

認識抽動症學生—衡鑑與處遇考量

洪慧涓¹

國立中興大學師資培育中心

講師

摘 要

本文旨在介紹抽動症的臨床表現、疾病影響、衡鑑考量與治療考量等相關議題。抽動症是一種神經精神障礙，由遺傳、神經生化代謝以及環境因素等因素交互作用的結果，症狀主要可分為三類：聲語型、動作型與心因性等三種形式。由於症狀的種類與發作次數有變異很容易為父母忽略。加上症狀初期會以主要表現的器官為求診的科別也容易造成周遊各科(doctor shopping)，不易及早診斷而延誤治療。

目前抽動症藥物治療的預後不錯，但多種動作與聲語型的抽動症預後較差。未來研究可就有問題的基因、決定基因的順序與排列、媒介基因細胞轉印的因素與應用分子生物學的研究來預防及治療這些疾病；但其衍生教育、情緒、行為、家庭、與藥物副作用等問題亟待心理與教育工作者的參與以使其能獲得全面而周延的照護。

由於此疾患常合併注意力/過動、強迫、憂鬱、或行為的問題，例如攻擊、自我傷害、以及學習問題，因此此疾患對兒童心理與教育產生的問題值得重視。處遇前先運用訪談與心理衡鑑工具進行衡鑑，目標在評量個體全部的適應功能，以確認損傷和影響的範圍，並評估個人及家庭的長處與短處，也要收集家庭神經精神疾病史、發展史、疾病史、與家人及同儕關係或工作表現及重要的生活事件史。

依據衡鑑的結果，以便提供藥物為主，社會、心理與教育為輔的相關處遇的協助，社會治療以幫助家庭面對疾病引起的社會壓力為主、心理治療以處理個體的適應與情緒問題，並以行為治療學習衝動的控制，並依據其學習的問題給予特殊教育的安置。

國立中興大學 

National Chung Hsing University

關鍵字：抽動症、心理衡鑑、處遇

¹國立彰化師範大學諮商與輔導學系博士，專長領域為教育心理與輔導。

壹、前言

通常在教室中，教師都會期待學生好好坐著上課，不要做出一些「奇怪」的動作，或是發出「奇怪」的聲音。在家中，家人通常也期待孩子坐有坐相，站有站相，言談舉止端正。因此當教師或家人發現孩子不停的抽動肩膀、眨眼或清喉嚨，多半會要孩子不要動、不要眨、不要出聲音。等到制止無效時，有些教師會以為學生故意搗亂，將之視為是行為問題。有些家長會忙著帶孩子看眼科、耳鼻喉科，有些醫生給予簡單的藥物，並未說出原因，讓這些家長與孩子無法獲得適當的注意與協助。

事實上，這些孩子極可能是抽動症的患者(Tic)，現在醫療發展已能提供抽動症的患者良好療育機會。但是社會大眾對於該症普遍缺乏瞭解，使他們在學校和家庭中都未能受到應有的照護，而且未能及時獲得療育，可能影響孩子的學習、生活適應，嚴重者更影響其健全發展。本文透過介紹抽動性疾患的臨床表現、疾病的影響、心理衡鑑與治療的考量以及教育的處置，促進教育工作者與相關人員對於此類學童有一正確的認識與了解，以利提供正確的教育與療育。

貳、臨床表現

臨床表現將依分類併症、發作前兆與常見誤診、發作時間與年齡、流行率與男女比、預後與未來研究以及疾病的影響來介紹：

一、抽動症 (Tic) 的分類

兒童時期出現的各種不自主運動或運動障礙，其中尤以抽動最為常見 (何志培, 1998)。DSM-IV 定義此症為一種「突發的、快速的、重複發生的、無韻律的動作或發聲」(孔繁鍾譯, 1997)。抽動症是一種神經精神障礙，由遺傳、神經生化代謝以及環境因素等因素交互作用的結果 (何志培, 1998)。一般可分為運動型或聲語型與心因性三大類又個別分為簡單型和複雜型，但是分類的界限並不明顯，分類如下：

- (一) 動作型分為：1.單純型動作型抽動包含：出現眨眼、頸部急動、聳肩、作鬼臉及咳嗽等症狀。2.複雜型動作型抽動包括：面容作態（類似作鬼臉、扭曲臉部肌肉）、儀表修飾行為、跳躍、觸摸、踩踏及以鼻嗅物。其他複雜型抽動則包括模仿動作症(echokinesis)。
- (二) 聲語型分為：1.單純型聲語型抽動包含：清喉嚨、喉鳴、吸氣、吹鼻息及吠吼等。2.複雜聲語型抽動包含：不顧說話時機是否合適而重複

字或片語、穢語症(*coprolalia*：使用社會所不容的字句，常為淫猥的)、重語症(*palilalia*：重複自己的聲音或字句)、模仿言語症(*echolalia*：重複最後聽到的聲音、字句或片語)，如果合併聲語與動作稱為妥瑞氏症候群(*Tourette's Syndrome*)，簡稱 TS，一般是多重動作型抽動和一種或一種以上的發聲型抽動(*Evans, King, & Leckman, 1996*)。

〈三〉 心因性：也有提到發作前會有燒灼感、緊繃感、肌肉緊張、刺痛、癢、內心緊張、疼痛、有時甚至會覺得別人癢而去抓別人的幻魅式(*phantom*)的抽動，也有在心理面說粗話或重複說一樣的話，後面這些被有些學者認為是有別於動作型與聲語型的，而稱之為第三類或心理型的抽動症(王輝雄，2001)。

通常抽動症伴有情緒障礙，強迫症狀或注意力不集中和過動等行為改變，病程可呈短暫的或慢性的，甚至持續終生(何志培，1998)。

二、發作前兆與常見的誤診

抽動症是發生於兒童期的慢性神經精神異常的疾患，王輝雄(2001)認為它不能算是一種習慣，也並非一種心理疾病更不是故意要引人注意的行為；依據病患自述症狀在出現前宛如打噴嚏前，會有一段醞釀期或衝動(*urge*)，有即將出現症狀的感覺，也會提到因為眼皮酸所以眨眼睛、肩膀或脖子酸所以會聳肩與搖頭。

剛發作時被誤診的情形很多，眨眼睛被當作眼睛過敏而到眼科就診，動鼻子與清喉嚨被認為鼻子與喉嚨過敏而看耳鼻喉科，咳嗽被當作氣管過敏而在內兒科就診，搖頭聳肩被當作頸椎異常而至骨科或復健科就醫，因此發作之初常會周遊各科(*doctor shopping*)因診斷不出而延誤治療時機。

三、發作的時間與年齡

〈一〉 發作時間：抽動一般發作的時間很短暫，發作一回少超過一秒鐘，是一種陣發性的，可能是單獨一種型式或幾種(動作聲音)的組合(*Leckman & Cohen, 1996*)。發作的情形會好好壞壞，專注在一個活動例如熟睡、彈鋼琴、看錄影帶、玩電視遊樂器、看漫畫書時症狀會暫時消失，而會因無聊、壓力、疲憊及興奮或受到環境刺激而誘發，以及壓力如生病而加劇(*Head, Sallee & Shannon, 1993*；王輝雄，2001)時明顯地會使發作的頻率與強度增加，觀察一段時間也會發現有自然消失數天或數個月的情形(王輝雄，2001)；這些是抽動症發作的特色與現象，而不要認為發作時症狀種類不會變異，發作頻率與強度會

一直保持穩定不變；事實上，症狀的種類會變，頻率與強度也是會有變化的，這個現象也會使父母因為症狀種類變化或次數減少而以爲不用就醫。

〈二〉 **初發年齡**：發作的年齡在 3-10 歲，初次發作常未被注意到，常去尋求家醫科、小兒科、過敏科和眼科的醫師協助而常被誤診，尤其是就診時症狀未同時完全出現，更容易會診斷不出來 (Leckman & Cohen, 1996)。

四、流行率，男女比

6-18 歲學齡的孩子抽動症的流行率估計達到 5%到 18%，而壓力是兒童症狀發作的主因(Achenbach & Edelbrock, 1981)；而妥瑞氏症較不常見，認爲 2500 人中百分之一的人會出現完全典型的妥瑞氏症，但是有 3 倍的人會出現部份慢性動作型的抽動症。(Brunn, 1984, 1988)。但由於常不是在第一時間就診斷出來，所以以上的罹患率可能偏低(Husain & Cantwell, 1991)。華人的報告最早有林節(1963) 於南京神經病防治院發現的 3 例爲典型妥瑞氏症，高慶雲(1984) 調查八到十二歲兒童共 17,727 名，被診斷爲妥瑞氏症者有 43 名，患病率爲 2.42%(引自何志培，1998，P.50)。發作的性別比是男多於女，男女比爲 2.9 比 1 (Shapiro, Shapiro, & Wayne, 1973)。住在城市的罹患率較高，種族和社經地位並未發現對罹患率顯著性影響，本症男比女多，有些報導是少於 2：1 (Leckman & Cohen, 1996)。

五、預後與未來研究方向相關議題

〈一〉 預後

一般抽動症可隨時間逐漸減緩或自行緩解，少數症狀的遷移會對學習及社會適應有影響，妥瑞氏症候群是一種慢性神經精神性障礙，需要較長時間服藥以控制症狀，一旦停藥，症狀又會再度呈現，續服用藥物可好好再控制住。Cobert (1969)報告 73 例妥瑞症候群，發病年齡平均 7.3 歲，追蹤 13~18 年 2/5 患者完全恢復，過半數部分改善，僅 6%無改變，一般到青少年後期部分會好轉，亦有持續到青年甚至終生的。

有些認爲四到六歲多種抽動和發聲抽動者預後較差(何志培 1998)。

〈二〉 未來研究方向 Chung Hsing University

目前對妥瑞氏症候群、慣性運動性抽動及注意力不全過動症的基因表現只有部分被確定，將來對基因聯結 (gene linkage) 的研究將更重要，利用雙胞胎及家族基因，將可更精確的診斷出有問題的基因。再利用分子生物學的科技

可決定基因的順序與排列。媒介基因細胞轉印 (transcription) 的因素將可被了解。有了這些, 將可在動物模式中得到印證。動物模式的發展, 將可應用分子生物學的研究來預防及治療這些疾病, 可減輕病人的負擔及痛苦(何志培, 1998)。

未來在科學、基因、神經生理學的研究, 可以使有關此疾病的預兆能夠早期發現與診斷, 以便及早治療(Leckman & Cohen, 1996); 但此症狀所衍生的學習障礙、情緒困擾、家庭問題則有待心理與教育相關專業人員的參與, 使其照護能夠全面且周延。

六、疾病影響

此疾雖然以神經生化方面的病因了解為主, 治療亦以藥物為主, 但罹患此症期間衍生的教育、情緒與行爲、家庭、以及藥物作用等衍生的問題亦令人不能不去正視, 了解這些衍生的問題才能提供全面性的照護, 茲分別說明如下:

〈一〉教育的問題

抽動症的兒童由於不自主的眨眼和搖頭晃腦會產生閱讀的困難, 而逐漸去閱讀的動機和興趣; 由於手和手臂的抽動也會使得書寫受到影響, 如劃破簿子、書寫不工整而造成學習的挫折。而聲音的抽動症則更爲尷尬, 會造成課堂的中斷及無法參與學習討論。而且此症也會造成教師對孩子的誤解, 以爲是孩子不專注亦或在搗蛋, 因此對孩子產生偏見與不滿的情緒, 而此種現象非常常見。

另外抽動症所伴隨的注意力不足/過動症, 會造成兒童不安、分心、常想打斷別人或干擾別人、不佳的組織能力、注意力廣度較窄而造成低學業成就與在校的社會適應困難; 而其伴隨的強迫症也常使功課完成的速度過於緩慢, 而且由於反複儀式和強迫性思考也會造成分心和浪費時間, 所以變成老師即使是給予很少的作業也會形成其過重的負擔而產生受挫性的情緒, 兒童並非是偷懶的緣故, 但卻常因此遭受到師長的指責(Bruu & Bruu, 1994)。服用藥物造成的鎮靜效果也會造成學習的問題, 而抽動症在神經功能上造成影響的嚴重程度(Singer, Schuerholz, Denckla, 1994)。

而由於抽動症造成學習能力不足, 會影響兒童在登錄、視動協調、算術和手寫能力上的障礙, 這些基本能力的影響並非是智能的因素, 祇是限於某些項目的學習能力, 因此診斷出這些項目的干擾可以了解孩子能力運作的情形及其造成的影響, 而不對兒童的學習態度與成就表現有錯誤的期待與歸因, 所以教育工作者能夠對疾病有正確認知與理解, 以提供特殊教育的協助就變得很重

要。

〈二〉情緒問題與行為問題

罹患此症的孩童被視為與人不同，易形成較低的自我價值感，而由於症狀的表現，會被其他學童視為小丑，令人不喜歡而且會受到同儕的排斥。由於伴有學習困難會使學習者自覺愚笨而自尊低落。一旦低自尊，孩童易因反叛而有行為規範、退縮、懼學、焦慮、社會孤立、退縮和壞脾氣等負面行為的問題。而且這些問題除非已獲得適當的學習協助、支持性治療及獲得家庭的了解，否則孩子很難相信自己是有能力可以作好的，因此會造成兒童自我放棄(Bruun & Bruun, 1994)，以致產生情緒困擾。因此這些衍生的情緒問題有待評估其所造成的影響程度，以便能加以接納並介入處遇之。

Bruun 與 Bruun (1994)認為常見的問題行為有很多，也使此類患者受到非常大的影響，1980 在俄亥俄州的 412 例問卷調查發現 28%的人有脾氣暴躁的問題，33%的人有強迫症(OCD)的行為，28%的人有過動的行為，8%的人有自我傷害的行為，31%的人有極端焦慮的現象，31%的人情緒易有起伏，後二項是屬情緒的問題，25%的人有攻擊行為。行為治療常被建議用來處理此疾病衍生的相關行為問題。

〈三〉家庭問題

家中有人罹患此症，家人會經歷下列階段 (Harper, 1992, P.320)：

- 1、診斷前時期：症狀剛開始出現時，病人比其他人衝動。
- 2、診斷時期：重複諮詢看診以確定診斷，有時會四處求醫。
- 3、治療時期：當停止四處求醫才可能開始治療，

醫生不僅止於下診斷及給予相關訊息，並且應能了解接納父母的失望、悲傷、憤怒及罪惡等情緒。對孩子則應評估其整體性的發展，並提供父母教養的要點及示範對孩子的態度。而父母則須認識到孩子不僅止是病人也是一個正在成長中的孩子，所以家中有罹患此症的孩童，心理上有其必經之歷程，治療團隊在給予醫療照護時，對家人狀況的關切也應納入治療的範圍內。

〈四〉藥物作用

抽動症與其相關症狀，由於藥物治療之故，所產生的副作用會損傷學童的學習能力。這些藥物可以有效的控制抽動的症狀，但同時會產生疲憊、困倦、反應遲鈍、缺乏積極性、不安甚至懼學。因此藥物治療的劑量一段時間要一再重新評估，而且也傾向建議維持某一程度的症狀而不要讓藥物太過干擾學校的成就表現(Bruun & Bruun, 1994)，因此藥物使用須隨時加以調整，使其改善抽

動造成的干擾，但又不能受到太大的副作用影響，而衍生其他問題。

叁、心理衡鑑

衡鑑的目的包括呈現的問題、抽動的形態與頻率、發病年齡、使病症變壞或減輕的因素、以及其病程，進行心理衡鑑時宜先進行兒童與父母會談以收集相關資料，再選擇適當衡鑑的工具，統整地收集精確資料作為衡鑑的依據，最後也要能與其它症狀鑑別區分，茲分述如下：

一、兒童會談

對抽動性疾患兒童的診斷會談有幾個困難：

- 〈一〉抽動症呈現的型式異質性高，症狀程度亦隨時間而改變。
- 〈二〉抽動症可以做部分的控制，大部分人在被觀察的情況下抽動症狀可以做部分的控制，會刻意壓制做一些動作使症狀較不被注意到，所以會對其生物性病因而接受有困難，而造成與長輩（師長）關係的緊張。會談的目的不只要評估兒童的困難與症狀，也要包括了解兒童的能力所在，並探知目前呈現的學習及注意力情況，對於病史亦應詳加了解。

二、父母與重要成人之會談

父母是能多方面與長時間觀察孩子行為的人，因此對於重要訊息的提供，如發展史、病程演變、症狀對孩子的影響等能有具體的助益。家庭方面也應該留意此議題對症狀的影響，社會心理因素與疾病之間的相互作用，尤其值得心理、諮商專業人員高度關注。

三、衡鑑工具

利用 Leckman, Cohen(1996)提供的抽動症的臨床評量表(如下表)可系統性收集相關資料，以利診斷的形成，其中的訊息可透過父母或患童本身，方式則可運用訪談收集，也可利用臨床觀察來收集。

心理衡鑑的目的，不僅祇是著重在症狀，亦或診斷的確定，更重要的目的是對個體的發展作一全面性的評量以提供全面照顧的參考，所以衡鑑的目標就要放在評量個體全部的適應功能，以確認損傷和影響的範圍，並評估個人及家庭的長處與短處，也要收集家庭神經精神疾病史、發展史、疾病史、與家人及同儕關係或工作表現及重要的生活事件史(Leckman & Cohen, 1996)。

由於抽動症常伴隨學習障礙問題，因此可以運用已發展的測驗例如智力測驗(B-C, WISC, WAIS-R) 以評估基本智能結構以提供教育處置

和特教協助的參考依據。

有些研究發現這些孩童注意力運作過程的譯碼、維持、對焦、與執行會出現較多的問題(Peterson, Leckman & Cohen, 1995)。所以可以施作注意力測驗，以評估其注意缺損對學習所造成困擾的情形。而針對視動協調方面也可採用班達式測驗以提供視動協調、認知發展、記憶甚至情緒等相關資料 (Bruun & Bruun, 1994)，以瞭解其認知與情緒的運作情形。

抽動（抽搐）性疾患的臨床評量

1. 抽動：解剖學上的位置、次數、頻率、強度、複雜度和程度。
 - (1)開始發作：年齡、特徵（突然的、漸進的，相關的、有壓力的生活事件）。
 - (2)病程：盛或衰、壓制性、由頭（嘴）向尾的方向進行、增加抽動的複雜性、發作期、體內病因與改善或惡化的相關性。
 - (3)相關的精神現象（mental phenomena）：運動前感覺的刺激(Premonitory sensory urges)，心因性的抽動(Mental tics)。
 - (4)傷害：自尊的影響、家庭功能、社會適應、教育或職業表現、物理傷害的危險性。
 2. 強迫症的症狀和行爲：強迫性焦慮和思考（抽搐者做事必須做的“剛剛好”，單純的強迫性儀式如半夜起床、井然有序的行爲，根深蒂固的強迫症異常如重複的、本身不希望的強迫思想和強迫性儀式會妨害和干擾正常的認知功能）。
 - (1) 開始發作：年紀、特點（與青春期的相關性）。
 - (2) 病程：盛與衰，漸進式從自我局外(ego-neutral)到自我本身不希望的強迫性衝動(ego dystonic compulsions)。
 3. 傷害：自尊的影響、家庭功能、社會適應、教育或職業表現、物理傷害的危險性。
 4. 過去醫學和發展史：胎兒前期事件，生產史、發展遲緩、醫藥服用史、外傷、氣喘、偏頭痛，其他喚起(arousal)異常，鏈球菌感染等病史。
 5. 其他發展、行爲、或情緒問題：注意力問題、情緒不穩定和易怒、重大的憂鬱和焦慮異常。
 6. 家族和朋友之間的關係：病前的歷史、發作到診斷出來的期間、近期社
-

- 會適應狀況、婚姻狀況。
7. 生活事件：開始發作與生活事件和抽動加重的相關性、家庭生活的穩定性、克服因應的技巧、社會支持等。
 8. 家庭的發展、行為和情緒異常的病史：其他家人是否有抽動、注意力問題、過動、學習障礙、強迫症、重度憂鬱、酒精中毒、焦慮症等問題。
 9. 學校狀態：認知程度、特異的瘦（營養不良）問題、有否適當的處置（placement）。
 10. 職業狀態：與抽動行為或相關現象有關的職業障礙，考量病人能力的安置。
 11. 理學和神經檢查：非侷限性的神經症狀，些微腦波異常，腦部斷層攝影（CT scan）經常是陰性的。
 12. 醫療狀況：對治療的反應，足夠的常識。

摘自：Leckman & Cohen, P.627, 1996

由於有報告指出抽動症患者在動作的機敏上、視動協調、空間技巧和執行功能上有缺損（Evans, King & Leckman, 1996），所以亦可利用神經心理測驗來評估。有些妥瑞氏症伴隨強迫症的孩童會有額葉方面的障礙在相關測驗項目的表現也會受到影響。而且雙胞胎的研究也發現嚴重的抽動症者其神經精神訓練總分會普遍性偏低（Peterson, Leckman & Cohen, 1995），所以可以施作神經心理測驗加以評估其受損的情形。

有些抽動症伴隨過動問題也可藉由相關過動兒童評量表以評量了解其過動情形是否達到明顯的困擾，以了解其對學習所造成的干擾。

另外如有需要可以運用投射式測驗如羅夏克測驗和主題統題測驗（APA）評量患者的人格特徵（Bruun & Bruun, 1994），以收集人格與需求等資料，作為提供相關處置的參考。

四、鑑別診斷

抽動症常可概念化為高度運動的「動作障礙」，以從其他肌陣攣症、舞蹈症、偏身顫搐緊張度異常，指痙症和癲癇等症區分出來（Jankovic, 1992）。

但因兒童時期出現不自主運動極為常見，病因多元且複雜，所以診斷時一般常須與風濕性舞蹈疾患（小舞蹈症）、哈丁頓氏舞蹈症（Huntington disease）、威爾氏症（Wilson disease）、指痙症（Atheyosis）、肌陣攣（Myoclonus）、急性運

動性障礙、及歇斯底里症的痙攣發作和原兒童精神分裂症扮鬼臉(qrimoce)等疾病鑑別(Jankovic,1992)。

肆、治療考量

一、臨床照顧依據

臨床上患者在症狀的高峰期會來尋求治療，但隨著時間有些會自然的減輕，而臨床工作者介入時可考量下列原則以作為臨床照顧的依據(Cohen, Friedhoff, & Chase, 1992)：

- (一) 臨床照顧主要強調在幫助兒童、青少年、成人視其為完整的人而非僅止於減少抽動的症狀，亦即重視對患者全人的看待，而非以減輕症狀為主要任務。
- (二) 照顧的目標在成功地幫助個體完成發展任務與父母兄弟姊妹和家庭有良好的關係、發展友誼、學校或在工作上覺得勝任感、以及經驗生活的正常愉悅。
- (三) 治療期間，兒童、家人、醫師一起並肩評估治療的利益與副作用。

另外徐道鄰(1987)認為治療是在專家協助下處理問題，第一步是必須去除任何引發孩子感覺不快的物質因素，第二，努力發現孩子生活中有哪些部份使孩子不快樂且憂慮，可個別針對家庭與學校二方面來進行。由此可以看出治療並非著重在症狀的解除亦關心發展的議題，對象並非祇在病患本人亦涵蓋其家人及學校人員。

二、處遇的方法

(一) 藥物治療

介入的方法主要目前以藥物為主，因為藥物控制抽動的症狀有很好的效果，唯必須留意藥物劑量控制症狀的程度與所產生的副作用，對病患其它各方面影響的評估，以決定劑量與控制度效果之間的拿捏取捨，以達到一平衡的狀態。

(二) 社會心理治療

非藥物治療是對抽動症尤其嚴重的妥瑞氏症有其相輔的療效的療法(Cohen, Friedhoff, & Chase, 1992)，因此也不可忽視，一般可分為下列幾方面：

1.心理療法

個體有適應、情緒、焦慮及其他精神上的困難都可以有效的從心理治療或團體治療或其他形式的心理治療中處理這些問題。心理社會治療可以協助抽動

症者面對由症狀產生的社會壓力，家庭常常需要過度的情緒涉入或負面的互動模式，很多家庭可以從家族治療或支持性團體治療經驗到相當程度的解除壓力的感受。

2. 行為療法

行為理論認同抽動症的生物性因素，但解釋此類行為會因學習因素而持續。Dunlap (1945)宣稱抽動症非常像其它不受喜歡的習慣，病患可經由自主和刻意重複的習慣所消除。而 Eysenck 和 Rachman (1964)指出自主性地產生抽動可以抑制，且最後能夠耗盡動能而不再出現抽動現象，所以當時主張運用嫌惡治療，而 Clarke (1996)用同樣的技術成功地消除妥瑞氏的穢語發聲。但是 Pertson 與 Azrin(1993)回顧這類研究認為 60%有效減少抽動的症狀不過長期的效果並不清楚。因此這些行為論的看法在藥物治療發現之後就消聲匿跡，祇是用來作為對藥物療法產生過敏反應時的輔助性療法。

目前行為療法偏向被用來幫助病患放鬆，學習抑制抽動或作出與產生抽動相反的行為，以及操作性制約被報導對有些人有效。Phelps, Brown, & Power, (2002)建議以隨機增強來處理(contingency management)，隨機增強是依據操作性制約的理論與概念對想要的行為(例如非抽動的片段)增強，而不想要的抽動行為以懲罰來降低；但大部分的臨床者並不相信行為治療對忍耐或類化抽動動作有效；但用在非抽動的行為困難—例如反抗和增進適應的功能—例如社交技巧，也對有些伴隨強迫症者有效，尤其是定義清楚的強迫衝動(compulsion)。

3. 教育安置

由於此症症狀的發作會干擾到注意力與表現(例如書寫)等與學習有關的活動，因此依據個別狀況與需要，可能需要個別的特殊教育方案，以不同方式來進行教導，並有彈性的評估學習成效(例如可以打字則用電腦作答，無限時的考試，亦或口頭方式並彈性作答)及對症狀行為發作時被允許暫時離開一下，因其在抑制抽動時可能會干擾教室的運作(Cohen, Friedhoff, & Chase, 1992)。對此類孩童或青少年伴隨學習障礙、注意力不足過動症及其他困難干擾學業成就者來說，教育性介入是非常重要的。

在教育實務上筆者曾訪談一名幼教者處理孩子的不自主性穢語反應。依據其經驗，處理孩童問題時首要維護師生關係。當孩子出現穢語反應時(該名小孩的反應為笨蛋、大便啦《會引起人覺得臭的感覺辭彙》、以及死掉)，不能大驚小怪的反應或責怪他，而是清楚的告訴他你對這些字眼的感受(例如不舒服或害怕)然後表達你的不贊許的行為(例如該名幼教者對於贊許的行為是在

空氣中作親吻的動作)所以她就說：「我聽了很害怕，我要去親牆壁。」而孩子也許會轉移以動作的方式反應(例如踢桌子或丟字卡)，但是仍能留在上課的情境進行有意義與有目標的學習，並且減少穢語出現的頻率，同時也發覺要用好的辭彙取代穢語很難。所以面對孩童的不良行為，有時要適度的反應再逐步讓孩子自我修正與轉移，學習有效的反應方式與行為方式。亦即選擇性增強或是忽視消弱等行為改變策略，未必對於衝動性的反應有立竿見影效果。不過選擇性增強仍是建立良好行為的必要長期策略。

(三) 包含重要成人於治療的考量

對於與抽動症患者相處的成人-包括父母、醫師與教師等都有必要對此症有一清楚的認識，不致對疾病產生誤解，而發生人際間的問題，進而影響相關人士產生情緒困擾而出現有違病童發展的現象，所以，正確的疾病認識是首要。治療以團隊的方式運作則不但可以互相提供情緒支持，也可以各司其職在本身角色上與專業上給予全力的協助，作到全面性的照護之旨。

參考文獻

一、中文部分

- 王輝雄(2001)。兒童妥瑞症簡介。《台灣小兒科醫學雜誌》，42，8-22。
- 孔繁鐘編譯 (1999)。《DSM-IV 精神疾病的診斷與統計》。台北：合計。
- 何志培 (1998)。合併發聲及多發聲動作抽搐症。《惠氏立達杏苑季刊》，62，49-55。
- 徐道鄰 (1987)。《兒童行為》。台北：水牛。

二、英文部分

- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1981). Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged four through sixteen. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 46.
- Bruun, R. D. (1984). Gilles de al Tourette's syndrome : An overview of clinical experience. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23, 126-133.
- Bruun, R. D., & Bruun, B. (1994). *A mind of its own*. New York : University Oxford Press.
- Cohen, D. J., Friedhoff, J. F., & Chase, T. N. (1992). Tourette syndrome extending basic research to clinical care. *Advances in Neurology*, 58, 341-353.

- Dunlap, K. (1945). *Habits : Their Making and Unmaking*. New York : Liveright.
- Evans, D. W., King, R. A., & Leckman, J. F. (1996). *Tic disorder*. In E. J. Mash, & R. A. Barkley (Eds.), *Child Psychopathology* (pp.436-454). New York : The Guilford press.
- Eysenck, H., & Rachman S. (1964). *The application of learning theory to child psychiatry*. In H. J. London, Oliver, & Boyd (Eds), *Modern Perspectives in Child Psychiatry*, 104-169.
- Harper, G. (1992). The family in Tourette Syndrome. *Advances in Neurology*, 58, 319-340.
- Head, L. A., Sallee, F. R., & Shannon, M. P. (1993). *Tic disorders*. In R. T. Ammerman, C. G. Last, & M. Hersen (Eds.), *Handbook of prescriptive treatments for children and adolescents*. Boston : Ally and Bacon.
- Husain, S. A., & Cantwell, D. P. (1991). *Fundamentals of child and adolescent psychopathology*. Washington, DC : American Psychiatric Press. INC.
- Jankovic, J. (1992). Diagnosis and classification of tics and tourette syndrome. *Advances in Neurology*, 58, 7-14.
- Leckman, J. F., & Cohen, D. J., (1996). *Child and adolescent psychiatry a comprehensive textbook*. Baltimore : Williams & Wilkins press.
- Peterson, B. S., Leckman, J. F., & Cohen, D. J. (1995). *Developmental psychology : Risk, Disorder and Adaption*, 2. New York : Wiley & Sons, Inc.
- Phelps, L., Brown, R. T., & Power, T. (2002). *Pediatric psychopharmacology : Combining medical and psychosocial intervention*. Washington, DC : American Psychological Association.
- Shapiro, A.K., Shapiro E. S., Wayne, H. (1973). Treatment of Gilles de la Tourette's syndrome with haloperidol : review of 34 cases. *Arch Gen Psychiatry*, 28, 92-97.
- Singler, H. S., Schuerholz, L. J., & Denckla, M. B. (1994). Learning difficulties in children with Tourette's syndrome. *Journal of Child Neurology*, 10, 58-61.

國立中興大學



National Chung Hsing University

The Psychological Assessment, Social and Psychological Treatment and Educational Placement of Tics Disorder

Hui-Chuan Hung
Center for Teacher Education
National Chung Hsing University, Lecturer

Abstract

The purpose of this article is to introduce the clinical expressions, the impacts of illness, assessment and treatments evaluation are also discussed. In the early stage, patients often see different doctors according to the expressions of their symptoms. The symptoms of the illness primarily have three patterns: vocal, motor, and psychological types. Tics can be easily neglected by parents due to its variations, wax and wane of symptoms. This doctor-shopping behavior makes early diagnosis difficult and treatments delayed.

Medical treatments for tics are effective. However, prognosis for multiple motor and vocal tics is poor at present time. In future studies, researcher may focus on the defective genes, genetic linkage and arrangements, and gene transfer factors. Molecular biological techniques may help prevent and treat the disorder.

Tics is commonly combined with attention deficit hyperactivity, compulsion, depression, and behavior disorders such as attack, self-damage and learning disorder. The psychological and educational needs caused by the disease must be addressed. Interview and psychological assessment before intervention are required. Interviews and assessments are employed to understand the patient's holistic adjustment, range of damage and impacts, interrelationship with family and peers, accomplishments and important life events. Moreover, the assessment can evaluate the strengths and weaknesses of the patient and his/her family, and collect data of the patient's family history of neuro-psychiatric diseases and development.

Based on assessment results, we can provide primary treatment (drugs) and supplemental intervention (social, psychological treatment and education). Social treatment can help the family deal with social stresses of the disease. Psychological treatment helps the patient with adaptation and emotional problems. Behavioral treatment is helpful for the patient to control urges. Displacement of special education can be assigned according to the patient's specific learning problems.



National Chung Hsing University

Keywords: Tics Disorder, Psychological Assessment, Intervention