

国府台病院児童精神科外来における 身体症状の現状 および登校拒否に伴う身体症状について

*齊藤万比古、山崎 透、笠原 麻里、佐藤 至子、奥村 直史、磯部 隆、高田 智子、徳丸 智佐子

要約：国府台病院児童思春期精神科を受診した子どものおよそ40%は主訴の一つとして身体症状を持っていた。1991年（平成3年）の新患のうち身体症状を持っている者115名で見ると、思春期群の比率が身体症状のなかったものより有意に高いという結果を得た（ $P<0.005$ ）。身体症状の内容を見ると、「狭義の心身症」と考えられる身体疾患はその中心的な障害ではなく、より「不定愁訴」的な身体症状が中心になっていることがわかった。また、身体症状を持っているものの71%は二つ以上の身体症状を持っていた。身体症状を持っていたものの診断を見ると、「狭義の心身症」とできるものは大目にとっても11%ほどであり、他の大半は「過剰不安障害」などの神経症的な障害であった。また、身体症状と登校拒否の関連は大きく、登校拒否において身体症状は登校拒否の出現という山場に至る内的葛藤の高まりを示すように、登校拒否開始以前から開始時点までに出現がほぼ限定され、登校拒否開始時に大きなピークを示すという出現時期のパターンを示していた。

見出し語：心身症、神経症、登校拒否、児童思春期

研究目的および研究方法：今年度は国府台病院児童精神科外来を受診した患児の身体症状の動向について知るために、1989年から1991年の国府台病院児童思春期精神科外来の新患児童を対象としてレトロスペクティブに検討する作業と、登校拒否を主訴として児童精神科外来を受診したもののうち、家庭の事情による登校拒否ではなく、精神病でも発達障害でも非行でもないいわゆる“神経症的あるいは境界的な水準の登校拒否”の小中学生165名を対象とした調査から得られた登校拒否以外の症状の出現時期についての結果を身体症状を中心に検討する作業を行った。

結果：

A. 当院児童精神科外来受診患児の
身体症状

表1のように、1989年から1991年までの三年間の児童精神科外来全初診者中の「身体症状あり」の者（以下「身体症状あり群」とする）の割合は1989年33%（99名）、1990年47%（141名）、1991年39%（115名）であった。当院児童精神科外来の受診者は従来から「登校拒否」を主訴とするものが多く、この三年間で見ても毎年60%以上の受診者は登校拒否を主訴の一つとして持っている。そのような傾向は身体症状あり群の中でより著明に見られ、表1のように「身体症状あり群」の78%（91年）から86%（89年）が「登校拒否」を併せ持っている。

身体症状あり群について1991年を対象としてさらに詳しく調査してみた。身体症状あり

* 国立精神・神経センター国府台病院精神科
(Department of Psychiatry, Kohnodai Hospital, NCNP, Japan)

群の年齢構成は表2で示したように、幼稚園から小学校三年までの年代（年小群）が男子8名女子5名の計13名、小学校四年から六年までの年代（前思春期群）が男子13名女子6名の計19名、中学校一年以降の年代（思春期群）が男子48名女子35名の計83名であった。身体症状あり群全体の11%が年小群、17%が前思春期群、72%が思春期群ということになり、「身体症状なし群」の年小群28%、前思春期群20%、思春期群52%と比較すると有意な違いが見られた（ $p < 0.005$ ）。1991年の身体症状あり群が訴えた身体症状は表3のように、多いものから「腹痛」47名、「頭痛」45名、「悪心・嘔気」27名、「発熱」22名、「下痢」15名、「喘息」13名などとなっている。これらの上位3位まではいわゆる不定愁訴と呼ばれるあいまいな身体的愁訴であり、4位5位になってはじめて「下痢」「気管支喘息」といった具体的な身体症状が現われてくる。また、これらの症状が患児一人につきいくつ訴えられているかを検討した結果が表4である。愁訴の数が一つであった者は32名（身体症状あり群の29%）、二つ以上複数の症状を訴えた者は80名（71%）であった。なお、最も多い愁訴数は七つであり、男女各1名の2名に見られた。この身体症状あり群の臨床診断についてはDSM-III-RのAXIS I診断にしたがって検討した。その結果は表5のように、「過剰不安障害」が最も多く26名（身体症状あり群の23%）、次いで「抑うつ気分を伴う適応障害」11名（10%）、「身体的愁訴を伴う適応障害」9名（8%）、「小児期または青年期の回避性障害」9名（8%）、「特定不能の身体表現性障害」7名（6%）、「身体的病態に影響する心理的諸因子」4名（3%）などとなった。

B. 登校拒否に見られる身体症状

この間行ってきた登校拒否の病態を総合的に見ていこうとする調査研究の中で、我々は登校拒否を開始する前後、あるいはその経過中に出現した登校拒否以外の諸症状について検討した。表6で示したように、このような症状としては「身体症状」が120名と最も多

く、調査対象とした登校拒否小中学生165名の73%に出現している。以下、「不安・焦燥感」70名（42%）、「抑うつ」41名（25%）、「睡眠障害」28名（17%）、「家庭内暴力」27名（16%）などとなっている。さらにこれらの症状を、出現数の多い順に出現数8名の「著しい退行」までの諸症状について、その出現時期を登校拒否開始時点を基準とした月数で表わして検討してみた。これらの症状の出現パターンを見ると、おおよそ四種類のパターンを見出すことができた。

その第一のパターンは、登校拒否開始以前の数ヶ月から開始時点までに出現がほぼ限定され、登校拒否開始時にピークをむかえるもので、その最も一般的な症状が図1の「身体症状」である。その他、「摂食障害」にも同様の傾向が見られた。第二のパターンは、登校拒否開始時をピークにそれ以前にもそれ以降にも出現してくるもので、図2の「不安・焦燥感」と「抑うつ」「睡眠障害」の3症状に見られた。いずれも登校拒否開始時を明らかなピークとしており、登校拒否開始以前より以後のほうに広がり大きい傾向が見られた。第三のパターンは、「家庭内暴力」で見られたもので、その発現が登校拒否開始後にほぼ限定している。このような傾向を示す症状は図3の「家庭内暴力」の他に「分離不安」「恐怖・パニック」「自殺企図」「行為障害」「著しい退行」である。前三者は登校拒否開始時に明らかな発現数のピークを示すが、「自殺企図」以下の3症状はそのようなピークが明確でない。第四のパターンは、図4の「強迫症状」に見られるもので、症状出現の第二パターンに比較的近い分布を示しているが、登校拒否開始時のピークが著明でないことを含めて、登校拒否開始時の周辺での発現数の高まりを示さないという決定的な相違がある。また登校拒否発現以前にも以後にも他の症状と比べて極めて大きな発現の広がりを見せている。なお「ヒステリー転換症状」は第二パターンと第三パターンのどちらとも判定しがたいため“保留”としておいた。

考察：今回の調査の結果から、児童思春期精神科を受診する子どもたちの中で「身体症状」を主訴の中に含んでいるものはかなり多く、全新患数のおよそ40%にあたるということがわかった。このことは精神医学的な問題と身体症状は、特に児童思春期の年代では関連が深いということを示しているものと考えられる。特に、このような身体症状はいわゆる「登校拒否」との関連が深いことがうかがえた。そのことと関連した結果と思われるが、身体症状あり群では思春期年代の受診者の比率が身体症状なし群に比して有意に高い比率を示しており、身体症状は思春期でより頻度の高い愁訴であることがわかった。訴えられた身体症状の内容を調査結果から見ると、「狭義の心身症」と考えられる気管支喘息などの身体機能障害はその中心的な障害として登場せず、腹痛や頭痛などといったより「不定愁訴」的な身体症状もしくは身体愁訴が中心になっていることがわかった。そのためと考えられるが、訴えられた愁訴数が一つだけのものは身体症状あり群全体の29%にすぎず、71%は二つ以上の愁訴を示している。以上のような結果は一般的な傾向を示すというよりは、親が子どもの身体的愁訴を心理的なものと受けとめたり、小児科をはじめ各科で身体的原因を見出せなかった身体的愁訴を持って児童精神科を受診する子どもの中での特徴と考えるべきものであるだろう。

こうした身体症状を診断学的な疾患概念としてはどのように理解するべきであろう。身体症状あり群をアメリカ精神医学会のDSM-III-Rを用いた診断学的観点から検討してみると、児童精神科領域の身体症状は厳密に狭義の心身症を示しているのは「身体的病態に影響する心理的諸因子」は115名中4名と身体症状あり群の3%を占めるにすぎず、もう少し心身症概念の枠を拡大して「身体的愁訴を伴う適応障害」を含めても13名で身体症状あり群の11%を占めるにすぎない。また、身体症状が複数訴えられているが診断基準の13症状は満

たさない「特定不能の身体表現性障害」が7名いるが、これは従来の「心気症」に近い概念であり、神経症的な症状形成が色濃くうかがえるものを示している。仮にここまで枠を拡大すると、「心身症」的なものは20名で身体症状あり群の17%であり、残りの大半はいわゆる「神経症」的な診断概念にあてはまるものであった。神経症的な障害として診断されたもののうち最も多いのは不安とともに身体的愁訴を訴える「過剰不安障害」で26名（23%）に見られ、以下、心理的社会的ストレスに反応したと思われる「抑うつ気分を伴う適応障害」の11名（10%）、社会的尻込みや引きこもりが優勢な「小児期または青年期の回避性障害」の9名（8%）などとなっている。以上のように児童思春期精神科外来を受診する子どもの訴える身体症状のうち心身症とすべきものは10%強であり、その他の身体症状の大半が神経症的な障害の症状形成の一部として理解されるべきものである。このような結果との比較で我が国における小児科領域での“心身症”概念を見ると、その心身症概念は著しく広く、今回の対象とした身体症状あり群はもとより、ここでは身体症状なし群に含めたDSM-III-Rによる摂食障害、チック障害、排泄障害（遺尿症、遺糞症）、吃音症、抜毛癖なども含まれているのが現状である。しかし吾郷¹⁾の指摘するように、こうした拡大解釈は心理社会的要因が関与しているという根拠で神経症的な障害と機能のおよび器質的身体疾患のほとんど全てを含んでしまう危険があり、日本心身医学会の1991年の定義⁴⁾に基本的には準じて発症とその後の症状の消長に心理社会的要因が密接に関連している身体疾患を心身症とし、神経症とは別の概念と理解することが必要であると我々も考えている。この点については増井³⁾が身体症状を「1型（軽度単一症状）」、「2型（軽度多症状）」、「3型（転換）」、「4型（重度単一症状）」、「5型（重度多症状）」の五型に類型化して考えることを提唱しているが、治療との関連では身体症状をまずこうした類型でとらえて

おくことも有効な面があるかもしれない。いずれにしても、これまで広い意味で心身症とされてきたような身体症状を示す障害を評価するに際して「神経性習癖」「神経症的な行動の障害（排泄行動、摂食行動、対社会行動など）」「不安や抑うつを主な病態とする神経症に伴う身体的愁訴」と「（狭義の）心身症」をわけて考えることが必要であるだろう。少なくともこのような狭義の心身症概念を基本概念としたうえでなら、心身症の周辺のあるいは隣接する関連の深い障害として神経症的な障害に伴う身体症状や神経症的な行動の障害などを含めて、小児科と児童思春期精神科が共同で取り組める部分を多く持った領域としてとらえることには我々も異議のないところである。

すでに述べたように児童思春期精神科では身体症状を訴える子どもとの関連が強い登校拒否という現象について、その症状形成のプロセスを示すと思われる、登校拒否とその他の症状の発現時期について検討してみたい。調査の結果からは、登校拒否の発現を原点とした各症状の出現時期に四つのパターンがあることがわかった。第一は「身体症状」と「摂食障害」で、登校拒否の出現という山場に至る内的葛藤の高まりを示す出現のパターンと考えられる。第二は、「不安・焦燥感」「抑うつ」「睡眠障害」で、これらは登校拒否に至る内的葛藤の高まりを示す症状と理解することも、登校拒否を招くほど大きな情緒的混乱や抑うつ感をもたらす症状もしくは障害と理解することもできる。また、これらは登校拒否中の内的葛藤によって引き起こされた症状であると理解することもできる。第三は、「家庭内暴力」「分離不安」「恐怖・パニック」「自殺企図」「行為障害」「著しい退行」で、これは登校拒否後の内的葛藤の高まりを示す症状、もしくはそれが引き起こした障害と理解できるものである。第四は、「強迫症状」で登校拒否とは一定の独立性をもって発現してくる症状と考えることができる。

以上のような結果を得た今回の調査からはまだ多くを語ることはできない。しかし、少なくとも児童精神科領域でこれだけの「いわゆる心身症の子ども」の受診があり、しかもその多くは狭義の心身症概念にはおさまりきれない「神経症的」な障害を示している。また、以前から指摘されていたようにこうした心身症的な身体症状はいわゆる登校拒否との関連も深い²⁾。小括として現段階では次のようなまとめをしておきたい。第一点はこうした身体症状の実態をさらに慎重に調査研究してみる必要があること、第二点は治療システムと有効に結びつけることの可能な児童思春期年代に固有の心身症およびその周辺の障害の疾病概念をさらに明確にしていく必要があること、第三点はこうした心身症に対する治療や対策には児童思春期精神科的な観点からのアプローチが必須のものであることである。

本年度に行った調査はあくまでパイロットスタディ的なもので、方法的にもレトロスペクティブな調査であった。次年度以降この調査研究を続行する場合、より構造化された評価法を用いたプロスペクティブな調査を行いたいと考えている。我々はそのためにすでに昨年時点ですべての評価システムを作成し、国府台病院児童精神科外来を受診した精神遅滞と広汎性発達障害を除いた障害の小中学生を対象として本年1月から調査を開始している。その調査研究によって、児童精神科領域で心身症的な身体症状を訴える子どもの病態、治療との関連、予後などについて客観的な結果を得ることができれば、その意義は大きいものと思われる。

文献

- 1) 吾郷晋浩：小児心身症の定義。吾郷晋浩、生野照子、赤坂徹編：小児身障とその関連疾患，24-28，医学書院，東京，1992。
- 2) 小松保子，徳重洋子，奥山真紀子他：身体症状を主訴とする不登校児。小児の精神と神経 22；177-182，1982。
- 3) 増井美保子：小児の身体表現性症状につ

いて（コンサルテーション・リエゾン精神医学からの分類の試み）。精神医学 34；973-980, 1992.

4) 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 31：537-576, 1991.

Abstract:

Patients with Physical Complaints in The Department of Child and Adolescent Psychiatry of Kohnodai Hospital, NCNP, Japan

Kazuhiko Saito, Toru Yamazaki, Mari Kasahara, Yosiko Sato, Naofumi Okumura, Takasi Isobe, Noriko Takada, Tisako Tokumaru

Ratio of patients with the physical complaints who came to The Department of Child and Adolescent Psychiatry of Kohnodai Hospital, NCNP, Japan are 39% of the all new out-patients in 1991. Only 11% of these patients are diagnosed as psychosomatic disorder, and almost all of the rests are diagnosed as neurotic or reactive disorder such as "Overanxious Disorder", "Avoidant Disorder of Childhood or Adolescence", "Adjustment Disorder with Depressed Mood", and so on. 78 % of them have school refusal or school phobia.

表1 国府台病院児童精神科外来3年間の状況
(人)

	1989年	1990年	1991年
外来受診者総数	301	301	293
P S あり	99	141	115
PSあり / 総数	33%	47%	39%
S R あり	200	188	177
両者あり	85	116	90
両者あり / PSあり	86%	82%	78%

PS ; 身体症状 SR ; 登校拒否

表2 1991年新患の身体症状の有無
(人)

	身体症状あり群		身体症状なし群	
幼稚園	3	13	17	49
小一	2		18	
二	4		6	
三	4		8	
四	4	19	8	36
五	5		16	
六	10		9	
中一	27	83	21	93
二	32		33	
三	18		32	
高校生	6		7	
計	115		178	

表3 身体症状の内容(複数回答)
(人)

	男	女	計
腹痛	28	19	47
頭痛	33	12	45
悪心・嘔気	20	7	27
発熱	17	5	22
下痢	13	2	15
喘息	6	7	13
食欲不振	4	5	9
四肢痛	5	3	8
嘔吐	6	1	7
意識消失・痙攣	2	3	5
アトピー性皮膚炎	4	1	5
倦怠感	3	2	5
心因性視覚障害	1	4	5
頻尿	2	3	5

* 5人以上が訴えた症状のみ

表4 訴えられた身体症状の数
(個)

		男	女	計
症 状 数	1	16	16	32
	2	16	14	30
	3	23	9	32
	4	7	4	11
	5	2	1	3
	6	2	0	2
	7	1	1	2
計		67	45	112

* 3名は詳細不明のため除く

表5 身体症状あり群のDSM-III-R Axis I 診断
(人)

	男	女	計
過剰不安障害	19	7	26
適応障害(抑うつ)	3	8	11
適応障害(身体愁訴)	9	0	9
回避性障害	5	4	9
身体表現性障害(NOS*)	0	7	7
心理的諸因子**	2	2	4
強迫性障害	3	0	3
適応障害(不安気分)	3	0	3
適応障害(混合情動像)	2	1	3
注意欠陥・多動障害	2	1	3
その他	21	16	37
計	69	46	115

* Not Otherwise Specified

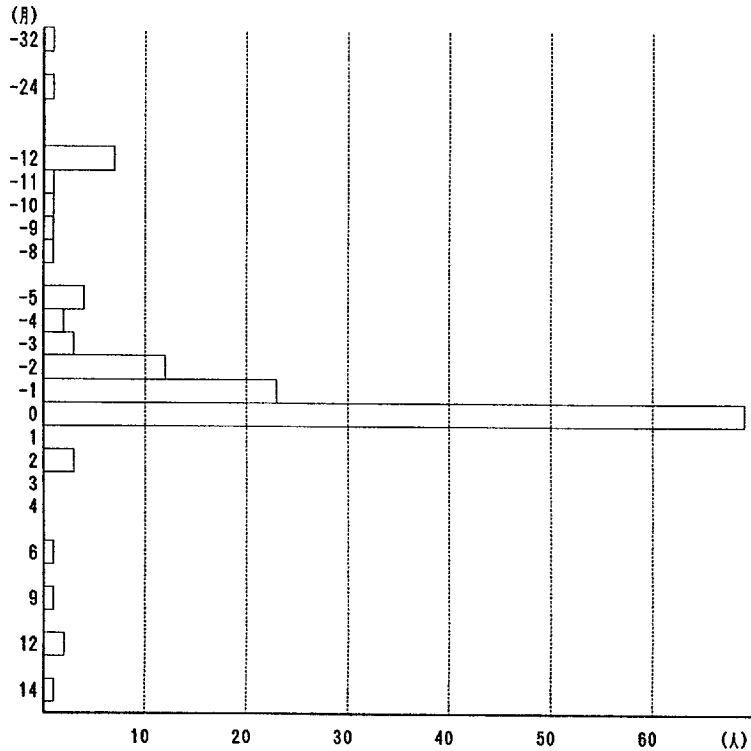
** 身体的病態に影響する心理的諸因子

表6 不登校以外の諸症状

	N=165 人 (%)
身体症状	120 (72.7)
不安・焦燥感	70 (42.4)
抑うつ	41 (24.8)
睡眠障害	28 (17.0)
家庭内暴力	27 (16.4)
強迫	25 (15.2)
分離不安	16 (9.7)
恐怖・パニック	15 (9.1)
H _y 転換症状	11 (6.7)
摂食障害	10 (6.1)
自殺企図	9 (5.5)
行為障害	9 (5.5)
著しい退行	8 (4.8)
見捨てられ抑うつ	6 (3.6)
H _y 解離症状	5 (3.0)
遺尿・遺糞	5 (3.0)

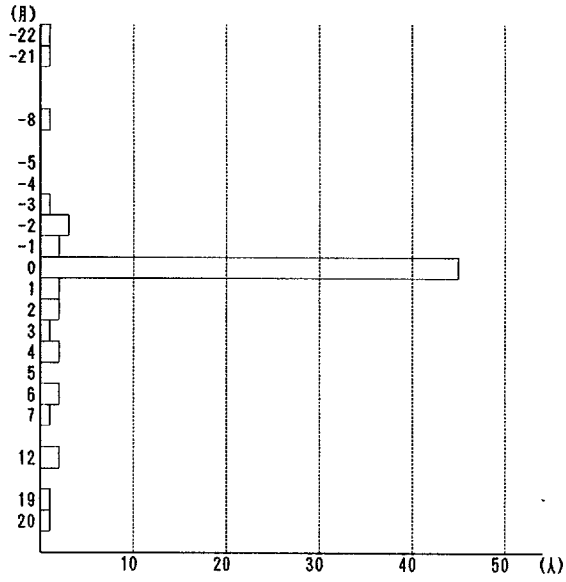
*5人以上が呈した症状

図1 身体症状出現時期



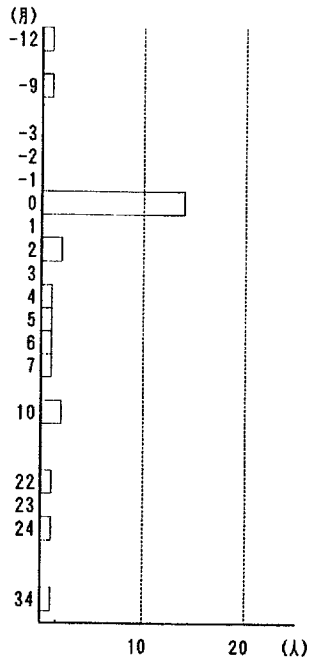
*登校拒否の出現時を「0」として見た時

図2 不安・焦燥感出現時期



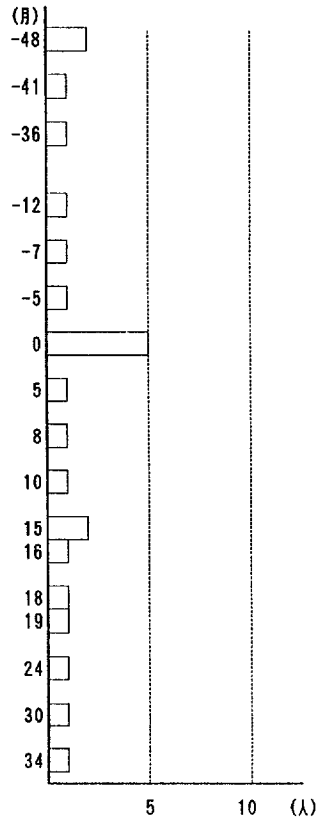
*登校拒否の出現時を「0」として見た時

図3 家庭内暴力出現時期



*登校拒否の出現時を「0」として見た時

図4 強迫症状出現時期



*登校拒否の出現時を「0」として見た時



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:国府台病院児童思春期精神科を受診した子どものおよそ 40%は主訴の一つとして身体症状を持っていた。1991 年(平成 3 年)の新患のうち身体症状を持っている者 115 名で見ると、思春期群の比率が身体症状のなかったものより有意に高いという結果を得た ($P<0.005$)。身体症状の内容を見ると、「狭義の心身症」と考えられる身体疾患はその中心的な障害ではなく、より「不定愁訴」的な身体症状が中心になっていることがわかった。また、身体症状を持っているものの 71%は二つ以上の身体症状を持っていた。身体症状を持っていたものの診断を見ると、「狭義の心身症」とできるものは大目にとっても 11%ほどであり、他の大半は「過剰不安障害」などの神経症的な障害であった。また、身体症状と登校拒否の関連は大きく、登校拒否において身体症状は登校拒否の出現という山場に至る内的葛藤の高まりを示すように、登校拒否開始以前から開始時点までに出現がほぼ限定され、登校拒否開始時に大きなピークを示すという出現時期のパターンを示していた。