

小児の問題行動とその対応

関 秀俊, 西村 真実子, 津田 朗子, 木村 留美子, 小泉 晶一*

Clinical study of behavior problems in children I.

Hidetoshi SEKI, Mamiko NISHIMURA, Akiko TSUDA,
Rumiko KIMURA, Shoichi KOIZUMI

I. はじめに

小児の問題行動 (behavior problems) は, 教育分野では「身体的器質的に障害を認めないが, 心理的社会的な問題をもつ行動」と理解され, 身体的障害があっても二次的な行動上の問題は含めて考えられてきた。一般的には問題行動には, 問題にされる行動と問題性をもつ行動が含まれる。前者は親や保育者・教師などが取り扱いに困り問題にされる行動で, 必ずしも問題性があるわけではない。後者は問題性があると評価された行動で, 診断的要素が含まれ, 医学・医療分野では異常行動 (behavior disorders) と呼ばれることが多い¹⁾。行動異常を広義な意味でとらえる場合には, 神経性習癖異常, 心身症の症状, 神経症的症状, 不適応行動, 精神病理学的症状など広汎な病態像も含まれるため小児科外来での初期対応は重要である。今回小児科外来における小児心身症およびその類縁疾患における問題行動やその背景要因を検討した。

II. 対象と方法

対象は, 平成6年1月から平成10年12月までの5年間に金沢大学医学部附属病院小児科外来を心身症様症状や問題行動で初診した15歳以下の小児である。今回は注意欠陥多動障害や自閉症等の発達障害のある患児は除外した。調査方法は, 外来受診病歴記録から主症状, 診断, 心理社会的背景因子, 行動特徴, 登校状況を調査した。主症状は最大2症状までとしたが可能な限り1症状に限定した。診断は症状, 身体所見, 血液・尿・便検査, 胸部X線写真, 腹部超音波検査, 頭部CT検査, 脳波, 心電図などからなされた。小児の各心身症の診断基準は確立していないが, 反復性腹痛あるいは反復性頭痛は, 1週間に1回以上出現し, 1ヶ月以上持続するものとし, 過敏性腸症候群は Manning らの診断基準を用いた。不登校としたものは, 2週間以上登校できない, 器質的疾患あるいは明らかな精神疾患ではない患児である。自律神経失調症は, 起立性低血圧を伴ない, 朝起き不良, 微熱, 全身倦怠等の症状を呈するものであり, 起立性調節障害も含めた。神経性食思不振症の診断は DSM-VI の基準に従ったが, それ以外で心理社会的背景があり器質的疾患がなく体重減少を伴う特定不能の食欲不振は心因性食欲不振とした。夜尿の原因は排尿調節の成熟障害が主であるが, 夜尿症の一部には行動異常を伴う場合があり検討の対象とした。

III. 結果

1. 心身症類縁疾患の頻度と年齢分布 (図1)

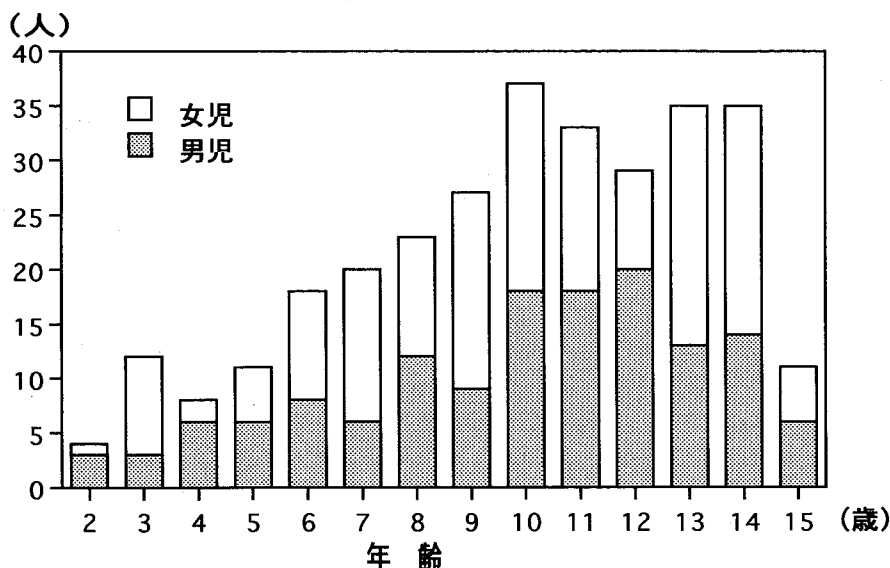


図1 受診患児の年齢分布

対象患児は303名で全外来初診患者の5.1%であった。5年間の患児数は平成6年60名、平成7年45名、平成8年66名、平成9年61名、平成10年71名であった。男児141名、女児162名で、年齢分布は5歳以下の幼児(35名)、6～8歳の小学低学年(61名)、9～11歳の小学高学年(97名)さらに12～15歳の中学生(110名)であった。

2. 主要症状の出現頻度 (表1)

腹痛、頭痛、胸痛、四肢痛等の疼痛に関するものは女児に多く、全体では52.1%にみられた。次いで倦怠感、吐き気・悪心、立ちくらみ、目まいなど起立性低血圧や自律神経失調に伴う不定愁訴的症狀が15.5%を占めた。器質的疾患が否定された反復する胸痛は7.6%と比較的多くみられた。夜尿、遺尿、頻尿、遺糞など排泄に関するものは15.5%で、年少者に多くみられたが、一部では中学生まで持続していた。チック障害はすべて男児にみられた。

3. 診断病名とその年齢分布 (表2)

慢性的に腹痛を訴えたもののうち反復性腹痛と診断されたものは各年齢に分布していたが、排便障害を伴う過敏性腸症候群は、小学高学年から中学生に多く本疾患の若年化が示唆された。筋緊張性頭痛12名、片頭痛4名であったが、最終診断は困難な点が多くまた片頭痛の診断基準は成人のとは異なり実際は多い可能性もある。自律神経失調症は起立性調節障害の診断基準と症状を参考としてなされたが、73名(24%)と一番多かった。体重減少を伴う食不振12名のうち神経性食不振症は6名(女児5名、男児1名)で全例制限型で、他は何らかの心因的背景をもつ一過性の食欲不振であった。学業などに関する不安と心配により過剰不安障害と診断されたものはすべて小学校高学年以上であった。また、睡眠時の息苦しい、空気が十分吸えないなどを訴えたもの(6名)も、過剰不安障害とした。心因性の視力・聴力障害や動作緩

表1. 主要症状とその年齢分布

主要症状	男女		幼児	小学	低学年	小学	高学年	中学	合計
	男	女							
腹痛	23	40	7	16	15	25		63	
頭痛	25	36	2	18	21	20		61	
夜尿	14	19	7	12	12	2		33	
胸痛	14	9	0	4	8	11		23	
倦怠	11	9	0	0	8	12		20	
吐き気・悪心	4	14	1	2	5	10		18	
チック運動	15	0	5	1	4	5		15	
食欲不振	4	8	0	1	6	5		12	
四肢痛	5	6	9	2	0	0		11	
立ちくらみ	3	6	0	2	3	4		9	
睡眠障害	5	2	1	2	4	0		7	
息苦し	2	4	0	1	2	3		6	
頻尿	2	3	2	3	0	0		5	
遺尿	3	2	2	3	0	0		5	
過呼吸	1	4	0	1	1	3		5	
不登校	4	1	0	0	3	2		5	
昼遺尿	3	1	1	3	0	0		4	
吃音	3	0	3	0	0	0		3	
手足のしびれ	2	1	0	1	0	2		3	
焦燥感	1	1	0	0	0	2		2	
視力障害	1	1	1	0	1	0		2	
不随運動	0	2	1	0	1	0		2	
不発熱	1	0	0	0	0	1		1	
動悸	1	0	0	0	0	1		1	
異食癖	1	0	0	0	1	0		1	
聴力障害	0	1	0	0	0	1		1	
圧迫感	1	0	0	0	0	1		1	
手の汗	0	1	0	0	0	1		1	
意識障害	0	1	0	0	0	1		1	
動作緩慢	1	0	0	0	0	1		1	

(人)

表2. 主要診断病名とその年齢分布

診断病名	男女		幼児	小学	低学年	小学	高学年	中学	合計
	男	女							
反復性腹痛	11	21	8	9	6	9		32	
過敏性腸症候群	11	16	0	3	8	16		27	
胸痛	14	9	0	4	10	9		23	
反復性頭痛	5	10	2	5	6	2		15	
筋緊張性頭痛	6	6	0	1	2	9		12	
四肢痛	5	6	9	2	0	0		11	
片頭痛	1	3	0	1	2	1		4	
自律神経失調症	27	46	0	12	24	37		73	
過換気症候群	3	7	0	2	2	6		10	
心因性食欲不振	3	3	0	1	4	1		6	
神経性食思不振症	1	5	0	0	2	4		6	
夜尿症(生来型)	12	15	7	8	10	2		27	
(獲得型)	2	4	0	4	2	0		6	
遺尿・遺糞症	5	2	3	4	0	0		7	
心因性頻尿	2	3	2	3	0	0		5	
一過性チック障害	12	0	5	1	3	3		12	
トレット症候群	3	0	0	0	1	2		3	
夜驚・夢中遊行症	5	2	1	2	4	0		7	
吃音	3	0	3	0	0	0		3	
過剰不安障害	6	8	0	2	7	5		14	
転換障害	2	4	1	0	4	1		6	
分裂病	2	0	0	0	1	1		2	
強迫神経症	2	0	0	0	0	2		2	
抑うつ状態	1	1	0	0	1	1		2	

(人)

慢、不随運動などは転換性障害とした。夜尿症のうち6名は獲得型であり、その原因としては施設入所(2名)、弟が産まれた(1名)、小学入学(3名)などが考えられた。その他は生来型であったが、小学高学年や中学まで継続したものでは経過中にチック障害や不安症的傾向もみられた。

表3. 不登校を合併した疾患

診断病名	男女		小学	低学年	小学	高学年	中学	合計
	男	女						
自律神経失調症	10	13	4	6	13		23	
反復性頭痛	2	6	1	4	3		8	
過剰不安障害	3	1	0	2	2		4	
過敏性腸症候群	1	1	0	0	2		2	
強迫神経症	2	0	0	0	2		2	
合計	18	21	5	12	22		39	

(人)

4. 心身症の症状を示す不登校

不登校児の初期の身体的症状は自律神経失調、反復性頭痛、過敏性腸症候群が多数を占めた(表3)。また、長期化した症例のうち6名に過剰な不安や強迫的行動をとるものもみられ、神経症的障害または精神疾患の初期症状である可能性もあり、精神科を紹介されている場合が多い。また4例に兄弟姉妹の不登校を認めた。

5. 心理社会的背景

今回の調査は統一した心身医学的診断基準にしたがっていないため、すべての症例で心理社会的因子の問診が十分ではなかった。記

表4. 心理社会的背景要因

家庭	家族の病気・死	19
	家族に精神病	13
	両親の離婚	12
	兄弟の葛藤	9
学校	家族不和	3
	クラブ	6
	いじめ	5
	入学・新学期	4
その他	学業・試験	4
	役員に選出された	3
	友人関係	4
	本人の性格	8
	転居	6
	施設入所	3
	習い事	2

(人)

載されているものを検討すると、複数回答であるが表4に示したように家庭に関するものが多く、特に家族の病气・入院と親・兄弟姉妹の死亡、また家族の不和や両親の離婚も子どもの大きな心理的ストレスとなっている。また家族内に精神病の問題を持つものが13家族にみられた。学校に関するものではクラブ活動や学級での友人関係、いじめがあった。

IV. 考察

小児では言語化能力や自己表現能力が未熟であり、自分の気持ちを言葉で十分表現し相手に伝えることができないため、心身症的身体症状が行動・情緒障害と関連して出現することが多い。行動異常には、(1)夜尿症や夜驚症などのように頻度が逸脱している行動、(2)テスト不安や過食などのように程度や強度が逸脱している問題行動、(3)多動・注意欠陥障害などのように場面や場所が適切でない問題行動、(4)玩弄くせや夜尿などのような発達の見た問題行動、さらに(5)暴力、不登校、非行などのような社会的規範から見た問題行動がある¹⁾(表5)。今回の検討では病院を受診した症例を対象としているために心身症類縁疾患の症状を呈する例が中心を占めた。ここでいう小児心身症とは、心理的要因が強く関与し、心身反応(精神生理反応)の障害(不適応状態)として、身体症状、疾患、神経性習癖などを現し、心理的治療や環境調整がきわめて有効と予想される病態をさしている²⁾。ここでは今回の調査で頻度の多かった心身症およびその類縁疾患でみられた問題行動を中心に検討した。

1. 睡眠に関する問題

小児の睡眠障害では、睡眠中の異常な泣きとして生後3～4ヶ月までみられる3ヶ月疝痛や、生後6ヶ月以降みられる夜泣きなどがある。さらに、夜驚や夢中遊行が3歳から学童期の低学年までに発症するが、今回の調査では小学高学年まで持続する例があり、夢中遊行の例では精神運動発作との鑑別のため脳波検査が必要であった。下肢痛を伴う睡眠障害は5歳以下の

表5 問題行動の種類

1) 基本的な生活行動の乱れ	
睡眠行動	夜驚, 不眠, 夢遊, 昼夜逆転睡眠など
摂食行動	食思不振, 拒食, 過食, 偏食, 異食など
排泄行動	夜尿, 遺尿, 頻尿, 遺糞, 便こねなど
言語行動	吃音, 緘黙, 言語パターンの異常など
2) 神経性習癖	
運動性習癖	チック, 多動, 常同行動など
身体玩弄癖	抜毛, 性器いじり, オナニー, 爪噛みなど
3) 社会化行動の乱れ	
攻撃行動	かんしゃく, 指示に従わない, ののしり, 口答え, 泣き叫び, なぐる, 蹴る, 叩くなど
非行行動	嘘をつく, 盗む, 建物侵入, 怠学, 家出, 反発する
破壊行動	物を壊す, 放火, 殺傷など
4) パーソナリティ障害に関したのもの	
	無気力, 引きこもり, 退行, ヒステリー, 強迫, 性的異常など
5) 心身症	
6) 神経症	
7) 精神疾患	

幼児でみられたが、就眠時になると息苦しさや空気が十分吸えないと感じ、なかなか眠れないと訴える呼吸困難感を伴う睡眠障害は小学高学年に多くみられた。この中には母子分離不安や試験や発表会等に対する過剰不安によるものであり、十分な問診と検査による気管支喘息等の呼吸器疾患と鑑別が必要である。

2. 食事に関する問題

心因性過食は今回はなかったが、心因性の食欲不振は6名みられ男女差はなく小学高学年に多い。原因は、母親の死、父親との別居、家族の病気、過剰不安などであった。神経性食思不振症の年齢は10歳から15歳であり、小学生の女兒2名の家族背景は、第1例は姉が悪性腫瘍のため母が看病に手をとられており、第2例は両親の離婚後、同居していた父が再婚前であった。2例とも母親との愛着信頼関係の形成が不完全で分離不安を持っていたと推測され、心因性食欲不振症の延長上にあり、重症化したものと考えられる。さらに、2人とも第2次性徴が出現しておらず、痩せ願望や身体認知障害もほとんどみられなかった。このように第2次性徴前発症例は思春期以降に発症する神経性食思不振症の中核群と疾患背景は若干異なる³⁾。心身の未分化性により心身相関が強く、腹痛や腰痛などの自律神経症状を伴い易く、また精神発達が未熟で未分化なため、不登校などな不適応行動やその他の神経症様症状が重なって出現することが多い。成熟拒否や性的同一性をめぐる葛藤などは少なく、拒食以外の過食や隠れ食いなどの食行動異常は目立たず、痩せ願望や肥満恐怖、身体像の障害は明らかではない場合が多い。近年本疾患の増加と低年齢化が進んでおり、心因性食欲不振の段階からの早期の介入による治療が重要になる。

異食では食糞症が1名にみられたが後に精神分裂症と診断されており、知能障害のない異食は精神疾患の初期症状であれ場合が多く注意を要する。

3. 排泄に関する問題

排泄に関しては夜尿症が圧倒的に多いが、夜尿症は神経内分泌機能の発達障害を基盤に、膀胱機能の未熟性、自律神経系の障害などの身体レベルの問題に心理環境的要素が複雑に関与し、状態の固定化が生じたものである⁴⁾。獲得型夜尿症は少数であったが、心理環境的要素としては、同胞の誕生や過干渉で支配的な養育などの家庭内の葛藤、さらに入學や施設入所などの集団場面での緊張があった。生来型でも家族の不和や両親の離婚で夜尿の回数が増悪するなど心理環境が影響する場合もある。いずれにしても排泄の失敗は、子どもの側に罪の意識、羞恥心、自信喪失などの感情を生み、それらがさらに症状固定化に作用し、チック障害などの新たな心身症的症状が出現する場合もあり、治療にあつては生活指導と合わせて心理的背景を十分考慮した心身医学的対応も必要である。

遺糞症の心理的背景には母子関係が緊張状態である場合が多く、情緒障害、退行現象、分離不安、集団恐怖などがみられる。また便秘型遺糞の場合、便意が消失しており本人に病識がないことも特徴であり、叱りすぎるとさらに便意が低下し悪循環となり症状が固定するため、叱らない排便トレーニングが重要である。

4. 反復性腹痛と過敏性腸症候群

反復性腹痛は自律神経の過敏状態と痛みに対する閾値の低下による腹痛で、10～15歳にかけての前思春期に多い。臍周囲や上腹部の痛み、さらに嘔気や下痢を伴うこともあり、年長児では過敏性腸症候群とオーバーラップする。今回の調査でも各年齢層に分布するが女兒が男児に比べ約2倍であり、両親の不和、友人との不和、転居、いじめなどが背景にあった。また反復

性腹痛は不登校の原因の一つとなることがあり、器質的な異常が否定されても社会心理的要因を考えての対応が重要となる。

過敏性腸症候群は、排便の回数の変化、便の形状の変化、排便の障害(困難、逼迫、残便感)があり、軽度の症状が持続するも日常生活に支障のないものから、身体症状に対する不安から外出や登校ができなくなるような精神的問題を抱えるものもある。精神的緊張や不安が症状の背景にあり、他の心身症に合併することが知られている。一般小児における過敏性腸症候群の頻度は小学生で1～2%、中学生1・2年生で2～3%、中学3年と高校1年生で5～6%、高校2・3年生が9%と報告されているが、医療機関を受診するのはその一部である⁶⁾。今回の調査でも、中学生に多くみられたが、小学高学年や少数であるが小学低学年でも発症しており、本疾患の低年齢化が裏付けられた。患児の症状は、精神的緊張時に増悪傾向があり、特に中学生では試験前で明らかであった。登校前に何回もトイレに通ったり、なかなかトイレから出れず遅刻や不登校になる例もみられる。

5. 過換気とヒステリー

過換気は発作的に空気が吸い込めない、胸が苦しい、締めつけられるなどの呼吸、心臓症状とともに不安と恐怖が高まる。これに四肢や全身のしびれ、さらにテタニー型痙攣が加わり、意識水準の軽い低下とあいまって、不安はより増大してさらに過換気を促進し、悪循環で症状を継続増強させる。中学生の女子に多くみられたが、症状の背景には不安や葛藤が存在するため、症状がいったん治まってもその後の対応が重要となる。

ヒステリーの症状には転換症状、解離症状、行動症状があるが、小児ではほとんどが転換障害である。近年痙攣発作を起こす古典的ヒステリーは減少し、失立失歩や、四肢の麻痺、失声、視覚障害、聴覚障害、心因性疼痛がみられる。今回の調査では、視力障害2名、不随意運動2名、難聴1名、歩行障害1名であり、いずれも経過は良好であった。また過呼吸もヒステリーの症状の一部または初期症状である場合があり、他の問題行動に注意をするべきである。

6. チック障害

すべての年齢層でみられたが、12ヶ月以内に消失する一過性チック障害であった。しかし、音声と多様性運動の混合性チック障害であるトゥレット症候群の3例は、強迫神経症や注意欠陥多動障害などの他の行動異常を伴い薬物療法が中心であったが、難治性であり早期の診断が重要と思われた⁶⁾。

7. 自律神経失調症と不登校

起立性調節障害は主に血圧維持機構の乱れにより、立ちくらみ、眩暈、疲れやすく、すぐゴロゴロする、腹痛、頭痛、車酔い、朝起きが悪いなどの症状が悪循環している。また同時に微熱、下痢、睡眠障害などを合併する場合が多く前思春期から思春期の精神的緊張感や自律神経失調、さらに不安感が背景にあると考えられる。このような自律神経の機能異常を呈するものは今回の調査でも最も多くまたその30%が不登校であった。さらに不登校児の多くは起立性調節障害以外に、微熱、睡眠障害、胸痛、腰痛、関節痛、嘔吐、食欲不振、下痢、咳、動悸、息切れ、肩凝り、眩暈、しびれなどの多様な身体症状を初期に示す場合が多い⁷⁾。また精神症状としては、無気力、焦燥感、記憶力の低下、気分が落ち込むなどの不安や抑うつ症状がある。今回の調査でも不登校児は自律神経失調症、反復性腹痛、過剰不安などの症状を示した。過剰不安や強迫行動が持続する不登校児はうつ病や精神分裂病などの精神疾患の初期症状である場合もあり、精神科との連携が必要となる。

8. 問題行動の心理社会的背景と対応

心身症の症状や問題行動が器質的なものかあるいは心理環境的要因が原因か区別することは、医学的評価のみでは困難な場合が多い。また心理社会的アセスメントのみでも発症の原因を知ることも不可能であり、biopsychosocialな総合的なアセスメントを行い患児に関する多要因を把握し、各要因の相互関係を引き出すことが必要になる。今回の心理社会的背景の検討では、家族の病気、家族の不和や両親の離婚、兄弟の葛藤が子どもの大きな心理的ストレスとなっている。家族システム理論によると、子どもの身体化は家族の葛藤を避ける機能を担っているとされるが、心身症を治療する上で家族的要因を十分理解する必要がある。また学校に関するものではクラブ活動や学級での友人関係、いじめがあったが、外来での問診には限界があり正確な頻度は不明である。

大人から訴えられる問題行動は、行動異常と考えられる場合と、大人にとって問題であるが子どもの発達過程で一過性の行動である場合があり、過剰対応に陥らないように注意しなければならない。しかし、子どもは問題行動や症状を介して、症状の背景にある問題、葛藤を周囲の大人たちに訴え、気づかせ、そして解決の糸口を見つけようとしている場合があるため、大人は子どもの問題行動の意味を考え行動の背景にあるものに注目する必要がある。

V. まとめ

小児心身症とその類縁疾患の頻度は外来初診患児の5.1%にみられ、自律神経失調症、反復性腹痛、過敏性腸症候群、過呼吸症候群、摂食障害、筋緊張性頭痛等が小学高学年から中学生に多く、またこの年齢では不登校も重なるため初期対応が重要である。過剰不安や強迫神経症、神経性食思不振症等では精神科との連携が必要である。これらの心身症類縁疾患や問題行動では、心理社会的背景としての家庭・学校での問題を十分考慮する必要がある。

- 文献 1) 井上登生：心身医学的アプローチの対象となる症候；問題行動，小児内科， 31；693-698，1999.
2) 生野照子：小児期の心身症、心身医学，37：203-212，1997.
3) 星野仁彦：摂食障害のストラテジー，新興医学出版社，1996.
4) 三好邦雄：夜尿症，医歯薬出版，1988.
5) 宮本信也：一般小児における過敏性腸症候群の頻度，平成5年厚生省心身障害研究「親子のこころの諸問題に関する研究」，82-88，1994.
6) 野村芳子：心身医学的アプローチの対象となる症候；チック，小児内科 31；708-711，1999.
7) 齊藤万比古：心身症の身体症状と行動・情緒障害発現との関連、平成6年厚生省心身障害研究「親子のこころの諸問題に関する研究」，108-113，1995.