

■ 執筆者一覧（敬称略、アイウエオ順） ■

監修：

小林陽之助 関西医科大学小児科学教室

執筆者：

赤坂 徹 国立療養所八戸病院
石崎優子 関西医科大学小児科学教室
井上登生 井上小児科医院（大分）
氏家 武 北海道こども心療内科氏家医院
衛藤 隆 東京大学大学院教育学研究科
岡田（高岸）由香 神戸大学発達科学部
沖 潤一 旭川医科大学小児科学教室
金生由紀子 北里大学大学院医療系研究科発達精神医学
亀田 誠 大阪府立羽曳野病院アレルギー小児科
北山真次 神戸大学医学部小児科学教室
河野政樹 広島県立心身障害者コロニーわかば療育園医療科
小枝達也 鳥取大学教育地域科学部
塩川宏郷 自治医科大学総合周産期母子医療センター
汐田まどか 鳥取県立皆生小児療育センター小児科
清水凡生 呉大学看護学部
鈴木基司 みどりクリニック（群馬）
武田鉄郎 国立特殊教育総合研究所
竹中義人 大阪労災病院小児科
田中英高 大阪医科大学小児科学教室
深井善光 関西医科大学小児科学教室
藤本 保 医療法人藤本育成会 大分こども病院（大分）
帆足英一 東京都立母子保健院
星加明德 東京医科大学小児科学教室
三池輝久 熊本大学医学部小児発達学講座
宮本信也 筑波大学心身障害学系
村上佳津美 近畿大学医学部堺病院小児科
森田 博 森田小児科医院（東京）
山縣然太郎 山梨医科大学保健学II講座
山口 仁 中町赤十字病院小児科（兵庫）
渡辺 久子 慶応義塾大学医学部小児科学教室

「子どもの心の健康問題 ハンドブック」について

本冊子「子どもの心の健康問題 ハンドブック」は、厚生科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）「小児心身症対策の推進に関する研究」班で、平成13年度の研究活動の一環として作成したものです。本研究班は、平成10～12年度の「心身症、神経症等の実態把握及び対策に関する研究」班（主任研究者：旭川医科大学小児科学・奥野見正教授）を継承し、さらに発展させるべく期して出発いたしました。そこで研究活動の第一歩として、小児のさまざまな心身症についてそれぞれの専門家に執筆いただき本冊子を作成いたしました。その後一般小児科医、都道府県医師会推薦の学校医、児童精神科医・小児心身症専門医の方々に査読をお願いしたところ、合計131中121名の先生方から貴重なコメントをいただきました。実に92.3%にも上る高い回答率で、心の問題に関する諸先生の関心の高さに驚かされるとともに、今後の研究の遂行に大きな励みとなっております。概要総論の項目数、各論の項目数ともに「適当である」の回答が75%を超え、記載形式に関しても65%以上が「適当である」と回答され、概ね高い評価を得たものと思います。しかし職種の異なる医師の間では、項目に関する評価に若干の差がみられましたので、今回は一般小児科医を対象として改訂を心がけました。多くの小児科医に役立つよう念じるとともに、さらに専門医への紹介等が容易になるように期待しております。2年度以降は講演会等を通じて本冊子の有効利用を計画しております。

本冊子により、小児の心身症についてより理解を深めていただき、早期診断／早期治療に役立てていただければ幸いです。本改訂版についても引き続き忌憚のないご意見をお待ちしております。

平成14年8月

「小児心身症対策の推進に関する研究」班

主任研究者：小林陽之助

（関西医科大学小児科学教室・教授）

● 目 次 ●

総論

1. 小児の心と身体 —心身関連のメカニズム—	476
2. 小児の心の発達	480
3. 小児の心身症の疫学	485
4. 小児の面接と心理検査	490
5. 一般小児科医における心身症診療	497
6. 各種の関連機関との連携	502
6-1 広義の心身症専門機関の探し方	502
6-2 保健所, 地域における連携	506
6-3 学 校	508
6-4 病弱養護学校, 院内学級	511
6-5 児童精神科, 精神科	514
6-6 児童福祉施設・児童相談所	518
6-7 心身症の三次予防と厚生労働省の取り組み	520
7. 心身症専門機関における対応	522

各論

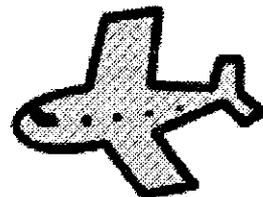
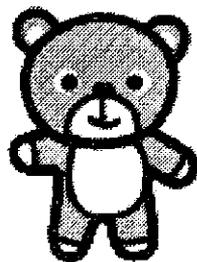
1. 循環器系 —起立性調節障害—	527
2. 呼吸器系	533
3. 消化器系	538
4. 泌尿器系 —排泄障害—	544
5. アレルギー疾患 —アトピー性皮膚炎—	551
6. 神経・筋疾患	556
7. 注意欠陥/多動性障害 (AD/HD) とその辺縁疾患	561
8. 摂食障害	566
9. 精神科, 児童精神科疾患とその近縁	573
10. 小児型慢性疲労症候群	579
11. 不登校	588
11-1 不登校 —心因を主とする不登校—	588
11-2 不登校 —学校保健の立場から—	593
12. 心の発達への配慮が必要なその他の諸問題	596
12-1 乳幼児の心の問題	596
12-2 思春期の心と身体の問題とその対応	599
12-3 慢性疾患児と心の問題	602
12-4 障害児と家族をとりまく問題	604
12-5 社会精神医学	607
12-6 災害時の心のケア	609
13. 鑑別診断が必要な病態	
—見落としとしてはいけない身体疾患—	612

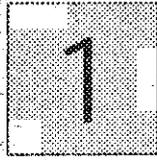
索引	614
----	-----

表紙イラスト，文中カット：かもい たけし

総論

- 1 小児の心と身体
—心身関連のメカニズム—
- 2 小児の心の発達
- 3 小児の心身症の疫学
- 4 小児の面接と心理検査
- 5 一般小児科医における心身症診療
- 6 各種の関連機関との連携
 - 6-1 広義の心身症専門機関の探し方
 - 6-2 保健所，地域における連携
 - 6-3 学校
 - 6-4 病弱養護学校，院内学級
 - 6-5 児童精神科，精神科
 - 6-6 児童福祉施設・児童相談所
 - 6-7 心身症の三次予防と厚生労働省の取り組み
- 7 心身症専門機関における対応





小児の心と身体

—心身相関のメカニズム—

小児で心身医学的治療が必要になるものの中には多種の疾患が含まれるが、心身医学的治療の必要性は疾患ごとに異なる。また年齢や性別などの影響も受ける。診療の中で心身症が疑われた場合、その遺伝的要素や年齢、性別、併存する疾患など

の生物学的特徴、また家庭での人間関係や学校での友人、教師との関係などの心理社会的要因、受診までの援助システムなどを総合的に評価し、対応や治療を行う必要がある。

キーワード

心身相関、生物学的要因、心理社会的要因、いじめ、援助システム

I. 心身症の定義

心身症について日本心身医学会では「身体疾患のうち、その発症と経過に心理社会的因子が密接に関与し、器質的ないし機能的障害の認められる病態を呈するもの。ただし神経症、うつ病などの精神疾患に伴う身体症状は除外される」と定義している¹⁾。

つまりこの定義では、身体疾患があり、その治療に際して誘因あるいは増強因子となった心理社会的要因を考慮する必要がある場合、その疾患は心身症と解釈される。つまり、心身症という用語は通常の診断名ではなく、疾患を診療する医師側の視点を示すものである。

心身症の概念は、小児では一般に広く解釈され、対象となるものとして、表1に示すように多くの疾患を含んでいる²⁾。しかしこれらの疾患を持つ小児がすべて心身症だというわけではなく、それらの一部に心身症としての対応が必要になるということである。

II. 個々の疾患における心身医学的治療の必要性の有無

一般に心身症として扱われている疾患の中でも、夜尿症や夜驚症やチック症などのように、生物学的発生機序がほぼ解明され、有効な薬剤が使用できるものがある。たとえば夜尿症は、中枢神経系の覚醒障害が基盤となり、それに付加的に機能的膀胱容積の減少と睡眠中の抗利尿ホルモンの分泌不全が存在することが知られている。心身症としての夜尿が存在するとすれば、ストレスが脳に影響して抗利尿ホルモンの分泌が減少したり、機能的膀胱容積が減少するなどの可能性が示唆される。夜驚症では、大脳の橋にある睡眠覚醒リズムを調節する同調機構が障害されている年齢の場合、恐怖を伴う夢を見て部分的覚醒になるため、夢を見ながら体が動いてしまう。

トゥレット (Tourette) 障害におけるチックの発生や増強は、遺伝的要因を基礎とした大脳基底核の障害で、それに前頭葉や大脳辺縁系が関与すると考えられるようになってきており、緊張などの不快なストレスだけでなく、とても楽しいこと

表1 心身医学的配慮が特に必要な疾患—いわゆる心身症とその周辺疾患²⁾

- 1) 呼吸器系
気管支喘息, 過換気症候群, 神経性咳嗽*
- 2) 循環器系
本態性高血圧症, 本態性低血圧症, (特発性)起立性低血圧症
- 3) 消化器系
胃・十二指腸潰瘍, 慢性胃炎, 過敏性腸症候群, 潰瘍性大腸炎, 心因性嘔吐
- 4) 内分泌・代謝系
神経性食欲不振症, (神経性)過食症, 愛情遮断性小人症, 甲状腺機能亢進症, 心因性多飲症, 単純性肥満症
- 5) 神経・筋肉系
筋収縮性頭痛, 偏頭痛, 自律神経失調症*, 目眩*, しびれ感*, 異常知覚*, 運動麻痺*, 失立失歩*, チック, 失神*, けいれん
- 6) 小児科領域 (この項目のみ文献²⁾の全疾患名を記載)
気管支喘息, 過換気症候群, 憤怒けいれん*, 消化性潰瘍, 過敏性腸症候群, 反復性腹痛, 神経性食欲不振症, (神経性)過食症, 周期性嘔吐症, 吞気症*, 遺糞症*, 嘔吐*, 下痢*, 便秘*, 異食症*, 起立性調節障害, 心悸亢進*, 情動性不整脈, 神経性頻尿*, 夜尿症*, 遺尿症*, 頭痛*, 片頭痛, めまい*, 乗物酔い*, チック*, 心因性けいれん*, 意識障害*, 視力障害*, 聴力障害*, 運動麻痺*, バセドウ病, 糖尿病, 愛情遮断小人症, 肥満症, アトピー性皮膚炎, 慢性じんましん, 円形脱毛症, 夜驚症*, 吃音, 心因性発熱*など
- 7) 皮膚科領域
慢性じんましん, アトピー性皮膚炎, 円形脱毛症, 皮膚癢痒症
- 8) 外科領域
腹部手術後愁訴, 形成術後神経症
- 9) 整形外科領域
腰痛症, 背痛, 多発関節痛, 肩こり
- 10) 泌尿・生殖器系
夜尿症, 遺尿症, 神経性頻尿
- 11) 産婦人科領域
月経痛, 月経前症候群, 続発性無月経
- 12) 眼科領域
視力低下*, 視野狭窄*
- 13) 耳鼻咽喉科領域
心因性難聴*, アレルギー性鼻炎, 慢性副鼻腔炎, 頭暈*, 頭痛*, 口内炎, 咽喉頭異常感症*, 吃音*
- 14) 歯科・口腔外科領域
口内炎 (アフタ性)

*一過性の心身症反応, 発達の未分化による身体症状 (反応), 神経症の場合も含まれる。

でも増強される。

これらは年齢依存性の経過で自然治癒していくことも確認されている。たとえば一次性夜尿では、学童期初期に連日の夜尿があっても、多くは10～14歳で自然に消失する。また夜驚症は3～6歳で発症し、多くは6か月以内に自然治癒する。また、小児科を受診するトゥレット障害の多くは幼児期に発症し、学童期、8～10歳ごろに最も強くなり、13～15歳で自然に消失していくという特徴的な年齢依存性の経過をとる。

小児が夜尿を主訴として受診しても、年齢が10歳で1週間に1～2回の夜尿であれば、自然経過を説明して不安を除き、あとは自然に消失するのを待てばよい。

夜驚症は、3～6歳の好発年齢で出現するが、1週間に2～3回であれば、数ヶ月以内に消失する可能性が高く、それ以上の心身医学的対応は必要ない場合が多い。回数が多く連日2～3回見られるような場合は、家族の不安を取り除き、必要であれば服薬をすれば日常生活の問題はなくなる。ただ8歳

を越えて初発する場合は、心理社会的要因について配慮する必要が生じてくる。

トゥレット障害でも、四肢の粗大なチックがなく、運動性チックが顔面や頸部のみに限局し、音声チックが軽い咳払いであり、本人が気にせず家族の不安も軽ければ、あえて心身医学的治療をする必要はないであろう。ただ日常生活に支障をきたすようなことがあれば、治療の対象となる。

頭痛、腹痛、嘔気、倦怠感、微熱などの不定愁訴を訴えて受診し、小児科的には起立性調節障害、精神医学的には適応障害、不安障害、転換性障害などと診断される小児は、9～10歳から見られ、思春期、青年期に多く受診するようになる。これらの発生機序としては、大脳辺縁系の抑制に伴う間脳下垂体-副腎系の機能低下、大脳皮質連合野の機能低下などが疑われている¹⁾が、著効を示す薬剤はなく、結果的に本人と家族を支えていくための心身医学的対応が必要になる場合が多い。

このような年齢依存性の経過については、中枢神経系の発達や、思春期の内分泌的变化が関与する可能性がある。また精神力動的解釈が可能である。

III、心身症の発症機序

小児心身症の発症には、どの疾患であっても表2

表2 小児心身症発症の要因

- | | |
|---------------|--|
| (1) 生物学的要因 | <ul style="list-style-type: none"> 遺伝性要素, 性別, 年齢 併存する疾患 <ul style="list-style-type: none"> 注意欠陥/多動性障害 学習障害 高機能自閉症 心理社会的要因に対する感受性 |
| (2) 心理社会的要因 | <ul style="list-style-type: none"> 強さ, 期間 a. 家庭 <ul style="list-style-type: none"> 母子, 兄弟姉妹, 父子の人間関係 学習への過剰な期待 b. 学校 <ul style="list-style-type: none"> いじめ, 友人関係, 教師との関係 クラブ活動など |
| (3) 援助システムの有無 | <ul style="list-style-type: none"> 家庭, 学校 |

(文献3)より)

に示したようにいくつかの共通の要因がある。

生物学的要因としては、年齢、性別、併存する行動上の問題を伴う疾患、心理社会的要因に対する本人の感受性などがある。

たとえばトゥレット障害の発症は、生物学的要因が大きく、多くは遺伝的に規定され、特徴的な年齢依存性の経過をとる。性別では男児より女児の方が軽症である。頭痛、腹痛、嘔気などの不定愁訴を訴える小児は、学童期の中頃から見られやすくなる。消化器系では、幼児期、学童期に反復性腹痛が見られ、思春期以降では過敏性腸症候群の臨床像を呈しやすい。呼吸器系では、過呼吸症候群の典型的な臨床像が思春期以降になって見られるようになる。

注意欠陥/多動性障害や自閉症が併存する場合、その行動上の問題から二次的に心身症を発症しやすくなる。

また人間関係で緊張しやすく、神経質で、無理に良い子になって過剰適応の傾向があり、失敗を気にしやすく、心的外傷体験を回避しようとするような行動特性は、心理社会的要因に対する感受性の高さに関連する可能性がある。

心理社会的要因の特徴としては、その程度が強く期間が長いほど心身症を発症しやすい。たとえば学校でのいじめであれば、それが強くて長いほど発症と結びつきやすい。

その要因についてみると、幼児期では母子関係が、学童期以降では家庭では兄弟姉妹、学校では友人との人間関係の問題が大きなストレスとなりうる。つまり年齢依存性の変化が見られる。これらの年齢依存性の変化は、小児では中枢神経系も各臓器も発達途上にあり、それから起因する社会性の成熟水準に対応するものと解釈することも可能である。また視点を変えると、精神力動という立場で解釈することも可能であろう。

援助システムの有無も心身症発症に大きく関与する。学校でいじめがあっても、早い時期に担任教師が気づいて適切に処理されれば発症には結びつかないが、暴力をとまなうような身体的いじめが長期に続けば、発症する率が高くなる。特に学校と家庭の両方で援助がない場合は、高率で発症

に結びつく。

小児では心身症の発症要因のうち、個人の生物学的特性と援助システムにおいて、小児固有の問題増強因子がある。

たとえば成人では精神的ストレスであると本人が自覚するような場合でも、小児では本人がストレスに気づかないままに過ごしていることがある。また、ストレス耐性は年齢が小さいほど低い。これは、年齢が低いほどストレスに対処する能力が低く、問題を自分で解決できないということがあり、またストレスとなった出来事、たとえば母親が1週間入院したような場合、年齢により本人にとっての意味が異なってくることにもよる。

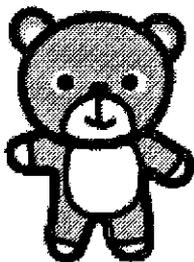
援助システムの問題として、低年齢ほど生活を周囲に依存しており、環境（周囲の人）の影響を受けやすい。また社会へ援助を求める手段に乏し

く、援助システムを自ら築きにくい。これらの点から、一般に成人より小児の方が心身医学的対応が必要になることが多いと考えられている。

文 献

- 1) 日本心身医学会研修委員会．心身医学の新しい診療指針．心身医学 1991；31：537-576．
- 2) こども心身医療研究所編．2 心身症のメカニズム 小児の心身医学 —臨床の実際—．第1版．東京：朝倉書店，1995：10-19
- 3) 宮本信也．小児医療における心身医学的アプローチの必要性．小児内科 1999；31：629-633．
- 4) 三池輝久．不登校の考え方 —生理学的立場から—．小児内科 1996；5：627-631．

(星加 明德)



2

小児の心の発達

小児の不応である心身症、不登校、食行動異常は、各年代での心理発達のつまずきに起因するものが多い。つまずきは、親子双方の個々の要因と互いの相互作用の結果である。

適切な介入により不応の表現を治療的な退行

に導くことで、心理的な成長・発達を援助することができる。そのために各年代の心理的な特徴と心理発達に関する理論との把握が必要と考え、フロイト以降の発達心理学、乳幼児心理学について概観した。

キーワード

不応、治療的退行、愛着形成、分離個体化、自我同一性

I. はじめに

小児は心身共に発達の過程にあり、心の発達に関する知識は対象となる子どもの発達のずれを把握するために必要である。小児は成長にともなって環境の変化（ストレス状況）に適応する能力を身につけていく。しかし環境の変化が適応能力を上回ると、身体症状や不登校、食行動異常などの不応状態となる。子どもに不応が起こると親の育て方に原因を求めることが多いが、子育てと親育ちとは相互に影響し合っており、親は親として生育の途上にある。何らかの特性を持って生まれた子どもと、過去の生育歴や経験を持つ親という2つの要因の他に、親子の関係の取り方にも大きな要因がある。不応になった子どもは、甘えや反抗といった形で心理的な退行（赤ちゃん返り）をきたし、周囲を困惑させる。悪い退行は受け入れ困難であり、周囲を疲弊させ子ども自身も追い込むことになる。不応は状況から必然的に発生したものであるという視点を持ちつつ、症状の除去というよりむしろ成長の援助を目的としたかかわりが必要となる。退行の意味を考えつつ親子を支え、適切な介入によ

る相互関係を調整することにより、治療の契機となる治療的退行に導くことが有効である。

不応は各年代における心理的発達のつまずきが関与していることが多い。そのため各年代における心理発達の特徴について述べる。

II. 各年代の心理発達と好発症状

1. 新生児期：0～1か月

新生児は快と不快も未分化であり、空腹や痛み、眠気、不安などに際して啼泣するのみである。また五感が未熟なため、外界を把握する能力に乏しく、「この世界は自分の敵か味方か」さえ解らない。生きていくのに必要な行動は原始的な反射（追いかけて反射、吸綴反射、把握反射など）として持っているのみである。母親は自分を頼ろうとする子どもの反応に触発され、何とか児の不快を取り除こうと没頭する。この母親の原初的没頭により満足させられた児は「この世界は自分にやさしい、不快は永遠に続かない」という基本的信頼感を得るとともに、不快が自動的に取り除かれるのは自分の力であるという万能感を形成する。

2. 乳児期 (0~1歳)

1ヶ月頃には不快の種類に応じて泣き方の強弱や高低を使い分け、2か月頃には快を微笑みとして表す。

2~5ヶ月頃の乳児は、自分に関わる乳房や手や声や顔が同じ母親の部分であるとは認識できないが、自分以外の何かが快や不快を制御していると感じ、次第に万能感は薄れていく。やがて快と不快は分化するが、空腹や痛み、眠気、不安などは未分化な不快感でしかない。表情や啼泣、しぐさなどで表される児の情緒を母親が適切に読みとる(情緒応答性)ことにより、児の側の情緒はさらに分化、発達していく。

8~9ヶ月に愛着が形成されると、母とそれ以外の人を認識し人見知りとして表す(8ヶ月不安)。愛着の形成が不十分な場合、親に保護を求めない、人見知りしないなどの状態を示し、これらのうち、一部は後に自閉症の診断を受けるものもある。また、母親が神経症や精神病を患っている場合や、母親から虐待(養育の拒否、心理的虐待)を受けた場合、児は心を閉ざし愛情遮断症候群(Maternal Deprivation Syndrome)や、解離性障害、神経症を発症する。

〈乳児期早期母子関係の重要性〉

乳児は不快を自ら解消することができず、母親が児の表現を上手に読み取らないと不快が持続する。母親が乳児の欲求を的確に読み取り、適切な対応をとることによって、児の不快は解消される。この母子のやり取りによって「不快が永久に続かない、この世は自分の敵ではない」という基本的信頼感(basic trust)が形成される。

3. 幼児期前期 (1~3歳)

言葉や遊びなどを模倣により修得していく。排尿、排便が随意的にできるようになる。母に加えて父、祖父母との関係が深まる。親の保護を得るために自己の欲求は抑圧され従順である。

〈対象恒常性(object constancy)〉

母が不在時にも自分を愛する母の存在を確信するとともに、自分を叱る母もやさしい母と同じ人であることを受け入れる。

4. 幼児期後期 (3~6歳)

自我が芽生え、親の言いつけに反して自己主張をするようになる(第1反抗期)。公園などで母親と同年代の集団を歩き来して遊ぶようになる。生活の刺激が多様化するため、夜驚、チック、神経性習癖、偏食などが出現する。また語彙が急速に増加するため、生理的吃音が起こる。

5. 学童期 (7~11歳)

対象恒常性が確立されると、親から離れて同年代の集団という時間が次第に増える。高学年になると徒党を組み(ギャングエイジ)、同一行動を取ることによって仲間意識に目覚め、親の規制を守るよりも仲間の約束の方が重要となる。対象恒常性が確立されないと、心身症や不登校(分離不安型)などが起こりやすい。

6. 思春期 (12~15歳)

第2の分離・固体化とも第2反抗期ともいう。それまで抑圧されていた自我が台頭し、大人から与えられてきた規制を破り決定権の自立を模索する反面、自立による不安定さに怯える独立と依存との葛藤状態にある。葛藤は心身症や不登校、摂食障害、問題行動(非行)、学力低下などに現れる。第二次性徴にともなう性衝動の制御にも困惑する疾風怒涛の時代である。摂食障害や神経症の好発期である。

7. 青年期 (16~20歳)

自我同一性(identity)の確立の時期である。幼児期からの感情体験や自己決定の経験が希薄な場合、積極的な方向性が持てずにモラトリアムとなるものもある。また、精神分裂病や強迫性障害の好発期でもある。

〈自我同一性〉

それまで受動的に生きてきたことに気づき、自分は何なのか、自分が何をしたいのか、何のために生きているのかなど主体としての命題に直面する。そこから方向性を見いだすのは容易ではなく、長らく混沌の中でもがき苦しむこととなる。やがて、男性・女性として、グループの一員として、日本人として、趣味や特技を持つ者として、自分の位置を見つける

ことがアイデンティティの確立につながる。

III. 代表的な発達心理学者・乳幼児精神医学者とその理論

フロイトは、ヒステリーをリビドー（性的欲動）の発達段階での固着・退行と抑圧による葛藤と妥協による産物であるとした。リビドーの発達は口唇期、肛門期、男根期、性器期と公式化された。その後の発達心理学や乳幼児精神医学による実証的知見の中で重要なものを紹介する。さらに、年齢と各発達段階の関係を図に示す。

1. ハーロー (Harlow, H.F.: 発達心理学者)

子ザルを母親から分離し、ミルクを与えてくれる針金製の母親模型と、ミルクを与えてくれないが母親と似た触感をもつ布製の母親模型とを与えた。その結果、布製の方にしがみついた時間が長く、恐怖刺激に対しても布製の方に庇護を求めた。そこから母子の愛着 (attachment) 形成には触感による満足 (contact comfort) が重要であることを示した。

2. ボウルビィ (Bowlby, J.M.: 児童精神医学者)

愛情に満ちた母親による視覚的、聴覚的、触覚的、運動感覚的な関わりの重要性を説き、それらを失う (母性剥奪) と、子どもの人格の発達が阻止され、永続的障害となると説いた。

3. ウィニコット

(Winnicott, D.W.: 小児科医, 児童精神科医)

小児科医として診療の中で母子関係に着目、後に児童精神科医となった彼は「赤ちゃんが単独で存在することはない。必ず一対の母子として存在する」と述べ、母親が乳児に没頭し (原初の没頭)、情緒を共有している共生状態 (mother-infant unite) として存在するとした。また、幼児が母親から離れる不安に耐えるため、毛布やぬいぐるみなどが移行対象 (transitional object) として重要な役割を果たすことを示した。

4. マーラー

(Mahler, M.S.: 小児科医, 児童精神科医)

3歳までの乳幼児と母親との関係の発達を明らかにした。

〈分離-個体化のプロセス:

separation-individuation process)

正常な自閉期: normal autistic phase

(生後1ヶ月まで)

自己以外のものは認識されていない時期

正常な共生期: normal symbiotic phase (生後2~6ヶ月まで)

月まで)

快の獲得と不快の回避に関して自己の努力と母の世話の

区別がつかない時期

分離-個体化期:

分化期: differentiation period (生後6~10ヶ月)

自己と母とが切り放されたものであることを認識する時期

期

練習期: practicing period (生後10~16ヶ月)

歩行により世界が広がり急速に発達と満足を得る時期

再接近期: reapprochement period (生後16~24ヶ月)

母との分離に不安を感じ接近と回避を繰り返す時期

分離期 (個体化の確立と対象恒常性の萌芽)

(生後24~36ヶ月)

母との分離は不可避であることを受け入れる時期

生後3年以降、個体化の確立と対象恒常性の達成を果たした

幼児は、活動範囲をさらに広げ、同年代の集団での対人関係

の練習へと進む。

5. スターン (Stern, D.: 児童精神科医)

乳児は決して自閉期ではなく、早期から自他の区分を認識しつつ母親と活発に交流している。4つの自己感発達は発達にともない加えられ、共存するとした。

新生自己感 (出生~)

五感を通じて外界を体験するが個々の体験の関連は認識していない。

中核自己感 (2ヶ月~)

自己が単一の身体であり母親とは別の存在であることを知る。

主観的自己感 (7ヶ月~)

自分にも他者にも行動の背後に精神活動があることに気づく。

言語自己感 (15ヶ月~)

自己の体験を言葉によって客観化し、他者との間で伝達、共有、貯蔵できるようになる。

図3. 各発達理論と年齢の相関

	年齢	マラー 対象関係の発達	スターン 自己感の発達	ピアジェ 思考の発達	エリクソン 人格の発達課題
乳児期	0	正常な自閉期	誕生自己感	感覚・運動期	基本的信頼 対 基本的不信
		正常な共生期	中核自己感		
	幼児期	1	分化期		主観的自己感
練習期					
2		再接近期	骨髄自己感		
		分離期			
3		個体化の確立			
4					
5					
学童期	6	個体化の確立		具体的操作期	勤勉性 対 劣等感
	7				
	8				
少年期	9	個体化の確立		形式的操作期	同一性 対 同一性混乱
	10				
	11				
青年期	12	個体化の確立		形式的操作期	同一性 対 同一性混乱
	13				
	14				
	15				
	16				
17					

6. ピアジェ (Piaget, J.: 発達心理学者)

各年齢の子ども思考の発達段階

感覚・運動期 (2歳頃まで)

五感により存在が確認できる物しか認識できない。

前操作期 (2~7, 8歳頃まで)

言葉や絵など象徴を使った思考が可能となる。

具体的操作期 (7, 8~11, 12歳頃まで)

具体的な事物を使った論理的な思考が可能となる。

形式的操作期 (11, 12歳以降)

抽象的な概念を用いた思考が可能となる。

7. エリクソン

(Erickson, E.: 精神分析医)

ライフサイクル論の中で各年代における人格の発達課題とその失敗の結果を示した。

乳児期 : 基本的信頼 対 基本的不信

幼児期 : 自律性 対 恥と疑念

学童前期：自主性 对 罪恶感
学童期：勤勉性 对 劣等感
青年期：同一性 对 同一性混乱

文 献

- 1) 井原成男. むいぐるみの心理学. 第1版. 東京: 日本小児医事出版社, 1996: 47-70.
- 2) こども心身医療研究所編. 小児心身医学. 第1版. 東京: 朝倉書店, 1995: 66-77.
- 3) 小林陽之助編. マイナー小児科学. 第1版. 京都: 金芳堂, 2001: 515-545.

(深井 善光)



3

小児の心身症の疫学

諸外国の文献をまとめると、心の健康問題によって身体症状を呈している心身症の頻度は、中学生に相当する男子の5～10%、女子では10～15%であった。なお、この頻度は、家庭環境や本人の学業成績と関連していた。

著者らが行った平成11年度全国医療機関・学校の実態調査によると、心身症の頻度は、小児科外来を受診した3歳以上の患者の5.8%（6～15歳に

限定すると8.2%）であり、保健室を訪れた児童生徒の13.5%だった。心身症の頻度は年齢が進むにつれて増加したが、学校調査では校種が変更するといった減少するという特徴があった。

器質的な疾患がないにもかかわらず繰り返して頭痛や腹痛を訴える子どもを診察する時は、友人関係、家庭環境、学力の問題にも注意を払うべきである。

キーワード

小児の心身症の疫学、身体化障害、疲れやすさ、頭痛、腹痛、睡眠障害、対人関係の問題、不登校、保健室

I. はじめに

小児の心身症の疫学を比較検討する際、最も問題となるのはその定義である。血液や画像検査から得られるゴールドスタンダードはなく、しかも稀な疾患ではないため、どのような方法で調査を行い、どのような基準で心身症と診断したのかで頻度が大きく左右される。このため、学校制度を含む各国の事情、人種、宗教を考慮しながら心身症の頻度を検討しなければならない。

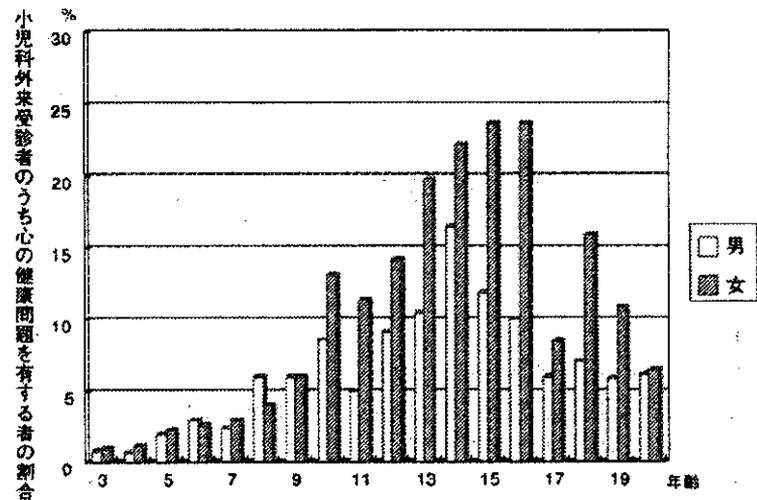
このハンドブックでは、日本心身医学会の定義に基づき¹⁾、心の健康問題によって何らかの身体症状を呈したものを小児の心身症として、疫学に関する従来の論文を検討し、我々が平成11年10月に行った全国一斉の医療機関・学校の調査結果についてまとめた。

II. 諸外国における心身症の疫学調査

諸外国の心身症に関する疫学調査では、オンタ

リオ児童健康調査が有名である²⁾。この調査では、インディアン居住区や施設入所例を除いたカナダ・オンタリオ州の子どもほぼ全員（91%）を検討しており、身体化障害（器質的な疾患がないにもかかわらず、痛みや胃腸症状といった身体症状を繰り返して訴える例）の頻度は、12～16歳の男子で4.5%、女子では10.7%であった。

フィンランドのAroらは³⁾、学校を定めて14～16歳の児童生徒すべての健康調査を行い、頭痛を訴える例が最も多く（男子7.2%、女子14.9%）、次いで睡眠障害（男子7.1%、女子9.6%）、食欲低下（男子2.6%、女子5.4%）が見られたと報告している。さらに、両親が揃っていない家庭や学業成績の悪い例で、このような症状の頻度が高かったと述べている。Berntssonらは⁴⁾、スウェーデンで7～12歳1,163人を2週間調査し、19.8%が心因性の身体症状を訴えていたと報告し、Eminsonらは⁵⁾、イギリスの都市に住む思春期の白人の調査で、男子7.1%、



×1. 小児科外来を受診した3歳以上の患者で心の健康問題による症状を呈していた割合 (平成11年10月の全国医療機関調査¹²⁾)

女子9.5%に身体化障害が見られたと述べている。田中は⁹⁾、公立小・中学校児童生徒の身体愁訴を日本とスウェーデンで比較し、日本の中学生では疲れやすさ (日本22.8%, スウェーデン13.8%) や腹痛 (日本10.5%, スウェーデン4.6%) といった身体愁訴の頻度が高いことを示した。

小児科外来を受診した子どもを対象としたものでは、1979年の1年間を調査期間としたニューヨークのモンロー・カウンティの疫学調査があり⁷⁾、この調査によると、小児科外来を受診者の5.1%に心身症が認められた。なおモンロー・カウンティは、ロチェスター市と周辺の19の町から成り、子どもの人種は白人が83%、黒人が16%であった。Starfieldらは5ヶ所のプライマリーケア病院・施設を受診した47,145人のデータをまとめ⁸⁾、心身症の子どもの頻度は5.7~10.8%であり、収入の低い家庭で頻度が高かったと報告している。

諸外国の文献をまとめると、心身症の頻度は、中学生の年齢に相当する男子の5~10%、女子の10~15%であった。また、両親が揃っていないといった家庭環境の問題や本人の学業成績の低下といった要因があると、心身症の頻度が高くなることも明らかになった。

III. 日本における健康調査・不登校の実態

久留らは⁹⁾鹿児島県小中高校生の心の健康調査を経時的に行い、疲れやすいと感じている児童生徒の割合が昭和59年の中学2年生では40.4%だったが平成11年には65.5%に増加し、腹痛や頭痛を訴える児童生徒も33.9%から50.4%に増えたことを明らかにした。また、平成10年に北海道北部の羽幌町で調査した伊藤らによると¹⁰⁾、疲れやすさが中学3年生の49.5%、腹痛が36.6%、頭痛が37.3%だった。自己申告制のアンケート調査結果では陽性率が高くなりがちであるが、疲れやすさ、頭痛、腹痛といった症状を訴える子どもが年々増加し、次第に地域差が目立たなくなってきたことが明らかになっている。

また日本の不登校児童生徒は、平成2年度の小学生0.09%、中学生0.75%から、平成10年度にはそれぞれ0.27%、1.96%に増加し、不登校のきっかけとして身体症状を理由として挙げている例が26.2%と最も多かった¹¹⁾。

このように疲れやすさ、頭痛、腹痛といった症状を持つ子どもが増加し、場合によっては不登校などに発展しているのが日本の現状である。しかし、心身症でこれらの症状を訴える例が多いことは理解できるが、これらの症状がある例の何%が心身症であるかを明らかにすることは容易ではな

い。このため、筆者らは全国的な規模での心身症の疫学調査を行った。

IV. 全国医療機関・学校一斉調査結果

心身症の増加に対して、養護教諭や校医の充実やスクールカウンセラーの配置などが求められているが、わが国における母数の明らかな全国的な規模での心身症の疫学調査は行われていなかった。このため、厚生科学研究「心身症、神経症等の実態把握及び対策に関する研究」班では、平成 11 年 10 月に医療機関、学校を対象とした全国的な規模での心身症の疫学調査は行われていなかった。このため、厚生科学研究「心身症、神経症等の実態把握及び対策に関する研究」班では、平成 11 年 10 月に医療機関、学校を対象とした全国的な規模での心身症の疫学調査は行われていなかった。このため、厚生科学研究「心身症、神経症等の実態把握及び対策に関する研究」班では、平成 11 年 10 月に医療機関、学校を対象とした全国的な規模での心身症の疫学調査は行われていなかった。

医療機関の調査は、平成 11 年 10 月 18 日（月曜日）に全国の小児科学会認定医制度研修施設 565 ケ所の小児科外来を受診した子どもすべてを対象とした。回答率は 80.4% で、調査日に受診した子どもは 36,378 人（男子が 55.1%，女子が 44.9%）であった。このうち 3 歳以上の患者は 12,719 人であり、心身症は 740 人、5.8% であった。心身症の割合は、図 1 に示すように年齢が進むにつれて増加し、10 歳を超えると女子が男子を上回った。心身症のピークは、男子が 14 歳で 18.3%，女子が 15 歳で 26.8% であった。

小・中学生に相当する 6～15 歳 7,187 人に限定して心身症の頻度を検討すると、586 人、8.2% であった。なお、2 歳以下で心身症と判定された例は、ほとんどいなかった。

* 認定医制度研修施設：少なくとも小児科の常勤医が 3 名以上いる医療機関。

* 調査日の小児科外来受診者の内訳：一般診療が 88%，専門外来受診が 15%，乳幼児健診が 3%。

学校調査は、全国の小・中学校、高等学校から無作為に 5% を抽出して行い、平成 11 年 10 月 18 日（月曜日）～22 日（金曜日）に保健室を訪れたすべての児童生徒を対象とした。小学校は 1,208 校中 709 校（58.7%）、中学校は 545 校中 330 校（60.6%）、高等学校は 255 校中 185 校（72.5%）から回答があり、学校調査の回収率は 61.0% であった。調査した 5 日間に保健室を訪れた児童生徒は、小学生 202,760 人中 15,683 人（7.7%）、中学生 120,858 人中 12,488 人（10.3%）、高校生 138,997 人中 10,446 人（7.5%）であった。保健室を訪れた児童生徒の 13.5% が心身症であった。学年別の結果を図 2 に示す。Takataらの報告のように¹³⁾、学年が進むにつれて頻度は増加し、学校種別が変更するといった減少するという特徴があった。学校種別で心身症の頻度を算出すると、小学生は 12.6%（男子 11.1%，女子 13.7%）、中学生は 14.6%（男子 13.9%，女子 15.4%）、高校生は

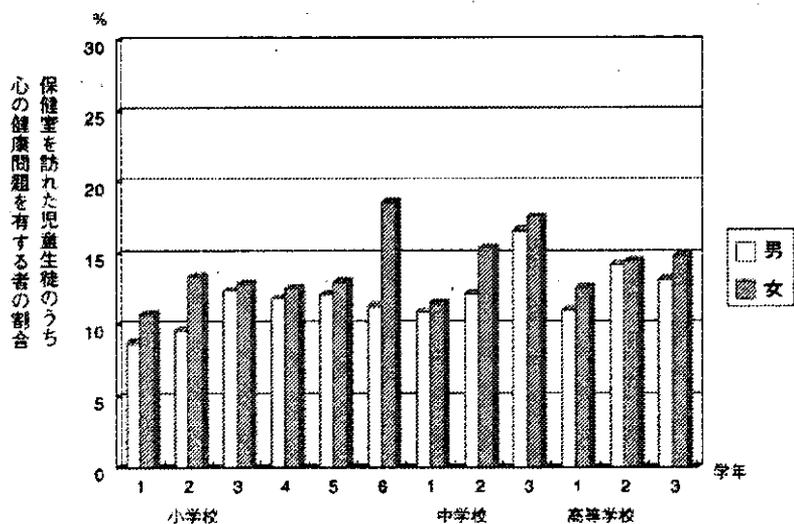


図 2. 保健室を訪れた児童生徒のうち、心の健康問題を抱えていた割合 (平成 11 年 10 月全国学校調査¹³⁾)

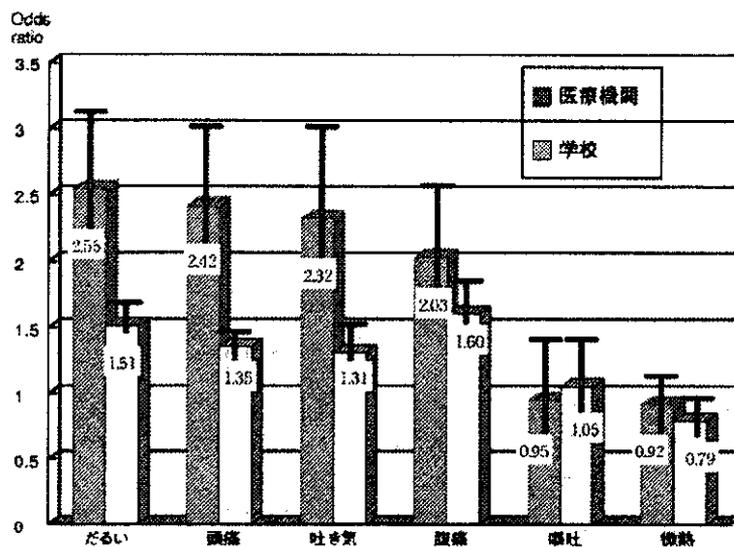


図3 心の健康問題の有無で検討した各症状のオッズ比

13.5% (男子12.5%,女子14.3%)であった。家庭環境や学業成績による検討までは、今回の調査で行なうことはできなかった。

最後に、心身症で見られる症状について述べる。医療機関、学校とも心身症と判断した子どもで、だるい・疲れやすい、頭が痛い、お腹が痛い、吐き気があるといった症状のオッズ比が高かった(図3参照)。たとえば、心身症と判断された12~14歳で「だるい・疲れやすい」と訴えていたのが66%と高率だったのに対し、心身症ではないと判定された同年齢の子どもでは28%に過ぎなかった。睡眠の問題や対人関係の問題も、心身症と判断された12~14歳のそれぞれ61.6%、43.6%に見られ、心身症ではないと判定された子どもの2~3倍の頻度であった。

これに対し嘔吐や微熱は、心の健康問題の有無による頻度の差はなかった。すなわち、吐き気は心身症で多く見られるが、実際に吐くという症状が長引いた時は、消化器系の疾患ばかりではなく、脳腫瘍なども念頭においた診断の見直しが必要ということである。

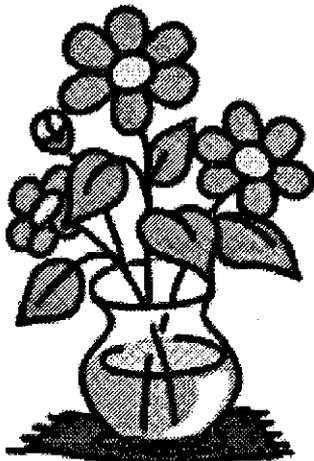
* オッズ比(見込み)：心の健康問題の有無を従属変数として多変量ロジスティック解析をした。オッズ比が高いほど、心の健康問題の出現頻度が高いことを示す。

文 献

- 1) 日本心身医学会研修委員会. 心身医学の新しい診療方針. 心身医学 1991; 31: 537-576.
- 2) Orford DR, Boyle MH, Szatmari P, et al. Ontario child health study. Arch Gen Psychiatry 1987;44:832-836
- 3) Aro H, Paronen O, Aro S. Psychosomatic symptoms among 14-16 year old Finnish adolescents. Soc Psychiatry 1987;22:171-176
- 4) Berntsson LT, Gustafsson J-E. Determinants of psychosomatic complaints in Swedish schoolchildren aged seven to twelve years. Scand J Public Health 2000;28:283-293
- 5) Eminson M, Benjamin S, Shortall A, Woods T, Faragher B. Physical symptoms and illness attitudes in adolescents: an epidemiological study. J Child Psychol Psychiatry 1996;37:519-528
- 6) 田中英高, Borrres M. 公立小中学校児童生徒の身体愁訴, 精神愁訴の国際間比較 - Nazismが潜む日本の教育下の子どもとスウェーデンの子どもの比較-. 平成10年度(財)明治生命厚生事業団第6回健康文化研究助成論文集 2000: 73-81.
- 7) Goldberg ID, Roghmann KJ, McInerney TK, Burke JD. Mental health problems among children seen in pediatric practice: prevalence and management. Pediatrics 1984;73:278-293
- 8) Starfield B, Gross E, Wood M, et al. Psychosocial and psychosomatic diagnoses in primary care of children.

- Pediatrics 1980;66:159-167
- 9) 久留一郎, 餅原尚子, 石原千草他. 児童期・青年期の精神的健康に関する心理学的研究(第11報). 鹿児島大学教育学部研究紀要2001; 52: 173-223
 - 10) 伊藤淳一, 石井朋子, 沖 潤一. 小中学生の不定愁訴に関する検討. 日本小児科学会雑誌 2000; 104: 1019-1026
 - 11) 千賀悠子. X. 子どもの行動問題. 日本子ども資料年鑑2001. 名古屋: KTC中央出版, 2001; 327-364
 - 12) 沖 潤一, 衛藤 隆, 山縣然太郎. 医療機関および
- 学校を対象として行なった心身症, 神経症等の実態調査のまとめ. 日本小児科学会雑誌 2001; 105: 1317-1323
- 13) Takata Y. Research on psychosomatic complaints by senior high school students in Tokyo and their related factors. Psychiatry and Clinical Neurosciences 2001;55:3-11

(沖 潤一)



4

小児の面接と心理検査

子どもの心の問題を評価する方法として、面接と心理検査が挙げられる。面接は子どもの年齢と相談の内容に応じて、個人面接か親子面接か、また非構造化面接か構造化面接かを使い分ける。面接には特別な道具が要らずそれ自体が治療にもなるが、いくつかのテクニックとルールを習熟する

必要がある。心理検査には、発達検査、知能検査、性格検査、精神作業検査があり、実施および解釈の方法と難易度はさまざまである。面接と心理検査の長所と限界を知ったうえで、診療機関の特性と患児の利便性を考え、それらを組み合わせて実施することが望ましい。

キーワード

診断面接、心理検査、発達検査、質問紙法、情報提供者

I. はじめに

一 子どもの心の問題の発見のために

子どもの心の問題を発見し理解するために、一般の小児科外来で使用可能な方法として面接と心理検査が挙げられる。小児科外来は急性疾患で混雑していることが多いため、適切に面接や心理検査を使いこなすことによって、問題の評価に必要な情報を効率よく入手することができるだろう。

面接と心理検査の実施にあたって注意しなければならないのは、情報提供者の選択である。子ども自身を情報提供者とする場合、情報の信頼性は年齢や回答の状況によって異なる。低年齢の子どもが年齢不相応の内容を話す場合、本人の気持ちではなく、親の言葉をうのみにしてそのまま伝えていることもあるだろう。面接や心理検査による情報が母子同室で得られたものか、保護者のみ、もしくは本人のみから得られたものかによっても、信頼性は異なる。心理検査に本人が記入したとしても母親が横から覗き込んでいた場合、本当の気持ちを答えられないこともあるだろう。年少児の

場合、家族を主な情報提供者として選ぶことが多いが、問題の根源が家族にある場合、問題の本質を歪めて理解してしまうという危惧もある。家族以外に担任や養護教諭など学校関係者の情報が重要な場合もある。適切な情報提供者を探すにあたり、主観性を重視すべき問題なのか客観的情報の方がふさわしい問題なのかを考える必要がある。

複数の情報提供者から寄せられた情報に食い違いが見られる場合にどう対処するかは、問題の質を考えながら情報の内容を吟味する。また、学校と家庭で様子が別人のように振舞う児の場合、情報提供者によって内容が異なるという事自体が重要な情報であろう。

II. 面接と心理検査との施行上の注意

面接と心理検査のいずれもなるべく落ち着いた静かな環境で、患児と医師の双方ともに時間に余裕を持って実施するのが望ましい。

面接は言葉だけではなく、表情、仕草や話す様子などすべてが情報となるが、忙しい一般外来で