

# AMCoR

Asahikawa Medical College Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

心身医学 (2009.03) 49巻3号:223～229.

思春期の心身症と心身医学的発想  
障害児と小児神経症、その問題

長 和彦



シンポジウム：思春期の心身症と心身医学的発想

## 障害児と小児神経症, その問題

長 和彦\*

抄録：旭川療育センターに入所中の障害児のうちで心身症を発症した痙直型両麻痺の12歳女兒，Pelizaeus-Merzbacher病（保因者発症）の14歳女兒の思春期症例2例を紹介した。さらに，入所施設における小児神経症の発症状況，その要因ならびに対応の仕方について報告した。

73名の入所児童中，心身症が12.3%に認められ，小児神経症が全体として34.2%と高率に発症していた。

小児神経症の発症要因として，特に，コミュニケーション能力，家庭環境，親子関係などの背景因子が複雑に関与していた。患児の多くはさまざまな心理的問題を抱えており，出現する症状も多種多様で繰り返す傾向があった。障害児では小児神経症（含む心身症）の発症の閾値が低いことが示唆された。

共通の理解に立った多専門的介入が小児神経症の治療に有効であった。

**Key words**：障害児，心身症，思春期，多専門的介入

### はじめに

「ノーマライゼーション」思想の普及に伴い，障害をもっている子どもといえども社会的自立が図られるよう，必要にして十分な支援がなされることが求められている。そのためには，障害児が示すさまざまな不適応行動や心身症への適切な対応が重要であり，心身医学的アプローチが求められているといっても過言ではない。

今回，北海道立旭川肢体不自由児総合療育センター（以下，当センター）に入所中の障害児，ことに，思春期を迎えた子どもたちにみられた不適応症状や心身症の概要とそれらの対応について報告する。

なお，本稿での「小児神経症」とは，身体面に発症する心身症，行動面に発症する行動異常，

精神面に発症する神経症を含むものである。

### 症例

#### 1. 症例1：痙直型両麻痺児の女兒の場合<sup>1)</sup>

##### 1) 症例の概略

症例：12歳，女兒。

胎生27週4日，体重934gで出生した早産超低出生体重児である。両側脳室周囲白質軟化症が認められ，痙直型両麻痺であり，典型的な未熟児出身の脳性麻痺児であった。車椅子による移動が中心で，一部，杖歩行が可能であり，ADLは自立していた。Wechsler知能検査は総IQ81であったが，言語性IQに比べて動作性IQの低下が著明で，視覚認知障害が疑われていた。

母親は実父と離別し，別の男性と同棲しており，主な養育者は母方祖母であった。

##### 2) 臨床経過：発生した心理的問題

患児の臨床経過は以下のとおりである。6歳3カ月の時，母の強い希望により，独歩獲得を

\*北海道立旭川肢体不自由児総合療育センター（連絡先：長 和彦，〒071-8142 北海道旭川市春光台2条1丁目）

目的に当センターに入院した。8歳時に腹痛、嘔吐、下痢、便秘を伴う過敏性腸症、11歳時には睡眠障害が出現し、作話傾向もみられた。12歳時には聴力障害を訴え、心理的難聴と診断されるなどさまざまな心身症が繰り返し出現していた。

これらの心身症の発症要因として、①現実とかけ離れた母親の期待に応えたいと言う願い、②努力に対しても共感的に受け止めてくれない拒否的とも取れる母親の育児態度が関与していた。何回となく母親の面会を希望しても、約束が反故にされ、連絡不能の状態が続いていた。家庭への外泊も年に1~2回程度であり、まさに、母親の育児態度はネグレクト的であった。加えて、③視覚認知障害の結果、対人関係において孤独を好み、悲劇のヒロインを演じやすい性格傾向が相乗的に働いていたと思われた。

### 3) アプローチの実際と結果

症状が出るたびに個別的な対応を試みてきたが、患児の症状をセンター全体として受け止めることの重要性から、療育関係者によるチームアプローチを開始することにした。

医師、看護師による病棟カンファレンスを定期的に行い、患児と直接話し合い、母への連絡も定期的かつ継続的に行った。患児との面接を通して、しだいに母への不満や現在の悩みを言葉で表現できるようになり、それと平行して、不眠や腹痛などの症状は軽快していった。また、母親も療育相談に参加するようになり、患児の将来について話し合うことができるようになった。

医師、看護師に加えて、訓練士、保育士、心理士、教師などによる関係者会議を定期的開催し、被虐待児（ネグレクト）であることの共通認識に立って、患児に関わることを確認しあった。関係者の共通の理解のもと、友人宅への訪問、地域での障害者スポーツへの体験参加などの特別な活動プログラムを作成し、実行に移した。また、家庭生活の質の向上のために、看護

師や訓練士による家庭訪問を頻回に行い、自宅ならびに周辺地域の環境の確認、療育課題の検討も行った。

これらのチームアプローチを通して、センター退院後の家庭生活を具体的に思い描くことができるようになり、さらに、母子間でのコミュニケーションがはかられ、患児の心理的問題も徐々にではあるが軽減していった。

## 2. 症例2：遺伝性疾患の女儿の場合<sup>2)</sup>

### 1) 症例の概要

症例：14歳、女儿。

生後2週目より両側の眼振、1歳3カ月頃から両下肢の痙性、内反尖足が出現した。Pelizaeus-Merzbacher 病の遺伝子診断が9歳時になされ、保因者発症と考えられた。整形外科的手術と訓練のために頻回の入退院が繰り返されていた。

母子家庭であり、ただ一人の姉も神経症としてフォローされていた。

### 2) 臨床経過：発生した心理的問題

今回、整形外科手術の後のリハビリテーション目的で当センター入院となった。

入院時から拒食、不眠、精神不安が著しかった。手術前53kgあった体重が、入院後1カ月目には43.7kg（ギブス重量込み）にまでに減少していた。体重増加に対する強い恐れがあり、体調が悪いにも関わらず、学校の授業や訓練を休むことに強い抵抗を示し、強迫的な性格傾向も認められた。神経性食欲不振症と診断された。

医師、看護師、教師の関わりにより、一日摂食量は徐々に増加し、約3カ月後にはおおむね患児の標準体重にまで回復した。明らかに神経性食欲不振症は改善したにもかかわらず、その頃から、夜間に不安症状、過呼吸が出現し、過換気症候群と診断された。

不安や強迫神経症的な性格傾向だけでなく、家族関係での葛藤も本症例の心身症発症に大きく関与していたと思われた。拒食の最大の理由は母への抵抗であった。それは、繰り返す入退

院で常に母の言いなりになっている自分への  
どかしさの表現であり、また、母を独占したい  
という姉への対抗意識も発症の要因になっていた。

一方、過換気症状の出現には、体重の回復に  
伴う早期の退院、母を中心とした姉妹の家族関  
係の均衡の破綻、さらには、原疾患による症状  
の増悪、悪化などへの不安が、その要因と考え  
られた。

### 3) アプローチの実際と結果

患児に対しても、関係者全員によるチームア  
プローチを行った。まずは、関係者会議を開催  
し、神経性食欲不振症、過換気症候群の病態の  
理解を深め、それぞれの職種の役割を決め、互  
いに連携を取りながら統一的な対応をすること  
を確認しあった。多職種による介入によって、  
患児はしだいに内的な感情を吐露できるよう  
になり、それに伴って症状も軽快してきた。関係  
職員の家庭訪問に合わせて患児の帰宅訓練を実  
施し、家庭生活における不安を一つひとつ解決  
して行った。

約半年後には退院が可能になり、現在、症状  
の再発がまったくなく、家庭環境も良好でよい  
家庭生活を営んでいる。

### 3. 症例のまとめ

今回の症例にみられたように、思春期におけ  
る心理的課題は単一ではなく、種々の要因が複  
雑に絡み合っており、次から次へと新しい問題や課  
題が出現し、それに伴ってさまざまな症状が出現  
する傾向があった。

症状の発症にはコミュニケーション能力、認  
知障害などに伴う性格・気質などの個人的能力、  
親子関係や家庭環境などの背景因子が複雑に絡  
み合っていた。

## 考察

今回、当センターに入所中の肢体不自由児の  
うち、心身症を発症した2例の思春期症例を紹介  
した。その中で、実際、障害児にどの程度心

身症や不適応症状を含む小児神経症が発症する  
のか、発症にどのような要因が関わっているの  
か、どのような対応をすべきかなどの問題や課  
題が浮かび上がってきた。

これらの点についての詳細を知るうえから、  
当センターに入所中の子どもたちを対象に検討  
した<sup>3)</sup>。

対象は入所中の小学部、中学部の児童生徒で、  
男児53名、女児20名、計73名で、平均年齢  
は11.7歳であった。脳性麻痺や染色体異常が中  
心の先天性疾患群60名、頭部外傷後遺症や脳  
腫瘍手術後などの後天性疾患群7名、進行性筋  
ジストロフィーなどの進行性疾患群6名の3つ  
の疾患群に分けられた。

なお、小児神経症の評価は、言語機能が稚拙  
で、自己表現が未熟な子どもたちが多いことか  
ら、不適応症状や行動異常の発現にそれぞれの  
子どもたちの心理的要因が関与していると担当  
看護師が判断をしたものを基礎に、当センター  
の小児科医が診断した。

### 1. 小児神経症の発症とその内容

身体症状や行動異常など、いわゆる小児神経  
症が入所児童の34.2%に認められた。心身症の  
発症は12.3%であった (Fig. 1)。

一般的に、小児神経症の発症率はせいぜい3~  
7%前後とされおり、それと比較すると当セン  
ターでの発症率は5~10倍と高頻度であっ  
た<sup>4)5)</sup>。まず、この事実を受け止め、その原因を  
理解し、解決の道を探ることが、私ども療育者、  
障害児と関わる者に課せられた責任と思われた。

不適応症状の内容は、腹痛、下痢、嘔吐とい  
った消化器症状、睡眠障害や頭痛などの身体  
症状、いわゆる心身症が12.3%にみられていた。  
爪や皮膚をはがしたり、唇を咬んだりなどの自  
傷行動、他人を叩いたり、噛みついたりとい  
った他害行動などの行動異常が17.8%に、暴言や  
神経性習癖などのその他の行動異常が13.7%に  
みられた (Table 1)。

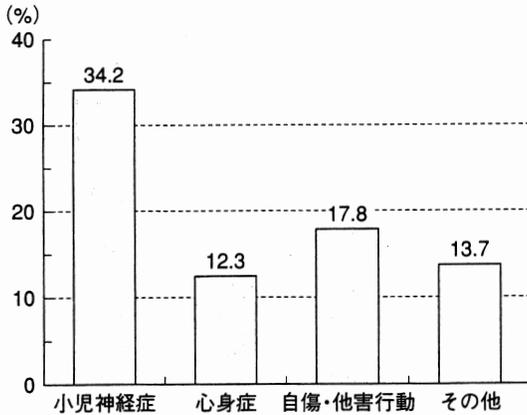


Fig. 1 入所児童での不適応症状の発症

Table 1 不適応症状の内容

身体症状（いわゆる、心身症）：12.3% ・腹痛、下痢、嘔吐などの消化器症状 ・睡眠障害 ・頭痛 ・過呼吸症候群、など 自傷・他害行動：17.8% ・自傷行動：爪や皮膚をはがす、唇を咬む ・他害行動：頭を叩く、噛みつく、つねる、引っかく、など その他の問題行動：13.7% ・暴言、虐め ・性的行動異常 ・指しゃぶりなど神経性習癖、など
---

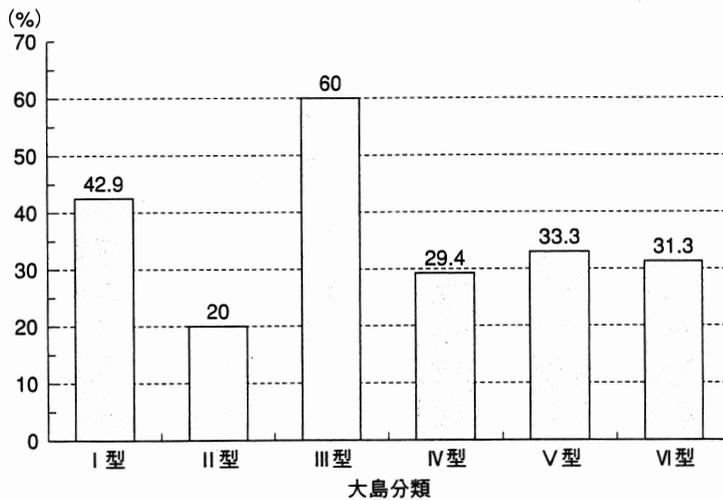


Fig. 2 障害の重症度と小児神経症発症頻度（大島の分類）

## 2. 小児神経症の発症要因

心身症や不適応症状など小児神経症の発症要因について検討した。

少なくとも小児神経症出現群と非出現群との間には、年齢（11.6歳 vs 11.7歳）、平均入院期間（4.4年 vs 4.3年）、性差すなわち男児/女児（34/66 vs 35/65）などには明かな差は認められなかった。

以前から、障害の重症度と小児神経症の発症についての議論があったことから、大島の分類に沿ってそれらの関係を調べた。

Fig. 2に示したように、大島の分類のI型とIII型に小児神経症の発症が多い傾向が認められ

た。重度心身障害児でもかなりの頻度で小児神経症が発症しており、知的能力や理解力が低いから小児神経症は起こりにくいと判断するのは危険と思われた。また、知的レベルが同じであれば、運動機能が良いほど小児神経症の発症が少ない傾向であった。

自発的な移動が難しい肢体不自由児にとって、たとえ他動的でも身体を移動させたり、外出したりすることが小児神経症の発症予防につながる可能性が高いと思われ、これは障害児療育での重要なヒントと思われた。

そこで、運動能力、知的能力、コミュニケーション能力などの個人的能力と小児神経症との

Table 2 個人的能力と小児神経症

	小児神経症 全体	身体症状 (心身症)	自傷・他害 行動	その他の 症状
運動能力	—	—	—	—
知的能力	—	—	+	—
コミュニケーション	++	—	++	—

+ $p < 0.05$     ++ $p < 0.01$

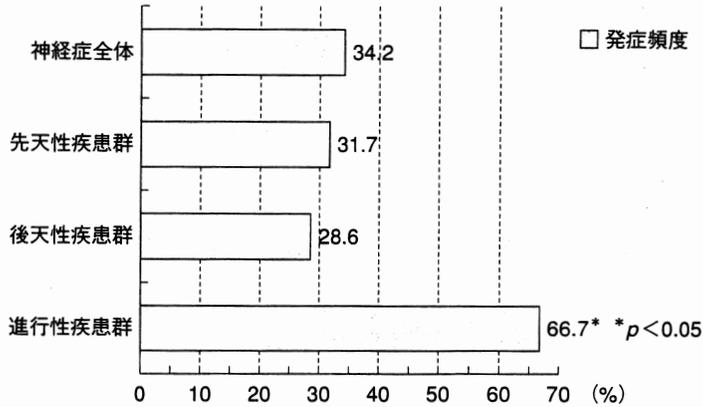


Fig. 3 疾患群別と小児神経症発症頻度

関係を検討した。Table 2 に示したとおり、小児神経症の発症にはコミュニケーション能力の関与が強く示唆された。また、自傷・他害行動などの発症には、知的能力、コミュニケーション能力が強く影響していた<sup>6)</sup>。

なお、どのような手段をとってでも自分の意志を相手に伝えることができれば、コミュニケーション能力ありと判断した。

疾患群別での小児神経症の発症率は、先天性疾患群、後天性疾患群でそれぞれ31.7%、28.6%であった。それに対し、筋ジストロフィーを中心とする進行性疾患群では66.7%と明らかに高率であった (Fig. 3)。進行性疾患での将来への不安や、しだいにできることが少なくなるといった心理的ストレスが、小児神経症の発症に強く影響していると思われた。

虐待やネグレクトなどの親子関係、母子家庭などの家庭的問題など、いわゆる背景因子と小児神経症発症との関係では、小児神経症を発症した25名中21名(84.0%)に何らかの背景因子が認められていた。その一方で、小児神経症を

発症しなかった48名中、背景因子が認められたものはわずか1名(2.1%)であった (Fig. 4)。

背景因子のうち、親子関係の影響が76.2%、家庭環境の影響が52.4%、施設入所の直接的影響は14.3%に認められており、特に、親子関係、家庭環境の要因が小児神経症発症に大きく影響していた。

障害児での小児神経症の発症には、コミュニケーション能力、認知障害に伴う対人関係の問題、障害をもっているがゆえの親子関係や家庭環境の問題が複雑に絡み合っていると思われた<sup>7)</sup>。

### 3. 障害児の神経症への対応

入所施設では多くの専門家による療育的介入がなされることから、複雑な問題を抱えている子どもたちにそれぞれの専門家が個別的・個人的に対応すると、ますます混乱する可能性が高い。そこで、子どもたちに関わる関係者が一堂に会して、共通の理解を得るように試みた。子どもたちがそれぞれの生活の場で安心して暮らすことができるように、全体的な対応方針を確

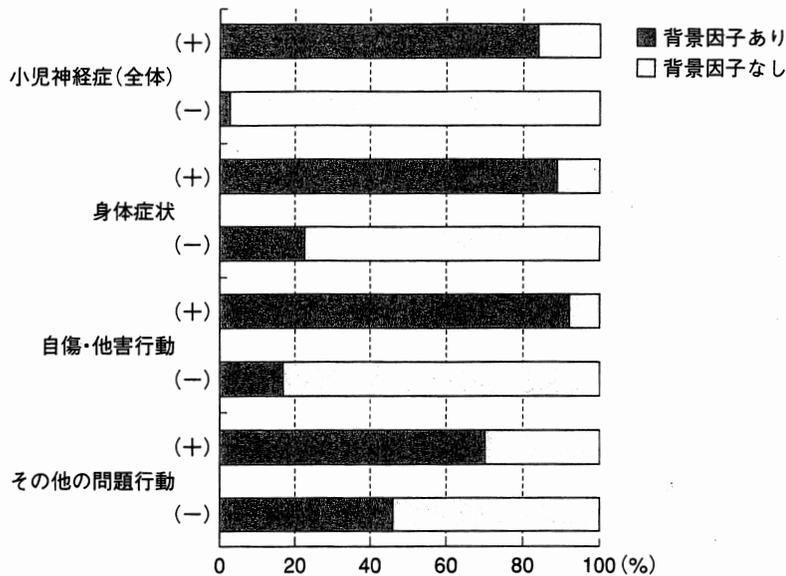


Fig. 4 背景因子と小児神経症

認し、そのうえで、それぞれの専門家の役割を決めた。全体的なハーモニーを崩さないように子どもたちと向かい合った。

そのような多専門的アプローチを通して、薄皮がはがれるように、子ども自身が少しずつ心の内を吐露するようになり、かつ、それぞれの生活の場が安定することにより、その過程の中でさまざまな不適応症状が改善、軽快していった<sup>8)</sup>。

## まとめ

当センターに入所中の障害児にみられた小児神経症について報告した。

心身症、自傷・他害行動、その他の行動異常がそれぞれ12.3%、17.8%、13.7%に認められ、小児神経症が全体として34.2%と高率に発症していた。

小児神経症の発症要因として、コミュニケーション能力、認知障害に伴う対人関係や心理的問題、親子関係や家庭環境の問題が複雑に絡み合っていた。障害児にみられる小児神経症は多種多様で繰り返し出現する可能性があり、障害児では小児神経症の発症の閾値が低いことが示唆された。

実際、障害児療育は多くの専門家の介入により成り立っていることから、関係者が共通の理解に立って、全体的な対応方針を確認しながらそれぞれの役割を決め、全体的なハーモニーを崩さないで患児と向かい合う多専門的介入が、障害児の小児神経症の治療に大変有効と思われる。

## 文献

- 1) 長 和彦, 北畑 歩: 痙直型両麻痺児の心理的葛藤, リハ患者の心理的問題へのアプローチ. *J Clin Rehabil* 13: 1050-1051, 2004
- 2) 長 和彦, 北畑 歩: 拒食, 過換気症状を呈した思春期女児例, リハ患者の心理的問題へのアプローチ. *J Clin Rehabil* 13: 1154-1155, 2004
- 3) 長 和彦, 田崎卓見: 施設入所と小児神経症. *心身医療* 10: 123-127, 1998
- 4) Goldberg ID, Regier DA, McInerney TK, et al: The role of the pediatrician in the delivery of mental health services to children. *Pediatrics* 63: 898-909, 1979
- 5) 長畑正道: 小児の心身症, 日本における小児心身症の変遷. *小児内科* 23: 12-16, 1991
- 6) Johnson CR, Handen BL, Lubetsky MJ, et al: Affective disorders in hospitalized children and adolescents with mental retardation: A retrospective study. *Res Dev Disabil* 16: 221-231, 1995
- 7) 高木俊一郎: 小児の心身症, 小児心身症の発症

機序とその特徴. 小児内科 23 : 123-127, 1991  
8) 北畑 歩, 福田郁江, 宮本晶恵, 他 : 整形外科  
手術後に神経性無食欲症, 過換気症候群などの

多彩な心身症状を呈した14歳女児例—その経過と心理解釈—. 小児の精神と神経 48 : 71-78, 2008

---

Abstract

Some Medical Issues of Childhood Neuroses in the Handicapped Children

Kazuhiko Cho, MD\*

\*Hokkaido, Asahikawa Habilitation Centre for Disabled Children

(Mailing Address : Kazuhiko Cho, 2-1 Shunkodai, Asahikawa-shi, Hokkaido 071-8142, Japan)

Two cases of the psychosomatic disease of adolescence were reported, who were a 12 year old girl of spastic cerebral palsy and a 14 year old of Pelizaeus-Merzbacher disease. We also showed the medical issues of childhood neuroses, including the incidence, etiology and treatment, which were dealt with at the Hokkaido Asahikawa Habilitation Centre for Disabled Children.

Psychosomatic diseases and childhood neuroses were seen in 12.3% and 34.2%, respectively among 73 patients in our habilitation centre, and the occurrence rate seemed to be high.

Etiology of childhood neuroses was considered to be a combination of communication disability and background problems such as family environment and parent-child relationship.

Many patients had various psychological problems and the presenting symptoms were varied and tended to repeat themselves. It was suggested that the threshold of childhood neuroses (including psychosomatic disease) was very low in the handicapped children.

Multi-disciplinary intervention based on common understanding was effective for treatment of childhood neuroses.

**Key words** : handicapped children, psychosomatic disease, adolescence, multi-disciplinary intervention

---