

子どもの心身症に関する研究動向と課題

森 川 夏 乃*

Trends and Issues on Psychosomatic Symptoms in Children and Adolescents

Natsuno MORIKAWA*

Key words : 心身症 Psychosomatic symptom

小児 Child

青年 Adolescent

近年、特別支援学校（病弱）や医療機関へ身体の不調を訴えて相談する児童生徒が増加傾向にある²⁹⁾。また、スウェーデンの児童と日本の児童における身体症状の訴えを比較すると、日本の児童はスウェーデンの児童よりもはるかに多く、疲労感・腹痛・胸の痛み・めまい等の訴えが見られることが明らかになった³⁵⁾。さらに、近年増加傾向である不登校児童生徒のうち7割は体調不良を伴っており、不登校児童生徒の中にも慢性頭痛や機能的腹痛、起立性調節障害といった心身症の子どもが多く含まれていると思われる³³⁾。田中³³⁾によると、身体的な不調を訴える不登校児童生徒は、周囲から心身症とは見なされず、怠けや問題行動だと捉えがちであると指摘されている。すなわち、これらの子どもが訴える身体的不調に対して、家庭や学校において十分に認識され、適切な対応が取られているとは言い難い。児童生徒の身体症状の訴えは、長期化すれば、その後の学校生活や友人関係、社会生活にも支障をきたすことが推察される。よって、子どもと関わる家庭・学校・医療の現場において、身体的な不調を訴える児童生徒に対して、早期に適切な支援を行うことが求められる。

1. 子どもの心身症とは

心身症とは、日本心身医学会²⁶⁾によると、「身体疾患のうちその発症と経過に心理社会的因子が密接に関与し、気質的ないしは機能的障害の認められる病態を呈するもの。ただし、神経症やうつ病などの精神障害に伴う身体症状は除外される」と定義されている。加えて、「心理社会的因子と発症や経過ないし病像との関係がはっきりしていること」、「特定の器官系統に症状が固定していること」とある。ただし、子どもの心身症の場合には、心理社会的因子と症状との関連が明確ではない場合がしばしばあり、身体症状が特定の器官に固定しているのではなく、複数の器官を移動していることが珍しくない²⁷⁾という点で、大人の心身症とは性質がやや異なる。

日本小児心身医学会²⁷⁾は、子どもの心身症について、18歳未満の子どもで、「身体症状を示す病態のうち、その発症や経過に心理社会的因子が関与するすべてのもの」をいい、「それには、発達・行動上の問題や精神症状を伴うこともある」と定義している。子どもの心身症の主なものとしては、起立性調節障害や緊張型頭痛、過敏性腸症候群、反復性腹痛、周期性嘔吐といった身体症状や、夜泣きや指しゃぶり、チック、抜毛、摂食障害といった行動上の問題が挙げられている^{27)、33)}。日本小児心身医学会が作成したガイドラインによれば、これらの症状に対して、「併存する発達・行

* 東北女子大学

動上の問題や精神症状に留意しながら、家族や学校・地域社会にも広く目を向けた『全人的医療』が必要』であるとされる。具体的には、子どもの身体的な問題を内科的な視点と心理社会的な視点を持って検討し、子ども本人や家族の症状に対する不安感の軽減と同時に、薬物療法による症状の緩和を図っていくとされる。小柳¹⁸⁾は、心理社会的因子によって、身体症状が現れ、症状が生じたことによる症状へのとらわれや予期不安が生じ、さらに、症状があることにより学校生活や将来への不安が増幅されていくことで、一層身体症状が強く現れる、というプロセスがあることを指摘している。すなわち、心身症の児童生徒に対しては、子ども本人に対する生物学的アプローチだけではなく、子ども本人を取り巻く家族、学校、医療等が連携し、不安やとらわれの軽減を目的とした心理社会的アプローチも同時に実践していく必要があると考える。

そこで本研究では、国内外における子どもの心身症に関する先行研究を整理し、我が国における心身症研究の動向、心身症の関連要因及びケアについて示す。そして、心身症児童生徒が増加傾向にあることを受け、子どもの心身症に対する有効な支援に関する検討と、今後の我が国における子どもの心身症研究の課題について考察を行う。

2. 子どもの心身症に関する研究

子どもの心身症の我が国における研究動向や、関連要因及びケアについて明らかにするために、文献検索サービス「Google scholar」を用いて、子どもの心身症に関する先行研究の検索を行った。具体的には、タイトルに「心身症 子ども」、「心身症 小児」、「心身症 青年」、「psychosomatic child」及び「psychosomatic children」、「psychosomatic adolescent」及び「psychosomatic adolescence」が含まれる論文の検索を行った。そのうち、事例報告及び実証研究の論文を抽出したところ、計142本の論文が得られた。142本の論文についてアブストラクト及びキーワードを参考に、内容の分類を行ったところ、Table1に示すような論文が見られた。

Table1 国内外における先行研究の件数と分類

	国内		国外		計	
	本数	%	本数	%	本数	%
事例報告						
小計	14	54%	31	27%	45	32%
実証研究						
学校要因との関連	2	8%	9	8%	11	8%
家族関係との関連	3	12%	10	9%	13	9%
虐待との関連	0	0%	2	2%	2	1%
社会経済的状況との関連	0	0%	4	3%	4	3%
健康状態との関連	0	0%	10	9%	10	7%
発達障害との関連	0	0%	3	3%	3	2%
精神的健康との関連	0	0%	8	7%	8	6%
ASD・PTSDとの関連	0	0%	5	4%	5	4%
ストレス全般との関連	0	0%	4	3%	4	3%
自殺・自傷行為との関連	0	0%	1	1%	1	1%
ライフイベントとの関連	0	0%	2	2%	2	1%
性格傾向との関連	0	0%	3	3%	3	2%
自尊心との関連	1	4%	1	1%	2	1%
コーピングとの関連	0	0%	2	2%	2	1%
認知の仕方との関連	0	0%	4	3%	4	3%
生活習慣との関連	0	0%	2	2%	2	1%
年齢との関連	0	0%	1	1%	1	1%
症状の経過	3	12%	1	1%	4	3%
アセスメント方法	1	4%	8	7%	9	6%
心理教育の効果	0	0%	2	2%	2	1%
薬の効果	1	4%	1	1%	2	1%
患者の身体活動性	1	4%	2	2%	3	2%
小計	12	46%	85	73%	97	68%
合計	26	100%	116	100%	142	100%

注)ただし、日本人研究者が日本国内で調査した英語論文は、国内の研究として計算した。

(1) 我が国における研究動向

Table1を見ると、我が国の心身症に関する研究は計26本であるのに対し、国外の研究は計116本見られた。また、論文の種類に着目すると、我が国においては、事例報告14本、実証研究12本であり、事例報告と実証研究がおおよそ半々の割合であるのに対し、国外の研究では、事例報告31本、実証研究85本であり、事例報告の約2.5倍実証研究が多く行われていることがわかった。すなわち、我が国においては、国外の研究に比べて、事例報告の占める割合が高く、実証研究が少ない傾向にあることが示された。

また、実証研究の小分類に着目すると、国内外ともに学校関連ストレスと家族関係について中心的に検討されていることが明らかになった。

(2) 心身症の関連要因及びケアについて

Table1のように、先行研究の整理を行ったところ、国内外の実証研究の小分類としては、心身症の関連要因として、学校関連ストレス、家族関

係、社会経済的要因や、身体的・精神的健康等との関連が見られた。また、心身症のケアに関しては、心理療法による治療効果の報告が見られた。関連要因及びケアについて、先述した各項目について、最近の先行研究を中心に知見を整理する。

1) 学校関連ストレス

学校関連のストレスとしては、学業成績、対人関係、学校風土といった面から心身症症状との関連が検討されている。それらによると、学業の困難さ、対人間の葛藤度、学校風土への適応の低さは、心身症症状の発症リスクや症状の頻度と関連があることが指摘されている^{34)、25)}。また近年では、対人関係の中でも特に、いじめ経験と心身症との関連について多く指摘がされている。Fekkes、Pijpers、& Verloove-Vanhorick⁷⁾は、小学校児童2766人を対象に質問紙調査を実施し、いじめ被害者は、いじめに関わっていない者に比べて、抑うつや、頭痛、睡眠障害、腹痛、夜尿、疲労感といった心身症症状の発症や身体的な不定愁訴のリスクがかなり高いことを明らかにした。その他にも、心因性の痛みもいじめ被害経験と関連があることが指摘されている¹²⁾。ただし、女子は学業成績の心配に関するストレスを多く抱いているのに対し、男子は親や教師との葛藤から生じるストレスを多く抱いており、女子間よりも男子間において、学校での仲間との困難さからくるストレスは、より密接に心身症との相関が見られる²⁵⁾ように、学校関連ストレスには性差があることに留意する必要がある。

さらにGini⁹⁾は、小学校児童565人に対して自記式質問紙調査を実施し、いじめ被害者だけではなく、いじめ加害者もまた、いじめに関わったことのない子どもに比べて心身症のリスクが高いことを明らかにしている。この結果は、いじめ経験の有無と心身症との関連についてメタ分析を行ったGini & Pozzoli^{10)、11)}からも支持されており、加害者・被害者に関わらず、いじめに関わった者は、いじめにかかわった経験のない者よりも心身症の発症リスクが高いことが明らかとなった。

以上の結果などから、子どもの心身症の心理社会的要因の一つとして、子どもの学校における適応状況やいじめ経験に目を向けることの必要性が指摘されている。

2) 家族関係

かねてより、家族療法家たちによって、子どもの身体的不調が頻繁に見られる家族には、世代間境界のもつれといった家族関係の問題が生じていることが指摘されており、子どもの心身症症状と家族関係との関連は早い段階から着目されてきた²³⁾。

多く着目されてきた視点の一つとして、親の養育態度がある。遺伝的要因を共有している双子を対象にした調査から、遺伝的に同一であっても、母親に好かれている子どもの方や、より従順な子どもの方が心身症症状をより頻繁に訴えることが指摘されており²⁴⁾、遺伝的な要因よりも、環境要因である親の養育態度の方が心身症リスクと関連することが主張されている。また、武田・村井・浅野・亀井・村井³²⁾において、難聴児の同胞の約3分の1に心身症様の症状が認められたが、発症後スキンシップを図ることにより症状が改善する傾向を示したという報告からも、親の養育態度と心身症症状とは関連することが支持されている。近年では、養育態度の質に着目し、親からの批判的態度の強さ、完璧主義傾向の養育態度が心身症のリスクを高めることや、親からの情緒的なサポートが心身症症状を軽減することが指摘されている^{16)、20)}。

また、家族を包括的に捉えた家族機能という視点から心身症との関連を検討したものでは、家族機能不良群は、良好群に比べて、心身症の発症の相対危険度が2倍であることが示された²²⁾。Masuda *et al.*²¹⁾は具体的に、親から子への身体的な暴力や配偶者間の身体的暴力が生じ、家庭での非安心感を抱いている、子どもが親に愛されたと感じるができないといった機能不全状態にある家族において、心身症症状のリスクが高いことを指摘している。特に、身体的暴力については、幼少期の身体的な暴力と青年期以降の複数の心身症症状

との強い関連があることが明らかにされており¹³⁾、家族機能のみならず、虐待等によるトラウマ体験が心身症を引き起こすことが示唆されている。

3) その他の関連要因

学校関連ストレス、家族関係以外の心理社会的要因としては、社会経済的要因について検討しているものもいくつか見られた。特に、北欧諸国において、心身症の児童生徒が増加傾向にあることを受け、大規模調査による社会経済的要因との関連について検討がなされている。その結果、低収入、低い教育、片親家庭において、子どもが身体的な不定愁訴を多く訴えたり、複数の心身症症状が現れたりしていることが明らかになった^{4)、28)}。この結果から、社会経済の変動を背景に、心身症児童生徒が増加傾向にあることが示唆されている。また、Aslund、Starrin、& Nilsson²⁾は、地域において家庭が置かれている状況に着目し、近隣との社会的資源の低さや、社会的信頼の低さも、心身症症状と関連することを指摘している。このように、家庭が置かれている社会経済的な乏しさを背景として、心身症の発症リスクが高まることが示されている。

また、心身症のリスクとして自尊心の低さ³¹⁾や、ストレスに対するコーピングスタイル¹⁹⁾といった個人内の要因が心身症症状と関連することも示されている。すなわち、ストレスを感じやすい性格であることや対処行動の低さによってストレスを溜めやすいことで、心身症症状が出現しやすいことが示唆されている。

さらに、心理社会的要因以外には、心臓疾患等の身体の健康状態³⁾、多動性障害等の発達障害¹⁾、抑うつ感やPTSDといった精神的な健康状態^{6)、30)}との関連が指摘されている。つまり、子どもの場合には、身体的健康や精神的健康の不調と複合的に、身体的な訴えも見られるという特徴があることが示されている。ただし、身体症状は、親や教師には、問題行動や精神的健康の問題として認識され、子どもとの間に認識のズレがあることも指摘されている¹⁵⁾。すなわち、子どもの場合には、

問題行動や精神的健康の問題と捉えられるものと同時に、身体的な訴えについても注意を払う必要があるといえるだろう。

4) 心身症のケアに関する研究

小柳¹⁸⁾は、心身症症状は、症状が生じたことによる症状へのとらわれや予期不安が生じ、症状があることにより学校生活や将来への不安が増幅されていくことで、雪だるま式に身体症状が強く現れる、というプロセスがあることを指摘している。対して、心身症症状が回復していく過程においては、自身のストレス状態に対する認知や心理社会的要因との関連に気づくようになっていくことや¹⁴⁾、親と子どもが精神的な分離と結合を繰り返しながら、次第に情緒的絆と信頼に基づいた適度な心理的距離を見出していくことが明らかにされている³⁶⁾。すなわち、回復過程においては、自己や症状に対する理解の促進、周囲との関係調整が図られていることがわかる。

ゆえに、心身症への治療において、Bernhard、Weigel、& Merckenschlager⁵⁾は、治療の早期の段階には、薬物療法もさることながら、心理教育といった非薬物治療が効果的であることを指摘している。また、心身の緊張状態を緩和するためのセルフコントロール法である自律訓練法を習得し、意識的に心身のリラックス状態を作り出すことにより、症状の改善が図られた例も報告されている⁸⁾。すなわち、症状の生物学的要因も視野に入れながらも、症状に対する自己認知を促したり、不安等に対するセルフコントロール法や対処行動を身に着けることで、憎悪因子となる症状へのとらわれや不安を和らげ、症状の軽減を図っていけることが指摘されている。

また、心身症症状を有する子どもと周囲との相互作用そのものに介入することによって症状の改善が見られることも報告されている。Minuchin *et al.*²³⁾は特有の家族構造の子どもにおいて心身症が見られることに着目し、家族合同面接によって家族成員の相互作用に介入を行うことで症状の軽減を図る構造的家族療法による治療効果を報告

している。その後、家族療法に端を発する短期療法においても、心身症の子どもと周囲との相互作用に対して介入を行うことにより、症状の軽減が見られたことが報告されている¹⁷⁾。小崎・長谷川によると、短期療法を用いた場合、1症例当たりの平均治療回数は4.4回であり、非常に短期間で治療効果を得ることが可能であるとされる¹⁷⁾。すなわち、個人が抱くとらわれや不安に対する対処だけではなく、とらわれや不安を増幅させる周囲との相互作用を変化させることで、症状の軽減を図れることがわかる。

考察

まず、Table1にもあるように、我が国においては、心身症に関する研究は事例報告の割合が多く、実証的な研究が少ないことが示された。また、国外と比較すると、家族関係や学校関連ストレス、自尊心との関連について検討したものがやや見られるものの、多様な観点から検討が行われているとは言い難い。心身症症状に対するアセスメント方法についても十分に検討が行われていないのが現状であった。しかしながら、我が国において心身症児童生徒数は増加傾向にあることを鑑みると、量的データを用いて、現代の児童生徒がどのような環境や状態の中で、症状を呈しており、なぜ心身症児童生徒数が増加傾向にあるのかについて、究明していくことが求められる。我が国において十分に心身症研究が発展していない現状は、学校現場などにおいて、心身症と見られる身体症状への訴えに対する理解が不十分であり、怠けや問題行動として認識されがちである³³⁾ことも関連するであろう。今後、子どもの心身症の現状の把握や、背景要因の究明、支援方法の検討に関する研究を行い、教育・医療・福祉等の様々な領域に向けて、研究結果を示し、子どもの心身症について理解が広がることが望まれる。

また、国内外含め、先行研究を整理したところ、心身症は、自尊心やコーピングスタイルといった個人内の要因に加えて、いじめ等の学校でのストレスに晒されることや、親の養育態度や機能状態

といった家族関係、さらには、家庭の置かれている社会経済的状況といった個人を取り巻く環境からも影響を受けていることが実証的に示されていた。すなわち、個人内の要因の改善を試みるだけではなく、個人が置かれている心理社会的状況にも注意を払うことが必要だといえる。言い換えると、心身症症状の軽減のためには、子どもの周囲の者が、心身症について理解し、子どもを取り巻く環境を整えることが必要であるといえる。加えて、心身症は精神的健康との関連があること³⁰⁾、不安との相互作用によって症状が増幅していく過程があること¹⁸⁾から、身体的・精神的健康が複雑に絡み合う中で、身体的な訴えが見られていると理解する必要があるだろう。ゆえに、心身症によって生じる、症状の憎悪因子である症状へのとらわれや不安、苦痛等の個人が抱える心理に対して、効果の実証されている心理教育や自律訓練法を用いることで、これらを軽減し、症状の緩和を図る必要があると考えられる。また、上述したように、心身症症状は、子どもを取り巻く環境からの影響も大きい。すなわち、子どもは、家庭・学校・社会といった環境との相互作用の中で、症状を呈しているといえる。ゆえに、心理教育や自律訓練法と合わせて、それらの環境との相互作用に対して介入を行う、家族療法や短期療法を用いることで、環境との相互作用の中で増幅される、とらわれや不安、苦痛等を軽減し、より効果的に症状の緩和を図ることができるのではないかと考える。例えば、子どもが腹痛を訴えている場合、親が過度に心配し過干渉になることで、一層子どもが症状に対する予期不安を強め、さらに症状が悪化するという悪循環があることが推察される。このような場合に、家族療法や短期療法によって、症状に対する親の関わり方を変える、すなわち症状をめぐる親子間の相互作用に介入することで、葉師神³⁶⁾の指摘するような適度な親子間の距離となり、不安等の軽減、さらには症状の緩和を図ることができるのではないかと考えられる。これらのことから、心身症の関連要因の検討だけではなく、症状が経過していく中で有効な介入方法や対

処方法についてさらに検討していくことで、心身症の症状が慢性化することを防ぎ、早期回復につながるのではないだろうか。

だが、先行研究を概観したところ、現段階では国内外において、子どもの心身症への周囲の対処に関する実証的な検討は十分に行われているとは言えなかった。現段階の知見では、発症リスクや症状と、学校関連ストレスや家族関係、社会的状況がいかに関連しているかは示されているものの、これらの要因を、いつ、どのように、どうやって改善すればよいのかは十分に示されていない。また、これらの要因が簡単に除去できない場合も大いに想定される。そのため、家族や学校として、どのように心身症の子どもに対して関わればよいのか、というような心身症の子どもに対する効果的な対処方法の検討が必要だろう。

以上、我が国においては子どもの心身症に関する研究や理解が十分になされていないこと、しかしながら、子どもの心身症に対しては、子どもを取り巻く心理社会的要因が大きく関係していることが示された。ゆえに、子どもの心身症症状の憎悪あるいは軽減は、子どもが周囲とどのような相互作用をするかに関わってくるといえる。よって、子どもを取り巻く大人は、子どもの心身症について理解し、適切な対応について考えていく必要があるだろう。今後、子どもを取り巻く大人がいかに症状に対処していくことが効果的であるのかについて実証的に検討し、心身症の子どもに対する対処プログラムを開発していくことが求められる。

引用文献

- 1) Antropov, I., Balabanova, V. A., & Baranova, V. A. (2009). Hyperkinetic symptoms in children and adolescents with psychosomatic disorders. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova*, 110(8), 8–15.
- 2) Aslund, C., Starrin, B., & Nilsson, K. W. (2010). Social capital in relation to depression, musculoskeletal pain, and psychosomatic symptoms: a cross-sectional study of a large population-based cohort of Swedish adolescents. *BMC Public Health*, 10(1), 715.
- 3) Belokon, N. A. (1988). Current approaches to the study of psychosomatic effects on the pathology of the cardiovascular system in children. *Pediatrics*, 1, 23–27.
- 4) Bernhard, M. K., Weigel, J. F., & Merckenschlager, A. (2005). Chronic headaches and migraine in children and psychosomatic aspects. *Kinder-und Jugendmedizin*, 5(6), 283–288.
- 5) Berntsson, L. T., & Kohler, L. (2001). Long-term illness and psychosomatic complaints in children aged 2–17 years in the five Nordic countries. *The European Journal of Public Health*, 11(1), 35–42.
- 6) Cerni-Obrdaj, E., Cavarović Gabor, B., Pivic, G., Zalihic, A., Batić-Mujanovic, O., & Rumboldt, M. (2010). Association between psychosomatic and traumatic symptoms in early adolescence. *Psychiatria Danubina*, 22(2), 301–303.
- 7) Fekkes, M., Pijpers, F. I., & Verloove-Vanhorick, S. P. (2004). Bullying behavior and associations with psychosomatic complaints and depression in victims. *The Journal of pediatrics*, 144(1), 17–22.
- 8) 藤河周作・高芝朋子・元木靖代・中津忠則(2012). 当院小児心身症における自律訓練法—「4年間の取り組み」と「心因性の問題を訴える13歳男児例」について 徳島赤十字病院医学雑誌, 7(1), 6–11.
- 9) Gini, G. (2008). Associations between bullying behaviour, psychosomatic complaints, emotional and behavioural problems. *Journal of paediatrics and child health*, 44(9), 492–497.
- 10) Gini, G., & Pozzoli, T. (2009). Association between bullying and psychosomatic problems: A meta-analysis. *Pediatrics*, 123(3), 1059–1065.
- 11) Gini, G., & Pozzoli, T. (2013). Bullied children and psychosomatic problems: a meta-analysis. *Pediatrics*, 132(4), 720–729.
- 12) Hjern, A., Alfvén, G., & Östberg, V. (2008). School stressors, psychological complaints and psychosomatic pain. *Acta Paediatrica*, 97(1), 112–117.

- ¹³ Jernbro, C., Svensson, B., Tindberg, Y., & Janson, S. (2012). Multiple psychosomatic symptoms can indicate child physical abuse—results from a study of Swedish schoolchildren. *Acta paediatrica*, 101(3), 324–329.
- ¹⁴ 金田桃子・大河原美以 (2009). 他者への表現としての子どもの心身症：発症と回復のプロセスのモデル化の試み 東京学芸大学紀要総合教育科学系, 60, 171–183.
- ¹⁵ Kinnunen, P., Laukkanen, E., & Kylmä, J. (2010). Associations between psychosomatic symptoms in adolescence and mental health symptoms in early adulthood. *International journal of nursing practice*, 16(1), 43–50.
- ¹⁶ Kjellström, J. (2014). Psychosomatic health complaints among adolescents in Stockholm: The role of supportive relations with parents and teachers. *Centre for Health Equity Studies*.
- ¹⁷ 小崎武・長谷川啓三 (2000). 小児心身症に対する短期療法 10 年間のまとめ 心身医学, 40(2), 143–149.
- ¹⁸ 小柳憲司 (2014). 日本小児心身医学会推薦総説 心身医療をすべての子どもたちに 日本小児科学会雑誌, 118(3), 455–461.
- ¹⁹ Kozjak Mikić, Z., & Perinović, E. (2008). Coping and psychosomatic symptoms in adolescence. *Suvremena psihologija*, 11(1), 41–52.
- ²⁰ Lifintseva, A., & Kholmogorova, A. B. (2015). Family factors of psychosomatic disorders in children and adolescents. *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 1, 70–83.
- ²¹ Masuda, A., Hirakawa, T., Yamanaka, T., Shimura, M., Takei, M., Koga, Y., & Tei, C. (2004). The influence of family function and bringing-up environment on the onset of psychosomatic and psychosomatic-related diseases in adolescence. *Japanese Journal of Psychosomatic Medicine*, 44(5), 369–378.
- ²² 増田彰則・山中隆夫・武井美智子・平川忠敏・志村正子・古賀靖之・鄭忠和 (2004). 家族機能が学校適応と思春期の精神面に及ぼす影響について 心身医学, 44(12), 903–909.
- ²³ Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B. L., Liebman, R., Milman, L., & Todd, T. C. (1975). A conceptual model of psychosomatic illness in children: Family organization and family therapy. *Archives of General Psychiatry*, 32(8), 1031–1038.
- ²⁴ Moilanen, I. (1991). Psychosomatic symptoms in adolescent twins. *Psychotherapy and psychosomatics*, 56, 88–93.
- ²⁵ Murberg, T. A., & Bru, E. (2004). School-related stress and psychosomatic symptoms among Norwegian adolescents. *School psychology international*, 25(3), 317–332.
- ²⁶ 日本心身医学会 (1991). 心身医学の新しい診療指針 心身医学, 31(7), 537–573.
- ²⁷ 日本小児心身医学会 (2015). 小児心身医学会ガイドライン集 日常診療に活かす5つのガイドライン改訂第2版 南江堂
- ²⁸ Östberg, V., Alfvén, G., & Hjern, A. (2006). Living conditions and psychosomatic complaints in Swedish schoolchildren. *Acta Paediatrica*, 95(8), 929–934.
- ²⁹ 坂田義成 (2009). 特別支援学校(病弱)・院内分科に在籍する心身症等の児童生徒の実態及び傾向とその指導・支援に関わる実際的研究 特別支援教育論文一平成20年度— 財団法人みずほ教育福祉財団特別支援教育研究助成事業
- ³⁰ Santalahti, P., Aromaa, M., Sourander, A., Helenius, H., & Piha, J. (2005). Have there been changes in children's psychosomatic symptoms? A 10-year comparison from Finland. *Pediatrics*, 115(4), 434–442.
- ³¹ Sweeting, H. N., West, P. B., & Der, G. J. (2007). Explanations for female excess psychosomatic symptoms in adolescence: evidence from a school-based cohort in the West of Scotland. *BMC public health*, 7(1), 298.
- ³² 武田篤・村井盛子・浅野義一・亀井昌代・村井和夫 (1993). 難聴児の同胞にみられる心身異常 *Audiology Japan*, 36(4), 258–265.

- ³³⁾ 田中英高 (2014). 心身症の子どもたち ストレスからくる「からだの病気」 合同出版
- ³⁴⁾ Tanaka, H., Tamai, H., Terashima, S., Takenaka, Y., & Tanaka, T. (2000). Psychosocial factors affecting psychosomatic symptoms in Japanese schoolchildren. *Pediatrics International*, 42(4), 354-358.
- ³⁵⁾ Tanaka, H., Terashima, S., Borres, P. M., & Thulesius, O. (2012). Psychosomatic problems and countermeasures in Japanese children and adolescents. *BioPsychoSocial Medicine*, 6(6), 1-5.
- ³⁶⁾ 薬師神裕子 (2002). 心身症に伴う行動障害を持つ子どもとその家族の再生過程と家族の耐久力の特徴 日本看護科学会誌, 22(3), 10-19.