

# 児童心身症発症に関する 教育精神医学的考察

—学校心身健康調査結果にもとづいて—

松 本 和 雄

Psychosomatic の用語は、すでに1818年に Heinroth, J. C. A<sup>(6)</sup> によって用いられているが、psychosomatic medicine (P. S. M) として使用されたのは、1922年 Deutsch, F.<sup>(4)</sup> とされている。米国では1944年に、我国でも1960年にそれぞれ心身医学の専門医学会が発足して、活発な研究活動が行なわれている。今日ではマスコミ用語としても登場して、まさに人口に膾炙された感はあるが、精神医学的には概念上必ずしも問題がないわけではない。心身症 (PSD) がどの範囲の疾患まで含むのか、心理面の欠落した病気が存在するのかなど基礎的な検討は現在も続いている。WHO による国際疾患分類 ICD-9 では、身体組織の器質的障害を伴うものと伴わないものとに分け、前者は身体疾患に関連する精神要因、後者は精神要因に起因する生理的機能障害として、それぞれ分類されているが、心身症としては包括されていない。1980年大幅に改編されたアメリカ精神医学会精神障害分類 DSM-III<sup>(5)</sup> は、多軸診断を採用した総合的病態分類として画期的であるが、いわゆる心身症に相当する項目は、身体的病態に影響する心理的諸因子として分類され、各身体疾患の診断名を Axis III に記述するようになっている。いずれにしても心身の関係はまさに人間の表裏のように密接であり、心身相関として医学の重要な研究課題である点では、意見の不一致はみられない<sup>(6)</sup>。とりわけ、児童期は低年令ほど精神の状態が非言語的な身体の反応として表出されやすく、疾患もいわゆる心身症的病態をとることが多い。すなわち児童期病理では、心身医学的視点は、方法論の基本であ

り、いわゆる心因性ないし社会因性とも云うべき PSD の存在について成人の場合のような批判は見当たらない<sup>(7),(8)</sup>。喘息、夜尿、チックなど多くの固有の疾患も知られていて<sup>(9)</sup>、とくに母子関係の面からの接近<sup>(8)</sup>が特徴的といえる。我国では、1970年代に入り、胃潰瘍や糖尿病など成人病とされていたものが児童期に発症するなど<sup>(8)</sup>、心身症の低年齢化が注目されてきたが、同時に心気症ないし心身症状を伴った不登校や家庭内暴力、いじめなど学校・家庭の教育と関係した行動異常が指摘されている<sup>(8)</sup>。本論文では、特定の心身症はとり上げないで、一般児童における不健康面の徴候としての心身症状に着目し、その出現状況の分析から、児童心身症の病因論を特に学校教育的背景との関連で検討する。

## 〔方法論〕

心身症の病因を究明するとき、通常は診療機関受診例の逆行的な症例分析方法が基本である。しかし、一方で児童期の場合、家庭、学校などの環境要因が、成人と比較してより重要な影響をもっているとされ、一般児童を対象とした集団検診がその理解に不可欠である。本研究は原則として学校でおこない、51項目からなる心身健康総合調査表を中心として、心身症状と行動問題を調べた。

これは成人を対象とした CMI に対応したような精神身体各系統別の異常の有無を尋ねる形式であるが、低年齢の場合、自分での評価が不可能であり、養育者が記入する方式と二種類が用意された。もっとも、教師の援助で小学校低学年に対しても、自分で記入することも可能であり、養育者と本人との評価の意味を比較する場合などに用いた。一般児童を対象とした心身症状項目は、疾患そのものを診断するのではなく、一つは疾患を検出するためのスクリーニングテストとしての機能と、他は特別な医療を必要としない程度のいわゆる健康者が示す症状の出現頻度を知るものである。したがって、いずれにしても結果は心身症そのものの疫学や病態を直接示すものではないが、児童期の心身症状

の質や量を知ることができ、家庭および学校内の要因に関連して、児童の健康度とストレスとの関係について一定の傾向を与えるものであろう。

回答は症状程度を強、弱二段階に無を加えた3検法を基本とした。また親の不安との関係を調べるためにはMAS（顕在性不安検査）などの既成の検査や養育態度を適宜施行した。さらに養育者が記入する場合は、できる限り周生期の問題や子供の日常生活環境についての情報も得られるようにした。対象には、小学生・高校生を選び、年令段階における相違を検討するとともに、高校生では男女差及び学校差についても比較した。結果は1975年からおこなってきた一連の学校調査結果をもとに、個人、家庭、学校の諸要因別に分析し、総合的に再検討したものであり、各調査毎に対象は異なっている。いずれの調査でも何例かの疾病が疑われ、診断確定のために詳細な医学的検査を必要とした。また疾患には、個別的な治療と経過観察をおこなったが<sup>3,69,68)</sup>、検討の方向に参考になる有対な資料が提供された。

## 〔結 果〕

### 1 過労と心身症状

1975年大阪府下小学生 1073名（男子 580名， 女子 493名）を対象とした心身症状と子供の環境状況調査をおこなった<sup>69)</sup>。その結果、塾その他の稽古事を1回でもしている子供は、72.0%で、そのうち週に5回以上通っている子供は16.9%であった。（表1）

表1 塾、稽古事に通う人数

昭和50年	回数/週	0	1～2	3～4	5以上
	人数 %	28.0	38.0	17.1	16.9
昭和60年	回数/週	0	1～2	3～4	5以上
	人数 %	19.6	41.9	30.2	8.3

なお習い事の内容は、低学年ではソロバン、習字、ピアノなどが主で、高学年になれば学習塾の割合が増加した。

1985年も同じ大阪府下で別の学校ではあったが小学生 1570名（男子 824名、女子 746名）を対象にして同様の調査をおこなった。その間にマスコミの教育過熱の指摘や文部省での指導もあったが、習い事に通った子供の比率は、80.4%に増加していた。もっとも週5回以上の高頻度群は8.3%に減少し、1～2回、3～4回に90%近くが集中してきて、習い事が定着した一方、習い方にも一定の合理的な傾向ができてきたとも解釈できた。

しかし、心身症状項目の内容に関しては多少の変化があるようであるが、量的側面には顕著な差は認められなかった。過労との関連については、1975年の調査で週3～4回でめまい（全学年生）朝礼で倒れる（2年生）、吃音（3年生）、咳をする（3年生）頻尿（4年生）で、また週5回以上では、睡眠障害（全学年生）、腹痛（4年生）、夜尿（5年生）、緘黙（4年生）、反抗（2年生）で、それぞれ全体との間に、有意の差が認められた。一方0回から2回の群については、症状項目との間に関連のあるものは指摘できなかった。このことは、児童の活動スケジュールが過度になると、心身の症状が出現してくることを示しているわけで、多忙や過度の緊張が過労を招き、不可逆の身体反応に発展しうることを示唆している。

## 2 高校生における心身症状

a. 全般的傾向：大阪府下の伝統ある一有名受験校A高校を選び、小学生で施行した内容のほかに、性や対人関係の悩みなどに関連した思春期の問題を含め、一部男女別々の質問をおこなった（1979年）<sup>10</sup>。対象は2年生全員454名で男子237名、女子217名からなり、本人に記入させる方式をとった。結果は表2のとおりで、各質問項目にそれぞれかなり高い出現率が認められた。この場合“しばしば”ないし“非常に”の強度の程度のもと、“時々”、“少し”の軽度を区別して回答させたが、強度のみの数値である。高校生では、女子の生理

表 2

心 身 の 症 状	小学生	高校生
体の一部がよくびくつく (チック)	2.6	3.0
吃 音	0.4	3.0
頭 痛	12.4	17.5
肩 こり	7.5	13.0
乗物酔	30.8	25.0
めまい	1.9	13.0
はきけ・嘔吐 (はく)	8.3	2.6
長いこと立っていると倒れることがある	1.1	3.0
腹 痛	21.1	26.1
便 秘	16.2	29.1
下 痢	11.7	—
食欲がない	19.5	10.0
偏 食	37.6	32.8
やせすぎ	10.9	8.3
肥りすぎ	5.3	1.1
おねしょう (夜尿症)	5.6	0
よくおしっこにいく (頻尿)	7.9	6.3
ぜんそく (ぜーぜーいう)	3.0	3.7
咳をする	9.8	6.8
じんましん・湿疹	10.9	7.5
よく風邪をひいたりする	38.0	32.8
つかれやすい	20.7	28.7
神 経 質	30.8	16.8
ねつきが悪い	15.0	21.8
睡眠があさい	6.0	9.3
甘 え た	43.8	9.7
鼻 漏 (はなたらし)	5.6	1.1
つめかみ	25.2	17.5
奇妙な癖や習慣がある	7.5	1.5
ひきつけ	0.4	0
一瞬気を失って変な動作をする	0.8	0
夜中に変な動作がある (歩きまわる。大声を出す。その他)	1.1	1.5
外で物をあまりいわない (無口・緘黙)	13.9	16.8
友人が出来ずいつもひとりぼっち	6.0	1.8
おちつきがない	39.5	2.8
よく学校をやすむ	0.4	3.4
反 抗 的	38.7	31.4

痛が25.1%で最も高く、さらに生理不順も24.0%で高率であり、初潮平均年齢が12歳代に低下していることを考えれば単に未成熟による不安定さと解釈してしまうことは早計であり、試験などのストレスに基づく問題である可能性が高いと推察される。そのほか、寝起きが悪い、反抗的、机の整理整頓を気にする(強迫的傾向)、おちつきがない、神経質、頭痛、肩こり、乗物酔、立ちくらみなどに加え、小学生の場合と同様偏食は高率でみられた。

この結果を小学生と比較してみると頭痛、肩こり、めまい、便秘、易疲労、ねつきの悪さなど、思春期以後で一般的な症状項目が、高校生では増加傾向を示した。反対に甘えた、おちつきがない、爪かみ、鼻漏、神経質、皮疹、偏食、夜尿などは、小学生で高く出現した。

しかし、乗物酔、長く立っていると倒れる、偏食、喘息、よく風邪をひく、おちつきがないなどの項目は、元来、思春期前後にはすでに減少しているべきものであるが、小学生との間で有意な差がみられず、現代青年の心身症状面での未熟さの存在を示唆したといえる。なお、心身症状項目中、精神面の項目8項目と身体面に関する25項目の学年間の分布について検討したが、心身項目間、学年間に差異は指摘できなかった。

b. 高校差；小・中学校の場合、小学区制により学校間のばらつきは少ないと考えられるが、高校になると、新設校や工業高校などと、いわゆる有名受験校とで受験に関連したストレスに、大きな差があることが予想される。そこで前者の特徴をもったB高校を対照校として選び同一の調査を施行し、受験校での結果と比較してみた(1980年)<sup>(66),(67)</sup>。

対象は男子262名、女子267名、合計529名で、両校に有意差の認められたものだけを纏めると表3のとおりである。予想と大きく反したのは、B校側に出現頻度が圧倒的に高いことであり、無口以外はすべて受験校(A校)に低い結果となった。

両校での養育態度の差を比較したが、父、母ともほぼ同様の傾向が示され、B校では親の態度に満足している生徒が少ない点を除いて有意差は指摘できな

表3 A校との差の著明な項目

症状	校名	A 校	B 校
	学年		
偏食*		3.1%	13.4%
爪かみ*		4.2	10.4
おちつきがない*		5.2	10.6
反抗的*		6.6	14.0
やせ*		0.9	3.8
寝つきが悪い**		6.2	9.8
睡眠が浅い*		2.9	5.1
すぐカーとなる**		8.5	6.8
死にたい時がある**		1.1	3.0
無口である*		4.6	2.6
性の悩み**		0	1.3

表4 塾・おけいこ事の評価

評価	校名 学年	A 校		B 校	
		男子	女子	男子	女子
		有意義	幼稚園 小学校低学年 小学校高学年 中学校	26.7% 30.6 46.2 52.7	33.6% 41.9 50.3 65.8
予をし 習自た ・主 復的 習に	幼稚園 小学校低学年 小学校高学年 中学校	48.3 54.2 64.0 66.0	36.8 39.3 49.7 64.3	44.4 38.1 43.9 31.3	51.6 48.8 49.5 43.2
予に涉 習つを ・いう 復てけ 習干た	幼稚園 小学校低学年 小学校高学年 中学校	25.0 11.8 5.9 8.0	30.4 19.9 11.8 7.5	22.2 16.8 15.9 21.4	14.5 11.7 11.3 24.3

\*  $\chi^2$  検定で 1% レベルで差がみられたもの。

\*\* 5% レベルで差がみられたもの。

かった。経済状態、過去の習い事などの教育状況についても顕著な傾向は認められなかった。例えば通塾率については小学校低学年ではA校2.6%に対し、B校では3.8%でむしろA校を凌いでいた。しかし塾や稽古事に対する評価や親の干渉に関しては明確な差異が示され、例えばA校男子で幼稚園時期には25.0%が予習、復習等で干渉を受け、B校でも22.2%であった。しかし、中学校時期ではA校では8%と1/3以下に低下しているのに、B校では21.4%ほぼ同様の干渉状態にあることが明らかになった(表4)。この傾向は小学校高学年から認められるが、とりわけ中学校での自主性の低さと養育者の干渉の増加は注目された。習い事の意義に関してもB校では男女ともに低い評価が特徴的であった。

同胞では、A校で1人子の割合が多いのに対して、B校では同胞数3~4人が、やや多くみられた。また前者には母子家庭は1.2%含まれ、父子家庭はなかったが、後者では、母子家庭5.8%、父子家庭も1.9%あり、家庭間の条件の差の存在は皆無ではなかった。

なおB校では、幼稚園、小学校、中学校を通じて知的評価の高いものの率は低く、運動面の発達とくに幼稚園段階でのみA校を凌いでいた。

### 3 親の不安と心身症状

小学生の過労や高校生の受験ストレスは、様々な心身症状を惹きおこすが、一方、同じ環境にあって全く症状を示さなかったり、反対に明確な環境要因がなくても多くの症状を示す場合がある。つまり他の要因が関与していることになるが、児童期では養育者との関係、とりわけ母親の性格や態度の重要なことが知られている。筆者らはこれらの母親の性格と関係をみるために、子供の心身症状項目と同時に母親に対するMAS顕在性不安検査をおこなった。

対象は大阪府下小学生330名を選び、その母親のMASの段階を5段階に分類し、I、II段階を高不安群、IV、V段階を低不安群として、比較分析をおこなった<sup>44)</sup>。

その結果、表5に示すようにIIIを頂点とした平均的な分布がみられた。



症状項目では、頭痛、肩こり、咳、入眠障害、頻尿、無口、落ち着きがない反抗的で、また各段階毎の症状項目数の出現頻度も不安の程度と平行していずれも不安群に高い出現率が認められた（表6）。

しつけについては、きびしい小言が多いなど両群で差はみられないが、不安群では放任は少なく、進学に関する心配も強い。また子どもの動作が遅い、父親が養育に無関心である点の指摘が有意に高く認められた（表6）。

母親に不安が高い場合、養育態度では放任が減り、干渉が増加する傾向が強いため、高校生について母親の干渉の強い場合と弱い場合を過干渉群、非干渉群に分けて同様に比較した（表8参照、対象454名うち女子217名）<sup>69</sup>。

症状項目の内容は異なるが、疲れやすい、ねおきが悪い、生理痛、落ち着きがないの5項目で、いずれも過干渉群で高率の出現が指摘された。精神症状項目および心身症状項目のいずれにおいても、過干渉群での出現頻度は高く、差が認められた。

両親とも教育面の干渉だけでなく行儀作法もきびしく、とり越し苦労が多い反面、親に満足は少なく非干渉群との間に差が見られた。なお子供の習い事に通う回数と親の不安との関係を見たが、特別の関係は指摘できず、塾やけいこ事が母親の不安にもとづいた個人的レベルの問題でないことが示唆された。

#### 4 周生期の影響

子供の心身症状に対する母親の養育態度の影響は、きわめて大きく重要であるが、子供自身の個体的特性も発症に強く関係している。とりわけ最近、種々の疾患の病因に周生期の問題が注目されている。心身症状に関しては特に、器官選択等に関連して周生期障害は興味深い。

症状項目と同時に妊娠中、出産時、産後1年間の状況について調査した。（1977年、1982年、1985年）周生期の障害には（1）難産（2）早期破水（3）逆子（4）臍帯纏絡（5）仮死（6）未熟児（7）乳児期哺乳量少ない（8）吐乳（9）育てにくかった（10）知恵づきが遅い（11）身体発達が遅い、その他乳児期の高熱疾患、ひきつけの有無が含まれる。558名（男子257名、女301名）の高校生の養育者に

表 5 MAS 段階別一人当たり平均症状項目数

MAS 段階	1	2	3	4	5	6	全学年
I	8.6	5.4	7.1	7.5	7.2	4.6	6.7
II	3.6	3.9	9.6	3.0	5.8	5.1	5.2
III	4.5	4.6	4.6	3.9	3.7	4.3	4.2
IV	3.4	3.1	3.6	3.7	4.8	4.5	3.7
V	3.4	2.0	3.0	2.4	3.5	2.6	2.8

表 6

症 状	母の性格	不 安 群	低不安群
頭 痛 *		12.7%	7.0%
肩 こ り *		10.1	5.0
せきをする 1		16.5	5.4
ねつきが悪い *		21.5	3.9
頻 尿 *		12.7	4.7
落ち着きがない *		32.9	22.5
無 口 *		17.7	4.7
反 抗 的 *		35.4	20.9

項 目	母の性格	不 安 群	低不安群
しつけ 厳しい		27.8%	31.8%
小言が多い		63.3	50.4
放 任		7.6	10.1
子 供 の 動作がのろい *		26.6	12.4
勉強など言わないとしない		64.6	49.6
父養育に無関心 *		21.5	7.8
進学が心配		45.6	24.0

\* 1%レベルで有意差がみられた項目

表 7

症 状	親の態度	干 渉 群	非干渉群
疲れやすい	*	10.0%	4.1%
ねおきがわるい	*	25.0	15.7
生 理 痛	*	15.4	8.5
風邪をひきやすい	*	12.5	5.8
おちつきがない	*	13.8	2.5

母 親

とくに教育面の干渉	*	35.0%	5.8%
行儀作法にきびしい	*	31.8	14.0
とり越し苦労が多い	*	40.0	5.8
無 関 心	*	0	5.0
親に満足	**	10.0	43.0

父 親

全般的に干渉的	*	5.0%	0.8%
とくに教育面で干渉的	*	15.0	6.6
行儀作法にきびしい	*	27.5	7.4
とり越し苦労が多い	*	12.5	1.7

\* 1%レベルで有意の差がみられた項目

\*\* 5%レベルで有意の差がみられた項目

表 8 周生期障害と心身症状

周生期障害	心 身 症 状
早 期 破 水	頭痛, 肩こり, めまい, はきけ, 便秘・下痢, 食欲がない, ねつきが悪い, 反抗的, 腹痛, 体の一部がびくつく
乳児期低哺乳量	乗物酔, 長く立っていると倒れる, 食欲がない
臍 帯 纏 路	腹痛, 睡眠が浅い
逆 子	やせすぎ

対する調査の結果、周生期異常は男子20.6% 女子24.9%に認められた<sup>(6),(9)</sup>。そして早期破水と頭痛、肩こり、めまいなど心身症状項目との間に関係が認められた(表8)。

また大阪府下小学生1570名(男子824名、女子746名)の母親から得られた結果では、何らかの周生期異常と関連のあるとされる症状にチェック、肩こり、めまい、長く立っていると倒れる、便秘、肥りすぎ、頻尿、咳をする、よく風邪をひく、疲れやすい、睡眠が浅い、鼻漏、手先が不器用などの項目があげられた。

なお、高校生についての結果では周生期異常の有無で、幼稚園、小学校、中学校での運動面、知的能力面のいずれにおいても顕著な差が生じないことが認められた。

## 〔 考 察 〕

1975年から1985年に至る一連の学校健康調査の結果を総合的に再検討し、心身症状発症要因の分析を試みた。成人では標的器官は、性格傾向など個体の特殊な要因と関連して決定されるが、児童期ではかなり共通した因子が役割を演じることが多い。とりわけ我国では学校、塾などの教育環境と、母親の養育態度のうち特に教育的干渉などの家庭の影響が大きな位置を占めていることがこれらの調査結果で指摘された。

### 1 過労と心身症

過労つまりストレスが心身障害を惹きおこすことはすでに、Selye H. の実験<sup>(8)</sup>で示されているが、Selye の主張はむしろ問題がその個体の耐性或特性にあり、それによって反応が異なる点に注目させたことに意義が大きいと考えられる。現代の我国の児童期が、小、中、高校と一貫し、昭和50年以来高校進学率は、90%以上を維持して実質義務教育化され、それにもなって教育関連分野は高度に成長し、例えば調査の結果からは、大阪府下の小学生1人週平均

2.4回以上塾などの何らかの習い事に通っていて、90%以上が学校外の教育活動に参加していることになる。教育面の刺激や反応が優位になり、しかも過度になることは、子供の生活リズムや心身の状態に大きな影響を与える。1981年総理府の青少年の生活に関する国際比較調査結果でも、米国の子供より平均睡眠時間や遊ぶ時間は日本の方が少なく、反対に勉強時間は長くなっている<sup>89</sup>。日本の子供は遊びや睡眠の分を勉学にまわしていることになるが、発達期における自由な遊びや、まして睡眠は成長ホルモン分泌との関係でもきわめて重要である<sup>90</sup>。塾、けいこごとに通う頻度の高い子供に心身症状が多いことが指摘されたが、これらの背景要因が多種で高頻度の心身症状項目の出現に関与していることは容易に推察される。もっとも多くの症状項目は疾病ではなく、あくまで一症状であり、警告徴候といわれるべきものである。つまり学校ないし家庭での予防措置を適切に講じれば発病を阻止しうる可能性を示唆しているわけで、教育精神医学的に重要な点である。

また1975年の調査と10年後の1985年におこなった再調査結果の比較からは、小学生における心身症状にはほとんど変化がなく、環境での教育的供給が量の面でも質の面でも高い内容が維持されていて、子供に対するストレス効果が増加したとしても減少はしていないことが考えられた<sup>91</sup>。不登校症例についても、統計の方法は色々あるが、10年間で増加傾向を指摘するものが多く<sup>92</sup>、教育面の供給過剰による弊害面（教育公害）の存在が推察される。

このように子供を多忙や過労にさせるストレスの源泉には、大学受験を頂点とした各段階での受験競争が最大のものである。高校生の健康調査結果は、大学入試を目前にした青年期の心身状況についての情報を与えてくれる。

## 2 高校生の心身症状

小学生を対象とした同じ症状項目を比較してみると小学生では平均出現率14.0%であるのに対して、高校生では16.2%と僅かではあるが増加している。身体的に第二次性徴期を過ぎ最も安定しているべき時期であることを考慮すれば、症状出現率はきわめて高いとも解釈できる。

生理不順をはじめ頭痛，肩こり，寝つきの悪さなど思春期以後特有の症状以外に乗物酔い，偏食，落ち着きがないなど小学生段階の症状が多く残存している，症状面から見た限りでは未熟さの側面を示している。その一つの要因として高頻度で同質のストレス（教育的ストレス）が小学生時期から持続的に存在しているという仮定が成り立ちうる。小学生，中学生段階での塾や習い事の実態は，子供に対する教育面の供給過剰傾向によるストレスの存在を示唆している。しかし，このような幼児期からの教育的供給過剰刺激の持続のほかに，それらの最終的目標ともいえる大学入試そのもののストレスも考えておかなければならない。

児童の反応はきわめて敏感で，神経系の反応だけでなく，体液面でも多くの報告がある。Tennes, Kらは，小学生について試験のある日はコルチゾールの分泌が通常の日と較べて有意に高くなるが，子供自身の不安の自覚とは必ずしも平行していないと報告している<sup>64</sup>。とりわけ大学受験は大きなストレスであることが予想され，有名受験校では心身症状の強いことが推察されたが，結果は反対で，対照校の方にむしろ出現頻度が高かった。このことから直ちに試験とストレスが無関係であると判断することはむづかしい。

たとえば幼稚園，小学，中学の過去の教育状況や家庭背景には両校でほとんど差がみられなかった。高校年齢くらいまでの親の期待や教育面の供給は両校とも同様であったのが，非受験校では高校に入ってから親の評価や期待は極端に低下したと推察できる。教育面における社会的，家庭的評価の低下は生物学的解除反応にも似た大きな教育的ストレスとなりうる。これらの傾向は，大学入学者との比較でより明確になるはずである。成功者より落後者にストレスが高いことはむしろ当然であろう<sup>65</sup>。同様に男女差は認められるが，女性にやや症状出現頻度が高い傾向がみられた。女性の身体的条件も関係すると思われるが，女性の社会的役割と関連した教育的ストレスによる可能性も否定はできない。ちなみに家庭での教育的期待にはほとんど性差がなかった。このことに関しては今後のさらに詳細な比較研究を必要とするだろう。

### 3 母子関係

母子関係が児童期の心身疾患に強い係わりをもっていることは、医学研究の多くが証明している。Spitz, R. は乳児期での安定した母親像の喪失は、アナクリティックな抑うつをおこすことを観察した<sup>(8)</sup>。また喘息に関する小児科領域の研究はきわめて豊富である。

筆者らの調査でも、MAS での母親の不安傾向が心身症状出現に大きく影響していることが示された。心身症状では寝つきが悪い、頻尿、咳、頭痛、肩こりで、行動面では無口、反抗的、落ちつきがないの各項目について、低不安群と較べて有意差が認められた。また不安は、母親に子供の動作を緩慢に見せ、子供への過干渉に導いた。

高校生で母親が過干渉か否かでもほぼ同様の結果が得られた。このような親子関係に特徴的なことは、親は子供のことを過度に心配しているにもかかわらず、子供は親の態度にきわめて不満足であることである。不安にもとづく過度の干渉は親子関係に種々の不都合な影響を与えうるので心身症状以外に不登校、家庭内暴力などの行動面の問題にもきわめて関連が深い<sup>(9)</sup>と指摘されている。

### 4 周生期障害と器官選択

心身症での器官選択の問題は、非常に重要であり、Alexander ら<sup>(1)</sup>の性格との関係やさらに先天的な体質や家族性の反応性も報告されているが<sup>(10),(11),(12)</sup>、筆者は周生期障害が器官選択の決定要因の重要なものゝ一つであると考えている。本調査においても、早期破水と頭痛、肩こり、めまいなど多くの症状項目の間に関連が見出されたが、胎生期、あるいは乳幼児早期の軽度の損傷が、成長過程や思春期以後のアキレス腱になる可能性は少なくない。直接の因果関係の解明はむつかしいが、人生初期における障害が、たとえ小さくても大きな影響を与えうことは微細脳障害 (MBD) の場合と同様であろう。呼吸器系、循環器系、消化器系など種々の系統の脳内調節機構に潜む微細な機能異常が、ストレスや危機に直面して、それが属する系統の明確な症状を誘発させうこ

とは十分考えられることであろう。

## 〔結 論〕

児童期は自我の確立していく過程であり、自我の類型に対応した病態を考えることは困難である<sup>9)</sup>。また児童の心身反応はきわめて敏感で一般的なものであり、可塑性に富んでいる。したがって反応してもそのまま病気が固定されることは少ない。同質の刺激が長期間頻回に加わってはじめて症状形成が可能になる<sup>10)</sup>。外的刺激すなわち学校や家庭、母子関係などの影響の中にストレスの多くの要素が含まれていると考えられる<sup>11)</sup>。そのことは同時に環境調整などにより予防や治療が可能であり、しかもきわめて効果的であることを示唆している。

小学生で塾、けいこごとなどに通う回数が多い場合、多くの心身症状の出現頻度が全体平均より有意に高いことが示された。高校生についての心身症状は、性差など青年期以後の特徴を示すものも含まれたが、一般的に小学生期間の症状が多く残存し、症状面の未熟さが指摘された。とりわけ学校差が顕著で、受験校よりむしろ対照校の学生に症状出現頻度の高いものが多く、小学生段階から続いた教育的干渉の解除反応的ストレスによると解釈された。また母親の不安や過干渉が子供に心身症状を増加させることが示された。

一連の学校健康調査から小学生の多忙、過労、高校生の症状の未熟さ、学校差、養育者の態度など心身症発現に関連した諸特徴が指摘されたが、特に注目すべきことは、いずれの場合にも大学受験を頂点とした教育的ストレスを含む社会的、家庭の問題が背景に共通して存在する点である。このような児童心身症病因論で教育的ストレスが主要な役割を演じているのは特に我国の特色とみなすことができる。

なお児童期の器官選択の問題では、自我の未発達により性格特性は第一義的には作用しないが、先天性、家族性の要因のほか、本調査で示した周生期の影響が特に大きく重要である。周生期に生じた微細な障害は、生涯を通じて抵抗



減少部を提供し、教育的ストレスなど種々の外圧によって症状の開花を可能にさせる。児童心身症は、基本的には医学的問題であり、小児科学と精神医学の狭間にある特殊な領域の病態である。しかし、病因だけでなく予防、治療における教育的問題の役割の重要性を考えれば、本症を学校教育問題に含めて理解することが妥当であり、精神医学、小児科学以外に教育学、社会学的視点からの学際的分析、検討が今後の課題となるべきといえよう。

### 文 献

- (1) Alexander, F., *Psychosomatic Medicine, Its principles and applications*. Norton, New York, 1950.
- (2) American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III)*. American Psychiatric Association, Washington, D. C., 1980.
- (3) Cannon, W. B., *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage*. Appleton, New York, 1929.
- (4) Deutsch, F., *Psychoanalyse und Organkranheiten*. *Int. Z. Psychoanal.* 8 : 290, 1922.
- (5) 服部祥子 松本和雄他, 高校生の心身医学的調査(第4報), 大阪府立公衆衛生研究所報, 20 : 53, 1982.
- (6) Heinroth, J. C. A.: *Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens oder der Seelenstörungen und ihrer Behandlung*. Vogel, Leipzig, 1818.
- (7) Kanner, L., *Child Psychiatry*, カナー児童精神医学, 第2版, 黒丸正四郎, 牧田清志訳, 医学書院, 1974.
- (8) Lacey J. I. & Van Lebin R. *Differential emphasis in somatic response to stress*, *Psychosom. Med.* 14 : 71, 1952.
- (9) 松本和雄, からだの弱い子の保育, 朝倉保育基礎講座6巻, 朝倉書店, 1971.
- (10) Shaw, C. R. & Lucas, A. R., *The Psychiatric disorders of childhood*, 児童期の精神医学, 大阪大学児童精神医学研究会訳, 医学書院, 1972.
- (11) Matsumoto, K., Kaku, R., et al *Private School Activities and Psychosomatic Problems in Japanese Children*, *Child Psychiatry and Human Development*, 5 : 161, 1975.
- (12) 松本和雄 大月則子他, 高校生の心身医学的調査(第1報), 大阪府立公衆衛生研究所報, 15 : 17, 1970.
- (13) 松本和雄 吉田潤延, 児童精神衛生マニュアル, 日本文化科学社, 1978.

- (14) 松本和雄 川田素子他, 小学生における心身症状と養育態度の検討—母親の不安傾向を中心として—, 大阪府立公衆衛生研究所報, 16 : 47, 1978.
- (15) 松本和雄 松岡敏子他, 児童・思春期心身症の最近の傾向, 大阪精神衛生, 23 : 35, 1978.
- (16) 松本和雄 大月則子他, 高校生の心身医学的調査 (第2報), 大阪府立公衆衛生研究所報, 17 : 119, 1979.
- (17) 松本和雄, 児童精神衛生と現代の家庭・社会環境, 都市問題研究, 32 : 28, 1980.
- (18) 松本和雄, 小児心身症児の実態調査, 健康な子ども, 14 : 53, 1985.
- (19) 松本和雄 服部祥子他, 児童の心因性視覚障害の心身医学的研究 (第1報) 心身医 25 : 492, 1985.
- (20) Rutter M., School influences on children's behavior and development. *Pediatrics*, 65 : 208, 1980.
- (21) Selye, H., Stress and the general adaptation syndrome, *Brit. Med. J.*, 1 : 1383, 1950.
- (22) 総理府青少年対策本部編, 日本の子供と母親—国際比較, 総理府, 1979.
- (23) Spitz, R., Hospitalism, *Psychoanal. Study Child.*, 2 : 113, 1946.
- (24) Tennes, K. and Kreye, M., Children's adrenocortical responses to classroom activities and tests in elementary school, *Psychosom. Med*, 47 : 451, 1985.
- (25) 寺田直弘 服部祥子他, 高校生の心身医学的調査 (第5報), 大阪府立公衆衛生研究所報, 21 : 48, 1983.
- (26) 坪井真喜子 松本和雄他, 高校生の心身医学的調査 (第3報), 大阪府立公衆衛生研究所報, 18 : 77, 1980.
- (27) 辻本太郎, 心理テストによる大学生の精神的不健康予知, 大阪大学医学雑誌, 30 : 179, 1978.
- (28) 渡辺 純 前田志津代他, 小児の“心因性”聴覚障害, 心身医, 25 : 429, 1985.
- (29) 山本由子, 児童神経症, 現代精神医学大系17B, 中山書店, 東京.
- (30) 横山尚洋, 小児の視力障害に関する精神医学的研究—器質的变化を伴わない症例について—, 慶応医学, 63 : 309, 1986.
- (31) 吉田潤延, 松本重明他, 不登校児の心身症状, 小児の保健, 13 : 49, 1986.