

小児心身症の背景としての親(父)子関係

分担研究者 鈴木 榮
協力者 久世 敏雄
小島 秀夫
森 正樹

小児心身症の増加は著しく、われわれの外来でも5~10%を占め(図1)、入院の必要な例も少なくない。

一般に小児心身症の定義、概念などについては、まだ若干のくい違いがみられ、統一的な見解はないが、われわれの臨床経験によれば、本症発生の背景には、とくに親子関係の問題があるように思われるので、この点を解明して、小児心身症の発生防止に役立てたいと考えた。

研究計画

1. 小児心身症の統計的観察

これまでの経験例について臨床統計的観察を試み、年代的な変遷、家族関係などを中心に解析する。

2. これらの症例のうち比較的詳細な記録があり、親子関係テストなどが実施されている症例について検討する。

3. 今後の症例について、心理学的なテストなどを含めて詳細な検討を続ける。

4. これらの結果から心身症の早期診断に役立つテストのようなものを作ることが出来ればよいと思っている。

5. 心身症の治療方針を決定するうえに役立つデータが出てくることも期待している。

I. 小児心身症の統計的観察

心身症も小児では成人と同様には扱えないので、日本心身医学会の定義よりはやや広く解釈して

a 身体症状、習癖などの発現に心理的要因が強く関与しており、

b その治療には、心理的治療や環境調整が有効であるものとし、もちろん

c 器質的疾患は可能な限り除外した。

調査対象は昭和20年から40年までは5年毎、50年から54年までは毎年の外来、入院の心身症患児総計2,613名である。

まず年度別の頻度をみると(図1)、昭和40年代に急増し、53年以降はやや減少の傾向がみられる。昭和50年までは5年毎の数字であるから詳細な変化は分らないが、この40年代の増加は、父母の年令からみて、終戦の混乱時に育った子どもが成人して出産した子どもによるものと考えてよさそうである。最近の減少は、発生が減ったのではなく、本症を扱う小児科医が増加したからではないかと思われるが、確言は出来ない。

外来患児では数%から10%、入院患児では約5%で、外来患児での頻度は、ほぼ急性気道疾患のそれに匹敵する。

このような増加がどうして起ったかについては、今回の集計では明らかにすることが出来なかった。

患児の年令別では4~13才に多く、小学上級~中学生に多かった。

性別では男児が女児の約1.5倍を占めた。

出産歴、乳児期の栄養方法などについては、一定の傾向は認められなかった。

母親が職業をもっている頻度は、対照に比べるとやや高率を示した(10%:6%)。

発症時期は4月と9月にやや多く、学業との関係が推定される例も少なくない。

本院へ来院するのは、発症1カ月以内(30%)と1年以上(35%)が多く、急性気道疾患とは明らかに異なる傾向がみられた。

前医との診断の不一致は過半数に認められ、転医回数3回以上のものが約20%あった。

症状としては頭痛、腹痛、発熱、嘔吐、遺尿、チックなどが多かった。

疾患としては気管支喘息が圧倒的に多いが、このすべてを心身症としていいかどうかはまだ問題

があるので、今回は一応別に集計した。喘息以外では登校拒否、夜尿症、チックなどが多かった。

II 小児心身症の背景としての親子・家族関係

1. 分析対象

名大小児科または名古屋第一赤小児科で明確に小児心身症と診断され、かつ両病院の医療社会事業部で親または子どもに心理検査が一部でも実施されているもの106ケース。これらのケースの初診年は、昭和47年から56年にわたっているが、50～55年が大部分(94.3%)である。男子は52、女子は54名で、初診年齢は10歳～15歳未満が76.4%、5歳～10歳未満が21.7%であり、5歳未満と15歳以上は各1名にしか過ぎない。

2. 分析方法

まず、保管されているカルテと心理検査結果から、今回の研究目的に応じて設計されたカードに必要な情報を転記し、必要に応じて再コード化したうえで大型計算機のファイルに入力し、各種の分析にかけた。ここでは、一次的分析結果を報告する。1ケースについて入力された情報は、フェイス・シート項目、家族歴、既応歴、生育歴、主訴と臨床経過、診断名、田研式親子関係診断テスト(両親、子ども)、YG検査(両親、子ども)についての137変数であるが、当然かなりの欠測値(とくに心理検査)がある。したがって、分析されたケース数は変数により異なる。

3. 主な結果

(診断名)

診断名は20種以上にのぼるが、頻度の多い順にあげると次のようである(カッコ内は頻度を示す)。登校拒否(他の症状を伴うものを含む30)チック症(13)、心因性腹痛(10)、心因性発熱(9)、心因性頭痛(8)、神経性食欲不振(7)。

(主訴)

10カテゴリーとその他に主訴を分けたとき、1人当りの主訴の数は1から6にわたる。頻度順に主なものを示すと、頭痛(29.2%)、頭痛(28.3%)、発熱(19.8%)、食欲不振(16.0%)、チック(11.3%)となる。なお、その他のカテゴリーの中では、登校拒否が特に多い。

主訴間の連関は一般的に低い。 χ^2 検定で有意な

連関が見られるのは、腹痛と頭痛、腹痛と嘔吐の間のみである。

(家族歴)

父親は40～45歳、母親は35～40歳のものが多い。目立ったことの1つに、心身症群の母親のうち41.6%が流産および/または妊娠中絶を経験しており、これは対照としてとった気道感染症(名大小児科、昭和52年;105名)における25.7%より有意に高い($\chi^2=5.48$, $p<.02$)。これには心理的要因が関与している可能性もあり、今後より詳細に調べる必要がある。

(親子関係)

使用した検査の標準が古いので問題があるが、一応それに拠って小児心身症候群全体の特徴をまず見ると次のようになる。すなわち、父親は自分を厳格すぎたり期待をかけすぎたりすることもなく、干渉や不安も低いと言っている。これらの4点については母親も同様であるが、母親は自分を消極的拒否がやゝ強く、子どものしつけに関する両親間の不一致も、いくらか強めだと言っている。全体として、両親とも(とくに父親において)、自分の態度・行動は望ましいものだとする傾向がうかがわれる。

一方、子どもの方ではどうかというと、親の場合と同様、父親をとくに望ましいもの(期待をかけすぎない、干渉、不安、溺愛の程度が低い)と記述する傾向がある。以上のような親と子どもに共通して、父親を良く記述する傾向は心身症群に特有の傾向か、病気の子どものもつ家族に共通の傾向か、または現在の家族全体の傾向なのかは、対照群や新しい標準化群のデータがない現在、決定できない。また別の可能性として、検査状況が被検査者に防衛的な構えをとらせるようなものであったことをあげることができる。

つぎに心身症群の内部での差を見るため、主訴の1つずつについて、その有無で2群に分けて比較すると、いくつかの主訴について群差が認められる。その中でもっとも明確な群差は、食欲不振を主訴に含む群と含まない群の間に見られる。図2に示されているように、父親、母親、子どもの父母についての報告の4つにおいて、食欲不振群の方が「親としての行動に問題はない」と言いやすいのである。親だけでなく子どもも同じ傾向を

示していることは、単なる親の防衛的態度の反映ではなく、家族成員に共通した信念の存在を示唆している。

同様の心身症群内部の差を、診断名の大分類について調べると、群差はそれほど大きくない。患児の主訴による分類の方が、親子関係についての報告と関連をもちやすいのは興味深い。そして、少くとも今回用いられた検査とその施行手続きによれば、心身症群の特徴は、期待・干渉・不安などが強いのではなく、それらが弱いのだと家族の成員が言っているところにある。このような結果

をもたらした親子の行動と内面、そしてそれと子どもの発症の関連を今後調べる必要がある。

〔親のYG性格検査〕

診断名の大分類をさらに併合して作った5群の親のYG得点の分散分析の結果、父親において3尺度、母親において2尺度に有意差が見出された。例えば登校拒否・食欲不振・発熱群の父親は消化器系の心身症群より神経質で非協調的だというような結果が出ている。これらを他の結果とあわせて総合的に捉える試みを進めている。

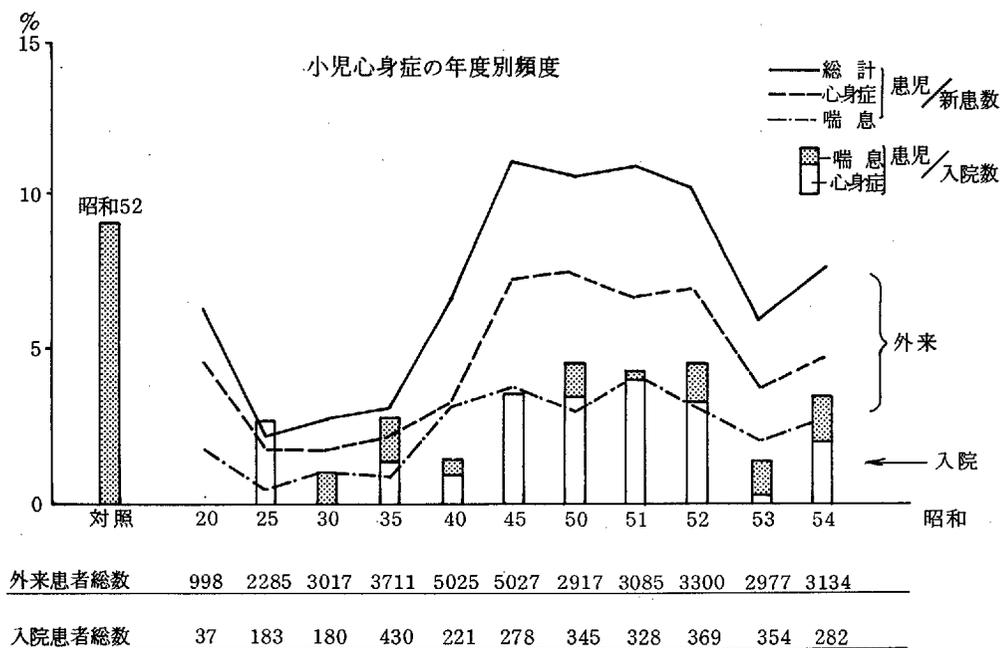
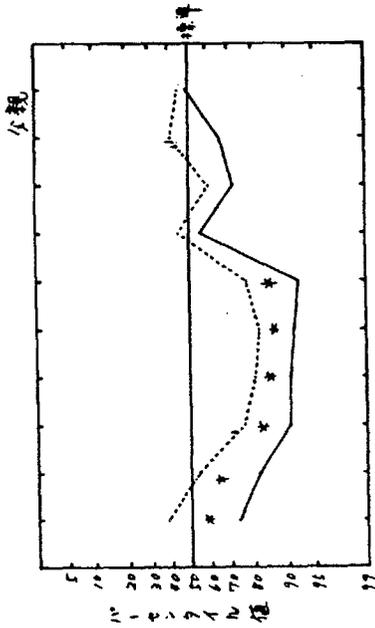


図 1.

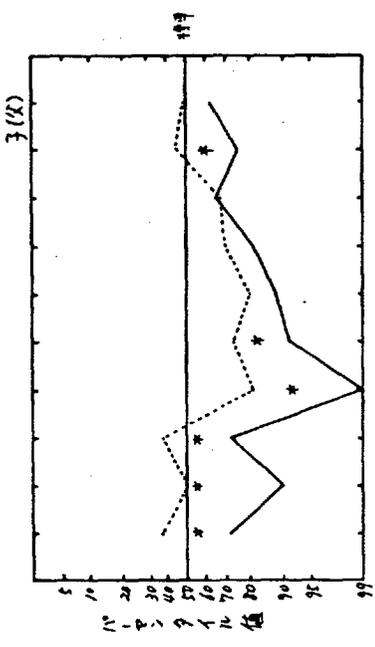
食 欲 不 振

—— 主訴のある群
 主訴のない群
 * 0.05水準以上で有意差があることを示す(右横軸)



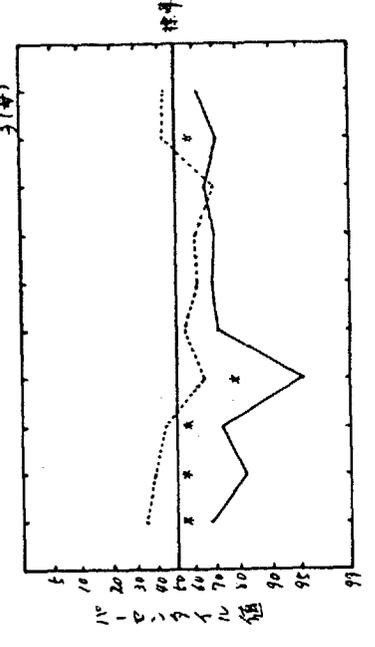
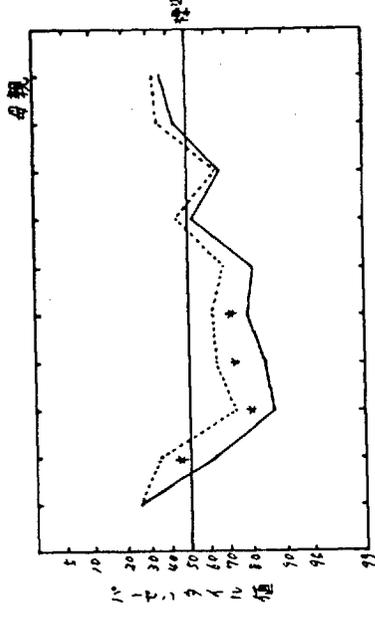
積極的拒否
 消極的拒否

不 一 致
 期 干 不 溺 盲 牙 不
 嚴 格 待 汚 安 受 從 盾 致



積極的拒否
 消極的拒否

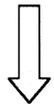
不 一 致
 期 干 不 溺 盲 牙 不
 嚴 格 待 汚 安 受 從 盾 致



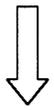
積極的拒否
 消極的拒否

不 一 致
 期 干 不 溺 盲 牙 不
 嚴 格 待 汚 安 受 從 盾 致

図 2. 食欲不振の主訴のある群とない群の親の態度・行動の比較(尺度粗点の平均)



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



小児心身症の増加は著しく,われわれの外来でも5~10%を占め(図1),入院の必要な例も少なくなない。

一般に小児心身症の定義,概念などについては,まだ若干のくい違いがみられ,統一的な見解はないが,われわれの臨床経験によれば,本症発生の背景には,とくに親子関係の問題があるように思われるので,この点を解明して・小児心身症の発生防止に役立てたいと考えた。