

## 研究ノート

教育相談機関における「チック・トゥレット症候群」  
相談援助の実際陶山 大輔<sup>1)</sup>・八巻 絢子<sup>2)</sup>The Practice of Educational Counseling for Students Suffering From  
“Tourette Syndrome and Tic Disorders” by Clinical Psychologists

Daisuke Suyama and Ayako Yamaki

## 要約

本論では、教育相談機関における「チック・トゥレット症候群」への相談援助の意義と心理士が持つておくべき視点について、事例を提示し論じた。親面接では、従来心理教育の必要性が指摘されているが、実践にあたっては単に専門知識を伝えるだけではなく、親の気持ちの揺れに寄り添い、実行可能な助言を適切に行うことが必要であることが示唆された。プレイセラピーでは、チックの消失を目的とせず、チックは子どもの現状を教えてくれるものとして捉え、本人の抱える課題やつらさにアプローチしていく視点を持つことの有用性を提示した。

キーワード：教育相談、チック、トゥレット症候群、親子並行面接、プレイセラピー

## 1. はじめに

「チック以外は問題なくて…相談してもよいのだろうかと悩んでいました」と、ある母親は面接中に切実そうに語った。これほど深刻に悩んでいるのに、相談してもよいことなのかと葛藤している姿に筆者は衝撃を受けた。

筆者は教育相談機関で心理臨床相談業務に従事する臨床心理士である。教育相談に申し込みがある相談の主訴は不登校を中心として多岐にわたるが、その中で対応が難しいと感じるもののひとつにチックがある。もっとも、年間100件前後の申し込みが

あるうち、チックそのものを主訴とした相談は1件あるかないかである。不登校を主訴とする相談の中で「チックも気になる」という相談を含めても、年に数件である。教育相談が対象としている学齢期におけるチックの出現率は決して低くない。冒頭の母親の言葉から、チックという症状は、心配ではあるが何らか相談しづらいというものであるようである。いったいこの相談しづらさはどこから来るものなのか、という疑問がこの論考の一つの出発点となった。また、チックを主訴とする相談の場合、症状の性質上すぐに消失することはなくむしろ長期にわたることがあるため、治療目標をどこに据えたらよいのか、

1) 陶山 大輔 川崎市教育相談センター  
2) 八巻 絢子 川崎市教育相談センター

gedo\_momoji@yahoo.co.jp  
a\_yamaki\_13@yahoo.co.jp

どの時点で治療を終わりにしてよいかを判断しづらい。さらに、相談を受ける中で、一般的に言われている「様子を見ましょう」「指摘すると本人が気にして悪化するので優しい無視を」という助言めいた台詞が、果たして実際に保護者にとってどれほど有益な情報となっているのか疑わしく、保護者の不安や苦労はそのような言葉では拭い去れないように思われた。では、どのような助言が有効なのか、どのような見守り方をしていくとよいのか。さらに、本人へのアプローチが可能な教育相談という場において、本人が相談につながった場合にできることはどのようなことだろうか。医療機関につなぐこと以外に教育相談ができることはないのだろうか。相談を受ける立場として、考えなければならない疑問が次々と湧いてきた。本論では、相談しづらさを乗り越えて必死に援助を求めてきた親子に対して、専門家として適切で有効な対応をしていくために、これらの疑問について、今一度チックの知識を整理するとともに、実際に来談した事例で行った工夫を振り返り、まとめたい。

## 2. チックの理解と対応

### 2-1 チックとは

チックとは、「突発的で急速で、かつリズムカルではなく同じように繰り返される運動や音声」（根来, 2008）であるとされる。チックは“不随意運動”と言われていたが、一時的にコントロールが可能であるので“半随意運動”（金生, 2013）という見方が近年では一般的である。持続時間が短く突然に起こる単純チックと、持続時間が比較的長く意味があるようにみえる複雑チックがある。単純運動チックが最も一般的なチックであり、とりわけまばたきなど顔面に生じるチックが多い。音声チックでは咳払いや喉を鳴らすようなものがよく見られる。

DSM-IV-TRによれば、運動チックまたは音声チック、あるいはその両方が一時的に起こり12ヶ月以上にわたらないものを一過性チック障害という。1年以上の長期にわたりチックが続いており、その間3ヶ

月以上連続してチックが見られない期間がない場合には、慢性運動チックまたは慢性音声チック障害とされる。その中でも、多彩な運動チックと1つ以上の音声チックが1年以上の長期にわたり続くものをトゥレット症候群障害という。慢性チック障害と同様、その期間の間に3ヶ月以上連続してチックが見られない期間がないことが条件になっている。いずれの場合も、18歳以前での発症であることが診断基準になっている。一方、DSM-Vでは、慢性チック障害とトゥレット症候群障害において、3ヶ月以上チックが見られない期間がないことは診断基準から削除されている。また、一過性チック障害を、一過性かどうかはその後の経過を見ないとわからないという点で一時的チック障害に名称変更をしている。さらに分類も、DSM-IV-TRでは「通常、幼児期、児童期、または青年期に初めて診断される障害」に含まれていたが、DSM-Vでは神経発達症候群の中の運動障害群に位置付けられている。このことから分かるように、専門家の間でもチックはまだまだ分からないことが多く、今後の研究が待たれる障害である。

一時的チックはそれほど珍しいものではなく、ICD-10によると子どもの5人から10人に1人はある時期にチックを呈するとされており、女児より男児に多いようである。実際に、筆者の勤務する教育相談機関においても、不登校や情緒不安定という主訴で来談し継続相談を行う中で、一時的にチックが出現する事例が時折ある。チックは主として幼児期後半から学童期に発症することが多いため、小学生から高校生を対象とする教育相談機関で出会う子どもたちがチックを呈するのは当然ではある。しかし、慢性チック障害となると、有病率は1%程度とされ、「よくあること」とは言えなくなってくる。ただし、慢性化したチックであっても、思春期以降に軽快することが多いと言われている。

チックの原因であるが、一時的チック障害については不明であるとされ、慢性チック障害およびトゥレット症候群障害については、遺伝的要因があるこ

とや生物学的要因であることが示唆されている。いずれにしても、心理的要因や親の関わりは発症の原因ではないが、症状の増悪や頻度には関連しているとされる。

## 2-2 チックの治療

金生(2013)によれば、チックに対する治療は、家族ガイダンスと心理教育、薬物治療、認知行動療法を適宜組み合わせるという。家族ガイダンスと心理教育では、前項で述べたようなチックの知識とともに、親の育て方や本人の性格の問題ではないことを伝え、安心を与えることが大事であると言われている。また、治療経過が長いことから、症状の小さな変化に一喜一憂しないことや長期的には軽快する可能性が高いことなどを伝え、チックをなくすことを目標にするのではなくチックと上手につき合うことを目標とするように促していくようである。また、チックは不安や緊張、疲労の影響を受けて症状が変動することから、不要な緊張や不安を減らす環境調整を行うことも重要であるとされている。この場合、家庭内だけではなく、本人が日常の大半を過ごしている学校での理解やサポートも欠かせないため、学校の先生に対するアプローチも必要である。

薬物治療に関しては、チックそのものをターゲットとしたものと、併発症や二次障害をターゲットとしたものがある。特にトゥレット症候群障害の場合、強迫性障害や、注意欠如・多動性障害などを併発することが多いようで、本人の困り感がチックよりも併発症の方にあることもあり、その場合には併発症への治療が優先される。チックそのものに対しては、抗精神病薬が処方されるが、どの程度の効果があるかは人によるようであり、漢方薬が効果的な場合もあるということである。音声チックは特に、授業中など静かにしなくてはならない状況で出てしまうことにより、叱責を受けたり周囲から不快に思われたりして日常生活に支障が出る可能性が高くなるため、投薬の対象となるようである。二次障害については、情緒不安定や攻撃性をターゲットとして処方が行われるようである。いずれの場合にしても、本人や家

族の困り感に基づいて処方されること、またどの程度の効果が現れるか経過をみて判断していくことが必要である。

認知行動療法は、チックそのものにアプローチしてその消失を図るものであるが、エビデンスが確立しているものにハビットリハーサルトレーニングがある。チックに気づくことでその発生を予防したり阻止したりするものであるが、本格的にこの治療法を実施できる機関は現在の我が国ではかなり限られているのではないかとと思われる。まばたきチックを呈する小学生男子に対してハビットリハーサルトレーニングを行い、並行して母親面接をしたところ改善をみたという報告がある(金子,2008)。また、音声チックと首振りチックを呈した小学生男子に対して漸進的筋弛緩法を指導し改善に至ったという報告もある(三浦・坂野・上里,2000)。ただし、こういった行動療法的アプローチを行うには、本人のチックに対する自覚と治療意欲が必要である。実際には、家族や周囲の人間が気になるほどのチックを呈しているにも関わらず本人にその自覚がない場合や、自覚はあっても特に治療意欲がない場合も少なくないことから、常に有効な治療手段であるとは限らないのではないだろうか。

その他に行われる心理療法として、プレイセラピーや箱庭療法などが挙げられる。岡田(2014)は、チックは神経基盤を持つものであるためこれらの精神療法は望ましくないと述べている。一方で、チックを呈する男児に半年ほどの箱庭療法を行なった結果チックが消失したという報告もある(神澤・尾崎,1996)。また、筆者の臨床経験からも、プレイセラピーを行いチックが軽快あるいは消失した事例があることから、一概に望ましくないとはいえないと思われる。神澤ら(1996)の報告では、男児が箱庭療法を通して感情の統制や他者との協調を身につけたことで、日常生活における人間関係の問題が改善されチックの消失につながったとある。このように、本人に対する心理療法は、チックそのものを治療の対象とするのではなく、その維持や増悪に関与してい

るであろうストレスや本人の持っている課題を治療対象とすることで結果的にチックの消失や改善をもたらすことができるのではないかと考えられる。

以上、チックとその治療について概観してきた。家族ガイダンスや心理教育の重要性や、特に重症である場合の医療受診の必要性などが改めて明らかになったが、果たして実際の相談においてはどのように進めていくとよいのか。単に「専門医を受診してください」「お母さんのせいではありませんので安心してください。長い目で見ましょう」と伝えるだけで良いのだろうか。今回筆者の勤務する教育相談機関に親子で相談に訪れた、チックを主訴とする男児の事例について、相談の経過を振り返り、注意すべき点や今後活かす点について検討したい。

### 3. 事例提示

クライアント：A（9歳、男児、小学校4年生）とその母親

主訴：幼稚園の頃から色々なチックが出ているが原因が分からない。ストレスであれば、楽にさせてあげたい。

家族構成・家庭環境：父親50歳、母親41歳、兄12歳、Aの4人家族。母親の実家が近所で、祖父母と伯父が同居している。祖父母が自営業を営んでおり、伯父とAの両親もそこで働いている。父親は、穏やかで怒ることもない。休日にはAと遊んでくれて、関係は良好。母親は、Aが2歳時に病気で入院。Aは、祖父母宅に預けられていた。治療中は病気の状態から面会禁止で、電話でのみコンタクトを取っていた。母親の病気は、1年ほどで軽快した。中1の兄は、優しくAのことを可愛がっている。

相談までの経過：チックは、Aが年長時に幼稚園の先生から指摘されて気がついた。それ以降、途切れることなく続いている。小学校入学後は、学校からチックについて指摘されたことはなかったが、母親が心配になり小2から校内の相談担当教諭に相談。「本人には言わない方が良い」とアドバイスされ見

守ってもらっていた。小3の12月に原因不明の吐き気を訴え、登校を渋る様子が見られたために相談申込となった。

相談方針と相談構造：初回面接までに吐き気と登校渋りは消失していた。登校渋りの原因はクラスメイトとのトラブルであった。その件については担任の協力を得て解決されたが、今後高学年になりチックを周りから指摘されてAが傷つくのではないかと心配であると、母親が改めて継続相談を希望した。幼少期より運動性と音声性のチックが継続的に、交互または重複して見られることから、慢性チック障害・トゥレット症候群の可能性を考え、医療機関受診を勧めることが必要と思われた。その際、母親にはチックに関する丁寧な心理教育が必要であると思われ、A本人にも、チックだけでなく対人関係など今後支援の必要な課題があると推測された。そのため、Aと面接し状態像をアセスメントすることと、母親と、自分の子育てが細かすぎたり厳しすぎたりするのがチックの原因かもしれないという心配について話し合うこと、この2点から教育相談を始めるべきと考えた。相談構造は、隔週の親子並行面接、相談時間は1回50分であった。

相談経過：Aは、初回の来談を強く拒否し、母親と祖母が説得してようやく来談した。その後の親面接で、Aは幼少時より初めての場所や人とのコンタクトが苦手だということが分かった。相談室でのAの様子としては、当初担当者が気になるようなチックは見られなかったが、相談室に慣れるにつれ、まばたきや音声チックが頻繁に出るようになった。遊びの中で、感情表出の分かりづらさ、言語表現の苦手さが認められた。集団生活で学習や対人関係に困難さがあるのではないかとの見立てから、情報収集および共有のために学校コンサルテーションを行った。担任は、男性でとてもおおらかにAのことを見ている。集団学習や発表場面では大変そうなところはあがるが、周りも優しくフォローしてくれていてすぐに何かのサポートが必要とは思わないとの情報が得られた。作文が苦手な、特に気持ちを書くことができな

いことが指摘された。チックに関しては、音声チックも注意して観察すると確認されるが、集団活動が妨げられるほどではないとのことだった。さらにその後の母親面接で、Aが外ではほとんど話さないこと、逆に自宅では我儘で暴言もよく出る、いわゆる内弁慶であることが分かった。学校以外では外出を好まないこと、友人関係も学校では良好であるが学校外では遊ばないことも語られた。習い事を複数していて、いずれも「先生が怒るので怖い」という理由で辞めたのだが、辞めたいと母親に言うまでに大変時間がかかった。

以上の情報から、Aに対しては、感情表出の促進を目的としたプレイセラピーを継続することとした。チックが持続する背景にAの感情表出の苦手さによるストレスがあると思われ、また、今後困ったときに周りに訴える力を育てることが必要であると思われたためである。母親面接では、チックの機序を説明し、幼少期に母親と離れていたことがチックの原因ではないとの説明を丁寧に行った。母親の関わり方がチックの原因であるという誤解やこれまで受けてきた「気にしないように」「丁寧に様子を記録するように」といったアドバイスにより、母親が混乱していたためである。数回面接した結果、母親は相談開始時に比べ、自責的な考えに囚われることは減ったが、新たにAのチックを気にしないようにすることへの辛さが語られるようになった。『気にせず、見守ってください』と言われても、一日一緒にいる間中、音声チックを聞かされていると、頭がおかしくなりそうになるんです」という母親の悲痛な訴えに対して、母親の感覚は当然であると共感的に受け止めた上で、チックは自力で完全にコントロールできるものではないことを伝え、医療機関の受診を提案した。初回の相談から半年経った頃だった。この時初めて、母親の精神科受診歴や服薬に対する強い抵抗感が語られた。母親自身が精神科を受診したことがあり、服薬したがかえって辛い思いをしたという経験からくるものであった。ここで改めて、チックの構造および医療機関でチックを診てもらう意味

について、母親と話し合った。担当者からは、服薬を勧められる場合どのような治療目的があるかということや、母親の辛い経験を聞いた上でなぜそれでも受診を勧めるかについて、丁寧に説明した。その後母親は、チック専門のクリニックに予約を入れた。「やっぱり、Aを診てもらってなんて言われるか…怖いです。」と涙ぐみながら、それでも受診を決意した母親のAへの想いに感服した。母親とは、クリニック受診後もAのプレイセラピーと母親の相談を継続していくことを約束した。

## 4. 考察

### 4-1 親面接

本事例の母親は、チックについて自分で本を探するなど大変勉強熱心であったが、なかなか情報が得られなかったと語っており、実際にチックに対して多くの誤解をしたまま自責の念に苦しんでいた。専門家の間では一般的になりつつある知識であっても一般の人々にとってはそうではないこと、誤ったあるいは古い情報が未だに信じられているということ、改めて心しておかねばならない。また、どの相談にも言えることだが、親が受け止められ、実行できるアドバイスをすることが必要である。「チックを気にしないでください」と言うのは簡単だが、実際に毎日一緒にいて咳払いを聞かされることがどれほど苦痛であることか。「気になって当然である、心配して当然である」という認識を援助する専門家がしっかりと持ち、その上で本人にチックについて触れずにいることの意味を説明し、どのようにするとチックに気を取られ過ぎずに我が子と接することができるかを一緒に考えていくことが必要である。恐らく、チックの相談しづらさは、どこかで安易に「気にしないで見守ってあげて」と言われてしまった経験に因るのではないだろうか。そうアドバイスされたけれど気になってしまう、これは私が悪いのかしらと母親が思ってしまうのも無理はない。長期にわたる症状であるがゆえに、親の気持ちの揺れも簡単には収まらないことを専門家が理解し、繰り返し丁寧に説明

を行ったり気持ちの揺れに付き合ったりしながら、軽快までの道のりを伴走していくことが、教育相談の親面接でできるとよいのではないだろうか。

#### 4 - 2 本人面接

本事例では、まずアセスメントとして数回面接することとし、その後継続したプレイセラピーを行うこととした。アセスメントは、Aがどのようなお子さんかを理解し、Aのチックが維持・増悪する要因を探るために行なった。Aが、誘えば遊ぶが積極的には行動しないことや、自分の気持ちや意思を言葉で伝えることが苦手な様子を見せたことから、集団生活にそれなりに適応しているように見えるが、実は表出できないままになっている感情があったりうまく行かない感じがあったり、「見えない困り感」を抱えているのではないかと推測された。意思や気持ちを家の外で表現できるようになることで、日常生活においてAにかかる負荷が減るのではないかと見立て、継続したプレイセラピーを行なっている。チックの維持には不安や緊張、疲労があるといわれているが、それは本人の心身にそれだけの負担がかかっているということである。つまり、本人が何がしかの課題を抱えているということであり、仮にチックが消失したとしても、根本の問題は残っているということになる。教育相談機関でのプレイセラピーは、この根本の問題に対してアプローチしていけるのではないだろうか。そして専門家は、チックは、なくすものではなく、本人の抱えている課題やしんどさ、現状を教えてくれるものとして捉える視点を持って関わらなければならないだろうか。

#### 4 - 3 親子並行面接の有用性

ここで、プレイセラピーと親面接を並行して行う意義についても考えたい。本事例では、プレイでの様子やプレイから見立てたAの特徴を母親に伝えることで、母親から新たな情報が得られ、母親が改めてAがどんな子であるかを語ってくれるということが起きた。それによって担当者は見立てを修正し治

療目標を明確にすることができ、母親も自分の関わりという視点から離れてA自身の特徴や課題を考えられるようになった。さらに、母親にとっては、実際に子どもを見てもらっていて、本人像を共有しているという安心感や、その上で伝えられたアドバイスであるという信頼感があり、そういった感覚の積み重ねが抵抗感のあった医療機関の受診につながったのではないかと考えられる。このように、親子並行面接を行うことは、本人へのアプローチの精度を高めるといっても、母親との信頼関係を築き必要な支援を進めていくという点においても、意義があると思われる。

### 5. おわりに

本論では、教育相談におけるチックを主訴とする相談への対応について、事例を通して検討した。従来の研究で提示されている心理教育は、親の気持ちの揺れや毎日チックとともに過ごす苦痛を共感的に受け止めながら、繰り返し丁寧に行ってこそ有効な実践となることが示唆された。また、チックの増減にのみ焦点を当てるのではなく、チックをもつ子の全体像を意識して治療目標を設定する試みがなされた。このような、チックに対する教育相談での実践報告はまだ数少ない。今後も同様の実践を積み重ね、検証していくことが必要と思われる。

### 文 献

- 金子幾之輔 2008 まばたきチックに対する行動療法的アプローチ 桜花学園大学人文学部紀要、10、47-58  
金生由紀子 2013 子どものチック障害および強迫性障害. 児童青年精神医学とその近辺領域、54 (2)、175-185  
神澤 創・尾崎孝子 1996 思春期前期チック症男児の治療例. 心身医学、36 (8)、685-689  
三浦正江・坂野雄二・上里一郎 2000 チックを主訴とする小学生に漸進的筋弛緩法を適用した症例について. カウンセリング研究、33、315-322  
根来秀樹 2008 チックを科学する. (児童精神医学フロンティア9 こころの科学、142 (11)) 日本評論

社 158-163

岡田 俊 2014 チックのある子の理解と対応. ([特集]  
子どもの精神医学と親子支援：DSMという診断基準  
の改定を受けて：DSM-5にみる子どもと関わる診断.  
発達、35) ミネルヴァ書房、31-35

#### 付 記

「私と同じように悩んでいる方の役に少しでも立てれば」  
と事例の提供を快諾くださったAくんのお母様にこの  
場を借りて深く御礼申し上げます。

(すやま だいすけ・やまき あやこ)

【受理日 2017年10月25日】