

親子関係と小児心身症の成立(第3報)—その対応と効果—

南部春生、沢田博行、加藤敬子、斎藤伸治

寺井 格、渡辺 徹、仰月勝弥、福山桂子(聖母会天使病院小児科)

研究目的

子どもの心の悩みが身体症状として現われる。いわゆる小児の心身症が増加の一途をたどり、非行・登校拒否、いじめ・自殺・殺人などの反社会現象が日常茶飯事となり憂慮すべき状態となっている。われわれの如き一般臨床小児科医においても心身症を思わせる患者が従前より受診しており、次第に増加してきた。図1は重症かつ再三の入院を余議なくされた自家中毒症・気管支喘息とその他の心身症患者の変遷で、昭和50年以降漸増傾向にあり登校拒否による長期欠席者が目立つようになってきた。このことは小児科医の立場で早期の対応・治療を求められることが多くなったことを示唆しており、とりわけこれら患児の親子関係を十分にふまえた対応を行うことによってその効果がきわめて高いことを経験したので、その概要を報告する。

研究対象

昭和56年1月より60年12月の5年間に天使病院小児科外来を受診し面談を希望した患児730例で、その数は年毎に倍増し昭和59年度は148例(5.0%)、昭和60年度は実に430例(14.2%)に達した。又入院治療を行った患児は42例である。

(表1)研究方法

面談は以下に述べる方法ですすめた。

1. 初診時に主訴、主症状に関連した問診と検査を行い、2回目以後は予約日を決め、1回に要する面談時間は30~120分である。(表2)

2. 主訴、主症状の要因把握

i)妊娠・出産・新生児期、ii)1~12ヵ月(這行期)、iii)1~3年(第一反抗期)、iv)4~6年(保幼期)、v)7~10年(低学年)、vi)11~14年(高

学年)の節目で問題点、親子関係、環境変化(家族、同胞、夫婦、姑関係など)を聴取し、母(親子接触欠落時間)を検討した。(表3)

3. 子どもに影響する親(母)の要因を知る

親がどのような条件で子どもと対応してきたかを知ることは大切で表4を用意して父母それぞれに記載してもらい、子どもに同調したか、生活面の関わり合い、環境変化による対応の差などにも言及するが、親を批判、非難することは決してしないことである。

4. 対応の原則について相互理解

1)親(夫婦)・子関係の機微(図2)

父と母の生活習慣・教育などの差異が育児に強く影響しているが、子どもが何らかの症状を呈し不安をかもしている場合は父母はもとより、周囲の大人は気持を一つにして優しく対応することで子どもの安定が得られる。

2)親(母)と子どもと学校の関係(図3)

胎児期より母と子は一体(mother-child unit)であり、その意味では夫と姑、母と実母は本質的、精神的には一体である。この当然の関係が夫と妻、嫁と姑であり、この母の影響を子どもが一方的、不快な相互作用を受けており、これが不登校、保健室の常習、友人関係に影響するが、先づ母親が二方向的に優しく子どもを受容すること、これを周囲の大人が暖かく援助するように努めることである。

3)母子分離の期待発達とその障害(図4)

子どもの異常なサイン(種々の身体症状、異常行動)は母子の分離障害と考え、甘え、わがまま、言葉・身体の暴力は子どもがその不足を欲求しているものとして、子どもの幼児化を受容することを意味している。とりわけ0~3才で

の早い親からの一方的分離は強い子どもの分離不安を積立てることになり、その蓄積されたエネルギーが10才を中心に表出してくるのが心身症、異常行動と解釈すべきである。0~3才の母子関係はどうあるべきか(三っ子の魂?)は出生時の脊髄反射→脳橋→中脳(視床下部)→原始皮質の発達が100%表出されることによって完成されることであり、いわば猿の手(子どもの手)にひかれて母(親)が対応するのを最善とする。

4)生活リズムの変調と対応努力(図5)

子どもの意識水準に合わせて対応することが子どもの生活リズムを健康的に確立させることに連ることが強調されているが、この生活リズムは容易に完成せず、種々の変調症状で小児科医療は困惑を極めている。これ即ち小児心身症であり、強く重り合って複雑な異常行動へと進展する。対応は子どもの選択した遊びに母子が没頭し、買物・クッキングを共にして一緒に楽しく食べ、どの年齢でも改めて一緒に眠り、夜尿を許してこれを話題にせず、子どもの表出している行動を受容することに尽きる。不登校になったのは子どもが優しい母親と24時間生活を伴にしたいと願望していると心から理解し、無理な登校切望はタブーである(表2)

5)子どもの真意を容認する

以上のことから最も重要なことは、子どもを取り囲く親(母)、教師、医師が協調、相互理解することであり、母は子どもの真意、現在とっている態度、行動を容認し、子どもと行動を伴にしながら、何が子どもの心の発達を抑止したかを母(親)が自ら洞察するよう根気よく面談を繰り返す事である。又前述した三っ子との対応をすることが、優しい、たくましい子どもを育くむことであり、今からでも決して遅くはないものと、不安で揺れ動く母(親)の気持を支え、励ましてあげる。

5. 研究成績と考察

1)心身症の諸症状(図6)

腹痛をはじめとし、その症状は20以上の全身症状で示され、中でも登校拒否、食欲不振、チッ

ク症、発熱、ぜん息は重症5悪であった。又診療に当ってはこれら症状の訴えがある時は、それが如何に簡単なものと考えられても充分に背景の理解に努める事を示唆している。

2)年齢別重症度

図6の成績は昭和56年~59年の4年間、300例のものであるが、対応重症例(×)は0~4才(105例中26例)24.8%、5~9才(116例中45例)38.8%、

10~15才(79例中56例)70.9%と加齢とともに増加しているが男女差はなかった。対応に時間がかかるものは当然重症ではあるが、患者側からすればいかなる問題でも重大であり、昭和60年度では重症度を意識しない対応を心がけた。

3)不登校の子どものもつ主症状(表5)

不登校の子ども達の症状は多彩をきわめているが、不登校以外の症状を1つだけ取り出してみた。5年間で71例を経験したが5~9才21例、10~12才20例、13~15才30例で、女子43例、男子28例と女子に多いが10~12才では男子に多かった。症状としてはOD(起立性調節障害)15例、反復性腹痛18例が特に多く、不安・チック症・食欲不振・肥満・発熱・頭痛とさまざまであり、9例は前駆症状なしに始まっているが、甘え・わがまま、無気力・おとなしいなどが母の悩みとして示された。

4)症例の概要

殆んどどの症例で乳幼児期の生活リズムに変調があり、0~3才では“手のかからない、良い子”と評価され(強いられ)、母は“口やかましく一方的、制止と命令、代償行為”を示し、子どもの感情表出は抑制され、母(親)は子どもの“甘え・わがまま・攻撃的態度・気力のなさ”などで悩み、焦燥感をつのらせていたことが理解された。生活リズムを正常に回復させることがいかに大切であるかは次第に理解してもらえが、母の積極性の有無、対応の変容が常に解決の鍵であり、このことを教師、周囲の人が理解するには種々の時間的差異、その人の性格=人間性などが強く関与し困惑することが屢々あった。

5)症例の紹介

(イ) KM、8才女児:給食不安、いじめられ、甘え・わがまま・良い子、オナニー、夜尿あり、母を殺したいという(登校拒否6ヵ月)

(ロ) MN、9才女児:乳幼児期の行動抑制、母と寝たことなく、5才でピアノ、硬筆、公文、英会話を強いられた(登校拒否2ヵ月)

(ハ) KY、13才男児:小学校6年から夜尿、遺糞症で馬鹿扱いされ、父母にきびしく叱られる、優しく甘えさせることで1ヵ月後改善。

(ニ) MN、11才女児:不安定な行動・奇行で周囲から馬鹿扱いをされ、母にまつわり、オッパイを触りたがるが親は常にきびしく拒否する。父の援助なく母の優しさで安定。

(ホ) NG、6才女児:母子家庭、母は120人の女子をリードするキャリアウーマン、発熱・頭痛・食欲不振にはじまる登校拒否。わずか5ヵ月間に夜尿・寡黙・円形脱毛・自家中毒を呈し登校開始し、最後は父母が離婚を解消。

6) 対応効果

① 重症例の対応効果:昭和59年迄の300例については重症度を検討してその対応効果をみた(表6)。この表でみると2ヵ月以内31.8%、6ヵ月以内63.6%、12ヵ月以内80.6%ときわめて良好な効果が得られたが、登校拒否児は1-2年を要したものが約1/3を占め、母親が子どもを受容する(平き直る)のに6ヵ月以上を要した。この対応改善に至る時間は夫々の母(親)と子の関係・問題であり、仮に長時間を要した場合でも、この時間はその親子関係の回復に必要な時間と考え、治療終結期を迎えるまでの子どもの複雑な反応、感情表出の変化を十分に理解し、援助する必要のあることが理解された。

② 昭和60年、430例の対応効果(表7)

この1年間は前年度までの対応効果を基礎に、とに角も母が変容するには6ヵ月を要すること、どんなに長くても2-3年、つまり0-3才児の3年間を幼稚な対応で展開することが生きてゆく力を充電させ、知識の吸収をうながし、社会生活を優しく・たくましく生きてゆくことになることを説明し、より早い母親の安心感を得るこ

とも可能になった。又母の訴え、子どもの軽い症状はそれを十分に理解することが大切であり、不用意な軽視的態度をとらないよう小児科医は心すべきである。その意味では1ヵ月以内の効果良好例が多いが、やはり登校拒否児の効果出現が6ヵ月以上の時間を要することは表6と同様であった。追跡例をも含め今後とも充分な経過観察と検討を重ねたい。

7) 養護施設における子どもの心の悩み

表8は家庭の子ども達の心の悩みを運動、栄養、睡眠、排泄の生活領域で検討したもので、これを札幌周辺8ヵ所の養護施設の子どもについて調査集計したものが表9である。両者はおのづからその環境要因を異にしており比較検討は困難であるが、子ども達と対応する親、施設関係者、つまり大人の対応のあり方はいかにあるべきかを検討するのに必要な成績として提供した。

6. 結論

- 1) 心の悩みをもつ子どもはきわめて多い。
- 2) 乳幼児期の身体症状を軽視しないこと。
- 3) 0-3才で良い子を強いられると危険。
- 4) 運動(遊び)→栄養→睡眠→排泄が正しい健康的な生活リズムであることを理解させる。
- 5) 子どもの症状・行動を真意として受容することは母(親)の葛藤・焦燥感をつのらせるが、面談のくり返してで自信を回復させる。
- 6) 不登校児の母(親)の変容には6ヵ月を要し、登校には2-3年を要するものが多い。
- 7) この時間は子どもが改めてたくましく、優しい心を充電することを意味している。
- 8) 子どもに携わる大人は“子どもの心の理解者”の認識にたつて心身症、問題行動の予防的役割を果たさなければならない。
- 9) 子どもの安定感を充実するには原始(旧)皮質が全開する生後の3年間を母子が一体となり快い相互作用を展開することである。
- 10) 母子分離は二次性徴のすすむ前後で円滑にすすむのが自然であり、それまでに不自然な分離を強いると心身症の成立に関係する。

図1 心身症入院患者数の変遷 (昭和39年~58年)

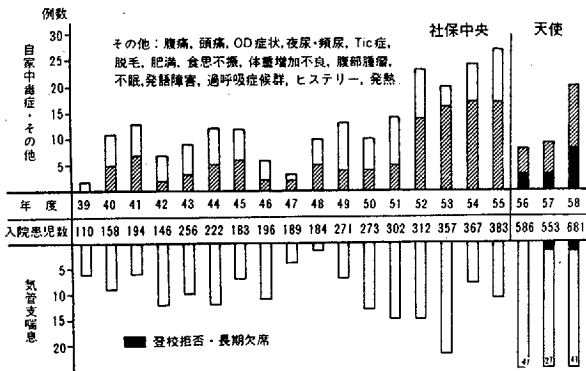


表1 年度別面談患児数

昭和	A. 総新患数	B. 面談患児数(B/A)	C. 入院数(C/B)
56年	3,257	26 (0.8%)	4 (15.4%)
57年	3,044	40 (1.3)	4 (10.0)
58年	3,140	86 (2.7)	12 (14.0)
59年	2,979	148 (5.0)	12 (8.1)
計	12,420	300 (2.4)	32 (10.7)
60年	3,012	430 (14.2)	10 (2.3)

表3

カウンセリングのすゝめ方(その2)

- 母(親)子接触欠落時間の検討
 - 物理的(他人に預ける)接触欠落
 - 精神的(放任, 虐待, 神経質, 病弱)
 - イ) 全く気付かず, 一生懸命
 - ロ) 気付いているが出来ない
 - ハ) 自分自身に同調して欲しい(良い子)
- 対応(治療)方針
 - 主訴・現症, 子どもの真意を受容する
学校の話はタブー(家庭も学校も)
母は優しく遊び, いっしょに寝てやる
 - 子どもの意志表示をひたすら待つ
このことは母(親)の焦燥感をつのらせる
落ち込み(受容), 立ち上り(軽い励し)
学校へ行きたい(喜ばず, 期待せず, 無理せず)
 - 登校開始 部分的, 親も一緒に登校
学校行事, 友達との遊びが主体,
勉強の話はタブー
大人(親, 教師, Dr)の対応が一貫すること
 - 入院・外泊・退院で刺激の変化に対して
弱い子・強い子, 失意と本意が往来する

表2

カウンセリングのすゝめ方(その1)

- 初診時(母子がいっしょ)
主訴・主症状に関連した問診と検査
- 2回目以降(母子もしくは母(父)のみ)
検査結果, 特殊検査の必要性
生育歴・環境の変化などの聴取
 - 妊娠・出産・新生児期
正常・異常(未熟児・帯切など)
母子同室・異室, 適切な育児指導は
 - 1~12ヵ月(運行期)
意識水準に同調した生活習慣
運動(あそび), 栄養, 睡眠, 排泄の悩み
 - 1~3年(第1反抗期)
泣かない子, 手のかからない良い子,
嫉の悩み
 - 4~6年(保・幼稚期)
他人まかせか, 親が遊ぶか, 習い事など
 - 7~10年(小学校低学年)
カバンを置いて外遊びをする
 - 11~15年(小学校高学年~中学校)
家庭教育, 学校教育, 健康教育

表4 子どもに影響する親(母)の要因

	母	父
1. 情緒的に幼い両親(母の年令, 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愛情を与えない(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(慣合家族)		
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		

図2 親(夫婦)・子関係の機微

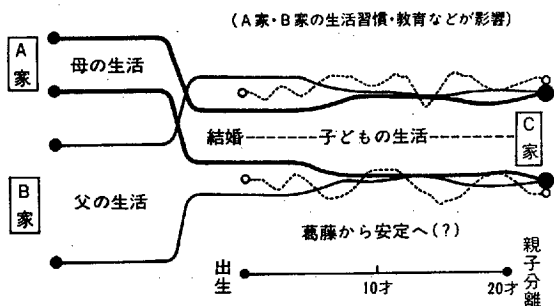


図3 親(母)と子どもと学校の関係

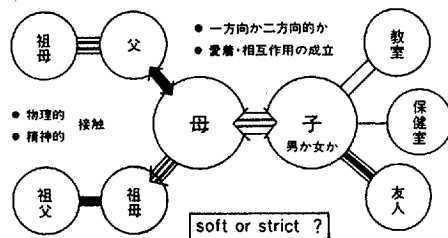


図4 母子分離の期待発達とその障害

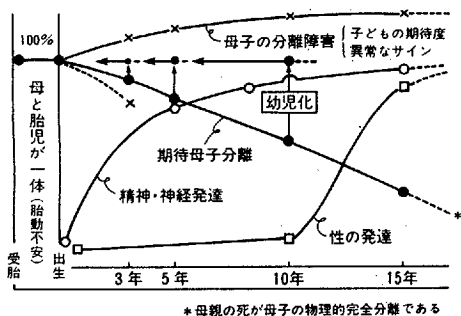


図5 生活リズムの変調と対応努力

(意識水準に合わせて)

正常なリズム	運動	栄養	睡眠	排泄
静かな遊び 活動的な遊び		おいしく食べる	ぐっすり眠る	順調に排出
変調:	チック・オナニー 歩行障害・吃音	小食・過食 異食・拒食	眠りが浅い 夜驚・夢魘	便秘・遺糞 夜尿・頻尿
対応:	一緒に遊ぶ 単純な外遊び 子どもの選択に同調	一緒に食べる クッキング・買物 に付き合う	一緒に眠る 他人に云わない 母子との秘密	許容する 話題にしない ほめない

図6 カウンセリング対応難易度別頻度

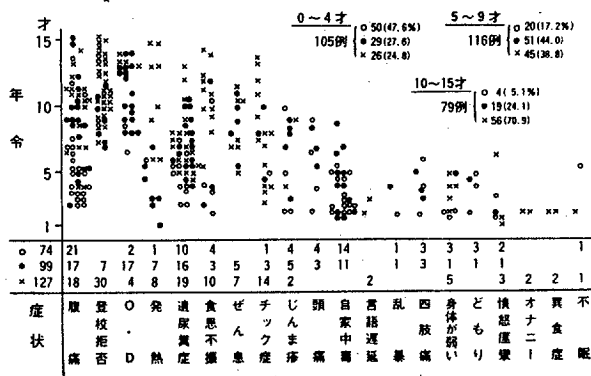


表5 不登校以外の症状

症状	5~9歳		10~12歳		13~15歳		合計
	男子	女子	男子	女子	男子	女子	
OD			2		5	8	15
腹痛		5	4	5		4	18
不安		1		1	1	1	4
チック		1					3
AN	1				2	1	4
肥満			1			3	4
発熱		1	1	1		1	4
頭痛		1	2				3
ぜん息		1	1				2
貧血					1		1
頻尿		1					1
背痛		1					1
下痢					1		1
非行					1		1
なし	2	5	1	1			9
合計	7	14	12	8	9	21	71

OD: 起立性調節障害, AN: 神経性食思不振

表6 対応難易度順位と対応効果

順位	No.	重症例	<2ヵ月 2~6ヵ月 6~12ヵ月 1~2年				>2年と観察中
登校拒否	37	30	3	6	9	10	2
チック症	18	14	8	4	1	1	1
食思不振	17	10		5	4		1
ぜん息	12	7	2	2	2		1
発熱	16	8	8				
遺尿	45	17	5	9	1		2
腹痛	56	18	7	8	2		2
じん麻疹	11	2	2				
O D	23	4		1			3

(昭和56~59年)

表7 症状別対応効果 (昭和60年)

症状	NO.	<1ヵ月	1~3	3~6	6~12	追跡中	不明
登校拒否	34	2	10	3	7	11	1
チック症	29	18	6	1	2	2	
食思不振	29	21	3	1		4	
ぜん息	26	5	11	4	1	5	
発熱	19	18		1			
腹痛	92	58	23	5	1	4	1
じんましん	15	11	3	1			
O D	37	20	10	3		2	2
その他	149	96	32	11	1	8	1
計	430	249	98	30	12	36	5

註：体重増加不良3ヵ月女児はB.C.Sで死亡

表8 症状別例数 (昭和60年 - 430例)

症状	男	女	計	症状	男	女	計
登校拒否	12	22	34	睡眠	1	3	4
チック症	18	11	29	夜泣き・夢魘	7	4	11
憤怒爆発	3		3	排泄障害	20	21	41
四肢痛	2	2	4	発熱	14	5	19
オナニー	4	2	6	ぜん息	20	6	26
言語障害	5	7	12	じんましん	8	7	15
体重増加不良	1	1	2	自家中毒	19	16	35
異食症	1		1	身体が弱い	7	4	11
腹痛	46	46	92	脱毛	4	4	8
嘔吐	4		4	その他	14	23	37
肥満	2	4	6	O D	14	23	37
食思不振	17	12	29	頭痛・その他	8	9	17

表9 養護施設*における子どもの心の悩み**

年齢	種別	0~5才				6~10才		11~15才		16才以上		計(%)
		男	女	男	女	男	女	男	女			
運動	3 チック・つめかみ	3	1	7	5	10	4	1			31 (6.2)	
	オナニー		2			1					3	
	2 吃音・言葉のおくれ	11	5	9		7	1				33 (6.6)	
栄養	歩行障害・四肢痛	2		2							4	
	小食・偏食			4	4	1		3	1		13 (2.6)	
	過食・拒食・異食			1		1					2	
睡眠	泣眠・不眠			1							1	
	夜驚・夢遊行											
排泄	便秘・遺尿	2		2	1			2	1		8	
	1 夜尿・遺尿・頻尿	8	6	13	8	9	2	1			47 (9.4)	
	腹痛			3	2	3	3				11 (2.2)	
身体	頭痛											
	ぜん息	2	2	2	1						7	
	じん麻疹			1	1		1				3	
	自家中毒					2					2	
	憤怒爆発			1		1	1				3	
	肥満	2	2	3		4	2				13 (2.6)	
	やせ			1	1	2	1				5	
症状	身体が弱い	3		1	1			1			6	
	発熱しやすい	2		1	3		1				7	
	円形脱毛											
	超立性調節障害											
異常行動	てんかん										21	
	N B D										9	
	乱暴・暴力	1		2		6	5				14 (2.8)	
	シンナー・覚醒剤											
	いじめられる			5		4	1				10 (2.0)	
	登校拒否					1	1				2	
その他	無気力			1	1	3	2	3			10 (2.0)	
	とても悪い子	6		2	4	3	3	4			22 (4.4)	
合計 (%)		37	23	62	32	55	31	14	3		257 (51.6)	
		60	(63.8)	94	(65.3)	86	(38.1)	17	(54.8)			
総数		94		147		226		31			498	

* 鳴鹿(59), 真正(60), 天徳(79), 南園(43), 柏園(100), 光ヶ丘(30), 草ヶ丘(68), 播磨(59)

** 1人の子どもについて1選録



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



研究目的

子どもの心の悩みが身体症状として現われる。いわゆる小児の心身症が増加の一途をたどり、非行・登校拒否、いじめ・自殺・殺人などの反社会現象が日常茶飯事となり憂慮すべき状態となっている。われわれの如き一般臨床小児科医においても心身症を思わせる患者が従前より受診しており、次第に増加してきた。図1は重症かつ再三の入院を余議なくされた自家中毒症・気管支喘息とその他の心身症患者の変遷で、昭和50年以降漸増傾向にあり登校拒否による長期欠席者が目立つようになってきた。このことは小児科医の立場で早期の対応・治療を求められることが多くなったことを示唆しており、とりわけこれら患児の親子関係を十分にふまえた対応を行うことによってその効果がきわめて高いことを経験したので、その概要を報告する。