

St. Luke's International University Repository

小児の症状(反応)、行動の理解と対応への基本姿勢: 小児心身医学の立場から

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2007-12-26 キーワード (Ja): キーワード (En): pediatric psychosomatics, psuchosomatic symptoms(reactions), diseases, features of children, treatment, educaton, gidance 作成者: 高木, 俊一郎 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10285/234

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.



小児の症状(反応), 行動の理解と対応への基本姿勢

——小児心身医学の立場から——

高木 俊一郎*

要 旨

最近, 小児科領域での疾患の種類や連れて来られる子どもの問題が大きく変った。

子どもたちの心身の発達や環境の影響をうけて, 小児科では, 疾病の治療より, 予防, 保健, リハビリテーション, 教育などに直結した仕事が大半を占める。

小児科医は父母を中心とする家庭, 教育の場, 社会環境をぬきにして診療に当ることはない。その意味では元来, 小児科医は心身医学を中心とした総合医学, プライマリーケア, リエゾン活動の実践者であったはずである。

小児科医のみならず小児に接する全ての方々に対し小児の現わしてくる症状(反応), 行動に対する基本的理解, 対応のあるべき姿勢についての筆者の考えを述べたいと思う。

キーワード

小児心身医学 小児心身症 小児の特徴 小児の治療・教育・指導

1. 小児科医の対象と役割の変遷

小児の現わす症状, 反応, 疾患, 行動を正しく理解し, 適切な処置, 教育・指導を行なうために, 小児心身医学の立場は極めて重要である。小児科学では成長・発達, 心身関連の問題を特徴的な視点とするが, 同時に, 環境, ことに親子関係を考慮せずに診療することはあり得ない(図1)。

内科学から分化した小児科学もかつては小児疾患の治療を第1任務としたが, 現に臨床場面では乳幼児の予防接種, 定期検診などの予防医学, つづいて栄養指導, 育児, 教育環境の調整, それに付随した養育者, 保母, 教師の指導などの保健医学, さらに最近では, 障害児教育(発育遅滞児, 代謝障害児など)やリハビリテーション医学の分野における実践活動や助言などへの協力も強く要請されている。

以上のことから, 小児科学は本来, 総合医学, 包括医学の色彩を濃厚にもっていると言える。そして現

在, 小児科医は小児に関する全科に亘る疾患, 例えば湿疹, 股関節脱臼, 兎唇, 脳性まひ, 難聴, 弱視などに対しても, プライマリーケア医として, また障害児教育における助言者, すなわち, リエゾン小児科医として働いて来ているのである。

筆者はわが国における日本心身医学会発足当時から役員をつとめてきたが, 小児科医として小児心身医学設立の必要性を特に考えないで, むしろこのことには消極的態度をとっていた。しかし, 最近の医療の状況をみると, 診療科は細分化し, 精神心理的指導は保険点数上からは軽視され, 全人的医療の必要性は叫ばれながらその実践は非常に困難な状況である。一方, 家庭や社会環境の急速な変化に帰因した小児の心身発達の歪みは顕在化し, 心理的要因による種々の症状(反応), 疾患, 問題行動, また学校や社会などの環境要因からの諸問題の増加などをみて, あらためて小児科領域からの心身医学研究会設立の必要性を痛感した。そこで, 1983年に有志が集まり, 精神・心理, 心身関連の問題に焦点を絞った“小児心身医学研究会”を発足させ, 1988年に“小児心身医学会”と改称して今日に

* 聖路加看護大学教授

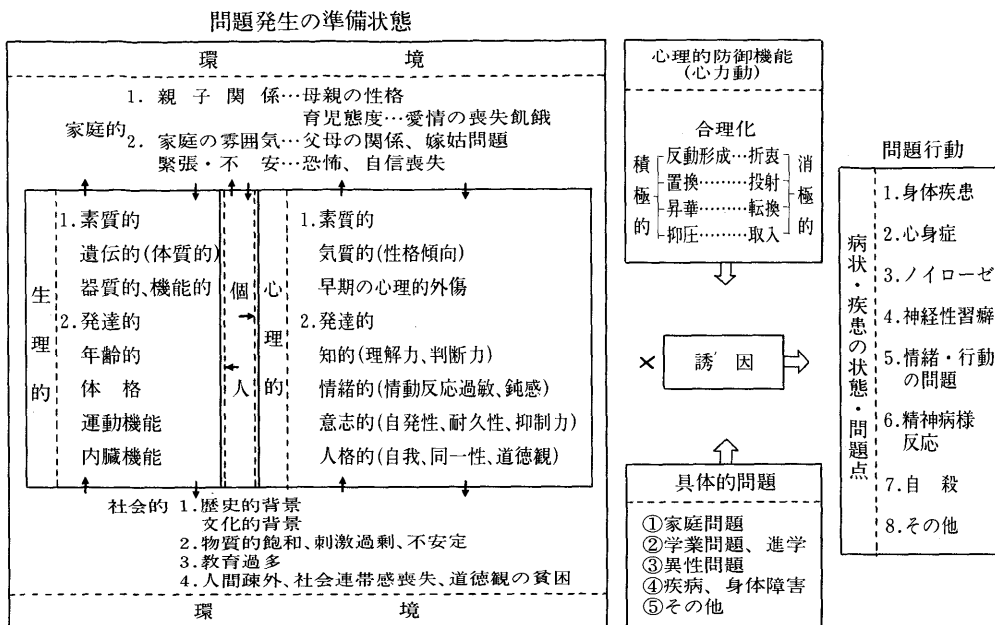


図1 問題行動発生メカニズム(高木)

至っている。

小児科学の特徴の一つは成長・発達面からの見方である。同様な症状・状態が現われても、それは心身の発達段階により意義が異なり、正常、異常の判断も安易にすべきではない。30年前、精神神経学会で、3歳児に80%近く問題行動をみたとの発表を聞き驚いたことがある。内訳は夜尿20%、どもり15%、夜泣き10%、それにことばの遅れ、落付きのない子などを加えると80%になると云うことであった。このとき筆者は小児科医から小児精神医学を発展させることの必要性を強く感じたのである。当然、小児精神科医には小児科学の研修を希望する。

2. “小児の心身症”とその周辺

最近、“小児心身医学”、“小児心身症”などの呼び方が盛んに使用されているが、その考え方は各人異なる。小児の現わす症状(反応)、問題行動などを理解するためにも、これらのことばの定義を簡単にしておく。

心身症の定義の変遷に関しては省略する。日本小児科学会は、日本心身医学会の定義(心身症の治療方針, 1970)以前に心身医学委員会を設け(1965)、“小児科領域における心身医学は種々の小児疾患に関連した最も基本的な見方である”とし、心身症を狭義の心身症に限定せず、身体精神症(somatopsychic)や心理的ケアを必要とする小児の疾患、症状(反応)、行動への医学心理学(medical psychology)的アプローチを含めて、広く考えることを申し合わせている。

このように、心身医学的アプローチは、どの疾患、どの病態像にも適用できる。しかし、心身症としてよぶときにはもう少しはっきりした考え方をもちたいければ、取扱う範囲が際限なく拡大され、ぼかされて、真に“心身症”として取扱うべき病態を見失うという矛盾に陥る危険もでてくる。また、一言で小児といっても、広く乳児から中学生までを含んでいる。さらに、対象児の心身の発達段階には大きな開きがあるし、症状や問題の現われ方にも著しい差異がみられる。そして、小学校高学年や中学生には、成人に多くみられる狭義の心身症や精神神経症の分類がそのまま適用できる症例が増加してくる。

このような理由で“小児の心身症や神経症は成人のそれと異なる”というときには、主に乳幼児期から小学校低学年の学童が対象となっていることを考慮する必要がある。

以上のことを整理し、筆者は表1を作成した。これらは小児心身医学の対象となる病態像であり、内科と小児科において、心身症として扱われることの多い主な疾患と身体症状(反応)および周辺の問題などの関係を示している。

“心身症の治療方針”の小児科領域の項には、仮性貧血、抱き癖まで心身症の中に加えている。しかし、筆者はそこまで広げて考えることには賛成しない。心身症は心理的因子が濃厚に影響した病態であるが、同様な疾患や身体症状はいろいろの他の要因によっても起こる。また、心理的要因の不明な場合や多くの要因が

表1 小児心身医学の対象となる病態像 (小児心身症とその周辺) (高木)

疾患 症状 範囲	領域					(内科系) 身体疾患・症状 (反応) および行動
	内 科		小 児 科			
1	心身症 (狭義)	心身症 (広義)	小児心身症 (狭義)	小児心身症 (広義)	小児心身医学の対象	○偏頭痛, 筋緊張性頭痛 ○本態性高血圧, 神経性(情動性)狭心症 ○気管支喘息 ○神経性食欲不振症, 胃・十二指腸潰瘍, 過敏性大腸症候群 ○夜尿症 ○慢性じん麻疹 ○関節リウマチ ○糖尿病, 甲状腺機能亢進症 ○その他
2						○頭痛, 全身痙攣, 心悸亢進, 起立性調節障害 ○小児喘息, 再発性臍疝痛, 腸管運動失調症, 幽門痙攣, 遺尿症, 神経性下痢 ○夜尿性, 神経性頻尿症, ○難聴, 失声 ○心因性発熱, ホスピタリズム ○その他
3	医学的心理学の対象となる小児疾患・身体症状			○憤怒痙攣, 睡眠障害 (不睡, 夢中遊行), 夜驚症 ○息止め発作 ○食欲不振, 偏食, 拒食, 神経性嘔吐, 肥満症, 異嗜症 ○ノイローゼにともなう身体症状 ○うつ状態にともなう身体症状 ○その他		
4	医学的心理学の対象となる習癖・行動などの諸問題			○乳児の乳ぎらい(哺乳嫌悪), 抱き癖 ○指しゃぶり, 爪かみ, 自慰, 抜毛, 身体をなでまわす ○多動, 寡動 ○言語遅滞, 言語障害 (吃音・訥を含む), 緘黙 ○その他		

(注) 1) 心身症の診断は症状の発生機転によって行うべきである
2) 1, 2, 3, 4の境界は不明のことが多い

重なっている場合もある。したがって、心身症の診断には、その発生機転が慎重に検討されねばならない。すなわち、この表中の疾患名、症状をすべて心身症とは考えないで、この中に心身症として扱うべき症例が多数含まれていると解するべきである。

ここでは、筆者は「小児心身症とは、心理的要因が強く関与し、心身反応の障害としての身体症状、疾患、神経性習癖などが現われ、心理治療や環境調整がきわめて有効と予想される病態である」と、広義に定義して論をすすめる。

3. 小児の特徴

(1) 成長・発達と心身相関の立場よりみた特徴

① 小児は心身ともに未熟、未分化であるから、その反応は全体的で、極端になりやすい、たとえば、乳児は顔を赤くし、手足を緊張させ、汗だくになって泣き、ついには放尿までおこす。放尿は感情の表現に膀胱反射まで加わったことを示す。怒っているが、他人にはほほえみかけるしぐさは乳児にはできない。

乳幼児は心身反応の相関が高く、全身で感情を表現するので、情緒の緊張・不安は成人よりはるかに身体面にあらわれやすい。したがって、心身症状 (反応)

は習癖や問題行動とともに現われることが多い。さらに、乳児や脳性まひ児の体温の不安定な状態、おそろしい話の後の夜驚症なども心身機能が未熟・未分化であるために起こりやすいのである。

② 小児は年齢が低いほど大脳皮質の発育 (髄鞘形成) が不十分で心理的防御機制も未熟であるから、感情を理性で統御することは非常に困難である。そのため、感情がそのまま表現されるし、心身機能に失調を起こしやすく、それが身体症状、問題行動として現われる。他面、感情表現の機会は成人よりも多いので、精神神経症、ことに深層神経症の型をとることは少ない。

③ 小児の発育は、決して一本調子ではなく、リズムカルである。乳児期には、発育がきわめて急速であるが、乳児期は1つの転換期に当る。学童期は変化に乏しく、心身ともに安定し、つづく思春期には加速現象のめだつ転換期がくる (図2)。

さて、これらの身体の変化は内分泌物 (ホルモン) の働きによるが、幼児期 (3~5歳) および思春期は、その質的・量的変化の起こる時期 (更年期) で、新しい力と古い力との葛藤期である。一般に変化の激しい時期がバランスの破れ、故障の起こりやすいときであることを考えれば、この時期に種々の症状、疾患、問題行動が発生しやすいことは理解できる (表2)。

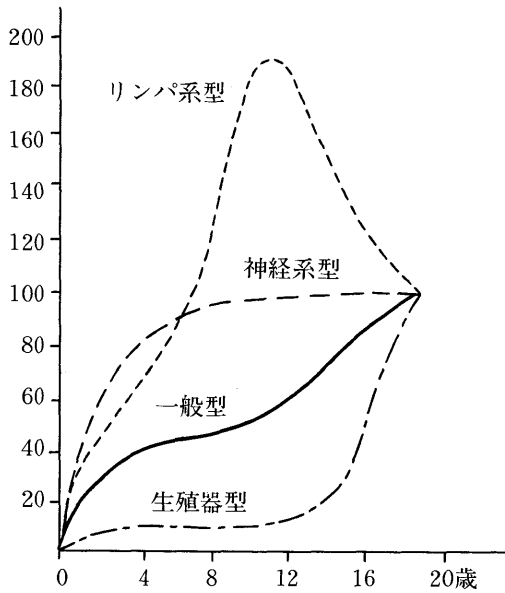


図2 スカモンの発育曲線(Scammon)

さらに、自律神経の働きについて考えてみる必要がある。これは内分泌系の働きと関係が深く、その変り目には自律神経機能も失調を起こしやすい。3～5歳の幼児期および青年前期(思春期)は、小児の更年期なのである。このとき、視床下部の情動中枢も不安定となり、心理的刺激によって身体症状を現わしやすい。

④ 発育期の小児は、内部より盛りあがる力と外部からの抑圧との摩擦により、欲求不満を起こしやすい。第1反抗期、第2反抗期の起こる理由はそこにある。反抗または抵抗の到来はその能力の獲得を示し、これは充実した力とその発露を抑制する環境との摩擦によ

る過渡期的現象でもある。

⑤ 小児は心身ともに、外界からの刺激に対して経験に乏しく、自己防御、耐久力も弱く、また種々の事態を広く理解し、適切に調節したり、処置したりできない。そのため恐慌状態にも陥りやすい。

(2) 小児の心身症状とその現われ方の特徴

① 現われやすい表徴、症状(反応)、疾患

表3は、筆者が小児期の経過中に移行すると予想した心身症状(反応)の一覧表である。また、表4では心因性の精神および身体の適応障害として現われやすい表徴、症状あるいは疾患を整理してみた。症状が主として、身体の特定の器官、系統の反応およびその機能障害という形で現われたものを第I群、身体の神経性習癖として現われたものを第II群、情緒・行動面に現われたものを第III群とした。第I群には、いわゆる器官神経症および転換反応として現われやすい症状(反応)などが含まれていて、小児心身症の主な対象である。そして第II群の神経性習癖も、身体の部分反応として、第I群に伴って現れることが多いので、広義の心身症の中で論ずることが適切な場合がある。第III群の情緒、行動の問題は、心理的緊張、不安が自律神経あるいは体性神経を通して全人的行動として現われたと理解できる。また、これも第I群、第II群とともにみられる場合があるのでこの表にあげた。

② 心因反応と心身反応、精神生理反応との関係

筆者は、心因反応は感情によって起こる単純な反射としての身体反応をも含めた行動であり、心因(情動体験)と症状との関係が比較的に明瞭で、症状の強さや持続の程度も心因の強さに比例している場合と考えている。これに対し、心身反応は本人も自覚し得ない

表2 更年期・思春期・反抗期にあらわれやすい症状・疾患・問題行動(高木)

	幼 児 期 (3～5歳)	青年前期(思春期) (12～16歳)
更 年 期 心 身 症 状	<ul style="list-style-type: none"> ○嘔吐、下痢、便秘 ○呼吸困難発作、激情痙攣 ○乗物酔い ○自家中毒症状 ○生理的食欲不振、拒食 ○ヒステリー様反応 ○多動、自閉的 ○体型の転換 (幼児型一児童型) 	<ul style="list-style-type: none"> ○神経性嘔吐、神経性下痢、神経性便秘 ○過換気症候群 ○起立性調節障害 ○胃・十二指腸潰瘍 ○神経性食欲不振、過食 ○ヒステリー反応 ○転換ヒステリー反応 ○精神病様症状 ○二次性徴
反 行 抗 期 問 題	<ul style="list-style-type: none"> ○性器いじり ○第1反抗期 反抗 	<ul style="list-style-type: none"> ○自慰行為 ○第2反抗期 非社会的行動 反社会的行動

表3 小児各期における心身症状(反応)、心身症として現われやすい病態像の関係(高木)

段階 部位	乳・幼児期	学童期	青年前期(思春期)
中枢神経系	激情けいれん	頭痛、偏頭痛 めまい (乗物酔い)	ヒステリー性痙れん
循環器系	不整脈	仮性貧血 心悸亢進	貧血 心臓神経症
呼吸器系	ぜんそく様気管支炎 呼吸停止発作 (泣入り) 呼吸困難発作	気管支喘息	過換気症候群
消化器系	嘔吐(幽門痙れん) 下痢、便秘 (腸管運動失調) 臍部仙痛 自家中毒 小食・偏食・拒食 多食	周期性の嘔吐症 肥満症	神経性嘔吐 神経性下痢、便秘 過敏性大腸炎 胃・十二指腸潰瘍 神経性食欲不振
泌尿器系	頻尿 遺尿	神経性頻尿症 夜尿症	
筋肉系		チック症 筋肉痛、関節痛	
感覚系		視覚障害 聴覚障害 知覚鈍麻・過敏	
皮膚系	湿疹、皮膚炎 血管運動性浮腫	じんましん	掻痒症 多汗症
その他			

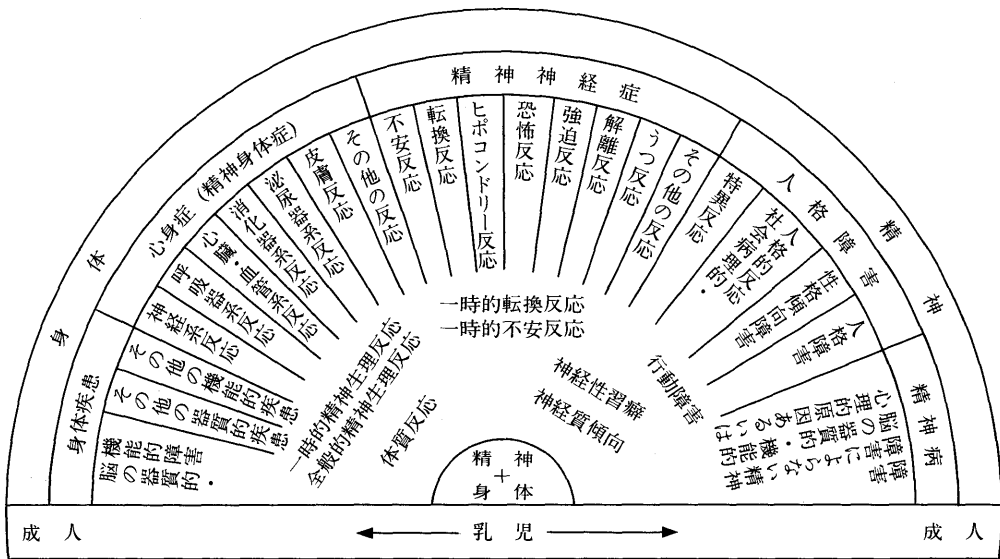


図3 小児の心身症およびその近接状態の関係(高木)

表4 心因性の、精神および身体の不適應反応 (高木)

I	身体反応の障害 Psychophysiological (or Psychosomatic) Disorders	中枢神経系	頭痛, 偏頭痛, 嘔吐, 失神発作
		循環器系	心悸亢進, 頻脈, 不整脈, 心臓痛
		呼吸器系	呼吸困難, 気管支喘息, 息止め発作, 神経性咳嗽
		消化器系	唾液分泌異常, ヒステリー球, 反芻, 空気嚥下, 神経性嘔吐, 神経性下痢, 腹痛, 便秘, 遺糞症
		泌尿器系	神経性頻尿症, 夜尿症, 尿閉
		四肢および筋肉系	ヒステリー性運動麻痺, (チック), (吃音)
II	神経性習癖 Neurotic Habits	食事障害	食欲不振, 偏食, 拒食, 異嗜症, 多食
		睡眠障害	不眠, 夜驚, 悪夢, 夢中遊行
		言語障害	吃音, 訥, 緘黙
		身体玩弄癖, その他	指しゃぶり, 爪かみ, 自瀆, チック
III	情緒・行動の障害 Behavior Disorders	情緒上	神経質傾向, 不安, 恐怖, 憤怒, 嫉妬, 反抗, 我儘, 孤独, 内気, 無口, 白昼夢, 敏感, 遅鈍, 内向的
		行動上	癩癖, 嘘言, 破壊癖, けんか癖, 残酷, 盗癖, 無断欠席, 性的非行, 家出, 放浪, 放火

これらの症状(反応)は、心理的要因によっておこりやすい。しかし逆に、これらすべてを心因性の症状(反応)といえ、間違いである。発生機転について考える必要がある。

ような心理的要因が介在し、心身相関の複雑な機構を通して現われた身体的（生理的）反応としてこれと区別している。この考えによれば、乳児が空腹を訴えて泣くとき、全身の筋肉を硬直させたり、幼児が友達の吐くのを見て、嘔吐を起こす場合には心因反応であり、ホスピタリズムや神経性食思不振症などは心身反応（症状）、あるいは心身症ということになる。筆者は心因反応と心身反応との区別を、その発生機転および現われている状態とその経過によって行っている。そして、心理的要因も関与するが、同時に身体的素因などの生理的要因を十分に考慮する必要がある場合には、心身反応あるいは精神生理的反応とよび、その行き過ぎ、混乱状態のみられるものを、心身反応あるいは精

神生理反応の障害とよんでいる。

③ 小児心身症とその近接領域

筆者は小児心身症とその近接する症型との関係を図3のようにまとめている。図の下部中央の精神プラス身体は心身の未分化な状態を示す。半円の中心が乳児期で、周辺にすすむに従い成人期に近づく。左に近づくほど身体的・器質的障害と関係が深く、右にすすむに従って心理的要因による情緒・行動面の適応障害が著明になり、精神病が右端に位置する。この図は乳児期から成人期への成長に伴って、その反応が全身反応から局所（部分）反応、また心身の未分化な反応からそれぞれの個体特有の器官反応へと分化し、固定していく様相をあらわしている。たとえば、出生後間もなくから泣きやすい乳児が成長とともに心身反応の過敏傾向を強めてゆき、その一部は微細脳損傷を、他は特定の器官に固定した心身症の反応（嘔吐・下痢・便秘・喘息発作、激情痙攣など）や神経症的反応（不安、恐怖など）を示し、後には自閉的傾向や問題行動などが明らかとなることがある。

(3) 心理的要因の濃厚な症例の頻度

筆者の経験した症例では、憤怒痙攣、神経性下痢、遺糞症などでは100%に、神経性嘔吐、遺尿症では80%以上に、心臓神経症では50~60%に、また、偏頭痛、気管支喘息、食欲不振、腸管運動失調症、夜尿症、四肢痛などは30~45%に心理的誘因が濃厚であると思われた。神経性習癖の症型ではチック症と小児自慰のそれぞれ70%、夜驚症では40%に、咳嗽では30%に心因が認められた（図4）。

4. 小児理解の視点と方法（診断）

医学では診断、教育では判別などとよばれるが、小児の生活や指導に関与する全ての人々には小児を全体として把握する態度が要求される。先にも述べたように筆者は人間の現わす全ての症状（反応）、疾患、行動の理解に生理的（生物的）側面のみならず、心理・社会的側面からのアプローチの必要性を訴え、昭和30年に九州厚生年金病院の小児科部長として、就任する際に、小児科に心理士、ケースワーカー、保母のポストを確保し、全人的診断・治療体系の設立を認めてもらった。ともかく、この小児を心身両面から把握する姿勢、個々のデータを総合させながら、全人的に理解する努力は、医療や教育の場における必須条件であると筆者は強調したい。そのためには、面接や自由な雰囲気の中での遊戯観察の場が必要である。また、小児の状態、病態は常に環境とのかかわりの中で現われてくるので、環境調査（ことに親子関係、同胞、友人との関係、学校での状況など）は極めて重要である。したがって、

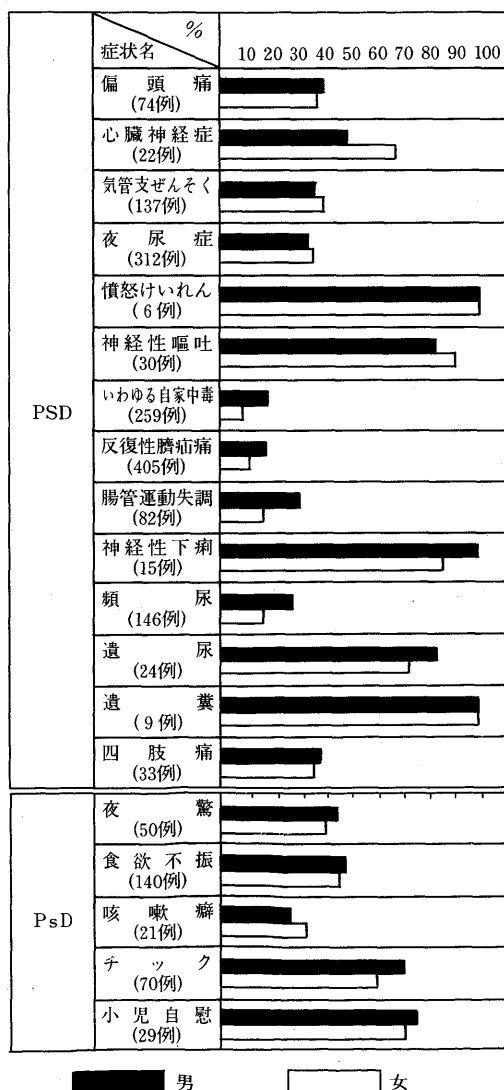


図4 PSDとPsDの数症型中、心理的誘因の認められる症例の性別百分率（高木）

表5 いわゆる神経質傾向調査表(高木)

採点法：各項目毎に、傾向強しを2点、普通を1点、全くなしを0点とし、(A)および(B)別々に合計点数でいわゆる神経質傾向の程度を表わす。(A)では21点以上、(B)では11点以上が、その傾向の強い上位群、また(A)では10点以下、(B)では2点以下が下位群となる。

A 心理反応過敏性の表徴	傾向強し	普通	全くなし
1 気に入らぬことがあるとカンカンになっておこる			
2 泣いたり、おこったりするとからだをふるわせる			
3 洋服や手などがよごれたりするととても気にする			
4 泣きやすい			
5 落ちつきがない			
6 遠足、運動会などの前夜やよそに泊った時など寝付が悪い			
7 年の割に心配性である			
8 はじめて会ったり、経験したりすることに不安を示す			
9 家に1人でいたり、部屋に1人でおかれたりすることをこわがる			
10 ちょっとしたことでも気にする			
11 交通のはげしい所で道路を横ぎるのをこわがる			
12 暗いところや暗い道を通ったりするのをいやがる			
13 毛虫や蟻など、また無害の小動物などをこわがる			
14 物事にあきやすく、すぐ気分が変わりやすい			
15 疲れると泣きやすくなり、ぐずぐずいったりしやすい			
16 わがままでがんこである			
17 食べものに好き嫌いがはげしい			
18気に入らぬことがあると食事をとらないことがある			
19 自分の持物を大切にする、あるいは執着する			
20 1人で何か考えたりぼんやりしていることがある			
21 悲しい話やかわいそうな話などを聞くと涙を出しやすい			
22 1人であることが好きで友だちと遊ぶとしない			
23 部屋の中で遊ぶのが好きで外に出たがらない			
24 近所の人あるいは保母さんや先生などになじまない			
25 はにかみやである			

B 身体反応過敏性の表徴	傾向強し	普通	全くなし
26 ちょっとした原因で食欲不振を起こしやすい			
27 日常から寝つきが悪い			
28 ねむりが浅くて物音などで目をさましやすい			
29 ねむる時間が年の割にみじかい			
30 睡眠中夢を見て泣いたり、驚いて声をあげたりすることがある			
31 あわてた時などに、どもったりすることがある			
32 爪をかむくせがある			
33 性器をいじくるくせがある			
34 目をばちばちさせたり、まぶたがびくびく動いたりすることがある			
35 特別の病気でもないのにからだ、顔、肩などがびくびく動くことがある			
36 おこったりおどろいたり、気に入らなかつたりして引きつけることがある			
37 頭痛を訴えることがある			
38 乗物やぶらんこなどに乗ると酔いやすい			
39 人ごみの中に入ると気分が悪くなったりしやすい			
40 疲れを訴えやすい			
41 動悸の打つことがある			
42 せき払いをする傾向がある			
43 大した原因もなく息苦しいと訴えることがある			
44 きたないものを見ると吐く傾向がある			
45 悪い臭いをかいだりするとすぐ気分が悪くなる傾向がある			
46 緊張したり、興奮したりすると便所に行きたくなる傾向がある			
47 興奮したり心配事があったり疲れたりすると下痢を起こしやすい			
48 おしっこが非常に近くなることがある			
49 4歳以後でも夜ねているとき、尿をもらしたことがある			
50 緊張して尿を出さないことがある			

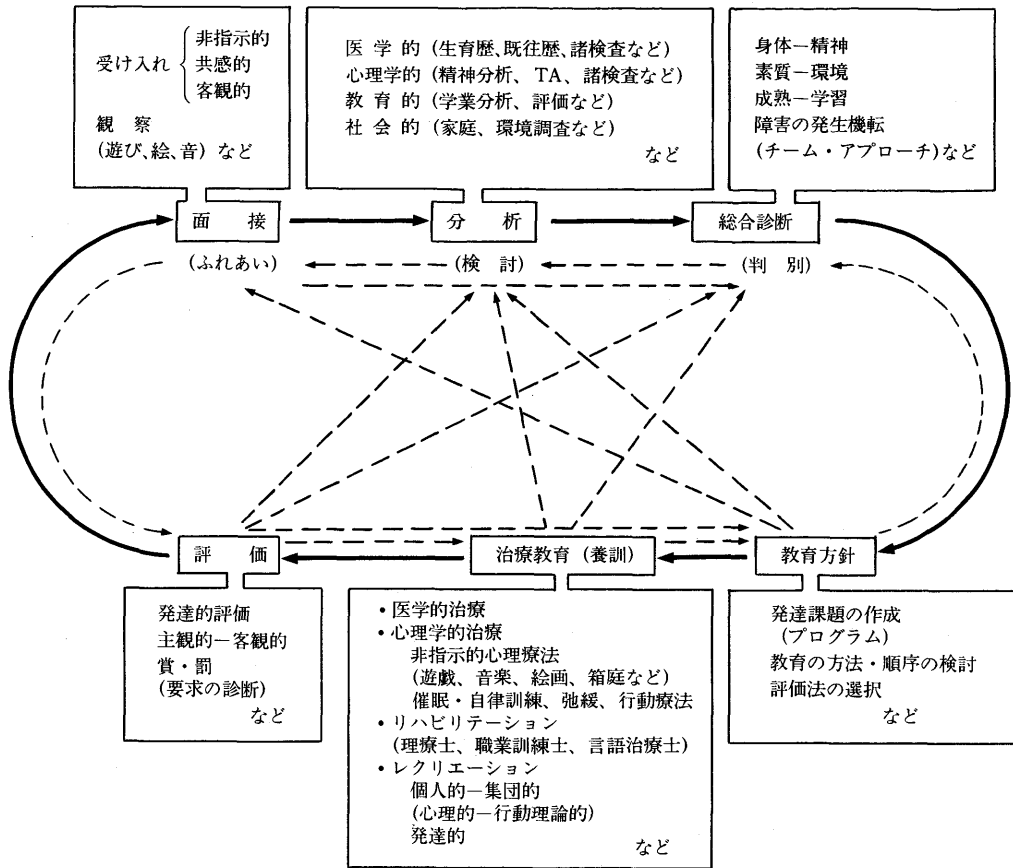


図5 障害児に対する治療教育体系(高木)

図1のような個人の身体的・心理的な条件と環境条件を分析的・構造的に検討(分析的・構造的診断)し、その結果を総合・統合(総合的・統合的治療)、また教育(治療教育)、指導(生活指導、家族指導)することなどが必要になる(図5)。

(1) 問題発生の要因とその機転

① 素質：身体的、心理的、年齢的な素因、また、先天的、後天的条件なども加味しなければならない。

(a) 体質的・気質的素因：表5は身体反応および心理反応の過敏傾向を示す項目である。しかし、心身反応は本来、生理的防御機制、心理的防御機制に由来し、自分を保護する仕組みであるから、どこまでを生理的、どこからを病理的とするかの判断が困難な場合も少なくない。とり扱いを誤まれば、成人の心身症として固定される。

(b) その他の生物的・心理的素因：内分泌学、代謝学、精神医学、条件反射学(神経型)などの立場からも考える。また、精神遅滞、肢体不自由、視覚および聴覚障害、病虚弱(慢性疾患)などに直接関連し、あ

るいは環境、ことに人間関係から二次的に種々の歪みをもち、その結果、特有の心身の障害を起していることがある。

(c) 年齢的素因：乳児期には皮膚、粘膜系、幼児期にはリンパ系、学童期には運動系(神経・筋肉)に故障が起こりやすい。また、3~5歳と青年前期(思春期)とは、とくに心身機能の大きな転換期であり、それに過渡期的な環境からの圧力・摩擦などの条件も重なって、表2のような心身症状(反応)が現われる。

② 環境：地理的、気象的、物理的、化学的、歴史的、文化的、経済的、社会的などの環境条件、ことに両親・祖父母・同胞、教師・友達などとの人間関係が大切である(図1)。

③ 誘因：あらゆる症状や行動について誘因は重要である。図1中の誘因は筆者の中学生での調査結果から明らかになった項目であり、表6は発期別にみた問題と誘因の一覧表である。

(2) 心身症を疑うときに考えるべき事項

心身両面からのアプローチを忘れてはならない。表

表6 心からおこりやすい問題とその誘因(児期別)(高木)

	おこりやすい問題	誘因となりやすい事項
乳児期	幽門痙攣, 下痢, 便秘, 全身の発育障害	母親のいらいらした感情, きちよう面すぎる育児態度 (授乳, 離乳, 排尿, 排便などの訓練) 愛情の欠乏, 放任
幼児期	嘔吐, 下痢, 便秘, 腹痛, 食欲不振, 拒食, 憤怒痙攣, 頻尿, 夜尿, どもり, 気管支喘息, 指しゃぶり, 性器いじり, 反抗	弟妹の出生, 嫉妬心, 同胞間の玩具の取扱, 競争心, 感情的育児態度, 両親の共かせぎ, 愛情の欠乏
学童期	頭痛, 嘔吐, 腹痛, 関節痛, 頻尿, 夜尿, 目まい, 足の痛み, 気管支喘息, チック症, 吃音, 爪かみ, 不安神経痛, 強迫神経症, 登校拒否, 転換ヒステリー反応	同胞との関係(嫉妬心, 競争心), 親子関係(厳しいしつけ, 甘やかし), 友人関係, 教師との関係, 学業, おけいごと
思春期以後	起立障害症, 気管支喘息, 心臓神経症, 腸管運動失調症, 神経性食欲不振症, 吃音, 自慰, 登校拒否, 不安神経症, 強迫神経症, 転換ヒステリー反応, 非行, 自殺	個人の能力(学力, 体格, 体力, 運動能力), 身体的欠陥, 親子関係, 友人関係, 教師との関係, 異性関係, 進学の問題, 人生観, 社会観

⑤ 環境調査, 心理検査, 面接, 観察などの結果を総合して, 次の事項につき検討する。

- (a) 基本的な欲求不満の原因
- (b) 情緒的な緊張の程度
- (c) 恐れや不安の状況および原因
- (d) 葛藤の有無とその程度
- (e) 矛盾感情
- (f) 嫉妬心の有無
- (g) 情緒の未熟と無統制
- (h) 特殊なパーソナリティ傾向の有無
- (i) 劣等感, 自己無価値感など情緒の過統制の有無

(4) 症状(反応), 疾患, 行動をみるときの留意事項

ここでは主に小児心身症とその周辺の病態像について考察してきたが, 習癖や問題行動, 学習上の問題に関しても同様の考え方が成立する。同じ症状や訴えがある場合, また器質的あるいは機能的障害がその基盤にあっても, さらに二次的・三次的な症状が加わっていることに

7のような事項につき考える。

(3) 心理的背景の追求

- ① 遊戯観察は面接の困難な幼児においては, とくに重要である。
- ② 面接またはテスト以上に有効な方法である。
- ③ 環境調査においては, 家族および直接関係をもつ人々との信頼関係が大切である。
- ④ 心理検査により心理的要因の把握を行う場合, 結果の解釈を慎重に行う。また, その説明の仕方とも問題になる。検査は必要, 最小限度に止めるように心掛ける。

留意する必要がある。

(5) 症状の経過と固定していくメカニズム

① 症状発生とその経過・予後: 図6は気管支喘息の経過とその固定していく様相について筆者の作製したものであるが, この図式は多くの心身医学の対象となる疾患ばかりではなく, 学習の問題にも, 社会的行動にもモデルとして適用できる。

一般に乳幼児で喘息と呼ばれる場合は, 成人の気管支喘息と異なり, まず気管支反応陽性(喘息音が聞こえる)の状態があり, それは気管支の過敏性を示す生理的状态とみてよい。それが進行すると喘息性気管支

表7 心身症診断の着眼点(高木)

1	器質的障害はないか。明らかに器質的障害があって, 症状がそれに相当している場合には心身症とはよばない。
2	器質的障害をともなっている場合には, その障害の程度, 範囲との関係はどうか。
3	症状や訴えがはじめておこったときの状況とその後の周囲の人々(親, 教師など)の態度と症状の経過との関係はどうか。
4	症状の現れ方が, 一過性, 可逆性, 反復性であるか, 如何なる条件のもとでそれが現れ易いか。
5	子ども自身はその症状, 疾患をどのように受けとめているか。
6	臨床症状に生理学的な矛盾はみられないか。症状, 疾患, 状態と訴えとの関係はどうか。
7	症状や訴えが年齢や性との関係から, 病的というよりむしろ生理的範囲ではないか。

炎の段階に至るが、そのときは呼吸が荒く、苦しそうで、気管支喘息発作に似た状態を現わす（喘息性気管支炎）、さらに気管支の痙攣、粘液の分泌、呼吸延長、起坐呼吸などの加わる呼吸困難発作を伴った場合を気管支喘息とよび、喘息性気管支炎を含めて小児喘息とする。

② 気管支喘息の固定していく過程：図6に示す通り、身体的要因としては、過敏性体質傾向（自律神経系、内分泌系、免疫系など）があり、それに心理的要因（神経質傾向、自律性、社会性の未熟）、環境要因（気象的・化学的、物理的の刺激）さらに親子関係、育児態度などの人間関係などが複雑に重なっていることが予想できる。発作は、感冒、アレルギー、情緒反応などが誘因となって起こる場合が多い。アレルギーは主として気道や腸管より侵入し、抗原抗体反応を起こし、ヒスタミン、アセチルコリンなどを遊離させる。心理・環境的要因としては、患児自身の過敏な性格傾向、環境条件（状況）やことばなどに結びついた情動反応、また、予期不安などが大きく関与して起こると予想される場合（古典的条件づけ）があるが、他面、発作により親に甘えたり、登校を拒否したり、わがまを主張して物を買ってもらえるなどの操作的条件づけの機制で説明できることもある。

乳児期には気管支喘息のタイプは比較的が少ないが、4～5歳になると定型的喘息発作もみられる。この発作の発生年齢が低く、長期に持続するほど気管支粘膜の肥厚、気管支拡張、肺気腫などが加わり、難治性として経過する傾向が強くなる。

(6) 障害発生の要因とその機転

一般に心身医学は障害児（者）の問題を対象外にしている。しかし筆者は障害児（者）の現わす症状（反応）、問題の行動など全て心身医学の対象であり、障害児教育の中にも総合医学の中心である心身医学的観点は必須の条件であると考えている。たとえ、遺伝的要因、染色体あるいは性細胞段階での不完全な状態、また、胎生期の発達、出生時の不慮の出来事、乳児期の疾患などの後遺症としての障害児（者）であると仮定しても、心理的・社会的要因が働いて二次的、三次的な心身の発達障害を起していることは十分にあるし、

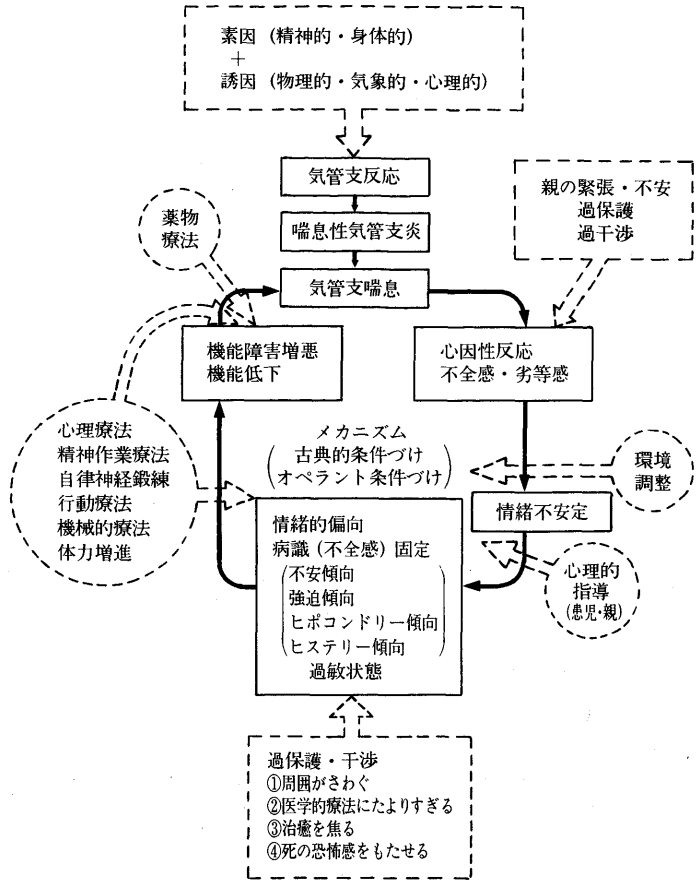


図6 気管支喘息が固定されていく経過(悪循環)と治療機転(高木)

また、脳は正に心身機能の適応の中心としての器官であることを考えるとき、今日まで障害児（者）の心身症は考慮外に置かれていたこと自体が不思議なことであると云いたい。

ここでは、この問題には深入りしないが、筆者の作製した図7、図8を挙げておく。

5. 対応、処置(治療、教育、指導)の姿勢

対応、処置には、治療、教育、指導などを含むが、少し説明を加える。心身の病態像に対して、その状態を取除く、あるいは軽減する働きかけを治療とよぶことにした場合、小児において病的とか、異常などと云われている状態について生理的あるいは正常の範囲と考えてよいと思われることも少なくない。それは好ましくない環境で適切な教育が行なわれていなかったり、誤った教育がなされていたときなどである。そして医療従事者、教師、親などの対応は、究極的には、心身の健やかな発達、幸福な人としての全人的発達を促すための教育的援助でもある。

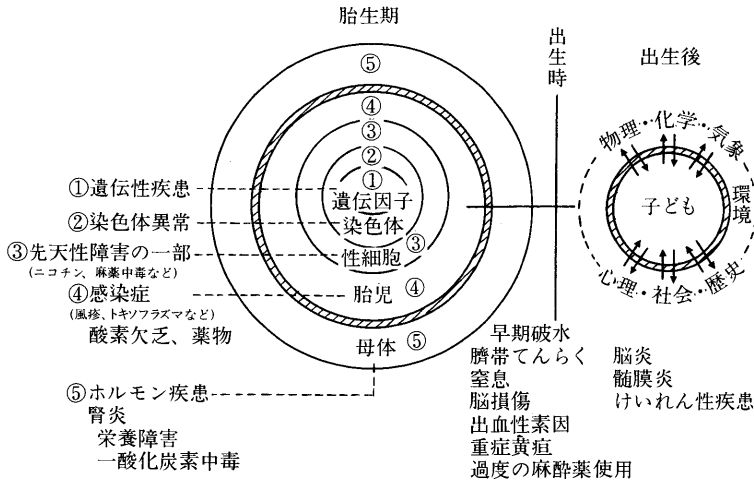


図7 障害発生要因とその相互関係(高木)

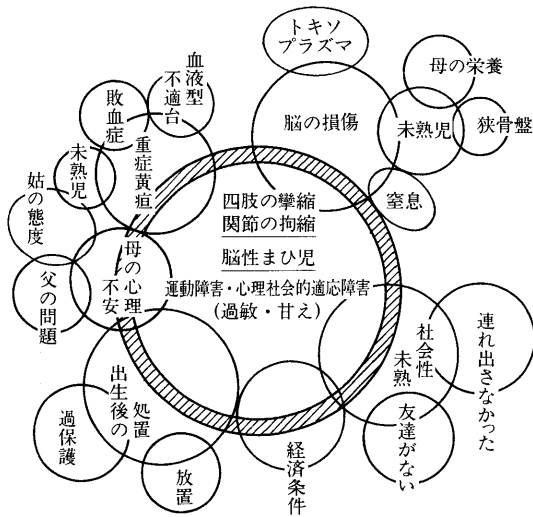


図8 脳性まひ状態の発生要因とその関係(高木)

ここでは、具体的治療法の理論や技法は省略し、小児の現わす全ゆるの問題に対応し、対処するときの基本的考え方と方法について考える。

(1) 基本的態度

医療や教育において、生理的、心理的、社会的、倫理的諸層からの治療的あるいは教育的、また生活指導的アプローチは必須であることは当然である。そのとき、全ての人間による人間への働きかけの基礎に、相手を受入れる態度と教育法の原則が要求される。それには、心理療法と行動変容法の理論と技法をまず修得

しなければならない。

医療従事者として患者や親との良好な人間関係を樹立させるための要領は次のようである。

① 心理的要因による種々の身体症状について具体的に説明する。

② 幼児・低学年児は心因性の意味の理解ができず、高学年生・中学生と親はこのことばや家庭の問題の指摘に抵抗感を抱く場合が多い。

③ はじめから検査を沢山行くと不信感・嫌悪感をもたれがちである。

これらのことを考慮しつつ、受容的態度で、ゆっくりと時間をかけて、わかりやすく説明する。しかし、同時に心身症では、身体疾患や身体症状のための苦痛や悩みがあって、それにとらわれたりもするので、身体

症状の軽減や治癒への直接的対応を必要とする場合もある。薬物が非常に効果的な作用を示すことも稀ではない。したがって、小児の現わす症状(反応)、問題行動の治療や教育、指導には、その症状の発生機転、体質傾向、既往歴、環境条件など多くの要因を考慮して、症例ごとに治療方法と順序などをきめる必要がある。また行動療法(変容法)は治療・教育方法の原則としてぜひ学習してもらいたい。

(2) 治療法, 訓練法

心理療法, 行動変容法, 自律訓練法, バイオフィードバック法, 催眠法, ヨーガ, 薬物療法, 感覚統合訓練, リハビリテーション, 自己コントロール法, 家族療法など多数あるが省略する。表8は心理・教育的立場からの治療・指導法の一覧表である。

以上のように種々の理論があり、技法があるが、究極的には症状(反応)、疾患、問題行動の発生機転とその経過、現状、年齢、性別、また、治療者の得意、不得意などを考慮して、種々の理論や技法を使いわけ、あるいは併用するように考えるべきである。一つの理論から出発した一つの技法で、全ての病態像に対処することは不可能に近いことをよくわきまえ、最も適切な時期に最も有効な治療を受けさせるように配慮することこそ、それぞれの専門家の責任であることを肝に銘じておかねばならない。

(3) 両親, ことに母親に対する指導・助言

母親の診断と治療を必要とする場合もある。まず、母親の訴えをすべて聞きとる。それによって母親のパーソナリティと問題の核心を見抜き、順を追って適

表 8 障害の現われ方と治療・教育的アプローチ (高木)

治療的アプローチ	障害の現われ方とレベル		教育的アプローチ
弛緩訓練 自律訓練 説明・保証	ゆがんだ 知的理解 (身体感覚障害)	不十分な	感覚・運動訓練 説明・読書指導
カウンセリング 遊戯療法 (音楽・絵画)	ゆがんだ 環境からのストレス (刺激)	不十分な	スキンシップ 感覚的働きかけ レクリエーション
行動療法 A. D. L	ゆがんだ 生活習慣	未熟な	しつけ 行動変容法
心理療法 (精神分析・TA) レクリエーション	ゆがんだ 人格形成	未熟な	教育・しつけ・ 条件づけ
医療 リハビリテーション	身体的 器質的 → 体質的 ←	心理的 機能的 気質的	受容 (非指示的態度)
養護	↑↓ 実存 (不安) ↓↑		受容

当な助言を与えながら、母親自身に悩みの解決法を見いださせる。公式論をふりがさして母親を説得したり、親の責任を追及しても役に立たない。それは母親の不安を高めるばかりである。

何回も面接を重ねるうちに治療者と母親とのラポールをつくってゆき、母親の治療を行うこともある。

〈参考文献〉

- 1) 高木俊一郎：小児精神身体症の概念についての考察と各症状の好発年齢、性別に関する統計的観察、小児の精神と神経、2(3)：7-20, 1962
- 2) 高木俊一郎：小児精神医学の実際、医学書院、東京、1964
- 3) 高木俊一郎：子どもの心とからだ、創元社、大阪、1967
- 4) 高木俊一郎：神経と体質、からだの科学、64：65-69, 1975
- 5) 高木俊一郎：子どもの心と体、ぎょうせい、11-88, 1983
- 6) 高木俊一郎：心身医学における小児科医の役割、心身医学23(5)、403-411, 1983
- 7) 高木俊一郎：心身症と体質、48(2)：99-103, 1984
- 8) 高木俊一郎：心身症(小児精神医学II、新小児医学大系14B)、中山書店、3-19, 1985

(4) 環境の調整

環境としては家族関係が最も重要である(家族療法)。一般的注意事項は次のようである。

- ① 原因の除去
- ② 親のしつけの態度・教育観
- ③ 症状に対する客観的・合理的な態度
- ④ 身体的疲労や興奮を起こす条件の除去
- ⑤ 家族、友人、教師などとの関係の調整

6. おわりに

心身医学の対象は人間のすべての症状(反応)、疾患、習癖、問題行動である。心身症は狭義と広義とでは内容がかなり変わってくる。それはともかく、小児は心身ともにその働き

が未熟、未分化であるため生理的反応と病的反応との区別さえ不明瞭な場合がある。われわれは同様の病態像を診ても、その発生機転を明らかにし、最も適切な対応が出来るように研究を積み、協力すべきである。以上のことは小児科医ばかりでなく、小児に接する全ての方々に理解し実践していただきたい。

- 9) 高木俊一郎：心身症状(反応)の類型と治療・指導のあり方、心身医学、25(1)、90-93, 1985
- 10) 高木俊一郎：小児科の心身医学(臨床医学の展望)、日本医事新報3172、51-52, 1985
- 11) 渋谷信治・高木俊一郎：古典的条件づけ機制が加わって難治化していると考えられた喘息児症例、心身医学、25(1)、91-93, 1985
- 12) 高木俊一郎：小児精神医学、同文書院、1986
- 13) 高木俊一郎：小児期の心身症、心身症の新しい診断と治療(五島他編)、255-265、医薬ジャーナル社、1987
- 14) 渋谷信治、高木俊一郎：小児行動医学と気管支喘息の自己管理、小児科、29(4)、1988
- 15) 高木俊一郎：生涯各期における心身症、口腔心身医学臨床講座、第1巻、213-227、書林、1989
- 16) 富田和己、西嶋加壽代、高木俊一郎：わが国での心療小児科の現状、日本小児科学会雑誌93(8)、1790-1797, 1989.

Understanding of Symptoms (Reactions), Behaviors in Children, and a Basic Attitude toward Treatment and Guidance of Them

—From the Viewpoint of Pediatric Psychosomatics—

SHUNICHIRO TAKAKI

The mental state and the physical state in children are immature and undifferentiated and their defence mechanisms are not developed enough. This is why they are apt to show extreme, strong and sometimes inadequate reactions as a whole.

On the other hand, the ways in which symptoms (reactions), various kinds of conditions and problem behaviors manifest themselves depend on the developmental stage of mind and body, that is, on the degree of combination of psychological and physical factors and on environmental factors including their developmental histories.

When we diagnose a child's state as a psychosomatic (physiologic) symptom or disease, it is more reasonable to diagnose on the basis of the extent to which psychological factors exert significant influences and on the effects of analyzing the mechanisms which make up symptoms or diseases, rather than on the names by which diseases are usually called.

In this paper, I have arranged the psychosomatic symptoms (reactions) frequently seen in children by classifying them into several groups, and displayed ways of healing, guiding, and educating them, according to the mechanisms of the symptoms (reactions).

When we discuss psychosomatic symptoms in children, we must pay attention to the fact that children are more seriously influenced by circumstances than adults, because their defence mechanisms in mind and body are not yet fully developed.

If we notice these facts, we are able to find that symptoms or reactions of childhood include a lot of reactions caused by mallearning or mislearning. Therefore, educational efforts must be made more frequently and effectively in treating children's psychosomatic problems.

The necessity of providing adequate circumstances for educating children and guiding parents should be stressed more thoroughly.

Key Words

pediatric psychosomatics
psychosomatic symptoms (reactions), diseases
features of children
treatment, education, guidance

紀要 17 号 正 誤 表

ページ	行	誤	正
7	22	alcoholism	alcoholism
9	2 (標題)	オスラー	ウィリアム オスラー
10	左下から 6	30歳代に	30歳代から40歳代はじめに
12	右 17	A Study of Act of <u>Dying</u>	A Study of Act of <u>the</u> Dying
13	右23~24	Paul Revere が生まれたが	Paul が生まれたが
13	右 29	しかし、67歳の時に欧州大戦に従軍していた息子の戦死	しかし、68歳の時に欧州大戦に従軍していた息子 Revere の戦死
14	右 14	IX. インガソル講演「科学と靈魂の不滅性について」	IX. インガソル講演“科学と靈魂の不滅性について”
14	右 29	第二は命の不滅性は	第二は靈の不滅性は
14	右下から 5	オスラーは人間の <u>命</u> の	オスラーは人間の <u>靈</u> の
37	図 7	血液型不適台	血液型不適合
43	右 9, 17, 23	$\prod_{i=1}^m \mu_i$	$\prod_{i=1}^m \mu_i$
	右 14	$\prod_{i=1}^m (1-\mu_i)$	$\prod_{i=1}^m \mu_i$
	右 17	$\prod_{i=1}^m (1-\mu_i)$	$\prod_{i=1}^m (1-\mu_i)$
	右39, 40	$\prod_{i=1}^m (1-\mu_i)^{w_i}$	$\prod_{i=1}^m (1-\mu_i)^{w_i}$
	右 40	$\prod_{i=1}^m \mu_i^{w_i}$	$\prod_{i=1}^m \mu_i^{w_i}$
44	左 1	W_1	W_1
74	右 7	46.9%	100.0%
		37.5%	80.0%
	右 8	14.1%	30.0%
		1.6%	3.3%
	右 10	42.3%	100.0%
		23.7%	56.1%
	右 11	16.5%	39.0%
	右 12	6.2%	14.6%
75	左 14	33.4%	64.3%
		14.8%	28.6%
	左 15	11.1%	21.4%
	左 16	7.4%	14.3%
	右 1	34.8%	70.5%
	右 2	13.9%	28.2%
	右 3	9.5%	19.2%
	右 4	6.3%	12.8%
82	11 (NO43)	神澤	福澤
	16	拝泄	排泄
85	27	任娠期	妊娠期
86	10	chimica	chemica
93	16	要因としての	要因としての
95	24	日本人間性理学会	日本人間性心理学会
96	3	点をあわてて	点をあてて
	15	養護学校の特徴の特徴	養護学校の特徴
97	14	enrgy-transferring	energy-transferring
CONTENTS	13	servey	survey