

場面緘黙症を認知した際の母親に生じる心理的反応の質的分析

— 緘黙児・者を持つ母親の手記を通して —

山中 智央・井上 雅彦

鳥取大学大学院医学系研究科臨床心理学専攻

要約

本研究では、場面緘黙児・者の母親によって執筆された手記を通して、緘黙児・者の母親が場面緘黙といった名称をメディアや文献を通して、または教育関係者や医療関係者から情報提供された際にどのような反応が生じるのか分析を行った。分析ではテキストマイニングの手法を用いて、階層的クラスター分析を実施した。その結果、場面緘黙児・者の母親が場面緘黙といった名称を認知した際に生じる心理的反応には、【①緘黙症を重大には捉えない】、【②不安の増減】、【③ショックや後悔から早く治してやりたいと思う】、【④腑に落ちる感覚が生じる】、【⑤名称があることを知ってほっとする】の5つが示された。これらの結果から、場面緘黙児・者を持つ母親に対する支援では、母親自身が持つ不安への対処法を身につけることや、場面緘黙症について正確な情報を得られる環境の構築が重要になることが考えられた。テキストマイニングやクラスター分析を使用した研究手法の応用性について考察した。

キーワード：場面緘黙、障害児の親、親支援

I 問題と目的

1. 場面緘黙症とは

場面緘黙症とは、他の状況で話しているにもかかわらず、幼稚園や学校など特定の社会的状況において話すことが一貫してできない状態に陥ることを特徴とする不安症のことを指す。DSM-5では、「選択性緘黙」と表記されている（American Psychiatric Association, 2013/2014）。しかし、「選択的」という語から緘黙者自身の意志で発話しないことを選択しているという誤解を与えやすく、場面緘黙という訳語が望ましいといった意見が述べられている（久田・金原・梶・角田・青木, 2016）。そのため、本稿でも場面緘黙症（以下、緘黙症と略記）と表すこととした。

緘黙状態が生じている者は、不安や恐怖によって話したくても話せない状態に陥っていると理解されている（高木, 2017）。また、身体が硬直し、動けなくなる緘動といった症状が現われることもある（McHolm, Cunningham, & Vanier, 2005）。本邦での緘黙症の出現率は、河合・河合(1994)が、1994年までに緘黙症の出現率を調査した研究を概観し、0.15%から0.38%あたりであることを示した。近年、神戸市の公立小学校に在籍する全児

童77,038人を対象に行われた研究でも、緘黙症の出現率は0.15%とされている（梶・藤田, 2015）。海外では出現率が0.15%（Bufferd, Dougherty, Carlson, Bromet, & Klein, 2011）や0.71%（Bergman, Piacentini, & McCracken, 2002）と報告されている。本邦よりも海外の方が出現率が高いといった印象を受けるが、このような差異が生じる要因として、岩本・高橋（2018）は、本邦では教師の緘黙症に対する理解や指導意識に個人差があるため、教師が緘黙症児・者（以下、緘黙者と略記）に気づいていないことがあり、その結果として、緘黙症の発生率が低く算出されている可能性があることを指摘している。

2. 緘黙者への支援

緘黙者への支援では、古くから行動療法や遊戯療法が実施されてきた（井原・大上・矢沢, 1982; 小川, 1996）。近年、水野・関口・白倉（2018）は緘黙症を対象に行われた2つのランダム化比較試験の結果を比較し（Bergman, Gonzalez, Piacentini, & Keller, 2013; Oerbeck, Stein, Wentzel-Larsen, Langsrud, & Kristeinsen, 2014）、（1）段階的エクスポージャー、（2）家庭や学校など生活場面の支援、（3）家族および教師との連携の3つ

が緘黙症に対する介入において有効であることを指摘している。そのため、現在はセラピストだけが緘黙者に介入するのではなく、教師や親と支援チームを結成して緘黙者に介入することが重要視されている (Kotrba, 2014)。

このように、場面緘黙への支援方法は少しずつ確立されてきており、本人のみにはたらきかけるのではなく、家族にも支援に関わってもらうことが重要であることが分かってきている。

3. 緘黙者を持つ親のストレス

一般に定型発達児と比較すると、障害児の母親はストレスが高いことが報告されている (稲浪・小椋・西, 1994; 北川・七木田・今塩屋, 1995)。緘黙者を持つ母親も同様に緘黙症への対処方法が分からず、精神的ストレスを感じ、緘黙者の母親への支援が少ないといった悩みを抱えている (かんもくネット, 2008)。また、緘黙者を持つ親は、他の不安障害を持つ子どもや不安障害を持たない子どもの親よりも、生活上でストレスの多い出来事があることが報告されている (Capozzi, Manti, Trani, Romani, Vigliante & Sogos, 2017)。緘黙者本人への介入において重要なリソースとなる母親のメンタルヘルスが不安定であると、支援の効果が十分に発揮されないことや、家族との連携が上手くとれないといった問題が生じることが考えられる。こうしたことから、緘黙症支援において、緘黙者本人だけでなく、母親への心理的支援も実施する必要があるといえる。

4. 本研究の目的

しかしながら、緘黙者の母親が緘黙者を育てる際に抱く具体的な精神的ストレスに関する記述がなされている研究は少ない。筆者が調べている限りでは本邦において、高田・武田屋 (2014) 以外は確認できていない。緘黙者の親が抱く心理的困難さを調査した研究が少ない理由として、緘黙症の発症率が低いことから、母親を対象として調査を行う事が難しいことが考えられた。しかし、親の障害受容に関する様々な研究から、障害を知った時の最初のショックや不安は大きいことが指摘されており、また、その時の不安やショックの具体的な内容は障害によってそれぞれ異なっている (Drotar, Baskiewicz, Irvin, Kennell, & Klaus,

1975; 山根, 2010)。そのため、親が緘黙症を最初に知った際の反応についても検討する必要があると言える。緘黙症のある子どもの親支援を考えた場合、こうした名称を認知した際の親の心理状態を知ることで、早期の親支援への手がかりを得ることができるのではないかと考えられる。

以上のことから、本研究では、緘黙者を持つ母親が場面緘黙といった名称を認知した際に、どのような反応が生じるのかを明らかにすることとした。ただし、緘黙者の母親にインタビュー調査を行う事が出来たとしても社会的望ましさなどが影響し、障害の名称を知った際の反応について正確な回答を得られない可能性がある。そして、こうした問題を解消するためには、緘黙者の親によって自発的に執筆された手記を用いることが望ましいと考えられた。そこで本研究では、緘黙者の母親によって執筆された手記を分析することで緘黙症を知った際の反応を明らかにし、緘黙者を持つ母親に対して必要と考えられる支援について検討することとした。

II 方法

1. 分析対象

分析対象として、『学校かん黙事典』(山本, 1989)に掲載されている緘黙者を持つ親の手記の中から、「緘黙を知った経緯」といった設問に対して回答が行われている記述を抽出した。その後、場面緘黙という名称を知った際に生じる母親の反応を検討するために、「緘黙を知った経緯」といった設問の中から、メディアや文献を通して、または教育関係者や医療関係者からの情報提供によって緘黙症といった名称を知り、その際に生じた思考や感情が記述されている部分を抽出した。また、緘黙症には多様性があるとされている (角田, 2008)。そのため、本研究においては緘黙者の状態をある程度統一するために、保育園や幼稚園、および学校で話すことが難しいとされている緘黙者を持つ母親の記述を対象とし、学校では話していたが家庭で話さなくなったという事例の記述は分析から除外した。その結果、分析対象は緘黙者を持つ母親の記述54個であった。記述者のプロフィールを以下に示した (表1)。

表 1 記述者のプロフィール

ID	親	記述者の年齢	診断	子の性別	子の年齢	学年	緘黙の状態
1	母	37歳	記載なし	女	3歳	保育園年少	園でなにも話せない
2	母	40歳	記載なし	男	4歳	幼稚園年中	返事は大きい声で「ハイ」と言うが、それ以外は幼稚園で話せない
3	母	38歳	記載なし	女	6歳	幼稚園年長	幼児教室や幼稚園に通うも全く話せず身体も硬直していた
4	母	39歳	記載なし	男	6歳	幼稚園年長	幼稚園の中では、母以外の人とは話せなかった
5	母	38歳	記載なし	男	6歳	幼稚園年長	保育園で話せず身体も緊張で硬くなっている
6	母	35歳	記載なし	女	6歳	幼稚園年長	先生とは一言も話せず、数人の友達とは話をしている
7	母	33歳	記載なし	女	6歳	幼稚園年長	保育園や幼稚園で話せない
8	母	35歳	記載なし	女	6歳	幼稚園年長	幼稚園で話せない
9	母	33歳	記載なし	男	7歳	小学校1年生	幼稚園や小学校で話せない
10	母	33歳	記載なし	女	7歳	小学校1年生	幼稚園でニコニコはしているが話しはしない
11	母	38歳	記載なし	女	7歳	小学校1年生	保育園や小学校で話せない
12	母	39歳	記載なし	男	7歳	小学校1年生	幼稚園だけでなく新しい場面になるたびに緘黙状態になってしまう
13	母	34歳	記載なし	女	6歳	小学校1年生	幼稚園や小学校で話せない
14	母	40歳	記載なし	女	7歳	小学校1年生	幼稚園では青白い顔をし、いつも話をしない
15	母	30歳	記載なし	男	6歳	小学校1年生	幼稚園のみならず同年代や自分より年上の子の家へ行くと話せなくなり表情も硬くなる
16	母	33歳	記載なし	男	7歳	小学校1年生	幼稚園で担任の先生以外と話をせず、小学校でも話せない
17	母	37歳	記載なし	女	7歳	小学校1年生	幼稚園や小学校で話せない
18	母	33歳	記載なし	女	記載なし	小学校1年生	幼稚園や小学校、習い事先で話すことが出来ない
19	母	記載なし	記載なし	女	7歳	小学校1年生	幼稚園で誰とも一言も話さない
20	母	37歳	記載なし	女	8歳	小学校2年生	保育園や学校で話せない
21	母	44歳	記載なし	男	8歳	小学校2年生	幼稚園では話すことが出来ず、小学校では先生が怖く何も言えなくなる
22	母	44歳	記載なし	男	8歳	小学校2年生	年長組になった5歳の頃、一歩外へ出ると話せなくなる
23	母	35歳	記載なし	男	8歳	小学校2年生	幼稚園では少しずつ話すようになってきていたが小学校では全く話せなくなる
24	母	40歳	記載なし	女	8歳	小学校2年生	国語の時間に当てられても読めず、担任の先生と1度も喋っていない
25	母	37歳	記載なし	男	9歳	小学校3年生	保育園や小学校、歯医者などで話せない
26	母	41歳	記載なし	男	9歳	小学校3年生	参観日に行ってみると顔は硬直し、声は全く出ていなかった
27	母	36歳	記載なし	女	9歳	小学校3年生	幼稚園の年長から誰とも話さず遊ばなくなった
28	母	50歳	記載なし	女	9歳	小学校3年生	幼稚園の年長から先生や友達と話をしなくなる
29	母	37歳	記載なし	女	9歳	小学校3年生	小学校2年生から完全に緘黙状態になった
30	母	39歳	記載なし	女	9歳	小学校3年生	小学校2年生のクラス編成によってだんだん話をしなくなり動かなくなった
31	母	32歳	記載なし	女	10歳	小学校4年生	幼稚園では話せず、ようやく声を出しているような感じであった
32	母	39歳	記載なし	女	10歳	小学校4年生	保育園で返事をしない
33	母	記載なし	記載なし	男	10歳	小学校4年生	幼稚園で返事が出来ず、小学校低学年もほとんど無言で過ごした
34	母	38歳	記載なし	女	10歳	小学校4年生	保育園入園後、全く喋らず、小学校入学後も仲良しの子とひそひそ話をする以外は口を開かない
35	母	41歳	記載なし	女	10歳	小学校5年生	小学校入学から話せなくなる
36	母	40歳	記載なし	男	11歳	小学校5年生	幼稚園に通い始めてから家族以外の人と話をしなくなった
37	母	36歳	記載なし	男	10歳	小学校5年生	小学校3年生から学校では一切口をきかず、一日中黙っており、現在も同じ
38	母	46歳	記載なし	女	11歳	小学校5年生	幼稚園では話せず、何かにつけて泣いていた
39	母	38歳	記載なし	女	12歳	小学校6年生	幼稚園に入学し、2学期が始まった頃から、母と弟との友達以外には話せなくなる
40	母	40歳	記載なし	男	12歳	小学校6年生	学校では全然話せない
41	母	46歳	記載なし	男	13歳	中学校1年生	学校で何も答ええないし、話さない
42	母	40歳	記載なし	女	13歳	中学校1年生	幼稚園で話せず、今も気分の良いとき以外は学校で声が出せない
43	母	39歳	記載なし	女	12歳	中学校1年生	幼稚園の年中頃から園で話せない
44	母	47歳	記載なし	男	13歳	中学校1年生	幼稚園では返事が出来ず、うなづくこともない状態で、小学校でも全く話せない
45	母	記載なし	記載なし	男	13歳	中学校1年生	小学校1年生の頃から学校で話さなくなる
46	母	43歳	記載なし	女	13歳	中学校1年生	学校へ行くと話せない
47	母	44歳	記載なし	男	14歳	中学校2年生	小学校5年生の頃から学校で全く話せなくなる
48	母	41歳	記載なし	男	15歳	中学校3年生	幼稚園の頃から緘黙の傾向があり、小学校2年生の頃には声をかけても返事をしなくなった
49	母	41歳	記載なし	女	15歳	中学校3年生	引越した先の中学校で話をしない
50	母	50歳	記載なし	女	15歳	家事手伝い	小学校4年生から学校で話せず、教師の無視やいじめによって登校できなくなる
51	母	39歳	記載なし	男	16歳	高等学校1年生	幼稚園や小学校で話すことが出来ない
52	母	46歳	記載なし	男	18歳	記載なし	幼稚園から小学校で話せない
53	母	44歳	診断有り	男	20歳	記載なし	学校で話さない
54	母	49歳	記載なし	女	21歳	記載なし	保育園や小学校で誰とも話せない

2. 調査手順

対象者の記述した手記から、場面緘黙といった名称を知った際に母親に生じた思考や感情に関わる文章を抽出した。抽出した文章は、筆頭著者が文章を抜き出した後、臨床心理学専攻の者1名が適切に抽出されているか確認し、抽出した文章に対する意見が一致しなかった部分は分析から除外した。

III 結果

1. 分析方法

KH-Coder (樋口, 2004) を使用して、抽出したテキストデータに対してテキストマイニングの手法を用いて、階層的クラスター分析を実施した。

分析では、抽出したテキストデータ内での誤字脱字を訂正し、「話す」と「はなす」や「場面緘黙症」と「選択性緘黙」など、表記は異なるが同じ意味の記述はいずれかの表記に統一した。その後、分かち書きと品詞ごとの整理と分析を行った。分かち書きの処理後、助詞や句読点、出現頻度は多いがそれだけでは意味をなさない記述（ある、いるなど）は分析から除いた。

2. 分析結果

テキストデータの分析を行った結果、総抽出語の数は1740 (642) であり、異なり語の数は451 (321) であった。集計単位は文が69文、段落が54段であった。総抽出語のうち出現回数の多い上位50語を頻出語句として表2に示した。本研究では出現頻度が4回以上の23語を使用し、Word法を用いた階層的クラスター分析を行った。また、階層的クラスター分析ではJaccard係数を用いてクラスターを算出した。Jaccard係数とは、集合の類似度を表す指標で、テキストマイニングでは、

文章と文章の類似度が距離を表す指標となっている。その結果、5個のクラスターが示された(図1)。

IV 考察

1. 階層的クラスター分析の結果の解釈

階層的クラスター分析の結果の解釈について以下に述べていく。また、クラスターのまとまりを決める際は、筆者が単語だけでなく、その単語が含まれている回答の内容も確認して行った。以下では、分析の基となる原文は“ ”で括弧で示す。また、原文の前後の文章を読まないで理解できない文脈がある文章については、筆者が括弧書きにて補足を示した。

クラスター1は、「考える」、「普通」、「話す」の3語で構成されているまとまりであった。「考える」、「普通」、「話す」は“家庭では普通に話していましたし、あまり重大には考えていませんでした”、“私も主人も小さい頃は、とても恥ずかしがり屋だったので、あまり大したことと考えず、そのうちに話すようになるのじゃないかと考えました”、“(名称を知った際に読んだ著作が) 余りにも難しく書かれていますので真剣に考えることもなく、又最後まで読んでもみませんでした”などの記述から抽出されていた。したがって、緘黙症を知った際の母親は、家庭では普通に話しているから重大なことではない、自身も同じような体験をしてきたので、そのうち我が子が良くなるだろうと考えるといった可能性が示されたといえる。よって、【①緘黙症を重大には捉えない】と命名した。

クラスター2は「不安」、「思う」、「言う」、「学校」、「今」の5語で構成されているまとまりであった。「不安」、「思う」といった語は“それでも漠

抽出語	出現回数	抽出語	出現回数	抽出語	出現回数	抽出語	出現回数	抽出語	出現回数
思う	17	普通	6	思い	4	家庭	3	幼稚園	3
子ども	10	ショック	5	似る	4	治す	3	おはよう	2
気持ち	9	学校	5	自分	4	出る	3	コントロール	2
考える	9	早い	5	受ける	4	状態	3	ジャーナル	2
子	9	他	5	症状	4	信じる	3	チャンネル	2
緘黙	9	不安	5	人	4	心	3	記事	2
知る	8	びっくり	4	話す	4	心配	3	疑う	2
悩む	7	家	4	NHK	3	先生	3	驚く	2
言葉	6	言う	4	わが子	3	読む	3	近所	2
内容	6	今	4	安心	3	年	3	見る	2

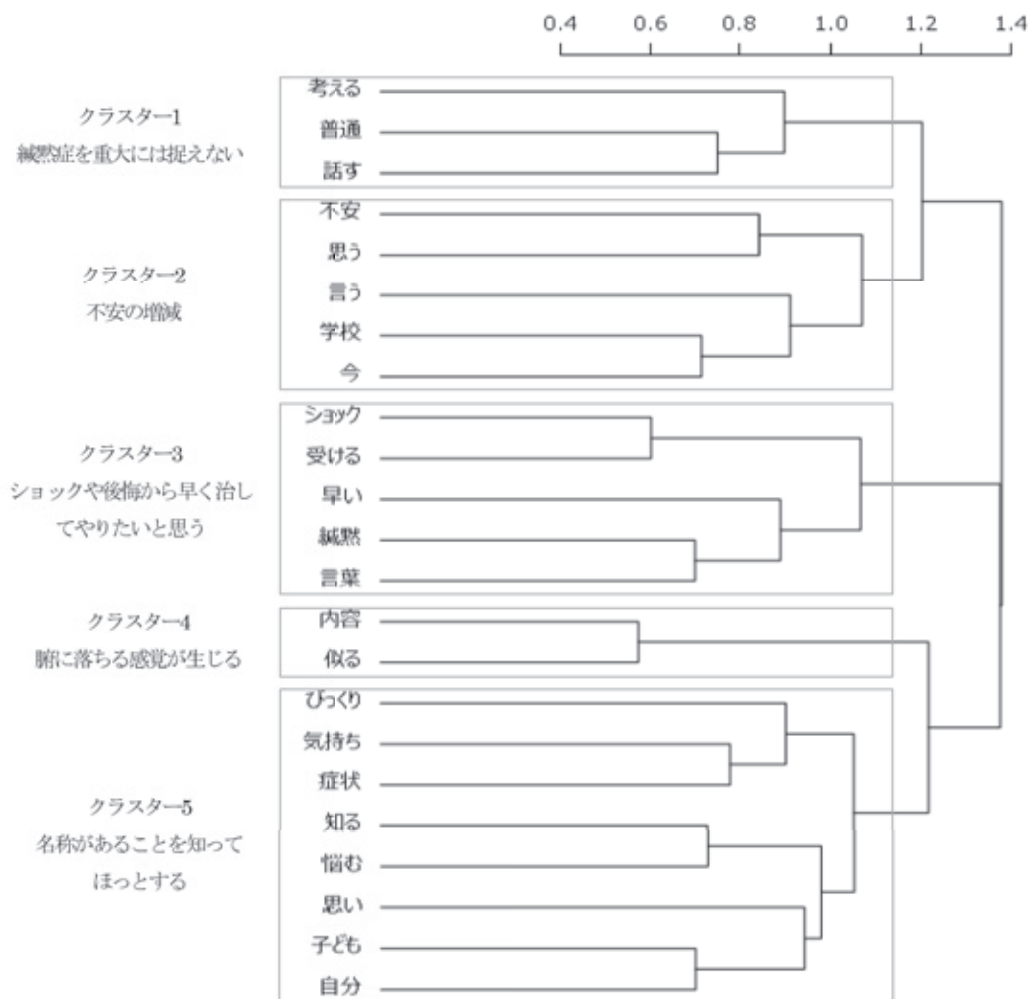


図1 クラスタ分析の結果

図中に示されている長方形の枠が各クラスターを示している。また、枠の横にそれぞれクラスター名を付した。クラスターのまとまりを決める際は、筆者が単語だけでなく、その単語が含まれている回答の内容も確認して行っている。図の上部に布置されている数値がJaccard係数を示している。Jaccard係数とは、集合の類似度を表す指標で、テキストマイニングでは、文章と文章の類似度が距離を表す指標となっている。具体的には、ある2つの語の少なくとも1つが含まれている文章を数え、その後、2つの語の両方が含まれる文章の割合を計算し、割合が大きければ、2つの語はテキストデータの中において、近い関係性にあると判断される。

然とした不安はありました”，“聞いたこともない言葉でしたので将来大人になって1人立ちしていけるのか大変不安に思いました”，“一体なおるのだろうかと不安に思いました”などの記述から抽出された。したがって、緘黙症を知った際の母親は、自身の子どもが緘黙症という障害であることを知って漠然とした不安に襲われることや、我が子の将来や緘黙症が治るのだろうかといった事に

対して不安を生じさせることが考えられた。「言う」、「学校」、「今」といった語は，“今まで「学校で話さない子なんて、この世にこの子しかいないだろう」と思っていましたから、他に多くのこういう子がいることを知り、どうしようもない不安から逃れることができました”，“それまでは私の過保護、甘やかしと言われつづけていただけに少しホッとした気持ちもありました”などの記述

から抽出された。そのため、緘黙症を知った際の母親には、これまでの自身の子育てが問題ではなかったと気づくことで安心する場合もあることが示唆された。よって、【②不安の増減】と命名した。

クラスター3は、「ショック」、「受ける」、「早い」、「緘黙」、「言葉」の5語で構成されているまとまりであった。「ショック」、「受ける」といった語は“そのうち治るだろうと軽く考えていたのでたいへんショックを受けた”、“ただ他の子どもたちよりおとなしくて活発ではないな、とだけ考えていた親にとってはショックだった”などの記述から抽出された。したがって、これまでそのうち治るだろうと考えていたことやおとなしくて活発ではないなと感じていた緘黙者の母親は、緘黙症という名称を知ることでこれまでの認識が変化し、ショックを生じさせることが示唆された。また「早く」、「緘黙」、「言葉」といった語は“もっと早く緘黙症という言葉を知っていたならばと後悔しています”、“わが子がかわいそうになり1日も早く話せるようにしてやらなければいけないと思いました”などの記述から抽出された。そのため、緘黙症を知った際の母親は、我が子が緘黙症であったことにショックを受け、もっと早く緘黙症という言葉を知りたかったと後悔することや、早く治してやりたいといった想いを抱くことも示唆されたといえる。よって、【③ショックや後悔から早く治してやりたいと思う】と命名した。

クラスター4は、「内容」、「似る」の2語で構成されているまとまりであった。「内容」、「似る」といった語は“その内容が子どもによく似ているので「やはり」と思いました”、“記事の内容が子どもの症状とそっくりなので「これだったのか」と、とても複雑な気持ちに”などの記述から抽出された。したがって、緘黙症を知った際の母親は、書籍や雑誌などに記載されている緘黙症に関する内容が我が子の状態と似ており、「やはり」や「これだったのか」と腑に落ちる感覚を生じさせる可能性が示唆された。よって、【④腑に落ちる感覚が生じる】と命名した。

クラスター5は、「びっくり」、「気持ち」、「症状」、「知る」、「悩む」、「思い」、「子ども」、「自分」の8語で構成されているまとまりであった。「び

っくり」、「気持ち」、「症状」といった語は“自分の子どもだけでなく他にも悩んでいらっしゃる方が多勢いることを知り、びっくりすると同時に安心した気持ちに”、“世間にも同じような状態の子がいることを知って気持ちが楽になりました”などの記述から抽出された。したがって、緘黙症を知った際の母親は、我が子だけの問題ではなく、他にも同じような症状を持つピアの存在を知ることによって安心感を得ることが考えられた。「知る」、「悩む」といった語は“緘黙症という言葉があり、そういう子どもがたくさんいることを知って、むしろほっとしました”、“今まで親子共々幼少より悩みに悩んでいた苦しみがはっきりした病名を知ることにより、心のもやもやは少しはとれたような気分になりました”などの記述から抽出された。そのため、これまで何と表現して良いか分からなかったが気にかかっていた現象に、緘黙症といった名称が付与されることで安心感が生じる場合があることも考えられた。また、「思う」、「子ども」、「自分」といった語は“自分の子どもだけがそうじゃなくて他の人の子どもにもいるのだなあーと思いました”、“緘黙の子どもたちのために一生懸命になって研究をしてくださる先生がいらっしゃることを知り、心強く望みが出て来た思いがしました”などから抽出された。したがって、ここからも上述と同様に我が子以外にも同じような症状を持つ者がいることに気づくことが示された。また、緘黙症についての研究が行われていることを知ることで希望を持つといった反応が生じることが示唆されたといえる。よって、【⑤名称があることを知ってほっとする】と命名した。

2. 名称を知ったときの母親の反応

本研究は、場面緘黙という名称を知った際に母親に生じる反応を明らかにすることを目的として行われた。そして、テキストデータの解析によって明らかになった反応は、【①緘黙症を重大には捉えない】、【②不安の増減】、【③ショックや後悔から早く治してやりたいと思う】、【④腑に落ちる感覚が生じる】、【⑤名称があることを知ってほっとする】の5つであった。

親が子の障害を受容していく過程の主要なもの1つに、Drotar et al. (1975) によって提唱さ

れたモデルがある。これは先天性奇形を持つ子どもの誕生に対して、その親の反応を、ショック、否認、悲しみと怒り、適応、再起の5段階に分類したモデルである。また、Blacher (1984) も親の受容過程における文献レビューを行い親が子の障害を受容していく過程を検討している。その結果として、初期の危機反応、持続する感情と反応、適応と受容の3段階にまとめられた。初期の危機反応の段階では、ショック、否認、信じられないといった感情が生起する。これらのモデルから、障害を認知した初期段階の反応としては、ショックや否認、信じられないといった感情が生起することが理解できる。これは、本研究で示された、【③ショックや後悔から早く治してやりたいと思う】というクラスターに示されたショックや後悔を受けるといった結果と一致すると考えられた。

また、発達障害などの目に見えにくい障害の場合、親の障害受容過程は従来の段階理論では説明できない特有の困難さを持つことも指摘されている(桑田・神尾, 2004)。緘黙症もまた、特定場面での発話が難しくなること以外は問題を抱えておらず、家では発話が可能になるため、発達障害と同様に目に見えにくい障害であると考えられる。こうした目に見えにくい障害がある子の親が、自身の子の障害について受容していく過程に関する研究には、山根 (2010) によるものがある。山根 (2010) は、高機能広汎性発達障害を抱える者の母親の障害認識過程を明らかにした。その結果、障害を認知した際に現われる反応には、「不安」、「ショック」、「子への申し訳なさ」、「安堵感」といった4つの体験をすることが示された。これらは、本研究で示された【②不安の増減】、【⑤名称があることを知ってほっとする】といった結果と一致しているといえる。そして、【④腑に落ちる感覚が生じる】と似通っている要素として、広汎性発達障害の母親は「障害の疑いを確信」といった体験をしていることが明らかになっている(山根, 2010)。「障害の疑いを確信」という概念は、「本を読んでいたら、これだと思って。誰が何と言おうとこれが原因だと思った」などと確信めいた体験をすることを指すとされていた。これは本研究で示された“その内容が子どもによく似ているの

で「やはり」と思いました”などが含まれる【④腑に落ちる感覚が生じる】といったクラスターと完全に一致とまでは行かないものの、近い概念であると考えられた。これらのことから、場面緘黙症といった障害を認知した際の母親に生じる反応は、障害を認知した際の親の反応として、一定の妥当性がある結果が示されていると考えられた。

しかし、【①緘黙症を重大には捉えない】のように障害を重大には捉えないといった概念は見当たらず、緘黙者の母親に特有の反応である可能性も示唆された。緘黙者の一等親内には、社交不安や場面緘黙を持つものが存在する傾向があることが明らかになっていることから(Chavira, 2007)、緘黙者の両親またはどちらか一方が過去に子どもと似たような体験をしている可能性が高い。そして、本研究の【①緘黙症を重大には捉えない】を構成する記述には“私も主人も小さい頃は、とても恥ずかしがり屋だったので、あまり大したことと考えず、そのうちに話すようになるのじゃないかと考えました”といった内容が含まれている。これらのことから、緘黙者の親自身の過去の経験による影響が、子どもが抱えている緘黙症という障害を重大な問題として認識することを困難にしている場合があることが考えられた。

3. 緘黙者を持つ母親への情報提供と支援へむけて

これまでの考察から、緘黙者の母親が最初に緘黙症に関する情報に触れた際には、多様な反応が生じることが示唆された。母親の反応が多様であった背景には、子どもの症状やこれまでの経緯とともに最初に接した情報の質に影響を受けている可能性がある。したがって、緘黙の親支援については、まず症状の成立過程や個人差の存在、関連する生理的メカニズムや社会的要因などについて正確な情報提供が必要とされるだろう。しかし一方では、それぞれの反応に応じた継続的な情報提供も必要であろう。多様な反応を示す母親に対して一律の情報提供を行う事は効果的ではなく、それぞれの反応に合わせた段階的な情報提供が求められると考えられる。そこで、以下では、メディアや文献を通して、または教育関係者や医療関係者からの情報提供によって緘黙症を知り、クラスター1からクラスター5までのような反応を示し

ている緘黙症の母親に対する、初期段階での情報提供の在り方を考察していく。

まず、緘黙者の家族には「不安が内在している傾向がある」ということが示されている (Kristensen & Torgensen, 2001)。そのため、緘黙者の家族が不安を抱きやすい気質を持った集団であることが想定される。したがって、初めて緘黙症の情報に触れた際の母親は、不安が増大していることが推測される。こうしたことから、初期段階で多くの情報を提供することが更なる不安を引き起こす可能性がある。そこで、【②不安の増減】反応を示し、不安が増大している場合、緘黙者の母親に対する初期段階の情報提供では、不安の低減を狙いとして、緘黙症の原因や最新の治療方法に関する情報などに絞り、統制した量の情報提供を行うことが求められると考えられる。

次に、緘黙症の母親が緘黙症の情報に最初に触れた際に、ショックや後悔が反応として表出されることが示唆された。また、緘黙症の母親はこれらの反応を示した後に、早く治してやりたいといった反応を示すことが考えられた。そのため、【③ショックや後悔から早く治してやりたいと思う】母親に対する初期段階の情報提供では、上述した緘黙症の治療方法はもちろんであるが、それに加えて、予後や治療経過について、そして、効果的な治療を行えば治療可能な症状であること (Kotrba, 2014) などを含めた情報の提供を行うことが重要であると考えられる。

反対に、不安になるのではなく、【②不安の増減】反応を示し、不安が低減している場合や【⑤名称があることを知ってほっとする】といったように安心感を得ているケースの存在も示唆された。また、これまで何と表現して良いか分からなかったが気にかかっていた現象に名称がつくことで、【④腑に落ちる感覚が生じる】といった反応を示す母親も存在する。腑に落ちる体験は、一般的にうつ症状を維持させる反すうなどの私的言語行動が減少する場合があることが指摘されている (重松・尾形・伊藤, 2020)。そのため、緘黙者の母親に腑に落ちる感覚が生じた場合には、これまで悩んできた緘黙症状についての反すうが停止し、抑うつの程度が改善している可能性が考えられ

た。したがって、上述したクラスター2の不安が増大している場合や、クラスター3の反応と比べた場合、クラスター2の不安が低減している場合やクラスター4、そして、クラスター5のような反応を示す緘黙者の母親は、不安の強さや治療に対する焦りの程度は低いことが考えられる。また、クラスター4とクラスター5の反応を示す緘黙者の母親は、“その内容が子どもによく似ているので「やはり」と思いました”や“世間にも同じような状態の子がいることを知って気持ちが楽になりました”といった記述に表れているように、他にも緘黙症を抱える子ども達が存在することを認知し、安心感や腑に落ちる感覚を得るに至っていると推測される。これらを踏まえると、緘黙症といった障害を知ったことで、安心感を得ていたり、抑うつが改善していたりする緘黙者の母親への初期段階の情報提供では、不安や抑うつが促進される可能性のある治療経過や予後などについての情報ではなく、緘黙症の原因や最新の治療方法に関する情報に加えて、自助グループや親の会など、ピアと実際に交流できる場に関する情報の提供をすることが重要であると考えられる。

最後に、【①緘黙症を重大には捉えない】といった反応を示す母親に対する初期段階の情報提供について述べていく。この反応を示す場合には“私も主人も小さい頃は、とても恥ずかしがり屋だったので、あまり大したこととせず、そのうちに話すようになるのじゃないかと考えました”といった記述に表現されているように、背景として、緘黙者の両親、またはどちらか一方が過去に緘黙症、またはそれに類似する体験をしていたことが影響していることが示唆された。そのため、自身も過去は同じような状態であったがこれまで過ごしてきたといった体験から生存者バイアス (survivorship bias) が生じ、緘黙症はそのうち良くなるものと誤解している可能性が考えられた。そこで、【①緘黙症を重大には捉えない】といった反応を示す緘黙者の母親には、緘黙症の治療を実施することの重要性を伝えるために、緘黙症の影響によって今後、子どもに生じてくる問題や予後についての情報を提示し、これらを予防するためにも早期支援の重要性 (Kotrba, 2014) を

含めた情報提供の実施が求められると考えられる。

しかし、緘黙症支援についての適切な情報が得られない場合や、これからの子育てなどに不安が波及する場合も想定される。こうした場合への対策として、緘黙症に関する適切な情報や、緘黙症などの不安特性がある子どもを育てる際の配慮事項などについての情報を提供するための心理教育プログラムの開発を行うなどの必要性が考えられた。また、場合によっては、家族が不安の対処法を身につけるための支援の実施も重要になると推測された。

4. 研究手法の応用性と限界点

本研究では、研究手法としてテキストマイニングの手法を利用して階層的クラスタ分析を実施した。こうした手法は、言葉の繋がりや出現頻度などに基づいて分析が実施される。そのため、記述の意味内容にまで踏み込んだ分析は困難であるといった限界があるものの、手作業だけでは分析することが難しい多くの質的データを処理することができる。そして、テキストマイニングによって質的なデータを数値に置き換え、それらを基に階層的クラスタ分析を実施することで、同様の文章を対象とするのであれば実施者が誰であっても同様の結果が示されるといった客観性や再現性を担保できるといった有用性がある。加えて、本研究で行ったように、過去の手記などからも分析を行うことが可能である。本研究のような方法論は障害理解や受容研究などにおいても今後応用が期待できると考えられた。

5. 今後の課題

本研究では、山本（1989）によって出版された著作に掲載されている手記を基に分析を行った。その結果、緘黙者の母親が最初に緘黙症に関する情報に触れた際には、多様な反応が生じることが示され、その背景には、子どもの症状やこれまでの経緯とともに最初に接した情報の質に影響を受けていることが示唆された。しかし、本研究の限界点として、分析データが古く、現代は異なった反応が生じる可能性がある。また、状態としては緘黙症に該当するが、緘黙症の診断に関して記載がないものがほとんどであり、実際に全ての対象が緘黙者の母親であったのかを明確にすることが

できていないといった課題も存在する。そのため、今後は診断のある緘黙者を持つ母親に対してインタビュー調査を行うことなどによって詳細な情報を収集し、同様の反応が現代でも生じるのかを検討していくことが求められる。また、診断の記載がないものが多かったことから、緘黙者を持つ保護者はなぜ診断を得に行かないのかといったことも調査する必要があるといえる。

本研究では調査対象が母親のみになっている。冒頭で指摘したように緘黙症の支援では、母親だけに限らず家族に支援に関わってもらうことが重要である。また、家族の役割によって、名称を知った際に生じる反応は異なることも予想される。そのため、母親以外の保護者に対しても名称を知ってどのような反応が生じるのか分析し、家族全体を支援できるように検討を進めていく必要があるといえる。

そして、明らかになった結果を基に、障害を知った際の家族に生じる葛藤や誤解を解消していく方法を考えていく必要がある。そのためには、緘黙者やその家族への介入はもちろんであるが、それだけでなく、誤解や偏見を減らすために、緘黙症といった障害がどのようなものであるか研修や講演を実施することなどによって、社会的な理解や認知度を高めていくといった施策も必要となってくるということが考えられた。

文献

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-5*. Washington, DC and London: American Psychiatric Publishing. 高橋 三郎・大野 裕・染谷 俊幸・神庭 重信・尾崎 紀夫・三村 将・村井 俊哉 (訳) (2014). *DSM-5, 精神疾患の診断・統計マニュアル*. 医学書院.
- Bergman, R.L., Piacentini, J., & McCracken, J.T. (2002). Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41 (8), 938-946.
- Bergman, R. L., Gonzalez, A., Piacentini, J., & Keller, M. L. (2013). Integrated behavior

- therapy for selective mutism: A randomized controlled pilot study. *Behavioral Research and Therapy*, 51, 680-689.
- Blacher, J.(1984). Sequential stages of parental adjustment to the birth of a child with handicaps: fact or artifact? *Mental Retardation*, 22 (2), 55-68.
- Bufferd, S.J., Dougherty, L.R., Carlson, G.A., Bromet, E., & Klein, D.N.(2011). Parent-Reported Mental Health in Preschoolers: Findings Using a Diagnostic Interview. *Comprehensive Psychiatry*, 52(4), 359-369.
- Capozzi, F., Manti, F., Trani, M.D., Romani, M., Vigliante, M., & Sogos, C.(2018). Children's and parent's psychological profiles in selective mutism and generalized anxiety disorder: a clinical study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27, 775-783.
- Chavira, D. A., Shipon-Blum, E., & Stein, M. B. (2007). Selective mutism and social anxiety disorder: All in the family?. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(11), 1464-1472.
- Drotar, D., Baskiewicz, A., Irvin, N.A., Kennell, J.H., & Klaus, M.H.(1975). The adaptation of parents to the birth of an infant with a congenital malformation: A hypothetical model. *Pediatrics*, 56(5), 710-717.
- 樋口耕一(2004). テキスト型データの計量的分析——2つのアプローチの峻別と統合. 理論と方法, 19(1), 101-115.
- 久田信行・金原洋治・梶正義・角田圭子・青木路人(2016). 場面緘黙(選択性緘黙)の多様性——その臨床と教育. 不安症研究, 8(1), 31-45.
- 井原成男・大上良隆・矢沢圭介(1982). 心因性緘黙児に対する行動療法——現実的脱感作法と象徴的モデリングの併用. 行動療法研究, 8 (1) , 36-44.
- 岩本佳世・高橋甲介(2018). 選択性緘黙を示す自閉スペクトラム症児童における通常学級での発話支援——刺激フェイディング法を用いた指導効果. 障害科学研究, 42(1), 43-53.
- 稲浪正充・小椋たみ子・西信高(1994). 障害児を育てる親のストレスについて. 特殊教育学研究, 32(2), 11-21.
- 梶正義・藤田継道(2015). 場面緘黙の出現率に関する基本調査(1)小学生を対象として. 日本特殊教育学会第53回大会発表論文集.
- 角田圭子(2011). 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, 28(6), 811-821.
- かんもくネット(2008). 場面緘黙Q&A. 学苑社.
- 河合芳文・河合栄子(1994). 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.
- 北川憲明・七木田敦・今塩屋隼男(1995). 障害幼児を育てる母親へのソーシャルサポートの影響. 特殊教育学研究, 33, 35-44.
- Kotrba, A. (2014) . *Selective Mutism: An Assessment and Intervention Guide for Therapists, Educators & Parents*. Eau Claire: PESI Publishing & Media.
- Kristensen, H., & Torgersen, S. (2001). MCMI- II personality traits and symptom traits in parents of children with selective mutism: a case-control study. *Journal of Abnormal Psychiatry*, 110(4), 648-652.
- 桑田左絵・神尾陽子(2004). 発達障害児をもつ親の障害受容過程. 児童青年精神医学とその近接領域, 45, 325-343.
- McHolm, A.E., Cunningham, C. E. , Vanier, M. K. (2005). *Helping your child with Selective Mutism*. Oakland: New Harbinger Pubns Inc.
- 河合英子・吉原桂子(訳)(2007). 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.
- Oerbeck, B., Stein, M. B., Wentzel-Larsen, T., Langsrud, Ø., & Kristensen, H. (2014). A randomized controlled trial of a home and school-based intervention for selective mutism : Defocused communication and behavioral techniques. *Child and Adolescent Mental Health*, 19, 192-198.
- 小川素子(1996). ある場面緘黙女児との遊戯療法過程. 心理臨床学研究, 14(3), 353-364.
- 重松潤・尾形明子・伊藤義徳(2020). 認知行動療

法において「腑に落ちる理解」が生じたときには治療者にどのように観察されるのか？——インタビュー調査による検討. 認知行動療法研究, 46(3), 179-189.

高田屋陽子・武田篤(2014). 選択性緘黙の児童への関係性を重視した教育相談の取組——自閉症スペクトラムの教育的アプローチを取り入れた事例的検討. 秋田大学教育文化学部教育実践研究紀要, 36, 81-88.

高木潤野(2017). 合理的配慮から支援計画まで学校における場面緘黙への対応. 学苑社.

山本実(1989). 『学校かん黙』事典——その実像と脱出への相剋. 山本実研究室.

山根隆宏(2010). 高機能広汎性発達障害児・者の母親の障害認識過程に関する質的検討. 家庭教育研究所紀要, 32, 61-73.