

青少年の自覚的身体症状と行動上の問題に関する分析

—スクリーニングへの活用のために—

前田 和子* 上田 礼子**

Analysis of Subjective Minor Physical Symptoms and
Common Behavioral Problems among Adolescents:
Use for the Screening of Adolescents at Risk

Kazuko MAEDA* and Reiko UEDA**

The present study aimed to determine the criteria for the screening of adolescents at risk. Four hundred and three adolescents (190 males and 213 females) were asked to complete questionnaires about their subjective minor physical symptoms and common behavioral problems. In the second stage of the study, screened adolescents and their parents were interviewed. Data were analyzed statistically using the Hayasi's quantification method of the second type and Pearson's correlation analysis in order to find out the relationships between these symptoms and other risk factors relating to their negative health states.

The results indicated that there were some gender related differences of criteria in relation to the number and the type of symptoms and/or problems to identify adolescents at risk. Notably, in male adolescents, focus should be made on the type rather than the number of symptoms and/or problems to be considered, particularly headaches, stuttering, dizziness and so on. On the other hand, female subjects showed no specific symptoms and/or problems, but the case of having more than four symptoms and/or problems was significantly related to the female adolescents at risk. Case studies suggested that adolescents with major psychiatric disorder, e.g. neurosis and ulcerative colitis, showed less minor symptoms and/or common problems than the rest of the subjects.

Key words: subjective minor symptoms, behavioral problem, adolescent, screening
自覚的身体症状, 行動上の問題, 青少年, スクリーニング

* 茨城県立医療大学

** 東京医科歯科大学

* *Ibaraki Prefectural University of Health Sciences*

** *Tokyo Medical and Dental University*

I 緒 言

青少年は子どもから大人への移行期にあたり、心身両面において大きな変化が求められている。彼らは思春期から青年期にあり、日本思春期学会によれば、思春期とは主として性ホルモンの急激な分泌による第二性徴が発現する時期から身体的成熟が完成するまでをさしている(稲村, 1990)。このように、生物学的(身体的)側面から定義された思春期(白瀬ら, 1987)に対して、青年期という用語は急激な身体的変化, 重要な概念的成熟, 仲間からの承認への敏感性, 家族からの自立, 個人的同一性の発達などによって特徴づけられる心理社会的成熟の時期である(小林, 1987; Rutter et al., 1982; 山本, 1990, 1992; 福富, 1988)。これらの時期を歴年齢で示している文献も少なくないが、その数値はさまざまで年齢を明確にして定義することは困難である。これは身体的・心理社会的変化の開始時期やプロセスには性差や社会文化的差異のみならず、個人差が大きいこと、そしてまた発達の身体的側面と情緒的側面とが必ずしも並行しないなどの理由による。

思春期または青年期について Hendren (1990) は特別なストレスの時期であるとし、典型的な青少年の身体的、心理的、社会的ストレスを18項目あげ、多くの困難に直面している時期であることを強調した上で、思春期の身体成熟レベルや血清ホルモンレベルが貧弱な自己イメージや行動上の問題などの不適応問題と関係のあることを論述している。一方、杉浦(1985)は心因、自律神経系、身体症状の関係から、社会的不適応(主に学校不適応)児がいろいろな身体症状を訴えるメカニズムを解説している。また、高木(1986)は青少年の頭痛、腹痛、めまい、心悸こう進などの訴えを内分泌系・自律神経系機能のアンバランスからくる自律神経失調症状ととらえ、「青年更年期障害」と表現している。このように心身相関の視点からみれば、青少年はいろいろな身体症状や行動上の問題を生じやすい不安定な時期にあるといえよう。

青少年の明らかな器質性疾患由来でない身体症状を表す言葉も、心身反応(高木, 1986)、心因性身体愁訴または身体的愁訴(小林, 1987)、精神身体(的)症状(小林, 1987)、不定愁訴(識名ら, 1989)、不適応症状または不適応徴候(高木, 1986; 仲田ら, 1988)、身体的自覚症状(小倉, 1985)、神経性習癖(上村, 1980)など専門家によってさまざまな用語が使われている。

筆者らはこれまで東京都内の一地区の子どもとその親を対象に乳児期より17歳までの健康、発達、行動上の問題等に関する縦断的研究を実施し、その結果については既に発表してきたが、今回は対象地域を広げて青少年の健康に関する調査を行った。本論文では、青少年が健康診査・健康相談の場面で訴える自覚的身体症状や行動上の問題(以下、症状と称す)をより客観的に理解するために、Rutter (1983)の提唱した9つの基準のうち、障害の範囲と症状のタイプに注目して分析した。すなわち、本研究の目的は、一人で多くの症状をもつ青少年は少ししか症状のない者よりも注意すべきか、またどの症状がほかの症状よりも心身の不健康と関連強いかを明らかにし、保健予防的ケアが必要なリスク者の把握と健康相談・保健指導などの専門的支援に資することである。ここでいうリスク者とは心身の健康上何らかの潜在的問題がある者であり、放置しておくとも病的状態となる可能性が大きいと考えられた。

II 対象と方法

調査対象は東京都全域(以下 T 群と称す)、沖縄県 M 諸島(以下 M 群と称す)および岩手県 I 町(以下 I 群と称す)に出生し、乳幼児期に JDDST の標準化の対象(上田, 1983)となり、学童期でも調査し、現在青少年期に達した者のうち今回追跡可能な者で、T 群532名、M 群120名、I 群426名の計1,078名であった。方法は郵送による質問紙法であり、一部の者には二次調査として現地で面接を実施した。調査は東京都では1991年に、M 諸島では1992年に、そして I 町では1993年に実施された(上田, 1994)。

質問紙の内容は、(A) 属性・背景、(B) 健康状態・生活習慣・将来設計など日常生活態度に関すること、(C) 関心事、(D) 身体症状や行動上の問題、(E) 自己概念と社会的変化に対する肯定度の測定項目などから構成された。身体症状や行動上の問題についてのデータは次のような質問によって得た。青少年期にみられる症状を計25項目と“特になし”という項目を列挙し、「現在、次のような癖がありますか、あったら○をつけてください」とし、被検児にあてはまる項目に○の記入を依頼した。ここで「癖」という言葉を使用した理由は、「症状や問題が反復性である場合に」という意味を伝えるためである。項目の選定はこれまでなされた多くの研究と筆者らの経験を参考に、青年期にみられる数多くの症状や問題を、次のような条件で実施した；①単独で深刻な身体的あるいは心理社会的病気や障害を残すようなものを除外する。②ごく一般的な青少年が日常生活の中で経験する微小または一過性であることが多いものとする。③学童期からの経過と関連してみられるようなものとする。④偏らないように幅広く選択する。⑤青少年が回答しやすいように、数は25程度とする。

自己概念尺度は Harter の原版を Ueda (1993) が日本人青年向けに改変した簡易版を使用した。尺度は13項目から構成されており、4段階評定に肯定的回答が高得点となるよう1点から4点までの得点を与えた。したがって、得点上個人の自己概念総スコアは13点から52点の範囲で得られる。ここでいう自己概念とは自尊心と自己像を含み、自分自身に関する組織化され、一貫性のある、統合された信念のパターンであり、心身の健康と密接に関連するものである。(上田, 1992)。

III 結 果

1. 対象者とその背景

対象者1,078名中回収率は413名であり、回収率38.3%であった。質問紙の(D)項に記入不備な者を除外した有効回答数は合計403名(男子190名, 女子213名; 有効回答率97.6%)であり、T群147名(男子67名, 女子80名), M群109名(男子60名,

女子49名), I群147名(男子63名, 女子84名)であった。平均年齢は全体として16.9歳(SD 1.6, Range 12-22), 男子17.0歳, 女子16.8歳で性差はなかった。家族形態はT群とM群はともに核家族が6割台であったが、M群では祖父母等親戚が近隣に住んでいることが多く、援助が得られやすい環境にあった。一方、I群は核家族が3割、拡大家族が6割強と前述の2群とは著しく異なっていた。さらに父子・母子家庭はT群8.5%, M群4.3%, I群2.9%であった。またM群の同胞数(本人を除く)平均は2.5とT群の1.5, I群の1.7より有意に多かった。

父親の職業では、T群は他の2群に比べ、商売・販売が有意に多かったが、(14.3% vs 5.3%, 4.7%; $p < 0.05$), 自営業は有意に少なく(7.5% vs 25.4%, 23.6%; $p < 0.001$), また事業の内容もT群では製造業, M群では漁業, I群では農業が最も多く、違いがあった。未・半熟練工, 単純労働などに従事している会社員は3群とも3割程度であったが、事務系会社員はT群およびI群はそれぞれ3割とM群の2割より有意に多かった。また、管理・専門職はI群が5.5%にすぎず、他の2群の19%, 14%より有意に少なかった。このようにこれらの3地区にはいくらか地域の特徴がみられた。

2. 症状数の分布

反復性の症状が特にないと回答した者は403名中74名18.4%であり、1個のみある者が94名23.3%, 2個74名18.4%, 3個67名16.6%, 4個31名7.7%, 5個27名6.7%, 6個21名5.2%, 7個以上15名3.7%であった(図1参照)。すなわち、一人の青少年がもつ症状数の中央値は男女とも2であり、Wilcoxon検定の結果、性差はなかった($Z = -.3744$, $p = .7081$)。

3. 症状の有訴率

表1は青少年の身体症状および行動上の問題の有訴率を高い順に示している。3割以上に“集中力がない(148名, 36.7%)”と“気が散りやすい(121名, 30.0%)”の行動上の問題2項目があり、また“疲れやすい(130名, 32.3%)”という身体

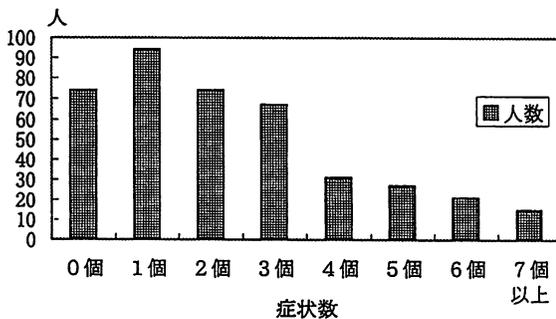


図1 青少年のもつ症状数別分布

表1 身体症状・行動上の問題の有訴率：性差

順位	項目	全体 N=403	男子 N=190	女子 N=213
1	集中力ない	148(36.7)	66(34.7)	82(38.5)
2	疲れやすい	130(32.3)	65(34.2)	65(30.5)
3	気が散りやすい	121(30.0)	55(28.9)	66(31.0)
4	乗り物酔い***	72(17.9)	20(10.5)	52(24.4)
5	神経質	64(15.9)	30(15.8)	34(16.0)
6	頭痛**	47(11.7)	13(6.8)	34(16.0)
7	つめかみ*	44(10.9)	27(14.2)	17(8.0)
8	めまい	40(9.9)	15(7.9)	25(11.7)
9	偏食	40(9.9)	17(8.9)	23(10.8)
10	腹痛	38(9.4)	16(8.4)	22(10.3)
11	ねぼける	33(8.2)	20(10.5)	13(6.1)
12	過食	29(7.2)	10(5.3)	19(8.9)
13	不眠	28(6.9)	17(8.9)	11(5.2)
14	尿が近い	23(5.7)	12(6.3)	11(5.2)
15	髪の毛を抜く	18(4.5)	6(3.2)	12(5.6)
16	鼻ほじり*	16(4.0)	16(8.4)	0(0.0)
17	どもる	12(3.0)	7(3.7)	5(2.3)
18	極端に食欲ない	10(2.5)	8(4.2)	2(0.9)
19	オナニー*	8(2.0)	8(4.2)	0(0.0)
20	吐きやすい*	6(1.5)	6(3.2)	0(0.0)
21	チック	5(1.2)	2(1.1)	3(1.4)
22	鉛筆をかむ	5(1.2)	3(1.6)	2(0.9)
23	夜尿	3(0.7)	2(1.1)	1(0.5)
24	ひきつけ	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
25	その他	12(3.0)	4(2.1)	8(3.8)

注1) ()内は対象者数に対する%

注2) 性差あり：*p<.05, **p<.01, ***p<.001

症状1項目があった。約2割から1割の者には“乗り物酔い(72名, 17.9%)”“神経質(64名, 15.9%)”“頭痛(47名, 11.7%)”“爪かみ(44名, 10.9%)”“めまい(40名, 9.9%)”“偏食(40名, 9.9%)”

“腹痛(38名, 9.4%)”の7項目があった。次いで第11位から14位は“ねぼける”“過食”“不眠”“尿が近い”の順でそれぞれ33~23名, 8~6%の有訴率であった。5%未満の項目は“髪の毛を抜く”“鼻ほじり”“どもる”“極端に食欲がない”“オナニー”“吐きやすい”“チック”“夜尿”などであり, “ひきつけ”は0%であった。“その他”の内訳は, “ため息をつく”“唇の皮をむしる”“指関節をならす”“物を壊す”“貧乏揺すり”などであった。

有訴率の性差は24項目中6項目にあり, “乗り物酔い”と“頭痛”は女子により多く, 一方, “爪かみ”“鼻ほじり”“オナニー”“吐きやすい”は男子の方に多くみられた。“乗り物酔い”は男子10.5%に対し, 女子は24.4%と2.5倍であり($\chi^2=13.96$, $p<.001$), “頭痛”は女子が16.0%で, 男子6.8%の2倍であった($\chi^2=8.12$, $p<.01$)。“爪かみ”は男子の14.2%にみられ, 女子の8.0%の約2倍弱であった。また, “鼻ほじり”“オナニー”“吐きやすい”の3項目は男子でそれぞれ8.4%, 4.2%, 3.2%あったが, 女子には全くなかった(Fisher 直接確率法, 各々 $p=.016$; $p=.011$; $p=.040$)。

4. 症状と心身の健康状態との関連

次にこれらの症状数と既存の一般的健康指標との関連をみるために, 彼らの自覚的健康状態, 自覚的抑うつ状態, 自己概念総スコア(Ueda, 1993; 上田ら, 1992)との関連性を調べた。

青少年が健康状態を5段階評定で自己評価した結果, “大変よい”者は403名中127名(31.5%), “よい”者221名(54.8%)であり, 約86%が健康状態を肯定的にとらえていた。一方, “あまりよくない”“よくない”“わからない”者はそれぞれ8.9%, 2.0%, 2.7%であり, 約14%(55名)は健康状態をよくないと感じていた。次に, 心理的健康状態の指標の一つである抑うつ状態について6段階評定で自己評価した結果, 欠損値のあるケースを除いた399名中“非常に”ゆううつな者3.0%(12名), “かなり”5.0%(20名), “まあまあ”17.3%(69名), “少し”26.8%(107名), “ない”41.4%(165名), “わからない”6.5%(26名)であった。また, 欠損値のあるケースを除く378名の自己概念

表2 下位尺度間の相関係数

下位尺度		1	2	3	4
		女 子			
男	1. 症状数	—	-0.266**	0.403**	-0.188**
	2. 自覚的健康	-0.336**	—	-0.270**	0.241**
子	3. よくうつ状態	0.295**	-0.283**	—	-0.211**
	4. 自己概念スコア	-0.277**	0.228**	-0.103	—

注1) 有意の相関あり；**：p<.01

注2) 男子数175名；女子数199名

総スコアの平均は32.54(SD 5.26, Range 17~48)であった。

これらの健康状態・よくうつ状態・自己概念総スコアの3つの尺度と症状数の相関関係を性別に検討した。4変数すべてのデータが得られたのは男子175名、女子199名であり、分析の結果、男女ともに、症状数は自覚的健康状態、よくうつ状態、自己概念総スコアと有意な相関がみられた(表2参照)。まず、自覚的健康状態と症状数との相関係数は男子-0.34、女子-0.27であり、いずれも負の相関であった。すなわち、自覚的健康状態が悪いと症状数が増える傾向にあり、症状数が少ないと健康状態は良好と感じる傾向があったが、その傾向は女子よりも男子の方により強くみられた。次に、よくうつ状態との相関係数は男子においては0.30、女子では0.40であり、ともに有意な正の相関がみられた。つまり、症状数が少ないとよくうつ状態は軽く、症状数が増加するにつれて、よくうつ状態が強くなる傾向があるが、この傾向は男子よりも女子により強くみられた。第3に自己概念総スコアと症状数の相関係数は男子-0.28、女子-0.19といずれも有意な負の相関があった。これは症状数が少ない者は自己概念総スコアが高く、逆に症状数が多い者は自己概念が低い傾向にあることを意味している。この傾向は健康状態と同様に、女子より男子においてより強いことが明らかになった。

1) リスク群について

次に自覚的健康状態、抑うつ状態、自己概念スコアの3尺度から健康上何らかの問題があると思われるリスク群と問題のない非リスク群の2群に

表3 リスク者分類基準と分布

	リスク	非リスク
リスク者と非リスク者の定義 N=374	下位尺度1つ以上にリスクがある者 91名(24.3%)	3下位尺度とも非リスク者である者 283名(75.7%)
下位尺度		
自覚的健康状態 N=403	あまりよくない+ よくない+わからない	大変よい+よい 348名(86.4%)
よくうつ状態 N=399	非常に+かなり	まあまあ+少し +ない+わからない 367名(92.0%)
自己概念スコア N=378	26点(M-1SD) 以下 44名(11.6%)	27点以上 334名(88.4%)

注) 対象数は各尺度ごとに欠損値のある者を除いた数である。

分類を試みた(表3参照)。つまり、リスク群とは操作上の定義として、1つ以上の下位尺度に否定的評価があった者であり、否定的評価とは各下位尺度別に以下のとおりである。まず自覚的健康状態については“あまりよくない”“よくない”“わからない”と回答した者であり、403名中55名、13.6%あった。抑うつ状態では“非常に”“かなり”“よくうつ”と知覚している者で399名中32名、8.0%あり、また自己概念では総スコアが27(M-1σ)未満の者で、378名中44名、11.6%あった。これら3尺度を構成する項目すべてが有効回答だった374名のうち、このような基準で分類された非リスク群(パターンA, ○○○)は283名75.7%(男子136名77.7%;女子147名73.9%)、リスク群は91名、24.3%(男子39名、女子52名)であった。リ

表4 リスク分類パターン別分布

分類パターン (健・よ・自)	人数 N=374	% 100.0
非リスク群	(283)	(75.7)
A(〇〇〇)	283	75.7
リスク群(小計)	(91)	(24.3)
B(×××)	5	1.3
C(××〇)	11	2.9
D(×〇×)	6	1.6
E(〇××)	4	1.1
F(×〇〇)	27	7.2
G(〇×〇)	10	2.7
H(〇〇×)	28	7.5

注1)健：自覚的健康状態 注2)〇：非リスク
よ：よくうつ状態 ×：リスク
自：自覚概念スコア

リスク群には3尺度による評価の組合せから次の7パターンが含まれる。健康状態、抑うつ状態、自己概念がいずれも基準以下のパターンB(×××)5名1.3%、健康状態と抑うつ状態が基準以下のパターンC(××〇)11名2.9%、健康状態と自己概念が基準以下のパターンD(×〇×)6名1.6%、抑うつ状態と自己概念が基準以下のパターンE(〇××)4名1.1%、基準以下の項目が健康状態のみのパターンF(×〇〇)27名7.2%、抑うつ状態のみのパターンG(〇×〇)10名2.7%、自己概念のみのパターンH(〇〇×)28名7.5%であった(表4参照)。

2) 数量化II類による検討

心身の不健康により関連のある症状数および症状の種類を特定するために数量化II類による検討を行った。有症率に性差がみられる症状があるので、解析は男女別に行った。目的変数は“リスクの有無”であり、説明変数は解析の正確さを期するため各カテゴリーの人数が5以下のものを除外した。男子は、気が散りやすい、集中力がない、神経質、疲れやすい、不眠/安眠できない、ねぼけ、どもる、爪かみ、鼻ほじり、極端に食欲ない、過食、偏食、吐きやすい、乗り物酔い、頭痛、腹痛、尿が近い、髪の毛を抜く、めまい、オナニーの症状20項目と症状数の計21項目、女子では気が散りやすい、集中力がない、神経質、疲れやすい、不

眠/安眠できない、ねぼけ、爪かみ、過食、偏食、乗り物酔い、頭痛、腹痛、尿が近い、髪の毛を抜く、めまいの15項目と症状数の計16項目である。

男子では関連項目すべてに回答した175名について分析を行ったが、偏相関係数の大きい順に第1位症状数0.243、第2位頭痛0.218、第3位鼻ほじり0.147、第4位どもる0.140、第5位疲れやすい0.140、第6位オナニー0.134、第7位ねぼけ0.134、第8位めまい0.125であった。しかし、リスクに関連のある症状関連要因を探るという目的から、カテゴリーレベルに注目し、リスクに関連がある正のカテゴリースコアを大きい順に並べてみると、①頭痛有り0.334、②どもる0.194、③鼻ほじり有り0.188、④オナニー有り0.179、⑤めまい有り0.163、⑥ねぼけ有り0.156、⑦症状数3個0.155、⑧不眠0.105、⑨食欲なし0.104であった(表5参照)。なお、カテゴリースコアの平均はリスク群.274、非リスク群-.955であり、その判別率は73%であった。

一方、女子199名の分析では偏相関係数の大きい順に第1位症状数0.261、第2位腹痛0.244、第3位神経質0.200、第4位ねぼけ0.197、第5位集中力がない0.125、第6位めまい0.122、第7位尿が近い0.115であった。正のカテゴリースコアに注目してしてみると、①症状数6個0.753、②症状数7個以上0.720、③症状数5個0.418、④症状数4個0.375、⑤尿近い0.204の順であった。これ以降のカテゴリースコアは極めて小さく、またレンジや偏相関数が上位だった“腹痛”“ねぼけ”“神経質”などは症状のある方が負のカテゴリースコアを示し、むしろ非リスク群と関連していることを意味していた(表6参照)。なお、女子のカテゴリースコア平均はリスク群.288、非リスク群-.814であり、その判別率は64%であった。

5. 事例から

質問紙による一次調査で既往症または現症のあった者は不明53名を除く350名中82名(23.5%)いたが、そのうち72名は虫垂炎、停留睾丸、アレルギー性鼻炎、骨折、軽度不整脈などの既往症、または扁桃腺肥大、歯列不整合、アトピー性皮膚

表5 数量化II類によるリスクに影響する要因の検討—青少年男子—

説明変数	カテゴリー	実数	順位 (注)	カテゴリー スコア	偏相関係数 (レンジ)
1. 症状数	なし	34		0.0136	0.2428
	1個	37		0.0374	(0.3937)
	2個	33		-0.0273	
	3個	32	⑦	0.1548	
	4個	10		-0.2389	
	5個	15		-0.0795	
	6個	7		-0.2232	
	7個以上	7		-0.1081	
2. 頭痛	有り	12	①	0.3337	0.2183
	無し	163		-0.0246	(0.3582)
3. 鼻ほじり	有り	16	③	0.1877	0.1471
	無し	159		-0.0189	(0.2066)
4. どもる	有り	7	②	0.1937	0.1396
	無し	168		-0.0081	(0.2018)
5. 易疲労	有り	61		0.0786	0.1396
	無し	114		-0.0421	(0.1207)
6. オナニー	有り	8	④	0.1790	0.1335
	無し	167		-0.0086	(0.1876)
7. ねぼけ	有り	20	⑥	0.1561	0.1335
	無し	155		-0.0201	(0.1763)
8. めまい	有り	14	⑤	0.1631	0.1251
	無し	161		-0.0142	(0.1773)
9. 爪かみ	有り	23		-0.0862	0.0902
	無し	152		0.0130	(0.0993)
10. 不眠	有り	15	⑧	0.1047	0.0782
	無し	160		-0.0098	(0.1146)
11. 集中力ない	有り	62		0.0424	0.0762
	無し	113		-0.0232	(0.0656)
12. 偏食	有り	16		0.0815	0.0655
	無し	159		-0.0082	(0.0897)
13. 過食	有り	10		-0.0594	0.0630
	無し	165		0.0036	(0.0385)
14. 抜毛	有り	6		-0.1238	0.0611
	無し	169		0.0044	(0.1282)
15. 乗り物酔い	有り	18		0.0655	0.0574
	無し	157		-0.0075	(0.0730)
16. 尿近い	有り	12	⑩	0.0840	0.0551
	無し	163		-0.0062	(0.0901)
17. 食欲不振	有り	6	⑨	0.1038	0.0471
	無し	169		-0.0037	(0.1075)
18. 腹痛	有り	15		-0.0244	0.0267
	無し	160		0.0023	(0.0175)
19. 神経質	有り	29		-0.0161	0.0184
	無し	146		0.0032	(0.0193)
20. 気が散りやすい	有り	52		0.0053	0.0081
	無し	123		-0.0022	(0.0076)
21. 吐き易い	有り	6		-0.0103	0.0051
	無し	169		0.0004	(0.0107)

注)：順位の数字は正のカテゴリースコア0.07以上で、大きい順である

炎、肉離れなどの現症であり、比較的軽症であった。残りの10名(2.9%)は中～重度の疾患または障害があり、その内訳は脳性麻痺2名、脳腫瘍手

術1名、頭部手術、肝臓病と側わん症合併1名、交通事故後遺症(難聴、痙攣)1名、口蓋裂術後リハビリテーション1名、股関節脱臼1名、無月

表6 数量化II類によるリスクに影響する要因の検討—青少年女子—

説明変数	カテゴリー	実数	順位 (注)	カテゴリー スコア	偏相関係数 (レンジ)
1. 症状数	なし	35		-0.3912	0.2614
	1個	47		-0.1943	(1.1442)
	2個	36		-0.0444	
	3個	30		-0.0948	
	4個	19	④	0.3750	
	5個	11	③	0.4176	
	6個	13	①	0.7529	
	7個以上	8	②	0.7201	
2. 腹痛	有り	22		-0.3423	0.2436
	無し	177		0.0425	(0.3848)
3. 神経質	有り	31		-0.2196	0.2005
	無し	168		0.0405	(0.2601)
4. ねぼけ	有り	13		-0.3097	0.1973
	無し	186		0.0216	(0.3313)
5. 集中力ない	有り	76		-0.0808	0.1253
	無し	123		0.0500	(0.1308)
6. めまい	有り	24		-0.1638	0.1216
	無し	175		0.0225	(0.1863)
7. 尿近い	有り	11	⑤	0.2036	0.1146
	無し	188		-0.0119	(0.2155)
8. 過食	有り	17		-0.0982	0.0694
	無し	182		0.0092	(0.1074)
9. 頭痛	有り	34		-0.0555	0.0544
	無し	165		0.0114	(0.0669)
10. 不眠	有り	11		-0.1034	0.0538
	無し	188		0.0064	(0.1094)
11. 気が散りやすい	有り	59		-0.0343	0.0429
	無し	140		0.0145	(0.0488)
12. 易疲労	有り	64		-0.0150	0.0203
	無し	135		0.0071	(0.0221)
13. 爪かみ	有り	16		-0.0267	0.0190
	無し	183		0.0023	(0.0290)
14. 乗り物酔い	有り	49		-0.0137	0.0150
	無し	150		0.0045	(0.0182)
15. 抜毛	有り	12		-0.0155	0.0099
	無し	187		0.0010	(0.0164)
16. 偏食	有り	21		0.0050	0.0055
	無し	178		-0.0006	(0.0038)

注)：順位の数字は正のカテゴリースコア0.07以上で、大きい順である

経1名、潰瘍性大腸炎1名、醜形恐怖神経症1名であった。彼らのうち特に後者の2名は青少年期におこりやすい心身症、精神的疾患で治療中であった。

青少年が訴える反復性の症状が潜在的不健康を知らせるシグナルとしての意味を分析するために以下の2事例を紹介し、さらに数量化II類の結果から心身の不健康と関連が高いと考えられる頭痛と吃音のある男子と症状数が4個以上ある女子の中から各1名ランダムに抽出し報告する。

事例1. 男子高校生16歳、身長167cm、体重70

kg。同胞なし。醜形恐怖のある神経症で通院中。中学3年時より不登校。微症状として神経質、疲労、めまいの3症状あり。自覚的健康状態はよくなく、非常にゆううつであり、自己概念総得点は20点と極めて低い。現在の関心事は健康、容姿、異性、同性の友人、就職の順である。将来は高卒後芸術・娯楽・スポーツ関係の仕事に就き、自由に面白く・愉快地過ごすことが人生の目標である。両親との関係は否定的回答であったが、困った時にはまあまあ支援が得られると感じている。友人からの支援はない。父親も健康を害し治療中

である。

事例2. 短大生女子20歳。身長157cm, 体重49kg。長女, 12歳の弟あり。潰瘍性大腸炎で治療中。“神経質”の1症状あり。自覚的健康状態はまあまあで少しゆううつである。自己概念を13領域別にみると, 簡単に新しい友達ができる方であり, 親友もいるし, 知的であり, 両親との関係もよく, 自分が誰かを好きになった時相手も自分を好きになると感じる一方, ユーモアのセンス, 運動能力, 容姿, 独創性の領域では否定的評価であった。全体的自己価値, 道德性, 学業能力には無回答だったため自己概念総得点は不明。現在の関心事は就職, 異性の友人, 健康, 学業成績, 同性の友人の順であった。困った時に得られる両親や友人の支援の程度はわからないと回答した。

事例3. 男子学生20歳。身長175cm, 体重68kg。4人きょうだいの末子。“どもる”“頭痛”“腹痛”の3症状を訴える。本人の自覚的健康状態はよくなく, かなりゆううつで, 生活に全く満足していないと感じている。自己概念総スコアは20点で非常に低く, 12領域中9領域一全体的自己価値, ユーモア, 社会性, 道德性, 知性, 能力, 母親との関係, ロマンチックな関係, 独創性の各領域一で最も低い自己評価をした。被検者が肯定的な評価をしたのは容姿と父親との関係の2領域についてのみであった。将来は大学を卒業し, 管理・ビジネス・経営関係の仕事をしたいが, 結婚はしないし, 人生の目標もわからないと答えた。現在の最大の関心事は就職であり, 次はお金であった。父親の子どもについての心配事は, ①母親との関係, ②学業成績, ③就職の順であった。父親は「だらしない母親のために家庭がうまくいかない」ので相談したいと訴えていた。母親からのアンケートの回収はなかった。本人も母親との関係は非常に悪いと認識し, 困った時に受けられる支援は家族からも友人からもないととらえており, 孤立した心理状態を示していた。

事例4. 16歳女子高校生。身長163cm, 体重56kg。兄18歳と弟13歳がいる。現症・既往症は特にない。“集中力がない”“不眠”“爪かみ”“鉛筆か

み”の4症状がある。本人からの訴えはなかったが, 母親は言葉遣いの悪さと学校生活が気になるという。母親は本人がバスケット部に所属し部活動に熱中し, 友人も多いと話したが, 本人は喫煙したり, アルコール類を飲む生活(週1, 2日)をしていた。将来, 高校を卒業しようと思っているが何の仕事をしたいかはまだわからなかった。しかし, 人生の目標は興味ある仕事をし, よい友人をつくることである。現在の関心事は同性の友人, 健康, お金, 余暇, 就職の順であった。自己概念は社会性と容姿以外の10領域全てに否定的回答をし, 総得点は18点で極めて低かった。父親48歳は精神分裂症で経過観察中であり, 近所の農家で菊作りの手伝いをしていた。母親はパートで働いているが最近転倒し右膝の歩行訓練中であった。本人は困った時友人からの支援はかなりあるというが親友はいなかった。また, 父母との関係も悪く, 家族からの支援は少しあると回答していた。兄は東京で働いており, 彼女に高校卒業後上京するように助言していた。また, 兄を支援してくれた学校の教師が積極的に本事例も支援し, 母親ともそれぞれに教師を頼りにしていた。父親とは電話で面接時間を約束したが, 母親に対応するように言い残し外出しており不在であった。

IV 考 察

青少年の心身の健康状態を評価する方法としてTHIやCMIなどのほかに「自覚症状しらべ」や独自の質問紙を用いた調査が行われている(森ら, 1989; 影山, 1989, 1991; 安田, 1992; 伊藤, 1994)。筆者らは乳幼児期から青年期にわたる縦断的研究の中で, 子どもの問題行動として種々の微小な身体症状や習癖そして行動上の問題に注目してきたが, これらの症状の量と質は子どもの発達につれて変化し, それらの出現に関連する因子として, 乳幼児期には性差や出生順位および知的発達・情緒社会的発達上の問題, 学童期には学校生活, きょうだい関係と地域性, 青年期には気質と性格などが力動的に作用することが明らかになった(上田ら, 1975, 1976, 1984; 前田ら, 1987, 1992; Ueda

et al., 1990). さらに青少年期の自己概念が既往症や現症に関連することもすでに明らかにさせている(上田ら, 1993). これらの結果は, 青年期においても微小な自覚的身体症状や行動上の問題が彼らの健康状態を把握する有効な補助的手段となりうることを示唆していた. 明らかな器質的疾患がないとしても, 青少年が何か症状があるという時, ましてその症状が一時的なものではなく反復性である場合には特にその主訴を軽視すべきではない. そして, カナー(黒丸, 1978)が説くように, 入場券, 信号, 安全弁, 問題解決の手段そして厄介物としての症状の役割を考慮にいれながら, 青少年の心身の健康状態を包括的に理解しなければならないだろう.

Rutter (1983) は精神医学的評価に関して, 行動の異常性を判断する時, 複数の基準を用いることの重要性を強調し, 基準として, ①年齢と性別, ②持続期間, ③生活環境, ④社会文化的状況, ⑤障害の範囲(多発症状か単独症状か), ⑥症状のタイプ, ⑦症状の程度と頻度, ⑧行動の変化, ⑨場面特異性の9つをあげている. この基準は心身の健康問題について保健予防的見地から扱う場合にも適用できる. そこで本報告では青少年の心身の健康状態をよりの確に把握するために, これらのうち障害の範囲と症状のタイプに焦点を当て, 青少年が示す身体症状や行動上の問題の数や種類をどのように理解すべきかについて得られた結果を考察したい.

Rutter は多くの症状が同時にみられるというよりも, 症状が個々にみられることが多いが, 単独にあらわれる症状が精神医学的に重要な場合というのはまれであり, 症状をたくさんもつ子ども, 特にいくつか異なった領域に及んでいる時には注意を払わなければいけないと述べている. 明らかな器質的疾患がなくても, 青少年がいろいろな症状を訴えやすいことについてはすでに述べたが, それでは, 青少年にどのくらいの症状数がみられる時に保健予防的立場から注意すべきなのだろうか. 本調査では, 青少年の約8割強がなんらかの反復性の身体症状や行動上の問題を示して

り, 一人当たりの症状数は平均2個であった.

一人の青少年がもつ症状の数や症状の種類によって心身の健康状態のリスクを把握できるかという課題を解決するために自覚的健康状態, よくうつ状態, 自己概念総スコアの3尺度から操作的に抽出したリスク者を参考にした. すなわち, 否定的回答をした者は自覚的健康状態で13.5%, よくうつ状態で7.9%, 自己概念で11.3%あったが, これら3尺度のうちいずれか1つまたは2つ以上の尺度においてこの範疇にあべた者をリスク者と仮定し, それ以外一つまり3項目すべてにおいてこの範ちゅうになかった者を非リスク者と定義した. そしてこれらをカテゴリーとした変数“リスクの有無”を目的変数, 症状関連変数を説明変数として数量化II類によって男女別に解析した結果, 興味ある結果が得られた. すなわち, 心身の健康状態のリスクの有無に最も関与する変数は男女ともに症状数であったが, その個数別のカテゴリースコアは性別により全く異なる様相を示した. 女子では症状数4個以上のカテゴリースコアはすべてが正であり, いずれのスコアも高かったが, 男子では症状数3個の者がもっとも大きな正のカテゴリースコアを示し, 4個, 6個, 7個以上のカテゴリーはむしろ非リスクの方に関与していた. さらに症状の種類を加味して解釈した結果, 男子では症状数が3個あることよりも“頭痛”“どもる”“鼻ほじり”“オナニー”“めまい”“ねぼけ”の順にリスクにより関連しており, 注意すべき症状であることが明らかになった.“頭痛”の有症率は男子より女子の方が高く, “どもり”“鼻ほじり”“オナニー”は男子の方が有症率の高い項目である.“オナニー”に関しては症状があるというよりもオナニーを発達上正常な行為ととらえず, なんらかの理由でオナニーに対して罪悪感をもつと解釈した方が適切だろう. 一方, 女子では症状数の多さが強くリスクと関連し, 症状の種類は“尿が近い”のみが影響していた. そして偏相関係数上位の腹痛, ねぼけ, 神経質などはむしろ非リスクの方に影響しており, リスク者の発見に有効な症状ではないことを意味していた. つまり, 女子は

男子よりも症状の現れ方に個人差が大きいので、症状の種類よりも、むしろ4個以上症状をもつ者に注意すべきことが示唆された。

さらに事例検討によって、事例1, 2のように精神医学的診断および心身医学的診断によって明らかな障害があり治療中の場合には、潰瘍、ひきこもり、不登校など顕著な症状を呈していたが、しかし、微小な身体症状や習癖、行動上の問題はむしろ少なかった。また2事例に共通していた訴えは“神経質”であったが、この項目は不適切であるようであった。高木は神経質傾向の者は症状を多く訴える傾向があり、障害をおこしやすいと指摘しているが、高木(1986)が約300項目の検討から導きだした神経質傾向と、「あなたは神経質か否か」という単純な質問によって神経質と自己評価することとは全く意味が違うことを本調査結果は示しているといえよう。牧田(1978)も問診で「神経質ですか」というような質問はしないように提言しているが、本調査でも神経質はリスクと関係あるという証拠はなく、むしろ女子では非リスクと関連があった。事例3は現在非常にストレスの強い状況にある孤独な男子であり、精神科医、心理学者およびカウンセラーのような専門的支援が必要な事例と判断された。症状数は3個であったが、吃音や頭痛など男子においてより注意すべき症状を訴えていた。事例4は女子であり、事例3のように困難な状況はなかったが、一般の青少年に比べ、ストレスが高い状況にあった。しかし、身近に教師や友人など重要他者の適切な支援があり、ストレスを克服している事例であった。この事例のように問題が深刻とならないうちに、専門家は彼らが発するシグナルを見落とさず、ストレスの高い青少年を特定し、彼らに必要な支援を適切に提供することが保健予防的見地から望まれる。これらの結果は、一般的に“ゆううつ”“健康でない”という自覚症状からのみスクリーニングすれば偽陽性者が多かったり、支援に直接結びつくことは少ないとしても、微症状・問題行動への注目を加味すれば、より有効な支援の手がかりとなることを示唆している。

V 結 論

青少年のもつ自覚的身体症状と行動上の問題を心身の健康評価に活用する目的で、東京都全域、沖縄県M諸島、岩手県I町の青少年403名(男子190名、女子213名)を対象に質問紙および面接調査を実施した。その結果、注目すべき症状の種類と数の判断基準には性差のあることが明らかになった。すなわち、男子では症状数よりも症状の種類に注目し、特に“頭痛”“吃音”“鼻ほじり”“オナニー”“めまい”などの重要性が示唆された。一方、女子ではリスクに関連する特定の症状はみあたらず、症状の種類よりも4個以上症状をもつ者に注目すべきことが明らかになった。しかし、これはあくまで本調査で提示した項目の種類と数においてのみあてはまる目安であり、自由回答法や項目数の過少や種類によっては新たに基準を作る必要があることはいうまでもない。また、事例検討から神経症など明らかな障害があり治療中の者は潰瘍や不登校など顕著な症状を呈しており、微小な身体症状や行動上の問題を示すことはむしろ少ないことも明らかになった。さらに神経質か否かという直接的な問いは心身の健康状態の評価としてほとんど意味のないことも示唆された。これらのことは青少年の心身の健康状態の評価が乳幼児期の評価とは質的に異なる面があり、すべての症状を同じ重みで考えられないこと、つまり症状数だけでなく、症状の種類(訴えの内容)も考慮すべきことを示唆しており、性差や発達状態を考慮した評価と対応の必要性をも意味している。

この論文の要旨は第59回日本民族衛生学会、第40回小児保健学会、第40回日本学校保健学会において発表した。なお、データの統計処理に関しご指導下さいました茨城県立医療大学の岩井浩一助教授に深謝いたします。

文 献

- 福富 護 訳(1988): ニューマン, MB&ニューマン, PR 著, 新版生涯発達心理学, 261, 303, 川島書店(東京)
- Hendren, R.L. (1990): Stress in adolescence. In:

- Arnold, L.E., et al. (eds), *Childhood Stress*, 247-264, John Wiley & Sons (New York)
- 稲村 博(1990): 思春期のこころの発達, 小児医学, 23(3), 319-333
- 伊藤武樹(1994): 中学生の悩み及び自覚症状とその対処行動の関連—数値化II類を用いた検討—, 学校保健研究, 36(3), 145-157
- 影山隆之(1989): 自記式健康質問紙 THI 女子高校生への適用に関する研究, 学校保健研究, 31(2), 74-81
- 影山隆之(1991): 女子高校生における自記式健康質問紙 THI(東大式健康質問紙)と YG 性格検査の関連について, 学校保健研究, 33(7), 340-346
- 小林 登 監訳(1987): フリードマン, SB 他編, 行動小児科学, 228-232, 414, 420, メヂカルフレンド社(東京)
- 黒丸正四郎 訳(1978): L・カナー, カナー児童精神医学, 医学書院(東京)
- 前田和子, 上田礼子(1987): 親の知覚する子供の問題行動の推移—満1歳から11歳までの縦断的調査から—, 小児保健研究, 46(4), 388-394
- 前田和子, 上田礼子(1992): 満3歳から11歳までの夜尿の推移と要因—性差と個人差を中心に—, 小児保健研究, 51(1), 67-72
- 牧田清志(1978): 改訂, 児童精神医学, 94, 岩崎学術出版社(東京)
- 森 忠繁, 林 正, 他(1989): 中学生用簡易健康調査質問紙票の作成の試み(第8報), 児童相談所クライエントの場合, 学校保健研究, 31(1), 35-42
- 仲田行克, 平山清武, 識名節子(1988): 思春期の不適応徴候, 小児科, 29(12), 1405-1412
- 小倉 学(1985): 子どもをとりまく教育環境と心身の健康, 小倉, 武田 編, 子どもの社会的適応障害と保健指導, 13, ライフサイエンスセンター(横浜)
- Rutter, M. & Hersov, L. 編(1982): 最新児童精神医学, 404, ルガル社(京都)
- Rutter, M. (1983): 子どもの精神医学, 11-21, ルガル社(京都)
- 白瀬丈一郎, 大野 裕(1992): 思春期の心理, 小児医学, 25(3), 385-396
- 識名節子, 平山清武, 仲田行克(1989): 思春期の悩みと不定愁訴, 小児科, 30(8), 879-884
- 杉浦守邦(1985): 身体症状を主徴とする社会的適応障害とヘルスカウンセリング, 小倉学, 武田 敏 編, 子どもの社会的適応障害と保健指導, 195-224, ライフサイエンスセンター(横浜)
- 高木俊一郎(1986): 小児精神医学, 28-39, 同文書院(東京)
- 上田礼子(1983): 日本版デンバー式発達スクリーニング検査・増補版, 67-75, 医歯薬出版(東京)
- 上田礼子, 塩福和子, 他(1975): 2歳児をもつ母親のニード—母親へのアンケート法を中心に—, 小児保健研究, 34(3), 137-143
- 上田礼子, 前田和子, 他(1976): 3歳児をもつ母親のニード—子どもの発達状態と関連して—, 小児保健研究, 35(3), 134-138
- 上田礼子, 前田和子(1984): 5歳児の問題行動—縦断的研究から—, 小児保健研究, 43(1), 18-24
- Ueda, R. & Maeda, K. (1990): Longitudinal Study of Developmental Problems of Children (1-17 Years) and related Factors with Them, Bulletin of Tokyo Metropolitan College of Allied Medical Sciences, No. 3, 49-56
- 上田礼子, 高橋真理, 他(1992): 成人期の自己概念と自覚的健康状態, 茨城大学教育研究所紀要, 24, 83-90
- 上田礼子, 前田和子(1993): 青少年の自己概念とリスク児(者)のスクリーニング, 茨城大学教育学部紀要, 42, 163-171
- Ueda, R. (1993): Concept and Related Variables in Relation to Identifying Adolescents at Risk, Jap. Health & Hum. Echol, 59, 215-224
- 上田礼子(1994): 国内3地域における青少年とその家族の自己概念に関する比較研究—発達生態学的接近, 平成5年度科学研究費補助金(一般C)研究成果報告書, 5-6
- 上村菊朗(1980): 神経性習癖とは何か, 治療教育講座1. 神経性習癖をもつ子ども, 11-48, 福村出版(東京)
- 山本多喜司 訳(1990): デーモン, W 著, 社会性と人格の発達心理学, 403-404, 北大路書房(京都)
- 山本多喜司 訳(1992): S・ワップナー 編著, 人生移行の発達心理学, 163, 180, 北大路書房(京都)
- 安田道子, 加藤京子, 丹 理子(1992): CMIによる高校生の自覚症状についての研究, 学校保健研究, 34(9), 426-431

(受稿 至急 1997.1.23; 受理 1997.9.12)