

子どものこころの問題に対する 早期介入の必要性について

児童学科 小土井直美

抄録：低年齢の子どもほど心身相関の度合いが高い。早期に援助を受けられないまま、思春期前後に精神疾患を発症した段階で治療の介入を開始しても、回復までには多大な時間や労力を必要とし、遅きに失したという感を免れないことも多い。今回、精神科医である著者は小児科医と連携して、小児科クリニック内の「こころの相談・心療内科」を訪れた人たち（約4年間で合計133名）の受診動向を診療記録から調査した。調査対象の少なくとも23.3%以上は、精神科の専門的なケアを必要としているのではないかとの結果を得た。また、このような設定で精神科医がこころの相談にあたることの利点、問題点および今後の課題について若干の考察を加えた。小児医療をとりまくさまざまな状況から、早期に専門的な援助を受けられる機会がはかぎられているが、これらの問題を解決していくことで、今後ますます増え続けるこころの問題の予防に貢献できるのではないかと考える。

キーワード：心身相関、「こころの相談・心療内科」、早期介入、小児科医と児童精神科医の連携、専門家の育成

1. はじめに

わが国において「こころを病む」こととそれへの対応は、多分に個人的問題として位置づけられてきたために、精神科医療としての実践も立ち遅れてきた分野の一つであった。最近になって、大規模な災害後や犯罪被害者などの心的外傷後ストレス障害への取り組みがなされるようになり、ようやく以前よりも身近な問題として取り上げられるようになった。また、自殺者の増加、子どもの虐待、少年犯罪、引きこもり、ニートなどの増加にとまない、社会全体として多角的な立場からの対応が急務と考えられるようになった。

しかし、児童青年期の子どもたちに目を転じると、こころの問題に専門的な援助を受けられる機会はきわめて限定されている。近年スクールカウンセラーを導入する学校が増えてきたが、同級生たちの好奇の目のあるなかで受診はあくまで本人次第である。たとえ誰かの勧めがあってもカウンセ

ラーのもとを訪れたとしても、ある程度自らがこころの問題を抱えていることを自覚していなければ問題解決にはつながらない。

さらに低年齢の子どもたちになると、その機会はさらに限定される。もともと低年齢の子どもほど、心身相関の度合いが高いと言われており、なにか問題が起こった場合はまず小児科医への相談という形をとることが多い。しかし、一般の小児科医は感染症など身体症状への対応に追われるのが現状であり、時間的制約のある外来診療のなかでこころの問題に立ち入ることは現実的に困難であることが多い。さりとて、小児科医がこころの問題が底在していると感じるケースを、問題が顕在化しない段階で専門機関への相談を進めることも現実問題としてむずかしく、思春期になって問題が顕在化した段階で遅きに失したと思知られることも多い。従って、診療科の枠組みをこえて早期に小児科臨床の現場でこころの問題に専門的に介入することが、その時々の問題解決だけで

なく、育児不安の解消や親子関係・家族関係の調整などを通じて後年の精神疾患発症に対して大きな予防的効果があると考えられる。

精神科医として児童青年期のこころの臨床に携わってきた著者は、問題の芽はごく早期から存在したにも関わらず、何の援助も受けられないままパーソナリティがある程度固まった段階で発症して受診してきた多くの思春期・青年期の人たちと出会ってきた。それらの問題解決の過程では、サブクリニカルな早期の段階で介入・改善が成されていた場合とは比較にならないほど多くの労力や時間を要したこともしばしば経験した。このような小児科医と精神科医の問題意識があわさり、著者は数年前から小児科クリニックのなかに開設された「こころの相談・心療内科」で診療にあたってきた。そのうちの4年間にわたる臨床実践を今回の研究対象とし、ここに報告したい。

2. 対象と方法

この研究は、大都市の巨大なマンション群や商業ビルが立ち並ぶ、幹線道路沿いにある小児科・内科クリニックの「こころの相談・心療内科」における臨床活動を通じて、小児科医の協力のもとでおこなった。小児科クリニックを訪れる人たちは、小児科医の専門領域が喘息やアトピーなどであるため、比較的心身症的色彩が濃い人が多い。「こころの相談・心療内科」での治療構造は、毎週1回、夕方に一日約7名の予約制、一人あたり約20分の保険診療であり、必要があれば投薬もおこなっている。

2001年7月から2005年7月中旬までの約4年間に、この心療内科を初診した患者総数は186名。そのうち、院内内科から紹介された成人患者をのぞく初診は133名であった。(一部成人後も小児科に継続通院している患者群を含む。男性は1-24歳までで、合計61名。45.9%。初診時平均年齢9.21歳。女性は3-45歳までで、合計72名。

54.1%。初診時平均年齢16.19歳。このうち20歳以上の患者を除いた初診時平均年齢は、男性8.75歳、女性10.35歳であった。)これらの患者全員の初診時間診票とカルテ記載内容から、必要項目を抽出して検討をおこなった。診断基準についてはアメリカ精神医学会の精神疾患の分類と診断の手引き2000版¹⁾(以下DSM-IV-TRと略す)に準拠してまとめた。また、診療の具体的内容についても検討し若干の考察を加えた²⁾。

3. 結果

1) 年齢別の初診患者の分布

図1のごとく就学前の5歳のところで初診患者数が12人(9%)と最も多くなっており、次は10歳と、中学生年齢の13歳から16歳のところが多くなっていった。なお、紹介経路は男女とも全体の90.0%が院内小児科からの紹介であった。

2) 主訴

厳密な分類は困難であるが、ここではそれを大きく表1、表2のように分類した。小児科からの紹介が大部分であることから、頭痛、腹痛、吐き気、下痢、嘔吐、胸痛、ひざの痛み、全身倦怠感、過呼吸などの「身体的訴え」がもっとも多く、53名で全体の39.8%を占めていた。ここには、本人は背後に心理的問題があるとは意識していないが、小児科医にストレスの存在を示唆されて心療内科を受診したと考えられるものを分類している。

「精神的苦痛の訴え」としては、何らかの心理的問題を本人ないし養育者がうすうすとも気がついているものを分類したが、47名で全体の35.3%を数えた。この具体的な内容は、チック、遺尿、夜驚、頻尿、家の外ではしゃべらない、黒板がみえない、叱るとパニックになる、泣きじゃくる、食思不振などがあった。「行動上の問題」には、暴力行為、反抗的、集団行動ができない、非行などがあげられた。

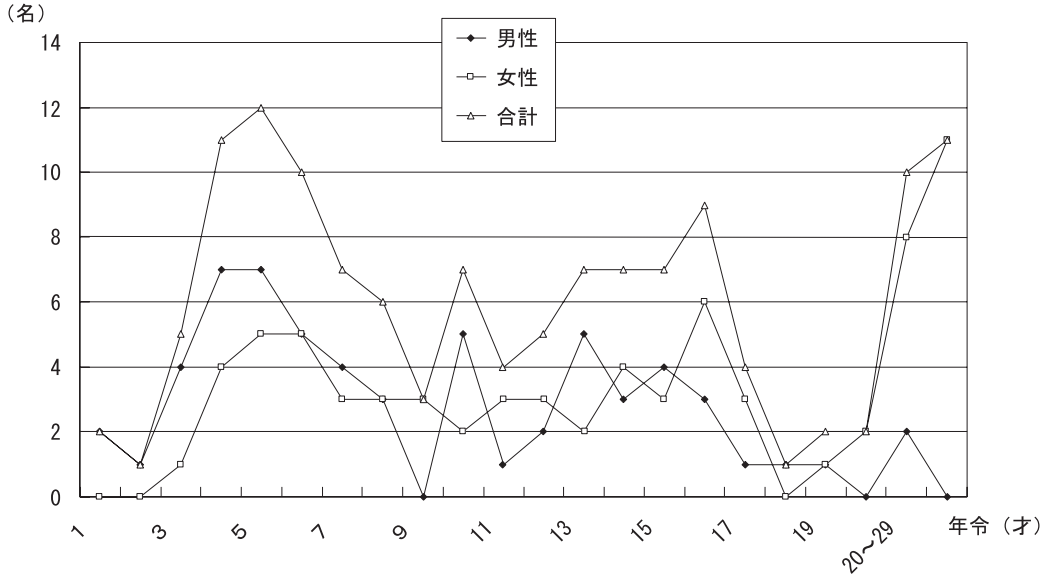


図1 初診時年齢

表1 主訴

	男性	女性	合計
身体的訴えーアレルギー関連		12	16
ーアレルギー以外	12	25	37
精神的苦痛の訴え	21	26	47
発達の遅れなど	6	2	8
不登校	10	4	14
育児不安	0	0	0
行動上の問題	5	1	6
睡眠障害	3	2	5
合計	61	72	133

表2

身体的訴えの内容

頭痛、腹痛、吐き気、嘔吐、下痢、胸痛、咳が止まらない、過呼吸、ひざの痛み、じんましん、全身倦怠感など

精神的苦痛に関する訴えの内容

チック、遺尿、夜驚、頻尿、家の外ではしゃべらない、黒板がみえない、叱るとパニックになる、泣きじゃくる、食思不振など

行動上の問題

暴力行為、反抗的、集団行動が困難、非行など

「育児不安」については、養育者からは直接表明されなかったが、診察のなかで背後に強く育児不安の存在がうかがわれたケースが22名(16.5

%)あったことは注目に値すると思われる。

3) 診断

表3は、従来わが国の精神科臨床で汎用されてきた疾患名を適用した診断名で合計27項目に分類した。(一部複数の診断名をつけたために、合計総数が155例と受診患者数よりも多くなっている。)これを、アメリカ精神医学会の精神疾患の分類と診断の手引きDSM-IV-TR(2000年版)に準拠して大きくまとめたものが表4である。

身体表現性障害が63名(47.4%)と最も多く、ついで児童期に初めて診断される障害が56名(42.1%)となっている。(表5も参照)しかし、精神科医の立場から見れば、以下のような病名を呈す患者(括弧内は経験した具体的な例)については、できるだけ早期から精神科医がかかわったほうが良い疾病と考えられる。これらの診断名に該当する患者は31名(23.3%)に上っているのは注目に値する。

精神病性障害(自己臭妄想症、統合失調症の初期段階と考えられる例など)

表3 診断

	男性	女性	合計		男性	女性	合計
身体表現性障害	16	25	41	人格障害	0	4	4
不登校	13	6	19	神経性頻尿	1	2	3
チック	13	3	16	PTSD	0	3	3
情緒障害	4	4	8	抜毛	2	0	2
分離不安	3	5	8	広汎性発達障害	1	1	2
解離性障害	1	7	8	学習障害	1	0	1
多動性障害	4	1	5	強迫性障害	1	0	1
うつ状態	1	4	5	行為障害	1	0	1
夜驚	2	2	4	場面緘黙	1	0	1
遺尿・遺糞	2	2	4	心因性視力障害	1	0	1
摂食障害	0	4	4	てんかん性精神病	0	1	1
過呼吸症候群	0	4	4	自己臭妄想症	0	1	1
精神遅滞	3	1	4	パニック障害	0	1	1
睡眠障害	2	2	4	合計	74	82	156

表4 診断 DSM-IV-TR (2000)

	男性	女性	合計
児童期に初めて診断される障害	38	18	56
精神病性障害	0	2	2
気分障害	1	4	5
不安障害	1	7	8
身体表現性障害	30	33	63
解離性障害	1	7	8
摂食障害	0	4	4
睡眠障害	2	2	4
行為障害	1	0	1
人格障害	0	4	4
合計	74	81	155

気分障害（不登校に伴う抑うつ状態など）

不安性障害（強迫性障害，交通事故遭遇後のフラッシュバック・幼少時の性的虐待のトラウマなど PTSD の範疇にはいるものや，パニック障害）

解離性障害（健忘をとまなうもの）

摂食障害（今回の調査では神経性食思不振症

のみで過食症は認めなかった。）

これに、「児童期に初めて診断される障害」の患者の一部を加えると，この比率はさらに高くなる。その中に含まれる病態の例としては，哺育・摂食障害，知的障害を伴わない排泄障害（遺尿，遺糞など），選択的緘黙，分離不安性障害，反応性愛着障害やいわゆる発達障害の一部などがこれにあたる。

4) 受診状況

継続（複数回）受診した患者数は男性 18 名（13.5%），女性 32 名（24.1%）と女性が多かった。これは，女性のほうが年長の患者の比率が高く治療動機がはっきりしており，また思春期女性患者にとってはおそらく著者が女性ということもあって，継続しやすかったものと考えられる。

しかしながら，合計 83 名（62.4%，内訳は男性 43 名，女性 40 名）は，多くのクリニックでの動向の報告と一致しているが，一回限りの受診であった。これには相談のみで落ち着いた場合と，

いわゆる中断例の両方を含んでいる。ただ、「こころの相談・心療内科」の方は中断しても、「かかりつけ医」小児科医のほうには何かのおりにかかっており、そちらからの情報ではしかるべき時間のうちに社会適応のレベルでかなり高い改善率をみていた。また、相談した体験が少しでも役にたった「良い体験」と感じられれば、次に問題が起こったときに早期に受診できるのではないかとということが期待される。

また、注意欠陥多動性障害や発達障害の疑いがあり、その精査・診断確定とその後のフォローアップを求めて他院に紹介した患者は、男性8名(6.0%)、女性6名(4.5%)であった。

4. 精神科医としての対応の具体的状況

これは大きく四項目あげられる。

- 1) いわゆる助言・相談などの介入を中心とするサブクリニカルな問題と考えられるもの。
具体的には、
 - ①発達の途上の正常範囲内の問題であり、大丈夫という保証を与えることによって、精神的問題があるのではないかという過剰な不安が和らぐ。(たとえば夜驚など)
 - ②母親自身も自分の対応の問題点に気がついており、それを治療者側が支持し親子の関係性の変化を促す方向に働きかけるという介入(これにはチェックなど)
たとえば、口うるさすぎた、先回りして手出し・口出ししすぎていたという母親の自覚を治療者とともに再確認することや、ゆっくり子どもと向き合うようにアドバイスすることなどがある。
 - ③子ども自身の生活や対人関係の見直しのきっかけをつくり、手伝えること。
たとえば、クラブや塾がきつすぎたとか、
- 友人関係上の問題があるとか、本人の言語表現力上の問題があるとかである。
- 2) 子どもの問題で相談に訪れているが、実は母親自身が相談を求めている場合
児童精神科医カナーの言う「入場券としての症状」とも考えられるもので、育児不安、親のほうの自己不全感、家族内の問題など、自ら表明されなくても背後にある受診の動機として推測される場合がある。共感的に聞いていくことで、誰かへの苦情、批判をしてもやがて自ら問題を受け止めそれに対応していく姿勢を取り戻すことができる場合も多い。また、他者や教育機関、福祉機関の援助を求める方策を共に話し合うことも含まれる。
- 3) 精神科的介入が必要な場合—診断・治療が必要な場合
子どものところと行動の障害は「小児期に特異的に発症する障害」と「成人型の障害の小児期発症」のものとして二タイプに分けることもできる。(表5)³⁾ 一般的に行動上の問題が強い場合(攻撃性が強い、または引きこもりが激しいなど)、精神症状が強い場合(精神病的症状や自我障害がある、強迫症状やパニック発作が激しい、発達障害が疑われるなど)、対人関係上の問題が著しい場合(過度な依存性、衝動の制御の悪さ、感情の不安定さなど)、家族の要因については家族力動のゆがみが治療対象となる場合、家族が精神障害であったりその疑いが強い場合などが最も精神科的な介入を必要とし、先に診断の項であげた患者群がこれにあたる。(他にも複雑なケースワークを必要とする場合や、コメディカル的な密な関与が必要な場合も専門的介入が必要とされているが、今回の臨床場面ではこれは十分実践するこ

表5 子どもの心と行動の障害

小児期に特異的に発症する障害

精神遅滞

学習障害：読字障害，書字表出障害，算数障害など

運動能力障害：発達性協調運動障害

コミュニケーション障害：表出性言語障害，受容－表出混合性言語障害。吃音症など

広汎性発達障害：自閉症，アスペルガー症候群，レット症候群など

注意欠陥および破壊的行動障害：注意欠陥／多動性障害，反抗挑戦性障害，行為障害

幼児期または小児期早期の哺育，摂食障害：異食症など

チック障害：一過性チック障害，トゥレット症候群など

排泄障害：遺尿症，遺糞症

幼児期，小児期または青年期の他の障害：分離不安障害，選択性緘黙など

成人型の障害の小児期発症

せん妄，痴呆，健忘および他の認知障害

一般身体疾患による精神疾患

物質関連障害

精神分裂病および他の精神病性障害

気分障害：うつ病性障害，双極性障害など

不安障害：強迫性障害，パニック障害，恐怖症，全般性不安障害，外傷後ストレス障害など

身体表現性障害：転換性障害，心気症，身体醜形障害など

虚偽性障害

解離性障害

性障害および性同一性障害

摂食障害：神経性無食欲症，神経性大食症など

睡眠障害

他のどこにも分類されない衝動制御の障害：抜毛症など

適応障害

人格障害：境界性人格障害，反社会性人格障害など

注1) わが国の精神医療で広く用いられている診断基準の1つであるアメリカ精神医学会による「精神疾患の分類と診断の手引き第4版 (DSM-IV)」に準じて記してある。ただし，個々の診断名は一般に使われるものに改変してある場合がある（例：自閉性障害→自閉症）。

注2) DSM-IVは，多軸診断を採用しており，第1軸が臨床疾患，第2軸が人格障害と精神遅滞，第3軸が一般身体疾患，第4軸が心理社会的および環境の問題，第5軸が機能の全体的評定となる。表には，第1軸と第2軸のカテゴリーが含まれている。

とは困難であった。)

これらの患者たちに対しては，精神科の一般外来での診療と同様の手順でおこなう。問診によりアセスメントを十分に行う事が不可欠である。投薬に関しては，必要性を説明したうえで，基本的には本人の意向を尊重している。病態水準が重いと推測される患者に対しては，早い段階から精神科専門クリニック受診をすすめるか，経過中の転医の可能性を伝えて了解をえてのち，治療関係に入るようにしている。

4) 心理・発達テストを含む診断評価や治療を

もとめて他科への紹介

特に幼児期の心理・発達テストなどの実施には熟練した臨床心理士が必要であるが，院内には不在であり，診断確定後の社会福祉資源の活用にあたってのケースワーク機能を含めて，専門機関に紹介することができる。

5. 考察

以下にこのような形で，小児科クリニックにおいて精神科医として臨床をおこなうことの利点および問題点について考察してみたい。

1) 利点

1. 何よりもまず、隣の部屋で小児科に受診したついでに受診、また、兄弟、家族の相談に來たついでに受診という、敷居の低さがある。また、小児科医に比べて比較的時間的ゆとりがあり、より多くの時間話を聞く事が可能である。
2. 早期から、サブクリニカルな段階で予防的かわかりができる。
3. 小児科医へ身体管理面でのコンサルトがしやすい。とくに摂食障害などの場合の身体管理、栄養指導、運動制限など、身近で具体的な支援が受けられる。
4. 生育歴や家族歴、母子関係などの情報が得やすい。幼児期から縦断的に母子と接している「かかりつけ医」小児科医からの細かな情報がえられやすい。
5. 精神力動的な介入の方法論を精神科医は持っているため、一時的な依存欲求の充足やほげまし、支持にとどまらない、もっと無意識的なレベルの問題を想定した精神療法的なかかわりが可能である。
6. 心療内科へ紹介される時点で、小児科医から「こころの問題やストレス」の存在を指摘されており、それに対しての相談をする意図をもって、つまりはじめから心の話をしようと「覚悟」して受診しているので、小児科医受診の時と話の内容が異なり、内省的な傾向が強いといえる。
7. 病態水準の重い患者の早期発見と、より早期に専門的機関につなぐことが可能である。
また行動上の問題が顕著で知的障害がない子どもの場合、ともすると「しつけの悪い子」として片付けられがちであるが、そのような子どもたちのなかには軽度発達障害を持っている場合があり、早期に発見し専門機関が介入することによって、二次的情緒障害の発生を最小限に食い止められる

可能性がある。

8. 中断または相談のみの受診が大多数ではあるが、ほとんどが院内小児科医からの紹介であるため、そちらのほうには継続して、または断続的に受診していることが多いので、その意味では緩やかなフォローが継続されているとも考えられる。

2) 問題点および今後の課題

1. 調査対象のクリニックには臨床心理士がいないため、発達テストなど精密な心理査定が実施できない。
2. 人的、時間的制約から細やかなケースワークや、療育的かわり・指導ができない。児童相談所など専門機関につなぐのが精一杯である。
3. 非常勤勤務のため対応できる時間枠・人数が限られている。
4. 急な症状悪化などへの対応が限定されるため、抱えられる病態水準に限界がある。
たとえば、自殺企図などの行動化がある、衝動性が高い、暴力的な患者などは専門機関に任したほうが適当と考える。その理由としては、小児科または心療内科クリニックに通常設置してある向精神病薬の種類には限りがあり、またケースワークや、家族療法や、他の機関との連携などにも限界があり、非常勤のため急な診療要請に答えられないことなどがあげられる。
5. 家族まるがかえになる危険性がある。
治療者が別々であるほうがいい兄弟・姉妹でのケースでも、一人だけを他機関に紹介するというのは実際上難しいことが多い。
6. 小児科医との治療的スタンスの違い。
親身になってなるべく患者のニーズにこたえようとする小児科医と、患者を過度に依存的、退行的にしないために一定の距離をとって気長に待つ精神科医のスタンスの

違いが、患者側の転移、受診態度に反映されることもある。

7. 患者側の受診・治療動機の低さから治療中断が多い。
8. 医療経済的な問題がある。つまり今回のクリニックでは、精神科の標榜がなく通院精神療法などのコストがとれないため、不採算部門となる。
9. 児童精神科専門機関が少ない。本格的な治療や精神療法希望の場合、コンサルト先が少ない。そのため、たとえ紹介先をみつけても、紹介先の予約待ちが長く、初診までに最大2年待ちということも現実であり、必要ときに専門的援助が受けにくい。

いずれにしても、今回の臨床研究のように、こころの問題の存在を見極めるプライマリケア医・小児科医の確かな目と、ともすれば敬遠されがちなこころの相談を勧める医師側の真摯な態度が不可欠であることは言うまでもないことである。

6. まとめ

現代医療においては専門領域が細分化され、またプライマリケアを担当する医師と、高度に専門化された医師に二極化されてきている。子どもの心のケアの領域では、さまざまな理由から専門医の育成が著しく立ち遅れてきた⁴⁾。そのような状況のなかで、従来、子どもの医療現場ではさまざまな連携の試みがなされてきた^{5), 6)}。また、「子どものこころ相談医」制度の発足（文部省、1998）や、「子どもの心の診療に携わる専門の医師の養成に関する検討会」⁷⁾（厚生労働省、2005）、を立ち上げて遅ればせながら国レベルにおいても児童精神科領域の専門医の育成に着手しようとしている。長期的視野にたってそのような取り組みをすることは重要なことであるが、人材が育成され体制が整備されるまでただ手をこまねているわけ

にはいかない。

今回の臨床研究のように、小児科医療の現場に精神科医が出かけて連携をすることも一方であるが、これとてもさまざまな困難をのりこえて実践してきた小児科医の慧眼があつてのことである。最近では、臨床心理士を常駐させている小児科クリニック⁸⁾や、医療保育士を導入している小児科病院^{9), 10), 11)}など、コメディカルスタッフを中心に子どものこころへの早期介入が図られるようになってきた。幼児期早期から家族以外の人間として密接に子どもに関わる立場にある保育士、幼稚園教諭などがこころの問題を発見する感受性を高めるためのさらなる教育も必要であろう。医療経済面への注目度が高まり、医療の動向にも大きな影響を与えているなか、今回の研究に限らず、こころの問題の領域で早期介入したことのメリットをエビデンスをあげて示すことは困難なことである。しかし、今後ますます増え続けるであろうこころの問題の予防のためには、早期の介入をばむさまざまな問題をハードとソフトの両面で解決していくことが不可避な課題ではないかと考える。

本稿の構成にあたっては小土井、福田：「精神科医と小児科医の連携の一つの試み」外来小児科 vol. 9 No. 1 (2006) を一部参照した。

また、このような貴重な臨床、研究の場を与えてくださった福田優子先生に感謝の意をささげたい。

参 考 文 献

- 1) American Psychiatric Association. Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-IV-TR 2000 (アメリカ精神医学会：精神疾患の分類と診断の手引：日本語版、東京：医学書院、2002)
- 2) 小土井直美、福田優子：精神科医と小児科医の連携の一つの試み；「外来小児科」9 (1) 51-53, 2006
- 3) 金生由紀子：各種の関連機関との連携・児童精神科、精神科：子どもの心の健康問題ハンドブック；40-44：子ども家庭総合研究事業「小児心身症対策

- の推進に関する研究班編, 2002
- 4) 中井歩, 小土井直美, 徳永正直, 瀬々倉玉奈: 子育て支援の諸相 (4) 子育て支援・子育て支援に関わる専門領域の協働をめぐる論考: 大阪樟蔭女子大学人間科学研究紀要第5号: 187-201, 2006
- 5) 原田謙: 「子どものこころ診療部」の創設: 精神科治療学 18 (10); 1219-1220, 2003
- 6) 北山真次, 松尾雅文: 神戸大学医学部附属病院の「親と子の心療部」: 精神科治療学 18 (10); 1223, 2003
- 7) 厚生労働省: 「子どもの心の診療に携わる専門の医師の養成に関する検討会」議事録 (第1回-第9回) および平成17年度報告書について: 2005
- URL:<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/06/txt/s0316-2.txt> 他
- 8) 新津直樹, 川辺修作: 小児科実地医療の子育て支援の実際—とくに心のケアについて—. 小児科: 45 (3): 329-335, 2004
- 9) 三谷奈々, 渡辺仁美, 唐木麻悠子, 坂本留美, 池辺友紀, 澄川葵: 藤本小児病院における保育士の活動: 小児看護 24 (12): 1710-1716, 2001
- 10) 松尾広美, 帆足正子, 岡田ちえみ, 平井理恵, 藤本保: 入院児のストレス解消を図る保育の実践: 小児の精神と神経 37 (1): 47-53, 1997
- 11) 帆足英一: 病棟保育の現状と課題: 子ども白書 2005: 126, 草土文化, 2005

The Necessity of Early Intervention in the Troubles of Children's Mind

Osaka Shoin Women's University
Naomi KODOI

ABSTRACT

There is a more obvious correlation between body and mind in children than in adults. The author, a psychiatrist, examined 133 patients who visited the psycho-somatic clinic of a children's clinic over a four-year period. The result shows that not less than 23.3% of the patients needed professional psychological care. Further investigation was made on the advantages and disadvantages when a psychiatrist gives counsel to those children in this situation and the associated problems were also discussed. This study concludes that such patients do need more opportunity to consult children's mental health care specialists without delay. Constructing inclusive support systems and training specialists will make some important contributions to preventing children's mental disorders that carries over to adolescence.

Key words: Correlation between body and mind, Psycho-somatic clinic, Early intervention, Collaboration between psychiatrist and pediatrician, Training system for specialist