

昭和54年度 臨床相談技術共同開発事業報告〔Ⅲ〕

臨床相談の効果測定

—その1— 児童相談機関における登校拒否児の指導と治療

<研究班長>

東洋大学教授 田村 健二

<共同研究者>

神奈川県中央児童相談所

所長 箕原 實
 所員 久喜 邦利・小原 勉
 黒部 一允・浜野 辰子
 坂本 正路・太田 栄一
 岩 渕 紀子(現神奈川県労働相談センター)

千葉県市川児童相談所

所長 仁科 義数
 所員 高橋 宣昭・江畑 芳保
 藤田 政義・高橋 力
 柏女 霊峰

国立精神衛生研究所心理研究室長

山本 和郎

大妻女子大学専任講師

松本 寿昭

I 児童相談所における処遇の効果測定

(1) 児童相談所の動向と指導・治療の効果測定

1. 児童相談所の重要性——本研究は、いうまでもなく児童相談に関する研究である。今日、児童相談は、公私の医療、教育、司法、福祉の分野でさまざまに行なわれているが、地域と施設のあいだにあって、最も総合的な専門機関といえ、全国158か所、職員数4,300名、年間受付件数25万2,000件(昭和54年)を数える児童相談所をおいてない。そこで、本研究では、日本の児童相談の中核をなすこの児童相談所を中心に据えて、その他の公私の研究所と相談所を研究支援機関として、配することとした。このことは「特殊な研究所や相談所だからできるのであって、第一線の現場である児童相談所には適用できない」とする誇りを排さんがためであり、また事実、全国の児童相談所で適用され役に立つものでなければ、社会的な意味はそれほど大きくないといえよう。

2. 児童相談所の動向——ところで、児童相談所は昭和23年の発足以来、児童相談の総合機関であるがゆえに、時代の社会的ニーズに大きく対応しゆさぶられてきた。一例をあげれば、第1表の通りであり、ここにも戦後の養護・非行対象から育成、そして心身障害対象への量的重点の移り変わりをみることができる。

第1表 全国児童相談所相談内容別受付件数の割合の推移

	総件数	%	養護	非行	育成	心身障害	その他
昭和35年	222,711	100.0	16.0	26.2	30.1	18.3	9.4
45	256,347	100.0	12.5	13.1	34.5	30.3	9.6
53	251,771	100.0	11.9	10.0	26.9	45.5	5.7

児童相談所は、そのときどきの十分とはいえない組織と関係社会資源のもとで、それでも精一杯管轄地域のニーズに応え、ケース処理をしてきたのである。その処理

別割合の推移は、第2表の通りであり、訓戒・誓約、児童福祉司指導、その他（社会福祉専事・児童委員指導、家庭裁判所送致等）といった方法は漸減し、里親・保護受託者委託、児童福祉施設入所、国立療養所委託といった委託・入所はさして変わらず、増えたのは面接指導1

回の漸増と、とくに2回以上の大きな伸びである。この面接指導は一貫して処理別割合の大部分を占め、最近はその濃密化、つまり臨床相談の方へ次第に重点が移動しつつある、といえるかもしれない。

第2表 全国児童相談所処理方法別件数の割合の推移

(%)

	総 数	訓戒・誓約	児童福祉 司 指 導	里親・保護 受託者委託	児童福祉 施設入所	国立療養 所 委 託	面 接 指 導		そ の 他
							1 回	2回以上	
昭和35年	100.0	6.9	5.3	0.9	9.7	—	(助言指導) 58.5		18.7
45	100.0	3.7	3.1	0.4	10.3	0.6	57.6	9.1	15.2
53	100.0	1.9	2.2	0.4	10.0	0.4	58.3	15.6	11.2

3. 児童相談所への期待——今日でも児童相談所の現実、従来からの行政業務に追われることが多く、例えば、相談内容別の半ばに迫っている心身障害相談についても、障害児の全教育にあたっての判定依頼の処理に忙殺されることが多い。むろん、こうしたことも、現在他に代わる判定機関が不足している限りやむをえないともいえるが、児童相談所は本来、単なる調査、判定、委託・入所の仲継、仕分け機関ではないはずである。児童相談所は、管轄地域の児童の福祉に総括的責任を負い、調査、判定を駆使し関係機関を活用資源として、児童相談所自らが主体的に児童問題の解決・治療、復帰、そして予防に取り組むべきものであろう。指導とか治療、一時保護の意味も、こうした内容が核心であり、それはまた、個別ケースとともに、広く地域一般の児童とその保護者について調査し判定し指導すべき地域対策活動をも含めるべきものと、考える。したがって、単にケースが処理され流れていくのでは、すまないものがそこにあり、また、当然に社会からの期待やニーズも、単なる行政的ケース処理にはとどまらないはずである。

4. 児童相談所の今後——こうなると、当然指導・治療（一時保護を含む）の結果について、その処遇の当否と責任が問われることになる。こうして児童相談所は、行政処理から結果が問われる広義の臨床処遇へ、個別処遇から地域処遇へ、事後処遇から予防処遇への道へ歩み出すこととなる。

5. 本研究との関係——本研究は、こうした方向を視野に入れながら、児童相談所の専門性の向上のために、まず、臨床処遇というか、指導・治療の個別的ないし集団事例を通して、その効果測定を行おうとするものであ

る。直接の事例担当者、そしてその背景にある児童相談所の全職員、設備、組織、予算、そして、関係機関や地域との関係も、全体として考慮しておく必要がある。

(2) 事例による相談・指導の効果測定

1. 対象事例＝登校拒否児——対象事例の選択については、研究協力の児童相談所にお委せしたが、いずれも登校拒否児を選ばれた。この登校拒否児は、第1表のうちの育成相談に、しつけ・性向・適性・就学とともに長欠の相談として含まれているものである。おそらく他の養護、非行、心身障害の相談は、児童相談所以外の諸機関が大きく関連しており、それらの機関にまたがって効果測定をするのは、研究の第一段階としては容易でなく不適当なためであろう。また、それらは児童相談所の臨床的指導・治療では、限られた18歳未満の年齢のあいだに、効果をうんぬんすることが困難な重症性や家庭崩壊を含むからであろう。さらに、育成相談中のしつけ・性向・適性・就学の相談は、比較的軽い問題で、面接回数も少なく、臨床効果をあとづけるほどの過程がないことによる。

こうして、研究の第一段階として、児童相談所がほぼ単独に中心となって、児童相談所内の各部門がかなりの臨床機能を傾注し、かつ、相当の効果もあげている登校拒否児の指導・治療が選ばれたと思われる。しかし、これについて一定の研究成果があげられた後には、上記の他の対象分野についても、一つ一つ効果測定を拡大していくべきは当然である。とくに、児童相談所が今後も大半の処理を第2表のように1回面接の指導で行っていくのであれば、この1回面接の効果測定も重要なことと考えられる。なお、登校拒否児の処遇は、家庭、学校など

地域への展開があり、また、公私の他の相談所との比較研究もしやすく、好適である。さらに、登校拒否児の処遇の中には、育成、養護、非行、心身障害の処遇の要素も多かれ少なかれ含まれていると、思われる。

2. 効果測定の重点対象——登校拒否の原因には、こうした児童を生む過程要因と直接の動機要因とがある。過程要因が大であるときは、動機要因は見当らない、あるいはほんのささいなことで登校拒否が生じるし、過程要因が小であるときは、動機要因が大でなければ登校拒否は生じない、と考えられる。現在までの研究事例をみると、登校拒否児のほとんどは、前者の過程要因に主たる原因をもっているようである。そして、過程要因は主として家庭の親子関係につくられ、動機要因は主として学校生活にあるようである。

そこで、効果測定の重点対象は、当の児童と、親ないし家族関係、ならびに児童相談所の処遇となり、併せて学校など地域関係が対象とされることになる。

① 児童の把握……児童相談所が従来最もインテンシブにかかわり、関心を集中したのは、その看板と児童福祉法にあるように児童であった。しかし、この児童の把握は、例えば従来量質ともに最もよくなされていると思われる心理検査にしても、そこに何か問題なり特性なりが客体的にあるかどうかを示しているだけで、その検査結果をも生じさせた児童の素質的、生活的背景、そして、児童の主体にとっての意味と価値づけ、重みへの深い把握にまでは、いたらないことが多かった。遊戯療法にしても、客体的な行動観察にとどまって、児童の主体に対する把握やかかわり、治療にまではいたらないものが多かったと思われる。その他、児童の主体への把握は、職員各人の経験に基づく解釈（仮説）に、全面的に委せられてきたように思う。

むしろ、人間の個性ある主体的生活を客観的に十全に把握しうる方法はなく、また、その人間についての資料をどんなに積み重ねようと、最後は解釈によらざるをえない。そして、この解釈は、外部から職員が一方的、恣意的に行うものではなく、その人間の本心の表現による自らの主体の解釈と、共働して行うべきものであろう。成人の場合は、むしろ自らの主体の解釈を中心とし、その正しい解釈（洞察）がなされるよう職員は支援することになる。児童の場合は、年齢やパーソナリティにもよるが、児童にできるだけ本心を表現しやすくし、そこでの主体的な意味、価値づけ、重み、そして児童なりの解釈をさせて、職員はこれを支援し、足らざるを補って解釈を完成させるべきであろう。

しかし、いずれにしても、この解釈は仮説であって、

妥当性をもつかどうかは、その後の現実生活において、その仮説に基づいたある働きかけ（作業）がなされ、予期したような結果を生むかどうかにかかっている。実際には、解釈の仮説→作業仮説の検証→解釈の仮説と作業仮説の修正補足→検証といった過程を繰返し、最後に、一定の仮説に基づいて予期するような（好）結果を繰返しえられることによって、客観的にも日常生活に差支えない正しさ、つまり妥当性と信頼度をうることになる。そして、この過程が、とりもなおさず、まさに臨床の過程であり、その把握のしかたなのである。仮設的判定・診断（study）からケースの成功による最終的な確定診断（diagnosis）への道ともいえる。

児童相談所の専門性の向上とは、まさに内には、こうした臨床過程の眼を養い、そのきびしい現実の効果測定に耐えられる能力を積み、外には、問題解決、ケース成功、そして予防の社会的ニーズと期待に応えられるところにある。なお、とくに登校拒否児をどのように把握するかについては、後述したい。

② 親ないし家族関係の把握……登校拒否児を始め多くの問題児童の真の原因が、親ないし親のつくる親子・家族関係にあると思えるのに、従来一般に児童相談所が、これへの把握と働きかけにやや不足がちであったのは、不思議な気がする。判定基準や分類・程度の区別にしても、児童ほどには、親や家族関係にはなされていない。いわば、多くの問題児は真の原因である親や家族関係の症状のようなものであり、症状も凝り固まると重症化するから放っておけないが、こうした対症療法のみで力を注ぐより、真の原因の親に対する根治療法の方が、より早く、より大きな効果をもたらすように思える事例が少なくない。

なおまた、児童相談所は、児童福祉法にあるためか、親を児童の保護者という面からのみ見る傾きがある。「保護者として、もっと児童のことを思いやってほしい。保護者として不適切なやりかたを自覚させ、もっと児童に適切に接するようにさせたい」ととどまりやすい。ほとんどの問題児の親は、保護者として児童への関心が不足し、また適切な接しかたをしていないことを、自ら多かれ少なかれ知っている。問題は、その先きにある、なぜ親がそうできないのかの、まさに親という人の辛く重い人生に問題があるのである。したがって保護者としては、保護者として対さずに、むしろひとりの人生の問題として把握し対応した方が、より適切であり効果もあげられると思う。その意味では、職員も児童も親も教師も関係機関も、皆がひっかかる児童相談所の名称と法律を、むしろ実態に即応して、より効果があがるよ

う「家庭児童相談センター」と改めた方がよいように思う。なお、とくに登校拒否児の親ないし家族関係の把握については、後述したい。

③ 児童相談所の処遇の把握……おそらく児童相談所の処遇記録は、児童次いで親の記録がかなり詳細にとられ、処遇者側の働きかけや処理については、簡単な要約か結論的事項しか記されていないものが多いと思う。処遇の把握についてまず欲しいのは、児童なり親なりがどのような言動をし、処遇者がそれについてどう感じ、どう思って、どのような言動の反応をしたか、そして児童なり親なりがまたそれに対してどのような言動をしたか、の一連の処遇記録である。そのさい、児童なり親なりの言動と、それについての処遇者の感じ、思い、判断は、ぜひ峻別して記載してほしい。効果測定のプロウ・データとして、客観的な言動と処遇者の主観的な思いは、区別してとる必要があるからである。

児童相談所の処遇者は、それぞれに数多くのケースを体験してきており、経験としては、こういう要因や条件があってこのケースは成功し、あるいは失敗したという思い出を積み重ねていよう。それは貴重な経験で多分に正しいと思うが、もう一度プロウ・データに戻って、自分以外の眼を含めて子細に見直し分析することは、多くの発見をもたらし効果測定に資することになる。ケースの真の原因や中心問題は何だったのか、それに対して処遇は適切であったかどうか、そしてその結果ケースはどこがどのように変化して成功したのか（あるいは変化せずに、またはマイナスに変化して失敗したのか）を明確化する。こうして明確化されたケースが積み重なっていくと、そこに真の原因や中心問題にある類別化が可能となり、その類別化されたケース群については、どのような処遇が必要であり効果的であるかが、明らかとなっていく。

同時に、最初の問題状態と最後の成功状態についても、多くのケースから現実的に、あるいは現実ケースからの理想型として、あるグレードをつけられるかと思う。あとは、この両端をつなぐ処遇のプロセスを解明して、より効果的な処遇方法を見出していけばよいことになる。むろん、ここでも仮説検証による妥当性と信頼度の向上が必要である。

こうした一連の効果測定の研究は、研究自体あるいは研究成果が、処遇者の専門性の向上に役立ち、広くスーパービジョンや研修においても、どこをどう押えればよいかの、明確化した指針を提供することにもなる。またケース処遇の終結の基準も、現在の措置(解除)、当面の問題の解決、親の意志等と対応して、より明らかなも

のとされよう。

④ 地域関係の把握……児童相談所と地域とのつながりは、従来ケースについての訪問調査・連絡、在宅指導が主であって、最近散発的に巡回相談やキャンプ等による集団指導・訓練・治療、親を中心とする研修会などが開かれている。いわば、ケースに関する線としてつながりはなされているが、地域一般に対する面としてのつながりは、まだ試験的段階で体系化されているとはいえない。児童相談所の人員、設備、予算、組織上も、地域一般にはっきり志向されたものは少ない。将来は、コミュニティ・ワーカーを中心として、まず各課から定期的に活動する地域対策プロジェクト・チームを編成することが望ましい（そのための人員、設備、予算の組織上の余裕をもたせること）。

業務内容は、管轄地域における児童の福祉の調査と状況把握、一般向け啓蒙・広報、地域のオープン化されている機関や施設ならびに成人と児童のボランティア・グループのコーディネーティング・センター、問題児の発生予防（児童・親・教師・ボランティア等に対する電話・巡回相談や研修訓練、ピアカウンセリング等のネットワークの組織化）、問題児の発見・把握と児童相談所(他機関)との結びつけ、対地域集団(一時保護所やキャンプによる合宿を含む)指導・訓練・治療などである。

従来、児童相談所は、地域に対してはとかく「待ち受け」の姿勢で、熱意ある家庭、学校、機関等の要請に感じ、これにやや偏ったサービスをしてきたきらいがある。上述のような地域との把握と活動は、児童相談所が管轄地域に名実ともに積極的責任をもつセンター化することであり、そこに年度ごとの重点志向と効果測定を備えた対地域戦略も、生まれてくるものと思う。

なお、全国の児童相談所で、指導・訓練・治療・療育のためのキャンプが盛んに行われ、相当の効果をあげているときく。しかし、これについての効果測定を含む理論的研究は、まだあまりなされていないようである。

最後に、本研究の対象事例である登校拒否児の問題についても、上述のことはほぼ同様にいえて、現在は、ケース中心に児童相談所が学校等の機関と連絡しあい協力関係をもっている。この協力関係の多くは、かなりよくいっていると思われるが、相互の把握したデータや理解の交換の点では、まだ不十分のようである。

II 本研究の内容

本研究では、できるだけ全国の児童相談所に適用できるモデルとして、中央児童相談所は神奈川県中央児童相談所、その他の児童相談所は千葉県市川児童相談所を選

ばせて頂き、幸いに熱意ある協力・共同の研究を進行させて頂いている。以下、主にこの二つの児童相談所における本研究の状況を記しておく。

(1) 神奈川県中央児童相談所における研究

1. 登校拒否児の事例処遇の効果測定——ここでは、現在まで、主に受付相談員、児童福祉司、心理判定員、一時保護所指導員が処遇した、詳細な4事例の記録が多量の労力をかけて整理され記述資料となっている。これら4事例の処遇にあたっては、いずれも3か月余～2年10か月にわたり、指導・治療の回数も親子にわたり電話でのものを含めて50～70回におよんでいる。むろん、この間児童相談所職員は協力し合い、ときにチームを組んでケースにあたり、いずれも処遇効果をあげているものである。

記述資料は、いずれも次のように整理されている。まず、フェースシートとして、児童名、性別、生年月日、来所経路、受付年月日、主訴、家族状況、家族構成図、社会診断、(心理)判定がある。処遇経過としては、日時を追って、児童の処遇、親(関係者)の処遇、担当者の処遇のポイント、その他が記されている。そして、全処遇経過のまとめとして、児童、親、担当者について、それぞれ年月を追った7段階評定による状態変化のグラフと、それを生じた主要な要因・項目が記述されているのである。

2. 登校拒否児の処遇事例——以下、4ケースについて、ここで詳細に記すことはとてもできないが、後述の「(8)の登校拒否児の主な類型」に関連すると思われるところを、きわめて要約して記すこととする。

① K・Hケース(小五の女子、神経症型)……酒乱の父親から遠く逃げてきた母子家庭(5歳の妹を含む)であるが、本児は後々までこの父親におびえ、加えて生活史と夫婦関係に問題をもつ母親から、受容されずに小言の攻撃を受け、妹とも差別されて、心気症的症状や家庭内暴力を発生し、転校した小五の2学期から断続的不登校、3学期からは全欠席の状態児童相談所に来所した。

児童相談所との関係(小六の8月に約1か月一時保護)では、職員の受容的態度もあって本児は比較的良好に適応したが、母親の態度は容易に変わらず、本児や職員をも忌避して就業に逃避するありさまだったので、本児は以後小六の2学期の終り近くまで全不登校で経過した。2学期の終り近くになって、本児は卒業だけはしたいと登校に努力するようになり、このころ理解と指導的確さを増した職員の支援のもと、母親もいくらか本児への攻撃をやめるようになって、3学期は登校し中学に入学、

一年の11月まで登校を続けた(しかし、その後また重いヒステリーの身体症状を発生して不登校、入院3回を経て、現在は中三で足痛をもちつつ登校。母親は最近、就業逃避をやめて内職に切りかえることを考え、ようやくに本児への思いをもつようになった)。

② K・Nケース(中三の男子、神経症型)……家庭は、行商から料亭の主人にまでなった強力なワンマンの父親と、父親の女性関係をはさんで不和の続く母親、そして小四の妹の4人家族である。本児は中二の3学期から不登校になり、父親への当てつけ的な多額の金品の持出し、家出、(狂言的)な自殺未遂があり、父子関係の緊張が高く中三の1学期に児童相談所の一時保護所に保護した。

本児の不登校等は、本児を甘やかして育てた祖母の死後、強力な支配規制を行う父親のもとにはいり、これと葛藤を生じたためと思われる。児童相談所の職員は、約1年半のあいだに一時保護3回、教養院収容1回、その他通所や家庭訪問で指導を続け、親子間の調整や本児の自立促進をはかったが、さして効果がなく、最後に本児が求め続けていたであろう本児自らの主体性的統合を容認し支援することで、ようやく本児は安定化し本児自らの正常な統合化へ向かうようになった。現在は再度の高一通学を楽しく行い、自ら父子調整もできるようになっている。

③ A・Nケース(小六の女子、社会性未熟型)……家庭は、病身で働きのない父親と主婦の母親、2歳間隔の2人の妹から成る5人家族で生活保護を受けている。小五の11月から神経炎で休学、不登校、小六の8月に児童相談所に来所した。

この母親は、幼時に母子心中のトラウマがあり、抑圧している死への不安があって、夫にも本児にも安定した交流がもてず、とくに本児の体調には過敏に反応していた。本児は、この母親の不安に同一化し、心気症的症状を発生して不登校を生じたと思われる。職員とのかかわりで、母親はトラウマの不安を(本児への転移も含めて)解放、緩和し、次第に安定して本児に、ときには励ますように強く接しられるようにもなった。また、本児は、職員の治療によく乗って主体性的自己統合を強めていった。加えて、卒業期になり、本児は3学期から多少の不登校をまじえつつおおむね登校し、中学入学後は現在まで1年余たつが、一貫して元気に登校を続け、学校でも活躍している。母子ともに本児の心気症的症状へのとらわれを、克服し脱却していった。

④ K・Yケース(中一の女子、怠学型)……家庭は、アル中気味の父親と軽度精薄の母親とがあり、夫婦仲は

よくない。本児は6人きょうだいの末子であるが、保護当時はてんかんの次姉と本児のみが家庭に残り、長姉は結婚、長兄と3兄は就職して別居、次兄はてんかんで入院中であった。小六の3学期に、本児は家出、怠学まじりの長欠で1度児童相談所にかかりをもち、その後中一の1学期まで登校したが、2学期の後半から欠席が目立ち、不良グループの結成、強姦と妊娠中絶、男子との家出等があり、3学期に児童相談所の一時保護所に保護した。

本児の不登校と非行化は、家庭に安定した人間関係がなく、本児が孤独化し嫌気をさしたためと考えられ、以後約4ヶ月ほとんど連続的に4回の一時保護を繰り返した。本児は受容的な職員との関係で安定化し自己統合の余裕ももてるようになったが、家庭はこの間変化がなく、かえって退院した次兄の乱暴に脅かされるありさまで、最後に理解ある正常な家庭の長姉宅に引き取られて安定したのである。以後1年余、元気に登校を続けている。

(2) 千葉県市川児童相談所における研究

1. 登校拒否児治療キャンプ(野外合宿指導)の効果測定——登校拒否児については、従来より通所や家庭訪問指導、一時保護所を用いての合宿指導(昭和52年度は約3週間のもの2回)が行われているが、昭和53年度からは新たに野外治療キャンプ(3泊ないし4泊)が行われている。合宿指導と治療キャンプの参加児童は、ほぼ小学校5年生～中学校3年生までで、約8年間に100名近くにのぼり、結果は順調に登校50%、断続登校20%、不登校15%、施設入所10%前後である。なお、登校拒否児の指導・治療成功率は、小学校低学年生は8割、同高学年生は6割、中学生は3割強といわれる。

本研究は、昭和53、54年度に実施した治療キャンプの反省に基づいて、昭和55年度実施予定の治療キャンプに焦点が指向されている。

2. 昭和53、54年度の治療キャンプとその予後の結果——両年度ともに児童相談所が実施主体となって、管轄地域の3市1町の教育委員会が協力機関となっている。53年度は10月下旬4泊5日で県内の内浦山県民の森キャンプ場で行われ、参加者は、児童9名(小五2、小六1、中一3、中二2、中三1で男子7、女子2)、保護者9名(1泊のみ)、教育委員会職員4名、児童相談所職員7名(所長、判定課長、児童福祉司2、判定課員2、相談課員1)であった。予後の結果は順調に登校するようになる期間が3～7か月後とまちまちであるが、順調な者6名、不良な者3名(うち施設入所1)であった。

54年度は、10月末3泊4日で管轄地域内の船橋市立養

護学校で行われ、参加者は、児童9名(小五1、小六1、中一2、中二4、中三1で男子5、女子4)、地方出張所職員1名、教育委員会職員7名、児童相談所職員6名(次長、判定課長、児童福祉司2、判定課員1、相談課員1)、ボランティア3名で、保護者は最終日に児童を迎えにきたただけであった。予後は不安定な者が多かったので、55年1月に9名中4名については、一時保護所を用いて合宿指導を追加した。その全体的な結果は、キャンプ後1～4か月後に順調に登校するようになった者4名、登校断続的な者1名、不良な者4名(うち施設入所2)であった。

3. 昭和53、54年度の治療キャンプの比較——予後結果において、53年度の方が順調な者が多く、54年度の方が合宿指導を追加したにもかかわらず順調な者が少ない。これをもたらしした詳細な要因分析は今後の課題であるが、概括的にも次の差が指摘される。54年度に比べ53年度の方が……

① 実施期日が1泊多かった。

② 開催地が管轄地域を離れ自然に恵まれたキャンプ場であった。

③ 参加児童の学年の低い者がやや多く、男子が多かった。

④ 保護者も1泊ではあるが参加した。

⑤ 児童相談所職員の参加が多く、開催地の関係もあって、より純粋に集中して児童相談所ペースで行えたのではないかとと思われること。

4. 55年度に向けての54年度治療キャンプの反省——54年度キャンプは、児童がキャンプに適応しキャンプ自体としては成功のように思えたが、予後結果はあまりよくなかった。そこで反省として……

① キャンプの目的と位置づけが指導上ややあいまいであった。55年度は順調に登校を目的とし、指導もここに焦点をおきたい。

② 実施期日は、1泊多くし、児童の登校への転機にもなりやすい新学期開始前後にしたい(開始前であれば担任教師の参加もえられやすい)。

③ 参加児童については、53年度は登校できそうな児童を選択したが、54年度にはこの考慮はなかった。また、キャンプ前の児童の状態把握が不足していたため、接しかたに迷った。①のあいまいさとこの状態把握の不足、そしてキャンプ内容が児童に合わせて仮性適応を生じさせやすかったことが、保護者や学校との関係不足とあいまって、キャンプを現実生活から遊離させたと思われる。さらに児童にスケジュールを組まない時間、相談相手を自由に選べる時間も設けたい。

④ 保護者に、登校拒否の原因を把握し対処させるべく、キャンプにも参加させ、保護者への指導を併行して行う必要がある。

⑤ 担任教師との連携協力を密にし、登校への働きかけを厚くしたい。

⑥ 予後の結果は、長期的な見かたとフォローアップが必要である。

5. 昭和53, 54年度のキャンプ参加児童の予後結果による分析——計18名の児童で分析するには人数不足だが、予後結果の順調な者(○)10名とその他の不良な者(×)9名を対比して、一応有意差を推察してみると……

① 性別では、男子○7:×5, 女子○3:×3, で

男子の方が順調な率が高い。

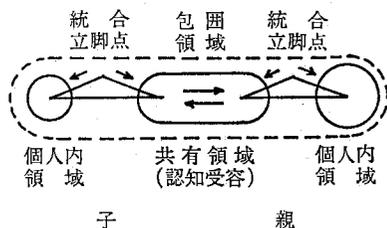
② 学年別では、小五・六○3:×2, 中一○4:×1, 中二・三○3:×5, で中一以下の方が順調な率が高い。

③ 登校拒否の初発からキャンプまでの期間では、1年未満○5:×0, 2年未満○1:×5, 2年以上○4:×3, で1年未満に順調な率がきわめて高い。なお、1年未満, 2年未満, 2年以上の分類は、53年度では4:2:3, 54年度では1:4:4になっており、53年度の方が短期間の者が多くなっている。

④ 登校拒否児の類型は、混合型もあり、また初・中・終期の症状の発展段階もあって簡単にはいえないが、一応類型別にみると、神経症型○2:×1, 社会性未熟

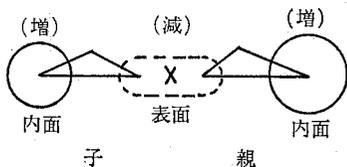
第1図 登校拒否児の親子関係

① 支援(受容・規制)一健全型



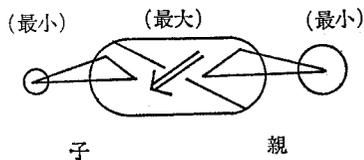
- ・立脚点は柔軟に移動。
- ・共有を通して、受容と規制が相互になされ、それぞれ安定した統合(発達)がなされる。
- ・共有を通して子の物質(衣・食・住)的経済的ニーズが充足、統合される。
- ・共有の中に basic と nork G が生じ、権威、役割組織が成立。
- ・包容が、これらをさらに支援。

② 支配一葛藤(神経症)型



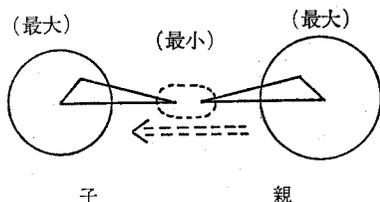
- ・立脚点は個人内と共有の間で不安定。
- ・共有内で受容と規制は、相互に葛藤(子は時に表面的に同一化)。
- ・子のニーズは不充足化。
- ・共有の組織は混乱。
- ・包容なし。

③ 支配一同一化(依存, 社会性未熟)型



- ・立脚点は共有内に固着(特に子)。
- ・共有内で一方的な親の支配規制と子の受容(同一化)が行われる。子のニーズも親の一方的充足による。
- ・共有の組織は、親による一方的確立。
- ・包容なし。

④ 拒否(放任, 攻撃)一孤独(怠学)型



- ・立脚点は個人内に固着。
- ・共有を通しての受容と規制行なわず、ニーズも不充足化、組織不成立(時に個人内間の親の攻撃, 虐待あり)。
- ・包容なし。

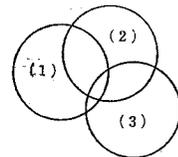
第3表 登校拒否児の主な類型及び症状の発展

(類型～家族の特徴は斎藤(1967)による。症状の発展段階は市川児童相談所による。)

類 型	特 徴	児童の性格	家族の特徴	症 状 の 発 展 段 階		
				初 期	中 期	終 期
(1)神経症型 (神経症的拒否群)	幼稚園, 小学校 低学年から徴候 がみられ, 小学 校中～高学年に 降に本格的な症 状を呈する。強 迫的症狀を併 有。生育史を通 じての心因。	对人的に過敏で あるが, 表面は そつない人間関 係をもてる。皮 相的で他人を内 面に立ち入らせ ない。非個人的 で無難な表現が 多い。	父: 内気で非社 交的, 父親的 役割をとらない 弱い存在。 母: 自己中心 的, 支配的であ り, 家族内 で最も強力な 存在。	(周囲)とまどい 心気症的 頭痛, 腹痛, 発 熱等を訴えて学 校を休む。 おびえ, 不安を 訴える。 何を考えている のかわからない。 学校のことを話 さなくなる。	不安→圧力 攻撃的 登校の話をする と家族に暴力を ふるう。 罪障感, 焦燥感 →パニック 抑圧 担任訪問しても あわない。 強迫神経症, 不 安神経症等種 々の神経症的症 状 「学校に行かな ければいけない 」という気持 ちは強い。	あきらめ, 逃避 自閉的 自分の部屋に閉 じこもって孤 立, 人を避ける。 部屋の中でレコ ードをかけた歩 き回り, うろうろ 歩して, 意欲のない 退行的な生活を おくる。
(2)社会性未熟型 (社会的未熟退嬰 群)	入学後まもなく 拒否が始まるも のがある。潜在 的には学校での 適応力もちなり ながら自信欠如, 退行におちい り, 家庭に逃避 する。	对人的に過敏, 緊張, 不安が強 く, 自己表現能 力が未熟, 母と の分離不安があ り, 社会化が阻 害されている。	父: 子どもに関 心乏しく接触 が少ない。 母: 非社会的, 神経質, 潔癖ど であり, 子 どもに対するや わらかさが欠 ける。	心気症的, 分離 不安, ささいな つまづき 親のつきそい, 友達誘いなど で登校。 朝おきられな い。 学校であまり話 をしなくなる。 登校できない理 由を, 他に求め る。外罰的	攻撃的 登校を促すと泣 いて抵抗する。つ わがままを言っ て家族を困らせ る。 逃避的 外へ出たがらな い。 受動的な友人交 流はできる。 担任が訪問して もあわない。	仮性適応 自発性に乏しく 家でTVをみたり, 漫画をみたり, マイコン, 趣味 レコード等の趣 味にこり, 学校 へ行かないこと をのぞけばけつ こう適応してい る。
(3)怠学型 (怠学傾向群)	ズル休みの傾向 があり, 拒否時 にも家にとじこ もっているわけ ではなく遊びに 外出している。	評価に過敏で, 自尊心が傷つき やすい。地道な 努力ができない。 自己統制が不 十分で破壊的 な攻撃性をあら わしやすい。	親として抱擁性 に欠け, 同一化 モデル及び権威 ある現実的社会的 統制者がいない。	学業不振 学校がつまらな い。 授業がわからな い, きつい, さ ぼり。 登校できない理 由を, 他に求め る。	攻撃的 親, 教師への反 抗 不良交遊が始ま る。 逃避的 家は出るが登校 していない 享乐的遊びを求 める。	→非行 →慢性化(気ま ま) 問題意識なく なる。

その他 反応性一過性群, 汎学校不適応群, 精神障害群, 知的ないし身体的異常による群など考えられているが, これらは, それぞれ, 別の扱いになると思われるので登校拒否児の治療キャンプ対象からは除外した。

また(1)～(3)は典型であり, 実際には(1)～(3)のそれぞれの混合型も多いと思われ, それらを図示すると右図のようになるものと思われる。



型○6 : × 5, 怠学型○1 : × 2, その他初期段階のもの○1 : × 0であった。ここからは, 対比の数が近似して, 確たることはいえない。なお, 53年度と54年度の参加児童の類型別分散は, ほとんど差がない。

(3) 登校拒否児の主な類型

ここでは, 市川児童相談所が用いている登校拒否児の

主な類型を, 神奈川県中央児童相談所の成功事例研究, および田村や松本のもつ成功事例を結びつけて, 各類型のダイナミックスの要点を一応解釈しておく。そのことは登校拒否児の問題の理解を深め, それに対応する指導と治療のありかたを考察し, 効果測定の研究をする基盤になると思うからである。

ところで、市川児童相談所では、斎藤（1967）による登校拒否児の類型のうち、主な類型として、以下述べる型をとりあげ、これに同相談所が症状の発展段階として付したものをういている。

斎藤のあげる類型には、以下の3型のほかに直接動機の大と思われる反応性一過性群、性格異常等であろうか汎学校不適応群、精神障害者群、知的ないし身体的異常による群などがある。しかし、市川児童相談所では、これらは別な処遇が適当と考え、登校拒否児の治療キャンプの対象児童からは除外している。また、以下述べる3型についても、現実には混合型が少なくないとしているが、これは、神奈川県中央児童相談所の成功事例研究等からも、背かれるところである。なお、登校拒否と怠学を区別する考えかたもあるが、ここでは怠学も登校拒否の1型として扱っている。（第1図、第3表参照）

1. 神経症型（「神経症拒否群」註）——① 定義……親と子のあいだには、自分だけの世界であるそれぞれの個人内領域と、共通にわかり合い組織化される共同生活のわたし達の世界、共有領域とがあり、親と子はそれぞれ個人内領域と共有領域を統合していくが、その統合の中心点である立脚点は、機に応じて個人内領域から共有領域のあいだを移動し、そこに移動の固着である偏向の立脚点も生じる。さらに、親と子のあいだには、共有領域ほど明確にわかり合えた世界ではないが、それぞれの個人内領域と共有領域、ならびにその間のそれぞれの統合のこれら全体を相互に包みこみ、推察と信頼と支援をあたえ合う協力生活の包容領域が成立していることが、通常である。

ところで、この親子の共有領域に、子どもの自分らしく生きたいという主体的欲求が表現されているにもかかわらず、親の強力な専横的規制にぶつかり支配的排除を受けてしまうと、子どもは葛藤と挫折感、親への敵意や憎悪をも生じてしまう。しかもなお子どもはこの親を離れては生きていられないから、以後、子どもは共有領域の表面意識では親のこの規制を受け入れて親に同一化し、主体的欲求や葛藤・挫折の情緒は個人内領域の内面（本心）意識に抑圧（あるいは抑制）しつつ自己の統合をしようとする。統合の立脚点は、共有と個人内の両領域の中間にあって不安定である。しかし、この親子関係が継続する限り、子どもの抑圧内容も、蓄積と主体的発達により増加していくわけで、遂には重い内圧と化して抑圧によるこの統合が困難になってくる。あるいは、この統合の維持に精一杯で他に回す統合能力の余裕

註「」は斎藤の論文からの抜粋引用である。（以下同じ。）

がなく、親子関係以外の学校関係などに破綻を生じるようになるのである。なお、この型の親子関係には、当然のことながら相互に主体性的統合を信頼し支援する包容領域は、ほとんど成立していない。また、親子間の共有領域は、支配と同一化で占められており、子どもの抑圧している個人内領域や、それを含んでの子どもの統合は、親に認知、受容されず、子どものこうした内面は孤独のまま放っておかれている。

② 「特徴」……「幼稚園や小学校低学年から徴候がみられ、小学校中～高学年以降に本格的な症状を呈する。強迫的症状を併有。生育史を通じての心因。」

こうしたダイナミックスが生じるのは、ある程度の主体性的欲求と心理機制の発達、親と子の力の格差、親への同一化による依存の強い必要性、そして抑圧（抑制）という単純な防衛機制によらざるをえない未熟性からいって、おそらく第1反抗期の幼時期前後ではないか、と思われる。したがって徴候はこのころからみられ、こうした親子関係が継続して、小学校中～高学年以降に内圧の高まりとともに、本格的な症状を呈するのではないか。しかし、こうした子どもは、親から転移して学校など他者にも同一化傾向をもつし、また、この表面の同一化関係にあまり統合能力をさく余裕もないため、表面的には親や学校そして同一化すべき自己にとっても、認容されやすい無難な口実的症状を定型化して現わし、強迫的症状にもなる。生育史を通じての心因は、その通りである。

③ 「児童の特徴」……「対人的に過敏であるが、表面はそつのない人間関係をもてる。皮相的で他人を内面に立ち入らせない。非個性的で無難な表現が多い。」

表面の対人関係では、こうした余裕のない同一化で対処しようとするし、また困難な自己の統合にこれ以上の混乱を起こす刺激が加わることを怖れるため、過敏になろう。他人を内面に立ち入らせない、皮相的、非個性的、無難な表現というのも、こうした表面的な同一化傾向にとどまるためであろう。

④ 「家族の特徴」……「母親は自己中心的、支配的であり、家族内で最も強力な存在。父親は内気で非社会的、父親的役割をとらない弱い存在。」

こうしたダイミックスを生じる子どもの年齢からいって、まさに母親が中心でこのような存在であろう。父親がこうした母親の存在を放任しているのは、その内気で非社会的な弱い存在からきていよう。なお、父親もこうした母親に対して多く面従腹背的で、自己の欲求や情緒を抑圧（抑制）し、表面母親とことを構えず同一化を装っている。しかし、父親の防衛は子どもより多彩で巧妙で

強い(ときにはアルコール等に走ったりもするが)。なお、こうした父親のありかたの一部を子どもが見習うとか、気質的に父親と同様な方向をとるとみえることもある。

また、登校拒否児の治療・指導には、その統合のしかたを支えている親子のダイナミックを改める要があり、そのためには、子どもだけでなく、親の治療・指導がぜひとも必要である。その意味で、上述の特徴を生じた母親と父親の生活史や夫婦関係のダイナミクスへの解明と洞察が、なされなければならない(これについては、その2で述べたい)。

⑥ 症状の発展段階……学校生活とは、生徒である子どもにとって、登校が義務であり、かつ、規制と緊張と刺激を伴う最も統合に努力を要する家庭外関係である。したがって自己の統合上に問題をもつ子どもの場合、まずここに症状が現われやすい、といえよう。

i) 初期(周囲の者はとまどう): 心気症的で、頭痛、腹痛、発熱等を訴えて学校を休む。おびえ、不安を訴える。何を考えているのかわからない。学校のことを話さなくなる。

自己の統合に困難をきたし、統合能力に余裕がなくなると、まず最も統合困難な学校関係を拒否、回避しようとする。そのさい、前述したように自他に認容されやすい無難な口実的症狀を定型化して現わして、心気症的になる。おびえや不安は、統合を脅やかす内圧や外部刺激、不登校による同一化への背反、そして統合困難な危機感などから生じよう。この状態では、学校の話周囲との関係も避けて、孤独な自己の統合に集中し、周囲から何を考えているのかわからない状態にもなる。

ii) 中期(周囲の者は不安になりこの子どもに圧力をかけるようになる): 一つは、攻撃的になり、登校の話をするや家族に暴力をふるう。そして、罪障感、焦燥感からパニック状態にもなる。二つは、抑圧的になり、担任教師が訪問しても会わず、強迫神経症、不安神経症等種々の神経症的症狀を呈する。学校に行かなければいけないという気持は強い。

ここでは、周囲から圧力的な外部刺激が加わって、統合が一層困難に、混乱していく状態が現出してくる。一つは、同一化ができなくなって圧力排除の攻撃的になるが、これにはもともと抑圧(抑制)している親への敵意や憎悪の噴出もあろう。しかし、その攻撃や噴出が多少とも吐き出されてしまうと、同一化をみずから破った罪障感や統合のどうにもならぬ焦燥感から混乱し、パニック状態にもなる。

二つは、周囲からの圧力を避けるが排除できずに受け

て押し黙り、一面で登校しなければと思い、他面で内圧を扱いかねて、この間で統合は混乱して一層弱まり神経症的症狀を発生させるにいたる。

iii) 終期(周囲の者は諦め、他に逃避する): 自閉的になって、自分の部屋に閉じこもって孤立、人を避ける。部屋の中でレコードをかけたり、うろろう歩き回ったりして、意欲のない退行的な生活をおくる。

家族関係も煩わしくなって、一切他者関係を断って孤立し自閉的になり、自己の統合を少なくとも表面意識的には放棄した状態になる。このことは、共有領域における表面意識の同一化を暫時やめて、個人内領域で抑圧していた内面意識、とくに幼時からの主体性的欲求を解放し、退行的な気ままな生活をしているのだ、ともいえるよう。

2. 社会性未熟型(「社会的未熟退避群」)——① 定義……子どもの個人内領域は未発達で小さく、親との共有領域が肥大化し、子どもの統合の立脚点もこの共有領域内に偏向し固着している。しかも、その統合のしかたは、自己の主体性によるのではなく、親の圧倒的な支配規制への同一化による。そして、この親の支配規制には、不安な情緒が伴うことが多いので、子どもの統合にも不安が伴うのが普通がある。こうなると、子どもはこの共有領域に埋没して、共有領域外へは不安や恐怖を感じて出ることも調整することも困難になる。とくに、親の不安を伴う規制が強まるか、学校関係で子どもの不安や恐怖を刺激するものに出会うと、登校拒否が生じたりする。包容領域は、子どもにはつくる余裕がなく、親は子どもの主体性的統合を信頼できないため、これもつくれず、またつくったとしても不安な情緒に包まれたものになっている。

② 「特徴」……「入学後まもなく登校拒否が始まるものもある。潜在的には学校での適応力をもちながら、自信欠如や退行におちいり、家庭に逃避する。」

こうしたダイナミクスのそもそもの始まりは、1の神経症型より早く、母子未分化の乳幼児期にあると思われる。この時期は、子どもの個人内領域は未発達で小さく、子どもの全生活領域のほとんどは、母親の一方的につくる母子の共有領域内にある、といってもよい。この時期に、母親が(例えば育児ノイローゼのような)不安をもって、圧倒的な支配規制を子どもにあたえると、子どもはまだ全面的に母親に依存している時期なので、この母親の支配規制に同一化するようになる。その後、通常なら子どもの個人内領域が発達し、子どもは主体性的欲求と統合をもつのであるが、引き続き母親が不安で片時も子どもから眼を離せず、圧倒的規制で子どもを縛

るとなると、子どもはそれまでに不安な情緒をもっている、この母親への同一化と母子の共有領域への埋没が、そのままに続くことになる。

したがって、母子の共有領域、ないしこれの拡大した家庭の共有領域以外への外関係には、不安を伴って統合調整が困難であり、入園、入学後まもなく登校（園）拒否が始まったりもする。また、1の神経症型のように、親に対する葛藤や面従腹背なところは少なく、すなおな心からの同一化であるため、親のしつけはよく受け入れ、これが潜在的には学校等での適応力をもつ、ということにもなる。ただし、上述のように基本的に不安を伴う対外統合調整の困難があり、また自らの主体性的統合によらないため、自信欠如で、とすれば母子や家庭の共有領域に退行し逃げこもうとする。

⑧ 「児童の性格」……「対人的に過敏で、緊張、不安が強く、自己表現能力が未熟。母親との分離不安があり、社会化が阻害されている。」

対人関係は、わずかに母親からの転移が成立する場合を除いては、基本的に不安と異質感が伴うから、過敏、緊張、不安が強くなる。また母親は不安で、幼時から子どもに徹にいり細にわたり心身の様子の報告を求めているようから、こうした母親に対する自己表現能力はあるともいえる。しかし、外部に対しては、不安で自信なく、かつ主体性的統合がもともと弱いの、自己表現能力は未熟とみられよう。こうした母子の共生的関係があり、母子の分離不安や社会化の阻害は、当然生じる。

④ 「家族の特徴」……「母親は、非社会的、神経質、潔癖であり、子どもに対する柔らかさに欠ける。父親は、子どもに関心が乏しく接触が少ない。」

母親が子どもに対し、これほど不安を伴うまでの支配規制を行い、そこに固着し凝り固まるのには、母親なりの生活史に多く原因があるようである。例えば、非常なショックを受けた不安なトラウマ（心的外傷）がある場合もある。そして、こうした母親は、当然不安で神経質で潔癖にもなる。また、自分自身が不安やトラウマの秘密をもっている、社会的にはならないし、社会的にならないことが、一層自分だけの不安感（ときに一種の不安な運命観）にとられることにもなる。このとられた一方的な接しかたが、子どもをありのままにみられず、その主体性的可能性を大きく信じ育てられず、やわらかさを欠くことにもなる。

父親も、こうした母親の固さやその育児をどうすることもできずに、結局母親についていかれず放任し、母親とも子どもとも一つの壁をつくって、自分だけの世界、個人内領域に大きく逃避してしまったのだろう。子ども

が、父親への同一化や接触をもてないことが、一層母子関係に没入させることにもなっている。

⑥ 症状の発展段階……i) 初期（周囲の者はとまどう）：心気症的で、母子分離不安があり、（友達からのいやがらせなど）ささいなつまづきによって学校を休む。朝起きられないし、親の付き添い、友達の誘いなどで登校する。学校ではあまり話をしなくなる。登校できない理由を（教師、友達など）他に求める。

心気症的に出るのは、従来母親の子どもへの不安が多く身体に集中し、これに子どもが同一化するためであろうし、不登校の口実としても母親や学校に認容されやすいためであろう。ささいなつまづきは、子どもにもともと対外不安があるので、これを刺激するようなものがあれば、容易に耐えらなくなるのであろう。朝起きられないのは、対外緊張が高まり、また登校忌避のためと思われる。親が付き添い、友達も誘って親が登校を薦めると、この段階では、親に同一化している子どもは登校するのだろう。しかし、子どもの学校関係の統合調整は困難になってきており、回避的で学校ではあまり話をしなくなる。登校できない理由を、自己統合の内部不安としては心気症的に、外部不安としては異質感を抱く先生や友達のせいとして、訴えるのだろう。

ii) 中期（周囲の者は不安になりこの子どもに圧力をかけるようになる）：一つは、攻撃的になり、登校を促すと泣いて抵抗する。わがままを言って家族を困らせる。二つは、逃避的になり、家庭外に出たがらず、担任教師が訪問しても会わない。友達などが訪ねてくれば、受動的な友人交流はできる。

ここでの親の圧力は、一面では親も不安で子どもを膝下に置こうとし、他面では登校を促し、ダブル・バインド（2重束縛）に近い。しかし、ともかく学校関係を回避、拒否しようとしている子どもに、親から登校への圧力が加わると、一つは、子どもはこのダブル・バインドに混乱し、従来同一化し依存していた親からの追放、依存先喪失の危機にみまわれ、泣いて抵抗し、わけのわからないだやわがままをいうようになる。

二つは、親からの圧力がそう加わらない場合は、家庭外から逃避的になり、外へ出たがらず、担任教師が訪問しても会わない。ただし、親が登校を期待していることはよく知っていてこれにも同一化するし、また自分でも学校のことは気にして、気のおけない友達が訪ねてくれば、受動的に対応し、学校のその後の様子などを聞いてりしている。

iii) 末期（周囲の者は諦め、他に逃避する）：仮性適応をする。自主性に乏しく、家庭でテレビをみたり、漫

画をみたり、マイクロ・コンピューターやレコード等の趣味にこり、登校しないことを除けば、けっこう適応している。

ともかく登校への圧力が去り、従来の親や家庭との共有領域に同一化的依存をして生活できるようになると、そこに一応の安定をとり戻し、仮性適応をしていく。ただし、親の登校への期待には同一化しておらず、また自分でも心中、学校のことは気にしているの、その生活は真に適応し安定したものとはならない。気の紛らしが多く、ときには一部口実的な心気症的症状が残ることもある。

3. 怠学型（「怠学傾向群」）——① 定義……2の社会性未熟型とは逆に、親子の人間関係的な共有領域が乏しくて小さく、ために子どもの個人内領域が肥大化して、子どもの統合の立脚点もその個人内領域にある。具体的には、親の放任や無視、ときに拒否が多く、これで親のつくる包容領域もないとなれば、子どもは完全に孤独化する。しかし、ほとんどの場合は、包容領域はあって、子どもはそのぬるま湯的な放任の中で勝手に大きくなっていく。しかし、自分が親に十分認知も受容もされていない孤独感、ついて回る。学校関係で教師や友達とのあいだに共有領域がもてればよいが、そうでないと、この孤独な魂は気散じか認知、受容を求めて街をさ迷うことにもなりかねない。こうして、始めは登校への積極的な拒否といえないまでも、自分にとってより魅力のある方に引きずられ、家庭と学校以外で時をすごすようになる。

② 「特徴」……「ズル休みの傾向があり、登校拒否時にも家に閉じこもっているわけではなく、遊びに外出している。」

こうしたダイナミックスの発生の時期は多彩で、乳幼児期から始まる場合もあり、また、ある時点までは親との共有領域がありながら、それが親の疾病、障害、生死別、共働き等により、突然喪失され孤独に追いやられる場合もある。ズル休みとは、孤独さから気散じや認知、受容を求めてであり、それは家庭や学校でえられぬものを、その他のところに探し求める「遊び」の姿にもなる。

③ 「児童の性格」……「評価に過敏で自尊心が傷つきやすい。地道な努力ができない。自己統制が不十分で破壊的な攻撃性を現わしやすい。」

安定した共有領域をもたず、個人内領域に孤独であることは、その恵まれぬ親子関係についての劣等感や淋しさを抑圧、抑制して、からくも自己の統合を維持し守ることになる。このことは、自己の内面の弱身や空虚さを、自己も見ず他者にも見せまいとする自己顕示性を生

じさせる、ともいえる。したがって、対人関係では、他者がこうした自己をそのままに受容してくれるか、あるいは、からくも支える自己防衛を傷つけ、内面の抑圧、抑制している弱身や空虚さにふれるか、他者の眼、その評価に過敏になり、かつ、この孤独な自己防衛と自己顕示の自尊心は、他からの支援もなく傷つきやすい、といえよう。地道な努力ができないのも、自己顕示性のためであろうし、傷つきやすいところからは、自己統合が容易に混乱し、傷つけたもの、またはその代償的なものに、破壊的な攻撃性を現わすことにもなりやすいのであろう。

自己の統合やその抑圧、抑制の安定も、また対人関係における秩序ある習熟も、共有領域をもつことによってなされるのであり、それに乏しいことは、ここでの個人内の孤独の病理を発生させやすいことになる。しかし、同時に、こうした子ども達が、表面意識はともあれ、内面意識（本心）では、いつかどこかでその劣等感や淋しさ、弱身、空虚さを、傷つけられることなく表現し解放し、かつ、充足され支援されることを求めているのも、事実である。

④ 「家族の特徴」……「親としての抱擁性に欠け、同一化モデルおよび権威ある現実的、社会的統制者がいない。」

親との人間関係的ふれあいの共有領域が乏しく、子どもが心服するような親のありかたや親からの規制が、子どもに伝わらないのである。

⑤ 症状の発展段階……i) 初期（周囲の者はとまどう）：学業不振で、授業がわからない、きつい、学校がつまらないとなり、さぼるようになる。登校できない理由を他に求める。

前述したように、学業がすぐれ教師や友達と共有領域がもてるとういが、そうでないと、単なる学業だけでは興味を失い、学校がつまらなくなり、さぼる。そして、これがまた学業不振への悪循環になる。この型の子どもに、知能水準の低い者が目立つ、といわれるゆえんでもある。また、孤独で傷つきやすいことも、不登校の理由になる。

ii) 中期（周囲の者は不安になりこの子どもに圧力をかけるようになる）：一つは、攻撃的になり、親や教師への反抗が起こり、不良交遊が始まる。二つは、逃避的になり、家は出るが登校はしておらず、享乐的遊びを求めるようになる。

一つは、前述したように自己統合が混乱して、圧力をかけ傷つけた者を排除しようとして反抗し、この反発からそうした怖れない者、また、傷ついた自己をそのま

まに受容してくれる者を求めて、不良交遊が始まることになる。年長児に多いといえよう。

二つは、周囲からの圧力がそう強くないか、あるいは反抗もできないとなると、圧力を回避し逃避して、家庭と学校以外で、ひとり時をすごし、気散じの享乐的遊びにふけるようになる。年少児に多いといえよう。

iii) 終期(周囲の者は諦め、他に逃避する): 一つは、中期に攻撃的であった子どもは非行化し、二つは、中期に逃避的であった子どもは遊びが慢性化し、気ままな生活になり、自分でも問題意識をもたなくなる。

一つは、攻撃的で不良交遊に走った子どもが、諦め無関心になった周囲の者をしり目に、ますます深みにおちいって、そこから非行化する。そして、正常社会への関係復帰を自ら諦め、不良交遊に魅力ある共有領域を見出すとなると、指導と治療は困難になる。

二つは、逃避的で享乐的遊びに走った子どもが、そのまま周囲から放任されると、そのひとり気ままな生活が慢性化し、正常社会への関係も断って、次第に問題意識もなくなってくる。

いずれにしても、共有領域で同一化も規制(しつけ)も受けてこない子どもは、規範意識や組織の秩序感に乏しく、善悪の区別もはっきりしないまま、ときとして「遊び型非行」にもおちいるのである。

(4) 登校拒否児の指導と治療

これについては、前述のように、事例研究と治療キャンプの研究において、今後に詳細な分析がなされ、それがやがて効果測定の研究へと展開していくのであるが、その報告は「研究その2」に譲りたい。ここでは、これまでの進行から、印象に残ったことを概括するにとどめたい。

1. 受容的な安定した新しい人間関係(共有領域)で児童に自己表現をさせること——親子関係で、葛藤状態にある神経症型、不安な同一化状態にある社会性未熟型、孤独状態にある怠学型の3類型に共通に欠けているのが、この受容的で安定した人間関係である。この3類型は、いずれも親中心の一方的専横下に、支配規制ないし放任・拒否を受けているので、児童中心の児童に即したそのままの受容、しかも大きな安心を感じられる人間関係があたえられることは、全く新しい体験となる。児童は最初とまどい疑心暗鬼になるかもしれないが、変わらざるこの人間関係が続くと、児童は徐々にその自由で安定し迎え入れてくれる関係の中に、自己を表現化し、やがてのびのびと解放するようになるだろう。

この動きは、おそらく3類型に差があり、神経症型は、最も早く葛藤や不満を解放して身軽になり、社会性未熟

型は、不安は表現しても主体性が弱く自己表現はオズオズとしたものとなろうし、怠学型は、こうした人間関係に馴れず自己防衛を解くのに時間がかかろう。社会性未熟型には、自己表現による主体性がとくに必要であり、怠学型には、自己を出して対等にふれ合える人間関係をもてるのが、とくに必要と思われる。

ともかく、こうして児童が自己を表現するようになると、そこにはこれまで抱えていた感情や問題、生活などが現わされるわけで、その解放からくる身軽さと余裕をもつようになる。明るく元気に活発になるのである。

2. 児童の主体性による再統合の支援をすること——ここで、児童に、さまざまな課題を自由に選ばせて、成功や完遂体験をもち、自己の統合能力に自信をもてるよう支援する。課題の中で、最も重要なのは、現実の家庭生活と学校生活である。児童自身がこの課題を選ぶのが最も無理がないが、ときには、この課題をじょうずに児童から引き出すようにする。そして、この家庭と学校の生活について、児童が自分で表現したものを材料として、児童自身がどう主体性的に再統合していったらよいかを、ともに考え支援していくことになる。

しかし、児童が考えたことは、必ずしもそのまま現実生活でうまくいかないことも多い。そこでうまくいかない場合は、そのことをまた児童に自己表現させ、もう一度ともによく考えて、次の打開策を練る。こうした繰り返して、次第に現実生活での成功体験が獲得できるようにし、児童が自分で自信をもってやれる段階まできて、支援は終結するのである。

3. 親や学校に対する働きかけ——児童が以上のように変わってきたとしても、家庭や学校があい変わらず、この変化した児童を全く受け入れる余地がないのであれば、児童の現実生活における再統合は頓挫してしまう。児童には、親や学校を変えるほどの力はないからである。そこで、こうしたおそれのある場合は、児童の指導や治療と併行して、どうしても親や学校に働きかける必要がある。この親や学校が、児童の3類型と対応して、どのような類型をもち、また、それ自体そして児童との関連で、どのようなダイナミックスをもつかは、今後にぜひ解明したい研究課題である。

しかし、少なくとも、こうした3類型の児童を生じさせた、あの親の自己中心な一方的専横の背後には、そうならざるをえなかった親自身の辛く重い人生問題がある、と考えられる。それは恐らく、表面的な指示や反省を求めても、一時的にはともかく、究極的にはどうにもならない重さであろう。

こうした場合、親は自らはそのまま、児童だけが好

変するように求め、しばしば児童相談所に児童を委せきりにしたりする。実は、このような親ほど、指導と治療が必要で、児童について児童相談所が全責任を負うのではなく、ぜひとも親に中心責任者となってもらい、親自身がこれを契機として、自らの人生問題から児童問題にいたる根本的解決に、取り組むよう導き支援すべきである。支援の方法は、ほぼ児童に対するものと同様であり、より現実の生活史や現在の生活に密着したものとなる。

なお、親のこうした指導と治療がきわめて困難な場合

は、親に代わる保護者開拓の必要があり、また、青少年である児童の自主独立を精神的に、实际的に、はからねばならないこともある。

◇ 引用文献

- ・斎藤久美子「登校拒否児の収容治療—類型的検討—」児童精神医学とその近接領域、8—4, PP. 365~376, 1967.
- ・第1表, 第2表は厚生省資料から作成した。