

病気の児童生徒への特別支援教育

病気の子どもを理解のために

使用にあたっては、次ページの使用上の注意を必ずお読みください。

—「こころの病」編—(平成21年度刊行)



書「慙」 生徒作品

発行・編集 全国特別支援学校病弱教育校長会

編集協力 独立行政法人国立特別支援教育総合研究所〈病弱班〉

使用上の注意

社会的な背景および医療の進歩などにより、作成当時の記述内容が現在に合わない場合もありますので、本冊子の使用にあたっては、必ず使用者の責任において利用してください。なお、医療的な記述内容については、主治医あるいは学校医などに確認をしてください。

<平成21年度> (腎疾患・糖尿病・もやもや病・ペルテス・X-P・精神疾患)

- | | | |
|-----------|-------|--------------------------------------|
| ○委員長 | 射場正男 | 千葉県立仁戸名特別支援学校長 |
| ○副委員長 | 山田洋子 | 東京都立久留米特別支援学校長 |
| ○監修者 | 丹羽登 | 文部科学省初等中等教育局特別支援教育課特別支援教育調査官 |
| ○編集協力者 | 西牧謙吾 | 独立行政法人国立特別支援教育総合研究所教育支援部上席総括研究員 |
| | 滝川国芳 | 独立行政法人国立特別支援教育総合研究所教育研修情報部総括研究員 |
| | 太田容次 | 独立行政法人国立特別支援教育総合研究所発達障害教育情報センター主任研究員 |
| | 植木田潤 | 独立行政法人国立特別支援教育総合研究所教育相談部研究員 |
| | 平賀健太郎 | 国立大学法人大阪教育大学教育学部特別支援教育講座講師 |
| ○増刷プロジェクト | 瀬戸ひとみ | 神奈川県立秦野養護学校長 |
| | 竹内淳一郎 | 新潟県立吉田養護学校長 |
| ○執筆委員 | 伊藤直樹 | 千葉県立仁戸名特別支援学校教諭 |
| | 副島賢和 | 品川区立清水台小学校教諭 |
| | 相沢友紀 | 東京都立城北特別支援学校教諭 |
| | 太田玲子 | 東京都立久留米特別支援学校養護教諭 |
| | 前田有香 | 熊本県立黒石原養護学校教諭 |
| | 小野寺晴満 | 岩手県立盛岡青松支援学校教諭 |
| | 落合恭子 | 熊本県立黒石原養護学校教諭 |
| | 小暮出 | 宮城県立西多賀支援学校教諭 |
| | 辻靖之 | 滋賀県立守山養護学校教諭 |
| | 深谷千晶 | 福島県立須賀川養護学校教諭 |
| | 松浦俊弥 | 千葉県立四街道特別支援学校教諭 |
| | 栃真賀透 | 札幌市立山の手養護学校教諭 |
| | 大竹奈保子 | 福島県立須賀川養護学校教諭 |
| | 寺村路代 | 広島県立広島北特別支援学校養護教諭 |
| | ○事務局 | 土屋忠之 |

あなたのクラスにいるかもしれない
子どもたち
—「こころの病」 編—



イラスト 生徒作品



経験者からのメッセージ

私が体調を崩し、学校に通えなくなったのは中学1年生の夏。病院で受けた診断は「起立性調節障害」「対人恐怖症」など、一般的に心の病と呼ばれるものばかりでした。

もともと身体があまり丈夫ではなく、体調を崩すことが多かったのですが、この体調不良が自分自身の心の問題だと知り、とても戸惑い、どうしようもない苦しさを感じたことを今でも覚えています。

診断を受けてから、私は病院に入院しながら新しい中学校へ通うことになりました。病弱養護学校という今までとは少し違う環境に、再び戸惑いを感じましたが、この学校の人たちに出会えなければ、今の私はいなかったと心から思います。同じような悩みを抱え、気持ちを分かち合える友人。優しく、時には厳しく指導して下さった先生。心と身体、その両方の悩みを聞き、支えて下さった主治医の先生。この学校に通わなければ、今の私の大切な人たちに出会えなかった、そう思うとこの病気になったことを少しだけ「嬉しく」感じられます。それくらいこの学校での出会いは私にとって大切なものでした。

中学を卒業し、定時制の高校に入学しましたが、慣れない環境とたくさんの人間に耐えきれず、病気は悪化。中学と同じ養護学校高等部へ転入しました。はじめは、「どうして私はもっと頑張れないのか」と嘆いていましたが、そこでも私を支えてくれたのは、友人、先生、そして家族でした。

母は高校3年間、片道1時間の距離を毎日車で送ってくれました。父も会社から遠い学校へ時間をかけて私を送り、仕事へ行っていました。父と母はとても大変だったと思います。しかし何も言わずに笑いあいながら、毎日通学という「ドライブ」をしてくれました。

この病気になり、わかったことがあります。私はとても幸せで、恵まれているということです。病気はとても辛く、苦しく、死を考えることもあります。しかし私には、支えてくれる大切な人たちがいます。その人たちと一緒に、これからも頑張りたい、生きていきたいと心から思います。

私は今、大学2年生です。大学では幼稚園教諭と保育士の資格取得を目標に、毎日頑張っています。学びたいこと、経験したいことは山ほどあります。少しでも多くのことを学びながら、大切な人たちに助けられながら、私はこれからも目標を達成するために頑張ります。

(Y 養護学校卒業生より)

目次

経験者からのメッセージ

I 子どもの「こころの病」について

- 1 はじめに
- 2 「こころの病」はストレスと密接な関係があります
- 3 「こころの病」は珍しい病気ではありません
- 4 「こころの病」は「よくなる」病気です
- 5 まとめ

II 「こころの病」の理解について（小・中学校用）

- 1 病気について知る
- 2 こころが病気になるとは？
- 3 こころの病の発症のメカニズムについて
- 4 対応の仕方
- 5 こころの病の分類について

III 教育現場での支援について

- 1 小中学校での支援
- 2 学校・教室での支援（不登校等の特学・保健室の連携）
- 3 入院・通院・自宅での支援（医療との連携）
- 4 事例と対応の紹介 ～実践編～

資料 病弱教育の前提 —病気の子ども支援の基礎理論—

（資料1） こころの成長過程にみる「心のふれあい」の重要性

（資料2） アイデンティティ形成に揺らぐ 思春期・青年期のこころ

本冊子では、病院内において教育を行う場を総称して「病院にある学校」といいます

「病院にある学校」には

特別支援学校（病弱）、分校、分教室、

病弱・身体虚弱特別支援学級 があります。

I 子どもの「こころの病」について

1 はじめに

「こころの病」「精神疾患」「精神障害」……。呼び名は様々です（以下、本稿では総称して『こころの病』と記します）が、これらの言葉には誤ったイメージが付きまとうことが多いようです。先生方はどのようなイメージをお持ちでしょうか。まず、誤解されやすい部分にスポットを当てながら、正しい知識を共通理解してみませんか。

☆ 「こころの病」は「（精神）疾患」という言葉が示す通り、病気です。病気なので、早期発見し、適切な治療を受ければ病状が改善される（治癒、寛解）ことが多くなっています。病状が改善されれば、通常の社会生活を送ることも可能です。

☆ また「こころの病」は、現在では「脳の病気」と考えられています。ですから「脳の機能」が改善されれば病状が改善される可能性も高くなります。そのための新薬も多く開発されています。

☆ 「こころの病」とは一つの病気だけをさす呼称ではなく、精神症状を伴う様々な病気を総称した言葉として使います。うつ病、強迫性障害、統合失調症など、そこに含まれる疾患は多岐にわたっています。そして、そのそれぞれに治療方法や対応の方法は異なります。

☆ 「こころの病」は、決して「珍しい病気」ではありません。病院で治療を受ける方は年々増加しているようです。厚生労働省の統計ではうつ病の患者数は20年前の約3倍に増えています。その発症率は人口の5%に上る、というデータを発表している研究者もいます。

☆ 「こころの病」は、「大人だけがかかる病気」ではありません。「脳の病気」が原因ですから子どもも発症します。そして、子どもの場合、「こころの病」を発症しても自分では気づかない、周囲も気がつかないことが多いようです。ひょっとしたら身近に、自分でも理由がわからず気持ちや身体の不調に悩んでいる「こころの病」の子どもたちがいるかもしれませぬ。

☆ また「こころの病」が不登校など学校教育上の「問題」の根本的な要因になっている可能性が指摘されています。その場合、医療と教育が密接に連携しなければなかなか改善に結

びつかないかもしれません。

学校の先生方が正しい知識を持ち、正しく理解すれば、学校で早期に兆候を見つけることも不可能ではありません。そして、教育が医療と連携しながら適切に対応していけば、病状が改善されたり病気の回復を早めたりすることもできます。

中には、子どもの不登校などについて悩み、自らの対応に問題があると思ひ込み、自責の念にかられている先生方がいるのではないのでしょうか。しかし、ひょっとしたらその根本的な要因は「こころの病」などの「病気」であって、先生方の指導力の如何に関係なく、悪い状態が継続しているのかもしれません。

「病気」をテーマにしたテレビ番組がゴールデンタイムに放送されたり、新聞でも「病気」に関する記事が連載されたりしています。また「この病気にはこんな治療法を」と訴えかける書籍も多く見かけるようになりました。インターネットから簡単に「治療法」を検索することもできるようになっています。

しかし、ここまで情報が氾濫していると、医療の知識がない（少ない）私たちは「正しい情報」はどれなのか、迷ってしまいます。不確かな情報に踊らされ、無用な不安にさいなまれたり、混乱してしまったりすることも多いのではないのでしょうか。

「病気」に対しては溢れる情報の中から「正しい情報」を見つけ出すことが大切です。新聞、テレビ、専門書の中には有益な情報をもたらすメディアもありますが、それだけでなく、相談、診察、治療などで実績がある医療の専門機関（病院など）、関係機関（保健所、教育相談センターなど）から直接情報をもらうことも重要です。「正しい情報」から得た正しい知識、理解は病気の早期発見を助けます。早期発見が治療に大いに役立つ場合も多いのです。

「こころの病」は「病気」であり、早期に発見し、必要な治療を受けながら学校の先生方など周囲が適切に配慮していけば、他の病気と同じように病状が改善されます。病状の改善は、教育上の「問題」の改善につながる可能性もあります。

ぜひ、本書をきっかけにし、周囲に「ひょっとしたら…」と思ひ当たるような子どもがいれば、専門機関や関係機関に相談してみてください。「こころの病」について正しい知識、理解を持っていただき、子どもたちの、そして先生方自身のためにも、各学校や学級で、積極的に対応していただければ、と願っています。



2 「こころの病」はストレスと密接な関係があります

(1) 「こころの病」は「わけがわからない病気」ではありません

歴史をさかのぼれば、病気はよく偏見の対象になりました。昔は病気の原因がわからないことが多かったので、「悪霊の仕業だ」「キツネが憑いた」など、当時の文化レベルの中で否定

的に解釈され、敬遠されてきました。それはまた昔の人々のわけがわからないものに対する不安感の表れでした。

現代に至っても、少し前まではハンセン病がその「感染に対する恐れ」から誤解を受けたり、エイズ（後天性免疫不全症候群）患者が差別の対象になったりしていました。しかし、医学が進歩し、正しい知識と理解が広がるにつれて、これらの病気はわけがわからないものではなくなり、無用な偏見を受けることは減少しているように思われます。

「こころの病」についても同様でした。ウイルスの感染や身体の機能障害（内臓疾患や悪性腫瘍など）であれば、血液検査やレントゲン撮影などで客観的なデータが得られ、学校の先生方も病気であるという事実について納得できると思います。

しかし、少し前までは「こころの病」に関して共通した診断基準などはなく、病気であることを示す客観的な立証法もなく、その症状から医師が過去の先例や経験を踏まえて診断を下すことがほとんどでした（今も同様の場合があります）。従って一般的にはわけがわからないものというイメージが強く、たとえば統合失調症（病気については後述）を発症すると患者は社会から隔離された生活を強いられることもありました。精神科病院への「社会的理由」による長期入院も珍しくありませんでした。

今では、精神医学や脳科学の進歩により、「こころの病」は「脳の病気」であることが解明されつつあります。いまだ客観的な検査方法などは確立されておらず、いまでも過去の経験などから診断を下す場合もありますが、WHOによる世界的に共通した統計のための診断基準であるICD-10、アメリカ精神医学会による精神障害の診断と統計マニュアルであるDSM-IVができ、一般への理解啓発を促す試みも増え、イラストをふんだんに使った解説書などが多く出版されるなど、すでにわけがわからないものではなくなりつつあります。

ただし、まだまだこれらの病気に関してはベールに隠されている部分が多く、わけがわからないからこそ病気自体や発症した人に対し不安を持ってしまうこともあるでしょう。でも、わけがわからないものが明確になれば不安が軽減されることはすでに感染症等から学んできています。

これからも、医学や心理学の発展、進歩に期待しながら、学校教育の中でも正しい知識、理解を得るよう努力していくことが大切です。

（２）「こころの病」の発症にいたるまで

「こころの病」の発症については、持って生まれたものやその後の生育環境の中で育まれていくものも含め、その人の遺伝的素因、性質、気質等が発症に関連しているのでは、という指摘があります。つまり、これら本人の性格等に対し、何らかの不適切な環境、刺激（ストレス）が作用すると発症に至る、という考え方です。

例えば、うつ病の場合、真面目で几帳面、責任感が強い人々は発症のリスクが高い、といわれています。これはおそらく持って生まれたものに加え、その人の生育歴や家族環境などによ

り育まれた性格なのだと思います。誤解のないようにいえば、このような性格の方がすべてうつ病になる、ということではありません。

真面目で几帳面な子どもは、小学校段階では学校生活に適応し、むしろその性格が肯定的に評価され、学級のリーダーを任されるなどして本人も自己評価を高める場合があるかもしれません。しかし、中学校では思春期特有の人間関係、社会性の中で「真面目さ」が攻撃の対象になったり、リーダーを任されても周囲が思うように従わなくなったりするなどして、その「真面目さ」ゆえに期待に応えられない自分を過小評価したり悩みをためたりした結果、心のバランスを崩し、抑うつ傾向またはうつ病（病気については後述）に至るケースがあります。

これはあくまでも一つの例であって、多くの場合、性格や育ちの環境などが相互に複雑に絡み合って発症に至るのですが、そのプロセスの中で、上で述べたように本人の性格を考慮しない周囲の不適切なかかわりがきっかけになる場合があります。

（３）「こころの病」はストレスと密接な関係があります

前項で「学校で悩みをためた」子どもが「心のバランスを崩す」という話をしましたが、「悩みをためる」とは「ストレスをためる」とも言い換えられます。人にはそれぞれストレス耐性があり、そのキャパシティを超えると心のバランスを崩すことがあります。

たとえば、ある日突然の事故や災害は人にとって極めて大きなストレスになります。特にストレスへの対処が未熟な、あるいは耐性が低い場合は、このような経験により心のバランスが崩れ、「こころの病」などを発症するケースがあります。また、子どもが学校などで少しずつであっても、継続して悪質なストレス（いじめ、仲間はずれ、対人関係不全など）を受けることによって、同じように精神のバランスが不安定になりうつ病になる、ということもあるようです。

ストレスは一つの刺激であり、突然大きな刺激を受けたり、毎日少しずつ刺激を受け続けたりすれば身体や精神が疲れてしまう経験は誰にでもあると思います。例えばそれが良質な結果をもたらす刺激（誕生プレゼントをドキドキして開けた、緊張して発表したら先生に褒められた）であれば、身体や精神に疲れが蓄積されず、マイナスになることは少ないでしょう。あるいは悪質なストレスにしても、周囲が共感的に悩みを受け止めたり、問題の解決に向けてともに協力してくれる人がいたりすれば、そのまま蓄積されることもなく、むしろストレスへの対処法を経験として学び、より耐性が強くなる、ということもあるでしょう。

不安が多い現代社会を生きている多くの人々が、それでも様々なストレスに対応し、乗り越えていけるのは、まさに適切なストレス経験から、その対処方法などについて多くを学んできたからなのではないでしょうか。子どもたちがその育ちの過程で、悩みや不安を抱えたときに、家庭や学校が本人の特性に応じた適切なかかわり、サポートを行い、その結果、自己評価を高く持ちながらも考え方に柔軟性がある大人に成長したとき、まさに「変化の激しい時代を生きる力」が身についてくるのかもしれません。

周囲のかかわりがその人の性格等に対し適切でなかった場合、ストレス耐性が低くなり、心のバランスを崩しやすくなります。その結果、「こころの病」を発症しやすくなります。

つまり、ストレスと「こころの病」の発症とは密接な関係がある、といえます。例えば学校で子どもたちに見通しが利いて安心感をもてる教育指導計画を考えたり、先生と子どもの関係が信頼関係（何があっても先生に相談すれば受け止めてくれる、というような）に裏打ちされていたりするなど、ストレスを溜めにくくするような教育環境の整備をすることが、結果的には子どもの「こころの病」を予防することにつながります。

最近では、特別活動や「総合的な学習の時間」に、ストレスへの対処方法（ストレスコーピング）を直接的に教えている学校もあるようです。先生方も激務の連続でストレスのたまりやすい毎日かと思いますが、特別活動や総合的な学習の時間を使って子どもたちと一緒に、ストレスの軽減について考えていくのも良い試みかもしれませんね。



3 「こころの病」は珍しい病気ではありません

（1）「こころの病」は増加しているのでしょうか？

これまでも文中に具体的な病名を出してきましたが、それぞれの病気の概要についてはⅡ-5「こころの病気の分類について」の部分で解説していきますので、そちらを参考にされて、正しい理解をして頂ければありがたいです。

この20年間でうつ病で受診する患者は5倍になった、と語る医師がいます。また、人が一生のうち一度はうつ病になる確率は4~10%である、と主張する研究者がいます。さらに思春期から青年期でうつ病を発症している率は2~8%である、という学者の説もあります。

どれをとって見ても、この数字からは現代社会では少なくともうつ病が決して珍しい病気ではなくなっていることに気付かされます。ただ、このような数字には様々な見方があるのも事実です。うつ病の患者数自体は昔から変わらないが、心療内科の設置など「こころの病」を扱う病院が増えたから「受診しよう」とする患者数が増えただけ、あるいは精神医療への理解が広がり、精神科へ行く敷居が低くなったから患者数が増えた、などという意見もあります。

しかし、これらの理由だけではなく、現実的に混沌とした時代背景の中で、前項のようなプロセスを経て精神のバランスを崩す方が多くなっている可能性も確かにあるでしょう。

では他の「こころの病」、たとえば統合失調症などはどうなのでしょう。統合失調症が明らかに増加している、というデータはないようです。それでも昔から発症率は人口の1%といわれ、最近では小学校高学年でも統合失調症と診断されるケースがあります。

厚生労働省患者調査によれば、19歳以下の在宅の精神疾患の患者数は、経年的には増加傾向で、平成17年で161,000人（平成17年の19歳以下人口19,644,069人）で、全体の0.8

%でした。同調査では、統合失調症の総患者数は、平成17年度は757,000人と推計されており、さらに外来通院中の558,000人の内、19歳までに発症している者は、全体の56.2%でした。また精神疾患全体でも19歳以下で発症している者は、40%と推定されています。このように、こころの病は、学齢期において、決して希な病気ではありません。

失業や貧困といった社会的な不安が増加する中、精神面だけでも安心感を求めたい、と願う人々のニーズに沿うかのように、現代は「こころの時代」と強調する情報が氾濫しています。そして、精神的な疾患、障害に関してばかりではありませんが「ひょっとしたらあなたはこういう病気かもしれない」といって不安をあおる商法なども見られます。

ただ、これらの背景から、実際に「こころの病」等への社会的な関心が高まり、ちょっとした精神や身体の不調から「そうかもしれない」と思って受診している人々が多くなっていることは事実かと思えます。一昔前なら、そんな病気であることすら気がつかず、人々はただひたすらに自分の努力不足を責め、悶々としていたのかもしれない。

このような点から考えると、かつては潜在化していた病気が表面化しやすくなり、結果的に「病院にかかる患者数が増えている」という一面も確かにあるだろう、と思えます。自殺の原因がすべて「こころの病」である、と断定しているわけではありませんが、「こころの病」が原因のものは高い割合であると考えられます。その自殺者がここ数年3万人を超え、交通事故による死者数の5倍にもなる、という事実を考えれば、「こころの病」に正しい理解が進み、医療的な支援を受ける人々を社会がしっかり受け止めていくことがより重要になってくるだろう、と感じます。

(2) 子どもも「こころの病」を発症します

身近にある病気であるからこそ「子どもが発症する」可能性を心に留め、予防的な観点から日々の教育を見直すことが大切である、と考えます。

先にも少し触れましたが、先生方は真面目で几帳面な子どもほど学級や学校、部活動のリーダーに適している、と考えたことはありませんか。ほとんどの場合、その選択にまちがいはないと思います。しかし、必ずしもすべての「真面目」で「几帳面」な子どもが「だからリーダーシップをとることができる」わけではないのです。むしろ、周囲の過剰な期待が、子どもにはマイナスに作用することもあります。

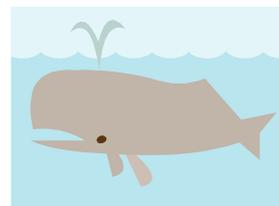
また、友だちや先生の求めに応じて、ある係をいやいや引き受けることになった子に対し、学級担任が力以上のリーダーシップを要求したり、クラスにまとまりがないのを責めたりするような話も学校ではよく聞きます。先生方が考えられる以上に子どものキャパシティを大きく超えるストレスになっている可能性があります。

何も係の選出に限った話ではなく、いままであまり教育の現場では意識されてこなかった「慣習」が、実は子どもたちの「こころ」に大きな打撃を与えていたかもしれない例は、他にもたくさんあるのではないのでしょうか。

少子化や核家族化，人間関係の希薄化，情報の氾濫，社会不安など，大人でも心を病む者が多くなってしまふような現代です。精神疾患で休職する教職員が全国で5,000名を超えました。教える側にとっても厳しい状況は続きますが，子どもも例外ではありません。ストレスの多い緊張に満ちた（ストレスフルな）社会に生きる子どもたちへの日常的な「こころのケア」が必要であり，「こころの病」を予防する観点で，もう一度，教育の現場を見直す必要があると思います。学校や教室の中の「当たり前」について，子どもの立場になり「自分だったら辛いなあ」と思えるような環境は見直しの対象としたほうが良いのではないのでしょうか。

同時に，先生方自身が同僚と支えあい，励ましあえるような学校づくりが進み，激務の毎日でもほっとするひと時があるような職場になれば，子どもと一緒に学校全体の安心感をより高めることができるでしょう。子どもの教育のために，という視点も大切ですが，自分自身の「こころのケア」のために教育環境を見直す，という目的が含まれていてもいいように思います。

「こころの病」は，だれもがかかる可能性のある病気であり，現代では特に身近な病気になりつつあります。子どもが発症することも珍しくありません。私たちは，常にそのような観点を忘れず，子どもや自分自身を見つめていかなければなりません。



4 「こころの病」は「よくなる」病気です

（1）「よくなる」とはどういうことでしょうか？

「こころの病」は「不治の病」である，と思っている先生方はいませんか。また，一度この病気になった方が身近に社会復帰した時，様々なマスコミ報道の影響から「何か不測の事態を引き起こすのではないだろうか」と不安に思ったことはありませんか。

一言でいえば，「こころの病」は「よくなる（治療が可能な）」病気です。しかし，これは100%が治癒に至る，という意味ではありません。「絶対に治らない」病気ではない，という意味を裏返して「よくなる」こともある病気である，という意味です。早期発見し，適切な治療や環境への配慮があれば病状が改善される（治癒・寛解）可能性があります，そうでなければ悪化したり，現状が持続したりすることもあるのです。

そういう意味をすべて含めた上で「よくなる」病気という表現を，ここでは使いたいと思います。

なお，「治癒」とは一般的に病気が治ることを言い，「寛解」とは病気による症状が好転，又はほぼ消失し，臨床的にコントロールされた状態のことを言います。

（2）子どもも「こころの病」で入院することがあります

多くの方のイメージとしては，ひょっとすると「こころの病」を発症した方は精神科がある

病院に長い期間、入院して治療を受け続ける、と思っている方がまだ多いかもしれません。さすがに「こころの病」イコール要入院、と考える方は少なくなっていると思いますが、入院等については、まだまだ誤解している方も多いのではないのでしょうか。実際には、医療制度改革の影響などもあり「こころの病」で長期間、入院する例は少なくなっています。症状に応じて短期入院した後に通院治療に切り替えたり、あるいは入院せずに通院治療のみで対応したりするケースがあります。むしろ入院ではなく適切な配慮を受け地域で暮らすことが早期の回復につながる場合もあるようです。

患者が地域で生活していく際に、周囲が正しい理解と適切な支援を行えば、病状が再発したり悪化したりする可能性は低くなります。「通院歴がある方の事件」を大きく報道するマスコミ記事に身構え、不安に思うよりもまず、「こころの病」を正しく理解し支援をしていくことが大切です。

さて、「こころの病」は子どもでもかかる病気なので、症状によっては入院して治療を受ける子どもたちももちろんいます。

学齢児が入院した場合、「病院にある学校」（特別支援学校、小中学校特別支援学級など）が設置されている病院であれば、教育を継続して受けることが可能です。ここでは医療と密接に連携した教育が行われ、「入院しても学校を休んでいるわけではない」といった安心感を子どもに抱かせ、治療効果を上げることに役立っています。

そして退院し、入院する前に在籍していた学校（前籍校）に戻る際には、通院しながら在宅で療養に専念する期間も含めて、本人が不安感を高めないような教育上の支援が必要になります。この場合、保護者の了解を得た上で「病院にある学校」が地域の学校と情報交換し、連携しながら適切な支援を検討し、具体的なお手伝いをすることもあります。

こうして「こころの病」の子どもは、健康を回復し、「病院にある学校」や前籍校、医療機関などの関係者・関係機関の連携によって、通常の学校生活を送れるようになる場合があります。

（3）潜在的な「こころの病」の子どもがクラスにいるかもしれません

症状がまだ悪化していない早期の発症者である子どもが学級にいる可能性があります。また、その前症状（病気になるかもしれない可能性を示す）を持っている子どもたちがいるかもしれません。放っておくと重症化していく子も含まれます。

このような子どもたちを早期に発見し、必要に応じて医療につなげていけるよう、学校の先生方が子どもの「こころの病」に理解を広げて頂くのも、本書「病気の子どもの理解のために」の大きな目的の一つです。

病気によっては早期発見すれば治癒する可能性が高くなり、治癒までの期間が短くなる場合があります。「こころの病」も早期発見、早期治療が効果的な場合があります。さらに発症を未然に防ぐような日頃の教育上の配慮があれば言うことはありません。

その上で、小中学校や高等学校等の教室に、健康観察の結果、兆候が見られる子どもがいれば、気が付いた学校関係者（学級担任など）は、養護教諭や特別支援教育コーディネーター、学校医と情報交換し、校内委員会などを開催し、関係機関と連携した上で早急に対応していくことが重要です。

「こころの病」は「よくなる」可能性のある病気であり、早期発見すればするほど「よくなる」率も高くなります。決して「不治の病」ではありません。だからこそ、教育の健康観察が大切です。いま、教室の中で人知れず気持ちや身体の不調に悩んでいる子どもがいたら、すぐに対応してください。

先生方に正しい知識や理解をもってもらいたい理由はもう一つあります。子どもの自殺や不登校、また生徒指導上の問題行動の未然防止、暴力的な行為など、学校におけるいわゆる「問題行動」の発生原因と「こころの病」等の間には深いかかわりがあるのではないだろうか、と多方面から指摘されています。（なお、ここでは「問題行動」等の要因のすべてが「こころの病」にある、と言っているわけではありません。そのような子どもも含まれている可能性があるという意味ですので、ご注意ください。）

もしそうだとしたら、「病気」である以上、医療的な支援がないと「病気」が改善されず、当然「問題行動」も解決されないことになるでしょう。学校で「問題」を抱える子どもたちに全力で対応されている先生方がたくさんいらっしゃると思います。そして、どう努力されても解決の糸口が見つからない状況を経験された先生方も多いと思います。その責任感の強さから自らの教育者としての能力不足、不甲斐なさを責め、さらに努力しなければ、としゃかりきになり、やがて燃え尽きてしまう。このような先生を周囲に見かけませんか。

教育だけの努力では救うことのできない子どもたちの中には、ひょっとしたら医療面からのサポートが必要なケースが含まれているかもしれません。決して先生方の努力不足ゆえに「問題」が改善されなかったわけではなく、解決方法へのヒントが教育以外にあるかもしれない、という可能性を忘れないでください。子どもの「問題行動」を多面的に理解しようとするヒントの一つが本書であり、それは先生方の「心の負担」を軽くすることにもつながる可能性があるのです。

先生方には、そのための正しい知識をぜひ本書から学び、理解し、教室内での子どもの健康観察に役立てて頂ければ幸いです。すべての子どもと先生方の笑顔が輝く素敵な学校作りを目指して。



（４）関係機関との連携について

子どもの「こころの病」について大まかな社会や学校の状況を説明してきましたが、それでも今すぐに「あの子はこころの病かな？」と考え、積極的に対応していくことは難しいかもしれませんね。また、仮に「こころの病」等の可能性を感じても、校内の関係者だけで何らかの方針を出し、動いていくことはまだ困難かと思えます。逆に、基本的な理解だけで学校が「あ

の子はこころの病に違いない」と早計に判断し対応していくことも危険です。

特別支援教育における「発達障害児への理解と対応」のような研修会はすでに各校で進められていると思います。同様に、本書を利用したり専門家を招いたりして、すべての先生方に子どもの「こころの病」に関する基本的な研修会を行うことをお勧めします。

その上で、該当しそうな事例の存在を確認された時には、学校医、地域の教育相談センター、保健所（保健センター）など近くの関係機関と連携し、対応していくことが大切です。あるいは大きな病院には最近「地域連携相談室」というような名称で学校などからの相談を無料で受けてくれるところもあるので利用してみてください。

子どもの精神的な疾患について専門的な診察、治療を行う児童精神科等の医師は全国的に数が少ないのが現状です。これを補うため、小児科や精神科の医師が研修を受け「子どもの心の相談医」「子どもの心の診療医」となり、対応できる範囲で子どもの「こころの病」の診察や相談を行っているところがあります。「こころの病」も含め「病気の子ども」全体への対応を考えていく上で、これら地域の医療資源を事前に調べておくことが重要です。

本書は全国特別支援学校病弱教育校長会と国立特別支援教育総合研究所で編集しています。お近くの病弱教育を行っている特別支援学校の特別支援教育コーディネーターが子どもの「こころの病」に相談対応してくれるところもありますので確認してみてください。後半の例にもあるように、病弱教育を行っている特別支援学校の特別支援教育コーディネーターが、小中学校や高等学校にいる「こころの病」の子どもへの対応について具体的な支援をしてくれるところもあるでしょう。

学級の中でのそのような子どもの存在に思い当たった場合には、決して早計な判断（たぶん「こころの病」だろう、というような）はせず、まず校内でしっかり話し合い、関係機関に相談してください。そのような早期対応が「こころの病」の早期発見につながり、多くの子どもたちを救うことにつながります。慎重かつ迅速な対応をお願いします。

5 まとめ

学校が病院と連携し適切なサポートを行ったことにより、「こころの病」の病状が改善しただけでなく、不登校状態から脱し、友だちと元気に地域の学校に通えるようになった例がたくさんあります（Ⅲ-4「事例と対応の紹介」を参照）。

不登校イコール「こころの病」ということではありませんが、先にも触れたように不登校の子どもたちの中にも発症しているケースがあるのではないかと、ということが各方面から指摘されていることは事実です。

また、北海道大学の傳田健三教授によれば、のちにうつ病と診断された子どもたちのうち、不登校状態を伴っていたのは約5割であり、残りの半数近くが登校を続けていた、というデー

夕もあります。本人や周囲が気付かないうちに、病気が潜在的に進行していたのでしょう。本人にとってはとてもつらい毎日であったろう、と推察されます。現在、「こころの病」の早期発見は学校保健分野でも重要な課題になっています。

このように顕在化した「問題」がなくても、「こころの病」あるいはその前状態に悩まされている子どもたちがいます。そして、大人でもそうですが、子どもは自分自身で「こころの病」の存在、可能性に気がつくことは難しく、なにかわけがわからないこころやからだの苦しさにさいなまれている場合があります。

毎日学校へ通い、友だちと遊び、授業中もしっかり勉強している。でも、心なしか以前より元気がなくなっているようでもあり、休み時間に教室で一人ぼーっとしていることがある。本書を読まれると、このような子どもにも先生方の関心が向くようになり、声をかけ、話を聞き、保護者と情報交換する中で、未然に「問題行動」や病気の発生を防ぐことができるようになるかもしれません。わけのわからない苦しさに悩まされていた子どもに、先生方が「最近少し元気がないようだけれど、よかったら先生に話を聞かせてくれないかな？」と声をかけ、ようやく自らの異変に気がつき、それを先生に手伝ってもらいながら言語化し、こころやからだの苦しさを伝え、ほっとする。それだけでも十分「予防」につながると思います。

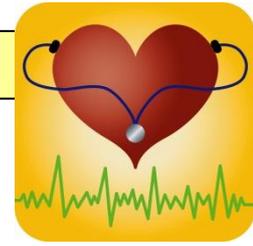
発達障害や知的障害のある子どもが二次的に精神疾患を発症したり、身体的な病気が影響して精神疾患を発症したりすることもあるようですが、「どこにでもいるおとなしくて真面目な子」がある日、何かのきっかけで精神疾患を発症するケースも多いのです。すべての子どもたちに目配りしながら、一人一人の適性に応じた支援を心がけていく、ここでも特別支援教育の理念を活かすことができると思います。この支援冊子を参考にされ、教室がすべての子どもたちの笑顔で満たされることを目指し、今後の対応を検討していただければ幸いです。

<参考文献>

- ・ 河合洋・山登敬之編「子どもの精神障害」（日本評論社・2003年）
- ・ 風祭元・山下格編集「統合失調症」（日本評論社・2005年）
- ・ 傳田健三「子どものうつ・心の叫び」（講談社・2007年）
- ・ 榊原洋一「脳科学と発達障害」（中央法規出版・2007年）
- ・ 「こころの科学 120号」（日本評論社・2005年）特別企画「統合失調症」
- ・ 「こころの科学 146号」（日本評論社・2009年）特別企画「うつ病は治るか」
- ・ 国立特別支援教育総合研究所 専門研究B「小中学校に在籍する病気による長期欠席者への特別支援教育の在り方に関する研究」（平成20年度～21年度）研究成果報告書



Ⅱ 病気の理解について



1 病気について知る

「こころの病」とは？

わたしたちは、からだの病気であれば、例えば、風邪かなと思ったときは、「熱は？」「せきは？」「鼻水は？」というようなかぜの症状をチェックし、体温を測ったり、薬を飲んだり、病院へ行ったりの対処をします。

これと同じように、学校生活の中で少し憂うつだったり、イライラしたり、不安になったりするなど、自分のこころを自分でコントロールできずに生活している子どもが数多くみられるようになりました。

「こころの病」は、自覚されないことが多いこと、自分が「こころの病」にかかっているとは認めたくない心理が働くことなども病気の発見と治療を遅らせている原因となっています。

子どものこころを理解するために、こころの機能について理解しておく必要があります。こころの機能には、意識、知能、記憶、知覚、思考、感情、情動・意思・意欲、自我意識、時間体験、言語と会話、性格・パーソナリティ・気質・体質などがあります。

精神科の医師は、面接により、まず意識がハッキリしているか、知能に大きな障害はないかなど、患者の精神状態を大まかにとらえます。そして、徐々に思考、感情、意欲などの精神機能の障害の状態や程度を把握していき、診断に至ります。

2 こころが病気になるとは？

こころの健康

こころが健康を保っていられるのは、上記のこころの機能がバランス良く働いているからです。これらのバランスが崩れた時にこころの病になると考えられます。ここでは、感情と思考を例に、心の機能について具体的に考えてみましょう。

(1) 感情

「感情」とは、心理学的には「情動」(affect)と「気分」(mood)とに分けられます。「情動」とは身体的表出(身振りなど)や自律神経症状(動悸、発汗など)をとともうような強い感情の動きをさし、「気分」はその時に感じている感覚の状態を意味します。

↓

病気になると

情動および気分で問題となるのは、感情の表出が場面にそぐわない場合です。周りからの刺激を受けて、突発的な怒りや敵意、攻撃性が表れることがあります。また思いやりの言葉や非難の言葉をかけられるだけで、大声をあげて泣くような例もあります。

感情の表出が極端に乏しくなり、人との交流が妨げられるような症状は、統合失調症や脳疾患などにあらわれる場合もあります。

また、抑うつ、不安、恐怖、焦燥、緊張、罪悪感などの気分がなかなか解消されないと、さまざまなこころの病気（神経症や気分障害など）を発症することがあります。

(2) 思考

「思考」とは、脳が知覚を介して得た情報を活用し、課題解決に向かって推測や判断をおこなう役割のことです。



病気になると

①思考の仕方、②思考の流れ、③思考の内容などに正常時ではみられない様々な点が認められます。



①**思考の仕方の異常としては**、周囲の状況を客観的に把握できず、空想を現実と思い込むなど、著しく不合理でつじつまが合わない考え方をします。自分の世界に閉じこもって物事を考える、魔術的な考え方（テレパシーなどの奇異な空想）をする、語句を無意味に並べたり新しい言葉を作ったりするなどの症状が出ます。

②**思考の流れの異常としては**、次々に思いついたことを口にしますが内容は一貫性を欠く（観念奔逸）、思考の流れが突然に中断される（思考途絶）、考えの脈絡がなく話もまとまらない（連合弛緩）などが、統合失調症などでみられます。

また、うつ病などでは、まわりくどくて結論に達するまでに時間がかかる（迂遠）などがみられます。

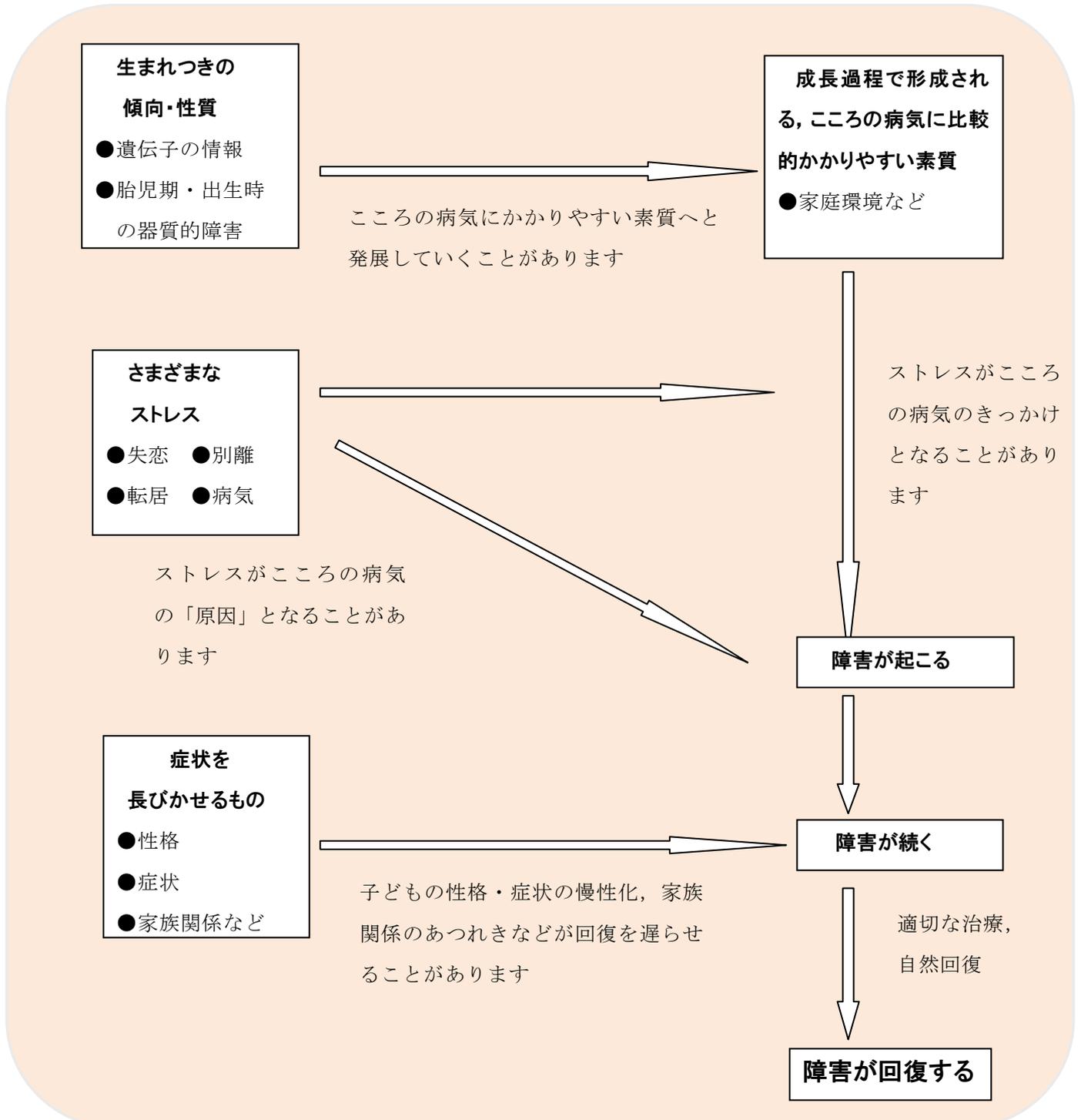
③**思考内容の異常としては**、間違った確信を抱く（妄想）、ある考えが頭に浮かぶのをとめられない（強迫観念）、ある行為を繰り返さずにいられない（強迫行為）、特定のものに病的な恐怖を抱き続ける（恐怖症）、自分の健康状態を過度に心配する（心気症）などがあげられます。

3 こころの病の発症のメカニズムについて

では、なぜこころの病になるのでしょうか。ここでは、発症のメカニズムについて少し考えてみましょう。こころの病の発症メカニズムは以下のように整理することができます。

<こころの病気 発症のメカニズム>

こころの病気は、社会生活でもたらされるストレスなどが、いくつかの要因と重なって発症に至ると考えられています。



図の出典：齋藤英二監修「心の病気」精神病 うつ病 心身症 ストレス（西東社・2005年）を改変

からだの各臓器をコントロールする自律神経や内分泌（ホルモン）の中核は、脳の間脳というところに存在しています。また、その近くには、人間の感情や欲動を支配する情動中枢と本能の中核があり、それらは神経線維で密に連絡しており、大脳辺縁系と呼ばれ、こころとからだは交流する接点になっています。したがって、過大なストレスによる不安や緊張といった変化がからだの各臓器に影響を及ぼすと考えられます。

現在、こころの病気は、多くの要因が重なり合って発症すると考えられます。生来の要因としては、ある種の遺伝子異常、胎児期や出生時の器質的障害などが注目され、これらが成長過程でこころの病気にかかりやすい「素因」を形成します。

しかし、このような素因だけではこころの病気には至らず、生活環境の大きな変化や薬物使用、身体疾患などが加わると、こころの病気が発症すると考えられています。



4 対応の仕方

(1) 診断について

こころの病の診断には、身体の病気と違い、血液検査や画像診断等が有効ではありません。こころの病は、原因が未だ不明のものも多く、社会構造、文化様式も国により異なることから、一定の病態を形成する症状を取り出して、患者の共通の訴えを言語化して診断基準を作成し、この基準を満たす場合に「〇〇障害」や「〇〇症」と診断するようになってきました。これを、一般的に操作性診断といいます。世界共通の病名に考慮して国際疾病分類が出来つつあります。この精神科診断の共通の診断基準が、DSM-IV（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）やICD-10（WHOによる国際疾病分類）といった診断体系です。以下に、ICD-10（国際疾病分類）精神および行動の障害大項目の一覧を示します。

ICD-10 精神および行動の障害の大項目

F00－F09 症状性を含む器質性精神障害

F10－F19 精神作用物質使用による精神および行動の障害

F20－F29 統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害

F30－F39 気分（感情）障害

F40－F48 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害

F50－F59 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群

F60－F69 成人のパーソナリティおよび行動の障害

F70－F79 精神遅滞 [知的障害]

F80－F89 心理的発達の障害

F90－F98 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害

F99 特定不能の精神障害

(2) 治療について

こころの病気の発症と経過のメカニズムには、常に身体的、心理的、社会的な要因があることはお話ししました。こころの病気の治療についても、この3つの柱で考える必要があります。つまり、お薬による治療、カウンセリング等の各種心理療法、ソーシャルスキルトレーニングや環境調整などの教育・療育的支援です。また、子どもの病状に応じて、通院による治療と入院による治療とが考えられます。

5 こころの病の分類について

こころの病については、古くから色々な考え方や学説がありますが、精神的な原因により、心因性、内因性、外因性に分けて考えると理解しやすいと思います。教員が学校で出会うことが多いこころの病の中で、まずはじめに心因性疾患について説明します

(1) 心因性疾患

自分の病気に対する行き過ぎた心配や家庭や職場での人間関係で、心労が重なると、さまざまな身体症状や精神的な苦痛（不安、イライラなど）が起こります。精神的な苦痛が全面に出る場合を、かつては神経症と呼んでいた時代もありました。

子どもは、こころとからだの発達が途上で、心理社会的なストレスが、ストレートにこころの病として現れるのではなく、まず身体症状として現れたり、問題行動として現れたりすることがあります。例えば、子どもの主訴で、腹痛を例にとれば、器質的な疾患としては、虫垂炎、クローン病、潰瘍性大腸炎などが疑われる他、心身症であれば過敏性腸症候群、精神症状と考えればうつ病や社会恐怖症でも起こりえます。

① 子どもの表現としての症状・行動

子どもの表現としての主訴は、

ア) 身体症状（腹痛、疲れなど）

受けたストレスをからだで表現する身体化障害・・・表現が身体臓器を通じてなされるので、身体疾患と考えられやすい。

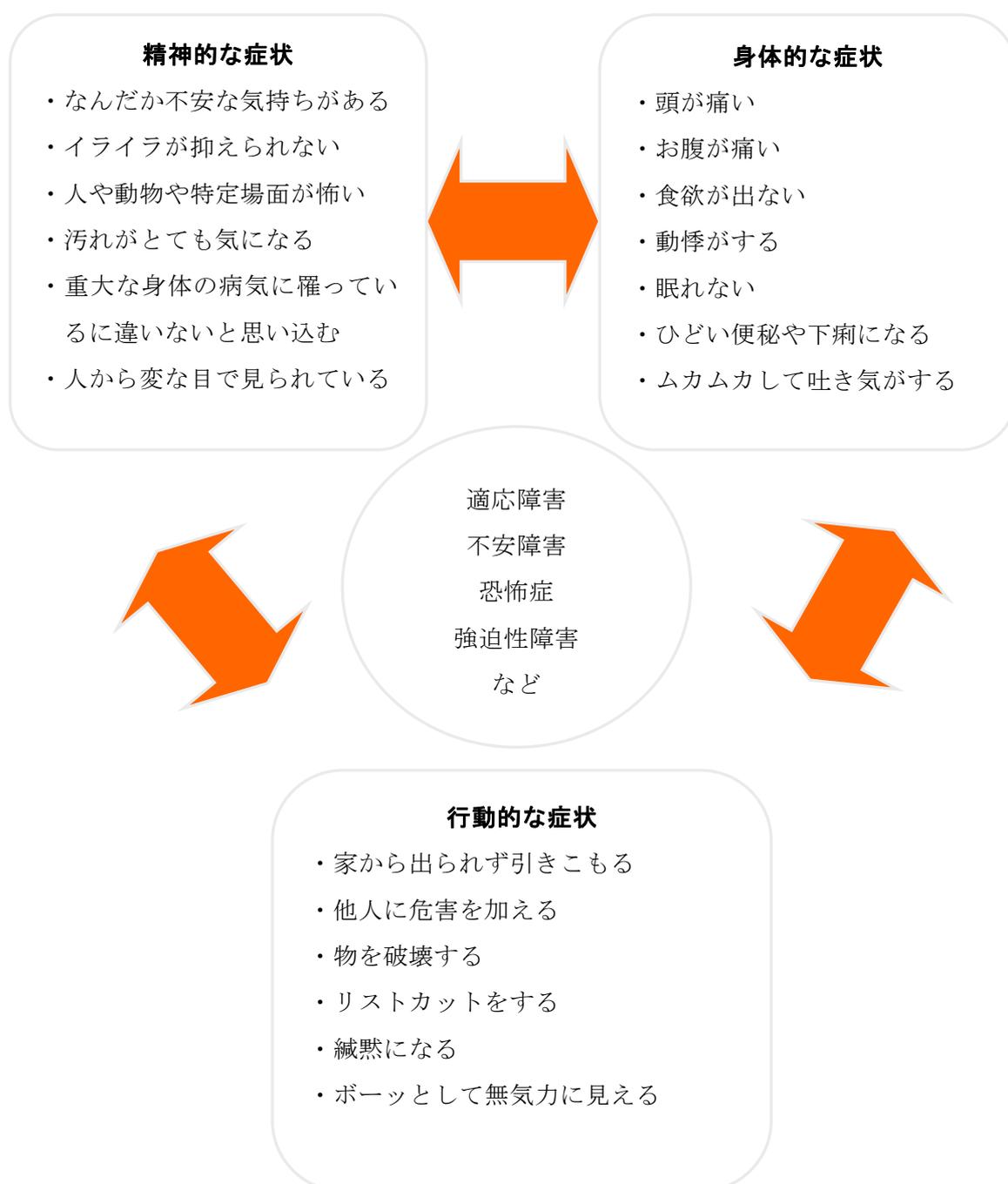
イ) 行動的な症状（学校に行かない。大人からみて悪いことをする。）

受けたストレスを行動で表現する問題行動・・・腹を立てて机を叩く、扉を荒々しく閉めるなどの行為が、社会的規範を逸脱した場合を、行動異常・反社会的行為と呼び、矯正のための支援が必要になります。

ウ) 精神的な症状 (沈んでいる。いらいらしている。)

受けたストレスを増大させ精神的に表現する神経症・・・不安なことがあると、「いかにも不安がある」とわかるような言動があるので、これがもっともわかりやすいといえます。

上記の身体症状・行動的な症状・こころの症状を図示したものが、以下の通りです。この図から3つの表現が特に相互に関連していることがわかります。



(2) 内因性及び外因性の精神疾患

遺伝・体質的な背景が強い気分障害や統合失調症は、内因性の精神疾患と呼ばれることがあります。また、脳炎・脳症やアルコール・薬物中毒など急性の意識障害を生じる疾患や痴呆、てんかん、アルコール・薬物中毒など慢性の脳障害は、外因性の精神疾患と呼ばれることがあります。心因性の精神疾患も含めて、これらは明確に分類出来るものではありませんが、どのようなこころの病でも、心因、内因、外因が多少なりとも関係していると考えられます。それに応じて治療や援助を考えるのも精神医療の一つの在り方です。これら従来の精神医療で取り扱われる疾患に、最近では発達障害が加わりました。

コラム ～ 心身症 ～

- ・受けたストレスを身体臓器で表現するのが心身症で、表現（症状）が身体臓器を通じてなされるため、身体だけが病んでいると誤解される傾向があります。
- ・子どもの心身症で重要なものは気管支喘息とアトピー性皮膚炎で、一般にはアレルギー疾患に分類されます。これに続くのは、周期性嘔吐症、過敏性腸症候群です。摂食障害は、数はそれほど多くはありませんが、初期対応が難しく専門医の診断が必要です。起立性調節障害は日常的によくみる疾患で、疾患というより成長期の問題と診た方がよい面もあります。その他にチックも多くみられます。



Ⅲ 教育現場での支援について

1 小・中学校での支援

教育的支援における対応法

(1) 「こころの病」の対応における留意点

「こころの病」は、病院で身体に異常がないと診断されても、子どもは何らかの異常を感じています。「気のせい」「気持ちの持ちよう一つで治る」「学校へ行きたくないから仮病をつかっている」などの言葉を子どもの前で口にはしてはいけません。

そのため、常に症状の背後にあるこころの問題に目を向けることが必要です。では教員の立場から実際にどのように対応すればよいのでしょうか。次のようなことへの配慮が必要といえるでしょう。

- ① 受容：相手の訴えを全て受け入れることではなく、よく見て、よく聴き、温かく包みこむことです。そこには敬意・尊重も必要と思われます。
- ② 共感：同情とは違い、相手の訴えを実感しながらも感情的に巻き込まれない、理解ある態度のことです。
- ③ 支持・保証：抱えている問題とともに取り組み、必ずや良くなると保証を与えてあげることが必要です。
- ④ 認める・ほめる：ほめ言葉は最良の安定剤です。

このように、「こころの病」をもつ子どもには、カウンセリングの原則が役立つことが多いようです。



(2) 安全感と安心感の形成

「こころの病」を抱える子どもたちは、教員やクラスメイトといった周囲の環境から受ける言動に対して、とても敏感に反応を示します。時には、実際には誰からも言われていない、想像上の言動までもが被害的に感じられたり、現実であるかのように体験されたりします。そして、それらのこころの中で生じた不安や動揺が、実際の言葉や行動、症状の現れ方などにも影響を与えます。

そこで、小中学校での支援を考える際、特に重要になるのが、「こころの病」を抱える子どもにとっての「安全」で「安心」な環境を提供できるかどうかということです。校内に安全と感じられる場を用意したり、心の拠り所となるような安心できる人を配置したりする、などの工夫が考えられます。時には病院、保健所、児童相談所、精神保健福祉センター等の地域資源と連携して、校外にそうした場を求めることも必要になるかもしれません。

2 学校・教室での支援 (保健室・不登校の適応指導教室との連携)

(1) 保健室登校

「こころの病」を抱える子どもたちにとって、保健室という居場所は欠かすことができません。保健室は、彼らにとって「一息入れるところ」「立ち寄って自分なりに時間を使うところ」「気持ちを切り変えて教室に戻るところ」「好きなことを言えるところ」など、自分の心の安心を得る場所になっています。このように保健室はからだの健康を回復するという役割に加えて、心のケアという役割も担っています。

不登校による保健室登校とは、学校には行けるが、身体的・心理的な理由によって自分の教室に入ることにはできないが、保健室であれば、ある一定の時間、学校に在ることができるといいます。

ではなぜ保健室登校を選ぶのか、このことを子どもの側から考えてみますと、気持ちの中に、「学校へ行きたい、行かなければならない」といった願望があることや、親や教員の側にも「登校してほしい」との思いが働いているからです。しかし登校時は、情緒不安定な状態であるがために、教室に入れず、保健室が安心できる居場所になっているわけです。

(2) 養護教諭の役割

養護教諭は、子どもにとって学校の中で大切な支援者です。保健室を開けると、いつもにこやかに迎えてくれ、室内には何となく自分を包み込んでくれるような優しさが漂っています。

また、個別の相談に対しても、親身になって相談にのってくれることはもちろん、相談内容の秘密も守ってくれます。このように子どもも親も自分たちの心の底まで語りつくすことができるわけで、ここに、こころのケアも職務の一つとする養護教諭の役割があるといえます。



養護教諭が、保健室登校の子どもの受け入れに際して留意しなければならない点は以下のようなことです。

- ① まず、何より保健室登校を本人が希望していることです。
- ② こころのケアについて、教職員の理解と支援を得ておくこと。
(児童生徒の中には、授業や友人関係に疲れて保健室を「駆け込み寺」として利用する子もいます。保健室を利用する前に、保健室がもつ、こころのケア機能の重要性について学校全体で共通理解することが必要です)
- ③ 子どもについて担任と十分に話し合い、養護教諭への担任が期待することを知らると同時に、養護教諭の限界についても担任の理解を得ること。
(養護教諭が可能な受け入れについて、担任と細かく話し合い、どこまで対応できるか、どんな対応を展開していくかなどについて、事前に話し合いましょう)
- ④ 保健室登校の受け入れについて、保護者とどのようにかかわるかについても、担任をはじめ、教職員の同意を得ておくこと。
(教職員がバラバラに対応すると、保護者などに混乱が生まれる可能性があります。教職員が適宜情報を交換し、一貫性のある対応をすることが大切です)

(3) 適応指導教室の利用

適応指導教室とは、年々増加・多様化する不登校児童生徒がいつでも登校できるように設置された教室です。不登校児童生徒の場合、家庭以外に自分の居場所を見出せないことが多く、そのため孤立しがちになり、自室に閉じこもる傾向にあります。こういう場面を解決していくために、学校と家庭の中間施設として設置されたのが適応指導教室です。

適応指導教室の入室を検討するに当たって、担任や適応指導教室の担当教員が留意しなければならないことは以下の通りです。

- ① 担任は適応指導教室への入室をすすめる時、子どもの状況をきちんと分析し、入室可能な子どもを選ぶ必要があります。
- ② 担任は子どもと保護者と十分に話し合う必要があります。あまり指導しない上に、話し合いも不十分なまま入室をすすめると、親や子どもは「先生に見捨てられた」と受け取られる場合もあります。
- ③ 担任は入室させたあと、自分の指導は終わったと子どもを手放さないことが大切です。そのためにも、時々訪問しては子どもに声を掛け、担任の温かい気持ちを伝えなければなりません。
- ④ 適応指導教室は家庭と学校の橋渡しの居場所になります。そのため適応指導教室から前籍校の移行は大切な課題となります。子どもが戻りたいと決めるまでは、担当教員は適応指導教室でじっくり、焦らず指導・支援していくことが必要です。そのため、学校側でも様々な支援者・機関と協力しながら子どもへの支援を考えていかなければなりません。
- ⑤ 適応指導教室に不登校の子どもを追い出す場所や放り出す（任せきりにする）場所ではありません。担任や学校は、適応指導教室の担当教員と連絡を密に取りながら、子ども一人一人の状態を把握し、指導・支援していく姿勢が求められています。

(4) スクールカウンセラーの役割

児童生徒の不登校や、校内での種々の問題行動の対応に当たっては、専門的な心理学知識や心理援助が求められることがあります。学校現場や教育センターなどの教育機関において、そのような専門的な知識を有し、心理相談業務を行っている専門家がスクールカウンセラー（SC）です。

文部科学省は平成7年度から中学校を中心に配置し、平成10年度に1,661校、平成13年度に4,406校、平成17年度までには、公立中学校のすべての生徒がスクールカウンセラーに相談できる体制の整備が開始されました。

児童生徒の発達を考える上で、学校と家庭はどちらも重要な役割を担っていますが、



特に不登校となり、自宅に引きこもって本人と直接関わるできない状態の時などは、学校と家庭とが連絡を取り合って、本人の状態を把握し、援助の方法を確認することが大切です。このような場合、スクールカウンセラーは、家族への働きかけや、学級担任と家庭との仲介役となって、連携がスムーズにいくよう調整していくこともあります。

スクールカウンセラーの目的は、最近では、当初のいじめ・不登校から、非行や行動の障害などを含めた、あらゆる不適応行動の児童生徒への対応に変わってきています。スクールカウンセラーは、今後学校現場において、子どもたちが安心して生活できるよう、子どもの心の問題を受け止め、子どものこころの「器」づくりなどに努力していくことが重要といえます。またこのことで、児童生徒の健康なこころの発達を促していくことが、スクールカウンセラーの役割といえます。

3 入院・通院・自宅での支援 (医療との連携)

「こころの病」のある子どもには、病気の治療に専念したり、安心して生活したりできるよう、適切に調整された環境を提供していくことも重要です。例えば、妄想や幻聴・幻覚が激しくて苦痛が強かったり、「私が悪いんだ、私なんか、いなくなればいいんだ」というような思い（自殺念慮）や、自ら死ぬことを念頭に置いた行為（自殺企図）の危険があったり、パニック等で周囲の人を傷つける危険性がある場合などは入院することも考えられます。

(1) 医療機関との情報交換

入院あるいは通院に関わる判断は医師に任されていることですから、学校現場では医師との十分な情報交換や連携をして、教育指導上で可能なことや禁忌なことを把握しておくことがたいへん重要になります。

ただ、守秘義務や個人情報の保護の問題もあり、学校関係者が、直接医療機関とのコンタクトを取ることは難しい場合がほとんどです。そこで、保護者との信頼関係が何よりも重要で、保護者を通じて医師との連携を進めていくという方策も考える必要があるでしょう。

把握できると指導上で有益な情報の一例としては、以下のような事柄です。

- ① 診断名、現在の病気の状態と今後予想される動き
- ② 症状と処方される薬の関係、副作用などの注意点
- ③ 緊急時の連絡体制
- ④ 教育指導上での留意点 等



(2) 保護者への支援

入院あるいは通院中でも、「こころの病」のある子どもが安心して治療に専念できるよう、家族を支援していくこともたいへん重要になります。

例えば、入院中でも特別支援学校（病弱）等の「病院にある学校」を利用して勉強が続けられることを知るだけでも家族にとっては安心の材料になります。あるいは、「こころの病」にしてしまったのは自分たちなのではないか、という不適切な罪悪感を保護者が抱いていることは、からだの病気以上に起こりやすいことですから、こうした保護者や家族の不安を少しでも取り除いていけるように、校内の教育相談や関係機関などの仕組みを上手に活用して支援することも重要でしょう。

4 事例と対応の紹介 ～実践編～

(1) 小・中学校の事例と対応

Aくんの例「分離の不安と校外リソースの活用」（心身症）

小学校4年生のAくんは、特に思い当たる理由もなく、ある時から教室に入ると強い吐き気や腹痛を覚えるようになりました。当初は誰にも言わずに我慢していましたが、段々と授業中に保健室へ行くことが増えていき、やがて学校へも行けなくなってしまいました。そうかといって、家の中に閉じこもっていても、夜の闇に誰かが潜んでいる気配や天井や地面から聞こえる音に怯えて、夜明けまで眠れない日も続きました。

学校では担任の先生をはじめ、養護教諭や特別支援教育コーディネーターが心配して、まずは地域の相談機関に相談することを勧めました。カウンセリングを通じて、Aくん自身は「学校へ行けないのは吐き気や腹痛のせいだ」と考えており、学習の遅れや友達関係から生ずる強い不安や不満、主たる養育者から自立することの怖さが自分の心の中にあることを否認していることが分かりました。

相談機関と学校と保護者とで話し合いを繰り返し、学習の遅れや分離不安にきめ細かく対応するために、適応指導教室を活用して、Aくんの家庭以外の安全基地にしていくことを考えました。医療機関や相談機関で心身のケアをしながら、無理の無い範囲で個別の指導や小集団での活動を積み重ねていくことで、Aくんの身体的な症状は徐々に減少していき、適応指導教室に居られる時間も増えていき、やがて毎日通うことができるようになっていきました。

Bさんの例「安全基地と校内コーディネーターの役割」（不安障害）

中学校2年生のBさんは、クラスメイトに容姿をからかわれてから、自分の顔貌が気になり始めて、やがて「みんなが自分の悪口を言っている」と思うようになりました。この頃には学校へ行けないだけでなく、「道行く全ての人が自分の悪口を言っている」と感じたために、家からも出られ

なくなっていました。心配した両親は学校の勧めもあって地域の相談機関を訪ねました。さらに相談機関の勧めで、医療機関も受診して服薬も始めることになりました。相談機関でのカウンセリングと併せて、Bさんの症状は落ち着いていき、少しずつ学校へ行けるようになりましたが、教室にはとても入れず、保健室で一日を過ごすことが多くなりました。

両親と関係者が話し合っ、まずは保健室を学校内の安全基地にすること、そこからBさんの意向に沿って可能な場合は教室へ行ってみることを確認しました。それはまるで、保健室というベースキャンプから教室という山頂を目指して、一歩ずつ歩を進めるような校内を巻き込んだチームでの取り組みでした。養護教諭はBさんの日々の調子を丁寧に観察しながら、担任を通じてタイミングよく教科の先生を招いて指導を進めることで学習の遅れに対応しました。同時に、数分の休み時間に数人のクラスメイトを呼んで人間関係から取り残される不安にも対応しました。こうした取り組みを通じて、Bさんは少しずつ学校内においても安全だと感じられるようになり、学校行事を足掛かりに少しずつ教室でも授業を受けられる時間が出てきました。



(2) 特別支援学級（分教室）の事例と対応

C君の例「医師や病棟との連携で進める指導」（強迫性障害）

中学校1年生のC君は発達障害を抱えていましたが、小学校時代から友人関係がうまく続かず不登校になる等、多くの困難を体験する中で「こころの病」を発病して入院することになりました。当初は、少しでも指摘や注意を受けると被害感が強く現れて、そのために学校や家庭でも攻撃的な言動が頻発していたC君でしたが、入院先の病院にあった地域中学校の分教室に転入して、個別적으로受容的な指導に根気強く支えられたことで、少しずつ学校に対する失敗感を克服し、人に対する信頼感を取り戻していくことができました。やがて、個別的な対応から少人数のクラスの中へと入り、生徒同士の活動の中で自信をつけたことで、前籍校への復帰も試みました。

主治医や病棟スタッフとの連携を密にして、家庭で落ち着いて生活できるような病棟での指導やC君の障害特性や病気の状態に最適な進路選択を行えるような環境を整えていったことで、自分自身の問題行動を客観的に振り返る内省力も育ち、自己コントロールを高めていくことができました。

現在は、保護的な環境下で職業教育を受けられることを大切に考えて、高等養護学校へ進学して、元気いっぱい学校生活を送っています。

(3) 特別支援学校の事例と対応

D君の例「安心感」

中学3年生のD君は「こころの病」で入院し、隣接する特別支援学校に通学していました。医師は「病気はかなり改善された」と話していましたが、特別支援学校の先生は本人が何かに不安を感じているように見えました。

ある日、D君と雑談をしていた先生は、彼が「高校へ行けるのかな」とポツリともらした言葉を聞き逃しませんでした。医師は「新しい環境は病状にマイナスかもしれない」と考え進学の話は極

力しないようにしていたのですが、D君自身は「中学3年だから進路指導をしてほしい」と願っていたようです。

そこで先生は医師と話し合い、本人が体調に合わせてながら学習できる通信制高校ならよいのではないか、という結論に達し、進路指導を始めることになりました。

D君は笑顔で高校のパンフレットをめくり、自分の将来に思いを馳せるようになりました。その後、D君は退院し、無事、通信制高校に入学して、通院治療を続けながらできる範囲での高校生活を楽しんでいます。

Eさんの例「正しい理解と適切な配慮」

中学1年生のEさんは、中学に入学してすぐ「こころの病」を発症、不登校状態になり通院治療を続けていました。中学校から相談を受けた特別支援学校の特別支援教育コーディネーターのF先生は、担任やEさんのご両親と話し合いました。そして、医師から入院治療を勧められて、戸惑われていることを知りました。

そこでF先生は主治医と相談し、入院治療の見通しとその後の支援方法を具体的にご両親に伝えることにしました。入院しても特別支援学校で勉強が継続できること、退院してからも特別支援学校の先生が地域の中学校と情報交換を密にし、配慮された環境の中で適切に支援できるようにしていくこと、中学校の先生方向けに「こころの病」に関する研修会を行い、すべての先生がEさんの病気に理解を深めてもらうことなど。

ご両親は安心し、Eさん本人も納得して入院しました。専門的な治療が行われ、Eさんは徐々に回復し、半年ほどで退院したあと、中学校の適切な配慮を受け登校を再開しました。

2年生に進級したEさんは、通院治療は続けていますが、毎朝迎えに来る友だちと仲良く通常の学級へ通えるほどになりました。



<引用文献・参考文献>

- ・齋藤英二監修「心の病気」精神病 うつ病 心身症 ストレス（西東社・2005年）
- ・富田和巳監修「小児心身医学の臨床」（診断と治療社・2003年）
- ・浅倉次男監修「子どもを理解する」こころ・からだ・行動へのアプローチ（へるす出版・2008年）
- ・佐藤修策著 「不登校（登校拒否）の教育・心理的理解と支援」（北大路書房・2006年）
- ・齋藤万比古編 「不登校対応ハンドブック」（中山書店・2007年）
- ・村田豊久著「子どものこころの不思議 児童精神科の診療室から」（慶応義塾大学出版会・2009年）
- ・教育と医学4月号(No658) 「減らない不登校」（慶応義塾出版会・2008年）
- ・青木省三著「僕のこころを病名で呼ばないで 思春期外来から見えるもの」（岩波書店・2005年）
- ・札幌市立山の手養護学校「特別支援学校（病弱）・院内分校に在籍する心身症等児童生徒の実態

- 及び傾向とその指導・支援に関わる実際的研究」（（財）みずほ教育福祉財団・2009年）
- ・奥山真紀子編集「病気を抱えた子どもと家族の心のケア」（日本小児医事出版社・2007年）

資 料

病弱教育の前提

一 病気の子ども支援の基礎理論（試論） 一

子どもの「こころの病」について考える際に必要な知見を、特に「関係性」や「愛着」といった概念をキーワードにしてまとめました。子どものこころの成長を促すような、親子の在り方や教員との関係性を考えることによって、子どもを取り巻く心身両面に渡る環境作りを教育的に支援するための資料となっています。

1 こころの成長過程にみる「心のふれあい」の重要性

(1) 心のホメオスタシス (恒常性)

人間の身体には、気温が下がると寒気に震えて熱を発生し体温を上げる、あるいは逆に、運動をして体温が上昇しすぎると汗をかいて体温を下げるなど、外部環境の変化や主体の条件変化などに応じて、体内環境を一定に保とうとする、ホメオスタシスの機能が備わっています。

心にも同様なホメオスタシスの機能が働いており、可能な限り不快な状態を避けて、快な状態を保とうとするバランス調節の機構が働いていると考えられます。

身体のホメオスタシスを考えた場合、基本的には自律神経系や内分泌系によってコントロールされており、本人の意思や感情が介入する余地はありませんが、時として、極度の緊張や不安といったストレスに晒され続けると、そのストレスがバランス機能に影響して身体的な症状を現す、「心身症」を生じる場合もあります。このように心身のホメオスタシスの機能は、意思や感情の状態によって大きく左右されたり、ある程度のコントロールを可能としたりする余地も含まれているのです。それでも時として、ある種の不快なストレスを抱えられることが心の成長に繋がっている場合もあります。例えば、とても痛くて嫌いな注射でも病気を治すためには我慢することができますし、将来を思い描いて、辛い受験勉強や仕事などに励むこともできます。

こうした不快な状態を一時抱えながらも、目の前の課題を解決したり問題を克服したりして、自らを快な状態へと導くことができるようになることが、『心の成長』であると捉えることも出来るでしょう。それは、生まれたばかりの赤ちゃんが排泄を我慢できずにオムツを必要としていても、成長とともに、排泄したい気持ちをコントロールして、適切なタイミングと適切な場所でトイレをすることができるようになることと同様です。

ただし、ここで心の成長にとって、最も重要な点が浮かび上がってきます。それは我慢してトイレで排泄するという発想自体が、保護者を中心とした周囲の大人からの適切な働き掛けがなければ、乳児だけでは生まれて来ないということです。つまり、心の成長には養育や（広い意味での）教育が不可欠なのです。



(2) 心を育む器としての関係性

身体を成長させていくために、乳児期には授乳を通して主たる養育者から直接に必要な栄養素を取り入れることが不可欠です。幼児期以降には、ある程度自ら食物を求めることで、成長に必要な栄養素を取り入れることができるようになります。心の成長過程でも、これと同様の過程を通っていくと考えられます。

例えば、空腹という不快な状態を考えてみましょう。赤ちゃんは空腹という概念を未だ持っていないから、むしろ身体感覚が前面にあって、それはチリチリと焼けるような、あるいは突き刺さるような痛みが腹部にある感じでしょうか？ この不快な状態に赤ちゃんは耐えきれず、「泣く」という行為で痛みを表現します。赤ちゃんは語るができないので想像の域を出ませんが、そこには「このまま飢えが続けば、自分は死んでしまうのではないか？」といった強い不安も含まれているかもしれません。（心理学の中では、この一連の循環を心の内部に溜まった不快なモノや不要なモノを外部に出すという文脈から「心的な排泄」行為として理解されています。）ですから、赤ちゃんの泣くという行為は、身体的なレベルの痛みに加えて、心理・情緒的なレベルの不安なども含めた不快な状態を、少しでも自分から遠ざけようとする、赤ちゃんの最早期の主体的・自発的行為であり、かつまた原初的なコミュニケーションとしての重要な意味をもっているわけです。しかし、この痛みや不安が含まれた泣き声は、それ単独では、何の意味も持ち得ません。むしろ、この泣き声が（多くの場合）主たる養育者にちゃんとキャッチされて、抱っこによる慰めや安心をもらって不安を取り除き、授乳によって空腹に伴う痛みや苦しみを取り除かれた時に、初めてコミュニケーションとしての意味と同時に、赤ちゃんが自分で不快な状態を快な状態へと変えることができたという記憶と自信につながっていくわけです。また同時に、主たる養育者の暖かで余裕のある落ち着いた態度から、赤ちゃんは今現在の自分の置かれている状況が、決して対処不可能な絶望的で恐ろしい事態にないことも理解します。後に自尊心や自己効力感となるモノの土台は、ここから生まれてくるものです。

こうしたコミュニケーションが繰り返される中で、時には、すぐに主たる養育者がやって来ない場合もあるでしょう。それでも多くの場合、ちゃんと主たる養育者はやって来て、不快な事態は、必ず心身両面で快な事態へと変えることができるという体験を積み重ねていくことで、赤ちゃんは欲求不満に耐えることを学んでいくことができます。

一つの結論として、心の発達にとって決定的に重要なのは、心の栄養を与える母親＝養育的な環境としての他者の存在だと言えるでしょう。

（３）情緒応答性と α （アルファ）機能

ここでちょっと角度を変えて、主たる養育者の担っている重要な役割機能へと視点を移してみましょう。一つには、身体的なレベルで赤ちゃんの成長を見守り育てていること、つまり、お世話が重要な役割であることは言うまでもありません。注目したいのは、泣いている赤ちゃんの身体的な状態（お腹が空いている、オムツが濡れている、具合が悪い、等々）に加えて、心理的な状態（空腹で苦しい、お尻が気持ち悪い、一人で放っておかれて淋しい、オモチャに届かなくて哀しい、等々）を適切に理解して、無意識の内にその苦痛や不安に共感したまま、現実的な対処と同時に心理的な慰めや安心を与えている点です。

主たる養育者は、これまでの赤ちゃんとのやり取りやコミュニケーションの記憶に基づいて、

赤ちゃん一人一人に固有の心地良いリズムや慰めのトーンを知っています。それは例えば、抱き上げた赤ちゃんに歌を唄ったり、静かに揺らしてみたり、背中を優しく叩いてみたり、話しかけてみたりと、さまざまでしょう。こうして、不快な気分はやがて快な気分へと姿を変えていくわけですが、この主たる養育者が共感を保ったまま、言い換えれば、主たる養育者が赤ちゃんの痛みや不安を自分が体験しているかのように、我がことのように感じ取りつつも、その不快を快へと変えていける役割機能のことを、アメリカの乳幼児精神医学者、D.N.スターンは『情緒応答性 (emotional availability)』と呼びました。この概念は、子どもにとって判断の難しい事態（今すぐに逃げ出すべき事態なのか？それとも全く安全なのか？）に出会った際、母親の表情や態度（恐怖の表情で凍り付いている、あるいはニコニコと笑っている）から、子どもがその性質を理解する『母親参照機能 maternal reference』（R.Emde らの言葉）という機能とも関連があります。

また、主たる養育者が赤ちゃんの中にある、未だ言葉にもならないような漠然とした感覚（赤ちゃんから見れば「なんだか訳の分からないモノ」とか「なんだか訳の分からない感じ」）を主たる養育者自身の同様の記憶や感覚を用いて理解し、そこに「空腹」とか「不安」といった概念をラベル付けしていくことの繰り返しが、少しずつ赤ちゃんの中に取り入れられていくことで、やがては、赤ちゃんが幼児期に入る頃になって、「お腹が空いた」「こわかった」と自らの内的経験を語るができるようになるわけです。この赤ちゃんが泣くという行為で伝える、「苦しい」とか「こわい」といった情緒的な**感覚の要素**を、主たる養育者が受け取って、「空腹」とか「不安」といった情緒的な**思考**へと変換する役割機能のことを、イギリスの精神科医 W.Bion は、養育者の『 α 機能 (α -function)』と呼びました。

これらの役割機能が、赤ちゃんにとって適切な時期に必要なレベルで提供されることが心の成長にとっては不可欠なものとなるのです。



(4) 関係性の障害

これら、主たる養育者の果たす重要な役割機能を考える際に、時として大きな問題や障害となるのは、赤ちゃんか主たる養育者のどちらかの心の発達に問題がある場合です（成人した大人の場合には、心の発達という言葉よりも、むしろ心の成熟度とか精神的な健康度といった言葉を用いた方が適切かもしれません）。

赤ちゃんの側に問題がある場合、例えば、知的な遅れであるとか発達障害などがあり、赤ちゃんが情緒的なサインを全く発信しない、あるいはとても微弱であったり、歪んでしまったり、分かりにくかったりする場合には、主たる養育者の重要な役割機能を発揮する機会が奪われてしまっていることが多々見受けられます。

一方、主たる養育者の側に問題がある場合、例えば、養育者がうつ病を発症していたり、想定外の妊娠出産だったり、赤ちゃんに対する愛情を感じる事が難しいといった場合には、情

緒応答性やα機能を発揮するための土台や準備状態がありません。乳幼児期の子育てには、赤ちゃん（あるいは他者）の気持ちや感情を繊細かつ的確に理解できる情緒的な『感受性 sensitivity』の資質や、時としての訳の分からない赤ちゃんの愚図りに耐えうる能力を、一定期間、一定レベルで提供することが主たる養育者には強く求められています。

これはつまり、主たる養育者は赤ちゃんと相対している時には、常にとっても強い情緒的な刺激に曝され続けているということなのです。時には赤ちゃんを放り出してしまいたいくらいにネガティブな感情を引き受けなければならず、例えば、さまざまな事情で主たる養育者が孤立してしまい、赤ちゃんに共感することが難しいと、赤ちゃんの不快に対して鈍感になってしまったり、泣き喚く赤ちゃんをなだめることができない絶望感や無力感に苛まれてしまったりもするでしょう。こうした事態に陥っても、逃げたり投げ出したりせずに踏み止まることができる資質は『負の能力 negative capability』と呼ばれることもあります。これに耐えて、赤ちゃんの不快を快へと変える姿勢を維持し続ける主たる養育者には、とても大きなエネルギーが必要となりますし、それを支える周囲からの心身両面に渡るサポートが不可欠です。

これらの赤ちゃんの主たる養育者のどちらか、あるいは両方の問題で、親子関係が心の成長を促す器とならない状態のことを『関係性の障害』として捉えることができます。例えばアメリカの国立非営利組織である ZERO TO THREE : National Center for Infants, Toddlers, and Families では、生後3年間（0歳～3歳まで）の乳幼児の発達のリスクを診断する基準の中に、関係性の障害を挙げて重要視しています。



（５）アタッチメント（愛着）と虐待の問題

イギリスの J.Bowlby やアメリカの M.Ainsworth らは、数多くの母子の関係性を研究して、親子関係の中でも特に重要な『愛着理論 attachment theory』を提唱しました。

愛着という言葉は、どうしても「親子の情愛を含んだつながり」を想像させるので、発達心理学の分野では、愛着という訳語よりも、むしろ『アタッチメント』という言葉を用いる方が一般的です。アタッチメント研究で重要視されているのは、必ずしも親子の情愛のことではなく、子どもが不安や恐怖を抱いている時に、「どのように養育者を利用して自分の不安や恐怖をコントロールできるか」ということなのです。

例えば、Ainsworth は、母子の分離と再会場面を実験的に作り出し、その観察を繰り返す中から、子どものアタッチメントには4つのスタイル（回避型、安定型、両価型、バラバラ型）があることを見出しましたが、回避型、安定型、両価型のいずれの型でも、不安な事態に置かれた子どもたちは、母親をそれぞれのスタイルで利用して自らの不安をコントロールしていることが分かりました。ただ、バラバラ型の子どもたちだけは、母親を利用できず、不安もコントロールできないことが分かっており、この中にはアタッチメントを形成する能力や機会が奪われてしまったために生じる『愛着障害』の子どもたちが多く含まれることも分かって来ました。

また、子どもの愛着スタイルと同様に大人の側にも子ども時代を通じて形成されてきた愛着スタイルが存在しており、不安な事態に曝された時の母親の態度と子どもの愛着スタイルは対になって形成されるものであることが分かってきました。例えば、バラバラ型の愛着スタイルを持つ子どもの母親は、実は自分自身が虐待を受けて育った経験を持つケースが数多く含まれていることも分かってきました。

『世代間伝達』と言って、親が虐待を受けて育つと、自分が親になって子どもを育てる際にも、やはり虐待をしてしまう傾向があるという悪循環は、こうした背景のメカニズムを考えなくてはなりません。つまり、虐待をする親も虐待を受ける子どもも、どちらも強い不安を感じる事態に曝されると、自分自身の恐怖をコントロールすることができなくなってしまうために、脅かす相手を暴力という形でコントロールするしかなくなるという心理が働いていることも考えられるわけです。これは虐待する人にとっては、あくまで自分の不安をコントロールして不快を快へと導こうとする、ある種ホメオスタシスの働きなので、非難や叱責ではコントロールが難しいことは想像に難くないでしょう。

特に『愛着障害』では、アタッチメントが形成されない＝心の安全基地となる対象が存在しないために、不安や恐怖をコントロールすることが非常に困難となります。結果として、行動上では、分離不安が極度に強く孤独に耐えられなかったり、あるいはその逆にあらゆる脅威から自分の身を守るために、過度に攻撃的だったりします。同時に、対人関係面においても、誰彼構わずに無差別のアタッチメントを示したり、全く他者に対する信頼感や共感を抱けなかったりといった深刻な問題が生じています。

現在、アタッチメントに関する研究は理論化と実践の両面でかなり進んでおり、アタッチメントの安定化に重要な役割を果たす、養育者側の要因についても明らかになってきています。その内の一つが、Meinsらの提唱した『mind-mindedness』の概念です。これは「まだ幼い赤ちゃんにも心はあり、豊かな内面を有するものと理解して主たる養育者が関わる傾向」のことを指し示しています。例えば、赤ちゃんが初めて出会った人を見て一瞬動きを止めた後に、主たる養育者の顔を見上げたりすると、主たる養育者は「あらあ、知らない人がいてビックリしたねえ?!」など、赤ちゃんの内面の動きを捉えて言葉にする場面などに mind-mindedness が見られます。同様に、Fonagyらは、主たる養育者が果たしているこの機能のことを『内省機能 reflective function』と呼び、赤ちゃんが自分の心の状態を映し返す養育者を自分の中に取り入れていくことで、自分の心の状態を内省できるようになると考えています。

ここまで見てきたように、安定したアタッチメントの下で、mind-mindedness や内省機能を主たる養育者から与えられること、そして、それを赤ちゃんが自分の中に取り入れることができることで、心の発達には豊かになっていくということができるようでしょう。

そして何よりも重要なことは、これら2つに代表されるような心の機能が、将来的には「共感」とか「思いやり」といった他者の気持ちを考える心の機能の核となるということでしょう。虐待を受けてきた子どもたちの多くが、容赦のない攻撃性を発揮したり、相手の気持ちを思い

やれないと言われたりする背景には、不幸にもこうした機能を取り入れるチャンスを奪われてしまったからだという理解ができます。

コラム ～愛着 attachment～

愛着の研究には、概ね二つの流れがあります。一方は、発達心理学の領域からの研究で、もう一方は臨床領域からの研究です。

<発達心理学の流れ>

愛着理論を提唱したBowlby に始まる愛着の研究では、AinsworthやMainらに受け継がれて、特に発達心理学の領域で発展していきました。これらの研究では、主に愛着のスタイルを分類化して、その特性や形成過程を理解すること、さらにはそこから介入の方法等へと拡大しています。現在知られている主な愛着分類としては、以下のようなものがあります。

▶ ストレンジ・シチュエーション法による愛着の分類

この研究では、母子が同室で自由遊びをしてしばらく過ごした後、見知らぬ人strangerを部屋に導入した上に、そこから母親だけが退室する「分離の場面」と、数分で母親が部屋に戻ってくる「再会の場面」を実験的に作り出して母子の関係を観察します。観察の主なポイントは、①母子の分離場面に見られる「分離抵抗」の様子、②母子の再会場面に見られる「近接希求」の様子、③新奇な場面に置かれた子どもが母親を安全基地として利用しながら周囲と関わる「探索活動(安全基地効果)」の様子、の3点です。この実験で観察された子どもの反応から、以下の4つの典型的なパターンが明らかになりました。

【子どもの愛着スタイル】

Aタイプ. 回避型: ①母親との分離の抵抗が鈍く、②再会に際しても無関心な態度で、③母親の存在にはあまり関係なく探索活動を示すタイプです。

Bタイプ. 安定型: ①母親との分離に適度の抵抗を示し、②再会には安心を抱き、③母親を安全基地として自由な積極性をもって探索活動をするタイプです。

Cタイプ. 両価型: ①母親との分離に極めて強い抵抗を示し、②再会には激しい怒りと強い身体接触の要求をし、③探索活動よりも親への執拗なこだわりを示すタイプです。

Dタイプ. パラバラ型: ①②③で唐突に不可解な行動を脈絡なく示し、A, B, Cのどのタイプにも分類できない様子を示すタイプです。

さらに、子どもが示す愛着スタイルには、養育者側の態度や愛着スタイルが密接に関連していることも明らかになってきました。

【養育者の態度と子どもの愛着スタイルとの関係】

Aタイプ(回避型)を示す子どもの養育者の態度:子どもの働きかけに拒否的に振る舞うことが多い。微笑みや身体接触が少なく、子どもの苦痛に対して、嫌がったり遠ざけたりする。子どもの行動を強く統制しようとするタイプです。

Bタイプ(安定型)を示す子どもの養育者の態度:子どもの欲求や状態の変化に敏感で、過剰なあるいは無理な働きかけをすることが少ない。遊びや身体接触を楽しんでいる様子が多く見られるタイプです。

Cタイプ(両価型)を示す子どもの養育者の態度:子どものアタッチメント・シグナルに対して敏感さが低く、子どもの行動や感情状態を適切に調整することが不得手である。子どもの欲求ではなく、養育者の気分や都合で相互交渉を持つことが多いので、子どもが同じことをしても、それに対する反応が一貫性を欠いたり、タイミングが微妙にずれたりすることが多いタイプです。

Dタイプ(バラバラ型)を示す子どもの養育者の態度:精神的に不安定なところがあり、突発的に表情や声あるいは言動に変調を来し、パニックに陥るようなことがある。ストレスに対してきわめて脆弱で無力感に浸りやすく、情緒的に引きこもりやすいことが想定されるタイプです。

<臨床領域の流れ>

臨床領域における愛着研究も Bowlby に始まっていますが、主に施設児や被虐待等の乳幼児を対象とした臨床実践と研究から、治療的なアプローチが必要なほどの、精神病理としての愛着の障害があることも分かって来ました。それらの問題は、「反応性愛着障害 reactive attachment disorder : RAD」という疾患としてDSM-IV等を用いた診断も可能となり、近年、虐待の問題と併せて、大きな注目を浴びるようになってきました。特に、DSM-IVの診断基準においては、子どもの行動特徴と併せて、「病的な養育」(例えば、養育者が頻繁に変わることなど)という環境側の要因にも触れられていることに特色があります。

さらに、Zeanah らのグループは、DSM-IVによる RAD の診断基準で特定される子どもが特定の愛着対象すら持たない重度の事例であることが予想されたため、愛着関係は認められても著しく不適応である事例をも包括できるよう、新たに『愛着障害 Attachment Disorder : AD』の診断基準を体系化して検証を行っています。診断基準1と2の下位項目も含めた、診断基準の3つの柱を以下に示しています。

➤ Zeanahらの愛着障害の診断基準

1. 選択的な愛着をもたない障害

下位分類 : 感情的に引きこもった／無差別な社交性をもった

2. 安全基地のゆがみ

下位分類 : 抑制された／自己を危険にさらす／役割逆転

3. 中断された愛着障害

この Zeanah らの診断基準で想定される「愛着障害」は、DSM-IVに示されている「反応性愛着障害」をも含み込んだ、より幅広く包括的な子どもの状態像を把握可能にしています。

<愛着研究が示唆するもの>

こうした 2 つの領域でそれぞれに発展してきた愛着研究ですが、近年では、特に虐待の問題とも関連して、次第に臨床領域で接近しつつあります。また、愛着スタイルとうつ病の関連や愛着スタイルと人格障害の関連なども示唆した研究も進められており、愛着の問題が成人期のこころの病と大きく関連していることが客観的なデータで示されるようになってきました。

また、親からの虐待や早期の別離、不適切な養育による子どもの愛着形成への悪影響を最小限に止めるための試みが進められていますし、最初の養育環境で形成された愛着スタイルが、必ずしも一生涯に渡って続くものではないことも分かって来ました。

さらに、養育者の感性や mind-mindedness、内省機能 reflective function が、子どもの愛着形成に重要な役割を果たしていることが分かってきたことで、養育者への子育て支援の重要性が注目されるようにもなりました。教育現場においても、教員が子どもの安全基地となることで困難な状況を乗り越えられる事例も数多くあることでしょう。例えば、母親以外の人物でアタッチメント対象者となり得る基準として、①身体的・情緒的ケアをしていること、②子どもの生活の中における存在として持続性・一貫性があること、③子どもに対して情緒的な投資をしていること (Howes, 1999)、の 3 点が挙げられています。



(6) 分離一個体化の過程と思春期の葛藤

幼児期に入って運動発達が進んでくると、独り歩きを始めて、主たる養育者から自立する動きが出てきます。なんでも自分でやらないと気が済まず、主たる養育者の手出しを許さなくなっていくます。最初の反抗期でもあり、自我の目覚めとして捉えることができます。

言い換えれば、心の自立ということもできるでしょう。では、この心身の自立は、どのように可能となるのでしょうか。

アメリカの児童精神科医 M.Mahler は、乳幼児の観察を通して、『分離一個体化』の過程を 4 つの段階として理論化し描きました。Mahler は、①分化期、②練習期を経て、最も分離不安の高まる③再接近期の重要性を特に強調しました。子どもはこの時期に主たる養育者を要らないもののように扱いますが、ここで主たる養育者が実際に居なくなってしまったり、不適切な応答をしたりすると、見捨てられ不安や分離不安、情緒不安定になる可能性を指摘しています。Mahler の研究以後、J.Masterson らは、この再接近期の失敗が成長後の「境界性人格障害」や「自己愛性人格障害」につながる可能性も示唆しています。この再接近期を無事に乗り越えると、④個体化の確立と情緒的対象恒常性の確立につながり、心的な自立が可能となることを Mahler は理論化しています。

すでに見てきたように、心の成長は、乳幼児期の母親からの心的な栄養の取り入れに始まります。そして自立にとって何よりも重要なのは、不快をコントロールして快な状態へ自分や環境を変えていく能力を取り入れることなのです。訳の分からない不安や感覚に曝されても、そ

れに持ち堪え、それが何かを考え続けて意味や方策を見つけ出す能力、自ら安心や安全を作り出す能力は、母親がかつて果たしていた役割機能を自らの心の中に取り入れ、働かせ続けることで心的な自立は可能となります。喩えてみれば、心の中に主たる母親が生き続けるようなイメージになるでしょう。『はじめてのおつかい』というテレビ番組がありますが、あそこで描き出されているように、幼児がたった一人で買い物を果たすためには、何が起こるか分からない不安な事態に対抗できる、「お母さん」という眩きの中に含まれる、記憶の中の優しく見守り励ます、時には厳しい、心の中の母親がしっかりと息づいていることが不可欠なのです。

こうした心の中に息づいている重要な人物像のことを、精神分析学では『対象 object』あるいは『内的対象』などと呼んでいます。

この対象 object は、元々は実際の人物とのコミュニケーションを通して取り入れられたものですが、必ずしも、現実の人物像そのままが心の中に息づいている訳ではありません。そこには、記憶が時間の経過とともに変化するのと同様に、時間の経過や取り入れる子どもの側の主観や想いがミックスされることで、現実から大きく歪んでしまうことも少なくありません。そして、時にはこの歪んだ対象が心の問題に大きく影響している場合があります。

例えば、不登校の児童生徒の中には、成績優秀で常に校内の模範生でありながら、ある日、突然に家から出られなくなるタイプがいます。両親も教育熱心で、とても心配しているように思われるのに、そうした児童生徒が語る父親対象や母親対象は、実はテストでは100点以外は認めない、少しでも怠けたり親に反抗したりすることを許さない、冷酷無比な対象で、本人はすっかり自信をなくしてしまっている場合などがあります。

特に、思春期は「第二の分離—個体化」とも言われており、親の価値観から離れて自我が大きく拡大していく時期に入るので、親の庇護を求めたり、これまでのように依存したりすることに不満を感じ始めます。そうして、親の言動に対する疑問や腹立ちは、これまでにない程、強く激しくなります。この時、対象 object として心の中にある親像（親イメージ）があまりにも強く児童生徒を圧倒していると、心が萎縮して自信を失っていたり、外の世界を恐ろしいものだと感じていたりして、家から出られなくなってしまう。また逆に、あまりに脆弱な親対象を取り入れていても、児童生徒が親を非難する気持ちや怒りの気持ちを抱くことで親を致命的に傷付けてしまうという怖れや、そうした自分の感情をコントロールできなくなって、誰彼構わず傷付けてしまうのではないかという不安を強めてしまい、引きこもることで誰も傷付けないように守っている場合などがあります。この際、心の中の対象と現実の人物像との区別は曖昧になっており、心の中で考えたり空想したりしたことが、現実の父親や母親、あるいは周囲の人を実際に傷付けたり不快にしたりしてしまうと信じ込んでいることが、思春期の心の病理の特徴ともなっています。器質的な要因や環境の要因等が加わって、これが極端に高じた状態になると、空想と現実の境界が無くなってしまい、心に浮かんだことがそのまま現実として体験されてしまう、妄想や幻聴等の病理へと発展していく場合もあります。

(7) まとめ

ここまで描いてきた心の発達、母子関係を中心に進めてきました。学校で出会う子どもたちには、そこに至るまでにさまざまな母子関係の歴史を背負って来ています。それが良いものだったか悪いものだったかといった価値判断は不要ですが、今現在、子どもたちが示している不適切な言動の背景や理解不能な言動の背景にも、こうした所与の母子関係に適応していく中で形成された関係性のパターンが息づいて繰り返されていることに留意する必要があります。心の発達は身体の発達とは違って、生涯に渡って続いていくものであり、人間関係の広がりとともに、同級生や教員といった周囲の人々を巻き込んで拡大していきます。

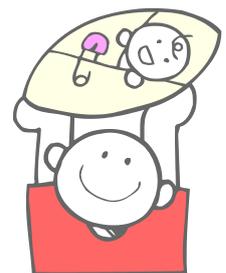
新しい教員や友達との出会いの中で、過去にはうまく形成できなかった関係性やアタッチメントが修復される場合も多くあるでしょう。その一方で、育ちの中での困難を抱えてきた何人かの子どもたちは、なお何らかの脆弱性を抱えており、もしかしたら、ちょっとしたキッカケで、それらの脆弱性が顔を出し、行動面や対人関係に困難をもたらしているかもしれません。

教員と子どもの関係性には、特に子どもの抱える親子の関係性が鏡のように映し出されている場合があります。低学年ではそれが顕著に見られますが、学校の中では教員が精神的な親代わりの存在となっています。ですから、教員と子どもの間に生じる問題が親子の間にあった未解決の問題を再現している可能性もあるわけです。

これに気付くには、教員が *mind-mindedness* や内省機能を十分に発揮すること、言い換えれば、子どもの行動と内面の動きとを丁寧に観察することが重要です。そして、共感しつつ、不快を快へと変えるための手立てについて考え、より成熟した解決法を提示すること、つまり、 α 機能を提供し、子どもの取り入れを促すことで、子どもが自ら自立していくことを支援することになるのです。

<参考文献>

- ・エリクソン（小此木敬吾監訳）「自我同一性」誠信書房 1978
- ・M. マーラー他 「乳幼児の心理的誕生」 黎明書房 1981
- ・D. スターン 「乳児の対人世界 理論編」 岩崎学術出版社 1989
- ・J. マスターソン 「自己愛と境界例」 星和書店 1990
- ・J. ボウルビー 「母子関係の理論 II 分離不安」 岩崎学術出版社 1977
- ・ZERO TO THREE（本城秀次・奥野光訳）「精神保健と発達障害の診断基準」～0歳から3歳まで～ミネルヴァ書房 2000
- ・数井みゆき 遠藤利彦編「アタッチメント 生涯にわたる絆」 ミネルヴァ書房 2005
- ・数井みゆき 遠藤利彦編「アタッチメントと臨床領域」 ミネルヴァ書房 2007
- ・齋藤万比古総編集 本間博彰 小野善郎責任編集「こどもの心の診療シリーズ5 子ども虐待と関



連する精神障害」中山書店 2008

- ・石谷真一「自己と関係性の発達臨床心理学」乳幼児発達研究の知見を臨床に生かす 培風館 2007
- ・B. ビービー他 (丸田俊彦監訳) 「乳児研究から大人の精神療法へ ー 間主観性さまざまー」 岩崎学術出版社 2008
- ・I. ザルツバーガー-ウィッテンバーグ他「学校現場に生かす精神分析」学ぶことと教えることの情緒的体験 岩崎学術出版社 2008
- ・ビディ・ヨーエル「学校現場に生かす精神分析」 【実践編】 岩崎学術出版社 2009
- ・小此木敬吾ら編 「心の臨床家のための精神医学ハンドブック」 創元社 1998



2 アイデンティティ形成に揺らぐ 思春期・青年期のころ

(1) 思春期・青年期の特徴

思春期・青年期は、「疾風怒濤」と表現されるような心身の大きな変革期を迎えることに特徴付けられています。思春期から始まった第二性徴によって、児童期までに形成された身体像に基づいた自己像（自己イメージ）は、一旦喪失せざるを得なくなります。それと同時に、それまでの自己像と深く結び付いた他者像、特にそれまで最も頼りにしていた両親像も理想化されたものから現実的なものへと小さく萎んでしまいます（例えば、世界で一番強い男性だと思っていた父親が、実際には平凡なサラリーマンに過ぎないことに失望するなど）。そのため、絶対的な依存を求めることが難しくなった両親の代わりに、同世代の友人たちとの繋がりの中に依存や安定を求めることが必要となります。こうして、これまでに形成された自己と自分にとって重要な他者との関係性や心理的な距離が大きく変化することで、アイデンティティそのものが大きく揺れ動かされることとなります。アイデンティティは「自我同一性」とも訳されますが、生まれてから現在までの記憶や体験の歴史を通じて、自分が一貫した存在であるという感覚（同一性）、そして「これが本当の自分である」という確信がアイデンティティの基礎となっています。思春期以前の自己像は、概ね両親や周囲の人たちから期待されたイメージを多く含んでいますので、思春期になって本当の自分が目覚めることで、自己像や他者との関係性が大きく変わることは、これまで築いてきたアイデンティティが一変してしまい、時には崩壊してしまうような危険性もはらんでいます。このアイデンティティの動揺は、人に

よって大きかったり小さかったりという違いはありますが、思春期には誰でも必然的に起こってくるものです。時には嵐、時には風の大海に独りで放り出され、どちらへ向かって流されているのかも分からないような孤独感や不安感に耐えつつ漂い続けなければいけない時期が思春期の不安の特徴であると言えます。日々変化していく身体に戸惑いつつも、自己像や他者像がバラバラにならないように繋ぎ止めて、なんとか不安を乗り越えてアイデンティティを保ってやり過ごすことが、この時期の中心的な発達課題となっているのです。

一方、第二次性徴が一応の落ち着きを見せる青年期になると、一回り大きくなった自分の身体という器に合わせるように、拡大した心の空間を満たしていくような、新たな自己像と他者との関係性を再構築すること、つまり新しいアイデンティティを見出していくことが中心的な発達のテーマとなっていきます。たとえるならば、果実の皮が大きく膨らんでいくのが思春期で、甘さを増して中身を熟成させていくのが青年期であるとも言えるでしょう。

この思春期・青年期に精神疾患等の病理が特に発症しやすい傾向があることは、第二次性徴に始まる身体的に大きな変化と併せて、こうした自己像や他者との関係性の変化に伴う不安を独りでは抱えきれなくなり、自己の一貫性や方向性を見失ってしまった、アイデンティティを保てなくなってしまった状態として心理学的には理解することもできるでしょう。それだけに、思春期・青年期を無事に乗り越えていくためには、周囲の人たちとの日々のコミュニケーションを通じて、他者との安定した関係や一貫性のある自己をある程度維持しながら、新しい心理的な距離や新しい自分の可能性を発見していくこと、社会人として期待される常識や社会性を身につけて就労への準備を進めていくことが重要となるのです。もしも、この時期に同世代集団との関係がうまく形成されなかったり、理想とされるような対象を見つけられなかったりすると、自分が何者で何をしたいのか、どこに向かっているのかを見失ってしまう危険性をはらんでいて、アイデンティティが崩壊してしまう危機を迎えることになります。そういった意味でも、特に青年期にはモラトリアム（猶予期間：多くは大学や専門学校等の学生という猶予期間）を必要とし、その中で自分と他者との関係の再編成を通して、アイデンティティを確立していくことが、とても重要な時期となっているのです。



(2) エリクソンの心理社会的発達論

E.Erikson は、人間の心理社会的な発達を乳児期から老年期に至るまでの人生周期（ライフサイクル図）（図 1）として描き出し、各発達段階に求められる発達課題である心理社会的な危機を示しました。その中で、特に青年期の心理社会的危機は「アイデンティティの形成 vs アイデンティティの拡散」として表されていますが、この危機は、成長にとっては不可避なもので、他者との新たな関係性の形成を通じて乗り越えられるものと捉えられています。アイデンティティの形成に失敗してしまうと、「アイデンティティ拡散症候群」に陥る可能性を指摘していて、これは(1) 自意識の過剰、(2) 選択の回避と麻痺、(3) 対人的距離の失

調, (4) 時間的展望の拡散, (5) 勤勉さの拡散, (6) 否定的アイデンティティの選択, といった特徴を備えた状態であることを指しています。

乳児期	信頼 対 不信							
幼児前期		自立性 対 恥, 疑惑						
幼児後期			自発性 対 罪悪感					
学童期				勤勉性 対 劣等感				
青年期	時間展望 対 時間拡散	自己確信 対 アイデン ティティ 意識	役割実験 対 否定的ア イデンテ ィティ	達成の期 待 対 労働麻痺	アイデン ティティ 形成 対 アイデン ティティ 拡散	性的アイ デンティ ティ 対 両性的拡 散	指導性と 服従性 対 權威の拡 散	イデオロ ギーへの 帰依 対 理想の拡 散
成人前期						親密性 対 孤立		
成人期							世代性 対 停滞性	
老年期								統合性 対 絶望

図1：エリクソンの人生周期図

Erikson はまた, 社会から暗黙に認められたモラトリアムを通じて, 青年が社会的遊びや役割実験を重ねることの重要性も示しました。部活やサークル, アルバイトなどの集団の中でのさ

さまざまな役割を体験してみること、あるいは、漫画や映画、ゲームのキャラクターに自分を重ね合わせて、仮想的に自分とは違った人生を体験してみること等々を通じて、「本当の自分とは何者か」といったアイデンティティを形成していくことが可能となるわけです。ですから、この時期にはある種の不安定さが必然的につきまとうことにもなり、ある程度のルールや枠組み、安全を感じられる居場所（学校などへの帰属）が必要とされます。そうでないと、さまざまな人との関係性の中で、出会いや別れを経験し、親密になったり孤独になったりすることを通じて、自分を見つけていくことが難しくなってしまいます。



(3) 思春期・青年期の自立と困難

こうした心理社会的な危機を克服して、本物のアイデンティティを形成していく過程は、一方で「自立」の過程であるとも言えるでしょう。Mahler は、複数の乳幼児と母親のペアを観察する中から、心理的な「分離－個体化」過程を描き出しました。その過程の中で、乳幼児の自立を可能とするのは、乳幼児が目の前には見えなくとも心の中に母親が存在している状態＝「情緒的对象恒常性」が確立していることが必要であることを示しました。

Winnicott は、心理的な自立の過程を「一人でいられる能力」という言葉を用いて、別の側面から描き出しました。Winnicott によれば、逆説的ではあっても「乳幼児期に母親と一緒にいて一人だった」という体験が基となって、親密な関係の中においても自分が呑み込まれて無くなってしまふ不安を感じないでいられるようになることを強調しました。そして、発達の早期から母親が乳幼児の欲求に適切に応えられずにいると、むしろ乳幼児の側が母親に迎合して満足を得るしかない状況に陥り、こうした関係性が極端に進んでいくと「偽りの自己 false self」を作りだし、「本当の自己 true self」を覆い隠してしまう危険性について述べています。

また、Bros は思春期を「第二の個体化過程」として表していますし、Masterson は、分離－個体化の失敗として、成人期における境界パーソナリティ障害や自己愛パーソナリティ障害の可能性を示唆しています。これらの障害は、特に他者との心理的な距離の取り方に特徴が見られます。例えば、境界パーソナリティ障害では、分離不安や見捨てられ不安が強いために、他者にしがみつくなか全く距離を置いてしまうか（0か100か）の両極端な態度が取られがちです。自己愛パーソナリティ障害では、他者の価値を認めず、顕示欲の強い誇大的な自己が前面に出るため、周囲の方が辟易として離れ去っていきがちになります。このどちらにおいても、本人は孤独感や虚無感が心を満たすために、思春期・青年期の動揺と重なると見分けにくい上に、事態の困難さが倍増してしまいます。

Mahler, Winnicott, あるいは Bros や Masterson にしても、自立の過程において決定的に重要な役割を演じているのは、他者の存在であり、自分と他者との関係性や心理的な距離の取り方であることは注目に値するでしょう。思春期・青年期において、本物のアイデンティティが確立するためには、人間関係がとても重要な要因であることの背景がうかがえます。

このように、思春期・青年期の自立とアイデンティティの形成には、他者との関係を通じて、適切な心理的な距離を模索していくような大変な困難が伴うものなのです。

<参考文献>

- ・エリクソン（小此木敬吾監訳） 「自我同一性」 誠信書房 1978
- ・島田博祐ら編 「入門 心理学 一分かりやすく学ぶ基礎・応用」 文化書房博文社 2008
- ・石谷真一 「自己と関係性の発達臨床心理学 一乳幼児発達研究の知見を臨床に生かす一」 培風館 2007
- ・小此木敬吾ら編 「心の臨床家のための精神医学ハンドブック」 創元社 1998
- ・マスターソン（富山幸佑ら訳） 「自己愛と境界例」 星和書店 1990
- ・ウィニコット（牛島定信訳） 「情緒発達の精神分析理論」 岩崎学術出版社 1977
- ・マーラー他（高橋雅士ら訳） 「乳幼児の心理的誕生 一母子共生と個体化一」 1981 黎明書房



こころの病についてもっと詳しく知る

独立行政法人 国立成育医療センター <http://www.ncchd.go.jp/index.php>

子どもの心の診療拠点病院機構推進事業 <http://kokoro.ncchd.go.jp/>

WAM NET（独立行政法人 福祉医療機構が運営する「福祉・保健・医療の総合情報サイト」）

<http://www.wam.go.jp/>

全国精神保健福祉センター 一覧 <http://www.acplan.jp/mhwc/centerlist.html>