



兒童青少年 精神醫學通訊

Child & Adolescent Psychiatry Newsletter Vol.9, No.1, Spring 2010

本期主題 拒學行為

2010
春季號



• 第十一屆兒童青少年精神醫學會年會

♥ 理事長專欄	1
♥ 秘書處公告	1
♥ 悼畢新慧醫師	2
♥ 專欄文章	
• 拒學行為的功能性評估	5
• 拒學行為青少年之家庭環境: 評估與治療概要	6
• 兒童及青少年之拒學: 過去十年之回顧	9
• 99年春季號通訊考題	10
♥ 文獻選讀	
• Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder	14

理事長專欄

捎一些 2010 年初的訊息

丘彥南 理事長

2010 年似乎仍是多變化的一年，對於地球、台灣，以至於我們的學會，都面臨著一些預期及未預期到的挑戰。

首先，在 1 月 12 日蹦出來中國時報有關『某安親班不當餵食學童利他能』事件的不當報導，引起許多家長及正在服用此類藥物的孩子的疑懼，甚至排斥正當的醫療。雖然在耗費大家能量（包括家長團體、學會及會員們）的努力澄清下，迅速地阻斷該報導不當影響之擴大，但其已造成的負面影響，仍陸續有賴會員們在門診或社區服務中去消弭。這事件過程中，我體會到會員們關切及投入的可貴，家長團體的動能。然而對於中國時報缺乏新聞專業及倫理之處理，踞傲不表示道歉更正之態度，亦更有深沉的認識。

2 月 23 日，我們的試務小組召集人畢新慧醫師因急症驟然過世，讓大家非常殤痛。3 月 8 日在告別式中，學會代表們代表大家追悼致意。本期通訊也關專區追思，請大家共同為畢醫師安息之靈禱祝。

特殊教育法條文的修訂，身心障礙鑑定作業之修訂，學會代表皆積極參與中。健保給付的相關諮詢會議，學會代表均全程出席，以確保權益及獲得重要資訊，將於年會中彙整報告。

今年的年會，在高淑芬教授的力邀下，請到了國際大師級的學者 Joseph A. Sergeant 教授為主題演講者，同時，也將在 6 月 19 日下午舉辦會前專題研討會。請會員們預留時間，共同與會。祝大家如意平安，年會見。

秘書處公告

1. 本會辦理 99 年度兒童青少年精神科專科醫師甄審，相關日期如下：

申請日期為 6 月 1 日至 6 月 19 日，申請資格審查時請一併繳交個案報告一式三份。

筆試報名日期：7 月 1 日至 7 月 15 日；

8 月 1 日（星期日）舉行筆試；

口試報名日期：8 月 11 日至 8 月 25 日；

9 月 5 日（星期日）舉行口試。

甄試申請須知及相關表格文件請自本會網站下載 <http://www.tscap.org.tw>

2. 台灣兒童青少年精神醫學會十二週年年會暨學術研討會

大會主題：由研究到臨床 --- 轉譯科學在兒童精神醫學

From Research to Practice :

Translation Science in Child Psychiatry

舉辦時間：2010 年 6 月 20 日（星期日）

舉辦地點：臺大醫院國際會議中心 401 廳
台北市徐州路 2 號

邀請對象：本會會員及相關領域專業人員

報名方式：請利用傳真或 E-mail 方式。（已開始受理報名）

論文摘要截稿日：2010 年 4 月 30 日，中文摘要為 300 字以內、英文 250 字以內。

歡迎本會會員及相關領域專業人員踴躍投稿及報名參加。

3. 依 99 年 3 月 7 日第六屆第八次理監事會議，通過林宜正醫師入會申請。

4. 依 99 年 3 月 7 日第六屆第九次專科醫師甄審委員會專科醫師證書展延案：通過王志中、呂明憲、林正修、游舜杰、董景弘、劉弘仁、劉俊弘等醫師證書展延案。



悼畢新慧醫師



離殤——追念畢新慧醫師

丘彥南 理事長

那日（2010年2月23日），您驟然離世，大家錯愕、難以置信、內心悲慟不已。

由於，對兒童青少年精神健康的關切，我們在前輩的引領下，相互切磋砥礪，從台大兒心到台灣精神醫學會兒童青少年精神醫學學術分組的定期研討會，終於在1998年成立了專業醫學會—台灣兒童青少年精神醫學會。

歷經SARS的挑戰，大伙兒齊心協力於2003年11月成功的在台北舉辦第三屆亞洲兒童青少年精神醫學會議；之後，您在2004年11月至2006年11月任學會秘書長，兼專科醫師甄審試務小組執行秘書；秘書長卸任後，您擔任第五屆理事會理事兼試務小組副召集人，2008年末，接任試務小組召集人；您是學會的中堅！

您在照顧好家庭、患者之外，兼顧醫院行政事務，更努力進修，令我敬佩；于臨床案例分享討論外，最記得我們這幾年在專科醫師甄審試務中審題、評審個案報告、筆試、口試的時刻。您總是不疾不徐地做好您的部分，和大家共同認真地查證及討論，秉持客觀中道的原則及態度。就這樣，我們的專科醫師甄審制度得以穩健地運作。您熱忱、認真而堅毅地投入，對學會有莫大的貢獻！

如今，共事的時光，聚談的風華，已無法延續，只能化成無盡的追憶……

3月8日，您的告別式中，好友及好同事齊聚。誠如以嘉兄的追思文所述：『…雖然我沒有發訃聞，我知道你不想驚動大家，今天也有很多你的好朋友、同事來看你，送你最後一程，你的人生雖然短暫，卻是豐富，值得大家無限懷念，你永遠活在我們心中。』

于此離殤之際，詠詞誌懷：

八里百合 神采幻化 離殤久久 兒心永駐

（註：1. 畢新慧醫師為八里療養院奠立兒童青少年精神醫療的基礎。2. 畢醫師的神采及奉獻，將永存於兒心伙伴及她所嘉惠的兒童青少年與其家屬心中。）



悼新慧！

宋維村 院長

二十年前九月的某一個晚上，中山北路七段一家餐廳擠滿了台大精神科和桃療的同仁熱鬧的慶祝第一年住院醫師加入行列。我逐一敬酒歡迎R1，有一位女生靜靜地坐著，但很豪邁將酒一口喝乾，旁邊的女醫師起鬨說：「畢新慧都是用碗陪爸爸喝高粱酒的！」這是我對畢醫師的第一個印象——海量、孝順、默默做事的畢新慧。自那之後，二十年來有人要我喝酒，她一定替我喝！因為她知道我不能喝，默默的保護我！兒心有事，絕對幫忙，默默的服務！

住院醫師訓練之後，新慧立志朝兒童精神科發展。要在八里山上發展兒童精神科幾乎是不可能的事！她卻甘之如飴，從山下開門診起，一步一步的耕耘，不只建立門診和學校心理衛生服務，更積極參與住院醫師訓練計畫，為八里療養院兒童精神科建立良好的基礎。

新慧是重情義的人！她看到台大兒心門診負擔很重，長期當高級志工，無償幫忙台大兒心門診，甚至星期六早上大家休息的時候，她都志願幫忙看診，從不缺勤。她說：「台大兒心訓練她幫助她成長，台大有需要，她一定要

回報！」我相信居於同樣的理由，她願意奉獻幫助初成立的兒童青少年精神醫學會，擔任秘書長及專科甄審試務小組成員等工作，為學會建立制度，卓有貢獻，新慧真是一位有情有義的人呀！

新慧和我有比較多的接觸，是在唸台大臨床醫學研究所碩士班時。我們定期見面，談論她的經驗、想法和論文。台大臨床所的蛋白質、基因等課程，對新慧而言負擔極重，要花許多時間和額外的功夫才能滿足課程需要，但她堅強的撐過來了。在論文方面，原本希望她研究 ADHD 學齡前兒童的診斷基準，她很努力的找資料，希望能以臨床個案和幼稚園兒童的二階段研究來進行，但卡住了，在有限的時間下，決定分析學齡前兒童對地震的反應，完成碩士論文取得碩士學位。由這個經驗，我認為新慧知道自己在研究方面的弱點和長處，因此當知道她挑戰博士班時，我的確嚇了一大跳！我不知道博士班是否給她太大的壓力，而和氣喘發作等有關。

最近一次和新慧的談話是在某一個正式的場合，她對自己的工作變動表達不滿。我體會到新慧很強烈的情緒，不快樂和憤怒的情緒，但我只有安慰她，卻沒有另找時間繼續深入瞭解。新慧發生意外之後，這件事引起我極度的內疚和不安；如果我積極找她談、瞭解她，能不能幫助她？能不能減少她的不快樂？能不能減少她的氣喘發作？能不能避免這次意外？至今仍難以釋懷！我在住院醫師訓練時，有個 seminar 討論對有地位的人、有錢的人、醫師等專業人士的精神科服務。根據文獻，這些人往往得不到應有的服務，更不要說高品質的服務。我不知道新慧如果適時得到專業的幫助，是否能避開這一劫？不論如何，新慧走了！我內疚自己沒有盡到責任，在親情上在專業上沒有像她照顧我一樣的去關心她！

新慧離開我們了！我不知道她的信仰為何，依我的信仰：新慧回到天父的身邊，和父母團聚，過著無憂無慮的日子！我這樣祈禱！（宋維村用新慧於我退休時送我的筆記下捨不得新慧離開的感受。2010.03.21）

一封給畢新慧的信

陳快樂 院長

二月二十三日中午接到玉美電話，告知畢新慧已經過世了。

接下來的每一天，我心裡都在想妳，我好自責，好懊惱！

「為何過年沒有打電話給你！」

「為何我不知道你有氣喘病！」

「為何在你有病痛，有壓力時，我沒有主動關心你！」

說不出的心疼與傷心，認真、可愛又美美的畢新慧就這樣走了。

認識你許多年，好像是昨天的事，你在睡夢中走了，留下了傷心的以嘉及兒女，還有一些自責的朋友。你在桃園療養院當 R1 時，我在當主任。八里分院成立缺主治醫師，當時你在長庚，我打電話邀請你來擔任主治醫師，你二話不說就答應了。我們一起在八里分院工作了十年，這些共事的日子，你每天努力工作，我知道你每次看診都看得很仔細，也看到很晚，工作非常認真，常在辦公室加班寫病歷，也常常工作到好晚。對病人、同事非常 nice。88 年升任為兒童精神科主任。

我記得民國 81 年曾為你介紹男朋友，這下以嘉緊張了，積極追到你，成就一對令人稱羨的夫妻。

我擔任兒童精神科理事長時，請你當秘書長，你也幫我學會事務處理得井井有條，我真得很感激你。光智基金會心理衛生中心開辦初期，缺醫師時，請你去幫忙，你也是義不容辭的於下班後，每週去一次當志工醫師；今年過年前又去光智心理衛生中心。

四年前我再度回任八里療養院院長，再度為同事一年，我們曾希望可以努力一起發展兒童精神科；然而，真對不起，一年後我就調離八里療養院，到桃園療養院，還商調了質采。留下你孤軍奮鬥，在不被重視的環境下，我很後悔沒有多多關心你。

知道你有腰椎問題時，我還有主動關心你。這幾天才知道，你曾有氣喘，知道已晚。在喪禮中有許多朋友來看你，我想你在天堂上已沒有疼痛。默默祝福你，祝福在天堂上，美美、可愛又認真的新慧健康、快樂。

民國九十九年三月八日

想你，新慧

陳質采 主任

春寒料峭的日子，夜總是來得早，走出陽明大學的醫學二館，習慣性回首尋找你的蹤影，而你已悄然遠離。

很難相信再也見不到你的日子……。

二月二十三日中午收到快樂院長傳來的惡耗，她哭紅了眼；我木然地在醫師室走廊遊走，然後坐在辦公室桌前，把臉深深埋在手裡，無語問蒼天，深深地後悔沒在寒冷的上週日，打電話給怕冷的你打氣。不是說好要一起當好同學，一起畢業嗎？新慧，曾是主管的你，總是客氣貼心的照顧我，很少要求我做什麼，而你最後一次交給我的任務，竟是如此艱難……，當時許多的人與事待通知，而我多麼不想聽到電話那頭傳來的哀痛及懊惱聲，因為這已喚不回你已然離世的事實。

忙碌的日子容不下太多的哀傷，博士班資格考後，哀傷開始一點一滴的漫延。在告別會上，再也抑制不了的淚水氾濫開來，我和淑芬抱頭痛哭，我看到嚎啕大哭的助理莉蘋、周教授，還有從頭到尾啜泣哭腫了眼的佑佑……。原諒我，新慧，我的心已憂傷到無法一一注意到周遭的事物，也無法依習俗要求克制淚水，讓你走得沒有負擔。

有太多想說的話，太多想向你訴說及分享的事，只是你許多沉浸在哀痛和懊惱的朋友，仍需要時間來沉澱還未來得及說出的話語。人們總記得你貼心的照顧，又懊惱沒來得及關心你。淑芬難過的說：「阿畢，你的離去讓我措手不及，我們還有好多要一起做的事，討論孩子的培養計劃，我答應你要請客，要一起出國開會，討論你的博士論文……」。從台大住院醫師訓練開始，我一直受到你的照顧，每次有任何場合相遇，我們都興奮不已，老是想坐在一起，聊個不停。你在台大兒心的臨床服務和教學貢獻是有目共睹的，你常說：『來兒心看門診是你每星期最快樂的時刻』，實在令我感動，也令我心酸。幫我們看門診應是額外的負擔，你竟然甘之如飴，而我常忙得連和你說話

的時間都沒有，我覺得好難過。我不知道你說走就走，天真地認為我們還有時間……，我常說我們要保重身體，退休之後可以常相聚，一起遨遊四海，現在……。」

現在呢？新慧，你還好嗎？天堂路遙，除了想你，我們還可以為你做什麼呢？

或許生命自有定數，再多的不捨也只能放下。此時此刻，千言萬語真不知從何說起，謹代表一千你的朋友表達我們由衷的關懷，新慧，走好！

專欄文章

拒學行為的功能性評估

Kearney CA, Lemos A, Silverman J. The Functional Assessment of School Refusal Behavior. The Behavior Analyst Today. 2004;5(3):275-83.

台北市立聯合醫院松德院區
住院醫師 史明權

前言

拒學影響學齡青少年約 5-28%，在男女比例，種族，收入上約略相等。進入幼稚園、一年級、中年級及高年級時的風險較高。就學問題在治療前 1-2 年就開始，但也有許多是超過兩年。

這個族群的特徵是異質性，有許多內在或外在行為問題。常見內在問題包括焦慮、社交畏懼、恐懼、疲累、憂鬱、自殺及身體抱怨。常見外在問題包括對父母及老師指示的不遵從、挑戰及侵犯、逃學或逃家、緊粘著不放或暴怒。此外，拒學特別與分離焦慮症、焦慮症、對立反抗疾患及憂鬱症共病。

拒學常由特別的刺激引起，如家庭及婚姻衝突、疾病、學校方面的變化及威脅、創傷性的經驗，但也有很多拒學沒有明確的原因。常見的後遺症為痛苦、衝突、學業 / 法律地位 / 及財務問題。長期的缺席造成退學，導致嚴重

而長期經濟、心理和人際上的困難。

適當的評估與治療是很關鍵的，但這個領域缺乏理論及實務策略。除此之外此族群的異質性也妨礙分類。例如針對焦慮族群所發展出來的評估策略可能不適用非焦慮的拒學個案。

拒學行為的功能模式

為了解決這些問題，有必要發展出一套針對拒學行為的功能性評估。功能性評估是針對拒學行為的功能和維持拒學行為的因素進行評估。更具體而言，拒學行為通常是基於一或多種以下原因：

- a 迴避學校中引發負向情感的刺激（焦慮及憂鬱）
- a 逃避令人厭惡的社交及 / 或評估情境
- a 尋求特殊關係者的注意
- a 尋求學校外實質增強物

前兩種功能狀態 (functional condition) 是指拒學行為是由負增強所維持，或為了減少因學校相關的刺激所導致的身體或情緒上的不舒服而拒絕上學。第一種功能狀態通常發生在較小的孩子，他們以拒絕上學來逃避身體不舒服或其它令人不舒服的狀態。有些兒童可以指出導致他拒絕上學的特定事件，如來自同儕的壓力，但大多數兒童只是簡單的表示在學校「感覺不好」，希望留在家中。部分個案這種引發負向情緒的刺激，是發生在從一個場合到另一個場合的交通途中，如搭車上學途中，或從教室到餐廳途中。許多這種符合這種功能情境的兒童只偶爾上學，並強烈要求父母將他們從學校中帶出來。

第二種功能狀態通常適用於較大的孩子或青少年，他們不願上學是為了逃避厭惡的社交 / 被評價的情境。常見的社交問題為維持與同儕的對話、與他人合作、玩遊戲、參與他人的團體活動或在餐廳一起吃飯等。常見的被評價情境像考試，口頭報告，黑板板書，走進教室，在他人面前從事體育或音樂活動等。這一類功能狀態的兒童或青少年通常在有某類特定厭惡的情境時，例如考試當日拒絕上學。但有些也呈現長期的缺席狀態。許多個案會合併有第一和第二種功能情境。

後兩種功能狀態所指的是拒學行為是由正增強所維持。在許多個案，當拒學行為是被

正增強所維持時，他們不願上學並不是因為在學校的不愉快，而是被學校外更有吸引力的刺激所吸引。第三種功能狀態通常發生在較小的孩子，他們不去上學只為了尋求主要照顧者的注意力，他們待在家裡主要也是為了和父母在一起。他們經常在早上要上學時表現出嚴重的問題行為。這個族群有時會表現分離焦慮，但他們的主要特徵是想吸引主要照顧者的吸引力。

第四個功能狀態通常發生在青少年，他們拒學是為了尋求某些學校外的實質增強。實質增強如和朋友在一起的活動，騎腳踏車，待在家睡覺或看電視，或進行吸毒等犯罪行為。這種功能狀態的拒學行為也顯得慢性化，通常與強烈家庭衝突及其他問題家庭動力有關。

兒童或青少年拒學的原因可能合併兩項或更多的功能狀態。例如兒童可能一開始拒學是為了逃避學校某些不愉快的狀況，但隨即發現白天待在家中可以從事許多愉快的活動。

介紹與評估拒學行為種類

因為拒學族群的異質性，需要使用多種不同的評估方法。多種評估模式如結構性診斷會談、問卷、行為觀察、日常評分、檢視學校及他人的記錄。一般來說，最好的評估需要包含多重的評估工具與多重的資料來源。內容需要包括過去史、拒學時間長短、功能障礙程度、內化與外顯的情緒行為症狀、外在壓力，以及其他重要的主題。為了評估拒學的形式，一個好的結構式診斷會談工具是需要的，例如 Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and Parent Versions (ADIS for DSM-IV: C/P) (Silverman & Albano, 1996)。這個會談評估了多數的兒童內化與外顯疾患，同時有一個章節特別評估缺席的強度與頻率，並評估學校內會引發焦慮和迴避行為的刺激源。拒學形式的評估也可以藉由兒童自填問卷或父母 / 老師問卷來評估。

評估拒學行為的功能

拒學行為的功能性評估，主要著重在以一個描述性的過程來提出兒童為何拒學的假說，並以一個實驗的過程來驗證這個假說。這兩部分分別描述如下：

拒學行為之描述性功能評估：SRAS

School Refusal Assessment Scale and its revision (SRAS/SRAS-R) 一開始的版本有 16 個項目，及 4 個功能狀態，之後也開發孩童與父母版本，計分為 7 度：0 分為從未，6 分為總是。分測驗相比或低於 0.25 分視為相等。

孩童測驗 / 再測驗，父母測驗 / 再測驗及交互評價信度具統計意義。

從 SRAS 的效度來看，對負向情感與內在活動的測量，和負增強的拒學行為有較強的相關。而測量的外在行為問題通常與正向增強的拒學行為較有關。

拒學行為之描述性功能評估：SRAS-R

因期待更好的信效度及穩定性，SRAS 在 2002 年被修訂。測驗也擴充為 24 個項目，每個功能類別有 6 個項目。

拒學行為之描述性功能評估：SRAS-R 之使用

SRAS-R 被設計來做為兒童拒學行為為完整功能性評估的一部分。這個量表提供臨床工作者一個方向，來了解維持拒學行為的可能變項。這量表需要和其他來源的資料，如兒童和父母評量，會談，問卷，及記錄一起使用。此外，由 SRAS-R 所產生的假設，也必須藉由實驗性的功能分析和行為觀察來驗證。

拒學行為之實驗性功能評估：行為觀察

如果要確認拒學是否符合特定功能狀態，行為觀察可能有幫助。拒學行為的功能狀態可能藉由觀察拒學行為是否在某些特定情境減少而確定。建議也可針對個別功能情境觀察。

迴避引發負向情緒的刺激

對於懷疑拒學原因是為了逃避負向情緒的兒童，可以比較當他被允許留在較喜歡的情境時他的出席情形。例如要求兒童出席較沒有壓力的情境，如午餐或休息時間，或允許可以整天待在圖書館裡，如果在這些條件下孩子較願意上學，就可以支持兒童不願上學是為了逃避這些造成負向情緒的刺激。

逃離令人厭惡的社交及 / 或被評價的情境

對於被懷疑拒學是為了逃避令人厭惡的社交 / 被評價情境的孩子，也可以比較當他們被

允許只參加較喜愛的課堂或活動時，他們的出席情形。例如孩子可能在沒有其他人出現、不需要考試或在人前表現的課堂比較願意去上學。如果這種情況下出席率增加，就可以支持青少年是為了逃避不喜歡的社交情境而不願上學的假設。

如果正式行為觀察不可行，可以觀察診間的行為表現來提供功能狀態的證據。臨床工作人員可以特別觀察孩子在診間和陌生人互動時所呈現的行為。例如孩子可能無法有眼神接觸，只能很小聲說話或呈現焦慮的身體症狀。然而兒童的人際焦慮可能只出現在同儕，而不出現在與成人的互動，因此這樣的行為觀察有其限制。

尋求父母的注意力

對於被懷疑拒學是為了尋求父母注意的孩子，將父母引入行為觀察中是很關鍵的。特別是比較孩子在有父母陪伴或沒有父母陪伴下的出席情形。許多符合這一功能狀態的孩子只要有父母陪伴，或保證可以隨時找到父母，就可以整天留在學校。當觀察到這樣的行為就可以支持孩子拒學是為了得到父母陪伴的假設。

如果正式的行為觀察無法得到，在診間的觀察也可以提供一些證據。臨床工作人員可以觀察孩子是否無法和父母分開。許多這一類功能狀態的孩子只在父母在場時才願意和工作人員交談，或是不允許父母單獨和工作人員交談。

尋求學校外的實質增強

對懷疑拒學是為了學校外的實質增強的孩子，將獎勵帶入行為觀察中視很重要的。例如可以觀察當承諾有價值的獎勵時，孩子的出席率是否增加。如果在有效的增強物存在下孩子的出席就增加，就可以支持孩子拒學是為了追求某些學校外的實質獎勵。

如果無法進行正式行為觀察，在診間的觀察也可以提供一些證據。臨床工作人員需要特別注意家庭中的衝突，家庭成員中的一方是否威脅恐嚇另一成員。符合這一功能狀態的青少年通常很抗拒改變自己的價值觀念，因此也需要注意他們是否蓄意破壞治療的進行。

連結到治療

雖然不是這一篇文章的重點，但不同功能狀態可以連結到特定的處方治療模組，這些治療模組的設計包括消除拒學行為的增強物，增進處理焦慮的技巧及協助解決家庭問題。這些治療模組會在其他文章中詳細介紹（可以參考 Kearney, 2001;Kearney & Albano, 2000）。



拒學行為青少年之家庭環境：評估與治療概要

Kearney C, Silverman W. Family environment of youngsters with school refusal behavior: A synopsis with implications for assessment and treatment. The American Journal of Family Therapy. 1995;23(1):59-72.

台北市立聯合醫院松德院區
住院醫師 黃郁潔

幾種針對兒童 / 青少年拒學的主流議題在學術界已持續數十年，包括具有問題的家庭關係這種改念，在病因學上更是一體的。我們檢視證據，發現數種家庭亞型在這種族群裡是特有的。包括糾纏的，衝突的，分離的，孤立的，健康親子對偶，及混合型。對教育家，健康專門領域者在其後也有建議，如整合家庭指引至同年齡的分類，及評估策略，及針對不同家庭動力修改治療策略。

拒學指拒絕到學校，困難待在教室裡，或待在學校一整天；研究學者面對一個相當大的問題，即研發適當的分類系統。這是因為拒學於症狀學上難以歸類的本質；不幸的是拒學占學齡兒童約 5%，不治療也可能帶來長期功能損害。儘管有分類上的爭論，針對這些族群仍有一些共通的歸因，即畏懼症，憂鬱，及具有問題的家庭關係。

適應不良的親子關係在研究這種族群中是

特別重要的領域，因為關係本身就包含其他議題，如分離焦慮，通常被認為是構成這些問題不可或缺的一部分。之外，幾個作者都要求對這些關係及其他家庭變數開發出更精細的分析，以便增進評估及治療策略，特別是焦慮相關疾患。本篇文章的目的在檢閱支持家庭關係或亞型構成青少年拒學行為之文章，並對評估（方法及目標）及治療（焦點及技巧）在其後做出建議。

這篇文章中強調家庭動力及功能，故沒有提供明確的變數，如收入，教育，出生次序等。此外，親子關係本就是文獻中傳統的焦點所在，故在檢閱中占大多數。然而我們也承認為了更適當的描述青少年拒學行為，手足及其他家族成員的需求也是存在的。

接下來是對五種拒學孩童 / 青少年的五種家庭關係亞型描述的概要，包括 1) 糾纏的親子對偶，特徵為依賴及放縱；2) 衝突的家庭，特徵為高比例的強迫，不服從，及侵犯行為；3) 分離的家庭，特徵為散漫的活動，及極少的家庭內互動；4) 孤立的家庭，特徵為極少家庭外接觸；5) 健康家庭但有一個自己具有精神病態的小孩。因為這些亞型可能在單一家庭中共同存在，另有一獨立的段落來介紹最常被討論的組合（混合型）。

每個段落，示範研究中記載有關特別家庭亞型的案例會被討論。包含在討論裡的是現今採用由父母填寫的家庭環境量表 (Family Environment Scale, FES) 資料，其中有 64 個一般拒學行為之青少年 (36 個男性，28 個女性；平均年齡 11.94 歲，標準差 3.33 歲)。特殊 FES 亞量表針對不同家庭亞形呈獻個別數據（如：獨立和糾纏的家庭、衝突和衝突的家庭、智性 - 文化取向，與孤立的家庭），及拒學行為的功能（藉由正向及 / 或負向增強來持續曠學）。

糾纏的家庭

許多致力研究拒學青少年的家庭亞型文獻都聚焦在「糾纏與過度介入」的親子關係。精神動力取向心理學家將曠課概念化為「學校恐

懼症」，並帶出母親 / 孩童對偶中的分離焦慮。如，母親可能會經驗到在母親角色上沒有能力，因此過度代償在養育時對她的孩子溫柔親切，但過度保護的依附關係，因而恐懼傷害到孩童其實天生就有的分離焦慮，及渴望將孩童留在家裡而不是去學校。因母親過度溺愛，孩子可能會經驗到氣憤，敵意，及對母親的恐懼，其後並將情緒轉移到學校上。Levanthal and Sills 陳述孩子其實是在一個對拒學過份重視的風險下，因而培養出高而不切實際的自我形象。如此誇張的自我評價在面對學校大事如考試時會受到威脅，使孩子不知所措因而尋求由過度寬容母親所得的家中的放縱。

因此早期精神動力模型強調家庭（母子）依賴，敵意，及過度保護，來描述拒學行為的病因。父親大體上被認為是被動及退縮的，後來的藉由觀察為依據的研究也傾向支持這個觀點。比如說，Hersov 曾評估雙親對拒學的態度，三種主要的親子關係因此被辨識出來，其中兩種牽涉到過為溺愛的母親，某兩種也牽涉到被動的父親。Waldron, Shrier, Stone, 及 Tobin 比較上學恐懼症孩童的家庭及其他精神官能症（如發展偏差）孩童的家庭。利用量表評估雙親檔案後，作者提出相對於其他精神官能症，上學恐懼症青少年的家庭顯現較大的依賴（如母親對於離開孩子有困難）。特別的是，41% 上學恐懼症的家庭顯現至少中等程度無法去辨識「孩子需要分開（獨立）」。除此之外，York 及 Kearney 發現拒學青少年的家庭在 FES 量表上「獨立」分測驗的得分相對於正常值顯得特別低。32.8% 家庭在 FES 量表上，獨立的得分小於標準分 40（50 分為基準，60 以上才等於獨立家庭型）。

糾纏關係的概念在今日仍是概要來描述拒學行為的家庭。然而，批評為這種關係模式的主要特徵，分離焦慮。這些批評包括在早期描述性的研究缺乏明確的方法學，由母子對偶推廣到整個家庭的限制性，在拒學青少年家庭的代表型低，數個同時發生的分離焦慮或糾纏變數被包括在一起。最後一個的著眼點，

即像敵意，退縮是其他家庭種類的特徵，但在一開始這個族群全部的論述中卻被包括進來。Huffinton 及 Sevitt 注意到過度涉入的家庭上學恐懼症青少年中的反抗行為及孤立模式。結論是去檢視潛在家庭關係中獨立型在臨床上可能是有用的。

衝突的家庭

敵意和衝突（言語或肢體）是許多拒學行為為青少年的家庭特徵；精神動力學觀點下，衝突被視為含糊不清的母子關係的表現。母親可能壓抑對孩子的敵意，但卻感受到對子女矛盾且猶豫不決的愛與恨。這種矛盾可能是兩邊都有，母子雙方因為負向情緒都可能鼓勵 / 阻止上學。在這個高壓的過程中，持續要求待在學校外的孩子尋求父母默許的明確證據。

衝突也可被視為親子間不適當界線的表現，父母間的衝突持續時，對孩子不去上學這件事可能就無法有足夠的解決策略。相較於其他精神官能症，拒學青少年家庭呈現較多的敵意，父母對孩子的需求憤怒，結果孩子反過來指責父母。

單親拒學青少年家庭中，54% 母子對偶是「衝突型」。約 1/4 家庭在 FES 量表中符合「衝突取向家庭」。

分離的家庭

分離的家庭指家中成員未好好涉入其他人的活動，或留意其他人的想法及需求。父母對孩童的活動或問題沒有像一般人一樣警覺，一直到問題很明顯或很嚴重。尤其是父親，在文獻中多顯得被動及退縮。而一個退縮的母親來自於被孩子的需求壓倒。相對於糾纏的家庭，分離家庭的母親尋求與孩子更多的獨立空間。因此，孩子拒絕去學校而要待在家裡，是因為害怕被父母遺棄。家庭中的不平衡（相對於緊密的母子關係，父親顯得較疏遠）在上學恐懼症家庭中的比例（38%）高於一般精神官能症（9%）。溝通，情感表達，與介入的功能不良即暗示家庭成員中互動與相互了解的缺乏。

上學恐懼症孩童就算沒有焦慮或憂鬱，在這些領域的表現相較於一般焦慮 / 憂鬱孩童還差。

孤立的家庭

極少家庭外互動為特徵；孤立的家庭與不良母子互動或孩童虐待有關，連有限的社交互動都顯的反感。對於孩子的拒學問題行為對外介入也顯得較不情願。在發展治療草案時，整合家庭 / 社區是否為最主要的考量，一直有爭論。28.1% 拒學青少年家庭在 FES 量表中 " 智性 - 文化取向 " 分測驗低於 40 分，31.3% 在 " 活動 - 娛樂取向 " 分測驗中低於 40 分，顯示有些拒學青少年家庭傾向迴避家以外的活動，可能也包括當孩子有問題行為時尋求臨床服務。許多未尋求治療，或一開始詢問但後來未進行預定的評估，會談，或治療者，孤立的家庭佔大多數。

健康的家庭

一個健康，" 關係取向 " 家庭可能定義為高度凝聚力及情感表達，低度衝突，尤其是在問題解決策略上。確實一定比例中，適應良好或健康的日常功能，但家中卻有個個人行為問題的小孩。39.1% 符合 FES 中 " 支持取向家庭 " (凝聚力或情感表達分測驗大於等於 60)。

混合型

許多家庭展現 2 種或更多互動模式，如 1) 糾纏同時衝突 或 2) 孤立又分離。或家庭中不同對偶有不同的功能不良，如 1) 糾纏的母子關係，分離的父親 或 2) 辱罵，衝突的家庭中父母促進孤立以避免外界機構介入。

評估建議

可藉由診斷或功能的觀點來進行對此族群的分類與評估。

上學恐懼症孩童中，可能合併焦慮 (52.6%)，情緒障礙 (31.6%)，或無異常 (36.8%)。拒學行為

孩童如未有單一明確診斷，家庭功能顯的較差。如合併憂鬱與焦慮的孩童，或沒有明確診斷的孩童家庭功能較有單一焦慮或憂鬱孩童者差。如果母親有懼曠症，孩子有上學恐懼症者多了 14%。上學恐懼症孩童中，父母為焦慮或憂鬱疾患者者佔 64%；父母的精神病症可能造成溝通不良或過度保護。

家庭型態可能複製孩童的臨床表現

迴避引發負面情緒的刺激孩童家庭在 FES 中凝聚力，情感表達及活動得分高，而衝突得分少。(健康型)

逃離造成反感的社交及 / 或評估情境 (如口頭報告) 孩童家庭在活動，智性 - 文化取向分測驗明顯得分較低，這些孩童在組織或維持同儕關係也較挫敗。(孤立型)

為了注意力 (照顧者) 而拒學的孩童家庭顯得較不獨立。(糾纏型)

因實際正向加強 (如玩樂，看電視) 孩童家庭凝聚力較差。(分離型)

某種程度的衝突都可能伴隨著孩童拒學行為。

評估孩童年紀，功能，家庭形式三方才是對這類族群最有用的評估方法。第一，評估家庭功能，包括結構性的自填量表，觀察會談過程，並特別注意混合性父母精神病症，較多的家庭衝突，或群體溝通。第二，選擇家庭評估策略，各種家庭亞型都要評估，每個家庭成員在維持孩童拒學行為中都可能佔積極，分裂性或被動，默認的影響力。因此糾纏，衝突，分離，孤立在父母間，父母 - 個案間，手足間，手足與父母間，及相關家庭 - 家庭外關係 (如祖父母，交往對象，同儕) 都要評估。

由近端具有問題的家庭內關係 " 漣漪效應 " 或 " 傳染 " 到健康對偶應該被監測。手足會注意到父母及臨床工作者對單一拒學孩童增加注意力，因而緊連著家庭不放，或因類似的加強而迴避學校。

其他常見的家庭動力改變像是 1) 一個傳

統上被動退縮的配偶藉由增加家庭衝突或孤立來破壞最初的治療 2) 解決拒學行為及將注意裡擺在孩子身上一段時間後，婚姻中的衝突增加 3) 在之前疏離的父母間建立脆弱的聯合，來對抗要求多或糾纏的孩子 4) 短期的治療成效驅使一個孤立或分離的家庭退縮或過早結束治療，因而長期癒後不佳。

臨床工作者應持續評估家庭關係狀態，治療成效，及目前的治療動機。

治療建議

健康家庭孩童拒學是為了迴避引發負面情緒刺激，主要的治療焦點在孩子身上，如放鬆訓練，系統減敏，漸進式地返回學校可能有用。父母對孩子其後就學行為要有獎勵，臨床工作者也要注意漣漪效應。

較不健康的家庭功能在拒學行為上可能有較複雜的診斷，建議主要焦點在單一個父母上，能兩個父母更好。如一個過度介入的母親與一個被動的父親，治療策略一開始就在雙親身上，進行偶發事件處理來重新建立雙親在命令孩子上學時是共同分配者，及共同增強者。

父親迴避的部分，可鼓勵他 1) 在早上較晚出門，來準備孩子上學，2) 增加與孩子老師的接觸（如一天打一次電話），3) 在一天的結尾共同獎賞或處罰。

同時對過度介入的媽媽，可以鼓勵她 1) 減少為孩子行為的辯解，2) 僅在恰當的時候展現對孩子言語或肢體上的注意力（如在沒有誇大的身體抱怨時），3) 在一天的結尾共同獎賞或處罰。

婚姻治療也可以減少雙親間的情緒混亂，大體的目標是要去重新塑造親子關係中過多及過少的介入至更恰當且明確的界線。

面對分離為本質的家庭，有混合診斷的孩子，其拒學帶來正向實質的增強時，治療焦點要在整個家庭上，使用契約有兩個目的：第一，全部的家庭成員要加入治療，提出各自的不滿及提出解決方法，原先分離的對偶就可以有某

種形式的溝通。第二，使用契約使家族成員可以有有效的協商，找出拒學或其他問題的解決方法。

治療孤立家庭的資訊較少，但我們建議針對父母及孩童有個別的策略。孩子因想逃避造成反感的社交或評估情境而拒學，故藉由示範，腳色扮演，認知治療來訓練社交技巧，維持家庭在治療中的出席狀態，較密集的治療及電話聯絡在維持父母動機通常是重要的。

在許多衝突家庭中，拒學行為被許多難以定義的情緒或行為問題包裹著（如焦慮，學業表現不佳，犯罪），初步的治療策略在處理曠學的精神病理上，因為上學是容易被監測的行為，上學行為的增加也與減少行為問題有關。治療焦點在整個家庭上，父母間或親子家的敵意或衝突要先被處理，技巧為減少衝突，如溝通。

事實上許多家庭式混合的，臨床工作者應組合種種治療策略才能解決當前的問題及增進家庭功能。臨床上許多拒學案例都是急性或像危機一般，我們建議處理有問題的親子對偶，及不在場的那個人，之後擴張治療焦點到其他有問題的）家庭次系統及相關適應不良的行為。

總結

拒學行為的概念對教育者及醫療工作者來說一直是艱困的問題，適應不良的家庭關係在此行為的病因及維持中是不可或缺的，然而家屬關係型態在對我們了解這些族群時，有很大的暗示性。在這裡我們檢視最具代表性拒學行為青少年的家庭亞型，及初步的評估，治療指導方針。然而，沒有足夠的資訊可以做出確切的結論。研究學家必須於檢視這些族群時，必須使用多種觀點（如精神動力學，認知行為，家庭系統）來評估單親 / 雙親家庭的不同之處，在更大的樣品數中評估家庭影響，描述一般拒學青少年的行為（而非僅是上學恐懼症），探究早期問題親子對偶後續的影響，將家庭變相合併於同年齡人分類策略。唯有如此我們對這群異質族群才可能更精準的闡述原則。

兒童及青少年之拒學：過去十年之回顧 King N, Bernstein G. School refusal in children and adolescents: A review of the past 10 years. Journal of Amer Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2001;40(2):197.

台北市立聯合醫院松德院區
住院醫師 楊名樞

前言

對大部分孩童來說，上學是基於規律性及義務，但對某些孩童，上學在情緒上是如此愁苦，他們對上學有困難，也容易造成持續的缺席。

定義

與情緒困擾相關的困難就學，特別是憂鬱和焦慮；「分離焦慮」及「上學恐懼症」常與拒學互通，但我們傾向使用後者，因其具有描述性也較有理解力。近來 Kearney 及 Silverman 定義「拒學行為」為孩子自我動機拒絕上學或有困難整天待在學校裡，包括整天缺席、出現行為問題如：晨間發怒或身心抱怨才去學校，及在就學日顯著相當愁苦，因而懇求他們的照顧者允許他們待在家裡不去學校。至於拒學行為與曠課、反社會行為，及行為問題是否需被納入則仍在爭議中。

嚴重性

站在社會法律觀點，上學是被法律明文規定的。就算不站在法律觀點，拒學仍被視為一個嚴重的問題，因為這會引起顯著且有害的後遺症。短期後遺症如學業表現不佳，家庭困難，同儕關係問題。除此之外，如果拒學行為及相關的問題在社區中無法被處理好，則建議住院治療。拒學行為很明確地妨礙孩童社交及教育發展，長期後遺症可能包含受高等教育的機會較少，職業問題，社交困難，及其後有較高的風險被診斷初精神疾病。

流行病學及辨識拒學

近來檢閱者總結拒學約出現於 5% 學齡兒童中，然而曠課在某些城市中佔更高比例。大部分研究顯示男孩與女孩比例差不多。拒學在每個年級都可能出現，但在某些年紀及轉接點佔高峰，如 5-6 歲及 10-11 歲。許多拒學個案中，家庭的社經地位被認為是混和型。

明確知道學校中發生什麼有助於早期辨識，處理，及轉介。75% 的拒學可以在學校中適當地被辨識出來。2.3% 的學生被看作是拒學者（包括曠課）。約有半數呈現非醫療情境下的身體抱怨，此為早期辨識及治療拒絕的重點。拒學者最常被轉介至社工處，最少被轉介給精神科醫師。

診斷考量

Berg (1993) 等人對 80 個拒學青少年展開完整的 DSM-III-R 診斷評估，個案為一般學校族群取得，年紀介在 13 到 15 歲之間的年輕人，至少有 40% 上課時數缺席（但沒有令人滿意的理由）。拒學問題被分類為「曠課」、「拒學」，或「無就學問題」。評估顯示半數就學有問題者並沒有精神科診斷，1/3 有破壞行為疾病，1/5 有焦慮或情感性疾病。相對來說，「無就學問題」者 1/10 有精神科診斷。此研究亦顯示曠課與反社會行為問題，拒學與焦慮症狀的關係。

Last 及 Strauss (1990) 檢視被轉介至焦慮疾患門診的 63 個拒學孩童及青少年 (7-17 歲)，最常見的主要診斷為分離焦慮，社交恐懼症，及單一恐懼症，較不常見的診斷另有恐慌症及創傷後症候群，而許多孩童有多種診斷。相較於社交恐懼症或單一恐懼症（平均 12.4 及 12.9 歲），分離焦慮常出現於年紀較小者（平均 8.7 歲）。當檢視母親病史時，患有分離焦慮孩童的母親自己有拒學經驗之比例較孩童患有單一或社交恐懼症者之母親高。作者總結此研究結果顯示拒學者有兩種診斷亞群 - 分離焦慮及畏懼症。許多診斷研究檢視臨床拒學之個案常合併焦慮及憂鬱。Bernstein (1991) 比較 4 種拒學者 - 只有焦慮的族群（分離焦慮或 / 和過度焦慮疾患，27 人）、只有憂鬱的族群（重鬱症或輕鬱症，27 人）、同時有焦慮及憂鬱的族群（共病

者，24人），及無焦慮或憂鬱的族群（18人）。在「無焦慮或憂鬱的族群」者之共病症多為破壞行為疾患；此外，研究顯示當焦慮與憂鬱共病時，拒學症狀顯得較嚴重。Borchardt (1994) 比較住院與門診追蹤之拒學者兩者之差別，結果顯是住院病患與門診病患在焦慮症的盛行率並無顯著差異（75% v.s. 85%）；但在重鬱症比例上有顯著差異（86% v.s. 46%）。Bernstein (1997) 也發現這些有焦慮 / 憂鬱之拒學青少年常有中等到嚴重的身體抱怨，最常見者為自律神經及腸胃症狀。

由這些研究發現，「拒學」是相當複雜且以不同種類呈現。主要可分三類 - 畏懼型、分離焦慮型，及焦慮 / 憂鬱型。但未被轉介到門診的拒學者與臨床個案表現有所不同，有一大部分拒學者未符合精神科診斷。雖然學習障礙或語言障礙在拒學研究上相對較少，然而這些障礙讓孩童在學校容易出現極大的挫敗感，使孩子傾向於拒絕上學。因此，學者強調學業及溝通帶來的挫敗及青少年無法達到學業及社會需求，也可能在拒學上扮演重要腳色。

家庭功能

不良功能家庭 (problematic family functioning) 在拒學議題特別重要且可能導致孩童及青少年拒學。在許多研究兩者相關性的研究中，Kearney 及 Silverman (1995) 最特殊，此研究將 64 個有拒學問題的家庭依家庭功能分為不同的亞型 - 如：糾纏、衝突、孤立、分離，及健康家庭。家庭功能以「家庭環境量表」(Family Environment Scale, FES) 評估。研究中顯示「糾纏家庭」在 FES 的「獨立」分測驗中得分特別低；「衝突家庭」在「衝突」分測驗中得分特別高；「孤立家庭」中，28.1% 在智性 - 文化分測驗中得分等於或低於 40 分，且此種家庭較不會尋求或遵循拒學的治療。「健康家庭」約佔研究樣本 39.1% (定義為在「凝聚力」或「情感表達」分測驗上得分高於等於 60 分，且單一分測驗得分皆高於「衝突」分測驗)。此研究未呈現 FES 支持「分離家庭」亞型；另外，「混合型」家庭常合併「糾纏型」及「衝突型」家庭。

Bernstein (1990) 等人使用「家庭評估測量」(Family Assessment Measure, FAM 研究 76 拒學家庭。FAM 其中「角色表現」向量有困難者 (difficulties with role performance) 之定義為家庭成員中對角色看法的不一致，對新角色也適應不良。拒學學童依診斷分為四類 - 焦慮、憂鬱、合併焦慮及憂鬱，及分焦慮憂鬱 (大多為破壞性行為疾患)。僅患有焦慮症之拒學者的家庭功能困難遠少於其他三者。在另個以「家庭評估測量」為主研究拒學與家族系統排列 (family constellation) 顯示單親家庭中的母親在「角色表現」及「溝通」的困難較雙親家庭中的母親多。

Bernstein 等人 (1999) 使用「家庭適應性及凝聚力量表 II」(Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale II, FACES II) 來評估 46 位合併共病焦慮症及重鬱症之拒學青少年 (12-18 歲) 者。如果這些青少年及父母將家庭視做在適應上較死板地的家庭，也較遠離凝聚力端。

總結上述研究顯示出幾種可能會造成拒學問題家庭的模式，在治療這類孩童需考量合併家族治療；若欲成功治療拒學，標的出家庭動力的困難是首先要件。

評估

AACAP 至今對拒學孩童尚未有評估及治療準則，但評估及治療焦慮症孩童及青少年實務在臨床上特別有用，這也可顯示焦慮與拒學的緊密相關性。除了臨床會談，完整的評估應包括半結構式的診斷性會談 (Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV: Child Version)，檢視拒學維持因子 (School Refusal Assessment Scale, SRAS)，自填焦慮及憂鬱量表，及父母 / 臨床醫師 / 教師觀點量表，評估家庭功能，心理衛生教育，評估語言功能，及檢視過去就學紀錄。

SRAS 評估 4 種假設維持變數及功能狀態，包括迴避引起負向情緒的刺激，逃避令人厭惡的社交或評估情境，獲取注意力的行為或傳統分離焦慮，正向實質回饋如待在家裡看電視。

Self-Efficacy Questionnaire for School Situation (SEQ-SS) 問卷用來提供孩童本身在面

對可能引發焦慮的情境時的觀點，如：做功課、處理不去學校的問題，及離開父母待在學校的時間。問卷包含兩個因素分析-學業/社交苦惱，及分離/紀律苦惱。

Visual Analogue Scale of Anxiety-Revised(VAA-R)可評估拒學孩童的焦慮症狀之自填量表，因素分析後辨識出三種具有臨床意義的因子，包括：預期/分離焦慮、表現焦慮，及對焦慮的情感表達。

其他較新用來評估孩童及青少年焦慮時的量表也可使用在評估拒學者，自填量表，如：Multidimensional Anxiety Scale for Children、the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders，及 Spence Children's Anxiety Scale；臨床評估，如：，Pediatric Anxiety Rating Scale。

治療

AACAP 建議多種模式的治療計畫，包括教育及諮詢，行為（暴露/返回學校）或任之行為策略，家庭介入，及藥物治療。

認知行為治療：認知行為治療可用於治療拒學，如暴露/系統性減敏可以治療有特殊畏懼或畏懼症的孩童。相對對照組 (waiting-list control)，接受認知行為治療的孩子在到校比率有臨床上顯著的進步；自填問卷中也顯示在畏懼、焦慮，及憂鬱也有顯著進步。

藥物治療：不建議以藥物治療作為單一治療方式，而應該是多種治療模式之一部分。TCA, SSRI 皆有研究顯示對焦慮及憂鬱有療效，但若合併 CBT 效果更好。BZD 對急性焦慮有幫助，但在孩童及青少年身上會不會有成癮性則未充分研究。

99 年春季號通訊考題

1. 有關青少年拒學，下列何者錯誤？

選項：

- A. 拒學影響學齡青少年約 5-28%。
- B. 盛行率研究中顯示男生大於女生。
- C. 進入幼稚園、一年級、中年級及高年級時的風險較高。
- D. 特徵為異質性，有許多內在或外在行為

問題。

- E. 拒學特別與分離焦慮症、焦慮症、對立反抗疾患及憂鬱症共病。

2. 學齡兒童以拒絕上學來逃避身體不舒服或其它人不舒服的狀態，根據 Kearney 2004「拒學行為的功能模式」，屬於何種狀態？

選項：

- A. 迴避學校中引發負向情感的刺激（焦慮及憂鬱）
- B. 逃避令人厭惡的社交及 / 或評估情境
- C. 尋求特殊關係者的注意
- D. 尋求學校外實質增強物

3. 青少年在校外成群結黨遊蕩，曠課或拒絕上學，根據 Kearney 2004「拒學行為的功能模式」，屬於何種狀態？

選項：

- A. 迴避學校中引發負向情感的刺激（焦慮及憂鬱）
- B. 逃避令人厭惡的社交及 / 或評估情境
- C. 尋求特殊關係者的注意
- D. 尋求學校外實質增強物

4. 就精神動力分析，母親過度代償自己經驗到的無能，在養育時對她的孩子溫柔親切，出現過度保護的依附關係；而孩子可能會經驗到氣憤，敵意，及對母親的恐懼，其後並將情緒轉移到學校上；上述家庭關係何者較為符合？

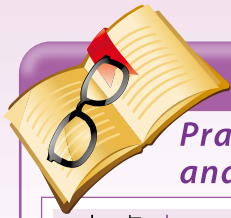
選項：

- A. 糾纏的家庭
- B. 獨立的家庭
- C. 混合的家庭
- D. 衝突的家庭
- E. 健康的家庭

5. 有關拒學症的治療下列敘述何者錯誤？

選項：

- A. BZD 對拒學患者急性焦慮有幫助，但不建議長期使用。
- B. 暴露 / 系統性減敏可以治療有特殊畏懼或畏懼症的孩童。
- C. 研究指出，接受認知行為治療的拒學孩子在到校比率有臨床上顯著的進步。
- D. 藥物治療與行為治療療效相當。
- E. TCA, SSRI 皆有研究顯示對拒學患者之焦慮及憂鬱有療效。



文獻選讀

Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder

出處 | American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2007

作者 | 2007 by the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

研究結果

Recommendation 1

ADHD 篩檢應該是心理健康檢查的一部份。

Recommendation 2

評估應該包括和患者及家長的面談，收集學校與日常功能的資訊，其他併存精神疾病的評估，以及患者醫療，社會，與家族史的回顧。

Recommendation 3

實驗室或神經學檢查並不一定需要。

Recommendation 4

診斷 ADHD 並不一定需要心理或神經心理測驗，但如果患者有智能偏低，或是語言或數學的低成就，這些測驗就有必要。

Recommendation 5

臨床醫師需要評估 ADHD 患者是否有併存的精神疾病。

Recommendation 6

對於每個 ADHD 的患者，都需要有一個完整而且深思熟慮的治療計劃。

Recommendation 7

對 ADHD 患者的起始藥物治療，應該選擇被衛生主管機關核准的藥物。

藥物的選擇：The American Academy of Pediatrics (American Academy of Pediatrics, 2001), an international consensus statement (Kutcher et al., 2004), and the Texas Children's Medication Project (Pliszka et al., 2006a) 均建議 **stimulants 為第一線治療選擇**。許多研究顯示 **stimulants 療效優於 atomoxetine** (Michelson, 2004); (Wigal et al., 2004); (Faraone et al., 2003)。

Recommendation 8

如果上述藥物治療效果不佳，臨床醫師必須對診斷作仔細的回顧，然後考慮行為治療或是其他未被核准的藥物。

Recommendation 9

在 ADHD 的藥物治療過程中，患者需要被監測治療相關的副作用。

研究結果

+ **Stimulants** : 多數副作用是暫時的，而且可能與治療沒有相關，因此需要評估這些副作用是否影響患者的健康或是正常功能。

+ **Atomoxetine** : 常見：腸胃不適，嗜睡，食慾減退。頭痛可能會持續、肝毒性報告、自殺意念。

Recommendation 10

如果患者對藥物治療有良好反應，而且有正常的學業，家庭，和社會功能，那麼單獨使用藥物治療 ADHD 是適當的。

Recommendation 11

如果患者對藥物反應不夠理想，有其他併存疾病，或是家庭生活中有壓力源；那麼社會心理治療合併藥物治療通常是有幫助的。

Recommendation 12

患者需要定期被評估，以決定是否需要繼續治療，以及症狀是否緩解。只要症狀持續而且造成影響，ADHD 的治療就不能中斷。

Recommendation 13

接受藥物治療的患者，需要在治療期間監測身高和體重的變化。

+ METHYLPHENIDATE

Ritalin 與 CONCERTA

短效型（如 Ritalin）通常用於小小孩 (<16kg) 的起始治療，但其缺點是一天需要服用兩次至三次來控制症狀。

長效型 CONCERTA 提供了更佳的安全性，保障隱私，並有更好的服藥遵從性，但可能對晚上的食慾與睡眠有影響。

+ SELECTIVE NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITOR

Atomoxetine (Strattera)

需密集監測自殺意念與行為，症狀惡化，或任何不尋常的行為變化。

(本文由楊森大藥廠提供)

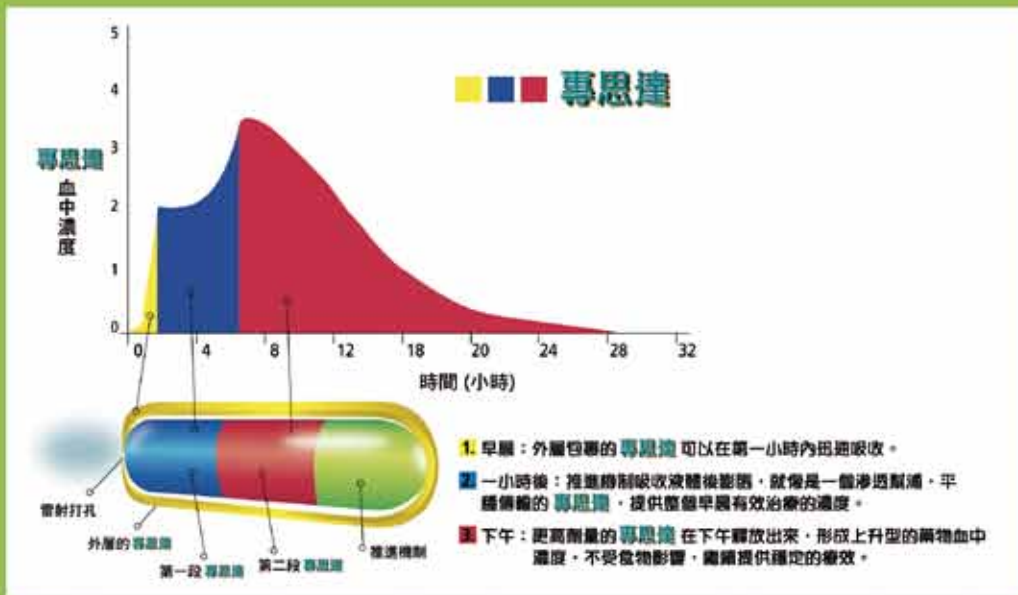
專思達

全心守護ADHD孩童

From Home to Homework



- 7:00 am 服用一顆CONCERTA[®] 專思達
- 8:00 am 專思達上課四個小時，小case！
- 12:00 pm 和同學一塊吃午餐！
- 1:30 pm 上數學課，老師誇我做得快又正確！
- 3:00 pm 到操場玩遊戲，同學都想跟我同一隊！
- 4:00 pm 吃個點心，晚上還要加油呢！
- 6:30 pm 家庭作業做完囉！媽媽好開心！YA!!!



嬌生股份有限公司
楊森大藥廠

台北市敦化南路二段319號8樓
電話：(02) 2732-6611

資料來源：Concerta package insert 0002
CCT-08090510



CONCERTA[®] 專思達

methylphenidate HCl

—定決心 學習專心

18mg 衛署藥輸字 第 023731 號

36mg 衛署藥輸字 第 023880 號

54mg 衛署藥輸字 第 024229 號

北市衛藥輸字號 98050130 號

發行人：丘彥南
 秘書長：劉士愷
 副秘書長：商志雍、梁歆宜、劉弘仁、王明鈺、周妙純、林建禾、王迺燕
 理事：王雅琴、丘彥南、李鶯喬、李慧玟、周文君、張學岑、吳佑佑、高淑芬、鄭瑋、侯育銘、陳映雪、葉啟斌、陳質采、陳俊鶯、劉珣瑛

監事：宋維村、陳信昭、李儒卿、臧汝芬、鄒國蘇
 總編輯：吳佑佑 副總編輯：梁歆宜
 助理編輯：王心怡
 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