症 例

自然で無意識な発話への遡及的アプローチにより、吃音重症度と不安状態改善を認めた成人吃音の1症例

荻野亜希子^{1,2)} 小内 仁子²⁾ 平田 暢子²⁾
 新明 一星^{2,3)} 都筑 澄夫^{2,4)} 渡嘉敷亮二²⁾

要 約：吃音とメンタルヘルスの問題、特に不安症群との合併については複数指摘がなされているが、進展段階を基準とした改善例の報告は国内外でもわずかであり、心理検査の数値の変化とともに論じた報告は例がない。今回、進展段階第4層の吃音者である19歳女性に対して、年表方式のメンタルリハーサル法を含む、自然で無意識な発話への遡及的アプローチ（RASS）理論に基づいたリハビリテーションを行った。初診後約5ヵ月時の再評価において吃音症状の一つである回避が消失し、進展段階の重症度改善が示唆された。心理検査では不安全般および社交不安の軽減を認めた。吃音検査においては、吃音中核症状頻度が減少し、発話量が増大した。RASS理論に基づく介入によって行動面・認知面・発話面の症状改善が図られた可能性が示唆された。今後は長期的経過および複数症例の蓄積および検討が必要と考える。

索引用語：吃音、不安症群、年表方式のメンタルリハーサル法、自然で無意識な発話への遡及的アプローチ、RASS

Improvement of Mental Health and Speech in a Case of Severe Stuttering by Treatment Based on Retrospective Approach to Spontaneous Speech (RASS)

Akiko Ogino^{1,2)}, Satoko Kouchi²⁾, Nobuko Hirata²⁾, Issei Shinmei^{2,3)}, Sumio Tsuzuki^{2,4)}
 and Ryoji Tokashiki²⁾

Abstract: In clinical settings, therapists always need to approach not only their patient's speech method but also their psychosocial aspects such as irrational thought, emotions, and dysfunctional behavior related to stuttering.

We report the case of a 19-year-old female nursing student suffering from severe stuttering. At the initial visit, she confessed that she desired to take sick leave to avoid the burden of undergoing practical training at her hospital. To treat the patient, we provided a

東京大学医学部附属病院リハビリテーション部¹⁾：〒113-8655 東京都文京区本郷7-3-1

新宿ボイスクリニック²⁾：〒160-0021 東京都新宿区歌舞伎町1-1-17 エキニアビル4F

国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター³⁾：〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1

都筑吃音相談室⁴⁾：〒461-0005 愛知県名古屋市中区東桜一丁目10番29号 パークサイドビル栄10階10B号室

¹⁾Department of Rehabilitation Medicine, University of Tokyo Hospital: 7-3-1 Hongo, Bunkyo-ku, Tokyo 113-8655, Japan

²⁾Shinjuku Voice Clinic: 4F, 1-1-17, Kabukicho, Shinjuku-ku, Tokyo 160-0021, Japan

³⁾National Center for Cognitive Behavior Therapy and Research: 4-1-1 Ogawa-Higashi, Kodaira, Tokyo 187-8553, Japan

⁴⁾Tsuzuki Stuttering Consultation Office: 1-10-29, #10B, Higashisakura, Higashi-ku, Nagoya-shi, Aichi 461-0005, Japan

2018年4月9日受稿 2018年10月3日受理

“mental rehearsal” program (MR program) based on the principles of Retrospective Approach to Spontaneous Speech (RASS). The MR program is a treatment method for stuttering created by Tsuzuki based on RASS theory. In this therapy, therapists focus on emotional issues related to stuttering rather than on the speech method itself. The MR program contains systematic desensitization and imaginative exercises to supplant their negative experience. The patient performs utterances, assertive behavior, etc. while imagining a relaxed state under the guidance of the therapist.

After about 5 months of the treatment, the patient reported less frequent disfluencies and demonstrated improved scores on MAS (Manifest Anxiety Scale), STAI (State-Trait Anxiety Inventory), and SADS (Social Anxiety Disorder Scale). As a result, she could successfully complete her practical training.

In the present case, the patient reported improvement of stuttering symptoms as well as related thought and behavior. These results suggest the MR program may be an efficacious treatment method for stuttering.

Key words: stuttering, anxiety disorders, rehabilitation, mental rehearsal program, Retrospective Approach to Spontaneous Speech (RASS)

はじめに

吃音とメンタルヘルスの問題、特に不安症群との合併に関する報告は多く、近年では吃音の重症度および訓練効果との関連についての報告も複数見られている^{1,2)}。吃音検査法の評価項目に採用されている進展

段階（表1）は、「吃音症状」「吃音が生起する場」に加えて「自覚および情緒性反応」の項目からなる³⁾。この進展段階を基準とした改善に関する報告は国内外でもわずかであり、さらに進展段階に基づく改善例に對して、心理検査を用いて不安症状軽減の効果を明確にした報告はこれまでに例がない。

表1 進展段階

項目	第1層	第2層	第3層	第4層
吃音症状	<ul style="list-style-type: none"> ・モーラ・音節・語の部分の繰り返 ・引き伸ばし ・流暢な時期もあり 	<ul style="list-style-type: none"> ・繰り返 ・引き伸ばし（緊張有り、持続長くなる） ・ブロック ・随伴症状 ・慢性化 	<ul style="list-style-type: none"> ・回避以外の症状が出そう ・緊張性にふるえが加わる ・解除反応延期助走を巧みに使う ・語の置き換え ・慢性的 	<ul style="list-style-type: none"> ・繰り返しや引き伸ばしは減る ・回避が加わる ・解除反応延期助走回避を十分発展させる ・慢性的
吃音が生起する場	<ul style="list-style-type: none"> ・コミュニケーション上の圧力下 ・特に興奮時や長い話をするとき ・文頭の語 	<ul style="list-style-type: none"> ・家、学校、友人など、同じように吃る ・特に、興奮時や速く話するとき ・話しことばの主要な部分 	<ul style="list-style-type: none"> ・いくつかの特定の場面が特に困難でそれを自覚している ・困難な語音がある ・語の置換をする ・予期の自覚が生ずることあり 	<ul style="list-style-type: none"> ・種々の特定の音、語、場面、聞き手に特に困難 ・困難な場面への持続的なはっきりした予期
自覚および情緒性反応	<ul style="list-style-type: none"> ・吃ることに気付いていない ・情緒性反応、恐れ・困惑は、基本的にはない ・全ての場面で自由に話す ・非常に強い症状が出て発話が中断することに対してフラストレーションを示すことがある 	<ul style="list-style-type: none"> ・吃ることに気付いているが、自由に話す ・いつもより話にくい瞬間以外は吃ることをほとんど気にしていない 	<ul style="list-style-type: none"> ・吃音を自覚し、欠点・問題として把握する ・強く吃る時に、憤り、いら立ち、嫌悪感をもつが、恐れ、深い困惑に悩まされている様子はない 	<ul style="list-style-type: none"> ・深刻な個人的問題とみなす ・強い情緒性反応 ・特定場面の回避 ・恐れ・困惑

発達性吃音に対する訓練技法の一つである年表方式のメンタルリハーサル法（M・R法）は特定の場面および行動イメージの想起により自然な発話の再学習と吃音悪化要因の系統的脱感作を行う訓練法であり、進展段階第4層まで進展した発達性吃音に対して、進展段階を遡及した改善例の報告がなされている⁴⁾。M・R法の基礎となる自然で無意識な発話への遡及的アプローチ（Retrospective Approach to Spontaneous Speech, 以下 RASS）は、非吃音者の発話そのものである「自然で無意識な発話」を目指した訓練理論である。進展段階第4層から正常域まで遡及する過程で「吃音症状」「吃音が生起する場」「自覚および情緒性反応」すべての項目において順次各層の特徴に変化していくとしている⁵⁾。

今回、RASS理論に基づいた訓練により「吃音症状」を含む上記3項目すべてが第4層から第3層に改善した時点で、心理検査上の数値も改善した症例を経験したため報告する。

対 象

初診時 19 歳女性。専門学生。

主訴：病院実習で開始・終了の挨拶が緊張してうまくできない。自身の言葉の問題が気になり、会話や授業の内容が頭に入っていない。

医学的診断名：発達性吃音。

家族歴：父および父方祖父が吃音者。

発吃は幼児期。小学校低学年時には音読の授業に苦手意識をもっていた。受診・訓練歴として16歳（高校1年時）、心療内科を受診したが、根本的な解決にならないと考え数回で通院を中止した。看護系専門学校に在籍中であるが、2年時に行われた臨床実習に際して挨拶や伝達、報告等における問題が生じていた。今後開始予定の最終年次実習の実施や合否評価に関して、厳しい見通しを指導者に告げられたことで学業継続に対する不安を抱え、インターネットで吃音の専門治療機関を検索し、当クリニックを受診した。初診時は休学も検討していた。

評 価

発話評価として吃音検査法（中学生以上版）³⁾を実施し、評価可能であった課題における吃音中核症状頻度（吃音生起数/発話総文節数×100）を算出した。単語音読0、文章音読0、文音読0、単語呼称0、文・文章による絵の説明6.7（5/75）であった。吃音症状としてはブロックが中心であり、検査場面では最長3秒

の構音運動の停止を認めた。その他の非流暢性としては語・文節中の不自然な間が頻発し、随伴症状として口唇周囲の不随意的筋収縮を確認した。

発話行動に関する主観的評価として RASS 吃音質問紙⁵⁾の聴取項目の一つである「語音、発話への注目や工夫」を用いた。RASS 吃音質問紙の「語音、発話への注目や工夫」は、発話への注目や工夫、回避をどの程度行っているかを全56項目にわたって Yes/No 形式で回答を求めるものである。聴取の結果「発話への注目」7/8項目、「意図的発話」1/1項目、「工夫」28/37項目、「回避」4/5項目が該当した。聴取結果の一部を図1に示す。

心理検査として顕在性不安尺度である日本版 Manifest Anxiety Scale (MAS)、状態・特性不安尺度である日本版 State-Trait Anxiety Inventory (STAI)、社会的不安・回避尺度である日本版 Social Anxiety Disorder Scale (SADS)を用いた⁶⁻⁸⁾。MASは24点(Ⅱ)「かなり高い不安」、STAI 特性不安47点(Ⅳ)、状態不安38点(Ⅲ)と特性不安が特に高い状態、SADSは68点「中等症」だった。

介入方針

吃音症状として、発話への注目、意図的操作、回避行動が認められる点、「特定の場面で特に困難であり、持続的にはっきりとした予期」を抱えている点、休学を検討するなど「深刻な個人的問題とみなしている」点から進展段階第4層と推察された（表1）³⁾。訓練開始にあたり、言語聴覚士（ST）による面接場面の評価や心理テストの結果を基に多職種カンファレンスにて訓練適応を検討した。また各種訓練法に関する説明を行ったうえで本人の希望を確認した。結果を受けて M・R 法を中心とした RASS 理論に基づく訓練を開始した。

本介入では RASS 理論に基づき、流暢な発話や口腔構音器官の機能向上を直接の達成目標とはせず、直接的な構音・発話訓練および口腔構音器官の意図的操作の指導は行わないこととした。臨床のなかで ST は症例の意識を「発話の流暢性」から、コミュニケーション本来の目的である「意思の伝達」へ立ち返るよう指導を行っていくこととなった⁵⁾。

介入方法

訓練開始において、日常生活における「恐れと行動の尺度」と「発話の状態の尺度」（7段階スケール）（表2）⁵⁾をもって過去から現在における500の場面に

注 目		はい	いいえ
1)	発話前に、語音（言葉の音）に注目している		✓
2)	発話中の言葉に注目している	✓	
3)	発話前に、言える言えないと判断する	✓	
4)	自分の体の緊張状態に注意が向く	✓	
5)	音が上手く出たか、どもったか意識している	✓	
6)	発話前または発話中に口、舌の状態に注意がいく	✓	
7)	発話前または発話中に自分の身体の状態を感じている	✓	
8)	発話後、上手く言えた、言えなかったと分析する	✓	
意図的発話			
1)	言葉を出そうと意図している（言葉を意識的に出そうとしている）	✓	
工 夫			
1)	発話中に、舌、口、呼吸器官の動きを意識的に行おうとする		
2)	発話中に、口を意図的に大きく動かし話す	✓	
3)	口の形を自分が言いやすいように工夫する	✓

回 避			
1)	もう一度言わなければならないときは言わない		✓
2)	吃りそうなときは、分からないふりをして言わない	✓	
3)	自分からなるべく言わないようにし、相手が話すように仕向け、返答だけで済むようにする	✓	
4)	詰まりそうなときは、言わないことがある	✓	
5)	笑われそうなときは、言わないことがある	✓	

図1 語音、発話等への注目や工夫（初診時聴取内容の一部）

表2 「恐れと行動の尺度」と「発話の状態の尺度」（7段階スケール）

恐れと行動	発話の状態
0 恐れはなかった考えもしないで行動した	0 発話症状はなかった
1 恐れはあまりない、もしくはあつたりなかったりした	1 発話症状はあまりない、もしくはあつたりなかったりした
2 恐れが少しあつた	2 発話症状は少なかった
3 恐れはあるが強くはなかった	3 発話症状はあるが、ひどくはなかった
4 恐れは強いが、場面を避けないで行動した	4 発話症状がひどいがなんとか言えた
5 恐れが強く場面を回避したりしなかったりした	5 発話できない場合と、なんとか発話できる場合があつた
6 恐れが強く場面を回避した	6 発話または発話できないで終わった

対して主観的評定を行い、階層化した。初診時聴取した全500場面のうち一部を図2に示す。具体的な聴取方法の例として、図2における項目14の1)「電話をかけ、かかった相手先を確認する」場面において、対象者は表2を基に、場面に対する恐れおよび自身の行った行動で当てはまる数値を図2の「恐れと行動」項目に、発話の状態に当てはまる数値を「発話の状態」項目にそれぞれ記していく。

患者教育の一環として二次的症状である注目・意図的操作・回避について説明し、吃音の症状は発話症状だけでなく点について理解を促した。特に回避は吃音の悪化要因であることを強調し、回避を行わずに発話場面を経験することを励ました。

並行してM・R法を開始し、リラクゼーション下でのイメージ想起によって自然な発話の再学習および場面への恐れに対する系統的脱感作を図った。具体的

には日常生活におけるさまざまな場面のなかで適応行動をとる自身を主体的にイメージする。イメージする場面や行動は、恐れ・不安に対する拮抗刺激であり⁵⁾、訓練前に収集した各場面に対する本人の主観的評価および情報を基に担当STが作成する。手順として、臨床場面でリラクゼーショントレーニングおよびイメージ想起の練習を行い、習熟の程度を確認後、自宅練習に切り替える。拮抗刺激は本人にとって抵抗が最小限である幼児期の家族とのアタッチメントの場面から開始した。実習スケジュールに合わせて1時間の訓練を月1回の頻度にて実施した。

結 果

初診後5ヵ月16日時点での再評価結果を初診時と比較した。吃音中核症状頻度と心理検査の結果を表3に示す。吃音中核症状の評価は、訓練を実施したST

	恐れ の 尺度	発話 の 尺度
1. 挨拶		
1) 友達の家を訪問した場面での挨拶	4	1
2) 日常の挨拶（お早うございます）	1	1
3) 日常の挨拶（今日は）	0	0

2. 紹介		
1) 自己紹介（教室）	4	4
2) 自己紹介（部活、サークル）	4	4
3) 自己紹介（友達の家を訪問した場面）	2	2

14. 電話で話すとき		
1) 電話をかけ、かかった相手先を確認する	4	4
2) （友達に）電話をかけ、自分の氏名を名乗る	5	5
2) 電話をかけ、（友達の家族に）自分の氏名を名乗る	5	5

図2 現在、または過去の恐れと発話症状（初診時聴取内容の一部）

表3 吃音中核症状頻度と心理検査結果の変化

		初回	再評価時
吃音中核症状頻度	単語音読	0	0
	文章音読	0	0
	文音読	0	0
	単語呼称	0	0
	文・文章による絵の説明	6.7 (5/75)*	2.5 (3/118)*
	(発話総文節数)	75	118
心理検査	MAS	24点 (Ⅱ)	5点 (Ⅳ)
	STAI 特性不安	47点 (Ⅳ)	31点 (Ⅱ)
	状態不安	38点 (Ⅲ)	23点 (Ⅱ)
	SADS	68点	30点

*カッコ内は吃音生起数/各検査項目における発話総文節数

図3 発話における行動パターンの変化
(質問紙該当項目数の変化)

以外の臨床経験年数5年以上のSTが担当した。吃音中核症状は症状生起を認めた項目すべてで減少し、発話総文節数はすべての項目で増加した。吃音症状としては最長でも1秒に満たないブロックのほか音・モーラ・音節の繰り返し、子音部の引き伸ばしが同等の頻度で確認された。語・文節中の不自然な間は著明に減

少し、明らかな随伴症状は認めなかった。

発話行動に関しては、「発話への注目」「意図的発話」「工夫」「回避」すべての項目で減少および消失した。回避に該当する行動が0になったことから、進展段階第3層への改善が示唆された(図3)。

本人からは「どもっても構わないと思うように

なった」「レストランでの注文はこれまで同行者に頼んでいたが、他人の分もまとめて自分から注文するようになった」「ブロック出現時の持続時間が短くなり、高校生の頃の状態まで改善した実感がある」といった恐れ軽減や行動変容、発話症状の軽減と推察される報告を得た。

心理検査においては、MASが標準段階以下へ、STAI 特性不安、状態不安ともに低い状態に、SADSは軽症へとすべての検査で不安状態の改善が推察された。再評価の時点で、休学はせず介入当初の主訴であった実習が開始されていた。その後国家試験後の就業も見据えて就職活動を実習と並行して開始、年度終了時点には就職先が決定しており、すべての実習に合格したとの報告を受けた。

考 察

DSM-5では、社交不安症を、「他者の注視を浴びる可能性のある一つ以上の社交場面に対する、著しい恐怖または不安」と定義している^{9,10)}。社交不安症の多くは、不安に対処するための方略として回避行動と安全確保行動をとる。安全確保行動とは「恐れている破局が起きないようにしたり、特定の場面において、より安全であるように感じられる行動」を指す¹¹⁾。Clarkらの認知モデルにおいて、これらの行動は、実際に不安に直面化した結果が確認されないことにより、非現実的な信念が維持・増悪し、長期的には不安症状が維持される^{11,12)}。

吃音者の不安は過去の発話に関する失敗経験が関係するが、この不安が顕著になると発話だけではなく、QOL低下を招く要因となりうる^{13,14)}。そのため、吃音臨床においては発話のみならず、不安に関連した認知・行動へのアプローチが必要とされる。不安症と同様に、吃音者の回避行動は、不安・恐怖が維持・増悪要因となるため、「恐れに基づく吃音行動」の変容を促す訓練プログラムの重要性が唱えられている¹⁴⁾。

成人吃音の訓練方法の一つであるM・R法は、日本独自の訓練技法で¹⁵⁾、発話への間接的アプローチを行いながら、情動面への介入を行うものである⁵⁾。M・R法においては個々の場面に対する否定的感情の軽減のため、イメージ下での系統的脱感作を図る。M・R法の基礎となるRASS理論は、非吃音者の発話そのものである「自然で無意識な発話」への遡及を目的としている⁵⁾。初診時評価より、症例は社交場面に対する恐怖または不安および苦悩から、自身の発話に過剰に注目し、症状への安全確保行動および回避行動とし

て意図的操作・回避を行っていた。Clarkらの社交不安症における認知モデル¹¹⁾からは、その行動がさらに恐怖等の否定的信念を維持・増悪していたと推察される。

訓練開始後、回避行動が軽減・消失し、吃音の重症度が改善した。発話への直接的アプローチは施していないにもかかわらず、吃音生起率も軽減し、発話量が増大する傾向を認めた。心理検査の結果からは全般的な不安および対人場面における不安のみならず不安に関する性格傾向¹⁶⁾の改善も示唆された。

以上の経過より行動パターンの変容による工夫・回避の軽減・消失と不安の軽減および吃音の重症度の改善が密接にかかわっている可能性があり、RASS理論に基づく訓練は行動面・認知面・発話面へのアプローチとなりうる可能性が示唆された。今後は、長期的経過および複数症例の蓄積を行い、治療機序の解明を行っていく。

結 語

進展段階第4層の吃音症例に対し、RASS理論に基づく訓練を行った。訓練開始後、発話への注目、意図的操作、回避行動が軽減・消失し、進展段階第3層へ改善した。吃音検査では吃音生起率が軽減し、さらに発話量が増大する傾向を認めた。心理検査の結果からは不安状態の軽減が示唆された。RASS理論に基づく訓練によって行動面・認知面・発話面の症状改善が図られたことが示唆された。今後は長期的経過および複数症例の蓄積および検討が必要と考える。

本報告の要旨の一部は、第61回日本音声言語医学会学術講演会において発表した。

利益相反自己申告：申告すべきものなし。

文 献

- 1) Iverach L, Jones M, O'Brian S, et al: The relationship between mental health disorders and treatment outcomes among adults who stutter. J Fluency Disord, 34: 29-43, 2009.
- 2) 菊池良和, 梅崎俊郎, 山口優実, 他: 社交不安障害 (social anxiety disorder: SAD) を合併した発達性吃音症の1例. 音声言語医学, 54: 35-39, 2013.
- 3) 小澤恵美, 他: 付録. 吃音検査法, 学苑社, 東京, 60頁, 2013.
- 4) 都筑澄夫: (吃音の治療) 第4層の発達性吃音に対する年表方式のメンタルリハーサル法の訓練効果と軽減・改善過程. 音声言語医学, 53: 199-207, 2012.
- 5) 都筑澄夫, 他: 間接法による吃音訓練 自然で無意識な発話への遡及的アプローチ—環境調整法・年表方式のメンタ

- ルリハーサル法一, 三輪書店, 東京, 42-56, 90-103, 106-121, 124-141, 144-163, 2015.
- 6) Hathaway SR and Mckinley JC: MAS 顕在性不安尺度 (改定版) (Taylor JA, 阿部満州, 高石 昇構成), 三京房, 京都, 2007.
 - 7) Spielberger CD: STAI 使用手引 (水口公信, 下仲順子, 中里克治構成), 三京房, 京都, 1991.
 - 8) 貝谷久宣: 社交不安障害検査 実施の手引, 金子書房, 東京, 2009.
 - 9) American Psychiatric Association: 不安症群/不安障害群. DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引 (高橋三郎, 大野裕監訳), 医学書院, 東京, 187-231 頁, 2014.
 - 10) 大坪天平: 社交不安症/社交不安障害 (社交恐怖). (DSM-5 を読み解く—伝統的精神病理, DSM-IV, ICD-10 をふまえた新時代の精神科診断 4) 不安症群, 強迫症および関連症群, 心的外傷およびストレス因関連障害群, 解離症群, 身体症状症および関連症群 (神庭重信, 他編), 中山書店, 東京, 40-46 頁, 2014.
 - 11) Clark DM and Wells A: A cognitive model of social phobia. Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment (edited by Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, et al), Guilford Press, New York, pp 69-93, 1995.
 - 12) Antony MM and Rowa K: 社交不安障害の心理学的理解. 社交不安障害 (鈴木伸一, 他監訳), 金剛出版, 東京, 25-32 頁, 2011.
 - 13) Craig A, Blumgart E and Tran Y: The impact of stuttering on the quality of life in adults who stutter. J Fluency Disord, 34: 61-71, 2009.
 - 14) Guitar B: Stuttering: An Integrated Approach to Its Nature and Treatment, 4th ed, Wolters Kluwer Health, Pennsylvania, pp 3-21, 112-134, 218-249, 289-317, 2014.
 - 15) Chu SY, Sakai N and Mori K: An overview of managing stuttering in Japan. Am J Speech Lang Pathol, 23: 742-752, 2014.
 - 16) 貝谷久宣, 横山知加, 村岡理子, 他: 不安障害 1) パニック発作・恐怖症. 臨床精神医学, 33 (増刊): 251-261, 2004.
- 別刷請求先: 〒113-8655 東京都文京区本郷 7-3-1
 東京大学医学部附属病院リハビリテーション部
 荻野亜希子