

精神分裂病の親をもつ不登校児への治療的援助について

緒 方 明

School Refusal Cases : Therapeutic Assistance to Children of Schizophrenic Parents

Akira OGATA

(Received September 4, 1995)

Five children, all of whom have a schizophrenic parent, were provided therapeutic assistance. Among the five, those considered withdrawn were visited by the author, a caseworker, or college students trained as paraprofessional counsellors, and their families were provided with counselling. A connection was found to exist between the refusal of those children to attend school and a recurrence or relapse of their parents' schizophrenic symptoms : A child's refusal to attend school, or perceived indications that a child was going to refuse to attend school, triggered schizophrenic behavior in the parent. Marital and other family relationships would be strained and the home environment naturally suffer. As a result of these conditions at home, no improvement was in the child's school attendance. However, with counselling from the college paraprofessionals, the children emerged from their state of withdrawal and became more outgoing. In such school refusal cases (i.e. those with a schizophrenic parent), experience has demonstrated the value of direct, on-call counselling by paraprofessionals in the support of the children and the assistance of the parents and families as a whole. At the same time, it is important not to clearly set forth the goal of the children resuming normal school attendance.

Key words : school refusal, schizophrenia, parent, therapeutic assistance

1. はじめに

近年の文部省⁷⁾の報告によると不登校児童生徒(以下不登校児と略す)は増加している。その不登校児に対する援助は、主に教育センターや児童相談所などの非医療機関でおこなわれていることが多く、不登校児たちは医療機関を受診することが少ない。

その不登校児に精神疾患が疑われれば、非医療機関から精神科に紹介されるが、親や家族が精神疾患に罹患して精神科に通院していても、非医療機関から精神科への連携は人権問題の配慮などからなされることが少ない。また精神疾患の親を診察している精神科医も不登校児を診察した経験が少ないので、不登校児に関して非医療機関と連携することが少なく、非医療機関と精神科医との相互連携はあまりなされていないことが多い。

さてこれまで精神分裂病の親をもつ不登校児の報告は、相川¹⁾、荒尾²⁾、緒方⁹⁾、Pritchard¹²⁾、Rodriguez¹⁵⁾らの諸家によって、現象学的な記述精神医学の立場からなされてきた。しかしそれらの報告は治療的立場からの報告や検討ではないので、臨床的な治療援助に参考とするには有用ではない。

筆者はこれまで熊本県下のいくつかの非医療機関で不登校の相談の経験があるが、今回はその

中で経験した精神分裂病者を親にもつ不登校児の治療的援助について報告し、親と子どもの症状の相互増悪、治療環境、治療的援助の今後の課題などについて考察していきたい。

2. 対象と方法

対象は熊本県精神保健センター、熊本県児童相談所、熊本市教育センターなどで筆者が治療的援助をおこなった親が精神分裂病である不登校児5名である。不登校の子どもについては50日以上の不登校歴があった。

症例の内訳は、症例1は、女子、小5、不登校の発症は小4、契機は不明であった。症例2は、男子、中3、不登校の発症は小5、契機は不明であった。症例3は、男子、中3、不登校の発症は小5、契機は不明であった。症例4は男子、中3、不登校の発症は中1、契機はいじめであった。症例5は、男子、高1、不登校の発症は小1、契機は不明であった。なお現在、精神分裂病の症状を呈する症例は認められなかった。また精神分裂病の親については、症例1のみが男性（父親）であり、その他の4人は女性（母親）であった。

方法としては筆者は子どもや親のカウンセリングや家族カウンセリングを施行した。また必要に応じて筆者やケースワーカーなどが家庭訪問した。さらに閉じこもっている子どもに対しては大学生に訪問カウンセリングをさせる多面的な治療的援助をおこなった。そして親の主治医との連携もおこなった。

3. 結 果

1. 子どもの症状の変化について

登校状態の転帰は、完全不登校が持続しているのが4例（症例1～4）、不完全不登校が1例（症例5）であった。多面的な治療的援助をおこなっても、登校状態に大きな変化は認められなかった。

しかし大学生の毎週1回の頻度の訪問カウンセリングによって、引きこもりが全例で改善され、不登校児は外出したり他人と会話ができるようになり、活動性が亢進した。

2. 親の症状の変化について

初期に子どもの不登校が出現すると、全例で親の精神症状が再発した。症状は陽性症状や非精神病症状であったが、1例（症例5の母親）では再入院した。薬物の増量がおこなわれて症状は安定したが、親が再発している間は子どもの不登校の症状も強まった。

初期を経過した後にカウンセリングを施行すると親の精神症状は全般的には安定したが、子どもの将来の不安が慢性的に精神症状として認められた。援助後は、離婚調停中の症例2の母親では夫の愛人の存在のために再入院したが、残りの4例には精神分裂病の再発はその後認められなかった。

3. 親の子どもへの対応について

親へのカウンセリングをおこなっても子どもへの対応として、登校刺激が変化しない症例が2

例（症例1の父親，症例2の母親）認められた。症例1では子どもの不登校の契機に対して「近所の警察官がクラスの子どもの指示していじめさせている」という被害妄想を抱き，そのいじめに負けないで学校へ行くように登校刺激をしてやまなかった。症例2の母親では親の不安が強く，何かにつけて登校刺激をしてやまなかった。残りの3例（症例3～5の母親）では，登校刺激をしないように指導したところ，登校刺激はなくなった。なお，全例で母親は共感性をもって子どもに対応できなかった。

このように精神分裂病の親の不登校の子どもへの対応は一般の親たちとは異なり，カウンセリングをおこなっても登校刺激をしすぎる例があったり，共感性に欠けていた。

4. 夫婦関係について

夫婦関係に問題がある例が3例認められ，不仲2例（症例1の両親，症例3の両親），離婚調停中1例（症例2の両親）であった。症例1の両親では子どもの不登校の契機に対する夫の被害妄想のために夫婦関係が悪かった。症例2と症例3の両親では，妻が精神分裂病のために夫に以前から妻以外の別の女性がいた例であった。

それらの3例の両親に対してはカウンセリングによって夫婦関係の修復を図ろうとしたが，変化は認められなかった。また2例（症例2，症例3）の配偶者たちは，子どもの不登校の相談には数回しか訪れなかった。

5. 家族関係について

祖父母と同居していた例が3例（症例2，症例4，症例5）あったが，嫁姑葛藤が2例（症例4と症例5の家族）で認められた。その2例とも母親は陰性症状のために家事ができなかったが，それを姑が怠慢として捉え，姑が家事をしたり母親に代わって子育てをしていた。この嫁姑葛藤があるために，姑はカウンセリングにも姿を見せなかった。したがってそれらの症例ではカウンセリングをおこなっても，家族関係には変化は起こらなかった。

また父親不信が2例（症例1，症例2）あり，症例1では登校刺激をする精神分裂病の父親を娘が嫌っており，症例2では母親以外に女性がいる父親を息子が嫌っていた。症例3では母親以外に女性がいる父親が家に帰らず，父親不在の状態が続いていた。そしてこれらの父親不信や父親不在はカウンセリングによっては変化しなかった。

4. 考 察

精神分裂病の親をもつ不登校児への多面的な治療的援助は，子どもの登校状態の転帰には大きな変化はもたらさず，またその対応には困難を伴った。しかし子どもへの援助の側面からは，大学生の訪問カウンセリングによって子どもの活動性を増すことができたし，親への援助の側面では症例2を除いた4例の親では，親の精神分裂病の再発の予防はできた。そこで精神分裂病の親をもつ不登校児について，いくつかの視点から考察したい。

1. 不登校発症後の子どもの不登校と親の精神症状の相互増悪について

高危険児 (high risk child)^{6,10)}の研究によると，精神分裂病の親から生まれた子どもは精神分裂病になる可能性が正常者より高い。一方不登校児の親が精神分裂病である比率は，Ozaki¹¹⁾は9.

1% (3/33 例), 相川¹⁾は 0.97% (1/103 例) と報告しているが, それらの結果からは精神分裂病者の親から生まれた子どもが不登校になる比率が正常者より高いとは結論できない. Rodnick¹⁴⁾の指摘のように精神分裂病の親は子どもの養育を阻害するので, 子どもが不登校になりやすい可能性はあるが, 現在のところその実証的な証左は報告されていない. したがって厳密な意味では, 親の精神症状が不登校の発症へ及ぼす影響は論じることができないので, 本論では子どもの不登校が発症した後の親の精神症状と子どもの不登校の症状との関係について時期的に考えたい.

まず不登校が発症した初期には, 親の精神症状は悪化し, 陽性症状や非精神病的症状が増悪していた. 不登校が発症するとどの親でも将来に対して不安になったり, 周囲へのひきめを感じたり, 自分の育て方や家庭環境が不登校の成因となったと信じこんで不安が強まっていく. 親側からすれば子どもの不登校の成因は, 自分がなんらか関与している Brown⁴⁾が指摘する *probably independent life event* であり, そのライフイベントが親側の精神分裂病を再発させてしまう. そして親のその症状の増悪が子どもを不安定にさせて, 子どもの不登校を悪化させてしまう. このように精神分裂病の親をもつ不登校児では, 子どもの不登校の出現と親の精神症状の増悪とは相互に悪循環を来してしまうと思われた.

つづいて子どもの不登校が初期を過ぎた時期について考えると, 本研究では親の精神症状としては子どもの将来への不安が認められた. Zubin¹⁹⁾が指摘するように精神分裂病者は生物学的脆弱性をもっているため, これらの精神分裂病の親の不安はカウンセリングによっては容易には改善しなかった. 症例 1 ではその不安が嵩じて子どもが警察官からいじめられているという被害妄想まで出現した. これらの不安や妄想は子どもの不登校に悪影響を及ぼし, 不登校をさらに固定化してしまった. したがって初期を過ぎても, 子どもの不登校は親の不安を増悪させ, 親の精神症状と子どもの不登校の症状は相互に悪循環を与え合う関係にあった.

以上のように子どもが不登校になると精神分裂病者の症状は悪化し, 子どもの不登校はさらに長期化し, 相互に増悪するものと考えられた.

2. 精神分裂病の親をもつ不登校児の治療環境について

現在増加している不登校の治療的援助にあたっては, 学校や家庭が協力しながらおこなわれている. 学校の役割も大きい, 家庭の役割も重要である. その際には, 一般的には家族が協力して子どもの対応にあたっている. しかし本研究の 5 例では, 家族関係や夫婦関係が悪く, 十分な不登校児のための治療環境が得られなかった.

まず家族関係を検討してみる. 精神分裂病の基本症状は意欲低下や情意鈍麻などの陰性症状であるが, 症例 4 と症例 5 では母親ではその精神分裂病の陰性症状が強く, 家事ができなかった. その病気による症状を姑が怠慢として捉え家事一般を姑が補ってはいたが, そのことによって嫁姑葛藤が出現していた. その嫁姑葛藤は不登校児にも影響し, 姑は不登校児に甘く接したり, 姑はカウンセリングにも訪れないように治療環境が悪かった. また父親不信がある症例 1 と症例 2, 父親不在の症例 3 では, 不登校児が父親を信じておらず, 不登校児を援助していくためには家族関係は治療環境としては良くはなかった.

つぎに不登校児の両親の夫婦関係を検討してみる. 一般に精神分裂病の夫婦が離婚しやすいことは定説となっているが, Birtchnell²⁰⁾によると精神分裂病の夫婦は結婚しているときにも夫婦不和を起しやすくと指摘している. 症例 1 では夫に子どもの不登校の契機に関して被害妄想があり, 症例 2 と症例 3 では夫に婚外交渉があるために夫婦不和の状態にあった. 子どもにカウンセリングを施行すると, それらのことに対しては不登校児も気づいた. Rutter¹⁶⁾が精神分裂病者

の夫婦不和は子どもに影響すると指摘しているように、子どものカウンセリングをすすめていく上でもこのことは治療環境としては悪かった。つぎに夫婦カウンセリングのときにも、症例1では夫婦のけんかが絶えなかったし、また夫が婚外交渉をしている症例2と症例3では夫はカウンセリングにも訪れようともせず、両親が協力して不登校の対応にあたれなかった。

以上のように精神分裂病の親をもつ不登校児の治療環境は物理的に悪かったが、子育てが母親に依存している現在では、患者が母親である場合には治療環境は心理的にも悪かった。本研究では5例中4例で母親が精神分裂病であったが、Cohler⁵⁾の指摘では、精神分裂病の母親は正常者に比べて注意障害があるという。したがって子どものこころの変化を母親が心理的に受けとめてやることはなかなか可能ではないと思われた。このことは母親に責任があるのではなく、精神分裂病という病気が母親の子育てを歪ませているのだから、母親のみを責めることはできないと考えられる。

以上から精神分裂病の親をもつ不登校児は、物理的にも心理的にも治療環境に恵まれているとは思われなかった。

3. 治療的援助の課題について

親が精神分裂病である不登校児は、Rodriguez¹⁵⁾が指摘するように不登校が長期化しやすい。本研究の不登校児も同様であったが、精神分裂病の親をもつ不登校児のすべてが長期化するとは限らない。中には良好の経過をたどる症例や、逆にhigh risk childのように精神分裂病が発症して不良の経過をたどる症例もあると思われる。しかし本研究のように50日以上の不登校期間が先行し、親が精神分裂病である不登校児は長期化する可能性が強いと思われる。治療的援助の視点から見れば、親が精神分裂病である不登校児では、親の精神症状と子どもの不登校が相互に悪循環を起こしたり、治療環境の悪さが出現するので、家族内にキーパーソンを設定できにくい。そこで精神分裂病の親をもつ不登校児の治療的援助の課題としては、不登校児に直接的に治療的接近をすることが重要になってくる。

Rice¹³⁾は精神分裂病の子どもは親元を離れて養育されることも必要であると指摘しているが、引きこもりの強い不登校児が親元を出て宿泊療法などを受ける可能性は初期には低い。そこで本研究では5例ともに大学生の訪問カウンセリングを施行した。緒方⁸⁾は準専門家である大学生には①学業を教える教師的役割、②同一化モデルとしての心理発達の役割、③カウンセラーとしての心理療法的役割、④家族に変化をもたらす家族療法的役割の4つの役割があり、不登校児には効果があると指摘している。本研究の不登校児たちもそれらの役割を持つ大学生によって、再登校はしなくても引きこもりは解消され、活動性が亢進した。普通の不登校児にも準専門家としての大学生の役割は治療的援助には大切であるが、Weintraub^{17,18)}が指摘するように親が精神分裂病である子どもは引きこもりがちになるので、そのような治療的援助はさらに重要であると思われた。

つぎに治療目標の課題である。本研究では筆者、ケースワーカー、大学生の3者による訪問や、家族カウンセリングなどの多面的援助をおこなったが、再登校は来されなかった。すでに述べたがRodriguez¹⁵⁾が指摘するように親が精神分裂病であることは不登校が長期化する一因であるので家族にとっては再登校を促すような指導はひかえるべきであると思われた。夫婦関係や家族関係が悪化しがちの精神分裂病の家族では、再登校を治療目標とすると最終的には患者である親の再発を招きやすくなると思われる。

つぎに本研究のように多面的な援助を長期的に続け、子どもの活動性がでてきた時期には、

Rice¹³⁾が指摘するように子どもを親から切り離すことも今後はひとつの治療的援助法になると思われる。一般的には不登校の治療としては、家族を援助資源とすることが大切であるが、分裂病の親を持つ不登校児では援助資源としないこともひとつの選択となると考えられる。

以上、精神分裂病を親にもつ不登校児の治療的援助をおこなった経験からその困難さを報告してきた。しかしその困難さを十分に熟知しながらも、それらの不登校児や家族に対して今後も継続的に援助を続けていくことは、教育的にも医学的な視点からも重要であると思われた。

文 献

- 1) 相川勝代 (1983)：登校拒否についての臨床的研究。長崎医誌, 58：321-342.
- 2) 荒尾一正, 江上昌三, 村山英一 (1985)：両親を精神分裂病症にもつ不登校同胞例。精神経誌, 87：487-488.
- 3) Birchnell J, Kennard J(1983)：Marriage and mental illness. British Journal of Psych-iatry, 142：193-198.
- 4) Brown GW, Birley JLT(1968)：Crisis and life changes and onset of schizophrenia. J Soc Behav, 9：203.
- 5) Cohler BJ, Grunebum HU, Weiss JL, et al(1977)：Disturbance of attention among schizo-phrenic, depressed and well mothers and their young children. J Child Psychol. Psychiat, 18：115-258.
- 6) Gottesman II(1991)：Schizophrenia genesis. W. H. Freeman and Company. New York.
- 7) 文部省 (1992)：登校拒否 (不登校) 問題について。
- 8) 緒方明 (1995)：「ふれあい心の友」による不登校への治療的接近。精神科治療学, 10：405-411.
- 9) 緒方明 (1995)：精神分裂病の親をもつ不登校児 5 例の検討。九州神経精神医学 41：143-148.
- 10) 大平健 (1979)：High-Risk Study. 精神医学, 21：697-704.
- 11) Ozaki T, Sasaki T (1984)：Clinico-genetic study on school refusal. Bull of Osaka Med Sch, 30：96-109.
- 12) Prichard C, Richard I(1974)：The family dynamics of school phobics. British J of Social Work, 4：61-94.
- 13) Rice EP, EkdahlMC, Miller L (1971)：Children of mentally ill parenats. Behavioral Publications, New York.
- 14) Rodnick EH, Goldstein MJ(1974)：Premorbid adjustment and the recovery of mothering function in acute schizophrenic women. Journal of Abnormal Psychology, 83：623-628.
- 15) Rodoriguez A, Rodoriguez M, Eisenberg L(1959)：The outcome of school phobia：A follow-up study based on 41 cases. Am J of Psychiatry, 116：540-544.
- 16) Rutter M, Quinton D(1984)：Parental psychiatric disorder：effects on children. Psychological Medicine, 14：853-880.
- 17) Weintraub, S, Neale JM, Lieber DE(1975)：Teacher rating of children vulnerable to psychopathology. Am J Orthopsychiatry, 45：839-845.
- 18) Weintraub, S, Prinz RJ, Neale GM(1978)：Peer evaluation of the competence of children vulnerable to psychopathology. J Abnorm Child Psychol, 6：461-473.
- 19) Zubin J(1992)：Vulnerability to relapse in schizophrenia. Br J Psychiatry, 161：13-18.