

# 登校拒否の診断学

## —学校恐怖症と学校不安の鑑別—

木村 慶子\*

登校拒否をはじめとする小児思春期に発症する問題行動の増加が近年社会問題となっている。発症してしまった情緒障害による問題行動の治療には非常に困難を極める場合が多い。しかしながらわが国ではこれ迄登校拒否をはじめとする問題行動の発症に対しての具体的な予防対策がなされておらず、発症してしまった症例に対してその対処の仕方に苦慮しているのが現状である。

登校拒否という問題行動を中心に考えた場合でも、登校拒否の診断学がわが国では未だ確立されていないためではないかと考える。欧米においては登校拒否の診断が確立されており ICD-10 の F-93 (小児期に特異的に発症する情緒障害, Emotional disorders with onset specific to childhood) に分類されている<sup>1)</sup>。即ち母子分離不安を伴う“学校恐怖”と学校側に問題のある“学校不安”(いじめ、学業成績の問題、教師側の問題など)とをはっきり鑑別している。母子分離不安を伴う者（アタッチメントの形成がうまくいっていない者）、うつ状態など、精神医学的所見を伴う不登校の児童生徒を本来の登校拒否と考え、他の不登校との鑑別診断を行っている。従ってその様な児童生徒に対する対処の仕方も当然他のものとは違った配慮が必要となる。日本における不登校児童生徒に対しては、どちらのカテゴリーに属する不登校であるかの鑑別診断があまりなされていないまま同じような対処の仕方で、出席日数に重きが

置かれ、他の学校への転校ということで解決していくことをすることは問題があると考える。それ故不登校という問題行動を“学校恐怖”か“学校不安”かとをきちんと鑑別診断することは、それにより治療方針が決まるわけで、非常に重要なことと考える。

### 学校恐怖と学校不安の診断法 (Tab. 1)

ドイツの臨床家が鑑別診断する上で一番簡単な方法として作られた診断法を Tab. 1 に示す。

不登校児の訴える身体症状が器質的なものでないということを徹底的に検査する必要がある。身体に器質的な疾患がないことが確かめられたにもかかわらず学校に行かないで家にいると答えた場合、家の中にずっといるのか外へ出歩いてしまうのかを区別する。家の中にずっといる場合、家族を世話したり、小さい子供の面倒を見ているといった建設的なことをしているか否か、それをしないでただ閉じこもっているという子供を両親なり、学校の先生が小児思春期精神科へつれてくる。そこで更に細かいチェックをし、器質的疾患を否定した上で精神分析的診断を行う。

Tab. 1 に記載されてあるように、精神神経症的不登校は 1~4 の Type に分けられる。1 と 2 は学校に問題があって学校の先生との問題、成績の問題、嫌いな授業があるなど、又、いじめのような問題から社会的不適合、対人関係などが原因となっているもの、これを“学校不安”

\* 慶應義塾大学保健管理センター

Tab. 1

身体疾患がありますか？	はい	いいえ	
学校に行っていない時は	はい	いいえ	
外に出かけているのですか？	(学校さぼり)	(自宅にいる)	
自宅にいる時は活動的に行動していますか？			↓
(例：病気の家族や小さい兄弟の世話など)	はい	いいえ	↓
学校へ行くことを恐れますか？			
神経症的不登校			
1と2：“学校不安” (教師や級友との接触一関係障害) 学業成績に問題がある	1	学校に不安 社会性の退行と 対人関係障害	
3と4：“学校恐怖” (学校環境に関して直接関係が認められない) 回避	3 4	家からの分離不安 恐怖、不安 (人の集団、交通機関)	

のカテゴリーに入るグループとする。3と4の学校の中に直接登校を回避するような原因が認められないので学校へ行くことが出来ない不安を持った“学校恐怖”的なグループとにはっきり分けてしまうのである。“学校恐怖”的なグループ、即ち分離不安の状態が顕著に認められる登校拒否を真の意味での登校拒否として診断がなされている。ドイツを始めヨーロッパで行われている診断基準は、ICD-10の国際疾病分類でF-93に“学校恐怖”は属し、同年齢の友人との対人関係がうまく行かない“学校不安”はF-91・2に分類される。非常に細かい分類がなされている。日本の場合は登校拒否の頻度が高いと報告されている。神経症状を持った子供が小児科の精神外来や精神科を訪れるのは4～14%と言われているが、ドイツでは1～8%と差がある。日本の場合は、“学校恐怖”“学校不安”を混ぜて一緒に登校拒否と考えてしまっている為ではないかと思う。その為に頻度が高くなっているのではないかと考える。

今の所、日本では両者を区別して調査した報告はなされていないが“学校不安”的割合が断然高いのではないかと思う。ドイツでの登校拒

否の診断が精神病理学的な特に母子分離不安<sup>3,4)</sup>ということを原因と考えたものとして、はっきりと一つの疾病として取り上げられている。原因論がはっきりしないと鑑別診断による診断が確立されず、正確な治療方針をたてることが出来ない。鑑別診断をきちんとした、診断を確立することは非常に重要なことである。Tab. 2からTab. 8までは、ケルン大学でのレーム・クール教授<sup>5)</sup>の1978年から1985年までに診断した“学校恐怖”と“学校不安”的な群をレトロスペクティブに分析比較したものである。日本では混同して診断を下しがちであるが、このように境界領域にある二つの群を比較した仕事はこれが初めてである。

#### 年齢、性、発症時期、経過の比較（Tab. 2）

“学校恐怖”と“学校不安”的症状の出現年齢の比較では、“学校恐怖”的方が11.6才と低くなっているのは、ドイツの学校システムが日本と異なり、ギムナジウムに行くか職業学校へ進むかを決定するのがグランドシューレの5年生の時、即ち11才だということで、子供にとって非常にストレスのかかる時期ではないかと思わ

Tab. 2：年齢、性、発症時期、経過

	学校恐怖 (N=42)	学校不安 (N=37)
性 男：	22	17
女：	20	20
受診年齢(平均)	12.7	12.6
症状出現年齢(平均)	11.6	12.3
治療期間(平均週)	21.3	12.3
学校欠席(平均日数)	81.9	22.7*

\*p&lt;0.01

れる。学校の欠席日数も“学校恐怖”的子供の方が多くなっていて“学校不安”との有意差が認められる。

#### 分離困難と身体症状の比較 (Tab. 3)

Tab. 3 では“学校恐怖”的子供の方が母親からの分離不安、分離困難といった症状がはっきりと有意差となって現れている。“学校恐怖”的子供の1/3はすでに幼稚園時代に幼稚園通園に困難を示していたと報告されている。身体症状は両群共非常に高い%を示しているが、どちらかというと“学校恐怖”的子供の方がやや高い%を示している。

Tab. 3：分離困難と身体症状

	学校恐怖 N %	学校不安 N %
母親からの分離困難	19 61	5 18**
身体症状(登校前)	24 75	18 69
摂食障害	12 31	10 30
腹痛	16 42	11 38
嘔吐	5 13	7 25
頭痛	11 29	4 14
不安状態	32 78	19 59
症状の数(平均)	1.9	1.3*

\*p&lt;0.05 \*\*p&lt;0.001

#### 学校内と学校外の負荷因子の比較 (Tab. 4)

“学校不安”において学業の成績、クラスの友人問題、教師との関係が“学校恐怖”と比べて有意差が認められている。

Tab. 4：学校内と学校外の負荷因子

	学校恐怖 N %	学校不安 N %
養育者の喪失	9 22	8 22
転校／転居	15 37	15 40
病院入院／事故	7 17	7 19
教師	5 14	13 45*
問題点	12 36	20 67
クラスの友人		
学業成績	10 26	28 82**
I.Q.	103	91*

\*p&lt;0.01 \*\*p&lt;0.001

#### 社会心理的負荷因子 (Tab. 5)

著しく過保護な家庭である点が“学校恐怖”では“学校不安”に比べて有意差が認められた。しかしながら過保護というよりはむしろ過干渉と言った方がよいのではないかと考える。

Tab. 5：社会心理的負荷の頻度

社会心理的状況	学校恐怖 N %	学校不安 N %
家族内に精神障害者	17 41	12 34
家族内に不協和	7 17	4 11
著しく過保護な家庭	27 66	14 40*
両親の放任	6 15	8 23
家族同志の接触の欠如 または疎遠な関係	4 10	1 3
異常な家族関係	11 27	10 29

\*p&lt;0.05

#### 治療期間の比較 (Tab. 6)

“学校恐怖”的群の入院処置や入院期間、治療期間が長いという有意差が出ている。入院させる率は“学校恐怖”にしても“学校不安”にしてもあまり高くないが、慢性化してしまった

Tab. 6：治療期間

	学校恐怖 N %	学校不安 N %
入院処置	28 67	12 32*
平均入院期間(週)	7.2	3.2**
平均治療期間(月)	6.1	2.4**
治療断念	15 38	9 32

\*p&lt;0.05 \*\*p&lt;0.01

な場合には早く入院させるというのが原則である。

#### 治療結果の評価の比較 (Tab. 7)

症状の改善が見られても、なかなか総合的に良くなる例は30%前後という数値が示されている。思春期になって治療を始めるということは大変難しい面があることを示している。

Tab. 7：治療結果の評価

治療効果	学校恐怖		学校不安	
	N	%	N	%
症状改善 完全/著明	22	58	12	46
不变/僅か	16	42	14	54
総合的環境 完全/著明	9	24	9	35
不变/僅か	29	76	17	65

#### 多軸的分類による精神疾患の比較 (Tab. 8)

多軸的分類法 MAS は主にアメリカで使われている分類法で、ダイナミックな分類法であると思う。日本の分類は DSM-III に基づいて考えられてきた。この分類では、両者の間には有意差は認められるものはなかった。しかしながら、ICD-10 の分類では、二つの境界領域にはっきりとした相違点が認められた。今後日本の登校拒否についても “学校恐怖” か “学校不安” であるかを鑑別する必要がある。何故なら、それによって治療方針が異なるからである。

登校拒否の原因は、母子分離不安から来ているという結論が出たことから、分離不安にならないような子育てをすれば、登校拒否の発症を

Tab. 8：多軸的分類による精神疾患

MAS-診断	学校恐怖		学校不安	
	N	%	N	%
ノイローゼ(300)	17	40	2	5
人格障害(301)	2	5	1	2
症状を有するもの(307) (例：チック、摂食障害、夜尿)	0	0	2	5
順応障害(309)	4	10	7	19
情緒障害(313)	18	43	21	57
過多運動(314)	1	3	2	5
精神科的診断名なし	0	0	2	5

予防することが出来るという希望を持つことが可能となった。又、母子分離不安の状態が内定している場合、早期に発見し、早期に対処すれば、やはり登校拒否の発症を予防することが可能であると考える。

#### “学校恐怖”の原因と考えられる母子分離不安について

母子分離不安というのは母子間のアタッチメントの形成がうまく行かなかった時に生じてしまうわけで、人間の一生のスタートは、最初の母子間の暖かい関係の成立から始まるということ、これが本当に大事な事である。アタッチメントとは、或特定の人物と他の特定の人物との間に形成される情愛の絆ということで、子供と母親というのが一番最初のアタッチメントが形成されるのであるが、ただ放っておいても出来上がるものではなく、アタッチメントの形成には子供側にも愛情行動が必要である。しがみついたり、後を追ったり泣き叫んだり微笑んだりという子供の行動があってそれをキャッチした母親が触発されて、可愛いと思って子供に返すというピンポンゲームから始まるわけである。子供側にもアタッチメントの形成過程に責任があるのである。普通子供の本能として、よほど問題がなければ愛着行動を示し、母親もそれによってアタッチメントの形成がうまく行く。ただアタッチメントの形成には母親側にも四つの成立のメカニズムといえものがある。

1. 母親が常に乳児に対して頻繁にスキンシップをするということが大切であること。乳児を抱いて、暖かい安らぎを与え、不安や苦痛を和らげるという行動が非常に大切である。このことは特に生後 6 ヶ月位の間大事なことであると言われている。

2. 乳児の発するシグナルを的確にキャッチして乳児の持っているリズムとうまく調和するような間を取る間のとり方の上手な母親とい

うのは非常にアタッチメントが上手く行く母親である。

3. 乳児が自分自身の行動行為というものに因果関係が持てるよう、いつも一定した一貫した態度で接することが母親に必要とされる。色々な人にたらい廻しにされた育てられ方をされてしまうと一貫性がないままに子供は不安を持つことになる。

4. 子供と接するときには心からの喜びを持って子供に接しなければいけないということ。

1と2の暖かい気持ちで子供とのスキンシップのとれるような母親というは母親の問題というか感受性の問題である。いつも暖かく自分を見守ってくれていると子供が感じた時、この人には自分の思いが通じる、この人と一緒にいることは非常に安心だという安心感が子供に植えつけられる。子供にとっていつも一定した安定した気分でいられる事が非常に大切なことである。母親の感性というものが非常に問われるわけで、母親がいかに育てられたかということがそこに表れてきてしまう。非常に可愛がられて育てられた母親というのは自分の子供も可愛がって育てることが出来る。そのため、母親が自分の子供にした育て方の結果を見るということは自分の孫をみることだと昔から言われている。

3と4の母親が一貫した態度で喜びをもって育てるということはどういうことかと言うと、母親の気持ちが安定しているということである。そこでやはり父親の役目というのは母親の情緒を安定させることだと思う。アタッチメントの形成がしっかりと出来上がっていればその後の子供の発育に大きな力となる。歩き出し散策運動が始まった場合、船の波止場のドックの様な存在として母親がいてくれることで、子供は安心して外へ出たり帰って来たりということ

が出来るようになる。もしそうした安定した場所がなければ、子供は恐ろしくていつまでも母親にしがみついているような形となる。

アタッチメントの形成が上手く行くと2才以後に完成する排尿排便のコントロールを通して自己制御が出来る子供に発育することになる。自分と母親がしっかりとした絆で結ばれていると、自分が失敗しないで排泄できたことを母親が喜んでくれるということに自信を持ち、自分で自分をコントロールすることが出来る子供に育っていく。更に学童期に入って道徳概念の形成という発達課題においても自分を愛する親と同じ範疇に育ちたいという子供の気持ちがあつて親との同一化ということを願う。親のやることを全て真似をして、親と同じようになりたいということから家庭内で道徳的基盤である良いこと、悪いことの区別をはっきりと学んでいく。たらい廻しにされてしまってそういう一貫性のない育てられ方をしてしまうと、道徳観念もルーズになってしまふということも言われる。アタッチメントの成立というのは母親と子供の関係だけの事ではなくて、もっと他の所でも置き換えられるのではないかという気がする。学校の先生と子供との関係、これはやはりきっちりとしたアタッチメントが形成されていないと先生のおっしゃることを理解しようとする子供になる。夫婦の関係、友達同士の関係も同じと考えられる。全て対人関係はそういうきっちりとしたアタッチメントの形成から出発するように思われる。

そのことをエリクソンは信頼と不信という形で表現している。やはりその人を信頼するかしないかということが人間の基盤になるということなので、そのステージステージの対人関係というものがきっちりしていかなくてはいけないことになるわけである。そういう発達段階をきちっと踏まえて行って思春期を迎えるわけなの

で、幼児期のそのスタートボタンのかけ違いがおきてしまうと、それがズルズルと思春期に問題となって生じてしまうことになる。

治療としては、

a) 登校拒否の慢性化を防ぐためには出来るだけ早く学校へ組み入れ場合によっては少しの時間から始めるとよい。

b) 両親の支え、首尾一貫した養育態度を子供に対して受け入れる。

c) 登校を要求するのではなく登校を褒めてあげる。

d) ホームドクターや小児科医といった多くの関係する人間は統一したやり方をしなくてはならない。

e) 一般的には転校は助けにはならない。

f) 外来での処置が上手く行かない時は、速やかに入院させ慢性化を防ぐこと。

分離不安が原因になっている場合、両親および本人の家族療法を行うと同時に担任、級友が暖かい受け皿になって支えることが治療には欠かせない。学校側の対処として、欠席日数だけで進学、進級のステップから外さずに、慢性疾患の長期療養として患児の不安に満ちた心に自信が生まれる迄時間を与えて頂きたいと思う。

学校側の条件が同じであるにもかかわらず、登校拒否になる子供とならない子供があるのは、根底には患者側の成育歴に問題があるというふうに理解される。

“学校不安”の子供については、どうするか、日本では“学校不安”的頻度が高いということを感じる。分離不安からの不登校はドイツと日本でそんなに違いがないと思う。“学校不安”から来る不登校者が日本に多いのは“いじめ”的問題がある。

日本もドイツも敗戦国であり、同じような経済発展を遂げてきた国であるのに何處に違いが

あるのかを考えてみると、ドイツは日本に比べ生活が非常に質素である。無駄を省き、物をとても大切にし、物質的なものに対して謙虚な気持ちで過ごしている様に感じられる。地に足がついた生活大国の印象を受ける。反面日本の場合は物が溢れ、消費社会というか物を粗末に扱い、何でも使い捨ての社会となってしまった。それがやはり人間性にも影響を及ぼしているのではないかと感じている。友達同士や、生き物や、弱い者に対して慈しむとか大事にするという気持ちが削られてきているのではないかと思う。日本の“学校不安”的原因で一番目立っている“いじめ”は人間としての優しさの欠如の現れである。優しさが生まれてくる土壌には暖かい家庭関係の元で育てられたという体験と共に、“ゆとり”から来るものであると思う。“ゆとり”というのは経済的なゆとり、時間的なゆとり、それに空間的なゆとりというものがある。経済的なゆとりはドイツ比べて同じようにあると思われるが、時間的ゆとり、空間的なゆとりというものが、子供の育つ環境に大きな影響を与えるものだということをもう一度考えなければならない時代に来ていると感じる。

#### 文 献

- 1) ICD-10 Internationale Klassifikation Psychischer Störungen, 275-305, 1991.
- 2) Poustka, F.: Schulphobie. Differentialdiagnose und Behandlungsindikation. Pädiat. prax., 23: 575-586, 1980.
- 3) Strauss, C. C. Association between anxiety and depression in children and adolescents with anxiety disorders. Journal of Abnormal Child Psychology, 16: 57-68, 1988.
- 4) Bernstein, G. A., Garfinkel, B. D.: School phobia : The overlaps of affective and anxiety disorders. J. Am. Child Psychiat., 25: 235-241, 1986
- 5) Lehmkuhl, G. Schulphobisches Verhalten. Sonderdruck aus Sozialpädiatrie in Klinik, 10: 569-575, 1984.