

# 親子関係と小児心身症の成立およびその対応

南部 春生 (聖母会天使病院小児科)

卯月 勝弥, 沢田 博行, 福山 桂子, 阿部 毅 (聖母会天使病院小児科)

## 1 研究目的

最近の小児科外来には、いわゆる心身症を思わせる患者が増加し、現実的対応を急ぐ親子のために患者の本意と親の気持ち（これまでの親子関係）を相互理解し、適切な対応方針を示す必要があり、臨床小児科医が取り組まなければならない最重要課題の一つである。

## 2 研究対象と重症度の評価

1) 対象：昭和56年1月より59年12月の4年間に当科を受診し、診療面接を必要とした男子172例、女子128例の300例で、年々倍増傾向が伺われた(表1)。

2) 重症度の評価：表2のごとき内容で親子の関わり合いを知り、これに親の態度(よく理解し積極的、理解したができない、親に合わせて欲しい)、面接の回数(頻回、5回以上、数回)などを考慮して判断した。

## 3 研究成績

### 1) 主な症状と年齢別患者数(表3)

1患者1主症状でみると、腹痛、遺尿遺糞、登校拒否、食思不振など20以上に及んだ。年齢別にみると、0~4歳児105例、5~9歳児116例、10歳以上79例で、年齢が長ずるに従い重症例は増加し、10歳以上では男女とも70%以上の多数例が対応困難であった。

### 2) 母子家庭・母就労家庭における重症度

物理的には決して快よい母子関係の保たれない2つの条件についてみると、母子家庭では26例中17例(65.4%)、母就労家庭では54例中33例(61.1%)といずれもその他の症例226例中79例(35.0%)に比しきわめて多かった(表4)。

### 3) 登校拒否・摂食異常の問題

(a) 登校拒否のきっかけ(表5・a)：判らない、別にとするものが最も多いが、入院例では友達や教師とのトラブルを強調していた。

(b) 登校拒否、摂食異常の重症度(表5・b)：登

校拒否では軽症例はなく、男女16例が2~12カ月入院治療した。摂食異常の男子入院例は肥満児で、女子の入院5例はいずれも診断基準を充すAnorexia nervosaである。

### 4) 対応難易度順位と対応効果(表6)

重症の三悪は登校拒否、チック、食思不振で、現在経過観察中の症例を除くと、ほとんどの例が12カ月以内で改善傾向を示していた。しかし登校拒否例の対応効果は1~2年に及んだ。

## 4 われわれの行っている対応の原則

### 1) 0~3歳児までの親子関係

症状の軽重に関係なく、乳児期・第一反抗期までを①口やかましく一方的に関わり、②制止と命令を強いる。③代償行為を繰り返す、その結果が「良い子、手のかからない子」と評価し、また「神経質で病弱、健康だが勝ち気」な母親によって不快な相互作用を展開し、生活リズムが乱れていることで共通していた。

### 2) 生活リズムの変調と対応努力(図1)

正常な生活リズムは運動(遊び)→栄養→睡眠→排泄の順を子どもの意識水準に合わせて展開されて確立される。このリズムが変調すると種々の症状、異常のサインが出現し、重症な食思不振、登校拒否が延長線上に浮び上がることが経験例を通して確認された。このことを親子面接で正し、繰り返し、根気よく説明し、正常化対応に努めることに徹している。それは症状の軽重、年齢に関係なく0~3歳児の快よい相互作用を改めて体験し直すこと、子どもの幼児化表出を許すこと、母の変容努力によってはじめて治療効果はあがるのであり、現在までに得られた結果は表6であり、確実に期待回復する力を子ども達は蓄えている。

## 5 まとめ

最近4年間に面接を行った300例の子ども達は乳幼

時期の“良い子”から種々の症状に到るサインを母親に送り、不快な相互作用から脱けようとしている。この

本意をよく理解し、対応努力する母（親）の強い援助者として臨床小児科医の役割はきわめて重大である。

表1 年度別面接患者数（天使病院）

昭和	A 年間総新患者数	B 面接患者数 (B/A)	C 入院数 (C/B)
56年	3257	26 (0.8%)	4 (15.4)
57	3044	40 (1.3)	4 (10.0)
58	3140	86 (2.7)	12 (14.0)
59	2979	148 (5.0)	12 (8.1)
計	12420	300 (2.4)	32 (10.7)

表2 子どもに影響する親（母）の要因

	母	父
1. 情緒的に幼い両親(母の年齢, 出生順位など)		
2. 母親の力が強く, 父親の存在が薄い		
3. 子どもを無意識に拒否する		
4. しつけだけを急ぐ親		
5. 過大な期待をかける親		
6. 子どもの自主的な判断や行動を禁じる		
7. しつけの方針や態度が一貫していない		
8. 喜怒哀楽の感情表現抑止だけを教える		
9. 両親が多忙で必要な養護を与えない(共働き)		
10. 両親が不和な状態のとき		
11. 両親が揃っていない(母子・父子家庭)		
12. 姑との不和(複合家族)		
13. 家庭内の育児方針が一致しない		
A. 子どもの状態(state)を理解し, 同調する		
B. 運動(遊び), 栄養, 睡眠, 排泄への関わり合い		
C. 加齢, 疾病, 環境(母の妊娠, 出産など)変化		

表3 主な症状と年齢別患児数

主な症状	[ ]対応困難例, ( )入院例		
	0~4才	5~9才	10~(18才)
腹痛	(2) 16	(6) 22	(10) 38(2)
遺尿・遺糞	(4) 12	(12) 29	(3) 4
登校拒否		(8) 13(5)	(22) 24(0)
自家中毒	22	4	
O D		10	(4) 13
チック	(4) 6	(6) 8	(4) 4(1)
食思不振	5	(4) 4(1)	(6) 8(6)
発熱	5	(4) 7	(4) 4(2)
ぜん息	(1) 1	(3) 7(2)	(3) 4(2)
じんま疹	(1) 5	(1) 8	
頭痛	2	5	
言語遅延	(2) 2		
吃音	4		
四肢痛	4	2	
身体が弱い	(5) 9		
乱暴	2		
憤怒癡癡	(2) 5	(1) 1	
その他	(5) 5	1	
合計 (%)	(26) 105	(45) 116(8) (6.9)	(56) 79(24) (30.4)

表4 母子家庭・母就労家庭における対応難易度

全症例	300	重127 (42.3%)	中99 (33.0)	軽74 (24.7)
母子家庭	26 (8.7)	17 (65.4)	8 (30.7)	1
父子家庭	1	1		
母就労家庭	54 (18.0)	33 (61.1)	18 (33.3)	3
夫が居る	47	30 (63.8)	15 (31.9)	2
居ない	7	3	3	1
その他の家庭 (%)	226 (75.3)	79 (35.0)	76 (33.6)	71 (31.4)

表5・a 登校拒否のきっかけ

トラブルの相手	男子	女子	計
友達	6 (4)	5 (5)	1 (9)
教師	2 (1)	4 (2)	6 (3)
判らない(別に)	8 (3)	12 (1)	20 (4)
計	16 (8)	21 (8)	37 (16)

b 登校拒否・摂食異常の重症度

登校拒否	重症	中等症	軽症	計
男子	13 (8)	3		16 (8)
女子	17 (8)	4		21 (8)

摂食異常：男子(2)～肥満症，女子(5)～神経性食思不振

男子	重症	中等症	軽症	計
男子	5 (2)	2	3	10 (2)
女子	5 (5)	1	1	7 (5)

表6 対応難易度順位と対応効果

順位	総数	重症例	<2カ月	2~6カ月	6~12カ月	1~2年	>2年 観察中
1 登校拒否	37	30	3	6	9	10	2
2 チック	18	14	8	4	1	1…脱毛	
3 食思不振	17	10		5	4		1
4 ぜん息	12	7	2	2	2		1
5 発熱	16	8	8				
6 遺糞遺尿	45	17	5	9	1		2
7 腹痛	56	18	7	8	2		2
8 じんま疹	11	2	2				
9 O D	23	4		1			3

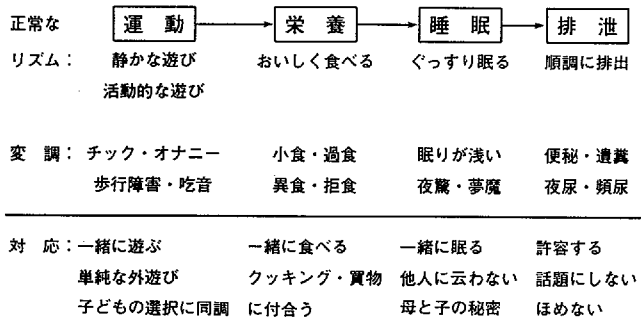
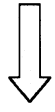
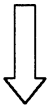


図1 生活リズムの変調と対応努力  
(意識水準に合わせて)



**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



## 1 研究目的

最近の小児科外来には、いわゆる心身症を思わせる患者が増加し、現実的対応を急ぐ親子のために患者の本意と親の気持(これまでの親子関係)を相互理解し、適切な対応方針を示す必要があり、臨床小児科医が取り組まなければならない最重点課題の一つである。