

経過中に躁状態に転じて双極性障害(従来の躁うつ病)であると明らかになることもある。

V. 精神分裂病

1. 概念

精神分裂病は、意欲障害、思考障害、感情障害、自我障害、人格障害などを示し、多くは慢性に経過する内因性精神病である。現在では成人の精神分裂病の診断基準が用いられる。そのため、子どもの精神分裂病の頻度はかなり低くなっている。

2. 一般小児科医受診時の主訴

攻撃的態度、自傷行為や自殺企図など外向性の問題、および長期にわたる無気力・引きこもり、不登校など内向性の問題のどちらもあり得る。

子どもの精神分裂病では長期にわたる前駆症状が続き、発病の時期がはっきりしないことがある。前駆症状としては、学業低下、閉じこもり、活力低下、抑うつ気分、対人過敏、不機嫌・易刺激性、強迫症状、心気症状、不登校などがある。これらを主訴として小児科を受診することは十分あり得る。

3. 診断

妄想、幻覚、全くまとまりを欠いた会話、全くまとまりを欠いた行動、陰性症状(感情の平板化、思考の貧困、意欲の欠如)のうちで2つ以上を認めて社会生活の機能が低下している場合に診断される。

少なくとも9歳以上で診断可能である。

幻覚や妄想などの陽性症状は年齢によって異なる。11、12歳以下では、怪物などの空想のものが自己の中に存在し、命令や話しかけてきたり、見えたりするという形を取りやすい。また、幻覚や妄想が感情と結びついて状況反動的に出現し、不安や情動の不安定さが前景に出ることがある。

前駆症状に相当する症状が長く続いたり、陰性症状が強く疑われる場合には、精神分裂病の可能性を考慮して情報を集める。

鑑別対象として、陽性症状を示し得る以下

の疾患があげられる。高機能自閉症圏障害、とりわけアスペルガー症候群で稀ならず精神病症状を示すが多くは反応性である。精神病症状を呈する気分障害(特に双極性障害)、解離性障害(児童虐待に伴うものなど)、脳炎などの器質性精神病、SLEなどの身体疾患に伴う症状性精神病、中毒性精神病、てんかん発作に伴う朦朧状態などもある。また、著しい無気力・引きこもりを示す不登校では、前駆症状や陰性症状を示す精神分裂病との鑑別が必要となることがある。

4. 一般小児科医での初期対応

幻覚妄想状態を示す時、精神分裂病とは決めつけず、特に身体疾患に伴うものとの鑑別を確実にを行う必要がある。前駆症状や陰性症状が疑われる場合には、子どもと家族の不安を受けとめ、子どもに対する負荷を減らすように働きかけ、慎重に経過を追って専門医に紹介する。

5. 専門機関への紹介

陽性症状が目立つ場合、専門医による診断・治療が必要であると伝えて精神科医を紹介するのは自然だろう。前駆症状や陰性症状が疑われる場合には、専門医のセカンドオピニオンを得ることが大切なことを説明し、精神科医を紹介する。一時的に併診の形を取るにしても精神科での診療を中心とする。

6. 予後

過半数は予後不良で、その割合は成人よりも高い。予後不良に関連する因子は、若年発症、低い知能指数、長い罹病期間である。

IV. 境界性人格障害

1. 概念

境界性人格障害は、当初は精神病と神経症の境界として考えられたが、現在は人格障害に位置づけられている。人格障害は、小児期早期または青年期から徐々に症状が現れるが、症状が明確になり診断が可能となるのは成人期早期である。ここでは、成人期の境界性人格障害を小児に敷衍した境界例児童(borderline child)について述べる。但し、境界

例児童は成人して境界性人格障害に移行するとは限らず、両者は全く同一というわけではない。

2. 一般小児科医受診時の主訴

精神科をも含めて、はじめに子どもが医療機関を訪れることは少ないであろう。著しく情緒不安定で、周囲が困るといった子どもの行動上の問題の相談のために親が来院する可能性がある。親はしばしば自信を喪失して自責的となり、不安や抑うつを示す。

3. 診断

精神と行動の機能の激しい動揺性、すなわち自我コントロールと人との関係の不安定さ、衝動性を伴った行動の激しさ、過剰な不安と気分の恒常的な不安定さ、および現実味の乏しさに注目することで診断が可能である。

境界例児童は人格障害であるので、臨床症候群である、行為障害、反抗挑戦性障害、AD/HD、気分障害、適応障害、外傷後ストレス障害などとの合併がありうる。神経発達上の問題を有することが多く、認知面では特異的発達障害（あるいは学習障害）を伴うこともある。

4. 一般小児科医での初期対応

親に対してはまず気持ちを受けとめて悩みをよく聞く。子どもの素因の関与が大きいいため、親の育て方や性格が一次的な原因ではないことを伝えて、親の苦労をねぎらう。これらによって親の精神状態を改善させることが重要である。

子どもが受診した場合、その気持ちを受けとめて関係をつけ、治療軌道に乗せるようにする。

5. 専門機関への紹介

強い希死念慮や自己破壊的行動が認められる場合、入院治療を想定して精神科へ紹介する。激しい反社会的行動が認められる場合には、児童相談所へ紹介する。複数の機関や治療者が共同して長期的に関わっていく必要があることは、少なくとも親には説明しておく。

6. 予後

成人すると、他の人格障害、気分障害などに変化することがある。境界例児童の男児は反社会性人格障害に移行しやすいかもしれない。精神分裂病への移行は比較的稀である。安定した家族を持つ場合には予後が良好である。

参考文献

- 1) American Psychiatric Association: Quick reference to the diagnostic criteria from DSM-IV. APA, Washington D.C., 1994. (高橋三郎, 大野裕, 染谷俊幸訳: DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引き. 医学書院, 東京, 1995.)
- 2) 弟子丸元紀, 樋口康志: 小児期の精神分裂病. 精神医学, 38: 686-698, 1996.
- 3) 花田雅憲, 山崎晃資編: 臨床精神医学講座 11 児童青年期精神障害, 中山書店, 東京, 1998.
- 4) 前川喜平, 松尾宣武, 柳澤正義(編集): 小児科診療 Vol.61 No.2 (主題: 子どもの心身症をめぐって), 1998.
- 5) 大井正己: 児童期・青年期の感情(気分)障害. 精神医学, 43: 352-366, 2001.
- 6) 精神科治療学編集委員会: 精神科治療学 Vol.16 増刊号 小児・思春期の精神障害治療ガイドライン, 2001.
- 7) 小児内科編集委員会: 小児内科 Vol.31 No.5 (特集: 子どものころとからだ: 小児科医に求められる心身医学的アプローチ), 1999.
- 8) 小児内科編集委員会: 小児内科 Vol.32 No.9 (特集: 小児科医が知っておきたい精神障害), 2000.
- 9) 矢田純一, 柳澤正義, 山口規容子, 大関武彦(編集): 今日の小児治療指針第12版. 医学書院, 東京, 2000.
- 10) World Health Organization: The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. WHO, Geneva, 1992. (融道男, 中根允文, 小宮山実訳: ICD-10 精神および行動の障害 臨床記述と診断ガイドライン, 1993.)

10. 小児型慢性疲労症候群

三池輝久

熊本大学医学部発達小児科学教室

キーワード：小児型慢性疲労症候群、不登校、自律神経障害、睡眠障害、生体リズム、不定愁訴、免疫異常

I. はじめに

小児型慢性疲労症候群とは、日常生活が50%程度も障害される疲労および勉強が全く頭に入らない状態が中核症状である。従って納得のいく学校生活ができなくなる。重症化すると登校どころではなくなり、一日中ゴロゴロと横になることが多い。この時点では朝起きる事ができなくなり、午前中の不調と午後からの持ち直し、うつ状態などほぼ共通した精神・身体症状が確認される。元気で日常生活ができ、なおかつ勉強に集中できる学生は不登校にはならない。「登校できない状態」の多くが「小児型慢性疲労症候群＝Childhood Chronic Fatigue Syndrome (CCFS)」として、世界の小児科医の間で認識され始めた。

II. 受診時主訴

小児科医を訪れる際は以下のような症状が中心となる。

- 1). 微熱（発熱）
- 2). 筋肉・関節痛、腹痛・頭痛、気分不良
- 3). 手掌発汗、立ちくらみ、意識消失発作
- 4). 朝起き出来ない、眠れない、一日中眠たい、疲れる、だるい
- 5). 幼稚園、学校に行きたがらない・行けない

III. 理学的所見

理学的な所見に乏しいのが特徴である。

IV. 診断基準

CCFS 確定診断には現時点でかなり専門的な検査が必要なので、臨床的には頭痛・腹痛・

朝方の気分不良、吐き気などを訴えるこども達をCCFS軽症例と考えると良い。週に一日、何となく登校できない、あるいは月に数日登校出来ない状態として現れる。この時点では、睡眠障害や学習障害が現れ始める。

CCFSのフローチャートを示す(図1)。

因みに、全く登校できない状態は、厚生省研究班によるPerformance Status (PS:0-9度)の7より上の重症度に当たる(表1)。

PS2-3程度の軽症例では何とか朝からあるいは午後から登校できるものもあり、不登校と呼べない状況も存在する。しかし不登校状態であってCCFSと診断されない症例を私たちは知らない。

V. 臨床経過

1. 前駆（行き渋り）期 (PS:2-3)

重症化を防ぐことのできる大事な初期段階。エネルギー低下が徐々に進行しており、本来のエネルギーの80%程度の状態。

1). 気分不良、吐き気、トイレに時間がかかる、頭痛、腹痛、微熱、遅刻、早退、保健室受診回数増加。

2). 強い疲労、帰宅と同時の睡眠、寝つき不良、不眠。

3). 特定教科欠席、なぜ勉強が必要かと疑問をにする。成績低下、部活をやめる。

このような症状を伴い、あるいは明確な理由なく1日/週、3-4日/月の休み出現すればCCFSと考える。

2. 発症期 (PS:4-6)

急激なエネルギー低下があり、本来の60%程度。

1). 前夜、登校準備をするが朝起き出来な

い、起きて食事を取った後再度入眠、腹痛・頭痛など結果として登校できない。

2). 気分の良い日には登校できる日もある。

3). 家族が送り迎えするなど無理を重ねる時期。送り迎えは禁忌である。休養を取らせる以外に方法はない。睡眠を十分に取らせるために起こさない。精神科的治療の必要が出てくるのでこの時点からは専門医が関わる必要がある。

3. 極期 (PS:7-8)

無理を重ねる生活の後に訪れるエネルギー枯渇状態で、本来の活力の 10-30%程度と認識される最悪状態に落ち込む。

一日中、ベッドでごろごろして全く登校できない。

4. 混乱期 (PS:4-7)

最悪状態を脱した時期であるが混乱のため苦悩に満ちた生活となる。本来の 30-50%程度のエネルギーであり不登校状態である。

1). 生活時間がずれ昼夜逆転傾向を伴う過眠 (10 時間睡眠)。

2). テレビ、ゲーム、音楽、漫画だけの一日。

3). 風呂、洗面、一定時間の食事、など日常生活ができない。

4). 勉強は全く手に付かず、部屋は雑然。

5). 集中力・記憶力、持久力等ほぼ全ての能力が低下し顔つきも頭の中もボンヤリとして混乱状態であり考えがまとまらず云うことがころころ変わる。

6). なぜ学校に行けないのか、行きたいのか行きたくないのかさえ分からない。

7). 午前中から昼にかけて独特の「だるさ」、午後には比較的回復。

8). 先生や同級生に会うこと、家族と顔を合わせることが苦痛。

9). うつ状態で毎日「死」を考える。

10). すぐキレるので、まともな話し合いができず、否定的に扱われると発作的暴力傾向出現。

11). 食行動の問題 (過食、拒食など) 出現。

5. 回復期

混乱の中でも家族の支えで休息が得られ少しずつエネルギー回復が見られる。60%とやや上昇した感覚を持つ。

1). 学校に戻ることを考え始め同時に、学校へのこだわりが強くなる。結局足が向かず復帰はできない。

2). すぐキレる状態が改善し親と顔を合わせて話し合いができる。

3). リラックスしていると元気に見えるが緊張すると様々な症状がぶり返す。

4). 日常生活ができるようになる (部屋が片づく、食事・入浴が規則的になる)。

6. 始動期

自らバイトを探したり、塾を探したり等、動き始める。活力が 70%程度。

1). 起きる時間が安定し疲労回復機能が働き始め午後から外出、バイトが可。

2). 家の中、塾の少人数の場所で勉強可。

3). 学校に復帰するものも出てくるが早期に再発する。

7. 学校社会復帰期

社会復帰のためには、①遅れた学力の補填、②体力・気力への自信、③対人関係への自信、が必須の要素である。このことにより本来の活力の 80-95%程度の回復が得られると、睡眠時間が短縮され、学校復帰が可能な状態となる。

1). 定時制・通信制通学は比較的持続可。

2). 大検による大学進学可。

3). 社会人として仕事・バイトを続け得る状態となる。

VI. 予後

残念ながら 100%の回復はなかなか望めない。私たちの研究 (5 年以上経過観察)、外国の報告 (10 年以上経過観察) によれば 70%程度は社会復帰し日常生活が可能となっている (その約 50%に疲れ易さ残存)、また残りの 30%の内 15%には軽度から中等度の CFS 症状が残る。15%に引きこもりがある。CCFS は成人における引きこもりと密接に繋がる。

またいじめや事故を背景とする症例だけで

なく、原因が特定できない症例にも学校という場を中心としたDSMの定義に当てはまるような心的外傷後ストレス障害 (PTSD) の症状が見られる症例がある。このことは本症が生命の危機として体験されていることを示す。

VII. 精神症状

70%程度に何らかの精神症状を伴うが、前頭葉機能の障害および長期の闘病生活にもとづく二次的要因が大きい。

VIII. 初期対応

前駆 (行き渋り) 期 (PS:2-3) の時期には睡眠時間を30-60分早め10-14日休養させるだけで奏功することが多い。

処方例として¹⁻⁴⁾

1. メラトニン0.75mg⁵⁾

インターネットで簡単に手に入れることができるが著者は厚生省の研究班で用いたものを使用している (注)。伝統的には時差ぼけ防止薬として飛行機のクルーが用いてきたが、現在アメリカでは健康食品、スイスでは医薬品として用いられており現時点で副作用は報告されていない。これで睡眠時間が前進しなければ、

2. カタプレス (75g) 1-1.5T 血圧が正であることを確認して追加、血圧が低ければマイスリー (5mg) などを用いる。

更に中途覚醒が有れば、

3. テトラミド (10mg) 0.25-0.5T

を追加し、夜9時の睡眠を促し朝7時に覚醒させる (10時間睡眠)。

各時期における対応は他の文献を参照して戴きたい。^{3, 4, 7, 8)}

参考文献

- 1) Tomoda, A., Miike, T., Uezono, K., et al.: A school refusal case with biological rhythm disturbance and melatonin therapy. *Brain Dev* 16: 71-6, 1994.
- 2) 三池輝久: 不登校とメラトニン. *神経内科* 46:466-471, 1997.

3) 三池輝久: 生体リズムと不登校 (不出社). 川崎晃一編. *生体リズムと健康*. 学会センター関西、学会出版センター、pp39-64, 1999.

4) 三池輝久: 小児の睡眠障害と疲労感. *日児誌* 104:1-4, 2000.

5) Ninomiya T, Iwatani N, Jhodoi T, et al.: The effects of exogenous melatonin on the release of pituitary hormones in humans. *Clin Physiol* (in press)

6) 友田明美、三池輝久: 不登校児と自律神経障害. 安藤正幸監修、安東由喜雄編. *自律神経障害と疾患・基礎と臨床からのアプローチ*. 診療新社、pp113-124, 1995.

7) 三池輝久、友田明美: 学校過労死. *診断と治療社*, 1994.

8) 三池輝久: 生体リズムと不登校 (不出社). 川崎晃一編. *生体リズムと健康*. 学会センター関西、学会出版センター、39-64, 1999.

9) Tanaka H, Yamaguchi H, Tamai H, et al.: Haemodynamic changes during vasodepressor syncope in children and autonomic function. *Clin Physiol* 17:121-33, 1997.

10) Itoh Y, Fukunaga Y, Igarashi T, et al.: Autoimmunity in chronic fatigue syndrome in children. *Jap J Rheumatol* 8:429-37, 1998.

11) Iwatani N, Miike T, Kai Y, et al.: Glucoregulatory disorder in school refusal students. *Clinical Endocrinol* 47:273-8, 1997.

12) 梅津亮二、大谷智子、草川三治: 登校拒否児の終夜脳派. *臨床脳波* 28:476-480, 1986.

13) 吉川裕子、永田純代、興梧文美、他: 不登校児の現状・前頭葉機能との関連について. *日児誌* 00:2109-2115, 1995.

14) Tomoda A, Miike T, Yonamine K, et al.: Disturbed circadian core temperature rhythm and sleep disturbance in school refusal children and adolescents. *Biological Psychiatry* 51:71-76, 1996.

15) 植田陽子、小川奈津代、嶋津貴子、他: 不登校児の深部体温日内リズム異常. *日児誌* 100:1499-1503, 1996.

16) 三池輝久、友田明美: 登校拒否とCFS. *臨床科学* 29:709-716, 1993.

17) Tomoda A, Miike T, Honda T, et al.: Single-photon

emission computed tomography
for cerebral blood flow in school phobias. *Curr Ther Res* 1995;56: 1088-93, 1995.

18) Furusawa M, Morishita S, Kira M, et al. Evaluation of school refusal with localized proton MR spectroscopy. *Asian Ocean J Radiol* 3:170-174, 1998.

19) Tomoda A., Miike T, Yamada E, et al: Chronic fatigue syndrome in childhood. *Brain Dev* 22:60-64,

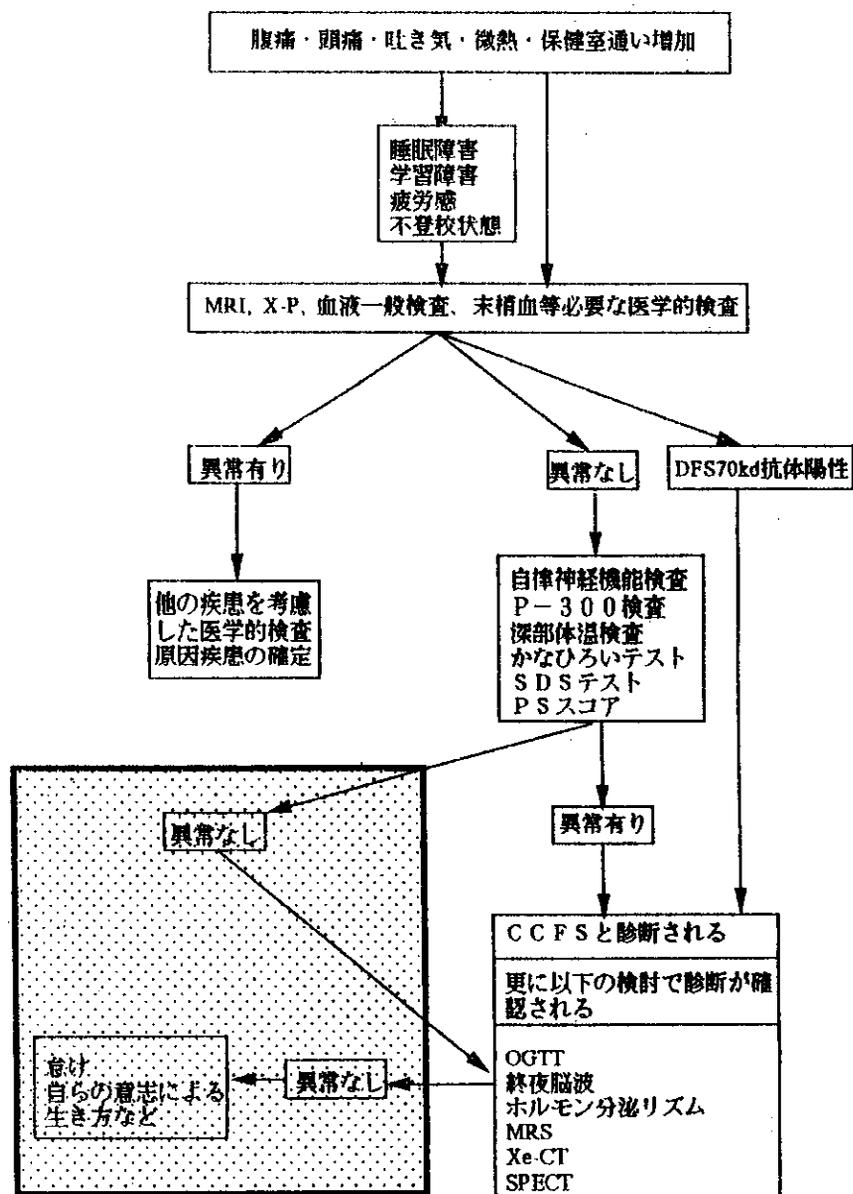
2000.
20) Tomoda A, Jhodoi T, Miike T: Chronic fatigue and abnormal biological rhythms in school children. *J CFS* 8:29-37, 2001.

注：メラトニンの入手方法
カルピンスキー社製（取扱店：グロリアインターナショナル：03-3479-6880）など。
3mg30錠で5000円程度。

表 1 PS(Performance status)による疲労・倦怠の程度

- 0：倦怠感がなく通常の社会（学校）生活ができ、制限を受けることなく行動できる
- 1：通常の社会（学校）生活ができ、労働（勉強）も可能であるが、疲労感を感じるときがしばしばある
- 2：通常の社会（学校）生活ができ、労働（勉強）も可能であるが、全身倦怠感のため、しばしば休養（保健室訪問）が必要である
- 3：全身倦怠感のため、月に数日（週に1日）は社会（学校）生活や労働（勉強）ができず、自宅にて休息が必要である
- 4：全身倦怠感のため、週に数日は社会（学校）生活や労働（勉強）ができず、自宅にて休息が必要である
- 5：通常の社会（学校）生活や労働（勉強）は困難である。軽作業（軽い勉強）は可能であるが、週のうち数日は自宅にて休息が必要である
- 6：調子のよい日には軽作業（軽い勉強）は可能であるが、週のうち50%以上は自宅にて休息している
- 7：身の回りのことはでき、介助も不要であるが、通常の社会（学校）生活や軽労働（軽い勉強）は不可能である
- 8：身の回りのある程度のことは出来るが、しばしば介助がいり、日中の50%以上は就床している
- 9：身の回りのこともできず、常に介助がいり、終日就床を必要としている

*不登校状態はPSの7に相当する。



※ 太線枠内の現象は私たちには経験がない

図 小児型慢性疲労症候群診断のためのフローチャート

フローチャートにおける「医学的所見」

1. 自律神経機能異常^{3, 4, 6-9)}
2. 自己抗体 DFS70kd 測定^{9, 10)}
3. OGTT における異常反応¹¹⁾
4. 終夜脳波による睡眠リズム障害¹²⁾
5. 高いうつスコア¹³⁾
6. かな拾いテスト異常¹³⁾
7. P-300 異常所見 (未発表データ)
8. 深部体温異^{14, 15)}
9. 脳血流低下 (前頭葉、視床), Xe-CT, SPECT^{16, 17)}
10. MRS でコリン高値、希に乳酸のピーク^{18, 19)}
11. コルチゾール日内分泌低下²⁰⁾

11. 不登校

不登校は、心身症診療でしばしば遭遇する問題の一つである。この項では、心身症臨床の立場と学校保健の立場から不登校について述べる。

1). 不登校—心因を主とする不登校—

宮本信也

筑波大学心身障害学系

キーワード：不登校、神経症、心身症、心気症、閉じこもり

I. 不登校とは

「不登校」は、特定の1つの疾患を表す用語でも概念でもない。多彩で異なる心理的要因を背景として学校へ行っていない状態を示す用語に過ぎない。包括的に定義するならば、『身体的、経済的、家庭的、社会環境的に、登校を阻害する要因がないにも関わらず登校をしていない状態が持続しているもの』ということができるであろう。

不登校を示す子ども達が均一でないことから、不登校をいくつかの下位グループに分けることが行われる。精神医学的な観点からは、不登校との関係が了解できる要因を背景とする心因反応性のもの、ストレスより本人の受け止め方の問題の方が大きい神経症的なもの、精神分裂病を合併するもの、社会性の未成熟さが背景となっているものなどに分けられる。前2者が多いが、厳密な意味で精神障害と診断される不登校は多くはない。多くは、心因反応あるいは神経症性障害と一部類似の点は持つものの、精神医学的な意味での病理性は持たない不適応行動としての不登校といえるものである。

いわゆる「不登校」と呼ばれる子ども達は、不適応行動としての不登校、心因反応性の不登校、神経症的な不登校のいずれかに相当することが多い。また、これら3つの状態は、少なくとも初期状態は似ているものが多い。ここでは、これら3つの状態を想定した「不登

校」状態について述べている。

II. 一般小児科医を受診する際の主訴

不登校では、一定の経過をたどりやすいことが知られている。その経過により、出現する問題に違いが見られる。したがって、どの時期の受診かによって、主訴が異なってくることもある。不登校の一般的経過と、その時期に認められやすい問題（症状）について表1に示した。

「心気症的時期」とは、不登校の初期段階であり、さまざまな身体症状を訴え学校を休みがちの状態が見られ出す時期である。「不登校顕在期」とは、身体症状の訴えが減少し、朝起きて来ず欠席が持続するようになる時期である。「攻撃的時期」は、学校に関する話題や自分の思うようにならないことをきっかけに、乱暴な言動や興奮を繰り返す時期である。

「内閉的時期」とは、昼夜逆転し、自室あるいは家に閉じこもってしまう時期である。もちろん、全ての不登校児が、必ずこの経過をたどる訳ではない。

一般小児科医を受診するのが一番多いのは、心気症的時期の段階である。身体症状の訴えが前面に立つため、身体疾患を心配されて受診するからである。不登校に伴う身体症状では、表2のような特徴が見られることが多い。特に、「頭痛、腹痛、気持ちが悪い」の3症状が同時に訴えられる場合には、身体疾患の可

能性は極めて低くなる。なお、気をつけなければいけないのは、慢性疾患の悪化症状が不登校の初期のことがあることである。気管支喘息がその代表で、治療や物理的環境に変化がないのに午前中の発作が頻発するようになることが多い。

心気症的時期を過ぎた場合には、行動面や精神面の問題が主訴になることが多い。この段階では、身体症状の訴えは少なくなるので、一般小児科を受診する例は少なくなる。それでも、睡眠障害（昼夜逆転）やうつ病ではないかということで、受診する例がときにある。そうした状態から不登校になっているのではなか、と心配しての受診のことが多い。

II. 神経症性不登校の中に心身症はどれだけあるか

不登校と心身症の関連性は強いものがある。不登校自体は心身症ではないが、その初期に身体症状が訴えられることが多く、心身医学的アプローチが必要とされる代表的な状態とすることができる。神経症性不登校の約70%に身体症状の訴えを認める（斎藤、1997）ことから、不登校児の約2/3は、心身医学的対応の対象といえることができるであろう。

一方、心身症における不登校の合併率も高いものがある（表3）。1994年度厚生省小児心身症班の調査では、いろいろな心身症全体で62.4%に不登校が認められている。少なくとも、専門医療機関を受診している心身症に相当する患児の2人に1人は何らかの不登校状態を示す、といえることができる。また、慢性疾患では、肥満と気管支喘息における不登校合併の高さに注意する必要がある。ただし、肥満と不登校の関係は、不登校の経過中肥満になっている場合の方が多い。

III. 理学所見

不登校の理学所見には、特別の異常を認めないのが普通である。ただし、不登校が長期化している場合、過食傾向と運動不足が重なり、肥満が認められることは珍しくない。

IV. 診断基準・評価方法

不登校の診断基準はない。文部科学省の長欠児調査の基準「年間欠席30日以上」をもとに、判断基準を示したのが表4である。不登校の背景として何らかの心理的要因（ストレス）が見つかることは稀である。表4の項目全てに該当する場合、明らかな不登校かどうかははっきりしなくても、その欠席状況は何らかの心理的配慮・対応を必要としていると判断され、結局は不登校としての対応が検討されることになる。児の精神的苦痛は、本人がから語られることもあるが、通常は、児の言動から判断する（表5）。

V. 一般小児科医で可能な対応（初期対応）

一般小児科で可能な不登校への対応を表6に示した。初期対応として行うべきことは、①身体症状の軽減、②児の情緒面の安定化、③不登校が疑われることの保護者への説明、④児への対応方法に関する保護者への助言、⑤専門機関に関する情報提供、の5つである。一般小児科における心理面への対応は、身体症状への不安の軽減や通常の共感的対応でよく、不登校状況に対する直接的な介入に関しては、対応できる見通しが無い限り考えなくてよいと思われる。

なお、身体症状がある場合、身体症状は、児へ関わる「入場券」の役割を果たしている。また、身体症状を通して患児にアプローチすることは、心理的介入への患児の心理的抵抗感を軽減してくれる。したがって、身体症状を大事にし、心理面の問題を強調しないような態度が重要である。

VI. 専門機関紹介時に必要な説明事項と紹介方法

不登校は、一般小児科で最終的に診療するものではないので、基本的には全ての例が紹介されることになる。適切な紹介を行うためには、地域で子どもの心へ対応してくれる場所の情報を持っている必要がある。表7にそ

うした社会資源の例を載せた。地域にあるこうした機関の住所、連絡方法などを一覧表にしておくといよい。

患児、保護者には、身体面と心の双方を診ていく必要があること、いろいろな所に相談して自分に合うところを探すとよいこと、合わないと思ったら1度で止めてもいいから1回は行ってみることに、などの説明をするとよい。

紹介方法は、電話、紹介状のどちらかで良い。

VII. 予後

不登校児の最終的な再登校率は、平均約75%である。しかも、この再登校率は、治療の種類、治療の有無によって変わらない。つまり、不登校児は、何をしても、何もしなくても、4人に3人はいつかは登校する。このことは、一見、治療側に無力感を与えるように思われるが、そうではない。いろいろ対応してもうまくいかないように見えても、4人に3人はいつかは再登校するようになる、と考えられることは、治療側の対応意欲の維持と心理的負担の軽減につながる。また、家族が落胆しないように話すこともできる。

しかし、一方では、4人に1人は再登校が難しいということでもある。これも、目の前の患児だけがどうしても登校できないのではなく、そうした一群がいるということを知っていることで、目先の状態に一喜一憂することなく、長期的視点で対応を考えるという姿勢を持つことができることになる。神経症的な不登校群、特に、不登校以前から対人緊張が強く、経過中に対人不安や被害念慮が出て引きこもってしまう場合、予後不良となりやすい傾向があるが、予後不良の要因はまだ明確にされてはいない。再登校に関する予後不良が、将来の社会生活の予後不良と必ずしも結びつく訳ではない。再登校不良群の長期予後

に関する調査はないが、引きこもりがなく、家の外に出る活動力が保たれている場合には、将来的には、通信制高校や大検から進学したり何らかの形で仕事に就き、社会生活を送れるようになることが少なくないようである。

参考文献

- 1) 富田和巳：不登校、小児科診療 63：1488-1492, 2000.
- 2) 齊藤万比古：不登校の病院内学級中学校卒業後10年間の追跡調査、児童青年精神医学とその近接領域 41：377-399, 2000.
- 3) 三好邦雄：学校不適応（登校拒否）と心身の疾患による不登校の鑑別、小児科 40：1788-1796, 1999.
- 4) 山崎透：不登校に伴う身体化症状の遷延要因について、児童青年精神医学とその近接領域 39：420-432, 1998.
- 5) 吉住昭：施設入院療法を受けている不登校児および心身症児についての調査、日本小児心身医学会雑誌 4：42-47, 1995.
- 6) 北村陽英：中学生不登校、臨床精神医学 24：1385-1391, 1995.
- 7) 齊藤万比古：登校拒否の現状と治療、臨床精神医学 22：533-538, 1993.
- 8) 宮本洋、小泉準三：いわゆる登校拒否症の実体について（DSM-III多軸診断システムの適用）、精神医学 33：1343-1350, 1991.
- 9) 清水将之、竹内浩、奥村透、安藤寿博：登校拒否に関する疾病学的研究—ICD-10、1998年草稿より見たいわゆる登校拒否の位置—、児童青年精神医学とその近接領域 32：241-248, 1991.
- 10) 井上登生：登校拒否（不登校）、吾郷晋浩、生野照子、赤坂徹編 小児心身症とその関連疾患、医学書院（東京）、393-407, 1992.

表1 不登校の経過と症状 (高木 1963、花田 1996 を参照)

心気症的時期	身体症状：疼 痛：頭痛、腹痛 消化器：嘔気・嘔吐、食欲低下、下痢 全 身：気分不快、倦怠感、疲労感、発熱 その他：「めまい」、咳 (喘息発作)、肥満
不登校顕在期	問題行動：不登校、生活リズムの乱れ
攻撃的時期	問題行動：乱暴な言動、他罰的言動、暴力、孤食傾向 精神症状：不安、焦燥、敏感、抑うつ
内閉的時期	問題行動：昼夜逆転、閉じこもり、無為、無気力 精神症状：敏感、抑うつ、被害的思考、強迫傾向

表2 不登校の身体症状の特徴

- ①日内変動 (朝～午前中強い)
- ②休日では軽快・消失傾向
- ③多彩で不定愁訴的
- ④頭痛・腹痛・気持ちが悪いの3主徴
- ⑤経過が不自然 (長期間一定・易変動)
- ⑥診察・検査で所見がない
- ⑦症状に合わない児の言動 (深刻感がない、あるいは、過剰で執拗)

表3 心身症における不登校の合併率

1. 吉住 (1995、1996)	
肥満	25.0～40.4%
気管支喘息	18.1～25.5%
2. 厚生省小児心身症班 (1994)	
心身症症候群	74.1
疼痛	81.1
不定愁訴	66.7
摂食障害	51.7
チック障害	13.3

表7 不登校の相談を受けてくれる機関

1. 相談機関
 - 1) 都道府県の教育センターの相談窓口
 - 2) 市町村の教育委員会の相談窓口
 - 3) 児童相談所
 - 4) 大学の教育系・心理系学部にある相談窓口
2. 医療・保健機関
 - 1) 保健所
 - 2) 小児心身症、児童青年精神医学の専門医療機関
3. その他
 - 1) フリースクール

表4 不登校の判断基準

- ①持続的あるいは断続的に年間30日以上欠席
- ②登校を阻害する身体的・経済的問題がない
- ③欠席していることへの心理的苦痛 (不安、焦燥、抑うつなど) がある
- ④参考：心理的要因が不登校の出現・経過に密接に関与

表5 不登校への心理的苦痛を思わせる患児の言動

- ①学校の話で表情が固くなる、落ち込む、あるいは、興奮する
- ②級友、教師との接触を嫌がる
- ③前日は登校する用意をしながら、当日の朝になると行けない
- ④登校しようとする身体症状が強くなる
- ⑤学校に関するネガティブな発言が多い (楽しくない、行きたくない、など)

表6 一般小児科でできる不登校への対応原則

1. 児への対応
 - 1) 身体面に対して
 - (1) 身体症状の軽減
 - ①薬物の対症的使用
 - ②症状に関する生活指導
 - (2) 身体疾患に対する不安の軽減 (患児に対する疾病教育)
 - ①深刻な疾患がないことの説明・保証
必要最低限の身体診察と検査は必要
診察・検査結果の十分な説明
 - (3) 患児の「立場」の尊重
 - ①身体症状の受容
気のせい、精神的なもの、という表現をしない
 - ②心身相関の説明 (児の理解できる表現、内容で)
 - ③心理面を強調しない
 - 2) 心理面に対して
 - (1) 原則
 - ①不登校への直接的介入は、一般小児科での対応範囲を超える
 - ②受診時、児の気持ちがあつても楽になるような対応でよい
 - (2) 相談意欲の形成・維持
 - ①話しやすい雰囲気作り
「はい、いいえ」で答えられる質問から始める
児の訴えの聞き役に
 - ②共感的な態度で
児の話すことを一度は受け入れる
「あなたはそう感じたんだ。それならつらいでしょう」
 - (3) 児の気持ちの負担軽減 (可能な範囲で、無理をしない)
 - ①以下の内容を伝える
児が一番つらいことを理解している
無理する必要はない
1日でも、今日はよかつたと思える日を増やすことを考える
無理によくすることを考える必要はない
今より悪くならないようにだけ心がける
2. 保護者への対応
 - 1) 両親の不安の軽減
 - (1) 疾患の十分な説明
 - 重大な身体疾患がないことの保証
 - 身体症状は心身症である可能性の説明
 - (2) 治療方針の説明
 - 身体面への対応はできることの説明と保証
 - 心理面への対応場所の情報提供・紹介
 - 2) 両親の治療意欲の形成・維持
 - (1) 親の罪責感の軽減
 - 『育て方の問題』ではないことを説明
 - (2) 親の心労への共感
 - (3) これまでの親の対応・努力への賞賛
 - 3) 家族の対応方法に関するアドバイス
 - (1) 共感的態度をとるよう指導
 - (2) 子どもをがんばらせ過ぎない
 - (3) 子どもが自尊心を取り戻せるような態度の指導
子どもの言動・考えに対して支持するような態度・言動を
 - (4) 両親間の話し合いを奨励

2) 不登校—学校保健の立場から—

衛藤 隆

東京大学大学院教育学研究科身体教育学コース (健康教育学分野)

キーワード：不登校、登校拒否、心身症、身体症状、生活習慣、カウンセリング、面接、受容

I. 概要

地域や学校において表出する“心の健康問題”として頻度が高く、その取扱い上、多くの配慮すべき問題があるのが「不登校」である。かつては登校拒否と呼ばれたこともあったが、必ずしも本人が登校を拒否する意志を明確に示していない場合もあり、わが国では「不登校」という現象を記述する用語が広く用いられるようになった。この不登校からのバリエーションの一つの形態として、学校には来るが自らの所属する学級にはどうしても入れない、あるいは入りたくないという場合に保健室等に来て、ここで学校生活を過ごす例があり、保健室登校と称されている。このような登校形態は今や決して珍しいものではなく、「日常化」したともいえる状況となっている。

文部省が毎年実施し発表している学校基本調査によると、平成11年度に通算30日以上欠席した者の実数は、小学生で7万8千人、中学生で14万3千人であり、いずれも前年度間よりそれぞれ4千人および2千人減少した。これらのうち、不登校を理由とする児童生徒数は、小学校2万6千人、中学校10万4千人、合計13万人であった。この数字は年度につき30日以上欠席をした者を調査しはじめた平成3年度間以降過去最高であるが、他方、対年度間増減率で見ると小学校0.1%、中学校2.0%と調査開始以来最小を示した。このことは不登校の増加のスピードが鈍ったことを意味するが、一時的な現象なのか、今後も継続する傾向の始まりなのかは未だ判断できない。2・3年度の観察によらないとわからないであろう。

長期欠席児童・生徒数の年次推移をみると、

小学生、中学生いずれにおいても1975年過ぎから増加傾向があることがわかる。特に中学生では長期欠席者総数に対する「学校嫌い」を理由とする長期欠席者数が占める割合もその頃から次第に高くなり、近年は半数以上を占めるようになってきている。

不登校の児童生徒数が全児童生徒数に占める割合でみると、小学生では1985年(昭和60年)頃から急速に上昇する傾向が、中学生では1975年(昭和50年)過ぎから徐々に高くなり、1980年代(昭和55年以降)からその傾向が一層顕著となる傾向が認められる。

II. 医療機関を受診する際の主訴

目に見える現象としては不登校が主であっても、医療機関を訪れる子どもたちの受診動機には身体症状が前面に出ていることが多い。仮に本人が受診の必要性を認めていない場合でも、家族が本人の身体症状を理由に受診を強く勧める場合もある。不登校に固有の主訴は「学校に行かない」こと以外には特に存在しない。「だるい」、「疲れやすい」、「頭痛」、「腹痛」、「吐き気がする」などのいわゆる不定愁訴が主訴である場合が多い。ただ、従来より不登校の子どもは、概して分離不安、自己像脅威、抑鬱などの傾向を示すともいわれている。富田³⁾は、根本に「自己表現の拙さとその結果による対人関係の拙さ」が存在していることを指摘し、学校や家庭等の環境の要因だけでなく、主体側の要因にも目を向けるべきであることを指摘している。

III. 不登校に占める心身症の割合

不登校とは現象を記述したものであって疾患概念ではないと考えるべきである。したが

って心身症的状态、すなわち身体症状が現れるものがどのくらいいるかという問いに置き換えることにする。医療機関を訪れる不登校のかなりは身体症状があるが故にきている。身体症状を欠く場合には、医療機関には来ないことも多々ある。したがって、医療機関でみる不登校はすべてではなく、心身症的なものも多く集まることになる。

IV. 診察所見

診察に入る前に、不登校児に対しては、現病歴、生育歴、親子関係、友人関係、教師との関係などにつき、かなり時間をかけて話を交わしながら情報収集する意義がある。このためには一般外来の限定された時間内だけでなく、午後などに特別に面談する時間を設けることも大切である。しかし、そのような配慮をしてもなお1回の面接で本質的問題を開き出せないこともあると留意すべきである。

診察としては、除外すべき身体疾患について一通り検討することである。したがって、丁寧に全身を診察する。必要に応じ、血液検査等を実施するが、侵襲的検査の適応は十分に考慮していただきたい。

V. 診断基準および評価方法

不登校は疾患概念ではないので、診断基準というものは存在しない。富田²⁾は、社会的には「文化」ととらえ、個のレベルでは「日本では暦年齢にふさわしい社会集団に属することができない者が激増している」状態としてとらえ、その要因が前述のように「自己表現の拙さとその結果による対人関係の拙さ」と分析している。病像は鬱状態を示す者から「悩んでいない」状態の者まで様々なバリエーションを示す。通常、身体症状を示さぬ不登校児は医療機関を訪れないので、医師が診察する不登校はその多様なスペクトラムの一部と考えるべきである。

VI. 治療と初期対応

医療機関にどのような経緯でたどりついた

のかその理由にもよるが、身体症状がある場合には、それを手がかりに外来通院をつなぎ、信頼関係を築くように努める。場合によっては本人と家族（とりわけ母親）と別々に面接するようにすることも意義がある。器質的疾患が否定され、適切な専門医療機関、カウンセリング機関等での継続的診療・カウンセリングが必要と判断されたら、紹介することを考える。初期対応の基本姿勢としては、受容的に接し、原因について断定的に言明することを避けるよう努める。

VII. 専門機関紹介時に必要な説明事項と紹介方法

器質的な身体疾患ではなく、心身症の状態であることをその成り立ちを追いながら丁寧に説明する。その場合、個々の事象の「よい」、「悪い」の評価をせずに客観的にとらえるように説明する。心に鍵があるので子どもの心の病を専門とする医師や心理相談の専門家のチームによる診療が適当であることを説明する。紹介にあたっては初診時以来把握した来談者に関する情報を手際よく記述した紹介状を作成し、紹介先医師以外には読まれることのないよう配慮する。可能なら、診療終了後に紹介先機関に電話をいれておく。

VIII. 予後

疾患概念ではないので見通しとしてとらえる。一般的に語るのは難しいが、精神疾患が存在している場合は当該疾患の予後に左右される。このほか、家族関係に深刻な問題が存在している場合は本人だけの問題ではないので、解決に至るまでには家族を巻き込んだ長い時間が必要になる場合もある。友人関係、教師との関係など背後因子が明らかになれば、何らかの介入効果が期待できることも多い。不登校状態の成り立ちを本人および家族が理解することが解決の糸口となることが多い。

IX. 生活習慣との関連

不登校という状態が子どもや若者の中で増

加しているという現状認識の中で、その背景として若い世代に広く行き渡っている生活習慣との関連があるのではないかと考える保健医療関係者および学校関係者は多い。特に、睡眠不足が続くことによる結果としての様々な身体の不調、とりわけ自律神経機能の不調を訴える子どもや若者が多いことは、医師のみならず学校の養護教諭や教師の観察からもうかがわれる。睡眠以外にも、夜食、朝食欠食などの食生活、運動不足等も現代の若年層の生活習慣を特徴づけている。これらは、都市型文化的な生活と表現できる現代若者の典型的なライフスタイルである。このライフスタイルは都市に限らず、日本全国津々浦々ほとんど全ての地域に拡散している。若者のライフスタイルに関する限り、都市と田舎の差は小

さくなって来ているといえよう。これらの生活習慣がもたらしやすい健康障害として肥満、動脈硬化、高血圧、糖尿病等、いわゆる生活習慣病のほか、不登校や様々な心の健康問題があげられる。生活習慣へのアプローチがこれらの問題解決への切り札である。

文献

1) 富田和巳:不登校. 小児科, 2001; 42: 1511-1518.

参考文献

- 1) 衛藤 隆:内科医が知っておきたい小児科学 最近の話題.11 “小児科からみた不登校” *medicina*, 1997; 34: 2239-2241.
- 2)小児内科. 特集「不登校と小児科医」, 1996, 第28巻, 第5号.

12. その他の心の発達への配慮が必要な諸問題

この項では子どもの発達段階や慢性疾患児・障害児など、子どもや家族の心のあり方に対して、特に配慮が必要と思われる諸問題について、取り上げる。

1). 乳幼児の心の問題

岡田由香
神戸大学発達科学部

キーワード：乳幼児、習癖、指しゃぶり、性器いじり、攻撃性、夜泣き、育児困難、育児不安、育児相談、氣質

I. 習癖

多くは、文字通りの単なる「癖」と考えられ、偶然に始まりしばらく固定した後、自然に消失したり、問題にならなくなったりする。一部に心理的背景、特に不安や不満が存在することもあるが、神経症的な背景を持つものはほとんどない。

習癖を引き起こす要因と持続させる要因は同一のこともあるが、別々のことが多い。また、持続させる要因がなくなっても癖として残っている場合も少なくないことに注意しなければならない。

1. 指しゃぶり

好発年齢は3か月から5歳で、3歳児の20%弱に見られる。乳時期にみられるものは、吸啜反射を契機に乳時期の口唇感覚優位性を背景に習慣化すると考えられる。2歳以降のものは、手持ち無沙汰・不安・不満・緊張感を契機に本人の内向的な性格傾向を背景として習慣化するものが多い。多くは自然に消失するが、周囲の対応が不適切な場合や強い不安・緊張がある場合には遷延化することもある。

対応としては、①基本的には放置。長引く場合、弊害として指の「吸いだこ」や「歯並びの異常」が考えられる。3歳までに消失すれば歯並びの心配もない。②叱責や注意はしない。③特定の状況と症状の間に関連性の認められる場合は、その状況の調整。④遷延化

するもの・年長で出現したものでは、心理的要因を積極的に考慮する。

2. 性器いじり

男児に多く（男：女 2：1）、3-6歳が好発年齢で、3歳児の8%、学童前半の2-3%に発生する。湿疹やおむつかぶれによる痒みや不快感、手持ち無沙汰などを契機として、偶然に習慣化するものがほとんどである。学童後半期までにほとんど消失する。

対応としては、①叱責してはならない。②湿疹など、局所的問題のチェックと治療。③性器いじりをみた時は軽く注意し、他の遊びや作業・行動に誘導する。

II. 暴力をふるう子

子どもたちの過度の攻撃性は、厳しすぎるしつけ・甘やかしすぎ・嫉妬・拒絶・母親の疲労・父親の不在などを背景とした子どもの精神不安定の兆候であることが多い。また、子どもが過度の疲労・空腹・寝不足・退屈な状態で発生しやすい。攻撃的な行動への対処は、それらの行動の頻度が少なければ少ないほどよい状態であると見なしつつ、その背景にある問題に対して対応すべきである。また、テレビ・ビデオなどで多くの暴力シーンに接している児童は暴力的になりやすい。養育者は、子どもの見ているテレビ番組について適当であるかどうかの判断する必要が出てくる。

子どもたちは家庭で他人と仲良くするこ

とや善悪の判断を学び、一方子どもたち自身でけんかを治めるのを学ぶ。大人がちょうどよい頃合の介入をみつけることは、難しいが重要である。

III. 夜泣き

赤ちゃんの泣きと対応することは、育児において重要である。

生後7週間までの赤ちゃんの泣く時間は、平均的には約2時間であるが、48分から4時間まで個人差が大きいという研究がある。泣き声に関しては、痛みに関する泣き声は空腹によるものよりかかん高く、持続時間が長く、高い音で始まり次第に低くなるという研究がある。空腹では低い音で始まり、いったん高い音程に上昇した後再び低い音に変わる。

夜泣きに対しては、治そうとあせるよりほうまくつきあうことを援助することが大切である。好発年齢は6-11ヵ月で、一般に3-12ヵ月児で1週間に3日以上のは約20%前後である。症状は激しい啼泣以外はなく、1歳をすぎると急激に改善し3歳すぎにはほとんどない。

対応としては、①両親への十分な説明。②両親、特に母親の育児疲労への共感。母親は睡眠不足となり、罪責感をもち育児ノイローゼ的な状態になっている時があるので精神的なサポートが重要である。③原因と思われる要因の除去。空腹・ミルクの飲みすぎ・排泄にともなう不快感・痛み・寒さ・暑さ・筋肉の疲労と痛み・夜間哺乳の習慣等。④母親の精神的な疲労が大きい場合に、抗ヒスタミン剤等の薬物療法を行う。

IV. 育児困難

母親の心の健康を考えることは、母子相互関係の観点から乳幼児の心の健康を考える上で最も重要な項目の1つである。子育てにおいて問題が起こる要因として前川は表1に示す要因を上げている。中でも養育者の孤立化が最も重要な問題である。

母親の育児不安は、経験・知識不足を背景

とした了解可能な正常範囲の状態と、さまざまな要因を背景として抑鬱状態を代表とする神経症的な状態がある。後者の要因として、マタニティーブルー（出産直後から1週間頃までに出現する一過性の気分と体調の障害。日本では約30%）・産後うつ病（出産後数週間から数か月以内出現。日本では、10-20%）等も考慮されるべきである。これらは、母親の著しい自責感や自己評価の低下をまねく。また、子育てにおいては養育者自身の生い立ちをめぐる無意識の感情がわき（世代間伝達）、否定的な形をとり、極限状態となって児童虐待につながるということが知られている。

対応の基本として育児疲労を十分受容することが重要である。さらに子どもの発育・発達の多様性に関して、母親が認識していくことを援助する。具体的には、①子どもの発達段階や成長に関する説明、②気質（活動性、規則性、順応性、機嫌等の行動特徴）の理解、③病気と生理的範囲に関する説明、④家族内の育児体制の調整、⑤保健婦等地域の育児支援サービスの活用等を行う。

V. 育児相談

小児科医が養育者の相談に応じて、医学・生物学の専門性に基づいて情報をていねいに提供・説明し、養育者とともにその子の状態を理解・洞察し、養育者がわが子に関して判断していくことを援助する。さらに主治医と家族との信頼関係を他の育児支援にうまくつなげていくことは子どもの健康な発達の支援において有効である。各地域の保健所・保健センター・幼稚園・保育園・児童相談所・養護施設等、子どもに関する種々の機関において、電話相談・育児教室・個別相談等種々の形式で、相談事業が実施されている。これらのネットワークの中で育児の問題に対応していくことは、子どもと家族の発達過程をよりよく支援していくことにつながる。

参考文献

1) 宮本信也：〔改訂〕乳幼児から学童前期のここ

ろのクリニック 臨床小児精神医学入門、財団法人
安田生命社会事業団、1992.

2) 馬場一雄: 続・子育ての医学. 東京医学社、
2000.

3) Dorothy Bolding and Marc A. Forman: Impact of
Violence. Chapter 37 in Nelson's Textbook of
Pediatrics, 14th Edition. Behrman and Vaughan
(Eds). 1995.

4) R.S. イリングワース著、山口規容子訳: ノーマ
ルチャイルド. メディカル・サイエンス・インター
ナショナル、1994.

5) 渡辺久子: 母子臨床と世代間伝達. 金剛出版、

2000.

6) 吉田敬子: 母子と家族への援助. 金剛出版、
2000.

7) 前川喜平: 子どもの心-育児相談におけるかか
わり方. 小児科臨床 154: 1124-1129, 2001.

8) 高岸由香、宅見晃子、稲垣由子、中村肇: 乳幼
児の自律機能・行動上の問題・気質と親の養育態度
の関係. 小児の精神と神経 36: 305-325, 1996.

9) <http://www.nhk.jp/kosodate/>

表1 子育てに問題が起こる要因

1. 親個人の病気および弱点

①10代の妊娠・母親

②慢性の身体的・精神的疾患

③知的障害

④教育の欠陥: 無知・迷信など

⑤人間的未成熟: 養育態度不良, 親としての責任・自覚の欠如

⑥人格の障害

⑦アルコール・薬物の濫用および中毒

2. 経済的貧困・社会的孤立と不穏な夫婦関係

①経済的貧困: 失業, アルバイト, フリーター, 不定期就労

②父および/または母不在: 母子家庭, 父子家庭, 両親不在

③不穏な夫婦関係

④社会的孤立: 周りに子育てを支援してくれる親戚や友達がない
保健所や福祉事務所などの支援を受けていない

3. 子育てにおける過剰負担

①慢性疾患または障害児

②大家族

③多胎

④気むずかしい子ども

⑤家族に重症疾患

2) 思春期の心と身体の問題とその対応

河野政樹

国立療養所原病院小児科

キーワード：思春期、自己肯定感、症状・問題行動という切符、見捨てられ不安、行動化

I. 思春期の特徴とその背景

思春期は乳幼児期に次いで体の成長が著しく、第2次性徴の発現など体の変化も大きい。体の成長により、低い視線はより高い視線に変わり、外界や大人に対する見方も変わる。大人という存在に対して、個人や集団の力で対抗する体力や知力を身につけていく過程であり、大人の言動や態度に対しても新たな選択肢を選ぶようになる。今までは、毎年、その発達や達成を家族や他の大人達から容易に誉られることで自分自身の存在感を確認し自己肯定感を得られたが、この時期に入ると一人で大方のことは出来るようになり、従来の方法では賞賛を得ることは不可能となり、自分自身の存在感を認識しにくくなり、自己肯定感が低くなる。どうやら、この時期、自意識も高まる反面、自分の存在を希薄に感じたり、居場所を求めたりするのは、この辺から来ているのではないだろうか。また、社会に出ていくステップを登っていくことは、親から離れ一人で行動したいという自立心といつまでも甘えておきたいという依存心の対極を形成し、それが丁度手押しトロッコのように両者に互いに振れながら前進していく時期なのである(図1)。自立心が強ければ、より依存心も高まる。ころころ変わる態度と言動に周囲は戸惑うことであろう。健康な思春期の子ども達は、この依存、自立のパターンを上手に反復させて、前に進んでいる。しかし、心身医学的な配慮の必要な子ども達は、これがどちらかに傾いたままで止まっているように思う。我々は、これがどちらかに振れて止まっているのか正確に判断し、援助していく必要があると思っている。また、思春期は、受験やクラブ活動、様々な習い事など存在感を得るた

めに付加価値を身につける努力に力を注ぐ。それが得られないと、挫折感と絶望から反(非)社会的行動化へと結びついたりもする。経済的な欲求、性的な欲求は高まるがそれを得る手段からは遠ざけられるという矛盾に満ちていく。信頼できる大人の相談相手も見つけにくく、学年を越えた人間関係も希薄である。また、成長による格差が起きやすい時期でもあり、他人と比べて劣等感を持ちやすい。この時期は、心身の相関が容易に崩れやすい時期である。症状・問題行動という切符を携えて思春期の患者は診察室を訪れる。この時が、ひょっとすると初めて信頼できる大人に逢えるチャンスなのかもしれない。

II. 思春期の心身症患者と上手につき合うポイント

- ① 思春期の患者は、自分の意志で受診することが少なく、家族の意向である場合も多い。そのため初診時点では、どうして受診したのかもよく分からないことも多い。受診動機を明らかにした上で、新たに家族と患者のニーズを把握し、診療を行うのが基本である。
- ② 思春期は秘密を重んじる時期でもある。信頼関係を深めていくために、守秘義務についても最初に触れておくことが大切である。但し、患者自身の生命に関わる場合や重大な犯罪に巻き込まれる危険のある場合はこの限りでないことも話しておくように著者はしている。
- ③ また、過度な治療者への期待感やその反動からの失望感を持つことが多いので、こちらの治療の限界も示し、納得を得ることや

専門機関を紹介することも大切なポイントである。

- ④ 思春期の患者は、それだけでなく大人に対しての不信感を持ちやすく、投げやりな態度や言動で治療者を試すことも多い。質問に対して、「ふつう」「別に」という言葉が返ってくることも多い。それらの言葉をそのまま受け取らず、1歩踏み込んで、「君の普通を教えて欲しいんだ」と言うことが大切になる。
- ⑤ 思春期患者は見捨てられ不安や周囲を巻き込んで行動化しやすいので、治療の枠組みを明らかにして、決して同情や好意のみで対応せず、治療的視点を忘れないことが大切である。また、相手の訴えに対してもこちらが無意識に体乗り出したり、反応を強めれば、そのことを強く訴えれば相手の注意が引けると学習し、行動化を招く結果になることもあり、前向きな発言に対して十分な反応を不適切な発言は中立的な態度を意図的にとっていくことも治療上必要である。

- ⑥ 次に、家族と学校などでの人間関係の不安定さが心身症の発症や増悪に関与することも多いので、学校、家族への対応が必要であろう。「仮病」や「気のせい」という言葉で傷ついたり、諦めていた患者や家族に多く診療の場では出会うことがある。心身症は身体的な病気という点を強調した上で、心理社会的な要因について増悪因子や誘発因子となっていることを考慮し、その悪循環を断ち切るべく、環境調整を行って行くべきである。また、守秘義務ともからみ、どこまでの情報を家族や学校に明らかにして対応するかを本人から承諾を得ることも大切である（表）。

参考文献

- 1) 河野政樹：小児心身症の診断面接法。小児心身医学ガイドブック。清水凡生編。北大路書房、京都、50-57:1999.
- 2) 河野政樹：思春期の医学—7心身症。総合思春期学。清水凡生編。診断と治療社、東京、173-180:2001.