

## 奈良県立医大精神科児童思春期外来における 不登校の現況と登校拒否の予後因子

奈良県立医科大学精神医学教室

飯田 順三, 岩坂 英巳, 平尾 文雄, 川端 洋子  
松山 光晴, 田原 宏一, 橋野 健一, 松村 一矢  
青山 富貴子, 崎山 忍, 辻本 博一, 井川 玄朗

### THE CURRENT SITUATION IN REGARD TO NON-ATTENDANCE AT SCHOOL AND PROGNOSTIC FACTORS OF SCHOOL REFUSAL IN CHILD AND ADOLESCENT CLINIC OF DEPARTMENT OF PSYCHIATRY AT NARA MEDICAL UNIVERSITY

JUNZO IIDA, HIDE MI IWASAKA, FUMIO HIRAO, YOKO KAWABATA,  
MITSU HARU MATSUYAMA, KOUICHI TAHARA, KENICHI HASHINO, KAZUYA MATSUMURA,  
FUKIKO AOYAMA, SHINOBU SAKIYAMA, HIROKAZU TSUJIMOTO and GENRO IKAWA

*Department of Psychiatry, Nara Medical University*

Received May 6, 1993

*Summary* : A study on prognostic factors of non-attendance, especially school refusal in the strict sense was conducted. 114 out-patients (male 63, female 51) visiting the Child and Adolescent Clinic of the Department of Psychiatry at Nara Medical University were studied.

The results were :

(1) The patients consisted of 17 students of elementary school (14.9%), 46 of junior high school (40.4%) and 51 of high school (44.7%).

(2) School refusal in the strict sense was 51.8%. In the rest, non-attendance at school was based on mental disorders including schizophrenia (14.9%), depression (6.1%), and anthropophobia (6.1%).

(3) As to onset of school refusal, many cases began in September, April and May. Premorbid personality tended to be introverted, perfectionistic, sensitive and obstinate. Psychiatric hereditary factors were found in 24.5% of all cases, and antipsychotics were administered to 45.8% of all cases.

(4) In regard to the differences between the good prognostic group and poor prognostic group, grade, trigger and the number of times of consultation were significant.

#### Index Terms

non-attendance at school, mental disorder, school refusal, prognostic factor

## 緒 言

わが国で登校拒否が問題になるようになってから久しく、児童精神医学、心理学、教育学など様々な分野で研究されてきたにも関わらず、最近も増加傾向の一途をたどっている。文部省の学校基本調査報告書によれば、概ね「登校拒否」にあたる「学校嫌い」の総数は1980年前後から小学校・中学校ともに年々増加傾向にある<sup>1)</sup>。特に中学年令の「学校嫌い」の増加は著しく、1989年度はついに4万人の大台を越えた。また奈良県における登校拒否の児童・生徒は1989年度において、出現率では全国に比して小学生で約1/3、中学生で約1/2であるが、全国と同様にやや増加傾向にある。

また登校拒否の概念も時代とともに変遷してきている。1941年にJohnson<sup>2)</sup>らが大きな不安を伴って長期にわたって学校を休む症例を学校恐怖症と名付けて以来、登校拒否の定義は研究者によって様々であり、最近では登校拒否の精神病理が明確でなく、登校できないことに葛藤が少なく、悩まない、いわゆる「明るい登校拒否」が出現し、また怠学との鑑別も困難な症例も多く、境界が不鮮明になってきたため総括して不登校と呼んでいる場合もある。

文部省は1年間に50日以上欠席した児童・生徒のうち、その欠席理由が i) 身体的な病気がなく、ii) 経済的理由もなく iii) 非行に結びつかない者を「学校ぎらい」と定義している。この定義では精神科的疾患が含まれることになり、小泉<sup>3)</sup>の教育センターの統計においても3.3%の精神障害が含まれていた。医療機関ではさらに多くの精神障害者が含まれていると推察される。

さらに登校拒否は様々な相談機関で取り扱われている。児童・青年の心理的な問題の専門相談機関としては、福祉関係で児童相談所や福祉事務所、司法・矯正関係で少年センターや家庭裁判所、保健・医療関係で保健所や精神保健センターや病院、大学の心理学あるいは教育心理学研究室、教育関係では教育研究所や教育センターなどで取り扱われており、それぞれの特色をもって治療が行われている。それぞれの機関によって症例の性質が異なり、症状の重さ、背後にある精神病理、治療の困難度は異なっている。

そこで我々は当科の児童思春期外来を受診した不登校を呈している患者について、精神医学的診断を行ない、さらに狭義の登校拒否患者を予後良好群と不良群に分け、その差異について比較検討し、どのような因子が予後と関連するか調査した。

## 対象と方法

対象は1989年4月から1992年3月までの3年間に奈良県立医大精神科児童思春期外来を受診した初診患者のうち不登校を呈していた患者である。不登校を呈していた新患者数は114名(男子63名、女子51名)であり、これは18歳以下の初診患者の約3割にあたる。

対象とした患者を精神医学的に診断し、狭義の登校拒否とそれ以外の不登校に区分した。狭義の登校拒否の定義について今回の研究では以下のように定めた。登校拒否とは心理的な理由により学校へ行くことを拒み、様々な特徴的な身体的・精神的症状を呈する現象であるという若林<sup>4)</sup>の定義が一般的に受け入れられている。今回の研究ではさらにその心理的な理由に、発達遅滞、怠学傾向、精神分裂病や躁うつ病などの精神障害、てんかんなどの器質性精神障害が関与していると考えられる者は除外した。さらに神経症のうち神経症的症状が主たるもので、その二次的反応として不登校が認められる者も除外し、狭義の登校拒否と定義した。次いで狭義の登校拒否患者の主訴、発症月、病前性格、同胞順位、学年別予後について検討した。

さらに狭義の登校拒否患者を予後良好群と不良群に区分した。便宜上、再登校し再び不登校を呈していない群を予後良好群とし、再登校をしなかったり、再登校しても不登校を呈したり、経過不明の群を予後不良群とした。そして予後良好群と不良群を性、学年、契機、発症から初診までの期間、遺伝、投薬の有無、診察回数、主訴、病前性格、同胞順位について比較検討し、どのような因子が予後と関連があるか調査した。

## 結 果

## (1) 児童思春期外来における不登校者の学年別内訳

1989年4月から1992年3月までの間に当科の児童思春期外来を受診した初診患者のうち、不登校を呈していた患者は、男子63名、女子51名で合計114名であった。性別で有意差は認められなかった。学年別内訳をFig. 1に示した。小学生17名、中学生46名、高校生51名であり、中学・高校生に多い傾向がみられた。小学生は高学年の小学4年生から目立ちはじめ、中学生では3学年とも一様にみられるが高校生では高校1年が最も多く、学年が進むにつれて減少していた。

## (2) 不登校者の診断別分類(Table 1)

不登校者114名のうち今回の著者らが定義した狭義の登校拒否は59名であり、その他の不登校者が55名(48.2%)認められた。その他の不登校者のうち最も多か

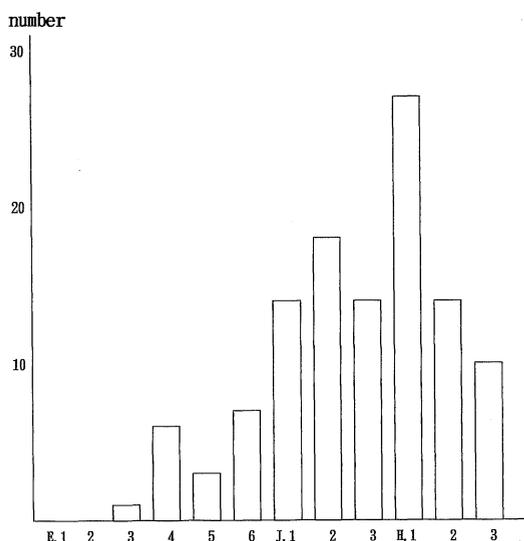


Fig. 1. The number of non attendance at school by the grades (1989.4~1992.3).

E : Elementary school  
J : Junior high school  
H : High school

Table 1. The number of non attendance at school by diagnostic classification

Diagnosis	N (%)
School refusal	59 (51.8)
Schizophrenia	17 (14.9)
Depression	7 ( 6.1)
Anthropophobia	7 ( 6.1)
Hysteria	5 ( 4.4)
Conduct disorder	5 ( 4.4)
Obsessive compulsive disorder	5 ( 4.4)
Eating disorder	3 ( 2.6)
Epilepsia	3 ( 2.6)
Learning disabilities	2 ( 1.8)
Reactive psychosis	1 ( 0.9)
Total	114 ( 100)

ったのは精神分裂病の17名で不登校者の14.9%を占め、次いでうつ病と対人恐怖症であった。対人恐怖症の中には自己臭恐怖症、醜貌恐怖症、自己視線恐怖症などがみられた。その他強迫性障害や摂食障害なども認められた。

(3) 登校拒否児の主訴 (Table 2)

狭義の登校拒否児の主訴は不登校が最も多いが、その他はすべて身体的愁訴であった。

身体的愁訴のなかでは頭痛が最も多く、次いで腹痛、吐き気・嘔吐が多くみられ、心因性の発熱も認められた。

(4) 登校拒否の発症月 (Table 3)

Table 2. Chief complaints of school refusal

Contents	N
Non attendance at school	39
Headache	9
Abdominal pain	6
Nausea, Vomiting	4
High fever	3
Difficulty of getting up	3
Difficulty of breathing	3
General fatigue	2

Table 3. Month of onset of school refusal

Month	N (%)
September	16 (27.1)
April	14 (23.7)
May	12 (20.3)
June	7 (11.9)
January	5 ( 8.5)

Table 4. Premorbid personality of school refusal

Personality	N (%)
Introvert	20 (33.9)
Perfectionistic	19 (32.2)
Sensitive	17 (28.8)
Obstinate	13 (22.0)
Short tempered	5 ( 8.5)
Selfish	4 ( 6.8)
Cheerful	3 ( 5.1)

登校拒否の発症は9月が最も多く、次いで4月、5月と続き、休み明けが多いことが認められた。

(5) 登校拒否児の病前性格 (Table 4)

登校拒否児の病前性格では、内向的が最も多く、次いで完璧主義、過敏、強情と続いた。

(6) 登校拒否児の同胞順位 (Table 5)

登校拒否児の同胞順位では第1子が最も多く、次いで第2子であったが、第1子と第2子の間に有意差はみられなかった。

(7) 登校拒否児の学年別予後 (Table 6)

登校拒否に関して2種類の予後分類を行った。まず第1は寛解・軽快・不変・脱落の4つに区分する方法で、寛解とは精神的に安定し、再登校をした者で治療の終了した群である。軽快は精神的に改善しているが治療は継続中で、再登校している者も再登校していない者も含まれ、再登校していない者はアルバイトをしていたり、明確な目的意識をもって生活している者である。不変は初診時と同様、精神的に不安定で不登校を呈している群で

Table 5. Order of siblings of school refusal

Order of siblings	N (%)
First	28 (47.5)
Second	22 (37.3)
Third	5 ( 8.5)
Only one	4 ( 6.7)

Table 6. The prognosis of school refusal by the grades

Prognosis	Elementary (N=13)	Junior high (N=25)	High (N=21)	Total (N=59)
Remission	5(38.5%)	6(24.0%)	3(14.3%)	14(23.7%)
Improved	6(46.2%)	12(48.0%)	6(28.6%)	24(40.7%)
No change	1	3	6	10
Drop out	1	4	6	11
-----				
Return to school	11(84.6%)	18(72.0%)	6(28.6%)	35(59.3%)
No return	1	3	9	13
Unknown	1	4	6	11

あり、脱落は治療途中で受診しなくなり、治療中断した群である。登校拒否児を小学生、中学生、高校生の3群に区分し、上述の予後分類をすると、寛解は小学生が最も多く38.5%にみられ、高校生が最も少なく14.3%であった。軽快は小・中学生が同程度にみられ、高校生は最も少なく28.6%であった。全体では寛解と軽快を合わせると64.4%であった。

次に第2の予後分類として再登校・不登校・不明の3つに区分した。再登校して再び不登校を呈していない群を再登校群とし、不登校のままであったり、再登校しても再び不登校を呈した者を不登校群とした。また治療途中で中断しその後の経過のわからない者を不明とした。この分類では再登校群は小学生で84.6%と最も高く、中学生が72.0%、高校生が最も少なく28.6%であり、全体では59.3%であった。

(8) 登校拒否児の予後良好群と不良群の比較(Table 7)

予後分類における再登校群を予後良好群とし、不登校群と不明群を予後不良群として様々な因子について比較検討した。その結果、性、主訴、病前性格、同胞順位で有意差は認められなかった。発症から初診までの期間に関しては全体では1~3カ月が最も多く、次いで1カ月未満、4~6カ月と続いていた。予後に関して有意差は認められず、1年以上でも予後良好な患児がみられた。精神医学的遺伝要因に関しては全体で25.4%に認められたが、予後良好群と不良群の間で有意差は認められなかった。投薬に関しては全体で45.8%の登校拒否児が投

Table 7. The comparison of good prognosis group with poor prognosis group of school refusal

		Good prognosis (N=35)	Poor prognosis (N=24)
Sex	male	18	14
	female	17	10
Grades	Elementary	11	2* p<0.01
	Junior high	18	7
	High	6	15* p<0.01
Trigger	Bullying	10	3
	somatic	8	5
	club	4	2
	unknown	4	9* p<0.01
	others	9	5
Duration from onset to the first consultation(month)	<1	10	8
	1~3	13	8
	4~6	6	4
	7~11	5	3
Heredity	+	1	1
	-	8	7
Administration	+	27	17
	-	19	8
The number of times of consultation	+	16	16
	1~5	11	19* p<0.01
	6~10	8	1
	11~19	8	3
	≥20	8	1

薬を受けており、予後良好群で54.3%、予後不良群にやや多い傾向がみられたが有意差は認められなかった。

学年別に関しては予後良好群は不良群に比べて小学生が有意に多く認められ(Fisherの直接確率検定にて $p<0.01$ )。高校生が有意に少なかった。 $(\chi^2=10.875, df=1, p<0.01)$ 。契機に関しては、全体ではいじめや身体的問題や不明が多くみられた。予後不良群で契機が不明である者が有意に多く認められた。(Fisherの直接確率検定にて $p<0.01$ )診察回数に関しては、予後不良群で1~5回が有意に多く認められ $(\chi^2=11.142, df=1, p<0.01)$ 診察回数が多いほど、予後良好である傾向がみられた。

## 考 察

登校拒否に関する統計学的研究は今までも多くの報告が認められるが、登校拒否は各相談機関によって症例の性質が異なり、殊に奈良県においては医療機関による報告は今回の研究が初めてであるという点においても本研究は意義あるものと考えられる。

当児童思春期外来における不登校は中学・高校生が多くみられ、小学生は14.9%と少ない傾向がみられたが、これは当科の特殊性を示していることが示唆される。

また不登校者の約半分が本来の狭義の登校拒否ではなく、第1に精神科的疾患が存在し不登校はそれに伴って二次的に出現していたということは非常に重要な点である。つまり一般的に親や教育関係者は心理的な理由による不登校は全て登校拒否であると考える傾向があり、当科初診時の親の話しでも自分の子供は登校拒否であると考えている人が大半である。しかしその実は精神科的疾患により不登校を呈している患児が約半数存在するのである。中根<sup>9)</sup>らの報告でも不登校を主訴として入院した患児の50%以上が精神科的疾患を有していた。小泉<sup>8)</sup>の教育センターにおける報告では約10%であり著者らの報告よりかなり少ないが、これは各機関の特殊性を示しているのかもしれない。精神科的疾患の中で最も多く認められたのは精神分裂病であり、不登校者の14.9%にみられた。中根<sup>9)</sup>らの報告ではさらに多く25.3%に認められている。精神分裂病の前駆症状として不登校が出現することは、分裂病の早期発見・早期治療という点から最近注目されている。高橋<sup>10)</sup>らは不登校の類型分類の中に分裂病性不登校を取り上げ、また大沢<sup>11)</sup>らは分裂病群の不登校を他の不登校と比較している。次にうつ病と対人恐怖症が不登校者の6.1%に認められている。また最近注目されている摂食障害や学習障害なども認められた。このように不登校の中には様々な精神科的疾患が存在する可能性があり、きめ細かな精神医学的診察が重要であることが明らかとなった。

登校拒否の定義に関しては時代の変遷と共に登校拒否児の様相も変化しており、研究者によっても異なっている。特に以前は明確に登校拒否と区別されていた怠学に関しても種々の心理規制が関与しており、その境界が鮮明でなくなってきた。このため全てを包括して不登校という名称も出現してきているが、今回の研究では、なるべく厳密に登校拒否を定義しようと試みた。つまり若林の定義からさらに精神障害、発達障害、怠学傾向、登校拒否が二次的に出現している神経症を除外し、狭義の登校拒否とした。これは小泉<sup>8)</sup>らの述べる神経症的登校拒否に相当すると考えられる。

今回のように定義した登校拒否において様々な因子について検討した。一般的に登校拒否児は初期に身体的愁訴が多く認められることはよく知られた事実であるが、内科や小児科を受診し、身体的疾患を否定された後に受診する精神科においても、まだかなりの身体的愁訴が認められるという事実は、いかに登校拒否が心身症的な性質を有しているかということを示唆していると思われる。また発症月が9月、4月、5月に多く認められるのは従来からの報告と同様であり、病前性格に関しては最近、

河合<sup>9)</sup>が述べているように、登校拒否になりやすい性格などというものはないという意見もあるが、今回の研究ではこれまでの報告と同様に内向的、完璧主義、過敏、強情などが多かった。同胞順位に関しては、福田<sup>9)</sup>は第1子に多いと報告し、鎌<sup>10)</sup>は第2子が多いと報告している。また、岩坂<sup>11)</sup>らによる当科の昭和62年度の調査では第1子が圧倒的に多くみられたが、今回の調査では第1子と第2子の間に差異は認められなかった。登校拒否児の性別に関しては男：女は32：27でほとんど差異が認められなかった。従来は男子の方が多くとされていたが、最近男女差がみられなくなったと若林<sup>12)</sup>は述べており、彼はこの現象は女子の進学率の向上と関連があると考察している。また家族の精神医学的遺伝負因に関しては、今回の調査では25.4%に認められた。疾患の内訳としては神経症4例、てんかん4例、精神分裂病3例、うつ病2例、アルコール症1例、自殺1例であった。一般に登校拒否では遺伝負因が少ないとされるが、佐藤<sup>13)</sup>は12%に近親者の精神分裂病ないし神経症を見出し、梅垣<sup>14)</sup>は231例中25例(11%)に何らかの精神疾患の遺伝的負因があると報告している。今回の研究ではさらに多い遺伝負因が確認された。もちろんこの結果がそのまま登校拒否と遺伝的素因が結び付くわけではないが、何らかの精神的あるいは心理的脆弱性が関与している可能性が示唆された。

登校拒否の予後に関する研究もこれまでに多数存在するが、その結果は研究者によってまちまちである。小泉<sup>15)</sup>らは5～15年の経過を追跡し、適応群は53例(88%)で、不適応群は7例(12%)であったが、適応群のうち22例に性格的な問題と対人関係に問題がみられたと述べている。大高<sup>16)</sup>らは長期追跡例40名について分析し、社会適応良好な第1群47%、問題を持ちながら何とか適応している第2群18%、社会生活上問題を呈している第3群35%という結果を報告している。このように長期的予後を見ると、人格の発達に偏りや障害が生じ、社会に適応できなかつたり、就職できない症例が多くみられ、必ずしも楽観視できないことが示唆される。今回の調査は1～4年の短期追跡予後調査であったが、軽快以上が61.4%にみられ、再登校が約6割であった。学校復帰という観点ではこれまでの報告とほぼ同じ割合であった。

登校拒否の予後と関連する因子について、これまでに最も注目されているのは発症年齢である。発症年齢が低いほど予後が良好であることはほとんどの研究者の報告が一致している。佐藤<sup>13)</sup>は小学1～3年で83%、小学4～6年で68%、中学生で31%が再登校したと報告している。著者らの今回の研究でも同様の結果が得られ、特

に高校生では予後不良が有意に多くみられた。

発症契機と予後に関しては、契機が不明である者が予後不良であった。梅垣<sup>17)</sup>は登校拒否の発現メカニズムとして、子供の生活史上で登校拒否のメカニズムとして、存児の生活史上で登校拒否要因となるような様々な体験が重ねられることによって、まず「準備状態」が形成される。そこにある引き金となるような誘因が加わって登校拒否が発現すると述べている。準備状態が強く形成されている場合には誘因が弱くても発症し、逆に準備状態が弱い場合には、かなり強力な誘因が加わらない限り、登校拒否は発現しないと考察している。このメカニズムにあてはめると契機が不明であるということは非常に弱い誘因であり、準備状態が強く形成されている例と考えられ、逆にいじめなどの強力な誘因では準備状態が弱くても発症すると思われる。つまり換言すると、誘因が弱く準備状態が強く形成されている場合は予後が不良であり、誘因が強く準備状態が弱い場合は予後が良好であるといえるかもしれない。

発症から初診までの期間と予後に関しては今回の研究では関連性が認められなかった。梅垣<sup>14)</sup>は発症後6カ月以内に受診したものは予後良好であったと報告しており、同様に村山<sup>18)</sup>も発症後5週間以内に受診したものは予後良好であると述べている。一般的には早期発見・早期治療は重要であると考えられているが、著者らの研究では必ずしもそのような結果が得られなかった。

向精神薬の投薬に関しては、投薬の種類は抗不安薬、抗うつ薬、抗精神病薬と様々であるが、狭義の登校拒否においても症状に応じて薬物を使用すれば効果の認められる症例が存在することが示唆された。星野<sup>19)</sup>は詳細に登校拒否の薬物療法について述べているが、著者らの症例でも特に抑うつ状態を伴う登校拒否で sulpiride や抗うつ剤が有効であった。予後との関連では有意差はみられなかった。

予後と診察回数との関連では診察回数が多いほど予後は良好であった。菅<sup>20)</sup>も治療期間が長期にわたるほど予後は良好であると報告している。治療者との信頼関係から新しい対人関係のとり方を会得し、さらに患児自身の精神病理や家族内の精神病理に立ち入るには多くの時間が必要であり、またそうしてこそ初めて登校拒否を克服し得るものであることが推察された。

登校拒否の原因には様々の要因が関与すると思われるが、特に患児自身の問題、家族の問題、学校の問題の3つに分けると今回の研究では主に患児自身の問題に焦点をあてて調査した。予後因子に関しても同様に患児自身の要因だけでなく、治療者側の要因や家族の要因など

も存在すると思われ、当然治療者の能力や治療技法や家族病理が関与すると思われるが、それらは今後の課題にしたいと思う。

最後に従来登校拒否の対策に積極的に取り組んできたのは医療や福祉サイドであったが、最近教育サイドも積極的に取り組むようになってきた。これからは教育サイドとの連携を一層強化する必要がある。親や教師が登校拒否と考えるケースの中かなりの数の精神病や神経症が含まれていることを考えれば登校拒否への取り組みに精神科医と教育サイドとの協力は必要不可欠な事である。

## 結 語

1989年4月から1992年3月までの3年間に奈良県立医大精神科児童思春期外来を受診した初診患者のうち不登校を呈していた患者114名(男子63名、女子51名)を対象に統計学的調査を行い、さらに狭義の登校拒否を抽出し、予後因子について検討した。その結果、

(1) 不登校者は小学生14.9%、中学生40.4%、高校生44.7%であり、中学・高校生に多く認められた。性別では男子55.3%、女子44.7%であった。

(2) 不登校者のうち狭義の登校拒否は51.8%であり、その他は精神科的疾患により二次的に不登校を呈していた不登校者であった。その中で精神分裂病が14.9%にみられ、うつ病と対人恐怖症が6.1%認められた。さらに強迫性障害や摂食障害や学習障害なども認められた。

(3) 登校拒否の発症は9月、4月、5月の休み明けが多く、病前性格は内向的、完璧主義、過敏、強情が多くみられた。性差や同胞順位では差異がみられなかった。遺伝負因は24.5%に認められ、向精神薬の投薬は45.8%に認められた。

(4) 予後良好群と不良群の比較では、性、病前性格、同胞順位、遺伝負因、投薬に関しては有意差が認められなかった。予後因子として関連性の認められたのは、学年、契機、診察回数であり、小学生が予後良好で高校生が予後不良であった。また契機の不明であるものは予後不良で、診察回数の少ないものも予後不良であった。

## 文 献

- 1) 大高一則：精神科治療学 6：1149, 1991.
- 2) Johnson, A. M., Falstein, E. I. and Szurek, S. A.: Am. J. Orthopsychiatry 2: 702, 1941.
- 3) 小泉英二：児精医誌. 29: 359, 1988.
- 4) 若林慎一郎：登校拒否症。医歯薬出版、東京、p4, 1981.
- 5) 中根 晃, 加藤浩子, 原 研二, 海老島宏, 海野真

- 理子, 桜井信幸, 内山登紀夫, 山田佐登留: 精神科治療学 6: 1173, 1991.
- 6) 高橋隆郎, 野本文幸, 中屋みな子: 児精医誌. 28: 299, 1987.
- 7) 大沢多美子, 岡田隆介, 杉山信作, 西田 篤: 児精医誌. 32: 232, 1991.
- 8) 河合 洋: 学校に背をむける子ども. 日本放送出版会協会, 東京, p36, 1986.
- 9) 福田 幸: 山口県教育研究所研究紀要 54: 61, 1970.
- 10) 鎗幹八郎: 児精医誌. 4: 221, 1963.
- 11) 岩坂英巳, 飯田順三, 平尾文雄, 松村一矢, 井川玄朗: 奈医誌. 41: 344, 1990.
- 12) 若林慎一郎, 佐分美代子, 大井正巳: 児精医誌. 23: 160, 1982.
- 13) 佐藤修策: 登校拒否児. 国土社, 東京, p26, 1968.
- 14) 梅垣 弘: 名古屋医学 93: 72, 1970.
- 15) 小泉英二: 児精医誌. 29: 359, 1988.
- 16) 大高一則: 児精医誌. 27: 213, 1986.
- 17) 梅垣 弘: 小児の精神と神経 29: 151, 1989.
- 18) 村山正治: 登校拒否児. 黎明書房, 東京, p28, 1972.
- 19) 星野仁彦: 精神科治療学 6: 1165, 1991.
- 20) 菅 俊夫, 流王治郎, 萩原順子: 小児の精神と神経 12: 30, 1972.