

## 緘黙の類型化に関する研究 —家庭でもあまり発話のない1事例の考察をとおして—

### On the Classification of Selective Mutism: A Case Study of a Child Who does not Talk Much at Home or at School

高木 潤野\*  
Junya TAKAGI

#### 1.はじめに

場面緘黙（選択性緘黙、selective mutism、以下SMとする）とは、話す力を有しているにも関わらず、学校や職場などの特定の社会状況では話することができない状態を指す。DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) では「選択性緘黙」の診断基準として、「A. 他の状況では話することができるにもかかわらず、特定の社会状況（話すことが期待されている状況、例：学校）では、一貫して話することができない。B. この障害が、学業上、職業上の成績、または対人的コミュニケーションを妨害している。C. この障害の持続期間は少なくとも1ヶ月（学校での最初の1ヶ月に限定されない）。D. 話することができないことは、その社会状況で要求される話し言葉の楽しさや知識がないことによるものではない。E. 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ないし、また、広汎性発達障害、統合失調症、または他の精神病性障害の経過中のみ起こるものではない。」と記述されている。なお、SMは発話だけにみられる問題ではなく、表情や身ぶりといった非言語的なコミュニケーションが制限される場合もある。

SMは単一の要因により発現するものではなく、多様な問題が背景にあることが古くから指摘されている (Dow et al., 1995; Kolvin & Fundudis,

1981; Krysanski, 2003; Viana et al., 2009) 。Dow et al. (1995) はSMを、精神力動的・心理社会的問題によって起きてくる内気さや抑制的気質の現れであり、しばしば神経心理学的問題（発達や言語の遅れ、社会的手がかりの処理の困難さ）を伴うことがあると説明している (図1)。Viana et al. (2009) も、近年のSMに関する研究のレビューにおいてSMには単一の明らかな原因は存在しないことを“equifinality”（等至性）という語を用いて説明している。これは、緘黙症状の発現には複数の経路があり、単一の因果関係モデルを適用する



図1 発話及び社会的抑制に影響する要因

\*社会福祉学部講師

ことはできないことを意味している。

では、緘黙症状の発現にはどのような要因が関わっているのだろうか。近年ではSMを不安障害の1つであるとする捉え方が共通認識となっている (Anstendig, 1999; Bögels et al., 2010; Carbone et al., 2010; 角田, 2011; Manassis et al., 2007; Steinhausen et al., 2006; Viana et al., 2009等)。DSM-IV-TR (APA, 2000) においても、「選択性緘黙をもつ子供は、ほとんど常に不安障害 (特に社会恐怖) の追加診断を受ける」と記載されている。不安障害は、不安を主な症状とする精神疾患の総称であり、DSM-IV-TR (APA, 2000) の定義ではパニック障害、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、等が含まれる。一方SMは、分類上は不安障害ではなく「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」に含まれている。このようなDSM-IV-TR (APA, 2000) の定義に対してAnstendig (1999) は、SMと不安障害の関連性を指摘した上で、SMは不安障害に含まれると述べている<sup>1)</sup>。また不安障害は遺伝的要素があることが指摘されており、70組140名のSM児の家族を対象に不安障害等を調査したChavira et al. (2007) によると、統制群では14.1%に対し、SM児群では37.0%の親で全般的な社会恐怖がみられた。

不安障害の中で、特にSMが社会恐怖 (social phobia, 以下SPとする) を伴うとした研究は多い (Dummit et al., 1997等)。Chavira et al. (2007) の研究では対象とした70名のSM児がすべてSPの診断基準にも適合したことを報告している。SPとは不安障害の1つで、DSM-IV-TR (APA, 2000) では「恥ずかしい思いをすることも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)。」と説明されている。不安反応とは、人前で話す、会話を交わす、文字を書く、食事を摂る、公衆便所で排泄を行うなどの恐怖状況下で、緊張する、赤面する、あがる、言葉がつかまる、手が震える、食事が摂れない、排尿できないなどの不安症状を呈する状態である (山家, 2002)。ただし、SMをSPとして位置づけるか、あるいはより幅広く不安障害の中の1つと捉えるのかについ

ては合意が得られているわけではない (Anstendig, 1999; McHolm et al., 2005; Viana et al., 2009)。

では、不安障害以外の要因にはどのようなものがあるのだろうか。Yaganeh et al. (2003) は、SM児は社会不安に苦しんでいることを認めた上で、その他の要因も発話の抑制に役割を演じており、不安以外の要因を明らかにする必要を指摘している。家族内での遺伝的要素が強調されていることを述べたが、Viana et al. (2009) はSM児の親のすべてが不安障害に罹患しているわけではない点を指摘し、遺伝的な経路は多くの経路の1つを表しているに過ぎないと述べている。その上でViana et al. (2009) は、遺伝と環境の影響を分ける必要がある点を指摘している。

不安障害以外のSMに関わる要因として指摘されているのが、言語能力の低さやコミュニケーション障害 (以下CoDとする) である。Kolvin and Fundudis (1981) は24名のSM児を対象に話し始め (句の使用時期) と言語能力を調査したところ、話し始めは統制群と比較して有意に遅れていたことと、12名 (50%) に言語発達の未熟さやその他の困難さがあつたことを報告している。Manassis et al. (2007) も、標準化された検査によって言語能力 (語彙・音韻意識・文法) を不安障害群及び統制群と比較し、SM群は語彙と文法において有意に低い成績が得られたことを述べている。またKristensen (2000) の報告では、対象とした52名のSM児のうち26名 (50%) がDSM-IVの基準に適合するCoD (表出性言語障害、受容・表出混合性言語障害、音韻障害、及び吃音) を有していた。これらの研究を踏まえKristensen and Torgersen (2001) は、CoDの併存があるSM児とCoDの併存のないSM児、及び統制群の3群についてそれぞれの親に不安障害がみられるかを比較した。その結果、CoDの併存がないSM児の親には情緒的に不安定で人との交流を避ける特徴が見られたが、CoDのあるSM児の親は統制群と差がなかったことが明らかになった。不安障害は遺伝的要素がありSM児の親の多くにSPがみられることは先に述べたが、この結果を踏まえKristensen and Torgersen (2001) は、CoDがあるSM児とないSM児では、緘黙症状の進展の仕方が異なると指摘している。こ

これらの研究から、緘黙症状の発現に言語能力の低さと不安障害がどのように関係しているかはまだ明らかではないものの、少なくともCoDを有するSM児とCoDではなく不安障害によるSM児との2つの下位分類が存在することは確かなようである。緘黙症状の発現に関わるその他の要因として、CoD以外の発達障害 (Kristensen, 2000)、及びソーシャルスキルの低さ (Cunningham et al., 2004; 2006; Carbone et al., 2010) が注目されている。なお、CoD以外の発達障害とSMとの関係については日本における研究でも言及されており、今後の検討課題であると言える (秋谷・田端・小林, 2011; 金原ら, 2009; 高橋, 2010; 渡部・柳田, 2009等)。

このように、緘黙症状の発現に関してはこれまでの研究においてDow et al. (1995) の指摘したモデル (図1) にほぼ合うものが指摘されてきたと考えることができる。不安障害の中での位置づけや言語能力との関係、これまであまり指摘されていないが自閉症スペクトラムとの関係等、検討を要する課題は残されているものの、緘黙症状の発現に関する要因の方向性は大きく変わることはないと思われる。その一方で、緘黙の状態像に注目した研究はあまり行われていない。Steinhausen et al. (2006) は33名のSM当事者を対象に18歳以降に追跡的な調査を行い、緘黙症状がどのように変化したかを検討している。その結果、19名では緘黙症状は完全に改善しており、著しく改善した8名を併せて80%以上が顕著な改善を示したことが明らかとなった。また改善を示した事例に関して、どのような臨床的な特徴がみられたかを発症年齢や緘黙症状がみられる状況等8つの指標から検討したところ、「緘黙症状がみられる状況 (他の子どもに話さないかどうか)」だけが後の状態を予測する傾向がみられたことを報告している。緘黙症状がみられる状況の違いに関しては、日本における研究でも指摘されている (大井ら, 1979; 荒木, 1979; 白井・高木, 2013)。大井ら (1979) は家族以外の人とのコミュニケーションの意欲によって、荒木 (1979) はわがままの表出や家庭内での特徴などによって、それぞれSMを3つのタイプに分類しているが、それらのいずれにおいても家庭内・外での対人的態度の差によって

SMを分類している。これらの分類を踏まえてSM児10名に対して類型化を試みた白井・高木 (2013) は、「家庭内・外での対人的態度の差/家庭内での口数」というのはSM児の特徴を記述するための1つの重要な軸となる可能性を指摘している。Steinhausen et al. (2006) では家庭内・外での緘黙症状の違いについては検討していないものの、このような状態像に注目した研究が今後の課題であると考えられる。

以上のことを踏まえ本研究では、白井・高木 (2013) において家庭内・外での対人的態度の差がみられなかった1名のSM児の状態像を、緘黙症状の発現に関わると推測される要因という視点から記述することによって、今後の研究への資料とすることを目的とする。なお、各要因の検討に当たっては、従来のSMの研究において一般的に用いられているDSM-IV-TRの診断基準を参考にしている。

## 2. 方法

### 1) 対象

筆者らが行うSM児のための集団活動 (以下、支援プログラムとする) に参加している幼児・児童のうち、白井・高木 (2013) において家庭内・外での対人的態度の差がみられなかった1名 (以下、Hとする) <sup>2)</sup>。小学校高学年、女児。Hは学校では音声言語による十分なコミュニケーションを行うことが困難であることを理由に支援プログラムに参加しており、DSM-IV-TRの「選択性緘黙」の診断基準に当てはまること筆者によって確認された。なお、支援プログラムはSM児を対象として1ヶ月に1回程度の頻度で行っている集団活動であり、少人数での調理等の活動が中心である。筆者と1名の心理士、及び学生スタッフが参加し、1人のSM児につき1人のスタッフがついている。

### 2) 手続き

生育歴及び現在の様子の評価：生育歴の調査はHの両親・担任からの聞きとり (質問紙への記入を含む) によって行った。現在の様子については、両親・担任からの聞きとり以外に、筆者らによる行動観察によって評価した。

不安障害の評価：聞きとり、質問紙、及び行動観察によって得られた情報に基づいて、DSM-

表1 DSM-IV-TRにおける「不安障害」

パニック発作  
 広場恐怖  
 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歴のない広場恐怖  
 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

IV-TRの「社会恐怖（社会不安障害）」（SP）及びその他の不安障害（パニック発作、広場恐怖等：表1参照）の診断基準に該当するかを評価した。SPの診断基準のみ表2に示した。

コミュニケーション障害の評価：聞きとり、質問紙、及び行動観察によって得られた情報に基づいて、DSM-IV-TRの「コミュニケーション障害（表出性言語障害、受容・表出混合性言語障害、音韻障害、及び吃音）」（CoD）の診断基準に該当するかを評価した。なお、各診断基準のうち、主要な部分のみを表3に示した。

表2 社会恐怖（SP）の診断基準

- A. よく知らない人たちの前で他人の注視を浴びるかもしれない社会的状況または行為をするという状況の1つまたはそれ以上に対する顕著で持続的な恐怖。その人は、自分が恥をかかされたり、恥ずかしい思いをしたりするような形で行動（または不安症状を呈したり）することを恐れる。  
 注：子供の場合は、よく知っている人とは年齢相応の社会関係をもつ能力があるという証拠が存在し、その不安が、大人との交流だけでなく、同年代の子供との間でも起こるものでなければならない。
- B. 恐怖している社会的状況への曝露によって、ほとんど必ず不安反応が誘発され、それは状況依存性、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。  
 注：子供の場合は、無く、かんしゃくを起こす、立ちすくむ、またはよく知らない人と交流する状況から遠ざかるという形で、恐怖が表現されることがある。
- C. その人は、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。  
 注：子供の場合、こうした特徴のない場合もある。
- D. 恐怖している社会的状況または行為をする状況は回避されているか、またはそうでなければ、強い不安または苦痛を感じながら耐え忍んでいる。
- E. 恐怖している社会的状況または行為をする状況の回避、不安を伴う予期、または苦痛のために、その人の正常な毎日の生活習慣、職業上の（学業上の）機能、または社会活動または他者との関係が障害されており、またはその恐怖症があるために著しい苦痛を感じている。
- F. 18歳未満の人の場合、持続期間は少なくとも6ヶ月である。
- G. その恐怖または回避は、物質（例：乱用薬物、投薬）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：広場恐怖を伴う、または伴わないパニック障害、分離不安障害、身体醜形障害、広汎性発達障害、またはシゾイドパーソナリティ障害）ではうまく説明されない。
- H. 一般身体疾患または他の精神疾患が存在している場合、基準Aの恐怖はそれに関連がない、例えば、恐怖は、吃音症、パーキンソン病の振戦、または神経性無食欲症または神経性大食症の異常な食行動を示すことへの恐怖でもない。

全般性：恐怖がほとんどの社会的状況に関連している場合

表3 コミュニケーション障害 (CoD) と主な診断基準

名称	主な診断基準
表出性言語障害	表出性言語発達についての個別施行による標準化検査で得られた得点が、非言語的知的能力および受容性言語の発達の得点に比して十分に低い。この障害は、著しく限定された語彙、時制の誤りをおかすこと、または単語を思い出すことや発達の適切な長さや複雑さをもつ文章を作ることの困難などの症状により臨床的に明らかになるかもしれない。
受容-表出混合性言語障害	受容性および表出性言語発達についての、個別施行による標準化検査で得られた得点が、非言語的知的能力の標準化法で得られたものに比して十分に低い。症状は、表出性言語障害の症状および単語、文章、特定の型の単語、例えば空間に関する用語の理解の尻案を含む。
音韻障害	会話中、年齢およびその地域の言葉として適切であると発達的に期待される音声を用いることのできないこと〔例：音声の産出、使用、表現、構成の誤りで、例えば、1つの音を別の音で代用する（tの音をkの音のときに用いる）、または、最後の子音などの音を省略すること。しかしこれらに限定されるわけではない〕 正常な会話の流暢さと時間的構成の困難（その人の年齢に不相応な）で、以下の1つまたはそれ以上のことがしばしば起こることにより特徴づけられる。 (1) 音と音節の繰り返し (2) 音の延長 (3) 間投詞
吃音症	(4) 単語が途切れること（例：1つの単語の中の休止） (5) 聴きとれる、または無言の停止（音を伴ったあるいは伴わない会話の休止） (6) 遠回しの言い方（問題の言葉を避けて他の単語を使う） (7) 過剰な身体的緊張とともに発せられる言葉 (8) 単音節の単語の反復（例：「てーてーてーてーがいたい」）

### 3. 結果

#### 1) 生育歴及び現在の様子

家族構成は、両親と弟が1人。初語は1歳過ぎ頃、始歩は1歳少し前である。病気や、発達面に関しての特記事項はない。環境の変化としては、未就園時に引っ越しを行っている。保育園に在園中に弟が産まれた。保護者が緘黙症状に気づいたのは小学校入学時であり、きっかけとなるできごととは不明。学校の教師やカウンセラーへの相談歴はあるが、様子を見ましようと言われたのみで、支援プログラム以外に療育やカウンセリング等は受けていない。

家庭では、保護者からの聞き取りによると恥ずかしがりながら小さい声で話すとのことである。外にいるときよりは話すものの、家でも口数は多くなく、慣れれば控えめに話す程度である。年下

の小さい子なら普通に話す、同学年以上の子に対してはヒソヒソ声で話す。なお、小学校低学年に在籍する弟は普通に会話することが可能である。

学校では、担任や級友と話すことはなく、1日中話さず過ごしている。Hから積極的に話しかけないものの、担任に対しても級友に対しても返事はする。また担任や級友に対して感情の表現はみられ、おもしろい話などにはニコニコする様子もみられる。また合唱団では大きな口をあげ歌っている。保護者からの聞きとりでは、1人が楽だと感じているとのことである。学校に行くことには苦痛は感じていない。また「かなり無理をすれば話をするができる」そうである。

支援プログラムでは、担当の学生スタッフ（毎回同じスタッフが担当）との間では音声言語によ

る応答を行うことができ、Hから話しかけることも稀にある。しかし、スタッフ側から話しかける際も返事をいそがせたり選択肢を出し過ぎると返答に困ることがあり、十分な時間を取ってやりとりをする必要がある。筆者を含め担当スタッフ以外に対しては、音声での応答は少ないが、身ぶりや表情でのコミュニケーションが可能である。普段はあまり表情を出さないが、笑顔はよくみられる。自分よりも年齢の低い子どもに対しては、話しやすいようである。Hに特徴的な様子として、選択をするのに時間がかかることと、とても気を遣っているように見えることが挙げられる。例えば、買ってきたお菓子の中からほしいものを選ぶ時に、希望するものがあるにも関わらず周りが決めていないので決められなかったという様子がみられた。音声言語でのコミュニケーションがほとんどみられないのも、恥ずかしがっているというよりは遠慮しているという印象を受ける。支援プログラムの中で温泉に入る活動があった際には、温泉をととても楽しみにしていることを家族や担当のスタッフにも話していた。担当のスタッフではない者と温泉に入ることになったが、特に不安がることはなく温泉に入ることができた。

## 2) 不安障害の評価

上記の所見から総合的に判断して、SPには該当しないと考えられた。具体的には、基準の「A. よく知らない人たちの前で他人の注視を浴びるかもしれない社会的状況または行為をするという状況の1つまたはそれ以上に対する顕著で持続的な恐怖。その人は、自分が恥をかかされたり、恥ずかしい思いをしたりするような形で行動（または不安症状を呈したり）することを恐れる。」について、Hは「よく知らない人たちの前で」だけでなく家庭においても口数が少ないこと、学校でも支援プログラムでも笑顔が頻繁にみられるため「顕著で持続的な恐怖」にはあてはまらないこと、等が挙げられる。

SP以外の不安障害に関しても、それぞれ診断基準に該当しないと判断された。

## 3) コミュニケーション障害の評価

Hに対しては標準化された個別の検査の施行が

不可能であったため、表出性言語障害及び受容・表出混合性言語障害についての判断は困難である。DSM-IV-TRでは「標準化された方法が利用できないか、適切でない場合は、その人の言語能力についての徹底した機能評価に基づいてこの診断が下される。言葉による言語でも身振りによる言語でもコミュニケーションに障害が生じる。」(表出性言語障害)と記載されている。また特徴として「限定された会話の量、限定された語彙の範囲、新しい単語を獲得することの困難、言語を見つけることないし語彙の誤り、文が短いこと、文法的構造の単純化、限られた文法的構造の種類(例:動詞型)、限られた文章の型の種類(例:命令文、疑問文)、文章の本質的に重要な部分の脱落、異常な語順の使用、および言語発達の遅さ、などである」(表出性言語障害)と説明されている。支援プログラムでの様子及び、保護者・担任からの聞きとりからは、緘黙症状以外の顕著な言語表出及び言語理解の問題はみられなかったものの、これらの問題が存在しないかどうかを判断することはできない。

音韻障害及び吃音症については、支援プログラムでの様子及び、保護者・担任からの聞きとりから存在しないと判断された。

## 4. 考察

本研究では、家庭内・外での対人的態度の差がみられなかった1名のSM児(H:小学校高学年女児)の状態像を、緘黙症状の発現に関わると推測される要因から記述することによって、今後の研究への資料とすることを目的とした。本研究の結果、Hの特徴として以下の点が指摘された。まず生育歴に関しては、特筆すべき事項は存在しなかった。家庭では口数は多くなく、学校では1日中話さず過ごしているものの担任や級友に対して返事はする。また感情の表現はみられ、ニコニコする様子もある。1人が楽だと感じており、学校に行くことには苦痛は感じていない。支援プログラムでは、担当のスタッフとの間では音声言語による応答を行うことができるが、Hから話しかけることは稀である。不安障害に関しては、SPを含むすべての不安障害に該当しないと判断された。またコミュニケーション障害に関しては、標準化

された個別検査が不可能であったため、表出性言語障害及び受容・表出混合性言語障害についての判断は困難であるものの、行動観察等からはこれらの障害はない可能性が考えられた。音韻障害及び吃音症はみられなかった。以下では、これらの点に関して考察を行う。

まず、Hは家庭でもあまり話さないことについて検討する。学校や職場など特定の場面で話すことができない「場面緘黙」に対して、家などすべての場面で話すことができない状態を「全緘黙」と呼び、全緘黙は一般的に場面緘黙がより重篤になったものと捉えられる。Hは全緘黙の状態ではないが、緘黙症状の重篤さについてはどうだろうか。家ではあまり話さない一方でHは、学校や支援プログラムにおいても感情の表出がみられる。感情の表出について河井・河井(1994)は、「社会的場面でのお互いの行動は、少なくとも次の三つの水準に分けて考えることができる」と述べている。三つの水準をそれぞれ「動作・態度表出」、「感情・非言語表出」、及び「言語表出」とし(図2)、「なんらかの緊張が加わって適応的行動が壊れていく場合、原則としてまず、第3の水準である最上段の“言語表出”から壊れていく」と説明している。つまり、言語表出が可能であるためには、その基礎となる第1及び第2の水準である動作・態度や感情・非言語の表出が可能である必要があると言える。このことから考えると、Hは表情がみられることから、表情の表出も困難である者と比較すると緊張の感じ方は軽度である可能性が考えられる。このため、家庭でもあまり話さないことがより緘黙症状が重度であることを必ずしも意味しないことが推察できる。

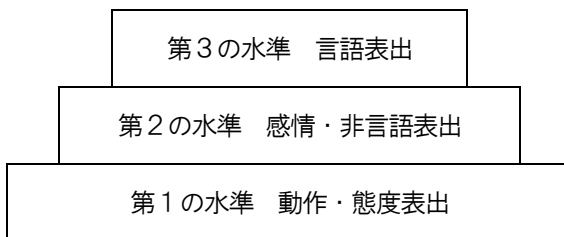


図2 社会的場面におけるコミュニケーションが成り立つための階層構造(河井・河井, 1994より)

表情の表出がみられたことは、HがSPを含むすべての不安障害に該当しないことも関わっている。「1. はじめに」において概観したように、近年の研究ではSMを不安障害の1つとして捉える考え方が主流となっており、対象とした全てのSM児において不安障害の併存を指摘する研究も存在する。しかし、Hの臨床的な所見は不安障害とは明らかに異なっているように思われる。一方行動観察から、Hには顕著な言語表出に関わる問題もみられなかった。先に、SM児には少なくともCoDを有するSM児と不安障害によるSM児との2つの下位分類が存在する可能性を述べたが、顕著な言語表出に関わる問題がないとすれば、Hはこれらのいずれにも該当しないのではないかと考えられる。Hの緘黙症状は、強いて言えばソーシャルスキルの未熟さのと言えるかも知れない。ただし、人との関わり方が分からないと言うよりも、「話さないという状態に適応している」と捉えられる。これは本人の「1人が楽だと感じている」、「かなり無理をすれば話をするができる」という様子からも推察することができる。SM児が統制群の対象児と比較してソーシャルスキルが低いことは、Cunninghamらの一連の研究において指摘されている(Carbone et al., 2010; Cunningham et al., 2004; 2006)。しかしCarbone et al. (2010)では、SM児は不安障害児と比較してソーシャルスキル及び不安に関して顕著な違いはみられなかったことから、社会的能力の問題はSM児にも不安障害児にも存在するとした上で、SMは不安障害とみなされることを指摘している。したがって、不安障害ではなくソーシャルスキルの低さが主たる要因となっていると思われるSM児については、従来の研究においてほとんど指摘がされていないと言える。以上のような研究の動向から、Hの緘黙症状は比較的稀なものである可能性が考えられる。しかし、Hのような緘黙症状がごく例外的なものであるのか、あるいは同様の傾向を示すSM児は他にもおり、このような状態像がSMの1つのサブタイプを構成しているのか、という点については今後の重要な研究課題であると言える。

最後に、HのようなSM児への治療的介入について述べる。Hの緘黙症状の特徴の1つは、家でもあまり話さないということである。SM児に比較的

よくみられる「家ではよく話すのに、学校や園では話さない」という状態であれば、学校や園でも家と同じように話せるようになることが一つの目標になる。またそのための方法として、学校や園で話せないことの背景にある不安を軽減するための支援を行うことになる。海外の研究では、SMの治療方法として大きく分けて行動療法、認知行動療法、及び薬物療法の3つが用いられている(Viana et al., 2009)。本研究ではこれらの治療方法の詳細な説明は省くが、これの治療方法はいずれも不安を軽減することを大きな目的としている。その一方で、Hの緘黙症状に関わっているのは、先にも述べたようにソーシャルスキルの未熟さではないかと考えられる。従ってHの場合、不安の軽減よりもソーシャルスキルを高めることが有効である可能性が考えられる。具体的には、「1人が楽だと感じている」という状態から、「人と話すことが楽しい」と思えるような支援が必要ではないだろうか。Hは担当のスタッフとの間では、音声言語による応答を行うことが可能であり、Hから話しかけることも稀にある。このようなコミュニケーションが成立する相手との関係から、対象を広げてゆくことが効果的である可能性が考えられる。Hのような状態像はSMとしても比較的稀であるかも知れないが、SMの1つのサブタイプである可能性も視野に入れて、介入の効果を検証してゆくことが求められる。

## 注

- <sup>1)</sup> 2013年に公開されたDSM-5において“Selective Mutism”は“Social Anxiety Disorder”に組み込まれた。
- <sup>2)</sup> 事例については、支障のない範囲で細部を変更してある。また支援プログラムは研究への協力を前提としており、研究発表については保護者の同意を得ている。

## 文献

秋谷進・田端泰之・小林康介「4歳から15歳まで選択性緘黙として経過観察されていた広汎性発達障害児」『小児科』第52巻第1号、2011年、

121-123頁

- American Psychiatric Association. Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Text Revision, Washington D. C., American Psychiatric Association, 2000. 高橋三郎・大野裕・染矢俊幸(訳)『DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル新訂版』医学書院、2004年
- Anstendig, K. D. “Is Selective Mutism an Anxiety Disorder? Rethinking Its DSM-IV Classification” Journal of Anxiety Disorders, Vol. 13, No. 4, 1999, pp.417-434.
- 荒木富士夫「小児期に発症する緘黙症の分類」『児童精神医学とその近接領域』第20巻第2号、1979年、60-79頁
- Bögels, S. M., Alden, L., Beidel, D. C., Clark, L. A., Pine, D. S., Stein, M. B. and Voncken, M. “Social Anxiety Disorder: Questions and Answers for the DSM-V” Depression and Anxiety, Vol. 27, 2010, pp.168-189.
- Carbone, D., Schmidt, L. A., Cunningham, C. C., Mchholm, A. E., Edison, S., Pierre, J. S. and Boyle, M. H. “Behavioral and Socio-emotional Functioning in Children with Selective Mutism: A Comparison with Anxious and Typically Developing Children Across Multiple Informants” Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 38, 2010, 1057-1067.
- Chavira, D. A., Shipon-Blum, E., Hitchcock, C., Cohan, S. and Stein, M. B. “Selective Mutism and Social Anxiety Disorder: All in the Family?” Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, Vol. 46, No. 11, 2007, pp.1464-1472.
- Cunningham, C. E., McHolm, A. E. and Boyle, M. H. “Social Phobia, Anxiety, Oppositional Behavior, Social Skills, and Self-concept in Children with Specific Selective Mutism, Generalized Selective Mutism, and Community Controls” European Child & Adolescent Psychiatry, Vol. 15, No. 5, 2006, pp.245-255.
- Cunningham, C. E., McHolm, A. E., Boyle, M. H.



- and Patel, S. "Behavioral and Emotional Adjustment, Family Functioning, Academic Performance, and Social Relationships in Children with Selective Mutism" Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 45, 2004, pp.1363-1372.
- Dow, S. P., Sonies, B. C., Scheib, D., Moss, S. E. and Leonard, H. L. "Practical Guidelines for the Assessment and Treatment of Selective Mutism" Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, Vol. 34, No. 7, 1995, pp.836-846.
- Dummit III, E. S., Klein, R. G., Tancer, N. K., Asche, B., Martin, J. and Fairbanks, J. A. "Systematic Assessment of 50 Children with Selective Mutism" Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, Vol. 36, No. 5, 1997, pp.653-660.
- 角田圭子「場面緘黙研究の概観 近年の概念と成因論」『心理臨床学研究』第28巻第6号、2011年、811-821頁
- 金原洋治・鮎川淳子・坂本佳代子・富賀見紀子・木谷秀勝「選択性緘黙23例の検討—発症要因を中心に—」『外来小児科』第12巻第1号、2009年、83-86頁
- 河井芳文・河井英子『場面緘黙児の心理と指導—担任と父母の協力のために』田研出版、1994年
- Kolvin, I. and Fundudis, T. "Elective Mute Children: Psychological Development and Background Factors" Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 22, No. 7, 1981, pp.219-232.
- Kristensen, H. M. D. "Selective Mutism and Comorbidity with Developmental Disorder / Delay, Anxiety Disorder, and Elimination Disorder" Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, Vol. 39, No. 2, 2000, pp.249-256.
- Kristensen, H. and Torgersen, S. "MCMI-II Personality Traits and Symptom Traits in Parents of Children with Selective Mutism: A Case-Control Study" Journal of Abnormal Psychology, Vol. 110, No. 4, 2001, 648-652.
- Krysanski, V. L. "A Brief Review of Selective Mutism Literature" Journal of Psychology, Vol. 137, No. 1, 2003, pp.29-40.
- Manassis, K., Tannock, R., Garland, E. J., Minde, K., McInnes A. and Clark, S. "The Sounds of Silence: Language, Cognition, and Anxiety in Selective Mutism" American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 46, No. 9, 2007, pp.1187-1195.
- McHolm, A. E., Cunningham, C. E. and Vanier, M. K. "Helping Your Child with Selective Mutism: Steps to Overcome a Fear of Speaking" Oakland: New Harbinger Publications, 2005. 河井英子・吉原桂子(訳)『場面緘黙児への支援—学校で話せない子を助けるために』田研出版、2007年
- 大井正巳・鈴木国夫・玉木英雄・森正彦・吉田耕治・山本秀人・味岡三幸・川口まさ子「児童期の選択性緘黙についての一考察」『精神神経学雑誌』第81巻第6号、1979年、365-389頁
- Steinhausen, H., Wachter, M., Laimbock, K. and Metzke, C. W. "A Long-term Outcome Study of Selective Mutism in Childhood" Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 47, No. 7, 2006, pp.751-756.
- 高橋順治「場面緘黙状態でASDが疑われる子どもへの支援の事例」『自閉症スペクトラム研究』第8巻別冊実践報告集第1集、2010年、39-44頁
- 臼井なずな・高木潤野「緘黙の類型化に関する研究—従来指摘されてきた2つの分類からの検討—」『長野大学紀要』第34巻第3号、2013年、1-9頁
- Viana, A. G., Beidel, D. C. and Babian, B. "Selective mutism: A review and integration of the last 15 years" Clinical Psychology Review, Vol. 29, 2009, pp.57-67.
- 渡部泰弘・榊田理恵「自閉症スペクトラムの観点から検討した選択性緘黙の4例」『児童青年精神医学とその近接領域』第50巻第5号、2009年、491-503頁
- 山家均「選択性緘黙」山崎晃資・牛山定信・栗田広・青木省三編著『現代児童青年精神医学』永

井書店、2002年、224-227頁  
Yeganeh, R., Beidel, D. C., Turner, S. M., Pina,  
A. A. and Silverman, W. K. “Clinical  
Distinctions Between Selective Mutism and

Social Phobia: An Investigation of Childhood  
Psychopathology” American Academy of  
Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 42, No.  
9, 2003, pp.1069-1075.