

SY5-2-1

場面緘黙（選択性緘黙）の理解と対応

高木 潤野

長野大学社会福祉学部

場面緘黙（選択性緘黙、Selective Mutism: SM）は、主に幼児期から学齢期に発症する不安症の一つで、話す力を有しているにもかかわらず学校等の社会的状況で話すことができないことを主な症状とする。DSM-5においては「A. 他の状況で話しているにもかかわらず、話すことが期待されている特定の社会的状況（例：学校）において、話すことが一貫してできない」と定義されている。

本講演では、主として幼児期から学齢期に医療機関を受診した場面緘黙症状のある幼児・児童への対応について述べる。

1) 疫学的実態

有病率は国や調査時期によって異なるが、近年わが国で行われた小学生約14万7千人を対象とした大規模な調査では、有病率0.21%という数値が報告された（梶・藤田, 2019）。小学生では概ね1校に1名程度の割合で見られると考えられる。一方幼児期ではより有病率が高い可能性が考えられる。

金原（2018）は小児科を受診した場面緘黙児90例のおおよそ5年以内の短期的予後について、「中等度改善」「概ね治癒」は58例（64.4%）、「軽度改善」までを含めると79例（87.7%）であったと報告している。海外の研究では、幼年期に場面緘黙であった33名の患者の追跡調査で、19名（57.6%）が完全に改善、8名（24.2%）は顕著に改善しており、わずかに改善は6名（18.2%）のみであったことが報告されている（Steinhausen, Wachter, Laimböck & Metzke, 2006）。

場面緘黙児の多くは社交不安や分離不安等の他の不安症を併存している。また場面緘黙児のほとんどは「人前で話せない（緘黙症状）」だけでなく身振りや表情によるコミュニケーションも抑制される。緘黙症状の他に、食事や排泄、書字、着替え、運動等の行動の抑制を伴う者も多い。従って介入にあたっては「話せないこと」のみに注目するのではなく、それ以外の困難や生じている問題についても理解し対応していくことが求められる。

2) 基本的な対応の方針

近年の研究では適切な介入によって場面緘黙の症状は改善できることが明らかになっている。緘黙症状を有したまま「話せなくても過ごせる」ように見守る支援ではなく、家庭や学校等と連携した積極的な介入によって「安心して話せるようになること」を目指すことが求められる。緘黙症状への治療的介入として、エクスポージャーと刺激フェイディングによる行動療法的アプローチが有効であることが知られている。エクスポージャーは内容によっては医療機関で行うことも可能であるが、場面緘黙児の在籍している園や学校の協力を得て行うことが有効である。

また一方で、場面緘黙児の多くが不登校（園）や登校しづりを示すことが筆者らの調査で明らかになってきた。場面緘黙児の多くは緘黙症状だけでなく強い不安症状や対人恐怖、感覚過敏などを併せ有している。このような特性を考慮し、園や学校で安心して過ごせる環境を整えるための支援や配慮を予防的な視点から行っていくとともに、不登校（園）状態になってしまった場面緘黙に対しては園・学校及び家庭と連携したより専門的な介入が必要となる。

どのような状態にあるケースにおいても、まずは本人の状態を的確に捉え、個々に応じた治療計画を立てることが第一歩となる。その際、「社会モデル」の視点に立ち、本人を取り巻く環境との相互作用という点から理解していくことが必要である。従ってアセスメントや介入にあたっては、対象児の在籍している園や学校と連携していくことが不可欠である。

またアセスメントにあたっては本人の思いを適切に理解していくことも重要である。臨床場面ではコミュニケーションの成り立ちにくいことの多い場面緘黙児であるが、丁寧に時間をかけて本人とコミュニケーションをとっていくことが求められる。