

障害児・者への支援

場面緘黙の理解と適切な環境設定に関する考察

—A 君の支援を事例に—

福山平成大学
中嶋裕子

はじめに

発達障害者支援法が成立し、自閉症スペクトラム、学習障害、ADHD などに関してはある程度認識が広がり、支援が受けられる制度も整いつつある。しかし、同じ児童期にみられる場面緘黙については知名度が低く、支援の対象であることにも気づかれにくい現状がある。

場面緘黙とは、話す能力にほぼ問題がないにもかかわらず幼稚園や学校などの特定の場面で話せない症状が続く不安障害である。家庭では普通に話すことができるため保護者は気づかず、学校ではおとなしくトラブルを起こさないため対応が遅れがちになる。また、緘黙症状に対して周囲が気づいてもその本質が何であるかが分からず不適切な対応を重ね、抑うつ傾向や引きこもりなど二次障害が生じているケースも少なくない。

本論では、場面緘黙児への対応としてどのような理解と対応が求められるのか、事例を用いながら考察することを目的とする。尚、場面緘黙の理解と支援の基本的枠組みに関しては、中嶋裕子(2014)「場面緘黙児へ理解と支援」『社大福祉フォーラム 2014 報告資料』を参照されたい。

1. 場面緘黙の診断基準

1990年代までは子供は「話すことを選択、拒否」し、話さないことによって周囲の人々をコン

トロールしていると考えられていた。しかし、現在では場面緘黙は社会不安や恐怖症の一種として捉えられるようになってきている。

2013年に改定されたDSM-Vでは、場面緘黙について次のように記載されている。

- A. 他の状況では話すことができるにもかかわらず、特定の話すことが期待される社会的状況（例、学校）では、一貫して話すことができない。
- 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カ月（学校での最初の1カ月に限定されない）。
- D. 話す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ではうまく説明されず、自閉症スペクトラム、統合失調症、または他の精神病的障害の経過中にのみ起こるものではない。

国際疾病分類（ICD10）では「場面緘黙は正常あるいはほぼ正常な言語理解能力の水準及び社会的コミュニケーションに十分な表出性言語能力の水準を有していて、ある状況において正常あるいはほぼ正常に話せることが明らかでありながら、他の限局された状況では話せないという、会話が著しく情緒的に決定され選択されることで特徴づけられる病態である」としている。また、診断には一定期間持続して話せないこと、話せる状況と話せない状況に関して一貫性があることが必要とされる¹⁾。

2. さまざまな様相と発症時期

場面緘黙の症状のあらわれ方は様々で、学校場面であれば全く声が出ないケース、特定の友達とのみ小声で話せるケース、教師にだけは話せるケースがある。また、発話だけでなく表情がなく、思うように体が動かせなくなる緘動という状態になることがある。一方で活発に動き回り、表情も豊かであるが、発話は見られないというケースもある。

発症時期は保育園や幼稚園への入園時など子供にとっての大きな環境の変化がある2～5歳と考えられるが、診断や支援の必要性が認識されるのは小学校低学年であることが多い。入園時に発症していても、そのうち発話するであろうと問題が軽視され見逃されるためである。出現率は日本では0.2%から0.5%以下とされるが、イギリスでは0.7%程度とされている。日本で出現率が低いのは、場面緘黙という症状の理解が一般的に広まっておらず表面化しないためと考えられる。

緘黙症状はその子の持つ素因と環境、きっかけがあって固定化する。場面緘黙の症状を持つ子供は、脳の扁桃体という反応閾値が低く、刺激に過敏に反応し、恐怖や不安を敏感に感じる特質を持っている。その生得的な特徴に入園や入学、引越などの急激な環境の変化が加わり、不安が高まることで話せなくなると考えられている。

3. 自閉症スペクトラムとの関係

場面緘黙と発達障害の関連について、Kristensen(2000)は場面緘黙児の68.5%に発達障害の併存が見られたことを報告している。日本でも近年、自閉症スペクトラムと場面緘黙との鑑別の必要性が指摘されている。角田(2011b)は、「日本ではDSM-IV以前の場面緘黙の研究において、場面緘黙は対人関係の障害であり、対人的距離の取り方の特異性、不適切さが指摘されたりコミュニケーションを自ら求めようとする主体性の欠如があり、未発達の共感能力や頑固な性格構造、自己中心性への固執、社会性の遅れなどが指摘されてきた。しかし、これはPDD(広汎性発達障害)

の特性が記述されているのではないかと今後十分に検討されるべきである」と述べているⁱⁱ⁾。

緘黙症状は氷山の一角であり、その中心には社会不安があり、不安の要因は身体的、認知の問題、感覚過敏などの要因が複雑に絡み合っている。子どもが感じている困難を理解するためにも状態及び状況把握は必須である。

4. 諸外国での取り組み

場面緘黙症状への対応として、アメリカやイギリスでは不安を和らげる薬物療法、学校を基盤とした認知行動療法を中心とした多面療法が効果をあげている。症状がもっとも顕著にあらわれる集団生活場面においては教師や保健師が中心となって支援チームを組織し、子供の交友関係や発話を段階的に改善し、自己効力感を高めていくというプログラムを実施している。一方、日本ではシステム化されておらず心理治療として遊戯療法や箱庭療法が、学校では主に保護者からの要請を受けて学級内で個別の取り組みがなされているにすぎない。今後、支援(療育)機関、家庭、所属機関(学校など)の地域理解の促進、といった多面的な連携とシステム作りが求められる。

5. A君に対する具体的な配慮と取り組み

以下幼児A君を例に家庭と保育園の連携による具体的な取り組みについて考察したい。

筆者はA君の保護者より場面緘黙の疑いがあることの相談を受け、保護者との協力的立場で関与してきた。

(1) 生育歴

A君は、4人家族の長男として誕生し、3歳年上の姉がいる。0歳児からアトピー、アレルギー症状に悩まされていた。母親はAが6ヶ月になると職場復帰し、姉は保育園に通っていたため日中は自営業の父親と2人で生活をしていた。祖父母は遠方にあり近くに親戚もない環境であった。父親の仕事の関係で、1歳6ヶ月から保育園に通い始めた。

発話が1歳半、二語文は2歳過ぎと大きな遅

れは無かったものの保護者は言葉の出が遅いことを心配していた。見知らぬ人への不安が強く、たまに会う祖父母などに触られても身体をこわばらせる様子が見られた。

夜にはかんしゃくを起こすことが多く、泣き始めると2・3時間泣き続けることが続いていた。

(2) 保育園での様子

保育園に通い始めて2年経過しても毎日登園を嫌がり、泣き叫んでいた。しかし保育園の玄関内に入るとピタリと泣き止む様子も見られたことから保護者及び保育士には気持ちの切り替えの問題と思われていた。しかし、教室内では一切発話がみられず、運動会や発表会などでは棒立ちの姿が見られていた。

(3) 医療機関との連携

3歳児検診では異常なしとされたが心配した保護者が保健師に状況を説明、相談し、近隣6市2町が共同で運営することも発達支援センターにて発達検査を受けさせることになった。検査結果では運動面や生活面では年齢相応であったが社会的部分に年齢より遅れがあることが判明した。

発達支援センターからの指導で保育園での取り組みとして、①子供の気持ちを汲みとり、言葉に置き換えて伝える、②手本を見せてから本人にマネをさせる、③できる限り本人に見通しが立てる生活をする、という3点が確認された。

(4) その後の保育園での取り組み

緘黙児にはその子の特性をとらえ、リラックスできる場所、人、活動内容を把握してその場面を増やしていくアプローチが不可欠である。

保育園では、発達支援センターからの指示とあわせて、①困っている様子が見られたら個別に声をかける、②グループ分けの際は同じような性格(ゆっくりで穏やか)の友達と同じグループにする、③安心できる人を増やすためお昼は別室で保育士と少人数で、ボール遊びなど、言葉を介さなくても成立する遊びの時間を設ける、④当番などでは職員室にメモを持って行くなど、言葉を介さなくてもできる仕事を任せる、⑤保育時間の後、人数のまばらな園庭で保護者と遊んでもらう、⑥

自宅に友達を招いて遊び時間を共有する、⑦保護者には保育園での取り組みとその変化を帳面を通じて伝え、適宜面談時間を設けて要望や悩みに随時対応できるよう配慮するといった取り組みを実施した。

6. 経緯

取り組みを実施して半年ほど経過したころ、小さな声ではあるが、挨拶ができるようになった。1年経過したころには、友達の名前が家庭での会話にポツリポツリと出てくるようになった。それまでは街中でクラスメイトに出会っても名前も顔も認識していなかった。自分の安心できる場所がある程度確保できたことで、人間に関心を持つ余裕が出たとも考えられる。それに伴い、発言する環境が整えられた場面(質疑応答など)においては話をする事ができる(声が出る)ようになった。

4月に進級しクラスメイトに変わりは無かったが教室や担任が変わったことで緊張場面に遭遇し、緘黙状態になることもある。現在も取り組み中であり、場面緘黙を克服しているわけではないが少しずつ安心できる場や人が広がりを見せている段階である。

7. 考察

1) 要因ときっかけ

緘黙症状はその子の持つ素因と環境、きっかけがあって固定化する。

A君は不安になりやすい気質やアレルギー体質に加えて乳児期の母子分離不安、両親が別地域の出身で地域に知り合いのいない孤立した環境にあったという様々な要因が絡まって場面緘黙状態になったと考えられた。

2) 場面緘黙に対する誤解の解消の大切さ

緘黙についてよくある「誤解」として親の心配しすぎ、過保護という認識がある。本事例でも、保護者が子供の緘黙や緘動を心配し、担任だけでなく、園長やその他の保育士に数回相談していたが、保育士は保護者の心配しすぎであり、かま

すぎることでA君が萎縮しているという理解をしていた。

また、緘黙や緘動はA君のわがままによるものと解釈されていた。緘黙児は、人の目を過剰に意識する傾向にあり、不安が高まると大声で泣く、かんしゃくを起こす、身体が固まってしまい動かないなどの様相を呈する。A君の場合は緘動状態であった。保育士にはA君が自分の要望を叶えるために指示に従わない、動かない、と誤解されていた。そのため、保育士による叱責、説得、放置がみられていた。

しかし実際のところ、指示に従えないのは、不安やこだわりが強いためであり、反抗的に見えるのも、コミュニケーションのとり方がわからず孤立感を深めて苦しんでいる感情のあらわれである。本人が一番困惑している、不安や恐怖から身を守るために緘黙状態になっているという視点を周囲の大人が持つことが必要である。この点を保育士に確認する事で叱責や放置はなくなっていった。

A君の通う保育園は定期的に保育士の研修を行っていたが、場面緘黙という言葉を知っている保育士は皆無であった。保護者が異変に気付いたものの1年以上も介入が遅れたのには、無知と誤解が原因であったと言える。

3) 保護者と保育園の連携、環境の整備

そこで、必要になるのが保護者と保育園の連携、環境の整備である。不安になりやすい気質の子が緘黙になるか否か、症状が悪化するか改善に向うかは集団生活の場の環境に大きく左右される。緘黙症状が悪化したケースには周囲の大人や教師の無理解と誤った対応が引き金になっているケースが多い。そのため、家庭での取り組み、保育園や学校など集団生活の場での様子をすり合わせながら子供の過ごしやすい環境を探っていく必要がある。

① 子どもの理解

緘黙児を前にして微笑みかけても挨拶をしても無表情で反応が無ければ人は不安になり居心地の悪い気持ちになる。その結果、自分も関わりを避

けるかその子供のことを考えて、叱責したり説教したりしてしまう。しかし、先に見たように緘黙児は決して無視しているわけでもわがままなわけでもない。ただ、不安や緊張感で頭の中と身体が固まっている状態なのである。子供が何に困っているのか、何にこだわっているのかを見極め、適切な環境設定と対応が必要である。

② 集団生活での同級生の理解

集団の場では子供たちは悪気なく、なぜしゃべらないのかと聞いたり、「あー」と言って、など発声させようとしたりする。しかし、そのようなはたらきかけもまた本人にとっては重荷になりづらい体験として記憶されることが多い。A君の場合も「なぜ固まっているの?」「なぜ喋らないの?」と頻繁に聞かれていた。そのような場面があれば保育士が気持ちを代弁したり、説明することで興味本位の関わりをやめるように指導していた。説明と対応の積み重ねで子供らの理解も得られていった。

その他の方法としては、子供向けの緘黙を扱った絵本を読むことや、本人の気持ちを手紙にして代読してもらう、家庭で話をしている様子をビデオにとって見てもらうなどがある。クラスメイトに話さなくても自分たちと同じように感じて話すのだ、生き生きとした感情があるのだと言うことを理解してもらう必要がある。

③ 気持ちの代弁

家庭でも試みてもらったのが気持ちの代弁やコミュニケーションの工夫である。子どもは自分の気持ちをしっかり把握していない。怒る、泣くと言う行動もどうしてよいかわからない、という感情の表現である。「気持ち」に注目して耳を傾け、その気持ちに合う言葉を一緒に探してやるのが大事である。感情を言葉に置き換えてもらうことで客観的にその気持ちをとらえられるようになり、感情のコントロールも可能になる。気持ちと言葉が完全に一致せずとも、周囲の者が気持ちを理解しようとしている姿勢や思いが本人伝わることも大切である。本事例でも感情を言葉に置き換える作業を一緒に繰り返していくことで感情のコ

ントロールもしやすくなっていった。

④ コミュニケーションの工夫

コミュニケーションは言葉のみで成立するものではない。筆談やジェスチャー、写真、絵、実物などの使用も有効である。A君の場合も視覚的素材を活用して働きかけることでパニックがおさまる様子も見られた。

⑤ 展望を持つこと

スモールステップで自己肯定感、やればできたという経験、自信を積み上げていく必要がある。場面を設定し、一緒に目標を立て結果に対してフィードバックしていくトークンエコノミー（行動療法）も有効である。

年齢によっても異なるが、本人にとって大切なことは自分自身の理解や今後の展望を持つ事である。よき理解者を得ながら自分の不器用な部分を理解していくなかで、不安に対処できるようになる。そして自身の持っている豊かな感受性や感性を伸ばしていけるようになる。このことを根気よく伝えていくことも重要である。

おわりに

以上、場面緘黙症状を呈したA君への理解と対応について述べた。緘黙症状は年齢と共に寛快すると言われているが幼い頃に感じた自己否定感はなかなかぬぐいさることはできない。緘黙児は社会生活の中で心拍数の上昇や発汗など緊張状態に引き起こされる体の変化を常に抱えている。当人にはなぜ自分だけが他の子と同じように楽しめないのか、動けないのか、話せないのかが分からない。ただ「できない自分」、だけが記憶されていく。そのため、大人になっても人と接することに苦痛を感じ、社会生活が営めない状態になることも少なくない。子どもが抱えている苦悩を苦悩として理解し適切な対応をすることで二次障害は防げる。

場面緘黙児への理解が広がり、彼らの安心できる世界が広がることを祈念している。

《註》

ⁱ 矢澤久史（2008）

ⁱⁱ 広汎性発達障害（PDD）診断基準は満たさないものの、その特性が場面緘黙に影響しているケースもあり、その鑑別には困難を伴っている。

《参考文献》

秋谷進、田端泰之、小林康介（2011）「症例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』52（1）121-123.

石川丹、大塚耕右、植田祐樹（2011）「臨床研究・症例報告 過度な恥ずかしがりのため特別支援級を勧められたが普通級に入学し適応している6歳例」『小児科臨床』64（9）2035-2037.

作井浩美、井上果子（2012）「自発性の向上を目指した場面緘黙児とのプレイセラピー」『横浜国立大学大学院教育学研究科教育相談・支援総合センター研究論集』12 17-28.

高橋順治（2010）「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』8 39-44.

丹明彦（2014）「心を閉ざす子どもとのプレイセラピーー選択性緘黙児の事例を通じてー」『児童心理』68（10）67-71.

塚本久仁佳（2011）「子どものこころ・子どもの遊び（10）守られた空間で自己を表現するーある場面緘黙児のプレイセラピー」『こころの科学』125-128.

角田圭子編（2008）『場面緘黙Q&A』学苑社 東京

角田圭子（2011a）「文献情報 場面緘黙研究の概観ー近年の概念と成因論」『心理臨床学研究』28（6）811-821.

角田圭子（2011b）「学校で話せない子ー場面緘黙の子どもが抱える困難」『児童心理』65（4）56-62.

上野永子（2010）「選択性緘黙症男児に対する同一セラピストによる母子並行面接過程ーDWウィニコット理論からの検討」『心理臨床学研究』28

(5) 631-642.

藤田継道、浜田貴照 (2014) 「保育園・幼稚園・学校で話せない場面緘黙児の理解と支援」『児童心理』68 (10) 106-112.

矢澤久史 (2008) 「場面緘黙児に関する研究の展開」『東海学院大学紀要』2, 179-187.

山本浩子 (2010) 「発達障がいの子どもへのサポート (10) 場面緘黙の莉子さんへの支援」『こころのオアシス』8 (1) 8-11.

吉田たまほ、小枝達也 (2010) 「場面緘黙の背景となる要因の検討」『地域学論集』7 (1) 67-77.

Kristensen, H. (2000) Selective mutism and comorbidity with development disorder/delay. Anxiety disorder, and elimination disorder. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 39, 249-256.