

99 學年度國立及臺灣省私立
高中職校教師情緒行為障礙知能研習

研習手冊



主辦單位：教育部中部辦公室

協辦單位：國立桃園啟智學校

日期：中華民國 99 年 9 月 3 日

研習地點：國立桃園啟智學校

一樓視聽中心

99 學年度國立及臺灣省私立高中職校教師情緒行為障礙知能研習實施計畫

壹、目的

- 一、增進國立及臺灣省私立高中職校資源班(教室)教師及輔導教師對情緒行為障礙之認識，並提升其專業知能。
- 二、加強國立及臺灣省私立高中職校資源班(教室)教師及輔導教師輔導情緒行為障礙學生之能力，俾提升學生學習品質。

貳、指導單位：教育部中部辦公室

參、承辦學校：國立桃園啟智學校

肆、參加對象：合計約 140 人

- 一、99 學年度安置有情緒行為障礙學生之國私立高中職校，每校務必薦派 1 人參加。
- 二、國私立高中職校之資源班(教室)專任教師，每校 1 人。
- 三、國私立高中職校之輔導教師、特教教師。
- 四、教育部中部辦公室及本校相關工作人員。

伍、研習日期及地點

- 一、日期：99 年 9 月 3 日(星期五)。
- 二、地點：國立桃園啟智學校(校址：桃園市德壽街 10 號)

陸、研討會日程表(如附件)

柒、經費

- 一、本次研習所需經費由教育部中部辦公室採年度下授本校身心障礙教育資源中心專款予以支應。
- 二、本次研習參加人員給予公(差)假登記，差旅費由原服務單位依規定支應。

捌、參加會議人員全程出席者，核給 6 小時研習時數證明。

玖、獎勵：辦理本項活動相關工作人員，依權責並視其績效給予敘獎。

拾、本計畫陳報教育部中部辦公室核定後實施，修正時亦同。

拾壹、注意事項

- 一、請於 99 年 8 月 31 日(星期二)前，登入特殊教育通報網(<http://www.set.edu.tw>)研習課程區「中辦所屬學校研習」項下完成報名程序。
- 二、99 年 9 月 3 日(星期五)上午 8 點 30 分於桃園火車站出口提供專車接送，另桃園高鐵站 8 點 20 分於 5 號出口提供專車接送。需高鐵交通車接送者，請務必於網路報名備註欄內填寫”搭乘高鐵”，俾統計人數並安排專車服務。
- 三、為響應環保，請參加學員自備環保杯及餐具等。實用素食者，亦請於網路報名備註欄內勾選「素食」，以利事先安排。
- 四、聯絡人：國立桃園啟智學校俞雨春職能治療師(聯絡電話 03-3647099 轉 334)。

99 學年度國立及臺灣省私立高中職校教師情緒行為障礙知能研習課程表

日期	99 年 9 月 03 日 (星期五)			
時間	活動項目	主持人	主講人	活動地點
08:50~09:00	報 到	易主任君常 (桃智團隊)		大門川廊
09:00~09:10	開 幕 式	教育部中部辦公室長官 呂校長淑美		一樓視聽中心
09:10~10:00	情緒行為障礙學生輔導	教育部 中部辦公室長官	呂校長淑美	一樓視聽中心
10:00~10:20	充電時間	易主任君常 (桃智團隊)		川廊
10:20~12:00	專題演講(一) 認識情緒障礙	教育部 中部辦公室長官	謝醫師遠達	一樓視聽中心
12:00~13:00	中餐時間	易主任君常 (桃智團隊)		一樓視聽中心
13:00~14:30	專題演講(二) 青少年情緒、行為問題討論	教育部 中部辦公室長官	謝醫師遠達	一樓視聽中心
14:30~14:50	充電時間	易主任君常 (桃智團隊)		川廊
14:50~15:40	專題演講(三) 兒童精神科藥物治療	教育部 中部辦公室長官	謝醫師遠達	一樓視聽中心
15:40~15:50	充電時間	易主任君常 (桃智團隊)		川廊
15:50~16:20	綜合座談	教育部中部辦公室長官 呂校長淑美 謝醫師遠達		一樓視聽中心
16:20	歸賦	易主任君常 (桃智團隊)		大門川廊

高中職輔導情緒行為障礙學生實施計畫介紹

國立桃園啟智學校 呂校長淑美

高中職輔導情緒行為障礙 學生實施計畫介紹

國立桃園啟智學校 呂淑美
99.09

1

大綱內容

- 前言
- 壹、目的
- 貳、實施原則
- 參、組織與職掌
- 肆、服務對象
- 伍、輔導程序
- 陸、相關醫療支援資訊
- 柒、督導與考核
- 捌、經費
- 結語

2

前言

教育部中部辦公室為協助國立及臺灣省私立高級中等學校情緒行為障礙學生順利就學，並達成學校等適應，特邀請學者專家及高中職資深教師及行政人員代表等共同協助訂定本計畫。

3

壹、目的

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

4

貳、實施原則

- 一、最少限制環境原則
- 二、學校主體原則
- 三、循序漸進原則
- 四、專業團隊運作原則

5

參、組織與職掌

- 一、組織
 - (一) 督導單位：教育部中部辦公室。
 - (二) 主辦單位：本室身心障礙教育資源中心（國立桃園啟智學校），下設各分區承辦學校（以下簡稱各分區承辦學校），負責該區高級中等學校之支援服務。

99學年度相關專業服務中心各區承辦學校及承辦人員通訊錄
 - (三) 辦理單位：各高級中等學校。

6

叁、組織與職掌

二、職掌

- (一) 督導單位：規劃與督導計畫之執行，籌編經費。
- (二) 主辦單位：
 - ◆ 統籌執行計畫，辦理研習、專業人員進階訓練、訓練及年度檢討會，彙編成果並建置網路系統。
 - ◆ 諮詢服務、受理轉介、接案（含精神專科醫師、臨床心理師、諮商心理師、社工師、特教教師等）、資料建檔與追蹤評估。
- (三) 辦理單位：
 - ◆ 召開學校特殊教育推行委員會，檢討學生校內輔導之績效，並評估是否需要申請相關專業支援服務。
 - ◆ 依本計畫第五點辦理校內情緒行為障礙學生之校內輔導事宜。
 - ◆ 提供個案相關輔導紀錄及資料。
 - ◆ 執行專業人員設計之介入處理策略。
 - ◆ 學生輔導資料建檔並追蹤輔導成效。

7

肆、服務對象

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

8

伍、輔導程序

一、校內輔導程序

- (一) 召開學校特殊教育推行委員會，審議情緒行為障礙學生輔導計畫。
- (二) 學校推舉一位教師擔任個案之管理人員，作為聯繫窗口。
- (三) 充分運用學校輔導人員之專業素養，並給予學生個別輔導。
- (四) 結合學校一般與特殊教育教師人力，給予學生適切之教學與專業服務。
- (五) 運用教育部中部辦公室補助專家學者與相關專業人員諮詢及輔導費，聘請適當之醫師或心理師等專業人員至校協助。

9

伍、輔導程序

一、校內輔導程序

- (六) 適時依下述校內輔導內容提供學生輔導及家長諮詢服務。
 1. 始業輔導
 2. 個別及團體輔導
 3. 入班輔導
 4. 社團及志工制度
 5. 研習營及自強活動
 6. 親師座談及專題研討
 7. 個別化教育計畫（IEP）
 8. 課程與評量
 9. 個別化轉銜輔導（ITP）
 10. 生涯輔導

10

伍、輔導程序

一、校內輔導程序

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

11

伍、輔導程序

一、支援服務程序

- (一) 申請：情緒行為障礙學生應於校內輔導至少為期八次之個別輔導程序無效後，由學校取得家長同意書，向本室相關專業服務中心各分區學校提出轉介需求，申請服務。
- (二) 轉介及實施方式：申請人應填寫「國立及臺灣省私立高級中等學校情緒行為障礙學生支援服務申請表」（如附件1）及「國立及臺灣省私立高級中等學校情緒行為障礙學現況評量表」（如附件2），其轉介及實施方式以及各項表格說明如下：

12

伍、輔導程序

- 國立及臺灣省私立高級中等學校情緒行為障礙學生轉介及實施方式
- 國立及臺灣省私立高級中等學校情緒行為障礙學生支援服務申請表
- 國立及臺灣省私立高級中等學校情緒行為障礙學生現況評量表
- 99年度臺灣區中等學校心理衛生中心聯絡方式暨學校醫生(心理師)參考名單

13

陸、相關醫療支援資訊

- 一、由各校或各分區承辦學校依學生特殊需求，與臺灣區中等學校心理衛生中心特約精神醫療院所合作或敦聘特約精神專科醫師（如附件■），視情況參與個案評估會議及協助介入處理。
- 二、其他：可參考各縣市心理衛生中心、精神醫療機構、精神護理機構、心理治療所、心理諮商所、精神復健機構、心理師學（公）會等特約之精神專科醫生、臨床心理師、諮商心理師及社工師等專業人員。

14

柒、督導與考核

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

15

捌、經費

辦理本計畫所需經費由教育部中部辦公室專款支應。

16

結語

- 期待多加利用與支持輔導情緒行為障礙學生實施計畫與相關支援服務。
- 期待各高中職能全力投入情障生之輔導，使學生順利達成學校適應與生活適應。
- 更期待經由各校工作同仁及各中心之輔導，像地圖一般引領情緒行為障礙學生往前邁進。

17

報告完畢！

謝謝大家！

18

謝遠達醫師簡歷

學歷：國防醫學院醫學系畢

經歷：

國軍北投醫院精神科主治醫師

台北土城看守所煙毒勒戒科特約醫師

桃園台北監獄性侵害防治特約醫師

台灣省北區心理衛生中心諮商醫師

公保中心特約主治及主任級醫師

中華民國兒童青少年精神醫學會會員

榮總精神科臨床研究員

現任：

蘇澳榮總精神科醫師

慶生診所所長兼精神科主任

專長：

酒癮和藥癮戒治、焦慮、憂鬱、失眠、精神衰弱、各種精神疾病、老年失智症、中風後遺症、兒童青少年輔導諮商、情緒困擾、人際問題、家庭諮商、親子互動

著作：邊緣性人格違常

因"材"施教

嬰幼兒、兒童氣質簡介

- 氣質
- 從出生的第一天開始，每個孩子就展現著不同的特性，有的孩子愛哭，有的卻總是笑嘻嘻的；有的動個不停，有的卻很安靜；有的生活規律，有的卻不按牌理出牌……，這與生俱來的特性，我們稱作「氣質」。

■ 「氣質」的表現可分為九個項目：

- 1、活動量：是指孩子在一天的活動中，所表現出活動頻率的多寡和節奏的快慢。活動量太大的小孩，很容易出亂子或干擾到別人。
- 2、規律性：是指孩子每天睡眠時間的長短、飲食或排泄數量的多寡……等生理現象是否規則而言。作息不規律的小孩，可能會造成父母很大的困擾。

- 3、趨避性：是指孩子對新的人或物，新的情況或食物，第一次面對時所表現出來的是「接受」或是「退縮」的態度。退縮的小孩，容易讓人誤認為膽小，不主動或沒興趣。
- 4、適應度：孩子第一次見到新事物，新情況時不論是表現出「接受」或「退縮」的態度，接下來都要面對一連串適應這事物、情況過程。這種過程中孩子表現出的是自如或困難，稱為「適應度」。適應度低的孩子，建立新的環境及團體生活都較困難。

- 5、反應閾：指引起孩子反應所需的刺激量，包括視、聽、味、嗅及社會覺（指察言觀色的能力）。反應閾低的孩子很敏感；反應閾高的孩子卻容易讓人誤解為遲鈍或漫不經心。
- 6、反應度強：是指孩子對外在或內在刺激所產生的反應的激烈程度。反應強度大的孩子高興時大叫大跳，生氣時大哭大鬧，常讓別人受不了，也容易高估他的本意；反應強度小的不易引起別人的注意，實際需要常被忽略。

7、情緒本質：指孩子在一天清醒的時刻中，所表現出的快樂、友善、和悅及不快樂、不友善、不和悅之間的比側。笑嘻嘻的孩子人見人愛，拗啾啾的孩子卻常使人誤解他在生氣，而不願去接近他，可能因此影響他的人際關係。

8、注意力分散度：是指孩子是否易被外界環境的刺激而干擾他正在進行的活動。注意力易分散的孩子很可能影響學習的效果。

9、堅持度：當孩子正在做或者想做某件事，卻遇到外在阻礙時，克服這阻礙而持續下去的程度即稱作「堅持度」。堅持度低的孩子一遇到困難就放棄，堅持度高的孩子很固執，有時也令人頭疼。

青少年情緒、行為問題 討論

何謂身心健康發展

健康發展的簡單標準：一個人如果能完成各階段的發展任務(每個人在其生長的社會環境中都被期望著在生長階段表現適當的角色，實踐這種角色的發展歷程稱之為發展任務)，並且與生活環境取得最好與最和諧的適應。

何謂精神問題疾病

- ◎ 不正常的精神狀態常牽涉到社會道德標準、行為標準與文化背景。
- ◎ 出現不正常的精神狀態一段期間，並且因此導致其社會功能如工作能力、人際關係維持、自我照顧能力等的下降，則稱為精神疾病。

兒童青少年與成人問題的不同

- ◆ 兒童青少年常以情緒與行為障礙為臨床表徵
- ◆ 同樣疾病在不同的年齡有不同的表現
- ◆ 可能是成長發育障礙或中斷現象
- ◆ 父母親的態度及忍耐力有決定性影響
- ◆ 發展目標在建立完整自我，穩定的情緒及人格，合群互助的人際關係

何謂情緒(精神?)障礙

- ◎ 一般所謂的情緒障礙是指兒童由於生理、心理或環境因素之影響，導致其生活內容、思考方式或行為表現僵滯或偏差，而在生活中表現出顯著異於生活常規或年齡發展常態之行為，並妨礙到自己或他人之學習、情緒或人際關係者。
- ◎ 根據流行病學的研究資料顯示，一般學齡兒童的情緒或行為障礙的盛行率約在百分之五到十，而身心發展障礙的兒童表現出情緒或行為障礙的比例更高。
- ◎ 情緒障礙形成原因一般分成三種：一、是遺傳基因與天生氣質；二、是兒童本身罹患之身體與心理疾病，譬如癲癇與氣喘、過動症與自閉症等；三、則是環境因素，譬如家庭衝突。

一、常見精神狀態檢查評估與症狀與觀察

1. 精神病史的瞭解(the psychiatric history)
2. 常見之精神症狀觀察：
 - 言語 (speech)
 - 一般儀容 (appearance) 與態度 (mannerism)
 - 情緒與表情 (mood and affect)
 - 行為 (behavior)
 - 思考 (thought)
 - 知覺 (perception)：
JOMAC (judgment, orientation, memory, abstract thinking, attention and calculation)
 - 病識感 (insight)

2. 精神症狀的觀察與檢查評估

- ◎ 在做精神檢查時首先要對病人的意識狀態、表情、態度及行為作一觀察。
- ◎ 其次則對其言詞對應、智能及記憶功能、情感思考判斷力以及病識感逐一作有系統的觀察與記錄。

(1) 觀察病人的意識狀態、表情、態度及行為

- ◎ 病人的外表是觀察上的一個重點，也就是觀看病人的外型、表情、姿態、頭髮及衣著的情形。
- ◎ 在表情方面要注意病人的表情是溫和輕鬆的或顯得緊張、焦慮、擔憂、害怕、急躁、悶悶不樂；或是嗜睡、倦怠、發呆、無表情、呆板、提不起興趣、退縮或有抗拒性或作一些其奇特的表情如做鬼臉。
- ◎ 病人的姿態與動作的觀察—注意病人是直坐或坐立不安的、少動的或多動的、有無機關式重複動作即常同動作、無緣無故地笑，有否僵直現象(catalepsy)，有否表現出嘲笑與敵對的態度(sarcastic attitude)甚至攻擊的(aggressive)態度等。

(2) 言詞對應的觀察

- ◎ 觀察病人的一脈言談是清晰而生氣勃勃的，還是低弱單調，喃喃自語(murmuring)的。
- ◎ 有些病人會自發性說話，有的則是被動地回答，irrelevant answer，不語現象(mutism)，有些病人反應靈敏、回答遲鈍等。
- ◎ 病人言談中回答內容：有的切題回答，有的答非所問，有的回答支離破碎，有的言談深受情緒影響，self-talking,
- ◎ 言談也可以反映一個人的思考與知覺的內容，談話中可以察知幻覺或妄想、思考貧乏，躁鬱症病人會有多言現象的存在。
- ◎ 語言模仿現象(echolalia)、新語現象(neologism)

(3) 情感 (Affect) 精神症狀的觀察

主要注意病患有無焦慮、恐懼、生氣、擔憂自卑、憂鬱或溢樂狀態。冷漠(apathy)、情緒變化無常、情緒不穩、易激怒

情感型精神症狀

焦慮患者	不安、無聊、寂寞
躁病者	情緒高昂、亢奮
憂鬱症	流淚、感到苦悶、心窩有壓迫感及失眠
自卑感	自我貶抑及認為自己毫無價值

(4) 思考及知覺障礙的精神症狀的觀察

思想的障礙—	思考不連貫、思考貧乏、或聯想遲緩、意念飛躍(會有多言及肢體過動現象)、思考的突然中斷、現實倒錯
知覺障礙(幻覺)	幻視、幻聽、幻嗅、幻味、幻觸
妄想	思想被得知、思考被廣播、思考剝奪、思考插入、被跟蹤妄想、被控制妄想、關係妄想、被害妄想自我分裂等

1980年版DSM-III包括了下列精緻疾病類別

- ◎ 嬰幼兒的疾病(過動症、厭食症、發展遲緩、自閉症)
- ◎ 已知器質性病因疾病(老年的疾病、藥物引發的疾病)
- ◎ 精神分裂症(混亂症、緊張症、妄想症、未分化症)
- ◎ 妄想症(沒有精神分裂現象)
- ◎ 情感障礙症(雙極性、重鬱症)
- ◎ 擬身體障礙症(轉化症、慮病症)
- ◎ 焦慮症(恐懼症、強迫症)
- ◎ 解離症(遊走症、失憶症、多重人格)
- ◎ 人格障礙症

精神疾病可以區分為

1. 嚴重（型）精神疾病：精神分裂病、情感性精神病（包括重鬱症、躁鬱症）、妄想症以及器質性精神疾病
2. 輕型精神疾病：輕鬱症、焦慮症、強迫症、畏懼症、心身症、恐慌症
3. 兒童青少年好發精神疾病：自閉症、過動症、行為規範障礙及情緒障礙

嚴重情緒障礙鑑定基準

- ◎ 嚴重情緒障礙泛指兒童或青少年持續性的表現外向性行為（男性為主）如反抗、攻擊、破壞、過動、暴躁、譴責、侵犯財物、及違規行為等問題；或內向性的問題（女性為主）如害羞、退怯、自卑、焦慮、恐懼、躲避群體（離群索居）、哀傷、憂鬱、冷漠、過度敏感等；以致造成個人在生活、學業、人際關係和工作等方面的顯著困難，而需提供特殊教育與相關服務者，其障礙並非因智能、感官或健康等因素直接造成之結果。

嚴重情緒障礙鑑定基準

- ◎ 所以情緒障礙學生的認定需符合下列特性：
 1. 長期性的情緒或行為問題反應。
 2. 在學業、社會、職業技能或人際關係有顯著困難者。
 3. 顯著的異於其年齡的發展常態或同文化生活常態。
 4. 經評估後確定普通教育所提供之輔導無顯著成效者
 5. 需要特殊教育及相關服務。

一般兒童期發展任務項目

- ◎ 1: 身體發展
- ◎ 2: 社會與情緒發展
- ◎ 3: 精神發展
- ◎ 兒童期結束時的目標為合群與互助的人際關係。

身體發展

- ◎ 成長速度比學齡前減緩，飲食狀況常與其活動量有關
- ◎ 當接近青春期的身體會再出現明顯變化（身高增長、陰毛長出、骨盆變寬、乳房漲大與睪丸漲大）
- ◎ 認識男女之間的差別
- ◎ 兒童開始覺得不易平衡高活動與安靜的活動
- ◎ 兒童大約需要十個小時左右的睡眠
- ◎ 學習肌肉的整合與控制，到兒童晚期達到理想控制
- ◎ 小肌肉發展迅速如使用樂器、敲擊與建築東西
- ◎ 乳齒消失由恆齒取代
- ◎ 眼睛發展達到成熟

社會與情緒發展

- ◎ 開始有獨立的跡象，逐漸使用世俗的語言來反抗與對立
- ◎ 逐步克服對一些未知事物、失敗、死亡、家庭問題與拒絕的恐懼與害怕（一開始可能是怪物、黑暗與動物，之後逐漸變成學校、災難與社交關係）
- ◎ 朋友多半是住在附近的鄰居，且幾乎都是同性別，多半有五個以上的好朋友，也大約會有一個不喜歡的人
- ◎ 有指揮與保護較小的兒童行為，但也會配合較大的兒童命令
- ◎ 比較有具備瞭解他人觀點的能力
- ◎ 常以外觀、才能與活動能力來看自己
- ◎ 減少亂發脾氣，比較能忍受挫折與延遲滿足
- ◎ 解決衝突的方式會以同儕之間的判斷為主
- ◎ 比較能自省，常感覺每個人會注意他一點變化
- ◎ 問東問西常是在兒童早期用來吸引大人注意的方式
- ◎ 逐漸形成內在的自我控制，逐步練習下決定的過程
- ◎ 會有想要贏與領導的慾望，也期待因此被肯定，對於輸很沮喪
- ◎ 開始將心目中的英雄由家長轉變成老師、教練等並試著去吸引他們的目光
- ◎ 兒童早期會以家人的認同與責怪來評斷自己是好或不好，情緒不成熟且容易受傷害，且常不會應對失敗

精神發展

- ◎ 開始會思考自己的行為與可能造成的後果，從具體認知上的分類(如父母、嬰兒與姑姑都是同一家人)到接近青春期的瞭解彼此的關係與順序。
- ◎ 從兒童早期即具備有讀與寫的能力
- ◎ 有能力思考其行為的過程並瞭解前因後果來解釋其行為
- ◎ 開始會以操作的方式來印證其所學
- ◎ 六到八歲的兒童很少能參加需靜坐超過二十分鐘的活動，之後會逐漸拉長其專注力
- ◎ 兒童早期會有主動執行的動力但很少完成，隨著年紀增加完成的機會會增高
- ◎ 經過社交互動中經驗不同的友誼關係來逐漸建立自我價值感
- ◎ 兒童開始有能力以言語的方式來解決問題
- ◎ 兒童可以維持專注力及花時間來尋找所需的資料
- ◎ 開始有計畫來達到目標
- ◎ 有更多的記憶能力
- ◎ 會以自己是否為一個有能力的人(worker)來建立自我的形象
- ◎ 會有想要賺錢的方式

青少年的定義

- ◎ 青少年(adolescent)是西方名詞，指的是一個從兒童期到成人期中間的一段過程。
- ◎ 青少年常依社會、經濟、文化與政治目的而有不同的定義，如美國CDC的定義是在10-24y/o常依其研究目的而定；我們一般認定的12-18歲通常的參考依據是法律規定。
- ◎ 字典的解釋：Juvenile between puberty and maturity, adolescent源自於拉丁文意思是“to grow up” and become adult.

一般分成三階段

- ◎ 青少年早期(11-13y/o)：生理期變化、運用新的認知能力(從具體思考轉變成抽象思考、相對思考、自己如何思考問題、常見自我中心(個人神話、假想觀眾)，逐漸會採用別人的觀點(折衷觀點)、同儕中的定位、處理性別角色)
- ◎ 青少年中期(14-16y/o)：處理性慾(男性尋求成就與成熟而女性則是尋求親密感，同性戀)、道德決定(從物質取向轉為他人認同)、發展和同儕的新關係(接受同儕不同意見)、平衡自主性與責任感(要求私人空間、減少父母規範..去依附與個人化)
- ◎ 青少年晚期(17-21y/o)：穩固認同感(確定自己是誰..性別、宗教、職業)、體驗親密關係(從父母到同儕到異性的親密關係)與離家(上大學、當兵與找工作)

青少年的發展

- ◎ 目標為達成四項成熟的工作
- ◎ 達到獨立：與父母分開，喜歡同儕-對分離感到焦慮-達到獨立。
- ◎ 認知：由具體思考轉變為抽象思考，自我控制攻擊與反抗的衝動
- ◎ 社交關係：同性別同儕-雙性同儕-個人人際
- ◎ 價值觀：挑戰父母價值觀-自我為中心-轉變為具有是非判斷與同理心的道德感

常見的影響情緒、行為發展的因素

- ◎ 過去的教養方式(父母家庭精神疾病、父母教養方式與學校教育)
- ◎ 身體的疾病(過動症、自閉症、癲癇、代謝異常...等)
- ◎ 生理變化(hormone, neurotransmitter)所產生的影響
- ◎ 睡眠的影響(睡眠不足易致白天嗜睡、情緒低落、自殺意念與學習成就低落)
- ◎ 同儕影響
- ◎ 電視媒體的影響(如菸酒與暴力的模仿，不尊重他人)
- ◎ 電腦遊戲與網路的影響(現實感偏差，缺乏同理心，養成只要我喜歡有何不可的想法；缺乏運動；雄性激素影響杏仁核造成衝動與憤怒)
- ◎ 成癮物質的影響
- ◎ 精神疾病的影響

何謂情緒

- ◎ 情緒並不同於心情(mood)，情緒常是認知、行為、言語、心情、表情...的集合體
- ◎ 常以一種主觀的現象來表現如沮喪、憤怒、冷漠、罪惡感、疏離、攻擊、自我傷害.....
- ◎ 通常是與環境互動而產生正面或者負面結果
- ◎ 與過去的成長背景、經驗、創傷、目前壓力有關

情緒問題的特徵

- ◎ 不喜歡與同儕一起，沒有興趣交朋友
- ◎ 不注意自己的外表
- ◎ 不喜歡與人分享經驗
- ◎ 過度敏感、反應速度過快且變化大，過度膨脹自己
- ◎ 缺乏同理心與過多罪惡感
- ◎ 沮喪、自我批判、災難化等負面想法
- ◎ 下不了決定
- ◎ 過度專注於性或者對性沒有興趣
- ◎ 對未來缺乏興趣與計畫或者逃避下決定
- ◎ 缺乏未來感有無助與無望的感覺

常見的情緒症狀

- ◎ 焦慮：為自律神經系統失調導致其過度反應，常出現有不明原因的身體不適如胸悶、心悸、呼吸困難、手抖、冒汗、拉肚子與腹痛等，也會有心理的症狀如不安、緊張、坐立難安等。
- ◎ 憂鬱：情緒中樞失調缺乏動機與期待，無望與失落感，失眠與感覺不到快樂等。
- ◎ 多疑與下不了決定：常為精神分裂病的初期症狀
- ◎ 人際關係疏離
- ◎ …

行為問題的定義

- ◎ 持續的反社會或從事於社會所不認同的行為，常有傷害他人所有或攻擊他人的行為，並且不接受社會的約束與權威，常因此不被社會接受，社會孤立，常合併有情緒障礙。
- ◎ 並不認為是一種疾病，而被認為是一種社會與道德的問題常與犯罪行為有關。
- ◎ 一般人口盛行率為4%，男性的發生率為女性的三倍，在低社經地位與大家庭的盛行率較高
- ◎ Delinquency-法律名詞，指的兒童青少年已達法律責任能力(台灣法律十六歲以上)，瞭解這些偏差行為的本質與代價，出現反社會性行為如偷竊、搶奪、縱火，並且構成犯罪條件；男性為女性的十倍

行為問題的定義

- ◎ 行為需涉及一定的範圍、頻率與嚴重度(6個月以上，影響學業、人際關係與家庭關係，造成對方傷害等)。
- ◎ 不接受或者對抗一般社會正常(normality)的行為標準。
- ◎ 即使處罰與管教仍無法修正其行為(6個月以上)。
- ◎ 牽涉到社會與文化的價值觀。
- ◎ 由於人為劃分，所以需有其他的客觀證據，如不受歡迎、社會孤立與很少朋友，人際關係不穩定、荒廢學業、家庭關係失和等，常合併情緒症狀。
- ◎ 分成社會化(socialized)與非社會化(unsocialized)行為問題→前者融入同儕且為同儕或父母所接受，對其錯誤行為較有反省能力，且比較願意改變，較能發展道德與倫理的概念，較少出現犯罪行為；相反的反者無法融入同儕之間，少有反省能力且不受歡迎，較常出現犯罪行為。

常見的行為問題臨床表徵

- ◎ 攻擊
- ◎ 偷竊
- ◎ 逃學
- ◎ 野蠻行為
- ◎ 縱火
- ◎ 物質濫用

臨床症狀

- ◎ **攻擊**：為最常轉介的原因，也是造成孤立與不受歡迎的主因；學齡前與中期常與其他兒童，常常於競爭與爭執中發生，常合併有暴怒與活動量過大，若有破壞行為出現如破壞傢俱等，則較為嚴重，通常反映出父母親的忽略與拒絕態度；學齡期，開始有語言的攻擊，欺負同學也是常見的行為，若有對動物做出殘忍的行為，可能代表較嚴重的問題；大兒童與青少年較少有攻擊行為，但所造成對方傷害的嚴重度增高，多會以集團攻擊的方式(幫派)，若有出現突發暴怒與盲目性的攻擊自己與他人，需考慮癲癇的可能性。

臨床症狀

- ◎ 偷竊：一種病態性的行為，也就是即使經過教育、處罰與批評仍無法改變的偷東西行為，通常到6-7歲才會肯定，因已經具備瞭解與尊重私人物品的能力，可能反映出父母的拒絕與忽略；分三類型：comfort stealing-藉物品的回饋來補償父母所缺乏給予的情緒支持；marauding(掠奪)offences-較大的兒童以集團的方式偷竊，較少有品行障礙，常屬於社會化反抗性類型；providing offences-較大的青少年，為改善自己的地位與能力而偷竊。為掩飾罪惡感，常有說謊的行為，但大人持續的逼問可能因此傷害其自尊。

臨床症狀

- ◎ 說謊：四歲開始會說謊，常是一種避免處罰與丟臉的行為(次發行為)，品行障礙兒童常以說謊來掩飾其惡意行為，常沒有成功，導致問題的更惡化；持續說謊常造成家長、師長的失望與憤怒，並被標籤為不可信任，導致社交隔離與拒絕；反映出父母情緒的剝奪或不良的友誼取得方式。

臨床症狀

- ◎ 逃學：故意逃避學校活動，常開始於中年級並且在青春期最嚴重，行為形成的原因並非因為焦慮或害怕，而是不喜歡學校的課業與紀律，常有學習障礙與學業成就低落的問題；由於發現常已經無法上學，造成學校與家長的相互指責，家長也常以唸書無用、學校不會教書或者老師故意刁難，來逃避問題；也常在逃學期間學會其他不良行為；處理需要學童、家長、學校與教育單位通力合作解決困難

臨床症狀

- ◎ 野蠻行為(搶奪)：故意的破壞行為，常發生在青少年，以團體行動的方式；由於對於社會規範產生挫折感，並缺乏適當的釋放攻擊意念技巧，以此來表達對於大人社會的敵意與攻擊意念。常發生在大城市中的低社經階層。

臨床症狀

- ◎ 縱火：雖不常見，但卻是嚴重的行為；多數兒童也會有一段期間喜歡玩火，但經過告誡與禁止後都會消失，持續性的故意縱火行為則反映出兒童對於大人的敵意與攻擊性；男性為女性的五倍，8,13歲為兩個高峰期，有縱火行為的品行障礙患者常有明顯的攻擊與反社會行為，有高比例的閱讀障礙，50%有家庭衝突

物質濫用

- ◎ 常是青少年嚴重品行障礙的症狀之一
- 吸菸已是我國青少年常見的問題，常是其他毒品的入門(美國則還有喝酒)，國小六年級有10%，國、高中則有三成以上(美國2/3有吸菸、2/5有使用大麻，大麻也是美國最常使用的非法物質、1/5使用強力膠或揮發性物質、1/10安非他命與LSD、MDMA快樂丸有1/12，海洛英、古柯鹼則少於2.5%)。
- 物質濫用對青少年的意義有：
- 1:促成個人在團體中的定位
- 2:使兒童轉變成成人的門檻(因為只有滿十八歲才可以抽煙、喝酒)
- 3:減輕壓力的方式
- 4:對抗權威與操縱的工具。

物質濫用

■ 發生的原因：

社會因子：價格與取得的方便性、成人使用的方式、媒體的影響、使用的合法性、健康教育的評估方式

個人的因子：性別、基因的因子、家庭內的環境、家人或朋友使用物質的方式、人格特質、教育或職業的失敗。

■ 診斷：要診斷為物質濫用需物質的使用已經影響到年輕人的生活並造成身體、心理與社會失能的情形；而物質依賴則必須出現心理與生理的戒斷症狀，無法控制使用的情形與耐受性...簡單的判斷準則以CAGE：C-Cutting，A-Annoy，G-Guilty，E-Eye opening。

品行障礙診斷

- ◎ 一種重複且持續的行為-侵犯他人的權利，違反與其年齡相當的規範，並且至少符合以下症狀其中三項在過去的12月中，並造成其社會、學業與工作的影響；
- ◎ **攻擊人或動物(aggression)**：欺負或威脅他人，肢體衝突，使用武器攻擊他人，殘忍對人，殘忍對動物，搶奪他人所有，強迫發生性行為。
- ◎ **破壞物品(antisocial)**：蓄意縱火，蓄意破壞他人所有
- ◎ **欺騙或偷竊(antisocial)**：非法侵入他人住家、汽車，欺騙以逃避責任或獲得好處，偷竊物品。
- ◎ **嚴重違反規則(antiauthority)**：13歲前即曾違反父母規定在外過夜，有至少二次逃家過夜，13歲前即曾逃學。

反抗對立障礙

- ◎ 一種持續至少六個月的不配合、挑釁、敵意與反抗態度(但沒有反社會行為)，並出現以下至少四種症狀，造成其社會、學業與工作功能的下降。
- ◎ 常無法控制脾氣(低挫折忍受度)，常與大人衝突，常不願配合或者破壞大人的要求或規則，常蓄意激怒他人，常將自己的過錯或行為失當歸罪於他人，常容易被人激怒，常生氣或憤怒，常懷有敵意或想報仇。

形成原因

- ◎ 家庭因素：常見於大家庭或單親家庭
- 父母親的關係：父母親的精神疾病常造成夫妻衝突與不良的教育方式，父母的衝突不僅可能對於兒童有負面印象，造成對兒童教養的不連貫性，與學習到不佳的情緒表達方式。
- 父母與小孩的互動方式：小孩的不良行為若能得到注意、逃避不喜歡的责任與得到回饋，也就是父母造成不良行為的養成。
- 父母對於兒童的情緒反應：對兒童的自信、安全與自我價值為重要的基礎，臨床上常見其缺乏關心或被拒絕，常見的演變過程。

形成原因

父母的教養技巧：父母衝突、對小孩敵意與缺乏溫暖常是造成也是維持行為問題的原因，無效與不持續的教養方式也是主因，常沒有機會學習與預測社交規則，導致對於道德與社會規範的接受度無法持續。

父母的犯罪行為：為重要的環境因素。

家庭內性侵害：不論對男生或女生都是造成的原因之一。

形成原因

◎ 個人因素：

基因的因素：基因的因素(過動症、自閉症、智能障礙等)一般認為比環境的因素影響低，犯罪行為與反社會行為比品行障礙更有家族遺傳的傾向，染色體XYY也不認為會比較容易有攻擊行為。

體質的因素：神經傳導物質的不平衡(serotonin)、賀爾蒙(雄性激素高)、代謝異常(低膽固醇)、癲癇與腦傷等，常無法控制挫折所產生的情緒變化，兒童期為"difficulty child"等，但都不是可靠的預測因素。

形成原因

認知的因素：常將中性的舉動解讀為敵意，也因為常被拒絕或討厭更加深此看法，社交技巧不好，自尊心較低與負面的情緒。

智能：低智能限制了學習適當行為能力的表現，語言能力不佳則影響到抒解壓力與衝突的能力，因此常以對立與暴力行為來表現；學業不佳與學業挫折也是原因之一。

身體疾病或失能：直接的影響如癲癇與腦性麻痺對認知與情緒特質如注意力、衝動行為的影響；間接的影響則是身體疾病導致自信心下降與自卑感。

形成原因

- ◎ 社會因素：過度擁擠的環境，不良的鄰居關係；同儕間的壓力，特別是在偏差的團體中為取得信任與接納；在大城市中，社會資源的分配不足，監督力減弱，常因此造成反抗權威與輕視人權的行為；學校的環境與偏差行為的形成確有關係，混亂的制度、不友善且道德感低的學校、老師不固定、缺少與父母親溝通等，過度的強調作息、規範與權威導致學習有困難或成績差的學生選擇脫離學校。

疾病或者是發展的現象

- ◎ 問題持續時間超過六個月
- ◎ 同時造成學業、人際關係與自我照顧能力的減退
- ◎ 出現嚴重的症狀如聽幻覺、拒食、自殺企圖等症狀需立即就醫
- ◎ 需要注意的警訊：性病、犯罪、逃家、自傷行為、暴飲暴食、體重變化過大、不與人來往、生活習慣的改變。

可能出現情緒與行為問題的疾病

- ◎ 學習障礙
- ◎ 過動與注意力缺失症
- ◎ 自閉症
- ◎ 憂鬱症
- ◎ 焦慮症
- ◎ 躁鬱症
- ◎ 精神分裂病

可能出現情緒與行為問題的疾病

- ◎ 學習障礙：指閱讀、書寫或算數的學業成就表現落後兩個學年(需考慮其智能表現)，1/3行為問題有學習障礙，也有1/3學習障礙有行為問題，兩者有關的原因有人認為干擾行為影響學習，無法參與學習導致挫折與低自尊，以此行為來表達不滿或滿足缺乏的情緒或者是過動所造成。
- ◎ 過動與注意力缺失症候群：合併有活動量過大、衝動行為與注意力不集中的情形，喜歡新奇與刺激的活動，因低學業表現、衝動行為、被社交孤立、反抗學校的權威與情緒困擾常是導致出現行為障礙的原因。

可能出現情緒與行為問題的疾病

- ◎ 自閉症：特別是高功能性自閉症與亞斯柏格症，因為其有正常的認知能力智商(IQ)高於100，但是卻沒有相等的人際關係智商(SQ)，常被認為離經叛道，加上缺乏社交技巧，常被標籤化為不歡迎人物，常被排斥與攻擊，可能因此而逃離社交，也可能轉而攻擊他人。
- ◎ 憂鬱症：情緒低落、對事情失去興趣、失眠或睡過多、胃口不好或暴飲暴食、感覺到無聊與人生沒有目標、對事情敏感與易怒、自傷與自殺的想法(對內的攻擊意念)。
- ◎ 焦慮症：莫名的身體症狀(呼吸困難、胸悶等)伴隨緊張與不安，如過度換氣症候群、大腸急躁症、社交型焦慮、選擇性不語等。
- ◎ 躁鬱症：情緒高昂、話多、計畫多、活動量高、不用睡覺、情緒易怒、容易出現對外的攻擊意念。
- ◎ 精神分裂病：聽幻覺、妄想、語無倫次、怪異行為、社交功能退化等。

如何協助

- ◎ 察言觀色
- ◎ 同理、關懷與不批判的傾聽
- ◎ 使用對方可以聽懂的语言
- ◎ 會談中大致推估青少年的發展情況
- ◎ 協助釐清問題的核心
- ◎ 假設孩子的出發點都是好的
- ◎ 尋找對方的支持力量如優點、才能
- ◎ 修正其思考模式
- ◎ 練習新的應對技巧

父母可以做什麼

- ◎ 花一點時間傾聽孩子說話
- ◎ 瞭解自己的情緒狀況、學會放鬆(告訴自己可以忍受、問題一定可以解決等)
- ◎ 冷靜、沈著且不受操弄(瞭解他的目的如報復、吸引注意力或者爭取權力)
- ◎ “改變”處理的方式(運用溫和的語氣、減少批判性的字眼、模糊焦點、運用幽默感)

處理的方向

- ◎ 影響治療的因素有症狀嚴重性、是否有教育與身體問題、家庭的動機。
- ◎ 加強父母改變的動機-建立及強化家族的規律性，密切注意小孩的行為以使父母瞭解小孩感受，持續行為修正與設定步驟。
- ◎ 家族治療-協助家庭建立清楚的角色與責任劃分，改善其溝通與互動模式，學習情緒表達方式，如何分析問題與擬定對策。
- ◎ 行為修正-針對其單一的行為如發脾氣與攻擊行為，父母與小孩合作，行為分析，擬定適當的增強物、回饋機制與處罰(行為約定)等。

處理的方向

- ◎ 個人問題解決技巧與社交技巧訓練
- ◎ 個人心理治療：瞭解自己行為形成的原因，知道造成自己困擾的原因並且找出適應的方式。
- ◎ 藥物治療：如psycho-stimulant(Ritalin & Concerta)對過動症，Lithium對突發性的暴怒，antidepressant(Prozac & Zoloff)對憂鬱症。
- ◎ 補救教學-學習問題，干擾問題(過動症)，身體疾病
- ◎ 治療身體疾病與障礙
- ◎ 社會支持(社會局、警察局)
- ◎ 寄養家庭或家扶中心

輔導技巧

- ◎ 欣賞孩子的獨特性，接納孩子的差異性，避免給孩子貼標籤。
- ◎ 多鼓勵、少責備。睜大眼看孩子的優點，閉隻眼看孩子的缺點；多鼓勵，少責備，有助於孩子建立良好的「自我形象」，畢竟孩子需要鼓勵，更甚於批評。
- ◎ 製造機會，提供孩子成功的經驗，建立孩子的自信心。
- ◎ 處理兒童問題時，對事不對人，儘量把人與事分開思考，即使兒童的行為不對，也要讓他知道：我們不喜歡他的行為，但仍然喜歡他的人。還要注意公平性和避免情緒化。

輔導技巧

- ◎ 教導孩子表達情緒，學習疏導自己的情緒，並培養課餘休閒興趣。
- ◎ 輔導兒童學習社會技巧，尊重別人，增進人己關係。
- ◎ 以開放性的發問，提供孩子思考空間，訓練邏輯思考的能力。
- ◎ 留意孩子的表現，發掘孩子的優勢與弱勢，協助孩子發展多元的智慧。
- ◎ 多提供好的行為模式讓孩子仿效學習，並可善用同儕力量給予孩子協助。
- ◎ 運用行為改變技術，讓孩子在表現我們期望的行為以後，能得到愉快的經驗，以強化良好行為。
- ◎ 提供孩子分工的機會，練習溝通協調，培養合作態度，增進團隊共事的能力。

醫療臨床上的處置

- ◎ 外向性行為：如攻擊、反抗行為與干擾行為等...先瞭解行為發生的過程、持續時間、合併的症狀、家庭情況等...此階段常見的疾病有過動症、高功能性自閉症、品行障礙、抽動症等...一般在治療上除卻行為與心理治療外，過動症可以以神經興奮劑治療有70-80%的效果，攻擊、暴力等品行障礙可以以抗精神病藥物與鋰鹽等情緒安定劑治療，抽動症可以以抗精神病藥物治療，抗拒改變與固執等對立行為可以以抗憂鬱藥物治療。

醫療臨床上的處置

- ◎ 內向行為：如退縮、憂鬱、焦慮與緊張等，一樣要先瞭解發病的經過、時間的長短、曾經做過的處理、是否有其他合併症或其他內科疾病、家庭功能如何、有否家庭精神疾病與家庭暴力等...常見的疾病有焦慮症、憂鬱症、自閉症與過動症、懼學與選擇性緘默症等...上述疾病多半可以以抗憂鬱藥物治療，但是前提一定是先找出可以改變與加強的因子，否則藥物效果常不佳，且一定要儘早處理。

藥物治療目標

- ◎ 增加注意力與專注力
- ◎ 降低衝動與增加忍耐力
- ◎ 減少過動與干擾行為
- ◎ 減少攻擊與暴力行為
- ◎ 加強情緒穩定性

藥物治療種類

- ◎ 中樞神經興奮劑
- ◎ 非中樞神經興奮劑：
正腎上腺素回收抑制劑:Atomoxetine
抗憂鬱劑:TCAs,bupropion
降血壓藥物:clonidine

神經興奮劑

- ◎ 中樞神經興奮劑大約在70年前開始使用，即使其詳細機轉不清楚，但一般相信可以抑制dopamine與norepinephrine的重吸收與抑制其代謝，也由於其不同藥物作用機轉不同，所以有時對一種沒有效反而對另外一種有效，目前仍認定神經興奮劑為沒有合併症的ADHD首選治療藥物；
- ◎ 如果治療的效果未能達到，通常需要增加劑量，但需要一段時間的觀察，如果仍沒有效則需要換成另一種類型的神经興奮劑或者非神經興奮劑。
- ◎ 目前台灣上式的兩種神經興奮劑Methylphenidate為Ritalin-短效型效果維持三到四小時，Concerta-長效型可維持12小時，當與placebo做比較，短效型與長效型的治療效果約有0.91與0.95，表示有相當高的治療效果。
- ◎ 一般使用的劑量約為0.5-1.3mg/kg/day

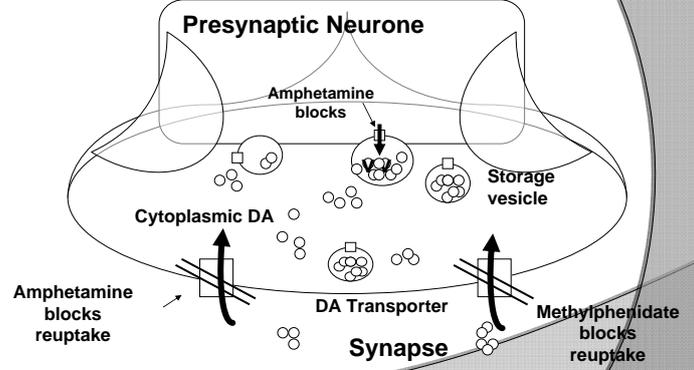
神經興奮劑

- ◎ 長效型的神經興奮劑一天只給一次藥物可以減少老師提醒小孩吃藥的負擔，也可以減少在校服藥所造成的心理負擔
- ◎ 是否影響發育、造成抽動症狀與成癮性的問題；另外可能的副作用有心血管的問題...
- ◎ Modafanil,則是另外一種類型的神經興奮劑主要用來治療嗜睡症，目前尚沒有安全性與藥效的研究報告。

神經興奮劑

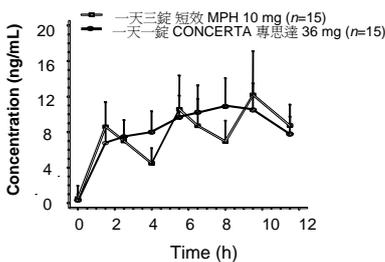
- 可能出現的副作用有頭暈、頭痛、心臟不舒服、胃痛等一般都不嚴重只會維持幾天，但是失眠與胃口變差的情形較為常見，所以一般建議下午六點以後不服用藥物以免失眠，如果不嚴重只需鼓勵患童晚上多吃一些特別是肉類食物，但是如果嚴重沒胃口、體重降低需與醫師討論其他的治療方式，過去曾經認為服用這類神經興奮劑會導致小孩的身體發育遲緩，但目前的研究都指出體重也許有影響但是身高幾乎沒有任何影響。

神經興奮劑(psycho-stimulants)的作用機轉



長效及短效藥物的比較

CONCERTA® 專思達 提供:

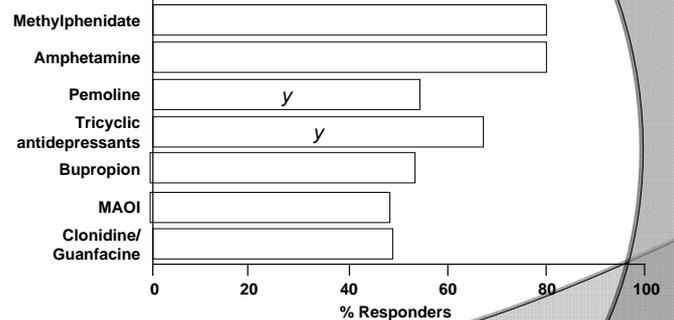


- Methylphenidate 藥物濃度立即釋放後並持續緩慢釋放藥物濃度¹
- 跟一天三錠的短效藥物比較，長效藥物釋放的最大及最低濃度變化減少，並降低副作用產生的機率²

1. Modi et al. J Clin Pharmacol 2000.
2. Modi et al. Biopharm Drug Dispos 2000.

Swanson J et al. Arch Gen Psychiatry 2002; in press

ADHD 藥物的治療反應



Wilens TE, Spencer TJ. Presented at Massachusetts General Hospital's Child and Adolescent Psychopharmacology Meeting, March 10-12, 2000, Boston, MA.

抗憂鬱劑

- 過去主要為TCA(三環抗憂鬱劑)，主要針對serotonin及norepinephrine，但因副作用大且服用過量有生命危險，目前已經少用。
- 新型的有SSRI,SNRI等，主要針對血清素及正腎上腺素的回收抑制，目前較常被使用來治療憂鬱症、焦慮症、選擇性不語症、恐慌症與強迫症等。
- 此外此類型藥物對於自閉症的常同與抗拒改變行為也有效果。
- 副作用較少安全性高。
- 抗憂鬱劑引發自殺的危險？

抗精神病藥物

- 主要分成典型與非典型的抗精神病藥物，非典型藥物主要不同的地方在其作用機轉不僅限於多巴安而會合併有其他接受體如血清素，比較不會產生椎體外症候群，對於負向症狀比較有效，價格也比較高，但容易產生體重上升、體脂肪升高的代謝症候群。
- 對於精神分裂病、抽動症為主要的治療藥物，對於自閉症或者智能障礙者合併行為、情緒與自殘行為有效果。

情緒安定劑

- ◎ 常用的有鋰鹽、顛通與地拔顛等藥物，其作用機轉主要是以升高情緒發作的閾值，因為一般認為情緒的發作與癲癇的發作原理類似。
- ◎ 主要治療的對象為躁鬱症、高攻擊與衝動性、自閉症或者智能障礙合併的攻擊行為等。
- ◎ 需定期抽血因為濃度過高會中毒。

預後(一)

- ◎ 情緒障礙兒童日後較易罹患焦慮症、憂鬱症(大約有1/3)，社會功能如工作能力與穩定性、人際關係、婚姻關係較差，合併藥物濫用與酗酒的機會也比一般人高，也比較會出現自傷與自殺行為。
- ◎ 行為問題不良的預後因子：早期發病、症狀數目多、嚴重度與頻率高、在數個生活領域都有問題(學校與家庭)、合併過動症等；父母親有精神疾病與犯罪行為，家庭內敵意高也會影響預後。日後出現人格異常的機會比憂鬱症及焦慮症大，此外日後的學歷較低、工作經驗不好、社會關係與婚姻關係的不穩定。

預後(二)

- ◎ 行為問題預後變異性大，行為比較侷限於學校或家庭的預後比較好，另一個預後不好原因是他們常社交與情緒孤立。
- ◎ 40%的品行障礙患者成人後持續會有犯罪行為與不佳的人際關係；90%的成人犯罪行為過去都曾符合品行障礙的診斷。
- ◎ 研究發現有1/3的品行障礙者會出現嚴重的精神疾病，而一般人口僅有2-4%。
- ◎ 目前對於預防並沒有詳細研究。

認識情緒障礙

× 一、情緒障礙的定義與出現率

「情緒障礙」依現行特殊教育法稱為「嚴重情緒障礙」，也常被稱為「情緒與行為障礙」、「行為異常」或「性格異常」。

根據國內外的研究顯示，在6~15歲學齡學生中，大約有6~10%的學生有情緒障礙，這些兒童或青少年可能持續性的表現出外向性的攻擊、反抗、衝動、過動等行為，內向性的退縮、畏懼、焦慮、憂鬱等行為，或其他精神疾病等問題。

- × 在性別的比率與差異上，罹患情緒障礙的男女比率約為6：1，男生的情緒障礙較傾向於發生違規行為或不成熟的問題，然而女生則傾向於發生退怯或神經質徵狀的問題。
- × 根據我國特殊兒童普查(民81)的統計資料，嚴重情緒障礙的出現率佔6~15歲學齡學生的2%，佔身心障礙學生的9.38%，而且大都被安置於普通班。

× 這些兒童或青少年具有下列特性：

- × 1. 情緒或行為反應與同儕或身處的社會文化比較，明顯的不同，脫離了常軌。
- × 2. 情緒或行為問題，持續性的發生。
- × 3. 情緒或行為問題，發生在兩種以上的場合。
- × 4. 情緒與行為的反應，嚴重妨礙學習和日常適應功能。
- × 5. 普通教育的輔導未見具體成效。

× 6. 排除因素：

- (1) 非肇因於智能、感官或健康因素所直接造成；
 - (2) 亦非因壓力環境或壓力事件所引起的暫時性情緒與行為困難。
- ※智能障礙的合併症：行為障礙、情緒障礙、精神病、發展障礙。

× 二、校園中情緒障礙兒童的初判

- × 下列行為和情緒上的訊號，可以用來協助我們粗略地判斷學生是否具有情緒障礙：
- × 1. 說謊、欺騙、偷竊、考試作弊等不誠實的行為。
- × 2. 不願意做他應做而且能做的事。
- × 3. 不喜歡與別人來往或逃避與他人交往的機會。
- × 4. 精神不佳、缺乏精力，但並無生理上的原因。

- × 5. 經常缺席。
- × 6. 過度以成人為學習、模仿的對象。
- × 7. 過度依賴友伴團體以獲得滿足與安全。
- × 8. 反抗權威，對老師採取反抗的態度。
- × 9. 偷偷破壞公物。
- × 10. 對幼童或小動物表現虐待行為。
- × 11. 比同齡的兒童有較多幼稚的情緒反應，如愛哭、容易受挫折、易發脾氣等。

- × 12. 經常成為欺負的對象。
- × 13. 專與年齡大很多或小很多的人相交。
- × 14. 在家裡，與兄弟姊妹不睦，與父母時起爭執。
- × 15. 過度的不滿足，常常需索無度，但東西一到手，又加以破壞，或棄置不顧。

- × 16. 常以「不小心」或「忘記了」當藉口，希望獲得他人的諒解，或完全抹煞事實，躲進幻想的世界裡。
- × 17. 一昧順從他人或過度的道德化，以表示對現實無條件的妥協。
- × 18. 在學習不能專心注意，神志游移不定，或對學習活動意興闌珊。
- × 19. 衝動或過度活動，無法自我克制。

- × 三、情緒障礙的成因
- × 1. 生理、病理因素：如腦傷、遺傳、腦部功能失調等，與電解質、中樞神經系統、腦下垂體、荷爾蒙的變化有關。
- × 2. 心理因素：如低自尊、精神異常、道德意識薄弱等。
- × 3. 氣質因素：氣質是與生俱來的特質，不同的個人氣質加上周圍環境因素的作用，就會由個體的情緒行為表現中反映出來。

- × 4. 智力因素：如低智力、閱讀、學習困難或其他能力低弱者等。
- × 5. 社經因素：如貧窮（嚴重及長期的營養不良或營養不均衡）、社會階層、種族、性別。
- × 6. 家庭因素：身體發展史、破碎家庭、單親、管教態度不一致、嚴苛、放縱、家庭暴力、虐待兒童、兄弟姊妹的爭鬥等。

- × 7. 意外事件或環境中的事故：如親人死亡、父母分離、親人的疾病或殘障等。
- × 8. 學校因素：如升學主義、智育導向教學、成績低落、低成就、教師的管教態度不當、教育環境不適當、同儕不良行為的相互影響等。

- × 9. 社會文化因素：如次文化、電視、電影、廣告、新聞媒體的不良報導或示範，抑或不當娛樂場所的影響等。
- × 學者認為「社會環境」和「兒童基因、特質」的交互影響，才是情緒與行為問題產生的更主要原因。

- × 四、情緒障礙的類型與處遇方法
- × 情緒障礙的類型眾說紛紜，我們從學校教育的角度著手，將它區分為下列幾種：

- × 1. 兒童精神分裂症
- × 在罹患精神分裂症的兒童當中，80%的兒童患者會幻聽，50%的兒童患者會有幻想，妄想別人要陷害他、身體疼痛或幻想自己是偉人、英雄、神仙等。

- × 精神分裂症的兒童傾向思緒雜亂無章，前後無法連貫，談話時顯得顛三倒四。情感的表現則很不得體，或是毫無表情，顯得冷漠無情。生活上則秩序受到騷擾，社會交流中斷，功課退步。
- × 學校方面的處遇方法為提供課業的補救教學，透過講解、示範、逐步養成、角色扮演訓練學生的社會技能，並善用行為改變的原理矯治怪異不得體的行為問題。

- × 根據各種調查報告，患精神分裂症的患者大約四分之一至三分之一會康復，約三分之一會呈現輕度症狀，而其餘的會呈現慢性精神病狀態，需常期仰賴護養的環境與設備。

- × 智能障礙合併精神分裂病：
- × ● 幻覺與妄想
- × ● 退化與混亂行為
- × ● 自言自語、傻笑
- × ● 長期持續性之問題
- × ● 1%
- × ● 藥物治療

× 2. 注意力不足與過動症

× 注意力不足與過動症係指具有下列(1)或(2)中的事項：

× (1) 不專注：出現下列不專注的症狀至少六項，且持續六個月以上，此問題造成個體的不適應，且和他/她的發展成熟度不

× 一致：

× a. 經常無法注意細節、或在學校功課、工作的活動上經常因粗心而犯錯。

× b. 經常無法持續注意力在功課、一件事或遊戲上太久。

× c. 經常表現出好像不注意聽別人對他說話的樣子。

× d. 經常無法遵循指示和完成學校功課或其他指定任務，但並不是因故意反抗或聽不懂指示而無法完成。

× e. 經常無法把事情或活動做的有條理。

× f. 對於需要持續花心力的活動，經常表現出逃避或強烈的不喜歡。

× g. 經常丟掉(或忘記)一些重要的東西(如作業、鉛筆、書本、文具或活動所需要的玩具)。

× h. 經常容易為外界的刺激所干擾而分心。

× i. 經常忘記日常生活所需的事物。

× (2) 過動／衝動：出現下列過動／衝動的症狀至少六項，且持續六個月以上，此問題造成個體的不適應，且和他/她的發展成熟度不一致：

× 【過動】

× a. 經常手或腳動個不停，或在椅子上坐不住(身體蠕動不停)。

× b. 在教室或其他被要求坐在椅子上的時候，仍會離開座椅。

× c. 經常在不允許到處亂跑或亂爬時，仍會亂跑亂爬。

× d. 經常無法安靜參與一項遊戲或休閒活動。

× e. 經常說話很多。

× f. 經常表現出像一部機器驅動著，無法靜下來

× 【衝動】

- × g. 經常在問題還未被說完，就把答案衝口而出。
- × h. 經常無法排隊等待，在一項活動或遊戲中，不易與人輪流等候。
- × i. 經常干擾或打斷別人的談話或活動。

- × 注意力不足與過動症必須在七歲以前開始出現症狀，症狀必須出現在兩個或兩個以上的情境（在學校、工作或家庭），但是要排除普遍性的發展遲緩、精神分裂、或其他精神疾病、情感性疾患、焦慮疾患、分裂性疾患、或人格異常。

- × ADHD可能同時併有學習障礙(15~25%)，語言疾患(30~35%)，行為規範障礙(15~20%)，對立反抗症(40%)，情感性疾患(15~20%)，焦慮疾患(20~25%)。

- × 有抽搐疾患的兒童高達60%有ADHD，將在下個單元中介紹妥瑞式症。

× 3. 妥瑞式症

- × 妥瑞式症發生的年齡為2-15歲，平均年齡為6-7歲，症狀最嚴重年齡為8-12歲，有一半的孩童到18歲時症狀會完全消失；行為症狀通常會先從搖頭開始，接著為眨眼睛、作鬼臉、噘嘴巴和聳肩。聲音症狀通常會先從清喉嚨、擤鼻涕和類似咳嗽的聲音，接著可能會罵髒話。

- × 抽動症在現代醫學也稱為妥瑞氏症，常在兒童和青少年時期發作，主要症狀是不自主的、無目的、反覆、快速的一個部位或多部位肌群運動抽動和發聲抽動。也會伴發其他行為症狀，包括注意力不集中、多動、自傷、攻擊行為、和強迫障礙等，造成學習困難和情緒改變，因而會加重患兒心理的困擾和妨礙社會適應。

- × 藥物治療的作用常見為嗜睡、躁動及食慾下降，一種藥物用久之後可能會漸漸失效，但是停藥後再開始使用又可恢復藥效，因此可以兩種藥物交互使用，放假時可以停藥。

× 多數研究顯示，妥瑞式症的症狀到成人多會減輕或消失，因此平時多培養孩子自信心，症狀較頻繁時以鼓勵代替責備，有時不去注意反而症狀會減輕。

× 學校中如果有妥瑞式症學生，教師可以做如下之處理：

(1) 與家長在開學前作溝通說明，詳細瞭解照顧妥瑞症兒童時可能出現的狀況，以及過去成功解決的辦法。例如，當孩子在班級中出現嚴重干擾現象時，可准許他到醫務室去休息一下，也許只要使個眼色或暗語，就能避免上課中所帶來的困擾。

(2) 老師可在妥瑞症學童不在教室時，跟同學說明該生狀況。除了可避免其他同學的恐懼猜忌外，也可讓他們瞭解妥瑞症兒童所需要的幫助並學習尊重與忍讓別人。

(3) 教室中的特殊安排：例如考試時給予較寬鬆的時間，座位以坐在前排側邊較為適當，並讓表現較好的學生坐在其四周，以增加良性的學習。

(4) 閱讀方面老師可將厚紙板裁出一條長長的縫，剛好可容納一至二行的課文，使其容易閱讀。

(5) 老師在交代作業時，應盡量簡化之。可將一次份量多的作業分小部分完成，並要求在家庭聯絡簿上立即寫上當日作業內容，且老師需在離校前過目。同時也可以鼓勵妥瑞症兒童以其他方式來代替「寫」功課，例如以錄音帶、打字或電腦等多元化的評量方式來繳交。

(6) 妥瑞症的兒童有活動方面的特殊需求，這時老師可以給予兩個座位，讓他在需要時能交換坐。或者在桌上給予揉捏黏土或橡皮擦，以期能更專心學習。在適當的時候，給予休息，例如允許出去喝杯水、離開座位一下子或上個廁所等等，讓抽動的症狀得到抒解。

× 對低年級的學童，老師可給予較多的遊戲時間，而中高年級的孩子則能派給工作，例如幫忙收發本子、發東西等公務。除了可引發學生的自重外，也能發展與其他同學的關係。

4. 選擇性緘默症

× 選擇性緘默症的基本特質，是在原預期應該說話的特定社會情境，一貫地不說話，但在其他情境仍可說話。罹患選擇性緘默症的兒童通常不使用標準言語方式來溝通，反而利用手勢、點頭搖頭、拉或推、單調簡短的單音節字、或用改變的聲調來進行溝通。

× 學生的選擇性緘默必須延續至少一個月，而且不限於剛開學的第一個月，因為這段時期許多孩童可能很害羞而不肯說話。此外，如果學生的不說話只是因為缺乏在此社會情境說話需要的知識、身心安適、或語言，或是罹患了其他的溝通障礙、精神分裂病等，也不屬於選擇性緘默症。

× 選擇性緘默症的伴隨特質有：

- (1) 過份害羞。
- (2) 害怕社會情境下受窘。
- (3) 社會隔離及退縮。
- (4) 依附現象。
- (5) 強迫性特質。

- (6) 消極反抗。
- (7) 易怒的脾氣。
- (8) 操控或對立的行為模式(在家中尤其明顯)。
- (9) 社會及學業功能嚴重損害。
- (10) 常受到同儕嘲弄或當作代罪羔羊。

× 選擇性緘默症很少見，在心理健康機構的個案中少於1%。通常在五歲之前初發，多在3~5歲起病，女孩比較多見。但此障礙直到入學後才會受到臨床關注。雖然此障礙通常只延續幾個月，有時可持續較長甚至可達數年之久。

× 治療主要採用心理治療、家庭治療、精神分析法和行為治療。其中，以正、負強化方式的行為矯治方法效果較好。此外，應儘量消除不良精神刺激。對患兒的緘默表現不要過分注意，不要逼迫他們講話，以免使其精神更加緊張。改善生活環境，給患兒一種耳濡目染的家庭溫馨感；鼓勵患兒參加集體活動。作為輔助性治療，可適當給患兒抗焦慮藥。

× 學校教師的處遇方法為：

- (1) 瞭解學生的生活背景。
- (2) 安排減低焦慮、增進社交技巧的小團體活動。
- (3) 認知行為治療。
- (4) 建立小孩的自尊與自信心。
- (5) 與家長溝通接受藥物治療。

× 使用藥物是多重治療模式中的一環，它的功用是在降低小孩的焦慮程度，減輕他們的畏懼，讓他們有比較自在的感覺。許多家長期待小孩服用藥物之後，小孩能立即開口說話，這種期待並不實際。換言之，藥物並不是直接用來治癒選擇性不語的症狀。

+5. 懼／拒學症

「懼學」是指對上學產生不合理的焦慮、恐懼，在想到要上學時往往會伴隨多種身心症狀，例如：頭痛、肚子不舒服、覺得受同學排擠、老師冷落等，而產生強烈的逃避與抗拒上學的企圖或行為，而一旦上學的威脅去除後所有的症狀立即消失。至於「拒學症」則是一種心理上、態度上的拒絕表現。

× 懼學症的高峰期主要有三個時期：6-7歲（小學一年級入學時）、11-12歲及14-15歲，另外在轉學或轉班、換新老師時亦常發生。對於懼學症的學生，學校的處遇方法為：

- (1) 允許學生在他們感到害怕或沒有安全感時，能在某一特定時間打電話回家。

(2) 學習障礙所引起的懼學，則可以提供必要的協助與安置，例如安置到資源小組進行補救教學，避免學生因不斷的挫敗經驗而對自己失去信心，視學校為一不愉快的場所，而產生懼學。

(3) 過度完美傾向、自責表現不夠好而產生懼學，就要同時與家長及孩子溝通，鼓勵他們對實際狀況降低期望水準。

(4) 若懼學症的成因是因為恐懼學校教師嚴厲教學與不合理規範要求時，則學校行政人員必須出面緩頰。

(5) 若懼學的形成是基於同儕間人際關係之不當，則將焦點置於人際關係上的改良與調整。

(6) 採行為治療法，以系統敏感治療逐步漸進的削減孩子對上學的恐懼並加強願意上學的動機。

(7) 採取認知行為學派的治療策略，幫助學生找出自己負面的不當思考，進而鼓勵學生逐步去挑戰自己不當的思考，而漸次擴大以改變自己恐懼的情緒。

6. 躁鬱症

當躁期發作時，患者至少會持續一週以上的下列症狀：情緒反應激烈或異常、愛管閒事、膽大、過份有自信、對人慷慨大方、動作增多一刻也閒不下來、變的非常喜歡講話、食慾增加、晚間睡不著覺、身體變得疲倦憔悴、亂花錢買東西等。

× 而鬱期發作時，患者至少兩週以上情緒極度低落的症狀：無精打采、悲傷愁苦、提不起興趣來、毫無自信、行動遲緩、活動減少、常坐著發呆、沉默寡言、講話聲音很小或都不開口、食慾不振、有便秘現象、四肢酸軟無力、身體疲勞等。

× 學校方面的處遇重點在於認知的想法改變，去除非理性的思考和信念，建立較合理和符合實際的期望。治療當中要針對壓力，自尊心受挫及扭曲的想法等因素，討論到底失落了些什麼，而這些東西是不是非有不可？讓孩子對自己和對四周的情況有合理的認知，重新建立信心，發展新的希望。

× 實際的作法則透過增強策略的行為治療，提供功課輔導或其他活動成功的機會，以建立信心，獲得成就感。

× 也可以透過遊戲、繪畫、音樂等活動的治療，讓孩童表達情感、抒發情緒、學習社交技能，並訓練健康休閒活動的技能，把負面的思緒引導到外界適當的刺激，以及減少生活環境中觸發憂鬱的不利因素，除去一些如打罵、羞辱、譏諷、自尊心受挫的外在刺激因素，或改變不良的日常生活作息，將有益於逐漸恢復正常。

× 7. 反抗行為障礙

- × 如果兒童經常不聽話，甚至公然反抗老師，就會造成人際關係的破裂，甚而引發更嚴重的行為問題如攻擊、自傷、哭鬧、反社會等行為，使得學校課業的學習及日常生活功能，無法順利進行。

× 根據美國心理疾病診斷及統計手冊 (DSM-IV) 的診斷標準，反抗行為障礙是指故意和反抗的行為持續六個月以上，並出現下列情況至少四種以上 (施顯焜、洪儷瑜，民85)：

- × a. 經常發脾氣。
- × b. 經常與成人爭執。

- × c. 經常公然反叛或不服從大人的要求或規定。
- × d. 經常故意激怒或惹惱別人。
- × e. 經常把自己的過失或不良行為歸咎於他人。
- × f. 經常暴躁易怒。
- × g. 經常生氣或表現憎恨的態度。
- × h. 經常懷恨或有報復的心理。

× 學校方面的處遇方法為：

- × (1) 建立良好關係。
- × (2) 避免不必要的責問、威脅和發脾氣等激發反抗行為的情境。
- × (3) 運用反應代價、過度矯正、隔離或暫停增強等方法，減少對立反抗的行為。

- × (4) 運用正增強培養合作互動的行為。
- × (5) 下達明確的指令前，先引起學生注意，使正確瞭解內容和期望。
- × (6) 指令要清晰明確、不嘮叨，並給予完成工作的合理時間。
- × (7) 下達指令後，要認真有效的執行指令，培養孩子負責的行為。
- × (8) 實施親職教育。

× 對立反抗症 (Oppositional Defiant Disorder)

- × ● 出現率約5%
- × ● 青春期男女一樣多
- × ● 多為低社經階層

× 8. 品行疾患

- × 品行疾患也被稱為違規行為異常，是各種侵犯他人權利的反社會行為之統稱，包括外顯性的打架、損毀財物等攻擊行為，和內隱性的偷竊、說謊或欺騙等行為。
- × 品行疾患的學生常會在家裡、學校、社區或同儕互動中，違反校規、法規或社會常規，又當這些行為觸犯少年法或刑法法令時，則會被稱為少年虞犯或青少年犯罪，須接受司法的審理。

× 根據美國心理疾病診斷及統計手冊 (DSM-IV) 的診斷標準，品行疾患的界定如下：重複和持續的侵犯別人基本權利或違反其年齡層應遵守的社會規範或規則，在過去12個月內呈現有以下行為三種以上，並且在過去6個月內至少呈現一項者：

- a. 對人或動物攻擊。
- b. 常欺負、威脅、恐嚇他人

- c. 常先挑起打架。
- d. 使用武器（器物）嚴重傷害別人。
- e. 身體上的虐待別人。
- f. 身體上的虐待動物。
- g. 搶劫、搶奪。
- h. 性強暴。
- i. 破壞財物。

- j. 故意縱火。
- k. 故意毀損他人財物。
- l. 欺騙或偷竊。
- m. 破壞侵入他人房子、建築物、汽車。
- n. 騙取東西及喜愛物或以說謊逃避責任。
- o. 偷取貴重東西。
- p. 嚴重犯規。

- q. 常不顧父母的禁止，夜晚在外逗留，且開始於13歲以前。
- r. 至少二次以上逃家，隔夜未回；或一次長時期的逃家。
- s. 常逃學，且開始於13歲以前。
- t. 導致社會、學業、職業功能上的顯著障礙。

學校方面的處遇方法為：

- ◎心理動力論
 - (1)接納—建立信任關係與氣氛
 - (2)宣洩情感
 - (3)淨化與昇華情感
 - (4)領悟
- ◎心理教育技術
 - (1)處理學生的認知和情感
 - (2)自我控制課程訓練
 - (3)運用結構化學習的技術

- × ◎ 認知策略技術
- × (1) 運用合理情緒治療的技術
- × (2) 問題解決訓練
- × (3) 社會能力的後設
- × 認知訓練

- × ◎ 建立連續性及變通性的多元教育安置型態與制度針對學生的個別需求，分別提供諮詢、諮商、個別指導、資源班、特殊班或特殊學校的安置型態。

- × 9. 偷竊行為
- × 小孩竊盜的原因可能如下：
 - (1) 家庭氣氛不和諧，缺乏關愛，忽視子女內心的需求，較會以竊盜或偏差行為表達不滿。
 - (2) 父母對小孩溺愛放任，自幼養成順手牽羊的習慣，對所有權的觀念混淆，成為偷竊的肇因。

- (3) 道德意識弱，破碎、貧困和犯罪多的家庭，因兒童內心不平衡或因經濟匱乏的因素，而易犯下偷竊行為。
- (4) 內在抑制力薄弱，挫折容忍力低的兒童，較無法抗拒外界誘惑，而以偷竊滿足慾望。
- (5) 與不良的同儕接觸，模仿同儕或友伴的竊盜作為。
- (6) 提昇自尊與自信，為行竊所得東西討好他人。

- (7) 受各種情境因素的刺激，例如臨時缺錢，與同伴比較炫耀金錢與財物，或遇到可偷竊的機會而行竊。
- (8) 患有幻想、妄想、戀物狂精神疾病患，可能因意識不清，物權觀念缺乏而以偷竊作為心理補償，成為竊盜癖，無法自拔。

- 學校方面的處遇方法為：
- (1) 瞭解竊盜的原因和動機。
 - (2) 建立良好的親子溝通與調整父母的管教態度。
 - (3) 培養正確的財物所有權觀念，分辨他人與自己的財物所有。
 - (4) 提供孩子適當的零用錢，教導正確的金錢管理使用。

- (5) 給予孩子適當的法律常識教育，培養守法的觀念與習慣。
- (6) 利用過度矯正、反應代價、隔離等行為原理，矯正竊盜的行為。
- (7) 利用角色扮演與同理心訓練，培養兒童感同身受，設身處地的瞭解被竊者心情。
- (8) 提供孩子情緒渲洩和表達心裡需求的管道，以保持心理的平衡。

10. 性侵害

× 聯合國「兒童權利公約」所定義的兒童，是18歲以下。兒童性侵害是指加害者以權威、暴力、金錢或甜言蜜語，引誘、脅迫18歲以下的兒童及少年，與其發生性活動。這些性活動包括：猥褻、亂倫、強暴、性交易、媒介賣淫等。根據「兒童及少年性交易防制條例」及「性侵害犯罪防治法」，皆有詳細的規定，以防治兒童性交易及性侵害，並保障受虐者的權益。

× ◎性侵害的行為影響：

- × (1) 難以和他人建立信任、親密的人際關係。
- × (2) 妨礙成年後和異性交往的能力。
- × (3) 害怕和他人身體上的碰觸。
- × (4) 病態情緒的發展方面。
- × (5) 成為兒童、青少年性侵害的加害者。
- × (6) 患多重人格、精神分裂症。

× ◎性侵害的心理影響

- × (7) 恐懼--有強烈的不安全感，非常害怕遭到侵犯、傷害。
- × (8) 羞恥--覺得丟臉，沒有資格過正常生活或和別人平等相處。
- × (9) 罪惡感--覺得這件事是自己的錯，害家人的生活一團糟。
- × (10) 憂鬱、沮喪--時常自憐自艾，覺得自己是可憐而不幸的人。

× 學校方面的處遇方法為：

- × (1) 徵求家長同意通報。
- × (2) 醫院掛急診。
- × (3) 要求社會局社工介入輔導。
- × (4) 分局作筆錄。
- × (5) 檢察署檢察官調查。
- × (6) 法院申判。

× ◎智障者性侵害創傷探討：

- × 在中華民國智障者家長總會孫一信和林美薰所作之「智障者受性侵害之綜合分析」中指出智障者遭受性侵害的處遇有其特殊性：
- × (1) 有些智障者沒有其他婦女如憂鬱、懼怕、自責、無助、擔心身體、憤怒等遭受性侵害後的創傷反應，取而代之變成喜歡親近異性或出現過動等行為模式的改變。

- (2) 智障者對於情境或時間的陳述反覆不定，缺乏一個精確的答案。例如明明討厭隔壁的叔叔，卻跟他回家發生關係，又沒有反抗。
- (3) 智障者的家庭比其他一般遭受性侵害婦女的家庭，反應更為激烈，不僅要求結紮，甚至有人要求切除其子宮。

- × 六、非社會行為學生問題的輔導策略
- × 學生在問題行為發生之前，其人格上必定會有一些顯著的特徵，教師如果可以掌握這些特徵，運用一些輔導策略，就能收到防患於未然的成效。在賴氏人格測驗結果的解釋上，屬於E類型 (Eccentric type) 的人，性格不好動、社會適應不良、情緒不穩定。這種人意志不堅，自我脆弱，常有自責的心理傾向，因而容易產生非社會行為 (Unsocial behavior)，如果沒有給予輔導，很容易造成心理不健康。

- × 在認知行為治療的眾多理論當中，有Ellis的理情行為療法 (Rational-emotive behavior therapy)、Beck的認知療法 (Cognitive therapy)、Meichenbaum的認知行為改變技術 (Cognitive-behavior modification)、Bandura的社會學習理論 (Social learning theory) 和D'zurilla的問題解決治療法 (Problem-solving therapy) 等，

- × 綜合言之，認知行為治療乃是強調藉由認知的改變來帶動行為的改變，然而由於個人的認知與其智能高低有關，一般來說，對於智力中上、教育程度較高的當事人，使用理情行為療法、認知療法和問題解決治療法較為有效；相反地，對於不能做理性分析者、智力太低者，則較適合認知行為改變技術和社會學習理論，尤其認知行為改變技術中的自我教導策略的運用對於智能障礙學生的輔導特別有效。

- × 因此，對於班級中非社會行為學生問題的輔導策略，一來考量全班學生的認知能力良莠不齊，加上問題解決的最終結果是產生良好的社會適應行為，所以Bandura的社會學習理論，讓學生透過「社會學習」來塑造良好的行為和改變不良的行為，便是一個確實可以執行的方案。以下就試圖以社會學習理論為主，自我教導策略為輔，來擬訂輔導策略。

- × 一、界定行為問題：
- × (1) 查閱學生輔導資料A表：分析個案之家庭關聯、親職互動情形、自我認知與社會互動現況等。
- × (2) 查閱學生輔導資料B卡：從導師評語與輔導記錄中瞭解個案學習行為表現、偏差行為為記錄，以及各項測驗資料等

- × (3) 查閱學生生活週記（光陰的故事）：檢視學生是否述及班級中同學互動的情形，特別是告狀或批評的描述。
- × (4) 訪談導師：請導師具體地描述對個案的印象、問題行為實例，班級經營及全班學生與個案之互動情形等。

- (5) 訪談輔導老師（輔導室成員或認輔老師）：瞭解是否輔導過個案？問題行為界定？輔導策略？輔導成效與記錄等。

× 三、擬訂輔導與諮商策略：

(1) 施測個別智力測驗：

- × 以魏氏兒童智力量表之施測較佳，但是由於魏氏兒童智力量表之施測有較嚴格之限制，所以建議以托尼非語文智力測驗替代即可。一般認為托尼非語文智力測驗所測得之智力商數偏高，乃是由於施測題目為選擇題可以猜測之故。

- × 但是以筆者多年使用之經驗，若以標準差之區間論，則與魏氏兒童智力量表所測得之離差智商呈高度的正相關，在測驗取得及施測容易的考量下，可以在短短的30分鐘即瞭解個案的智能概況。

× (2) 認知—社會學習取向社交技巧訓練：

- × 包括社交知識的學習，正確評估社會互動的能力，以及能夠具體地表現出有利社會的行為。

× (3) 班級團體輔導：

班級是學生非社會行為顯現出問題的第一現場，有時候個案的問題徵結並不僅只限於當事人自身的問題，而是整個班級所有成員互動所產生的次級文化所造成。例如：有的導師會在班級中放眼線，以便於監控班級的動態，或是默許告狀者的存在，而這些打小報告的學生一旦被發現行跡，便會成為全民公敵，直接導致他在班級中適應不良。

× 此外，也有可能是另一種情況，班級中有「反社會行為」的學生，他們會在班級中尋找欺侮的對象，一些學生的人格特質也許剛好符合他們的條件，於是乎便成了「代罪羔羊」。也就是說，在輔導「非社會行為」學生問題的時候，為了避免犯了只見樹不見森林的錯誤，在實施個別輔導的同時，也一併實施班級團體輔導是有其必要的。

× 班級團體輔導的實施有二個面向，一個是班級導師班級經營的部分，一個則是輔導活動科任課教師授課的部分。

× (4) 小團體輔導：

× 利用小團體的方式，把七、八位「非社會行為」學生或「反社會行為」學生集中在一起實施輔導治療，不失為一網打盡的經濟方案，但是這關係到團體領導者能力的問題，從團體企劃、成員篩選到團體實際運作，過程嚴謹、專業，並不是一般未受過輔導諮商專業訓練的老師所能承擔。

× 四、應用輔導與諮商策略的注意事項：

- × (1) 考慮兒童的認知與語言發展程度。
- × (2) 重視同儕對青少年的重要性。
- × (3) 避免理論上理想的社交技巧造成文化差異的人際困擾。
- × (4) 訓練內容以遊戲或活動為媒介，以確保社交技巧訓練的有效性。

情緒障礙（特殊學生）兒童的藥物治療

為什麼要使用藥物

- 藥物是兒童青少年精神疾病情緒問題的有效方法之一。
- 情緒障礙的治療不能只有藥物。
- 藥物治療應該是完整治療的其中一部份。
- 使用藥物前應該有完整的生理心理評估。
- 對於情緒障礙兒童可能需要的治療還包括行為治療、心理治療、家庭治療、親職教育、社交技巧的教導與特殊教育等等
- 需合格的兒童精神科醫師開與處方。

使用藥物前的注意事項

1. 藥物名稱？
2. 藥物對兒童的可能幫助？
3. 其他有幫助的方法是什麼？
4. 藥物需要服用多久？
5. 什麼時候會發揮作用產生療效？
6. 常見的副作用有哪些？
7. 有沒有較少見的嚴重副作用？
8. 服用藥物後會成癮嗎？會不會被濫用？
9. 建議劑量與使用頻率
10. 服藥前後需要做什麼生化檢查？
11. 誰來追蹤藥物的進展？
12. 飲食有無禁忌？
13. 藥物與其他藥物的交互作用為何？
14. 服藥後需要特別的活動嗎？還是做什麼活動需要小心？
15. 什麼時候可以停藥？
16. 假如有副作用該怎麼辦？
17. 藥價？
18. 校護需要知道兒童的服藥狀況嗎？

藥物的基本種類

- **Stimulant Medications 興奮劑**
- **Antidepressant Medications 抗憂鬱劑**
- **Antipsychotic Medications 抗精神病藥物**
- **Mood Stabilizers and Anticonvulsant Medication 情緒穩定劑與抗癲癇藥物**
- **Anti-anxiety Medications 抗焦慮劑**
- **Sleep Medications 助眠劑**
- **Miscellaneous Medications 其他**

各類情緒障礙的適用藥物

Antidepressant Medications 抗憂鬱劑

➤ 經常使用在

1. 憂鬱症 Depression
2. 懼學症 School phobias
3. 恐慌症 Panic attacks
4. 其他焦慮性疾患 Other anxiety disorders
5. 尿床 Bedwetting
6. 飲食疾患 Eating disorders
7. 強迫症 Obsessive-compulsive disorder
8. 人格障礙 Personality disorders
9. 創傷後壓力症(候群) Posttraumatic stress disorder
10. 注意力缺陷過動症 ADHD

各類情緒障礙的適用藥物

● Antidepressant Medications 抗憂鬱劑

➤ 抗憂鬱劑的種類

1. Tricyclics(TCA) 三環抗鬱劑
2. Serotonin reuptake inhibitors(SSRI) 血清素吸收抑制劑
3. Monoamine oxidase inhibitors(MAOI) 單胺氧化抑制劑
4. Atypical antidepressants 非典型抗鬱劑

各類情緒障礙的適用藥物

- Antidepressant Medications 抗憂鬱劑
- 常用的抗憂鬱劑

Tricyclic antidepressants (TCA's)

Amitriptyline (Tryptanol, Elavil)

Clomipramine (Anafranil)

Imipramine (Tofranil)

Nortriptyline (Avatyl, Pamelor)

Imipramine (Tofranil)

各類情緒障礙的適用藥物

- Antidepressant Medications 抗憂鬱劑
- 常用的抗憂鬱劑

Serotonin reuptake inhibitors (SSRI's)

Fluoxetine (Prozac): for OCD in school age

Sertraline (Zoloft): for OCD in school age

Paroxetine (Seroxat, Paxil)

Fluvoxamine (Luvox)

Venlafaxine (Effexor)

Citalopram (Cipram, Celexa)

各類情緒障礙的適用藥物

- Antidepressant Medications 抗憂鬱劑
- 常用的抗憂鬱劑

Monoamine oxidase inhibitors (MAOIs)

Phenelzine (Nardil)

Tranylcypromine (Parnate)

Atypical Antidepressants

Bupropion (Wellbutrin)

Nefazodone (Serzone)

Trazodone (Mesyrel, Desyrel)

Mirtazapine (Remeron)

各類情緒障礙的適用藥物

- Antipsychotic Medications 抗精神病藥物
- 經常使用在

1. 精神病症狀 Psychotic symptoms
2. 妄念 Delusions
3. 幻覺 Hallucination
4. 失序的思考 Disorganized thinking
5. 抽搐症 Tics: verbal & motor
6. 吐雷氏症候群 Tourette's Syndrome

- 偶而使用在

1. 嚴重的焦慮 Severe anxiety
2. 攻擊行為 Aggressive behavior

各類情緒障礙的適用藥物

- Antipsychotic Medications 抗精神病藥物
- 經常使用的傳統抗精神病藥物

Chlorpromazine (Thorazine)

Thioridazine (Mellaril)

Fluphenazine (Prolixin)

Trifluoperazine (Stelazine)

Thiothixene (Navane)

Haloperidol (Haldol)

- 新的非典型抗精神病藥物

Clozapine (Clozaril)

Risperidone (Risperdal)

Quetiapine (Seroquel)

Olanzapine (Zyprexa)

Ziprasidone (Zeldox)

各類情緒障礙的適用藥物

- Mood Stabilizers and Anticonvulsant Medication 情緒穩定劑與抗癲癇藥物
- 經常使用在

1. 躁鬱症 Manic-depressive episodes
2. 情緒變動 Excessive mood swings
3. 攻擊行為 Aggressive behavior
4. 衝動控制障礙 Impulse control disorders
5. 下列兩種疾病出現嚴重的情緒症狀 Severe mood symptoms in
 - a. Schizoaffective disorder 情感性精神分裂症
 - b. Schizophrenia 精神分裂症

各類情緒障礙的適用藥物

- **Anti-anxiety Medications 抗焦慮劑**
 - 經常用在嚴重焦慮症 Severe anxiety
 - 常用的藥物種類有
 - Benzodiazepines
 - Antihistamines
 - Atypicals

各類情緒障礙的適用藥物

- **Anti-anxiety Medications 抗焦慮劑**
 - 常用的藥物種類有
 - Benzodiazepines
 - Alprazolam (Xanax)
 - Lorazepam (Ativan)
 - Diazepam (Valium)
 - Clonazepam (Rivotril, Klonopin)
 - Antihistamines
 - Diphenhydramine (Benadryl)
 - Hydroxyzine (Vistaril)
 - Atypicals
 - Buspiron (Relac, BuSpar)
 - Zolpidem (Stilnox, Ambien)

各類情緒障礙的適用藥物

- **Sleep Medications 助眠劑**
 - 經常用在
 - 常用的藥物種類有
 - SSRI Anti-depressants
 - Trazodone (Mesyrel, Desyrel)
 - Zolpidem (Ambien)
 - Diphenhydramine (Benadryl)

各類情緒障礙的適用藥物

- **Miscellaneous Medications 其他**
 - ADHD severe impulsiveness
 - Clonidine (Catapres)
 - Flashbacks of PTSD
 - Guanfacine (Tenex)

各類情緒障礙的適用藥物

- **Stimulant Medications 興奮劑**
 - 經常使用在注意力缺陷過動症 ADHD
 - 常用藥物有
 - Dextroamphetamine (Dexedrine, Adderal) (DEX)
 - Methylphenidate (Ritalin) 利他能 (MPH)
 - Pemoline (Cylert)
 - Mixed-salts amphetamine (AMP)

研究與專家的共識意見

NIMH & FDA 美國國家精神研究院 & 美國食品藥物管理局

2000年10月會議討論結果

- Investigate the effects of psychotropic medications in young children
- Examine current obstacles to research in this area
- Identify possible approaches to future activities
- Researchers and clinicians involved in the diagnosis and treatment of young children with behavioral and emotional disturbances

研究與專家的共識意見

NIMH & FDA 美國國家精神研究院 & 美國食品藥物管理局
2000年10月會議討論結果

- 0.51% to 1.23% of preschoolers received stimulant medications
- 0.07% to 0.32% antidepressants
- 0.19% to 0.23% clonidine
- 0.02% to 0.09% neuroleptics in 1995
- From 1991 to 1995, with stimulants showing a two- to threefold increase
- Most of these medications are prescribed by pediatricians and other primary care physicians
- Low use rate is in contrast with the use of psychosocial services

研究與專家的共識意見

NIMH & FDA 美國國家精神研究院 & 美國食品藥物管理局

2000年10月會議討論結果

- Autism, other pervasive disorders, and ADHD have onset typically in preschool years
- Psychotropics Attempt to treat associated symptoms, such as stereotypies, compulsions, aggression, and self-injurious behavior

Stimulant Medications 興奮劑

- By 1996, 161 randomized controlled trials had been published
- 1. Encompassing 5 preschool
- 2. 150 school-age
- 3. 7 adolescent
- 4. 9 adult studies
- 5. Improvement occurred in 65% to 75% of the 5,899 patients randomized to stimulants
- 6. only 5% to 30% of improvement in placebo for MPH (n = 133 trials)
DEX (n = 22 trials)
PEM (n = 6 trials)

Stimulant Medications 興奮劑

- 由於興奮劑有被濫用的可能所以媒體與一般大眾對這個藥一直存有疑慮
- 過去的研究均為短程的研究，長程且大型的研究較少
- NIMH Collaborative Multisite Multimodal Treatment Study (MTA) 發現：
只要藥物持續使用，興奮劑本身或合併行為治療時，對ADHD有長程而穩定的改善效果。

Stimulant Medications 興奮劑

- 服藥後起作用的時間快。
- 可維持3-5小時的作用時間
- 一天需要多次的服用
- 降低教室裡干擾、煩躁、好動的行為，促進參與有目標活定的專注與持續力
- 增進家庭親子的互動、專注力與合作度
- 社會情境中，同儕的接受增加，參與合作與運動等活動的頻率。
- 興奮劑降低做測驗與評估時反應的不穩定性、衝動行為、增加正確率與短程的記憶、問題解決的策略能力以及注意力的持續度。

Stimulant Medications 興奮劑的適用情況

- ADHD
- ADHD comorbid with conduct disorder
ADHD 合併品行障礙
- Narcolepsy 嗜眠症
- Apathy due to a general medical condition
因其他身體疾病引起的情感淡漠
- Adjuvant medical uses of stimulants
使用身體及並用興奮劑輔助治療
- Treatment-refractory depression
治療無效之頑固性憂鬱症

Stimulant Medications 興奮劑的適用情況

➤ ADHD

1. 症狀中度到嚴重兒童有兩種以上情境的適應困難才考慮用興奮劑
2. 以注意力缺陷為主，學業學習出現困難即使他的人际、家庭生活適應均正常，沒有兩種以上的情境適應困難仍可以考慮使用。
3. 兒童在使用藥物期間，應有負責任的照顧者間觀察監督兒童的反應
4. 學校也應有人來瞭解服藥後在學校的反應。
5. 輔助性的家長的教育、親職的訓練對於興奮劑的使用與瞭解會有幫助。

Stimulant Medications 興奮劑的禁忌

➤ ADHD

1. 過去對藥物的過敏史
2. 青光眼 Glaucoma
3. 有症狀的心臟血管疾病 Symptomatic cardiovascular disease
4. 甲狀腺機能亢進 Hyperthyroidism
5. 高血壓 Hypertension
6. 藥物濫用成癮歷史 History of drug abuse
7. 不可以與 (MAOI) 類藥物合併使用
8. 精神病仍明顯存在與有病史的患者

Stimulant Medications 興奮劑的使用

➤ ADHD (以利他能為例)

1. 建議開始劑量：從維持劑量的1/2或1/3開始，先從早上開始服用，或早上中午開始服用，以每週為單元的增加劑量
2. 決定最低與最高劑量：一般維持劑量是1 mg/kg，最高劑量在2 mg/kg左右，一天兩次到三次
3. 漸進增加的方法
4. 決定評估藥物反應的方法
5. 若有副作用的可能方法與策略：電話的聯絡等
6. 設定評估的時間表，包括長程藥物維持治療時，腦波的檢查
7. 用藥前測量基底血壓與脈搏、身高與體重。
8. AMP or DEX:對胃口與睡眠的影響較大

學齡前兒童用藥的考慮

學齡前用藥要持較保留態度

學齡兒童用藥的考慮

➤ 副作用

- 多半短暫
- 強迫行為或抽搐的副作用多半停藥後就消失

附錄

99 學年度國立及臺灣省私立高級中等學校輔導情緒行為障礙學生實施計畫

99 年 8 月 30 日教中(一)字第 0990514324 號

壹、目的

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

貳、實施原則

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

參、組織與職掌

一、組織：

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

(三)辦理單位：各高級中等學校。

二、職掌：

- (一)督導單位：規劃與督導計畫之執行，籌編經費。
- (二)主辦單位：
 1. 統籌執行計畫，辦理研習、專業人員進階訓練、訓練及年度檢討會，彙編成果並建置網路系統。
 2. 諮詢服務、受理轉介、接案（含精神專科醫師、臨床心理師、諮商心理師、社工師、特教教師等）、資料建檔與追蹤評估。
- (三)辦理單位：
 1. 召開學校特殊教育推行委員會，檢討學生校內輔導之績效，並評估是否需要申請相關專業支援服務。

2. 依本計畫第五點辦理校內情緒行為障礙學生之校內輔導事宜。
3. 提供個案相關輔導紀錄及資料。
4. 執行專業人員設計之介入處理策略。
5. 學生輔導資料建檔並追蹤輔導成效。

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

伍、輔導程序

一、校內輔導程序

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

10. 生涯輔導：各校應提供情緒行為障礙學生升學或職業輔導相關訊息，並培養適應未來生活知能，促進其生涯發展能力。

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

二、支援服務程序

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

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

國立及臺灣省私立高級中等學校情緒行為障礙學生轉介及實施方式

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

陸、相關醫療支援資訊

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

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

諮商心理師及社工師等專業人員。

柒、督導考核及獎勵

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

捌、經費：辦理本計畫所需經費由教育部中部辦公室專款支應。

國立及臺灣省私立高級中等學校情緒行為障礙學生支援服務申請表

編號：

申請日期	年 月 日	轉介學校		學校電話	
學校地址					
轉介學校 聯絡人		職 稱		聯絡人 e-mail	
個案姓名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日
身分證 字號		家長姓名		家長電話	
身心障礙 手冊	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，類別：_____ 嚴重程度：_____			有效日期	年 月 日
鑑輔會 鑑定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，身份類別： <input type="checkbox"/> 確認 <input type="checkbox"/> 疑似 類別：_____ 類型：_____			鑑定日期	年 月 日
申請支援服務之必要前置作業：(請於 <input type="checkbox"/> 內勾選已完成項目)					
<input type="checkbox"/> 徵詢家長同意 <input type="checkbox"/> 召開 IEP 會議 <input type="checkbox"/> 召開個案會議 <input type="checkbox"/> 執行校內輔導計畫 <input type="checkbox"/> 經特殊教育推行委員會會議核實轉介					
檢附文件：(請於 <input type="checkbox"/> 內勾選檢附文件)					
<input type="checkbox"/> 家長同意書 <input type="checkbox"/> 個案會議紀錄 <input type="checkbox"/> 校內輔導計畫執行紀錄 <input type="checkbox"/> 特殊教育推行委員會會議紀錄 <input type="checkbox"/> 個別化教育計畫(IEP)及其會議紀錄 <input type="checkbox"/> 醫師診斷證明影本 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊影本 <input type="checkbox"/> 鑑定證明或鑑定結果通知書 <input type="checkbox"/> 鑑定安置摘要表 <input type="checkbox"/> 其他：_____					
填 表 人 (簽 章)		特 教 組 長 (簽 章)		主 任 (簽 章)	校 長 (簽 章)
初篩結果：(本欄由教育部中部辦公室相關專業服務中心分區承辦學校人員填寫)					
受理方式： <input type="checkbox"/> 支援服務 <input type="checkbox"/> 諮詢服務 (原因：_____)					
個案編號：		接案者：		初篩日期：	

※本表如不敷使用，請自行補充說明

國立及臺灣省私立高級中等學校情緒行為障礙學生現況評量表

一、基本資料：

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

二、主要問題：

1. 情緒困擾

2. 行為問題

3. 認知困難、思考問題

4. 人際關係困難

5. 其他

三、身心狀態評估：

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

沒有 有 _____

目前是否就醫服藥：沒有 有，藥物類別或名稱：_____ 不知道

2. 目前就醫狀況：

精神科(身心科或心智科) 復健科 腦神經內科 其他 _____

(1)醫 囑：_____

(2)服 用 藥 物：_____

(3)持續就診情形：_____

3. 態度：

- 合作、配合 順從 幼稚 拒絕 對立反抗 多疑 疏離 敵意 過度防禦 過度禮貌
過度順從、逢迎 其他 _____

4. 意識與注意力：

- 警醒 嗜睡 模糊 混亂 呆僵 眼神接觸少 注意力短暫 常發呆 經常遺忘交代事項
常轉換活動內容 其他 _____

5. 思考、知覺：

- 無異常發現 無法測知 思考鬆散 思考快速 思考中斷 語無倫次 繞話 答非所問
新語 意念飛躍 模仿言語 不語 多話 沉默寡言 負面思考，常出現不好的想法 非黑即白
二極端想法 以偏蓋全 災難化想法 不合理的固著想法 偏離現實的想法 無價值感 無望感
不合邏輯 思考抽離 殺人想法 恐懼想法 思考插入 思考貧乏 慮病想法 罪惡感
無敵感 過度抽象思考 有自傷意念 自殺的意念 怪異想法（關係妄想、被害妄想、虛無妄想、
被控妄想、思考被聽到、忌妒妄想、身體妄想、誇大妄想、思考傳播、罪惡妄想、宗教妄想）
幻覺 _____ 其他 _____

6. 情緒：

- 無異常發現 心情高昂 情緒低落 經常哭泣 缺乏興趣 冷漠 經常恐懼害怕 經常焦慮不安
容易緊張 容易生氣 經常暴怒 經常躁動 情緒不穩定，變化大 情感淡漠 不當情感
其他 _____

7. 人際關係：

- 正常 外向 內向 與他人無明顯的互動 常與他人發生衝突 常被同儕排斥 經常躲避同儕
經常躲避老師 其他 _____

8. 行為：

- 無不適當行為 過度好動無法持續靜坐 行為衝動無法等待 未經同意，任意碰觸他人身體
固著刻板重覆的行為 突然尖叫 易哭鬧 傻笑 經常發出怪聲音 故意尋求他人注意
自言自語 打、咬、掐、踢他人 破壞物品、教材 亂丟擲東西 說髒話、恐嚇威脅 勒索
不遵守指令、故意違規 經常說謊 拒絕上學 逃學
自我傷害 形式：_____ 曾經有過 _____ 次以內 曾經有過，超過 _____ 次以上
自殺企圖 形式：_____ 曾經有過 _____ 次以內 曾經有過，超過 _____ 次以上
其他 _____

9. 學習狀況：

- 正常 對教學內容無明顯回應 無明顯學習動機 害怕嘗試 選擇性學習 其他 _____

10. 表達：

- 流暢 部分構音不清楚 僅關鍵字連接 簡單字詞 手勢 手語 筆談 圖卡 其他 _____

11. 理解：

- 聽懂一般對話 只聽懂簡單對話 手勢 手語 筆談 圖卡 其他 _____

12. 書寫：

- 沒問題 握筆姿勢有問題 字體大小不一 只會描字 只會畫線或簡單形狀

13. 生活自理能力（穿脫衣物、清洗、吃喝、如廁）

- 可以完全自理 部分需要他人協助 完全需要他人協助

四、支持系統狀態

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

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

五、正向行為支持介入

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

99年度臺灣區中等學校心理衛生中心聯絡方式暨學校醫生(心理師)名單

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

嘉義區	嘉義女中	(05)2221464	王家麟醫師	陽明醫院
			蔡湘怡醫師	聖馬爾定醫院
			謝馥蔓心理師	嘉義基督教醫院
台南一區	台南一中	(06)2358173	陳信昭醫師	殷建智精神科診所
			林聰仁心理師	高雄市臨床心理師工會
			陳燕錚心理師	台南市臨床心理師工會
台南二區	曾文家商	(06)5729885	林晏宏醫師	林宴宏診所
			紗娃.吉娃司心理師	高雄市學生心理諮商中心
高雄區	鳳山商工	(07)7424500	黃蓉蓉醫師	凱旋醫院
			陳春曲心理師	芯耕圓心理諮商所
			連廷誥心理師	
屏東區	屏東女中	(08)7381513	張漢章醫師	寶建醫院
			李建德醫師	屏安醫院
台東區	台東高中	(089)325642	吳佳璇醫師	台東榮民醫院
			莊雅仁心理師	
花蓮區	花蓮女中	(038)344264	王迺燕醫師	門諾醫院
			余權訓醫師	署立玉里醫院
			張巍鐘心理師	
宜蘭區	宜蘭高中	(039)355503	郭約瑟醫師	羅東博愛醫院
			王怡靜醫師	
			劉光中醫師	普門醫院
澎湖區	澎湖海事	(06)9262756	歐麗清醫師	署立澎湖醫院
金門區	金門高中	(082)328536	陳廷任醫師	署立金門醫院
馬祖區	馬祖高中	(083)625668	謝遠達醫師	慶生醫院

99 學年度相關專業服務中心各區承辦學校及承辦人員通訊錄

分區協辦學校學校	負責縣市	承辦人員	職稱	聯絡電話	e-mail	地址
國立基隆特殊教育學校	基隆市	鄭曉倩	物理治療師	02-24526332#320	shiauchian@hotmail.com	206 基隆市七堵區堵南街 20 號
國立林口啟智學校	台北縣、金門縣、 連江縣	潘姿蘋	復健組長	02-26006768#5002	piliziping@yahoo.com.tw	244 台北縣林口鄉文化北路一段 425 號
國立桃園啟智學校	桃園縣、新竹縣/ 市	羅建洋	復健組長	03-3647099#334	jyluo@mail.tsad.tyc.edu.tw	330 桃園縣桃園市德壽街 10 號
國立苗栗特殊教育學校	苗栗縣	楊毓芬	物理治療師	037-266498#304	yufanqq@hotmail.com	360 苗栗縣苗栗市五谷路 40 之 6 號
國立台中特殊教育學校	台中縣/市	吳雅萍	復健組長	04-22582289#213	ping78kimo@yahoo.com.tw	408 台中市南屯區公益路二段 296 號
國立彰化啟智學校	彰化縣、南投縣	王萬居	復健服務組長	04-8727303#6203	20501m@chsmr.chc.edu.tw	511 彰化縣社頭鄉中山路一段 306 號
國立雲林特殊教育學校	雲林縣	蘇淑惠	復健組長	05-5969241#236	daukun.huang@msa.hinet.net	630 雲林縣斗南鎮新崙路 100 號
國立嘉義啟智學校	嘉義縣/市、澎湖 縣	謝雅蓁	資料組長	05-2858549#505	Z067@mail.cy.edu.tw	600 嘉義市西區世賢路二段 123 號
國立台南啟智學校	台南縣/市、高雄 縣、屏東縣	范中杰	職能治療師	06-3554591#190	j48062@yahoo.com.tw	709 台南市安南區長和路二段 74 號
國立宜蘭特殊教育學校	宜蘭縣	李喬玫	職能治療師	03-9509788#313	pandpiggy@yahoo.com.tw	268 宜蘭縣五結鄉國民中路 22 之 20 號
國立花蓮啟智學校	花蓮縣、台東縣	劉志城	輔導組長	03-8544225#503	h1m171@hlmrs.hlc.edu.tw	973 花蓮縣吉安鄉中山路二段 2 號



最新訊息內容

訊息摘要 修正**特殊教育法**

公(發)布日期 98-11-18

中華民國九十八年十一月十八日總統華總一義字第 09800289381 號令
修正公布全文 51 條；並自公布日施行

- 第 1 條 為使身心障礙及資賦優異之國民，均有接受適性教育之權利，充分發展身心潛能，培養健全人格，增進服務社會能力，特制定本法。
- 第 2 條 本法所稱主管機關：在中央為教育部；在直轄市為直轄市政府；在縣（市）為縣（市）政府。
本法所定事項涉及各目的事業主管機關業務時，各該機關應配合辦理。
- 第 3 條 本法所稱身心障礙，指因生理或心理之障礙，經專業評估及鑑定具學習特殊需求，須特殊教育及相關服務措施之協助者；其分類如下：
一、智能障礙。
二、視覺障礙。
三、聽覺障礙。
四、語言障礙。
五、肢體障礙。
六、身體病弱。
七、情緒行為障礙。
八、學習障礙。
九、多重障礙。
十、自閉症。
十一、發展遲緩。
十二、其他障礙。
- 第 4 條 本法所稱資賦優異，指有卓越潛能或傑出表現，經專業評估及鑑定具學習特殊需求，須特殊教育及相關服務措施之協助者；其分類如下：
一、一般智能資賦優異。
二、學術性向資賦優異。
三、藝術才能資賦優異。
四、創造能力資賦優異。
五、領導能力資賦優異。

六、其他特殊才能資賦優異。

- 第 5 條 各級主管機關為促進特殊教育發展，應設立特殊教育諮詢會。遴聘學者專家、教育行政人員、學校行政人員、同級教師組織代表、家長代表、特殊教育相關專業人員（以下簡稱專業人員）、相關機關（構）及團體代表，參與諮詢、規劃及推動特殊教育相關事宜。
前項諮詢會成員中，教育行政人員及學校行政人員代表人數合計不得超過半數，單一性別人數不得少於三分之一。
第一項參與諮詢、規劃、推動特殊教育與其他相關事項之辦法及自治法規，由各主管機關定之。
- 第 6 條 各級主管機關應設特殊教育學生鑑定及就學輔導會（以下簡稱鑑輔會），遴聘學者專家、教育行政人員、學校行政人員、同級教師組織代表、家長代表、專業人員、相關機關（構）及團體代表，辦理特殊教育學生鑑定、安置、重新安置、輔導等事宜；其實施方法、程序、期程、相關資源配置，與運作方式之辦法及自治法規，由各級主管機關定之。
前項鑑輔會成員中，教育行政人員及學校行政人員代表人數合計不得超過半數，單一性別人數不得少於三分之一。
各該主管機關辦理身心障礙學生鑑定及安置工作召開會議時，應通知有關之學生家長列席，該家長並得邀請相關專業人員列席。
- 第 7 條 各級主管機關為執行特殊教育工作，應設專責單位。
特殊教育學校及設有特殊教育班之各級學校，其承辦特殊教育業務人員及特殊教育學校之主管人員，應進用具特殊教育相關專業者。
前項具特殊教育相關專業，指修習特殊教育學分三學分以上者。
- 第 8 條 各級主管機關應每年定期舉辦特殊教育學生狀況調查及教育安置需求人口通報，出版統計年報，依據實際現況及需求，妥善分配相關資源，並規劃各項特殊教育措施。
- 第 9 條 各級政府應從寬編列特殊教育預算，在中央政府不得低於當年度教育主管預算百分之四·五；在地方政府不得低於當年度教育主管預算百分之五。
地方政府編列預算時，應優先辦理身心障礙教育。
中央政府為均衡地方身心障礙教育之發展，應補助地方辦理身心障礙教育之人事及業務經費；其補助辦法，由中央主管機關會商直轄市、縣（市）主管機關後定之。
- 第 10 條 特殊教育之實施，分下列四階段：
一、學前教育階段：在醫院、家庭、幼稚園、托兒所、社會福利機構、特殊教育學校幼稚部或其他適當場所辦理。

二、國民教育階段：在國民小學、國民中學、特殊教育學校或其他適當場所辦理。

三、高級中等教育階段：在高級中等學校、特殊教育學校或其他適當場所辦理。

四、高等教育及成人教育階段：在專科以上學校或其他成人教育機構辦理。

前項第一款學前教育階段及第二款國民教育階段，特殊教育學生以就近入學為原則。但國民教育階段學區學校無適當場所提供特殊教育者，得經主管機關安置於其他適當特殊教育場所。

第 11 條 高級中等以下各教育階段學校得設特殊教育班，其辦理方式如下：

一、集中式特殊教育班。

二、分散式資源班。

三、巡迴輔導班。

前項特殊教育班之設置，應由各級主管機關核定；其班級之設施及人員設置標準，由中央主管機關定之。

高級中等以下各教育階段學生，未依第一項規定安置於特殊教育班者，其所屬學校得擬具特殊教育方案向各主管機關申請；其申請內容與程序之辦法及自治法規，由各主管機關定之。

第 12 條 為因應特殊教育學生之教育需求，其教育階段、年級安排、教育場所及實施方式，應保持彈性。

特殊教育學生得視實際狀況，調整其入學年齡及修業年限；其降低或提高入學年齡、縮短或延長修業年限及其他相關事項之辦法，由中央主管機關定之。但法律另有規定者，從其規定。

第 13 條 各教育階段之特殊教育，由各主管機關辦理為原則，並得獎助民間辦理，對民間辦理身心障礙教育者，應優先獎助。

前項獎助對象、條件、方式、違反規定時之處理與其他應遵行事項之辦法及自治法規，由各級主管機關定之。

第 14 條 高級中等以下各教育階段學校為辦理特殊教育應設置專責單位，依實際需要遴聘及進用特殊教育教師、特殊教育相關專業人員及助理人員。

前項專責單位之設置與人員之遴聘、進用及其他相關事項之辦法，由中央主管機關定之。

第 15 條 為提升特殊教育及相關服務措施之服務品質，各級主管機關應加強辦理特殊教育教師及相關人員之培訓及在職進修。

第 16 條 各級主管機關為實施特殊教育，應依鑑定基準辦理身心障礙學生及資賦優

異學生之鑑定。

前項學生之鑑定基準、程序、期程、教育需求評估、重新評估程序及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。

第 17 條 托兒所、幼稚園及各級學校應主動或依申請發掘具特殊教育需求之學生，經監護人或法定代理人同意者，依前條規定鑑定後予以安置，並提供特殊教育及相關服務措施。

各主管機關應每年重新評估前項安置之適當性。

監護人或法定代理人不同意進行鑑定安置程序時，托兒所、幼稚園及高級中等以下學校應通報主管機關。

主管機關為保障身心障礙學生權益，必要時得要求監護人或法定代理人配合鑑定後安置及特殊教育相關服務。

第 18 條 特殊教育與相關服務措施之提供及設施之設置，應符合適性化、個別化、社區化、無障礙及融合之精神。

第 19 條 特殊教育之課程、教材、教法及評量方式，應保持彈性，適合特殊教育學生身心特性及需求；其辦法，由中央主管機關定之。

第 20 條 為充分發揮特殊教育學生潛能，各級學校對於特殊教育之教學應結合相關資源，並得聘任具特殊專才者協助教學。

前項特殊專才者聘任辦法，由中央主管機關定之。

第 21 條 對學生鑑定、安置及輔導如有爭議，學生或其監護人、法定代理人，得向主管機關提起申訴，主管機關應提供申訴服務。

學生學習、輔導、支持服務及其他學習權益事項受損時，學生或其監護人、法定代理人，得向學校提出申訴，學校應提供申訴服務。

前二項申訴服務事項之辦法，由中央主管機關定之。

第 22 條 各級學校及試務單位不得以身心障礙為由，拒絕學生入學或應試。

各級學校及試務單位應提供考試適當服務措施，並由各試務單位公告之；其身心障礙學生考試服務辦法，由中央主管機關定之。

第 23 條 身心障礙教育之實施，各級主管機關應依專業評估之結果，結合醫療相關資源，對身心障礙學生進行有關復健、訓練治療。

為推展身心障礙兒童之早期療育，其特殊教育之實施，應自三歲開始。

第 24 條 各級主管機關應提供學校輔導身心障礙學生有關評量、教學及行政等支援服務。

各級學校對於身心障礙學生之評量、教學及輔導工作，應以專業團隊合作

進行為原則，並得視需要結合衛生醫療、教育、社會工作、獨立生活、職業重建相關等專業人員，共同提供學習、生活、心理、復健訓練、職業輔導評量及轉銜輔導與服務等協助。

前二項之支援服務與專業團隊設置及實施辦法，由中央主管機關定之。

第 25 條 各級主管機關或私人為辦理高級中等以下各教育階段之身心障礙學生教育，得設立特殊教育學校；特殊教育學校之設立，應以小班、小校為原則，並以招收重度及多重障礙學生為優先，各直轄市、縣（市）應至少設有一所特殊教育學校（分校或班），每校並得設置多個校區；特殊教育班之設立，應力求普及，符合社區化之精神。

啓聰學校以招收聽覺障礙學生為主；啓明學校以招收視覺障礙學生為主。特殊教育學校依其設立之主體為中央政府、直轄市政府、縣（市）政府或私人，分為國立、直轄市立、縣（市）立或私立；其設立、變更及停辦，依下列規定辦理：

一、國立：由中央主管機關核定。

二、直轄市立：由直轄市主管機關核定後，報請中央主管機關備查。

三、縣（市）立：由縣（市）主管機關核定後，報請中央主管機關備查。

四、私立：依私立學校法相關規定辦理。

特殊教育學校設立所需之校地、校舍、設備、師資、變更、停辦或合併之要件、核准程序、組織之設置及人員編制標準，由中央主管機關定之。

第 26 條 特殊教育學校置校長一人，其聘任資格依教育人員任用條例之規定，並應具備特殊教育之專業知能，聘任程序比照其所設最高教育階段之學校法規之規定。

第 27 條 高級中等以下各教育階段學校，對於就讀普通班之身心障礙學生，應予適當教學及輔導；其教學原則及輔導方式之辦法，由各級主管機關定之。

為使普通班教師得以兼顧身心障礙學生及其他學生之需要，前項學校應減少身心障礙學生就讀之普通班學生人數，或提供所需人力資源及協助；其減少班級學生人數之條件、核算方式、提供所需人力資源與協助之辦法，由中央主管機關定之。

第 28 條 高級中等以下各教育階段學校，應以團隊合作方式對身心障礙學生訂定個別化教育計畫，訂定時應邀請身心障礙學生家長參與，必要時家長得邀請相關人員陪同參與。

第 29 條 高級中等以下各教育階段學校，應考量身心障礙學生之優勢能力、性向及特殊教育需求及生涯規劃，提供適當之升學輔導。

身心障礙學生完成國民義務教育後之升學輔導辦法，由中央主管機關定之。

- 第 30 條 高等教育階段之身心障礙教育，應符合學生需求，以特殊教育方案實施，協助學生學習及發展。
政府應實施身心障礙成人教育，並鼓勵身心障礙者參與終身學習活動；其辦理機關、方式、內容及其他相關事項之辦法，由中央主管機關定之。
- 第 31 條 爲使各教育階段身心障礙學生服務需求得以銜接，各級學校應提供整體性與持續性轉銜輔導及服務；其轉銜輔導及服務之辦法，由中央主管機關定之。
- 第 32 條 各級主管機關應依身心障礙學生之家庭經濟條件，減免其就學費用；對於就讀學前私立幼稚園、托兒所或社會福利機構之身心障礙幼兒，得發給教育補助費，並獎助其招收單位。
前項減免、獎補助之對象、條件、金額、名額、次數及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。
身心障礙學生品學兼優或有特殊表現者，各級主管機關應給予獎補助；其辦法及自治法規，由各級主管機關定之。
- 第 33 條 學校、幼稚園、托兒所及社會福利機構應依身心障礙學生在校（園、所）學習及生活需求，提供必要之教育輔助器材及相關支持服務；其辦法，由中央主管機關定之。
身心障礙學生無法自行上下學者，由各主管機關免費提供交通工具；確有困難提供者，補助其交通費；其實施辦法及自治法規，由各主管機關定之。
各主管機關應優先編列預算，推動前二項之服務。
- 第 34 條 各主管機關得依申請核准或委託社會福利機構、醫療機構及少年矯正學校，辦理身心障礙教育。
- 第 35 條 學前教育階段及高級中等以下各教育階段學校資賦優異教育之實施，依下列方式辦理：
一、學前教育階段：採特殊教育方案辦理。
二、國民教育階段：採分散式資源班、巡迴輔導班、特殊教育方案辦理。
三、高級中等教育階段：依第十一條第一項及第三項規定方式辦理。
- 第 36 條 高級中等以下各教育階段學校應以協同教學方式，考量資賦優異學生性向、優勢能力、學習特質及特殊教育需求，訂定資賦優異學生個別輔導計畫，必要時得邀請資賦優異學生家長參與。
- 第 37 條 高等教育階段資賦優異教育之實施，應考量資賦優異學生之性向及優勢能

力，得以特殊教育方案辦理。

- 第 38 條 資賦優異學生之入學、升學，應依各該教育階段法規所定入學、升學方式辦理；高級中等以上教育階段學校，並得參採資賦優異學生在學表現及潛在優勢能力，以多元入學方式辦理。
- 第 39 條 資賦優異學生得提早選修較高一級以上教育階段課程，其選修之課程及格者，得於入學後抵免。
- 第 40 條 高級中等以下各教育階段主管機關，應補助學校辦理多元資優教育方案，並對辦理成效優良者予以獎勵。
資賦優異學生具特殊表現者，各級主管機關應給予獎助。
前二項之獎補助辦法及自治法規，由各主管機關定之。
- 第 41 條 各級主管機關及學校對於身心障礙及社經文化地位不利之資賦優異學生，應加強鑑定與輔導，並視需要調整評量工具及程序。
- 第 42 條 各級主管機關為改進特殊教育課程、教材教法及評量方式，應進行相關研究，並將研究成果公開及推廣使用。
- 第 43 條 為鼓勵大學校院設有特殊教育系、所者設置特殊教育中心，協助特殊教育學生之鑑定、教學及輔導工作，中央主管機關應編列經費補助之。
為辦理特殊教育各項實驗研究並提供教學實習，設有特殊教育系之大學校院，得附設特殊教育學校（班）。
- 第 44 條 各級主管機關為有效推動特殊教育、整合相關資源、協助各級學校特殊教育之執行及提供諮詢、輔導與服務，應建立特殊教育行政支持網絡；其支持網絡之聯繫與運作方式之辦法及自治法規，由各級主管機關定之。
- 第 45 條 高級中等以下各教育階段學校，為處理校內特殊教育學生之學習輔導等事宜，應成立特殊教育推行委員會，並應有身心障礙學生家長代表；其組成與運作方式之辦法及自治法規，由各級主管機關定之。
- 第 46 條 各級學校應提供特殊教育學生家庭諮詢、輔導、親職教育及轉介等支持服務。
前項所定支持服務，其經費及資源由各級主管機關編列預算辦理。
身心障礙學生家長至少應有一人為該校家長會常務委員或委員，參與學校特殊教育相關事務之推動。
- 第 47 條 高級中等以下各教育階段學校辦理特殊教育之成效，主管機關應至少每三

年辦理一次評鑑。

直轄市及縣（市）主管機關辦理特殊教育之績效，中央主管機關應至少每三年辦理一次評鑑。

前二項之評鑑項目及結果應予公布，並對評鑑成績優良者予以獎勵，未達標準者應予追蹤輔導；其相關評鑑辦法及自治法規，由各主管機關定之。

第 48 條 公立特殊教育學校之場地、設施與設備提供他人使用、委託經營、獎勵民間參與，與學生重補修、辦理招生、甄選、實習、實施推廣教育等所獲之收入及其相關支出，應設置專帳以代收代付方式執行，其賸餘款並得滾存作為改善學校基本設施或充實教學設備之用，不受預算法第十三條、國有財產法第七條及地方公有財產管理相關規定之限制。
前項收支管理作業規定，由中央主管機關定之。

第 49 條 本法授權各級主管機關訂定之法規，應邀請同級教師組織及家長團體參與訂定之。

第 50 條 本法施行細則，由中央主管機關定之。

第 51 條 本法自公布日施行。

99學年度國立及臺灣省私立高中職校教師
情緒行為障礙知能研習
與會名單

編號	服務單位	姓名	職稱
1	慶生醫院	謝遠達	講座
2	教育部中部辦公室	商執中	借調老師
3	桃園啟智學校	呂淑美	校長
4	二信中學	廖敏如	其他組長
5	三重商工	程翊婷	班級導師
6	大甲高工	康佳靈	班級導師
7	大成商工	李怡青	其他
8	大里高中	王姿婷	班級導師
9	大明高中	張怡甄	其他組長
10	大湖農工	王姿雯	班級導師
11	大德工商	陳恒祥	班級導師
12	中山工商	曾婷瑜	專(科)任教師
13	中興高中	鍾依婷	特教組長
14	中壢高商	黃馨儀	班級導師
15	文華高中	段佳君	班級導師
16	斗六家商	楊明玉	班級導師
17	世界高中	蘇至斌	班級導師
18	北門農工	陳志清	主任兼特教教師
19	北港高中	張名君	專(科)任教師
20	北港農工	李春金	專(科)任教師
21	台中女中	江明曄	班級導師
22	台南大學附中	張育菁	專(科)任教師
23	台南高商	楊明恩	其他
24	平鎮高中	王筱窠	專(科)任教師
25	玉山高中	林妤穎	專(科)任教師
26	光隆家商	謝馨慧	專(科)任教師
27	竹山高中	吳璟均	專(科)任教師

99學年度國立及臺灣省私立高中職校教師
情緒行為障礙知能研習
與會名單

編號	服務單位	姓名	職稱
28	竹北高中	廖名顛	班級導師
29	秀水高工	王雅萍	專(科)任教師
30	育達高中	黃雅伶	專(科)任教師
31	育德工家	林怡珊	專(科)任教師
32	育德工家	李柯俊	其他
33	宜蘭高商	曾婉婷	專(科)任教師
34	明台高中	陳福登	專(科)任教師
35	明道高中	羅立凡	專(科)任教師
36	東石高中	楊牧音	專(科)任教師
37	東吳工家	柯雅萍	專(科)任教師
38	東泰高中	陳怜秀	專(科)任教師
39	東勢高工	蔣佳琪	專(科)任教師
40	東勢高工	張晏甄	班級導師
41	林口高中	徐湘嵐	專(科)任教師
42	武陵高中	許美娟	專(科)任教師
43	治平高中	張慧玲	專(科)任教師
44	花蓮高農	李昭賢	班級導師
45	虎尾高中	吳清海	專(科)任教師
46	長榮女中	柯芬芬	班級導師
47	南投高商	蕭惠萍	班級導師
48	南澳高中	陳秀怡	專(科)任教師
49	屏榮高中	洪孟堂	主任
50	恆春工商	盧俊宇	班級導師
51	苗栗特殊教育學校	洪佑君	班級導師
52	苗栗農工	邱學志	班級導師
53	員林家商	謝琇妃	專(科)任教師
54	埔里高工	呂柏毅	專(科)任教師

99學年度國立及臺灣省私立高中職校教師
情緒行為障礙知能研習
與會名單

編號	服務單位	姓名	職稱
55	振聲高中	余惠蓮	專(科)任教師
56	桃園高中	呂翠梅	專(科)任教師
57	桃園農工	吳珮雯	班級導師
58	泰山高中	陳怡伶	專(科)任教師
59	海山高工	蘇真禾	班級導師
60	高英工商	陳靜儀	主任
61	高苑工商	洪照舜	主任
62	高苑工商	李明翰	專(科)任教師
63	國立三重高中	莊嘉琪	特教組長
64	國立桃園啟智學校	張芳萍	其他
65	基隆女中	吳郁萍	班級導師
66	基隆海事	王天女	班級導師
67	基隆高中	林珈吟	其他組長
68	基隆商工	謝靜雅	班級導師
69	常春籐高中(國中部)	吳嘉錡	組長兼特教教師
70	啟英高中	何彥霖	專(科)任教師
71	淡水商工	邱志鴻	班級導師
72	淡江高中(國中部)	吳正薰	其他
73	清水高中	康莉娟	班級導師
74	清華高中	范姜耀仁	班級導師
75	鹿港高中	尤志輔	班級導師
76	智光商工	黃佳雯	其他組長
77	慈明高中	林孟儀	專(科)任教師
78	新化高工	王佳瑜	班級導師
79	新民高中	陳佩榆	專(科)任教師
80	新竹高工	劉姿絹	班級導師
81	新竹高中	李俊坤	專(科)任教師

99學年度國立及臺灣省私立高中職校教師
情緒行為障礙知能研習
與會名單

編號	服務單位	姓名	職稱
82	新竹高商	曾雅雯	班級導師
83	達德商工	劉維蓉	班級導師
84	嘉陽高中	簡良育	班級導師
85	嘉義家職	蕭安迪	專(科)任教師
86	彰化師大附屬高工	鄭喜月	專(科)任教師
87	彰化高商	楊嘉琦	專(科)任教師
88	澎湖海事高職	歐珮琪	班級導師
89	醒吾高中	王韻涵	特教組長
90	頭城家商	顧振甫	專(科)任教師
91	龍潭農工	吳佳純	班級導師
92	豐原高商	蔡孟妤	班級導師
93	羅東高工	游玉如	班級導師
94	羅東高中	黃瑜婷	班級導師
95	羅東高商	蘇郁涵	特教組長
96	霧峰農工	蔡瑋容	班級導師
97	蘇澳海事	羅瑩珊	班級導師
98	桃園啟智學校	葉瑞華	主任
99	桃園啟智學校	葉賢政	主任
100	桃園啟智學校	易君常	主任
101	桃園啟智學校	方珮玲	其他
102	桃園啟智學校	吳美霖	其他
103	桃園啟智學校	吳若聆	其他
104	桃園啟智學校	陳鈴津	其他組長
105	桃園啟智學校	羅建洋	其他組長
106	桃園啟智學校	莊雅雯	其他
107	桃園啟智學校	陳思允	其他
108	桃園啟智學校	溫正義	其他

99學年度國立及臺灣省私立高中職校教師
情緒行為障礙知能研習
與會名單

編號	服務單位	姓名	職稱
109	桃園啟智學校	謝依如	其他
110	桃園啟智學校	廖惠貞	其他
111	新豐高中	蔡玉琦	專(科)任教師
112	東港海事	高子展	班級導師
113	復興商工	莊宗運	輔導教師
114	僑泰高中	許進明	班級導師
115			
116			
117			
118			
119			
120			
121			
122			
123			
124			
125			
126			
127			
128			
129			
130			
131			
132			
133			
134			
135			