

兒童青少年 精神醫學通訊



發行人：陳快樂
秘書長：畢新慧
副秘書長：張哲鴻、劉士愷
理事：王雅琴、丘彥南、李鶯喬、吳佑佑、
周文君、林亮吟、侯育銘、高淑芬、
陳映雪、陳俊鸞、陳質采、陳美珠、
鄭理、黃蓉蓉。

監事：宋維村、徐澄清、張學岑、劉珣瑛、李儒卿
執行編輯：畢新慧、陳質采、廖文瑜
發行所：台灣兒童青少年精神醫學會
編輯處：104台北市中山區松江路22號9樓之3
聯絡電話：(02)25682083 傳真：(02)25683463
學會電子郵件：tscap.taipei@msa.hinet.net

2005

第四期

本期主題：自閉症類疾患、廣泛性發展疾患 李慧玫醫師專訪
Child & Adolescent Psychiatry Newsletter Vol.4, No.3, Winter 2005

目錄

專論文章

自閉症類疾患之執行功能與神經影像學特徵..... P. 1
社交適應訓練能否改善廣泛性發展疾患的核心缺損..... P. 6

會員投稿..... P. 8

人物專訪

兒心是sunrise career，是青春永駐的秘方..... P. 9

好書介紹

幸福童年的秘密..... P. 12

秘書處公告

1. 第四屆第四次理監事會通過任命桃園療養院劉士愷醫師及八里療養院張哲鴻醫師擔任本會第四屆副秘書長。
2. 第四屆第四次專科醫師甄審委員會議通過王明鈺、王亮人、吳貞瑩、商志雍、梁歆宜、劉昱志、劉惠青等7位兒童青少年精神科專科醫師，兒童青少年精神科專科醫師增為111位。
3. 11月5日於國防醫學院召開九十四年度會員大會暨學術研討會，會中並邀請台大陳為堅教授及高醫顏正芳醫師針對「青少年藥物濫用」分享研究意見。
4. 12月10日辦理「兒童青少年攻擊行為」繼續教育研討會。
5. 12月22日舉辦第一屆ADHD元氣小子模範生選拔賽，各界響應熱烈，經評選國小、國中共36名病童獲獎，希望藉此活動鼓勵病童及家屬。
6. 95年6月14日至16日於菲律賓馬尼拉舉辦第四屆ASCAPAP，本會擬組團前往，鼓勵會員踴躍參加。
7. 兒童青少年精神科專科醫師訓練醫院評鑑申請截止日期為95年3月10日。
8. 95年3月19日假台大醫學院101講堂辦理「中輟個案的評估與處遇」繼續教育研討會，敬請會員踴躍參加。
9. 經第四屆第五次理監事會決議，鼓勵各區以學會主辦、分區各兒青精醫訓練醫院或相關醫院輪流承辦方式，定期舉辦地區性聯合學術研討會。95年度開辦北區聯合學術研討會，第一場預定3月31日假台北富都飯店舉辦，簡章請見網站公告。



專論文章

自閉症類疾患 (autistic spectrum disorders) 之執行功能 (executive function) 與神經影像學特徵

簡意玲

自閉症類疾患目前被認為是一種具遺傳性的神經發展狀態，此類患者曾被報告有許多大腦結構之異常，特別是額葉、邊緣體 (limbic)、基底核、頂葉、小腦等區域。近來在功能性影像學檢查的研究也逐漸增加，包括在社會溝通 (social communication)、視覺空間處理 (visual-spatial processing)、視覺搜尋 (visual search) 與專注力 (attention)、運動功能、語言等方面的功能性影像學研究，以及最近頗受注意的執行認知功能 (executive cognitive function) (特指spatial working memory) 研究。回顧文獻，自閉症類疾患與正常對照組比較中，曾有以下功能性異常的發現，包括：(1) frontostriatal and cingulate regions during socioemotional tasks (2) striate and ventral occipital cortex during visual-attention (3) occipitotemporal areas

during visual search (4) superior temporal and inferior frontal cortex during language processing (5) the cerebellum during visual-attention tasks (6) dorsolateral prefrontal and anterior cingulate cortex during spatial working memory。

雖然對自閉症類疾患腦功能的了解日漸增加，但是對於其固著與刻板行為相關之解剖或功能研究仍相當缺乏。曾有學者提出此類症狀可能與執行功能缺損 (executive function deficit) 有關。自閉症類疾患之執行功能可能存在著某種根本上的缺損，特別是反應抑制 (inhibition of response)，或稱抑制控制 (inhibitory control)。反應抑制包含兩個部分—motor response inhibition以及inhibition of interference，一些學者相信自閉症類疾患在臨床上典型之運動認知僵化現象，其實是此類缺損之表現。不過，另一群學者則認為執行功能是整體下降的，他們的研究指出自閉症類疾患乃是因為在需要認知彈性的測驗上無法調整其反應，故而造成刺激的過度專一性 (stimulus overselectivity) 以及固著的反應型式 (repetitive response style)。





神經心理學方面的研究目前仍未成定論，少數報告曾提及一些特定執行功能的缺陷，譬如：set shifting以及response inhibition。

至於針對高功能自閉症類病患在執行需要抑制控制以及轉換set shifting的測驗時之腦功能研究，以及這些功能上異常的區域是否也存在解剖結構上的異常，目前所知並無此類相關研究。

談到執行功能相關的腦區域，最常被提及的是額葉皮質、與其到紋狀體與頂葉的聯結。自閉症類疾患成人與對照組相較，其額葉紋狀體路徑（frontostriatal pathway）曾被提及有解剖結構與代謝上的異常。一般族群中，執行功能缺損被認為與額葉的病理有關，有人甚至認為，這便是自閉症在臨床上呈現重複、拘泥於規則、以及強迫性的根本原因。

究竟高功能自閉症患者在執行抑制控制與需認知彈性的操作時，其額葉功能如何？是否與正常人有差異？若有，則其功能上有差異的區域，是否再解剖結構上也有此差異呢？

Schmitz等人嘗試以個案對照研究（case-control study）回答此問題。他們針對十位正常智能的自閉症成年男性（其中八位為亞斯伯格症、兩位為高功能自閉症，都是慣用右手者），與十二位性別、智能均已配對的正常男性，比較其在執行神經心理學測驗時之神經影像學（functional MRI）發現，並計算其解剖結構上的差異。


他們選擇了三種與動作與認知之抑制控制（motor and cognitive inhibitory control）有關的神經心理學測試，包括：(1) GO/NO-GO motor response-inhibition task (2) motor version of a spatial STROOP cognitive-interference inhibition task (3) set-shifting (SWITCH) task（請參見附註）。這三項測驗在過去被認為會活化特定的額葉紋狀體路徑，GO/NO-GO會活化右前額葉皮質（right prefrontal cortex）與尾核（caudate nucleus），STROOP中的interference inhibition則會活化左背外前額葉皮質（left dorsolateral prefrontal cortex）、anterior cingulate gyrus、頂葉、





被殼（putamen），而set-shifting（SWITCH）則是活化前額葉之右下部（right prefrontal cortex）、頂葉、以及被殼。

另外，他們也比較了自閉症類患者的大腦皮層解剖構造與對照組的差異，採取的是voxel-based morphometry (VBM) analysis，並進一步探討功能差異是否可以用兩者解剖構造的差異來解釋。



結果發現，雖然兩組在操作能力上並無差異，但是在操作過程所活化的腦區則有差異，在自閉症類疾患中隨著測試方法不同，而有部分區域活化程度較高，此差異達顯著程度。茲分述如下：(1)在正確執行NO-GO時，left middle/inferior以及orbitofrontal gyrus有較大活化(2)在正確執行STROOP時，left insula有較大活化(3)在正確執行SWITCH時，right inferior及left mesial parietal cortex則有較大活化。

此外，在大腦灰質密度之比較中，顯示自閉症類患者在以下區域有較高的灰質密度，包括left

inferior frontal gyrus、anterior cingulate gyrus、right superior frontal gyrus、與雙側middle frontal gyrus等區域。顯示與先前所呈現之功能活化區域有重疊，特別是GO/NO-GO測驗中，left inferior frontal gyrus區域之功能活化與灰質密度增加的相關性達到顯著程度。

這樣的結果代表什麼意義呢？作者的解釋是：在正常成人一般是以右側前額葉來調控抑制控制（inhibitory control），更精細地說，右側下部大腦皮質、dorsolateral與orbitofrontal是調控動作反應抑制（motor response inhibition）的關鍵區域。自閉症類疾患在執行NO-GO時在左側對應位置之活化程度增加，可能反映了他們是採取不同的“左腦策略”來達成正確的抑制控制。

而在STROOP操作中，患者在left insula呈現增加活化的傾向。Insula在疼痛、動機、情緒的處理、以及更高層次的功能如控制（control）與抑制（inhibition）等扮演核心角色，與前額葉、anterior cingulate gyrus等區域有密切連結，



是額葉紋狀體系統負責注意力之神經網絡（frontostriatal attentional network）的一部分。Insula還有一個特殊的功能，就是因應與期望相違悖、監控事件之突然變化、以及某事件出現頻率破壞了它原有之特定機率時的狀況。或許正是因為自閉症類病患傾向於期望一個規律情境，比對照組更強烈感受到STROOP中與預期的衝突與變化，故需insula的強烈活化以應付所需。

牽涉到轉換（switching）的認知功能，一般認為頂葉皮質扮演了重要角色。在SWITCH中，自閉症類疾患比對照組在右側下部頂葉與左側mesial頂葉有增強的活化，推測是與該部位之結構與代謝異常有關，因為功能較弱而使該部位活性代償性的增加。

此外，以上三個與執行功能缺損有關的測試在自閉症類疾患均呈現左側活化增強的傾向，可能暗示了自閉症類疾患在執行抑制控制的功能時，有異常的左側化現象（left lateralization），這個功能在正常狀況下主要是由右側大腦所調控。目前所知，左側大腦一般較右

側的發育為慢，且額葉顳葉路徑（frontotemporal）與額葉頂葉路徑（frontoparietal pathway）也屬較晚成熟之神經迴路。作者提出進一步解釋，自閉症類患者的腦部發育異常可能也牽涉了出生之後腦部成熟的過程（postnatal brain maturation），使其左腦發育受到較大之衝擊，這個假說進一步解釋了此症在發展性執行功能異常的臨床表現。

值得思考的是，血流量的差異可能反應自閉症類疾患是使用不同的認知策略，以求成功達成執行功能的任務。另一個可能的解釋是某些腦區的功能異常是和神經解剖發展上的異常有關，比如像程式化的細胞凋亡、神經髓鞘化（myelination）的異常等。作者認為該研究初步成果顯示出額葉下部的活性增強，可能暗示解剖構造或功能上的異常是與神經發展上的異常有相關性的，也就是自閉症類疾患之功能異常導致其出生後大腦成熟過程之不同發育—更強的額葉功能，以成功應付執行功能的任務。此外，頂葉皮質之不正常活化，可能是因為額葉功能異常與額葉頂葉連結異常而產生代償性的反應。





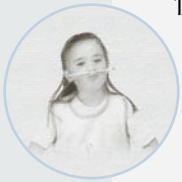
雖然此研究樣本較小，且研究對象鎖定在高功能患者，其代表性與可推論性恐怕不足，但對於自閉症類疾患之腦供能與解剖構造之相關研究領域仍有相當之參考價值。作者總結，高功能自閉類疾患仍保有無誤之執行功能（動作抑制控制與認知抑制控制），然對應特定之神經心理學測試，其呈現特定腦區的活化（frontal、insula、parietal），其中有部分甚至伴隨解剖結構之異常。過度活化的原因可能是腦發展異常的代償現象，或是個體採取不同認知策略所導致。

附註：簡述文中所使用的三個神經心理學測試的操作方法--

(1) GO/NO-GO motor response-inhibition task：螢幕上每隔1.8秒會出現一個箭頭，當箭頭指向左方或右方時，受試者必須依指示按左鍵或右鍵，若箭頭指向上（NO-GO signal），受試者必須克制不去按鍵；另有傾斜25度朝左或朝右的箭頭，受試者也要按鍵，目的是要作為NO-GO stimuli的對照。三種箭頭的比例為：24 個NO-GO stimuli、24個傾斜箭頭、160 個GO stimuli。（此測試主要在測試受試者的motor response inhibition及selective attention）

(2) motor version of a spatial STROOP cognitive-interference inhibition task：有別於傳統的Color-Word STROOP task，fMRI adaptation of spatial motor STROOP task測試的是spatial incompatibility（或稱Simon-effect）。螢幕上的箭頭會出現在螢幕右方或左方，但是受試者需依照箭頭所指的方向去案又鍵或左鍵，不去理會箭頭所在的位置。同樣的，箭頭出現的時間間隔為1.8秒，其中有24個incongruent trial（箭頭方向與箭頭所在位置相反，如：位在螢幕左方卻指向右方的箭頭）、24個傾斜箭頭（仍需按鍵）、160 個congruent trial。（研究顯示spatial motor SRTOOP task牽涉的認知神經功能與Color-Word STROOP task相似）

(3) set-shifting (SWITCH) task：螢幕上有一個紅點，它可以隨機出現在螢幕的右上、右下、左上、或左下四個不同位置。螢幕中間還有一個雙箭頭，可以是水平或垂直方向。當箭頭是水平方向時，受試者必須判斷該紅點是位在右或左，並按右或左鍵；但若箭頭是垂直方向時，受試者則須判斷紅點是位在上或下，並按上或下鍵。紅點每出現一次就要按一次鍵，而箭頭則是





約4~6次repeat trial後會出現一次switch trial（水平轉為垂直方向或垂直轉水平）。Repeat trial共152次，而switch trial有32次。

Reference: Neural Correlates of Executive Function in Autistic Spectrum Disorders. Nicole Schmitz, Katya Rubia, Eileen Daly, Anna Smith, Steve Williams, Declan G. M. Murphy. Biol Psychiatry 2006; 59:7-16

社交適應訓練能否改善廣泛性發展疾患的核心缺損？

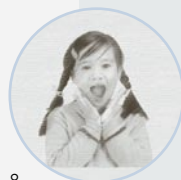
台大醫院精神醫學部
兒童青少年精神科

賴孟泉

加州大學戴維斯分校的Marjorie Solomon、Beth L. Goodlin-Jones、以及Thomas F. Anders在2004年12月的Journal of Autism and Developmental Disorders上發表了一份研究結果，檢驗使用一種包含多面向訓練的「Social Adjustment Enhancement Curriculum」課程，是否能夠增進

廣泛性發展疾患患者在面部表情辨識、心智理論（theory of mind）、以及執行功能/問題解決能力等三大核心缺損上的能力，並且降低患者及其雙親的憂鬱症狀。

在此研究之前，極少數研究以控制試驗方式，檢驗對於廣泛性發展疾患之心理介入、或社交技巧訓練的成效，且未曾有關於從父母方面介入成效的研究被報告。本研究的特別之處在於：(1)其課程包含多種訓練目標，(2)是唯一一個在研究設計上包含控制組者，(3)樣本數較大，(4)利用團體過程（group process）作為學習經驗，以及(5)更結構化的父母訓練課程。



此研究所檢驗的「Social Adjustment Enhancement Curriculum」每週進行1.5小時，共進行20週。專業成員包括心理師、精神科醫師、語言治療師、以及一位大學生助理。專業成員和學員比例達3：5。前十週訓練重點為基本情緒覺察，並經由示範及角色扮演，訓練與情緒相關之接受性及表達性語言；學員經此可學得以對其自身情緒之覺察為基礎，而能選擇適當之行為表現；當上述能力達成後，即開始訓練會話技巧。後



十週之課程先增進會話技巧及友誼形成技巧，進而教授團體及個人問題解決技巧。除此之外，父母團體之課程著重於教育性質（而非支持團體），教導父母成為課程協同教師，並協助對其子女之困難行為形成問題解決技巧，並增進其對子女之同理理解。

此研究將十八位年齡在8至12歲間的患童（均為男性）分為實驗組（共兩組次分組，分別為五人及四人，前者平均年紀較輕、智商較高），及置於等待名單之配對控制組（共兩組次分組，分別為五人及四人，前者平均年紀較輕、智商較高）。納入條件包括：經ADOS-G及ADI-R診斷為high function autism、Asperger's syndrome、以及PDD, NOS者，且FIQ大於75，並可通過第一級心智理論測驗（1st order theory of mind task）者。排除條件為嚴重之品行問題者。

研究者對於三大核心缺損分別以不同工具測量。在面部表情辨識，以Diagnostic Analysis of Non-Verbal Accuracy-2, Adult Facial Expressions (DANVA-2-AF)以及Child Facial Expressions (DANVA-

2-CF)測量。在心智理論部份，以Strange Stories Task (SST)及Faux Pas Stories Task (FPST)測量。執行功能部分則以Test of Problem Solving測量之。此外，關於患者及其雙親的憂鬱症狀，則分別以Children's Depression Inventory及Beck Depression Inventory測量之。最後，父母對於患者之問題行為，需每週進行紀錄。

研究結果發現，在面部表情辨識方面，整體來說，介入組較控制組於DANVA-2得分增加一點以上，且較年輕之次分組顯著地進步較多；此結果和IQ無相關。在心智理論方面，介入組和控制組在SST及FPST之表現均未呈現差異，但測驗之分數和VIQ及FIQ顯著相關。在執行功能/問題解決能力部分，介入組得分增加、而控制組降低，且測驗成績顯著和VIQ及FIQ相關。患童之憂鬱狀態得分，並未因介入而顯著下降，但認知能力較好之患童的憂鬱得分，較認知能力較差者得分下降之幅度顯著地更多。母親之BDI得分平均下降38%，但未達有意義之下降；研究者亦發現，母親和患童之憂鬱得分顯著相關。至於在問題行為部份，介入組比起控制組則呈現顯著的下降。





研究者認為，此教學模組證實，可以在社交技巧訓練的模式下，教導患童面部表情辨識之能力；此學習結果和智商無相關性，可能代表不論患童之智商為何，均能以其長處從此教學模組中獲得進步。在心智理論部份，本研究未能呈現和其他研究一致之結果，即未能呈現進步；研究者認為，這是因為此教學模組並未結構化的訓練心智理論、或是患童之進步無法以傳統測驗所測得之故；研究者認為需要從功能性造影、或社會心理學的觀點嘗試找出更好的療效測量方式。在執行功能/問題解決能力方面，本研究是第一個證實能夠以教育方式，增進廣泛性發展疾患患童之實際生活問題解決能力的研究。至於在患童未能產生降低憂鬱指數的效果，研究者認為這是一個複雜的問題，目前僅發現較之年齡而言，認知能力對於憂鬱之發生是更重要的危險因子。

本研究的結論認為，藉由本教學模組，可以提升廣泛性發展疾患患童的面部表情辨識能力、以及問題解決能力。此外，結構化的父母訓練課程，亦應被常規納入治療計畫之中。

會員投稿

有一天我到醫院地下室的餐廳用餐。我已經點了自己的要吃的東西，前面不遠處我看到一位頭髮斑白的老先生，看不出他是病人還是來照顧的人或是訪客。他向忙碌的店員表示要一碗滷肉飯，那有點略施脂粉的女店員說二十五元。老先生有點無奈的表示自己身上只有十五元，拜託小姐是否可以賒帳。那女店員用急促的口氣表示不好意思，我們這裡無法賒帳。只見那阿伯悵然的走開。當我回神過來想去叫那阿伯等一下我請他吃好了，只見他的瘦弱的身軀已經消失在來來往往的人潮中。



有一次門診小兒心臟內科轉介一個過度換氣症候群的國中女生給我看。她看起來有點清秀。她告訴我說小學的時候父母離婚爸爸跑去跟別的女人結婚，要她的媽媽回阿媽家照顧她。可是現在媽媽也有男朋友，也不想要她。她很擔心自己將來怎麼辦。又有一位高一女生和阿媽來門診，她表示自己心情很緊張煩躁。她說在國三那年母親因為肝癌住院，最後死在醫院裡。她看到自己的媽媽吐血在鮮白的床單上，



每想到那種景象她就會發抖。而爸爸長年酗酒動不動就罵她很難聽的話。我問她怎麼了，她說爸爸酒後都罵她妓女下賤，阿媽也很無奈，不知道該怎麼辦。

我想到國中的時候國文老師有教過孔老夫子的名言。老者安之，朋友信之，少者懷之。當今社會媒體的嗜血腥羶，政治的紛擾，價值的扭曲和無恥的謊言，我真的很後悔。如果歷史可以改變時間可以倒流，我在想我可不可以把那兩次總統大選的選票收回。在兩千年前孔子已經明白的勾畫出一個理想社會的願景。可惜的是在這塊我所熱愛的寶島土地上歷經了這麼多年，竟然還有許多我們的孩子無法在健全的家庭中成長，還有好多老人的處境淒涼，更不必提人和人之間的信任。信義行於君子而刑戮施於小人，唐朝歐陽修在縱囚論中說的真好。

人物專訪

兒心是sunrise career，是青春永駐的秘方

李慧玟醫師專訪
採訪撰稿 張哲鴻

對於陳理事長的邀約蠻驚訝的，總以為應該是老了才能接受專訪。不過現在也正好考慮明年是否要退休的事，這真的是老化的兩大指標。

多元化的住院醫師學習

回顧醫學院畢業後，選擇耳鼻喉科，升到總醫師時每逢開刀，病人的情況緊急，對於自己像上帝一樣掌握生殺大權，每次開刀後即會睡不好，一直到病人出院才會放心。之後計畫到日本留學，但卻因父親生病，回來陪他，並在父親開設之診所看診，病中的父親認為我不適合開診所，希望我到醫院上班當公務員，當時正值衛生署鼓勵醫師加入特殊科服務，所以當父親過世後，為了留在北部就近照顧母親，加上在日本時曾去參觀過精神科，覺得精神科應該也是一個不錯的選擇，所以就到桃療當唯一的住院醫師，接受三位主任醫師的滋養。當時年輕，可以顧三個病房，兩天一班。到桃療第二年結婚，再次面臨家庭與事業的選擇，於是我轉職到了和平醫院張典齊主任的神經精神科，之後張主任離職，精神科只剩我一人，我的工作變得複雜，既要當神經科及精神科住院



醫師，還再兼精神科主治醫師的工作，覺得滿心虛的，所以跟院長爭取到市療接受訓練考上專科醫師。

投入學校諮商

回到和平，與孔繁鐘醫師（當時他從市療轉和平任職）討論如何次專科領域，先做了幾次婚姻治療後，我是完全投降，覺得婚姻治療需要團隊及督導。而就幾乎在同時，吳英璋教育局長要建立校園與醫療之實驗網絡，我就一路栽進去到現在，真是因緣際會。之後孔醫師離職，也促動我著手進行七九年所寫的獨立分科計畫，八四年和平精神科成立，陸續團隊從護理、心理到現在共十三位工作人員。服務內容除門診外，還包括日間留院、職業復健、輔導就業、居家治療、發展遲緩兒童早期療育等。當然最讓我不能忘情還是校園青少年服務。

八二年做學校諮商直到現在，開始時我比較消極，學校通知我才去。但逐漸看到一些青少年在醫療介入後改善，經驗的累積及效益也讓我在八四年後，採固定到學校，試著建立醫療與學校體系清楚的合作網絡。從建中開始，北一女、大理高中、龍山國中、南門國中及弘

道國中、師大、東吳等，漸漸地讓學校了解與醫療間的差異。如病人復學，我變成病人與老師學生們溝通的橋樑，我的經驗都滿好的，不只與個案互動也做過班級經營，到班上問問同學的擔心、疾病衛教等，總希望幫個案減少回到校園中的障礙。也曾與富邦文教基金會合作辦理對高危險群青少年的研討會。

出國進修，設立和平醫院兒童發展中心

八九年到UCSF及UMI唸書，這又是一個因緣際會，因為前任小兒科主任在出國申請下來前離職，院長找我，希望我能在兩個月內準備考語文及申請到前往訓練的醫學院。在一陣天昏地暗的忙碌下，我到 UCSF 學習 community program for child and adolescence 及research，兩大主題為crisis intervention及family approach；在UMI跟蔡逸周醫師學習program 兒童的尤其是autistic disorder，半年內馬不停蹄的學習。回國後成立child development center（彩虹學園—兒童發展中心），社工職能治療師陸續聘請到任。





改變生涯規畫，勇者無懼

接著是兩件改變生涯規畫的事情，第一是SARS，2003年和平被封院，當時對醫療環境的失望，總問自己我們是不是忘了當初學醫的熱忱？人的本質真的會被消耗？與一些靈修的朋友接觸後則又燃起希望，覺得自己要再重新開始，更積極努力，外在環境應該可以改變。另外考慮教書也是影響別人的途徑，考上師大教育與心理研究所後，認真思索未來要做的事，現在想博士論文主題應該還是校園諮商吧！



第二件事是前年體檢發現L't breast cancer。初期，我把害怕隔離起來，好似當成一件公事處理，當然開刀直到現在階段的治療，我已經克服了許多負面情緒。不過記得在準備請假治療前，與心理治療個案的經歷，讓我體認到醫病關係中雙方的角色，到底病人是被治療者或是治療者？那是一個快結案的個案，當我們討論時她問我原因，考量個案小時曾有被放棄的經驗，於是我決定告訴她實際情況，她說要幫我禱告，在禱告過程中我的武裝崩潰了，情緒都倒出來了；一方面是因在同事面前我是主管，如果我

表現脆弱時會不會讓他們慌亂；而在家裏，先生知道我得癌症已經瘦了四公斤，如果我更緊張他不是更糟，那段時間撐得蠻辛苦，但這些壓抑的情緒在那次的結案會談中我得到了宣洩。還有我暫停到學校一學期，小朋友寫卡片關心。後來回學校見到他們，他們第一句話是告訴我：『我們很好不用擔心』。走精神科像倒吃甘蔗越來越有興趣，如果退休最捨不得的是這群可愛的病人。最近我運用退休評估表，但發現，勸我不要退休之加號越來越多，怎樣讓自己說再見而輕鬆地離開真是很難，或許不退吧？！

sunrise career，青春永駐的秘方

我對兒心的想法，這是sunrise career，是青春永駐的秘方，跟年輕人在一起不會變老。兒心醫師要合作，互通有無，如醫院評鑑、醫院對兒心需求，我常跟院長說『表面及附帶價值』，表面價值是兒心做得多進帳少，好像賠錢，但附帶價值包括小朋友來看我，也會看小兒科、眼科，他們的家長也會成為醫院的顧客，如果我們提供很好的服務，病人與醫院之間的關係就是良善的互動。兒心醫師也要嘗試影響制定政策的人，像我們這區居民低



社經階層較多，藉由社會局地區服務中心轉介個案給我們，小朋友不可能跑來跑去，如何建構良善的社區醫療更顯重要，當然有待大家一起努力！

好書介紹

幸福童年的秘密

愛莉絲·米勒 著

袁海嬰 譯

天下雜誌出版

「在學當大人之前，應該先學會好好當小孩」~~蒙特利梭

回想童年的時光，幸福曾經與我們同在嗎？或是成長在成人預先為我們所設計的生命藍圖中？回想童年的時光，當我們出現難過、各種需要、煩人和怒氣衝天的時候，是否依然有人深深愛著我們？肯定我們存在的價值不是因為我的聽話、乖巧、懂事又可愛？

此書中所指的「天才兒童」，並非是具有特別天賦的小孩，而是認為所有人在童年時都具備有特別的才幹，才可以應付父母的各種要求，作者認為成人的困擾，多與童

年的經驗有關，當我們的童年都面臨了許多必須放棄當小孩的權利時，進而會壓迫真實的自我，以求符合大人的期待。而成年後，性格中仍存在著某種缺陷，有時缺乏感受愛的能力，有時失去愛人的能力；也有許多成功的人，深受空虛與寂寞之苦，卻無能獨自面對，深陷其境無法自拔。

作者認為在家庭中發現父母對孩子可能的暴行除了肉體之外，還有更大部分是微妙的心理控制，且這樣的控制模式乃是不自覺的代代相傳，成年後有部分個案出現深陷於自己無法突破的易怒、低落、敏感、自卑...等的情緒或性格問題中，並產生人際互動困難、自我認同不足、強迫症以及憂鬱情緒...等。此書對於父母及一般讀者應具有相當的震撼力，並為親子關係剖析注入一股清新的力量。藉由探討童年的成長過程並協助回想過去的童年經驗，逐漸引導個案或自我正視自己身心靈曾遭受的創傷，重新呈現被壓抑的真實自我及表達真實的情緒感受，建立對自我正向的價值肯定，它闡述的不僅是幸福童年的秘密也是幫助讀者改變自己生活哲學。





文獻選讀

JANSSEN-CILAG Taiwan
 電話：(02) 27326611
 地址：臺北市敦化南路2段319號8樓

題目：

12-month efficacy and safety of OROS MPH in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder switched from MPH

出處：

Eur Child Adolesc Psychiatry (2005)

作者：Peter Hoare, H. Remschmidt, R. Medori

研究主旨：兒童及青少年 ADHD 患者，從短效 immediate release (IR) MPH 轉換為 OROS methylphenidate (MPH)(Concerta)之長期治療 評估。

研究設計：

受試者：

1. 年齡為 6-16，共105 位。參與試驗前，穩定接受IR MPH (10 - 60 mg/day)治療。

年齡	人數
6~9	39
10~12	48
13~16	18

2. 從 IR MPH轉換至 18, 36 or 54mg OROSR MPH，每日服用一錠，持續 21日。轉換之劑量參照原先IR MPH 之劑量。
3. 受試者受益於OROS MPH時，延展治療時間為12個月。
4. 由 parents/caregivers 以 GAS 評估治療滿意度。
5. 由 investigators 以 GAA 評估治療足夠度。

研究發現：

1. 105位受試者加入試驗，101位完成 21天治療時期。(table 1)
2. 89位 (88.1%)的父母/看護者希望受試者持續接受延展階段的治療。(table 1)
3. 56 位 (63 %)完成為期一年試驗。(table 1)
4. 延展期間，父母/看護者評估治療滿意度 GAS，從49 % 增加至 69 %; investigators評估治療足夠度，從49 % 增加至 71 %。

Table 1

	Age categories (years)			Total n (%)
	6-9 n (%)	10-12 n (%)	13-16 n (%)	
Total enrolled	39	48	18	105
Completed first 21 days	36 (92.3)	47 (97.9)	18 (100.0)	101 (96.2)
Continued past 21 days	32 (82.1)	39 (81.3)	18 (100.0)	89 (84.8)
Not continuing past 21 days	7 (17.9)	9 (18.8)	0 (0.0)	16 (15.2)
Lack of efficacy	2 (5.1)	6 (12.5)	0 (0.0)	8 (7.6)
Adverse event	3 (7.7)	2 (4.2)	0 (0.0)	5 (4.8)
Non-compliance	1 (2.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.0)
Other	1 (2.6)	1 (2.1)	0 (0.0)	2 (1.9)
Completed 12 months	16 (41.0)	28 (58.3)	12 (66.7)	56 (53.3)
Not completing 12 months	23 (59.0)	20 (41.7)	6 (33.3)	49 (46.7)
Lack of efficacy	9 (23.1)	13 (27.1)	3 (16.7)	25 (23.8)
Adverse event	9 (23.1)	6 (12.5)	1 (5.6)	16 (15.2)
Non-compliance	2 (5.1)	0 (0.0)	1 (5.6)	3 (2.9)
Other	3 (7.7)	1 (2.1)	1 (5.6)	5 (4.8)



(本文由楊森大藥廠提供)



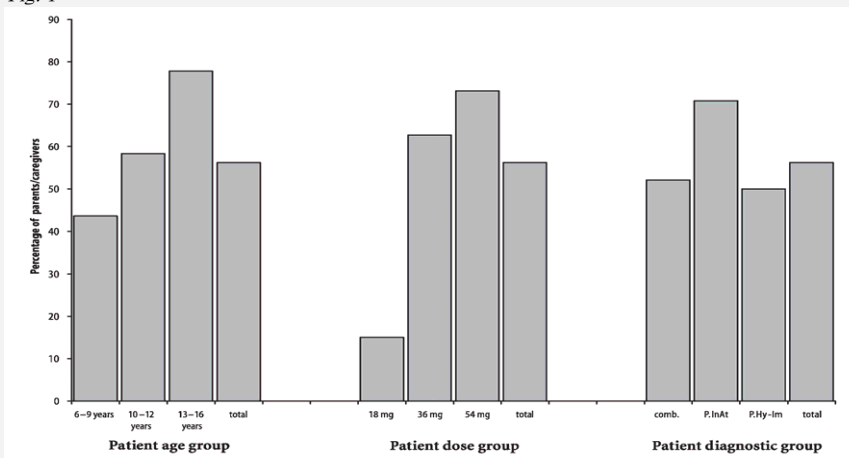
文獻選讀

JANSSEN-CILAG TAIWAN
Johnson & Johnson
 電話：(02) 27326811
 地址：臺北市敦化南路2段319號8樓

一、評估結果：

1. 治療滿意度(GAS) 從 49 % 增加到69 %。年齡較長(10 - 16years), 服用較高劑量(36 mg or 54 mg)及具有明顯注意力不全症狀的組別, 父母認為具有療效滿意度較高(fig. 1)。試驗完成時, 父母/看護者認為療效較不滿意的組別為 18 mg group (70 % 18 mg, 20 % 36 mg, 23 % 54 mg)。
2. 療效足夠度 (GAA)在為期12個月之治療的結果為：年齡較長(6 - 9 years, 43.6%; 10 - 12 years, 62.5%; 13 - 16 years, 72.2 %), 服用較高劑量(18mg, 15%; 36mg, 64.4%;54mg, 73.1 %)及具有明顯注意力不全症狀 (66.7%, inattentive; combined, 54.8%; hyperactive/impulsive, 50%)的組別, 均為療效較明確組別。
3. 大部分 (14, 70%)起始劑量為 18 mg的病人, 12個月的延展試驗評估時, 反應出18 mg是不足的。

Fig. 1



二、安全性及耐受性：

1. OROS MPH 有良好耐受性。
2. 與治療相關之不良反應 (> 2 %) 為 headache (9.5 %); tics(7.6 %); abdominal pain (3.8 %); impulsive behaviour(3.8 %); and insomnia (3.8 %)
3. 與治療相關的不良反應發生率, 發生於54 mg的組別較低 (18 mg : 65%, 36 mg : 64.4%, 54 mg : 38.5 %)。
4. 食慾的影響方面, 起初時, 61.9 %為好及很好。至試驗完成時, 76 %和起初情形一樣, 12 %食慾更加好。

研究討論：

1. 此為第一個超過 1 2個月, 研究觀察兒童及青少年從 IR MPH 轉換至 OROS MPH。
2. 大部分的家長/看護者, 都希望自己的小孩持續接受 OROS MPH的治療, 可能是因一天一錠, 明顯比 IR MPH方便, 且增加遵醫囑率。
3. 從IR MPH 轉換至 OROS MPH相當容易達成。而且少有療效不足的情況出現。
4. 5 0% 家長及 75 % 研究人員對療效滿意, 反映出長效製劑持續療效的好處。
5. 25 個病人沒完成試驗, 可能是為沒有用足夠的劑量, 而造成療效不足。
6. 年紀大的組別用比較高的劑量, 達到比較好的療效, 同時遵醫囑率也比較好, 因此比年紀較小、用低劑量的組別, 有更多人完成試驗。
7. 6-9歲組別的受試者, 很少從最高劑量開始使用 (18 mg 33 %, 54mg 10%), 然而, 很少維持較低劑量至試驗結束 (18 mg 18 %, 54mg 46 %)。而13~ 16 歲組別, 大部分從最高劑量開始服用(18 mg 11%, 54mg 61%), 而且維持至試驗結束(18 mg 0%, 54mg 71 %)。

研究結論：兒童及青少年由IR MPH轉換至OROS MPH, 可增加症狀控制及遵醫囑率, 具有良好療效及耐受性。



(本文由楊森大藥廠提供)

ZYPREXA[®]

Olanzapine

HELPING MOVE LIVES FORWARD

⚡ 快速有效

快速加足劑量 控制躁動行為

⚡ 方便可靠

一天一次，遵囑性高，預防復發

⚡ 協助病人回歸正常生活

幫助病人思考清晰，回歸正常生活



ZYPREXA[®]
Olanzapine
HELPING MOVE LIVES FORWARD

相關注意事項，請參見仿單。

衛署藥輸字第 022324 號

北市衛藥廣第94030113號

金普薩膜衣錠

Lilly

