

思春期精神疾患の回復過程における保健室登校の意義について —拒食症の治療経験から

花 澤 寿

千葉大学・教育学部養護教育

Hokenshitu-toukou in the recovery process of anorexia nervosa

HANAZAWA Hisashi

Faculty of Education, Chiba University, Japan

回復過程において保健室登校の時期を経過した拒食症の症例を検討し、保健室登校の意義について思春期精神科臨床の立場から考察した。拒食症患者は発症とともに退行し、同年代の子との心理的発達段階に乖離が生じるため学校適応が一般に困難になる。回復過程において、家庭から学校社会への再適応が課題となるが、その際保健室登校が重要な意味を持つてくる。症例においては、母親手作りのお弁当を保健室で養護教諭と一緒に食べることがきわめて治療的な意味を持ち、これは「守られた環境での母親と2人の食事の、学校内における再現」と意味づけることができた。思春期精神科疾患の回復過程において保健室登校が有効に機能する要因として、保健室が学校内で唯一非社会的空間として機能しうることと、母性的であり、かつ子どもからみて対象恒常性を保ちやすい存在である養護教諭の特性が考えられた。

キーワード：保健室登校 (Hokenshitu-toukou) 拒食症 (anorexia nervosa)
思春期精神医学 (adolescent psychiatry) 精神病理 (psychopathology)

はじめに

「保健室登校」とは、児童・生徒が登校後から下校までの時間を、保健室であるいは保健室を主たる居場所にして学校での生活時間を過ごす状態をいう³⁾。その際、保健室で過ごす時間には養護教諭との何らかの関わりがもたれることが前提となる。日本学校保健会の調査では、2006年度の保健室登校の生徒数は5年前に比べ小中高校とも増えており、特に高校では2倍になったという¹⁾。保健室登校については、その積極的意義が注目される一方で、単なる甘え、あるいは逃避として現場の教師から否定的にとらえられることもあり、教育的な意義について統一的な見解には至っていないのが現状である³⁾。本稿では、思春期精神科臨床の立場から、保健室登校の積極的意義について検討を試みる。具体的には、回復過程において保健室登校が大きな意味を持った拒食症の症例を提示し、保健室および養護教諭が保健室登校という形態を通じて果たす役割について、思春期精神科臨床の立場から精神病理学的に考察を深めたい。

なお、拒食症 (anorexia nervosa, 神経性無食欲症。本稿では以下拒食症で統一する) は、病前はむしろ適度の高かった思春期の女子が、ある時期から極端な不食状態となりやせが進行していく思春期の代表的な精神疾患の一つである。身体的、及び心理的要因によりしばしば不登校状態となり、回復過程においては保健室登校の時期を経ることが多い。

I 症例呈示

以下に呈示する症例については、本稿の論旨を損わない範囲で改変を加えてある。

症例 A子 初診時 12歳 女兒

〔家族構成〕両親 (自営業) 2人同胞の第1子 (2歳下に妹がいる)、父方祖母

〔既往歴〕特記すべきことなし

〔現病歴〕幼児期はわがままを言わないよい子だった。もともと食が細く、小学校入学後給食を全部食べることはほとんどなかったという。母親はA子が乳児期より常勤職として働いており、A子らの主な養育者は父方祖母であった。A子は家族の中では、同居していた父方叔母に一番なついていたという。小2まで指しゃぶりがみられた。同年齢の友人はなく、妹やその友達と遊ぶことが多かった。成績は上位。学校でもいわゆる「よい子」で、完全主義的傾向があり、自分にも他人にも厳しいところがあり、そのため同級生から疎んじられる傾向があったという。

X-2年、A子が小学校4年生の時、母が仕事をやめ、自営業 (自宅から離れた店) を手伝うようになり、帰宅時間が不規則になり週末も休みがなくなった。また、同居していた父方叔母が、10月に結婚し、家を離れた。12月末、学校で給食中嘔吐し、それからしばらく給食をいやがり、冬休みまで数日登校をいやがった。3学期になっても、腹痛を理由に欠席することが多かった。登校したときも、給食をとらなくなった。小学校5年になると、登校はするものの朝の集会や遠足、プールには全く出られず、給食もまったく食べなかった。X年、小学

校6年の4月、健診で体重35kg（身長150cm）であった。5月からほとんど不登校となり、自宅での食事も減り、体重は27～28kgにまで減少した。6月にはいると、母親のスポンをつかまえて離さなかったり、両親の部屋と一緒に寝たがったり、昼間も母親の布団にはいったまま1日を過ごすといった行動がみられるようになり、母親がいないと食事を全くとらなくなった。X年10月B病院児童精神科を初診し、そのまま入院となった。入院時身長155cm体重30kg（標準体重-36%）であった。

〔臨床経過〕入院治療においては、行動療法的技法が適用され、食事は個室で少量摂取から開始し徐々に量を増やしていった。ある程度摂食ができるようになった段階で大部屋へ移動し、臨床心理士による心理療法も開始された。担当看護師とも次第に安定した関係が成立していった。また、入院の中期頃から、入院中の同年代の女子患者とある程度交流を持つことも出来るようになった。約半年の入院期間で体重37kgまで回復し退院した。外来治療においては、母子並行面接を行った。週1回1時間の設定で筆者が母親面接を、入院時から引き続いて臨床心理士がA子との遊戯療法を取り入れた面接を継続した。退院後間もなくA子は中学校に入学した（X+1年4月）。自宅では、母親と2人であれば食事をとれていたが、学校では給食はまったく食べようとしなかった。そのため、母親が毎日弁当を作るようになった。自分では持って行こうとしないため、母親が昼までに学校に届けるようになった。それもクラスでは食べられず、昼だけ保健室に行くこととなったが結局食べず、家に持って帰ってきて食べる日が続いた。

4月後半、学校で「ばいきん」などと言っていじめられ、登校を渋るようになり欠席もみられたが、5月の連休明けより保健室登校の形で毎日登校できるようになった。そのころから弁当も保健室で食べることができるようになってきた。ただし、養護教諭（37歳。中2の娘がいる）と一緒にいてくれないと食べられなかった。一方、家では食への抵抗ほとんどなく、むしろ7月ごろから軽度の過食傾向がでてきた。夏休みは常に母親と一緒に過ごしていた。2学期にはいると、保健室の常連である同級生2人と仲良くなり、教室で過ごせる日が増えてきた。教室では殆どその2人と行動を共にし、集団での行動はできなかった。

10月中旬、学校でA子が保健室でしか昼食を食べられないのが教師の間で問題とされ、相談の結果、保健室から教室への移行のため次のような方針がたてられた。弁当は母が届けるのをやめA子に持たせること。養護教諭だけでなく、数人の先生が交代でA子と一緒に昼食をとること。慣れてきたら教室で食べさせること。この方針が実行されると、A子は、その後ほとんど弁当を食べなくなってしまった。X+2年2月中旬からは、家でも母親が帰宅するまでいっさい食事をしなくなり、体重も減少傾向となった。

担任教師から、筆者に学校での対応について指導を求められ、電話および手紙で、A子の心理状態と保健室で養護教諭と食べることの積極的意味などを説明した。その結果、3月上旬より再び母親が弁当を届け保健の先生と食べるという形に戻すこととなり、その後摂食状況は

改善した。臨床心理士との関係は一貫して良好で、通院には積極的であった。治療内容は、入院中から行っていたplay therapyの延長でゲームや手芸をしながら話をするのが主であった。また、ほとんど毎週、自分の愛読書の1冊を選び、心理士に貸すのを楽しみにするようになり、その話を面接ですることも多かった。

4月、中2になってからは毎日教室で過ごすようになり、昼を教室で食べない以外大きな問題なく、体重も徐々に増加していった。9月、14歳の誕生日に初潮を向かえた。この時身長162cm、体重45kgであった。月経に対してのとまどいや抵抗は見られず、安定した状態が続き、翌年には志望高校に進学した。食事も学校でとれるようになり、新たな友人もでき学校適応にも特に問題は生じることはなく、治療終了にいった。

Ⅱ 考 察

1. 症例の発症過程について

小学校入学後、友人がいなかったこと、小学校2年生まで指しゃぶりがみられたことから、A子には幼児期および学童期の発達課題の達成に問題があったことが推定される。おそらく、母親からの分離個体化のプロセスに問題があり、その後の家庭外における同年代の友人形成という課題を達成する準備が整っていなかったのであろう。「指しゃぶり」には、移行対象の遷延化という側面があったと考えられる。そんなA子が示していた「よい子」ぶり、完全主義傾向は、周囲の同年代の子との発達のずれや、母からの分離不安を防衛するものであったと考えられ、これは、拒食症の子で一般に指摘される病前の過剰適応傾向⁵⁾と一致する。

発症の契機となったのは、母親の仕事の変化による接触時間の減少と、母親代わりの依存対象の側面を持っていた叔母の結婚であった。二次性徴が発現し始めていたかはさだかではないが、一般に小学4年生は女子の場合前思春期にあたり、比較的平穏な学童期の終焉、それに続く第二の分離個体化の時期の予感を子供が感じ始める時期である。もともと発達課題のやりのこしを抱えていたA子にとって、この時期に母親との接触時間の減少と母親代理者との別れは、発症の契機となるに十分な分離体験となったと考えられる。初期に見られた嘔吐や腹痛は、身体化症状と考えられ、これが徐々に拒食へと形を変えていったのであろう。単純な身体化に比べ、拒食は成長期の子供が栄養をとらないという意味でも、またそれまで「よい子」であった子が積極的に親の意に背く行動をとるという意味でも、保護者に与える動揺が大きく、親の注意はいきなり子供に向くことになる。その上でA子にはあからさまな退行現象がみられているのであり、ここに拒食ともに退行し、親への依存を強めることによって無意識的に発達課題をやりなおそうとする拒食症のもつ一般的特徴⁶⁾が現れている。

2. 臨床経過・回復過程について

退行の進行によって、自我機能の水準は同年代の子と乖離していくこととなる。したがって、通常の学校生活を続け同級生と対人関係を結ぶことは困難となるのは必

然の過程である。そしてA子は、母親に密着し、文字通り甘えていく。しかし、10歳の娘が拒食し、がりがりにやせた状態で乳幼児のごとく甘えてくることを母親が適切に受けとめることは通常きわめて困難である。適切に受けとめられない甘えの欲求を、A子はさらに拒食し退行することで表現することとなり、拒食とやせは際限なく進行していく。この悪循環を立ち切り、A子を身体的に保護し、母親に余裕を取り戻してもらうために入院治療という介入が必要であった。入院中は、本来母親に向けられるべき甘えの欲求が、一時的に看護師や女性臨床心理士に向けられていく。構造化された治療環境と専門的知識、経験により、看護師や心理士は適切にA子の甘えを受けとめ、発達促進的な2者関係を形成することができたと考えられる。

入院治療によりA子の拒食症の進行は停止し、回復過程に入ったが、退院時点でA子の自我水準はまだ同年代の子と社会的関係をとるところまでは至っていない。むしろ、依然母親との間の2者関係において、必要な発達のやりなおしをしていくことが主な課題であったと考えられる。したがって、中学校に入学はしたものの同級生との関係は作れず、母親以外の他者と社会的場面で食事をとることも不可能であった。

母親が弁当を作り、それを母親自身が学校に届けることをA子が求めたこと、食べずにもって帰ってくることがわかっていても母親がそれを続けたことには大きな意味があったと考えられる。へその緒でつながっていた母子が、肉体的に分離した後は授乳でつながり、離乳期には母が子に食べさせるという形でつながっていく。その後子どもは家族集団の一員としての食(共食)に参加できるようになる。つまり、母親が提供する食事は、本質的な意味で母親が子に提供する保護の象徴であり、母子2者関係における食の段階を経ることなしに子は共食の世界に入って行くことはできない²⁶⁾。学校で給食を食べるということは、まさに社会的場面での共食の世界への参入を意味する。この段階にまだ到達していなかったA子にとって、母親によって届けられる母親手作りのお弁当は、象徴的には「へその緒」の延長としての意味を持ったのではないだろうか。やがて、そのお弁当を保健室で養護教諭と2人の状況であれば食べられるようになったことは、「守られた環境での母親と2人の食事の、学校内における再現」と意味づけることができるだろう。母親から養護教諭にお弁当は手渡されていた。お弁当とともに、養護教諭は母親の役割をも一時的に手渡されていたのである。保健室で、母親とそう年代の変わらない女性である養護教諭と過ごすことが、A子にとって家庭と学校社会の中間段階としてうまく機能したといっていだろう。この、養護教諭との安定した関係を基盤に、A子は徐々に人間関係を広げ始めることができた。同年代の、それもやはり保健室の常連であった女子は、A子にとって同一化しやすい対象であり、その友人関係は思春期的な「親友」というより、学童期の友達関係に近いものであったと考えられる。

この時期に、学校側によって行われたA子を教室に戻すための試みは、明らかに時期尚早であった。せっかく安定した関係を形成していた、しかも母代理者という側

面も持つ養護教諭の代わりに、日替わりで他の教師と過ごさせられることは、A子にとって象徴的には強制的な母子分離と体験されたはずである。これに反応して病状が後戻りしたことは当然であったと考えられる。しかしA子はすでに順調な回復過程に入っていたのであり、筆者の介入によって学校での体制がもとに戻された後は順調にA子の発達のやりなおし過程は進行していった。高校入学後は拒食症としての症状は完全に消失し、母子関係も安定し、同年代の友人関係も広がっていったことから、この時点ではほぼ他の子と同じ心理的発達水準に達していたと考えてよいだろう。

3. 退行からの再生過程に果たす保健室登校および養護教諭の役割

児童・思春期は、心理的発達の途上であり、その過程で大きな障害にぶつかり、それ以上前に勧めなくなった子どもは、時に退行という形で自らを守ろうとする。退行とは、「ある時点において、それまでに発達した状態や機能あるいは体制が、それ以前のより低次の状態や機能ないし体制に逆戻りすること」と定義される⁴⁾。それまでの発達過程において、発達課題になにかやり残しがある場合その傾向は強くなると考えられる(精神分析学における固着点への退行)。一方、学校は通常、ほぼ同程度の発達水準にある子どもたちに集団で教育を行い、さらなる発達を促す場である。したがって、退行状態になった子がそこに適応することは原理的に困難となる。再適応のためには、いったんその集団から退避し、保護的な環境(母子関係を中心とした家庭)の中で発達過程をやりなおす必要がある。拒食症は、そのような過程をたどる典型的な例といつてもよい病態であるし、ひと括りにはできないが不登校の多くの例にもあてはまる。

退行状態にいたった子が、治療的な介入により母子関係を再構築し回復過程に入ると、学校への再適応が課題となる。その際しばしばみられるのが保健室登校という段階である。

再適応の過程に果たす保健室登校および養護教諭の役割、意義について以下検討する。まず、保健室の持つ保護的な性格がある。保健室は、学校という社会における、唯一の非社会的空間であり、そこには、集団生活のプレッシャーも、教師による評価もない。母子関係は安定したものの、同年代の子達や教師と社会的関係を結べる段階に至っていない子にとって、保健室は学校にいながらその困難な課題と直面しなくて済む保護的な空間となる。その中で時間をかけて子どもは発達課題の再達成を図ることができるのである。次に、養護教諭という存在の持つ意義がある。養護教諭は、児童生徒の心身の健康を見守り増進させることを大きな役割とした(實際上100%)女性教諭であり、もともと母性的な存在である。しかも学校内で多くの場合唯一の存在であり、他の教師と異なり基本的に常に保健室という定まった場所にいる。心理的に不安定な子にとって、輪郭のはっきりした(対象恒常性を保ちやすい)適切な依存の対象となりやすい性格を持っている。症例で示したように、養護教諭は家庭内の母子関係から社会的関係へと子どもが再び出て行く際に、学校における母親代理という役割を担いつつ、

学校に所属する教諭という社会的側面を兼ね備えた存在として、学校適応の橋渡しという重要な役割を担うことになるのである。さらに、子どもが教室に復帰した後も、保健室および養護教諭が常に学校内の同じ場所に存在し続けることにも大きな意義があると考えられる。集団への再適応の過程で子どもが疲れたら、あるいは再び挫折したら、いつでも帰って行ける場所として保健室と養護教諭は子どもの心の中に存在し続けることができるのである。いわば再適応の過程を支える補給基地の役割である。たとえ実際には保健室を利用することがなくても、そのイメージが子どもの心に存在しつづけること自体に意味があると考えられる。

おわりに

多くの場合、保健室登校の子に対応する養護教諭は、本稿で述べたような役割をことさら意識することなく果たしているのではないだろうか。そのため、自らの果たしている役割について過小評価してしまう可能性がある。しかし、症例で見られたように保健室から教室へと進ませるには、その子のその時点における心理的な発達段階、

回復段階をみきわめた対応が重要であり、そのためには養護教諭は自分とその子の関係にある程度客観的に見つめ、その意義を評価する必要がある。そして、学校の教師全体に対して、保健室登校の持つ積極的意義を認識し、共有できるような働きかけをすることも大切な役割となると考えられる。

文 献

- 1) asahi.com 2008年6月30日 <http://www.asahi.com/edu/news/TKY200806300089.html>
- 2) 下坂幸三 岩波講座精神の科学5 食・性・精神概説
- 3) 数見隆生 藤田和也編 保健室登校で育つ子どもたち 農山漁村文化協会 2005
- 4) 縮刷版精神医学事典 弘文堂 2001
- 5) 花澤寿 神経性無食欲症(制限型)の治療 精神科治療学 20 681-686 2005
- 6) 花澤寿 摂食障害における過食の病理性について 「共食」との関係からの考察 千葉大学教育学部研究紀要 第56巻 257-260 2008