

教育部中部辦公室

情緒行為障礙

資源手冊

指導 教育部中部辦公室



彙編 身心障礙教育資源中心



相關專業服務中心



目錄

前言

一、編輯大意	1
二、高級中等學校輔導情緒行為障礙學生實施計畫	2
三、轉介申請表	6
四、學生現況評量表	7
五、臺灣區中等學校心理衛生中心合作特約精神醫療院所	10

第一章 情緒障礙學生的介紹與輔導

一、兒童的情緒障礙	12
二、情緒障礙兒童的處遇.....	14
三、情障輔導	21
四、情緒障礙學生班級經營與輔導.....	43
五、觀察評量表	46
六、行為自我報告表	47

第二章 情緒障礙學生的正向行為支持

一、正向行為支持的涵義	49
二、正向行為支持	56
三、行為講義	71
四、標的填表說明	82
五、多重模式整理	83
六、標的案例	84
七、標的---練習題	86
八、標的和藥效	88
九、第一行為工作室 正向行為支持方案	
(一) 工作室工作流程	90
(二) 個案資料表	91

(三) 各類參考表格	94
(四) 轉介表	111
第三章 瞭解可讓您消除壓力與緊張	
一、如何面對課業壓力	112
二、做情緒的主人	114
三、嚴重情緒障礙學生輔導手冊	116
四、注意力缺陷過動症 20 問-教師實用輔導手	207
五、亞斯伯格症 20 問-教師實用輔導手冊	225
六、教育部憂鬱與自我傷害防治三級預防 Q&A	243
第四章 我的支援系統	
一、臺灣區中等學校心理衛生中心合作特約精神醫療院所	289
二、台灣地區精神醫療機構及提供服務項目	291
三、台灣社區心理衛生中心設置時間一覽表	302
四、精神資源現況總表	304
參考資料	
一、編著者簡介	307
二、參考資源	309

前言

編輯大意

現代孩子們多半出生於水泥叢林，父母親友為生活打拼之餘極少有機會與他們做良好的溝通與互動，自幼缺乏與大自然和人的相處，讓很多學生從小就不知如何宣洩情緒，也無法輸導自己的身心症狀。再加上手足較少，表面上父母親給的愛更多，但更容易造成過度溺愛或嚴厲要求，讓孩子早早具有情緒行為問題，到入學後更令家長、教師和輔導人員們更為費心。

許多學生早期所呈現的情緒困擾或行為問題，若未得到學校和家庭的重視，給予特別輔導，到了進入青少年階段，這些問題將愈趨嚴重。有的學生陷於長期的情緒困擾而導致學業低落，缺乏學習動機；有的學生因為行為問題，不受同儕、教師歡迎，漸漸地逃避學習形成人際關係欠佳、學業低落，更嚴重的變成中輟生。

這些學生可能到社會的角落遊蕩，加上本身情緒不穩定和行為偏差，很容易被社會不良份子利用，走向犯罪，造成社會問題。在過去，學生情緒行為障礙，常被認為是單純的家庭或學校管教失當所致，事實上，情緒行為障礙和其他身心障礙者的情況是相同的，他們的障礙需要特殊教育的特別輔助與個別化教育與訓練。

為了讓這一群學生獲得特殊教育真正的協助，教育部中部辦公室於 99 年 8 月 30 日特訂定「99 學年度國立及臺灣省私立高級中等學校輔導情緒行為障礙學生實施計畫」，針對就讀高級中等學校領有「慢性精神病患者」身心障礙手冊者（含「慢性精神疾病患者」之多重障礙類），或經各級主管機關特殊教育學生鑑定及就學輔導會鑑定為情緒行為障礙（嚴重情緒障礙）之高級中等學校學生。提供國立及臺灣省私立高級中等學校情緒行為障礙學生支持、輔導、諮詢與轉介等服務，協助教師處理情緒行為問題學生之個案輔導與管理知能之外，並落實學校特殊教育推行委員會組織運作與輔導功能。

近年來行為問題介入觀念已從早期強調個人行為問題介入，轉變成在學校內如何整合相關資源以服務學生行為問題(Netzel & Eber,2003)，於是正向行為支持取向介入策略受到大家重視。尤其在倡導友善校園的今天，若能將以往負向處理行為問題的方法轉變成正向的行為支持，相信會讓整個校園更溫馨和諧。

至於那些孩子是屬於情緒行為障礙呢？有何特徵？如何輔導？何時需要醫療系統的介入？親師生三方面要如何合作共創三贏？此正是本手冊撰寫的目的。本手冊編製幸得國立台北教育大學特殊教育系鄭麗月副教授、第一行為工作室行為輔導員兼工作室主持人郭色嬌老師、慶生診所所長兼精神科主任謝遠達醫師等提供資料、不吝分享著作，特此致上最高謝忱！

教育部中部辦公室身心障礙教育資源中心謹製

99 年 12 月

99 學年度國立及臺灣省私立高級中等學校 輔導情緒行為障礙學生實施計畫

99 年 8 月 30 日教中(一)字第 0990514324 號

壹、目的

- 一、提供國立及臺灣省私立高級中等學校（以下簡稱高級中等學校）情緒行為障礙學生支持、輔導、諮詢與轉介等服務，協助教師處理情緒行為問題學生之個案輔導與管理知能。
- 二、落實學校特殊教育推行委員會組織運作與輔導功能。

貳、實施原則

- 一、最少限制環境原則：尊重他人隱私、不標記、有尊嚴之輔導。
- 二、學校主體原則：充分運用校內輔導資源、發揮學校特殊教育推行委員會功能。
- 三、循序漸進原則：實施校內輔導、運用社區輔導資源、轉介，支援學校輔導。
- 四、專業團隊運作原則：以專業團隊合作辦理學校輔導。

參、組織與職掌

一、組織：

- (一) 督導單位：教育部中部辦公室（以下簡稱本室）。
- (二) 主辦單位：本室身心障礙教育資源中心（國立桃園啟智學校），下設各分區承辦學校（以下簡稱各分區承辦學校），負責該區高級中等學校之支援服務：
 1. 國立基隆特殊教育學校—負責基隆市高級中等學校
 2. 國立林口啟智學校—負責臺北市、臺北縣、金門縣及連江縣高級中等學校
 3. 國立桃園啟智學校—負責桃園縣、新竹縣、新竹市高級中等學校
 4. 國立苗栗特殊教育學校—負責苗栗縣高級中等學校
 5. 國立臺中特殊教育學校—負責臺中縣及臺中市高級中等學校
 6. 國立彰化啟智學校—負責彰化縣、南投縣高級中等學校
 7. 國立雲林特殊教育學校—負責雲林縣高級中等學校
 8. 國立嘉義啟智學校—負責嘉義縣、嘉義市及澎湖縣高級中等學校
 9. 國立臺南啟智學校—負責臺南縣、臺南市、高雄縣、高雄市及屏東縣高級中等學校
 10. 國立宜蘭特殊教育學校—負責宜蘭縣高級中等學校
 11. 國立花蓮啟智學校—負責花蓮縣及臺東縣高級中等學校
- (三) 辦理單位：各高級中等學校。

二、職掌：

- (一) 督導單位：規劃與督導計畫之執行，籌編經費。
- (二) 主辦單位：
 1. 統籌執行計畫，辦理研習、專業人員進階訓練、訓練及年度檢討會，彙編成果並建置網路系統。
 2. 諮詢服務、受理轉介、接案（含精神專科醫師、臨床心理師、諮商心理師、社工師、特教教師等）、資料建檔與追蹤評估。
- (三) 辦理單位：

- 1.召開學校特殊教育推行委員會，檢討學生校內輔導之績效，並評估是否需要申請相關專業支援服務。
- 2.依本計畫第五點辦理校內情緒行為障礙學生之校內輔導事宜。
- 3.提供個案相關輔導紀錄及資料。
- 4.執行專業人員設計之介入處理策略。
- 5.學生輔導資料建檔並追蹤輔導成效。

肆、服務對象：就讀高級中等學校領有「慢性精神病患者」身心障礙手冊者（含「慢性精神疾病患者」之多重障礙類），或經各級主管機關特殊教育學生鑑定及就學輔導會鑑定為情緒行為障礙（嚴重情緒障礙）之高級中等學校學生。

伍、輔導程序

一、校內輔導程序

- (一) 召開學校特殊教育推行委員會，審議情緒行為障礙學生輔導計畫。
- (二) 學校推舉一位教師擔任個案之管理人員，作為聯繫窗口。
- (三) 充分運用學校輔導人員之專業素養，並給予學生個別輔導。
- (四) 結合學校一般與特殊教育教師人力，給予學生適切之教學與專業服務。
- (五) 運用教育部中部辦公室補助專家學者與相關專業人員諮詢及輔導費，聘請適當之醫師或心理師等專業人員至校協助身心障礙教育及專業服務。
- (六) 適時依下述校內輔導內容提供學生輔導及家長諮詢服務。
 - 1.始業輔導：學校應於新生開學二週內調查有特殊教育及專業服務需求之學生，為其安排專業教師、輔導老師、志工或工讀同學之協助，並舉生活及學業輔導之座談。
 - 2.個別及團體輔導：各校應依學生個別差異需要及問題類別，聘請輔導、心理諮商人員或任課教師，採定時或不定時之個別或團體輔導方式，予以必要之協助。
 - 3.入班輔導：各校應依學生需要，安排特教教師（資源班教師）或輔導教師對班級同儕介紹情緒行為障礙之特徵，並提供情緒行為障礙學生情緒抒發、溝通技巧及人際關係等協助。
 - 4.社團及志工制度：各校得運用具有服務熱忱之同學，選派專人協助學生克服課業及生活問題。
 - 5.研習營及自強活動：各校除得利用假期舉辦自強活動或夏（冬）令營，以提倡正當休閒活動促進身心健康，並得安排學生參加各類成長營與研習活動，以擴展學生人際關係。
 - 6.親師座談及專題研討：各校每學期應定期規劃辦理一次親師座談會，並邀請特殊教育或具輔導專長之學者專家辦理專題研討或座談。
 - 7.個別化教育計畫（IEP）：各校應建立學生完整基本資料，更應擬訂個別化教育計畫，給予學生個別或混合之學業輔導、生活輔導、心理輔導、職業輔導、體能訓練、行為功能性評估、正向行為輔導等。並應於每次輔導後詳加紀錄，以提供進一步協助及適切輔導之依據。
 - 8.課程與評量：各校應以生活適應、技能學習及生存發展為基礎，訂定適性課程，衡酌學生之優勢能力，彈性調整評量方式並協助其順利完成學業。各校得另訂身心障礙學生成績考查補充說明，經學校特殊教育推行委員會審議通過後實施。

- 9.個別化轉銜輔導（ITP）：各校應於學生入學時結合個別化教育計畫，規劃提供轉銜服務，結合教務處、學務處、實習輔導處與輔導室相關人員，規劃轉銜服務及輔導。
- 10.生涯輔導：各校應提供情緒行為障礙學生升學或職業輔導相關訊息，並培養適應未來生活知能，促進其生涯發展能力。

(七) 召開特殊教育推行委員會評估學生輔導成效，審議是否需要申請本室相關專業服務中心各分區學校之支援服務。

二、支援服務程序

(一)申請：情緒行為障礙學生應於校內輔導至少為期八次之個別輔導程序無效後，由學校取得家長同意書，向本室相關專業服務中心各分區學校提出轉介需求，申請服務。

(二)轉介及實施方式：申請人應填寫「國立及臺灣省私立高級中等學校情緒行為障礙學生支援服務申請表」（如附件 1）及「國立及臺灣省私立高級中等學校情緒行為障礙學現況評量表」（如附件 2），其轉介及實施方式如下：

國立及臺灣省私立高級中等學校情緒行為障礙學生轉介及實施方式

步驟	工作項目	工作內容	負責單位(人)
一	轉介前輔導	依本計畫第五點之校內輔導無效，並經學校特殊教育推行委員會審議通過申請轉介。	導師、輔導老師、特教老師、認輔教師。
二	學校轉介	學校需檢附下列相關資料： 1.學生轉介申請表。 2.現況評量表。 3.個別化教育計畫及輔導紀錄。 4.學生身心障礙手冊及鑑定證明。	分區承辦學校受理轉介
三	觀察諮詢與初步評估	1.檢核資格與資料是否齊全。 2.聯繫與安排觀察、諮詢事項。 3.資料分析。 4.專業人員到校進行觀察、訪談與評估。	分區承辦學校、專業人員
四	評估	1.研議是否需要派員介入處理。 2.分區承辦學校召開個案會議。	分區承辦學校召集人、專業人員、學校教師、家長等
五	派員介入處理	1.設計介入處理策略。 2.協助介入處理策略之執行。	分區承辦學校召集人、專業人員、學校相關人員、家長、視需要邀請相關專家學者
六	輔導後追蹤與個案再評估會議	1.電話訪談或觀察、晤談受輔導學生之情緒行為改善情形，評估是否結案。 2.研議未結案個案之處理策略。	分區承辦學校召集人、專業人員、學校相關人員（視情況邀請家長）
七	結案	1.完成個案報告與資料建檔 2.結案摘要報告送個案就讀之學校參考。	專業人員與原學校個案管理人員

陸、相關醫療支援資訊

- 一、由各校或各分區承辦學校依學生特殊需求，與臺灣區中等學校心理衛生中心特約精神醫療院所合作或敦聘特約精神專科醫師（如附件 3），視情況參與個案評估會議及協助介入處理。

二、其他：可參考各縣市心理衛生中心、精神醫療機構、精神護理機構、心理治療所、心理諮商所、精神復健機構、心理師學（公）會等特約之精神專科醫生、臨床心理師、諮商心理師及社工師等專業人員。

柒、督導考核及獎勵

- 一、有關專業支援部分，由本室相關專業服務中心聘請學者專家，定期參與團隊研習、個案研討及期末檢討會，並給予專業諮詢與指導。
- 二、教育部中部辦公室得視需要邀集學者專家、醫師及相關人員進行專業指導與績效評估，分區承辦學校每學期實際參與之行政人員及專業人員實施績效為優良者給予嘉獎二次獎勵，績效不佳者不予獎勵並逕予輔導。

捌、經費：辦理本計畫所需經費由教育部中部辦公室專款支應。



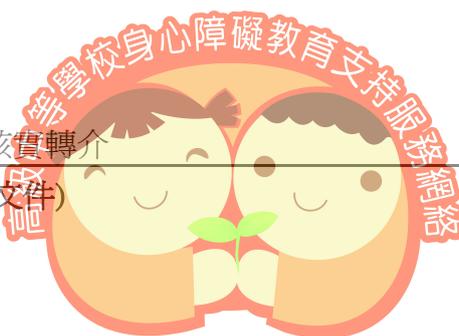
國立及臺灣省私立高級中等學校情緒行為障礙學生支援服務申請表

編號：

申請日期	年 月 日	轉介學校		學校電話	
學校地址					
轉介學校 聯絡人		職 稱		聯絡人 e-mail	
個案姓名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日
身分證 字號		家長姓名		家長電話	
身心障礙 手冊	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，類別：_____ 嚴重程度：_____			有效日期	年 月 日
鑑輔會 鑑定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，身份類別： <input type="checkbox"/> 確認 <input type="checkbox"/> 疑似 類別：_____ 類型：_____			鑑定日期	年 月 日

申請支援服務之必要前置作業：(請於內勾選已完成項目)

- 徵詢家長同意
- 召開 IEP 會議
- 召開個案會議
- 執行校內輔導計畫
- 經特殊教育推行委員會會議核實轉介



檢附文件：(請於內勾選檢附文件)

- 家長同意書
- 個案會議紀錄
- 校內輔導計畫執行紀錄
- 特殊教育推行委員會會議紀錄
- 個別化教育計畫(IEP)及其會議紀錄
- 醫師診斷證明影本
- 身心障礙手冊影本
- 鑑定證明或鑑定結果通知書
- 鑑定安置摘要表
- 其他：

填 表 人 (簽章)		特 教 組 長 (簽章)		主 任 (簽章)		校 長 (簽章)	
-------------------------	--	------------------------------	--	--------------------	--	--------------------	--

初篩結果：(本欄由教育部中部辦公室相關專業服務中心分區承辦學校人員填寫)

受理方式：支援服務 諮詢服務 (原因：_____)

個案編號：	接案者：	初篩日期：
-------	------	-------

※本表如不敷使用，請自行補充說明

國立及臺灣省私立高級中等學校情緒行為障礙學生現況評量表

一、基本資料：

學生姓名：_____ 性別：男 女 年齡：_____歲(生日：民國__年__月__日)
就讀學校：_____ 年級：_____ 家長姓名：_____ 家長聯絡電話：_____
安置情形：普通班(科別 _____) 綜合職能科 其他 _____
轉介者/個案管理者教師：_____ 轉介者/個案管理者職稱：_____
轉介者/個案管理者聯絡電話(含分機)：_____ 轉介日期：__年__月__日
陪同訪談：教師 _____ 家長 _____ 其他 _____
填表日期：__年__月__日

二、主要問題：

1. 情緒困擾

2. 行為問題

3. 認知困難、思考問題

4. 人際關係困難

5. 其他



三、身心狀態評估：

1. 重大身心疾病診斷：(基因遺傳疾病、慢性身體疾病、神經疾病、精神疾病...)

沒有 有 _____

目前是否就醫服藥：沒有 有，藥物類別或名稱：_____ 不知道

2. 目前就醫狀況：

精神科(身心科或心智科) 復健科 腦神經內科 其他 _____

(1)醫 囑：_____

(2)服 用 藥 物：_____

(3)持續就診情形：_____

3. 態度：
合作、配合 順從 幼稚 拒絕 對立反抗 多疑 疏離 敵意 過度防禦 過度禮貌
過度順從、逢迎 其他 _____
4. 意識與注意力：
警醒 嗜睡 模糊 混亂 呆僵 眼神接觸少 注意力短暫 常發呆 經常遺忘交代事項
常轉換活動內容 其他 _____
5. 思考、知覺：
無異常發現 無法測知 思考鬆散 思考快速 思考中斷 語無倫次 繞話 答非所問
新語 意念飛躍 模仿言語 不語 多話 沉默寡言 負面思考，常出現不好的想法 非黑即白
 二極端想法 以偏蓋全 災難化想法 不合理的固著想法 偏離現實的想法 無價值感 無望感
不合邏輯 思考抽離 殺人想法 恐懼想法 思考插入 思考貧乏 慮病想法 罪惡感
無敵感 過度抽象思考 有自傷意念 自殺的意念 怪異想法（關係妄想、被害妄想、虛無妄想、
 被控妄想、思考被聽到、忌妒妄想、身體妄想、誇大妄想、思考傳播、罪惡妄想、宗教妄想）
幻覺 _____ 其他 _____
6. 情緒：
無異常發現 心情高昂 情緒低落 經常哭泣 缺乏興趣 冷漠 經常恐懼害怕 經常焦慮不安
容易緊張 容易生氣 經常暴怒 經常躁動 情緒不穩定，變化大 情感淡漠 不當情感
其他 _____
7. 人際關係：
正常 外向 內向 與他人無明顯的互動 常與他人發生衝突 常被同儕排斥 經常躲避同儕
經常躲避老師 其他 _____
8. 行爲：
無不適當行爲 過度好動無法持續靜坐 行爲衝動無法等待 未經同意，任意碰觸他人身體
固著刻板重覆的行爲 突然尖叫 易哭鬧 傻笑 經常發出怪聲音 故意尋求他人注意
自言自語 打、咬、掐、踢他人 破壞物品、教材 亂丟擲東西 說髒話、恐嚇威脅 勒索
不遵守指令、故意違規 經常說謊 拒絕上學 逃學
自我傷害 形式：_____ 曾經有過 _____ 次以內 曾經有過，超過 _____ 次以上
自殺企圖 形式：_____ 曾經有過 _____ 次以內 曾經有過，超過 _____ 次以上
其他 _____
9. 學習狀況：
正常 對教學內容無明顯回應 無明顯學習動機 害怕嘗試 選擇性學習 其他 _____
10. 表達：
流暢 部分構音不清楚 僅關鍵字連接 簡單字詞 手勢 手語 筆談 圖卡 其他 _____
11. 理解：
聽懂一般對話 只聽懂簡單對話 手勢 手語 筆談 圖卡 其他 _____
12. 書寫：
沒問題 握筆姿勢有問題 字體大小不一 只會描字 只會畫線或簡單形狀
13. 生活自理能力（穿脫衣物、清洗、吃喝、如廁）
可以完全自理 部分需要他人協助 完全需要他人協助

四、支持系統狀態

1. 主要照顧者：_____
2. 接受過心理治療、諮商、或輔導：無 有
輔導中心 生命線 張老師 自費機構 其他 _____
實施時間多久、頻率、效果 _____
3. 學校曾實施的輔導方式
無 有（務必填寫）：

4. 其他資源：家人（祖父母、父、母、兄弟姊妹）、親戚、學校、社區 _____

五、正向行為支持介入

- 一、最困擾的行為問題是 _____
- 二、上述行為問題之發生史（第一次出現的大約時間） _____
- 三、發生次數（一天幾次或一週幾次） _____
- 四、持續時間長度（每次行為問題持續時間） _____
- 五、嚴重性：（可複選）
危及他人的生命 危及自己的生命 傷害別人的身體 傷害自己的身體
影響他人的學習 影響自己的學習 影響教室秩序 影響學校秩序
影響社區的安寧 造成他人的財物損失 妨礙他人對個體的接納 其他： _____



99年度臺灣區中等學校心理衛生中心聯絡方式暨學校醫生(心理師)名單

地區	學校名稱	預約電話	醫師(心理師)姓名	服務單位
基隆區	基隆高中	(02)4577771	劉文湧醫師	署立基隆醫院
			陳文廣醫師	
			陳彭嫻心理師	
台北區	板橋高中	(02)9602500轉233	陳俊霖醫師	亞東紀念醫院
			鄭懿之醫師	
			林育如醫師	
			張明偉心理師	
			方曉喻心理師	
			呂宏曉心理師	
桃園區	陽明高中	(03)3645761轉601	陳贊采醫師	署立桃園療養院
			陳美珠醫師	
			宋成賢醫師	
			劉士愷醫師	
			李國平醫師	
			李洵醫師	
			謝敏鈴社工師	
			黃佳琳社工師	
			沈芳郡社工師	
			薛荷芳護理師	
			謝彬彬護理師	
王麗玲護理師				
新竹區	新竹女中	(035)424067	姚妮宇醫師	安立身心診所
			詹仁輝醫師	署立新竹醫院
			鄭海擎醫師	
苗栗區	苗栗農工	(037)329323	吳四維醫師	為恭醫院
台中一區	豐原高商	(04)5279676	李清發醫師	敦仁醫院
			黃勵爵心理師	勤益科大
台中二區	台中家商	(04)22223307	朱伯全醫師	中山醫大附設醫院
			張勤金心理師	識心心理治療所
彰化區	彰化高中	(04)7222121轉141	黃玉梅醫師	秀傳醫院
			黃芳慧醫師	
			楊舒雯個管師	
南投區	中興高中	(049)2351555	蔡坤輝醫師	署立草屯療養院
			張虹雯心理師	彰師大社區 心理諮商中心
雲林區	斗六家商	(05)5328711	劉書岑醫師	台大醫院雲林分院
			黃惠群醫師	成大醫院斗六分院
			廖好嘉社工師	台大醫院雲林分院
嘉義區	嘉義女中	(05)2221464	王家麟醫師	陽明醫院
			蔡湘怡醫師	聖馬爾定醫院
			謝馥蔓心理師	嘉義基督教醫院

99年度臺灣區中等學校心理衛生中心聯絡方式暨學校醫生(心理師)名單

地區	學校名稱	預約電話	醫師(心理師)姓名	服務單位
台南一區	台南一中	(06)2358173	陳信昭醫師	殷建智精神科診所
			林聰仁心理師	高雄市臨床心理師工會
			陳燕錚心理師	台南市臨床心理師工會
台南二區	曾文家商	(06)5729885	林晏宏醫師	林宴宏診所
			紗娃.吉娃司心理師	高雄市學生心理諮商中心
高雄區	鳳山商工	(07)7424500	黃蓉蓉醫師	凱旋醫院
			陳春曲心理師	芯耕圓心理諮商所
			連廷誥心理師	
屏東區	屏東女中	(08)7381513	張漢章醫師	寶建醫院
			李建德醫師	屏安醫院
台東區	台東高中	(089)325642	吳佳璇醫師	台東榮民醫院
			莊雅仁心理師	
花蓮區	花蓮女中	(038)344264	王迺燕醫師	門諾醫院
			余權訓醫師	署立玉里醫院
			張巍鐘心理師	
宜蘭區	宜蘭高中	(039)355503	郭約瑟醫師	羅東博愛醫院
			王怡靜醫師	
			劉光中醫師	普門醫院
澎湖區	澎湖海事	(06)9262756	歐麗清醫師	署立澎湖醫院
金門區	金門高中	(082)328536	陳廷任醫師	署立金門醫院
馬祖區	馬祖高中	(083)625668	謝遠達醫師	慶生醫院

情緒障礙學生的 介紹與輔導

焦慮身體化症狀——談兒童的情緒障礙

馬偕紀念醫院精神科主治醫師 臧汝芬

最近在兒科會診，接觸到一些胸悶、肚子痛的兒童，他們因肚子痛經過各大醫院小兒科的身體檢查，卻發現檢查結果完全是正常的，此種焦慮身體化（Somatization）症狀表現之小病患為數不少，故在此針對兒童的情緒障礙做一介紹。

我們知道心理疾病的形成原因分三部份，一部份是遺傳基因，天生氣質，生產過程因素，一部份是個體之狀態，譬如心理、生理狀況；另一部份是大環境因素，譬如家庭氣氛、學校的配合、社區大環境的契合。在兒童的心理疾病中，情緒障礙（Emotional disorders）是很常見的，尤其是女孩，多以焦慮的形式表現，男孩多以行為規範障礙來表達。當我們以心理疾病形成原因來探討兒童的情緒障礙時，必須先回到兒童的氣質與父母給予孩子的過多要求與壓力來考慮。普通一般的父母碰到好帶的孩子，大致上這孩子不會出現嚴重的情緒問題，頂多是在孩子生大病或家庭有特殊災難時，出現某種程度的適應障礙症而已。但是，如果一個普通父母碰到一個磨娘精型的難帶孩子，或是一個正常小孩碰上一位情緒易焦躁的父母，那麼，孩子非常容易出現情緒障礙（Emotional disorders），試想像一位權威主義型的父母，給孩子的感覺是疏離、冷酷、被控制感，孩子容易出現自責、悲傷、不快樂、自卑、害羞、易哭鬧、畏縮的情緒障礙，或者一位情緒不穩、易責打孩子的父母，他的小孩在長期的忽略、責打、否定之狀況下，出現另一種形勢的情緒問題，即叛逆、失控、衝動、暴力、偷竊、說謊等問題，我們知道雖然他表現暴力，其實孩子的心理是不平靜的，孩子心想，「反正我做什麼，你都罵我，那麼我又何必去表現呢？」

不是每一個人都可以清楚了解自己的焦慮狀態，潛在的焦慮可以身體化的症狀表現出來。譬如有學習障礙的小孩，會在每天早上起來，要上學前表示肚子痛，焦慮的身體化症狀，包括心悸、呼吸困難或呼吸加速，出汗、手抖、肌肉緊繃、噁心、拉肚子、頭痛、頭暈、昏倒，胸悶、胸痛。心理上，小孩會覺得害怕、緊張、惶恐感。在行為上會出現過度反應或拒絕反應，在處事上會出現在勉強的狀況下完成一件事或乾脆草草了事。

一般出現身體化症狀之病患，大多是先在一般內科，到處看診，一家換一家，始終檢查不出所以然來。最後在偶然的情況下，才轉給專家診治。過度的醫院流竄（Doctor shopping）其實對這種身體化症狀的病患之病情是不好的，因為到處看病只會讓病期延長，加強病患的生病角色，而無法去了解身體化症狀之後的潛因或焦慮因素。家族治療大師米扭錢（Minuchin,1975）曾針對此種病患的家庭背景作過研究發現，這種身體化症狀之家庭互動有四大特徵，即過度保護、僵化的溝通，刻意避免衝突，界限不清楚，譬如父母本身有童年焦慮症或是過度擔心兒童的健康或安全，故無形中助長加強孩子的依賴心理，而孩子無法形成自主能力，可能父母會限制孩子參加外面的活動，刻意要求全家凝聚團結，或者父母在孩子成長的階段（Transition time）無法調整自己去配合孩子的成長；

或者父母在婚姻關係上有裂痕，不求解決，而儘管要求子女改變來彌補婚姻中的缺陷感，因為他們害怕去面對裂痕而使婚姻破裂，所以家庭衝突永遠存在，只是隱藏在某一角落而已，也難怪生活在其中的孩子會出現許多身體化的症狀。

另外，焦慮也會以另一種強迫症的方式表達出來，生活中，我們不可否認某一些儀式化的動作或習慣，的確可以減輕焦慮感。當焦慮在完美主義者身上出現時，當他發現自己不夠好，不夠完美時，為了解除或中和焦慮，會出現某些反覆性或儀式化動作來逃避焦慮，一般此種強迫症易發生在高年級兒童或青少年，一般易發生在安靜乖巧，有點完美主義者身上，有時會同時合併有焦慮、憂鬱等症狀。

以下就兒童的情緒障礙，一一列出目前精神疾病之分類：

焦慮狀態

畏懼症

懼學症

分離焦慮症

過度焦慮症

強迫症

轉化症

解離症

身體化症

適應障礙症合併焦慮症狀

創傷後壓力症候群

如果你身邊有一個小孩有情緒障礙，請不要猶豫，可以找兒童心理科的專科醫師診斷與輔導之。一般的處理方向有：

- 一、減少壓力來源：對於懼學的孩子，父母要了解孩子與老師，同學的互動，如何用行為增強的方法來減低孩子的拒學傾向。
- 二、個別輔導：試讓孩子想想，怕什麼？焦慮什麼？並教導孩子如何處理焦慮感。
- 三、父母諮商：了解父母與孩子的互動，是否孩子過度依賴或父母過度保護，是否父母自己處在焦慮狀態中。
- 四、家族治療：如果身體化症狀嚴重，一個接著一個出現，不易改善，須考慮見全家。
- 五、藥物治療：對大孩子的強迫症，嚴重的焦慮狀態可考慮用藥。

原則上除非是某些特殊的疾病，譬如過動兒，為了加強孩子注意力而開藥，否則兒心科醫師不會輕易給小小兒童開藥，請父母不必過份惶恐，而儘量避免看兒童心理科。

資料來源：<http://www.mmh.org.tw/taitam/psych/teach/teach21.htm#top>

情緒障礙兒童的處遇

國立台北教育大學 鄭麗月

壹、前言

由於特殊教育法『零拒絕』的規定，保障了特殊兒童就學的權益。而特殊兒童的教育安置依法必須在最少限制的環境下實施，因此，目前國內特殊兒童就讀於普通班的人數占著相當大的比例，幾乎超過全部特殊兒童人數的七成以上。隨著融合教育的普及，特殊教育的服務型態也傾向於多元化。一般情緒與行為障礙兒童的智能是屬於正常的，但是卻往往表現出學業低落、學習動機缺乏、人際關係欠佳、逃學、翹家，常造成社會問題。他們在青少年階段若缺乏教育與輔導，將來對社會的負面影響會很大，也可能是社會付出成本代價最高的一羣。

貳、情緒與行為障礙的定義

過去五十年來情緒障礙包含了精神病、自閉症、心理障礙、恐懼症、退縮、沮喪、焦慮、選擇性不語症(elective mutism)、衝動、反社會行為、和病態等症狀的總稱。其定義說明如下：

一、美國學者 Bower, B.(1982)的定義

嚴重的情緒困擾是指具有下列特徵一項以上且持續一段長的時間和顯著程度，並影響其教育上的表現者：

1. 無法學習又不能以智力、知覺、或健康因素加以說明者。
2. 無法與同儕和教師建立或保持滿意的人際關係。
3. 在正常的情況下，有不恰當的行為或情感。
4. 常表現不愉快的情緒或沮喪。
5. 常因個人或學校的問題而感覺身體不適、疼痛或害怕。

二、美國國家心理衛生暨特殊教育聯盟之定義

情緒或行為異常是指一種失能，主要在學校教育中行為或情緒的反應顯著的異於其年齡發展、文化和種族的常態，因而影響教育的成效，包括學業、社會、職業、人際交往的技巧，且這些影響：

1. 不只是對環境中壓力事件暫時性反應；
2. 持續地出現在兩個不同的情境，其中至少一個與學校情境有關；
3. 在教育方案中持續有個別化教育介入，除非經教育專業團隊斷定，或兒童發展史顯示此種介入是無效的 (Forness & Knitzer,1992)。

三、我國的定義

根據教育部（2003）身心障礙及資賦優異兒童鑑定標準第九條

「…所稱嚴重情緒障礙，指長期情緒或行為反應顯著異常，嚴重影響生活適應者；其障礙並非因智能、感官或健康等因素直接造成之結果。情緒障礙之症狀包括精神性疾患、情感性疾患、畏懼性疾患、焦慮性疾患、注意力缺陷過動症，或有其他持續性之情緒或是行為問題者。」

參、出現率

根據 Bower 的定義，在美國加州大約有 10%在學兒童具有情緒困擾與行為障礙。在 1990 年的報告中估計大約有 17%至 22%的青少年被認為有情緒困

擾與行為障礙，需要特別的輔導(National Institute of Mental Health, 1990)。

合理的估計，大約有 3~6%在學兒童具有情緒困擾與行為障礙而需要特殊教育的輔導。

肆、情緒與行為障礙兒童的類別與輔導方法

一、違抗與侵略行為

(一) 特徵

1. 外顯行為失常：表現行為如過動、衝動、暴躁、固執、需索、爭吵、嘲諷、不佳人際關係、大聲喧鬧、威脅、攻擊他人、殘暴、愛現、吹牛、自誇、責怪他人、無禮、違抗。
2. 內隱行為失常：表現行為如負面情緒、說謊、困擾、偷竊、縱火、酗酒、吸毒等。

(二) 侵略行為發生的因素

1. 生物學因素：

- (1) 基因遺傳
- (2) 個人荷爾蒙或其他生物化學反應
- (3) 中樞神經系統功能的缺損

2. 社會學習因素：

- (1) 環境：從觀察的模式中學習到侵略行為
- (2) 行為本身因素：有機會去做侵略性行為不良的刺激，可引發侵略行為，不良刺激如身體攻擊、語言衝突、打架、計畫被阻止，缺乏正面增強等。
- (3) 個人的認知因素：判斷敵對行動的認知過程，如感受到自己處於不利的地位，保護自己或他人，是別人使我動手，使用非人類比擬的話羞辱他人，如叫別人垃圾、豬、蠢貨

(三) 預防行為產生的方法

1. 避免引發障礙行為的誘因。
2. 改善關係：同理心、關切、瞭解、接納、尊重。
3. 有效的溝通：傾聽、適當的下達指令。
4. 訓練良好的行為代替不良行為。

(四) 教育與輔導：功能性行為分析 (functional behavioral analysis)

1. 觀察侵略性行為

- (1) 直接觀察紀錄。
- (2) 頻率與嚴重程度。
- (3) 行為發生之前的徵兆與介入方法。

2. 探討行為發生原因

- (1) 心理因素：引起注意、獲得事物、情緒發洩、逃避厭惡的事情、個人認知問題。
- (2) 生理因素：感官滿足、健康問題、藥物影響。
- (3) 環境因素：環境刺激、誘因、生活壓力、情境改變過大、教養方式不當。
- (4) 溝通因素：指令下達時間、方式、技巧、語言溝通分析。
- (5) 個人因素：人格傾向、個人氣質、社會技能問題、態度問題。

3. 社會學習法的介入 (Social Learning Interventions)

社會學習法的介入歷程將重點放在早期預防攻擊行為及暴怒的擴大。Walker 等人（1995）提出侵略性行為的產生歷程，共分七個階段。

(1) 平靜階段

兒童所表現出的行為是合宜且適當的，如樂於合作、順從…等。但這些合宜的行為通常被教師忽略，其實，教師的重點應放在平靜期，對兒童初期好的合宜行為應讚許。

(2) 導火線階段

由於兒童很容易因導火線的觸發而被激怒。如果教師知道導火線為何，盡快替兒童排除此刺激即可消除攻擊及暴怒行為。

(3) 激躁階段

若導火線未排除，兒童會進入激躁的階段。所有的行為都是無意識且難以控制的。為避免攻擊行為的產生與擴大，教師可讓兒童從事其他活動，或提示兒童使用自我管理及其他能幫助他免於暴怒的策略。

(4) 加速期

教師若未能緩和兒童的情緒，兒童的爆發的侵略性行為將邁入「加速期」。此時，兒童不像前一階段好像心不在焉，而是存心挑釁，兒童想要做的就是把手邊的人都揪進紛爭裡頭，把大家惹火，最好是吵起來。而教師最好的處理方式是不要中計，且盡力以消弭兒童的行為。可針對期行為給兒童更多的選擇，這種做法的及時與明確是很重要的。

(5) 高峰期

一旦把大家惹火或開始吵架。兒童的行為將完全失控，此時可能需要請警察、父母到場，或讓兒童離開教室或學校。為事先準備因應措施是必要的，這可使成人在處理兒童的爆發性行為時，能盡可能的冷靜、系統化且有效率。並可盡快使兒童過渡到“消弱期”。若兒童時常有失控的行為發生，則教師要細查環境中的導源，並加以改變。

(6) 消弱期

兒童會出現不知所措、迷迷糊糊的狀態。他希望能和老師重修舊好，緩和緊張的關係。他有時候會退縮，想要自己獨處，因為在這種情況他不知道怎麼樣再跟人互動。這時候他也可能會責怪別人，反正千錯萬錯都是別人的錯，不是我的錯。有時他還會否認，覺得剛才自己沒有做錯什麼事。這時教師就讓兒童回到例行的活動，不要談論剛才發生什麼事或談論兒童的行為。當兒童已經想要消弭這種敵對狀態的時候，若教師又火上加油，那麼兒童又會回到高峰期時抓狂的狀態。此時讓他個人安靜就可。

(7) 平復期

兒童會回到平常的狀態。這時候他們會想要自己安靜地做一些事情，教師最好給他一些工作做。如果教師沒有適時地處理，兒童還是有可能回到情緒很高張、亢奮的狀態。一般而言，教師通常比較注意第四和第五階段，而忽略了前面三個階段，根據相關研究指出，當兒童顯現激動的先兆時，若能注意到此跡象並增強兒童合宜的行為、移除導火線或早期介入，就能避免兒童邁入爆發性行為的歷程。

4. 社會學習方法

- (1) 規則清楚
- (2) 教師的讚美
- (3) 正面的增強
- (4) 口頭的回饋
- (5) 改變刺激
- (6) 訂立合約
- (7) 示範與增強
- (8) 消弱
- (9) 系統的社會技能訓練
- (10) 自我指導、自我控制訓練
- (11) 隔離
- (12) 剝奪增強物

二、注意力缺陷與過動障礙 (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, 簡稱 ADHD)

(一) 特徵

美國精神醫學會的定義 (DSM-IV, 2002) 對過動症的診斷標準如下：

1. 注意力缺陷/過動症具有下列症狀中六種行為以上，且持續六個月以上者：

(1) 注意力缺陷

- a. 對學校作業、工作或其他活動上常無法集中注意或常不小心犯錯。
- b. 無法專心於工作或遊戲活動。
- c. 對他說話時，常不注意聽。
- d. 常無法聽從指令完成學校作業、任務、工作(非因敵對行為或無法了解的因素)。
- e. 對於工作和活動缺乏組織能力。
- f. 對於需要用心思考的工作，如學校功課或作業常表現逃避、缺乏興趣、厭惡的態度。
- g. 經常丟掉工作或活動需用的物品(如玩具、作業簿、筆、書或工具等)。
- h. 跑來跑去、爬上爬下。
- i. 常因外在的刺激而易分心。
- j. 常忘記每天的活動。

(2) 過動症

- a. 坐著時，手腳不時搖動手或坐立不安。
- b. 在教室內常離作或需要常提醒在座位上。
- c. 經常不恰當的跑來跑去或爬上爬下。
- d. 無法安靜的遊戲或從事休閒活動。
- e. 行為如馬達隨時在轉動。
- f. 說話太多或無法停止。

(3) 衝動

- a. 他人話未說完即搶答。
- b. 無法等待，沒有輪流的觀念。
- c. 別人談話或遊戲時，插嘴或干擾他人。

2. 一些症狀在七歲以前出現。
3. 某些缺陷的症狀表現在兩個以上的情境。
4. 顯著的障礙必須清楚的呈現在社會，學業或職業功能方面。
5. 此症狀非全面性發展障礙、精神分裂症、精神障礙、或其他心理障礙（如情緒障礙、焦慮障礙、分裂意識障礙或人格障礙）。

（二）注意力缺陷與過動症的相關問題

1. 學業失敗

大部分 ADHD 的兒童在學校常表現出低的學業成就和欠缺自尊心，也不會主動準備功課或預習。

2. 同儕的拒絕

(1) Landau 和 Moore 的研究發現 ADHD 兒童的攻擊、不專注於學習、干擾和學習障礙使他們受到同儕拒絕。

(2) Barkley (2005) 讓 ADHD 兒童的父母評量其子女與同儕的關係，結果發現有百分之八十的兒童與其同儕在共同遊戲方面有嚴重的問題，ADHD 的兒童較少受到歡迎，常受到一般同儕的排斥。

3. 家庭的問題 (Family problems)

(1) 家庭基因遺傳可能是造成 ADHD 的原因。

(2) 當青少年有攻擊行為或違抗行為出現時，父母會受到影響表現較激烈的情緒，可能使他們的子女更趨於攻擊性和違規。

(3) ADHD 青少年與母親之間負面溝通比一般青少年高。

（三）輔導方法

1. 行為管理的方法：利用正增強原理

(1) 正增強包括口頭讚美、社會性的接觸(拍肩膀、擁抱、拍手掌)、物質增強、代幣、合約方式等。

(2) 以適當的活動填補不當的行為。

2. 藥物治療 (Medication)

使用藥物治療在臨床上證實大約有百分之七十的效果不錯。興奮劑的使用，可使腦部負責抑制和持續專注功能的區域活絡。增加腦部讓行為控制的功能。

例如：

(1) 利他能 (Ritalin)

目前國內最常用來治療衝動過動問題孩子的藥物。藥效時間：3-8 小時。

(2) 迪西卷 (Dexedrine)

治療項目有：病態嗜眠，昏睡，發作性腫病 (Narcolepsy)，迷妄狀態等之覺醒劑。治療孩童極微小之腦功能失常症候群 MBD (Minimal Brain Dysfunct)
藥效時間：3-8 小時。

(3) Adderall

是右旋安非他命與左旋安非他命的綜合，其藥效比 Ritalin 長，低劑量即可達到與高劑量 Ritalin 同樣的效果。藥效時間：5-6 小時

(4) 塞洛德 (Cylert)

學名為「匹嗎啡」，不如其他興奮劑安全，必須每六個月做一次肝功

能血液檢查。藥效時間：6-8 小時

(5) 斯德瑞 (Strattera)

是一種用於治療 ADHD 的非興奮劑類處方藥物。它能夠抑制腦內一種稱為去甲腎上腺素的化學物質的活動。藥效時間 24 小時，使用藥物的副作用，如頭痛、胃痛、失眠、食慾不振、容易被激怒、情緒不穩定或生長遲緩等問題。大部份的副作用會在一兩個星期內或調整藥量後自然消失。避免營養不良導致生長遲緩可在用餐後使用藥物。

3. 認知行為的介入

(1) 認知行為是結合自我指導和問題解決的方法來增加注意力並減少衝動性。

(2) 自我指導是一有系統的教學方式其方法為:

- a. 教師一面大聲說，並示範工作，兒童觀察。
- b. 兒童一面大聲說，一面工作。
- c. 兒童一面小聲說，一面工作。
- d. 兒童一面默述，一面工作。

4. 分段式教學

把學習活動分成數小段，使每一小段有一個學習活動。兒童在分段活動中較能集中注意力完成學習。教師要掌控兒童的活動均有目標，使過動行為不致干擾教學。

5. 合作學習

利用同儕合作，同儕教學的方式協助兒童學習。

6. 改變評量的方式：採多元評量的方法進行兒童的評量。

三、情感性障礙

(一) 特徵

情感性障礙 (mood disorders) 在精神醫學上常稱為情感性疾患，是以情緒障礙為主要症狀的精神疾病，這類障礙者的情緒變化或過於高昂(激躁)，或過於低落(憂鬱)。有時可能同時有行為、思考等變化，但這些變化都伴隨著情緒障礙而發生。診斷情感性障礙通常有下列四種以上的問題，且持續兩星期時間以上：

- 1. 食慾不振或顯著地增重。
- 2. 睡眠不安穩。
- 3. 心理動作衝動或遲鈍。
- 4. 缺乏表現快樂的能力。
- 5. 沒有動力，感覺疲勞。
- 6. 感覺自己無價值、無用、自責，或極端不當的罪惡感。
- 7. 欠缺思考、集中注意或果斷力。
- 8. 有自殺念頭或自殺企圖與威脅。

(二) 治療與輔導

1. 藥物治療

抗憂鬱藥物和情緒穩定藥物，是目前控制憂鬱症的處方，用藥時，必須小心的監督藥物及其副作用對行為及身體的影響。隨時與醫生討論，以調整藥物，而且不可以隨意停藥。



2. 認知的治療

在 1960 年代，Aaron Beck 和同事們發展出憂鬱症的一套理論，稱為「認知治療」的心理治療方法。認知治療的理論認為，人之所以會出現長期且頻繁的憂鬱，是因為對自己及世界持有扭曲的觀點，並採用會延續問題的思考及反應模式。研究顯示憂鬱青少年傾向於：

- (1)對自己有負面的思考；
- (2)用負面的方式解讀自己的經驗；
- (3)對未來有悲觀的看法。

認知理論稱呼這些為認知三位一體(cognitive triad)。這個理論進一步主張，所有這些負向思考方式導致人形成基模(schemas)或「負向自動思考」的心理習慣，稱為「負向歸因」，若據以行動，則更加增強負向思考方式。認知行為治療是一種非常主動的治療形式。病患會被要求監督及紀錄自己的行為模式，注重寫日誌及「家庭作業」。在青少年憂鬱症的治療方法中，認知行為治療目前已被證實可以有效治療較不嚴重的憂鬱症。

3. 團體心理治療

團體治療對青少年可能特別有用，因為他們比較願意向同儕談論感覺。假如回饋及觀察是來自同儕，而非一個成人治療師，他們也比較容易接受。治療師通常會鼓勵團體成員運用解決問題的方法，彼此給予回饋和支持，也會協助團體成員更能辨識出自己和他人的感覺，並且指導他們運用問題解決的方式處理社交問題，以及運用協商來化解衝突。團體治療通常被用來當作其他治療形式的輔助治療，而不是治療憂鬱症的單一方法，目的通常是處理諸如社交技巧不足這種特定的問題。根據很多的臨床研究發現，相當一部分的憂鬱症病人經過心理治療或多種治療方法（合併藥物）的處理或幫助可以得到治鬱或者緩解。對一些嚴重的憂鬱症病人來說，應先是藥物治療，然後考慮合併使用心理治療的方法。如果心理治療與藥物治療合用，對憂鬱病人往往會產生很好的效果。

4. 行為的治療

無條件的支持和接納，增強努力，製造成功的機會，傾聽心聲，教育人員應給予學生特別的注意和關懷，減少或降低學業或工作壓力，多給予努力方面的支持使情緒得到疏解。

5. 社會技能的訓練

訓練健康休閒活動，從社會環境增強與他人的互動。鼓勵並提供多樣化的活動。

6. 環境的改造

排除觸發憂鬱的刺激，合理的期望或要求。

伍、結語

情緒困擾兒童需要大家的瞭解、包容、接納、關懷和幫助。經由輔導，他們可以和一般兒童同樣快樂的學習，也能擁有美麗希望的未來。

情緒行為障礙學生之特質與輔導策略

國立台北教育大學 鄭麗月

壹、前言

學生具有情緒行為問題，是家長、教師和輔導人員們頗為費心的問題。許多學生早期所呈現的情緒困擾或行為問題，若未得到學校和家庭的重視，給予特別輔導，到了進入青少年階段，這些問題將愈趨嚴重。有的學生陷於長期的情緒困擾而導致學業低落，缺乏學習動機；有的學生因為行為問題，不受同儕、教師歡迎，漸漸地逃避學習形成人際關係欠佳、學業低落，更嚴重的變成中輟生。他們可能到社會的角落遊蕩，加上本身情緒不穩定和行為偏差，很容易被社會不良份子利用，走向犯罪，造成社會問題。在過去，學生情緒行為障礙，常被認為是單純的家庭或學校管教失當所致，事實上，情緒行為障礙和其他身心障礙者的情況是相同的，他們的障礙需要特殊教育的特別輔助與個別化教育與訓練。目前，這些學生雖普遍地散佈在一般學校內，卻很少獲得特殊教育真正的協助。至於那些孩子是屬於情緒行為障礙呢？有何特徵？如何輔導？這些問題確是教育工作人員和家長們共同要解決的問題。

貳、情緒行為障礙的定義

情緒行為障礙，在過去五十年來包含了精神病、自閉症、心理障礙、恐懼症、退縮、沮喪、焦慮、選擇性不語症 (elective mutism) 障礙、反社會行為和病態等症狀的總稱 (Coleman, 1996)。定義上的分歧，歸因於許多專家學者派別的不同和文化因素對行為的界定不同以及許多人對行為問題的容忍度不一，因此，對情緒行為障礙使用不同的名稱。目前，較普遍被採用的定義大致有下列四種：

一、美國學者 Bower, B. (1982) 的定義

嚴重的情緒障礙是指具有下列特徵一項以上且持續一段長的時間和顯著程度，並影響其教育上的表現者：

1. 無法學習又不能以智力、知覺、或健康因素加以說明者。
2. 無法與同儕和教師建立或保持滿意的人際關係。
3. 在正常的狀況下，有不恰當的行為或情感。
4. 常表現不愉快的情緒或沮喪。
5. 常因個人或學校的問題而感覺身體不適、疼痛或害怕。

二、美國身心障礙者教育法，the Individuals with Disabilities Education Act, 2004，簡稱為 IDEA) 的定義

除了採用 Bower 的定義外，再加上精神疾患學生 (非自閉症)，惟不包括社會適應不良學生，除非該學生在情緒上具有嚴重的障礙。

三、我國對情緒行為障礙的定義

根據民國九十五年教育部修訂的身心障礙及資賦優異學生鑑定標準第九條「…所稱嚴重情緒障礙，指長期情緒或行為反應顯著異常，嚴重影響生活適應者；其障礙並非因智能、感官或健康等因素直接造成之結果。情緒障礙之症狀包括精神性疾患、情感性疾患、畏懼性疾患、焦慮性疾患、注意力缺陷過動症，或有其他持續性之情緒或行為問題者」(教育部，2009)。在我國對情緒行為障礙的界定不但包括精神方面的障礙，也包含行為問題，惟不包括自閉症。

參、出現率

情緒行爲障礙學生的出現率因資料收集不全及定義紛歧，到目前仍然未明確。根據 Bower 的定義，在美國加州大約有 10% 在學學生具有情緒困擾與行爲障礙。國內在九十八學年度，高級中等以下學校統計資料顯示，情緒行爲障礙學生共計 3,476 人（學前 117 人；國小 2109 人；國中 812 人；高中職 438 人），佔全國身心障礙學生的 4%。比較合理的估計，大約有 3~6% 在學學生具有情緒行爲障礙需要特殊教育的服務。至於性別與發生率有何差異？根據調查的結果，男性與女性的比率約爲 6:1 至 9:1。男女孩到了青少年期，男孩較傾向於行爲偏差、不成熟的問題，而女孩較傾向於個人退縮、神經質的問題。

肆、情緒行爲障礙學生的行爲特徵與輔導

就目前國內學校內較爲常見的情緒行爲障礙學生的行爲特徵與輔導策略敘述如下：

一、注意力缺陷過動障礙 (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, 簡稱爲 ADHD)

(一) 行爲特徵

1. 不專注: 注意力缺陷過動的學生其注意力的廣度與持久性均十分的有限。由於缺乏刺激的選擇，對於周遭環境的任何刺激，均會引起他的注意，因而無法對適當的刺激集中注意力。注意力無法集中的學生，在學業成就方面的表現往往不如一般學生。
2. 過動性: 在行動方面常表現出多動的行爲，例如經常離座、搖幌身體、旋轉物品、手腳無時無刻亂動、跑來跑去、愛說話，甚至於在教室內經常違規、搗蛋，或無法完成作業等。
3. 衝動性: 喜歡打斷別人說話，或未來經許可擅自發言，缺乏輪流等待的觀念和干擾他人活動。這些行爲不論在家裏或學校，均容易影響其社會人際關係。除了不專注、過動、衝動等問題外，學生在社會、認知、學業、情緒、身體等各種成長方面，也會引起各種問題。雖非所有的 ADHD 兒童都具有這種問題，但是報告中顯示，他們的比率比一般兒童高。

(二) 教育與輔導

研究輔導注意力缺陷過動障礙學生的方法很多，比較可行及有效的方法有行爲管理方法、藥物治療、認知行爲的介入和綜合的治療。許多研究認爲採用多種的方法，如行爲管理方法與藥物治療並用效果會更顯著。

1. 行爲管理方法 (Behavior Management Strategies)

利用正增強的原理以減少過動及注意力渙散情形。正增強包括口頭讚美、社會性的接觸(拍肩膀、擁抱、拍手掌)、物質增強、代幣、合約方式等。在減少過動行爲的同時，教師應予適當的活動來填補不當的行爲。

2. 藥物治療 (Medication)

使用藥物治療過動症，在臨床上已被證實具有安全性且效果不錯。藥物治療通常是使用中樞神經興奮劑，大約有百分之七十以上的學生療效良好。對成人期 ADHD 也有 70-80% 左右的效果。由於中樞神經興奮劑作用迅速、改善症狀的效果明顯，其作用是使掌管注意力集中的腦神經傳導物質，多巴胺與正腎上腺素更加活躍，同時亦具有覺醒大腦的效果。透過神經心理學檢查證實，其療效有提升注意力、改善認知性衝動、增進短期記憶、幫助語言性或非語言性學習功能的效果。最

普遍使用的藥物有利他能 (Ritalin)、專思達(Concerta)等興奮劑。雖然藥物能暫時控制過動和注意力障礙或衝動的行為，卻無法改善其學業的成就。使用藥物控制過動症的方法備受批評，因為使用藥物常引起副作用，如頭痛、胃痛、失眠、食慾不振、容易被激怒、情緒不穩定或生長遲緩等問題。大部份的副作用會在一兩個星期內或調整藥量後自然消失。而生長遲緩與食慾不振有直接關係，補救方法可在用餐時或用餐後使用藥物，以避免營養不良導致生長遲緩。除此之外，用藥的另外缺點可能為醫生使用過度劑量的處方，或是照顧學生的人過度依靠藥物，如教師或家長因過度相信藥物治療而忽略了行為管理的責任。

3. 認知行為的介入 (Cognitive Behavioral Interventions)

認知行為是結合自我指導和問題解決的方法來增加注意力並減少衝動性。自我指導是一有系統的教學方式，其方法為：(1)教師一面大聲說，並示範工作，學生觀察；(2)學生一面大聲說，一面工作；(3)學生一面小聲說，一面工作；(4)學生一面默述，一面工作。學生因自我指導的方式而使衝動性減低，改善過動行為。

4. 綜合的治療 (Combination of Treatments)

由於注意力缺陷過動障礙的情況十分複雜，最近幾年來大多採用綜合方式來治療(Rapport,1987)。綜合治療的方式包括使用興奮劑和行為管理或認知和行為管理的方法。治療學生的注意力缺陷過動症單靠一種方法並未全然有效，使用多種不同的方法一起治療其效果較佳。

二、精神分裂症 (Schizophrenia)

(一) 行為特徵

精神分裂症是精神病性疾患最典型的一類，患者有錯覺、幻覺、無組織的語言、緊張或顯露癡呆的行為和負面的情緒症狀。例如，缺乏感情、無法做邏輯的思考、或無法做決定(American Psychiatric Association,1994)。在學生階段，診斷學生具有精神分裂現象比診斷成人困難，因為學生在表達情感時無法解釋清楚。學生在錯覺方面情況較少，他們常在遊戲中會有幻覺現象而干擾社會交往和學業方面的學習。

(二) 教育與輔導

青少年患有精神分裂症，教育與輔導的協助有限。教育可說是治療介入其中的方法之一。它的功能與藥物治療、社工人員和家庭的介入輔導是相同的。特殊教育提供這類學生的服務是給予安全感覺、溫馨的環境，使能有規律的作息，減低病情發作與惡化。治療精神分裂症，大多使用抗精神病藥物治療如 Haldol, Mellaril 較為直接，這些藥物用來減少學生幻覺和其他精神症狀。

三、焦慮的障礙 (Anxiety Disorder)

(一) 行為特徵

一般正常學生均有焦慮、緊張、害怕、憂慮的經驗，例如嬰兒害怕由高處跌落和巨響；害怕陌生人、東西或環境。隨著年紀增長，害怕的東西也隨著改變，他們開始害怕想像中的人、事、物，如魔鬼、壞人，這些焦慮、害怕的情況都是正常的。有時，害怕使學生避免許多的危險。然而，焦慮的情緒若持續很長的時間變成過度的恐慌，以致影響睡眠、上學、與他人的社會交往、或生活的適應，那就形成一種障礙。害怕(fear)、恐懼(phobia)、和焦慮(anxiety)有不同的定義。所謂「害

怕」通常是受到過去威脅的經驗。「恐懼」是指嚴重的害怕某種刺激，導致於堅持逃避某件事物，當面對害怕的刺激時，個人會馬上有焦慮的反應，如出冷汗、呼吸困難、恐慌，因而逃避該項刺激。恐懼不一定由觀察而來，它與年齡發展階段無關。「焦慮」是沒有顯著的原因，卻表現出憂慮不安的情緒。

(二) 教育與輔導

減少學生焦慮害怕的行為可採示範(Modeling)，減敏感法，認知的方法和操作制約的方法，教師在學校內可利用這些方法以幫助學生。

1. 示範 (Modeling)

示範的方式可藉由觀看影片或觀看其他同年齡學生與該學生害怕的事物接觸或一起玩，以減低該學生對害怕事物的程度。此種示範的方法對於改善學生怕狗、怕蛇、懼高或怕醫生、怕手術等方面的效果良好(Strauss,1987)。根據 Ollendick(1979)的實驗研究，學生參與同伴直接接觸害怕的事物比讓學生觀看有關害怕事物的影片對減少恐懼的效果要好。

2. 系統的減敏感法 (Systematic Desensitization)

是利用有系統的遞增害怕的刺激以逐漸減少對某件事物恐懼度。對於引起害怕的刺激，從較少刺激逐漸增加，直到不再焦慮為止。此法最早由 J.Wolpe 在 1958 年首創，他把減敏感法劃分為三個步驟(1)建立害怕刺激的層次;(2)學會肌肉深度的放鬆;(3)將害怕的刺激與肌肉放鬆相配合。首先學生看見最少的害怕刺激，指導他放鬆肌肉，逐漸地增加害怕刺激的層次並練習放鬆肌肉的方法，直到面對害怕的事物不再感到焦慮恐懼。系統的減敏感法廣泛的應用在輔導學生或青少年的恐懼害怕行為，例如怕大聲、怕分離、怕狗、怕黑暗、怕考試、懼高症、怕血等方面效果不錯。然而，對於幼兒方面的應用，仍頗為爭議。

3. 認知的的方法 (Cognitive Techniques)

協助學生對害怕事物的瞭解，以減輕懼怕的程度。認知的的方法需要學生本身具有自我領悟的能力，能瞭解害怕事物的理由，並面對害怕的事物。

4. 操作制約的方法(Operant Conditioning Techniques)

利用正增強和消弱交互使用的方法以減低恐懼的行為。此法用在於分離的焦慮和害怕夜晚均獲得很好的效果。

四、社會性退縮 (Social Withdrawn)

(一) 行為特徵

學生的社會性退縮行為是指在一般正常狀況下，具有社會的孤立性，不會主動去尋找友伴，對同伴的社會性往來缺乏反應。在學校裏常表現出害羞，不願與他人交談。很少參與團體活動，或是寧可獨處也不喜歡參與團體生活。社會性退縮的學生常伴隨著焦慮或憂鬱的問題，教師可從學生的日常生活中觀察出來。

(二) 教育與輔導

輔導退縮的學生，首先應瞭解學生退縮及孤立性的原因。有的學生是因為同伴不接受他而變得孤單;有的學生是屢次拒絕同伴的社會性往來，而形成孤立的情形;另一種情形是學生本身缺乏表現自我的能力，換言之，就是缺乏社會技能，以致於無法結交朋友形成孤立。分析並瞭解學生退縮的原因，下列的輔導方法可提供教師或家長參考:

1. 教導社會技能: 指導學生能與他人分享, 遇見朋友要微笑, 向人打招呼或向人問問題。社會技能的訓練可經由示範、練習、教導、回饋和小組角色扮演的的方式來培養, 以改善學生的退縮行爲。
2. 教師的注意與同儕聯合協助: 教師對退縮學生應給予較多注意與關照, 使學生不再過度緊張、焦慮而退縮; 安排同儕主動的給予退縮學生互動的機會, 對於學生間的社會參與有很大的幫助。

五、行爲障礙 (Conduct Disorder)

(一) 行爲特徵

行爲障礙又稱爲行爲偏差, 包括攻擊行爲、亂發脾氣和反社會行爲。行爲障礙包含以下的行爲:

1. 外顯的反社會性行爲

(1) 攻擊行爲或暴力行爲: 例如: 經常騷擾、威脅他人或先出手攻擊他人; 使用武器如刀、槍、棍棒等; 以行動殘酷的對待他人或動物; 公然搶奪受害人; 強迫他人做與性有關的行爲。

(2) 破壞性行爲: 涉及縱火或破壞他人物品、破壞公物。

2. 內隱的反社會性行爲

(1) 偷竊: 破門進入屋子、車內行竊; 趁人未防而在商店中偷東西。

(2) 詐欺: 經常說謊或欺騙他人。

(3) 破壞: 塗鴉、縱火、自虐行爲。

(4) 違抗: 抗逆、不順從規範或大人的要求; 夜間滯留在外、逃家、逃學。

(二) 教育與輔導

1. 訓練父母管教子女的技能

許多父母對於子女的管教方法採用高壓手段, 導致親子關係緊張、惡劣卻無法改善子女的行爲。父母管教子女的態度宜傾向於鼓勵正向的行爲而非壓制負面的行爲。教導的方法應採正增強, 協調溝通或輕微的處罰。採用此種方法需要父母接受親職教育及管教子女訓練或研習, 其缺點在於許多家長沒有時間, 不願意參與或無法接受管教方法的改變。

2. 父母參與學校的教學活動

對於早期有反社會傾向的學生, 父母參與學校的學習活動能促進學校與家庭的連結, 避免日後成爲問題青少年。讓父母參與學校的活動, 如家長主動與學校連繫保持學生良好正面的行爲; 列出有系統的問題解決的方法以解決難題; 利用家庭學校連絡簿以了解學生在學校與家庭的生活情形, 以及教師提供給父母管教學生的方法等。利用教師與家長的相互連絡, 以掌握學生的生活, 使不致於發生反社會行爲。此外, 學校教師應以其專業的輔導能力提供並協助家長管教其子女的技巧。

3. 社會技能的訓練

指導學生結交朋友的方法、問題解決的方法、情緒控制技能、正當休閒活動、價值澄清概念、道德觀的建立。

六、情感性障礙

情感性障礙, 即是普遍所稱的憂鬱症和躁鬱症。在我們生活的環境裡非常的普遍。然而, 多數人卻未被診斷出來, 更嚴重的是缺乏治療。目前, 美國有一千九百萬

的憂鬱症成人，僅有四分之一的人尋求幫助；兒童和青少年方面的統計資料更缺乏。具有情感性障礙的青少年未被確認和治療是社會中非常嚴重的問題。

(一) 行爲特徵

根據 DSM-IV-R (2004) 的診斷標準，一個人被診斷有沮喪憂鬱的狀況通常有下列**四種**以上的問題，且持續**兩星期**時間以上：

- (1) 食慾不振或顯著地增重。
- (2) 睡眠不安穩。
- (3) 心理動作衝動或遲鈍。
- (4) 缺乏表現快樂的能力。
- (5) 沒有動力，感覺疲勞。
- (6) 感覺自己無價值、無用、自責，或極端不當的罪惡感。
- (7) 欠缺思考、集中注意或果斷力。
- (8) 有自殺念頭或自殺企圖與威脅。

(二) 類型：

1. 單極性 (unipolar) 疾患：憂鬱的情緒變化介於正常和極端的沮喪。
2. 雙極性 (bipolar) 疾患：情緒變化處於憂鬱和狂躁間擺盪；一段期間處於憂鬱，一段期間表現狂躁症狀的疾病，原稱為「躁鬱症」(manic-depressive)，最近較普遍用「雙極性疾患」的名稱。

(三) 出現率

以同年齡而言，男生患憂鬱症的比率比女生稍多。青春期的女生憂鬱情況比男生高出 2 倍，此比率將持續 35 至 40 年 (Seeley et al., 2002)。目前，全世界約有兩億人口患有憂鬱症，占世界人口 5% 左右。患者常有痛苦的內心體驗，是「世界上最消極、悲傷的人」，自殺率達 12%~14%。憂鬱症患者不分職業、種族、性別或年齡均可能發生。在與憂鬱症抗爭的名單中，有很多是舉世矚目的人物，如美國總統林肯、羅斯福、英國首相邱吉爾、荷蘭畫家梵谷、美國影星瑪麗蓮夢露、美國作家海明威和英國王妃黛安娜...等都曾患有憂鬱症。兒童及青少年有憂鬱症約 2%~8%，若以兒童和青少年因沮喪而需要特殊教育比例大概有 20~25%。

(四) 治療與輔導

1. 藥物治療

藥物控制是治療情感性障礙十分重要的一部份。藥物可以治療眾多疾病。但是，要得到最佳的效果，也需要和行爲、情緒、和環境的改變一起並用。例如，糖尿病需要用胰島素來治療。但是糖尿病患必須同時注意他們的飲食，有正常運動，及有效的管理壓力。單一用胰島素只能控制部份的病情。同樣的，情感性障礙也是一種生理上的疾病受到心理跟環境因素的影響。抗憂鬱藥物和情緒穩定藥物，是目前控制憂鬱症的處方。處方藥物有 Depakote(抗痙攣藥做爲情緒穩定劑)，以減少憤怒、誇張和衝動思考；Zoloft(抗憂鬱症的藥物)可減少焦慮；Adderall(興奮劑)可增加專注力和減少衝動。用藥時，必須小心的監督藥物及其副作用對行爲及身體的影響。隨時與醫生討論，以調整藥物，而且不可以隨意停藥。

2. 認知行爲治療

包括教導人際關係之想法、感覺和行為來改善兒童、青少年管理負面情緒感覺（例如，悲傷、生氣、焦慮）的能力。認知行為治療對於學齡中有憂鬱症的兒童和青少年有很好的效果。

3. 人際關係的治療

治療方法是問題解決、溝通技能、脾氣管理、活動表及認知的再建構（例如，學習用建設性的想法去面對憂鬱症）。人際關係的治療方法是運用良好的溝通方式在人際關係上以減輕病患憂鬱症的症狀與改善人際之間的功能。這種治療方法對憂鬱症的青少年有很成功的效果。

4. 家庭治療

在幫助憂鬱症兒童、青少年及其家庭方面顯示有顯著的功效。家庭治療基本上包括兒童或青少年以及至少一位家長和參與。在許多情況下，雙親、兄弟姐妹以及其他親人都可參加。其目的是在於增進溝通及問題解決、減少衝突及增加正面的互動。在研究早期，心理教育（給予病患與家人資訊、社會支持、建立技能以改善管理症狀和家庭功能）也是對憂鬱症兒童和他的家庭一個潛在有幫助的介入治療方式。

伍、結語

教育情緒行為障礙學生，對教師和家長來說都是需要長期努力的工作。由於這些學生的情緒比較容易衝動、激怒，因此較容易形成攻擊及行為偏差的狀況。這些問題需要藉特殊教育的方法加以輔導或治療。學生具有精神分裂傾向，教師應主動與家長連繫，及早尋求醫藥治療，提供溫馨安全的教育環境，以減低病情的發作或惡化；對於有焦慮障礙的學生，需給予減少焦慮害怕的訓練方法，如示範，減敏感法，認知及利用正增強以減少焦慮害怕的心理；對某些社會性退縮的學生，教師應積極設計課程訓練其社會技能，並安排其同儕與之互動，經常給予較多注意與關照，使學生不再因過度緊張、焦慮而退縮。對於注意力缺陷過動症的學生，需要綜合醫藥和行為管理的方法予以治療和教育；對於行為失常者需要用溫和、堅定的態度輔導並指導養成社會技能。許多專家學者一致強調早期療育的重要性，認為輔導情緒障礙和行為失常的學生應做早期篩檢，早期發現，及早治療。避免日後產生反社會性行為，造成社會的負擔。專家們建議教師或家長在處理青少年問題行為時，宜採增強正面行為，而不採高壓手段做為管教的策略。一旦發現學生或青少年有情緒障礙或行為失常問題出現時，教師應及早主動與家長取得連繫，並做協調、溝通和輔導。同時學校的課程應提供有計畫、有系統的人際關係能力的培養，使這些學生能融入學校的學習情境，不致因不當行為受到排斥。青少年在學校有良好的人際關係，有適合他學習的環境，將可有效地預防或減少反社會性行為的產生。輔導情緒困擾與行為障礙學生和青少年，不但是特殊教育的一環，也是學校輔導工作的重點。如果，今天我們忽略了情緒行為障礙學生的教育，他日，國家社會將會為因情緒行為障礙學生所帶來的社會問題付出更高的代價。

情緒行爲障礙學生之特殊教育與輔導支援

國立台北教育大學 鄭麗月

特殊教育學生就讀於普通班是目前特殊教育安置學生的世界潮流與趨勢。由於過去集中式特殊班過於隔離，使學生無法獲得與同儕學習和互動的機會因而備受垢病；回歸主流在執行上又困難重重。於是，一些專家學者們提出了融合教育的理念，認為特殊學生應在普通班與同儕一起接受教育，以便達到互動、互惠的教育目標。此種理念廣受家長和人權贊助者的推崇。然而，這種特殊教育服務的模式，經過實驗結果仍然需要多方面的配合，才能達到預期的目標。

最近，許多學校在推行情緒行爲障礙學生的融合教育時，卻面臨著一些問題，例如，情緒行爲障礙學生如何篩選？普通班教師如何指導班上的情緒行爲障礙學生？情緒行爲障礙學生的課程如何規劃和設計？情緒行爲障礙學生的行爲與情緒問題如何處理？普通班教師和特殊班教師如何協同教學？學校行政如何配合才能讓情緒行爲障礙學生在融合教育中達到教育的目標等。因此，要做好融合教育的工作，需要學校全體人員的合作與配合，而非僅是特殊教育教師的工作。

壹、情緒行爲障礙學生篩檢的備忘錄

- 一、選擇有效的篩檢方法：針對轉介問題，選擇適當的篩選性評量工具（選擇信度與效度高的評量工具），以客觀了解問題的類型與障礙程度。
- 二、評量者：應由不同人員擔任，如心理師、教師、心評教師。
- 三、評量方式：採多元化，如直接觀察、評量表檢核、訪談、同儕關係的評量、醫師診斷等。

貳、情緒行爲障礙學生鑑定程序

情緒行爲障礙學生的鑑定程序分四個階段進行，如圖 1，實施過程說明如下：

一、轉介：來源包括

- (一) 全校學生篩檢，學校例行性的社交量表、人格測驗、適應問題或困擾等的評量。
- (二) 教師或家長因學生出現適應問題而提出轉介（表 1）。

二、轉介前的介入

- (一) 輔導教師、心理師、醫師針對學生的問題所設計的個別化輔導策略，包括諮商、藥物、心理治療（表 2、表 3）。
- (二) 當問題嚴重不易處理，需要更多教育服務而轉介到特殊教育範圍。

三、利用訪問或資料審查方式收集有關資料加以排除

- (一) 問題是否顯著異於同年齡、同性別、同文化的學生。
- (二) 問題是否跨情境。
- (三) 問題是否持續性。
- (四) 是否有學校適應困難，如學業、社會、人際、或工作方面的適應問題。
- (五) 是否有智力、感官或生理疾病等異常問題。
- (六) 學校或家庭是否曾針對此問題嘗試專業的協助(包括輔導諮商、精神醫療)。

四、醫學的鑑定

- (一) 可能疾患所需之評量。
- (二) 學校適應功能與特殊需求之評量。
- (三) 醫師診斷或治療證明(可替代 1、2 項的評量)。

五、綜合研判與鑑定

(一) 智力和成就標準測驗評量

1. 魏氏智力測驗(WISC-III)
2. 簡易智力測驗
3. 學業成就測驗

(二) 評量行為或情緒異常之程度

1. 情緒障礙量表 (Scale for Assessing Emotional Disturbance, 2001)
2. 行為與情緒評量表 (Behavioral and Emotional Rating Scale, 2001)
3. 問題行為篩選量表
4. 學生適應調查表
5. 直接觀察
 - (1) 問題行為發生的地點
 - (2) 問題行為發生的次數、長短
 - (3) 問題行為發生後可應用的優勢和弱點
 - (4) 不恰當的反應行為
 - (5) 可教導那些行為
 - (6) 學生行為與他人的相互關係
6. 訪談
 - (1) 行為偏差問題
 - (2) 行為連續性
 - (3) 不適當環境
 - (4) 自我意識及自我期望
 - (5) 動機問題的探討
7. 同儕關係的評量
 - (1) 社會關係評量
 - (2) 直接觀察
 - (3) 個體對同伴的反應
8. 自我報告
 - (1) 檢核表
 - (2) 面談



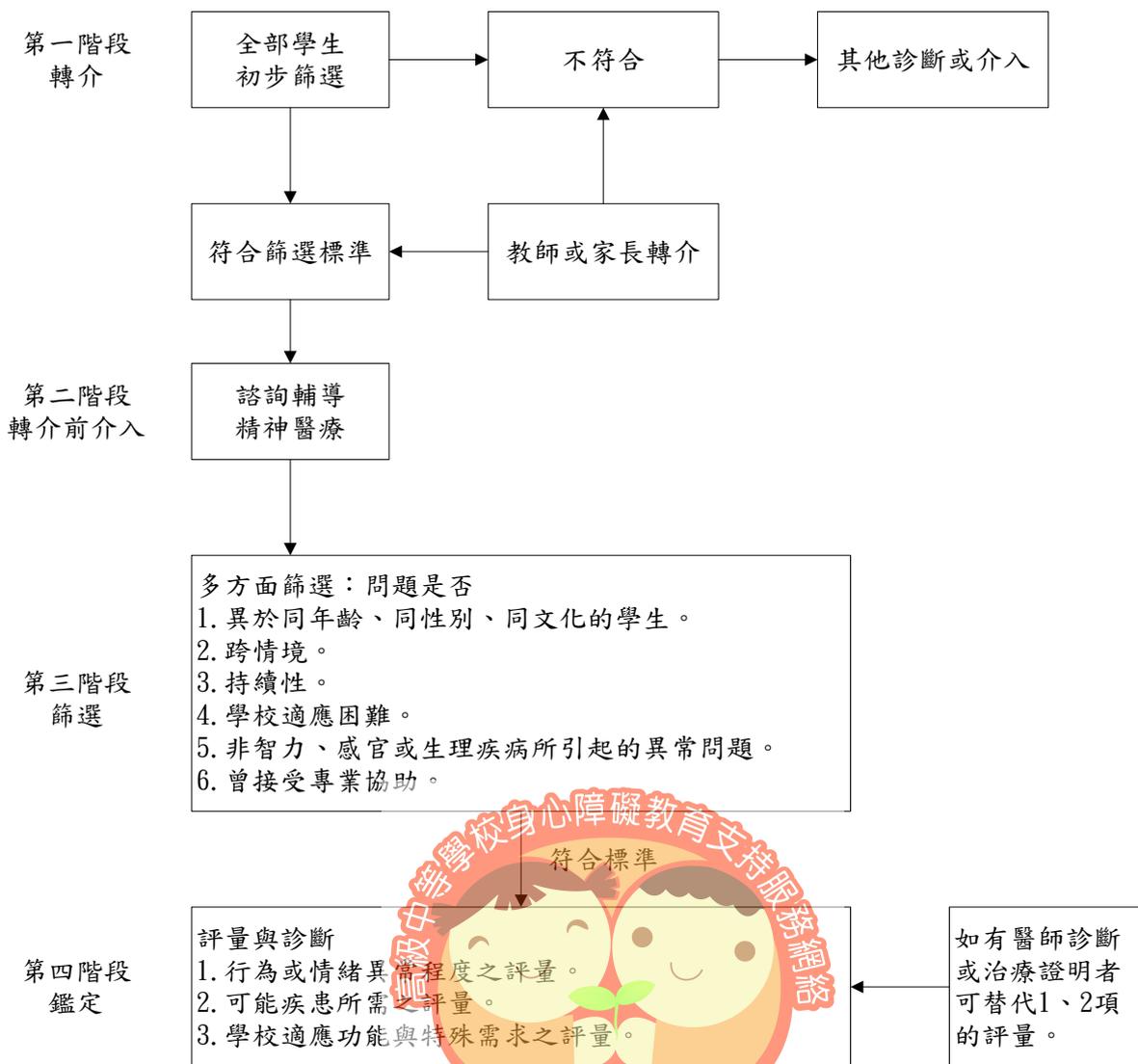


圖 1 情緒行為障礙學生鑑定工作流程

參、融合教育與學校行政的配合

一、校長的職責

- (一) 讓學校所有的教師及工作人員了解教育所有的學生是每個人的責任。
- (二) 向所有的教師說明教師應為學生提供適合學生需求的教育，把學生貼上標籤或加以隔離是違反教育的理念。
- (三) 提供教師進修特殊教育知能的機會，以便有足夠的技能協助普通班特殊教育的學生。
- (四) 讓學校所有的學生在融合教育中獲得互惠。
- (五) 召集並協調特殊教師、普通班教師與相關工作人員組成教學小組，在校長領導下一起工作，以提供服務給普通班中特殊教育的學生。
- (六) 籌措經費以支持特殊教育的費用，包括校內與社區特殊教育的服務。
- (七) 評鑑校內特殊教育實施成效並追蹤學生離開學校後的適應情形。

二、教師的工作

教師可採小組合作教學和團隊教學方式進行教學，其方式如下：

- (一) 小組中的成員要經常面對面地討論有關的教學計劃、教學設計和教學活動。

- (二) 小組中的成員要以正面的態度視團隊為共同體，並相互協助。
- (三) 在處理人際關係、協調溝通、領導規劃、解決問題、工作決策和衝突管理上由教學小組共同解決。
- (四) 設定教學小組工作目標，定期評量，並討論教學小組工作的功能。
- (五) 教學小組的成員均有明確的責任分工，並負起績效的責任。

三、學校行政的配合

- (一) 特殊教育學生宜優先考慮安置於資深優秀、具專業背景教師的班級。
- (二) 主動與特殊教育學生家長充分溝通。
- (三) 成立特殊教育教學小組。
- (四) 安排特殊教育教學小組有固定的工作時間。提供班上有特殊教育學生的教師額外教學準備時間，每節課有 15 分鐘，以此類推。必要時應以教師助理支援教學。
- (五) 辦理教師特殊教育專業成長研習活動。
- (六) 提供必要的教學資源。
- (七) 定期評鑑融合教育的成果。

肆、情緒行為障礙學生的課程發展

一、實施教學評量

利用觀察、標準化測驗、課程本位評量、工作結果做為評量的工具

- (一) 學業評量
- (二) 社會/情緒/行為評量

二、確定課程內容

(一) 學科

- 1. 調整普通班課程：依學生能力簡化普通班課程內容。
- 2. 功能性學科

(1) 數學：數的概念、數的計算、錢幣的應用、預算與開支、度量衡的應用、時間概念與估算。

(2) 語文

聽的技巧、說話的技巧、認字、閱讀、寫作。

(二) 社會能力

- 1. 社交技能：包括人際關係、解決衝突的能力。
- 2. 分辨控制社會行為和教導社會行為。
- 3. 在特定地方教社交技能要能應用到其他地方。

(三) 情緒/情感的管理

- 1. 憤怒、焦慮、沮喪的表達：憤怒易引起衝動、干擾行為；焦慮、沮喪易引起退縮、違抗行為。
- 2. 自我管理：指自我控制和自我指導的能力。教導學生要內在控制行為非外在受他人控制，是認知行為的方法，為自己的行為負責。包括自我評估、自我指導、自我修正、自我增強的方法。

3. 計畫有系統的課程和教學方法介入

- (1) 提昇促進社會人際關係的教材如問問題，分享、邀請參與的活動。



- (2) 設計不愉快的情境，如拒絕請求、道歉、不禮貌叫綽號、嘲諷、責備、非難。
- (3) 解決衝突，如談判、仲裁、溝通、說明。
- (4) 保持良好的人際關係，如傾聽、輪流等待、談話。
- (5) 表達自己，如說出自己的感覺、表達關心、重述要求或說不的方法。



表 1 疑似特殊需求學生轉介資料表

班級	年 班		生日	年 月 日		實足 年齡	歲 月	
姓名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		身分證 字號		
學年	國語		團體 測驗 (瑞文氏)	CPM 百分等級		轉介者		
學科 成績	數學			SPM 百分等 級		轉介日期	年 月 日	
學生家庭文化背景			1. <input type="checkbox"/> 良好 2. <input type="checkbox"/> 普通 3. <input type="checkbox"/> 文化刺激不足 4. <input type="checkbox"/> 其他					
曾使用的輔導資源			1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 輔導室 3. <input type="checkbox"/> 愛心媽媽輔導 4. <input type="checkbox"/> 課輔班 5. <input type="checkbox"/> 同儕小老師 6. <input type="checkbox"/> 其他					
學生的學習動機			1. <input type="checkbox"/> 低 2. <input type="checkbox"/> 普通 3. <input type="checkbox"/> 高					



特殊需求學生轉介資料表-100R

說明：請學校導師與熟悉孩子的人員根據學生在普通班或其他教育環境學習情形，勾選出學生可能有的適應狀況，請在下列九項每一大項中，盡量勾選適合於學生所表現的項目，可以複選。如果沒有適合的項目，至少勾選一項，請務必考慮勾選有網底的題目），題末註有**者，請務必填寫。請仔細閱讀所有項目，不要遺漏。

一、生理方面(請盡量勾選適合的所有項目，可以複選)

- 1.身體狀況長期不佳，常因病請假或缺課
- 2.由醫院診斷現罹患慢性疾病(_____病)
- 3.曾罹患過重大疾病(_____病____歲時罹患)
- 4.生理動作發展較一般孩子明顯的遲緩
- 5.體質特別差，無法在一般教室（需要那些調整？）
- 6.生理狀況與一般同年齡孩子差異不大(或差不多健康)

二、感官動作方面(請盡量勾選適合的所有項目，可以複選)

- 7.已領有身心障礙手冊(程度:_____度，類別:_____類)
- 8.有嚴重視力問題（類型：近視，遠視，其他）
- 9.經常揉眼睛，看東西會眯眼睛或暗課本或障礙物貼得很近
- 10.發音不清楚，或聲調不對
- 11.經常要別人大聲說話或請人靠近一點再重說一遍
- 12.經常會跌倒或碰撞東西
- 13.動作明顯的比一般同學慢很多
- 14.不大會(或很少)拿剪刀、筷子等需要手部精細動作的工具
- 15.不大會(或很少)跳繩、走平衡木、打球或一般學校操場的體能活動
- 16.不太會獨立行走，需要輪椅、柺杖或家具等輔助工具或他人的協助
- 17.感官動作方面的發展與一般同年齡孩子差異不大，甚至更好

三、學業表現方面(請盡量勾選適合的所有項目，可以複選)

- 18.整體學業成績長期(學年以上)為全班最後五名
- 19.部份科目長期(一學年以上)為全班最後五名
- 20.學業表現經常起伏很大，可以由中等以上滑落到全班倒數
- 21.整體學業成績自____年級起突然劇落，從此一蹶不振
- 22.部份學科(_____科)自____年級起遽落，從此一蹶不振
- 23.不會注音符號
- 24.不會認字，或會認讀的字很少(比一般同學少很多)
- 25.無法讀課本或考卷說明
- 26.閱讀不流暢
- 27.無法理解課文大意或複述閱讀內容的重點
- 28.會抄寫但不知字彙意義
- 29.寫字困難，連仿寫或抄聯絡簿有困難

- 30.不會寫出完整通順的句子(尙未教到者，請在此打X)
- 31.不會分類，如依據顏色、大小或形狀等性質區分
- 32.不會一對一的數數
- 33.只能背出20以下的數字
- 34.需要手指協助運算加減
- 35.會加減運算，但不會解應用問題
- 36.會加減，但不會乘除(尙未教到者，請在此打X)
- 37.會加減乘除的運算，但不會解應用問題(尙未教到者，請在此打X)
- 38.雖然學過小數、分數，但小數、分數或比例的概念差，不會運用(尙未教到者，請在此打X)

39.請務必選答此題。學生現有之學業表現大致如何？請依各項勾選： **

- | | | |
|-------|-----------------------------------|----------------------------------|
| 整體學業： | <input type="checkbox"/> 中等以上 | <input type="checkbox"/> 全班平均數左右 |
| | <input type="checkbox"/> 中下到最後30% | <input type="checkbox"/> 全班最後15% |
| 數學科： | <input type="checkbox"/> 中等以上 | <input type="checkbox"/> 全班平均數左右 |
| | <input type="checkbox"/> 中下到最後30% | <input type="checkbox"/> 全班最後15% |
| 國語科： | <input type="checkbox"/> 中等以上 | <input type="checkbox"/> 全班平均數左右 |
| | <input type="checkbox"/> 中下到最後30% | <input type="checkbox"/> 全班最後15% |

四、學習能力方面(請盡量勾選適合的所有項目，可以複選)

- 40.學習速度緩慢，明顯的比一般同班同學較差
- 41.記憶力差，記不住當天老師或父母的交代
- 42.注意力差，不易持續專心任何活動
- 43.組織力差，說話或做事顯得凌亂，沒有重點與組織
- 44.理解能力差，常弄不清楚抽象或較複雜的符號或詞彙
- 45.學習能力在不同事物表現差異很大，對某些科目或事物表現得特別好(與一般同學相比在中等以上)
- 46.記憶力好，尤其是對自己感興趣的事物
- 47.學習能力大致與一般同年齡的同學差不多，甚至更好

五、口語能力方面(請盡量勾選適合的所有項目，可以複選)

- 48.口語能力表達差，無法與老師或同學溝通
- 49.聽話理解能力差，常抓不到老師或同學說話的重點
- 50.不太能和別人閒談，不太能接續別人的話題
- 51.說話不清楚，一般人不聽得懂
- 52.不喜歡聽人講解，聽課比自己看書學習時顯得不專心
- 53.經常重複簡單的詞彙或短句
- 54.不會主動表達自己的需求
- 55.口語能力與一般同年齡的同學差不多

六、團體生活方面(請盡量勾選適合的所有項目，可以複選)

- 56.上課經常會隨意離開座位或教室

- 57.上課經常沒有反應、呆坐或打瞌睡
- 58.無法參與團體活動(遊戲、比賽)
- 59.喜歡一個人獨處或自己玩
- 60.下課經常一個人，沒有人和他玩
- 61.上課會亂出聲、走動或作弄別人而影響教室學習
- 62.愛頂嘴，公開頂撞師長的指示
- 63.經常不交作業、或不做掃地工作
- 64.會曠課、逃家、或逃學
- 65.霸道，經常要別人讓他，不能忍受同學的不一樣或打擾
- 66.班上大多數同學都討厭他，會拒絕與他同座或在一起
- 67.在學校與同學相處方面和一般同年齡孩子差不多

七、個人生活適應方面(請盡量勾選所有適合的項目，可以複選)

- 68.髒亂、無法維持個人衛生
- 69.不會自行穿脫衣服
- 70.不會自行上廁所，會遺尿或大便在褲子上
- 71.應變能力差，經常不會隨著情境調整自己的行為或態度
- 72.動作速度經常跟不上教室(或班級團體)的活動腳步
- 73.不會自行由教室到廁所、福利社或學校內其他的地方
- 74.上課鐘響經常不會自行回教室
- 75.經常忘記帶上課需要的文具或書本、或繳交的作業
- 76.經常遺失個人物品，不會保管自己的東西
- 77.在學校所從事的活動(休閒或社交活動)比一般同學少很多
- 78.對於環境不預期的變化(如調課、換座位)會有明顯不適應的反應
- 79.可以像一般同年齡的同學照顧自己

八、行為情緒適應方面(請盡量勾選所有適合的項目，可以複選)

- 80.情緒表達不適當，和情境不合
- 81.退縮、膽子很小
- 82.脾氣很大，經常會生很大的脾氣、罵人
- 83.經常攻擊同學或破壞物品
- 84.一不滿意，就會哭鬧不停
- 85.比一般同學更容易緊張、焦慮
- 86.不會保護自己，經常受同學欺負或佔小便宜
- 87.待人處事或行為舉止顯得比一般同學幼稚、不成熟
- 88.對周遭的人或活動不太有反應，好像不感興趣
- 89.經常重複出現相同的動作、或發出相同的聲音
- 90.老師、同學生氣或受傷時，不會表現出關心或擔心的行為
- 91.對周遭的人感興趣，但表現的很奇怪，令人受不了
- 92.行為與情緒表達與一般同年齡同性別的同學差不多

九、家庭與社區方面（請盡量勾選適合的所有項目，可以複選）

- 93.曾經長期（一年以上）居住在國外或偏遠地區（國家_____或地區_____，共住多久_____）
- 94.放學後沒有人可以提供課業上的協助或督導
- 95.放學後沒有人會監控學生的行動
- 96.長期不和父母雙親同居住在一起
（目前的監護人與孩子的關係_____）
- 97.家庭經濟清寒（屬於社會局低收入戶或主要家長長期失業）
- 98.家庭居住環境充滿不好的影響（例如：電動玩具店、色情或賭博行業、幫派或犯罪組織）
- 99.父親或母親是外國籍或原住民（父親或母親，_____國或_____族）
- 100.家庭狀況與一般同學差不多，或是更好

十、其他：上面沒有列出來項目，但根據你的觀察，學生還有哪些需要被關心的問題？請盡量列舉於下：

※ 在填完此份轉介表後，根據你初步的判斷，你認為學生最主要的問題？



※ 學生的哪些問題是最困擾且迫切需要由特教教師提供相關的服務？

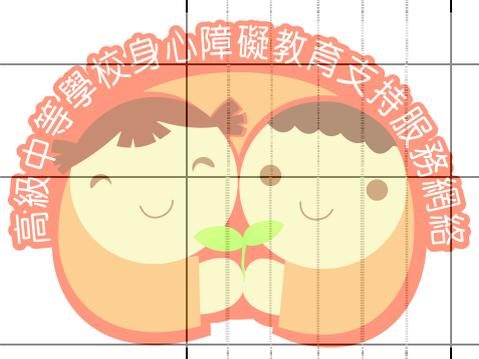
表 2 疑似情緒障礙學生轉介表

班級	年 班	性別			CPM 百分等級			國語		
姓名		實足年齡		團體智力測驗	SPM 百分等級		學科成績	數學		
身分證字號										
<p>※ 家庭文化背景</p> <p><input type="checkbox"/>良好 <input type="checkbox"/>一般 <input type="checkbox"/>低社 <input type="checkbox"/>家庭教養功能不彰 <input type="checkbox"/>新移民文化適應問題</p> <p><input type="checkbox"/>隔代教養 <input type="checkbox"/>單親(父/母) <input type="checkbox"/>其他()</p> <p>※ 請簡單說明家庭成員及特殊狀況：</p> <p>※ 學生健康/發展史：</p> <p>※ 情緒行為問題情形綜合說明：(含級任輔導的困難情形說明或觀察記錄)</p>										
情緒行為問題持續時間	<p><input type="checkbox"/> 6 個月以下 <input type="checkbox"/> 6 個月至 1 年 <input type="checkbox"/> 1 年以上</p>									
適應顯著困難	嚴重度		輕	中	重	嚴重度		輕	中	重
	項目					項目				
	<input type="checkbox"/> 生活	影響他人				<input type="checkbox"/> 社會	影響他人			
		影響個人					影響個人			
<input type="checkbox"/> 人際	影響他人				<input type="checkbox"/> 學業	影響他人				
	影響個人					影響個人				
跨情境	<p><input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是，兩個以上的情境(<input type="checkbox"/>學校<input type="checkbox"/>家庭<input type="checkbox"/>社區<input type="checkbox"/>其他_____)</p>									



表 3 轉介前曾對其情緒行為問題情形曾使用的輔導策略及其成效

策略	實施方式摘述	輔導成效					輔導時間				輔導人員							
		有改善		未改善之原因			每週節數	期 間			級任	科任	認輔教師	輔導組	其他			
		完全	部分	些微	時間不足	執行欠精確		其他	一學期以下	一學期至一學年						一學年以上		
物理環境調整 (座位安排、各種提醒、教室氣氛)																		
給予額外的鼓勵支持並賦與責任																		
引導同儕接納																		
班級經營調整，加強常規訓練																		
生活自理能力訓練 (衣著、個人及週遭環境衛生)																		
行為改變技術 (如增強、消弱、忽視…等)																		
教師調整教學方式與要求																		
個別晤談																		
親職教育(指導家長調整教養策略)																		
專業服務(職能治療、感統訓練)																		
服用藥物																		



策略	實施方式摘述	輔導成效					輔導時間			輔導人員									
		有改善		未改善之原因			期 間			級任	科任	認輔教師	輔導組	其他					
		完全	部分	些微	時間不足	執行欠精確	其他	每週節數	一學期以下						一學期至一學年	一學年以上	其他		
自我管理訓練 (專注力、學習策略、組織能力的提升)																			
問題解決技巧訓練																			
社交技巧訓練																			
情緒管理訓練																			
運用學校行政支援 (訓導處、輔導室)																			
利用校內資源協助指導 (資源班、愛心媽媽、實習教師)																			
順其自然，生理成熟自我控制能力增加																			
其他曾使用策略：																			

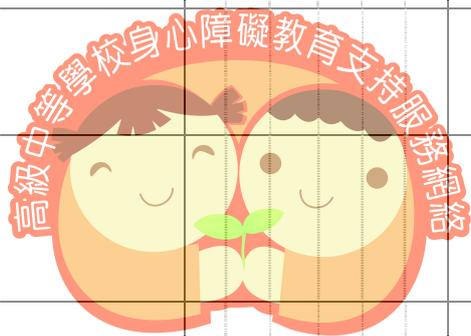


表 4 資源班新生填寫轉介資料一覽表

轉介流程：知會家長徵求同意—填寫特殊需求轉介表 100R—根據障礙類別填寫轉介資料—家長簽署鑑定同意書—安排施測					
學習障礙		學障	學習行為特徵檢核表	國民中小學學習行為特徵檢核表	
情緒障礙	填寫特殊需求學生轉介資料 100R	過動或注意力缺陷	問題行為篩選量表	學生適應調查表	教師初步判斷一覽表
		疑似情障 (非 ADHD)	情緒障礙量表	* 學生適應調查表 * 性格行為量表	教師初步判斷一覽表
		情況不明	問題行為篩選量表 學生適應調查表	情緒障礙量表 性格及行為量表	教師初步判斷一覽表
其他類別	填寫特殊需求學生轉介資料	智能障礙	文蘭適應行為量表		
		語言障礙	兒童語言障礙篩檢表		
		自閉症	自閉症兒童行為檢核表		
Ps：如有醫師診斷證明 or 殘障手冊請檢附					

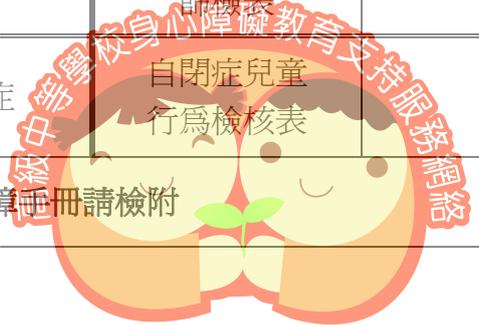
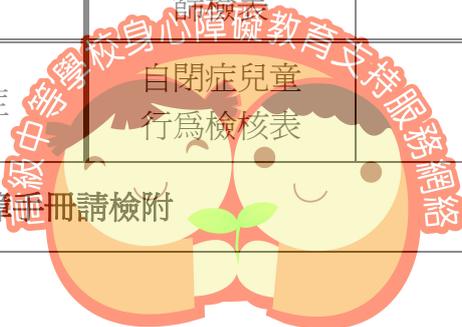


表 4-1 資源班新生填寫轉介資料一覽表

轉介流程：知會家長徵求同意—填寫特殊需求轉介表—根據障礙類別填寫轉介資料—家長簽署鑑定同意書—安排施測					
學習障礙		學障	學習行為特徵檢核表	國民中小學學習行為特徵檢核表	
情緒障礙	填寫特殊需求學生轉介資料 100R	過動或注意力缺陷	問題行為篩選量表	學生適應調查表	教師初步判斷一覽表
		疑似情障 (非 ADHD)	情緒障礙量表	* 學生適應調查表 * 性格行為量表	教師初步判斷一覽表
		情況不明	問題行為篩選量表 學生適應調查表	情緒障礙量表 性格及行為量表	教師初步判斷一覽表
其他類別	填寫特殊需求學生轉介資料	智能障礙	文蘭適應行為量表		
		語言障礙	兒童語言障礙篩檢表		
		自閉症	自閉症兒童行為檢核表		
Ps：如有醫師診斷證明 or 殘障手冊請檢附					



情緒障礙學生的班級經營與輔導

國立台北教育大學 鄭麗月

- ◎ 所謂「情緒」障礙：是喜怒哀樂有障礙嗎？
- ◎ 所謂「不適任教師」：智力正常、外表看不出來、人際關係差……
- ◎ 同樣「不適任學生」：智力正常、外表看不出來、人際關係差……這就是「情緒障礙學生」。
- ◎ 70%以上的身心障礙學生都是安置在普通班的。
- ◎ 美籍韓裔開槍射殺二十多人的大學生，從小就被診斷出是「情緒障礙學生」，但是父母不承認，一再逃避，不肯接受輔導，以致釀成慘劇。
- ◎ 情緒障礙的孩子，若缺乏正確的引導，容易導致一些病態行爲。

※**不適任教師**的例子：

- ◎ 成功的例子：一位不適任的教師，願意承認自己的病態，留職停薪治療兩年，現在一切正常，是個認真負責的老師，只是得終生服藥。
- ◎ 失敗的例子：一位在大五要去學校實習時，教授就不想讓她去的老師。教授們雖然想盡辦法讓她延畢一年，但一年後她還是透過民代，到了花蓮去實習。花蓮的鄉下小學，從來沒有特教系的正式老師來過，全校歡欣鼓舞的到火車站迎接這位「準合格教師」。沒多久校長就打電話給教授了，她居然把特教評鑑的公文撕掉了，校長是到了評鑑委員們都開著轎車到學校了，才知道這件事。但是校長最後實習分數還給她 60 分，教授只好給她 20 分讓她實習成績不及格。想不到她還怒氣沖沖從花蓮到台北找教授理論，但是她和她的家人都不願意接受治療，所以教授堅持讓她不及格，不能畢業，只能結業。因為她始終不肯服藥，所以一直未能取得正式教師資格，但是她到現在一直都在代課，不過一個學期就得換一個學校。

※**注意力缺陷過動症**：

- ◎ 過動與衝動的行為，7 歲以前就會有。
- ◎ 好逸惡勞者絕非 ADHD
- ◎ 注意力無法集中、過動和衝動的行為，正常人偶爾也會有，但是 ADHD 是「經常」如此。
- ◎ **過動的孩子**長大就是**過動的成人**，因為過動不會好，但是過動的成人很適合當推銷員、業務員（因為可以跑來跑去、可以喋喋不休的講話）。
- ◎ 低年級就要開始服藥，等孩子能自我控制時，即可不再服藥，中高年級以後才開始服藥，效果就不好了。
- ◎ 藥效通常是 3 個小時，若在家 7 點半服藥，可能在學校 11 點半就開始過動了。但是低年級 12 點就可以放學，請老師容忍她半小時的過動，讓家長接他回家時，看到的是活蹦亂跳的孩子，這樣她比較習慣，比較不會抗拒給孩子服藥。下午在家過動，那是她家的事。

◎ **教育成功的例子**：

有一位可以退休的老師，自願接下一個有 ADHD 孩子的一年級班導師。但是這個孩子太會跑掉了，這位年紀大的老師實在是追不到他。不到一個月，這位老師就跟校長說我要退休，校長回說現在沒有辦法，我現在只能幫你找資源。

於是請來教授協助。教授明確指出：你必須照顧這個孩子，也必須教另外 34 個孩子，所以現在必須做一些改變：

- (一) 讓孩子坐在第一個位子，而且用老師的桌子擋住他，讓他不方便跑掉。
- (二) 訓練坐在他前後的兩位同學，看到他起立，就站起來擋住他，讓他出不去。再不行，就再加兩位同學，加到足夠為止。要訓練 34 位小幫手來幫老師照顧他。
- (三) 過一陣子，教授再去訪視，發現老師前面有一堆垃圾，老師說是如果他要站起來就讓他去撿垃圾，而孩子也做得不錯。但是教授認為這樣有違常理，認為不妥，所以給了另一個方法。
- (四) 請老師在走廊準備 10 棵盆栽（需要澆很多水的、泡不爛的那種），並且寫上 1-10 的編號。然後準備計時器，滿 3 分鐘「嗶」一聲，就可以出去澆水；滿 4 分鐘「嗶」一聲，就要回到座位上。

(五) 澆水注意事項：

不可以讓他去洗手台用水龍頭裝水，那會一去不回，或弄得全身是水。教室前面裝一桶水，讓他用杯子裝一杯去澆，告訴他現在澆第一棵，第二棵，水倒下去就回來教室坐好。

一次做到就得一分，失敗就扣分。一天得到幾分就有獎勵：「一小杯可樂」。（可樂不是好東西，所以一天只能一小杯，但是全班只有他能喝，很有吸引力！）

- (六) 一升二年級時，老師為了他，延退一年繼續教他。二升三年級時，一位新來的不知情的年輕老師志願帶了他，在教授的叮嚀下，全部的規矩和道具通通要移交，當然包括那 10 棵樹。

- (七) 現在孩子六年級了，他還是 ADHD，但是他知道要控制自己，他已經可以做滿 10 分鐘了，也就是說，他一節課只要起來 3 次就好了，真的進步很多！

◎ **ADHD 的醫生**：

鄭教授讀書時曾去醫學院修學分，這位主任教授級的 A 醫生，有一很大的辦公室，他總是坐著一張有輪子的椅子，一會兒滑到東邊簽公文，一會兒滑到西邊寫病例，護士小姐抱怨，他六個月就坐壞一張椅子。他有什麼毛病？他只不過是資優的 ADHD 罷了！

他和弟弟從小就是過動兒，但是都很資優。上學沒多久，老師就整天跟父親告狀。因為家裡頗有錢，父親爲了兩兄弟，當了 12 年的家長會長（捐錢又捐地，讓學校開不了告狀的口）。

好不容易他考上了醫學院，大四那年，他興沖沖的要選當時最熱門的心臟外科，主任怕他開刀開到一半就跑出去，所以拒絕了他。眼科主任也不同意收他，最後只有「精神科」願意收他。現在，他是精神科的主任，然後也生了三個過動的兒子，跟他一樣資優，他也開始當學校的家長會長了。

◎ **ADHD 的輔導**：

- (一) 「自我指導」：一位作業老師改不完的老師請求教授的協助，教授教他「自我指導」的方法，就是，一邊改簿子一邊告訴自己：「我要改簿子、我要改簿子、我要把簿子改完、我現在改一本、我現在改兩本……」後來校長來找他，他還跟校長講：「我現在要改簿子，請你等一下！」可是，他終於把簿子改完了。
- (二) 「合作教學」：有兩種，一是普通班和資源班的合作教學（資源班老師入班），一種是學生之間的合作教學。小組成員的執掌：砲手（負責舉手發言）、發言人（負責上台發言）、書記官（負責紀錄）、主席（負責協調）。ADHD 的學生就是最佳砲手，而且同學爲了怕他沒有舉手而漏失得分機會，會一直叮嚀他，要看著老師！所以他整節課都很專心。
- (三) 「改變評量的方法」：一張 20 題的數學考卷，可以剪成 4 份，完成一份再跟老師換另一份，養成有「完成」的習慣。4 張中有 3 張完成，就可以算他完成了這份考卷。
- (四) 小單元活動：老師將一個大活動拆成 4-5 個小單元，雖然是不一樣的小活動，但是在學同樣的東西。
- (五) 樂隊：ADHD 的孩子拿著三角鐵只會亂敲，教授的建議是：他可以拿三角鐵，但是不敲節奏，而是全班演奏完畢，得到老師的暗示時，用力的敲一下，表示全班演奏完畢，然後全班要報以熱烈的掌聲。其實全班是在爲自己鼓掌，但是 ADHD 以爲大家是在爲他鼓掌，所以特別開心、特別努力。
- (六) 適當的發洩：當 ADHD 很生氣時，讓他在紙上寫下「某某某xxx…」然後撕得碎碎的，丟進垃圾桶，讓他跟蟑螂在一起。記住，不可以讓別人看見喔！或者給他一張紙，請他把生氣的事畫出來，畫好了，再問他剛才發生什麼事？這樣他就已經平靜下來了。
- (七) 處理事情時切記：不要讓孩子沒有面子！

表 1 觀察評量表

學生姓名_____ 觀察者_____

科目_____ 日期_____ 時間_____

行為表現	總是	經常	沒有
對他人的責難能表現正面的態度			
能以溫和的態度接受他人			
能尊重他人			
能表現幽默避免與人衝突打架			
對他人的嘲笑能設法處理			
對例行工作能獨立完成			
能避免製造問題並能與同儕保持友好			
接受幫助時能口頭表達謝意			
能稱讚或欣賞同學			
當出現不妥當的行為時能道歉			
用恰當的方式表示生氣			
別人生氣時設法瞭解對方而不激怒對方			
對他人常表現感激			
向他人借物先徵求同意			
在團體活動中被排除能控制自己的情緒			
遇挫折時能自我克制			
用適當的方式表示不同意			
能接受失敗而不沮喪			

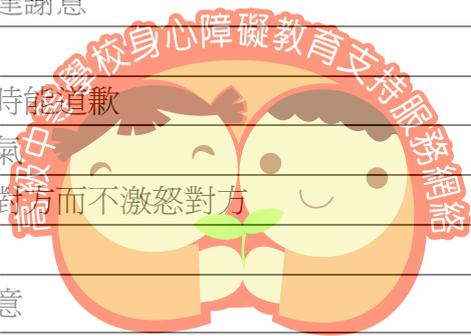


表 2 行為自我報告表

說明: 請你在下列各題所描述的行為欄位內勾選你自己認為總是，有時，或從不出現的行為。
這裡沒有對或錯的答案，填表的目的是希望提供給你的協助。

情緒控制	總是	有時	從不
我常常生氣			
我覺得同學對我很友善			
別人笑我時我很生氣			
我能控制我的脾氣			
別人總是找我麻煩			
我通常先打人			
別人通常先打我			
我總覺得在任何情形必須要先保護自己			
我覺得需要被保護			
當我看到東西被破壞時不會感到難過			
我喜歡修理壞掉的東西			
別人都不聽我說話除非我大聲說話			
我喜歡大聲說話			
自我管理	總是	有時	從不
我在完成工作方面做得不理想			
我完成工作很容易			
我每天帶齊了書本和學校需要的用具			
我常常忘了帶中餐或帶錢買中餐			
我很少弄丟東西			
我用完東西會歸還原位			
我常找不到東西			
我常忘記一些事情或東西			
行為表現	總是	有時	從不
我常為一些小事而煩惱			
沒有人注意我			
我有時很快樂但很快又感到很悲傷			
我看到我需要的東西時就把它拿走			
我看到我需要的東西時會先問得到同意再拿走			
別人常使我感到煩惱			
我能控制我的行為			
我需要大人告訴我如何去做			

壓力處理	總是	有時	從不
遇到困難我很想跑開			
我不喜歡笑			
做錯事我感到很難過			
我喜歡冒險得到成長與學習			
我覺得每件事保持第一是最重要的			
我喜歡每件事都贏			
我不喜歡別人碰我或太靠近我			
我討厭等待			
我很容易感到尷尬			



情緒障礙學生 的正向行為支持

正向行為支持與輔導

第一行為工作室 郭色嬌老師

一、正向行為支持的意涵

正向行為支持是一個以價值觀(value-driven)為取向的方法 (Bambara & Knoster, 1998)。

正向行為支持注重預防行為問題與教導個體替代性行為減少行為問題產生，進而改善個體生活型態；目標不僅在減少或消除行為問題，也協助個體建立新的溝通、社會和自我控制技能。(Janney與Snell, 2000)

二、正向行為支持的特性

根據Bambara和Knoster(1998)

- (一)正向行為支持是以評量為基礎的，介入是基於環境的影響及對於問題行為的功能的假設。
- (二)正向行為支持計畫是全面的，通常包含多重的介入(單一介入策略通常無效)。
- (三)正向行為支持是積極的，包含教導替代技巧及調整環境。
- (四)正向行為支持強調在融合環境中生活方式的提昇，包括介入的情境及長期目標。
- (五)正向行為支持必須建立於以個人為中心的價值觀，尊重每一個學生的尊嚴、喜好及目標。
- (六)正向行為支持是使用一般可及的資源針對每天的情境所設計。

(七)正向行為支持對於成功介入抱持較寬廣的看法，包含

- 1.增加使用替代技巧的頻率。
- 2.減少行為問題的發生。
- 3.改善生活品質。



三、正向行為支持的成效

根據Carr等人(1999)利用後設分析回顧109篇採取「正向行為支持」的實徵研究，其結果歸納如下：

- (一)在幾乎有三分之二的行為介入的實徵研究中，發現利用正向行為支持能夠成功的減少80%行為問題出現。
- (二)藉著功能性評量來發展行為介入計劃能促進成功的行為改變。
- (三)當個體所處的環境也能夠被重新安排時，正向行為支持的效果會比沒有重新安排環境來的更顯著。

四、正向行為支持在友善校園的具體做法

近年來行為問題介入觀念已從早期強調個人行為問題介入，轉變成在學校內如何整合相關資源以服務學生行為問題(Netzel & Eber, 2003)，於是正向行為支持取向介入策略受到大家重視。尤其在倡導友善校園的今天，若能將以往負向處理行為問題的方法轉變成正向的行為支持，相信會讓整個校園更溫馨和諧。茲將正向行為支持在友善校園的具體做法臚列如下：

(一)重視行為問題的功能性評量

功能性評量是分析和理解行為的一件重要的工具，它是一個有系統檢查行為問題，鑑定行為的功能，並且理解行為的背景關係的過程。功能性評量的目的是發展解釋行為問題的意

義的假設。實施一個功能性評量需要從不同的來源收集資料，包括父母、普通教育教師、特殊教育教師、輔助性專業人員和學生。資料收集的主要方法是結構訪談和直接觀察。

(二)以團隊合作處理行為問題

學生行為問題的發生，往往不是單純的原因，而是複雜且牽扯多面向的包括家庭、學校、社區等環境因素。而且同一位學生也可能伴隨多重的行為問題，因此需要多方面的配合才能妥善處理，所以運用團隊的方式（例如，學生、家人、學校教師、學校輔導人員、社工人員、相關重要他人…）一起合作處理行為問題，會比只靠老師單打獨鬥的處理效果好。

(三)使用多重處理模式

行為問題的處理模式有如行為問題本身一樣，有多重的處理模式，不同的行為問題所採取的行為處理模式便有可能不同，而不必拘泥於某一種模式，較常見的行為問題處理模式計有心理動力模式、醫學模式、行為模式、心理教育模式、人本模式、生態模式、認知模式、認知行為模式等八種。

(四)訓練適當的行為來取代行為問題

傳統的行為問題處理方式是針對行為問題本身進行改善，正向行為支持的行為問題處理方式則是訓練適當的行為來取代行為問題。例如，學生喜歡抽菸，傳統的處理方式可能加以處罰或是以嫌惡刺激的方式讓學生害怕抽菸；正向行為支持的處理方式可能會訓練學生嚼口香糖來替代抽菸的行為問題。

(五)採取正向的處理策略

利用處罰或體罰讓學生害怕而停止行為問題是一種負面的處理模式，學生有可能短暫的立即改變，但久而久之可能會造成惡性循環，無法根治行為問題，嚴重者甚至造成學生自我意識薄弱，認為自己就是壞學生。因此，處理學生行為問題時，不妨多採用正向的處理策略。

(六)運用前事操縱預防行為問題

在以往輔導與管教學生時，強調三級預防，防範學生行為問題於未然。前事操縱即是預防的概念。所謂前事是引發行為問題的刺激，藉著找出和修正前事來防範行為問題於未然（鈕文英，民90）。例如小安在發脾氣前可能會不講話，這種不講話的行為就是一種先兆，一但先兆出現，就要盡快處理，以預防行為問題出現。

(七)重視生態環境的調整

學生的行為問題出現，可能是學生本身的因素，也可能與家庭、社區、學校環境有關。因此，週遭的生態環境可能隨時對其產生影響，所以對於學生生態環境的調整，使其有良好的適配度，也有助於學生行為問題的減少。

(八)採用個別化的行為處理方案

學生的行為問題林林總總，相同的行為問題對不同的學生而言，其代表的涵義也未必相同，因此處理學生的行為問題時，應該採取個別化的方式進行處理，可採類似特殊教育的IEP方式，為學生的行為問題設計個別化的計畫。

伍、結語

正向行為支持是特殊教育領域用來處理身心障礙學生行為問題的重要方式之一，雖然身心障礙學生的行為問題因生理或心理因素較容易出現，但不代表一般學生就沒有相似的行為問題，因此將其運用在校園中處理學生的行為問題應該是一種可行的模式，尤其對行為問題抱持正面的看法，不管對於一般學生或是障礙學生而言，都是一種較友善的處理行為問題的方式，在推行友善校園運動的此時，正好可將其應用之。

參考書目

吳清山、林天佑（民94）。教育名詞：友善校園。教育資料與研究，62，177。

陳金燕（民94）。學校輔導工作的現況與變革。教育研究月刊，134，5-10。

鈕文英（民90）。身心障礙者行為問題處理：正向行為支持取向。台北：心理出版社。

Bambara, L., & Knoster, T. (1998). *Designing positive behavior support plans*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Carr, E. G., Horner, R. H., Turnbull, A., McLaughlin, D. M., McAtee, C. T., Smith, C. E., Ryan, K. A., Rief, M. B., & Doolabh, A. (1999). *Positive behavior support for people with developmental disabilities: A research synthesis*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Janney, R., & Snell, M. E. (2000). *Behavioral Support*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.

Netzel, D. M., & Eber, L. (2003). Shifting from reactive to proactive discipline in an urban school district: A change of focus through PBIS implementation. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 5(2), 71-79. s r

出處：台東特教 96 年 12 月 第 26 期



「正向行為支持」在友善校園中的應用

國立臺東大學特教系碩士班研究生 林育毅
國立臺東大學特教系副教授兼實習組組長 王明泉

壹、前言

在校園中學生的行為問題是每天時時刻刻都在發生的，這些行為問題常常會抵消教師教學樂趣，干擾其他人學習，甚至危害到生命安全。以往在處理這些行為問題時，經常以行為改變技術的方法，例如，洪水法(flooding)、嫌惡刺激(aversive stimulus)、處罰、隔離(time-out)等方式讓行為問題立即性的獲得改變，而不去注意學生行為問題背後隱藏的含意，因此在輔導管教學生的過程中，不管是傳統的輔導方式或是教、訓、輔三合一的方式，均未將學生的行為問題抱持正向的態度，只注意當下的行為問題，而忽略了其背後的原因，例如，一個學生到校或到班級激動或者心煩是由於一些事情發生在家中、上學途中。如果老師不去探討行為背後的原因，而直接處罰學生，將導致學生不喜歡上學，將校園視為一個無趣、不友善的地方。正向行為支持有別於傳統的行為處理方式，將其運用在目前教育部極力推廣的友善校園中，正好符合其「關懷、平等、安全、尊重、友善」的精神。

貳、友善校園的意涵與精神

校園是學生學習的重要場所，除了家庭之外，學校是學生一天當中停留最多時間的地方。長久以來的「不打不成器」的觀念加上升學主義的錯誤觀念助長，學校對於學生而言，未必具有吸引力。尤其進入科技時代後，學生接觸外界的資訊比以往傳統年代可用倍數來計算；加上社會急遽變遷，家庭型態結構逐漸改變，使得年輕學子處在思想觀念分歧的社會，價值觀念及行為操守難免深受影響，因此以往的校園經營管理模式未必適合目前的環境。友善校園則反映出目前校園需改善的地方。茲將友善校園的緣起、意涵及精神分述如下：

一、友善校園的緣起

根據吳清山、林天佑(民94)研究指出，友善校園之倡導係源自於校園中老師體罰學生的情形仍然存在，學生無法免除對於肉體與精神懲罰的恐懼。因此在民國九十二年十二月二十一日由中學生權利促進會、永和社區大學、後四一〇教改論壇、台少盟、台灣女性學學會、台灣人權促進會、澄社、勵馨基金會、東吳大學張佛泉人權研究中心等，共同發動「友善校園聯盟—終結體罰運動」，第一步希望先讓台灣學生免於體罰的恐懼。

二、友善校園的意涵

陳金燕(民94)指出「友善校園」乃「教訓輔三合一輔導新體制」實驗計畫之延續，積極推動實施之性別平等教育、建立學生輔導新體制、生命教育及人權法治等相關課題統整規劃，並納入新興議題，希望藉由本計畫協助地方政府及學校完善統合社區教育輔導資源，建置照顧弱勢學生機制，奠定安全溫馨校園，促進教育人力與社輔資源交互作用，整合發展，帶好每位學生。

三、友善校園的精神

友善校園的精神在於塑造一個溫馨和諧的校園環境，所有的教育活動都是建立在「關懷、平等、安全、尊重、友善」的基礎上，讓學生在校園生活中不再充滿恐懼，使學生都能夠快樂而有效的學習。

參、正向行為支持的涵義、特性與成效

正向行為支持的領域在最近數十年快速的成長，這正彰顯了行為問題的真實性及困難的挑戰性。正向行為支持與評估及改進環境有關，讓有行為問題的學生可以減少行為問題。茲將正向行為支持的意涵與特性分述如下：

一、正向行為支持的意涵

所謂正向行為支持是一個以價值觀(value-driven)為取向的方法，藉此教師可以在不同的情境中有效的解決問題(Bambara & Knoster, 1998)。Janney與Snell(2000)認為正向行為支持注重預防行為問題與教導個體替代性行為減少行為問題產生，進而改善個體生活型態。Janney與Snell(2000)亦指出正向行為支持的目標不僅在減少或消除行為問題，也協助個體建立新的溝通、社會和自我控制技能。有別於傳統的行為改變的方法，正向行為支持注重行為問題產生的背後因素，認為每一個行為皆有其功能意涵。

二、正向行為支持的特性

根據Bambara和Knoster(1998)研究指出正向行為支持具有下列特性：

- (一)正向行為支持是以評量為基礎的，介入是基於環境的影響及對於問題行為的功能的假設。
- (二)正向行為支持計畫是全面的，通常包含多重的介入(單一介入策略通常無效)。
- (三)正向行為支持是積極的，包含教導替代技巧及調整環境。
- (四)正向行為支持強調在融合環境中生活方式的提昇，包括介入的情境及長期目標。
- (五)正向行為支持必須建立在以個人為中心的價值觀，尊重每一個學生的尊嚴、喜好及目標。
- (六)正向行為支持是使用一般可及的資源，針對每天的情境所設計。
- (七)正向行為支持對於成功介入抱持較寬廣的看法，包含：
 - 1.增加使用替代技巧的頻率。
 - 2.減少行為問題的發生。
 - 3.改善生活品質。

三、正向行為支持的成效

根據Carr等人(1999)利用後設分析回顧109篇採取「正向行為支持」的實徵研究，其結果歸納如下：

- (一)在幾乎有三分之二的行為介入的實徵研究中，發現利用正向行為支持能夠成功的減少80%行為問題出現。
- (二)藉著功能性評量來發展行為介入計劃能促進成功的行為改變。
- (三)當個體所處的環境也能夠被重新安排時，正向行為支持的效果會比沒有重新安排環境來的更顯著。

肆、正向行為支持在友善校園的具體做法

近年來行為問題介入觀念已從早期強調個人行為問題介入，轉變成在學校內如何整合相關資源以服務學生行為問題(Netzel & Eber,2003)，於是正向行為支持取向介入策略受到大家重視。尤其在倡導友善校園的今天，若能將以往負向處理行為問題的方法轉變成

正向的行為支持，相信會讓整個校園更溫馨和諧。茲將正向行為支持在友善校園的具體做法臚列如下：

(一)重視行為問題的功能性評量

功能性評量是分析和理解行為的一件重要的工具，它是一個有系統檢查行為問題，鑑定行為的功能，並且理解行為的背景關係的過程。功能性評量的目的是發展解釋行為問題的意義的假設。實施一個功能性評量需要從不同的來源收集資料，包括父母、普通教育教師、特殊教育教師、輔助性專業人員和學生。資料收集的主要方法是結構訪談和直接觀察。

(二)以團隊合作處理行為問題

學生行為問題的發生，往往不是單純的原因，而是複雜且牽扯多面向的包括家庭、學校、社區等環境因素。而且同一位學生也可能伴隨多重的行為問題，因此需要多方面的配合才能妥善處理，所以運用團隊的方式（例如，學生、家人、學校教師、學校輔導人員、社工人員、相關重要他人…）一起合作處理行為問題，會比只靠老師單打獨鬥的處理效果好。

(三)使用多重處理模式

行為問題的處理模式有如行為問題本身一樣，有多重的處理模式，不同的行為問題所採取的行為處理模式便有可能不同，而不必拘泥於某一種模式，較常見的行為問題處理模式計有心理動力模式、醫學模式、行為模式、心理教育模式、人本模式、生態模式、認知模式、認知行為模式等八種。

(四)訓練適當的行為來取代行為問題

傳統的行為問題處理方式是針對行為問題本身進行改善，正向行為支持的行為問題處理方式則是訓練適當的行為來取代行為問題。例如，學生喜歡抽菸，傳統的處理方式可能加以處罰或是以嫌惡刺激的方式讓學生害怕抽菸；正向行為支持的處理方式可能會訓練學生嚼口香糖來替代抽菸的行為問題。

(五)採取正向的處理策略

利用處罰或體罰讓學生害怕而停止行為問題是一種負面的處理模式，學生有可能短暫的立即改變，但久而久之可能會造成惡性循環，無法根治行為問題，嚴重者甚至造成學生自我意識薄弱，認為自己就是壞學生。因此，處理學生行為問題時，不妨多採用正向的處理策略。

(六)運用前事操縱預防行為問題

在以往輔導與管教學生時，強調三級預防，防範學生行為問題於未然。前事操縱即是預防的概念。所謂前事是引發行為問題的刺激，藉著找出和修正前事來防範行為問題於未然（鈕文英，民90）。例如小安在發脾氣前可能會不講話，這種不講話的行為就是一種先兆，一但先兆出現，就要盡快處理，以預防行為問題出現。

(七)重視生態環境的調整

學生的行為問題出現，可能是學生本身的因素，也可能與家庭、社區、學校環境有關。因此，週遭的生態環境可能隨時對其產生影響，所以對於學生生態環境的調整，使其有良好的適配度，也有助於學生行為問題的減少。

(八)採用個別化的行為處理方案

學生的行為問題林林總總，相同的行為問題對不同的學生而言，其代表的涵義也

未必相同，因此處理學生的行為問題時，應該採取個別化的方式進行處理，可採類似特殊教育的IEP方式，為學生的行為問題設計個別化的計畫。

伍、結語

正向行為支持是特殊教育領域用來處理身心障礙學生行為問題的重要方式之一，雖然身心障礙學生的行為問題因生理或心理因素較容易出現，但不代表一般學生就沒有相似的行为問題，因此將其運用在校園中處理學生的行為問題應該是一種可行的模式，尤其對行為問題抱持正面的看法，不管對於一般學生或是障礙學生而言，都是一種較友善的處理行為問題的方式，在推行友善校園運動的此時，正好可將其應用之。

參考書目

吳清山、林天佑（民94）。教育名詞：友善校園。**教育資料與研究**，62，177。

陳金燕（民94）。學校輔導工作的現況與變革。**教育研究月刊**，134，5-10。

鈕文英（民90）。身心障礙者行為問題處理：正向行為支持取向。台北：心理出版社。

Bambara, L., & Knoster, T. (1998). *Designing positive behavior support plans*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Carr, E. G., Horner, R. H., Turnbull, A., McLaughlin, D. M., McAtee, C. T., Smith, C. E., Ryan, K. A., Ruef, M. B., & Doolabh, A. (1999). *Positive behavior support for people with developmental disabilities : A research synthesis*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Janney, R., & Snell, M. E. (2000). *Behavioral Support*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.

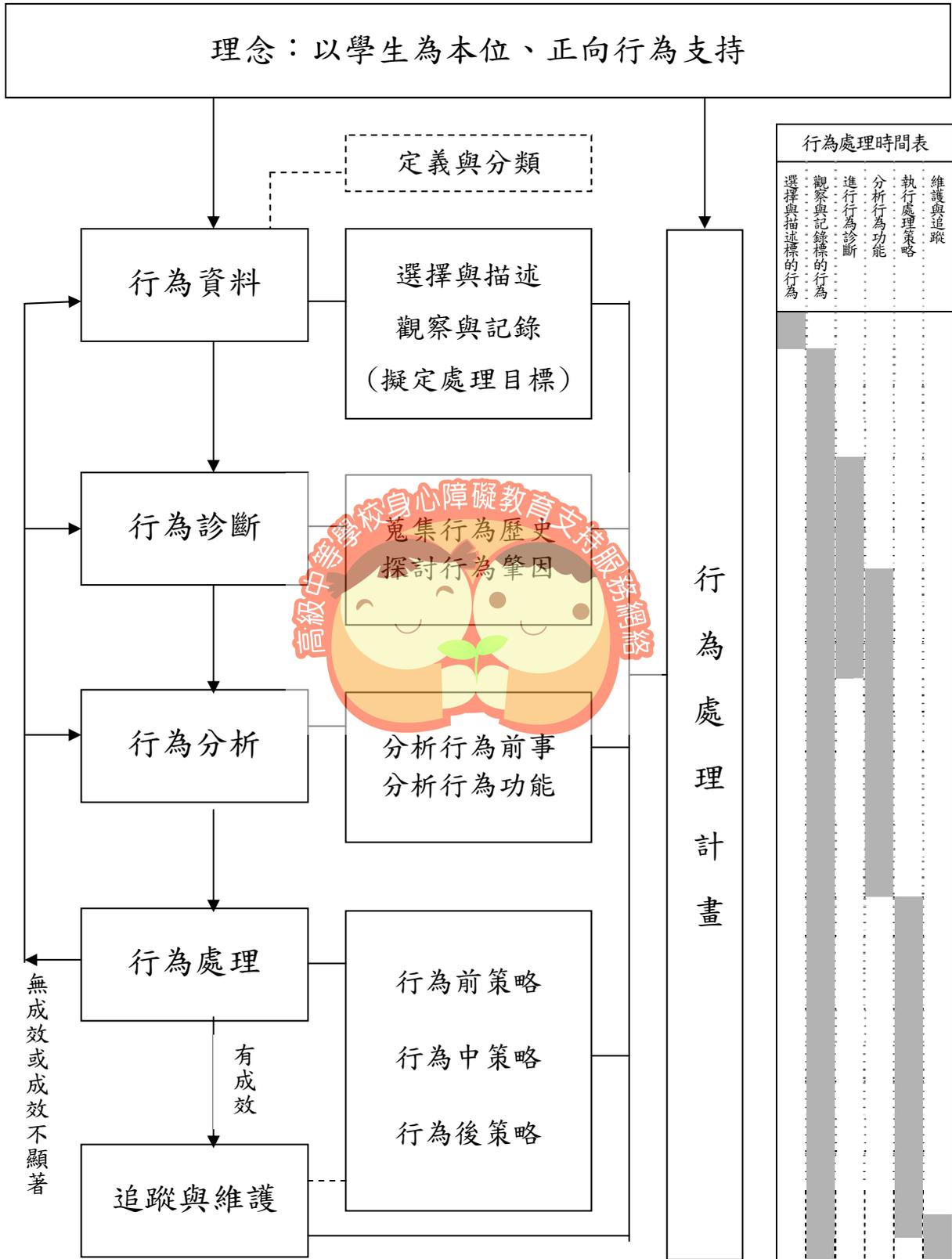
Netzel, D. M., & Eber, L. (2003). Shifting from reactive to proactive discipline in an urban school district: A change of focus through PBIS implementation. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 5(2), 71-79.

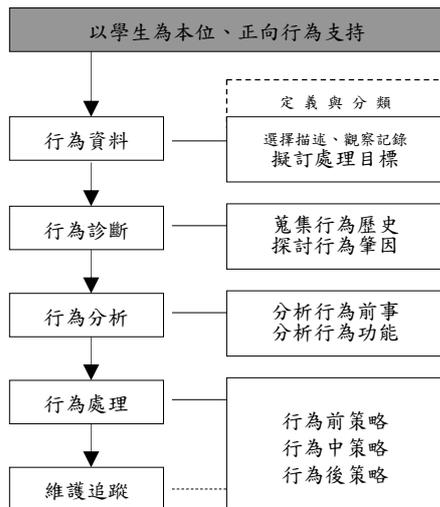


出處：台東特教 96 年 12 月 第 26 期

行為處理流程

第一行為工作室 郭色嬌





<回首來時路>

故事一：林先生的戲碼
故事二：王小姐的餘興節目
省思：行為問題的來龍與去脈

<過去的迷思>

1. 只要行為不要再發生就好
2. 個案行為改變以適應環境
3. 還有其他---

壹、前言

一、行為處理觀念的改變

- 從摒棄 → 漠視
- 從從收容 → 訓練
- 從從行為改變 → 正向行為支持

二、服務價值觀與正向行為支持的理念分享

- 以個人為中心的價值觀
- 用尊重與包容的態度
- 在融合與正常化，共同參與的前提下
- 以功能評量為基礎
- 注重調整環境預防行為問題的發生與教導替代性行為
- 協助個體建立新的溝通、社會和自我控制技能
- 達成生活品質的全面提升

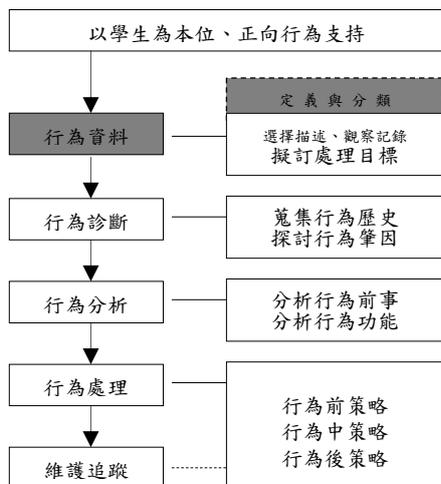
三、情緒與行為問題的起源

- 生物化學因素
例如：遺傳,疾病,藥物,飲食---等
- 心理因素
例如：人格及行為特質、認知---等
- 社會文化因素
例如：家庭教養、人際互動---等

前事	行為	功能
遙遠前事	標的	溝通/要求 注意
立即前事	替代	具體事物 感官刺激 逃避 發洩 多重

<如果劇本可以改寫>

1. 愛原來的他
彩繪未來---
10,20年後的他
思考成功的條件
如何養成成功的特質？
2. 其實我已懂了你的心
 - 誰需要幫助？
 - 外顯性身心障礙者的需求
 - 我們對情緒行為問題的看法影響處理的態度
3. 陪他走一段路
4. 愛他更要有好方法



<哪些是行為問題？>

- 異常的 → 當街擁吻？女人從政？穿鼻環、刺青？
<會議流程>？
- 痛苦的 → 犀利哥？冰泳？
- 功能失常 → 絕食抗議？
- 危險 → 憂鬱、焦慮？

寫出一個令您最困擾的「行為問題」，並思考問題的定義。

貳、行為資料

一、行為問題的定義（4D）

- （一）異常的（deviance）：思想及情緒違反社會有關適當功能的想法
- （二）痛苦的（distress）：行為、思想或情緒導致痛苦
- （三）功能失常(dysfunctional)：行為影響日常生活功能
- （四）危險（danger）：行為對自己或他人造成危險

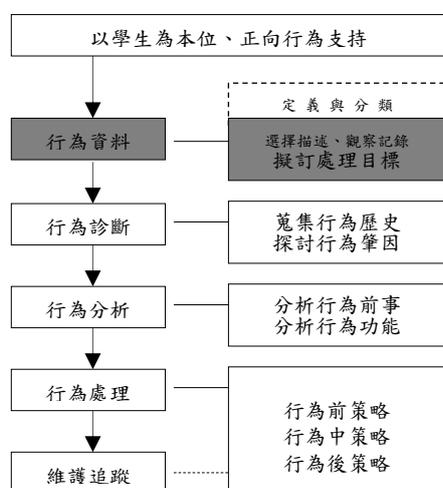
鈕文英（2009）對身心障礙者行為問題的分類：

1. 固著行為
2. 自傷行為
3. 攻擊行為
4. 不適當的社會行為
5. 特殊情緒困擾
6. 身體調節異常

二、行為問題的類型（參見『轉介表』）

- （一）自傷：例如以頭撞牆、咬手、打臉---
- （二）攻擊：身體或口語的攻擊，例如打人、罵人、抓人頭髮、用器物傷人---
- （三）破壞：例如推翻桌椅、打破玻璃、摔壞電器用品
- （四）不服從/不合作：例如給他一個指令他就會發脾氣、遲疑到達指定地點
或從事交代的活動
- （五）不適當的社會行為：例如隨地大小便、隨意親吻他人---
- （六）固著或反覆無意義的動作：例如身體前後擺動、甩手---
- （七）退縮：例如別人對他一有身體接觸就會尖叫、眼光凝視毫無表情
- （八）怪異的性行為/習慣：大小便時把衣服脫光、喝馬桶中的水
- （九）過份活動：例如話說不停、不斷的變換動作與姿態

(十) 其他情緒障礙或行為異常：例如憂鬱、焦慮等



三、選擇與描述標的行為

(一) 選擇標的行為

- 緊急性：立即造成本身及他人生命、身體的傷害
- 嚴重性：影響本身或他人安全、影響日常生活或社會秩序，造成環境或物品的破壞的程度
- 適當性：發生的地點、場合
- 時間性：經常發生、持續一段時間

(二) 界定與描述標的行為

- 描述看到、聽到甚至聞到者
- 具體化：可觀察、可度量者
(促使參與處理者對問題的看法一致)

四、觀察與記錄標的行為

(一) 為什麼要記錄？

- 了解行為的變化，確認介入策略是否有效。
- 可能會發現之前未發現的事實。
- 很多實例中發現，開始記錄後行為

< 哪些是標的行為？ >

- 阿貴在走廊脫下褲子尿尿，到花園的水池邊，把涼鞋丟入池中；到停車場爬上車頂踩踏；「衝」到水龍頭處，打開水龍頭，手掌向上壓住噴水口使水花四濺，轉身打老師耳光。
- 阿雄不分場合，欲如廁時，事先拉下褲子行進。如廁時，用頭輕敲牆壁，若情緒不佳，則會用力敲頭。每日使用棒球帽繞住雙手，並拿佛珠等物品。不分氣候狀況及場合，喜歡披外套。在穩定的情況下，有時會突然打頭；坐車時，有時會用頭輕敲椅背。
- 阿玲看到大小動物都會大哭大叫，橫衝直撞，捶打玻璃，把手割得鮮血淋漓。

< 寫寫看 >

1. 阿忠不守秩序 →
2. 阿強有攻擊行為 →
3. 阿英干擾別人 →
4. 阿華喜歡生氣 →

即產生正向改變。

- 可作為溝通時客觀且有效的依據。

(二) 觀察與記錄的方法

1. 依「觀察情境」：自然情境、模擬情境
2. 依「記錄的方式」：現場、錄影觀察
3. 依「行為資料類型和特性」：
 - (1) 次數：行為非連續性，例如打人、向人吐口水
 - (2) 時間長度：行為持續的時間，例如前後搖晃身體
 - (3) 間段紀錄：行為次數和持續時間的比率，
例如做代工的時間
 - (4) 瞬間抽樣：紀錄持續時間較長的行為，例如睡眠
 - (5) 等級、強度：例如生氣時的表現狀況、強度
 - (6) 永久產物評量：例如體重增加、撕破衣服

<例一> 行為觀察記錄表(次數樣本)

姓名：小丁	觀察記錄時間	03.21 至 04/03					記錄者：小丁媽	
標的行為：打人(用手拍打弟弟)								
時間	1	2	3	4	5	6	7	平均
第1週	xxxx	xxxxx xxx	xxxxx x	xxxx	xxx	不在家	xxxx	5
第2週	xxxxx xx	xxxx	xxxxx x	xxxxx	xxxxx xx	xxx	xxxxx xxx	6

<例二> 行為觀察記錄表(時長樣本)

姓名：阿華	觀察記錄時間	03.21 第1~3節		記錄者：林老師				
標的行為：上課時間當中任意離開座位超過10秒鐘以上 (不論老師有無制止或提醒)。								
時間	第一次		第二次		第三次		計	頻率
	開始	結束	開始	結束	開始	結束		
第1節	8:35	8:37	8:49	8:50	9:00	9:15	18	18/45
第2節	9:25	9:30	9:32	9:40	9:43	9:44	14	14/45
第3節	10:20	10:25	11:00	11:05			10	10/45

<例三> 行為觀察記錄表(時距樣本)

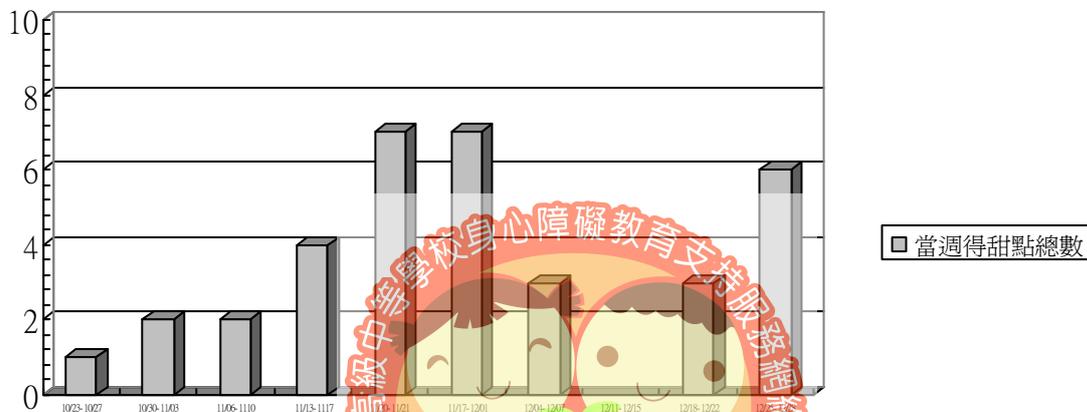
姓名：阿圖	觀察記錄時間	03.21 第1~2節		記錄者：李老師
標的行為：自慰(上課時間當中出現不當碰觸生殖器官之行為， 持續三秒鐘以上)。				

時間	5	10	15	20	25	30	35	40	45	計	頻率
第1節	✓		✓	✓	✓		✓		✓	6	66%
第2節											

(三) 觀察與記錄注意事項

1. 除紀錄「標的行為」之外，也可記錄「替換行為」(或好的行為)，如〈圖一〉
2. 觀察時間可依需要及問題行為類型更改為日期、星期、月份…等。
3. 將記錄結果，整理成曲線圖，以方便閱讀及確認處理成效。如〈圖二、三、四〉

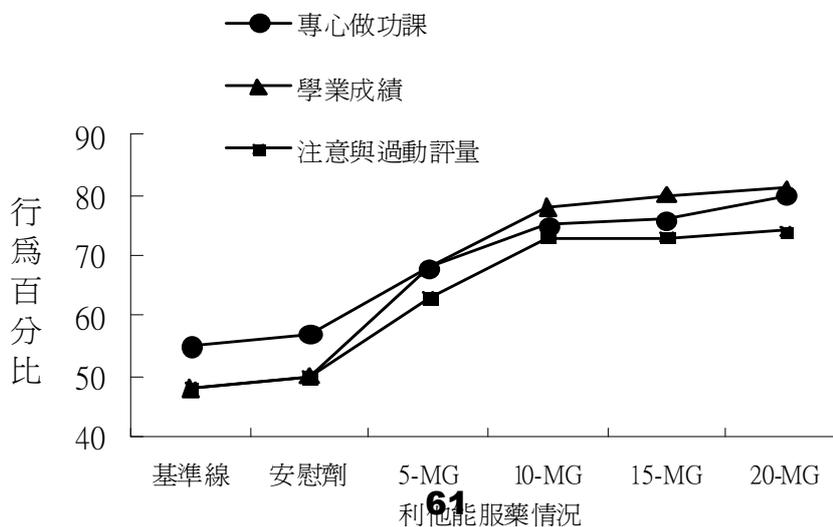
〈圖一〉 阿貴每週因為表現「好行為」而獲得甜點總數表



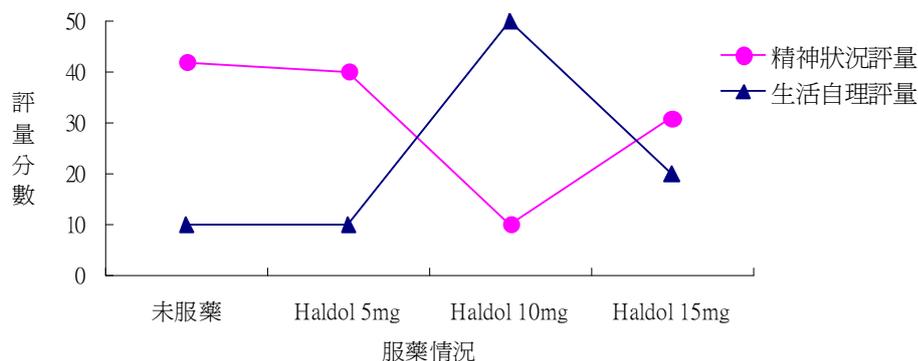
※ 想一想，阿貴為什麼有一週沒有得到甜點？

- 外界事物發生變化，例如：來了新老師？換座位？天氣突然變熱？---
- 阿貴的母親未按照醫囑定時給他服藥？
- 行為介入的策略有缺失？
- 其他

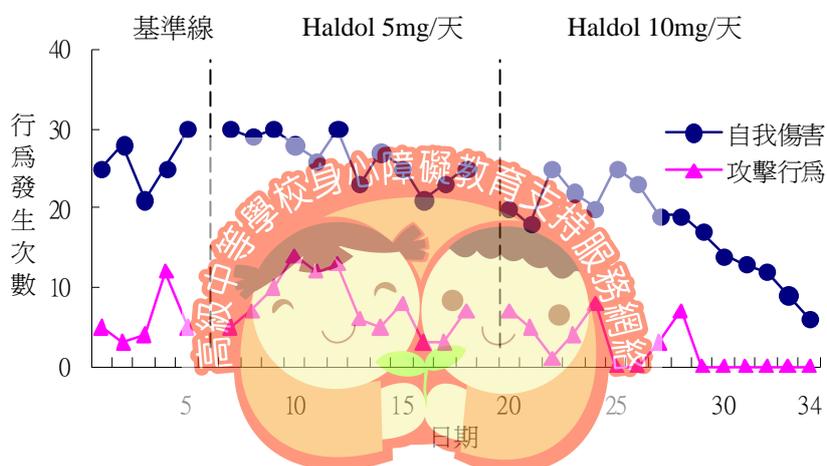
〈圖二〉 阿華服用利他能效果評量



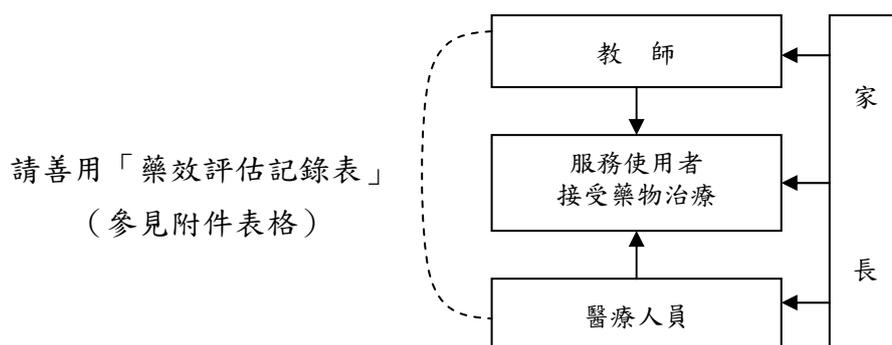
<圖三> 小鳳服用 Haldol 對精神症狀及生活自理能力的效果



<圖四> 大同服用 Haldol 對自我傷害與攻擊行為的效果



4. 當服務使用者接受藥物治療時，教師與醫療專業人員的合作關係



※ 當服務使用者接受藥物治療處理情緒行為問題時，教師宜審慎考慮：

- 醫療診斷都是正確的吗？藥物治療是唯一的方法嗎？
- 教師如何與醫療專業及家長合作？
- 如何與家長溝通依照醫囑按時服用藥物？

- ※ 當服務使用者接受藥物治療處理情緒行為問題時，教師宜先行查詢藥物資訊。
- ※ 當與醫師討論時，可以提出以下相關問題：
 - 這個藥主要針對的症狀？
 - 它的副作用？
 - 除了這個藥物外，還有沒有其他的治療方法？
 - 這藥要如何服用？大約要吃多久？
 - 大概要服用多久可以看出療效？
 - 要怎樣評估這藥物的療效？
 - 服用這藥要注意什麼事項？有無應該避免的食物或活動？
 - 何時複診？複診時需要準備哪些評估資料？
 - 這藥有無說明資料可以參考？
- ※ 使用第一行為工作室的「藥效評估紀錄表」時，宜注意事項：
 1. 填寫目前正在服用的藥品名稱、劑量及用法。
 2. 評估項目為情緒行為或飲食及睡眠等狀況的變化，宜與醫師討論後訂定。
 3. 觀察記錄方法的選擇與運用，可與「第一行為工作室」聯繫討論。

五、擬定處理目標（擬訂日期—預定檢討日期）

（一）依功能分：

1. 消弭標的行為（「壞」的行為）

例如：降低打人次數、縮短來回踱步時間、減弱傷害程度

2. 建立替代行為（「好」的行為）

例如：增加兩種休閒技能、培養圖卡溝通的技能

（依時間分）：

1. 長期目標：方向性、原則性、全人觀點

例如：提升溝通能力、改善人際關係

2. 短期目標：明確陳述，可觀察、可度量

學習者+目標行為+（目標出現之情境）+通過標準

例如：阿貴每節課坐在座位的時間，（在教室內），由 5 分鐘增加到 20 分鐘。

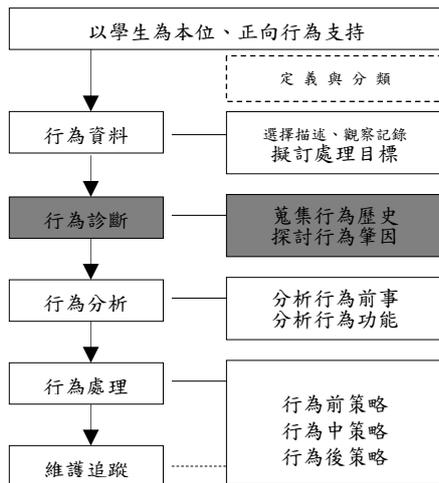
< 寫寫看 >

阿明（咬人）：消弭→

建立→

阿強（撕紙）：消弭→

建立→



參、行為診斷

一、蒐集行為歷史

(一) 標的行為的歷史

何時開始出現？如何演變？——等

(二) 行為處理歷史

過去採用的策略？成效如何？

哪些是有效的策略？為什麼？

誰在執行？成效是否仍維持？

——等

二、個案本身的特徵與需求

(一) 個人基本資料

(二) 生理與健康

1. 疾病

癲癇、中耳炎、腸胃

2. 醫藥處理歷史

何時？哪個醫院？治療多久？

治療結果？哪種藥物？劑量？

使用方法？副作用？

(三) 能力因素

認知能力→例如：在情境中能理解日常生活指令，如「把杯子拿過來」

一對一的情況下，可以維持 3~5 分鐘注意力

溝通能力→例如：能使用詞彙表達需求，如喝水、尿尿

能與人交談昨天他在家中做的事情

自理能力→例如：別人將湯匙靠近嘴邊時，他會把嘴巴張開

能獨立完成生活自理，但大便後需要再確認擦拭乾淨

行動能力→例如：能使用助行器移動約 20 公尺

能自己操控電動輪椅在室內自由行動

休閒活動→例如：會哼歌調、喜歡看天線寶寶

居家及日常生活→會自己打開電視、會挑選自己喜歡的衣服

人際互動→例如：客人來訪時，他就跑進房間；下課時會主動找同學玩

(四) 情緒因素

情緒狀態和穩定度



(五) 需求/動機因素

個人喜好和興趣 (增強物)

對基本需求(例如生理、安全、愛、自我實現和認同等)的需求程度
對刺激/增強物類型和數量的需求

三、生活型態、品質/環境因素

(一) 照顧者能力

週遭人對他的態度、給予尊重和選擇的機會

溫暖的情感支持、提供刺激、引導並予以界線、穩定性

(二) 家庭

家庭結構：成員、排行、互動關係---等

教養功能：主要照顧者、教養方式、生活作息---等

家族史、收入、家庭與社區的關係、與親戚互動關係---等

家人對個體行為問題的看法和可能的影響---等

(三) 機構 (學校)

工作/課業的要求

教師、工作人員教養態度、互動方式

與同儕互動情形、活動參與狀況、遇到困難可獲得的支持和協助---等

(四) 社區

家庭與社區的關係、與親戚鄰人互動關係、在社區活動的情形---等

鄰人與社區對個體行為問題的看法和可能的影響---等

※ 以上陳述或書寫時，宜注意下列重點：

正向陳述 (不說負面語)

具體明確 (非籠統模糊)

客觀說明 (無價值判斷)

專業用語 (非街頭巷議)

<寫寫看>

他沒有口語能力→

他居然衝過去打人→

※ 以上資訊來源應詳閱並彙整、分析個案的相關原始資料，原始資料如：

觀察與訪談：個案基本資料、家長晤談記錄、家庭訪問紀錄、個案會議記錄
行為觀察記錄、行為輔導紀錄、行為功能分析訪問表、
標的行為觀察記錄表、個別化教育/服務計畫---等

測驗與評估：醫療診斷證明、發展測驗、相關專業評估、健康檢查---等

調查與檢核：轉銜或轉介表、家庭環境調查表、藥物服用紀錄、動機評量表
增強物調查表---等

根據下列描述，請列舉宜從哪些面向診斷阿雄的情緒行為問題？

<老師的陳述>

做代工時，阿雄到志明的位置後面，拍志明的背，志明沒反應，我請他回座，他未有動作，面向著後面的公佈欄大喊一聲。

走出教室，阿雄同意去跑跑步機。並邊走邊跟我說，隔壁班的俊傑找他打架，我答應他去找俊傑的老師了解情況。

在俊傑老師的見證下，讓阿雄與俊傑面對面化解誤會，俊傑說明"找你打架是開玩笑的話"在兩人各自說明後，握手言和。

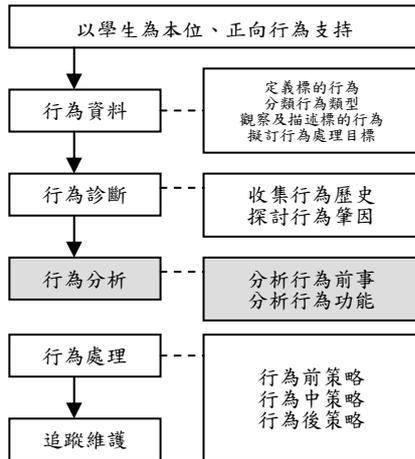
阿雄做代工做得很認真，到了吃飯時間，請他先回去吃飯，他還說要先把代工完成，我跟他說如果午休時間沒有任務且他自己也不需要午休，可以繼續做，但請要先讓我知道。

<阿雄媽媽的陳述>

昨晚不到九點就上床睡覺，表示很累，早上起不來，故媽媽打電話來要請一小時的假，阿雄起床後情緒就不穩為鼓勵他，請他去吃怡客早餐，但他一直再磨又表示到中心很無聊，又不肯穿衣服。出門前還和爸媽起衝突，爸爸大吼了一下表示再這樣下去全家都會瘋。阿雄回應要殺了爸爸，並要先殺奶奶，爸爸氣起來拿水果刀放在桌上表示有膽就來，我搶下刀帶阿雄出門吃早餐。

晚上，大姑和二姑來家裡找奶奶打牌，奶奶拿牛肉乾給阿雄吃，阿雄吃了牛肉乾，晚餐就吃不下，又引發一些衝突。唉！管教方法不一致，真是難為啊！

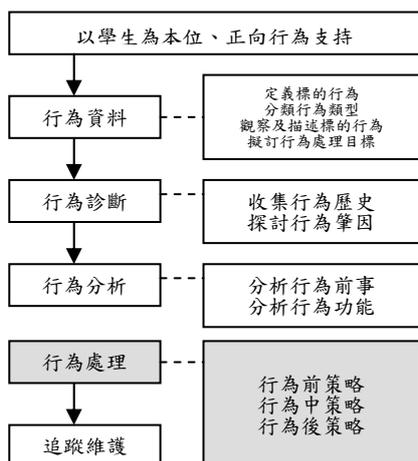
行為診斷考量的項目：



肆、行為分析

前事	行為	功能
情況 (遙遠前事、情境) 立即前事 先兆	標的行為 替代行為	溝通 / 要求 注意 具體事物 感官刺激 逃避 發洩 多重

- 一、情境：指標的行為發生在 什麼人在場時，什麼地點？做什麼事時？個案生理及情緒情況如何？例如在用午餐時、張老師在帶領大家唱歌時、他早上來不及吃早餐。
- 二、前事：指標的行為發生之前，個案的周遭環境發生什麼事？如老師拒絕了他上課中吃東西的要求、阿明拿走他手上的繩子。
- 三、先兆：指標的行為發生之前，個案本身的活動或表情，如口中唸唸有詞，嘟起嘴巴，來回踱步。
- 四、處理：指個案標的行為發生後，老師或父母如何對此行為做介入。例如老師要他離開現場，媽媽以糖果來促使他停止哭叫、老師要個案向同學道歉。
- 五、後果：指標的行為發生之後個案所承接的外來刺激。這些後果是填表人實際觀察到的現象，如被打的同學哭了，老師安撫個案，被罵的同學大發脾氣。
- 六、功能的假設：填表人根據實際觀察得到的標的行為及此行為發生後所得到的後果做功能的假設，如引起注意或反應，逃避厭惡的事物，獲得具體的事物，發洩情緒。
- 七、檢討處理的過程並設計處理的策略：根據這一次行為事件與記錄，檢討處理失當之處，如無意中增強了問題行為或忽視了正面的行為。然後設想更有效的處理策略，如建立並增強替代行為，縮短區別性增強其他行為的時距。
- 八、記錄人簽名以示負責。



伍、行為處理

一、行為前策略（前事控制）

（一）生態操縱與行為支援

1. 了解、尊重、接納、鼓舞

2. 生活型態正常化

融入社會主流的權利

3. 社會態度的改變

不論才智高低，每個人在能力範圍內，對自己的生存應盡一份力量，並享有生存的真正意義）

4.選擇與控制

例如；可以決定幾點吃飯、穿甚麼衣服或晚點起床等。

5.親密的人際關係

例如：擁有家人的關愛、有好朋友、擁有友誼的溫暖等。

6.傾聽

7.從功能分析到特殊情況的改變：

例如：預料他會以頭撞牆，就先把它帶到安全的地方；如果知道他坐在滑輪椅上就不會自傷，就暫時階段性的讓他都坐在輪椅上，再慢慢訓練他坐一般椅子

8.生態的整體改變：

例如:空間環境的調整、座位的安排等、工作的替換輪流等。

9.感官刺激：例如：讓他握著軟軟的小布偶

10.學業與休閒的平衡

11.生理、心理需求的滿足

12.生命共同體

（二）、行為訓練

1.替代行為

（1）社會技能：例如視線接觸、打招呼、借過、邀請參加---

（2）溝通技能：口語、手語、姿勢動作、圖卡、溝通器---

（3）果敢行為：「理直氣和」，（與口語能力、社會技能、情緒控制相關）

（4）休閒技能：「無聊是行為問題的溫床」，（與認知能力、動作技能相關）

2. 相關行爲

- (1) 選擇的能力：例如問他：「你要洗碗？還是拖地板？」
- (2) 習慣的破除：例如給予口頭提示或從事「不能同時存在的行爲」
- (3) 自我控制：自己離開現場或刺激物、自我口語提示
- (4) 辨別情況：到適當的場所、地點
- (5) 認知的改造：信念改變、歸因調整

3. 因應的能力

- (1) 情緒的改變：設計使情緒改變的策略，如解釋前因後果、分析情況
- (2) 憤怒的控制
找出引發憤怒來源→找出內在外在反應跡象→使用自我提醒
→使用息怒技術(例如深呼吸)→使用自我提示
- (3) 思考的轉變
他人干擾公開思考→他人干擾內在思考→自己公開干擾自己內在思考
→自己內在干擾自己內在思考→從無理性思考轉入愉快思考
- (4) 放鬆：例如「漸進的肌肉放鬆法」
- (5) 系統減敏感法：逐步呈現嫌惡刺激

(三) 行爲控制與預防

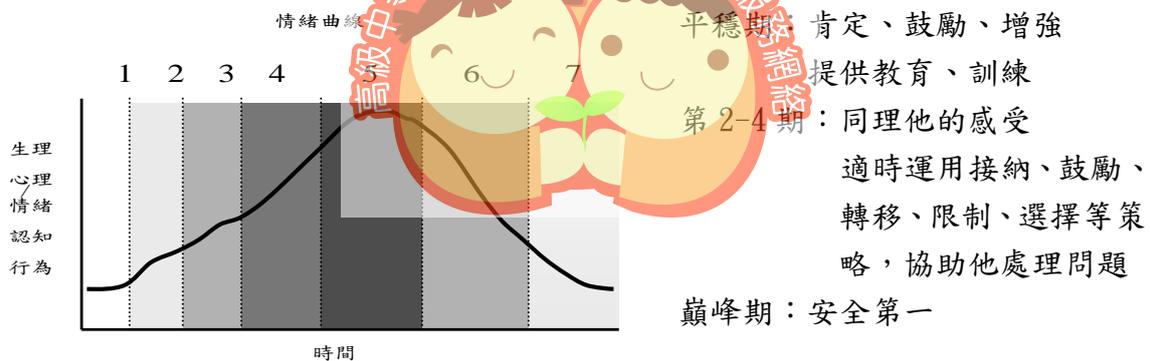
1. 刺激的控制：例如招牌、提示標誌、禁止標誌
2. 刺激的轉換：例如蜜月效果、或突如其來的新鮮感、刺激
3. 刺激的厭膩：通常用來減弱問題行爲
4. 生態重新佈置
5. 消除觸發事件：例如除去誘發的物品、指令要求，或改變活動順序
6. 打斷行爲鎖鏈：察覺先兆就予以處理、轉換注意、對他表達適當關切
7. 代幣制度的建立
8. 行爲契約
9. 行爲增強的運用
 - DRO (區別性增強其他行爲) → 例如一節課不打人
 - DRL (區別性增強低頻率行爲) → 例如一個小時離開位子 3 次以下
 - DRH (區別性增強高頻率行爲) → 例如每天運動 30 分鐘以上
 - DRA (區別性增強替代行爲) → 例如用口語和人打招呼 (取代用力拍人)
 - DRI (區別性增強不能相容行爲) 例如坐在位子上 (與走動不能同時存在)

練習題：

(四) 藥效評估與醫藥調整 (參考前述行為度量資料的收集)

二、情緒曲線在行為處理上的應用

情緒曲線：平穩、促發、震動、加速、顛峰、緩和、恢復



三、行為中策略 (行為介入)

- (一) 身體的阻遏
- (二) 動手制服 (安全優先、冷靜、溫柔、堅定)

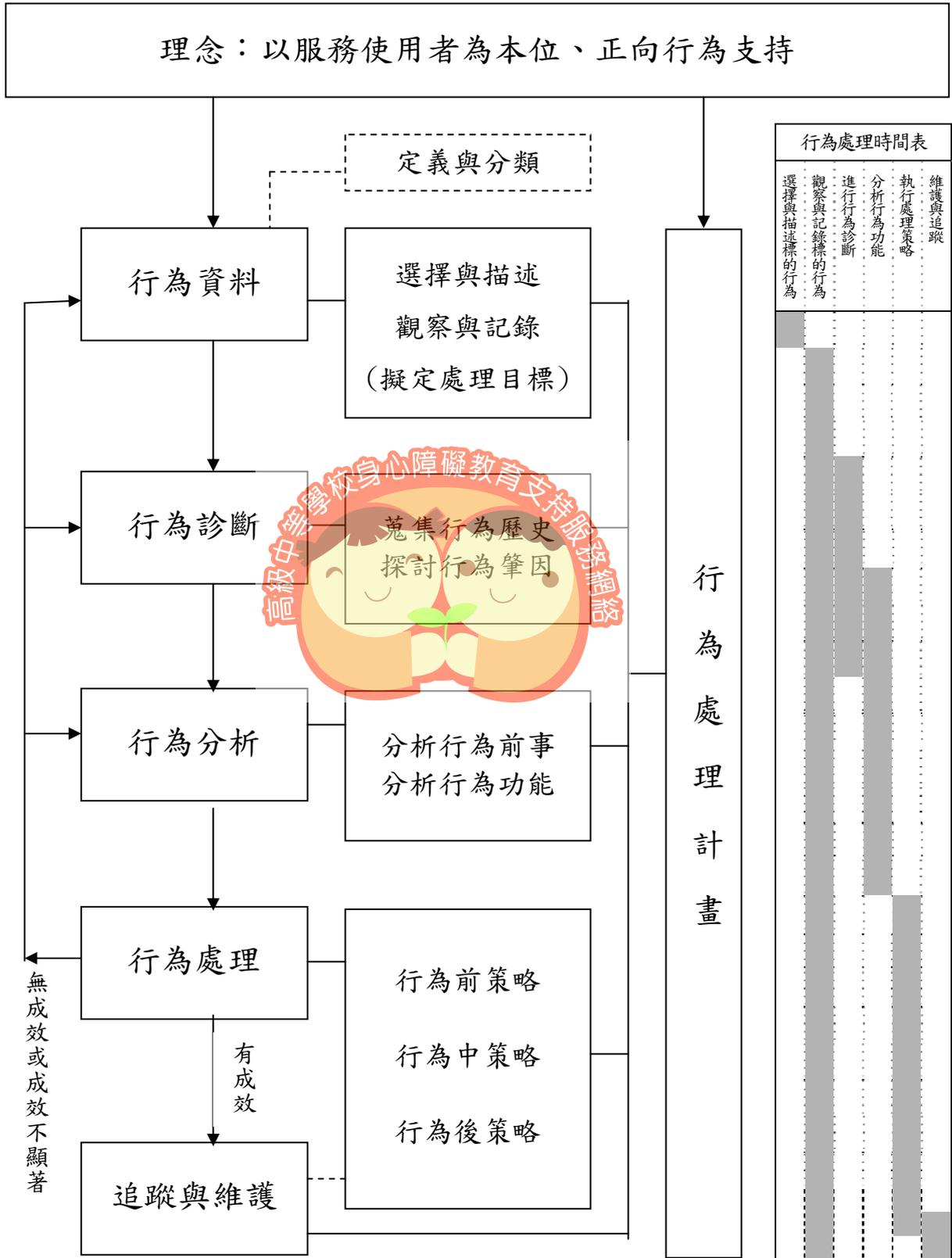
四、行為後策略

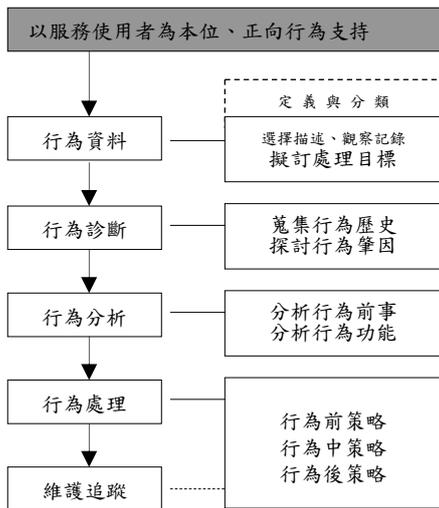
- (一) 故意不予理會
- (二) 重新指令
- (三) 口頭申誠
- (四) 回歸原狀
- (五) 過度糾正
- (六) 撤除增強
- (七) 劃分界線
- (八) 反應代價
- (九) 撤除增強
- (十) 事後調適

伍、維護與追蹤

行為處理流程

第一行為工作室 郭色嬌





壹、前言

一、行為處理觀念的改變

- 從摒棄 → 漠視
- 從從收容 → 訓練
- 從從行為改變 → 正向行為支持

二、服務價值觀與正向行為支持

的理念分享

- 以個人為中心的價值觀
- 用尊重與包容的態度
- 在融合與正常化，共同參與的前提下
- 以功能評量為基礎
- 注重調整環境預防行為問題的發生與教導替代性行為
- 協助個體建立新的溝通、社會和自我控制技能
- 達成生活品質的全面提升

三、情緒與行為問題的起源

- 生物化學因素
例如：遺傳,疾病,藥物,飲食---等
- 心理因素
例如：人格及行為特質、認知---等
- 社會文化因素
例如：家庭教養、人際互動---等

<回首來時路>

故事一：林先生的戲碼

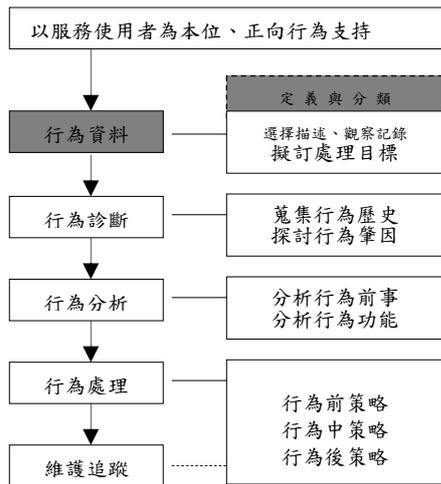
故事二：王小姐的餘興節目

省思：行為問題的來龍與去脈

前事	行為	功能
遙遠前事	標的	溝通/要求 注意
立即前事	替代	具體事物
先兆		感官刺激 逃避 發洩 多重

<如果劇本可以改寫>

1. 愛原來的他
彩繪未來---
10,20 年後的他
思考成功的條件
如何養成成功的特質？
2. 其實我已懂了你的心
 - 誰需要幫助？
 - 外顯性身心障礙者的需求
 - 我們對情緒行為問題的看法影響處理的態度
3. 陪他走一段路
4. 愛他更要有好方法



< 哪些是行為問題？ >

- 異常的 → 當街擁吻？女人從政？穿鼻環、刺青？
 < 會議流程 >？
- 痛苦的 → 犀利哥？冰泳？
- 功能失常 → 絕食抗議？
- 危險 → 憂鬱、焦慮？

寫出一個服務對象令您最困擾的「行為問題」，並思考問題的定義。

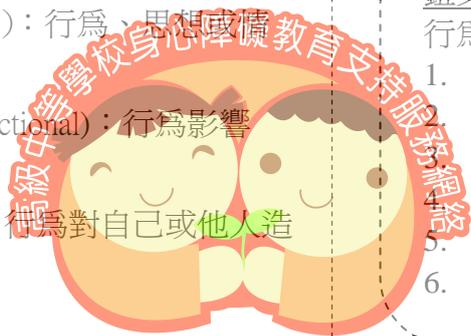
鈕文英（2009）對身心障礙者行為問題的分類：

1. 固著行為
2. 自傷行為
3. 攻擊行為
4. 不適當的社會行為
5. 特殊情緒困擾
6. 身體調節異常

貳、行為資料

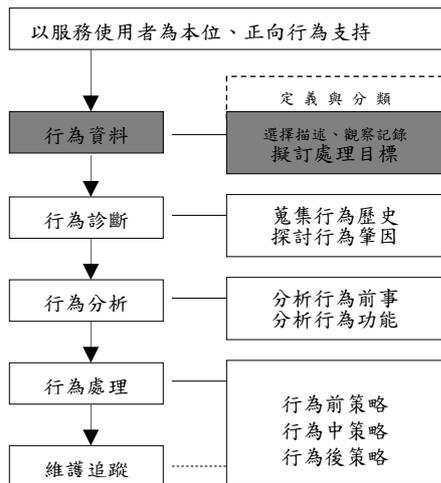
一、行為問題的定義（4D）

- （一）異常的（deviance）：思想及情緒違反社會有關適當功能的想法
- （二）痛苦的（distress）：行為、思想或情緒導致痛苦
- （三）功能失常（dysfunctional）：行為影響日常生活功能
- （四）危險（danger）：行為對自己或他人造成危險



二、行為問題的類型（參見『轉介表』）

- （一）自傷：例如以頭撞牆、咬手、打臉---
- （二）攻擊：身體或口語的攻擊，例如打人、罵人、抓人頭髮、用器物傷人---
- （三）破壞：例如推翻桌椅、打破玻璃、摔壞電器用品
- （四）不服從/不合作：例如給他一個指令他就會發脾氣、遲疑到達指定地點
 或從事交代的活動
- （五）不適當的社會行為：例如隨地大小便、隨意親吻他人---
- （六）固著或反覆無意義的動作：例如身體前後擺動、甩手---
- （七）退縮：例如別人對他一有身體接觸就會尖叫、眼光凝視毫無表情
- （八）怪異的性行為/習慣：大小便時把衣服脫光、喝馬桶中的水
- （九）過份活動：例如話說不停、不斷的變換動作與姿態
- （十）其他情緒障礙或行為異常：例如憂鬱、焦慮等



三、選擇與描述標的行為

(一) 選擇標的行為

- 緊急性：立即造成本身及他人生命、身體的傷害
- 嚴重性：影響本身或他人安全、影響日常生活或社會秩序，造成環境或物品的破壞的程度
- 適當性：發生的地點、場合
- 時間性：經常發生、持續一段時間

(二) 界定與描述標的行為

- 描述看到、聽到甚至聞到者
- 具體化：可觀察、可度量者
(促使參與處理者對問題的看法一致)

四、觀察與記錄標的行為

(一) 為什麼要記錄？

- 了解行為的變化，確認介入策略是否有效。
- 可能會發現之前未發現的事實。
- 很多實例中發現，開始記錄後行為即產生正向改變。
- 可作為溝通時客觀且有效的依據。

< 哪些是標的行為？ >

- 阿貴在走廊脫下褲子尿尿，到花園的水池邊，把涼鞋丟入池中；到停車場爬上車頂踩踏；「衝」到水龍頭處，打開水龍頭，手掌向上壓住噴水口使水花四濺，轉身打老師耳光。
- 阿雄不分場合，欲如廁時，事先拉下褲子行進。如廁時，用頭輕敲牆壁，若情緒不佳，則會用力敲頭。每日使用棒球帽繞住雙手，並拿佛珠等物品。
不分氣候狀況及場合，喜歡披外套。在穩定的情況下，有時會突然打頭；坐車時，有時會用頭輕敲椅背。
- 阿玲看到大小動物都會大哭大叫，橫衝直撞，捶打玻璃，把手割得鮮血淋漓。

< 寫寫看 >

1. 阿忠不守秩序 →
2. 阿強有攻擊行為 →
3. 阿英干擾別人 →
4. 阿華喜歡生氣 →

(二) 觀察與記錄的方法

1. 依「觀察情境」：自然情境、模擬情境
2. 依「記錄的方式」：現場、錄影觀察
3. 依「行為資料類型和特性」：
 - (1) 次數：行為非連續性，例如打人、向人吐口水
 - (2) 時間長度：行為持續的時間，例如前後搖晃身體
 - (3) 間段紀錄：行為次數和持續時間的比率，
例如做代工的時間
 - (4) 瞬間抽樣：紀錄持續時間較長的行為，例如睡眠
 - (5) 等級、強度：例如生氣時的表現狀況、強度
 - (6) 永久產物評量：例如體重增加 10 公斤、
撕破 5 件衣服

<例一> 行為觀察記錄表 (次數樣本)

姓名：小丁	觀察記錄時間	03.21 至 04/03		記錄者：小丁媽				
標的行為：打人 (用手拍打弟弟)								
時間	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日	平均
第 1 週	xxxx	xxxxx xxx	xxxxx x	xxxx	xxx	不在家	xxxx	
第 2 週	xxxxx xx	xxxx	xxxx x	xxxxx	xxxxx xx	xxx	xxxxx xxx	

<例二> 行為觀察記錄表 (時長樣本)

姓名：阿華	觀察記錄時間	03.21 第 1~3 節		記錄者：林老師				
標的行為：上課時無故離開座位上課時間當中任意離開座位超過 10 秒鐘以上 (不論老師有無制止或提醒)。								
時間	第一次		第二次		第三次		計	頻率
	開始	結束	開始	結束	開始	結束		
第 1 節	8:35	8:37	8:49	8:50	9:00	9:15	18	18/45
第 2 節	9:25	9:30	9:32	9:40	9:43	9:44	14	14/45
第 3 節	10:20	10:25	11:00	11:05			10	10/45

<例三> 行為觀察記錄表 (時距樣本)

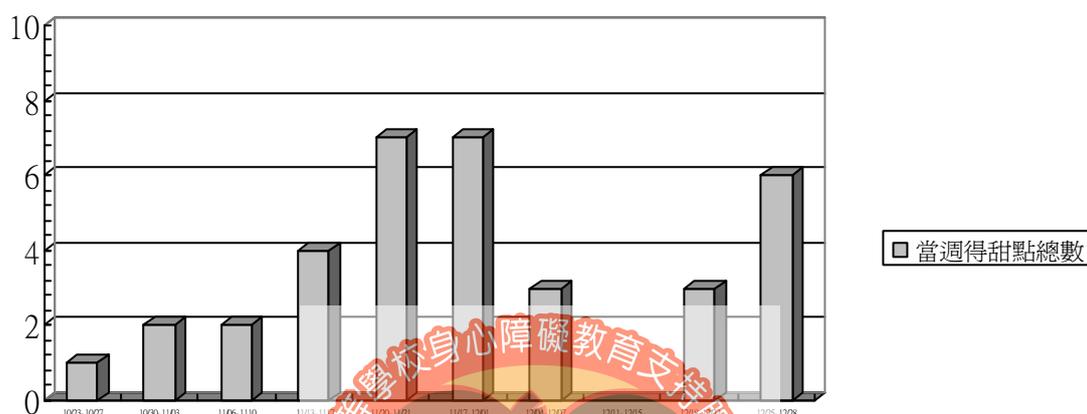
姓名：阿圖	觀察記錄時間	03.21 第 1~2 節		記錄者：李老師							
標的行為：自慰 (上課時間當中出現不當碰觸生殖器官之行為，持續三秒鐘以上)。											
時間	5	10	15	20	25	30	35	40	45	計	頻率
第 1 節	✓		✓	✓	✓		✓		✓	6	66%
第 2 節											

習作：第一行為工作室「轉介表」

(三) 觀察與記錄注意事項

1. 除紀錄「標的行為」之外，也可記錄「替換行為」(或好的行為)，如〈圖一〉
2. 觀察時間可依需要及問題行為類型更改為日期、星期、月份…等。
3. 將記錄結果，整理成曲線圖，以方便閱讀及確認處理成效。如〈圖二、三、四〉

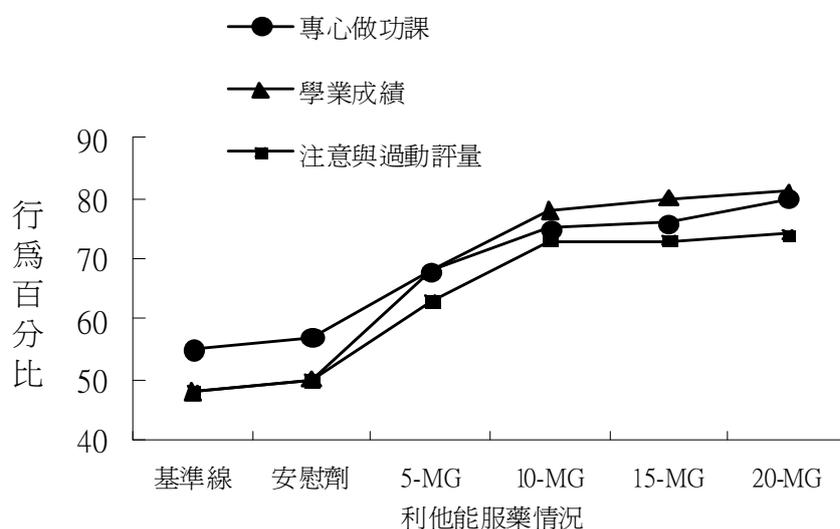
〈圖一〉 阿貴每週因為表現「好行為」而獲得甜點總數表



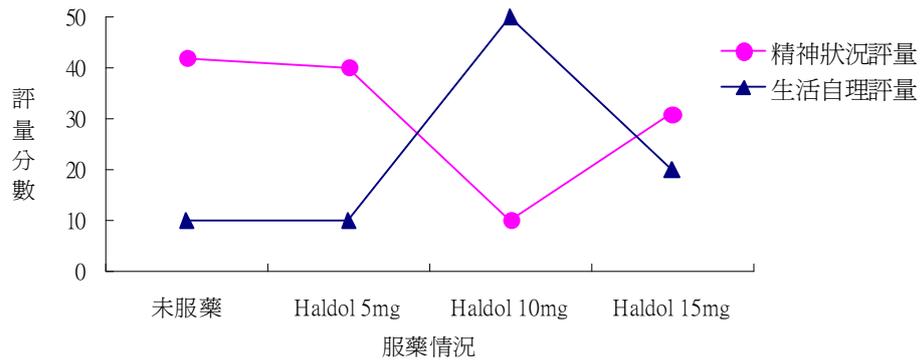
※ 想一想，阿貴為什麼有一週沒有得到甜點？

- 外界事物發生變化，例如：來了新老師？換座位？天氣突然變熱？---
- 阿貴的母親未按照醫囑定時給他服藥？
- 行為介入的策略有缺失？
- 其他

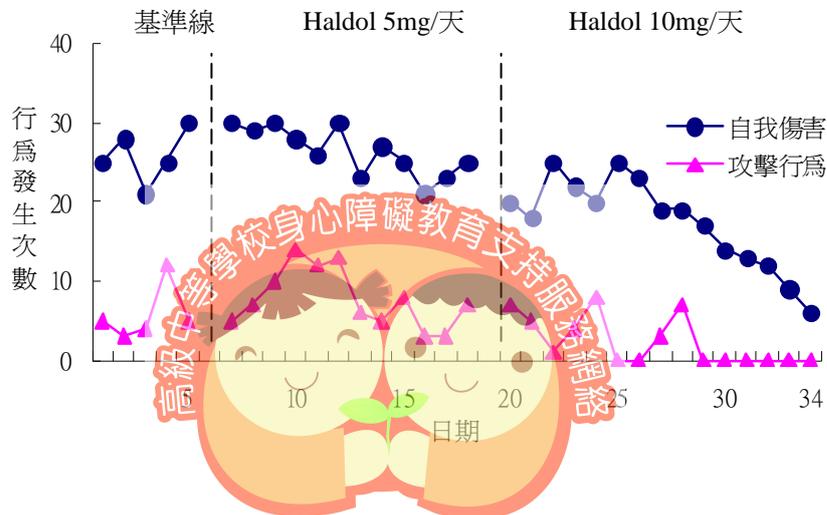
〈圖二〉 阿華服用利他能效果評量



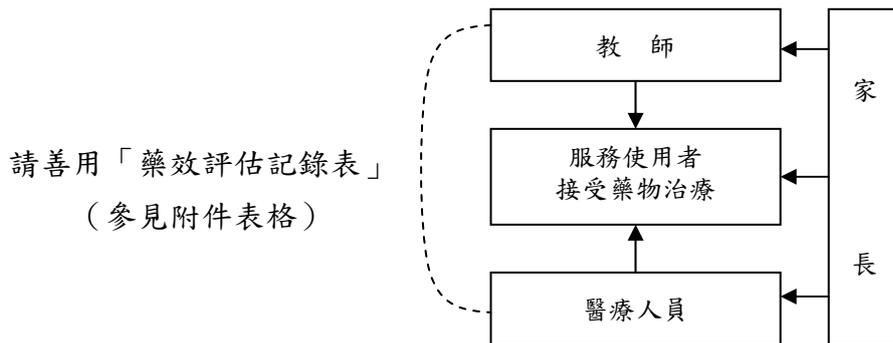
<圖三> 小鳳服用 Haldol 對精神症狀及生活自理能力的效果



<圖四> 大同服用 Haldol 對自我傷害與攻擊行為的效果



4. 當服務使用者接受藥物治療時，教師與醫療專業人員的合作關係



※ 當服務使用者接受藥物治療處理情緒行為問題時，教師宜審慎考慮：

- 醫療診斷都是正確的吗？藥物治療是唯一的方法嗎？
- 教師如何與醫療專業及家長合作？
- 如何與家長溝通依照醫囑按時服用藥物？

※ 當服務使用者接受藥物治療處理情緒行為問題時，教師宜先行查詢藥物資訊。

※ 當與醫師討論時，可以提出以下相關問題：

- 這個藥主要針對的症狀？
- 它的副作用？
- 除了這個藥物外，還有沒有其他的治療方法？
- 這藥要如何服用？大約要吃多久？
- 大概要服用多久可以看出療效？
- 要怎樣評估這藥物的療效？
- 服用這藥要注意什麼事項？有無應該避免的食物或活動？
- 何時複診？複診時需要準備哪些評估資料？
- 這藥有無說明資料可以參考？

※ 使用第一行為工作室的「藥效評估紀錄表」時，宜注意事項：

1. 填寫目前正在服用的藥品名稱、劑量及用法。
2. 評估項目為情緒行為或飲食及睡眠等狀況的變化，宜與醫師討論後訂定。
3. 觀察記錄方法的選擇與運用，可與「第一行為工作室」聯繫討論。

五、擬定處理目標（擬訂日期→預定檢討日期）

（一）依功能分：

1. 消弭標的行為（「壞」的行為）

例如：降低打人次數、縮短來回踱步時間、減弱傷害程度

2. 建立替代行為（「好」的行為）

例如：增加兩種休閒技能、培養圖卡溝通的技能

（依時間分）：

1. 長期目標：方向性、原則性、全人觀點

例如：提升溝通能力、改善人際關係

2. 短期目標：明確陳述，可觀察、可度量

學習者+目標行為+（目標出現之情境）+通過標準

例如：阿貴每節課坐在座位的時間，（在教室內），由 5 分鐘增加到 20 分鐘。

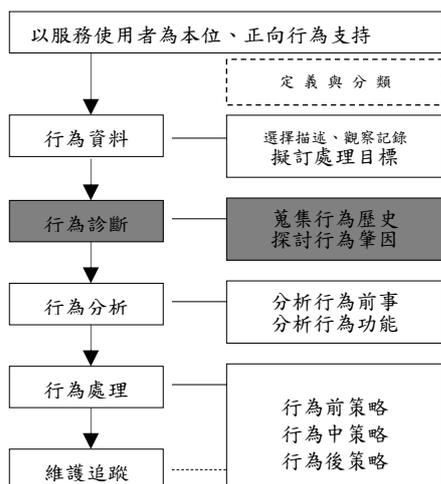
< 寫寫看 >

阿明（咬人）：消弭→

建立→

阿強（撕紙）：消弭→

建立→



叁、行為診斷

一、蒐集行為歷史

(一) 標的行為的歷史

何時開始出現？如何演變？--等

(二) 行為處理歷史

過去採用的策略？成效如何？

哪些是有效的策略？為什麼？

誰在執行？成效是否仍維持？

----等

二、個案本身的特徵與需求

(一) 個人基本資料

(二) 生理與健康

1. 疾病

癲癇、中耳炎、腸胃

2. 醫藥處理歷史

何時？哪個醫院？治療多久？

治療結果？哪種藥物？劑量？

使用方法？副作用？

(三) 能力因素

認知能力→例如：在情境中能理解日常生活指令，如「把杯子拿過來」

一對一的情況下，可以維持 3~5 分鐘注意力

溝通能力→例如：能使用詞彙表達需求，如喝水、尿尿

能與人交談昨天他在家中做的事情

自理能力→例如：別人將湯匙靠近嘴邊時，他會把嘴巴張開

能獨立完成生活自理，但大便後需要再確認擦拭乾淨

行動能力→例如：能使用助行器移動約 20 公尺

能自己操控電動輪椅在室內自由行動

休閒活動→例如：會哼歌調、喜歡看天線寶寶

居家及日常生活→會自己打開電視、會挑選自己喜歡的衣服

人際互動→例如：客人來訪時，他就跑進房間；下課時會主動找同學玩

(四) 情緒因素

情緒狀態和穩定度

(五) 需求/動機因素

個人喜好和興趣（增強物）

對基本需求(例如生理、安全、愛、自我實現和認同等)的需求程度

對刺激/增強物類型和數量的需求

三、生活型態、品質/環境因素

(一) 照顧者能力

週遭人對他的態度、給予尊重和選擇的機會

溫暖的情感支持、提供刺激、引導並予以界線、穩定性

(二) 家庭

家庭結構：成員、排行、互動關係---等

教養功能：主要照顧者、教養方式、生活作息---等

家族史、收入、家庭與社區的關係、與親戚互動關係---等

家人對個體行為問題的看法和可能的影響---等

(三) 機構（學校）

工作/課業的要求

教師、工作人員教養態度、互動方式

與同儕互動情形、活動參與機會、遇到困難可獲得的支持和協助---等

(四) 社區

家庭與社區的關係、與親戚鄰人互動關係、在社區活動的情形---等

鄰人與社區對個體行為問題的看法和可能的影響---等

※ 以上陳述或書寫時，宜注意下列重點：

正向陳述（不說負面語）

具體明確（非籠統模糊）

客觀說明（無價值判斷）

專業用語（非街頭巷議）

< 寫寫看 >

他沒有口語能力→

他居然衝過去打人→

※ 以上資訊來源應詳閱並彙整、分析個案的相關原始資料，原始資料如：

觀察與訪談：個案基本資料、家長晤談記錄、家庭訪問紀錄、個案會議記錄
行為觀察記錄、行為輔導紀錄、行為功能分析訪問表、
標的行為觀察記錄表、個別化教育/服務計畫---等

測驗與評估：醫療診斷證明、發展測驗、相關專業評估、健康檢查---等

調查與檢核：轉銜或轉介表、家庭環境調查表、藥物服用紀錄、動機評量表
增強物調查表---等

<老師的陳述>

做代工時，阿雄到志明的位置後面，拍志明的背，志明沒反應，我請他回座，他未有動作，面向著後面的公佈欄大喊一聲。

走出教室，阿雄同意去跑跑步機。並邊走邊跟我說，隔壁班的俊傑找他打架，我答應他要找俊傑的老師了解情況。

在俊傑老師的見證下，讓阿雄與俊傑面對面化解誤會，俊傑說明"找你打架是開玩笑的話"在兩人各自說明後，握手言和。

阿雄做代工做得很認真，到了吃飯時間，請他先回去吃飯，他還說要先把代工完成，我跟他說如果午休時間沒有任務且他自己也不需要午休，可以繼續做，但請要先讓我知道。

<阿雄媽媽的陳述>

昨晚不到九點就上床睡覺，表示很累，早上起不來，故媽媽打電話來要請一小時的假，阿雄起床後情緒就不穩為鼓勵他，請他去吃怡客早餐，但他一直再磨又表示到中心很無聊，又不肯穿衣服礙於門前還和爸媽起衝突，爸爸大吼了一下表示再這樣下去全家都會瘋。阿雄回應要殺了爸爸，並要先殺奶奶，爸爸氣起來拿水果刀放在桌上表示有膽就來，我搶下刀帶阿雄出門吃早餐。

晚上，大姑和二姑來家裡找奶奶打牌，奶奶拿牛肉乾給阿雄吃，阿雄吃了牛肉乾，晚餐就吃不下，又引發一些衝突。唉！管教方法不一致，真是難為啊！

行為診斷考量的項目：

習作：第一行為工作室「個案資料表」

填表說明

1. **日期**：指標的行為發生在哪一天，如 6/4。最好也標出是星期幾，如星期三。
2. **時間**：指標的行為發生的時間，如 14:20。
3. **情境**：指標的行為發生在什麼人在場時，什麼地點，做什麼事時？個案生理及情緒情況如何？例如在數學課上課中，老師暫時離開教室時，他很無聊的樣子。
4. **前事**：指標的行為發生之前，個案的周遭環境發生什麼事？如老師拒絕了他上課中吃東西的要求。
5. **先兆**：指標的行為發生之前，個案本身的活動或表情，如口中唸唸有詞，嘟起嘴巴，來回踱步。
6. **標的行為**：具體的指出個案問題行為發生的情況，如用手掌在同學甲的頭上打了兩下，大聲哭叫二十五分鐘，用「x xx」罵人五次。
7. **對標的行為的處理**：指個案標的行為發生後，老師或父母如何對此行爲做介入。例如老師要個案離開現場，媽媽以糖果來促使個案停止哭叫，老師要個案向同學道歉。
8. **標的行為的後果**：指標的行為發生之後個案所承接的外來刺激。這些後果是填表人實際觀察到的現象，如被打的同學哭了，老師安撫個案，被罵的同學大發脾氣。
9. **行為功能的假設**：填表人根據實際觀察得到的標的行為及此行為發生後所得到的後果做功能的假設，如引起注意或反應，逃避厭惡的事物，獲得具體的事物，發洩情緒。
10. **檢討處理策略**：根據這一次行為事件與記錄，檢討處理失當之處，如無意中增強了問題行為或忽視了正面的行為。然後設想更有效的處理策略，如建立並增強替代行爲，縮短區別性增強其他行為的時距。
11. **記錄人簽名以示負責**

整合觀點/多重模式（生理/心理/社會）

<p>鈕書 (背景因素)</p>	<p>一、個體的特徵</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 基本資料 2. 生理因素 3. 認知因素 4. 需求/動機因素 5. 情緒因素 	<p>二、個體生活型態</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 主要的生活事件 2. 整體的生活品質 3. 行為問題的歷史 	<p>三、個體所處的環境</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 物理因素 2. 社會因素（家庭、學校、職場）
<p>施書 (情況)</p>	<p>一、個人背景資料</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 個人簡介 2. 溝通能力 3. 認知和學業能力 4. 自我照顧能力 5. 居家能力 6. 日常生活基本能力 7. 休閒活動能力 8. 體能活動 9. 情緒變化 10. 社會能力 11. 職業（成人）或學校（兒童）學習活動 	<p>二、環境背景資料</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 家庭結構 2. 寄宿歷史 3. 學校或工作環境 4. 健康和醫藥 5. 治療的歷史 6. 教養方法的分析 	
<p>情緒行為評估的整合觀點</p>	<p>一、個案本身發展上的需求</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 健康狀態 2. 教育 3. 情緒行為發展階段 4. 自我認同 5. 與照顧者的關係 6. 社會性的表徵 7. 自我照顧能力 	<p>二、照顧者的能力</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 基本照護 2. 確保安全 3. 溫暖的情感支持 4. 提供刺激 5. 引導並予以界線 6. 穩定性 	<p>三、家庭及環境因素</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 家庭史及家庭功能 2. 延伸家庭的狀況 3. 居住環境 4. 工作狀況 5. 收入 6. 家庭（機構）與社區的關係 7. 社區資源的使用

※ 以上資訊來源應詳閱並彙整、分析個案的相關原始資料，原始資料如：

觀察與訪談：個案基本資料、家長晤談記錄、家庭訪問紀錄、個案會議記錄、行為觀察記錄、行為輔導紀錄、行為功能分析訪問表、個別化教育/服務計畫---等

測驗與評估：生理檢查、醫療記錄、醫療診斷證明、發展測驗、相關專業評估、健康檢查---等

調查與檢核：轉銜或轉介表、家庭環境調查表、藥物服用紀錄、社區環境調查表、**83** 增強物調查表---等

標的行為觀察記錄表(案例)

個案姓名： 001○○○

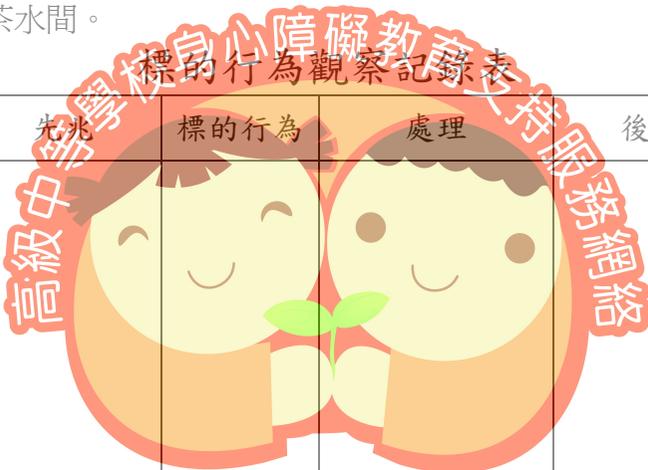
日期	時間	情境	前事	先兆	標的行為	處理	後果	功能	檢討與介入策略	記錄者
2 / 23	14:05	上英文課時，○○離開座位，向同學借簿子和筆	同學拒絕借用	搶同學的簿子和筆	向人吐口水	老師要他向同學道歉，他不情願地道歉	被他吐口水的同學哭了；引起老師注意	發洩他對同學的不滿	<ol style="list-style-type: none"> 1. 指定○○要向這個同學道歉，老師也特別關切這個同學。口頭獎勵守規矩的同學 2. 私下指導○○從事可接受的行為 3. 準備適當的學習用具(才不需向同學借用) 4. 制止搶東西的行為 5. 設定教室規範 	○○
2 / 25	12:05	中午在自助餐廳裡和同班同學排隊打菜，他插隊。四天前他未依規定戴上口罩打菜，被老師罰三天排在全班最後一位打菜。他排隊時，顯得相當急躁不安	同學指他不讓插隊，向老師告發○○插隊，老師收回○○的便當，指定他最後一個打菜。	他怪同學多管閒事，他說：「不要你管了，我還中飽了。」	用拳頭打同學的臉和手臂	老師要去餐廳排隊，找訓導主任來處理	餐廳秩序大亂，同學午餐後，隔壁同學指指點點	發洩對同學告發以及老師收回便當的不滿	<ol style="list-style-type: none"> 1. 取消用排在最後來處罰○○的辦法 2. 如果發現他餓不可當，就先給他一點食物 3. 修正打菜的過程 4. 培養同學相互支援的邊式，或報告老師而不隨便干預別人 	
2/25	12:10	在午餐時○○插隊被同學糾正並推出隊外，他動手打隔壁班同學	老師要去找訓導主任來處理	尾隨老師，在轉角處，衝向老師，面呈憤怒表情，口中念念有詞，內容不詳。	把老師推到走廊牆壁	訓導主任及其他數位男老師強行地把他帶到訓導處，指責他的錯誤。 84	引來男老師的介入，大群同學圍觀，他大叫並用頭撞牆	逃避班導師和訓導主任的處罰，發洩與抗議引起注意	<ol style="list-style-type: none"> 1. 建立快速的支援系統 2. 班導師自行處理問題，不要交給訓導主任來處理 3. 預防自我傷害的行為 	



<附件> 請根據下列描述，試填「標的行為觀察記錄表」

<一> 98/10/12---工作時間他說要上廁所，隨即往林老師教室三樓走去，他在教室外門口觀望，接著在三樓圍牆作勢要跳下去，並說：「叫林老師來」助理員抓著他並請路過的助教協助，林老師到教室外勸他，且告知要帶全班到商店服務教室，他跟著前往，情緒有稍微平復。

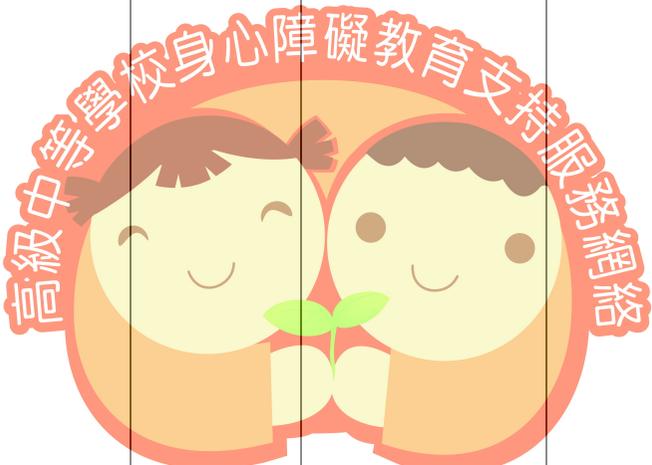
<二> 個案在校吵鬧說我不要，但當時並無要求個案做任何事，是突然沒理由的開始生氣，然後開始哭，並且發出很尖的哭聲，引起同學反彈，其中某位同學氣到不肯進教室；男老師上前制止個案的哭泣，個案起身想要離開教室，被男老師制止，個案說了一聲我討厭老師後，用槌打方式在男老師身上2下。後來女老師將個案帶至休閒區，給她枕頭讓她發洩，但是個案情緒似乎更加激動。後來女老師帶開至茶水間處理，隔離個案至茶水間，與個案面對面相看，並忽略個案，只要個案洗臉，個案情緒稍加平復，並說好啦好啦我不生氣了，並擺出笑臉，於是離開茶水間。



日期	時間	情境	前事	先兆	標的行為	處理	後果	功能假設	介入策略 檢討	記錄者 簽名



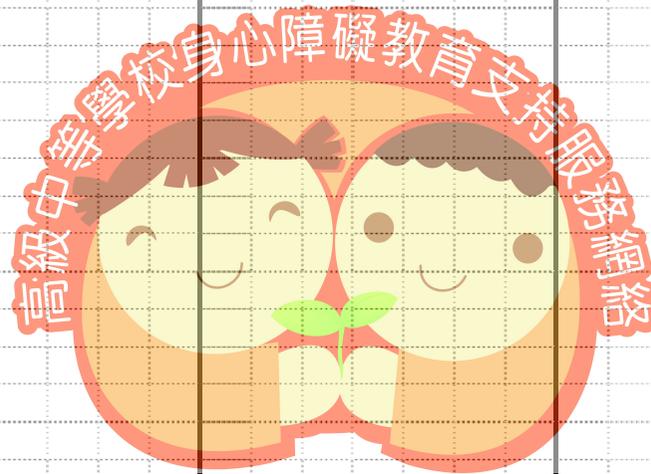
標的行為觀察記錄表

日期	時間	情境	前事	先兆	標的行為	處理	行為後果	功能假設	檢討	記錄者 簽名
										
88										

藥效評估紀錄表

姓名		紀錄期間	98年 月 日至 月 日，共()週	紀錄者	
藥品名稱 / 每日劑量				評估項目與符號說明	

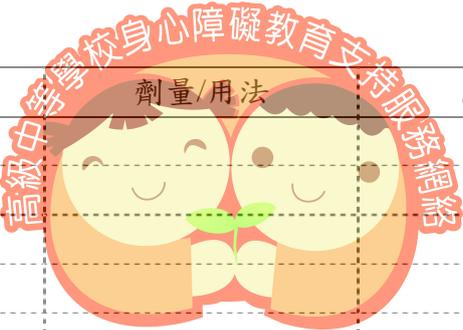
--	--	--	--



工 作 流 程

流程圖	工作室工作項目	機構配合事項	相關表格 (㊟ 必填 / ㊞ 必備表格)
	<p>進行資格檢核 (社工員/行為分析員)</p> <p>協助行為相關資料搜集 提供行為功能分析諮詢 提供行為紀錄方式諮詢</p> <p>召開行為處理開案會議 (現場討論/通訊諮詢): 討論後續介入方式與工作計劃</p> <p>連結原資源或精神科專業顧問</p> <p>協助擬定『行為處理計畫』</p> <p>召開行為處理檢討會議 (現場訪視/通訊連繫): 依實際狀況決定召開次數 及後續會議日期</p> <p>召開行為處理結案會議: 討論個案行為處理成效, 並 決定是否結案或進行其他後 續服務方式及期程。</p> <p>整理結案資料並歸檔</p>	<p>填寫『轉介申請表』 (機構輔導人員)</p> <p>填寫『個案基本資料表』: 確認開案後完成</p> <p>進行行為觀察、紀錄 填寫右列相關表格: (依輔導討論及視行為 處理需求選擇)</p> <p>出席行為處理會議 (相關人員)</p> <p>精神醫療個案: 協助或陪同就診 督導執行醫囑 進行藥效評估</p> <p>擬定『行為處理計劃』 建立行為處理共識 執行處理策略</p> <p>執行及修正處理策略</p> <p>執行處理策略</p>	<p>㊟轉介申請表</p> <p>㊟個案基本資料表</p> <p>㊞行為觀察紀錄表: (以現有資料即可) 問題行為評量表 個人環境調查表 增強物調查表 功能分析訪問表 標的行為觀察紀錄表</p> <p>行為與情緒問題診斷 行為功能綜合分析 行為功能分析表</p> <p>藥效評估表</p> <p>行為處理計劃 執行人員訓練紀錄表</p> <p>障礙排除檢核表 檢討會議紀錄</p> <p>結案會議紀錄</p> <p>結案報告</p>
<p>不開案標準:</p> <p>1.行為問題對人身安全有立即危害性, 需緊急處理者。 2.行為問題經一般諮詢輔導即可改善者。</p> <p>3.工作室服務目標與轉介單位之期待不符者。 4.其他特殊因素。</p> <p>結案依據:</p> <p>1.標的行為已明顯改善者。 2.轉介單位已具備行為處理知能者。 3.其他特殊因素。</p>			

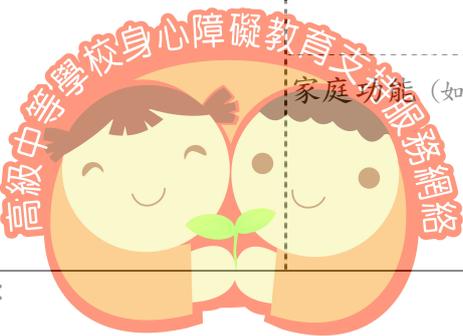
個案資料表 (身心狀況)

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日	手冊 障別等級	
說明 生理狀況	正常	異常 (請簡述病名或症狀)		就醫情況 (未就醫或就醫之醫院、期間、處理結果)			
視覺	<input type="checkbox"/>						
聽覺	<input type="checkbox"/>						
肢體	<input type="checkbox"/>						
特殊疾病	<input type="checkbox"/>						
情緒/精神障礙診斷： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (請描述病名或症狀)：							
醫療及輔具使用情形	曾經使用	藥品及輔具名稱： 停用原因：					
	目前使用	名稱	劑量/用法	開始使用時間/使用結果			
							
能力現況	溝通						
	社會互動						
	認知						
	自理						
	行動						
	休閒						
增強物							
其他							

個案資料表 (行為資料&在機構狀況)

<p>標 的 行 為 資 料</p>	<p>標的行為 (最亟需處理的行為問題):</p> <p>最容易發生的時間、地點或情況:</p> <p>前事 (例如: 老師要他關掉電視機):</p> <p>先兆 (例如: 他的雙拳緊握、口出穢語):</p> <p>標的行為發生之後個案所承接的外來刺激 (例如: 同儕哭了、照顧者安撫他):</p> <p>是否曾有自殺傾向: <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (若曾經造成嚴重傷害或生命危險, 請描述):</p>
<p>在 機 構 狀 況</p>	<p>主要的工作或學習活動內容:</p> <p>對工作或學習的態度及表現概況:</p> <p>對團體及活動規範的遵守狀況:</p> <p>與老師、工作人員、同儕相處的狀況:</p> <p>下課或休閒活動的狀況:</p> <p>行為問題發生時, 機構 (中心) 能提供的支援措施:</p> <p>其他:</p>

個案資料表 (家庭狀況)

	稱謂	姓名	年齡	職業(單位、職稱)	身心狀況	存	歿	與個案同住 是 否	
	家屬及重要關係他人	父							
母									
主要照顧者： 主要照顧者的教養方式及與個案互動關係：									
家系圖：					家庭結構 (如，核心家庭、大家庭、父母婚姻狀況等)				
					家庭功能 (如，教養能力、經濟狀況、家庭氣氛等)：				
					個案在家中的行為表現： 家人對個案情緒行為問題的看法及處理方式： 家人對個案的態度與互動關係： 日常生活概況 日常作息及生活習慣： 自主性及選擇權： 主要休閒活動：				
其他									

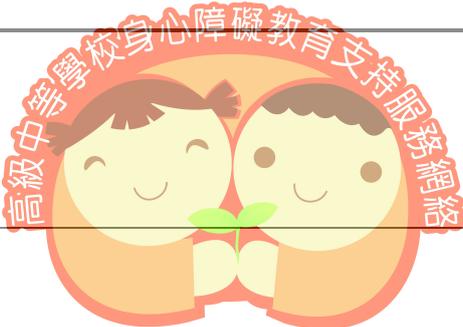
行為處理計畫

姓名：	性別：	年齡：	擬定者	
標的 行為			擬定日期	
			預定檢討日期	

壹、標的行為描述與處理目標

行為 描述	態樣	頻率	強度
處理 目標			

貳、過去的處理策略

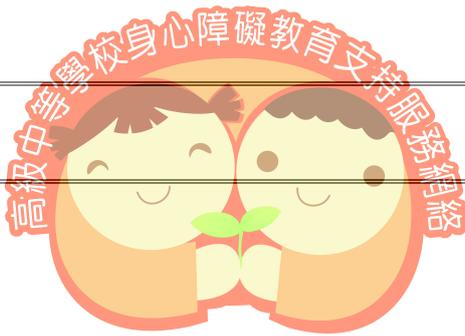
行為 處理 歷史	
醫藥 處理 歷史	

參、行為肇因與診斷

精神疾 患/情 緒問題	
生理/ 遺傳 因素	
醫藥 因素	
環境 因素	

人為因素	
能力現況	認知
	溝通
	自理
	行動
休閒生活	
增強物	

肆、行為功能分析



情境	
前事	
先兆	
後果	
功能	

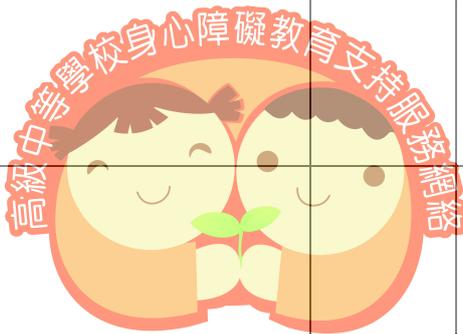
伍、行為處理策略

階段 目標		執行 期間	年 月 日至 年 月 日
			計 _____ 個月

策略提示	具體作法	負責人	成效評估	
			日期	結果
生態操縱與行為支援 <ol style="list-style-type: none"> 1. 了解、接納、尊重、鼓舞 2. 生活型態正常化 3. 社會態度的改變 4. 選擇與控制 5. 親密的人際關係 6. 傾聽 7. 從功能分析到特殊情況的改變 8. 生態的整體改變 9. 感官刺激 10. 學業與休閒的平衡 11. 生理、心理需求的滿足 12. 生命共同體 				
行為訓練 <ol style="list-style-type: none"> 1. 替代行為 <ul style="list-style-type: none"> • 社會技能 • 溝通技能 • 果敢行為 • 休閒技能 2. 相關行為 <ul style="list-style-type: none"> • 選擇的能力 • 習慣的破除 • 自我控制 • 辨別情況 • 知的改造 3. 因應的能力 <ul style="list-style-type: none"> • 情緒的改變 • 憤怒的控制 • 思考的轉變 • 放鬆 • 減除敏感 				

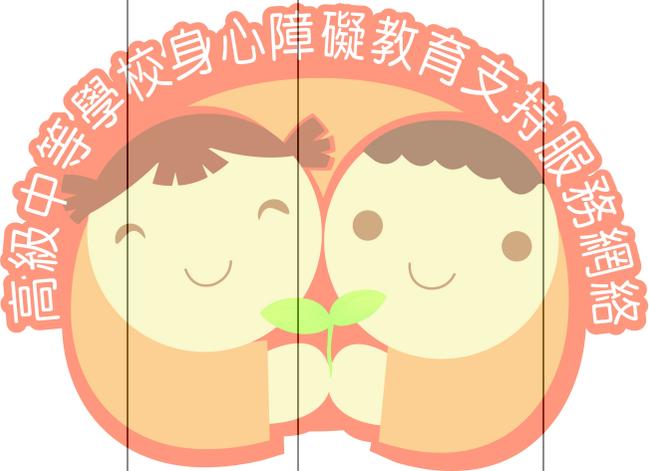


策略提示		具體作法	負責人	成效評估	
				日期	結果
行為增強	<ol style="list-style-type: none"> 1. DRO 2. DRL 3. DRH 4. DRI 5. DRA 				
行為控制與預防	<ol style="list-style-type: none"> 1. 刺激的控制 2. 刺激的轉換 3. 刺激的厭膩 4. 生態重新佈置 5. 消除觸發事件 6. 打斷行為鎖鏈 7. 代幣制度的建立 8. 行為契約 				
行為直接介入	<ol style="list-style-type: none"> 1. 故意不予理會 2. 重新指令 3. 口頭申誡 4. 回歸原狀 5. 撤除增強 6. 劃分界線 7. 過度糾正 8. 反應代價 9. 暫停增強 10. 身體的阻遏或動手制服 11. 事後調適 				
藥效評估與醫藥調整					



標的行為觀察記錄表

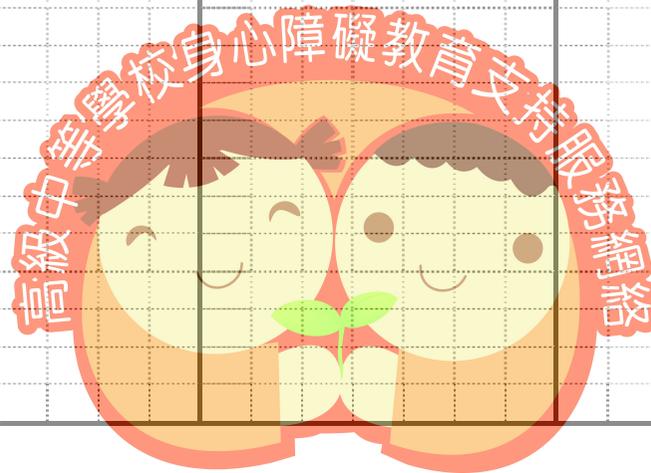
標的行為：

日期	時間	情境	前事	先兆	標的行為	處理	行為後果	功能假設	檢討	記錄者 簽名
										

藥效評估紀錄表

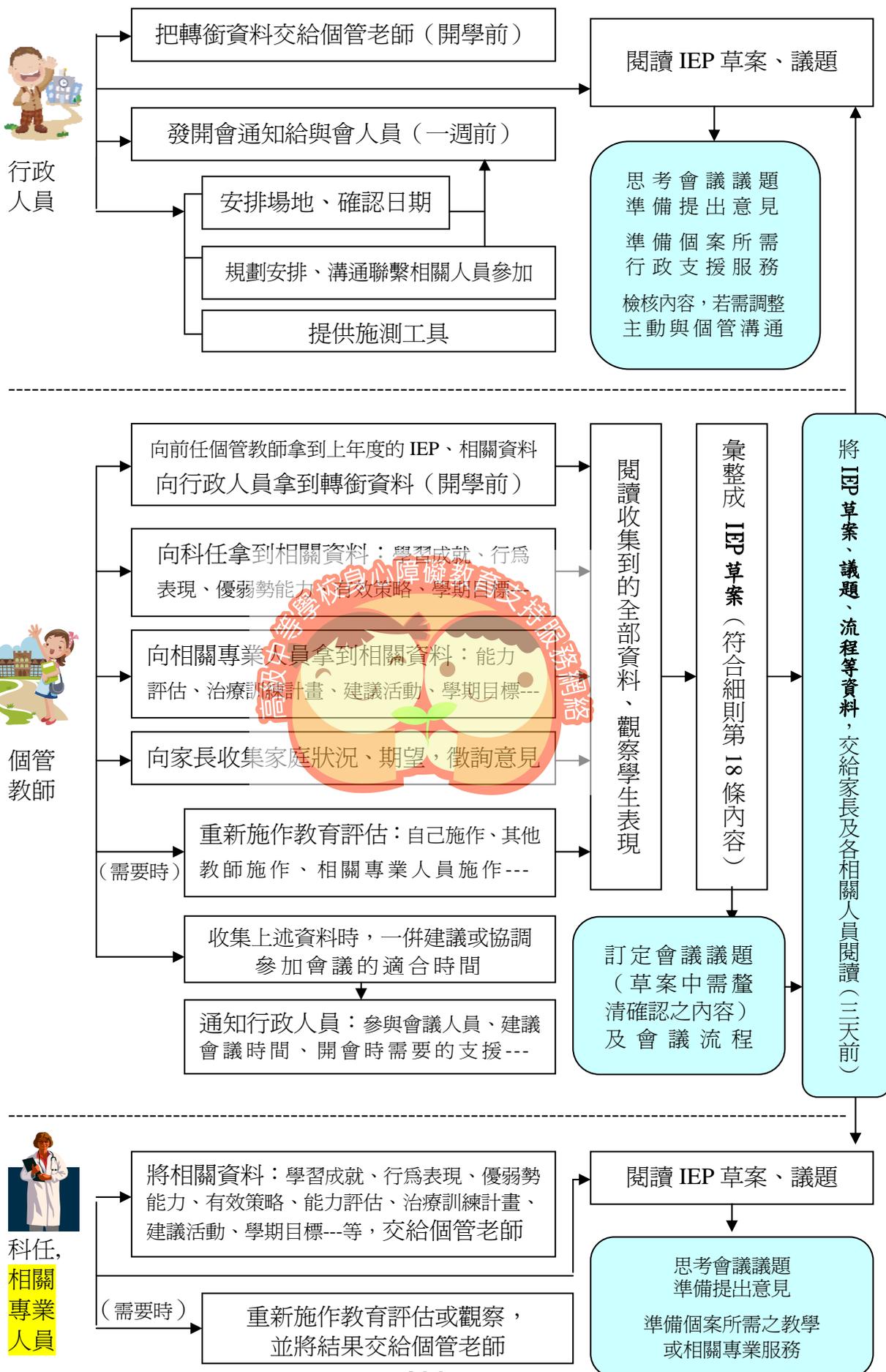
姓名		紀錄期間	98年 月 日至 月 日，共()週			紀錄者	
藥品名稱 / 每日劑量						評估項目與符號說明	

--	--	--	--

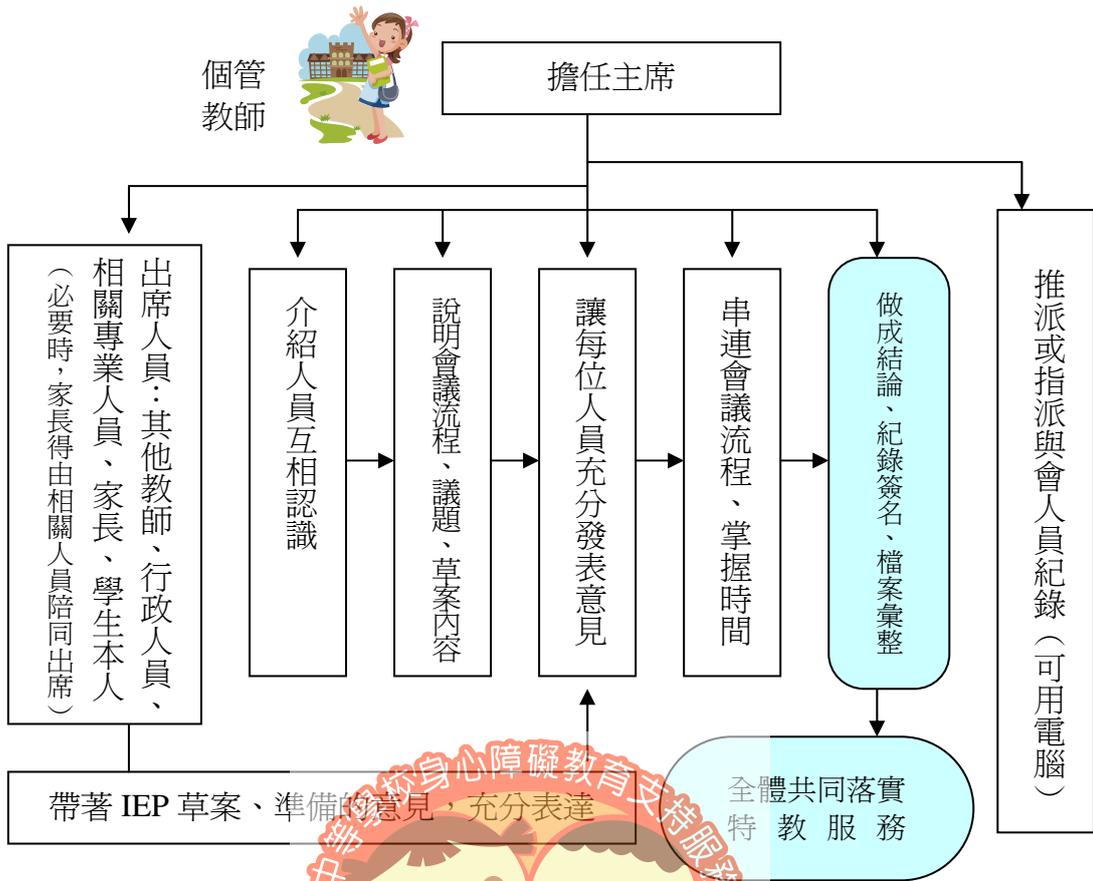


--	--	--	--

IEP 會議 前 準備工作流程圖



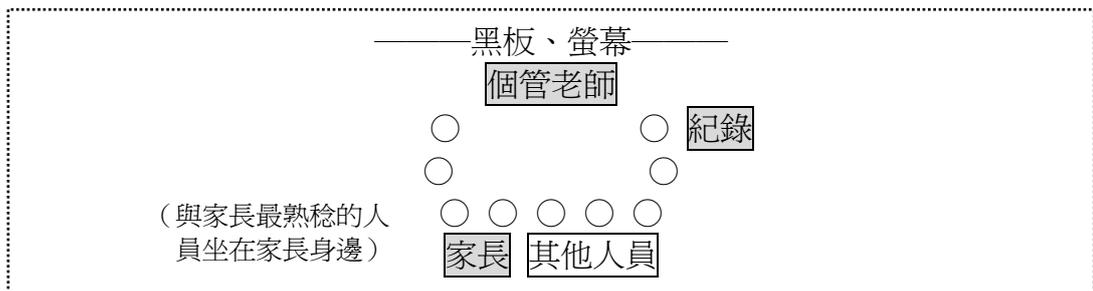
IEP 會議 中 工作流程圖



附件一：會議參考流程

- 一、會議時間 (以 30 分鐘為原則)、地點
- 二、主席、紀錄、出席人員
- 三、會議程序
 1. 主席 (個管教師) 致詞
 2. 主席說明 IEP 草案
 3. 針對討論議題，與會人員提出意見：個案能力現況、特殊需求、特教服務內容、有效策略、學期目標---
 4. 主席作成結論、會議紀錄簽名
- 四、臨時動議
- 五、散會

附件二：會議座位安排參考圖



特殊教育法施行細則

中華民國七十六年三月二十五日
教育部台(七六)參字第一二六一九號令發布
中華民國八十七年五月二十九日
教育部台(八七)參字第八七一〇五七二六六號令修正發布
中華民國八十八年八月十日
教育部台(八八)參字第八八〇九七五五一號令修正發布第四條條文
中華民國九十一年四月十五日
教育部台(九一)參字第九一〇四九五二二號令修正發布第二條及第二十一條條文
中華民國九十二年八月七日教育部台參字第 0920117583A 號令修正發布第 13 條條文

第十八條 本法第二十七條所稱個別化教育計畫，指運用**專業團隊合作方式**，針對身心障礙學生個別特性所擬定之特殊教育及相關服務計畫，其內容應包括下列事項：

- 一、學生認知能力、溝通能力、行動能力、情緒、人際關係、感官功能、健康狀況、生活自理能力、國文、數學等學業能力之現況。
- 二、學生家庭狀況。
- 三、學生身心障礙狀況對其在普通班上課及生活之影響。
- 四、適合學生之評量方式。
- 五、學生因行為問題影響學習者，其行政支援及處理方式。
- 六、學年教育目標及學期教育目標。
- 七、學生所需要之特殊教育及相關專業服務。
- 八、學生能參與普通學校(班)之時間及項目。
- 九、學期教育目標是否達成之評量日期及標準。
- 十、學前教育大班、國小六年級、國中三年級及高中(職)三年級學生之轉銜服務內容。

前項第十款所稱轉銜服務，應依據各教育階段之需要，包括升學輔導、生活、就業、心理輔導、福利服務及其他相關專業服務等項目。

參與擬定個別化教育計畫之人員，應包括**學校行政人員、教師、學生家長、相關專業人員**等，並得邀請學生參與；必要時，學生家長得邀請相關人員陪同。

第十九條 前條個別化教育計畫，學校應於身心障礙學生開學後一個月內訂定，每學期至少檢討一次。

一、基本資料

(一) 個人資料							
學生姓名	林阿貴	性別	男	出生	○年○月○日	身分證字號	略
住 址	略					電 話	略
家長或監護人	略		關係	父子		電 話	略
鑑定類別	聽障、自閉、智障					E-mail	略
身障手冊	類別： 多重障礙 極重度						
(二) 家庭狀況							
家長學歷	父：大專	母：大專	主要生活照顧者		父、母親		
家長職業	父：自由業	母：教	主要學習協助者		父親		
家庭經濟	小康		父母婚姻狀況		良好		
家庭生活簡述	阿貴與父母親、奶奶、姊姊、弟弟同住，家庭成員間互動佳，家庭和樂，生活作息規律。阿貴在家的生活訓練與學習主要由父親協助督導，家長對阿貴的教養態度積極正向，阿貴亦能聽從父親指令，進行學習。父親極力配合學校教育，並學習手語以指導阿貴手語溝通。						
對學校教育期望	教導阿貴建立溝通模式及生活常規						
(三) 生長、發展史							
<p>依家長描述：</p> <ul style="list-style-type: none"> 阿貴出生九個月時，發現頸部肌肉無力，全身部分肌肉張力低，疑似腦性麻痺，經馬偕醫院密集復健後才改善。 九個月時經檢查發現雙耳聽力受損 110 分貝以上，屬先天聽覺障礙，隨後配戴助聽器，但效果不顯著。 三歲時由醫院鑑定為「聽障合併自閉症」。 三歲 3 個月時於左耳植入人工電子耳至今。 							
(四) 教育史							
<ul style="list-style-type: none"> 學前曾於○○啟智中心、○○兒童發展中心各就讀一年半、○○啟聰學校半年。 91 年經鑑定就讀○○啟聰學校。 92 年 4 月轉至私立○○小學啟智班就讀。 93 年轉回啟聰學校就讀二年級。 95 年 2 月因在啟聰學校適應困難，不順己意時會出現哭鬧及攻擊行為，遂轉安置至本校特教班。 95 年 2 月～6 月於本校特教班四年級，阿貴在班級的學習與適應仍需要爸爸或教師大量提醒與協助。 							

二、評量摘要與能力現況

項目	描 述
感官功能	<p>1. 根據聽力評估檢查表 (95/10/17)：根據聽力師洪○○老師評估人工耳蝸及聽覺能力，評估結果顯示阿貴於左耳植入人工耳蝸，目前中耳功能測試兩耳正常，語言處理功能尚稱穩定，語言接受能力依檢查師以約 60 分貝說話音量，以「Lin's Test」七個字複誦正確率 40%，此外簡單的音「ㄚ、一、ㄨ、ㄛ、ㄣ」仿說尚可。</p> <p>2. 根據家長訪談：阿貴有近視、散光，已配戴眼鏡矯正，而且阿貴最近已經能主動要求要戴眼鏡，但不使用時須提醒收好。</p> <p>3. 根據教師觀察：</p> <p>(1) 阿貴配戴人工電子耳時不喜歡太大的聲響及吵雜的聲音，會自行拔掉接線環，需特別注意電子耳是否正常運作，包括檢查開關、電池容量及電池是否被阿貴調換位置等。</p> <p>(2) 視覺搜索能力佳，能在很短的時間內發現喜歡的事物，例如：修正帶、電表等有齒輪的物品。</p> <p>(3) 視動協調能力佳，能專心拆解與組合修正帶、錄（音）影帶。</p>
認知	<p>1. WISC-III (96/04/09)：評量結果作業 IQ 為 79，智力屬於臨界，但由於個案對指導語的理解弱，施測方式是透過施測者示範一次後進行，阿貴除了連環圖系外均可明顯理解測驗方式，推理能力佳，尤其在物型配置（量表分數 11）及圖形設計（量表分數 10）中，顯現出有計畫性解決問題的能力，並展現高度的專注和耐心。但在符號替代測驗（量表分數 1）中由於阿貴非常仔細核對要求完全一樣，以致完成速度緩慢，影響整體分數，因此作業 IQ 有低估的可能。</p> <p>2. 教師觀察中發現阿貴對有興趣的事物會持續注意很久，但小組（3-5 人）上課時，維持注意力約 3-5 分鐘，此外阿貴在情境中的推理能力佳，能預測下一步可能發生的事情及對事物的基本常識。</p>
溝通	<p>依據語言治療師廖○○老師（95/3/10）評估及期末評量（96/01）：</p> <p>理解：</p> <p>1. 在提供增強物提高阿貴專注力的情境下，不提供手勢，阿貴能正確回應鼓聲（10 以內）的次數。在聽到自己名字能主動回應方面，在教室中，阿貴的回應次數未達 50%，但對爸爸的回應能達到 80%。</p> <p>2. 阿貴有配合情境、手勢完成大部分的日常生活指令的能力，但需要增強物提高配合及完成的意願。</p> <p>表達：</p> <p>1. 會主動嘗試以手語、手勢或動作向大人表達需求。因為爸爸懂手語，所以爸爸能理解較多阿貴表達的意思。但若對其他不懂手語的成人互動時，阿貴會嘗試使用多種的方式，試圖使他人理解，不過尚未具有以書寫溝通的能力。</p> <p>2. 在要求與鼓勵下，阿貴能發出「ㄣ」、「ㄚ」、「ㄨ」等相關語音；情境下經要求會說出爸爸、Bye Bye、謝謝、早安等，但清晰度低，需熟悉的大人較能理解。</p>

行動	<p>1.文蘭適應行為量表 (96/03) 動作技巧領域百分等級 6，粗大動作年齡分數為五歲 6 個月，精細動作年齡分數 8 歲 4 個月。</p> <p>2.根據教師觀察：</p> <p>(1) 在校園中能拿著溜冰鞋、羽球等學習用具，自行從教室走到操場、地下室等上課地點，但早晨從校門口走到教室仍經常出現被有興趣的事物吸引，而無法直接進教室的情形。</p> <p>(2) 無法自行上下學，需家長接送。</p> <p>(3) 在社區行走時會注意有趣的事物而脫隊，給予時間及提示即可繼續行走。過馬路時須提醒看紅綠燈、等待綠燈及注意來車。</p> <p>(4) 大肌肉動作協調能力佳，可進行溜冰、游泳等活動，但各項運動技巧可再提升。</p>
情緒	<p>根據教師觀察：</p> <p>1.部分情境 (例如人多或團體活動時)，容易引發亢奮情緒，出現不適當行為 (推人、壓人)。</p> <p>2.固著行為及興趣被要求中斷或轉換時，常以哭表達不願意或委屈，需提供正增強/削弱的策略及緩衝時間以協助阿貴控制情緒，提升挫折容忍度。</p> <p>3.早上在教室與父親分離時，會出現分離焦慮的情緒，強度不一，多以哭泣表示。</p>
人際關係	<p>1.文蘭適應行為量表 (96/03) 社會化領域：百分等級 4，人際關係年齡分數 1 歲 2 個月，應對進退技巧的年齡分數為 8 歲 2 個月。</p> <p>2.根據教師觀察</p> <p>(1) 能察覺大人與自己的互動模式，會選擇性聽從大人的指令。</p> <p>(2) 相對於有興趣的事物，阿貴人際互動的質與量均偏低。</p> <p>(3) 由於大人較能理解阿貴非語言的表達，因此與大人的互動的頻率較同儕多。</p> <p>(4) 阿貴會注意普通班在操場上所進行的活動，尤其是足球、籃球等運動。(96/03)</p> <p>(5) 下課時，阿貴會主動到操場和小朋友玩追逐及電玩情節的武打遊戲，但未經對方同意，有時會有衝撞的情形。(96/04)</p>
健康狀況	<p>1.健康狀況良好</p> <p>2.依據父親描述，偶而感冒時，阿貴的服藥配合度較低。</p>
生活自理	<p>1.文蘭適應行為量表 (96/03) 日常生活技巧領域：百分等級 0.1，在社區生活技巧方面，使用電話、金錢等技巧較弱；家庭生活技巧方面，因著重個案能不需提醒或協助完成相關工作，阿貴在這部分的得分較有限。</p> <p>2.根據教師觀察阿貴具備一般生活自理的技能，目前僅需少量提示即可完成，但受動機及意願影響其完成狀況。阿貴對烹飪的活動有興趣，配合度較高。(96/01)</p> <p>3.依據父親敘述，阿貴在家中有挑食及拒絕使用筷子的情形。教室觀察中發現阿貴可以在教師要求下接受不同的食物，吃完 2/3 的便當，以及使用筷子吃麵。</p>

學業	<p>依據期末評量 (96/01)</p> <p>1.國語方面：</p> <p>(1)圖詞配對：透過習寫語詞及語詞拼圖的練習，提升字形的概念，對於喜愛的物品：修正帶、牛奶、麵包等 7 組語詞，在圖詞配對上有 80% 以上正確率。</p> <p>(2)語詞習寫：五次中有兩次能獨自完成仿寫作業，且字體工整。運用阿貴提出需求時，要求他以書寫物品名稱表達，能自行寫出「修正帶」、「牛奶」等高度喜愛的物品名稱。</p> <p>2.數學方面：</p> <p>(1) 20 以內的量：阿貴會 20 以內的點數、和為 20 以內的加法運算，並能以 1 元、5 元組成 20 元以內的幣值。</p> <p>(2) 時鐘：阿貴會看整點時鐘，會撥時鐘表示 12 點回家，或是表達等到 2 點鐘想獲得修正帶。</p>
綜合評述	<p>優勢能力：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.對有興趣的事物會持續注意很久，並展現高度的專注和耐心。 2.具有計畫性解決問題的能力，在情境下具推理能力，能預測下一步可能發生的事情。 3.會主動以手語、手勢或動作向大人表達需求。 4.視覺搜索能力佳，具字形的辨識能力，能仿寫複雜筆畫之國字。 5.具一般生活自理技能，目前僅需少量口語提示即可完成。 6.視動協調能力佳，能專心拆解與組合修正帶、錄（音）影帶。 <p>身心障礙狀況對其在普通班上課及生活之影響：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.語文理解與表達的能力於接受普通班學業性課程有困難。 2.雖具基本日常生活自理能力，但在時間內獨立完成指定工作有困難，較難適應普通班快節奏的學習活動。 3.尚無法獨力遵守普通班級的團體規範。 <p>特殊需求</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.在溝通能力方面 <ul style="list-style-type: none"> • 以文字表達需求，例如：牛奶、修正帶、膠帶等。 • 以口語及手勢提高聽理解的能力。 • 聽力巡迴輔導教師及語言治療師提供所需之聽能訓練、構音訓練和輔具諮詢。 2.在生活及社會人際方面 <ul style="list-style-type: none"> • 訓練阿貴收納眼鏡的能力及配戴人工電子耳的意願。 • 運用正增強/削弱策略，以提升學習動機及挫折容忍度。 • 訓練阿貴在團體中建立合宜的規範及提高團體活動的參與度，並增進阿貴與同儕的人際關係。 • 增進生活技能：各定點間獨立行動、休閒運動技巧、烹飪、飲食習慣等 3.在學業及其他方面 <ul style="list-style-type: none"> • 提供日常生活所需之語文與數學的相關能力。 • 提供交通補助費；提供輔具、獎助學金申請 • 提供家長特教服務諮詢及親職成長資訊 <p>適合之評量方式：紙筆（作業單）、實作、檔案評量及觀察。</p>

三、教育安置與服務

(一) 安置：自足式特教班					
(二) 參與普通班的時間及項目					
領域/活動	地點	節/每週	起迄時間	負責教師	備註
生活教育/ 升旗	操場	1	95.9~96.6	徐老師	每週二、五早晨 8:00~8:20
休閒教育/ 406/407 體育	操場	2	96.2~96.6	徐老師 謝老師	每週一第五節 每週二第一節
休閒教育/ 412 美勞	412 教室	1	95.9~96.6	鄭老師	每週二第七節
另不定期參與全校性慶祝活動如兒童節慶祝大會、聖誕聯歡會、體育表演會。					
(三) 特殊教育服務					
領域/活動	節/每週	起迄時間	負責教師	地點及說明	
生活教育	8	95.9 / 96.6	鄭老師/徐老師	相關場所	
實用語文	9		徐老師	教室	
實用數學	4		徐老師	教室	
休閒教育	10		鄭老師/徐老師 林老師/盧老師	教室、知動教室、活動中心三樓羽球場、 鷹萬游泳池等。	
社會適應	3		鄭老師/徐老師 謝老師	四年 6 班、四年 7 班、四年 12 班融合體 育及融合美勞，及社區適應。	
職業教育	1		鄭老師/徐老師	相關場所	
(四) 相關專業服務					
內容	地點	頻率	起迄時間	負責教師	備註
語言治療	辦公室	每月一次	95.09~96.06	廖○○	聽能訓練、構音訓練、諮詢
聽力巡迴	辦公室	至少兩週 一次		賴○○	聽能訓練、構音訓練 輔具諮詢
(五) 行政支援					
項目	方式				負責單位/人員
交通	交通費補助				特教組長
輔具	FM 調頻接收器				陳○○
獎學金	申請之相關資訊				鄭老師/徐老師
義工	協助學習				
小義工	提供同儕示範、語言刺激				
諮詢服務	每月第三週週三下午及每天上下學時間為親師溝通時間				
(六) 轉銜服務					
項目	方式				負責人
升學資訊	1.提供升國中之書面資訊 2.安排參觀國中 3.舉辦經驗分享座談會				鄭老師/徐老師 林老師

(七) 因行為問題影響學習者，其行政支援及處理方式

主要行為問題	行為描述、頻率、強度	
	上學期初入班時 (95/09)	上學期期末 (96/01)
離座	成人協助下參與學習時間約 30% 以下	成人協助下，參與學習時間約 50%
哭鬧	每天約 1-2 次 (每次時間持續約 5-10 分鐘)	每週約 3 次，持續約 5-10 分鐘
違抗	被規範時，對大人懷有敵意，會以推開或揮拳的方式拒絕。	會以手勢表達拒絕；在老師的增強下能完成指令達 80% (阿貴能力所及的)
攻擊	搥人、推人、拋人，每天約 5-10 次，強度不一，有時會使人受傷。	每週 0-1 次
固著行為	收集輪子或齒輪等物品，次數頻繁。	適當運用為參與學習的增強物

針對上述行為問題，上學期之處理策略有顯著成效，本學期持續維持及追蹤，策略如下：

生態支援與行為支援

1. 主動了解阿貴的喜好，給予時間及空間，觀察及瞭解其行為模式。
2. 分享阿貴的固著性興趣，並加以認同。(義工亦主動提供大量新奇有趣的修正帶、膠帶)
3. 提供適當、適量的學習內容或指令，肯定阿貴的努力，一有進步即給予口頭或手勢動作表示讚賞。
4. 建立視覺提示系統，以圖片預告活動之進行及轉換；且各活動間給予緩衝時間。
5. 以錄影帶、膠帶、修正帶等作為教材及學習內容，逐步引導至學習其他教材。
6. 提供多樣化的休閒活動，提升生活樂趣。

行為訓練與行為增強

1. 教師學習阿貴已懂得的手語，作為溝通管道，並教導他以手勢或圖卡表達需求。
2. 以錄影帶、膠帶、修正帶等作為增強物，立即增強其遵守上課規範的行為。
3. 提供選擇及商量的機會，例如選擇活動、商量習寫作業的份量。(96/03)
4. 建立代幣制度以逐步教導教室中的各項好行為。(96/03)
5. 提升書寫能力，並教導以書寫表達需求。(96/03)
6. 早上請父親送到校門口，訓練阿貴獨力進教室，減少分離焦慮的情形發生。(96/04)

行為直接介入

1. 暫停/撤除增強，例如收回修正帶、錄影帶、牛奶、布丁。
2. 暫時隔離，例如看影片時，讓他在旁邊緩和情緒。
3. 身體的阻遏，例如阿貴出手打人時，以身體限制他的動作。

領域	學年/學期教育目標	評量方式	評量日期/結果	評量人員	
各領域	1. 增加配戴電子耳的時間 1-1 一堂課中，正常配戴電子耳的頻率達 80%。	實作 紙筆 觀察		徐老師 鄭老師	
	2. 建立合宜的規範 2-1 一堂課的時間中，在增強制度下自行完成靜態活動，達 80%。 2-2 一堂課的時間中，在增強制度及熟悉成人的提醒下，參與動態活動（羽球、烹飪、社區...）達 80%。 2-3 在代幣制度下，延長獲得增強物的時間，至少有 4 位熟悉的老師同意。				
	3. 增進人際互動的質與量 3-1 能主動邀請熟悉的同學、小天使一起遊戲，一週至少兩次。 3-2 會對主動關心、幫助他人及分享，至少有 5 位老師同意				
	4. 提升溝通表達的能力 4-1 能以書寫語詞方式表達需求，一天三次以上				
	5. 提升挫折容忍度 5-1 縮短從固著行為、興趣的情境中轉移的時間，至少有 4 位熟悉的老師同意。		觀察		徐老師 鄭老師
	6. 提升認讀語文的能力 6-1 能進行 24 個日常生活活動和食物的圖與文字配對，正確率達 80% 以上。 6-2 有需求時，能正確寫出三個語詞。 6-3 能正確發出以ㄨ、ㄚ 為韻母的語音，至少有兩位小天使能聽懂。 6-4 能正確聽辨三個語詞。		實作 紙筆 觀察		徐老師

領域	學年/學期教育目標	評量方式	評量日期/結果	評量人員
----	-----------	------	---------	------

數學	7. 提升解決日常生活中有關數學問題的能力 7-1 能在商店中看價目以 1 元、5 元、10 元拿出指定兩樣商品的總和。	實作 紙筆		徐老師
	7-2 能看時鐘知道午餐、午休、放學 3 個例行活動的時間			
生活教育	8. 培養製作小點心技能 8-1 期末評量時，能依照有照片的食譜，獨力煮一碗喜歡的湯。	實作		徐老師 鄭老師
	8-2 期末評量時，能依照有照片的食譜，獨力製作一杯水果冰沙。			
休閒領域	9. 提升休閒技能 9-1 能和大人對打羽球，持續時間達 30 分鐘。	實作 觀察		徐老師 鄭老師
	9-2 能使用水彩進行著色，至少有 4 位成人認同阿貴具有色彩概念及使用水彩的技能。			
	9-3 提供範例時，能使用紙黏土塑形，達 80% 的相似度			
	9-4 至少學會兩種休閒技能：跳繩、扯鈴、飛盤、毽子			
社會適應	10. 提升在融合課程中與同儕互動、合作的能力 10-1 願意參與各項團體遊戲，至少有三位老師認同。	實作 觀察		徐老師 鄭老師
	10-2 至少能和 6 位融合班級的同学建立友誼。			
職業教育	11. 提升獨立行動的能力 11-1 十分鐘內能從校門口走進教室，五次中有四次通過	實作 觀察		徐老師 鄭老師
	11-2 完成指定的任務後能自行回到教室，五次中有四次達成			
評量結果	P—通過 E—充實 C—繼續 S—簡化 M—減量 D—放棄			

轉介申請表

轉介單位		個案姓名		申請日期	年	月	日
聯絡人		與案主 關係		手機			
				電話			
聯絡地址				電子信箱			
主 要 行 為 問 題	類 型 (可複選)	行 為 簡 述		問 題 評 量			
				發生次數	時間長度	嚴重性(強度)	
	<input type="checkbox"/> 自傷						
	<input type="checkbox"/> 攻擊						
	<input type="checkbox"/> 破壞						
	<input type="checkbox"/> 不服從/不合作						
	<input type="checkbox"/> 不適當的社會行為						
	<input type="checkbox"/> 固著或反覆無意義的動作						
	<input type="checkbox"/> 退縮						
	<input type="checkbox"/> 怪異的性行為/習慣						
<input type="checkbox"/> 過份活動							
<input type="checkbox"/> 其他情緒障礙或行為異常							
<p>填寫說明：每項請分別度量發生次數或持續的時間(至少擇一)，然後加上嚴重性之度量。例如：發生次數→每天10次；時間長度→每天3小時或每次5分鐘；強度→極嚴重或每次都有傷口。(請參閱培訓課程講義之「問題行為評量表」)</p>							
<p>上述行為問題從何時開始出現？已經持續多久？</p> <p>機構或家庭曾試過之處理方式及結果：(如醫療、生態調整、行為訓練、行為增強、行為介入.....)</p>							
填表人 簽章		家長(監護人) 簽章		單位主管 簽章			
<p>初篩結果：(本欄由工作室人員填寫)</p> <p><input type="checkbox"/> 不受理 原因：</p> <p><input type="checkbox"/> 受 理</p> <p style="text-align: right;">※ 如果您仍認為有協助的需要，歡迎與我們連繫！</p>							
個案編號：		接案者 11			日期：		

**瞭解可讓您
消除壓力與緊張**

如何面對課業壓力

張老師基金會桃園分事務所 涂喜敏諮商心理師

許多研究發現，受到社會環境變遷迅速的影響，現代青少年所承受的壓力要較過去為大，使得青少年在面對接踵而來的壓力事件時，需要更多的能力去因應。爲了了解現代青少年所面臨的主要壓力事件，「張老師」基金會特別針對全省北、中、南、東十四個縣市，廿五所國、高中，共計 11,653 名學生進行問卷調查。從調查結果發現，有 52.9% 的學生認爲自己生活中有一點壓力；32.9% 表示有中等程度的壓力；另外 8.4% 則表示有很大的壓力；只有 5.8% 表示沒有感受到壓力。換句話說，至少有 94% 的青少年目前正處在或多或少的壓力之中。

根據「張老師」表示，在此份涵蓋十四個縣市的問卷調查裡，顯示出青少年的生活壓力排行分別爲：

- 一、學校生活困擾：佔 37.9%。
- 二、未來前途困擾：佔 36.1%。
- 三、家庭生活困擾：佔 9.6%。
- 四、人際交友困擾：佔 8.8%。
- 五、異性交往困擾：佔 4%。
- 六、休閒娛樂方面：佔 19.6%。

而從各項目的分析中也可以看到：

- 一、學校生活方面：其中以「功課太重」所佔的比例最高，約 30.4%；其次爲「成績不好」（27.7%），而「沒有適當的讀書方法」（22.6%）則排名第三。
- 二、未來前途方面：以「考不上理想學校」爲青少年最關心的問題（61.8%）；其次爲「對未來感到沒有方向」（17.9%）；至於「不知如何規劃生涯」則佔了 8.2%。
- 三、家庭生活方面：以「家庭溝通不良」爲主，佔了 32.7%；其次爲「無法全心照顧家人」，有 17.4%；再者爲「家事分工不均」，佔有 13.7%。
- 四、人際交友方面：以「不知如何表達情感」位居第一，共計 27.8%；其次爲「不知如何拒絕別人」，計有 27.4%；而「不知如何化解誤會」則佔第三位（19.8%）。
- 五、異性交往方面：以「不善表達」爲首，佔 27.9%；其次爲「沒有交友管道」，佔 17.0%；排行第三的則爲「無合適對象」，佔 11.7%。
- 六、休閒娛樂方面：最主要來自於「沒有時間參與」，佔了 26%；其次爲「不知如何安排」，爲 18.2%；再者則爲「缺乏活動場所」，計有 14.2%。

由以上的分析可以知道，「課業問題」一直是所有青少年感到困擾的主要來源之一，準備考試最擔心的莫過於唸不下書，考前唸不下書的原因有很多，有一個可能的原因是考生過度的擔心，怕自己考不好。適度的緊張，是有助於增加讀書動力，但過度憂心，反而佔據整個心思而無法專注。甚至出現因壓力所引起的各種身心症狀，如頭痛、胸痛、腹瀉、暈眩、心悸、失眠、疲累等，我們提供輕鬆應付砍室壓力的方法。

- (一) 擬訂合理可行的作息時間表。
- (二) 選擇適當的讀書環境。
- (三) 以略讀、提問題、精讀、摘述、複習五步驟來學習。
- (四) 增加團體討論的機會。
- (五) 適當抒發對課業的壓力。

面臨各種壓力時緊張是正常的反應，只要適度控制，就能讓自己更專注。藉著深呼吸、散步或聽音樂等，都可以放鬆心情。另外不要設定過高的目標，一旦無法完成，便又開始責怪自己。這個時候要改變目標，認清自己的習性，將目標訂在可完成的範圍內，達成目標的快樂感受，不僅會讓自己更有信心，同時會更有讀書動力。

如果生活的壓力已經超過擬的負荷時，千萬不要以毒品或傷害自己的方法紓解壓力，請翻開本冊提供的資源單位，更歡迎你打各電話給「張老師」吧！張老師基金會諮商輔導專線:1980/兩性關係諮詢專線 03-4919808



做情緒的主人

中原大學諮輔中心 蔡秀玲專任助理教授

你現在的心情如何？是歡樂？煩惱？生氣？擔心？害怕？難過？失望？或者是平靜無常呢？還是你根本不懂自己的心情？一早起來，也許你看到陽光普照而心情愉快，也可能因為細雨綿綿而心情低落；你也許因為蹺課沒被點到名而高興，然而考試快到又讓你擔心；談戀愛的你心花怒放，失戀的你卻又垂頭喪氣……我們擁有許多不同的情緒，而它們似乎也為我們的生活增添許多色彩。然而又聽說有情緒是不好的，或者覺得一個成功的人應該不能流露情緒，或者怕被人說你太情緒化所以寧願不要有情緒……其實真正的問題並不在情緒本身，而在情緒的表達方式，如果能以適當的方式在適當的情境表達適度的情緒就是健康的情緒管理之道。

一個成功的人不一定要有高 IQ，但一定要有高 EQ，然而究竟什麼是 EQ 呢？EQ 指的是能瞭解自己的情緒、妥善管理自己的情緒、懂得自我激勵、能認識他人的情緒，以及處理人際關係的能力，你的 EQ 如何呢？現在就讓我們一起學習做情緒的主人，提昇我們的 EQ 吧。

情緒管理三部曲

WHAT 我現在有什麼情緒？

由於我們平常比較容易壓抑感覺，或者常認為有情緒是不好的，因此常常忽略我們真實的感受，因此，情緒管理第一步就是要先能察覺(aware)我們的情緒，並且接納(accept)我們的情緒，情緒沒有好壞之分，只要是我們真實的感受，我們就要學習正視接受它。只有當我們認清我們的情緒，知道自己現在的感受，才有機會掌握情緒，也才能為自己的情緒負責，而不會被情緒所左右。

WHY 我為什麼會有這種感覺（情緒）？

我為什麼生氣？我為什麼難過？我為什麼覺得挫折無助？我為什麼……？找出原因我們才知道這樣的反應正常嗎？找出引發情緒的原因，我們才能對症下藥。

HOW 如何有效處理情緒？

想想看可以用什麼方法來抒解自己的情緒呢？平常當你心情不好的時候，你都怎麼辦？什麼方法對你是比較有效的呢？以下介紹幾種方法供你參考：

1. 讓心情平靜的方法：深呼吸、肌肉鬆弛法、靜坐冥想、運動、到郊外走走、聽音樂……
2. 讓情緒宣洩的方法：大哭一場、找人聊聊、塗鴉、用筆抒情……
3. 改變內在的自我對話：我們怎麼想就會怎麼感覺然後就會怎麼做，影響我們的常常不是事件本身，而是我們對事件的看法。

兩位市調人員到非洲調查皮鞋業的發展，結果一人回來後愁眉苦臉，非常沮喪地說「哎呀，非洲根本沒有市場可以開發，因為那邊的人都不穿鞋子。」，另外一個人也從非洲回來了，結果他是眉開眼笑，高興得不得了「太好了，我們有大生意要做了，非洲那邊的人都沒有鞋子可以穿呢。」

當大發明家愛迪生在實驗室研製白熱電燈泡時，他嘗試了一千多次各種不同的原料，但是卻都告失敗。有人諷刺、譏笑他，只為了一件小事，竟然浪費這麼多時間，而且還「失敗」了一千多次。可是，愛迪生說：「我不知道你為什麼把他看成「失敗」呢？我已經知道一千多種做不出電燈泡的方法啊。

同樣一件事情，若能從正面、樂觀的方向來思考，就會使自己充滿喜悅與希望。也許可以檢視一下你自己，是不是常常有一些不合理的想法或者常常抱持悲觀的態度呢？你是不是常常告訴自己「遭透了」、「完蛋了」、「我是不好的」、「我每件事都做不好」……有時，讓我們心情不好的，不是別人，也不是不順遂的環境，而是我們自己，有時候是我們內在負面的自我對話讓我們陷入愁雲慘霧中，所以培養積極樂觀的想法可以讓我們經常擁有燦爛的陽光喔。

我們的心情雖然多變，但並非完全不可掌控，我們不需壓抑也無需擔心，可以大笑，也可以大哭，可以悲傷，也可以哀愁，允許我們的心情就像春夏秋冬一樣變化，讓我們擁有流暢的生命力，只要我們可以認清自己的情緒、了解引發情緒的原因，找出有效的因應之道，那麼我們就可以做情緒的主人囉。☺



嚴重情緒障礙學生輔導手冊



楊淑蘭・藍素容／主編

楊淑蘭・楊碧桃・羅湘敏
麥莠茹・郭淑慈・田慧娟・林如美
合著

林姿妤／繪圖

主辦單位：教育部特殊教育工作小組
承辦單位：國立屏東教育大學特殊教育中心
中華民國九十五年十二月

目 錄

嚴重情緒障礙學生輔導手冊

壹、嚴重情緒障礙的定義

貳、嚴重情緒障礙的類型及輔導案例

一、精神分裂症

二、情感性疾患

三、焦慮症與恐懼疾患

(一)懼／拒學症

(二)選擇性緘默症

(三)強迫症

四、品行疾患

五、物質濫用

六、自傷



參、延伸閱讀資料

肆、相關資源

嚴重情緒障礙學生輔導手冊

嚴重情緒障礙為身心障礙類別之一種，我國最早有關情緒障礙學生的稱呼是民國 59 年在台灣省特殊教育推行辦法裡的「性格與行為異常」一詞，但之後學者亦有使用情緒障礙或行為異常，而兩者時有爭論，直到 86 年特殊教育法公佈才改稱為「嚴重情緒障礙」。過去因為國內對心理疾病接納度低，嚴重情緒障礙學生的異常行為常造成教師們極大的困擾，民國 89 年教育部亦曾邀請學者編寫過情緒障礙學生輔導手冊，由於近年來國內環境急速變遷，整體生活壓力較過去為大，罹患心理疾病之人數不斷增加，兒童情緒障礙或青少年犯罪問題，亦有上升之趨勢，造成教師教學過程中沉重的壓力，而有關情緒障礙之概念及處理方法亦有新的理論被提出，因此本中心受教育部委託將原有之手冊進行修編，期盼提供教師在認識、輔導及對情緒障礙學生進行教學時，能有新的方向和一些新的想法。本手冊內容包括嚴重情緒障礙定義和出現率、各種情緒障礙的類別，並針對各類別提出案例和輔導與處理策略，最後提供參考書目、延伸閱讀、相關影片與社會資源，以便老師們在使用時能快速的找到所需要的訊息。

壹、嚴重情緒障礙的定義與出現率

一、定義

情緒困擾(emotional disturbance)和行為障礙(behavioral disorders)，在過去因學者的專業背景或看法不同而使用不同名稱，本文則根據教育部頒佈的身心障礙及資賦優異學生鑑定原則鑑定基準統一使用嚴重情緒障礙一詞。其定義如下：

(一)美國 1990 年公佈身心障礙者教育法案(The Individuals with Disabilities Education Act, 簡稱 IDEA)即 101-476 公法的定義為：

具有以下一項或一項以上的特徵且持續一段時間和顯著程度，並影響其教育表現者：

1. 無法學習又不能以智力、知覺或健康因素加以說明者。
2. 無法與同儕和教師建立或維持滿意的人際關係。
3. 在正常的情况下，有不恰當的行為或情感。
4. 表現出全面或普遍的不愉快情緒或憂鬱。
5. 常因個人或學校的問題而感覺身體不適、疼痛或害怕的傾向。

情緒困擾也包括精神分裂症，但不包括社會不適應者，除非此社會不適應者是因嚴重情緒障礙所造成。

(二) 我國對情緒障礙的定義

根據教身心障礙及資賦優異學生鑑定原則鑑定基準第九條所稱嚴重情緒障礙是指「長期情緒或行為反應顯著異常，嚴重影響生活適應者；其障礙並非因智能、感官或健康等因素直接造成之結果。情緒障礙之症狀包括精神性疾患、情感性疾患、畏懼性疾患、焦慮性疾患、注意力缺陷過動症，或有其他持續性之情緒或行為問題者」(教育部，民 87)。

二、出現率

我國推估資料

根據我國特殊兒童普查的統計資料，第 1 次普查(民 65)未對嚴重情緒障礙的出現率進行調查，但推估其出現率約在 0.8%(郭為藩,民 85, P11)，第二次普查(民 81)時調查國內 6~15 歲身心障礙學生的結果，嚴重情緒障礙的人數計有 7089 人，出現率佔學齡學生的 0.199%，佔身心障礙學生的 9.38%，且大都被安置於普通班。

美國官方統計

1. 美國官方的保守估計(1955~1980)，嚴重情緒障礙的學生約有 2%，其後修訂為約 1.2%~2%，但僅有不到 1%的公立學校學生接受情緒障礙類

的特殊教育服務(U.S. Department of Education,1993)，近年來並無明確的比率資料。

2.美國人口調查的資料(population surveys)估計情緒障礙學生的人口約為3~6%，需要接受特殊教育和相關服務(Kauffman,1993)。

三、性別比率與差異

情緒障礙的性別比率，呈現男生多於女生的傾向，自閉症的男/女比例為4比1，情緒障礙的男/女比率約在6比1至9比1之間 (Coleman,1996)。由兒童進入青少年階段的情緒障礙男生，較傾向於發生違規行為或不成熟的問題，然而女生則傾向於發生退怯或神經質徵狀的問題(Clarizio and McCoy,1976; Schultz et al,1974)。



貳、嚴重情緒障礙的類型及輔導案例

一、精神分裂症

精神分裂症 (schizophrenia) 並不是指患者有多重人格。Schizophrenia 一詞在希臘原文中是指「分裂的心靈」(split mind)，但是有精神分裂症的人並非人格分裂。所謂的「分裂的心靈」是指- 有精神分裂症的人與現實脫節，他們很難分辨事實與幻想。

在台灣急性住院與慢性住院的精神疾病患者中，精神分裂症病人約佔了一半左右。精神分裂症是最常見的重大精神疾病之一，其發生率約為所有人口的 1%。男女罹患的機率相同，不過罹患的高峰期男性較早，通常在 18-26 歲；女性則在 26-45 歲。兒童也會出現兒童型精神分裂症，但病例較少，通常在 7 歲以後開始發病，症狀和成人患者相似。

(一)主要症狀

精神分裂症的臨床表徵會隨著病程的進行而有所改變，其症狀表現有相當大的異質性，大約可分為下列幾種症狀群(白雅美, 2006; 孔繁鐘, 2008; 曾文星、徐靜, 2003; 劉智民, 2002; Cantor, 1988; Kaufman, 2005)：

1.前驅症狀 (prodromal symptoms)

前驅症狀是指患者發病前所出現的症狀。患者發病前的個性常被描述為：內向、孤立、退縮、敏感、奇怪等，可能沒有親密的朋友。發病前功能常有：人際關係差、適應障礙等問題。發病多為漸進式，在症狀活躍期出現前，常有所謂的前驅症狀：包括自我照顧不佳、傻笑、社交退縮、奇怪偏執的想法、不尋常的感官經驗、不正常的情感表現、奇特的行為及言語等，也會以焦慮、憂鬱、模糊的身體症狀等精神官能性症狀來表現。

2.症狀活躍期 (active phase)

在此時期，特殊的精神病症狀或所謂「正性症狀」(positive symptoms)會出現，即顯著地出現妄想、幻覺、思考混亂(thought disorder)、語無倫次、僵直或激躁等動作行為障礙等。

(1)妄想 (delusion)

妄想又稱為妄信或妄念。是指奇異而錯誤的信念，是一種思考內容障礙，這些信念對於患者而言是十分真實的，但事實上卻是假的。

精神分裂症的妄想常是片斷、種類多、且奇異，與妄想病之有系統、有故事性妄

想不同。例如、患者在看電視時，覺得有人故意向他廣播，嘲笑他；或在馬路上時，覺得人人都在看他、說他壞話等等，產生所謂的「關係妄想」，但患者並沒有一套有系統的解釋，說明為何會有這種事情發生。

有些妄想是精神分裂症患者特有的，例如：1. 相信自己的思都被廣播出去，別人都可以看透他腦子裡所想的事，稱為「思維廣播」。2. 或在自己思考當中常有一段內容不是自己的「思維插入」，或相反的「思維從腦子裡被拿走」。3. 或者自己的意志、判斷、行為舉止都不屬於自己，是被人操縱控制，即「被控制妄想」。4. 有時患者會出現宗教性妄想、或其他不合理的妄想。

患者的妄想症狀最常見的是：被害妄想、關係妄想、思維廣播、思維插入、思考被剝奪等。

(2)幻覺 (hallucination)

幻覺是指患者會聽到或看到一些不存在的東西，例如：會聽到一些聲音，有時候這個聲音會要患者做一些事；或看到(看見光、物體或臉孔)、聞到(一些氣味)、或接觸到實質並不存在的物(如：覺得有蟲在皮膚上面或下面爬行)，這些經驗對患者來說是非常真實的。所以常會看到患者自言自語，對著他所聽到的聲音說話。

精神分裂症患者可能出現各種類型的持續性幻覺，最常見的是聽幻覺。所聽到的可能是簡單的聲音，或重複的一句話，甚至聽到多人在交談，而且整天持續著。

(3)思考混亂

此指思考程序凌亂不堪，思考內容支離破碎，最多見的是「聯想鬆散」，即言談、寫作所表現的思維，從上一段思維到下一段的思維，其聯想關係鬆散，聽者會覺得下文不接上文，有點莫名其妙的感覺。

聯想鬆散現象嚴重時，會呈現胡思亂想、答非所問、語無倫次等現象。有時因聯想有障礙，患者思維受言語發音的影響，而改變其思維方向，稱為「音韻聯接」。例如：「我每天吃三頓“飯”，“犯”人太多，應該關起來，把犯人都“關”起來，我就做大“官”了。」有時患者也呈現「思維貧乏」，甚至思考停頓等症狀。

有時患者會憑自己意思製造一些新名詞或新字，別人無法了解，稱為「新語症」，或拼湊字句(word salad)等現象。因為患者思考混亂，表現在行為上則為混亂不當的行為，如隨地便溺，個人衛生無法維持，或出現無法預測的激動行為等，此與妄想幻聽影響下有組織的行為，及下面所提的漫無目的的緊張性激動情況有別。

(4)緊張症狀 (catatonic symptoms)

在急性及慢性的患者中常有的症狀為對環境的刺激反應減少，極端者變成對外界環境完全沒有反應，此稱為緊張性僵呆(catatonic stupor)、或漫無目的的過度的動作及行為，稱為緊張性激動、或保持某些姿勢不動，如蠟像般。另外也有重覆別人語言(仿說)或動作(仿動)等症狀。

3.負性症狀 (negative symptoms)

負性症狀是指社交能力的喪失，缺乏情緒起伏、與情感的表達能力、沒活力、沒有動機與衝勁。包括臉部表情淡漠平板、面無表情、說話時聲調平淡，缺少抑揚頓挫、少有手勢等非語言的表達。說話時話量少且內容貧乏、無法主動開展及維持對話的進行。意志力缺乏- 即無法主動進行及維持某些有目標的行為，患者可能整天呆坐，甚至連維持自身生命基本需求的行為- 如進食、盥洗等都無法進行。獨來獨往，不想與人交往，對周遭事物不感興趣，顯得退縮。

雖然這些負性症狀在患者中相當常見，但要準確評估這些症狀，並不容易，因為這些症狀與正常情況的界限並非十分清楚，且一些其他原因，如藥物的副作用、正性症狀、憂鬱症狀、或環境中太少刺激等都可能造成類似的表現，所以評估時可能需一段時間的觀察，及對其他原因的排除，方能作正確的評估。

4.殘餘症狀 (residual symptoms)

在急性發病期或經過治療後，患者會殘存一些症狀，包括較輕微的思考流程障礙、一些不合理的信念、某些特殊感官經驗、不適當的情感表達、奇怪的穿著及行為等，但程度皆不及急性發病期的嚴重。此時期也常見有明顯的生活懶散、缺乏動機及意志力、表情平板淡漠、言語貧乏等負性症狀。

(二)病因

精神分裂症的原因還不完全清楚，一般認為可能是由多種因素造成的。目前科學家們尚未能全盤瞭解會造成此疾病的因素，但從遺傳學的研究顯示精神分裂症在同一家族的發生率很高。換句話說，遺傳對於精神分裂症的發生扮演著很重要的角色(曾文星、徐靜, 2003；劉智民, 2002)。以住院病人的資料來統計，一般人罹患精神分裂症的罹患率約為 0.19% - 1.8%，而患有精神分裂症之病人，其同胞兄弟姐妹之罹患率為 7-15%；假如父母親有一方患病時，其子女之罹患率增加至 16%；若雙親均患有該病者，其子女之罹患率為 40% - 68%。

目前最為人接受的神經生化學假說是多巴胺假說，研究顯示精神分裂症的正性症狀與多巴胺功能增加有關。

環境也是一個危險因子，例如家庭壓力、社交互動不良、幼年感染病毒或有創傷經驗等，都可能誘發精神分裂症，但環境事件常是誘因，而不是病因。許多人誤以為患者生病完全是表面上的一些誘發因素所致，如：聯考失敗、情感受挫、婚姻或家庭衝突造成，如果只處理這些表面問題，往往徒勞無功，也可能延誤了治療(白雅美, 2006)。

(三)診斷標準

一般而言，精神分裂症的診斷標準有下列五項(孔繁鐘, 2003；施顯焜, 1998；曾文星、徐靜, 2003；劉智民, 2002):

1.特殊的症狀：

在妄想、幻聽、混亂的言語及行為、緊張症狀、及負性症狀等 5 項症狀中至少要出現 2 項。

2. 社會關係與學業(職業)表現的退化。
3. 期間：第一項標準的活躍症狀必須持續一個月以上，且有症狀時間(包括前驅期、急性發病期、及殘餘期的總時間) 必須超過 6 個月以上。
4. 必須排除下列兩項因素：
 1. 排除情感性精神病及情感性精神分裂症。
 2. 器質性及藥物引發的原因要排除。
5. 與一般發展遲緩的關係
如果孩子原有智障或自閉症診斷，但也出現妄想或幻覺情形，而且出現時間有一個月以上，此個案可能在智障或自閉症外加上精神分裂症之診斷。

(四) 精神分裂症的類型

精神分裂症的分類是以發病時各種症狀群的表現為依據，可分成下列各型 (孔繁鐘, 2003; 曾文星、徐靜, 2003; 劉智民, 2002)：

- 一、妄想型- 以妄想、幻聽症狀為主。
- 二、混亂型- 指發病時以思考混亂性症狀為主，且行為表現並不符合緊張型的標準。
- 三、緊張型- 指發病時以緊張性症狀為主。
- 四、未分化型精神分裂症- 各類症狀都差不多明顯的。
- 五、殘留型- 是指患者曾經病情發作至少有過一次，而目前沒有明顯精神病症狀，但有情感流露之減少、聯想鬆弛等障礙，且從社會退隱，有怪癖行為者。

上述類型的分類法，對臨床病程預後的預測性不佳，且類型並不穩定，可能會隨著病程而類型會有所改變。

(五) 病程與預後

關於精神分裂症患者的病程與預後情形，根據劉智民醫師 (2002)在其文章中有如下的說明：

1. 病程

精神分裂症的病程有很大的變異性，在發病前常有一段前驅期，可能從數星期到數年不等；也有一些患者是急性發作的。發作之前可能有一些生活或環境的變化，可能成為促發因素，也可能是已經發病的前驅症狀所造成的結果，故有賴仔細評估才能確定。

在第一次發病之後，患者常有一段緩解時期 (有少數病人的活躍症狀是會持續的)，大多數病人會有復發的情形，故精神分裂症的病程常被描述為「重複的復發與緩解」。一般而言，每次活躍症狀的復發常伴隨進一步社會職業(學業)功能的損害，因此，預防復發是精神分裂治療的重點。根據一些長期追蹤的研究結果，診斷後的前五年的病程可預測之後的病程型態。正性症狀會隨著時間逐漸減弱，而負性症狀則隨著病程而有逐漸明顯的趨勢。

2. 預後

有關精神分裂症的預後要考量幾個方面，如症狀的持續性及治療的反應、社會職業(學業)功能缺損的程度、自殺致死的情形等。

根據一些長期追蹤的研究結果顯示，約有 10% - 20% 患者的活躍性症狀治療反應不佳，即所謂的難治型精神分裂症；約有 20% - 30% 的患者能恢復到一般正常的功能。另外，20% -30% 的患者會有輕度到中度的功能損害，但仍可維持社會功能。其餘的患者會繼續呈現慢性精神病狀態，需長期依賴養護環境與設備。此外，精神分裂症患者的自殺行為是值得注意的課題(劉智民, 2002)。

精神分裂症的預後指標	
良好預後指標	不良預後指標
晚發病	早發病
有明顯促發因素	無明顯促發因素
急性發作	慢慢發病
病前功能佳	病前功能不佳
有情感性症狀	退縮自閉的行為
已婚	單身、離婚、或鰥寡
有情感性精神病的家族史	有精神分裂症的家族史
支持系統良好	支持系統薄弱
正性症狀	負性症狀 有神經學症狀 三年內症狀沒有緩解 許多次復發 有攻擊行為的病史

(六)治療

精神分裂症的症狀一旦發作，就是一種長期的病態，需要長期的治療，因此，除了生物性的治療外，尚包括心理與復健方面的治療(白雅美, 2006; 施顯焜, 1998; 曾文星、徐靜, 2003; 劉智民, 2002; Kauffman, 2005)。

1.生物性的治療

(1)藥物治療

藥物治療主要以抗精神病藥物為主，可分為傳統及非傳統的抗精神病藥物兩大類。抗精神病藥物主要藥理作用在於減除精神分裂病之症狀，改善思考障礙，減除幻覺，改善隱縮行為，除去妄想等，特別是減除暴躁不安之情緒。依藥性之強弱及副作用之不同，抗精神病劑有不同藥物可選擇使用。

抗精神病劑不但在急性階段要給與足夠有效藥量，以求其效果；病情復癒後，亦宜長期使用，以免病情在短期內再發。不過因抗精神病劑長久使用，可能產生非恢復性的副作用，故需經醫師的仔細考量與指導，使用最少有效的藥物劑量，以減少副作用。

(2)電痙攣治療

電痙攣治療主要是針對藥物治療反應不佳，或對藥物副作用無法忍受的病人- 在急性發病或惡化時的治療。一般而言，電痙攣治療對精神分裂症的解組(錯亂、混亂 disorganized)、激動、及緊張性狀的治療效果較佳。

2.心理、社會的治療與復健

由於精神分裂症是一種慢性的精神疾病，在漫長的病程中，需要有良好的情緒、家庭、及社會的支持，因此個別與團體心理治療是相當重要的。

(1)個別心理治療

個別心理治療的重點在支持性的治療，包括情緒的支持、疾病的衛教與適應，生活、藥物、工作、家庭的諮詢等。

(2)團體心理治療

團體心理治療的重點則在於情緒的支持、疾病的適應、人際互動增進、社交技巧的訓練等。

(3)家庭治療

由於精神分裂症家屬負擔照顧病人責任，且研究顯示家人的高度情緒表露，如敵意、批評、過度保護與干涉的態度等與病人的高復發危險性有相關，因此家庭治療是相當的重要。家庭治療的重點主要在對家屬提供疾病與藥物之衛教，情緒的支持，減少家人高情緒表露的情形，家屬照顧病人的諮詢等。

(4)復健治療

相當多的精神分裂症病人有神經心理及社會職業功能的缺損，因此復健治療也是慢性精神分裂症的重要治療；其重點在自我照顧訓練、獨立生活訓練、社交技能訓練、職業技能訓練等。進行復健的機構有慢性復健病房、日間醫院、社區復健機構(如庇護工廠、康復商店等)，其最終目標是使病人能回歸社區，過有意義的社會生活。

(七)兒童精神分裂症的教育訓練

兒童精神分裂症的療育，除了上述的藥物治療、心理治療、家庭治療外，教育訓練也是不可缺少的重要環節。成功的療育方案必須要能綜合各方面的人力與智慧，從認知、感官、情緒、以及語言動作上來幫助孩子。在施顯焜(1998)的書中，對於兒童精神分裂症患者的教育訓練有相當仔細的介紹，包含下列各項：

1.自我概念的建立

兒童在其發展階段中，自我概念的建立是十分重要的。Cantor (1988)認為兒童患者的固執不變的個性、無法自制的焦慮、思考的混亂，和自我角色的混亂都顯示孩子的「自我」(ego)呈現殘缺狀態，因此正向自我概念的建立是刻不容緩的。要建立自我概念必須靠在生活中自律與自愛的建立，因此對年幼的孩子，大人要作為他的「自我輔助」，如教他辨別是非、劃分生活的界線，但又不妨礙他的自主權及成長的過程。等孩子到9歲10歲以後智力漸開，一方面慢慢地建立自我的觀點，遇到事情緩和下來想一想，建立自律的雛形；另一方面他也慢慢地了解自己的症狀，明白自己的障礙。在自我了解的過程中，孩子可能會產生自怨自艾的心理，因此要協助孩子建立一健康的自我概念，協助

他面對現實，從事建設性的自我規律。雖然無法與其他孩子相比，要協助他克服困難，接納自己的缺陷，愛護自己所擁有的一切。

2. 社會技能訓練

精神分裂症兒童所要學習的社會技能會因人而異，但一般而言，包含語言的表達、非語言的表達(如視線接觸、身體的姿勢、半語言的表達(如音調音和抑揚頓挫等)、人與人之間的溝通、及彼此感情的表達。此外，社會覺的技能如察顏觀色、知所進退也是相當重要的訓練項目。由於孩子對外界消息的釋、儲存、及應用都有困難，必須特別訓練他們適當談吐和應對的技能，適時地表達其情緒或意願。

3. 語言訓練

兒童語言能力的發展與其社會能力的關係息息相關，因此需培養適當的語言能力方能增進人際的接觸，使他們有適當的工具來表達願望，滿足基本需求。語言訓練的內容和方法需依據孩子的情況來設計課程，以培養適當的語言能力，增進人際接觸。

4. 生活自理技能的訓練

根據兒童的實際情況，有些兒童可能失去生活自理技能，包括穿衣、洗臉、洗澡、如廁、刷牙、梳頭髮、及飲食技能等皆須加以教導。

5. 應付技能的訓練

此訓練主要是把孩子裝備起來，應付生活環境中的要求。應付技能訓練內容包括：認知的改造、果敢行為的訓練、解決問題技能的訓練、自我控制的訓練、放鬆的訓練、及行為問題的處理等。

(八) 結語

精神分裂症是一種嚴重的慢性腦功能障礙疾病，服用藥物來控制症狀是精神分裂症患者的治療中十分重要的，除了藥物治療外，心理及復健治療也是不可少的。根據國際間的比較研究，在長期治療及追蹤後，大約有 1/3 的患者有相當不錯的預後，與未發病前差不多有 1/3 者較差，但仍可維持社會功能；另有 1/3 則預後不好，多少會持續有中等程度以上症狀及功能障礙，可能須要重複住院治療或長期依賴養護的環境與設備。通常恢復的情況也將視其發病年齡的早晚、病前性格、社會適應的良好與否、有無明顯發病誘因、病程的緩急、是否有良好的家庭及社區支持系統等而有個別差異。和其他身體的慢性病預後比較，若接受規則的治療，精神分裂症的預後並不太差，也不必因此過分害怕而造成偏見。



二、情感性疾患

過去，我們可能會認為精神疾病離校園很遠，但現今隨著生活步調、人際互動與社會價值觀等因素的改變，不管是對社會哪一個階層的人都帶來一股無形的壓力，我們的學生亦然。校園裡面可能會潛藏著一些憂鬱個案，因此對學校教師來說，瞭解因壓力所產生的心理疾病對學生的影響是很重要的，才能避免忽略情障學生的發現而錯失治療、介入的時機。

依據美國精神醫學學會的心理疾病診斷與統計手冊第四版(DSM-IV)中對情感性疾患的分類，大致可分成憂鬱性疾患(即憂鬱症)與雙極性疾患(即躁鬱症)兩大類；憂鬱症指的是情緒的極度低落，而躁鬱症則是情緒過度高昂或過度低落的混合、反覆出現；以下主要針對憂鬱症與躁鬱症的特徵、治療與輔導與自殺防範四方面進行說明，並透過案例來了解實際介入的方法。



隨著社會生活的現代化，緊湊的生活步調與節節高升的生活壓力，使得憂鬱症成為現代社會中的文明病；而青少年通常可能因為學業成就的壓力、人際互動方面的問題而影響其情緒；持續不穩的情緒再加上生活中無法預料的突發狀況，出現憂鬱症的可能性也隨之高升，因此青少年的憂鬱問題是身為教育工作者的我們所必需重視與注意的，而瞭解憂鬱症及其輔導方法更是必要的。

(一)主要症狀

憂鬱症的定義主要依據 DSM-IV的標準，憂鬱症的出現並非毫無預警、突然發生的，有些症狀是需要維持一段時間的；因此，我們可以利用從學生身上觀察到的訊息來加以判斷是否學生有罹患憂鬱症的可能（柯慧貞、陸汝斌，2002；蔡秀玲、楊智馨，1999）：

- 1.情緒方面：維持一段時間的情緒低落，快樂不起來；總是無精打采、愁眉苦臉，感到沮喪、悲傷、消沈，會莫名哭泣及對他人漠不關心。部分患者會出現焦躁不安及特別容易發怒等情形。

2.動機方面：做事缺乏動機，對原本有興趣的事物失去興趣、失去活力，對自己的能力毫無自信。

3.思考方面：注意力、記憶力減退，挫折容忍力降低；總是有無助、無望的想法，會有罪惡感、容易自責、低自尊、意志力喪失，可能反覆出現死亡或自殺的念頭。

4.行動方面：憂鬱症者的腦不像一般人一樣的活化，其腦部的活動力較低，因此他們會常覺得疲倦、沒活力，活動量減少（洪蘭譯，2002）；亦可能由於增強不足或缺乏，或因害怕懲罰與避免壓力而造成行為的減少（李素芬，2004）。

5.身體方面：胃口改變（體重暴增或驟降），睡眠型態改變（難以入睡或睡眠過多）、缺乏精力；感覺頭痛、胃痛等多種身體不適的症狀。

(二)可能造成之因素

當學生疑似出現以上症狀並維持一段時間，老師就需要注意是否學生需要更進一步的協助與處理。而什麼樣的因素、什麼樣特質或處於何種情境下的學生較容易罹患憂鬱症呢？

1.家庭因素：受到生理、心理虐待，如父母的教養方式不當或父母對孩子有不合理的期望；或重大創傷事件。

2.學校因素：學校課業的壓力與成績的低落，造成學習的挫折感；憂鬱與失敗之間不斷的惡性循環。此外，社交技巧的缺乏，導致與同儕之間的人際互動不良，或對學校環境的不適應、感情方面出現問題等。

3.個人因素：學生本身的人格特質較悲觀，有著負面的思考習慣；凡事講求完美，抗壓性低、神經質、易焦慮、固執、不切實際或過於理想等，習慣以逃避或壓抑來處理壓力事件，或健康問題。

4.挫折容忍的能力有限：正值學齡階段的青少年、兒童，各方面能力都仍在培養當中，遭受挫折的機會很多，而情緒的處理能力與經驗不足，很容易處於壓力之下而產生憂鬱。

5.面對太多生活中的壓力事件：學生最大的壓力來源除了是來自升學、課業

與父母師長的期待外，在尋求自我認同、建立伙伴關係、得到同儕的接納等方面都承受著不小的壓力；而這些事件又非自己一個人所能掌控，其複雜度與不確定性很容易造成個體的憂鬱。

6.其他：如藥物引起。

引起憂鬱的因素與事件很多，並非單一因素所造成；而當學生因生活當中的許多負面事件，如學業成績不佳、人際關係不良、自信心不足等因素的影響而出現憂鬱傾向或罹患憂鬱症時，憂鬱症狀本身又會造成課業成就下滑、與同儕之間的互動更差、自我概念的貶低，甚至與家人的關係也產生衝擊；這樣子不斷的惡性循環，由於事件的產生是相互影響的，因此常造成家人、師長和青少年自己的困惑，認為是個體本身不自我要求所致，而忽略了是病症所帶來的影響。因此，注意憂鬱產生的前兆是非常的重要。

(三)治療方法

憂鬱症的治療策略是多元的，包括飲食治療、藥物治療、心理治療、生活方式的改變…等；在處理與治療前必需先做好全面而深入的評量與診斷，對症下藥，以獲得最佳的治療效益。以下介紹幾種常見的憂鬱症治療方法與學校可行的輔導策略：

1.藥物治療

由於憂鬱症的產生有其生理之因素，因此接受藥物治療是不可或缺的（蘇素美，2004）。常用的藥物有單胺氧化酵素抑制劑（MAOI）、三環抗憂鬱劑、二環抗憂鬱劑、百憂解等，極重度憂鬱的患者一定要接受藥物治療，雖然藥物的服用會有些許的副作用，但仍有其成功治療之成效；臨床研究指出同時使用藥物治療與心理治療能夠達到最佳的抗鬱效果。最重要的是，當覺察出學生有憂鬱症狀時，最好能提供學生家長相關訊息，鼓勵及早診斷並接受適當專業的治療（白秀玲，2000）。

2.認知取向心理治療

憂鬱症的病人通常會用負面的看法來看待自己，以及使用負面的觀點來解釋

目前的經驗，於是對未來充滿了負面、悲觀的想法；再者，其不合邏輯的推論習慣，如認為自己應該對所有的事情負責，以及負面的自我架構，容易選擇性地吸收負面的訊息。因此，他們在遭受壓力的時候比一般人更容易產生沮喪憂鬱的情緒，認知取向心理治療主要目的在於改變其想法、思考方式，採用具彈性的、符合真實的、客觀的想法，來改善並預防憂鬱的情緒。

認知心理治療通常有六個步驟：(1)使病人瞭解一個人的負面想法對情緒變化與行為反應的影響；(2)注意發現病人常出現的負面想法；(3)讓病人瞭解自己的負面想法如何影響自己的情緒與行為；(4)找出證據證明病人的想法是不合事實的；(5)使病人學習使用較真實與客觀的看法，取代原有負面的、不合理的想法；(6)找出使病人容易產生負面想法的信念或認知結構，加以修正（柯慧貞，2002）。

在班級裡頭，導師也可以利用認知心理治療的這些要點來對有憂鬱傾向的學生進行輔導，鼓勵學生瞭解自己所有的負面想法對自己的情緒或行為所造成的改變，鼓勵與協助其時常留意自己的負面想法以及對情緒和行為造成的影響，在教導新的思考方式，漸漸取代一些不合理的信念與思考習慣。

3. 人際關係心理治療

人際關係治療法主要是根據心理學對憂鬱的實證研究結果所發展出來，專門針對憂鬱症而設計的。在治療中，治療師與個案站在同一邊，鼓勵個案做情緒的表達；由於治療的重點在於人際問題，因此著重於人際關係中的互動細節，協助個體澄清自己的觀點與發生的事情是否有出入。之後，分析互動中的對話，鼓勵或教導其新的方法來處理各種情境，最後針對問題，找出關鍵的問題點，採取行動並評估效果以修正方法再行動。另外，也可利用角色扮演等行為改變技術，協助個案練習新的方法，到實際情境中嘗試以改善人際關係（謝碧玲，2002）。

青少年在成長過程，家人、師長、朋友與同儕是其主要互動的對象。同儕關係雖然只是青少年社會網絡中的一環，但卻是青少年時期最重要的學習指標之一（王煥琛、柯華葳，1999）。在班級裡頭，由於憂鬱症學生在人際、社會適應方

面有顯著的困難，如何指導、協助其與同儕之間有良好的人際互動，對於班級教師與憂鬱症學生來說都是一大考驗，但也是亟需面對的問題。

4. 認知行為治療

心理學家 Meichenbaum 認為個體的行為反應，並非完全受制於他的生理作用，而是個體處於生理狀態時對自己所說的話(也就是內在語言)，決定了他們的情緒感受和行為反應。Karwoski, Garratt and Ilardi(2006)認為認知行為治療的兩個訓練目標，其一在於教導患者改變他們不正常的思考方式以作為改善憂鬱症狀的方法，其二為賦予家長一套持久的認知技巧以減少後來復發的風險。

認知行為治療主要的作法為訓練患者透過自我教導(self-instruction)來改變思考模式與矯正行為；在「認知」的部分，協助當事人去察覺自己的內在語言，修改對自己的指示，以有效地處理面臨的困擾，認清既有的消極性的觀念，以合乎現實、積極的看法來抑制負面的想法。在「行為」的部分，則是改變患者日常的活動，透過角色扮演、增強、回饋、行為塑造等策略來增加憂鬱症者在現實環境中正向的活動。家人在此治療方式中扮演重要的角色，因為家人是憂鬱症者最常接觸的人，可以在憂鬱症者增加活動或表現出正向的想法時給予回饋，或忽略其負向的想法。

在認知行為治療中常用的行為治療策略有系統減敏感法(systematic desensitization)、模仿作用(modeling)、增強(reinforcement)、行為塑造(behavioral shaping)等行為改變技術(陳榮華，2005)。

5. 運動

除了上述一些透過專業實施的治療方式外，運動是一個簡單、安全的治療方法；運動不但可以促使大腦分泌腦內啡，使人興奮、情緒變好之外，尚可鍛鍊身體，有益身心健康。相關研究大致認為運動具有降低焦慮、抗憂鬱、降低壓力反應、提高正面情緒、促進自尊及改善認知功能等效果(王梅香，2005)；是家長在家或教師在學校可輕鬆實施的一個治療憂鬱的好方法。

當然，除了對治療方法的認識，最重要的是要瞭解到憂鬱症並非單一因

素所引起，透過環境的配合，加上積極的預防性輔導，因材施教，降低孩子情緒異常的發生率；學校跟家庭對於高危險群要特別注意，不要讓他們的情緒問題在先天不足、後天失調的情況下更加惡化（黃雪瑛，2006）。

躁鬱症

躁鬱症的症狀通常為持續一週以上的躁症跟持續兩週以上的鬱症的輪流出現，對於躁鬱症的心理與生活壓力等方面因素的探討，一般囊括在憂鬱症中討論，因此以下僅介紹躁鬱症於躁期的表現特徵。

(一)主要症狀

如何判斷學生是否罹患躁鬱症？最主要可以從學生「說的話」跟「做的事」來判斷；當躁症發作時，患者可能有以下狀態的呈現，且時間超過一週：

- 1.思考方面：誇大的自我評價或自大，過度有自信；思考速度快、念頭不斷；自以為異於常人、易妄想，經常不知所云。
- 2.生理方面：因過於興奮導致睡眠需求減少，身體會因而變得疲倦憔悴、食慾增加；注意力分散。
- 3.行為方面：變得比平時多話、滔滔不絕，靜不下來，愛管閒事，對人慷慨大方，對事當機立斷，敢做敢當；活動量變大，興趣廣泛、過分參與喜好的活動，可能會去做一些不尋常、不智的或事後會吃虧的事情。
- 4.情緒方面：喜怒無常，興奮、高興、輕鬆、快樂或易怒、易暴躁、發脾氣；情緒容易受到環境而改變。
- 5.社會方面：與人互動專橫、霸道，甚至攻擊他人；會過度熱情，若對方不接受則全力反擊；因情緒波動太大，而難與他人發生友善關係。
- 6.其他方面：不注重身體外表清潔、奇裝異服、性開放、因衝動好奇而容易發生傷害。

(二)可能造成之因素

關於造成躁鬱症的因素並沒有一個定論，但依據專家學者提出的看法，認為可能會引發躁鬱症的因素有以下幾方面（陳俊欽，2002）：

- 1.遺傳方面：有家族方面的遺傳。
- 2.生物化學方面：內分泌、腦病變、神經傳導物質不平衡。
- 3.社會文化方面：生活中發生重大壓力事件。

(三)治療方法

躁鬱症的治療，通常需求助精神科門診，透過藥物治療，與醫師保持聯繫，定期追蹤。藥物治療主要有鋰鹽、抗癲癇藥物，另外，尚可透過電氣痙攣療法與心理治療，心理治療主要用在躁鬱症的緩解期，藉由教育性心理治療來輔助，透過心理治療增強病患溝通和問題解決能力，以協助病情的穩定（陳俊欽，2002）。

教師對於罹患情感性疾患之學生，除了瞭解學生該疾患的基本知識外，宜觀察評估學生能力，給予適當的期待，並可請求輔導老師的協助或諮詢，增加同儕對學生的接納與協助；以下提供幾個具體的作法做為班級教師們的參考。

(一)班級經營

1.增進情感性疾患學生能力：

- (1)教導壓力管理的方法—放鬆練習、運動、安排時間。
- (2)增進社會能力—自我肯定、溝通技巧、社交技巧訓練等訓練。
- (3)增進自我管理能力—學習加強自我教導訓練；對自我進行監控，融合放鬆行爲。
- (4)增進問題解決能力—與學生討論面對問題時有那些方法可以解決。

2.進行情緒教學：

- (1)教學原則：把握機會教育，運用角色扮演等方式和學生談情緒教育，將目標融入生活。情緒教學需因應學生個別差異，做學生情緒的陪伴者、支持

者，同理、容許學生的情緒，並營造溫暖關懷的氣氛。不主觀評斷學生情緒特質的優劣，以時間及耐心引導學生體會當下的情緒。

(2)教學內涵：認識自己的情緒、管理自己的情緒、自我激勵、認知他人的情緒、人際關係的管理。

3.社交技巧訓練：

透過示範與角色扮演，讓情緒障礙學生練習適當的人際互動與溝通技巧，在教導社會溝通技能時，最好能先讓學生了解教學的原因與內容，在獲得孩子的信任與接納後，較容易達到教學與輔導的目的。訓練內涵可包括傾聽、認識情緒(自己與他人)、情緒表達…等。

4.學習與生活輔導：

- (1)愛與尊重；與學生建立信任關係。
- (2)調整班級活動或環境，留意學生是否出現不適，協助跟上進度。
- (3)協助學生詳細記錄每日作息、睡眠狀況、用藥情形、情緒強度、人際互動事件等，用以瞭解學生情形並提供醫師治療與調整藥物的參考。
- (4)可進行優點大轟炸，使學生發覺其優點，並提供成功的機會；藉此鼓勵學生正向思考、提升自信，修正其不合理的認知型態，阻斷負面思考，改變對事情的認知，有積極的想法，與接受輔導、尋求協助。
- (5)為學生建立良好的校園輔導網路，有問題都可主動告知輔導老師尋求協助。
- (6)鼓勵並提供機會多運動與照射陽光。
- (7)減低疾病的污名化對情緒障礙學生更進一步的傷害性，對班上學生進行心理疾患相關知識的宣導，讓學生更瞭解情感性疾患同儕的特質與相處之道，多一些體諒與關懷。
- (8)與學生一起規劃有意義的活動，給予正面的期待與自我掌控的機會。
- (9)多以分組或小團體方式進行教學，建立同儕間的正向互動關係。
- (10)對待學生公平公正，營造團體接納的氣氛，凝聚全體學生的向心力。
- (11)在學生學習過程中適時且多給予增強，鼓勵正向的行為。

(12)提供楷模學習機會，安排較樂觀與幽默之學生與其同組。

(二)與資源班教師合作

- 1.學生若無法適應學習，尋求學校特教資源的服務，如資源班。
- 2.資源班可提供普通教師諮詢和普通班的同儕接納課程，幫助學生在學習減少不力其恢復的障礙，增加有利其恢復的支援。
- 3.資源班提供補救教學、適應行為的訓練、學習策略的訓練及有關的治療。

(三)親職教育

- 1.與家長合作，將學習環境擴大至學校以外，有助學生學習的遷移與類化。
- 2.提升父母效能（親職教養觀念及技巧）及運用社會福利與資源。
- 3.舉辦活動，增進親子、學校間的良好互動。
- 4.提醒家人避免給個案過度壓力，適度的給自己空間休息與調適。
- 5.邀請家長參與相關研習，提供瞭解情障或精神疾病、照顧技巧等資料，協助父母掌握子女治療需求。
- 6.幫助情障學生家人相處，能以正向的思考看待事情，支持包容的家庭氣氛。
- 7.建構家庭與學校環境間的支援系統。

自殺行為的防範

嚴重的憂鬱通常會出現自殺的念頭與傾向，爲了避免學生自殺而造成無法彌補的後果，我們必需注意自殺前的行為徵兆或留意引起自殺的危險因子。就校園自殺防治的三級預防模式來說，一級的預防模式爲降低危險因子與增加保護因子的介入；二級預防爲篩選高危險的族群，及早介入；三級預防爲對自殺未遂或自殺完成者的人進行危機處理、介入及其他危機應變與善後處理（柯慧貞等人，2002）。常見自殺警訊與自殺行為的預防如下（張瑞芬，2006）：

(一)常見自殺警訊

- 1.透過談話或文字來暗示想死的念頭，或向他人交代後事。
- 2.突然、明顯的行為改變，如：體重驟減、身體不適、出現學習與行為問題、退縮、不與人接觸、沈默寡言、暴力行為增加、放棄個人財產、常獨自在

- 危險的地方徘徊、突然對死亡議題感到興趣。
- 3.想法中充滿了想逃避的念頭，如逃避學業失敗，沒有朋友，對自己感到無助、自責、自卑等。
 - 4.當情緒由悲哀轉變成正常或高昂時要特別小心。

(二)自殺行為預防

- 1.相信個案的困擾，聆聽而不批評，試著瞭解而不迴避。
- 2.不要將學生的自殺警訊視為是在開玩笑。
- 3.建立支持的環境，尋求專業資源，陪伴其度過危機，降低孤立感。
- 4.與個案一起尋找解決問題的替代方法，增強活下來的理由。
- 5.絕不拖延，立即尋求援助；評估自殺危機的嚴重程度，做適當的轉介。
- 6.當心假日的到來，避免個案獨處。

預防勝於治療，教師應培養學生正向的態度，培養興趣、多參加活動與人互動，以及養成良好的適慮技巧，另外營造支持網絡，才是真正避免自殺行為發生的方法。



案例介紹

一、個案基本資料

- (一) 姓名：小裕
- (二) 性別：男
- (三) 年齡：13 歲（國小六年級）

二、主要問題

（一）家庭問題：

小裕在美國出生，學前階段都在美國度過，因父母個性不和，離異後媽媽取得監護權，將個案帶回台灣，母子倆共同生活。因為小裕害怕父母離異後會再失去母親，因此非常在意母親交代的事，不管合不合理；例如：早上出門天氣較涼，衣服穿多了，到了中午天熱時，即便滿頭大汗，卻未見其將厚衣服脫下。問其原因，答稱媽媽規定不准脫衣服，如果感冒了會沒錢就醫（其實父母雖然離異，父親卻還是支付生活費，母親也有工作）。

母親對小裕的日常生活較缺乏照顧，有次在學校的自然課，任課老師在巡視班上同學操作實驗時，發現小裕穿著涼鞋，突然間小裕發出淒厲的叫聲，引起老師的注意，原來是小裕的腳被同學不經意踩到，腳的大拇指指甲嵌在肉裡，由於是舊傷口再加上先前的處理不當，腳趾腫大並有血水流出；老師協助他到保健室處理傷口，在談話當中才知道母親未曾協助他處理，也未帶其前往就醫。

由於母親本身就有憂鬱症病史，總是拒絕外界的支援，再加上生活當中小裕欠缺其他親人的關懷，日積月累的影響下，造成小裕也承受了許多的壓力。

（二）學習問題：

小裕在美國成長的階段中，母親就讓他對華語有所接觸，因此小裕的語言在溝通表達部份表現尚可。在剛入小學一年級時，雖然有些語言適應方面的問題，但由於其生性聰明，又較一般同齡孩子成熟，很快的就適應

了學校的生活。小裕的思維與眾不同，自我觀念相當重。在二年級時的第一堂美勞課中，老師要全班畫出在暑假中最喜歡的一次出遊，小裕不與其他同學互相分享暑假生活的旅遊經驗，逕自拿起橘色的彩色筆在圖畫紙上畫出雜亂的線條，從運筆的力道中可看出蘊含著憤怒。老師問他為何沒有風景的畫面？他答道：「我就是喜歡這樣畫，而且橘色最好看」；後來才知道原來假期中他都未曾出門旅遊。

六年級上學期開學後小裕一度未到校上課，也聯絡不到人，老師前往輔導室尋求協助；透過中年級的導師找到父親的聯絡電話，才知道小裕被母親留置在家中，不願讓他到學校讀書；經多方溝通後，小裕才如期到校繼續學業。但漸漸發現小裕經常早上遲到或是上課時精神不濟，輔導老師介入後才發覺小裕已出現憂鬱症的傾向，而且小裕也曾向同學透露其結束生命的意圖。

(三) 人際問題：

人際關係疏離，不太與同學互動，再加上平時上課精神不濟，長期睡眠不佳導致課業退步，自信心也因此受到打擊，與人互動更為退縮。

三、輔導策略

輔導教師與班級老師討論的結果，希望透過輔導能夠提振小裕學習的自信心，並培養自己判斷事非的能力，以及與同儕快樂相處，增進其與同學交往的互動機會。因此擬定輔導策略如下：

1. 運用教育優先區的課輔班，透過課業輔導，協助其對課業信心之提振。
2. 安排同儕協助其課業的順利完成，也增加與同儕的互動。
3. 小裕的英語能力相當不錯，運用其優勢請他擔任英語小老師的職務，提振自信心。
4. 請專任輔導人員到校，提供小裕遊戲治療。希望能透過遊戲治療，釐清小裕自己內心的矛盾，進而對往後的生活有較正確的目標與觀念。
5. 導師定時的電話關懷小裕的母親，邀請媽媽到校加入義工的行列，讓媽媽健康的走入人群，相對的也會讓小裕有較正面的人生觀。
6. 通報高風險家庭，社工也不定時的介入關懷。
7. 讓小裕參加兒童繪本導讀的小團體活動，增加正向社會互動之機會。
8. 老師安排小裕和比較談得來的同學一組，讓小裕在下課時能和同伴一起遊戲、運動。

- 9.體育活動競賽都讓小裕有參與練習及比賽的機會，從其得到成就感。
- 10.幫助母親調整小裕作息，避免白天睡覺，儘量藉由活動，增進睡眠品質。



三、焦慮症與恐懼疾患

在精神疾患裡，焦慮和恐懼疾患是屬於輕度疾患(minor psychological disorders)的症狀，主要出現的是焦慮、緊張、不安和恐懼等心情症狀或身體不適的症狀(曾文星、徐靜，2003)。分別有焦慮症、恐懼症、恐慌症和強迫症。根據專家的臨床經驗，兒童較會罹患的焦慮症狀為分離焦慮、過分憂鬱、考試焦慮。此外，兒童罹患的焦慮症狀尚有特殊恐懼症、社會恐懼症、強迫症和創傷後壓力症等。以下僅就學生較常發生的焦慮症和恐懼症做介紹。

焦慮症

焦慮是一種極平常的情緒感受，人的一生當中情緒起起伏伏在所難免，喜、怒、哀、樂的生活經驗人皆有之，遇到問題瓶頸的時候焦慮更是會如影隨形，學生的學習階段寫報告、交作業、小考、段考，乃至於高中基測、大學學測，在學習的大關卡中更是會令人焦慮指數不斷往上攀升。但是適當的焦慮不僅無需逃避，反倒是可以促使個體展現戰鬥力的潛能，還會表現得超水準。例如：人在緊張的狀態下會展現一於常態的意志力，工作得更久、跳得更高、跑得更快、力氣更大，套句俗話「狗急跳牆」，因此並不是所有的焦慮都以病態看待之，並不是所有會焦慮的人都會有焦慮疾患，**心理障礙不是不能畫上等號的。**

「焦慮」(anxiety)：指個人因心理挫折、困難或壓力，所呈現的不安、焦慮或緊張等情緒反應，是一種心理預料可能會遭遇危險或困難，而就感受到焦慮不安，並未直接面對實際的危險物，僅僅是因內心的預料、想像的危險對象，而呈現的心理焦慮反應。

焦慮與恐懼是人類天生的保護、防衛機制，讓人們面對危險或預期危險時能及時反應以避免遭受身心的傷害。適度的恐懼、焦慮乃屬正常，但是如果恐懼、焦慮過份強烈到無法控制的程度，就屬於病態，此時就稱為「焦慮症」。

焦慮與恐懼疾患的症狀：分別有焦慮症、恐懼症、恐慌症和強迫性。根據醫學的臨床經驗，兒童較會罹患的焦慮症狀為分離焦慮、過分憂慮、逃避的焦慮等。此外，兒童罹患的焦慮症狀尚有特殊恐懼症、社會恐懼症、強迫症和創傷後壓力症候群等。

(一)焦慮症的定義：

患者經常的內心不安、焦慮、緊張、惡夢、失眠，經常覺得有些可怕的事情隨時會發生，其身體也常會出現頭痛、胃痛、心跳加速、口乾、呼吸困難、出汗、肌肉緊張或發抖的症狀，嚴重時尚會令人感到四肢乏力、疲憊及腰酸背痛和記憶力減退的症狀。

(二)焦慮症的類別：

- 1.輕度焦慮：
- 2.知覺能力提高。

- 3.對相關及有意義之事務注意力增強。
- 4.警覺性提高，會運用問題解決法處理問題。
- 5.失眠、易怒、不安、哭泣、抽菸。

(三)中度焦慮：

- 1.知覺範圍變小，面對問題無法面面俱到。處事容易神經質、雞蛋裡挑骨頭、合併有身體不適的現象。
- 2.心跳加速、聲音抖動。

(四)重度焦慮：

- 1.會將焦點放在瑣碎的細節上，對於生活充滿灰心，無法學習。
- 2.血壓上升、心跳加速、頻尿、噁心、頭暈。

(五)恐慌症又稱嚴重焦慮症：

- 1.思緒甚為散亂、無法注意到週遭發生的情境。
- 2.幻覺增加、失去現實感。
- 3.無法解決問題，無自制能力障，無法接受外界溝通的訊息。

(六)焦慮症的症狀：

1. 擔心或害怕有不好的事情發生。
2. 顫抖、抽搐或感覺發抖。
3. 容易感到疲倦、虛脫。
4. 莫名的緊張。
5. 肌肉緊張或心神不寧。
6. 心跳加快、呼吸急促。
7. 睡眠品質不佳。
8. 冒冷汗或手心冒汗。
9. 口乾、反胃、便秘或腹瀉。
10. 缺乏耐心、容易生氣。



焦慮來自於「壓力」。壓力是指個體需要在心理或生理上付出額外能量來面對和應付的情況。會造成壓力狀況的事物，便是壓力事件，個體承受了壓力事件後，在知覺和認知上便有了安危緩急輕重的判斷，爾後在心理和生理上便出現了不同程度的反應，焦慮就是其中之一的反應。

(七)焦慮症的成因

焦慮症患者在電腦斷層造影裏可看到在基底神經節部位有過度活躍的現象，過度活躍的基底神經節，經常伴隨著焦慮、緊張、知覺增強、看法悲觀、恐

懼升高，對於壓力的容忍度降低——此乃生理上的原因。再則，幼時心理創傷遺留在潛意識裡，也會造成恐懼系統的過度敏感。

(八)焦慮症會觸發憂鬱症

焦慮症與憂鬱症是一對難兄難弟，如影隨形，焦慮症是憂鬱症的先兆。80%~90%的重度憂鬱症患者有焦慮性症狀，例如：焦慮、強迫、恐懼、恐慌與慮病症。三分之一重度憂鬱症患者合併有一種嚴重的焦慮症狀，例如：恐慌症、強迫症或社交恐懼症。

(九)其他的焦慮性疾病：

1.恐懼症：患者真正面對自己害怕的情境時，呈現心跳、呼吸短促、臉色發白、出冷汗、四肢發抖等恐懼的生理反應，內心焦慮、不安或緊張，並企圖逃離現場，會約束自己的活動範圍，而影響正常的生活功能。有特定對象的恐懼，例如：怕老鼠、怕幽閉的環境、怕高、怕水、怕特定的昆蟲、怕搭飛機、怕打雷.....等。

2.恐慌症：獨特且不可預期的生活反應，焦慮的極端就是恐慌發作，突然無原由心跳加速、喘不過氣來、極度恐懼以為瀕臨死亡，此症狀通常會經歷約一小時，發生的頻率提升就成為恐慌症。

3.強迫症：重複不願意的想法或被迫的行為，有強迫性的意念侵入腦中盤旋不去，例如：不停的洗手、不停的洗澡、不斷的檢查瓦斯、見到異性的內衣褲會不自主的拿取，.....

強迫症依其表現，大致分為三種：

(1)強迫性的想法及憂慮。

(2)強迫性的衝動。

(3)強迫性的行為。

4.創傷後壓力症候群：幼時或以往受虐待、暴力侵害、經歷意外災難所遺留的心理創傷。

5.社交畏懼症：患者害怕在眾人面前講話、表演或害羞使用公共廁所。害怕或不敢與他人接近，唯恐被人嘲笑，因而躲避與人接觸或往來。

(十)兒童常患的焦慮症狀

1.分離焦慮：分離焦慮異常是指幼兒或兒童，在與親人或主要照顧者分離時，會呈現各種的焦慮症狀，當兒童離開父母時，感到非常的擔憂和痛苦，會哭鬧也常有頭痛、肚痛等身體不適的反應因而不讓父母離開，不願上學、離家或獨自活動。在幼稚園或國小階段可能形成拒學症，不願到校上課。

2.逃避的焦慮：在陌生人面前過分畏懼，因而逃避與人交往，社交技巧較弱，人際互動的關係較為不良。

(十一)醫療或專業介入的治療方式：

- 1.首先應了解孩子的擔心的事情之前因後果，如果能得知其擔心的事件或原因，就比較有方法緩衝其焦慮的心理因素。
- 2.藥物治療：服用抗焦慮劑、抗憂劑可減輕焦慮症狀。
- 3.行為治療：以放鬆訓練、系統性減敏感法，可減低恐懼和焦慮。
- 4.如有分離事件時，可提早加強兒童心理準備預防過度焦慮產生。
- 5.運用獎勵制度來增強兒童表現好的行為，增強其面對問題的自信心。

(十二)焦慮症的治療

1. 藥物治療：服用抗憂慮藥物去平靜腦中過度活躍的部位。藥物難免會帶來副作用，用藥與停藥都須經醫生的仔細評估與追蹤。
2. 認知行為的治療：分析出生活中的壓力源，紓解壓力，學習放鬆的技巧，尋求支持系統，以減輕壓力，亦可使用行為減敏感法，減輕對壓力源的焦慮反應。
3. 維持血糖的穩定：腦中缺乏血糖做為燃料就容易暴躁焦慮。(早餐是一天能量的泉源，早餐要吃得像皇帝、中餐要吃得像平民、晚餐要吃得像乞丐——因為要讓腸胃休養生息)
4. 適時的補充營養：維他命B群、鎂、深海魚油、綠色蔬菜。
5. 適切的運動：運動可以活絡心臟的功能、增加肺活量、排汗即排毒。
6. 心理治療：針對個案需要，實施個別與團體的心理治療。例如：(1)行為治療(認知行為治療)、(2)分析性心理治療、(3)支持性心理治療、(4)家族治療、(5)藝術治療、(6)遊戲治療。

(十三)繪本教學的策略

小孩通常經歷很多種恐懼，例如害怕黑暗、害怕動物、害怕分離等等。恐懼是生命的一部分，而克服恐懼則是每個小孩發展中的一個關鍵過程，亦可透過繪本的導讀讓孩子修正面對問題的焦慮。以下建議一些可做為與兒童討論焦慮的讀本。

1. 「莉莎做惡夢」：作者：安·居特曼 繆思文化出版

內文簡介：因為看了恐怖片，所以麗莎變得好害怕，在夢裡夢到可怕的狼來抓她，怎麼逃都逃不掉……直到有一天，她去了動物園，看到了真正的狼……

2. 「一點點胡椒」：作者：文·圖：海倫庫柏 和英出版社

內文介紹：鹽用完了，沒有加鹽的南瓜湯怎麼會好喝呢？貓、鴨子，和松鼠決定到大城市去買鹽。小小年紀的鴨子突發奇想，想在南瓜湯裡多加一點點胡椒，於是他停下了腳步，放開了貓的手，等他回神過來，突然發現自己迷路了……

3. 「黑夜黑夜不要來」：作者：布魯諾·布拉姆 格林出版社

內文介紹 傑基·格萊希在這本入圍德國繪本大獎的圖畫書中，以光

和影鮮明的對照，精采創造出一個屬於夜晚的故事。小孩驚慌的神情，躲在窗簾背後略為發抖的身影，在在巧妙的呈現孩子怕黑的心情寫照。

4. 爺爺有沒有穿西裝？：作者艾蜜麗·弗 格林出版社

內文介紹 小男孩布魯諾的爺爺過世了，在他小小的心靈中，無法理解「死亡」是什麼東西。剛開始他充滿憤怒，因為爺爺答應要帶他去釣魚，但是卻一聲不響地、連個再見都沒有說就上天堂了，將他孤單單地留下。

不論是考試焦慮，分離焦慮或害怕生活週遭各種事務，都是兒童時期時常遭遇的經驗，教師或家長可透過以上的建議，減低兒童的預期性或情境性的焦慮，以免演變成拒學症或其他生活適應的焦慮症狀。

(十四) 學校教育（老師）的角色：

1. 校園裡應建立接納學生的學習環境，事實的給予個案安全的學習環境。
2. 在校園裡儘可能的減少學生壓力的來源。
3. 透過輔導活動或資源班的學習資源，增強學生的信心，獲得學習的成就感。
4. 在班級成立愛心天使的團隊協助，安排及協助個案建立良好的同儕人際關係。
5. 實施個別心理輔導與諮詢。
6. 親師間的溝通橋樑應建立，觀察與記錄學生的表現，並與家長保持聯繫，協助孩子在家與學校都有安定的成長環境。
7. 如個案因特殊需求學校也應協助安排轉介。
8. 配合及協助專業人員實施心理或藥物治療。

拒學症(school refusal)/懼學症(school phobia)

前教育部部長曾志朗的小孩在就讀國小時也曾有拒學症的現象出現，早上起床後就會覺得不舒服，吵著不要去學校，也有許多小孩上學時在校門口哭哭啼啼，不要和家人分開，或到了學校後跟老師說肚子痛，要打電話叫家人來帶他回家。這些孩子的行為都可能是拒學症的表現。

(一)拒學症症狀

拒學症兒童表現出來的行為癥狀可分成三部份：

1.心身症狀：如肌肉緊張、呼吸不順、臉色蒼白、頭痛、胃痛、肚子痛、拉肚子、腹痛、嘔吐、反胃、盜汗、暈眩、臉色蒼白、喉嚨痛、發燒、和頻尿等。

2.抗拒行為：如口語的反抗、哭訴、發脾氣、不起床、不準備上學的事物、抗拒離家上學或到學校後不願下車、和家人拉拉扯扯、抱怨學校相關事物等。

3.心理症狀：表達出不良適應的恐懼、過度焦慮、憂鬱、不安、和有罪惡感。在認知上對上學有不理性的害怕、誇大引起焦慮的情境、低估自己因應引起焦慮情境的能力等。

小學生多以身心症狀為主，小學高年級或國高中生也會有抗拒、易怒與退縮行為或合理化現象。拒學症患者也會出現憂鬱、不安、罪惡感、無價值感、睡眠障礙、或自殺念頭等。拒學症呈現的焦慮症最多是分離焦慮，次為社會畏懼症、再次為特定對象畏懼症。拒學症容易出現在不同階段轉換的年齡，如6~7歲上小學，12~13歲上國中時。



(二)拒學症的成因

造成兒童拒學行為的原因可能包括生理、心理及環境等多分面的原因：

- 1.生理因素：自律神經系統失調、藥物反應、及感覺統合失常。
- 2.不良性格與習性：傾向自我中心、任性。
- 3.分離焦慮；
- 4.過度依賴/親子依附；
- 5.自我/理想我落差；
- 6.父母不適當的鼓勵和期望；
- 7.不良的學校經驗；
- 8.不良同儕/人際關係；

(三)診斷和評量

拒學症的診斷和評量包括醫學診斷如精神科醫師的診斷；多元的評量包括晤談、觀察、使用評量表、自陳量表/報告、及自我省察等。晤談對象包括兒童、家長、教師、同儕及重要他人等。評量主要以了解困擾問題、觀點、互動狀況、環境中影響因素等。

DSM-IV 上並沒有拒學症/懼學症的診斷，依兒童問題癥狀，可能診斷為分離焦慮症、廣泛性焦慮、特定對象畏懼症、和社會畏懼症。

(四)拒學症的療育

拒學症的療育包括：必要的身體檢查、藥物治療、個別諮商/家庭諮商、行為改變技術的運用、家庭生活常規建立/良性溝通/同儕交往、及學校關懷環境/多元教學和評量等。學校內可運用的方法如下：

1.避免學校內引起恐懼的情境：如系統減敏感法、接觸減敏感法（in vivo desensitization）等。

2.避免負面的社會情境：如認知行為改變技術（認知重建、因應策略/行為技巧訓練）、示範/參與性模仿、角色演練。

3.給與適當的讚賞和注意：如，如行為塑造/養成（shaping）、消弱（extinction）、區別增強其他行為/替代行為（DRO、DRA）、時制管理（contingency management），如消除增強不當的拒學行為、處罰拒學行為、增強上學行為等。

4.親職教育：如家庭諮商、家長訓練（操作性制約技巧）等。



拒學症的案例

一、個案基本資料

(一)姓名：鐘○○

(二)性別：女

(三)出生年月日：85年

(四)實足年齡：十歲

(五)就讀年級：四年級

(六)家庭概況

個案原本成長在一個三人的小家庭中，一年級上學期父母鬧離婚，吵鬧中的日子讓個案非常沒有安全感，一年級下學期的寒假父母離婚後，個案跟著媽媽回到外婆的家，與舅舅一家人同住了一個屋簷下。

一年級下學期開始出現到校會哭鬧的情形，但經過老師的安撫後也都能上完課程；二年級上學時，跟媽媽分開的時刻出現分離焦慮的情況轉為嚴重，在校時間遇到不如意的事情偶會有情緒失控的場面；二年級下學期，開始出現以身體不適為由請假在家（每個月約3~4次），課餘也甚少主動和同學玩遊戲。

三年級因為重新編班，新的同儕組合也讓個案備感適應的壓力，尤其有「週一症候群」，缺課的日子提升為每週都有1~2天的紀錄，母親要陪在身邊才有辦法上完課程。一開始老師答應只要個案到校就可以由媽媽陪同到教室內，讓媽媽坐在教室後面；之後，媽媽逐漸的撤離至教室外。

三年級下學期，過完寒假，上學的情況更不理想；媽媽也因上班常請假而失去了工作；此時個案提出只要跟爸爸同住就會乖乖上學，父母也因此又同住一起，但好景不常，個案又藉口不願父母分開而要在家中跟父母在一起，因此又拒絕到校上學。

(七)生長史：個案成長過程中無重大疾病的發生。

(八)醫療史

1、母親懷孕過程皆正常，生產過程順利。

2、三年級經由輔導老師的建議曾前往兒童心智科就醫，醫生評估為分離焦慮，建議由心理治療師介入輔導（後來母親並未再前去就醫）。

二、主要問題

(一)擔心跟母親分離後也會失去母親，雖然母親陪同在教室上課，個案依然會不時回頭的觀望母親是否離開。

(二)三年級重新編班後對於新同學、新環境、新老師會有畏懼感。

(三)低年級時，個案的行為表現就是無法融入同學的活動或遊戲。

(四)上課時容易呈現心神不寧的情況，眼睛容易有閃神的情形。

- (五) 二年級時只要是上整天課，需要在學校用餐，個案就更無法安心的上課，每次都得勞煩案母到校來陪個案用完午餐。
- (六) 三年級因為上全天課的日子增加了，個案更無法適應需要長時離家的心理障礙，因此，請假的日子變多了。
- (七) 因時常請假課業延宕頗多，累積的作業太多也是造成她不願再回班上課的原因之一。請假在家時，家中的環境是舒適優渥的，兩者相較之下個案離學校的學習生活更遙遠。

三、診斷評量分析

經過心理的諮商與診斷，給予如下建議：

- (一) 請媽媽協助讓當個案在家時要撤除所有舒適的情境(例如:電視、電腦)
- (二) 導師准許媽媽在教室的後面陪同個案到校學習，採漸進方式媽媽漸漸的撤離到教室外。
- (三) 安排同儕跟個案成為好朋友，分組時與個案同一組，下課時和個案一起玩遊戲，然後再引導其他同儕參與她的遊戲
- (四) 讓個案學習有興趣的才藝，藉此多一些不同情境與夥伴，讓個案適應人群的能力提昇。
- (五) 請案母多安排和朋友做家庭式的聚會或旅遊，以增加個案與同儕或他人相處的機會。

四、輔導過程

- (一) 輔導目標
 - 1.能喜歡學校的生活，如：能夠每天到校。
 - 2.能夠在一致性的教養環境成長，家人的教養方式需跟學校配合。
- (二) 輔導策略
 - 1.由漸進方式拉長在校時間，來減輕個案焦慮，如：先上二節的課程，再拉長為一天。
 - 2.鼓勵個案與同學建立良好的友誼互動，如：安排個案較為熟悉的同儕座位安排在同一組；下課時也由這些夥伴和個案一同遊戲。
 - 3.擔任班級的幹部賦予她任務，表現好時立即給予獎勵。
 - 4.參與小團體輔導，做社交技巧的練習。
 - 5.科任課時由兩位較有責任的同學陪同做教室的轉換。
 - 6.尋求諮商輔導中心的協助，接受心理諮商。
 - 7.給予家長教養個案時應有的堅持策略與關懷尺度的拿捏。
 - 8.請家長在個案請假在家時，應規範其規律的生活作息，一如在校的上下課情境。不得讓個案有過於舒適的生活，(如：可以任意打電腦上網，隨意看電視，睡到自然醒等。)
 - 9.堅持原則，對個案提出的無理要求不能輕易的妥協。





選擇性緘默症/選擇性不語症

德國醫生 Kussmaul 是第一位描述選擇性緘默症臨床現象的研究者，他在 1877 年用「自願性失語症」(asphasia voluntaria) 名詞來描述三位個案。一九三四年英國醫生 Tramer 使用「elective mutism」描述一些語言能力完整的兒童，他們在某些情境不說話，但和家人或某些同伴相處時，有相當正常的說話表現。世界衛生組織是第一個專業團體將選擇性不語症 (elective mutism) 納入精神疾病的分類中，在 1978 年 ICD-9 中，選擇性不語症被歸在兒童期和青少年期特定的情緒困擾下。美國精神醫學學會 DSM-III 也首次將選擇性不語症納入。DSM-IV 就改採用選擇性緘默症「selective mutism」，但 ICD-10 仍使用「elective mutism」。

臨床上患者的出現率低於百分之一。大多數的研究顯示選擇性緘默症的出現率在 0.06% 到 0.69% 間。選擇性緘默症通常在五歲前發生，多數個案都在五歲至七歲間進入幼稚園或小學時才被發現。五歲兒童的出現率是 0.72%，但是五歲後兒童的出現率則降低至 0.06% ~ 0.08 間。一般言，選擇性緘默症女性患者較男性患者多，男女患者的比例在 1：1.1~1：2.4 間。

(一)主要症狀

選擇性緘默症的主要問題是在特定的情境下，大都是在學校或面對陌生人時，他們說話的次數、音量、和自發性說話顯著低於同齡兒童，許多患者在治癒後，在社交情境時仍會感到困難或不適。雖然選擇性緘默症不被視為語言問題，但部份患者在早期會有構音或語言表達的問題。此外，早期也較會出現人際關係不良、分離焦慮、睡眠問題、和飲食問題等。除了上述外，選擇性緘默症患者較常出現的不適應行為問題還包括過度害羞、焦慮、憂鬱、對立/不順從、尿床等行為。

(二)病因

早期選擇性緘默症被認為是對早期創傷、環境改變、或人際和家庭動力間的反應，近年來選擇性緘默症較被認為是一種社會焦慮/畏懼的問題。不同的理論觀點都曾提出不同的病因，心理動力理論的觀點認為主要是內在心理的衝突，家庭治療的觀點認為是家庭病理的表達，行為學習理論的觀點則認為是學習來的行為。近年來，比較不重視心理動力的因素，比較強調生理因素觸發的氣質和焦慮因素。

(三)診斷

依 DSM-IV 和 ICD-10，選擇性緘默症的診斷標準包括下列數點：(1) 選擇性緘默症患者在某些特定的情境（如學校，和同伴遊戲）持續不說話，但在其他情境仍可以說話；(2) 一般言，選擇性緘默症患者的語言理解能力是正常的或接近正常，語言表達能力也足夠勝任社交性的溝通；(3) 干擾到學業成就、職業成就、或社交溝通；(4) 病徵至少持續一個月，但應排除新入學的第一個月；(5) 病因不是對社交語言感到不適或忽視；(6) 此外，要排除溝通障礙（如口吃）、其他

廣泛性發展障礙、精神分裂症、或其他精神疾患所伴隨出現的問題。

選擇性緘默症兒童在語文表達上的問題會造成診斷上的困難，因此診斷上要考慮多情境（家庭、學校、臨床）、多來源（父母親、教師、臨床專業醫師）、及多工具的過程。評量選擇性緘默症兒童時，家長和臨床的晤談的重點和方法如下：

表一 選擇性緘默症兒童的評量

領 域	家 長 晤 談	臨 床 晤 談
症 狀	起始型態（不知不覺、突然） 過去的治療和效果 兒童在何地和何人會說話	從和兒童互動中觀察
社會互動 現	交友和維持朋友的能力 團體活動中參與的程度和模式 在熟悉和陌生情境中表現的 害羞/抑制程度	從和兒童互動中觀察兒童表 出來的氣質(害羞?焦慮?抑 制?互動?)
精神方面	兒童會和他說話的個 溝通需求的能力 精神症狀的詳細評量(使用結構 式的晤談) 精神問題和過度害羞的家庭史 發展階段的氣質	檢查心智狀態
醫學方面	兒童的醫療史，包括疾病和住院 產前和周產史 發展史 家庭醫病史	生理檢查(包括神經或口腔— 感覺動作問題的篩檢)
聽力方面	中耳炎的發病頻率 有關聽覺問題的報告	聽覺的敏感度(純音和語音) 中耳聽力反射檢查
學業和認知 就	學業成就檢查(成績和老師報告)	標準化認知能力和學業成 測驗
說話和語言	在家中學生說話的複雜度和流 暢度的報告 非語文的溝通（手勢等） 說話和語言遲緩史 兒童說話、使用和理解語言的 詳細描述 討論影響語言學習的環境因素	標準化語言理解測驗 標準化的語言表達測驗和錄 音帶，注意說話長度、文法 複雜度、及聲調 使用錄音帶評量說話，注意 流暢、發音、節奏、腔調、 重音、及音量等

引自 Dow et al., 1995

(四)療育方法

選擇性緘默症的療育方法大致可以分為下列幾種：心理分析/心理動力法、家庭治療法、行為理論/認知行為療法、以及藥物治療。心理治療法專注於發現並解決潛在的內在衝突，由於兒童不說話，心理治療師可能利用藝術媒材或遊戲促進溝通，相關的方法包括個別的或團體（同班同學或手足）的遊戲治療、個別家庭成員的諮商、親子諮商、及藝術治療等。由於心理治療法可能需要耗費很長的時間，而其效果也不理想，因此通常不被推薦作為處理選擇性緘默症主要症狀的主要療法。

社會心理療法認為強迫選擇性緘默症的兒童說話是不會成功，並且可能讓情境變得更糟，更增加了兒童的焦慮。因此社會心理療法強調將選擇性緘默症的兒童融入同儕團體活動，鼓勵親人和朋友的來家訪問。家長可以安排幾位同儕玩伴放學後到家裡，協助兒童發展社會互動和同儕關係，間接減少教室和學校內的壓力，鼓勵兒童和大人建立非語文的關係，參與有陌生人的非威脅性的活動等。

家庭療法認為擇性緘默症的兒童是因為過度的依附和依存行為、害怕和不信任外面世界和陌生人、語言和文化同化困難、或家長之一抑制說話等因素所造成。因此家庭療法是幫助改變家庭動力的問題，而不是直接改變兒童的問題，相關的療法如處理親子依附關係的家庭治療。

行為療法是最常用來處理選擇性緘默症的方法，較常用的行為改變技術包括時制管理一致性、刺激退化、逐步養成、減敏感法、消弱、逃避--逃離、自我示範等策略。只單獨應用一種行為改變技術處理選擇性緘默症效果不大，大多數的行為療法都採用多策略方法，同時應用一種以上行為改變的技術。

強迫性疾患 (obsessive compulsive disorder)

強迫性疾患屬於焦慮疾患的一種，強迫性疾患主要的特質是患者一再發生強迫性的想法、意念、衝動、影像或行爲。雖然患者本身明知這些意念或行爲與自己本意不合，必且造成自己明顯的焦慮或痛苦，但自己卻無法控制或除去，患者自己本身有病識感，也能理解該強迫性意念或行爲是自己內心的產物，而非外界所強加之物。強迫性意念或行爲會造成患者痛苦，浪費時間，嚴重干擾到正常的生活，一般的社交活動或與其他人的互動關係。

強迫性疾患通常開始於青春期或成人早期，但也可於兒童期初期發生。初發年齡男性比女性早，男性在 6~15 歲，而女性在 20~29 歲間，1/3~1/2 的患者在 15 歲前發生。大多數患者的狀況為逐漸產生，有慢性化起伏的病程，症狀惡化常與生活壓力有關，通常有明顯的誘因事件。一般人中約有 1%~2.5%強迫性疾患，至少 20%的患者家庭中也有該疾患。

(一)主要徵狀

強迫性疾患主要的病徵包括強迫性意念或想法和強迫性行爲。強迫性意念或想法中最常見的是沾汙的反覆想法，如與人握手時被沾汙；一再懷疑，如離開家時未鎖門、未關瓦斯爐；需要遵照特殊順序，如東西的位置和排列；攻擊的想法或可怕的衝動，如想傷害自己子女、及性的想像。強迫性疾患患者常企圖忽視或壓抑這些意念或想法，或以其他想法或行爲來應付，如一再檢查房門或瓦斯爐是否關好。

強迫性行爲是重覆出現的行爲或心智活動，其目的是為了避免或減少焦慮或痛苦，而不是經由這些行爲或心智活動而得到滿足或快樂。大多數個案有被驅使做強迫性行爲，以減少強迫性意念所引起的焦慮的感覺，如經由洗手減少沾汙的強迫性想法。

有強迫性疾患的成人在某些時候能夠理解自己的強迫性意念或行爲是過度或不合理的，但兒童缺乏足夠的認知能力，因此有些兒童會迷惑。

強迫性疾患也可能伴隨重鬱症、其他焦慮性疾患、飲食性疾患、強迫性人格疾患、或妥瑞症等。

(二)病因及療育

研究者認為強迫性疾患患者大腦的尾狀核和眶回有異常現象，也有人認為是神經傳導物質血清素異常，此外，也有研究認為是某些特定的感染、腦瘤、或生理創傷的後果，因而導至焦慮和強迫性意念或行爲。

目前強迫性疾患的療育包括藥物、行爲及認知療法、和家庭治療等方法。藥物治療主要是選擇性血清素回收抑制劑的抗鬱劑和三環類抗鬱劑。行爲及認知療法包括示範、認知重建 (cognitive restructuring)、挑戰強迫想法、想法中斷法 (thought stopping)、挑戰負面自動想法 (challenging negative automatic thought) 等。家庭治療主要讓家庭成員學習認識強迫性疾患、了解該症對家庭的影響、以

及消除對患者不適當的處置。



四、品行疾患（Conduct Disorder）

先前新聞中曾指出一位被網友大力撻伐，聯手揪出來的虐貓人士；另一個新

聞是一名八歲的日本小學三年級生涉嫌連續在多家百圓商店和便利超商放火(謝鎮南, 2004); 上述二人皆為品行疾患 Conduct Disorder (簡稱 CD) 的典型案例。CD 孩子 40% 會發展成反社會性人格, 且 CD 孩子日後罹患情感性疾患、焦慮性疾患、身體化疾患、及藥物濫用與成癮疾患的危險性較高(林亮吟, 2006), 因此對 CD 的孩子的治療與輔導相當重要。

(一)品行疾患的診斷標準

根據 DSM-IV 的標準, 品行疾患指的是一種反覆而持續的行為模式, 並造成社會關係、學校課業或工作上的嚴重妨礙。此症狀要在下列十五種行為當中, 在過去十二個月裡出現至少三種以上, 而且在過去六個月裡至少出現一種: (摘自 World Wild Web:<http://www.daleweb.org/se/em/cd9-2.htm>, 檢索日期: 2006 年 10 月 10 日)

1.對別人和動物的攻擊

- (1)有欺凌、威脅、或恐嚇的行為。
- (2)常引發打架。
- (3)使用能造成他人嚴重身體傷害的武器(如:棍棒、磚塊、敲破的瓶子、刀、槍械)。
- (4)對他人的身體殘忍。
- (5)對動物的身體殘忍。
- (6)直接面對受害者而偷竊(如:從背後勒頸搶劫、扒竊、強奪、持械搶劫)。
- (7)強迫他人與自己發生性關係(如:強暴、攻擊、殺人)。

2.財物的破壞:

- (1)故意破壞他人財產(如:故意縱火以意圖造成嚴重損害)。
- (2)以其他方法故意毀損他人財產(如:砸毀車窗玻璃、校園內蠻橫地破壞)。

3.欺騙或偷竊:

- (1)侵入他人住宅、建物、或汽車。



- (2)經常說謊或背信以藉此獲取財物或利益或逃避債務責任（意即欺詐他人）。
- (3)未面對受害者的狀況下偷竊價值不菲物件（如：在商店內順手偷竊、偽造）。

4.嚴重違反規定：

- (1)兒童患者經常不顧父母禁止而夜間在外遊蕩，這在十三歲之前即開始。
- (2)經常有逃家在外過夜。
- (3)常逃學，這在十三歲之前即開始。較年長的個案則為無正當理由而常曠職。

(二)一般輔導處理原則

在處理 CD 兒童的偏差行為上，洪莉竹（1997）提出下列幾個大原則：

- 1.收集與行為相關的資料如身心發展狀態、家庭背景、學校生活適應情形。
- 2.以具體而明確的方式描述學生可觀察的行為或情緒反應：描述時要加上行為發生的頻率與強度、以及發生行為問題的相關情境，並描述該行為對學生本人與他人的影響。
- 3.分析學生的行為動機和目的：找出與學生偏差行為相關的個人因素和情境因素，根據研判結果擬定輔導策略、訂定輔導目標。

其中學生行為問題的分析可以運用功能性評量找出學生行為的目的，行為的結果、好處，透過功能性評量可以提供一個改變環境的方針（如作業、指令、增強）來預防或改善行為問題（Kauffman, 2001）。此外老師在進行輔導策略時，要和學生建立良好的關係，以傾聽、接納、同理心的態度讓學生有安全感和信任感，方能使學生說出心中的話（洪莉竹，1997），並隨時與學生的家庭聯繫，以便掌握學生的各種動態（黃玲蘭，1995）。

目前已有多種的處理方式證實確實能夠減少品行疾患的出現率及減少問題行為，處理方式包含預防及治療，同時處理孩子本身及家庭問題，著重技巧的學習，針對孩子、家庭及學校環境，教導新技巧以促進孩子成長、發展、及適應行為，並預防 CD 孩子的問題行為。其次是改變孩子的認知模式，包含教導其問題

解決能力、自我控制、及利社會行為來取代其反社會行為，利社會行為是在教導孩子正確的玩遊戲方式，並發展友伴關係如交朋友的技巧，及溝通能力（摘自 World Wild Web: <http://www.adhd.com.au/conduct.html>，檢索日期：2006年10月10日）。

CD的孩子需要多元的介入方法，處理時應考慮個案的年紀、人種、問題角度來訂定處理方式，提供多種服務如特殊教育、家庭導向服務、諮商與心理治療、社區督導（community supervision），和職業訓練等，並以較長的治療時間才能解決其問題（林亮吟，2006；楊坤堂，2000）。以下針對CD所表現之外顯行為，就個別問題之輔導策略分述之。

(三)針對不同問題行為的輔導策略

臨床上對CD的治療是認定CD的行為問題受到個體本身的生理因素與外在環境的影響，因此強調諮商與行為改變技術的應用，不同問題之輔導方式說明如下：

1.輔導攻擊行為

輔導攻擊行為的有效策略首先對青少年的攻擊行為採取非縱容的態度，讓其知道攻擊行為是被禁止的。其次強化利他的行為，教師要主動而積極地鼓勵該生合作與建設性的社會互動行為，建議該生多項處理其攻擊行為的可行方法，藉此引導當事人以可被接納的方法來解決問題，藉由學習「衝突處理策略」，教導孩子在衝突情境中應說什麼或做什麼，並引導學生注意自己的行為對別人所造成的不良後果。接著建立非攻擊性的環境，教師應盡量減少環境中能引起攻擊行為的情境、人物與物體等（楊坤堂，2000）。

Kauffman（2001）建議教師使用社會學習的介入模式來處理兒童的攻擊行為，其包含12種技巧：1.常規清楚的：明確的定義教師對教室行為的期望。2.教師獎勵：以正向語言與肢體動作鼓勵個案良好行為。3.經常實施正增強。4.多以溫暖口語回饋。5.改變刺激。6.訂立契約。7.增強的示範。8.逐步養成（shaping）。

9.系統的社交技巧訓練。10.自我監控及自我控制訓練。11.隔離。12.反應代價，要個案為破壞物品復原。

Goldstein 則提出一套「攻擊替代行為策略」，企圖由行為、情感、及認知三個方面來減弱孩子們攻擊性行為，它主要涵蓋三項訓練模式：利社會技巧訓練(行為面)、生氣控制訓練(情感面)、道德推理訓練(認知面)，以下分別介紹：(引自黃玲蘭，1995)

1.利社會技巧訓練

共有 50 種技巧，包含六大類，分別為初階性利社會技巧(展開談話、自我介紹、讚美別人)、進階性利社會技巧(求助、道歉)、情緒處理技巧(處理憤怒、表達關懷、害怕)、回饋挑釁的技巧(回應嘲諷、談判技巧、助人技巧)、壓力處理技巧(面對排斥、譴責的處理)、計畫性技巧(目標設定、下決定)，此訓練主要透過團體討論、角色扮演、回饋、練習並配合回家作業以及行為的增強物(例如：集點數、獎品、讚美等)來鼓勵成員的學習等。

2.生氣控制訓練

教導學生如何減少一切反社會行為，如減低憤怒與攻擊性行為，它包含了以下步驟：1.判斷挑釁物(例如：引起人們憤怒的外界事件或內在自我談話)，2.判斷線索(例如：人的生理反應，像是繃緊的肌肉、漲紅的面頰、緊握的拳頭等)，3.使用減弱術(例如：自我談話，像是冷靜、平心靜氣以及對他人行為非敵意化的解釋)，4.使用削弱物(例如：一些技巧，像是提醒物，或是深呼吸、倒數、想像深處於一平和之地、或試想行為所會造成的嚴重後果)，5.使用自我評量(去瞭解自己是如何利用以上技術，妥善回應爭執事件，並為此完美表現，給自己一些讚美或獎勵)。

3.道德推理訓練

設計一系列道德兩難的狀況，使其經歷認知的矛盾，透過討論，來提升青

少年公平、公正的概念，以及關懷他人的權利和需要，此狀況如沈船事件一過滿的救生艇因為可能沈船需要減少人數等類似事件，並透過問題來帶領學員思考價值澄清的過程。

楊坤堂（2000）指出除了上述針對孩子個別的行爲外，還要改善其社會不利條件（例如親職教育的實施、社會教育的推展）。此外，在親職教育方面如避免家長錯誤的育兒態度，包含過於放任或是對兒童充滿敵意；而社會教育則是限制暴力行爲的示範，如不良的電視節目；維持和諧的家庭氣氛，避免父母的爭執與衝突（劉明秋，1996）。

2. 輔導說謊行爲

林正文（1991）指出在處理說謊兒童的問題，可從下面策略著手：

(1) 操作性取向輔導策略

以制約增強--代币制度來改善不良的說謊行爲，首先測量基準階段中個案每天說謊行爲的次數，如平均每天 5 次。接著介入輔導策略包含 1. 告訴孩子，說謊行爲是不對的，希望其能改善。2. 訂契約，如每天說謊次數不超過三次就得到增強物，反之則扣分。3. 隨著時間增長，逐漸提高標準，終可改善其說謊次數。

(2) 反應性取向輔導策略

對說謊小孩的輔導，必須試著去找出導致小孩說謊的動機，例如：

- ① 若爲了得到讚賞、注意而說謊，可多稱讚和鼓勵小孩本身所做的好事情。
- ② 若爲了避免處罰、挨打而說謊，則宜在處罰程度上減輕、合理些，且對其誠實行爲予以獎勵和稱讚。
- ③ 若是害怕失敗受到處分而說謊，可以降低對小孩的期望。
- ④ 若是爲了得到某些東西說謊，宜協助小孩發展其用合理方法，取得他想要的東西。

⑤若是因仇恨心理而說謊，應該設法增進小孩彼此的了解，疏導其情緒的正當發洩。

⑥若是由於能力低下，缺乏自信而說謊，則宜加強小孩本身能力的培養，並發展其特長，以增強其自信。

輔導方法必須針對各種不同動機，指導用正當方法解除其適應困難問題，如此，當可消除兒童的說謊行爲。

(3)認知取向輔導策略

①想法抑制法：透過講述說謊故事，讓兒童了解說謊行爲的弊端，而抑制此種偏差行爲的發生。

②想像示範法：透過講述誠實的故事，使小孩因誠實帶來的正面結果，而不願說謊。

③事實暗示法：採取不直接戳破他的謊言，而繼續重複該項事實，如此幾次後當他體會說謊沒有多大意義時，自然會改善。



4.社會學習理論輔導策略

(1)示範引導法

透過學習的方式，讓小朋友能看到老師獎勵說話誠實的兒童，而見賢思齊減少說謊行爲。

(2)示範抑制法

透過學習的方式，讓小朋友看到別人因說謊而獲得痛苦經驗，或不能獲得滿意後果，而抑制其說謊行爲。

3.輔導偷竊行爲

參考張淑娟(1976)、吳武典(1978)與屏東教育大學特教中心網頁上資料，認為要有效防止 CD 孩子的偷竊行爲，老師和家長的具體作為如下：

- (1)瞭解孩子竊盜的原因和動機。
- (2)培養兒童正確的所有權觀念。
- (3)從日常生活中培養自己與他人所有物的區別觀念，教導孩子以正當的手段取得金錢或物品。
- (4)給予兒童生活上的滿足，例如提供孩子適當的零用錢，教導正確的金錢管理使用。
- (5)建立良好的親子溝通與調整父母的管教態度。
- (6)提供孩子情緒宣泄和表達心裡需求的管道，以保持心理的平衡。
- (7)給予孩子適當的法律常識教育，培養守法的觀念與習慣。
- (8)注意兒童的朋友，防止結交壞朋友。
- (9)注意兒童的行爲，假如兒童有來路不明的東西，應詳細加以詢問。
- (10)不要給兒童有偷竊的機會，父母平時應注意，錢和東西不要亂放，學校老師也要叮嚀同學隨時察看自己物品，不要帶貴重的物品到學校來。
- (11)利用過度矯正（因為行竊，而被要求送回竊取物外，再加一樣價值相當的東西）。
- (12)反應代價（因為行竊而被取消其某些權利）、隔離等行爲原理，矯正竊盜的行爲。
- (13)利用角色扮演與同理心訓練，培養兒童感同身受，設身處地的瞭解被竊者心情。
- (14)心理性的偷竊則需透過心理諮商，幫助兒童改變。



4.輔導逃學行爲

許多逃學兒童的原因是因爲上課沒有興趣，也無學習意願，又加上外在結交不良朋友或是流連電玩店而導致逃學在外遊蕩，因此在輔導上首先應瞭解個案學習意願低落的原因，接著才介入輔導策略，其輔導策略仍可以比照說謊行爲的處理。而在班級經營上，林正文（1991）、吳武典（1977）指出老師也可採取下列方法來改善兒童逃學行爲，如（一）找出孩子逃學的原因，並加以處理，如讓孩子因逃學而得到苦頭，（二）提高兒童在學校的學習興趣，讓孩子多一點選擇課程或活動的機會。（三）建立合理的家長或老師期望，選擇的課程或學習活動應配合學生的能力。（四）指導孩童交友，（五）加強家庭聯繫，讓家長知道子女的出缺席情形，（六）如果孩子經常逃學，老師應與少年隊或少年法庭聯繫，請求他們的協助。

(四)藥物治療

一般而言，CD 的用藥可分爲興奮劑、抗抑鬱劑、抗癲癇藥物、及鋰鹽或是治療高血壓藥物，Kauffman（1989）建議藥物治療爲眾多療育方法中的一種，只有在其他方法不可行或不適宜的情況時或在確定藥物治療會有更好的結果時，才使用藥物治療（引自楊坤堂，2000）。目前醫療上對 CD 的用藥如下：（資料參考網址爲 <http://www.aafp.org/afp/20010415/1579..html> 及 Kingnet 國家網路藥局資料，還有 <http://www.cgmh.com.tw/intr/intr2/c3100/update/li-intoxic.htm>。）。

- 1.興奮劑：包含 Methylphenidate(Ritalin)、DEXTROAMPHETAMINE (Dexedrine)。
- 2.抗抑鬱劑：包含 Bupropion、Prozac。
- 3.抗癲癇劑：包含 Phenytoin(Dilantin)、Carbamazepine(Tegretol)、Valproic acid (Depakene)。
- 4.其他：包含 Lithium 鋰鹽、Clonidine(Catapres)。

(五)班級經營

良好的班級經營能夠增進 CD 兒童在班上的適應行爲，並減少 CD 兒童在班上的問題行爲，而如何能有效的管理學生行爲，筆者整合楊坤堂（2000）所提出的建議，歸納有下列幾點：

1.建立適當的教室常規：

教師需明確地示範教室常規，並持續地提供學生練習機會，直到學生熟悉教室常規，配合各種教室常規的簡易信號（諸如手勢、動作或聲音等，與學生建立之默契），要學生看到（或聽到）某信號就能執行或停止某特定的教室活動或行爲，監控學生遵守教室常規的情形，並增強學生的適當行爲。

2.建立不適當的教室行爲的後果：

教師對全班學生說明明確的行爲預期，增強表現預期行爲的學生，瞭解未能表現預期行爲學生的原因（諸如學生對預期行爲的認知，以及有無表現預期行爲的先備技巧。）

3.教學生適當的行爲：

每天練習，經常稱讚學生的適當行爲，獎勵良好行爲的示範學生（楷模）。

4.妥善使用行爲改變技術：

要注意懲罰的一致性與立即性，彈性運用各種懲罰策略，如故意的忽視、暫時隔離（Time-out）、反應代價、以及過度矯正法等，且要注意增強學生的適當良好行爲。

楊坤堂（2000）指出教師在使用行爲改變技術之前，必須考慮其教學方法上的幾個重要問題，包含教室氣氛有助於學習活動嗎？教材滿足學生的需要與興趣嗎？學生在學習活動中能經驗到成功嗎？這些問題必須得到肯定的答案，教師才能針對學生的特定行爲來進行改變。

(六)與相關專業人員合作



認輔是一種團隊的工作，取得家庭、學校、社政單位的合作至為必要，有時尚須司法、警務、宗教、慈善單位的協助，做為一個認輔教師要能主動積極與人合作尋求資源，好的合作精神可獲得事半功倍的成效（吳坤良，1982）。前述 CD 兒童的問題行為處理需要多元的處理並結合多種資源介入，如個別諮商、或團體諮商，需要輔導室、心理師或是諮商師、社工、精神科醫師等人的介入，遇到較嚴重的暴力行為就可能要警察人員的協助。

除了一些學校的通報系統外，老師也可主動與相關專業人員合作來處理 CD 孩子的問題，目前教育部訓委會建立了一個全國性的資源整合資料庫，裡面包含各機構的聯絡電話、地址，及各機構的服務項目，方便各地老師查詢其縣市的輔導資源，其網址為 WWW:http://dropout.heart.net.tw/resources_data.htm，另外各縣市也有自己的輔導網路系統，以屏東縣為例，資源包含了政府機關、心理輔導、兒童服務、青少年服務、醫療服務、法律服務等，內容相當詳細，皆可以提供老師相關輔導工作的人力資源。

各學校的資源班教師也可以提供老師最直接幫助，資源班教師為使學生順利於普通班學習，也可對普通班教師、普通班同儕、學校行政人員及家長等相關人員提供間接服務措施，如行為的觀察與分析、諮詢、特教知能的傳遞、和小義工的訓練等（洪儷瑜、黃慈愛、彭于峰、翁素珍、林書萍、吳怡潔，2000），此外資源班也能與普通班老師進行協同教學，皆視學生的問題情況而定。

由於 CD 的孩子常有人際互動的問題，以及學習適應方面的困難，此二者容易加重其問題行為並引發更多的適應上的問題（吳秀碧，1995；鄭麗月，1999；阮美蘭，2000），因此資源班老師可以針對個案實施社交技巧的訓練，幫助孩子解決人際互動上的問題，此訓練由普通班老師配合資源班老師一起進行成效較大。所謂的社交技能的訓練是在強調教師與青少年間、青少年與青少年間人際關係的培養和建立，教導如何與人相處的方法，以減少與他人衝突或產生反社會性

行爲。教師應在不同場合利用機會教導其正確的行爲，以及設計並指導學生瞭解規範的意義，例如，設計遊戲活動，說明規則，使學生在遊戲中遵守規定，並制訂賞罰的原則，使學生瞭解遵守規則的重要及違規的處罰（鄭麗月，1999）

(七)親職教育

研究資料指出，家庭中父母之正向管教（多溝通、鼓勵）、良好親子關係或穩定的家庭環境（避免家庭重大事故，如離婚）等，均對少年偏差行爲有很大的抑制作用，透過父母的有效監督是避免子女偏差行爲的不二法門（黃玲蘭，1995）。由於 CD 的兒童親子間常伴隨著緊張持續的衝突，如果沒有適當的介入策略，親子間的衝突會日益惡化（阮美蘭，2000）。此種不良衝突又加重了 CD 兒童的問題，不斷惡性循環下問題更日益嚴重。

因此在親職教育上，鄭麗月（1999）提出：一、訓練父母管教子女的技能，讓父母接受親職教育及管教子女的訓練或研習，採用正增強，協調溝通或輕微的處罰的管教方法。二、父母參與學校的教學活動，透過教師與家長的相互聯絡，以掌握學生的生活，使其不致於發生反社會行爲。

目前已有兩種以家庭爲基礎的處遇方案被證實對 CD 的孩子有效，第一種是家長管理訓練（parent management training, PMT），教導家長增進孩子好的行爲表現，這些包含對好的行爲正增強、記點數、與孩子合作發展問題解決技巧；其次是家庭行爲治療（Behavioral family therapy, BFT），其與 PMT 類似，但還包含減少家庭本身導致孩子產生破壞性行爲的原因，如父母親的生活壓力或是孩子人格問題（Obesity, Fitness & Wellness Week, 2005）。

Kazdin（1991）歸納出家長管理訓練的不同模式的共同點，包含一、訓練父母學會對孩子的行爲問題重新辨識、界定和觀察，二、教導父母利用社會學習理論的原理來訓練孩子獲得適當行爲和消除不適當行爲，三、與父母一同討論在家裡他們怎樣去應用所學的技巧或行爲，孩子的反應如何，這種訓練方法通常從孩

子較輕微的行為問題開始，逐漸處理孩子較嚴重的問題（引自吳秀碧，1995）。

而家庭行為治療是由一些基本假定及應用行為技術來治療 CD 學生，針對家庭功能失調、不一致，對孩子行為建立一致性、可預期的結果，包含教導父母行為契約的經營和親子互動的技巧。研究指出父母的行為訓練對小孩行為改變有顯著的效果。而治療方式可分成基本原理（basic principles）和父母的圈套（parent traps）（阮美蘭，2000），以下分述之：

1.基本原理

- (1)由生活事件教導父母能正確地使用增強和懲罰的原則
- (2)教導父母使用忽視法來處理患者的的行為
- (3)教導適當行為逐步養成的技巧和重要性。
- (4)教導父母以平常心和明確的態度表達自己的需求，其中儘可能以描述性的敘述來表達他們的請求和預期的結果，如「把書放在書架上」取代「整理好」。
- (5)對孩子的正向行為要多給予鼓勵，透過家庭成員的社會性增強及回饋有助於親子互動。

2.父母的圈套

親子互動中，父母的行為反應，常常強化了孩子不當的行為，減少了所期待的行為出現。

- (1)日常生活中，父母不當的叫罵為孩子帶來了不良的示範，增強了親子間的爭執。
- (2)父母叫罵後的不斷嘮叨，並不能使孩子有正向行為產生，反之可能會產生孩子激怒的話語和行為。
- (3)最常見的父母圈套是孩子表現不當行為時，父母會關注孩子，而表現好行為時，卻忽視而不給予增強，容易使孩子以不當行為來獲得父母的關注。

3.行為契約

(1)以清楚、明確的行為用語敘述所期望改變或維持的行為。

(2)所期待改變的行為是可以觀察和評量。

(3)對所期待的相關行為，有系統地控制。

(4)適當的時間，會有行為預期的結果。

4.每週治療

(1)每週一次與父母討論孩子在家及學校的進步表現，審視行為契約給予回饋。

(2)與孩子討論父母行為契約使用的正確度。

(3)親子討論共同處理契約執行的認知差距，教導家長回饋、社會性稱讚、建

設性的批評、溝通及自我肯定的技巧。

此外，教師或家長在處理青少年問題行為時，宜採用增強正面行為，而不採高壓手段作為管教的策略，一旦發現兒童或青少年有問題行為出現時，教師應及早主動與家長取得聯繫，並做協調、溝通和輔導，同時學校的課程應提供有計畫、有系統的人際關係能力的培養，使學生能融入學校的學習情境（鄭麗月，1999）。

解決 CD 兒童的行為問題需要老師與家長密切聯絡，而在與家長溝通問題時，楊坤堂（2000）建議：一、溝通前，先考慮家長的情況與需求，包含考慮家長因子女的障礙而遭遇到的挫折、沮喪、痛苦、失望和難過等心情與經驗，考慮家長對子女的障礙而持有的心態和所採取的行為反應，諸如家長對孩子的期望與教養方式，考慮家長在面談時可能提出的問題，如我有什麼辦法可以訓練我的小孩，使他不消極，考慮個案家長的問題，如父母雙方對子女的問題處理方式是否完全一致。二、確立溝通目標，向家長說明並討論他們（家長及其子女）的問題，利用「診斷結果」幫助家長對其子女的問題和情況採取切合實際的概念，並幫助他們放棄不切實際和不合理的態度與行為反應，澄清家長的問題性質，並處理家

長因其子女情況而引起或加劇的個人問題。三、有效運用溝通技術。

九、結論

處理 CD 的孩子行為問題難度較高，且由於 CD 兒童的行為問題較複雜，因此在輔導上常要花上老師一段很長的時間，這樣的事情挑戰每天要處理許多班級事務的老師其智慧與耐性，然而如果老師能在個案出現一些小問題時，或是老師在個案問題行為出現前的徵兆上，有足夠的警覺性做出預防的措施，就能有效減少日後 CD 個案更進一步的問題行為的產生。



偷竊案例(一)

一、個案基本資料

- (一)姓名：鄭○○
- (二)性別：女
- (三)出生年月日：83 年
- (四)實足年齡：十二歲
- (五)就讀年級：六年級
- (六)家庭概況

個案的成長背景是隔代教養，因父親長期吸食強力膠並有暴力傾向，父母在孩子年幼時即離婚。父親曾因案入獄，此時三個姊弟由祖父母教養，祖父母年事已高，體弱多病，對於孫子的教養心有餘而力不足，經濟狀況也不佳，孩子們的物質生活較為缺乏。

由於經濟狀況較差，低年級時個案會未經人同意而拿取他人的學用品（鉛筆盒內的物品），老師認為個案年齡小，物權概念較不清楚，經勸戒後也都能物歸原主，當老師問其原因時，個案總是答稱：「我也不知道為什麼東西會放進我的書包裡？」。

個案在二年級時轉介入資源班，常會說家中的情況給資源班老師聽—「媽媽在日本作生意，經常買高級的學用品給我，但是媽媽交代我不可以帶到學校裡，以免被同學拿走，寒暑假媽媽都會帶我們出國去玩。」說話的內涵與情境讓資源班的老師信以為真，後來因為屢屢出現未經同意拿取同儕物品的舉動，經與家長溝通後才知那些話都是孩子的幻想而已，或許是孩子內心的期待。

中年級時個案常利用下課或打掃時間進入辦公室拿取老師的鉛筆盒中的文具用品；也到學校或居家附近的超商拿文具用品，曾三次被報警處理，最終都因知道家中情況而給予改過自新的機會。

(七)生長史：個案成長過程中無重大疾病的發生。(父親長期的吸膠是否造成孩子智力受損不得而知)

(八)醫療史

- 1、母親懷孕過程皆正常，生產過程順利。
- 2、經醫院評估個案為輕度智能障礙。

二、主要問題

- (三) 輔導老師與個案晤談時發現個案的眼神會飄忽不定，說話內容也容易岔開，說一些旁枝末節的話。
- (四) 對於學用品有種莫名的偏好，即便同樣的物品已有好幾份，他依然會見到物品不自覺的就會想要佔為己有。
- (三) 個案經常不經同意拿了同儕的物品，因而同學多不喜歡，以致於人際關係不佳。
- (四) 上課時容易分心，成績低落，返家後無人可指導其課業。

三、診斷評量與分析

- (一) 人格成熟度發展較為遲緩，缺乏自我與人我的界限，缺乏自我強度。
- (二) 輕度智能障礙，注意力不足。

四、輔導過程

(一) 輔導目標

- 1、培養個案有明確的物權觀念。
- 2、能有金錢的使用觀念。
- 3、能和同儕建立合諧的友誼互動。

(二) 輔導策略

- 1.班上同學的物品自我保管能力教育（班級輔導）。
- 2.運用獎勵制度，與個案建立學習情境的獎勵制度（如：按時交功課、準時到校、完成老師交待的工作等）。
- 3.讓個案擔任班級的幹部賦予她較簡單的任務，並以個案喜歡的文具為增強物，表現好時立即給予獎勵。
- 4.請家長能固定給個案些許的零用錢，並養成其金錢使用的觀念（可用協助做家事換取零用錢）。
- 5.讓個案參與兒童繪本小組團體輔導，藉以提升閱讀興趣與友誼交流的互動模式之養成。
- 6.鼓勵個案與同學建立良好的友誼互動，（由老師安排小天使協助個案課業的完成或課業的指導）。
- 7.資源班加強社交技巧的訓練。



偷竊案例(二)

一、個案基本資料

姓名：小俠

年級：國小六年級

家庭社經背景：家中有五人，除了爸媽以外還有兩位讀國中的姊姊，爸爸目前四處打零工，父母親曾經經營過卡拉 OK 店，但因生意很差，最後只好結束營業。

二、主要問題

小俠在學校一直是老師的頭痛人物，有偷竊、說謊的問題，喜歡與同學爭吵，人際關係相當不良，在班上沒有朋友，一年級時被合作社老師告知有 5 次偷竊紀錄，中年級偷別班老師的東西，也有與姊姊到商店偷文具的情形，有一次發生較嚴重的是利用升旗時把班上同學放在書包中，要交營養午餐的錢偷走，雖然老師認為其的犯罪嫌疑最大，但因為找不到錢沒有直接證據來證明是其拿走的，因此相當苦惱，直到一星期後同學發現其拿出三百多元要同學幫他買東西，便向老師報告，老師開始追查其金錢來源，不過小俠由於過去被詢問的經驗很多，因此表現的相當鎮定，臉上並沒有任何的特殊表情，此外也清楚交代其金錢的來源，直到真相查出才說出是偷同學的錢。

三、問題分析

- 1.小俠由於家境不好，在物質上較缺乏，因此看到同學有新的文具用品相當喜愛，但由於家境較差，因此只能羨慕同學。
- 2.小俠的說謊情形可能有社會模仿學習父親的情形，每次老師通知家長，家長一直在為其找理由，六年級有幾次沒來學校，父親都為孩子找出很好的理由。

四、輔導方式

- 1.筆者明白告知小俠偷竊的刑責問題。
- 2.老師請班上同學注意自己的物品，也在接班級時向同學嚴重申明不准有偷竊行為，另外要繳交的錢在早自修就交到老師那邊，找的錢也請同學妥善保管。
- 3.與其母親溝通小俠的行為，母親同意開始給予小俠一個月 150 元的零用錢，讓

小俠自行運用這筆錢。

升上六年級已經沒有聽到小俠的偷竊問題，不過小俠的說謊問題仍偶有發生，由於這個部分牽涉家長的態度，家長會為其找理由，因此目前仍在輔導中。



打架案例

一、基本資料

1.姓名：小龍

2.年級：國小六年級

3.家庭社經背景：

小龍家中一共有五人，除了父母親外有一個哥哥和一個姊姊，父母親一直到六年級時才分居，父親學歷小學畢業，母親國中畢業，家庭經濟普通，小龍放學後常會打工幫忙父母親賺點錢，但由於父母教養態度不一，小龍有時不聽話，就會被哥哥揍。

二、主要問題：

一年級時小龍因為體格較同儕粗壯，與同儕相處關係差，常常在爭執時或玩遊戲時因肢體動作過大，而把同學打傷，因此常遭到同儕排斥，人際關係不佳，有一次把小朋友打得鼻青臉腫，老師聯絡其母親，其母親反而說是其他小朋友誣賴他，或是別的小朋友先問小龍，才導致小龍還擊。二年級時，仍常用武力來解決事情，容易與小朋友產生紛爭。三年級時仍是好打鬧，遇到問題常是非不分，打了同學還理直氣壯，不覺得自己有錯，因此，人緣不佳在班上受到同學排斥，同學不跟他玩，他還會故意捉弄別人，來惹人注意，此外作業不寫，老師交代的是也不聽，不過小龍怕媽媽，因此老師常透過媽媽，他才會做功課。四年級時，老師試著要去改變他，常常勸導小龍，小龍在那段時間也有努力改變，但持續時間並不久。五年級小龍把同學的東西弄壞了，老師告訴其母，但母親堅持不賠，要小龍自己負責。六年級小龍偷母親的錢請同學玩網咖，吃喝玩樂，還騙老師同學的錢是自己打工賺的，當天沒有回家，後來被家人找回去就被毒打一頓。

三、輔導策略：

小龍是典型的社交技巧缺乏的孩子，不知如何與同儕相處，常以暴力行為要脅同學，也容易受到同儕挑釁而情緒失控。六年級時筆者與小龍第一次接觸，發現小龍不太能表達自己的想法，有些害羞，因此在輔導策略的選擇上筆者先得到小龍的認同，願意與筆者分享其與同儕相處的事，接著訓練其社交技巧，讓小

龍學習如何表達自己的情緒，並配合行為改變技術的增強措施，與小龍訂定契約，規定其一天只要沒有動手超過二次，就可以做一項自己喜歡的事。

另外由於小龍的家庭生活中，年長的哥哥是打架暴力行為的不良示範，因此筆者請老師積極與母親溝通，請母親以正確的教養態度取代打罵的方式，並盡量不要有讓哥哥與小龍起衝突，或是勸導哥哥不用暴力方式處理弟弟的行為問題，不過由於筆者介入輔導的時間較短暫，因此雖然小龍明白自己的暴力行為是不對的，但在上課遇到同儕挑釁時，仍無法控制其脾氣，下課就會揍那位同學，因此筆者與老師討論將同學與其座位分開，並輔導那位同學，請其儘量不要激怒小龍，此種方式實施後，小龍使用暴力行為的次數有明顯減少。



五、物質濫用

人體攝取後會引起精神狀態變化的化學物質，統稱為「精神作用物質」(psycho- active substance)。大家較熟悉的精神作用物質有酒精、鴉片、大麻、咖啡、煙草等，這些物質

在人類歷史上已被使用很久了。

並不是所有被濫用的化學物品都是藥物。非藥物而會被濫用的包括：汽油、清潔液、黏膠、及其他能引起心理作用的化學製品。因而近年來，較常使用物質濫用一詞以取代藥物濫用。

大部分青少年會接受或使用物質，但其中只有一小部分會成為長期的濫用者。青少年的物質濫用在許多方面是類似成人的物質濫用，但又不完全一樣。且許多使用或濫用物質的青少年並沒有成為濫用物質異常的成年人。

(一)物質濫用的定義及相關症狀

一、定義

此處所討論的物質是指那些並非為了治療目的而故意使用來引起生理上或心理上影響（或兩者）的。濫用通常是指使用後會助長了身體健康之危險、心理功能之干擾、及不良的社會後果等 (Kauffman, 2005)。

因此物質濫用是指：一個人不經由醫師處方，不以醫療為目的而服用，而是自己為了求精神狀態的一時變化，獲得恍惚、舒適、或興奮等效果，或因受心理或生理上的成癮作用，自己無法控制或停止服用，結果病態性的濫用精神作用物質，引起不良精神狀態，顯著地影響其日常生活與工作(曾文輝、徐靜，2003)。

(二)物質濫用引發的症狀

物質使用所引發的病態情況，常被提到的有下列症狀：

1. 中毒：使用物質後，中樞神經系統發生障礙，呈現意識、認知、感覺、情緒或行為上的變化。中毒症狀會因所服用物質不同而差異，但大致包括：沉睡、好鬥、情緒不穩、認知模糊、判斷力受損、社交與課業功能的失常等行為與心理變化。而這些症狀通常在個人清醒後就會消失。
2. 耐藥(受)性：是指身體對物質產生適應性，導致必須增加用量來產生相同的效果。耐藥性通常會隨著重覆使用而增加，及在一段時間戒用後會減少。
3. 上癮：是指強迫性的使用物質，且獲取及使用物質已成為個人生活中的關注主題及行為的型式。
4. 倚賴：是指需要持續使用物質，來避免生理上或情緒上的痛苦，或兩者。
5. 戒斷：是指一段時間減少或完全停用該物質時，身體上或情緒上的不良反應。此種不適的病態身心反應，其症狀內容會隨濫用的物質而有所不同，如出汗、緊張、嘔吐、痙攣、譫妄等等；也會隨物質留存於體內期間的長短不同，而決定戒斷狀態會如何及持續多久。

並非所有濫用的物質都會讓人成癮，有些物質沒有成癮作用，只會被濫用(如幻覺劑或吸入劑等)；但許多被濫用的精神作用物質會成癮，導致物質依賴的結果，因此，一旦「物質成癮」即表示有「物質倚賴」現象。

此外，有些物質使用後會引起精神病狀態(不能以中毒或戒斷現象來解釋)，是物質

濫用後引起的一種併發症。其他有關物質濫用可能產生的症狀有：智能退化、慢性的記憶障礙(如酒精引起的失憶症)、情緒障礙、焦慮症、性功能失常、及睡眠失常等。

(三)常見的濫用物質種類

一般人常有一種錯誤的知覺就是認為物質濫用，主要是指有關違法使用藥物的問題，例如古柯鹼、大麻、及海洛因，或是違法使用處方藥物，例如巴比妥酸鹽類(即鎮靜劑及安眠藥)；但其實真正最普遍被濫用的物質是酒精及煙草。下列為常被提及之會被濫用物質(孔繁鐘, 2005; 宋維村、蔡文哲, 2002; 曾文星、徐靜, 2003; Kauffman, 2005)

1.酒精及煙草

酒精及煙草一直都是物質濫用中最大的問題。因為它們對成人而言是垂手可得，且有到處可見的銷售廣告，大部分人視成人使用它們為可接受的，且兒童通常是在家中初次接觸到它們，也是在家中首次試用這些物質 (Kauffman, 2005)。

兒童越早首次經驗到酒精及煙草，他或她就越可能成為經常的使用者。早期的使用酒精及煙草、及其他物質，通常與家庭問題有關，如低社經地位、學業失敗、及精神異常，特別是品行疾患。因為酒精及煙草的負面健康後果十分巨大，故預防兒童及青少年開始抽煙及喝酒似乎是明智的。在美國十幾歲的青少年中最常見的死因是汽車意外，然而在精酒的影響下開車及抽煙引起的疾病是美國一般人口中的主要死亡因素。因此，平時常聽到的“向藥物開戰”，到目前為止，似乎還沒有瞄準到主要的目標。

2.中樞神經抑制劑。此類又包括：(a)麻醉藥品類包括：鴉片、嗎啡、海洛因、可待因等鴉片類麻醉藥品，是臨床上作用最強的中樞神經抑制劑，主要作用為止痛劑，屬於管制藥品及毒品。(b)鎮靜安眠劑。此類為抗焦慮劑及安眠藥，很容易產生依賴現象。(c)其他類- 如 K 他命。

3.中樞神經興奮劑。如古柯鹼、安非他命類及相似濫用物質。

4.中樞神經迷幻劑。迷幻劑服用後，主要作用於腦部，會改變知覺，扭曲使用者對時間、空間、顏色、聲音、及自我的認知。迷幻劑種類包括：(1)大麻。(2)苯環利定(Phencycline, 簡稱 PCP)。(3)麥角二乙胺(LSD)：具強列迷幻作用，俗稱搖腳丸、一粒沙等。(4)西洛西賓(Psilocybine)，係由引起幻覺的蕈類所萃取，具有迷幻、擬交感神經作用、及類似 LSD 效果的迷幻劑，俗稱：魔菇。

5.吸入性濫用物質

此類物質可分為：(a)揮發性溶劑是指在室溫下可揮發成氣體之溶劑，如油漆稀釋劑、衣物乾洗液、去油脂劑、汽油、黏著劑、修正液、白板筆液等。(b)噴霧劑是指含有推動劑及溶劑之噴霧罐，如油漆、髮膠、芳香等噴霧劑。(c)氣態物質是包括醫用麻醉劑及家用、商業用產品，其中醫用麻醉劑如乙醚；家用、商業用產品如丙烷、丁烷燃料罐，發泡罐，冷凍劑等。(d)亞硝酸酯主要是擴張血管用及鬆弛肌肉用，吸食後會有心跳加速、體溫上升、及興奮感。此種物質是以吸入方式為唯一的吸食途徑施用，不似

其他濫用物質有多種吸食途徑。

(四)物質使用的不同階段

一個物質濫用者很少會立刻成爲一個習慣性的使用者；而是會經過幾個不同的階段慢慢進展而成。一般而言，物質使用可分爲下列不同的階段(宋維村、蔡文哲, 2002; Kauffman, 2005)：

- 1.試用階段：一開始，或許是在同儕壓力下、或者是好奇心之驅使、或爲解除憂慮痛苦,而開始嚐試使用某種物質。
- 2.社交與娛樂性使用：在試用過後，可能跟著是偶爾在社交或娛樂場合使用。
- 3.情境或狀況性使用：此一個階段是在某些狀況或情境下固定使用，或許是在一個壓力大的事件之後的放鬆、或爲了完成一件吃力的工作而需保持清醒、或在完成一件吃力工作後要好好睡個覺而使用。
- 4.例行性使用：情境式的使用可能強化到成爲每日例行的使用。
- 5.依賴階段：最後，使用物質成爲個人生活的中心焦點。

大部分青少年有接受或使用物質之經驗，但其中只有一小部分(也許 6-10%) 會成爲長期的濫用者。雖然物質的使用及濫用並不總是會進展到強迫性倚賴的上癮階段，可是，老師及其他有關成人應該要有警覺性，即能覺察到當學生從試驗性到社交與娛樂性及到情境或狀況性使用之轉變時所表現出的危險信號。老師可能首先會觀察到當學生轉變到情境式使用時，在社交行爲及學業表現上的改變。

(五)成因及預防

沒有一種單一的因素可以解釋物質濫用的發生，一個人會濫用藥物其成因通常是複雜且多變的，與遺傳及其他生理因素、低自尊、社交技巧差、社會適應欠佳等心理因素等都有相關 (宋維村、蔡文哲, 2002; Kauffman, 2005)。因此在探討成因時，重點是要評估各種因素中- 那些是會提高物質使用危險性的，及那些是有保護作用的因素(能對抗危險)。Kauffman (2005)對於造成物質濫用的危險因素及預防時，有下面之說明：

1.危險因素

家庭因素中已知會增加物質濫用危險的有下列情況：不良及不一致的父母管教、家庭衝突、及家庭成員間缺乏情緒依附。家庭成員可能會提供物質濫用的榜樣及介紹子女使用物質。當然，基因因素也會助長了危險性，它也許是使有些人的生理及心理更容易受到藥物的影響。

此外，與偏差的同儕團體交往可能在物質濫用方面扮演了一個主要角色。年輕人成長的文化的的所有層面可能對開始使用物質都會有相當的影響。

社區情況因素如缺乏工作、及惡化的住家情況也都是危險因子。的確物質濫用對中產及高級社區而言也不陌生。可是，缺乏社會經濟機會、生活中沒有希望、擁擠、及暴力等這些是許多貧窮都市社區的特性，而這些特性都是助長物質使用十分顯著的危險因素。

還有，開始物質使用的年齡為一個已知危險因子。一個人第一次的物質使用經驗的年齡越早，以後濫用的危險就越大。

另外，研究也發現物質濫用常會與各種其他異常或精神病一起發生。有外顯性行為問題者- 如有攻擊及其他品行疾患特性- 特別可能增加物質濫用的危險性。

2.預防

有關物質濫用的預防作法之一是增加保護因素。保護因素是指會讓青少年傾向於不使用物質的因素。保護因素若增加，則物質濫用的危險性自然就會下降了。

在發展預防策略時應包含有關前述危險因素相抗衡，例如增加同儕的支持、加強個人的學業及社會技能、增加父母的管教技能。社區因素方面，增加工作機會、及提供其他正當活動也能有保護作用。

此外，預防策略應該要適合青少年的發展階段、針對高危險人口、要有廣泛性(能包含多種危險因子)、且要有長期性。

學校方面之預防目標是- 幫助學生了解物質使用及濫用之影響及後果。學校可設計課程來幫助學生學習到下列各種事項：

- (1)抗拒同儕壓力
- (2)改變物質使用的態度、價值觀、及行為標準
- (3)認識且拒絕來自成人(鼓勵物質使用)之影響力
- (4)使用問題解決策略- 如自我控制、壓力管理、及適當的自我肯定
- (5)增進自尊心
- (6)作更有效地溝通

預防是比物質濫用已成事實後再加以介入更好。但預防策略若要有效的話，必須要有密集性、廣泛性、及持續性地實施；特別要針對在高危險社區中的高危險青少年，特別是需改善高危險社區中的社會及經濟情況。

(六)介入及教育策略

物質濫用的預防方案確實很重要，但對於那些已經在使用藥物的人卻要採取不同的處遇方式。

1.勒戒與治療

戒除物質濫用是一段長時間的掙扎過程。有各種不同的方法及處遇方式可混合使用來處理青少年的物質濫用問題，其中包括使用心理藥物治療。傳統介入方法包括戒酒匿名會(Alcoholics Anonymous) 及麻醉藥品匿名會(Narcotics Anonymous)(宋維村、蔡文哲, 002; 曾文星、徐靜, 2003; 蔡德輝、楊士隆, 2000)。

2.心理輔導與團體治療

有鑑於物質依賴者常因意志力薄弱或錯誤認知而易於再犯，因此處遇之重點可加強心理層面之建設與輔導。團體治療、家庭治療(單一家庭或是一組家庭)、認知-行為改變、及行為療法等為常用的替代處理方法(蔡德輝、楊士隆, 2000)。

尤其是認知改變的治療特別重要。許多有物質濫用問題的學生- 其信念系統會導致他們增加物質濫用的危險，或減少其對介入努力作出反應的能力。最可能出現有物質濫用問題的人，較可能提到他們的信念(想法)為- 他們無法避免使用物質，或無法拒絕同儕的壓力。在涉入藥物使用之後，有物質使用問題者較可能提到他們的信念(想法)為他們無法控制藥物的使用，或把藥物使用的害處降到最少。對於這種人，處理方式必須不只是提供資訊及告誡不可使用藥物而已。還必須要能提供有支持性的環境，協助個人重新解釋環境中的線索，並能隨著時間發展出較積極的信念系統。若缺乏此種的支持，有良適應信念的人- 當正在接受藥物濫用之處遇時，很可能在經歷到一些小挫折及困難時，就認為是自己無能力來改變自己生命的證明，因此會放棄努力(Kauffman, 2005)。

3.教育策略

關於教育方面的介入，有下列策略可供參考(施顯焜, 1998; Kauffman, 2005)：

(1)物質濫用資訊之提供成功的物質濫用教育方案的一個重要特色，即能把正確且有用的資料送到老師、父母、及學生的手中，且資料必需是容易取得的、且以簡短的形式呈現。

光有資訊不見得會改變行為，因此有需要採取較為特定的行動。較特定的行動包括：

- ①給老師及學生清楚明白的學校政策，有關藥物使用或擁有藥物會如何處理。
- ②每個年級有基本及簡單的藥物教材。
- ③增加老師對當地物質使用問題的注意，並對社區服務機構的了解。
- ④有關青少年發展及藥物使用主題的小組討論。
- ⑤使用社區資源，如社區諮詢中心及校內的方便晤談中心來進行一對一及團體諮詢。
- ⑥用正向角色楷模作為團體或個人支持的同儕團體的方法。

(2)生活技能訓練的教育課程

學校有關物質使用的教學課程應該在小學階段就開始，學生在進入中學後才有適當技能抵擋來自多方面之壓力，不向藥物低頭。這些技能包括人際關係之應付、問題的解決、溝通與果敢行為、及應付高度危險性的情況。課程內容包括：

- ①使用物質前因與後果的研討，教育的功能是在未接觸到物質之前，對物質使用的危險性以及誘發因素詳加解釋。
- ②問題的解決，生活中問題常層出不窮，壓力是使用物質的一大因素。教導孩子面對現實，解決問題。
- ③自我教導的技能，教導學生遇到重大事情時，按照自我教導步驟，凡事都能三思而後行。
- ④應付的技能，培養學生應付生活壓力的技能，包括教導學生預期可能的壓力和痛苦的情況，並能嚴陣以待，克服克難，迎接挑戰。
- ⑤溝通行為及果敢的行為，經過角色扮演及一再的演練，訓練學生果敢地表達自己的意願，且能理直氣壯地保衛自己的權益。

(3)以討論的方法改變學生的態度和行爲

物質濫用之預防，若單靠知識的灌輸，易流於形式；如能透過討論，激發學生的思考，較能改變學生對物質使用的態度及行爲。

(七)結語

物質濫用不只是個人的行爲問題，且經常與少年犯罪、及過早性行爲三者常會連結在一起出現，也是嚴重的社會問題。雖然物質濫用的預防不只是學校的職責，其他社教、衛生單位，甚至社會政策決策單位都扮演了至爲關鍵性的角色。然而學校預防功能的角色仍有大加發揮的空間，尤其青少年時期是物質使用之危險期，因此教育措施早在小學五六年級就應開始，以收預防之效果。教育的原則在於應用多重資源，徹底建立學生對物質使用的認識和正確的態度，使年青人能抵制物質使用之誘惑，也能應付日常生活的壓力，不致掉入藥物與犯罪之陷阱中。



濫用物質案例

一、 個案基本資料

1. 高職三年級
2. 15 歲
3. 單親家庭

二、主要問題

有一天中午休息時突然聽到同學一陣喧鬧的聲音，林老師發現同學們圍在一起，不斷故意對圓圈中的人發出一些可笑的問題，他走近一看，原來中間有位同學看起來似乎喝醉了，正在胡言亂語，其他人又捉弄他，所以圍觀的同學越來越多，因此趕緊通知學務處與輔導老師來處理。

個案是一名高職三年級的學生，因為母親早逝，父親到處打零工，有時沒回家，即便回家也會一人獨自喝悶酒，雖然家裡還有一位就讀專科的姐姐，但姐姐住校，學校距離家裡頗遠，為了節省車錢，姐姐也不常回家，但偶而會打電話回來關心弟弟和爸爸的生活情形。

在輔導老師追問下，個案表示因為上學期女朋友劈腿，心情很糟，家裡又沒有人可以分享憤恨的心情，每天放學後都到網咖打線上遊戲，因而認識一群社會人士，這群人晚上經常一起吃宵夜喝酒，有幾次個案因爸爸沒回家所以也跟著去了，在大家吆喝下他學會喝酒，開始時還不敢多喝，但半年前在大家起鬨下越喝越多，後來爸爸發現個案會喝酒，偶而也會要個案陪著喝，結果個案就越喝越多，這半年父親不在家的時間增多，個案在外面喝酒的機會也越多，在家便偷喝父親的酒，有時因喝醉酒爬不起來，就打電話告訴老師生病不能來上課，因此慢慢缺課的情形也越來越嚴重，但個案還是會間隔著來上課，只是上課時的精神不好，手部出現發抖情形，老師就更以為個案真的生病了，幾次聯絡父親卻找不到。這樣的情形持續一年，直到昨天父親不在家，個案偷喝家裡的酒，結果竟然喝醉了，早上起來發現父親在家，不敢讓父親知道，就掙扎著到學校，到了學校被同學發現，因為同學故意捉弄他，結果圍觀的人越來越多，才發現個案喝酒的歷史已經不短了。

三、問題分析

1. 個案因家人關係疏離，因此在遇到失戀挫折時，難以排解。
2. 因結交不良朋友與父親本有喝酒習慣，因此而有酒癮。

四、輔導策略：

1. 通知家長到校：告知個案出現酒癮症狀，要求家長帶個案前往醫院檢查，接受精神科或心理衛生門診的酒癮治療，治療過程可能會出現戒斷症狀，家長需配合醫院處理。
2. 環境改善：請家長勿在家中喝酒，並不可在家中放酒，使個案無法接觸與酒精有關飲料和食物。父親需每天回家陪伴個案，姐姐考慮是否可以就讀離家較近的學校，增加家人的團聚的機會，減少個案的孤寂感，而不會留連網咖，結交不良

的朋友。

3.教師應注意個案出缺席情形：個案缺席時，一定要聯絡家長本人或姐姐，以確定個案無獨自喝酒的機會。

4.輔導老師定期晤談：幫助個案面對感情創傷，尋回自我價值，學會解決問題的技巧和設定生活目標。

5.班級老師與科任教師不定期主動關心：平常多關心個案的生活起居及心情變化，女性老師可以扮演慈母的角色，讓個案有被關心與願意分享的感受。

6.實施補救教學：個案因缺課造成的學業落後，利用課餘時間安排任課老師或同儕小老師實施補救教學，讓個案不會因成績太差而自信心低落。

7.建立同儕關係：老師安排人格特質較佳之同學與個案一起做功課，並關懷其日平常生活，老師可交付一些任務讓個案完成，增加其成就感，並在同儕面前加以誇獎，使同學願意成為他的朋友，建立人際支持網絡。



六、自傷行為的認識與輔導

自傷行為（self-injurious behaviors，SIB）也稱自殘行為（self-mutilating

behaviors)、自我傷害 (self-harm)、或自我虐待 (self-abuse)。自傷行為呈現的方式有很多種，有些是文化所認可的行為，如現代社會中較常見的穿耳洞、紋身、和宗教儀式中乩童自傷的行為，這些不是一般認為偏異的自傷行為。除了特殊文化所允許的自傷行為外，其他的自傷行為都被當作是病態的。臨床病理上或教育上認為的自傷行為是指個體刻意的、重複的、直接的造成身體的傷害，但該行為並沒有自殺的意圖。自傷行為多開始於兒童晚期或青少年早期階段，雖然一般兒童和青少年也會表現出自傷行為，但發展性障礙患者會更多表現出自傷行為，較近的研究認為自傷行為在一般人的盛行率是 4%，臨床病患則高達 21%。

(一)自傷行為的類型

自傷行為可分為四種類型：刻板化自傷行為 (stereotypic self-injurious behaviors)、嚴重自傷行為 (major self-injurious behaviors)、強迫性自傷行為 (compulsive self-injurious behaviors)、和衝動性自傷行為 (impulsive self-injurious behaviors)。

1.刻板化自傷行為

刻板化自傷的行為包括撞頭、打自己、打臉、咬手和嘴唇、摳皮膚、抓傷皮膚、拔頭髮等行為。它的特色是高度重複性、單調的、固定的、經常是有一定節奏的，但通常沒有特殊目的。這些行為的嚴重性可從很輕微的身體表面組織和皮膚傷害到有生命威脅。這類行為較會出現在具有智能障礙或其他發展障礙者身上，如智能障礙、自閉症、小胖威利症 (Prader-Willi syndrome)、Lesch-Nyhan 症、和 Comelia de Lange 症等，這些自傷行為通常被認為有生理病因傾向。

2.嚴重自傷行為

嚴重自傷行為包括較嚴重且有潛在生命威脅的行為，如自我閹割、挖掉眼睛、切掉手或腳等行為。這些極端的行為常是明顯孤立的，通常發生在遭受嚴重精神症狀發作、中毒、或嚴重人格疾患患者身上。大部份精神疾病個案的自傷行為發生在個案處在妄想和幻覺的狀態下，而且主題多和性、誘惑、道德的罪惡感、或自我懲罰和救贖有關。這類型個案對自傷行為疼痛的忍受程度較一般人高。

3.強迫性自傷行為

強迫性自傷行為包括重複的、強迫的、儀式性的，輕度到中度嚴重程度的拔毛癖 (trichotillomania)、強迫性咬指甲、摳皮膚、抓皮膚等。強迫性自傷行為和美國精神醫學學會心智疾患診斷與統計手冊第四版教科書修訂版 (DSM-IV-TR) 中拔毛症和刻板動作障礙伴有自我傷害行為的診斷一致。這類自傷行為的患者被迫去執行自傷行為的衝動，但他們可能也會加以抵抗，也有不同程度的成功。許多強迫性自傷行為的患者表示在壓力釋放後常會有增加的焦慮行為、負向的自我形象、罪惡感、羞恥感、或覺得對自己失去控制、甚至造成社交隔離等。

4.衝動性自傷行爲

衝動性自傷行爲包括輕度到中度嚴重程度的割皮膚、燒傷自己、用針刺自己、採取不同方式打自己的身體或特定部位、或把自己丟到某些物體上面讓自己受傷等行爲。衝動性自傷行爲可分爲兩類：陣發性（episodic）和重複性

（repetitive）。陣發性自傷行爲在人的一生中只發生有限的次數；重複性自傷行爲是重複發生，具有上癮的本質，並且深入個人生活和人格中，它可以分類在美國精神醫學學會精神疾患診斷與統計手冊第四版教科書修訂版中的「未分類的衝動控制疾患」中。這些自傷行爲常常讓個案達到立即和短暫的釋放狀態，雖然有許多後遺行爲，但它也具有讓個案繼續活下去的功能。衝動性自傷行爲較常伴隨邊緣性人格疾患、反社會人格疾患、創傷後壓力症、解離疾患、和飲食疾患等。

(二)自傷行爲的原因

自傷行爲的原因包括遺傳、神經傳導物質的作用、刺激覺醒調節、身體或性虐待外，個人會選擇自我傷害的原因可能非常複雜，但多數具有功能性，可能的原因包括：

- 1.釋放生氣、痛苦、壓力、恐懼、或焦慮。
- 2.獲得控制感：經由自我傷害者的調整，他們能夠控制自己的狀態。
- 3.打破情感麻木的方法：許多患者表示他們常感到麻木和缺乏任何情緒，他們傷害自己以便有所感覺，知道自己還活著。
- 4.為不在自己生命中的某人承受痛苦：有些自傷者對某些不在自己生命中的人有強烈的負面情感，因此他們將痛苦轉移到自己身上，以表達對那些不在自己生命中的生氣。
- 5.真實感：自傷行爲可以讓自己有真實感，將自己帶回現實中，感到活著，這種感覺常出現在解離症患者上。
- 6.表達需要幫助和支持：某些患者缺乏口語表達自己情緒的能力，自傷行爲讓這些患者有意識或無意識的獲得他人的注意，並且表達需要幫助和支持。
- 7.操控別人，讓別人感到罪惡，以得到照顧或讓別人離開。
- 8.避免自殺：個人避免嘗試自殺的因應機制。

(三)自傷行爲的評量

完整的自傷行爲評量是後續療育的第一步，除了將自傷行爲和其他精神疾患症狀同時評量外，也必須瞭解自傷行爲的功能。一般言，自傷行爲的評量點包括下列要點：

- 1.進行詳細的心智狀態檢查，尤其要注意是否出現精神疾患癥狀、中毒、解離狀態、和認知功能等。
- 2.探詢自傷行爲發生的開始年齡、頻率、持續多長時期、以及詢問個案最初、最後、最嚴重、和最典型的自傷行爲。
- 3.排除掉任何符合社會文化所認可的自傷行爲因素。

- 4.評量個案是否有自殺念頭、計畫、以及任何自殺的危險因素。
- 5.是否有醫療的後遺症或者是介入。
- 6.動機、情緒狀態、誘發該行為的事件和因素和行為發生的前因和後果的功能性分析。
- 7.患者是否希望能夠找到方法不要去做自我傷害行為？是否曾試著阻止自己做出自傷行為？是否曾成功的阻止過自己的自傷行為？是否會疼痛？
- 8.在從事自傷行為之前或當時，是否有服用非法藥物？
- 9.是否有家人有自傷行為？
- 10.因為自傷行為曾接受過那些治療（藥物治療和心理治療）？

(四)自傷行為的處理策略

由於自傷行為的成因包括個體內在生理、心理和外環境等因素，而自傷行為的嚴重程度從輕微身體的傷害到可能有生命威脅，因此除了對個案身體傷口和對有生命威脅個案的立即醫療處置外，自傷行為的處理策略包括下列方法：

1.精神藥物的治療

包括選擇性血清素再吸收抑制劑、情緒穩定劑、鴉片拮抗劑、 β 阻斷劑、抗精神病藥、單胺氧化酶抑制劑及抗憂鬱劑等藥物。

2.環境、前事控制策略

- (1)如在環境中安排個案可能參與互動的教學器材和活動，避免個案因缺乏刺激而尋求內在自我感官刺激的滿足。
 - (2)採取感覺消弱或感覺改變策略，讓個案的自傷行為得不到原來的增強效果，而減少其自傷行為。
 - (3)減少環境中危險物品和會誘發個案從事自傷行為的情境因素，如將拔毛癖個案的頭髮剪的很短，讓他無法拔頭髮。
 - (4)如果個案的自傷行為有明顯的逃避目的，則可以調整個案要逃避的工作或活動的內容或方式。如簡化、減量、分成更小的步驟、或給與必要的協助等。
- ##### 3.行為訓練策略：如消除敏感能力的訓練、社會技能的訓練、功能性溝通訓練、休閒技能訓練、自我控制能力訓練、自我監控等。
- ##### 4.對話式行為治療 (dialectical behavior therapy)：主要是根據社會學習理論，再運用行為和認知治療方法。個案除每定期接受個別心理治療外，也參加各種技巧的訓練團體活動，團體活動主要是教導個案因應技巧，主要目標包括〈1〉情緒的調整；〈2〉情緒困擾的容忍；〈3〉人際關係的有效性；〈4〉減少自我認同的困惑和更加注意自己的思考。
- ##### 5.後果處理策略：如（1）區別增強具相同功能的替代性行為；（2）撤除增強物或代幣的反應代價法或隔離；（3）出現自傷行為時，要求個案做正面練習的過度矯正活動；（4）和個案訂定口頭或書面的行為契約等方法。
- ##### 6.認知行為治療：讓個案瞭解自己對自傷行為的錯誤認知，並教導個案正向的自我敘述，如內隱式的自我肯定和理性的駁斥非理性的想法。以及教導個案有關認

知的因應技巧。

7.家庭訓練：採取正向行為支持的家庭訓練，如（1）推動家庭成員間更適當、有意義、和更親密的關係；（2）協助家庭成員適當表達他們的感受；（3）確認每個人對個案自傷行為的反應；（4）家庭成員和有自傷行為的家人共同訂定安全計畫，預防自傷行為的發生和緊急狀態時的協助；（5）建立家庭、學校和社區間的支持網絡；及（6）鼓勵和示範家庭成員間適當和公開的溝通方法。

(五)特定自傷行為

1.拔毛癖（trichotillomania）

法國皮膚科醫師 Hallopeau 在 1889 年對一位男士大量拔自己頭髮的行為，他用 trichotillomania 描述這種行為。拔毛癖是一種異常的、重複的拔毛髮，這些毛髮可以是身體任何部位的毛髮。拔毛癖多出現在女性，發作的年齡大約是在兒童或是青少年的階段。有些個案只會拔某些部位的毛髮，但大多數個案拔毛都是分散在身體各部位。最常拔毛的部位依序是頭皮、眼睫毛、眉毛、陰部、身體（手臂、腳）、和臉部。拔毛癖的自我傷害可以從某些部位的組織一再受到刺激或傷害，因此在外觀上就出現長期的變形、禿頭或缺陷。有些個案會想要隱藏自己拔毛的行為，尤其是禿頭，就會用戴帽子來隱藏。兒童和成人的症狀相當類似，拔毛症的兒童也常伴隨咬指甲、吸大姆指、摳鼻子、自慰、同儕關係不良、以及學業表現不佳等現象。拔毛癖可能嚴重的干擾到個案正常的活動，導至活動的限制，而心理上會出現負面的自我形象、罪惡感、羞恥感、覺得失去自我控制、甚至完全社交隔離。憂鬱、焦慮、強迫症、藥物濫用疾患都可能出現在拔毛癖個案身上。

早期精神分析取向的心理治療曾用來處理拔毛癖，但一般認為應直接治療拔毛症狀，而不是專注在心理動力的主題上。目前處理拔毛癖的方法包括藥物治療、催眠治療、行為改變方法、以及認知行為改變方法、家族治療等。現在分別說明如下：

(1)藥物治療

抗鬱劑是最常用來治療拔毛癖的藥物，如促進血清胺選擇回收抑制劑的藥 clomipramine，但它的長期效果尚未建立。藥物治療的反應對拔毛癖的兒童可能難以維持，尤其是那些伴隨邊緣性人格疾患和焦慮疾患者。

(2)催眠治療（hypnotherapy）

催眠治療對較容易接受暗示的個案較可能有幫助。催眠治療包括下列步驟：
①個案閉上眼；②個案想像他/她最喜歡的地方；③治療師引導個案逐漸放鬆；④當個案被引導開始拔頭髮時，治療師同時說出治療建議。治療師的建議可能包括①加強個案抗拒拔頭髮衝動的能力；②增加拔頭髮時的疼痛感和其他不舒服的感覺；③介紹放鬆技巧或其他和拔頭髮不相容/對抗的行為；④增加拔頭髮動作的覺察能力。

(3)行爲改變技術

①習慣反轉方法 (habit reversal method)

是最早用來處理拔毛癖自我管理技巧，也是最成功的一種方法，個案先接受習慣覺察訓練 (habit awareness training)，並且練習一些和拔頭髮不相容

(incompatible) 的動作，如梳頭髮或洗頭髮，以便壓抑自己拔頭髮的動作。習慣反轉方法應包括整套的治療，其項目包括需要訓練自我監控、對立/不相容的反應、放鬆的技巧、尋求社會支持、回顧習慣造成的不方便、找出習慣及對於個人的負面影響等。習慣反轉訓練可以採個別或團體治療的方式。

②增強、代幣和行爲契約

如給與個案適當的注意和稱讚；運用代幣增強個案適當行爲；和個案共同討論訂定書面契約，契約中明訂具體適當行爲的目標和獎懲實施方式。

③實際情境和想像暴露法 (in vivo and imaginal exposure)

將個案放在壓力的情境中或想像身在一個壓力的情境中，而該壓力的情境通常會誘發個案出現拔毛行爲，同時配合預防動作的訓練和增強不拔毛行爲。

④處罰或嫌惡

如訓練個案想要拔毛時或出現動作時，就做劇烈運動或用橡皮筋彈自己的手，但處罰都會配合增進適當行爲的訓練，不會單獨運用。

⑤過度矯正

當個案出現拔毛行爲後，立即要求個案繼續做出適當的行爲，如個案出現拔頭髮行爲後，要求個案正確的整理或梳自己的頭髮。

⑥藥理性的疼痛敏感化 (pharmacologic pain sensitization)

治療的理論是根據個案在拔毛時並沒有感覺到不舒服或疼痛，因此就使用一種局部的乳液塗抹在個案拔毛的部位，讓該部位的皮膚變得相當敏感，由於增加了該部位痛的敏感度，當個案在拔毛時就會有感覺，同時再配合習慣反轉方法，就可以減少個案拔毛的行爲。

⑦整合行爲療法

強調瞭解五種拔毛行爲中變數或通道的影響，這五種變數分別是環境、動作、感官、情緒、和認知。在分析這五種變數的前事 (antecedents)、行爲、和後果 (consequence) 彼此間的關係後，再擬定處理的策略。在環境策略方面，包括刺激控制 (避免特定情境)、尋求其他人協助抑制、報應管理策略 (contingency management)；在動作策略方面，包括競爭性/不相容反應的訓練 (握拳、雙手交叉握)、預防反應 (response prevention) 如用繃帶貼在拔毛的部位、戴手套、將頭髮弄溼或油等；在感官策略方面，包括使用其他滿足個案感官需求的方法 (拔羽毛或洋娃娃頭髮、梳頭)、用軟膏麻木部位等、以及使用其他緩和的方法 (洗澡、按摩、面具、芳香療法)；在情緒策略方面，包括放鬆訓練、呼吸控制訓練、自我肯定訓練、運動、正面想像、及必要時的藥物處理；在認知策略方面，包括認知重建和因應技巧的訓練等。

(4) 認知行為治療

認知治療主要在教導個案認知引起拔毛行為的內在線索（如焦慮、生氣、孤單感、疲累、罪惡、挫折、無聊），及外在特定的情境線索（如臥室），並教導個案因應的技巧，如理解錯誤的歸因（焦慮或憤怒的認知）、正向的自我敘述（適當的自我教導、自我肯定、理性的駁斥非理性的想法、採取的策略等）。運用認知治療時也會配合其他的方法，如自我監控、習慣反轉方法、思考中斷法，如自己說出「馬上停止拔頭髮」來打斷不想要的想法和行為。

(5) 家族治療

家族治療強調 1.治療者不要過度解釋患者的問題或困在家庭複雜的敘述中，應將焦點集中在解決方法；2.治療者注重解決方法甚於問題的本身；(3) 治療過程中應注重問題持續的現況，而非過去的問題。

2. 強迫性摳皮膚和咬指甲

摳皮膚不能算是一種過度行為，但如果成為慢性的、廣泛的摳皮膚，造成個案嚴重的困擾、功能障礙、以及外觀變形，就應該將它當作是一種疾病。臉部、頭皮、手臂、背部和腳是最常見的部位。許多個案有不同程度的羞恥感、失控、無助感、甚至想要自我破壞，因此導致功能退縮、行為受限制等方面的功能障礙。

咬指甲是非常常見的行為，但常常不是良性的。咬指甲在所有的年齡層都相當常見，但較常見於男性。咬指甲一旦成為慢性及廣泛的行為時，就應該將它當作是一種疾病。它可以造成不同的醫療或是牙科方面的症狀，如嚴重的感染、下顎關節的功能異常、牙齒矯正的相關問題、永久的指甲跟部傷害、以及指甲和手指的變形等。

相較於拔毛癖的研究，強迫性摳皮膚和咬指甲行為的研究較少，但處理拔毛癖行為的相關策略如藥物治療、心理動力取向治療、行為改變技術、及認知行為治療等方法都可運用在處理強迫性摳皮膚和咬指甲的行為。

自傷行為可能出現在一般學生和身心障礙的學生身上，近年來受到臨床工作者和教育人員更多的重視，不再將它單純認為是不適當行為，而是複雜的、具功能性的問題行為。因此學校人員在面對自傷行為的學生時，在評量和療育方面應採取多元的、跨專業的方法以瞭解並處理學生的自傷行為。

參考文獻

一、中文部分

- 王梅香 (2005)。我運動，所以我不憂鬱。國民體育季刊，144，71-75。
- 王煥琛、柯華蕙 (1999)。青少年心理學。台北市：心理。
- 孔繁鐘編譯 (1997)。美國精神醫學學會 (American Psychiatric Associati (1994) 原著。DSM-IV 精神疾病的診斷與統計 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : primary care version, 4th ed.)。台北：合記。
- 孔繁鐘 (2005)。DSM-IV 精神疾病診斷與統計。台北：合記圖書出版社。
- 白秀玲 (2000)。青少年憂鬱症的探討與治療。國教新知，47(2)，33-38。
- 白雅美 (2006)。精神分裂症。2006-9-3 取自
<http://www.mental.idv.tw/bai/%BA%EB%AF%AB%A4%C0%B5%F5%AFg.htm>
- 李素芬 (2004)。憂鬱的相關理論探究。諮商與輔導，223，2-6。
- 阮美蘭 (2000)。行為家族治療對品行偏差兒童的處理。諮商與輔導，172，2-7。
- 宋維村、蔡文哲 (2002)。物質濫用疾患。載於李明濱主編：實用精神醫學，第二版。台北：國立台灣大學醫學院。
- 林正文 (1991a)。逃學兒童的行為觀察與輔導。諮商與輔導，66，25-30。
- 林正文 (1991b)。說謊兒童的行為觀察與輔導。初等教育學報，4，1-16。
- 林亮吟 (2006)。Conduct disorder。檢索日期：2006.10.10。取自 World Wild Web:
<http://terc.tp.edu.tw/tercboard/tercfile/32/download/品行障礙.ppt>。
- 吳秀碧 (1995)。輔導教師如何決定處理策略協助高危險群個案。學生輔導，41，70-79。
- 吳武典 (1977)。不良適應行為的輔導策略。測驗與輔導 (6)，4，372-375。
- 吳武典 (1978)。再談不良適應行為的輔導策略。測驗與輔導 (7)，4，469-474。
- 洪莉竹 (1997)。學生偏差行為的診斷與輔導。諮商與輔導，138，2-8。
- 洪蘭 (譯) (2002)；Rita Carter (著)：大腦的秘密檔案。臺北市：遠流。
- 洪儷瑜、黃慈愛、彭于峰、翁素珍、林書萍、吳怡潔 (2000)。情緒障礙學生輔導手冊。台北：教育部特殊教育小組。
- 柯慧貞 (2002)。憂鬱症的認知心理治療。學生輔導，80，68-75。

- 柯慧貞、洪友雯、方格正、郭穎樺、陳仲鉉、劉怡汝（2002）。校園自殺的防制三級預防模式。學生輔導，80，96-111。
- 柯慧貞、陸汝斌（2002）。認識憂鬱症。學生輔導，80，16-27。
- 施顯焜（1998）。情緒與行為問題：兒童與青少年所面臨與呈現的挑戰。台北：五南圖書出版有限公司。
- 唐子俊、郭敏慧譯（2002）。Daphne Simeon 與 Eric Hollander（2001）編著。自我傷害的評估與治療（Self-injurious behaviors：Assessment and treatment）。台北：五南。
- 許春金、謝文彥、周文勇（1996）。校園暴力行為學生個案輔導。教師天地，80，29-37。
- 陳俊欽（2002）。「情緒」生病了！躁鬱症。健康世界，314，75-86。
- 陳建克、林杰樑（2006）。鋁鹽中毒。檢索日期：2006.10.10。取自 World Wild Web:<http://www.cgmb.com.tw/intr/int2/c3100/update/li-intoxic.htm>
- 曾文星、徐靜（1998）。現代精神醫學。台北：水牛。
- 曾文星、徐靜（2003）。新編精神醫學。台北：水牛圖書出版事業有限公司。
- 曾定強、馮文瑋、陳泰瑞、楊志偉（2005）。青少年拔毛症合併藥物與家族治療—病例報告。台灣家庭醫學雜誌，15（4），232-238。
- 曾端真（2000）。兒童拒學症的評估與輔導。諮商與輔導，169，31-34。
- 曾端真（2000）。兒童拒學症的評估與輔導（下）。諮商與輔導，170，34-38。
- 張瑞芬（2006）。青少年自殺意念之防治教育。特教園丁，21（3），56-63。
- 張淑娟（1976）。談兒童的偷竊行為及其輔導。教育文粹，90-92。
- 鈕文英（2001）。身心障礙者行為問題處理：正向行為支持取向。台北：心理。
- 黃玲蘭（1995）。從校園暴力談攻擊替代行為訓練策略。文教基金會會訊，20，4-6。
- 黃雪瑛（2006）。認識如何幫助情緒障礙的孩子-以躁鬱症為例。學生輔導，100，74-85。

- 楊坤堂 (2000a)。情緒障礙學生的特殊教育。國小特殊教育，28，1-8。
- 楊坤堂 (2000b)。情緒障礙與行為異常。臺北市：五南。
- 蔡秀玲、楊智馨 (1999)。情緒管理。台北市：揚智。
- 蔡德輝、楊士隆 (2000)。少年犯罪- 理論與實務。修訂版。台北：五南圖書出版有限公司。
- 劉明秋 (1996)。從早期預防觀點談青少年暴力行為問題之輔導。測驗與輔導，136，2799-2801。
- 劉智民 (2002)。精神分裂症。載於李明濱主編：實用精神醫學。第二版。台北：國立台灣大學醫學院。
- 劉廣齊、黎欣怡、姚成榮、陳盤銘 (2003)。成功治療拔毛症之經驗——一例報告。慈濟醫學，15 (2)，135-139。
- 鄭麗月 (1999)。情緒困擾與行為障礙兒童的輔導。國民教育 (39)，3，29-31。
- 謝碧玲 (2002)。憂鬱症的人際關係心理治療。學生輔導，80，76-83。
- 謝震南 (2004)。日一小學生連續縱火只為看看消防車。檢索日期：2006.10.10。
取自 World Wild Web: <http://www.epochtimes.com/b5/4/6/4/n558913p.htm>
- 蘇素美 (2004)。憂鬱症的藥物治療與治療原則。諮商與輔導，223，14-19。
- DSM-IV 診斷 精神疾病診斷準則手冊 孔繁鐘、孔繁錦醫師編譯 合計圖書出版社發行
- 吳壽齡、林睦鳥、林春枝 譯(1999) 人人有怪癖 John Rately and Chatherine Johnson 著，遠流出版社。
- 洪蘭 譯(2002) 大腦的祕密檔案 卡特著，遠流出版社。
- 李明 譯(2000) 維修靈魂的硬體 Daniel Amen 著，大塊文化出版社。
- 克服你的焦慮 楊延光、黃介良醫師 著(1998)，健康世界叢書 111。
- 焦慮也是病嗎？ 簡錦標教授、陳俊欽醫師 著(2003)，健康世界叢書 149
- 有愛無礙 (2006)。認識品行疾患。檢索日期：2006.10.10。取自 World Wild Web:

<http://general.daleweb.org/se/em/cd9-3.htm>.

屏東教育大學特教中心在職進修網 (2006)。品行疾患。檢索日期：2006.10.10。

取自 World Wild Web:http://140.127.81.13/e_type_6.htm

國家網路藥局 (2006)。國家網路藥典查詢。檢索日期：2006.10.10。取自 World

Wild Web: <http://hospital.kingnet.com.tw/medicine/>

<http://hospital.kingnet.com.tw/heartsustain/a-9.html> 精神官能症分類

二、英文部分

Adams, K. & Jones, J. V. (1998). Trichotillomania: Its classification and treatment. *TCA Journal*, 26 (1) , 10-27.

Cantor, S. (1988). *Childhood Schizophrenia*. New York, NY: The Guilford Press.

Dow, S. P., Sonies, B. C. , Scheib, D., Moss, S. E., & Leonard, H. L. (1995). Practical guidelines for the assessment and treatment of selective mutism. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(7), 836-862.

Elliott, J. G. (1999). Practical review: School refusal: Issues of conceptualization, assessment, and treatment. *Journal of Child Psychiatry*, 40(7), 1001-1012.

Epidemiology and management. *Paediatric Drug*, 3(10), 719-732.

Gariglietti, K. P., & Schemmel, T. A. (1998). Comparing treatment approaches for obsessive compulsive disorder. (ERIC Document Reproduction Service No. ED 419 996)

Giddan, J. J., Ross, G., Sechler, L. L., & Becker, B. R. (1997). Selective mutism in elementary school: Multidisciplinary interventions. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 28(2), 127-133.

Hahn, S. (2006) . Trichotillomania. *Michigan Quarterly Review*, 45 (3) , 525-530.

Harris, H. F. (1996). Elective mutism: A tutorial. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 27(1), 10-15.

- Heyne, D., King, N. J., Tonge, B. J., & Cooper, H. (2001). School refusal: Epidemiology and management. *Paediatric Drug*, 3(10), 719-732.
- Kauffman, J. M. (2005). *Characteristics of Emotional and Behavioral Disorders of Children and Youth*. Upper Saddle River, N. J. : Pearson Education, Inc.
- Karwoski, L., Garratt, G. M., Ilardi, S. S. (2006). On the Integration of Cognitive-Behavioral Therapy for Depression and Positive Psychology. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*. 20(2), 159-170.
- Kauffman, J. M. (2001). Characteristics of emotional and behavioral disorders of children and youth (7th) .Johnston.
- Kauffman, J. M. (2005). *Characteristics of emotional and behavioral disorders of children and youth*. Upper Saddle River, N. J. : Pearson Education, Inc.
- Kress, V. E. W., Kelly, B. L., & McCormick, L. J. (2004) . Trichotillomania: Assessment, diagnosis, and treatment. *Journal of Counseling and Development*, 82 (2) , 185-190.
- Krysanski, V. (2003). A brief review of selective mutism literature. *The Journal of Psychology*, 137(1), 29-40.
- Kumpulainen, K. (2002). Phenomenology and treatment of selective mutism. *Therapy in Practice*, 16(3), 175-180.
- Obesity, Fitness & Wellness Week. (2005) Drug Abuse; Family therapy is an effective treatment tool for children. Atlanta ,491.
- Russell. H. S, Fred .R, Abby. S. L.(2001). *Conduct Disorder: Diagnosis and Treatment in Primary Care*. ◦ 檢索日期：2006.10.10 ◦ 取自 World Wild Web:
<http://www.aafp.org/afp/20010415/1579.html>
- Social Phobia: History, Etiology, and Risk Factors By: Alicia Dawn Neelley Beth
<http://www.beth.cx/alicia/SocialPhobia/>
- Stemberger, R. M. T., Stein, D. J., & Mansueto, C. S. (2003) . *Behavioral and*

pharmacological treatment of trichotillomania. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 3 (3) , 339-352.



延伸閱讀資料

一、相關網站

- 1.物質濫用 <http://hospital.kingnet.com.tw/heartsustain/a-11.html>
- 2.藥物濫用與成癮 <http://highrisk.ncue.edu.tw/drug.htm>
- 3.毒品與藥物濫用 http://www.greencross.org.tw/abuse_index.htm
- 4.行政院衛生署藥物濫用防制專欄
<http://www.nbcd.gov.tw/home/home/index.aspx>
- 5.常見濫用藥物分類圖鑑 http://www.nbcd.gov.tw/prop/poison/all_01.htm
- 6.藥物濫用諮詢及輔導機構
<http://www.nbcd.gov.tw/admin/uploads/20060503025248000052487/藥物濫用諮詢及輔導機構.pdf>
- 7.學生藥物濫用輔導諮商網絡 http://www.whes.tpc.edu.tw/st/st_02_b10.htm
- 8.精神分裂症漫談 http://www.socialwork.com.hk/psychtheory/C_schiz.htm
- 9.認識精神分裂症 [http://residence.educities.edu.tw/psychiat/E4\(schizophrenia\).htm](http://residence.educities.edu.tw/psychiat/E4(schizophrenia).htm)
- 10.精神分裂症患者的內在世界
<http://www.psychpark.org/psy/inner%20world.asp>
- 11.如何協助精神分裂症學生 http://www.ssvs.tp.edu.tw/deps/dep006/spe/new_page_12.htm

二、相關書籍

書名	作者	出版社
物質濫用之防制、危害防治	行政院衛生署管制藥品管理局(2003)	行政院衛生署管制藥品管理局發行
精神分裂症—描述性精神病理	胡海國著當代醫學大庫 29 (1999)	桶井文化事業股份有限公司
不想活下去的孩子—自殺心理分析及治療	高慧芬 譯 Israel Orbach 著(2000)	心理出版社
傾聽孩子內心的風暴	李黑妮 著(2000)	上游出版社
重塑親子關係	黃媛卿 著(1997)	遠流出版社
兒童遊戲治療	程小危 黃惠聆 合編(1991)	張老師出版社
攀過陽光	王金石 著(1999)	台北：亞迦貝文化事業有限公司
兒童故事治療	林瑞堂 譯 傑洛德·布蘭岱爾著(2002)	台北：張老師文化事業股份有限公司
故事與心理治療	劉小菁 譯(2002)	台北市：張老師文化事業股份有限公司
遊戲治療	高淑真 譯(2000)	台北：桂冠
遊戲治療	何長珠 譯(2000)	台北：五南
我的家缺角了：一個心理治療師的觀察	邱珍琬 (2001)	台北市：張老師文化事業股份有限公司

籠中孩子	陳咨羽 譯 桃莉·海頓著 (1998)	台北市：新苗文化出版社
如何幫助情緒障礙的孩子	詹益宏、游乾桂 譯(2003)	台北：遠流出版公司
生命的禮物：給心理治療師的 85 則備忘錄	易之新 譯(2002)	台北：心靈工坊
兒童行為治療	徐澄清、廖士誠、彭兆禎 (2002)	台北：台灣精神醫學會
兒童輔導與諮商	林建平 著(2001)	台北：五南
兒童輔導原理	廖鳳池等(1997)	台北：心理
兒童諮商團體理念與方案	廖鳳池等(1997)	台北：心理

四、繪本導讀

書名	作者	出版社
星月	文·圖/珍妮兒·肯儂 譯/楊茂秀	和英出版社
精采過一生	文·圖/巴貝科爾 譯/黃迺毓	三之三文化
菲菲生氣了	文·圖/莫莉·卡 譯/李坤珊	三之三文化
生氣的亞瑟	文/海文·歐瑞 圖/卡莉塔 譯/何倩華	三之三文化
自私的巨人	文/王爾德 圖/莎莉塔 譯/信建宏	盤石
獾的禮物	文·圖/蘇珊巴蕾 譯/林美珍	遠流出版公司

三、相關影片

1. 心靈捕手
2. 艾美的世界
3. 摯愛
4. 雙面天使
5. 精神分裂症(DVD) 發行：Discovery 博客來網路書店

相關資源

一、特殊教育諮詢專線

名稱	電話	備註
國立台灣師範大學特教中心	(02)23516281	
國立彰化師範大學特教中心	(04)7255802	
國立高雄師範大學特教中心	(07)7132391	
台北市立師範學院特教中心	(02)23896215	
國立台北師範學院特教中心	(02)27366755	
國立新竹師範學院特教中心	(03)5257055	
國立台中師範學院特教中心	(04)22294765	
國立嘉義師範學院特教中心	(05)2263645	
國立台南師範學院特教中心	(06)2136191	
國立屏東師範學院特教中心	(08)7224345	
國立台東師範學院特教中心	(089)327338	
國立花蓮師範學院特教中心	(03)8227647	
私立中原大學特殊教育中心	(03)2656781	



二、相關醫療院所

名稱	電話	備註
台大醫院兒童心理衛生中心	(02)23970800	
台大精神科醫療衛生服務專線	(02)23123456	
台北榮民總醫院兒童青少年心理衛生門診	(02)2871212 轉 2940	
三軍總醫院精神科	(02)87923311	
台北市立療養院兒童青少年門診	(02)27264186	
台北市立婦幼醫院兒童心智科	(02)23938577	
台北馬偕醫院精神科	(02)28094661	
台北長庚醫院精神科	(02)27135211	
國泰醫院精神科	(02)27935887	
衛生署基隆醫院精神科心理衛生門診	(02)24292525	
林口長庚醫院兒童心智科	(03)3281200	
衛生署桃園療養院兒童精神科	(03)3698553	
中國醫藥學院附設醫院精神科	(04)22052121	
台中市靜和醫院	(04)23711129	
彰化基督教醫院兒童發展中心	(04)7238595	
衛生署草屯療養院兒童精神科	(049)2536800	
嘉義基督教醫院精神科	(05)2765633	
衛生署台南醫院精神科	(06)2200055	
成大醫學院附設醫院精神科	(06)2353585	
高雄榮民總醫院精神科	(07)3422121#5305、5313	
高雄市立凱旋醫院兒童精神科	(07)7513171#2308	
高雄市立婦幼醫院兒童心智科	(07)5552565	
國軍 802 總醫院精神科	(07)7496751	
高雄醫學院附設中和醫院精神科	(07)3121101 轉 6798	
高雄醫學院附設中和醫院精神科社工諮詢專線	(07)3121101 轉 6793	
高雄長庚醫院兒童心智科	(07)7317123 轉	
花蓮慈濟醫院身心醫學科	(03)8561825 轉 3353	
花蓮慈濟醫院身心醫學科諮詢專線	(03)8561825	
衛生署屏東醫院精神科	(08)7363011 轉 2292	
衛生署苗栗醫院	(03)7261920	
台中榮民總醫院	(04)23592525	
衛生署台中醫院	(04)22294411	
衛生署豐原醫院	(04)25271180	
沙鹿光田綜合醫院	(04)26625111	

國軍八〇三總醫院	(04)23935741	
彰化基督教醫院	(04)7238595	
彰化秀傳醫院	(04)7256166	
衛生署南投醫院	(04)92231150	
衛生署雲林醫院	(05)25323911	
衛生署朴子醫院	(05)3790600	
衛生署嘉義醫院	(05)2319090	
嘉義榮民總醫院	(05)2359630	
台南市立醫院	(06)2609926	
成功大學附設醫院	(06)2353535	
長庚醫院高雄分院	(07)7317123	
衛生署旗山醫院	(07)6613811-5 (總機)	
衛生署屏東醫院	(08)7363011	
龍泉榮民總醫院	(08)7704115	
衛生署玉里醫院	(038)886141	
玉里榮民醫院	(03)8883141	
國軍花蓮總醫院	(03)263151 (038)263152 (038)260601	
衛生署花蓮醫院	(038)358141	
花蓮基督教門諾醫院	(03)8241284	
衛生署台東醫院	(089)324112	
馬偕醫院台東分院	(089)310150	
衛生署澎湖醫院	(06)9261151	
金門縣立醫院	(0823)32546	
新竹醫院	(035)326151	



三、精神疾病醫療補助指定醫療院所

名稱	電話	備註
台北榮民總醫院	(02)28712121	
三軍總醫院	(02)87923311	
台北市立陽民醫院	(02)28353456	
台北醫學大學附設醫院	(02)27372181	
台大醫院	(02)23970800	
振興復健醫學中心	(02)28264400	
台北市忠孝醫院	(02)27861288	
台北市和平醫院	(02)23889595	
博仁綜合醫院	(02)25786677	
國軍高雄總醫院	(07)7490782	
靜和醫院	(07)2229612	
靜安精神內科診所	(07)2239025	
高雄榮民總醫院	(07)3422121	
高雄市立民生醫院	(07)511131	
阮綜合醫院	(07)3353395	
海軍診療所	(07)5817121	
衛生署基隆醫院	(02)24292523	轉 9
長庚醫院基隆分院	(02)24313131	
南光精神科醫院	(02)24310023	
衛生署宜蘭醫院	(039)325192	
衛生署台北醫院	(02)22765566	
板橋亞東醫院	(02)29546200	
桃園療養院八里分院	(02)26101660	

四、協助機構

名稱	電話	備註
台北市心理衛生中心	(02)33936779	
社區心理衛生中心	(03)3793094 轉 394	
中區社區心理衛生所	(04)25268054	
台中心衛中心	(04)22204387	
三重縣立醫院	(02)29869755 (02)29827111	
縣立板橋醫院	(02)22542454 (02)22575151	
光智基金會附設士林地區青少年心理衛生中心	(02)28862773	
高雄市社區心理衛生中心	(07)3874650	

五、相關心理輔導諮商機構

名稱	電話	備註
王大夫專線	(02)28719494	
呂旭立文教基金會	(02)23628010 (02)23639425	
杏林基金會	(02)23696752	
耕莘協談中心	(02)23410999	
馬偕平安線	(02)25310505 (02)25318595	
董氏基金會	(02)27766133	
觀音線協談中心	(02)27687733 (02)5590492	
宇宙光輔導中心	(02)23632107	
活泉身心靈整合中心 (原：華明心理輔導中心)	(02)23821885	
台北市友緣社福利基金會	(02)27693319	

六、生命線

名稱	電話	備註
基隆市生命線	(02)4659595	
台北市生命線	(02)25059595、1995	
台北縣生命線	(02)1995	
桃園縣生命線	(03)3389595、1995	
新竹市生命線	(035)249596、1995	
苗栗縣生命線	(037)1995	
台中市生命線	(04)23269595、1995	
台中縣生命線	(04)25269595	
彰化縣生命線	(04)7249595、7529595、1995	
南投縣生命線	(049)339595、1995	
雲林縣生命線	(05)5329595、1995	
嘉義市生命線	(05)2267995、1995	
嘉義縣生命線	(05)2267995、1995	
台南市生命線	(06)2209595、1995 (06)2219595	
台南縣生命線	(06)2209595、1995	
高雄市生命線	(07)2319595、1995	
高雄縣生命線	(07)6235881、1995	
屏東縣生命線	(08)7369595、1995	
台東縣生命線	(089)339595、1995	
花蓮縣生命線	(038)362995、1995	
宜蘭縣生命線	(039)326595、1995	

七、救國團張老師

名稱	電話	備註
台北市張老師	(02)27166180	
基隆市張老師	(02)24336180	
三重市張老師	(02)29896180	
桃園市張老師	(03)3316180	
中壢市張老師	(03)4911666	
新竹市張老師	(03)5356180	
台中市張老師	(04)2066180	
彰化市張老師	(04)7226180	
嘉義市張老師	(05)2756180	
台南市張老師	(06)2366180	
高雄市張老師	(07)3306180	
宜蘭市張老師	(03)9366180	
花蓮市張老師	(038)326180	



八、家庭扶助中心

名稱	電話	備註
中華兒童暨家庭扶助基金會總會	(04)22061234	
基隆家扶中心	(02)4312018	
台北家扶中心	(02)27362085	
北區家扶中心	(02)28370576	
北縣家扶中心	(02)29592085	
桃園家扶中心	(03)4562195	
新竹家扶中心	(03)5678585	
苗栗家扶中心	(037)322400	
中縣家扶中心	(04)24862085	
台中家扶中心	(04)23162085	
彰化家扶中心	(04)7272085	
南投家扶中心	(04)92222080	
雲林家扶中心	(05)6323200	
嘉義家扶中心	(05)2852085	
南縣家扶中心	(06)6352085	
台南家扶中心	(06)2508585	
高縣家扶中心	(07)6213993	
高雄家扶中心	(07)7261651	
屏東家扶中心	(08)7537123	
宜蘭家扶中心	(03)9322591	
花蓮家扶中心	(03)8236005	
台東家扶中心	(089)323804	
澎湖家扶中心	(06)9274624 (06)9276432	
金門家扶中心	(0823)22085 (0823)26139	
大同家扶中心（中和市）	(02)22452085	



注意力缺陷 過動症

20問

—— 教師實用輔導手冊 ——

高級中等學校身心障礙教育支持服務網絡





序

順應特殊教育回歸主流與融合教育理念及政策，臺北市各國中小均設置身心障礙資源班，並重點設置集中式特教班，在教師與學校常年努力耕耘，本市普通學校的特教服務品質大幅提升，學生家長也以就近入學為主要考量而選擇鄰近學校就讀。根據本局統計室統計，本市97學年度身心障礙特教學生共計9,724人，其中在普通學校就讀的身心障礙學生人數高達8,723人，占89.71%，大大增加普通教育教師在班級經營與學生輔導的困難程度。

依據特殊教育法，身心障礙可區分為12大類，其中外顯的障礙類型如肢體障礙、視覺障礙、聽障礙等較易分辨，而內隱的障礙如學習障礙、嚴重情緒障礙與自閉症，這些學生有時看來與一般學生似無差異，有時卻又讓人難以理解與同理，往往因為伴隨著注意力缺陷與過動症，常違反校規，甚至與同儕、師長發生衝突。

為了讓普通教育教師、教官、行政人員及校長們認識身心障礙學生的特質與特教服務需求，本局常年辦理一系列特教知能研習。近年來，教師和家長對於「注意力缺陷與過動症」(Attention deficiency and hyperactivity disorder syndrome, ADHD) 和「亞斯伯格症」(Asperger syndrome, AS) 逐漸熟知，了解學生可能因此被鑑定具有特殊教育學生身分，並接受特殊教育服務，但普通教育教師們對於這群學生在普通班級的學習與人際適應所產生的問題，卻時常因為不知如何處置因應而感到困擾與沮喪，在教學輔導工作上造成極大壓力。

儘管坊間已不乏ADHD與AS相關書籍，本局仍特別委請本市東區特教資源中心與專業支援教師，希望以多年輔導個案經驗，整理出普通教育教師經常遭遇的問題及困難，提供實用的教學與輔導之建議，期待教師能透過這本實用的教戰手冊，了解您所面對的學生，以及能適時提供您可採用的輔導策略與相關資源，進而協助這群身心障礙學生健全的身心發展。

最後謹代表這群孩子向各位教師、家長致上最高的敬意與謝意，因為有您們的付出，讓教育具有改變孩子生命的力量，透過教育，看到孩子的學習與成長，見到孩子未來的希望與前程。

臺北市政府
教育局局長



1

— 準備篇 —

P4 _ 前言

P5 _ Q1. 什麼是注意力缺陷過動症？

P7 _ Q2. ADHD學生容易伴隨的問題有哪些？

P8 _ Q3. ADHD學生的症狀和嚴重度會不會隨著年齡改變？

P9 _ Q4. 只要是出現不專注、過動、衝動徵狀的學生，就是ADHD嗎？

P10 _ Q5. ADHD學生可能會有哪些優勢能力？

P11 _ Q6. 當我懷疑班上出現ADHD學生時，我該怎麼辦？

P12 _ Q7. 為什麼需要特別輔導的ADHD學生要放在我的班級？他們在特殊的班級或學校應該會比普通班好吧？如果出現干擾的行為，其他學生的受教權怎麼辦？

P13 _ Q8. 當我知道將會有ADHD學生在我的班級，我該事先做哪些班級經營的準備？

P14 _ Q9. 針對ADHD學生「注意力差」的症狀，可以採取哪些預防策略來減低因不專心而造成課業學習、生活常規、自我管理方面的影響？

P17 _ Q10. 針對ADHD學生「過動」的症狀，可以採取哪些預防策略讓學生有較好的學習表現？

P18 _ Q11. 針對ADHD學生「衝動」的症狀，可以採取哪些預防策略讓學生有較好的學習與人際適應？

2

— 教學輔導篇 —

P19 _ 前言

P20 _ Q12. 我雖然知道要對ADHD學生多包容，但是如果一些基本常規和班級秩序沒有維持好，要如何能管理所有的學生呢？

P21 _ Q13. 我知道要好好協助ADHD學生，但是如果花了很多心思在他的身上，就沒有時間照顧所有的學生了，怎麼辦？

P22 _ Q14. 班上同儕對於ADHD學生的行為不斷告狀，該如何減少這樣的情形？

P23 _ Q15. ADHD學生快要捲入麻煩，可能發生蹺課、勒索、幫派、偷竊或煙毒上癮等情形時，我該怎麼辦？



— 合作增能篇 —

— 前言

Q16. 在帶班的過程中如果遇到困難，學校的特教老師能提供我怎樣的協助？

Q17. 學校團隊應該如何分工協助ADHD學生在學習和適應上的需求？

P28 _ Q18. 我該如何與ADHD學生的家長合作呢？

P29 _ Q19. 我該如何與醫療資源合作？

4

— 相關資源篇 —

P30 _ Q20. 我有哪些資源可以利用？要如何尋求更多的資源？



— 前言 —

「準備篇」分為認識ADHD學生特質及發展、如何在班級中發現ADHD學生以及如何預防ADHD學生因症狀所引發相關問題等三方面的重要資訊。

普通班老師與ADHD學生接觸前最重要的是確認學生已經接受哪些方面的協助，ADHD學生通常需要不僅止於醫療診斷、持續就醫、服用藥物、普通教育、特殊教育，可能還需要家庭支持、心理諮詢、社工服務等各方面資源的介入，才能有效的處理各種衍伸問題。普通班老師對於ADHD學生除了擔任發現的重要工作之外，能夠事先儲備足夠的資訊，針對可能發生的問題透過班級經營的策略有效預防，可以避免很多傳說中的問題，也讓老師和學校團隊有機會可以看到學生適合的教育方式。為了輔導ADHD學生，老師應該積極尋求資源；普通班老師每日進行的教學工作，確實需要輔導系統的完整支援，提供老師們各方面的訊息以及協助，以共同幫助ADHD學生適應學校生活。

Q1

什麼是注意力缺陷過動症？

注意力缺陷過動症（Attention-Deficit Hyperactivity Disorders，簡稱ADHD）俗稱過動症，主要的症狀為不專注、過動、衝動，通常在嬰幼兒階段就出現卻常需要到入學後較容易被發現。根據美國精神醫學會編製的「心理疾患統計診斷手冊」第四版（DSM-IV）的標準，這些症狀的行為描述如下：

— 注意力差

- 無法注意細節、粗心
- 無法持續注意在一件事物，或逃避需要花心力的事物

- 聽話時會出現好像不注意聽或不遵守別人的指示
- 做事沒有條理
- 容易受外界刺激干擾
- 容易遺忘自己的物品或自己要做的事

— 過動

- 手腳或身體上的動作很多
- 小時候會出現身體大的活動，例如跑來跑去、離開座位，年齡增長後可能轉變成心理上的浮動
- 難以安靜在一個活動上或給人靜不下來的感覺
- 話多

— 衝動

- 無法等待、輪流
- 會干擾或打斷別人的說話
- 難以遵守例行性的規定

(接下頁)



其他出現的問題

除了上述的症狀之外，根據洪麗瑜、張郁雯、丘彥南及蔡明富於教育部所寫的「注意力缺陷過動症學生學校輔導手冊」（民93）中，還提到ADHD在學校常出現下列特徵：

- **學習表現不穩定**：ADHD學生的表現容易受情境的影響，例如小組教導、干擾較少、具體的提示、較多次的提醒、新鮮富變化的情境等都會讓ADHD學生表現得比較好。很多人容易因他們表現時好時壞，而怪罪他們是故意、偷懶或不盡心，反而忽略了不穩定乃是他們對自己的行為控制有困難，很多ADHD學生常因缺乏適當的協助而無法持續表現應有的水準。

- **難以學習規律的行為**：ADHD學生容易因為遺忘、缺乏組織、衝動的問題，儘管是簡單的規律性活動也會讓老師覺得不易教導、容易犯規。如果師長無法了解他們這方面的學習困難，給予適當包容和必要的教導，可能容易錯怪他們，導致師生間的緊張甚至打擊ADHD學生學習的信心。
- **人際關係不佳**：得到適當的友誼對很多ADHD學生是困難的，可能由於他們的症狀導致不當行為過多、缺乏適當的社交技能，或認知與溝通上的缺陷，造成不易受同儕接納或被排斥、與同學起衝突，甚至成為班級的孤獨者。老師須即時察覺ADHD學生的問題及交友的困難，給予適當協助和教導，可避免他們在團體適應的問題愈滾愈大。



Q2

ADHD學生容易伴隨的問題有哪些？

除上述的症狀和問題之外，「注意力缺陷過動症學生學校輔導手冊」（洪麗瑜等，民93）還提到ADHD學生容易伴隨其他的問題或障礙，也就是專家常說的「共病」，由於這些問題或障礙使得ADHD的學生之間差異很大，甚至有些共病的問題所造成的問題不亞於ADHD本身的問題，這也是容易讓老師教導上感到挫折或困難的可能原因。因此，老師在認識ADHD學生之際，應該多諮詢相關資源，避免依賴曾經接觸的經驗，畢竟同樣診斷但不同亞型或不同共病，可能讓老師覺得是不一樣的特徵：

- **干擾性的行為障礙**：包括對立違抗行為障礙（Oppositional Defiant Disorder，簡稱ODD）與違規行為障礙（Conduct Disorder，簡稱CD）。ODD主要症狀是反抗權威、不服從，而CD主要症狀是攻擊暴力和嚴重違反規範。國外研究顯示ADHD學生伴隨ODD或CD症狀者高達50%，比率不低，顯見ADHD學生在管教上的困難並非單純由於ADHD所造成，而是干擾性行為障礙的問題。

- **學習障礙**：就統計上來說，約五分之一至三分之一的ADHD學生可能伴隨學習障礙，而學習障礙學生約有40%同時被診斷有ADHD。ADHD本身的症狀就可能容易讓其學業低成就，但學習障礙乃指學生智力正常卻在學習學業的基本技巧上有缺陷。
- **情緒困擾**：國外研究發現ADHD學生同時兼有其他心理疾患的比率約44%，尤其容易出現焦慮、憂鬱等問題，值得老師重視。
- **動作障礙**：ADHD學生雖然活動量大、精力充沛，給人俐落快速的印象，但是有為數不少的ADHD學生在體育技能的整體表現可能不如一般同學，大部分在精細動作、手腳協調性、四肢平衡感等方面有表現的困難。
- **習慣性抽搐**：有5~20%的ADHD學生伴隨習慣性抽搐動作，如妥瑞症（Tourette Syndrome），會出現不自主的肌肉抽動，如眨眼睛、噁嘴巴、動鼻子、聳肩、搖頭晃腦等，有些則是如清喉嚨的不自主喉音或發聲。相對的，妥瑞症者有50%兼有ADHD。

Q3

ADHD學生的症狀和嚴重度會不會隨著年齡改變？

ADHD的行為型態會隨著年齡增長而有所變化，年幼的ADHD學生進入青春期時仍約有60~80%症狀符合ADHD；長期來看，過動症狀會隨著年齡增長而減緩，但是注意力差與衝動症狀會持續存在。

● **過動症狀減緩**：年齡較小者會有常見的在座位上扭動身體，或者在需要安靜的場合中跑來跑去。到了青春期時，他們雖看似能安靜坐著，卻坐立不安、難以放鬆，此時的動作會因年紀增長變成搖手抖腳，或身體小動作多、精力充沛等，這些可以經由引導，轉變成有目的性的幫忙，如撿東西、倒茶、擦黑板等。

● **持續不專心**：不專心的情形會隨著課業難度或壓力增加而越加明顯。

● **持續衝動**：青春期時，ADHD學生會顯得更沒耐心、難以忍受挫折、容易與人起衝突。

對於低中年級的ADHD學生，老師可能會需要關注上課常規的建立、持續耐心的教導每日規律性的行為（如早上進教室應抄聯絡簿、交作業、打掃等）、隨機教導人際互動技巧等。

對於高年級與青春期的ADHD學生，因課業要求加重可能導致成績退步更明顯，此時ADHD學生可能容易放棄、變得沒有動機。因此，老師可先給予關注鼓勵。此外，老師也需要關懷他們長期累積的人際困難，可能會有較高比例的行為問題、憂鬱、焦慮以及學習障礙。

Q4

只要是出現不專注、過動、衝動徵狀的學生，就是ADHD嗎？

「注意力缺陷過動症學生學校輔導手冊」（洪儷瑜等，民93）提及下列的問題也會容易出現類似ADHD的症狀，因此需要老師保持敏感度，積極轉介進一步的診斷，來澄清學生症狀的真正問題。避免斷然作出錯誤解讀或忽略了應積極關注的真實問題。

- 有學習障礙
- 有間歇性的中耳炎
- 癲癇小發作所致的注意力失落
- 焦慮或憂鬱所致的干擾性自發性行為



Q5

ADHD學生可能會有哪些優勢能力？

ADHD學生個別差異極大也充滿多樣性的優勢能力，絕大多數者具有下列情形：

- 智力多數為正常，也有部份的ADHD學生達到資賦優異標準
- 古道熱腸、精力充沛、願意幫助別人
- 很少存心害人，喜怒形於色，很容易觀察到他們的好惡
- 極具創造力和想像力，充滿新奇點子，勇於探索和冒險，容易在感興趣的領域發揮潛能

根據上述，老師可安排情境讓ADHD學生適才適任，用優勢來補償弱勢。例如在學生快要坐不住時安排他擦黑板、發本子的任務；表演會時為他安排需要活力四射的角色；在討論活動中可借重他的創意來嘗試或驗證等。如果老師能欣賞ADHD學生的優勢能力並加以引導和鼓勵，他們容易在專長領域中獲致成就感。例如，2008年奧運八金得主菲爾普斯在運動方面表現優異，其他如科學界的愛迪生、演藝界的金凱瑞等，都是能朝優勢發展，而得以充分開發其潛能，並建立自信的成功例子。

Q6

當我懷疑班上出現ADHD學生時，我該怎麼辦？



老師通常會有兩種管道得知班上是否有ADHD學生，多數情形是由輔導室主動告知學生的特教資格，另外其他的情形則是經由老師平日教導與互動的觀察，由普通班老師首先發現學生的可能ADHD傾向。通常後者之學生其行為表現可能未曾經過任何專業協助介入，也因此容易出現非常嚴重困擾的情形。

如果疑似有ADHD症狀的學生從未接受醫療或教育鑑定，老師可向輔導室求助並進行轉介，由輔導室老師或醫療單位接續進一步的診斷。

如果學生曾經就醫，老師則可詢問家長或同學，以了解醫療診斷的內容、是否曾服藥或持續服藥中等資訊，使老師能較清楚學生曾使用的資源與效果。並非具有ADHD醫療診斷的學生皆會符合特教資格，通常需透過輔導室特教組轉介鑑定確認，有些ADHD學生只要在班級適當調整下，可於普通教育環境中達到不錯的適應，就不需要轉介特教組了。



Q7

為什麼需要特別輔導的ADHD學生要放在我的班級？他們在特殊的班級或學校應該會比普通班好吧？如果出現干擾的行為，其他學生的受教權怎麼辦？

- **尊重與接納個別差異**：學習與不同樣貌的人和諧共處是現在社會的重要價值。根據台大精神科主治醫師高淑芬的調查研究發現ADHD的出現率介於5%到8%，也就是每班至少會有一兩位學生具有ADHD的傾向。換句話說ADHD學生是普遍存在的，不只是學齡階段，其實成人世界之中也有一定比例的ADHD患者。因此教導一般學生如何和ADHD學生相處，與教導ADHD學生如何與一般學生相處，並且提供適當的相互瞭解的機會，對於學生們的受教權利而言是同等重要的。
- **依法保障學生教育權益**：隨著融合教育的世界潮流與特殊教育法的規定，特殊需求學生以最少限制環境為原則，在就近學區的普通班就讀，同時接受必要的特殊教育和支援服務。
- **兼顧全體學生需求**：若老師營造適當的環境和實施有效教學策略，ADHD學生非但不易干擾課程進行，甚至能夠展現富有創造力和積極性的學習活力（參見問題五），並且能夠同時兼顧全班共同的受教權。



Q8

當我知道將會有ADHD學生在我的班級，我該事先做哪些班級經營的準備？

能愈早做充分準備，就愈能讓整個班級按照自己的計畫走，之後帶班將更為順暢。關於班級經營我們有以下建議：

- **事先了解ADHD身心特質**：俗話說「知己知彼，百戰百勝」，老師事先對ADHD症狀、伴隨特質及輔導方式進行初步認識與了解，有助於老師在面對ADHD學生時不至於手足無措。例如透過相關書籍、網站、研習或其他資源（參見問題二十）來進行認識和瞭解，都是可行的方法。
- **主動蒐集該生相關資料**：ADHD學生入班前通常特教老師已經事先取得該生的相關資料，老師可以從中了解ADHD學生的身心特質、優勢與弱勢、就醫與用藥情形、家庭背景及概況、合適的校外資源（如醫療、社福…）、情緒與行為的歷史及有效的處理方法等。必要時與特教老師共同討論ADHD學生的需求並擬定可適用於普通班的教學與輔導策略。

- **積極建立親師關係**：開啟與ADHD學生家長的溝通管道是親師合作的大門，不但能讓老師充分了解家庭對ADHD學生的教養方式與期待，也能讓家長對老師產生信任感進而願意配合學校的教育措施（參見問題十八）。
- **營造接納的學習環境**：建立友善接納的環境可透過正式上課或非正式談話、團體教導或個別輔導等方式，向同儕說明ADHD學生身心特質、同儕對ADHD學生表現接納態度的重要性與好處、ADHD學生可能產生的行為狀況以及可以因應的具體做法。此外，也可以訓練同儕成為愛心小義工，在特定事務上給予ADHD學生提醒與協助。
- **向班級家長說明班級經營理念**：可以利用班親會或學校日的場合，對班級家長提出帶好每一位學生、尊重個別差異等理念與做法，說明因應學生不同身心特質可能做的環境調整，以形成班級家長支持的氛圍。宜避免在ADHD學生出現極嚴重的衝突事件後，才進行補救說明。

Q9

針對ADHD學生「注意力差」的症狀，可以採取哪些預防策略來減低因不專心而造成課業學習、生活常規、自我管理方面的影響？

ADHD學生的注意力缺失，會表現出經常無法在一件事物上持續太久、易受不相干刺激的影響而中斷任務、經常忽略細節且粗心、做事沒有條理、好像沒在聽或不遵守別人的指示等情形。這些問題會發生在老師教學與班級經營中，讓老師發覺需經常提醒他同一件事卻老是做不到，成績大起大落，和同學遊戲時容易發生爭執等問題。所以，我們通常會傾向採取預防的觀點，去預測ADHD學生在未給予協助時可能出現的不良後果，因此事先給予一些協助或提醒以利學生能完成我們的要求，這些策略包括：

班級經營方面

- **使用視覺提示輔助耳提面命**：例如將班級規範做成海報張貼在教室顯眼處，經常根據規範內容做說明與提醒，或公開表揚與個別處理；使用便條紙提醒學生應完成的任務；使用行為記錄表與增強制度來激勵學生表現適當行為；教導學生記下自己的工作並在完成後打勾用以逐項檢核。

- **下達明確具體的指令**：老師在課堂上提供指令有時候會伴隨著「前情提要」或「長篇大論的說教」，對於ADHD學生而言，容易模糊焦點，造成學生因分心或誤解而產生遵循的困難。若能使用直接明確的簡短指令，將有助於ADHD學生的遵從。

1. 確定引起注意，如：叫名字、輕拍肩膀等，保持視線接觸。
2. 使用平靜的態度傳達明確、簡短且具體的單一指令。
3. 以直述句明白表達指令，避免使用疑問句敘述。
4. 給予足夠的反應時間，一段時間未回應才考慮再給予指令。

根據上述四點，此例子「明天要交成績單家長回條」會比「今天要記得把成績單帶回家讓家長看過，明天要交成績單家長回條。當學生的就要養成對自己的事情負責的習慣，所以大家要對自己的考試成績負責…」來的適當且有效。

環境安排方面

- **座位安排在易於提醒注意的位置**：讓ADHD學生的座位接近老師授課時所在的位置（或老師授課時常走動經過的位置），除了可以讓學生警覺老師在附近之外，當學生真的分心時，老師也比較容易及時提醒，讓學生不至於分神太久。

- **減少不必要的刺激干擾**：不論是課堂佈置或者座位安排，都應讓周遭環境單純化，遠離造成分心的干擾源。例如：教室佈置減少過度花俏避免學生看著發呆，或座位不要離操場的窗戶太近以免戶外活動吸引學生分心。

（接下頁）



- **座位四周安排適當的同儕**：安排個性沈穩與接納度高的同學坐在ADHD學生附近，當他分心時可以受到提醒，也避免互相聊起天來。或者指派適配性佳的同學，經適當的訓練後，擔任某些科目的專屬小老師，協助學生課後的練習解惑。

教學安排方面

- **提供結構化的流程**：老師授課時若能建立穩定的架構和活動順序，將有助於ADHD學生在短暫分心之後，能夠自動找回班上的進度。例如在每個數學教學單元都使用「老師講解說明及示範」、「學生練習」、「檢討回饋」的歷程架構來教學。
- **善用明顯多元的提醒線索**：授課時進行到的頁數可口述提醒時同步用板書抄在黑板上，讓學生跟上找尋；操作作業的步驟提示也可以事先用閃示卡吸附在黑板上或板書提醒。
- **安排活動轉換時的小任務**：適當的邀請ADHD學生協助老師整理環境或準備教具，讓學生在教學活動轉換時，仍保有對於課程內容的接觸，並且減少過長的等待時間。
- **多感官觸發的教學**：充分利用視聽媒材的協助，或設計可操作、練習、觀察的教學活動，鼓勵個別與小組的討論發表等，都能讓ADHD學生在動靜交替的教學活動中獲得較好的學習成效。

學生特質教導方面

老師可與特教老師合作，教導學生如何「知行合一」，增進自我管理的能力，對於高年級與青春期的ADHD學生尤其重要，使行為從外在環境的控制逐漸轉化成內在的自我控制。此能力最重要的核心就是「自我調節」，包含設定目標、自我監控、自我評鑑、自我增強四步驟。



Q10

針對ADHD學生「過動」的症狀，可以採取哪些預防策略讓學生有較好的學習表現？

ADHD學生有明顯「動」的需求，若提供適時動一動及消耗精力的機會，學生反而較專心或表現較穩定，可用的策略如下：

- **在課堂中給予合法離座的機會**：當發現ADHD學生已不耐久坐，可適時交付任務讓他短暫的走動，例如發本子、擦黑板、提水等，並在學生完成任務給予具體肯定，他必能在獲得成就感後再坐上一段時間。
- **容許學生進行不影響別人的小動作**：許多ADHD學生在身體處於活動狀態時更能吸收學習，例如在課堂上ADHD學生出現抖腳、啃指甲、咬帶子等小動作，若不造成干擾，請老師能先容許他用小動作來取代走動。
- **避免剝奪下課時間**：讓ADHD學生在下課十分鐘從事休閒活動，不僅能發洩體力、抒解壓力，也有助於在下一堂課表現專注。許多老師會以剝奪下課做為處罰，此舉反而容易加重過動症狀出現而需要更多的處理。



- **非結構時間安排小幫手的任務**：午休時間可能是ADHD學生最難熬的時間，睡不著、亂動又容易被幹部登記，老師可安排ADHD學生協助公共服務，讓學生對班級有貢獻。例如出公差、清潔活動、幫忙做值日生等。
- **創造能發揮「動」的優勢能力的機會**：學習不僅是靜態呈現，很多時候是動態的活動，因此老師可欣賞ADHD學生活力充沛的優勢，安排適當任務與角色，可讓班級活動更為出色。例如ADHD學生若無知動問題，則表演活動可讓學生擔任街舞要角；節慶時請學生負責舞獅；運動會可參加多項比賽、擔任啦啦隊長等。

Q11

針對ADHD學生「衝動」的症狀，可以採取哪些預防策略讓學生有較好的學習與人際適應？

ADHD學生的衝動特質，會表現出難以較長時間的等待和輪流、容易插話並打斷別人談話、急著做自己想要的事而難以遵守例行性的規定。因此容易讓同學與老師產生不合群、自我中心的印象。通常老師可以採取以下策略來有效處理學生的衝動特質：

- **提醒穩定用藥**：可改善ADHD學生的核心症狀。若配合行為管理與親職教育，能幫助學生建立較良好的學習與生活習慣，培養自信與責任感，並能增進人際關係。
- **縮短等待與輪流的時間**：例如課前事先做好準備以減少活動轉換的時間；當排隊輪流時可替ADHD學生安插在前段（但不是第一個）的位置，將有助於讓他觀察前面同學的步驟以了解做法，同時減少過度等待而作亂。
- **活動前預告或訂定清楚具體的規則**：事先說明遊戲或活動規則（包括如何進行、輪流方式、不可中途變更規則、發言的方法、違反規則時的處理等），並確定ADHD學生已完全了解規則後再進行。可使用板書或PowerPoint等視覺提示幫助學生記得規則、不要賴。

- **教導社會技巧與自我控制**：老師與特教老師合作，透過小團體的互動遊戲教導遵守規則、輪流、能服輸、口說好話等社會技巧。每個技巧以步驟分解，利用各種例子與情境大量演練來促進精熟。然而，ADHD學生遭遇挫折時往往來不及表現已學過的社會技巧，就以原始的反應發洩憤怒；因此，老師可以教導憤怒時的自我控制，包括反應替代法、系統減敏法、認知改變等。使學生在生氣的情況下能保持理智做出適當反應。



— 前言 —

本手冊在教學輔導實戰篇中針對普通班老師最頭痛的幾個問題，提供一些基礎的建議。在老師們具備相關背景知識後，對於ADHD學生因核心特質（如：衝動、過動、注意力等問題）在普通班容易出現問題已經有足夠預防；然而，ADHD學生仍然可能出現特質所引發其他讓老師們感到棘手的問題，例如：常規、公平性、告狀、嚴重偏差行為等問題。老師們不必獨自面對學生問題引發的後遺症，建議老師們能夠主動尋求學校其他處室的協助，由輔導室、訓導處等單位提供學生在普通班環境所無法處理的行為問題。

Q12

我雖然知道要對ADHD學生多包容，但是如果一些基本常規和班級秩序沒有維持好，要如何能管理所有的學生呢？

許多老師在管教ADHD學生遵守班級規範和給予多少彈性包容方面，感到非常困擾。但所謂的「包容」並不是不要求ADHD學生遵守基本規範。事實上，ADHD學生在標準不明確的學習環境會顯得不知所措、焦慮。具體、明確、結構化的學習環境可以讓他們容易遵循，比較容易表現出他們的潛能。

對於班級規範的管教，老師們可以嘗試使用下列的幾個步驟：

- **一開學就提出班規，具體說出要遵守的行為。**用正向的語言教學生使用正確的方法做事，告訴學生「可以怎麼做」，而減少嚴厲警告「哪些事不可以做」。例如：具體告訴學生「上課鐘響兩分鐘內進教室」，而不是要求「上課不要遲到」。
- **提出班規時，說明要求該行為的原因。**例如：「大家準時進教室，老師上課就不用顧及未進教室者聽課的權益或是安危，也才不會發生晚進教室者影響上課的情形」，這是希望學生能遵從「上課鐘響兩分鐘內進教室」的規定。

- **如果學生對於遵從班規仍有困難，我們可以確認訊息是否傳達清楚。**例如「說說看為什麼要大家上課鐘響兩分鐘內進教室？」。
- **即時強化適當的行為。**例如，當學生能在上課鐘響兩分鐘內進教室時，我們可以透過眼神的接觸、點頭、微笑、多五分鐘的遊戲時間、加分以及在班上或校園公開表揚優良行為等方式來強化學生的適當行為。這個步驟的鼓勵不必過度，但要能讓學生感受到讚賞的真誠。對許多常挨罵的學生而言，有時公開表揚是最好的獎勵。

由於ADHD學生的問題是慢性、長期的，使用有效的方法後不一定立即見效，需要持續一段時間的介入，對於學生的改變需要有耐性，不要在追求速效的心態下，周遊各種方法中反而耽誤解決問題的時機。



Q13

我知道要好好協助ADHD學生，但是如果花了很多心思在他的身上，就沒有時間照顧所有的學生了，怎麼辦？



對有ADHD學生的班級而言，預防勝於治療，在問題未發生之前就先教導，不要等到問題出現後再處罰，在他們需要幫忙時，及早給予提示或協助，相信會逐漸減少處理行為問題的時間。而許多老師也發現，預防性的工作，讓整個班級的學生同時都受惠。

針對預防性的工作有以下幾個建議：

- **基本班規的建立：**作法如問題十二。
- **減少上課中的空白時間：**教學活動轉換過程中難免會有一些等待或空白的時間，要特別注意學生在轉換過程中注意力渙散或跟不上的情形。可以安排一些簡單的指定工作讓學生能順利過度這段時間。
- **明示教學目標：**在課堂一開始明確的告知學生該節課的教學目標，一方面邀請學生一同完成預定目標，另一方面也達到清楚預告的功能。例如：「這節課我們要完成第幾到幾頁，希望你們都能學會植物種子的分類」。
- **順暢轉換活動：**建議課前預先設計數種不同活動，避免整節課都是單一的活動，例如：只是聽講，或是抄寫或是操作的情形。另外，事先安排上課中所使用之素材及環境的順序，盡量減少因混亂而造成干擾。
- **固定教學步驟：**盡量一致化教學段落的教學流程，有組織有規律的進行每個教學步驟，讓學生即使前段沒跟上也能順暢的加入課堂。例如：國文課文的解釋部份，每次都需要畫重點和抄筆記。
- **大量提供預告：**對於可能進行的轉變要提早告知學生。例如：調課、檢查作業、小考評量等等。

Q14

班上同儕對於ADHD學生的行為不斷告狀，該如何減少這樣的情形？

對於普通班導師來說，處理學生們每天大大小小的告狀，讓人不勝其煩，這雖然反映了良好的師生關係及溝通管道，但是當班上有一位幾乎每次犯錯的名單中都有他的ADHD學生時，確實一方面讓人煩惱該如何處理ADHD學生的行為問題，另一方面又憂慮其他同學持續的告狀，其實無助於學生彼此的成長，也擔心造成班級氣氛不融洽，其他家長抗議。

以下是相關處理策略的建議：

- **先等待再出招**：很多時候學生告狀不全然期待導師出面處理，若能協助告狀的學生思考如何處理，必要時教導學生如何忽略不必要的干擾，或協助需要提醒的同學，將可增進學生自我成長的機會，學習如何處理人際問題。



- **積極傾聽**：當衝突事件造成學生的困擾而前來向導師告狀，這時「積極傾聽」會是最好的支持策略。我們可以站在協助學生解決問題的立場，在不立即提供建議的前提下單純反應學生的狀態。
- **情緒支持、接納**：表達對學生全然接納的態度，同理學生的情緒，同時也幫助學生能覺察自己的想法，進而歸納出適用於自己的解決之道。
- **教導學生怎麼處理**：在告狀學生的情緒獲得支持後，才是適當的提供行為教導以及建議的時機。另外，針對被告狀學生部份的行為教導也是必須的，導師可以與特教老師討論後採取一致的教學策略，協助學生改善行為問題並增加正向行為，降低未來發生衝突的機率。在雙方平靜的情況下，導師也可以視需求協助進行溝通和解與教導問題解決策略。

Q15

ADHD學生快要捲入麻煩，可能發生蹺課、勒索、幫派、偷竊或煙毒上癮等情形時，我該怎麼辦？

ADHD學生會出現蹺課、勒索、幫派、偷竊或煙毒上癮等情形，經常是因為他本伴隨有違規行為障礙，或是因為學校壓力過大、成就感過低所致。當學生出現這類問題時，學校應積極引導學生回歸正途，建議導師可以從下列方向著手：

- **維繫師生關係**：確保師生間溝通管道暢通，提供情感支持，讓學生萬一發生事件時能有管道求助。
- **求助校內資源**：利用個案會議整合學校團隊，進而同針對學生問題進行輔導。例如：結合校內訓輔處室、特教老師、輔導老師等，共同合作扮演不同的角色，但目標一致地輔導學生。
- **連結校外資源**：透過特教老師，與校外資源建立連結。例如，社工單位、青少年輔導組、校外課後輔導團體等。
- **預防問題出現**：加強親師溝通頻率、並與家長合作監控學生作息。
- **預告後果**：增加與學生談話的次數，澄清學生的觀念以及提醒可能的行為後果。



- **提供學生需求**：在校園環境內提供符合學生需求的誘因（例如：給予請假彈性、在輔導室上課…），幫助學生維持正常的就學作息，避免受到外界的誘惑。

— 前言 —

一般而言，在學齡階段約有近半數的ADHD學生符合特教資格，然而不限於情緒障礙，ADHD學生也有可能因為症狀影響學習適應而取得學習障礙資格。這些教育上的診斷也許不見得對於普通班老師而言有具體的協助，卻是保障這群ADHD學生能夠獲得特教服務的基本要件。然而，確實有另一群也同樣具有ADHD症狀卻不具備特教資格的學生們，普通班老師可以藉由與學校輔導室的合作，提昇自己的效能，也可以參考特教的策略或資訊，多方管道獲得資訊以有效處理ADHD學生在班級中可能面臨的困難，以下提供一些在校內學習他人的方法。

Q16

在帶班的過程中如果遇到困難，學校的特教老師能提供我怎樣的協助？

要帶好有ADHD學生的班級，主動尋求學校資源和與相關人員合作是減輕重擔和提高教育效能的方法。但是特教老師通常會先行服務已獲得特教資格的學生，因此ADHD學生若仍未取得特教學生資格（大約不到50%的ADHD學生能夠取得特教資格），應該考慮先行轉介校內的專任輔導老師，以便及時提供學生在學校適應及情緒行為上的初步協助，必要時並進一步轉介特教老師，提供專業的特教鑑定及相關的服務。

一般說來，特教老師對於已取得特教服務資格的學生，可提供老師的協助包括：

- **在安置初期：**特教老師能提供有關ADHD學生身心特質、各項能力評估、醫療史及家庭背景等資料，並擬定個別化教育計畫，訂定該生的教育目標、情緒行為問題的介入計劃、相關服務等，計畫內容包括協助普通班老師營造融合環境的適當作法（例如：班級宣導、座位安排等）。為了讓一般老師能夠儘早在學期初期就對於學生的狀況和特教的服務模式有所瞭解，建議一般老師都該參加特教老師針對學生所召開的「IEP會議」（個別化教育計畫會議），並且在會議中討論溝通學生所需的具體協助方法。

（接下頁）





Q17

學校團隊應該如何分工協助ADHD學生在學習和適應上的需求？

● **就學期間**：特教老師會持續了解ADHD學生在班上的學習和生活情形並提供特教服務，包括入班觀察、行為問題分析及說明、討論需要調整的輔導策略、對同儕進行班級宣導、與普通班老師合作教學、甚至進行對ADHD學生個別化的能力教導與行為管理契約等。

● **離校轉銜期**：特教老師與相關專業人員會針對ADHD學生已實施的特殊教育與相關服務進行檢討和修正，真實學校老師實施過的有效處理策略，傳遞給下一所學校。由於ADHD學生可能有好轉的機會，所以，在國小接受特殊教育服務的ADHD學生可能因其問題改善，國中階段就不再具有特教資格。這也是需要階段間轉銜的原因。

上述是特教老師可提供普通班老師的服務項目，但普通班老師與特教老師仍需保持積極暢通的溝通管道，因應學生需求調整服務內容及方式，才能延續有效能的特教服務。



對於ADHD學生的協助和服務，可以配合一般輔導工作的三級預防概念來進行，不同的階段有不同的主要負責單位，並且有不同的關注重點。當老師在提供學生協助支持，仍不能發現明確成效時，就應該考慮進行轉介到下一個階段來協助學生。

● **初級預防**：針對一般學生提供預防宣導的工作，避免可能問題的發生。主要的作法包括如：讓同儕及老師積極瞭解認識ADHD症狀、提供及說明適當的應對策略、師長調整對於學生的期待、管教方式的合理性及對於學生的心理需求進行更適當的掌握與照顧等工作。對於大部分的情形而言，老師在班級上進行適度的宣導及預防調整措施，能夠有效的防範事情於未然。

● **次級預防**：對於可能為ADHD且出現適應困難的學生，需要由學習內容和行為規範兩方面來進行協助。主要的作法包括如：確認學生的學習問題及需求、在學校和家庭提供有效而適切的行為規範教育、確認學生是否得到醫療的協助並在必要時進行轉介、教導學生如何因應本身的問題及需求（如自我提醒、自我教導、自我監控、...）等。在這個階段，主要可以由各

校的專任輔導老師配合特教老師來對學生提供必要的協助，並且考慮進行特殊教育鑑定的必要性。

● **三級預防**：面對已經出現嚴重適應問題，且疑似為ADHD或已經診斷為ADHD的學生，若是仍無法有效控制其嚴重行為問題，建議應立即轉介到各醫院的兒童精神科或兒童心智科門診，鼓勵家長與醫院合作，找出有效的療育計畫。對於這一群學生的協助通常需包含如：藥物使用、環境的有效控制、教育環境的調整及密切的親師合作等。在這個階段，更專業的輔導、特殊教育和醫療的介入勢不可免，也需要跨專業的充分合作才能達成協助的成效，因此更應考慮特殊教育相關的服務和福利措施對於學生日後適應的影響。



Q18

我該如何與ADHD學生的家長合作呢？

對ADHD學生而言，家長的陪伴是長期的，而教育的介入只是一時的，老師與家長維持合作夥伴的關係，將有助於學生的學習及適應發展。為了能夠與家長建立可工作的合作關係，我們的建議如下：

- **合理的家庭功能期待**：可以透過晤談或家訪主動了解家庭狀況及家長對於學生的期望和效能，以助於提供適合家長配合的項目，避免不當的期待而破壞合作關係。
- **適當的溝通模式**：在溝通的過程中，可以大量肯定家長正向管教的作法，並以尊重與同理的態度適時澄清彼此的意見，找出共同的目標。在平時可以利用聯絡簿、班網、班刊多與家長分享學生在校的各種正向表現，盡量避免僅在發生行為問題後才與家長聯繫。

- **維持平等的合作角色**：家庭教育對於學生未來的影響多過於學校教育，家長是學生一生中陪伴與教導最長久的重要角色。老師可以鼓勵家長多花心思投入學生的教育，視家長為地位平等的合作夥伴之一，信任家長有足夠的知能教導學生，要避免自視為專家，而影響家長的合作意願。
- **邀請家長參與**：可以利用電話、mail、聯絡簿、會議、網站等方式，建立提供訊息與討論的平台，使家長可以有機會參與協助策略的討論與決定。
- **介紹家長相關資源**：在和家長溝通合作的歷程中，若發現家長也許需要進一步的親職教育或觀念溝通的部份，建議先向學校中的輔導系統進行諮詢或轉介，讓專業的老師一同來協助；亦可參考問題20所介紹適合家長的相關資源訊息。

Q19

我該如何與醫療資源合作？

如果確知ADHD學生已經持續在就醫，那麼老師可以用下列的作法積極的與醫療資源合作：

- **協助穩定用藥**：對於醫囑必需用藥的ADHD學生，老師盡可能促成穩定用藥的習慣，做法包括：與家長討論讓ADHD學生接納藥物並按時服藥的方法；對班級同儕宣導正向看待ADHD學生用藥需求；在ADHD學生有穩定表現時，給予鼓勵並回饋定時服用藥物的正向影響等。
- **觀察記錄服藥反應**：老師可以主動協助用藥記錄，畢竟學生用藥期間多是在學校，家長經常不瞭解而忽略藥物的功能。老師可根據特教老師所提供的用藥記錄表，在平時仔細觀察ADHD學生服藥前後的表現並詳實記錄，於學生下次回診時提供醫師參考，作為醫療執行或調整的依據。
- **必要時陪同就醫**：在家長同意，且老師時間適合安排的前提下，可以考慮直接陪同家長和學生前往就醫，老師可以將學校中的觀察及疑問當面與醫師討論溝通，也能提供醫師一手的資訊，讓醫師對於學生的協助更貼近。



在輔導ADHD學生的實務上，我們難免會遭遇到部份因故不願就醫或者不願服藥的個案，建議老師在面對這些個案的狀況時，仍應該先從協助調整相關策略和環境著手。事實上並非所有不專注、過動、衝動的學生都有用藥的需求，但確實因為藥物是目前改善ADHD最有效的方法之一，如果積極的教學輔導策略與環境調整仍無法有效改善學生的問題，且該生尚未連結醫療資源時，可建議家長參考家長團體、或相關資訊，必要時可以找校內其他較具專業的教師（專任輔導老師或特教教師）協助溝通，建議家長就醫或者取得家長同意後由學校協助就醫，由醫療體系的診斷結果和醫囑來研判是否需要藥物的幫助。至於特教服務及相關福利的利弊，也可以經由特教老師對家長的諮詢來提供最新且正確的訊息。

Q20

我有哪些資源可以利用？要如何尋求更多的資源？

遇到輔導ADHD學生相關問題時，首先可以尋求特教組長和特教老師的諮詢協助。至於校內資源整合部份則可以透過特教推行委員會或個案會議，進行各處室間的溝通協調，達到有效輔導學生的目的。相關資源包括：

● 參考書籍

1. ADHD學生的教育與輔導／臺北，心理出版社／洪儷瑜（民87）
（提供特教、輔導老師專業人員的教科書）
2. P:S. 你沒有注意聽我說／臺北，心理出版社／洪儷瑜、李湘屏（民87）
（情緒障礙教師工作手記）
3. 分心也有好成績／臺北，遠流出版公司／丁凡譯（民95）
（提供如何尋求診斷和找出適合協助策略的方法）
4. 分心不是我的錯／臺北，遠流出版公司／丁凡譯（民89）
（藉由病患故事，描述相關的症狀及常用的療法療效）
5. 不聽話的孩子／臺北，新手父母出版社／何善欣譯（民90）
（以作者本身為過動兒父母的經驗，提供支持和改善之路）
6. 注意力缺陷過動症學生學校輔導手冊／教育部特教小組／洪儷瑜、張郁雯、丘彥南、蔡明富（民93）
（ADHD發現與輔導的實用手冊）
7. 過動兒父母完全指導手冊／臺北，遠流出版公司／何善欣譯（民91）
（提供父母關於相關的行為管理、藥物治療、傳言爭議、最新的神經生理檢查研究及邁向成功的策略）
8. 過動兒的教養妙方／臺北，新苗文化事業有限公司／蔡美馨（民93）
（針對台灣過動兒家庭撰寫，對目前常見困境提供資源、支持管道及解答）
9. 過動兒的認識與治療／臺北，正中書局／宋維村、侯育銘（民85）
（以精神科臨床經驗介紹相關的知識）
10. 過動兒認識自己的第一本書／臺北，五南圖書出版公司／李政賢譯（民98）
（專為過動兒編寫的實用自助手冊）
11. 教養過動兒－醫學沒告訴你的十件事／臺北，世茂出版社／許晉福譯（民97）
（從過動症的成因、營養、藥物和管教技巧談起，如何提供適當的協助）
12. 嚴重行為問題的處理／臺北，五南圖書出版公司／施顯焜（民84）
（提供近年處遇趨勢之實例說明，給教師、專業人士的使用）

● 視聽媒體

1. 注意力缺陷過動症在教室／何善欣譯（民90）
國立教育資料館（美國以教室為情境的介紹相關策略的簡介錄影帶，有中文字幕）
2. 注意力缺陷過動症我們知道什麼／何善欣譯（民90）
國立教育資料館（美國的注意力缺陷過動症的簡介錄影帶，有中文字幕）
3. 尋找軌道的陀螺：認識注意力缺陷過動症／洪儷瑜、丘彥南、何善欣、蔡明富（民89）
國立教育資料館（以國內案例說明特殊教育現況和教育建議，各校特教組應有DVD）

● 特教諮詢專線

1. 國立台灣師範大學特殊教育中心
諮詢專線 TEL：02-7734-5099。非專線時間可透過網路諮詢留言。
2. 臺北市立教育大學特殊教育中心
諮詢專線 TEL：02-2389-6215。非專線時間可透過網路諮詢留言。
3. 國立臺北教育大學特殊教育中心
諮詢專線 TEL：02-2736-6755。非專線時間可透過網路諮詢留言。
4. 臺北市東區特教資源中心
特殊教育學生情緒行為問題輔導諮詢專線 TEL：02-2732-0608
（每週一至週四下午，13:30~16:30）

● 醫療資源

1. 各大醫院的兒童青少年精神科或是兒童青少年門診、兒童心智科，均能提供診斷與醫療諮詢。
2. 精神科醫師駐區專業諮詢服務，可透過各校輔導室申請，駐區學校定期安排精神科醫師提供一般老師及家長諮詢。
3. 東區特教資源中心的校園精神醫療諮詢：可以透過各校特教組申請，經申請後安排兒童青少年精神科醫師至中心現場提供特教老師諮詢。

● 相關網站

1. 全國特殊教育資訊網 <http://www.spc.ntnu.edu.tw>
（特教圖書、教材、統計及諮詢）
2. 國立臺灣師範大學特殊教育中心 <http://www.ntnu.edu.tw/spc/>
（諮詢、評量工具、教材、討論區）
3. ADHD注意力不足過動症 <http://www.adhd.club.tw>
（藥廠支持的網站，提供最新的醫藥資訊、家長支持活動、常見Q&A）
4. 赤子心教育基金會 <http://www.adhd.org.tw>，TEL：02-2835-6230
5. 臺灣赤子心過動症協會 <http://www.adhd.org.tw>，TEL：02-2834-5648





注意力缺陷過動症20問 - 教師實用輔導手冊

出版者：臺北市政府教育局

發行人：吳清山

編審指導：康宗虎 林騰蛟 楊麗珍 蔡實 蕭瑞芬 林稚維 陳採卿

指導教授：洪儷瑜

執行編輯：蔡明蒼 蘇祐菽 闕嫣男

編輯小組：吳怡潔 鄭津妃 鄭淑里 賴英宏（依筆劃序）

封面設計：陳雅萍

編印單位：臺北市立芳和國民中學／臺北市東區特教資源中心

印製者：九天馬創意行銷整合有限公司

亞斯伯格症

20問

— 教師實用輔導手冊 —

高級中等學校身心障礙教育支持服務網絡





序

順應特殊教育回歸主流與融合教育理念及政策，臺北市各國中小均設置身心障礙資源班，並重點設置集中式特教班，在教師與學校常年努力耕耘，本市普通學校的特教服務品質大幅提升，學生家長也以就近入學為主要考量而選擇鄰近學校就讀。根據本局統計室統計，本市97學年度身心障礙特教學生共計9,724人，其中在普通學校就讀的身心障礙學生人數高達8,723人，占89.71%，大大增加普通教育教師在班級經營與學生輔導的困難程度。

依據特殊教育法，身心障礙可區分為12大類，其中外顯的障礙類型如肢體障礙、視覺障礙、聽障礙等較易分辨，而內隱的障礙如學習障礙、嚴重情緒障礙與自閉症，這些學生有時看來與一般學生似無差異，有時卻又讓人難以理解與同理，往往因為伴隨著注意力缺陷與過動症，常違反校規，甚至與同儕、師長發生衝突。

為了讓普通教育教師、教官、行政人員及校長們認識身心障礙學生的特質與特教服務需求，本局常年辦理一系列特教知能研習。近年來，教師和家長對於「注意力缺陷與過動症」(Attention deficiency and hyperactivity disorder syndrome, ADHD)和「亞斯伯格症」(Asperger syndrome, AS)逐漸熟知，了解學生可能因此被鑑定具有特殊教育學生身分，並接受特殊教育服務，但普通教育教師們對於這群學生在普通班級的學習與人際適應所產生的問題，卻時常因為不知如何處置因應而感到困擾與沮喪，在教學輔導工作上造成極大壓力。

儘管坊間已不乏ADHD與AS相關書籍，本局仍特別委請本市東區特教資源中心與專業支援教師，希望以多年輔導個案經驗，整理出普通教育教師經常遭遇的問題及困難，提供實用的教學與輔導之建議，期待教師能透過這本實用的教戰手冊，了解您所面對的學生，以及能適時提供您可採用的輔導策略與相關資源，進而協助這群身心障礙學生健全的身心發展。

最後謹代表這群孩子向各位教師、家長致上最高的敬意與謝意，因為有您們的付出，讓教育具有改變孩子生命的力量，透過教育，看到孩子的學習與成長，見到孩子未來的希望與前程。

臺北市政府
教育局局長



1

— 準備篇 —

- P4 _ 前言
- P6 _ Q1. 聽說亞斯伯格症（簡稱AS）學生很聰明，他們有哪些優點？
- P7 _ Q2. 他們是身心障礙學生，為什麼就讀普通班？
- P8 _ Q3. 我第一次帶AS學生，有點茫然，我該怎麼辦？可以做些什麼？
- P10 _ Q4. 當我覺得帶AS學生很有壓力時，我該怎麼辦？
- P11 _ Q5. 我需要做班級宣導嗎？如果要做的話，應該怎麼做比較適當？

2

— 教學輔導篇 —

- P13 _ Q6. 他們上課都做自己的事不聽講，怎麼辦？
- P15 _ Q7. 他們經常不寫作業或寫了沒交，怎麼辦？
- P16 _ Q8. 他們成績表現似乎不太穩定，為什麼有些部分學的很好、有些卻很差？
- P17 _ Q9. 他有時上課會一直插嘴、有時會離開座位，怎麼辦？
- P18 _ Q10. 我可以做些什麼讓他更能遵守規定？
- P20 _ Q11. 有時他說話太直接，讓老師覺得不舒服，我可以怎麼做？
- P21 _ Q12. 他好像很容易跟同學發生衝突，為什麼？我可以怎麼幫助他？
- P23 _ Q13. 我發現一些AS學生也會被欺負，我該怎麼預防和處理？
- P24 _ Q14. 在分組活動、下課、體育課或某些自由時間，他都很難融入同儕活動，為什麼？我可以怎麼幫助他？
- P25 _ Q15. 同學會抱怨，他常常堅持己見，為什麼？我可以怎麼處理？



— 合作增能篇 —

- P26 _ Q16. 我知道特教老師是協助我帶好學生的好夥伴，在什麼情況下我可以去找特教老師商量學生的問題？
- P27 _ Q17. 特教老師在處理AS學生問題時，可能會需要我做些甚麼來配合？
- P28 _ Q18. 當AS學生在學校發生狀況，我需要跟家長聯絡時，應該怎麼和家長溝通及合作比較好？
- P29 _ Q19. 班上有特教學生時，似乎有滿多的會議要參加，這些會議的目的是什麼？我在會議上可以做什麼？

4

— 相關資源篇 —

- P30 _ Q20. 除了學校以外，我還可以尋求哪些資源來協助我？



— 前言 —

亞斯伯格症候群（Asperger Syndrome，以下簡稱AS）是一種神經發展疾患（neurodevelopment disorder），與自閉症一樣皆屬於自閉症光譜障礙（Autism Spectrum Disorder-ASD）的一種。目前研究上認為他們的障礙係為生理問題所致，而非養育方式造成。

AS學生有主要的三大核心障礙——人際互動、溝通、有限興趣及固著性行為。但每一位AS學生的障礙程度及困難呈現方式個別差異極大。

在人際互動的品質方面，他們在情感的發展上較一般孩子來得慢，包括無法理解別人的語言、肢體動作、同理他人感受等等，他們可能看起來極度自我中心，對他人的言語、碰觸都反應過度；交友方面，他們有可能過度退縮，或者想要交朋友卻欠缺適當的社交技巧，其笨拙或引人誤會的方式往往造成互動上的挫折；他們在解讀情境上有極大的困難，加上欠缺潛在規則的概念，以致於無法

表現適當的行為；他們可能有解決衝突或問題的困難，可能會焦慮不安以致失去理智難以控制行為。

在溝通方面，他們通常在詞彙量及文法上並無困難，甚至超過同齡水準，顯得有些「學究」，以致他們的溝通困難可能被低估。AS孩子通常難以解讀他人臉部表情、身體語言；表達時也可能缺乏面部表情或手勢，也不會控制自己說話的聲調音量，而讓人感到不舒服；他們不易理解溝通需要雙向交流，而把談話內容侷限在自己感興趣的話題上，強迫他人一再接受；他們難以理解笑話、成語、譬喻等語言表面下的潛藏含義（例如：當AS學生被稱做鐵公雞時，因為自己是人不是公雞而感到生氣）；他們可能不會藉溝通來求助、維護自己權益，尤其在壓力下，其溝通的品質可能驟降。

在固著性行為方面，他們顯得相當固執，比較喜歡機械式、一成不變的活動，也可能發展出例行性或儀式化的行為（如：不管游泳池的洗腳池有沒有水，一定要將水管接到洗腳池洗腳，才願意進泳池）。經常可見他們出現狹窄、特別而強烈的興趣。他們對於從別人角度或不同觀點來看事情有困難，因此在思考上顯得缺乏彈性。

AS與自閉症有許多相似之處，如皆有人際互動、溝通，及固著性行為等三大領域的困難。然而相關研究顯示他們也有相異之處，如AS患者通常較自閉症患者有較佳的語言及認知能力，AS患者動作較自閉症患者為笨拙；在固著性行為二者也有些許不同，AS孩子可能會傾向去了解知識的細節；高功能自閉症的孩子則傾向比較機械化的，例如：火車時刻表及鬧鐘的結構等。迄今，國內外學者持續致力研究AS與自閉症的差異，目前確切的區辨準則仍有諸多爭議。



Q1

聽說亞斯伯格症（簡稱AS）學生很聰明，他們有哪些優點？

在學習方面，他們通常有較佳的視覺理解力、良好的記憶力，大量的詞彙，在他們感興趣的領域上有較深入的知識；某些AS學生則在藝術或空間（機械、組合）領域有特殊的天份。若老師們個別接觸AS學生，也不難發現他們通常具備單純、率真的特質，總是講實話而不文過飾非或鄉愿。老師也可換一個角度欣賞AS學生的專注、執著、熱忱，試著理解他們獨特的邏輯，便可能進一步發現他們通常是非常遵守規則和道理的。



Q2

他們是身心障礙學生，為什麼就讀普通班？



基於對特殊學生受教權的保障，特殊教育法第十三條規定：「身心障礙學生之教育安置，應以滿足學生學習需要為前提下，最少限制的環境為原則」。其中「最少限制環境」的意義在於特殊學生與一般學生有相處機會，不致在過度隔離的環境中成長與學習，使其學習潛能獲得適當的環境刺激得以充分發展。

因AS學生通常具備正常以上的智力及學業學習潛能，故其教育安置大部份以普通班為主，並安排部分時間的資源班服務來滿足其特殊需求；而與一般同儕的互動也可以刺激AS學生學習適當的社交行為。另一方面，融合班級中的一般學生，在與AS學生相處的過程中也可以培養其同理心，更能珍惜自己擁有的健全身心；而他們這段與特殊學生相處的經驗和學習，也能增進日後社會適應的能力。

Q3

我第一次帶AS學生，有點茫然，我該怎麼辦？可以做些什麼？

不論在開學前，學期初甚至已經跟AS學生相處一段時間，當您知道班上有個AS學生後，建議您可以由閱讀資料（相關書籍或學生輔導記錄）或詢問相關人員（家長、曾帶過該學生的老師、特教老師）開始著手，以收集該學生在人際互動、溝通，及固著性行為的詳細情況，並且著手安排班級中適當的物理環境、軟體環境。您可以做以下事項：

●**教師心理上的準備：**

1. AS學生許多行為是障礙所致，教師需要接納學生的行為是「不能也，非不為也」，所以，對學生設定合理的期待，較容易成功輔導AS學生。
2. AS學生因為社交、溝通等困難以致發生問題是難免的，並非老師或家長做得不夠好。與特教老師、家長共同努力，持續調整因應策略，學生的適應問題通常會日漸改善。
3. 基於對AS學生特質的理解，多以教導代替指責、以積極的獎勵代替消極的處罰、多注意讚美AS學生的優點，營造師生正向互動經驗。

- 適當物理環境安排：**許多AS學生對聲音、冷熱、碰觸相當敏感，教師在物理環境上做適當調整可以減少其適應困難。如：其座位安排盡量不要靠近走道、班級物品放置儘可能有秩序、清楚標示且減少變動。

- 給予必要的提示與限制：**AS學生由於注意力缺陷而對訊息的接收效果較差，對於口頭提醒或教導常不易見效，因此，老師應給予必要且明確的常規限制，例如：上課離開座位須先徵求老師同意。
- 運用代幣制度：**教師可以在教室中設計紀錄表，配合班規執行增強，讓學生可以明顯的得知自己行為的後果。
- 善用視覺提示：**通常視覺的學習是AS學生的優勢，教師可以適當設計「可看到的提示」，增加學習的成效。也可減少重覆口語提示引發師生緊張的可能性。

- 教學活動結構化：**教學活動程序清楚，目標與內容關係明確，在活動進行中給予必要的提示，如步驟重點說明。
- 空閒時間的安排：**AS學生常在兩個活動之間的空閒時間內，因欠缺互動技能而出現問題，所以教師若能適當安排空閒時間，讓他們不致無所事事，或安排友善同儕一同活動，可以大幅減少問題發生。
- 特殊教育的課程安排：**教師宜與資源班教師合作，提供學生需要的訓練課程，如專注力、社會技巧訓練、情緒管理等。導師可以將訓練衍伸至班級情境中，協助學生在生活中應用學習技能。



Q4

當我覺得帶AS學生很有壓力時，我該怎麼辦？

絕大部分老師，在必須擔任教學工作，又得管理班級數十位學生的同時，還要面對亞斯伯格症學生可能帶來的挑戰，都會感到有壓力，甚至挫敗，包括特殊教育老師也常有這樣的感受。當體認到有壓力是正常的，即使是一般學生也有形形色色的問題時，老師便不需要要求自己「萬事通」，把困難甚至情緒表達出來，即使只是有親友、同事傾聽，都會有一些的舒緩效果。

當然，想要解決問題是很實際的想法，可以和同事，包括：班級中其他任課老師、有輔導AS學生經驗的老師等互相討論，收集整理成功的經驗，試著調整自己的步調與做法，常有意想不到的效果。另外，透過專業對話，像是：學校特教老師、輔導老師、校外資源，如：大學特教中心諮詢專線、特教中心諮詢服務、家長團體等，都是能夠傾聽老師的困難，分享經驗，並提供適合AS學生輔導技巧的專業意見的管道。

有時，我們以為大家都知道輔導AS學生是很具挑戰性的，其實並不盡然。學生是屬於班級的，同時也是屬於學校的，因此，團隊工作很重要。讓學校行政、輔導及特教形成的團隊了解老師的難處以及需要的協助，提供必要的資源以支持老師，往往是達成處理學生問題目標的關鍵。



Q5

我需要做班級宣導嗎？如果要做的話，應該怎麼做比較適當？

原則上，班級宣導對班級中有AS學生的班級管理是有幫助的，這樣同儕可以先對AS學生的特質有所了解，不會因為誤解而產生不必要的衝突。然而，有些特殊的狀況可能因為家長的顧慮，對AS學生特定的期望而調整班級宣導的方式，或先不要進行班級宣導。

一般而言，班級宣導的方式如下：

- 導師與特教老師、輔導老師溝通，一起準備，由老師們合作協同進行。
- 選擇適當的課堂（視情況安排數節，以利分次進行），安排AS學生不在場，而老師們可以出席的時間。
- 課程內容可以包括：認識並接納人與人之間的個別差異、AS學生特質的了解、如何因應AS學生行為的簡單策略、策略演練等。

- 說明公平的議題：建議老師對班級同儕說明，老師對每一位學生都是全心關愛的，但對於事件的處理和獎懲保持彈性，這樣針對每一位學生的「個別差異」進行處理，才是真正的公平。
- 鼓勵及支持學生學習與AS學生相處的挑戰。

（接下頁）





當AS學生出現與班級同儕互動摩擦，或其他行為讓同儕產生抱怨，開始累積情緒時，也可能需要班級宣導。內容與預防式的宣導略有不同，說明如下：

- 準備方式相同
- 內容包括：
 1. 提供情緒宣洩管道（如：寫下對AS學生的困擾、對老師處理的期待等）。
 2. 同理支持同儕情緒。
 3. 針對同儕反應的困擾，解釋相關特質，討論並鼓勵同儕發展可行的因應策略。
- 再次鼓勵及支持學生接受與AS學生相處的挑戰。
- 當發現班級的小團體可能影響班級宣導效果時，可以先另行處理。

當老師認為有需要，但家長希望不要立即進行班級宣導時，建議以下方式：

- 嘗試與家長溝通，澄清家長的顧慮，若家長擔心標記的問題，則說服家長以不說出障礙名稱的方式進行，強調只針對學生特質說明。
- 若家長同意，則以一般班級宣導方式進行。
- 若家長仍有顧慮，則暫緩進行，與特教老師討論後續處理方法。

Q6

他們上課都做自己的事不聽講，怎麼辦？

AS通常對於自己的興趣（參見前言、Q1）相當執著，有時候他們對於畫畫、研究數學問題、觀察植物或昆蟲等特殊興趣的熱情會明顯高過好好坐著聽老師上課；他們並非蓄意忽視或頂撞老師，而是他們太投入自己的興趣以至於沒注意身旁的老師同學正在上課。他們的好惡往往有很明顯的選擇性；他們學習的方式與速度也許不適合跟所有人齊頭並進。

除了動機性的因素導致忽略上課內容之外，他們也常常因為理解不好的關係，沒有弄懂上課時應有的社會規範。他甚至不知道自己「屬於團體中的一份子」，因而老師對全班發出指令時他沒注意到跟自己有關係。這種情形較常發生在年齡較小、學校經驗較少、或是剛轉換階段（低年級升中高年級、國小升國中）的孩子身上，他們不知道新老師的規矩、交代事情的模式、更不知道老師通常期待大孩子應該要更自我負責了。（接下頁）



有幾個方法可以先試試看：

- 您可以預先訂定簡單、明確的上課規範，最好配合個人或小組的獎賞制。說明時不僅對著全班，必要時需針對他私下個別教導，好讓他真正了解老師所要求的行為要怎麼做到。
- 對全班下指令時觀察一下他有沒有注意到，您可以試著叫喚他注意聽、用肢體語言提醒他如拍肩、或請同學重述重點（當然，您點到的人要包括他）。幾次下來他通常會學到哪些指令要注意聽。

- 倘若您發現他已經清楚上課規則，但還是執著在他有興趣的主題上，那麼您可能要考慮稍微調整教材的內容、或呈現教材的方式。試著運用他優勢的學習模式（如：視覺化）來吸引他參與；也可以挑選他特別專長的部份鼓勵他加深加廣（如：讓資訊能力良好的AS學生搜尋延伸資料來做主題報告）。
- 若您對於怎麼做這些相關調整設計有問題，您可以找特教老師來協助您。

在進行這些調整策略時，我們認為有個想法需要老師自我提醒放在心裡面：這些努力是基於尊重孩子獨特的特質之理念下，協助AS的學生更能從團體教學中獲益。我們並不鼓勵強迫孩子一定要按照制式的樣子學習，因為那可能會讓他們焦慮到什麼都學不進去，衍生其他情緒或行為困擾。



Q7

他們經常不寫作業或寫了沒交，怎麼辦？

正如同Q6所提到的動機性因素，AS孩子對於某些作業也許還有興趣，而對於其他作業則意興闌珊。當他們不認為寫作業對他有好處時，他不太可能勉強自己去配合。

一些學業能力較佳、成績大致中上的AS孩子，會越來越在乎成績評價。他們不寫或不交作業通常跟書寫問題、組織統整能力不佳或根本不知道要怎麼完成「標準的」作業有關；因此對於寫字量大、需要理解重點、或沒有固定作法與答案的作業（如：作文、文意改寫、摘要心得等）可能會無從著手。

他們對於規劃管理的困難也會導致他們花太多時間在單一作業上（因為花太多時間弄懂題意、找到作法、仔細斟酌出正確表達他意思的詞彙、反覆修改到完美…等），無力再做當天其他作業。

有幾個方法可以先試試看：

- 邀請特教團隊根據孩子的能力討論他適合做哪種類型、做多少作業是相當重要的。適度的「簡化」或「減量」是常見的作法，而作業方式的改變（如：手寫不佳的改用電腦打字、放大格子）也可能是可以考慮的。



- 為新題型或新作業設計一些步驟化指引提示也是可行的。另外，提供範例解說，並且將答案重點明顯的標示出來也很有用。AS學生在不理解的時候也許還能試著模倣，這會讓他們比較有安全感。這方面的設計您可以跟家長或特教老師討論。
- 如果AS孩子還是覺得有困難（他們通常不會自己說他不會寫，但他可能會持續問問題，或是轉而抱怨這個作業設計有問題等），給他個別指導、或是請家長在家協助指導恐怕還是必須的。
- 一旦決定以後便要請家長與所有老師都要一致地要求孩子，以免孩子發現有時要交有時不用交，學到可用一再拖延來逃避。因此適當適量的作業要求很重要（見本題方法1）。如果因為師長對孩子寫作業的要求過高，結果讓他學會逃避甚至拒絕任何作業，將是得不償失的。

Q8

他們成績表現似乎不太穩定，為什麼有些部分學得很好、有些卻很差？



許多心智障礙孩子的認知能力都有個別內在差異，AS更是其中明顯的一例。目前研究調查發現AS的語文能力往往優於空間知覺組織能力。他們識字、詞彙、記憶、機械計算的能力通常還不錯，而理解因果關係、想像抽象事物、注意非語文線索、統整歸納則較為不利。

這樣的認知特徵反應在學科表現上，我們常會看到AS學生對於「學習穩定不變事實」、「可記誦」的科目表現較好，例如：語文、社會科、生物名稱與構造、類似題型的數理計算、直接套用定律的題目等。然而，當各學科涉及歸納理解、抽象推理、了解人的感受、或他沒有學習過的題型時，AS學生的理解困難就會突顯出來了。

除了內在能力差異的原因，仍不可忽視的是AS學生興趣的選擇性極高，他們對於自己想學什麼東西很有自己的主見（參見前言、Q6）。因此，孩子各科之間的表現可能差距很大，而他在擅長的科目上的表現也有可能因為教學內容變深、跨單元的統整增多、或評量題型變複雜而忽然變差。

有幾個方法可以先試試看：

- 接納孩子的認知個別差異是必要的。若您不清楚孩子的學科表現是否與他的認知特色有關，建議您與特教老師諮詢，特教老師可以根據學習評量的結果為您提出說明。
- 若孩子開始跟不上班級的進度時，可以與特教老師及家長討論安排資源教學的可行性。

Q9

他有時上課會一直插嘴、有時會離開座位，怎麼辦？

AS的學生常因不理解上課情境的社會規範（參見Q6第二段）而出現不當發言、離座、甚至游蕩等自顧自的行為。他們也可能對某些老師上課的內容沒興趣（參見Q7第一段），或是可能聽不太懂涉及歸納、統整、抽象推理、了解人的感受等深度的學習主題而欠缺參與動機（參見Q7）。

除了上述社會規範學習、認知理解的問題以外，偶而有些AS學生也許合併有過動衝動的傾向。這樣的孩子看起來比較急性、不耐等待、活動量高、似乎常常東摸西摸或動來動去的。

有幾個方法可以先試試看：

- 預先清楚說明上課規範通常是有效的（見Q6方法1）。您可以明確教導他正向行為，例如：
 - 「發言前要舉手，老師點到才可以說」
 - 「每節課發言最多…次」
 - 「要跟隔壁同學借東西時應小聲、壓低音量」
 - 「上課時要坐在位子上」
 - 「離座拿東西時要跟老師講，並且盡快回座」

- 明訂上課規範，同時配合增強制度，效果通常會更快顯現。
- 有的AS總有一肚子問題，光是限制他並沒有用。我們可以告訴孩子哪些活動的轉換時間或停頓時間是較適當的發問時機，也可以教他先寫下來下課再問，或教他如何運用課後時間請教他人、如何徵詢他人同意後才開始講話。您可以請特教老師協助您商議具體的教學方法。
- 考慮調整教材的難度、內容、或呈現的方式（參見Q6）。
- 倘若您觀察到孩子似乎較為衝動或活動量較高，建議您反映給特教老師與家長，轉介到醫療單位做專業評估，如此才能確認適當的治療方式。有時候焦慮、適應新環境、沒興趣、或長期環境規範不明確，也會讓AS學生看起來比較浮躁好動。處理這類的狀況時，還是以環境調整與預防為主，不見得是生理的問題。

Q10

我可以做些什麼讓他更能遵守規定？

目前教導AS學生表現出適當行為的方法其實相當多。對於普通班的老師來說，以下幾個策略是最為常用且便於執行的。倘若您有疑問，或是您嘗試後並未達到預期的效果，建議您找特教老師或其他專業資源諮詢。通常他們可以針對各個AS學生個別差異，提出更能對症下藥的建議。

- **預告：**當環境即將有部份改變時（人物、時間、做事順序、活動方式、地點等），甚至要適應新環境前，老師需要預告他有什麼改變，清楚說明原因讓他理解，告訴他需要遵守的規定，討論他可能感到哪些不習慣，以及可以怎麼處理的方法等。這可以降低他面臨改變的焦慮感，更增進遵守規定的動機。

● **約定規範：**

1. 預先告知重要的行為規範通常是有用的（參見Q6及Q9）。而為了因應他們比較自我中心的傾向，事先和他溝通討論，讓他清楚老師的用意、認同遵守這個規範的價值、或知道遵守規範對自己有哪些實質的好處，往往可以大大增進他配合社會規範的意願。

2. 用正向、具體、簡短的詞彙及語句來說明規範也很重要。他對負向、模糊抽象、多重甚至條件式的句子本來就不易理解，更何況是學習陌生的新行為。當然，每個AS學生的語言理解能力不同，重點是要考慮您的學生容易聽懂的話語。兩種詞彙語句比較舉例如下：

問題狀況	正向、具體的規範指令	負向、模糊、複雜的規範指令
AS上課常講話，老師為了處理而中斷上課	<ul style="list-style-type: none"> ● 上課想發言時我會舉手。 ● 發言前先舉手，老師點我後再開始說。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 我不要一直打斷老師上課。 ● 我會尊重老師上課。 ● 要在老師同意的前提下，我才能獲得發言的權利。
AS用不適當的方式跟同學互動	<ul style="list-style-type: none"> ● 想跟同學打招呼時我可以叫同學的名字、眼睛看一下同學。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 我不可以亂碰同學。 ● 我不可以一直叫同學的綽號。 ● 我應該要好好的跟同學相處。

3. 通常只要跟他強調幾個較重要的規範就好；隨著他的進步再逐漸增加要求。AS學生不太能負荷同時被要求過多而繁瑣的規定。

- **獎勵他的好表現：** 如果他有好的行為表現，請隨機的讚美他，最好讓他知道他做了什麼好行為；例如：「你剛剛玩遊戲時都有聽裁判的指揮，很有風度呢！」。您也可以跟特教老師討論以設計出適合他的系統性增強制度。

- **提醒：** AS學生在適應新規範時，通常開始表現不太穩定；這是正常的現象，畢竟他們學習新規範會比一般孩子來得更困難。老師或同儕適時的、溫和的給他提醒，可以協助他達成師長的期待。例如：當孩子說話音量越來越高亢時，可以提醒他小聲一點；當孩子上課插嘴、一直問老師問題時，可以提醒他記得先舉手。
- **視覺化提示：** 可以將班級的規範或和他討論的結果，用文字或圖示記錄下來，可以加深AS學生的印象，並做為平日的常規提示。



Q11

有時他說話太直接，讓老師覺得不舒服，我可以怎麼做？



AS學生對於理解及解讀情境，或站在別人的觀點想事情，是有困難的（參見前言），因而會說出不適合該情境的話，甚至像在言語攻擊他人。例如：老師在罵全班時還一直爭辯，變得火上加油；唐突地指陳某人的缺點，例如：對一個身材豐滿的女生說「你太胖，該減肥了」。了解AS學生這樣的困難，並讓班上其他學生也能理解，不要以為他有意針對個人攻擊，可以減少不舒服的情緒，也避免許多衝突與糾紛。

AS學生願意與老師或同學互動，表達自己的想法和感受，都應該被鼓勵，若能利用這些對話的機會，教導適當的應對之道，何嘗不是件好事？以下是可以嘗試的策略：

- 若AS學生的說法無傷大雅，甚至滿幽默可愛，忽視或一笑置之，讓情境不會太尷尬。
- 私底下教導AS學生此行為產生的結果，以及下次應該怎麼做。例如：教導他們身材和體重對女生來說是很敏感的話題，當眾說女生太胖，會讓人產生尷尬、傷心難過、生氣等不舒服的情緒。下次在女性面前應該盡量避免聊身材或體重相關話題，若真的很想提出建議，私底下說就可以了。
- 將經常發生的問題或衝突，作為自然的教導機會，老師不需要大驚小怪，試著在問題發生後，稍加了解來龍去脈，再教導AS學生適當行為。例如：AS學生因為說話太直接而遭同學白眼，事件過後，教導他被白眼是很正常的，因為他的話如何令人感到不舒服，若下次有類似的情境，可以有哪些因應的方式（參考上一題）。

當您認為AS學生的話語有意挑釁，冷靜處理（避免當場發飆）可有效使對方無法達到目的，之後保持溫和而堅定的態度，針對原本的議題討論。

Q12

他好像很容易跟同學發生衝突，為什麼？我可以怎麼幫助他？

AS學生常因為情境解讀的困難，誤解或負面解讀他人的意思（參見前言），如果沒能立即澄清，負面情緒一觸即發，是衝突發生的原因。另外，AS學生僵化的思考模式，會讓他固著於既定的想法，不易改變，一旦有了負面情緒，加上缺乏協商、回嘴等社會技巧，使他們容易變成眾矢之的，好像全是他的錯！

即使是一般學生之間也難免時有衝突情況發生，秉持中立而協助的態度，讓學生感受到老師是支持解決問題，而非一味怪罪，是基本而重要的關鍵。以下作法供老師參考：

● 環境調整的作為上

1. 可以先運用相對簡單易行的方式：隔開最容易與AS學生發生衝突的同儕，減少必須花許多時間收拾殘局的困境。
2. 指派AS學生做事，當老師幫手之餘，自然減少在老師無法監控的情境中，與同學發生衝突的機會。
3. 教導同儕和AS學生互動時，當觀察到某些先兆行為，像是：唸唸有詞、緊握拳頭、身體靠近等行為時，盡快離開現場，報告老師，讓老師處理。（接下頁）



- 長期來說，AS學生需要學習適當的社會技能，這些技能包括：

1. 溝通和互動技巧，以避免衝突發生
2. 處理衝突情境的技巧，包括處理情緒和合宜的行動。

特殊教育教師通常可以針對AS學生社會技能缺陷設計課程教學，並運用獎懲制度塑造適當的行為，而當AS學生學會較多可以因應的適當行為，衝突機會自然逐漸降低。



- 普通班老師還是常有機會處理衝突情境，處理時可掌握以下的原則：

1. 利用傾聽及簡單摘要同理學生的感受，先讓他們情緒上感到被支持（不代表認同其行為）。例如：「聽起來你很有生氣別人說你是『激動派派主』。」而不是：「被別人說你是『激動派派主』又不會怎樣，幹麻生氣？」
2. 盡量使用AS學生可以理解的詞彙。可以觀察學生對你說完話的反應，若有疑惑的眼神或答非所問，可以嘗試換句話說。
3. 直接說出事件造成的結果，以及和學生的關聯，例如：「打破玻璃可能有大出血的危險，也會讓同學感到害怕，擔心你是不是下次生氣還會做出這種危險的舉動。」盡量避免拐彎抹角或諷刺的說法，例如：「你以為你強壯喔？這樣可以去表演特技喔！」
4. 教導他們考慮行為的後果，選擇比較可以被接受的方法。例如：要學生想出下次可以因應的行為，並評比這些行為的合宜性，選擇不傷害自己和他人，並對問題解決有幫助的方法。

Q13

我發現一些AS學生也會被欺負，我該怎麼預防和處理？

霸凌（bully）專指孩子們之間惡意欺負的情形，對於加害者、受害者和旁觀者的心理發展與學校適應均有嚴重的影響。

一般而言「霸凌」包括肢體的霸凌、言語的霸凌、關係的霸凌（故意忽視、排擠、挑撥排擠、歧視弱勢同儕、散佈謠言、散播不實謠言中傷某人等）、性霸凌、反擊型霸凌（受凌學童長期遭受欺壓之後的反擊行為）

AS學生常遭遇的是言語和關係的霸凌，長此以往可能演變為反擊型霸凌者。當老師發現AS學生經常有情緒行為問題時，可能需要深入瞭解是否潛藏霸凌的問題。

若確認有霸凌問題可以嘗試以下作法：

- 平日多觀察學生的言行，倘若發現霸凌事件就立即處理，並且盡速通知加害者與受害者的家長，安排與家長的面談。
- 將加害者與受害者分開談，如果加害者不只一位，應快速地將每個人分開談。
- 運用校規或班規告訴加害者他的行為是不可接受的，告訴加害者將受到的懲罰，而且通知他的家長到學校處理。
- 發展受害者同儕支持的網絡，例如：鼓勵旁觀者見義勇為，直接阻止或私下通報老師。
- 跟輔導老師討論如何加強輔導加害者，也跟特教老師商討如何教導AS學生社交及因應的技巧，特別是果斷表達的技巧。
- 持續監控霸凌行為是否再復發。



Q14

在分組活動、下課、體育課或某些自由時間，他都很難融入同儕活動，為什麼？我可以怎麼幫助他？



和同學自然而然互動，有一群較好的朋友甚至死黨，常常在一起打打鬧鬧，似乎是一般學生不用教就會的。然而，對亞斯伯格症學生來說，因為溝通和社會互動上的困難，使得融入團體及活動變成一件不容易的事。例如：很多小團體中不成文的規則，學生之間不見得明講或寫成白紙黑字，AS學生不懂，就會冒犯到團體中的人，變成所謂「背叛」或「不團結」的人。又例如：有時在團體中吃點虧，或者一起輕微違反班規，是青少年表示對團體忠誠的方式，但AS學生會覺得不應該吃虧，或跑去告狀，結果就是不受歡迎。

分組報告或課堂討論是學科學習的重要管道。

建議老師主導分組，分組方式及說法建議如下：

- 將AS學生和一些性格上較不計較，或較能同情、理解AS困難的學生分在一組，減少學生之間摩擦衝突的機會。
- 學生通常在意小組成績，老師可以明白表示了解和AS學生同組可能要花比較多時間和精力，老師願意為大家的努力額外加分。此外也避免因AS學生個人的錯誤而連坐處罰同組學生，以致AS學生分組時更加困難。
- 鼓勵學生輪流與AS學生同組，讓大家都學習協助同學、增進社交技巧的好機會。

至於非課堂時間的同儕互動，強硬左右或主導學生結交朋友的自由意志，似乎有點不太合理，在不勉強學生之餘，可以鼓勵學生和不同的人一起玩。當老師營造的班級氛圍是正向的、包容異質的、具同理心的，AS學生在同學之間即使沒能有固定或很好的朋友，也不致遭受嚴重排擠，發生不必要的衝突。

Q15

同學會抱怨，他常常堅持己見，為什麼？我可以怎麼處理？

思考及行為較缺乏變通的彈性，是AS學生既有的特質，也是造成人際困難的原因之一。

另外，也可能因為AS問題解決及執行力較弱，用堅持己見，固著於某個行為，來規避改變。

首先，當同學抱怨AS學生堅持己見時，建議老師親自處理，不要再讓同學嘗試，避免造成更多衝突，最後難以收拾。接著，有如下幾個建議處理原則：

- 通常要先理解學生堅持的是什麼、原由為何，因為他們在溝通表達上有困難，常需要加上對其言行舉止的觀察與推斷，方能找出原因。有時可能會發現該原因很令人驚訝，但無論如何有助於對症下藥。

- 如果真的難以推斷原由，或處理時間緊迫，可以直接提供學生選擇，因為固執己見是AS學生難以變通的結果，提供選擇的好處是一方面緩解僵局，另一方面也讓學生學習處理事情要有彈性。例如：學生堅持不去上游泳課，可以告訴該生：「你可以去上游泳課，這是你本來就應該做的事，或者你可以去○○（地方，且該處有人可以協助看顧學生）」，事後再處理引導完成工作。

學生堅持之處可大可小，輕重緩急亦不全然相同，小者或可忽視，但若該堅持違反規定，甚而嚴重影響學習及人際關係，老師勢必需要投入更多時間、精力及人力來處理。



Q16

我知道特教老師是協助我帶好學生的好夥伴，在什麼情況下我可以去找特教老師商量學生的問題？

特教老師是您工作的好伙伴，誠懇密切的合作將使您的工作更順暢，防微杜漸、防範未然更是處理情緒行為問題的不二法門。您可以在以下狀況發生時去找特教老師商量：

●我自己心裡有些感受想找人談一談

1. 我覺得壓力好大、心情不好，想要找人談一談。
2. 當我需要跟家長溝通，卻擔心不知道怎麼講時。

●有關AS特質的問題

1. 我知道班上有一個AS的學生，想了解更多他有哪些特質，我要注意些什麼。
2. 當我發現AS學生上課不太聽講，我試著提醒他、鼓勵他似乎都沒有改進。
3. 當我發現AS學生下課時看起來無法與同學適當互動。



●班級管理

1. 當其他學生開始陸陸續續跟我告AS學生的狀況，或是AS學生向我訴說他與同學之間的問題，我嘗試去處理，卻覺得很困難。
2. 我發現AS學生常常沒有交作業。
3. 當我的教學活動需要將學生分組但是不知道用什麼方法分組AS學生才會欣然接受、參與活動。
4. 我設計了鼓勵班上學生的獎勵辦法，但是AS學生一直覺得不公平，讓我覺得難以處理。

●當AS學生高頻率或嚴重的發生以下特殊狀況時，可能需要特教老師協助做介入處理：

1. 干擾上課或其他活動的進行
2. 破壞物品
3. 自傷
4. 違抗、違規
5. 口語 / 肢體衝突
6. 常常請假或不進教室上課

Q17

特教老師在處理AS學生問題時，可能會需要我做些甚麼來配合？

●調整班級狀態

1. 建立班級獎勵制度，使用明確的班級規範。
2. 協助做班級宣導，讓班上同學能認識、理解、接納AS學生。
3. 當AS學生與同學出現摩擦爭執時，協助安撫同儕情緒。

●參與個案討論

1. 提供AS學生在班上的行為狀況相關資料或紀錄。
2. 討論各種策略在班上實施的可能性。
3. 如果發生情緒行為問題，則詳細描述情緒行為發生的過程（前因後果）。

●落實輔導策略

1. 使用特教老師設計的行為記錄表紀錄AS學生的行為，並據以修改介入策略。
2. 調整班上的軟硬體設施（例如：調整座位、清楚標示儲物櫃及繳交作業的地方）。
3. 協助安排同儕擔任小老師或義工。
4. 給一般學生和AS學生很多的讚美，以鼓勵一般學生繼續包容接納AS學生以及使AS學生願意繼續進步。
5. 執行介入策略。

大部份AS學生有些時間在普通班與其他學生一起學習、一起生活；有些時間到資源班接受特殊教育服務，需要週遭的人都用一致的方法對待他們。保持環境的穩定性，他們才有可能逐步適應，漸漸成長。如果對待他的方法不一致，AS學生就會無所適從，不知該如何因應環境對他的要求，繼而引起情緒不穩的狀況。所以特教老師在處理AS學生的問題時，需要充分了解AS學生在普通班的情形，與普通班老師達成共識，採取一致且適合AS學生的對待方法，因此，特教老師需要您配合以下一些事情：

Q18

當AS學生在學校發生狀況，我需要跟家長聯絡時，應該怎麼和家長溝通及合作比較好？



大約有兩種狀況需要老師與家長聯繫，第一種是沒有特殊問題發生，老師只是想告訴家長個案近況；另一種是發生緊急事件，需要家長立即知道，甚至協助處理的情況。不論哪一種，我們都希望能夠清楚讓家長知道老師的目的並不是抱怨，而是讓家長清楚了解「孩子發生什麼事情」、「當時學校基於達到什麼目標作了什麼處理」、「處理之後的效果如何」、「還需要家長協助什麼」，所以聯絡家長時要注意以下事項：

● 聯絡家長的目的和內容

先和個管老師或特教組長討論知會家長的方法及內容。

● 打電話前的準備

1. 事先想好談話的重點，以避免淪於情緒化的抱怨。

2. 先穩定自己的情緒再打電話，儘可能讓自己的語調和聲音溫和平靜。

● 聯絡內容

1. 先說明孩子的好表現。
2. 告訴家長發生的事件和目前處理的目標及處理方式。
3. 詢問家長是否希望學校老師協助些什麼。
4. 試著告訴家長「假如家長接下來做些什麼，會讓事情變得更好」。

假如學生發生特殊狀況（如：在家鬧情緒、不願意上學…）可能需要家訪，請試著盡量和另一兩位同事一起陪伴家長。即使無法陪伴，也要讓家長知道您的心意和困難。

Q19

班上有特教學生時，似乎有滿多的會議要參加，這些會議的目的是什麼？我在會議上可以做什麼？

因為特教學生往往需要眾人使用一致且經過設計的介入方法帶領才容易進步，而這些對待方法也往往需要經過協商才能取得共識，所以感覺上為特殊生開的會比一般學生多，這些會大約分成以下幾種：

● 新生轉銜會議

1. 會議目標：了解AS在前一個教育階段中的狀況，以從過去的經驗中迅速找到適合他的輔導辦法。
2. 會議重點：瞭解學生的成長軌跡、學生特性、有效的對待方式、提出問題，協助大家思考學生在大班級生活可能遭遇的困難。

● IEP期初會議

1. 會議目標：對該學期的教育輔導策略形成共識。
2. 會議重點：了解學生的各項能力現況、評估資料、優缺點、教導的方向、共同的對待策略、作業、成績、出缺席的處理方式。

● IEP期末會議

1. 會議目標：
 - 檢討當學期IEP執行的狀況。
 - 決定下學期IEP修改的可能方向。
2. 會議重點：提出一學期來的感受和想法給大家參考、檢討一學期中導致成功與失敗的可能因素和未來可行的努力方向。

● 個案研討會

1. 會議目標：對處理AS的介入策略形成共識並且確認執行策略的負責人。
2. 會議重點：知道自己要負責執行的策略是什麼、說明您看到的個案狀況、環境中同儕與個案互動的狀況、同儕的感受、提出疑問、討論可能調整的輔導方法。



Q20

除了學校以外，我還可以尋求哪些資源來協助我？

● 相關書籍

— 處理策略 —

1. 亞斯伯格症者實用教學策略：教師指南。
Leicester City Council, Leicestershire County Council 著／楊宗仁譯／心理（2004）
2. 亞斯伯格症：教育人員及家長指南。
邁耳士（Myles, Brenda Smith）著／楊宗仁、張雯婷、楊麗娟譯／心理（2005）
3. 亞斯伯格症在融合教育的成功策略。
Brenda Smith Myles 著／劉佳蕙、鄭淨勻譯／心理（2008）
4. 亞斯伯格症《寫給父母及專業人士的實用指南》。
東尼·艾伍德（Tony Attwood）著／何善欣譯／久周出版（2008）
5. 亞斯伯格症進階完整版《寫給家長、患者和專業人員的完全手冊》。
東尼·艾伍德（Tony Attwood）著／劉瓊瑛譯／久周出版（2009）
6. 自閉症教戰手冊 - 學校如何協助自閉症學生。
臺北市東區特教資源中心。
7. 與一顆星星相遇 - 如何利用社會性故事教導特殊學生。
臺北市東區特教資源中心。

— 相關傳記 —

1. 十人十色的小青蛙—理解需要特別對待的孩子們。
落合綠，宮本信也著／游珮芸譯／飛寶出版（2008）
2. 非關對錯：一段關於愛與自閉症的無聲之旅。
保羅·柯林斯（Paul Collins）著／許晉福譯／久周出版（2007）
3. 星星小王子：來自亞斯伯格宇宙的小孩。
肯尼斯·霍爾（Kenneth Hall）著／侯書宇、侯書寧譯／久周出版（2007）
4. 看我的眼睛。
約翰·羅賓斯（John Elder Robison）著／朋萱譯／遠流出版（2008）
5. 破牆而出：我與自閉症、亞斯伯格症共處的日子。
史帝芬·蕭爾（Stephen Shore）著／丁凡譯／心靈工坊（2008）
6. 與亞斯伯格症快樂共處：克服AS成年挑戰的心靈地圖+實用策略。
卡利（Carley, Michael John）著／久周出版（2008）



● 特教諮詢專線

1. 國立台灣師範大學特殊教育中心
諮詢專線 TEL：02-7734-5099。非專線時間可透過網路諮詢留言。
2. 臺北市立教育大學特殊教育中心
諮詢專線 TEL：02-2389-6215。非專線時間可透過網路諮詢留言。
3. 國立臺北教育大學特殊教育中心
諮詢專線 TEL：02-2736-6755。非專線時間可透過網路諮詢留言。
4. 臺北市東區特教資源中心
特殊教育學生情緒行為問題輔導諮詢專線 TEL：02-2732-0608
（每週一至週四下午，13:30~16:30）

● 相關網站

1. 中華民國自閉症總會 <http://www.autism.org.tw/>
2. 財團法人中華民國自閉症基金會 <http://www.fact.org.tw/cetacean/front/bin/home.phtml>
3. 亞斯柏格和高功能自閉症之家 <http://www.wretch.cc/blog/asperger>
4. 財團法人台北市自閉症家長協會 <http://www.tpaa.org.tw/>
5. 台中市自閉症教育協進會 <http://www.taea.org.tw/>
6. 高雄市自閉症協進會 <http://www.ksautism.org.tw/style/front001/bexfront.php>
7. 星兒的天空 <http://star-angel.idv.tw/index.htm>





亞斯伯格症20問 - 教師實用輔導手冊

出版者：臺北市政府教育局

發行人：吳清山

編審指導：康宗虎 林騰蛟 楊麗珍 蔡實 蕭瑞芬 林稚維 陳採卿

指導教授：張正芬

執行編輯：蔡明蒼 蘇祐菡 闕媽男

編輯小組：張雯婷 黃雅君 曾瑞蓉 廖芳玫（依筆劃序）

封面設計：陳雅萍

編印單位：臺北市立芳和國民中學／臺北市東區特教資源中心

印製者：九天馬創意行銷整合有限公司

校園憂鬱與 自我傷害三級預防



委託機關：教育部

執行單位：國立成功大學

總編輯：柯慧貞

執行主編：廖聆岑

編輯人員：周鈺翔、林旻沛、李昆樺、林聰仁、吳詠葳、邱思華、

盧永欽、陳姿曄、馬湘婷、廖婉如
審閱：陳信昭、郭敏慧、陳秀蓉、馬莉莉



目次

頁碼	目次
003	第一章 認識憂鬱
008	第二章 常見的自殺迷思
011	第三章 自殺的原因為何？
016	第四章 自殺該怎麼預防？有那些有效的自殺防治策略？
016	第一節 校園自殺的三級預防模式介紹
017	第二節 第一級預防
019	第三節 第二級預防
026	第四節 第三級預防
038	第五節 政策澄清
附錄	
041	自殺防治緊急聯絡電話/24小時直撥專線
042	各地區精神醫療責任醫院
043	各地區生命線
043	各地區張老師
044	各社區心理衛生中心
045	其他自殺防治機構
045	參考文獻資料

第一章 認識憂鬱

Q1：什麼是憂鬱症狀？

A：「憂鬱」是一種情緒狀態，每個人的情緒都會有高低的起伏；一生當中很多人曾出現過憂鬱的情緒；像是遭遇到失落、挫折時，常可能會覺得憂鬱。通常憂鬱的表現，包含五大層面，分別是情緒、動機、思考、動作、生理等層面。通常會有以下的特徵：(1) 在情緒方面，會有憂鬱的情緒；(2) 在動機方面，會對事情失去興趣、喜樂；(3) 在思考方面，自尊會變低，經常對事情有罪惡感，思考困難或無法專心，甚至出現自殺想法；(4) 在動作方面，行動變得激躁或遲緩；(5) 在生理方面，會出現體重減輕／增加、胃口減低／增加、失眠／過度睡眠、疲倦／無力等現象。

Q2：有憂鬱症狀＝得了憂鬱症嗎？

A：憂鬱症狀≠憂鬱症。導致憂鬱症狀的原因有很多，除了外在壓力事件外，許多生理與心理的因素都可能導致憂鬱症狀。但是，若要診斷為憂鬱症，需經精神醫學專業判斷，根據精神疾病診斷系統，評估所出現憂鬱症狀的嚴重性與出現時間長短，並排除由於生理因素或服用藥物所引發的憂鬱症狀以及其他精神病、精神分裂症、情感性精神分裂症、雙極症（即考慮是否曾有躁症或輕躁症發作）的可能性之後才能下此診斷。「憂鬱症」雖是一種疾病，但多數可以在精神科醫師與臨床心理專業的協助以及其他諮商與輔導相關資源的整合運用下，恢復正常生活功能。要注意的是，「憂鬱症」個案會出現憂鬱症狀；但有憂鬱症狀的人卻不一定是「憂鬱症」。

Q3：什麼是憂鬱症？

A：根據美國精神醫學會於1994年出版的第四版精神疾病診斷統計手冊之系統，當以下9項憂鬱症狀之中出現5項或5項以上，且至少持續兩個禮拜，而且這些症狀是原先所沒有的現象，同時(1) 憂鬱的情緒或(2) 對事情失去興趣、喜樂此兩項症狀至少應有其中之一，便符合憂鬱發作的診斷。在診斷憂鬱症時，要特別小心排除由於生理因素或服用藥物所引發的憂鬱以及排除其他精神病、精神分裂症、情感性精神分裂症、雙極症的可能性之後才能下此診斷。且要注意：若症狀明確由於一種一般性醫學狀況、或心情不一致之妄想或幻覺所造成（如癌症患者的疲累或因妄想食物被下毒而不吃造成體重下降），則勿包含在內。

九項憂鬱症狀包括：

- (1) 憂鬱心情，幾乎整天都有，幾乎每日都有，可由主觀報告（如感覺悲傷或空虛）或由他人觀察（如看來含淚欲哭）而顯示。注意：在兒童及青少年可為易怒的心情
- (2) 在所有或幾乎所有的活動，其興趣或喜樂都顯著減少，幾乎整天都會，幾乎每日都有（可由主觀報告或由他人觀察而顯示）
- (3) 非處於節食而明顯體重下降，或體重增加（如：一個月內體重變化量超過5%）；或幾乎每天都食慾減少或增加。注意：在兒童，幾乎無法

增加預期應增加的體重即應考慮

- (4) 幾乎每日失眠或嗜睡
- (5) 幾乎每日精神運動性激動或遲滯（可由他人觀察得到，而非僅主觀感受不安定感或拖滯感）
- (6) 幾乎每日疲累或失去活力
- (7) 幾乎每日有無價值感，或過份或不合宜的罪惡感（可達妄想程度）（並非只是對生病的自責或罪惡感）
- (8) 幾乎每日思考能力或專注能力減退、或無決斷力（由主觀陳述或經由他人觀察而顯示）
- (9) 反覆想到死亡（不只是害怕自己即將死去）、重覆出現無特別計畫的自殺意念、有過自殺嘗試或已有實行自殺的特別計畫

Q4：哪些生理因素可能導致憂鬱症狀？

A：在臨床上，腦部受傷、腦炎、腦中風、腦瘤，或一些腦部病變如：癲癇、失智症、帕金森氏症、多發性硬化症、漢汀頓症等，有時候也會引發類似憂鬱症的症狀。其他一些內分泌失調或內外科疾病如：甲狀腺功能低下、庫欣氏症（血中腎上腺皮質類固醇過量）、癌症、紅斑性狼瘡，也可能會引發憂鬱症狀。因此在診斷是否為憂鬱症時，都要小心排除這些生理疾病的可能性，以免延誤治療時機。若是生理疾病引起的憂鬱症狀，需先主要處理生理問題。

Q5：哪些藥物可能導致憂鬱症狀？

A：心血管疾病的藥物，如降血壓藥物、心臟用藥，或是類固醇，也會引起憂鬱症狀的副作用。此外，酒精以及某些毒品如：安非他命、古柯鹼、鴉片、鎮靜劑、幻覺劑、搖頭丸等，在使用過後或是出現戒斷症狀時，也會出現憂鬱的症狀。因此，在判斷學生是否為憂鬱症時，也需小心排除學生是否有濫用酒精或藥物的情形。若是藥物引起的憂鬱症狀，需先處理服用藥物上的問題。

Q6：憂鬱症的形成是單一因素嗎？

A：許多研究顯示憂鬱症是由多元因素所導致的，包括早期家庭與性格脆弱因素、生物性脆弱因素、社會心理壓力、認知偏差、情緒調節不佳以及腦功能調節的異常等，每個個案的發病原因，幾乎都是上述的因素彼此交互作用的影響有關。值得注意的是，上述因素都是可能罹患憂鬱症的危險因子，若上述因素越多，負面影響越嚴重，罹患憂鬱症的機率就越高，反之，如果個人性格樂觀健康，擁有良好因應壓力的方法，情緒調節能力也佳，這些正向因素也可能是保護因子，可以降低一個人罹患憂鬱症的機率。

Q7：憂鬱症可能與大腦功能異常有關？

A：腦影像學的研究已指出，有些憂鬱症患者的腦前額葉與邊緣系統之功能較差，尤其是在基底核、殼狀核與尾核三個部位，且大腦內的神經傳導物質失去了平衡。臨床研究已發現憂鬱症患者可能是因為遺傳基因與後天壓力的影響，

使腦內之正腎上腺素（Norepinephrine）、血清素（Serotonin）等神經傳導物質功能減少或失調，進而影響大腦功能所致。因此，憂鬱症患者會有情緒低落或暴躁、吃不下、睡不著、注意力不集中...的現象。而藥物治療主要是藉調節上述所提到的腦內神經傳導物質之功能，以降低憂鬱症狀。換句話說，憂鬱症亦是一種疾病，就像是高血壓、心血管疾病、糖尿病一樣可能有其特殊的體質因素及遺傳傾向，只是症狀主要以內疚、失眠、憂鬱、自殺念頭等來表現。

Q8：憂鬱症可能跟家庭功能有關？

A：以下的說明是提及罹患憂鬱症的危險因素之一，即過去研究發現，有些人從小在家庭中受到歧視或虐待，或是家庭凝聚力低、衝突較多而激烈，父母管教不一致等家庭因素可能使一個人在成長過程，形成較脆弱的性格特性，而較容易在壓力下產生憂鬱症狀。而當憂鬱青少年將自己孤立在家成員之外，其易怒及干擾行為等症狀，也會使家庭生活品質降低。同時，當憂鬱青少年從家庭生活中退縮，斷然拒絕父母的關心，使父母感到挫折後也變得生氣、多批評，同時也讓青少年感到更加生氣、愧疚和憂鬱，於是彼此責備與敵意的循環便開始啟動，難以打破，進而使憂鬱加劇。相反的，倘若家庭成員彼此支持較多、營造開放正向與合作分享的家庭氣氛，有助於降低憂鬱症發生的機率。

Q9：憂鬱症常和性格有關？

A：以下資料提醒的是有下列性格，有可能是罹患憂鬱症的危險因子之一，有許多研究探討性格與憂鬱的關係，發現具有某些性格特質的人，罹患憂鬱症的比例較高。美國賓州大學精神科貝克博士（A. T. Beck；引自柯慧貞，2002）發現有兩種性格特徵的個體，可能容易有較高的憂鬱傾向：自主型性格與依賴型性格。

1. 自主型性格傾向高的人，成就需求高，做事有明確的目標，對自己的要求很高且非常在意犯錯或失敗；因此，容易在表現不佳或不如人時，覺得無法達到期望與標準，而出現自卑感與罪惡感。
2. 依賴型性格傾向高的人，人際需求高，十分重視人際關係，比較依賴、需要他人的陪伴、喜歡及讚許；時常擔心被拒絕且過度敏感，渴望得到關懷、保護、讚許，不容易表達對別人的憤怒等；因此，容易因為不被喜歡、被拒絕或分手而感到不安與沮喪。

Q10：悲觀的人比較容易患憂鬱症？

A：研究發現具有負向思考內容與推論方式，或較僵化、單一自我價值觀的人，對於未來容易感到悲觀，而且傾向把目前生活的情境解釋成挫折，因而罹患憂鬱症的機率較高。而當一個人憂鬱發作時，也會再把事情看得更加負面。

Q11：壓力大，容易產生憂鬱症？

A：憂鬱症容易在重大失落事件（如離婚、配偶過世）發生後伴隨而來的負面生活壓力而產生。研究指出在憂鬱發作前的一個月，個體可能經歷較多的壓力

事件；但是，只有約20-50%經歷過重大壓力事件的人，會出現憂鬱的症狀。因此，壓力事件雖然是引發憂鬱症的原因之一，但並不是每一個人在遭遇壓力事件後都會罹患憂鬱症；而是如果一個人具有憂鬱的危險因子，如在遺傳、生理體質、性格、思考方式、因應技巧...等方面有了較負面的特性，比較容易在壓力的事件下產生較大的壓力反應，因而引發憂鬱症。

Q12：人際關係不好較容易產生憂鬱症？

A：美國克勒門（G. L. Klerman；引自謝碧玲，2002）及其同事曾指出有四種主要人際問題可能會導致憂鬱症，包括：「傷慟或哀傷反應」、「人際衝突」、「角色轉換」以及「人際缺陷」。人際取向心理治療專家認為只要能夠協助個案有效因應目前所面臨的四種問題中至少一項，就能夠減輕憂鬱所帶來的困擾。

1. 「傷慟或哀傷反應」指的是心中還沒有平復的傷慟。傷慟或哀傷是人類正常的情緒表現之一，然而對一個失去親人的人而言，如果遲遲無法平復，又或者持續太久，甚至出現了病態的身心反應，都會造成個案身心適應上的困擾。例如：小華因母親過世，傷心長達半年，甚至開始出現憂鬱反應。
2. 「人際衝突」指的是經常性的與日常生活中需要接觸的人起衝突或爭執。人際關係的層面廣泛，除了家庭中的家人、夫妻、親子、親戚關係外，另外就是工作中的人際關係，好比老闆、下屬或同事，也有可能是生活中的朋友互動，當然也可能是社團中所認識的人際網絡。例如：老趙因為常受到同事排擠與上司不當的剝削，造成其排斥上班工作，甚至因而產生心情低落、胃口差的反應。
3. 「角色轉換」指的是從原來的社會或職業角色轉換到另一新角色的適應困難，包括生命中各種發展與轉變，像是社會新鮮人。角色轉換大致可以從三種類別所帶來的衝突來探討：（1）生命階段中的重大轉變，比方說升學、結婚、離婚、生子或是小孩長大離開家庭所帶來的衝擊，例如大一新鮮人若無法適應大學生活，便可能會對自己出現負面的評價，進而出現心情低落的情形。（2）工作方面的重大轉變，比如說求職、升遷、轉換跑道或被降級、懲處，甚至被解雇，例如被解雇的老章，龐大的經濟壓力壓得他喘不過氣來，開始出現失眠、胃口差的生理反應，也出現了心情低落的情形。（3）意外性事件或生命中不可預料的變化所帶來的重大衝擊，例如在意外中受傷以致嚴重傷殘。
4. 「人際缺陷」指的是個人在處理人際關係或是與人互動的技巧上有困難。有些人在人際關係上較為孤立，也可能社交技巧比較不足。由於這類人常缺少社交技巧或者有著長期、持續的人際困擾，通常他們的問題也比較難以處理。

Q13：上述因素是同時發生的，還是個別出現才會導致憂鬱症的產生呢？

A：若從生理、心理與社會整體的角度來說，根據壓力-特異質的假說觀點（Stress-

Diathesis Model)，憂鬱症發生的潛在因素，包括「體質」和「個人特質」，也就是上述所提到的一些因素，像是性格、壓力因應習慣、大腦或基因影響等潛在特質；加上如果外在環境存在著誘發疾病的壓力事件，如：環境壓力、家庭或人際衝突等壓力事件，這時比較有可能出現憂鬱症。

以上兩者是彼此互相影響並環環相扣，甚至有的特質會衍生出其他的特質與壓力，進而使原來的特質功能更差，壓力事件也更多。舉例來說，一個經常被憂鬱情緒與失眠等憂鬱症狀所苦的女孩子，其人際關係比較疏離；倘若剛好遇到升學壓力事件，個人無法有效因應，而朋友可以提供的協助也有限，便可能使其憂鬱症狀加重，甚至更退縮封閉，而落入更負面的循環中。因此，憂鬱症的發生原因可能是多元的，同時包含生理、心理及外在環境、社會文化等因素。

Q14：憂鬱症要如何治療？

A：根據臨床研究，憂鬱症治療最有效的方法不外乎藥物治療與心理諮商與治療兩種。藥物治療主要是藉由藥物調整腦內神經傳導物質的平衡，進而減緩憂鬱症狀。精神科醫師會根據病患的個別差異來選擇藥物進行治療，不同的憂鬱症病患，根據當下的症狀表現與生理狀態以及病程發展，其藥物治療的選擇便可能有很大的差別。而在心理諮商與治療方面，常用的包括：認知行為心理治療（CBT）、人際關係心理治療（IPT）、辯證式行為治療法（DBT）、家族治療、領悟取向心理治療與團體心理治療六種，經過研究證實都具有不錯的療效。

根據文獻回顧分析指出，對較嚴重的憂鬱症（尤其是合併妄想或幻覺等精神病症狀），通常將藥物治療與心理治療合併使用，可以藉由藥物先快速有效調整病患的腦內神經傳導物質的功能，進而降低症狀的嚴重度，然後再進行心理治療，協助病患接受自己的病情，並經由改變憂鬱的負向想法與壓力因應與人際互動技巧，協助其調適個人情緒與因應其周遭壓力環境，進而協助病患達到生理、心理與社會整體的改變，以得到較好的治療效果。

而對於不併有精神病症狀或非雙極症鬱期發作的個案，尤其是大多數輕度或中度嚴重的憂鬱症患者或學生常見的併有憂鬱情緒的適應障礙，可以在心理諮商與治療的幫助下，學習正面思考、情緒調節及壓力因應等策略，以改善憂鬱程度。

Q15：為什麼要重視憂鬱症的防治？它會造成什麼影響？

A：憂鬱症不但會造成我們情緒上的低落與痛苦，還可能會影響到課業、人際、日常生活等方面；較嚴重的甚至衍生出自我傷害或自殺的問題。過去的研究調查顯示，自殺人口中，約有百分之五十至九十左右在自殺前可能曾罹患憂鬱症。因此，憂鬱症對我們的社會、身邊的朋友、甚至是自己的影響甚劇，因此我們在進行自我傷害防治工作時，憂鬱防治是很重要的一環，兩者可謂是息息相關。

接下來，我們要一起來認識自殺的成因，以及自殺的三級預防。

第二章 常見的自殺的迷思

Q1：常見的自殺迷思有哪些？

A：過去，社會大眾對於自殺有許多錯誤的看法；概括來說，一般人對自殺會有以下十四點迷思，包括：

1. 談論自殺會讓本來不想自殺的人，變得有想自殺的念頭。
2. 會說想要自殺的人，不一定真的會自殺。
3. 具高度自殺危險性的人是抱持著必死的決心。
4. 具高度自殺危險性的人一定是有特定的原因才會想自殺。
5. 自殺乃是突然發生，不可能提早預防。
6. 想自殺的人並不會尋求幫助。
7. 當高度自殺危險性的人在心情變好之後，就表示自殺危機已經解除了。
8. 會跟別人說想自殺的人，其實只是想得到別人的注意。
9. 想自殺的人都是瘋子。
10. 想自殺的人都有心理疾病。
11. 有憂鬱症的人一定會自殺。
12. 一個人一旦想要自殺，他就一輩子都有會自殺的危險。
13. 兒童不會知道任何自殺方法。
14. 沒有留下遺書的人其實不是真正想自殺的人。

Q2：談自殺是危險的；一旦談到自殺，會使不想自殺的人也想自殺？

A:No！這是個錯誤的觀念，公開地談論自殺的話題並不會讓人有想自殺的念頭！但是，對於想自殺的人而言，若有人能及時和他談一談，才能夠儘早地幫助他，降低他真的去自殺的危險性！最重要的是，要有機會且能傾聽，並與想自殺的人討論他對自殺的看法，適時地給予關心，鼓勵他嘗試接受或選擇適當的協助。

Q3：說想要自殺的人，不一定真的會自殺？

A：No！有 8-9 成自殺的人在自殺前會向身邊的人表達出想自殺的念頭與求助訊息！所以適時敏感覺知，提供關心和協助是非常重要的。

Q4：具高度自殺危險性的人，是抱持著必死的決心？

A：No！他們並非一心一意求死，而是內心充滿矛盾；雖然他們感到絕望、痛苦，想要結束生命，但他們一方面也希望有人可以及時地提供幫助，以順利地度

過目前的難關。所以危機也可視為是轉機。

Q5：具高度自殺危險性的人一定是有特定的原因才會想自殺？

A：No！會自殺的原因是多重的(例如親子關係發生問題、學校適應困難、生活壓力事件、身體問題、情緒困擾、認知偏差等)，可能同時受到好幾個原因相互影響而產生的念頭，所以在瞭解自殺的原因時，要試著以多方探索的態度來幫助想自殺的人喔！

Q6：自殺乃是突然發生，不可能提早預防？

A：No！自殺有一些潛在性的因素，瞭解這些潛在性的因素可以幫助專業人員提供適當的協助和介入以預防自殺的發生。雖然無法做到百分之百的預防自殺，但自殺的危險性是可降低的！所以，要能及時地評估危急學生自殺的危險性，並且針對危險性高的學生進行危機處理及關懷，以做到預防效果。

Q7：想自殺的人不會尋求幫助？

A：No！根據一項研究顯示，約有百分之七十五自殺身亡的人在自殺前三個月內曾經找過相關醫療專業幫助，因此想自殺的人是會想要尋求幫助的。

Q8：當高度自殺危險性的人在心情變好之後就表示自殺危機已經解除了？

A：No！警覺性仍要繼續保持。想自殺的人心情變好並不表示他想自殺的危機解除了，相反的，有可能表示他對想自殺和不想自殺之間的衝突因某些原因而消失，而讓他決定了以自殺作為解決問題的最終方法。

Q9：會跟別人說想自殺的人，其實只是想得到別人的注意？

A：No！自殺的人並不一定只想要得到關注，他們也希望有人能夠聽到自己的吶喊，也想要找出減輕痛苦的方法。

Q10：想自殺的人都是瘋子？

A：No！想自殺的人並不適合用瘋子或發瘋等字眼來標籤他們的行為，因為自殺行為和瘋狂並不相同，事實上自殺行為的起因是多重的，而且只要接受適當的協助，其實是可以改善的。

Q11：想自殺的人都有心理疾病？

A：No！並非只有心理疾病的人才會想自殺。當情緒低潮或承受的壓力大過於自我能調適時，也有可能想自殺。

Q12：有憂鬱症的人一定會自殺？

A：No！憂鬱分數也是預測自殺的預測因素。國內外許多的研究都指出憂鬱症與自殺之間有高度的相關性，憂鬱也常可顯著預測自殺行為的出現；因此憂鬱的早期篩檢與介入，常被用做是有效預防自殺的方法；但是這二者並非是必然的關係，並不是有憂鬱，都會自殺；或自殺的都有憂鬱。重要的是，要教

導與關心學生如何覺察與辨識自己的憂鬱情緒，並且學習用各種建設性、較正向的方法來調整壓力與自己的憂鬱情緒，而不要採用自殺方法來解除痛苦。

Q13：一個人一旦想要自殺，就一輩子都有會自殺的危險？

A：No！自殺過的人，如果導致其自殺的危險因子（如：憂鬱情緒、負向思考、壓力等）沒有降低，則再度自殺的危險性仍高。但當自殺未遂的人的導致自殺的成因能有所改變後，通常尋死的想法就會減少。

Q14：兒童不會知道任何的自殺方法？

A：No！兒童通常會從電視新聞、節目或相關媒體學到自殺的方法，以及兒童重要的親人或朋友，都可能成為兒童模仿的對象或方法。

Q15：沒有留下遺書的人不會想自殺？

A：No！只有約三分之一自殺身亡的人會留下遺書。



第三章 自殺的原因為何？

Q1：為什麼一個人會自殺？

A：導致一個人會想自殺的原因有很多，大致上可以簡單分為潛在性危險因素與急性壓力事件（導火線）兩大類。

Q2：自殺的潛在性因素有哪些？

A：當某些特定的因素出現時，較會引發想自殺的念頭，甚至是採取自殺的行動，這些因素可以分為生物因素、性格因素及過去的自殺史。

Q3：自殺的可能生物性因素有哪些？

A：根據臨床研究發現，下列幾種生物性因素可能與自殺有關：

1. 大腦功能的失常：長期的腦部功能失常會導致一個人較容易出現自殺的衝動。過去研究指出，血清素是腦部和情緒有關的重要神經傳導物質之一，想自殺的人或自殺身亡的人，在其血液中的血清素濃度可能比一般人來得少。
2. 精神疾病：約有 50% 至 90% 的自殺身亡個案曾患有一種以上的精神疾病，因此若一個人患有精神疾病，尤其是憂鬱症或躁鬱症，受到相關的精神症狀影響下，出現自殺的機會也較高。
3. 慢性疾病：有些患者因不堪長期身心病痛而尋短見，因此慢性不易控制的疼痛、重複的手術及併發症，或者罹患惡性腫瘤、身體受意外或疾病而變成殘廢等，也都是可能產生自殺的長期地雷。

Q4：自殺的可能性格因素有哪些？

A：性格因素常包括持久性的負面思考習慣、較差的挫折忍受度、不足的問題解決能力和技巧、習慣以逃避的態度面對問題、個性比較衝動、過度在意他人對自己的看法、會用比較高的標準來要求自己的表現、個性較為依賴、人際關係較為疏離、不容易與朋友建立親密關係等特質，都是容易造成自殺行為的地雷。

Q5：過去曾經自殺過的人較容易自殺？

A：約有 25% 至 50% 的自殺身亡個案過去都曾有過想自殺的念頭或自殺未遂；因此，此因素若與精神疾病結合，則自殺的危險性將大為提高。

Q6：常見的自殺導火線（急性壓力事件）有哪些？

A：可以簡單分為幾個部分來看，包括：

1. 個人面對壓力事件，卻沒有足夠的能力或技巧處理時。對青少年而言，失落事件是常見的自殺導火線，青少年常見失落事件有重大的人生挫折或重要親密關係的結束：失戀、失業、在學校受到排擠、聯考失常、父母因意外驟然過世等。

2. 目前正經歷許多負面情緒的時候，包括悲傷、難過或生氣等。
3. 身邊有人自殺身亡，讓個人有模仿自殺行為的機會，尤其是知名人士的自殺。
4. 對正在計畫自殺的人而言，要用來自殺的工具或方法越容易獲得的話，其出現自殺行為的機會也會越高。

Q7：跟自殺可能相關的生活（壓力）事件有哪些呢？

A：

1. 遇到生活上的困境：例如學業表現不理想或遇到瓶頸、情感上的失落、爆發人際或親子衝突事件等，都是青少年常見的壓力事件；另外還有經濟或社會地位遭受重大的打擊、身體狀況突然變差，健康或外貌上的改變、因酒精或藥物中毒而導致的心智耗弱、判斷力變差等。對這些生活中發生的壓力，若個體不知如何有效應對，因而產生無助感、無望感，便可能促發自殺的動機。
2. 負面情緒與負面想法的產生：例如反覆地害怕、擔心、沮喪、無助、絕望等感受接踵而來所產生的憂鬱感，或是自責、憤怒、自殺意念等負面情緒的產生，皆可能成為急性危險因子。要注意的是，對憂鬱的病人而言，當這些情緒發生在憂鬱狀況突然獲得改善、初期病情好轉的時候，可能更容易產生自殺意念。這是當憂鬱症狀中的動作遲緩、疲累因素已改善，但自貶、罪惡感及自殺意念等症狀未改善下，反而可能去執行原本無法實行的自殺行動。
3. 同儕間的模仿行為：例如聽到別人談論某人有自殺行為與其方法，或在媒體看到自殺的報導，經由認同與模仿，在同儕或偶像自殺後也興起自殺意念，加上媒體對自殺案件的不當報導，皆可能加速青少年自殺行為的產生。
4. 自殺工具或途徑的取得方便：在校園中若有非法工具的取得途徑，如非法藥品、致命物品等，皆可能會加速自殺行為的產生。
5. 家庭、社會文化的影響：對幼童、青少年、女性與老年人而言，家庭社會中不平等的權力地位與勞力分工，以及家庭婚姻暴力，往往是導致其自殺的生活壓力事件。以女性而言，在家庭中長期感受到自己無法控制自己的生活，可能變得較被動，對許多人、事、物都感到負面悲觀及缺乏自信；許多女性除了家庭外還有工作，而且普遍負擔家庭中大部分家事；以往在華人社會的脈絡下，女性更常需面對世代之間的角色衝突，如婆媳問題；此外，由伴侶、配偶或其他家庭成員所施加的嚴重或持續的身體暴力或精神虐待，都可能導致自尊心及自我價值感喪失，進而衍生出自殺行為。

Q8：自殺有徵兆可言嗎？可能徵兆有哪些？

A：有以下自殺徵兆的人，在短期內較有可能嘗試自殺，包括：一個人目前的憂鬱程度與自殺意念偏高，都很有可能以自殺來解決問題。教育部所出版的校園自我傷害防治手冊中，進一步將自殺的可能徵兆分為語言上、行為上、環境上以及併發症的線索，愈多徵兆愈要提高警覺，及時要介入進行危機評估與處理。

1. 語言上的線索：表現想死的念頭，可能直接以話語表現出來，也可能在其所做的文章、詩詞或圖畫中表現出來。
2. 行為上的線索：
 - A. 突然、明顯的行為改變。
 - B. 出現相關的學習與行為問題。
 - C. 放棄個人擁有的財產。
 - D. 突然增加酒精或藥物的濫用。
3. 環境上的線索：
 - A. 重要人際關係的結束。
 - B. 家庭發生大變動，如財務困難、搬家等。
 - C. 顯示出對環境的不良適應，並因而失去信心。
4. 併發性的線索：
 - A. 從社交團體中退縮下來。
 - B. 顯現出憂鬱的徵兆。
 - C. 顯現出不滿的情緒。
 - D. 睡眠、飲食習慣變得紊亂、失眠、顯得疲倦、身體不適。

Q9：有哪些因素可以保護一個人不自殺呢？

A：簡單來說，可以分為三個部分：

1. 讓一個人活下來的理由：研究指出想到責任或恩情未了、未來的盼望與未完成的事、或本身信仰宗教的不允許、或者社會道德的禁止、或怕遭受批評、怕死等，是使曾有自殺意念或自殺企圖者停止執行自殺而想要活下去的主要理由；所以，進入個案經驗中，帶他或她找到最可以讓自己關注且活下去的動力，就能降低自殺的可能性。
2. 知覺到社會支持的程度：知識性的支持、實質性的支持(如金錢支持)、以及情感性的支持(如與家人的親情支持)等也是保護當事人不會自殺的因素。
3. 若有人陪伴在身邊，也會直接形成保護因子，降低當事人執行或完成自殺的可能性。

Q10：怎麼樣才會讓一個人想自殺呢（自殺行為的發展歷程）？

A：當一個人有了上述的潛在因素，生活中又出現了導火線時，便有可能出現輕生的念頭，甚至是自殺。尤其是當一個人認為痛苦是不可避免、無法忍受與永無止盡的時候，並認為自殺是解決問題的唯一方法時，常可能採取自殺。

Q11：自殺是解決問題、結束痛苦的唯一方法嗎？

A：自殺也許是解決問題與結束痛苦的一種方法，但卻不是唯一與最好的方法。

Q12：自殺新聞對自殺率有什麼影響？

A：國內外研究證實，媒體自殺新聞的報導除了會引發自殺率的上升之外，對自殺事件的報導量愈多，其後之自殺人數也會增加的愈多；且名人自殺的新聞所引起的自殺模仿之影響更是一般民眾自殺報導的 14.3 倍。

Q13：自殺新聞對思想與情緒有什麼影響？

A：國內外研究發現，負面新聞報導會增加人們的焦慮程度與難過的情緒。以台灣地區而言，「南區大專院校學生身心健康關懷小組」於 2004 年的研究發現，愈常接觸到自殺新聞的人，愈容易對人生感到失望，也愈容易從新聞中學到自殺的方法以及可去的自殺地點；尤其是對憂鬱症狀高的學生，此影響更為明顯。

Q14：自殺新聞中若對自殺手法或地點做詳細的描述，可能會造成什麼影響嗎？

A：過去有學者提出自殺報導中常對自殺手法做詳細的描述與呈現，就形同是潛在地向大眾展示「如何」自殺。知名精神病學教授 K. R. Jamison 於其著作「夜，驟然而降—瞭解自殺」中亦提到公眾對自殺特殊方式或地點過度的渲染時，可能會對脆弱的人選擇自殺方法時有所影響。

Q15：自殺新聞會引起人們的模仿嗎？

A：最明顯的例子即香港在 1998 年 11 月發生第一起燒炭自殺的事件之後，由於媒體的大篇幅報導，使大眾誤以為燒炭自殺是一種既容易又有效的方法，於是很多人採取類似的方式來自殺，造成燒炭自殺在 1999-2000 年間成為一種新興的自殺方式，佔全部香港自殺方式的 18%；同樣的事件在台灣地區也連續有類似的案例發生。

Q16：是否有什麼樣的人可能容易受自殺新聞的影響呢？

A：依目前研究發現，青少年族群與有情緒困擾的人，如憂鬱、焦慮...等族群，和一般民眾比起來，更易受自殺新聞的影響，因而導致自殺可能性或情緒問題的嚴重度升高。

Q17：我可以如何預防身旁的人受自殺新聞的影響？

A：可從兩部分著手：

1. 事前的預防：

協助身旁的人建立良好的社會支持系統，並培養其擁有積極正向的思考習慣；經常搜集求助管道的資訊，以便及時協助等，皆可有效預防身旁的人受自殺新聞的影響。

2.社會上出現自殺新聞的期間：

隨時瞭解身旁的人對該則新聞的想法與心情。對於有情緒問題者，更應多花心思去關心他，必要時請尋求心理衛生專業人員的協助。

Q18：若身旁有人向我透露自殺新聞已對他造成負面影響，我可以如何幫助他？

A：首先，要了解對其造成的影響是什麼，並協助其說出情緒與自殺想法；多給予陪伴、支持，盡可能掌握他的情緒狀態、自殺想法的變化及行蹤；若他出現想死的念頭，且想要去做，就要協助他接受心理衛生專業人員的協助，以減輕遺憾發生的可能性。

Q19：目前有其他國家實施媒體報導自殺新聞的準則嗎？

A：例如美國、英國、澳洲、奧地利、愛爾蘭...等許多國家皆已制定媒體報導自殺新聞的規範並行之已久。

Q20：制定媒體報導規範真的有效嗎？

A：奧地利研究指出該國自從實施媒體報導自殺新聞準則後，媒體很少報導自殺新聞，即使報導也不採取聳動的方式，自殺人數亦明顯下降。

Q21：自殺新聞該以何種方式來報導才恰當？

A：世界衛生組織(WHO)於2000年曾公佈媒體報導自殺新聞的「六不」與「六要」。

1.六不：

- (1) 不刊出照片或自殺遺書。
- (2) 不報導自殺方式的細節。
- (3) 不簡化自殺的原因。
- (4) 不將自殺過度美化或聳動化。
- (5) 不使用宗教或文化的刻板印象。
- (6) 不過度責備。

2.六要：

- (1) 報導此類事件時應與醫療衛生專家密切討論
- (2) 使用自殺身亡的字眼來取代自殺成功。
- (3) 將報導的相關資訊刊於內頁而非頭版。
- (4) 突顯不用自殺的其他解決方法。
- (5) 提供與自殺防治有關的諮詢專線與社區資源。
- (6) 報導危險指標與可能的警訊。

大家可以一起來監督媒體，減少自殺新聞報導的負面影響。

第四章 自殺該怎麼預防？有哪些有效的自殺防治策略？

第一節 校園自殺的三級預防模式介紹

Q1：自殺問題這麼嚴重，我們怎麼預防自殺？

A：自殺問題是世界各國政府都非常重視的一個議題，各國也不斷致力發展應對的政策，甚至跨國家整合資源，希望能持續降低自殺率、自殺死亡率及降低其他自殺後果的影響。世界衛生組織(WHO)運用三級預防的概念來防治自殺行為，曾建議各國政府：

1.在第一級預防部份，應：

- (1) 建立本土研究資料，找出自殺高危險個體、群體及壓力情境為何。
- (2) 提昇民眾與專業人員有效預防自殺行為的相關知能。
- (3) 增進民眾對自殺行為、壓力對自己與他人的影響，以及有效危機管理的認識。
- (4) 持續對員警、教師及心理衛生專業人員進行自殺防治的繼續教育。
- (5) 建立媒體報導自殺事件的倫理守則。
- (6) 成立統籌自殺行為研究、教育訓練及服務的機構。
- (7) 降低自殺方法與途徑的使用管道及其吸引力。
- (8) 增進大眾瞭解自殺防治與求助資源在何處與如何運用。

2.在第二級預防部份，應：

及早篩檢出高危險群，轉介給專業人員以進行評估，並對高危險群即時進行危機處理與後續之追蹤治療。

3.在第三級預防部份，應：

在當事人自殺未遂或身亡之後，對當事人與受影響者(如家屬、好友)提供所需支援與心理重建。

Q2：什麼是三級預防？

A：在公共衛生領域中，常以三級預防模式來設計疾病的防治工作。而所謂的三級預防是指：

- 1.第一級預防：以健康促進活動與相關政策來減少生病之危險因子與增加免於生病之保護因子，以預防生病。也就是「預防勝於治療」的概念。
- 2.第二級預防：早期篩選、診斷及早期介入。也就是「早期發現，早期治療」。
- 3.第三級預防：提供有效治療與復健，以避免疾病惡化並及早恢復功能，且不

再發病。

Q3：三級預防模式如何使用在自殺預防工作上？

A：柯慧貞等人（2002）在參考國內外文獻與經驗後，引用三級預防模式到自殺的預防上，建議校園自殺的三級預防工作可以為：

1. 第一級預防：確定哪些是導致自殺的危險因子(包括潛在危險因子與急性因子，如壓力事件)，進一步找出可以降低自殺發生的保護因子；進而發展出策略來降低危險因子與增進保護因子。以校園為例，包括推動校園生命教育、壓力調適及各種心理健康促進活動，如：正向思考、衝突管理、情緒管理及壓力與危機管理。
2. 第二級預防：篩選出可能會自殺或自我傷害的高危險族群，及早做介入與輔導，學習危機及壓力處理能力，以降低自殺發生的比例。以校園為例，重點放在對於憂鬱及自殺高危險群之早期篩檢與長期追蹤的預防介入。
3. 第三級預防：針對即將自殺或自殺未遂的人進行危機處理與介入，確認個案的安全性，保護生命，避免未來真的自殺或再度自殺；而對自殺完成者，則需對其親友進行危機處置與事後處理，包括對家屬、同儕與親友所進行的哀傷輔導與治療。以校園為例，首要便是建置自殺事件發生後的危機處理機制，落實標準作業通報流程與因應措施。

Q4：目前應用三級預防模式在自殺預防工作上有哪些成效？

A：以教育部為例，目前正致力將自殺之三級預防模式推廣在校園心理健康工作上。以國立成功大學為例，將三級預防模式概念套用在校園心理健康促進與自殺防治工作，已具初步成效。在 9 月學期一開始時，即針對大一新生進行憂鬱與自殺篩檢，並提供新生一系列的新生成長月增進學習、課業、生活、EQ、人際關係的各種活動（一級預防），並針對篩檢出來分數偏高的高關懷群進行追蹤與介入（二級預防）。12 月再測量一次大一新生的憂鬱分數，發現大一新生整體憂鬱分數顯著下降，而高關懷群的憂鬱分數更是明顯下降；顯示三級預防工作確實能降低校園內憂鬱學生的比例，並即時找出高關懷群給予協助，降低校園自我傷害事件發生比例。

另外，以花蓮玉里醫院為例，其以花蓮縣南區之國、高中生為對象，進行憂鬱與自殺量表的篩檢，篩檢出高關懷族群後，進行短期性諮商介入。結果發現，經過介入後，全部的同學的憂鬱分數與自殺意念皆顯著下降；而原先分數較高的高關懷群學生之自殺危險性也下降到與低高關懷組同學無異。顯示在校園進行憂鬱與自殺防治篩檢（二級預防）並進行介入，不但沒有增高憂鬱與自殺危險性，反而確實能有效降低學生憂鬱情緒與自殺危險性。

接下來，我們可以一起看看，到底自殺的三級預防工作要做些什麼？

第二節 第一級預防

Q5：第一級預防做些什麼？

A：目標—增進學生心理健康，免於憂鬱、自傷。

對象—校園內全體教職員工生。

策略—增加保護因子，降低危險因子。

Q6：如何進行第一級預防？

A：可以由個人面、學校面、制度面及法律面來制定策略，確立自殺的危險因子與保護因子，進而努力增加保護因子，並降低危險因子。

Q7：如何才能增加保護因子，以及降低危險因子？

A：可以從幾個層面來著手：

- 1.個人層面。
- 2.學校層面。
- 3.法律層面。
- 4.制度層面。

Q8：個人層面是指什麼？

A：「個人層面」指的是加強個體自身的壓力管理、危機管理，也就是個人自身對於壓力調適的狀態，使得個體可以因應外在環境的壓力，並且進行適當的調適，因而可以順利且正常地維持一般生活功能。要特別注意個體是否有精神方面的疾病或病史，或是一些生理方面的問題；也要協助處理這些精神、生理方面的狀況，以達到一個較好的生活適應。

Q9：何謂學校層面？

A：「學校層面」指的是學校要宣導自殺學生的防治與及早發現有自殺危險性的學生，並且學校要有一個從發現到處置的完整流程，確立學生不會有任何疏失。因此，學校平時要有一些促進健康的活動和輔導學生的機制，並建立校園全體教職員工生對於自殺個案、自殺行為的正確觀念。而學校層面的守門員（Gatekeeper）指的是老師、導師、教官、宿舍管理員或輔導員及駐警，這些在第一線可能接觸到自殺個案的人員，需要有特別的敏感度，還要有緊急處理流程的熟練以及具備這些緊急處理的技巧；因此，應加強第一線人員的自殺危機處理能力，以及對於自殺高關懷群的敏感度。

Q10：制度層面及法律層面又是指什麼？

A：「制度層面」、「法律層面」指的是社會、法律應該重視自殺這個嚴重的議題，研擬有效且適當的自殺處理標準流程與媒體報導規範，並在平時致力於對社會大眾進行自殺行為、自殺個案的輔導及宣導。

Q11：要降低危險因子、增加保護因子有哪些具體方法呢？

A：

1. 在學校方面，具體措施包括：

- (1) 安排成長團體與工作坊以及生命教育、生涯規劃等通識教育課程或大眾演講，促使同學們生活更有意義且身心更健康，以增加保護因子。
- (2) 培養學生的壓力調適與情緒管理技巧及問題解決能力，使學生在面對壓力時能因應自如，不致因受困、無助或無望而興起自殺的念頭與行動。
- (3) 舉辦疾病的預防衛教等活動，以及增加非心理專業人員如導師及全體學生等對心理疾病的認識與辨別。
- (4) 培養輔導人員（如教師與輔導老師）對心理疾病的認識與敏感度，以便能適時轉介。
- (5) 提供 24 小時緊急求救專線與治療資源，讓同學在緊急困境下可以立即求救，可以降低自殺的危險性。
- (6) 限制自殺方式的取得途徑，像是自殺工具如槍械、藥品、致命藥物等的限制取得，同時加強校園的安全防護，這也是一道關鍵性的預防措施。

此外，在實施校園自殺防治相關課程時必須注意，若只是實施課程，並不會增加學生的求助行為，但是對於那些曾經有過自殺行為的學生，反而會被這種課程所困擾；因此，這種課程設計很可能是無效的自我發覺方式。當學生已經有憂鬱或困擾的問題產生時，不當的自殺防治課程可能會帶給學生不正確自殺防治觀念。因此，要謹慎注意校園自殺防治課程是否能幫助學生對自殺態度有正向的改變。

2. 在社區部分，可透過社區資源，例如經常舉辦一些關於自殺防治議題的演講，來使社區成員更有效地辨識其周圍的人之自殺意圖。

第三節 第二級預防

Q12：第二級預防做些什麼？

A：目標：早期發現、早期介入，減少憂鬱自傷發生的可能性或嚴重性。

對象：高關懷群。

策略：篩選高危險群，並即時介入。

行動方案：

1. 高關懷群篩選：每學期(含開學新生入學)定期進行問卷篩選，篩選「疑似憂鬱症」、「曾經有自殺企圖或已有自殺計畫者」及「憂鬱性妄想或幻聽者」；國中、小部分則配合內政部強化篩檢高風險家庭。
2. 全員篩檢：新生入學時即建立檔案，並建立高關懷群檔案，每學期定期對高危險群進行長期追蹤與介入輔導；必要時應進行危機處置。

3. 提升導師、教官、教職員、家長、同儕之憂鬱辨識能力，以協助篩檢之觀察，而對篩檢出之高危險群則應提供進一步的個別或團體心理諮商或治療。
4. 整合校外之專業人員（如：臨床心理師、諮商心理師、社工師、精神科醫師等）到校服務。

Q13：要如何篩檢出高關懷群呢？

A：要找出哪些人可能具有自我傷害的危險性，通常可透過行為觀察、晤談及量表篩檢的方式評估。

Q14：如何觀察學生有沒有自我傷害的危險性？

A：若學生出現下面這幾種狀況，都是需要特別注意與關心

1. 直接觀察班級學生對於自殺的態度，經常透露有關死亡或自殺念頭者。
2. 有高度、明顯的自殺意念。
3. 情緒明顯低落或情緒不穩定。
4. 失眠已超過一個禮拜。
5. 沒有特殊原因，已持續一段時間未到校上課。
6. 與過去相比，學業成績明顯變差。
7. 出現怪異行為（例如：覺得有人要害他、有人在監視他、自言自語...等）或性格、行為有明顯變化者（例如：突然變得容易暴怒、出現暴力行為、把心愛的東西送人...等）。

Q15：如何透過晤談來評估學生有沒有自殺危險性？

A：可與學生討論對於死亡的看法，瞭解其是否有死亡計畫或行動；但不爭辯是否該自殺，只討論其他可能選擇與應對方式。態度上應該保持「高度敏感、完全接納，以及專注地傾聽、同理」。

Q16：如果想要利用量表來篩檢憂鬱與自我傷害高關懷群，可以如何進行？

A：一般來說，透過量表來篩檢高關懷群是較為經濟、有效率的方式，可在短時間之內對一大群學生施測，再根據其分數結果評估其自殺危險性高低。因此，施測可以透過班級或系所輔導時間施測；或在新生入學時做大規模的施測。重要的是，要選擇適用自己學校、學生、年齡層特性的量表，且注意其量表是否有篩檢分數的建議，且該篩檢分數是否已有良好信、效度。並且在篩檢的時候，也要同時進行情緒教育，讓學生學習認識與辨認其憂鬱症狀，並且以正向成長的態度來積極面對它、接受它、並進一步學習處理它，再放下他。而且，也要同時兼顧合法以及尊重與保護生命、自主權及隱私權。

Q17：篩檢時應注意哪些？

A：教育部雖鼓勵大專校院發展與實施符合各校特色之高關懷群早期篩檢與早期介入計畫，但計畫之實施強調要符合專業法律與倫理，即在尊重學生的自主與考慮不傷害生命，並強調保密隱私及不標籤化與汙名化的原則之下進行。各校實施過程應包括以下六階段：

- 1.說明：說明篩檢目的與保障篩檢結果的保密性。
- 2.取得同意：除非學生有傷害他人或自己的危險性，否則，應依尊重自主原則，在學生（家長）同意下進行篩檢，非強迫性。
- 3.解釋結果：對篩檢結果的解釋要謹慎與專業，不可隨便給學生貼上精神疾病或任何不好的標籤；並要積極透過教育與適當輔導，讓學生學會覺察、接受、處理及放下憂鬱情緒。
- 4.保密：各校諮商輔導人員依據「心理師法」規定，對於因業務而知悉或持有個案當事人之秘密，不得無故洩漏。
- 5.主動關懷：主動提供高關懷群必要的關懷協助及需要的諮商輔導。
- 6.必要的轉介：當知悉學生有疑似精神疾病、有明顯的自傷或傷人之虞時，需進行危機處置與必要的轉介與協助就醫。

所以，施測時需注意相關的倫理守則，包括測驗資料的保密、保存，以及讓學生充分了解施測目的與其測驗的權利義務等事項。施測前應經過學生同意，充分說明讓學生瞭解施測的意義與目的，並告知保密與測驗資料保存方式，以及相關權利與義務，再進行施測。施測後，老師或心理師可以提供簡單的心理健康教育，例如情緒與壓力管理相關知識，並提供學校心理專業資源，讓學生在有需要時知道如何尋求專業協助。

Q18：篩檢完之後要做什麼？

A：篩檢完之後，應根據學生量表得分結果，依照不同的憂鬱與自我傷害危險程度，進行後續介入輔導。進行介入輔導過程，應考慮在尊重生命與保護生命與不傷害原則之下，去兼顧尊重學生的自主與隱私權；因此，若有發現學生有自我傷害或傷害他人的危險性時，校方應主動聯絡該同學，先告知打破問卷調查之保密原則而主動表達關心的理由；並請盡量在恪守保密與隱私的原則下，去提供學生必要的協助，進行危機處理與後續的諮商輔導。而學校心理師、心理專業人員或輔導老師和該生晤談時，也要瞭解當時填答狀況，以瞭解是否有其他任何影響做答與得分的因素。

Q19：如果以憂鬱相關量表做篩檢，篩檢完如果發現學生分數偏高，它代表的意義是什麼？

A：若發現學生分數偏高，表示學生憂鬱與自我傷害的風險較高，目前可能亟需協助，學校心理專業人員或輔導老師應儘快瞭解，更進一步透過晤談、觀察等，進行自殺危險性評估。若顯示學生可能具憂鬱傾向，可依下列架構循序瞭解與澄清該生得憂鬱高分的原因：

- 是否曾有腦部受傷或腫瘤情形？

- 是否有內分泌失調或是其他內外科等生理疾病？
- 是否有服用高血壓或心臟血管疾病等藥物，或是使用管制藥品，(如搖頭丸(LV)、安非他命(糖果)等毒品)？
- 是否有精神病史，包括精神分裂症、妄想型疾患、分裂型情感疾患等？
- 是否有情感型疾病史，包括雙極症、重鬱症、低落性情感疾患(輕鬱症)？
- 是否有人格疾患病史，包括邊緣性人格等？
- 是否為壓力引起的適應性障礙伴隨憂鬱情緒？壓力源為何？確認目前是否有急性或慢性的壓力源，如兩性相處、家庭、人際、課業等。目前壓力是否仍持續或已減輕？

然後考慮是否須進行危機處理，包括評估其目前的自殺危險程度；若有自殺危險性，而且具有下列的一項因素，則需考慮急性住院治療：

- 無法進行溝通、情緒及行為不穩定、具有不符合現實的知覺或思考等症狀(如：妄想、幻聽)
- 有藥物或酒精濫用史
- 曾有多次自殺經驗
- 或是缺乏社會支持系統(如：獨居、無好友)

若無上述情形，則仍要協助其降低自我傷害或傷害他人的危險性、考慮與個案討論不自殺契約、安排照顧者及保護性環境，並視需要考慮安排門診藥物治療與中長期的心理諮商。

Q20：進行憂鬱篩檢是不是等於在做憂鬱症篩檢？會不會把學生標籤化？

A：進行憂鬱情緒篩檢並不等於做憂鬱症篩檢。憂鬱情緒篩檢的主要目的是希望透過量表找出目前憂鬱情緒指數過高的學生，才可以及時介入，提供適當的關心與協助，以避免學生的問題惡化，而導致更嚴重的後果。此外，篩檢結果僅能反映出填答者當下的情緒狀態，並不能拿來作為診斷憂鬱症的工具。所以，基本上憂鬱情緒篩檢只是提供當事人一種協助管道與媒介，並非拿來診斷憂鬱症，測驗結果是讓學校心理專業人員可以進行初步判斷，評估是否需要進一步提供關心與危機處置及後續的教育與輔導；重要的是提供教育與協助，而不是要去標籤化學生；並且，除非學生有自我傷害或傷害他人之虞，必須提供危機協助，因而必須進行必要的連絡、通報或依法應有的報告外，對於測驗結果學校更應該要盡到保密的義務。

Q21：什麼是「自殺危險性」評估？

A：所謂「自殺危險性」評估就是透過訪談、填寫問卷或觀察等方式，收集會導致一個人自殺的可能原因，再根據這些原因去評估一個人會自殺的可能性。

Q22：為什麼要評估「自殺危險性」的程度？

A：評估自殺危險性的目的並非是要預測自殺行為的出現，而是以一個合理、可靠的方式來評估危險性，以預防自我傷害行為的發生。透過自殺危險性的評估，可以幫助我們瞭解一個人出現自殺的原因，並做為專業人員規劃適當處理方式的參考。

Q23：自殺危險性需要評估哪些內容？

A：參考 Rudd 等人（2001）在「*Treating suicidal behavior: An effective, time-limited approach*」一書中的建議，評估的內容可以包含八大方面，根據每方面資料的嚴重程度，可從 0~5 分進行評分，0 分代表沒有或一點也不嚴重，5 分代表相當嚴重。

1. 收集對方和自殺行為有關的過去經驗。例如：鑽牛角尖的思考方式、是否有過精神疾病診斷等。
2. 收集引發對方想要自殺的原因？例如：目前生活中有哪些困擾或壓力來源？
3. 收集對方目前所出現的身體或心理症狀表現。例如：頭痛、噁心或情緒憂鬱等。
4. 有沒有無望感受？例如：對方提到「我怎麼做都沒辦法改變現況」、「一切都沒有用了」等的回應。其他還可包括：
 - (1) 對自殺行為的態向看法評估：自殺對解決個人的問題多有效呢？（可請學生自評分數，範圍為 0-5 分，0 表示無效；5 分表示完全有效）
 - (2) 無法忍受個人情緒起伏所帶來的痛苦：「假如你目前的情況沒有改變的話，你是否能夠繼續忍耐所感受到的感覺呢？」
 - (3) 無助感：「當你想到未來，你是否能看見事情會有自然的轉變或因你自身的努力而變得更好呢？」
 - (4) 無法逃離感：「依你的現況，是否認為無論你怎麼做，事情只會持續變壞或變得更不好呢？」
 - (5) 活下去的理由及其強度：「當你想到不自殺的理由時，對於像是『生命是值得被存活下去的』、『對你的未來感到好奇』、『你想看到結局到底如何？』這些想法對你有多重要呢？」（可請學生自評分數，範圍為 0-5 分，0 表示完全不重要；5 分表示十分重要）
5. 收集對方所提到任何和自殺或自我傷害有關的想法。例如：「我想死一死了」、「或「我想從樓上跳下來，問題就可以解決」等。
6. 收集對方過去的自殺經驗和先前的自殺準備工作。例如：有沒有準備自殺的相關工具，如木炭、刀子或繩子等？之前的自殺是怎麼獲救的？
7. 檢核對方個性是否比較衝動？是否會覺得很難控制自己的行為？

8. 收集哪些因素可以讓對方或自己避免出現自殺的情況？例如：詢問對方什麼情況之下或是想到了什麼，會比較不想自殺？



自殺風險衡鑑表

危險程度 判斷項目	低	中	高
1. 自殺計畫			
A. 細節	模糊、沒有什麼特別的計畫	有些特定計畫	有完整之想法，清楚訂出何時、何地及方法
B. 工具之取得	尚未有	很容易取得	手邊即有
C. 時間	未來非特定時間	幾小時內	馬上
D. 方式之致命性	服藥丸、割腕	藥物、酒精、一氧化碳、撞車	手槍、上吊、跳樓
E. 獲救之機會	大多數時間均有人在旁	如果求救會有人來	沒有人在附近
2. 先前的自殺企圖	沒有或一個非致命性的行為	有許多低致命性或一個中度致命性行為；有重覆之徵兆	有一高度致命性或許多中度致命性的行為
3. 環境壓力	沒有明顯之壓力	「對環境之改變」或「失去某些人或物」有中度反應	「對環境改變」或「失去某些人或物」有強烈反應
4. 徵兆			
A. 日常生活之處理方法	可以維持一般生活	有些日常活動停止。飲食、睡眠以及課業受到影響	日常生活廣泛受影響
B. 憂鬱	輕度之情緒低落	中度之情緒低落；有悲傷、受困擾、孤獨感產生，且活動量降低	受到無希望感、悲傷及無價值感之打擊，而產生退縮或爆發性攻擊的行為
5. 支持資源	可獲得家人與朋友幫助	家庭或朋友可幫助但非持續性的	對家庭、朋友採敵視，中傷或冷漠之態度
6. 溝通之方式	直接表達自殺之感覺及意圖	表示出人際間的自殺目的，如：我會表現給他們看，他們會因此而感到抱歉	內心的自殺目標（有罪惡感、無價值感）很不直接或根本不表達
7. 生活型態	尚有穩定的人際關係、人格表現及學業表現	有藥物濫用，有衝動性之自殘行為	有自殺行為，人際相處困難
8. 健康狀況	沒有特別的健康問題	有反應性、突發性、短暫的精神或生理疾病	有慢性的、逐漸衰退性的疾病或急性之大病

*參考教育部「校園自殺防治手冊」

Q24：自殺危險性可以分為幾個程度？

A：可以根據評估後的自殺嚴重程度區分為四種程度，包括：

1. 無自殺可能性存在：指對方目前沒有表現出任何自殺的念頭。
2. 輕度自殺可能性：指對方雖有想到自殺的念頭；目前沒有壓力和煩惱的存在；或是對方有些重要的支持和因素可以讓對方控制想自殺的念頭。
3. 中度自殺可能性：指對方雖有想到自殺的念頭；目前有些壓力和煩惱的存在；或是有些重要的支持和因素讓對方可以控制想自殺的念頭。
4. 重度自殺可能性：指對方是個性較為衝動的人，感受到明顯的生理或心理

的症狀，會經常提到想要自殺的念頭和計畫；目前有壓力和煩惱存在；並且讓對方有想活下來的理由不多。

5. 極端嚴重的自殺可能性：指對方是一個衝動個性的人，感受到嚴重的生理或心理的症狀，幾乎每天都提到想到自殺的念頭和計畫；目前有壓力和煩惱的存在；並且沒有任何因素讓對方有想活下來的理由。

Q25：如何進行評估「自殺危險性」？

A：主要以提問方式收集想自殺對象的相關訊息，多鼓勵對方嘗試思考和表達，適時地給予對方支持，當對方的表達越多時，顯示其求助信心和想改變的動機越強。

Q26：如果我或身邊有人具重度的自殺危險性，該怎麼辦？

A：在經過危險性評估後若發現為極端嚴重的或重度的自殺可能性時，有幾個立即的處理方式要進行，包括：

1. 立即進行是否需要「馬上送急診並住院」的評估。
2. 要有 24 小時的陪伴和監護，不可獨處。因此，評估後危險性高者最好儘速送急診並住院觀察；在經由兩名精神科專科醫師簽署後，可強制住院。
3. 盡量去除可能的危險物品，如刀、藥物（可代為保管，千萬不要丟棄，因為原本有在服藥的個案還是得繼續服藥，突然停藥會造成更大傷害）、繩索、木炭等。
4. 給予對方危機時可以立即聯繫的電話。

Q27：有哪些緊急聯繫的資源可以使用？

A：應有家人、朋友、師長及機構聯繫電話，及其可協助處理的事項，而機構相關資料請詳見附錄中資源彙整。

第四節 第三級預防

Q28：第三級預防做些什麼？

A：目標：預防自殺未遂者與自殺身亡者的周遭朋友或親友模仿自殺。

對象：包括計畫要自殺的人、自殺未遂者，以及自殺身亡者有關的周遭人員。

策略：建立自殺與自殺企圖之危機處理與善後處置標準作業流程。

行動方案：

1. 自殺未遂：建立個案之危機處置標準作業流程，對校內之公開說明與教育輔導(降低自殺模仿效應)，並注意其他高關懷群是否受影響；安排個案由心理師進行後續心理治療，以預防再度自殺；聯繫家長與預防再自殺教育。

2. 自殺身亡：建立處置作業流程，含對媒體之說明、對校內相關單位之公開說明與教育輔導(降低自殺模仿效應)、家長聯繫協助及哀傷輔導。
3. 通報轉介：依校園安全及災害事件通報作業要點與行政院衛生署函頒「自殺防治通報轉介作業流程」(含「衛生署自殺防治通報轉介流程圖」、「自殺暨高危險群個案通報單」及「自殺個案轉介回覆表」)進行通報與轉介。

Q29：如何評估自殺危機的處置方向？

A：評估個案的自殺危機的處置方向，首先是瞭解對方的自殺危險程度，評估對方的狀態是否達到需要強制住院的程度，以確保個案的生命安全。評估危機處置方向的參考指標如下：

1. 自殺想法的強度與明確的自殺計劃：若個案將自殺工具都已經準備好了，自殺計劃的致命程度很高，則需移除所有可能的自殺方法或工具。
2. 個案與治療者的關係：在評估的過程中，個案是否願意與治療者溝通，建立良好的關係。
3. 個案情緒、行為的穩定程度：個案是否能控制自己的情緒與行為，是否有精神病症狀(例如：妄想或幻覺)，若情緒與行為的穩定度低，則可能增加自殺行為的發生。另外，需瞭解個案是否有藥物或酒精濫用的情形，有些個案在大量飲酒後可能會出現精神症狀，而導致失控的情緒或行為發生。
4. 過去史：個案之前的自殺企圖是再度自殺的危險因子。
5. 支持系統：是否缺乏良好的支持系統？個案獨處的機率是否很高？家人是否能給予個案支援？個案的身邊是否有好友能給予協助與關心？若個案缺乏支持系統，則自殺危險性增高。
6. 在評估過程中需降低個案的危險因子(壓力事件，負面想法等)，增加保護因子(活下來的理由)。

若個案自殺強度高、有明確的自殺計畫、缺乏支持系統、情緒與行為穩定度低，個案難以自控；則需考慮讓個案住院，以確保個案的生命安全。

Q30：若個案需要住院，要注意些什麼？

A：

1. **個案方面**：必須讓個案說出自己的擔心，試著詢問個案得知需要住院時的感受與看法，在談話過程中協助個案建立起希望感，並且解除他的擔心；尤其是第一次看精神科或第一次住院的個案，可能會認為這是個人的錯誤或缺陷，除了讓他說出內心的擔心與害怕，同時也應該幫助他瞭解看精神科或住院對於自己的好處為何。若沒有謹慎處置個案的情緒，反而會增加自殺的危險性。
2. **家屬方面**：治療者須教育家屬有關個案疾病的原因、治療方向及疾病的預後情形。過程中須同理家屬，並減低家屬的焦慮與擔心。

Q31：經由評估後，若個案不需住院，後續需要做的危機處置為何？

A：

1. 消除個案的無望感。例如：與個案一起安排正向的活動計畫。
2. 增加個案對於負面情緒的忍受度：讓個案評估自己的感受，同時治療者提出個案難過情緒的減少，並與個案討論減輕症狀的方法。
3. 增加個案的自我監護(記錄自殺想法，主觀評估自己的症狀與感受)，必要時尋求支持。
4. 增加個案的支持系統，不要讓他覺得自己被孤立，同時降低個案執行或完成自殺的可能性。
5. 簽署不自殺契約，看重事情的轉機。
6. 提供 24 小時緊急求救專線：當個案覺得無法停止自殺想法，覺得即將要自殺時，可以立刻撥出求救電話，以降低自殺的危險性。
7. 緊急醫療中心：經由電話的危機處置後，仍然想自殺，感覺快要不能控制自己的行為時，則要至各區醫療中心求助。
8. 協助安排後續的會談與治療，在個案尚未解除自殺的危險性時，要安排較密集的會談。
9. 教育家屬：與個案及其家屬說明未來治療計劃、預後情況，並破除自殺迷思。例如：個案已有自殺的念頭，就有可能會自殺，提醒家屬增加對個案的敏感度。
10. 不斷評估自殺危險程度，以依照自殺危險程度，安排危機處置方向。

Q32：什麼是「不自殺契約」？

A：不自殺約定書，或者稱為「不自殺契約」或「不傷害自己契約」，是過去國外許多臨床實徵研究認為有效的自殺危機處理技巧之一；適用對象為短期內可能會出現自殺危險性的個案。

Q33：簽訂「不自殺契約」的主要功能為何？

A：簽定不自殺契約，主要是在心理師或其他專業人員與要自殺或自殺未遂個案進行短期密集危機介入晤談時所用，讓個案在所約定的某段時間內保證不要自殺；即使要自殺也要打電話給約定好的專線，使他人可以及時協助。所以簽訂不自殺約定書主要是在讓個案增加活下去的理由：因考慮與他人的約定，故不能自殺；所以先聯絡好友、老師、心理師，或者自殺防治中心專線尋求幫助，藉此在千鈞一髮之際給彼此一次寶貴機會來及時進行自殺危機處理，挽回一條寶貴的生命。

Q34：只要簽訂「不自殺契約」就可以保證個案不會自殺？

A：NO！除了簽訂不自殺契約希望個案在自殺之前會先做連絡，以使他人可以及

時提供協助外，在約定這段時間內，專業人員也要一方面了解個案的自殺想法、計畫與可能採取的方法，進而協助個案有效因應自殺衝動，減少接觸自殺工具的機會，降低個案即時的自殺危險性；另一方面也要協助個案逐步自我肯定了解事情是有轉機機會的，並找到生活目標，增加個案活下去的希望，以及建立個案的人際支援網絡。

Q35：在與個案簽訂「不自殺契約」時還要注意什麼？

A：不自殺契約主要是希望個案在自殺前，考慮與重要他人的約定，故不能自殺；因此，輔導人員與個案之間需建立一定的信任關係，不自殺契約才能有效發揮效果。此外，契約上需訂定明確的期限，不宜過長，以免個案覺得時間太長而無法保證，這部份可和個案討論，訂出他可遵守的期限。最後，契約上需清楚列出，當個案想自我傷害時，可以聯絡的資源。

Q36：若個案有自殺企圖但不願意簽署不自殺契約，這時該怎麼辦？

A：通常個案不願意簽，有可能是與輔導人員未建立信任關係，或擔心自己無法保證不自殺。這時候，我們可以先澄清個案的擔心，並強調簽訂不自殺契約主要是希望在他做最後決定之前，讓我們還有機會可以幫助他。

Q37：如何增加個案的自我監護？

A：教導對方如何記錄自殺想法(Suicidal Thought Record,STR)，藉著 STR 的紀錄幫助對方評估症狀的進展和改變，進一步瞭解自殺的歷程。



Q38：若要記錄自殺想法，要記錄哪些內容？

A：

STR 記錄內容	
促發事件(triggering events)	
自殺想法(suicidal thoughts)	
自殺想法強度(severity) (0-5)	
自殺想法持續多久(duration)	
感受(feelings)	
感受強度(severity) (0-5)	
感受持續多久(duration)	
行為反應(behavioral response)	
改變+/- (change)	

1. 什麼事情引發自殺危機：盡可能詳述事件的內容。個案想死的理由為何？為何個案現在想死？日期、時間？誰在場？發生什麼事？
2. 描述自殺的想法：個案想自殺時，對自己的看法？對別人的看法？對未來的看法或期待？
3. 描述自殺想法的嚴重度：評估自殺的強度與嚴重度(0-5分)
 - (1) 自殺想法持續多久？
 - (2) 描述當下的所有感受。
 - (3) 行為反應：個案對於事件與自殺的想法有什麼反應。
 - (4) 改變：個案在行為反應後想法或感受的改變：正向(+)或負向(-)。

Q39：什麼是正向行為活動計畫 (Positive Behavior Action Plan)？

A：正向行為活動計畫是在治療師或協助者與個案的討論過程中，協助個案規劃每日有助於提升個案愉悅感與成就感的活動計畫。藉著從事正向活動，增加個案的正向情緒，提昇成就感，幫助個案舒緩自殺意念。也就是說，個案可擬訂平時可以從事而可以有效減輕低落情緒的行為或活動，同時也可與治療師討論其他有用的方法。

Q40：誰來安排正向行為活動計畫該做什麼？

A：有效的行為計畫最好是能夠由治療師與個案共同討論，研擬出短期計畫。個案可根據過去的經驗找出有效舒緩情緒的活動來做安排，也可徵詢治療師的意見共同研擬適合的正向行為活動計畫。

Q41：正向行為活動計畫的內容主要是什麼？

A：計畫的內容主要是陳述當個案情緒不好或是有自殺意念的時候，他可以採取

哪些行動或活動來有效抒解並解決會促使自殺行為發生的問題。為了能有效地藉由執行正向活動以達到改善心情和降低自殺行為出現機會之目的，正向活動計畫的內容必須要越清楚、越具體越好。活動的來源包括：回想過去有哪些可以讓個案感到心情愉快的活動，或過去遇到類似情況時成功解決的方法為何，或是參考其他人遇到類似情況時所常採取的問題解決方式等。

Q42：正向行為活動計畫的目的在哪裡？

A：正向行為活動計畫的目的在於幫助個案增加對負面情緒的忍受度。在個案情緒低落時，藉由從事該活動，可以協助個案度過急性的自殺危機並提高個案的生命價值。

Q43：正向行為活動計畫有哪些條件？

A：計畫要容易定義，並且要具體、詳細，同時在個案的能力範圍內可成功達成。治療師與個案最好能一同研擬出個案具體所要從事的活動、從事的時間、地點、時間長度等。如果個案需和其他人一同進行，可寫下對方的名字。

Q44：治療師該如何與個案討論出正向行為活動計畫？

A：

1. 找出會減低個案社交隔離的方法。
2. 增加能促使個案愉悅感或成就感增加的活動。
3. 讓個案從事容易完成的活動。
4. 透過日常運動來增加個案的活動量。
5. 增加個案使用放鬆的策略或自我關照的行為。
6. 與個案討論過去情緒低落時，能讓自己有效因應危機或低落心情的行為或活動。

Q45：正向活動計畫包含哪些策略？

A：正向行為活動計畫可以包含因應策略，例如自我關照行為（洗澡時，讓自己泡一個熱水澡）、規律的運動、放鬆練習、安排與他人的聚會及聯絡、參與團體活動等等。當個案渡過了他的急性自殺危機，治療師可以跟個案討論並擬定一些特定的問題解決方式。事實上，藉由討論正向活動計畫的設定，也提供想自殺的人學習如何有效處理或解決問題的機和參考策略。當想自殺的人能有效處理所面臨的困擾時，就能提升其信心以及活下去的勇氣。

Q46：正向行為活動計畫就是要多元化地訂很多目標給個案？

A：這是錯誤的觀念。當然，一個人的改變並非一蹴可及，而是循序漸進的過程。心理師應該幫助個案選擇一些小目標，數量可以不用多，而且計畫必須被個案視為容易執行。為了要幫助個案有正向行為的動機，能快速且成功地達到目標對個案而言很重要。當個案完成一項計畫時，即可被視為是一個很好的

進步。因此，一開始時要花費較多的力氣在討論和選擇一些適當的小目標開始做起，並且不斷地累積成功經驗和信心。可藉由提出問題來幫助個案有更多正向行為的動機，以協助他成功達到目標。在擬定目標時，心理師可問個案：

1. 在未來幾天倘若你可以執行「…(行為/活動)…」，你會將之視為一個進步嗎？
2. 你是否認為在未來幾天內，「…(行為/活動)…」是自己可實際執行的？

Q47：正向行為活動計畫要規劃多久的持續時間？

A：注意不要跟個案安排過多的正向行為活動計畫（需要考慮個案目前的功能及情緒狀態）。建議每次只規劃一至兩天的正向行為活動計畫，且避免時間過長的計畫。這不但可以讓個案在短時間內達成目標，並且個案也可以透過該計畫的實施過程增加自己的成就感。

Q48：如果個案不幸自殺身亡，是不是就可以結束輔導？

A：NO！過去的研究指出，在自殺者死後六個月之內，家屬最容易發生自殺意念與憂鬱的症狀；而對於其周遭的同儕來說，容易發生認同作用，模仿自殺行為。因此，對於自殺已完成者，除了協助家屬辦理後事，還要針對同儕（或同班同學）、老師及家屬提供情緒諮詢。告訴自殺身亡者的周遭他人，面對在意的人過世，傷心和難過是在所難免，甚至有的人還會生氣對方為何這樣做，但這些都是正常、自然的身心反應。因此，事發後也需針對整個校園提供正確訊息與憂鬱自傷防治觀念。

Q49：對自殺者的家屬可以做些什麼？

A：有幾個處理的重點：

1. 在親人自殺後二十四小時內立即進行哀傷輔導，提供家屬一個支持和宣洩的對象和機會。
2. 協助處理喪禮與瑣事，適度地給予同理和情緒的接納，並進行哀傷的心理復健。
3. 持續追蹤一年，幫助他們參加支持團體，接受心理專業人員協助，以處理面對親人過世所引發的罪惡感、羞恥感及孤獨感。

Q50：對自殺者的同儕可以做些什麼？

A：有幾個處理的重點如下：

1. 同樣地，在二十四小時內對學生進行減壓團體，幫助學生瞭解和同理面對同儕自殺身亡事件的震撼。
2. 適當讓學生表達負向情緒，減低同儕間對無法挽回對方生命所產生的罪惡感、憤怒感、孤獨感，鼓勵同儕發展出正面意義的想法，在過程中需注意否認或抗拒者、高危險群，並篩選出需進一步諮詢的高危險群—例如觸發過去類似經驗、難以表達情緒...者。

3.提供問題解決模式及求助相關資源。

Q51：什麼是哀傷輔導？

A：哀傷輔導通常是幫助自殺身亡者周遭的人宣洩哀傷情緒，以及處理因自殺者身亡而產生的罪惡感、羞恥感、孤獨感，進而接納同儕死亡的事實，並重新找到生命的意義。通常周遭的人對於自殺事件會有以下反應：

1. 為什麼他會選擇去自殺？
2. 早知道他會自殺，如果我當時可以多做一點就好了？
3. 我的反應正常嗎？我會難過多久？難過要如何解決？

Q52：如何協助家屬親友「早知道他會自殺，如果當時可以多做一點就好了」的罪惡感？

A：事實上，沒有人可以完全預防一個人的自殺。因此自殺事件後，自殺者親友需面對的事情並非是找出自殺者生前可以避免自殺的線索，而是需要學習接受失落的事實與經驗悲傷的痛苦；學會與逝世者告別，並以正向的態度面對新的生活。

Q53：如何評估哀傷反應？會難過多久？要如何協助自殺者的親友？

A：面對親友自殺死亡的最初反應是震驚與不能接受死亡的訊息，這種震驚與不能接受的感覺可能持續數天到數週，但這種感覺並不是不好的，它是心理自我保護的機轉，可以讓我們不至於被此事件擊倒。因此，可讓自殺者親友瞭解哀傷反應是正常的，並協助自殺者親友表達哀傷。哀傷反應可能以情感、行為、認知或生理的形式出現。在情感方面主要可能有悲傷、憤怒、罪惡感、焦慮與憂鬱等；認知方面會有否認、困惑；行為方面則有焦躁不安、注意力不集中、退縮與哭泣；生理部分則可能出現失眠、呼吸系統與腸胃系統的問題。這些反應都是正常的，也需要時間來調適。若以上症狀隨時間並沒有減低，且影響到日常生活的功能，此時，可建議自殺者親友尋求專業協助。

Q54：哀傷輔導要怎麼進行？

A：哀傷輔導可以透過受過專業訓練的臨床心理師、諮商心理師、精神科醫師或學校輔導室的輔導老師等人員進行。進行的過程可以是個別性或團體性，視情況而定；哀傷輔導的過程會運用一些心理學與諮商輔導的技巧協助參與者在一段時間內走出哀傷。Worden(1991)提出哀傷有其四個階段的任務，即為：(1)接受失落的真實性；(2)經驗悲傷的痛苦；(3)重新適應一個逝者不存在的新環境；(4)將情緒從已逝者身上轉移到生活上。因此，哀傷輔導的四個目標為：

- 1.協助參與者面對失落。
- 2.協助參與者處理已表達的或潛在的情感。
- 3.協助參與者克服失落後再度適應正常生活的障礙。
- 4.以正向的方式鼓勵參與者向逝者告別，並坦然地重新將情感投注在新的關係

裡。

Q55：針對自殺身亡事件的處理，還要做些什麼？

A：

1. 首先篩選出相關人員進行減壓團體，可分為學生、教師、處理此事件的行政人員等組別，並從中篩選出需要進一步諮商的高危險群。
2. 將自殺身亡者的導師列入關注輔導的對象之一，並適度提供導師對於自殺預防的輔導觀念及知能。
3. 針對整個校園，以公開信的方式澄清自殺的迷思，並再提供正確的自殺防治觀念，以及討論如何面對生活中的壓力事件與如何因應憂鬱情緒的方法。
4. 設置發言人，公開說明自殺事件並接觸媒體，以避免自殺事件被過度渲染或錯誤報導。
5. 與教職員工生公開討論並提供校內外的求助管道與專線。
6. 以學校名義撰寫給家長的信件，信件內容包含事件的簡要事實描述、學校的處理措施、學校引進的相關資源及分工、遇到此事件孩子可能有的反應並正常化此反應、家長如何協助孩子度過此階段、若家長有相關問題可以詢問的人員與電話等。(範本可參考教育部編印的校園自我傷害防治處理手冊)

Q56：是不是在自殺危機過後，就代表以後都沒事了？

A：NO！當個體下次遇到類似或更大的生活壓力或事件並感到無法解決的時候，有很大的機會可能再次發生自殺的行為，因此在自殺危機度過後，需要專業人員的介入處理，以防自殺危機的再度發生，並協助其解決問題。

Q57：是不是在自殺危機過後，就可以不用再繼續處理了？

A：NO！因為自殺危機可能會再次的發生，因此在自殺危機度過後，需要專業人員的介入處理，以防自殺危機的再度發生，並協助其解決問題。

Q58：在自殺危機過後，親友可以做些什麼？

A：學校輔導人員可以鼓勵親友，除了關心個案之外，也鼓勵他將問題與想法說出來，並給予必要的協助。此外，更要鼓勵個案尋求專業人員的協助與治療。

Q59：在自殺危機過後，要繼續給予個案什麼樣的協助？

A：在自殺危機過後，專業人員應視個案的狀況繼續規劃短、中、長期的心理治療計畫，協助初步解決問題、穩定情緒、增進壓力及情緒管理技巧，也應協助發展更具成熟性的問題解決能力、人際社交技巧，以及協助人格的成長。

Q60：什麼是短、中、長期的心理諮商與治療計畫？

A：所謂的短、中、長期的心理治療計畫，是以治療時間的長短和治療目標作區分。

Q61：短、中、長期的心理諮商與治療計畫各需要多長的治療時間？

A：依治療師所採用的治療方式有所差異，但大致上，短期的心理治療約需一至三個月，中期的心理治療約需三到六個月，長期的心理治療約需六至十二個月以上。

Q62：為什麼在自殺危機處理後，還需要發展短、中、長期的心理諮商與治療計畫？

A：由於自殺被個案認為是用來解決問題的方法之一，故當個案遇到壓力事件時，自殺危機就更容易發生，因此在自殺危機過後，適當的介入治療除了可以固定的評估自殺危機外，更可以協助個案發展更適宜的問題解決、壓力因應、人際社交技巧，甚至是長期的人格成熟，以避免個案再度自殺。

Q63：短期的心理諮商與治療的目標有哪些？

A：

- 1.協助個案穩定情緒及緩解症狀。
- 2.協助個案重建人際關係技巧。

Q64：協助個案穩定情緒及緩解症狀指的是什麼？

A：因為自殺個案通常會有許多負面情緒，如憂鬱、無望感、憤怒等等，在短期治療中，治療師會先協助個案減緩憂鬱症狀、減少其自殺的意念及行為，以及緩解其敵意、怒氣或無望感。有些想自殺的人甚至會有借酒澆愁的情況，因此消除個案的酗酒或自傷行為也是穩定情緒和減緩症狀的重要方向。

Q65：什麼是人際關係技巧重建？其目標為何？

A：由於許多自殺個案的人際互動技巧較不足，導致人際關係較疏離，人際互動較少，因此治療師會帶領個案進行人際技巧的訓練，包括先增強其自我監控、情緒調節、壓力忍耐力及怒氣管理的能力。

Q66：在短期的心理諮商與治療中要做些什麼？

A：

- 1.危機評估。
- 2.將治療具體化，且訂立初步的治療目標並讓個案瞭解。
- 3.透過實施心理測驗、會談以及必要的會診，更深入蒐集資料。
- 4.讓個案同意接受治療，並建立初步的治療關係。
- 5.透過會談，協助個案穩定情緒，降低與解除自殺危機。

Q67：「危機評估」要做些什麼？

A :

- 1.釐清個案的自殺史。
- 2.釐清目前的危機種類及嚴重程度。
- 3.與家人晤談，獲得其他的相關資訊。

Q68：如何訂立初步的心理諮商與治療目標？

A :

- 1.評估目前各方面（危機處理、人際關係技巧、人格發展）的程度及建立初步的治療計畫。
- 2.勾勒出個案的自殺行為模式，此部分可幫助治療者向個案說明、解釋自殺的成因及治療的方式。

Q69：在何種狀況下，個案還需要進行自殺的中期心理諮商與治療呢？

A :

- 1.個案目前的自殺危機已經減輕或解除。
- 2.在生活適應上仍然可看出其能力的不足，而使個案可能再一次出現自殺的危機。
- 3.適應能力包括：問題解決與因應技巧、情緒調節與憤怒管理、自我監控能力...等。
- 4.透過專業的評估與討論，判斷是否需要繼續進行後續的治療活動，以及治療預計進行的目標及方式為何...等。

Q70：自殺的中期心理諮商與治療的目標為何？

A：增加個案的生活適應能力與自我強度。

Q71：自殺的中期心理諮商與治療如何進行？

A :

- 1.再一次重新評估個案：瞭解其目前的問題解決、情緒調節、自我監控、壓力忍耐力、人際自信、怒氣管理等方面的適應能力水準。
- 2.與個案討論評估後的結果與治療的建議：發展階段性的目標，漸進式的培養與發展個案上述的技巧，以改善個案的生活功能。
- 3.治療過程中，對個案持續進行自殺危險性的評估。

Q72：何種情況下還需要再進行自殺的長期心理諮商與治療？

A：透過與個案的互動過程中，發現其有以下的情況時需要再進行長期諮商或治療：

- 1.個案有長期的、自我意象的混亂，如：角色定位困難。
- 2.在過去的生命歷程中有過創傷的經驗，如：虐待、遺棄、重大失落…。
- 3.和朋友、家人間的人際互動困難，如：建立親密關係的困難、家庭衝突…等
- 4.對未來人生的方向感到茫然。

Q73：自殺的長期心理諮商與治療的目標為何？

A：提升個案的正面印象及增進其人際互動的能力，包括：拓展自尊及自我效能、從創傷或挫折中體認意義與成長，以及改善家庭中的衝突情形。

- 1.改善個案扭曲的自我印象和自尊，如針對持續的自我嫌惡、感到罪惡與羞恥感、憎恨、不適當的無能感等，進行深入性的探討。
- 2.透過對個案發展過程中創傷事件與潛在核心議題的瞭解、討論，幫助個案解決內在的衝突與焦慮感受。
- 3.善用中期治療中所建立的技巧，靈活運用在生活情境中，以改善個案和家人、朋友間不良的互動方式，並促進人際關係品質。
- 4.協助個案人格重新發展。

Q74：協助個案人格的重新發展。指的是什麼？目標是什麼？

A：治療師會先幫助個案從目前一再重複發生的自殺危機中逐漸穩定下來，接著處理個案較不客觀、不合理或和現實的自我看法，像是認為他人是拒絕且遺棄自己的，以及針對兒時可能所遭受的嚴重挫折如父母不當對待，進行重新檢視與再詮釋，漸漸引導個案了解偏差的行為模組及可能的改變，最後改變其不適應的人格特質。

Q75：自殺的長期心理諮商與治療要做哪些？

A：把自殺危機的出現視為促進個體成長或改變、重建或改造個案特殊人格特質的轉機。

- 1.生活適應技巧的類化：將治療中期所學之技巧，有計畫或無計畫的廣泛練習應用在各種情況之下，如家中、工作場合、不同的人際關係情境。
- 2.透過技巧類化的練習，讓個案得以經驗到一些改變，並有機會讓適應功能全面提升，以達成人格的發展與改變。

Q76：在心理諮商與治療過程中處理有自殺危險的個案時，應該要注意些什麼？

A：

- 1.在處理有自殺危機的個案時，若只將目標放在危機解決階段，認為危機解除就等於治療結束，可能會使某些個案走進自殺的旋轉門中，而一再的出現自殺行為的發生。

2. 給予個案及時的支持性介入是必要的，但須小心可能會導致個案為了獲得心理諮商與治療者或家人、朋友的注意，反而增加其自殺行為；或成為個案逃避問題、驗證扭曲想法的一種不良習慣反應。
3. 在治療過程中，讓個案學會對自己的行為負責，練習對自我的危機做處理，主動的在不同的情境下練習新的適應技巧，都是增進個案問題解決與自我信心的正向經驗。
4. 持續不斷地進行自殺個案的危機評估，不但可以協助我們瞭解其狀況，更可以讓個案察覺自己的改變，進而促進其治療的動機與對未來的希望感。
5. 在治療過程中，家庭、親朋好友或是學校導師都可以提供個案支持、理解和鼓勵，並透過時時照顧、保護與監督來協助個案康復。首先應學著正確的辨識症狀與行為反應，包括個案可能賴床、退縮、逃避等反應；應盡量參與治療，並與醫師或心理師保持密切聯繫，隨時提供協助，同時並得到醫師或心理師的專業協助，度過因個案自殺所帶來的心理衝擊；應嘗試營造一個保護性環境來照顧個案，協助個案正向成長與康復，如導師在班級氣氛經營上可以更開放、積極，同時並兼顧到保護與監督個案的功能；應進一步了解住院與非自願性的強制治療真正的用意在於保護個案與保護家屬，倘若個案有自我傷害或傷害他人之虞，皆應及時與醫師或心理師取得聯繫；應建立起個案自己的社會支持系統，因為家屬往往是第一線承受個案的情緒與阻抗行為，帶來的衝擊與壓力可想而知，所以取得適當的個人支持系統很重要。個案外在環境的改變往往也是個案改變內在特質的契機，因此家屬或身邊的親朋好友的角色更形重要。



Q77：教育部出怪招，函發量表與不自殺契約要求老師與學生填寫嗎？

A：

1. 本部並未發函各縣市，發下評量表，要求老師填寫：

本部並未函發柯氏憂鬱量表、心情指數檢測表、不自殺約定書，僅於最近發函通知各縣市，告知本部委託「中國輔導學會」增修的「校園自我傷害防治處理手冊」，已經上網，請宣導與運用。此手冊是結合理論與實務編彙的實務工作手冊之一，內含介紹自我傷害校園三級預防模式，以及可以運用之資源，如工具與流程，而手冊中明確說明「鼓勵各校循著自己的校園文化與特色，來增修並建構專屬於自己學校的『校園自我傷害防治手冊』之操作步驟與流程」。

2. 自我傷害防治處理手冊之量表與技巧僅供參考，而非強迫使用：

為增加輔導教師對自殺危險性高學生的辨識能力，該手冊介紹輔導老師可以用觀察、評估學生自我傷害或自殺危險程度的教師觀察用量表，以及為增進輔導教師輔導高自殺危險性學生時的危機處理技巧，該手冊也介紹運用「不自殺契約」技巧的例子。但亦已清楚說明，該手冊中所提供檢核表、

流程圖等，主要是提供參考，並建議各校可先行演練操作，將之修訂為各校可用者。本部並未規定各校將此些量表或不自殺契約書給每位教師或學生填寫。教師可做為初步參考，具體自殺防治應以個案狀況需要分三級作積極評估與介入。

3. 本部亦未發給各校「不自殺約定書」，要求或規定學生簽：

所謂「不自殺約定書」並不是量表，而是自殺危機處理的一種專業技巧，本部放置於網頁的資源手冊中，僅做為學校輔導教師專業諮商技巧運用之參考，並藉此強化輔導教師專業素養，也提醒輔導老師危機處理的步驟需加入共同尊重生命、愛惜生命的允諾。

4. 教育部所推動「校園學生憂鬱與自我傷害三級預防工作計畫」甚為完整，竟遭媒體扭曲：

本計畫對於國內憂鬱與自殺之成因與策略先加以分析，再提出跨中央部會、教育部、各縣市教育局、各級學校共同合作推動之三級預防策略與工作項目。其中，包括透過研發、人才培訓、課程教學、教材與輔導工作實務手冊之編修、學校內一、二、三級預防工作模式之建立、社會宣導、與醫療資源之整合以及獎勵與考評等多元方案，以期能達到強化學生生命與情緒教育，使學生愛自己、愛別人，活得幸福健康的一級預防目標；也強化高關懷群介入方案，找出有自殺困擾的同學，及時關懷與協助，以達到二級預防目標；更進一步，本部亦積極推動三級的防治，殷切希望老師具備相關理念，協助學校建立危機處理機制，以協助要自殺、自殺未遂或自殺事件發生時之校園危機應變機制與資源。如此，全面性三級防治工作之推動與自殺人數已逐步下降的成效，扭曲報導本部只發下量表與不自殺契約書叫教師與學生填寫；對於部份媒體之不當與錯誤報導，深感遺憾。

Q78：教育部要求各校對大一學生進行進行精神科診斷嗎？

A：

1. 本部並未要求大一新生接受「精神科篩檢」，亦未函發精神科診斷量表要求各校師生填寫。
2. 本部補助學校實施「教育部推動校園學生憂鬱與自我傷害三級預防工作計畫(生命互愛-愛自己·愛別人)」計畫內容涵蓋三級預防，並未偏重精神醫療：本部係透過訓輔經費與特色主題經費補助方式鼓勵各大專校院提出符合學校特色的計畫，經專家學者審查通過後，補助學校經費加以實施。包括一級預防：推動校園生命教育、壓力調適及各種心理健康促進活動(如正向思考、衝突管理、情緒管理以及壓力與危機管理)、二級預防：憂鬱自殺高危險群之及早篩檢追蹤，以及三級預防：建置自殺事件發生後之危機處理機制。
3. 本部雖鼓勵各大專校院發展與實施符合各校特色之高關懷群早期篩檢與早期介入計畫，但計畫之實施須符合專業法律與倫理，在尊重學生的自主與考慮不傷害生命的原則下，強調保密隱私、以及不標籤化與污名化之下進行。實施過程包括六階段：

- (1) 說明：說明篩檢目的與保障篩檢結果的保密性。
 - (2) 取得同意：在學生（家長）同意下進行篩檢，非強迫性。
 - (3) 解釋結果：對篩檢結果的解釋要謹慎與專業，不可隨便給學生貼上精神疾病或任何不好的標籤；並要積極透過教育與適當輔導，讓學生學會覺察、接受、處理及放下憂鬱情緒。
 - (4) 保密：各校諮商輔導人員依據「心理師法」規定，心理師對於因業務而知悉或持有個案當事人之秘密，不得無故洩漏。
 - (5) 主動關懷：主動提供高關懷群必要的關懷協助及需要的諮商輔導。
 - (6) 必要的轉介：當知悉學生有疑似精神病、有明顯的自傷或傷人之虞時，需進行危機處置與必要的轉介與協助就醫。
4. 本部所推動計畫內容並未強迫或鼓勵學生服用精神藥物：本部鼓勵學校建立自殺之校園危機事件的應變機制與流程，自殺危機事件發生後，學校給予學生最及時的輔導諮商，預防學生再自殺或其他同學受到影響；必要時，依「精神衛生法」規範，協助學生就醫。



附錄：國內自殺防治的資源

自殺防治緊急聯絡電話

24 小時直撥專線

單位	電話	口訣
各縣市生命線	1995	要救救我
各縣市張老師	1980	依舊幫你
自殺防治安心專線	0800-788-995	請幫幫、救救我
緊急醫療救護專線	119	



各地區精神醫療責任醫院

縣市別	醫院名稱	聯絡電話
宜蘭縣	羅東博愛醫院	03-9543131 分機 112、113
基隆市	1. 基隆醫院 2. 基隆長庚醫院	1. 02-2429-2525 分機 1100 2. 02-24313131 分機 2267
台北市	1. 市立聯合醫院松德院區 2. 國軍北投醫院	1. 02-2726-3141 分機 1266 2. 02-28914540(日) 02-28957633(夜)
台北縣	行政院衛生署八里療養院	02-26101660 分機 2000
桃園縣	行政院衛生署桃園療養院	03-369-8553 分機 3112
新竹縣	湖口仁慈醫院	03-5993500 分機 2190、6327
新竹市	1. 行政院衛生署新竹醫院 2. 國軍新竹醫院	1. 035-326151 分機 4213 2. 035-348181 分機 3231、3279
苗栗縣	1. 財團法人為恭紀念醫院 2. 行政院衛生署苗栗醫院	1. 037-685569 分機 500 2. 037-261920 分機 1104
台中市	台中榮總	04-23592525 分機 3610
台中縣	國軍台中總醫院	04-23934191 分機 525350
彰化縣	1. 財團法人彰化基督教醫院 2. 秀傳紀念醫院 3. 彰化醫院	1. 04-7238595 分機 5191 2. 04-7256166 分機 81997 3. 04-8298686 分機 1210
南投縣	行政院衛生署草屯療養院	049-2550800 分機 3911
雲林縣	台大醫院雲林分院	05-5323911 分機 2312、2313
嘉義縣	慈濟醫院大林分院	05-2648000 分機 5839
嘉義市	嘉義榮民醫院	05-2359630 分機 5668
台南縣	行政院衛生署嘉南療養院	06-2795019 分機 111、110
台南市	國立成功大學醫學院附設醫院	06-2353535 分機 2220
高雄縣	高雄仁愛之家附設慈惠醫院	07-7030315 分機 138、202
高雄市	高雄市立凱旋醫院	07-7136959 07-7513171 分機 2162、2188
屏東縣	屏安醫院	08-7211777 分機 201
台東縣	1. 行政院衛生署臺東醫院 2. 馬偕紀念醫院台東分院	1. 089-324112 分機 230 2. 089-310150 分機 333
花蓮縣	1. 國軍花蓮總醫院 2. 玉里榮民醫院	1. 03-8263151 分機 12 2. 03-8883141 分機 307
澎湖縣	行政院衛生署澎湖醫院	06-9261151 分機 300
金門縣	行政院衛生署金門醫院	082-332546 分機 1801
連江縣	連江縣立醫院	0836-23991~8 分機 601

各地區生命線

單位	電話	單位	電話	單位	電話
基隆市生命線	02-24653535	彰化縣生命線	04-7249595	屏東縣生命線	08-7369595
臺北縣生命線	02-89669955	雲林縣生命線	05-5329595	花蓮縣生命線	03-8339595
臺北市生命線	02-25059595	嘉義縣生命線	05-2267995	宜蘭縣生命線	03-9329595
新竹縣生命線	03-5969595	嘉義市生命線	05-2349595	苗栗縣生命線	03-7329595
新竹市生命線	03-5249595	台南縣生命線	06-6329595	桃園縣生命線	03-3019595
南投縣生命線	049-2239595	台南市生命線	06-2209595	台東縣生命線	089-339595
台中縣生命線	04-25269595	高雄縣生命線	07-6259955	澎湖縣生命線	06-9266837
台中市生命線	04-23269595	高雄市生命線	07-2319595		

各地區張老師

單位	電話	單位	電話	單位	電話
基隆「張老師」	(02) 24336180	中壢「張老師」	(03) 4911666	嘉義「張老師」	(05) 2756180
臺北「張老師」	(02) 27166180	新竹「張老師」	(03) 5356180	台南「張老師」	(06) 2366180
三重「張老師」	(02) 29896180	台中「張老師」	(04) 22066180	高雄「張老師」	(07) 3306180
桃園「張老師」	(03) 3316180	彰化「張老師」	(04) 7226180	宜蘭「張老師」	(03) 9366180

各社區心理衛生中心

地址	電話	地址	電話
衛生署自殺防治中心	(02) 2555-0500	高雄縣社區心理衛生中心	(07) 7331038
台北市社區心理衛生中心	(02) 33936779	屏東縣社區心理衛生中心	(08) 7370123
高雄市社區心理衛生中心	(07) 3874649	花蓮縣社區心理衛生中心	(03) 8233251
宜蘭縣社區心理衛生中心	(03) 9329595	台東縣社區心理衛生中心	(08) 9340800
基隆市社區心理衛生中心	(02) 24300195	澎湖縣社區心理衛生中心	(06) 9275932
臺北縣社區心理衛生中心	(02) 22577155 #1032	金門縣社區心理衛生中心	(082) 337885
桃園縣社區心理衛生中心	(03) 3325880	連江縣社區心理衛生中心	(083) 622095#103
新竹縣社區心理衛生中心	(03) 5240019		
新竹市社區心理衛生中心	(03) 6567138		
苗栗縣社區心理衛生中心	(03) 7277605		
台中縣社區心理衛生中心	(04) 25279075		
台中市社區心理衛生中心	(04) 23801600		
南投縣社區心理衛生中心	(049) 2300190		
彰化縣社區心理衛生中心	(04) 7135928		
雲林縣社區心理衛生中心	(05) 5370885		
嘉義市社區心理衛生中心	(05) 2338066#318		
嘉義縣社區心理衛生中心	(05) 3620603		
台南市社區心理衛生中心	(06) 3352982		
台南縣社區心理衛生中心	(06) 6377232		



其他自殺防治諮詢機構

地址	電話
馬偕協談中心平安線	(02) 25310505 (02) 25318595 (02) 25718427
馬偕自殺防治中心	(02) 25433535#3683
宇宙光輔導中心	(02) 23627278
台北市觀音線心理協談專線	(02) 27687733
台中觀音線心理協談中心	(04) 22339958

參考文獻資料

- 孔繁鐘、孔繁錦 (1996)。DSM-IV 精神疾病診斷手冊。台北市：合記。
- 柯慧貞 (2002)。憂鬱症的認知心理治療—理論與技巧。學生輔導，80，68-75。
- 謝碧玲 (2002)。憂鬱症的人際關係心理治療—理論與技巧。學生輔導，80，76-83。
- 柯慧貞、洪友雯、方格正、劉穎樺、陳仲鉉、劉怡汝 (2002)。校園自殺的防制：三級預防模式。學生輔導，80，96-111。
- 教育部「校園自我傷害防治手冊」(2004)。教育部全球資訊網。摘自 www.edu.tw/EDU_WEB/EDU_MGT/DISPL/EDU3748001/snow0116-1.doc
- Worden, J. W. (1991). *Grief Counseling & Grief Therapy*. N.Y.: Springer Pub. Com. [李開敏、林方皓、張玉仕、葛書倫譯 (1995)。悲傷輔導與悲傷治療。台北：心理。]
- Rudd, M. D., Joiner, T., & Rajab, M. H. (2001). *Treating suicidal behavior: An effective, time-limited approach*. N.Y.: Guilford Pub. Inc.

我的支援系統

99年度臺灣區中等學校心理衛生中心聯絡方式暨學校醫生(心理師)名單

地區	學校名稱	預約電話	醫師(心理師)姓名	服務單位
基隆區	基隆高中	(02)4577771	劉文湧醫師	署立基隆醫院
			陳文廣醫師	
			陳彭嫻心理師	
台北區	板橋高中	(02)9602500轉233	陳俊霖醫師	亞東紀念醫院
			鄭懿之醫師	
			林育如醫師	
			張明偉心理師	
			方曉喻心理師	
			呂宏曉心理師	
桃園區	陽明高中	(03)3645761轉601	陳贊采醫師	署立桃園療養院
			陳美珠醫師	
			宋成賢醫師	
			劉士愷醫師	
			李國平醫師	
			李洵醫師	
			謝敏鈴社工師	
			黃佳琳社工師	
			沈芳郡社工師	
			薛荷芳護理師	
			謝彬彬護理師	
王麗玲護理師				
新竹區	新竹女中	(035)424067	姚妮宇醫師	安立身心診所
			詹仁輝醫師	署立新竹醫院
			鄭海擎醫師	
苗栗區	苗栗農工	(037)329323	吳四維醫師	為恭醫院
台中一區	豐原高商	(04)5279676	李清發醫師	敦仁醫院
			黃勵爵心理師	勤益科大
台中二區	台中家商	(04)22223307	朱伯全醫師	中山醫大附設醫院
			張勤金心理師	識心心理治療所
彰化區	彰化高中	(04)7222121轉141	黃玉梅醫師	秀傳醫院
			黃芳慧醫師	
			楊舒雯個管師	
南投區	中興高中	(049)2351555	蔡坤輝醫師	署立草屯療養院
			張虹雯心理師	彰師大社區 心理諮商中心
雲林區	斗六家商	(05)5328711	劉書岑醫師	台大醫院雲林分院
			黃惠群醫師	成大醫院斗六分院
			廖好嘉社工師	台大醫院雲林分院
嘉義區	嘉義女中	(05)2221464	王家麟醫師	陽明醫院
			蔡湘怡醫師	聖馬爾定醫院
			謝馥蔓心理師	嘉義基督教醫院

99年度臺灣區中等學校心理衛生中心聯絡方式暨學校醫生(心理師)名單

地區	學校名稱	預約電話	醫師(心理師)姓名	服務單位
台南一區	台南一中	(06)2358173	陳信昭醫師	殷建智精神科診所
			林聰仁心理師	高雄市臨床心理師工會
			陳燕錚心理師	台南市臨床心理師工會
台南二區	曾文家商	(06)5729885	林晏宏醫師	林宴宏診所
			紗娃.吉娃司心理師	高雄市學生心理諮商中心
高雄區	鳳山商工	(07)7424500	黃蓉蓉醫師	凱旋醫院
			陳春曲心理師	芯耕圓心理諮商所
			連廷誥心理師	
屏東區	屏東女中	(08)7381513	張漢章醫師	寶建醫院
			李建德醫師	屏安醫院
台東區	台東高中	(089)325642	吳佳璇醫師	台東榮民醫院
			莊雅仁心理師	
花蓮區	花蓮女中	(038)344264	王迺燕醫師	門諾醫院
			余權訓醫師	署立玉里醫院
			張巍鐘心理師	
宜蘭區	宜蘭高中	(039)355503	郭約瑟醫師	羅東博愛醫院
			王怡靜醫師	
			劉光中醫師	普門醫院
澎湖區	澎湖海事	(06)9262756	歐麗清醫師	署立澎湖醫院
金門區	金門高中	(082)328536	陳廷任醫師	署立金門醫院
馬祖區	馬祖高中	(083)625668	謝遠達醫師	慶生醫院

台灣地區精神醫療機構及提供服務項目

資料來源：www.cpc.mcu.edu.tw/health/spirit/14 精神醫療機構.htm

A 表精神科門診 B 表精神科全日住院 C 表精神科日間留院 D 表精神科居家治療 E 表精神科強制住院

行政區	醫院名稱	服務項目	地址	電話
基隆市	台灣省立基隆醫院	ABC E	基隆市信二路 268 號	02/ 4292525
	財團法人長庚紀念醫院 基隆分院	A C	基隆市麥金路 222 號	02/ 4313131
	南光神經精神科醫院	ABCDE	基隆市安樂區基金一路 91 號	02/ 4310023
台北市	國立台灣大學醫學院附 設醫院	ABC E	台北市常德街 1 號	02/ 3123456
	台北市立療養院	ABCDE	台北市松德路 309 號	02/ 7263141
	台北市立陽明醫院	A CD	台北市雨聲街 105 號	02/ 8353456
	台北市立忠孝醫院	ABC E	台北市南港區同德路 87 號	02/ 7861288
	台北市立仁愛醫院	A E	台北市仁愛路四段 10 號	02/ 7093600
	台北市立中興醫院	ABC	台北市鄭州路 145 號	02/ 5523234
	台北市立和平醫院	A C	台北市中華路二段 33 號	02/ 3889595
	台北市立婦幼綜合醫院	A	台北市福州街 12 號	02/ 3916471
	台北市立萬芳醫院	A C	台北市興隆路三段 111 號	02/ 9307930
	台北榮民總醫院	ABCDE	台北市石牌路二段 201 號	02/ 8757027
	三軍總醫院附設民眾診 療服務處	ABC E	台北市汀州路 3 段 8 號	02/ 3681462
	國軍八一八醫院民眾診 療服務處	ABCDE	台北市北投新民路 60 號	02/ 8959808
	國軍八〇七總醫院民眾 診療處	AB	台北市健康路 131 號	02/ 7642151
	財團法人國泰綜合醫院	A	台北市仁愛路四段 280 號	02/

行政區	醫院名稱	服務項目	地址	電話
				7082121
	台北醫學院附設醫院	A CD	台北市吳興街 252 號	02/ 7372181
	振興復健醫學中心	AB	台北市榮華里振興街 45 號	02/ 8264400
	財團法人新光吳火獅紀念醫院	AB	台北市文昌路 95 號	02/ 8332211
	財團法人中心診所	A	台北市忠孝東路四段 77 號	02/ 7510221
	財團法人台安醫院	AB	台北市八德路二段 424 號	02/ 7718151
	財團法人馬偕紀念醫院	A	台北市中山北路二段 92 號	02/ 5433535
	博仁綜合醫院	A	台北市光復北路 66 號	02/ 7726677
	仁濟療養院	ABE	台北市西園路二段 42 號	02/ 3080262
	培靈醫院	ABE	台北市八德路四段 355 號	02/ 7606116
	財團法人長庚紀念醫院	A D	台北市敦化北路 199 號	02/ 7135211
	國泰綜合醫院內湖分院	ABC	台北市內湖路二段 360 號	02/ 7935888
	松山精神科醫院	AB	台北市南京東路五段 324 號	02/ 7480989
	欣美精神科診所	A	台北市四維路 52 巷 35 號 4 樓	02/ 3253218
	蕭心理衛生診所	A	台北市安和路一段 135 巷 28 號 1 樓	02/ 7071041
	康和神經精神科診所	A	台北市忠孝東路四段 216 巷 11 弄 8 號	02/ 7523234
	新康診所	A	台北市嘉興街 175-2 號	02/ 7374685
	吾安精神科診所	A	台北市泰順街 16 巷 10 號之 2	02/ 3633690
	孫光中精神科診所	A	台北市中山區吉林路 193 號	02/ 5675033

行政區	醫院名稱	服務項目	地址	電話
	金華診所	A	台北市中正區徐州路 18 巷 28 號	02/ 3948870
台北縣	台灣省立台北醫院	ABCDE	台北縣新莊市思源路 127 號	02/ 2765566
	台灣省立桃園療養院八里分院	ABCDE	台北縣八里華富山 32 號	02/ 6101664
	財團法人亞東紀念醫院	AB	台北縣板橋市南雅南路二段 21 號	02/ 9546200
	名恩療養院	AB	台北縣鶯歌鎮鶯桃路二段 62 號	02/ 6701092
	仁濟療養院新莊分院	ABC E	台北縣新莊市瓊林路 100 巷 27 號	02/ 2015222
	宏濟神經精神科醫院	AB E	台北縣新店市安忠路 57 巷 5 號	02/ 2121100
	長青醫院	AB E	台北縣淡水鎮樹興裡糞箕湖 1-5 號	02/ 6220561
	泓安醫院	AB	台北縣淡水鎮下圭柔山 91 巷 2 號	02/ 6232681
	靜養醫院	AB	台北縣三峽鎮中山路 459 巷 92 號	02/ 6710427
	馬偕紀念醫院淡水分院	AB E	台北縣淡水鎮民生路 45 號	02/ 8094661
	財團法人天主教會耕莘醫院	AB	台北縣新店市中正路 362 號	02/ 2193391
	台北縣立三重醫院	A	台北縣三重市中山路 2 號	02/ 9829110
	台安醫院	AB E	台北縣三芝鄉楓子林路 42-5 號	02/ 6371600
	輔人醫院	A	台北縣新莊市中正路 700-14 號	02/ 9022145
	快樂診所	A	台北縣板橋市文化路二段 1 號	02/ 2576150
	福心精神科診所	A	台北縣三芝鄉大片頭村 77-3 號	02/ 6364705
	深坑石碇衛生所精神科特別門診	A	台北縣石碇鄉潭邊村石坎 27 號	02/ 6631325
	板橋後埔保健站精神科	A	台北縣板橋市民族路 8 號	02/

行政區	醫院名稱	服務項目	地址	電話
	特別門診			9616459
	金山衛生所精神科特別門診	A	台北縣金山鄉大同村林森路 59 號	02/ 4984807
	淡水衛生所精神科特別門診	A	台北縣淡水鎮中山路 158 號	02/ 6215620
	萬里衛生所精神科特別門診	A	台北縣萬里鄉瑪鍊路 157 號	02/ 4921117
	蘆州衛生所精神科特別門診	A	台北縣蘆州市三民路 85 巷 48 弄 10 號	02/ 2812011
	中和衛生所精神科特別門診	A	台北縣中和市南山路 4 巷 9 號	02/ 2491936
桃園縣	台灣省立桃園療養院	ABCDE	桃園市龍壽街 71 號	03/ 3698553
	國軍第八〇四總醫院	AB E	桃園市復興路 184 號	03/ 4897190
	長庚紀念醫院林口分院	ABCDE	桃園縣龜山鄉復興街 5 號	03/ 3281200
	天主教聖保祿醫院	A	桃園市建新街 123 號	03/ 3773302
	敏盛綜和醫院	A C	桃園市三民路三段 106 號	03/ 3379340
	台灣省立桃園醫院	A	桃園市中山路 1492 號	03/ 3699721
	桃園榮民醫院	A	桃園市成功路三段 100 號	03/ 3384889
新竹市	台灣省立新竹醫院	A CD	新竹市經國路一段 442 巷 25 號	03/ 5326151
新竹縣	財團法人天主教湖口仁慈醫院	AB E	新竹縣湖口鎮忠孝路 29 號	03/ 5993500
	竹東榮民醫院	AB	新竹縣竹東鎮中豐路一段 81 號	03/ 5962134
	佑生綜合醫院	A	新竹縣竹北市博愛街 298 巷 3 號	03/ 5557188
苗栗縣	台灣省立苗栗醫院	A	苗栗縣苗栗市為公路 747 號	037/ 261920
	財團法人為恭紀念醫院	ABCDE	苗栗縣頭份鎮水源路 417 巷 13 號	037/ 675570

行政區	醫院名稱	服務項目	地址	電話
台中市	台灣省立台中醫院	A C	台中市三民路一段 199 號	04/ 2294411
	台中榮民總醫院	ABC E	台中市港路三段 160 號	04/ 3592525
	台中仁愛之家附設靜和醫院	ABCDE	台中市南屯路一段 156 號	04/ 3711129
	中山醫學院附設醫院	A	台中市台中港路一段 23 號	04/ 2015111
	中國醫藥學院附設醫院	ABC	台中市育德路 75 號	04/ 2062121
	臺中市立復健醫院	ABC	台中市太原路三段 1142 號	04/ 2393877
	澄清綜合醫院及中港分院	A CD	台中市平等街 139 號	04/ 2203171
	明功堂診所	A	台中市東區自由路三段 276 號	04/ 2120083
	信安精神科診所	A	台中市三民路一段 139 之 4 號	04/ 3710323
	仁和精神科診所	A	台中市南區工業路 45 號	04/ 2613401
	張精神科診所	A	台中市平等街 44 號	04/ 2203048
	王昌平精神科診所	A	台中市復興路三段 471 號	04/ 2229752
	鴻賓精神科診所	A	台中市南屯路一段 25 號	04/ 3715822
	慶安精神科診所	A	台中市西區大墩路 927 號	04/ 3200751
	呂健弘精神科診所	A	台中市西屯區文心路三段 412 號	04/ 3115249
	尙義診所	A	台中市北屯路 299 之 1 號	04/ 2355155
台中縣	台灣省立豐原醫院	A C	台中縣豐原市安康路 100 號	04/ 5271180
	國軍第八〇三總醫院	AB DE	台中縣太平鄉中山路二段 384 號	04/ 2792191
	財團法人仁愛綜合醫院	AB	台中縣大里市東榮路 483 號	04/

行政區	醫院名稱	服務項目	地址	電話
	大里分院			4819900
	沙鹿童綜合醫院	A	台中縣沙鹿鎮成功西街8號	04/ 6626161
	光田綜合醫院	A	台中縣沙鹿鎮沙田路117號	04/ 6625111
	光田綜合醫院大甲分院	ABC	台中縣大甲鎮經國路321號	04/ 6885599
	長春精神科內科診所	A	台中市中港路一段345號28樓	04/ 3286916
	趙世淋診所	A	台中縣豐原市圓環東路583號	04/ 5207017
南投縣	台灣省立草屯療養院	ABCDE	南投縣草屯鎮玉屏路161號	049/ 323891
	台灣省立南投醫院	A	南投市康壽里復興路478號	049/ 231150
	埔里基督教醫院	A	南投縣埔里鎮愛蘭里鐵山路1號	049/ 912151
	埔里榮民醫院	A	南投縣埔里鎮榮光路1號	049/ 990833
彰化縣	台灣省立彰化醫院	A	彰化市中山路二段160號	04/ 7225171
	彰化基督教醫院	ABCDE	彰化市中華路176號	04/ 7225121
	秀傳紀念醫院	AB D	彰化市中山路一段542號	04/ 7256166
	明德神經精神科醫院	AB DE	彰化市中山路二段874巷33號	04/ 7223138
	靜元精神科醫院	ABC E	彰化縣二水鄉復興村山腳路3段211號	04/ 8795911
	吳潮聰精神科診所	A	彰化市長發街3號	04/ 7239121
	吳澄第神經精神科診所	A	彰化市成功路345號	04/ 7226814
	王中民神經科診所	A	彰化市員林鎮中山路一段838號	04/ 823553
雲林縣	台灣省立雲林醫院	ABCDE	雲林縣斗六市雲林路二段579號	05/ 5323911

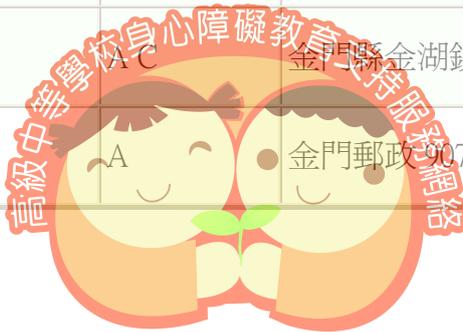
行政區	醫院名稱	服務項目	地址	電話
	中國醫藥學院附設北港醫院	A	雲林縣北港鎮新德路 123 號	05/ 7837901
	天主教若瑟醫院	A	雲林縣虎尾鎮新生路 74 號	05/ 6337333
嘉義市	台灣省立嘉義醫院	A C	嘉義市文化路 228 號	05/ 2222012
	嘉義榮民醫院	AB E	嘉義市劉厝里拔子林 60 號	05/ 2359630
	嘉義基督教醫院	ABC	嘉義市忠孝路 539 號	05/ 2765041
	聖馬爾定醫院	AB DE	嘉義市大雅路二段 565 號	05/ 2780040
	太和醫院	AB	嘉義市新榮路 75 號	05/ 2222856
	方克毅神經精神科診所	A	嘉義市長榮街 286 號	05/ 2222371
	黎山診所	A	嘉義市公明路 386 號	05/ 2222153
嘉義縣	台灣省立朴子醫院	A CD	嘉義縣朴子市永和里 42-50 號	05/ 3790600
	灣橋榮民醫院	AB	嘉義縣竹崎鄉灣橋村石麻園 38 號	05/ 2791072
	華濟醫院	ABC E	嘉義縣太保市北港路二段 601 巷 66 號	05/ 2378111
台南市	國立成功大學醫學院附設醫院	ABCDE	台南市勝利路 138 號	06/ 2353535
	台灣省立台南醫院	ABCDE	台南市中山路 125 號	06/ 2200055
	台南市立醫院	ABCDE	台南市崇德路 670 號	06/ 2691911
	財團法人新樓醫院	A	台南市東門路一段 57 號	06/ 2748316
	財團法人奇美醫院台南分院	ABCDE	台南市樹林街二段 442 號	06/ 2228116
	養和診所	A	台南市東區大同路一段 175 巷 11 號	06/ 2252041
	靜和診所	A	台南市長榮路四段 152 號	06/

行政區	醫院名稱	服務項目	地址	電話
				2376506
	安平診所	A	台南市安平區安北路 12 號	06/ 2269367
	翁桂芳診所	A	台南市中區民權路一段 14 號	06/ 2217070
	張靖平診所	A	台南市公園路 822 號之 7	06/ 2515998
	江蒼榮診所	A	台南市北區公園路 126 之 3 號	06/ 2213248
	林春銘神經精神科診所	A	台南市南區西門路一段 697 號	06/ 2266731
	鄭敏郎腦神經精神科診所	A	台南市南區健康路二段 39 號	06/ 2619505
	吳吉得診所	A	台南市安和路 5 段 280 號	06/ 2553342
台南縣	台灣省立新營醫院	ABCD	台南縣新營市信義街 73 號	06/6351311
	永康榮民醫院	A	台南縣永康市復興路 427 號	06/ 2365101
	財團法人奇美醫院	A	台南縣永康市中華路 91 號	06/ 2812811
	臺南仁愛之家附設心理療養院	AB E	台南縣新化鎮中山路 20 號	06/ 5902336
	陳俊升精神科診所	A	台南縣新營市三民路 88 號	06/ 6335025
高雄市	高雄市立凱旋醫院	ABCDE	高雄市福成街 2 號	07/ 7513171
	高雄市立大同醫院	A	高雄市中華三路 68 號	07/ 2618131
	高雄市立民生醫院	A	高雄市凱旋二路 134 號	07/ 7511131
	高雄榮民總醫院	ABCDE	高雄市左營區大中一路 386 號	07/ 3422121
	高雄醫學院附設中和紀念醫院	ABC E	高雄市十全一路 102 號	07/ 3121101
	國軍第八〇二總醫院	ABCDE	高雄市苓雅區中正一路 2 號	07/ 7496751
	國軍第八〇六總醫院	ABCD	高雄市左營區軍校路 553 號	07/

行政區	醫院名稱	服務項目	地址	電話
				5817121
	高雄靜和醫院	AB E	高雄市民族二路 178 號	07/ 2229612
	阮綜合醫院	A	高雄市苓雅區成功一路 162 號	07/ 3351121
	健仁醫院	A	高雄市南梓區南陽路 136 號	07/ 3517166
	文信診所	A	高雄市新興區中正二路 212 號	07/ 2254800
	劉精神科診所	A	高雄市建國一路 504 號	07/ 2229450
	德芬聯合診所	A	高雄市新興區中正三路 1-17 號	07/ 2261767
	徐獨立診所	A	高雄市苓雅區武慶三路 144 號	07/ 2234456
	靜安神經精神內科診所	A	高雄市苓雅區大順三路 197 號	07/ 7519025
	周瑞神精科內科診所	A	高雄市三民區建國二路 248 號	07/ 2211248
	王雅琴診所	A	高雄市鼓山區中華一路 347 號	07/ 3129322
	李少明診所	A	高雄市三民區清興街 32 號 1 樓	07/ 3921615
	高安診所	A	高雄市新興區中山一路 65 號 1 樓	07/ 2727662
	謝前亮診所	A	高雄市苓雅區光華一路 148-95 號	07/ 2241595
高雄縣	台灣省立旗山醫院	A	高雄縣旗山鎮東新街 23 號	07/ 6613811
	高雄仁愛之家附設慈惠醫院	ABCDE	高雄縣大寮鄉後庄村鳳屏一路 459 號	07/ 7030315
	長庚紀念醫院高雄分院	ABC E	高雄縣鳥松鄉大埤路 123 號	07/ 7317123
	良仁神經精神科醫院	AB E	高雄縣阿蓮鄉民族路 391 號	07/ 6317866
	心田診所	A	高雄市新田路 60 號	07/ 2812799

行政區	醫院名稱	服務項目	地址	電話
	信元精神科內科聯合診所	A	高雄縣鳳山市建國路二段 158 號	07/ 7415955
	張簡精神科診所	A	高雄縣鳳山市五甲一路 600 號	07/ 7632048
宜蘭縣	台灣省立宜蘭醫院	A CD	宜蘭市新民路 152 號	03/ 9325192
	員山榮民醫院	AB DE	宜蘭縣員山鄉榮光路 38 號	03/ 9222141
	財團法人羅東聖母醫院	A CD	宜蘭縣羅東鎮中正南路 160 號	03/ 9544106
	財團法人羅東博愛醫院	A C	宜蘭縣羅東鎮南昌街 83 號	03/ 9544131
	佛教普門醫院慢性病分院	AB D	宜蘭縣員山鄉深溝村深溝路 30-20 號	039/ 220292
	劉綜合診所	A	宜蘭市中山路 173 號	039/ 322222
花蓮縣	台灣省立花蓮醫院	ABC	花蓮縣花蓮市明禮路 4 號	038/ 358141
	台灣省立玉里養護中心	AB E	花蓮縣玉里鎮新興街 95 號	038/ 886141
	玉里榮民醫院	AB DE	花蓮縣玉里鎮新興街 91 號	038/ 882267
	國軍第八〇五總醫院	AB DE	花蓮縣新城鄉嘉里路 163 號	038/ 263151
	財團法人佛教慈濟綜合醫院	AB E	花蓮縣花蓮市新生南路 8 號	038/ 561825
	財團法人基督教門諾會醫院	A	花蓮市民權路 44 號	038/ 227161
台東縣	台灣省立台東醫院	AB E	台東縣台東市五權街 1 號	089/ 324112
	馬偕紀念醫院臺東分院	AB D	台東市長沙街 303 巷 1 號	089/ 310150
屏東縣	台灣省立屏東醫院	ABCD	屏東縣屏東市自由路 270 號	08/ 7363011
	龍泉榮民醫院	AB D	屏東縣內埔鄉昭勝路安平一巷 1 號	08/ 7704115
	人愛綜合醫院	A C	屏東縣民生路 184 號	08/

行政區	醫院名稱	服務項目	地址	電話
				7349521
	天仁醫院	AB	屏東縣內埔鄉東寧村北寧路 142 號	08/ 7787059
	屏安醫院	AB DE	屏東縣麟洛鄉麟蹄村中山路 166 號	08/ 7211777
	安泰醫院	A	屏東縣東港鎮中正路 1 段 210 號	08/ 8322120
	屏安醫院附設門診部	A	屏東市建豐路二巷 70 號	08/ 7378888
	賴耀宗診所	A	屏東縣廣東路 100 號	08/ 7223329
	張開賢診所	A	屏東縣新順里新順街 12-3 號	08/ 8353001
澎湖縣	台灣省立澎湖醫院	AB DE	澎湖縣馬公市安宅里 91 之 2 號	06/ 9261151
金門縣	金門縣立醫院	A C	金門縣金湖鎮復興路 2 號	0823/ 32546
	國軍八二〇醫院	A	金門郵政 90782 號信箱	0823/ 33575



台灣社區心理衛生中心設置一覽表

編號	名稱	承辦單位	電話與傳真	地址	聯絡人
1	台北市社區心理衛生中心	台北市立療養院	TEL:02-33936779 FAX:02-33936588	台北市金山南路一段 5 號	杜先生
2	高雄市社區心理衛生中心	高雄市衛生局	TEL:07-3874649-50 FAX:07-3874651	高雄市三民區大順二路 468 號 8 樓之 2	錢靜怡
3	宜蘭縣社區心理衛生中心	宜蘭縣衛生局	TEL:03-9358393 FAX:03-9369595	宜蘭市西門路 77 巷 22-4 號 5 樓	江蓓蓓
4	基隆市社區心理衛生中心	基隆市衛生局	TEL:02-24300193-5 FAX:02-24303173	基隆市安樂區安樂路二段 164 號 5 樓	王微雯
5	北縣板橋社區心理衛生中心	台北縣立板橋醫院	TEL:02-22542454 FAX:02-22540301	台北縣板橋市英士路 198 號	周蔚宸
6	北縣三重社區心理衛生中心	台北縣立三重醫院	TEL:02-29869773 FAX:02-29863088	台北縣三重市中山路 2 號	利美萱
7	桃園縣社區心理衛生中心	桃園縣衛生局	TEL:082-337885 FAX:082-335695	桃園縣縣府路 55 號	
8	新竹縣社區心理衛生中心	新竹縣衛生局	TEL:03-6567138 FAX:03-52636840	新竹縣竹北市光明七街 1 號	林燕聰
9	新竹市社區心理衛生中心	新竹市衛生局	TEL:03-5240019 FAX:03-6567140	新竹市世界街一一一號	陳慧足
10	苗栗縣社區心理衛生中心	苗栗縣衛生局	TEL:03-7331795 FAX:03-7325139	苗栗市國福路六號	林于善
11	台中市社區心理衛生中心	台中市衛生局	TEL:04-323801600	台中市南屯區向心南路 811 號	
12	行政院衛生署台中區社區心理衛生服務中心	中心	TEL:04-25279075 FAX:04-25280825	台中縣豐原市中興路 136 號	周才忠
		豐原分站	TEL:04-25279075 FAX:04-25280825	台中縣豐原市中山路 353 號 5 樓	
		大里分站	TEL:04-24073403 FAX:04-24070845	台中縣大里市大衛路 82 號	
		東勢分站	TEL:04-25774159 FAX:04-25886548	台中縣東勢鎮豐勢路 490 號	
		台中分站	TEL:04-23863320 FAX:04-23801141	台中市南屯區向上南路 811 號	
13	行政院衛生署社區南投區心理衛生服務中心	草屯中心	TEL:049-2300190 0800095618(24hr) FAX:049-2300227	南投縣草屯鎮玉峰路 16 號	薛素霞
		竹山分站	TEL:049-2652330 FAX:049-2652328	南投縣竹山鎮竹山路 16 之 8 號	
14	彰化縣社區心理衛生中心	彰化縣衛生局	TEL:04-7135928	彰化市成功里中山路二段 162 號 2F	陳筱雲

編號	名稱	承辦單位	電話與傳真	地址	聯絡人
15	雲林縣社區心理衛生中心	雲林縣衛生局	TEL:05-5328427 轉 133 FAX:05-5344076:	雲林縣斗六市府文路 34 號	黃愉娟
16	嘉義縣社區心理衛生中心	嘉義縣衛生局	TEL:05-3620603 FAX:05-3620604	嘉義縣太保市祥和二路東段 3 號	邱妙薰
17	嘉義市社區心理衛生中心	嘉義市衛生局	TEL:05-2338066 轉 317 FAX:05-2341186	嘉義市德明路一號	楊麗峰
18	台南縣社區心理衛生中心	台南縣衛生局	TEL: FAX:	台南縣新營市東興路 163 號 1F	蔡瑞芬
19	台南市社區心理衛生中心	台南市衛生局	TEL:06-2679751 轉 307 FAX:06-2603189	台南市東區林森路一段 418 號	陳正昇
20	高雄縣社區心理衛生中心	高雄縣衛生局	TEL:07-7334872 轉 306 TEL:07-7331038 FAX:07-7332355	高雄縣鳥松鄉澄清路 834-1 號	沈月華
21	屏東縣社區心理衛生中心	屏東縣衛生局	TEL:08-7370123 FAX:08-7386615	屏東縣屏東市自由路二七二 號 (三課)	陳靜芬
22	台東縣心理衛生窗口	台東縣衛生局	TEL:08-9331174 轉 302 或 305 FAX:08-9342082	台東縣台東市博愛路三三六 號 (醫政課)	田謹
23	花蓮縣社區心理衛生中心	花蓮縣衛生局	TEL:03-8233251 FAX:03-8236509	花蓮市新興路 200 號	李淑宜
24	澎湖縣心理衛生窗口	澎湖縣衛生局	TEL:06-9267069 FAX:06-9275994	馬公市中正路 115 號	盧和明 先生
25	金門縣社區心理衛生中心	金門縣衛生局	TEL:082-337885 FAX:082-335695	金門縣金湖鎮新市里復興路 二號	董雅雯 小姐
26	連江縣社區心理衛生中心	連江縣衛生局	TEL:083-622095 轉 211 FAX:083-622095	連江縣南竿鄉復興村 216 號	林小萍

精神醫療資源現況表

民國 99 年第 3 季 (7 月 - 9 月)

縣市別	開辦項目														精神醫療設施									
	門診	急診	全日住院	強制住院	居家治療	社區復健中心(含庇護性工作場)			康復之家			精神護理之家			許可病床數					開放病床數				
						家數	許可服務人數	實際服務人數	家數	床位許可數	實際使用床位數	家數	床位許可數	實際使用床位數	全日住院病床			養護床	日間住院	全日住院病床			養護床	日間住院
															合計	急性	慢性			合計	急性	慢性		
合計	350	105	125	104	94	76	4052	3184	100	4016	3374	34	2943	2104	22757	7763	14994	5084	6624	20450	6782	13668	5460	6624
台北縣	35	8	15	7	7	5	203	186	8	374	319	3	279	194	2629	639	1990	0	625	2252	374	1878	0	625
宜蘭縣	7	5	4	4	7	3	117	86	2	60	53	2	186	159	706	120	586	-	165	706	120	586	-	165
桃園縣	15	6	6	5	5	3	122	89	3	407	362	108	94	1796	553	1243	-	505	1537	516	1021	-	505	
新竹縣	9	2	4	4	2	-	-	-	2	38	38	-	-	715	205	510	-	70	629	160	469	-	70	
苗栗縣	14	3	3	3	3	2	130	105	3	130	67	3	163	101	665	246	419	-	172	665	246	419	-	172
台中縣	15	10	8	8	8	8	567	291	6	344	94	5	389	80	1220	522	1198	40	345	1300	425	875	40	345
彰化縣	17	4	6	6	5	3	173	133	4	387	324	2	75	26	1412	430	982	128	199	1264	367	897	128	199
南投縣	5	2	3	3	1	5	406	319	3	288	261	3	289	244	1117	267	850	-	218	1117	267	850	376	218
雲林縣	9	3	3	3	3	1	50	-	1	50	-	1	30	30	530	210	320	-	65	430	110	320	-	65
嘉義縣	4	3	4	3	4	-	-	-	1	40	33	1	60	60	545	27	418	16	90	545	127	418	16	90
台南縣	10	2	5	2	2	1	40	28	-	-	-	1	45	45	1280	330	950	-	330	1050	220	830	-	330
高雄縣	13	7	7	7	5	6	328	308	5	305	290	3	216	130	1064	398	666	-	250	1064	398	666	-	250
屏東縣	14	1	5	4	4	2	174	115	1	60	52	1	50	47	1153	390	763	-	165	1038	380	658	-	165
台東縣	3	3	3	2	1	-	-	-	1	30	30	-	-	-	220	100	120	-	80	190	70	120	-	80
花蓮縣	10	6	7	5	4	4	289	289	1	96	96	4	904	770	1933	437	1496	4652	650	1809	417	1392	4652	650
澎湖縣	3	1	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	20	80	-	-	100	20	80	-	-
基隆市	5	3	4	3	2	1	45	45	1	8	4	-	-	-	204	66	138	-	235	204	66	138	-	235
新竹市	7	2	2	2	2	3	124	97	2	68	61	1	25	25	117	117	-	-	120	117	117	-	-	120
台中市	26	7	8	7	7	7	271	189	1	99	67	-	-	-	1033	309	724	-	256	1023	299	724	-	256
嘉義市	11	4	4	4	3	2	55	41	-	-	-	-	-	-	443	148	295	-	141	443	148	295	-	141
台南市	19	5	4	4	4	3	122	104	3	44	39	-	-	-	248	178	70	-	290	248	178	70	-	290
台北市	55	11	12	11	7	8	411	411	40	1071	1071	-	-	-	2021	1302	719	-	1298	1662	1129	533	-	1298
高雄市	43	6	6	5	6	9	425	348	3	117	113	2	124	99	1049	627	422	248	300	1000	606	394	248	300
金門縣	1	1	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	57	22	35	-	55	57	22	35	-	55

精神醫療資源現況表(續1)

民國 99 年第3季 (7月 - 9月)

縣市別	醫 事 人 力															
	合 計		精 神 醫 療 機 構													
			醫 師						護 理 人 員		社 會 工 作 人 員		臨 床 心 理 人 員		職 能 治 療 人 員	
	專 任	兼 任	專 任			兼 任			專 任	兼 任	專 任	兼 任	專 任	兼 任	專 任	兼 任
小 計			專 科	非 專 科	小 計	專 科	非 專 科									
合 計	7,513	446	1,378	1,095	283	256	248	8	4,658	58	456	36	447	72	574	23
台 北 縣	704	41	136	114	22	24	23	1	403	1	48	4	53	11	64	1
宜 蘭 縣	149	16	21	21	-	10	9	1	93	2	10	2	11	1	14	1
桃 園 縣	565	35	110	94	16	16	15	1	341	2	34	4	37	11	43	2
新 竹 縣	150	19	18	18	-	3	3	-	101	1	9	-	8	15	14	-
苗 栗 縣	183	20	19	18	1	9	9	-	124	9	12	2	10	-	18	-
台 中 縣	415	14	51	41	10	11	11	-	285	-	32	2	19	1	28	-
彰 化 縣	376	35	61	45	16	25	25	-	242	-	24	2	18	1	31	1
南 投 縣	319	3	34	3	3	1	1	-	231	-	16	1	14	1	24	-
雲 林 縣	149	18	20	20	-	10	10	-	93	-	12	2	9	2	15	2
嘉 義 縣	139	1	20	20	-	-	-	-	96	-	7	-	7	1	9	-
台 南 縣	328	11	44	32	12	9	9	-	220	-	23	-	15	2	26	-
高 雄 縣	398	11	73	55	18	9	6	3	246	-	24	-	25	1	30	1
屏 東 縣	288	14	37	35	2	6	6	-	210	-	17	3	9	2	15	3
台 東 縣	61	2	8	8	-	1	1	-	46	-	2	1	3	-	2	-
花 蓮 縣	498	14	77	65	12	6	6	-	316	4	35	-	25	1	45	3
澎 湖 縣	21	2	4	4	-	-	-	-	14	-	1	1	1	-	1	-
基 隆 市	89	2	18	15	3	2	2	-	50	-	6	-	8	-	7	-
新 竹 市	82	20	14	14	-	9	9	-	48	-	4	1	10	9	6	1
台 中 市	392	19	84	66	18	10	10	-	234	5	19	2	28	1	27	1
嘉 義 市	173	10	28	25	3	6	6	-	102	2	13	-	11	2	19	-
台 南 市	223	23	64	47	17	11	11	-	116	7	13	-	14	3	16	2
台 北 市	1,170	68	300	203	97	54	53	1	638	8	61	3	84	1	87	2
高 雄 市	618	48	135	102	33	24	23	1	393	9	32	6	27	6	31	3
金 門 縣	23	-	2	2	-	-	-	-	16	-	2	-	1	-	2	-

精神醫療資源現況表(續完)

民國 99 年第 3 季 (7 月 - 9 月)

縣市別	醫 事 人 力																		
	合 計		精神復健機構(含康復之家、社區復健中心、精神護理之家)																
			醫 師						護 理 人 員		社 會 工 作 人 員		臨 床 心 理 人 員		職 能 治 療 人 員		專 任 管 理	社 區 關 懷 照 顧 訪 視	
	專 任	兼 任	專 任			兼 任			專 任	兼 任	專 任	兼 任	專 任	兼 任	專 任	兼 任	專 任	專 任	兼 任
小 計			專 科	非 專 科	小 計	專 科	非 專 科												
合 計	1,388	786	4	4	-	172	140	32	499	161	41	177	10	130	85	145	708	42	1
台 北 縣	83	53	-	-	-	8	8	-	17	7	3	13	-	10	3	15	57	3	-
宜 蘭 縣	53	26	-	-	-	6	6	-	16	5	1	4	-	2	-	9	34	2	-
桃 園 縣	342	221	-	-	-	98	66	32	254	10	1	27	-	66	33	20	42	2	-
新 竹 縣	5	3	-	-	-	-	-	-	1	2	-	1	-	-	-	-	4	-	-
苗 栗 縣	43	18	-	-	-	-	5	-	19	-	1	5	-	2	2	6	19	2	-
台 中 縣	52	29	-	-	-	3	3	-	13	3	2	6	2	9	7	8	28	-	-
彰 化 縣	95	18	-	-	-	3	3	-	9	5	4	1	2	9	3	68	4	-	
南 投 縣	105	37	-	-	-	6	6	-	27	10	7	2	3	9	7	60	-	-	
雲 林 縣	5	5	-	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-	2	-	1	-	-	-
嘉 義 縣	14	14	-	-	-	8	8	-	6	1	-	1	1	-	2	4	3	-	
台 南 縣	9	13	-	-	-	3	3	-	6	3	-	2	-	1	-	4	3	-	
高 雄 縣	113	52	-	-	-	3	3	-	17	16	5	8	-	11	5	14	82	4	-
屏 東 縣	32	19	-	-	-	4	4	-	5	8	1	5	-	-	2	2	20	4	-
台 東 縣	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
花 蓮 縣	81	38	-	-	-	8	8	-	44	4	6	9	2	7	4	9	24	1	1
澎 湖 縣	22	1	4	4	-	-	-	-	14	-	1	1	1	-	1	-	1	-	-
基 隆 市	5	8	-	-	-	4	4	-	-	1	-	1	-	-	-	2	5	-	-
新 竹 市	25	18	-	-	-	3	3	-	4	8	2	1	1	2	1	4	16	1	-
台 中 市	26	13	-	-	-	-	-	-	2	6	2	2	-	-	1	5	21	-	-
嘉 義 市	6	14	-	-	-	3	3	-	-	3	-	2	-	2	-	4	4	2	-
台 南 市	19	22	-	-	-	3	3	-	-	6	2	5	-	3	1	5	15	2	-
台 北 市	173	133	-	-	-	1	1	-	5	53	-	59	-	4	4	16	159	5	-
高 雄 市	80	31	-	-	-	3	3	0	25	10	3	6	-	3	3	9	42	7	-
金 門 縣	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

參考資料

編著撰文者簡介

一、鄭麗月副教授

現職：國立台北教育大學特殊教育系副教授
學歷：美國密蘇里大學教育行政／特殊教育哲學博士
美國匹茲堡州立大學特殊教育碩士
國立台灣師範大學教育學系
經歷：國立台北教育大學特殊教育中心主任
台北市立大直國中特殊教育教師
專業領域：特殊教育行政、兒童及青少年嚴重情緒障礙
注意力缺陷／過動障礙及自閉症

二、郭色嬌講師

現職：第一行為工作室行為輔導員兼工作室主持人
臺北市教育局特教學生情緒行為專業支援服務教師
臺北市立教育大學兼任講師
學歷：國立台灣師範大學特殊教育教學碩士
經歷：臺北市中山國小特教教師 32 年退休
臺北市國小特教輔導員
臺北市國小特教巡迴輔導教師
專業領域：情緒行為問題處理、特教班級經營、課程教材教法、親師溝通



三、謝遠達醫師

現職：蘇澳榮總精神科醫師
慶生診所所長兼精神科主任
學歷：國防醫學院醫學系畢業
經歷：國軍北投醫院精神科主治醫師
台北土城看守所煙毒勒戒科特約醫師
桃園台北監獄性侵害防治特約醫師
台灣省北區心理衛生中心諮商醫師
公保中心特約主治及主任級醫師
中華民國兒童青少年精神醫學會會員
榮總精神科臨床研究員
專長領域：酒癮和藥癮戒治、焦慮、憂鬱、失眠、精神衰弱、各種精神疾病、老年失智症、中風後遺症、兒童青少年輔導諮商、情緒困擾、人際問題、家庭諮商、親子互動
著作：邊緣性人格違常

四、教育部中部辦公室身心障礙教育資源中心

成立時間：96 學年度起至今

服務目的：

- 一、有效推動特殊教育，整合相關資源，協助提供國立暨台灣省私立高級中等學校(以下簡稱高級中等學校)身心障礙教育之支援、諮詢與服務。
- 二、增進高級中等學校身心障礙學生生活、學習、人際互動、社會適應與職業適應等能力。
- 三、提昇高級中等學校一般教師特教專業知能與特教老師個案輔導與管理等知能。

支持服務網絡之建構：本支持服務網絡包括五大服務中心，提供的服務有以下

一、視障中心工作目標

- (一) 提供高級中等學校視障教育之支援、輔導與諮詢等服務。
- (二) 提昇並精進高級中等學校教師、就近輔導員之視障教育專業知能。
- (三) 充實高級中等學校視障教育服務網絡與資訊分享平台。
- (四) 營造視障學生無障礙學習環境，發揮學習潛能，增進其生活、學習、人際互動與社會適應能力。

二、聽障中心工作目標

- (一) 提供高級中等學校聽障教育之支援、輔導與諮詢等服務。
- (二) 提昇並精進高級中等學校聽障學生輔導教師、就近輔導員之聽障教育專業知能。
- (三) 充實高級中等學校聽障資源中心網路與諮詢分享平台。
- (四) 讓聽障學生在融合教育環境中充分發展潛能，適應社會生活，以及發揮資源整合共享的功能。

三、職業轉銜與輔導中心工作目標

- (一) 落實學生個別化教育計畫，考量學生優勢能力，提供有效教學輔導與轉銜服務，符合全人生涯需求。
- (二) 落實高級中等學校特殊教育學生職業輔導，發揮學生潛能，培養工作技能，增進其生活、學習、人際互動、社會與職業適應能力。
- (三) 提供跨校職業輔導專業支援服務，發揮職業輔導資源中心專業團隊運作功能。
- (四) 整合校際資源，建立職業輔導服務網絡與資訊分享平台，
- (五) 提昇身心障礙學生生涯轉銜輔導效能推動無接縫轉銜服務與通報，加強職業教育
- (六) 及就業轉銜輔導，達成適性生涯轉銜輔導。
- (七) 提昇高級中等學校之特殊教育教師之職業輔導專業知能、職業評量能力與個案管理能力。
- (八) 促進高級中等學校特殊教育職業輔導經驗分享與交流機會
- (九) 提供高級中等學校職業輔導諮詢與服務。

四、相關專業團隊中心工作目標

- (一) 調查高級中等學校身心障礙學生相關專業服務需求，提供高級中等學校相關專業團隊支援服務。
- (二) 推廣相關專業團隊服務，辦理全國性校際研討會與研習。

- (三) 整合相關專業團隊服務，製作相關專業服務作業手冊與宣導海報等。
- (四) 宣導身心障礙學生學習輔具及各項福利措施。
- (五) 增修網頁，分享資訊，適時提供支援與回饋平台
- (六) 負責支持網絡各項會議與成果彙整等綜合業務。

五、臺灣省特殊教育網路服務中心

- (一) 建置身心障礙教育支持網絡與資訊分享網路平台。
- (二) 維護特殊教育學生就學安置、學籍資料管理、轉銜通報等系統網站。
- (三) 提供電話及 E_MAIL 等諮詢服務。
- (四) 定期召開會議：由召集人每兩個月召開業務工作會議，並將紀錄陳送資源中心備查。

參考資料

1. 憂鬱與自我傷害防治 Q&A 手冊
http://www.edu.tw/displ/publication_list.aspx?pages=2&site_content_sn=7975
2. 亞斯伯格症 20 問- 教師實用輔導手冊
163.21.29.70/admin/annex/1361519202.pdf
3. 注意力缺陷過動症 20 問-教師實用輔導手冊
163.21.29.70/admin/annex/126696523.pdf
4. 嚴重情緒障礙學生輔導手冊
http://spec.npue.edu.tw/front/bin/ptdetail.phtml?Part=otherbook_002&Category=19



指導 教育部中部辦公室

彙編 身心障礙教育資源中心主任 呂淑美

身心障礙教育資源中心執行祕書 易君常

相關專業服務中心承辦組長 羅建洋

相關專業服務中心承辦老師 俞雨春

相關專業服務中心幹事 溫正義

