

第2章 神経症・緘黙症・精神病・脳の器質的障害について

I. 障害特性等について

1) 神経症

神経症は、これまでに様々な定義や意味付けが提唱されてきたが、現在までの一般的な見方としては、その発症原因は心理的な葛藤やストレスが一次的なものであり、慢性化することはあるものの基本的には回復可能な精神障害の一群、とされてきている。しかし、近年の研究の進展から、必ずしも病因を精神力動的な原因に限定できない可能性も示唆されており、操作的診断基準はこのことも考慮して作成されている。全般的には神経症は思春期以降に発症することが多いが、幼児期や小児期に発症する神経症や、幼児期もしくは小児期に発症することが少なくない神経症もある。

A. 操作的診断基準による神経症

操作的診断基準である DSM-IV からみると、広義の神経症に属する診断カテゴリーは、不安障害、身体表現性障害、解離性障害、摂食障害（の一部）、適応障害が概ね該当すると考えられる。

また「通常、幼児期、小児期、または青年期に初めて診断される障害」の中にも分離不安障害や幼児期または小児期早期の反応性愛着障害等の神経症と考えられているものがある。選択性緘黙も、通常は発症機序等から神経症の範囲内に入ると考えられている。

神経症もしくは神経症的と考えられる DSM-IV における診断カテゴリーを以下に示す。

通常、幼児期、小児期または青年期に初めて診断される障害

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

幼児期または小児期早期の反応性愛着障害

不安障害

広場恐怖を伴わないパニック障害

広場恐怖を伴うパニック障害

特定の恐怖症

社会恐怖

強迫性障害
外傷後ストレス障害
急性ストレス障害
全般性不安障害
... [一般身体疾患を示すこと] による不安障害
物質誘発性不安障害
特定不能の不安障害

身体表現性障害
身体化障害
鑑別不能型身体表現性障害
転換性障害
疼痛性障害
心気症
身体醜形障害
特定不能の身体表現性障害

解離性障害
解離性健忘
解離性とん走
解離性同一性障害
離人症性障害
特定不能の解離性障害

摂食障害
神経性無食欲症
神経性大食症

適応障害
身体疾患に影響を与えている心理的要因

以下に神経症に属すると考えられている精神障害を、上記の DSM-IV の診断カテゴリーに沿って、また幼児期・小児期・青年期に関連の深いものに重点をおいて、それぞれについて説明をする。

1. 通常、幼児期、小児期、または青年期に初めて診断される障害

DSM-III-R では「通常、幼児期、小児期、または青年期に初めて診断される障害」

の中に含まれる神経症もしくは神経症的な障害として、「分離不安障害」「幼児期または小児期早期の反応性愛着障害」の他に、「過剰不安障害」と「小児期または青年期の回避性障害」があった。DSM-IV では、「過剰不安障害」は成人と同一の診断カテゴリーになり、「不安障害」の下位カテゴリーである「全般性不安障害」となった。「小児期または青年期の回避性障害」は、「回避性人格障害」等の他の診断カテゴリーの中に分散された。この結果 DSM-IV では、「分離不安障害」と「幼児期または小児期早期の反応性愛着障害」が、幼児期、少年期および青年期に発症する障害のカテゴリーの中における神経症圏に属する診断カテゴリーとなった。

a. 分離不安障害

子どもが保護者などの依存対象から離れることに不安を覚えることは自然なことで、ほとんどの子どもにみられる。しかし、それは一般に一過性で比較的軽度であり、分離不安障害と診断されるのは、その程度が非常に強く行動や生活に障害を来すような場合である。

分離不安障害は、診断基準では 18 歳以前の発症とされているが、青年期よりも年少児に多く見られ、7～8 歳に多くみられるとされている。発症率に特に男女差はなく、発生率は学齢期全体の 3～4%、青年期の 1%と推測されている。

病因は、心理社会的なものが一次的と考えられており、親子分離の過程がうまくいかずに、分離に対する不安が増強されてしまった場合などがある。親に対する怒りの感情の否認から、その感情を外部環境の対象に置き換え、外部環境を強い脅威の対象としてとらえてしまう、という心理的な機序によって起きることもある。また、自分自身に危害が加わることや親が危険な目に会うことへの恐怖が常に心をとらえ、子どもは親許でしか安全と安心が得られない、という機序による場合もある。

親に恐怖や不安が強いと、モデリングによって子どもが新しい状況に強い不安を持つようになり、例えば就学時に学校環境に強い不安を抱いて不登校になることがある。また、一部の親は予期される危険に対して過保護になったり、危険を誇張することで、子どもを不安になるように教育している場合がある。

基本的に分離不安障害の原因は心理的な機序によるものであるが、家族研究などによって遺伝的な基盤が存在する可能性も示唆されている。

症状としては、親または養育者のような、子どもが愛着をもっていて子どもにとって重要な人物を失う、あるいはその人に危険がふりかかるかもしれないという持続的で過剰な心配等、DSM-IV の診断基準にあるようなものである。その特徴は、親や家庭、その他慣れ親しんだ環境からの分離に対する過剰な不安であり、この不安は恐怖やパ

ニックに達することもある。このような症状と関連して、不登校や家から外に出ない「ひきこもり」の傾向がみられることがある。

309.21 分離不安障害の診断基準 (DSM-IV)

A. 家庭または愛着をもっている人からの分離に対する、発達的に不適切で、過剰な不安で、以下の項目のうち3つ（またはそれ以上）が証拠として存在する。

- (1) 家庭または愛着ともっている重要人物からの分離が起こる、または予測される場合の反復的で過剰な苦痛。
- (2) 愛着をもっている重要人物を失う、またはその人に危険がふりかかるかもしれないという持続的で過剰な不安。
- (3) 厄介なできごとによって、愛着をもっている重要人物から引き離されるのではないかと持続的で過剰な心配（例えば、迷子になる、誘拐される）。
- (4) 分離に対する恐怖のために、学校やその他の場所へ行くことについての持続的な抵抗または拒否。
- (5) 一人で、または愛着をもっている重要人物が居ないで家に居ること、またはその他の状況で頼りにしている大人がいないこと、に対する持続的で過剰な恐怖または抵抗。
- (6) 愛着をもっている重要人物がそばにいないで寝たり、家を離れて寝ることに対する持続的な抵抗または拒否。
- (7) 分離を主題とした悪夢の繰り返し。
- (8) 愛着をもっている重要人物から引き離される、または分離が起こる、または予測される場合の、反復する身体症状の訴え（例えば、頭痛、腹痛、嘔気、または嘔吐）。

B. この障害の持続期間はすくなくとも4週間。

C. 発症は18歳以前。

D. この障害は臨床的に明らかな苦痛または社会的、学業的（職業的）、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。

E. この障害は広汎性発達障害、統合失調症、またはその他の精神病性障害の経過中のみ起こるものではなく、青年期および成人期においては、広場恐怖を伴うパニック障害ではうまく説明できない。

*該当すれば特定せよ：

早発性 6歳未満の発症の場合。

青年期の場合には、親や家から離れることへの不安を他者に直接的には表現できにくくなるので、家から離れての単独行動に不快を示したり、買い物やレクリエーション活動に参加する等の際にして保護者の同伴を強く要求する等の行動パターンとして表れる。

しばしば睡眠障害がみられるが、それは寝入るまで誰かがそばについていないと眠れないことが多いことによる。子どもはよく両親のベッドへ行き、寝室に入れなかった時にはその入り口の所で眠ることさえある。不安が悪夢として表れることもある。

分離不安障害の経過と予後は多様であり、発症年齢、症状の持続時間、合併しやすい病性障害の予後等に左右される。分離不安障害による困難を抱えながらも登校を継続できる年少児は、長期間不登校がみられた同障害の青年より予後が良好であることが多い。

治療にあたっては、個人精神療法、家族療法、家族教育、薬物療法を適宜組み合わせる必要がある。子どもにとっての重要人物がいなくても、子どもが安心感を持てるように認知療法を行ったり、不安の対象に少しずつ段階的に慣れさせていく心理的な脱感作療法も有効なことがある。不登校がある場合には、本人はもとより、保護者や学校と共に包括的な治療計画を立てて対応することが望ましい。薬物療法としては、三環系抗うつ剤や四環系抗うつ剤、SSRI 等の抗うつ剤が効果をあげることがしばしばある。

b. 幼児期または小児期早期の反応性愛着障害

幼児期または小児期早期の反応性愛着障害は、対人的相互作用と関係性の障害であり、それが、子どもの身体的・情動的な基本的欲求の無視、あるいは養育者の度重なる交代、養育者との適切なきずなの形成の阻害など、極めて不適切な養育に基づいて起きてくるものである。

この障害の発症率については十分に明らかになっていない。不適切な養育環境・状況にあった子どもの全てが幼児期または小児期早期の反応性愛着障害を発症するわけではなく、38～40%が本障害を発症していたとする報告がある。不適切な養育環境・状況は、神経症や境界性人格障害等の発症とも関連があるとする報告があり、発達の過程で精神障害を発症する可能性が高いと推定されている。

病因は、本障害の診断基準にもあるように、一次的なものとしては劣悪な養育環境・状況にあるとされている。すなわち、保護者が幼児や年少児の基本的で重要な身体的・精神的な欲求を無視したり適切に応えなかったことが本障害の発症に関連している。一方で、幼児・年少児の気性や発達障害があること、感覚障害があることが関

係している場合のある場合には、保護者の養育態度がそれほど不適切とはいえない場合でも本障害の発症がありうることに留意される必要がある。さらに臨床的には、保護者に知的障害やその他の精神障害がある場合、また保護者の個人的な生育史上の理由で養育行為に関する知識や技能、責任感等を獲得する機会が不足していると、子どもの基本的で重要な身体的・精神的な欲求を無視してしまう可能性が高いことについても十分に考慮する必要がある。施設への収容や長期入院の繰り返しなども本障害の発症に関連する場合がある。

313.89 幼児期または小児期早期の反応性愛着障害の診断基準 (DSM-IV)

A. 5歳以前に始まり、ほとんどの状況において著しく障害され十分に発達していない対人関係で、以下の(1)または(2)によって示される：

(1) 対人的相互作用のほとんどで、発達的に適切な形で開始されたり反応したりできないことが持続しており、それは過度に抑制された、非常に警戒した、または非常に両面的で矛盾した反応という形で明かになる（例えば、子どもは世話人に対して接近、回避および気楽にされることへの抵抗の混合で反応する。または固く緊張した警戒を示すかもしれない。

(2) 拡散した愛着で、それは適切に選択的な愛着を示す能力の著しい欠如（例えば、余りよく知らない人に対しての過度のなれなれしさ、または愛着の対象人物選びにおける選択力の欠如）を伴う無分別な社交性という形で明かになる。

B. 基準 A の障害は発達の遅れ（精神遅滞のような）のみではうまく説明されず、広汎性発達障害の診断基準も満たさない。

C. 以下の少なくとも1つによって示される病的な養育：

(1) 安楽、刺激および愛着に対する子どもの基本的な情緒的欲求の持続的無視。

(2) 子どもの基本的な身体的欲求の無視。

(3) 第一次世話人が繰り返し変わることによる、安定した愛着形成の阻害（例えば、養父母が頻繁に変わることを）。

D. 基準 C にあげた養育が基準 A にあげた行動障害の原因であるとみなされる（例えば、基準 A にあげた障害が基準 C にあげた病的な養育に続いて始まった）。

*病型を特定すること

抑制型 基準 A(1)が臨床像で優勢な場合

症状は、DSM-IV によると2つの型があるとされているが、両者の症状がある程度混在している場合も少なくないと報告されている。5歳以前に始まり、(1)ほとんどの対人的相互作用において、発達的にみて適切な形でそれを開始したり、反応できないことが持続しており、過度に抑制されているか非常に警戒的または両価的な反応によって明かになる、(2)よく知らない人に対する無分別ななれなれしさの表現と拡散した愛着、の少なくとも1つが明確にみられる。

幼児期または小児期早期の反応性愛着障害のある幼児の臨床像としては、周囲に無関心にみえ、無表情であることが多いが、これは内面の無感情や精神的な自発活動が乏しいことの反映である。そして、喜びがなく悲しそうで、悲愴にみえることさえある。いつもおびえていて、何かを警戒するように眼を左右に動かして周囲を見回す子どももいる。保護的な大人に対してさえ反応が低下していることもある。また、入院による分離等、通常ならいやがって抵抗したり、むずがったりするような場合でも、何の反応もなく無関心にみえることが少なくない。しばしば母親も無関心にみえることがある。しばしば同時に鈍感さがみられ、この障害のない子どもなら驚いたり身を引いたりするような物事に対して、反応がなかったり遅延することがある。強い不安の表れの一つの形として、いつも落ち着かず、多動・多弁であったり、誰彼なく接近していくことがみられる場合もある。この場合でも対人的接近の在り方は不器用で不自然さが伴うことがあり、安定し継続的な対人関係を維持することには困難があることが多い。

また、この障害のある子どもには身体的な面でも特徴がみられることが少なくない。しばしば筋緊張が低下しており、栄養状態が悪いことが多く、腹部膨満がみられることも少なくない。体重はしばしば年齢における2標準偏差以下であり、身長に相応した体重をはるかに下回ることが多い。

心理社会小人症（愛情遮断性小人症と同義）といわれる、心理社会的に抑制された症状を呈する子どももいる。このような子どもにおいては、低身長がしばしばみられ、その症状の出現時期は2-3歳のことが多い。典型例では年齢に比して異常に低身長で、しばしば成長ホルモンの異常がみられる。そして重度の行動障害を伴うことが多い。このような子どもを、家庭から離して適当な居場所に移すだけで、身体的、精神的治療を行わなくとも症状が消退することも少なくない。

2-3歳以前に、愛着を形成する機会が欠如していたり不適切だった場合、他者の感情や気持ち等に対して極めて共感性が乏しく、人の悲しみや苦痛等にほとんど何も感じないようになる場合があるとされている。このような子どもは他者との持続的関係を形成できないだけでなく、時に、罪悪感をもてないことや規律に従う意志ももてな

いことがあり、行為障害の併発につながることもある。

治療にあたっては、精神面の症状と身体面の症状の両面を把握すると共に、子どものおかれた状況を的確に判断し、入院治療など子どもの養育環境の適正化を含む総合的な対応を考える必要がある。子どもを配慮の行き届いた適切な環境に移すことだけでも、精神面の症状と身体面の症状の両者が改善する可能性がある。このような処遇面での対応に加えて、個人精神療法、家族療法を含む家族支援、症状に対応した薬物療法を総合的に行うことが重要である。

c. 不安障害

不安という感覚は、誰でも経験するものであり、漠然とした不快な感覚である。人によっては、しばしば頭痛、発汗、動悸、胸部圧迫感などの自律神経症状を伴うことがあり、また、不安になると長時間じっとしていたり座っていたりすることが困難になりがちで、落ち着かない感じになることも少なくない。しかし、多くの場合、短時間の一過性の現象であり、通常の生活に大きな影響を及ぼすことはない。

通常は、ストレスと感じられることがあったり、相反する欲求のぶつかり合いやある欲求とそれを抑制すべきであるとする理性とのぶつかり合いによる葛藤が生じても、それらに対処できたり対処できる見込みを持てたり、もしくは心理的防衛機制といわれる合理化の過程等によって、持続的で過剰な不安を持つような状況避けるような精神機能が働く。

不安障害が発症するのは、このようなストレスや葛藤に対処する精神機能が十分に機能しえない場合である。すなわち、ある人が、その人にとって対処の見込みの立たないような強いストレス下におかれたり、対処が不可能に思われる状況下におかれたような場合である。またストレスや葛藤への対処能力は、知的水準や精神機能の柔軟性等により一人ひとり異なり、同じ人でもその時々状態によっても異なるので、このような内的条件と外的条件の総合的な結果として不安障害が起きてくることを考慮する必要がある。

DSM-IV の「不安障害」という診断カテゴリーには、広場恐怖を伴わないパニック障害、広場恐怖を伴うパニック障害、パニック障害の既往のない広場恐怖、特定の恐怖症、社会恐怖、強迫性障害、外傷後ストレス障害、急性ストレス障害、全般性不安障害、一般身体疾患による不安障害、物質誘発性不安障害、特定不能の不安障害、パニック発作、および広場恐怖という下位の診断カテゴリーが含まれている。この中のパニック発作と広場恐怖は、それ自体にはコード番号が付けられておらず、他の診断カテゴリーによって診断した上で、これらを付加的に診断することとなっている。

一般的にみると、不安障害の多くは、小児期以前に発症する場合よりも、思春期以降に発症する場合の方が多い。また、小児期以前に発症した場合には定型的な症状を呈しないことが少なくない。しかし、外傷後ストレス障害や全般性不安障害は小児期に発症することも多く、特定の恐怖症においても恐怖の対象によっては小児期における発症が多い。その他の不安障害も小児期に発症した場合には、未発達な自我と自我意識の中で治療することは、成人とは異なった困難を伴うことが多く、予後にも大きな影響を与えるので、早期からの適切な対応が特に重要となる。

不安障害の治療については、個々の事例の特性による面も少なくないが、全般に共通している面がある。多くの場合、認知行動療法を中心とした個別精神療法と、薬物療法が併用され、環境調整等も行われる。薬物療法には穏和精神安定剤や抗うつ剤が用いられて、かなりの有効性が示されている。

パニック発作

パニック発作は、いくつかの異なった不安障害の経過中におこることから、パニック発作についての記載と基準は、他の不安障害に属する診断カテゴリーの基準とは独立して取り上げられている。

DSM-IV の診断基準によれば、パニック発作は 13 の身体症状または認知症状のうち少なくとも 4 つを伴う、はっきりと他と区別される強い恐怖または不快感の期間の存在であり、この期間が発作と呼ばれる。発作は突然起こり、急速に（通常は 10 分以内に）頂点に達し、しばしば、危険が切迫しているまたは破滅が迫っているという感覚と、今すぐ逃げたいという気持ちを伴っている。発作の持続時間は通常は数十分であるが、もっと長い時間続くこともある。パニック発作の診断基準にある身体症状または認知症状が 4 つ以上にならないが、他の基準を全て満たす場合には、症状限定性発作と呼ばれる。

診断基準にあげられている身体症状または認知症状は、(1) 動悸、心悸亢進、または心拍数の増加、(2) 発汗、(3) 身震いまたは震え、(4) 息切れ感または息苦しさ、(5) 窒息感、(6) 胸痛または胸部不快感、(7) 嘔気または腹部の不快感、(8) めまい感、ふらつく感じ、頭が軽くなる感じ、または気が遠くなる感じ、(9) 現実感消失（現実でない感じ）または離人症状（自分自身から離れている）、(10) コントロールを失うことに対する、または気が狂うことに対する恐怖、(11) 死ぬことに対する恐怖、(12) 異常感覚（感覚麻痺またはうずき感）、(13) 冷感または熱感、の 13 項目である。

パニック発作は、発作の開始と状況的誘発因子の有無との間の関係により、3 つの特徴的な型に分けられている。1 つは、パニック発作の始まりが状況的誘発因子と関

係していない、予期しない（きっかけのない）パニック発作である。2つめは、パニック発作が、状況のきっかけまたは誘発因子にさらされた直後か、またはそれを予期した時に起きてくる、状況依存性のパニック発作である。3つめは、状況のきっかけまたは誘発因子にさらされた際に起こることが多いものの、必ずしもきっかけと関連してはおらず、きっかけにさらされた直後に必ず起こるというわけでもない、状況準備性パニック発作である。

広場恐怖

広場恐怖は、パニック発作と同様に、いくつかの異なった不安障害の経過中におこることから、広場恐怖についての記載と基準は、他の不安障害に属する診断カテゴリーの基準とは独立して取り上げられている。

DSM-IV では、広場恐怖は、広場恐怖を伴うパニック障害およびパニック障害の既往歴のない広場恐怖の経過中に生じることから、広場恐怖の記載および基準はこの項で独立して取り上げてある。広場恐怖の基本的な特徴は、逃げるのが困難であるかもしれない（または恥ずかしくなってしまうかもしれない）場所または状況、またはパニック発作またはパニック様症状（例：突然のめまい発作が起きるのではないか、または突然発作的に下痢をしてしまうのではないかという恐怖）が生じた場合に助けを得ることができないかもしれない場所または状況にいることについての不安である（基準 A）。その不安のために、典型的には家の外で独りになる、家で独りになる、人混みの中に入る、自動車、バス、または飛行機で旅行する、橋を渡る、またはエレベーターに乗るといった様々な状況に対する広範な回避がみられる。人によっては、そうした恐怖状況に身をさらすことはできても、かなり強い恐怖を体験しながらそれを耐え忍んでいる者もいる（基準 B）。そうした状況を回避するために、仕事に出かけたり家庭の責任を果たしたりする（例：食料品を買いに行く、子どもを医者に連れていく）その人の能力が障害されることがある。不安性または恐怖症性の回避は、他の精神疾患ではうまく説明できない（基準 C）。広場恐怖と社会恐怖および特定の恐怖症、また重篤な分離不安障害との鑑別診断は、特定の状況への回避行動がこれらの状態すべてに共通した特徴として認められるために困難になるかもしれない。

パニック障害

DSM-IV によると、広場恐怖を伴わないパニック障害は、予期しないパニック発作が反復すること、およびそれを持続的に心配することを特徴とするものである。これは、広場恐怖を伴うパニック障害と広場恐怖を伴わないパニック障害の2つに分けられて

いる。パニック障害は一般に青年期後期以降に発症することが多く、小児期に発症することは少ない。

広場恐怖を伴うパニック障害は、この反復性を予期できないパニック発作、および広場恐怖の両方で特徴付けられている。

広場恐怖を伴わないパニック障害は、予期しないパニック発作が反復することと、それに続いて、少なくとも1ヵ月の間、次のパニック発作が起きるのではないかという心配が持続すること、パニック発作の潜在的意味または結果についての心配、または発作と関連した著明な行動変化である（基準 A）。パニック発作は物質の直接的な生理学的作用（例：カフェイン中毒）または一般身体疾患（甲状腺機能亢進症）の直接的な生理学的作用によるものではない（基準 C）。さらに、パニック発作は他の精神疾患（例：特定の恐怖症または社会恐怖、強迫性障害、外傷後ストレス障害、分離不安障害）によってはうまく説明されない（基準 D）。広場恐怖の基準を満たすかどうかによって、広場恐怖を伴うパニック障害、または広場恐怖を伴わないパニック障害と診断される（基準 B）。

診断のためには、予期しないパニック発作が少なくとも2回存在している必要があるが、ほとんどの人はかなり多くの発作を体験している。パニック障害のある人はまた、状況準備性パニック発作をしばしば起こす（すなわち、これらの状況的誘発因子に暴露されて起こることが多いが、必ずしもそれに随伴するものではない）。状況依存性の発作も起こりうるが、多くはない。

パニック発作の頻度と重症度にはかなり幅がある。例えばある人では、中等度の頻度（例：週1回）の発作が何ヵ月にもわたって規則的に起きる。また別の人では、短い期間、頻回に発作が起こる時期と（例：1週間の間毎日）、発作のない時期または発作の頻度が多くない時期（例：毎月2回）が数週間または数ヵ月続く時期とがある。症状限定性発作は、パニック障害を持つ人に非常によくみられる。完全なパニック発作と症状限定性発作の区別はいくぶん恣意的であるが、完全なパニック発作の方が症状が重い。

パニック障害のある人は、パニック発作の意味または結果について心配したり理由付けをしたりしている点が特徴的である。発作が、まだ診断のついていない致命的な病気（例：心臓疾患、けいれん性疾患）が存在していることを示しているのではないかと怯えている患者もいる。この他、パニック発作が、自分か気が狂ってしまうこと、気持ちの統制を失うこと、または情緒的に弱点があることを示していると考えて恐怖を感じる者もある。反復性のパニック発作を体験している人の中には、その発作に反応して行動を大きくかえる（例：仕事を辞める）が、自分が、発作がまた起きるので

はないかという恐怖を持っていることや、パニック発作の結果について心配しているということを否定する者もいる。次の発作を心配したり、またはその発作の意味について心配したりする結果、広場恐怖の基準を満たす可能性のある回避行動が現れてくることがよくある。そうした症例は、広場恐怖を伴うパニック障害と診断される。

パニック障害のある人が大うつ病性障害になることは多い（50～60%）。両方の障害を持つ者の3分の1では、うつがパニック障害の発症に先行して起こっている。残りの3分の2では、うつがパニック障害の発症と同時に、またはその後起こっている。小児期の分離不安障害も本障害と合併する。

有病率については、世界中の疫学的調査では一貫して、パニック障害の生涯有病率が1.5%ないし3.5%であることを示している。1年有病率は1%から2%である。

パニック障害の発症年齢にはかなりのばらつきがあるが、最も典型的なものは青年期後期から30代半ばの間である。小児期に始まる症例も少数存在する。

経過は様々である。予後については、ある第3次医療機関で治療を受けた患者の自然史追跡調査からは（そこでは、予後のよくない集団が選ばれている可能性があるが）、治療を受けて6年から10年後にそれらの約30%は健康であり、40～50%は改善はしていても症状が残っており、残りの20～30%は同じような、または若干悪い症状を呈していることが示されている。

広場恐怖を伴わないパニック障害の診断基準

A. (1)と(2)の両方を満たす。

(1) 予期しないパニック発作が繰り返し起こる。

(2) 少なくとも1回の発作の後1ヵ月間（またはそれ以上）、以下の1つ（またはそれ以上）が続いていたこと。

(a) もっと発作が起こるのではないかという心配の継続。

(b) 発作またはその結果が持つ意味（例：コントロールを失う、心臓発作を起す、間違いになる）についての心配。

(c) 発作と関連した行動の大きな変化。

B. 広場恐怖が存在しない。

C. パニック発作は、物質（例：乱用薬物、投薬）または身体疾患（例：甲状腺機能亢進症）の直接的な生理学的作用によるものではない。

D. パニック発作は、以下のような他の精神疾患ではうまく説明されない。例えば、社会恐怖（例：恐れている社会的状況に暴露されて生じる）、特定の恐怖症（例：特定の恐怖状況に暴露されて）、強迫性障害（例：汚染に対する強迫的観念のある人が、ごみに暴露されて）、外傷後ストレス障害（例：強いストレス因子と関連した刺激に

反応して)、または分離不安障害 (例: 家を離れたり、または身近の家族から離れたりしたとき)。

広場恐怖を伴うパニック障害の診断基準

A. (1)と(2)の両方を満たす。

(3) 予期しないパニック発作が繰り返し起こる。

(4) 少なくとも1回の発作の後1ヵ月間 (またはそれ以上)、以下の1つ (またはそれ以上) が続いていたこと。

(a) もっと発作が起こるのではないかという心配の継続。

(b) 発作またはその結果が持つ意味 (例: コントロールを失う、心臓発作を起す、間違いになる) についての心配。

(c) 発作と関連した行動の大きな変化。

B. 広場恐怖が存在している。

C. パニック発作は、物質 (例: 乱用薬物、投薬) または身体疾患 (例: 甲状腺機能亢進症) の直接的な生理学的作用によるものではない。

D. パニック発作は、以下のような他の精神疾患ではうまく説明されない。例えば、社会恐怖 (例: 恐れている社会的状況に暴露されて生じる)、特定の恐怖症 (例: 特定の恐怖状況に暴露されて)、強迫性障害 (例: 汚染に対する強迫的観念のある人が、ごみに暴露されて)、外傷後ストレス障害 (例: 強いストレス因子と関連した刺激に反応して)、または分離不安障害 (例: 家を離れたり、または身近の家族から離れたりした時)。

特定の恐怖症 (以前は単一恐怖)

特定の恐怖症は、特定の恐怖対象または状況へ直面することによって引き起こされ、極めて強い不安を感じることを特徴とした障害で、不安を避けるためにしばしば回避行動が生じる。下の見える高いところに居ることへの恐怖 (高所恐怖) や飛行機に乗ることへの恐怖等は、一般にもしばしばみられえるものであるが、通常はそのような状況を回避することが生活機能に大きな影響を及ぼさないで可能であるか、強い回避行動を起こさなくてもすむ程度の恐怖であることが多い。不安の強さや回避行動が生活機能に大きな影響を及ぼす場合には、特定の恐怖症と診断される。

DSM-IV の診断基準によれば、特定の恐怖症の基本的特徴は以下になる。すなわち、はっきり他と区別して認識される、限定された対象または状況に対する著明で持続的な恐怖であり (基準 A)。恐怖刺激への暴露により、ほとんどの場合、即時的な不安反応が誘発される (基準 B)。この反応は、状況依存性または状況誘発性のパニッ

ク発作の形をとることがあり、この障害を持つ青年および成人は、その恐怖が過剰であること、または不合理であることを認識しているが（基準 C）、子どもの場合は認識していないこともある。恐怖刺激は回避されている場合がほとんどであるが、強い恐怖を感じながら耐え忍ばれていることもある（基準 D）。この診断が適切なのは、回避、恐怖、または恐怖刺激に出会うことに対する不安を伴う予期のために、その人の毎日の生活、職業上の機能、または社会活動が著しく障害されている場合、または恐怖症のためにその人が著しい苦痛を感じている場合のみである（基準 E）。18 歳以下の人の場合には、特定の恐怖症と診断されるまでに、少なくとも 6 ヶ月間症状が持続していなくてはならない（基準 F）。不安、パニック発作、または恐怖症性の回避は、他の精神疾患（例：強迫性障害、外傷後ストレス障害、分離不安障害、社会恐怖、広場恐怖を伴うパニック障害、またはパニック障害の既往歴のない広場恐怖）ではうまく説明されない（基準 G）。

また、DSM-IV では特定の恐怖症の恐怖または回避の対象を示すために病型を特定することができる（例：特定の恐怖症、動物型）。病型には以下のものがあげられている。

動物型

自然環境型

血液・注射・外傷型

状況型

その他の型

特定の恐怖症の有病率は、米国の報告では 1 年有病率が約 9 % とされ、生涯有病率は 10～11.3% とされている。男女比では、女性に多く男性の約 2 倍の有病率であるとされているが、恐怖の対象となる事物によって男女比が変わるとする報告がある。

病因は、個々の事例によって異なるが、様々な程度で遺伝的要因を含む生物学的要因と環境要因の両者が関与していると考えられている。

発症年齢は、恐怖の対象となる事物によって異なり、高所や雷等の自然環境、血液、注射、怪我等の場合には 5～9 歳と小児期における発症が多いとされている。

社会恐怖

社会恐怖は、ある種の社会的状況または何らかの行為を伴う状況への暴露によって引き起こされた臨床的に著しい不安を特徴とし、しばしば回避行動が生じる。

社会恐怖の基本的特徴は、恥ずかしい思いをするかもしれない社会的状況または行為状況に対する顕著で持続的な恐怖である（基準 A）。恐怖している社会的状況への暴露によって、ほとんど必ず不安反応が誘発される（基準 B）。この反応は、状況依存性、

または状況誘発性のパニック発作の形をとることがある。この障害を持つ青年や成人は、その恐怖が過剰であること、または不合理であることを認識しているが（基準 C）、子どもの場合はそうではないこともある。ほとんどの場合、その社会的状況または行為状況は回避されているが、時には恐怖を感じながら耐え忍ばれているということもある（基準 D）。この診断が適切なのは、回避、恐怖、またはその社会的状況または行為状況にぶつかることに対する予期不安のために、その人の毎日の生活、職業上の機能、または社会状況が著しく障害されている場合、または恐怖症があるためにその人が著しい苦痛を感じている場合のみである（基準 E）。18 歳未満の人の場合には、社会恐怖と診断されるまでに、少なくとも 6 ヶ月間症状が持続していなくてはならない（基準 F）。その恐怖または回避は、物質または一般身体疾患の直接的な生理学的作用によるものではなく、他の精神疾患（例：パニック障害、分離不安障害、身体醜形障害、広汎性発達障害、または分裂病質人格障害）ではうまく説明されない（基準 G）。他の精神疾患または一般身体疾患が存在している場合（例：吃音症、パーキンソン病、神経性無食欲症）、その恐怖または回避は、疾患の社会的影響に対する心配に限定されていない。

社会恐怖を持つ者は、恐れている社会的状況または行為状況では、恥ずかしい思いをすることを心配し、自分が不安を感じ、弱々しい、“気が狂っている”、またはばかであると他人に判断されることを恐れている。彼らは、自分の手や声が震えていることを他人が気付くのではないかと心配して、人前で話すのを恐ることがある。また、自分がはっきりした話し方ができないように見えるという恐怖のために、他人と会話をかわす時に非常に強い不安を感じることもある。社会恐怖を持つ者は、恐れている社会的状況では、ほとんどいつも不安症状（例：動悸、振戦、発汗、胃腸の不快感、下痢、緊張、紅潮、混乱）を経験している。

社会恐怖の病因には、遺伝的な要因が関与している可能性や神経伝達物質であるドーパミンやアドレナリンが関与している等、生物学的要因の関与の可能性が近年の研究から提唱されている。一方で、養育環境や状況の影響が関与していることも従来から指摘されており、おそらくは両者が関与している場合が多いと考えられている。

有病率についてみると、生涯有病率は 3～13%と報告されているが、6 ヶ月有病率は 2～3%とされている。社会恐怖とは診断されないが、人前で行動したり話したりすることに恐怖を感じている人は、社会恐怖と診断される人の数倍以上存在しているとの報告がある。

治療としては、精神療法と薬物療法のどちらか、もしくは両者が行われており、適切に行われればどれも有効性が認められている。一般にベンゾジアゼピン系薬剤など

の穏和精神安定剤は速効性があり、社会恐怖になりそうな状況が予期される直前の服用でも効果が認められる。また、このような薬剤の服用による恐怖の脱感作療法へとつなげることも可能である。精神療法として種々の集団療法が用いられ有効性が認められている。

外傷後ストレス障害

外傷後ストレス障害は、わが国では阪神・淡路大震災の時に関心を持たれるようになったが、震災による肉親の死に直面する等の極度に外傷的なストレス因子にさらされた体験に関連して発現する障害である。

DSM-IV によると、外傷後ストレス障害の基本的な特徴は、(1)実際にまたは危うく、死ぬまたは重傷を負うような出来事を、1度または数度、または自分または他人の身体の保全に迫る危険を、その人が体験し、目撃し、または直面した、(2)その人の反応は強い恐怖、無力感または戦慄に関するものである(子どもの場合はむしろまとまりのないまたは興奮した行動によって表現されることがある)、の両者が認められるような極端に外傷的なストレス因子にさらされたことがある(基準 A) ことである。さらに外傷的な出来事が、(1)出来事の反復的で侵入的で苦痛な想起で、心象や思考、知覚を含む(小さい子どもの場合、外傷の主題または側面を表現する遊びを繰り返すことがある)、(2)出来事についての反復的で苦痛な夢(子どもの場合、はっきりとした内容のない恐ろしい夢であることがある)、(3)外傷的な出来事が再び起こっているかのように行動したり、感じたりする(その体験を再体験する感覚、錯覚、幻視、および解離性フラッシュバックのエピソードを含む、また、覚醒時または中毒時に起こるものを含む)(小さい子どもの場合、外傷特異的な再演が行われることがある)、(4)外傷的な出来事の1つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけにさらされた場合に生じる、強い心理的苦痛、(5)外傷的な出来事の1つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけにさらされた場合の生理学的な反応性、の5つの形のうち1つ以上(またはそれ以上)の形で再体験され続けている(基準 B)。加えて、(1)外傷と関連した思考、感情、または会話を回避しようとする努力、(2)外傷を想起させる活動、場所または人物を避けようとする努力、(3)外傷の重要な側面の想起不能、(4)重要な活動への関心または参加の著しい減退、(5)他の人から孤立している、または疎遠になっているという感覚、(6)感情の範囲の縮小(例:愛の感情を持つことができない)、(7)未来が短縮した感覚(例:仕事、結婚、子ども、または正常な一生を期待しない)、の中の3つ(またはそれ以上)によって示される、(外傷以前には存在していなかった)外傷と関連した刺激の持続的回避と、全般的反応性の麻痺が

あること、としている。また、症状として(1)入眠、または睡眠維持の困難、(2)易刺激性または怒りの爆発、(3)集中困難、(4)過度の警戒心、(5)過剰な驚愕反応、という(外傷以前には存在していなかった)持続的な覚醒亢進症状の中の2つ(またはそれ以上)があること、としている。障害の持続時間については1ヵ月以上としている。

外傷後ストレス障害の有病率は1〜3%と推定されている。外傷的出来事を体験した集団では生涯有病率は5〜75%と非常に高い場合がある。発症は、外傷的な体験をすることとの関連があるので、そういう状況におかれる可能性の高い成人期早期に発症するケースが多いが、子どもにも起こる。子どもの方が外傷的体験後にこの障害が発症する割合が高いとされ、例えば火傷を負った子どもの約80%が1年〜2年後に外傷後ストレス障害の症状を示すが、成人ではこの割合が30%程度であったとされている。

病因は、外傷的な体験というストレス因子が一次的なものであるが、外傷的な体験をした人がすべて外傷後ストレス障害になるわけではないので、基盤に生物学的要因や心理学的要因も存在している可能性があり、また外傷的体験の後の体験や状況も影響すると考えられている。

経過と予後についてみると、外傷後ストレス障害は、通常外傷的な体験があつてから一定の時間がたった後から進展する。この外傷的体験と発症までの期間は、1週間程度のこともあれば、数十年のこともある。症状は時間経過や状況によって動揺することが多く、ストレス状況下では症状が重くなることが多い。約30%に完全な回復がみられ、40%には軽度の症状の持続がみられる、とされている。

急性ストレス障害

急性ストレス障害は、極度に外傷的な体験の直後に起こり、外傷後ストレス障害の症状に類似した症状を呈するが、その期間が短いことを特徴としている障害である。

DSM-IVによると、極端に外傷的なストレス因子にさらされた後1ヵ月以内に特徴的な不安、解離、および他の症状が発現し(基準A)、その人は、苦痛な出来事を体験している時かその後に、次に述べる解離性症状を3つ(またはそれ以上)体験する(基準B)、ことを基本的な特徴とする。解離性障害としては、(1)麻痺した、遊離した、または感情反応がないという主観的感覚、(2)自分の周囲に対する注意の減弱、(3)現実感喪失、(4)離人症、(5)解離性健忘、があげられている。また、外傷後にも外傷的な出来事が再体験され続けること(基準C)、その外傷を想起させる刺激を強く回避すること(基準D)等の特徴があり、時間的な定義として、少なくとも2日間続くが、外傷的出来事の後4週間を越えて続くことはない、とされている。

全般性不安障害

全般性不安障害は、少なくとも6ヵ月続いている持続的で過剰な不安と心配を特徴とする。

DSM-IVによると、全般性不安障害の基本的特徴は、多数の出来事に対する過剰な不安と心配（予期憂慮）で、少なくとも6ヵ月間、それが起きている日の方が起きていない日よりも多い（基準 A）こと、その人は、この心配を制御することができない（基準 B）こと、その不安と心配は、(1)落ち着きのなさ、(2)疲労しやすいこと、(3)集中困難、(4)易刺激性、(5)筋肉の緊張、(6)睡眠障害、のうちの少なくとも3つを伴っている（子どもの場合、この追加症状は1つだけ必要とされる）（基準 C）こと、が主要なものとしてあげられている。

全般性不安障害は、子どももしくは青年の場合、その不安と心配は学校や運動会などでの行為の質または能力に関することが多く、その行為が他の人によって評価されていない場合でも不安を感じる。この障害のある子どもは、過度に従順で、完全主義で自分自身に確信が持てず、完璧ではない行為について過度の不満を感じるために、課題をやりなおす傾向がある。

発症は小児期から青年期にかけて多いが、それ以降に発症することも少なくない。生涯有病率は約5%で1年有病率は約3%とされている。

d. 身体表現性障害

身体表現性障害の共通した特徴は、一般身体疾患を示唆する身体症状の存在であるが（そのために、身体表現性という用語を用いる）、一般身体疾患、物質の直接的な作用、または他の精神疾患（例：パニック障害）によって完全には説明されない、その症状は、臨床的に著しい苦痛、または社会的、職業的、または他の領域における機能の障害を引き起していなければならない。虚偽性障害および詐病とは対照的に、その身体症状は意図的（つまり、随意的な制御によるもの）ではない。身体表現性障害は、身体疾患に影響を与えている心理的要因とは、その身体症状を完全に説明するだけの診断可能な一般身体疾患が存在していないという点で異なっている。身体表現性障害には、以下のカテゴリーが含まれている。

身体化障害

身体化障害（歴史的にはヒステリーと呼ばれていたものに該当）は、30歳以前に発症し、何年にもわたって持続する多症状性の障害であり、疼痛、胃腸、性的、およびけいれん発作様の運動を示すなどの偽神経学的症状の組み合わせによって特徴付けられている障害である。

分類不能型身体表現性障害

分類不能型身体表現性障害は、身体化障害の診断閾値以下で、少なくとも6カ月続く、説明不能の身体的愁訴によって特徴づけられている障害である。

転換性障害

転換性障害は、随意運動または感覚機能についての説明不能の症状を呈したり、または神経疾患または他の一般身体疾患に欠陥のあることを示唆するような症状を呈することを特徴とする障害である。

疼痛性障害

疼痛性障害は、臨床的関与の中心的な対象が疼痛であることによって特徴づけられる障害で、しかも、心理的要因が、その発症、重症度、悪化、または持続に重要な役割を果たしていると判断されるものである。

心気症

心気症は、身体症状または身体機能に対するその人の誤った解釈に基づき、重篤な病気にかかる恐怖、またはかかっているという観念にとらわれる障害である。

身体醜形恐怖

身体醜形恐怖は、想像上のまたは誇張された身体的外見の欠陥にとらわれるもので、その欠陥が想像上のみに存在する場合と小さな欠陥にとらわれて著しく過剰な心配をする場合がある。

e. 身体疾患に影響を与えている心理的要因（心身症）

従来は心身症といわれ、心理的な要因が身体疾患の発症や症状に大きな影響を与えているものが、DSM-IVでは身体疾患に影響を与えている心理的要因というカテゴリーにまとめられた。これは、多軸診断の体系をもっているDSM-IVの第I軸（臨床疾患として大部分の診断カテゴリーが記載される）に記載されるカテゴリーであるが、第III軸（精神疾患の理解や管理に関連する身体疾患が記載される）に対応する身体疾患が記載されることになる。

様々な疾患において、心身（精神と身体）の相関があることが古くから知られており、心理的な要因によって身体疾患が引き起こされる場合があると考えられ、2世紀弱前に心身症という用語が生まれ、広く使われるようになった。しかし、近年になり、心身症という概念があいまいであり、心理的な要因が身体疾患の唯一のもしくは第一の発症原因と特定することは困難であることや、そもそもほとんどの身体疾患が様々な程度で心理的な要因の影響を受けていると考えられること等から、DSM-IVでは身体疾患に影響を与えている心理的要因というカテゴリーにまとめられることになった。

臨床的には、胃潰瘍や気管支喘息、アレルギー反応等の、明らかに心理的要因に大きな影響を受けていると考えられる場合の多い身体疾患がある。気管支喘息や円形脱毛症、限局性腸炎、頭痛等は小児期にみられ、心理的要因の関与していることの多い身体疾患であり、このカテゴリーは子どもにも大きな関連を持っている。

DSM-IV によれば、このカテゴリーに該当するためには、一般身体疾患が存在していること（基準 A）、心理的要因が、(1)その要因が一般身体疾患の経過に影響を与えており、その心理的要因と一般身体疾患の発現、悪化、または回復の遅れとの間に密接な時間的関連があることで示されている、(2)その要因が一般身体疾患の治療を妨げている、(3)その要因が、その人の健康にさらに危険を生じている、(4)ストレス関連性の生理学的反応が、一般身体疾患の症状を誘発したり悪化させたりしている、のう4つのうちの1つの形で一般身体疾患に好ましくない影響を与えていること（基準 B）としている。さらに、心理的要因の内容に基づいて名称を選ぶこと（2つ以上の要因が存在している場合には、最も顕著なものを示すこと）とし、[一般身体疾患を示すこと]に影響を与えている精神疾患（例：心筋梗塞からの回復を遅らせている大うつ病性障害のような第 I 軸診断）、[一般身体疾患を示すこと]に影響を与えている心理的症状（例：手術からの回復を遅らせている抑うつ症状：喘息を悪化させている不安）、[一般身体疾患を示すこと]に影響を与えている人格傾向または対処様式（例：手術の必要性に対するがん患者の病的否認；心循環器系疾患に関与している敵対的、心拍的行動）、[一般身体疾患を示すこと]に影響を与えている不適切な保健行動（例：食べ過ぎ、運動不足、危険な性行為）、[一般身体疾患を示すこと]に影響を与えているストレス関連生理学的反応（例：潰瘍、高血圧、不整脈、または緊張性頭痛のストレスによる悪化）、[一般身体疾患を示すこと]に影響を与えている、他のまたは特定不能の心理的要因（例：対人関係的、文化的、または宗教的）の6項目の中から選ぶことになっている。

病因については、診断基準にあるように、一般身体疾患の症状発現や症状悪化の原因として様々な心理的要因が関与していることは明かであり、このカテゴリーに該当するには至らなくても、長期間の強いストレスが多く身体疾患の悪化の要因になっていることは、一般的に臨床家及び研究者によって認められている。しかし、このような心身の相互作用が起きる機序については十分明らかにされてはいない。

経過や予後に関しては、影響を与えている心理的要因と影響されている身体疾患の特性によるので、様々である。急性のストレス状況が影響している胃潰瘍のような場合には、ストレス状況が改善されれば比較的短期間で精神状態も身体疾患も改善される。子どもは、自我が未成熟で内的言語が十分でないために、またストレスをうまく

回避する技能が十分でないために、心理的防衛機制が十分に働かず、葛藤状況に陥りやすい傾向がある。特に家庭での過剰に厳しいしつけや、一貫性のないしつけ、不安を増強するような会話の多い家庭環境、親の子どもに対する要求水準が過度に高いこと等による慢性のストレスや葛藤が心理的要因となって、気管支喘息や頭痛、腹痛、皮膚症状等を呈するアレルギー反応、円形脱毛症等の身体疾患が発現・悪化することがある。本カテゴリーに関する十分な疫学的データは得られていないが、子どもには少なくない可能性がある。

治療には精神療法及び薬物療法が用いられる。精神療法としては、学習理論に基づく行動修正療法や、それと関連した筋肉弛緩療法、バイオフィードバック等があり、薬物療法には穏和精神安定剤や抗うつ剤が用いられる。

2) 緘黙症

従来緘黙症といわれていた障害は、現在一般に用いられている操作的診断基準の一つである DSM-IV における選択制緘黙にほぼ該当する。

DSM-IV によると、選択制緘黙の基本的特徴は、他の状況では話しているにもかかわらず、話すことが期待されるような特定の社会状況（例えば、学校、遊び友達と）では、一貫して話すことができない（基準 A）ことであり、学業上または職業上の成績、または対人的意思伝達を妨害している（基準 B）ことである。さらにこの状態が少なくとも 1 ヶ月間持続していて、学校での（多くの子どもが恥ずかしがって、しゃべろうとしない）最初の 1 ヶ月に限定されないこと（基準 C）、とされ、その者が話すことができないのが、その社会的状況で必要とされる話し言葉を知らないとか、うまく使えないことによるものではない（基準 D）こと、この障害はコミュニケーション障害（例：吃音症）ではうまく説明されず、また、広汎性発達障害、統合失調症、またはその他の精神病性障害の経過中にのみ起こるものではない（基準 E）こと、と定義されている。

この他に、選択制緘黙のある子どもにしばしばみられる特徴としては、伏し目がちであり視線を合わせない傾向や、動作が緩慢でややぎこちない傾向等がある。

有病率については、比較的稀であり、0.03～0.08%とされている。年少児に多く発現する傾向があり、男女差は明かでないが、女子に多い可能性が報告されている。

病因としては、過度に恥ずかしがるや恥ずかしさを感じることへの恐怖、対人的に過度に強い不安を持っていること等が関連していることが多い。診断基準にあるように、話し言葉をうまく使えないことが、直接的に話すことができない原因となっていないが、言葉の発達に遅れがあったり、その既往がある場合の少なくないことが報告

されている。また、両親の不和や両価的な母子関係、過保護等と関連している可能性も指摘されている。

経過と予後についてみると、発症は5-6歳のことが多い。学校で全く話しをしない事例が多く、このために学校でのコミュニケーションがとれないので、学習が遅れることが少なくない。これによって、元来恥ずかしがりやで孤立しがちな傾向を持っている本障害の子どもは、一層孤立傾向を深め、時にはいじめにあったりして、より家に引きこもる傾向を示すことがある。早い場合には数ヶ月で治癒するが、数年に、時にはそれ以上の期間持続する場合もある。

治療は、選択制緘黙の子どもの多くは恥ずかしがりやで対人緊張が強く、自信がなくて自我の成長が遅れていることが多いので、これらに対応するような個人精神療法が行われる。就学以前の子どもや母子関係に課題があるような場合には、親に対するカウンセリングや教育も重要となる。また、補助的に安定剤等による薬物療法が有効な場合もある。

3) 精神病

従来から、躁うつ病圏の精神障害と統合失調症圏の精神障害が精神病とされてきている。そして、その発症原因は特定されていないものの脳機能の障害によるもので、予後については進行性の場合や反復性に症状が出現する場合、改善する場合など様々なもの、とされてきた。しかし近年では、躁うつ病圏についての概念の変化等によって、躁うつ病圏の中には生物学的な原因が主ではないと考えられるものも含まれてきたり、生物学的原因によるのか心理学的原因によるのかを明確に区別しにくい場合があることが示されたりして、発症原因に関する定義は、少なくとも躁うつ病圏に関しては一部に該当しなくなってきた。これらのことを踏まえ、DSM-IVのような操作的診断基準では、「精神病」または「精神病性」の定義はより狭義のものとなっている。

DSM-IVにおいて「精神病性」は、妄想や顕著な幻覚を伴っており、概念的にみると自我境界の喪失もしくは現実検討の粗大な障害があるものとして定義されている。そして、統合失調症、統合失調様障害、統合失調感情障害、および短期精神病性障害においては、「精神病性」という用語は、妄想、何らかの顕著な幻覚、解体した会話、解体したまたは緊張病性の行動を示しており、一般身体疾患による精神病性障害や物質誘発性精神病性障害では、「精神病性」は妄想または洞察を伴わない幻覚のみを示している、としている。また妄想性障害や共有精神病性障害では「精神病性」は妄想的であることと同義であるとしている。

このように DSM-IV において精神病性とされる障害は、統合失調症と、それに近縁の

症状を呈する障害を意味し、従来の躁うつ病圏の障害は除かれている。しかし、ここでは従来の考え方も踏襲して、統合失調症及びその他の精神病性障害に加えて、気分障害に含まれる診断カテゴリーについて説明する。

DSM-IV における統合失調症および他の精神病性障害と気分障害に属する診断カテゴリーを以下に示す。

統合失調症および他の精神病性障害

統合失調症

統合失調症様障害

統合失調感情障害

妄想性障害

短期精神病性障害

共有精神病性障害

... [一般身体疾患を示すこと] による精神病性障害

特定不能の精神病性障害

気分障害

気分エピソード

大うつ病エピソード

躁病エピソード

混合性エピソード

軽躁病エピソード

うつ病性障害

大うつ病性障害

気分変調性障害

双極性障害

双極 I 型障害

双極 I 型障害

気分循環性障害

特定不能の双極性障害

その他の気分障害

... [一般身体疾患を示すこと] による気分障害

物質誘発性気分障害

特定不能の気分障害

a. 統合失調症および他の精神病性

統合失調症

統合失調症の基本的な特徴は、DSM-IV によると、1 か月の期間（または治療が成功した場合には、より短い期間の）の大部分で、その特徴的な徴候と症状（陽性と陰性）が混在し、少なくとも6 ヶ月間その障害が続いているという徴候が存在すること（基準 A および C）とされ、さらに、これらの徴候および症状には社会的および職業的機能の重大な機能不全が伴っている（基準 B）とされている。そして、統合失調症の陰性症状と自閉性障害の症状には類似点があることが考慮され、以前に自閉性障害（または他の広汎性発達障害）の診断を受けた者では、統合失調症の付加診断は、著しい妄想や幻覚が少なくとも1 ヶ月間存在する場合にのみ認められる、としている。

統合失調症に特徴的な症状は、陽性と陰性という2つの大きなカテゴリーに分けて考えられている。陽性症状は、正常な機能の過剰またはゆがみを反映しているように、陰性症状は正常な機能の減退または喪失を反映している、とみることができる。

陽性症状には、妄想、幻覚、解体した会話、ひどく解体した緊張病性の行動等があり、陰性症状には、感情の平板化、思考内容の貧困化、意欲低下等がある。

統合失調症にしばしばみられる妄想には、他者が自分に悪意を持っているとか危害を加えようとしていると確信する被害妄想、他者の言動や外界の様々な事象を自分と関連づけてとらえ確信する関係妄想、他者が自分をあらゆる場面で見たり監視していると確信する注察妄想等がある。統合失調症における幻覚についてみると、聴覚を通して知覚される幻聴が幻覚症状を呈するほとんどの事例にみられるが、視覚、嗅覚、触覚、味覚等のその他の感覚様式にも生じることがある。

陰性症状である感情の平板化は対部分の、特に慢性化した統合失調症にみられ、表情の変化に乏しい顔や、視線を合わせない傾向、外界の出来事に対しての無関心で情動的反応が乏しいこと、等として観察される。思考内容の貧困化は、自発的な会話およびその内容が乏しくなることや、自生的な思考内容がとぼしくなっていることである。

統合失調症は、その症状において主要な特徴をなす症状によって、妄想型、解体型、緊張型、鑑別不能型、残遺型、の5つの病型に分けることができる。ただし、これらの病型は時間の経過によって変化することもあり、画然とは区別することが困難な場合もある。

統合失調症の有病率については、報告によってかなりのばらつきがあるが、生涯有病率は概ね0.5～1.5%とされている。

病因の詳細については未だ不明であるが、発症に関連している可能性の高い要因や、

症状発現に関連した要因については、ある程度解明が進んできている。遺伝的な要因が関係していることは双生児研究や家系研究から明らかにされている。神経病理学的な研究からは前頭葉や辺縁系、基底核の障害が関与している可能性が示唆されている。また、様々な神経伝達物質の異常が関与している可能性が示唆されているが、中でもドーパミンは、少なくとも症状発現になんらかの重要な関連性を持っていることが強く示唆されている。

経過と予後についてみると、発症する年齢は小児期から成人期後期までと幅広いが、20歳代で発症することが最も多い。ただし、発症の様式が様々で、突然顕著な妄想や幻覚、解体された行動が発現することもあれば、数年もしくはそれ以上の期間をかけて徐々に症状が明らかになってくる場合もあるが、大部分の事例で前駆期がある。前駆期には、学業における意欲と成績の低下、引きこもり傾向や不登校、身辺管理機能の低下などがみられる。予後は様々であるが、治療による影響を大きく受けることが多い。抗精神病薬による薬物治療によく反応する場合には、症状が完全に消失したり生活機能が病前の水準まで回復することは少ないものの、ある程度の自立した生活が可能になることが少なくない。事例によっては就業を含む社会参加が可能をなりうる。

治療は抗精神病薬の長期にわたる安定した服用が基本になる。それに加えて症状の悪化と関連しやすいストレス因子への対処法等を含む精神療法が行われる。社会参加を推進するためには、社会技能訓練の実施が必要とされることが多い。

統合失調症様障害

統合失調症様障害は、病気の全持続期間が1ヵ月以上6ヵ月未満であることと、病気の期間に必ずしも社会的、職業的機能の障害があるとは限らないこと、の2点で統合失調症と異なり、症状の特性等、他の点では統合失調症と同様の特徴を持つ障害である。この障害の生涯有病率は約0.2%とされている。経過についてみると、初期診断で統合失調症様障害と診断された事例のうち、約1/3は最終診断も統合失調症様障害となるが、約2/3は統合失調症もしくは統合失調感情障害を診断されることになる。

統合失調感情障害

統合失調感情障害は、DSM-IVによる基本的な特徴は、1つの連続した病期の中で、ある期間大うつ病、躁病、または混合性エピソード（気分障害の説明を参照）が存在し、同時に統合失調症の基準Aを満たす症状を伴っていることである。この障害の有病率に関しての十分な情報はない。発症は成人期前期に多いと推測されている。全般

的にみて、予後は統合失調症よりは良く、気分障害よりは悪い。

妄想性障害

妄想性障害の基本的な特徴は、少なくとも1ヵ月間続く1つ以上の奇異でない妄想（奇異な妄想とは現実にはありえない幻想的な事象が起きるまたは在ると確信する妄想で、奇異でない妄想とは現実にはありえる事象であるが実際には起きていない事象を起きていると確信する妄想）が存在することである。幻聴等の幻覚はないか、あっても顕著ではない。妄想性障害では、優勢な妄想主題によって病型が特定され、色情型、誇大型、嫉妬型、被害型、身体型、混合型、特定不能型がある。生活上で妄想的確信による機能障害が起きることが少なくない。有病率は低く、約0.03%程度とされている。

短期精神病性障害

短期精神病性障害の基本的特徴は、妄想、幻覚、解体した会話、あるいは解体したまたは緊張病性の行動という陽性症状の中の少なくとも1つが急激に発症することである。また、この障害のエピソードは少なくとも1日以上続くが、1ヵ月を越えることはなく、最終的には病前の機能水準に完全に回復することも特徴である。この障害の発症には、引き金となるストレス因子が存在している場合と、存在していない場合がある。この障害の有病率は不明である。発症時期は成人期前期のことが多く、予後は定義にもあるように良好である。

b. 気分障害

1. 気分エピソード

気分エピソードは、それ自身の診断コードを持っておらず、独立して診断に用いることはできないが、他の第I軸診断の構成部分として、もしくは説明の中で用いられるものである。気分エピソードには、大うつ病エピソード、躁病エピソード、混合性エピソード、軽躁病エピソードがある。

大うつ病エピソードは、抑うつ気分または、ほとんどすべての活動における興味または喜びの喪失が存在する、少なくとも2週間の期間である。抑うつ気分は、憂うつで悲しく、希望がなく、深く沈んだ気分であり、無価値感、罪責感をしばしば伴う。このエピソードの期間は、興味や喜びを喪失し、気力や意欲が減退し、社会的に引きこもる傾向がみられる。通常は食欲が減退するが一部の事例では亢進することもある。通常は精神活動と身体的活動の両者が制止された状態になるが、焦燥が強くじっとし

ていられなくなる場合もある。ほとんどの事例で自殺を考えることがみられ、自殺を企図し遂行することも少なくないので、死亡率が高い障害である。

躁病エピソードは、異常にかつ持続的に高揚した、開放的、または易怒的な気分の存在するいつもとは異なった、少なくとも1週間持続する期間である。このエピソードの期間では、気分が高揚し、多幸的になり、快活で陽気にみえ、活動性は亢進して休む間もなく仕事をしたりし、自尊心が肥大し自信過剰になる傾向があり、誇大的になり、それはしばしば誇大妄想になる。

混合性エピソードは、ほとんど毎日躁病エピソードと大うつ病エピソードの両方の基準を満たす、少なくとも1週間持続する一定の期間である。

軽躁病エピソードは、少なくとも4日間続く、異常かつ持続的に高揚し、開放的、あるいは易怒的な気分の存在する、その前後の時期とはっきり異なった期間である。躁病エピソードとの相違点は、妄想あるいは幻覚が軽躁病エピソードでは存在しないという点である。

2. うつ病性障害

大うつ病性障害

DSM-IV による大うつ病性障害の基本的特徴は、躁病性、混合性、または軽躁病性エピソードがなく、1つ以上の大うつ病エピソードがあることとされている。大うつ病性障害は死亡率の高い障害で、約15%が自殺により死亡すると報告されている。

生涯有病率は男性で5～12%、女性で10～25%とされている。大うつ病性障害は20歳代で発症することが多いが、あらゆる年代で発症することが知られている。病因は不明であるが、遺伝的要因、ノルエピネフリンとセロトニン等の神経伝達物質の異常等の生物学的要因、生活上の出来事等の心理社会的要因が、様々な程度で関与して発症するものと推測されている。

気分変調性障害

気分変調性障害の基本的特徴は、DSM-IV によると、ほとんど一日中抑うつ的な気分で、少なくとも2年間、この気分が存在しない日より存在する日の方が多いこととされている。成人では、自分の気分を「悲しい」もしくは「ふさぎこんだ」と表現する。子どもでは気分が抑うつ的というよりも、いらいら感であることがあり、診断に必要とされる持続期間は1年である。しばしば、食欲不振または過食、不眠または過眠、気力低下または披露、自己評価の低さ、集中困難または決断困難、絶望感等の症状がみられる。

この障害の生涯有病率は約 3%とされている。経過は慢性の経過をとり、しばしば小児期を含む早期から潜行性に発症する。

4) 脳の器質的障害

DSM-IV には脳の器質的障害に対応した、まとまった診断カテゴリーがない。また、脳の器質的障害に関連して起きる精神症状は、その器質的障害がどのような原因によって、どのような脳の部位に起きたか等によって大きく異なる。一般に脳に障害あることによって起きる症状として第一にあげられるのは、障害された脳の部位に対応した認知もしくは運動の障害である。しかし、脳の中で情動を司っているとされている辺縁系や海馬等に障害のある場合や、情動を含む精神機能の全体的な制御を司っている前頭葉の障害により全体的な制御が外れて情動が制御されない状態になった際には、情動面に顕著な障害が生じることがある。

臨床的にみられる脳の器質的障害で情緒障害と考えられる症状を呈するものには、脳炎後遺症、脳腫瘍の切除術後の一部の後遺症、頭部外傷後の後遺症の一部等であり、しばしば共通してみられる症状は、前頭葉等の上位の中枢の機能低下によって情動の制御がきかなくなった脱抑制である。一部には原因疾患に特徴的な情緒面の症状がみられ、例えばヘルペス脳炎後の後遺症としてしばしばみられるクリューバー・ビュシー症候群と呼ばれるもので、それは誰彼となく状況も関係なく接近する対人関係、何でも口に入れるか口でさわる口唇傾向、性欲の異常な程の亢進を3つの主要徴候としている。

引用文献・参考文献

米国精神医学界：DSM-IV 精神疾患の診断・統計マニュアル。（訳）高橋三郎、大野裕、染矢俊幸、医学書院、1996。

ハロルド・I・カプラン、ベンジャミン・J・サドック、ジャック・A・グレブ：臨床精神医学テキスト-DSM-IV 診断基準の臨床への展開。（訳）井上令一、四宮滋子、医学書院 MYW、1996。

Paul Cooper, Colin J. Smith and Graham Upton : Emotional and behavioural difficulties – from theory to practice. Routledge, New York, 1994.

Randall T. Salekin, Craig S. Neumann, Anne-Marie R. Leistico, Tina M. DiCicco and Rachel L. Duros : Psychopathy and Comorbidity in a Young Offender Sample: Taking A Closer Look At Psychopathy's Potential Importance Over Disruptive.

Journal of Abnormal Psychology, 113, No. 3, 416–427, 2004.

Leanne Clarke, Judy Ungerer, Katrina Chahoud, Susan Johnson and Ingeborg Stiefel : Attention Deficit Hyperactivity Disorder is Associated with Attachment Insecurity. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 7(2), 179–198, 2002.

Lisa Hunter : School psychology: a public health framework III. Managing disruptive behavior in schools:the value of a public health and evidence-based perspective. Journal of School Psychology, 41, 39– 59, 2003.

(文責 渥美 義賢)

II. 教育的対応について

神経症

神経症に関する実践事例的な研究の報告は、その多くが病弱養護学校によってなされている。

高屋は、所属する青森県立青森若葉養護学校に在籍する B 子について事例研究報告をしている¹。B 子は、中学1年から中学3年を通して入退院を繰り返し、上記養護学校で学習する時間が多かった不登校傾向のある生徒である。B 子は人間関係の調整力が育っておらず神経症的な傾向があったので、心理的緊張の緩和に心がけ、生活のありのままの姿を受け入れるようにした。また、B 子に対する指導方針、配慮事項等、中学部を中心として校内全職員の共通理解を基盤に取り組みようにして対応した。そして、B 子の変容に応じて段階を踏みながら、生活行動の力をつけさせるように援助した。この際に、主治医、前籍校、保護者等、関係機関と密に連絡を取り合うようにした。その結果、学校生活の様々な活動を経験していく中で、徐々に表情が明るくなり、自分で判断し、自分の意志で行動できるようになると共に交友関係も普通に行なえるようになった。意欲も回復し、将来の進路志望も具体的に決め、その実現に向けて努力するようになった、と報告している。

海老名らは、所属する病弱養護学校の病種が多様化する中で、増加傾向にある神経症のある生徒について、その障害特性に対応した養護・訓練のあり方を検討し、生徒が意欲を持って取り組む活動、伸ばされた力について以下のように報告している²。その際に、養護・訓練に対する教員間の共通理解を図ると共に、生徒自身に病状を正しく把握させ、各自にあった養護・訓練の必要性を理解させた上で生徒の自由意志を尊重した創作活動（音楽・スポーツ・表現活動等）を行い友達や教師との対話の中で自らの弱さを見つめ反省し問題解決を積極的に行わせた。その結果、自己の病弱を客観的に見つめ改善して行こうという様子が見られた。興味ある活動のため意欲的に取り組み諦めず頑張ろうとする態度・前向きに反省していこうとする表れが見られた。しかし、反面では興味本意に目的意識を持たない活動に流れることも見られた。生徒自身が自分に厳しく欠点を直視することはまだ難しく教師主導型の養護・訓練も考えていく必要があると思われた、と報告している。

中島は、病弱邦語学校に在籍する小学3年の女子で、学習が遅れていて学習障害が疑われた喘息のある神経症的傾向の強い事例について報告している³。対象児童は、生後8ヵ月より喘息があり、小学校に入学した後も、喘息のために長期の入院を繰り返していた。小学3年より病弱養護学校に転校し、横浜市養護教育センターの教育相談

に来談した。その時の状態は、他の子どもと会話はするが一方的で他の子どもの話しに割り込むなどの行動がみられ、話しの構成や内容はまとまりがない傾向がみられた。いろいろなことに興味を持って首を突っ込むことがある一方で、ぼーっとしていることも多かった。算数では小学1年の学習課題が習得されていなかった。WISC-Rの検査結果はFIQが96、VIQが106、PIQが86と、VIQとPIQの間に差がみられた。担任と連携し、学習方法を工夫し、母親へのカウンセリングを行って母親の心配感や不安感を減少させ、保護者との連携の下で対象児童をガールスカウトに参加させる、などの支援を行った。これにより、在籍する学校での学習にも工夫が行われ、学校生活において対象児童の表情が明るくなった、と報告している。

田口らは、所属する病弱養護学校の中学部において、生徒の約半数が神経症や心身症的傾向を示していることを踏まえ、これらの子どもたちへの対応を検討し報告している⁴。在籍している生徒には、長い入院生活や不登校による集団生活の欠如など社会的経験が不足している場合が多く、また、学習空白のため学習への意欲や自信を失い、情緒的に不安定になる場面も見られていた。このような実態をふまえ、教科・領域で対象児や対象グループを決め、「たくましく生きる力」として個々の生徒の「身につけさせたい力」を明確にし、それを育てるために、きめ細かな実態把握や情報交換を行い、指導内容や方法について研究を進めた。その結果、精神的な安定とともに自信も芽生え、少しずつであるが主体的に学習に取り組んだり、自己表現ができるようになった、とし。課題として、個に応じた学習計画を検討し、チームティーチングの効果的な組み入れや実態に応じて臨機応変に対応できるような、多様な題材と授業の進め方などの工夫をしていくことをあげている。

緘黙症

畠山は、場面緘黙の状態を呈し、知的にも若干遅れがあると思われる幼稚園年長児Aの会話・対人関係の改善を図るため、教育相談における場面緘黙児に対する指導のあり方を検討して報告している⁵。教育相談における指導に際し、第一段階として担当者との望ましい二者関係の確立、第二段階として発話対象者の段階的拡大、第三段階として電話による発話の経験という三段階を設定して実施した。第一段階では、Aの自主性を十分尊重し受容的態度で接しながら指導を行い、第二段階では、人的物的環境の整備や話しかけ方・対面の仕方に配慮した。また第三段階では、望ましい発話に対する十分な賞賛と不完全な言い方に対する担当者の正しい言い返しによる援助を行った。その結果、指導場面では、発話数、発話開始までの所要時間や発話対象者の広がりなどに望ましい変容が見られ、家庭や学校等においても、クラスメートとの会話

の成立など比較的良好な変容が確認された、と報告している。

高橋は、場面緘黙の程度が深刻で、動作を始めるときに動けない始動困難がある児童について報告している⁶。この児童は、家庭において、学校で学習した算数の計算練習をしているので、友達と一緒にする操作活動や安定した人間関係（兄や友達とのかわり）を重視した算数指導を展開した。その結果、理解度が増し、操作活動を楽しんでいる表情になり、自信や活動意欲が高まった。そして、緘黙の程度においても、次第に改善の様子が見られるようになってきた、と報告している。

桜井は、心身症の生徒が、回復のステップを歩んでいく段階で、教師がどのような援助をしていけばよいのか具体的な手だてを検討し、報告している⁷。援助を行うためには、生徒理解が必要不可欠で、それも、心の中（内的世界）を理解しなければならないという研究がそれまでのものであった。本研究では、さらに生徒の内的世界の理解を複数教師の目から、多面的に考え、それに対する援助を考えていくこととした。その結果、居場所を作ることが1つ有効でないかという仮説を立てた。その居場所は単なる空間だけでなく、生徒の内的世界によりそった人的居場所、時間的居場所等を設定することが、生徒の心の窓を開き、心身の回復につながるのではないかと考え、研究を進めて、有効であったと報告している。

精神病

川崎らは、全国的にも数少ない精神障害、神経症を主障害とする新潟県立柏崎養護学校のぎく分校における実践を報告している⁸。この分校に在籍する生徒は、登校拒否、注意欠陥多動障害・適応障害、精神分裂病など、児童生徒の病名や病状は多種多様であるとしている。在籍する児童生徒の障害の改善と克服に向け、週3時間の養護・訓練の時間を設定し、支援に取り組んだ。基礎的研修として病院職員を講師とした病理や事例研修会を行い、専門的知識を得ることとした。また、当校の養護・訓練について研修し合い、病状等に応じた指導目標と指導事項の理解に努めた。実践的研修としては個人別指導計画では、実態から指導方法までが系統的かつ具体的に把握され、日々の実践に役立つことができる形式に改訂した。また全校集団で体験活動に取り組む中で個々の目標を達成する全校養護・訓練では、精神障害児の養護・訓練としてのねらいを一層明確にするように努めた。きめ細かな個別指導と体験学習の大切さを学んだ児童生徒は少しずつ心の安定や自信を身につけてきた、と報告している。

岩崎は、脳障害、精神障害の臨床研究分野で最近注目されているモザイク・テストを分裂病者に実施し、そのデザインの構成の様相を形式分析することで、彼らの認知様式の特徴について考察して報告している⁹。対象はH病院の開放病棟に入院中の分裂

病患者30名と健常成人30名で、それぞれ個別にモザイク・テストを実施し、数理解析を施した。その結果は、1. クラスタ分析の結果、分裂病者の構成したデザインの多くは、萎縮したものや病的幾何学的なもの、発達水準の低い「退行」したものに類型化された。2. 「退行」したデザインについて、その質的特性による判別分析の結果、分裂病者と健常幼児および非器質性精神遅滞者は、それぞれその母集団を異にしていた。したがって、この種のデザインは分裂病者特有の精神構造（内的世界の断片化）を反映するものであろう、と推測し報告している。

脳の器質的障害

瀬田は、直接情緒障害とは結びつかないが、視覚障害児について脳の器質障害との関係から検討した結果を報告している¹⁰。中枢神経系の障害等で身体に器質的な障害があり、環境が整備されずに眼球のコントロール学習が成立しにくいと斜視、眼球振蕩等の機能障害が起こるとし、生後間もない人間は眼球の焦点が近距離であり、遠近のコントロールも悪く内斜視を呈しているが、学習によってコントロール可能の眼球になってくるとしている。視覚障害は眼球のコントロールの学習が未学習、誤学習であるために起こると考えられ、眼球のコントロールに関する神経は頸椎からも出ており、眼性疲労等は首、肩の緊張、こりとなって表れると考えている。また、首のコントロールは脊柱、肩の緩み具合に左右され、脊柱のコントロールは重力に抗した姿勢がとつとれないに関わらず股関節の緩み具合に関与するとしている。そこで、交差法、肩-首の緩め、眼球周辺の緩め、眼球のコントロールの学習によって、体の緊張に気づかせ、コントロールの学習をさせることを試み、その結果、内斜視、眼球振蕩等の改善が確認された、と報告している。

引用文献・参考文献

- 1) 高屋優子：B子の指導を通して。青森県病弱虚弱教育研究集録，35，1999。
- 2) 海老名ひろみ，鈴木善雄，鈴木裕和，伊藤かおり，山本清美：神経症の生徒に対する養護・訓練のあり方。静岡県立天竜養護学校高等部研究報告，1993。
- 3) 中島恵子：学習障害が疑われた喘息児。横浜市養護教育センター研究紀要，8，10-19，1991。
- 4) 田口きみ子，佐竹八重子，菅田菜穂子，西塔淳子，松尾浩行：たくましく生きる力を育てる指導はどうあればよいか。山形県立山形養護学校・研究集録「あゆみ」，24，39-60，1998。

- 5) 畠山久和子：場面緘黙児の指導事例. 青森県教育センター研究紀要, 151, 120, 1996.
- 6) 高橋徹；場面緘黙児が自信や活動意欲を高めていく支援の在り方ー操作活動や友達とのかかわりを重視した算数指導を通して. 伊勢崎市立茂呂小学校・研究報告書, 191, 75-80, 2000.
- 7) 桜井清隆, 矢萩昌之, 垣内秀明, 森山裕士, 林まゆみ：心身症の生徒の内的世界を多面的にとらえ, それに対する教師の援助はどうあったらよいかー「居場所」作りに視点をあてて. 長野県若槻養護学校中学部研究紀要, 1997, 1-28, 1998.
- 8) 川崎雪子, 山口喜一郎, 大滝恵里子, 江村春子, 長谷川洋子：いきいきスクール・ステップアップ第1年次の実践ー精神障害の改善を図る養護・訓練指導の充実と発展. 新潟県立柏崎養護学校のぎく分校報告書, 1998.
- 9) 岩崎明生：精神分裂病者の認知様式に関するテスト学的研究ーモザイク・テストから. 兵庫教育大学大学院学校教育研究科修士論文, 1-71, 1992.
- 10) 瀬田悟：斜視矯正への動作法の試みー動作法から行動の科学へ. 日本発達心理学会大会発表論文集 (要項), 6, 226, 1995.

(文責 渥美 義賢)