

論文目録 岐阜大学

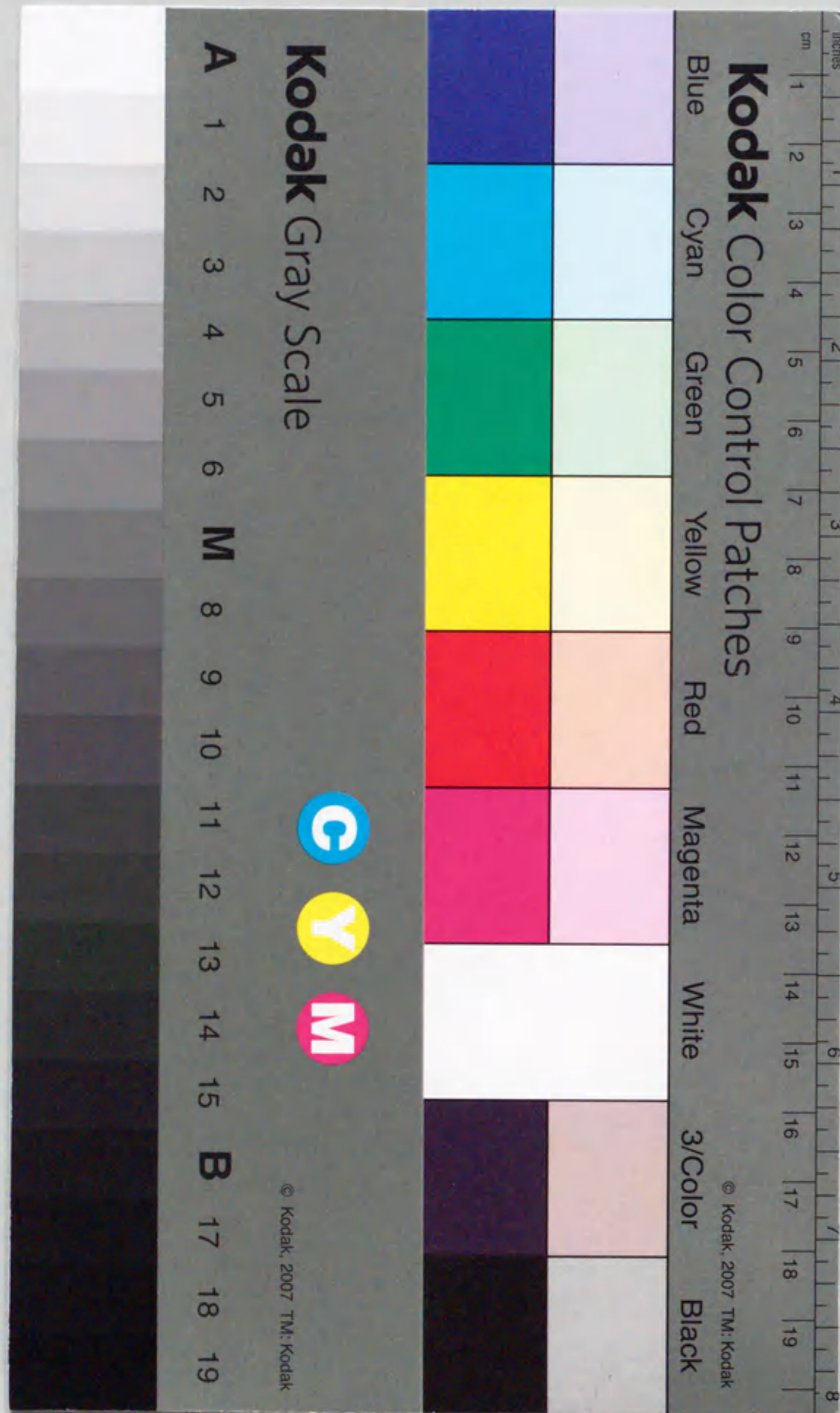
報告番号 乙第836号 氏名 清水章子

主論文

岐阜大学小児科におけるコンサルテーション・リエゾン
精神医学活動の実態と意義 1冊
平成4年11月発行 岐阜大医紀 40(6):795~815

参考論文

- 1) 精神分裂病患者の妊娠中の再発例について 1冊
-臨床問題点をめぐって-
昭和59年7月発行 臨床精神医学 13(7):861~867
- 2) 抗てんかん剤服用者の妊娠および出産について 1冊
昭和59年12月発行 医療38(12):1180~1183
- 3) 躁うつ状態 1冊
平成元年3月発行 若林慎一郎編; 児童青年精神科, 金剛出版, pp. 149~170
- 4) 心身症及び慢性疾患 1冊
平成2年6月発行 保育講座23巻
若林慎一郎編; 精神保健, ミネルヴァ書房, pp. 202~226
- 5) リエゾン精神医学の役割 1冊
平成2年10月発行 小児看護 13(11):1494~1499



主論文

②

岐阜大学医学部紀要

第40巻6号別刷

平成4年11月

岐阜大学小児科におけるコンサルテーション・ リエゾン精神医学活動の実態と意義

清水 章子

岐阜大学医学部小児科学講座（主任 折居忠夫教授）

The Present State and Significance
of the Consultation-Liason Psychiatric Service
in the Pediatric Department of Gifu University Hospital

Akiko SHIMIZU

Department of Pediatrics, Gifu University School of Medicine
(Director : Prof. T. ORII)

Reprinted from
ACTA SCHOLAE MEDICINALIS UNIVERSITATIS IN GIFU
Vol. 40 No. 6 November 1992.

岐阜大学小児科におけるコンサルテーション・
リエゾン精神医学活動の実態と意義

清水 章子

岐阜大学医学部小児科学講座 (主任 折居忠夫教授)

The Present State and Significance
of the Consultation-Liaison Psychiatric Service
in the Pediatric Department of Gifu University Hospital

Akiko SHIMIZU

Department of Pediatrics, Gifu University School of Medicine
(Director : Prof. T. ORII)

One hundred ninety-six cases from 4 months to 16 years of age were examined for a period of 5 years and 9 months through the consultation-liaison psychiatric service in the pediatric clinic of Gifu University. Of these cases, 164 were of psychogenic-environmental disorder. Some of these were related to problems of baby care, psychological problems arising in the course of treatment for chronic physical diseases, and so on. The necessity of understanding psychological problems and therapeutic approaches to them in the pediatric clinic was made apparent. The consultation-liaison psychiatrist must be able to understand multifaceted aspects of the child (child, family, school, society and medical environments), and to offer counseling and support relevant to these aspects in order to overcome the given problems.

The activity of the psychiatrist in the pediatric clinic yielded the following merits. (1) It became possible to offer specialized therapy and preventive support for a wide range of the issues, such as for infants and children presenting hidden psychological problems. (2) The psychiatrist was able to therapeutically utilize the children's ward to offer psychologically meaningful experience to inpatients. (3) Separating the roles of pediatrician and psychiatrist enabled cases in need of physical management, such as of eating disorders, to be dealt with in a stable therapeutic structure.

Moreover, the consultation-liaison psychiatric service benefited the pediatricians as well. (1) It had educating and enlightening effects on the pediatricians. (2) It offered counseling space to pediatricians having patients with psychological problems. (3) It acted as a center of information of psychological problems for pediatricians belonging to hospitals related to the University. On the other hand, it gave the psychiatrists an opportunity to better understand the pediatricians, and it was useful for future implementation of a practical general consultation-liaison psychiatric service.

Acta Sch Med Univ Gifu 40 ; 795-815 (1992)

Key words : consultation-liaison psychiatry, child psychiatry, psychogenic disorder,
psychosomatic clinic

緒 言

リエゾン精神医学は、疾病や医療にかかわる心理、社会的問題に対応するため、精神科と他の診療科が協力して診療にあたる体系を意味する用語である。従来、総合病院の精神科で行われてきた他科から依頼された形で患者の相談や治療に関わるというコンサルテーション（相談）を越え、リエゾン精神医学は、精神科医が他科の医療スタッフと日頃の診療から連携をとり、精神医学的介入を必要とする患者の発見、患者の共同診療、患者を取り巻く人間関係（医療スタッフの相互関係、医療スタッフと患者、家族との相互関係）の心理状況への対応など、組織的で、積極的な活動を目指すものである。このような考え方がわが国に紹介されてからの歴史は浅いが、近年、これまでの身体医学・治療の在り方に対する再検討から、心身両面にわたる全人的・包括医療の必要性が重視されるにつれて、その実践に取り組む施設の報告も多くなっている^{1)~6)}。小児科と精神科の連携では、児童精神科医の立場から、報告や提言がなされており、十分な態勢とはいえない現状の中で、小児の患者を対象としたリエゾン精神医学の臨床に成果を上げている施設も少なくない^{7)~12)}。

研究の目的

筆者は1986年4月から精神科医の立場から、岐阜大学小児科に所属し、心身症外来を中心としたコンサルテーション・リエゾン精神医学（以下、リエゾン精神医学と略す）の臨床活動を始めた。5年9か月の期間に経験した症例をもとに、小児科でのリエゾン精神医学活動の実態を明らかにし、活動の意義と今後の方向性およびその可能性について論じたい。

リエゾン精神医学活動の実態（外来統計と症例）

(1) 心身症外来の概要

小児科の特殊外来として、週2回午前、午後の予約制の診療を1986年4月から続けている。外来、入院を問わず、依頼される患者は、原則としてこの心身症外来の場で診ることになる。心身症外来

を受診した患者は1986年4月から1991年12月までに196名であり、その内訳はTABLE 1のようで、月平均新来患者数は、3.0名であった。年齢分布はFIG. 1のように、0歳から16歳までで、9歳と13歳にピークがみられた。疾病の内訳はFIG. 2のようで、164名（83.7%）が広義の心因性・環境性障害で、登校拒否、心身症、排泄障害（夜尿症、遺尿症、遺糞症など）、ヒステリー、摂食障害などが含まれる。自閉症などを含む発達障害は22名（11.2%）みられた。その他、少数ではあるが、分裂病、思春期妄想症、人格障害、および脳器質性障害がある。

TABLE 1 岐阜大学小児科心身症外来新来患者数

	男	女	計	月平均新患数
1986年4月~12月	18	17	35	3.9
1987年1月~12月	27	24	51	4.3
1988年1月~6月 10月~12月	9	7	16	1.8
1989年1月~12月	12	19	31	2.6
1990年1月~12月	10	24	34	2.8
1991年1月~12月	16	13	29	2.4
計	92	104	196	3.0

(2) 発達時期の特徴

各発達時期における疾患別内訳はTABLE 2のようであり、順次、各発達時期ごとにその特徴を記述する。

① 乳幼児期（0~6歳）

34名の患者のうち、発達障害群17名、心因性障害群17名であり、他の時期から際立って、発達障害が多い。なかでも自閉症が13名で、大半が言葉の遅れを主訴にして受診しているが、当科には言語発達外来が設置されており、療育指導や相談はそこで行なわれることになる。心因性障害では哺乳障害、排泄障害（夜尿症、遺尿症、遺糞症、心因性頻尿）、夜驚症など、食事、排泄、睡眠の基本

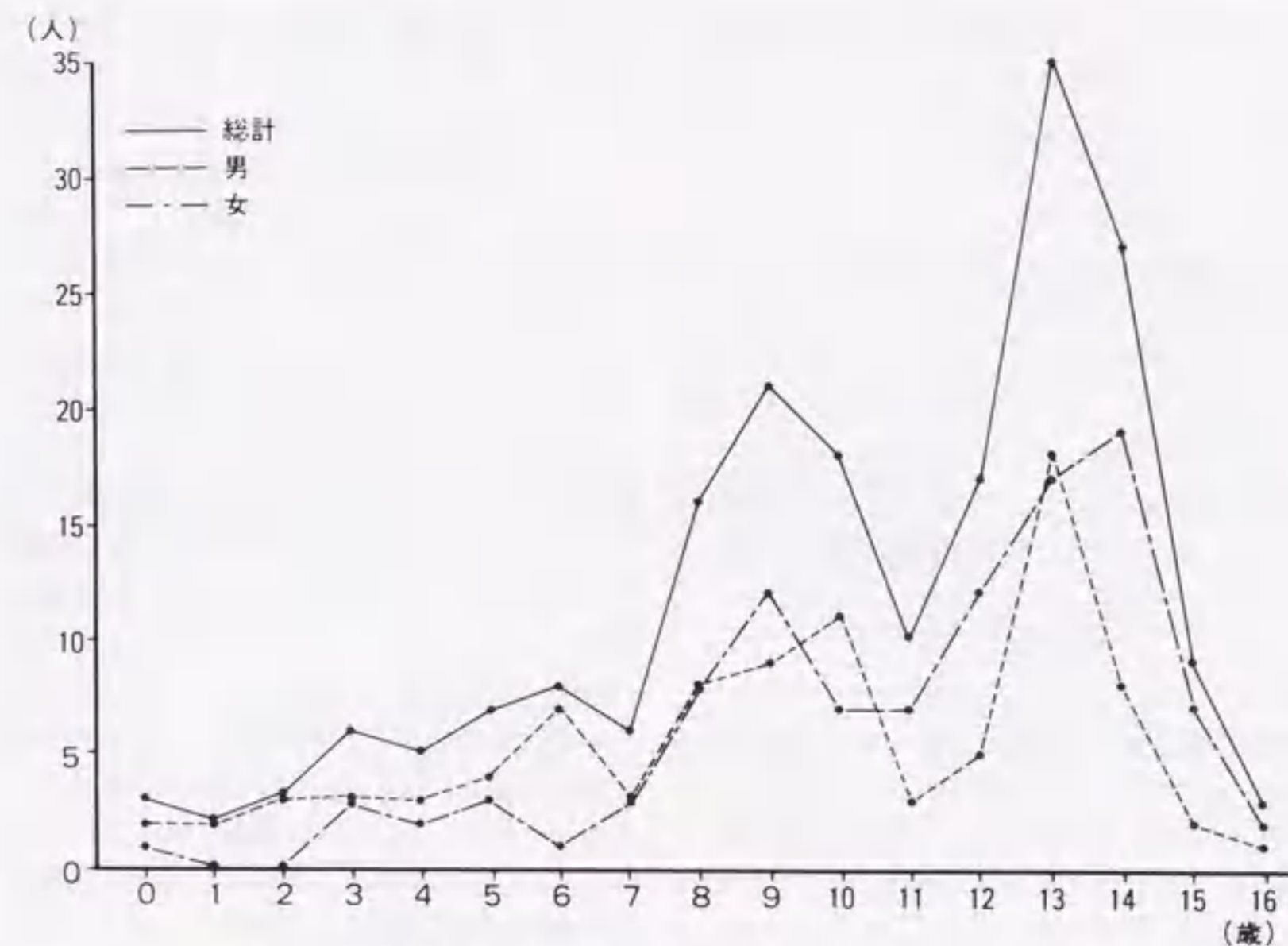


FIG. 1 小児科心身症外来新来患者の年齢分布

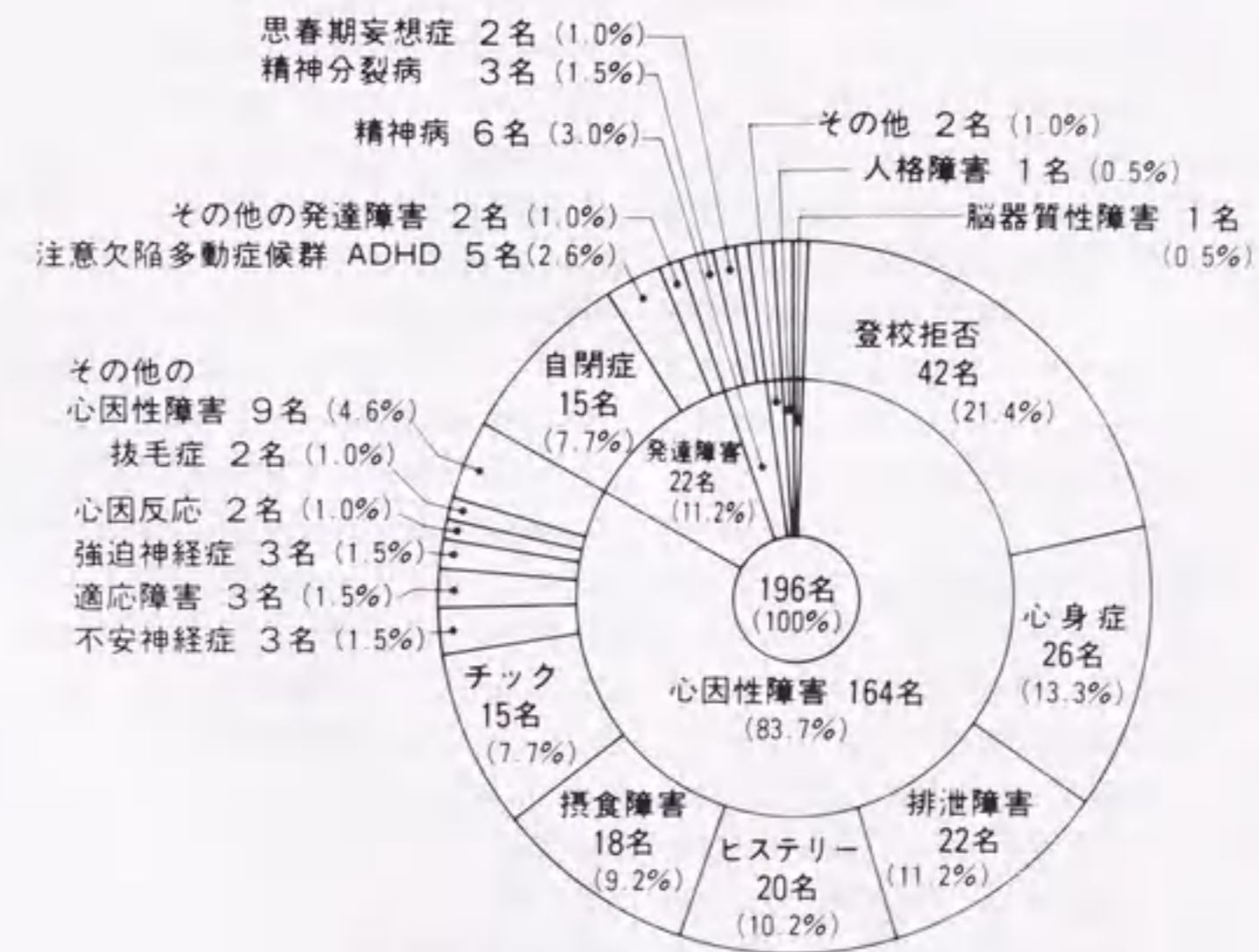


FIG. 2 新来患者の疾患別内訳

TABLE 2 各発達時期の疾患別内訳

	乳幼児期 (0-6歳)			児童期 (7-12歳)			思春期 (13-16歳)		
	男	女	計	男	女	計	男	女	計
心因性障害	11	6	17	33	45	78	26	42	68
発達障害	13	4	17	5	0	5	0	0	0
精神病	0	0	0	0	2	2	2	2	4
人格障害	0	0	0	1	0	1	0	0	0
脳器質性障害	0	0	0	0	1	1	0	0	0
その他	0	0	0	1	0	1	1	0	1
計	24	10	34	40	48	88	29	44	73

的生活習慣に関する問題が8例みられ、他に、母性剝奪症候群、チック、ヒステリー、恐怖症、登壇拒否などがある。

低年齢層の患者は何らかの心身反応(身体化症状)を主症状とすることがほとんどであるが、その治療の出発点は、まず、症状の背景に潜む心理的問題が存在することへの気づきである。家族が子どもの心理的側面や環境に目を向けるだけで、症状が改善される例も少なくない。身近に子育てを見たり、経験したことがないまま母親になり、不安を持ちながら子育てを始めたり、核家族の増加、近所付き合いの希薄化などの社会変化に伴い、これまで表にでなかった些細な問題の解決も医療に求められる傾向が出てきている。その需要に適切に応える窓口として、小児科の心身症外来の存在意義は大なるものがあると考えている。そのような例を提示する。

症例1 A 初診時7か月の女児

主訴: 哺乳しない

家族歴: 母親は前夫との間に二児をもうけた後、一児(兄)を引き取り離婚した。まもなく再婚し、Aが生まれた。家族は、A、両親、兄、父方祖父母、父の妹の7人家族であるが、兄はAの妊娠中から母親の実家に預けられ、Aも生後入退院を繰り返して、本来の家族で生活したことがほとんどない。

生育歴・現病歴: 満期に帝王切開にて出産した。人工栄養であったが、退院してから急に哺乳量が低下し、M病院小児科にて脱水といわれて入院した。腎性糖尿も指摘されたが病的意義はなかった。4、5日で哺乳量もどりと退院したが、満1か月に、母親の実家に里帰りした日から哺乳量が減り、K病院に半月入院し、哺乳するようになって退院した。満2か月に再び飲まなくなり、K病院に再入院したが、身体的には腎性糖尿以外は問題なく、「お母さんの飲ませ方が悪い」と指摘された。家族の希望で2か月半の時に当科に転院した。以後、入院したまま、哺乳量が少なく鼻注栄養で補うことが続いていた。7か月に主治医の依頼で筆者が母子に関わることになった。

治療経過: 小児科主治医は鼻注栄養をやめたが、母親は栄養不良による発育遅延や、他に未発見の身体的問題があるのではないかと不安が強く、他の子どもと比較して心配を募らせては、筆者に訴えた。しかし現実のAの発育には遅れはなく、大人の言葉によく反応し、興味のあるものを模倣し、大きな音には敏感だが、馴れるとかわって喜び、気に入った玩具を少し遠くに置くと、母親の目の前で初めて10cm自力で移動した。その後も母親の不安を受容しつつ、子どもと一緒に遊びながら、現実のAの健康な面をともに発見することを心掛けた。鼻注に頼ることなしに3か月が過ぎ、離乳も進み、11か月に退院となった。

哺乳せず脱水になっていた生後まもなくの状態が、どのような要因によるものか詳細は明らかではないが、筆者が関わるようになった7か月の時点では、哺乳障害の身体的原因は否定され、どのように自然な栄養摂取を進めていくかが問題になっていた。子どもの哺乳量にはむらがあり、離乳食も新しいものを摂取することに抵抗した。摂取量が極端に少ないと母親が不安になり鼻注栄養に頼りたがること、身体的原因がないことを母親が認めようとしなないことが、自然な栄養摂取を辛抱強く進めるうえで障害となっていると考えられた。Thomasら¹³⁾は、乳幼児の気質特徴から、食事、排便、睡眠等の生活リズムが不規則で、新しい状況に回避的で、順応性が低く、反応が強烈で、否

定的な気分を示しがちな子どもを「扱いにくい子」と分類した。このような子どもは、母子関係の問題を生じやすく、後に行動障害を呈する可能性が高いともいわれている¹⁴⁾。Aも「扱いにくい子」の範疇にあると思われるが、母親がこの気質の子どもに、気長にしかも柔軟に対応できるようにリエゾン精神科医が助言し、支えることにより、Aの健康な発達を促し、さらなる問題への発展を予防することができると考えられた。

症例2 B 初診時4歳0か月の女児

主訴: 水を怖がり泣き叫ぶ

家族歴: B、年子の兄と妹、養子の父親、母親、母方祖父母、曾祖母、母の妹の9人家族である。母親は2人姉妹の長女で、一人で外へ出ると知恵が付き、婿を取って家を継いでくれないという親の考えから、どこへ行くのにも父親が車で送り迎えした。高校卒業後も自宅の近くの会社に勤め、見合結婚した。

生育歴・現病歴: 生後、助産婦から母乳の他にミルクを足すように言われ、母親が沸々ミルクを飲ませた。しかし、吐乳することが続いたので内緒で母乳だけを与えるようになったら、見る間に太りだした。夜泣きもせず、おとなしい赤ちゃんであり、年子の兄に手がかり、8か月まで寝かぜられていることが多かった。そのため、定額も5か月と遅かった。1歳11か月に妹が誕生し、その後もあまり手をかけられず、幼稚園に入るまでは自分からしゃべることが少なかった。入園後に円形脱毛症になったが、やがて目立たなくなった。夏休み中は毎日水遊びを楽しんでいたのに、9月になって、雨、お風呂や水道の水を怖がって泣き、「家がぐるぐるまわる」などと言って、寝つかなくなった。また、「食べるとお腹がパンと割れてしまう」と食べなくなり、体重が、1か月のうちに20kgから17.5kgに減少した。母親が他院小児科に相談に行き、当外来に紹介された。

治療経過: 当外来の予約をとり、母親がBの状態を心理的問題ととらえるようになったことを契機に、水を怖がる行動、睡眠障害、摂食障害が急速に軽減に向かった。治療は母親に対するカウンセリングが中心になったが、母親が自分の生育史

を語るうちに、母親自身が何事においても自分で決定した経験がなく、Bを育て始めたときに、生まれて初めてすべてを自分で判断したり、行動することを求められ、戸惑っていたことに気づいた。治療が進む中で、「もっと経験しておかなければいけなかったんですね。自分が直さなければいけないんですね。」と言って、母親が自分の真の「自立」という課題に前向きに取り組み出した。これと相前後してBは「(水は)流れてしまうから大丈夫だよね。」「食べるとお母さんのように大きくなるんだね。」などと、親が説明したように自分に言い聞かせて水や食事に急速に慣れていき、症状は10月末にほとんどみられなくなり、落ち着いた状態となった。

この症例では、希薄な母子関係という不安定な基盤の中でのBのこれまでの過剰適応が、幼稚園という集団生活に入ることにより破綻し、4月に円形脱毛症、夏休み明けには多彩な神経症的症状を呈したと考えられる。家族は症状発生の時点から、恐怖の対象である水や食べることに慣れさせるために懸命の努力をしたが、当初はかえってBの恐怖を増すばかりであった。家族がBの状態を心の問題としてとらえ、心身症外来の予約をとったことを契機に症状は好転した。そして、母親のカウンセリングを通して、母親自身が主体的に生きていくことを阻まれていたことに気づき、自分の生き方を見直し、自分の問題に、母親が前向きに取り組んだ。母親の変化と同時に、患児もこれまで抑えてきた有りのままの感情を、安心して母親にぶつけ、甘えることが可能になった。このような母子関係の変化により、Bの恐怖との対決が支えられたのではないかと考えられた。恐怖の対象に慣れさせる努力は、家族の機能が高められて初めてその効力が発揮されるようになったものと考えられる。

子どもが示してくる問題の解決には、乳幼児期にさかのぼった「育て直し」を必要とする¹⁵⁾¹⁶⁾。この症例では、母親もまた、自分が、どのように育てられたかに向き合い、自分の「育て直し」に取り組んだことにより、子どもの「育て直し」を可能にしたと考えられた。子どもの治療では、子

どもの本来持っている成長の力を認め、健康に伸びていけるように環境に働きかけることが大切である。

② 児童期 (7-12歳)

88例のうち心因性障害が78例(88.6%)と大半を占める。ここには、登校拒否が17例、排泄障害(夜尿症、遺尿症、遺糞症、心因性頻尿)、ヒステリー、チックが各12例、心身症が11例あり、学校との問題と、身体症状を呈する状態が多い。10歳以後から、神経性食思不振症や過食症などの摂食障害がみられはじめ、6例を数えた。その他、数は少ないが、不安神経症2例、強迫神経症1例など、青年期以後の神経症と類似した症状を示すものもある。発達障害は5例で、自閉症2例、注意欠陥多動障害(ADHD)3例であり、家庭での養育、或いは学校での適応上の問題が受診動機となっている。分裂病は11歳と12歳に各1例みられたが、予後不良な場合もあるので、早期に精神科との連携治療を進めた。また、脳器質性障害が1例あり、急性の精神症状(興奮、幻覚など)をめぐって、診断と対症的治療に関して小児科医と連携を密にした。

症例3 C 初診時8歳、小学校3年の女児

主訴:頭や手を振る

家族歴:両親と妹の4人家族である。父親は短気で自信家であり、中学生の時に吃音を克服した経験を持つ。母親はおとなしく、自分の意見を出さず、夫に何でも合わせてきた。Cは母親似、妹は父親似でやんちゃである。

生育歴・現病歴:発達は正常であったが、おとなしい赤ちゃんで、母親の髄膜炎のため、生後6か月まで抱かれることが殆どなかった。母親が仕事に出るため2歳から託児所に預けられ、4歳から保育園に移った。自分の意見を出さず、我慢する子であった。4歳半で妹が生まれたが、嫉妬もせず、反抗期もみられなかった。小学校2年の9月に目をパチパチさせ、歯をカチカチさせたが、自然に消失した。翌年3月に今度は頭や手を振るのに気づかれた。

治療経過:家族4人が揃った初回面接で、旅行先は常に父親が決める話や、妹が欲しい玩具は、

Cがあっさりと渡してしまう等、力強い父親と、自己主張しない母親、やんちゃな妹とおとなしいCという、家庭内における両極性の構造が目についた。父親にも治療に参加してもらい、ひとりひとりが自分の意見を述べ、相手の話にも耳を傾けるやりとりを大切にしよう両親に協力を求めた。その後、従来ベークドライバーであった母親が、自ら車を運転するようになり、ボランティア活動をしたり、同窓会の幹事を努めたりと、積極的になってきた。一方、Cは自分の意志で算盤遊びをやめ、妹と大喧嘩して妹を泣かすことがみられたり、「学校では思い通りにやれたことがない。」と言いつつも学校での発言が増えたと報告された。チックも7月以後徐々に減少した。

チックは一定の筋肉群に突然出現し頻繁に繰り返される不随意運動¹⁷⁾で、学童期に好発する疾患であり、発症に心理的要因の関与が考えられている¹⁸⁾。家族や社会の中に子どもの自然な感情が表出できず、内向した心理的不満や葛藤が症状として現われると考えられる。Cの症状は、これまでの消極的で受け身に徹するCの対人関係の在り方のままでは、家庭や学校で安定することが難しいことを示したものであると考えられ、Cが周囲との関係を変化させ、心理的安定をはかっていくことが、治療上必要であると考えた。能動と受動的の両極性を示した家族関係を変化しやすくなるように治療者が助言することにより、これまで受動的な役割をとっていたCと母親が、自分の主張を出せるようになり、それにつれてチックも軽減した。このように、家族力動を変化させることが、子どもの症状を軽快・改善するうえで重要な課題となることも多い。

症例4 D 初診時10歳、小学校5年の男児

主訴:激しい腹痛

家族歴:両親、兄、D、父方祖母の5人家族で、都会育ちの母親は、田舎の暮らしや田畑の仕事を覚えるのに苦勞し、勝ち気な姑に窮屈な思いをしていたが、夫はかばうことがなく、両親の会話もなくなっていた。

生育歴・現病歴:満期だが仮死で生まれた。病気もせず、手がかからなかった。外で遊ぶことが

好きな元気な子であったが、小学校4年からあまり外へでなくなった。小学校5年の4月から、目がチカチカしたり、全身痙攣を起こすことが2回あり、N病院へ入院し、脳波、CTにより、てんかんと診断され、服薬を始めた。この際、眼科的には、ヒステリーを疑われるような視野欠損が認められた。退院後、激しい腹痛があり、再入院となった。七転八倒の苦しみに夜間も大声で泣く状態であったが、器質的異常は認められず、当科を紹介された。

治療経過:外来治療を行なうこととした。当初は毎日何度も激しい腹痛がみられたが、気分が良いときにトランプやゲームをやっていた。カウンセリングの場で、母親は、今まで抑えていた夫と姑に対する不満を口にしたり、2か月目に、家族でゲームを購入し、楽しく過ごす時間が増え、父親が少し協力的になった。3か月目になり、痛みの回数の減少が報告され、3回続けて作った箱庭で、1回目に山村の土砂崩れ事故、2回目に事故の復旧作業が進まないところ、3回目に2、3軒の傾きかけた家のある山村風景を作り、家族の関係修復に通じるテーマが表現された。4か月目に腹痛はさらに軽くなり、面接場面でも自宅付近の地図を描いたり、学校の話題が出て、現実に向かい始めた。5か月目にはたまたま登校できるようになり、当初、同級生からいじめられたが、先生に相談して改善され、以後順調に登校している。

この症例では、母親が、家庭に自分の居場所がないと感じられる状況が続き、加えて、それまで活発であった子どもが、仲間と遊ぶことが少なくなっていた時期にてんかん発作の検査入院をし、その退院直後に激しい腹痛を呈している。腹痛は、再登校に対する不安や緊張から生じていると考えられ、現実から距離を置いて休養するとともに、Dが現実を見つめなおし、それに立ち向かえるように援助することが必要であった。そのために、子どもが安心してその作業ができるような家庭の機能を回復させること、学校に状況を理解し、協力してもらうことが重要な課題と考えられた。Dの病気を機に家族の在り方が問われ、子どもを支える上で好ましい家族へ変化した様子が、母親と

の面接を通して観察された。また、学校も、焦らずDの回復を見守り、登校してからも、いじめなどの訴えに適切に対応し、子どもの気持ちに応えるよう努力した。このように、子どもが回復しやすい環境を目指せるように働きかけることが、精神科医の役割となった。

③ 思春期 (13-16歳)

73例のうち、心因性障害は68例(93.1%)みられた。登校拒否が23例でもっとも多く、心身症14例、摂食障害11例、ヒステリー7例などである。この時期は、子どもを取り巻く環境は、受験・進学をめぐる、苛酷であり、病気のため長期に登校できない場合には、症状軽減後も不登校を呈することも多い。思春期妄想症2例、分裂病2例もみられたが、長期にわたる経過が予想されるため、精神科での治療が必要であると考えられ、精神科へ紹介した。

症例5 E 初診時13歳、中学校1年の男子

主訴:咳

家族歴:母親は死別した夫との長男をつれて現在の夫と再婚した。6歳離れた連れ子の兄、E、3歳年下の弟の3人兄弟と、両親の5人家族である。父方祖母が同居していたが、7年前に病死した。

生育歴・現病歴:乳幼児期から風邪をひきやすく、2歳の時に自家中毒で入院したことがあった。嫁姑の仲がうまくいかぬこともあり、母親は気を遣い、多動な兄を叱り、Eを大事に育てた。また、3交替勤務の夫の昼寝を邪魔しないように、家の中での子どもの遊びを抑え、子どもたちは小声で話す習慣が身についた。また、親が甘く見られてはいけないという考えから、子どもの口答えを許さなかった。Eは物静かでひとりで過ごすことが多く、真面目だが要領が悪かった。小学校5年からマラソンが好きになった。

中学で陸上部に入り、ごはんも食べられないほど練習がきつかったが、頑張っていた。2学期の成績が落ち、今まで勉強のことで叱ったことのない両親が初めて「部活なんてやめてしまえ」と厳しく叱責した。3学期には中学の先生からも未提出の宿題について注意された。1月半ばに風邪を

ひき、以後、咳が止まらなくなった。N病院小児科に入院して検査を受けたが問題なく、心因性を疑われ、当外来に紹介された。

治療経過：中学校2年の新学期に、激しい咳にも拘らず無理して登校したが、以後不登校の状態になった。しかし、それを家族が認め、干渉せず見守るようになって、徐々に咳が減り、やがて消失した。Eは庭を耕し、いんげんやメロン等を育て、植木の世話をしたり、小さな水田を作り、稲を育てた。学校不登校の状態から回復するためには、ある程度の時間を要すること、さらに、Eの生活より回復の可能性が予想されることから立てられた「本人の成長を見守る」という治療者の方針を、学校の校長は不登校が長期化するにつれ、「何もしない」ととらえて、たびたび治療者に説明を求めてきた。その都度立場を説明し理解を求め、学校と連絡を取り合いながら、担任教師が暖かく見守る形での家庭訪問が月2回程度続けられた。中学校3年になり、植木や野菜などの植物の世話の傍ら、「あしたのジョー」の漫画を熱心に読むようになり、「倒れても最後に逆転するところが好き。」といい、2学期の進路相談の時期から、再び登校するようになった。

この症例では、元来真面目で、地道に努力を重ねる子どもであったEが、中学に入って部活による身体的疲労と、学業不振を心配する周囲からの精神的重圧を背景に、風邪をきっかけにして、咳が止まらず、不登校に至ったと考えられる。長期の不登校児の数は、全国の小中学校で4万人を超える時代になった。相談窓口は、児童相談所、教育関係など様々あり、必ずしも病院を受診するわけではない。しかし、不登校の経過中、身体症状を伴うことが多く¹⁹⁾、このようないわゆる心気症的時期においては、医療の場での対応の適切さが、その後の経過に大きな影響を及ぼすことになる。河合²⁰⁾は、不登校児に対する治療・指導の目的が「再登校」にあるのではなく「自立すること」にあると強調している。治療者のとるべき基本的態度は、不登校児に安心して自分の気持ちを出し、自分ができるような信頼できる場を提供し、自分の人生を自分で切り開くだけのエネルギーが

育つまで見守ることであり、二つめには、家族に対し、そうした方針を理解し、協力してもらうことである。三つめに学校に対して、このような趣旨を理解してもらい、真に子どもひとりひとりがそれぞれに成長し、自己実現へ向かう道程を見守れるよう働き掛ける必要がある。学童期、思春期には、このように、学校に子どもを理解してもらうことで、子どもと家族が安定した心理状態で子どもの精神的また社会的発達課題の達成に向かうことができるようになる場合が多い。この意味でも、三つめの役割は重要である。この症例の場合も、学校に子どもや家族の立場と治療の方向を理解してもらい、協力を得ることが、子どもの回復過程に大きな意味を持ったと考えられる。

(3) 小児科医との連携が特に必要な群

① 治療を要する身体疾患を持つ症例

身体疾患があるものは、21例(10.7%)みられた。その内訳はTABLE 3のようであり、てんかん7名、心疾患4名、アレルギー疾患4名、神経疾患2名、悪性腫瘍、慢性消化器疾患、呼吸器感染症、急性肝炎各1名である。これに対して、合併した精神的問題は、登校拒否5名、ヒステリー5名、心身症4名、適応障害、チック、母性剝奪症候群、うつ状態、外因反応各1名、その他の心因性障害2名であり、全体の傾向と大きな差異はなかった。しかし、個々の症例を検討すると、精神的問題の発生と経過に身体疾患が何らかの関与をしていると考えられた症例は17例(81.0%)あり、治療に際して、小児科主治医との協力が大切であった。また、興奮、幻覚などの精神症状を呈した外因反応の症例では診断が確定する前に、精神症状の状態像の理解と症状の鎮静について、精神医学的見地より協力した。

症例6 F 初診時5歳2か月の男児

主訴：幼稚園で集団に入れない

家族歴：両親、2歳上の姉、父方祖父母、曾祖母の7人家族である。母親に聴力障害があり、相手の話が聞き取りにくい。

生育歴・現病歴：生後9か月に細菌性髄膜炎と診断され、当科に入院したが、髄液所見の改善がみられず、3歳半になるまで病院で、母親または

TABLE 3 身体疾患をもつ症例とその精神医学的問題

	登校拒否	ヒステリー	心身症	適応障害	チック	母性剝奪症候群	その他の心因性障害	うつ状態	外因反応	計
てんかん	2	3	1			1				7
心疾患	1	1			1		1			4
アレルギー疾患	1		2				1			4
悪性疾患			1							1
慢性消化器疾患	1									1
呼吸器感染症		1								1
神経疾患				1					1	2
急性肝炎								1		1
計	5	5	4	1	1	1	2	1	1	21

祖母に付き添われて生活した。退院しても5歳までは外出を控え、姉と姉の友達の他とは遊ぶ機会がなかった。5歳になり、1年保育の予定で幼稚園に入園した。しかし、登園しても教室に入れず、廊下に寝そべり、席につかず、課題にも取り組まない。同級生を突っつくこともあり、幼稚園教師より、対応が困難と言われた。

治療経過：5月初め、母親と幼稚園教師が当外来を訪れた。乳児期より、病院あるいは自宅ばかりの生活であったのが、急に同年代の集団に入り、不安と戸惑いがあること、時間はかかるかもしれないが、無理強いで興味を持てるものを広げる工夫をするうちに、集団の楽しさが感じられるようになると、自ずとルールも習得していけるだろうと説明した。また、父親にも来てもらい、日頃からの同年代の子どもとのやりとりが大切であり、協力を要請した。その後、5月末から1か月間、病気の再燃のため再入院したものの、夏以降は登園し、徐々に子ども同士で遊んだり、同じことがかなりできるようになった。しかし、身体的には完治しておらず、今後の課題も多い。

この症例では、病気のために止むなく、生後9か月から長期の入院生活を送り、自宅と病院以外の環境や、子ども同士の交流もほとんど知らないまま育ち、幼稚園に就園後、環境に適応することが困難であったと考えられる。そこで、幼稚園の教師や家族に、子どもの状態の背景に、経験不足があることを理解してもらい、焦らず、しかし諦めずに、子どもの興味や経験を広げられるように、協力を要請した。その結果、徐々に、幼稚園に適応できるようになった。

子どもが重い病気になることは本人にも親にも大きな試練である。親は現実を否定したり、疑ったりする時期、自責感や罪悪感を持ち、抑うつ、後悔、怒りなどが交錯する時期を経て、状況を理解して受け容れ、個々のやり方で適応し、建設的な生き方に到達するようになる。長期の療養が必要となる低年齢の子どもでは、病気を管理するために母親等のコントロールが強くなり、受動的で、自発性に乏しくなり、年齢が高くなるにつれ、安定感に欠けることがある²¹⁾。身体疾患であっても、発達心理学的な視点で子どもをとらえ²²⁾、子ども

の自発性、社会性を育てることが重要である²³⁾。リエゾン精神科医の役割として、できれば、症例6のような問題発生時からの治療ではなく、発生予防に対する援助が大切であると考えられる。

② 小児科病棟へ入院した症例

入院の場合、小児科医が主治医となり、筆者は共同治療者として治療に参加することになる。岐阜大学の小児科病棟は、ベット数40床、その内、常時或いは2時間以上観察を要する患者が、1989年4月から2年間に1日平均16.1名入院しており、夜間救急の面でも地域小児医療の中核的役割を果たしている。病棟のプレイルームは低年齢の子ども向けに作られ、院内学級は設置されていないが、1991年4月より学習コーナーが設けられ、小中学生に学習を教えるボランティア活動が始められた。忙しい病棟であり、心理的問題を抱える子どもが入院する場としては、適当であるとは言えない面もあるが、乳幼児から中学生までの子どもと付き添う母親などとの交流が治療経過に大きなプラスの意味をもつことも多い。

入院した症例は36例(18.4%)であり、内訳はTABLE 4のようで、心身症10、摂食障害9、ヒステリー5、登校拒否4、分裂病2、心因性頻尿、適応障害、哺乳障害、母性剝奪症候群、うつ状態、外因反応各1である。哺乳障害を含めると摂食障

害は18例中10例(55.5%)が入院した。原則として外来治療で体重減少が続く時に入院を勧め、身体的回復と並行して心理的問題の改善を目指した。心身症4、登校拒否2、分裂病2、ヒステリー1、心因性頻尿1は、鑑別診断のために入院し、心理的治療は外来で進めた(a)。また、心身症(心因の要素が強い気管支喘息)2、適応障害(症例6)1は、身体疾患の治療のために入院し、経過中に心理的側面の相談を要請された(b)。その他は身体症状の検索または改善のために入院し、心因性と関連が深い身体症状の対症療法(c)を行った。このように、身体症状や身体疾患の診断・治療が入院の第一の目的であるが、入院自体に家族からの分離や、母子同時入院の心理的効果が期待できる症例もみられた(d)。

症例7 G 初診時9歳、小学校4年の女児

主訴：歩行困難

家族歴：山間の町に住み、父方曾祖父、祖父、両親、中学1年の姉、Gの4世代、6人家族である。母親は、明るく、活動的であり、都市部から田舎の女手のない家に嫁ぎ、舅とは波風を立てぬように気を付け、舅の手前、父親と口論になるのを避けてきたというが、それほど苦勞と感じたことはなかった。

生育歴・現病歴：乳児期は手のかからない楽な

子で、母親は家事や姉の世話に追われていたため、Gを抱っこすることもなかなかできなかった。幼児期は人見知りをして、新しい場面に慣れなかった。ときばきとしている母親と対照的に、Gはのんびり屋で、ゆっくりと行動するほうであったので、片付けのことで母親から注意されることが多かった。また、人に気を遣い、母親とGの二人で外出すると、「(姉や祖父に)悪い」と言っていた。小学4年になる春休みに、中学に入った姉が、建て増した新しい部屋に移り、Gだけがそれまで二人で使っていた古い部屋に残った。また、このころ、父親もGには事前に何も言わずに転職した。6月初めに、朝から頭痛・腹痛を訴え学校を休んだ2日目に、階段でよるめき、頭を打った。それ以後、四肢の筋力低下を訴え、歩行できなくなった。近医より当科を紹介され、精密検査のために入院したが、検査結果では、歩行障害を説明する所見は見られなかったため、筆者が関与することになった。

治療経過：家が遠方にあることより、母親が入院中付き添った。それまで消極的に従順だったGが、母親に対して甘え、反抗したり、命令したりするようになった。Gに対する治療で箱庭を用いたが、3回を過ぎてから、仲間と集い、楽しむ風景を作り、歩行も日増しにできるようになった。母親は、幼児のようなヤンチャを言うようになったGに当惑したが、「育て直し」の治療的意味を理解すると、気長に成長に付き合おうと努力するようになった。数回の外泊ののち、歩行障害も消失し、退院した。

この症例では、家庭内での環境の変化を背景に、おとなしく、自分を表現することが苦手なGに生じていた不安が、跛行という症状として現れたと考えられる。小児科病棟では、乳幼児と母親のやりとりの場面に触れる機会も多く、年長児の場合にも容易に退行が促進される。また、母親にとっても、家庭生活から離れて、子どもとゆったりと向き合える環境であり、子どもの退行に配慮することを可能にする。このような母子関係の中で、新たな子どもの自我のありかたを育てることが、症状の改善のみならず、根本的に健康な成長を促す

ことにつながるものである。症例7では、このような治療の趣旨に対する家族の理解と協力を得られたことで、症状の消失を導いたと考える。

症例8 H 初診時11歳、小学校5年の女児

主訴：食欲不振、体重減少

家族歴：父親、父方祖母、姉、Hの4人である。幼少時は、両親、姉、Hの核家族であった。2歳の時に母親が精神科に半年入院し、退院後も家事などができなかった。6歳でHが川崎病で入院中に両親が離婚し、祖母と同居するようになった。

生育歴・現病歴：幼少時の詳細は不明である。家ではよく気が付き、祖母の手伝いをし、学校では勉強も運動も得意で、リーダー的存在であった。仲良しの姉が中学へ入学し、父親も転勤し多忙になり、親友の転校も重なった頃から食欲が低下した。26kgから19kgに体重が減少し、入院となった。

治療経過：当初、給食をじっと眺めながら手を着けないHを主治医は黙って見守った。Hはパズルや絵を描いて過ごし、主治医を独占するように話し掛け、笑顔も出てきた。入院1週間目に、主治医からスプーンで水を一口飲ませてもらったのを機に食べ始めたが、まもなく「お父さんにもお祖母ちゃんにも見捨てられる」「死にたい」「もう先生しかいない。先生と一緒に暮らしたい。」と泣いて訴え、お金を持っていても、「ないから着て。」というなど、不安定な状態になり、過食へ移行した。しかし、一方で、年上の女の子に編み物を教わったり、男の子の影響でプラモデル作りに夢中になるなどの楽しみも広がっていった。また年下の女の子の面倒をよくみて、慕われ、その母親たちから我が子同様の扱いを受けるようになった。その子たちの退院や、部屋替えなど、別れの体験には腹痛を訴え泣くなど、動揺しながらも、病棟の仲間との交流を繰り返すうちに安定し、学校の友達との連絡もふえ、96日目に30kgで退院した。

症例9 I 初診時14歳、中学校3年の女子

主訴：体重減少

家族歴：父方祖父母、両親、I、弟の6人家族である。祖父母は不仲で口論が絶えず、両親とも仕事で多忙であった。

TABLE 4 小児科病棟へ入院した症例とその入院目的

	男	女	Total	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10名
心身症	5	5	10	a		b		ac		acd			
摂食障害		9	9	ac		acd		c		cd			
ヒステリー	3	2	5	a	ab	acd							
登校拒否	2	2	4	a	ac	bc							
分裂病		2	2	a									
心因性頻尿	1		1	a									
適応障害	1		1	b									
哺乳障害		1	1	cd									
母性剝奪症候群	1		1	bd									
うつ状態	1		1	b									
外因反応		1	1	ab									
Total	14	22	36										

入院目的

- a, 診断をつける
- b, (他の)身体疾患を有し、その治療をする
- c, 心理的問題に伴う身体症状に対する対症療法
- d, 母子入院、家族からの分離など、心理的効果を期待する

生育歴・現病歴；疳が強く、夜泣きする赤ちゃんであったが、あとは、手のかからない子で、2歳半で弟が生まれても、嫉妬したり甘えたりせず、自分のことは自分でする負けず嫌いな面があった。中学校2年の時に、熱中していた部活で、正選手の座を後輩に奪われてから、勉強に精を出すようになった。優秀で瘦せている友達を意識してダイエットを始めたが、太るのが怖くて食べられなくなり、体重が43kgから、35kgに減少した。

治療経過；2回の入院は、短期間に体重を増やすが、退院後食べなくなるという繰り返しであり、休職してIと過ごす母親を思い通りに動かし、気に入らないと暴力をふるうこともふえていた。さらに体重が29kgに減少した時に、「家は苛々する。」「体重は増やしたくないが、死ぬのはいや。」とIが希望し3回目の入院となった。入院時に、治療や病棟生活の面でのいくつかの約束事を主治医との間で決めたが、守れないことが増えていき、付き添う母親への暴力も目立ち、膠着した状態が続いた。そこで、緊急時に精神科に協力を求められる体制をひいた上で、治療の枠付けを強化した。枠をめぐるやりとりの中で、夜「飛び下りて死ぬ」とベランダに出ようとして制止された。主治医や精神科の当直医と話すうちに落ち着き、この事件を機に、以前より治療に前向きになった。食事は外泊時の外食が中心であったが、体重は35kgに増加して67日目に退院した。

小児科病棟は、子どもの生きていく文脈に意味のある、偶然的体験をもたらす、懐の広さを持っている。主治医との関係は言うまでもないが、症例8では、乳幼児とその母親たちとの交流や同年代の患者との仲間体験など小児科病棟特有の環境自体が、子どもの心身の回復に貢献している。Hは、主治医に母親イメージを見出し、食事をとり始めたが、直後に見捨てられる不安のために不安定になるなど、母親と別れた体験の喪の作業(mourning work²⁴⁾²⁵⁾を終えていなかったことが窺えた。幼児とその母親達との親子同様の体験と別れを通して、H自身の母親との離別体験の心理的整理をし、現実に向かい出した。同年代の子供達との遊びや勉強を共有する交流は、Hが現実

へ再び歩みだそうとする勇気を支えた。小児科病棟は、身体疾患を有する子どもと家族との交流を通して、偶然で、意味深い体験を提供する場である。このような体験が、子どもの現在と未来の在り方に与える影響の意味を理解することが、子どもを理解し治療的にアプローチし、回復を支える上に大切なことである。

一方、重症患者を抱え、夜間救急も多い構造的な限界もある小児科病棟は、acting out(行動化)のようなエピソードに激しく揺さ振られ、治療チームの不安も高まり、治療継続の危機に曝される場合も少なくない。しかし、子どもの文脈から見ると、こうしたエピソードが、子どもが自己コントロールを学習していく大切な機会になるとも言える。症例9に見られるように、治療の枠組をめぐって生じたacting outは、膠着した治療状況に新たな展開をもたらしたと考えられる。入院中の問題発生予測や意味、対策を協議し、診療科を越えて精神科医と連携し、緊急時の応援を求められる治療構造をとったことで、難しい対応に迫られる主治医を支え、小児科病棟での治療可能性を広げることができたと考えられる。

(4) 関連病院小児科医との連携

教室の関連病院には精神科のない施設も多くあり、これらの医師からの患者紹介や連携もふえつつある。

患者の受診経路にはFIG.3のように4通りあり、他の機関から岐阜大学小児科を紹介され、一般外来を経て筆者を訪れたA群が41名(20.9%)、他の機関から直接筆者に紹介されたB群が57名(29.1%)、患者が岐阜小児科を訪れ、そこから筆者に紹介されたC群が90名(45.9%)、患者がなんらかの理由で筆者のことを知り、直接訪れたD群8名(4.1%)であった。他の機関の内訳はFIG.4のように、A群では関連病院の小児科が17例(A群全体の41.5%)であるのに対し、B群では43例(B群全体の75.4%)と多く、当外来が関連病院を含めた教室全体のリエゾン精神医学活動として認められてきていると考えられる。

これらの内、関連病院に入院中に紹介された症例はTABLE5のように6例あり、この内3例は

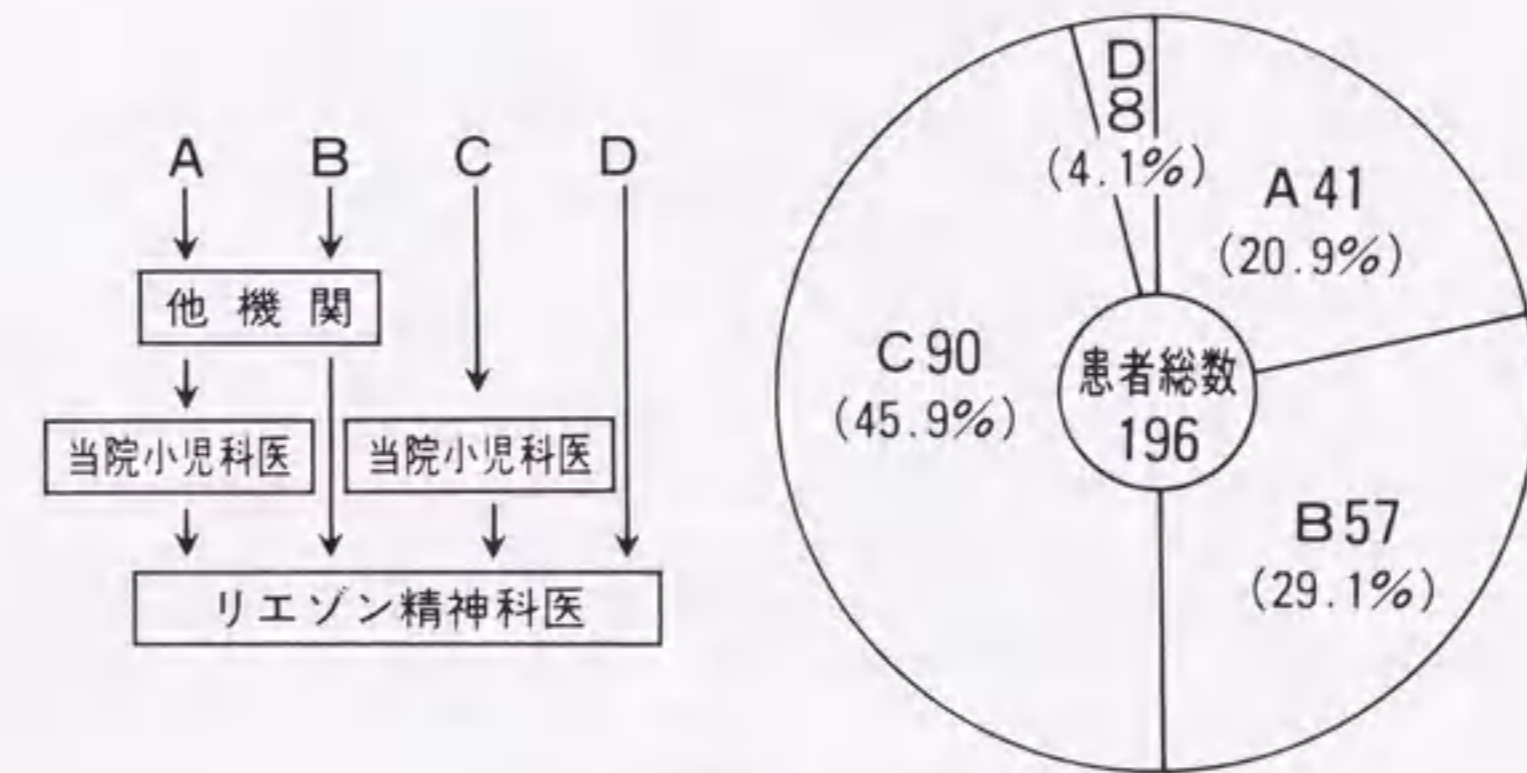
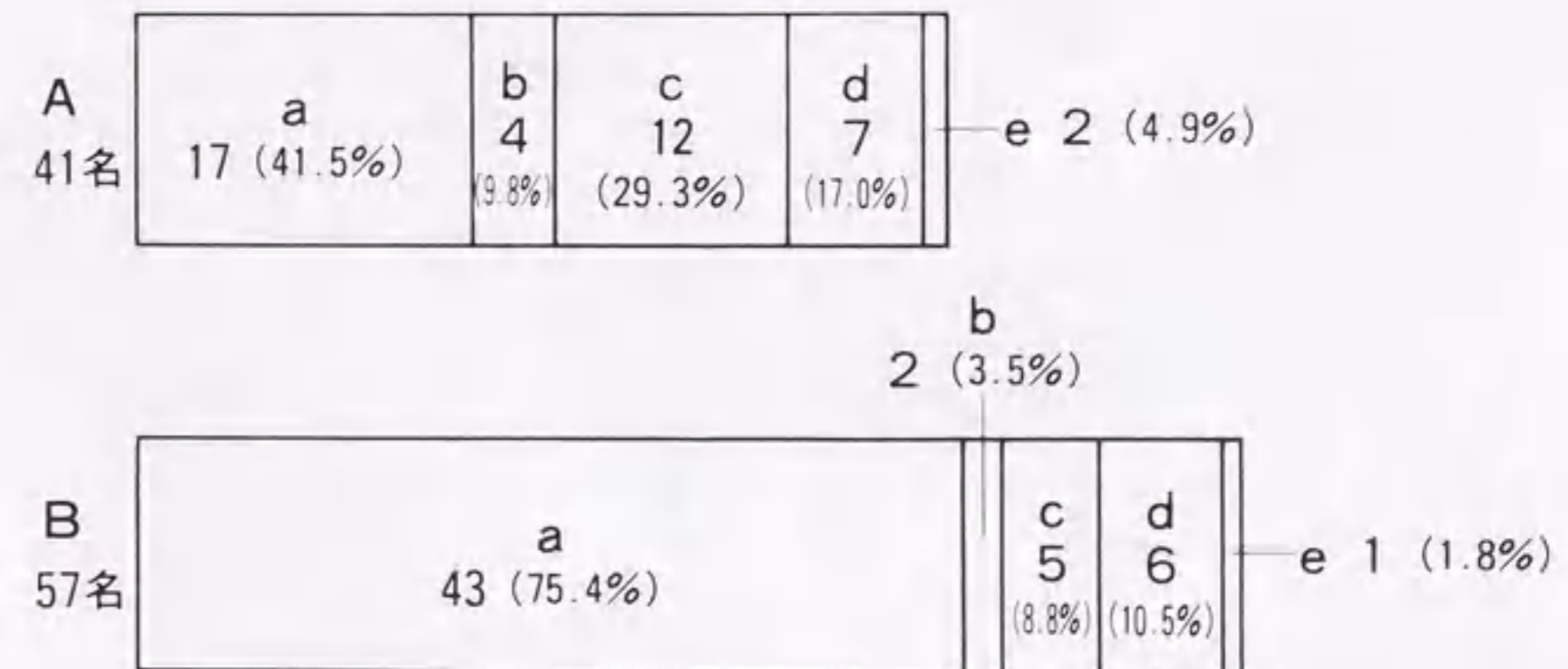


FIG. 3 患者の受診経路



- a : 関連病院小児科
- b : 当院他科
- c : その他の医療機関
- d : 児童相談所・保健所
- e : 学校

FIG. 4 他機関の内訳

TABLE 5 関連病院小児科入院中に受診した症例

症例	性別	年齢	心理的問題	経過
1	女	15	ヒステリー	関連病院に入院のまま外来治療(症例10)
2	女	11	ヒステリー	まもなく退院し、外来治療へ
3	男	13	登校拒否	まもなく退院し、外来治療へ
4	女	13	分裂病	まもなく退院し、外来治療へ
5	女	12	摂食障害	経過途中で当院へ転院し入院
6	女	14	摂食障害	関連病院に入院のまま外来治療

そのまま関連病院にて入院を継続しながら治療を進めた。

症例10 J 初診時15歳、中学校3年の女子

主訴；意識消失発作

家族歴；両親とJの3人家族であり、父親はおとなしく影のうすい人であるのと対照的に、母親は派手で男性的な感じがある。

生育歴・現病歴；Jは、幼少時から周囲に可愛がられ、学校でも親切で思いやりがあるので、よく学級委員に選ばれる人気者であり、両親の自慢であった。中3になってから、微熱、嘔吐、腹痛が続き、6月にO病院小児科に入院したが原因不明のまま退院した。この直後から意識消失発作が毎日頻発するようになり、8月末に再入院し、心因性を疑われて、筆者のもとに紹介された。

治療経過；初診時の様子からは、母子が一体になって築き上げた理想の姿を維持することが現実的に困難になってきたが、密着しすぎた母子関係の中では、そのイメージを崩して、無理のない自然な姿を出すことに行き詰まっているものと推測された。中学校へ通学可能なO病院へ入院することは、母親との距離を離し、しかも現実的な生活を体験できるという利点があったので、O病院での入院を継続し、心理的側面を心身症外来への通院により支えていくことにした。入院主治医とは電話連絡を密にして、治療の方向性を相互に理解

した上で、入院主治医は身体的管理と、母親の希望ではなく、Jの意志に基づいた登校、外泊を見守る役割を担い、筆者はJの自然な感情表出を支え、互いに支配し合わない母子関係に変化できることを目指してJと母親との面接を試みた。2回目の面接を境に意識消失発作は散発的になり、代わって嘔気、発熱等の身体症状が現われた。主治医は必要に応じて点滴などの身体的ケアをしつつ、登校は本人に任せた。中学3年であるのに、勉強も登校もしないJの姿に、母親は、当初、戸惑い、動揺したが、干渉せず見守るという新しい母子関係を続けるうちに、Jも進学という自分の目標に前向きに取り組めるようになった。母親の希望と異なる進路を自分で決定し、入学が決まった時点で退院し、まもなく当外来も治療終了した。

この症例では、離れた病院との連携であったが、小児科医と精神科医が、互いの専門性を尊重し、信頼関係を持ちえたこと、それぞれの専門性を尊重し、小児科の治療環境に精神医学的アプローチをプラスしたことで、治療効果をあげることができたと考えられる。また、二人の医師が協力し合って治療することは、父親と母親がそれぞれの役割を持って子どもを育てることへも通じるものがあり、家族にひとつのモデルを示すことにもなった。

精神科を持たない関連病院の小児科医からは、

患者紹介ばかりではなく、電話による患者についての相談が寄せられることも少なくない。診断に関することばかりではなく、どこで治療をすすめるのがよいかなどの問い合わせもあり、必要に応じて近くの精神科医、児童相談所などを紹介している。このような情報サービスセンターとしての役割も、大学小児科におけるリエゾン精神科医の重要な存在意義であると考えられる。

考 察

1. 小児科におけるリエゾン精神医学の意義について

① 小児科を受診する心理的問題を抱える子ども 症例を提示して検討してきたように、小児科でのコンサルテーション・リエゾン精神医学活動の対象は、乳幼児から思春期の子どもまで年齢を問わずみられ、心因性障害を中心に扱われた問題も多岐に渡ったが、中心となるのは、FIG. 2にみられるように、登校拒否などの発達途上でみられる心因性障害であった。

子どもの心理的問題は、子ども自身が意識したり、言葉で表現することが難しく、身体症状や問題行動として現れやすい²⁶⁾。特に身体症状を呈する場合は、心理的問題に本人も周囲も気づかぬまま、小児科を訪れることが多い。また、心理的問題に気づいていても、わが国では、精神科の一般に与える印象が敷居を高くしており、精神科を受診しにくくしている。この外来でもっとも患者数が多かった登校拒否も、身体症状を呈することが多く、心身症、ヒステリー、摂食障害も身体症状が当初の問題である。また、子どものうつ病、うつ病等価症が身体症状の背景に存在することも注目されてきている²⁷⁾²⁸⁾。このように、心理的問題を抱える子どもは身体症状を主訴として小児科を訪れるが、心理的問題が背景にあって生じた身体症状は、症状に対する身体医学的治療のみでは解決しがたい。小児科での臨床においても、心理的な問題への理解と心理面に焦点を当てた治療的アプローチが必要であることが認識されなければならない。

② 身体疾患の治療経過に伴う心理的問題

心理的問題が背景にあって発症した病気ではなく、純粋な身体疾患の治療経過中にも、心理的問題が現れることは少なくない²⁹⁾。慢性疾患の子どもでは、症例6のように長い期間に渡って生活上の制約を受けたり、子どもや家族が不安を抱えることなどにより子どもの心理的成長に及ぼす影響は看過できない²¹⁾。また、近年、医療技術が高度になるにつれ、長期に保育器に収容される未熟児や無菌室などの特殊な治療環境におかれる子どもがみられるようになり、様々な影響が危惧されている¹⁰⁾¹¹⁾。このような場合、精神医学的問題の把握と予防的関わりは重要であり、小児科に介入するリエゾン精神科医が援助していくべき分野であると考えられる。

2. 小児科におけるリエゾン精神科医の役割と問題に対するアプローチ

① コンサルテーション・リエゾン精神医学について

コンサルテーションとは、患者の精神状態や行動、それに対する処置について、相談し、適切に助言することである。リエゾンとは、精神科医が他科の医師や看護婦と連絡して医療スタッフと患者、家族との相互関係を扱う機能を意味する²⁹⁾³⁰⁾。小児科での活動は、子どもの心身の健康に配慮し、子ども、家族、学校、医療スタッフ、それぞれの相互関係に注目し、働きかけながら、子どもが健全な発達に向かえるよう援助することであると考える³¹⁾。

② 子どもとの関わり

乳幼児から思春期の子どもまで、幅広い年齢層と関わるのであるが、これらの子どもたちを十分に理解することと、信頼関係をつくることが治療の基本である。直接会える場合は、子どもの自発的な表現を受容し、安心して気持ちを出せるように配慮するとともに、生育歴・家族歴・現病歴から、子どもの成長・発達の過程を把握し、その文脈に沿って直面している問題の意味を理解するよう努める。その上で、子どもとの関わりでは、子どものもつ健康的な部分を見出すことに努め、その部分が膨らんでいく可能性を信頼し、待つ姿勢が大切であると考えられる。面接場面では寡黙

であるが、家の庭で稲や野菜を育て続けた症例5、葛藤を拒食と母親に対する暴力という行動化で表した症例9、母親との距離をとりながら自分の在り方を模索した症例10のように、思春期前後の年齢では、治療者とのこのようなやりとりが治療経過に果たす役割は大きい。また、水に対する恐怖を示した症例2、心因性の激しい腹痛で苦しんだ症例4、歩行障害を呈し、入院後幼児返りをみせた症例7などの幼児期から学童期の子どもであれば、子どものペースを暖かく受容する治療者の姿勢が母親や家族に理解され、この役割が母親に徐々に代わられるように試みた。このようにして、子どもが自分の力で発達していく過程を見守ることが子どもの心身両面におたる治療を考える基本である。

また、リエゾン精神科医は、直接子どもと密接な関わりを持つことが必ずしも原則ではなく、子どもを理解し、適切な関わりが持てるように、子どもを取り巻く家族やスタッフに助言し、援助するという形で、子どもの健康な成長に貢献し、成果をあげることができるといことも、リエゾン精神医学の一つの重要なアプローチの方法であると考えられる。

③ 家族への働きかけ

子どもの治療には、家族の参加・協力が欠かせないものとなる。症例1では、母親の不安が高く、Aの健康な発達を認められないことが、症状の改善を遅らせていると考えられた。このため、母親の抱える問題の理解と、治療者が子どもの健康な部分を発見し、母親とともに喜ぶといった、子どもの発達に対する母親の適切な認識を形成することを援助することが治療の主体となった。これは、親に情緒的支持を提供したり、話し合いをしたりすることによって発達ガイダンス¹⁴⁾を行なうといった、乳幼児精神医学で試みられている治療様式のひとつに通じるものである。生後9か月以降の乳児と母親との相互交流では、乳児が、相手の情緒を、相手の表情、声のリズムや強さ、タイミング、筋緊張の状態などのあらゆるものからとらえ、波長を合わせる、情動調律³²⁾³³⁾という現象がみられる。乳児は、情動状態の共有や、ずれを通して

相手の気持ちを汲み取る能力を発達させていき、ここから相手との関係に入ることを学んでいく。そして、情動調律がうまくいくと、乳児と母親の心の絆が成立しやすく、情緒の相互交流が豊かになり、心的発達が促進されるといわれている。このような、乳幼児精神医学の研究で明らかになりつつある好ましい情緒交流が促進できるよう、乳幼児と母親に援助することが、この場合の精神科医の役割であろう。

症例2、症例7では、母親と子どもの密接な関係のなかでの子どもの育て直しをすすめるために、母親への援助が中心となった。川端¹⁵⁾が育児心理療法、渡辺¹⁶⁾が母子退行治療として述べているように、治療者が母親を支え、母親が子どもを支えるといった構造のなかで、子どもが一時的に退行し、その後、新たな形で適応する方向を目指すものである。母親の意欲と努力、父親を始めとする家族の理解と協力なしには成果を上げることができない治療法である。

Minuchinら³⁴⁾の家族研究では、心身症の子どものいる家族には、絡み合い、過保護、硬直性、葛藤を減らすことができないという特徴を持つと指摘している。家族全体に注目して、家族力動を変化させるように働きかけ、その経過の中で症状の改善と子どものストレスに耐える力、すなわち、ストレスを感じる力、自分の感情を吟味する力、言葉で表現する力、社会的に適切な形で行動していく力がつくことを目指すこともできる³⁵⁾。症例3では、家族に能動と受動の両極性の構造がみられ、この点に変化する経過の中で、子どもの症状が軽減され、自分の意見を主張できるようになった。このように、家族力動を治療の中心に据えるアプローチも、子どもの治療にはきわめて有効であると考えられる。

④ 学校・社会への働きかけ

登校拒否、いじめなど、子どもには学校と切り離せない問題がある。また、身体症状のため、あるいは、心の問題の治療経過のなかで欠席日数が多くなったり、学習が遅れたり、周囲の人から偏見を受けた場合、適切に対応されないと二次的に学校への適応が困難になりやすく、治療や、子ど

もの本来の発達、将来の可能性を不必要に阻害する³⁶⁾。子どもの心身の健康回復に学校状況の及ぼす影響は極めて大きいものがある。症例5では、学校長が子どもに任せて見守るという治療方針に度々焦りを示し、その都度、子どもと家族に波紋を投げ掛けた。しかし、担任教師の理解と協力があつた。子どもの家籠もりの状態を家族も刺激せず見守れるようになった。

長期欠席は、子どもと家族に罪悪感、不全感をもたらす。学校や社会の理解されぬ言動に曝されると、家族が孤立し、追い詰められた親が子どもに葛藤をぶつけるという悪循環を呈しやすくなる。学校や社会に暖かく見守られてこそ、家族が子どもを暖かく育む機能を発揮することができるようになると言っても過言ではない。治療者は、子どもと家族の了解を得て、学校に治療への協力を要請することが必要である。

また、学童期、思春期の精神発達や現代の子どもらに加わる心理的ストレスについての認識と理解を教師と父兄の間に高めることが、心理的問題の発生予防につながり、また、心の病気を早期に発見し、適切に対応すれば、本格的な病気への発展を防ぐことができる。個々の治療中の症例を通して学校と連携する他に、このように精神科医が学校の精神衛生に積極的に関わることの重要性も指摘されている³⁶⁾。子どもの健康な発達のために、親、教育、福祉など、広く関連領域との連携が大切である。

⑤ 医療スタッフへの働きかけ

入院した症例では、患者の処遇をめぐって、家族と主治医や家族と看護スタッフ、また、主治医と看護スタッフとの間に様々な感情が交錯し、治療を妨げる働きとして現われることがある。小此木²⁹⁾は、リエゾンは連携の意味であり、他科の医師、看護者などと連絡し、あるいはこれらの医療スタッフと患者、家族との相互関係を扱う機能を意味すると述べ、岩崎³⁰⁾もリエゾン精神医学の本質は、精神科医が他科の患者をめぐるさまざまな治療関係を対象として働きかけるところにあると述べている。小児科におけるリエゾン診療においても、精神科医はこのように点に留意し、子ども

の心の病気の背景の理解、適切な対処の方法、先の見通し等の点を助言し、子どもの小児科主治医や看護スタッフが、各々の治療的役割を円滑に果たせるように援助することが大切である³¹⁾。症例8、症例9では、子どもが興奮し、不穏な行動を呈したため、スタッフの不安が募り、症例1では、母親の言動にスタッフが振り回されることがみられた。このような子どもや家族の言動の背景にある心理的問題を理解していくことと、それらの言動がスタッフに与える影響を考慮することで、安定した治療構造を支えることができると考える。

3. 精神科医が小児科で活動することの治療的可能性と限界

① 援助する対象の広がり

精神科医が小児科本来の治療環境を活用できることで、子どもと家族が抵抗なく受診できるメリットがあると考えられる。とくに、乳幼児、学童の時期の心の問題に、精神科医が専門的に対応できることは、早期に治療し、本格的な病気の発展を阻止することにもつながる。近年注目されつつある乳幼児精神医学¹⁴⁾²²⁾²³⁾の立場からは、乳幼児の心がどのように発達するのかを精神科医が前方視的に観察する機会でもあり、症例1にみるように、乳幼児の育児相談、母親の子どもに対する認知面の変化を援助するアプローチ等の予防的、治療的対応が可能になるものと考えられる。

② 小児病棟の特性の活用

入院の場合、筆者は共同治療者として関わったが、小児科病棟の特性が、子どもの心理的問題の解決にいくつかの役割を果たしていた。身体疾患をもつ乳幼児と付き添いの母親たちとの集団生活の中で、しばしば子どもは自然に退行し、母親や家族に、いわゆる赤ちゃん返りと称される、日頃期待される年齢相応の行動様式とは異なる態度や言動を現わし、戸惑わせる。入院中、赤ちゃん返りをして母親を戸惑わせた症例7にみられたように、このような治療的退行という要素は、一度乳幼児期に戻ってから、健康な成長に向かって生まれ変わるといふ意味があり、子どもと家族がこれまででの在り方を変化させていくうえで、好ましい意味がある。また、本来の家族から離れて、假

親が子どもに付き添い入院生活を送ることは、現実から距離を置いた保護的状況のなかで母親と子どもが今まで経験しなかった接触をもつことになり、子どもの育て直しとして大きな効果をあげやすい。しかし、これには、症例7のように、家族の理解と協力が不可欠であり、このような母子の変化を家族に理解、承認される過程を経ることが必要である。そのため、家族の機能が十分でない場合には、退行が長引いたり、家族のなかで母子が孤立するなどの危険も考慮しなければならず、全体を把握して対処する洞察力が治療者に要求される。

また、学校に通う子どもの入院では、長期欠席や学習の遅れが二次的に心理的圧迫を与えることが多い。家族、友達、先生による面会や学習する場を整えるなど、現実近づけた子どもの入院環境を配慮することは重要である。その上で、このような入院環境の中で、子どもが、子ども同士、仲間の家族、スタッフとの間の交流を通して、擬似的な家族体験や、出会いや別れ等、生きていく文脈上意味のある体験をする。症例8では、主治医を叩き占しようとしたり、主治医からスプーンで水を一口飲ませてもらったのを契機に食べ始めたように、このことが、心理的な回復過程や成長に、大きな役割を果たすことがある。子どもが会おう体験を、子どもの心の文脈にそって理解し、治療的にも意義のある方向へと近づけていくことに、リエゾン精神科医は貢献できるものと考えられる。

また、思春期の子どもでは、入院は家族と離れる環境を提供するという意味もある。症例10では、一時的に家族と離れて入院することで、子どもがこれまでと異なる自分らしいベースを作ることが保証された。しかし、症例9のような思春期の子どもの問題行動を扱ううえでは、治療構造上の限界もある。精神科との連携を深めて、構造上の弱点を補う一方で、入院の適応を慎重に判断することも大切である。

このように、小児科病棟は、限界を持ちつつも、子どもの心理的な回復、成長の場として、懐の広い機能を有している。子どもひとりひとりの状態に応じて、入院の意味や可能性を検討することで、

治療的意義を深めることができるものと考えられる。

③ 小児科医とリエゾン精神科医の連携・治療構造

入院治療では、小児科医が主治医となり、筆者は共同治療者として関わってきた。また摂食障害の子どもを受診が多くなっているが、体重減少に対する身体面の管理が必要であり、子ども自身にもその自覚を育てる意味でも、外来レベルから小児科医の身体面の診療を並行することが意味があると考えられる。両者の専門的な立場からの役割分担と、相互理解を進めることが、このような治療構造をとる上での要となる。リエゾン精神医学の概念が一般診療科に浸透し、組織的に活動できるようになれば、役割意識や相互理解がより円滑になるであろうと考える。しかし、過渡的な現段階では、リエゾン精神科医が小児科という診療科に所属して活動し、日頃の交流を通して互いに親しみをもち、自然に相談や協力をしやすい基盤をつくることは、治療上大きな意味があると考えられる。また、このような連携治療の実態は、FIG. 3, 4のように、当院のみならず、関連病院の小児科医からも、直接筆者のもとへ患者が紹介されることなどの結果として示されている。

4. 小児科医と精神科医の相互的教育・啓発的效果について

大学病院小児科でリエゾン精神医学活動は、患者の共同治療やその他の医師同士の交流を通して、小児科医に心理的問題への関心を促したり、診断や治療のすすめ方等を理解して、診療に役立ててもらったりなど、教育的効果もあると考える。これまでの総合病院でのリエゾン精神医学についての報告でも、他科スタッフへの啓蒙、教育の必要性が強調されており、この分野の発展を考えるうえで重要な鍵であろう。また、大学病院では、研修した後、関連病院で診療する小児科医が多い。これらの小児科医が心理的問題を抱えた子どもに出会ったときに、気軽に相談を寄せられる場としてこの活動が機能することは、地域医療にとっても意義が大きいと考える。

逆に、精神科医にとっても、小児科で活動することにより、小児科スタッフの多忙な業務を観察

したり、日頃のやりとりを通して、小児科医や看護スタッフらへの理解が深まった。互いに、相手に万能感を抱いて、理想的すぎる役割を求めるとは弊害が多く、むしろ、現実を則して、少しずつ可能性を広げていく努力をするほうが、活動の成果があがるものと考えられる。精神科医が他科スタッフの立場にたててこそ、より現実的なリエゾン精神医学活動を展開できる。Lipowski³⁷⁾や牛島³⁸⁾の指摘しているように、精神科医が、ある時期に他科を経験したり、他科へ所属することは、リエゾン精神医学活動に、大きく貢献すると考える。

5. 現代の子どもの健康的な発達のために

子どもを取り巻く環境の変化は、近年ことにめざましい。大高³⁹⁾が指摘するように、幼児教室の低年齢化により、「教わる形でしか覚えられないこと」が増え、子どもの数の減少と、家事的省エネルギーに伴い、おとなたちに終始監視され、危険なことを先取りの驚おれ、同時に、自主的、創造的に学ぶ機会も奪われてしまっている。家庭における夫婦の役割の見直しや、育児休暇などの就労条件の変化がないままに進んできた女性の社会進出、離婚や交通事故に伴う母子家庭、父子家庭の増加、核家族の増加と希薄な近所付き合い、自然の破壊、交通事故の増加など、子育ての環境が大きく変化し、子どもだけがとり残されているといっても過言ではない。また、育児に関する情報が氾濫するなかで、かえって不安を抱える母親が増えている。小児科医は日頃このような母親の抱える心配や不安の相談を受ける機会がますます増加するであろう。保健所や福祉の窓口にも、心理的問題を背後に抱えた子備軍が訪れる。第一線で、このような相談にいかにか適切に対処できるかが、より多くの子どもの健全な発達に貢献する鍵である。今後、この分野に、リエゾン精神科医が積極的に関わることが、予防医学の面で大きな意義があると考えられる。

総 括

筆者は、岐阜大学小児科における5年9か月のリエゾン精神医学活動を通して、7歳4か月から16歳までの196症例を扱った。その内、164名(83.7

%)が、心因性・環境性障害であり、登校拒否、心身症、排泄障害(夜尿症、遺尿症、遺糞症など)、ヒステリー、摂食障害などが含まれた。自閉症などを含む発達障害は22症例(11.2%)みられ、その他に、分裂病、思春期妄想症、人格障害、脳器質性障害が、少数みられた。これらの中には、乳児の育児に関する問題や、慢性的な身体疾患の治療経過中に生じた心理的問題があり、小児科の臨床における、心理的問題への理解と、治療的アプローチの必要性が強調された。この点を援助するリエゾン精神医学活動の役割は、各症例を、子ども、家族、学校や社会、医療環境などについて、多面的に理解し、問題の解決に向けて、各方面へ、助言や援助をすることであった。

一方、精神科医が小児科で活動することの治療上の利点も、以下のように認められた。①精神科を受診することが少ない低年齢の子どもや、心理的問題が背景に存在することに気づかれにくい子どもなどの広範囲の対象に、専門的な治療および予防的援助を提供できる。②治療的退行を利用して、病棟内で母親が子どもの育て直しに取り組みたり、病棟の仲間やその家族との間の体験が子どもの回復に貢献した症例が示すように、子どもにとって心理的に意味のある体験を持ちやすい小児科病棟を、治療的に活用することができる。③小児科医と精神科医が役割分担することで、摂食障害のような身体管理の必要な症例を、安定した治療構造のなかで扱うことができる。

また、大学の小児科でのリエゾン精神医学活動は、①小児科医の心理的問題への関心や理解を深める教育・啓発的效果がある。②日頃の診療で出会った心理的問題をもつ子どもの処遇をめぐって、小児科医が相談する場を提供する。③関連病院の小児科医にとって、心理的問題に関する情報サービスセンターの役割を担う。など、小児科医に対して貢献する。また、逆に、精神科医にとっては、小児科医に対する理解を深める機会となり、他の診療科の立場に立って、より現実的なリエゾン精神医学活動を展開することに役立っている。

以上、現代の小児科医療において注目されなければならない領域であるリエゾン医療の実態を明

らかにするとともに、その意義の重要性を示し、将来的に充実。整備される必要のあることを強調した。

稿を終えるにあたりまして、これまで御指導・御校閲いただきました岐阜大学神経精神医学教室 若林慎一郎教授、小児科学教室 折居忠夫教授に深く感謝いたします。

文 献

- 1) 堀川直史: リエゾン精神医学—具体的課題とその対策—, 東京女子医科大学雑誌 58, 1-7(1988)
- 2) 小此木啓吾: コンサルテーション・リエゾン精神医学における精神分析の機能—わが国におけるその実践と問題点—, 精神分析研究 26, 113-125 (1982)
- 3) 三月田洋一, 安岡 誉, 堤 啓, 西村良二, 小林隆児, 高良由貴夫, 牛島定信, 西園昌久: コンサルテーション・リエゾン精神医学の実践に向けての問題点, 第一報: 他科受診依頼患者の集計調査からの検討. 九州神経精神医学 31, 288-296 (1985)
- 4) 三月田洋一, 安岡 誉, 堤 啓, 西村良二, 小林隆児, 高良由貴夫, 牛島定信, 西園昌久: コンサルテーション・リエゾン精神医学の実践に向けての問題点, 第二報: 他科受診依頼患者の症例検討から. 九州神経精神医学 31, 297-230 (1985)
- 5) 荒木富士夫, 吉良 勲, 山川哲也, 鈴木道子, 安武伸子, 香西 洋, 林田正人: Consultation-Liaison Service の実践と課題. 臨床精神医学 12, 1031-1043 (1983)
- 6) 渡辺洋一郎, 宮崎邦彦, 石田 博, 大滝純司, 土本 薫, 渡辺昌祐: リエゾン精神医学の実践と課題—他科(総合診療部)入院患者全員に対する精神科医関与の試みを通して—. 心身医学 25, 419-427 (1985)
- 7) 平田一成: 血液疾患の臨床から—主としてその親との面接について—. 小児の精神と神経 28, 31-36 (1988)
- 8) 若林慎一郎: 近接領域と連携. 白橋宏一郎, 山崎晃資編, 児童精神科臨床・5. 東京, 星和書店, 1985. 153-179
- 9) 住田征夫, 清水将之: 児童青年期患者に対するリエゾン精神医学的アプローチ. 小児の精神と神経 28, 9-15 (1988)
- 10) 氏家 武, 山崎晃資, 松田文雄, 溝口健介, 加藤晋一, 木村三生夫, 長尾忠美: 無菌室治療における児童精神医学的諸問題. 小児科臨床 40, 3096-3104 (1987)
- 11) 林 雅次, 松田文雄, 溝口健介, 河合健彦, 加藤由起子, 山崎晃資, 加藤俊一, 木村三生夫: 無菌病棟における小児科との連携. 小児の精神と神経 28, 24-30 (1988)
- 12) 松田文雄, 山崎晃資: 小児科医療と児童精神科医療の連携. 児童青年精神医学とその近接領域 24, 224-230 (1983)
- 13) Thomas A, Chess S: The dynamics of psychological development, New York, Brunner/Mazel, 1980. 林雅次監訳: 子供の気質と心理的発達, 東京, 星和書店, 1981. 295p
- 14) 本城秀次: 乳幼児精神医学—その射程と展望—. 精神医学 34, 6-21 (1992)
- 15) 川端つね: 再育見心理療法—母親を中心とする指示的家族療法—. 児童精神医学とその近接領域 6, 228-240 (1965)
- 16) 渡辺久子: 母子退行治療の試み. 精神分析研究 30, 256-259 (1986)
- 17) Kanner L: Child Psychiatry (4th ed), Springfield, Charles C Thomas, 黒丸正四郎, 牧田清志共訳, カナー児童精神医学, 2版, 医学書院, 1974, 343-351
- 18) 若林慎一郎, 梅垣 弘: 児童チックについての研究—入院治療について—. 精神医学 10, 653-658 (1968)
- 19) 若林慎一郎: 登校拒否症. 東京, 医歯薬出版, 1980. 175p
- 20) 河合 洋: 学校に背を向ける子ども. 東京, 日本放送出版協会, 1986. 189p
- 21) 長畑正道: 慢性疾患児の臨床心理. 小児内科 18, 861-864 (1986)
- 22) 長谷川 浩: 入院生活と臨床心理. 小児内科

- 18, 865-867 (1986)
- 23) 清水章子: 慢性疾患. 保育講座—精神保健, 京都, ミネルウァ書房, 1990. 219-226
- 24) 渡辺久子: 親との離別とその後の家族過程が子どもの精神発達に及ぼす影響. 家族療法研究 2, 64-71 (1985)
- 25) 渡辺久子: 対象喪失とモーニング・ワークの観点から見た親との離別体験. 精神分析研究 29, 204-208 (1985)
- 26) 清水章子: 心身症. 保育講座—精神保健, 京都, ミネルウァ書房, 1990. 202-219
- 27) 堤 龍喜, 村田豊久: 小児期のうつ病. 精神科治療学 5, 1359-1368 (1990)
- 28) 花田雅憲, 川村博司: 小児・思春期のうつ病. 日本医師会雑誌 100, 1059-1062 (1988)
- 29) 小此木啓吾: Consultation-Liaison Psychiatry の動向. 治療 66, 577-586 (1978)
- 30) 岩崎徹也: リエゾン精神医学と治療関係論. 精神分析研究 26, 107-112 (1982)
- 31) 清水章子: リエゾン精神医学の役割. 小児看護 13, 1494-1499 (1990)
- 32) Stern DN: The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology, New York, Basic Books Inc., 1985. 神庭靖子, 神庭重信訳, 乳児の対人世界—理論編, 東京, 岩崎学術出版社, 1989, 257p
- 33) 渡辺久子: 乳幼児精神医学—精神分析学の立場から—. 発達障害研究 10, 204-211 (1988)
- 34) Minuchin SB, Rosman BL, Liebman RM, Todd TC: A conceptual model of psychosomatic illness in children. Arch Gen Psychiatry 32, 1031-1038 (1975)
- 35) 上別府圭子: 子どもの心身症. 保健の科学 28, 601-606 (1986)
- 36) 渡辺久子: 学校保健とメンタルヘルス. 日本医師会雑誌 96, 1484-1487 (1986)
- 37) Lipowski ZJ: Consultation-Liaison Psychiatry: An Overview. Am J Psychiatry 131, 623-630 (1974)
- 38) 牛島貞信: 心身医学とリエゾン精神医学. リエゾン精神医学—包括的医療の実践—. 三浦貞則編, 東京, 医歯薬出版, 1984. 6-11
- 39) 大高一則: 子どもの生活と環境. 保育講座—精神保健, 京都, ミネルウァ書房, 1990. 69-89

