

第2節 不登校の多軸診断システム

この多軸診断システムでは、不登校児童生徒を総合的に理解するために5つの軸を設定しています。

表2-2 国府台病院児童精神科(院内学級)入院(入級)時の不登校児童生徒の診断¹⁾

	人数 (%)
合 計	106 (100)
不安・恐怖群	37 (35)
過剰不安障害	15
小児期または青年期の回避性障害	10
分離不安障害	8
その他	4
適応障害群²⁾	23 (22)
不安気分を伴う適応障害	8
混合した情動像を伴う適応障害	5
情動と行為の混合した障害を伴う適応障害	3
適応障害	3
引きこもりを伴う適応障害	4
その他	
身体化群	19 (18)
転換性障害	7
身体的愁訴を伴う適応障害	6
心気症&特定不能の身体表現性障害	4
その他	2
抑うつ群	16 (15)
抑うつ気分を伴う適応障害	16
その他の障害群	11 (10)
選択性緘黙	3
反抗挑戦性障害	2
摂食障害	2
妄想性障害	1
特定不能の解離性障害	1
同一性障害	1
注意欠陥・多動性障害	1

1) DSM-5-Rの特軸、(副軸診断から主診断名を1つ選択した。

2) 適応障害群は「身体的愁訴を伴う適応障害」と「抑うつ気分を伴う適応障害」を除いたその他の適応障害からなる。

第2節 不登校の多軸診断システム

表2-3 不登校の随伴症状と中卒後10年目の社会適応状況

	適応群 ¹⁾	不適応群 ²⁾	有意差
身体症状	59 (78)	17 (59)	NS (傾向あり) ³⁾
不安・恐怖	40 (53)	20 (69)	NS ³⁾
抑うつ症状	19 (25)	13 (45)	p<0.05 ³⁾
家庭内暴力	7 (9)	11 (38)	p<0.01 ⁴⁾
引きこもり	7 (9)	7 (24)	NS (傾向あり) ⁴⁾
転換・解離症状	8 (11)	6 (21)	NS ⁴⁾
強迫症状	6 (8)	5 (17)	NS ⁴⁾
妄想関連症状	1 (1)	4 (14)	p<0.05 ⁴⁾

1) 人 (%: 適応群中の比率) 2) 人 (%: 不適応群中の比率)

3) Chi-square test

4) Fisher's Exact Test

第1軸はその児童生徒が持つ背景疾患の診断です。不登校を症状の1つとする子どもの精神状態に関して、それが病的であるのか、どの疾患概念が適用されるのかを評価し、それを医学的診断として明確にする軸です。前述の身体化群のように、不登校児童生徒は多くの身体症状を呈してきます。これら身体症状が真に身体的なものか、精神症状として考えるべきかという判断が必要になります。この点については以下の身体表現性障害で再考したいと思います。

第2軸は発達障害の診断です。不登校の背景に、第1軸の精神疾患とは別に発達障害が認められる場合も少なくありません。その主たるものは、近年軽度発達障害といわれる注意欠陥/多動性障害やアスペルガー症候群、軽度の精神遅滞（疾患ではありませんが、境界知能も含んで考えた方が妥当です）などです。発達障害の特殊性のため、対人関係上の障害を引き起こすなどして不登校が生じる場合があります、特に第2軸として設定しました。以上の2つの軸が（狭義の）精神医学的診断に該当します。

そして第3軸は不登校出現様式による下位分類の評価です。不登校開始までの学校や友人関係における対処法や適応姿勢の特徴を考慮したもので、表2-4には5つの下位分類を示しています。

表2-4 出現様式による不登校下位分類

過剰適応型不登校

受動型不登校

受動攻撃型不登校

衝動統制未熟型不登校

混合型（あるいは未分化型）

第2節 不登校の多軸診断システム

過剰適応型不登校は、プライドが高く弱音を吐かずに強がる傾向があり、そうした姿勢の挫折として不登校が発現してきます。受動型不登校は、萎縮し不安に満ちた性格傾向を有し、いわば学校や仲間集団から圧倒されて不登校に陥ったと理解されます。受動型に類似したように見える受動攻撃型不登校は、実は大人の過剰な干渉に対して努力を放棄するという形で不満や怒りを密かに表出していると理解できるタイプで、自虐的な反抗の結果としての不登校とも言えます。衝動統制未熟型不登校は、発達障害などの体質的な衝動性の高さや、保護者や親しい友人などへの強度の見捨てられ不安などの理由から、対人関係場面での衝動統制が上手くいかず、結果として仲間集団から孤立し不登校に至ったものです。以上のいずれにも分類できない不登校を混合型としています。この評価軸は、第1軸、第2軸に基づく援助方法とは別に、その児童生徒の人間関係や社会活動への対処法に応じた援助システムを検討する際に有用となるものです。

第4軸は不登校の経過に関する評価です。不登校の経過には図2-1のような諸段階がありますが、そのどの段階にあるのかによって周囲の関わり方を変えていく工夫が必要となります。

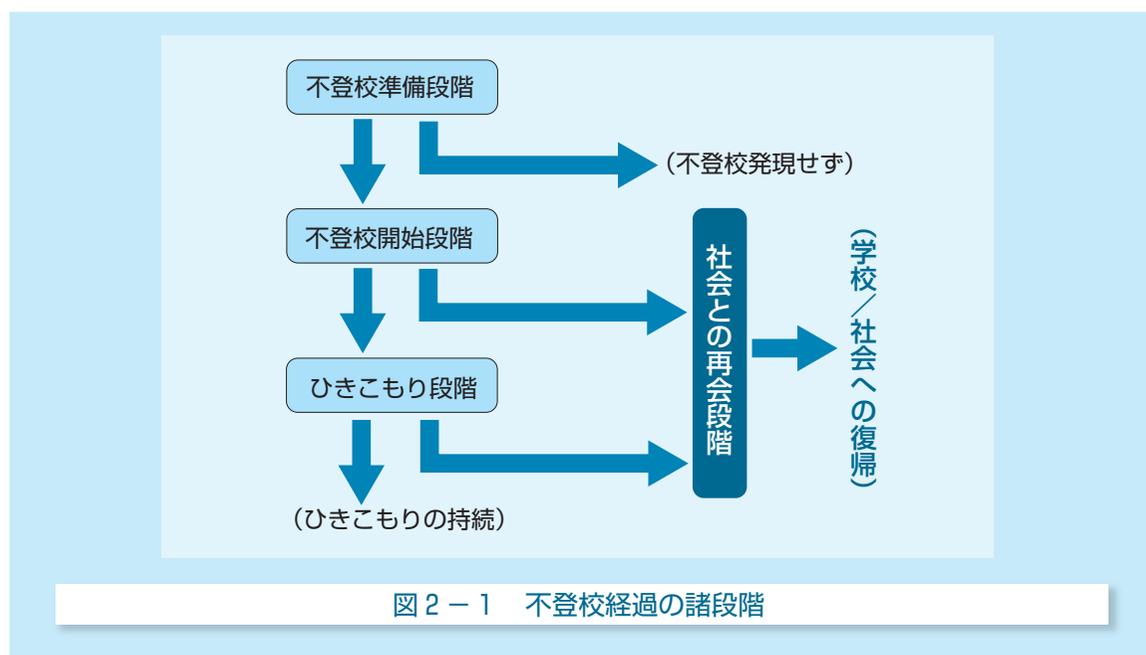


図2-1 不登校経過の諸段階

不登校準備段階では、児童生徒が抱える葛藤はまだ不可視領域で展開し、出現する症状があってもそれは身体症状などの一般的な症状であり、周囲が認識しにくい状態です。身体症状のケアなどを通じて、その子どもの訴えに耳を傾ける姿勢が重要です。不登校開始段階では、激しい葛藤の顕在化が生じ、家庭内での暴言や暴力、諍いなどの不安定さが際だってきます。休養が必要な状態であることを理解し、指示しすぎないような方針が原則です。その後のひきこもり段階では、外界からの回避と退行が前景に出てくる中で、徐々に余裕を回復しつつ自らの葛藤を解決しようとする変化が生じてきます。焦らず見守る姿勢、保護者の不安を支える対応が必要です。そうした経過を経ながら、社会との再会段階に入っていきます。この再会段階の端緒を敏感に察知し、外界への関心をデリケートに育むように心懸けていきます。

第2節 不登校の多軸診断システム

最後に第5軸は環境の評価です。不登校の児童生徒の援助に関わる時、子どもを取り巻く環境の質や問題点を正確に評価しようとする姿勢を持つことは、その援助の死命を制するほどの決定的な意義を持つとって過言ではありません。家族機能の質、ライフイベント、学校の特徴、いじめの有無、地域の支援体制などが対象になると考えられます。環境要因は、不登校の治療や援助の最も基礎的な部分であり、最優先の介入対象であると思われます。

以上のような多軸評価を念頭におくことによって、精神医学的にも心理社会的にも偏りすぎず、その事例を総合的に評価することが可能になると考えられます。

第3節 情緒及び行動の障害

I. 不安障害⁵⁾

不安障害に属するものの多くは、全般性不安障害（小児の過剰不安障害を含む）、社会恐怖（社会不安障害）、分離不安障害であり、それぞれ「傷つきやすいプライド」「過度の内気さ」「家族へのとらわれ」といった不登校児童生徒の代表的心性が病理水準にまで強まった疾患と考えられます。さらにパニック障害や強迫性障害もこの群に含まれます。近年の研究では、不登校と不安障害及びうつ病との関連について言及するものが多く見られます。

1. 全般性不安障害（小児の過剰不安障害を含む）

この特徴は日常生活の多数の出来事や活動に対する制御不能な過度の心配や不安であり、落ち着きのなさや緊張感、過敏さ、集中困難、イライラ感といった精神症状や、疲れやすさ、筋肉の緊張、睡眠の障害、頭痛、動悸、息苦しさ、下痢などの身体症状を伴います。将来の出来事についての非現実的な心配というのがこの障害で共通してみられる不安ですが、一般的には年長の子どもの方がより多くの症状を示すようです。有病率は2.9%から4.6%と報告され、分離不安障害と並んで子どもに多い不安障害です。

この障害を持つ子どもは、もともと神経質で不安を持ちやすく、自分自身に自信が持てずに他者に従順である傾向がありますが、同時に完全主義で、完璧でない行為について過度の不満を感じる傾向も併せ持っています。典型的には、他者からの承認を求めることに熱心だったり、自分の行為や不安に対する保証を過剰に求めたりします。

治療では、薬物療法に関しては抗不安薬や選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）といった抗うつ薬などが使用されますが、薬物単独では効果が不十分であるように思われます。適切な環境調整をしながら、本人が感じる不安の内容や対応方法を一緒に検討したり、保証を与えたりして次第に自信を持てるように努めていきます。こうした内容をシステムティックに行う認知行動療法の有効性も認められてきています。また遊戯療法として、遊びを通じて適切な形で自己主張を促していくことも有効です。治療者の焦りは禁物で、本人に寄り添いながら徐々に変化を促す姿勢が重要になります。