

# 吃音児の親の心理とサポートとの関連

博士前期課程 平成27年度修了生      ブリガム 佳代

### 要約

これまで、日本では吃音児の親の心理やサポートのあり方に焦点をあてた研究はない。そのことを踏まえ、本研究では、吃音児の親を対象に、子育てに対する気持ちを明らかにするとともに、親のストレスとサポートニーズとの関係などについて検討することを目的とした。結果、吃音児の親は「悲観的な気持ち」「周囲の理解のなさ」「前向きな気持ち」を感じていることが明らかになり、子の吃音症状によってストレスを感じている一方で、サポート状況によって親のストレスが緩和され、前向きな気持ちを感じていることが示された。親のストレスと子の年齢による違いは、量的分析では子の年齢段階と親のストレスには有意な関連は見られなかったが、自由記述の質的分析では、幼児期の親が最もストレスを感じているということが支持される内容が見られ、専門家による吃音児の親への支援の時期は、できるだけ早い方がよいことが示唆された。

キーワード：吃音、吃音児の親、心理、ストレス、サポート

### 問題と目的

吃音症（以下、「吃音」という）とは、語音を繰り返したり、引き伸ばしたり、ことばが詰まって出せない等の症状を特徴とする言語障害であり、人種や文化に関係なく世界の成人者人口の1%に存在する（菊池，2014）。吃音症状の持続とともに、単にことばを流暢に話せないことだけではなく、苦手なことばを同義語に言い換えたり、ことばの順序を変えたり、吃音を隠す代償行動が始まる（菊池，2012）。8歳まで吃音症状が持続する子は症状が思春期まで続き（Howell & Davis, 2011）、その内、約60%がからかいやいじめを受け（Langevin, Bortnick, Hammer, & Wiebe, 1998）、40%が成人期までに社交不安障害に陥る危険性があり（Blumgart, Tran, & Craig, 2010）、不登校、引きこもり、うつ病等、深刻な二次的な問題を併発する人も少なくない。日常生活を送る上で非常に多くの

困難や精神的な辛さを生じさせる根源であるが、周囲からは話さなければその症状がわからないため“理解されにくい”（長澤・太田，2008）ものとして軽視されることが多く、孤独を伴うものである。

吃音には発達性吃音と獲得性吃音があり、本論文では発達性吃音を「吃音」として扱う。吃音の9割は、通常2～5歳に発症する発達性吃音であり、その発症率は2～4歳のうち5%で（Mansson, 2000）、その内3歳児健診までに約60%の子が発症し、41%の子が急に発症する（Yairi & Ambrose, 2005）。吃音は、発症後4年以内に74%自然回復し（Yairi & Ambrose, 1999）、一過性のものが多いため、親が子の吃音を心配して諸機関へ相談しても、「心配ないです」「そのうち治るでしょう」と、見守ることを推奨される等、専門家は親に子を支えるよう指示しても、親へ対するサポートは特に何も

されないことが多く (Langevin, Packman & Onslow, 2010), 中途半端な診断を受けた後、フォローアップも受けないことが現状である。吃音の原因は未確定で、症状を治癒させる根本的治療法も存在するわけではない。従って、持続性の吃音のある子 (以下、「吃音児」という) をもつ親は長期にわたり子をケアする必要がある、育児不安を抱えながら生活する上で多くのストレスを受けることになる。

吃音の原因について、素因論、環境論、学習論、多因子モデル等がこれまでの研究の中で提唱されている (小林・川合, 2013)。その中で親や周囲の子へ対する接し方が原因とされた環境論の「吃音は意識させてはいけない」という診断起因説 (Johnson, 1959) はその後否定され (McDearmon, 1968), 疑問を呈する見解が出されている (Hamre, 1992)。吃音児の内、2歳児で半数以上、5歳児で80%の子が吃音を自覚しており (Boey, Van de Heyning, Wuyts, Heylen, Stoop, & De Bodt, 2009), 現在では吃音を家庭でオープンに話した方が良いとされている。近年の研究では、母親の精神状態や子どもの気質は吃音には関係なく、発達過程の急速な言語発達に伴う副産物と報告されている (Reilly, Onslow, Packman, Cini, Conway, Ukoumunne, Bavin, Prior, Eadie, Block, & Wake, 2013)。しかし、吃音児の親は、周囲の誤った認識や理解不足により、自分の育児方法を責めて罪悪感を抱いたり、心理的なストレスを抱えやすいと考えられる。

吃音児の親のストレスに関する研究は、吃音児と親の心理についてまとめた研究があり、親が子の吃音により否定的な影響を受け、「心配」「不安」「罪悪感」「動揺」等のストレスを感じやすいことがLangevinら (2010) によって報告されているが、吃音児の親の心理についての研究はまだ少なく (Langevinら, 2010; Yairiら, 2005), 日本では筆者の知る限り皆無である。子の吃音状態や年齢、置かれている状況により、親の抱えている困難も異なると考えられる。また、親のストレスを緩和するサポートについて

検討することは、吃音児のサポートにとって重要なことである。

他の障害での研究では、山根 (2013) は発達障害児・者をもつ親のストレス尺度を作成し、因子分析によって親のストレスになるものとして「理解・対応の困難」「将来・自立への不安」「障害認識の葛藤」のほか、「周囲の理解のなさ」因子を抽出している。湯沢・渡邊・松永 (2007) は自閉症児を育てる母親の気持ちやストレスに関する研究を行い、母親の子育てに対する気持ちは「悲観的な気持ち」「子育てに対する前向きな気持ち」「自己成長の気持ち」「子どもの障害を受け容れられない気持ち」の4因子からなることが示され、子育てに対する母親の気持ちは、悲観的な側面だけでなく、前向きな側面もあることが明らかになっている。母親がストレスを最も強く受けた時期については、質的研究で母親の8割近くが幼児期と回答しているが、量的研究では否定されている。

自閉症スペクトラム障害 (以下、「自閉症」という) は、発達障害の1つとして位置づけられており、その中核障害は“社会的相互作用の障害”とされている (山上, 2014)。かつては自閉症の原因が親の育て方に求められていた歴史があるが、今日でははっきりと否定されている。しかし、発達障害でも知的発達の遅れない子たちは、見た目ではその特徴がわからないため、自閉症児の親は周囲の誤解や理解不足によって子育てを批判されたり否定的な感情を抱きやすいと考えられる。自閉症の生物学的基盤は未だ解明されておらず、障害の根本的治療法もないことから、自閉症児をもつ親は長期にわたって子をケアする必要がある、日常生活において多くのストレスを受けることになる。このことは、吃音児の親においても類似した状況にあると推測できる。

## 本研究の目的

これまで、日本において吃音児の親の心理についての研究が見当たらないことから、本研究では吃音児の親を対象にした研究を行う。研究

の主たる目的は、吃音児を育てる親の子育てに対する気持ちを明らかにすることであり、特に親子の属性やサポート状況による違いに注目し、親の心理とサポートの関連について分析・検討することを目的とする。さらに、より有効な心理臨床的な支援に資するため親が感じているストレスの要因とサポートニーズについても調査し、あわせて親が子のそれぞれの発達段階において、どのようなサポートを求めているのかについて考察する。なお、親が最もストレスを受ける時期は幼児期であるという点について、検証を行う。この点は、先行研究で量的研究では否定、質的研究では肯定と、相反する結果がみられるが、幼児期の親を含めた分析がいままで行われていないことから、本研究でも取り上げるものとする。

以上の目的のため、発達障害の分野の自閉症児等での先行研究をふまえて具体的には次のような仮説を立て検証する。

仮説1：吃音児の親は「悲観的な気持ち」「受容できない気持ち」「前向きな気持ち」「自己成長の気持ち」「周囲の理解のなさ」という気持ちを感じている。

仮説2：吃音児の親の中で、幼児期の親が最もストレスを感じている。

仮説3：サポート資源のある吃音児の親は、ない親よりストレスが少ない。

## 方法

### 1. 調査協力者

福岡県内のA大学病院の吃音外来受診児の親15名、Bクリニックの吃音受診児の親5名、C県の吃音児の親子教室の参加保護者9名、福岡県、長崎県、茨城県内の5校のことばの教室に通う吃音児の親43名、第3回D学会に参加された吃音児の親5名、参加保護者を通じて依頼した吃音児の親18名の計95名

## 2. 調査方法

### (1) 調査手続き

無記名自記入形式の質問紙法を実施した。小

学生までの吃音児をもつ親には下記、「3. 調査内容」のうち、(1) 親と吃音児の基本的属性、(2) 障害児に対する親の心理尺度、(3) 発達障害児に対する親のストレス尺度、(4) ソーシャルサポート尺度、(5) 親が感じたストレスとサポートニーズ(自由記述)のすべてを、中学生以上の吃音児をもつ親には(5) 親が感じたストレスとサポートニーズの自由記述のみ回答してもらった。

調査票に調査の主旨と倫理的配慮を明記した文書を添付し、返信用封筒とともに各調査協力者へ郵送し、各自筆者宛てに返送してもらった。学会に参加された親へは筆者が手渡しで配布した。ことばの教室各校の先生方へは、A大学病院の医師を通じて調査票のPDFファイルを送信してもらい、親から回答が得られた分をまとめて筆者へ送付してもらった。ことばの教室を除いて、調査票は74部配布し、52部の返送があった(回収率70.3%)。

調査の時期は、2015年7月～9月であった。

### (2) 分析対象者

数値による分析は小学生までの吃音児の親を対象とし、自由記述回答による分析は全回答者を対象とする。

## 3. 調査内容

### (1) 親と吃音児の基本的属性

回答者全員に対し、親の子との続柄、年齢、就労状況、配偶者同居の有無、自分または配偶者の親の同居、または近くに在住しているか否かの有無、吃音児の年齢、所属学校と学年、性別、出生順位、きょうだいの有無、吃音発症年齢、吃音症状、専門機関の有無と該当者には利用機関名と利用時期について尋ねた。

### (2) 障害児に対する親の心理尺度

真木(2004)の「重度重複障害児・者の母親の心理測定尺度」の「障害」の部分に「吃音」に修正した19項目を使用した。この尺度は、重度重複障害児の子育てに特化したものではなく、障害のある子どもの育児に共通する気持ちが示されているということが、松永・渡邊・湯沢

(2007)の先行研究で検討されており、吃音児の親に対しても適用可能と判断した。本研究では、19項目について吃音児に対する親の気持ちとしてどの程度あてはまるかを「あてはまる(4点)」「少しあてはまる(3点)」「あまりあてはまらない(2点)」「あてはまらない(1点)」の4件法で回答を求めた。

(3) 発達障害児に対する親のストレス尺度  
山根(2013)の「発達障害児・者をもつ親のストレス尺度」より、「周囲の理解のなさ」因子の4項目を抜粋し、「不思議な行動」「障害」の部分「吃音」に修正して使用した。4項目について、周囲に対する吃音児の親の気持ちとしてどの程度あてはまるかを「あてはまる(4点)」「少しあてはまる(3点)」「あまりあてはまらない(2点)」「あてはまらない(1点)」の4件法で回答を求めた。

(4) ソーシャルサポート尺度  
今塩屋・北川・七木田(1995)の「障害幼児を育てる母親へのソーシャルサポート」尺度の「療育・訓練をする人」「夫」「ボランティアまたはヘルパー」「医療機関」「夫の両親」「宗教団体」の項目を「言語聴覚士」「配偶者」「ことばの教室の先生」「配偶者の両親」「その他」に修正して使用した。17のサポート源別に、日ごろ親が吃音児を育てる上で感じているサポートの程度について「とても助けになる(4点)」「助けになる(3点)」「助けにならない(2点)」「全く助けにならない(1点)」の4件法で回答を求めた。

なお、数値データによる分析において、サポート源それぞれに対する回答の平均値を求め「サポート源得点」として用いる。

(5) 親が感じたストレスとサポートニーズ  
吃音児を育てる上で、①辛かった出来事、②その時のあなたの気持ちや状態、③ストレスを最も強く感じた時期、④役に立ったサポート、⑤欲しかったサポート、⑥ご意見等の6項目について自由記述形式で回答を求めた。①と②については、発達年齢の段階を、幼児期、学童期前期、学童期後期、思春期・青年期、成人期の

5段階に分けて尋ねた。

結果

1. 分析対象者の基本的属性

(1) 吃音児と親の属性

回答者は合計95名であった。親と吃音児の属性分布表を表1に、吃音児の発達年齢段階別内

表1 対象者の属性分布 (n=95)

		単位(%)
子との続柄	父	1(1.1)
	母	94(98.9)
親の年齢	平均年齢	40.2歳(S.D.:4.32)
	範囲	30~50歳
就労状況	フルタイム	28(29.5)
	パートタイム	37(38.9)
	なし	30(31.6)
家族形態	核家族(近くに自分または配偶者の親が在住)	52(54.7)
	核家族	24(25.3)
	三世帯	14(14.7)
	母子家庭(3名が近くに親が在住)	5(5.3)
子どもの数	1人	13(13.7)
	2人以上	81(85.3) (不明1)
子どもの年齢	幼児期/就学前(4~6歳)	9(9.5)
	学童期前期(7~9歳)	47(49.5)
	学童期後期(10~12歳)	27(28.4)
	思春期・青年期(13歳~18歳)	10(10.5)
	成人期(19歳~21歳)	2(2.1)
性別	男	75(78.9%)
	女	20(21.1%)
吃音発症年齢	平均年齢	3.7歳(S.D.:1.86)
	範囲	2~12.5歳
吃音持続期間	平均持続期間	5.4年
	範囲	10ヶ月~17.7年
吃音症状の数(連発・伸発・難発・その他)	1つ	34(35.8)
	2つ	32(33.7)
	3つ以上	24(25.3)
	過去あったが現在はなし	5(5.3)
専門機関利用の有無	現在あり	71(74.7)
	過去あったが現在はなし	17(17.9)
	過去も現在もなし	6(6.3) (不明1)
現在利用する専門機関(複数回答あり)	ことばの教室	49(51.6)
	病院耳鼻科(吃音外来)	13(13.4)
	他科(リハビリテーション科・心療内科・小児科)	11(11.6)
	その他(療育・ST・CP・大学教育相談)	11(11.6)
過去利用した専門機関(複数回答あり)	ことばの教室	9(9.5)
	病院耳鼻科	5(5.3)
	他科(リハビリテーション科・発達外来・歯科)	5(5.3)
	その他(療育・ST・CP)	16(16.8)
自由記述	あり	87(91.6)
	なし	8(8.4)

表2 発達年齢段階別内のクロス集計構成比 (%)

	計 (n=95)	幼児期 /就学前 (n=9)	学童期 前期 (n=47)	学童期 後期 (n=27)	思春期・ 青年期 (n=10)	成人期 (n=2)
吃音発症年齢	(不明2)				(不明2)	
2~2.6歳	23(24.2)	2(22.2)	15(31.9)	4(14.8)	2(20)	
2.6~3歳	25(26.3)	4(44.4)	14(29.8)	4(14.8)	2(20)	1(50)
3~3.6歳	10(10.5)	3(33.3)	3(6.4)	3(11.1)		1(50)
3.6~4歳	12(12.6)		6(12.7)	6(22.2)		
4~4.6歳	1(1.1)		1(2.1)			
4.6~5歳	12(12.6)		7(14.9)	5(18.5)		
5~5.6歳						
5.6~6歳	5(5.3)			4(14.8)	1(10)	
6歳以上	5(5.3)		1(2.1)	1(3.7)	3(30)	
吃音持続期間	(不明2)				(不明2)	
1年未満	1(1.1)		1(2.1)			
1~2年	6(6.3)	3(33.3)	2(4.3)		1(10)	
2~3年	8(8.4)	4(44.4)	4(8.5)			
3~4年	17(17.9)	2(22.2)	11(23.4)	3(11.1)	1(10)	
4~5年	17(17.9)		14(29.8)	2(7.4)	1(10)	
5年以上	44(46.3)		15(31.9)	22(81.5)	5(50)	2(100)
吃音症状の数 (連発・伸発・難発)						
1つ	35(36.8)	2(22.2)	15(31.9)	12(44.4)	4(40)	2(100)
2つ	32(33.7)	1(11.1)	14(29.8)	11(40.7)	6(60)	
3つ以上	23(24.2)	5(55.5)	14(29.8)	4(14.8)		
過去あったが現在はなし	5(5.3)	1(11.1)	4(8.5)			
専門機関の有無	(不明1)				(不明1)	
現在あり	71(74.7)	8(88.8)	40(85.1)	19(70.4)	4(40)	
過去あったが現在はなし	17(17.9)	1(11.1)	4(8.5)	7(25.9)	3(30)	2(100)
過去も現在もなし	6(6.3)		3(6.4)	3(30)		
現在利用する専門機関 (複数回答あり)						
ことばの教室	49(51.6)	3(33.3)	29(61.7)	16(59.3)	1(10)	
病院耳鼻科(吃音外来)	13(13.7)	4(44.4)	6(12.8)	1(3.7)	2(20)	
他科(リハビリテーション科・心療内科・小児科)	11(11.6)	1(11.1)	4(8.5)	4(14.8)	2(20)	
その他(療育・ST・CP・大学教育相談)	11(11.6)	1(11.1)	6(12.8)	3(11.1)	1(10)	
過去利用した専門機関 (複数回答あり)						
ことばの教室	9(9.5)		2(4.3)	2(7.4)	4(40)	1(50)
病院耳鼻科	5(5.3)		2(4.3)	1(3.7)	1(10)	1(50)
他科(リハビリテーション科・発達外来・歯科)	5(5.3)	1(11.1)	1(2.1)	3(11.1)		
その他(療育・ST・CP)	16(16.8)		8(17.0)	8(29.6)		

のクロス集計を表2に示す。小学生までの吃音児をもつ親の平均年齢は、39.7歳 (SD = 4.32, 30歳~50歳)、小学生までの吃音児の平均年齢は、8.4歳 (SD = 1.86, 4.5歳~12歳)であった。

(2) 分析対象

小学生までの吃音児をもつ83名の親のうち、欠損値があった3名を除いた80名を量的研究の分析対象とし、自由記述に回答された87名を質的研究の分析対象とした。

2. 親の心理・ストレス尺度

(1) 親の心理尺度とストレス尺度の因子分析

親の心理尺度19項目とストレス尺度4項目の計23項目について項目分析を行った結果、7項目に天井効果が、8項目にフロア効果が見られた。研究に必要な概念であると判断した3項目を残し、12項目を項目から省いて11項目で因子分析(主因子法・プロマックス回転)を行った。固有値1以上の因子は3つ抽出され、固有値は順に3.473, 1.929, 1.371であり、因子の解釈可能性から3因子構造が妥当であると考えられた。そこで、3因子を仮定して再度主因子法・プロマックス回転による因子分析を行った。その結果、因子負荷量が.45以上に満たなかった1項目を分析から除外し、最終的に10項目を採択した(表3)。第1因子は、吃音のある子への辛く悲しい気持ち等、否定的な気持ちを表す内容の5項目で構成され「悲観的な気持ち」因子と命名した。第2因子は、子の吃音を周囲から理解されないことに関する3項目で構成されるので「周囲の理解のなさ」因子と命名した。第3因子は、子のおかげで自分が前向きになれたという気持ちを表す内容の2項目から構成され「前向きな気持ち」因子と命名した。

内的整合性を検討するためにクロンバックの $\alpha$ 係数を算出した。「悲観的な気持ち」で $\alpha = .72$ 、「周囲の理解のなさ」で $\alpha = .71$ 、「前向きな気持ち」で $\alpha = .71$ と、それぞれ信頼性が確認された。

(2) 下位尺度と子どもの年齢段階、家族形態、吃音発症年齢、吃音症状、専門機関の有無との関連

因子分析で明らかになった3つの因子それぞれの下位尺度の得点を合計し、下位尺度得点とした。子の年齢3段階(幼児期, 学童期前期, 学童期後期)、家族形態(親の同居あり, なし)、吃音発症年齢4段階(2歳, 3歳, 4歳, 5歳以上)、吃音症状の数(1つ, 2つ, 3つ以上)、専門期間の有無(現在あり, なし)によって各下位尺度得点が異なるかどうかを検討するため

表3 吃音児に対する親の心理・ストレス－尺度の因子分析結果

	I	II	III
〈悲観的な気持ち〉 $\alpha = .72$			
本当は悲しいけど表向きでは何でもないようにしている	.84	-.02	.02
吃音のことを思うとこの子にすまなく感じる	.69	-.03	.26
普通の子はいいなあとうらやましい	.65	.10	-.18
この子の吃音のことを思うとすべてが崩れ落ちていく気がする	.65	.08	-.05
吃音もこの子の個性のひとつだと思う*	-.45	.10	.20
<周囲の理解のなさ> $\alpha = .71$			
子どもの吃音を説明しても周囲の人から親が言い訳をしていると思われた	-.06	.91	.09
子どもの吃音を見て周囲の人からしつけや教育をしていないと思われた	.06	.78	-.02
園や学校の先生は子どもの吃音に対する理解が足りないと感じた	.03	.45	-.11
〈前向きな気持ち〉 $\alpha = .71$			
この子のおかげで世界が広がった	.13	-.06	.91
この子のおかげで自分が成長できた	-.15	.04	.62
因子間相関			
I			
II		.37	-.26
III			.02

\*は逆転項目

表4

下位尺度得点と家族形態・吃音発症年齢・吃音症状の数・専門機関の有無の分散分析結果

表4-1

家族形態

	親の同居あり (n=13)	親の同居なし (n=70)	F 値
悲観的な気持ち	平均 1.60	平均 2.06	
	SD 0.45	SD 0.67	5.59*

\* $p < .05$ ; 自由度 (1,82)

表4-2

吃音発症年齢

	2歳 (n=43)	3歳 (n=21)	4歳 (n=13)	5歳以上 (n=6)	F 値	多重比較
悲観的な気持ち	平均 2.16	平均 1.71	平均 1.80	平均 2.07		
	SD 0.69	SD 0.49	SD 0.51	SD 0.92	2.77*	2歳>3歳

\* $p < .05$ ; 自由度はいずれも (3,79)

表4-3

吃音症状の数

	1つ (n=28)	2つ (n=26)	3つ以上 (n=24)	F 値	多重比較
悲観的な気持ち	平均 1.81	平均 1.98	平均 2.31		
	SD 0.57	SD 0.69	SD 0.64	4.00*	3つ以上>1つ

\* $p < .05$ ; 自由度はいずれも (2,75)

表4-4

専門機関の有無

	現在あり (n=67)	現在なし (n=15)	F 値
前向きな気持ち	平均 3.49	平均 3.10	
	SD 0.62	SD 0.81	4.40*

\* $p < .05$ ; 自由度(1,80)

に、1 要因の分散分析を行った。

結果、子の年齢段階の3 群間においては、各下位尺度得点に有意な差はみられなかった。

一方、以下においては有意な差がみられた。

家族形態の、親の同居あり・なしの2 群間において「親の同居なし」群の「悲観的な気持ち」は「親の同居あり」群より5 %水準で有意に高い ( $F(1,82)=5.59, p<.05$ )。

吃音発症年齢の群間において、「悲観的な気持ち」得点で5 %水準で有意な差が見られた ( $F(3,79)=2.77, p<.05$ )。多重比較の結果、「2 歳代で吃音発症」群の「悲観的な気持ち」は「3 歳代で吃音発症」群より有意水準5 %で高いことが明らかになった。

吃音症状の数の3 群間において「悲観的な気持ち」得点で5 %水準で有意な差が見られた ( $F(2,5)=4.00, p<.05$ )。多重比較の結果、「吃音症状が3 つ以上」群の「悲観的な気持ち」は「吃音症状が1 つ」群より有意水準5 %で高いことが明らかになった。

専門機関の有無の、現在あり・現在なしの2 群間において「現在あり」群の「前向きな気持ち」は「現在なし」群より5 %水準で有意に高い ( $F(1,80)=4.40, p<.05$ )。結果を表4 に示す。

表5 助けになると感じているサポート (n=83)

	回答者人数(%)	回答者内の平均得点
言語聴覚士	64 (77.1)	3.48
ことばの教室の先生	72 (86.7)	3.47
同じ吃音児の親	70 (84.3)	3.39
子どものきょうだい	72 (86.7)	3.36
配偶者	81 (97.6)	3.35
学校の担任	80 (96.4)	3.25
親の会	67 (80.7)	3.18
自分の両親	80 (96.4)	3.14
友人	78 (94.0)	3.01
保育所または幼稚園	71 (85.5)	2.83
心理カウンセラー	50 (60.2)	2.80
医師	57 (68.7)	2.77
配偶者の両親	73 (88.0)	2.71
行政機関または公的機関	61 (73.5)	2.46
近所の人	73 (88.0)	2.15
親戚	72 (86.7)	2.10
その他	30 (36.1)	1.87

### 3. ソーシャルサポート尺度

#### (1) サポート源別の平均値

ソーシャルサポート尺度の、17のサポート源についてサポート源得点を比較した(表5)。親が助けになっていると感じているサポートは、得点の高い順に「言語聴覚士」( $M=3.48$ )、「ことばの教室の先生」( $M=3.47$ )、「同じ吃音児の親」( $M=3.39$ )、「子どものきょうだい」( $M=3.36$ )、「配偶者」( $M=3.35$ )であった。助けになると感じているインフォーマルな関係のサポートは得点の高い順に「子どものきょうだい」「配偶者」「自分の両親」、フォーマルな関係は「言語聴覚士」「ことばの教室の先生」「同じ吃音児の親」であった。

#### (2) ソーシャルサポートと親の心理・ストレス尺度の相関

各サポート源の平均値と親の心理との関連性を分析するため、各サポート源得点と親の心理尺度の3 つの下位尺度得点の相関係数を算出した(表6)。「悲観的な気持ち」は、「配偶者」と1 %水準、「学校の担任」「自分の両親」と5 %水準で有意な負の相関を示した。「周囲の理解のなさ」は、「配偶者」「学校の担任」「保育所または幼稚園」と1 %水準、「自分の両親」「行

表6 サポート源得点と各心理尺度得点との相関 (n=83)

	周囲の		
	悲観的	理解のなさ	前向き
言語聴覚士	.10	.21	.12
ことばの教室の先生	-.22	-.17	.12
同じ吃音児の親	-.14	-.02	.13
子どものきょうだい	.13	-.16	.18
配偶者	-.30**	-.33**	.05
学校の担任	-.25*	-.50**	.05
親の会	-.10	.03	.32**
自分の両親	-.28*	-.25*	.15
友人	-.12	-.02	.26*
保育所または幼稚園	-.14	-.31**	.19
心理カウンセラー	-.17	-.16	.26
医師	-.06	-.01	.23
配偶者の両親	-.16	-.20	.22
行政機関または公的機関	-.20	-.26*	-.03
近所の人	-.09	-.26*	.04
親戚	-.21	-.30*	.09

政機関または公的機関「近所の人」「親戚」と5%水準で有意な負の相関を示した。「前向きな気持ち」では、「親の会」と1%水準、「友人」と5%水準で有意な正の相関を示した。

#### 4. 子育てに関する親のストレスとサポートニーズ

##### (1) 発達年齢別のストレスの要因とストレス時の心理状態

親の自由記述より、吃音児を育てる上でのストレスの要因およびその時の親の心理状態について、5段階の発達年齢別にKJ法を用いて分類した。分類は全て筆者が行った。

ストレスの要因は、幼児期 (n=70) では「子どもの吃音症状」「からかい・いじめ」「吃音発症時」「親の精神的負担」「育て方・対応」「周囲の無理解」「専門家の対応」「家族間の葛藤」の8カテゴリーに、学童期前期 (n=60) では、「からかい・いじめ」「子どもの吃音症状」「育て方・対応」「専門家の対応」「周囲の無理解」「親の精神的負担」「家族間の葛藤」「吃音発症時」の8カテゴリーに、学童期後期 (n=15) では「子どもの吃音症状」「からかい・いじめ」「育て方・対応」「周囲の無理解」「専門家の対応」「親の精神的負担」の6カテゴリーに、思春期・青年期 (n=6) では「子どもの吃音症状」「専門家の対応」「からかい・いじめ」「育て方・対応」「吃音発症時」の5カテゴリーに、成人期 (n=2) では「子どもの吃音症状」の1カテゴリーに分類された。

ストレス時に親が感じる心理状態は、幼児期 (n=75) では「抑うつ」「焦燥感」「罪悪感」「混乱」「不安感」「逃避」「安堵感」「前向きな気持ち」「羞恥心」「孤独感」の10カテゴリーに、学童期前期 (n=62) では「抑うつ」「不安感」「前向きな気持ち」「混乱」「焦燥感」「安堵感」「孤独感」「逃避」「罪悪感」「吃音の受容」の10カテゴリーに、学童期後期 (n=17) では「抑うつ」「不安感」「前向きな気持ち」「焦燥感」「罪悪感」「孤独感」「混乱」「吃音の受容」の8カテゴリーに、思春期・青年期 (n=7) では「抑うつ」「吃

音の受容」「罪悪感」「混乱」「焦燥感」「孤独感」「前向きな気持ち」の7カテゴリーに、成人期 (n=1) では「不安感」の1カテゴリーに分類された。

##### (2) 最もストレスを受けた時期

ストレスを最も強く感じた時期について、78名より回答が得られた。5段階の年齢別に分類したところ、幼児期が49名 (62.8%)、学童期前期が20名 (25.6%)、学童期後期4名 (5.1%)、思春期・青年期5名 (6.4%)、成人期0名という結果が得られた (表7)。

##### (3) 親のサポートニーズ

吃音児を育てる中で、親が役に立ったと感じたサポートの内容について、回答のあった83名 (複数回答あり) について分析したところ、6つのカテゴリーに分類することができた (表8)。親が役に立ったと感じたサポートで多かつ

表7 ストレスを最も強く感じた時期 (n=78)

時期	内訳(人数)	合計人数	%
幼児期	小学校入学前(24) 吃音発症時(13) 幼児期全体(12)	49	62.8
学童期前期	小学校入学後(14) 学童期前期全体(6)	20	25.6
学童期後期	学童期後期全体(4)	4	5.1
思春期・青年期	中学生時代(3) 高校生時代(2)	5	6.4
成人期		0	0

表8 親が役に立ったと感じたサポートの内容 (n=83)

(複数回答あり)			
役に立ったと感じたサポート	内容(人数)	合計人数	%
専門機関	ことばの教室(33)、言語指導・訓練(5) 療育センター(3)、病院(3)、就学前相談(1) プレイセラピー(1)	46	55.0
専門家との関わり	言葉の教室の先生(8)、吃音専門医(7) 言語聴覚士(7)、臨床心理士(1)	23	28.0
本や講演会・学習会・啓発資料	専門家の著書、新聞記事、(9)、グループ学習(2)、 吃音情報サイト(2)、専門家による啓発資料(1)、 講演会(1)	15	18.0
周囲の理解・協力	学校や幼稚園・保育所の先生の理解や協力(8)、 家族の理解(3)	11	13.0
同じ吃音児を育てる親との交流	吃音のつらい(6)、吃音児や親同士のサークル(4)	10	12.0
利用できるサポートの情報提供	幼稚園や保育所、学校の先生から利用できる、 サポートや吃音についての情報を教えてもらった(4)、 3歳児健診時に専門家を紹介してもらった(1)	5	6.0

表9 親が欲しかったサポートの内容 (n=56)

		(複数回答あり)	
欲しかったサポート	内容	人数	%
利用できるサポートの情報提供	吃音児が受けられる社会的なサポートや、親の会などについての情報を分かりやすく教えてほしい(18)	18	32.1
周囲の理解と協力	学校や幼稚園・保育所の先生によるサポート(14)、家族や周囲の理解(2)	16	28.6
吃音の正しい知識	専門家による吃音の正しい知識の提供(13)	13	23.2
適切な診断やその後のフォロー	健診時に早期診断をして専門家につないでほしい(6)、専門家による適切な対応(5)、定期的なフォローアップ(1)	12	21.4
専門家による言語訓練や具体的な助言	言語訓練(2)、具体的な助言(2)	4	7.1
親への心理サポート	親の心理サポート(3)	3	5.4

た内容は「専門機関」(46名)、続いて「専門機関との関わり」(23名)、本や講演会・学習会・啓発資料(15名)であった。「専門機関」の中でも「ことばの教室」と回答された方が33名(39.8%)と最も多かった。

欲しかったサポートについては56名から回答があり(複数回答あり)、内容を6つのカテゴリーに分類した(表9)。最も多く回答が得られたのは「利用できるサポートの情報提供」(18名)、続いて「周囲の理解と協力」(16名)、「吃音の正しい知識」(13名)、「適切な診断やその後のフォロー」(12名)であった。

## 考察

### 1. 仮説に関する考察

親の心理尺度については「悲観的な気持ち」因子、「受容できない気持ち」因子、「前向きな気持ち」因子、「自己成長の気持ち」因子、「周囲の理解のなさ」因子の5因子を想定して作成したのだったが、質問紙回答に偏りが多くあったため、想定していた項目より数少ない項目で因子分析を行った。結果、「悲観的な気持ち」因子と「受容できない気持ち」因子、「前向きな気持ち」因子と「自己成長の気持ち」に含まれる項目が集約される結果が得られ、吃音児の親の心理の因子構造は「悲観的な気持ち」因子、「前向きな気持ち」因子、「周囲の理解のなさ」因子の3因子からなることが示された。吃音児の親の気持ちは「悲しい」「辛い」「自責感」「受容できない」等の悲観的で否定的な側面だけで

はなく、「子のおかげで自分が成長でき、世界が広がった」という前向きな側面もあることが明らかになり、松永ら(2007)の研究と部分的に同様の結果が支持された。一方、「子の吃音を周囲から理解してもらえない」という「周囲の理解のなさ」因子が抽出された。吃音児の親の気持ちは、子の吃音の特性を周囲に理解してもらうことの難しさや、周囲の無理解によって批判を受けたり責められたりしていると感じている側面があることも示された。

親のストレスと吃音児の発達年齢3段階による差はみられず、「幼児期の親が最もストレスを感じている」という仮説は支持されなかった。このような結果になったことは、幼児期に続き、親は子のそれぞれの発達段階に応じて吃音をめぐる課題に直面し、それに伴うストレスと対峙していることが要因の一つとして考えられた。自由記述においても、子の発達段階ごとに親のストレスが変化する様相が伺え、幼児期からの子の年齢に応じた継続性のある発達支援の保障が望まれる。

一方、子の「吃音発症年齢」と「吃音症状」については有意な差が認められた。親の心理のうち、ネガティブな因子である「悲観的な気持ち」は、発症年齢や吃音症状によって増減することが明らかにされたが、「前向きな気持ち」「周囲の理解のなさ」は発症年齢や症状とは関連が薄いことが想像される。

「悲観的な気持ち」は、専門機関ではなく親の同居との関係において低く、「前向きな気持ち」は専門機関との関係で高くなっていることが明らかになった。このことから、祖父母といった家族のサポートにより親の「悲観的な気持ち」が和らぎ、専門機関のサポートにより子育てに対する親の「前向きな気持ち」を支える効果があることが示され、親が子の吃音と向き合えるようになるためには、家族と専門機関の両方の支援が必要であることが確認された。結果より、「サポート資源のある吃音児の親は、ない親よりストレスが少ない。」という仮説は支持され、家族、専門機関のいずれのサポートについても、

それが得られる状況では親のストレスは低減することが考えられた。

## 2. 親の心理とソーシャルサポートに関する考察

ソーシャルサポート源と親の心理との相関分析の結果から「悲観的な気持ち」や「周囲の理解のなさ」はサポート源得点との相関係数が負の値を示すものが多く、配偶者や自分の両親といった家族以外にも、学校の担任といった、子が日常的に関わる関係者と有意な負の相関がみられた。このことは、自分の家族や学校が助けになると感じていれば、親の「悲観的な気持ち」や「周囲の理解のなさ」という気持ちが低減することが考えられる。仮説2の結果で述べたように、親の「悲観的な気持ち」は吃音発症年齢や吃音症状によって増減することが示されたが、サポートとの関連によって軽減されることが可能性として考えられた。

「周囲の理解のなさ」は保育所または幼稚園、行政機関または公的機関、近所の人、親戚との間にも有意な負の相関がみられた。行政機関や近隣のサポートが助けにならないので、親の「周囲の理解のなさ」という気持ちが強まりやすいことが示唆され、吃音に対する周囲の理解を深めるためには、学校や保育所、幼稚園への啓発が大事であると考えられた。

なお、「前向きな気持ち」は、ほとんどのサポート源との間で相関係数が正の値を示した。中でも親の会や友人との間には有意な正の相関が認められ、同じ悩みを持つ者同士が話し合い情報を交換できる場や、友人といったインフォーマルなサポートが、親の子育てに対する前向きな気持ちを支えるのではないかと考えられた。配偶者は「悲観的な気持ち」になることを防ぐが、「前向きな気持ち」にはつながらないことが示唆された。

## 3. 吃音児を育てる親のストレスと子の発達年齢段階ごとのサポートニーズ

ストレスの要因で全発達年齢段階を通して最も多かった回答は「子の吃音症状」であった。

吃音症状において、幼児期では吃音発症後、一過性のものだと思っていたが改善しなかったこと、学童期では言い換え等話し方をコントロールするようになったこと、思春期・青年期以降では、面接や学校の実習が上手くいかなかったこと等がストレスの要因としてあげられた。また、幼児期、学童期前期・後期では「からかい・いじめ」がストレスの要因に多くあげられていた。年齢段階で他の要因をみると、幼児期は「吃音発症時」「親の精神的負担」、学童期前期・後期ともに「育て方・対応」「周囲の無理解」、思春期・青年期以降は「専門家の対応」といった回答が散見された。幼児期では初語が遅く初めて話し始めた頃に吃音が発症したことや、その原因が自分と思ったこと、吃音に対して知識がなく対応に戸惑ったということがあげられた。学童期前期は小学校入学後、学校へ子の吃音を説明することや吃音に対する周囲の理解不足があげられ、学童期後期はクラス替の度に周囲に吃音を説明しないといけないことや吃音に対する周囲の理解不足、思春期・青年期以降は専門家に今までの子育てを批判されたこと等がストレスの要因として訴えられた。

ストレス時に親が感じる心理状態は、全体を通して「抑うつ」が最も多かった。言いたいことが言えず、苦しそうに話す我が子を目の前にして何もできないことに親は強い悲しみや無力感を感じ、悲観的になりやすいと考えられる。年齢段階でみると、親の心理状態は幼児期では「焦燥感」「罪悪感」、学童前期では「不安感」「前向きな気持ち」、学童期後期では「不安感」「前向きな気持ち」、思春期・青年期では「罪悪感」「吃音の受容」、成人期では「不安感」といった回答が散見された。幼児期では子の吃音が発症後、正しい知識もなく自分を責め罪悪感を抱いたり、戸惑い混乱するという心理状態の親が多かった。学童期前期・後期では、いじめへの不安や子の吃音にどう対処していいかわからないという混乱した気持ちがある一方で、子を支えていこうとする気持ちや周囲に理解を求めようとする前向きな気持ちがあげられ、思春期・

青年期以降は、不安を抱えながらも吃音を受容する気持ちへつながっていくことが示唆された。

ストレスを最も強く受けた時期については、親の6割が幼児期と回答しており、その中でも小学校入学前と回答した親が半数を占めていた。また、思春期・青年期、成人期に達している子の親は12名いたが、その内5名がストレスを最も受けた時期を「思春期・青年期」と回答した。

「幼児期の親が最もストレスを感じている。」という仮説2は量的分析では否定されたが、質的分析で仮説に近い回答が得られ、松永ら(2007)の研究と同様の結果が得られた。Ambroseら(2005)によると、吃音が発症する子の内、41%の子が急に発症することが報告されている。自由記述でも、幼児期の吃音児の親は子の吃音が突然発症することによって、ショックを受け自分の今までの子育てを責めて悲観的になったり、苦しそうに話す子に対して何もできないことに焦燥感を感じる親が多かった。また、Davisら(2011)によると、8歳まで吃音が持続する子は症状が思春期まで続くと報告されている。小学校入学前は、就学後に吃音が治るかどうかが、いじめやからかいに遭わないか、ことばの教室の通級や環境の変化により周囲の理解や協力が得られるかといった不安を多く抱えることになり、親のストレスが一層高まりやすいと考えられる。

このような各年齢段階におけるストレスに対して、親が役に立ったと感じたサポートとして「専門機関」「専門家との関わり」が多くあげられていた。自由記述では「専門家に温かい態度で親の不安な気持ちを支えてもらったことで子の不安も少なくなった」、「困ったときに園や学校との間に入って対応してもらった」という回答があり、専門家の親を支える受容的なサポートによって、親のストレスが和らぎ、心理的安定感へとつながるのではないかと考えられた。

一方で、専門家に吃音を診てもらいたくても「様子を見ましょう」といわれ、適切な時期に適切なサポートが受けられなかったという訴え

も多くあった。そのような親のサポートニーズとして「利用できるサポートの情報提供」「周囲の理解と協力」「吃音の正しい知識」等があげられていた。親のストレスを軽減し、吃音児をサポートするためにも、専門家による適切な診断やその後のフォローといったサポートの充実が重要な課題と考えられる。

#### 4. 総合考察

本研究では、吃音児を育てる親の子育てに対する気持ちについて明らかにし、子の属性やサポート状況による違いについて調査するとともに、親のストレスとサポートとの関連を調査した。結果、吃音児の親は「悲観的な気持ち」「周囲の理解のなさ」「前向きな気持ち」を感じていることが明らかになり、子の吃音症状によってストレスを感じる一方で、サポート状況によって親のストレスが緩和され「前向きな気持ち」を感じていることが示された。親のストレスと子の年齢による違いは数値では否定されたが、自由記述によって幼児期の親が最もストレスを感じているということが支持される内容が確認された。

なお、本研究では、松永ら(2007)の研究では報告されなかった「周囲の理解のなさ」という因子が吃音児の親の気持ちとして抽出された。親の心理とサポートとの関連でも「周囲の理解のなさ」はサポート源時点との相関係数が負の値を示すものが多く、親は必要なサポートが得られないので周囲の無理解を感じていることが示唆された。吃音は一過性のものが多いため、親が子の吃音を心配して受診しても中途半端な診断を受けた後、本格的な専門家に中々つながれないことや、話さなければ症状がわからないため周囲に抱える問題の深刻さが見えにくいという問題を抱えている。このようなことから生じる「支援を受けられるサポートについて具体的に知りたい」「子に関わる人たちからの協力が欲しい」という親のサポートニーズに対して「利用できるサポートの情報提供」や「周囲の理解と協力」といったサポートに一定のニーズ

があった。これは一過性のものではなく、人と関わりと症状や問題が顕著になる自閉症と比べて特異なものである。吃音児の親にとって「周囲の理解のなさ」に対する理解と対応は専門家に求められる重要な役割であるだろう。

このような結果を踏まえて、子の吃音が発症後、専門家によるサポートが親が前向きに子と向き合えることに有効であることが明らかになり、支援の時期はできるだけ早い方がよいことが示唆された。小俣（2006）は、「子どもが何らかの心の問題や障害を抱えた場合、当然それまでその子どもを養育してきた親は不安に駆られ、ときには自分を責め立てるように追い込んでいることが多い。」と述べている。吃音児の場合においても、専門家は親側の気持ちへの配慮を忘れずに援助していくことが重要な観点である。そして、心理臨床家の役割として、親の不安な気持ちに寄り添うだけではなく、親が自分の子育てをかけたがえのないものであると実感できるようになる過程に寄り添っていくことが大切であると考えられる。

なお、本研究の課題として以下のことが挙げられる。まず、本研究で吃音児の親の心理について質問紙に回答して下さった対象者は比較的情緒が安定されていたものと考えられる。心理的負担が強すぎて回答できない人もいるという可能性も踏まえて結果を慎重に解釈すべきである。

次に、本研究の反省点として、できるだけ多くのデータを収集できるように対象者の幅を広く設定した結果、各年齢段階の対象者数に偏りが見られ、量的と質的で伝えたいことを上手く表明できなかった。今後の研究では、本来であれば最もストレスが多いと考えられる幼児期を対象として設定することが望まれるが、データの収集し易さを考えると、幼児期、思春期・青年期以降の対象者が少なかったという本研究の結果から、学童期にポイントを絞ることも一つの方法なのかもしれない。

最後に尺度について、今後、吃音児の親の心理に特化した尺度の開発が望まれる。

## 文献

- バリー・ギター（2007）. 吃音の基礎と臨床（長澤泰子訳）. 学苑社.
- Blumgart, E., Tran, Y., & Craig, A. (2010). Social anxiety disorder in adults who stutter. *Depression Anxiety*, *27*(7), 687-692.
- Boey, R.A., Van de Heyning, P.H., Wuyts, F.L., Heylen, L., Stoop, R., & De Bodt, M.S. (2009). Awareness and reactions of young stuttering children aged 2-7 years old towards their speech disfluency. *Journal of Communication Disorders*, *42*(5), 334-346.
- Hamre, C. (1992). Stuttering Prevention I, Primacy of Identification. *Journal of Fluency Disorders*, *17*, 3-24.
- Howell, P., & Davis, S. (2011). Predicting persistence of and recovery from stuttering by the teenage years based on information gathered at age 8 years. *Journal of Developmental Behavioral Pediatrics*, *32*, 196-205.
- Johnson, W. (1959). *The Onset of Stuttering, Research Findings and Implications*, University of Minnesota Press.
- 菊池良和（2014）. 歴史的事実を踏まえた吃音の正しい理解と支援. 第9回日本小児耳鼻咽喉科学会, *35*(3), 232-236.
- 菊池良和（2012）. エビデンスに基づいた吃音支援入門. 学苑社.
- 北川憲明・七木田敦・今塩屋隼男（1995）. 障害幼児を育てる母親へのソーシャルサポートの影響. *特殊教育学研究*, *33*(1), 35-44.
- 小林宏明・川合紀宗（2013）. 特別支援教育における吃音・流暢性障害のある子どもの理解と支援. 学苑社.
- Langevin, M., Bortnick, K., Hammer, T., & Wiebe, E. (1998). Teasing/bullying experienced by children who stutter: toward development of a questionnaire. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, *25*, 12-24.
- Langevin, M., Packman, A., & Onslow, M. (2010). Parent perceptions of the impact of stuttering

- on their preschoolers and themselves. *Journal of Communication Disorders*, **43**, 407-423.
- 真木典子 (2004). 在宅重度重複障害児・者の母親の心理とサポートニーズに関する一研究. 九州大学心理学研究, **5**, 263-272.
- Mansson, H. (2000). Childhood Stuttering: Incidence and Development. *Journal of Fluency Disorders*, **25**, 47-57.
- McDearmon, JR. (1968). Primary stuttering at the onset of stuttering, a reexamination of data. *Journal of Speech and Hearing Research*, **11**(3).
- 長澤泰子・太田真紀 (2008). 教育臨床における吃音児指導に関する研究－親子関係研究の問題点－. 日本橋学館大学紀要, **7**, 111-120.
- 小俣和義 (2006). 親子面接のすすめ方 子どもと親をつなぐ心理臨床. 金剛出版.
- Reilly, S., Onslow, M., Packman, A., Cini, E., Conway, L., Ukoumunne, O.C., Bavin, E.L., Prior, M., Eadie, P., Block, S., & Wake, M. (2013). Natural History of Stuttering to 4 Years of Age, A Prospective Community-Based Study. *Pediatrics*, **132**, 460.
- Yairi, E., & Ambrose, N.G. (2005). Early Childhood Stuttering. *Austin*: Pro-Ed, Inc.
- Yairi, E., & Ambrose, N.G. (1999). Early Childhood Stuttering I: Persistency and Recovery Rates.
- 山上雅子・古田直樹・松尾友久 (2014). 関係性の発達臨床 こどもの〈問い〉の育ち. ミネルヴァ書房.
- 山根隆宏 (2013). 発達障害児・者をもつ親のストレッサー尺度の作成と信頼性・妥当性の検討. 心理学研究, **83**(6), 556-565.
- 湯沢純子・渡邊佳明・松永しのぶ (2007). 自閉症児を育てる母親の子育てに対する気持ちとソーシャルサポートとの関連. 昭和女子大学生活心理学研究所紀要, **10**, 119-129.

#### 〈付記〉

本調査にご協力賜りました保護者の方々や関係者の皆さま, ご指導いただいた倉本義則先生をはじめ, ご助言をいただきました先生方に心より感謝申し上げます。