

【特集2】

社会構成主義からみた現代社会における成人期のストレス

心理学部 岡田 和久

1. はじめに

成人期のストレスについて論じるとき、ストレスそのものの具体的な中身についてはすでに多くのところで述べられている。そこで本論文では、まず、精神疾患への関心の広がりや診断基準の変更について概観した後、そのような診断基準と社会的要請との相互作用が病気というストーリーを構成させやすくさせることを通して、現代社会では正常であり続けることの困難さがあるという目立たないストレスに取り囲まれていることについて、社会構成主義の視点から論じることを目的とする。

2. 世界的な精神疾患への関心の広がり

近年、成人期のストレスが世界的に増大していることを示すデータがいくつか示されている。例えば、34カ国の先進国が加盟する経済協力開発機構（OECD, 2014）は、世界の勤労者の5%が重度の精神疾患に、そして15%が中程度の精神疾患に罹患していると報告しており、これらの精神疾患による経済損失は世界のGDPの4%にもおよぶことが指摘されている。つまり、勤労者の20%（5人に1人）はなんらかの精神疾患に罹患し、経済活動に影響を与えていることになる。一方、世界保健機関（WHO, 2013）が算出した障害共存年数¹による疾患の順位は、2000年と2011年ともに1位がうつ病、

5位が不安障害のままであり、11年経過してもこれらの精神疾患は依然として上位に位置したままである。また、障害調整生存年数²による疾患の順位は、2000年に11位であったうつ病が2011年では10位へと着実に上昇している。特に、うつ病については世界で3億5,000万人が罹患していると報告され（WHO, 2012）、日本でも2011年のうつ病の総患者数は70.4万人であり、1996年次と比較すると約3.5倍も増加している（厚生労働省, 2011）。

経済協力開発機構（OECD, 2014）は、うつ病や不安障害といった精神疾患患者は治療可能な対象であるにもかかわらず、認知行動療法などの適切な治療を受けられていない現状を指摘し、精神科へのリファラーの窓口となる地元の開業医やかかりつけ医などのプライマリケアをより強化することにより適切な治療を受けさせる必要性を提言している。すでにイギリスでは、経済損失を食い止めるために1万人の認知行動療法家を育成する国策を打ち立てている（小堀・清水・伊豫, 2009）。日本では、うつ病の治療制度の整備の一つとして、2010年より認知行動療法が420点の保険点数として算定されるようになっている。

1 障害共存年数（Years Lived with Disability；YLDs）とは、疾患による障害を有することによって失われた年数を表すための健康指標の一つである。

2 障害調整生存年数（Disability Adjusted Life Years；DALYs）とは、疾病により失われた生命や生活の質の総合計である世界疾病負担（Global Burden of Diseases；GBD）を表すための健康指標の一つである。

3. 発達障害³への関心の広がり

1) 「子どもの発達障害」の増加とその原因解明の試み

このような気分障害の増加と同様に、日本では発達障害と診断される患者数も増加傾向にある(図1)。特に「子どもの発達障害」については、2005年4月に発達障害者支援法が施行されたことや、文部科学省(2012)が公立小・中学校の通常学級に在籍する発達障害の可能性のある児童生徒の割合は6.5%と推定されると発表したこともあり、医療領域だけでなく教育領域や一般の人たちにも発達障害が広く認知されるようになってきていると思われる。

この発達障害の原因についてはまだ特定されていないが、環境省(2010)による長期国家プロジェクトであるエコチル調査(子どもの健康と環境に関する全国調査)は、その疑問に一つの解答を提供する可能性がある。このエコチル調査とは、胎児期から小児期にかけての化学物

質曝露をはじめとする環境因子が、「妊娠・生殖」、「先天奇形」、「精神神経発達」、「免疫・アレルギー」、「代謝・内分泌系」の5分野に影響を与えるとする13の仮説を検証することを目的とした、10万人規模の妊婦を対象に実施される大規模出生コホート調査である。それらの仮説のうち、「精神神経発達」分野では、①胎児期および幼少期における環境中の化学物質への曝露がその後の発達障害および精神神経障害に関与している、②胎児期および幼少期における環境中の化学物質への曝露がその後の精神神経症状に関与している、という2つの仮説が設定されている。この調査では、調査対象の妊婦と出生した子どもが13歳になる2026年度までの間、血液や尿等の試料保存と分析、質問票や面接等による追跡調査が実施され、すべての仮説が検証される予定である。それゆえ、発達障害の環境因子に関する結果報告はまだ時間を要するが、今後なんらかの原因が解明されることが期待される。

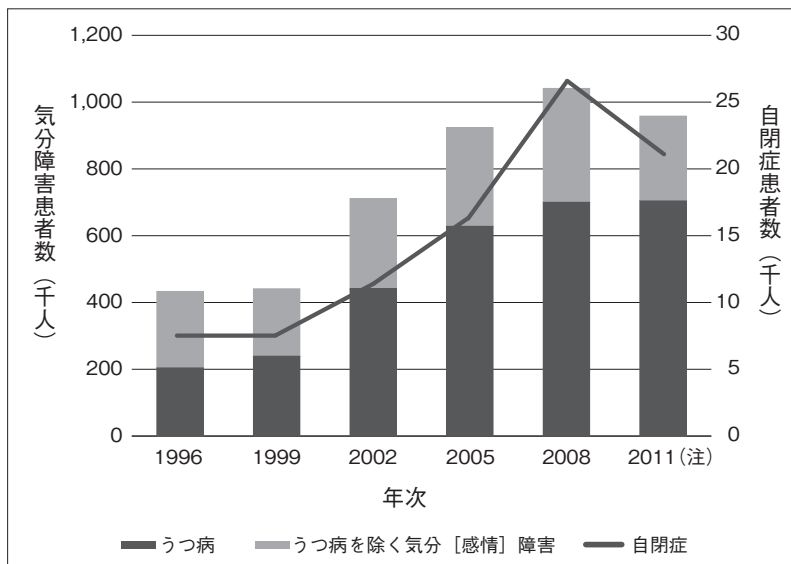


図1 気分障害と自閉症の総患者数(厚生労働省(2011)を参考に作成)

(注) 2011年は宮城県石巻医療圏、気仙沼医療圏および福島県の数値が除かれているため、実数値はこれよりも多いと推定される。

3 本論文では、DSM-IV-TRによる広汎性発達障害やDSM-5による神経発達症群に該当する精神疾患を総じて発達障害と表記することとする。

2) 「大人の発達障害」というとらえ方の流行

教育領域において「子どもの発達障害」が取りざたされる一方で、精神医学においては「大人の発達障害」が注目されるようになってきている。先行研究によれば、和迹・青木(2009)は、近年、“精神科医療の現場においては、青年期成人期の適応障害や感情障害、ときには精神病圏などと診断された背景に広汎性発達障害の特性が問題となっている”と述べている。神田橋(2009)と三好(2009)も同様に、難治性精神障害としてとらえられてきた人たちが、実は強い脳神経発達の凸凹に由来する過敏性・ストレス脆弱性を抱えた人たちである可能性を指摘している。また、衣笠・池田・世木田・谷山・菅川(2007)は、①18歳以上(広義には16歳以上)で、②知的障害は認められず(IQ \geq 85)、③初診時の臨床診断は統合失調症、気分障害、神経症、パーソナリティ障害、などさまざまであるが、④その背景には高機能型広汎性発達障害が潜伏しているものの、⑤高知能などのために就学時代は発達障害とはみなされず、⑥一部に不登校や神経症などの既往があっても発達障害を疑われたことがない、といった一群を“重ね着症候群”と定義し、“以上のような特徴を持つ患者の多くは…青年期後期および若年成人になって種々の臨床症状を持って初めて精神科外来を受診してくる”ことを指摘している。星野(2010)も同様に、そのような一群は大人になるまで見過ごされていることが多いと述べている。さらに、岡田(2011)は、精神科外来に来院する患者の知能指数(IQ)を測定したところ、IQが平均レベルでも情報処理能力に凸凹が見られるタイプと平均レベルよりも低めの知的能力を持つタイプが有意に多かったことから、精神疾患患者

に対して認知発達の凸凹を伴う発達障害を念頭に入れたアプローチの必要性を指摘している。

一方、国立情報学研究所学術情報ナビゲータ(CiNii)において過去20年間(1995年～2014年)の論文を対象に、「発達障害 成人」と「発達障害 大人」をキーワードにしてそれぞれ検索し、明らかに内容が異なる論文を除外して集計したところ、2005年ごろより「発達障害 成人」を含む論文数が増加し始め、2011年ごろより「発達障害 大人」を含む論文数が増加し、2013年においては両者を合わせた論文数が過去最高となっていた(図2)。以上のことから、ここ数年の間に「大人の発達障害」への関心が急激に高まっていることが示唆される。

このように、これまで気分障害や統合失調症と診断されていた患者の中に、発達障害を基盤に持つ患者が混在しているという視点が持ち込まれたことにより、従来の精神科治療は大きく揺さぶられることになった⁴。その一方で、「大人の発達障害」というとらえ方が広まることによって、それまでなんとなくしっくりこなかった症例や難治例において見えていなかった面が見えるようになってきたことも事実である。しかし、「大人の発達障害」はまだ日本の精神医学では発展途上の問題である(宮岡・内山, 2013)。

4. DSM-5における精神疾患の診断基準の変更

このような精神疾患の広がりや、現代社会のストレスの増大によってその総数が増加したと推察されるが、一方で、精神科においてどのように診断される人たちが増えたとも考えることができる。Frances(2013/2013)が、精神疾患

4 「大人の発達障害」が多いことについて、杉山(2009)は“正直なところ筆者は現在、うつ病や統合失調症とは何なのか、すっかり混乱してしまっている”と述べている。また、星野(2010)は“発達障害の理解が不十分なまま一気に「パンドラの箱」を開けてしまった”との危機感を示し、宮岡・内山(2013)は“私にとって大人の発達障害とは「黒船来航」のようなもの”と表現している。

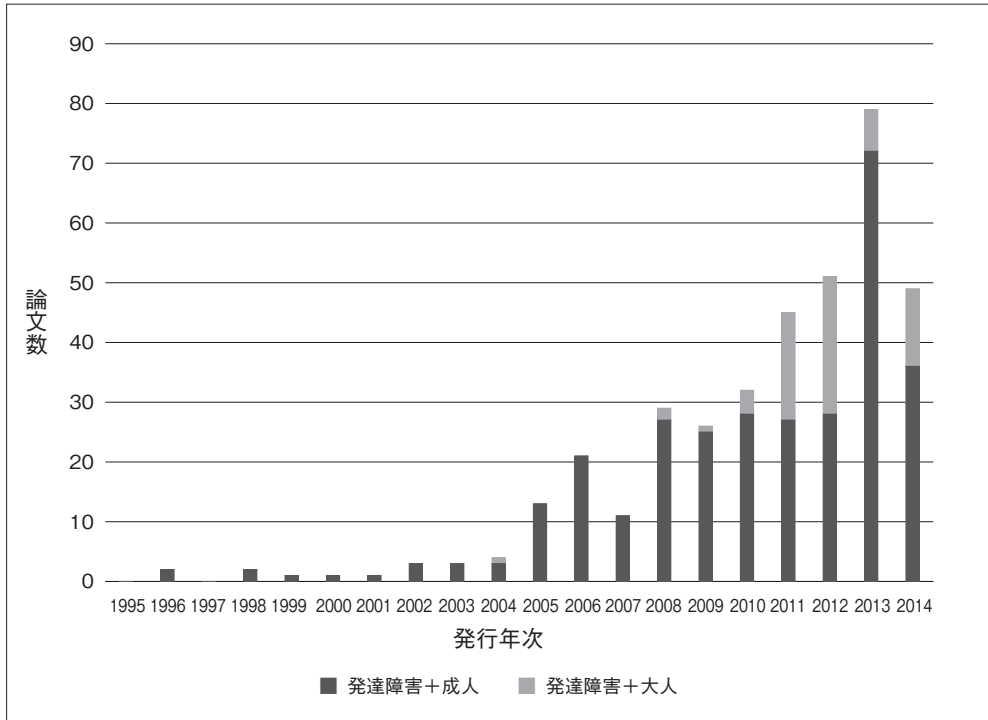


図2 CiNii 検索による「大人の発達障害」関連の論文数 (2015年3月現在)

の診断・統計マニュアルである DSM-IV は精神科において3つの精神疾患（ADHD、自閉症、成人の双極性障害）の流行を引き起こしたと指摘しているように、日本の精神医学においてもその影響を受けて「大人の発達障害」というとらえ方が流行している可能性が考えられる。

そのような中、精神疾患の診断基準が変更されることになった。アメリカ精神医学会は DSM-IV を実に19年ぶりに改訂し、2013年5月に DSM-5 (APA, 2013a/2014) を刊行した。この DSM-5 のさまざまな変更点については他稿に譲ることとし、本稿では発達障害に関するものから抜粋して概説する。

まず、発達障害は「神経発達症群／神経発達障害群 (Neurodevelopmental Disorders)」へと名称が変更となり、これまでの自閉性障害やアスペルガー障害などは「自閉スペクトラム症／自閉症スペクトラム障害 (Autism Spectrum Disorder)」の新診断名のもとに包括された。

ただし、その診断基準は、①対人的相互反応における質的な障害、②コミュニケーションの質的な障害、③行動、興味、および活動の限定された反復的で常同的な様式、といった3つの領域の欠陥（いわゆる「Wingの三組み」）から、①社会的コミュニケーションおよび対人的相互反応における持続的な欠陥、②行動、興味、または活動の限定された反復的な様式、という2つの中核的な領域の欠陥へと縮小された。そして、前者の基準を認めても後者の基準を満たさない場合には、新たに「社会的（語用論的）コミュニケーション症／社会的（語用論的）コミュニケーション障害 (Social (Pragmatic) Communication Disorder)」という診断名がつけられることになった。一方、「注意欠如・多動症／注意欠如・多動性障害 (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder)」は、青年期後期および成人（17歳以上）の閾値基準が設定され、発症年齢の基準を“7歳以前”から“12

歳になる前”へと引き上げられるなどの症状閾値の変更により、成人への診断がしやすくなった。そして、この「注意欠如・多動症」は「自閉スペクトラム症」との併存診断が可能となった。

以上を総括すると、「自閉スペクトラム症」における診断基準の中核的領域の縮小、その2つの基準のうちの1つ（②行動、興味、または活動の限定された反復的な様式）を満たさない場合に適用される「社会的（語用論的）コミュニケーション症」というコミュニケーションのあり方に特化した新たな診断名の追加、そして成人の「注意欠如・多動症」という診断がよりしやすくなったこと、など病気の定義がゆるやかになった（Frances, 2013/2013）といえる。

5. 診断基準がもたらす影響

ところで、これらの診断基準を眺めたとき、いくつかの項目が自分に当てはまると思われる方が少なくないのではないだろうか。具体的に言えば、空気が読めない、会話が苦手、字義通りに受け取ってしまう、こだわりのある趣味、ケアレスミスが多い、忘れっぽい、片付けが苦手、スケジュール管理が苦手、段取りが悪い、指示に従えずに物事を遂行できない、先延ばし傾向、といった日常生活場面でも比較的良好に見られやすい行動特性である（星野, 2010）。もちろん、“診断基準にあげられている症状を単純に照合するだけでは、精神疾患の診断をするためには十分ではない”（APA, 2013b/2014）なのであって、専門家による臨床的な判断とともにそのような症状が顕著で、かつ、社会的、学業的、職業的な機能障害が生じている場合に、その診断が下されることは言うまでもない。しかし、それらの諸症状が精神疾患として診断するための基準として設定されていることは、どのようなことを意味するのだろうか。そこで、

成人期のストレスを受ける主な対象として考えられる勤労者と育児中の親を中心に検討してみる。

1) 「病気かもしれない」というストーリーが過剰に構成されやすくなる可能性

(1) 勤労者

2006年より、経済産業省は就活生や勤労者に必要とされる、職場や地域社会で多様な人々と仕事をしていくための基礎的な力として、「前に踏み出す力（アクション）」「考え抜く力（シンキング）」「チームで働く力（チームワーク）」の3つの能力（12の能力要素）からなる「社会人基礎力」を提唱している。特に企業人事採用担当者は、就活生に対して「主体性」（20.4%）や「コミュニケーション力」（19.0%）といった能力不足を指摘し、また、「社会人基礎力」の3つの能力のうちで「前に踏み出す力」を、12の能力要素のうちで「実行力」を最も重要な能力と回答している（経済産業省, 2010）。このように、現代社会ではより良いコミュニケーション能力や仕事を手際よく進める遂行能力といった効率的な行動特性が要請されているといえる。それゆえ、コミュニケーションに齟齬があったり、ケアレスミスや仕事が表示通りに進められなかったりすることは、この現代社会では非効率的な行動特性として目立ってくる可能性がある。換言すれば、そのような能力を求める現代社会の枠組みの中では、もともとそのような行動傾向のある人たちがより多くあぶりだされやすい時代になっているともいえる。かつてなら、このような行動特性はその人の個性や特性の一部といったラベルがはられてとらえられていたものであろう。しかし、ここに診断基準の枠組みが加わると、これらの非効率的な行動特性は自閉スペクトラム症、社会的（語用論的）コミュニケーション症、注意欠如・多動症、などといった発達障害の諸症状と

して、つまり「大人の発達障害」というラベルを用いた「病気かもしれない」というストーリーとして説明できるようになる。もちろんDSM-5は膨大な研究結果によって再整備されたものであるが、“かつてなら人生の一部や正常な個性の一部とみなされた注意や行動の問題が、いまや精神疾患と診断されて” (Frances, 2013/2013, p.223) しまう可能性が示唆される。

(2) 育児中の親

一方、子どもを持つ親は、インターネットや書籍、担任の先生、スクールカウンセラー、などを通して、「子どもの発達障害」に関する情報に接触する機会が多くなっていると思われる。そのような情報にさらされた育児中の親であれば、誰でも「自分の子どもも病気かもしれない」といった過剰な心配や不安を引き起こす可能性があるだろう。Frances (2013/2013, p.232) が“医師、教師、家族、それから親自身が注意深くなくて、自閉症を見つけやすくなった”と指摘しているように、診断基準のあり方と患者数の増加は無関係ではないと思われる⁵。それゆえ、そのような情報にさらされることによるいくつかの影響として、考えなくてもよかったことを過剰に考えさせる機会を提供してしまうこと、発達障害という物差しで人を見やすくなること、そして、発達障害という用語を使ったストーリーの構成を可能にさせること、などが考えられる。もちろん、そのような影響によって本当に必要な子どもたちが診断や治療へと結びつけられることは好ましいことである。しかし、その一方で専門家だけでなく一般の人でも診断基準を知る機会が増えたことは、正常な子どもの発達についても“医療化の

対象としての子ども” (Conrad & Schneider, 1992/2003) として医療用語のもとに整理されていく社会状況にあることも示唆している。

(3) グレーゾーンの増加

これらの現象は、もう一つの副産物を生成することになる。それは、すべての診断基準を満たさなくてもその傾向があるのではないかと、といった明確に正常とも病気とも言い切れないグレーゾーンと呼ばれる領域の増加である。DSM-5においては、“疾患の診断的境界の中にぴったりと取まらない病態については、「他の特定される/特定不能の⁶」疾患という選択肢を採用する” (APA, 2013b/2014) ことになっている。また、現代社会では正常と病気を明確に区切るのではなく、正常から病気までを連続体^{スペクトラム}としてとらえる枠組みが主流となっている。それゆえ、完全に診断基準を満たさなくてもその傾向がうかがえれば、本人や家族だけでなく専門家によっても「病気かもしれない」というストーリーが自然に（無意図的に）構成され、やがて真実味を帯びた内容に変容していく可能性がある。もちろん、本論文ではそのような診断を否定するつもりはない。むしろ、グレーゾーンの増加が本当の診断や治療が必要な人たちの位置づけを紛らわしくさせることを懸念するものである。Frances (2013/2013, p.286) は、“DSM-5が条件をゆるくしたために、…精神疾患と認められるほどの明確な問題や深刻な問題をかかえていない多数の大人が、該当することになるはずだ”と警鐘を鳴らしているが、現代社会はまさにグレーゾーンといったとらえ方を増加させる土壌が整ってきているといえるのではないだろうか。

5 例えば神田橋 (2010) や村田 (2011) は、子どもにとって普通にある非特異的な症状 (落ち着きのなさ、注意集中のなさ、など) を取り出して一つの診断名をつけると、みんながみんな発達障害になってしまうことを指摘している。

6 APA (2013b/2014) によれば、「他の特定される」がつく診断名は、その疾患に特徴的な症状が優勢であるがその疾患の基準を完全に満たさない場合、その基準は満たさないという特定の理由を伝える選択をする場合に使用される。一方、「特定不能の」がつく診断名は、その疾患に特徴的な症状が優勢であるがその疾患の基準を完全に満たさない場合、特定の基準を満たさないとする理由を特定しないことを選択する場合に適用される。

2) 「正常である」というストーリーがより構成しにくくなる可能性

ゆるい基準によって「病気かもしれない」というストーリーが構成されやすくなることは、逆に「正常である」というストーリーを構成しにくくなることも示すことになる。それは診断基準だけでなく、われわれが住んでいる社会構造や「正常である」という基準との相互作用による影響についても検討する必要がある。

(1) 社会が求める適応能力の自然な上昇

現代社会がわれわれにさまざまな適応能力を求めてくることは想像に難くない。例えば、1980年代以降のコンピュータ機器の普及は、パソコンによる業務遂行上の規則性、単調性、ミスへの不安などといった、今までとは質の異なる新たなストレスを登場させ、それらと勤労者自身の特性とが複合的に作用することで生じる「テクノストレス」が指摘された（労働省労働衛生課、1990）。それはすなわち、パソコンの登場によって新たなストレスが構成されたと同時に、そのようなストレスへ適応していかねばならないという新たなハードルがわれわれに設定されたということでもある。それゆえ、それまで適応してきた勤労者が新たに登場したハードルを越えられなければ、そこで不適応状態となる可能性が出てくる。つまり、社会の進歩につながる新たな社会的ツールの登場は、公共の利便性を増加させるとともに、新たな不適応者を構成していくきっかけにもなりうるといえる。また、Flynn (1984) は知能検査のIQの値が毎年0.3ポイントずつ高くなるという「プリン効果」を指摘した。これは知能検査を順次更新していく必要性を指摘するものであったが、別の見方をすれば、時代の流れとともに社会全体の平均的な能力基準が自然な上昇傾向にあることを示唆する。他にも、新たな法律の制定がもたらす新たな社会的制約への対応、年ごとに複雑さが増していく業務内容、など、われ

われは常に新たな適応能力を求められ続けていると考えられる。

このように、現代社会が求める適応能力のハードルが自然に少しずつ上げられていくことは、誰もが持つであろうある能力の苦手さがある時点で顕在化し、不適応状態に陥る可能性が存在することを予想させる。そこへ病気のゆるい基準が加われば、ますます「正常である」というストーリーは構成しにくくなると思われる。

(2) 専門家が求める「正常である」という基準の上昇

一方、専門家も「正常である」というストーリーを構成しにくくさせる一端を担っている。なぜならば、専門家はコミュニケーションの齟齬や業務上のミスなどが日常生活場面で自然に生じる非特異的なものとしてよりも、診断基準に照らし合わせた特異的なものとしてラベルをつけていく傾向があるからである。つまり、専門家は診断基準に準拠するがゆえに、支援を求める人たちに対して次第に「正常である」という基準を厳しく設定してとらえるようになっていく可能性がある。このことは、われわれにコミュニケーションの齟齬がないことや業務遂行にミスがないことといった現実離れた完全主義的な目標を抱きやすくさせるだけでなく、十分に幸福でなかったり悩みのない生活を送っていなかったりすれば精神疾患だと解釈されてしまう (Frances, 2013/2013, p.144) 可能性を高めることにつながるかもしれない。

このように、専門家が求める「正常である」ための基準が高く設定されていくことも、「正常である」というストーリーがより構成しにくくなる要因の一つと考えられる。

6. 病気というラベルを用いた ドミナント・ストーリーへの 服従とそこからの解放

上述したように、もっともらしく信じられてしまうような影響力のある支配的なストーリーのことを、ナラティブ・セラピーの世界ではドミナント・ストーリー (White & Epston, 1990/1992) と呼ぶ。このような病気というラベルが用いられたドミナント・ストーリーはわれわれにどのような影響を与えるだろうか。

まず、本当に必要な人たちが病気というストーリーを構成することは、適切な治療やサポートを受けることへの抵抗感を減らし、病気の改善への期待感を高めさせる効果が生じると思われる。しかし、人生上で生じる自然な問題や一時的な不適応状態にある人たちがそのようなストーリーを構成した場合、それまで能動的にやってきた自分自身の考えや行動を無効化してしまう可能性がある。例えば、本人にとっては、病気というラベルがはられることでそれまでの自分なりの考えや行動が治療すべき対象として意味づけられてしまえば、自分自身の能力に対する信頼感や自己効力感を低下させてしまう恐れがある。また、本人を取り巻く周囲の家族や職場の人たちにとっては、彼らなりのかかわり方よりも専門的なかかわりの方がより効果的であるとして、退けられてしまうかもしれない。つまり、そのような問題や不適応状態に対して忍耐強く試行錯誤したり工夫したりし続けながら解決していこうという個別的で能動的なやり方が専門家によって定式化された一般的なやり方へと受動的にシフトさせられていくことは、まさにドミナント・ストーリーが描く世界へとわれわれは服従させられていくといえよう。そして、服従させられるのは、もはや本人や周囲の人たちだけではない。そのようなストーリーに基づいた支援をする専門家自身も同

様に、そのストーリーの支配下に自分の身を置くことになる。なお、このようなとらえ方は、専門的な支援を否定しているのではない。むしろ、生きている人自身が持つ個別性や能動性を喪失させるという側面にも目を向ける必要があることを主張するものである。

このようなドミナント・ストーリーへの服従は、“生きていれば避けられない日々の問題は、自然の回復力と時間の治癒力によって解決するのが最適である” (Frances, 2013/2013, p.27) といった、本来の自分が持つ能力への信頼感や自然治癒力を生かしていくやり方から遠ざかるものである。それゆえ、支援する側の専門家の使命は、自分自身が置かれている社会的文脈(岡田, 2007)を認識しつつ、本当に必要な人たちにはきちんと診断や治療を受けさせられるように、一方、人生上の自然な問題や不適応状態にある人たちには病気というラベルではない別なラベルを用いたオルタナティブ・ストーリー (White et al., 1990/1992) を構成できるように、両者を適切に見極めた支援していくことであろう。新たなストーリーを構成することは、病気という支配的なストーリーへの服従からわれわれを解放させてくれる一つの手段になると考えられる。

7. おわりに

本論文では、診断基準や社会状況との相互作用がわれわれに「正常である」ことを難しくさせるという目立たないストレスに取り囲まれていることについて論じた。ゆるい診断基準や社会が要請する適応能力のハードルの上昇が「病気かもしれない」というストーリーをより構成させやすくするこの現代社会の中では、誰もが常に精神疾患というラベルがはられる可能性のある予備群といえるかもしれない。精神疾患に関する多くの情報がメディアやインターネット

ト、書籍や口コミなどで張り巡らされているこの現代社会において、自分が少し精神的に弱まったとき、「病気かもしれない」というストーリーへの誘惑を見極めつつ、自分自身が持つ回復力への信頼感を持ち続けることができるだろうか。医療化 (Conrad et al., 1992/2003) の荒波の中で小舟が沈まないように、われわれは「正常である」というストーリーを構成していく難しい舵取りが求められているのかもしれない。

引用文献

- American Psychiatric Association (2013a). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth edition*. Virginia : American Psychiatric Publishing. 高橋三郎・大野 裕 (監訳) (2014). DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院.
- American Psychiatric Association (2013b). *Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5*. Virginia : American Psychiatric Publishing. 高橋三郎・大野裕 (監訳) (2014). DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引. 医学書院.
- Conrad, P. & Schneider, J. W. (1992). *Deviance and medicalization*. Pennsylvania : Temple University Press. 進藤雄三 (監訳) (2003). 逸脱と医療化. ミネルヴァ書房.
- Flynn, J. R. (1984). The mean IQ of Americans : Massive gains 1932 to 1978. *Psychological Bulletin*, **95** (1), 29-51.
- Frances, A. (2013). *Saving Normal*. London : Conville & Walsh. 大野 裕・青木 創 (訳) (2013). 〈正常〉を救え. 講談社.
- 星野仁彦 (2010). 発達障害に気づかない大人たち. 祥伝社.
- 神田橋條治 (2009). 難治例に潜む発達障害. *臨床精神医学*, **38** (3), 349-365.
- 神田橋條治 (2010). 発達障害は治りますか? 花風社.
- 環境省 (2010). 子どもの健康と環境に関する全国調査 (エコチル調査) 仮説集. http://www.env.go.jp/chemi/ceh/outline/data/h22_3_kasetsushu.pdf (2015.2.27 取得)
- 衣笠隆幸・池田正国・世木田久美・谷山純子・菅川明子 (2007). 重ね着症候群とスキゾイドパーソナリティ障害—重ね着症候群の概念と診断について. *精神神経学雑誌*, **109** (1), 36-44.
- 経済産業省 (2010). 大学生の「社会人観」の把握と「社会人基礎力」の認知度向上実証に関する調査. <http://www.meti.go.jp/policy/kisoryoku/201006daigakuseinosyakajinkannohaakutonintido.pdf> (2015.3.8 取得)
- 小堀 修・清水栄司・伊豫雅臣 (2009). イギリスの認知行動療法セラピストを7年で10,000人養成する計画. *千葉医学雑誌*, **85** (2), 93-95.
- 厚生労働省 (2011). 平成23年患者調査 (疾病分類編). <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/10syoubu/dl/h23syobyu.pdf> (2015.3.5 取得)
- 宮岡 等・内山登紀夫 (2013). 大人の発達障害ってそういうことだったのか. 医学書院.
- 三好 輝 (2009). 難治例に潜む発達障害. *そだちの科学*, **13**, 32-37.
- 文部科学省 (2012). 通常の学級に在籍する発達障害の可能性のある特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査. http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/_icsFiles/afieldfile/2012/12/10/1328729_01.pdf (2015.2.27 取得)
- 村田豊久 (2011). 児童精神科医療における発

- 達障害とパーソナリティ障害の近未来. 石川 元 (編). 現代のエスプリ 527. ぎょうせい, pp.178-192.
- 岡田和久 (2007). サイバネティクスからみた長期休職を支える構造. 総合病院精神医学, **19** (1), 72-78.
- 岡田和久 (2011). 精神障害患者の IQ と言語性 IQ—動作性 IQ 間における discrepancy. 心理臨床学研究, **29** (2), 188-196.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2014). *Making Mental Health Count*.
<http://www.oecd.org/els/health-systems/Focus-on-Health-Making-Mental-Health-Count.pdf> (2015.2.27 取得)
- 労働省労働衛生課 (1990). 職場におけるテクノストレス. 中央労働災害防止協会.
- 杉山登志郎 (2009). 成人の発達障害. *そだちの科学*, **13**, 2-13.
- 和辻健太・青木省三 (2009). ボーダーラインと発達障害. *そだちの科学*, **13**, 61-66.
- White, M. & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. Australia: Dulwich Centre Publications. 小森康永 (訳) (1992). 物語としての家族. 金剛出版.
- World Health Organization (2012). *Depression is a common illness and people suffering from depression need support and treatment*.
http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/en/ (2015.3.3 取得)
- World Health Organization (2013). *WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000-2011*.
http://www.who.int/healthinfo/statistics/GlobalDALYmethods_2000_2011.pdf?ua=1 (2015.2.27 取得)