と母子相互作用の過剰の場合に問題が多いが、逆に母親が自分の生き甲斐を求めることに熱心で、育児に拒否的態度を示す場合も問題である。

4) 不登校の発現 (図2)³⁾

家庭環境の外に学校生活の中や教育体制の中にある歪みが子どもたちに潜在的ストレスとなり、心をつまづきが何時おきても不思議ではない準備状態となっている。こうした状況のもとで子どもの心に負担となること (誘因) が新たに加わった場合、とくに家庭・学校などの日常生活場面で生じた対人関係の挫折 (いじめ・叱責・トラブ

ルなど) や学業の失敗、環境の変化 (転校・クラス替えなど) のために悩み、不安、不満、緊張という直接的なストレスが加わったとき子どもは心因反応の一つとして不登校となる。

2. 診断

不登校児は色々な身体症状⁴⁾を訴えて (表1) 医療機関を訪れるので、症状や訴えをもとに器質的疾患を除外するため理学的所見をチェックし、必要な検査を行う。その結果は身体的に異常が認められないか、異常があってもわずかで、訴えが出る程の異常ではない。そこで「身体疾患はない」と判断することは正しいが、症状・訴えと診察・

表2 精神的葛藤からおきる身体症状の特徴

1. 身体的な診察・検査で異常が認められないか、あってもわずかである。
2. 訴えのわりには患者の病識が乏しい。
3. 訴えが増えたり、つぎつぎ変わる。
4. 肩凝り、全身倦怠感など子どもらしくない訴えがある。
5. 親の訴えと子どもの訴えの間に差異がある。
6. 症状の時間変化が大きい（朝あった症状が昼には消失する）。
7. 休日には症状がない。
8. 5月の連休明け、9月に症状がでる。

（梅垣弘編：医師のための登校拒否119番，p.22,ヒューマンティワイ,1990,一部変更）

表3 問診の要点

1. 現病歴

・主訴の出現状況

いつ（朝、怒られたとき、毎日一定の時刻）
 どこで（家庭で、学校で、塾で、遊んでいるところで）
 どんなふうに（人の注意を引くように）
 いつ症状が出ないか（休日）

・初発時とその後の推移（対応の仕方と症状の変化）

・患者の日常生活（登校、塾通い、友達との遊び）

・患者の性格

2. 既往歴

・発育歴、身体疾患の既往

・生育歴

主たる養育者、授乳方法、祖父母との同居、
 トイレット・トレーニング、きょうだい出生時の反応、
 転居歴、通園状況、両親の養育態度

3. 家族歴

・家族の健康状態、身体疾患

・両親の生育歴、学歴、宗教、夫婦関係、嫁姑関係、経済状況

（梅垣弘編：医師のため登校拒否119番，p.23,ヒューマンティワイ,1990,一部改編）

検査結果との間に大きな相異のあることに配慮しないで「身体疾患はありませんので心配は要りません」と説明すると問題が起こる。というのは親は医師の説明をきいて、子どもに「頑張りが足りない」、「怠けている」と解釈し、見当違いの激励・叱責をすることになるので、子どもは自分の苦痛を理解してくれないと嘆き、悲しみ、医師と親に対して不信感を持ったり、反発することになり、不登校状態を増強する。

症状・訴えと診察結果に大きな相違がある場合には精神的葛藤からくる身体症状⁴⁾（表2）であることが多いので、心身医学的観点から問診⁴⁾（表3）をやりなおし、精神的葛藤による身体症状であるところ迄聞き及ぶことができれば、よい治療関係が成立し、その後の治療も順調に進むことになる。従ってこの問診は不登校児診療の重要なポイントである。

不登校は心因反応の一つの表われで、その中心

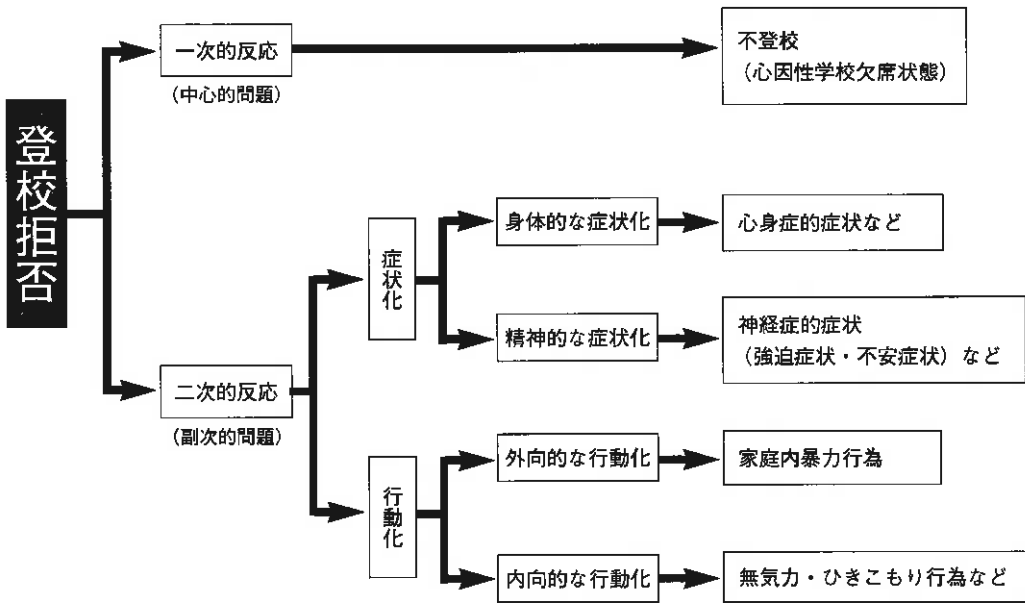


図3 登校拒否の状態像 (梅垣弘：医師のための登校拒否119番. p.73,ヒューマンティワイ,1990.)

の問題は学校を欠席することであるが、実際には、その他にさまざまな身体的、あるいは精神的な症状や問題行動を示すことが多い。例えば頭痛、腹痛、発熱、嘔吐などの「身体的症状」を特に朝の登校時刻に訴えることがある。また子どもの不安や葛藤が増強したとき、執拗に手を洗う、衣服の着脱に時間がかかる、階段を何回も昇り降りする、ドアを何回も開け閉めする、トイレや入浴時間が極端に長くなるなど強迫行為を主とした「神経症的症状」が認められる。更に登校刺激を加えたときには家庭内暴力や閉じこもり行為などの「問題行動」を起こす。従って不登校は図3に示すように、一次的反応(中心的問題)であり、二次的反応(副次的問題)として、「身体的あるいは精神的症状」や「問題行動」などが複雑に絡み合った一連のストレス反応の中の主要な症状であるといえる⁹⁾。

3. 治療

1) 生活指導

基本的治療としては、まず子どもの生活のリズ

ムを整えることである。即ち規則的に目覚め、毎朝排便がある。そして空腹感があり、食事をとることができる。

次に目的を持って、意欲的に行動するなど本人の自立を促す。自立とは他人と対等の意識を持つこと、他人に認められる特技をもつこと、物事の善し悪しの価値判断ができること、困難に際しチャレンジ精神を持ち、失敗してもその原因を追究できる能力を持つことである。

2) 心理療法⁹⁾ (図4)

不登校児であればどのような症例でも心理療法の適応となる。心理療法には、主として言葉を用いる言語的アプローチと遊戯、絵画、箱庭等を媒体とする非言語的アプローチがある。

a. カウンセリング

不登校児では、言語的表現能力が一般的に乏しいが、言語的アプローチが不能ではない。治療的アプローチの方法は症例毎の特殊性によって選択する。

一般に不登校児は治療機関に来たがらない。来る場合は家族に言われて仕方なく来ることが多

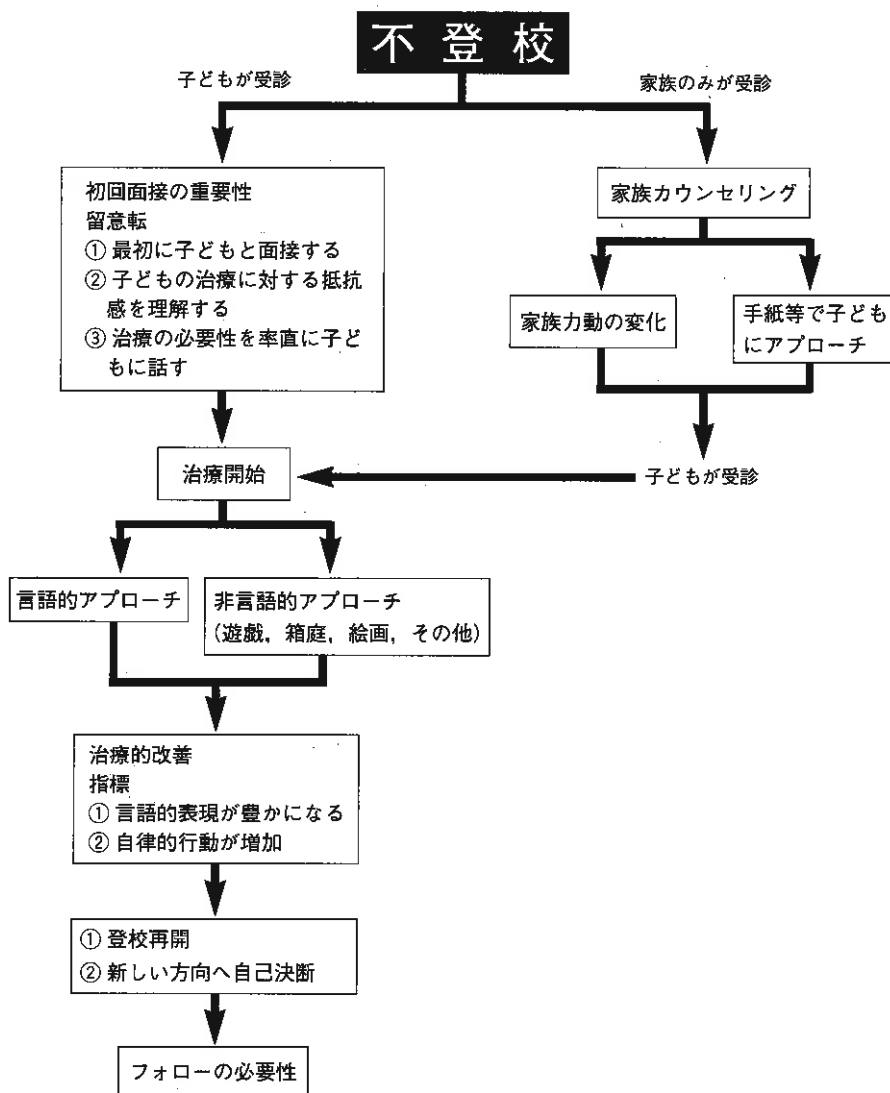


図4 登校拒否児の心理療法

(本城秀次：医師のための登校拒否119番・梅垣弘編，p.176,ヒューマンティワイ,1990.)

い。その理由は治療者も両親や教師と同じように登校を促すのではないかという心配があるからである。従って不登校児のなかには頑固に拒否して治療場面に現われない。こうした場合は家族にカウンセリングを行い、家族の考え方、行動が変化することで不登校児の心にも変化がおきて受診できるようになることもある。

かくして子どもが初回面接に現われた場合、面接の進め方次第で2回目からも続けて通ってくれるかどうかが決まる重要な出会いとなるので、治療者は期待と不安で緊張する面接を迎えることになる。面接場面では勉強や学校のことには触れず、スポーツ、音楽、小説、旅行など趣味に関すること、家族の話題など子どもが関心のあることをテ

ーマにして会話を進めることで、言語的表現が徐々に増えてくる。また日常生活の中で子どもの行動が自発的になり、朝起きも以前より早くなるとか、自分の趣味に打ち込めるようになったり、一人で雑誌を買いに本屋迄行けるなど自立的行動が認められるようになる。そして何か行事があるとその機会から、または学期や学年の変わり目を機に意外に呆気なく登校し始める。義務教育ではない高校生の場合には自分から学校を退学して、新しい道に進んで行くこともある。

症例1 13歳(中学1年生)男子

主訴：腹痛を訴えて不登校。

家族構成は5人。

父方祖父は73歳で、3年前から脳梗塞症で通院加療中である。

父親は46歳で、患児が小学校4年生のときからC社のアメリカの工場長として単身カリフォルニア州にある工場へ赴任中。

母親は41歳で、専業主婦。

姉は17歳で、高校2年生。

患児は13歳で、中学1年生。

生育歴：第1反抗期がなく、素直で小学校時代は優等生であった。

現病歴：昭和60年4月中学に入学してからも勉強には自信があり、プライドが高いため、伝統のある部に入部した。しかし運動は苦手のため、部活では級友に大きく遅れをとり挫折感を味わった。同年7月から腹痛を訴えて不登校となった。昭和60年10月12日当科を受診した。患児のYG性格検査はA型、家族関係調査では母親は患児を受容していたが、支配、統制が弱く、甘やかしていた。

受診時患児は母親が運転する車に乗って来院した。学区内を通過する間、外から見られないように車の中で体を小さくしていた。

第1回カウンセリングでは家庭環境、家族構成、生育歴、日常生活、趣味について聞いた後、診察室の片隅に置いてあった砂箱と玩具を示し、「箱庭を作ってみないか?」とさり気なく誘った。患児は抵抗なく作り始め、約20分かけて「大人しい

動物を柵の中で飼っている」箱庭をつくり、エネルギーの弱さを感じさせた。母親との分離面接の際、登校刺激をしないように話した。また父親の帰国予定が昭和61年5月であったので、3月に繰り上げてもらうように話した。

第2回カウンセリングからは父親の仕事のこと、父親からの便り、患児の趣味のクラシック音楽、歴史小説、大相撲などから話題を選んだ。

第6回カウンセリングのとき母親が病気で臥床中であったため、患児は自転車と電車を乗り継いで一人で来院することができた。話が相撲九州場所各力士の勝負のことになったので、以後患児の朝起きの成否を星取表風に記録し持参するように約束させたところ、週の半分以上は朝起きができるようになった。箱庭は動物同志の争いの場面を経過し、平和な田園風景へと移った。

第10回カウンセリングのとき「3日後の12月19日から1月6日迄、姉と二人で父のいるロサンゼルスへ旅行する」とうれしそうに話した。

帰国後最初のカウンセリングのときにはアメリカ旅行中の話は勿論であるが、朝起きが完全にできていると大変明るい表情で話した。

第12回カウンセリングのときには患児は自信が付き、精神的に安定して積極的に行動ができるようになっていた。治療者ともラポールが十分でき、阿吽の呼吸が整ったと判断されたので、「4月から復学しなさい」と切り出した。患児は一瞬困った表情になり、今籍のある中学校へは戻らないと抵抗した。

第14回カウンセリングのとき父親が3月20日頃帰国すると話した。患児は色々考えた末2年生に進級できるなら今籍のある中学へ戻ると宣言した。3月17日父親が帰国した。

第22回カウンセリング(3月31日)に患児は気持ちの整理ができたので4月から登校すると言った。

4月5日始業式に無事出席、以後不登校はなく、1年後に希望する高校にも合格し、順調に高校も卒業し大学へ進学した。

b. 家族療法

家族療法とは家族というものは一人一人の家族

家族療法とは……

家族を治療の対象とする治療法

システム論的家族療法

1. ボーエンの家族システム療法
2. ミニューチンの家族構造療法
3. MRIの家族相互影響アプローチ

図5

構成メンバーから成り立つシステムと考える理論に基づく治療法である。従って個人に何か症状が現れたとき、それを個人の問題として取り扱うのではなく、個人を含めた家族システムの問題の反映と考え、その家族システムを変化させることにより患者個人の症状の改善を図ろうとするものである。いくつかの学派⁹⁾があるが、著者は家族構成員間のコミュニケーションのパターンを変化させることで、家族システムを改善させようとするMRI (Mental Research Institute) の家族相互影響アプローチの立場に立って、家族療法を行っている(図5)。この治療法の特徴は、家族構成員のコミュニケーションに逆説的に介入し、10回のセッションで治療を終了する短期療法である。子どもが不登校になると、親は常識的な方法で一生懸命登校させようとする。しかし、効果がなく偽解決に終わってしまい、継続して同じ努力をすることで更に問題を大きく複雑化するという悪循環を生む。この悪循環を断ち切るのがMRI 短期療法の原理である。

治療面接の手順⁷⁾は、第1回目、

- ① 問題の聴取 (詳細な聴取とその家族独特の言葉を発見する)

<質問>

- ・「何が問題ですか？」
- ・「どんなことでお困りですか？」

- ・「それじゃ、今後どうしたらいい？」
- ・「お父さん、ここでいつものように子どもを説得してみせてください」
- ・「なぜそうなったとお思いですか？」

② 偽解決と例外の発見

a.問題を解こうとして家族がこれまでとってきた解決法(偽解決)をゆっくり丁寧にきいて、これとはパターンの異なる解決法を介入として与える。

b.例外を見つけ、そのときの回りの条件を探してそれを繰り返させる。

③ 達成されるべき治療目的と具体的定義

a.いきなり登校するという目的をもたず小さな目的をもつ。

b.家族療法ではシステム理論をとるので、小さな目的を達成できれば、後は自然にシステム全体に変化がおきる。

④ 介入(課題を与える)

最後の10分に介入課題を出す。介入の前にどんなことでもよいから賞賛を与え、課題を受け入れやすくする。

第2回目からは課題の遂行具合を聞く。未遂行なら、どんなふうにはできなかったかを聞き、課題を未遂行にするような悪循環パターンを探し、それに対し新たに介入課題を出す。課題を遂行しているのに行動改善が見られない場合は、課題が不適當か、家族が課題をねじ曲げて実施しているか、または課題の出し方が不適當であることなどが考えられるので工夫が必要である。

⑤ 終了のメッセージ

問題が改善すれば終了のメッセージを出す。メッセージには、退行型と貯金型がある。

退行型：「今うまく行っているようですが、いつもどる心配がないわけではありません。心配なら意図的に戻してみてください。さらに自己コントロールが強くなります。」

貯金型：「うまく行き過ぎて、まだあと5回残っています。悪くなったときのために貯金しておきますのでいつでも戻ってきてください。」

症例2 8歳女児

主訴：頭痛を訴えて不登校。

家族は6人、父方祖父68歳、父方祖母64歳、父親36歳農業、母親39歳農業、患児8歳小学校3年生、弟7歳小学校1年生。

生育歴および現病歴：生後3～4ヵ月間母乳で育ったが農業のため母親が忙しく、患児は乳幼児期を通して余り手をかけてもらうことはなかった。保育園は3年保育。ピアノは保育園の2年目より練習を始め、現在に至る。小学校へ入学後週1回習字の塾へ通っている。珠算塾は週5回通っていたが、頭が痛くなると言って平成元年にやめた。

平成3年1月から頭痛を訴えて不登校となり、同年2月14日から養護教諭の紹介で父母、患児、弟の4人が来院し、第1回家族療法を実施。家族療法のセッションの中で父親の患児への接し方が足りないことがわかり、短い時間で密度の高い接し方を課題として出すことにした。

課題：①父親は患児に肩揉みと背中を踏んでもらうこと。患児がする前に母親がお手本をみせること。②朝父親が患児を起こしに行く。起きないとき「コチョコ、コチョコ」と攪り、やさしさでせる。

平成3年3月14日父母、患児、弟の4人で来院。第2回家族療法を実施。父親は課題を真面目に実施していた。患児は頭痛を訴えることが減り、毎朝通学団で登校できるようになった。学校にいるときも表情が安定し、はっきり言葉に出して返事ができるようになった。

平成3年4月11日第3回家族療法を実施。父親は真面目に課題を実施し、患児も元気に登校できるようになったので、家族療法は7回残して終了とした。

症例3 12歳男児

主訴：ご飯が咽頭につかえる。

家族構成は5人。父44歳（食品会社に勤務）、母41歳（パートで勤務）、兄17歳（高校2年生）、姉15歳（中学校3年生）、患児12歳（小学校6年生）

現病歴：昭和63年8月父親が熊本から愛知県豊田市へ転勤が決まったことを兄、姉、患児に話し、同年9月単身赴任した。その頃から患児は暖気が

よく出るようになった。

平成元年1月姉と一緒にデパートへ買物にいったとき過呼吸発作をおこした。同年4月母、兄、姉と豊田市へ転居、転校した。同年4月下旬より外出時に過呼吸発作がおきる不安から不登校となった。同年6月初旬より頭がボーッとすると、ご飯が咽頭につかえると訴えた。同年6月19日当科を受診した。

[心理テスト]

①YG性格検査E'型

②田研式親子関係診断テスト

- ・親用 父は消極的拒否(危険地帯)、母は溺愛型(危険地帯)
- ・子用 父は正常、母は干渉型(準危険地帯)

③家族関係調査

父親が優位の家庭で夫婦間のコミュニケーションが良くない。父親は患児の受容ができていない。母親は患児についての不安が強く、支配・統制ができていない。

[家族療法：第1回目（平成元年8月2日）]

父親－患児に対する愛情不足を認めた。

母親－父親が半年間単身赴任している間、母親もパートで勤めていたので患児は淋しかった。これからキャッチボール、散歩など一緒に行動したら良いと思う。父親が患児の前で母親を大声で叱るので患児は怖がっている。

課題：①両親は患児の前で愛情溢れる言動をする。父親が母親の肩揉みをする。父親は母親の喜ぶものを買って帰る。②父親が早く帰宅した日には、患児が寝る前に物語を読んで聞かせる。

[家族療法：第2回目]

父親：母親の肩揉みは勿論のこと、ケーキを買って帰ったり、時には母親のセーターを買って帰る。患児はそれを羨ましそうに眺めている。寝る前に父親に本を読んでもらったり、話をしてもらうようになってからは、父親の帰宅が仮に遅くても待つようになった。

患児：過呼吸、ご飯が咽頭につかえるという訴えや頭がボーッとすると訴えることもなくなり、学校へ行けそうな感じではあるが不登校状態は続

いている。

〔家族療法：第3回目〕

父親—真面目に課題を実施している。

患児—修学旅行前は緊張して一時チック症状が出たが、9月18日から2泊3日の修学旅行に参加できた後は毎日登校できるようになった。母親が何か注意すると「わかっている」と言って注意されるのを嫌う。

家族療法は7回のこして終了とした。

家族療法を実際に行う際のポイント⁶⁾は、①疾患、重症度を問わず、症状や問題行動によって家族が巻き込まれている時に適応する。②症状、問題行動をめぐる家族の人間関係(相互交流)に注目する。③面接の場面で相互交流を家族に行動レベルで再現させ、それに介入する。④家族に出される指示は従いやすく、特定の家族構成員に負担をかけない。⑤個人の深層心理は問わないことである。

結 語

高度経済成長で人口が都市に集中し、両親が共働きの家庭が増え、家族形態に変化が起き、子育て機能が低下したなか、子どもの数が少なくなり日常生活は物質的に恵まれて育ち、子どもたち自身精神的にひ弱になっている。そこへ今日の高学歴社会を迎え受験競争が熾烈化し、子どもたちに

とって日々ストレスが多い。このような社会環境のもとで、心身症的な不登校児は確実に増加の傾向にある。そこでこれから不登校児に接する機会の多い臨床家は不登校児に特徴的な症状を参考に、初期の段階で診断し、症例毎に適切に指導、治療することができれば多くの不登校児が無事復学可能となる。仮に復学出来なくても自立して社会適応出来る子どもが増えれば、本人はもとより両親も平和な生活ができることになる。

以上の考えに沿って「王道のない不登校児治療」に対して、著者の経験をもとに「不登校児の指導と治療的アプローチの実際」を述べた。

〔文 献〕

- 1) 日本心身医学教育研修委員会編：心身医学の新しい診療指針：心身医 31：537-576,1991.
- 2) 小崎 武編：小児心身症の外来治療。ヒューマンティワイ。東京,12-14,1992.
- 3) 梅垣 弘：梅垣 弘編 医師のための登校拒否119番。ヒューマンティワイ。東京,73,1990.
- 4) 江口 研他：梅垣 弘編 医師のための登校拒否119番。ヒューマンティワイ,東京,p.8,1990.
- 5) 本城秀次：梅垣 弘編 医師のための登校拒否119番。ヒューマンティワイ,東京,176,1990.
- 6) 遊佐安一郎：家族療法入門 システムズ・アプローチの理論と実際。星和書店,東京,165-234,1986.
- 7) 長谷川啓三：家族内パラドックス。彩古書房,東京,50-69,1987.