

「小児心身症に関する研究」総括

分担研究者 有馬 正高

要約：心身症およびその類縁の状態についてどのようなアプローチがなされているかを明らかにするため、専門外来における診療の実態を調査した。心身症は身体疾患のなかで心理的社会的因子が発症や経過に密接に関連する器質的ないし機能的障害を認める状態という概念でまとめられている。これらは、適切な治療により改善するが、心理的対応を欠くと慢性化長期化する可能性がある。現状では小児科診療における専門的対応が十分とは言い難い。さらに、慢性身体疾患においては親子ともに不安定な心理状態となり易いのでその対応も必要である。

一方、特に小児においては、器質的、機能的障害を証明できない、痛みのような身体的訴えに終始する例が高率である。自覚的訴えのみの症例の多くは小児科の日常診療の中で対応されるが、その一部は、登校拒否、その他の適応障害に発展する。児童精神科外来においても身体的症状や身体的訴えは高率に認められ、行動障害の他に、神経症的な過剰不安障害とされるものが多い。

このような現状を配慮し、母子保健の一環として、早期の適切な診断と、家族を含めた適切な指導治療の基準を定める必要がある。

見出し語：小児心身症，身体的訴え，登校拒否，神経症，過剰不安障害

【リサーチクエスション】

- ①子供の心身症の診断基準は
- ②子供の心身症の頻度は
- ③子供の心身症への対応

【研究方法】

心身症を専門的に診療している小児科医、不登校と児童の精神疾患を専門とする児童精神科医、各種発達障害の医療と地域保健に従事する小児神経科医、および、心療内科の診療に従事する心身症認定医、合計9名で分担研究を組織した。第1回分担研究者会議（平成4.11.20）において、それぞれの研究協力者が従来の臨床経験の概略を報告、それにもとづいて（1）専門診療科の違いによる対象疾患の分布の差、（2）成人と小児を比較した小児期の特徴、（3）用語の違いおよび疾患概念の差 などについて意見の交換を行った。この会議において、本研究班の目的の確認、および、今年度中に期待されるそれぞれの研究協力者の役割分担を定めた。初年度の明らかにすべき重点および研究方法是以下のようにした。

- （1）各協力者が従来実施してきた専門外来および入院例について、主な症状、疾病分類等の集計
- （2）不登校児にみられる心身症およびその近縁の身体症候についての集計
- （3）心身症およびその近縁の状態について小児医療機関で行われている診療の実態について、府県レベルのアンケート調査

国立精神・神経センター武蔵病院

National Center Hospital for Mental, Nervous and Muscular Disorders,
National Center of Neurology and Psychiatry

(4)長期予後、および、予後推定に有用と思われるマーカーを知るための文献調査

(5)乳幼児健診における頻度を知り、早期指導の指針を作るための項目の試作とパイロットスタディ

心身症の概念については、日本心身医学会(1991)の「心身症とは、身体疾患のなかで、その発症や経過に心理的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状態をいう。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」という提案をもとにし、さらに、米国精神医学会DSM-III-Rの分類と比較することにした。以上の点について各協力者が調査を行い、全体班会議(平成5.3.5)において発表し、他の分担研究班の班員からの意見も求めることにした。

【研究結果】

1)心身症および関連する症状についての集計。(星加・宮本)

大学病院小児科の受診例(平成4.1-12)中5.4%が心身症およびその類縁の身体症状を示す症例であった。(星加)

小児科心理外来で診療した1893例中363例(19.2%)が、狭義の心身症(143例)もしくは身体症状(220例)に該当した。心身症としては過敏性腸症候群、過換気症候群、筋収縮性頭痛、夜尿、摂食障害、などが多くみられた。身体症状としては、腹痛、頭痛がほぼ等しく最も多く、嘔気、視覚障害がそれに続いた。心身症、身体症状ともに女児に多く、年長になるほど多くみられる傾向があった。(宮本)

2)不登校児にみられる身体症状。(斎藤)

精神疾患、精神遅滞、非行などを除いた、いわゆる登校拒否の小中学生165名のうち、70%に身体症状の訴えがあった。その内容は、腹痛、頭痛が最も多く、ついで、嘔気、発熱、下痢、喘息などであり、70%が思春期である点は小児科と共通したが、男子が女子よりも多い点が対照的であった。DSM-III-Rに従うと、過剰不安障害などの神経症的な障害が大半であった。

3)発達遅滞児にみられる身体的訴え、および乳幼児健診における状況。(許斐)

パイロットスタディとしてパラメディカルスタッフによる問診表を作成し、親に対する質問と解答を分析した。中間的であるが、障害児は健常児に比し消化器症状、皮膚症状が多い成績を得ている。

4)児童精神科外来における実態。(山崎)

16歳未満の635例中、体の痛み(20%)、遺尿・遺糞(13%)、腹痛・下痢(17%)、発熱などの身体症状を主訴とするものが192例あった。従来診断では神経症的行動障害(40%)が最も多く、ついで心身症性障害(32%)、登校拒否(17%)であった。身体症状は他の精神障害においても主訴となることがあり、心身症の概念上注意すべき点である。

5)小児心身症外来の診療内容と対応の現状:アンケート調査(生野・木下)

近畿地区の100床以上の病院、および、東京地区の病院と医院を対象に、心身症の診断、指導などがいかに行われているかを調査した。有効回答数は合計447施設であった。そのうち55施設(12%)が専門外来を有していた。近年、増加したと答えた疾患は気管支喘息、アトピー、反復性腹痛、肥満症、摂食障害、神経性頻尿、過換気症候群などであった。専門外来の設置の少なさ、心身医学的アプローチの不備などが指摘された。

6)長期予後に関する文献的調査(吾郷)

代表的な心身症とされる疾患について数年ないし10年後の緩解率について各器官毎に分析した。心身医学的アプローチを加えた予後の報告は少なかったが、対応が不十分なため長期化する報告、および、成人期になって親子の心身医学的治療により改善した報告があった。

【考察】：リサーチクエスションとの関係

①子供の心身症の診断基準は

日本心身医学会提案の、身体疾患のなかで「発症や経過に心理的因子が密接に関係する器質的ないし機能的障害が認められる状態」と位置づける場合、心理的因子が密接に関係していることを確認することが不可欠であり、その判定基準の作成に着手する必要がある。一方、器質的または機能的障害を実証できない症状の訴えだけに終始する小児も多く、登校拒否児でも疼痛のような身体症状の訴えは多い。神経症性の身体表現性障害(ICD 10, DSM-IV)と分類されているが、心身症、身体的症状の訴え、神経症の相互関係を整理する必要がある。

②子供の心身症の頻度は

頻度の調査は、心身症の判定基準を定め、各年令対象毎に一定の地域集団について実施する必要がある。本年度の病院調査、保健所での少数例のパイロットスタディから、3歳ではなお訴えが不確実であるが、かなり高率に身体的訴えはみられた。診断基準を定め、統一的に頻度の確認を行う必要がある。

③子供の心身症への対応

診断、治療とも一部の医療機関で専門的に実施されているが全体的には対応が不十分で、長期化、慢性化が見られる。医療従事者への教育と体制の整備が必要である。

【研究結果の活用方法】

母子保健の施策に本研究が役立つ点は、

- 1)親子関係をはじめとする心理社会的な危険因子を発見する指標になること
- 2)不適応をおこしやすい子供を事前に発見し早期指導を行う指針を提供できることである。

【今後の課題】

- (1)心身症とその近縁の状態をスクリーニングするためのチェックリストの作成
- (2)心理・社会的リスク因子をスクリーニングするためのチェックリストの作成
- (3)相談、指導、要精査、要治療などの判定の指針の検討
- (4)地域、家庭環境別にみた頻度、および、対応と長期予後の関係についての調査
- (5)心身症の長期化、固定化を防止する方法と相談事業のあり方の検討



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:心身症およびその類縁の状態についてどのようなアプローチがなされているかを明らかにするため、専門外来における診療の実態を調査した。心身症は身体疾患のなかで心理的社会的因子が発症や経過に密接に関与する器質的ないし機能的障害を認める状態という概念でまとめられている。これらは、適切な治療により改善するが、心理的対応を欠くと慢性化長期化する可能性がある。現状では小児科診療における専門的対応が十分とはいえない。さらに、慢性身体疾患においては親子ともに不安定な心理状態となり易いのでその対応も必要である。

一方、特に小児においては、器質的、機能的障害を証明できない、痛みのような身体的訴えに終始する例が高率である。自覚的訴えのみの症例の多くは小児科の日常診療の中で対応されるが、その一部は、登校拒否、その他の適応障害に発展する。児童精神科外来においても身体的症状や身体的訴えは高率に認められ、行動障害の他に、神経症的な過剰不安障害とされるものが多い。

このような現状を配慮し、母子保健の一環として、早期の適切な診断と、家族を含めた適切な指導治療の基準を定める必要がある。