

児童精神科外来における心身症性障害 の実態に関する研究

(分担研究：)

山崎晃資*、林 雅次、長田龍一郎、成田奈津子、荘司美香、
杉山祐司、加藤由起子、鈴木純子、吉田友子、渥美真理子、
溝口健介、猪股丈二、村瀬 寛

要約：児童精神科医療の臨床場面における小児心身症の実態を明らかにするために、1987年1月から1989年12月までの3年間に東海大学病院精神科・児童青年外来を初診した16歳未満の患児635例（男415例、女220例）の従来診断、ICD-9診断、主訴（特に身体症状）について調べた。その結果、かゆみ、遺尿・遺糞、食事の問題、腹痛・下痢、躰の痛み、発熱、耳・眼の症状、喘息、毛髪を抜く、不随意的な運動などの身体症状を主訴とするものが192例あり、従来診断では、神経症的行動障害（39.6%）、心身症性障害（32.3%）、登校拒否（17.2%）などと分類されていた。従来診断の中で、小児心身症の範疇で考えられる可能性のある神経症的行動障害、心身症性障害、登校拒否、神経性食思不振症と診断された302例について、ICD-9診断との比較検討を行った。小児心身症と診断される可能性のあるICD-9診断分類は、「307 他に分類されない特殊症状または症候群」、「313 児童期と青年期の特殊な感情障害」、「300 神経症」などであった。これらの調査結果から、「小児心身症」の概念、診断分類、さらに今後の課題についての考察を行った。

見出し語：小児心身症、神経症的行動障害、心身症性障害、身体症状、診断分類

研究目的：最近の日本学校保健会の調査では、体調の悪さを訴える中学生が10～13%おり、特に男子は学年を増す毎に増加していく傾向がある。中学生の約30%はぼんやりしていることが多く、38～40%は睡眠不足を訴えている。人生の中で、最も春秋に富み、エネルギーに満ち溢れているべき中学生が、心身の不調和、すなわ

ち「心身症」的症状を訴えていることは注目値する。本研究では、小児期の心身症性障害についての検討を行うために、児童精神科外来の実態を調査し、「小児心身症」の概念、診断分類学的問題点、さらに今後の課題について児童精神医学の立場からの考察を行った。

研究方法：1987年1月から1989年12月までの3年間に東海大学病院精神科・児童青年外来を初診した16歳未満の患児635例（男415例、女220例）について、従来診断、ICD-9診断、主訴（特に身体症状）を調べた。さらに、主として児童青年

*東海大学医学部精神科

(Department of Psychiatry and Behavioral Science, Tokai University School of Medicine)

精神科医療を行っている全国の16施設を対象に、1992年12月の第2週に外来を受診した症例についての診断分類に関する調査を行い、「小児心身症」についての総合的な検討を行った。

結果：

1)東海大学病院精神科・児童青年外来の実態
東海大学病院精神科・児童青年外来は、1975年に開設され、日本の大学病院としては初めてフルタイムの児童（青年）精神科部門の診療体制が整えられ、多様な精神障害児への治療的アプローチがなされてきた。東海大学病院では、1985年以来、全ての外来・入院患児・者についてICD-9診断分類を行い、さまざまな疫学的調査を行っている。今回は、1987年1月から1989年12月の3年間に児童青年外来を初診した16歳未満の症例635例（男415例、女220例）についての検討を行った。（コンピューターで抽出したカルテの中に、初診年月日の記載の関係で調査期間前後に受診していた症例が数例入ってしまった）

①受診状況を見ると（図1）、3月、6月、9月、12月に山のある波型の不規則なパターンを示し、男児に比して女児は比較的均一なパターンを示している。さまざまなストレスに耐えきれなくなった子どもが、学期末や学期の始めに病院を受診する傾向のあることは一般によく知られている。

②年齢別の受診状況を見ると（図2）、2～4歳と12～14歳にピークがある2峰性のパターンを示した。この結果は、1975年2月から1982年3月までの7年間について調べた結果¹⁾と一致している。すなわち、2～4歳の幼児期では発達障害が中心となり、12～14歳の小学校高学年から中学生の年代では神経症的発症が中心となっている。14～15歳で男女の受診数が逆転するが特徴である。

③635例の初診児について、従来診断による検

討を行った（表1）。男児では、自閉症（22.9%）、神経症的行動障害（19.8%）、発達性言語障害と登校拒否（それぞれ10.8%）、心身症性障害（9.7%）、精神遅滞（8.7%）、注意欠陥症候群（4.3%）などの順であり、女児では、神経症的行動障害（31.3%）、登校拒否（13.2%）、心身症性障害（12.2%）、自閉症（6.8%）、精神遅滞（6.4%）などの順となっている。男女合計でみると、神経症的行動障害が151例（23.7%）と最も多く、ついて自閉症110例（17.2%）、登校拒否74例（11.6%）、心身症性障害（10.6%）、発達性言語障害57例（9.0%）、注意欠陥症候群27例（4.3%）などの順となっている。従来診断分類からいわゆる心身症と関連があると考えられるものを抽出すると、神経症的行動障害、登校拒否、心身症性障害、神経性食思不振症などをあげることができる。

④主訴別の診断分類をみるために、635例の外来カルテを調べ直し、主訴を列挙して31項目に整理した（表2）。ここで、P1～P10は身体症状を、C1～C18は行動障害と精神症状をあらわし、C19～C21はけいれん、心理テスト依頼などである。身体症状を主訴とする192例について、従来診断との関連を表3に整理した。身体症状別にみると、「躰の痛み」が最も多く40例（20.9%）であり、ついで「腹痛・下痢」が33例（17.3%）、「食事の問題」と「不随意的動き」がそれぞれ26例（13.5%）、「遺糞・遺尿」が25例（13.0%）、「毛髪を抜く」が21例（10.9%）などの順であった。次に、身体症状を主訴とする192例の従来診断をみると、神経症的行動障害が最も多く39.6%、ついで心身症性障害32.3%、登校拒否17.2%、神経性食思不振症4.7%などの順であった。ここで注意しておかなければならないことは、心因反応（2.1%）、てんかん（1.6%）、精神遅滞および行為障害（1.0%）、精神分裂病（0.5%）で身体症状が主訴として認めら

れていたことで、身体症状の有無のみで「心身症」とすることができないことある。心身症の概念と診断基準を作成する時に検討すべき重要な問題である。

⑤心身症を診断分類のなかでどのように取り上げることができるのかを検討するために、神経症的行動障害、心身症性障害、登校拒否、神経性食思不振症の4つの従来診断とICD-9診断の比較を試みた(表4)。ICD-9診断では、「307 他に分類されない特殊症状または症候群」が93例(30.8%)と最も多く、ついで「313 児童期と青年期の特殊な感情障害」が89例(29.5%)、「300 神経症」が43例(14.2%)、「306 精神的諸要因による身体的病態」が28例(9.3%)などの順であった。従来診断における「心身症性障害」に相応するものでは、「307 他に分類されない特殊症状または症候群」、「306 精神的諸要因による身体的病態」、「300 神経症」の3項目であった。

2)全国18施設(主として児童青年精神科医療を行っている)の外来統計

山崎ら⁴⁾は、全国の精神科児童・思春期外来における1992年12月7日から12日までの1週間の外来患児・者を対象に、厚生省精神神経研究委託費による「児童・思春期における行動・情緒障害の成因と病態に関する研究」(若林班)の一貫として作成した「児童・思春期精神障害の診断マニュアル」を用いた調査を行った。16施設から得られた737例(男 455例、女 282例、2:4歳~32:0歳)の資料の一部について本研究と比較検討することを試みた。737例の診断分類(表5)を整理すると、「F84 広汎性発達障害」が210例(28.5%)と最も多く、ついで「F70 精神遅滞」68例(9.2%)、「F90 多動性障害」47例(6.4%)、「F98 その他の児童期情緒・行動障害」および「F20 精神分裂病」がそれぞれ45例(6.1%)、「F94 児童・思春期社会的機能障害」

40例(5.4%)などの順となった。男女別に見ると、男では、「F84 広汎性発達障害」が171例(37.8%)と最も多く、ついで「F70 精神遅滞」46例(10.6%)、「F90 多動性障害」44例(9.7%)、「F98 その他の児童期情緒・行動障害」24例(5.3%)、「F94 児童・思春期社会的機能障害」23例(5.1%)などの順となっている。女では、「F84 広汎性発達障害」が39例(13.7%)と最も多く、ついで「F20 精神分裂病」28例(9.8%)、「F70 精神遅滞」22例(7.7%)、「F21 児童・思春期情緒障害」および「F98 その他の児童期情緒・行動障害」がそれぞれ21例(7.4%)、「F94 児童・思春期社会的機能障害」17例(6.0%)などの順となっている。

また、小児心身症との関連が考えられる「不登校」または「登校拒否」の診断分類を検討すると(表6)、「F98 その他の児童期情緒・行動障害」が30例(26.1%)と最も多く、ついで「F94 児童思春期社会的機能障害」25例(21.7%)、「F93 児童・思春期情緒障害」19例(16.5%)、「F92 行為・情緒混合性障害」12例(10.4%)、「F91 行為障害」6例(5.2%)などの順であった。不登校および登校拒否は、多様な障害を含んでおり、画一的な診断および対応では解決できない問題である。

考察：心身症は、「身体症状を主とするが、その診断や治療に心理的因子についての配慮が特に重要な意味を持つ病態である」と定義されている。心身症という概念は、特定の共通な成因に基づく疾患を意味するものではなく、あらゆる疾患が、それに対して心身医学的アプローチがなされる時に、心身症として意味づけられることになる。一方、神経症は心因という特定の成因に基づく症候群をあらわす概念である。成人を対象として登場した神経症概念は、精神的原因(心因)によって起こる多彩な精神身体症

状を持つ症候群とされており、神経衰弱状態、心気状態、不安状態、抑うつ状態、強迫状態、離人状態、敏感状態、ヒステリー状態などの状態像があげられている。神経症としてとらえるためには、基本的には心因性に発症し、その心因によって引き起こされる内的抗争または不安を基盤とする症状が、心理学的によく了解できるような反応であることが重要であり、それぞれの状態に応じた特有の心理機制を有するものである。このように整理すると、心身症と神経症は全く異なったレベルにおける概念であり、両者の鑑別を問題にすることは理論的に成り立たない²⁾。

しかし、発達的に未分化、自己中心的な子どもの場合には、心理的および身体的要因が分化しないままに全有機体として反応することから、成人で認められるような神経症特有の心理機制を明確に把握することは困難であり、状態による類型化はできない。さらに、子どもでは、身体化機制を用いずとも容易に身体症状を表出し、それを「問題解決の場に登場するための入場券」とすることが一般的である。このために、児童精神医学の教科書では、子どもの神経症的発症は、精神身体症状を前景とするものと、行動障害を前景とするものの2群に大別されている²⁾。

(a)精神身体症状として病像を形成する場合：

- ①中枢神経系：頭痛、偏頭痛
- ②循環器系：赤面、蒼白、心拍増加、高血圧
- ③呼吸器系：呼吸停止発作、喘息
- ④消化器系：唾液分泌障害、悪心、嘔吐、腹痛、便秘、下痢、大腸炎、遺糞症
- ⑤筋肉系：チック、うなずき発作
- ⑥泌尿器系：夜尿症、昼間遺尿症
- ⑦特殊感覚：現実知覚の異常、幻覚

(b)行動障害として病像を形成する場合：

- ①食事行動に関する問題：拒食（思春期や

せ症など）、過食、肥満、嘔気症、反芻、異食症

- ②睡眠行動に関する問題：不眠、安らかなでない眠り、悪夢、夢中遊行、過眠、ねむけ

- ③話し方とことばの問題：緘黙、言語開始の遅れ、構音障害、発声障害、吃り

- ④習慣的にからだをいじる行動：指しゃぶり、爪かみ、その他のいじり癖

- ⑤学業の問題：学業困難、登校拒否

- ⑥性的行動の問題：自慰、異性に対する異常な興味や行動、同性愛的行動、近親性交、挿物愛

- ⑦怒り

- ⑧嫉妬

- ⑨恐怖

- ⑩不安発作

- ⑪分離不安

- ⑫心気症

- ⑬強迫：衝動行為、興味限局児

- ⑭ヒステリー：転換ヒステリー、集団ヒステリー

- ⑮ホスピタリズム

- ⑯非行：反抗、虚言、盗み、放火、破壊性、怠学、家出、徘徊

- ⑰自殺

小児期に認められる心身症は、前述した「精神身体症状として病像を形成する場合」に相応すると考えられるが、「小児心身症」と固有名詞的な術語で包括することには問題がある。「心身症」を一つの疾病論的概念として認めたとしても、小児期に特有な心身症があり得るのが問題となる。一般に成人における心身症は、身体化の機制のために、精神分析を中心とする精神療法的アプローチが十分な効果を示し得ないとされている。しかし、小児期の心身症性障害は、精神発達レベルによって容易に身体症状

として心理的葛藤を表現し、遊戯療法、箱庭療法などによく反応することが知られている。その意味では、成人とは異なる要因を強調するために「小児心身症」と呼称することに、意味を見出すこともできるであろう。「身体症状を主とするが、その診断や治療に心理的因子についての配慮が特に重要な意味を持つ病態である」と定義される心身症は、ある意味では全ての疾患に該当する問題であり、まさに包括医療そのものである。

現代の子どもに、多彩な精神身体症状を認め、それが増加の傾向にあることは事実である。小児期における心身症の概念、診断基準、治療マニュアルを明確にするための学際的な検討が必

要とされているのである。

文献：

- 1)河野貴子ら：東海大学医学部附属病院児童精神科外来統計におけるDSM-IIIの適応について、児精医誌 24:288～298、1983年。
- 2)牧田清志：改訂児童精神医学、岩崎学術出版社、1977年。
- 3)諏訪 望：最新精神医学、南江堂、1964年。
- 4)山崎晃資ら：児童・思春期精神障害の診断マニュアル作成に関する研究（第3報）、厚生省「精神・神経疾患研究委託費」2指-15、児童・思春期における行動・情緒障害の成因と病態に関する研究、印刷中。

图 1 月別受診状況

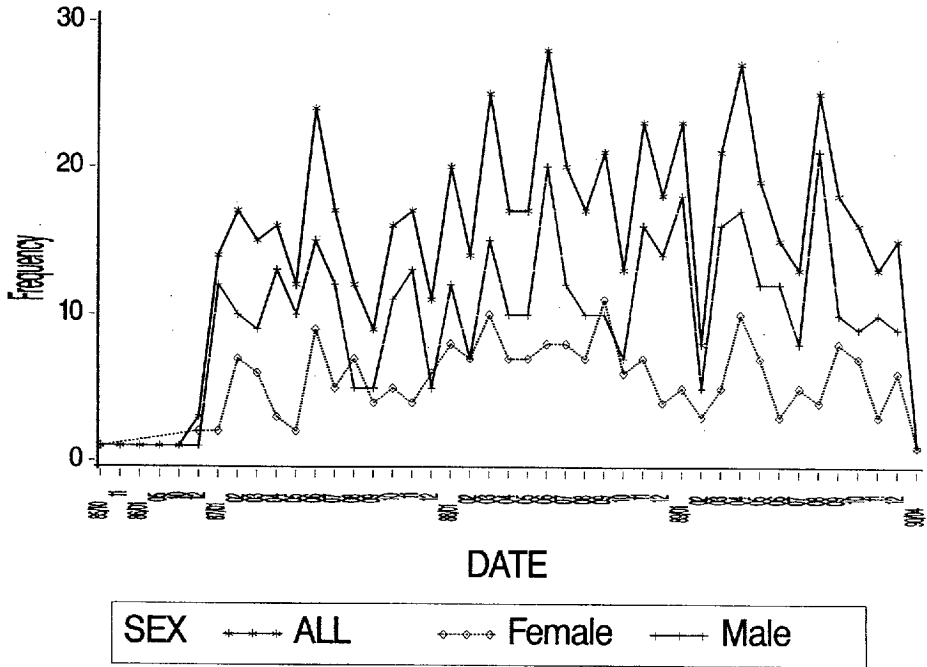


图2 年龄分布

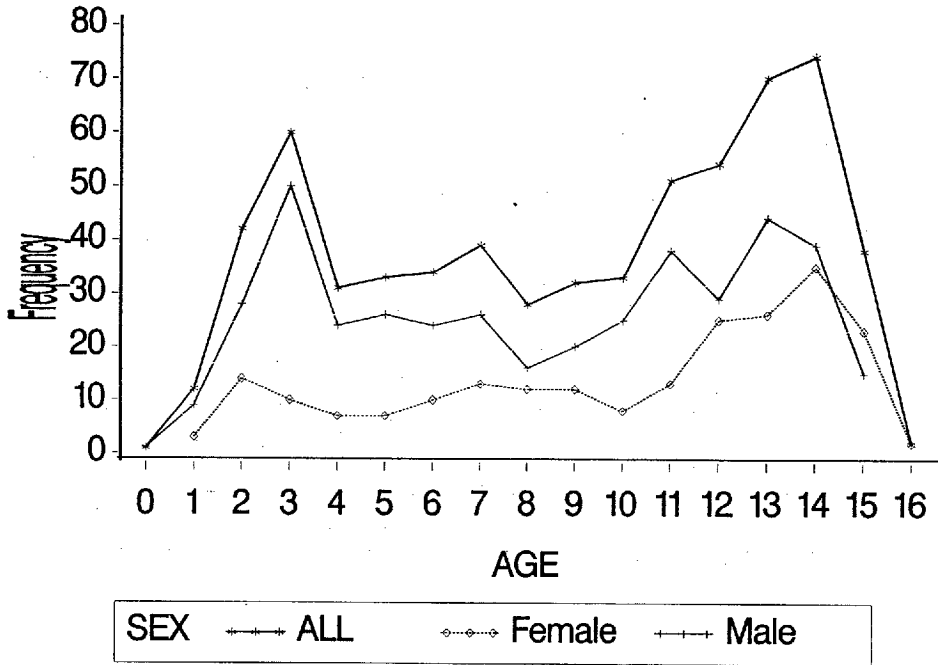


表1 従来診断別統計（1987年1月～1989年12月）

人（％）

	男	女	合計
精神遅滞	36 (8.7)	14 (6.4)	50 (7.9)
自閉症	95 (22.9)	15 (6.8)	110 (17.2)
発達性言語障害	45 (10.8)	12 (5.5)	57 (9.0)
学習障害	1 (0.2)	0 (0.0)	1 (0.2)
注意欠陥症候群	18 (4.3)	9 (4.1)	27 (4.3)
行為障害	9 (2.2)	3 (1.4)	12 (1.9)
神経症的行動障害	82 (19.8)	69 (31.3)	151 (23.7)
心身症性障害	40 (9.7)	27 (12.2)	67 (10.6)
登校拒否	45 (10.8)	29 (13.2)	74 (11.6)
神経性食思不振症	0 (0.0)	10 (4.5)	10 (1.6)
精神分裂病	7 (1.7)	3 (1.4)	10 (1.6)
気分（感情）障害	2 (0.5)	2 (0.9)	4 (0.6)
心因反応	8 (1.9)	6 (2.7)	14 (2.2)
性格障害	0 (0.0)	1 (0.5)	1 (0.2)
てんかん	12 (2.9)	7 (3.2)	19 (3.0)
心理検査依頼	8 (1.9)	8 (3.6)	16 (2.5)
不明	2 (0.5)	2 (0.9)	4 (0.6)
その他	5 (1.2)	3 (1.4)	8 (1.3)
合計	415 (100.0)	220 (100.0)	635 (100.0)

表2 主訴コード番号

-
- P1. かゆみ（疥が痒い、喉が痒い）
 - P2. 遺糞・遺尿・頻尿（おねしょ、夜尿）
 - P3. 食事の問題（食事量の減少、食欲不振、食欲低下、食べない、拒食、食思不振、痩せる）
 - P4. 下痢・腹痛・吐気（お腹が鳴る、おならがでる、ガスが上がる、気分が悪い、胃がだるい）
 - P5. 疥の痛み（足がいたい、胸が痛い、頭痛、頭がかすむ、片頭痛、肩がこるしびれ）
 - P6. 発熱（微熱）
 - P7. 耳・眼の症状（耳が聞こえない、耳鳴り、視力低下、眼が霞む）
 - P8. 喘息
 - P9. 毛髪を抜く（髪を抜く、爪かみ、抜毛、脱毛）
 - P10. 不随意的動き（声を出す、不随意的な声、大声を出す、肩をあげる、チック、鼻をピクピクさせる、瞬き、手が振るえる）
-
- C1. 発達の遅れ（歩行障害、反応が遅い、動作が遅い）
 - C2. 言葉の遅れ（しゃべらない、言葉がない、会話ができない、無口、言葉が少ない、吃音、どもり）
 - C3. 視線が合わない（自閉的）
 - C4. 多動（落ち着きない、教室で騒ぐ、授業中飛び出す）
 - C5. 学業不振（文字が書けない、興味の偏り、物忘れ、勉強についていられない）
 - C6. 学校で不適応（集団に馴染めない、仲間と遊べない、仲間はずれ、いじめられる、不登校、幼稚園に行かない、学校に行けない）
 - C7. 興奮（不穏、乱暴、暴れる、不安定、いらいらする）
 - C8. 反抗（いうことを聞かない）
 - C9. 非行（盗み、盗癖、家にまっすぐ帰らない）
 - C10. 不眠（朝起きられない、日内リズムの乱れ）
 - C11. 倦怠感（元気がない、無気力、疲れる）
 - C12. 死にたい（泣きたくなる、涙がこみ上げる）
 - C13. 恐怖（尖ったもの、人が怖い、赤面）
 - C14. こだわり（トイレにこだわる）
 - C15. 奇妙な行動（一日中笑っている、コントロールがきかない、独語）
 - C16. 周りの様子が変わった
 - C17. 奇妙な声が聞こえる
 - C18. 性器の形が変だ（オナニー）
 - C19. けいれん（疥を固くする、手足をばたばたさせる、意識消失、ひきつけ）
 - C20. 心理テスト（骨髄移植、検査依頼）
 - C21. その他（多指症、新薬を使いたい）
-

表3 身体症状と従来診断

	精神選滞	行為障害	神経症的行動障害	心身症性障害	登校拒否	神経性食思不振症	精神分裂病	心因反応	てんかん	合計
かゆみ			4	1	1					5 (2.6)
遺尿			7	17	4					25 (13.0)
食事の問題	2		7	2	4	9		2		26 (13.5)
腹痛・下痢			19	3	10		1			33 (17.3)
寝の痛み		2	17	4	15			2		40 (20.9)
発熱			2	1	3					6 (3.1)
耳・眼の症状			7						1	8 (4.2)
喘息			1	1						2 (1.0)
毛髪を抜く			5	15				1		21 (10.9)
不随意な動き			7	18				1		26 (13.5)
合計	2 (1.0)	2 (1.0)	76 (39.6)	62 (32.3)	33 (17.2)	9 (4.7)	1 (0.5)	4 (2.1)	3 (1.6)	192 (100.0)

表4 従来診断とICD-9診断

	男/女 人 (%)				
	神経症的 行動障害	心身症性 障害	登校拒否	神経性食思 不振症	合 計
299 特に小児期に起こる精神病 (自閉症)	2/0	—	3/1	—	5 (1.7)
300 神経症	17/21	2/1	1/1	—	43 (14.2)
301 人格障害	0/3	—	1/0	—	4 (1.3)
306 精神的諸要因による身体的病態	6/9	6/5	2/0	—	28 (9.3)
307 他に分類されない特殊症状または症候群	20/9	32/21	0/1	0/10	93 (30.8)
309 不適応反応	3/1	—	1/1	—	6 (2.0)
312 他に分類されない行為障害	4/1	—	1/0	—	6 (2.0)
313 児童期と青年期の特殊な感情障害	16/14	—	36/23	—	89 (29.5)
314 児童期の過動症候群	1/2	—	—	—	3 (1.0)
315 特殊な発達遅延	1/0	—	0/1	—	2 (0.7)
317 軽度精神遅滞	3/2	—	—	—	5 (1.7)
318 中等度以上の精神遅滞	2/2	—	—	—	4 (1.3)
346 片頭痛	0/1	—	—	—	1 (0.3)
780 全身症状 (原因不明)	1/2	—	0/1	—	4 (1.3)
V65 代理相談	3/1	—	—	—	4 (1.3)
V70 心理検査依頼	3/0	—	—	—	3 (1.0)
その他	0/1	—	0/1	—	2 (0.6)
合 計	82/69	40/27	45/29	0/10	302 (100.0)

表5 児童・思春期精神障害の診断分類に関する調査結果

人(%)

診断分類	男	女	合計
F70 精神遅滞	46(10.6)	22(7.7)	68(9.2)
F80 言葉と言語の特異的発達障害	10(2.2)	5(1.8)	15(2.0)
F81 特異的学習能力障害	2(0.4)	2(0.7)	4(0.5)
F82 特異的運動発達障害	0(0)	0(0)	0(0)
F83 混合性特異的発達障害	2(0.4)	0(0)	2(0.3)
F84 広汎性発達障害	171(37.8)	39(13.7)	210(28.5)
F90 多動性障害	44(9.7)	3(1.1)	47(6.4)
F91 行為障害	9(2.0)	10(3.5)	19(2.6)
F92 行為・情緒混合性障害	9(2.0)	7(2.5)	16(2.2)
F93 児童・思春期情緒障害	8(1.8)	21(7.4)	29(3.9)
F94 児童・思春期社会的機能障害	23(5.1)	17(6.0)	40(5.4)
F95 チック障害	5(1.1)	5(1.8)	10(1.4)
F98 その他の児童期情緒・行動障害	24(5.3)	21(7.4)	45(6.1)
F99 その他の精神障害	1(0.2)	0(0)	1(0.1)
F20 精神分裂病	17(3.8)	28(9.8)	45(6.1)
F21 分裂病型障害	3(0.7)	3(1.1)	6(0.8)
F23 急性分裂病様障害	0(0)	4(1.4)	4(0.5)
F30 気分(感情)障害	0(0)	1(0.3)	1(0.1)
F31 うつ病エピソード挿話	3(0.7)	1(0.3)	4(0.5)
F32 双極性気分(感情)障害	2(0.4)	2(0.7)	4(0.5)
F33 反復性うつ病性障害	0(0)	1(0.3)	1(0.1)
F34 持続性気分(感情)障害	2(0.4)	7(2.5)	9(1.2)
F38 その他の気分(感情)障害	0(0)	3(1.1)	3(0.4)
F50 摂食障害	1(0.2)	22(7.7)	23(3.1)
コード番号なし	53(11.7)	44(15.4)	97(13.2)
F22 持続性妄想性障害	0(0)	1(0.3)	1(0.1)
F40 社会性恐怖症候群	1(0.2)	0(0)	1(0.1)
F41 その他の不安障害	2(0.4)	2(0.7)	4(0.5)
F42 強迫性障害	6(1.3)	3(1.1)	9(1.2)
F43 重度ストレス反応と適応障害	0(0)	1(0.3)	1(0.1)
F44 解離・転換性障害	3(0.7)	2(0.7)	5(0.7)
F45 身体表現性障害	4(0.9)	1(0.3)	5(0.7)
F54 その他に分類できない産褥に関連した 精神または行動の障害	0(0)	2(0.7)	2(0.3)
F60 特異的パーソナリティ障害	1(0.2)	3(1.1)	4(0.5)
F63 習慣及び衝動の障害	0(0)	2(0.7)	2(0.3)
合計	452(100.0)	285(100.0)	737(100.0)

表6 「不登校」・「登校拒否」の診断分類

診断分類	人(%)		
	男	女	合計
F81 特異的学習能力障害	1(1.7)	0(0)	1(0.9)
F91 行為障害	2(3.4)	4(7.0)	6(5.2)
F92 行為・情緒混同性障害	6(10.3)	6(10.5)	12(10.4)
F93 児童・思春期情緒障害	8(13.8)	11(19.3)	19(16.5)
F94 児童・思春期社会的機能障害	14(24.1)	11(19.3)	25(21.7)
F98 その他の児童期情緒・行動障害	16(27.6)	14(24.6)	30(26.1)
F20 精神分裂病	1(1.7)	1(1.8)	2(1.7)
F34 持続性気分(感情)障害	0(0)	1(1.8)	1(0.9)
F38 その他の気分(感情)障害	0(0)	1(1.8)	1(0.9)
コード番号なし	8(13.8)	5(8.8)	13(11.3)
F40 社会性恐怖症候群	0(0)	1(1.8)	1(0.9)
F41 その他の不安障害	0(0)	1(1.8)	1(0.9)
F45 身体表現性障害	2(3.4)	1(1.8)	3(2.6)
合計	58(100.0)	57(100.0)	115(100.0)



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: 児童精神科医療の臨床場面における小児心身症の実態を明らかにするために、1987年1月から1989年12月までの3年間に東海大学病院精神科・児童青年外来を初診した16歳未満の患児635例(男415例、女220例)の従来診断、ICD-9診断、主訴(特に身体症状)について調べた。その結果、かゆみ、遺尿・遺糞、食事の問題、腹痛・下痢、躰の痛み、発熱、耳・眼の症状、喘息、毛髪を抜く、不随意的な運動などの身体症状を主訴とするものが192例あり、従来診断では、神経症的行動障害(39.6%)、心身症性障害(32.3%)、登校拒否(17.2%)などと分類されていた。従来診断の中で、小児心身症の範疇で考えられる可能性のある神経症的行動障害、心身症性障害、登校拒否、神経性食思不振症と診断された302例について、ICD-9診断との比較検討を行った。小児心身症と診断される可能性のあるICD-9診断分類は、「307 他に分類されない特殊症状または症候群」、「313 児童期と青年期の特殊な感情障害」、「300 神経症」などであった。これらの調査結果から、「小児心身症」の概念、診断分類、さらに今後の課題についての考察を行った。