

## 論文目録

岐阜大学

報告番号	甲第221号	氏名	江口 研
<b>主論文</b>			
	不登校を呈した青年期精神分裂病に関する臨床的研究 平成3年3月発行予定 岐阜大医紀 39(2):掲載予定		1冊
<b>参考論文</b>			
1)	那須-Hakola 病の精神症状について - 2同胞例の観察から - 昭和61年11月発行 臨床精神医学 15(11):1811~1819		1冊
2)	Mid-sagittal brain feature of schizophrenia by MRI with special references to family history 昭和62年6月発行 In: Cerebral Dynamics, Laterality and Psychopathology Elsevier: 389~397		1冊
3)	心理的・社会的要因の関与した児童・思春期病態についての疫学的研究 (その1) 精神科外来における児童青年期患者の実態 昭和63年3月発行 児童・思春期精神障害の成因及び治療に関する研究 昭和62年度研究報告書: 9~18		1冊
4)	児童の機能性感覚障害についての精神医学的研究 昭和63年11月発行 安田生命社会事業団研究助成論文集 24(2):142~149		1冊
5)	心理的・社会的要因の関与した児童・思春期病態についての疫学的研究 (その2) 精神科外来における児童・思春期患者の実態 平成元年3月発行 児童・思春期精神障害の成因及び治療に関する研究 昭和63年度研究報告書: 27~39		1冊
6)	Two autopsy cases of a head stab wound with a nail - Suicide committed by mentally deranged people - 平成元年5月発行 Act. Crim. Japon. 55(5):198~203		1冊
7)	精神分裂病の核磁気共鳴断層撮影(MRI)による臨床的計量形態学的研究 平成元年9月発行 精神科治療学 4(9):1127~1138		1冊
8)	Cotard 症状群を呈した初老期うつ病の1例 平成元年11月発行 岐阜市民病院年報 9:153~162		1冊
9)	心理・社会的要因の関与した児童・思春期病態についての疫学的研究 (その3) 精神科外来における児童・思春期患者の実態 平成2年3月発行 児童・思春期精神障害の成因及び治療に関する研究 平成元年度研究報告書: 5~20		1冊
10)	児童の機能性感覚障害について - (その1) 視覚障害について - 平成2年6月発行 児童青年精神医学とその近接領域 31(3):181~190		1冊
11)	児童の機能性感覚障害について - (その2) 聴覚障害について - 平成2年6月発行 児童青年精神医学とその近接領域 31(3):191~207		1冊

岐阜大学医学部紀要

第39巻第2号別刷

平成3年3月

不登校を呈した青年期精神分裂病に関する臨床的研究

江口 研

岐阜大学医学部神経精神医学教室（主任 若林慎一郎教授）

Clinical Study on Adolescent Schizophrenia with Non-Attendance at School

Ken EGUCHI

*Department of Neurology and Psychiatry, Gifu University School of Medicine*  
(Director: Prof. S. WAKABAYASHI)

Reprinted from

ACTA SCHOLAE MEDICINALIS UNIVERSITATIS IN GIFU

Vol. 39 No. 2 March 1991.

## 不登校を呈した青年期精神分裂病に関する臨床的研究

江 口 研

岐阜大学医学部神経精神医学教室 (主任 若林慎一郎教授)

Clinical Study on Adolescent Schizophrenia with Non-Attendance at School

Ken EGUCHI

*Department of Neurology and Psychiatry, Gifu University School of Medicine*

(Director: Prof. S. WAKABAYASHI)

An important problem in child and adolescent psychiatry has been the ever increasing number of patients not attending school in recent years. Commonly, school refusal is defined as a situation in which a patient cannot go to school because of a neurotic mechanism. In some cases, however, psychotic symptoms may be associated with this status. Therefore, it is necessary that a differential diagnosis is carefully made.

The aim of this research is to clarify the characteristics of the clinical picture of non-attendance at school due to psychotic symptoms and to compare school refusal (neurotic group) to non-attendance at school as a schizophrenic disorder (schizophrenic group).

Subjects in this study were new patients who were 18 years and younger, and who had visited Gifu University Hospital from 1979 to 1988. One hundred and thirty two patients were diagnosed as schizophrenic using DSM-III-R criteria. Fifty one of the schizophrenic patients exhibited symptoms of non-attendance at school. There were 224 cases of school refusal among the neurotic group, which consisted of a total of 629 cases.

Of the schizophrenic group, 24 cases were failing to attend school even before psychotic symptoms became pronounced, and 27 cases began non-attendance at school after the appearance of schizophrenic symptoms. The former is named the preceding type, and the latter is named the unpreceding type.

The results obtained from this study were summarized as follows;

- 1) Many of the cases who failed to attend school because of schizophrenic symptoms were aged from 14 to 17. The reasons for this, besides the fact that they are approaching the most common age of schizophrenia occurrence, included stress from examination pressure, changes in environment with moves to new schools and advancing to higher grades, as well as relations with other people.
- 2) The average period until the first visit of the preceding type was 10.88 months, and that of the unpreceding type was 6.88 months. Significant differences emerged between the two types ( $P < 0.005$ ).
- 3) Latent onset appeared often among the preceding type, while acute onset with hallucinatory-paranoid state was found in many cases among the unpreceding type.
- 4) Early symptoms included sleep disturbances, headaches, abdominal pains, feeling tired, and many patients made these kinds of hypochondriac complaints. In the early stages, it seems to be very difficult to distinguish non-attendance at school because of neurotic disorders.
- 5) Positive symptoms like hallucinations, delusions, as well as disturbances of thinking, occur-

red at high rates of frequency in the unpreceding type; and differed significantly with the preceding type especially in the cases of disturbances of thinking ( $P < 0.05$ ). Eleven cases had been bullied, and this was a factor intensifying symptoms like hallucinations and delusions.

6) Negative symptoms were found in many of the cases in the preceding type including autism, hypobulia, and affective flattening, although there were no significant differences here with the unpreceding type.

7) Somatic symptoms of some form or other were found in 75.0% of the preceding type, and 44.4% of the unpreceding type. This seems to be a characteristic feature of schizophrenic adolescents with non-attendance at school. Many cases of the preceding type exhibited onset with psychosomatic symptoms, sleep disturbances, feeling tired, headaches, abdominal pains, and other physical problems.

8) Some cases of the unpreceding type continued attending school with positive symptoms, but hypobulia and loss of spontaneous activity worsened, and non-attendance at school were a manifestation of a kind of functional disability in their daily lives.

9) Comparing the ages of the neurotic group with the schizophrenic group showed that quite a few of the former were found in the under-12 age group of elementary school students.

10) Compared to the cases of neurotic group, somatic symptoms like sleep disturbances and problem behavior often involved violence in the family, leading to the outbreak of schizophrenia, and significant differences were found with regard to these factors.

## 結 言

学校を長期にわたって欠席したり、頻りに欠席する児童・生徒のなかには、怠学や非行などは異なり、また客観的に登校に支障をきたす身体的疾患や経済的あるいは環境的理由もないにもかかわらず、「学校に行かない」、「学校に行くことのできない」子どもの一群がある。精神医学的研究は、1932年、Broadwin<sup>1)</sup>が怠学 (Truancy) のなかで強迫的性格傾向を示す2症例についての記述や、1941年、Johnson<sup>2)</sup>が、強い不安を伴い、長期にわたって学校を休む一種の情緒障害の8症例を、非行的な怠学とは区別して学校恐怖症 (School phobia) という名称を用いて報告したことに始まる。わが国でも、約20年遅れてこの概念がとり入れられ、高木<sup>3)</sup>(1959)、鷺見<sup>4)</sup>(1960)の学校恐怖症に関する報告が発表されて以来、数多くの研究が発表されるとともに、その病態も家庭・家族状況、教育制度・教育状況あるいは社会状況などの多様な要因と絡み合い、社会的に大きな問題としてクローズ・アップされている。

昭和41年から文部省が毎年行っている学校基本調査<sup>5)</sup>によると、国・公・私立の小・中学校にお

いて、①特に身体的な病気がなく、②家庭の中に通学に困難を生ずるような経済的な問題がなく、また、③非行にはっきり結び付きがなく、年間50日以上欠席した、文部省のいう「学校ざらい」の児童・生徒の数は、昭和63年度は小学生が6,283人、中学生が36,100人の合計42,383人で調査開始以来最多である。その出現率は、小学生では昭和50年が最低で0.026%であったが、昭和63年は0.065%と2.5倍になり、中学生では昭和48年が最低の0.15%であったのが、昭和63年は0.62%と4.1倍に増加している。高校生の実態について全国レベルの統計的報告はないが、昭和63年度の高校中退者は116,000人を越え、中途退学率は2.1%であり、その1/3以上が学校への不適応が原因として深く関わっていると考えられる。このように不登校<sup>6)</sup> (non-attendance at school) と総称される児童・生徒の増加は、児童・青年期精神医学および学校精神保健の重要な課題の一つである。

一般的に、不登校とは心理的要因が関与した学校状況に対する不適応状態を概括した用語であり、その中核には、神経症的心理メカニズムによると考えられる登校拒否 (school refusal) が包括

されている。他方、中学・高校生年代であるブレ青年期から青年前期にかけては、精神分裂病が発症し始める時期にあたり、精神病状態のために登校不能になっている症例も少なくない。また学齢期の精神分裂病患者において、学校という一つの社会的状況は、その病理および人格の発達に対し物理的にも心理的にも非常に大きな影響を与える因子である。

登校拒否の予後について、梅垣<sup>7)</sup>は150例の登校拒否児のうち5例(3.3%)、福岡<sup>8)</sup>は92例のうち5例(5.3%)が後に精神分裂病が発症したと報告し、登校拒否と精神分裂病の関連について言及している。

不登校の類型化に関する研究においても精神分裂病を含めた臨床的類型化を試みた報告もみられる。KahnとNursten<sup>9)</sup>は学校恐怖症についての文献的総説のなかで、そのタイプをpsychoneurotic condition, character disorder, psychotic conditionの3つに分類した。山本<sup>10)</sup>は学校恐怖症について、①伝統的に頑固な登校拒否を示し、②診療に対し拒否的であり、③登校拒否以外の神経症状に乏しいもの、というおよそその基準に合致するものを中核群とし、登校拒否の出現様式並びに对人的態度が一様でなく、種々の神経症状あるいは、精神分裂病を疑わせる症状を伴うものを辺縁群としている。梅垣<sup>7)</sup>も登校拒否が主症状である比較的広い範囲の生徒を対象に、中核群と辺縁群の2つに分け、辺縁群に自己異質的な精神症状を認める状態の精神病、神経症、境界例を含めている。住田<sup>11)</sup>は疾病が原因で休学し、二次的に不登校を訴える症例と狭義の不登校を対象にA)学校恐怖症群(学校恐怖症、登校拒否、怠学など)、B)分裂病近縁群(境界例および分裂病初期を思わせるもの)、C)うつ病近縁群(うつ状態に基づくと思われるものなど)、D)その他の群(例えば、不登校は来していないが試験前とか試験期間中などに頭痛、頻尿等を訴えるものなど)の四群に分類している。福岡<sup>8)</sup>は登校拒否を示す児童・生徒の基礎にある障害や拒否に至った心的機軸の面から1)性格障害群(C群)、2)神経症群(N群)、3)類精神病群(P群)の3群に分けさらに10の亜型

に細分化し、類精神病群を登校拒否にいたる心的機軸が明らかでなく境界的あるいは内因性精神病を疑わせるニュアンスを早期よりもつが、はっきりとそれと診断できないものと臨床的に特徴づけている。野木<sup>12)</sup>と高橋<sup>13)</sup>は不登校の発症機軸、経過、予後までを包括的にとらえようと試み、反応性(R群)、神経症性(N群)、性格障害性(P群)、分裂病性(S群)の4類型に分類し、S群と他群の間に遺伝要因、不登校期間、治療期間、転帰について有意差があり、この類型化が予後の予測に役立つ、臨床的に有用であると主張している。

以上の不登校の類型化に関する研究では神経症性不登校(狭義の不登校)を中核群とし、主にその臨床的特徴について論じていることが多く、不登校と青年期精神分裂病の関係から、その病理、臨床像について検討されているものは少ない。日常の診療場面において、10歳代に発症した精神分裂病症例の中学校、高校および大学などにおける学校適応状況について把握、分析することは、治療導入や治療方針について説明する際、非常に有用な条件である。また、学校適応についていかに処遇するかは治療上重要な問題であると考えられる。

本研究においては、不登校を「学校へ行けない」という一つの臨床的状態としてとり上げ、その症状を有する精神分裂病患者の実態、発症要因、臨床的特徴、経過について明らかにすることを目的とした。さらに、学齢期の精神分裂病症例において不登校がいつごろから、どのような形で発現するかを注目し、不登校の発現様式として、精神症状が明らかになる前から不登校が先行するタイプ(不登校先行型)と精神症状と同時にあるいは後になって不登校がおこるタイプ(不登校非先行型)に分けて臨床、統計学的検討を行った。また、神経症性不登校と精神分裂病性不登校両者に共通した症状として表出される頭痛、腹痛、睡眠障害などの身体症状と、家庭内暴力、いじめられなどの問題行動、背景要因に関して、神経症性不登校との間で比較検討を試み、鑑別点とともに精神分裂病性不登校の特質について考察した。

対象と方法

対象症例は、1979年1月から1988年12月までの10年間に岐阜大学医学部付属病院神経精神科

外来を受診した初診時18歳以下の1,323症例のうち、DSM-III-R<sup>17)</sup>に基づいて精神分裂病と診断された132症例中、不登校を主要症状の一つとした51症例(男子：28例、女子：23例)である。

表1 不登校の症例

	男子	女子	合計
精神分裂病	73	59	132
不登校 (S群)	28 (38.4%)	23 (38.9%)	51 (38.6%)
神経症	306	323	629
不登校 (N群)	118 (38.6%)	106 (32.8%)	224 (35.6%)

表2-1 対象患者一覧表(性別、年齢、学年、家族構成、遺伝負因、初期症状、不登校先行の有無、発症誘因) その1

症例	性別	発症年齢	学年	受診年齢	学年	同居世代	同胞数	順位	遺伝負因	不登校先行	初期症状	発症誘因
1	男子	10.04	小5	10.06	小5	2	2	2	なし	○	倦怠感 臆鬱傾向	
2	男子	15.02	中3	15.06	中3	2	2	2	叔父 伯母	○	頭痛 集中困難 成績低下 不眠 倦怠感	テストの失敗
3	男子	14.10	中3	15.11	専修1	3	2	2	なし	○	腹痛 食欲不振 引き籠もり	いじめられ 友人関係
4	男子	15.11	中3	17.06	高2	2	2	1	なし	○	倦怠感 朝起きれない	感冒
5	男子	15.03	中3	15.08	高1	3	2	1	なし	○	倦怠感 頭痛 腹痛 不眠 朝起きれない	高校入試
6	男子	16.07	高1	16.08	高1	3	1	1	なし	○	頭痛 嘔吐 強迫症状	家庭内葛藤
7	男子	16.01	高1	16.05	高1	3	2	1	なし	○	焦燥感 言動異常	いじめられ
8	男子	14.00	中1	14.04	中2	3	2	1	なし	○	強迫症状 関係念慮	
9	男子	16.09	高2	17.04	高3	3	3	1	叔父	○	腹痛 不眠 離人症状 醜貌恐怖 食欲低下	
10	男子	17.02	高2	18.05	高3	3	2	2	なし	○	倦怠感 めまい 成績低下	友人とのトラブル
11	男子	15.01	中3	17.05	中卒	2	2	2	母	○	頭痛	
12	男子	16.03	高1	16.09	高1	2	2	1	なし	○	倦怠感 無気力	母の自殺
13	男子	17.00	高2	17.06	高2	2	3	2	なし	○	無気力 言動異常 過食 拒食	
14	男子	14.02	中2	17.03	中卒	2	1	1	叔母	○	腹痛	
15	男子	15.10	中3	18.07	高3	2	3	3	なし		不眠 側頭部の限局性頭痛 自生思考	上級生とのトラブル
16	男子	13.03	中1	15.06	高1	2	1	1	伯母		言動異常 食欲低下 不眠 興奮 妄想気分	
17	男子	17.02	高2	18.02	高3	2	2	2	伯母		被害・関係妄想 引き籠もり	友人関係 テストの失敗
18	男子	15.10	高1	16.11	高2	2	2	2	なし		注察妄想 幻聴 自我障害 成績低下	
19	男子	13.04	中1	13.10	中1	2	3	2	なし		自己臭恐怖 被害妄想	友人関係
20	男子	17.00	高2	17.05	高2	2	2	1	なし		不眠 自生思考 妄想気分 注察妄想	クラス内での事件
21	男子	14.04	中2	14.07	中2	2	2	1	なし		自生思考 注察妄想	
22	男子	17.07	高3	17.11	高3	2	3	1	叔母		妄想気分 言動異常 不眠 興奮	クラス内での事件
23	男子	15.10	高1	17.10	高3	2	3	2	なし		倦怠感 強迫症状 離人症状	
24	男子	16.06	高1	17.01	高2	2	3	2	伯父		被害・関係・注察妄想 集中力低下 成績低下	クラス内での事件

他方、神経症性不登校は神経症圏症例629例のうち、不登校を主訴の中心として受診した224例(男子：118例、女子：106例)である(表1)。これらの症例について、診療録の記載内容を基にデータを収集した。診療録の記載が不十分な場合は、当時および現在の担当医から情報聴取しデータの補足をした。

検討項目は性別、年齢、学年、家族構成、遺伝負因、初期症状、発症誘因、主要精神症状、入院

治療の有無、学校および社会適応などであり、精神分裂病の発症に対する不登校の先行、非先行という観点からも比較を試みるとともに、それぞれの代表症例を提示し、その特徴について考察した。さらに、精神分裂病性不登校と神経症性不登校の間で身体症状、問題行動、背景要因などについて比較検討を行った。なお、統計学的有意差の検定には $\chi^2$ 検定およびt検定を用いた。

表2-2 対象患者一覧表(性別、年齢、学年、家族構成、遺伝負因、初期症状、不登校先行の有無、発症誘因) その2

症例	性別	発症年齢	学年	受診年齢	学年	同居世代	同胞数	順位	遺伝負因	不登校先行	初期症状	発症誘因
25	男子	17.00	高2	17.01	高2	2	4	2	なし		集中力低下 不眠 食欲低下 無気力	
26	男子	13.03	中1	14.10	中3	3	3	2	なし		不眠 器物破損	
27	男子	15.08	中3	18.03	高3	2	1	1	祖母		注察妄想 自我障害 不安	感冒
28	男子	16.01	高1	16.04	高1	2	2	2	なし		言動異常 器物破損 妄想気分 成績低下 拒食	
29	女子	14.03	中3	14.07	中3	2	3	2	なし	○	頭痛 関係妄想	高校入試
30	女子	15.00	中3	15.04	中3	2	2	2	なし	○	倦怠感 不眠 朝起きれない	いじめられ
31	女子	14.10	中3	15.03	中3	2	3	2	なし	○	腹痛 考えがまとまらない	友人にとけ込めない
32	女子	16.04	高1	17.11	高2	2	2	1	なし	○	倦怠感 言動異常 幻聴	友人関係状のもつれ
33	女子	16.01	高2	16.10	高2	2	3	2	なし	○	不眠 転換症状	いじめられ
34	女子	17.08	高3	17.10	高3	2	2	1	母	○	臆鬱	
35	女子	13.01	中1	15.07	中3	2	1	1	なし	○	シンナー乱用	
36	女子	16.10	中3	16.11	高2	3	2	1	祖父 伯母	○	不眠 発熱 転換症状 自殺企図 自生思考	友人にとけ込めない
37	女子	15.06	中3	17.11	中3	2	3	3	祖父 叔父	○	朝起きれない	いじめられ
38	女子	13.01	中1	13.02	中1	2	3	3	なし	○	倦怠感 解離症状	いじめられ
39	女子	16.03	高2	16.06	高2	3	2	1	なし		視線恐怖 外出恐怖 注察妄想	クラス替え
40	女子	15.09	高1	15.09	高1	2	2	2	なし		考えがまとまらない 無気力	
41	女子	13.11	中2	13.11	中2	2	2	2	伯母		自我障害 妄想気分 幻聴	
42	女子	14.05	中3	14.05	中3	2	2	1	なし		被害・関係妄想	友人にとけ込めない
43	女子	18.04	高3	18.07	高3	2	3	3	なし		幻聴 異常行動 頭痛 倦怠感	
44	女子	16.02	高2	16.07	高2	2	2	2	母		胸内苦悶 体感幻覚 不眠	両親の離婚
45	女子	17.00	高1	18.04	高2	2	1	1	なし		幻聴	いじめられ
46	女子	16.03	高1	16.05	高1	2	2	1	なし		不眠 頭痛 妄想気分 自生思考 関係妄想	星占いのめり込む
47	女子	14.04	中2	14.11	中3	3	3	3	なし		自生思考 不眠 成績低下	
48	女子	14.03	中2	14.07	中2	2	3	1	父		不眠 幻聴 妄想気分 転換症状	いじめられ
49	女子	16.11	高2	17.02	高2	3	3	2	なし		妄想気分 不安 異常行動	
50	女子	17.01	高3	17.01	高3	3	2	2	父		幻聴 関係妄想 体感幻覚 嘔吐	両親の離婚
51	女子	14.06	中3	14.07	中3	2	3	2	なし		幻聴 独語	

結 果

精神分裂病性不登校の51症例の一覧を表2の1, 2および表3の1, 2に示した。

1. 年齢および学年

精神分裂病性不登校症例の発症年齢および受診年齢を図1に示した。青年期の精神分裂病の発症

時期を明確にすることは困難であるが、ここでは前駆期を含めて、なんらかの精神症状、行動異常、性格変化が出現した時期を発症年齢とした。最年少は10歳の男子症例であり14歳から17歳が中心である。発症年齢では16歳が13名と最多であったが、受診年齢は17歳が15名と最多でグラフ全体も1歳年長にシフトしている。

表3-1 対象患者一覧表(分裂病性不登校の主要精神症状, DSM-III-R 下位分類, 学校・社会適応) その1

Table with 5 columns: 症例 (Case), 主要精神症状 (Main symptoms), DSM-III-Rの病型 (DSM-III-R diagnosis), 入院回数 (Hospitalization count), 学校・社会適応 (School/Social adaptation). Contains 24 rows of patient data.

発症および受診学年は図2に示したように、発症学年は中学3年から高校3年までの症例が中心であり、中学生が18名、35.3%、高校生が32名、62.7%と高校生の症例が多くみられている。

表3-2 対象患者一覧表(分裂病性不登校の主要精神症状, DSM-III-R 下位分類, 学校・社会適応) その2

Table with 5 columns: 症例 (Case), 主要精神症状 (Main symptoms), DSM-III-Rの病型 (DSM-III-R diagnosis), 入院回数 (Hospitalization count), 学校・社会適応 (School/Social adaptation). Contains 27 rows of patient data.

## 2. 性差

男子症例が28名、女子が23名で男女比は1.22:1である。

## 3. 家族構成および同胞順位

親子だけの核家族は38例、74.5%、祖父母が同居する三世帯家族が13例、25.5%であった。父親不在家族は4例、母親不在は1例で、父親不在の理由は4例とも離婚、母親不在の1例は死別であった。

同胞順位は1人っ子6例、11.7%、長子16例、31.4%、中間子11例、21.6%、末子18例、35.3%であった。

## 4. 遺伝負因

三親等以内に精神分裂病の遺伝負因をもつ症例は16名、31.4%に認められた。

## 5. 病型

DSM-III-Rによる下位分類は解体型17例、33.3%、緊張型1例、2.0%、妄想型13例、25.5%、分類不能型20例、39.2%であった。

## 6. 不登校の先行・非先行

男子28例中14例と、女子23例中10例の合計24例、47.1%が、精神病症状が顕在化、問題化する前から不登校が先行していた。先行型と非先行型の平均発症年齢、平均受診年齢、発症から受診までの期間の平均を表4に示す。発症年齢、受診年齢とも先行型が若く、受診までの期間は、先行型で平均10.88カ月、非先行型で6.88カ月と有意差が認められた( $P<0.005$ )。

## 7. 初期症状

前駆症状を含めた主な初期症状について不登校先行型と非先行型を対比して表5に示した。幻覚症状、妄想症状、自生思考、成績低下、行動異常が非先行型の症例で高い比率で出現し、幻覚症状( $P<0.05$ )、妄想症状( $P<0.001$ )で有意差が認められた。他方、集中困難、倦怠感、頭痛、腹痛、朝起きられないなどの症状は先行型の症例が多く、倦怠感( $P<0.05$ )で有意差が認められた。倦怠感の内容は、「体がなんとなくだるい」とか「足が変な感じがして気持ち悪い」など漠然としているものが多く、症例2では「時差ボケでやる気がしない」と自己異質的な違和感を訴えた。先行型

の24症例のうち8例、33.3%に、当科を受診する前に頭痛、腹痛、倦怠感などの身体症状あるいは登校拒否として小児科、内科、精神科クリニックで治療を受けた既往が認められた。睡眠障害は先行型で7例、29.2%、非先行型で8例、29.6%と初期から多くの症例で出現した。

## 8. 発症誘因

発症誘因・契機として考えられる諸問題を表6に示した。先行型17例、非先行型13例合計30例、58.8%に誘因が認められた。勉強上の問題、友人問題、いじめられが先行型で多く、クラス内問題は非先行型で多くの症例で認められ、幻覚や妄想などの症状形成に増強因子的に作用していた。

具体的な内容としては、勉強上の問題では高校

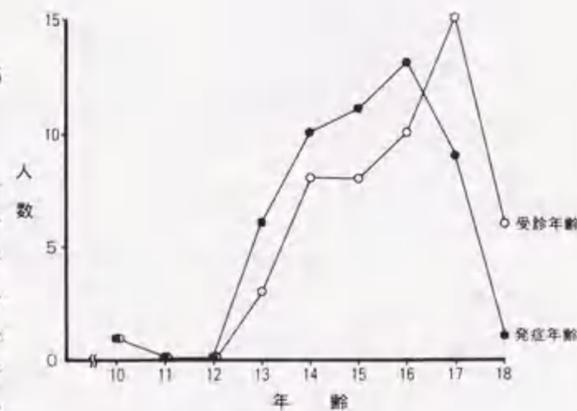


図1 各症・受診年齢

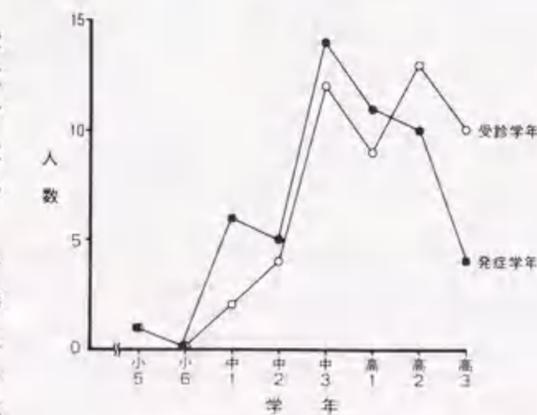


図2 発症・受診学年

表4 発症・受診年齢および発症から受診期間

	先行 (n=24)	非先行 (n=27)
平均発症年齢	15.16±1.58歳	15.08±1.44歳
平均受診年齢	16.17±1.79歳	16.41±1.53歳
発症から受診期間	10.88±10.73カ月	6.88±7.67カ月*

(Mean±S.E.)

\*  $P<0.005$  (t Test)

表5 分裂症性不登校の初期症状

	先行 (n=24)	非先行 (n=27)
幻覚症状	1人(4.2%)	9人(33.3%)*1
妄想症状	2 (8.3)	17 (63.0) *2
思考障害	1 (4.2)	1 (3.7)
自我障害	0 (0.0)	2 (7.4)
無為・無気力	2 (8.3)	2 (7.4)
自生思考	1 (4.2)	5 (18.5)
引き籠もり	1 (4.2)	1 (3.7)
集中困難	4 (16.7)	3 (11.1)
強迫症状	2 (8.3)	1 (3.7)
離人症状	1 (4.2)	1 (3.7)
自殺	1 (4.2)	0 (0.0)
睡眠障害	7 (29.2)	8 (29.6)
恐怖	1 (4.2)	2 (7.4)
倦怠感	9 (37.5)	2 (7.4)*1
頭痛	5 (20.8)	3 (11.1)
腹痛	5 (20.8)	0 (0.0)
食欲不振	2 (8.3)	2 (7.4)
朝起きられない	4 (16.7)	0 (0.0)
成績低下	2 (8.3)	4 (14.8)
緘黙傾向	2 (8.3)	0 (0.0)
言動異常	3 (12.5)	3 (11.1)
行動異常	0 (0.0)	4 (14.8)
感情易変性	0 (0.0)	2 (7.4)

\*1  $P<0.05$  ( $\chi^2$  Test Yates convection)\*2  $P<0.001$  ( $\chi^2$  Test Yates convection)

受験、定期テストの失敗、それに関わるストレスなどで、友人問題では友達の間にとけ込めない、親友との仲たがひ、クラブでの先輩のしごきなどで、家庭内問題では両親の離婚、家庭内葛藤などであり、クラス内問題ではクラス内での特定の事件、クラス替え、委員選出などであり、身体疾患では感冒が挙げられる。症例20ではクラス内での怪電話事件、症例24では盗難事件が、関係妄想、被害妄想、注察妄想形成に強く影響を及ぼしている。症例24では「クラスのみんなが自分のことを犯人だという目で見るので、落ち着いて授業を受けられない。自分のことを噂する声が聴こえる」という急性幻覚妄想状態から不登校に至った。

## 9. 主要臨床症状

主要臨床症状を先行型と非先行型とを比較して表7に示す。幻聴を中心とする幻覚症状がそれぞれ11例、45.8%、18例、66.7%、被害妄想・関係妄想・注察妄想などの妄想症状が12例、50.0%、20例、74.1%、連合弛緩、減裂思考などの思考障害が8例、33.3%、19例、70.4%および自我障害が5例、20.8%、10例、37.0%となっており、このような陽性症状が非先行型に高い比率で出現しており、思考障害( $P<0.05$ )で有意差が認められた。緊張病症状群は両型とも1例ずつで希であった。

自閉、無為・無気力、感情の平板化などの陰性症状はそれぞれ先行型の症例で多くみられたが、特に有意差はなかった。先行型の17例、70.8%、非先行型の12例、44.4%が何らかの身体症状が随伴しており、先行型( $P<0.05$ )に有意に多くみられた。

幻聴・被害・関係妄想のテーマとしては学校・

友人に関することや空想的内容が多くみられたが、なかにはその内容を明確に言語化できない症例もみられた。具体的には、「授業中に悪口を言われる。」(症例 21, 47, 50), 「自分のことをジョジョ見られて落ち着いてられない。」(症例 18, 31, 39), 「自分だけのけ者にされる。」(症例 20, 33, 45, 48), などの対人的問題が多くみられた。症例 19 の自己見恐怖は、自分の便の臭いが強すぎて他の生徒に嫌がられているといった思春期妄想症的な症状を呈した。症例 22 では、テレビの歌番組に自分が映っていると、アイドルの〇〇と結婚することになっているなどと荒唐無稽な言動が出現し、学校内でそれら空想的な妄想について大声で喋りまくる興奮状態を呈し、帰宅後冷静になり、学校での自分の醜態を後悔し、「もうみんなの前に顔を出せない。」と二次的な不登校反応を起こした。

#### 10. 入院治療

入院治療については表 8 に示した。先行型では 10 例、41.7%、非先行型では 19 例、70.4% が入院治療を受けており、有意差が認められた ( $P < 0.05$ )。また、入院治療例の平均入院回数は、先行型が  $1.40 \pm 0.07$ 、非先行型が  $2.26 \pm 1.69$  で有意差が認められた ( $P < 0.01$ )。

#### 11. 学校適応, 社会適応

小学校在学中発症の 1 例と中学校在学中発症 25 例の学校の適応状況として、高校へ進学した症例が 11 例、42.3%、卒業しても高校へ進学しなかった症例が 10 例、38.5%、中学卒業の認定を受けられなかった症例が 2 例、7.7%、不明が 3 例、11.5% であった。高校へ進学しなかった 10 症例では就職が 2 例、家庭内生活が 6 例、精神科入院治療中が 2 例であった。中学校在学中発症し高校へ進学した 11 例と高校在学中発症した 25 例の学校適応状況は、高校卒業が 13 例、36.1%、中途退学が 20 例、55.6%、休学中が 3 例、8.3% であった。これらの結果を不登校先行型と非先行型に分けて比較検討したのが表 9、表 10 である。中学では先行型が高校への進学率が高く、非先行型が卒業後家庭内生活症例が多いが特に有意差は認められなかった。高校では非先行型に比べ、先行型で

表 6 分裂病性不登校の発症誘因

	先行(n=24)	非先行(n=27)
勉強上の問題	3 (12.5%)	1 (3.7%)
友人問題	5 (20.8)	3 (11.1)
いじめられ	7 (29.2)	4 (14.8)
家庭内問題	2 (8.3)	2 (7.4)
クラス内問題	0 (0.0)	4 (14.8)
身体疾患	1 (4.2)	1 (3.7)

全項目において有意差なし

表 7 分裂症性不登校主要臨床症状

	先行 (n=24)	非先行 (n=27)
幻覚症状	11人(45.8%)	18人(66.7%)
妄想症状	12 (50.0)	20 (74.1)
思考障害	8 (33.3)	19 (70.4) *
自我障害	5 (20.8)	10 (37.0)
感情平板化	5 (20.8)	4 (14.8)
自閉	6 (25.0)	3 (11.1)
無為・無気力	15 (62.5)	10 (37.0)
空笑	5 (20.8)	7 (25.9)
独語	4 (16.7)	4 (14.8)
自生思考	3 (12.5)	6 (22.2)
緊張病症状	1 (4.1)	1 (3.7)
引き籠もり	5 (20.8)	2 (7.4)
集燥感	6 (25.0)	5 (18.5)
強迫症状	3 (12.5)	3 (11.1)
不安症状	2 (8.3)	4 (14.8)
抑うつ症状	4 (16.7)	1 (3.7)
離人症状	1 (4.1)	2 (7.4)
自殺念慮・企図	3 (12.5)	4 (14.8)
家庭内暴力	7 (29.2)	7 (25.9)

\*1  $P < 0.05$  ( $\chi^2$  test)

卒業率が低いと特に有意差は認められなかった。

中学校在学中発症と高校在学中発症について比較すると、中学発症では、卒業が 3 例、27.2%、中退が 6 例、54.5%、休学が 2 例、18.2%、高校発症ではそれぞれ 10 例、40.0%、14 例、56.0%、1 例、4.0% と特に有意差は認められなかった。高校中退時の学年は 1 年生が 10 例、50.0%、2 年生が 9 例、45.0%、3 年生が 1 例、5% であった。高校卒業 13 症例の卒業後の適応状況は、大学・短大・専門学校進学が 6 例、46.2%、就職が 2 例、15.4%、家庭内生活が 4 例、30.8%、不明が 1 例、7.7% であった。大学・短大・専門学校進学の 6 症

表 8 入院治療

	先行 (n=24)	非先行 (n=27)
入院治療例	10 (41.7%)	19 (70.4%) *1
平均入院回数	$1.40 \pm 0.70$ 回	$2.26 \pm 1.69$ *2

(Mean  $\pm$  S.E.)

\*1  $P < 0.05$  ( $\chi^2$  Test)

\*2  $P < 0.01$  (t Test)

表 9 中学での適応状況

	先行型(n=14)	非先行型(n=12)
高校進学	8人(57.1%)	3人(25.0%)
卒業後就職	0 (0.0)	2 (16.6)
卒業後家庭内	3 (21.4)	5 (41.8)
卒業認定なし	2 (14.4)	0 (0.0)
不明	1 (7.1)	2 (16.6)

全項目において有意差なし

表 10 高校での適応状況

	先行型(n=17)	非先行型(n=19)
卒業	5人(29.4%)	8人(42.1%)
中退	10 (58.8)	10 (52.6)
休学中	2 (11.8)	1 (5.3)

全項目において有意差なし

例の適応状況は卒業と退学がそれぞれ 2 例、33.3%、休学中と進学中がそれぞれ 1 例、16.7% であった。

#### 12. 神経症性不登校との比較

##### a. 年齢分布

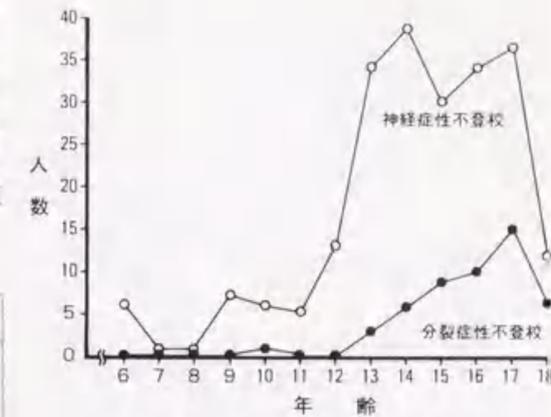


図 3 不登校年齢分布

表 11 不登校に伴った身体症状

	分裂病(n=51)	神経症性(n=224)
睡眠障害	21人(41.2%)	19人(8.5%)*
動悸	1 (2.0)	11 (4.9)
頭痛	9 (17.6)	45 (20.1)
腹痛	8 (15.7)	63 (28.1)
下痢	2 (3.9)	10 (4.5)
嘔吐	2 (3.9)	11 (4.9)
発熱	1 (2.0)	13 (5.8)
過呼吸発作	0 (0.0)	9 (4.0)
倦怠感・易疲労性	17 (33.3)	70 (31.3)
解離症状	1 (2.0)	2 (0.9)
転換症状	3 (5.9)	18 (8.0)
食欲不振	4 (7.8)	4 (1.8)
過食	1 (2.0)	3 (1.3)
感覚器異常	0 (0.0)	2 (0.9)

\*  $P < 0.001$  ( $\chi^2$  Test)

表12 不登校に随伴した問題行動

	分裂病性(n=51)	神経症性(n=224)
いじめられ	11人 (21.6%)	34人(15.2%)
家庭内暴力	14 (27.5)	18 (8.0) ※
成績低下	10 (19.6)	24 (10.7)

※ P<0.05 (χ<sup>2</sup>Test)

精神分裂病性不登校(以下S群と略記する)と神経症性不登校(以下N群と略記する)の年齢分布について図3に示す。N群ではS群に比べ12歳以下の小学生年代の症例も少なくなく、全体のパターンでもやや年少方向にシフトしている。

#### b. 身体症状

一般的に、不登校においては、特に初期症状として、身体症状を訴えることが多い。不登校に随伴する身体症状について表11に示した。S群のうち29例、56.9%、N群のうち148例、66.1%が何らかの身体症状を呈した。S群では睡眠障害が多く有意差が認められた(P<0.001)。N群では頭痛、腹痛、転換症状、過呼吸発作が多く認められた。両群とも倦怠感や易疲労性などの不定愁訴が33.3%、31.3%と最も頻度が高かった。S群ではその内容も「体がなんとなくだるい。」などの漠然としているものや「足が変な感じがして気持ち悪い。」などの自己異質的な傾向がみられた。

#### c. 問題行動

不登校に随伴した身体症状以外の諸問題について表12に示した。いじめられ、家庭内暴力および成績低下においてS群に多く、家庭内暴力では有意差が認められた。

### 症 例

#### A. 不登校先行型の症例

〈症例2〉 初診時中学3年生の男子

##### 1) 生育歴

胎生期、周産期および乳幼児期の発達は特に問題は認められず、身体的には健常で特記すべき既往はない。子どもの頃は聞き分けよく、おっとりしていた。小学校では学級委員をよくし、中学2

年生頃までは何をやらせてもよくでき、真面目で、まったく申し分のない子どもであり成績も非常に良かった。

##### 2) 現病歴

中学3年の夏休みに受けた模擬試験の結果が自分の予想よりもはるかに悪かったことを気にしだし、「どうしたらいいだろう、こんな悪い成績では志望の高校にとて入れない。」と不安を表すとともに、不眠、頭痛を訴え始め、それまで熱心だった受験勉強に身が入らなくなった。9月中旬頃より、「からだの時差ほけみたいで、ぼろっとして気持ち悪い。」という自己異質的な違和感が出現し、授業に集中できず、落ち着きがなくなり、ときどき学校を休むようになった。10月末に小児科医院で、登校拒否と診断され、通院した。その後、「困ったなあ」、「はめられた」などの独語が始まり、「テレビが話しかけてくる」、「誰かにコントロールされている」などの関係妄想、幻聴、作為体験が出現し、行動が不自然にゆっくりとなり、時間的にもルーズで昼夜逆転した生活に至ったため、明くる年の1月に精神科受診を勧められ紹介され、当科を受診した。

抗精神病薬による治療開始後、すみやかに陽性症状は消退したが、登校は再開できず、結局、不登校のまま中学を卒業した。一年浪人し志望校ではなかったが、県立普通高校へ進学した。高校の3年間は、精神状態および通学状況も特に問題なく、3年生在学中に大学の推薦入学に合格した。大学進学後、1年生の間は、勉強、クラブに積極的に活動していたが、2年生の夏、6年振りに精神症状が再発し、当科入院となった。しかし、幻聴、妄想などの病的症状は、初発時に比べ薬剤抵抗性であり、一向に状態は安定せず、2年余の長期入院治療後退院し、現在は、大学は休学中である。

この症例は身体的不調から始まり、不登校となり、その時点で登校拒否と診断されたが、その後、幻覚、妄想がはっきりし、精神分裂病と診断された例である。精神分裂病の前駆期あるいは発症時においては、神経症との鑑別診断は非常に困難である。この症例では、テストの失敗の後の後悔の

仕方がこれまでのこの患者の性格や反応範囲を越えるものであったと考えられるが、思春期心性は不安定、浮動であるので、その時点でこれを「病的な変化」と見抜くことはやはり困難であった。

経過では、1年間高校浪人はしたものの、その後大学へ進学した。6年間問題なく過ごしてきたが、2度目の再発は、初発時よりも病的にも重症で、難治性であった。症状安定後は、感情平板化や無気力、思考の貧困化などの陰性症状が主体となり、前回(中学3年時)のような良好な回復は容易ではなかった。

〈症例30〉 初診時中学3年生の女子

##### 1) 生育歴

胎生期、周産期および乳幼児期の発達は特に問題は認められず。幼少時より、おとなしくて、手のかからない、いわゆる育てやすい子であったが、幼稚ぼささが年齢の割にいつまでも残っていた。成績も常に下位であったが、学校では口数少なく、消極的で友人も少なく、しばしばいじめられた体験もある。

##### 2) 現病歴

中学3年1学期から、朝なかなか起きられず遅刻しがちとなり、家族が理由を聞くと、「体がだるくてどうしても起きられない。」と答えた。次第に登校を嫌がる傾向が明らかになり、夜間も眠れなくなったため、小児科を受診し、登校拒否と診断され精神安定剤の投薬を受けた。夏が過ぎた頃から、何かに怯えた様子で、「怖い」、「バカ」と独語がみられ出し、9月中旬、新聞に自分の通っている中学校の縄跳び大会に関する記事が載っているのを見つけてから、「クラスの男子が私のことをムカツク女だと悪口を言う。」「みんなで私を無視していじめろ。」「お父さんが車についている無線で私に命令する。」とにわかに、被害、関係妄想、幻聴が激化したため9月中旬当科を受診し、入院となった。

入院後は抗精神病薬に比較的すみやかに反応し陽性症状が軽快し、約2か月で退院となり、年が明けた3学期から復学した。3学期の間も特に精神状態の動揺はなく、無事中学を卒業し、高校に進学した。高校では、1学期は特に問題なく登校

していたが、2学期から無気力が目立ち、本人も「勉強についていけない。」と訴え、再び不登校状態になり休学からそのまま退学となった。退学後は、母親の手伝いをしたり、不定期なアルバイトをする他は、家庭内で引きこもった生活でしばしば精神症状の軽い再燃を認めるが、入院治療を要する程でない。

この症例は不登校の先行とともに、倦怠感、朝の不調を前駆に呈し、児童から青年期の心身症に多い起立性調節障害(OJD)様の発症であったが、亜急性に幻覚妄想状態に陥り入院となった。その被害、関係妄想形成には、小学校から受けていたいじめられの体験が関与しているものと考えられた。経過としては、意欲低下、感情の平板化などの陰性症状が問題となり、社会適応が困難な状態が持続している。

#### B. 不登校非先行型の症例

〈症例24〉 初診時高校2年生の男子

##### 1) 生育歴

身体的には健常で特記すべき既往はない。小さい時から素直な子で親にもあまり叱られたことがなかった。勉強も自発的に計画を立ててするタイプで、中学時代には県下の模擬試験で5番以内に入ったこともある。性格傾向は無口で、感情表現少なく、自分が無駄だと思ったことには決して手をださなかった。友人はなかなかできなかった。

##### 2) 現病歴

高校1年2学期に、学校で女生徒をさかんにデートに誘う怪電話事件が起こり、患者を含めた数人がその犯人ではないかと疑われ、「クラスの皆に自分が犯人という眼つきで見られる。」と言いだした。それまでは常にトップクラスであった成績も次第に下がり始めた。

高校2年1学期「隣人が自分の悪口を言っているのが聴こえる」、「部屋を監視されている」、「車を止めて覗かれる」などと関係・被害妄想、幻聴が激化し、「母親がみんなに言いふらしているせいでこうなった。」と母親に対し暴力を振るったり物を壊したりする粗暴な行為が出現した。また、勉強意欲も低下し宿題も殆ど手をつけられなかった。2年生に進級し、初めは特に休むことなく通

学していたが、「クラスで自分の裸の写真が出回っているから学校へ行けない」と言いだし、5月頃から不登校となり、7月当科を受診した。

精神科受診に対して非常に抵抗感が強く、初回来院は母親のみで、2回目以降から患者も受診し始めたが、治療に対して拒否的であった。薬物療法開始3か月後、病的体験は殆ど消退し、2学期が始まり登校を再開した。しかし、勉強に関する集中力・持続力の低下が著しく、そういった状況は進学校に通う患者にとっては耐え難く、「もうだめだ、ついて行けない。」「何も分からないのに大学なんてとても入れない。」などと悲観的な言動が目立ちだし、11月中旬から再び休みだした。また、母親に対し退行した態度で甘えてみたり、ふざけたり、妹にも幼稚ないじめを執拗に繰り返すといった行為がみられ出した。年が明け、3学期からは持続的な不登校状態となった。3年生への進級問題で高校サイドは十分出席日数が足りているので、このまま上がるよう勧めたが、ベテラン高校教師である父親の「基礎が全然分かってないのに進級しても意味がない。」という厳しい意向で、結局2学年を留年することになった。新学期が始まり、1週間は登校したが、留年したことに対する患者のプライドと、新しいクラスの人間も自分の過去に起きた事件を知っているのではといった対人的過敏性が絡み合い、4月後半からは再び不登校となり、自宅で意欲低下、引きこもりがちな生活を送っていた。父親の強制的な登校に対する励ましも効果薄く、「もう退学したい。」と行きづまった言動も出現しだした。2学期に入り徐々に登校を開始し、以後2年生、3年生と欠席日数は多いが、なんとか卒業した。しかし、意欲低下、自信欠乏、感情の平板化が根強く残遺し、浪人中の現在も、一応進学する希望を持っているが、勉強に集中することは困難である。

この症例は、学校生活上の出来事が発症誘因となり臨床症状が出現し、初めのうちは登校していたが、次第に登校不能となった。同時に、妄想、幻聴に精神機能が支配され、勉強に対する集中力が低下し、小学校時代から優等生であった生徒間における立場が急変したことも、登校を嫌う一つ

の状況因子であると考えられる。

またこの症例では、ストレートに進級できたにもかかわらず、「鍛えればなんとかなる」といった教育理念を持つベテラン教師である父親の意向で、2年生を留年したことも結果的に、本人の経過においてマイナスにこそなれ、プラスには作用せず、無為、無気力状態を一層に膠着させることになったと考えられる。

〈症例46〉 初診時高校1年生の女子

#### 1) 生育歴

胎生期、周産期は特に問題を認めず、特記すべき既往は認められない。3歳半頃まで幼児語のみで語彙も少なかった。小学校へ入学しどもり始めた。3年生頃までサ行、タ行がうまく発音できず、男子生徒にいじめられたりした。給食、身支度など何をするにも時間がかかり、一つのことをやり遂げないとなかなか次の段階に進めなかった。勉強に対してもコツコツと積み重ねていくタイプであったが、それなりの成果をあげ、成績も中位を保ち続けた。友人関係は奥手で、集団では孤立がちであった。患者が2歳半と小学校5年生の時に引越した経験がある。

#### 2) 現病歴

高校1年生の冬休みに血液型占いの本を読んだら、人の話し方や態度でその人の血液型や性格が分かってしまうような気になった。3学期に入り自分が急に誰とでも仲良く話せる明るい人間に変わったと突然思い付き、今まで言葉を交わしたこともないクラスメイトに積極的に大きな声で話しかけ、親しくなろうとしたが、自分の予想とは裏腹で、あまり好意的に接してもらえず、むしろからかわれたように感じた。授業中に自分の噂が飛びかたり、家に帰ってもその声が頭の中に入ってきたり、隣の宿に住んでいる短大生が自分のことを「かわいそうな子」とヒソヒソ話している声が聞こえてきた。徐々に不登校となり、情動不安定となり、入眠困難、頭痛も出現したため、2月中旬に、当科を受診した。

初診時の精神的現症は暗く猜疑的な表情で、質問に対しては「なにかー」、「一のような」などの曖昧な表現でゆっくり答え、音に対しての過敏性

も認められた。薬物治療を開始し、約1か月後病的体験は軽快し、睡眠障害も改善し、表情や態度も明るくなってきたので、登校を再開し、学年末試験を受けた。春休みに入り意欲低下・自閉的生活態度が目立ち始め、それまで好きだった童話やアニメを読んでも持続しなくなった。2年生に進級し、5月間は登校できたが、「知らない子ばかりでいつも一人でいなきゃいけない。」「みんなのように楽しそうにおしゃべりができないからつまらない。」と精神症状消退後にみられる、抑うつ症状が認められ、「もう学校なんか行きたくない」とはっきりと訴え休み出し、自殺企図も出現した。その後も母親が付ききりで勉強を教えながら、なんとか励まして登校を促すも登校に対する葛藤は薄れ、6月から休学し、そのまま退学となった。退学後の経過は、陽性症状再燃のため、2度入院しており、社会適応はよくない。現在は、母親にベッタリ甘えて、勉強や家事の手伝いを勧めても、小さな子のように駄駄をこねてやらず、ユートピア的な非現実的世界が出てくる本やアニメに逃避する傾向がみられた。

この症例では、女性、特に思春期の女子が、興味を持ちやすいといわれている、血液占いにのめり込んだことが、状況因として関与し、精神症状の内容にも影響がみられた。不登校の発現には、自生思考、関係妄想、妄想気分などの病的症状に加えて、他者の前でみせてしまった行為、「今までの暗い性格を明るい性格に変えられる様な気がして、話をしたこともない人と積極的に話した。」に対しての羞恥心が二次的に作用し、登校を困難にしたと考えられる。休み初めた頃には、「本当に学校に行きたいけど、今は行けない。」という登校に対しての葛藤を表したが、休み期間が長期化するにつれて、その葛藤も軽くなり、最終的には、登校に対しての拒絶的感情を明確に言語化するに至った。

なお症例の匿名性への配慮から病歴の一部を論旨を損なわない範囲で変更して記述した。

## 考 察

これまで、不登校と精神分裂病の関連性につい

ては、緒言で紹介したように、不登校の類型論において、中核群としての神経症性不登校いわゆる登校拒否に対比する辺縁群あるいは典型的なかの一つの臨床群として述べられたり、不登校の子供調査で後に分裂病を発症した症例についての報告はあるものの、中心的課題として焦点をあてた研究はほとんどみられない。ここでは、種々の分裂病の精神症状あるいはその経過の途上で「学校に行けない」という不登校状態を呈した精神分裂病性不登校の51症例について多次元的に検討し、その特徴を明らかにした。

#### 1. 症例の背景因子

10歳代の分裂病発症について、精神分裂病概念を確立したBleuler<sup>19)</sup>は、15歳以前の発症率を4%であるとし、Eggersも<sup>19)・21)</sup>も4%は14歳までにすでに発症していると述べている。

KyddとWerry<sup>22)</sup>は16歳未満の児童分裂病の発症年齢は6歳から15歳で平均13歳であるとし、品川<sup>23)</sup>の15歳以下の35例では13-15歳が29例、82.6%を占めると報告している。また、GohとBose<sup>24)</sup>は14-15歳、Zeh<sup>25)</sup>は13歳からの増加傾向を指摘している。

本研究では症例の対象年齢を高校生年齢までの18歳以下としたが、図1のように、14歳から急増し、14歳から17歳までで、43例、84.3%を占めた。年長になればなる程発症率が高くなるとも考えられたが、16歳の13例をピークに、17歳では9例、18歳では1例と急減している。発症時の学年の面から検討すると、図2のように、中学3年生が14例で最多であり、高校1年生11例、同2年生10例と続き、やはり高校3年生では4例のみとなっている。先に挙げた文献における対象年齢は15歳以下が多く、16歳から18歳にかけての発症率については詳らかにされていない。しかし、不登校を問題として持つ精神分裂病症例においては、高校受験や高校入試後の環境の変化などのストレスがその発症に誘因として関与していると考えられる。また、18歳、高校3年生で減少する要因としては、あくまで推論であるが、元来ストレスに対して脆弱性を持つ症例は、中3から、高1、高2にかけての強いストレスに暴露された段階で

適応できず発症してしまうのではないかと推定される。10歳以下の発症例に関して、品川<sup>23)</sup>は15歳以下の35例のうち1例、松本<sup>24)</sup>は同じく15歳以下の19例のうち1例とし、Eggers<sup>19)・20)</sup>は全分裂病発症例のうち10歳以下の発症は0.1%から1%に過ぎないと述べている。本研究の対象51例のうち最年少は10歳の男子1例のみである。このように、分裂病の10歳以下の若年発症は極めて希であり、その診断には慎重を要するものと考えられる。

児童・青年期の精神分裂病の性差については吉野<sup>25)</sup>の22:19、清水ら<sup>26)</sup>の105:80、KyddとWerry<sup>27)</sup>の8:7、GohとBose<sup>28)</sup>の52:48などの男子優位な報告と、松本<sup>24)</sup>の8:11、Eggers<sup>19)・20)</sup>の25:32の女子が多いものなど一致しておらず、本研究の症例でも28:23で男子が多くみられたが、年齢・学年別ではらつきがあり、特に目立った傾向はなかった。

次に、家族構成について、玉井ら<sup>29)</sup>、山中ら<sup>30)</sup>は社会的因子としての核家族化の進行と登校拒否児の増加との間に関連性があると指摘している。また山岡ら<sup>31)</sup>は従来の登校拒否(登校拒否群)の198例と分裂病の94例を含む他の不登校群267例の比較検討のなかで、不登校群では核家族が66.3%、三世代家族が33.7%と報告している。本研究の結果はそれぞれ74.5%、25.5%で核家族率が高いが、居住地域的な格差があるものと考えられる。同胞順位について、山岡ら<sup>31)</sup>は分裂病を含む他の不登校群は、一人っ子7.2%、長子47.5%、中間子13.3%、末っ子31.9%と報告している。本研究の結果でも、順に11.7%、31.4%、21.6%、35.3%と類似の結果を示した。

分裂病の遺伝負因については、Eggers<sup>19)・20)</sup>は49.1%、GohとBose<sup>28)</sup>は29%、KyddとWerry<sup>27)</sup>は26.7%、松本<sup>24)</sup>は36.8%が何らかの精神疾患の負因があったと報告し、安藤<sup>32)</sup>は対象15例14家族のうち、7例6家族に分裂病の家族歴が認められたと報告している。高橋ら<sup>33)</sup>は不登校の4類型化のなかで分裂病性不登校の(S群)に38%、性格障害性不登校の(P群)に46%に分裂病の遺伝負因がみられ、反応性不登校の(R群)、神経症性不登校の(N群)に比べ有意差が認

められたとし、遺伝負因は転帰との関連から重要であると述べている。本研究でも51例のうち16例、31.4%に分裂病の遺伝負因があり他の研究報告と近似した結果を示した。このことは、不登校を呈する児童・青年期の症例において、分裂病の早期診断、鑑別診断上の一つの重要な情報であると考えられる。したがって、診察場面で家族歴について詳しく問診することをおおそかにできないことを強調しておきたい。

DSM-III-R<sup>34)</sup>による診断分類は、本研究で対象とした症例では分類不能型が20例と最多であった。分類不能型の増加の背景として、関<sup>35)</sup>は病型の弛緩、または非定型化、寡症状化、神経症化にあるとして、柏瀬と新井<sup>36)</sup>は非古典的分裂病の増加として論じているが、統一された見解はない。児童期から青年前期にかけては、精神症状も固定しにくく、妄想症状の構築、体系化や思考、行動の著しい解体にまで至ることは少ないため、病型の輪郭が不明瞭であることが多いが、さらに長期に経過を観察すれば、より分化した特徴が得られる可能性もあると推測される。

## 2. 初期症状、発症様式

安藤<sup>32)</sup>は12歳から15歳の分裂病15例のうち9例、松本<sup>24)</sup>は9歳から15歳の19例のうち6例に前駆症状として不登校が出現したと報告している。本研究の51例では24例、47.1%が精神病症状が顕在化、問題化する前から不登校が先行しており、24例中8例が神経症性不登校として小児科や内科などを受診した経験が認められた。

このことから、分裂病の前駆症状あるいは初期症状の一つのサインとしての不登校状態は意義があると同時に、その背景に見え隠れする、かすかな性格や行動上の変調を観察することは、診断上きわめて重要であると考えられる。

先行型と非先行型の発症と思われる時期から受診までの期間は、先行型で平均10.88カ月、非先行型で6.88カ月と有意差が認められた。先行型では潜伏性発症が多く、非先行型では幻覚、妄想状態を中心とした急性発症が多い傾向がみられた。これらの結果を高橋<sup>33)</sup>や坂口<sup>30)</sup>による青年期の分裂病の発症様式に照らし合わせると、先行型では、

亜急性発症群(前駆期が数カ月から10カ月にわたった後、発症に至る)が多く、潜伏性発症群(何らかの前駆症状を呈してから年余を経て初診に至る)が一部でみられ、他方、非先行型では急性発症群(ほとんど前駆期らしい期間を認めることなく、数日から数週間うちに精神病症状が出揃う)が多いと述べるができる。

初期症状について、Dauner<sup>37)</sup>は若年の分裂病の前駆期症状として行動異常的な兆候が多いと述べ、Eggers<sup>19)・20)</sup>も性格、行動異常などを前駆症状として重視している。大橋ら<sup>38)</sup>は、分裂病の病前の行動特性として、1)新しい状況、特に対人関係における適応不全、2)注意・関心の配分の障害、3)感情の統制機能の低下、とまとめている。Bumke<sup>39)</sup>は発症に先行して、頭痛、倦怠感、睡眠障害、食欲不振、めまいなどがしばしば出現すると報告し、Simkó<sup>40)</sup>は分裂病における心気的加工を、分裂病の根本を覆い隠す防衛機制としている。また、Kaess<sup>41)</sup>は若年発症の分裂病では、発症の数年前から、偽神経症のあるいは偽精神病質の症状がみられると記載している。中安<sup>42)</sup>は、初期症状の臨床像について、①自生体験(autochthonene Erlebnisse)、②知覚過敏(Hyperwahrnehmung)、③被注察感(Augenblicktwerdungsgefühl)、④緊迫困惑気分(gespanntratlöse Stimmung)を4主徴と示し、一つの臨床単位として初期分裂病を唱えている。分裂病の発症段階において、前駆症状と初期症状を明確に区別することは困難であり、本研究では初期症状として一括して検討した。本研究の対象症例の症状では、倦怠感、頭痛、腹痛、睡眠障害が多く出現し、Bumke<sup>39)</sup>の見解と共通性が認められる。また、これらの身体症状は不登校先行型で多く、倦怠感では有意差が認められた。このことは先行型では、牧田<sup>43)</sup>の言う神経症的発症(neurotic manifestations)や心身症的発症が特徴として指摘することができる。非先行型では、初期段階から幻覚、妄想が先行型に比べても有意に多くみられたが、先に述べた発症から受診までの期間が先行型よりも非先行型で有意に短いこと理由としても、これら陽性症状の顕在化が家族の問題意識を惹起し、精神科への受診を動機づけ

る要因として考えられる。

## 3. 発症誘因

次に発症誘因について、大野と倉持<sup>44)</sup>は10歳代に発症した分裂病45例のうち68.9%に負因状況が認められたと報告している。高橋ら<sup>33)</sup>は不登校の4類型化の報告で、S群(分裂病性不登校群)の50%に誘因が認められ、内容としては「いじめられた」「友人関係がうまくいかなかった」などの交友関係に関する内容が多く、S群で63%に「いじめられた」の体験が認められたと述べている。本研究でも、30例、58.8%に何らかの発症誘因が認められ、他の報告とはほぼ同様の結果を示していた。先行型に多い勉強上の問題やいじめられなどは、現在の中学生、高校生が日常に最も体験しやすいストレス要因である。NeuchterleinとDawson<sup>45)</sup>は分裂病のストレスに対する脆弱性を認知障害によるものと指摘している。本研究では認知障害についての分析は行っておらず、分裂病発症との関連性について明らかにすることは困難ではあるが、分裂病では日常的な問題の解決あるいは処理能力の低下があるため、ストレスにさらされることにより代償不全を引き起こし、それが不登校を含めた初期症状として表出されるものと思われる。Kisker<sup>46)</sup>は分裂病の幼少時の交友関係の特徴として消極的追従という関係様式を指摘し、三原ら<sup>47)</sup>も交友関係は幼少時期を通して乏しく友人の関係が少ないと述べている。本研究においても、いじめられ以外の対人関係上の問題として友達に受け入れられない、なじめないといった、消極的な行動特性が認められ、また、そういった症例では年少時から孤立的性格傾向であったり、自己主張が上手にできないタイプであったと本人や家族から述べられることが多く、過去の研究と同様の傾向を示すものと考えられる。非先行型の3症例で学校内での特定の出来事が発症誘因として認められた。共通する内容としては直接自分とは関わりのないクラスやクラブ内での盗難事件や怪電話事件などを自分の体験として関係づけ、にわか幻覚妄想状態に陥り、その結果、不登校となっている。Sucharewa<sup>48)</sup>は、発症が早い程、陰性的な脱落前兆が顕在化するが、年長になるに従って陽性的刺

激症状が増加すると記述している。これらの症例全てが高校生の発症であり、病歴としても成人の精神分裂病に近いと考えられる。

#### 4. 臨床症状

Kolvinら<sup>20)~22)</sup>は、歪顔が63%、奇奇症が84%に認められ、思考障害では連合の障害と思考途絶がともに60%と多く、自我意識の障害である考想奪取、考想吹入、考想伝播はいずれも20%前後であり、感情障害では感情鈍麻が63%で最も多く認められ、幻覚では、幻聴が81%と最も多く、ついで体感幻覚36%、幻視30%などがみられた。妄想は被害妄想42%、空想的妄想39%の順であったとしている。Eggers<sup>23)~25)</sup>は57例中53例、93%に幻覚あるいは妄想が認められ、幻覚は体感幻覚がしばしば認められ、成人の精神分裂病に比べて幻視が多く、およそ半数に認められたと報告している。さらに、妄想では宗教的あるいは抑うつ的なテーマが主題になることが多く、全体的には関係念慮が最も多かったとしている。GohとBose<sup>26)</sup>は、幻聴36%、幻視8%、何らかの妄想48%、独語51%、空笑47%を頻度の多い症状として挙げている。安藤<sup>27)</sup>は幻聴73.3%、幻視33.3%、妄想は53.3%、思考障害は誠裂思考が多く53.3%、明らかな自我意識の障害が60%認められたとしている。松本<sup>28)</sup>は幻聴84%、被害妄想32%、憑依妄想16%、独語42%、空笑12%、幻視16%などが頻度の多い症例であるとしている。本研究の症例では、幻覚、妄想、思考障害の3症状がそれぞれ半数以上で認められ、既存の報告と同様の傾向を示した。しかし、幻覚症状では殆どは幻聴であり、幻視は2例、3.7%と極めて少なく、Eggers<sup>23)~25)</sup>、Kolvinら<sup>20)~22)</sup>や安藤<sup>27)</sup>の報告と明らかな差がみられた。また体感幻覚も4例、7.8%と少なく、Kolvinら<sup>20)~22)</sup>やEggers<sup>23)~25)</sup>の報告と相違点が認められるが、4例はすべて女性であり、第二次性徴による性ホルモンと精神発達の不均衡の影響が推測される。妄想症状は被害妄想、関係妄想、巨勢妄想が多く、妄想的テーマとしては、学校、友人に関することやアイドル歌手、タレントと自分とを結びつける空想的内容が多くみられた。藤森<sup>29)~31)</sup>が被害・関係・注察・迫害の4つの妄想主題

の展開の「場」が、現代では家庭よりも、近隣、学校、職場、街路、乗物などに多く、それに呼応して、妄想の対象は家族よりも、隣人、仲間、未知の人が選ばれると述べているように、時代的、社会的要因が関与していると考えられる。本研究の対象症例では思考障害は軽度の連合弛緩が多く、典型的な思考途絶を呈するものは少なく、Kolvinら<sup>20)~22)</sup>の報告と比べて著しい差異が認められた。空笑・独語などの言動異常は10%~20%であり、GohとBose<sup>26)</sup>や松本<sup>28)</sup>の報告に比べ少なかった。Kolvinら<sup>20)~22)</sup>は奇奇症が84%に認められたとしているが、本研究の対象では、奇奇的な態度を示す症例は多くなかった。緊張病症状については、安藤<sup>27)</sup>は13.3%、松本<sup>28)</sup>は9.5%に緊張病症状が認められたとし、Eggers<sup>23)~25)</sup>は57例のうち緊張・昏迷型が2例、破爪・緊張型が1例と報告している。本研究の症例でもわずかに2例3.9%であり、緊張病症状の減少は、成人を含めた精神分裂病像の現代的特徴と考えられる。

暴力行為については、大島<sup>32)</sup>は思春期の精神分裂病88例中21例、23.9%に暴力行為がみられ、うち16例は家庭内のみの暴力であったとし、千鳥<sup>33)</sup>は家庭内暴力34症例のうち5例、14.7%が精神分裂病内のものであったとしている。本研究でも14例、27.5%に家庭内暴力が出現し、同様の結果を示した。

次に、精神症状と不登校の関連については、先行型では症例30にみられたように、意欲低下、無気力などの能動性の低下が比較的初期からみられ、それらの陰性症状が不登校と深い結びつきがあると考えられる。またこういった不登校症例では、感情の平板化の影響もあり、神経症性不登校でしばしば表現される「本当は学校へ行きたいけれど、行けない」という葛藤を訴えることは少なかった。非先行型では症例24のように、幻覚、妄想、自我障害などが一気に出現し、急性状態に至り、登校不能となる症例と、症例46のように病的症状を持ちながら通学していたが、病的症状の軽快後に徐々に無気力・自発性低下が悪化し、一種の日常生活上での機能不全として登校不能となった症例も認められた。後者での不登校の発現様式

は、Huber<sup>34)</sup>の指摘する「精神病後の遷延性無気力状態」、あるいはHeinrich<sup>35)</sup>の述べる「寛解後疲弊症状群」と類似した精神分裂病の寛解過程での一徴候と考えられる。

先行型では陰性症状、非先行型では陽性症状が症状構成の中核をなす可能性を指摘したが、これらは両型の入院治療率、平均入院回数の有意差からも裏付けられるものと考えられる。すなわち、先行型では陰性症状が中心で、その経過において精神状態の動揺の幅が比較的狭い症例が多く、非先行型では陽性症状が比較的早期から顕在化するため入院適応となり、経過において精神病症状が再発し易い症例が多い傾向があると考えられる。

#### 5. 転帰、学校・社会適応状況

Bashina<sup>36)</sup>は、児童期から青年期にかけて発症した123例の精神分裂病では、完全寛解が5.8%、軽度の欠陥が36.7%、中度の欠陥が28.3%、高度の欠陥が26.7%、死亡が2.3%としている。高橋<sup>37)</sup>は41例の思春期精神分裂病の平均3年の経過を寛解が19.5%、何らかの問題を持つものが56.1%、入院中のものが24.4%と報告している。発症年齢と予後との関係については、Spiel<sup>38)</sup>、Harbauer<sup>39)</sup>、Pollackら<sup>40)</sup>は早期発症ほど重篤な欠陥を残しやすいと述べている。発症形式と予後の関係については、Henderson<sup>41)</sup>やSucharewa<sup>42)</sup>は、急性発症例に予後不良が多いとしているが、Villinger<sup>43)</sup>は急性発症群の74%が予後良好であるのに対し、潜行発症群ではわずかに25%が予後良好であると述べ、統一された見解はない。

精神分裂病の学校適応状況について、岡部<sup>44)</sup>は15歳以下の精神分裂病30例の最終学歴では、中学中退が3.3%、中卒が20%、高校中退が33.3%、高卒が36.7%、大学中退が3.3%、大卒が3.3%と報告している。弟子丸ら<sup>45)</sup>は発症状況および精神状態と学校適応状況の関係について、発症状況では急性・亜急性型より潜伏期型が学校適応が悪い。退院後の学校適応について状態像との関係を見ると、緊張病症状が前景の群は69%、活発な幻覚・妄想状態が前景の群は64%、情意減弱状態、関係・被害妄想が前景の群は65%、心気症状、関係・被害妄想が前景の群は40%、神経症症状を示す全

例が不適応であったと報告している。本研究の症例のうち、中学から高校へ進学した症例が42.3%、進学しなかった症例が38.5%であり、80.8%が卒業しているが、卒業し進学しなかった症例の多くは、不登校が持続したまま卒業した症例である。これに対し高校での卒業率は36.1%と低く、中退率が55.6%で卒業率を上回る。中学校は義務教育であるため、必要出席日数などの学校側の対応は、高校に比べ厳しくないが、高校では単位取得制への変化や、試験の及落などの学校側の要因と、自我の成長とともにクラス内などでの対人的緊張が増大し、患者の周囲のストレスが強化、複雑化するという環境的要因が、中退率の増加の原因として示唆される。StraussとCarpenter<sup>46)</sup>やCarpenterら<sup>47)</sup>は陰性症状の予後予測性に関する研究で情動鈍麻のような陰性症状のほうが陽性症状よりも、予後予測上重要であるという報告をし、Knightら<sup>48)</sup>は、急性精神分裂病患者の年間の追跡調査に基づいて、感情鈍麻、感情の平板さ、対人関係の貧困は、不良な転帰と有意な相関があることを指摘している。本研究の症例でも無気力、感情の平板化などの陰性症状が徐々に進行することも高校での不適応を助長する一つの要因として考えられる。

先行型と非先行型との適応状況の比較では、中学では先行型の方が、逆に高校では非先行型の方が卒業率が高く、一定の傾向は認められなかった。高校での適応状況を中学生発症と高校生発症に分けて比較すると、中学発症の方が卒業率が低く、適応状況が不良である傾向が認められたことは、若年発症であるほど予後が悪いという報告と一致するものであったが、厳密には、症例数を増やして検討する必要があると考えられる。高校での中退時の学年は高校1年と高校2年で95%を占め、高校3年はわずかに5%であった。このことは先に発症・受診学年の部分で述べた脆弱性の仮説を支持する一つの根拠になり得ると考えられる。

中学校・高校卒業後の不進学症例、中学校・高校中退症例についての社会適応状況は、中卒や中学中退の症例および、高校中退の症例では、就労している症例は少なく、症例46のように自宅に引

き籠もり、プラプラと生活している症例が多く認められた。若林ら<sup>23)</sup>や大高ら<sup>24)</sup>は登校拒否の長期予後について社会適応の観点から、社会適応が良好なグループ(I群)、問題を持ちながら安定しているグループ(II群)および社会適応が不良なグループ(III群)の3群に分類し、I群が19例、47.5%、II群が7例、17.5%、III群が14例、35%であったとしている。分裂病と神経症の予後について直接的に比較することは困難ではあるが、若林ら<sup>23)</sup>、大高ら<sup>24)</sup>の報告に比べ本研究の症例の方が予後的に不良な例が多い傾向が示唆された。

#### 6. 分裂病性不登校(S群)と神経症性不登校(N群)との比較

不登校を呈した症例の男女比について若林ら<sup>23)</sup>は、精神科外来へ受診してくるような慢性あるいは重度の登校拒否では、近年、男女差がなくなってきたのではないかと述べている。本研究では、S群では1.22:1、N群では1.11:1で男子が多い傾向があるものの、それ程大きな差は認められず、これは過去10年の資料であるので、それ以前にさかのぼって検討しないと、時代的な推移について総括的に述べることはできないが、最近の傾向としては若林らの見解と一致する。

発症年齢、学年について、住田<sup>25)</sup>は学校恐怖症群は10歳から12歳の小学校高学年が約半数を占めているのに対し、分裂病近縁群では全例が12歳以上であり、中学校高学年から高校生に集中していると報告し、山岡ら<sup>26)</sup>は登校拒否群と分裂病を含む他の不登校群を比較し、登校拒否群は中学生が16.7%と多く、他の不登校は高校生が50.4%と多い特徴が認められたと述べている。本研究でも、N群ではS群に比べ12歳以下の小学生の症例も多く、全体のパターンで、年少方向にシフトしている。これに対しS群では小学生症例は1例のみで、中心は中学校高学年から高校生であった。この結果からも中学校高学年以上の不登校を呈する症例では、初期段階およびその経過において分裂病診断を常に念頭においておく必要がより大きいと示唆される。

不登校に随伴する身体症状の観点からS群とN群とを比較すると、S群のうち29例、56.9%、N

群の内148例、66.1%が何らかの身体症状を呈し、S群では睡眠障害が多く、有意差が認められた( $P<0.001$ )。またN群では頭痛、腹痛、転換症状、過呼吸発作が多く認められた。N群の身体症状の内容の特徴について、著者ら<sup>27)</sup>は頭痛では心気的頭痛や心因性の頭痛が中心であり、腹痛では軽度の心窩部痛、腹部膨満感などの心因性腹痛と考えられる症状が多い。ヒステリー性の障害としては失立、失歩、失声、けいれんなどの原始的反応は減り、自律神経系の失調というような症状で表現される傾向がみられる。身体的不定愁訴の主な症状では倦怠感、下肢のだるさなどが多いとし、その多彩さを指摘している。本研究の対象においても、S、N両群で倦怠感や易疲労性などの不定愁訴が33.3%、31.3%と最も頻度が高かった。S群ではその内容も「体がなんとなくだるい」、「足が変な感じがして気持ち悪い。」などの漠然としているものが多くみられたが、他方、N群では、S群に比べ身体症状のそのものが明瞭な主訴という形で前呈に呈されることが多い傾向が示唆された。身体症状だけでS群とN群とを鑑別診断することは困難であるが、S群では身体症状の背景に自己異質的な色彩を帯びていることが多いと考えられる。

不登校に随伴した問題行動について、武井ら<sup>28)</sup>は、18歳未満の登校拒否児のうち、「いじめられ」体験を有する症例が45例、25.3%みられた。このうち、40名、88.9%は登校拒否の発症に関して「いじめられ」体験がなんらかの関連を有していたと報告し、山岡ら<sup>26)</sup>も、20歳未満の不登校児465名のうち、いじめが誘因となっているものは約22%であったとほぼ似たような数値を報告している。本研究の対象症例でも、S群、N群両群でいじめられが誘因として最も多く認められたが、一般的に不登校の症例においては、いじめられ体験について、内的にはひどく苦悩しながらも、自ら両親あるいは教師に訴えることは、少ないと言われており、実際には本研究のデータ以上にいじめられがあると推測される。従って、治療者としても、いじめられに対しては注意深い対処が必要であると考えられる。家庭内暴力についてはS群がN群

よりも有意に多かった。先にも述べたように青年期の分裂病では、暴行行為が出現しやすいことが特徴として挙げられるが、このことはS群とN群の鑑別診断に対する有用な情報の一つであると考えられる。

成績低下についてはS群がN群に比べ、多い傾向がみられるが、成績低下に対しての洞察という点からは、S群の症例では実際に成績低下があっても、それを自覚したり気にかけたりすることは少ないと考えられる。

#### 総 括

不登校を呈した青年期精神分裂病51例を対象として、背景要因、初期症状、誘因、臨床症状、経過について詳細に分析、検討し、分裂病性不登校としての特徴を明らかにした。以下に、本研究で得られた知見について総括して述べる。

1) 発症年齢は14歳から17歳、学年的には中学3年生から高校2年生の症例が多く認められた。その要因としては、分裂病の好発年齢に近づくことその他に、受験、入学、対人関係に関わるストレスの増大などが考えられた。高校3年生の症例は著明に少なかった。元来ストレスに対して脆弱性を持つ症例では中学3年から高校1年~2年にかけての学校状況における強いストレスに暴露された段階で適応できず、発症し、早期に退学してしまいう傾向が認められた。

2) 51例中16例、31.4%に分裂病の遺伝要因が認められ、不登校を呈する児童・青年期の症例において、分裂病の早期診断、鑑別診断上の一つの重要な情報であると考えられた。

3) 51例中24例、47.1%が精神病症状が顕在化、問題化する前から不登校が先行していた。分裂病の前駆症状あるいは初期症状の一つのサインとしての不登校状態は意義があると考えられる。

4) 先行型と非先行型の発症と思われる時期から受診までの期間は、先行型で平均10.88カ月、非先行型で6.88カ月であり、有意差が認められた。先行型では倦怠感や睡眠障害を主訴とする潜行性発症が多く、非先行型では幻覚、妄想状態を中心とした急性発症が多い傾向が認められた。

5) 被害・関係妄想、幻聴などの内容では、学校、友人関係などの身近な環境上の問題を主題としていることが多く、症状形成にはいじめられや交友関係悪化、勉強上の失敗などの誘因状況の関与が認められた。

6) 精神症状と不登校の関連については、先行型では意欲低下、無気力などの能動性の低下が比較的初期からみられ、それらの陽性症状が不登校と深い結びつきがあると考えられた。非先行型では、幻覚、妄想、自我障害などの陽性症状が関与し登校不能となる症例と、陽性症状を持ちながら通学していたが、症状の軽快後に徐々に無気力・自覚性低下が増強し、一種の日常生活上の機能不全として登校不能となった症例とが認められた。

7) 先行型では陰性症状が中心で、経過において精神状態の動揺の幅が比較的狭い症例が多く、非先行型では陽性症状が顕在化するため入院適応となり、経過において精神病症状が再発し易い症例が多い傾向があることが示唆された。

8) 中学での卒業率は80.8%と高いが、高校での卒業率は36.1%と低く、中退率が59.6%と卒業率を上回る。中学校は義務教育であるため、学校側の対応は、高校に比べ厳しくないが、高校では単位取得制への変化や、試験の及落などの学校側の要因と、患者を取り巻くストレスが増強、複雑化するという環境的要因が、中退率の増加の原因として推測された。また、無気力、感情の平板化などの陰性症状の進行も高校での不適応を助長する一つの因子として考えられた。先行型と非先行型との適応状況の比較では、中学では、先行型の方が、逆に高校では非先行型の方が卒業率が高く、一定の傾向は認められなかった。

9) 神経症性では分裂病性に比べ12歳以下の小学生の症例も多く、年少方向にシフトしている。分裂病性では小学生症例は1例のみで、中心は中学校高学年から高校生であった。中学校高学年以上の不登校を呈する症例では初期段階およびその経過において、分裂病との鑑別診断を常に念頭においておく必要がより大きいことが示唆された。

10) 身体症状では睡眠障害、問題行動では家庭内暴力が分裂病性で多く、神経症性と有意差が認め

られた。両者とも倦怠感を中心とする不定愁訴が最も多くの例で出現したが、分裂病性ではこれらの症状に自己異質的な色彩が認められた。また、神経症性では、分裂病性に比べ、身体症状そのものが明瞭な主訴という形で前景に呈されることが多い傾向が認められた。

稿を終えるにあたり、御指導と御校閲を賜りました若林慎一郎教授に謹んで感謝の意を表します。さらに、御協力頂きました神経精神医学教室の皆様にも感謝いたします。

なお本論文の要旨は12th International Congress of The INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY AND ALLIED PROFESSIONS および第63回小児精神神経学研究会にて発表した。

#### 文 献

- Broadwin, I. T.: A contribution to the study of truancy. *Am. J. Orthopsychiat.*, **2**, 253-259 (1932)
- Johnson, A. M., Falstein, E. I., Szurek, S. A. and Svendsen, M.: School phobia. *Am. J. Orthopsychiat.*, **11**, 702-708 (1941)
- 高木隆雄, 川端利彦, 田村貞房, 三好郁夫, 前田正典, 村手保子, 澄川 智: 長欠児の精神医学的実態調査. *精神医学*, **1**, 403-409 (1959)
- 鷺見たえ子, 小林育子, 玉井収介: 学校恐怖症の研究. *精神衛生研究*, **8**, 27-56 (1960)
- 文部省: 昭和63年度「児童生徒数の問題行動実態調査」. 旬刊政策特報, No703, 183-241 (1989)
- 藤本淳三: 登校拒否は疾患か. *臨床精神医学*, **3**, 603-608 (1974)
- 和田慶治: 不登校. *思春期精神医学*, 辻 梧編, 東京, 金剛出版, 1972, 103-113
- 梅垣 弘: 学校恐怖症に関する研究(1) 学校恐怖症の予後. *児精医誌*, **7**, 231-243 (1966)
- 福岡悦夫, 井上 寛, 沢 真教, 渡根督明: 登校拒否の長期予後. *精神医学*, **22**, 401-408 (1980)
- Kahn, J. H. and Nursten, J. P.: School refusal, a comprehensive view of school phobia and other failures of school attendance. *Am. J. Orthopsychiat.*, **32**, 707-718 (1962)
- 山本由子: いわゆる学校恐怖症の成因について. *精神経誌*, **66**, 558-583 (1964)
- 梅垣 弘: 登校拒否の臨床的研究—登校再開に関する経過良否を中心に—(学校恐怖症に関する研究(2)). *名医学*, **93**, 72-98 (1970)
- 住田征夫: 不登校児からみた教育に関する精神医学的考察. *名市大医誌*, **22**, 556-572 (1972)
- 福岡悦夫, 井上 寛, 小松原孝介, 井上照雄: 登校拒否症の類型. *九州神経精神医学*, **24**, 71-78 (1978)
- 野本文幸: 不登校と精神分裂病—(1)不登校児30例の検討—. *群馬小児科会報*, **12** (1984)
- 高橋隆一, 野本文幸, 中屋みな子, 奥寺 崇: 不登校の類型分類. *児精医誌*, **28**, 299-311 (1987)
- American Psychiatric Association: Schizophrenia. In: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition-Revised(DSM-III-R)*. APA., Washington, D. C., APA., 1987, 187-198
- Bleuler, E.: (飯田 真, 下坂孝三, 保崎秀夫, 安永 浩 訳) 早発性痴呆または精神分裂病群. 東京, 医学書院, 1974, 544 p.
- Eggers, C. and Stutte, H.: Zur nosologischen Umgrenzung der kindlichen und präpuberalen Schizophrenie aus katamnestischer Sicht. *Fortschr. Neurol. Psychiatrie*, **37**, 305-317 (1969)
- Eggers, C.: Course and prognosis of childhood schizophrenia. *J. Autism Child Schizophrenia*, **8**, 21-36 (1978)
- Eggers, C.: Psychosis in childhood and adolescence. *Acta Paedopsychiat.*, **448**, 81-98 (1982)
- Kydd, R. R. and Werry, J. S.: Schizophrenia in children under 16 years. *J. Autism Dev. Disord.*, **12**, 343-357 (1982)
- 品川浩三: 小児精神病に関する臨床的研究. *精神経誌*, **61**, 152-207 (1959)
- Goh, C. W. and Bose, P.: A clinical profile of 100 child-patients with schizophrenia. *Annals, Academy of Medicine*, **8**, 252-261 (1980)
- Zeh, W.: Endogene Psychosen und abnorme seelische Zustände im Jugendalter. *Fortschr. Neurol. Psychiatrie*, **27**, 54-72 (1959)
- 松本英夫: 児童期に発症した精神分裂病に関する臨床的研究. *精神経誌*, **90**, 414-435 (1988)
- 吉野啓子: 性差からみた精神分裂病. *社会精神医学*, **8**, 30-36 (1985)
- 清水将之, 鈴木祐一郎, 生田 孝: 青年期の精神病像と性差. *社会精神医学*, **8**, 8-13 (1985)
- 玉井収介, 湯原 昭, 山崎道子, 今田芳枝, 小沢牧子: いわゆる学校恐怖症に関する研究. *精神衛生研究*, **13**, 41-84 (1964)
- 山中康裕: 思春期閉鎖. 思春期の精神病理と治療. 中井久夫, 山中康裕 編, 東京, 岩崎学術出版社, 1968, 17-62
- 山岡正則, 竹山広枝, 河上まどか, 群 明文, 増田文昭, 市木裕子, 橋 厚子, 金沢 彰: 愛媛大学精神科外来における不登校児の実態. *臨床精神医学*, **15**, 1989-1995 (1986)
- 安藤 公: 児童期に発症した精神分裂病—自験例15症例の臨床経緯から—. *精神医学*, **27**, 1255-1266 (1985)
- 関 忠盛: 分裂病像の時代的変遷. *臨床精神医学*, **9**, 5-13 (1980)
- 柏瀬宏隆, 新井 弘: 亜型分類からみた精神分裂病の今日的病像. *精神経誌*, **90**, 150-161 (1988)
- 高橋哲郎: 分裂病症例を呈する思春期精神障害の研究. *精神経誌*, **68**, 1176-1197 (1966)
- 坂口正道: 青年期に発症した精神分裂病の病像と予後—特に初期薬物療法との関連について—. *精神医学*, **27**, 399-408 (1985)
- Dauner, I.: Körperlich nicht begründbare (endogen) Psychosen. In: *Kinder und Jugendpsychiatrie*, hrsg. von Remschmidt H., Stuttgart, Georg, Thieme, Verlag, 1979, 241-248
- 大橋秀夫, 山田 康, 町山幸輝: 精神分裂病前性格. *臨床精神医学*, **5**, 15-24 (1976)
- Bumke, O.: *Lehrbuch der Geisteskrankheiten*, 3. München, Aufl. 1929, 289p
- Simkó, A.: Pseudoneurotische Schizophrenien in Licht einer strukturellen Psychopathologie. *Nervenarzt*, **39**, 242-250 (1968)
- Kaess, M.: Katamnesen bei jugendlichen Schizophrenen. *Nervenarzt*, **28**, 421-422 (1957)
- 中安信夫: 分裂病性シュュープの最初期症状—見逃されやすい微細な体験症状について—. *精神科治療学*, **1**, 545-556 (1986)
- 中安信夫: 初期分裂病患者への精神療法的対応—診断面接に含まれる治療的意義について—. *臨床精神病理*, **10**, 181-190 (1989)
- 牧田清志: 改訂児童精神医学. 東京, 岩崎学術出版, 1967, 463 p.
- 大野建樹, 倉持 弘: 10歳代の精神分裂病者の発症状況—状況主題と性差—. *臨床精神医学*, **11**, 755-763 (1982)
- Neuchterlein, K. H. and Dawson, M. E.: A heuristic vulnerability / stress model of schizophrenic episodes. *Schizophr. Bull.*, **10**, 300-312 (1984)
- Kisker, K. P.: Der Egopath-Problemlind der Familienforschung bei Schizophrenen. *Social Psychiatry Berl.*, **3**, 19-23 (1968)
- 三原竜介, 坂口正道, 木崎康夫: 青年期発症の分裂病患者の幼・小児期の研究—対人関係と行動特性について—. *精神医学*, **31**, 1251-1259 (1989)
- Sucharzewa, G. J.: Ueber den Verlauf der

- Schizophrenien im Kindesalter. *Z. Ges. Neurol. Psychiatr.* **142**: 309-321 (1932)
- 50) Kolvin, I.: Studies in childhood psychoses. Diagnostic criteria and classification. *Br. J. Psychiat.*, **118**, 381-384 (1971)
- 51) Kolvin, I., Ounsted, C., Humphrey, M. and McNay, A.: The phenomenology of childhood psychoses. *Br. J. Psychiat.*, **118**, 385-395 (1971)
- 52) Kolvin, I., Ounsted, C., Richardson, L. M., and Garside, R. F.: Family and social background in childhood psychoses. *Br. J. Psychiat.*, **118**, 396-402 (1971)
- 53) Kolvin, I., Ounsted, C., Roth, M.: Cerebral dysfunction and childhood psychoses. *Br. J. Psychiat.*, **118**, 407-414 (1971)
- 54) Kolvin, I., Humphrey, M. and McNay, A.: Cognitive factors in childhood psychoses. *Br. J. Psychiat.*, **118**, 415-419 (1971)
- 55) 藤森英之：精神分裂病における妄想主題の時代的変遷について。精神誌，**80**，669-703 (1978)
- 56) 藤森英之：分裂病性妄想主題の時代的変遷。臨床精神医学，**9**，15-21 (1980)
- 57) 大嶋正浩：思春期の精神分裂病と暴力。臨床精神医学，**11**，1283-1391 (1982)
- 58) 手島ちづ子：思春期家庭内暴力—精神科外来でみられた症例の検討—。臨床精神医学，**11**，1025-1033 (1982)
- 59) Huber, G.: Reine Defektsyndrome und Basisstadien endogener Psychosen. *Fortschr. Psychiat.*, **34**, 409-437 (1966)
- 60) Heinrich, K.: Zur Bedeutung des postremisiven Erschöpfungs-Syndroms für die Rehabilitation Schizophrener. *Nervenarzt.*, **35**, 487-491 (1967)
- 61) Bashina, V. M.: The work capacity and social adaptation of schizophrenic patients who became ill in childhood and adolescence. *Int. J. Psychiatry*, **1**, 248-259 (1965)
- 62) Spiel, W.: Die endogenen Psychosen des Kindes und Jugendalters. Basel, Karger, 1961. 223p.
- 63) Harbauer, H.: Endogene Psychosen im Kindesalter. In: Schizophrenie und Zyklithymie, G. Huber (Hrsg): Stuttgart, Georg. Thieme Verlag, 1969. 39-47.
- 64) Pollack, M., Levenstein, S. and Klein, D. F.: A three-year posthospital follow-up of adolescent and adult schizophrenics. *Am. J. Orthopsychiatry*, **38**, 94-109 (1968)
- 65) Henderson, D. K.: Discussion on the prognosis of psychoses occurring during adolescence. *Br. Med. J.*, **2**, 1090-1095 (1923)
- 66) Villinger, W.: Zum Problem der Kinderschizophrenie nebst Differentialdiagnose und Prognose. *Wien Med. Wschr.* **109**, 295-300 (1959)
- 67) 岡部祥平：思春期に発病した精神分裂病の経過と予後。精神医学，**22**，817-826 (1980)
- 68) 弟子丸元紀，赤城藤孝，宮本憲司朗，山下健昭，上妻明彦，荒木邦生，橋村哲男，木村武実，中村能文，宮川太平：精神分裂病者の学校適応状況—状態像との関係について—。精神医学，**32**，1301-1310 (1990)
- 69) Strauss, J. S. and Carpenter, Jr, W. T.: The prediction of outcome in schizophrenia. I. Characteristics of outcome. *Arch. Gen. Psychiatry* **27**, 739-746 (1972)
- 70) Carpenter, Jr, W. T. Strauss, J. S. and Bartko, J. J.: The diagnosis and understanding of schizophrenia, Part I. Use of signs and symptoms for the identification of schizophrenic patients. *Schizophr. Bull.*, **11**, 37-49 (1974)
- 71) Knight, R. A., Roff, J. D., Barnett, J. and Moss, J. L.: Concurrent and predictive validity of thought disorder and affectivity. A 22-year follow-up of acute schizophrenics. *J. Abnorm. Psychol.*, **88**, 1-12 (1979)
- 72) 若林慎一郎，本城秀次，金子寿子，大高一則，

- 杉山登志郎，榎本 和，大井正己：登校拒否の長期的予後についての研究。安田生命社会事業団研究助成論文集，**19**，177-189 (1983)
- 73) 大高一則，若林慎一郎，本城秀次，金子寿子，榎本 和，大井正己，杉山登志郎，阿部徳一郎：登校拒否の追跡調査について。児精医誌，**27**，213-229 (1986)
- 74) 若林慎一郎，佐分美代子，大井正己，田中 通，本城秀次，杉山登志郎，金子寿子，小林 泉：登校拒否と社会状況との関連についての考察。児精医誌，**23**，160-180 (1982)
- 75) 江口 研，若林慎一郎：登校拒否の初期臨床像。医師のための登校拒否119番，梅垣 弘編，東京，ヒューマンティワイ，1990。8-12
- 76) 武井陽一，猪子香代，若林慎一郎，本城秀次，名和美幸，金子寿子，杉山登志郎，大高一則，青山 隆，阿部徳一郎：「登校拒否における“いじめ”について」。児精医誌 **28**，55-56 (1987)

