



CONTENTS

學生輔導 季刊第104期 96年9月5日出版

編輯札記	■劉素妙	2
傳薪傳心	■柯慧貞	4

焦點話題

兒童青少年心理疾病

- 6 「學生如何運用校外資源協助精神疾病學生？」
座談會 ■教育部訓育委員會
- 30 注意力缺陷過動症兒童之症狀、診斷與藥物治療
■莊雅婷
- 43 選擇性緘默症的認識與處遇 ■謝筱梅
- 57 兒童青少年憂鬱症的篩檢與防治 ■吳麗琴
- 70 兒童及青少年行為障礙症的
行為症狀、內心世界與心理治療 ■洪雅琴
- 82 青少年自殺防治的策略 ■唐子俊
- 88 兒童與青少年心理疾病患者：
除了心理診斷與藥物治療，學校教育還能做些什麼？
■周才忠、陳嘉鳳
- 94 以學校為中心聯繫社區資源的整合輔導工作模式
——臺北市龍山國中經驗 ■陳採卿



個案研究

- 104 情緒障礙學生的輔導 ■梁一成

個案評論

- 108 「情緒障礙學生的輔導」一文之評論及回應 ■林美珠

輔導文摘

- 112 輔導過動兒的挑戰 ■鍾享龍
- 120 「教師專業發展評鑑實施計畫」之探析 ■陳啟榮

生命教育

- 129 生命教育融入國文科教學的設計與運用 ■邱玉惠
- 134 孩子，讓我們一起談自殺議題！ ■劉麗惠
- 141 生物科技與生命教育 ■盧雅萍

優良媒體分享

- 145 「照顧」的真義——從真心關切、不逞強到轉介 ■林偉信

發行人：杜正勝
總編輯：柯慧貞
策劃：劉麗貞
輪期主編：林家興
執行編輯：劉素妙
助理編輯：高淑婷 許慧珊
王賢 洪譽文
美術編輯：龔游琳
攝影：邱明煌

中華民國78年5月31日創刊
出版者：教育部
地址／臺北市忠孝東路一段172號6樓
電話／02-3343-7832
傳真／02-3343-7834
印刷廠：京美印刷企業股份有限公司
地址／中市立德街148巷50號4樓
電話／02-32344589

訂閱：
每期售價新臺幣80元整
一年四期300元整（皆含郵資）
團體訂閱40至50本打85折
電話：02-23566054
劃撥帳號：18238676
教育部員工消費合作社
行政院新聞出版事業登記證
局版台誌第七四〇九號
中華郵政北臺字第3303號

兒童青少年時期是成長中變化最明顯的階段之一，他們在身體、智力、情緒及人際關係等各方面正不斷地發展。在適應這些變化、接受生活中各種挑戰時，有些能適應的很好，有些則出現某些困難，但大多是正常的、暫時性的，並不需要特別給予治療。但是當適應困難情形越趨嚴重且長期無法獲得改善時，家長、老師應辨識其嚴重程度，及時向專業機構及人員求助。

一般來說，兒童青少年心理疾病與遺傳、生理、教養及環境因素有關，而這些因素是相互影響的。較為常見的兒童青少年心理疾病有焦慮症、注意力缺失/過動症、飲食失調症、情感性疾病等，有些是比較強烈的情緒困擾，有些是注意力不集中的問題，有些則是特別為自己的體形或體重感到苦惱。許多日常生活及學習的問題都影響著兒童青少年的情緒和行為，而如何分辨什麼是成長中的正常改變，什麼是心理障礙或疾病，對兒童青少年能否獲得即時的治療或協助是十分重要的。家長、老師及輔導人員如察覺孩子有食慾及睡眠習慣改變、逃避社交活動、容易恐懼、憂鬱及經常哭泣、自卑、無價值感、經常破壞規則，在校或在家行為經常有問題、經常受傷、自殘（例如以頭撞牆、割傷自己）等症狀時，應即刻尋求心理輔導服務。

為協助教師提升辨識及輔導能力，教育部規劃推動相關工作計畫，於95年底重新修訂「推動校園學生憂鬱與自我傷害三級預防工作計畫」，加強協助各校訂定與落實三級預防工作，包括推動校園生命教育、壓力調適及心理健康促進活動、憂鬱自殺高危險群之及早篩檢追蹤，以及自殺事件發生後之危機處理。依據校園安全事件通報系統之統計，95年校園自殺身亡事件以大專校院學生34人為最多，高中職學生15人居次；學生自殺死亡主要原因通報中所載依次為感情因素、精神症狀、家庭關係、情緒困擾及重要他人死亡等等。「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：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；三級預防——建置自殺事件發生後之危機處理機制。

本期各篇專文深入淺出探討兒童青少年心理疾病，並提出許多具體可行的建議與方法，提供學校教職員及家長參考與應用，希冀提升導師、教官、同儕、教職員、家長之憂鬱辨識能力，協助個案由專業心理師進行後續之心理諮商與治療。

傳薪傳心

成長

長與蛻變是一個人生命過程中不可或缺的經驗，且成長的歷程是持續而無休止的；然而，兒童青少年期中的成長發育的狀況將會奠定日後成熟人格與否的基礎。隨著社會的進步、多元價值觀的普及，兒童青少年的心理健康以及情緒與行為困擾，已經受到大家更多的重視。雖然我們沒有大規模的、客觀嚴謹的、最新的兒童與青少年的心理與行為問題的流行病學調查數據；但是從相關的研究報導，我們可以體認到有相當高比例的兒童青少年，需要更多的輔導諮商的服務以及更進一步的心理衛生服務。

這幾年來，教育部逐年提升輔導與心理衛生服務資源，除了透過研習，培訓學校輔導老師對兒童青少年偏差行為與憂鬱自傷有更敏銳辨識與處置知能，也補助各縣市經費辦理心理諮商或心理衛生中心，聘請臨床心理師、諮商心理師、社工師、精神科醫師等專業輔導人力，來協助學校處理各種具有心理與行為困擾或精神疾病的個案。

本期的內容希望有助提升基層老師面對學生心理與行為問題時的辨識與處置的認識、研判及處置的能力，以能結合各項心理衛生資源來協助學生在生命黑暗角落時，轉個彎，看到無限寬廣的天空。

■ 柯慧貞（教育部訓育委員會常務委員）



一、會議目的：

邀請專家學者以「學校如何運用校外資源來協助心理疾病的學生」為題，進行實務經驗交流與分享。

二、探討方向：

- (一) 請學校行政主管分別從各級學校的觀點，分享使用社區與醫療資源協助心理疾病學生的問題與心得。
- (二) 請社區與醫療專家分別從機構的觀點，分享協助心理疾病學生的問題與心得。
- (三) 如何強化學校、社區與醫療機構的轉介與服務轉銜，以及建立協同合作照顧心理疾病學生的模式。
- (四) 對於學生的心理疾病診斷與情障鑑定，學校和醫療機構還可以做什麼？

三、與會人員：

(一) 主持人

林家興 104期輪期主編
國立臺灣師範大學教育心理與輔導學系教授

(二) 與會人員

邱顯智 臺北市立聯合醫院松德院區
兒童青少年精神科主任
沈慶盈 國立臺灣師範大學社會工作學研究所教授
張紉 國立臺北大學社會工作學系副教授
楊世瑞 臺北市立大直高中校長
黃愷宜 臺北市立天母國小諮輔中心輔導老師
劉素妙 教育部訓委會秘書

四、時間：96年5月30日（星期三）上午9時30分

五、地點：教育部第二辦公室3樓會議室
（臺北市忠孝東路一段172號3樓）

六、記錄：高淑婷、許慧珊 學生輔導季刊助理編輯

林家興：

這一期的主題是「兒童青少年心理疾病」，希望透過在座的專家學者，來探討學校如何有效運用校內外的資源，來協助心理疾病的學生。因為過去五年來我們一直在推展「教訓輔三合一方案」，教訓輔三合一方案的成效之一就是結合學校資源、社區資源，還有醫療資源來協助學生，在學生當中最需要的校外資源，就是精神疾病的協助。精神疾病學生其實我們可以用廣義來界定，就是他有心理問題，有些是達到精神疾病診斷的標準，有些可能還在邊緣。學校主要是根據預防的角度，能夠去協助學生，但是有些的確超過學校輔導老師的專業能力，因此需要借重校外的資源，特別是社工的專業，



還有精神醫療的專業，所以我們今天就有請到精神科醫師、社工界的專家，我們也特別請到學校第一線的工作人員，一位是大直高中的楊世瑞校長，他本身是輔導背景，小學部分是黃愷宜老師，她也是輔導背景，感謝主辦單位幫我們草擬這個討論大綱，我覺得是滿清楚的，我們今天盡量就繞著這個大綱去探討，這樣我們將來在呈現這個內容的時候會比較清楚。

第一個討論事項就是請學校行政人員分別從各級學校的觀點，分享有關於使用醫療資源協助心理疾病學生所碰到的問題、心得等等，以及各級學校怎樣運用社區資源來協助學生處理這些問題。第二個主題就是請社區與醫療專家，分別從機構的觀點，分享協助心理疾病學生的問題與心得，因為專家

學者處於社區與醫療機構的角度，可就與學校合作所遇到的困難或問題提出討論，或者是成功的案例心得也可提出分享。第三個主題就是如何強化學校與社區醫療機構之間的轉介服務，以及建立學校與社區合作、照顧心理疾病學生的模式，或者是轉銜過程當中所產生的落差，其中的原因我們可提出探討。另外有一件事，就是常常醫師或社工師的建議，需要學校老師（導師）去執行，之間也許會產生一些困難也可提出，例如平時沒有取得良好的聯繫、沒有完整建立學校與社區合作的話，便會產生一些漏洞，那麼學生就無法獲得充分的幫助。第四個討論事項，就是有關於對學生心理疾病的診斷跟情緒鑑定，學校跟醫療機構還可以做怎樣進一步的合作？因為目前學校很重視身障生的教育還有特殊教育的學生，對於他們有提供很豐富的特教資源，但是前提是必須要做一些評估、鑑定跟診斷，如果學生符合的話，那如何可以提供更多的資源來協助他們？也就是說，我們常有一個疑問：診斷之後要做些什麼？或者鑑定之後可以提供什麼樣的服務？這些也許不是很清楚，哪些是醫療資源可以做得到的？哪些是社輔機構可以做的？哪些是學校可以做的？

張紉：

我原來是社工所的老師，大概剛好是在前三年有機會去擔任我們學校諮商中心的主任，所以在這個工作上，我覺得有一個機會是開始去了解在整個大學校園當中相關的學生問題，或對校園內的學生到底要提供怎樣的各方面協助，那我想其中的確造成我們整個中心在處理上感覺到最棘手的，大概就是學生的精神疾病的問題。今天就針對在學校曾經擔任過這樣的行政角色分享一下在當時所面臨到這類學生的問題，也可以補充一下各級學校在大專校院的這部分。

以過去來講，在大學校園當中我們其實是分為三級，也就是所謂的一級、二級、三級的預防工作，那麼一級其實就是所謂事前的宣導，在宣導上面我們後來意識到這類型學生的問題其實是滿多的，但是大部分都是隱藏在一般課堂裡，因為大學校園比較獨立自主，所以除非學生跟老師關係非常地密切，才有可能會有老師發現。因此在這個環境之下，即使是大學的老師，

其實對於這樣的疾病認知並不夠清楚，所以在一級的部分，我們後來還是做了比較多的宣導，老師自己在內部的一個部分會先去搜集在我們社區裡面相關的醫療，就是有關精神醫療還有心理衛生方面相關的資源，把這樣的資源先建立起來，因為這個建立除了幫助我們自己的同仁，例如碰到案例他要如何做轉介。我們在做宣導的時候其實是可以把這些資源提供給老師們，讓他們知道有時學生接觸老師的時候，他不願意接受老師的建議轉介到諮商中心，所以我們就讓老師自己也有這樣一個資源的概念，讓他們可以介紹給學生並提供資訊，這個只在初級的部分。

宣導活動的部分，我們結合社區作法就是當我們舉辦宣導活動會去邀請醫師，聯合醫院松德院區一直是我們在臺北市運用最重要的資源，因為松德院區裡面，各種疾病的專科醫師的專業程度都相當地足夠，所以我們舉辦演講活動就比較會邀請松德院區來針對我們學校的對象做一些宣導，那我們在宣導的方向其實也會分成三類，第一類是老師，即是對老師的宣導，因為導師比較會跟學生有生活層面上的接觸，尤其在大學裡面，所以我們比較會針對導師做各種疾病的介紹以及碰到這些狀況的時候，他可以做的初步處理；然後第二個部分當然就針對一般的學生讓他們有一些了解；那第三部分比較特別的就是我們會針對職員，因為在我們學校裡面，諮商中心其實是設置於學務處之下，所以學務處本身負責全校學生所有除了學習課業以外的其他生活事項，所以學務處內很多的職員，或者是教務處的職員，都會碰到這類學生，例如有些學生會因為疾病休學或再復學，而再度回來學校，我們當時認為其實教務處會是我們要極力宣導的對象，因為包括學生休學回來，原因是什麼？如果他們能夠了解並馬上讓我們知道的時候，其實我們可以提早先對這些學生提供一個支持網絡的建構，不過當然這個工作會有一些問題，即涉及到學生保密的問題，所以當時我們僅有對職員去做一些宣導的活動而已。所以就細節上來說，怎樣建構從教務到學務，這些職員本身對於疾病的認知跟了解，讓他們能夠提早在他的業務範圍發現，然後為學生做轉介的動作，以上大概就是我們一級的作法。

二級的部分，因為校長也很支持，讓我們聘請了一個駐診的醫師，一個禮拜就來駐診一次，所以對於這個駐診的醫師，一方面把這個駐診醫師的訊

息提供給學校老師們，讓他們清楚每個禮拜什麼時候會有醫師在學校駐診，可以建議學生來做諮詢或者是協談的動作。接著醫師駐診進來之後，當時我們有兩件工作想做，但是不確定是否能夠完成。一個是因為臺北大學現在有兩個校區，一個在臺北、一個在三峽，所以諮商中心也在兩區都有設立，在臺北地區的話，因為我們已經有資源的資料，所以我們自己跟內部連結就可以了；可是在三峽地區，其實我們當時諮商中心常常考慮說我們怎樣可以再發揮更好的功能，成為社區裡面一個很重要的諮詢單位，因為我們學校一出大門對面就是恩主公醫院，而恩主公醫院裡面就有所謂的精神科，所以我們其實是跟那邊的精神科醫師有做連結，就是有一些諮詢或怎麼樣的工作可以請醫師支援。另外一件事就是當時我們希望將諮商中心有精神科醫師的訊息，去讓三峽地區的國中跟高中的諮商輔導室了解，所以先前想辦一個座談會，邀請這些學校諮商輔導室的老師來參與，讓他們了解臺北大學的諮商中心有哪些資源其實是可以彼此互用，所以在社區裡面，一個學校怎樣提供更多的資源出去跟社區做結合，其實是我們當時希望在三鶯地區去推動的。因為當時評估三鶯地區的資源比較沒有那麼多，所以我們覺得既然大學裡面的資源比較豐沛，其實我們可以多做一些，不過這個工作當時只是在一個規劃構想的階段。因為教育部有一個北區諮詢輔導諮商的網絡，所以本來是想說藉由那個網絡作為一個平臺，作為北部地區同時作為三鶯地區一個資源的概念，當然我覺得這種構想在二級階段，一般要看學校是處於哪個地區，臺北地區我們就不會想推動，可是三鶯地區因為資源較少，所以我們會有這樣的一個概念，所以這個是我們當時在二級階段比較想做的規劃。

三級的部分其實是相當直接的，也就是個別學生的狀況。在處理個別學生狀況的時候，的確真的碰到滿多學生狀況，不過在個別學生輔導的部分時，倒是覺得碰到的困難比較少。我們的作法就是在諮商中心開始做個案管理的概念，所以同仁底下有這種學生的話，在醫師的部分，就會有一個個管員去協助、聯絡這個學生的醫師，那我在聯絡的過程當中，我自己會覺得很高興的一點就是說，以前覺得好像聯絡到醫師很困難，後來我的經驗當中，因為我們能夠找到醫師的時間，通常醫院會告知是他的門診時間，那門診時間內你會擔心醫生正在為病人看診，你打電話過去他其實是沒有時間去談這

些問題，但我們碰到的案例當中，其實醫師都對我們非常好，如果他門診當時沒有空，一定會告訴我們什麼時間可以再跟他連絡，所以其實我們是透過電話，針對學生的就診狀況、下次何時回診，還有在這個階段該如何協助處理他的問題，我們都得到非常充分的諮詢跟資訊。醫生也給我們很好的回饋，就是他們也相當高興學校本身願意負擔起在就診之外的工作，我們其實也有討論到，醫院的社工或者是心理師有沒有可能加入這樣的協同關係去關心更多的學生，不過這樣的建議，醫院大多是擔心不容易執行。

另外，如果要學生除了正常的就診之外，還要另外花時間去看醫院的心理師或社工師的時候，大部分學生不見得會那麼願意，所以反而醫生會比較希望我們在學校內扮演較多角色，因為學生的生活還是較多在學校，所以在這兩部分我自己認為，在三級部分，個別的學生狀況，無論是在急性期或者是在後面比較屬於醫療的過程當中，我們雙方配合得很好，那這個部分是個別的醫院，因為其實每個學生看病的醫院並不一樣，所以三級的部分我們自己碰到的困難較少。

綜合我的經驗下來，所碰到的問題有三個，第一個問題就是強制就醫，校園當中尤其是當學生急性發作的時候，我們判斷他的確是需要強制就醫的狀況，而強制就醫最常碰到的就是家人的反對跟拒絕、否認，跟家人幾度聯絡通常得到的回應都是拒絕，所以這是目前碰到很大的困難，通常碰到這種強制就醫的狀況時，至少以過去的經驗來說，我們能夠做到的就是先會同保健室的護理人員一起讓他情緒先冷靜下來，頂多只能做到這樣，另外若是住宿生的話就是聯絡教官，讓他在回到宿舍期間能夠多加注意，所以只能先行運用學務處的資源。家人的部分就比較有困難，但若家人能配合的話，其實也不會是困擾，先前曾經碰過家人住在中部，經學校聯絡便馬上來北部做處理，所以這部分應該說是家人配合度的問題。另外一個就是所謂的病識感，因為我們的宣導下來之後，其實學校很多的導師都很願意合作，轉介過來之後出現的問題大多都是周遭的同學、老師、或者是諮商師覺得學生本身需要就醫，可是同學本身並沒有這樣的感覺，他本身對於病識感並不覺得有太大的問題，所以面對這種較沒有病識感的學生，我們的拿捏跟進退會有較大的困擾。第三個問題較讓我困惑的是在診斷上面，學生被轉介過來之後，無論

是從老師那邊轉介過來，或者是找諮商師談過後，認為他有這方面需要協助的部分而轉介過來時，經常我們討論下來會懷疑是否有過度的診斷或者是標籤化。後來我卸任之後，也有碰到一些學生反應他們曾經到諮商中心一次後，便也不願再去，因為諮商師給他們的建議就是請他們去精神治療院所找醫師討論，相對地是認定他們的確有精神狀況，導致學生相當地不開心，而且事實上他們並沒有這些疾病。所以我覺得在診斷上面，怎樣能夠比較正確地掌握，並且在過程當中不會對學生標籤化，我覺得對於當時的我是比較大的挑戰，但這個挑戰我個人覺得比較涉及到學校內部同仁的訓練。同仁的在職訓練我認為不是問題，因為我們可以請精神科的醫師來，且另外我們也有自己的駐診醫師，就我們自己內部的督導或者是學習，我覺得沒有問題，比較困擾的是兼任問題，因為我們有請兼任諮商師，那兼任諮商師例如在這方面他的一個專業知識在什麼狀況，需不需要有更多的在職訓練的提供等，這方面我們無法去強迫，只能告知有這樣的一個活動邀請他們來參加，不過效果並不好，因為兼任諮商師大概都在很多地方都有兼任，所以他們的時間上會比較難配合，以上是我在診斷工作上認為做得到與做不到的。

黃愷宜：

我們學校（天母國小）在建立社區資源的部分，其實因為學校區位還滿不錯的，附近有榮民總醫院、振興醫院、臺北護理學院，另外東吳大學也是我們的一個資源，還有光智基金會也是。因為我們學校是教訓輔三合一的示範學校種子學校，所以一級、二級、三級預防這個部分我們便已在建構當中。

其實在社區資源部分，我們有很大的便利性，例如有些家長本身是臺北護理學院或東吳大學心理系的老師，所以在家長的資源部分，當我們知道有如此背景的家長出現時，便會主動跟導師聯繫，像東吳大學部分來說，因為他們的心理系學生本來就固定會到學校來實習，所以便會跟他們的教授有一些聯繫，再來就是我們有學生家長他本身是東吳大學心理系的教授，所以那時候就想到社區資源的部分可以利用這樣的資源來做一級的宣導，即是有關於家長親職教育的宣導。

在老師的研習宣導的部分，在一級的時候，就像張教授剛剛有提到，其

實老師對於發現學生心理疾病的辨識度，也就是說是否學生需要幫助，因為其實就像輔導中心，如果學生沒有向家長把他的問題說出來的話，我們這邊其實也不清楚學生是否有這樣的困擾以及如何去協助他，所以一級預防部分的宣導是很重要的。學校的輔導組長或專任輔導老師在外面研習的時候，若有聽過一些醫師的演講，而我們認為這些醫師他們本身對於兒童的精神疾病擁有專業的部分，並且他們有許多實務經驗時，便會趕緊利用這樣的機會請教授們或是醫師們到學校來演講，並且讓老師們知道，所以老師跟家長的宣導部分作法大概是這樣。

再來就醫院部分來說，因為榮總與振興醫院皆有兒童心智科，當家長有孩子就診經驗時也會請他們提出討論。剛剛提到問題跟困難的部分，其實我覺得家長的配合度確實在小學階段是我們很大的責任，因為雖然有社區資源，但是必須要能夠引進學校，如果沒有引進學校就會演變成，一般情況學校會建議家長請他帶孩子去看兒童心智科，但通常沒有家長會願意，並且會有很多理由，例如：掛不到號、覺得孩子並沒有那麼嚴重……，那麼事情就會一直延宕下去，可是學生的問題卻是一直都在，甚至造成班級老師或是同學之間的困擾。因此我們便想辦法將專家學者請到學校裡，也就是在三級的部分，學校的一個作法即是向家長會申請經費，因為請專家學者到校服務，需要給教授或醫師諮詢鐘點費。這個作法非常有用，因為當我們向家長表示孩子的狀況，以及可能需向專家尋求協助、學校有提供什麼樣的資源，他們卻不一定接受，但同樣的情況，若換成醫師或教授來訴說同樣的事情，家長們會較積極地去想辦法配合。所以，學校後來想想，若是家長對於到外面就醫的意願不是很高，那麼就請專家學者到學校。至於專家學者該如何邀請？剛剛有提到像臺北護理學院諮商中心的主任，之前是李玉嬋教授，他是學生家長，所以也是我們固定邀請的指導教授之一；而專家部分來說，其實光智基金會也是我們的資源之一，其實它屬於醫療體系（心衛中心），但可以讓家長認為他們不是去「醫院」，而且學校可以幫家長做預約動作，所以對於光智基金會固定有哪些精神科醫師的門診，我們也都了解。但若家長不願意到光智基金會，我們就請基金會裡的醫師來學校，這樣也是一個辦法，也就是家長來到學校，這些專家學者可以給他建議。

就轉介的部分來說，部分家長配合度很高，但有時候在就醫經驗上，是會遇到挫折跟困難的，因為有的醫師他們對於孩子的問題解釋得不是很清楚，例如家長帶孩子到醫院就診時，不到三分鐘，醫師表示必須服藥，那麼此時家長會認為無法接受，因為他們覺得醫師並沒有對他們解釋病情，於是學校也就不是很敢推薦家長直接去掛某個醫師的門診。我們發現家長的就診經驗不愉快時，他就會認為沒有用，然後也覺得服務品質不好，所以像榮總的陳映雪醫師，他跟我們的互動比較多，對於家長和孩子的解釋，各方面經驗也相當足夠，於是便會向家長稍微建議是否要掛號某位醫師，協助家長在就醫方面，能夠得到比較好的經驗，那麼也許他們會願意繼續就醫。

在青少年心理疾病這個部分，本人在研習開會時便發現，就大多數小學來說，其實在二級、三級這個部分是有許多困難的，二級所碰到的是一般學校並沒有設置專任輔導老師，而輔導組長因為本身必須兼任許多行政業務、處理學生公共問題等等，所以沒辦法做長期的個案輔導。相較於大多數小學，我們學校比較特殊是因為有設置專任輔導老師，所以學校可以長期追蹤個案輔導，無論是學校自己輔導學生還是轉介出去的，都會持續做追蹤的服務。三級的部分碰到的困難是，並非每個學校都有經費可以請專家學者到校服務，所以要運用校外的資源，只能建議家長自行就診，至於家長實際上有沒有就診就不是很清楚了。不過現在教育局有推出駐區心理師，北中南東區都有，所以也是一項很好的資源。因為對於一般小學，其實是需要專業醫師或心理師的，尤其現今兒童的心理疾病相當多，這也就是為何有些家長會反應到醫院卻掛不到號的原因。所以二級、三級對小學來說，要建構起來是必須要擁有一些資源的。

楊世瑞：

我在高中剛開始都是從事輔導工作，反而教務工作經歷的時間比較短，很巧的是，我服務過的這兩所學校，都是由同一位醫師在協助我們，也就是李慧玟醫師。那我就幾個層面來提一下，中學階段學生的情形，第一個就是以學生的情況，不管是國中或高中，他們的身心皆在快速發展，第二個部分就是以外在環境來說的話，求學的壓力其實很大，所以在這個階段裡，如果

學生原先有一些存在的疾病因子，在這段時間常常有可能會冒出來。除此之外，就是所謂焦慮症候群的部分，出現的比例也是蠻高的，而且出現的狀況千變萬化，並且以不同的形式呈現。

對輔導老師來說，在這個階段，每位輔導老師必須要有分辨的能力，擔任家長和一般老師或任課老師之間諮詢的角色。在學校裡，協助的部分，一開始這個階段所碰到比較棘手的是特殊學生的狀況，需要召開個案會議，邀請學者專家或是醫師來到學校。針對這樣的學生，大家所拼湊出來的資訊，一起去做有點類似診斷的動作，但學生本身是不在現場的，了解大約是什麼樣的狀況以後，大家再如何去協調配合。這種模式是比較典型的，也就是剛開始出現狀況，然後學校發現有這樣的需求出現並沒有辦法去解決實際的問題，就會往第二種模式去發展。

早期的政策，是傾向將特殊學生放在特殊班或者是特殊學校，而現在的方式都是回歸主流，而且要常態性的編班，不能集中在同樣的班級當中，所以各個班級可能都會有學生出現各種不同的學習適應或者是學習障礙、情緒困擾等等，這些問題都會陸陸續續呈現。所以學校裡面除了原來輔導人力之外就是特教的部分，一定要互相結合。以學校的第二個階段模式，我們常常看到的就是，從學校的特教經費的鐘點費裡面，會協助聘請專業人力，採用的方式是彙整了一些狀況以後，然後固定一段時間，可能一個月或一個半月左右，請醫師來到學校，針對一些同學來討論，那麼這樣的討論就不僅僅是做診斷而已，這樣的部分好像太狹隘了，有些時候還牽涉到跟家長及老師一塊座談怎樣去協助學生，提供更多的諮詢跟輔導的部分，甚至因為醫師是延續性到學校，所以第二次的時候他還可以有一些追蹤的部分，學校裡同一個學生他後來的情況是怎樣等等，一般來講，精神病這類的疾病，通常醫師都不會很快下診斷，一定會有更長的時間去做觀察了解的動作，所以就可以有一些累積性的資料去協助判斷，那麼最近教育局或者是衛生署他們也都會注意到這個部分，以本校而言，採用的是個案研討的模式，是教育局編列經費給學校可以去申請做個案輔導，個案輔導的經費，我們就可以接續著從原來第二個階段的特教經費裡面，提供一些諮詢及輔導的部分。

在衛生署這邊還有提供過校園服務醫療計畫，這個計畫通常是較點狀

式的，對學校來說，當被設到這個點一定是會有相當幫助的，有時候也會嘉惠到這個社區裡面來。今年臺北市教育局在國中的部分指定了四所學校當做核心學校，芳和、萬華、三民和石牌國中，試圖改以面的方式推動。那麼以輔導老師們的想法會認為說，大概一個學校設置成核心學校二至三年之後就可以做一個轉換，讓其他學校也能夠有這樣的資源，老師們都認為，當擔任到核心學校的時候，學校的老師們這一方面的技能都能夠增加，這也是一個很好的現象，當他們要去協助其他學校的時候，可能會遇到的狀況或問題是比直接建議家長帶孩子去看醫生的這種衝擊還小，但是還是有一些家長覺得在自己學校裡是更好的，就不用再轉到別的學校去，所以比較能夠期待的就是，在自己校內能夠有的話，不但就近而且又是以「談話」的方式開始，畢竟跟醫療情境是不一樣的，那個感覺會覺得比較輕鬆一些。所以在這一方面，對於各個學校來講，需求絕對是往上升而不是往下降的，再來我們看到的就，在協助老師或者是家長的時候，輔導老師大概要能夠做到第二級甚至有些時候是第三級的專業判斷，所以說輔導老師在這方面的技能是需要持續去加強的，當他的技能足夠的時候，他在學校裡面去跟家長或跟其他老師協調溝通的時候，他的專業性足夠，那麼後續在輔導上面或者是在做諮詢工作上，對他們都是有幫助的。

邱顯智：

我想先談一下題目，「心理疾病」是不太清楚的用語，因為精神醫學是用「精神疾病」。特殊教育法是用「嚴重情緒障礙」，但因為包含精神官能症、精神病、情緒問題和行為問題等，往往造成誤解。不知道輔導界是用「心理問題」或是「情緒困擾」，雖然在兒童青少年的階段，較不容易可以清楚的界定。甚至有時候我覺得「心理問題」比「精神疾病」更難處理，因為其成因往往更為複雜，更難改變，不像精神疾病有藥物可以治療。

根據自己在學校工作的經驗上，我覺得小學的問題是缺乏專任輔導老師，而國中的輔導老師沒有時間來輔導學生，因為他們必須上輔導課。那高中的輔導老師是找不到時間去輔導學生，根本沒有輔導課的時間跟同學接觸，這是我對三級學校的感覺。因為不同年齡層有不同的需求，那不同年齡

層所需要的服務內容也不一樣，所以在這邊我可能會依不同年齡層來探討。

根據我在學校所看到的問題就是，好像不是特教身分的學生，學校就不知道該如何處理，其實不管他今天有沒有醫師的診斷，他的問題就是出現在那裡，所以為什麼好像沒有一個醫生診斷或沒有一個鑑輔會給他一個特教學生身分之前，學校似乎都無法去處理，這是我對學校行政上百思不解之處。現在法律對特教學生有所規範，那學生輔導是不是也應該建立一個需求標準，仿照特教法有一個分類的架構，先清楚輔導學生的問題在哪一類的哪一個問題。我認為這個部分，十年前是輔導比較先進，但這幾年來，我覺得是特教比較先進。就特教跟輔導兩邊來比較的話，特教現在有依循的法律，已經建立起特教學生的網絡，把每一個特教學生的轉銜資料都輸入在電腦資料庫之中，所以我們就可以找得到幼稚園、國小到國中的轉銜資料，這比我們自己問到的都還清楚，當學生來到我這裡的時候便很清楚他的狀況了。可是輔導卻沒有這樣的系統，因為輔導需要幫學生保密，所以我在高中輔導時，都會問學生在國中時有沒有問題，學生常常在國中的時候就有問題了，但是輔導資料卻沒有送過來，甚至國小可能也就有問題了，所以我覺得這是輔導體系的一項缺失。因為常出現問題的年齡層，第一個是小六到國一，另一個就是國三到高一，還有一個是高三到大一，大概不到兩、三成的學生是因為進入到新學校才出現問題，大多數其實都是以前的問題，但是不知道為什麼，可能是以前的學校沒有提報，也可能是輔導老師沒有主動去詢問，大多是我去問才開始追蹤以前的輔導資料。

另外還有一些問題就是，到底診斷的目的是什麼？因為今天醫療跟教育體系之間一直抱持一個滿大的誤解，也就是說學校似乎沒有診斷就無法做事情，像特教老師常會說他沒有一個診斷，所以他沒辦法提供服務。但其實重點是，我常跟老師、家長講，不論我的診斷如何，學生的問題一直都在。所以我想釐清的是，診斷的目的是什麼？釐清之後才能夠避免所謂標籤化的問題。診斷的目的是，提供一個架構來了解學生的問題及處遇和輔導的方向。

第二個就要講到是強制就醫的問題，目前的精神衛生法裡面只有規定說所謂的嚴重病人，嚴重病人指的就是說——有自傷、傷人、無法照顧自己，或是有傷害行為發生時，即使任何人都可以把他送到醫療單位去，再由精神

科專科醫師來鑑定他需不需要就醫的人。所以按照這樣的法律規定來講，其實是不需要家長的同意，如果有出現這樣的狀況就是把他送去醫院，由精神科醫師來評估。那目前精神科專科醫師的權利只有兩項，就是有兩位精神科專科醫師評估後，可以強制住院鑑定7天或是強制住院30天。這是精神衛生法賦予精神科專科醫師的權利，精神衛生法已經實行20幾年了，當初這項權利有它重要的意義，但是有些執行的爭議，因此今年法律已經修正通過，有一年的緩衝期。精神衛生法修訂的最大兩個差別，一個是以後的強制鑑定或強制住院，不再是由兩個精神科專科醫師來決定，必須要由衛生單位組成一個委員會，法律要求精神科專科醫師72小時內要提出申請，然後由委員會通過才可以強制住院，這是一個滿大的變革。另外一個就是社區的強制治療，這個是目前沒有的制度，社區強制治療要怎麼做，目前還有很多待討論的議題。

醫療跟教育要雙向合作，可能第一個要了解彼此的觀點，因為醫療跟教育其實溝通機會並不多，如果醫師對學校不了解，如何適當地去建議？另外我想確定的就是，轉介合作的目標，該擺在哪裡？所以我想雙向合作是很重要的，我很期待老師們在把學生轉介過來的時候，能夠提供比較詳細的學校資料。因為有時候家長帶孩子來的時候，被詢問為何過來時，他們只知道老師叫他們過來，但並不了解原因，有時也不覺得需要就醫。如果是如此的轉介，就會讓醫師覺得很難去處理。第二點我認為學校如果已經做過某些輔導策略，對於策略有怎樣的成效、效果如何等等，如果有這樣的資料我就能夠很清楚地知道該再做些什麼，但是若沒有這樣的資料，那我只好從最基本的地方來做建議。像我們剛剛提到醫療就醫體制醫生跟醫療給付的部分，因為目前醫療給付對於看內科、精神科，甚至是看個感冒的給付都是一模一樣的，這是醫療給付不合理之處。

目前我們有在做的是，像剛剛提到的教育局提撥經費，透過友善校園的計畫與衛生局合作，此計畫於點、線、面該如何建立，我想經費與人力是最大的問題。但我的想法是如果將這些經費都集中起來的話，去聘請專任的精神科醫師、心理師、社工師，其實都很好解決這些問題。因為若是一個專業的醫療輔導團隊，相信就可以提供很好的服務。目前我們的作法是和臺北市

東區特教中心合作舉辦個案研討會，由特教老師提出困難的學生跟議題來討論，我們希望經由這樣的方式可以協助特教老師去服務學生，我們覺得這樣的方式比較可行。另外就是在臺北市分成四區，精神科專科醫師定期到校，由該區附近的學校轉介學生，然後由醫師來協助輔導。另外有的模式就是在臺北市由教育局和衛生單位合作，設立國中的情緒障礙班，一個是在臺北榮民總醫院，一個是在臺北聯合醫院松德院區精神醫學中心，等於是教育局出特教老師的經費，醫療單位出醫療人力來合作的模式。我想這樣的模式值得去推展，目前高雄市也有此類模式合作，臺北縣也準備要做，這樣能夠讓醫療與輔導、特教有更多的機會交流。

最後一點就是說，目前在心理衛生專業裡面，只有精神醫學有兒童青少年精神科專科的訓練，其他的專業領域中還沒有這樣的分化。我覺得目前在學校的訓練裡面，兒童青少年的部分都相當少，但其實在師範學院轉型的教育大學裡面，照理講他們應該以初等教育為主，可是實際上他們訓練出來的學生，專精於兒童輔導的比例還是偏少。所以結合不同的心理衛生的專業，成立一個兒童青少年心理衛生專業證照的訓練制度，我覺得是相當迫切和可行的，因為如果要每個專業都來分化，可能還相當有難度的。

沈慶盈：

首先，在我的經驗部分，我滿贊成邱醫師的說法，我們一般在談兒童青少年問題的時候，我們比較習慣用心理問題或情緒困擾，比較少用疾病這個字眼，如果談到心理疾病的話，會讓人聯想到精神疾病，容易有負面的情緒反應與排斥，對學生的接納程度會低很多。而且，一般說來，有心理問題或情緒問題的學生比例可能滿高的，有精神疾病的比例就會低很多。

回到今天的主題，我接觸比較多的是福利界，當我看到這個題目時，就想說這是一個滿難的問題，所謂滿難的問題，是因為資源的開發與運用牽涉到跨機構與跨專業間的協調合作，本就不容易，而要處理學生的心理問題除了不易被接納外，會同時牽涉到教育與醫療系統，我們一般的認知，學校體系有點保守，很難打進去，醫療體系也有點保守，就我在學校社工與早期療育的服務經驗，這兩個系統是我覺得較難建立關係的領域。

有關運用社區資源的問題，就我跟學校社工或一些社福團體的接觸經驗，學校很多老師第一個問的就是，資源在哪裡和從哪裡可獲得補助？當然一個主要的問題是資源不足，但也有可能是老師們連資源在哪裡都不知道。這個問題牽涉到資源的開發與整合，在執行步驟上需要先進行資源盤查，確認提供服務給有心理問題學生的所有機構與相關資源，加以分類，然後分析各資源運用狀況，並進一步建立正式的合作關係。一般學校老師可能並沒有時間做這麼多，所以學校有專門負責人員，例如學校社工。目前有一些學校聘有學校社工，開始會協助學校開發與運用社區資源，但這個部分人數還不是很多，服務效果還不是很明顯。此外，資源有正式與非正式資源，一般學校只想到正式的資源，因為比較容易運用，其實社區中最重要的資源是居住在此的家庭，像天母國小運用家長就是很好的例子。其他社區資源包括商家、圖書館、公園、青少年族群、宗教及公民團體，以及任何能夠提供休閒、學習、支持的設施。

第二個主要問題是機構或專業間合作的問題，社福界的一些社工人員反應，他們認為當發現一些學生可能有問題時，想要進一步接觸與了解某些學生的生活環境，但是卻跨不進去學校那一塊，學校的行政體系有時不太願意讓校外的資源進去，這便是配合度的問題，有時候不見得是資源不足。另一個合作的問題是，我們發現彼此間的期待也會有落差，有些社工人員會抱怨，學校老師將學生轉介出來之後，好像就沒事了，從此以後就都是社工人員的事情一樣，這樣下來，彼此很難建立合作關係。當然也有學校老師抱怨，因為教育局這邊有提供一些不同專業的巡迴教師、職能治療師或語言治療師的服務，這些人來到學校之後，主要就是來蒐集資料，沒有什麼實際幫助，還要老師提供學生的狀況，問一堆問題，講幾句話，然後說你應該要怎麼做，你可以怎麼做，老師則是會反問說：「如果我知道要怎麼做的話，為何要你們這些專業人員來。」所以這個部分是我與社工和其他專業人員接觸所看到的部分。所以要運用社區資源之前，自己心態的調整、彼此期待的澄清、分工合作的協調及服務輸送系統與流程的設計等可能都要事先加以處理。

至於對學生心理困擾或情緒障礙的協助，我的專業是在社工，而社工就是看事情比較是由學生和環境兩種不同的角度來看，尤其在我的認知裡，國小國

中的學生主要還是受到家庭比較大的影響，所以學生有一些情緒困擾心理因素上的問題，除了學生本身因素之外，一個部分可能是學校的環境因素，例如學校本身的管教、與老師之間的相處、或是人際關係的部分，當然另一大部分是家長、家庭環境的因素，我們剛所談的，有關在問題處理的取向方面，比較多的都是集中在學生本身的處理，對於家庭的協助或學校環境本身的改變都較少提到，這是比較可惜的。在這個部分，在開發與運用資源時，需考量有關學生本身的、有關資源提供給家庭的、及考量處理學校問題所需的部分。

在學校因素的處理部分，影響學生心理的最重要因素之一是老師與學生的互動關係。許多學校人員可能會對心理問題和情緒障礙的學生抱持著負面看法，有關於教職員的教育訓練，如果他們的價值觀沒有改變，這些教育訓練基本上沒有什麼意義。我們常常教育學生說，要傾聽、要有同理心，如果老師的直覺覺得這個學生是壞學生，那老師怎麼去接納、怎麼去傾聽。老師可能會要求，就是要那些學生乖乖聽從他的話去做，這些是比較難去解決的部分。所以我是覺得，運用資源去改變教職員對心理問題或其他問題學生所抱持的價值觀是優先要提供的訓練項目。

針對學生本身的處理，就我在學校社工方面的經驗，有一部分是做社交技巧的訓練，這個還不是很多，但已經有一兩個學校社工慢慢的做這個部分的示範。一般運用行為改變的比較多一點。但在團體方面，社交技巧訓練我們覺得它的效果應該還不錯，但目前是比較少一點，我想尋求校外資源到學校，針對高危險群學生提供基礎心理健康防治方案、壓力防治訓練方案、生活技巧訓練方案或自殺防治方案等團體方案應是不錯的選擇。

最後就是有關家長服務的部分，以社工來講，我們專業的要求希望將家長與社區融入學校，因此強調合作，學校不僅運用社區資源也要服務家長與社區。而具體的作法以做家訪的方式比較多一點，希望能用增強權能（empowerment）、家庭優勢的觀點去增強家長的權能，消除阻礙家長改變的意願與提升家長參與的動機。臺北市已有一、兩個學校把這個觀念帶進學校，有一個學校在校長支持之下，學校定了一個學期，要求每個老師出去校外去拜訪學生，慢慢去了解學生的狀況，目前聽到的結果是，雖然還不見得能改變家長的心態或是家庭的環境，但是至少在老師的部分，與社區的互動增加很多，且因為去了

解過學生的狀況之後，對學生的接納程度提高很多。一般來說，我們覺得，有關學生的問題，被認同、接納是一個很重要的影響因素，當老師接納這些學生之後，他們的心理問題，雖不能說完全消除，但至少能有所減輕。

總之，針對學生的問題，可以處理的部分或層面其實很多，要真正去處理時，主要的問題還是在資源這方面上，我是滿贊成可以建立一個以學校為基礎的服務環境，換句話說，把一些資源引進學校裡面，像是精神醫療資源或是社工方面的資源引進學校，會比較方便一點，最好能將家長與社區一起融入來重新建構學校。

林家興：

我覺得有些想法不錯，像是大家都會去思考以學校為本位去提供精神疾病學生的照顧模式，要怎麼讓這個模式的運作變得更順暢，這一點是可以多討論的，如果學校有社工師當然很好，如果沒有的話，我覺得輔導老師可以扮演一個作為學校及社區醫療資源整合的角色，還有學生輔導這一方面沒有像特教法那樣的完善，體系也沒有那麼的清楚，分類也很模糊，現在有在醞釀學生輔導法，比照特教法，但可能沒有那麼詳細，它可以把整個精神和資源放進去，如果說立一個法卻沒有相對的資源進來，那就沒有用了。剛剛提到的特教中心，臺灣有四個區域性的特教中心，而學生輔導卻沒有什麼諮商中心，都是學校本身自己在做的，可以區域性的成立一些更專業的諮商中心，讓一些心理師，社工師等專業人士聚集在那裡，比學校還要有更多的資源，讓比較嚴重的學生可以到那邊獲得更好的幫助。

楊世瑞：

針對剛剛邱醫師所說的，輔導老師們其實也很期待學生在治療的時候，可以早一點了解過去學生在國小或是國中的狀況，像未來的協助模式，其實可以考慮到把小學、國中、高中分在同一個區域裡頭，除了少數明星學校外，一般的學校都是以社區式的學校為主，以大直高中國中部的學生而言，最大的來源是來自大直國小跟永安國小，如果分在同一區組，了解這兩個學校學生過去輔導的狀況，遇到一些問題的時候，對於學生的問題會比較清楚

明確，這是第一點。

第二點，我感覺特教的部分可以走的比較穩固、比較快，與學生的問題狀況是有關聯性的。以特教來講，很多的疾病在做診斷的時候，相對來講，比較明確，像剛剛提到，我們通常跟學生或是老師的習慣用語使用的是心理疾病而非精神疾病，因為一般人聽到這個字眼的時候會有一些比較激烈的情緒反應，也許他們會因此而害怕產生了排斥，也拉遠了距離，其實有一些疾病跟其他疾病一樣，透過藥物來做處理，會有良好的效果，當然也有一些環境因子，需要適度的調整才能達到效果。所以在這樣的情況下，比較沒有辦法像特教那樣的明確，當然我相信輔導人員也不會因此就懷憂喪志。

其實在特教這個部分，過去這幾年來在經費資源上面，投下的量是比較多的。在輔導業務的推動過程中，國高中階段有各自不同的困境，以國中階段的輔導老師來說，他們的課非常的多，所以有些學校的輔導老師就會乾脆不接個案，那就會交給組長來去處理這個部分，組長又要忙著處理行政業務，公文往返，所以在有一些個案管理上面，會比較弱一點；在高中的部分，老師跟學生接觸的時間很少，沒有時間去接觸，遇到問題學生向老師求助就少，反過來需要安排輔導課程，目前看起來，臺北市的學校裡面，在高一的課程，有關於生涯課程的部分，開設比例已經算是比較高的了，在一塊我們看見老師們的努力。另外，高中輔導老師設立的班級基準數，在高中的部分希望可以往下降，目前是15個班一位輔導老師，主任輔導教師又是內含不是外加的狀態，所以輔導老師的輔導量至少有15個班級以上，相乘每班學生數下來的話，量是相當的大。以國中來講，因為九年一貫的課程，有一個新的問題出來，九年一貫實施領域教學，打破了分科教學的作法，雖然最近好像又回到分科教學，可是在學校師資上，還是會有一些限制在，我們除了廣聘人員之外，在老師的授課節數上做一些調整，才能讓老師更有餘力去做這些輔導的工作。

邱顯智：

我覺得近幾年的一些新的問題，十年前，大概三成的學生上高中，七成的學生上高職，最苦悶的是國中生。可是現在大概七八成上高中，三成去高

職，所以學校課程裡還是以升學為主，但現在是九成的學生也都上大學，好像目前的高中學生碰到問題就是在高中念書反而沒有比在高職的學生快樂，現在變成大家都在讀書，可是學生本身就不喜歡讀書了，可是高中的課程就只能這樣子，所以老師也很無奈，這是這幾年新興的問題，就是高中高職的比例改變所產生的新問題，現在高中高職對學生來講比較困難一些。國中生現在有九年一貫，感覺上比較沒有那麼焦慮，但所產生的問題就是，基測變簡單了，在高中輔導時很多同學會說，國中成績比我不好的同學反而考的成績都比我好，如果像以前題目很難的時候，這種情形就不會出現。但現在這樣的型態反而常出現，這種學生情緒上的問題，也讓高中的輔導老師很苦惱。十二年國教對特教生的好處是，會被納入特教法保護，因為目前高中職非義務教育，雖然在高中還是有特教服務，但並沒有一定要的，相對於國中國小，高中職以前做的比較好，現在反而比較弱一點。

楊世瑞：

如果是完全中學的話，特教組就是同時兼管國高中，高中裡面的特教組，有些學校會設在教務處有些設在輔導室，設在教務處的原因是，臺北市之前有一個政策是開放資優班成立，目前臺北市幾乎有十幾所學校都有資優班，而且是不同類型的資優班，資優班的課程牽扯到師資協調的問題，所以很多特教組設在教務處。

我們以特教人力來看，在高中部分大概是每個學校編列二到三位，教育局為了要控管員額，要求各校減聘一人改以鐘點費補助。一些規模比較小的高中，輔導人力差不多也就是這樣，只有二到三人。另外一類身心障礙的學生，在國中進高中的時候，可以採用兩種方式入學：第一種是透過鑑定安置小組，會邀請家長座談，讓學生去選擇對他來講就學適應上比較理想的學校，另一種是直接透過考試加分，加分之後採用外加名額，讓幾乎每一所學校都會有特教學生。學生入學之初，特教組即已清楚特教學生的情形。因為他們評估過程上有比較清楚的規範，很多資源到位也是比較明確清楚的。可是輔導的部分就是做多少算多少，這個部分比較沒有明確性，以導師的需求來說，在早期比較會排斥輔導室，會認為自己的學生我會自己掌管好，跑到

輔導室那邊去，好像是老師自己本身的失職，到現在是導師會希望學生去找輔導室談，那裡有更多專業資源可以幫助學生，學生輔導在高中的部分是越來越重要了，尤其是在生涯輔導這個區塊。

張紉：

假如說在臺北市區有所謂的特教中心來協助學校老師遇到的問題，其實我覺得這個模式很有趣，事實上，在輔導體系裡面，目前訓委會是變成針對大專院校，是沒有成立市區的諮詢輔導中心，諮詢輔導中心其實我想訓委會在去年前常委規劃之下，最後做了一個決議案，是希望在大專院校的地區之下的區域中心，有一個責任是要協助區域內的國小國中程度的輔導網絡的諮詢，只是它的推動狀況，不知道為什麼一直在往後退，特教中心這種模式其實對區域內的特教工作是很有幫助的，在訓委會的制度之下，我們能不能提出一個建議給訓委會，看有沒有可能在國高中或國小比照像大專院校的這樣建置之下，在它也有同樣的區域概念建置之後，用這樣的人員來作。

林家興：

這個建議是很好的建議，但是要如何去落實的問題，例如說大專院校在臺灣分成四區，北一區、北二區、中區、南區，每個區域的中心學校負責該區的各級學校，它們目前只輔導各自大學的學生及教職員，並沒有輔導到國中國小，如果它要增加這個業務的話，勢必是要增加人力，不可能用現有的大學的輔導老師來輔導國中國小的學生，在政策上，我覺得我們可以建議，然後由他們來協議看是要花多少人及多少錢，我覺得是滿好的。

張紉：

以目前北區來講，運作是由大專院校的老師們經驗上的一些協助，就這個東西來講，他們本身是有這個責任在，可是我剛提的建議是說，不是由這個中心來做，而是我同樣這個模式建構起來，我們先往下一層，那麼有沒有可能是國中國小先選定某一個，看是三個層級裡面，哪一個層級的輔導工作面臨的困擾比較多的時候，比照這個概念去設置，舉例來說，也許臺北北區

的大直高中也有意願成為一個中心學校，它可能負責臺北市內北區的所有高中輔導系統裡面的問題，因為這個平臺你一下子要做很多工作是不可能的，可是你有一個平臺建立之後，其實，大家一年兩三次的聚會，透過這個層級的老師一起來，有個見面的機會，無論是專業知識的分享還是政策上的情緒支持、訊息的流通或是個案的處理流程等，也許到最後聚集成一個力量，去提出更具體的建議或改變政策，我覺得都有一個共識，我覺得特教也是用這個概念去跑，我只是覺得很好奇，多年來我們的輔導系統都是集中在高等教育，我的意思是說，目前你可以看到大專院校高等教育的諮商輔導體系，大體上是比較完整的，所以這個問題是怎樣才能繼續往下。

邱顯智：

輔導團的概念其實一直都有，困難的是因為一直沒有常設化，有些功能沒有發揮，中心學校一直都有在示範，可是也常常換不同學校，兩三年就換，沒有辦法變成一個常態性的。另外一點是專業訓練的問題，大專院校的學生他知道，但兒童青少年如果他不了解，也缺乏專業的訓練，你請他在繼續往下延伸的時候，他會不知道該怎麼做，他大部分都是訓練成人方面治療，所以在兒童青少年方面的專業輔導這一塊還是比較少。學校輔導老師的督導體系來訓練的話，範圍還是有限，應該是要有一個中心來做專業性和常態性訓練的服務。

張紉：

那個中心大概以大專院校的經驗，大概是一年一百萬，包括聘一個專任的人，比如說大直高中願意接下來的時候，那麼你們就可以多聘一個人，他是專案人事，那他必須負責行政的協調連絡，一個人的人事費大概是一半，剩下的另一半，一年之內會辦幾次活動，那些活動主要是在集結這些人來，集結你負責的區域裡的高中輔導主任或是老師來研討研商一些作法，我覺得很多的學校老師他沒有很多的時間，但是他們的熱情還是有的，他們也希望去做一些事，透過這些平臺是可以得到一些支持或是訊息，如果不夠的部分，中心再去思考，該做哪一些專業知識或是技巧的訓練，持續一年做個

兩次三次，持續下來之後，大概三年，我覺得在這一個層級上的輔導，大家的焦慮上和意念是可以連結起來的，因為我覺得一個工作不可能一下子就完全建立架構起來的，只是這個制度在大專院校那麼多年都沒有怠惰而持續下來，大專院校制度比較趨於穩定，那像其實訓委會可以來建議考慮，有部分的經費其實是可以規劃建構一層，但是要從哪一層開始做起？一開始由單層區域開始做會相當吃力，因為學校太多，現在的小學到處都有，要看這三層是哪一層的問題比較多，其實是可以規劃的，那就要看我們的訓委會，我覺得大體沒有擴大，都是裡面的資源在挪移。

林家興：

我是比較同意剛才邱醫師所講的，有些業務費跟經費都被零星的花掉了，都沒有集中使用來聘專人，我覺得這都是同樣的錢，應該要好好使用規劃，專任的人其實才能夠做事，我也贊成常態化的經營，剛才提到幾個例子，第一個是光智社會福利基金會所設置的青少年心理衛生中心，我覺得是很好的模式，可以去補助或是多設幾個，另外一個是高雄市政府教育局所設置的學生諮商中心，收一些各校轉介過來的學生，裡面有一些諮商心理師來做專業服務，另外一點就是我們的社會形成少子化的現象，中小學開始產生老師過剩的問題，這些過剩的老師和閒置的教室空間，其實是可以轉型成為各地的學生諮商中心，可以模仿特教的系統再把它建立起來，這樣的作法可以比較常態性和專業性。

沈慶盈：

我同意很多業務費跟經費都被零星的花掉，沒有完整規劃。其實我會覺得我們政府有太多的方案，有太多的事情在做，但彼此間沒有統整，學校由於要執行的方案太多，每個有其不同的報告與核銷要做，到最後就只是paperwork，都是一些行政工作，反而沒有時間可好好規劃、執行與評量實際的服務效果。以我的觀點，我向來是反對再成立任何的中心、單位等等，因為從管理或資源整合的觀點，成立新的單位或層級很可能是疊床架屋，增加溝通困難，反而影響效率。很多事情是可以現有人力去調整去整合，但是當

你做現有人力整合時，有一個很大的部分是我們需要給他們有自己的空間，減少許多不需要的行政工作或調整簡化已不適合的工作流程，讓他們能依照學生需求去整體設計相關方案內容。但政府老是擔心說，給你有自己的空間時，會不會打混摸魚等，所以要求提供很多可能永遠用不到的書面資料出來，且核銷規定很細很沒有彈性，這個部分如果能夠開放，我覺得很多事情是可以做的，像剛剛提到的三年計畫，給一筆錢，我覺得滿好的。如果各種不同的方案經費，如性別教育，生命教育等能夠統整，由承辦或申請單位統一設計整體方案，出具一張收據，不用細部核銷，也可省略很多書面資料，而是事先好好擬定具體的評量指標，並真的根據每年的實際服務成效來審核，我們真的是可以讓一些不用是明星的單位就現有的人力去調整、規劃、執行方案。

其實現在有很多的方案，不見得一定要各自獨立，例如辦宣導活動時，我們可以把很多相關的宣導活動集合在一起去設計，現在因為各自分開執行，各自要求核銷與提供辦理資料，因此在一個活動上很難有包容性的。我覺得就小孩子的發展而言，很多層面應該是整體做規劃的，而不需要分成這麼多雜七雜八的，雖然每一個都很重要，沒有整合反而沒有能力去落實。以教育單位來講，目前大部分經費好像都是花在人力上，但一些業務經費可運用的比較少，我是覺得人事經費跟退休經費占了很大的部分，政府為了補助業務經費這部分的不足，就提供很多的不同方案的經費，當你使用方案經費時，錢很少卻增加了很多的核銷與行政工作，我覺得這個反而是經費的誤用和人力浪費，應該將經費加以整合，放手讓學校自己作主，上級單位要做的是督導與擬定具體的成果評估指標。

林家興：

學校是一個滿適合服務精神疾病學生的場所，因為他沒有醫療的標籤效應，沒有給人家太大的擔心害怕，不會給別人壓力太大，對於初期發病的那些學生和家長，如果一開始家長比較排斥帶孩子去醫院的話，其實可以引進精神科到校服務，這樣初期就可以做評估和追蹤，也可以教育家長和學生，讓他們增加病識感，可以先在學校認識醫師，等到和醫師熟識了，自然比較

會信任醫師，也會比較願意去接受治療，這方面有一些比較好的作法，有長期的也有短期，像剛剛楊校長講到，如果有醫師可以長期服務一個學校，這樣三年五年下來，來追蹤學生是比較好的，也較了解學校的文化、老師的特質、學生特色等，對一些問題類型也有長期的了解，這樣子下來是可以做一些立即性的處理，學校在連結醫院資源的時候，最好是可以固定一個或兩個醫師，進行長期的合作，這樣是比較理想的。

我是覺得個案管理的概念，可以宣導推廣，對學校輔導室或是輔導老師，如果他們有社工人員在，就可以請社工人員幫忙，如果沒有社工師的時候，學校輔導老師就要扮演個案管理員的角色，就是協助學生能夠整合校內外的資源，一些社服機構或是醫療機構的聯繫，做一些資源整合，個案管理在社會工作的領域很流行，但是在學校輔導領域好像很少人使用這個名詞，輔導老師可以請社工來講解，怎麼作好個案管理的工作來協助學生，剛剛有提到學生資料的移轉，我們常發現高中的學生，他在國中國小就開始有狀況的時候，這一部分的資料就比較難取得，也許可以使用同意書的方式來取得，我們可以設計一份資料移轉的同意書，就可以幫助學生就醫，這一部分可以透過類似同意書的簽署，讓家長比較安心，也可以讓輔導的計畫進行的比較順利。其實我們可以建請教育部等主管機關去設計資料移轉同意書的範例，讓各級學校的老師請家長簽名，資料流通比較容易，相對的醫療機構也可以做同樣的事情，請家長簽同意書讓學生的病例可以和學校流通，這樣對於學生的輔導比較可以有充分的了解，不用每次都要重頭來過，浪費了時間。

再來就是，把學生轉介到醫療機構或是社福機構之後，事實上轉介過後還是要做追蹤，有些老師認為將學生轉介出去之後就是醫師和社工的事，但是學生大部分的時間還是在學校，導師和輔導老師還是要做追蹤整合的工作，繼續來配合醫師或社工師來服務學生。再來就是增加兒童心理師的問題，邱醫師建議我們心理師和社工師是不是也能夠比照精神科醫師設置兒童青少年精神科，事實上，我們對於兒童社工師和兒童心理師這一方面的專業人才，的確有強烈的需求，但中小學由於缺少專業督導，未來可以研議請有證照的社工師或心理師到中小學督導那些碩三實習生，培養他們成為兒童心理師，有興趣的人往後可以繼續留下來服務這些兒童青少年學生。✿

注意力缺陷過動症兒童之症狀、診斷與藥物治療

莊雅婷 臺灣師範大學教育心理與輔導研究所博士候選人

兒童注意力缺陷過動症（Attention Deficit Hyperactivity Disorder，簡稱ADHD）是門診中最常見的兒童精神疾病（陳昭姿，2004；沈欣怡，2004；APA, 2000）。筆者由相關研究報告中得知，ADHD對患童課業、家庭、人際關係、自我肯定等影響相當深遠，且隨著年齡的增長，又會伴隨許多行為問題、情緒問題、與其他精神疾病共病等情形，因而及早介入與治療對患童的發展與影響相當重要。

目前專家學者對ADHD患童多採整合型的治療模式，亦即從個體的生理、心理、認知和行為層面，以及周遭環境（如家庭、學校、同儕和社區等）使用多種介入處遇措施，以期能藉由多元介入的方案來達成ADHD患童在各個層面上的適應與發展。

在生理方面，ADHD患童因為大腦活化不足導致他們無法清醒的回應別人的需求，試想若一個人每天處於熬夜、睡眠不足的情況下，當然會影響其白天的工作，對ADHD患童而言，他們長期受生理因素所擾，其專注力當然無法提升，因而藉用藥物，或運用生理回饋、行為訓練等機制，協助ADHD患童將注意力調整到中等程度，製造更有利的清醒狀態，控制過度的活動驅力。

在心理、認知行為、以及周遭環境方面，就需要藉助諮商與心理治療的協助。對ADHD患童而言，長期以來因為專注力影響學習表現、無

法和同齡孩子玩遊戲，進而影響他們對自我的信心，也影響了他們的發展。個別諮商、遊戲治療、或放鬆訓練有助於患童的減緩挫折感，藉由心理師的接納，促使患童能重新認識自己、接納自己，進而能重建對自我的信心。

認知行為、情緒管理與社交技巧訓練，能教育患童如何辨識自我的情緒，學習情緒的自我管理；並教導他們控制衝動、忍耐、等待、輪流玩等概念，幫助他們化解與同齡孩子相處的困難。而社交技巧訓練方面，他們除了要練習聆聽、回應等各種技巧，也能從中學習許多結交朋友的技巧。

親職教育或家族治療模式能強化父母的親職功能。ADHD患童在家庭方面要優先建立的是其生活作息的紀律，而筆者在臨床工作中發現，若父母都能共同參與治療，建立家庭的向心力以及責任的分擔對於患童的症狀改善相當有助益；因為父母合作比較能建立孩子所需要的架構，如果單靠一方（如母親），在工作、家務、教養孩子等分身乏術的情況下，很難協助患童發展出穩定的生活作息，父親若能夠承擔教育責任（這是當然的，但華人文化目前仍較偏重母親），有助於生活作息規律的建立，紀律養成愈成功，愈能減少患童出錯的機會。加上多數患童為男性，父親很適合做為一個正面的模範，父親的參與就愈顯重要，因此，父子一起從事需較長專注力時間的活動（如打掃家裡、修剪花木、整理花園、堆樂高積木等），對於延長孩子的專注力也很有幫助（楊文麗、葉靜月譯，2005）。

綜上所述，ADHD患童治療需要多重介入、多元方案，然而本篇因為篇幅所限，故僅就藥物治療的部分進行探討，希冀讀者不要受本篇篇名所囿，以為藥物治療就是ADHD患童的治療，筆者再次澄清，藥物治療只是ADHD治療的其中一環而已，還可以搭配諮商與心理治療、親職教育、認知行為治療、放鬆訓練、社交技巧訓練並提供教師特教諮詢等各種方式。

關於ADHD的藥物治療，許多文獻肯定與證實藥物治療對過動症狀之治療效果（Bown, Amler, Freeman, et al., 2005; Kermmer, et al., 2006），特別是中樞神經興奮劑Methylphenidate（MPH），在不同的研究中被證實其對患童的助益高達70%（Preston, O'Neal, & Talaga, 2005）、50%-95%（Barkley, 2000）。

無論國內外，Methylphenidate（MPH）均被視為ADHD患童的第一線用藥，在臺灣MPH更是國內唯一治療ADHD患童的中樞神經興奮劑，目前臺灣有短效型的Ritalin IR（MPH）與長效型的Concerta®（OROS MPH；口服滲透壓釋放劑型）兩種。其中

OROS MPH已於2000年經美國FDA核可上市；臺灣亦於2004年10月1日公告可申請健保給付，依患者需要或醫生處方可選用短效型的Ritalin IR (MPH) 或長效型的Concerta® (OROS MPH Concerta®)。就筆者臨床上觀察，多數患童的家長對於上市七年（在臺灣不到三年）的Concerta®有許多的疑慮、擔心，每位患童服用後的副作用也不盡相同，因而有些家長不知道如何在短效、長效之間做選擇？也不知道Ritalin IR與Concerta®除了長短效外，究竟兩者之間又有何差異？

基於上述，本文旨在探究兩者之間療效的差異，以下分別就ADHD的診斷、成因、藥物治療、MPH的藥理作用、近年來相關研究、臨床用藥之爭議與安全性等幾個面向進行探討。

一、兒童注意力不足缺陷過動症的認識與診斷

(一) 兒童注意力不足缺陷過動症

根據DSM-IV-TR診斷準則 (APA, 2000)，兒童注意力缺陷過動症 (Attention Deficit Hyperactivity Disorder，簡稱ADHD) 是一種早發型神經發展性精神疾患，其三個主要核心症狀為注意力不集中 (inattention)、過動 (hyperactivity)、衝動 (impulsivity)。

1. 注意力不集中：無法注意細節而常粗心犯錯、無法維持注意力來完成工作或遊戲、不專心聽人說話、經常不能按指示將事情完成、難以規劃工作及活動、逃避需要全神貫注的任務、常遺失物品、易受外界刺激而分心、日常活動經常遺忘事物。(診斷的標準為九項出現六項)
2. 過動：常手忙腳亂或坐時扭動不安、必須安坐的場合不時離座、不適當地活動量過度、難以安靜地遊玩、如馬達般持續活躍、多話。
3. 易衝動：在他人問題未說完即搶說答案、經常打斷別人的說話或遊戲、在輪流等做某些活動時難以等待等。

(二) ADHD 的診斷標準

根據DSM-IV-TR診斷準則 (APA, 2000)，依上述三項核心症狀做判別：

1. 至少持續六個月以上。
2. 至少有部分過動、衝動難控制、注意力不集中的症狀在七歲之前即已出現。

3. 至少有部分症狀在兩個或兩個以上的不同情境皆會出現。
4. 症狀必須造成明顯的社交、學業或工作功能的損害。
5. 必須和廣泛性發展障礙、精神分裂症、其他精神病態、情緒疾患、焦慮症、解離症、人格疾患作區辨。

(三) 盛行率

根據DSM-IV-TR診斷準則 (APA, 2000) 美國孩童盛行率為3%-10%；其他國家盛行率調查，英國為3%-5%；澳洲為2.4%；紐西蘭為6.7%；日本為4%；而在臺灣，張淑芬 (2004) 曾執行國中一年級生根據DSM-IV診斷之ADHD的盛行率為7.5% (沈欣怡, 2004)。

(四) 關於診斷方面的疑義

有些父母、老師反應即使有這些指標仍然無法判定孩子是否患有ADHD，特別是一些具ADHD特質，而其症狀出現頻率位處於臨界邊緣的孩子們，筆者的建議是仍要納入環境因素、發展因素、親職功能等幾個因素做整體的評估。

1. 環境因素：意指兒童在各個情境均有注意力不集中、過動、易衝動之三個核心症狀。以筆者的一位案主為例，兒童僅在課堂上有這些症狀，但在筆者與之進行遊戲治療的四十分鐘裡，卻能神情專注地排了一盤沙盤；還有一位八歲的案主，案主母親反應其寫回家作業時間長達六、七小時，但排除受干擾的因素，協助案主擁有自己的書桌後 (原來在客廳長桌寫功課)，案主寫作業的時間能回復在一小時內。因而診斷時也要評估這些症狀是否在每個情境「一致」出現，並排除易分心之環境。
2. 發展因素：除了考量這些症狀出現的「頻率」 (出現的項目多寡、持續時間)、「強度」 (是否影響社交、人際、學習等功能) 外，考量發展上的因素也很重要，案主出現這些行為是否合併有發展上的影響，如筆者就曾聽聞一位五歲男童的母親因兒子無法每天晚上坐在書桌前三小時而至醫療院所就診，像這位母親的要求就超過了兒童發展的年齡。另外，常見與發展因素有關的不專心症狀像是學習障礙、智能不足等。
3. 親職功能因素：筆者觀察臨床上宣稱自己的孩子患有ADHD之父母中，有些是父母親職功能不彰所致。如兒童「常遺失物品」一項，父母僅口頭要求孩子「不要忘記」、「東西要收好」，但並沒有教導孩子記憶的策略，

以及物品收納的位置與方法。如筆者的接案經驗中，就有不少案例是對父母們進行親職教育後，進而大幅改善案主ADHD的指標症狀，這也說明了案主的症狀並非生理因素所致，可透過再教育而獲得矯治。

整體而言，診斷的目的並非僅考量案主用藥之需求，也是為了制定更適切的處遇計畫，環境、發展以及親職教育等因素也都應納入治療計畫之中，以供案主更為多層面、整體的協助。

二、兒童注意力不足缺陷過動症之成因

根據Zentall（2006）一書所載，其病因學可分為神經生理學、基因學與環境學等三方面。本文在此僅就神經生理學的部分進行統整，雖然ADHD生理病因與生理學的成因仍相當不明確，但本文探究藥物的作用機轉何以能治療ADHD，因此特別就神經生理學的部分加以探究。

多數文獻均反應患童的腦部額葉及前額葉皮質層的連結網異常有關。患童在胼胝體（corpus callosum）、尾核（caudate）、小腦（cerebellar）及整體的腦容量都較正常人小（沈欣怡，2004）。在神經化學方面有中樞的兒茶酚胺（catecholamine）功能下；多巴胺（dopamine）、正腎上腺素（nor epinephrine）分泌不足間接造成腦部額葉及前額葉皮質層的功能降低。其他中樞神經傳導物質分泌的多寡，如血清素（serotonin）、伽馬氨基丁酸（GABA）、氨基乙酸（glycine）等，也可能造成一些間接的影響（Preston, O’Neal, & Talaga, 2005; Zentall, 2006）。

整體而言，這些腦部執行能力上的異常，表現在自我調節、專心度、工作記憶與衝動性方面，這些也是運用中樞神經興奮劑來達到治療目的之藥物作用機轉。

三、注意力不足缺陷過動症患童之藥物治療

常用的ADHD兒童的中樞神經興奮劑已有很多研究證實其有效性及安全性（Bown et al, 2005; Preston, O’Neal, & Talaga, 2005; Sweeney & Tatum, 2000）。常見的副作用包括失眠、食慾降低、及頭痛；較少的副作用有激躁、遺尿及憂鬱，更少出現的副作用有抽動症狀及精神病症狀。筆者參閱Barkley（2000）、Sweeney & Tatum（2000）、Preston, O’Neal, & Talaga（2005）、沈欣怡（2004）等文獻，將主要藥物整理如表1。

表1 注意力不足過動症患童用藥

類別	學名	商品名	相關說明
中樞神經興奮劑 Stimulants	Methylphenidate （安非他命的衍生物）	Ritalin Concerta	第一線用藥
	D-ampetamine 右旋安非他命 Detroamphetamine	Dexedrine	右旋安非他命較左旋強三四倍
	單體amphetamine與塩類的 混合物	Adderal	作用、療效與Ritalin相仿，但價格較高 昂，藥物濫用風險高
	Pemoline 安非他命的衍生物，構 造和安非他命不太相同	Cylert	在中樞神經及心臟、血管系統作用半衰 期長，對肝臟有毒，且效用較安非他命 及MPH差。
抗憂鬱劑 SSRI Antidepressants	Venlafaxine	Effexor	為ADHD第二線用藥
	Bupropion	Wellbutrin	療效沒有中樞神經興奮劑好，可改善 ADHD的攻擊性和情緒障礙
三環抗憂鬱劑 TCA	Imipramine	Tofranil	
	Norpramin	Desipramine	
	Pamelor	Nortriptyline	

如治療過敏症（allergies）的抗組織胺劑（antihistamines），某些過動兒對這一類藥物的反應還不錯。另一種通常拿來治療高血壓的藥物Clonidine，同樣地能緩和某些過動症狀（Preston, O’Neal, & Talaga, 2005）。TCA通常做為第二線藥物，而Bupropion較適合合併有物質濫用或情緒問題的ADHD患童，另外2002年由美國FDA核可通過之Atomoxetine（SNRI）也是目前藥物的選擇之一。

四、ADHD患童的第一線用藥——中樞神經興奮劑Methylphenidate

（一）源起與發展

Methylphenidate〔Ritalin〕首次用於1950年代被用來治療嗜睡症（narcolepsy，一種使人突然陷入沈睡狀態的疾病），這種藥物藉著減少多巴胺的再吸收，延長多巴胺在突觸的作用時間，而達到治療的目標。Ritalin可以控制ADHD過動、或過動症其他行為上的症狀，但是它並不能提高智能。在Methylphenidate短效、長效劑型發展方面，目前國內僅有短效型Ritalin IR、以及長效型Concerta®（OROS MPH）。有關治療ADHD之Methylphenidate劑型、用量、作用時間，詳見表2。

表2 目前用於治療ADHD之Methylphenidate 劑型、用量、作用時間

學名、商品名	Daily dose	Onset of action	Duration	Regimen
Methylphenidate	0.5-2.0			
Short-acting (Ritalin, Metadate, Mythilin)		20-60min	3-5小時	5-20mg bid-tid
Intermediate-acting (Ritalin SR ; Metadate SR ; Wedadated ER)		60-90min	3-8小時	20-40mgQD, morning 40mg, noon 20mg
Extended-acting (Concerta®, Ritalin LA, Metadate ER)		30-90min	10-12 小時	18, 36, 54, 72mg
Daytrane		過動症皮膚貼布〔註1〕 2006.4.10, FDA核可		

(二) Methylphenidate的作用機轉

Methylphenidate是含有piperidine的安非他命衍生化合物，化學結構與安非他命類似，為中樞神經刺激劑（CNS stimulant）的一種，因此對中樞神經有興奮作用，其興奮效果大於咖啡因、小於安非他命，MPH吸收良好，生體過程極短，在1-2小時就會達到最高血漿濃度，半衰期為1-2小時，臨床作用時間只持續3-4小時，對某些病人來說甚至更短，因此在一天當中需要多次給藥，此外，腦中的濃度似乎比血液還高，並由肝臟微粒酶代謝。

精神刺激劑對ADHD的治療作用機轉，目前仍不太清楚，一般而言認為安非他命及MPH可產生三項藥理性質：1.促進單胺（尤為多巴胺與NE）大量釋放；2.加強對突觸後受體的刺激；3.刺激體幹內網狀激活系統（reticular activating system），轉而刺激大腦皮質細胞，亦即活化刺激腦部控制與維持注意力的部分，延長神經傳導物質在腦部細胞的作用，因此對於ADHD兒童，服藥後有鎮定作用，減少過度活動並延長其專注力持續的時間。

然而 Concerta®（Osmotic Release Oral System MPH）為口服滲透壓釋放劑型長效型，其藥理學（pharmacokinetic）／藥物作用機轉與Ritalin相同，只是藥動學（pharmacodynamic）與Ritalin不同（Wilens et al., 2004）。

Swanson等人在1999年所提出的MPH急性耐受性理論，提供了MPH長效劑型的思考方向。包括：1.提供一個足夠起始IR MPH劑量讓MPH在血液中的濃度在兩小時內達到高峰，使服藥兩小時內達到理想的治療效果。2.一個延長的釋放

系統讓血中的MPH濃度持續升高之後，還能持續維持一定的效果。

OROS MPH是一種利用滲透壓緩慢釋放的劑型，藥品本身最內部一個以滲透壓控制的釋放系統，內含整體劑量的78%，外覆包裹一層IR MPH，佔整體劑量的22%，將使藥效維持12小時，又同時避免急性耐受性的發生，可以取代傳統一天三次的IR MPH服藥的不便，以及血中濃度的波動（沈欣怡，2004；陳昭姿，2004）

(三) Ritalin與Concerta的比較

為方便讀者，筆者特別整理Ritalin與Concerta兩種藥物的異同，如表3，針對兩者的價格、成分、藥理作用、半衰期、時效、副作用、方便性，以及適用對象，進行對照比較。

表3 Ritalin IR、Concerta®的比較整理

	Ritalin (IR MPH)	Concerta (OROS MPH)
譯名	利他能	專司達
價格	4元	66-100元不等
成分	中樞神經興奮劑Methylphenidate	
藥理作用相同	1.促進單胺（尤為多巴胺與NE）大量釋放。 2.加強對突觸後受體的刺激。 3.刺激體幹內網狀激活系統（reticular activating system），轉而刺激大腦皮質細胞，亦即活化刺激腦部控制與維持注意力的部分。	1.促進單胺（尤為多巴胺與NE）大量釋放。 2.加強對突觸後受體的刺激。 3.刺激體幹內網狀激活系統（reticular activating system），轉而刺激大腦皮質細胞，亦即活化刺激腦部控制與維持注意力的部分。
半衰期	1-2小時。	3.9小時；6-8小時，才能達到血液最高濃度。
時效	短效型藥劑（約四小時），通常一天服用二至三次。	長效型藥劑（約十二小時），一天服用一次。
副作用	藥效短、釋放速度快，產生的副作用較明顯（如：肚子痛、頭痛、心悸、嘔吐等）。	藥性較緩和，且不像Ritalin一天需服用多次，血中濃度會呈現忽高忽低變化，因此副作用較少。 長期使用血壓及心跳有輕微增加，有統計上的顯著，但臨床意義不大，無法得知其影響（Wienler et al., 2004）
方便性 隱私性	一天服用多次，幾乎都得在外服藥，很難保有隱私性。	早上出門前服用一次即可，容易保有隱私性。
適用對象	1.需要立即見效、藥效快者。需要早上藥效比較好者（Favreau et al., 2006） 2.能適應分次吃藥，且不會經常忘記的人。 3.對Ritalin副作用能夠適應的人。 4.建議兒童先服用Ritalin再轉成Concerta，效果佳。（Preston, O'Neal, & Talaga, 2005）	1.有長效需求的人，能持續到傍晚，經常忘記吃藥，或分次吃藥不方便的人。 2.無法適應Ritalin的副作用，改服Concerta獲得改善者。 3.有焦慮、緊張或激動情緒者；對methylphenidate或其中成分過敏者；青光眼患者；妥瑞症者（Tourette's syndrome）或有相關家族史者；近期內有使用單胺氧化酶抑制劑（MAOIs）者，勿服。（Renschied et al., 2005）

此外，筆者還進一步閱讀八篇比較短效、長效的Methylphenidate製劑（Ritalin IR、Concerta®）對ADHD患童之治療效果差異，其中四篇研究結果證實MPH對於患童的核心症狀減輕，均有明顯地改善。而患者之學業表現、同儕關係、親子關係、人際關係、也都有明顯的進步（Bown, Amler, Freeman et al., 2005; Remschmidt et al., 2006; Kermmer et al., 2006; Wilens et al., 2003）。

有三篇研究支持長效型的服藥順從性增加，這些家長們認為一天服用一次的Concerta®，對增加的服藥順從性感到滿意（沈欣怡，2004；Favreau et al., 2006; Remschmidt et al., 2005）。也有研究者滿意Concerta®延長患童藥物治療的持續性，這能讓患童增加因為服用藥物，而使其持續（Kermner et al., 2006; Marcus et al., 2005; Wilens et al., 2003），其中Wilens等（2003）的407位患童中甚至有289（71%）完成12月的治療，行為及專心程度在追蹤期間仍然持續維持。

在副作用方面，有2篇研究認為 Concerta®的耐受性佳，相較Ritalin IR較無副作用（Favreau et al, 2006; Remschmidt, 2005），4篇研究顯示短效、長效之副作用相仿，無顯著差異（沈欣怡，2004；Wilens et al, 2003; Wolraich et al., 2001; Pehlam et al., 2001），而Remschmidt等（2005）更進一步指出由短效型換到長效型時對患童造成的影響，如延遲睡眠、頭痛、攻擊、體重增加；此外值得關注的副作用有頭痛、腹部疼痛、抽動（Tic）、影響食慾等。

筆者綜觀此八篇之研究結果發現，兩篇支持Concerta®耐受性佳的都是最近兩年進行的研究（2005、2006），不知是否與製藥技術進展有關；但整體而言很難由研究中證實Concerta®的副作用較Ritalin IR少，但在增進服藥的持續性、順從性等兩方面則有較佳的結果。

五、藥物治療對注意力不足過動症患童之相關探討

上述八篇比較研究中，除了討論副作用外，幾乎沒有一篇研究指出MPH藥物對兒童造成明顯地傷害。但筆者仍關心藥物對注意力不足過動症患童之相關爭議，進一步探討如下：

（一）由藥物安全性的觀點，探討ADHD患童用藥之爭議

筆者就MPH藥物之安全性討論而言，僅能以最近一年關於MPH製劑（Ritalin、Concerta®）相關的負向新聞為例。2005年3月報導，有相關研究指出，

12名參與研究的兒童在開始服用Ritalin後3個月，均有染色體異常變多的情形；由於染色體損害會使得罹癌症風險變高，因而有服用Ritalin會導致罹癌一說；然而毒物學家暨資深調查員Marvin Legator博士向WebMD表示，兒童會因服用Ritalin而導致罹癌，這種因果關係尚未定論，Kattlove醫師也表示，現在還無法肯定這會是人類罹癌的主因，需要更進一步的研究，只是隨著這項隱憂被提出，也顯示出需要進行更多臨床實驗的必要性〔註4〕。

另外，還有統計數據指出1999到2003年間有7位患童、1位成人在服用MPH藥物期間死亡，11位成人衍生嚴重的心臟問題，這也促成FDA於2006年3月發布ADHD藥物必須在外裝盒上加註黑框警語的規定〔註2〕。

而2003到2005年間，135件服用Concerta®兒童副作用的報告中，其中有36件報導了詳細的精神異常，包括精神分裂、幻覺，以及焦慮；其中11件報告牽涉了患童出現自殺的想法、意圖。而20件服用Concerta®嚴重的副作用中，沒有被標示出來的部分有——4件呼吸困難、2件心律不整、1件心室擴大等。有關當局反應暫緩宣布的原因，除了無法直接證明其因果關係外，也擔心造成社會大眾不必要的恐慌〔註3〕。

拜現在科技之賜，一個藥物的發展，需要許多實證研究的累積，就筆者



在PubMed檢索輸入「Methylphenidate」一詞就有1142筆資料；Preston、O'Neal和Talaga（2005）更指出這當中有200多篇是控制良好、有品質、可信賴的研究；以筆者自己的觀點來說，筆者認為MPH具有一定之安全性，就上百萬美國ADHD患童服用的狀況來說，這樣的意外比例並不高，何況造成患童罹病、死亡的因素複雜，很難判斷均由單一藥物所影響。不過，多累積實務臨床的研究還是上上之策。

（二）關於ADHD患童是否用藥的爭議

臨床經驗顯示約70%-90%的ADHD

患童對中樞神經興奮劑有反應（Barkley, 2000; Bown, Amler, Freeman et al., 2005; Kermmer et al., 2006; Preston, O'Neal, & Talaga., 2005），其中Preston、O'Neal和Talaga（2005）更進一步指出藥物對兒童的影響，書中提及當兒童專注力無法集中時，不但影響課業表現也影響人際關係；且當兒童因為課業表現不佳、人際關係受挫時，這個影響又會再回頭影響兒童的自尊和專注程度。所以兒童課業要「趕上」別人、發展適當的社會技巧，這兩者對兒童來說是同等重要的。用藥的目的，在於能協助兒童能持續走在學習、發展的軌道上。

藥物對兒童的影響，不僅是症狀改善，也具有神經保護性效果（neuroprotective），以保護他們的腦部不再持續損傷，藥物甚至能增進他們神經方面的成熟（neuromaturation），使之達到一般兒童的正常水準（Preston, O'Neal, & Talaga, 2005），現在科技發達，甚至能指認出藥物在腦部的那些區域產生作用〔註5〕，另外，也有研究指出合併心理治療，能使得藥物治療的劑量減為三分之二〔註6〕。

不過，就筆者所知，也有組織對於ADHD患童用藥持強烈反對的觀點，如美國山達基教派所組成的人權學會就提倡「藥害兒童」的主張〔註7〕，就筆者的了解而言，他們相當反對ADHD患童的用藥，所以美國患童要服用藥物時，醫師都會請他們簽署一同意書，以避免將來引發被告糾紛（Barkley, 2000）。

然而，人權學會除了讓我們省思用藥可能引發的成癮問題外，也引導我們廣泛的考量各種可能因素，如ADHD的症狀是否為過敏、學習障礙所致。

在此，筆者不否認我們要通盤考量患童不服藥的可能性，但不因此就排除藥物對兒童的重要貢獻，就筆者2005、2006兩年擔任臺北縣、市駐區心理師的接案服務中，就有國中生案主在就讀小學時被診斷為ADHD患童，當時家長拒絕藥物治療，而今服用藥物效果佳，反而後悔過去六年的執著，也延遲了藥物幫助孩子學習的機會。

六、結語

不過，筆者仍要再次重申，筆者希冀讀者們能增加對ADHD患童症狀與藥物治療的認識，若患童因為生理因素需要藉藥物來協助時，成人們不因對藥物的知識不足，而過於排斥；此外，筆者也要再次提醒讀者，藥物只不過ADHD治療中的其中一

環而已，需要結合諮商與心理諮商治療（如放鬆訓練、親職教育、專注力訓練、社交技巧訓練、認知或行為治療），才能整體提升對ADHD患童的治療效果與助益。

最後，患童周遭父母、教師的態度也是一個重要的療效因子。許多幼年曾受典型注意力缺失症所苦的成人也證實，別人對他們的信任、面對缺失時仍給予鼓勵、淡化困境，在遊戲中強調他們的優點，以及不把他們當成麻煩人物，這些態度對於他們的成長非常重要（楊文麗、葉靜月譯，2005）。因而，不管是藥物或是諮商與心理治療，若患童周遭的成人，都能蘊涵這種正向、接納的態度，筆者相信這對患童而言，也是一帖無可替代的溫柔藥方。✿

參考文獻

- ◎沈欣怡（2004）。**注意力缺陷過動症患童服藥順從性研究與OROS MPH及IR MPH療效暨安全性比較評估**。國立台灣大學臨床藥學研究所碩士論文，未出版，臺北。
- ◎何善欣（譯）（2002）。**過動兒父母完全指導手冊**。臺北：遠流。
- ◎陳昭姿（2004）。OROS Methylphenidate（Concerta®）藥物治療注意力不足過動障礙症有新的選擇。**當代醫學**，31（10），59-62。
- ◎楊文麗、葉靜月（譯）（2005）。G. W. Lauth, P. F. Schlottke, & K. Naumann著。**兒童注意力訓練父母手冊**。臺北：張老師
- ◎Bown, R. T., Amler, R. W., Freeman, W. S., Perrin, J. M., Stein, M. T., Feldman, H. M. et al.(2005). Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: overview of the evidence. *Pediatrics*, 54(9), 749-757.
- ◎American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders(4th),Test Revision*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- ◎Favreau, A., Deseille-Turlotte, G., Brault, G., Giraudeau, B., Krier, C., Barthez, M., & Castelnau, P. (2006). Benefit of the extended-release methylphenidate formulations: a comparative study in childhood. *Archives of pediatrics & Medicines*, 13(5): 442-448. <http://france.elsevier.com/direct/ARCPED/>
- ◎Kermner, J. E., & Lage, M. J. (2006). Impact of methylphenidate formulation on treatment patterns and hospitalizations: a retrospective analysis. *Annals of general psychiatry*, 5(5). <http://www.annals-general-psychiatry.com/content/5/1/5>
- ◎Marcus, S. C., Wan, G. J., Kemner, J. E., & Olfson, M. (2005).Continuity of methylphenidate treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of pediatrics & Medicines*, 159(6): 572-578.
- ◎Preston, O'Neal, & Talaga. (2005). *Handbook of Clinical Psychopharmacology for the Therapists*, 4rd ed. Oakland, CA: New Harbinger Publication.

- ◎Remschmidt, H. et al. (2005). Symptom control in children and adolescent with attention-deficit/hyperactivity disorder on switching from immediate-release MPH to OROS MPH—results of a 3-week open-label study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14(6), 297-304.
- ◎Sweeney, S. D. & Tatum, J. R. (2000). Play Therapy Behaviors of Physically based Children. In Landreth, J.(Ed). *Innovation in play therapy—Issues, process, and special populations*. CA: Taylor and Francis Books.
- ◎Wilens, T., Pelham, W., Stein, M. et al. (2003). ADHD treatment with once-daily OROS methylphenidate: interim 12-month results from a long-term open-label study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(4), 424-433.
- ◎Wilens TE BJ, Lerner M, Concerta study group (2004). Effects of once-daily osmotic-release methylphenidate on blood pressure and heart rate in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 24(1), 36-41.
- ◎Wolraich ML, Greenhill LL, Pelham W. et al. (2001) Randomized, controlled trial of OROS methylphenidate once a day in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 108(4), 883-892.
- ◎Pelham WE, Gnagy EM, Burrows-Maclean L, et al. (2001).Once-a-day Concerta methylphenidate versus three-times-daily methylphenidate in laboratory and natural settings. *Pediatrics*, 107(6), 105-115.
- ◎Zentall, S. S. (2006). *ADHD and education, foundations, characteristics, methods, and collaboration*. N.J.

醫療新聞

[註1] FDA Approves Methylphenidate Patch to Treat Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children, 2006/4/10新聞，檢索日期：2006.6.1 <http://www.fda.gov/bbs/topics/NEWS/2006/NEW01352.html>

[註2]FDA Panel Pushes for Warnings on ADHD Drugs, 2006/3/22檢索日期：2006.6.1 http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/news/fullstory_31370.html

[註3] 暫緩發布對ADHD藥物(Concerta)的警訊，2005/6/30新聞，檢索日期：2006.6.1 http://kidshealth.org/research/adhd_warning.html

[註4] Ritalin增加患童罹癌風險，2005/3/1，檢索日期：2006.6.1 http://www.24drs.com/webmd/chinese_t.asp?who=108767

[註5] 於患有ADHD兒童觀察到腦部的變化，2004/11/29新聞，檢索日期：2006.6.1 http://www.24drs.com/webmd/chinese_t.asp?who=106183

[註6] ADHD合併治療可降低對藥物的需求，2005/5/11新聞，檢索日期：2006.6.1 http://www.24drs.com/webmd/chinese_t.asp?who=104278

[註7]精神科的真相，精神科讓兒童沒有未來，檢索日期：2006.6.1 <http://spaces.msn.com/arvinwang/Makeabomb/>

謝筱梅 政治大學心理諮商中心兼任心理師

選擇性緘默症的認識與處遇

選擇性緘默症 (selective mutism, 簡稱緘默症) 的初次診斷通常出現在兒童期，目前緘默症相關的研究與文獻皆集中在兒童時期，因此文中所指的緘默症對象皆為國小學童。本文第一部分首先介紹緘默症的定義與重要性，第二部分說明緘默症學童的成因與一般處遇，第三部分則說明在學校中如何辨識、評估與協助緘默症的學童，最後並以案例做簡要說明。

一、選擇性緘默症的定義與重要性

緘默症是指個案生理條件正常，在其他的情境中可以說話但是在特定的社會情境中始終沒有能力說話，而這特定的社會情境中是被期待要說話的，例如學校 (DSM-IV 準則A)，在特定情境中的不說話已經妨礙到教育上的學習、職業上的成就或是社交性的溝通 (準則B)，不說話的情況至少持續一個月 (排除剛入學的一個月) (準則C)，當事人沒有能力說話的原因並不是因為缺乏在特殊情境中所需要的知識或是語言能力 (準則D)，這樣的選擇性緘默無法溝通，例如：口吃，或者是其他廣泛性的發展疾患，例如精神分裂或其他精神病疾患的病程來說明 (準則E)。

剛入學時的沈默，有可能是來自於兒童對於陌生環境適應過程中的自然反應。兒童在剛入學時需要適應許多的事情，例如：與主要照

顧者的分離、認識與熟悉陌生的情境、適應學校中的許多規定、學習完成課業上的要求、配合學校的作息、嘗試與陌生的同學進行互動，因此在這個階段的沈默通常不被認為是緘默症，而大多數的兒童在入學後8-12週之後，會從適應陌生環境中的害羞，逐漸的增加與人的互動（Crundwell, 2006）。嚴重的智能發展遲緩、自閉症等發展上的疾患也都不符合緘默症的診斷標準，嚴重的語言表達疾患、失音症等也不符合緘默症的診斷標準，以上的這些疾患都有「生理上」的限制存在。

通常緘默症的當事人大多是在入學之後會被發現，尤其是在進入國小階段六歲到八歲會被診斷出來（First & Tasman, 2004），接受治療的年齡平均在九歲（Crundwell, 2006）。緘默症的當事人，在家中或是其他情境的溝通，通常沒有太大的困難，但是通常在五歲以前，家人就會發現，在有些情境要當事人開口，是一件困難的事情（First & Tasman, 2004），例如在一些比較不熟悉的親友面前開口，而在三歲開始有機會也有能力進行同儕的互動時，家人通常會發現當事人對聲音、接觸（touch）、人群敏感，而且缺乏眼神接觸（Sluckin, 2006）。而在進入學校體系之後，許多的場合被期待要使用語言進行溝通，兒童的「不說話」使得需要利用有限的時間評估學生狀態的老師，很容易的注意到兒童的與眾不同，因而被辨識出來。

緘默症的兒童通常使用點頭、搖頭、手勢等身體姿勢溝通，即使使用話語也都相當的簡短。緘默症有很大的多樣性（diversity），也有不同的分類方法，在本文中僅沿用Cunningham 等人的分類，將緘默症分成廣泛型（generalized）的緘默症與特殊型（specific）的緘默症進行討論（Cunningham, McHolm, & Boyle, 2006），所謂廣泛性的緘默症是指兒童僅在家中與家人說話，除此之外都不說話，而特殊性的緘默症則是指兒童僅在特殊的地點與特殊的人物不說話，例如在學校中的老師，而在其他場合與不同的人則能以語言進行溝通。

選擇性緘默症在女性發生的機率上要比男性高，在心理衛生機構中緘默症的盛行率低於百分之一（American Psychiatric Association, 2000），如果排除了剛入學時的選擇性緘默，緘默症的盛行率不會超過千分之二（First & Tasman, 2004），而有一些文獻則指出緘默症的比例被低估（Crundwell, 2006）。

協助緘默症學童之所以重要，是因為語言是重要且具效率的溝通方式，在生活與學習情境中的需求、疑問與回應等都需要透過語言表達。以校園課堂學習為例，在課堂上的許多學習活動都需要使用到語言，例如練習、分組討論、表演分享等，在這些學習活動中，緘默症學童無法使用語言表達，一方面使得老師無法在學習的過程中進行過程評量，以便及時進行補救教學，另一方面緘默症學童的疑問沒有辦法表達，也錯失了學習的機會，再者，同儕對於緘默症學童在課堂上的各項學習活動都畏縮與逃避的情況下，也會使得緘默症學童在需要分組討論的狀況下變成孤獨兒，因為緘默症的不說話與上臺的無法表達會影響整組的表現。

再者以校園中的生活做說明，例如一些初入學的緘默症學童會出現遺尿與遺糞的現象，部分原因在於自己需要上廁所的需求無法用言語表達，而語言同時也是社交互動的媒介，而在下課時間的遊戲與活動，也因為緘默症本身的不說話，使得同儕無法得到適當的回應，造成同儕的挫折，時間一久，緘默症的學童也會在課間的活動與遊戲中成為孤獨兒，在課堂與課間都缺乏同儕互動的情形下，緘默症學童的社交技巧與社會性溝通近乎零，形成日後社交恐懼的因子。

二、緘默症學童的成因與一般處遇

早期對緘默症成因的看法認為是對早年創傷、環境改變、個人內在衝突、家庭動力衝突的反應，而近期則認為緘默症是一種焦慮的疾病、情緒的障礙，本質上是一種焦慮的變形與焦慮狀態的呈現（Crundwell, 2006; Cunningham, McHolm, Boyle, & Patel, 2004; Freeman, Garcia, Miller, Dow, & Leonard, 2004; Krynski, 2003; Yeganeh, Beidel, & Turner, 2006），所以教師對於緘默症學童的沒有回應會認為是反抗、控制與操弄，在許多情況是對緘默症兒童的誤解，緘默症學童通常呈現的是極端的害羞與焦慮，對緘默症的成因可由在DSM系統名稱的變更看得出來，在DSM III的時候選擇性緘默症使用Elective Mutism（EM），在DSM IV時更名為Selective Mutism（SM）使用SM的評斷意味較少，在中文的譯名上雖然都是選擇性緘默症，但是EM的英文原意較傾向「有能力不願意」，SM則是「沒有能力」（failed to）（First & Tasman,

2004; Freeman et al., 2004; Sluckin, 2006)。

緘默症既是焦慮的變形，而焦慮的本質就是需要協助，那緘默症學童所傳達的是需要什麼樣的協助呢？目前緘默症學童的協助分成兩大部分的組合，一為心理治療，一為藥物治療。常使用的降低焦慮的藥物是選擇性血清素再吸收抑制劑 (selective serotonin reuptake inhibitors, 簡稱SSRIs) 的克憂果 (Paxil)、百憂解 (Prozac)、樂復得 (Zoloft)、無鬱寧 (Luvox) 等 (Freeman et al., 2004; Stegbauer & Roberts, 2002)。

心理治療的部分，傳統上對於緘默症的治療都是採取心理動力的模式進行，而近年來在美國則有越來越多的藥物加入降低焦慮的工作，在當事人焦慮降低之後再進行認知行為的治療 (Freeman et al., 2004; Sluckin, 2006)，整體而言對於緘默症的治療缺乏系統性的研究，大多是單一的個案研究或是沒有控制組的研究 (Cunningham et al., 2004; First & Tasman, 2004)，近四、五年來陸續進行有控制組的實驗研究出現，研究結果一致指出緘默症與社交焦慮的高度關聯性以及與溝通障礙的差別，在Cohan等人 (2006) 針對有同儕評鑑的期刊所做的回顧，在23個研究中10個研究以行為或是認知行為治療為主，一個研究進行語言訓練，一個以家庭系統進行，五個研究以心理動力進行，另外六篇研究則以多模組方式進行，綜合顯示以行為、認知行為以及多模組方式進行的研究對緘默症症狀的改善有幫助 (Cohan, Chavira, & Stein, 2006)。

本文對於緘默症學童焦慮的起因則以克萊恩 (Klien) 觀點為主的客體關係理論 (object relation theory, 簡稱ORT) 說明焦慮的內在狀態，以鮑比 (Bowlby) 的依附理論說明焦慮升起的环境因素，而針對緘默症學童的輔導策略則是融合ORT、依附概念與系統減敏感法中的刺激消退法 (stimulus fading strategies) 進行。以下就針對所使用的概念相關的部分進行簡要的介紹。

在克萊恩與兒童的許多臨床工作中，建構出人格的兩種狀態，一個為妄想分裂的狀態 (paranoid-schizoid position)，另一個為憂鬱的狀態 (depressive position)。妄想分裂的狀態最主要的是兒童感受到一種被迫害的焦慮 (persecutory anxiety)，而憂鬱的狀態則是兒童從一個混亂、妄想被迫害的狀態中離開，回到一個比較符合現實的一種感受，在克萊恩的觀念中，妄想分裂的狀

態與憂鬱的狀態並不是全有全無的選項，而是終其一生都同時存在個體的生命中，面對一個陌生不確定的情境，採取妄想分裂的狀態，對於個體而言是比較安全的一個位置。

依附理論是來自於對於嬰幼兒與主要照顧者的分離經驗觀察而來，圖1為依附行為的動力流程圖，當依附對象在兒童周圍，而且這依附對象能夠敏銳的回應兒童的需要，此時的兒童則能感受到安全、覺得被愛，便能歡樂的、開放的探索與遊戲，當兒童與主要照顧者分離時，依附系統啟動，兒童會覺得害怕與焦慮，兒童為了解決自己心中的害怕與焦慮，於是發出訊息希望依附對象能夠回到身邊，依附對象對於兒童的行為有所回應，被活化的依附系統會回復平衡，害怕與焦慮會降低，兒童又回到自主的探索與遊戲，如果依附對象對於兒童的需求沒有回應，意味著降低害怕與焦慮的方法一再失敗，兒童則會發展出防衛機制以壓抑內在的害怕與焦慮，這個防衛機制是以躲避的面貌呈現。

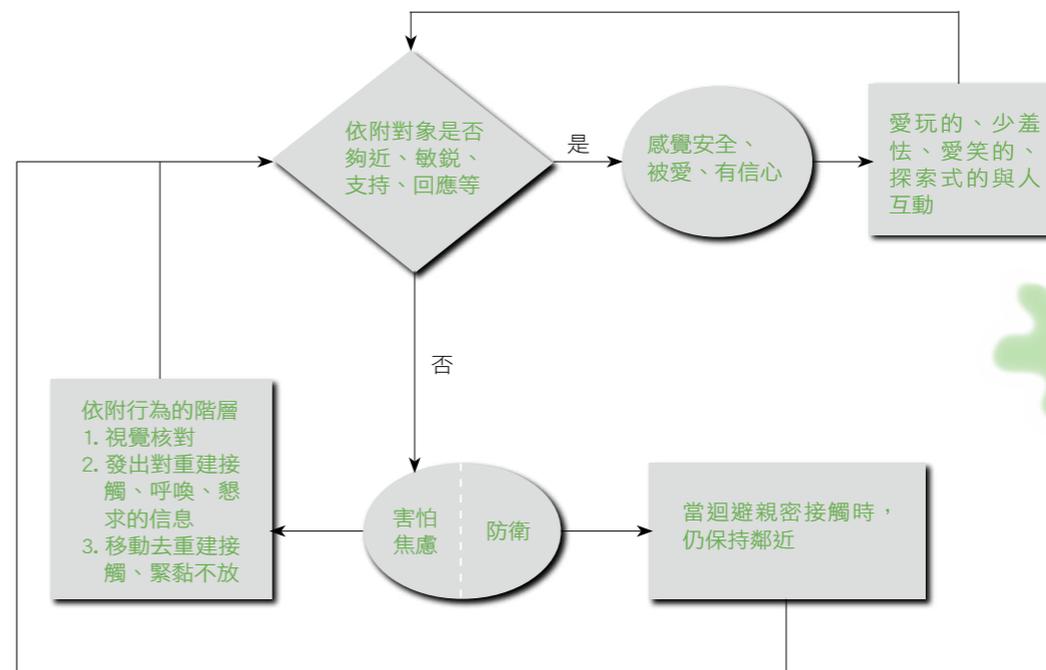


圖1 依附行為系統的動力流程圖

資料來源：Shaver & Clark, 1994: 113

對於緘默症兒童的內在狀態而言，妄想分裂的狀態很容易出現，所以在失去依附對象或是感受到不安全時，依附系統被活化，害怕與焦慮就會出現，尤其是被迫害的焦慮。這可以說明緘默症的兒童何以在家中與家人可以正常說話，而在其他地方就出現緘默的狀況，因為不安全讓依附系統活化，而被迫害焦慮出現時，緘默症心中充滿了恐懼，以學校為例，會被笑、會被罵、會被懲罰，這些種種的擔心淹沒了學童，讓緘默症學童開不了口。因為緘默症兒童的妄想分裂狀態與不說話的特質，要協助緘默症學童處理內在的妄想分裂狀態，以遊戲治療的方式是個好的選擇，透過遊戲讓緘默症學童內在擔心與害怕得以呈現出來，而焦慮透過治療者情感同步（affect attunement）的回應（Moldan, 2005），得以被處理與被修正，將心中的迫害性客體修整成較具現實感的好壞兼具的客體形象，以下舉兩個對話的片段說明。

對話一

特殊型的緘默症小女孩在進入遊戲室前，都與依附對象上演一場難分難捨的戲碼。

心理師：「你要告訴我你很愛你爸爸、很愛你媽媽，是這樣嗎？」

學童：「是啊！」

心理師：「你不好意思告訴我嗎？」

學童：「對呀！人家害羞。」

心理師：「你擔心我也會像其他人一樣笑你嗎？」

學童：「對呀！」

心理師：「有誰這樣笑過你嗎？」

學童：「爺爺、奶奶、老師和同學。」

心理師：「你覺得我會像老師一樣笑你嗎？」

學童：「現在不會了。」

對話二

普遍型的緘默症學童在遊戲室上演支解娃娃。

心理師：「你要告訴我媽媽很粗魯嗎？」

學童：「對！」

心理師：「你會擔心我也會對你粗魯。」

學童：「對！」（學童眼睛看著心理師，這是這位緘默症學童第一次眼睛注視心理師）

心理師：「現在呢？」

學童：搖頭

心理師：「用說的。」

學童：「不會了！」

三、在學校中的辨識、評估與協助

緘默症學童的情況是在家裡說話，所以家長並無法知道兒童的選擇性緘默，即使家長注意到孩子除了在家中說話之外，在其他的地方皆不說話，也因著「禍從口出」、「沈默是金」、「小孩子有耳朵沒嘴巴」的觀念，也不會認為是件需要處理的問題，所以緘默症學童的辨識與介入的啟動機制大多是學校中的教師，所以國小教師對於緘默症學童的辨識、評估與轉介的過程是相當重要，尤其是年紀越大的緘默症學童，越抗拒轉介與治療，錯失了在國小低中年級的轉介與處遇，恐怕會衍生出學習與人際上的問題，造成日後輔導與治療上的困難。圖2為緘默症學童的評估流程圖。

在教師觀察的部分，如果在教室中發現有以下特質的學童，便需要進一步觀察兒童是否能夠用語言回應教師與同儕的問題與邀約。

- ◎跟成人與同儕相處的時候極度地害羞
- ◎恐懼在社交情境中的尷尬
- ◎會因為害羞、尷尬而臉紅
- ◎會躲避眼神的接觸
- ◎坐立不安
- ◎行為舉止過度地拘謹
- ◎當被期待要跟其他人互動或是說話時會出現畏縮
- ◎經常性地自己一個人，呈現社會孤立。（Crundwell, 2006: 51）

如果在學校中的觀察發現兒童多以手勢、肢體語言、點頭、搖頭作為回

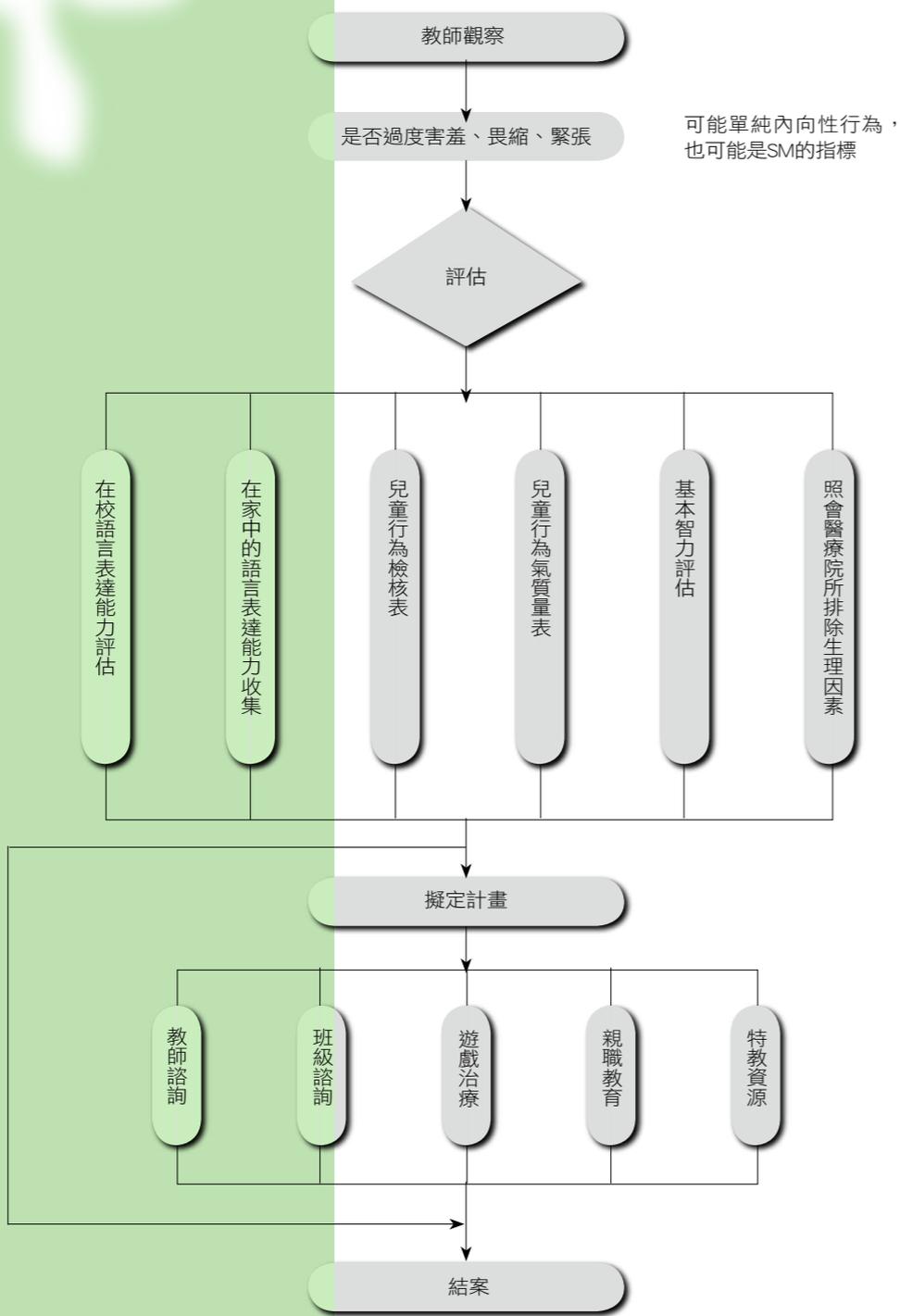


圖2 選擇性緘默症的評估流程圖

應，即使使用語言也多为簡單的單字或語詞，便需要進一步了解兒童在家中
使用語言的狀況，請家長提供兒童在家中用語言溝通錄影帶是最有力地評估
資料，同時也可使用兒童行為檢核量表（child behavior checklist，CBCL）、
兒童行為氣質量表同時評估兒童的內向性行為。如果在學校與家中的口語表
達都一致，多以手勢、身體語言表達需求而少用口語，則排除緘默症的可能
性，兒童可能有其他發展性或生理上的困難存在。此時可使用操作型的智力
測驗針對疑似緘默症進行智力評估，以排除智力的因素，兒童如果在操作智
商上結果正常，而在校與家中的的口語表達落差很大，加上在CBCL與兒童行
為氣質量表都同時呈現內向性行為的問題，則緘默症的機率很大，最後如果
需要則照會醫療院所確認有無其他生理因素存在。

確認緘默症的診斷之後，則需要根據不同緘默症學童的差異，進行不同
的處遇方案設計，以下即提供一些思考與作法。

（一）面對選擇性緘默症的兒童，沒有良好關係的強迫只會越來越糟

強迫緘默症學童說話，會讓焦慮已經極高的緘默症兒童更加焦慮，
可能出現焦躁或是更加畏縮與逃避，而在無法忍受的狀況之下，可能會
出現暴怒（tantrums）與拒學的狀況，因此教師面對緘默症學童時，保持
同理的態度接納兒童的緘默，同時也針對父母親進行親職教育，說明緘
默症的內心狀態，協助家長了解使用威脅或強迫的方式只會讓情況越來
越糟，威脅與強迫不但無法讓緘默症兒童開口講話，而且會讓緘默症兒
童的焦慮與害怕越來越強烈，所以針對緘默症學童建立獎勵制度與系統
化的減敏感法要比強迫要有正向的功能，此外當緘默症學童用的姿勢與
手勢表達需求時，以可回應、不增強為大方向（Krysancki, 2003），試著
用溫和的態度鼓勵緘默症學童從簡單的語句表達開始，以下以教師與緘
默症學童的互動為例加以說明。如果緘默症學童的焦慮已經嚴重影響到
生活功能，則可考慮照會精神科服用適當劑量的藥物。

階段一

學童：用手比了上廁所的手勢

教師：「你很急著上廁所，是嗎？」（情感同步）

學童：點頭

教師：「用說的。」

學童：「對！」

教師：「好，快去。」

階段二

學童：用手比了上廁所的手勢

教師：「你很急，要上廁所，是嗎？」（情感同步）

學童：「是。」

教師：「用說的，說我要上廁所。」

學童：「我要上廁所。」

教師：「好，快去。」

（二）表達同理降低焦慮，營造支持的環境

同理是建立關係與安全感的重要方法，面對緘默症的學童亦然，當教師帶著同理與緘默症學童互動時，緘默症學童內在的妄想分裂狀態、被迫害的焦慮得以往較符合現實狀態的憂鬱位置移動，以下是一些班級教師在面對緘默症學童的一些作法。

表達同理：老師可以找一節科任課，在同學都離開教室去上課時將緘默症學童留下，讓緘默症學童在自己熟悉的環境中，跟緘默症學童表達同理，告訴緘默症學童：「你知道有些小孩，在學校講話真的是一件很困難跟讓人害怕的事情。」

邀請學生：告訴學生，如果以後在學校有些時候想要講話時，可以用紙條告訴老師，老師會提供機會讓他練習，如果到時候發現自己沒辦法說了，也可以改變主意。

不強迫：不要強迫緘默症的學生講話，除非他們已經準備好了，也禁止其他的同學強迫緘默症的學童說話。讓其他的學生知道每個人都有不同的害怕，緘默症學童的害怕就是怕講話，你相信不說話的同學慢慢地會開始說話，試著去建立一個緘默症學童覺得安全、被鼓勵與被支持的環境。

觀察學生：花一些時間觀察緘默症的學生，觀察他們在什麼樣的情

境被激起的焦慮比較高，在什麼樣的情境中焦慮是比較低的，在焦慮度低的環境中進行協助，對緘默症學童的說話是比較有幫助的。

協助學生：如果學生表達出想要在學校講話，提供以減敏感法與依附理論的概念，協助他們完成目標，也讓這些兒童知道要克服這些害怕需要時間，而且也不容易，但是你願意陪著他們慢慢地、逐漸地朝向這個目標前進（Crundwell, 2006; Krysanski, 2003）。

（三）轉介與治療緘默症兒童時要考慮其容易焦慮的特質

緘默症兒童的特質就是依附系統易被活化，害怕與焦慮容易出現，要協助緘默症兒童是相當困難（Krysanski, 2003），所以在面對緘默症兒童進行轉介時，如果沒有將焦慮與依附的概念納入考量，那往往使得轉介工作失敗，後續的治療工作無法進行。

接受治療，緘默症兒童是必須離開自己熟悉的老師與同學時，去面對另外一個陌生的人與情境，依附系統再度活化是可以被預見的，焦慮再度氾濫。所以在面對緘默症的兒童時，首先必須要評估兒童的焦慮狀態，在兒童有熟悉、可依附的大人在場的情境中，讓兒童感覺安全，輔導人員才有可能開始與兒童建立關係、了解兒童的內在世界，再採取多面向的介入策略開始進行協助工作，否則可能緘默症兒童出現抗拒的行為，堅持不肯進入會談室，或是在會談室維持高焦慮狀態保持緘默，對於遊戲與玩具皆無回應，而在焦慮降低、關係建立之後，對於當事人的敏感、支持與回應則是治療工作的基礎。以下用案例說明心理師的觀察、考量與行動。

案例A：中年級學童，在家中會說話，出了家門除了家人外一概不說話，屬於廣泛型的緘默症，在校上課守規矩但都保持緘默，困擾級任老師，大多數的時候獨自一人，與同學沒有互動。

觀察：一個與個案有兩年相處經驗的輔導老師正在跟個案說話，上課鐘響，個案帶著驚恐使盡全力想要掙脫老師，輔導老師跟個案說：「我會告訴你們導師……，沒關係，我等一下會跟你一起進教室……」，個案仍使盡全力要掙脫輔導老師，輔導老師只得放開個案，個案用飛奔的速度回到班上。上課時，個案低頭一直寫字、抄課文，沒有抬頭看級任老師。

反思與行動：個案的焦慮程度相當高，得要用漸進的方式讓個案

「知道」心理師的存在，於是徵求輔導老師的同意，在輔導老師的課程中，進行兩次的入班觀察，入班觀察的課程挑選「戶外」的課程，以免空間上的過度靠近，造成A同學的焦慮，接著的遊戲治療是與該學生同組的一起進行，在進行第一次時，輔導老師陪同進遊戲室十分鐘，在整組進行三次遊戲治療之後，開始減少人數，一直進行到第七次，才是心理師與緘默症學童單獨進行遊戲治療。

在案例A中，廣泛型的緘默症學童焦慮程度相當高，為了降低緘默症的焦慮，使得遊戲治療的工作有可能進行，便使用暴露法讓A學童由知道心理師的存在，使用依附的概念讓緘默症學童所熟悉的整組同學一同進到遊戲室玩遊戲，讓A學童有熟悉的客體存在，以免被活化依附系統中的焦慮淹沒了個案，在同學的陪伴下，心理師得以有機會表達同理、情感同步，逐漸建立關係，在關係逐漸建立之後才進行一對一的遊戲治療。而在整組進行遊戲治療的同時，可以看見緘默症兒童不與其他同學互動，對於其他同學的邀約也沒有回應，其他同學在嘗試過幾次之後，便放棄對緘默症的邀約，而進行與其他同學的結盟，這些互動的縮影，也說明了緘默症社會孤立的原因。案例A為典型的依附解組（attachment disorganization）的個案。

案例B：中年級的緘默症學童，女生，在學校不跟老師與同學講話，在其他的場合說話沒有困難，例如：餐廳點餐、逛街購物、與服務人員談話、與父母親同事說話。

觀察：一進辦公室，躲在父母親的後面，帶著羞怯的笑容。

反思與行動：在不確定案B的主訴問題時，心理師當下決定與父母親諮詢時間（consulting session）的地點從辦公室移到遊戲室。在案B中，小女孩在依附對象的陪伴下，不是帶著好奇的探索而是羞怯的笑容，推測有焦慮的問題，將諮詢地點更換，目的是要使案B女童熟悉進行遊戲治療的空間，以免焦慮過高無法進行日後的工作，而案B的不說話聚焦在學校場域中的老師和同學，因此除了進行遊戲治療釋放焦慮之外，也進行親職教育與教師諮詢。

親職教育：可以請媽媽在所有學生到校前在教室內與緘默症學童一

起讀故事說話，緘默症學童也許剛開始無法說話，漸漸地可以在沒有人的教室內與家人說話，接著是緘默症學童與媽媽說話有其他人到場，聽到緘默症學童的話語，接著是身體的靠近，接著是部分的加入緘默症學童與媽媽的故事，接著是其他的同學也可以聽得到緘默症學童的說話，然後是其他人的加入。在案B中，請母親陪伴是確定依附對象在場能夠使得依附系統不被活化，使用漸進的暴露中，讓案B感受到在學校與老師及同儕互動的安全。

教師諮詢：案B的特殊型緘默症主要是針對老師與同學，因此可利用家庭訪問、緘默症學童在家中過生日的情境，讓緘默症學童有機會不是在學校與老師、同學說話，而是在自己的家中，熟悉與安全的情境有助於緘默症學童依附系統的平衡，而能夠與老師及同學交談，接著便是家中之外緘默症學童熟悉的情境中做簡單的問候談話，接著是在學校安靜的空間有簡單的交談，這樣的逐步漸進需要看緘默症學童的焦慮程度與症狀的嚴重程度而定，步驟與前面親職教育的部分相仿。

在案B中對於緘默症學童的介入策略以遊戲治療與親職教育、教師諮詢同時進行，因為特殊型緘默症的不說話比較具體，具體的害怕與擔心使用減敏法加上依附的概念，可以很快的看到效果，案B在進行十二次後，在學校與老師、同學的口語互動有顯著的改善後結案。

四、結語

緘默症學童不說話的黃金處理時期為國小低中年級階段，雖然緘默症的協助很困難且預後不佳（First & Tasman, 2004），目前國內也缺乏有系統的研究與協助，但是協助緘默症學童的準則卻不難掌握，降低焦慮讓緘默症學童有安全感，即使缺乏專業人員的評估與協助，在一個安全的氛圍中，對於緘默症學童的幫助是非常顯著的，這就是Winnicott所謂的包容的環境（holding environment），即使專業人員的協助也無法修復在真實環境中時時刻刻存在的不安全感，那意味任何一個緘默症學童的說話都是一個團隊工作的成功，尤其是緘默症學童生活環境中的依附對象與主要照顧者。✿

- ◎American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental Disorders—Text revision* (fourth ed.). Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- ◎Cohan, S. L., Chavira, D. A., & Stein, M. B. (2006). Practitioner review: Psychosocial interventions for children with selective mutism: A critical evaluation of the literature from 1990–2005. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 47(1), 1085-1097.
- ◎Crundwell, R. M. A. (2006). Identifying and teaching children with selective mutism. *Teaching Exceptional Children*, 38(3), 48-54.
- ◎Cunningham, C. E., McHolm, A. E., & Boyle, M. H. (2006). Social phobia, anxiety, oppositional behavior, social skills, and self-concept in children with specific selective mutism, generalized selective mutism, and community controls. *European child & adolescent psychiatry*, 15(5), 245-255.
- ◎Cunningham, C. E., McHolm, A., Boyle, M. H., & Patel, S. (2004). Behavioral and emotional adjustment, family functioning, academic performance, and social relationships in children with selective mutism. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 45(8), 1363-1372.
- ◎First, M. B., & Tasman, A. (2004). *DSM-IV-TR mental disorders: Diagnosis, etiology and treatment* (first ed.). England: John Wiley & Sons.
- ◎Freeman, J. B., Garcia, A. M., Miller, L. M., Dow, S. P., & Leonard, H. L. (2004). Selective mutism. In T. L. Morris, & J. S. March (Eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents* (second ed., pp. 280-301). New York: the Guildford press.
- ◎Krysan, V. L. (2003). A brief review of selective mutism literature. *Journal of Psychology*, 137(1), 29-40.
- ◎Moldan, M. B. (2005). Selective mutism and self-regulation. *Clinical Social Work Journal*, 33(3), 291-307.
- ◎Shaver, P. R., & Clark, C. L. (1994). The psychodynamics of adult romantic attachment. In J. M. Masling, & R. F. Bornst (Eds.), *Empirical perspectives on object relations theory* (first ed., pp. 105-156). Washington, DC: American Psychological Association.
- ◎Sluckin, A. (2006). Helping selectively mute children at school. In M. Hunter-Carsch, Y. Tiknaz, P. Cooper & R. Sage (Eds.), *The handbook of social, emotional and behavior difficulties* (first ed., pp. 71-75). London: Continuum international publishing Group.
- ◎Stegbauer, C. C., & Roberts, S. J. (2002). Identifying mutism's etiology in a child. *Nurse Practitioner*, 27(10), 44-48.
- ◎Yeganeh, R., Beidel, D. C., & Turner, S. M. (2006). Selective mutism: More than social anxiety? *Depression & Anxiety* (1091-4269), 23(3), 117-123.

吳麗琴 國立臺灣師範大學教育心理與輔導學系博士班

兒童青少年憂鬱症的篩檢與防治

壹、前言

世界衛生組織指出，二十一世紀危害人類健康的三大疾病分別是愛滋病、癌症，以及憂鬱症。憂鬱症的防治宣導已廣泛受到各國注意，而在大約二十年前，有關兒童與青少年的憂鬱研究開始萌芽，專家學者對於兒童憂鬱的看法也有所轉變，早期普遍認為兒童在各方面的發展尚未成熟，沒有足夠的認知能力去經驗憂鬱，因此不會得到憂鬱症；另外也有學者認為，兒童的憂鬱經常是「偽裝的」（masked），不像成人會出現明顯常見的症狀（游淑華，2003；張高賓，2006c；Bell-Dolan, Reaven, & Peterson, 1993; McCrone, Knapp, & Fombonne, 2005）。

隨著臨床觀察與研究的增加，越來越多證據指出，憂鬱症第一次發作的年齡逐漸下降，現在，憂鬱症被視為兒童與青少年最普遍罹患、且經常重複發作的精神疾病之一（Bell-Dolan et al., 1993; Emslie, Mayes, & Ruberu, 2005）。在美國，罹患憂鬱症的學齡期兒童大約是2%，青少年則有5-8%（引自張高賓，2006a），而這些罹患憂鬱症的孩子當中，兒童在兩年之內再度發病的機率大約是2%，青少年則大約是6.5%，每次發作約持續8個月之久，症狀包括易怒、冷漠、無助感、注意力不集中，其中有些個案會出現自殺的念頭與行為（Cabal-

lero & Nahata, 2005)。在這些幼年人口當中，尤其是青少年，自殺是主要的死因之一，且過去曾經自殺的兒童與青少年中，有50%-75%的個案罹患情感性疾患（mood disorder，包括重度憂鬱、輕度憂鬱，以及躁鬱症三類），其中以憂鬱症最多。

反觀國內，根據董氏基金會1999年針對大臺北地區的在學青少年調查結果，大約84%的青少年感到憂鬱，而令他們感到憂鬱的原因前三名分別是課業、人際關係，以及考試（董氏基金會，2006）；另外，近來的新聞媒體與報章雜誌也時有所聞學齡期兒童自殺的消息，行政院衛生署的最新統計指出，過去5年內14歲以下自殺死亡的人數共有31人，位居兒童青少年死因第14位（大紀元，2007）。上述這些調查研究與數據皆顯示，不僅成人會罹患憂鬱症，兒童與青少年也會有憂鬱的症狀，並可能危及生命安全，而這些孩子大部分仍處於就學時期，除了家長之外，學校師長是與孩子最親近的對象，因此，若師長能在平日的相處中，觀察與留意孩子的變化，及早篩檢出憂鬱的高危險群，那麼就有機會及早介入與治療，避免症狀惡化、降低再度發作的機率。以下介紹兒童與青少年憂鬱的症狀、如何篩檢與治療，並在最後提出具體建議，供學校老師作為參考。

貳、主要的憂鬱症狀

一、兒童青少年的憂鬱症狀

兒童、青少年，以及成人的憂鬱症狀有部分相似，臨床上已經發展出針對兒童青少年的診斷評量表，其中以Kovacs所編製的兒童憂鬱量表（children's depression inventory，簡稱CDI，引自Emslie et al., 2005）最為普遍使用，它具有良好的信度與效度，可有效地區別罹患憂鬱和一般正常的兒童、青少年，同時也可以和罹患其他心理疾病的族群做良好的區辨（Al-Balhan, 2006）。

CDI共有27題，以0-2分來計分，0分表示沒有或偶爾有症狀，1分表示有時有症狀，2分表示常常有症狀，分數越高表示憂鬱症狀越嚴重，總分從0分至54分。CDI 共有負面情緒、人際問題、無助感、不快樂，以及低自尊5個

分量表，27個題目分別是：悲傷、悲觀、自我詆毀、不快樂、不良行為、悲觀的憂慮、憎恨自己、自我譴責、自殺的念頭、持續哭泣、易怒、社交興趣減少、無法作決定、負面的身體形象、有困難完成學校作業、睡眠困擾、疲勞、食慾差、擔心身體、孤單、不喜歡學校、缺乏朋友、學校成績變差、經由同儕比較而自我貶抑、感到不被愛、不服從、打架。為了篩檢出範圍較廣的高危險群，Kovacs建議在臨床上使用時，將切截分數（cutoff score）設定為13分，也就是說，CDI得分13分以上的兒童青少年就需要進一步的評估與診斷，而多數臨床研究則顯示，若使用多階段的評估策略，切截分數設定為19分就足以篩檢出潛在的憂鬱兒童和青少年（Timbremont & Braet, 2004）。

另外，綜合過去文獻與研究，張高賓（2006c）將兒童青少年的憂鬱症狀以四個面向作分類，包括認知與想法、行為、情緒或情感，以及生理症狀，分述如下：

- （一）認知方面：自殺念頭、難作決定、人際關係不好、對負面事件譴責自己、感覺自己不好、擔心恐怖的事情發生、無望感、負面歸因、無法完成事情、從未有喜愛的事情、自責、自我詆毀、負面身體形象、感覺不被愛、討厭自己、猶豫不決、無價值感、自我憐憫，以及無助感。
- （二）行為方面：注意力無法集中、自殺行為、拒絕到學校上課、無精打采、低學業成就、逃學、社交退縮、繃著臉、缺乏朋友、攻擊行為、不遵守規則、話少、無法完成功課、常做錯事情、容易哭泣、睡眠困擾、飲食困擾、疲勞、品行不好、不服從，以及打鬥。
- （三）情緒方面：不快樂、心煩意亂、無法以言語表達、悲傷、低自尊、易怒、過度罪惡感、焦慮、愛哭、孤單、沮喪、悲傷、黏著父母、分離焦慮、悲傷的憂慮、受懲罰感、憂鬱心情，以及意志消沉。
- （四）生理方面：食慾改變、頭痛、胃痛、其他方面的疼痛、遺尿，以及體重減輕或增加。

二、兒童青少年憂鬱的特徵

目前臨床上對於憂鬱症的診斷以美國精神醫學會編製的精神疾病診斷準

則手冊（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders）為主，將上述症狀與成人的重鬱發作準則相對照（孔繁鐘、孔繁錦，1999），可以發現兒童青少年和成人類似，可能會經常表現憂鬱悲傷的心情、哭泣、平常喜歡從事的活動或興趣減少、體重突然增加或減少、有睡眠方面的困擾、常常覺得疲倦、覺得沒有價值或罪惡感、注意力不集中、無法作決定，以及有自殺的念頭或行動等。

然而兩者仍有差異之處。從生理發展與年齡來看，兒童與青少年的認知功能、語言表達與理解能力，以及身體動作的發展尚在發育當中，因此不一定能像成人病患一樣，清楚地說明或表達痛苦的感受，有時候還可能被誤解為調皮搗蛋的壞學生。兒童青少年憂鬱症狀的特徵整理如下（邱文彬，2001；張高賓，2006a、2006b；Emslie et al., 2005; Ramchandani, Stein, Evans, & O'Connor, 2005; Tan & Rey, 2005）：

- （一）易怒暴躁：年幼的兒童或正值青春期的青少年可能因為一點小事或不順心就發脾氣，容易和周遭的同儕或家人發生衝突，有的父母會表示孩子以前順從聽話、很好帶，現在卻變得難以管教，令大人苦惱傷神，即使打罵處罰、軟硬兼施，孩子仍舊講不聽。
- （二）身體上的抱怨：語言表達與理解尚未發展成熟的孩子可能難以用話語或文字表達不快樂的感覺，有時候會以身體上的病痛呈現，常見的如頭痛、肚子痛、不明原因的疲倦、嗜睡或晚上睡不著、看起來無精打采，周遭的大人可能感覺孩子最近較沒有活力。
- （三）課業表現變差：孩子可能突然成績大幅滑落、學習情況退步，老師交待的作業寫不完或不會寫、需要大人的協助，上課精神變差，注意力不集中，眼神恍惚。
- （四）品性不良：憂鬱的心情若沒有管道宣洩、覺得不被大人了解，孩子可能藉由其他方式滿足需求，例如偷竊、和同學打架、與幫派份子鬼混、違反班規或校規、蹺課蹺家、沉迷網路遊戲，研究顯示，憂鬱的青少年可能有藥物與酒精濫用的問題。
- （五）食慾的改變：和同儕相較，孩子沒有如預期增加身高或體重，食量突然暴增或暴減，對進食不感興趣，原本愛吃的食物現在不喜歡

吃，或者用餐變得拖拖拉拉，需要大人催促才勉強吃東西。

- （六）退化的行為：和同儕、手足相較，孩子的行為表現明顯較幼稚，不符合其年齡應有的表現，本來會自己做的事情，現在需要大人協助才能完成，例如尿床、不會穿衣服鞋子、需要父母協助洗澡或洗不乾淨、無法自行用餐等。
- （七）焦慮症狀：憂鬱經常伴隨焦慮的症狀，孩子可能對某事或某物出現恐懼害怕的反應，包括需要父母陪伴才能上學或進教室、對父母離開感到焦慮不安或哭泣、不敢自己一個人睡覺、拒絕上學、害怕鬼神、作惡夢等。
- （八）人際關係欠佳：同儕關係有問題的孩子比起其他人較容易感到憂鬱和孤單，例如不受同儕歡迎、社交活動減少、缺乏社交技巧、協調爭執、和同儕容易產生衝突、打架、與年紀不符的社會退縮等。

兒童青少年的憂鬱症常會合併其他的精神疾病，例如過動症、品行疾患、焦慮疾患等，且上述這些特徵常會被大人解釋為裝病、偷懶、難以管教、不尊敬長輩或不良少年，因而遭到父母或師長的責罵、處罰，筆者曾遇到一位關心孩子的母親，將孩子討厭上學、不願意寫國語功課、和媽媽頂嘴、說謊、愛打網路遊戲等行為變化視為「不知體諒媽媽的辛苦和付出」、「偷懶不上進」，母親說著說著流下傷心的眼淚，覺得自己無能、沒把孩子教好，也憂心孩子的未來前途。在臨床上經常可見類似的案例，大人的觀察沒錯，孩子的確在情緒或行為上有明顯的改變，但如果立即以壞學生、欠管教的角看待，或施以嚴懲教訓孩子，不僅管教收不到預期的效果，大人小孩皆感到挫折，可能也失去進一步了解與評估的大好機會，延誤治療時機。

參、如何篩檢出高危險群

在評估與診斷兒童青少年的問題時，應從多重面向（multidimensional）的角度來蒐集資料（邱文彬，2001；Bell-Dolan et al., 1993; Emslie et al., 2005），不宜就單一角度或單一資料貿然作出診斷。資料來源的對象可以包括孩子本人、同儕、父母或主要照顧者、師長、諮商員或輔導老師、其他專業人員，以蒐集孩子的家族史、發展史、學業史、健康史，以及人際關係

等，了解其問題症狀與生活功能；而評量方式有半結構或非結構式的訪談、圈選式的評量表、以及孩子或父母的自陳報告等，由於孩子的自陳報告通常會受到他對题目的理解程度、閱讀能力、或擔心被處罰不敢誠實作答等因素影響，使得報告結果可能無法充分反映其現狀，因此周遭的重要他人如師長、父母的評量就顯得非常重要。

量表有助於憂鬱症狀的診斷與嚴重程度的判斷，國內臨床上使用的量表有兒童行為檢核表（child behavior checklist）、語句完成測驗、畫人測驗、柯氏性格量表、貝克憂鬱量表、班達完形測驗、生活經驗量表、羅夏克墨漬測驗等。除此之外，專業人員對孩子的臨床觀察是很重要的資訊來源，包括兒童的遊戲行為與品質、作答時的特殊反應，以及彼此的互動方式，觀察者應記錄孩子的普遍與不尋常行為，例如有困難配合施測、無法安靜坐在椅子上、遇到不會的題目很快放棄、退縮害怕的表情等，結合臨床的觀察、各項測驗結果，以及重要他人提供的訊息，專業人員需整合不同面向的資料，核對各項資料提供的訊息是否一致或矛盾，才能作出正確診斷，提出適合孩子的治療計畫。

統整過去研究與文獻，有下列情形的兒童與青少年可能是憂鬱症的高危險群（董氏基金會，2006；McCrone et al., 2005; Ramchandani et al., 2005; Sourander et al., 2005）：

- （一）早年失去重要他人：依附理論的提出者John Bowlby認為，兒童6個月開始有陌生人焦慮，對6個月到3歲的孩子來說，與父母強烈特殊的依附關係正在發展，而且兒童還無法了解父母的缺席可能只是一時性的，因此長期、反覆發生的分離是一個特別受傷的打擊，在這段時期的分離會產生的典型反應包括示威、絕望、超脫（detachment），兒童可能壓抑對原來依附對象的付出，投注心思在玩具、金錢上，將來可能很難和他人建立親密的連結（Bretherton, 1992）。
- （二）不良的親子互動：兒童受到精神、暴力或性虐待，以及家庭氣氛冷淡、充滿敵意、要求過高、缺乏溝通等，不良或暴力的親子關係可能使孩子產生無助、憂鬱的感受，認為自己不值得被愛、被喜歡，

對自己的看法扭曲變形，或預期當自己有需要時，別人不會出現、即使在身邊也不會有所回應。這樣的經驗若一再出現，將影響孩子對自己與別人保持負面矛盾的感受。

- （三）家族有精神疾病史：兒童與青少年憂鬱存在遺傳、基因的可能性，家族中若有罹患憂鬱症的親屬，則後代患病的機率將提高。父母若有憂鬱或其他精神疾病，可能會因為認知或情緒功能的受損，無法提供孩子支持安全的成長環境，或當孩子遭遇挫折、需要協助時，不能適時滿足其親密需求，父母一再重複失敗的親職行為，會導致孩子對外在環境感到沮喪與受傷害。
- （四）家庭功能混亂：父母本身有吸毒、酗酒等藥物濫用的歷史，無法工作、養育孩子，或因違法入獄服刑，孩子須住在親戚家或寄養家庭，這些父母的生活充滿危險性與不確定感，孩子的生活乏人督導關心，或者孩子得時常在不同的照顧者間流浪，被迫快速適應陌生的環境。這類型的孩子可能有良好的社交技巧，很快能適應不同的



照顧者，懂得察言觀色，但卻難以和別人建立親密的關係。

(五) 缺乏問題解決能力：孩子在人際互動、社交功能方面較欠缺技巧，包括負面的社交行為、退縮、人際活動少、無法有效解決人際衝突；另外，在課業學習或日常生活遇到困難時，傾向採取逃避或消極的因應模式，認為即使努力嘗試也不會成功，自我效能低落。

肆、治療方式與策略

目前憂鬱症的治療以藥物治療和心理治療為主，一般認為，憂鬱症的治療可分為三個階段 (Emslie et al., 2005)：急性期 (acute)、持續期 (continuation)，以及維持期 (maintenance)。急性期的目標是對治療產生反應、緩解症狀，持續期是預防在急性期治療的症狀再度復發，維持期則是在憂鬱患者復原之後，防範新的發作或重複發作。

一、藥物治療

抗憂鬱劑包括三環抗憂鬱劑 (tricyclics)、選擇性血清素回收抑制劑 (selective serotonin-reuptake inhibitors, 簡稱SSRIs)，以及其他新型的抗憂鬱劑 (atypical agents)。臨床研究顯示，三環抗憂鬱劑並未比安慰劑 (placebo) 的治療效果佳，和其他抗憂鬱劑相比，較可能引發無法忍受的副作用，例如口乾舌燥、便秘、心律不整、昏睡等，若服用劑量過高有可能致死；新型藥物在治療兒童與青少年憂鬱的效果欠佳，可能增加自殺的危險性；SSRIs的治療效果則高於安慰劑，且副作用較三環抗憂鬱劑輕微，雖然目前對於SSRIs的安全性仍有爭議，臨床治療以SSRIs為治療兒童與青少年憂鬱的第一線藥物，其中以百憂解 (商品名prozac, 學名fluoxetine) 最為常見，北美與英國已在2003年核准通過使用該藥治療兒童與青少年 (Caballero & Nahata, 2005; Emslie et al., 2005; Raz, 2006)。

二、心理治療

越來越多的證據指出，特定的治療取向對早發性的憂鬱有療效，包括認知行為治療 (cognitive behavior therapy) 和人際取向治療 (interpersonal therapy)，然而這些治療須依據兒童或青少年的發展階段做適度修正，並鼓

勵家庭成員參與治療 (邱文彬, 2002; 游淑華, 2003; Bell-Dolan et al., 1993; Emslie et al., 2005)。

認知行為治療認為情緒困擾是來自錯誤、負面或扭曲的想法，因此其目標是降低憂鬱症狀，從孩子的思考與行為模式辨識與修正負面假設、基模，以及不良的態度。治療師和孩子共同合作，了解後者的想法與行為如何影響情緒，然後孩子藉此學習辨識自己負面的看法，以正向、實際的想法和行為取代之。和成人相較，兒童和青少年的認知和語文發展尚未成熟，包括抽象思考、需要智力的知識，以及溝通技巧等，因此有必要適當調整認知行為治療的介入技術，採具體、特定情境的方式契合孩子的認知限制，例如當治療者挑戰扭曲的認知時，採用具體的例子加以說明。

人際取向治療則認為，相關的憂鬱症狀會出現在人際脈絡之中，因此治療目標是了解當前的人際關係、重新協商在憂鬱發作期間的人際問題，以及降低憂鬱症狀，治療師協助孩子重新建立社交能力，以其他替代行為取代退縮與攻擊，並學習向外尋求正向的支持。因為兒童與青少年尚未成年，仍需要父母監督與照顧，治療者須將家庭成員納入治療計畫，除了處理孩子的症狀，也應教導父母如何在家裡協助孩子，提升其親職教育的功能，以延續治療的效果。

伍、提供學校老師的建議

一、建立早期治療的觀念

縱貫性的長期追蹤研究顯示，相較於一般兒童，幼年時期罹患憂鬱的兒童，長大成人之後罹患憂鬱症的可能性增加2-4倍 (McCrone et al., 2005)，且憂鬱症的復發率高，若沒有接受適當的治療，病情會持續至成人期，且必須支付更龐大的醫療費用。美國的研究指出，罹患憂鬱的兒童與青少年使用心理衛生服務的比率偏低 (Sourander et al., 2005)，在他們自殺之前，只有50%青少年和20%青少男曾接受藥物或心理治療 (Caballero & Nahata, 2005)。兒童與青少年仍在就學時期，在學校的時間漫長，而導師是孩子每天接觸最密切、互動最頻繁的師長，因此學校的行政人員可以透過教師進修研習、晨會宣導，協助導師認識兒童與青少年憂鬱的症狀、臨床常見的特徵，並提供書

面的資料、網站查詢或簡易評量表，鼓勵導師篩檢出憂鬱症的高危險群，以便早期介入與治療。

二、平日留意孩子的細微變化

憂鬱症狀不會突然出現，通常是一點一滴逐漸累積的結果，兒童與青少年的憂鬱常表現在人際互動、身體抱怨，以及不良行為，這些微小的變化可能是初期徵兆，如果沒有特別留意，有時會被忽略，或誤以為孩子是無病呻吟。所以導師在第一次接到新的班級時，應對孩子做一個基本的認識，透過家長日、詢問前任導師與科任老師、翻閱孩子的學籍與輔導資料等，了解孩子的家庭史、學業史、人際史，以及健康史等，建立孩子的行為基準點，日後當孩子的健康、人際或學習有所變化時，導師可以將之記錄在輔導資料卡，觀察孩子生病之前、生病之後、就醫之後的進展，例如年幼的孩子在就醫時常常無法清楚的表達是否按時服藥、有無效果等問題，導師的觀察與記錄就是很重要的參考依據，專業人員可根據老師與家長提供的資料判斷治療是否有效、有沒有需要做調整。另外，導師也可以使用一些投射性作業來了解孩子，例如每周寫一篇日記，孩子可用圖畫、文字或剪貼等創意方式記錄本周發生的重要事件與心情，鼓勵孩子自由創作，或者老師在課堂講述故事、播放影片，然後詢問孩子：「如果你是故事中的主角，你會怎麼辦？」孩子的反應會投射出他內心世界對於自己和別人的看法，透過這些材料老師便可適時發覺孩子的問題，並即時給予協助。

三、先聆聽孩子怎麼說

兒童與青少年的憂鬱症狀，如攻擊行為、人際衝突、功課退步、情緒暴躁等，常會被貼上懶惰不認真、品行不良的標籤，老師每天要面對許多學生，還有改不完的作業，遇到孩子情緒或行為的反常，難免氣急攻心、想趕快解決問題，於是我們最習慣使用的方式就是訓誡孩子做人做事的道理，教育學生要尊敬師長、用功讀書、循規蹈矩，將來長大才能成為有用的公民。老師的一番苦心著實令人感動，但一味地責備經常收不到成效，而且還會破壞師生關係，因此我們不妨在指責孩子之前，先聽聽他怎麼說，老師可以用

關懷的語氣，讓孩子知道你注意到他的變化，然後用開放式的問句了解發生什麼事情，例如「你今天很生氣」、「老師想了解你怎麼了」，這樣的態度會解除孩子的防衛，願意說出他心裡面的感受，而且老師的支持同理也有助於孩子緩和激動的情緒。有些孩子的語言表達能力欠佳，或可能面對師長緊張地講不出話，老師可以運用圖畫紙、彩色筆、玩具等媒材，讓孩子用其他的方式表達他的想法，或者等孩子心情平復之後再了解其狀況。

四、和家長保持聯繫與合作

兒童與青少年憂鬱需要從多面向、多角度來評估，除了孩子本身，家長、師長的觀察經常是很重要的判斷依據，當孩子在學校出現異常的反應時，老師可以和家長聯繫，看看孩子最近在家裡的情況，有時孩子的變化來自於家庭環境的變動，例如父母吵架、離婚、躲債、虐待等事件會影響孩子的心情、或以行為表達不快樂，老師可以評估家庭成員是否需要外力協助，例如經濟扶助、社工介入等，以改善孩子的成長環境，消除不利的危險因素。另外有研究顯示，孩子罹患憂鬱的家長表示對子女的養育感到較高的壓力，認為孩子「難以管教」（Tan & Rey, 2005），在照顧孩子的過程中父母可能因而覺得挫折、沮喪、煩躁，學校老師、行政人員或專業人員可扮演支持的角色，並給予親職教育與心理諮詢，協助父母提升親子之間的互動品質，間接改善孩子憂鬱的症狀。

五、獎勵孩子的正向表現

如果憂鬱症狀已經持續一段時間、或程度較嚴重，通常需要花數個月到數年介入治療，並定期追蹤監控，在這個漫長辛苦的過程中，孩子的症狀可能起起伏伏、時好時壞，學校老師應對孩子的表現建立合理的期待，不宜急著要求孩子立即消除或改善症狀、完全康復，帶給孩子更大的壓力。此外，當孩子的問題行為有一些進步時，老師可以表示讚賞、關心、或鼓勵，讓孩子明白大人有看到他的進步與努力，並和孩子討論他是怎麼辦到的，以增強其自信心，穩固良好的表現。✿

參考文獻

- ◎大紀元時報 (2007)。新聞網站。http://tw.epochtimes.com。
- ◎孔繁鐘、孔繁錦 (1999)。精神疾病診斷準則手冊。台北：合記。
- ◎邱文彬 (2001)。兒童憂鬱症的認知療法。樹德科技大學學報，3 (1)，79-92。
- ◎張高賓 (2006a)。國內學齡兒童憂鬱症狀之分析研究。諮商輔導學報，14，64-101。
- ◎張高賓 (2006b)。兒童憂鬱評定量表編製及其信、效度之檢定。諮商輔導學報，15，64-101。
- ◎張高賓 (2006c)。兒童青少年憂鬱疾患內涵之介紹。學生輔導雙月刊，42 (4)，45-56。
- ◎游淑華 (2003)。兒童會憂鬱嗎？—有關兒童憂鬱性疾患的觀點演變與治療考量。學生輔導雙月刊，39 (3)，45-56。
- ◎董氏基金會 (2006)。財團法人董氏基金會心理衛生組。http://www.jtf.org.tw/psyche。
- ◎Al-Balhan, E. M. (2006). The children's depression inventory as a reliable measure for post-erabi invasion kuwaiti youth. *Social Behavior and Personality*, 34(4), 351-366.
- ◎Bell-Dolan, D. J., Reaven, N. M., & Peterson, L. (1993). Depression and social functioning: A multidimensional study of the linkages. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22(3), 306-315.
- ◎Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28(5), 759-775.
- ◎Caballero, J., & Nahata, M. C.(2005). Selective serotonin-reuptake inhibitors and suicidal ideation and behavior in children. *American Journal of Health-System Pharmacists*, 62, 864-867.

- ◎Emslie, G. J., Mayes, T. L., & Ruberu, M. (2005). Continuation and maintenance therapy of early-onset major depressive disorder. *Pediatric Drugs*, 7(4), 203-217.
- ◎McCrone, P., Knapp, M., & Fombonne, E. (2005). The maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14(7), 407-413.
- ◎Ramchandani, P., Stein, A., Evans, J., O'Connor, T. G., & the ALSPAC study team. (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *Lancet*, 365, 2201-2205.
- ◎Raz, A. (2006). Perspectives on the efficacy of antidepressants for child and adolescent depression. *PLOS Medicine*, 3(1), 35-41.
- ◎Sourander, A., Haavisto, A., Ronning, J. A., Multimaki, P., Parkkola, K., Santalahti, P., Nikolakaras, G., Helenius, H., Moilanen, I., Tuula, T., Piha, J., Kumpulainen, K., & Almqvist, F. (2005). Recognition of psychiatric disorders, and self-perceived problems. A follow-up study from age 8 to age 18. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(10), 1124-1134.
- ◎Tan, S., & Rey, J. (2005). Depression in the young, parental depression and parenting stress. *Australasian Psychiatry*, 13(1), 76-79.
- ◎Timbremont, B., & Braet, C.(2004). Assessing in youth: relation between the Children's depression inventory and a structured interview. *Journal of Clinical Child and adolescent Psychology*, 33(1), 149-157.

兒童及青少年行為障礙症的行為症狀、 內心世界與心理治療

洪雅琴 臺灣師範大學心輔所博士，私人執業心理師

壹、前言

本文旨在探討兒童及青少年的攻擊性，包括行為偏差與暴力犯罪等問題，其中，兒童與青少年所涉及情節嚴重者被評估為「行為障礙症」（Conduct Disorder）患者。典型的案例是國內近年來爆發的兒少犯罪的重大刑事案件，如：

臺北市新湖國小女教師八年前慘遭姦殺命案宣告偵破，兇嫌是當年十五歲的黃姓少年和十一歲的王姓少年，其中王姓少年和受害人係師生關係，兇嫌指稱當時因觀看鎖碼頻道，受到不當的性刺激，才會衝動逞兇。輿論譁然，受害者家屬基隆市警察局吳局長呼籲社會關注青少年犯罪問題（中國時報，2002年8月11日）。

又如：

新竹縣竹東警分局宣布偵破一宗青少年集體凌虐殺人事件。十三名竹東青少年男女，涉嫌私行拘禁休學的國中少女長達五天，其間予以輪流凌虐致死，而後掩埋棄屍。……警方說，逞兇青少年的手段殘暴，從現場起出一支打斷的鋁棒，棒上沾有死者的血液與毛髮等來看，凌虐手段令人髮指（中國時報，1997年10月4日）。

透過電視、報紙等新聞媒體等傳播，人們

見證了兒童和青少年被扭曲的心智世界，如何投射到外在世界，造成無可挽回的毀滅和悲劇。社會大眾普遍對於兒童與青少年的暴力與犯罪問題感到驚恐與憂慮，也逐漸開始關心罹患行為障礙症的兒童與青少年的心理發展與適應，以及心理治療的可能性。以下逐一說明之。

貳、行為障礙症的診斷標準與案例

一、診斷標準

許多兒童和青少年呈現至少一種以上的偏差行為，而被診斷為「行為障礙症」；行為障礙的特質是侵犯他人基本權益，或違反與其年齡相稱的社會標準或規範的重複而持續的行為模式。其行為可分為：攻擊性行為造成或威脅他人或動物的身體傷害、非攻擊性行為造成財產損失或破壞、詐欺或偷竊，及嚴重違反規範。在過去一年間表現至少三種上述行為，其中一種行為發生於過去六個月之內，此行為障礙造成青少年社會、學業或職業功能的重大損害（APA, 2000）。

行為障礙患者經常很早開始性行為、喝酒抽煙、使用非法物質及魯莽冒險的行動，這些不良行為會導致青少年被留校察看或退學、工作調適困難、法律糾紛、性病、意外懷孕，及因意外或鬥毆而受傷，這些問題也常使他們無法在普通學校就讀、與父母同住。行為障礙患者的自殺意念、嘗試自殺以及自殺身亡的發生率也比一般人高，學業成就常低於其年齡、智能所預期應有的水準。行為障礙通常在兒童期晚期或青春期早期初發，多數患者到成人期即緩解，但部分患者進入成人期後仍繼續表現符合反社會人格疾患的準則（APA, 2000）。

典型的行為障礙患者沒有什麼同情心，也不關切別人的感受、願望或福祉。尤其在狀況不明的情境中，較具攻擊性的患者時常將他人的意向當成敵對且具有威脅性的，卻認為自己的攻擊行為理直氣壯。縱使他們表現悔意也很難評估是否真心誠意，因為他們早就學會表達後悔來減少或避免懲罰。這些患者隨時準備好要告發其同伴，並將自己作的壞事諉過於人。患者的自尊心低落，對挫折的容忍度低、易怒、發脾氣及行事魯莽，發生意外事件的機

率也比一般人高。行為障礙患者以男性較多，各特殊類型的行為障礙呈現出性別差異，男性患者常表現鬥毆、偷竊、攻擊行為，以及學校管教困難；女性患者較多說謊、逃學、逃家、藥物濫用以及賣淫（APA, 2000）。行為障礙者試著以犯罪和暴力行為來維持他們低落的自尊，而金錢是促使他們犯罪的動機之一。此外，他們會為了追求刺激，或增加他們在同儕團體中的權勢而犯罪（Flannery, 2002）。Gibbs、Potter和Goldstein（1995）提到行為障礙症患者之所以有反社會行為問題，在於他們沒有具備足夠的社會能力來因應成長過程所遭遇的種種挑戰，這些欠缺社會能力的青少年常呈現以下三種行為模式：暴力傾向、退縮和晚熟。

行為障礙症的產生通常是持續性的惡化過程，並會出現由輕到重的特定徵兆：（一）輕度是缺乏正常的依附關係，包括：家庭破碎、家庭功能不良、缺乏同儕團體、缺乏與學校和社區的聯繫；缺乏生活的基本能力，包括：個人成長、人際交往、學業能力不足等；生活意義的瓦解，如缺乏社會基本價值觀、漠視他人感受。（二）中度是憂鬱、藥物濫用、創傷後壓力症候群；（三）重度是行為障礙，也就是反社會人格失調的前兆。而行為障礙症的急性失控的徵兆則包括了：1.會有引發暴力行為的精神異常狀況；2.外表：邋邋、衣著不整、面部表情緊張、目光呆滯、在不適合的場所戴太陽眼鏡、天氣暖和卻穿長袖衣服；3.行為躁動不安：如來回走動、踱步、擊打物品、爭吵、有藥物濫用的徵兆，如口中有酒氣、步伐不穩等、言語恫嚇、以武器威脅、過去曾有暴力行為（Flannery, 2002）。

二、臨床案例

案例一「暴力犯罪兒童糖牙」

1983年，芝加哥的一所醫院，一名男嬰誕生，成為芝加哥市南郊的新居民。對多數人來說，這只是一件平常的事。等小男孩稍長，他得到「糖牙」這個綽號，因為他喜歡吃餅乾和棒棒糖。但他的未來會如何，當時並沒有人知道。糖牙的童年過得和多數的孩子不同，他二十二個月的時候，就因為脖子刮傷以及手臂和身體上的瘀傷，被送到當地的醫院接受治療。一年之後，糖牙的臉上多了幾道傷口，腹部上有繩索留下的痕跡，身體上還有幾個被香

菸燙傷的疤痕。本來他已經換了好幾家寄養家庭，因為這件事，當局決定把他送到另一個社會救助機構。糖牙的青少年期也和一般人不同，先是攜帶刀槍、縱火，然後開始偷車、販毒、搶錢，犯案累累。在少年法庭上，他留有二十三項罪，以及八項品行不端記錄。

糖牙生活的那個地區，二十歲大的人就能當家作主，為了增加歷練的機會，他很早就加入當地的幫派組織。1994年，糖牙帶著一把九釐米口徑的半自動手槍，奉了幫派領袖的命令，準備射殺另一個幫派的嘍囉。糖牙沒有射中對方，反而誤殺了一個十四歲的女孩，那個女孩子正跟父母在後院烤肉。糖牙幫派裡的兄弟擔心他會向警方自首。三天之後，在黑漆漆的地鐵通道裡，這個身高一百四十公分，體重二十五公斤，年僅十一歲的小殺手，被人在腦後開了兩槍，當場斃命。糖牙失去生命跡象的軀體靜靜地倒在地上，鮮血從彈孔流了出來。獵人成了獵物（Flannery, 2002）。

案例二「受保護管束犯罪少女佳美」

佳美在家中排行老么，兩歲的時候父母親離異，母親帶著大姊離開，賣淫為生，其後大姊也跟著母親一起下海。佳美從小就常因調皮、偷錢等被爸爸打的稀里嘩啦！之後極少有機會和父親碰頭，因為父親通常待在賭場賭博。佳美小學高年級時父親再婚，她和繼母衝突不斷。爺爺、奶奶是佳美的主要照顧者，國小的時候，奶奶經常出外打牌，佳美開始蹺家遊蕩。佳美國二之後念的是「潛能開發班」，國中畢業之後的佳美未繼續升學，也沒有就業。平日多和幫派團體的男男女女一起遊樂嬉戲，搖頭狂歡。也經常留宿乾哥或異性友人家中。

佳美進入保護管束系統起緣於國三的時候首次因竊盜罪被移送地方法院，法院裁判處遇為「訓誡及假日生活輔導處分」。佳美第二次因竊盜罪被移送地方法院，在少年觀護所觀察約二十天之後，法院裁判處遇為「執行保護管束處分」，保護管束為期約一年半的時間。隔年佳美再度因為竊盜罪被移送地方法院，法院執行觀察處遇，為期四個月，裁判處遇同樣為「執行保護管束處分」，於前一次保護管束處分執行結束之後，接續執行之。

「偷竊」或說「順手牽羊」是佳美主要的違犯行為，佳美會故意用偷竊來激怒繼母，或是嘲笑阿公抓不到她的把柄。佳美身處違犯的幫派團體，覺

得和這些「乾哥哥們」一起出去，超有面子的！然而幫派械鬥所可能造成的死傷隨時出現在佳美的生活之中。佳美和大家一起「拉K」時很好玩，但是當他們需要得到醫療資源的救助，但又恐怕被逮捕勒戒。佳美和幫派乾哥哥們之間複雜曖昧的情慾交往，也讓佳美隨時處於各種性病、愛滋與未婚懷孕等健康風險之下（洪雅琴，2005）。

參、行為障礙症的促發原因與精神病理

一般認為，促使行為障礙症發生的因素有：父母的拒絕與疏忽、嬰兒時期難以被安撫、遭受身體或性虐待、缺乏指導、早年生活於收養機構中、頻繁更換照顧者、家庭成員眾多、與品行不端的同儕交往，及某些類型的家族性精神病理（APA, 2000）。行為障礙者通常缺乏社會和學業能力，有些有注意力缺乏過動症的症狀而且多半以前是暴力的受害者；行為障礙者是青少年暴力犯罪最嚴重的一群人（Flannery, 2002）。行為障礙症患者根源於社會化的失敗，多數起因於無能的親職，如混亂的、忽略的或是虐待的家庭生活，過於嚴厲、不一致的管教態度，以及負面的反社會行為態度示範，使孩子無法發展出在教育和社會關係當中適當的習慣和能力。父母本身社會化的匱乏，灌輸給孩子行為責任的外在化歸因、譴責他人，所有的控制來自外在，所以孩子長大之後無法為自己的生活負責任，他們自認為是受害者，無法盡到公民的責任（Young, 1999）。

學者研究（鄭瑞隆，2001；蔡政霖，2002）也指出：兒童成長早期在家庭中所接受的教養與關愛品質，對日後是否產生犯罪行為具有相當高的預測力，而青少年時期出現的行為障礙症，往往是兒童時期缺乏適當的家庭教養和關愛所造成。一般而言，研究仍證明少年在早年家庭環境中的貧窮或其他不利因素，將導致兒童的失功能和青春期的犯罪行為。同時，針對家庭環境、非行行為、攻擊性和犯罪行為所做的後設分析研究指出：家庭環境因素是青少年行為障礙問題的發展基礎，其間最有力的預測變項是缺乏親職督導、父母對孩子的拒絕和親子關係衝突，中等程度預測變項才是父母婚姻關係和父母親的犯罪史（Loeber & Stouthamer-Loeber, 1986; Roger, 1989）。Sampson & Laub（1993）的研究結論也提到同樣的觀點，亦即：家庭結構並

非影響青少年行為障礙的因素，家庭生活的互動過程才是主要的影響因素。

Winnicott（1952）認為：犯罪行為起源於育嬰室。他從臨床工作中觀察到，嬰幼兒時期親職的剝奪和嚴重的環境缺陷，容易造成孩子日後的心理偏差和犯罪行為；他甚至認為，青少年犯罪是母職失敗的象徵。孩子的反社會傾向通常透過兩個軸線表現出來，一條軸線是偷竊，另一條軸線則是摧毀。偷竊代表孩子在找尋客體，孩子仍抱持著希望。而摧毀則代表孩子尋求環境的穩定性，來包容其攻擊衝動（Winnicott, 1956）。Henry（1974）指出行為障礙傾向的兒童和少年遭受了雙重剝奪：一是早期不利環境傷害；二是為了因應這些痛苦所發展出的僵化防衛（Copley, 1993）。許多行為障礙症的兒童或少年逃家的理由可能是發生了真實的性虐待或身體虐待，或是感覺到被家人

人所拋棄和拒絕。然而，遊蕩街頭的兒童與青少年處於被剝削、賣淫與藥物濫用的危機之中，他們缺乏正常的發展機會。即使在有幫助的情況之下，孩子也常顯得暴躁易怒而不合作（Copley, 1993）。

行為障礙症通常在兒童期晚期或青春早期初發，通常，越早發作的行為障礙症病人，往後越有可能成為反社會人格患者，第一次被逮捕的年齡在十二歲以下者比十六至十七歲者較傾向反社會人格疾患（林瑞欽，2002）。多數患者到成人期即緩解，但部分患者進入成人期後仍繼續表現符合反社會人格疾患的準則（APA, 2000）。因此，我們



有理由相信青春期的發展特性和犯罪少年的違犯特質交互作用之下，促發其犯罪行為。青春期階段的行為障礙症患者面臨的五大發展危機，包括：1.選擇中輟來降低他們在教育過程中所面臨的壓力和挫折；2.選擇用酒精、藥物來補償他們的抑鬱和沮喪；3.選擇懷孕來逃離不利的家庭環境；4.選擇加入幫派作為增加自我認同和被接納的方法；5.選擇以自殺作為從無望的處境中逃離的方式（Gross & Capuzzi, 1989）。

Gibbs（1991）則認為行為障礙兒童與青少年的特質是以自我為中心的認知曲解，導致兒少的錯誤道德判斷和錯誤的社會認知，導致反社會行為。認知曲解有四種類型：1.自我中心：對自己的看法期待、需求、權力和當下感受、慾望，賦予特別的地位，以致對於他人的意見或自己的長遠利益，不考慮或全然忽視；2.錯誤標示：將反社會行為說成無害、可接受，甚至是可敬的，或是將他人貼上貶抑、醜化的標籤；3.做最壞的假設：任意地推斷他人有敵意，傾向對社交情境做悲觀、最壞的打算，假定自己或他人不可能改善其行為的；4.歸咎他人：將自己的傷害性行為，例如暫時性的偏差，如喝醉、迷幻亢奮或心情不好等，歸咎於外在因素，例如：另一個人、或另一個團體，或是將自己的不幸歸咎於他人。非行少年運用這些認知曲解來保護自我形象，沖淡因反社會行為所帶來的罪惡感，以持續其自我中心的心理運作。

犯罪兒少的共同問題是內在存在著許多憤怒和憎恨，自尊心通常是低落的，雖然他們偶而透過藥物濫用或放肆地剝削他人來提升自尊心。相當程度的憂鬱情緒也是常見的，憂鬱反應在當事人的敏感易怒、睡眠困擾和對未來的消極、空虛感受上，缺乏真正的信心，社交技巧也是有限的（Young, 1999）。Welldon（1997）提到犯罪行動往往是慢性憂鬱之下的躁狂防衛。的確，犯罪青少年傾向於描述自己是不好的、自私的、被忽略的，他們多數對自己感到不滿意，容易產生負向的自我意象和低落的自尊心。一般而言，犯罪少年對挫折的容忍度低、易怒及行事魯莽，發生意外事件的機率也比一般人高。他們的人格特徵經常被描述為猜忌、破壞性、孤獨感、缺乏責任感、虐待狂等。他們的自殺意念、嘗試自殺以及自殺身亡的發生率也比一般人高，學業成就常低於其年齡、智能所預期應有的水準（張華葆，1988；Atwater, 1992; APA, 2000）。上述反映了犯罪少年不僅處於人際與社會關係破裂的

困境中，他們和自己相處的情況顯然也一樣不理想。少年不僅攻擊他人，也同時攻擊了自身，而敵意、憤怒與攻擊行為似乎也是他們的求助信號。

部分比例的行為障礙症兒童與青少年，成年之後成為了監獄、拘留所、矯治機構裡面的反社會人格者，典型的例子像是「白曉燕命案的兇手之一陳進興」。反社會人格者承認多數的犯罪，並且報復式地摧毀這個社會，他們並未承受內在的緊張、懷疑的困擾，也不會特別為自己感覺到不快樂或憂慮，他們只擔心因為犯行被逮捕或者如何克服達成願望上的阻礙。反社會人格者的衝突是外在的，存在於個體和社會之間的衝突，他們通常認為社會對他們是不公正的，包括許多他們周遭的人，如父母親、老師、警察、法官等。他們的人生是由許多的偶然和挫折所構成的，包括學習障礙、工作的不順利等，人際關係是膚淺和不穩定的，社交技巧也是有限的。他們往往缺乏自覺，不會為自己的犯行而後悔、自我懷疑，他們極力為自己的行為辯解，並把錯誤歸咎於他人，他人的痛苦和困境對他們而言，只是用來提供娛樂的。由於社會病態的反社會人格者衝突是外在的，他們對治療介入的反應通常很少是正向的（Young, 1999）。

肆、行為障礙症的處遇與治療

過去雖然從發展學、生物學、社會學或心理學的理论來了解兒童與青少年的行為障礙問題可獲得啟示，然而對於如何治療、控制或預防兒童與青少年的行為障礙問題卻未能得到適當的描述（Loeber & Stouthamer-Loeber, 1986; Roger, 1989）。犯罪少年違犯的本質及臨床特徵與一般心理治療的基本架構之間有諸多違背之處，凡此均使犯罪少年不被認為是理想的治療對象。犯罪少年正處於青少年階段，青少年本來就具備高度不穩定性以及反叛權威的傾向，加上青少年在獨立和依賴之間的掙扎以及性心理的發展等，都使犯罪少年心理治療的處境猶如雪上加霜一般。

Winnicott（1946）認為如果我們想要提供給犯罪少年心理治療，具有滋養性的安定環境是重要的，他甚至相信缺乏安定的環境，心理治療是無效的。我們從實務工作中觀察到：許多具有司法紀錄的犯罪兒少其家庭支持系統的脆弱、甚至是瀕臨瓦解。學校系統的輔導人力資源也不足夠，無法協助

瀕輟或復學的兒少在學習和生活上的適應。同時，由於學校人員不具有司法人員的公權力，難以對復學生家長實施強制親職教育等，凡此讓中輟復學生的再輟率居高不下，對中輟復學生所提供的諮商輔導服務往往無疾而終。如果學校機構不可能成為實施犯罪少年心理治療的理想場所時，那麼還有什麼地方可以成為我們的希望之所在呢？許多中輟復學生兼具了犯罪少年或受保護管束少年的身分；同樣的，在犯罪少年或受保護管束少年之中，相當高的比例是輟學或失業少年（穆仁和、蕭玉玲，1998）。詹志禹（1996）認為社區處遇與心理輔導的結合，可能是目前青少年犯罪矯治的最大希望，他並強調專業輔導工作的必要性。

筆者認為詹志禹對犯罪少年心理治療的指向已經把司法心理治療（Well-don, 1997）的概念納入其中。亦即：尋求國家親權之下的司法系統公權力的協助與配合，是達成犯罪少年心理治療的重要關鍵。在整個家庭學校等教育輔導體系的資源和體制，無法負荷社會當中為數眾多的犯罪兒童與青少年的生活、心理適應與人格重整的責任與功能時，司法系統的觀護制度代為負擔國家親權和責任，相對於家庭和學校系統，觀護制度的相關人力、資源與公權力均占優勢，且青少年的人格結構仍具相當的可塑性。在司法體系內以及與觀護人的團隊合作的原則下，提供給受保護管束兒童與青少年專業的司法心理治療服務，是犯罪兒少重新社會適應與進行人格重整極佳的時機。

Klein（1932）認為犯罪問題幾乎源自於兒童期的困擾，如果孩子們能及早接受評估並接受心理分析治療，應可防範其未來可能的殘暴行為。她期盼任何表現出嚴重困擾的孩子都能夠及早接受心理分析，如此將有助於這群孩子邁向正常，避免未來被監獄、療養院收容，甚至一步步走向破碎的命運。Copley（1993）認為青少年種種衝動與行動化行為反映出他們退化到Klein所提的偏執心理位置。當青少年無法信任與倚靠外在世界的成年人時，往往會轉而透過全能自大幻想的運作來貶低嘲笑成人世界，這時候無論是偷竊、過早的性行為和未婚懷孕，或者是幫派的鬥毆都落實了孩子的全能自大幻想，作為對成人世界的一種攻擊與報復。心理治療的提供是為了幫助青少年重新經驗到被滋養與包容的客體關係，修飾其原始的偏執心理位置。生的本能將驅使孩子修復其客體關係，並為他過去對客體的攻擊感覺到罪惡感，而進入

憂鬱心理位置之中。

Winnicott曾發表「非行行為是一種希望的標記（Delinquency as a Sign of Hope）」的文章，他從豐富的臨床經驗中理解到：偷竊的心理機轉包括了對客體的攻擊，以及傳遞出一種希望感，孩子了解他失落了父母的愛，透過偷竊，想要尋回早期失落的精神撫慰，他冀望未來心理治療工作有更好的發展（Kahr, 2001）。在這些反社會傾向的孩子從偷竊和摧毀的行動中得到次級收穫之前，我們需要對他們有所了解，實際上，不得不去偷竊和摧毀讓孩子感到自己的瘋狂，他們需要也渴望獲得幫助（Winnicott, 1956）。孩子透過反社會行為來重新獲得希望感，強迫社會回到他過去讓事情變壞的狀況，讓他們曾經被剝奪的事實重新被社會所認知。當孩子有機會重新回到被剝奪之前的時刻時，孩子將重新發現好客體和良好的人類控制環境，這將幫助孩子重新體驗到內在壓抑已久的衝動和破壞欲（Winnicott, 1966）。因此，治療重點在於治療師有能力解讀、接觸少年內心的衝突和不滿，有耐心和誠意地和少年進行溝通對話。犯罪少年並非缺乏愛，但是它被隱藏和埋藏的很深。Klein（1934）從對犯罪者愛恨情感的分析中得知，犯罪少年主要的問題是他們缺乏人類善良的情感，當分析抵達最深的衝突時，犯罪少年的恨意和焦慮被喚起，我們也可以在那裡發現少年對愛的渴望。

多數心理諮商師或相關助人工作者對於具有司法記錄的行為障礙症兒童與青少年感到陌生，諮商師的實務工作經驗經常是被嚴重挑戰、無法招架犯罪兒少的挑釁和各種行動化的攻擊等，在在讓諮商師很快陷入無助、無力和低自我價值感，以及失控的諮商關係。如果沒有背後的專業團隊和諮商督導的支持，諮商師很快的陷入專業耗竭，甚至逃離對這個族群的服務工作。諮商師如何面對並消化來自犯罪兒少的挑戰和衝擊，影響到對犯罪兒少的理解能否繼續進行下去，諮商師在臨床工作中的衝擊與反思等相關經驗的理解，有其必要性與價值。

伍、結語

許多未繼續升學也未就業的行為障礙症兒童與青少年，擺盪於社會規範邊緣的幫派與犯罪生活之中。違犯行為、中輟或逃家等行為背後反映的是孩

子生活秩序的混亂以及自我價值的迷失；在犯罪兒少還未完全放棄對於家庭歸屬與照顧關係的渴望與追尋之前，我們都還來得及協助他們重新建立社會規範與資源的連結。犯罪兒少的違犯行為與司法記錄成功的標示出警訊，使犯罪有效地獲得成人世界的關注和幫助，重新將之導回社會常軌生活之中。但是還有更多不幸的少年自此陷入色情、幫派等犯罪淵藪之中，不可自拔。犯罪兒少的幸與不幸，成長或是沈淪，整個國家與社會救助系統能否即時發揮效用仍是極大的關鍵。✿

參考文獻

- ◎林瑞欽 (2002)。青少年暴力犯罪之成因：心理因素。台北：五南。
- ◎洪雅琴 (2005)。受保護管束犯罪少年心理分析治療的詮釋現象學研究。國立臺灣師範大學教育心理與輔導研究所博士論文，未出版，台北。
- ◎張華蓀 (1988)。臺灣青少年犯罪分析。台中：臺灣省政府。
- ◎詹志禹 (1996)。我國青少年犯罪研究之整合分析。台北：行政院青輔會。
- ◎蔡政霖 (2002)。父母管教態度與少年犯罪相關性之研究。國立中正大學犯罪防治研究所碩士論文，未出版，嘉義。
- ◎鄭瑞隆 (2001, 10月)。家庭暴力被害經驗預測少年偏差行為之研究。二十一世紀亞太地區刑事司法與犯罪問題對策研討會。嘉義：國立中正大學。
- ◎穆仁和、蕭玉玲 (1998)。從新「少年事件處理法」之保護處分探討中輟犯罪少年之司法保護服務。台北：中華兒童福利基金會。
- ◎史錫蓉 (譯) (2002)。防範青少年暴力犯罪。台北：新苗。
- ◎APA(2000)。Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition. American Psychiatric Association. Washington, DC : Book Promotion & Service LTD.
- ◎Atwater, E. (1992)。Adolescence. Englewood Cliffs. NJ : Prentice Hall.
- ◎Copley, B. (1993)。The World of Adolescence : Literature, Social and Psychoanalytic Psychotherapy. London : Free Association Books.
- ◎Gibbs, J. C. (1991)。Socialmoral Developmental Delay and Cognitive Distortion: Implication for the treatment of antisocial youth. In W. M. Kurtines & J. L. Gewirtz (Eds.) Handbook of moral behavior and development : Vol. 3. Application : 5-110. Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Associates.
- ◎Gibbs, J. C., Potter. G. B. & Goldstein, A. P. (1995)。The EQUIP Program : Teaching youth to think and act responsibly through a peer-helping approach. Champaign. IL : Research Press.
- ◎Gross & Capuzzi (1989)。Defining Youth at Risk. In : Youth at Risk : A recourse for counselor, teacher and parents. American Association for Counseling and Development.

- ◎Henry, G. (1974)。Doubly deprived. *Journal of Child Psychotherapy*. 3(4), 15-28.
- ◎Kahr, B. (2001)。Forensic Psychotherapy and Psychopathology : Winnicottian Perspectives. London : Karnac Books.
- ◎Klein, M. (1932)。The Psycho-Analysis of Children, Trans. Alix Strachey. London : Hogarth and The Institute of Psycho-Analysis.
- ◎Klein, M. (1934)。On Criminality. In : Love, Guilt and Reparation and Other Works 1921-1945. London : Virago Press.
- ◎Roger, K. H. (1989)。The Grieving and Delinquency : Testing the therapeutic process of grieving with delinquent male adolescents. *Eric Document Reproduction Service NHT(D) 9003527*.
- ◎Sampson, Robert & John Laub. (1993)。Crime in the Making. Cambridge : Harvard University Press.
- ◎Welldon, E. V. (1997)。Forensic Psychotherapy : The Practical Approach. In E. V. Welldon and C. V. Velsen (Eds.) A Practical Guide to Forensic Psychotherapy. London : Jessica Kingsley Publishers Ltd.
- ◎Winnicott, D. W. (1946)。Some psychological aspects of juvenile delinquency. In: C. Winnicott, R. Shepherd, M. Davis (Eds.): *Deprivation and Delinquency*. London : Routledge Publications, 1984.
- ◎Winnicott, D. W. (1952)。Letter to Malanie Klein, 17th May. In : *The Spontaneous Gesture: Selected Letters of D. W. Winnicott*, ed. F.R. Rodman. Cambridge, MA : Harvard University Press, 1987.
- ◎Winnicott, D. W. (1956)。The Antisocial Tendency. In : D. W. Winnicott., *Collected Papers : Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. London : Tavistock Publications.
- ◎Winnicott, D. W. (1966)。The absence of a sense of guilty. In : C. Winnicott, R. Shepherd, M. Davis (Eds) : *Deprivation and Delinquency*. London : Routledge Publications, 1984.
- ◎Young, D. W. (1999)。Wayward Kids : Understanding and Treating Antisocial Youth. New Jersey: Aronson.

青少年自殺防治的策略

唐子俊 高雄醫學大學附設醫院精神科主治醫師

一、前言

青少年自我傷害以及自殺行為，一直是精神科列為優先處理的議題。在門診及住院的病人當中，有許多可能會導致自殺行為的相關精神疾病，在精神科的常規評估當中，對於這些容易合併自殺行為危險性的疾病，會針對自殺危險性作澄清，並且即刻地介入。依據這幾年接受學校及社區轉介青少年個案的經驗，發現除了情緒問題之外，自殺危險性以及自我傷害行為也是相當常見的。以下將針對筆者近年來進行青少年自殺防治工作的實證經驗做整理（唐子俊，2006；唐子俊等人，2006），希望能夠提供學校及其他面臨如此重大議題的單位作參考。

二、學校在青少年自殺防治的重要性

學校是進行青少年自殺防治工作的重要單位，主要的原因有：1.青少年在學校的時間相當長；2.能夠觀察到青少年的資訊來源較多（包括各科老師、校護，甚至是同學）；3.青少年通常不會讓家長知道自己有想傷害自己的想法；4.青少年自殺的原因，除了精神疾病之外，學校的人際關係和課業是最常見的壓力來源，而這些壓力也常表現在學校；5.即使青少年因為自殺而住院，之後最常見的安置仍是回到學校。

由於青少年自殺危險性及精神疾病的表現

通常並不明顯，而且常有非典型的症狀表現，若想要早期發現青少年自殺相關的精神症狀和前兆，老師及家長們通常需要經過訓練，而且學校輔導系統需要規劃並且切實執行一段時間之後，才能夠看到顯著的成果。以下提出幾個由自殺防治模式中建構出的經驗和概念：

（一）透過適當的診斷排除不適合在學校治療的個案

在常見的精神疾病當中，和青少年自殺相關最大的是憂鬱症。根據DSM-IV的診斷系統，如果已經達到嚴重憂鬱期而且合併自殺危險，應該要以醫療機構藥物治療為優先考量，甚至需要考慮住院治療。其他如躁鬱症、精神分裂症或者邊緣人格特質合併自殺危險性，甚至加上藥物濫用的不利因素，要減少自殺危險性必須要加上藥物的協助，單獨採取輔導或諮商的方式，通常無法達到有效減少自殺危險的效果。對於一般學校的輔導老師或家長而言，如果青少年有家庭精神病史的因素，最好能夠先協助青少年到醫院接受醫師的評估，然後再共同商討適合的對策。

（二）校園自殺防治工作需得到校長的支持

青少年自殺個案常常只有部分的案例被通報，如果只針對通報的案例作處理，加上學校輔導工作繁忙，每年需舉辦相當多的活動；基於行政考量常無法繼續的投注適當的人力，也常容易認為只有少數的個案需要處理，而不需要太大費周章。筆者在推動自殺防治的早期，在學校中常得到的回應是「我們學校並沒有這麼多的個案」，或者「我們並沒有這樣的問題需要處理」。事實上，根據盛行率的調查，在社區青少年樣本中，焦慮或憂鬱的程度已經達到需要臨床關懷的程度者，至少有一到二成的比例。除了教育部當局的提醒之外，自殺防治的心理衛生工作人員，必須要讓校長以及學校的第一線工作人員了解到，一定要有足夠的資源和人力，持續的關注這個主題，才不會讓這些不定期的危險性爆發出來，而學校資源的統整和分配，也一定要得到校長的全力支持。

（三）配置適當的人力及進行個案管理

經由適當的篩選和追蹤，會發現學校裡達到需要臨床關懷程度的青少年個案約有一到兩成。這些學生如果又合併自殺危險性，即是屬於需要立即介入的個案。輔導室除了原本例行忙碌的工作之外，一定要有固定

的人力能即刻提供介入，並且針對個案的問題擔任個案管理的角色；也就是了解每一個需要關懷學生，現在應該得到的協助是什麼，轉介以及追蹤他是否進入該項協助系統（例如已經接受家庭諮商，或者已經就診）。由於擔任個案管理的工作人員，常需要聯繫學生，也常需要與相關資源的負責人員聯絡，是一位兼具多重功能、頭腦清晰、對資源的聯繫相當熟練的人，通常可能是學校裡的老師、學校心理師，或是學校社工。

（四）結合外在的專業資源

在筆者與學校的合作經驗發現，許多學校即使有足夠的輔導資源，仍然需要結合外在資源，提供學校心理衛生以外的相關服務。最重要的機構包括醫院（最好也能提供心理治療或家族治療）、社區諮商輔導機構（家庭協談中心、張老師、生命線）、家暴中心以及性侵害防治中心（尤其對於人格障礙、非行行為合併自殺危險性的青少年特別重要）等機構。有許多老師或家長暫時不願意讓青少年到醫院或其他機構接受輔導，此時可以藉由在學校舉辦小型的個案討論會，邀請家長及其他相關老師參加，讓他們更加了解問題相關概念後再轉介，這樣成功的機會會增加許多。至於部分學校的資源較為豐富，會直接在學校提供家族會談，筆者建議還是將相關問題轉介給適當的專業人員和機構，而不適合長期在學校裡直接進行家族治療。除了考量一般學校並沒有足夠的資源之外，也擔心一旦學校家族治療的人員撤離後，學校老師及輔導老師並沒有足夠的時間和人力來繼續承接這個家庭的問題。

（五）自殺防治工作需持續執行

自殺防治工作並非短期就可以看到成效。在筆者的經驗中，即使得到校長的大力支持，具備足夠的輔導人力，以及結合適當的外在資源，仍然需要一到兩年的時間，才能建構起完整和安全的架構；到了第二年下半年，自我傷害和憂鬱的學生比例才能逐漸下降。由於學校每年都有新的輔導計畫以及新的重點主題，加上自殺防治的工作並不輕鬆，常看到的情形是，在某學期密集的辦理許多自殺防治相關活動，到了下學期同樣的主題就逐漸被忽略，也因此累積的成果也將逐漸消退，是十分可惜的一件事。由於青少年憂鬱和自我傷害的危險性，並不會隨著學期的

轉換、輔導主題的改變，而使危險性也隨之下降。在筆者實際合作的案例當中，常因為某學期學校發生學生跳樓等危機事件，就密集主辦許多相關的研討會和課程，等到下學期並沒有類似的危險事件發生，人力與活動焦點很快就忽略了這個主題，轉向其他更為熱門的活動。一旦再度出現危機狀況，相關的主題研習和個案研討才會再度啟動。

（六）需針對家長、老師及學生提供適當的訓練

由於青少年自殺的徵兆以及青少年精神疾病的表現較不典型，常常不容易被發現，需要對於老師及家長提供適當的教育訓練，甚至對於學校的同學進行適當的演講和教育，以便能早期發現高危險個案。這樣的主題不需要過度密集的課程，而是需要規律性的短期衛教課程，以及適當的個案討論，提醒家長及老師如何的辨識和處理發生在周遭的狀況。在逐漸累積訓練和處理的經驗之後，學校自殺防治的機制啟動就會相當地迅速。根據筆者的實務經驗，經由適當的訓練之後，當發覺症狀開始出現變化，或者自殺想法逐漸增加時，學校老師甚至個案本身主動尋求協助的比例會越來越高。另一方面，由於家長也加入了自殺防治的網絡，除了小心地注意青少年行為及情緒變化之外；相對而言，家長調整自己態度的機會也會增加。這是一個持續學習、觀察、修正的過程，而不是進行過幾次密集的課程之後，就可以達到長期的效果。

（七）選擇快速而有效的治療模式

在學校進行青少年自殺防治工作，雖然採取支持或衛教的模式也可以達到一定程度的效果，但是若要降低自殺危險的程度，以及防範自殺危險的復發，必須要採取更加積極的模式。在筆者的實證研究當中發現，採取危機處理加上人際心理治療（interpersonal psychotherapy）（唐子俊等譯，2006），並且做適當的調整，可以在很短的時間內，減少自殺的危險性，並且迅速地建立支持系統。在其他不同的研究以及筆者實際操作的經驗中，危機處理加上認知行為治療，也可以達到相當不錯的療效。但是對於合併邊緣人格特質的個案，則需要考慮使用辯證式行為療法（dialectical behavior therapy），醫療機構運用這個治療模式的經驗已經相當豐富，在學校及社區的運用目前仍在實證研究的階段中。

(八) 運用團體心理輔導的可行性

由於需要協助的個案較多，如果能以個別輔導的方式初步處理之後，開始協助這些學生進入團體心理治療或輔導，不僅可以節省人力，也可以達到一定的效果。在筆者和學校實際合作經驗中，要求學生每周參加一個小時或一個半小時的團體心理輔導，再搭配適當的個別輔導或心理治療，也可以明顯地減少憂鬱症狀和自殺的危險性。但是團體必須經過適當的規劃以及事前的準備，可以藉由校外人力來協助帶領團體，或者轉介到有團體心理治療的機構或學校。在過去經驗中發現，可以藉由某中心學校負責主辦團體，參加團體的同學們由於相互不認識，沒有過去學校被標籤的包袱，再加上人際需求強烈，反而可以達到相當不錯的效果。但是各個學校的輔導單位必須先經過充分的協調與準備，常因為不同學校的輔導老師擔心交通過程出現狀況，而無法讓適當的同學參加，失去了這個很好的協助機會。

(九) 建立適當的督導制度並落實執行

青少年自殺個案的類型有很多，如果要採取適當的介入方式，需要不斷接受專業的提醒和督導。這幾年來，有效的青少年自殺防治模式才逐漸經由實證研究驗證。過去幾年來的研究架構，大多著重於衛教和篩選；新的有效介入模式，需要操作並且同時接受督導，才能夠適當地掌握個案，對個案進行有效介入。雖然輔導團體的制度能夠提供適當的訓練和交換的機會，但是對於危機個案的處理以及即刻問題的建議，則需要有後續的轉介機構，以及持續的督導關係來加以協助。在諮商輔導和心理治療的訓練過程中，本來就有督導的制度，只是進入學校擔任輔導老師之後，因為時間及經費的種種考量，大多只能採取同儕的討論與協助，較少持續接受適當的督導。為了避免不必要且可能導致危險的嘗試錯誤，青少年自殺防治的訓練和學習，需要透過適當的督導制度，協助老師和家長迅速掌握個案的安全。

(十) 搭配適當藥物治療的重要性

在青少年自殺的案例當中，如果罹患精神疾病而且正處於急性期階段，或者衝動控制不佳、精神狀態和注意力無法維持一定的時間，將會造

成諮商和心理治療效果不佳，即使改變學校環境以及家長態度，症狀仍然無法明顯改善時，應該要考慮藥物治療。在醫療機構的經驗中，常見到嚴重精神疾病急性期的個案進行心理治療，常無法達到適當的治療和學習的效果，因為個案的認知功能已明顯地下降。但是如果能夠讓藥物改善認知功能，達到能適合進入諮商和心理治療的程度，不僅能夠迅速有效地掌握諮商和心理治療的效果，也會明顯改善這些個案因為認知功能下降而在學校課程中所造成的挫折感。在進行藥物治療之前，必須要對個案、老師及家長先實施適當的衛教，澄清對於藥物錯誤的觀念，以及列舉出類似病情的案例經由藥物治療之後明顯改善的效果，讓個案及家屬能夠適當地配合治療。要切記的是，在沒有經過精神科的診斷之前，學校老師千萬不要告訴學生及家長，學生的病情及自殺危險性不需要吃藥，只要接受輔導和心理治療即可，以免耽誤病情甚至造成不幸的後果。

三、結論

青少年自殺防治是一個相當重要且急迫的工作，青少年自殺防治模式經由相當複雜的建立過程，以及近年來不斷地宣導，讓學校對於憂鬱症以及自殺防治有了基本的覺察和概念，但是實際的社區介入模式仍然在繼續形成與推展中。衛教的模式能夠提高對於問題的覺察力，但是對於已經出現自我傷害行為以及自殺行為的個案，並無法達到明顯降低危險性的效果，仍然需要一套完整的架構模式，才能掌握這個多重原因、不容易觀察徵兆，而且需要適當訓練才能夠有效介入的青少年自殺問題。✿

參考文獻

- ◎唐子俊（2006）。青少年自殺防治模式的比較研究。臺灣師範大學教育心理與輔導研究所博士論文，未出版，臺北市。
- ◎唐子俊等（譯）（2006）。憂鬱症最新療法-人際心理治療的理論與實務。臺北市：心理。
- ◎唐子俊等（譯）（2005）。人際心理治療理論與實務。臺北市：五南。
- ◎唐子俊等（譯）（2002）。自我傷害的評估與治療。臺北市：五南。

周才忠 政治大學心理學系 碩士
陳嘉鳳 政治大學心理學系副教授

除了心理診斷與藥物治療，學校教育還能做些什麼？

一、兒童與青少年的心理疾病日益普遍與嚴重

兒童與青少年的心理疾病是目前頗值得關心的一個議題。例如：目前美國至少有六百萬名兒童被診斷為有嚴重精神疾患，而且近十幾年來人數還不斷地增加。紐約時報（New York Times）在其網站的Mental Health & Behavior首頁中就花了許多篇幅連續刊載了有關「困擾的兒童」（Troubled Children）之系列專題，深入探討「生命歷程」（life-span）、「精神醫學診斷與藥物治療」、「父母養育的角色」等議題與兒童困擾問題的關聯。美國心理學會（APA）也以醒目的頭條位置做了網站的連結。去年十一月份的「Monitor on Psychology」中，亦刊出APA工作小組針對此一問題提出的以「Medicate or not?」為題的正式報告。可見美國的主流媒體及心理學界已開始重視其國內兒童與青少年大量被診斷為精神疾患或重覆、濫用藥物的嚴重問題。

至於臺灣在這個議題上亦有值得注意之處。根據衛生署全民健保統計，87年0-14歲之精神疾患門、住診（含急診）總人數為67,514人，

其後呈現逐年明顯上升的趨勢，至94年已高達119,084人（成長了76.4%），占同年齡層總人口數的2.8%，其前三種疾病診斷依次為「精神官能症」、「智能不足」與「心理因素引起生理功能失調」。另外，94年新增0-14歲之精神疾患總人數有70,736人，門、住診（含急診）人次更達1,111,783人之多（平均每位病人一年就診9.3次）。從以上這些統計數字來看，國內兒童與青少年的精神疾病問題亦是日益普遍起來。我們國內和兒童與青少年相關的各種專業工作者亦該正視此一無可逃避的問題。

二、心理疾病診斷與治療上的限制

由於兒童與青少年心理疾病人口的增加，校園裡老師與其他工作人員遇到有心理問題學生的機率也就隨之大增。但是，近年來由於大腦科學與生物醫學的快速進展，臺灣助人專業與教育領域亦頗受此種生物觀點之影響，學生要是出現不符合常模或主流價值的情緒、思考、社交技巧或行為表現是很容易被直接歸因為腦部或遺傳病變，而轉介至精神醫療領域尋求協助。另外，近期亦有不少校園進行大規模的「自我傷害」或「憂鬱症」篩檢，希望能早期發現「生病」的學生，經由轉介精神醫療而早期得到治療。因為許多專業工作者把校園裡兒童和青少年所發生的心理與行為困擾視之為一種生理的疾病，自然對精神醫療與藥物治療懷抱很高的期待與尊崇。不過精神醫療界雖然很努力的讓大家相信「心理疾病」就和「生理疾病」一樣，是身體生病了，但是利用心理衡鑑工具或行為症狀所做的精神疾病診斷或後續的藥物所做的「症狀」治療，其實跟某些生理疾病，例如肺炎、糖尿病、腎結石等的「客觀的標記」（objective marker）診斷（X光檢查、磁共振影或電腦斷層掃描）與「根本」治療是有「準確度」上之差異的。

紐約時報就曾以一位男童為例，提醒讀者對精神醫療的警覺。該報導描述這位男童在7歲時，只花了20分鐘就被精神科醫生診斷為憂鬱症，但是其後還有「強迫傾向」、「對立反抗症」、「廣泛性發展障礙」、「雙極性情緒障礙」或者是混合兩種以上的不同病名標籤伴隨其成長。而且心理師及社工師對問題的看法也不一致。最糟糕的是不同的診斷結果，所開立的藥物處方也就不同；如果病患遵從醫囑，這些不同的藥物可是都吃進肚子裡了，會有什麼副作用？美國如此，臺灣的精神醫療環境會比較好嗎？國內有誰重視或

監督兒童與青少年的精神醫療診斷上的信效度與重複用藥的問題？國外諸多文獻都指出，心理問題的篩檢工具的信效度並不完美，所以單純的相信精神科醫生的診斷一定是對的，其實是危險的。

當然更值得思考的是，診斷之後的藥物治療到底對這些被定義為得到「疾病」的學生們有什麼幫助？由於精神疾病的藥物治療主要在症狀的解除；也就是說吃了藥以後，學生患者可能會沒有了某些令人困擾的情緒或行為，但是他們並沒有因為吃藥而得到什麼或長出什麼新的能力。因此，除了配合篩檢或轉介外，學校教育還能主動做些什麼，讓這些孩子們在生理的限制下，潛能依然能有最大的發揮？老師們的著力點在哪裡？校園本身的輔導機制與支持系統還能發揮什麼功能？有誰能為這些學生的人權、受教權與身心健康嚴格把關，堅守最後一道防線？

三、學校教育體系能為兒童及青少年心理疾病患者提供的服務

心理疾病和生理疾病，對患者而言有個最大的不同，就是心理疾病的烙印效果往往會為當事人帶來除疾病外的二次傷害。所以高危險群學生的早期篩檢一定要小心為之，儘可能避免發生「錯誤肯定」（false positive）的問題，也就是個案被診斷為有心理疾病，但實際上並沒有。學校主管、輔導人員及班級導師應跳脫個人認定或他人罹病經驗與主觀的投射，應從不同角度長期觀察或嚴謹評估，最好同時能納入父母、導師或同儕等看法，以及考量教師性格、同儕互動、教室情境、教學品質、主要照顧者特質、家庭背景與社會結構等重要影響因素，而不是過度聽信精神科醫生或其他專業人員的橫斷說法，輕率將學生轉介到精神科或各地療養院就醫，或因此動支相關經費聘請精神科醫師定期到校駐診。

至於目前校園中最熱門的議題—自殺防治與憂鬱症篩檢，學校相關人員在涉入時，有些事亦可以做得更細緻些。首先，迄今的研究雖可看出，憂鬱為自殺的預測因子；但憂鬱不是自殺的唯一預測因子。況且從數年前開始，美國食品暨藥物管理局（FDA）即不斷發出警告，指出孩童及青少年服用一些抗憂鬱劑（如Paxil等），反而會促發其自殺的意圖。因此，學校輔導主管在聘請精神科醫師或心理師蒞校演講時（尤其是介紹憂鬱症病因與相關藥物），應更加謹慎，並可以

與其討論用藥安全性的問題。另外，從衛生署統計資料發現，每年門診或住院的新增個案比例不低，顯見有嚴重的個案治療中斷或流失（dropout）問題。因此，學校裡如有轉介至各醫療院所的學生，輔導老師或導師們則應定期追蹤其就醫狀況、用藥副作用或其他不良影響，並不忘提供適當的關懷與輔導。

如果學校有真正迫切需要聘請精神科醫師、心理師或社工師蒞校來協助輔導學生的工作時，最好能將其專業資源功效最大化，畢竟目前教育經費是非常寶貴的。例如可以辦理個案研討或教師諮詢（consultation）等間接性的專業服務，以平等與合作（collaboration）的方式，有系統地逐步提升學校人員的相關輔導知能（預防教育、危機處置、心理輔導、方案評估等）、士氣與信心，以及增進親師溝通的技巧，讓老師能發揮真正的引導作用與教化功能。此舉將可在資源有限的情況下，使影響的層面由「點」擴大到「面」，除了加大教師同儕彼此之間的支持力量，強化老師們在處理學生心理問題的信心，相信未來受惠的學生人數會更多。

有關各類型「困擾的兒童」的就醫問題，家長的態度常扮演關鍵性的決定因素。但有時父母對醫療的期待會過高，或是不知不覺淪為身心障礙「社會福利系統」的依賴者，都會影響孩子就醫的成效。不過，我們也都知道父母對其子女的養育角色與功能是無法取代的，因此學校老師除了可以扮演醫生（或心理師）與家長之間的溝通橋樑之外，亦可利用家庭聯絡簿、電話聯繫、親師會或家庭訪問等適當的時機，與家長共同合作解決孩子的心理困擾相關問題，並在長期互動與彼此信賴的基礎之下，逐漸改變家長的教養觀念及提升相關的教養知能。

四、學校教育體系能為兒童及青少年心理疾病患者建立友善的學習環境

近年來，許多心理或特殊教育的專家學者們發展出有關「自殺企圖」、「憂鬱」、「情緒障礙」的測量工具，各級學校被建議與鼓勵可以進行全面性的學生篩檢。事實上，亦有許多縣市的學校相當配合地在全面進行篩檢的工作。教育當局能夠重視校園裡學生憂鬱與自我傷害的事實，願意從事及早發現及早協助的二級預防工作，本是針對問題的一種解決方法。我們亦應進一步去深思，所用以篩檢的測量工具是否具有信、效度能客觀診斷出情緒及

行為的困擾或問題？如果這些基本假設無法釐清的話，所有安置的措施皆是頗有爭議性的。而且孩子們因此被安置到啟智班、資源班、中途班或甚至轉介至精神科的隔離病房，在他們的學習路上真的獲得了更多嗎？

在學校輔導工作已日趨專業化的今天，教育當局、教授學者、輔導專家其實可以嘗試以學生的「最佳利益」為考量，去探討如何以正向的（positive）觀點來客觀評估學生的優點、能力、資源、韌性、希望、優勢學習路徑等部分，或是去發展可運用在教學情境或輔導過程的正式評量工具或簡要表單，以及致力於平衡「醫療轉介」與「藥物治療」所造成的種種負面作用及限制。這些為心理疾病所苦的學生們還有很長遠的人生之路要走，如果在他們的義務教育階段，學校教育系統未能在他們身心條件的限制下，去發展他們的潛能，那麼他們的明天會是什麼？

五、結語

對於諸多兒童及青少年來說，「學校系統與教師」在其成長學習的過程中，一直扮演不可或缺的支持角色。然而，如今臺灣的校園環境中卻瀰漫著一股篩檢與轉介之風，各級教師或輔導人員一再地被訓練或被要求拿著一把「尺」，急切地到處去尋找及丈量疑似或吻合條件（自殺、憂鬱、情緒障礙、學習障礙等）的學生，為人師表者早已忘卻「有教無類」的天職。或許，有不少的老師或輔導人員們仍然堅信學生的學習遲緩、情緒困擾、行為問題等是遺傳基因或腦功能失調所造成。不過即便如此，難道我們教育或輔導的大環境只能束手無策嗎？學校老師的著力點在哪裡？為什麼我們不能嘗試去深讀學生個人所擁有的美麗心田，並設法透過教育途徑的種種努力，讓每個孩子的潛能發揮到最大，並且累積因應人生挑戰的學習本能及知識，使其未來獲得充分發展的機會與可能性，讓他們有機會領悟到其生命種種缺憾背後所隱含的意義與價值，且能享受其所帶來的甘甜？

教育的責任，不單只有把問題拋出來而已。很期盼教育工作者能重新記起當初選擇「為人師表」為終身職志的初衷與理想，不假他人之手地承擔起輔導或守護每一位學生的職責，繼續扮演好百年樹人及社會穩定力量的重要角色。✿

參考文獻

- ◎陳嘉鳳、周才忠（2005）。Swampscott會議四十週年之際，論社區心理學之本土開展與未來方向。**對弱勢族群的不同服務方式：社區心理學的觀點**。2005年中國輔導學會年會暨國際學術研討會，臺北市。
- ◎衛生署衛生統計資訊網（1998-2005）。**門、住診合計(包括急診)患者總人數-----依性別、年齡別分**。全民健康保險醫療統計年報。取自：www.doh.gov.tw/statistic/index.htm/
- ◎謝蕙春（2004）。**校園心理衛生諮詢與合作模式介紹**。社區心理衛生資源整合與拓展實務研討會，台中區心理衛生服務中心。
- ◎Albee, G. W. (2000). Critique of Psychotherapy in American Society. In C. R. Snyder & R. E. Ingram (Eds.), *Handbook of Psychological Change: Psychotherapy Processes & Practices for the 21st Century* (pp. 689-706). New York: Wiley.
- ◎Albee, G. W. (2002). Just Say No to Psychotropic Drugs! *Journal of Clinical Psychology*, 58(6), 635-648.
- ◎Bloom, M. (1996). *Primary Prevention Practices*. UK: London, SAGE Publication, Inc.
- ◎Dalton, J. H., Elias, M. J. & Wandersman, A. (2001). *Community Psychology: Linking Individuals and Communities*. USA: Wadsworth/Thomson Learning, Inc.
- ◎Durlak, J. A. & Well, A. M. (1998). Evaluation of Indicated Preventive Mental Health Programs for Children and Adolescents. *American Journal of Community Psychology*, 26(5), 775-802.
- ◎FDA. (2004). FDA Public Health Advisory: Suicidality in Children and Adolescents Being Treated with Antidepressant Medications. U.S. Food and Drug Administration. www.fda.gov/cder/drug/antidepressants/SSRIPHA200410.htm
- ◎Laungani, P. (2002). Mindless Psychiatry and Dubious Ethics. *Counselling Psychology Quarterly*, 15(1), 23-33.
- ◎Levine, M., & Perkins, D. V. (1997). *Principles of Community Psychology : Perspectives and Applications*. New York: Oxford Univ Press, Inc.
- ◎Lopez, S. J., & Snyder, C. R. (2003). *Positive Psychological Assessment: A Handbook of Models and Measures*. Washington, DC: American Psychological Association.
- ◎Meyers, L. (2006). Medicate or not? *Monitor on Psychology*, 37(10), 24-25.
- ◎Ryan, W. (1976). *Blaming the Victim*. New York: Random House, Inc.
- ◎Scileppi, J. A., Torres, R. D., & Teed, E. L. (2000). *Community Psychology: A Common Sense Approach to Mental Health*. New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- ◎The New York Times (2006). *What's wrong with a child? Psychiatrists often disagree*. Troubled Children, Mental Health and Behavior. 【www.nytimes.com/pages/health/psychology/index.html】

陳採卿 臺北市龍山國中教務主任

臺北市龍山國中經驗

一、前言

筆者擔任國中輔導教師兼行政工作十餘年，對輔導工作的熱愛與日俱增，深深體認輔導在國中階段的重要性以及對學生的影響，越是如此想，越覺得有許多事情該做、想做、可做，但是面對目前學校輔導人力資源的不足，相對應學生的需求，越發越覺心急。

青少年問題層出不窮，不只是學校輔導工作人員積極地投入，社會各界的關注也持續提高，許多有心人士已開始行動，積極介入關懷青少年的活動，以團隊或個人的型態，也有以輔導專業或愛心關懷的方式，還有政府立案的民間機構參與，然而，熱心有餘投入無門是常有的現象，以至於效果不彰；相反地，學校輔導人員在尋求社會支持系統時，有些學校會面臨社會資源極度不足，或是求助無門，甚至有些輔導室的困難則是不知道如何尋求社會資源；某些時候也出現資源過多又龐雜，反而不知道如何適當地整合運用。另外，還有一個重大問題值得思考的是，各校所在地區社區文化的特殊性，形塑出的學生問題類型有其特殊性，而當地所擁有的社會資源也有其差異性，兩者如何磨合才能事半功倍有效輔導學生，則

是一個值得探討的議題。

龍山國中輔導室從民國92年起，開始計畫性地推動「以學校為中心聯繫社會資源的整合輔導工作模式」，擴大並有效地引進社會輔導資源（例如：社工、心理諮商、精神醫療、警政、社政等），過程中，不斷思考和調整的，就是在於如何將轉介資源的差異性與個案的特殊性之間，尋求最佳的適配性以及成果效益。

四年來陸續引進各項資源，不管是中途輟學學生的追蹤和安置、與大專院校社工及輔導人力的結合等，將個案從自身的一個「點」，與社會資源做直「線」的連結，並以學校輔導室為樞紐，串起家庭、社會與學校形成社會支持「面」，如今已形成一個輔導模式，並呈現具體成效。

如今，我們以臺北市立龍山國民中學為例，將我們推動學校與社會資源整合的過程、經驗與反思記錄下來，希望透過本文的撰寫，提供各校推動學校與社會資源整合之參考。

二、社區資源的整合與運用之思考

（一）從以學校為中心談聯繫社區資源之整合與運用

國民中小學都屬於社區型學校，許多資源基於社區，無論是從學校發展的意義或是學校願景的實踐，甚至學生問題的根源和解決之道，社區的特色與資源都是不可或缺的基礎。因此，社區的文化、歷史、產業、地理條件、社會資源，甚至進一步發現社區的特點、整合與運用社區資源，不僅是學校重要的課題，解決學生問題就是解決家庭問題，更是解決社區問題、協助社區發展的方向。

（二）從學校推動社會工作談社區資源整合與運用

以社區為本位的學校社會工作，能夠確實與學生的生活結合，從學生所居住的社區中，去深入了解學生問題發生的核心，以系統觀的思考去理解學生的問題行為因素，進而願意去關心人、事、物，更重要的是具備了深厚而穩固的社區文化認同與社區人文素養。

（三）從學校社會工作生活化談社區資源整合與運用

學校教育出來的學生最後還是回歸到社區去生活，所以，學校社會

工作越是生活化，越能夠幫助學生適應社區生活，學校社會工作與社區資源有效結合運用，對以上之目的達成有直接的助益。而社區環境與資源則是發展具社區特色的學校社會工作，提供了多元多樣的自主性。

三、以學校為中心聯繫社區資源的整合輔導工作內容

(一) 學校內團隊

資源整合輔導工作以學校為核心，輔導室為業務推展與執行單位，教務、訓導（含導師）、總務三處為合作伙伴，各處室的協調合作發揮交互支援功能，得以相輔相成。

(二) 支持性系統

亦即個案之家人、親屬與朋友；社區熱心人士或家長會願意提供陪伴支持、課後照顧；民間企業則為有意提供教育捐款，或部分機構有教育假，讓所屬員工到學校以其專長做志工服務。

(三) 矯治性系統

概分為輔導資源、社工資源、醫療資源與警政資源四類。支持性系統、矯治性系統與學校的關係說明如圖1。

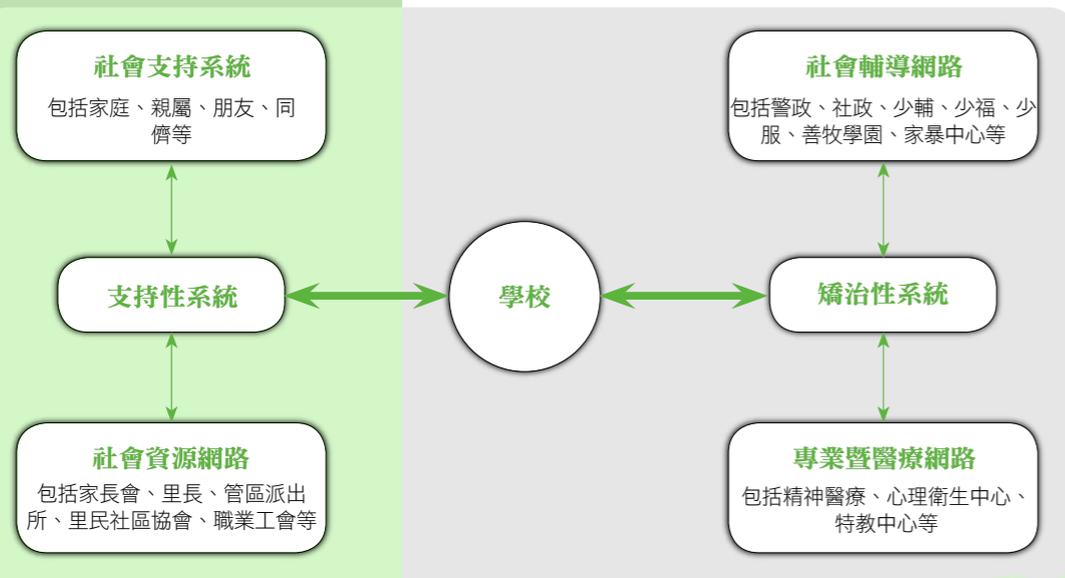


圖1 支持性系統、矯治性系統與學校之關係

四、以學校為中心聯繫社區資源的整合輔導工作模式工作流程

(一) 整合社區資源之輔導工作的規劃

個案可能從校內人員（如：導師、訓導人員、專任教師等）、校外單位（警察局、國小、社區民眾等）、其家人或親屬、個人主動求助或其他（鄰里長）等轉介，輔導室承辦人員（一般為輔導組長）接案後，評估案主的資源、蒐集相關資料。若確定成案則開始評估（assessment）的工作，指的是選擇介入點、協助的目的、需求評定，然後展開介入（intervention）。過程中，輔導組長必須持續評估成效、與社會資源保持聯繫，適時回覆個案來源轉介者，其角色定位為「個案管理者」；當目的已達成，而沒有需要繼續提供服務時，則透過結案來達到關係的終止。

另者，亦有可能經資料蒐集後，承辦人員覺得不需要轉介社會資源，原因之一為無適當社會資源可利用；原因之二或許是輔導組長覺得問題的關鍵非在連結社會資源。此時能夠協助的人員主要為校內該案主之輔導教師、導師。「以學校為中心聯繫社區資源的整合輔導工作模式」標準作業流程，請參考圖2。

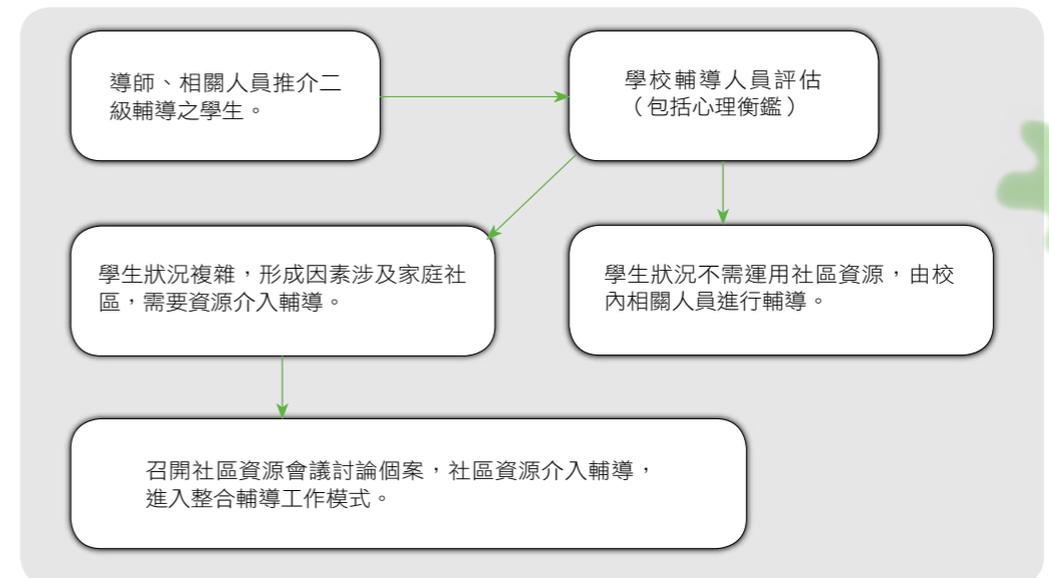


圖2 整合社區資源輔導工作模式標準作業流程圖

(二) 規劃並召開社區資源聯繫會議

透過每學期一至兩次定期召開社區資源聯繫會議，討論社區資源之人力、服務對象、服務項目、工作內容等，學校提供目前需要輔導之個案特殊性，及如何合作整合方式，充分溝通協調，彼此達成共識建立輔導工作之模式。

會議之後，會議記錄分別依單位輔導需求提供學生個別適當基本資料，開始進行整合系統的輔導服務，並不定期依照個案實際狀況不斷地進行個案研討會，以修正改進整合輔導模式，學校則調整教育策略和輔導措施，循環螺旋式的整合輔導工作。召開社區資源會議工作流程圖，請參考圖3。

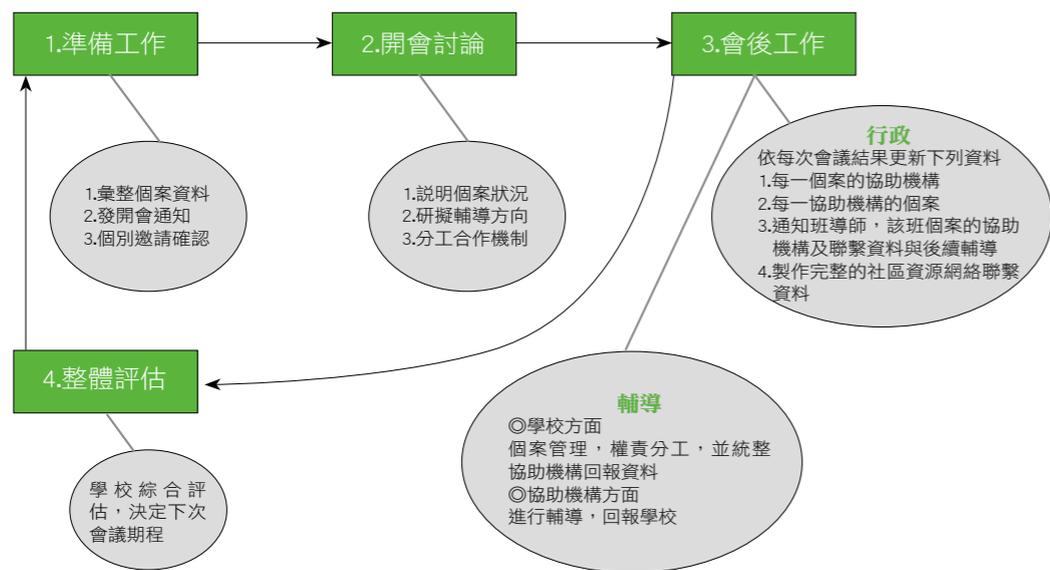


圖3 召開社區資源會議工作流程圖

(三) 整合社區資源之輔導工作模式的工作內容

1. 執行人員：校外統整、校內分工、啟動社工、舞動輔導

(1) 學校方面

◎個案管理訓輔權責分工，外顯性行為問題之學生由生教組長個案

管理，內向性及家庭因素形成之心理困擾學生由輔導組長個案管理。

◎進行個別輔導、行蹤掌握、家庭聯繫、社工、機構聯繫等工作。

◎統整各協助機構回報的資料。

◎親職教育、家長諮詢、導師諮詢等。

◎召開個案會議、班級經營會議、親師協談等。

(2) 社會、社區機構方面：

◎社工人員：社工人員展開與個案以及個案家長接觸，進行了解、家訪、申請資源等工作，並將工作情形回報學校。

◎警政單位：加強社區巡察追蹤校外遊蕩學生。

◎社政單位：加強開發勸阻單協尋中輟生。

2. 整合社區資源工作項目

(1) 以學校為中心整合及運用社會、社區資源，有效輔導中輟學生使其重返校園。

(2) 防範青少年學子在外遊蕩，協助其適應學校生活，減少社會問題及維護社區安寧。

(3) 呈現學校需求社區資源支援個案現況狀況說明討論。

(4) 各單位代表說明機構宗旨，並就其功能、資源，與個案的需求結合，認輔個案對象適配。

(5) 進一步討論相關事項，如：協助的方式、同一個案各協助機構間的協調、聯繫資料的彙整等。

3. 工作期程

(1) 召開以學校為中心之社區資源聯繫會議：每學期召開兩次研討會議為原則。

(2) 會議結束後的工作內容項目：發送會議紀錄，包括 (a) 個案需求分工表 (以個案為主軸，可以清楚知道該個案的所有協助機構，各機構間也可以彼此知道及聯繫)；(b) 協助機構個案資料表 (以協助機構為主軸，可以清楚知道該機構的所有協助個案，並詳列個案的資料)；(c) 通知導師 (以班

為主軸，可以清楚知道該班所有個案，及每個個案的協助機構，並詳列機構的聯繫資料，供導師運用）；（d）製作完整的社區資源網絡聯繫資料（含校內外人員，包括機構完整名稱、個案聯絡人職稱、姓名、業務聯絡電話等）。

（3）輔導系統啟動運作

◎三位一體：結合家庭、學校、社區資源。

◎三管齊下：統整輔導、社工、警政力量。

4.工作目標

（1）透過會議資源不斷加入形成輔導網絡，教育效能系統化。

（2）社會、家庭、學校成為結盟結構，攜手合作輔導學生。

（3）家長、教師、社工成為伙伴關係，保持密切聯繫溝通交流。

（4）工作的歷程是問題解決的過程，協助家庭解決問題。

（5）有效降低中輟學生人數，並追蹤中輟學生復學。

（6）藉助警政力量維護社區安寧，維護校園安全，學生暴力事件幾近於零，學生安心讀書喜歡上學。

（7）推動以學校為中心聯繫社會社區資源整合輔導工作模式，成為臺北市學校社會工作的示範方案，期望獲教育當局重視並能成立輔導專案經費補助。

五、實施現況分析

（一）整合社區資源之輔導工作模式，運用社區資源的情況

合作的單位包括了社區家長：認輔人員儲訓志工（社區人士和家長）、家長會義工團體輔導組、家長會顧問、學區里長、輔導專長家長。民間企業：萬華社區大學、龍山寺、青山宮、普仁文教基金會、阿里磅農場、團隊發展國際股份有限公司。矯治性系統之社會資源單位：臺灣師大心輔系、臺北市社區心理衛生中心、臺北市家庭暴力暨性侵害防治中心、臺北市教師研習中心、臺北市家庭教育中心、臺北市東區特教資源中心、臺北市萬華區強迫入學委員會、得勝者教育協會、得

榮者教育基金會、董氏基金會、法鼓山文教基金會、勵馨基金會、萬華區少年服務中心、中途學園、臺北市少年輔導委員會萬華區少輔組、臺北市龍山婦女服務中心、臺北市孤兒福利協會。醫療資源：臺北市立聯合醫院和平院區、臺北市立聯合醫院松德院區、臺北榮民總醫院。警政資源：臺北市警察局少年隊、臺北市萬華區康定派出所、臺北市萬華分局、土城少年觀護所。

（二）學校社會工作推動後，對中輟學生的比率增減狀況之影響

萬華區國中學生各校中輟學生人數，向來居臺北市之冠，本校多年來中輟學生人數一直居高不下，每年都在十五人上下，造成校園不安以及家長管教的困難，推動此輔導模式經過四年，其中輟生人數的統計如表1。

表1 臺北市龍山國中92學年度至95學年度中輟學生人數統計表

學年度 (以一學 期為單 位)	該學年與非該學年分開統計								再輟率		復學率			輟學率	該學年度學校學生總數
	輟學 人數		復學 人數		尋獲 人數		再輟 人數		該學年再輟率	總再輟率	該學年復學率	非該學年復學率	總復學率	該學年度輟學率	
	該學年度	非該學年	該學年度	非該學年	該學年度	非該學年	該學年度	非該學年							
92上	12	4	6	1	1	0	1	5	10%	40%	75%	30%	66%	1.35%	1142
92下	6	1	5	0	2	0	0	4	0%	57.14%	83.33%	0%	71.43%	0.53%	1142
93上	10	2	6	0	0	0	2	6	20%	50%	60%	0%	50%	0.94%	1061
93下	8	6	6	1	0	0	0	7	0%	50%	75%	16.67%	50%	0.75%	1060
94上	10	7	7	1	0	0	0	6	0%	35.29%	70%	14.29%	47.06%	1.02%	982
94下	7	9	4	3	0	0	0	6	0%	37.5%	57.14%	33.33%	43.75%	0.71%	991
95上	9	2	5	0	3	0	1	6	0%	36.15%	45.45%	0%	38.46%	0.17%	944

註1：95上統計時間至96年1月31日止
 註2：輟學人數所呈現之數字，以輟學「人次」計算，事實上有時為某一中輟學生一再中輟之故。
 資料來源：臺北市中輟學生通報系統

從以上數據得知由於學校社會工作方案的推動，結合各種資源服務中輟學生，透過警政協尋、個別輔導、家庭訪問、安排中途課程及補教教學等輔導策略，致使該學年度的再輟率從93學年度下學期開始維持0%，總再輟率有逐年下降的趨勢，復學率亦能有所提升，未來期望能達成零中輟的成果。

(三) 推動「以學校為中心聯繫社區資源的整合輔導工作模式」協助個別輔導學生個別輔導是直接幫助學生自我探索、心理成長最有效的方法之一，但是需要大量的輔導專業人力資源，是學校輔導工作推動上的一個難處，自從推動此模式後，整合社區人力資源積極走入校園，補充學校輔導人力資源之不足，協助學生心理輔導，個別輔導學生人次逐年提升，並實質助益學生，92-95年個輔學生人次統計如表2。

表2 臺北市龍山國中個別輔導學生人數統計表

師大 學年	師大心五 實習教師	師大心四 實習生	師大心三 實習生	萬華 少輔組	萬華少服 中心	善牧中途 學園	家長認輔 志工	警政人員	校內認輔	人次 總計
92上	0	8			2	2	0	1	40	53
92下	0	12			2	2	0	1	40	57
93上	2	16	4	4	3	3	3	3	50	88
93下	2	18	4	4	3	3	3	3	50	90
94上		10	2	6	3	5	5	4	66	101
94下		11	12	6	5	1	8	4	66	113
95上	1	6		6	5	0	14	5	60	97

六、結語

如果你說：「1+1=2」，在數學上一定成立，但是在教育現場，乃至於在輔導的實務工作中，有時候這個公式可能是「1+1>2」。「以學校為中心聯繫社區資源的整合輔導工作模式」，就是這樣將家庭、學校與社會等三方面，構築了學校輔導社會工作的網絡，輔導資源適當的介入，每一面彼此串連起來，形成了堅韌的輔導網。

在輔導的網絡中，我們以「愛與關懷」為起點，以「輔導專業」為傳遞單位，發揮每一支柱的力量，讓輔導網牢不可破。當學生不小心往下墜落的

時候，這個緊密的網及時發揮最大功效，穩穩地承接住，這就是「1+1>2」輔導網路功能的極致發揮。

然而，「以學校為中心聯繫社區資源的整合輔導工作模式」能夠順利推動，有其關鍵因素：首先，學校要保持開放的心態與警政單位合作，開誠布公以協助學生為前提，而不擔心家醜外揚；其次，學校輔導人員平日透過正式、非正式場合機會，與家長、教師、學生充分溝通教育輔導理念，彼此信任建立合作機制；第三，學校與校外社區資源建立友善夥伴關係，保持密切聯繫以利緊急處理安置，或者彈性調整輔導措施。

在輔導資源網路的整合上，學校扮演著關鍵角色，學校輔導專業人員（輔導主任、組長）由於角色與職務的關係，有較多機會接觸社會資源，因而提升擴充輔導專業知能，成為資源使用的最佳能手。再者，學校教師亦可透過輔導室的諮詢管道，獲得多元的輔導資源相關資訊，將重要訊息適時地運用，使學生實質受益。

另外一個附加價值是，透過學校所召開的「社區資源聯繫會議」，邀請社區內的社福、警政等單位共同與會，一方面使得各機構代表之間有機會相互認識交流，了解各機構能提供的服務內容項目，並確認彼此之間的分工合作方式，是整體輔導機構效能的提升，更是青少年的福氣。

現今社會已是團隊合作的時代，單打獨鬥耗時費力，經常容易徒勞無功，青少年輔導工作更需要有系統觀，因此，輔導人員如何運用社會資源的寶貴經驗，確有其傳承之必要性，也是輔導人員不容忽視的能力。

為了減少新手輔導人員在不熟悉的業務中摸索，耗費時間耽誤青少年成長，建立一個標準作業流程模式，是幫助資源可以被充分運用的有利因素。也可以避免因為行政人員異動，而產生的空窗或是輔導漏洞。

龍山國中「以學校為中心聯繫社區資源的整合輔導工作模式」已有四年經驗，成為臺北市國中學校社會工作的示範方案，且獲得臺北市教育當局重視，目前每年均編列輔導專案經費補助發展，期望這個以「愛與關懷」為起點，以「輔導專業」為傳遞單位的「輔導資源網絡」，能堅實牢固發揮最大的輔導功效，網住青少年的心。✿

情緒障礙學生的輔導

■ 梁一成 高雄縣大樹鄉九曲國小教師

壹、楔子

某一天的早上在辦公室休息，突然來了一通指名要找輔導主任的電話，從電話另頭傳來甜美的聲音。這位小姐先自我介紹，我是某某國小資源班教師，班上有位學生（情緒障礙），以前在貴校就讀，現將轉回貴校，請主任能多加注意，若有何問題可以和我聯繫，以下是我的聯絡電話及姓名……。我心想著，如果學校的老師都能像她一樣認真，校園內一定看不到問題學生。

我從學生的姓名找尋相關資料，企圖拼湊出學生的樣子，從曾經教過他的老師及其他同仁的口中探知，結果得到的答案——這是一個「頭痛人物」。幾天後，這位學生轉到本校，因無特殊狀況，以致就把這件事給忘了。直到有一天，某位四年級導師，帶著一位身材壯

碩且哭哭啼啼的學生到輔導處來，這才勾起我的回憶，原來眼前這位學生就是那未曾謀面的頭痛人物。

貳、第一次接觸

看著這位理三分頭、身材壯碩、哭哭啼啼的學生，回想日前接到電話的情形。由於對這位學生有些認識，便請導師先行離開，讓學生留下來由我處理。導師走了之後，我請學生坐在旁邊，想讓他先冷靜下來，再詢問原因，沒想到這位學生居然不停地哭了將近十分鐘，吵得我無法工作，試圖與他做溝通，但他卻只是哭而無其他回應。此時，我也板起臉來問他爸爸的聯絡電話，說我要請爸爸來把你帶回去，沒想到話一說完，該生竟然有了反應，回答我說：「不可以，您打電話會吵到我爸爸，回

去我會被爸爸修理。」。我立刻順勢說：「你現在吵我，我不吵你爸爸怎可以，除非你安靜不哭。」該生經我這麼一說，便把哭聲收了起來，安靜地坐在一旁。

隔了一段時間，我發現他的心情似乎已回復平靜，便開口向他說：「某某老師說你很乖，怎麼到了本校就變了樣？」該生也精神振奮與我對話：「您怎知道某某老師，他現在怎樣？……」經過一連串的對話，我終於和他建立起溝通的管道。接著我又故意找事情讓他做，他也很認真地完成我所交付的工作，在工作結束後，我給予獎品獎勵並回歸主題告誡他不可以吵鬧，要聽老師的指導才是一個好學生，他也似懂非懂地接受我的規勸回到教室。

參、問題的開始

第一次見面不是問題結束，而是問題的開始。由於該生的情緒一直無法有效控制，加上與新任導師之間的相處無法順利磨合，以致於時常會出現問題，而每次問題的產生，我總會躬逢其盛、協助處理。

某日下午放學後，該生因功課未

寫完，導師將他留在學校，要求他把功課寫完才可回家，該生竟然耍賴倒在地，由於該生身材壯碩，導師只能在旁叫罵，要求他起來，但一直無法得到回應。直到我過去現場，用好言相勸，告訴他「早一點把功課寫完就可以回家了，好了好了，快起來」，連哄帶騙把這位學生帶進辦公室，找個座位給他坐，要求他趕快把功課寫完、早一點回家，才結束了這一場鬧劇。

又有一次在上課期間，發現他獨自坐在中庭的鐵椅上，我向前叫了他，問他為何不進教室，他只輕輕地回答我：「同學欺負我，我心情不好」。此時我只好把他帶進輔導室，問明原委，原來他和同學起了爭執，他認為同學對不起他，讓他很沒有面子，所以逃離教室，到外面透透氣。到了輔導處，我好言相勸，告誡他不可隨便離開教室，老師找不到人會擔心。他也聽了我的規勸，氣消了就回教室上課。

類似突然離開教室的例子層出不窮，每次介入了解時，該生總是理直氣壯說是因為同學惹他生氣，把所有的責任推到同學的身上。為了要改變他這種態度及轉移他的注意力，只好請他幫學

校的花草樹木澆水。經過一段時間的觀察，該生的情緒也慢慢有所改變，與導師及同學的互動情形也改善許多；但我也引起導師的不諒解，認為我對該生太好，會引起其他同學的反彈。但我還是堅持作法，認為特殊學生，還是要有特殊的作法。學生有情緒困擾，老師當然要適時地給予幫助，引導他情緒適當發洩，以改善其行為。

肆、輔導策略

福祿貝爾：「教育無他，惟愛與榜樣」。從個案的行為表現來看，個案只要一受到刺激或不如意，就會找尋發洩的管道，因而造成老師與同學的困擾。對於情緒困擾的學生輔導，個人以下的經驗可以作為參考：

一、隔離

當學生發生情緒失控時，適時的隔離是必要的。因此，我也與導師取得共識，當學生情緒發作無法控制時，請把學生送往輔導處，由我親自來處理學生的問題。學生到輔導處後，我會讓他坐在我的旁邊，等學生心情冷卻後，再和學生做溝通，適時引導學生正確的觀

念，讓學生自己知道不對的地方，做為以後要改進的參考。

二、站著不一定比坐著高

當學生情緒有所反應時，教師情緒可能會隨之起伏。所以在處理學生情緒困擾時，不一定要執著問題的對與錯，先把情緒處理好再來處理事情，會比較好的處理方式。問題的解決方法並不只有一個，換個方式、角度來看，可以發現站著不一定比坐著高。

三、投其所好

情緒失控的學生，只對他認同的事物關心，其餘的事物皆不存在。這位學生，因家庭背景較為複雜，說話會含有江湖味道，與他交談時，必須用「義氣」來引導他，讓他感覺老師很講義氣，是一個值得交往的人，因而建立起良好的溝通默契。同事也會對我開玩笑說，「他」只有您有辦法治。

四、建立規範

喝醉酒的人一定不會承認自己醉了。孩子也是一樣，當情緒障礙的學生發作時，他對自己的所做所為，不知道



原由也不會承認自己的錯誤。只有等學生的情緒冷卻下來，再慢慢導之以情，說之以理，讓學生自己承認錯誤，再從學生承認的錯誤中，與他建立規範，警惕日後不可再犯。

五、自我肯定

這位情緒障礙的學生，在中午休息時總會影響到其他同學，只好利用午休時間指派他幫學校的樹木澆水，當這位學生接到這項工作時，他心中的興奮

是無與倫比，好像在他的人生中，終於有人看到他的存在。在每個星期五的中午，為了獎勵該生的認真，請他喝飲料並加以口頭稱讚，更讓這位學生自我肯定，建立起自信心。

伍、結語

在這有緣世界裡，您我的相逢，猶如百年修得因果。學生的問題，需要我們關懷與鼓勵，只要我們多付出一點關心與愛心，就可把問題消弭於無形。✿

「情緒障礙學生的輔導」一文之評論及回應

林美珠 花蓮縣學生諮商輔導中心專任心理師

壹、「情緒障礙」之診斷、分析

前文作者所描述的小四學生是接受資源班服務的「情緒障礙」學生。根據特殊教育法之「身心障礙及資賦優異學生鑑定標準」，其第九條「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、或有其它持續性之情緒或行為問題者」，範圍之廣泛涵蓋了心理疾病診斷與統計手冊（DSM-IV）的通常初診斷於嬰兒、兒童或青少年的注意力缺陷過動疾患，以及第一軸的精神分裂及其他精神病疾患、情感性疾患及焦慮性疾患。

進行學生輔導的一般流程，通常會先收集學生的家庭、學校、成長史、人際關係、學校成績等背景資料，之後再進行兒童困擾問題之成因分析進而擬定

輔導策略及方針；在前文作者的描述中較少看到這方面資料的著墨，對於兒童情緒障礙的相關資料缺乏，在分析、診斷及輔導策略的擬定上較無法做全方位的考量。由於學生的行為問題及困擾型式日益複雜，筆者認為學校輔導老師需提升辨識兒童行為的專業能力，以本文的學生為例，輔導老師宜深入了解精神病疾患、情感性疾患、焦慮性疾患、及注意力缺陷過動症之診斷標準。

前文作者提供個人與情緒障礙兒童相處的有效模式，如輔導老師自己先情緒穩定、等待及安撫學生的情緒、提供學生表現及被肯定的機會及經驗、以及讓學生覺得自己是重要的等等方式，可以做為學校老師或其他相關人員如何與情緒障礙學生相處的一個良好示範，是值得嘉許的。

貳、國小輔導教師之角色及功能

面對兒童、青少年的輔導工作，除了針對兒童的行為了解及處理外，將其家庭及生態系統納入是必要且重要的。前文作者在接觸孩子之前，向校內老師收集了許多學生的基本資料，以對學生有初步了解，此部分的準備工作是十分恰當的。然而學生的生態系統除了學校生活還有更多的面向，學校的專業輔導老師還需扮演另一個角色，即學生的個案管理員的工作，針對文中的學生，筆者認為除了收集過去學生在校內的資訊外，還可以向前一所學校收集相關的學生資訊、與學生家長會談，了解學生在家裡的成長背景，學生是否有接受精神醫療服務，是否有服藥，孩子在家庭中的狀況，了解情緒障礙兒童診斷標準；之後，針對資料收集進行兒童情緒障礙之初步分析，進而擬定可能有效的輔導策略，而此策略需針對學生（是否提供一對一的諮商或團體輔導）、老師（班級經營如何針對學生做調整、如何面對學生的情緒失控）、家庭（協助父母如何與學校老師一致的管教孩子）、其他資源的納入（如是否仍需要資源班的服務）等等全方位的考量；將更多的人員

納入成為協助孩子的團隊。前文作者經由對學生的了解，耐心有技巧的與孩子互動，得到孩子的信任，建立良好的關係，並協助孩子在學校有較好的適應是值得肯定的。然而讓孩子的環境周遭，如果有更多可以了解孩子及讓孩子信任的人，就需要考慮父母、導師及其他人員的加入共同參與學生的輔導，一方面對孩子可以提供一致的安全及穩定環境，另一方面，對協助的大人而言也不致於負擔太過於沈重。

學校輔導老師，除了做個案管理的工作外，還可以提供孩子一對一的輔導工作。前文作者在孩子情緒失控時介入處理協助孩子，可以使孩子有效的穩定下來，但未提及是否有固定的時間與孩子談話。對情緒障礙兒童而言，如果可以建立一份穩定而長期的信任關係，除了在情緒失控的當下可以自行到自己信任的人身邊，有助於提供孩子內在穩定的力量以及自我控制能力的練習，而這樣的關係建立需要長期的耕耘。此外，在平時固定的晤談中協助孩子對自己的了解，對自己內在感覺及情緒的辨識及表達，以協助學生漸漸的控制及管理情緒，進而達到預防的效果。一位固定的老師，每週固定一節課與孩子個別的談

話，可以協助這樣關係的建立及提供孩子自我了解的協助。

學校輔導教師之角色多元化，是上課的教師、專業輔導老師、行政人員、學校社工、個案管理員、社區學校資源轉介及提供者，在有限的時間及精力上提供學生最佳的服務，筆者認為學校輔導教師專業的持續成長及整合校外資源以協助校內學生，是可以努力的方向。

參、情緒障礙學生之輔導

若是經診斷確定為情緒障礙兒童，必要時可以尋求專業諮商心理師的協助，或者轉介到社區心理諮商機構去接受心理諮商。除了專業的協助外，情緒障礙兒童周遭的大人們了解如何面對處於失控的孩子也是對學生有幫助的。如前文作者所提到的，因應情緒失控的孩子「耐心」及「當下情緒的處理」比問題解決來得重要，所以前文作者會協助學生冷靜下來再進行後續的輔導工作，是十分恰當的。一般而言，協助情緒障礙孩子的幾個重點工作是：

一、協助孩子覺察及辨識內在混亂的情緒：這需要一個與學生關係已建立的大人，或者孩子周遭生活的大人提供孩子這樣的協助；在孩子混亂

的情緒當下，用語言反應及同理孩子的各種情緒，協助孩子感覺並覺察到自己的情緒。且經由大人對於這些混亂情緒的接納，有助於孩子對自己混亂情緒的接納；也唯有當孩子可以接納自己混亂的狀態下，才可能進一步的去覺察自己內在的身體反應及感覺。

二、協助孩子表達情緒：當孩子漸漸地可以認識一些自己內在的身體反應及感覺的相關情緒時，可以協助案主使用各種表達性媒材或語言，練習表達內在的情緒以及相關的想法。在這樣的過程中一個持續有耐心及接納的大人在旁邊陪伴關懷著仍是重要的，在過程中給予孩子更多的時間、鼓勵及肯定，有助於孩子漸漸的找到方式精確地表達內在的情緒及想法。

三、情緒的控制及管理：當孩子可以漸漸地使用代替性的表達方式或語言表達內在的情緒及想法時，孩子比較能掌控自己的情緒，因為可以表達他們而被其他人了解，就比較不會以混亂的哭、生氣或憤怒等行動化的方式來表達。

四、代替方式：協助孩子找到處理情緒

的好方法，而此方法可以符合社會規範又可以滿足自己需求的方式。比如：唱歌、畫下來、說給信任的人聽等等。

情緒的覺察及辨識，不僅情緒障礙的孩子需要，協助孩子的成人如果對自己情緒的辨識及覺察是清楚及熟悉的話，將更能協助孩子做相關的練習及表達，Kundtz著的「Men and Feelings-Understanding the Male Experience」（中文譯為『打開心門活得自在』，黃春華譯，1994）一書中介紹了「健康感覺快速的三個步驟」，可以做為情緒自我覺察及了解的練習，有助於輔導老師自己以及協助學生們情緒覺察及情緒了解及敏感度的訓練，並能增進個人對情緒覺察及回應的能力，其內容為：

1.與感覺同在：當感覺浮上來時，用心去感受，其他什麼事都不要做。深吸一口氣，仔細的去感受，讓它自然的浮上來、與它同在，注意它、知覺它。

2.為此感覺命名：為這份感覺取一個正確的名字，如，「我覺得……；我現在有種……的感覺；我感覺到自己……；這件事讓我感覺到……」。默念或大聲地說出它的名字。當為自己的情緒命名並大聲的說出自己的情緒時，

可以讓我們超越情緒的控制，並建立起與感覺的關係，等於在說「這就是我的感受」，接納了情緒原原本本的感覺。

3.以某種方式將此種感覺具體化：將感覺表達出來、具體化。必須符合三個原則：其一，純然只是為了表達感覺而做；其二，不能違背個人的價值觀及道德觀；其三，不可觸犯法律。表達的方式，可以從含蓄到誇張，大哭、大笑、作詩、唱歌、割草、舞蹈、寫投訴信等。

在練習「健康感覺快速的三個步驟」之前有項重要的工作是，要先了解有多少情緒類別，平時可以收集有關正向的、負向的、強烈的、溫和的等各式各樣的情緒；並對情緒的種類及每種情緒的定義進行了解，方能正確及清楚地為情緒命名。

輔導情緒有困擾的學生，協助者本身的情緒穩定是一個重要的因素。在處理及因應學生的情緒高漲的當下自己的情緒不被挑起，方能以學生為中心地協助學生面對及覺察自己的情緒。除此之外，團隊的合作以整合可用的資源，並將學生的家庭及生態系統納入協助學生的團隊中，將更能有效地協助學生在學校、家庭及社會上的適應。✿

輔導過動兒的挑戰

■鍾享龍 高雄市小港國小輔導主任

筆者初任輔導主任時，有一天辦公室電話傳來急促的聲音，說著：「主任，您快來，班上王小明（化名）正在發脾氣、抓狂……」，當時的我，研判事態嚴重，馬上快步衝上樓，映入眼前的是王小明拿著掃地用具正歇斯底里追打著同學，就如同孫悟空大鬧天庭。為了不造成其他同學的傷害，當下趕緊抱住個案，希望讓激動與暴怒的情緒能藉由如此宣洩而緩和下來（此時筆者不僅要考量個案拳打腳踢不傷害到他人，也要保護自己，更重要的要讓個案不因掙扎而受傷）。當時安撫個案情緒，與他對談，等他氣空力盡時，帶至輔導室會談——即時適當的處理，讓傷害與危機不擴大，是教育輔導人員第一優先考量的。

王小明經過醫生診斷有過動現象——注意力不集中、有暴力傾向（在教室常常吵鬧、打同學、亂走動、出怪聲等等）。因此人際關係欠佳，獨來獨往，並且常因無法忍受小朋友無意的碰觸而

發脾氣、動手打人；不聽規勸、對師長態度惡劣。雖然是師生眼中的頭痛、麻煩人物，但老師沒有因此而排斥他，反而用愛來包容與關心他。然而，畢竟單人的力量有限，再加上層出不窮的狀況，使老師疲於奔命，造成莫大的負荷與挫折，於是轉介輔導處，就這樣與小明有了第一類的接觸，也開啟了本人對過動兒的了解、挑戰與成長。

一、他不是故意的——充滿活力的金頂電池

一般所謂過動症，在學理上係指罹患「注意力缺陷過動症」（Attention - Deficit / Hyperactivity Disorder，簡稱ADHD）的兒童。Barkely（1990）表示ADHD的兒童，本身的相關症狀可能造成不利影響包括幾個方面：智力發展與學校表現、學習障礙、說話及語言發展、記憶、執行過程與其他認知能力、感覺與動作問題、生理健康、睡眠問題、情緒障礙、品行問題、社會關係、

歸因等。陳玲婉（2006）指出：患者會有注意力缺陷、活動量過度及容易衝動等症狀，影響孩子的學習、人際關係與情緒。根據筆者經驗，由於這類孩子往往在外觀與智能方面表現與一般孩子無明顯差異及障礙，因此外界，包括父母、教師都會因為孩子的行為表現，而歸類、誤解為「行為偏差的問題小孩」。

吳麗寬（1999）指出在研究中發現額葉區功能失調，特別是額葉前的區域功能失調和注意力缺陷過動症有關。因此，我們要正確地認知與了解，孩子不是故意要和我們作對與搗蛋，他只是無法控制自己的情緒與行為。不是缺乏管教，也不是天生調皮、惡劣，而是大腦神經通道出了問題，以致於影響到他的生活、行為與人際相處。這類孩子從小就是精力旺盛、活潑好動，永遠也一刻不得閒，坐立不安。如果父母、教育工作者不能了解過動兒的症狀，就很容易貼上「壞孩子」的標籤——排斥、討厭、辱罵，以致於體罰。這樣的以暴制暴，只會使得彼此關係與問題更加惡化，導致他成為「反社會行為」的邊緣人。以下為過動兒的特徵（楊文麗、葉靜月譯，2003）：

（一）不專注

「不專注」指注意力不集中在固定方向與目標，例如小明無法長

時間專注於單一事件上，很容易只有幾分鐘熱度，就失去了耐心，因此總是馬馬虎虎、草率了事、甚至心不在焉，但是對於自己喜歡做的事情卻可以很專心，只是常常改變興趣，轉向下一個吸引他的東西。

（二）過動

「過動」指兒童躁動不安，包括：無法好好坐著、很少能自己安靜下來做功課；他們動來動去、在椅子上滑上滑下、在教室裡跑來跑去、到處大聲喧譁。同樣的，小明在上課時常會離開座位，到處走動，甚至追打小朋友、口出穢言，嚴重干擾到班級教學活動的進行。

（三）衝動

「衝動」指過快和沒有考慮就行動，兒童經常在未認清問題之前便說出答案。在團體活動中，他們往往等不及輪到自己，又出於衝動而中斷或干擾其他人，因此經常犯規。此外，他們傾向從事明顯具有危險的活動，且不經考慮地行動。如同小明身上發生的，今天如果班上同學無意看他一眼或碰觸一下，他就性情大變——罵人、打人，完全無法控制他的情緒與行為，害得同學對他退避三舍，在家情形也是如此。

二、隨之而來的問題——混亂中長大

過動兒的成長不能等，因為可能會嚴重影響兒童未來的發展、課業學習、人際關係與社會行為等。「接納、包容、體諒、幫助」是輔導人員應有的基本態度。筆者分析小明當時狀況，面臨以下待解決的問題情境：

（一）教養關係的緊張

大部分的父母多半抱怨這類孩童難以管教，不知如何教養，因此，造成彼此之間的緊張關係，甚至對立或是放棄。過動兒的特徵不僅造成家庭成員的衝突外，更引發無力教養下的情緒失控，同時也形塑出體罰與暴力的態度與管教方式。小明本身為單親家庭，母親在公司上班，早出晚歸，放學在家時間，大部分由年紀大的祖母照料，也由於隔代教養的關係，更強化小明行為固執、不順從、沒規矩、放縱的表現。母親常在蠟燭兩頭燒的巨大壓力下，以求神問卦、沖煞的民間偏方來治療她的小孩。如此，周而復始的劇本，讓親子關係瀕臨裂解而無法修復的地步。鍾享龍（2006a）指出：漸漸地親子之間取而代之的就是疏離、衝突與代溝……彼此之間的關係繼續惡化下去，只剩法理的血源關係。

（二）同儕互動的對立

Lauth和Schlottke（2003）指出一般兒童不被鼓勵與注意力缺失的兒童接觸，以致會避開與他們來往，或在課堂上刻意突顯他們的缺失。在社會互動及日常行為中，注意力缺失兒童被同儕拒絕是殘酷但普遍的現象。他們常因此覺得孤立，使得問題更為嚴重。

由以上可知，在學校這類兒童常被稱作「討厭鬼」、「壞小孩」等諸如此類標籤。小明想法偏激固執、常誤解他人的言行舉動或無意的碰觸反應過度，就衝動罵人髒話、甚至動手打人，造成同學間的排擠，不願和他做朋友，因此，他常常自己一人獨自玩耍。

（三）師生角色的衝突

面對過動兒時，老師承受的壓力不只是因他有違期待的行為表現及班級經營所產生的困擾，還包括來自其他學生家長的抗議及不滿；同樣的，當其他學生在不了解此類孩童下，有可能會造成對老師的誤解——對於小明的行為管教就如此寬鬆或置之不理，似乎較為偏袒、容忍小明。當班級教室狀況發生時，老師不僅要制止及輔導小明外，更要顧及和維護其他孩童的受教權，

在如此內外交迫壓力下，難免會有挫折或情緒失控的時候。更因少數家長的不諒解與支持，全盤否定老師付出的心血與努力，長期下來，有可能造成老師憂鬱情緒與症狀。

（四）自我觀感的低落

由於長期外在因素負面的影響，造成小明的情緒波動更加劇烈，進而影響自我行為的正當化（就是因為大家不喜歡我，常找我麻煩，所以我更要找他們算帳——都是別人的錯），如此下去，課業學習不理想、人際關係一場糊塗，促使著他的行為問題更加惡化。楊志偉（2005）指出：污名（Stigma）又名標籤或烙印，指的是一種當違背社會正常標準時，會被貼上的記號，此種記號會造成社會的排斥。環境不適應與標籤污名化下的此類孩童，除自我否定外，極有可能結交不良友伴，成為社會犯罪的一份子。

三、過動兒的輔導策略

注意力缺失過動症（ADHD）兒童占學齡男孩的5-10%（女孩的比例約是男孩的四分之一），一般國小每班約有2-3個過動兒（吳佑佑，2003）。相信以後這類孩子會有增加的趨勢，然而，他們的外表看起來和其他孩子沒什麼兩樣，

因此也最容易被人忽略，而認為是天生的反骨與不受教。也就是因為這樣動輒得咎，不僅會影響他的受教權利（要求轉班、轉校）及人生發展，嚴重的就是讓他自暴自棄到自生自滅。試想，當我們對「過動兒」有了正確的認知與了解，我們是否還忍心用厭惡、生氣、體罰的方式來對待他們的過失行為？其實，每當筆者在小明情緒平復穩定後與他會談，他都知道自己的行為不對，也會有不好意思或懊悔的表示。人生，沒有圓滿的；孩子更是如此，但可以用寬容的心、慈悲的愛，補足那些缺口與缺憾，讓人生的記憶因為有愛而變得圓滿（傅木龍，2004）。

有鑑於此，筆者認為教育工作人員面對此類兒童問題的挑戰所應有的處遇態度與輔導策略提供各位參考：

（一）放下身段、包容相待

傅木龍（2004）表示：「教育愛不在量，在質；不在多，而在親」。我們傳統的觀念及教育發展中，「不打不成器」、「棒下出孝子」似乎是舊有文化中所默認的管教孩子方式。然而從教育的理論及相關研究中，可以清楚了解到打罵的管教方式，存在著許多負面且深遠的影響。不管是父母或是教育工作者，此類孩童有一特徵就是情

緒與思考模式是強烈的「自我中心」，所以常有「遇強則強」牛脾氣出現，因此，縱使他的犯錯頻率是如此之高，也唯有「貼近孩子、擁抱孩子」，他才能感受到您的關懷與支持。基本上，剛開始與小明建立出友好及尊重的關係是相當重要的。如果沒有發展出「亦師亦友」的「重要他人」關係以贏得他的信任，那後續的諮商輔導就容易失敗，因為，他會認為又來了一個「教訓、管教」他的——感受不到你有何不同？脫下做父母、教師威嚴的角色面具，用不一樣的標準來看待他的課業及行為表現，隨時關心並給予正面的肯定與微笑，相信「頑石」也會點頭。

(二) 親師生化解歧見與誤解

過動兒的自我控制能力極差，常帶給父母與老師相當大的壓力與困擾，因此處理一波波問題時，難免心浮氣躁、口氣不佳，此時下的心境，如果用在親師溝通上，肯定會發生不愉快的場面，進而產生摩擦與衝突。溝通不良的典型特徵，就是主觀立場太強烈，總認為自己是正確無誤的（雖然雙方出發點都是為孩子好，但卻忽略了溝通的技巧與時機）。當成見與歧見產生

時，要適時化解，否則親師關係就會有裂痕導致無法修補。「先處理好情緒，再處理事情」是溝通前必下的功課，因為講出的話是無法用「立可白」擦掉重來的。基於親師共同合作的目標就是維護孩童的最大權益，有必要召開「親師座談會議」以化解誤會，取得彼此的信任與支持。行政人員最重要的就是營造出溫馨的環境與契機，以溫和、誠懇及友善的態度來說明個案情況，更重要的就是大方稱許學生的優點及慰勞、體恤老師及家長的付出，以「不推卸、不指責」的原則來打開雙方心結，進而握手合作。其次，利用班級機會教育（小明到輔導處諮商時），由老師解釋「他不是故意的、分心不是他的錯」，使其他小朋友了解小明，並以體諒及關懷的角度從旁幫助他。也因為老師的說明，使得班級氣氛有了轉變，更能友善對待，不再討厭與排擠，不僅如此，更應向其他家長說明，將阻力為化為助力，相信，大多會給此類孩子機會並伸出援手來打氣加油。

(三) 給予時間、體諒出發

「好」孩子必須學習，「好」父母親，何嘗不需學習呢（鍾享

龍，2006a）？教師要學習了解「接納」的定義——成見歸零、情緒歸零（鍾享龍，2006b）。不管是學校或是家庭生活，陪伴他的人都須接納他的特質，練習學會原諒與體諒，畢竟，不是感冒打針吃藥，馬上藥到病除。給他時間，不管是課業或是生活指導，都必須經常性的激勵與引導，以下為筆者與小明互動的一些遊戲規則：

- 1.與兒童有約，藉由討論當中，訂下同意的契約書。
- 2.明確建立正增強物的獎勵制度，但也有沒收的權利。
- 3.給予服務的機會，養成責任感與成就感，培養自信心以轉移其暴力行為。
- 4.和他溝通的方式及口語，要簡單明瞭、態度堅定但不囉唆。
- 5.示範正確良好行為，做為模仿學習的對象。
- 6.與他一起玩遊戲、運動，並給予正向關注與支持。

(四) 少用制裁與懲罰、多用讚美及鼓勵

Patterson（1982）指出注意力缺失兒童較難經由指示、規則以及結果來掌控。從與小明互動當中，他的行為定向是沒有規則、無法事

先預知的，更討厭規範與嚴厲的口氣責罵他，因為這樣，只會激怒、讓他情緒更為高漲而致無法收拾。

「動機理論」強調，注意力缺失兒童很少獲得建構性的行為引導，常常達不到社會的期待，因此常被處罰（楊文麗、葉靜月譯，2003）。一般來說，父母或教育工作者太注意與反應過動兒所帶來的不守規矩與干擾，卻少有對其正面的表現給予鼓勵，有的甚至視而不見。「用放大鏡看他的優點」——即時給予正增強，誇獎他，不僅會讓他產生自信心，親師生關係也會改善，更能減少同儕對他的負面觀感。中國有一句諺語：「良言一句三冬暖，惡語傷人六月寒」，何樂而不為呢？

(五) 階梯學習、釋放壓力

當父母及教育人員知道此類孩童的特性，那就不能要求太多或標準過高，因為等同的標準不只對他不公平，更會增加你負面情緒的累積而形成壓力。所以調整心態與做法是每一位面對此類兒童必須做的心理建設。良好的親師生關係是治療過動症的基礎，因此做好情緒管理工作及正確的教養方式是你我都需要學習的。美國科學家摩爾根曾指出：「目標不妨設得近些。近

了，就有百發百中的把握。鏢鏢中的，志必大成」。修正不當的標準，逐步階梯地建立成功的經驗遠比高標準下獲得的責罵還來的有治療的效果。從近目標、小地方做起賞識教育，尊重他的特殊性、容許他的犯錯、給予機會及鼓勵，相信孩子會感受到你我的愛心與苦心。

(六) 藥物治療、資源投入

雖然現在的家長所受的教育比起從前已提升許多，但教養方面出現問題，會尋求醫療協助的風氣仍不普遍（莊慧美，2000a）。適當的藥物治療通常可迅速減輕注意力缺失過動症的主要症狀（楊文麗、葉靜月譯，2003）。基本上，個案情況如果已非常嚴重，甚至危害到他人與自己，我建議需要與醫師合作並做藥物治療，再跟行為治療與諮商等多重管道綿密配合，方能見效（小明起初未服藥前，就如同一顆不定時炸彈，隨時找人挑釁、攻擊他人，服藥治療後，就有相對性的改善，包括較持久的專注力與較少情緒暴怒等，讓人感受到整體行為的改善）。過程中隨時記錄與觀察，三方並保持聯繫（學校、家庭、醫師），了解個案進展程度，以便做適當評估與處理。其次，學

校行政體系應做老師強而有力的後盾與支援，分擔老師的壓力，使其不會有孤軍奮戰的感覺。再來安排適當輔導諮商人員的介入，並尋求學校與社會資源的力量，落實三級治療的功能（每星期不定期面談與遊戲治療；安排實習教師到班協助，減輕老師的負擔；過動兒相關活動訊息的轉達及參與；熱心班級家長協助；與醫師的討論及聯繫等等），以「不放棄及堅持」的團隊精神共同投入，協助此類孩童。

四、成長中的喜悅

有人說，諮商與輔導工作是改變人的歷程；也有人說，諮商與輔導工作是生命與生命的相交，是成熟的生命影響不成熟的生命（劉如卿，1996）。感謝老師一路走來，始終以愛的信念與關懷來對待小明，相同的，母親也能配合學校帶小明到醫院做治療，並持續給予服藥，其他小朋友也上了人生最寶貴的一課——「生命需要尊重與關懷，它自然就會找到下一個出口」。而我，感覺對人生有了不同的一番見解，「他」使我發現人生要學習「柔和」——輔導少了柔和就無法感動人心，它只是教條式的規範；溝通少了柔和就會彼此爭執，產生誤會。就像牙齒雖硬，到了老年掉光，

留下地卻是柔軟的舌頭。總之，過動兒的教育與照顧不是一朝一夕，而是針織細縫的工程，需集家長、老師、同學、輔導人員、醫師、社會大眾等人力量，以「愛心、恆心、耐心」灌溉，方能從樹苗變成大樹。

五、結語

目前ADHD的學術研究顯示，行為治療及心理輔導皆須配合藥物治療下才能發揮其最大的功效。父母親與老師若能及早發現孩子的過動行為，經由專

業醫師與諮商團體的輔導，改善過動兒的偏差行為仍是指日可待的（莊慧美，2000b）。「及早發現、接受事實、安排治療、用心對待」是每位父母應建立的正確觀念與態度；而師長們更應秉持「愛心、耐心、包容心」之精神來有教無類、因材施教；社會大眾則需抱持「不排斥、不拒絕、不惡言」的寬容心來相處。如此，他才不會孤單與無助。如同在冰天雪地下的植物，只要給予陽光照耀般的溫暖與滋潤，他就會挺身昂首，綻放出燦爛的生命力。✿

參考文獻

- ◎吳佑佑（2003）。為ADHD兒童加油。**兒童注意力訓練手冊**。臺北：張老師文化。
- ◎吳麗寬（1999）。行為治療在ADHD治療之應用。**特教園丁季刊**，1（15），33-37。
- ◎莊慧美（2000a）。過動兒的教養。**師友月刊**，397。
- ◎莊慧美（2000b）。過動兒也有春天。**師友月刊**，393。
- ◎陳玲婉（2006）。他不是故意的——注意力缺陷過動症兒童的教養策略。**師友月刊**，466。
- ◎傅木龍（2004）。從輔導與管教談教師作為的迷失與突破。**學生輔導**，93。
- ◎楊文麗、葉靜月（譯）（2003）。G. W. Lauth, & P. F. Schlotke著。**兒童注意力訓練手冊**。台北：張老師文化。
- ◎楊志偉（2005）。精神疾病學生在大學校園中的污名化感受。**學生輔導**，96。
- ◎劉如卿（1996）。諮商室裡的春天？談學校諮商輔導的瓶頸與突破。**學生輔導**，44。
- ◎鍾享龍（2006a）。幽默與教養。**師友月刊**，468。
- ◎鍾享龍（2006b）。給他抱抱—保護婚姻暴力下的脆弱生命。**師友月刊**，470。
- ◎Barkely, R. A. (1990). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. New York: Guilford.
- ◎Patterson, G. R. (1982). *A social learning approach to family intervention. Vol.3: Coercive family process*. Oregon: Eugen Castalia.

「教師專業發展評鑑實施計畫」之探析

■陳啟榮 高雄師範大學教育學系博士班研究生

壹、前言

進入二十一世紀知識經濟的時代中，智慧資本（Intellectual Capital）乃是最為關鍵的要素，而智慧資本更要靠教育來發展，而教育又得仰賴教師來踐行。由此推論，智慧資本的動力來源在於教師身上，有高素質的教師才有高品質的智慧資本。因此，塑造教師專業形象、提升教師專業能力，以及促進教師專業自主權，是高素質教師所應追求的方向。

此外，社會各界在全國教育發展會議等相關場合，對於實施教師專業評鑑和促進教師專業成長的訴求聲音源源不絕，可見教師專業實為社會對教師最殷切的期望。職是之故，為提升教師專業能力及精進教學品質，實施教師專業評鑑乃為必然的趨勢。

因此，教育部依據九十二年九月十三、十四日全國教育發展會議結論與建議事項，於民國九十五年四月三日擬定「中小學教師專業發展評鑑實施計畫」，該計畫之目的乃是在協助教師專

業成長，增進教師專業素養，提升教學品質。自九十五學年度起開始試辦「中小學教師專業發展評鑑實施計畫」，並且鼓勵教師自由參加，由自願參加試辦學校提出申請試辦計畫，預計試辦二至三年，並將逐年檢討實施成效。乃值得一提的是，教育部教研會強調，試辦計畫之目的主要在於促進教師專業成長能力之提升，至於教師成績考核、不適任教師淘汰機制，以及教師分級制度，則與試辦計畫的推行無關。是以，全國中小學教師應不宜把教育部的試辦計畫當作是要控制教師的緊箍咒。

本文共分為三大部分。第一部分是針對此次教育部試辦計畫有關教師專業發展評鑑之六項精神做說明；第二部分就教師專業發展評鑑之內容做介紹；第三部分為提出教師專業發展評鑑的因應之道供現職教師參酌。希望藉由本文的提出，能讓教師體認專業發展的重要性，而這條專業發展之路乃是必須要走的道路，由衷地希望走上這條道路的教

師們之個人教師專業更加卓越。

貳、教師專業發展評鑑之精神

教育部長杜正勝指出：教學、學習與評鑑三者是教育的核心，教師教學成效有賴學生的學習表現，但檢視教學品質則有賴評鑑的實施。教師在教學情境中直接與學生互動，對學生學習的影響非常深遠，所以促進教師專業發展，精進教學品質，實在是刻不容緩的事情。綜觀此次教育部試辦「中小學教師專業發展評鑑實施計畫」之主要精神有六項，如下所述：

一、以教師專業發展為主軸

Etzioni（1986）指出，一直以來，教師工作的專業程度稍嫌不足，充其量僅能說是半專業（semi-profession），遠遠低於醫師、律師、工程師、會計師與建築師等完全專業的職業。探究教師半專業的原因有以下幾點（郭諭陵，2005）：第一，教學的可視性高而且缺乏神祕性；第二，教學成效無法立竿見影；第三，教學對象的年齡層較低；第四，教學實際情形的限制；第五，取得教師資格的門檻並不高；第六，視教職為終身志業的人並不多。

有鑑於教師專業能力的成長及專業地位的建立，是教育品質提升的關鍵，

也是家長及社會大眾的期望。是以，此次的試辦計畫乃是以教師專業發展為主軸，目的在激發教師專業發展能夠更加地完善，藉以達成完全專業的境界。

二、鼓勵學校申請試辦、教師自願參加

由於目前教師評鑑並無法源依據，因此不能硬性規定教師參加，教育部此次的試辦計畫第五點第一款中明定：於自願原則下，採鼓勵學校申請試辦；試辦學校教師亦依自願方式辦理。

由此可知，該計畫乃是鼓勵性質，希望藉由教師的主動自願參加，促使教師專業更佳完善。等到立法院三讀通過《教師法》修正草案第二十三條之一：「為提升教師專業成長及達成教學與輔導之成效，高級中等以下學校教師應接受評鑑。前項評鑑之類別、內容、標準、方式、程序及其他相關事項之辦法，由中央主管機關定之。」屆時，教師評鑑就有法源依據，那麼教育行政機關辦理教師專業發展評鑑將更加順暢。

三、引領學校行政走向教學領導以及學校本位視導與評鑑

長久以來，教育視導（Education Supervision）功能總是成效不彰，更是流於形式化（邱錦昌，2003）。希望校長能扮演教學領導與行政領導的雙重角

色，並且透過轉型領導（Transformational Leadership）的方式（秦夢群，2002），運用個人獨特的魅力與專業的能力，激發學校教師的教育服務熱忱，一起共同來達成教育目標。

更希望藉由此次教師專業發展評鑑實施計畫，能引領學校內成員落實學校本位管理（School-Based Management）的視導與評鑑，透過增權賦能（empowerment）方式讓教師更有專業能力，並有效落實績效責任（accountability）制度，讓教師專業發展之基石更為鞏固。

四、鼓勵教師以自我省思及同儕專業互動為成長手段

教師專業發展評鑑並非是吹毛求疵，或是在雞蛋裡挑骨頭，更不是在找麻煩、挑毛病，而是在促進教師同儕之間的教學相長，由教學經驗較為豐富的資深教師分享自己的教學心得給新進教師，而資訊科技能力較為熟悉的年輕教師則是教導對資訊科技較為薄弱的資深教師。

儘管評鑑的確會讓人有股莫名的壓力存在，然而壓力之後，卻能得到更多的收穫。整體來說，評鑑制度所發揮的正向意義絕對大過於負向意義，教師們不用過度的擔心與緊張，只要以平常心來看待，相信藉由專業發展評鑑的實施，會讓教師受益良多。

五、以教學和班級經營為主要成長內涵

由於教師的工作除了教學以外，還有班級經營、訓導與輔導等相關事項；所以，教師在學校中所發生的相關活動，也應列入教師專業發展評鑑指標之中。如此一來，整個教師專業評鑑之內容體系才會更加地適切與周延。

六、期待學生的學習表現和成效能獲得有效提升

雖然教師專業發展評鑑實施計畫的主體是教師，然而真正受益的卻是學生，因為唯有教師專業充分發展，教師的教學效能與效益才能夠展現出來。簡言之，教師專業發展評鑑僅是工具而已，真正的目的則是學生的學習成效與表現。

參、教師專業發展評鑑之內容

在教師專業發展評鑑實施計畫第五點第四款規定：「教師專業發展評鑑內容得包括課程設計與教學、班級經營與輔導、研究發展與進修、敬業精神及態度等，其規準由學校參照主管教育行政機關訂定之教師專業發展評鑑參考規準自行訂定之。」由此可知，教師專業發展評鑑之內容主要包含以下四大層面：

一、課程設計與教學

課程設計與教學層面下，主要包含

以下七項評鑑指標：

- 1-1精熟任教學科領域知識
- 1-2展示課程設計能力
- 1-3研擬適切的教學計畫
- 1-4清楚呈現教材內容
- 1-5運用有效的教學方法
- 1-6運用良好的師生溝通技巧
- 1-7選用適切的評量方式並善用結果

二、班級經營與輔導

班級經營與輔導層面下，主要包含以下四項評鑑指標：

- 2-1建立有助於學生學習的班級常規
- 2-2營造安全且有利於學習的環境
- 2-3善用親師聯繫促進溝通與合作
- 2-4學生輔導工作詳實

三、研究發展與進修

研究發展與進修層面下，主要包含以下三項評鑑指標：

- 3-1參與教學研究工作
- 3-2研究教材、教法、教具或製作網頁
- 3-3參與校內外教師進修活動

四、敬業精神及態度

敬業精神及態度層面下，主要包含以下四項評鑑指標：

- 4-1反思教學，主動尋求成長機會

4-2建立與同事、家長、社區人士的合作關係

4-3願意投入時間與精力，奉獻教育社群

4-4信守教育專業倫理規範

肆、面對教師專業發展評鑑因應之道

雖然目前教育部所推行教師專業發展評鑑實施計畫僅是試辦性質而已，對於教師而言並不具任何形式的規範力或強制力，不過基於教師積極主動之特性，實應著手進行以下措施。如此一來，才能突顯出教師專業素養與能力。以下筆者嘗試提出一些因應之道，希望教師在面對教師專業發展評鑑，能秉持「無恃評鑑不來，恃吾有以待之」之精神，相信一定能掌握先機而有額外的收穫。

一、製作教師個人教學檔案

教學檔案乃是教師剛開始從事教學時的一連串紀錄，是教師曾經付出而所遺留下來的最有力證明，更是教師從事教學心血之所在。教師個人教學檔案主要包含：教學計畫、課程設計，指導學生事蹟，以及行政歷練，以下將依序說明：

（一）教學計畫

就是能有效使用Glaser（1962）所提出的「一般教學模式」（General Model of Instruction, GMI），先

擬定教學目標，然後再了解學生的起點行為與學習準備度，接著實施教學活動，最後進行學習評量。簡單來說，就是指教師在進行教學活動前的一連串準備計畫，針對不同性向的學生採用不同的教學方法與教學評量（包含：檔案評量、實作評量與動態評量等），目的在於達成教學目標，並開展學生的自我潛能，讓每位學生均能達到自我實現（self-actualization）的境界。

（二）課程設計

教師應熟悉任教科目之課程與教材，並且能夠適切地編撰與選用適切的課程與教材，並設計出多元課程與教材，在各課程與教材單元之間找出它們的相互層次關係，然後再加以組織，依照由簡而繁、由淺入深的順序編排，就像階梯一樣循序漸進，針對學生的個別差異，對於程度差的落後學生進行補救教學，對於程度好的優秀學生實施補充教學。這樣一來，才能讓每個學生都有成功學習的高峰經驗（peak experience）。

（三）指導學生事蹟

教師要教學之餘，對於學生課業外的學習也應以教師本身的特殊專長來加以指導，每位教師應該至

少要擁有一項以上的特殊專長，諸如國語文競賽項目（包含朗誦、演說、字音字形、書法與作文）、體育比賽項目（包含田賽、徑賽、球類運動，以及其他），以及各式各類的藝文活動（包含音樂、美術、繪畫、寫生、工藝等）。此外，教師特別要將自己或是指導學生的各種得獎紀錄加以妥善保存，倘若教師能以自己的特殊專長進而發展出第二專長或是更多的專長，相信教師專業成長能力將更加提升。

（四）行政歷練

礙於學校人員編制的不足，因此教師除了教學之外，還得要兼辦部分的行政工作，舉凡兼任行政職位（教務主任、訓導主任、輔導主任、總務主任、教學組長、設備組長、資訊組長、註冊組長、資料組長、輔導組長、訓育組長、體育組長、衛生組長、文書組長、事務組長、出納組長、午餐執行秘書、圖書管理員、人事管理員與會計員等），或是參加各種委員會（教科書審議委員會、課程發展委員會、教師考績委員會，教師評議委員會……等）。因此，教師們都視學校行政工作為畏途紛紛避之唯恐不及，若是以逆向思考來看，擁有學

校行政的歷練之後，自己的視野會更加地廣闊，氣度也會更顯非凡，往後處理學校事務將會更加圓融與順暢。

二、精熟班級管理與輔導

Hamachek認為：維持良好的師生關係與培養和諧的教室氣氛，乃是維持學生學習動機（motivation to learn）的兩項基本要素（張春興，1998）。是以，班級管理與輔導乃是教學之外教師所應具備的能力。班級管理與輔導主要包含：班級管理、輔導學生以及親師關係，以下將依序說明：

（一）班級管理

教師應營造友善、溫暖、安全的學習環境，並與學生共同討論制定班級公約，以供學生遵守；此外，更應熟悉班級管理知能與班級管理技巧，妥善運用獎勵與懲罰之技巧，以客觀、公正、公平的態度來處理班級常規，建立和諧溫馨的班級氣氛，讓學生可以安心的學習。

（二）輔導學生

教師對於學生的家庭背景與狀況必須要十分了解，針對高風險學生家庭（是指低收入、單親、離異、隔代教養家庭……等）要隨時監控，倘若

有危險警訊出現，應立即介入輔導與協助，並將輔導學生的情形記載於輔導學生紀錄表內。另外，也要秉持著人本學派學者Rogers的學生中心教育三要素（張春興，1998）：真誠一致（congruence）、無條件積極關注（unconditional positive regard）與同理心（empathy），來關懷與輔導學生，使這些社會弱勢與文化不利的學生能感受到學校教師的關心，而讓他們不再覺得自己是被拋棄而且無人疼愛的學校棄兒。

（三）親師關係

學生的學習若是有教師與家長雙方面的配合，其學習成效將會事半功倍，因此親師間的溝通與聯繫非常重要。教師可透過多方面管道，例如：家庭聯絡簿、電話、網際網路（包括：即時通MSN、網路信件E-mail、部落格Blog和班級網頁Homepage等）、班親會，以及家庭訪問等方式與家長建立良好關係。學生因為有教師與家長的加持，其學習成效將會大大提升。

三、持續學習與研究發展

希臘教育家坤體良（Quintilian）曾說：「教師應隨時進修，勿使自己成為枯燥乏味的教師」（林玉體，1996）。另外，當前的社會環境瞬息萬變，知識

的半衰期逐漸縮短，再加上學生獲取知識的管道日益增多，唯有持續不斷地學習，才不會被社會淘汰與學生看輕。由此可知，教師應擁有不斷進修與學習的熱忱，才能當個稱職的教師。學習與研究發展主要包含：研習與進修、教學觀摩，以及行動研究。以下將依序說明：

（一）研習與進修

教師應踴躍參加各種校內外的研習活動，並寫下研習心得感想與人分享，或者是將自己的教學經驗撰寫成文章並投稿教育刊物供教育界參酌，更藉由出席各大學師資培育中心所舉辦的學術研討會（seminar），把握機會與教育學者及專家展開理論與實務之間的對話，才能夠吸收最新的教育資訊。

另外，若能利用寒暑假、晚上或是週休假日的時間，選擇在職進修攻讀學位也是不錯的選擇。如此一來，教師的教育專業知能才能更加充足。

（二）教學觀摩

教師可定期舉辦教學觀摩或是教學作品發表，並邀請校長、學校老師、外校教學經驗豐富老師或是家長前來指導，不但可以讓自己的盲點漸漸減少，而且又能提升自己的教學效能與效益。

（三）行動研究

行動研究（action research）不但能解決當前立即的問題，而且還能讓實際運用者本身獲得某種程度的專業成長，雖然其對外應用的程度不高，然而卻是彌補教學理論與教學實務之間差距的最適切之研究方法（郭生玉，1996；Bailey, 1987）。教師乃是教育現場從事教學的第一線人員，難免會遭遇到許多棘手的教育問題，可透過行動研究來加以解決。

四、展現敬業精神與態度

教師的敬業精神與態度乃是教師最為重要與關鍵的要素，是衡量教師良窳的主要參考指標。敬業精神與態度主要包含：專業倫理、健全人格，以及教育愛，以下將依序說明：

（一）專業倫理

教師應恪遵教育法令與其他相關規定，非依法律之規定不得洩漏學生個人或其家庭資料，並且不得假借權力或利用職務之機會圖利他人。

（二）健全人格

教師做事應該積極進取，認真負責與有條有理地做好每一件事，對待學生也要誠懇，情緒管理也要做好。此外，教師還須具備良好之

人格修養與行為，才能做為學生學習之楷模與表率。意味著，教師不只是扮演「經師」的角色，還得要努力做為「人師」，兩者兼具才能算是真正的「良師」。

（三）教育愛

教師應具有教育愛，並視學生為主體，如同存在主義大師巴伯（Buber）所稱「我與汝」（I-thou）的關係（吳俊升，1988），並擁有為學生犧牲奉獻的精神，秉持有教無類與因材施教理想價值的熱忱，且能分享學生的成就，尚且富有愛心、同情心、同理心，樂於協助學生，願意以教育工作為終身志業。

五、做好公共關係管理

學校已經從傳統的封閉系統轉為開放系統，於是公共關係管理的能力更是教師不可或缺的能力。公共關係管理係指：教師能持續性地透過各種媒介，對於學校內外相關人員或機構，進行說服傳播、溝通與協調，藉以讓學校或教師本身獲得支持與資源的歷程（鄭彩鳳，1998）。公共關係管理主要包含：人際關係、行政關係、社區關係，以下將依序說明：

（一）人際關係

教師間的關係除了正式組織

下的同事關係之外，還可以發展非正式組織下的朋友關係。正式組織（formal organization）下的人際關係乃是由法令因素所形成，彼此間具有上下的階層關係，強調客觀性，所追求的價值比較偏向於理性，目的在於達成組織的目標；非正式組織（informal organization）下的人際關係則是由自然因素所形成，彼此間沒有階層關係而是平等關係，強調主觀性，所追求的價值比較偏向於感性，目的在於融合成員間的情感（謝文全，2003）。若是教師彼此之間能同時建立同事與朋友雙重關係，相信學校執行力將會充分落實。

（二）行政關係

學校成員除了教師之外，還有行政人員，包含校長、主任、組長、幹事、校護與工友等，倘若能與學校行政人員建立良好之關係，願意配合學校非教學之學校行政措施，例如：導護、值日與行政等工作，並能有效地溝通與合作，相信教學與行政兩個團體將使學校效能更加提升。

（三）社區關係

教師要能與社區村里長、地方仕紳、民意代表和居民保持和諧之關係，並且能夠有效地溝通與合作，

如此，才能引進社區資源供學校運用，讓學校運行更加暢行無阻。例如：為社區外籍配偶舉辦識字班、社區生活美語班、基本電腦班……等，終極目的乃是要達到學校社區化與社區學校化雙方雙贏的最佳情況。

伍、結語

「教師專業發展評鑑實施計畫」的評鑑實施方式可從四大層面來加以檢視，第一：自我評鑑，依據學校校務發展計畫，著手訂定的各項評鑑檢核表，於開學前發交所有教師作為本學年度評鑑的依循，定期實施自我評鑑，並加以反省與思考；第二：同儕評鑑，以

年段為主，進行級科任之間相互評鑑；第三：小組評鑑，由校長擔任召集人，學校教評會擔任評鑑委員，進行定期評鑑；第四：外部評鑑，由校長延聘校外具備教育專業素養的優良教師來進行評鑑。藉由以上四大層面來評鑑，猶如對於教師教學作健康檢查，相信一定能夠讓教師教學的專業發展更加卓越與超群。學校不只要塑造學習型組織（learning organization）強調不斷學習，更要發展教導型組織（teaching organization），除了不斷學習之外，還得要適時教導。吾人相信，學校中的每個成員若能同時兼具不斷學習與適時教導的精神，相信教師專業發展的成果將指日可待。✿

參考文獻

- ◎吳俊升（1988）。**教育哲學大綱**。臺北：臺灣商務。
- ◎邱錦昌（2003）。**教育視導與學校效能**。臺北：高等教育。
- ◎林玉體（1996）。**西洋教育史**。臺北：文景。
- ◎張春興（1998）。**教育心理學**。臺北市：東華。
- ◎郭生玉（1996）。**心理與教育研究法**。臺北：精華。
- ◎秦夢群（2002）。**教育行政——理論部分**。臺北：五南。
- ◎郭諭陵（2005）。中小學教師專業化之探討。載於中華民國師範教育學會主編，**教師的教育信念與專業標準**（頁89-113）。臺北：心理。
- ◎謝文全（2003）。**教育行政學**。臺北：高等教育。
- ◎鄭彩鳳（1998）。**學校行政——理論與實務**。高雄：復文。
- ◎Bailey, K. D. (1987). *Methods of social research* (3th Ed). New York: The Free Press.
- ◎Etzioni, A. (1986). *The semi-profession and their organization: Teachers, nurses, social workers*. New York: The Free Press.
- ◎Glaser, R. (1962). Psychology and instructional technology. In R. Glaser(ed.), *training, research and education*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.

生命教育融入國文教學的設計與運用

■邱玉惠 臺南縣立學甲國民中學教師

一、前言

據報導每四天就有一位學生自殺身亡，比前年多出三成，自殺已成為學生第二大死因。不管是資優生因成績不好而自殺，或者是男女之間因為感情不順遂而自殺或傷害對方，這些都是我們身為教育者必須去關心並解決的課題。我們希望學生都能在學習的過程中，學到勇氣與智慧，並且去克服自己人生中所遇到的難題，生命絕對不是一個看不見希望的地獄。愛默生（R. W. Emerson）曾說：「我們的一舉一動、一思一想，都是生命中不可磨滅的痕跡，我們怎樣地想，就成為怎樣的人。」我們是自己生命的主人，我們有權利讓自己活得精采，生活的過程中也許不能盡如己意，但是一定能夠憑著自己的信念堅持下去，而且就因為「活著」，我們才能創造出許多「機會」。雨果也曾說過：「人生下來，不是為了抱著枷鎖，而是為了展開雙翼。」所以要越過種種的障礙與考驗，才能得到生命的智慧，也才

能從不斷的人生試煉中，去了解自我存在的價值。

二、融入式教學的運用

生命教育課程內容必須盡量以學生生活為中心，讓課程能和實際的社會情況緊密結合，如此才能讓學生在日常生活之中對生命有正確的認知與感悟。由於生命教育的課程不只是傳授知識，更重要的是引導學生主動去思考自身的經驗，教師的生命態度是會感染學生的，因為教育是以生命去感動生命，所以我們在設計生命教育課程時，必須考量什麼是學生需要知道的？課程的目標為何？什麼樣的課程值得學生花時間去了解？所訂出的單元目標是要和實際生活事件有關聯，學生才能對所學內容覺察和省思，也才能利用當下的資源去學習，進而建立完整的概念。而老師本身不僅要具備正確的、健康的態度，還應該要不斷充實生命教育相關理論的知識，才能設計出可行且對學生有幫助的

課程。最後再透過評鑑的方式來了解整個課程是否能達到預計的結果。而融入式的教材最大的優點就是不需要另闢課程授課，可以直接與各領域的學科結合，在國中有學力測驗考試以及課程進度的壓力下，此種教學方式比較有實行的可能性。

而在各個學習領域中，語文領域的國文科最能引導學生深刻地了解生命教育的意義，不管是新詩、散文、或小說等等文學作品，常常能表現出作者深刻的人生體驗或永恆的生命價值。如果能以國文科為教學主體，把生命教育的內容以融入式的模式結合多元化的教學方法，並實際運用於教學現場中，此種不經意的「滲透法」會比「教條式」的口號宣傳更有效果。

另外國文教學所重視的閱讀活動，也可以是生命教育實施的最好途徑。日本文部科學省（即教育部）在學校教育中即明白地提到——培養豐富的心靈（豊かな心の育成）就是希望讓學生了解生命的重要和擁有體諒的心，要有善惡判斷的意識規範和熱心公益的精神（命の大切さや思いやる心、善悪の判断などの規範意識や公共心など、豊かな心の育成を図ることが求められています），其中推展閱讀活動是重要的方法之一。基於此，以國文科結合生命教育的主題進行融入式的教學是

一項可行的教學方法。

三、實際教案設計與運用

（一）計畫構想

把影片當作教學內容是一項挑戰，尤其在國中階段，課業壓力繁重，每一科都有進度的壓力下，要連續看影片十一次便是考驗教學者的智慧。所以在多方考量下決定——影片的播放是一週一次，看完兩集便進行延伸活動，影片欣賞的時間是利用輔導活動課，延伸活動則利用國文課進行，盡量不影響正常教學時間。整個教學活動時間共十一週，只有第一次及最後一次的活動必須利用到兩節國文課進行（作文課的時間）。因為是一整個學期的計畫，所以除了播放影片是主軸外，並結合了多樣化的教學方法及活動，以達到生命教育融入教學的目的。比如：學生的討論及口頭發表、多媒體的製作與播放、時事新聞的融入、類文欣賞教學、網際網路的運用、指導文章寫作等等，以最接近日常生活經驗為主，來感動另一個生命個體。

（二）故事大綱

日本秋季檔戲劇「一公升的眼淚」（1リットルの涙）是根據原

作者木藤亞也生前的同名日記小說《1リットルの涙》改編而成。書中的主角——15歲的亞也出生於一個平凡而幸福的家庭，一家六口每天的生活雖然平淡卻很幸福快樂。從小就是好學生也是善良體貼的亞也考上了自己心儀的高中，原以為從此就能過著光輝燦爛、幸福快樂的人生，沒想到卻得到了不治之症——脊髓小腦變性症。慢慢地，亞也的身體機能開始不受控制，走路無法保持平衡，經常跌倒，甚至不能好好寫字，看著這沒用的自己，亞也哭了無數次。當她哭著問醫生「病

魔為什麼會選上我？」的時候，更是讓所有觀眾潸然淚下。在家人，以及好友麻生遙斗的支援下，亞也下定決心要努力無悔地度過每一天，不讓自己的青春留下一絲遺憾，她藉由寫日記的方式紀錄自己一路走來的心路歷程。日記中有她軟弱、無措、無助的一面，也有感謝家人朋友的肺腑之言，真實平凡卻撼動人心。雖然作者最後仍離開人世，但是她勇敢活下去的精神，即使是在多年後被搬上銀幕，仍讓人隨著劇情因心疼而落淚，很多觀眾也因此而獲得「重生」。



圖文出處：高寶國際集團

(三) 教案內容

生命教育融入國文教學活動教案設計——一公升的眼淚

教學目標	教學活動	時間	教學資源
一、以學生已有的經驗為出發點，引起學生的學習動機。	第一節、第二節 引起動機： 1.先以杏林子這位書本上介紹過的作者開場白。 2.介紹「一公升的眼淚」影片的劇情大綱和原著小說，並說明選擇此片的動機及目的。 3.介紹余艷小女孩的故事——我來過我很乖。說明生命的深度不在時間的長短。即使是罹患不治之症不代表絕望。 4.說明往後會進行的活動內容大概，並分發學習紀錄單，指導學生於每次觀賞影片完後做簡單記錄。 影片欣賞：一公升的眼淚（第一集）	35分	■ 影片簡介 ■ 原著小說簡介 ■ 簡報檔 ■ 紀錄學習單
	第三節 影片欣賞：一公升的眼淚（第二集） *提示下次討論的主題，請學生事先找資料。	55分	■ VCD播放器，電視
	第四節 思考&討論&發表 提問： 1.脊髓小腦變性症是什麼病？會出現什麼樣的症狀？介紹罕見疾病基金會的相關資料。 2.為什麼亞也的媽媽沒有把病情告訴其他兄弟姊妹？亞也的病是不可告人的病嗎？ 3.當你生病時你希望醫生告訴你實情？為什麼？ 以「絕不放棄，成就世界第四大男高音安德烈·波伽利」的故事來說明他的父母如何教導他面對自己的殘缺。 *鼓勵同學發表，老師也適時給予補充，引導學生盡量發言。	45分	■ 罕見疾病基金會 ■ 資料來源：商業周刊
	第五節 影片欣賞：一公升的眼淚（第三集）	45分	■ VCD播放器，電視
二、能共同討論閱讀的內容，交換心得。	第六節 影片欣賞：一公升的眼淚（第四集）	45分	■ VCD播放器，電視
	第七節 短片欣賞&發表 1.先播放短片——「手足之愛」、「他不醜，他是我弟弟」。然後請同學根據內容說明自己的想法。 提問： 1.生病時你覺得誰對你最重要？ 2.家人、朋友對你而言是重要的人嗎？曾經有過難忘的回憶嗎？	45分	■ 電腦、單槍 ■ 短片：手足之愛、他不醜，他是我弟弟 ■ 資料來源：教育部生命教育學習網
三、能體會出作品中對周遭人事物的尊重關懷。 四、能明確表達意見，並清楚表達情意。	第八節 影片欣賞：一公升的眼淚（第五集）	45分	■ VCD播放器，電視
	第九節 影片欣賞：一公升的眼淚（第六集）	45分	■ VCD播放器，電視
五、能將聆聽所得充分應用。	第十節 動畫欣賞&老師說故事—大象男孩&機器女孩 由老師說故事並配合動畫說明。 1.他們因為疾病造成身體的不便，他們如何面對別人異樣的眼光？ 2.亞也又是如何面對別人的眼光？他曾說過什麼話來勉勵自己？	45分	■ VCD播放器，電視 ■ 動畫：大象男孩&機器女孩 ■ 資料來源：商業周刊 ■ 電腦、單槍
	第十一節 影片欣賞：一公升的眼淚（第七集）	45分	■ VCD播放器，電視
	第十二節 影片欣賞：一公升的眼淚（第八集）	45分	■ VCD播放器，電視

六、能統整閱讀的書籍或資料，並養成主動探索研究的能力。	第十三節 好書介紹&延伸閱讀 1.哭過才知有幸福（配合簡報檔）（韓國女子李知宣，車禍毀容之後勇敢站起來的生命故事。） 2.130公分的強者（文章內容）（先天軟骨發育不全的柯曉瑋，全家一起奮鬥的故事。） 主動學習—尋找生命的勇者（配合閱讀學習單）	45分	■ 簡報檔：哭過才知有幸福 ■ 電腦、單槍 ■ 資料來源：商業周刊 ■ 學習單
	第十四節 影片欣賞：一公升的眼淚（第九集）	45分	■ VCD播放器，電視
	第十五節 影片欣賞：一公升的眼淚（第十集）	45分	■ VCD播放器，電視
	第十六節 影片欣賞：一公升的眼淚（第十一集）	45分	■ VCD播放器，電視
七、掌握寫作步驟，充實作品的內容，精確地表達自己的思想。 八、能靈活應用各類工具書及電腦網路，蒐集資訊、組織材料，廣泛閱讀。	第十七節、第十八節 好歌欣賞&文章寫作 1.聆聽楊丞琳的歌曲——「慶祝」，說明活著的每一天都值得慶祝與期待。 2.引導學生如何根據每一次的概要說明，並根據老師的提示進行思考並完成文章寫作。 延伸活動—製作「活力加油站—勵志小語」（每人一句貼在班級公佈欄） 找出一句最能鼓勵自己的話語，製作成標語形式。	90分	■ 播放歌曲 ■ 完成學習紀錄單上的文章寫作 ■ 製作勵志小語

四、結語

如果說生命教育的目的是要制止自殺及暴力的情形發生，還不如說是因為了解生命的價值而學會對生命的尊重。一個懂得尊重與珍惜生命的人，生命存在的本身就是幸福的來源，不必借助藥物麻痺，更不會暴力傷人，甚至結束自

己的生命。所以生命教育應該不是一門高深難懂的理論，而是生活當中任何事件所能給予的感受，老師要給的不是教科書上「死的知識」，而是「活的感動」。也許學測的分數很重要，但是一個正確的生命態度會比考300分「活」得長久。✿

參考文獻

專書部分

- ◎明珠（譯）（2006）。木藤亞也著。一公升的眼淚——亞也的日記。臺北：高寶。
- ◎金炫辰（譯）（2005）。李知宣著。哭過才知有幸福。臺北：印刻。
- ◎商業周刊，960期、961期。

網路資料

- ◎日本文部科學省：http://www.mext.go.jp/b_menu/soshiki2/16.htm
- ◎（1リットルの涙）日劇網站：<http://www.fujitv.co.jp/tears/index2.html>
- ◎財團法人罕見疾病基金會：<http://www.tfrd.org.tw/intro/>
- ◎教育部生命教育學習網：http://life.edu.tw/homepage/091/new_page_2.php

孩子，讓我們一起談自殺議題！

■劉麗惠 臺南縣立大灣國民小學教師、高師大生命教育研究所碩士班研究生

一、前言

根據世界衛生組織統計，西元2000年全球每秒鐘就有1人自殺，每40秒有1人自殺成功，相當於每年約有100萬人輕生喪命，估計到2020年自殺人數將達到150萬人。衛生署（2005）統計，自西元2001年至2005年，臺灣每10萬人的自殺人數由12.45人上升至18.8人。西元2004年臺灣約3468人自殺；2005年則為4282人，其自殺死亡率增加為23%，每天有12人死於自殺，每2小時3分鐘就有一人親手結束自己的生命，其中還不包括行自殺之實，而死亡原因是服藥過量、肺炎等其他因素的人，真正的自殺死亡人數可能是官方數據的三到四倍（孟汶靜譯，1997）。

教育部民國94年10月底公布統計數據，92年自傷、自殺學生死亡人數共55人，93年共70人，但民國94年1月至10月，自傷、自殺事件死亡學生已攀升至75人，與過去兩年相比，學生自傷、自殺人數有逐年遽增情形，顯示臺灣學子

自殺問題日益嚴重。

因此，如我們避談「自殺」，孩子可能透過電視卡通、漫畫、網路、電玩等誇張非事實訊息，對自殺產生錯誤見解，例如「自殺是英雄不怕死的表現」、「自殺殉情是浪漫的表現」、「自殺就自由、解脫了」的偏差概念，這將阻礙兒童死亡概念的發展。當孩子遇到挫折，在不知如何是好與無法承受壓力下，及不敢與人訴說心事時，可能會走上自殺一途。

自殺事件發生時，透過媒體的報導，我們可藉此對孩子做機會教育，與孩子討論，幫助孩子建立正確觀念——「自殺並不能解決任何事情，人生旅途中一定會面臨挫折、不開心的事。就像天氣一樣，有時晴天、有時雨天。遇到困難，記得尋求幫助（父母、老師、親友、張老師、生命線等），不要擔心別人會因此看輕你或嘲笑你，每個人都會有需要別人幫助的時候，求助別人是很正常的。」

Goldman（2000）說處理孩子與自殺最有用的方法：「值得提的事就是必須做的事。」筆者在國小服務，會跟學生自我表露心情低落事件，並告訴孩子：「人都會有難過傷心的時候，很多事情都是突然發生的，我們料想不到。當事情來時，應該好好去想辦法解決，而不是逃避。在做任何事之前，請為你的家人、朋友多想一想。如果你死了，所有關心你的人會有多難過，而你也不能再看見你所愛的人。從此不能再吃到好吃的東西，也不能跟同學一起玩樂，什麼都沒有了。」故筆者認為身為父母、老師以及成年人的我們，必須以正確觀點去面對自殺議題，和使用孩子能夠接受以及了解的語言，在適當的時機，透過與孩子相互討論，幫助孩子建立正確的人生觀。

二、自殺的理論

Menninger（1973）說：「自殺是複雜的行為，不是簡單、偶發、獨立的衝動行為。」另外，Edwin Shneidman這位美國預防自殺運動之父曾說：「我相信自殺的人把他心裡的骨骸放在生者情感的衣櫥中，他讓生者帶著種種負向情緒，並深深為他們是否導致自殺或未來能否防禦自殺而困擾，這是一個沈重的包袱。」（李開敏、林方皓、張玉仕、

葛書倫譯，2004）

自殺，是指一個人非常非常傷心、非常非常地難過或者是非常非常地憂鬱，以致於他的心智非常非常混亂，讓他忘記了他可以尋求別人的幫忙，忘記了還有其它的解決方式，進而決定不想讓身體再繼續工作，並且停止了身體的運作（Goldman，1998）。

Stillion（1995）將自殺的原因分類成四種主要的危險因子類型：生物學上的、心理學上的、認知方面和環境方面：

- 1.生物學上：分別是細胞層上腦部功能的研究，研究顯示5-HIAA（腦神經傳導介質血清素的代謝物）較少的人自殺率比5-HIAA多的人高許多。另外，自殺行為跟基因遺傳可能有所關聯研究。就已開發國家為例，男性自殺成功率比女性多三到五倍，其原因與男性侵略行為高於女性有關聯。
- 2.心理學上：沮喪的心情、無力感和絕望的、缺乏自我的觀念和自我價值低落、較差的自我意識防護機制及處理策略以及生命意義存在的相關問題都是影響自殺的危險因子。
- 3.認知方面：即與我們對辨識我們自己及我們如何與這個世界調合的

訊息有關。Meichenbaum將這類訊息定義為「自我對談」，適應不良乃為負面的自我對談所導致，而正面的自我對談促進較佳的適應。就如同Beck和同事所提出的思想僵化觀點，有自殺傾向者遇到困境時，容易將思緒陷入死胡同內，較無法用其他角度去思索問題。患有憂鬱沮喪的人會有過度概括、選擇性摘要以及不正確標記的思考模式，這會使他們容易興起自殺念頭。

4.環境因素：負面的家庭經驗與自殺的想法及行為有關係。在孩童自殺案例裡，發現被虐待、被忽略及父母感情不佳等因素會影響孩童自殺行為的產生。

三、幫助孩子建立正確的死亡觀及生命觀

由於兒童對死亡並沒有清楚的概念，易將其美化或加入浪漫的不切實際想法，所以必須破除對自殺的迷思，讓兒童可以更清楚了解到自殺的真相。

(一) 有自殺傾向的兒童認為死後可以復活、死後有來生

Orbach加以解釋，認為自殺傾向兒童對死亡有錯誤的概念，可能係防衛的反應，並非是認知上的不成熟，而受其對死亡的態度有更

直接的關係，自殺傾向兒童有高的「生命拒絕」與「死亡吸引」，而有較低的「生命吸引」及「死亡拒絕」。有的兒童是為了挽救家庭的養育方式（如希望再生一次，以博得父母對自己如同對初生弟妹的疼愛），或希望以死挽救父母的失和、家庭的破碎；也有的是想要逃離一種無法忍受的生活情境（我死了算了）或要懲罰自己（我該死），而視死亡為可逆性（張淑美，1996）。

(二) 澄清死亡的真相

媒體過度報導自殺事件，以及電視卡通過度渲染以及教導如何自殺之下，導致孩子認為死亡是英雄表現、浪漫、多情、淒美，死亡後的世界是美好的，就不用面對痛苦，以及透過自殘方式，可以引起別人高度重視、關心。這樣的錯誤概念，使得我們必須讓孩子真正了解到每個人都會死，會因為意外、重病、器官老化不能用了等種種因素而死去。人一旦死了，就不會再復活，死亡代表什麼都沒辦法再擁有了，包括你喜歡的玩具，你不能再玩了；你喜歡的食物，再也吃不到了；你再也不能跟朋友、家人一起玩、一起聊天。如果以自殺來逃

避不想面對的問題，會傷害到「愛自己」與「自己所愛的人」，他們會傷痛一輩子，自殺是絕對沒辦法解決任何問題的，只會讓事情越來越複雜，只有活下去，才能真正解決事情。

(三) 提升孩子挫折容忍力

由於臺灣少子化情形十分嚴重，父母過度保護，孩子缺乏自己解決問題的能力，因此，我們必須教導孩子以健康正向的態度面對問題，以及情緒抒解的方法。例如：寫下自己的心情日記、繪畫塗鴉、聽音樂、唱歌、運動發洩情緒，閱讀正向的書籍與繪本，將事情往好的方向思考及向父母、師長、同儕求助等。

(四) 協助兒童建立正確生命觀。

「生命就是一間學校，在裡頭你要接受許多，也要通過這些考驗。……那就是生命的意義。生命唯一的目的是精神的進化：你要成長得很完美，好讓他們將你放進滾筒機裡。你要知道，當你們被放進生命的滾筒機的時候，象徵地說，這是你自己而不是其他人的決定：出來之後，要不是磨碎，就是被磨得閃閃發亮。」（林瑞堂譯，2000）

胡慧嫻（1998）主張「危機即是轉機」，培養積極面對挫折事件的生活態度可以使青少年即使在當下是痛苦、沮喪和難過的，卻仍然感謝這個挫折使自已有了嘗試錯誤



的機會以及知道下一次可以更好的方法，甚至越挫越勇、努力學習正確的方法來達成目標。

孟子亦云：「天將降大任於斯人也，必先苦其心志，勞其筋骨，餓其體膚，空乏其身，行拂亂其所為，所以動心忍性，增益其所不能。」、不禁一番寒徹骨，焉得梅花撲鼻香、因有了黑夜，才知道白天的光亮；因有了痛苦，才知道什麼是快樂。人生所遇到的困境，都在教導我們要學會堅強、勇敢；有了種種考驗，我們才懂得知福、惜福。

四、給教導者的建議

我們都擔心孩子太小，不敢告訴他們自殺是什麼，一方面自殺是社會所不認同，並且被認為不名譽；另一方面擔心孩子無法承受壓力而影響孩子發展。Goldman（2000）提到，一位小朋友——伊蓮，在她六歲時，媽媽自殺身亡，但不知道媽媽真正死亡原因。到了她20歲時，知道媽媽是自殺而死的，童年所遭受的破壞與震驚，在她的成年歲月中很多時候都感到生氣、挫折與受騙，她不僅悲傷她媽媽的死以及她的死亡方式，而且也為她在童年時的失落情緒真相感到傷心。

張淑美（1996）認為父母及成人亦應檢視自己對死亡的知識與態度為何？且應配合子女對死亡的認知水準，以坦然的態度及公開的方式討論死亡問題。注意各種相關生活經驗對子女死亡態度之影響，並掌握機會教育與子女討論生死意義。父母以身作則並教導孩子注意保健及維護身體健康，以免子女對死亡有過高的焦慮。父母及成人應先釐清自己相關的宗教信仰觀念，並以子女能夠了解、接受的方式教導其較為積極的思想及信仰。

Goldman（2000）認為必須公開與孩子探討自殺的相關議題，讓孩子學習「所有生命都是有價值的」，體會關懷別人及珍惜生命的重要。唯有如此，我們才能破除伴隨自殺而來的恥辱與不可告人的秘密，並且營造適當的環境來解決這種複雜的悲傷情境。

張淑美（2004）認為「自然之事，自然以對」——兒童生死教育的要點與原則，提出「五不三要三問」供大家參考：

（一）五不

1. 勿說死者只是睡著了。
2. 勿說死者沒有真正死了。
3. 勿說死者是去旅行了。
4. 勿說死者是被上帝（神明）帶走了，雖是某些宗教的說法，但仍要就事論事來說明，否則容易讓孩子

因為不了解而對上帝或神明憤恨，憤恨又會擔心受罰或罪惡感。

5. 勿以「上天堂、下地獄」來比喻死亡。

以上說法並非絕然不變，必須非常謹慎小心，並且要注意孩子個別差異與認知發展，孩子生長環境可能會受到宗教信仰的影響，所以除了讓孩子知道死亡事實之外，還有信仰中的說法。

（二）三要

1. 坦承
2. 接納
3. 簡要

（三）三問

1. 兒童「想」知道什麼：評估其動機需求，因此用反問法是很可行的方式。
2. 兒童「該」知道什麼：指兒童此時此刻的情境、遭逢的事件，情緒狀態等，應避免傷害兒童。
3. 兒童「能」知道什麼：應配合兒童死亡認知能力加以說明，才能使其了解。

成人教導與協助兒童面對死亡等相關問題或事件之前，應有適度的自我教育與準備（張淑美，2000）。Frank與其學生討論自殺時表示以死亡教育可能幫助驅散有關自殺的神話，同時他們極具

相信，從自殺的探討中而減少學生傾向自殺的困擾，溝通真正能幫助改變一些可能的企圖（鄧淑貞，1981）。張淑美（2005）表示「生命教育是自殺防治的根本教育」，也是教育的根本，最終目的在於生命意義與價值的探索與實踐。Deeken（2001）強調大部分自殺獲救的人都表示他們真的不想死，而且表現強烈的求生欲望，也就是說他們很高興被阻止了並且也想繼續活下去。筆者認為可以藉此告訴孩子，每個人都想活下去，但有時會遇到困難而出現不正確的想法、想要逃避，但只要你願意把心中的想法跟老師或者爸媽以及你想跟他說的人講你的心事，大家都會幫助你的，你並不孤單。

五、結語

余德慧提及正確的生命態度就是對生死的智慧：一種正確的死亡觀、合宜的生命觀，都是目前社會所欠缺的，追究其原因，發現是過度重視物質文明不斷發展，欠缺精神人文的關懷是其主要因素（林士倚，2004）。自殺、戰爭、環境污染、生態破壞等問題，是我們真正需要關心的，一般人卻視而不見、漠不關心。相反的，不值得我們花時間去討論的事，卻一頭熱，例如八卦新聞、名牌、名模等。希望藉由與孩子談自

殺，讓孩子對自殺議題可以更清楚明白，讓孩子有正確、健康的生命態度。

Robinson認為沒有人應該被社會的想法所束縛、隱藏悲傷，自殺不會從世上消失，隨之而來的悲傷也不會消失（胡洲賢譯，2003）。但經過教導，讓孩子對自殺有更深一層的了解，減少對自殺的迷思，並對那些正在不幸的表象

中努力生存的人，給予鼓勵與支持。筆者相信多一份愛，就多一份力量，唯有透有真正的體諒與真誠相待，才能真正消除自殺本身的羞恥和禁忌，社會才會更有溫馨祥和的未來。當孩子對生命有更深一層的認識體悟時，才會懂得尊重、關懷別人，並且對難能可貴的生命會更加珍惜。✿

參考文獻

- ◎行政院衛生署（2005）。**臺灣主要死亡原因**。臺北市：行政院。取自：<http://www.doh.gov.tw/statistic/data/死因摘要/94年/表1.xls>
- ◎李開敏等人（譯）（2004）。**悲傷輔導與悲傷治療**。台北：張老師。
- ◎林士倚（2004）。**宗喀巴三士道思想中的生死觀——以《菩提道次第廣論》為主之探討**。南華大學生死學研究所碩士論文，未出版，嘉義縣。
- ◎林瑞堂（譯）（2000）。**你可以更靠近我——教孩子怎樣看待生命與死亡**。台北：張老師。
- ◎洪瑜堅（譯）（1997）。**與孩子談死亡**。台北：張老師。
- ◎胡洲賢（譯）（2003）。**找回生命的答案——自殺者親友的重建書**。台北：麥田。
- ◎胡慧嫻（1998）。談青少年自殺的環境因素與可能的防治：生態的觀點與防治。**人本教育札記**，112，42-45。
- ◎張淑美（1996）。**死亡學與死亡教育**。高雄：復文。
- ◎張淑美（2000）。**兒童『生死教育』之理念與實施**。彰化師大臺灣地區兒童生死教育研討會，彰化師範大學。
- ◎張淑美（2004）。早知道早幸福？兒童死亡概念之發展與生死教育。**學生輔導季刊**，93，166-175。
- ◎張淑美（2005）。加強推動生命教育才是自殺防治根本之道。**學生輔導季刊**，96，132-140。
- ◎符傳孝等（譯）（1973）。**生之掙扎：破壞自己的人**。台北：志文。
- ◎楊淑智（譯）（2001）。**難以承受的告別——自殺者親友的哀傷旅程**。台北：心靈工坊。
- ◎鄧淑貞（譯）（1981）。青年自殺與班導師。**健康教育**，47，50-51。
- ◎Deeken, A. (2001). *An American Model Curriculum On Death Education for High School*。臺灣地區高中職學校生死教育教學研討會，彰化師範大學。
- ◎Goldman, E. L. (2000). Suicide: How can we talk to the children? *The Forum*, May/June, 6-9.
- ◎Stillion, J. M. (1995). *Premature Exits: Understanding Suicide*.

生物科技與生命教育

■盧雅萍 高雄市民權國小教師

前言

生物科技被全球視為二十一世紀最具發展潛力的產業，生物科技之所以崛起，一方面是因為科學家對於生命感到好奇，一方面也為了讓人類生活得更好，因而發展出了操控細胞的技術。所有的科學家也都相信，未來的五十年，生物科技將為人類生活帶來不可磨滅的影響。目前，生物科技正在全球如火如荼的進行中，但國人對生物科技的認知與關切似乎趕不上生物科技發展的潮流。

教育部為了讓青年學子在科技高度發展的現代社會中，對於生命價值、人生意義、人我關係等有更深切的體認，從民國九十年起開始推動生命教育，這幾年以來，生命教育已從非正式課程逐漸發展為正式課程，而且即將在二〇〇六年起列為高中選修課程。

生物科技與生命教育看似無所關聯，實際上兩者息息相關，由生物科技發展引發的許多問題，都需要靠生命教育來探討與處理。

一、生物科技的影響

生物科技在農業、科技及醫學、動物等方面，都有其發展，二十世紀末人類的生活已漸漸受到生物科技影響。目前生物科技發展最為大眾所熟悉的部分，應該是基因轉殖技術、基因複製技術及胚胎研究三部分，以下就各項技術對人類的影響，做簡要的說明。

（一）基因轉殖技術

基因轉殖技術就是將其他生物的基因植入動物或植物的細胞核中，讓其進行重組與繁殖的技術。一九九四年，美國出現了全球第一個基因轉殖成功並獲准上市的作物——控熟型的蕃茄，自此以後，基因轉殖的作物不斷推陳出新，目前有至少一百二十種植物被轉殖成功。

基因轉殖技術也可以讓動物改進生產性能及增加抗病力，除此之外，還可作為研究人類疾病、基因調控機制、探討基因功能的素材，

如果更進一步將基因轉殖動物做為人類所需醫藥產品的工廠，或異種器官移植的器官來源，基因轉殖技術對人類的幫助不再限於農業，而跨足至醫藥保健方面了。

在基因轉殖技術發展的同時，也產生了許多問題，讓人類傷透腦筋。最受爭議的就是基因改造食品的安全問題，如：基因食品是否有毒、是否會產生過敏現象等，目前尚未有證據來解答這一切的疑問。另外基因轉殖作物對於環境也造成一些風險，例如：破壞物種的多樣性；產生新的物種，造成新的生態浩劫；基因轉殖作物對其他作物的衝擊等，另外還有人為方面的問題，如：專利的取得、市場的壟斷、農民的權益等。以上這些問題，都還在討論中，每個國家基於不同的立場及想法，也都有不同的解決方式，如何在環境保護、食品安全、人民權益及科技發展中求得一個平衡點，乃深深考驗著人類的智慧。

(二) 胚胎的研究

幹細胞是一種尚未分化的多能細胞，具有自我增生的能力，也具分化出各類具特定功能的細胞、組

織或器官的潛能；其中又以取自早期胚胎的「胚胎幹細胞」最具發展潛力。不少病症如帕金森氏症、阿茲海默症、心肌梗塞、肌肉萎縮、各種癌症、各種免疫不全症等，均涉及細胞、組織或器官的壞死，科學家們均指出，如果能夠掌握胚胎幹細胞的分化條件和機制，就有可能在體外培養出病患所需的細胞、組織或器官，再移植到病患體內，修復或置換已受損的細胞、組織或器官。此一願景若實現，將會是人類醫療史上的重大突破。然而，就在人類胚胎幹細胞研究剛要起步之際，指責其有違生命倫理的反對聲浪也迅速出現，使得各國政府為了幹細胞研究的管制問題而大傷腦筋。

在胚胎幹細胞研究所招致的諸多批評中，最值得注意的有下列三項：1. 胚胎幹細胞研究導致胚胎被毀，因為胚胎是人，所以摧毀胚胎就等於殺人；2. 胚胎幹細胞研究使胚胎成為達成其他（非生育）目的之工具，胚胎的工具化恐將使社會成員愈來愈不尊重人類生命，使得整個社會的生命倫理情境不斷沉淪；3. 幹細胞研究者所欲使用的胚胎複

製技術，將促成複製人的到來，進而引領人類走向危險的美麗新世界（陳宜中，2003）。

(三) 基因複製技術

一九九六年，英國出現全世界第一隻複製羊，舉世震驚。不久以後，各國也紛紛複製出牛、豬、猴等動物，其中最引發爭議的是「複製人」。複製人的爭議除了源自於胚胎幹細胞外，複製人的不被允許，還因為它破壞人的尊嚴和獨特性、被質疑是扮演上帝的角色、違反自然、破壞家庭的完整性、減少基因多樣性、也可能被有心人濫用。人類的基因密碼被解出後，也會產生許多問題，例如：人類基因密碼可以隨意取得嗎？基因的隱私權及基因歧視的問題等。聯合國大會通過禁止複製人的宣言，要求各國考慮禁止任何形式的複製人，還要求各國考慮採取措施，禁止應用可能違背人類尊嚴的遺傳工程技術，在應用科學方面充分保護人的生命，並防止在應用科學方面剝削婦女，並督促各國盡快

立法以落實這些要求。目前世界各國對於複製人訂定的法規大多贊成或暗許醫療的研究，但禁止生殖方面的複製技術。

基因複製技術是一件深具吸引力的研究，如同潘朵拉的盒子，雖然危



險，但是卻捨不得放棄。因此，我們更應該仔細思考，如何在科技、醫療、人權間找到一個能讓人類安心的平衡點。

「水能載舟，亦能覆舟」，

生物科技的發展，讓我們的農業進步、食物產量增加、糧食不虞匱乏，也讓醫藥的發展更進步，人類的許多疾病因為基因的解碼而找到醫療的方法，生命也更加長壽，但是，科技的發展也產生出許多問題，如環保、人權及生命倫理等，而這些問題也都會影響我們生活的品質。

二、生命倫理的加強

生物科技的發展是無法阻止的，甚至可能主宰未來的世界，基因科技時代衝擊人文社會，整個倫理道德面臨重大考驗，英國主導基因研究的學者哈里斯，認為在生物科技進展的同時，生命倫理也是需要努力的範圍。

生命倫理不外乎道德與法律，科學是中性的，無關道德，追求真理不能也

無法被禁止，但是每一個人人都必須培養對科學自省、批判的能力，科學家必須要對社會大眾有正義感與責任感，更重要的是要關懷生命，尊重大自然。

生命倫理是生命教育課程中重要的一環，然而目前學校的倫理教育做得並不理想，生命倫理不是說理洗腦，而是應該培養孩子批判、思考的能力，中小學的生命倫理除了融入社會、綜合活動領域，可以融入自然與生活科技領域中，讓孩子們在熟悉自然與科技的同時，藉由閱讀、辯論、討論等方式，澄清自己的價值觀，思考科技發展與生命倫理間如何達到平衡，讓我們的下一代有反省思考的能力，能為自己未來的生活作抉擇。

生物科技的發展，加上生命教育的人文思考，可以讓我們每一個人活得進步、健康又有尊嚴。✿

參考文獻

- ◎沈朋志（2003）。動物基因轉殖。科學發展月刊，372，24-29。
- ◎林雨靜（2002）。胚胎幹細胞研究的爭議。取自：
<http://www.npf.org.tw/PUBLICATION/SS/091/SS-B-091-007.htm>
- ◎陳宜中（2003）。人類胚胎幹細胞研究的倫理課題。網路資料。
- ◎蘇志遠（2001）。基因改造食品。科學發展月刊，348，579-585。
- ◎鄭先祐（2001）。基因轉殖的農作物：現況與問題。農業世界，219，46-52。

「照顧」的真義——從真心關切、不逞強到轉介



「照顧」的真義—— 從真心關切、不逞強到轉介

■林偉信 毛毛蟲兒童哲學基金會董事、花蓮教育大學社會發展學系講師

推薦好書



那一年，兩個夏天

露詩·懷特著

陳麗娟譯

皇冠出版社



刺青媽媽

賈桂琳·威爾森著

沙永玲譯

小魯文化公司

十四歲的妹妹黎芮，在姊姊夏天罹患精神分裂病症的過程中，看著姊姊逐漸地病發、惡化，不僅要在沒有母親的家庭中，肩負起照顧姊姊的角色，另一方面，卻因為對姊姊的羞恥感，在學校同儕間，又要裝作像是沒有這樣一位姊姊的存在，但這樣的作為卻又讓黎芮深感罪惡與自責。就在這種充滿壓力與衝突的看顧歷程中，看顧者以及被看顧者都過得極為辛苦，終於必須決定是否要將姊姊送去醫院，長期住院治療……。

這是著名的美國青少年文學家露詩·懷特的作品「那一年，兩個夏天」的內容大要。懷特在書中對於精神分裂症的病徵，以及家庭中



「照顧」的真義——從真心關切、不逞強到轉介

有身心疾患者的壓力（照顧上）與衝突（自己照顧親人或是送走由專業醫療單位照顧），都做了極為深刻的描述，不僅讓我們對於身心疾患者的發病狀況多了一些認識，同時，對於身心疾患者家屬在照料病患上的辛苦與壓力也能有更多同情的了解。因此，做為一本關懷與討論身心疾患的青少年小說，它是非常值得推薦給國小高年級學童以及國中生閱讀的。

事實上，隨著社會快速變遷、職場上激烈競爭等因素的影響，現代人的身心壓力都在急遽地增大，身心問題在我們的社會裡已經逐漸成為一個普遍、常見的現象。然而，由於我們的社會文化尚未成熟到能夠以平常心來看待身心疾患者，因此，當一個家庭有成員罹患身心疾患時，常會如懷特書中所描述，不僅患病者充滿苦痛、過得辛苦，病患的家屬也常會陷入羞恥與罪惡的衝突中，並且面臨照顧的壓力以及該不該送走病患至醫療場所長期住院治療的掙扎之中。也由於，面對身心疾患者常會衍生出這類的問題與現象，因此，適時地推薦一些例如「那一年，兩個夏天」這種對於身心疾患問題有著同情的了解，以及對這類現象能夠深刻體諒、共感、反思的青少年小說給我們的學童閱讀，或者進行班級讀書會的討論，都會有助於我們的學童在日後能以更為健康的態度來面對類似的問題與現象。

懷特的這本書之所以值得推薦的理由，除了上述的原因之外，更為重要的是，這本青少年小說在它的故事敘說中更是試圖對讀者揭露出一個在面對或照顧身心疾患者（或者是一般病患）時應注意的、重要的照顧態度，那就是，當我們在照顧身心疾患者時常會因為身為病患家屬或好友，或是同情心起等等情感性因素的影響，使得我們常會奮不顧身地想給予病患最大、最好的照料，而且初時我們也會相信自己的能力是可以辦得到的，然而，由於身心疾患病症的特殊性，在照料的過程中，照顧者會漸漸感受到照料上的壓力與衝突，並且逐漸意識到自己的不足，但此時照顧者



「照顧」的真義——從真心關切、不逞強到轉介

卻也常會因為情感的牽絆，不願面對自己不足的事實，反倒自以為是地逞強照料，如此一來，反而使得照顧者與被照顧者一同陷入辛苦的困境。懷特的這部青少年小說的最大意義，就是整個故事的基調，正是基於這類偏差行為的表現，對「照顧」的真義進行反思，並且在故事的情節中顯示出一個負責任的照顧者應有的基本態度：面對病患時我們總要「真心關切」，然而當我們意識到自己能力不足時，「絕不能逞強」地自以為是不放手，而是應該立即對病患做「轉介」上的求助。這樣的轉介絕非放棄，而是為病患以及自己尋求一個更好的專業協助，因此，照顧者是不需有罪惡感的。

當代的認知／文學理論有一個有趣的發現，就是一個故事或文本常常不只是一個故事或一堆文字的敘說而已，它常常在故事與文字的敘說中潛藏著一個（些）所欲傳達的「隱喻」。因此，當讀者在閱讀一個故事時，拆解其中的隱喻便是一件重要且具有深層意義的工作了。而當我們在閱讀過程中掌握了故事的隱喻時，我們便能據此隱喻做為我們對於這個故事或文本的意義理解，並且也會以對此隱喻的理解來做為我們日後生活上的判斷與行動的準則。「那一年，兩個夏天」做為一個好的故事，正是在故事中潛藏了一個「合理的照顧態度」的隱喻讓讀者從中拆解、認知與學習。

除了「那一年，兩個夏天」之外，目前坊間以身心疾患做為探究議題的青少年小說亦有不少，像是「亞當舅舅」（東方出版社）等都是針對身心疾患的議題發揮的作品。其中，整個故事陳述的基調最類似「那一年，兩個夏天」，並且值得再推薦給學童閱讀的，當屬「刺青媽媽」一書。

在這本獲獎無數的青少年小說中，作者藉由一個單親家庭的十一歲女兒海豚的角色去看自己罹患躁鬱症、喜歡在全身刺青的媽媽，以及從小也努力照顧媽媽，但長大後卻極力想逃離原先環境的姊姊。藉由故事，我們

親愛的《學生輔導季刊》讀者及作者們：

大家好！

《學生輔導雙月刊》自七十八年五月三十一日以「學生輔導通訊」期刊之名創刊，復自八十四年七月出刊之第三十九期起，為利社會各界之資源作有效利用與整合，原「學生輔導雙月刊」自94年3月出版之96期開始，更名為「學生輔導季刊」，並由2個月出刊乙次，修正為3個月出刊乙次。

為使大家對本刊物的性質有更多的掌握，同時方便讀者投稿，故藉此篇幅列出本年度的主題與架構內容，提供有心的作者進一步的參考，亦請各位多多指教。

- 一、本年度主題如下：105期《正向管教與班級經營》；106期《正向管教與個案輔導》。
- 二、學生輔導季刊架構內容：重視實務與實務的應用，並以「友善校園」為主要架構，其中融入生命、人權、性別、中輟等各項主題，並加強學生輔導之部分。每期有一個特定的主題，由「焦點話題」與「個案研究」兩個部分圍繞在此特定的主題討論之。「焦點話題」將從多元角度來探討，包括醫學、法律、警政、社會、社工、心理、輔導、教育、文化等，以達到多元面向探討的目的。「個案研究與評析」則配合主題分為兩個部分，從輔導實務工作的角度來撰寫案例與進行評論與分析，由諮商、輔導、臨床心理、社工、學校輔導教師等有輔導實務工作經驗者來提供案例與經驗分享。
- 三、本季刊亦開放讀者投稿，包括「讀者投稿」及「好書介紹」兩個部分，讀者可針對當年度該期主題進行相關議題之探討或該主題有關之好書推薦。
- 四、本季刊主要閱眾為教育、訓輔相關人員，特別是基層教師，因此來稿文字請力求親切平易，盡量避免厚重生澀；長而嚴謹之相關論文研究，最好以改寫方式呈現。
- 五、本期刊自101期起，停止發行光碟，並將電子檔置於本部訓委會網站。刊載的所有內容，包括文字、照片、影像、錄音、插圖等素材，均受中華民國著作權法及國際著作權法律的保障。本主題光碟內及網站中所提供的內容、文字、圖表、插圖、照片等均由教育部訓育委員會學生輔導季刊取得合法使用權，必須遵守著作權法的規定。非經本刊編輯部正式書面授權同意，不得將全部或部分內容下載或複製，或以任何形式變更、轉載、再製、散佈、出版、展示或傳播。
- 六、投稿作者於引用資料時，請正確引註，並遵守學術倫理，嚴禁整段、逐字、觀念、片段句子等方式抄襲，以尊重原作者的著作權。

親愛的讀者：

本刊每期皆免費贈閱各縣市圖書館、各級學校校長室、學務室、輔導室及圖書館（室）請善加推廣；另附上劃撥單提供個人或社會團體訂閱使用，謝謝。

若您有任何問題，可以下列方式與我們連絡！

電話：02-33437832

傳真：02-33437834

E-Mail：student@ms71.url.com.tw

網址：http://www.edu.tw/disp1

地址：100 臺北市忠孝東路一段172號6樓 教育部訓委會—學生輔導季刊 收

學生輔導季刊編輯群 敬上

劃撥存款收據收執聯注意事項

- 一、本收據請妥為保管，以便日後查考。
- 二、如欲查詢存款入帳詳情時，請檢附本收據及已填妥之查詢函向任一郵局辦理。
- 三、本收據各項金額、數字係機器印製，如非機器列印或經塗改或無收款郵局收訖章者無效。

請寄款人注意

- 一、帳號、戶名及寄款人姓名地址各欄請詳細填明，以免誤寄；抵付票據之存款，務請於交換前一天存入。
- 二、每筆存款至少須在新臺幣十五元以上，且限填至元位為止。
- 三、倘金額塗改時請更換存款單重新填寫。
- 四、本存款單不得黏貼或附寄任何文件。
- 五、本存款金額業經電腦登帳後，不得申請撤回。
- 六、本存款單備供電腦影像處理，請以正楷工整書寫並請勿摺疊。帳戶如需自印存款單，各欄文字及規格必須與本單完全相符；如有不符，各局應婉請寄款人更換郵局印製之存款單填寫，以利處理。
- 七、本存款單帳號與金額欄請以阿拉伯數字書寫。

交易代號：0501、0502現金存款 0503票據存款 2212劃撥票據託收

本聯由儲匯處存查600000東(100張) 94.1.210×110mm (89⁹/₁₆in²模) 查保管五年(拾大)

七、投稿請以APA格式撰寫。

八、來稿請以電子檔的形式，寄到E-mail: student@ms71.url.com.tw，並附真實姓名、身分證字號、通訊地址及戶籍地址（包括區鄰里）、聯絡電話（辦公室或家中）、E-mail，俾便刊出後奉酬。

如對本聲明有所疑問，或任何意見，請連絡student@ms71.url.com.tw。

以上，敬請參考指教。再次感謝大家，並請繼續給我們支持和鼓勵！

敬祝大家 平安快樂！

學生輔導季刊編輯群 敬上