

2-ii. 不登校とひきこもりの理解と対応

海老島 健

東京都立小児総合医療センター 児童・思春期精神科

住吉 太幹

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 児童・予防精神医学研究部

I はじめに

本章では、ひきこもりや不登校が生じやすい思春期（10～17歳）の子どもたちの心性と、子どもたちの示す性格特徴、さらに援助者がとるべき対応に関し、筆者が日々の思春期精神科臨床で考えていることを述べる。

II 思春期心性と不登校・引きこもり

思春期の発達課題は、分離個体化、即ち母子分離と自己同一性の確立である。子どもたちは前思春期（10歳～14歳）になると、趣味や嗜好の合う同性・同年齢の仲間と小集団を作るようになる。母子関係だけではなく仲間関係ができ、仲間＝他者との葛藤から学校や仲間集団への不適応を起し挫折感を持つにいたる。それはしばしば『10歳の壁』と呼ばれる。この壁を乗り越え自己を確立するための支えとしては、①親密な仲間の存在と学校活動での達成感、②成功体験のもたらす自信や自己肯定感などである。

彼らは挫折すると、自尊心を守るために相手を不当に扱ったり、現実離れした自己像を形成したりする傾向がある。逆に相手の自分への不当な扱いを深刻に悩み、現実逃避としての不登校・ひきこもり状態になる。

III 発達障害とまでは診断されないが、不登校・ひきこもりになりやすい子どもたちの行動特徴

①家庭外の人間関係を形成しにくいこと、②学校活動で成功しにくいこと、③些細なつまづきを過大に感じてしまうことなどが、主に思春期の不登校・ひきこもりと関連しそうである。各々に対応する以下に述べる行動特徴は、筆者が日々よく目にする例の一部であり、発達障害、即ち、ASD（自閉スペクトラム症）やADHD（注意欠如多動症）ならびに不安障害の行動特徴の一部、またはそれらに類似したものと考えられよう。ここでは、幻覚や妄想、自傷他害、繰り返し行動、身体症状など、明

らかに疾病性を思わせる症状は除いている。

①家庭外での人間関係を形成しにくいこと

- ・人の話は聞かず自分の話ばかりする、自分勝手である
- ・思ったことを何でも口にしてしまう
- ・お節介で何にでも首を突っ込む
- ・協調性がなくてマイペース
- ・思慮なく結果を考えずにせっかちに行動する、逆に何事に対しても行動がおそい
- ・考え方が杓子定規だったり潔癖主義で融通が利かない（規律を過度に遵守し、周囲へも強要するなど）
- ・興味関心の対象が独特、あるいは極端に限局している
- ・物事に拘りしつこい
- ・気持ちの切り替えが下手
- ・人の評価が気になる
- ・いつも相手の顔色をうかがい周囲に合わせる、断れない
- ・自分の思いを伝えるのが苦手

②学校活動で成功しにくいこと

- ・完全主義である
- ・興味関心のないことや望まないことには、集中力がなく気が散りやすい、あるいは手をつけない
- ・行動や気持ちの切り替えが苦手
- ・手先が不器用、運動が苦手
- ・忘れものや遅刻や失くしものが多い
- ・学習に遅れが目立つ

③些細なつまづきを過大に感じてしまうこと

- ・プライド・自己愛・自尊感情が強く、それらを失うことを極端に恐れる
- ・些細なことで傷つきやすく、それらが外傷体験になり易い

IV 発達障害と不登校・ひきこもり

以上の特徴は一般の子どもにもしばしば見られ、医療的な介入を必ずしも必要とはしない。しかし、その程度によっては発達障害や不安障害などの精神疾患を疑う所見となりうる。

大高²⁾は、思春期早期につまづく子どもには発達障害特性を持つものが多い可能性を指摘している。一方、これらの特徴を持ちながらも、家族や周囲の人々に対して「よい子」を演じ続け、思春期早期には問題化しなかった「過剰適応タイプ」の子どもは、中学進学後、人間関係が複雑になり、学習が難しくなると「頑張り」が続かなくなり、不登校としてしばしば事例化する。小学校高学年を含め、このタイプの児童・生徒に対しては、スクールカウンセリングや通級指導教室などを利用した予防的

介入が望まれる。

近年、精神科疾患の『早期発見・早期介入』の重要性が言われている。明らかな精神疾患の症候がなくてもそれらが疑われる場合には、早期に医療機関の受診を勧めたい。

V 具体的対応

①教育的介入

不登校・ひきこもりの支援に際には、子どもたちのアセスメントが大切である。その結果を、養護教諭、スクールカウンセラー、スクールソーシャルワーカー、教育支援センターや教育相談所、などと共有し、対応を協議する。利用できる資源には、カウンセリング、適応指導教室、特別支援教育、フリースクール、放課後デイサービスなどがある。情報共有の際にはできるだけプライバシーに配慮することが重要である。

筆者の実地体験から述べると、再登校は無理強いせず、配慮すべきことや環境調整を提示した上で、行き場所やペースは本人の主体性に任せるべきである。子どもによっては、「辛く苦しいのであれば無理に登校しなくてもいい」と伝えるだけで、安心して自宅での生活を送れるようになる。不登校・ひきこもりは葛藤の表現と思われるから、背景にある問題について「一緒に考えよう」という姿勢を示すと、「わかってくれた」と思う子どもが多い。

環境調整が不十分で再登校の失敗が予想される場合には、むしろ登校をさせない方がよい。完全に再登校に意欲を失っている訳ではなく、ほとんどの子どもたちは進級や進学タイミングで心機一転がんばろうと考えている。時機を逸することで次へのモチベーションを失なわせないようにしたい。改善の歩みが遅くても、親や支援者は次のステップに向けて着実に準備を進めていくことが大切である。

②医療的介入を要する場合

医療的介入が必要なケースでは次の点に留意すべきである。すなわち、近藤³⁾の言うように、児童・思春期の診療においては、教育・福祉機関の問題意識と受診の勧めによって初診に至ったものの、本人・家族には受診の動機づけが全くないケースがしばしば見られる。特に、学校から問題行動や出来ないことばかりを指摘され受診を勧められたケースでは、本人・保護者が被害的で、学校に「見捨てられた」と思い、治療意欲に欠けることが多い。

そのような事情を知らぬまま介入すると、患者の真意を誤解し、治療が行き詰まりかねない。治療中断ケースの再受診には多大な労力が必要になるため、精神科受診を勧める際には、その必要性を慎重に吟味することと、本人・家族に対する丁寧な説明が必須である。

参考文献

- 1) 齊藤万比古. ひきこもりと児童・思春期精神医学. 2015, 臨床精神医学, 44(12): 1573-1578.
- 2) 大高一則. 不登校・ひきこもりへの精神医学的面接. 2019, 精神科治療学, 34(4): 373-378.
- 3) 近藤直司. 不登校・ひきこもりケースに貢献するために精神科医に必要なこと. 精神科治療学, 34(4): 361-366.