

# "Emotion and Speech" Treatment Approach for Young Children Who Stutter : Clinical Practice based on U-hypothesis

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2017-10-03 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: メールアドレス: 所属:
URL	<a href="http://hdl.handle.net/2297/4003">http://hdl.handle.net/2297/4003</a>

# 情動と発話の双方に焦点を当てた幼児吃音指導

～U仮説に基づいて～

小林 宏明・酒井奈緒美

“Emotion and Speech” Treatment Approach for Young Children Who Stutter  
— Clinical Practice based on U-hypothesis —

Hiroaki KOBAYASHI, Naomi SAKAI

## 1. はじめに

内須川ら (1988), 早坂ら (1998) は, 幼児期吃音の評価の枠組みとして U 仮説を提唱した (表 1, 図 1). 吃音問題が単に発話の非流暢性にとどまらない多様な要因から構成されることが指摘されている (Guitar, 2005; 大橋, 2001). また, 吃音を持つ幼児が互いに特徴の異なる複数のサブタイプに分けられることも広く指摘されている (Van Riper, 1982; Gregory et al., 1980; Riley et al., 1983; Conture, 2001; Yairi et al., 2005). 発話, 情動, 家庭環境, 認知・言語・運動発達など多様な要因を評価の対象とする U 仮説は, 上述したような多岐にわたる吃音問題の整理と分類に有用な枠組みと考えられる. これまで, いくつかの研究で U 仮説に基づく指導事例の報告がされてきた (内須川ら, 1988; 早坂ら, 1998; 小林ら, 2000; 早坂ら, 2000; 小林, 2004). しかし, 多様な特徴を有する吃音を持つ幼児の全体像を掴むためにはさらなる臨床事例の蓄積が望まれる.

これまで, 幼児吃音の指導方法としては, 大きく発話面に焦点を当てた指導と情動面に焦点を当てた指導の 2 つが提唱されてきた. 発話面に焦点を当てた指導では, 発話速度の調整, 吃音行動の変容や流暢性発話の形成等が指導の目的となる. これらは, 指導場面で直接これらの方法を教える直接法 (Guitar, 2005, Dell, 1995; Ranyan et al., 1993) や, 幼児を取り巻く人が適

切な発話モデルを示しながら接する間接法 (大橋, 2001) などの形で実施される. 情動面に焦点を当てた指導では, 対人過敏性や欲求不満, 母子関係等, 幼児自身の発話を阻む心理的問題や, 幼児を取り巻く人との対人関係上の問題の軽減, 吃音の表出に伴って生じる負の情動 (恥ずかしさや吃ることに対する不安, 恐怖等) の軽減などを図ることが指導の目的となる. そして, これらは, プレイ場面や家庭における情動面の環境調整を通して実施される (内須川, 1988; Wakaba et al., 2004). 吃音の進展には, 発話面, 情緒面の双方の要因が複雑に絡み合っていると考えられている (早坂, 1995). このことは, 吃音の指導を行う際には, 発話面, 情緒面の双方に対してアプローチを行う必要があることを示している (大橋, 2001; 鈴木ら, 2001; 前新ら, 2002).

以上のことから, 本研究では, 吃音が主訴で訪れた幼児に対して, U 仮説による評価に基づき, 情緒面と発話面の双方に焦点を当てた指導を実施し, その結果について考察を加えたので, 報告する.

## 2. 対象

### 2.1. 対象児の概要

A 児 (男児, 初回面接時 3 歳 9 ヶ月). 妊娠・周産・乳幼児の既往, 全般的発達に関する特記

表 1 U 仮説における吃音の発生と進展に関する要因

悪化条件	発話の失敗経験, 身体的・心理的圧力, 罰体験, 罪償感, 欲求不満
改善条件	発話流暢体験, 発話意欲
維持条件	パーソナリティー特性
	欲求不満耐性の低さ, 過敏性, 自己感情の表出の抑制, 自信の欠如, 過度の用心深さ, 失敗に対する恐れ, 自罰性
条件	神経学的要素
	注意の障害, 聴覚処理の障害, 文章形成障害, 口腔運動の問題, 知覚の問題

外面因子 (悪化条件) (改善条件)	内面因子 (維持条件)				U-1	U-2	U-3	U-4		
	悪化	なし	改善	あり	非常に 少ない	少ない	多い	非常に多い		
悪化 なし 改善 あり	A-1	◎			A-1	○	A-1	☆	A-1	△
悪化 なし 改善 なし	B-1	◎			B-1	△	B-1	△	B-1	×
悪化 あり 改善 あり	A-2	○			A-2	☆	A-2	☆	A-2	×
悪化 あり 改善 なし	B-2	○			B-2	☆	B-2	★	B-2	××

◎ 予後はきわめて良好  
○ 予後は良好  
△ 慢性化が予想される  
☆ 予後は治療効果依存

★ 予後は治療効果に依存するが悪い  
× 予後は悪い  
××予後はきわめて悪い

図 1 U 仮説の類型化診断の基本的枠組

事項はなかった。乳幼児精神発達質問紙（津守ら, 1965）の結果は, 運動 6 歳 0 ヶ月, 探索 4 歳 0 ヶ月, 社会 4 歳 6 ヶ月, 生活習慣 5 歳 0 ヶ月, 発話 3 歳 6 ヶ月であった。また, 聴力検査, 脳波検査において問題は見られなかった。初回面接時の母子自由遊び場面（15 分）で見られた吃音症状（語音のくり返し, 引き伸ばし, ブロック）は 5.3%（22 箇所/414 文節）であり, 口腔に力むように緊張が入る様子も見られた。また, 母親から, ことばが出にくい時に話すことを止めてしまったり, 別の言葉に言い換えたりすることもあるとの報告があった。これらは, A 児が自身の発話の困難さがある程度自覚している可能性があることを示唆するものと考えられた。

## 2.2. U 仮説に基づく評価

母親との面接, A 児との自由遊びを通しての観察, 諸検査（HU 式親子発話関係診断テスト（内須川, 1988）, TS 式幼児・児童性格診断検査（高木ら, 1997））に基づいて, U 仮説に基づい

た評価を行った結果（表 2）, U-3・A-2（予後は治療効果に依存）と考えられた。

表 2 A 児の U 仮説に基づく臨床的同定

悪化条件	規範性と過保護性との間の葛藤状況からくる心理的圧力, 家庭と保育園での欲求不満
改善条件	発話意欲の向上
維持条件	パーソナリティー特性
	過敏性傾向, 欲求不満耐性の低さ
条件	神経学的要素
	構音獲得の遅れ

## 3. 指導方針と指導方法

### 3.1. 指導の期間と枠組み

3 歳 9 ヶ月から 6 歳 10 ヶ月までの 3 年 1 ヶ月間に計 32 回の指導が実施された。それぞれの指導は約 1 時間で, 最初の 15 分が母子自由遊び（発話や母子間の関わりの把握）, 残りの 45 分が A 児と指導者とのプレイによる指導と母親に対するガイダンスを同時並行で行った。

本指導においては, 幼児に対する指導（プレ

イセラピー)と共に、母親に対するガイダンスも重視した。母親に対するガイダンスでは、母親のA児の吃音や育児に対する不安や悩みの解消を図るとともに、吃音の軽減にとって望ましい家庭環境に関する情報を提供した。

指導方針としては、U仮説に基づき、(1)悪化条件を軽減する、(2)改善条件を増大する、(3)維持条件を軽減することを目指すこととした。具体的には、以下のような指導方針と指導方法を立案した。

#### (1) 情動面

規範性と過保護性の間の葛藤からくる心理的圧力と家庭や幼稚園での欲求不満の軽減を目指して、プレイ場面や家庭における本児への接し方を過保護性の高いものとする(A児に対する要求水準を軽減させる、しつけの規範を緩める等)。また、自己主張行動の増加を目指して、プレイ場面や家庭において、A児の示す自己主張行動を汚い言葉(「ばか」「じい」等)や身体的な攻撃(叩く、ける等)を含めて反応的・肯定的に受け止める。

#### (2) 発話面

A児の発話時の負荷の軽減と発話量の増大、A児にとっての適切な発話モデルを提供することを意図した発話環境の整備を図る。具体的には、A児の発話に対して受容的によく聞くようにする、適切な速度(ゆっくり)の発話、ターンテイク(話者の交代)の励行、発話と発話の間に十分な間を取る、随意吃の導入等をプレイ場面で導入したり、保護者に家庭場面での使用を薦める。なお、これらの実施に当たっては、INREAL法にある言語心理学的技法(セルフトーク、パラレルトーク、バーバルモリタリングアンドリフレクティング(VMR)、モデリング)も参考にした(大橋, 1999)。

## 4. 結果

### 4.1. 治療経過

#### 第1期(指導開始(3歳9ヶ月)～指導開始1

#### 年後(4歳8ヶ月))

**情動面**：母親は、A児と過保護的な関係が形成されるように、A児の生活全般の要求水準を下げるるとともに、A児の発話、とりわけ感情表出の発話を受容的に聞くようになった。それに伴い、A児の母親に対する自己主張的言動が増大し、母親に対して大玉をぶつける、おもちゃを叩く、家族や客に対して「ばか、ぶっころすぞ」「くそじい」という言うなどの行動が見られるようになった。さらに、幼稚園場面などで積極性が出る、良好な友達関係が見られる、幼稚園での発表会などに積極的に参加するといった言動が見られるようになった。

**発話面**：母親は、A児の発話を受容的によく聞くようにすると共に、ゆっくりとした、短めの、力を入らない発話スタイルや、INREAL法の言語心理学的技法を用いた発話を家庭で実施した。A児は、指導開始時には構音発達の遅れが認められたが、第1期後半には自然と解消した。また、第1期後半には、句や節を含む、長い複雑な発話も見られるようになった。

#### 第2期(指導開始1年後(4歳8ヶ月)～指導 終結(6歳10ヶ月))

**情動面**：第1期同様、母親は、A児の生活全般の要求水準を下げ、A児の感情表出等の発話を受容的に聞くことを継続した。第2期においては、より社会的に認められやすい形で自己主張行動を表現できるようになった。それに伴い、身体的な攻撃(殴る、ける等)や汚いことば(ばか、じい等)を用いることが少なくなっていた。また、幼稚園においても、自己主張行動が増大するとともに、お泊まり会に1人で参加できるようになる、課外活動(スポーツ教室等)に積極的に参加する、学芸会で準主役級の役を積極的に演じるなどの言動が見られるようになった。

**発話面**：第1期同様、母親は、A児の発話を受容的によく聞くように心がけるとともに、ゆっくりとした、短めの、力を入らない発話や、言

語心理学的技法を用いた発話、随意吃を含んだ発話モデルの提示にころがけていた。第2期には、A児の発話意欲が顕著に増大し、幼稚園で起こったことなどを積極的に母親に対して報告するようになった。また、A児の発話能力の発達も顕著であり、長く複雑な言い回しの使用が見られた。さらに、A児は、口腔に緊張を感じた時などに、随意吃を含んだゆっくりで緊張の少ない発話スタイルを用いて言い直しをする場面が見られるようになった。しかし、幼稚園であったことを報告する時など、長く複雑な発話を行う時には、吃音症状が多発してしまうことがあった。また、A児が興奮してやや早口で話している時などに、母親もその発話速度につられて早口で話してしまうために、発話速度が加速されてしまう場面も見られた。

#### 4.2. 諸検査・指標の結果の推移

##### HU式親子発話関係診断テスト（指導開始3ヶ月時及び10ヶ月時実施）及びHU式簡易親子吃音関係診断テスト（指導開始2年4ヶ月時実施）

結果の推移を表3に示した。第1回目（3ヶ月時）では、拒否、抑制、指導、服従の値が10以下と低い（問題が示唆）だったのが、第2回目（10ヶ月時）では、Aテスト（意識面）、Bテスト（実際の行動）の双方とも、服従をのぞく全ての領域において改善が見られた。そして、この傾向は第3回目（2年4ヶ月時）においても維持されていた。

表3-1 HU式I型親子言語関係診断テストの結果

	指導開始3ヶ月時		指導開始10ヶ月時	
	Aテスト	Bテスト	Aテスト	Bテスト
拒否	3.5	16.5	16.0	18.0
指導	9.5	10.5	19.0	18.0
抑圧	16.5	5.0	17.5	9.0
不安	11.5	10.5	12.5	12.5
服従	8.5	8.5	8.0	5.0

※ 10以下だと、問題の存在が示唆される

表3-2 HU式簡易親子吃音関係診断テストの結果

指導開始2年4ヶ月時	
拒否的行動	100
拒否的態度	88
支配的規範	62
支配的期待	81
服従	45
過保護的不安	57
過保護的干渉	42
不一致	78

※ 50以下だと、問題の存在が示唆されると考える

##### TS式幼児・児童性格診断検査（指導開始3ヶ月時、10ヶ月及び2年4ヶ月時実施）

結果の推移を表4に示した。第1回目においては、パーセントイルが30%以上（問題なし）の項目は2項目のみであった。第2回目のテストにおいては、若干数値に変動があったものの、パーセントイルが30%以上の項目は依然として3項目のみにとどまった。しかし、第3回目においては、パーセントイルが30以上の項目が9項目に増え、パーセントイル10%以下が、自制力なし、攻撃・衝動性の2項目、パーセントイル30%以下の項目が顕示欲が強い、個人的安定の2項目となった。

表4 TS式幼児・児童性格診断検査の結果の推移

指導開始	3ヶ月時	10ヶ月時	2年4ヶ月時
顕示性	55	25	20
神経質	20	20	65
情緒安定	10	1	99
自制力	1	1	1
依存-自立	10	1	40
退行-生産	10	75	50
攻撃-穏和	1	1	1
社会性	55	25	99
家庭適応	10	45	40
学校適応	20	20	99
体質安定	25	40	90
個人安定	1	1	15
社会安定	25	25	85

#### 4.3. A児と母親との発話量の比の推移

毎回の指導の始めに実施する母子自由遊びの前半5分間に見られたA児と母親との発話量の

比（母親が発話した文節数/A児が発話した文節数）の推移について、図2に示した。第1期では、発話量の比が1に近いセッションが多かった。しかし、第2期では、各セッション間で発話量の比の推移が激しく、また、必ずしも1に近いセッションだけではなかった。そして、発話量の比が2を越すセッションも見られた。

4.4. A児の発話量の推移

毎回の指導の始めに実施する母子自由遊び15分間に見られたA児が発話した文節数の推移について、図2に示した。第1期では、A児

の発話量が徐々に増大している様子が認められた。しかし、第2期では、各セッション間で発話量の変動が激しく、一貫した傾向を見いだす事は出来なかった。

4.5. 吃音症状の推移

毎回の指導の始めに実施する母子自由遊び15分間に見られたA児の吃音症状の推移について、図3に示した。各セッション間の変動が見られるものの、吃音症状は徐々に軽減し、指導終結時には1%以下とほとんど見られなくなった。

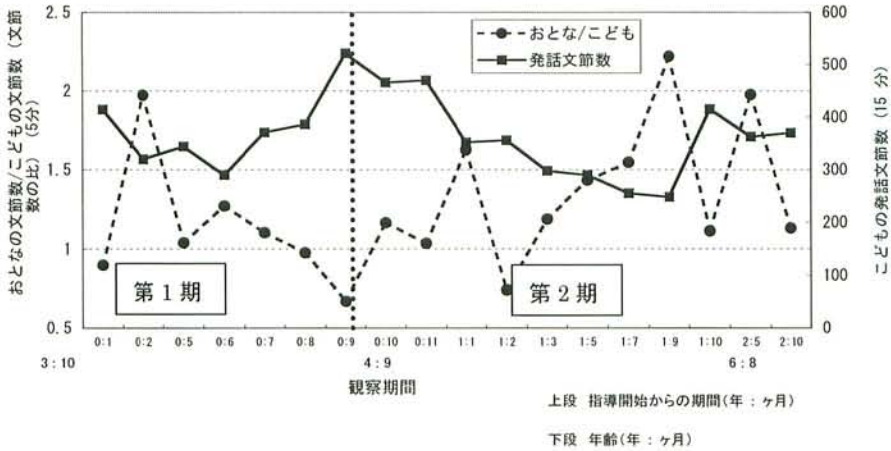


図2 A児と母親の文節数の比とA児の発話文節数

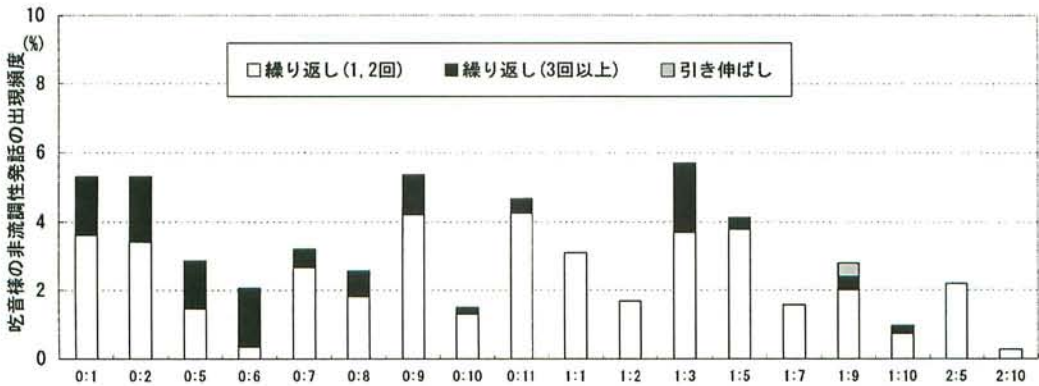


図3 吃音様の非流暢性発話の推移

## 5. 考察

### 5.1. 指導経過について

#### 情動面

結果に示したように、今回の指導を通して母親のA児に対する関わり方に変化が認められた。そして、HU式親子言語関係診断テスト及びHU式簡易親子吃音関係診断テストの結果も、この変化を支持するものであった。すなわち、第1回目では拒否、抑制、指導、服従の値が低かったのが、第2回目、第3回目においては、服従を除く他の数値が増大した。服従は子どもの言動に母親が服従的に従ってしまう傾向であり、過保護性の構成要素のひとつと考えられている（内須川ら、1988）。つまり、これらの検査における変化は、過保護性を増大させ、子どもを受容するという今回の指導目的に合致すると考えられる。

自己主張行動については、まず身体的攻撃や汚い言葉を用いた自己主張行動が出現し、その後、これらに代わりより社会的に容認されるスタイルの自己主張行動が多く見られるようになった。また、TS式幼児・児童性格診断検査の結果、第1回目、第2回目では、パーセントイルが30以上の項目が2～3項目であったものが、第3回目では9項目にまで増大した。子どもの自己主張行動を受容していく過程において、まず身体的攻撃や汚い言葉等を含む攻撃的な言動が表出され、その後社会的に容認される言動に変化することが報告されている（早坂ら、1998；小林ら、2000）。本児に見られた自己主張行動のスタイルの変化は、これらの報告で指摘されている変化と一致するものである。また、内須川ら（1988）は、対人的な過敏性が高い幼児の吃音指導の過程において、周囲が子どもの自己主張行動を徹底的に受容し、子どもの感情表出を推進させることで、情緒的なトラブルの軽減や発話意欲の増大が達成されるとしている。本児に見られたTS式幼児・児童性格診断検査の結果の推移は、A児の自己主張行動を受容し、

情緒的なトラブルの軽減に努めたことで、A児の情動的な問題の軽減が図られたことを示唆するものと考えられる。ただし、本指導においては、自制力なし、攻撃・衝動性等については、最後までパーセントイルが10以下にとどまった。今回の指導においては、自己主張行動を促進させるために、これらについてはむしろ奨励していた側面があった。つまり、今回の指導で改善しなかったのはやむを得ないと考えられる。内須川（1988）は、身体、発話的な攻撃的自己主張行動が沈静化し、吃音症状の一定の軽減が認められた後に、徐々にこれらの側面の改善を意図した指導を実施する必要があると指摘している。そこで、A児のこれらの側面については、今後の課題として考慮していく必要があると考える。

#### 発話面

第1期においては、A児と母親の発話量の比が徐々に1対1に近づき、またA児の発話量が徐々に増大していく様子が見られるなど、母親との発話場面で発話時の負荷の軽減や発話意欲の増大によって望ましい環境となっていたことが示唆された。また、第2期になると、口腔に緊張が見られた時に、ゆっくりとした緊張の少ない発話スタイルや随意吃を用いて言い直す場面が見られるようになった。このことは、今回行った環境調整が、A児にとって発話時の負荷の軽減や、利用可能な発話モデルの提供に寄与していたことを示唆するものである。しかし、今回採用した環境調整を中心とした指導が、徹底しきれなかったり、A児の吃音症状の軽減に必ずしも効果的でない場面があったことも事実である。特に、A児の発話意欲や発話の長さや統語的複雑さが増した第2期においては、長い発話の際に、吃音症状が増大してしまう様子や、母親の発話速度がA児のやや早い発話速度に合わせて早くなってしまう場面なども認められた。また、A児と母親との発話量の比の推移やA児の発話量の推移をみると、第2期においては母

親の発話量がA児の2倍近くに増大したり、A児の発話量が必ずしも増大しない様子が見られた。これらは、今回用いた指導法に限界が存在していたことを示唆するものである。

## 5.2. 本指導の有効性と今後の課題

本指導においては、情動と発話の双方に焦点をあてた指導を実施した。いくつかの課題は残されたものの、今回の指導で、情動面と発話面に見られた問題の軽減を図ることが出来るとともに、吃音症状の軽減も達成できた。これらは、吃音の進展に際して、情動面と発話面の双方の問題が一定の役割を果たしており、それらの問題の軽減に本指導が効果的に機能したことを示唆するものである。

今後の課題として、発話面の指導に関することがあげられる。本指導では、環境調整を通してA児の発話時の負荷の軽減とA児にとって適切な発話モデルを提示することを狙った。しかし、特に第2期においては今回実施した環境調整だけでは十分でないことが示唆された。第2期において環境調整が必ずしもうまく機能しなかった背景には、発話時の負荷の要因が、A児自身の言語能力や発話意欲の急激な進展によるところが大きいと考えられる。すなわち、A児自身の発話に対する要求水準が急激に伸びていくのに対して、A児の発話・運動能力の発達が追いついていない状況(Starkweather, 2002)が想定されるのである。また、第2期においては、子どもの発話速度や発話量の増大に合わせて母親の発話速度や発話量が増大していく様子も観察された。これは、発話が活発になっていくA児に連動した変化と考えられるが、A児の発話の増加幅よりも母親発話の増加幅が多くなる場面もあり、その結果、第1期ではほぼ1対1の発話量が維持できていた母子間の発話比が、2対1程度になってしまったセッションも認められた。そこで、今後、同じような状況にある幼児に指導を行う際には、例えば発話速度の軽減を意図したゲーム(Ryan et al, 1993)を指導で

遊びの一部として取り入れるなどを通して、自身に対する発話の要求水準の軽減を促すことなどが必要になる。また、例えば母子遊び場面のビデオ場面を視聴する機会を設けるなど、より強力かつ効果的な形で保護者ガイダンスの実施を検討していくことも必要になると思われる。

本研究の実施に際しては、榛名町立第一小学校言葉の教室の飯島好行先生にご協力いただきました。記して深謝いたします。

本研究の一部は、文部科学省科学研究費補助金(吃音を持つ児童・生徒に対する教育的指導支援プログラムの開発, 課題番号17730515)の補助を受けて行われた。本研究の要旨は、第4回国際流暢性障害学会(Fourth World Congress of Fluency Disorders)にて発表した。

## 文献

- Couture, E. G. Stuttering. Its nature, diagnosis, and treatment. Needham Heights, Allyn and Bacon, 2001.
- Dell, C. W. (著), 長澤泰子(訳). 学齢期の吃音指導. 専門家のための手引き. 東京, 大揚社, 1995.
- Gregory, H. H., Hill, D: Stuttering therapy for children. Seminars in Speech, Language and Hearing. 1, 351-363 (1980) .
- Guitar, B. Stuttering. An integrated approach to its nature and treatment. Third edition. Maryland, Lippincott Williams & Wilkins, 2005.
- 小林宏明・早坂菊子・長沼秀明, 他. 音韻障害を併せ持つ吃音児の指導経過-U仮説に基づいて-. 心身障害学研究. 24, 21-38 (2000) .
- 小林宏明. 予後が良好とされた吃音を持つ幼児の指導過程. 第49回日本音声言語医学会総会・学術講演会予稿集, 2004, p39.
- 早坂菊子. 吃音. Clinical Neuroscience 別冊, 13, 183-186 (1995) .
- 早坂菊子, 小林宏明. 言語発達遅滞型吃音幼児の診断・治療過程-U仮説に基づいて-. 音声言語医学, 39 (4) , 388-395 (1998) .
- 早坂菊子, 小林宏明. 重度吃音児童の治療過程-直接法と間接法の統合から-. 音声言語医学. 41, 273-242, (2000) .



- 大橋佳子. 吃音児の大人とのコミュニケーションにおける言語性ならびに動作性模倣運動. 第 37 回日本特殊教育学会大会発表論文集. 149 (1999) .
- 大橋佳子. 学齢期吃音児の治療教育. (吃音 アドバンスコース コミュニケーション障害の臨床 2) 日本聴能言語士協会講習会実行委員会(編). 東京, 協同医書出版, 2001, p. 85-122.
- 前新直志, 磯野信策, 寺尾恵美子. 幼児期から学齢期にかけての吃音指導の一例-間接法中心から直接法中心の移行に伴う母子の心理的变化-. 特殊教育学研究, 39, 33-45 (2002) .
- Ranyan, C. M., Ranyan, A. E. : Therapy for school-age stutterers: An update on the fluency rules program. Stuttering and related disorders of fluency. Curlee, R. F. (eds.) New York, Thieme Medical Publishers, 1993, p. 101-114.
- Riley, G. D., Riley, J. Evaluation as a basis for intervention. Treatment of stuttering in early children. Prins, D. & Ingham, R. J. (eds.) California, Challenge-Hill Press, 1983, p 43-67.
- Starkweather, C. W. The epigenesis of stuttering. J. Fluency Disord. 27, 269-288 (2002)
- 鈴木夏枝, 小沢恵美. 幼児吃音の臨床. (吃音 アドバンスコース コミュニケーション障害の臨床 2) . 日本聴能言語士協会講習会実行委員会(編), 東京, 協同医書出版, 1985, p49-84.
- 高木俊一郎, 坂本龍生, 園山繁樹, 他: 新訂版 TS 式幼児・児童性格診断検査. 東京, 金子書房, 1997.
- 津守真, 磯部景子: 乳幼児精神発達診断法 3 才から 7 才まで. 東京, 大日本図書, 1965.
- 内須川洸, 早坂菊子. 幼児吃音に関する診断・治療法研究. 東京, 風間書房, 1988.
- Van Riper, C.: The nature of stuttering. Second edition. Illinois, Waveland Press, 1982.
- Wakaba, Y., Iizawa, M., Gondo, K, et al. Preliminary study on effects of temperament characteristics on early development of stuttering children. Proceedings of the Fourth World Congress of Fluency Disorders, 2004, p.439-444.
- Yairi, E., Ambrose, N. G. Early childhood stuttering. For clinicians by clinicians. Texas, Pro-ed, 200