

起立性調節障害の症状を示した 登校拒否症児の一症例

呉 繁 夫, 阿 部 淳一郎, 堺 武 男
中 川 洋, 渡 辺 修 一, 加 藤 義 明
佐 藤 弘 房*, 大 槻 文 博**, 足 利 量 子**

I. 緒 言

わが国では社会情勢の変化によって、登校拒否児が年々増加し大きな社会問題となっている。

学童期登校拒否児のほとんどは、その初発時に身体症状を訴えるため、小児科医を受診する。しかしこれまで、小児科領域における研究が進められておらずその認識に乏しいため、患者の精神的葛藤が理解されないことが多かった。そのため、結果として、身体的訴えにふりまわされて悪化させてしまうことも多かった。

今回、我々は、起立性調節障害(以下 O.D.)の症状を示した登校拒否の一症例を経験した。本稿において、治療経過をたどりながらその出現背景を考察することにする。

II. 症 例

症例：13才 女児

家族構成：父親 42 才，母親 41 才，弟 10 才との 4 人家族。

既往歴：特記すべきことなし。

現病歴：中学 1 年秋，頭痛出現，近医受診したが特に異常認めず，某病院精神科の受診を勧められた。精神安定剤を処方されたが改善なく，週に 1 回通院す。

翌年 1 月，神経内科へ転科。精査のため，頭部断層撮影，脳波等施行。特に異常は認められなかつ

仙台市立病院小児科

* 同 内科

** 同 医療相談室

同 小児病棟スタッフ一同

同 小児病棟ボランティア・プバティ研究会

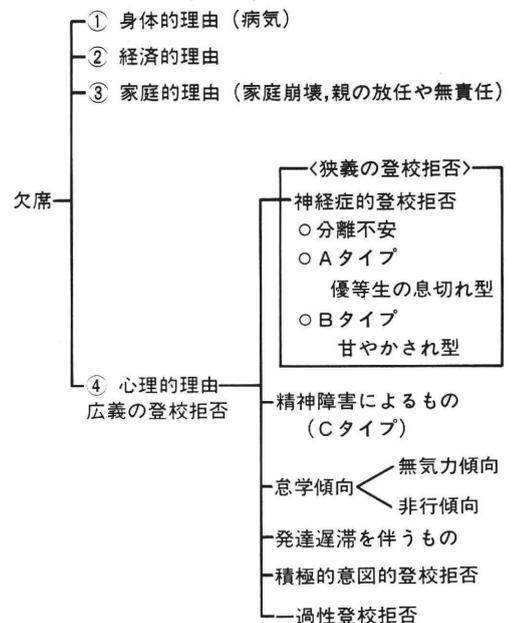


図1. 登校拒否の分類 (文献3より引用)

た。中学 2 年春，中体連の応援のため，チアガールを勧められ参加した。きつい練習で，その終了後より週に 1 回休むようになった。夏休み中，合唱の合宿に参加し，終了後家で強度の疲労を訴え寝込んだ。家族により近医受診勧められ，某病院心療内科受診。直接本人に「登校拒否症」といった。それ以後上記の訴えが強くなり，ほとんど学校へ行くことができなくなる。この頃に父親は甘えからきているとして，一度だけ患児を殴っている。

10 月当科受診。入院となる。

経過：明らかな異常所見はないが，苦悶様の顔貌をしていることは分る。O.D. の診断基準(表 1)

表 1. O.D. 診断基準

〔大症状〕

- A) 立ちくらみあるいはめまいを起こしやすい
- B) 立っていると気持が悪くなる。ひどくなると倒れる
- C) 入浴時あるいはいやなことを見聞すると気持が悪くなる
- D) 少し動くときどうきあるいは息切れがする
- E) 朝なかなか起きられず、午前中調子が悪い

〔小症状〕

- a) 顔色が青白い
- b) 食欲不振
- c) 強い腹痛をときどき訴える
- d) 倦怠あるいは疲れやすい
- e) 頭痛をしばしば訴える
- f) 乗物に酔いやすい
- g) 起立試験で脈圧狭小 16 mmHg 以上
- h) 起立試験で収縮期血圧低下 21 mmHg 以上
- i) 起立試験で脈拍数増加 1 分 21 以上
- j) 起立試験で立位心電図の T II の 0.2 mV 以上の減高, その他の変化

半定: 大1, 小3; 大2, 小1; 大3, 以上で器質性疾患を除外できた場合をO.D. とする

によれば、大の A, B, D, E, 小の a, b, c, d, g, h と本症の診断基準に合致したため、本症として治療を行なった。昇圧剤、睡眠剤の投与を行ない、夜間は熟眠、朝は起床可能にすることに努めた。11月6日「頭痛ひどい、体調悪くないけれど勉強進まない。思考力を要するものは自分で自信をもってやれない。すぐに忘れてしまい、自分は記憶力も悪い。今朝のことすら忘れてしまう。」「クラスメイトや父親は自分を怠けものと決めつけている。自分は本当に痛いのに。」などの訴えがみられた。11月10日「良く眠れない」との訴えがあり、薬剤を変更した。11月16日 Cornell Medical Index のテストを行なった。患児は積極的なとりくみの姿勢をみせた。結果は Class 4, psychosomatic pattern. 結果は直接的な表現では本人には説明しなかった。11月19日、笑顔がみられるようになり、投薬を受けなくても眠れ、朝も起きれる状態になった。11月27日、数学にも取りくむ姿勢がみられた。11月28日、入院以来、初めて自ら希望し外泊した。12月12日、3泊4日の外泊。外

泊中は楽しくすごし、家族で外食にも出かけた。「自分で登校する意志が出たが、自宅からではなく病室からの方が朝も起床できるので、登校するなら病院からしたい。」12月14日、早朝より起床、朝食摂取後登校した。当日は大雪で、帰棟時は強い疲労感を訴え、悪心・嘔吐がみられた。12月15日、悪心・嘔吐が持続するため、欠席した。年内は無理をせず、新学期から登校するよう話す。12月18日、新学期に向けて退院。退院後は定期的に投薬を受けることにしたが、ほとんど来院せず、登校している。

III. 考 察

登校拒否の概念

学校へ行かない児童の中で、従来からあった非行型の怠学 truancy とは異なった神経症的なものがあることは知られていたが、1941年に、それらの症状は Johnson らによって、学校恐怖症 school phobia と命名され発表された。Johnson は、その基本的問題は、母子間に存在する解消されぬ依存の関係であるとした。

その後同じ症候群に対し登校拒否 school refusal とよぶ事もあり、これに対し高木ら(1965)¹⁾は、すべての年齢を含めて保護者のすすめにもかかわらず、心理的理由により登校をいやがる状態を登校拒否とし、より年長で、はっきりした登校への意思をもっているにもかかわらず神経症的な心理機制のため登校できないものを学校恐怖症と呼ぶことにしてこの2つの用語を区別して用いることを提唱した²⁾。

本稿における「登校拒否」は、図1に示す東京都立教育研究所の分類における、「狭義の登校拒否」の概念を用いることとする。同研究所の資料によれば図2に示されるように「登校拒否」は年々増加の傾向にある³⁾。

登校拒否症児への治療的対応

某病院小児科の、本症児に対する具体的治療的対応として、佐々木(1982)⁴⁾は、次のものを挙げている。

1. ありのままの状態を受容することで、本児に欠けている周囲への基本的信頼感を回復、それ

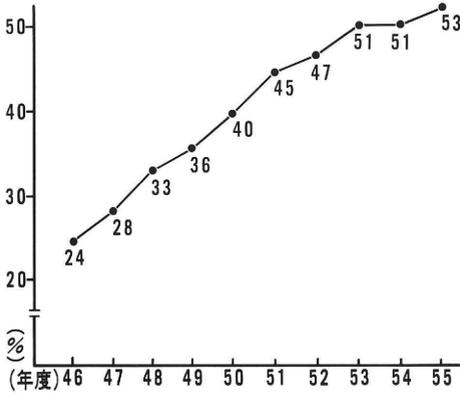


図2. 取扱相談件数に対する登校拒否件数の割合(推移)(東京都立教育研究所)(文献3より引用)

に基づく自律感, 自立性, 自主性の発達と確立を期待する。

2. 主体性や自我成熟を促すため, 本児の自我同一性のモデルとしての役割を治療者や看護者が果たすように努める。

3. 同一性を導く社会集团的価値を探し求める過程の練習という意味で, 病棟内で共感しあえる仲間が得られるように, 入院中の日常生活を指導する。

4. 仲間と話題や価値観を共有し, 共感しあうための遊び, 趣味, テレビ視聴などの余暇活動に, 安心して熱中できるように導く。

5. 起床, 消灯, 入浴, 食事などの時間を守ることや, 他の患児の安静や学習時間への協力など, 病棟内の最低限度の規律を守ること以外は, 全体的に本児の自主性にまかせた生活を許容する。

また, 佐藤ら(1982)⁵⁾は, 登校拒否は親子関係の病態, 親と子の“あいだ”ないし親子関係そのものに生じた病態であるから, 家族療法的アプローチが必要である, とした。

さて, 当院における本症例へのアプローチはどうだったのであろうか。

上記の事を念頭におき, 具体的に病棟内においては, 1) 診断名を与え, その治療に専念させること, 2) 日常的基本的な集団生活への適応, 3) 本人が困難と感じる程度の学習や読書についてはむしろこれを禁じる, などの対応をとった。

本児の治療に際し, また退院後, 医師, 看護婦, ケースワーカー, 小児病棟ボランティア・プブティ-研究会で当症例への対応が検討された。

その中で, 発症・長期化の要因として,

1. 中学校進学による学校生活の変化。小学校の担任には特に信頼感をもっていた。

1. チアガールの練習が終り, 当面の目標を失ったこと。

1. 某病院の医師の説明の仕方が適当ではなかったこと。

1. 本来の心気症的な気質, 神経質で完全欲が強いこと。

1. いわゆる「思春期」の葛藤。

1. 家族の環境要因: 母は神経質。娘に気がつかい, 外来時には必ず付き添ってくる。父親は無口で真面目。

等が指摘された⁶⁾⁷⁾。

以上の事をふまえて考察するに, 本児は図3における, 次の3期をあゆんだものと考えられるであろう。

図中 a) その発症の直接のひきがねは, 上記に指摘されたように, 学校場面での適応の失敗であるように思われる。患児は, 欠席が合理化される身体症を訴える形をとった。しかし患児の心中において, 「学校へ行きたくない」ことは意識化されていない。それは某病院を訪れるまでの時期で, 心気症期と呼んでおく。

b) 第二期=防衛反応期に入る契機となったのは, 我々は, 某病院の医師の説明であった, とみる。患児の状態は精神的なもの, という説明をしたことにより, 患児のまわりの人間がすべて, その訴える症状を「ウソ」ときめつけ, 「ナマケ」という目で見てしまった。そのことへの抵抗感が患

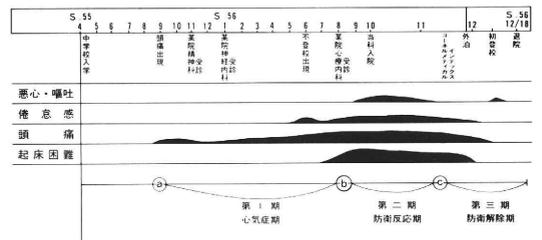


図3. 臨床経過

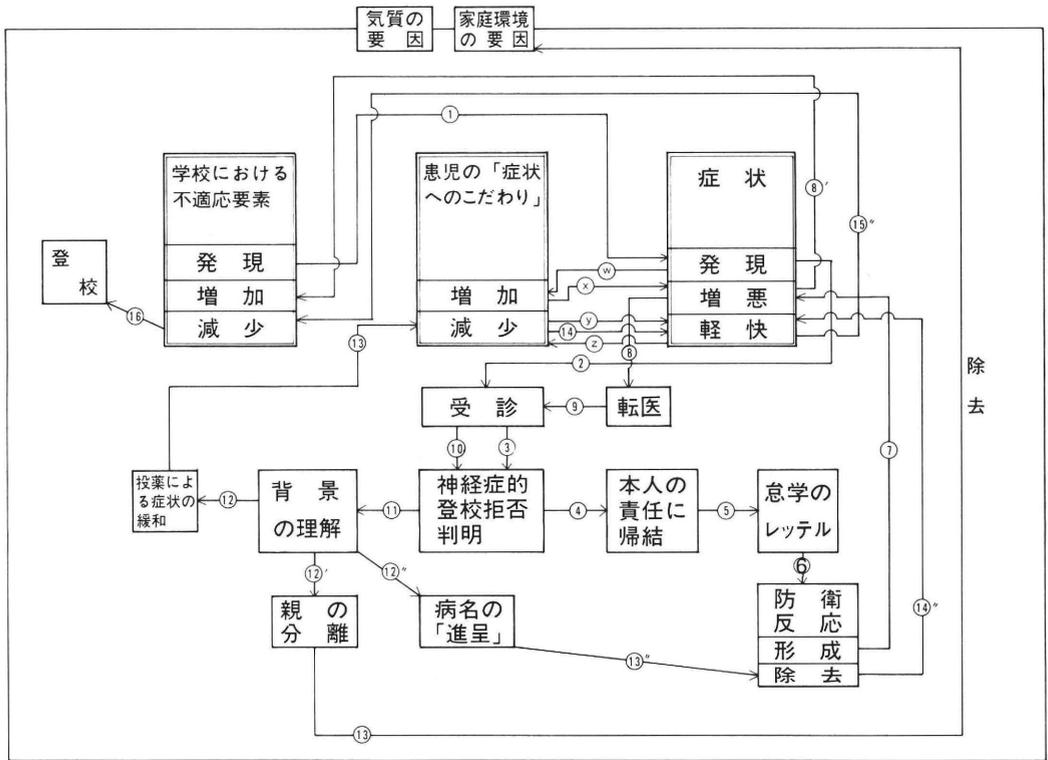


図4. 本児への治療的アプローチとその経過

児をして、防衛反応としての症状への執着＝長期化・激化傾向かわしめたと考えられる。

c) 第三期＝防衛解除期へ向かった時期は、上期 a), b) ほど明確ではないが、その要因として、3つほど挙げられると思う。

1つめは、「眠れない」という症状に対応して睡眠剤を投与し、ぐっすり眠れるようにしたこと。

2つめは、起立性調節障害という診断名を「進呈」し、「ナマケ」ではないということを認める形にしたこと。

CMI に記入させ、患児の苦しみを吐露させたことも挙げられよう。

そして3つめは面会を制限し、問題があると思われる家庭から分離したことである。

Jaspers⁹⁾ は心気症者につき、以下のようにいう。

「病であるとの不安と、病になりたいとの願望は、双方とも肉体への反省をもたらし、意識生活をば病める肉体をもった生活をさせる」と。

上記3つの治療的対応は、上文における、1によって「病であるとの不安」に、2, 3によって「病になりたいとの願望」に働きかけた、という形となった。その治療的アプローチとその経過を、図4に示す。

図中 W, X, Y, Z は心気症者一般のもつ「増幅回路」である。

我々に分明でないのは、図中 ⑮ ⑮' → 減少の関係である。発症の直接原因は不適応であったとの仮定にたつと、あるいはこの入院を契機として背景の家庭環境の方に変化が起こったものとも考えられるが、学校には依然その要素は残存する可能性がある。

IV. おわりに

登校拒否の患児の場合、身体症状を主訴として臨床医を訪れる事が多い。彼らは症状を無意識の武器として親や教師、あるいは医師に対抗している。本症例は、それらの場合の、身体症状にのみ

ふり回されること¹⁰⁾, 逆に詐病や心因性であるとの宣告をしてしまうこと, の両者の危険性を示しているように思われる。

小児病棟ボランティア・プバティ研究会は, 東北福祉大学・東北大学・宮城教育大学の学生により組織される, ボランティアグループ内研究会である。

文 献

- 1) 高木隆郎, 川端つね, 藤沢淳子他: 学校恐怖症の典型像 (I), 児童精神医学とその近接領域, **6**: 146-155, 1965.
- 2) 栗田 広, 太田昌孝, 清水康夫他: "登校拒否"の診断学的分類, 臨床精神医学, **11**: 87-95, 1982.
- 3) 緑川尚夫: 登校拒否の実態 ——いかに増加しているか——, 小児内科, **14**: 585-590, 1982.
- 4) 佐々木正美: 登校拒否 ——多様な身体症状を呈した例——, 小児内科, **14**: 653-536, 1982.
- 5) 佐藤信幸, 清水将之: 思春期登校拒否の治療 ——親に対する治療的働きかけの意義——, 小児内科, **14**: 625-628.
- 6) 和田起代子: 思春期・不登校のクライアントに対する心理・社会的援助のこころみ, 医療と福祉, **39**, 16-2: 2-11: 1981.
- 7) 辻 河香, 森 和哉, 内藤美登里: 登校拒否とカウンセリング, 医療と福祉, **39**, 16-2: 12-18, 1981.
- 8) 吉松和哉: 心気症の概念と治療, 臨床精神医学, **7**: 1127-1141, 1978.
- 9) Jaspers, K. (内村祐之, 他訳): 精神病理学総論, 中巻, 岩波書店, 1955.
- 10) 富田和巳: 医原性登校拒否の35例, **85**: 408-417, 1981.

(昭和57年6月30日 受理)