東女医大誌　第70巻　臨時増刊号
頁　E188～E191　平成12年6月

症例報告

喘息経過中に作為的喘鳴と呼吸困難が出現した1例

[1]東京女子医科大学　医学部　小児科学（主任：大澤真木子教授）
[2]同愛記念病院　小児科

浦野　真理[1]・五十嵐一枝[1]・石渡　昌子[1]・池谷紀代子[1]
平野　幸子[1]・村杉　寛子[1]・岩崎　栄作[1)2)]・大澤真木子[1]

（受付　平成12年2月21日）

はじめに

身体的・心理的ストレスが，喘息の経過に大きな影響を及ぼすことは広く知られている．豊島[1)2)](1996)は，喘息を多因子性疾患として，多角的に診る必要があるとしている．すなわち，発症要因としてアレルギー反応，天候の変化などの環境因子，心理的要因がからみあっていることに配慮が必要である．

今回，我々は気管支喘息に長期罹患している女児で，当初喘息の悪化と思われていた発作の頻発が，作為的発作によるものであったことが判明した例を経験した．心因による喘息の悪化は日常的に経験するが，発作自体が偽発作であった例の報告は稀であり，治療スタッフの対応と問題点を含めて報告する．

症　例

症例：面接開始時13歳，中学1年の女児である．

主訴：難治性喘鳴，反復性頭痛，腹痛．

生育歴：生下時体重3,390gで乳幼児期の発達には特に問題はなかった．

家族歴：父，母，妹，母方祖父母の6人で同居し，父親は公務員，母親は専業主婦である．妹は4歳年下で小学3年生である．父親，妹がアトピー性皮膚炎，母親はアレルギー性鼻炎の既往がある．

現病歴：2カ月よりアトピー性皮膚炎，8カ月より喘息を発症した．2歳6カ月で気管支喘息と診断され，3歳2カ月に喘息発作で当科に入院し，以後外来に通院していた．4歳の時に妹が誕生したが，6歳まで喘息は月1～2回小発作が，半年に数回中発作が出現する程度の中等症で，有症時に気管支拡張剤の吸入や内服で軽快していた．

平成2(1990)年4月に小学校へ入学してから，2カ月程は喘息が悪化し，外来で点滴することもあった．6月以降喘息は一時軽快したが，9月より頭痛，腹痛の訴えが多くなった．喘息の薬は連日の内服を必要とし，8歳時には入院や点滴も数回あった．9歳頃より，聴診上の喘鳴が軽度であるにも関わらず，苦しいと強く訴えるようになった．

9歳3カ月時の入院では，症状が軽減した後，退院の日程を話すと小発作が出現し，退院延期になった．1カ月後に再び入院したときにも，前回と同様に，退院予定日になると発作が起こり，入院が長引いた．

また，入院中に同年齢の入院患者と遊んでいると発作は消失し，1人でいると発作が起こるということも見られた．心理的な要因で発作が誘発されたと考え，臨床心理士との面接が1度行われた．

Mari URANO[1)], **Kazue IGARASHI**[1)], **Shoko ISHIWATA**[1)], **Kiyoko IKEYA**[1)], **Yukiko HIRANO**[1)], **Hiroko Murasugi**[1)], **Eisaku IWASAKI**[1)2)] and **Makiko OSAWA**[1)] 〔[1)]Department of Pediatrics（Director: Prof. Makiko OSAWA）Tokyo Women's Medical University, School of Medicine, [2)]Department of Pediatrics, Doai Memorial Hospital〕：Bronchial asthma with malingering of wheezing and dyspnea

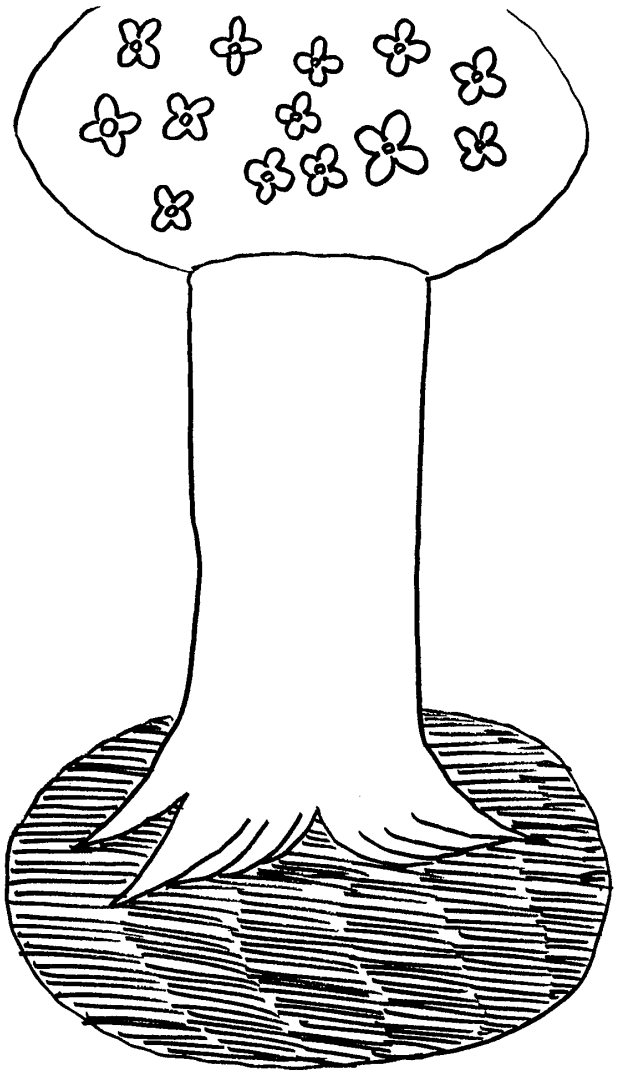

図1　樹木画（9歳6ヵ月時）
樹冠が紙面よりはみでており，エネルギーの大きさは感じさせるが，バランスが悪い．地面は丸く区切られ，黒く塗られた様子から強い孤立感がうかがえる．

この時に，心理テスト（樹木画）を行っているが（図1），丸く区切られた地面は強い孤立感を表わしていると思われた．また，面接では精神成熟度が年齢より低く，不全感や不安の強い様子が観察されていた．しかし，発作に心因が関与している可能性があるとの医療スタッフの説明に対して，家族の納得は得られず，面接の継続には至らなかった．

平成6（1994）年6月（11歳）になって，再び喘鳴を主訴に外来受診回数が増加した．この時よく観察してみると，医師や看護婦などの医療者が近づくと喘鳴が出現し，呼吸困難を強く訴えており，自分で軽く口を開け，強く息をすることで喘鳴を起こしているように見えた．そして，胸部聴診での笛声音などの他覚的所見は認められず，さらに生理食塩水（生食）の吸入や点滴のみで本人の訴えが速やかに消失することから，気管支狭窄による真の喘息発作ではなく，作為的喘鳴であることが判明した．また，心因性と思われる頭痛，腹痛の訴えも増加した．

11月頃，学校でパソコンクラブやバスケットボール部に所属し，部活動が楽しいと話すようになってから，喘息や頭痛，腹痛の訴えは著明に減少した．

しかし，翌年の秋より，頭痛，腹痛の訴えが増加し，平成8（1996）年中学校入学後の5月に作為的喘鳴を再び訴えるようになった．6月には喘息発作で8回目の入院をしたが，この時，発作は3日で改善していたにも関わらず，退院の日程が決まると腹痛を訴え，院内からの登校を試みても，腹痛などを訴えて登校しようとしなかったため，心理面接の再開となった．

心理学的所見：

①WISC-R知能検査では，言語性IQ 96，動作性IQ 91，全検査IQ 93と平均の水準であった．

②P-Fスタディ（絵画欲求不満テスト）では，常識的な対応はできるが，葛藤が生じるような時には，言い訳の形で自我を防衛することが多い様子がみられた．

③2度目の樹木画（図2）では，木の全体が描かれておらず，エネルギーが外へ向かいすぎているように考えられた．バランスの悪い，安定感の欠けた情緒の状態を示していると思われた．

④眼科的検査において，らせん状視野が観察された．

以上の検査などから，本児は情緒的に不安定で，葛藤が生じると向き合うことができず，処理しきれないストレスを腹痛・頭痛などで表わしているように考えられた．更に母親の代わりとして，ケアしてもらえる病院に依存対象を求めているものと思われた．

これらのことから，病棟において患児に接する際の方針として，受容的対応を基本とし，医療者

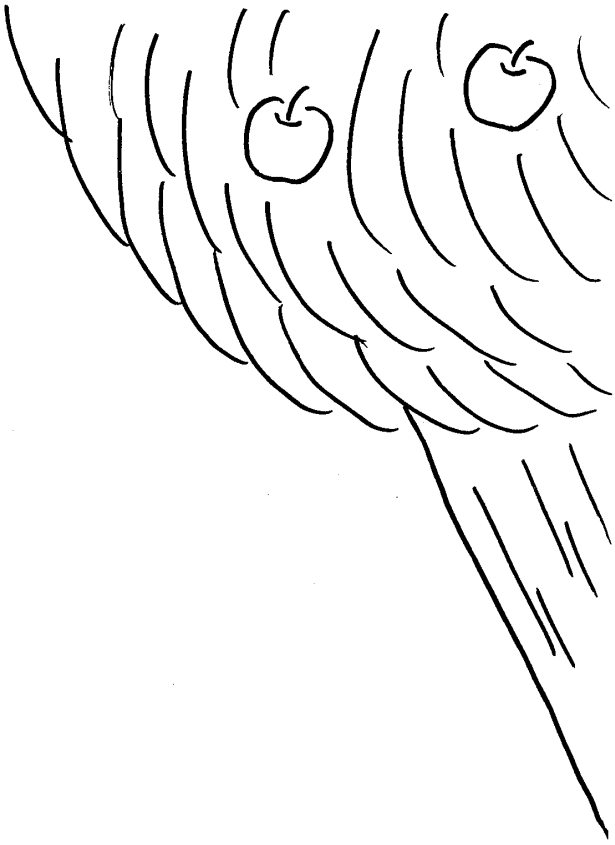

図2　樹木画（13歳2ヵ月時）
木の全体が描かれておらず，外界へエネルギーが向きすぎている．1枚目同様，心的エネルギーの大きさは感じられるが，安定したものとは言い難い状態を示している．

は作為的喘鳴を起こした時は，まずは，喘息発作の時と同様に接し，処置をしていくことにした．まず，気管支拡張薬を含まない生食やDSCGのみの吸入を行い，本人の訴えがそれで「改善」せず，点滴を望んだ時には，生食を1～2時間点滴をしながら，その場での対応を考えていくことにした．面接では，発達促進的な役割をとるように心がけ，現実適応がうまくいくように，不安になる自我を支えていくことを目標にした．

入院は1カ月に及んだが，退院直前に患児自身に症状の悪化は心理的な要因が関与している可能性があることを説明し，退院後に継続して面接することの了解を得た．

心理面接の経過：退院直前，両親揃っての来院を要請し，患児の状態の説明をし，協力を求めた．心理面接の場面で，話すのは主に父親で，母親はほとんど発言せず，面接者が母親に患児の様子を質問しても，父親に意見を求めて代わりに答えてもらうような態度であった．この様子から，母親は家庭での患児の状態をほとんど把握していないことがわかった．

父親は以前から，強く叱責すると喘息が悪化するように感じていたといい，何か嫌なことがあると，祖父母の所に逃げ込むことが多いと気付いていた．また，小学生の妹と同等に扱って欲しがり，幼い面がみられると語っていた．しかし，母親は，前述のような態度であり，妹には積極的に関わっているが，患児に対しては拒否的で，変容は望めなかった．患児は腹痛について「お母さんにお腹をさすってもらうと治るんだ．」と母親への依存欲求を訴えており，それが満たされることが重要であると感じたが，心因に懐疑的な母親の協力は得られず，患児のみに週1回45分で面接を開始した．

患児は，初め，自分の状態に心理的な要因が関与していることに否定的であった．母親にも自分は明るいほうだといわれるし，悩みがなさそうにみられているから，なぜ心理室に行くのか不思議に思うと話していた．

家族のことが話題に上ると，患児が3歳くらいのときから，妹が母親にべったりで自分は構ってもらえなかったことが語られた．そして，「妹は生意気で，マザコンだと思う．」と葛藤を表現していた．また，母親が頭痛持ちで，頭痛が起こると患児をみてくれないことなどが話されるようになった．

10月～11月にはまだ喘息などの症状を訴えては来院することが認められ，それに対して医師が，補液をして患児の依存欲求に応えると，1～2時間で訴えは消失していた．

面接を重ねていき，患児が様々な葛藤を話すことができるようになってくると，頭痛，腹痛の訴えが減少し，登校する日が増えてきた．部活動の中で中心的な存在として活躍するようになり，同時に，クラス適応が良好になっていった．

3学期に患児から，「お腹が痛いのはもう大丈夫．学校にも行けるようになったし．」と面接終了

の希望が出され，この段階では患児の自主性を尊重することがプラスになると考え，終了に合意した．この頃には作為的喘鳴や腹痛での外来受診もなくなった．その後，喘息発作も年に数回と減少し，時々の欠席をしながらも登校を続け，高校進学を果たし，喘息はほぼ寛解に至っている．

考　察

本症例では，患児の心理的背景には母親をめぐる依存の問題が根底にあると考えられた．母親への満たされない感情を持ち続け，特に妹の出生後に，より強い葛藤を抱いていたようである．喘息発作の増加に伴って，小学校頃から頭痛や腹痛の訴えが多くなるが，患児の無意識のメッセージは母親に届かなかったようである．

心身症の症状として喘息発作が出現する場合，精神分析的にみると，母への叫びとも捉えられている[3]．本児も同様に叫びを表明したが，喘息そのものはある程度のコントロールがなされており，発作の出現に至らなかったために，作為的な喘鳴や呼吸困難を生じさせたものと考えられた．さらに，らせん状視野がみられていることからも，ヒステリー的な要素があるものと思われた．

また，心身症において，その表現型は様々であるが，てんかん患児においてはてんかんの偽発作が知られている[4)5)]．発作を起こすことで，自分に周囲の注目を集めるという無意識的な意味が込められているのであるが，本児の作為的喘鳴においても同様の機序が想定される．家族の中で妹よりも関心を向けてもらう必要があり，また心配もしてもらいたいということが症状の訴えに繋がったと考えられる．

そのため，本児の症状解消には，家族間の力動の変化を促す必要があったが，母親は患児に対しては十分に気持ちを向けられなかったため，医療者が母親的な役割を担い，すなわち，偽発作が疑われても，身体的ケアを行うことで，患児を支えていった．しかし一方では，依存させすぎないように注意も払い，過度な要求には応えないような心構えも持って接していた．羽場ら（1995）[6]は，小学生の気管支喘息の子供について，親の養育態度を考慮し，治療者が母性的あるいは父性的役割を使い分けることによって，治療の経過に有効に働くとしている．すなわち，親の養育態度が拒否的な症例では，治療者は十分な母性性を発揮して，信頼関係を作り，その上での父性的な関わりが必要としている．本児には，依存欲求が充足されていない面を考慮し，医療者が母性的に抱えることで，安心感が与えられたものと思われた．

身体的ケアを十分にしてもらい，面接の中では抑圧していた不満を語ることによって，症状が軽減されていった．母親への依存欲求は十分に満たされてはいないが，学校という社会的な場に自分の居場所を見つけることで，孤立感を軽減していったと考えられた．

結　語

今回の症例は，主治医による身体面のケアと心理面接による心理面のサポートで，学校適応が促された．患児の心理的な背景には，母親に対する未解決の依存をめぐる葛藤があり，それは完全に解消されたとは言い難く，主治医によって慎重な経過観察が続けられている．このような連携による治療的アプローチが，患児の症状軽減のみならず，人格的な成長にも役立つものと考えられた．

稿を終わるに臨み，本論文を大澤真木子教授在任5周年記念に捧げます．

本稿の要旨は，第14回日本小児難治喘息・アレルギー疾患学会（1997, 東京）において報告した．

文　献

1) **豊島協一郎**：アレルギー児に関わる心身医学的問題．小児の精と神　**36**: 37–45, 1996
2) **豊島協一郎**：喘息児から学んだ小児医療の原点．日小児アレルギー会誌　**13**: 1–12, 1999
3) **WeissE, English OS**: Psychosomatic medicine. The Clinical Application of Psychopathology to General Medical Problems. 2nd ed. pp603, WB Saunders Co, Philadelphia（1950）
4) **小林由美子**：小児の Pseudoepileptic seizures の臨床的研究　第1編　その症状，心理社会的背景について．日小児会誌　**95**: 2573–2579, 1991
5) **鈴木文晴，浜口　弘，遠藤晴久ほか**：心理的諸問題からてんかん偽発作を呈した中学生2症例．小児臨　**47**: 1721–1725, 1994
6) **羽場敏文，國府　力，田中能久ほか**：小児心身症治療での養育態度と治療者の母性的，父性的役割に関する考察—小学生気管支喘息児の3症例を通して—．小児心身誌　**4**: 60–67, 1995