

小児心身症についての調査 (I)

—対象の概要と背景因子—

(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⁾、生野照子³⁾
平山清武⁴⁾、斉藤万比古⁵⁾

要約：小児の心身症・心理的疾患へ対応している17施設における初診時年齢15歳以下の心身症患者229人を対象として、小児心身症の背景因子に関する検討を行った。幼児期に関連する要因としては、身体症状を主とする心身症群で、集団への不適応状況（登園渋り）が20～30%認められたのが注目された。発症時点での背景要因は、患者自身の行動特徴・家庭に関する要因・学校に関する要因の3つが大きなものであった。行動特徴としては、対人緊張、神経質、過剰適応、敏感、融通性欠如などが主なものであった。家庭要因としては、両親の不仲、親の一方的な養育態度が重要と思われた。学校要因では、一方的な友人関係の問題が約70%（いじめとそれ以外の友人関係の問題が各々半々）を占め、教師との関係・部活動の問題が、それぞれ20%前後を占めていた。特に、教師との関係の問題は、背景因子としてよりも、増強因子としての影響力が強いことが推測され、今後の対応上注意すべき点と思われた。

見出し語：小児、心身症、成因、背景因子、増強因子

【はじめに】心身症の背景因子を検討し、その特徴を明らかにすることは、心身症への対応を考える上で重要なことである。このことは、小児において、特に重要と思われる。小児は、その生活の大部分を、家族・社会に大きく依存している存在であり、周囲からの影響を特に受けやすいと考えられるからである。影響を受けやすいということは、逆に考えると、周囲の要因を操作することで

小児心身症の予防を行える可能性が高いことを意味しているともいえるであろう。その点からも、小児心身症の背景因子を検討することの意義は高いと思われる。

【対象と方法】対象は、研究協力者が関係する17医療機関を平成6年9月から11月の3か月の間に受診（初診・再診を含む）した、初診年齢15歳以下の心身症患者である。

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)神戸女学院大学人間科学部 School of Human Sciences, Kobe College

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

5)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

共通の調査用紙を作成し、各機関にて記入後、回収・集計を行った。主な調査項目は、診断、登校状況、幼児期の状態、既往歴、行動特徴、背景因子（学校・家庭・塾）、増強

因子、経過、対応状況、連携機関、発症プロセスなどである。

【結果と考察】

1. 対象の概要：対象患児の性別、初診時年齢を表1に、身体面に関する診断名を表2に示す。診断名で、「心身症候群」とは過敏性腸症候群などの1つの疾患概念を持つ心身症である。「疼痛」とは疼痛の訴えを主とし、「身体症状」とは疼痛以外の身体症状（気分不快・発熱など）を主とし、いずれも身体症状を中心として、1つの疾患概念に該当しないものである。「未記入」とは、身体面の診断名がついておらず、適応障害などの精神科的診断名のみがつけられていたものである。

行動面の問題として、不登校を合併していたものは143人、62.4%であった。不登校の合併率に性差は認められなかった。診断別の合併頻度は、疼痛群で81.1%、心身症候群で74.1%、身体症状群で66.7%、摂食障害群で51.7%であった。疼痛の訴えが中心の場合、不登校の合併が特に多いことが伺われた。

2. 幼児期の状況：幼児期の状況は、主に母親から聴取されたものである。診断別で特徴が認められたのは、「幼稚園入園時の状況」であった。心身症候群、疼痛群、身体症状群という、身体症

表1 性別と初診時年齢 (人)

	~5	6~10	11~15歳	計
男児	5	49	59	113
女児	3	35	78	116
計	8	84	137	229

表2 身体面に関する診断名

心身症候群	58 (25.3)人(%)
疼痛	53 (23.1)
身体症状	30 (13.1)
摂食障害	29 (12.7)
排泄障害	16 (7.0)
チック障害	15 (6.6)
睡眠障害	3 (1.3)
その他	11 (4.8)
未記入	14 (6.1)

状を主とするいわゆる心身症群で

入園時に登園渋りがあったとするものが20~30%と、他の群に比して多く認められていた(表3)。

その他、「幼児期手のかからない子」がどの群でも70%前後であり、反抗期もなかったとするのが50%前後であった(表4)。幼児期の主な養育者は、90%以上の患児で「母親」と回答されていた

表3 幼稚園入園時状況 (%)

	人数	すぐなじむ	登園渋り	不明
全体	229	72.9	18.8	8.3
心身症候群	58	72.4	20.7	6.9
疼痛	53	62.3	32.1	5.7
身体症状	30	70.0	20.0	10.0
摂食障害	29	86.2	6.9	6.9
排泄障害	16	81.3	6.3	12.5
チック障害	15	93.3	6.7	0.0

たが、身体症状群のみで「母親」が80%、「祖母」が16.7%であった。これが、今回の対象のバイアスなのかどうかは不明であった。幼児期に患児にとっての心理的ストレスがあったとされたのは全体で56.3%で、診断別では、身体症状群で36.7%とやや低い傾向が認められた。ストレスの内容は両親の不和・離婚、親の病気、愛情の乏しい養育状況など、子どもが十分な庇護が得られない養育環境であったものが多くみられた。

しかし、以上の結果は、入園時状況を除けば、各診断別に大きな違いがなく、小児心身症患児の特徴なのか、それとも、最近の小児一般にみられる特徴なのか結論はつけられなかった。今後、コントロール群を設定して同様の調査を行う必要があるであろう。

3. 発症との関連が推測された背景因子：

発症と関連したと推測された背景因子を全体でみると、本人の行動特徴（性格特徴）が91.3%、家庭に関係する因子が79.5%、学校に関係する因子が72.5%であり

この3つで大部分を占めていた。その他、塾に関する因子が7.0%、習い事に関する因子が6.6%であった。

本人の行動特徴としてあげられたものの詳細を表5に示す。対人場面で緊張しやすい、細かいことを気にしやすい、相手に無理して合わせる、

表4 幼児期の反抗 (%)

	人数	あり	なし	不明
全体	229	34.5	49.8	15.7
心身症候群	58	27.6	53.4	19.0
疼痛	53	30.2	45.3	24.5
身体症状	30	40.0	50.0	10.0
摂食障害	29	34.5	55.2	10.3
排泄障害	16	62.5	25.0	12.5
チック障害	15	46.7	53.3	0.0

失敗することを心配する、融通性がない、などの特徴がみられた。同じように1つの疾患概念を呈さず身体症状を中心とするものでも、疼痛群と身体症状群では、患児の行動特徴に違いが認められた。摂食障害群にも、他の疾患群と異なる特徴が

表5 本人の行動特徴の詳細（複数回答） (%)

	人数	トラブル じやすい	過剰 適応	対人 緊張	敏感	引き こもり	融通性 ない	神経質
全体	209	14.4	37.3	44.0	30.6	11.0	26.3	40.1
心身症候群	55	12.7	40.0	52.7	29.1	14.5	27.3	41.8
疼痛	49	16.3	28.6	49.0	26.5	14.3	18.4	38.8
身体症状	28	10.7	42.9	46.4	39.3	3.5	21.4	50.0
摂食障害	26	7.7	46.2	46.2	42.3	23.1	53.8	42.3
排泄障害	13	15.4	23.1	30.8	15.4	0.0	23.1	15.4
チック障害	14	14.3	42.9	21.4	35.7	0.0	14.3	35.7

みられている。「トラブル生じやすい」とは、友人との間でということなので、家の外では周囲に合わせている過剰適応状況が、他の疾患群と比べても強いことが伺われる。このような行動特徴の違いが、同じようなストレス状況下でも、異なる症状を発展させる背景の1つである可能性も考えられた。今後、例数を増やして検討すべきことがらと思われた。

表6 学校に関する背景因子の詳細（複数回答）

(%)

	人数	精神的 いじめ	身体的 いじめ	友人 問題	部活動	教師 関係	転校	学業 不良
全体	166	27.1	8.4	33.1	18.1	21.7	11.4	11.4
心身症候群	46	28.3	4.3	30.4	23.9	28.3	8.7	13.0
疼痛	40	42.5	12.5	40.0	10.0	22.5	15.0	15.0
身体症状	20	25.0	10.0	25.0	20.0	25.0	10.0	0.0
摂食障害	21	9.5	4.8	38.1	28.6	14.3	9.5	4.8
排泄障害	8	0.0	0.0	37.5	12.5	12.5	12.5	37.5
チック障害	10	10.0	0.0	50.0	20.0	20.0	0.0	0.0

学校に関する背景因子と

してあげられたのが表6である。全体では、いじめといじめ以外の友人問題の両方で約70%を占めていた。いじめ以外の友人問題では、「気を使う」、「疲れる」、「友人がいない」などの問題があげられていた。いずれにしても、これらの問題は、対等な友人関係を持たないとまとめることができると思われ、そうした友人問題が、学校場面と関連したストレスサーとしてはもっとも大きいものと考えられた。

「部活動」の問題は、活動内容がきつい・厳しい・負担、上級生のしごき、顧問教師と合わないなどの内容で、運動部に関するものがほとんどであった。「教師関係」の問題は、教師と合わない教師の理解がない、というもので、担任に関するものが多かった。これら、部活動と教師との問題は、どちらも20%前後認められており、友人問題の次に注意すべき点と思われた。

なお、診断別では、疼痛群で、いじめ・友人問題に関する問題が多い傾向を認めていた。

家庭に関する背景因子の概要を示したのが表7である。両親の子どもに対する養育態度の問題が一番多く、半数を占めていた。2番目は、両親間の問題と子どもの学業に対する両親の期待が大きいという問題であった。診断別では、チック障害群で、養育態度の問題が他よりも多い傾向がみられた。チック症状は、心理的緊張で増強しやすいことが知られており、子どもを緊張させやすい両親の養育態度が多いのかもしれない。学業期待の問題が摂食障害群で多く認められた。摂食障害の患児はがんばるタイプが多く、学業成績ももともとよい患児が多いことから、両親が、知らず知らずに子ども達の学業に期待する傾向が強くなっていくことが、日常臨床経験からは推測され、こうしたことがこの結果の背景と思われた。母親と舅姑との関係の問題が、摂食障害群・チック障害群で多いことも注目された。摂食障害群では、姑と合わない母親が愛情がこもらない育児をしている状況を経験することは少なくないが、そうしたこ

とが関係しているのかもしれない。表7 家庭に関する背景因子の概要 (%)

れない。

表8は、両親の養育態度の問題の詳細である。すべて、子どもの気持ちを考えて、親の方の考え・思いを押しつける一方的な養育態度としてまとめられるものであった。養育放棄や積極的虐待などのような大きな問題よりも、過干渉・抑圧的という、比較的一般家庭にも認められやすい問題が多いことに注意すべきと思われた。診断別

	人数	養育態度 (%)	両親問題 (%)	同胞患児 (%)	家族健康 (%)	介護必要 (%)	学業期待 (%)	母親舅姑 (%)
全体	229	51.1	31.0	19.7	18.8	4.4	28.8	8.3
心身症候群	58	43.1	24.1	10.3	24.1	1.7	27.6	3.4
疼痛	53	47.2	34.0	18.9	17.0	3.8	34.0	9.4
身体症状	30	53.3	43.3	23.3	16.7	6.7	26.7	6.7
摂食障害	29	55.2	24.1	34.5	10.3	0.0	51.7	17.2
排泄障害	16	56.3	31.3	25.0	12.5	6.3	18.8	6.3
チック障害	15	73.3	40.0	13.3	33.3	13.3	13.3	20.0

思われた。診断別

では、身体症状群・摂食障害群で、過干渉・抑圧的の問題が多く認められていた。また、身体症状群では、両親が拒否・拒絶的とする回答が比較的多い傾向を認めた(37.5%)。両親間の問題の詳細が表9である。両親の不和・離婚・別居で67.6%

表8 両親の養育態度に関する背景因子の詳細(複数回答)

	人数	117人
過干渉	44.4%	
抑圧的	32.5	
一貫性欠如	20.5	
拒否的	20.5	
感情的	13.7	
養育放棄	5.1	
積極的虐待	2.6	

表9 両親の問題に関する背景因子の詳細(複数回答)(%)

	人数	71人
両親間の不和	36.6	
両親の離婚	19.7	
両親の別居	11.3	
父親単身赴任	2.8	
母親の就労	33.8	

表10 不登校群で多く認められた背景因子(%)

	不登校あり	不登校なし
学校に関する因子	85.3	51.2
対人場面で緊張	52.2	28.2
精神的いじめ	31.1	15.9
教師と合わない	24.6	13.6
学業不良	13.1	6.8
両親が過干渉	51.4	32.6
両親の離婚	22.4	13.6

を占め、両親の夫婦としての関係の悪さが、子ども達の心身に与える影響の強さがうかがわれる。診断別では、摂食障害群において、両親の不和の問題が多い傾向が認められた。

表10は、背景因子の中で不登校を合併した患児で特に多く認められたものである。ここにあげられた項目を多く持つほど、周囲の理解が得られずに、集団への適応が困難になることは容易に想像

できる内容ばかりと思われた。

4. 増強因子：経過中、症状を増強させた因子と思われるものについても検討を行った。全体では、55.9%で何らかの増強因子を認めていた。診断別では、チック障害群で33.3%とやや少ない傾向を認めたが、その他の疾患群ではいずれも50~60%前後に増強因子を認めた。増強因子の内容は、全体では、学校に関する因子と家庭に関する因子が半々であったが、診断別にみると、疼痛群・心身症症候群で学校に関する因子が50%前後と多く、家庭に関する増強因子は摂食障害群で多く

認められた(58.6%)。

表 1 1 学校での増強因子の詳細 (複数回答)

人数	88 人
精神的いじめ	25.0 %
身体的いじめ	4.5
友人問題	21.6
部活動	9.1
教師関係	22.7
転校	2.3
学業不良	14.8

学校側にもケースとして把握された後は、学校においては、背景となった友人問題よりも、教師との関係が経過に大きな影響を与えることを意味していると考えられる。身体疾患の場合は、医療機関からの情報を学校側も要求し、児への対応に反

映させやすいが、心身症の場合、不登校の合併が多いこともあり、「気持ちの問題」として、教師側が自分たちだけで試行錯誤的に関わることも多いのかもしれない。そうしたことが今回の結果に反映されているのかもしれない。心身症を持つ患児の学校生活に関して、教師に対する適切な指導体制が必要と思われる。

表12~14は、家庭に関する増強因子の詳細を示したものである。ここでは、学校関連増強因子での教師関係のように、背景因子の場合と比べて頻度が同等以上を示したものはみられていない。もっとも多いものは、養

表 1 2 家庭に関する増強因子の概要

養育態度	20.5 %
両親問題	10.9
同胞患児	7.9
学業期待	9.2

育態度の問題で20%みられている。その内容の傾向は、背景因子のときと大きな違いはなく、一方的な養育態度とまとめることができた。養育態度の詳細で、背景因子のときと比べ頻度的に同等以上を示したのは、過干渉と感情的な養育態度であった。特に、感情的は、相対的頻度としては2倍近くになっており、子どもが心身症を発症した場合、両親の接する態度として過干渉の他に、感情的にならないよう注意することが重要と思われた。診断別では、摂食障害群において、患児に対す

表 1 3 両親の養育態度に関する増強因子の詳細 (複数回答)

人数	47 人
過干渉	40.4 %
抑圧的	29.8
一貫性欠如	25.5
感情的	25.5
拒否的	14.9
積極的虐待	2.1

る母親の態度の問題が高率に指摘されていた。その内容は、過干渉で一方的とするものがほとんどであった。

表14 両親の問題に関する増強因子の詳細
(複数回答)

人数	25 人
両親間の不和	40.0 %
両親の別居	12.0
両親の離婚	4.0
父親単身赴任	4.0
母親の就労	20.0

両親間の関係に関する増強因子では、両親の不和の問題が多いものであった。これは、患児の発症により不和になったというよりも、発症前から不和傾向があり、発症後、それが増強したものが多くであった。母親の就労が増強因子となった患児が、両親の問題の増強因子を認めた患児の20.0%に認められたが、実人数も相対的頻度も、背景因子のときと比べるとはるかに少ないものであった。このこと

は、先の増強因子としての養育態度の結果と考え合わせると、母親と患児との関係に関しては、文字通り子どもに毎日接する母親の態度そのものが問題であり、仕事に就くかどうかに関しては、あまり心配しなくてもよいことを示しているとも思われた。

5. 因子消失と症状改善：背景因子、増強因子、それぞれの消失により、患児の症状の消失・改善が認められたかどうかを検討したのが表15である背景因子・増強因子とも、約2/3の患児で、その消失により、何らかの症状の改善を認めていた。消失した因子としては、背景因子・増強因子どちらも、両親の養育態度の変化がもっとも多いものであった(50~60%)。次いで、いじめを中心とした友人関係の変化(20%前後)、部活動の変化(10%前後)であった。この結果は、これらの因子と症状の関連性の強さを示すものであり、小児心身症への対応のみならず予防を考える際に留意すべき点と思われた。

【まとめ】
①小児心身症の背景因子の検討を、17医療機関229人の患児を対象に行った。
②幼児期の状況に関しては、集団へのなじみにくさの因子が、小児心身症の危険因子の1つとなりうる可能性が示された。具体的には、幼稚園・保育園への入園時の登園渋りの有無が1つの指標となる可能性が考えられた。
③幼児期では、反抗期がなく、手がかからない子どもという傾向もみられたが、どの疾患群においても同頻度で認められ、心身症患児としての特徴なのか、現代の子ども一般の特徴をみているかが区別できなかった。
④発症との関連が推測される背景因子は、患児自身の行動特徴(性格特徴)、家庭に関する因子

表15 因子消失後の症状消失 (人/%)

	背景因子 消失人数	症状 消失	増強因子 消失人数	症状 消失
全体	138	60.9	62	66.1
疼痛	32	68.8	17	82.4
身体症状	22	72.2	6	50.0
チック障害	6	50.0	2	50.0
排泄障害	10	50.0	1	100.0
摂食障害	22	50.0	13	61.5
心身症症候群	15	58.6	19	68.4

学校に関する因子、の3つが主なものであった。多くの患児で、患児自身の性格特徴を背景として家庭・学校の要因が関係して心身症発症に至ったと判断されており、環境の因子だけでなく、患児自身の特性を考慮することの重要性が指摘された。

⑤患児自身の行動特徴（性格特徴）としては、対人緊張が強い、過剰適応傾向、敏感などが主なものであった。疾患別に、特定の行動特徴がある可能性が示された。

⑥学校に関する背景因子としては、まず、いじめを中心とした一方的な友人関係の問題、次いで、考え方が合わないなどの教師との人間関係の問題、しごき・厳しいなどの部活動のさまざまな負担の問題に注意すべきと思われた。

⑦教師との人間関係の問題は、背景因子としてよりも、経過を悪化させる増強因子としての影響力の方が強い可能性が示された。今後、心身症患児の教育・指導に関して、教育領域に対して提言していく必要があることが示された。

⑧家庭に関する背景因子では、過干渉・抑圧的ななどの一方的な親の養育態度と、両親の夫婦としての不仲の問題が重要であった。

⑨家庭に関する増強因子は、背景因子と同様であったが、特に、両親が子どもに対して感情的となるという項目の頻度が高くなっており注意が必要と思われた。つまり、心身症を発症してしまった患児では、その両親に対して、感情的にならないよう指導することが重要と思われた。

⑩不登校を合併していた患児では、対人緊張が強く、精神的いじめが多く、教師の理解が得られず、両親が不仲で子どもには過干渉傾向、という特徴がみられた。これらの因子は、不登校の危険因子として検討される必要があると思われた。

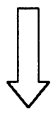
⑪背景因子・増強因子の消失により、症状が軽減した患児が60%前後みられた。そうした因子の変化としては、「親の一方的養育態度の変化」、「いじめの改善」、「部活動負担の軽減」の3つが主なものであった。小児心身症の対応・予防を考える際には、これら3つの内容を考慮することが効率的と思われた。

⑫今回の対象患児の特徴として検出された項目は少なくないが、コントロール群を設置しなかったため、得られた項目を小児心身症の特徴と結論づけることはできなかった。今後、正常コントロール群（健常児）、病的コントロール群（慢性身体疾患患児）を置いて、同様の検討を行う必要があると考えられた。



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・心理的疾患へ対応している 17 施設における初診時年齢 15 歳以下の心身症患者 229 人を対象として、小児心身症の背景因子に関する検討を行った。幼児期に関連する要因としては、身体症状を主とする心身症群で、集団への不適応状況(登園渋り)が 20～30%認められたのが注目された。発症時点での背景要因は、患者自身の行動特徴・家庭に関する要因・学校に関する要因の 3 つが大きなものであった。行動特徴としては、対人緊張、神経質、過剰適応、敏感、融通性欠如などが主なものであった。家庭要因としては、両親の不仲、親の一方的な養育態度が重要と思われた。学校要因では、一方的な友人関係の問題が約 70%(いじめとそれ以外の友人関係の問題が各々半々)を占め、教師との関係・部活動の問題が、それぞれ 20%前後を占めていた。特に、教師との関係の問題は、背景因子としてよりも、増強因子としての影響力が強いことが推測され、今後の対応上注意すべき点と思われた。