

6) 心 因

—その理論医学的検討—

久 徳 重 盛 前 島 元 信
辻 河 香

I. はじめに

気管支喘息の発症、経過、難治化に占める環境としての親の役割が極めて重要であることは、重症難治性喘息児の根本療法として、最後に頼るべき有効な手段が、患児を「不安の多い親、家庭から離し」「新しい環境で心身のたくましさを身につけさせる」こと、つまり、新皮質辺縁皮質で統合される「たくましさを身につけることを目標にした長期入院療法であることからみても明らかである。

この難治性喘息の根本療法を両親離断療法と称するが、その真意についての理解、メカニズムについての理解に乏しいことが、難治性喘息の抜本対策を阻害する最大の原因となっている、「親、家庭環境」が、患児の発病、重症化ないし暖難治化させる原因になるのかという点になると、まだ殆んど医学的に解明されていないのが現状である。この問題を解明する目的で、理論医学的、臨床医学的に検討を加えた。

II. 発症に占める役割

図1にあるように、人の親の育児態度には、わが子の心身の「たくましい成長」つまり適応及び本能機（脳新皮質、辺縁皮質、間脳で統合される）の充実した成長、発達にプラスになる愛情、育児行動と、それとは逆にわが子の心身の成長、発達、正常な機能維持にマイナスの影響を与える育児行動とがある（二面性育児行動理論（久徳））。

喘息児の親は、すべて共通して、（図1の①～⑤）に相当する愛情、育児行動を有している。その具体的な問題の検討は昭和50年度本報告で報告した。

このような Negative な育児行動の親に養育された小児は、図2にあるように、当然の結果として、新皮質、辺縁皮質で統合される適応行動の機能にひびきを生じつつ心身の成長、発達をとげる。一方、小児は身体的には

図2にあるように、0～1才（1年）、1～3才、3～6才、6～7才、6～10才、10～15才と1、2、3、4、5年という等差を呈した特徴ある年令幅ごとに特有な成長、発達をとげるが（等差級数成長説（久徳））、この0～3才と6才以後とは N: L、副腎：胸腺、交感神経：副交感神経の関係は全く逆であることは小児科領域では周知の事実である。

前述したように、親が図1にある 1)～5) に相当した育児を行なうと、図2にあるように小児は中枢の条件も、身体的条件も A>C の状態になる。特に身体的条件が6才以後とは逆な0～3才という年令層で A>C になるような養育をせられ、中枢も身体も A>C の状態となると、生理的には甘え、我まま、非活動的という傾向、身体的には自律神経、間脳・下垂体・副腎機能が低下した状態で機能失調におちいりやすい傾向が生じやすい。3才を中心に喘息が好発しやすい理由、0～6才で小児

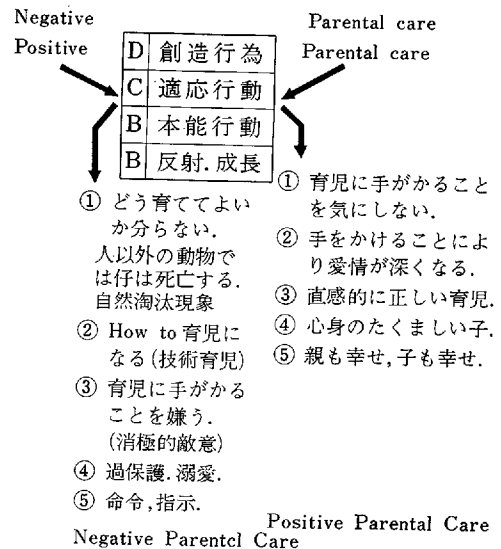
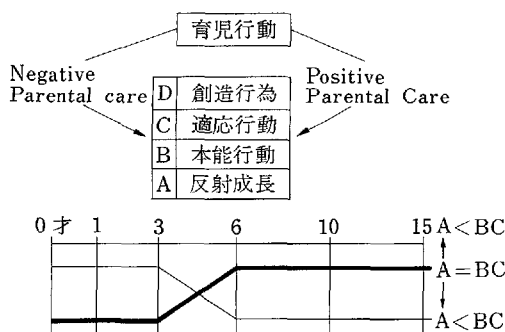


図1 二面性育児行動理論（久徳）



- A = B C 正しい育児 正常な心身機能
- A > B C a) 過保護, 溺愛, 拒否など b) 甘え, 我まま, 無気力. c) 副交感神経過緊張, 交感神経緊張の不足. 間脳・下垂体・副腎機能低下. b) 易疲労性, O D, ぜんそく. 湿疹, 夜尿症. 低血圧など. e) アドレナリン, ステロイド有効.
- A < B C a) 誤った促進. b) 過剰な自主性, 活動性, やる気. c) A > B C と逆の状態. d) 高血圧, 胃潰瘍, 糖尿病など e) アドレナリン, ステロイド有害.

〔二面性育児行動理論. 中枢錐型説. 等差数〕
列成長説. 総合医学説

図 2

の喘息の約90%が発病する理由は理論医学的には合理的な説明が可能である。非アレルギー性喘息が少くない事実からみても、喘息発症の基盤は、このような心身条件が成立することであり、この基盤があるうえにアレルギー

3. 体 質

気管支喘息を過敏性素質の上に外界の刺激が加わって発するところの気管支の過敏反応またはその極限型であると定義（遠城寺）があることでも明らかなように、気管支喘息がある一定の素質をもつひとに発生することに異論を称える人は少ないであろう。しかし、その難治化にこれらの素質または体質がどのように関与しているかは詳しく検討されていない。

臨床統計上難治例では両親、祖父母に気管支喘息を認める例が多いとされ、また同胞に気管支喘息を認める率

が存在した場合アレルギー性喘息という。

逆にもし小児期に $A < C$ となるような条件で養育され、 $A < C$ 傾向の強い心身条件が形成されると、この個体は成人後、高血圧、胃潰瘍、糖尿病などが発症しやすくなると考えられる。イブで発病する喘息、湿疹、夜尿症、自家中毒症など一群の疾患は親の育児態度 1) ~ 5) の組合せに相違があるのであり、その相違に相当した特徴が中枢に形成せられるためであろう（中枢錐型説（久徳））。

$A > C$ タイプで発病する喘息、夜尿症、湿疹などは共通してステロイド、アドレナリン系薬剤が有効であり、 $A > C$ タイプで発病する高血圧、胃潰瘍、糖尿病はすべて共通して二剤が有害であることも理論医学的には十分説明できる。

III. 重症化、難治化に占める親の役割

$A > C$ タイプの養育をする傾向が強いほど患児は重症化、難治化する。難治性喘息はこのほかに、医師のステロイド使用、誤った指導、言動によるもの、感染による発作悪化の見おとし、アレルギーについての誤った判断などであるが、 $A > C$ タイプの親子関係、家庭環境が悪化するほど、重症化、難治化することが多い。このことは施設療法の効果からみても明らかである。

$A > C$ タイプの傾向を悪化させる要因は、親の性格、家庭環境と、医師の指導、治療の適否の二要因がある。

重症難治性喘息に最も多い心因関与による重症化、難治化のメカニズムについてのべた。

東大分院小児科 早 川 浩

も難治例ではそうでない例と比べて有意に多いという（中山、根本）これらの事実からみても、難治例に何らかの遺伝学的素因が重要な意義もっていることは想像されるが、その解析は十分に進んでいない。

最近免疫遺伝学の発達にともない、疾病ことに免疫学的機序を基盤にもつ疾患に対する個体の感受性、または発生素因に免疫応答遺伝子の関与が重要視されるようになり、気管支喘息などのアトピー性疾患についても検討されはじめた。これと関連して、レプギン抗体産成をコ

↓ 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

.はじめに

気管支喘息の発症,経過,難治化に占める環境としての親の役割が極めて重要であることは,重症難治性喘息児の根本療法として,最後に頼るべき有効な手段が,患児を「不安の多い親,家庭から離し」「新しい環境で心身のたくましさを身につけさせる」こと,つまり,新皮質辺縁皮質で統合される「たくましさを身につけることを目標にした長期入院療法であることからみても明らかである。