

選択性緘黙に関する研究動向： 臨床的概念の変遷を踏まえて

目白大学人間学部 青柳 宏亮
目白大学人間学部 丹 明彦

【要 約】

選択性緘黙（SM）は、特定の場面や状況において話せない状態が継続する子どもの行動問題であるが、症状の程度やその臨床像は多様である。SMに関する初期の概念は、主に事例研究によって、発話への抵抗や反抗性といった特徴が強調されてきた。しかし、近年になって、多くの記述・比較研究によってSMは不安関連疾患として位置づけられるようになり、DSM-5において「不安症群／不安障害群」に含まれることとなった。本研究では、DSM-5においてSMの中核概念となった社交不安を軸に、SMの臨床的概念を明確化し、わが国における今後の研究課題について検討を行った。

キーワード：選択性緘黙；不安障害；社交不安

1. はじめに

選択性緘黙（selective mutism, 以下SMという）は、話す能力にはほぼ問題がなく、家庭などでは話すのに、学校や幼稚園といった話すことが求められる特定の場面や状況で話せない状態が続く行動問題のことをいう。発話だけではなく動作が抑制される子どもから、うなずきや素振りは可能な子ども、音読ができる子ども、一方で特定の友人や日常生活場面から離れた初対面の人とは話せる場合がある子どもなど、その臨床像は実に多様である（角田, 2011）。行動面や学習面で問題をもつことは少ないため、単なる人見知りや恥ずかしがり屋と認識されることが少なくないが、それらとの大きな違いは、その症状が極端に重く、また適切な介入がなければ改善せず、社会的適応に大きな問題をきたす点である。

SMに関する研究は古くからなされてきているが、わが国で1970年代までに盛んに議論された主張を概括すると、以下の8点にまとめられる。

1) 神経症的症状である。

2) 家族遺伝要因がしばしばみられる。

3) 環境が重要な要因であり、特に強い母子依存関係が存在し、早期幼児期段階への固着がみられる。

4) 言語発達期における外傷的体験が発症に大きな役割をもつ。

5) 過敏、臆病、恥ずかしがり、頑固などの性格特性が共通する。

6) 発症は4-6歳に多く、入園や入学が発症の契機になることが多い。

7) 知能は正常から軽度の遅滞まで多様である。

8) 治療には困難を伴うが、予後は良好である。

しかし、これらは研究者によって一致しているわけではなく、子どもの置かれている状況や背景、症状の程度にはかなりの差があり、一概に論じるのは難しい（青柳・丹・菅谷, 2013；丹, 2014）。

米国の精神疾患診断マニュアルDSM-III-R（American Psychiatric Association, 1987）までの定義では、SMは“反抗し、意図的に発話を

拒否する”という仮説に基づいてelective mutismという名称がつけられていたが、DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994)以降では、子どもが特定の場面(select context)に遭遇したときに発話が抑制されるという特徴が強調され(Viana, Beidel, & Rabian, 2009), selective mutismに名称が改められることとなった。

しかし、近年、多くの研究においてSMを不安障害の症状または、その派生型として特徴づけられるかについて検討がなされるようになった。2013年5月に発表されたDSM-5 (American Psychiatric Association, 2013)では、診断基準の内容そのものは、DSM-IV-TRと変わらないが、新たに「不安症群/不安障害群」として位置づけられるようになった。また、DSM-5において、SMは比較的まれな障害で、小児科における生涯有病率に関する疫学調査の診断範疇に含まれておらず、有病率は0.03-1%の間であるとされている(山村・内山・加藤・杉山, 2014)。しかし、山村他(2014)が指摘するように、SMは、実際の教育や臨床の場でしばしば遭遇する病態(行動問題)である。SMが発症していたとしても、その児童は学校で大きなトラブルもなく、家庭では普通に話すため、教師や親の問題意識は低く、他に大きな問題がない限り見過ごされやすい。よって、選択性緘黙児の発症率は予測の値よりも、多く見積もる必要があると考えられる(青柳他, 2013)。また、松岡(2002)が指摘するように、予後を楽観視することはできず、症状が継続している間に生じる二次的問題は、話すこと以外にも多様で重大である。

わが国では、1950年代から1970年代にSMの概念や病因論について多くの研究がなされてきたが、その後の研究は数少なく、初期のまま大きな変化や発展はない(角田, 2011)。よって、その理解に関しても諸外国と比較して、十分に議論がなされていないのが現状である。

以上から、本研究では、DSM-5においてSMの中核概念となった社交不安障害を軸に、主に国外における理論的理解の変遷を辿りながら、SMの診断基準や有病率、病因、治療の現状など、SMについての臨床的概念を明確化し

た上で、わが国における今後の研究課題について検討することを主要な目的とする。

2. 疾病概念の変遷

この症状は、Kussmaul (1877)がAphasia voluntaria (voluntary mutism: 随意性失語症)と記したことにはじまり、その後、Tramer (1934)によってElectiver Mutismus (elective mutism: 選択性緘黙)と称された。これらの用語は、子ども自身が、話さないことを随意的、任意的、意図的に“選択している”ことを想定している。実際、初期の事例研究では、SMをもつ子どもの特徴として、操作的または支配的、否定的、頑固、攻撃的といった挑戦的で反抗的であることを強調した論調が多くを占めていた(Sharp et al, 2000)。しかし近年、SMをもつ子どもに顕著な自律神経系の機能変化がみられること(松岡, 2002)や、緘黙場面において言葉だけではなく笑いや遊び、食事、排泄といった非言語行動も抑えられる傾向があることが見いだされている(河井・河井, 1994)。これらのことから、voluntaryやelectiveという語から連想されるような随意性、任意性や話すことへの抵抗といった子どもの意志を前提としたものではなく、“特定の状況(select situation)” (Dow, Sonies, Schneib, Moss & Leonard, 1995)で緘黙が生じることを意味した“selective mutism”という用語が採用されるようになった。一方で、ICD-10 (World Health Organization, 1992)では、話すことや治療への抵抗という観点が残されており、elective mutismという診断名が使用されている。

以上のように、SMの名称や分類に関して多くの研究者らにより一世紀以上に渡って検討がなされてきたが、依然として多くの混乱が存在する(Sharp et al, 2007)。この混乱は、第一にSMの病態や状態像が多様なために、研究者によって、脆弱な自我を守るための防衛反応とする精神力動的要因(牧野, 1987)や、親の精神的不調、家族間の強い軋轢、不十分な養育環境(過保護な母親・懲罰的な父親)といった家族要因(Hayden, 1980)、神経発達の要因(Steinhausen et al, 1996)など、さまざまな要因がSMと関連づけられてきたことによると考

えられる。第二に、SMの特徴を総合的に評価するような、疫学的・実証的研究を欠いてきたことがSMへの理解を阻んできたことが挙げられる(Sharp et al., 2007)。従来のSMの状態像である、話さないことへの随意性や任意性、頑固さや反抗性、操作性などの特徴は、事例研究により導き出された仮説であり、実際、SM児が意図的に話さないことを示す明確な科学的根拠はないことが示されている(Dummit, Klein, Tancer, Ashe, Martin, & Fairbanks, 1997)。こうした背景のもと、SMは、DSM-IV-TRまで、「幼児期、小児期、または青年期の他の障害」(American Psychiatric Association, 2000)という曖昧なカテゴリーに分類されていた。

近年、実証的研究の進展に伴って、SMと社交不安障害との間には強い関連が示され、①不安や内気と関連する症状を示す、②社交恐怖(社交不安障害)が高率で併存する、③不安障害に有効な薬物療法が効果を示す(Dummit, Klein, Tancer, Ashe, & Martin, 1996)、④家族内で社交恐怖などの不安障害が高率で生じる、などを根拠にして、SMを不安障害として分類すべきだという主張がなされてきた(Anstendig, 1999; Sharp, Sherman, & Gross, 2007; Keeton & Budinger, 2012)。

3. DSM-5における分類・診断基準

SMは、特定場面における発話の有無が明確であり、その症状パターンが持続的で一貫していることが特徴である(Table 1)。前述のように、DSM-5からSMは、「不安症群/不安障害群」のグループに分類された。これにより、言語症、語音症(以前は音韻障害)、小児期発症流暢症(吃音)、または語用論的(社会的)コミュ

ニケーション症などによってうまく説明される発語の障害とは区別された。また、自閉スペクトラム症、統合失調症および他の精神病性障害、また重度の知的障害といった社会的コミュニケーションに問題を生じやすく、社会的状況に応じて適切に話すことができない場合は、これらの診断が優先されることとなった。近年の国内外の研究では、SMと自閉スペクトラム症や軽度の知的障害の併存を示唆するものもある(Kristensen, 2000; 渡部・榊田, 2009)。この場合、SMはこれらの二次的症狀として考えられ、不安障害としてのSMとは特性が異なる。よって、状態像の鑑別が重要となるが、専門家でも鑑別には困難を伴うことが多い(渡部・榊田, 2009)。

4. 有病率と好発時期

初期の疫学的調査では学齢期の1%未満の児童が診断基準を満たすと報告されている(河井・河井, 1994)。正確な有病率に関しては現在も議論が続いているが、SMはまれな障害であり推定値は概ね0.03-0.2%とされている(Sharp et al., 2007)。米国での調査では、Brown & Llyod (1975)によると、5-6歳の児童の内0.03%が該当すると報告しているが、その一方でKolvin & Fundudis (1981)は、7歳児において有病率を0.08%と報告している。より最近では、スウェーデンにおける調査で学齢期の児童の0.18% (Kopp & Gillberg, 1997)、フィンランドでは0.2%という結果となっている(Kumpulainen, Rasanen, Raaka, & Somppi, 1998)。

わが国の研究では、有病率は0.2%前後から多くても0.5%以下とされている(加藤, 1989)

Table 1 選択性緘黙のDSM-5における診断基準 (APA, 2013)

-
- A. 特定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。
 - B. その障害が、学業上、職業上の成績、または対人コミュニケーションを妨げている。
 - C. その障害の持続期間は、少なくとも1カ月(学校の最初の1カ月だけに限定されない)である。
 - D. 話すことができないことは、その社会的状況で要求されている話し言葉の知識、または話すことに関する楽しさが不足していることによるものではない。
 - E. その障害は、コミュニケーション症(例:小児期発症流暢症)ではうまく説明されず、また自閉スペクトラム症、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。
-

(Table 2)。有病率のばらつきは、調査法、診断基準、地域差や時代差、対象児の年齢差などに加えて、Viana et al (2009) が指摘するように成因論やアセスメントなどに関する包括的かつ均一の理論が不足しているためであると考えられ、厳密な有病率について議論することは難しい。また、わが国の研究の実情として、調査時期が古く、全国レベルでの実態調査が行われていない点が挙げられる。

性差に関する研究では、わずかに男児より女児が多いことが見出されており (Kumpulainen, 2002; Standart & Le Couteur, 2003)、その比は1:2.6から1:1.5とされている (Steinhausen & Juzi, 1996)。

SMは、一般的に子どもが入園や就学に達するまで発見されないことが多い。実際、子どもが治療を受け始める年齢と入園や就学する時期との間に時間差が生じることが指摘されている (Ford, Sladesczek, Carlson, & Krochwell, 1998; Kumpulainen et al., 1998; Standart & Le Couteur, 2003)。SMをもつ親は、その子どもが幼少期に極度の恥ずかしがりであったり、または引っ込み思案であったことを報告する傾向がある (McHolm, Cunningham, & Vanier, 2005; Russel & Cohn, 2012)。SMは、行動の緩慢さや内向的な気質と関連づけられてきているが、こうした行動抑制的側面は、発症の前兆

を示唆するものと考えられる (Ford et al., 1998)。最近の疫学的研究では、SMの好発年齢は2.7-4.1歳と推定され、5歳以前に発症しやすいことを示している (Gidden, Ross, Sechlet & Beeker, 1997; Russel & Cohn, 2012)。

SMの発症率は、一般的に成人よりも子どもの方が高い (Kumpulainen, 2002)。成人のSMはまれであるが、発話の抑制は成人の社交不安によくみられる症状である (Garcia, Freeman, Francis, Miller, & Leonard, 2004)。よって、Garcia et al. (2004) が指摘するように、成人におけるSMの少なさは、成人が子どもに比べて容易にまわりの環境を制御し、話すことを求められる状況を回避しやすいためと考えられる。その一方で、緘黙症状が見かけ上で改善されたとしても、その個人は、青年期や成人期に至るまで対人恐怖や社交不安といった症状を継続してもつことが多い (Joseph, 1999)。児童期にSMと診断された41名の若年成人の追跡調査において、全体の60%が自尊心や自立、業績、社会的コミュニケーションスキルなどにおいて困難を抱え続けていることが報告されている (Remscmidt, Poller, Herpertz-Dahiman, Hannighausen, & Gutenbruner, 2001)。

5. 近年の海外研究におけるSM概念

SMについての多くの記述・比較研究により、

Table 2 選択性緘黙の有病率に関するわが国の調査研究

調査者	調査対象と人数	SMの数 (有病率)
内山 (1959)	群馬県前橋市全小学校児童 24,245名 男児 12,279名 女子 11,966名	46例 (.19)
東畑・藤掛 (1967)	但馬地区小・中学校 155校の児童・生徒 35,715名	137例 小学校 (.44) 中学校 (.29)
深谷・伊藤・松崎・野田 (1970)	東京都内全公立幼稚園園児 (無作為抽出) 5,950名	28例 男児 (.46) 女子 (.48)
村本 (1983)	上川管内公立小・中学校 全児童生徒 小学校 43,713名 中学校 22,026名	21例 小学校 (.027) 中学校 (.041)

SMと不安障害（社交不安障害）が密接な関係にあることが示唆されている（Table 3）。Kristensen（2000）は、SM児の74.1%が、DSM-IVにおける不安障害の診断基準に合致することを示している。これに関連してBlack & Uhde（1995）は、SM児30名の内、97%が社交恐怖か回避性障害またはその両方に罹患していることを示している。Dummit et al.（1997）

は、SM児50例に対して、Diagnostic Interview Schedule for Children（DISC）と親からの評価及び自己評価を用いた査定結果から、すべての症例が社交恐怖または回避性障害の診断基準を満たすことを報告している。また、その内の47%が、分離不安障害や特定の恐怖症を含むその他の不安障害の診断基準を満たすことを示した。Steinhasen & Juzi（1996）は、100例の

Table 3 SMと社交不安の関連を示す記述・比較研究から得られた結果の概要

研究者	研究デザインと対象	結果の概要
Steinhausen and Juzi (1996)	<ul style="list-style-type: none"> 記述研究 100例のelective mutismの子ども 	<ul style="list-style-type: none"> 非常に高頻度で重複診断がなされている 内気や不安、その他の内面化された問題が最も共通する特徴である
Dummit et al. (1997)	<ul style="list-style-type: none"> 記述研究 50例のSMの子ども 	<ul style="list-style-type: none"> すべての症例が社会恐怖または回避性障害の診断基準に合致 その内の47%が他の不安障害の診断基準に合致
Ford et al. (1998)	<ul style="list-style-type: none"> 記述研究 SM既往歴のある153名（2-72歳） 	<ul style="list-style-type: none"> SMと不安障害の関連を示唆 緘黙状態に加えて、特異な発話行動（頻度、大きさ、自発性が通常より低い）がみられる
Kristensen (2000)	<ul style="list-style-type: none"> 比較研究 SM群54名、対照群108名 	<ul style="list-style-type: none"> SM群の74.1%が不安障害の診断基準に合致（対照群：7.4%） SM群の46.3%が不安障害と発達障害／遅滞の両方の診断基準に合致（対照群：0.9%）
Bergman et al. (2002)	<ul style="list-style-type: none"> 比較研究 SM群12名、対照群12名 	<ul style="list-style-type: none"> 社交不安と内面化症状がSM群で有意に高い 6ヶ月間のフォローアップ後も、SM群で発話行動や社交不安の程度の改善がみられにくい
Manassis et al. (2003)	<ul style="list-style-type: none"> 比較研究 SM群14名、社交恐怖群9名 	<ul style="list-style-type: none"> 保護者による不安に関する質問紙への回答結果に有意差はない SM群で発話音声の識別得点が有意に低い
Cunningam et al. (2004)	<ul style="list-style-type: none"> 比較研究 SM群52名、対照群52名 	<ul style="list-style-type: none"> 親と教師の報告で、SM群の方が不安傾向が強い SM群の方が、強迫症状や身体的不調の訴える頻度が多い
McInnes et al. (2004)	<ul style="list-style-type: none"> 比較研究 SM群7名、社交恐怖群7名 	<ul style="list-style-type: none"> 親と教師による質問紙回答で不安、非言語性認知、受容性言語の程度に有意差はない SM群の方が話し言葉が短く簡略
Yeganeh et al. (2006)	<ul style="list-style-type: none"> 比較研究 SM群21名、社交恐怖群21名、対照群21名 	<ul style="list-style-type: none"> 自己報告で社会不安の程度は、社交恐怖群と有意差はない 医師によって、SM群の不安の程度を社交恐怖群より有意に高く評定

elective mutism児（ICD-10の診断基準に基づく）について、elective mutismとそれに関連する問題を査定するための標準的な質問紙（例：発症前の発話／言語の問題；行動的問題）及びChild Behavior Checklist（CBCL）（Achenbach, 1991）を用いて、その発達の特徴、臨床像、背景要因について検討している。その結果、85%の子どもが内向的であり、かつ66%が顕著な不安症状（例：分離不安）を示したと報告している。

また、SM児の遺伝的リスク要因についての研究もなされており、SM児の近親者は、一般の集団よりも不安障害の既往率が高いことが報告されている（Kumpulainen, 2002）。Black et al.（1995）は、SM児の70%の親が社交恐怖、37%がSMの既往歴があることを見出している。

Kristensen（2000）は、SM群54名と対照群108名に対して、行動問題についての質問紙調査を親、教師、子ども本人に行い、子どもの内面化／外面化問題についての比較研究を行った。結果として、親と教師の両方の評価で、SM群の方が内面化された問題を有意に高く評価されたと報告している。また、外面化された行動問題の評価水準はSM群において低く、SM児のみが行動問題を示すという結果は見出されなかったと報告されている。同様の方法で、Cunningham, McHolm, Boyle, & Patel（2004）は、親と教師に質問紙調査を行い、SM群52名の方が対照群52名よりも不安、強迫、身体的不調の訴えの度合いが高いことを示している。また、SM群において、SM児の注意欠如・多動性障害（AD/HD）や反抗挑戦性障害（ODD）、素行障害（CD）といった外面化された問題の出現率は、対照群と比べて差がなかった。

以上の知見をまとめると、SM児は不安関連障害に高い親和性をもつ一方で、従来指摘されてきたような家庭や学校場面における反抗的な行動の頻度はかなり少ないことが実証的に示されている。Cunningham et al.（2004）は、家庭場面において強迫行動をみせるSM児もいるが、家の外ではそれが抑制される傾向があること、家庭と学校場面の両方においてSM児の反抗的行動が観察される頻度、は一般的な子ども

と同程度であることを述べている。音韻障害や受容／表出言語障害、自閉症スペクトラムといった神経発達の障害の影響も検討されているが（Kolvin et al., 1981；Steinhausen et al., 1996；Ford et al., 1998；Kristensen, 2000）、SMを社交不安のサブタイプとして位置づけると、発達領域における脆弱性との複合体として概念化できると考えられる。

6. 治療・支援の現状

SMには不安障害に効果的な治療方略が適用されてきている（Sharp et al., 2007）。特に、随伴性マネージメントやシェイピング、刺激フェイディング法、系統的脱感作、セルフモニタリングといった行動療法的アプローチが効果的な治療法とされている（Richburg & Cobia, 1994；Standart & Le Couteur, 2003）。認知行動療法もSMの治療に応用され始めているが、取り組みはまだ始まったばかりである（Cohan, Chavira & Stein, 2006）。米国では、学校を基盤にした行動・認知・家族・精神力動的アプローチを組み合わせた多面的療法も効果を上げているが、治療の決定因については実証的に明らかにされていない（Busse & Downey, 2011）。

わが国においては、遊戯療法と行動療法のいずれかによるアプローチの方向性がここ50年間ほとんど変わっていない現状がある（矢澤, 2008）。一方で、個別の心理療法だけではなくコミュニティを対象にした予防的アプローチも検討され始めている。保育園・幼稚園・小学校等の集団生活を初めて経験する幼児・児童のSM発症を予防するためには、保護者と園・学校との連携・協力が必要となる。SMは、発話や自己表現に対する極度の不安を主症状とする不安障害であるため、予防、早期発見、早期対応には不安の測定が不可欠である（藤田・浜田, 2014）。藤田・浜田（2014）は、予防の第一段階として、入園・就学前に社会的不安を測定する尺度を実施し、結果が高かった子どもに対して、園・学校の協力のもと新しい環境に慣れさせる準備をすることを推奨している。また、SM予防マニュアルを使用して、通園・通学や想定されるストレス場面の対処のリハーサルを行い、同時に園・学校側と他の保護者に配慮と協

力を仰ぐという方法が挙げられている。SMが発症した場合には、①緘黙行動に影響する環境のアセスメント（例：SM児の発話頻度のチェック、行動観察）、②園・校内支援チームの編成と話し合い、③具体的支援（例：座席位置への配慮、授業中の発話や意思表示を強制しない、緊張を喚起しない交友関係構築への配慮、担任交代や進学時の引き継ぎの徹底）といった早期支援プログラム（藤田・浜田，2014）が挙げられている。また近年では、主に不安障害の治療で効果が実証されている、SSRIやクロミプラミンを用いた薬物療法も使用されている（Dummit et al., 1996；Krysanski, 2003；山村他，2014）。

これらのアプローチの有効性は、主に事例研究の蓄積から説明されているが、丹（2014）が述べているように、SMといっても、子どもの状態は多様であるため、対応は常にオーダーメイドとなる。事例研究の蓄積によって得られた知見から、一定の治療マニュアルを確立し、それによって最低限度必要な治療の水準を確保した上で、SM児それぞれの生育環境、知的能力、情緒発達などに合わせた治療の適用が望まれる。

7. わが国における今後の研究課題

SMをもつ子どもは一般的に、学校や社会的環境において、SMを発症する以前に、恥ずかしがり、行動抑制、引っ込み思案、社交不安などの特性をもっていることが示唆されている。特にこれまでの研究で、恥ずかしがりや行動抑制的気質をもつ子どもは、不慣れな状況に直面したときに口を閉ざし、内に引きこもりやすくなることが示されており、このことは、SMに相似する症状を呈していると考えられる（Ford et al., 1998）。これまでの比較研究などの報告から、SMと社交不安には、行動抑制やアイコンタクトの乏しさ、寡黙といった多くの診断的類似性がみられることが示唆されており、SMと社交不安を個別の診断として捉えるのではなく、SMを社交不安のサブタイプとして捉えた方が臨床的に有用であると考えられる。先に述べたように、わが国のSMに関する研究では1970年代以降、その臨床的概念について十分に

議論がなされてこなかったが、国外の研究から得られた知見を踏まえた上で、わが国における研究課題を挙げていきたい。

- (1) 過度の不安や内向性を呈するSM児に対する親や養育者に共通する懸念は、その子どもが友人や同級生と適切な関係性を構築できるかという点である（Sharp et al., 2007）。実際、児童期の過度の不安の高さは、その後の社会的機能の発達を阻害することが示されている（Wood, 2006）。一方で、Cunningham, McHolm, Boyle & Patel (2004) は、SM児は全体として社会的アサーション尺度の得点が低い傾向があるが、実際にいじめといった被害を受けているのはわずか5%程度であることを報告している。こうした、SMが社会的・情緒的適応に与える影響に関する研究も今後更に必要だと考えられる。例えば、SM児と緘黙のない恥ずかしがりや内向的な子どもでの、社会的関係性の構築と維持における違いを検討する必要がある。
- (2) SMは反抗的な行動ではなく、内的な恐怖反応として概念化できると考えられる。社交不安に対する生物学的及び環境的な脆弱性をもつ子どもで、発話や言語または発達の問題を同時に抱えている場合、SMを発症しやすいことを示唆している（Anstendig, 1999）。しかし、SM児には、神経発達の精査が必要な複雑型と、社交不安を主症状とする純社交不安型がいるとされるが（Elizur & Perednik, 2003）、他の障害との関係性は明確にはなっていない。こうしたSMと他の障害の併存や鑑別についての研究の蓄積が求められる。
- (3) DSM-5において、SMが「不安症群／不安障害群」に含まれることになったことは、SMを社交不安のスペクトラムとして捉える昨今の臨床的概念と合致させることができたといえよう。また、この分類により、SMの発症やSMをもつ子どもの行動的特徴の発生過程に関して直接的に調査することが可能になったと考えられる。例えば、より早期の児童期に発症したSMは、その後に深刻な社交不安を示すという仮説が検証されている（McInnes, Fung, Manassis, Fiksenbaum, &

Tannock, 2004)。また、言語能力に関連する困難さがSMを発症する重要なリスク要因であることを考えると、発話パターンや言語能力の欠損などがSMの発症や症状の継続にどのような影響を与えるのかを検討していく必要があると考えられる。加えて、なぜSMの子どもは発話という特定の行為に対して不安という症状を示すのか、なぜ社交不安の子どもは一般的な場面で高い不安や社会的接触を回避といった状態を呈するのかなどについて扱った研究がSMのリスク要因に関する今後の検討で重要になるとと思われる。

- (4) SMを他の不安障害と関連づけて考えることは、将来的なアセスメントや研究、治療に有益であると考えられる。アセスメントに関しては、Ford et al. (1998) が述べているように、社交不安や一般的な気質、併発疾患や障害（例：発話／言語障害；発達遅滞）との関連などの総体的な情報を含んだSMのアセスメント方法の開発が強く望まれている。こうした正確かつ包括的な診断体系により、治療の有効性を確立するための研究に寄与すると考えられる。
- (5) SMは様々な発達の・行動的特性を併せもった多様な行動問題であると考えられ、臨床像だけではなく状態のアセスメントや治療を複雑化させる (McInnes et al., 2004)。これまで述べてきたように、SMの状態像を理解する上で不安という概念が重要であることが明らかになってきたが、反抗的・操作的といった特徴を想定した従来の観点からの転換が望まれる。加えて、発症から治療にかかるまでの時間差を解消するために、SMの一般的な兆候や症状について、親や教師、その他の養育者の認識をさらに高めていくことが今後ますます重要になると考えられる。そのためには、最新の有病率や処遇の実態を明らかにすることも欠かせない。教育場面においては、教師が簡便に使用可能な、児童、生徒の緘黙状態や特異な発話行動を把握するスクリーニングによって、SMの早期発見の促進が期待できる。米国では、子どもの発話の状態を把握するための尺度Selective Mutism Questionnaire (Bergman, Keller, Piacentini,

& Bergman, 2008) が開発されているが、わが国ではそうした尺度開発が行われていない。SMの早期発見、早期治療の重要性を考えれば、わが国においてもこうしたスクリーニングのための尺度開発が望まれる。こうした尺度などを通して家族や教師が行動問題としてのSMを正しく認識することで、子どもは適切な治療や教育的配慮を受けることを可能になると考えられる。

【引用文献】

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist / 4-18 and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition*. Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Forth Edition Text Revision*. Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition*. Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Third edition Revised*. Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- Anstendig, K. (1999). Is selective mutism an anxiety disorder?: Rethinking its DSM - IV classification. *Journal of Anxiety Disorders*, **13**, 417-434.
- 青柳宏亮・丹明彦・菅谷正史 (2013). 思春期の選択性緘黙児に対する心理療法のプロセス カウンセリング研究, **46**, 167-176.
- Bergman, R. L., Keller, M. L., Piacentini, J., & Bergman, A. J. (2008). The development and psychometric properties of the Selective Mutism Questionnaire. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, **37**, 456-464.
- Black, B., & Uhde, T. W. (1995). Psychiatric characteristic of children with selective mutism :

- A pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **34**, 847-856.
- Brown, B. J., & Lloyd, H. (1975). A controlled study of children not speaking at school. *Journal of the Association of Works with Maladjusted Children*, **3**, 49-63.
- Busse, R.T., & Downey, J. (2011). Selective mutism : A three tiered approach to prevention and intervention. *Contemporary School Psychology* , **15**, 53-63.
- Cohan, S.L., Chavira D.A. & Stein, M.B. (2006) Practitioner review : Psychosocial interventions for children with selective mutism : A critical evaluation of the literature from 1990-2005. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **47**, 1085-1097.
- Cunningham, C. E., McHolm, A., Boyle, M. H., & Patel, S. (2004). Behavioral and emotional adjustment, family functioning, academic performance, and social relationship in children with selective mutism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **45**, 1363-1372.
- Dow, S., Sonies, C. B., Schneib, D., Moss, E. S., & Leonard, L. H. (1995). Practical guidelines for the assessment and treatment of selective mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **34** , 836-846.
- Dummit, E. S., Klein, R., Tancer, N. K., Ashe, B., Martin, J., & Fairbanks, J. A. (1997). Systematic assessment of 50 children with selective mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **36**, 653-660.
- Dummit, E., Klein, G. R., Tancer, K. N., Ashe, B., & Martin, J. (1996). Fluoxetine treatment of children with selective mutism: An open trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **35**, 615-621.
- Elizur, Y., & Perednik, R. (2003). Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families : A control study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **42**, 1451-1459.
- Ford, M., Sladeczek, I., Carlson, J., & Krochwell, T. (1998). Selective mutism : Phenomenological characteristics. *School Psychology Quarterly*, **13**, 192-227.
- 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**, 106-112.
- 深谷和子・伊藤裕子・松崎美津子・野田昌代 (1970). 心因性緘黙症に関する研究1. 教育相談研究 (東京教育大学紀要), **10** , 51-84.
- Garcia, A., Freeman, J., Francis, G., Miller, L. M., & Leonard, H. L. (2004). Slective Mutism. In T. Ollendick (Ed.), *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents : A clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological interventions*. London: Oxford University Press , pp. 433-455
- Gidden, J., Ross, G., Sechlet, L., & Beeker, R. (1997). Slective mutism in elementary school. *Language, Speech, and Hearing Services in School*, **28**, 127-133.
- 東畑孝輔・藤掛永良 (1967). 学校緘黙児と登校拒否児の発生機制について. 児童精神医学とその近接領域, **8**, 21-22.
- Joseph, P. R. (1999). Selective mutism : The child who doesn't speak at school. *Pediatrics*, **104**, 308-310.
- 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**, 811-821.
- 加藤哲文 (1989). 選択性緘黙 小林重雄 (編) 子どもの関わり障害 同朋舎 pp. 81-125.
- 河井芳文・河井英子 (1994). 場面緘黙の心理と指導－担任と父母の協力のために 田研出版
- Kearney, C. (2010). *Helping Children with Slective Mutism and Their Parents : A Guide for School-Based Professionals*. Oxford University Press.
- Keeton, C. P., & Budinger, M. C. (2012). Social Phobia and Slective Mutism. *Child Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, **21**, 621-641.
- Kolvin, I., & Fundudis, T. (1981). Elective mute children : Psychological development and background factors. *Journal of Clinical Psychology and Psychiatry*, **22**, 219-232.
- Kopp, S., & Gillberg, C. (1997). Slective mutism : A population based study (A reserch note). *Journal of Child psychology and Psychiatry*, **38**, 257-262.
- Kristensen, H. (2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder and elimination disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **39**, 249-256.

- Krysanski, V. (2003). A brief review of selective mutism literature. *Journal of Psychology : Interdisciplinary & Applied*, **137**, 29-40.
- Kumpulainen, K. (2002). Phenomenology and treatment of selective mutism. *CNS Drugs*, **16**, 175-180.
- Kumpulainen, K., Rasanen, E., Raaka, H., & Somppi, V. (1998). Selective mutism among second-graders in elementary school. *European Child and Adolescent Psychiatry*, **7**, 24-29.
- Kussmaul A. (1877). *Die Stoerungen der Sprache (1st ed)*. Basel: Benno Schwabe.
- 牧野博己 (1987). 緘黙の事例研究 - 教育的処遇の手がかりを求めて 情緒障害教育研究紀要, **6**, 21-30.
- 松岡敏子 (2002). 選択性緘黙 (特集 児童精神学の現在) 発達, **23**, 46-52.
- Manassis, K., Fung, D., Tannock, R., Sloman, L., Fiksenbaum, L., & McInnes, A. (2003). Characterizing selective mutism : Is it more than social anxiety? *Depression & Anxiety*, **18**, 153-161.
- McHolm, A., Cunningham, E., & Vanier, K. (2005). *Helping your child with selective mutism : Steps to overcome a fear of speaking*. Oakland: New Harbinger Publication.
- McInnes, K., Fung, D., Manassis, K., Fiksenbaum, L., & Tannock, R. (2004). Narrative skills in children with selective mutism : A exploratory study. *American Journal of Speech-Language Pathology*, **13**, 304-315.
- 村本克己 (1983). 学校における緘黙児の実態調査. 情緒障害教育研究紀要, **2**, 77-80.
- Perednik, R. (2011). *The Slective Mutism Treatment Guide : Manuals for Parents, Teachers, and Therapists Still Waters Run Deep*. Jerusalem: Oaklands.
- Remschmidt, H., Poller, M., Herpertz-Dahiman, B., Hannighausen, K., & Gutenbruner, C. (2001). A follow-up study of 45 patients with elective mutism. *Europian Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, **251**, 284-296.
- Richburg, M. L., & Cobia, D. C. (1994). Using behavioral techniques to treat elective mutism : A case study. *Elementary School Guidance & Counseling*, **28**, 214-220.
- Russel, J., & Cohn, R. (2012). *Selective mutism*. Edinburgh: Book on Demand Ltd.
- Sharp, W., Sherman, C., & Gross, A. M. (2007). Selective mutism and anxiety: A review of the current conceptualization of the disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, **21**, 568-579.
- Standart, S., & Le Couteur, A. (2003). The quiet child : A literature review of selective mutism. *Child & Adolescent Mental Health*, **8**, 154-160.
- Steinhausen, H.-C., & Juzi, C. (1996). Elective Mutism : An Analysis of 100 Cases. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, **35**, 606-614.
- 丹明彦 (2014). 心を閉ざす子どもとのプレイセラピー : 選択性緘黙児の事例を通して 児童心理, **68**, 835-839.
- Tramer, M. (1934). Elektiver Mutismus bei Kindern. *Zeitschrift für Kinderpsychiatrie*, **1**, 30-35.
- 内山喜久雄 (1959). Studies on the Childhood Mutism 1 : Factors of the Symptom Formation. 北関東医学, **9**, 772-785.
- Viana, A., Beidel, D. C., & Rabian, B. (2009). Selective mutism: A review and integration of the last 15 years. *Clinical Psychology Review*, **29**, 57-67.
- 渡部泰弘・榊田理恵 (2009). 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, **50**, 491-503.
- Wood, J. (2006). Effect of anxiety reduction on children's school performance and social adjustment. *Developmental Psychology*, **8**, 345-349.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders : Clinical Description and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- Yaganeh, R., Beidel, D. C., & Turner, S. M. (2006). Selective mutism : More than social anxiety? *Depression and Anxiety*, **23**, 117-123.
- 山村淳一・内山幹夫・加藤大典・杉山登志郎 (2014). 選択性緘黙の治療 そだちの科学, **22**, 63-67.
- 久澤久史 (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.

A review and integration of studies on selective mutism : Based on the evolution of the clinical concept

Kousuke Aoyagi Mejiro University, Faculty of Human Sciences

Akihiko Tan Mejiro University, Faculty of Human Sciences

Mejiro Journal of Psychology, 2014 vol.11

【Abstract】

Selective mutism (SM) is a childhood behavioral problem characterized by a lack of speech in one or more settings in which speaking is socially expected. The clinical manifestation and the severity of symptoms are diverse. Early conceptualizations of the condition were based largely on case studies which tended to link with oppositional behavior. Recently, descriptive and comparison studies have highlighted evidence supporting the notion that SM is an anxiety-related condition. Consequently, SM is included in the category of “Anxiety disorders” in the DSM-5. This review clarified the clinical concept of SM centering on social anxiety which is considered the core concept of SM in the DSM-5, and provided research implications.

keywords : Selective mutism ; Anxiety disorders ; Social anxiety

