

情緒及行爲失調的兒童

林昭溶

一、情緒失調的定義

情緒與行爲失調由於名詞總是紛紜不一，且其領域牽涉甚廣（包括：社會工作、心理學、精神醫學、社會學、神經學、教育及有關科學等）實難斷下定義。一般對於常與雙親、同學、師長及鄰居發生衝突並妨害他人生活者，皆認為是“壞孩子”，老師則標以“問題兒童”，社會工作人員認為是“社會不適應”，精神科醫生或心理學家則冠上“情緒障礙”，若觸犯了法律則稱為“不良少年”或“犯罪少年”等等，由於各家說法不一，而於 Team-work 協調合作中，教育人員扮演了極重要的角色，尤其就預防觀點來看，本文謹就學校的異常型——情緒失調與行爲失調加以討論。

何謂「情緒失調」？Samual A. Kirk 定義為「使用於有內在緊張、不安、神經症或精神病舉動的孩子」（許信枝等合譯，民67.P.147）；郭為藩等學者則認為「當個體想滿足其需求或動機時，遭遇到外界的阻礙或個體本身的心理衝突而陷於一種挫折情境、致使個體感到焦慮、痛苦、恐懼、不安、猶豫不決等情緒狀態」（郭為藩等著，民64.P.124；王振德著，民67.P.36）。

何謂「行爲失調」？Samual A. Kirk 界定為「超出家庭、學校、社會所能容許的文化容許度範圍的兒童行爲，這些兒童給父母兄弟帶來麻煩，在校成爲問題學生、成績不好，有破壞性、易發怒，社會成熟度低、在社會上與壞朋友爲伍或孤立」（許信枝等合譯，民67.P.417）。另 Kirk Gallagher 解釋為「適當年齡行爲的偏離，此種行爲阻礙了兒童本身的成長與他人的生活。」（Kirk Gallagher, 1979, P.389）。另外，國內學者郭為藩等則界定為「個體行爲不能適應其當前的社會生活，即其行爲表現與社會規範、風俗習慣、法律規章等不相符合」（郭為藩等著，民64.P.123-124）。

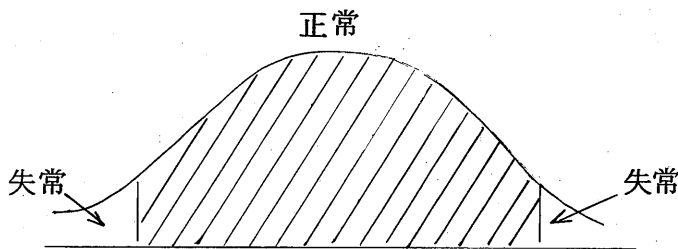
由此我們可看出行爲失調與情緒失調不一定是同一意義，但二者有相當雷同之處。情

緒失調爲行爲失調（或謂社會不適應）之前兆；行爲失調則是情緒失調的後果。行爲失調宛如個體外在的一面，個體行爲已構成違反社會規範、文化價值及道德標準，且爲法律所不容者，如：偷竊、毆鬥、搶劫、傷害等；而情緒失調猶如個體內在的一面，雖未違反社會規範、道德標準，却無法過著滿意愉快的社會生活而引起焦慮或痛苦而導致心理不健康，如：自卑、嫉妒、緘默、孤獨等。因此二者可說是一體之兩面，一爲內罰性，一爲外罰性，彼此間有著相互的關係。

二、情緒失調的鑑定與測驗

一般對於行爲問題的鑑定所採用標準有四種：（郭爲藩等著，民64 P.126 - 128）

(一)統計數量的標準：即大多數人所遵循的共同行爲定爲正常行爲；反之，少數人所具有的特殊行爲則定爲失常行爲。應用統計學之常態分配概念，圖示如下：



(二)失常症狀的標準：依個體的行爲反應有否表現失常症狀，按其程度、輕重及次數多少爲依據。

(三)社會符合的標準：視個體行爲是否符合社會規範、道德標準及文化價值，以爲鑑定依據。

(四)臨床診斷的標準：採用臨床上所使用的測驗，將個體的深層人格結構加以測驗，並以結果與該測驗的常模作比較。

以上四種標準，各有其利弊，第一種統計數量的標準只能說明人類行爲特質有二極端現象；第二種失常症狀的標準雖有程度輕重之分，次數多寡之別，然皆爲相對的而非絕對的；而第三種社會符合的標準常因時間的變遷或空間的不同，使其標準不相一致；第四種臨床診斷的標準雖能以較客觀的常模來解釋心理現象，同時若能配合其他標準來衡量較可靠（郭爲藩等著，民64 P.128）由於行爲問題的診斷十分不易，因而最好儘量使用多種標

準來鑑定較為妥當，且非單獨一人所能擔任，欲使診斷正確，應組織團隊工作（Team-work）小組團體，由精神科醫師、診療心理學者與精神醫學社會工作者（或稱醫療社工員）等人所組成，透過協同合作，提供專業服務。

診斷在整個服務過程中扮演了極重要的角色，一般診斷程序分四步驟：（郭為藩等著，民64.P.130-134）

(一)接案晤談：此過程中，社工員決定是否應接受個案的請求協助，並探討其父母對診療上的要求，晤談內容包括有：來談緣由，問題發生經過情形，晤談前對此事件處理方法與態度、生活史、病歷、家族史、交友情形及預估父母或當事人對其問題的處理態度。

(二)調查研究：對個案的情緒及行為失調展開訪問，調查、心理測驗、行為觀察、醫學檢查及本人晤談與家族面談等，由參與工作的專業工作員依其專長提供服務。

(三)個案會議：就調查研究後所收集的資料提出報告，交換意見後，共同探討原因所在並給予診斷。

(四)處理與治療：依據個案診斷會議所作結論，再決定是否施予治療或予以轉介。治療過程中採雙向進行，一面與專家晤談，一面與案主施以診療（如：遊戲治療、諮商、催眠治療、精神分析治療等），以提供最有效的服務。

以上四步驟，彼此間並非絕對的過程，可應實際所須作彈性的處理與運用。

有了鑑定過程，究應依據何種工具以評量情緒失調者？一般對於情緒失調者所施行的心理測驗約有三大類：（郭為藩等著，民64.P.132）

(一)智力測驗：由於智慧高低間接與情緒失調有密切關係，施予智力測驗的目的在於明瞭受試者智慧的高低，以判斷其與情緒失調之間的關係，臨床上常使用的測驗有比西智力量表及魏氏兒童智力量表。

(二)人格測驗：目的在明瞭受試者的人格特徵、人格結構的動力關係及情緒狀態等。依測驗編製的方法分有：

1.自陳法：由兒童自己陳述其本身與他人之關係的有關資料。如：明尼蘇達多相人格測驗、基氏人格測驗、塞氏性格量表、自我態度問卷等皆屬之。

2.投射法：乃個人藉著非意識的過程，把自己的思想、態度、願望、情緒或特性，歸於環境中的事物或他人，旨在探索個人疏於防衛下所流露出來的自我與人格動力。（龍冠海編，民57.P.163）其測驗有：羅夏克墨漬測驗，中國學齡兒童主題統覺測驗（由黃堅厚

教授所編訂)、文句完成測驗、中國語句完成測驗、中國兒童焦慮量表(由楊國樞教授等人所修訂)等。

3.有關健康、適應及困擾之測驗：如：心理健康測驗、適應測驗、孟氏行為困擾調查表等。

有了鑑定工具，如何去鑑定行為問題者？我們知道教師常是首先發現有行為問題學生的人，在對這些學生做初步的鑑定或轉介工作上，教師實扮演了一重要的角色，所以在選擇初步鑑定工具時，須注意是否符合某一特定情況的需要。包爾(Bower, 1969)列舉了幾個評鑑初步鑑定測驗的標準：(何國華編譯，民71.P.227-228)

- 1.初步鑑定所收集的，應僅限於教師不藉專業協助也可獲得的資料。
- 2.所選的工具應易於實施與計分。
- 3.初步鑑定的結果只是試驗性的，它們的目的乃在找出最能從完整的診斷工作中獲益的行為問題者。
- 4.初步鑑定的程序應不致讓教師想藉此以診斷情緒問題、判斷原因、或對受測學生加以標記。
- 5.不可侵犯學生的隱私權，對學生所問的問題也須注意是否能被接受。
- 6.初步鑑定的方法不可對學生有所威脅。
- 7.測驗工具的價格不可太高

三、行為失調的類別

分類是診斷的起步，失調行為的分類，迄今並無理想的系統，任何分類均只是相對地說明某個兒童的某種特性，並非表示他屬於一個完全與眾不同的群體。一般通常採用概括性的分類：(郭為藩等著，民64.P.144-161)

(一)反社會行為：個體行為已構成違反社會規範、文化價值、道德標準且為法律所不容者，如：偷竊、說謊、逃學、反抗、粗暴及離家出走等。

(二)非社會行為：個體行為雖未違反社會規範、道德標準，但却無法過著滿意的社會生活，而引起焦慮或痛苦而導致心理不健康者，如：自卑、嫉妒、緘默(退縮)、懶惰、學校恐懼症(害怕上學)及自殺等。

另有楊國樞教授研究國中學生的問題行爲，將國中學生的問題行爲分爲三組：（郭爲藩等編著，民71.P.125）

(一)逃避性的問題行爲：包括有偷竊行爲、吸食藥物、不當娛樂、異性行爲、逃避家庭、逃避學校等。

(二)違抗性的問題行爲：包括攻擊行爲、課堂違規、違抗權威、其他違規犯過行爲等。

(三)情緒性的問題行爲：包括疑心妄想、憂鬱悲觀、焦慮緊張、敵意情緒、心身症候、學習困擾等。

另外，學者黑威特（Hewitt, L.E.）和珍金斯（Jenkins, R.L.）曾就幼少期的家庭因素和不適應的因素關係作過研究，曾分析了500個帶到兒童輔導所的孩童個案，將其不適應行爲分爲三類：（許信枝等合譯，民67.P.424—425；Kirk Gallagher 1979, P.390—391）

(一)非社會的攻擊性不適應行爲：

此類兒童否定所有權威、敵視警察、教師，性情殘酷、調皮、粗暴、無罪惡感、善於嫉妒、欺詐、批評他人、孤獨而好攻擊活動。此類兒童多來自於生活得不到愛情、照顧的家庭，也許是私生子或強制結婚的結果，年幼時也許被母親認爲累贅的存在。

(二)反社會的攻擊性不適應行爲：

多屬團體反抗行爲，這類型兒童雖對權威採取攻擊的反抗的態度，但於自己的團體內行動却具社會性，對團體裡的朋友却極爲忠誠，其行爲表現是結群行竊，無故曠課、逃家、舉動粗暴等，此類兒童多出自失調的家庭，於年幼階段多少受過母愛，此乃異於非社會的攻擊性不適應行爲者。

(三)過度禁止性的不適應行爲：

此類兒童性情內向、膽小、逃避性、神經質、柔順、通常缺少親密的友愛，依賴性大、意氣容易消沈、常抱怨身體不舒服、多爲家庭經濟較富裕者，家庭氣氛具拘束感。

一九六七年世界衛生組織舉辦「國際兒童精神疾病診斷研討會」，並於一九七五年再做深入探討。哥爾（E.Gore）綜合了研討意見並從兒童臨床心理學的觀點，將兒童行爲問題分爲九大類：（郭爲藩等編著，民71.P.127—140）

(一)正常性變異（Normal Variation）

指在常態範圍內的變異，尤是三歲前的童年最常見，如“分離的焦慮”（Separation

Anxiety)是由於自小依賴父母，一旦父母不在身邊，即感到不安全，擔心被拋棄，尤於斷乳或分床時最易發生，通常是暫時性的，或隨年齡而消失，或時過境遷而沖淡。

(二)反應性失常 (Reactive Disorder)

比正常性變異要嚴重些，但尚未顯著破壞正常的發展，通常有著尖銳的或累積的情境因素存在，使兒童情緒緊張。若成長順利且治療得當，情況很快就會好轉，如幼兒連續經歷親人死亡，則會使他常想到死亡，常覺得有人跟踪他，叫他的名字等反應。

(三)特殊發展性失常

此種失常涉及生理發展的遲滯和成熟的障礙，男孩較女孩為普遍，其原始症狀是生理性的，若處理不當則會演變成情緒困擾，大致可分為排泄性失常、飲食性失常、語言或閱讀失常等三大類。

1.排泄性失常：如遺尿、遺糞等。一般發展心理學家認為一歲半至四歲是訓練兒童大小便的關鍵期。無論是遺尿或遺糞，均是徵候，而非病體，或由於神經系統成熟遲滯，或由於缺乏訓練或不當的訓練，可能是神經系統的異常，也可能由於某一特殊性或一連串的環境壓力所產生，有此症狀的兒童，由於父母與他人的責備或反應，常伴有深度的焦慮，一旦處理不當，可能釀成更嚴重的困擾問題，此類行爲的矯治須從兒童及家庭雙管齊下，予以長期治療，儘量維持容忍與非懲罰的態度。

2.飲食性失常：包括拒食、偏食、貪食、亂食等四種，屬於習慣的偏畸，於表面症候之下，往往有情緒困擾。這些徵狀或由於過嚴的管制，或是生理上的原因（內分泌或新陳代謝失常）、或欲尋求注意或補償，而導致親子間的緊張關係，矯治措施應儘量順其自然，適時予以關愛，即可痊癒，若予過度注意，反會造成反效果。

3.語言或閱讀失常：包括說話遲滯、失語症、口吃、失讀症等，屬溝通技巧的困擾，或由於生理因素，或由於情緒困擾而導致，因為別人的誤解加上本身的挫折感而形成行爲問題。矯治時應瞭解真正原因所在，予以協助，並使用特殊技巧以解決或減輕困難。

(四)行爲失常：就文化觀點言，它又稱為反社會行爲。

往往破壞社會、學校、家庭的秩序和安寧，甚至演成犯罪事件、成爲社會、學校和家長頭疼的對象，即一般所謂的“問題兒童”或“不良青少年”。此類行爲往往與不良的人際關係有關，或由於幼年缺乏家庭的溫暖、關愛與接納，而致基本需要受到重大挫折，而產生人格結構的缺陷，也可能與中樞神經系統的發展遲滯或功能失常有關。

(五)人格失常：或稱性格失常

包括有強迫性人格、焦慮、過度依賴、反對現狀、過度抑制、過度獨立、孤獨、多疑、性變態等。屬於一種長期的內在衝突狀態，或由於幼時遭受過度的懲罰、歧視和限制，或由於缺乏親愛的經驗，此類兒童其行為特徵多為缺乏罪疚感、反社會、反權威且重複同樣的行為。

(六)精神官能性失常

其類型包括有：焦慮型、恐懼型、轉換型、分離型、強迫型、抑鬱型等，大都由於過度焦慮引發而來，可能由實際情境所引起，也可能由於兒童的內在需欲與外在要求發生衝突，在行為上可能表現出坐立不安、發抖、表情緊張、手足痙攣等。尤其易引發消化系統與循環系統的機能障礙，而出現嘔吐、肚痛、頭痛、頭昏等生理現象。

(七)心身性反應

其類型有：皮膚性、肌肉性、呼吸性、心臟性、淋巴性、腸胃性、泌尿性、內分泌性、神經性及感官性等，亦由焦慮引發而引起的生理症狀，如：偏頭疼、胃十二指腸潰瘍、風濕性關節炎、性機能失常等。

(八)兒童期精神病

是所有兒童問題行為中最嚴重的一種，他們與現實生活脫節，獨自生活在幻想世界裡，無法與他人作語言和情感的交流，其發病原因可能與遺傳和環境都有關係，病因仍不清楚，其類型一般可分三種：

1. 自閉症：是幼兒心理和情緒發展上一項很嚴重的障礙，此類兒童活在自己世界裡，對他人及一般活動也沒興趣，其特徵有：缺乏適當的人際情緒關係，對自己的身體表現異常的興趣和探索或自殺，拒絕更換環境力求保持原狀，異常的知覺經驗或逃避視聽覺刺激，過度不合理的焦慮，說話遲滯或喪失或不規則的重覆某些字句，對於能移動的模型很喜歡，智力雖受環境影響而遲滯却有某方面的特殊才能等。

2. 精神分裂症：於青少年期較常見，其特徵為：觀念退回、多疑、多幻想、有難以預測的衝動、幻覺。自殺或試圖自殺為患此病症的第一個訊號。

3. 抑鬱症：多於兒童後期及青年期較可能出現。其類型有：偽裝的抑鬱（表現過度活動、攻擊性行為、心身性疾病、犯罪行為及憂鬱反應等，發病時以顯著的憤怒掩飾內在的抑鬱。）急性的抑鬱（表現長期的悲憤、退縮、沮喪、遲滯、吃不下、睡不著等）及慢性

的抑鬱，係由於長期過度的執著或依賴，往往與家庭抑鬱氣氛有連帶關係。

對於兒童期精神病之診斷並不容易，往往易被誤認為聾啞或智能不足，若發現可疑案例，應早作鑑別與治療。

(九)混合性異常

許多偏差行爲很難作確定的分類，由於不同的原因而有不同的意義，某一種偏差行爲可能由多種不良適應所造成，而同一種適應困難，也可能導致不同的症狀，最典型的有：犯罪行爲、吸毒、拒絕上學等。

四、影響適應的因素

西元一九四五年到四六年，一些教師曾從 3001 名兒童的個案資料中，研究不良適應的原因。根據恩吉爾和倍克 (Anba M. Engel and Harry J. Baker) 研究中總計了五類影響因素，其百分比如下：(孫沛德著，民72 P159-160)

學校因素	30.3 %
家庭因素	28.3 %
社會因素	20.4 %
個人因素	17.2 %
生理及心理因素	3.8 %

茲就其影響因素加以分別說明：

(一)學校因素

學校是有計劃的教育場所，因此學校行政措施是否妥當，教師是否瞭解心理衛生知識，教師人格是否健全，都會影響到學生的心理健康；誠如不愉快的教室氣氛，不合適的課程，成績不佳，閱讀能力低劣，教師過份嚴肅、及同學間的不和睦等，均可能造成兒童的不良適應。

(二)家庭因素

家庭乃為兒童人格孕育之所，破碎的家庭、父母過份的溺愛、父母過份的疏忽、父母管教的態度不一致，不足的經濟狀況、過重的家庭工作，不理想的家庭氣氛等，也會造成兒童的不良適應。

佛洛伊德 (S. Freud.) 主張幼時不愉快的經驗也許會在無意識下被壓抑下來而發展為異常行爲。

黑威特 (Hewitt L. E.) 和珍金斯 (Jenkins, R. L.) 曾就家庭因素與不適應行爲之相關做過研究，其分析結果為三類型 (非社會的攻擊性不適應行爲，反社會的攻擊性不適應行爲及過度禁止性的不適應行爲) 中各類型與其家庭養育狀況有明確的相關。(許信枝等合譯，民67.P.425)

班德拉 (Bandura. H.) 及瓦特斯 (Walters, R. H.) 的研究指出：孩子訓育上的因素和家庭內部關係可左右孩子成為對權威採取攻擊性的少年群或成為不引起衝突的高中生少年群。他以為雙親的態度應該是不接受依賴性，培養家庭外活動的自信，不要過份期待孩子的服從，責任感與成績；不良少年的一般家庭裡，父、母之間，雙親與子女之間多為缺少愛情者 (許信枝等合譯，民67.P.426)

麥寇德 W (McCord, W.) 和麥寇德 J (McCord, J) 的研究認為管教過於嚴格或過於放任，管教錯誤、偷竊集團、失和、放任的家庭出現不良少年的比率高，且多因素的影響大於單因素的影響。(許信枝等合譯，民67.P.426)

另外，對於家庭、家族會影響孩童品行的早期研究有一九三六年喜利 (Healy W.) 和布勒拿 (Brouner, A. F.) 所發表的研究，其認為：一般兒童從家族直接受到的慾望未遂，會影響兒童的不良行爲，並舉出有91%的不良少年有生活因素上的不幸、不滿足、情緒紊亂等因素，相對的非不良少年具有生活因素上的不幸，只有13%。(許信枝等合譯，民67.P.426-427)

由以上的研究中，可知家庭因素的影響實扮演了一個很重要的角色。

(三) 社會的因素

除了家庭、學校因素外，社會環境的影響也很大，就區位學的觀點來看，蕭伍 (Shaw, C. R.) 的研究指出，芝加哥的犯罪行爲，以地區而言，中心區 (商業區) 為最，其次為周圍的貧窮區，勞動者地區，最少的是市郊區。(許信枝等合譯，民67.P.427)

就社會階層的觀點來看，多數學者認為下層階級的社會價值觀與中流階級標準相反，另有柯煙 (Cohen, A. K.) 的研究 (許信枝等合譯，民67.P.427) 指出：下層階級由於社會地位處於不利立場，其文化可假定為中流階級標準的一種反動體制，通常下層階級的社會，所關心者集中於直接問題，追求立即慾望的滿足，反之，中階層社會會為了某理想

目標的達成，暫時犧牲享受，即所謂的延宕滿足。

另外馬可比 (Macoby, E.E.) 詹森 J.P. (Johnson, J.P.) 邱吉 (Chvrch R.M.) 等研究指出：高度犯罪地區的地域社會，其宗教信仰、倫理基礎等和其他地域有所不同 (許信枝等合譯)

學者李斯 (Reiss, A.J.) 和羅得斯 (Rhodes, A.L.) 並就社會的地位、社區的構造及文化的傳統等關係加以說明 (許信枝等合譯，民67, P.428-429)：少年所屬的社會地位和犯罪的關係雖不單純，但其所居住社會的地位構造與其居住的社區裡犯罪是否成爲文化的傳統之機能，而事實可以決定少年以其所屬的社會階層水準，在生活上有多少流於犯罪的機會，無論那一個地位集團有不良少年產生，即在同樣的地位層也可以產生，地位集團走向犯罪生活的機會以低地位層及高度犯罪率地域較多，並就順從少年與異常少年類型相比較下得知：(1)有關不良不少的異常報告，下層階級所發生機會比中流階層多，且較嚴重，(2)具有不良少年前科經歷者只出現於下層階級之少年間。(3)下層地位的少年主要類型中也有順從、功課差，但順從、功課好的少年則成爲中流階級的主要類型。

由此，我們可看出社會中一些不良現象，如：欺騙、打鬥、偷盜，各種反社會行爲，及住宅區位環境及同儕人格的影響等，均足以造成不良適應。

(四) 個人的因素

凡兒童有侵略的傾向，好作白日夢，情緒不成熟、懼怕、神經質、憂鬱、退怯等，均成爲不良適應的因素。

(五) 生理與心理的因素

生理上因素如大腦損傷、大腦皮質機能受損、初期關節風濕症、甲狀腺機能亢進症等會有興奮，上課不適，情緒障礙與行動異常現象出現。

心理上因素，如當慾望未遂時會產生固執、攻擊、退縮、放棄等現象，另有其他如心理上的缺陷、語言的困難，特別智慧、或智能不足及其他心理情緒的失常等都會導致兒童不良的適應行爲。

五、教育措施

學校裡情緒障礙 (失調) 學童的發生究爲多少? 大部份的情緒障礙 (失調) 學童和一

般學童在同一班級一起上學，且其辨別一般多由班級導師加以評定，依阿爾曼（Ullmann, C.E.）的研究，一般教師認為，學童的8%是屬情緒失調。（許信枝等合譯，民67.P.432）；而我國依據台北兒童心理衛生中心的調查結果，在校情緒困擾或行為問題學生約在8%左右，即一班五十名學生中即有三、四名的行為問題學生（郭為藩等編著，民64.P.161）。

美國加州學校曾做過情緒失調孩童的調查，即一九五五年～一九五六年間，讓教師識別情緒障礙兒童群及情緒無障礙兒童群，於一九六〇年做追蹤調查，結果兩群間的差異為：（許信枝等合譯，民67.P.432）

1. 學業成績比一般學生壞。
2. 因為行為不好，被副校長喚去斥責過的例子不少。
3. 留學或退學的例子較多。
4. 曠課多。
5. 因請病假或訴說身體不舒服被送到保健室的例子多。
6. 常接受學校生活指導員的指導。
7. 成為社會福利局職員的訪問對象。
8. 受警察保護的機會多。
9. 差一點就要接受保護觀察。
10. 違反刑法或交通法的例子多。
11. 被照會到地方輔導所的例子多。

瞭解了情緒失調兒童的一些特徵，究應施予何種教育措施？以提供確實的服務，茲就中、美兩國的教育輔導措施加以說明。

(一)美國教育對策（許信枝等合譯，民67.P.437—451）

- (1) 以全體兒童為對象的精神衛生的正規教育計劃。
- (2) 在正規學年裡給予社會及情緒不適應兒童之特別指導。
- (3) 普通學校的特別班級。
- (4) 特定日學校。
- (5) 以情緒障礙（失調）兒童為對象的寄宿學校及以無故曠課不良行為兒童為對象的寄宿制學校。有了種種不同的措施，可以施行個別的一連串計劃，若精神衛生的計劃沒有效

果的兒童，在普通學年裡接受其他特別指導，再不行就在特別班級接受指導，在特別班級也不適應者，一般學校即考慮更徹底的對策，當這些措施都不能適應時，便採取住院治療。

1. 學校的精神衛生責任

和成長中孩童天天接觸者為父母和教師，對於青少年的精神衛生指導責任，便自然地落在教師肩上。如此一來，學校便負有青少年精神衛生的主要機關責任，為使教師達成孩童們健全人格的發展，精神科醫師、心理學者，社會工作者等有必要組成Team-work。

研究兒童的行動，兒童的不安、慾望未遂等心理因素是設定教育計劃的基礎，應進行一系列有關學校教育計劃如何影響孩童的心理、情緒、如何增進適應感，如何解決慾望未遂等問題。有關班級的教育課及指導方法，應以適應個人能力為標準。

2. 包括了輔助活動的普通學年教育計劃

須輔導專門委員（心理學者，社會工作者，治療教師及診療專門人員）協助級任導師、兒童及父母。

心理學者乃從事兒童問題的診斷，以遊戲療法、支持性或說明性療法、面談、生活指導與治療方法加以協助。社會工作者之任務在獲取兒童在家行動的情報、分析父母及家人的態度進而推薦對待兒童的方法。治療教師則位於矯正立場，予兒童適時指導與鼓勵以達成成功經驗形成自我滿足感。另外，學校應與社區的精神衛生指導所聯繫，以提供教師與父母之協助。

3. 小學的特殊班級

由於有些兒童具有極度的破壞性，所以有設置特別班級的必要。如芝加哥六所小學設置了社會福利中心，收容老是曠課的十二歲少年，使他們從事於特別作業，一天裡規定時間返回學校，其特色為職員中聘請了心理學者，醫師、精神科醫師及現場適應教師等專家。

4. 特定日學校

是利用普通學校或特殊的建築物，在特定的日子開課，指導無故曠課，不良少年及重度不適應兒童，如芝加哥市的Montefiore校和Mosley校。

其教育計劃安排了學業，治療教育、作業課程、言語治療、精神醫學、社會工作活動等項目，設有精神健康診療室、社會工作者的家庭、社區訪問活動。

5. 社會不適應者為對象的寄宿學校

主要以不能適應特定寄日學校或班級的兒童、或從舉動上看起來會妨害其他兒童者或須二十四小時監視、管教的兒童為收容對象。如(1)拘留所內臨時學校——將惹出問題的孩子，尤其是家庭無法管教的不適應兒童送進拘留所，待審問及進行法庭訴訟前，予小組或個別指導，通常拘留時間為一週或六～八週。(2)不良少年為對象的寄宿學校——以收容不能立足於社會、無法過生活或不能上學校，不能上特別班級或特定日學校，較為重型的犯罪少年為對象。通常稱為州立訓練學校，受教育委員會管轄。收容在寄宿學校保護訓育後應以能復歸社會為目的，具有重建性質。

6. 情緒障礙兒童為對象的寄宿治療學校

始於第一次世界大戰後，現於精神醫院及兒童的特殊治療學校設有治療單位。其實施指導計劃以“環境治療法”為中心，並施以多方面的訓練方法，使全體職員參與綜合的治療計劃活動。

一般言，情緒與行為失調兒童通常在普通班級、特別班級或特定日學校接受指導，這些地方若不適合，則送進寄宿學校或醫院，儘可能在短期內矯治以回到家庭、社會，再回普通班級或特別班級。這一切不外將指導計劃調整為適合於情緒及行為失調的兒童，並設計班級的環境治療計劃，使兒童體驗成功的歡喜，培育進取的志向，其方法乃綜合了精神醫學、心理學、社會工作、治療教育方法、祈使教育內容能符合兒童之需求，提供確實的服務。

(二)我國的教育措施(郭為藩等編著，民164，P.161—164)

於輔導措施上可分社會、學校二方面來看：

1. 學校方面—(1)原班級內輔導：其限制為教師具有心理衛生知識及輔導技術，且教師本身對此工作有興趣與耐性。(2)設置特別班輔導——將問題學生集合編成一班，給予特別的輔導，其方式有：原校內附設特別班及校外設置特別班二種。台北市教育局曾舉辦過“勵志進修班”即屬此類。(3)成立心理輔導中心：此中心由具備專業的學校社工員、學校心理學者、診療心理學家、原班級任導師、及精神科醫師等共同組成輔導小組，以協同方式，進行個案研究，以探討原因給予適當的輔導。目前我國民中學各校已有指導活動中心的設立，高中亦極力推展，並於公私立大專院校設立心理衛生中心或心理輔導室。(4)設置特殊學校：以收容特殊兒童或學生施予適合其能力的機會，並賦治療與輔導功能。

台灣省教育廳曾在民國五十二年於彰化市白沙屯設置“進德實驗中學”收容全省各地被學校退學或校方認為難管教的行爲問題學生，後因執行不當被迫停辦，目前該校已改爲國立教育學院。

2. 社會方面—(1) 社區心理衛生中心：在使社區內的國民當其情緒困擾時，有請求矯治或輔導的地方。目前台灣計有北中南三區社區心理衛生中心；且各鄉鎮市區均有衛生所的設置，可利用成立心理衛生中心或心理輔導室，以增進國民心理健康。(2) 青少年輔導中心：由於大眾傳播的發達，使青少年對當前的道德規範，社會價值起疑，並造成心理困擾，因此社會上有必要成立青少年輔導機構，來協助青少年解決問題，如現今救國團成立的張老師電話與信箱、生命線、青友中心、勵友中心等。(3) 少年隊輔導班：由於社會變遷迅速，舊社會價值體系的瓦解，而新價值體系尚未建立，致使一些青少年無所適從。台北市警察局少年隊及台灣省市的少年隊爲輔導問題青少年，陸續成立輔導班，對於具不良行爲者在其未構成犯罪之前由該班施予短期輔導，俟其悔過後由家長領回，並回校就讀以完成學業或輔導其就業。(4) 少年輔育院：當個體行爲已觸犯法律，經判定後須施予感化教育時，得判送「少年輔育院」接受感化教育。目前我國共有三所，分佈北、中、南部的桃園、彰化、高雄等地。其教育目標是以德育爲主，智育爲輔，並授予謀生的職業技能。

有關情緒與行爲失調者的輔導方法，並沒有一種“正確”的方式，一般採用心理治療與行爲矯正，前者是著重個體內在心理的改變，後者則是重視外顯行爲的矯正，茲將幾種常用的方法敘述如下：（郭爲藩等編著，民64.P.164—170）

(一) 心理治療：乃運用心理學的原理與方法，以治療由心理因素所造成的情緒問題或心理疾病。

1. 催眠治療 (hypnosis)

指治療者利用暗示的技巧，使病患依其所言之意思去想或去做，而陷入催眠狀態，從患者所爲所說中以瞭解致病原因或錯誤觀念，後再除去致病或矯正錯誤觀念，使其恢復正常心理狀態。所以它具有診斷與治療二種功能。主要是當病患在催眠狀態中，其症狀由於受治療者的暗示而消失，並將在催眠狀態中被矯正的觀念，遷移至清醒狀態以收治療功效。

2. 心理分析治療 (Psychoanalysis)

為佛洛伊德 (S. Freud, 1885) 所主張，目的在幫助患者瞭解其不良適應因素所在，進而協助其解決困難，使重新適應所處的環境。施行時在診療室內，擺有一張舒適躺椅讓病患躺著，治療者坐在患者頭部的斜後方，手持紙筆，邊問邊記錄，讓患者自由聯想，並分析其內容，所以治療者應取得患者的信任。

3. 病人中心治療 (client-centered therapy)

為美心理學家羅吉斯 (C.R. Rogers, 1951) 所主張，認為病患有其自己適應環境的能力，因此治療過程主在案主本身，治療者只是立於協助立場，主要是以語言的交流為工具，採用諮商方式進行。

4. 存在主義分析治療 (Existentialism-analysis therapy)

為奧國維也納大學教授佛蘭克 (E.V. Frankl, 1956) 所主張，佛氏認為個體在生命中追求人生的意義是一股重要的力量，而不是一種驅力，當個人有其特殊追求的意義，他也會為其理想生存下去，反之，亦可為其理想而死，主要是以存在主義哲學為基礎，治療者與患者是站在同等地位上，擴大其視野，並共同思考其現存的問題，主要關鍵在協助案主站在人生觀的立場，以價值觀念來滿足其意志。

5. 行為治療 (Behavior therapy)

係以行為主義的學習理論為原理，以交替學習為基礎而發展出來的，其中心觀念認為一切行為徵候均由學習而來，所以只要予患者適當訓練即可消弭其不良適應，或在預先設計的情境中，學習一種新的正確反應去替代原有錯誤的反應，即可治療患者的徵候。

6. 遊戲治療 (play therapy)

乃利用遊戲的方法來分析兒童的心理問題，使兒童藉著遊戲的過程，將其內心的敵對、仇恨、攻擊等情緒發洩，於遊戲中允許兒童表現有限度的破壞性行為，才能將其壓抑的情緒發洩，使其問題行為消失。

7. 心理劇 (psychodrama)

為奧國精神科醫師莫雷諾 (J.L. Moreno, 1946) 所主張，即治療者預先予案主佈置一個舞台，令其扮演各種不同的角色，藉著劇情中所代表的角色，將其內心壓抑的情緒發洩，以減輕心理壓力，並助長其達到領悟的階段，而恢復其適應環境的能力。

(二) 行為矯正：利用正負增強，一方面改正不良行為，一方面建立良好行為之方法。

1. 懲罰：

它是種負增強的作用，其結果僅能使個體暫時抑制某種行爲而已，其效果雖小，但却具警惕作用，但在使用時應特加留意，以免造成反效果。

2.行爲訓練：

主要採用正增強作用，使個體行爲受其本身後果所控制，即一種行爲的產生，使個體帶來好的、愉快的結果，反覆行之，形成牢固行爲。

以上爲幾種常用的輔導方法，其在使用上非一成不變的，最主要應尋出真正問題原因所在，最後才對症下藥，且於輔導過程中應富彈性，視事實所須提供最有效的服務。

六、結論

特殊教育的發展已有很久的歷史，且於近幾年來有不斷擴大的趨勢，其教育對象已不再侷限於傳統的盲、聾、肢體殘障兒童，尤其更擴大到智能不足、身體病弱、資賦優異，語言障礙、學習缺陷、性格及行爲異常兒童。就教育範疇言，不僅重視智育教育，更重視社會適應能力的訓練，強調人格統整的教育，使避免因異常而造成偏態自我意識。

對於情緒及行爲失調的兒童於我國特殊教育法規中特殊教育推行辦法第二條已列爲特殊教育的施教對象。且在學校中已漸強調學童的心理衛生層面。情緒及行爲失調兒童的預防實爲特殊教育中最重要的一環，若能及時予以注意，可收事半功倍之效，否則將演變成更嚴重的困擾及偏差行爲。令人深覺惋惜，教師初步鑑定特殊兒童的工作中，情緒及行爲失調者並未被列入調查對象，往後希望能取得各界人士的重視，才能透過預防以提供最有效的服務，使我國特殊教育邁入一更新的境界。

參考書目

1. Kirk Gallagher : " Educating Exceptional Children " 1979 by Houghton Mifflin company.
2. 郭爲藩、陳榮華等編著 "特殊兒童心理與教育" 民64年，中國行爲科學社。
3. 山姆·柯爾克 (Samual A. Kirk) 原著，許信枝、陳英三等合譯 "特殊兒童教育概論" 民67年，台灣書店。

4. 王振德著“特殊教育中的資源教室方案”民67年，師大特教中心。
5. 郭為藩、吳武典等編著“特殊兒童的教育診所”民71年，正中書局。
6. 孫沛德著“特殊兒童教育研究論集”民72年，師範專科學校。
7. 郭為藩著“特殊教育”民59年，開山書店
8. 郭為藩著“教育發展與精神建設”民71年，文景出版社
9. 教育部社教編印“中華民國特殊教育概況”
10. James M. Kanffman, Clayton D. Lewis “Teaching children with Behavior Disorders” 1974 by Bell & Howell company
11. James A. McInglin Rena B. Lewis “Assessing special students” 1981 by Bell & Howell company.
12. 龍冠海編“社會研究法”民57年，廣文書局