

短 報

小学生版 QOL 尺度スクリーニングと医師面接で虐待が判明した1例

青山学院大学文学部教育学科¹⁾, 渡辺こどもクリニック²⁾, 昭和大学医学部小児科³⁾

古莊 純一¹⁾ 渡辺修一郎²⁾ 佐藤 弘之³⁾
松寄くみ子³⁾ 根本 芳子³⁾ 柴田 玲子³⁾

要 旨

小学生版 QOL 尺度 (QOL) が低得点, 特に家族領域が 0 点であった児童に, 小児科医が学校で面接し虐待の事実が判明した. 事例は 10 歳女兒. 母は本例を殴打し, 仕事が多忙であるという理由で, 休日も本例に無関心で, 暴力を振るったことを他に公言することがないように本例に強要していた. 面接を契機に, 本例が担任に母親が暴力をふるうと相談した. スクールカウンセラー, 担任と連携し支援を開始した. QOL は, 心身の健康度のスクリーニングに有用であると思われる, QOL 低得点である児童は精神面の様々な問題を抱えていることが推測される. 我々は, QOL を用いて早期にそれらの問題に気づき支援につなげる方法を確立したい.

キーワード: 小学生版 QOL 尺度, 子ども虐待, 連携, スクリーニング

はじめに

我々は, Kid-KINDL[®] (Questionnaire for Measuring Health-Related Quality of Life in Children)¹⁾を翻訳し, 「小学生版 QOL 尺度(以下 QOL)」と名づけ, 東京都内の 1 公立小学校の児童を対象に質問紙調査を集団実施し, わが国の小学生の QOL 尺度として, 信頼性と妥当性があることを報告した²⁾. QOL 尺度は, 下位 6 領域に分かれ (図) それぞれの問題点が推測しやすい. 今回は, ある小学校において実施した調査で, QOL が低得点で特に下位領域の家族の得点が最低 (0 点) であった児童が, 小児科医の面接の結果, 母親から身体的虐待を受けていることが判明した. QOL 得点が低い児童は, 様々な精神面の問題を抱えていると推測されるが, QOL は, そのスクリーニングにも有用で, 早期発見や支援につながる事が可能と考えられるため, 事例を呈示し報告する.

事 例

プライバシー保護のため, 論旨に影響を与えない範囲で修正を加えた. 症例は 10 歳女兒 (小学 4 年生). QOL 総得点は 33.3 点で, 下位領域では, 家族が 0 点であった (表). 面接は, 家族の承諾を得て, 昼休みに, プール開始前の臨時健康診断を受ける数名の児童の日程に併せて, 最後に筆者が保健室で施行した. 家族は祖父母, 父母, 姉, 妹の 7 人暮らし. 父親は自営業,

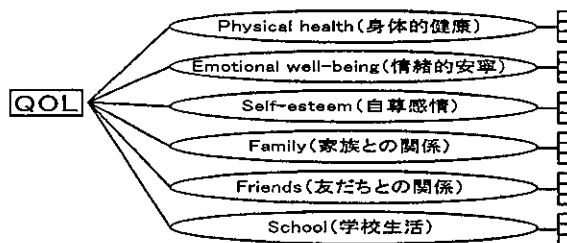


図 小学生版 QOL 尺度

総得点・下位領域ともに 100 点満点に換算して評価. それぞれの領域で 4 つの質問を 5 段階評定で答えさせる.

母親は会社員. 家族歴および既往歴に特記すべき事はない. 本例は順に以下のことを語った. ①家庭よりも学校の方が楽しい. ②家庭は楽しくない. ③母は本例へ, 妹の面倒を見ないなどの理由で叱責し暴力 (殴打) をふるい, 時に父や姉も母と同じく暴力的な対応をとっている. ④母は仕事を理由に家事に就かず, 休日も本例へ関心向けず, 暴力を振るったことを他の家族に公言することがないように本例に強要した. ⑤母への希望として, 暴力を振るわないでほしい. 本例は, 面接結果を担任に伝えることを承諾し, 同時に, 自発的に担任に母親に殴られていると訴えた. 担任からの依頼で, スクールカウンセラー (臨床心理士) が, 支援を開始した. 本例は, 自分自身も反省することがあり, 仕事で忙しい母親の手伝いを, 出来ることから始めることを約束した. また, 担任が母親に連絡帳を用いて, 本例の学校での努力を報告して賞賛し, 母親からの返事を求めた. 担任は母親にも面接を受けるように促したが, 母親は応じなかった. しかし, 担任への

(平成 16 年 9 月 10 日受付) (平成 17 年 1 月 18 日受理)

別刷請求先: (〒150-8366) 渋谷区渋谷 4-4-25

青山学院大学文学部教育学科 古莊 純一

表 本例のQOL得点

総得点 33.3 (100点満点換算)であり, 下位領域は, 身体的健康; 31.3, 情動的 well-being; 43.8, 自尊感情; 31.1, 家族; 0, 友達; 62.5, 学校生活; 31.1であった。家族領域は以下の質問の評価がすべて最低であった。(3, 4は逆転項目)
この1週間のあなたとあなたの家族について聞かせてください。
1. 両親(お父さんやお母さん)となかよくしていた。
2. 家で, 気持ちよくすごしていた。
3. 家で, 家族とけんかした。
4. 両親にしたいこと(やりたいこと)をさせてもらえなかった。

本人の言で, 母親が自身の感情で暴力をふるうことは激減し, 本例も母親の態度が最近少し変わってきたと述べた。一方本例は, 学校では, 攻撃的な同級生に恐怖感を持ち, これらの学童を避ける傾向にあったが, 少しずつ改善した。現在も, 担任とスクールカウンセラーが連携し支援を継続している。

考 察

QOLは, 小学生の生活の質を測定する測定具で, 小学生の日常生活場面である家庭と学校における心身の健康度と適応状態を考慮に入れた包括的な且つ簡便な尺度である。QOL調査で, 気分障害や不安障害など精神面の個別の問題を抽出することは不可能であるが, 二次調査の必要性をスクリーニングする方法として用いることは有用と考えられる³⁾。

本例は, 下位領域で家族の項目の得点が0と極めて特徴的であった。その他の下位領域も低得点だが, 友達のみ62.5と比較的高得点であった。以上より面接に際し, 家庭内の問題について慎重に聴取した。

虐待を受けている児童が, 自らその内容を語る機会は少なくかつ困難である。それらの児童は, 学校内で多動や衝動行為, 逸脱行為などの問題行動を呈することがあるが, 関係者がその疑いを持たなければ発見は困難である⁴⁾。今回は, 我々のQOLでスクリーニング

し, その後小児科医が面接することによって初めてその事実が語られた。また, それを契機に担任に相談することが可能となった。このような事例は, 児童相談所に通告し連携することも考慮すべきだが, 本例は学校での支援で改善し, 通告は行わず観察中である。

QOLが低得点で, 特に下位領域の家族・友人・学校いずれかが特に低い児童は, 家族や学校内での対人葛藤がある可能性が高いと思われる。QOLは, スクリーニングとして使用することで, 子どもの様々な精神面や生活面の問題に早期に気づく端緒となりうると思われる。そして子どもの支援に向けて, 医師と臨床心理士, スクールカウンセラー, 教員が連携し検討をする支援体制の確立が急務であろう。

文 献

- 1) Ravens-Sieberer U, Bullinger M. Assessing health-related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: first psychometric and content analytical results. *Quality of Life Research* 1998; 7: 399-407.
- 2) 柴田玲子, 松崎くみ子, 根本芳子, 他. 日本におけるKid-KINDL Questionnaire (小学生版QOL尺度)の検討. *日児誌* 2003; 107: 1514-1520.
- 3) 古荘純一. 小学校QOL尺度低得点児童の評価. 平成15年度厚生労働科学研究費補助金(子ども家庭研究事業)分担研究報告書. 2004: 66-67.
- 4) 古荘純一, 久場川哲二, 丸山 博. 注意欠陥/多動性障害と診断されていた被虐待児の3症例. *日児誌* 2004; 108: 870-873.

A Case of Child Maltreatment which Became Apparent by Using Questionnaire for Measuring Quality of Life in Japanese Elementary School Children and by Pediatrician Interview

Junichi Furusho¹⁾, Shuichiro Watanabe²⁾, Hiroyuki Satoh³⁾,
Kumiko Matsuzaki³⁾, Yoshiko Nemoto³⁾ and Reiko Shibata³⁾

¹⁾College of Literature, Department of Education, Aoyamagakuin University

²⁾Watanabe Children's Clinic

³⁾Department of Pediatrics, School of Medicine, Showa University

We described a 10 years old girl whose score of the Kid-Kindle Questionnaire for Measuring Quality of Life in Japanese Elementary School Children (QOL score) was low point, especially the score of family domain was 0 point. We thought she had had severe family conflicts, so one of us (pediatrician) decided to have an interview with her at her school. In this interview, she told that she was getting violence from her mother. Her mother seldom took care of her and forced her not to say this fact to anyone. We collaborated with school teacher and clinical counselor. We conclude that children whose QOL scores are low may have some psychological problems, therefore QOL score would be useful screening questionnaire to measure child mental health.

少年犯罪の背景と病理
——小児科医としての見解と取り組むべき課題——

古 莊 純 一

金 原 出 版 株 式 会 社



少年犯罪の背景と病理

——小児科医としての見解と取り組むべき課題——

古 莊 純 一*

要 旨

最近の少年事件の背景と病理に関し、小児精神医学的に4つの観点で考察した。①発達障害：とくに高機能広汎性発達障害における基本症状と2次的に発生する医学的問題、②不適切な対応：子ども虐待（不適切な養育）および発達障害の見落としなどで起こる家族・学校・地域での懲罰的な対応、③情報の氾濫：利用マナーの問題、さまざまな情報を容易に入手し、それが非行の模範・手本となる可能性、④QOLの低下：抑うつ状態の見逃し、自己評価の低下、ストレスに対する脆弱性など、である。小児科医の課題として、①子どもの発達段階それぞれにおいて子どもの精神面の問題に対応するシステム構築、②教育・司法・行政・心理・精神科との連携、③発達障害や子ども虐待に関して正しい知識を持ち啓蒙すること、④緊急課題でありできるところから取り組むこと、などがあげられる。

はじめに

最近子どもが加害者となった社会的重大事件が報道されて、大きな関心をもたれている。一部はその不可解で反社会的な行動が、「こころの闇」という表現で必ずしも正しくない解釈が加えられている。しかし、小児科医においても正確な情報は提供されず、一般の報道に翻弄されるのが現実であろう。もともと少年犯罪に関しての書物や文献は決して少なくはないが、そのなかで小児科医療領域に関係したものはまれであると思われる。一方、近年の事例を検討すると、小児科医が取り組むべき課題は少なくないと考えられる。

本稿では、最近の子どもが関係した社会的重大事件について、各分野からの報告をふまえて、

小児医学的に検討を加え、今後小児医療が果たす役割について意見を述べてみた。

I. 最近の各領域からの報告のトピックス

1. 児童精神科領域からの報告

十一¹⁾は、1999～2002年までの一般少年保護事件における鑑定、検証数を示し(表1)その割合は0.01%前後と極端に少なく、また社会的注目にもかかわらずその数は増えていないと報告した。そして、鑑定は重大事件に限られ、実情および事件の正しい認識は普及していないと指摘した。

十一はさらに、広汎性発達障害の司法事例を

* Jun-ichi FURUSHO 青山学院大学文学部教育学科
[連絡先] ☎ 150-8366 東京都渋谷区渋谷 4-4-25 青山学院大学文学部教育学科

表1 一般少年保護事件における鑑定・鑑別の状況

	1999	2000	2001	2002
総件数	210,854	204,367	197,223	201,872
鑑定・検証数	25	20	9	12

(十一元三, 2004¹⁾)

分析し考察を加えている。広汎性発達障害の医療的問題を、①1次障害、すなわち基本症状と関連する「コミュニケーションを含む対人関係の障害」と「強迫的で限局化された精神活動や行動様式」の2症状、②早期関連症状として、多動、自傷感覚過敏、紋切り型の行動の反復など、③2次災害すなわち成育途中で発生した問題として、衝動行為、回避行動、不穏、パニックなど、④後期合併症（青年期以降に出現する症状）、⑤高機能型を指摘して考察している。

さらに十一は司法医学的な観点から、①従来型、②性衝動型、③理科実験型、④高次対人過負荷型に分類し検討している。高次対人過負荷型とは、積極的に人に接近する傾向があり、そこで遭遇した人々の行動が彼らにとって謎めいており、それらに強く引かれ、結果として、社会規範を逸脱したやり方で興味・疑問・関心を探求したり、短絡的に希望を実現したり人に接近しようとするものである。

定本²⁾は、少年事件に関して、少年鑑別所に勤務する精神科医として必須で固有の仕事として、①処遇困難なケースの治療と処遇上の指針の作成、②精神障害の診断、③鑑別作業の経過でのそれぞれの心理技官の相談にのることを指摘している。

山崎³⁾は、子どものこころの問題が、多様化、複雑化、低年齢化している事実をあげて以下のように考察している。現代の青少年は自身も気づいていない根元的な不安を抱いており、このためにまわりの世界にひどく敏感であり、一見優しそうに見えるが、自身のイメージのなかで外傷体験をもち、妄想的ともいえる被害者の意

識を抱いている。その発達過程において虐待またはネグレクトは認められないが、心理学的にそれに類似した傾向を共有していると考察している。そしてそのこころの問題の背景には、①激変する社会構造と不確実性、②一段と進む少子化現象、③家族形態の変化と家庭教育力の低下、④早期教育にみる育児不安、⑤映像文化・低俗な性情報による影響、⑥おとな社会への不満と反抗などである。

2. 警察の立場からの報告

少年犯罪が多発し、凶悪化しているごとき報道がされているが、最近の件数は増えていない(図1)。ただし、検挙率の低下や絶対的な子どもの減少を考えると、必ずしも減少しているとはいえないかもしれないが、少なくとも増加・凶悪化は根拠がない。

石橋⁴⁾は、近年の非行が多層、多軸的になっていると述べ、その傾向を、①幼児性の持続と耐性の低さ、②共感性と自尊感情の乏しさ、③対人関係の希薄さ、④行動のわかりにくさ、などを指摘して考察している。幼児性の持続と耐性の低さに関しては、先に欲しいものが与えられ続ける受け身の体験から生じた点、「知」を優先した家庭教育の弊害、子育ての外注化の観点から論じている。小児医療の現場でも同様のことを実感する。実際家庭で行う「しつけ」までも保育園や学校で行う、つまりしつけの外注化を考えている親すらも存在するのではないだろうか。対人関係の希薄さは、少子化・核家族化の一方でゲームなど一人での遊びの普及を考察している。

3. 家庭裁判所の立場からの報告

藤川⁵⁾は、家庭裁判所調査官の立場で、最近の少年事件のトピックスを考察している。①非行少年の高齢化：2002年度の犯罪白書のグラフをみると最近10年間の間に非行年齢のピークが14歳から16歳とピークが2歳も移動している。その要因を、社会性に関し未熟化していると推測している。②「凶悪化」ではなく「特異

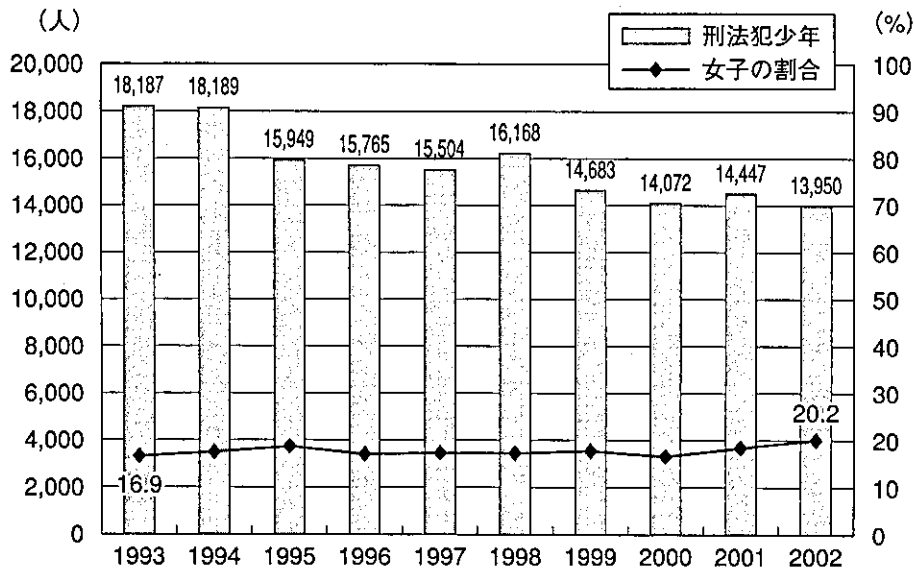


図1 東京都内で検挙された14歳以上20歳未満の人数の年次推移 (石橋昭良, 2004⁹⁾)

化」：結果として凶悪な事件を起こした当時者を面接すると、凶悪な人間像というよりは、意外な人格をもった人物があり、その人格的な特性を背景とした非行であると述べている。③非行のボーダーレス化：最近少年鑑別所に入る少年たちは、学歴、経済状況、親の社会的地位などに関係なく存在するという。昨年報告された、大学生が引き起こした性的犯罪のいくつもの事例をみると、実例として実感できよう。

4. 教育の現場からの報告

佐々木⁹⁾は著書のなかで、子どもたちの立場でみると3つの不安があると述べている。第1は将来不安で、社会で大人になって生活していけるかどうかの不安である。第2は能力不安で、能力が自分にあるかどうかの不安である。第3は存在不安である。自分の居場所がこの世にあるかどうかである。将来不安は社会の構造的なもので、解消することは困難であるが、後の2者は大人の意識を変えるだけでその不安を軽減しその場を切り抜けることができる。逆に家庭と学校が能力にこだわっている場合は、家庭も学校も居場所がなくなる。この3つの不安が重なると、子どもは自暴自棄になってしまい、さま

ざまな逸脱行動を起こすことが危惧される。

学校でみられる子どもの攻撃性に関して筆者⁷⁾は、①学校で受けたトラウマ体験、いじめ、体罰、無視など、②加害児童の多くは、以前に家庭のなかでの虐待行為やいじめの被害者であったこと、③不用意な対応で自尊感情を傷つけられていること、④邪魔者扱いや懲罰的対応で学校での居場所がなくなること、などをあげた。

II. 2001年小児精神神経学会からの提言⁸⁾

日本小児精神神経学会は2001年に、少年非行・犯罪を検討し有効な対応方法を考えるために、現状のシステムの不足や不備の多くを具体的に説明し、以下の提言を行った。しかしながらその後、新たに重大事件がいくつか発生し、現在改訂作業中であるが、今回は2001年度の提言の骨子を紹介する。詳細な内容は文献8を参照されたい。

1. 連携・学際システムの構築

a) 連携の場の設置

b) 小児精神保健の相談システムの設置

保健活動における小児精神保健の充実と児童福祉における小児精神保健の充実

c) 学際的研究体制の早期推進

2. 小児精神保健のインフラストラクチャーの充実

a) 医療・医学領域

医学教育、医師の卒後教育、専門家の育成、看護師・保健師の教育カリキュラム、適切な報酬の検討実施、小児精神保健医療の専門施設の充実

b) 小児精神保健の関連領域

児童福祉・教育領域に専門性の高いスタッフの育成と適切な配属

その把握様式の障害であると理解すべきであろう。つまり日常的に使用する対人関係の障害ではなく、より基本的なレベルの「対人反応性」の先天性な障害である。そのため、結果として第三者からみると他疾患にはないユニークな事態であり、「自閉」ということになる。基本的なレベルの対人関係は年齢とともに発達するが、広汎性発達障害では発達段階を通じてさまざまなハンディキャップが存在する障害である。

十一ら¹¹⁾は、思春期・青年期のアスペルガー障害の司法事例を分析し、性的関心を通じた対人性の障害が大きくかかわってくると指摘している。広汎性発達障害児は、性的な認識にも障害があり、プライバシーの問題や羞恥心が理解しにくく、一方で興味をもつと徹底的に追及することがある。それが結果として非行行為になってしまうこともありうる。

もう一つの基本症状である「強迫的な精神活動、行動」も対人関係の障害であり「非対人的」である。一般に広汎性発達障害の子どもは、自分との関係が一定で変化しない、「非生命体」に関心を抱く。数字や漢字、図形、メカニカルな規則などである。動物に関心をもった場合も、その動物のかわいい仕草などではなく、身体の一部とか毛並みなど非生命体的な関心であることが多い。また、高機能群における高次対人過負荷型に関しても、前述の十一が述べている内容に関して、人物としての好意や興味というよりは、非対人的、非生命体的興味と考えれば理解しやすい。結果として当人にそのつもりはなくてもストーカー行為となってしまう。人に対して非対人的興味、生物に対して非生命体的興味をもち、それが行動化すると、たとえば動物を解剖したり、人前で爆発実験を起こしたり、ストーカー的に他人の行動や身体の一部を追求する可能性がある。青年期における研究で、Tantam¹²⁾はアスペルガー障害の暴力への発展について、主要症状が引き金となり2次的に生じた問題として報告している。

III. 小児科医からみた着目点

最近の事件の少年犯罪の背景と病理について、4つの観点で小児科学的に考察を加えた。4つの観点とは、発達障害、不適切な対応、情報の氾濫、QOL (quality of life) の低下である。

1. 発達障害

最初に、発達障害そのものが非行と結びつくものではないことを明記しておく。ここでは知的にはさほど問題がない軽度発達障害(学習障害やアスペルガー障害などの発達障害の高機能群と注意欠陥多動性障害が該当する)のなかで、最近注目されている高機能広汎性発達障害について述べる。その基本症状は、「コミュニケーションを含む対人関係の障害」と「強迫的で限局化された精神活動や行動様式」である。知識がないとその障害は気づかれにくい。

広汎性発達障害は、多くの脳研究が脳を基盤とした障害を示唆しており、最近はその責任部位についての報告⁹⁾¹⁰⁾も行われている。対人関係の障害も、外界を認知することの障害であり、

注意欠陥多動性障害 (attention deficit hyperactivity syndrome: ADHD) では、齋藤¹³⁾が、行動障害が年齢とともに外在化し破壊的に進行することを報告している。ただし ADHD 児のほとんどは自身の行動を抑制できるようになり、非行に移行するのは一部の例外的な事例と理解する必要がある。

2. 不適切な対応

ここで指摘した不適切な対応とは、以下の2つを包括した概念である。一つは不適切な養育 (こども虐待, maltreatment), もう一つは、発達障害を中心とした子どもの精神障害に気づかれない (小児科医の見落としなど) ことで、乳幼児期から厳しすぎる対応を受けること、である。西澤¹⁴⁾は、虐待を受けた子どもは周囲の刺激に反応しやすく、非常に落ち着きのない状態になることがあり、場合によっては ADHD の症状を呈することもあるが、その原因が PTSD の過覚醒状態にあることを指摘し、この状態を ADHD like syndrome とよび本来の ADHD とは区別して理解するように指摘している。

また、知的に問題のない発達障害児が、その障害に気づかれず、家庭で不適切な養育を受けたり、保育園や学校で集団からはずれる、規則が守れない問題児として扱われることが少なくない。被虐待児や発達障害児が不適切に対応されることで、2次的に精神面の合併症状をきたし¹⁵⁾¹⁶⁾、ストレスが契機となって行動化することが懸念される。

3. 情報の氾濫

アメリカ小児科学会は、映像メディアが子どもの健康被害を引き起こす危険性を指摘している¹⁷⁾。暴力番組の視聴が子どもの暴力を助長させる¹⁸⁾、などのメディアに関するさまざまな報告を検討し、2歳以下の子どもはメディアのない環境で育て、それ以降についても、大人や小児科医に対して注意すべき点について勧告している。わが国においても、2004年小児科学会が同様に提言¹⁹⁾を行った。直接、非行との関連は指

摘していないが、2004年で子どもが加害者であった事件は、映画やテレビの殺人場面を意識し、それを模倣していた可能性が報道されている。

メディアから得た情報が性非行や暴力行為が一部ではあるが、子どもたちの手本となったり、あるいは模倣され行動化することが危惧される。テレビ、ビデオなどの情報に加えて最近ではインターネットから収集する情報量が増えている。低俗な情報だけではなく、犯罪に直結する情報や、相手を誹謗中傷する情報も氾濫しているが、その実態を把握することは容易ではなく、また子どもたちの影響を科学的に分析する研究は遅れている。専門家による分析が急がれよう。

4. QOLの低下

前述の山崎や佐々木の報告にも関連するが、最近の子どもたちは大きな不安を抱えていると思われる。しかし大人がその不安に気づき、対応するのは容易ではない。われわれは、「小学生版 QOL 尺度」を用いた調査を施行した。子どもの抱える不安を QOL 低得点という方法で評価することは有効であると思われるので提示する。

「小学生版 QOL 尺度」は、① 身体的健康、② 情動的 well-being、③ 自尊感情、④ 家族、⑤ 友だち、⑥ 学校生活、の6つの領域から構成されている。各領域4項目ずつ合計24項目の質問について、この1週間自分の状態がどうであったかを5段階評定で答え、6領域の合計点を QOL 得点 (0~100 点に換算) としている。

図2に小学校通常クラスに在籍する約3,300人を対象とした調査結果を示した²⁰⁾。一部ではあるが小学生においても QOL 得点がきわめて低い子どもが存在する。さらに、親からみた子どもの QOL および担任が気になる子についても合わせて1校で調査を行った。親も担任も子どもの QOL の低下にほとんど気づいていない結果が得られたことは注目すべきである。親は子どもの身体症状は気づきやすく、担任は生徒

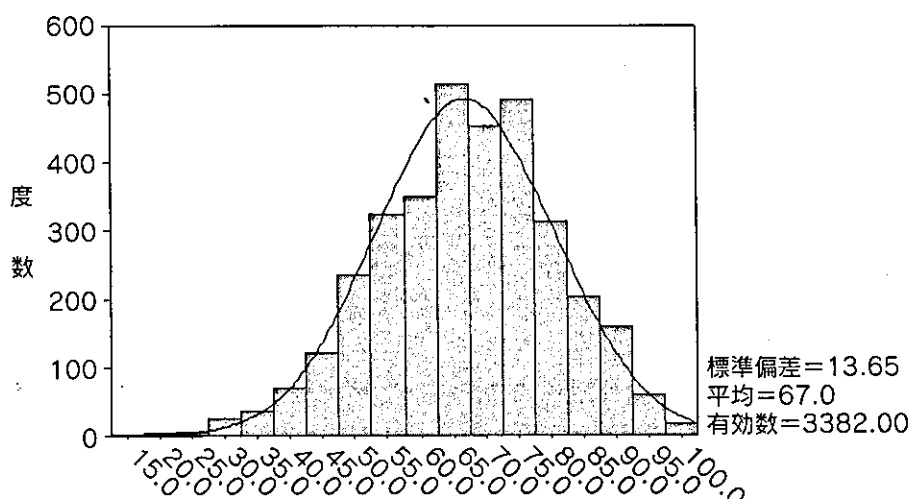


図2 2003年調査7校全体のQOL得点の度数分布

の行動化する症状は気づきやすい。しかし内面的な問題は両者とも気づきにくい²¹⁾。

QOL尺度は、不安や抑うつ、生活習慣の問題を包括的に知る尺度、すなわち子どもの内面的な問題を評価するのに有用な尺度と思われる。QOLの低下が非行と直接結びつくものではないが、内面的な問題を抱えた児童の支援と前方視的な観察が必要であろう。QOL得点の低下は抑うつ、不安、疲労感、対人葛藤など種々の要因が考えられるが、この調査をもとに2次調査を行い個々の支援を検討することは重要である。いずれにせよQOLが低下している状態ではストレスに対する脆弱性が危惧され、ストレスが加わると極端な衝動行為を起こす可能性が否定できない。筆者は、非行を起こす子どものQOLは一般に低く、支援を受けていないと推測している。

以上の4点に着目し、非行に至る経緯について考察した(図3)。小児科医としては、乳幼児期における発達障害の見落とし、および子ども虐待の発見の遅れに注意すべきであろう。さらに、学童期における子どものQOL低下を察知する努力が必要であろう。

もう一点留意すべきことは、最近の子どもたちの一般的な傾向として、前述の山崎が指摘した問題すなわちその発達過程において心理学的

に虐待に類似した傾向を共有していること、および石橋が指摘した問題すなわち子どもの共感性と自尊感情の乏しさ・対人関係の希薄さ・行動のわかりにくさなどである。極言すれば、最近の子どもたちは、心理的な虐待体験をもち、発達障害高機能群類似の行動様式をとっているということである。周囲の大人が、従来通りの一律の対応を行っていることが、ときとして子どもたちには不適切な対応と受け止められ、ストレスを感じているのではないだろうか。

IV. 生物学的な要因の検討の必要性

非行のメカニズムを1つの要因で説明するのは困難である。3つの視点、①生物学的、②心理学的、③社会・教育学的、でそれぞれ検討する必要がある。今までは②、③に偏った検討が行われていたと思うが、小児科医は、とくに専門性から、生物学的視点から検討する必要がある。

少年犯罪を考えるうえで念頭に置くべき精神障害を表2に示した。なお、てんかん発作そのものは精神障害ではないが、局在関連てんかんの発作症状もしくはその後のもうろう状態で精神症状が出現することがあるため取り上げた。

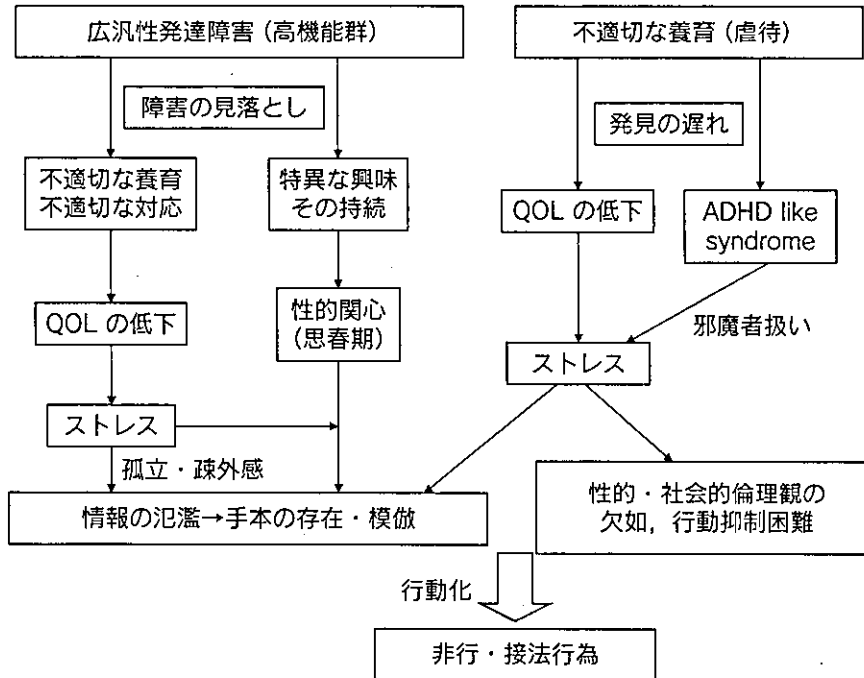


図3 非行に至る経緯

表2 少年犯罪で念頭に置くべき精神障害

- 1) 行動障害：注意欠陥・多動性障害 (ADHD), 行為障害 (CD), 反抗挑戦性障害 (ODD)
- 2) 発達障害：広汎性発達障害 (PDD)・とくにアスペルガー障害, 学習障害 (LD)
- 3) 統合失調症
- 4) 若年性人格障害 (境界型, 反社会性など)
- 5) 局在関連てんかん (主に側頭葉てんかん)
- 6) 小児期発症気分障害
- 7) 子ども虐待に2次的に合併する精神障害 (人格障害, 行為障害など)

前述した, 発達障害・行動障害・子ども虐待は, 小児期に起こる問題である。精神科医に委ねるのではなく, 小児科医として積極的に取り組む必要がある。

しかし, 大多数の高機能発達障害児は, 成人し社会生活を営んでいることは事実であるし, 虐待を受けた子どもの7割はその連鎖を断って子育てを行っている。このことから, 犯罪を促進する要因のみならず抑制する因子についても疫学的, 学術的な比較検討が望まれるところである。

V. 小児科医の対応

小児科医が取り組むべき課題として, 私見ではあるが以下のことを提案した²²⁾。① 卒前卒後の教育の充実, ② 軽度発達障害について小児科医が知識をもつこと, ③ 幼児期の健診での軽度発達障害の早期発見, ④ 教育・心理・行政・司法機関との連携, 医療機関では精神科・産婦人科との連携などと病院内外でのネットワークの形成, ⑤ 家族や学校の支援, ⑥ 重大事件を含めた学際的事例検討, ⑦ 緊急課題であり得ることからまず始めること, である。諸外国に比較し, わが国の児童精神医療の取り組みは遅れている。医学生教育から改革が必要である。発達障害の遺伝学的研究が進み, 家族も同様の負因をもつ可能性も一般よりはずっと高いが, 学校や地域において, 子どものとった非社会的行動の責任を, 後天的問題として家族に転嫁する動きもみられる。小児科医は発達障害の概念を理解して, 差別を防止し家族や学校の相談にの

るなどの支援を行う必要がある。

多機関協働の連携システムモデルとしては、子ども虐待において徐々に取り組みが始まっている。子どもの犯罪防止についても同様に連携と学際的な取り組みを行うべきであろう。学際的連携は、子どもの人権やそれぞれの職種の立場上の制約から、取り組みは簡単ではなく、これからの課題である。また、子どもを取り巻く環境の変化や背景を理解することも重要である。しかし、できることから確実にかつ迅速に始めることが必要である。

おわりに

近年の子どもが起こした特異的な社会的重大事件を取り上げて、少年犯罪の増加・凶悪化、心の闇、家族への責任転嫁などが報道され、少年法の改正の論議もなされている。小児科医は、これらの根拠に乏しい情報に翻弄されることなく、子どもの精神面の問題に早期にかかわることが可能な専門職かつ科学者であることを自覚し、子どもの支援に取り組むことが必要であると思う。

最近では、ADHD や広汎性発達障害の症状に類似した行動をとる子どもたちが増えている印象もある。しかしその背景には子どもを取り巻く社会状況が大きく影響していると思われ、ADHD や発達障害の増加という指摘も根拠に乏しいと思う。小児科医としては、子どもの精神面の問題を、生物学的、心理学的、社会・教育学的視点から複合的にとらえ、個別に将来に向けた支援を考えることが必要であろう。

文 献

- 1) 十一元三：広汎性発達障害を持つ少年の鑑別・鑑定と司法処遇。児童青年精神医学とその近接領域 **45**：236-244, 2004
- 2) 定本ゆきこ：少年鑑別所における精神科医の役割と課題。児童青年精神医学とその近接領域 **43**：328-336, 2002
- 3) 山崎晃資：児童青年精神医学の課題と展望。精神神経学雑誌 **104**：789-809, 2002
- 4) 石橋昭良：警察の立場からみた青少年犯罪の諸問題—青少年相談の最前線から—。青少年犯罪—その病理と社会—。明治安田こころの健康財団, pp 27-43, 2004
- 5) 藤川洋子：家庭裁判所の立場からみた青少年犯罪の諸問題。青少年犯罪—その病理と社会—。明治安田こころの健康財団, pp 45-72, 2004
- 6) 佐々木賢：学校と社会。浜田寿美男, 小沢牧子, 佐々木賢(編)；学校という場で人はどう生きていくか, 第6章, 北大路書房, pp 143-167, 2003
- 7) 古荘純一：少年犯罪における小児精神神経学的観点からの一考察。青山学院大学教育学科教育研究 **48**：133-147, 2004
- 8) 小児精神神経学会：青少年犯罪に関する日本小児精神神経学会提言。小児の精神と神経 **41**：4-9, 2001
- 9) Kates WR et al：Neuroanatomical and neurocognitive differences in a pair of monozygous twins discordant for strictly defined autism. Ann Neurol **43**：782-791, 1998
- 10) Bolton PF, Griffiths PD：Association of tuberous sclerosis of temporal lobes with autism and atypical autism. Lancet **349**：392-395, 1997
- 11) 十一元三, 崎濱盛三：アスペルガー障害の司法事例—性非行の形式と動因の分析。精神神経学雑誌 **104**：561-584, 2002
- 12) Tantam D：Adolescence and adulthood of individuals with Aspergers syndrome. Guilford Press, New York, pp 367-399, 2000
- 13) 齋藤万比古：注意欠陥/多動性障害とその併存性—人格発達上のリスクファクターとしての ADHD。小児の精神と神経 **40**：243-254, 2000
- 14) 西澤 哲：子ども虐待がそだちにもたらすもの。そだちの科学 **2**：10-16, 2004
- 15) Furusho J et al：Alleviation of sleep disturbance and repetitive behavior by a selective serotonin re-uptake inhibitor in a boy with Asperger's syndrome. Brain Dev **23**：135-137, 2001

心身症とうつ病

松 寄 くみ子
古 莊 純 一

はじめに

頭が痛い、お腹が痛い、気持ち悪い、吐き気がする、だるい、疲れる、……やる気が出ない、集中できない、楽しいことがない、イライラする……こんな訴えをする子どもたちが増えている。「子どもは、無邪気で元気ではなくなってきた。本論では、子どもの「心身症」と「うつ」について、その理解と対応について整理する。

一 子どもの心身症

「心身症」という言葉は、日常的によく耳にし、「こころで起こるからだの病」と一般的には理解されている。日本心身医学会の定義によれば、「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、うつ病などの精神障害に伴う身体症状は除外される」と定義されている。

しかし、小児の心身症は、もう少し広の意味で用いられ

ている。宮本は、子どもの心身症は、(1) 心身の関係が未熟・未分化であり、精神的ストレスが身体症状化しやすい。(2) 成長発達している存在であり、年齢が小さいほどストレスへの耐性が低い。(3) 身体疾患が成長発達の経過に影響を与え、二次的な心身症化を生じやすい。(4) 生存・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。としている。その範囲を表1のように示した。すなわち、①いわゆる成人領域の心身症の定義に該当する狭義の心身症、②反応性の身体症状(広義の心身症)、③身体症状を伴う行動面の問題、である。さらに、「心身症」は、特定の疾患をさすのではなく、ある身体疾患があった場合、その治療に関して心理社会的要因を考慮する必要がある場合、その疾患を「心身症」と捉えることとし、「心身症」とは、診断名ではなく、疾患を診る視点を示す用語とした。したがって、広い意味で受けとれば、子どもの体に生じている不調は全て「心身症」と受けとることもできる。奥山も、子どもの心身症について、「狭義の心身症、身体化や身体表現性障害、身体疾患に伴う心理的問題、子どもの精神的問題(発達障害、愛着障害、適応障害、摂食障害、不安障害、うつ、依存 など)、心理社会的問題(子ども虐待、学校精神保健など)全てを含めて取り扱われることが多い」としている。

表1 小児の心身医学の対象(宮本②より)

① 典型的な心身症状状態(狭義の心身症) 慢性身体疾患(心身症): 気管支喘息など 完成された心身症候群: 過敏性腸症候群など	② 反応性の身体症状(広義の心身症) 反復性腹痛、頻尿など	③ 身体疾患ではないが、心身医学的視点が有用なもの 不登校、神経性無食欲症など
---	----------------------------------	--

また、思春期に注意すべき問題として慢性身体疾患の悪化、思春期軽度発達障害(境界知能、学習障害、注意欠陥・多動障害、高機能自閉症など)などに現れるチック障害、排泄障害、睡眠障害、反応性身体症状なども含めている。

二 不定愁訴

子どもたちが身体の不調を訴える場合、「頭が痛い」「おなかが痛い」「気持ち悪い」「ふらふらする」などと訴える

表2 子どものうつ病の症状 (傳田⑥より)

<p>(精神症状)</p> <p>〈中核症状〉</p> <p>興味・関心の減退：好きなことも楽しめない。趣味にも気持ちが向かない。</p> <p>意欲・気力の減退：何をすることも億劫。気力がわかない。何事も面倒。</p> <p>知的活動の減退：何も頭に入らない。能率低下。集中の低下。学業成績の低下。</p> <p>〈二次症状〉</p> <p>抑制的な表情・態度：しゃべらない。表情が乏しい。生き生きとした表情の欠如。</p> <p>抑うつ気分：落ち込み。憂うつ。悲哀感。淋しさ。希望がない。涙もろい。</p> <p>不安・不穏：いらいら。そわそわ。落ち着かない。興奮。</p> <p>思考の障害：思考制止。決断不能。自責感。微小妄想。罪業妄想。心悸妄想。貧困妄想。</p>	<p>(身体症状)</p> <p>〈中核症状〉</p> <p>睡眠障害：中途覚醒(途中で目が覚める)</p> <p>早朝覚醒(早朝に目が覚める)</p> <p>熟眠障害(眠りが浅い)寝つきが悪い(入眠障害)</p> <p>時に眠りすぎる(過眠)</p> <p>食欲障害：食欲低下。体重減少(子どもの場合、期待される体重増加がない)時に食欲亢進。体重増加。</p> <p>身体のだるさ：全身が重い。疲れやすい。身体力が抜けたような感じ。</p> <p>日内変動：朝が最も悪く、夕方から楽になる。</p> <p>〈二次症状〉</p> <p>その他の症状：頭痛、頭重感、肩こり、胸が締めつけられて苦しい、動悸、口渇、発汗、寝汗、悪心、嘔吐、胃部不快感、腹部膨満感、めまい、手足の冷え、知覚異常、四肢痛、便秘、下痢</p>
<p>(行動症状)</p> <p>〈二次症状〉</p> <p>行動抑制：行動が緩慢、動きが少なくなる。</p> <p>学業問題：不登校、社会的ひきこもり</p> <p>落ち着きのなさ：多動、徘徊、じっとしてられない</p> <p>問題行動：攻撃的言動、衝動性、自殺企図、自傷行為、非行、行為障害</p>	

ことが多く、その器質的な疾患が見られない場合も多い。このように、漠然とした自覚症状を訴えるが、他覚的な変化がない場合、あるいは、他覚的所見があっても、患者の訴えと所見との間に因果関係を説明し得ないため、器質的疾患の裏づけのない場合、「不定愁訴」と呼ばれている⁽¹⁾。一九九〇年頃から、子どもの不定愁訴が注目されるようになり、その出現は増加していると報告されている^(5,6)。特に、不登校との関連はよく報告されており、不登校の始まりに子どもが、「頭痛」「腹痛」などの不定愁訴を示すことが多いとされている。しかし、現実的には要因が複雑に重なり合っている場合も少なくなく、慎重に背景を探索し、対応することが求められている。

三 子どものうつ

アメリカ精神医学会 (APA) による精神障害の診断基準である DSM - III (APA, 1980) 以降、成人のうつ病と同じ基準を操作的に適用することによって児童期の抑うつ状態の診断が容易になったことから、児童期の抑うつ状態に関心がよせられるようになった。海外では DSM - III の診断基準を用いた調査によって、かなりの頻度で子ども

のうつ病が存在していることを示す報告が相次いだ⁽¹⁰⁾。わが国でも、九〇年代以降、小学生・高学年児や中学生における無気力、疲れやすさ、自信喪失、引こもりなどの現象が指摘されるようになった。村田らはこのような不適応状態を「抑うつ」という観点から捉え、操作的診断基準として C D R S - R (Children's depression rating scale, revised - 1984) を用いて外来受診児の抑うつ状態の有無を検討し、抑うつ状態を呈する子どもは同年代受診の九・一五%であると報告した⁽¹²⁾。また、一般児童に対して C D I (Children's depression inventory) を用いて調査し、抑うつ状態を呈した子どもは二・三%とした⁽¹³⁾。さらに、傳田らは、大学病院における十七歳以下の年齢で発症した児童・青年期の気分障害患者の診断分類、臨床特徴、治療および転帰について検討した⁽¹⁴⁾。

また、傳田は、「子どものうつ病は、一見するとうつ病に見えない」として、以下のように述べている。……うつ病といえば、見るからに元気がなく、いかにも憂うつな表情で、口数も少なく、うなだれていると思われがちだが、それは、かなりの重症の場合のみであり、子どものうつ病のほとんどを占める軽症うつ病においては、むしろ穏

やかに、ごく普通の表情で、時には笑顔を交えながらきちんと話をする事ができる子どもが多いのである。そのため、家族や教師、あるいは子どもを目の前にした診察者さえ、少し元気がないくらいにしか認識できず、本人がうつ病にかかり、苦しんでいることに気づかないことが稀ではない。また、子どものうつは、はじめは身体症状（身体のだるさ、食欲不振、頭痛、腹痛など）や行動の問題（不登校など）が主体であったり、他の障害（摂食障害、不安障害、強迫性障害など）に合併して出現することが、少なくない。そのため、本人の訴えや周囲の注意が、身体症状や行動の問題、あるいは他の障害に向いてしまい、うつ症状が隠されてしまったり見えにくくなってしまっていることがある。……

しかし、内因性のうつ病が隠れている場合は、その症状を見出し、適切な対応をする必要がある。俣田¹⁰⁾は、子どものうつ病の症状を、最も基本的で、みなに共通して存在する「中核症状」と、個人の間個性（性格、年齢、国民性など）を介してあらわれる「二次的な症状」「二次症状」に分類して（表2）、背景に見える症状だけでなく、その裏に潜む中核症状の存在につれに注意することが、子どものうつ

病を見逃さない重要なポイントである、と述べている。

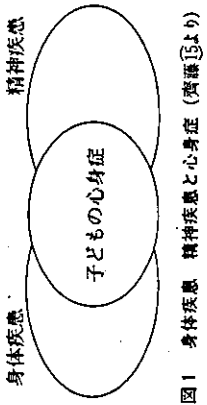
四 適切な対応を選択するための「見分け」

以上のことから、子どもの心身症、不定愁訴、抑うつから生じている症状を比較してみると、非常に重なる部分が多いことがわかる。子どもの心身症は、精神疾患と明瞭な線を引くことは難しい。

齋藤は、「精神疾患にもとづく症状の一環としての身体症状」「心身症的な身体症状を混同されやすい精神症状を示す精神疾患」の存在を指摘し、「抑うつに伴う身体症状」を「精神疾患にもとづく症状の一環としての身体症状」としてとらえ、子どもの心身症と精神疾患を図1のように捉えることを提案している。このことによつて子どもの「身体症状」をその背景に心理・社会的な背景も考慮に入れた対応を必要とする「心身症」と捉えるのと同様に「抑うつ」にもとづいて生じている「身体症状」に対しても、広く「心身症」としてとらえ、心身にわたる総合的・包括的戦略をとることの必要性を提案している。このことによつて、「身体症状」を「心身症」と評価したとたんに、「精神疾患の可能性」を考慮する思考回路がとじてしまうといつ

た事態が生じないために、子どもの心身症は一部精神疾患による身体症状をも含んで成立する概念であることを定義することの必要性を述べている。また、「身体疾患の症状の一環として抑うつが存在する場合：脳外傷、ナルコレプシー、ウイルス病、アデイン病、クッシング病、甲状腺機能障害、副甲状腺機能障害、糖尿病、全身性エリスマトーデス、シェーグレン病、伝染性単核症、肺炎、悪性腫瘍、ビタミンB₁₂欠乏症など」もあり、注意が必要である。

また、内因性のうつを見逃さないポイントとして、俣田¹⁰⁾は、うつ症状の「中核症状」に注目することを提唱してい



る。但し、身体症状と異なり、「中核症状」は、本人の口から主体的に語られることは少なく、「適切な質問、問いかけ」が大切になってくる。「今楽しいことは？（興味・関心）」「ない」……「本や漫画は読める？（意欲・気力）」「集中できない」……「勉強は手につく？（知的活動能力）」「できない」

……「気分落ち込みは？（抑うつ気分）」「ある」……「イライラは？（不安・焦燥）」「ある」……「夜はよく眠れる？（睡眠障害）」「眠れない」……「ご飯はおいしい？（食欲）」「おいしくない」……「だるい？（身体のだるさ）」「だるい」……「朝と夜どつちが調子いい？（日内変動）」「お昼過ぎからは少し元気になる」……「お休みの日も調子悪い？（学校の問題）」「悪い」……などの応答があるときは、内因性のうつ状態を仮定する必要がある。古荘¹¹⁾らも「専門家の受診をすすめるべき子どもの様子」としてリストアップした項目の中で「気分障害」の疑われる記述として「明らかな理由のない身体愁訴の繰り返しや、睡眠障害」「家庭内においても好きなことを楽しめない。たとえば食事やテレビ観賞」「ゲーム遊興中も楽しくなさそうである」「急激な学業不振や行動の変化（統合失調症も共通）」などをあげている。

五 現実的な対応1

外来で、面接室で、頭がいたい、お腹が痛い、気持ち悪い、だるい、喘息が悪化した、やる気が出ない、イライラする……このような訴えをもつた子どもが来室したら、

どのように考え、どのように対応すればいいのだろうか？

1 身体疾患の確認：心身症を疑われるような状況でも、実際に身体疾患が隠れていることがあり、必ず医師による検査、診断を受けるように勧める。何か身体疾患が見つかった時は、その治療が最優先になるが、身体疾患が前面に出ている場合でも、その疾患であることからくるストレス、日常的な困難もあり、必要な場合は支援を続ける。逆に、検査結果も陰性で、身体疾患の可能性が低くなった場合「どこも悪くない」のではなく、症状そのものは存在し、本人の苦痛は続いているので、その苦痛を和らげる対応を検討する。多くの子ども達、その家族は「心の問題」と説明されることに抵抗を感じる場合も多く、「心身相関」の説明は注意が必要である。

2 内因性のうつの確認：厳密に内因性、外因性の区別をすることは難しいが、前項で紹介した「中核症状」に結びつく質問をしてみても、内因性うつの疑いの強いときは、投薬も含めて、児童精神神経の専門医に相談を勧める。その場合、今起きている症状が、「なまけ」「今までできていたことができなくて、ダメになった」のではないことを説明し、まず、休息をとることが大切で、さらに「薬」が、風

害（LD、AD/H、高機能自閉症など）についても関連する場合があるが、これらの問題は行動として、目に見えやすい状態で表れているので、比較的捉えやすい。ただ、このような行動の問題を示している場合、「わがまま」「なまけ」「ぶさけている」「しつげができていない」など家族、教師などの周りの人々から誤解を受け、必要以上に叱責されたり、注意を受け自信をなくし、自尊心が低下している場合がある。その結果、二次的にうつ状態が生じたり、不安・緊張が高まる可能性もある。

六 現実的な対応②

以上のようなやり取りの中で、目の前に現れている症状についての成り立ち、背景などが少しずつ明らかになってきたら、実現可能な対応の候補をいくつか思い浮かべ、なるべく短時間に、簡単に実行できるものから試みてみる。

(1) 症状を軽くする働きかけはないか？：痛み止め、冷やす、温める、軽い運動をする、腹式呼吸 (2) 子どもが抗しがたい問題を軽減することはできないか？：家族、学校への状態の説明と協力依頼、「休息が必要」との意見

邪のときの熱さましのように症状を楽にしてくれる可能性があること、その薬をずっと飲み続ける必要はなく、症状が改善したら、徐々に減らしていくことができることを説明する。しかし、子どものうつの場合、成人のうつの場合ほどには、「薬」が有効でないことがあり、引き続き、「うつ」と関連の深いと思われる心理・社会的要因を探索し、その解消へと心身医学的な働きかけをする必要がある。

3 心理・社会的要因の探索：身体疾患の可能性が低いとき、その症状の背景に、子どもが身体症状やうつ状態、解離を呈することしか、対処できない、抗しがたい状況が存在しないか調べていく。「家庭での問題」：怒られてばかりいないか？ 家族にぶつたり蹴ったりする人はいないか？ 両親はけんかばかりしていないか？ 両親は忙しすぎないか？ 兄弟は仲良くしているか？ 習い事は忙しくないか？ 「学校での問題」：いじめつ子はいるか？ 乱暴をする子はいるか？ 仲間はずれにされていないか？ 悪口を言われていないか？ 先生はわかってくれるか？ 苦手な勉強は？ 部活は厳しくないか？ などの点について、質問していく。

4 身体症状に関連する行動の問題：不登校、軽度発達障

害 いじめつ子対策、席替えなどの環境調整 (3) 家族・教師が適切に対応するためのガイダンス、情報提供、親教育、心理・教育的アプローチ (4) 不安・緊張を弱める工夫：リラクゼーション、お守り (5) 問題解決能力を高める：①自信・自尊心を高める工夫：応答的・随伴的環境の提供「ほめる」「けなさない」「皮肉を言わない」「適切な、高すぎない目標設定」「頑張りを見守るまなざし」②対人関係技能を高める工夫：兄弟げんかの解決法の練習、イジメに対処するロールプレイ、逃げる練習、「やめて」の練習 ③悲観的な見通し、完全主義的な考え方の修正：肯定的な見通しの提示、リフレミング、ねばらない思考の修正、「いい加減」のすすめ ④学業への自信のなさへの対応：個別指導、メンタルフレンド、家庭教師などの提案、担任の先生との情報交換 ⑤身体的問題の改善への工夫：日常生活でできるセルフケア指導、適切な医療の利用を提案するなど

(6) ⑤を参考に筆者の具体的対応を加筆した

七 典型的な経過

身体症状が前面に出ている場合、その背景には、身体疾

患、心身症、うつ、解離などの精神疾患、不登校、チックなどの行動の問題が仮定される。而して述べたやり取り、理解の中から、子どもたちが「避けたい」「逃げたい」「心配」「恐ろしい」でも「避けられない」と諦め、無力感に陥っていること、体調不調になって初めて避けられることがらが段々はつきりしてくる。さらに、その事柄について、周りの大人が「気づき」「取り除く」ことができたり、「避けていい」「逃げていい」ことが保障されたりして、体調不調にする必要がなくなると、多くの場合、身体症状は消失していく。さらに積極的に本人が対処していく能力を獲得すると「自己効力感」が高まり、抑うつ的な状態も軽減することが期待できる。

八 共感となる親子関係

現実的対応、環境調整といった「浅い」水準の介入から始めても、症状が改善することが多く、その場合はあえて、「深い」水準の介入へと進む必要はないと考えられるが、「浅い」介入だけではなかなか改善がみられない場合もあり、その場合は、生着歴などの情報の中から、発着の問題、養育の問題、家族の精神疾患、両親の不和などのエビ

士のカウンセリングも並行して行うとともに、抗うつ薬を増量した。学校のことには心配しないで、一二月間は十分休養が必要なこと、また「死にたいと思わないようにすること、もし家族の前で「死にたい」と訴えたら、その都度その考えを止めるように家族に助言し経過を観察した。数カ月後、学校のことを考えなければ気分が楽で外出も可能となった。その後通信制の高校に転校し経過を観察している(文献18より引用)。

十 子どもの心身の問題、

うつ状態の早期発見、早期対応

心身の不調を訴える子どもが増えている。学習障害、AD/H D、高機能自閉症などの軽度発達障害については、行動面ではつきり問題が表れやすく、注目され、対応がはじめられようとしている。しかし、同様に適切な対応を求められる「うつ」、「強迫性障害」などの精神障害は、子ども自身が訴えることが少なく、見逃されやすい。しかし、その苦痛は大きく、なんらかの手段によって、早期に発見し、早期に対応することが求められている。柴田⁽¹⁹⁾らは、Kid-KINDL (Questionnaire for Measuring Health-related Quality of Life in Children, Ravens-Sieberer &

ソードが語られることが多い。その場合は、両親のこれまでの対応について責めることなく、そうせざるを得なかった状況を理解し、現時点から試みることでできる、親子関係の工夫、両親の関係調整などを支援する。

九 うつ病の症例呈示

十七歳女性。家族は、父母の三人家族。てんかんて小児科に通院中。高校入学後、抑うつ状態となり「何もやる気がおこらない。やらなければいけないのはわかっているけれどもそれができないのがつらい」「何も頭に入らないし、どうしてよいのかわからない」と涙を流しながら外来で訴えた。身体症状としては、中途覚醒や早朝覚醒を伴う睡眠障害があり、一度目が覚めるとなかなか眠れないと訴えた。全身の倦怠感が強く、食欲もない、とにかくつらいと訴えた。学校に通うことも困難となり、休日や、休暇期間中であつても同様な身体症状が続き改善しなかった。無力感や自責感が強く、家庭では母親に死にたいと訴えるようになった。家庭で休養するも一カ月以上も症状が続くため、専門医が気分障害(うつ病)と診断し抗うつ薬の治療を開始した。「死にたい」と訴えは、家族も不安で、心理

Bullinger,2000)を翻訳し、「小学生版QOL尺度」と名づけ、わが国の小学生のQOL尺度として信頼性と妥当性を検討した。評価尺度は、六下位領域(身体的健康・情動的Well-being:自尊感情:家族:友だち:学校生活)で、各四項目、計一四項目で構成されている。自尊感情尺度(Rosenberg,1965)と子ども用うつ尺度(The Children's depression inventory,CDI,Kovacs,1985)との関連を検討したところ、自尊感情尺度ならびに、子ども用うつ尺度とQOL得点、六下位領域得点との相関係数は表3のようになった。自尊感情尺度についてQOL得点との相関係数は正の有意な相関を示し、子ども用うつ尺度について、QOL得点との相関係数は負の有意な相関を示した。

このことから、「小学生版QOL尺度」は簡便なスクリーニングのツールとして、子どものうつの早期発見に用いることができ、さらに下位六領域の得点を比較することによって、その背景要因についての情報を得ることができると考えられる。子どもの心身の健康をはかるうえで、心身の問題、うつ状態を早期に見出し、支援していくシステムを組み立てることが今後の課題である。

表3 自尊感情尺度ならびに子ども用うつ尺度とQOL得点、6下位尺度得点との相関係数 (柴田ら ⑨より)

	身体的健康	情緒的 Well-being	自尊感情	家族	友たち	学校生活	QOL得点
自尊感情尺度 N=90	.5**	.48**	.6**	.55**	.55**	.56**	.72**
うつ傾向尺度 N=75	-.47**	-.66**	-.44*	-.67**	-.47**	-.44**	.68**

*P<.05, **P<.01

(4) 筒井末春 不定愁訴 日医雑誌 119 (付録) 五九
一六三 一九九八

(5) 田中英高、美濃 真、寺嶋繁典、堺 俊明、田中敏
隆 一般学童における健康調査―第一報 身体的徴候
の出現率について 日本小児科学会雑誌 95 (10) 二六
二二―二六二七 一九九二

(6) 衛藤 隆 不定愁訴増加の社会的背景 小児内科
35 (10) 一九二二―一九二五 二〇〇三

(7) 東山よき子、館野昭彦、澤 文博、小屋三六、坂井
聖一 不登校児に対する初期医療について―開業医への
アンケート調査より― 小児保健研究 56 (4) 五五六
―五六一 一九九七

(8) 松崎くみ子、大矢幸弘、赤澤 晃、古莊純一、飯倉
洋治 小児アレルギー疾患の不登校 心理臨床学研究
19 (5) 五〇一―五二二 二〇〇一

(9) 辻井正次、本城秀次 不適応現象の実際とその評価
―児童期の抑うつ― 季刊 精神科診断学 9 (2) 一
八九―一九九 一九九八

(10) 傅田健三 子どものうつ病 金剛出版 二〇〇一

(11) Angold, A. & Costello, E. J.: The epidemiology of
depression in children and adolescents. In Goodyer, I.

十一 まとめ

子どもの心身症、うつ病、ともに身体症状を呈する疾患である。心理面だけでなく身体面の対応や治療も必要である。また、うつ病の場合は、十分な休養だけでなく、抗うつ薬の内服を要する。最近、うつ病は子どもにも少なくなることが報告されている。うつや心身症を見逃さず早期に対応するには、教員・心理士への啓蒙と、専門医との連携が必要であろう。

〔引用文献〕

(1) 日本心身医学会教育研修委員会 「心身医学の新しい診療指針」 心身医学 31 五三七―五七六 一九九一

(2) 宮本信也 小児・思春期心身症 「精神科治療学」編集委員編 「小児・思春期の精神障害治療ガイドライン」 精神科治療学 16 巻 増刊号 一九一―一九四 二〇〇一

(3) 奥山真紀子 子どもの心身症 子どもの健康科学 5 (1) 八一―三 二〇〇四

M. (Ed): The depressed Child and Adolescent: Developmental and Clinical Perspectives. Cambridge University Press, Cambridge, pp. 127-147, 1995.

(12) 村田豊久、血田洋子、堤 龍喜ほか 児童・思春期の抑うつ状態に関する臨床研究厚生省「精神・神経研究委託費」2指―15 児童・思春期精神障害の成因及び治療に関する研究 平成元年度報告書 五七―六六 一九九〇

(13) 村田豊久、堤 龍喜、血田洋子、中庭洋一、小林隆 児 児童・思春期の抑うつ状態に関する臨床的研究 II C D Iを用いての検討 厚生省「精神・神経研究委託費」63公―3 児童・思春期精神障害の成因および治療に関する研究 昭和63年度報告書 六九―七六 一九八九

(14) 傅田健三、佐々木幸哉、朝倉 聡ほか 児童・青年期の気分障害の鑑する臨床的研究 児童青年精神医学とその近接領域 42 二七七―三〇二 二〇〇一

(15) 齋藤方比古 精神疾患と心身症 からだの科学 二 三一 五―七九 二〇〇三

(16) 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 31 (5) 六二―九一 一九九

九

- (17) 古荘純一、松崎くみ子、森田孝次、草尾優美、久場川哲二 心理的問題や行動の問題を持つ子どもを診る際のカウンセリング機関と医療機関の連携の重要性 小児の精神と神経 44 (1) 五七—六四 二〇〇四
- (18) 古荘純一 症例呈示 気分障害 教職・保育現場で役立つ小児精神神経学 (第二版) 一四二 小児医事出版社 二〇〇四

- (19) 柴田玲子、根本芳子、松崎くみ子、田中大介、川口毅、神田 晃、古荘純一、奥山真紀子、飯倉洋治 日本におけるKINDL Questionnaire (小学生版QOL尺度) の検討 日本小児科学会雑誌 107 (11) 一五二四—一五二〇 二〇〇三

112

【まつさき・くみこ 昭和大学医務部小児科臨床心理士】

【ふるしよう・じゅんいち 青山学院大学文学部助教授】

■ うつ病の子ども

学校現場における子どもの抑うつ

田 中 真 理

はじめに

子どものうつ病は起こらないという認識が二十年ほど前までは主流であった。それは、自分の将来について具体的にイメージを描きそれを否定的な気持ちで受けとめたりできるほど認知的にも感情的にも発達が未熟であることや、自分の言動について自責の念を抱くほど自己をモニタリングする力の形成が充分発達していないと考えられてきたからである。しかし、近年わが国においても、「小学生の抑うつ傾向」として新聞紙上に大きく掲載されたり(例え

ば、朝日新聞二〇〇四/七/三、愛媛新聞二〇〇四/九/六)雑誌でとりあげられたり⁽²⁾、子どものうつ病についての認識は大きく変容してきたといえる。それは同時に、うつ病の子どもへの援助のあり方を検討することが急務の課題となつていていることを示している。ここでは、筆者が実施した抑うつ傾向の調査結果もよまなから、日本の学校文化の基底に流れている価値観との関連のなかに述べていくことにする。

学校現場における子どもの抑うつ

113

「小学生版QOL尺度」を用いた 子どもと母親の認識の差異に関する検討

根 本 芳 子 松 寄 くみ子 柴 田 玲 子
古 莊 純 一 曾 根 美 恵 佐 藤 弘 之
渡 邊 修 一 郎

「小児の精神と神経」第45巻第2号 別刷

(2005年6月)

日本小児精神神経学会
(株)アークメディア