

妥瑞症兒童的症狀與治療處遇方式之探討



賴思吟

國立彰化師範大學特殊教育研究所研究生

何謂妥瑞症(Tourette syndrome)? 妥瑞症會影響智力減退嗎? 妥瑞症是否會傳染呢? 這種困擾著無數病患的疾病, 對多數一般人而言, 是未曾聽過且深入的瞭解。甚至對於醫學界與教育界的專業人士來說, 仍然是相當陌生的。

我國估計每兩百人中就有一個人患有妥瑞症, 且男性罹患率比女性多三、四倍(王輝雄, 2001b)。其發病原因可能來自遺傳的因

素, 而初始的發病時間位於學齡期階段, 平均年齡大約出現在五、六歲時。尤其到了青春期中病況可能會加重(王輝雄, 2001b), 約有 5%~10% 的患者會持續症狀且並無改善。但過了青春期中後, 大約 80% 的患者其症狀會明顯的減輕或自然痊癒, 並且知道如何去掩飾或修飾自己的症狀。圖 1-1 為妥瑞症的臨床路徑圖。

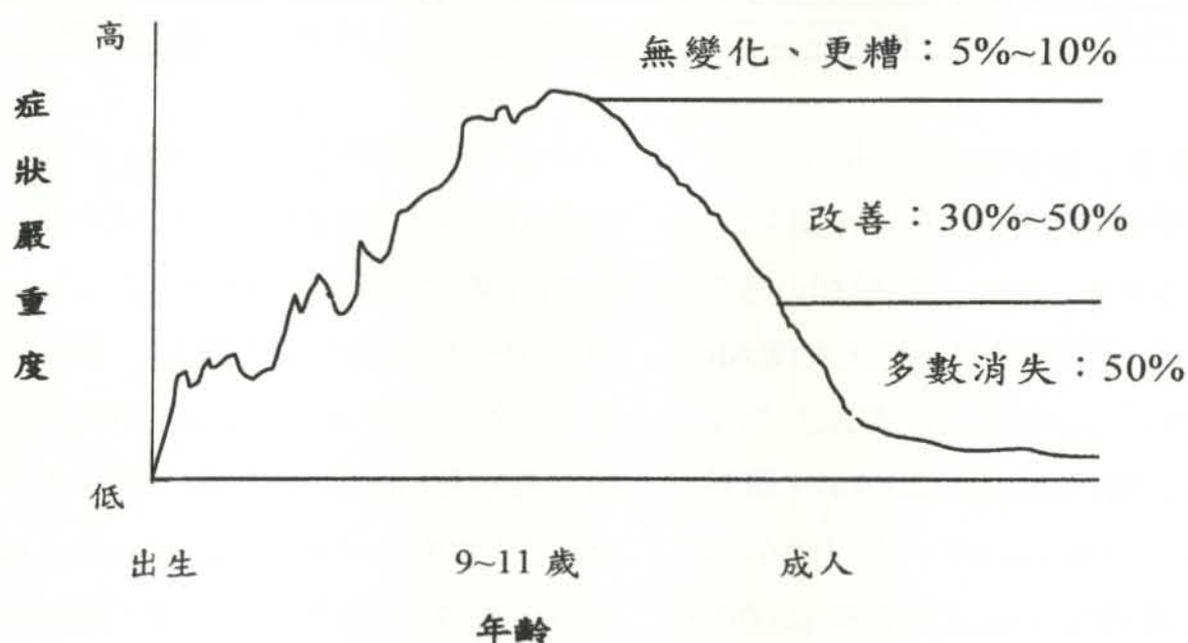


圖 1-1 妥瑞症的臨床路徑圖

資料來源: Mohammed, Jacob & Larry (1999)

妥瑞症並非致命性的疾病，患者更不會因此疾病而影響其智能逐漸退化的現象(Shapiro & Shapiro, 1982)，但它的症狀卻會影響人的一生。此病症是一種兒童腦部基底核(basal ganglia)具神經生物學基礎的慢性疾病，其成因源自於兒童期發育之大腦基底核多巴胺(Dopamine)的高反應性，導致慢性反覆出現半不自主的動作及聲語上的抽動(tic)(王輝雄、魏美惠，2006)。抽動(tic)是一種頻繁出現而無法抑制發作的運動性動作或發聲，常是一種突發、快速、重複無韻律但有時固定性(stereo typed)的型式(王輝雄，

2001b；James & Donald, 1999)，它可分為動作與聲語上的抽動(tic)，以及感覺或心理上的抽動(tic)(王輝雄、郭夢菲，1999)。而這些動作與聲語上的抽動(tic)又可細分成「簡單型」抽動(tic)-短暫、反覆的動作，或「複雜型」抽動(tic)-一連串相關的動作，為一個有目的的執行。其常見的抽動(tic)整理歸納如表 1-1(王輝雄、魏美惠，2006；王輝雄、郭夢菲，1999；曾世杰，1996；羅湘敏，2003；Jagger, Prusoff, Cohen, Kidd, Carbonari, & John, 1982；James & Donald, 1999；Carroll & Robertson, 2000)：

表 1-1 常見的抽動(tic)類型

抽動(tic)類型	舉例
簡單型動作 tics	眨眼睛、抵嘴、聳肩膀、搖頭晃腦、伸舌頭、裝鬼臉、咬指甲、弩手指、撥頭髮、踢腳、磨牙
複雜型動作 tics	嗅聞東西、觸摸東西、不適當的步態、跳上跳下、搖擺腳、咬、仿作症、自傷行為
簡單型聲語 tics	清喉嚨、咳嗽聲、低吟、吹口哨、以鼻吸氣、大叫、打隔聲、吐口水聲
複雜型聲語 tics	穢語症、重覆自己說過的話、自言自語、仿語症、突然改變音量或聲調
感覺或心理 tics	眼皮酸而眨眼睛、內心緊張、聳肩、疼痛、刺痛、緊繃感

目前精神醫學上的診斷也以抽動(tic)為主要的診斷參考標準(王輝雄、魏美惠，2006；羅湘敏，2003)。然而，抽動(tic)雖是診斷妥瑞症的主角，但不是只解決其抽動(tic)就好，往往還會有並存的學習異常或其他情緒或行為問題的影響(王輝雄，2001a)。雖然隨著年紀的增長，抽動(tic)有一半以上的機會緩和或甚至自然消失，但其並存的情緒或行為上的問題卻可能有加重的情形發生(王輝雄、郭夢菲，1999)。除了動作與聲語上的抽動(tic)外，妥瑞症患者常會伴隨著有其他的

症狀或行為的問題。最常見的三種合併症為注意力不集中/過動症(ADD/ADHD)—此症狀經常出現在抽動(tic)之前(如圖1-2)，大約50%的妥瑞症患者會伴隨ADHD、學習障礙—比率大約25%到30%，與強迫症(OCD)—此症狀通常在抽動(tic)出現之後(如圖1-2)，大約佔25%到40%(Mohammed, Jacob & Larry, 1999)。此外，還有一些其他的併發症包括侵略性、自我傷害行為(SIB)、睡眠異常等，因此有時會造成診斷上有些許的差異。

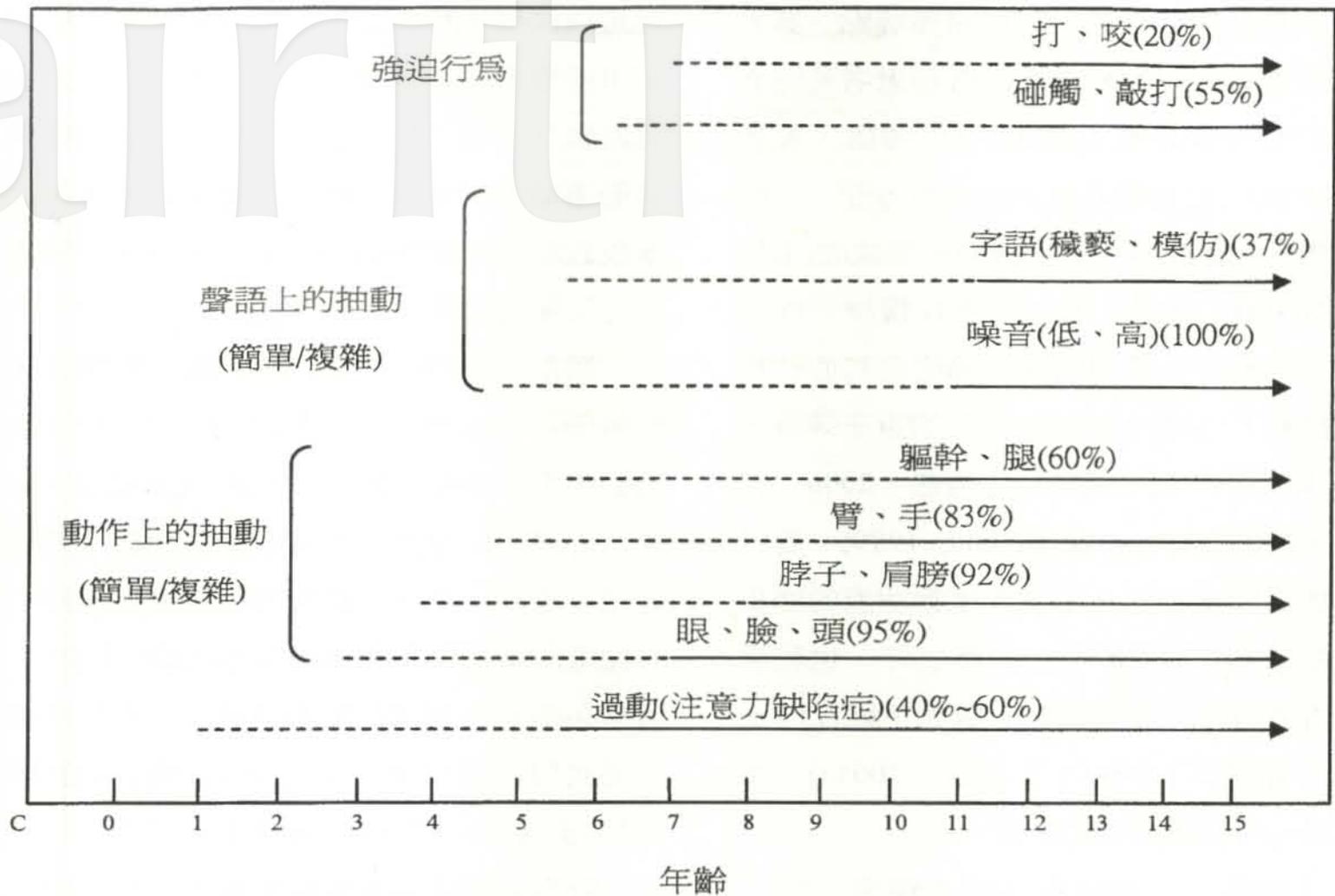


圖 1-2 抽動(tics)與相關行為的自然史。顯示抽動(tics)在不同年齡漸進式的發生，從短暫的出現(虛線)至持續發生的出現(實線)情形。

資料來源：Jagger, Prusoff, Cohen, Kidd, Carbonari, & John (1982)

茲將所伴隨之併發的症狀整理如表1-2(王輝雄、郭夢菲，1999；曾世杰，1996；吳麗寬，1999；王輝雄、魏美惠，2006；林建平，2006)：

表 1-2 併發的症狀與行為問題

併發的症狀	行為問題
注意力不集中/過動症	無法持續專心於工作或活動上、在日常活動上常忘東忘西、過度的講話、坐立不安、難以等待或輪流、常干擾他人或打斷別人話語
強迫症	強迫行為：反覆檢查、重覆洗手、將物品精準的安排或排列等；強迫想法/思考：重覆迴語、數數或歸類、暴露自己、猥褻的想法
侵略性	撞擊、踢或咬、攻擊別人
自我傷害行為	咬自己的嘴唇、以尖物戳自己的手指、對自己或他人撞擊頭部或身體的其他部位
睡眠異常	淺睡、難以入睡、夢遊、尿床、睡眠中突然停止呼吸
穢語症	說髒話、咒語
不雅動作	淫穢手勢、觸摸別人性器官
迴語/仿說症	模仿別人聲音、動作、或重覆自己說話的最後音節、字或片語
其他	過敏、扮異性、自閉、說謊、偏頭痛、記性差、語言問題、腸絞痛

關於妥瑞症目前仍存在諸多疑點，其表現的程度有不同的嚴重性，有些患者是輕微的，但有些卻是較為嚴重的(王輝雄、郭夢菲，1999)。而有關妥瑞症的病因方面，可能因遺傳的基因或是由免疫機轉所造成的(王輝雄，2001a)。此外，若針對神經醫學面向而言，目前有許多證據指向妥瑞症是基底核和額葉皮質下之間的聯繫發生了問題(王輝雄、郭夢菲，1999；王輝雄、魏美惠，2006；林寶華，2006；James & Donald, 1999)。而這些神經迴路除了部分和掌管運動功能的腦皮質相接才有「抽動(tic)」的產生外，也和掌管行為或情緒的邊緣系統連接(如下視丘)(王輝雄、郭夢菲，1999；王輝雄，2001a)，才會出現一些併發症狀的問題。

目前為止，妥瑞症並無「痊癒」的可能，但大部分兒童在青春期後，症狀會明顯的減輕或消失(曾世杰，1996)。現今有許多不同的處置與療育方式，可以幫助患者減輕抽動(tic)之頻率與程度，並且亦能控制其他伴隨症狀問題的產生。妥瑞症的主要療育及處置方法如下：

一、藥物治療

目前有許多治療的方法，對妥瑞症患者都有些許的成效，但仍以藥物治療為最佳且較為方便的療育方式(王輝雄、郭夢菲，1999)。藥物治療主要是多巴胺拮抗劑，包括像是Haloperidol、Pimozide、fluphenazine、clonidine、methylphenidate (Ritalin) 及 combinations，對於80%的病人都有效，絕大多數的患者都能得到改善(蔡孟倫、陳信昭，2005)。然而，服用減輕抽動(tic)的藥物，雖

然可以減輕或控制抽動的頻率與程度，但亦有可能會造成妨害學習的副作用，以至於嚴重影響其日常生活作息。此時，就必須請示醫師適當地調整藥的劑量與種類，並且透過學校教師與家庭間的相互配合，共同了解與關心妥瑞症兒童。

雖然抽動(tic)本身有許多類似的方面，但每個妥瑞症患者於抽動(tic)的表現程度以及症狀組合方面卻是有所差異的(王輝雄、郭夢菲，1999)。對於一些症狀較為輕微的妥瑞症兒童而言，並不一定要服用藥物來治療。若兒童同時並存有行為或情緒上的問題時，通常必須先治療這些併發的症狀，因為治療好這些問題行為後，才能減少抽動(tic)的嚴重性(彭素玲，2001；羅湘敏，2003)。然而，針對此說法卻頗具有爭議性，有時也可能因治療好這些並存的行為或情緒問題後，反而使得妥瑞症兒童的抽動(tic)病情更加頻繁且嚴重。由於妥瑞症發生合併症的機率相當高，也相對地增加治療的複雜度(彭素玲，2001)。因此，藥物治療有時是一種不斷嘗試的過程(王輝雄、郭夢菲，1999)。透過藥物來治療，並不是短期內就能見到成效，而是需要經過一段時間，才能達到最佳的效果，所以家長不能因妥瑞症兒童的症狀未有顯著地改善，就放棄持續治療的決心。

二、行為治療

行為治療主要目的是在培養良好的行為表現、改善妥瑞症兒童在學習以及社會適應方面的問題，並減少且預防不必要的行為問題產生(吳麗寬，1999)。一般所指的行為治療法如正增強(代幣制度)、區別性增強、反

向習慣訓練、自我示範(Clarke, Bray, Kehle, & Truscott, 2001)、放鬆訓練(羅湘敏, 2003)等。

三、個別心理治療

妥瑞症兒童常因異常行為問題的影響，使自我產生壓抑、退縮或被排斥等情形，因而難以與他人建立並維持良好的友誼關係。爲了協助兒童建立正向關係以及提供適當的支持，心理治療法也是普遍需要的(張學岑, 2006)。

四、家長自我調適

家長的自我調適是相當重要的影響因素，往往父母親如何去面對家中有妥瑞症兒童，會因不同的特質與態度有關(王輝雄、魏美惠, 2006)。父母必須能夠正面且積極的去面對各種的問題，並能夠與學校老師及醫師共同配合，尋求相關資源的支持，才能協助兒童在社會認可及接納下成長。再者，常規訓練和結構化生活情境的安排與調整，對妥瑞症兒童亦是相當重要的，家長若能提供一個預期的規律情境、接納的氣氛且無過度壓力的環境，則可減輕他們的症狀影響程度(曾世杰, 1996)，並能擁有較佳的生活品質。

五、學校協助與支持

由於聲語及動作症狀的產生，妥瑞症兒童在學業學習與適應問題方面，將近20%至50%的妥瑞症兒童有學習障礙的問題(彭素玲, 2001)。針對以下一些處置的建議，來改善妥瑞症兒童在學校生活適應與人際關係所產生的問題(羅湘敏, 2003；王輝雄、郭夢菲, 1999；James & Donald, 1999；Burd, Kauffman, & Kerbeshian, 1992；Packer,

1997)：

(一)親師溝通

家長須主動告知老師並說明有關妥瑞症兒童的症狀、服用藥物的種類、劑量與副作用或有關問題行為的處置方式。而教師也必須主動給予關懷，幫助其在學習與適應上獲得完善的照顧，並適時告知家長有關妥瑞症兒童在校的學習狀況與行為表現。

(二)教室中的安排

- 1.當妥瑞症兒童在考試時，給予較多的作答時間，必要時可安排其獨自或在其他安靜的場所進行作答。
- 2.提供妥瑞症兒童多元的學習及表達管道，以其他方式來代替「寫」字或作業，例如以圖卡、電腦、錄音帶或打字等多元評量方式來呈現。
- 3.多量的作業必須分成小部分完成，並且應盡量以簡化之。
- 4.當妥瑞症兒童有過多的能量想要發洩時，可藉由他們喜歡的活動或運動來舒緩其內在所累積的壓力與情緒。

除了採取上述多模式的處遇方式外，學校老師、同儕、手足以及家長更應對妥瑞症有正確的態度與認識。在面對妥瑞症兒童時，不要只針對抽動(tic)的問題來做處理(王輝雄、郭夢菲, 1999)，必須了解妥瑞症兒童在日常生活所面臨到的適應問題與內在壓力，並適時教導他們如何抒解情緒及肯定自我。除此之外，適時給予其稱讚與鼓勵亦是必須的。妥瑞症兒童的智能如同一般常人，如何讓大家了解正確的觀念並接納妥瑞症兒童，比起其他治療方法更具有意義與重要

性。一同期許教育界與醫學界能共同合作，給予妥瑞症兒童最大的支持與協助。

參考文獻

一、中文部分

王輝雄、郭夢菲(1999)。又抖又叫-鬥陣妥瑞症。台北:新迪。

王輝雄(2001a)。台灣兒科醫學會第165屆學術演講會教育演講－妥瑞症的現況發展。 *Acta Paediatrica Taiwanica*。42，16-22。

王輝雄(2001b)。妥瑞症簡介。台灣兒科醫學會雜誌，42(1)，8-12。

王輝雄、魏美惠(2006)。妥瑞症兒童之認識與其學習適應問題之探討。特殊教育季刊，99，19-23。

林建平(2006)。注意力缺陷過動症兒童的診斷與處遇。特殊教育季刊，101，1-8。

林寶華(2006)。妥瑞症251例腦神經動作障礙和精神認知障礙的中醫診治探討。中西結合神經醫學雜誌。2009年10月29日，取自：<http://www.sino-medicine.com.tw/lph/h3-16.htm>

吳麗寬(1999)。行為治療在ADHD治療之應用。特教園丁季刊，15，33-37。

張學崙(2006)。土瑞氏症(TS)的新近研究。兒童青少年精神醫學通訊，5(2)，1-10。

曾世杰(1996)。特殊個案:杜瑞德氏症簡介。台東特教簡訊，4，10-18。

彭素玲(2001)。台灣兒科醫學會第165屆學術演講會教育演講－妥瑞症常合併的過動、強迫、自殘、學障等問題。 *Acta Paediatrica Taiwanica*。42，13-15。

蔡孟倫、陳信昭(2005)。認識妥瑞氏症。康復通訊。2009年10月29日，取自：

<http://tw.myblog.yahoo.com/jw!.XwdzMeRGA6l2Ur6Stt0OA--/article?mid=111>

羅湘敏(2003)。淺談妥瑞(土瑞/杜雷特)症候群。屏東特殊教育期刊，6，10-19。

二、英文部分

Burd, L., Kauffman, D.W., & Kerbeshian, J. (1992). Tourette syndrome and learning disabilities. *Journal of learning Disabilities*, 25, 598-604.

Carroll, A. & Robertson, M.(2000). *Tourette Syndrome: A practical guide for teacher, parents, and carers*. London: David Fulton.

Clarke, M. A., Bray, M. A., Kehle, T., & Truscott, S.D. (2001). A schoolbased intervention designed to reduce the frequency of tics in children with Tourette's Syndrome, *School Psychology Review*, 30(1), 11-22.

Jagger, J., Prusoff, B., Cohen, D. J., Kidd, K. K., Carbonari, C. M., & John, K. (1982). The epidemiology of Tourette's syndrome: A pilot study. *Schizophrenia Bulletin*, 8, 267-277.

James F. Lechman & Donald J. Cohen (1999). *Tourette's Syndrome-Tics, Obsessions, Compulsions-Developmental Psychopathology and Clinical Care*. New York: John Wiley & Sons.

Mohammed M. Bagheri, M.D., Jacob Kerbeshian, M. D., & Larry burd,

PH.D(1999).
Recognition and Management of Tourette's
Syndrome and Tic Disorders.
American Family Physician, 59(8), 63-
73. Retrieved October 23, 2009 from the
World Wide Web : [http://www.aafp.org/
afp/990415ap/2263.html](http://www.aafp.org/afp/990415ap/2263.html)

Packer, L.E. (1997). Social and educational
resources for patients with TS. *Neurologic
Clinics of North America*, 15, 457-471.

Shapiro, A. K., & Shapiro, E. S. (1982). An
update on Tourette syndrome. *American
Journal of Psychotherapy*, 36(3), 379-390.

