

シンポジウム「緘黙の病理・理解・対応」抄録集

平成 29 年 10 月 7 日土曜日

14:40-16:40

座長：金子浩二（かねこクリニック）と清水聖保(医療法人聖心会清水クリニック)

演者：

長尾圭造（長尾こころのクリニック）「選択性緘黙 背景病理とその対応法」

川崎葉子（むさしの小児発達クリニック）「場面緘黙—不安障害で括りきれぬのか—自閉スペクトラム症（ASD）の特性で整理すると見えてくるもの」

新井慎一（尾山台すくすくクリニック）「選択性緘黙児への学校出張プログラムの取り組みについて その効果と限界」

中島洋子（まな星クリニック）「発達障害（ASD）を背景にもつ選択的緘黙」

これまでに経験した連続 33 例（男児 7 女児 26）の選択性緘黙につき、51 項目の特性を調べた。全例共通の要因としては、対人関係での「恥ずかしい感情」と対人不安により、過緊張状態にある。これに、他の要因が付加することにより、下位分類らしきものが生じる。

1. 知的障害を伴う選択性緘黙： 6 例（男女比 2：4）

知的障害の程度は軽度知的障害であった。緘黙の程度は、学校場面だけではなく、特定の人物・状況でもある。症状の出現時期は、就学前からの発症が多い。きっかけはないことが多いが、トラウマになる出来事があると、それ自体をトラウマ化しやすい。情緒特性としては、幼児期の人見知りが多く、幼児期では母親へのしがみつき（clinging）がみられるが、特に強い不安や甘えが多くはない。強い情動性は約半数に見られた。行動特性は、能動的態度や積極性に乏しい。意思決定の仕方は、時間がかかるか、基本的に乏しい。癩癩は発達的なものがあるが、それさえ、出せない状態に抑圧されているようである。基本的なメカニズムとしては、対人関係の過緊張に加え、物事に“気後れ”してしまい、話すことができないように見える。

2. 知的には平均以下で、社交不安がある選択性緘黙： 8 例（男女比 0：8）

3. 平均以上の知的能力がある選択性緘黙： 7 例（男女比 3：4）

4. トラウマをきっかけとして話せなくなった選択制緘黙：2 例（男女比 0：2）

5. うつ状態に伴う選択制緘黙： 10 例（男女比 2：8）

この 10 例中 2 例（男児 1、女児 1）が、経過中に亜急性にそう転じた。多弁になり調子いいですと言う、アルバイトに行き出すなどの変化を来した。しかし、2-3 カ月程度しか長続きせず、再度、うつに転じた。

対応法：したがって、対応法としては、一人の子どもに、いくつかの異なったアプローチをその都度、組合せるテイラーメイド治療が必要となる。治療法としては、周囲の人への病態メカニズム理解（防衛しているが本当は話したいと思っていること）と非指示的対応依頼、園・学校での保護的環境確保、本児に対しては自尊感情を高めるための”いいところ探し”セッション、アートセラピーなどパラバーバルセラピー、一般的支持療法、ストレス発散/カタルシス療法、緘黙児同士のダイアッド/集団療法、うつ状態にはうつ病の精神療法、特に環境調整法（例えば劣等感回避のため特別支援学校での教育機会、優しい感じの友達を近づけてやる、担任希望をお願いする、など）、薬物療法（緊張低下に抗不安剤、うつ状態には抗うつ剤、など）を、組み合わせ、長期フォローすることが、臨床対応となる。

場面緘黙—不安障害で括りきれぬのか—自閉スペクトラム症（ASD）の特性で整理すると見えてくるもの

川崎葉子,猪野民子,坂井和子,石田理恵,村上公子,四宮美恵子,櫻田晴美,三好身知子
むさしの小児発達クリニック

場面緘黙の罹病率は0.03～1%と低率とされているが、医療、教育の臨床現場では必ず出会う障害である。DSM-5では不安障害に分類されることになった。精神科の症状では大なり小なり不安が付きまとうものであるが、実際緘黙の例でみると、必ずしも一義的に不安で緘黙する、と片付けられるものではないと感じる。不安障害であるなら生じやすい不登校になるのは一部のみである。また集団は「楽しい」との発言もある。

発達障害の臨床場面では自閉スペクトラム症（ASD）の子どもたちにも場面緘黙が併発する。そこで、本シンポジウムではASD特性を念頭に場面緘黙例の臨床特徴を整理し、それをもとに医療、教育の現場での対応について再考することを目的とする。

むさしの小児発達クリニックを受診した場面緘黙の41名について情報を整理した。41名は男子19名、女子22名、初診時年齢は平均6歳8か月、調査時平均年齢12歳5か月であった。主訴は場面緘黙の場合はむしろ少なく、発達の問題の方が多かった。41名中ASDの診断に該当したのが34名（男子16名女子18名）であり、残る7名には疑診されるも確定診断には至らないものもあった。これは、当院の受診者のうち正常知能、境界知能、軽度遅滞のASD2152名（男子1759名、女子393名）でみると、男子は0.91%、女子は4.6%となった。緘黙顕現時期は生来、幼児期、小学校入学頃がほとんどであったが、一部小学校入学以降、中学、高校というものがあつた。言語遅滞や知的障害は過半数にみられた。不安の代表格である不登校は1/4にとどまつた。緘黙例の中には理由を言語化する例がある。その話も取り上げる。ASDの特性が場面緘黙が生じやすい背景にある、という観点から話を進めたいと思っています。

選択性緘黙児への学校出張プログラムの取り組みについて その効果と限界

新井慎一（尾山台すくすくクリニック）

2006年5月にクリニックを開業して以来、2016年12月までに受診した初診患者が3799人（男性2668人、女性1131人）いるが、その中で選択性緘黙と診断された患者は140人（男性65人、女性75人）であった。全体からの比率でいうと3.7%（男性2.4%、女性6.6%）であった。

当クリニックでは、選択性緘黙の治療をクリニックという場所で行うには限界があると考え、カナダのマクマスター小児病院で行われている選択性緘黙への治療プログラムを『Helping your child with selective mutism』（A.E.McHolmら著、2005年、日本語訳『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）を基にして、2007年から行っている。2016年12月までに43人の患者に計45回行っている。そのプログラムの概要は、その子が通う保育園、幼稚園、小中学校を主治医が訪問し、保護者、担任教師（学校により、管理職や養護教諭、SCも参加）と共にその子が過ごす教室を会場に、約1時間の会議を行っている。事前に保護者と担任教師にその子の安心レベルや会話状況のチェックシートを記入してもらう。当日はまず心理教育として選択性緘黙についての説明を主治医から行い、その後チェックシートを基に子どもの状態を共有する。そしてその子が話しやすい、緊張しにくい順に人、場所、活動についてのリストを作成する。最後にその人、場所、活動のリストを統合させ、子どもが段階的に話しやすくなる状況を共有する。それを基に担任教師は学校場面で、より子どもが話しやすい状況をさりげなく作り、保護者も友達や習い事をうまく利用しながら、話せる人、場所、活動を広げていく。マニュアル通りだとその会議を定期的に行わなければならないが、今のところ一回のみ会議を行い、その後は通院の時に情報交換をし、家や学校での対応について助言を行っている。

このプログラムを行い、一年間でかなり話せる場面が増え、既に通院の必要がなくなっているケースもあれば、現在も緘黙の状態が大きく変わらず、通院を継続しているケースもある。今回はいくつかの症例も紹介しながら、改善しやすいケースと改善しにくいケースの違いや、この治療プログラムの利点と限界について紹介できればと考えている。

発達障害（ASD）を背景にもつ選択的緘黙

まな星クリニック、 中島 洋子

当院は発達障害幼児に対する早期療育の機能を持っているため、地域の保健所検診や児童相談所などからの紹介が多く、初診患者のうち幼児期受診例が 65%を占める。

今回は、H24年1月からH28年12月までの5年間に受診した選択的緘黙26人を対象に、ASDと緘黙の状況について分析してみたところ、緘黙児の男女比は、男12、女14。初診時年齢では、幼児は14例（男8、女6）で半数以上を占め、小学生7人（男2、女5）、中学生以降は5人（男2、女3）であった。

発達障害との関連では、家庭ではよく喋るとされた子どもについても、相談経過の中でよく聞くと、全例に相互的対人関係および社会コミュニケーション機能の弱さが認められ、また8割にこだわりや感覚過敏があった。全例にイマジネーションの弱さによる柔軟性欠如を認め、ASDまたはPDDNOSに該当と診断した。言語発達の遅れを伴ったのは12人で、知的水準は、知的障害域11人、境界域9人、正常域6人であった。

不安症状は全例に認めた。他者から意志表示や社会的関わりを求められる場面での過度の不安や不快反応、または見通しがもてない状況での不安など、状況依存的に不安が出現する傾向があった。乳児期に泣き出すと止まないなど不快情動が出やすいHigh-sensitivityが見られたのは8例であった。乳児期後半の強い人見知りがそのまま幼児期の強い母子分離不安に以降したのは13例、乳児期には人見知りがなく3才頃から母親不在の場面で不安が強まったのは5人であった。ほぼ全員母親への依存的行動が認められた。

発症年齢では、幼稚園時代に緘黙が認められた幼児期発症は17人、幼児期にはそれなりに喋っていたが小学生になり発症は6人、中学・高校では3人であった。幼児期発症例も含め、加齢とともに緘黙が重症化した例では不安障害の併存が多かったが、一部はASD児の思い込み行動の増悪が関係していると考えられた。不安や過敏症状には薬物療法の効果が認められたが、不安が改善すると家族判断の中断に至る例が多かった。

26例をまとめると、もともとのASDによる社会コミュニケーションの弱さに加えて、社会性を求められる状況において、不安や不快刺激を回避する手段として「喋らない行動様式」が始まり、度重なる不安・不快刺激で強化され定着したのが緘黙ではないだろうか？

緘黙の病理は複雑で多様性があるが、ASDにおける緘黙の背景には、社会的状況への対応力が弱く柔軟性がないこと、社会コミュニケーションが苦手であること、加えて不安や不快場面での感情処理が困難であることが、その特徴であろう。

ASDに伴う緘黙の事例は、ASD優位タイプ、不安障害悪化タイプ、混合タイプに分類できる印象がある。不安問題には医療の役割も大きい。当日は、クリニックの役割や、幼児期支援の問題点についても報告してみたい。