



# 兒童青少年

Child & Adolescent Psychiatry Newsletter Vol.16 No.1

精神醫學通訊

2017  
春季號



本期主題：

注意力不足過動症與妥瑞氏症的非藥物治療



注意力不足過動症與妥瑞氏症的非藥物治療

02 理事長的話

03 秘書處公告

04 專欄文章

10 2017 春季號考題

文獻回顧：實證醫學上社會心理治療對於注意力不足過動症之證據

注意力不足過動症的認知訓練：統合分析

神經回饋對注意力不足過動症隨機控制試驗療效的統合分析

DHA 和 EPA 與兒童時期神經精神疾患發病機制的相關性

文獻回顧：習慣反轉訓練在妥瑞氏症兒童上的成效

## 理事長的話

第十屆理事長高淑芬



過了春假，學會的活動也將緊鑼密鼓的展開。展望今年，首先到來的就是在 4 月 30 日舉行的繼續教育課程春季研討會，因近年來學障在醫院被要求鑑定的比例逐漸增高，本次繼續教育主題訂為「學習障礙：從神經生理到實務評估與介入」，延續上次秋冬季繼續教育的內容，將主題由特殊教育與相關鑑定進一步深入到學習障礙，提供兒童青少年精神科醫師對於學習障礙更多的認識，並期盼藉由此次繼續教育了解與加深和教育界的合作，替台灣的兒童青少年提供更多協助。而台灣兒童青少年精神醫學會十九週年年會暨學術研討會，將於 2017 年 6 月 11 日(日)在台大國際會議中心舉行，本屆年會主題為「較佳兒童精神臨床服務-實證醫療 Better Child Psychiatric Service - Evidence-Based Treatment」，會前會將會在 6 月 10 日下午舉行。近年來社會在一些新興宗教團體及附屬組織，以及社會學派的學者推波助瀾下，對於兒童青少年精神疾病治療的氛圍，常訴諸以情緒性、故事性的文字而非科學的、知識性的探討，使整個對話往往失去焦點，身為臨床醫師除了溫柔而堅定地致力於消弭這些想法落差之外，我們更應該加強自己對於最新實證醫學的了解，以最多的關心、最大的善意與最新的醫療知識來提供較佳的臨床服務，使有需要的家長與孩子能有更好也更有效的治療選擇。

今年學會預計參與的國際會議則有第九屆 ASCAPAP 亞洲兒童青少年精神醫學會議，於 2017 年 8 月 24-26 日在印尼日惹舉行，而海峽兩岸兒童青少年精神醫學會於 9 月 7 號於杭州舉辦，此二會議為今年度重要的亞洲兒青精神醫學會議，在此誠摯邀請會員們共襄盛舉，向亞洲各國展現我們最新的研究成果。

以下針對學會幾件重大的事件和改變向會員報告：

1. 有鑑於近年來學會繼續教育研討會大多於北部舉行，降低中南東部會員參與的交通可近性以及參與程度，學會在未來舉行的繼續教育研討會，若解決版權問題，將會把課程錄影放上網路提供會員收看，並且在未來繼續教育的地點選擇上，預計兩年四次繼續教育有一次會在中南部舉辦。

2. 為改善各訓練醫院教學負責醫師之訓練品質，提升專科受訓醫師的訓練效果，將於今年度第 19 屆年會舉行「第一屆台灣兒童青少年精神醫學專科醫師訓練教學與研習工作坊」，工作坊將分兩個場地同步進行，一部分提供訓練醫院的指導醫師代表們檢討現行的訓練課程與訓練方式，討論並提出精進建議，另一部份則為受訓醫師的課程，受訓醫師將被分為五組，報告自己的研究或專科醫師筆試個案報告，由資深訓練醫師負責指導，希望透過此工作坊，讓各訓練醫院之間進行交流與學習，也讓受訓醫師在考試之前能夠檢視訓練過程不足之處。另外自 2018 年起，每年將只進行一回專科醫師口試，而報名重考口試之考生，在報考時須繳交三例書面個案報告（可修改原先個案報告，或重新撰寫新個案報告），請未來的考生及受訓醫師注意。

3. 經過爭取，衛生福利部中央健康保險署已於 2 月 6 日公告修正將 Methylephedrinet 長效劑型(商品名：專思達、利他能緩釋劑)及 Atomoxetine(商品名：思銳)之藥品開放於六到十八歲 ADHD 患者可直接使用，本會未來也將向健保署提案申請，爭取提高兒童青少年心智障礙者的健保醫療服務給付，此部份感謝倪秘書長統籌規劃，希望在不久的將來，能夠給予於兒童青少年精神醫療的工作者更多實質的資源協助。

敬祝各位會員 春安！

高淑芬

## 秘書處公告

1. 台灣兒童青少年精神醫學會第十九周年年會學術研討會將於 6/11 假台大國際會議中心舉辦，本次主題是較佳兒童精神臨床服務 - 實證醫療。邀請外賓為韓國 Bung Nyun, Kim, MD, PhD，並參與 5-6 篇論文口頭報告獎項角逐評審。年會的下午由蔡景宏醫師進行專題演講，探討倫理的難題 ---- 兒童性侵害的早期鑑定模式經驗分享。此外，本次年會亦籌畫「第一屆台灣兒童青少年精神醫學專科醫師訓練教學與研習工作坊」，將分二部份同步進行。一部份為訓練醫院的指導醫師代表們檢討現行的訓練課程 / 方式，並提出精進建議。另一部份則為受訓醫師的壁報討論。今年共收到 66 篇摘要投稿 (53 篇會員、13 篇非會員)，歡迎大家踴躍參與第十九周年年會。

2. 台灣兒童青少年精神醫學會第十九周年年會將於 6/10 下午 2 點在台大國際會議中心舉辦會前會，分別邀請到 Prof. Bung Nyun, Kim，演講題目是 School Mental Health System for the promotion, prevention and early intervention of child & adolescent psychiatric disorders；和 陳錦宏 醫師 演講，講題 How to support the school to support ADHD students: share action model in Taiwan，歡迎大家踴躍參加。

3. 本會辦理 106 年度兒童青少年精神科專科醫師甄審，口試日期變動公告，改為 9 月 3 日 (星期日) 於臺北市立聯合醫院松德院區舉行口試。

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>

4. 經第十屆第四次甄審會議討論公告有關專科醫師甄審口試：

(1). 不再舉辦第二次口試補考，即自 2018 年起，每年只進行一回次專科醫師口試。

(2). 報名重考口試之考生需在報考時繳交三例書面個案報告 (可修改原先個案報告，或重新撰寫新個案報告)。

5. ASCAPAP 將於今年八月 24-26 日於印尼日惹市 (Yogyakarta) 舉辦，且海峽兩岸兒童青少年精神醫學會於九月七號於杭州舉辦。期待各會員踴躍參與。

## 專欄文章

05 文獻回顧：實證醫學上社會心理治療對於注意力不足過動症之證據

——鄭晴醫師

06 注意力不足過動症的認知訓練：統合分析

——王明鈺醫師

07 神經回饋對注意力不足過動症隨機控制試驗療效的統合分析

——王明鈺醫師

08 DHA 和 EPA 與兒童時期神經精神疾患發病機制的相關性

——張倍禎醫師

09 文獻回顧：習慣反轉訓練在妥瑞氏症兒童上的成效

——游沛穎心理師

## 文獻回顧： 實證醫學上社會心理治療對於注意力不足過動症之證據

*Evidence-Based Psychosocial Treatments for Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*  
Steven W Evans, Dr., Ph.D., Julie Owens, Dr., and Miss Nora Bunford  
*J Clin Child Adolesc Psychol.* 2014; 43(4): 527-551.  
(鄭晴醫師摘譯)

### 前言

Pelham 和 Fabiano 於 2008 年評估了 46 個治療研究，並將介入分為三類：行為取向的父母訓練團體 (behavioral parent training, BPT)，課堂行為管理 (behavioral classroom management, BCM) 和行為取向的同儕介入 (behavioral peer interventions, BPI)，2008 年之回顧與 1998 年之回顧結論一致，BPT 和 BCM 符合良好治療 (well-established) ADHD 的標準；2008 年關於 BPI，BPI-C (BPI provided in a clinic) 之療效並沒有足夠之證據，而 BPI-R (於 recreational settings 的 BPI) 則符合良好治療之準則。本篇回顧主要是更新 2008 至 2013 年此領域之新的研究。

### 方法

針對 2007 年至 2013 年關於社會心理對於注意力不足過動症治療之文章做系統性回顧，包括關鍵字搜索及臨床兒童和青少年心理學會建立之準則。

### 結果

與 2008 年之回顧一致，行為管理方面，BPT、BCM 及 BPI 均符合良好治療 ADHD 的標準。訓練介入方面，組織訓練 (organization training) 亦符合良好治療 ADHD 的標準，合併訓練方案 (combined training programs) 為大概有效 (Probably Efficacious)，神經回饋訓練 (neurofeedback training) 為可能有效 (Possibly Efficacious)，認知訓練 (cognitive training) 則為仍在實驗階段之治療 (Experimental Treatments)。

### 結論

行為管理與訓練介入的差異，提供了我們一種思考方向：這些治療方法間存在有意義的差異，以及造成這些差異的可能的治療作用機轉。

### 討論

如果臨床工作者開始優先使用這些成熟的治療方法，目前的照護系統有兩個方面需要進行戲劇性的轉變。首先是將訓練計劃整合到這些有可能成為在學校或醫療院所的心理衛生工作者的研究生課程中。證據顯示，許多專業心理健康工作者從來沒有接受過實證醫學的訓練，這種訓練缺乏可能與臨床工作者未提供實證醫學訓練有關。因此，需要有個提供訓練、監控和督導及鼓勵使用實證醫學的系統來保證品質，才有辦法廣泛採用。

# 注意力不足過動症的認知訓練：統合分析

*Cognitive Training for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Meta-Analysis of Clinical and Neuropsychological Outcomes from Randomized Controlled Trials*

*J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2015;54(3):164-174.*

*Cortese et al. On behalf of European ADHD Guidelines Group (EAGG).*

(王明鈺醫師)

## 背景

注意力不足過動症 (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD) 的治療建議結合藥物與心理介入的治療。儘管藥物在隨機控制的研究中呈現短期及中期的療效，也常常被當作嚴重個案的第一線治療選擇；它對一些患者仍有些諸如療效不佳、可能出現副作用、長期的成本與好處的不確定性、順從性不佳、患者或他人對藥物有負面態度等限制。心理介入例如家長行為訓練就被廣泛使用。但最近的統合分析發現，若當只由盲端的評分者來評分，則沒有看到對 ADHD 症狀的療效。

近幾年，認知訓練被拿來檢驗是否能成為 ADHD 的治療選項。建基在近期復健科學及當代發展神經科學中有關於大腦可塑性的研究證據下，認知治療設定在藉由反覆暴露於被控制好的訊息處理任務中，能強化 ADHD 大腦的網絡，這樣一些未被利用的認知歷程得以被強化。

認知訓練被認為可以藉由調節 ADHD 生理病理來降低 ADHD 症狀及改善功能，有 11 種針對不同神經心理缺損的介入目標 (例如：專注力控制、工作記憶、意志控制)。現今大多採用適應步驟的電腦程式，依據受試者的能力不斷增加難度。

## 主旨

藉由對隨機控制試驗 (randomized controlled trials) 的統合分析 (meta-analyses) 來檢驗認知訓練對於 ADHD 兒童青少年中 ADHD 的症狀、神經心理缺損及學習技能的效果。

## 方法

檢索 2014 年五月前所有在 Pubmed、Ovid、Web of Science、ERIC、及 CINAHAL 等資料庫。使用隨機效益模式 (random-effects models) 來聚集，並且以 Cochrane risk of bias tool 來評估研究品質。

## 結果

分析 695 個未重複的研究紀錄中的 16 篇，共計 759 位 ADHD 的兒童青少年。當所有認知訓練形式都被納入分析後發現：由非盲的研究評分者評斷成效，對 ADHD 的全部症狀及注意力缺失症狀的效果顯著，其標準平均差 (standardized mean difference, SMD) 分別是 0.37，95% 信賴區間 (Confidence Interval, CI)= 0.09–0.66 以及 SMD 0.47，95% CI= 0.14–0.80。而當由盲端的評分者來評斷時，這種成效就大大降低，ADHD 整體症狀改善 SMD 為 0.20 (95%CI= 0.01–0.40)；注意力缺損的改善 SMD 為 0.32 (95%CI=0.01– 0.66)。對於過動衝動的症狀則沒有影響。

在實驗室的結果中，工作記憶 (working memory) 顯著改善 (語言：SMD= 0.52，95% CI= 0.24–0.80；視覺 SMD= 0.47，95% CI= 0.23–0.70)。家長所評量的執行功能分數 (BRIEF) SMD=0.35，95% CI= 0.08–0.61，也有小幅到中等顯著性。在學業成就上則沒有統計差異。

只執行工作記憶訓練對 ADHD 症狀並無改善；以多種神經心理缺損為標的的介入在非盲的評分上對 ADHD 症狀能有大幅的療效 (SMD= 0.79，95% CI= 0.46–1.12)。

## 結論

儘管經過認知訓練後工作記憶表現改善，但由盲性測量結果顯示對 ADHD 的症狀改善有限。以多種神經心理歷程為標的之介入可能才會優化對這種認知缺損的效益成功轉移到臨床症狀上。

# 神經回饋對注意力不足過動症隨機控制試驗療效的統合分析

*Neurofeedback for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Meta-Analysis of Clinical and Neuropsychological Outcomes from Randomized Controlled Trial*

*Cortese et al on behalf of European ADHD Guidelines Group (EAGG)*

*J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2016;55(6):444-455.*

(王明鈺醫師)

## 背景

在現今治療中，中樞神經刺激劑與非中樞神經刺激劑至少在短期有很好的療效，而且被廣泛使用。非藥物的介入，例如飲食、心理介入也有許多研究。從 1970 起，神經回饋 (neurofeedback) 就被認為在 ADHD 的治療上大有可為，希望藉由鎖定脫序的大腦活性型態 (aberrant patterns of brain activity) 來降低症狀。神經回饋利用操作制約增強的原理來訓練自我調控，所以學會自我調控是關鍵機轉。

為了要達到目標，特定的腦波指數會被換成視覺或聽覺訊號，立刻自動回饋給患者。例如，皮質的活性可以電腦動畫中的球 / 飛機 / 一個卡通角色的速度或是高度來呈現。當物體因為患者調節大腦活性的改變而上升、降落或加速，學習就得以發生。

有兩種針對 ADHD 神經回饋普遍使用的方式：頻率帶訓練 (frequency band training, FBT) 以及慢皮質電位訓練 (slow cortical potential training, SCP)。前者企圖影響皮質腦振動，提高額葉慢波活性 (例如 theta 波與 beta 波頻)。後者則是藉由專注外界暗示 (很像誘發電位)、專注後期潛伏範圍 (late latency range, 也就是暗示後的幾秒鐘) 的腦波成分來調控皮質激化閾域 (cortical excitation thresholds)。例如，鎖定此期間與有效準備、決策、估算時間有關的附帶負向變異 (contingent negative variation, CNV)。

## 目的

作者以統合分析 (meta-analyses) 隨機控制試驗 (randomized controlled trials) 來檢驗神經回饋對兒童青少年注意力不足過動症的症狀及神經心理缺損的療效。

## 方法

作者搜尋了至 2015 年 8 月 30 日前 PubMed、Ovid、Web of Science、ERIC、及 CINAHAL 中的文獻。使用隨機效益模型 (Random-effects models) 分析，並以 Cochrane Risk of Bias tool 來檢驗研究。

## 結果

分析 13 個研究 (520 位 ADHD 受試者)，當以較接近研究情境的評估者來評估，也就是比較無法成盲的測量時發現：神經回饋對 ADHD 症狀有顯著療效。標準平均差 (standardized mean difference [SMD]) 在 ADHD 整體症狀改善 = 0.35, 95% 信賴區間 CI = 0.11-0.59; 對注意力缺失症狀 SMD = 0.36, 95% CI = 0.09-0.63; 過動衝動 SMD = 0.26, 95% CI = 0.08-0.43。當以盲性評估或是加入主動介入的控制組時，療效就不顯著。

當僅以做常用的神經回饋方式 frequency band training trials 作為介入方式時，結果都很相似。實驗室結果中對於抑制 (inhibition) SMD = 0.30, 95% CI = -0.10 - 0.70、專注力 SMD = 0.13, 95% CI = -0.09 - 0.36, 都不顯著。僅有四個研究直接評估是否經過訓練後能學習起來。研究是否有偏誤 (bias) 並不清楚，因為在大部分研究中有許多 Cochrane Risk of Bias。

## 結論

目前沒有含有盲性結果的良好控制實驗能提供支持神經回饋對 ADHD 有效治療的證據。未來研究應該著重導入標準化的神經回饋計劃，確認學習及優化臨床相關性的轉移。

# DHA 和 EPA 與兒童時期神經精神疾患發病機制的相關性

*The Potential Relevance of Docosahexaenoic Acid and Eicosapentaenoic Acid to the Etiopathogenesis of Childhood Neuropsychiatric Disorders.*

*Eur Child Adolesc Psychiatry 2017 (Epub Ahead of Print)*

DOI: 10.1007/s00787-016-0932-4

(張倍禎醫師)

## 內文摘要

兒童時期的神經精神疾患已被發現有很多的成因，包含基因和環境的因素。最常見的兒童時期神經精神疾患為自閉症 (autism spectrum disorders, ASD)、注意力不足過動症 (attention deficit hyperactivity disorder, ADHD)、學習障礙 (learning disorder, LD) 和智能障礙 (intellectual disability, ID)，盛行率約 1-5%。由於這些疾病常共病，因此在生化層面上可能也有共同的致病危險因子。多元不飽和脂肪酸 (polyunsaturated fatty acids, PUFA) 缺乏則是其中一種可能的致病危險因子，並且 omega-3 之補充也被視為 ADHD 藥物治療的可能輔助療法之一。PUFA，包含兩系列的脂肪酸 (fatty acids): omega-3 (如 docosahexenoic acid (DHA) 和 eicosapentaenoic acid (EPA)) 和 omega-6 (如 arachidonic acid (AA))，對細胞結構很重要並對中樞神經發展有很大的影響力。由於 omega-6 和 omega-3 對於發炎反應有不同的效果，因此會建議它們在體中需要達到一定的平衡才有利於腦部功能的運作。

## 方法

作者群利用 PubMed (1965-2016 三月) 搜尋相關的文章，關鍵字包含 blood AND docosahexaenoic acid OR eicosapentaenoic acid AND mental disorders OR psychiatric disorders OR psychiatric diseases AND child, preschool OR child OR adolescent。這篇回顧只包含以英文發表的 original studies 檢測已被診斷的孩子和正常孩子 (2-18 歲) 血液中 DHA 或 EPA 濃度。作者最後經過篩選後有

41 篇 (24 篇是 case-control studies，9 篇是雙盲研究，3 篇非雙盲研究，2 篇開放性研究和 3 篇 cross-sectional studies; 14 篇臨床研究中指有 4 篇有檢測正常孩童的血中 PUFA 值，並只有 3 篇有發表對照組的 PUFA 濃度) 納入此回顧。

## 結果與討論

大部分的研究顯示 ADHD 或 ASD 的孩童血中的 DHA 濃度相對正常孩童血中的 DHA 低。至於關於憂鬱症，青少年雙極性情感症候群 (juvenile bipolar disorder)，智能障礙 (intellectual disability)，學習障礙 (learning disability) 和飲食疾患的相關研究太少，因此不能下定論。但除了飲食疾患之外，可以看到其他兒童時期神經精神疾患的血中 DHA 量和 ADHD 與 ASD 研究有相似發現的趨勢。而 EPA 濃度的研究發現則較不一致。進一步的相關性分析 (correlational analysis) 發現 DHA 濃度與症狀的嚴重度成反比，而 EPA 濃度與 emotional well-being 成正比。這篇回顧的限制包括它納入使用不同方式測 PUFA 濃度 (紅血球、血漿、全血) 的研究，並只有納入以英文發表的研究。固然這篇回顧指出 omega-3 PUFAs 在兒童青少年神經精神疾患的重要性，但仍需要許多觀察性與臨床試驗的研究來支持 omega-3 PUFAs 在這些疾病所扮演的角色，並在研究中對於有可能影響 PUFA 濃度的因子，如飲食型態和基因型，作分析。

# 文獻回顧：習慣反轉訓練在妥瑞氏症兒童上的成效

*Habit Reversal Training for Children With Tourette Syndrome: Update and Review*

Hwang, G. C., Tillberg, C. S., & Scahill, L. (2012). Habit reversal training for children with Tourette syndrome: Update and review. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 25(4), 178-183.*

(游沛穎心理師摘譯)

## 前言

妥瑞氏症 Tourette syndrome (TS) 是一種慢性神經疾病，症狀包括動作抽搐與聲語抽搐 (Scahill et al., 2006)，根據近期的社區研究調查，學齡兒童的妥瑞症盛行率為 0.6% (Khalifa & von Knorring, 2003; Tabori-Kraft et al., 2012)。許多妥瑞症的家長與兒童描述他們在抽搐 (tic) 發生前，常會感受到一種前兆 (urge) 或警告 (warning)，而這個感覺是讓人不想要且不舒服的，因此它們會執行一個抽搐 (tic) 來緩解這個感受。在妥瑞氏症的傳統治療上，通常是選擇藥物治療，然而往往也帶來了一些不可避免的副作用。

行為治療之習慣反轉訓練 (HRT) 為目前妥瑞氏症的一種非藥物治療的選擇，在治療抽搐症狀上可達到不錯的效果，HRT 包含了三個部份，包含了三個部分 (1) 認知訓練：覺察抽搐前發生的前兆感受 (2) 對抗反應練習：前兆感受出現時，教導患者做出一個相反且較和緩的動作取代抽搐發生 (3) 社會支持：給予患者正向支持與鼓勵，增加對抗反應練習的有效性與持續性。本篇主要回顧了習慣反向訓練 (HRT) 對於妥瑞症兒童與青少年的介入療效。

## 方法

使用 MEDLINE 與 Psyc-INFO 搜尋關鍵字：妥瑞氏症、抽動疾患、行為治療、習慣反轉。針對 2000 年至 2012 年為止之兒童與青少年之臨床試驗研究，一共找到六篇研究報告進行回顧。

## 結果

其中四篇研究為單一個案研究 (single case)，使用直接觀察法評估 HRT 介入對妥瑞氏症兒童的成效，結果發現四篇研究分別結果為下降 16%~63%；下降 50%~100%；下降 3%~69%；平均下降 82%，在大部分患者上皆有很顯著的效果，且部分研究指出，在療程結束後的 3 個月後續追蹤效果還是有持續性。

另兩篇研究為隨機對照試驗研究 (RCTs)，使用 Yale Global Tic Severity Scales (YGTSS) 分數評估其介入結果。第一篇分為單純 HRT 介入與 HRT+ERP (暴露不反應) 介入，其結果發現使用 HRT 介入組別分數下降 18%，另一組使用 HRT+ERP 介入分數下降 32%，兩組別對於抽動減緩皆有達到效果。第二篇分為 HRT 組別 (並規劃為更結構性之十周介入療程 CBIT) 與另一組僅給予支持性治療的控制組，其結果發現 HRT 介入組別分數平均下降 31%，控制組分數平均下降 14%。臨床診體症狀改善 (CGI-I) 則分別是 52.5% 與 18.5%，兩組療效有顯著之差異。

## 討論

HRT 對妥瑞氏症患者的介入，從早期的單一受試者研究到近期較大量之隨機試驗研究支持了 HRT 對於妥瑞氏症抽動現象有一定的效果與持續性，雖然在部分研究中，行為治療 HRT 的療效還是略低於藥物治療，然而他的良好效果與明顯較少的副作用告訴我們，在部分病患上 HRT 行為治療可以取代藥物治療。期待將來行為治療 HRT 更廣泛的傳播讓不同的臨床工作者實際應用，讓妥瑞兒的抽動症狀能被更有效地獲得治療與控制。

## 2017 季號通訊考題

一、下列何者為目前 omega-3 脂肪酸在兒童時期神經精神疾患研究的發現？

1. ADHD 的孩童血中的 DHA 濃度相對正常孩童血中的 DHA 低
2. ASD 的孩童血中的 DHA 濃度相對正常孩童血中的 DHA 高
3. DHA 濃度與 ADHD 症狀的嚴重度成反比
4. EPA 濃度與 emotional well-being 成反比

- A. 1&2
- B. 1&3
- C. 1&4
- D. 2&3

[ ? ]

二、習慣反向訓練 H R T 不包括哪個步驟？

- A. 認知訓練
- B. 放鬆練習
- C. 社會支持
- D. 對抗反應練習

[ ? ]

三、以現今統合分析認知訓練對 ADHD 患者的療效結果來看，何者正確？

甲、由非盲端的評估者來評分，對於專注力缺損與整體症狀改善顯著

乙、由盲端的評估者來評分，對於專注力缺損與整體症狀改善顯著於非盲端評估

丙、不論由盲端或非盲端的評估者來看，對於過動衝動症狀都有顯著療效

丁、以多心理任務介入會比較單以工作記憶訓練的成效顯著。

- A. 甲乙
- B. 甲丙
- C. 甲丁
- D. 乙丙

[ ? ]

**[ 上期季刊考題解答 ]**  
**54313**

四、以現今統合分析神經回饋對 ADHD 患者的療效結果來看，何者正確？

- 甲、由非盲端的評估者來評分，對於專注力缺損、過動衝動與整體症狀改善顯著
- 乙、由盲端的評估者來評分，對於整體症狀改善顯著於非盲端的評估
- 丙、神經回饋利用操作制約增強的原理來訓練自我調控，所以學會自我調控是關鍵機轉。
- 丁、神經回饋將特定的腦波指數會被換成視覺或聽覺訊號，立刻自動回饋給患者

- A. 甲乙丙
- B. 乙丙丁
- C. 甲丙丁
- D. 甲乙丁

五、以下何種注意力不足過動症之社會心理治療並未符合實證醫學上良好治療標準 (well-established) ？

- A. 行為取向的父母訓練團體  
(behavioral parent training, BPT)
- B. 課堂行為管理  
(behavioral classroom management, BCM)
- C. 行為取向的同儕介入  
(behavioral peer interventions, BPI)
- D. 神經回饋訓練 (neurofeedback training)

[ ? ]

[ ? ]

# 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 專心上課四個小時，小case！

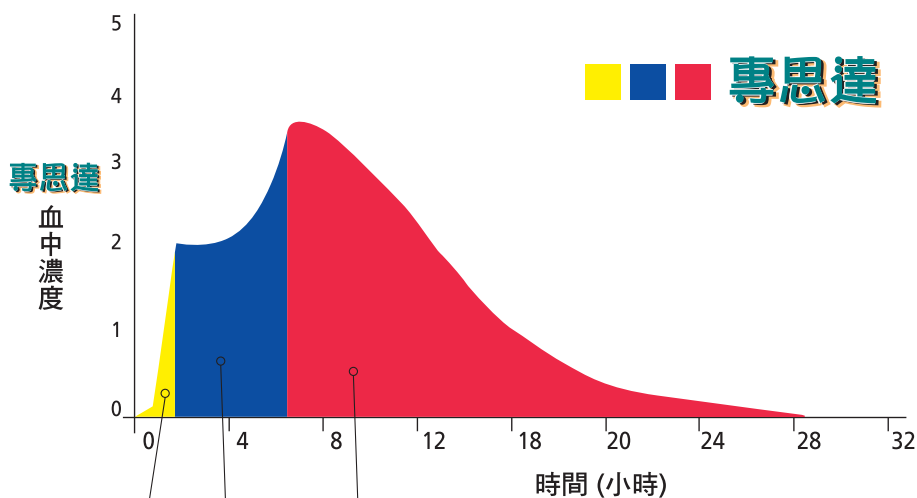
12:00 pm 和同學一塊吃午餐！

1:30 pm 上數學課，老師誇我做得又快又正確！

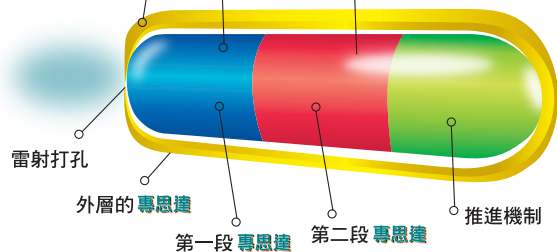
3:00 pm 到操場玩遊戲，同學都想跟我同一隊！

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 !!!



專思達



1. 早晨：外層包裹的專思達可以在第一小時內迅速吸收。
2. 一小時後：推進機制吸收液體後膨脹，就像是一個滲透幫浦，平穩傳輸的專思達，提供整個早晨有效治療的濃度。
3. 下午：更高劑量的專思達在下午釋放出來，形成上升型的藥物血中濃度，不受食物影響，繼續提供穩定的療效。

一天一次  
**CONCERTA® 專思達**  
 methylphenidate HCl  
 一錠收心，學習專心

專思達長效錠 18 毫克 衛署藥輸字 第 023731 號  
 專思達長效錠 27 毫克 衛署藥輸字 第 023999 號  
 專思達長效錠 36 毫克 衛署藥輸字 第 023880 號  
 專思達長效錠 54 毫克 衛署藥輸字 第 024229 號  
 北市衛藥廣字第 105050062 號

嬌生股份有限公司  
**楊森藥廠**

地址：台北市敦化南路二段319號8樓  
 電話：02-2732-6611 傳真：02-2735-0838  
 消費者免付費專線：0800-211-688

**janssen**  
 Janssen-Cilag  
 Johnson & Johnson

使用前詳閱說明書警語及注意事項

MKT-CON-TW-0005



發行人 | 高淑芬

秘書長 | 倪信章

副秘書長 |

繼續教育 蘇泓洸 林祥源

通訊主編 謝依璇

試務 / 紀錄 蔣立德

北區 楊立光 陳牧宏 蘇泓洸 李國平

南區 李吉特 劉黛玲 李冠瑩

中區 王明鈺 蔡佳觀

東區 王春惠

常務理事 | 周文君 陳質采 陳俊鸞 陳錦宏

常務監事 | 丘彥南

總編輯 | 倪信章

副總編輯 | 謝依璇

發行所 | 台灣兒童青少年精神醫學會

編輯處 | 台北市中山區松江路 22 號 9 樓之 3

連絡電話 | 02-25682083

傳真電話 | 02-25683463

學會電子郵件 | [tscap.taipei@msa.hinet.net](mailto:tscap.taipei@msa.hinet.net)

