

情緒的な問題を持つ attention-deficit/hyperactivity disorder の子どもに対する 心理的介入の工夫について

¹東京女子医科大学医学部小児科学

²東京児童相談センター

アサイ ミサ コダイラ オオサワ マキコ
浅井 美紗¹・小平かやの²・大澤眞木子¹

(受理 平成24年12月18日)

Psychological Approaches in the Treatment of Children with attention-deficit/ hyperactivity disorder and Emotional Problems

Misa ASAI¹, Kayano KODAIRA² and Makiko OSAWA¹

¹Department of Pediatrics, Tokyo Women's Medical University School of Medicine

²Tokyo Child Guidance Center

When a child is brought in as a patient for problem behavior and possible attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), it appears that his/her symptoms are caused by both ADHD and emotional issues. In this type of case, we begin treatment by addressing the psychological issues first. This helps rebuild the child's relationships with his/her family members and teachers. Then, it is simpler to diagnose and treat the child's ADHD and provide the needed social support.

Let us examine a case in which I used this approach. I began with play therapy, interviews with his parents, and playtime with his mother to teach her the concept of filial therapy. As a result, the child's relationships with his mother, other family members, and teachers seemed to be restored due to his development of trust toward adults.

However, the child continued having trouble interacting with his classmates at school. The next step for him was social training, since it was obvious that he lacked adequate interpersonal skills. First, we practiced means of improving his objective social skills, and then we aimed for him to master problem solving techniques to address his active needs. It appears that his mother's participation in the social training helped the child to adjust to his school and family surroundings. By recovering and rebuilding the child's relationships with the adults in his life, we can facilitate the next stages of treatment, such as social skills training and ADHD medication.

Key Words: attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), play therapy, filial therapy, social skills training

緒 言

さまざまな問題行動から attention-deficit/hyperactivity disorder (以下 ADHD) を疑われて東京女子医科大学病院小児科を受診するに至った子どもの中には、発達と情緒、両方の問題を抱えているケースが多い。問題行動には衝動制御の難しさという子どもの特性だけではなく、その子どもと環境の関係性の問題が反映されていることもあり、両方の視点からの見立てが求められる。

特に膠着した母子関係の問題が存在している場合、見立ての段階から得られる情報が偏ることがある。さらに、発達の支援体制を整えていく際に、母親が主体性を持って学校などの社会的資源と連携を組むことが難しいことがある。このようなケースでは情緒的な問題に先に介入することにより、子どもと家族や教師、それぞれの関係が回復すると、よりシンプルに発達の問題が理解でき、必要な支援が明確になることがある。

情緒的な問題を抱える子どもに対する介入は、年齢や発達状況に応じてプレイセラピーやカウンセリングを行う。プレイセラピーにはさまざまな方法があるが、筆者は通常、子ども中心プレイセラピー (child centered play therapy, 以下 CCPT) を行っている。これは子どもの人間性に焦点をあてるアプローチであり、子どもの潜在能力を引き出し、自己治癒能力を最大限に発揮するための環境と人間関係を形成していくものである。Garry L. Landreth は「プレイセラピーによって、子どもたちは、自分自身を知り、受け入れることができるようになり、そうすることでプレイセラピーは子どもたちの発達を援助する」と述べている¹⁾。また、近年 CCPT の原理をもとに、両親と子どもの関係を強めるための治療プログラムとしてフィリアルセラピーが注目されている。フィリアルセラピーは1964年にBarnard GuerneyがLouise Guerneyと共に理論化したものだが、星野(2012)はフィリアルセラピーを「セラピストが親を支援し、親がプレイセラピーの基本的な原理を理解しそのスキルを使用して治療的に子どもに働きかけることによって、子どもに肯定的な変容をもたらす心理療法の技法である」と説明している²⁾。これには一定期間に数名のグループで構造的にトレーニングしていくモデルと個別の家族に実施するモデルがある。

一方、発達のな問題、特に社会性の問題に対する介入には社会生活技能訓練 (social skills training, 以下 SST) が有効である。慢性期精神障害のリハビリテーションに最もよく適用されているが、小児を対象とした SST はそれよりも歴史が古く1960年代から、社会的不適応が懸念されるあらゆる子どもを訓練対象にしてきた³⁾。特に子どもの場合は遊びの要素をとり入れたトレーニングが有効であり、目標に合わせてさまざまなエクササイズが考案されている。通常は年齢やつまずきの内容がなるべく均一な小グループを構成し、個々の目標に合わせたエクササイズを取り入れて、集団場面で必要なスキル獲得を目指す。これを個別支援に取り入れることもあり (以下個別 SST)、子どもの目標に合わせてプログラムの構成や進め方を工夫することが可能である。

今回、情緒と発達、両方の問題を持った子供に対し、上記の介入を組み合わせて段階的に関わった事例を報告する。そして、情緒的な問題への介入を優先させた意味や、それぞれの介入の役割や効果について考察する。

症 例

1) 事例 S (男児)

初診時7歳、小学校2年生。漏斗胸の既往あり。

2) 家族

出生時から母と母方祖父母と生活、両親は離婚、Sには父と死別したと伝えてある。母は看護助手、祖父母も共働きである。

3) 生育歴、来院経緯

体重3,166g、正常分娩で出生。出生時や乳幼児期の発達に特別な問題の指摘なし。2歳半から保育園に入園、最初は非常に嫌がるもすぐに慣れた。当初から集団では多動傾向を認めたが、保育士から注意されるほどではなかった。小学校に入学すると多動が目立ち、頻回に注意をされ先生を怖がるようになる。集団から外れることが多く、友達の首をしめたり、物でぶったり、飛び蹴りをするなどの暴力や、突然奇声を上げるなどの問題行動が目立ち、学校が対応に苦慮しスクールカウンセラーを経由して当科へ紹介。主治医の依頼により心理アセスメントを施行した。

4) 検査

(1) 知能検査

スクールカウンセラーが施行。Wechsler Intelligence Scale for Children-Third Edition (以下、WISC-III) の結果は言語性IQ=91、動作性IQ=99、全検査IQ=94、言語理解=86、知覚統合=90、注意記憶=112、処理速度=111。言語性検査では「単語 (評価点6)」が有意に低かった。一方、動作性検査では「符号 (評価点15)」が有意に高く、「迷路 (評価点5)」が有意に低かった。

(2) 軽度発達障害スクリーニング

Learning Disabilities Inventory (以下LDI) と ADHD Rating Scale home version (以下ADHD-RS 家庭版) を施行した。母の評価によるLDIの判定は「LDの可能性は低い」ことを表すG型であった。一方、ADHD-RS 家庭版では多動・衝動性得点が2点 (年齢平均±1SD)、不注意得点が14点 (年齢平均+1SD)、総得点が16点 (年齢平均+1SD) で不注意と総合得点が年齢平均に比べてやや高い結果であった。

5) 心理アセスメント結果

能力面は平均水準の知的発達を遂げているが、推応能力 (言語理解、知覚統合) がそれぞれ有意に低い。特に、言語理解では語彙量の少なさや説明の苦手さが推測された。母の評価ではLDは非該当であったが、能力にばらつきがあるため、LDである可

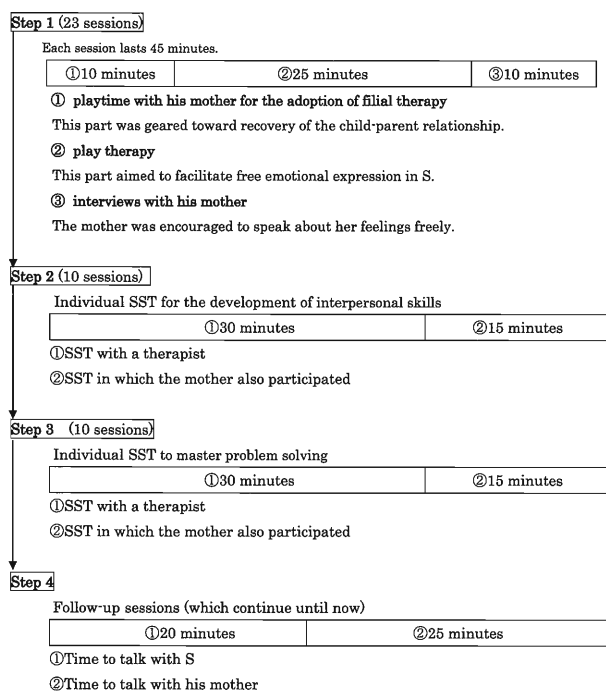


Figure Psychological approaches in the treatment of S
The problems of emotion and relationships were treated preferentially in my approaches to S. After this approach, I addressed the developmental issues behind his problem behavior.

能性も考えながら経過観察をする必要があった。一方、多動・衝動性の特徴は幼少期からうかがえたが、家庭や面接場面ではそれほど目立たず、学校でのみ問題行動が頻発していた。Sは自分の行動を妨害されたり、他人の反則に強い怒りを感じ、それを相手に上手く伝えることができずに孤立、衝動的に行動化している状況があった。面接場面でのSはむしろ抑制的で大人との関わりに警戒的、家庭では一人で淡々と過ごす様子が母から報告され、実際に親子は会話が少なかった。母自身も表情が硬く、Sに対して嫌悪感が強く辟易としている様子であった。この母子関係の希薄さがSの発達を理解するための情報を少なくしていた。

6) 診断, 介入方法

主治医が診断ガイドラインに基づき ADHD と診断したのち、環境調整および情緒的な問題への介入を初期治療と位置づけてプレイセラピーが依頼され、保護者の了解を得て目的別に以下の4期に渡って心理的介入を行った。第1期(フィリアルセラピーの理論を取り入れた親子の遊びの時間, プレイセラピー, 親面接) 23回, 第2期(個別 SST 第1クール全10回), 第3期(個別 SST 第2クール全10

回), 第4期(フォローアップ, 現在に至る)である。1回45分とし1ヵ月に2回行った(Figure)。

結果

1 第1期(子どもの情緒と親子の関係性への介入)

①親子関係の回復②Sの情緒の自由な表現③母の感情の整理はどれも早急に必要であったが、Sの家庭の事情により来院は月2回が限界であったため、面接時間を効果的に使う必要があった。そのため1回45分の面接時間を3分割し、①には前半10分でフィリアルセラピーの理論を取り入れた母子の遊びの時間(以下、母子プレイ)、②には中盤25分で子どものプレイセラピー、③には後半10分で親面接という構造で介入した。

1) 母子プレイ

事前に母に、CCPTの遊びの時間は子どもが主導であり選択権は子どもにあること、母には非評価的かつ感情に注目して関わってもらい、子どもの感情をことばで反映し共に味わうことを目的とするという基本的な考え方と技法を伝え、母子の遊びの時間を持った。セラピストはその場面に同席し、母がそれを実践できるようにサポートした。Sは最初、緊張した様子で母と視線を合わせなかったが、母を非常に気にしている様子であった。一方母は言葉なく固まってしまう、子どもと一緒に遊ぶことへの戸惑い、理解する手立てのなさが強く窺えた。Sもそのような母をどのように遊びに誘えばよいかかわからず、2人の雰囲気はよそよそしく淡々としていた。母がSの要求を理解できるように、遊びの中に見えるSの求めをセラピストが言語化していった。少しずつ「2人でいられる感じ」が増えてくると、Sは退行して視線や態度で母に語りかけるようになった。そのサインを母がとらえられるようになるとSは満足した様子を見せ、次第に言葉で要求を伝えることが増えていった。母はSの遊びに以前よりも興味を示し、不慣れさはあるが要求に応じて一緒に遊べるようになっていった。母の表情は次第に柔らかくなり、Sも母をじっとみつめて甘えた笑顔を見せるなど、母子間の感情交流が増えていった。

2) プレイセラピー

当初からSは積極的で対人希求的であり、いかに関わりを求めていたかが伝わってきた。Sは母子プレイと同様の退行を見せ、視線や態度でやりとりし、その意図をセラピストが言語化することによって自分の欲求や気持ちを認識していくことを重ねた。ま

た、遊びの中で衝動が高まった時には制限を使って介入し、欲求の発散と制限を守る体験を重ねていった。

3) 親面接

母の感情の整理を目的とした時間だったが、Sは母との分離を望まなかった。それは母が自分のことをどのように話すか知りたいという思いや、自分が不在のところでは大人が自分の話をするに對する不信感もあるようだった。そのため、親面接はS同席の状況で、母子プレイの振り返りや日常の様子を共有する時間にした。それにより、Sは母の自分に対する思いを知り、母子は日常の出来事についてお互いの考えを聴くことができた。また母子プレイに慣れた時期には、家庭でも親子の遊びの時間を定期的に持つように提案し、その実行具合を話し合った。

4) 生活の様子と診察

6セッション後から、家庭では落ち着いて説明すればすぐに納得することができるようになり、同居の祖父母もSの変化を認めていた。一方学校では「授業中集中できていない」、「他児にちょっかいをだす」ことが続いており、通級指導教室（以下、通級）を利用することになった。心理的介入開始から8ヵ月経過したが学校でのトラブルは残存、学校で対応に苦慮する場面も多いことから、衝動性の高さや不注意に對し薬物療法として塩酸メチルフェニデートの内服が開始された（リタリン®10mg/日を開始、後にコンサータ®18mg/日に変更）。Sは薬については主治医の説明を受け「薬はイライラをおさえるために飲む」と理解し服薬の効果を感じていた。また学校側では薬の副作用の有無を観察し、毎日様子を母に伝達するなど連携が密になった。

5) 第1期の介入の終結と次の課題

15セッション後から、母子は愛着の交わり方が自然になり、Sはセラピストに對しても愛着を示して主体的によく話すようになった。またこの頃には母と安心して分離できるようになり、大人に對する信頼感が増した様子であった。安定した薬物療法の継続と、学校や通級と母との連携も可能になったため第1期の介入は23セッションで終結とした。

その後、通級の教師と母との合同面接の結果、通級やプレイセラピーなど個別の場面では落ち着き適応も良好なSだが、クラスなど集団場面でトラブルは残存、その背景にコミュニケーションの稚拙さなど社会的なスキルの乏しさが明確になった。Sは「普通に友達と仲良く遊びたい」という望みを語るようになり、次の段階はSの社会的なスキルを育てるた

めにSSTグループへの参加を勧めたが、Sの希望によりセラピストとの間で個別にSSTを開始することとなった。

2 第2期(必要な社会的スキル獲得のための介入)

個別SST 第1クール（全10回）を1ヵ月に2回、1回45分として行った。事前に社会性チェックリスト⁴⁾で学校と家庭の現状評価を施行した結果、両場面で共通して「言葉の聞き違い・受け取りの違い」、「表情の読み取り」、「他人の気持ちを推測する」の3つのスキルの必要性が明確になった。それらの獲得のため、SSTのゲーム⁵⁾やロールプレイをセラピストとの間で行った。そして毎回、最後の15分間は母も参加して三者場面で反復練習をし、さらに家庭での取り組み方法を提案した。また、対人関係においてSの説明不足が誤解に繋がっていることが多かったため、自分の状況や気持ちを相手にわかるように伝達できるようになることを目指し、感情と出来事をつなげて話す練習として、様々な感情の言葉をSにカードに書いてもらい、これらのカードを見せ、最近体験した感情とそのエピソードをセラピストに話すという練習を行った。

全10回を終えて、フィードバックセッションを行い、スキルの運用具合を話し合った。Sは友達と遊ぶ機会が増え、学校でも本人の望み通りだいたい「普通」にやれるようになったと振り返った。その一方で、Sはこの段階でのSST終了に對し不安を訴え、主体的に次の目標を語るようになった。それに合わせて、個別SSTの第2クールを行うことにした。

3 第3期(より主体的な目標に向けた介入)

個別SST 第2クール（10回）も1ヵ月に2回、1回45分と設定した。Sは友達とのトラブルの背景に、遊びのルールがわからないが、その場で友達に聞くことができず、わからないまま遊びが進んでしまうことにイライラすることがあると気づき、「遊びのルールややり方をマスターして友達と楽しく遊びたい」という目標を掲げた。そのため「わからないことを聞くスキル」と「怒りのコントロール」を身につけることを第3期の課題とした。前者のスキル獲得には、ベラック方式⁶⁾の考え方を取り入れて、スキルをステップに細分化し構造化を試みて指導した。そして、ロールプレイを使って、わからないことを相手に聞くタイミングと言葉を試行錯誤して練習した。一方、後者の「怒りのコントロール」については問題解決技法⁷⁾を身につけることとし、怒りを感じる場面と怒りの内容を整理し、ブレインストー

ミングを使って対処法を二人で挙げ、そのメリットデメリット検討し、Sが実行できそうな対処法を見つけていくという方法を行った。それらを表に書いて整理し、家庭でも見直せるようにした。今回も最後の15分は母を交えた3者場面で練習を行った。その後、トラブルは減り学校での評価も良く、母子も学校側も現状に安心感を持つようになったためSSTは終結とした。

4 第四期（フォローアップ）

その後は夏休みなどの長期休暇のときに不定期に面接しフォローしている。1年に約2,3回、母子で来室し、それぞれから近況報告を聴いている。

考 察

1 情緒的な問題への介入を優先させた意味について

本事例は発達の問題を理解するためにも、母子関係に早期に介入する必要がある。しかし、それと同じくらい、警戒的、抑制的なSには自由な感情の表現を目的としたプレイセラピー、母には感情の整理を目的とした親面接が必要と推測された。なぜなら当時、Sは子供同士だけではなく、教師や母、祖父母などの大人ともコミュニケーションがうまくとれず、否定的な評価の中で生活していたからである。そのため、Sの自己評価は低く、自分の欲求や感情を適切に表現したり、それを理解してもらい関係が誰とも持てておらず、その結果が児の心の発達に危機的なダメージを与えていた。一方、母もSに辟易としていたが、家庭では関わりの少なさゆえ、学校ほど困ることはなくSの認識にずれがあり、問題の理解と連携をとる準備ができていなかった。

月2回の介入頻度ゆえ、止むを得ず45分の面接時間を3分割して同時に介入するように治療構造を工夫したが、このパラレルなプロセスが母子関係の回復や大人との信頼関係の形成を促進的にしたと考えられる。母子関係への直接介入について、今回の試みはフィリアルセラピーが目指す親トレーニング的な要素の構造化が不十分であるため、「母子プレイ」と呼んでフィリアルセラピーと区別した。しかし、一部取り入れたフィリアルセラピーの理論や技法は、母子それぞれに重要な変化を及ぼした。特に、CCPTの原理を理解した母が、プレイセラピーの基本的な技法を使ってtherapeuticに子どもと遊ぶ時間を持つことで、子どもはさまざまな感情や欲求を無条件に母に認められ受け入れられる体験を重ねることができた。そして母は日常とは異なるコミュニ

ケーションを体験することにより、実感として母子関係への気づきを増やし、短い時間でも子どもと関わることができたという体験が母の自信につながっていったと考えられる。

セラピストにとっても母子の遊びを直接観察したことで、非常に多くの重要な情報を得ることができた。本事例では、自然に愛着や求めを表現できないSと、子どもの何を見て、何と声をかけたら良いかわからない母親の組み合わせが、母子の没交渉を生んでいることが理解された。そのため、セラピストの役割は遊びに表現される子どもの興味や関心、感情、不安、母への求めを言語化し、母子間にコミュニケーションの素材を取り上げることだった。またそれは、母に関わり方のモデルを示し、観察学習を促す効果があった。そして、毎回最後に親面接を設定したことにより、母は母子プレイの中で起きたことを振り返り、Sに対する気づきを増やしていった。一方、親面接に同席したSは、母の自分に対する語りを聴くことにより、母の感情や思いに触れ、やがて安心して分離できるようになった。さらに並行してプレイセラピーも開始したことは、Sの強い対人希求性を早い段階で満たすことができ、関わりの中で自己理解を進めていくのに役立ったと考えられる。

このように母子関係が改善・安定した結果、発達の問題が以前よりも明確になった。個別の場面では適応が良いSだが、集団でのつまずきは継続、その背景に社会的なスキルの乏しさと、それを獲得していく必要性が明確になった。この時点でSの大人への信頼感も育ち、家庭や通級で適応体験も重ねたため、クラスの中でもっと上手くやりたいという本人の望みも固まり、それを話し合える関係が持てるようになっていた。このように、母子関係や子どもの情緒への一連の介入が、発達の問題をよりシンプルに理解するための下地を作り、適応への動機づけを高め、薬物療法やSSTをより効果的にするのに役立ったと考えられる。

2 発達の問題、特に社会性のつまずきに対する個別SSTの役割と効果について

小貫ら(2004)は「社会性とは細かなソーシャルスキルの総体」であり、子どもがソーシャルスキルを学習していない状態をソーシャルスキルの「欠如」、ソーシャルスキルを頭で理解していても行動のレパートリーとして使用できない状態を「運用困難」と定義している⁸⁾。必要な社会的スキルを伝え「持つ(知る)」ように指導すると同時に、それが使えるよ

うになるためにはロールプレイを用いた練習を行い、家庭や学校で実際にスキルを使えるようになるよう般化させる必要がある。

クラス集団への適応を目指すSも、本来であればSSTグループへの参加が望ましいと考えられた。しかし集団でのつまずきを抱えているSだからこそ、グループの利用には抵抗があり、既に関係を構築していたセラピストとの間で個別にSSTを開始することを選択した。個別SSTは結果的に2クール行ったが、第1クール開始時は本人の目標はまだ漠然としていた。トラブルの背景にあるのが「聞き取りスキル」「表情認知スキル」「他者の感情理解スキル」の欠如であることがチェックリストにより明らかとなったため、それらの獲得がSの目標につながると考え練習を行った。スキルの練習にはゲームの要素が取り入れられてあることが、本人の取り組みを積極的にした。なおかつ、10回1クールと終わりがある構造であることで、SはSSTをやりきったという自信をつけると同時に、振り返る機会を得たことで、残存する問題と新たな目標を明確にすることができた。そのため、第2クールではSの具体的なニーズに合わせてプログラムを組み立てた。ここは、獲得を目指すスキルについて、細かいステップに分けて構造化するベラック方式の考え方を取り入れた。Sの状況に合わせて、「わからないことをきくスキル」を以下の6つのステップに細分化して練習を行った。「①相手が話を聞ける状態か見極める（GOサインとNO GOサイン⁹の観察）②相手の方を向いて③落ち着いた声で④何がわからないか具体的に言う⑤どうして欲しいか具体的に言う⑥そうしてくれるとどのような気持かを言う」ステップ①は状況の観察を必要とする。また話しかけて良い時か判断がつかないときの一声や（例、「聞いてもいい」、「今話しかけてもいい」）、遊びを中断して質問したいときの声のかけ方（例、「ちょっと待って」「タイム」）も知っておくことがSには重要であった。ステップ⑥は上級者編と位置づけ、実際の対人場面では言えなかったとしても、自分の気持ちを意識する練習としてステップに盛り込んだ。このように、スキルが細かいステップに分かれて構成されていることにより、Sが今できているステップと、これから獲得する必要があるステップが明確になり、スキル獲得のために何に注目すれば良いかがお互いに明確になったことが有益であった。もう1つの取り組みは問題解決技法を使い、困っている場面で本人が最も取り組みそ

うな解決方法を導き出す練習を重ねた。特に苛立ちの解決方法を話し合っておくことで、学校場面で実際に対処でき、その経験が本人の自己コントロールできる自信を養っていったと考えられる。

今回のSSTは個別の取り組みであったため、なるべく集団場面に近いロールプレイと般化を心がけ、母と三者の練習場面も設定した。般化のためには、次回までにスキルを使ってみるという宿題設定が有効だが、Sは「宿題」という言葉に反応して拒否したためそれ以上の構造化はしなかった。しかし、母からは家庭でも意識的にスキルを使っている様子が報告され、母子が練習内容を共有していることが般化に貢献したと考えられた。そして、毎回の三者の練習が反復学習になり、セラピストだけではなく母からもポジティブフィードバックを得られた体験が、親子の良い関係を継続する上で効果的であったと考える。母自身もSSTに加わることで、子どもの社会的なスキルの獲得状況をリアルタイムに知ることができ、子どもを褒めるポイントを学び続ける体験になったと考えられた。特に子どもの場合、SSTの中でスキルの練習を丹念にしたとしても、生活環境の中で適切なフィードバック機能がなければ、スキルが定着していくことは難しいと考えられる。学校など社会場面で目指すスキルを使えるようになるためには、家庭でも練習し自信をつけることが望ましく、そのためには保護者の協力が不可欠である。

現在Sは中学2年生になり、友達もいて、クラスで大きなトラブルに発展するほどのことはなく学校生活を送っている。何か問題があっても、母はまずSの話を傾聴し事情を理解するようになり、親子は話し合える関係性を保つことができていた。言葉が足りないSが学校場面で誤解を招くことがあったときに、何が誤解の原因だったかを親子は話し合い、問題を解決していこうとする構えと方法が身に付いたと考えられる。現在のフォローアップは親子にとって「振り返りの時間」としての機能を持っている。

結 論

今回、発達と情緒の両方の問題を持つ子どもに対し、段階的な介入が効果的であった事例を報告した。最初に、フィリアルセラピーの理論を取り入れた母子の遊びの時間と、プレイセラピー、親面接を使って、子どもの情緒や母子関係の問題に介入することで、本来サポーターであるはずの大人たちとの関係性を回復・構築することができた。それにより母子は次の発達支援（薬物療法やSST）をスムーズに受

け入れ, 効果的に進めることができたと考えられる.

* 開示すべき利益相反状態は無い.

文 献

- 1) Landreth GL: 子ども中心プレイセラピー. 「プレイセラピー関係性の営み」(山中康弘監訳, 角野善宏, 勅使河原学, 國松典子訳), pp63, 日本評論社, 東京 (2007)
- 2) 星野真由美: フィリアルセラピーの可能性—「子育て支援プログラム」の試みから—. 育英短期大学幼児教育研究所紀要 10: 1-12, 2012
- 3) 東京 SST 経験交流会編: 総論 SST の適応と効果. 「事例から学ぶ SST 実践のポイント」(編集代表 舩末克代), pp13-21, 金剛出版, 東京 (2002)
- 4) 小貫 悟, 名越斎子, 三和 彩: 第 4 章アセスメントの方法. 「LD・ADHD へのソーシャルスキルトレーニング」, pp31-33, 日本文化科学社, 東京 (2004)
- 5) 小貫 悟, 名越斎子, 三和 彩: 第 2 部エクササイズ集. 「LD・ADHD へのソーシャルスキルトレーニング」, pp72-181, 日本文化科学社, 東京 (2004)
- 6) ベラック AS, ミューザー KT, ギンガリッチ S: 第 7 章 SST を個別のニーズに合わせて調節する. 「わかりやすい SST ステップガイド 分裂病をもつ人の援助に生かす 上巻 基礎・技法編」, (熊谷直樹, 天笠 崇監訳), pp135-137, 星和書店, 東京 (2000)
- 7) ベラック AS, ミューザー KT, ギンガリッチ S: 第 6 章 SST でカリキュラムを用いる方法. 「わかりやすい SST ステップガイド 分裂病をもつ人の援助に生かす 上巻 基礎・技法編」, (熊谷直樹, 天笠 崇監訳), pp126-129, 星和書店, 東京 (2000)
- 8) 小貫 悟, 名越斎子, 三和 彩: 第 1 章 LD・ADHD と社会性. 「LD・ADHD へのソーシャルスキルトレーニング」, pp8, 日本文化科学社, 東京 (2004)
- 9) 東京 SST 経験交流会編: 用語説明. 「事例から学ぶ SST 実践のポイント」(編集代表 舩末克代), pp 208, 金剛出版, 東京 (2002)