

小児心身症の発生機序と治療に関する考察

(分担研究：小児心身症に関する研究)

星加明德¹⁾、荻原 大¹⁾、宮島 祐¹⁾、三輪あつみ¹⁾、
山田直人¹⁾、王 傳育¹⁾、荻原正明¹⁾、松野哲彦²⁾、
小穴康功³⁾、篠本雅人¹⁾、鶴田敏久¹⁾、武井章人¹⁾、
河島尚志¹⁾、武隈孝治¹⁾、岩坪秀樹¹⁾、高木 朗¹⁾、
池田明代⁴⁾、石原絵理⁵⁾、柿沼美紀⁵⁾

要約：平成7年に初診時心身症が疑われた小児(123名)の主訴は、排泄障害が最も多く46名、37%を占め、ついで自律神経症状(疼痛、嘔気・嘔吐、微熱など)34名、28%、チック13名、11%、睡眠障害10名、8%、摂食障害4名、3%などであった。不登校は自律神経症状を主訴とするもので19名、56%、睡眠障害で3名、30%みられた。その病態生理や薬剤について外来を受診する頻度の高い疾患についてみると、夜尿症、チック症、夜驚症については態生理もほぼ解明され有効な薬剤もあり、初診前あるいは初診時に母親が対応のマニュアルを読むことで、その不安はかなり軽減することができ、家庭の中での有効な対応や医療機関受診が必要な時期を家族に知らせることができる。神経性食欲不振症、不登校については、家庭での対応より医療機関での対応や治療に重点があり、家族向けの対応マニュアルはそれをサポートする役割があるのではないかと考える。

見出し語：小児心身症、発生機序、病態生理、対応、薬剤

1) 東京医科大学小児科 Department of Paediatrics, Tokyo Medical College

2) 松野医院 Matsuno Clinic

3) 東京医科大学神経精神科 Department of Neuropsychiatry, Tokyo Medical College

4) 川崎市総合教育センター Kawasaki City General Education Centre

5) 白百合女子大学 Shirayuri College

【研究目的】

現在、小児心身症に含まれている疾患の中では、病態生理がほぼ解明され、有効な薬剤が使用できるものと、病態生理が不明かあるいは一部しかわかっておらず、有効な薬剤がないものに分けることができる。ここでは小児心身症のうち、小児科外来を受診する頻度の高い疾患について、その病態生理がどこまで解明されているか、また有効な薬剤の有無について考察を加える。

【対象・方法】

東京医科大学病院を平成7年1月から12月までに受診し、心身症が疑われた小児、123名を対象とした。主訴については各症例の受診時に最も困っていた症状を1つ選んだ。不登校については、連続して2週間以上登校できていないか、あるいは4週間のうち半分以上登校できていないものとした。

【結果および考察】

1) 心身症が疑われた小児の主訴と不登校の合併

平成7年1月から12月までに、東京医大小児科外来を受診し、初診時に心身症が疑われた小児123名の主訴と不登校の合併の有無を、表1に示した。主訴については、排泄障害を主訴とする小児が最も多く46名、37%を占めており、ついで自律神経症状(疼痛、嘔気・嘔吐、微熱)34名、28%、チック13名、11%、睡眠障害10名、8%、摂食障害4名、3%などであった。不登校は自律神経症状を主訴とするもので19名、56%、睡眠障害で3名、30%みられた。

2) 小児心身症の病態生理・心理社会的要因・有効な薬剤

小児心身症の行政対応を考える時、現在どこま

で病態生理が解明され、心理社会的要因がどのように評価され、その役割はどの程度のものか、また有効な薬剤はあるのか、などを整理しておく必要がある。

a、夜尿症

夜尿症に関しては、以前、誤ったしつけ、親子関係の問題などがあたかもその原因であるかのように考えられた時期があり、また母親に対する無言の反抗であるという精神分析的解釈もあった。しかし現在、夜尿症についての基本的な病態生理はほぼ解明されたと考える。つまり、夜尿症児は全員に覚醒障害(睡眠中に膀胱が一杯になっても覚醒できない)があり、それと重複して機能的膀胱容量の減少と睡眠中の抗利尿ホルモンの分泌不全がその病像を修飾する。

この3年間、東京医大病院で、約100例の夜尿症児について、社会心理的背景因子で夜尿の量や頻度が変化した例があるかどうか調査をしたが、少なくとも症例の大部分を占める一次性夜尿では、そのような例は1例もみられなかった。一つの考え方としては、何らかの心理的ストレスが大脳辺縁系を介して内分泌機構を変化させ、そのために抗利尿ホルモンの分泌が減少するという可能性があるが、それを支持する科学的な根拠はない。それにもかかわらず、私どもの外来に受診した子どもの母親の多くは、最初に受診した医療機関で夜尿症は「母親のせい」で「育て方の問題」という説明を受けていた。二次性夜尿の場合、希にストレスが誘因になったと思われる症例の記載がある。これは今まで夜尿はなくても夜尿の発症閾値がわずかに低下するだけで発症していると考えられ、変化としては、膀胱容量がわずかに減少したのか、

あるいは抗利尿ホルモンの分泌が減少した可能性
がある。しかし二次性夜尿は、本来一次性夜尿の
治り際に近い状態であるので、薬剤によく反応し、
短期間で治癒していく。現時点での状況から考え
ると、夜尿症を心身症に含めていること自体が、
母親に無用の精神的負担をかけていると考える。

b、チック症、トゥレット障害

チック症についても夜尿症と同様の事がいえる。
チック症の中でも全身性運動性チックと音声チッ
クを持つトゥレット障害は、常染色体優性遺伝で
あることがほぼ確定し、現在その染色体上の部位
についても確定されつつある。またこのトゥレッ
ト障害の遺伝子は、女性に組み込まれると強迫的
な行動を起こすといわれている。トゥレット障害
以外のチック症についてはその遺伝形式は特定さ
れていないが、やはり何らかの遺伝素因を背景に
出現すると推定される。

トゥレット障害については、母親の過干渉な態
度や、緊張した母子関係が原因であるといわれて
きた。しかし現在の遺伝子についての知見ではト
ウレット障害の遺伝子は、女性に組み込まれると
強迫的な態度を作ることが知られている。つまり
母親も子どもも同じトゥレット障害の遺伝子を持
っているため、母親は行動が強迫的で過干渉にな
り、緊張した母子関係を作ってしまう、子どもは
同じ遺伝子のためにトゥレット障害になっている
と考えることができる。だとすると、直接は関係
のない「母親の強迫的行動」と「子どものチック」
を因果関係のあるものと解釈していたということ
になる。我々の外来はトゥレット障害の症例が多
いが、ほとんどの母親は初診の時「チックの発症
はお母さんの育て方のせいではない」という我々

の説明を聞いて泣き出してしまふ。これは今まで
学校でも、心理相談でも、医療機関を受診しても、
「お母さんの育て方の問題」といわれてきて、強
迫的な傾向を持つこの母親達は、自分のせいで子
どもを病気にしてしまったと、長い間自責の念に
さいなまれてきていたからであろう。

これらは昔、自閉症が母子関係のゆがみが自閉
症を作ってしまうといわれ、母子関係をなおすた
めの心理治療が行われてきたが、現在、自閉症は
脳障害の一型と考えられるようになり、様々な訓
練が試みられるようになってきたという、医学の
歴史を思い起こさせる。

c、夜驚症

夜驚症については、恐怖の体験が誘因となるこ
とがあるため、また日中の緊張した生活が誘因や
増強因子になるため、小児心身症の一部に含ま
れていた。現在そのメカニズムについては、脳幹の
橋にある睡眠サイクルコントロールシステムのタ
イミングエラーによって、睡眠第3-第4段階の
深い眠りで怖い夢をみた時に、十分に目が覚めて
いない部分的覚醒のまま行動が起こってしまう、
つまり深い眠りで恐怖を伴う夢を見て半分だけ覚
醒して動いてしまうためと考えられている。夜驚
については対応する薬剤があり、発現しやすい睡
眠第3-第4段階を減少させるベンゾジアゼピン
系薬剤が著効を示す。この服用によりその日の夜
から夜驚が消失あるいは軽減することが多い。

以前、夜驚については心理療法、あるいは日中
の母親の養育態度の変化でよくなるという意見も
あった。しかし夜驚の自然経過をみると、発症初
期に頻回であっても、比較的短期間、心理的治療
を行わずに経過だけを見ていっても、1-2ヶ月

で自然に軽快してゆく症例をしばしば経験する。過去の報告で心理療法が有効と考えられた症例の中には、自然の治癒経過をみて治療が有効であったと判定されたものも多数混在している可能性がある。また別の視点から見ると、夜驚は今までいわれてきた日中の恐怖をとまなう体験だけでなく、ピアノの発表会などの緊張やデズニールランドに家族で出かけたなどの楽しい興奮でもその日の夜に誘発される。恐怖、緊張、興奮などの情動を制御しているのは大脳辺縁系であるので、本当に心理療法が効果があった症例があるとすれば、何らかの形で大脳辺縁系がかかわる脳内回路を經由して、睡眠構築に影響を与えた可能性も否定はできない。

e、神経性食欲不振症

神経性食欲不振症については、その脳内の障害部位は、視床下部の外側野（摂食中枢）と腹内側核であることはほぼ特定されている。しかしその発症にかかわる生物学的な機序については、その発症の多くが思春期以後であることより、年齢依存性つまり脳の発達レベルが関係するのであろうということは推定できるが、その他についてはよくわかっていない。精神分析的には小児期早期の母子関係のゆがみ、家族関係のゆがみ、女性になることの拒否、などの仮説がある。

初期の体重減少が著明なときには、生命維持のために強制的に栄養を行いその時期を乗り切ることができないが、その後については様々な治療や対応の方法がある。薬剤については食欲不振自体に有効な薬剤はない。体重が回復して外来通院になった後は、しばしば多種の精神症状が発現し、それに対応する精神医学的治療や対応が必要となり、前述の夜尿、チック、夜驚などと比較して家族の対

応というより医療的な対応が主体となる。

f、不登校

不登校という言葉は、精神医学的には医療上の診断名ではないが、小児科領域や教育関係、あるいは行政の中ではしばしば使用される概念である。確かにその対応を考える上では有用である。この病態生理はまだ明らかになってはいないが、仮説としては、前頭葉、側頭葉の機能低下、大脳辺縁系を含む脳内回路の障害などが推定されている。精神医学的、心理学的な視点からみると、発生機序としては、分離不安、自己像脅威論、自己発達論、場面逃避説、心理的独立の挫折、社会構造の変化が原因、さらにはむしろ健全な反応であるとするものまで、記載しきれないほどの多くの学説が展開されている。

治療については有効な薬剤はなく、神経性食欲不振症と同様に、経過中に起こる多彩な症状に対して、個々に対応や薬剤を考えてゆくしかないであろう。

【まとめ】

小児科外来を受診する頻度の高い、夜尿症、チック症、夜驚症、神経性食欲不振症、不登校の5疾患についてみると、夜尿症、チック症、夜驚症については、その病態生理もほぼ解明され、有効な薬剤もあり、初診前あるいは初診時に、母親が対応のマニュアルを読むことで、その不安はかなり軽減することができ、家庭の中での有効な対応や医療機関受診が必要な時期を家族に知らせることができる。神経性食欲不振症と不登校については、家庭での対応より医療機関での対応や治療に重点があり、家族向けの対応マニュアルはそれをサポートする役割があるのではないかと考える。

表1、心身症が疑われた症例の主訴と不登校の合併

	男児	女児	合計	不登校
排泄障害	30	16	46	
夜尿	27	13	40	
昼間遺尿	2	1	3	
遺糞	1		1	
頻尿		2	2	
チック	10	3	13	
運動性	4	4	8	
音声	1		1	
Tourette	5	3	8	
睡眠障害	7	3	10	3
夜驚	5	3	8	1
覚醒障害	2		2	2
疼痛	9	18	27	11
頭痛	6	7	13	4
腰痛	3	1	4	7
嘔気・嘔吐	5		5	5
嘔気	4		4	4
嘔吐	1		1	1
微熱	1		1	2
摂食障害		4	4	4
食思不振		3	3	3
過食		1	1	1
呼吸障害		2	2	2
過呼吸		1	1	1
虚苦しさ		1	1	1
視覚障害	3	1	4	
視力低下	1	1	2	2
視覚異常	2		2	2
その他	3	7	10	3
合計	68	55	123	22

表2、心身症発生の病態生理・心理社会的要因・心理社会的要因・有効な薬剤

夜尿症	病態生理	心理社会的要因・心理社会的要因・症状の分析的解釈	有効な薬剤
夜尿症	<ul style="list-style-type: none"> 覚醒障害 機能的膀胱容量の減少 睡眠中の抗利尿ホルモン分泌不全 	<ul style="list-style-type: none"> 誤ったしつけ 母親に対する無言の反抗 親子関係の問題 家庭・社会の問題 	<ul style="list-style-type: none"> 三環系抗うつ薬 自律神経調節薬
チック Tourette障害	<ul style="list-style-type: none"> 常染色体優性遺伝 大脳基底核の障害 	<ul style="list-style-type: none"> 過干渉な養育態度 緊張した母子関係 感情や思いの身体表現 過剰なストレスのサイン 緊張をとるための安全弁 	<ul style="list-style-type: none"> ハロペリドール ピモジド
夜驚	<ul style="list-style-type: none"> 脳幹の橋にある睡眠サイクルコントロールシステムのタイミングエラー 	<ul style="list-style-type: none"> 恐怖の体験 日中の緊張した生活 	ベンゾジアゼピン系薬剤
神経性食欲不振症	<ul style="list-style-type: none"> 視床下部の外側野（摂食中枢）と腹内側核（満腹中枢）の障害 	<ul style="list-style-type: none"> 早期の母子関係のゆがみ 家族関係のゆがみ 女性になることを拒否 	なし
不登校	<ul style="list-style-type: none"> 不明 仮説として 前頭葉・側頭葉の機能低下 大脳辺縁系の障害 	<ul style="list-style-type: none"> 分離不安 自己像脅威論 自己発達論 場面逃避説 抑うつ不安説 心理的独立の挫折説 社会構造の変化が原因 むしろ健全な反応 対人関係の認知障害 	なし



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



要約:平成 7 年に初診時心身症が疑われた小児(123 名)の主訴は、排泄障害が最も多く 46 名、37%を占め、ついで自律神経症状(疼痛、嘔気・嘔吐、微熱など)34 名、26%、チック 13 名、11%、睡眠障害 10 名、8%、摂食障害 4 名、3%などであった。不登校は自律神経症状を主訴とするもので 19 名、56%、睡眠障害で 3 名、30%みられた。その病態生理や薬剤については外来を受診する頻度の高い疾患についてみると、夜尿症、チック症、夜驚症については態生理もほぼ解明され有効な薬剤もあり、初診前あるいは初診時に母親が対応のマニュアルを読むことで、その不安はかなり軽減することができ、家庭の中での有効な対応や医療機関受診が必要な時期を家族に知らせることができる。神経性食欲不振症、不登校については、家庭での対応より医療機関での対応や治療に重点があり、家族向けの対応マニュアルはそれをサポートする役割があるのではないかと考える。