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。

2. 社会恐怖（社会不安障害）

DSM-5-Rで小児期または青年期の回避性障害とされたものの多くが、この社会恐怖に該当すると考えられます。社会恐怖の基本的特徴は、よく知らない人の前に出るような社会的状況や行為状況に対する顕著で持続的な恐れです。そして恐れている社会状況に曝される場合には、泣いたり、かんしゃくを起こしたり、立ちすくんだりするような不安反応が誘発されます。動悸や発汗、手のふるえ、下痢、顔のほてりといった身体症状を伴うことも多く、また緘黙になったり他人との接触を尻込みするような場合もあります。日本では以前から対人恐怖症という概念がありますが、これは自分の赤面や体臭、視線が他人に不快感を与えるのではないかとという持続的な恐怖です。

大規模な疫学調査では、児童・思春期における社会恐怖の有病率はほぼ1%となっています。強いストレス体験や恥をかくような体験に引き続いて突然生じることもありますし、潜在的に徐々に発症することもあります。全体的には持続的な経過をたどることが多いようです。

治療に関しては、抗不安薬や抗うつ薬を中心とした薬物療法と認知行動療法が行われています。また不安から生じる身体症状を緩和するために、自律訓練や筋弛緩法などのリラクゼーション法を併用することが有効な場合もあります。

3. 分離不安障害

分離不安とは、子どもが養育者、特に母親から離れるときに示す不安一般を意味します。分離不安自体は決して病的なものではありませんが、そのために登校できないような状態になれば分離不安障害と呼ぶことになります。その基本的特徴は、家や養育者から離れることに対する過剰な不安で、結果として家から出られなくなったりします。年少者の不登校では、大なり小なりこの分離不安障害が関与しています。分離の場面に直面すると、頭痛や腹痛、吐き気といった身体症状が出現することもあります。

一般人口での有病率は、2.4%から4.7%と報告されていますが、小児期から青年期にかけて有病率は減少していきます。こうしたことから分離不安障害は年少者に多い疾患であることが分かります。

治療の面では、養育者が分離不安障害について理解し、子どもに対して十分な安心感を供給できるようにガイダンスすることが重要です。養育者は、子どもが離れていかないことを心配しつつ、自分の育て方に問題がなかったかと自責的になることも多いため、丁寧な心理教育を行っていきます。また時には、実は養育者が不安定で、子どもとの密着により自身の不安を防衛していることがあります。その場合、養育者は子どもが離れていくことに対して無意識にしろ抵抗を示しますから、養育者の気持ちを十分に汲みながら、不安への適切な対応方法を伝えることも必要になります。子どもの不安や身体症状が強い時には、SSRIなどの薬物療法も行います。

4. パニック障害

気が狂うことへの恐怖や死の恐怖に加え、動悸や窒息感、発汗、手足のふるえ、吐き気、めまい、感覚の麻痺などの多彩な身体症状が、予期せず突如として生じる不安発作がパニック障害の主症状です。不安発作がまた始まるのではないかとという予期不安のために、社会的活動を回避するようになってしまいます。青年期後期（18歳以降）に発症することが多いのですが、時に小学校

第3節 情緒及び行動の障害

高学年から中学にかけて生じることもあります。この障害には薬物が有効であり、同時に少しずつ活動範囲を拡大していく行動療法的介入が行われることが多い疾患です。

5. 強迫性障害

強迫性障害では、自分の意思に反してある考えが執拗に心に浮かんできたり（強迫観念）、ある行為を繰り返さないと気がすまない（強迫行為）傾向があり、そのために日常生活が障害されてしまうものです。前思春期である小学校高学年頃から発症頻度が増加してきます。また年少者の場合、家族に強迫行為を肩代わりさせる「巻き込み」を示す割合が高いことも特徴です。この障害も薬物療法が有効な場合が多く、SSRIなどの抗うつ薬が第一選択薬です。さらに、恐怖刺激に暴露した後で強迫行為をがまんしてもらうといった認知行動療法を併用して行うことが有効だとされています。

II. 適応障害

適応障害は、不登校が何らかの明確な出来事を契機として生じてきた場合に適用される診断であり、基本的特徴は、はっきりと同定されるストレス因子に対する心理的反応で、その結果、臨床的に著しい情緒的または行動的症状が出現するものです。学校でのいじめ、部活動での失敗、友人とのトラブル、転校、天災、家族の病気や死などがストレス因子になり得ます。つまり、単一の場合も複合的な場合もあり、また反復したり持続したりする場合があります。そしてそのストレス因子が始まって3か月以内に出現し、逆にストレス因子終結後6か月以内に解決すると定義されています。

前景に出てくる状態像から、抑うつ気分を伴うもの、不安を伴うもの、不安と抑うつ気分の混合を伴うもの、行為の障害を伴うもの、情緒と行為の混合した障害を伴うもの、特定不能という下位グループに分けられます。思春期では、成人では抑うつ的になって当然であるストレス状態であっても、行為上の問題で反応する場合も多いため注意を要します。

地域調査で得られる有病率は2%から8%と報告されていますが、病院を受診する児童生徒においてはもっと多く、表2でも22%に達しています。女子により多く認められます。

治療に関しては、ストレス因子を同定し、その除去や改善が可能かどうかをまず検討します。時にはストレス因子への本人及び周囲の対応が、却って事態を悪化させている場合もあり、その悪循環をストップすることが優先される事例もあります。同時に、本人が持つストレス対処能力を高めることも必要です。これまでどのように対処してきたのか、利用可能な社会資源にはどのようなものがあるか、などをチェックし、ストレス因子への耐性を高める工夫をしていきます。一時的にストレス状況下を離れて休養をとり、身体的、精神的な回復を図ることが、対処能力の回復に寄与することもあります。短期間薬物療法を行うことも有効な場合があり、特に不安や抑うつ感、不眠などの身体症状に対しては、薬物で症状緩和を図ることが回復に役立つと考えられます。

III. 身体表現性障害

身体表現性障害の一般的特徴は、身体疾患を示唆するような身体症状が存在しているのですが、それが身体疾患や他の精神疾患によって完全には説明できないものであるという点です。児童・

第3節 情緒及び行動の障害

思春期に比較的多いものとして転換性障害があります。またいわゆる小児心身症について検討したいと思います。

1. 転換性障害

転換性障害の基本症状は、運動機能あるいは感覚機能に影響を及ぼす症状が存在していること、あるいはそれらの機能に何らかの欠陥があることです。例えば、突然歩けなくなったり、あるいは立てなくなったりすること、声が急にかすれてしまうこと、飲み込みにくさ、手足の感覚が麻痺することなどがあります。そしてその症状や欠陥は身体的病気によるものでなく、心理的要因が関与していると考えられるものです。転換という言葉は、見出される身体症状が無意識的な心理的葛藤の「解決」として機能し、そのことで不安を減少させているという仮説に由来しています。かつてヒステリーと呼ばれたものの一部ですが、ヒステリーという言葉は様々な偏見があるため今日では使用しなくなっています。

診断にあたっては身体疾患の除外が必須ですが、診断技術が万全ではないことから、詳しく状況を聞いて判断することが重要です。また一度転換性障害と診断されると、すべての身体症状を心因性と考えてしまいやすくなりますが、身体疾患を合併することもあるため慎重な態度が必要です。

治療においては、身体症状に注目しすぎないように留意します。というのは、身体症状自体は本質的な問題ではないためであり、また注目されることが本人にとって利得（疾病利得）となる可能性があるからです。したがって身体症状に対しては意図的な無視をすることも治療的に働きます。そして信頼関係を築きながら、本人が抱える困難さなどを話し合っていくことが重要です。無意識的な心理的要因を探るよりも、現実的な問題解決を話していった方が効果的な場合も多いという印象を持っています。年少児など言語能力が乏しい場合や言語化が苦手な子どもには、遊戯療法などの非言語的治療方法が選択されます。薬物療法はあくまで補助手段と考えるべきで、不安や抑うつ、イライラ感のコントロールに抗不安薬や抗うつ薬を用いることもあります。

2. (いわゆる) 小児心身症

子どもは様々な状態で身体症状を呈しやすく、精神的な問題であっても身体症状が前景に出るため、小児科などの身体科を最初に受診することもよくあります。身体症状が不登校の初発症状であることも一般的です。したがって身体症状を見た時、それがどういう障害や状態によって出現したのかを適切に理解することが大切になります。感染症などの純粋な身体疾患を除外して、精神医学的に見た身体症状出現のメカニズムを分類すると、第一に、その症状自体が精神疾患であるものがあります。これには前述の転換性障害や、自分が何かの病気にかかっているはずだと思いきみ受診や検査を繰り返す心気症が含まれます。第二に、精神疾患の部分症状として身体症状が出現する場合です。例えば、不安障害や後述の気分障害は頭痛、腹痛、動悸、食欲低下などの各種の身体症状を伴います。つまり、明らかに身体機能の障害が生じているのですが、その原因が精神疾患にある群です。第三は、ストレス状態により身体症状が出現した場合です。この群では、過敏性腸症候群などのように身体症状のベースに既知の病態生理学的過程が存在し、その身体的病態が心理的諸因子に影響されています。本来の心身症と考えられます。DSM-協-TRでは、明らかな原因が存在すれば適応障害に、他の場合は身体表現性障害（鑑別不能型あるいは特

第3節 情緒及び行動の障害

定不能)と診断されることが多いと思われます。これら3群では身体症状の意味や重要性は異なりますし、主たる治療方法も当然違うものになりますから、漫然と小児心身症と見なすのではなく、常にこの分類を念頭におきながら必要に応じて小児科と児童精神科との連携を行っていくことが大切であると考えています。

IV. 気分障害⁶⁾

気分障害の代表的疾患は、躁うつ病(DSM-協-TRでは双極性障害)やうつ病(同大うつ病性障害)ですが、不登校児童生徒に見られる抑うつ状態の多くは、大うつ病性障害より軽度の抑うつ状態が慢性的に持続する気分変調性障害や、前述の抑うつ気分を伴う適応障害レベルの抑うつであると思われます。

1. 大うつ病性障害

大うつ病性障害の基本的特徴は、抑うつ気分(あるいはイライラ感)と興味・喜びの低下、さらに体重減少(あるいは増加)、睡眠の障害、焦燥感、疲れやすさ、気力の減退、罪責感、集中力の減退、死についての反復思考などが少なくとも2週間持続するという点です。思春期では抑うつ症状が反社会的な行動で表現される場合があります。かつては子どものうつ病はまれであると言われていましたが、近年成人と同様の基準で診断するようになって、子どものうつ病は比較的多いと考えられるようになってきています。成人の診断基準をそのまま当てはめることの妥当性や心因の関与が成人より大きいと考えられる点など、まだ議論の余地は残されていますが、うつ病を見逃さないように注意が必要であるという点は一般に受け入れられてきているようです。成人の基準を用いた研究からは、有病率は児童で2%程度、思春期になると4~8%と報告されています。児童では男女比はほぼ1:1で、思春期になると1:2と女子に多く認められます。

治療は、十分な休養と薬物療法が主体になります。薬物療法については、SSRIの一部で自殺念慮が高まるとされ使用が禁止されていますが、自殺念慮の有無に注意しながら抗うつ薬を投与することが基本であり、必要に応じて睡眠導入剤や抗不安薬も併用します。また子どものうつ病の場合は、心理社会的要因の関与が大きいので、家族への心理教育や家族療法、学校を含めた環境調整、子ども自身に対する支持的な関わりといった精神療法的アプローチが必須です。再発率が高いと報告されており、完全に回復(寛解)してもすぐに治療を中断しないことが大切です。

2. 気分変調性障害

気分変調性障害では、慢性的抑うつ気分あるいは苛立たしさが1年の半分以上で持続的に認められ、さらに大うつ病性障害で述べたような症状のいくつかを伴います。この障害を有する子どもは、自己評価が低く社会的技能が未熟で、悲観的な傾向と同時に気難しさを併せ持ちます。症状自体の重症度は大うつ病性障害より軽度であることが多いのですが、慢性的経過をたどるために心理社会的な障害の程度は必ずしも軽度ではありません。気分変調性障害の中には、大うつ病性障害よりも心理的要因の関与の大きい一群、即ちいわゆる反応性の抑うつ状態やパーソナリティ障害圏の人の慢性抑うつ状態が含まれる可能性があり、大うつ病性障害よりも異質性の高い疾患であると言えます。

第3節 情緒及び行動の障害

有病率に関する研究は少ないのですが、児童では0.6%から1.7%、思春期年代で1.6%から8.0%と推定されています。また70%で大うつ病性障害を重畳し、また半数では他の精神疾患を併せ持つと報告されています。

上述した異質性は治療戦略を考える上でも重要です。治療に関する研究もやはり少ないのですが、現在のところ、大うつ病性障害に近いものには抗うつ薬を中心とした薬物療法を十分に行い、反応性のものであるならばより精神療法的アプローチの果たす役割が大きくなると考えられています。慢性的に持続する疾患であるため、積極的な治療が望ましいという意見が提唱されてきています。

V. その他の疾患

ここでは統合失調症、反抗挑戦性障害と行為障害について簡単に述べますが、それ以外にも例えば、摂食障害のために不登校状態になる事例など、多くの精神疾患が不登校に随伴する可能性があります。

1. 統合失調症

統合失調症の基本症状には、幻覚や妄想といった陽性症状といわれるものと、感情の鈍麻、意欲低下（無為）、自閉、無関心といった陰性症状といわれるものがあります。好発年齢は10歳代後半から20歳代ですが、中学校年代から次第に増加していきます。抑うつ症状や強迫症状が初発症状であることも多く、また不登校から引きこもりの生活になった生徒が間もなく統合失調症を発症したという例もあります。

治療は薬物療法が必須で、早急な受診が必要な疾患です。一般的に陽性症状の方が薬物に反応しやすく、比較的短期間で症状が治まることが多いのですが、陰性症状の方は薬物への反応が乏しく、長期にわたって残存することがあります。陽性症状が改善したら、少しずつ行動を促し、活動レベルを維持していくことが大切です。但しストレスへの耐性が低くなっていますので、負荷の量について医療機関との調整が必要です。

2. 反抗挑戦性障害と行為障害

反抗挑戦性障害の基本症状は、目上の者に対して拒絶的、反抗的、不従順、挑戦的な行動を繰り返すことであり、行為障害では、他者の基本的人権や年齢相応の社会的基準を無視する行動様式が持続することです。

怠学傾向の子どもや不良集団に属する場合は別として、彼らが示す問題行動は何らかの危機的信号と考えられます。反社会的な行動で示さざるを得ない状況であるとも言えるかもしれません。したがって、彼らに対応する時にはその行動の背景にある問題は何かという視点を常に持ちながら、その心情に共感する姿勢を失わないようにすることが望まれます。その姿勢がなければ彼らと話し合いを持つことは不可能です。その上でなお社会規範を逸脱する行動をとる場合には、司法的な対応をとることも1つの策として考慮すべきでしょう。関係者が疲労や徒労感を持つことが多く、関係者を支援していく体制づくりや関係機関との連携が重要です。薬物療法の効果は限定的で、本人と協力関係がなければ継続的な服用も困難です。

VI. 発達障害

発達障害には、精神遅滞、注意欠陥／多動性障害、広汎性発達障害、学習障害などが含まれ、こうした発達障害を有する子どもたちが、何らかのストレス状況下で不登校を生じることがあります。その場合に、上述のような情緒や行動の障害を併存症として発症することも少なくありません。そして治療に当たっては、各疾患で述べた諸点に加え、ベースに存在する発達障害の特性を考慮することが必要になります。また学校不適応を契機に初めて発達障害に気付かれる場合、家族も青天の霹靂という思いを持つことが多く、そうした家族の心情に十分配慮しながら心理教育や助言をすることが重要であることは言うまでもありません。

1. 精神遅滞

精神遅滞は、明らかに平均より低い全般的知的機能を有し、コミュニケーションや自己管理、家庭生活、対人機能、自律性、衝動統制、学習能力、仕事などの領域で適応上明らかな制限を伴うものです。標準化された知能検査で、知能指数が50～55からおよそ70を軽度、35～40から50～55を中等度、20～25から35～40を重度、20～25以下を最重度としており、さらに精神遅滞ではないものの71～84の範囲を境界知能と別に定義しています。

この中で、軽度精神遅滞と境界知能に関しては、学校において学習上の困難を抱えながらも特に診断を受けることなく経過する例が多く存在します。しかし彼らは対人関係を維持したり、規則正しい生活を維持するための能力に制限があるため、時にトラブルを生じたり自信を喪失したりすることが起こりえます。実際には、何らかの問題行動や対人トラブルが端緒となって知的な問題に気付かれることも珍しくありません。彼らは自分の能力の低さをある程度自覚することが可能であり、そのために劣等感に悩み、そのマイナス感情やイライラ感を制御できずに他者に対して攻撃的になったり自傷行為などの問題行動を起こしたりします。

したがって治療に関わる場合は、彼らが持つ劣等感に十分配慮しながら、彼らの自己評価を高めるような対応が求められます。同時に、衝動統制能力の低さに対しては、適宜限界を設定し適切な行動を学習していくように促していくことが大切で、対人関係場面を想定した社会技能訓練（Social skill training）なども効果的です。また家族への丁寧な説明や、必要に応じて福祉的支援制度を活用することもポイントです。情緒が不安定で介入が困難な場合などは、向精神薬や感情調整薬などによる薬物療法を併用します。

2. 注意欠陥／多動性障害（ADHD）⁷⁾

ADHDは、不注意や多動性－衝動性の症状が7歳以前から持続的に認められる疾患です。不注意は学業的または対人関係の状況で明らかとなりやすく、細部に綿密な注意が払えない、注意の集中が困難、何かを最後まで完成させることが苦手、集中力を要する課題は避ける、などの特徴が認められます。多動性－衝動性は、活動性の亢進や順番を待つことができない、周囲を見ずに飛び出す、といった症状として出現します。有病率は学齢期で3%から7%と報告されており、男子に多く認められます。

多動性－衝動性が主症状の場合は、比較的年少の頃から障害に気付かれやすいのですが、不注意が優性の場合や年長になり多動性が落ち着いてきた子どもの場合には、障害が分かりにくいことがあり、結果として我慢ができない、わがままな子どもなどと誤解されることもあります。

第3節 情緒及び行動の障害

対人欲求はあるのですが、衝動性などのため上手くコミュニケーションをとることができず、易怒的で暴力をふるうこともあるために良好な仲間関係の構築に失敗することもよくあります。その結果、抑うつ的になったり、逆に反社会的な行動に染まる子どもたちもいます。実際に、併存症として不安障害や気分障害などの情緒的な問題や、反抗挑戦性障害、行為障害などの行動上の障害を伴うことが少なくないと報告されています。

治療的には、家族や学校に障害について理解してもらい、適切な環境調整や関わり方について学んでもらうことが大切です。その上で、不適切な行動パターンに対して行動療法的な行動修正を行います。この時、周囲の考えを押しつけるのではなく、彼らの感情や思考を尊重する姿勢を忘れてはなりません。また薬物療法としてメチルフェニデート（リタリン[®]）が7～8割の子どもに有効で、第一選択薬として使用されるようになってきています。併存障害がある場合には、それらに対する治療も並行して行います。

3. 広汎性発達障害

広汎性発達障害の中で、知的な遅れのない自閉性障害やアスペルガー障害の子どもたちの中には、学校生活を送るようになり初めてその特徴が明らかとなり、不登校を含む不適応状態を呈することがあります。

自閉性障害は、相手の気持ちを考えずに一方的に話したりするような対人相互交流の障害、及びオウム返しや独特な言い回しをするコミュニケーション上の異常、さらに1つのことを延々と繰り返したりするような著明に限定された活動と興味を基本的特徴としています。多くは、言語発達や知的な遅れにより幼児期に気付かれます。アスペルガー障害は明らかなコミュニケーション障害を伴わず、知的にも正常域あるいは境界知能のものが多く存在します。自閉性障害の有病率は1万人に2～20例と報告されており、より健常者に近い広汎性発達障害の子どもを含めると、従来考えられてきたよりも広汎性発達障害の有病率は高く、0.2～0.5%とする報告も見られます。

知的に遅れのない、いわゆる高機能といわれる子どもたちは、年少の間はそれなりの対人交流や集団参加をすることが可能であったりするため、周囲からは多少風変わりな子どもという程度に見られることも少なくありません。しかし思春期頃になり、友人関係が小集団化してくる頃になると、彼らの独特な認知構造や対人交流の持ち方、頑なな思考等のため次第に疎外されることが増えていきます。対人関係に無関心な子どももいますが、中には周囲に対する被害感情を強く持ち、結果として不適応状態に至る場合もあります。

不適応状態に至った子どもを支援する際には、彼らの被害感情に理解を示しながら、何とか現実的な対応策を受け入れてもらえるように時間をかけて話し合うことが必要です。受け入れ困難な要求をしてくることも多いのですが、その時にどうやって別の選択肢を提示して話しを継続していくか、支援者側のセンスが問われるといってもよいと思います。そのためにも平時からの信頼関係を構築していくことが肝要で、家族はもちろん学校関係者が広汎性発達障害の一般的特性や本人の特徴を理解し、関わっていくことが重要になります。彼らの被害感情や苛立ちが強い場合や、不安・抑うつ症状を伴う場合には抗うつ薬や感情調整薬、向精神薬などの薬物療法を行います。