

カナダにおける選択性緘黙に対する治療アプローチ —McMaster Children’s Hospitalの視察を通して—

Hiroyuki MATSUSHITA Kumi SATO Sungha CHO Maiko OKUMURA
松下 浩之 *・佐藤 久美**・趙 成河**・奥村 真衣子**・

Takanobu SAKAI Mae SHIMOYAMA Shigeki SONOYAMA
酒井 貴庸 ***・下山 真衣****・園山 繁樹 *****

I. はじめに

選択性緘黙 (selective mutism) はわが国では場面緘黙とも呼ばれ、ほかの状況で話しているにもかかわらず、学校などの話すことが期待されている特定の社会的状況において一貫して話すことができないことを主症状とし (American Psychiatric Association, 2013), わが国の特別支援教育では情緒障害に分類される (文部科学省, 2002 ; 2009)。鈴木・五十嵐 (2016) は、わが国の選択性緘黙に対する事例研究について、その状態像によって言語表出の困難、感情・非言語表出の困難、動作・運動の困難に分類したところ、それぞれの困難はほぼ同数であったことを示している。すなわち、選択性緘黙は発話以外にも無表情であったり身体がこわばって動けなくなったり、うなずいたり首を振ったりすることができなかつたり、行動や動作に症状が現れることもある。また、発話についてもまったく話せないだけでなく、教師や友だちなど特定の他者には小声で話せる者もあり、選択性緘黙の状態像は多様であるといえる。

選択性緘黙の有病率については様々な研究が行われているが、神戸市の公立小学校に在籍する全児童を対象とした悉皆調査の結果、概ね0.15%であることが報告されている (梶・藤田, 2015)。また、発現時期についてはおおむね幼児期の出現が多いが、思春期以降に発現する事例があることも報告されている (園山, 2009)。さらに、久田・金原・梶・角田・青木 (2016) は、自閉症スペクトラム傾向や精神疾患の併存の有無や本人の気質などを含め、多様な状態像に対して生物学的要因から社会的要因まで幅広く丁寧にアセスメントを行い支援することの重要性を指摘している。

以上のように、選択性緘黙に対する支援アプローチは、その多様な状態像に合わせて多面的に行われる必要があるが、わが国の特別支援教育において選択性緘黙に対する支援の定式化はなされておらず、また研究も少ない。海外では行動療法や認知行動療法をはじめ、様々なアプローチを組み合わせた方法論について研究がなされてきており (青柳・丹, 2015), わが国における教育的支援のあり方を検討するために、先進的な方法論や支援の実際を知ることは意義がある。

* 山梨大学大学院教育支援科学講座 (障害児教育系)

** 筑波大学大学院人間総合科学研究科

*** 甲南女子大学人間科学部

**** 信州大学学術研究院教育学系

***** 筑波大学人間系

以上のことを踏まえ筆者らは、カナダにおいて選択性緘黙に対する支援実践および研究を数多く行っている、McMaster Children’s Hospital（以下、「マクマスターこども病院」とする）のAngela McHolm（アンジェラ・マクホルム）博士の研究室を訪問し、カナダにおける選択性緘黙支援の実践を視察した。本稿では、筆者らとマクホルム博士やその指導学生による研究交流会における理論や事例の紹介、および研究臨床施設の見学の結果を報告し、わが国の選択性緘黙に対する支援アプローチへの示唆を得ることを目的とする。

II. 視察の概要

1. 視察の時期および日程

本稿で報告する視察は、2017年3月7日および8日の2日間に行った。視察の内容をTable 1に示した。

Table 1 マクマスターこども病院およびマクマスター大学の視察日程

3月7日 (火)	午前 マクマスターこども病院 自己紹介，マクホルム博士による講義，日本における選択性緘黙研究の紹介 ○ McHolm, A.; Introduction to North American Approaches to Intervention for Selective Mutism & the McMaster Model of Intervention. (マクホルム博士：選択性緘黙に対する北米における介入アプローチとマクマスターモデルの紹介) ○ Okumura, M. & Sonoyama, S.; Understanding Matters of Selective Mutism in Adolescence. (奥村・園山：選択性緘黙の青年期における様相の理解)
	午後 ロン・ジョイスこども保健センター マクホルム博士による講義，日本における臨床事例の発表と討議 ○ McHolm, A.; Treatment for Selective Mutism: Talk Therapy for Children Afraid to Talk. (マクホルム博士：選択性緘黙の治療：話すことを怖がる子どもへのトークセラピー) ○ Sonoyama, S.; Consultation with the Teacher, Mother, and Special Education Coordinator of an Elementary School Student with Selective Mutism: A Case Study. (園山：選択性緘黙の小学生の担任，母親，特別支援教育コーディネーターへのコンサルテーション事例) ○ Okumura, M. & Sonoyama, S.; Understanding the Current Status of and Exploring Treatment Approaches to Selective Mutism in Adolescence: A Case Study. (奥村・園山：選択性緘黙の青年期における実態と治療アプローチの事例的検討) ○ Cho, S. & Sonoyama, S.; A Child in Kindergarten with Selective Mutism: A Case Study. (趙・園山：選択性緘黙幼児の事例研究)
3月8日 (水)	午前 マクマスター大学心理学部 心理学部Louis Schmidt（シュミット）教授および大学院生による講義および研究室，実験室見学 ○ Schmidt, L.A. & Poole, K. L.; Fluent in silence: Selective mutism in children (シュミット教授・プール氏：流暢な沈黙：子どもにおける選択性緘黙)
	午後 マクマスターこども病院 大学院生による臨床事例の発表と討議 ○ Zambrzycka, J.（ザムブルズィツカ氏）：10歳女児の事例 ○ Roy, C.（ロイ氏）：13歳女児の事例 ○ Friedmann, J.（フリードマン氏）：14歳女児の事例 ○ Dalley, J.（ダリー氏）：19歳女児の事例

2. 訪問者

訪問者は、本稿の著者である大学教員4名，博士後期課程に在籍する大学院生3名の計7名であった。

3. 訪問先

カナダ国オンタリオ州ハミルトンにある，マクマスターこども病院およびマクマスター大学 (McMaster University) を訪問した。

Ⅲ. 訪問先について

マクマスター大学は，カナダ国オンタリオ州ハミルトンにある大学である。オンタリオ州はカナダ中東部，ハドソン湾と五大湖に面しており，カナダ最大の都市トロントを州都に置く，カナダの政治経済の中心である。そのオンタリオ州の西部，トロントとナイアガラの滝の間に位置するのがハミルトンであり，人口約70万人の都市である。マクマスター大学は1887年に創設され伝統的に医学と工学に強い総合大学であり，心理学部 (Department of Psychology) において選択性緘黙に関する研究を行っている。ハミルトン周辺の地図とマクマスター大学の位置をFig. 1に示した。また，大学の敷地内にマクマスター大学メディカルセンター (McMaster University Medical Centre; MUMC) があり，地域の中核医療機関となっている。さらに，MUMC内にはマクマスターこども病院も設置されており (Fig. 2)，エビデンスに基づいた家族中心の小児医療の実践および研究が行われている。選択性緘黙の子どもとその家族のための地域医療センターとしても機能しているが，国土の広いカナダでは，治療のために定期的に通うことは負担が大きく，より実施可能な支援の形として，保護者や教師などの支援者の育成にも注力している。そのために，大学敷地外のハミルトン市内に，ロン・ジョイスこども保健センター (Ron Joyce Children's Health Centre) が設置され (Fig. 3)，マクマスターこども病院と連携して選択性緘黙やその他の障害のある子どもの支援や支援者の研修および研究の場となっている。

マクホルム博士は，選択性緘黙に対する多くの支援実践を行っている臨床心理士であり，マクマスター大学のAssistant Professorでもある。選択性緘黙の子どもやその家族への臨床支援だけでなく，教育や研究にも熱心で，支援専門職における臨床の方向性を示し，「Helping your child with selective mutism: Practical steps to overcome a fear of speaking」を出版している (McHolm, Cunningham, & Vanier, 2005)。治療アプローチとしては行動療法の技法である刺激フェイディング法とエクスポージャー法を基本とし，安心のレベルや話せるレベルなどを「場面」，「相手」，「活動」の3側面から様々な状況についてアセスメントし，難易度を評価したうえで介入の場面や方法を決めていくのが特徴である。本書は，河井・吉原 (2007) によってわが国にも紹介されている。その他，選択性緘黙に関する学術論文を多数発表している (例えば，Carbone, Schmidt, Cunningham, McHolm, Edison, St. Pierre, & Boyle, 2010 ; Cunningham, McHolm, Boyle, 2006 ; Cunningham, McHolm, Boyle, & Patel, 2004)。

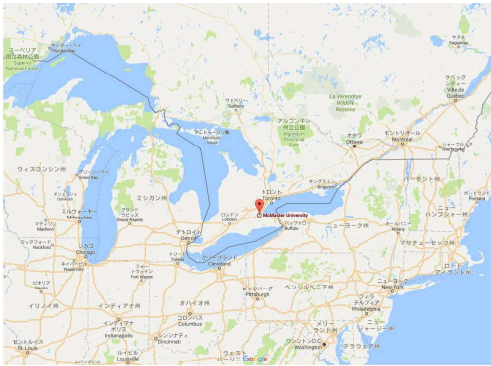


Fig.1 Google Map (2017)によるマクマスター大学の位置



Fig.2 マクマスターこども病院



Fig.3 ロン・ジョイスこども保健センター



Fig.4 マクホルム研究室との研究交流会(1日目)の様子

IV. 北米における選択性緘黙への支援アプローチ

2日間の視察日程において、マクホルム博士による選択性緘黙への支援アプローチについての講義、事例発表、マクマスター大学、マクマスターこども病院、ロン・ジョイスこども保健センターの見学などを行った。講義や事例発表などは研究交流会として行われ、その様子の一部をFig.4に示した。以下に、マクホルム博士による講義を中心にして、本視察によって得られた情報をまとめる。

1. 選択性緘黙の関連団体と主な研究

選択性緘黙は、かつて反抗的な性格、トラウマの経験、または両親や家族に問題があることが原因だと考えられていた。しかし、徐々に不安障害に起因するという考え方が検討され、DSM-5では不安障害として分類されている。このことから、選択性緘黙の子どもへの支援アプローチとして、緘黙の機能を不安喚起事態あるいは嫌悪事態からの回避としてとらえ、本人だけでなく家庭や学校を含めた環境面からアプローチするという方向性が示された。

北米には選択性緘黙に関連する団体は3つあるが、その中でも選択性緘黙協会（Selective Mutism Association; SMA）には、選択性緘黙の子どもの保護者に対する指導プログラムがある。保護者が講義を受けている間、子どもに対しても特別な活動が用意されており、楽しんで参加で

きるようになっている。またSMAでは、選択性緘黙の子どもの保護者に対して、子どもとの関わり方の動画を無料で提供している。

主な研究として、米国では選択性緘黙の子どもの全員社会不安を抱えているとするもの、不登校を対象とした機能分析を選択性緘黙に応用しアセスメントを重視するもの、短期集中型で高額な費用を要する訓練を行うものなど数多くなされているが、マクホルム博士の方針と異なるものも少なくない。カナダで行われた研究では、選択性緘黙の子どもの言語音の弁別スキルが乏しく、言語理解能力が低い傾向にあること、選択性緘黙の子どもの会話が短く単純で、内容も薄いものであることなどが指摘されている。

2. 選択性緘黙を理解するためのアプローチと支援方法

選択性緘黙の症状は明らかだが、その原因については分かりにくいときもあり、どのように説明できるのか、引き起こす要因は何か、こういった状態なのかを考慮することが大切である。アセスメントに際して、最初に考慮すべき点は、①併発しているメンタルヘルスの問題、②言語の困難さ、③聴覚障害、④学習困難または認知能力の低さ、⑤家族の状況である。アセスメントの情報源としては、保護者や教師へのインタビュー、選択性緘黙スクリーニング質問紙、会話の録音・録画データ、直接観察がある。このうち、保護者や教師へのインタビューでは、発達の記録、緘黙の発症年齢、家族のメンタルヘルスの問題、これまでに試みた介入方法などを確認する。

発話抑制のアセスメントのポイントは、①何が発話を抑制しているか、②緘黙の生起要因は何か、③何が緘黙を維持しているか、である。緘黙の生起要因については、例えば他児との交流など学校での嫌な行動を避けたり不安を低減させたりするため、あるいは社会的スキルの欠如などが考えられる。また、緘黙の維持については、子どもの負担を減らそうと保護者や教師がその子どもの代わりに答えたり話したりすることや、「この子は恥ずかしがりやさんだから」と説明して話さなければならない状況を作らないこと、指さしや視線など非言語的な反応を汲み取るなどして緘黙に対応することなどが要因と考えられる。すなわち、子どもに話すよう促すことで子どもは不安になり、それによって話すことを避けるが、それを大人が認めることによって双方の不安が軽減し、次にまた話すよう促す際に同様の行動が生起する。このようなネガティブな循環によって、選択性緘黙の子どもたちは話すことを学習できない可能性がある。

支援方法として最も広く用いられているのは行動的アプローチであり、そのうち刺激フェイディング法や音声・映像によるセルフモデリング法、エクスポージャー法などがよく用いられている。エクスポージャー法は、子どもに対しても成人に対しても、不安低減に関するおそらく最も重要な治療法である。緘黙サイクルを止め、恐怖心を減らすためには「恐怖心と向き合うこと」も必要である。エクスポージャー法は不安に対応する練習になり、順応性を高めるために通常スモールステップの形で徐々に進められる。スモールステップで繰り返し練習することが成功の鍵である。また、保護者の随伴性マネジメントとエクスポージャー法を基盤とする方法の組み合わせが、選択性緘黙の治療において有効と考えられており (Vecchio & Kearney, 2009)、行動的な手法を含まない遊戯療法、芸術療法、家族療法などについては十分な系統的評価がなされていない。なお、介入の一環として薬物療法も有効とされている。

3. マクマスターこども病院における支援モデル

マクホルム博士らによる支援モデルでは、学校を基盤とすることを重要視しているため、支援も学校で始めることが多い。選択性緘黙の根底には不安があるということを保護者や教師に理解してもらうことも重要で、心理教育によって両親による不安コントロールの訓練も行う。支援はチームで協働して行い、基本的には学校現場で直接介入を行うことが多いが、比較的年齢が高い子どもには、クリニックで介入を行った後に学校で般化を目指すこともある。

支援の基本的枠組は、行動を経験から学ぶこと、スモールステップによって発話に対する恐怖心を軽減すること、正確な評価とフィードバック、早期介入、そして練習である。学校場面で支援を行うために、準備として選択性緘黙に関する共通理解、逆効果をもたらすプレッシャーの減少、非言語スキルによる活動参加の促進、支援チームの形成、エクスポージャー・ステップの設定がある。実際の支援では、席順の工夫、家族を相手にした学校での会話練習、クラスメイトを相手にした自宅での会話練習、授業での発表機会などにおける配慮のほか、課外活動への参加促進や個別カウンセリング、保護者へのコンサルテーションなどを多面的に行う。

4. 保護者の役割の重要性

選択性緘黙の子どもについては、保護者自身も比較的内気で消極的な印象があり、近年では保護者の社会不安についての研究も行われている。しかし、親子関係についての研究は事例研究として行われたものが多く、家族関係を体系的に調査した研究はまだ行われていない。

選択性緘黙の発症や持続と子育ての方針の関連についてもまだまだあまり知られてはいないが、不安障害の子どもは保護者がより支配的であることがいくつかの研究によって示唆されている。すなわち、不安障害の子どもは保護者から保護的で支配的な行動を引き出し、その行動が子どもの回避行動を生起させている。そして、子どもの不安が高まると保護者の不安も高まると考えられ、そのために援助が多くなりがちである。子どもの不安を引き起こす状況や、その経験の積み重ねが現在の保護者の行動につながっていると考えられるのである。例えば、Edison, Evans, McHolm, Cunningham, Nowakowski, Boyle and Schmidt (2011) は、選択性緘黙の子どもは親子関係について、不安障害群および対照群と比較し、選択性緘黙の子どもは保護者に対する自発的な会話の始発および全体的な発話数が少なかったことを明らかにした。また、選択性緘黙の子どもは保護者にも他の2群と同様に子どもに対する思いやりがみられたが、支配的な行動がより多くみられた。さらに、保護者による必要以上の発話や表面化した子どもの不安も頻繁にあり、自身も不安を感じやすいと報告していた保護者が支配的になる傾向がみられた。

専門家の治療が中心となる他の問題と違い、選択性緘黙の改善には保護者の直接的な関与が効果をもたらす。保護者の関与がなければ介入効果が得られにくく、保護者と学校関係者や他の専門家との連携協力が最も望ましい。以下に、保護者が担う役割についてまとめる。

(1) 教育者として

選択性緘黙に対する社会の認識は少しずつ高まってきてはいるが、正しい理解を広める中心的な役割を担うのはやはり保護者である。家族、学校スタッフ、誤解している専門家、課外活動スタッフなど地域の構成員に対する教育が鍵となる。

(2) 代弁者 (advocate) として

音読の成績評価やトイレに行くことの要求など、必要に応じて学校に配慮してもらうよう働き

かける。遊び相手として適切な友だちを見つけるなど、子どもを支援するためにより効果的な働きかけを行う。

(3) ソーシャル・コーディネーターとして

選択性緘黙の子どもは同年代の子どもと比べて社会参加が少なく、家庭での友人関係と学校の友人関係が切り離れていることが多い。他児との関わりを持つことは、彼らが他の環境では自信を持って会話ができるという能力を、学校でも発揮できるようにする架け橋となり得る。社会参加の機会は、子どもの社会的スキルと社会的な場での全般的な自信を増進させる。

(4) データ収集者として

保護者は、子どもが隣に座ってほしいと思っている友だちの名前や、可能な会話や音読の例など、学校場面では直接得られない情報を収集し、教師に提供することができる。

(5) 直接的介入者として

会話練習のための学校訪問は、子どもが抵抗なく話せる相手（通常は保護者）と学校で会話練習を行う機会となる。初めは教室の外で保護者のみと練習する。訪問の目的は、子どもが負担を感じずに発話ができるよう促すことであり、自信を増やすため、訪問時間の長さや場所を徐々に変える。会話練習のための訪問は、ボランティアとして教室に入ったり、付き添いとして課外授業に同行したりするのは異なる。多くの介入モデルでは、保護者は心理教育を受け、課題練習の手伝いなど補助的な立場に置かれているかもしれない。しかし保護者は、自身の応答パターンを変容させて緘黙のサイクルを崩したり、無理のない会話を新しい場所にも般化させたりと、変化を起こす直接的な力となり得る。

5. 認知行動療法

学校を基盤としたエクスポージャー法とペアレントトレーニングでは効果が不十分だった場合や、選択性緘黙の症状が重度で広汎な場合、子どもが認知スキルトレーニングを行うのに適した年齢である場合、子ども自身が望んでいる場合、治療時間外でも保護者が指導者となってくれる場合は、認知行動療法（Cognitive Behavior Therapy：CBT）を考慮すべきである。選択性緘黙に対するCBTでは、通常は以下のことを行う。すなわち、CBTアプローチの説明や認知概念の共有等の心理教育、主観的不安指数等のモニタリングを用いた不安の意識化、認知再構成化による認知の歪みの把握・解消、エクスポージャー、再発予防、ペアレントトレーニングなどである。

選択性緘黙の子どもには認知の歪みが見られ、「私の声はおかしいから」「言葉が出てこないと思う」「みんな、私を変っていると思うんじゃないかな」「もし私が話したら、大事にしてください」といったことを考えている。認知の歪みの質は不安障害のある人の思考と似ており、物事を大袈裟に捉えたり、最悪のシナリオを描いたり、過大評価する傾向にある。周りからの評価や拒絶に関しては、社会不安の思考と似ている。会話を恐れている子どもにトークセラピーを行う場合、子どもが即座にセラピストと負担を感じずに会話ができるかどうか、事前に判断することは難しい。もし子どもがセラピストと話すことを嫌がっているようであれば、セラピストがエクスポージャー法の最初の相手となり、例えば以下のような行動的な手法を用いて会話を促すことができる。これらの手法が治療以外の時間も行われることが大切である。

(1) **Sliding-in法**：負担のない会話を、特定の相手から別の人に移行して行う。移行する相手は子どもと定期的に会う人でなければならない。まずは負担なく会話できる相手から離れ

た所において、関わりを持たずに近づき、徐々に会話に引き込む。これは小さな子どもにより有効である。

(2) セッション内のエクスポージャー法の段階：

- 1) 無理なく会話のできる相手とセラピールームで時間を過ごしてもらう。セラピストは不在、もしくは在室しても子どもとは関わらない。
- 2) セラピストは徐々に存在感を示すようにし、もし子どもが話すのであれば、声が聞こえるようにする。ただし、セラピストは子どもが話すことに反応しない。
- 3) セラピストは子どもの近くに座ったまま、「あなたが塗り絵に使った青色好きだな」など、描写的な表現のみで子どものコミュニケーションに反応していく。
- 4) 子どもがステップ3に慣れてきたら、セラピストは質問を交えていく。
- 5) 両親がセッションに参加せず、退室する。

また、信頼関係を築くうえで、子どもがセラピストを直接感じすぎることをないよう気をつける。例えば、子どもが話すことを不安に思っているときに直接的なアイコンタクトは行わないことや、対面ではなく横に座るようにすること、ドアから離れた場所など最もひっそりした場所を考えるなど、工夫する必要がある。

選択性緘黙の子どもへの質問は、選択回答形式ではじめる。「ゲームをどこに置こうか。テーブルの上、カーペットの上、それとも他の場所？」というように、AかBかで選択するような質問にする。その際には、うなずきなどの非言語的な応答で終わらないよう、「はい・いいえ」で答えられる質問は避ける。また、例えばカードゲームなどの発話を要する活動をするのもよい。

セッション開始時は、質問をせずにコメントするのみとして一緒に活動し、ウォームアップの時間を設けるようにする。選択回答形式の質問から始め、質問後5～10秒待ち、必要であれば違う言い回しでもう一度質問を行う。自由回答形式の質問は、治療の後半で導入するようにする。また、子どもの思いを汲み取ったり、非言語的なジェスチャーに反応したりせず、できるだけ音声によるコミュニケーションを促す。選択性緘黙の子どもは、「どんな音楽が好きなの？」といった個人的な意見を求められる質問への応答がととても難しいと感じているので、答えが決まっている質問や客観的な質問から始める方がよい。

6. まとめ

1990年代初期に選択性緘黙に関する北米の概念は大きく変化した。選択性緘黙の根底に不安があるという考えは、行動的または認知行動的アプローチを軸にした治療へと繋がった。北米では、行動アプローチを取り入れた介入が最も広く研究・実践されている。どのような介入手法でも、学校場面を直接標的にすべきだというのがマクホルム博士の見解である。保護者が協力できる状況にあり、そして知識があれば、彼らの貢献はととても大きなものになる、とのことであった。

V. 視察のまとめとわが国における支援アプローチへの示唆

本稿ではわが国の選択性緘黙に対する支援アプローチへの示唆を得ることを目的とし、マクマスター子ども病院の視察およびマクホルム博士の研究室との研究交流会において得られた知見について、ここまで述べてきた。そこで、選択性緘黙の支援は学校を基盤として、教師、保護者、

医療機関などが連携して実施されること、支援方法として行動的アプローチによって不安を軽減させることが有効な方法として広く用いられていることが示された。

特に、小学校中学年頃までの年少児については、刺激フェイディング法とエクスポージャー法を組み合わせた支援が基本になると考えられ、わが国でも実践研究によってその効果が報告されたり（例えば、加藤・小林・山中，1985；園山，2017）、書籍によって紹介されている（Kearney, 2010）。一方で、年長児については認知行動療法が重要と考えられるが、わが国ではほとんど研究や実践が進んでいない。野中・岡島・三宅・小原・荻野・原口・山口・石飛・高橋・石川・神尾（2017）は、不安症状を示す自閉スペクトラム症の児童3名に対して集団認知行動療法プログラムを適用し、早ければ小学校3年生から認知行動療法が実施可能であることを示唆している。久田ら（2016）は、選択性緘黙190例のうち38.9%が自閉スペクトラム症を合併していることを示しており、野中ら（2017）の研究がさらに進み、児童への認知行動療法の有効性が検討されていくことが期待される。

マクマスターこども病院ではマクホルム博士を中心とした選択性緘黙などの不安障害に関する専門のユニットがあり、病院の外来部門に大学院生や大学の研究室が参画し、他機関との連携も含めて専門的な治療が行われていた。わが国の選択性緘黙支援をみると、例えば国立成育医療研究センターには、一般の小児科や精神科と別に、「児童・思春期メンタルヘルス診療科」が設置され、就学後から中学生までのメンタルヘルスについての外来が行われている（国立成育医療研究センター，2017）。しかし、その対象の多くは発達障害であり、小児の不安障害に関する専門の部署を備えた医療機関は見当たらない。また、総合的な子ども病院では、医療職と心理職が連携して、家庭や学校場面での治療をしている例がみられるが、そのような医療機関はやはり少数であり、緘黙状態にある多くの子どもや家族のニーズは満たされていない。日本全国を対象として、選択性緘黙や不安障害をもつ子どもに対する体系的な治療や支援の体制作りが必要である。

付記：マクホルム博士から、視察で得た情報に基づいて論文を作成することについて承諾を得た。本研究はJSPS科研費16H03808の助成を受けた。

文献

- 1) American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition*. Washington, DC, USA. 高橋三郎・大野裕監訳 (2014) DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院.
- 2) 青柳宏亮・丹明彦 (2015) 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. 目白大学心理学研究, 11, 99-109.
- 3) Carbone, D., Schmidt, L. A., Cunningham, C. C., McHolm, A. E., Edison, S., St. Pierre, J., & Boyle, M. H. (2010) Behavioral and socio-emotional functioning in children with selective mutism: A comparison with anxious and typically developing children across multiple informants. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 1057-1067.
- 4) Cunningham, C. E., McHolm, A. E., & Boyle, M. H. (2006) Social phobia, anxiety,

- oppositional behavior, social skills, and self-concept in children with specific selective mutism, generalized selective mutism, and community controls. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15 (5), 245-255.
- 5) Cunningham, C. E., McHolm, A. E., Boyle, M. H., & Patel, S. (2004) Behavioral and emotional adjustment, family functioning, academic performance, and social relationships in children with selective mutism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 1363-1372.
 - 6) Edison, S. C., Evans, M. A., McHolm, A. E., Cunningham, C. E., Nowakowski, M. E., Boyle, M., & Schmidt, L. A. (2011) An investigation of control among parents of selectively mute, anxious, and non-anxious children. *Child Psychiatry and Human Development*, 42(3), 270-290.
 - 7) 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.
 - 8) 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, P2-19.
 - 9) 加藤哲文・小林重雄・山中貴子（1985）軽度精神遅滞児の選択性緘黙反応への行動療法的アプローチ：刺激フェイディング法と社会的スキルトレーニングの併用による効果。特殊教育学研究, 23 (2), 12-20.
 - 10) Kearney, C. A. (2010) *Helping children with selective mutism and their parents: A guide for school-based professionals*. Oxford University Press, NY., USA. 大石幸二監訳（2015）先生とできる場面緘黙の子どもの支援。学苑社。
 - 11) 国立育成医療研究センター（2017）児童・思春期のメンタルヘルス診療科。国立育成医療研究センター, 2017年10月31日, <https://www.ncchd.go.jp/hospital/about/section/heart/hattatsu.html>（2017年11月9日閲覧）。
 - 12) McHolm A. E., Cunningham, C., E., & Vanier, M. K. (2005) *Helping your child with selective mutism : Practical steps to overcome a fear of speaking*. New Harbinger Publications, Oakland, CA., USA. 河井英子・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。
 - 13) 文部科学省（2002）障害のある児童生徒の就学について（初等中等教育局長通知）。文部科学省, 2002年5月27日。 http://www.mext.go.jp/b_menu/hakusho/nc/t20020527001/t20020527001.html（2017年8月30日閲覧）。
 - 14) 文部科学省（2009）「情緒障害者」を対象とする特別支援学級の名称について（初等中等教育局長通知）。文部科学省, 2009年2月3日。 http://www.mext.go.jp/b_menu/hakusho/nc/1246163.htm（2017年8月31日閲覧）。
 - 15) 野中俊介・岡島純子・三宅篤子・小原由香・荻野和雄・原口英之・山口穂菜美・石飛信・高橋秀俊・石川信一・神尾陽子（2017）自閉スペクトラム症児童の不安に対する集団認知行動療法プログラムの開発：実施可能性に関する予備的検討。児童青年精神医学とその近接領域, 58 (2), 261-277.
 - 16) 園山繁樹（2009）選択性緘黙の経験者と保護者に対する質問紙調査。日本特殊教育学会第47

回大会発表論文集, 177.

- 17) 園山繁樹 (2017) 選択性緘黙を示す小学生の担任, 母親および特別支援教育コーディネーターへのコンサルテーション. 障害科学研究, 41, 195-208.
- 18) 鈴木徹・五十嵐一徳 (2016) 選択性緘黙児における状態像の違いが介入効果に及ぼす影響に関する文献的検討—1990年以降の個別事例研究を中心に—. 発達障害研究, 38 (1), 100-110.
- 19) Vecchio, J., & Kearney, C. A. (2009) Treating youths with selective mutism with an alternating design of exposure-based practice and contingency management. *Behavior Therapy*, 40(4), 380-392.