

一一五年度專科醫師筆試考卷

1. 關於哪些家庭或兒童較可能從親職介入(parenting programs)獲益，下列敘述何者正確？
 - A.對於有較嚴重品行問題(conduct problems)的兒童，親職介入效果通常比症狀較輕者差。
 - B.綜合分析研究指出在2-10歲範圍內的品行問題，介入的效果並未因年齡不同而有明顯差異。
 - C.父親參與教養的量與品質，對兒童心理健康與行為有益。
 - D.親職介入的模式通常無法跨文化移植，如：西方的模式常無法直接用於台灣。選項：
 - 1.只有A.B.
 - 2.只有B.C.
 - 3.只有B.D.
 - 4.只有A.B.C.
 - 5.只有B.C.D.

2. 關於自閉症類群障礙症(autism spectrum disorder, ASD)的神經生物學基礎與臨床表現，下列敘述何者錯誤？

選項：

 - 1.針對有自閉症孩童家庭的新生兒進行的「baby-sibling studies」發現，大腦神經影像學上的變異早於行為症狀的出現，且能預測個體未來是否會發展出自閉症。
 - 2.根據神經生物學的「興奮抑制平衡(excitation-inhibition balance)」假說，自閉症的發展是因為大腦中抑制性訊號過多、興奮性訊號不足，導致神經迴路活動低下，進而阻礙了語言與社交發展。
 - 3.家族與雙胞胎研究顯示，自閉症的遺傳度(heritability)高達約80%，且若一等親患有自閉症，其被診斷的風險會顯著增加。
 - 4.目前有明確證據指出，兒童常規疫苗接種(如MMR疫苗)、使用人工生殖技術受孕、剖腹產以及母親產前抽菸，皆與自閉症的發生機率增加無關。
 - 5.在基因與自閉症的關聯上，新生突變(de novo mutations)扮演強烈致病角色，且常與發展遲緩相關。

3. 關於身體症狀及相關障礙症(somatic symptom and related disorders, SSRD)的評估與治療概念，下列敘述何者正確？

選項：

- 1.由於兒少(特別是年幼兒童)對自身症狀的描述與發展成熟度有限，臨床評估應完全依賴主要照顧者(家長)的客觀通報與親職互動觀察，不需納入兒童本人的主觀陳述，以免造成診斷上的矛盾與干擾。
- 2.完全康復(complete recovery)與家長對疾病的態度高度相關，當父母能完全接受診斷並承認多因素疾病模型(multifactorial illness model)時，被證實與兒少的良好預後有高度相關。
- 3.為了建立個案與家屬對專業醫療的信任，並徹底排除共病器質性病變的可能，治療上應支持家屬的要求，持續安排全面且反覆的侵入性醫學檢查以降低個案疾病焦慮。
- 4.長期追蹤顯示，兒少SSRD預後雖比成人樂觀，但異質性極大；其中以「功能性神經障礙症(functional neurological symptom disorder)」的慢性化風險最高(高達60%會持續至成年)，而「功能性腸胃障礙症」則擁有最高的長期緩解率(remission rate)。
- 5.在疾病維持(perpetuating)與強化因素上，學校與家庭等周邊網絡若能出於善意積極鼓勵個案在症狀調適期「減少常態活動」、「全面在家休息」並「增加學校請假天數」，通常能有效阻斷疾病在中央神經系統的敏感化(sensitization)反應，進而加速康復。

4. 小兒科照會青少年精神科醫師，評估一名1歲因嚴重營養不良與體重增長停滯而住院的幼兒。兒科常規檢查未發現明顯的消化道器質性病變，但護理師觀察到母親在病房餵食時極度焦慮，孩子常吃幾口便開始劇烈哭鬧抗拒，餵食過程如同戰場，母子雙方皆精疲力竭。

依據臨床照會醫學原則與文獻所述之「迴避性/限制性攝食障礙症(avoidant/restrictive food intake disorder, ARFID)」介入策略，下列敘述何者正確？

- A.當高度懷疑幼兒有潛在的器質性吞嚥困難時，在心理與行為介入之前，必須先進行吞嚥攝影檢查(videofluoroscopic evaluation)，其在識別氣道吸入(aspiration)高風險兒童上具備超過90%的準確度。
- B.針對具備「困難氣質」且缺乏飢餓訊號的嬰幼兒，精神科醫師應指導家長重新建立幼兒進食的內部調節機制，建議建立規律的3至4小時餵食間隔，且在正餐之間若哭鬧，僅能給予白開水。
- C.進行行為制約訓練時，家長除了需調整physical environment以減少進食時的分心刺激外，應將注意力與讚美放在正向的進食行為上，當幼兒出現抗拒進食的不當行為時，應給予高強度的負向關注(intense negative attention)以達到制止效果。
- D.藥物治療是嬰幼兒期ARFID的一線標準常規處方；臨床上若共病焦慮與情緒症狀、且需要腸道營養介入時，合併使用非典型抗精神病藥物(如 risperidone)已獲大量隨機雙盲對照研究證實其療效與安全性。

選項：

- 1.只有A.
- 2.只有A.B.
- 3.只有B.C.
- 4.只有A.B.D.
5. A.B.C.D.

-
5. 某高中近期發生學生墜樓自殺事件，青少年心理健康與學校心理健康系統(school mental health system)之角色，成為討論焦點之一。關於學校與精神醫療系統之整合方式與連結模式，下列敘述何者正確？

選項：

- 1.為維持系統界線、責任劃分清楚，學校與精神醫療系統的整合應僅透過正式轉介流程進行，雙方平行運作，任何情境下皆要嚴謹地避免資訊共享。
- 2.系統整合主要僅依賴常規性專業人員駐校即可，不需額外危機或事件驅動的合作機制。
- 3.系統連結可透過常規性整合(如專業人員諮詢與駐校合作)以及機會性整合(如危機事件後資訊共享與專家介入)共同達成，以建立連續照護系統。
- 4.學校與精神醫療系統應避免在自殺或災難事件後合作，以免增加學生負擔心理壓力。
- 5.學校系統應主要負責篩檢功能，而臨床介入與追蹤應完全交由社區精神醫療服務負責，各司其職，以降低學校負擔。

6. 有關兒童青少年校園心理健康介入，下列敘述何者正確？

- A.經常缺席上學(school absenteeism)可能是曠課(truancy)，拒學(school refusal)，或懼學(school phobia)的結果。
- B. Promoting alternative thinking strategies(PATHS) 是以學校為本的改善情緒以及社交能力，以及減少攻擊行為的課程。
- C.芬蘭 KiVa program 是一個有名的以學校為本的自殺預防課程。
- D.精神、情緒、及行為疾患的預防方案，可分為普遍性預防方案(universal prevention program)、選擇性預防方案(selective prevention program)、及針對性預防方案(indicated prevention program)。

選項：

- 1.只有A.B.
- 2.只有B.C.
- 3.只有B.C.D.
- 4.只有A.B.D.
- 5.A.B.C.D.

7. 關於受虐兒童的臨床表現與鑑別診斷，下列敘述何者錯誤？

選項：

- 1.受虐後的心理健康問題具有高度變異性，DSM-5與ICD-11往往無法完全涵蓋這些複雜的依附與創傷症狀。
- 2.受虐兒童可能表現出類似自閉症類群障礙症(autism spectrum disorder, ASD)的特徵，例如對表情識別困難、對常規改變敏感等。
- 3.區分ASD與受虐後影響的關鍵點之一在於：受虐影響通常缺乏ASD常見的侷限、重複及刻板行為(repetitive and stereotyped behavior)。
- 4.反應性依附障礙症(reactive attachment disorder, RAD)的主要特徵是兒童極少尋求或接受安慰，且受虐影響可能在更換照護環境後減輕。
- 5.雖然兒童受虐會造成多種影響，但研究顯示受虐經驗與青少年期的藥物及酒精濫用之間並無直接關聯。

8. 一名14歲青少年因社交困難與情緒調節問題由學校轉介至精神科評估。早期發展史顯示，患者在0至5歲期間曾經歷多次照顧者身體與情感疏忽，並經歷安置及多次照顧者轉換；小學階段語言發展較同儕遲緩且學業表現落後。家族史中生母智力偏低。進入青少年期後，患者逐漸出現社交退縮、人際互動困難、明顯負向自我概念、情緒調節不穩定，並伴隨解離症狀及偶發自傷行為。學校老師懷疑患者有自閉症類群障礙症(autism spectrum disorder, ASD)，但照顧者觀察到在較穩定的家庭照顧環境下，其部分社交功能有所改善。關於兒童虐待(child maltreatment)可能出現的臨床表現與自閉症類群障礙症及反應性依附障礙(reactive attachment disorder, RAD)之區辨，下列敘述何者正確？
- A.反應性依附障礙(RAD)的核心特徵為極少主動尋求及接受安慰(minimal seeking and accepting of comfort)。
- B.受虐待兒少與ASD患者，皆可能出現社交互動困難(social reciprocity deficits)及情緒回應不足，因此若未觀察到重複刻板行為(repetitive and stereotyped behavior)，即可合理排除ASD診斷。
- C.受虐待兒少可能出現語言使用異常與社交溝通困難，但其社交語言缺損通常與ASD相同，因此兩者主要應依創傷史有無進行區辨。
- D.受虐待兒少可能出現臉部情緒辨識困難、缺乏社交與情緒回應、對作息改變敏感，以及對感官威脅線索(sensory indicators of threat)高度敏感。
- E.若個案在穩定照顧環境下社交功能逐漸改善，則可排除ASD並診斷為虐待後表現(post-maltreatment presentation)。
- 選項：
- 1.只有A.C.
 - 2.只有A.D.
 - 3.只有A.B.D.
 - 4.只有A.B.C.D.
 - 5.A.B.C.D.E.
9. 一位12歲女生因藥物過量入住加護病房，目前意識清醒，身上仍接著心律監視儀，每當談到她的母親時，心律監視儀都因心搏過速發出警示音，請問下列處置何者較適當？
- 選項：
- 1.關掉警示音。
 - 2.同理並安撫其情緒，找適當時機澄清是否和其母親間曾有創傷經驗。
 - 3.建議先吃一顆propranolol再繼續會談。
 - 4.找母親進來一起會談。
 - 5.停止會談先離開。
10. 關於兒童青少年強迫症(obsessive – compulsive disorder, OCD)，下列敘述何者正確？
- 選項：
- 1.OCD終身盛行率約10%，且超過半數個案在18歲前發病。
 - 2.OCD在兒童期典型表現多為單純強迫思考，單純儀式行為相對少見。
 - 3.多數兒童一開始只有一個強迫思考或強迫行為，之後才逐漸發展出不同的強迫思考或儀式行為。
 - 4.兒童若出現強迫症狀，應常規安排抽血、腦部影像檢查，以排除器質性病因。
 - 5.兒童OCD唯一第一線治療為藥物治療，首選為選擇性血清素再吸收抑制劑(selective serotonin reuptake inhibitor, SSRI)。

11. 小珍是一名6歲的幼兒園大班女生，由父母陪同就醫。父母表示，小珍從小班開始在學校就不說話，至今已長達兩年。然而，小珍在家中與父母、手足相處時非常活潑健談，且能與姊妹們進行生動的想像遊戲。小珍的各項發展里程碑皆正常達標，但在面對陌生人或某些被注視的情境下，她會出現「僵住(freezing)」的反應。初次評估時，小珍完全無法與醫師進行眼神接觸或開口。下列敘述何者正確？

A.鑑別診斷上，自閉症類群障礙症(autism spectrum disorder, ASD)的社交缺陷是廣泛性的，而選擇性緘默症兒童在熟悉環境中的社交能力是正常的；小珍在家能進行生動的想像遊戲且活潑健談，有助於臨床上排除ASD的診斷。

B.若小珍到10歲時症狀仍未改善，通常預後較差，容易發展出學業失敗、交友困難，以及後續的憂鬱症。

C.評估中發現小珍的父母的焦慮和過度保護，會不自覺地強化小珍的緘默行為，所以在後續的治療中，應將父母排除在治療室外，單獨由專業人員對小珍進行減敏訓練。

D.在認知行為治療中，治療師可指導小珍與母親共同列出不同難易度的「說話情境」清單(建立焦慮階層)，並搭配對應的小、中、大獎勵清單，作為後續執行漸進式「暴露(exposures)」與「增強(reinforcement)」作業的基礎。

E.因選擇性不語症與創傷後壓力症候群症狀表現高度相關，若心理治療效果不彰而考慮藥物治療輔助，建議開立選擇性血清素回收抑制劑。

選項：

1.只有A.B.D.

2.只有A.C.E.

3.只有B.C.D.

4.只有B.D.E.

5.只有A.B.C.E.

12. 一位11歲男童，診斷為癲癇(epilepsy)，由兒童神經科轉介兒童精神科會診。主要問題為近三個月在校頻繁發作後拒絕回教室、對服藥順從性差、在病房及家中對母親出現言語與肢體衝動行為。母親表示「他脾氣一來根本無法管，我已經不知道怎麼辦了。」關於此個案的評估與處遇，下列何者最適切？

1.同時評估癲癇控制狀況、抗癲癇藥物可能的行為副作用、發作後情緒狀態、家庭互動模式，以及拒學行為的背後功能，並與神經科團隊及學校討論整合性計畫。

2.優先轉介母親參加親職訓練方案以改善其對男童衝動行為的回應方式，同時由神經科團隊調整藥物，待家庭互動與癲癇穩定後再由學校輔導室協助分級返校。

3.若EEG顯示癲癇控制不佳，應優先由神經科團隊調整抗癲癇藥物；待藥物調整穩定後，若衝動行為與拒學仍未改善，再安排精神科評估與介入。

4.優先轉介學校心理師協助分級返校計畫，並安排母親參加親職訓練方案；神經科藥物調整與精神科行為處置宜分階段進行，以避免多種介入同時進行時難以判斷何者有效。

5.優先診斷為拒學合併癲癇，安排行為親職訓練與放鬆訓練以改善服藥順從性與情緒困擾，待情緒穩定後再與神經科團隊討論抗癲癇藥物是否需調整。

13. 15歲男生因學業退步、分心及情緒挫折感被轉介兒童青少年精神科。父母表示自幼即有坐不住、常插話、忘記帶物品及拖延完成作業等情形，但因家庭規範嚴格且父母高度監督，國小時並未造成明顯學業問題。國中後課業負荷增加，開始頻繁遺漏作業、考試粗心及與同學衝突。患者表示，上課難以專心，但玩線上遊戲時可持續投入數小時。近半年因成績下滑而出現焦慮、自責及低自尊。以SNAP-IV家長版篩檢與教師版均達臨床範圍。智力正常，無癲癇病史。父親年輕時曾有類似注意力問題。醫師考慮診斷ADHD合併焦慮症。關於此患者之理解與治療，下列敘述何者正確？
- A.患者能長時間專注於線上遊戲，較符合焦慮症或網路成癮，不支持ADHD診斷。
- B.目前研究顯示ADHD與多巴胺(dopamine)及正腎上腺素(norepinephrine)系統功能異常有關，但尚無任何神經影像、生理或遺傳標記可單獨作為診斷工具。
- C.若學校報告顯示症狀僅在課堂出現，而在家中症狀不明顯，則ADHD診斷必然不成立。
- D.即使合併焦慮症，目前實證仍支持刺激劑作為ADHD第一線藥物選擇。
- E.若使用methylphenidate後出現精神病症狀，應考量刺激劑為致病原因並停止使用，於精神病症狀緩解後仍不宜再次使用。
- 選項：
- 1.只有B.C.
- 2.只有B.D.
- 3.只有B.C.D.
- 4.只有B.C.E.
5. A.B.C.D.E.
14. 關於嬰兒期原始反射(primitive reflexes)的發展與消失時間，下列敘述何者正確？
- A.抓握反射(grasp reflex)通常在出生後第四個月消失。
- B.驚嚇反射(startle reflex)或稱摩羅反射(Moro reflex)通常在出生後第四個月消失。
- C.張力頸部反射(tonic neck reflex)通常在出生後第十二個月才消失。
- D.巴賓斯基反射(babinski reflex)通常在出生後第十二個月消失。
- 選項：
- 1.只有A.B.
- 2.只有C.D.
- 3.只有A.B.D.
- 4.只有B.C.D.
- 5.A.B.C.D

15. 在兒童青少年精神醫學中，神經發展障礙與精神病理機轉相關，下列敘述何者正確？
- A.胎兒腦部發育過程中，神經元、突觸及軸突的「修剪(pruning)」，目的在清除那些腦發育過程中已完成其功能的神經細胞；以大腦皮質而言，成年期所擁有的神經連結與突觸數量，通常多於早期與中期童年期，這解釋了成人具備更高階認知功能的生物學基礎。
- B.懷孕期間母體焦慮所產生的壓力反應，主要透過壓力荷爾蒙(以皮質醇為主)活化hypothalamic-pituitary-adrenal axis，並可經由胎盤屏障調節作用於胎兒神經內分泌系統，影響其壓力反應性，使胎兒心跳與活動度增加；而孕婦若發燒(fever)，亦可能透過母體體溫上升與發炎反應，間接影響胎盤環境，進而影響胎兒體溫與生理穩定性。
- C.胎兒在第17週出現莫羅氏反射(Moro/startle reflex)，第25週出現抓握反射(grasp reflex)，至第28週左右則發展出吸吮反射(sucking reflex)。
- D.未滿32週的胎兒大腦白質對缺氧缺血及代謝傷害極為敏感，且突觸終端的神經傳遞物質受體易受過量麩胺酸(glutamate)等興奮性氨基酸的毒性破壞(excitotoxicity)，此機轉被認為可能與長大後罹患注意力不足過動症(ADHD)的病因相關。
- E.臨床上若體重從1,000克開始，每增加100克的體重，早產兒的存活機率便會隨之逐步顯著提升；在發育時序的比較上，一名36週的早產胎兒，其生長發育尚未完全，因此其存活機率在統計上仍低於一名接近足月但體重僅3,000克的胎兒。

選項：

- 1.只有B.
- 2.只有A.B.
- 3.只有B.E.
- 4.只有B.C.D.
- 5.只有A.D.E.

16. 有關兒童青少年依附理論，下列敘述何者正確？

- A.不安全型(insecure attachment)和紊亂型依附(disorganized attachment)能夠預測心理健康問題，但這些分類本身並不被視為病理形式。
- B.當父母無法解決失落或創傷的問題時，他們可能會以令人恐懼的方式對待孩子，而孩子也更容易出現紊亂型依附(disorganized attachment)的情況。
- C.兒童神經發育狀況、身體疾病、及早產皆與嬰兒依附的類型有關。
- D.嬰兒期的安全型依附有助於幼兒期發展出更自主或獨立的功能，在學前教師眼中嬰兒期被評估為安全型依附的兒童，比迴避型(avoidant)和抗拒型(resistant)依附的兒童更獨立。

選項：

- 1.只有A.B.
- 2.只有C.D.
- 3.只有A.B.D.
- 4.只有B.C.D.
- 5.A.B.C.D.

17. 根據發展精神病理學(developmental psychopathology)的生命歷程觀點，下列敘述何者正確？

- A.敏感期(sensitive periods)是指正常發展需要環境提供某些刺激(inputs)的時期。
- B.復原力(resilience)是指個體在經歷逆境後，展現出優於預期的結果。
- C.從小學升上中學屬於可能影響發展軌跡的轉折點(turning point)。
- D.同型連續性(homotypic continuity)是指不同類型的精神疾病在不同發展階段相繼出現。
- E.多終點性(multifinality)是指不同的風險與保護因子可能導致相同的發展結果。

選項：

- 1.只有A.B.C.
- 2.只有A.C.D.
- 3.只有A.D.E.
- 4.只有B.C.E.
- 5.只有B.D.E.

18. 關於兒童在18至20個月大時發生的「第三階段主要生物行為轉變(biobehavioral shift)」，以下哪項是其最明顯的特徵？

選項：

- 1.出現社交微笑與更持續的眼神接觸。
- 2.開始有能力去解讀並回應微妙的社交線索。
- 3.剛開始出現陌生人焦慮與分離抗議。
- 4.表達性語言(expressive language)的進步，出現符號化(symbolization)、抽象化(abstraction)、表徵能力(representational capacities)的提升。
- 5.發展出「主體間性(intersubjectivity)」的認知能力，意識到可以與他人分享想法。

19. 有關嬰幼兒的語言發展，下列敘述何者正確？

- A.平均在11個月大會說第一個字，到18個月大約可以說20個單字。
- B.12~24個月大是兩字電文期(two-word messages stage)，在這個時期才開始會玩躲貓貓(peekaboo)等語言遊戲(language games)。
- C.24~36個月大時講話大概50~80%別人聽得懂。
- D.36~54個月大已經是真溝通期(true communication stage)，在四歲大約可以了解達5500個單字。

選項：

- 1.只有A.
- 2.只有B.
- 3.只有A.C.
- 4.只有C.D.
- 5.只有A.B.D.

-
20. 關於常用的智力測驗與發展評估工具的敘述，下列何者正確？
- A. WPPSI-IV主要適用於學齡前個案，適用的年齡為兩歲六個月大到七歲七個月大。
 - B. WISC-V主要適用的範圍是兒童青少年，其測驗架構為語文理解、知覺推理、工作記憶、以及處理速度這四大向度。
 - C. 萊特國際操作量表第三版(Leiter International Performance Scale, third edition)主要使用於評估無口語能力的兒童與青少年。適用年齡為三歲到十七歲。
 - D. 適應行為評量系統第三版(ABAS-III)用於評估個人在日常生活中因應環境需求的能力。施測三大向度分為概念領域、社會領域、實用領域。
 - E. 文蘭適應量表第二版(Vineland-II)用於評估個人從出生到90歲的個人及社會適應能力，例如溝通能力，日常生活技巧，社會化能力，甚至也能評估幼兒的動作技巧。
- 選項：
- 1. 只有D.E.
 - 2. 只有A.D.E.
 - 3. 只有B.C.E.
 - 4. 只有C.D.E.
 - 5. 只有A.C.D.E.
21. 智能不足患者的適應功能與智商(IQ)表現，存在著個體與疾病特異性的差異。在臨床評估特定症候群時，有關適應功能表現的敘述，下列敘述何者正確？
- 選項：
- 1. 自閉症類群障礙症(ASD)、X染色體脆折症候群(fragile X syndrome)及威廉氏症候群(Williams syndrome)患者的精神與日常適應功能表現，通常顯著優於其IQ分數所預期的水平。
 - 2. 唐氏症候群(Down syndrome)與第1型神經纖維瘤病(neurofibromatosis type 1)患者在臨床適應功能評估中，通常會展現優於其IQ分數所預期的水準。
 - 3. 家庭壓力與逆境(family stress and adversity)通常能作為環境刺激因素，顯著提升智能不足(intellectual disability)兒童的日常適應功能。
 - 4. 智能不足患者的認知缺損與適應功能，在童年期到成年期間均維持穩定，不會隨環境需求或年齡而改變。
 - 5. 臨床研究指出，引導智能障礙兒童參與符合其發展水準的日常生活活動，容易造成大腦過度負荷，進而降低其日常適應功能。

22. 與智能發展障礙有關的基因遺傳疾病，下列敘述何者正確？

A. Angelman syndrome 最常見由 chromosome 15q11.2-q13 之基因印記缺陷(imprinting defect)導致。

B. 多種不同基因缺陷可能導致相同的行為表現型(behavioral phenotype)異常，如 Cornelia de Lange syndrome，可能為 NIPBL 基因的變異，也可能由 SMC1A，SMC3，CDLS4，HDAC8 變異導致。

C. Rett syndrome 常見第一年生長發育正常，頭部發展快速而導致大頭症(macrocephaly)及身材較矮小(short stature)。

D. 神經纖維瘤第一型之男性會有超出老化可以解釋的智力退化，而女性則不會。

選項：

1. 只有 B.C.

2. 只有 B.D

3. 只有 A.B.D.

4. 只有 B.C.D.

5. A.B.C.D.

23. 下列敘述何者正確？

選項：

1. 語言障礙者的語言能力必須和非語言智力(nonverbal IQ)有顯著差距。

2. 家庭環境(如父母的社經地位)，對兒童閱讀障礙症的影響風險往往大於基因遺傳。

3. 語言障礙症不會影響情緒調節或心理健康。

4. 研究發現，單純患有社交(語用)障礙症極為常見，影響約5%的族群。

5. 使用低於平均1.5個標準差的閱讀和拼字能力來做篩檢閾值，閱讀或拼音障礙在兒童的盛行率約為3-9%。

24. 關於失讀症(dyslexia)的研究與風險因子，下列敘述何者正確？

選項：

1. Saksida 等人(2016)的研究發現，「視覺壓力(visual stress)」在失讀症組中比控制組更常見。

2. 根據家族風險研究的統合分析，父母有閱讀困難的孩子，其罹患失讀症的盛行率約為45%，遠高於非風險組。

3. 「語音技能(phonological skills)」的困難在失讀症組中僅影響約28%的個體，並非普遍現象。

4. Van Bergen 等人(2018)的研究模型顯示，「閱讀量(amount of reading)」是提升閱讀能力的驅動因子，而非閱讀能力決定閱讀量。

5. 研究發現，家庭社會經濟地位(SES)與家庭讀寫環境能顯著地緩和(moderate)遺傳對閱讀發展的影響。

25. 關於自閉症類群障礙症的相關病因與環境因素，下列敘述何者正確？

選項：

1. 雙胞胎與大型研究顯示，此症的遺傳率並不高。
2. 孕期使用抗癲癇藥物valproate，可能與此症發生機率增加有關。
3. 兒童接種麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合疫苗(MMR)已被證實與自閉症的發生機率增加有明確因果關係。
4. 目前沒有研究證實孕期攝取適量的葉酸(folic acid)能降低此症的發生率。
5. 孕期暴露於空氣污染，特別是細懸浮微粒(PM2.5)，已被證實與此症發生機率增加有密切相關。

26. 關於自閉症類群障礙症(ASD)的診斷概念演進與流行病學，下列敘述何者正確？

- A. DSM-5-TR與ICD-11均將ASD的核心特徵定義為兩大領域：社會溝通缺損，以及侷限重複的行為、興趣或活動(RRB)。
- B. DSM-5-TR中，語言能力被視為與ASD核心診斷分離的建構，而非核心診斷領域之一。
- C. ASD的診斷概念自Kanner與Asperger以來的演進可被理解為一個「移動目標(moving target)」，反映疾病分類學在信度與效度之間持續權衡的過程。
- D. 目前ASD的一般人口盛行率估計約為1 - 2%，而此估計值會受診斷概念寬嚴、個案判定方式與取樣方法的影響。
- E. 向度觀點與類別觀點對ASD的理解是互斥的：若支持向度觀點則無法同時接受類別觀點的分類架構。

選項：

1. 只有A.B.
2. 只有A.C.D.
3. 只有B.D.E.
4. 只有A.B.C.D.
5. A.B.C.D.E.

27. 有關注意力不足過動症(ADHD)的敘述，下列敘述何者正確？

- A. 統合分析研究發現預測ADHD持續至成年的兒童期的因素中，症狀嚴重程度及行為規範障礙症(CD)和鬱症(MDD)的共病是具有統計學意義的預測因子。
- B. ADHD分類診斷的研究估計其遺傳率約10%，與其他精神障礙相比遺傳率差不多。
- C. 隨著個體成長，ADHD共病心理健康問題的模式也會改變。例如，在兒童期，對立性反抗症(ODD)和行為規範障礙症(CD)是與ADHD最常見的共病；而在成年期，物質使用障礙症、情緒疾患和焦慮症則更為常見。
- D. 照顧匱乏持續時間(duration of the deprivation)與ADHD症狀的嚴重程度之間存在相關性。有研究證實，經歷長期(大於6個月)照顧匱乏的兒童，出現ADHD症狀的風險增加了七倍。

選項：

1. 只有A.B.
2. 只有A.C.
3. 只有A.B.C.
4. 只有A.C.D.
5. 只有B.C.D.

28. 關於行為規範障礙症(conduct disorder, CD)與對立反抗症(oppositional defiant disorder, ODD)的病理學特徵與診斷原則，下列敘述何者正確？
- A. ODD可能在3歲時就開始出現，但通常在8歲前被臨床注意到。其盛行率在青春期前為男童高於女童，但在青春期後男女比例則趨於相等。
 - B. 文獻回顧顯示，兒童與青少年遊玩暴力電動遊戲，會與攻擊性情感(aggressive affect)、生理激發(physiological arousal)及攻擊行為相關。
 - C. 兒童期出現的干擾行為可能見於多種精神疾患。根據DSM-5的準則，若個案的症狀同時符合ODD與CD，則不應再診斷為ODD。
 - D. 多數患有ODD的兒童未來並不會達到CD的診斷準則。但是，同時共病注意力不足過動症(ADHD)與ODD的兒童，容易在12歲以前發展成CD。
 - E. 針對CD，DSM-5新增了「利社會情緒不足(with limited prosocial emotions)」的標註，代表個案雖然有攻擊行為，但在事後仍會對自己的過錯感到強烈的懊悔與內疚。

選項：

- 1. 只有A.B.D.
- 2. 只有A.B.E.
- 3. 只有A.C.E.
- 4. 只有B.C.D.
- 5. 只有A.B.D.E.

29. 以下有關兒童青少年強迫症的敘述，下列敘述何者錯誤？
- A. 約有40%的強迫症兒童沒有出現強迫思考。
 - B. 強迫症兒童較常出現囤積行為亞組(hoarding subgroup)，以及以神奇思考(magical thinking)為特點的迷信症狀叢集("superstition" symptom cluster)。
 - C. 兒童青少年的強迫症狀常是因僵化執行規則以中和或預防可怕的事件而產生。
 - D. 在嚴重的兒童青少年強迫症，認為強迫信念可能是真實的，甚至完全相信強迫信念是真實的。

選項：

- 1. 只有A.
- 2. 只有B.
- 3. 只有A.B.
- 4. 只有B.C.D.
- 5. A.B.C.D.

30. 關於兒童與青少年創傷後壓力症 (post-traumatic stress disorder; PTSD) 的治療指引與臨床處置，下列敘述何者錯誤？

選項：

- 1.國際實務指引一致建議創傷焦點的認知行為治療(trauma-focused cognitive behavioral therapies; CBTs-TF)作為第一線治療。
- 2.單次團體形式的心理減壓(debriefing)已被證實無法有效預防PTSD，因此指引不建議提供。
- 3.眼動療法(eye movement desensitization and reprocessing; EMDR)被視為一種有效的心理治療，但其效果通常被認為略遜於個別CBTs-TF。
- 4.英國 The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 指引建議，針對兒童青少年的PTSD預防或治療，應例行性提供藥物治療。
- 5.針對遭受多重創傷或具有複雜症狀(如complex PTSD; CPTSD)的兒童，目前證據顯示他們對CBTs-TF的反應與一般 PTSD 兒童一樣有效。

31. 關於兒童時期的創傷與壓力相關障礙症，下列敘述何者正確？

- A.根據DSM-5，反應性依附障礙症(reactive attachment disorder，RAD)與失抑制社會交往症(disinhibited social engagement disorder，DSED)的共同致病前提，皆為兒童曾遭遇極端不足的照顧(如嚴重忽略或反覆更換主要照顧者)。
- B.患有RAD的嬰幼兒常合併生長遲滯，其體重通常落在第三百分位以下，其生長遲滯主要為嚴重創傷壓力所導致的內分泌異常。
- C.相較於RAD的兒童，DSED兒童即使後來被收養進入充滿關愛的環境，其不適當的社交行為與同儕關係往往較難改善。
- D.針對患有RAD或DSED兒童的家庭，心理社會介入應嚴格聚焦於精神醫療與個別心理治療，不應包含協助改善家庭財務狀況、居住環境或聘請家管等服務，以免模糊治療界線。
- E.雖然RAD與DSED的診斷定義強調極端照顧不足的致病因，但在臨床評估時，治療師仍應考量雙向互動的影響，包括兒童的氣質、發展遲緩問題，以及「照顧者-兒童不適配(caregiver-child mismatch)」。

選項：

- 1.只有A.B.C.
- 2.只有A.C.E.
- 3.只有A.D.E.
- 4.只有B.C.D.
- 5.只有C.D.E.

32. 針對經歷嚴重疏忽或不良照顧的兒童進行臨床評估時，需要進行反應性依附障礙症(reactive attachment disorder, RAD)、失抑制社會交往症(disinhibited social engagement disorder, DSED)、自閉症類群障礙症(autism spectrum disorder, ASD)的鑑別診斷。下列敘述何者正確？

A.RAD在嚴重受疏忽兒童的發生率低於10%，且僅發生於缺乏依附關係的兒童，其社交行為表現出抑制與情感抽離，但在照顧品質提升後症狀通常能迅速改善。

B.DSED在嚴重受疏忽兒童的發生率低於20%，不論兒童是否具備依附關係皆可能發生，其核心特徵為對陌生大人缺乏顧忌，且此特徵不單限於衝動性。

C.RAD與ASD在臨床診斷上有其重疊的表現，兩者皆可能出現社交興趣與互動的顯著受損，也可能伴隨認知遲緩、語言遲緩或刻板性動作(stereotypies)。

D.在介入研究方面，RAD目前已有大量的實證介入研究，而ASD則相對缺乏。

選項：

1.只有A.B.

2.只有A.D.

3.只有B.C.

4.只有A.B.C.

5. A.B.C.D.

33. 關於兒童青少年思覺失調症與弱顯化精神病症候群(attenuated psychosis syndrome)的臨床特徵、遺傳、神經影像學與治療，下列敘述何者正確？

選項：

1.根據雙胞胎研究，思覺失調症同卵雙胞胎的一致率約為100%，顯示該疾病完全由遺傳因素決定。

2.弱顯化精神病症候群這類患者雖然出現減弱的幻覺、妄想或解構性語言，但通常仍保有現實感測試與洞察力。

3.針對弱顯化精神病症候群治療，為了預防發展成思覺失調症，目前臨床指引建議最安全的策略應以抗精神病藥物為第一線首選，而非心理治療。

4.兒童的憂鬱症也可能出現幻覺或妄想，其中憂鬱症病童的幻覺與妄想內容通常比思覺失調症更怪異。

5.自閉症類群障礙症與兒童期發病的思覺失調症有許多共同特徵，兩者的核心特徵皆包含社交困難、語言發展遲緩以及思考形式障礙(formal thought disorder)，且兩者通常都在5歲以前即表現出明顯的症狀。

-
34. 根據精神病早期介入(early intervention in psychosis, EIP)與臨床高風險精神病狀態(clinical high risk for psychosis, CHR-P)的研究，下列敘述何者正確？
- A.精神病發病前常存在一段前驅期(prodromal phase)，其特徵包括非特異性精神症狀、弱化型精神病症狀及功能下降。
 - B.由於兒童青少年的精神病性症狀具有高度特異性，因此一旦出現幻覺或妄想，幾乎都會進展為思覺失調症。
 - C.建立CHR-P/ARMS(at-risk mental state)模式，主要目的在於及早辨識高風險個體，提供需要導向(need-based)的介入與支持。
 - D.目前已有充分證據顯示，對兒童與青少年CHR-P個案常規使用抗精神病藥物可以有效預防精神病發病。
 - E.早期介入服務的核心理念之一是縮短未治療精神病期(duration of untreated psychosis, DUP)，以改善預後。
- 選項：
- 1.只有A.C.
 - 2.只有A.C.D.
 - 3.只有A.C.E.
 - 4.只有B.C.E.
 - 5.只有A.B.C.E.
35. 一名16歲青少年近3個月持續情緒低落、失眠、注意力下降、失去興趣與自責，近一週出現自殺意念。父母表示他「只是因考試壓力太大而難過」，不認為需要治療。根據兒童青少年憂鬱症的臨床評估，下列敘述何者正確？
- 選項：
- 1.青少年憂鬱症需與正常悲傷、挫折反應及意志消沉(demoralization)區分，並評估功能損害與自殺風險。
 - 2.若憂鬱症狀可由考試壓力解釋，即不應診斷major depressive disorder。
 - 3.青少年憂鬱症通常不需評估躁症或雙相情緒障礙風險。
 - 4.兒童青少年憂鬱症的主要表現必須是悲傷，易怒不屬於重要表現。
 - 5.若家庭認為症狀是壓力反應，臨床上應優先避免診斷，以免污名化。

36. 關於侵擾性情緒失調症(disruptive mood dysregulation disorder)的臨床特徵、共病與預後，下列敘述何者正確？

A.在此診斷獨立出現之前，這類反覆發脾氣且持續易怒的兒童，臨床上經常被診斷為雙相情緒障礙症(bipolar disorder)。

B.縱向研究指出，患有侵擾性情緒失調症的兒童，在青春期晚期或成年早期有極高的風險會發展出典型的雙相情緒障礙症(bipolar disorder)。

C.為了完整描述患者的行為問題，臨床上侵擾性情緒失調症可以與對立反抗症(ODD)或陣發性暴怒症(IED)同時診斷。

D.侵擾性情緒失調症經常與其他精神疾患共病，其中最常見的共病為注意力不足過動症(ADHD)與對立反抗症(oppositional defiant disorder)。

E.根據診斷準則，侵擾性情緒失調症的症狀必須在10歲以前出現，臨床上不會將此診斷用於大於18歲的患者。

選項：

1.只有A.B.E.

2.只有A.C.D.

3.只有A.D.E.

4.只有B.C.D.

5.只有C.D.E.

37. 根據兒童青少年雙相情緒障礙症(bipolar disorder)之藥物治療證據，下列敘述何者正確？

A.對於合併注意力不足過動症(ADHD)的雙相情緒障礙症兒童，應優先以刺激劑(psychostimulant)治療ADHD，再處理躁症症狀。

B.目前隨機對照試驗(RCT)已充分證實valproate、lamotrigine與 oxcarbazepine，對兒童青少年躁症具有穩定且明確的療效。

C.第二代抗精神病藥物(SGAs)是目前治療兒童青少年躁症最具實證支持的藥物類別，但需注意體重增加及代謝症候群等副作用。

D.使用第二代抗精神病藥物(SGAs)時，應定期監測身高、體重、空腹血糖及血脂肪。

E.鋰鹽(lithium)在成人雙相情緒障礙症的療效證據明確，但在兒童青少年雙相情緒障礙症中的療效證據較不一致，仍有待進一步研究。

選項：

1.只有A.B.C.

2.只有A.B.E.

3.只有A.C.D.

4.只有B.D.E.

5.只有C.D.E.

38. 關於飲食障礙症及其常見共病診斷，下列敘述何者錯誤？

選項：

- 1.厭食症(anorexia nervosa)的鑑別診斷應包含specific phobia，常見的共病包含焦慮症及憂鬱症。
- 2.餵食障礙(feeding disorder)的鑑別診斷包含反應性依附障礙(reactive attachment disorder)，而常見的共病包含智能不足(intellectual disability)。
- 3.逃避型/限制型飲食障礙(ARFID)鑑別診斷不包含身體臆形症(body dysmorphic disorder)，其常見共病包含焦慮症、自閉症和注意力不足過動症。
- 4.反芻障礙(rumination disorder)的鑑別診斷包含anorexia nervosa，bulimia nervosa，其常見共病包含思覺失調症。
- 5.Pica鑑別診斷包含non-suicidal self-harm，以及factitious disorder。

39. 有關兒青睡眠障礙，下列敘述何者正確？

- A.兒少失眠因為比較不建議長期使用benzodiazepine藥物，可以抗組織胺來做為長期治療藥物。
- B.失眠若使用褪黑激素，短期副作用輕微，但長期影響如對青春期發育部分仍未有足夠資料。
- C.抗鬱劑可能會抑制快速動眼期。
- D.美國睡眠醫學會對青少年每日睡眠時數建議為8-10小時。

選項：

- 1.只有A.C.
- 2.只有B.C.
- 3.只有A.B.C.
- 4.只有B.C.D.
- 5.A.B.C.D.

40. 臨床醫生可以為LGBTQ族群創造安全且不具評判性治療環境，下列敘述何者錯誤？

選項：

- 1.使用合適的術語和包容性語言(inclusive language)，並詢問青少年他們希望被如何稱呼。
- 2.先就個案病史以及家庭資訊對個案性取向(sexual orientation)或性別認同(gender identity)做出假設，再提出開放式問題。
- 3.覺察LGBTQ青少年所面臨的獨特挑戰與壓力源(stressors)，例如歧視、家庭排斥和霸凌，並針對他們的經歷提出開放式問題。
- 4.探討性取向或性別認同可能會如何影響該青少年的未來目標與抱負。
- 5.將這些經歷去標籤化/常態化(normalize experiences)－透過承認不論年齡或背景，對任何人而言，出櫃(coming out)以及應對性取向或性別認同都可能是一項挑戰。

41. 關於抽動(tic)與刻板動作(stereotypic movements)之鑑別，下列敘述何者正確？

- A. 刻板動作通常為repetitive、patterned、nonpurposeful movements。
- B. 刻板動作通常較tic更具節律性(rhythmic)，且隨時間變異較小。
- C. 抽動通常在三歲前出現，而刻板動作多於學齡期後出現。
- D. 刻板動作通常不伴隨前驅衝動(premonitory urges)。
- E. 刻板動作較容易中斷有目的性的活動(purposeful activities)。

選項：

- 1. 只有A.B.D.
- 2. 只有A.C.D.
- 3. 只有B.C.E.
- 4. 只有A.B.D.E.
- 5. A.B.C.D.E.

42. 關於身體症狀及相關障礙(somatic symptom and related disorder, SSRD)的病理機制模型與臨床治療實證，下列敘述何者正確？

- A. 根據預測編碼理論(predictive coding theory)，軀體症狀主要源自於大腦對周邊感覺輸入(peripheral sensory input)的客觀處理，而非個人大腦產生的預測模型(predictive models)。
- B. 認知行為治療(cognitive behavioral therapy, CBT)是目前治療青少年SSRD實證支持最多的心理治療，在改善軀體症狀與失能上具有中等效應值。
- C. 恐懼-逃避模型(fear avoidance model)假定疼痛災難化思考(pain catastrophizing)和對疼痛的恐懼是疼痛強度和失能的關鍵驅動因素，此學習理論框架也可推廣解釋其他軀體症狀的維持。
- D. 目前嚴謹的兒童隨機對照試驗已證實，抗憂鬱藥物(如SSRIs與TCAs)能有效且長期地治療兒科功能性腹痛，因此被建議作為沒有精神共病患者的第一線常規治療。

選項：

- 1. 只有A.B.
- 2. 只有A.D.
- 3. 只有B.C.
- 4. 只有C.D.
- 5. 只有B.C.D.

43. 關於青少年自傷(self-harm)的臨床介入與預防策略的實證研究結果，下列敘述何者正確？
- A.專為青少年改編的辯證行為治療(DBT-A)是目前唯一在減少重複自傷方面具有一致且顯著證據支持的心理治療。
- B.在校園基礎介入措施(school-based interventions)中，「青年心理健康意識」計畫(Youth Aware of Mental Health program)已被研究證實能顯著減少青少年的自殺企圖與自殺意念。
- C.短期介入措施(brief interventions)，例如治療性評估(therapeutic assessment，TA)或自殺預防家庭介入(FISP)，能顯著提高自傷青少年對後續門診追蹤治療的參與度(treatment engagement)。
- D.針對具有高死亡風險的自傷青少年，很多嚴謹的隨機對照試驗證實，長期的精神科住院治療能有效降低自傷發生率。
- 選項：
- 1.只有A.B.
 - 2.只有A.B.C.
 - 3.只有A.C.D.
 - 4.只有B.C.D.
 - 5.A.B.C.D.
44. 一名16歲男學生因每天使用電子菸由家屬陪同至門診就診。醫師評估後向學生及家屬說明電子菸使用風險。根據現有文獻證據，下列敘述何者最正確？
- 選項：
- 1.電子菸使用率與多種精神疾病的發生率呈現正相關，且因果方向(the direction of causality)明確。
 - 2.使用電子菸的青少年，其後續使用大麻(cannabis)的風險高於未使用者。
 - 3.電子菸使用與行為規範障礙症(conduct disorder)無明顯相關。
 - 4.電子菸與憂鬱症的相關性僅見於成年人。
 - 5.電子菸使用與後續酒精及其他藥物的使用風險無明顯相關。
45. 一名14歲女孩已連續兩學期拒絕上學。經精神科評估後，情緒症狀明顯，無反社會問題。下列何者最適合作為學校介入策略？
- A.慢性缺課(chronic absenteeism)之處理，應先需區分其屬於拒學(school refusal)、逃學(truancy)或學校恐懼症(school phobia)後，再給予特定治療。
- B.慢性缺課多涉及醫療、個人、家庭及社會因素，因此須採跨系統評估。
- C.為了避免繼發性的獲益(secondary gain)持續強化其缺席，應要求立即恢復全日正常上課。
- D.認知行為治療(CBT)已被證實明顯優於所有其他介入模式，因此應作為首選之標準單一治療。
- E.雖然多模式合作介入較受青睞，但目前無論多模式或單一介入，其有效性，證據仍有限。
- 選項：
- 1.只有B.E.
 - 2.只有A.B.C.
 - 3.只有A.B.D.
 - 4.只有A.B.E.
 - 5.只有B.D.E.

46. 當適應障礙症(adjustment disorder)的壓力源(或其後果)已經終止或結束後，根據DSM-5的病程規範，其症狀「最多」額外不應該持續超過多長時間？

選項：

- 1.兩個星期
- 2.一個月
- 3.三個月
- 4.六個月
- 5.一年

47. 針對自閉症患者的「刻板與重複行為(stereotypies and repetitive behaviors)」，研究指出哪一組藥物能讓超過 50% 的參與者症狀獲得顯著改善(significant improvements)？

選項：

- 1.Clomipramine與Naltrexone。
- 2.Risperidone與Aripiprazole。
- 3.Fluoxetine與Guanfacine。
- 4.Haloperidol與Valproic acid。
- 5.Risperidone與Lithium。

48. 關於兒童與青少年精神醫療的藥物動力學(pharmacokinetics)，下列敘述何者正確？

選項：

- 1.幼兒胃部酸度較成人高，因此弱酸性藥物在胃部較不易離子化，吸收效果通常較成人佳。
- 2.嬰兒與年幼兒童的體脂肪比例較高、細胞外水份較低，隨著年齡增長，體脂肪才會逐漸減少。
- 3.對於肥胖兒童，多數兒科文獻建議依據其「實際體重」來計算藥物劑量，以避免藥物劑量不足。
- 4.兒童的血腦障壁(blood-brain barrier)通透性比成人高，這可能導致藥物產生大於預期的效果。
- 5.兒童的肝臟代謝酵素，如細胞色素P450(cytochrome P450)，通常需到青春期後才逐漸達到成人活性。

49. 有關兒青精神科藥理學，下列敘述何者正確？
- A. 統合分析顯示：使用選擇性血清素回收抑制劑(selective serotonin reuptake inhibitor, SSRI)治療兒童焦慮症，反應較血清素和正腎上腺素回收抑制劑(serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors)佳。
- B. 使用SSRI治療兒童焦慮症，有可能出現行為去抑制的副作用。
- C. 統合分析顯示，注意力不足過動症兒童使用中樞神經活化劑(stimulant)並未比使用安慰劑有較高的新增抽搐(tic)症狀或惡化抽搐症狀。
- D. 目前兒青強迫症藥物維持治療，建議使用一到一年半之後停藥觀察，若明顯症狀復發再使用藥物。

選項：

1. 只有A.C.
2. 只有B.C.
3. 只有A.B.C.
4. 只有B.C.D.
5. A.B.C.D.

50. 關於兒童青少年精神科藥物(psychotropic medications)之藥物流行病學(pharmacoepidemiology)、藥物動力學(pharmacokinetics)及處方原則，下列敘述何者正確？
- A. 國際研究顯示，自2008年至2019年間，兒童與成人的精神科藥物銷售量皆增加，平均年增幅度約為4%。
- B. 由於兒童的血腦障壁(blood – brain barrier)通透性較成人低，因此精神科藥物在兒童身上的實際作用可能低於預期。
- C. 許多經細胞色素P450酵素(cytochrome P 450, CYP)代謝的藥物，在兒童期可能因生理可用率(bioavailability)較低，而需要較高的mg/kg劑量。
- D. 目前已有可靠方法可根據年齡、性別、身高、體重及疾病嚴重度，準確預測個別兒童精神科藥物的最佳劑量。
- E. 雖然多重精神科藥物併用(polypharmacy)不一定錯誤，但可能增加不良反應及藥物－藥物交互作用(medicine – medicine interactions)的風險。

選項：

1. 只有A.B.E.
2. 只有A.C.D.
3. 只有A.C.E.
4. 只有B.C.D.
5. 只有B.D.E.

51. 下列哪兩個抗憂鬱劑是FDA核准用於治療兒童和青少年的憂鬱症？

- A. Fluoxetine
- B. Venlafaxine
- C. Sertraline
- D. Escitalopram
- E. Paroxetine

選項：

- 1. 只有A.B.
- 2. 只有A.C.
- 3. 只有A.D.
- 4. 只有B.E.
- 5. 只有C.D.

52. 有關兒青精神科藥理學，下列敘述何者正確？

- A. 目前尚無精準預測劑量的方式，例如刺激劑(psychostimulant)的最佳劑量有相當大的個體差異，無法以體重預估。
- B. 目前已有實證證據顯示若能反覆評估一些清楚可測量的指標，對臨床療效的滿意度可以改善，也就是所謂的measurement-based care。
- C. 針對自閉症類群障礙症的易怒(irritability)，若體重9.1公斤以上且年滿五歲的兒童可使用risperidone，效應量(effect size)高於aripiprazole。
- D. 過往研究顯示青春期前兒童若使用抗鬱劑比起青少年與成人有較高風險被誘發躁症。

選項：

- 1. 只有A.C.
- 2. 只有B.C.
- 3. 只有A.B.C.
- 4. 只有B.C.D.
- 5. A.B.C.D.

53. 有關兒童青少年精神藥理的敘述，下列敘述何者正確？

- A. 根據英國NICE治療指引，兒童青少年焦慮症需要積極優先考慮藥物治療。
- B. 強迫症的藥物治療，通常建議考慮在用藥1至1.5年後停藥，若明顯症狀復發，則重新開始用藥。
- C. 抗精神病藥物是治療妥瑞氏症最有效的介入措施，alpha-2 agonists的療效雖相對較低，但仍優於安慰劑。
- D. 根據歐洲妥瑞症研究學會指引，妥瑞症應積極藥物治療，不是等到患者持續的社交或情緒問題(如社交孤立或受霸凌)、功能受損(如學業成績受影響)才考慮。

選項：

- 1. 只有A.D.
- 2. 只有B.C.
- 3. 只有A.B.C.
- 4. 只有A.C.D.
- 5. 只有B.C.D.

54. 在兒童青少年族群，關於FDA核准的藥物適應症，下列敘述何者正確？
- A.在強迫症的治療上，fluvoxamine、sertraline、fluoxetine和clomipramine皆為FDA核准用於兒童青少年的用藥，只是核可使用年齡皆有所不同，如sertraline滿六歲便可使用，fluoxetine滿七歲才可使用。
- B.在憂鬱症的治療上，fluoxetine和escitalopram皆為FDA核准用於兒童青少年的用藥，而fluoxetine的核可年齡需滿八歲，escitalopram的核可年齡則需滿12歲。
- C.在廣泛性焦慮症的治療上，FDA核可用藥為duloxetine與escitalopram，而核可使用年齡皆為滿七歲。(附註：FDA在2023年5月正式核准escitalopram用於兒童青少年廣泛性焦慮症的治療)
- D.在自閉症類群障礙症相關的易怒行為(irritability associated with autistic disorder)的治療上，FDA核可用藥為aripiprazole和risperidone，而核可使用年齡皆為滿六歲。
- E.在妥瑞氏症(Tourette disorder)的治療上，FDA核可用藥皆為aripiprazole和risperidone，而核可使用年齡也皆為滿六歲。
- 選項：
- 1.只有A.B.C.
 - 2.只有A.C.D.
 - 3.只有A.D.E.
 - 4.只有B.C.D.
 - 5.只有B.D.E.
55. 一名8歲男童長期違抗、頂嘴、發脾氣，父母常在他哭鬧後取消原本規則，家庭互動中常見責罵與威脅。學校也反映其攻擊同儕。根據親職訓練(parenting programs)與社會學習理論，下列何者最符合實證支持的介入方向？
- 選項：
- 1.主要要求兒童自行反省錯誤，父母不需改變互動方式。
 - 2.優先使用長期抗精神病藥物治療，心理社會介入通常效果有限。
 - 3.教導父母設定規則一致、增加正向關注、使用獎勵與合理後果，並減少不一致或嚴厲管教。
 - 4.對立反抗行為多為兒童天生氣質造成，親職訓練通常沒有治療角色。
 - 5.親職訓練只適用於父母明顯虐待兒童的家庭。
56. 一名14歲女性個案，因「害怕在課堂發言會被同學嘲笑」而逐漸拒絕上學。起初在一次口頭報告中被同學嘲笑後，開始在類似情境出現明顯焦慮(心跳加快、臉紅)。之後每當老師點名發言，她會立即以「肚子痛」為由離開教室，並因此短暫獲得不需發言與焦慮下降的結果。近期即使在無需發言的課堂，她仍要求家長陪同上學，並避免與同學互動。經就診後，發現個案堅信「只要出錯就一定會被嘲笑並被討厭」。
- 關於此案例之心理機制與治療概念，下列敘述何者正確？
- 選項：
- 1.其逃避行為主要由古典制約維持，因此治療應以消弱(extinction)單獨進行即可，無需處理行為後果。
 - 2.恐懼的形成主要由操作制約中的負增強所造成，而非初始的古典制約歷程。
 - 3.逃避行為的維持符合操作制約的負增強機制，而核心治療應減少安全行為以促進抑制性學習(inhibitory learning)。
 - 4.此類社交焦慮的維持主要來自記憶退化，因此暴露治療的主要目標是提升記憶強度。
 - 5.認知信念在本案例中屬次要因素，因為行為治療已證實對社交焦慮無效。

-
57. 關於注意力不足過動症(attention-deficit/hyperactivity disorder, ADHD)的非藥物治療，下列敘述何者正確？
選項：
1.神經回饋(neurofeedback)在較遠端評估者評分下，已證實可改善 ADHD核心症狀。
2.外三叉神經刺激(external trigeminal stimulation)已獲FDA核准用於治療ADHD。
3.認知訓練(cognitive training)可改善工作記憶(working memory)，也可改善其他認知功能或學業表現。
4.經顱磁刺激(transcranial magnetic stimulation)目前已有足夠證據支持可有效治療ADHD。
5.針灸、按摩等身體治療已有足夠證據支持可用於治療ADHD。
58. 關於針對兒童青少年進行 relationship-based treatments，下列敘述何者錯誤？
選項：
1.針對青少年的relationship-based treatments強調尊重個案自主性，並鼓勵個案參與治療過程中的決策；青少年普遍期待治療師能建立開放且非階層式(non-hierarchical)的治療關係。
2. Mentalization-based treatment (MBT)與interpersonal psychotherapy(IPT) 均重視治療聯盟(therapeutic alliance)，且治療聯盟品質對治療結果有重要的影響。
3.比較MBT與cognitive behavioral therapy (CBT)的異同之處：兩者均採shared empirical stance (共享探索立場)；然而 CBT主要聚焦於認知、情緒與行為之間的關聯模式，而非以治療關係中的心理狀態為主要探索焦點。
4. IPT建立於attachment theory基礎之上，強調促進個案理解自己與他人心理狀態(mental states)的能力，並將治療關係本身視為主要介入場域。
5. MBT已有青少年族群之隨機對照研究支持，其治療效果被報告可能降低self-harm行為。
59. 關於Rivett與Street (2009) 提出的家庭介入類型(typologies of family intervention)，下列敘述何者錯誤？
選項：
1.在「家庭友善(family friendly)」方法中，家屬雖然被告知並參與治療，但未必被視為治療的核心。
2.「家庭涵容(family containment)」方法的重點在於透過直接與家屬工作，以利個別治療(如認知行為治療)的順利進行。
3.「家庭參與(family involvement)」方法將家屬視為治療幫手(therapeutic assistants)，例如協助強迫症患者練習暴露等行為治療。
4.「家庭系統(family systems)」方法認為關係模式是造成兒童心理問題的前置因子、促發因子或維持因子。
5.當代家庭治療領域強調家庭資源/優勢觀點(a strength based approach)，因此理論上將重點放在家庭致病(family causative)因素而非家庭維持(family maintaining)因素。

-
60. 關於兒童青少年身體臆形症(body dysmorphic disorder, BDD)之認知行為治療(cognitive behavioral therapy, CBT)的治療架構、核心介入策略與治療成效，下列敘述何者正確？
- A.由於BDD的症狀核心主要來自appearance dissatisfaction，因此相較於obsessive-compulsive disorder，其CBT的治療重點為引導病人覺察認知扭曲、進行信念轉換與提升自我外觀接受度；對compulsive behaviors的介入通常不是其主要目標。
- B.Motivational interviewing techniques通常於CBT中後期使用，主要透過reflective listening協助病人覺察其自我矛盾行為，並可與exposure and response prevention同時進行。
- C.在BDD的CBT中，exposure and response prevention通常於psychoeducation與formulation後開始導入，常見於第4次session後逐步進行。
- D.目前青少年BDD的CBT文獻指出，完成完整療程後，約40%青少年可達到治療反應；部分個案仍可能需要更長期的CBT或藥物調整。
- 選項：
- 1.只有A.B.
 - 2.只有A.C.
 - 3.只有A.D.
 - 4.只有B.D.
 - 5.只有C.D.

改題紙

1. 2	2. 2	3. 2	4. 2	5. 3	6. 4	7. 5	8. 3	9. 2	10. 3
11. 1	12. 1	13. 2	14. 3	15. 3	16. 3	17. 1	18. 4	19. 3	20. 2
21. 2	22. 2	23. 5	24. 2	25. 2	26. 4	27. 4	28. 1	29. 2	30. 4
31. 2	32. 4	33. 2	34. 3	35. 1	36. 3	37. 5	38. 4	39. 4	40. 2
41. 1	42. 3	43. 2	44. 2	45. 4	46. 4	47. 2	48. 4	49. 5	50. 3
51. 3	52. 5	53. 2	54. 1	55. 3	56. 3	57. 3	58. 4	59. 5	60. 5