

「伴隨心身症的不登校兒」之心身醫學探討

石 明 英

國立花蓮師範學院幼兒教育學系

緒 言：

近年來在日本有許多的學生們，因為心理的因素使他們藉著身體症狀的理由不去上學而待在家中，進而產生家庭暴力事件，此現象在日本已造成相當嚴重的社會問題，引起有關單位的重視。

根據日本文部省(相當於我國的教育部)於平成6年(1995年)公佈的「學校調查報告書」中指出平成4年及平成5年度，在中小學裡長期缺席(50日以上)的學生人數如下：小學部份，於平成4年度(1993年)是30,997人，其不上學的理由方面，以生病為由者有15,623人占50.4%。以討厭學校為由者有10,449人占33.7%。於平成5年度長期缺席者有31,521人，其中以生病為由者有14,995人占47.6%，以討厭學校為由者有11,469人占36.4%，由這些結果看來，平成5年度長期缺席者較多些，而其理由以身體疾病多於討厭學校。而在中學部校份，於平成4年長期缺席(50日以上)者共有75,771人，以生病為由有17,607人占23.2%，以討厭學校為由者有47,526人占62.7%，而在平成5年度之長期缺席者有77,706人，其中以生病為由者有17,046人，占21.9%，以討厭學校為由者有49,212人占63.3%，由此結果可以得知進入中學後不願上學者激增，而且其理由以討厭學校為多。

這些長期缺席不願上學，而留在家中者，在此以「不登校兒(non-attendance school child)」稱之。這些不登校兒，往往於早晨會以身體的症狀如：頭痛、頭暈、全身無力、疲倦、微燒、腹痛、心悸、早晨起不了床……等自律神經失調症狀為由而不上學，也不出門留在家中，但是於傍晚學校放學的時段，則精神良好也會外出和同學、朋友一起玩，一點也顯現不出有身體不適之情形。此外，有些不登校兒甚至會有日夜生活顛倒，一夜不睡聽音樂、玩電視遊樂器……等，隔日上午無精打彩，若催促他去上學，則引起暴怒，以母親或弟妹為出氣筒，亂打家人通常以母親為主，或亂拋、破壞家中物品等以暴力傾向的行為問題，作為其發洩怒氣的手段，而此現象則導致其家人和不登校兒產生對立緊張不安的氣氛，家人束手無策時，只得求助於外界。因此，這些不登校兒所造成的社會問題，除了學校教育單位外，也引起醫學界，社會福利……等各界的注意，及連手面對此問題，共同研究不登校兒的預防和治療輔導的對策方式。

壹、不登校的定義

不登校的概念最早是來自美國的學者I.T. Broadwin 於1932年在美國矯正精神醫學會誌中指出，在逃學兒(truancy)中有一特殊的類型和當時的truancy特徵有些不同，而此特殊類型的不登校兒，他們顯示出具有強迫性神經症或是強迫性類型的神經症性格，即他們具有人格問題之症狀。

此外，於1939年英國的Partridge以 "Truancy" 為題所發表的論文中，也詳細的描述其50名的個案，並將他們分成hysterical (歇斯底里型)、desiderative (需求型)、rebellious (反抗型)、及psychoneurotic (精神神經症型)等4類型，其中psychoneurotic (精神神經症型)和Broadwin所提的強迫性神經症型為同一類型。

接著1941年 Johnson等人也在其發表中指出，在臨床上有一群具有強烈不安感的學校缺席兒，而此群兒童的表現和truancy兒的表現完全不同，並

將此群兒童以「學校恐怖症school phobia」稱之。同時也強調此病的病因是由於「母子分離不安」所引起的強烈恐怖、不安的獨特現象。

此理論發表後，極受到精神醫界的重視，於第二次世界大戰後，此方面的研究在美國、英國地區非常盛行，接受Johnson等人理論之學者大有人在，如美國的Klein(1945)，英國的Warren(1948)亦都發表指出在truancy中可分出一群是屬於神經症類型的不上學兒童。

於1969年英國的Berg等人也在其發表的論文中指出school phobia和truancy之不同處有①school phobia的孩子對登校(上學)此事深感痛苦，②有重度的情緒混亂，③家長知道此事，仍留在家中，④不具有明顯的反社會行爲。

此外，C. Pritchard 及 R.I. Ward 接受Berg的看法。並於1974年在其發表中爲「學校恐怖症school phobia」下定義，其內容如下：

1. 上學困難，時常有長期缺席的情形。
2. 遇到必須上學時，雖然身體很健康沒有疾病，但常會以身體症狀爲主訴，並顯示出過度的恐怖及情緒不安的情形。
3. 雖然明知必須要上學，但卻躲在家中，而且家長也知道此情形。
4. 此類型的兒童學生並不具有偷竊、說謊、遊盪、破壞等行爲及複雜的異性交遊等反社會的行爲。

在當時有許多學者對「phobia」一詞有所質疑，雖然「school phobia」在歐美當時廣爲使用，也有許多學者將具有神經症特徵的不登校兒以school phobia稱之，但並非所有不登校兒均可稱爲school phobia，因此Klein(1945)提出reluctance to go to school(不願上學)，Warren(1948)提出refusal to go to school (拒絕上學)，Kahn(1958)、Cooper(1960)均提出school refusal(拒絕學校)，Hersov(1960)提出nonattendance school (不登校)等用語，其中以school refusal較被接受。在日本方面亦有學者提出以school refusal(登校拒否)，此用語較不易和其他的恐怖症(phobia)發生混淆(山本, 1964;高本,1965)。

此外，school refusal (登校拒否)此現象，由於研究者的專門領域之不同，對此問題的看法亦有不同，如有些學者將此問題當成一疾病單位(a

clear-cut entity)，亦有學者將此問題當成一症候群視之(Kahn & Nursten, 1962; Bakwin, 1965; Bolman, 1970; Smith, 1970; Hening, 1974)。但相對的亦有許多的學者認為由於專攻領域的不同，每個學者在看此問題時常會加入自己的看法和觀念，易產生混淆的情形，因此又有人提出要克服此觀念問題，必須要將各種觀念統整，以利此問題之診斷及治療。所以又提出不論是「學校恐怖症」或是「登校拒否」不是疾病單位也非症候群，而主張應視為「一種症狀」，接著以「不登校non-attendance school or school non-attendance」的名稱取而代之(Davidson, 1960; Shapiro & Jegede, 1973; 濱田等人, 1984; 武井, 1984; 清水, 1969)。

根據上述的概念發展過程，可將「不登校兒」之定義與觀念統整為①最嚴格的定義是指具神經症性之不上學的兒童，②稍微廣泛的定義為：除①之外，因精神障礙而導致無法上學者及由於逃學而不上學者均包涵在此範圍之內，③最廣泛之定義為：只要是不上學的行爲均屬於此範圍內。在日本是採用範圍最廣之定義，而在醫療機構裡所指的「不登校症」是指「因為心理因素而導致無法上學，而且呈現出許多精神上及身體上的症狀之情形」。

貳、不登校之分類

不登校兒因為具有多彩多樣的症狀，及研究學者的專業背景之不同，因而產生不同的分類法。此處因篇幅的關係，僅將精神醫學及教育機構之分類方式，列舉於下：

(一)精神醫學之分類：

不登校問題是由精神醫學領域首先研究，因此在此方面的分類相當多，現將最近的發表列舉於下文：

Ozaki等人於1984年，由臨床的、遺傳的角度將不登校分成下列4群。第1群，在家族中被認為具有分裂病、癲癇及神經病病理存在者。第2群，在臨床上被認為具有未成熟性格、憂鬱氣質及單一的發病因等特

徵。第3群，因具有強迫性的完美主義個性，因此在臨床上呈現強迫症狀，小學時發病、返復性發作及急性發病等特徵，同時在其親族中可以發現有神經症及性格異常的病理現象。第4群，是由於患兒自己本身不成熟的格性所引起的，家族並非其病因，在高中時發病，焦慮不安，行為動作障礙是其臨床上的特徵。

此外Paccione - Dyszlewski (1987) 等人，爲了要鑑別急性和慢性的青春期學校恐怖症，而將前者的8項特徵及後者的10項特徵，列舉於下表。如表1-1

表1-1學校恐怖症的特徵(Paccione - Dyszlewski et al. 1987)

A. 青春期急性型學校恐怖症的特徵	B. 慢性型學校恐怖症的特徵
1. 突然間出現不登校的情形。	1. 有前驅症狀的不登校行為。
2. 精神上的外傷或有喪失的體驗(即死亡、生病、事故、雙親的離婚、住院等)等誘因的存在常和不登校行為相呼應。	2. 沒有明確的誘發事件之存在。
3. 無恐怖症反應既往病歷。	3. 有恐怖症反應的既往症歷。
4. 沒有明顯的請假(不上學)的記錄。	4. 時常由子學開始有明顯的請假、缺席等記錄。
5. 兒童顯示出有憂鬱的情緒反應。	5. 在學校有成績不良的記錄。
6. 在同儕團體中有明顯的被孤立感。	6. 兒童顯示出極易變化的情緒反應。
7. 小學的成績在平均以上。	7. 父母間或父母和孩子間之溝通不良。
8. 孩子的父母親或監人會接受專家們建議，或會求助於專家學者。	8. 存在有某些影響孩子人格成長的因素。
	9. 存在有數年以上的家庭危機。
	10. 對於族以外的介入者(如學校、法院、兒童保護局、醫院等)時常只是表面上的聽從。

(二)教育相關機構的分類

(1)文部省的分類

日本文部省的分類是較被學校教育機構所採用。文部省於1983年

曾將「不登校」分成6個類型，但於1988年又按照「登校拒否」的表現方式分成7種類別。如表1-2

表1-2登校拒否的類別(日本文部省，1988)

類 別	類 別 的 說 明
由於學校生活所引起的類型	學校有令人討厭的學生及和學校老師的人際關係不佳等，明確並能令人理解是由學校生活的原因所引起的不上學行為，在輔導上是以去除此原因為主的類型。
好玩，不良類型	由於好玩或因為參加不良幫派而不上學者屬於此類型。
沒有精神之類型 (無精打采之類型)	無精神不去上學，欠缺對於不去上學之罪惡感，若到家中接他上學或是強烈的催促他上學，他會去學校，但卻無法長久持續下去。
不安等的情緒混亂類型	雖有想上學的意念，但會以身體的不適為訴求，而不去學校，或以腦中一片空白、不安為訴求而不去學校，此類型是以不安為主導致情緒上的混亂而不去上學。
複合型	不去上學的情形是由數種情況所複合而成，那一類為主是不容易判斷的。
故意拒絕上學之類型	認為上學校沒有意義，選擇自己有興趣喜歡的方向而行之。因而不去上學的類別。
其他之類型	不屬於上述任何類型者。

(2)東京都學校不適應檢討會之分類此分類法大致和日本文部省的分類相似，其分類如表1-3。

表1-3 東京都學校不適應檢討委員會之分類(1989)



參、不登校的發展過程

不登校兒所呈現的經過常因人而異，但在此筆者將較常見的發展過程敘述於下：

高木(1963, a.b)將不登校的經過分成三個階段，第1期是心氣症(性)時期，第2期是攻擊(性)時期，第3期是自閉性時期，其詳細內容如下：

· 第1期：心氣症時期(hypochondriacal stage)

在此期的兒童們通常會有食慾不振、頭痛、腹痛、噁心、嘔吐、眩暈、心因性發燒等心氣症的主訴，有天上午突然拒絕上學。經過1-2日拒絕上學後，再續繼上學。此時期的患兒及其家長很少呈現出明確的不安感。

· 第2期：攻擊性時期(aggressive stage)

當兒童連續1個星期以上缺席時，開始擔心自己的學業(功課)會趕不上進度，因而產生不安的感覺。若此時強制他上學，患兒則逐漸產生反抗的行為，而且在家裡也變得較任性。通常在上午上學時間其不安情形更加明顯，早上躲在被窩裡不肯起床，若勉強他起床則產生踢打父母、兄弟或破壞傢俱、口出惡言等暴力傾向的行為。但是到了晚上時則會依明天的課程表的科目，將教科書準備好，且信誓旦旦的說「我明天一定要去上學」表現出有上學的意念，但隔天上午仍不肯起床，這是此期的特徵。

· 第3期：自閉性時期(*autistic stage*)

此期的患兒常由社會環境(社區、學校)躲入家中，特別是躲在自己的房間裡，甚至不和家人說話。他們往往白天睡覺夜間活動，過著日夜顛倒的生活，並且不整理房間、不洗臉、不洗澡、不更換衣服，每日過著怠惰懶散的生活。

雖然高本將不登校兒的症狀和發展過程分成三個時期，但是每個患兒具有獨特的症狀，因此並非均會依照此三個時期之順序發病，有的患兒最初顯示的現象即為攻擊性的行為。

此外，鑪(1963)也將不登校兒的行為發展過程分成以4個階段：

· 第一階段：

此階段是指兒童由於無法適應從被保護的家庭生活環境，到被要求獨立自主的幼稚園或學校新環境的生活，因而逃回受到父母保護照顧的家庭環境裡。這是適應不良所造成的逃避反應。通常在幼稚園～國小低年級的階段較常見。

· 第二階段：合理化，找藉口的階段

此階段的兒童常會找藉口，說作業尚未寫好，或以不喜歡營養午餐、頭痛、腹痛等為理由而不去上學。但在星期假日則症狀消失，其理論單純且欠缺一貫性。此階段常發生在小學時期的孩子。

· 第三階段：強迫不安的階段

在此階段的兒童身上可以看到具有「我必須要上學的心情，但又

對上學感到恐懼不安」的矛盾情緒。知道必須要上學，且對自己卻留在家中的行為感到罪惡感。因此，不和他人見面，且足不出戶，不准家人提及「學校」二個字，若催促他上學則會產生暴力行為或造成恐慌(panic)現象。此階段最常見於小學中年級～中學期間的孩子。

第四階段：高度的合理化，找藉口的階段

此階段的孩子其找藉口的理論有其一貫性，例如人生沒有意義，或上學也沒有意義，可以看到其具有認知性的藉口。其根本乃是對上學價值觀的困擾所引起的不安情緒。此階段最常發生在中學時期以後的孩子。

此外，平井(1978)將高木等人的分類，加上第4期恢復期及第5期登校期，即將不登校的經過分成心氣症性時期、攻擊性時期、自閉性時期、恢復期、登校期等5期。

接著，稻村(1988)將神經症類型的不登校的經過分成①心氣症期②不穩期③無為期④意欲恢復期⑤登校再開期⑥不完全適應期⑦學校(社會)適應期等8期。

另外，增井(1987)也將不登校的臨床病狀的經過分成①初期②進展期③膠著期等三期。此分類法可以說是承襲高木及平井等人的分類方式。

肆、不登校與心身症狀、心身症

兒童由於身心尚未成熟未分化，所以身心相關度非常高。當他們遇到任何壓力時，則會產生stress反應，而此反應容易以身體症狀表現出來。像這種以心理因素為主要發病原因的疾病，即屬於狹義的心身症(psychosomatic disorder)。根據日本心身醫學會曾於1991年，將心身症的定義修訂為「心身症是指在身體疾病中，其發病原因，病情經過和心理社會的因素有密切的相關，並在其病情上可以看出有器質性乃至有機能性障礙的疾病，但並不包涵由神經症、憂鬱症等精神障礙所伴隨的身體症狀」。由定義中可以得到

知，心身症①病原必須和心理症會因素有極度相關，②在臨床檢查上，可以發現在特定的器官，組織上有任何器質性乃至機能性的異常現象，③若早期適當處理和疾病發病，病程有關的心理社會因素，可使此病得到治療效果或者達到預防再發之可能性。

但是兒童由於身心尚未成熟，對於任何心身內外的刺激無法適當的選擇、調整。因此，對內外環境的刺激變化等，容易受到影響造成不安的反應。此外，兒童隨著年齡的不同其身體反應之情形也有所不同，通常年齡愈小者其反應時常呈全身性反應，而非只固定在特定的器官上。因此在兒童身上，我們較常見到心身反應(psychosomatic reaction)或心身症狀(psychosomatic symptom)之情形。

在臨床上常見到不登校兒伴著心身症狀或心身症，而此心身症狀常隨不登校類別之不同而呈現出不同的身體症狀，患兒們常想藉此為由，留在家中不願上學。通常家長也許會認為孩子病了，而帶他們到醫院接受診治，因此在臨床上有許多關於此方面的文獻報告。

McDonald & Sheperd(1976)在其"school phobia"之論文中指出「學校恐怖症的患兒，光提到學校的事，他們就會出現不斷的顫抖，說不出話，呼吸變得急促，心跳加速，冒汗或是有噁心、腹痛、下痢、眩暈、咳嗽、拒食、生理痛，失眠等全身性的身體症狀」。由於不登校兒常以身體症狀為主訴，所以容易被診斷為起立性循環調節障礙(orthostatic dysfunction)或是自律神經失調，心身症等(平井，1978；山中，1987；村上，1988)。而且這些以自律神經系統不定愁訴的患兒，很多人對藥物治療沒有效果，特別是不登校兒或具有不登校前驅症狀的兒童，必須考慮以精神療法之方式去幫助這些兒童(德重，1983)，此外仍要注意身體方面的預防(村上，1988)。

高木(1983)將不登校兒之心身症狀依器官類別詳加分類為①神經系統：頭痛、失眠、倦怠感等，②消化系統：嘔吐、腹痛、下痢、便秘等，③循環系統：心悸亢進等，④泌尿系統：頻尿、夜尿、遺尿等，⑤呼吸系統：喘息發作、咳嗽發作，過度呼吸發作等。

也有文獻報告中指出不登校兒的心身症狀有其年齡特徵，通常不登校

兒以消化器系統症狀(腹痛、噁心、嘔吐、下痢)，全身倦怠感及頭痛較多，其次是呼吸困難。其中以消化器系統症狀和全身倦怠感為主訴者以5歲~12歲的患兒較多，而13歲以上的患兒以身體症狀為主訴者逐漸減少，而且有一部份13歲以上的患兒並不具有身體上的愁訴(金井，1988)。這些年齡較低的小學不登校兒在發病時，以全身症狀為主訴，並積極的接受治療，通常在3~6個月內，則返回學校持續上課，予後較佳。但相對的青春期的中學不登校兒，在3個月以後只有50%的患兒回到學校或就業，但是無法持續，予後較不良(飯島，1987)。

不登校兒在臨床上除了以上述的身體症狀方式呈現外，也常伴隨著各式各樣的心身症。通常較常見的有「過敏性腸症候群(Irritable bowel syndrome IBS)」、「過換氣症候群Hyperventilation syndrome」、「神經性食慾異常dysrexia nervosa」、「支氣管性氣喘Bronchical asthma」等。現將不登校兒常見的心身症稍加說明。

(一)過敏性腸症候群：Irritable bowel syndrome , IBS.

此症的患兒，常有排便異常(便秘、腹瀉、便秘·腹瀉交替型排便異常等三類型)，通常此病在成人較多，幼兒較少，但兒童隨著年齡增加患兒也逐漸增多。並木(1985)的研究報告中指出幼稚園兒得病率為2.8%、小學生為5.6%，中學生為13.0%，高中生為19.0%，由此結果可知隨著年齡層的增加，得病率也增加。

通常此病患兒(者)，除了有排便異常外，並常伴隨有強烈的腹痛及心悸、眩暈、臉色蒼白、頭痛、頻尿、冒汗、失眠等自律神經敏感症狀和不安、急躁、憂鬱等精神症狀，但在病理上卻查不出足以說明這些症狀的器質性病變。大多數的患兒，時常在中午以前會以各種症狀為由不去上學，但於中午過後卻變得很有精神，此乃其特徵。

此病的患兒大多有心理方面的問題存在，通常具有家庭及學校方面的問題較多，常呈現出不安和緊張的現象。在性格方面較依賴性，特別是對父母親具有強烈的依賴心。此外，當遇不利自己的情況時，常將責任推到別人身上，缺乏果斷力，不乾脆等特徵。(阿部，1993)

(二)過度換氣症候群：Hyperventilation syndrome

此病是由於某些原因，導致心身興奮而伴隨過度呼吸(努力性呼吸發作)，常見於高年級學生，特別是青春期中女生。

此症的症狀是呈現呼吸困難、空氣飢餓感、口腔周圍及四肢末稍有麻感、胸部苦悶感、強直性痙攣，導致情緒上的不安興奮狀態，進而促使過呼吸形成一惡性循環。患者在意識方面會稍微減弱，但通常不會造成意識完全喪失之情形。

此症通常以青春期的女生，特別是中學1年級~高中1年級階段的女孩達最高峰，病因常和心理因素有關，如家庭問題、學校學業、友人等問題導致患兒的情緒不安穩，而促使過度呼吸發作。

(三)神經性食欲不振症：Anorexia nervosa

此病通常是精神心理性的原因，導致食欲喪失，明顯的消瘦，以青春期的女生為多，故此症又稱為青春期中厭食症。此症很少發生在男性是為此之特徵。

此症的症狀有食欲不振、消瘦、無月經的情形之外，病人也會主訴腹部不適，以排便異常較多。在下坂(1977)的「神經性無食欲及登校拒否」的報告中指出，「神經性無食欲病人在病情過程中會出現登校拒否(不登校)的情形。此病的患兒通常在發病前或發病初期表現出對學業的熱中，縱使身體呈現高度衰弱現象時，也常顯示出仍要繼續看書或做功課的情形。或許這是患兒能掌握的一種心理防衛機轉的方式。當此方式失敗時，往往表現出不登校的情形。此也許是患兒將內心的空虛、無力感等顯現於外表的一種訴求。

通常神經性食欲不振的患兒，他們的性格特徵是從幼兒期就會察顏觀色，抑壓自己順著父母親的意願而做事的「乖乖牌」，對於外界的要求，刺激常常是以過度附合、過度適應、失去自我的方式去處理，無形中給自己添加許多壓力，形成食欲下降、失眠、全身倦怠....等慢性疲勞的情形，透過身體症狀得到父母親的關心等疾病利益，更促使此病情之發展(秋山，1986；阿部，1993)。

由上述可知不登校兒常伴隨著多彩多姿的心身反應、心身症，而此不登校和心身症常是相互助長形成一惡性循環。

伍、不登校兒為何容易伴隨有心身反應

心身症是指個體受到內外因素的刺激，而產生壓力反應，由此壓力反應導致情緒興奮，此興奮狀態再傳達到大腦邊緣系統及下視丘，而造成自律神經系統，內分泌系統異常的病態。兒童由於心、身之功能尚未成熟未分化，身心問題相互關係非常密切，容易造成精神身體反應之現象。

通常心身症的發病機轉中，包含有發病因素及誘因及疾病的前驅症狀和發病的一連串過程。其中發病因素包括兒童本身在心理、身體上的因素再加上環境因素，若此時遇到某些誘因，因此會產生欲望不滿足、不安、攻擊性等情緒糾葛，若將這些情緒糾葛內化後，則會以心身症、神經症或習癖的方式表現出來。若將攻擊、反抗等情緒以行動作表現的話，則造成反社會性行爲。若將不滿之情緒採消極退縮的方式呈現時，則會造成非社會性行爲動作 (如圖1)。

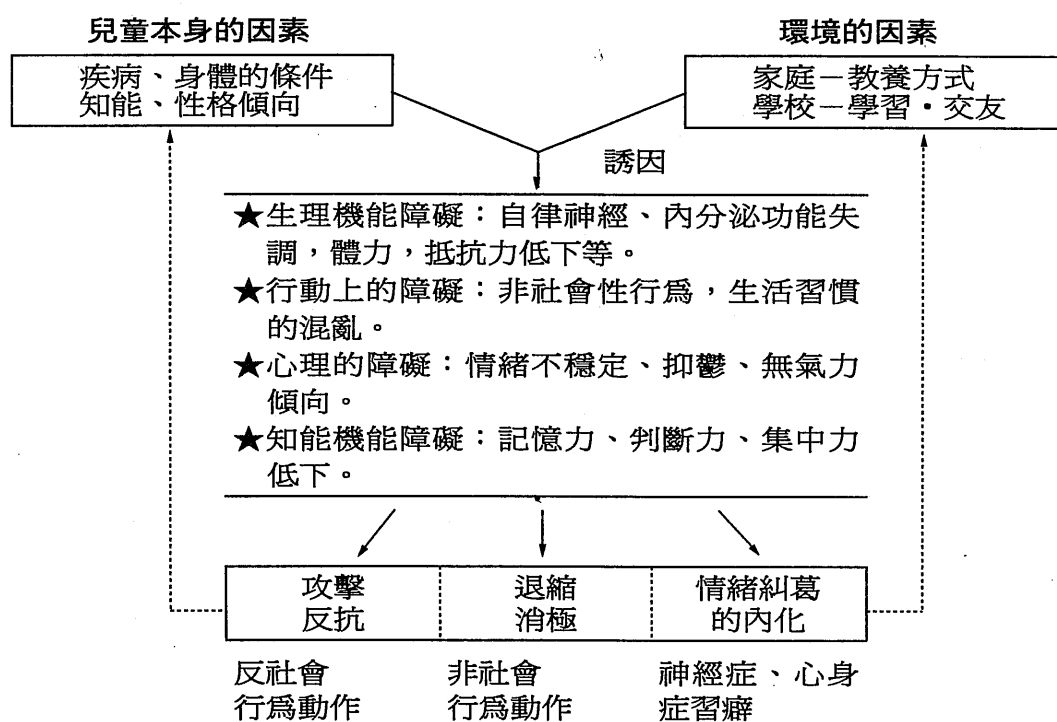


圖 1

(一)因素方面：

A.不登校兒的心理性格要因：

不登校兒在其身心反應上常表現出不安、恐怖、憂鬱、心悸等情緒不安穩的情形，他們是否具有較敏感、激動的人格特質呢？根據許多學者的研究報告指出不登校兒在Rorschach Test心理測驗方面顯示出自我中心、未成熟、強迫性傾向、過緊張、人際關係的糾葛等特徵(鮫島，1983；三原，1986)在Y-G test方面也顯示出他們具有神經質，非協調性、主觀性、內向性等人格特質(垣內，1980)，及情緒不穩定的E-type較多(森，1976)。

此外，Trueman(1984)的發表中亦指出不登校兒在其性格上顯現出不成熟、憂鬱、依賴性強，而且他們在家中很任性、霸道稱雄，但在家之外像學校等場所卻表現出強烈的不安、恐怖的情形。

由上述可知不登校兒在人格特質上較不成熟、情緒不安穩、感受性較高很敏感，對刺激有強烈的反應等神經質傾向，若不順其意則會有不安，易激動，需求不滿足等情緒反應。

B.不登校兒的生理的適應反應

a.神經系統方面：

大腦邊緣系統(下視丘、大腦舊皮質、古皮質)是存在有以自律神經中樞為首的情緒及原始行為動作的中樞及內臟感覺(原始感覺)中樞。即大腦邊緣系統是掌控人體本能(身)和情緒(心)的中心。而且網樣體賦活系也是直接影響腦對外界刺激的興奮及抑制反應，即掌管心身反應的適應狀況。中腦網樣體的過度興奮及緊張是由於視丘的非特殊核過度的興奮及緊張所引起的機能障礙，導致心身反應的適應障礙，進而變成心身症。而不登校兒在神經興奮及抑制上的傳導過程中似乎不順利，根據高木(1983)的實驗報告中，發覺不登校兒在神經興奮及抑制過程的較移上，速度較遲緩，因此在環境的變化中，無法很順利的適應。而且不登校兒的神經反應類型中，以興奮的極端強烈反應型占多數，而這些兒童較容易引起心身反應的適應障礙。

b.內分泌系統方面：

大腦邊緣系統掌管了自律神經系統和內分泌系統，當大腦邊緣系統的混亂也會導致內分泌系統，自律神經系統的機能不安定，因而使身體的心身反應失去平衡狀況。由人體內外壓力所產生的情緒刺激是經由①大腦邊緣系統→下視丘→自律神經系統，②大腦邊緣系→下視丘→腦下垂體→副腎皮質，此兩路線而顯示出身體反應。如果由此情緒反應產生的身體反應永久持續下去，則會使心身症發病。

在臨床上不登校兒時常表現出強烈的疲勞倦怠感、憂鬱狀態、日常生活功能低下等情形，顯示出大腦邊緣系統受到抑制並伴隨著①間腦下垂體（腦下垂體）→副腎系的機能低下，②大腦皮質連合野的機能低下，使得中樞神經系統異常，即呈現出中樞性疲勞侯症群或burn-out syndrome(三池，1996)。

此外，大多數的不登校兒在生理機能方面常呈現出①終日節律的偏離或時間延長等混亂現象，導致生病。②身體節律的異常，導致睡眠情形受影響，此現象可由終夜腦波中查出其異常情形。③身體的節律異常可影響到自律神經，而呈現種種的症狀。④這種身體節律之異常會影響到精神方面，而出現不安感，無生氣(無精打采)等憂鬱症特有的情形(草川，1988)。

由上述臨床的實驗報告中得知，不登校兒的大腦邊緣系統受到抑制，連帶的影響到自律神經系統及內分泌系統的功能，導致身體的心身反應的適應失去平衡狀態，所以容易產生心身症。

c.不登校兒的年齡因素：

不登校兒以身體症狀為主訴者，常隨著年齡增加而遞減，即低年齡層的幼兒常以身體症狀為傾訴。此乃在兒童青年期精神醫學領域中出現精神病理的共同特徵。當人們內心有不安情形時，會以語言來傳達其不安。但在使用語言之前必須先將語言內化，然而幼兒們在語言的內化作用能力及語言表達方面均不成熟，無法藉助語言

的能力將內心的不安表達，只好以身體的症狀或行為症狀來傳達其內心的不安、焦慮等。所以幼兒以身體症狀表達其不安，或以不登校此行為動作表達其不安，均被認為是幼兒所採用的防衛行為(清水，1991)。

(二)環境方面：

兒童在生長發育中，對他的身體、心理影響最大的莫過於其生活環境，而此生活環境可包括家庭、學校、同儕關係……等。

A.家庭環境：

此家庭環境包括家人相互關係，親子關係家庭的養育方式等範圍。

通常不登校兒在家庭間最常見到的問題是患兒和母親間關係密切，相互依賴，兩者分開則產生分離不安等情緒困擾的情形(Johnson, 1941)。同時不登校兒之母親在性格上常顯示出有不安傾向、過度的內向、緊張，對孩子的養育態度採盲目、溺愛方式(鱸，1963；牧田，1967；若林，1965)，使孩子自認為自己萬能(Coolidge, 1957)，而對挫折的容忍度降低，容易情緒激動不安。此外也有家長對孩子採過保護、過期待、過干涉、忽視孩子的自我成長、自信心的培養，形成沒有主見依賴心強的孩子(青山，1976；赤坂等，1988，白橋，1982)而不登校兒之父母雙方的養育態度常不一致，父親採放任型較多見，而母親採過保護，過干涉型較多(北村，1984；星野，1985；黑田，1986，飯島，1986)，不論是放任不關心型，或過保護過干涉均會給不登校兒造成壓力，形成心身症的一個要因(高木，1962；依田，1978)。

B.學校、同儕關係：

不登校兒不願上學，其原因多少和學校，同學間的因素有關。Hening(1974)在其個案研究報告中指出由學校恐怖症候群(syndrom der schulphobie)之孩子身上發現①在學校裡對某特定的人和物有恐怖的感覺，②學校不安是一種病態現象。③學校恐怖是一種戲劇性，且

明確的神經症狀態等三種特性。至於不登校兒在校內的學習及行爲動作方面，雖沒有明顯的偏差行爲，但可發現大多數的患兒在社會適應及交友關係方面有問題存在(有岡及勝山，1974)。

此外，有學者發覺「學校」本身對不登校兒而言就是一種壓力。McDonald & Shepred(1976)指出，學校的教師、同學、校內的活動等對孩子的自我形像具有威脅性，通常不登校兒具有過度膨脹且非現實性的自我形像，因此認爲自己一定要比其他的孩子表現得更優異的意念非常強烈，當自己的成績、行爲動作表現有不如意時，其不安、煩惱則倍增。另外，神保(1985)亦指出①父母對子女高學歷的期待造成孩子的學業壓力，②學校老師依學生成績的偏差值作爲升學指導的依劇，③學校只重視學業的指導，而疏忽人格品性的指導，④師生同儕間的感情非常薄弱等，即目前學校只重視升學而忽略其他應有的「德、體、群」教育。因此更使原來就情緒敏感的不登校兒倍感壓力，使身心適應受影響，成爲心身症的發病的一因。

至於在同學朋友方面，通常不登校兒在學校只和特定的朋友交往，而且表現出很老實乖巧，不做壞事，也不做自己不喜歡的事情等，維持消極被動的朋友關係。而且他們不居領導者的地位，和特定的友人間總扮演依賴者的角色(若林，1965；鑪，1963)。此外，不登校兒對自己不具信心，總覺得自己是無價值感、很丟臉、被朋友同學隔離的意念強烈，而這種意念和對人恐怖症患者所具有的感覺是相似的，因此在現代社會中具有對人恐怖心性的青少年，容易表現出登校恐怖症的現象，同時不登校兒常有自卑感，時常認爲自己在學業方面、人際關方面跟不上同學，而且容易將內向性的自己斷定成「不開朗、灰暗的」(辻，1981)。

亦有學者指出不登校兒常和特定同學形成小集團，而他們在小集團中有安全感、歸屬感，但一旦被小集團的朋友隔離，則安全感受到威脅，造成心理的創傷，當此安全感一喪失了，就失去參加學校生活的意願，而陷入不登校的情境(湯野川，1984)。而不登校兒在

學校和老師間的師生關係也屬於消極、逃避的情形。除此之外，目前也有許多不登校兒因為在校內有被欺侮的體驗，而此欺侮的項目包括語言的傷害、暴力攻擊、被忽視被隔離、或被索取金錢等不愉快的經驗，使得他們不願上學，或想到上學則心中充滿恐懼不安的情緒，此種恐怖不安的情緒持久下去，則導致心身反應不平衡，易形成心身症。

陸、伴隨有心身反應、心身症之不登校兒的治療及輔導方針

不登校兒在生病初期常伴隨有心身反應、心身症，而此症的發病原因和心理因素有關，引起患兒對學校的生活情形適應不良，而引發身體的症狀。在其發病背景中，一般認為在患兒的成長發展過程中存在著親子關及家族關係的病理問題，而在學校生活方面的不適應常是因為患兒自我概念的不成熟、脆弱性，因此在不登校的心身反應適應障礙現象中，牽涉許多相關因素。

對於心身反應適應障礙的不登校兒之治療或輔導，並非只治療其身體疾病或促使他們返校上課，而應著重在精神病理方面的改善，例如，親子雙方的性格的成熟，去除家庭關係的病理性，患兒在家庭和學校裡的人際關係的改善，培養能面對問題，解決問題而非逃避問題的性格養成等。

(一)身體的檢查

由於患兒有身體症狀的主訴，因此帶患兒到醫院做身體檢查是必須的。通常患兒為了要顯示其病症，常會有誇張的病情出現。縱使在身體檢查及臨床檢驗報告上沒出現異常現象時，周圍的大人們也必須要仔細的聽患兒的訴說及儘可能表現出想理解其病情的態度，同時對此病情不要以「逃學」、「任性」、「情緒問題」或「去上學是沒問題」等字眼帶過，儘可以具有同理心的字辭如「不能去上學是件痛苦的事」等，使患兒有被理解之感覺，會使心身症兒的病情減輕。由於患兒語言敏感，因此對做上學或休息的建議指導時，採用「縱使在家

休息也沒關係」的說法會優於「縱使不上學也沒關係」的效果，同時是否上學或休息應由患兒自己決定。在具有心身的不登校兒中，有一些人會在身體症狀消失後，回學校繼續上課，但有一些患兒會在身體症狀消失後，則長期不登校上課。

(二)心理療法

1. 支持法：

以親切包容的態度，盡力去理解患兒的苦訴牢騷等，並給予精神上的支持，使患兒的情緒得以安定，然後配合患兒的理解能力，給予適當的生活習慣，思考方向之指示或鼓勵等返復性的治療。

2. 表現法、淨化法(Katharsis)

治療者以傾聽的方式，讓患兒說出自己心中的不滿、憤怒、抱怨、煩惱等，以發洩其不安的情緒，而治療者在傾聽的過程中絕不加上自己的批評之面談療法。

3. 洞察療法：

治療者利用精神分析法或諮商法，幫助病人自己能察覺和自己發病原因有關的病理性之治療法。

4. 暗示療法—催眠療法及自律訓練法

暗示療法包括催眠療法(他人催眠)及自律訓練法(自我催眠)兩種，常使用在心身症的病人身上，其作用是幫助病人使他們的身心得鬆弛，讓因過度緊張而產生的症狀得以消失。通常此法的對象以青春期中學以上者較適合。

5. 作業療法—遊戲療法、繪畫療法、砂箱療法(Play therapy, Art therapy, Sand play)

通常上述前4項的心理療法常用在成人身上，而兒童使用心理療法時必須考慮其身心發展的階段，一般小學高年級以上的學生，由於具有成熟的語言表達能力，可以用心理療法幫助病兒達到治療的效果。但是低年級的學生由於語言表達能力較差，表現法則不適合此年齡的孩子，因而常使用語言表達之外的遊戲療法，繪畫療法或

砂箱療法等，幫助患兒將內心世界表達出來，找出病因及促病況緩和。通常此法可用於3、4歲~11、12歲的兒童。

6. 行為治療法(Behavior therapy)

此方法常適用在神經症及心身症的患兒身上。通常使用去敏感法、厭惡療法、增強法、隔離法...等，以幫助病人將目前的不適當行為加以改變成符合期待的適當行為動作。

(三) 藥物療法

伴隨有心身反應，心身症的不登校兒，除了有身體症狀外，仍會有情緒不安、憂鬱、失眠...等精神症狀。因此，對這些兒童給予心理治療之外，仍常會以藥物治療做為輔助療法。通常所用的藥物是針對身體症狀的治療藥物之外，也會使用精神安定劑。一般精神安定劑除了能輕緩，改善精神症狀之外，也能對自律神經系統達到安定作用，因此也能改善身體的症狀。

(四) 生活環境的調整

1. 家庭方面：

具有心身症的不登校兒和其家人間常存在許多過保護、過干涉、過期待等教養之問題，或是父母親感情不和睦、父親長期不在家...等家庭之病理問題。因此在治療輔導過程中，應向患兒的父母親或家人說明其發病的原因，並以理解包容的態度去接納病兒，進而改變親子兩方敵對的氣氛，建立彼此的信任度，同時也給病兒適度的自主空間，幫助他們養成獨立性及建立自我信心。此外，對患兒的父母親也要給予精神支持，幫助他們如何改變自己的心態及教養方式，及營造一個適合每位家人居住的溫馨家庭。

2. 學校環境方面：

具有心身症的不登校患兒中，有許多患兒是因為和學校老師間的人際關係不佳或同儕關係之障礙而引起學校適應不良情形。

(1) 害怕老師覺得老師很恐怖者：

通常在低年級的學生較常見，高年級學生偶爾也可見到此情

形。如果患兒是因爲害怕學校的老師而有不登校情形，此時也許要考慮換班級或轉學。但絕不要強迫患兒上學，因爲如此會導致患兒情緒更加不穩定，身體症狀更加嚴重。另外有一些患兒是由於傳聞而對某位老師產生恐怖感，在此情形對患兒做任何的解釋、說明均無效，最好的方法是請老師到家做家庭訪問，並和患兒透過遊戲建立人際關係及信賴度，如此可減輕患兒的恐懼感，幫助病情的恢復，但此時仍不可強迫患兒登校上課。

(2)同儕關係適應障礙者：

(a)覺得某特定同學很恐怖可怕者

此型是指不論同學給予他強烈的攻擊或稍微的攻擊均感到恐怖而不敢上學者，通常常見於小學低年級，在中學生也可見到此型如校內暴力事件中的受害者。

一般的兒童如果對同學的情緒感覺的理解能力不足時，容易產生很大的誤會，往往會造成根深蒂固的恐怖感，而且無論如何說明、解釋均無效。對於此型的患兒，可以鼓勵他到學校，讓他適當的了解同學的想法及觀念。由於此型患兒具有非常強烈的恐怖、不安的情緒，可以由父母陪著孩子上學，然後逐漸減短陪伴的時間，最後由孩子自己獨自上學。

(b)覺得自己被孤立著

以小學高年級較常見。覺得自己周遭的同學朋友逐漸離去不和他玩，患兒時常被孤立隔離，內心的寂寞痛若不安也逐漸增加，逐漸覺得到學校很恐怖漸漸的變成不登校兒。由於此類型的患兒在個性上較有問題[如內向、爆發性(火爆型)的情緒表現，不乾脆猶豫不決等]或是自己的興趣和同學們不一致等情形，再加上患兒的人際關係的應變能力較同儕差，所以容易被隔離。對於此型的患兒，雙親應了解其被孤立之狀態，不要加以責難，應多給予鼓勵。若由學校放學回來，可以答應患兒做他喜歡作的事情，如看電視、聽音樂，以減

輕他在學校承擔的壓力。

(c)缺乏社會性能力者

由於目前的社會及家庭結構的變化，兒童生長在小家庭，很少到戶外和同年齡層兒童遊戲，再上父母的過保護及升學競爭每日忙著補習課外輔導等，無形中減少兒童學習待人處事及解決日常生活能力的機會，因此也會影響兒童的人際關係不良，容易陷入被孤立的狀態。

此類型的患兒應多輔導他學習和同學相處的方法，家人或老師可以幫他營造容易交友的讓患兒在自然中學習人際關係的應對進退法。

(d)過度適應，過度敏感者

此類的兒童對自己缺乏信心，非常在乎別人對他的看法，拘小節，隨時注意他人的反應，常陷入人際關係過敏感反應狀況，因此在學校時時處於緊張不安的狀態。特別是當自己的考試成績低下，或被老師責罵、或在同學面前表現失敗等情況下，覺得自己很沒有面子，而不敢上學，逐漸變得不登校兒，進而導致身心反應的適應不佳而引發心身症。此類型常見於中學及高中生。

此類型的學生，爲了要使他緊張的心理狀態能得到安靜，可以讓他到學校以外自己有興趣的地方學習，如陶藝、園藝...等工作，暫時放鬆自己，不想學校的事情，由這些充滿樂趣的活動中找回自我及重建信心，而不再敏感於他人的看法。

柒、預防

不登校兒不論是否具有心身反應或心身症通常可以發現其病因和兒童的心理、身體狀況、親子關係、學校師生、同儕間的人際係有關。

因此在兒童成長過程中應配合兒童的能力，給予適度的自主空間，讓兒童能學習自我成長，及對事物處理判斷能力，培養生活樂趣，鼓勵兒童參加學校、社區主辦的課外活動，以拓展兒童的生活空間及由參與活動中學習人際關係的應對進退技巧，促進兒童社會性的發展。

此外，社會價值觀的導正是必須的。人生行行出狀元，別只迷信於高學歷才有出息的想法，每個人在其專業領域，只要能發揮其才能，必能受到尊重。

相信在這樣的想法及教育下，不登校兒童的出現率可以得到降低。

捌、結語

近年來在日本由於社會變遷，生活型態價值觀的改變，使得日常生活中充滿了壓力。而這些壓力不僅影響成人，甚至也影響未成年的兒童及青少年。這些未成年的兒童們其身體心理的機能尚未成立、未分化，只要有內外來的刺激，就容易引起心身反應，導致情緒不安、緊張、恐怖等現象。

有些兒童因為父母親的過保護，過干涉等教養方式，使得兒童表現出依賴、任性、自我中心、膽小等社會性不成熟的個性，因此在學校中也容易發生師生、同儕間的人際關係不良導致學校生活適應障礙，無形中對學校產生恐怖，而不登校上學。

而不登校兒中，有些兒童其心理性格呈現自我中心、未成熟、強迫性傾向、神經質等特性，所以在情緒上容易激動、不安、欲求不滿的情緒反應。此外，在身體生理機能上也顯示出a.神經興奮及抑制過程的轉移上，速度轉慢，在適應環境的變化較不順利。b.大腦邊緣系功能受到抑制，而影響

到自律神經系統及內分泌系統機能的混亂，當然會使身心反應失去平衡，導致心身症狀、心身症的產生。

至於在治療及輔導方面，不論是不登校或具有心身症的不登校兒，若能及早發現並儘早將病因有關的因子加以去除，則可預防此病的發生，如病症已發生，則給予適當心理治療、對症治療、藥物治療及建立醫院、家庭、學校一體的資訊連絡網，隨時互相支援配合，以減少不登校兒及伴隨有心身症之不登校兒的發生並給予全面性的治療及輔導，以提昇其生活品質。

此外，不登校兒或伴隨有心身症的不登校兒也許在國內仍不太受到注視，但我們國內有許多情形和日本很接近，如注重高學歷，父母對兒童的過保護、過干涉、過期待等教養方式等容易給兒童、學生帶來無比的壓力，進而產生無力感、挫折感現象，使家庭、校園、社會隱藏了許多不定時的炸彈，此乃筆者深感隱憂之處。希望有關單位—教育、醫院、社會福利等建立聯絡網及早注意及預防此問題的發生。

參 考 文 獻

阿部忠良(1993)：學童生徒の心身症。小兒科臨床，第44卷增刊號，1850～1862。

赤坂徹他(1988)：不登校を主訴として來院した心身症患者。心理社會的背景と治療について。小兒保健研，47(2)，293

青山むつ子他(1976)：登校拒否兒からみた「よい子」の評価について。小兒保健研，34(5)，257～258。

有岡巖・勝山信房(1974)：學校恐怖症。東京：金原出版。

Bakwiw, H.(1965). Learning problems and school phobia. Pediatric clinics

of North America, 12, 995~1014。

Berg, I. et al.(1969). School phobia-its classification and relationship to dependency. Journal of child Psychology and Psychiatry, 10, 123-141.

Bolman, W.M.(1970). System theory, psychiatry , and school phobia. American Journal of Psychiatry. 127 , 25~32.

Broadwin, I.T.(1932):A contribution to the study of truancy. American Journal of Orthopsychiatry , 2, 253~259

Coolidge J.C. et al (1957) School phobia. Neurotic Crisis or way of life . American Journal of Orthopsychiatry, 27 , 296~306.

Davidson, S.(1960). School phobia as a manifestation of a family disturbance : Its structure and management. Journal of Child Psychology and Psychiatry , 122, 270~287

濱田庸子他(1984)：<不登校>に關する研究(その1)－症狀と發達診斷に關して。兒童青年精醫と近接領域，25(1), 31~32.

Hening, H. et al (1974): Zum syndrom der Schuphobie. Acta Paedopsychiatrica, 40(1), 44~54.

Hersov, L.A(1960): Refusal to go to school. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1 , 137~145.

星野仁彦他(1985): 登校拒否の發症に關與する家族、社會的要因。福島醫學雜誌，35(4), 413~423.

飯島克己他(1987)：小學生の登校拒否症。心身醫學，27(4), 380.

依田明(1978)：家族關係の心理。東京：有斐閣新書

平井信義(1978)：登校拒否兒。東京：新曜社

神保信一，君塚齊編(1985)：小學校、學校拒否指導事例集。東京：教育出版社

Johnson, A.M. et al(1941). School phobia , American Journal of Orthopsychiatry , 11(4), 703~711.

Kahn , J.H.(1958). School refusal - some clinical and cultural aspects.

Medical officer, 100, 337~340.

Kahn, J.H. & Nursten, J.P.(1962). School refusal : A Comprehensive view of school phobia and other failures of school attendance. *American Journal of Orthopsychiatry*, 32, 707-718.

垣内弘毅(1980)：YG性格検査と心身症、登校拒否生徒(その1)性格検査で発見できるか。健康教室，31(8)，24~26

金井秀子他(1988)：登校拒否にみられる心身症状と年齢別特徴についての一考察。心身醫學，28(2)，180

北村陽英(1984)：登校拒否と現代社會—中學校とのかかわりから。兒童青年精神醫學と近接領域，25(2)，79-85

Klein, Emenuel.(1945) The reluctance to go to school. *Psychoanalytic Study of child* , 1, 263~279

黒田正宏他(1986b)：高校生の心身症や不登校102例にみられた發症の背景について,心身醫學, 26(6), 519.

草川三治(1988)：登校拒否を生體リズムの面から考える。日小兒會議, 92(1), 1~4.

牧田清志他(1967)：思春期登校拒否兒方の臨床的研究—とくに慢性重症例について。兒童青年精神醫學と近接領域，8(4)，377~384.

増井美保子他(1987)：對人關係からみた不登校兒童的入所治療過程。兒童青年精醫と近接領域, 28(3), 192-205

McDonald, J.E. & Sheperd, G.(1976). School Phobia, An overview, *Journal of School psychology* , 14(4), 291~305.

三原龍介(1986)：登校拒否と非行。社會精神醫學，9(1)，29~35

三池輝夫(1996)：不登校の考える—生理學的立場から—。小兒内科，28(5)，627~631.

文部省・生徒指導研究會編(1988)：登校拒否の指導、相談事例集。東京，第一法規。

文部省(1996)：登校拒否(不登校)問題について，文部省。學校不適應

對策調查研究協力者會議報告。

森崇(1976)：學校不適應兒の心身醫學的研究。福岡教育大紀要，教職科編，25，123～135。

村上貴孝他(1988)：登校拒否における身體症狀。日小兒會誌，92(4)，993-994。

並木正美他(1985)：小兒心身症。精神身體醫學，12，52

Ozaki, T. & Sasaki, T.(1984): Clinico-genetic study on School refusal. Bull of Osaka Med. Sch. ,30(2), 96-109.

Paccione-Dyszlenski, M.R. & Contessa-kislus, Marie Ann, (1987). School phobia: Identification of subtypes as a prerequisite to treatment intervention. Adolescence, 22(86), 337～384.

Partridge, J.M.(1939): Truancy. Journal of Mental Science, 85, 45～81.

Pritchard, C. & Ward, R.I.(1974) The family dynamic of school phobics . British Journal of Social Work, 4(1), 61～94.

Shapiro, Theodore & Jegede, R. Olukayode(1973): A babel of tongues, Journal of Autism & Childhood Schizophrenia, 3(2), 168～186.

清水將之,奧村透(1991)：登校拒否－精神科の立場から，小兒內科，23卷臨時增刊號，248～251。

下坂埜三(1977)：神經性無食欲症と登校拒否，精神療法，3(3)，278～281。

鮫島和子(1983)：登校拒否のロールシャッハ反應に関する研究。九州神經精神醫學，29(3)，336～353。

Smith, R. & Sharpe, T.(1970) Trèatment of a school Phobia with im-plosive therapy. Journal of Consult Clin Psychology, 35, 239～243.

白橋宏一郎(1982):登校拒否の背景－家庭的。社會的要因，小兒內科，14(5)，597～601。

高木隆郎(1963)：學校恐怖症，小兒科診療，26，433～438

Takagi, R.(1963). School Phobia and its prevention. Acta Paedopsychi-

atrica, 30, 135~140c.

高木隆郎他(1965): 學校恐怖症の典型像(I). 兒童青年精神醫學と近接領域, 6(3), 146~156.

高木隆郎(1983): 登校拒否の心理と症理。内山喜久雄編: 登校拒否, 東京, 金剛出版。

武井茂樹他(1984): <不登校>に關する研究(その1)一統計的調査。兒童青年精神醫學と近接領域, 25(1), 29-30.

鑪幹八郎(1963): 學校恐怖症の研究(1)一症狀形成にかんする分析的考察。兒童青年精神醫學と近接領域, 4(4), 221~235.

徳重洋子他(1983): 身體症狀からみた登校拒否症。日小兒會誌, 87(2), 328.

東京都、學校不適應檢討委員會(1990): 學校不適應問題の解決のために, 東京都、學校不適應檢討委員會報告書(第2年次)

Tureman, D.(1984): What are the characteristics of school phobic children? Psychological Reports, 54(1), 191~202.

辻平四郎(1981): 登校拒否兒の自己意識と對人意識。兒童青年精神醫學と近接領域, 22(3), 182~192.

若林慎一郎他(1965): 學校恐怖症または登校拒否兒童の實態調査, 兒童青年精神醫學と近接領域, 6(2), 77~89.

Warren, W. (1948). Acute neurotic breakdown in children with refusal to go to school. Archives of Disease in childhood, 23, 266~272.

山本由子(1964): いわゆる學校恐怖症の成因について。精神經誌, 66, 558~583.

山中恵子他(1987): 自治醫大小兒科における登校拒否兒の實態。兒童青年精神醫學と近接領域, 28(1), 48~49.

湯野川淑子他(1984): 青年期前期女子における不登校と交友關係についての一試論。兒童青年精神醫學と近接領域, 25(5), 296~302.

Psychosomatic medicine study about the non-attendance school children with psychosomatic disease

Abstract

Recently, in Japan, there are many children got mental factors or mental problems so that they couldn't adapt school life well and they were even afraid of going to school. These children always complained that they got symptoms of dysautonomia, like headache, abdominal pain, vertigo, fatigue, uneasiness...etc. They didn't want to go to school, they just wanted to stay home. In Japan we call these children "non-attendance school children".

This study discussed about the definition of non-attendance school, classification of non-attendance school, the process of non-attendance school, and the different factors of the non-attendance school children. Those who got different physical reactions or psychosomatic disease, this study has mentioned some treatments, such as psychological therapy, physical examination, and drug therapy. The study also concluded some methods to (1)help those children and their partents to improve their relationships, (2)help them to improve teacher-student relationship, (3)facilitate classmates' friendship in school, and (4)recover their psychical pathology to raise their quality of life.