

~~~~~  
 総 説  
 ~~~~~

子どものこころと行動の問題をめぐって

平 岩 幹 男

I. はじめに

子どもたちのこころの問題や行動の問題は、最近取り上げられることが増えてきたが、病態や物質的・遺伝学的基盤が明らかになっていない場合も多く、症状・症候のみによって扱われていることが少なくない。原因についても遺伝子の研究や脳科学の研究によって少しずつ明らかにされつつある部分もあるが、治療や療育にまで結びつく成果は得られているとは言いがたい。しかしながら一般の小児科外来や保健相談、乳幼児健診の場も含めて、こころや行動の問題についての相談は相当の数に上り、実際に困っている子どもたちや保護者が多いことも事実である。その意味では小児保健の分野に関わるすべての人にとって避けては通れない問題となっている。

こころの問題、行動の問題は非常に範囲が広い。本稿では主として自閉症を含む発達障害を中心とする問題と、思春期に抱える問題について述べる。アメリカ小児科学会¹⁾の編集に

よる Bright Futures²⁾では、こころの問題を扱うときに留意すべき因子を表1のように示している。相談や臨床の場では、抱えている問題にすぐに介入することを考えがちではあるが、背景の問題は常に考慮する必要がある。

また幼児期から思春期まですべてについて言うことではあるが、わが国ではとかく薬物療法が推奨されるが、まず子どもを十分に観察すること、抱えている問題点について理解することが必要であることは言うまでもない。幼児期の問題では適切な対応や療育、学童期以降、思春期には適切な対応やカウンセリングが欠かせないと考えられ、薬物療法については、近年大きな進歩は見られるものの、あくまで補助的な手段であると考えている。また多くの薬剤では小児における安全性や適応、長期投与による影響も明らかではない。

II. 発達障害をめぐらる問題

発達障害は、平成17年に施行された発達障害者支援法では、「自閉症、Asperger 症候群とそ

表1 Bright Futures²⁾に挙げられているこころの問題を扱うときに考慮すべき因子

-
- ・ 遺伝的な危険因子 (先天性の発達の異常など)
 - ・ 慢性的な医学的疾患
 - ・ 社会的な危険因子
 - ・ 貧困やホームレス
 - ・ DV の経験
 - ・ 家族の危険因子
 - ・ 母親のうつ病や社会的孤立
 - ・ 離別や離婚
 - ・ 家族の誰かに慢性的な身体あるいは精神の疾患がある
 - ・ 家族の誰かが薬物や麻薬などに依存している
 - ・ 技術・技能の問題
 - ・ 養育者の知識不足や養育が十分に遂行できない
 - ・ 子どもに社会的スキルが乏しい
 - ・ 見つからない学習障害や学校生活の問題
-

国立成育医療センタークリニカルアドバイザー/東京大学医学部小児科

別刷請求先: 平岩幹男 office21kitatoda 〒335-0021 埼玉県戸田市新曽2186-1-506

の他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥・多動性障害、その他これに類する脳機能の障害であって、その症状が通常低年齢において発現する」と定義されているが、これは疾患名の定義であり、障害の質的な定義ではない。質的な定義についてはさまざまなものがあるが、筆者は「発達の過程で見られる行動、コミュニケーションや社会適応の問題を主とする障害であり、発達そのものの遅れを中心とする障害ではない³⁾」と考えている。

発達障害に含まれる疾患は上述の法律にも挙げられているが、これらは成長とともに治癒するものではなく、一部は軽快するとしても多くは生涯にわたって対応してゆく必要がある⁴⁾。自閉症にせよ注意欠陥・多動性障害 (Attention deficit/hyperactivity disorder: 以下 ADHD) にせよ、診断と療育について、筆者は図1のようなシェーマで説明している。

診断基準を満たし、社会生活にも困難を抱える Core 群、症状は診断基準を満たすが社会生活上の困難が明らかではない、あるいは症状は診断基準を満たすが、社会生活上の困難を抱える Grey zone、そして症状や特性の一部は見られるものの社会生活上の困難を認めない Category 群に分けている。このように分けてみると、現在の診断基準による診断は、米国精神医学協会の診断基準 (DSM-IV-TR) であれ WHO の診断基準 (ICD-10) であれ、症候に基づいての診断であるために、臨床の現場では中核群とそれを取り巻く phenotype が同じ疾患として議論されている可能性があることも理解しやすい。療育や薬物を含む治療は、Core

と診断された子どもをどのように Grey zone そして Category へ誘導するかというためのものであり、実際に成長とともに外側に移行し、社会生活上の困難のなくなる場合もあるが、途中で Category から Core に戻ってしまう場合もある。また強迫性障害やうつ病、パニック障害などの二次障害のために発達障害そのものの症状が隠されている場合もある。

診断の面では、DSM-IV-TR では自閉症の診断がある場合には、ADHD の診断は付加しないが、この両者はしばしば重なって見られることが臨床的にも明らかになってきつつあり、Reiersen ら⁵⁾も併存診断の可能性について言及している。実際に筆者の対応している知的障害のない自閉症のうち約30%は ADHD の症状も有しており、診断上の重なりがあり、幼児では自閉症、ADHD 両方の側面を持つため単に発達障害という診断になる場合もある。

なお自閉症については DSM-IV-TR、ICD-10とも広汎性発達障害 (Pervasive developmental disorder: PDD) の中に位置づけられていたが、最近では自閉症自体が知的にも症状の面からも連続性を持つスペクトラムであるという考え方が L. Wing の提唱⁶⁾以来一般的となっており、自閉症スペクトラム障害 (Autism spectrum disorder: 以下 ASD) という表現が国際的にも用いられることが増えてきた。アメリカ小児科学会も PDD の表記を ASD に変更した¹⁾。遺伝の面からは、特定の遺伝子の問題ではなく、ASD の症状を幾つかに分けてそれぞれの要素が遺伝し、ASD やこれに関連する病態を形成するという報告⁷⁾も見られている。

Ⅲ. 自閉症：高機能自閉症の存在と療育、治療をめぐる問題

発達障害には先述のように多くの障害が含まれるが、紙面の関係から ASD についての最近の話題について述べる。ASD の頻度は1,000人あたり2～6人とされてきたが⁸⁾、精神遅滞を伴わない例が増加しており、従来の診断基準では分類できない ASD (PDD) が多く存在することも明らかになってきた⁹⁾。このため Asperger 障害 (DSM-IV-TR)、Asperger



図1 発達障害の診断と療育を考える

症候群 (ICD-10) に代わって高機能自閉症 (High functional autism spectrum disorder : HFASD) という診断名が国際的にも一般的になりつつある (高機能とは知的な障害がない, あるいは明らかではないこと。国際的には IQ70以上)。わが国での報告としては Kawamura ら¹⁰⁾ が愛知県豊田市において12,589人を対象として調査し, 1.81%の頻度で認められ, 男女比が2.8であること, IQ (一部DQ) が70以上の群が66.4%を占めたことを報告しており, 従来考えられていたよりも高機能群が多いことが明らかになってきた。

ASD では知的なレベルに関わらず, 情報の伝達や受け取り, 共有などの問題, すなわちコミュニケーションの問題を抱える。コミュニケーションは言葉の使用による言語的な面と, 表情や身振り, 手振り, 状況の把握などの非言語的な面とに分けられる。高機能群では言語的なコミュニケーションは多くの場合可能であるが, 読む, 書く, 話す, 聞くなどの能力があるにも関わらず, 会話などに困難を抱える問題は, 非言語的コミュニケーションの障害を抱えることによる部分が大きいと考えられている。

一般的に幼児期に自閉症を疑われるのは, 多くは言葉の遅れ, 特に自発語が出ないことによる。1歳6か月児, 3歳児健診などで言葉が出ない場合には難聴, 知的障害, 自閉症などが疑われる。ASD の診断がついた場合には, わが国では知的障害と同様の方法で集団での療育が行われていることが多い⁴⁾。しかしながら近年の多くの自閉症研究の結果からは, 早期に介入し療育を行うことによって大きな効果が認められる子どもたちが少なくないことも明らかに

なってきた。これらの療育の多くは, 個別での対応が中心であり, わが国で多く行われている集団対応とは考え方の面でも実施方法の面でも異なる。

表2について簡単に解説する。詳細は引用文献, 図書を参照されたい。自閉症療育は, 大きく分けてコミュニケーション手段が得られていない段階から行う方法と, ある程度の言語的コミュニケーションが得られてから (すなわち言語による指示が可能になってから) 行う方法とに分けられる。

コミュニケーション手段のない時期, それは自発言語が出ないことによって発見され, 対応が必要となる幼児期から学童初期が対象となる。まず自閉症療育の代表として取り上げられている TEACCH (Treatment and Education for Autistic and related Communication handicapped Children) はアメリカの Schopler らによって1960年代に North Carolina 州で始まり, その後, 全世界に広がった¹¹⁾。この特徴はわかりやすく理解するための構造化 (structure) であり, スケジュールや手順などを示す視覚構造化が代表である。しばしば誤解されていることであるが, TEACCH は支援のための総合的なシステムであり, 視覚構造化のみを指すものではない。しかしその有効性から視覚構造化はその後の多くの療育に応用されている。TEACCH はシステムとして行うために集団療育にも適しており, そのためにわが国でも取り入れるところが広がっているが, 個々の子どものコミュニケーション能力を上げるためにはこれだけでは不十分との考え方も出てきている。国際的には環境整備を TACCH で行い, 後述

表2 自閉症療育のさまざま

<ul style="list-style-type: none"> ・ 言語的なコミュニケーションが見られないときの療育 TEACCH (Treatment and Education for Autistic and related Communication handicapped Children) ABA (Applied Behavior Analysis : 応用行動分析) PECS (Picture Exchange Communication System) HAC (Home program for Autistic Children) ・ 言語的な対応が見られるようになってからの療育 TEACCH (Treatment and Education for Autistic and related Communication handicapped Children) ABA (Applied Behavior Analysis : 応用行動分析) RDI (Relationship Developmental Intervention : 対人関係発達への介入) SST (Social Skills Training : 社会生活訓練) CBT (Cognitive Behavior Therapy : 認知行動療法)

の療育方法を個別に行うことも大きな流れとなっている¹²⁾。

ABA (Applied Behavior Analysis: 応用行動分析) は1980年代にアメリカの Rovaas 博士らによって提唱された療育方法でもあり、研究方法でもあるが、この中の (Discrete Trial Training: DTT 個別対応トレーニング) が療育方法として応用されている^{13,14)}。早期に集中的に個別トレーニングを行う (週に30~40時間が推奨されている) ことにより指示の理解とコミュニケーションの育成を図る方法¹⁵⁾であり、指示を small step に分けて援助 (prompt) を行いながら徐々に子どものスキルを向上させる。経験上60~70%の自閉症児には大きな効果があるが、非言語的コミュニケーションよりは言語的コミュニケーションの発達を促している印象がある。保護者が療育を行う場合には心理的・時間的負担が、セラピストが行う場合には経済的負担が伴う。

PECS (Picture Exchange Communication System)¹⁶⁾ は絵カードを用いながらコミュニケーション能力の獲得を目指すもので、最初は絵カードの理解やカードによる指示の理解から始めて言語能力の獲得までを目指す方法である。ABA よりは負担が少なく、知的な発達の段階に関わらず応用しやすいという特徴があるが、自発言語の獲得という面ではABA よりはやや少ない印象を持っている。

HAC (Home program for Autistic Children) は、聴覚課題から行動課題へとステップを分けて自閉症児の行動を変え、コミュニケーション能力の獲得を目指す方法であるが、知的レベルの高い群に比べて低い群での獲得が劣る印象がある。

言語的コミュニケーションがある程度可能になり、指示の理解、指示に従った行動ができるようになると (おおむね6歳以上)、療育の幅も広がってくる。TEACCH や ABA の方法や原則はこの時期になってももちろん適用可能であり、それによってよりコミュニケーション能力も向上を目指すことができるが、それ以外に個別あるいは少人数の対応として、RDI (Relationship Developmental Intervention: 対人関係発達への介入)、SST (Social Skills Train-

ing: 社会生活訓練)、CBT (Cognitive Behavior Therapy: 認知行動療法) などが応用可能となる。RDI は言語的なコミュニケーションよりも、特に導入部分では非言語的な対人関係能力の向上を目指しており、6つのステップに沿ってトレーニングを進める¹⁸⁾。いかなる状態の自閉症にも対応と掲げてはいるが、自発言語が出たからの方が適しているように思われる。SST¹⁹⁾ や CBT²⁰⁾ にはそれぞれの中にさまざまな実践的療育方法があり、主として小中学生に行われている。自閉症療育についての現状は Myers の総説²¹⁾ も参照されたい。筆者は療育には、幼児期はABAを、学童期以降はSSTを中心としている。

なおASDに対してうつ病やパニック障害などの二次障害を呈した場合は別として、本質的な薬物療法は、現在は存在していないが、動物モデルなどを通じて、oxytocin およびそのレセプターの異常が指摘されるようになってきた^{22,23)} ことから、今後の治療的アプローチについても成果が期待されている。

IV. 思春期のころや行動の問題をめぐって

次に思春期のころの問題について述べる。思春期にはホルモンバランスの変化があり、身体的にも、精神的にも大きな変化をきたす時期である。したがってころや行動に関する問題が起きることも多い²⁴⁾。初潮や精通の年齢にばらつきがあるように、精神心理的発達にも個人差が見られる。また思春期にはself-esteemが低くなりやすいことと、その揺れが見られることも特徴である。思春期の子どもたちは「子ども扱い」されることに敏感であり、拒否的になりやすい。思春期の子どもたちとの対応にあたって、筆者は表3のことを重視している。

いうまでもなく思春期の相談や診療には一定の技術と経験が必要である。思春期の問題を抱えて医療機関を訪れた場合、例えば不登校では無責任な登校刺激や不登校の許容によって問題が長期化したり複雑化したりすることもまれではないことに留意する必要がある。

V. 不登校

不登校・ひきこもりは疾患名ではなく、ある

表3 思春期の子どもたちへの対応（思春期相談のポイント²⁵⁾より引用、一部改変）

- ・子どもたちが話し始めたときにはさえぎらない。保護者が同席していて口をはさむ場合には保護者を外に出す。あくまで受容的に聞くことが重要である。
- ・子どもたちが相談の場所に連れてこられた、来たことが不本意で興奮状態になり、暴言を吐くことがある。このようなときには一旦席をはずして子どもを一人にし、少し時間がたってから（15～30分後）話しかけてみる（タイムアウト法）。
- ・子どもたちがその時に大切にしている価値観を否定しない。例え実現不可能であったり、社会的に認められないものであったりしても、とにかく話を聞く。
- ・子どもたちに対して判定を下さない。診断はしても判定されることは子どもたちにとって決してうれしいことではない。経過とともに判定は子どもたち自身が決める。
- ・話や価値観を押し付けない。指導しようと考えたり、急いで行動を変容させようとしたりすることは、自殺企図などの場合を除いて事態は好転しないことが多い。相談者は決して強力な存在ではなく、子どもたちが自分を見つめなおす手助けをする存在である。

状態を指すものである。これらの状態は子どもたちにとって、社会性を維持することが困難になり、そしてself-esteemの低下につながる事が多く、結果として生活の質の低下をきたしやす²⁴⁾。

不登校は文部科学省の統計上では年間に30日以上、身体的以外の理由で学校を休んだ児童生徒で、経年的には増加傾向にある。小学生では約270人に1人であるが、中学生では35人に1人と増加している。実際に不登校以外にも病気による長期欠席が相当数あり、この中には実際には不登校である例も含まれている可能性があるため、実際の不登校は上記の数よりも多い可能性がある。

この10年間の不登校に対する進歩は、不登校に対して登校刺激を繰り返しても、あるいは不登校を容認しても、状態は改善しにくいことが認識されてきたことである。登校を強制するのではなく、個別に対応して、必要に応じた医療やカウンセリングを行う体制が、スクールカウンセラーの普及ともあいまって徐々に進んでおり、不登校自体を急激に減少させることはできないが、少しでも減少させ、社会復帰を促すことは可能である。そのためには、少人数学級の実現（集団のサイズを小さくすることによってきめ細かな対応が可能になる）、相談体制の整備（心理職の配置などを含めて学校のシステムとは独立した相談体制が臨まれる）、連携（特に身体疾患が隠れている場合などの医療機関との連携や、発達障害が背後にある場合などでの相談機関との連携）、地域支援（学校に行かない子どもたちの居場所を作ること。特に義務教

育終了後に家庭以外に居場所がないという現状は改善する必要がある）などが必要と考えられる。

不登校からひきこもりに移行する例は、筆者は小学生でも経験しており、一旦ひきこもりになると、その解消には多大な努力と年月を要することから、不登校への対策を行っておく必要がある。最近では不登校の相談の背景に、発達障害やうつ病が見られることも少なくなく、これらの場合には背景への対応を行う必要がある。

VI. う つ 病

小児期にもうつ病が少なからず見られることは、最近、比較的よく知られるようになってきたが、これまでの成人のうつ病の診断基準がそのままあてはまるかという問題がある。診断基準については、年齢に応じたわかりやすい基準の作成が望まれる。

子どものうつ病の頻度については、アメリカでは思春期の子どものおうつ病は1,000人当たり50人程度認められるという報告²⁶⁾があり、わが国では傳田らが面接を行った報告²⁷⁾を行っており、中学校1年生の4.1%がうつ病であったとしている。筆者も小学校5年生から中学校3年生まで約4,000人を対象とした調査を行ったが、抑うつ傾向（対面調査ではないのでうつ病とは診断できない）を男子では11.4%、女子では16.1%に認めた²⁴⁾。

しかし内科を受診する大人のおうつ病に比べ、小児科を受診するうつ病の子どもは多くはない。その理由のひとつは子どものうつ病では成

人のうつ病ほど典型的な症状を示すとは限らず、最初は不定愁訴や学校への行き渋りがしばしば見られる。このような場合には、自分では症状を強く感じていても周囲からは認識されにくいので、保護者がそれを病気だと認識しなければ小児科の受診にはつながらず、子どもの場合には不定愁訴や行き渋りに対して、医療機関を受診する代わりに気のせい、もっとがんばってなどという言葉が浴びせられている可能性もあり、不適切な励ましや強制を受けている場合もある。

治療面では成人では SSRI (selective serotonin re-uptake inhibitor；選択的セロトニン再吸収阻害剤) や SNRI (selective serotonin and norepinephrine re-uptake inhibitor) などの新しい薬剤が一般的に使用されるようになってきているが、小児での効用や副作用については十分に明らかにはなっていない。薬剤については、使用のガイドラインすらないことから、未就学児への SSRI の投与例すら見受けられる。ガイドラインの作成を含めて早急な対応が求められる。またうつ病の背景についても最近では肥満^{24, 28)}など、身体的な問題の存在が明らかになりつつある。

筆者は子どものうつ病(筆者の経験では最小年齢は7歳)に対しては、まず子どもが話しやすい環境を作ること、リラクセスや休養を優先し、カウンセリングと平行して必要であれば SSRI などの薬物療法も行っている。

Ⅶ. リストカット

これまでに筆者が対応した15歳以下のリストカットでは、全員が女子で、切っていたのは利き腕の対側の前腕内側であり、ほとんどは細く表皮のみを1~3mm間隔で丁寧にカットしており、一部はそれに加えてやや深い傷が見られた²⁴⁾。リストカットは自殺の方法としては極めて古典的な方法であり、従来は自殺と直結して考えられていたが、最近では嗜癖(addiction)と考えられるような例にも遭遇する。思春期のリストカットは死を目的とした行動というよりは、それを隠したいという気持ちと、気づいてほしいという気持ちとの両方、すなわち自己否定と自己存在感の確認の手法の一つである

ことが多く、騒ぎ立てることはかえってリストカットを強化する。しかし嗜癖に見えるようなリストカットが自殺に結びつくケースも報告されており、注意が必要である。成人では境界型パーソナリティ障害の診断基準を満たし、診断されることが多いが、思春期の場合にはかならずしもあてはまらない。なお最近では DSH (deliberate self-harm；意図的自傷) が自殺の前兆であるということが言われるようになってきている²⁹⁾。リストカットも成人では DSH に含まれると考えられており、DSH と自殺との関連が強く示唆されているが、思春期ではデータがない。

実際の対応は、子どもとの信頼関係を築いて、子どもたちが自分で行動変容を起こすための手伝いをするというところに尽きると筆者は考えている。

Ⅷ. 摂食障害

摂食障害では神経性食欲不振症(Anorexia nervosa；以下 AN) が大部分を占め、そのほかに神経性過食症(Bulimia nervosa) や混合型の摂食障害もある。女性に10~20倍多く見られ、好発年齢は AN では13歳前後と20歳前後に2つのピークがある。わが国では大規模な疫学統計はないが、増加している印象が持たれている。

思春期発症の AN は初期対応が適切であれば軽快することも多いが、一部は青年期以降まで症状の出現、軽快を繰り返し、後に統合失調症と診断される場合もある。治療開始時の状態にもよるが、一般に5~10%の死亡率と考えられており、死亡の原因は主に栄養状態の悪化である。

増加の背景には、社会全体に「やせ願望」があり、中学校3年生の女子では現在の体重に関わらず、70%の子どもはやせたいと願っている²⁴⁾。マスコミに登場するモデルたちの多くは標準体重よりやせており、肥満は揶揄されることが少なくない。このような社会背景が AN の増加を招いているとの認識から欧米ではモデルなどについて過剰なやせの状態では出演を許可しないなどの対策が始まっている。

早期発見のためには、すべてが AN とは限ら

ないが、小中学校、高校での学期ごとの身体計測データを活用して前回よりも10%以上体重が減少している場合にチェックすることにより早期発見・対応が可能である³⁰⁾。ANの場合には、体重減少、栄養状態の悪化だけではなく、ボディ・イメージへのゆがみや、肥満に対する強い恐怖が見られるので、カウンセリングを中心として対応する。栄養状態が悪化し、バイタルサインに異常が見られる場合には経管栄養（基本的にはEDチューブで十二指腸まで入れる）、中心静脈栄養などの適応となる。薬剤としてはスルピリド、硫酸アトロピンなどやSSRIを初めとする向精神薬が用いられるが、あくまで補助的な役割である。食べるようになり、体重が増加したから治癒ではなく、ボディ・イメージや食事に対する認識が変わるまでが治療である。

IX. 思春期全体としての問題点

思春期のころや行動の疾患は経過が長く、医療だけではなく教育や福祉などさまざまな部門の連携が必要になる。特に思春期には子どもたちは年齢とともに対人関係にも社会生活にも大きな広がりを持つようになるので、状況に応じた連携と支援が必要になる。本稿で扱った問題のほかにも、性の問題³¹⁾、いじめの問題²⁴⁾、薬物乱用³²⁾など多くの問題があり、日本小児科学会が編集した思春期医学臨床テキスト³²⁾も参照されたい。

文 献

- 1) <http://www.aap.org/>
- 2) Hagen JF, Shaw JS, Duncan PM ed. Bright futures. American academy of pediatrics. 3rd ed, 2008.
- 3) 平岩幹男. みんなに知ってもらいたい発達障害. 診断と治療社, 2007.
- 4) 平岩幹男. 地域保健活動のための発達障害の知識と対応: ライフサイクルを通じた支援のために. 医学書院, 2008.
- 5) Reiersen AM, Todd RD. Co-occurrence of ADHD and autism spectrum disorders: phenometry and treatment. Expert Rev Neurother 2008; 8: 657-659.
- 6) Wing L. The autistic spectrum. Constable and company ltd. London 1996.
- 7) Ronald A, Happe F, Price TS et al. Phenotype and genetic overlap between autistic traits at the extremes of the general population. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2006; 45: 1206-1214.
- 8) Muhle R, Trentacoste SV, Rapin I. The genetics of autism. Pediatrics 2004; 113: 472-486.
- 9) de Bruin EI, Verheij F, Ferdinand RF. WISC-R subtest but no overall VIQ-PIQ difference in Dutch children with PDD-NOS. J Abnorm Child Psychol 2006; 34: 263-271.
- 10) Kawamura Y, Takahashi O, Ishii T. Reevaluating the incidence of pervasive developmental disorders: Impact of elevated rates of detection through implementation of an integrated system of screening in Toyota, Japan. Psychiatr Clin Neurosci 2008; 62: 152-159.
- 11) Mesibov GB, Shea V, Schopler E. (服巻智子, 服巻繁訳). TEACCH とは何か. エンパワメント研究所. 2007.
- 12) 宮本信也. 米国の現状. 小児科臨床ピクシス: 発達障害の理解と対応 (五十嵐隆総編集, 平岩幹男責任編集). 中山書店, 2008: 94-97.
- 13) Richman S (井上雅彦, 奥田健次監訳). 自閉症へのABA入門. 東京書籍. 2003.
- 14) 藤坂龍司. つみきBOOK. NPO法人つみきの会. 2004.
- 15) Cohen H, Amerine-Dickens M, Smith T: Early intensive behavioral treatment. Develop Behavi Pediatr 2006; 27: S145-155.
- 16) Bondy A, Frost L (園山繁樹, 竹内康二訳). 自閉症児と絵カードでコミュニケーション. 二瓶社. 2006.
- 17) 海野 健. ママがする自閉症児の家庭療育. HACの会. 2008.
- 18) Gutstein SE (杉山登志郎, 小野次朗監修). RDI 退陣関係発達指導演. クリエイツかもがわ. 2006.
- 19) Aarons M, Gittens T (飯塚直美訳). 自閉症スペクトラムへのソーシャルスキルプログラム. スペクトラム出版社. 2005.
- 20) Stallard P (下山晴彦訳). 認知行動療法ガイド

- ブック. 金剛出版. 2008.
- 21) Myers SM. Management of children with autism spectrum. *Pediatr* 2007 ; 120 : 1162-1182.
 - 22) Jin D, Liu HX, Hirai H et al. CD38 is critical for social behavior by regulating oxytocin secretion. *Nature* 2007 ; 446 : 41-45.
 - 23) Wu S, Jia M, Ruan Y et al. Positive association of the oxytocin receptor gene (OXTR) with autism in the Chinese Han population. *Biol Psychiatr* 2005 ; 58 : 74-77.
 - 24) 平岩幹男. いまどきの思春期問題：子どものこころと行動を理解する. 大修館. 2008.
 - 25) 平岩幹男. 思春期相談のポイント. *Modern Physician* 2008 : 576.
 - 26) Elliot GR, Smiga S. Depression in the child and adolescent. *Pediatr Clin North Am* 2003 ; 50 : 1093-1106.
 - 27) 傳田健三. 小・中学生にうつ病はどれくらい存在するのか？ — MINI-KID を用いた面接調査から —, *札幌通信*, 2008 ; 486 : 13-15.
 - 28) Sjoberg RL, Nilsson KW, Leppert J. Obesity, shame, and depression in school-aged children : a population based study. *Pediatrics* 2005 ; 116 : 389-392.
 - 29) Hawton K, Fagg J, Smith S, et al. Trends in deliberate self-harm in Oxford. *Br J Psychiatr* 1997 ; 171 : 556-560.
 - 30) 平岩幹男, 久保田千鶴. 摂食障害のスクリーニングと最近経験した症例の検討. *埼玉県医学会雑誌* 1998 ; 34 : 186-191.
 - 31) 平岩幹男. 思春期の子どもたちをとりまく性の現状と背景. *小児感染免疫*. 2008 ; 20 : 235-240.
 - 32) 日本小児科学会編 (別所文雄, 五十嵐隆監修). 思春期医学臨床テキスト. 診断と治療社. 2008.