

小児心身症および

その類縁の状態についての調査 (I)

1. 小児心身症の頻度 (小児心身症専門施設における)
2. 小児心身症の診断とその根拠
3. 小児心身症の背景要因

(分担研究：小児心身症に関する研究)

宮本信也¹⁾、星加明德²⁾、木下敏子³⁾、山崎晃資⁴⁾
吾郷晋浩⁵⁾、斉藤万比古⁶⁾、生野照子⁷⁾、平山清武⁸⁾

要約：小児の心身症・心理的疾患へ専門的に対応している9施設において、平成4年の1年間の15歳以下の初診患児を対象に小児心身症の実態調査を行った。調査施設のうち小児科6施設において心身症とした根拠の明確なものは、1.1~2.5%、平均2.0%であった。また、心理的背景は明確ではないが心身症的な診断名がつけられていたものは3.4~7.8%、平均5.5%であった。一方、精神科2施設で心身症とする根拠があったものは13.5%~23.7%であった。診断名では、小児科では症状名を中心とした病名が多く、精神科では心理的状态像を示す病名が多く認められた。心身症とした根拠では、心理的背景要因があることと、特定の心身症としての症状特徴の2点が重要視されていた。背景要因の中で多かったものは、家庭に関することとしては両親に関する問題、学校に関するものとしてはいじめを中心とした友人間の問題、本人に関しては自己主張の乏しさを中心とした性格要因と何らかの発達上の問題、などであった。

見出し語：小児、心身症、頻度、診断

1)筑波大学心身障害学系 Institute of Special Education, University of Tsukuba

2)東京医科大学小児科 Department of Paediatrics, Tokyo Medical College

3)佼成病院小児科 Department of Paediatrics, Kosei General Hospital

4)東海大学医学部精神科 Department of Psychiatry and Behavioral Science, Tokai University School of Medicine

5)国立精神・神経センター精神保健研究所心身医学研究部 Department of Psychosomatic Research
National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

6)国立精神・神経センター国府台病院 Department of Psychiatry, Kohnodai Hospital, National
Center of Neurology and Psychiatry

7)神戸女学院大学人間科学部児童学科 Department of Child Development Studies, School of Human
Sciences, Kobe College

8)琉球大学医学部小児科 Department of Paediatrics, School of Medicine, University of The Ryukyus

【はじめに】

現在、我が国における心身症の定義は、1991年に日本心身医学会が提唱したもの（表1）が広く用いられている。この定義の要点は、「身体疾患であること」と「発症・経過に心理社会的因子が関与すること」の2点と思われる。

一方、同学会が示した『心身医学的な配慮がとくに必要な疾患（いわゆる心身症とその周辺疾患）』の小児科領域の項目では、41の疾患や症状名が記載されている。「心身症」という1つの疾患が存在する訳ではないので、小児における心身症の実態調査を行う場合、本来ならば、これらの疾患・症状の個々に対して定義や診断基準を定め、さらにその疾患の中で心身症の定義に合致するものを選択するという操作が必要となってくるであろう。

しかしながら、これらの作業は膨大な時間と労力を要することが予想され、今回、実際にその作業に着手するのは甚だしく困難と思われた。

そこで、今回は、多施設における小児の心身症の実態調査を同一様式で行い比較検討することで、出されているリサーチクエスチョンに答えることとした。調査にあたっては、対象疾患は特定せず各施設が心身症と判断するものを、その根拠とともにあげてもらふこととした。そのため、日本心身医学会では「（心身症ではないが一著者注）心身症と同様に心身医学的アプローチが必要な場合」とされている不登校あるいは登校拒否に関しても、今回の調査では、特に条件をつけずに含めて調査することとした。

表1 いわゆる心身症の定義（日本心身医学会、1991）

心身症とは身体疾患の中で、その発症や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が認められる病態をいう。ただし、神経症やうつ病など、他の精神障害に伴う身体症状は除外する。

【対象と方法】

対象は、今年度研究協力者の所属あるいは関連する9施設を、平成4年1月から12月までの1年間に初診で受診した15歳以下の患児で、各施設で心身症と判断された患児である。対象施設の内訳は、小児科が7施設（東京医科大学、自治医科大学、佼成病院、国府台病院、墨東病院、大阪市立大学、琉球大学）、精神科が2施設（東海大学、国府台病院）、心療内科が1施設（国府台病院）であった。

統一した調査用紙を作成し、各施設で記入してもらい、回収・集計した。調査項目としては、主訴、随伴症状、不登校と疼痛に関する詳細事項、診断名と用いた診断基準、心身症とした理由、推定される背景要因、家族・近医・学校・調査施設における対応、反省点、などを設定した。

【結果と考察】

1. 小児心身症の頻度（専門施設における）

表2に、性別・年齢別の対象児の人数を示す。

表2 対象児人数（性別・初診時年齢別）

性別・年齢	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計
男 児	1			5	6	12	16	26	29	32	30	34	42	45	11	289
女 児		1	4	4	12	10	15	21	21	26	25	24	52	52	29	296
小 計	1	1	4	9	18	22	31	47	50	58	55	58	94	97	40	
合 計	33(5.6%)					150(25.6%)					402(68.8%)					585

年齢が上がるにつれ人数が増加しているが、中学12年生に相当する13・14歳が特に多いのが目立つ。性別では、全体では男女同数であるが、中学生以降では女児の比率がやや増加する傾向がみられる。

診療科別に患児数をみたのが表3である。精神科領域で年長児が多い傾向がみられるが、有意な差ではなかった。

表4は、各施設における心身症患児の頻度を示したものである。心身症とした根拠が何らかの形で示される患児の頻度は、小児科では1.1～2.5%、6施設中5施設では2%前後と極めて類似していた。一方、根拠の有無に関わらず、心身症が疑われる診断名がついていた患児の頻度は、3.4～7.8%であった。なお、「補」として示したのは、一般診療場面における頻度の調査のために、別に、東京の2小児科医院に依頼

した調査結果である。いずれも、1.5%前後と類似した頻度を示していた。

表3 診療科別患児数（初診時年齢別）（人）

診療科/年齢	～5	6～10	11～15 歳	計
小児科	28	170	263	461
児童精神科	5	37	77	119
心療内科	0	1	4	5

表4 各施設での心身症患児の頻度

	全初診患児数	心身症患児数	全初診患児に占める心身症患児の割合
小児科：自治医大	2714 人	212 人	7.8 %（心身症が疑われる診断名）
東京医大	1769	57	2.0（心身症とした理由のあり）
佼成病院	1577	101	5.7（心身症が疑われる診断名）
大阪市大	2886	20	1.1（心身症とした理由のあり）
琉球大学	1914	30	1.9（家族療法施行例）
国府台病院	612	98	3.4（心療外来初診例）
墨東病院		65	2.3（身体症状があるもの）
児童：東海大学	350	41	2.1（心身症とした理由のあり）
精神科 国府台病院	266	15	2.5（心身症とした理由のあり）
心療内科：国府台病院		10	（心身症とした理由のあり）
[補] 小児科開業医 M医院（平成4年）	348	5	（15歳以下の心身症、全初診は260人）
K医院（平成5年）	1670	6	1.7
		24	1.4（2回以上受診したもの）

ところで、精神科での心身症患児の頻度は、はるかに高いものであった。しかし、精神科患児の実数

は、小児科と大きな違いがないので、この頻度の差は、主に、両施設の初診患児数の違いによると考えられた。

以上、対象施設数が少なく、診断基準の統一が行われていない、疾患に多少の偏りがある、という問題点はあるものの、関東・近畿・沖縄の小児心身症専門施設で心身症と判断された患児の頻度がかなり類似していたことは、専門施設における小児心身症の頻度が、少なくとも2%前後あることを示唆するものと思われた。今後、調査対象・地域・施設を広げることで2%という値の妥当性が検証できるものと思われる。

2. 小児心身症の診断とその根拠

心身症と判断された患児達の主訴を示したのが表5である。痛みの訴えが一番多く、全体の約38%を占めていた。小児科と精神科では、訴えの頻度に違いがみられた。小児科で割合が多いものとしては、疼痛全般と排泄障害があげられる。特に、胸痛が精神科で全く認められないのが注目された。精神科で多いものは、痛み以外の身体症状と心理的問題であった。

主訴には、年齢別・性別にも特徴が認められた。初診時年齢では、疼痛の訴えは年長児に多く、チック・排泄障害などは年少児に多くみられた。性別では、男児に多かった訴えとしてはチック・排泄障害・睡眠障害などがあり、女児に多いものとしては、腹痛・胸痛・食行動異常などがあつた。前者の訴えは、神経系の発達に関係している部分があり、そのことが発達に問題を持ちやすい男児にこうした訴えが多い背景と思われた。

なお、症状としての不登校がみられたものは、全体で192人、32.8%であった。小児科では26%、精神科では58%を占めており、精神科で不登校の症状が多く認められていた。

表5 施設別の主訴 (のべ人数) (人)

	小児科	児童精神科	心療内科
疼痛	185	33	2
頭痛	90	15	0
腹痛	76	16	2
胸痛	14	0	0
その他の痛み	5	2	0
痛み以外の身体症状	51	31	2
発熱	14	3	0
消化器症状	11	14	0
呼吸器症状	9	7	2
神経症状	8	2	0
その他	9	5	0
不定愁訴	40	13	0
チック	39	15	0
排泄障害	68	4	0
睡眠障害	17	5	0
食行動異常	24	6	1
問題行動	17	7	0
心理的問題	29	17	0
その他	0	2	0

注：神経症状—しびれ、意識消失、けいれん、など
 不定愁訴—気分不快、めまい、など
 排泄障害—夜尿、遺尿、など
 睡眠障害—寝ぼけ、恐い夢、不眠、など
 食行動異常—食思不振、過食、など
 問題行動—習癖、抜毛、緘黙、多動、など
 心理的問題—不登校、抑うつ、不安、など

今回の調査では、診断名は主なものから3個まで記載してもらった。表6、表7は、2番目までの診断名のうち、原則として3人以上でみられた診断名を、不登校症状の有無で2群に分けて、記入された

診断名の通りにまとめたものである。

当然のことではあるが、不登校症状のある群では、不登校あるいは登校拒否の診断名が最も多くなっていた。不登校の用語は小児科でよく使用され、登校拒否という用語は精神科でよく使われていた。不登校に関する用語を除けば、他の診断名の傾向は、不登校症状有無の両群で同様であった。小児科では、身体症状名をそのまま診断名として使う傾向が強く、疾患名では、起立性調節障害・チック・夜尿・睡眠障害が多く認められた。精神科では、適応障害・神経症など、いわゆる精神医学的診断名が多い傾向がみられた。

これらのことから、小児科では、心理的要因が考えられた場合でも、症候論的な病名を使う傾向があり、しかもそれは、心理行動面の症状に対しても同様であることがうかがえた。一方、精神科では、身体症状の内容に関わらず、患児の心理状態や心理機制に重点を置く病名を用いる傾向があると思われた。こうした姿勢の違いの背景には各々の科の立場の違いがあることは言うまでもないことであるが、心身症患者のよりよい理解と対応のためには、DSM-III-Rの多軸診断のように、身体症状に関する診断名と心理状態・機制に関する診断名を併記することを、今後、検討していく必要があると思われる。

なお、不登校症状が約1/3の症例で認められたことは、小児の「心身症」（あるいは、心理的要因が関与した身体症状）を考えていく上で、いわゆる登校拒否の問題を合わせて考えていかなければならないことを示していると思われた。登校拒否自体が心身症でないことは言うまでもないことであるが、その初期に身体症状の訴えが多いことはよく知られていることである。身体症状の訴えが主となっている段階での登校拒否の状態は、器質的・機能的障害が明かでない限り心身症とは言いにくいと思われるが、身体症状が中心となっている状態では、心理的問題としてだけで処理するよりは、身体症状をも配慮し

表6 診断名（不登校あり群） (人)

	小児科	児童精神科	計
不登校	44	4	48
登校拒否	2	18	20
頭痛	8	2	10
腹痛	7	0	7
発熱	3	2	5
嘔吐・嘔気	3	0	3
チック	4	2	6
起立性調節障害	29	3	32
過敏性腸症候群	6	1	7
神経性食思不振症	3	0	3
摂食障害	1	2	3
過呼吸症候群	1	1	2
適応障害	14	17	31
過剰不安障害	1	7	8
不安神経症	0	3	3
神経症	4	2	6
神経症的発症	0	4	4
転換性障害	1	2	3
心身症	2	2	4
回避性障害	0	3	3

注：頭痛など、身体症状名のものは、心因性・反復性・反応性などの表現を含む。

た心身医学的対応が必要と思われる。しかし、身体症状を示す登校拒否と、登校拒否を合併しない心身症とを一緒にして論じることの是非は、今後、議論される必要があると思われた。

ところで、今回報告された585人の中で心身症と判断した根拠があげられていたものは、330人(56%)であった。そのうち、最も多かった理由は、日本心身医学会の心身症の定義同様、発症・経過・転帰に心理的要因が関与していると判断されたため、というものであった(49%)。具体的には、発症・増悪に心理的要因が関与(39%)、心理的対応で軽快(10%)というものであった。2番目は、症状特徴から特定の心身症としての診断が可能であった(過敏性腸症候群など)、というもので37%であった。その他、除外診断という回答も12%認められた。この結果は、どのような身体症状であれ、心理的要因の関与が認められる場合、心身症として対応するという立場で診断が行われていることが多いことを示しており、心身症の診断とは、個々の疾患名が何かというよりも、心身症とする見方が診療上有用かどうか、という対応姿勢によるところが大きいことを示唆しているものと思われた。したがって、心身症的診療姿勢を広めるためには、特定の疾患の診断基準の他に、心理的要因の評価方法と、それらが症状と関係していることの判断基準を作成することが有用と思われた。

なお、疾患の診断基準として用いられていたものとしては、摂食障害・チック・排泄障害・睡眠障害ではDSM-III-R、起立性調節障害・過敏性腸症候群では、各々、大國・Manningの基準、などであった。

3. 小児心身症の背景要因

報告された患児の家族状況を、記入のあった453人の中でみると、両親がそろっているものが413人、91.2%、片親のもの

表7 診断名(不登校なし群)

(人)

	小児科	児童精神科	心療内科	計
頭痛	43	1	0	44
腹痛	32	0	0	32
胸痛	7	0	0	7
嘔吐・嘔気	4	0	0	4
周期性嘔吐症	3	0	0	3
視力障害	3	0	0	3
起立性調節障害	62	0	0	62
神経性食思不振症	10	4	0	14
過敏性腸症候群	8	1	2	11
摂食障害	4	3	1	8
過呼吸症候群	7	0	0	7
夜尿	65	2	0	65
チック障害	29	14	0	43
トゥレット症候群	9	1	0	10
夜驚	14	0	0	14
夢中遊行	10	0	0	10
抜毛症	6	2	0	8
適応障害	7	0	0	7
転換性障害	4	0	0	4
神経症・心因反応	0	9	0	9
不安障害	4	0	0	4
分離不安障害	2	1	0	3

注1：頭痛では、片頭痛、筋緊張性頭痛、心因性、反復性、突発性、神経性などの表現を含む。

注2：腹痛・胸痛では、心因性、反復性などの表現を含む。

注3：食思不振は神経性食思不振症の基準に達しない食思不振

注4：視力障害は、心因性、非器質性を含む。

注5：不安障害については疑いの1例を含む。

が40人、8.8%であった。家族形態では、核家族が384人、84.8%、同居家族が69人、15.2%であった。1990年の国勢調査によると、子どもがいる世帯で両親がそろっているのは96.8%、片親の世帯は3.2%となっており、今回の対象患児は、一般平均世帯と比較して、片親家庭が有意に多いという結果であった ($\chi^2=46.5$, $DF=1$, $P<0.01$)。家族形態では、両親がそろっていて核家族が359人(79.2%)で祖父母との同居家族が52人(11.5%)、その他が2人であった。片親家庭では、母子家庭が34人(7.5%)、父子家庭が6人(1.3%)であった。母子家庭で核家族は22人(4.9%)同居家族は12人(2.6%)であり、父子家庭での核家族は3人(0.7%)、同居家族も3人であった。全体では、核家族が384人(84.8%)で同居家族が69人(15.2%)であった。上記国勢調査では、子どもがいる世帯で、両親がそろっている核家族は74.2%、母子家庭での核家族は2.7%、父子家庭での核家族は0.5%である。したがって、対象患児では、全体として核家族が有意に多く ($\chi^2=6.06$, $DF=1$, $P<0.05$)、さらに、母子家庭での核家族が有意に多いという結果であった ($\chi^2=8.03$, $DF=1$, $P<0.01$)。

一方、同胞数は、1人子66人(14.6%)、2人が248人(54.7%)、3人が118人(26.0%)、4人が16人(3.5%)、5人が5人(1.1%)であった。同胞順位は、第1子が234人(54.4%)、2子が157人(36.5%)、3子が35人(8.1%)、4子が3人、5子が1人であった。上記国勢調査では、子どもがいる世帯での子どもの数は、1人が35.4%、2人が47.8%、3人以上が16.8%となっており、また、1991年の厚生省の統計による同胞順位百分比では、1子が44.8%、2子が36.7%、3子15.3%となっている。これらと比較すると、今回の対象患児は、2人以上の同胞がいて、第1子であるものが有意に多いという結果であった (各々、 $\chi^2=86.0$, $DF=1$, $P<0.01$ 、 $\chi^2=7.82$, $DF=1$, $P<0.01$)

既往歴では、胎児期・周産期の異常や発達歴上の問題を持つ児は5%前後に過ぎなかった。新生児期

表8 学校に関する背景要因 (人)

いじめ	115	身体的 34 精神的 81
友人問題	78	
クラブ活動問題	58	
担任教師との関係	56	
転校	29	
学業不良	21	
給食問題	6	
その他	66	
不明	265	

以降に何らかの身体疾患の既往を持つ患児は14.5%いたが、熱性痙攣や扁桃肥大から髄膜炎・川崎病・気管支喘息まで多彩で、患児の心身症との関連性を検討できるデータは得られなかった。

表8は、学校に関する要因として記載されたものを示した。全体では、320人、54.7%の患児で学校の間と関連した背景要因があると判断されていた。ただし、残りの45.3%では要因がなかったということではなく、要因の有無が不明というものがほとんどであった。具体的内容では、いじめが最も多く約20%、次いで、友人との人間関係の問題で13.3%であった。両者を合わせると、全体の1/3の患児で何らかの形で友人関係の問題がみられていた。一方、学校と関連した要因が認められた患児の中でみるとその60%が友人との対人問題で、さらに、対人問題の60%がいじめ、という結果であった。いじめの問題は、表面化しないことも少なくないので、実際にはもっと多いかもしれない、心身症患児の診療に際しては十分注意する必要があると思われる。その他、クラブ活動に関する問題(主に運動部のきつさ)と教師との関係の悪さを指摘するものが、それぞれ10%近くあったのが注目される。学業成績に関する問

題は、3.6%と多いものではなかった。

家庭に関する要因を示したのが表9である。全体で292人、49.9%で家庭要因が指摘されていた。両親に関する問題が一番多く25.5%を占めていた。その中では、両親と患児の折り合いが悪いというものが2/3、両親間の不和が1/3であった。前者の詳細に関しては、今回の調査では尋ねておらず不明である。後者については、47人中28人、約60%で両親の別居や離婚という家庭崩壊がみられていた。両親離別の患児数を585人全体の割合でみると、4.8%に相当した。前述の国勢調査から計算した離婚率は男女平均して2.5%であるが、一般家庭における別居の割合が不明なので、対象患児の両親の離別率が、一般家庭に比べて高いかどうかは判定できなかった。

同胞に関する問題は、11.1%を占めていた。やきもちなどの兄弟姉妹間の葛藤や、同胞に慢性疾患があり両親・家族の気持ちがそちらに向くことへの不満などがその内容であった。

学業に関する問題の指摘は、3.9%であり、家庭に関する要因でも多いものではなかった。

「その他」の内容としては、父親の単身赴任、両親、特に、母親の養育態度上の問題（過干渉など）祖父母と母親との関係の悪さ、兄弟姉妹の心理的問題（登校拒否が主）、などがあげられていた。

結局、家庭に関する要因が指摘された292人の中では、両親に関する問題が、「その他」の項目を除いても51.0%あり、家庭に関連する背景要因の半分以上が両親と患児、両親間、母親と祖父母、など両親と関連する要因であることが示された。また、両親の不和の指摘や母親の問題点の指摘が多いことは、心身症患児への対応では、患児だけではなく、両親、特に、母親への心理的対応が必要なことを示唆しているものと思われた。ただし、両親の問題の一方的な指摘にならないような注意は必要と思われる。

その他、本人と関連した背景要因として、「友人に反抗できない」という患児の性格的特徴をあげる

表9 家庭に関する背景要因 (人)

両親問題	149	両親との人間関係	102
		両親間の不和	47
同胞問題	65	人間関係	45
		同胞の慢性疾患	20
家族員の健康問題	32	慢性疾患	17
	5	要介護	5
	10	死亡	10
学業の期待大	23		
その他	78		
不明	293		

ものが9.4%みられた。こうした性格傾向の場合、友人関係が一方的なものになりやすく、患児の側に不満が蓄積されやすいことがあるのかもしれない。他には、多動などの行動面の偏り(4.4%)、軽度精神遅滞などの知的問題(4.3%)、学習能力障害(LD)的問題(1.2%)など、何らかの発達上の問題を指摘するものが合わせて10%前後みられ、問題解決能力の低さを持つ患児がいること示すものと思われた。

なお、最近の子ども達によくみられる塾・習い事に関しては、時間的な負担を指摘するものが8%前後あったが、心身症状との関連性まで考えられているものは少なかった。

【まとめ】

小児心身症専門外来を有する小児科、児童精神科心療内科、計9施設において、同一の調査用紙を用いた実態調査を行い、以下の結論が得られた。

①小児心身症の頻度

専門施設における小児心身症の頻度は、少なくとも2%前後、また、心身症が疑われる診断名がつく患児は5%前後と推定され、決して稀ではないことが示された。今後、対象施設を拡大し、この数字の妥当性を検証する必要がある。

②小児心身症の診断根拠

半数の患児で、心理的要因の関与が心身症としての診断の根拠となっており、心身症の診断は、日本心身医学会の心身症の定義にあるように、「発症・経過に心理社会的要因が密接に関与」することを基準として行うことの妥当性が示された。今後、心身症の見方を広めていくために、「心理社会的要因」の評価の仕方、「密接に関与している」ことの判断の仕方の基準を検討していく必要がある。

③小児心身症の診断名

小児科と児童精神科では、診断名のつけ方に違いが認められる。小児科では心理行動面の症状であっても症候論的病名が用いられやすく、児童精神科では身体症状であっても心理状態を示す病名が用いられる傾向がみられた。小児心身症の診断名に関しては、身体症状と心理状態・機制の両者の診断名を併記することを検討していく必要がある。

④小児心身症と登校拒否

1/3の患児で不登校症状がみられていた。身体症状を合併する登校拒否は、少なくとも小児科領域では、身体症状と心理状態へ配慮を必要とする心身症の見方をすることも有用と思われた。今後、身体症状を合併する登校拒否と、登校拒否を合併しない心身症を同一に論じることの是非を検討する必要がある。

⑤小児心身症の家庭特徴

今回の対象患児では、片親家庭が多く（8.8%）、かつ、核家族が多く（79.2%）認められた。特に、母子家庭での核家族が多い（2.7%）のが特徴であった。同胞に関しては、2人以上（85.4%）、特に3人以上（30.7%）の兄弟姉妹関係があり、第1子が多い（54.4%）のが特徴であった。この家族特徴が、今回の対象患児の特徴なのか、広く心身症患児全体に該当することなのか、再調査が必要である。

⑥小児心身症の家族要因

半数以上の患児で両親の問題が指摘されていた。

家族に関する背景要因としては、両親の養育態度、両親の不和、母親と祖父母との人間関係、など、両親に関連する事柄にまず注意し、次いで、同胞との葛藤の有無に注意すべきである。両親の不和の指摘が多い（8.0%）ことから、患児のみならず、両親特に、母親への心理的対応の必要性が示された。

⑦小児心身症の学校要因

いじめを中心とした友人関係の問題を指摘するものが1/3で認められた。学校の場合と関連する要因としては、患児が被害者的立場となるような一方的な友人関係にまず留意し、次いで、運動部を中心とした部活動の負担、担任教師との人間関係の悪さに注意すべきと思われた。

⑧小児心身症と患児自身の要因

適切な自己主張ができない性格傾向（9.4%）と知的問題などの発達上の問題（9.9%）が指摘された。これらの問題は、対人場面でストレスを生じやすい患児の特性と、生じた問題の解決能力の低さを示しているとも思われた。

⑨小児心身症と学業・塾習い事

学業成績と塾・習い事に関しては、背景要因として指摘するものは比較的少なかった。これらの要因は、単独では、心身症を引き起こすほどのストレス要因とはならず、それらが両親や教師の患児への態度に悪影響を与えるときに問題になるのかもしれない。

⑩小児心身症と背景要因全体に関し

上述した各背景要因については、家庭特徴と同様再調査により、小児心身症全般にあてはまることなのかを検討する必要がある。再調査でも同じ要因が認められるならば、その後、小児心身症のリスク要因としての検討が必要となるであろう。



検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用

論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



要約:小児の心身症・心理的疾患へ専門的に対応している9施設において、平成4年の1年間の15歳以下の初診患児を対象に小児心身症の実態調査を行った。調査施設のうち小児科6施設において心身症とした根拠の明確なものは、1.1~2.5%、平均2.0%であった。また、心理的背景は明確ではないが心身症的な診断名がつけられていたものは3.4~7.8%、平均5.5%であった。一方、精神科2施設で心身症とする根拠があったものは13.5%~23.7%であった。診断名では、小児科では症状名を中心とした病名が多く、精神科では心理的状態像を示す病名が多く認められた。心身症とした根拠では、心理的背景要因があることと、特定の心身症としての症状特徴の2点が重要視されていた。背景要因の中で多かったものは、家庭に関することとしては両親に関する問題、学校に関するものとしてはいじめを中心とした友人間の問題、本人に関しては自己主張の乏しさを中心とした性格要因と何らかの発達上の問題、などであった。