

情緒障礙的認識與輔導（摘要） 楊坤堂

依據第二次全國特殊兒童普查的統計資料(教育部,民 81),性格及行為異常(今稱之為嚴重情緒障礙)學生的出現率占學齡學生的 0.199%,占身心障礙學生 9.38%,而其教育安置主要以普通班為主,占 95.53%。台北市八十九學年度國小特殊教育學生新生入學鑑定,嚴重情緒障礙學生的鑑定人數為 527 人,安置人數為 442 人(含疑似情障學生)占全體鑑定的身心障礙特殊教育學生的 24.36%。僅次於學習障礙,高居第二位。根據筆者在台北市立師範學院特殊教育中心特殊教育諮詢專線以及台北市教師研習中心教師諮詢專線的個案輔導資料,嚴重情緒障礙的個案占 65.22% (其中含 39.13% 的注意力不足過動異常),請求個案輔導者主要的是情緒障礙學生的家長(占 47.83%)和級任導師(占 30.43%),而諮詢內容主要是診療問題(占 30.43%),情緒與行為問題輔導(占 30.43%),教育安置(占 8.69%),和超越親師溝通的障礙(占 4.36%)等。從筆者的個案輔導臨床經驗似可推論情緒障礙與行為異常學生的家長和級任導師亟需有關情緒障礙學生醫學系統的診斷與醫療,以及教育系統的鑑定、安置、輔導與教學的專業資訊(楊坤堂,民 89)。

壹、情緒障礙的基本概念

一、情緒障礙的術語與定義

行為問題即困惑的、反社會的、不良適應的或破壞性的行為(Chaplin,1968)。當學生的行為表現對自身的人格或教育發展有害,以及(或是)對其同儕團體的人格或教育發展不利時,則其行為屬於問題行為(Reinert,1974)。近數十年來,學者專家從各種觀點界說行為問題,諸如:

- 1、精神病學:(原始行為異常,心身性失常,精神病)(Waston,1959),
- 2、心理動力學:(焦慮行為、敵意行為)(Moustakas,1953,1955),
- 3、心理—社會,心理—教育學:(社會缺陷者、神經衝突者、精神病者)(Morse,1967),
- 4、神經學:(腦傷害行為症候、過動與衝動行為異常、史特勞斯症候)(Strauss Syndrome、以及後腦炎行為症候)(Clements & Peter,1962),
- 5、法律學:(犯罪少年)(Kvaraceus & Miller,1959),
- 6、生態學:(Rhodes,1967)以及
- 7、行為—教育學:(不適當行為違常)(Dupont,1969)等。

國內外常用的情緒障礙術語計有情緒障礙、情緒殘障、情緒不良適應、教育障礙、情緒衝突(Emotional Conflict)、特殊兒童(Exceptional children)(Schultz, Hirshoren, Manton,& Henderson, 1975)、情緒異常(Emotional Disorder)、以及情緒退縮(Emotionally Withdrawal)等,而其中最常用的名詞是情緒障礙或情緒殘障(Schultz, 1971)。

情緒障礙或情緒殘障兒童(children with Emotional Disturbance or Emotionally Handicapped)的界說,美國教育與學術界普遍採用 Bower 的定義(Taylor, 1984 ;Epstein & Cullinan, 1998),美國障礙兒童教育法案(1975)(Public Law 94-142, Education For All Handicapped Children Act)以

及障礙者教育法案(the Individuals with Disabilities Education Act, PL 101-476, 1990)即使用 Bower 的觀點。Bower 認為情緒障礙兒童表現一種或數種下列的行為特徵,而且其行為的程度明顯,時間持久,並妨害兒童的學習活動:

- 1、學習無能(Inability to Learn):這種學習無能的現象無法以智力、感官或健康因素解釋,或以『文化不利』因素來說明。
- 2、人際關係問題:沒有能力與同儕團體、教師或成人建立並維持良好的人際(社會)關係。例如,情緒障礙兒童很難遵守規定,也很難跟權威者(例如老師)相處。
- 3、不適當行為(分裂行為,攻擊行為):在正常的環境下表現不適當的行為或感受,而且其興趣與行為發展較同儕團體不成熟。
- 4、情緒不快或抑鬱:沒有能力表現自信的行為,或沒有辦法克服悲傷的心情。
- 5、生理症候群或畏懼:具有因個人問題或學校問題而發展成生理症狀,痛苦或害怕的傾向。

我國情緒障礙的法定術語原先使用性格與行為異常(教育部,民 73),後來易名為嚴重情緒障礙(教育部,民 86)。性格與行為異常係指兒童由於生理、心理或環境因素之影響,導致其生活內容、思考方式或行為表現僵滯或偏差,而在生活中表現出顯著易於生活常規或年齡發展常態之行為,並妨礙到自己或他人之學習、情緒或人際關係者(教育部,民 80)。我國身心障礙及資賦優異學生鑑定原則鑑定基準(教育部,民 87)第三條第二項第七款所稱嚴重情緒障礙指長期情緒或行為反應顯著異常,嚴重影響生活適應者;其障礙並非因智能、感官或健康等因素直接造成之結果。情緒障礙之症狀包括精神性疾患、情感性疾患、畏懼性疾患、焦慮性疾患、注意力缺陷過動症、或有其他持續性之情緒或行為問題者。

二、情緒障礙的類型與特徵

現代心理學主張行為包含內在活動與外表活動,亦即行為涵蓋外顯行為與內隱行為,但這兩種行為並非針鋒相對、彼此抵制,而是交互影響,相輔相成的。一般而言,行為問題可大致分為非社會行為以及反社會行為。

Reinert(1976)認為情緒障礙學生包括精神分裂症或自閉症(Schizophrenic or Autistic)學生, Kauffman (1977,1997)則主張情緒障礙學生與下列四種行為類型有關:

- 1、過動、分心與衝動行為。
- 2、攻擊行為(攻擊別人與自我傷害行為)。
- 3、退縮、不成熟與不適當行為。
- 4、道德發展不足行為(例如少年犯罪)。

依據我國全國第二次特殊兒童普查手冊的規定(教育部,民 81),性格與行為異常兒童計有下列六種類型與特徵:

- 1、人際關係問題:無法與同儕或教師建立或維持良好的人際關係。如:經常與同學吵架、

發生口角、攻擊老師、濫發脾氣、不與同學往來、任意指責或批評同學等。

2、行為規範問題:通稱為違規犯過行為或反社會行為,即在正常的環境下,出現不適當的行為或情緒反應。如:經常無故遲到、缺席、逃學、說謊、偷竊、易怒、出現破壞行為、考試作弊、不守規定或傷害別人等。

3、憂鬱情緒問題:通稱情緒困擾問題或不能合群,即經常有不快樂或沮喪的情緒。如:經常對活動不感興趣、傷害自己、愁眉苦臉、不高興、悲觀、對自己的事漠不關心、情緒低潮或畏縮等。

4、焦慮情緒問題:通稱精神官能症,即因過度焦慮導致明顯的身體不適應症狀、恐懼反映或強迫性行為。如:經常緊張、亂動、易因焦慮引起身理反映(嘔吐、頭昏)、常因其他事件而坐立不安,影響其教室內的活動、不斷重複同一動作(如洗手、梳頭、拉衣服)、情緒激動、動作過度誇張,戲劇性化或恐懼反映(如懼黑、懼水、懼動物、懼人多處)等。

5、偏畸習癖:或稱之不良習慣,多與性格發展有關。如:經常吸允拇指、咬指甲、做異性打扮、沉迷色情刊物或影片、吸食強力膠、藥物濫用、嗜異味物品、煙癮或過分偏食等。

前文指出,我國身心障礙及資賦優異學生鑑定原則鑑定基準(教育部,民 87),規定情緒障礙症狀包括精神性疾患、情感性疾患、畏懼性疾患、焦慮性疾患、注意力缺陷過動症、或有其他持續性之情緒或行為問題。

三、情緒障礙的成因

個體的行為是(1)、遺傳—體質因素,(2)、當前的生理狀況,(3)、當前的環境情況,(4)、過去的學習(Ross,1974)以及(5)、個體當前的心理狀態等因素互動的結果。

Reinert(1974)認為學生行為問題或偏差行為的因素是(1)、個體生理構造與功能發生問題,(2)、個體心理問題與衝突,(3)、個體與環境互動過程中環境給予個體不適當的回饋,(4)、個體生理疾病,(5)、個體的犯法行為以及(6)不當教育等因素的結果。

情緒障礙的成因可大略區分為:(1)、個體外在因素—不利的環境力量,(2)、個體內在因素—機體損傷(organic pathology)或個體的生理功能失常(physiological malfunctions),(3)、個體心理因素—個體的功能問題,心理障礙,乃是個體內在因素與外在因素的相互影響與作用的結果(Newcomer,1980)。

(一)、生物物理理論的成因

生物物理模式(The biophysical model)主張情緒障礙是個體的精神(或心智)疾病(mental disease),屬於器質性功能失常(Organic malfunctions)或生理障礙(physical disorders)。其病因乃是生理構造與功能問題、腦部病變、生物物理缺陷、基因遺傳失常、神經功能失常、生物化學異常、氣質(temperament)或發展障礙。生物模式論者的極端主張者認為生理功能失常與行為異常之間有直接的因果關係,溫和派則主張生物基因成因—環

境觸媒—行為異常(biogenetic cause—environmental catalyst—behavioral disorder paradigm)。

(二)、心理動力理論的成因

心理分析模式主張個體內在的精神損傷或心理歷程(Psychological processes)功能失常乃是情緒障礙的成因，引起心智疾病(mental illness)，稱之為功能障礙(functional disabilities)。倡議人類的病態行為源於個體心靈(mind)或精神功能的問題，是潛意識衝突的症候群。心理分析觀學者認為行為異常源自錯誤的心理社會發展(Psychosocial development)。個體在各發展時期由於壓力經驗使得重要的人格特質無法正確發展，而無法有效控制其本能、原始驅力(Primitive drives)與慾望，導致個體的人格特質(成份)的失衡與人格結構的不正常，進而產生行為異常。因此，像超我不足(deficient superego)的偏差行為，乃是人格不健全發展的產物。

(三)、行為理論的成因

行為模式主張情緒障礙學生不是內在固有的病理生物，而是不適當學習的受害者，或是不適當學習的結果。易言之，行為問題的成因並非個體內在的特定因素(疾病或損傷)，而是個體與環境互動的功能問題。後設認知(meta cognition)或後設歷程(meta processes)能力欠缺(Meichenbaum, 1980)，自我思考與內省能力不足，口語中介能力不佳亦是個體學業與行為問題的根源。

(四)、情緒障礙學生社會理論的成因

社會論重視影響行為的社會力量，而非個體及其個人特徵。個體的社會環境包含諸多影響其行為的重要成因(諸如不適當的父母的示範與教養、多重標準等)。情緒障礙不是學生內在的病理因素，而是偏離既有常模的行為。社會壓力逼使個體順從其偏差行為的社會角色。心智疾病可以解讀為一種順從行為(conforming behavior)，在次文化中是順從行為，但在主流文化的社會價值中則是偏差行為。錯誤或缺失的溝通以及不適當的角色扮演導致偏差行為。心智疾病乃是個體無能(inability)扮演角色，以獲致成功的社會互動的直接結果。失敗或錯誤的角色扮演使得個體無法有效的溝通，而形成社會孤立或隔離。當社會常模與個人需求相互衝突時，其必然的結果就是偏差行為的發生。

(五)、情緒障礙生態理論的成因

生態理論主張偏差(或障礙)行為的成因是多元成因，不單在個體的個人因素，更在個體與其環境之間的互動與相互調適的問題；當個體與其生態體系(ecosystems)的社會要素之間彼此失去和諧、均衡與配對，則個體即被標籤為偏差行為者或社會不勝任者。

(六)、情緒障礙制衡理論的成因

Glasser 強調個人責任是心理健康的要件，認為偏差行為是表示個體的基

本需求(包括愛與被愛、自我價值感)未能獲得滿足，偏差行為的嚴重程度決定於個體需求的滿足程度。偏差行為的形成乃是個體以否認其生活世界的現實來達成其需求。Shapiro 主張學生的學業失敗乃是由於學校的教育欠佳，而不是學生的能力不足。

(七)、情緒障礙現象理論的成因

現象模式主張整體環境對行為和人格的塑造與影響，認為學生的粗暴或分裂行為乃是學生正處在衝突情況的一種外顯行為特徵，自我了解可撤除妨害情緒健全發展的防衛障礙。心理疾患不是遺傳性疾病，而是源自自我(self)受到傷害，自我實現(self-actualization)的社會限制傷害個體自我。

(八)、情緒障礙存在理論的成因

情緒障礙乃是個體追求自我實現的驅力受到傷害的結果，而不是個體的內在固有因素或習得的缺陷(deficits)所造成的。存在模式認為社會文化，特別是規範人類精神生活與健全情緒的傳統信念在不斷的演變，當個體不能理解與順應文化的更易時，個體可能變成情緒跛足(emotional cripple)，而過著無意義的或憂慮的生活。情緒障礙乃是由於個體無法過著自我實現的生活。情緒障礙或心智疾患可能只是個體社會疏離的適當方式。個體不再試圖處理社會要求的衝突、社會不合理的制裁以及困惑的生活情境。明確地說，精神疾病不是非理性行為或疾病的徵狀，而是對生活的荒謬的有意義的回應。個體的情緒障礙乃是社會問題，並非遺傳性障礙，也不是心智病患的癥狀。

(九)、情緒障礙文化理論的成因

文化理論反對「個體的功能失常是偏差行為的成因」的論點，而主張偏差行為者乃是破壞文化價值觀或行為表現異於文化信念者。

貳、情緒障礙學生的診斷

一、情緒障礙學生的鑑定基準

定義與特徵引導診斷(含評量與鑑定),我國情緒障礙的定義與鑑定基準,依據身心障礙及資賦優異學生鑑定標準(教育部,民91),可列表如下:

情緒障礙學生的鑑定基準

情緒障礙的定義	情緒障礙的鑑定基準
1、長期情緒或行為反應顯著異常者。	1、行為或情緒顯著異於其同年齡或社會文化之常態者,得參考精神科醫師之診斷認定之。

2、嚴重影響生活適應者。	2、除學校外,至少在其他一個情境中顯現適應困難者。
	3、在學業、社會、人際、生活等適應有顯著困難。
	4、經評估後,確定一般教育所提供之輔導無顯著成效者。

二、情緒障礙的醫學診斷

身心障礙及資賦優異學生鑑定原則鑑定基準的嚴重情緒障礙的鑑定基準是：『行為或情緒顯著易於其同年齡或社會文化之常態者,得參考精神科醫師之診斷認定之。』嚴重情緒障礙的症狀包括精神性疾患、情感性疾患、畏懼性疾患、焦慮性疾患、注意力缺陷過動症、或有其他持續性之情緒或行為問題者(教育部,民 87)。其中精神性疾患、情感性疾患、畏懼性疾患和注意力缺陷均需要精神科醫師的診斷;而注意力缺陷過動症除了需要精神科醫師的診斷外,必要時也需要神經科醫師的診斷。此外,其他持續性的情緒或行為問題,諸如人格異常(personality disorder)、廣泛性發展異常(pervasive developmental disorder)、適應異常(adjustment disorder)、品行異常(conduct disorder)和對立性反抗行為異常(oppositional defiant disorder)等亦需要精神科醫師的診斷。台北市國民小學嚴重情緒障礙兒童鑑定流程包括醫學評估(台北市政府教育局特殊教育科,民 90)。因此,精神醫學診斷乃是嚴重情緒障礙學生鑑定與安置過程中的要件、重要步驟與工作(楊坤堂,民 89)。

精神疾病的主要診斷流程有三大步驟:1、疾病診斷(確定患者的疾病類型),2、精神病理評估以及3、疾病治療。(胡海國,民 88)。

精神疾病診斷的主要方法有三:1、晤談,2、心理測驗,與3、生理檢驗(Miller & Brodie,1981):

1、晤談:晤談乃是診斷精神疾患的最重要的方法之一,可以建立精神患者的個案史資料,分析其精神疾患的因素,評鑑病人的心智能力、思想狀態、社會判斷、記憶力以及其他的相關因素(Miller & Brodie,1981)。經由診斷會談,醫師能取得診斷資料,確定精神症狀的類別與性質(胡海國,民 88)。

2、心理測驗:精神科醫師以心理測驗鑑定精神病患的抽象思考能力、接受心理治療的需要性,以及心智損傷(mental impairment)程度等。

(1)、投射測驗(projective test):可深入了解精神病患的人格結構及其情緒障礙的性質與程度。

(2)、檢核表、鑑定量表或問卷:可用來評鑑精神病患的態度、想法、恐懼和憂慮等(Miller & Brodie,1981)。

3、生理檢驗:個案在身心狀態檢查過程中,醫師若質疑或發現個案的問題和生理障礙因素或

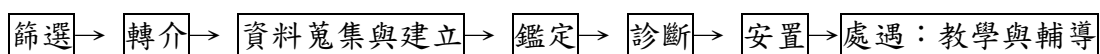
身體疾病有關,則需要安排血液檢驗、生化檢查、腦波檢查、腦部電腦斷層掃描等(翁菁菁、高淑芬、宋維村和邱彥南,民 88)。Miller 和 Brodie (1981)建議生物醫學測驗(Biomedical Tests)和神經鑑驗:

(1)、生物醫學測驗(Biomedical Tests):精神科醫師以生物醫學測驗鑑定精神病患精神困擾或心智障礙的生理成因,諸如藥物中毒和新陳代謝失常等。

(2)、神經鑑驗:精神科醫師應熟悉有關肌肉、神經和腦功能的各項神經測驗,例如,腦波圖檢驗係用來評量病人的腦波,藉以診斷其痴呆、中風和腦瘤等病狀。

三、情緒障礙學生鑑定、診斷與輔導流程及其方法舉例

情緒障礙學生鑑定、安置與輔導流程如下:



茲以注意力不足過動異常學生為例說明如下:

1、鑑定:教師依據在篩選階段所發現有關學生注意力不足過動異常的問題性質及其年齡,而決定對學生施行適當的測驗與評量,例如,教師若認為學生有注意力不足的問題,可考慮為學生實施國民小學專注力評量(鄒小蘭、李惠蘭,民 87)或多向度注意力測驗(宋淑惠,民 81)等;學生如有注意力不足過動異常的現象,則可考慮對學生施行學生問題行為評量(洪儷瑜,民 87)等;而醫療機構可能以兒童活動量表(國立成功大學醫院,民)或 DSM-IV 注意力不足過動異常量表進行鑑定(American Psychiatric Association, 1994)。

2、診斷:前文指出,診斷乃是針對個案的資料提出問題與假設,推論問題,驗證假設以及做決策(包括探究個案的現況,分析成因,鑑定類型與性質,和設計安置與處遇措施)的過程。由於上述注意力不足過動異常的鑑定工具均無法用來分析成因,只能用以鑑定類型與特徵(或稱症候群);而且注意力不足過動異常的療育目前偏重症狀導向治療法,而非成因導向治療法;此外,注意力不足過動異常的成因分析需要神經科的檢驗,因此,教師在診斷階段的工作是探究學生注意力不足過動異常的行為特徵,鑑定類型與性質,和設計安置與處遇措施。筆者建議教師採用注意力不足過動異常學生教育診療設計表(楊坤堂,民 85),實施班級中注意力不足過動異常學生初步的教育診斷與處遇設計。

3、設計個別化教育計畫:請參閱本書第 章個別化教育計畫。

4、教學與輔導:筆者建議教師採用注意力不足過動異常學生多元處遇法(楊坤堂,民 85),對班級中注意力不足過動異常學生實施輔導與教學。請參閱注意力不足過動異常:診斷與處遇(楊坤堂,民 88,五南)以及情緒障礙與行異常第八章:注意力不足過動異常學生的輔導(楊坤堂,民 89,五南)。

5、個案研究報告:請參閱本章第四節。

參、情緒障礙學生的教育

一、情緒障礙主要學派的處遇措施

情緒障礙的理論大體上有三大理論體系：(一)、生物觀(biological perspective)，(二)、生態觀，和(三)、社會觀。惟諸多情緒障礙與行為異常學域的學者專家分別提出較詳細的理論分類，根據有關情緒障礙與行為異常理論的文獻研究發現，情緒障礙與行為異常理論可歸納成下列拾種類型：(壹)生物物理理論、(貳)心理動力理論、(叁)行為理論、(肆)社會理論、(伍)生態理論、(陸)心理教育理論、(柒)人文(現象)理論、(捌)存在理論以及(玖)文化理論與(拾)制衡理論等(Reinert, 1976; Newcomer, 1980; Paul 與 Epanchin, 1982; Coleman, 1986; Rosenberg, Wilson, Maheady 與 Sindelar, 1992; Hallahan 與 Kauffman, 1997)。

(一)、生物物理理論的處遇

生物觀主張必先鑑定個體行為症狀的成因，方能設計有效的處遇措施。其診斷與處遇的重心在生理的醫學診斷，諸如生物化學作用、神經系統功能、知覺發展、認知功能、情感狀態等醫學檢驗。基因、神經系統、生物化學作用與發展因素的研究是認識情緒障礙病因的唯一方法。生物觀的情緒障礙處遇方式主要在(1)、實施藥物治療或化學療法，藉以影響個體的中樞神經系統的功能。(2)、知覺、記憶、感覺動作技巧等治療與訓練，藉以療育其情緒障礙學生係屬於輕度腦傷、神經功能失常、知覺殘障、動作損傷或心理語言殘障(Psycholinguistically handicapped)學生。(3)、對個體實施再教育，使個體能適應自身的障礙。教師的角色和功能是協助情緒障礙學生適應其障礙情況。

(二)、心理動力理論的處遇

情緒障礙的處理機構與人員是醫院和醫療人員，情緒障礙的處遇策略中心在兒童本身及其家庭，而不在於學校環境。學校本位處遇措施只在評鑑兒童的家庭問題與實施親職教育，必先鑑定成因方能實施有效的處遇，唯有透過內在功能與精神事件才能了解人類的行為。治療家透過人格問題的診療，以解決個體的行為問題。學生的行為是其內在衝突的反映，個體必需解決衝突，才能獲得心理健康與精神平衡(psychic equilibrium)。處遇措施在協助個體對先前的潛意識衝突產生領悟，進而改變自己。教師要避免對情緒障礙兒童的行為施壓，而要提供無壓力的環境：教師創造情緒安全感的教室氣氛，鼓勵學生在教室表達情緒，並能敏銳感受與反應學生的問題與危機。個體以防衛機轉處理其潛意識的情緒問題，惟有經由自由聯想法(free association)等心理治療技術(psychotherapeutic techniques)方能獲致精神(如隱藏的感受或焦慮)解脫與癥狀的消除。

(三)、行為理論的處遇

行為模式強調行為可經由學習而改變或養成，因此，主張經由環境操控法(environmental manipulation)、行為改變技術(behavior modification)、操作制約(operant conditioning)和示範法(modeling)等技術來塑造、變易和維持個體的行為。處遇措施必須考慮不良適應行為的環境因素。重點不在個體的先前經驗，而在個體行為與其行為後果之間的特定連結。傳統的行為理論強調精準的行為定義，正確的評量行為，小心的(維持或改變行為的)變項控制，以及建立行為的因果關係。主張行為問題的療育措施應重新安排行為的前因事件(antecedent events)與行為的後果(consequences)，藉以教導學生習得適應行為。認知—行為改變技術(cognitive-behavioral modification)在教導學生使用後設認知歷程(自我控制、問題解決與類化)的技巧和能力。強化後設認知歷程能力不足學生的外顯自我規範機制(Covert self-regulatory mechanisms)，能增進學生解決其學業學習與社會適應問題的能力。認知行為改變技術重視語言在控制行為中的角色，學生以語言控制(Verbal control)或口語中介(Verbal mediation)(內在歷程)養成行為。認知行為療法最常使用自我控制與問題解決法等自我教導法(self-instruction)。自我教導法訓練衝動型學生，經由聯合使用預先演練、提示與回饋等技巧來控制自己的行為。

(四)、情緒障礙學生社會理論的處遇

在鑑定不適當行為與教兒童親社會行為時，必先考慮持續變動的社會處境。要了解情緒障礙必須要調查研究產生情緒障礙的社會因素。換言之，要研究個體的行為，必先研究其社會環境(social milieu)，方能獲致有意義的結果(Newcomer,1980)。問題行為是互動的，因此不能單獨研究。有效的處遇必須結合社會環境各有關層面。社會理論模式並未提出行為問題的具體處遇措施，不過，影響行為異常學生的教育服務方式：

- (1)、標籤作用容易產生過敏反應(例如烙印)，而傷害到學生；主張人性化的鑑定與安置，建議基於特殊學生的特定的教育需求，而非根據傳統的特殊學生分類來進行特殊學生的鑑定與安置工作。
- (2)、強調個別差異，而不是個體的偏差行為，大量減少特殊學生特殊班安置的烙印作用。
- (3)、強調回歸主流的特殊教育，主張在主流的教育環境中提供滿足其特定教育需求的教育服務。
- (4)、促進教育界進一步的覺知，偏差(deviance)和障礙(disability)的多元概念，未能表現正常行為的兒童不再被「自動地」看待成「身心損傷者」。
- (5)、強調社會環境是協助學生學習與發展的重要變項。

(五)、情緒障礙生態理論的處遇

生態觀建議實施社區本位處遇(community-based intervention)以及編序技術(Programmatic techniques)與程序來改善行為異常學生的特殊教育服務，諸如改善學生的家庭環境，親職教育和支持性團體等。生態觀主張教師乃

學校本位諮詢者(School-based consultant)，教師在輔導行為異常學生時，除了直接改變學生的問題行為外，也要改變造成學生問題行為的環境因素(例如，學生同儕對行為異常學生的態度與反應)。特殊教育教師亦經由和家長、社區、一般教師的協力合作，而提供行為異常學生有關的資訊與輔導。特殊教育教師也同時從社會工作師和社區服務工作者獲取有益於行為異常學生有效處遇的相關資訊與建議。

(六)、情緒障礙制衡理論的處遇

制衡理論未能提出完整的理論架構與內涵，而且對衝突中的兒童(children in conflict)亦無一致的處遇措施。有些制衡理論學者甚至認為根本無所謂的情緒障礙或行為異常兒童的存在。惟制衡理論對情緒障礙與行為異常學生的教育策略與方向仍有所貢獻，諸如：

1、自由導向住宿機構法(freedom oriented residential approach) (Neill, 1921,1960)，其代表性的教育理論與實務乃是 Summerhill school，夏山學校是一種自由學校(free school)，夏山學校強調教育學生成為健康的人，兒童是善良的，智育與情緒教育並重，以及教育必須導向個別兒童的能力(capacities)等。

2、人性—行為法(humanistic- behavioral approach) (Glasser, 1965)：

Glasser 是動力導向治療家，反對標籤理論，主張現實導向論，認為傳統治療法無法解決當事人的問題，而倡導現實治療法(Reality Therapy)。現實治療法關心學生的行為與態度，不採用行為改變技術，也不使用心理闡釋法，而專注於個體的精神表面、當前的行為以及現實環境。Glasser 建議教師：(1)、教導學生成為一個積極負責的人。(2)、教師善盡預防治療(preventive therapy)的角色。(3)、教師要跟醫師和家長共同參與三步驟的治療措施：①引導學生參與治療過程。②療育人員必須拒絕學生的不適當行為。③療育人員必須教導學生以適當的行為達成其需求。

3、人文關懷和社區參與的教育(Shapiro, 1966)：Shapiro 主張，教師要對學生表達真誠與溫暖，使學生覺得受到關懷，而充滿希望；要樂意為學生爭取福利；要鼓勵家長參與，並發展良好的親師互信；要樂意，也要有能力與學生、家長和社區共同參與；要以了解、成熟、堅強信念和堅忍務實來協助學生(Hentoff,1966)；不但要積極地參與教—學歷程，也要在校外和學生密切地互動。

(七)、情緒障礙現象理論的處遇

1、以非指導的心理治療法引導當事人尋求真實的自我。

2、增進自我概念與增加自我覺知(self- awareness)。

3、建立溫暖、接納、非威脅恐嚇的環境，藉以協助學生自我覺知與自我發展。

4、教師可以提供學生接納的氣氛和成功的經驗，以協助學生改善其行為。

5、教師要提供學生各種機會的開放教室，以促成學生的有效學習。

6、教師不要拒絕或放棄學生，而要提供必要的輔導。教師在輔導學生的過程中，減少對學生的行為做負面的價值批判，不要把社會的價值觀加諸在學生的身上，應該鼓勵和支持學生自己去做結論與做決定。

(八)、情緒障礙存在理論的處遇

存在模式以價值澄清法(Value clarification)來處理個體的情緒障礙，存在模式論引用諸多心理治療法的技術，其常使用的策略是會心團體(encounter groups)療法。處遇的重心應該是經由社會重組(Social reorganization)來解決其問題。社會重組可經由打破社會虛偽的社交遊戲與虛假的社會互動而實現。強調真誠溝通才是獲致真正的自我了解與認識他人的方法。存在模式建議學校提供學生多元社區經驗的學習機會，裨益學生進行其獨特的學習活動，學校不侷限於特定的建築物，整個社區都應該是學校的一部份。教師必需根據學生的能力與需求層面對學生實施個別化教學活動。學校課程必須包含情意教育。

(九)、情緒障礙文化理論(模式)的處遇

親文化處遇法乃用來輔導學生融入既有的主流文化，也是情緒障礙學生的主流處遇法。親文化處遇法經由治療、補救、矯正、再教育或社會化等方法來改變情緒障礙學生的知覺、思想和行為，使符合主流文化。

1、親文化處遇法的主要策略乃是現實溝通(reality communication)與建立治療環境(therapeutic environments)，以主流社會為依歸。

2、療育人員使用治療式環境的策略、指導學派或非指導學派的諮商或心理治療法，像生活空間晤談法(life space interviewing)、角色扮演、道德兩難法、藝術治療或其他策略，協助情緒障礙學生面對和正視其錯誤、荒謬、變形、殘缺或異樣的現實觀；並協助學生建立新的、正確的現實知覺，而終能內化為自己的態度與觀念。

3、情緒障礙學生的處遇措施可能是行為改變技術、環境療法、個別諮商或藥物治療(由醫療人員實施藥物治療或電擊療法)，但都需要師生雙方的合作與努力，方能產生效用。教師等療育人員是情緒障礙學生的救助者。

4、學校體系必須設置特殊班、資源教室和暫時隔離亭。

5、傳統學校的革新，諸如開放學校(open schools)，在遵循主流文化的原則下，強調人性價值、人際與自我知能訓練、創造能力與個人化的教育。

反文化處遇法的主要觀點乃是有問題的不是學生，而是文化，因此，反文化處遇法不在改變個體以適應主流文化，而在調整文化以適合個體。反文化處遇法屬於生態模式，輔導人員和學生、教師、家長和學校行政人員相互合作，以解決學生的情緒障礙等問題。在個案療育過程中，療育人員扮演「改變代理人」的角色，實施間接療育，試圖營

造與提供全體學生良好的環境條件。反文化處遇法經由改變環境的有關層面，諸如學校的課程、課程表、行事曆、教師對學生的看法、家長教養子女的態度與方式，以及學校行政人員(含校長)的教育知能等，藉以解決各種問題情境。反文化處遇法學者認為這種情緒障礙學生問題間接處遇法的功效超過直接處遇的益處。

(十)、情緒障礙心理教育理論的處遇

心理教育模式主要在探究個體非意識的動機(unconscious motivations)、不明顯的衝突以及現實要求。教師必需了解學生的非意識動機方能有效地處理學生的學業與行為問題。然而，教師不必像心理治療家一樣的專注於學生非意識動機問題的解決，而是協助學生透過反映(reflection)習得自我控制的能力。其常使用的方法是生活空間晤談法(life space interviews,LSI)：生活空間晤談法系 Fritz Redl 於 1959 年倡導的，屬於現實導向(reality-oriented)，此地此時晤談法(here-and-now interview)，乃結合諮商與行為管理法的技術而成。Redl 建議一般教師在普通班應用生活空間晤談法的生活事件臨床探索(the clinical exploitation of life events)和情緒急救(emotional first aid) (Paul 和 Epanchin,1982)，輔導情緒障礙或行為異常學生。

1、情緒急救：

情緒急救係指教師在兒童遭遇挫敗或情緒困擾時，提供學生必須的引導、組織和控制，使學生免於情緒障礙或行為異常。

2、生活事件臨床探索：

生活事件臨床探索係指教師利用學生在學校發生情緒或行為問題的情境(此時與此地的事件)，協助學生領悟(insight)其問題，並習得處理問題的新方法。生活空間晤談法的實施原則與做法：

(1)、教師通常在私下與學生單獨進行生活空間晤談法，協助學生知覺其特定(情緒或行為)問題的原因，以及了解群我關係，諸如團體對其行為的影響等，並協助學生承擔解決問題的責任。

(2)、實施生活空間晤談法時，教師不應該強制個案的情境，不宜立即對學生進行面質技術；教師最好容許學生足夠的時間在教師的協助下，自己去解決問題。

(3)、教師儘可能協助學生學習如何認識自己的感受與行為，而不是強制學生去領悟。

(4)、生活空間晤談法的步驟和技巧，基本上和臨床諮商的一樣，只是生活空間晤談機動地處理個案的現實，即此時此地的特定的教室事件，不像一般諮商在處理個體的人格問題。但兩者均在協助個案解決其衝突與問題。

肆、情緒障礙學生的輔導策略

情緒障礙與學生的原級障礙乃是其分裂行為、對立反抗行為、品性異常行為、攻擊、退縮、防衛、自我傷害、暴力、暴怒等行為與情緒問題，而其次級障礙則是學習問題或學習低成就，因此，學校對情緒障礙與行為異常學生的行為與情緒問題的輔導服務可能多於其學業問題的補救教學；換言之，情緒障礙與學生的生活輔導往往重於其學習輔導。有關情緒障礙與行為異常學生的各種處遇措施可歸納為：1、情緒障礙的主要處遇模式，以及2、情緒障礙問題類型的輔導或教學策略：

一、情緒障礙的主要處遇模式

情緒障礙與行為異常的處遇策略計有醫學療法(medical approach)、社會療法、教育療法、行為療法(Zarkowska & Clements,1992)、心理療法與聯合(或多元)療法等六種主要模式(Model)。

(一)、醫學療法

醫學療法包括藥物治療、維他命療法(Hewett 與 Forness,1984)，生物療法(Clarizio 與 McCoy,1983)與精神醫學療法等。醫學療法的重點在使用化學藥物治療，以減輕焦慮或鎮靜心情。

(二)、社會療法

社會療法計有再教育療法(Project Re-Ed)(Reinert,1976)、同儕管理法、班級經營(McIntyre,1989)，親職教育(Hallahan 與 Kauffman, 1997)、生態籌略(環境修正法)和示範法(Kirk, Gallagher 和 Anastasiow,1997)。社會療法強調高品質正常生活環境的重要性。

(三)、教育療法

教育療法涵蓋制衡理論(Encounter Theory) (Nell,1965；Glasser,1965，Shapiro,1966)，策略訓練(認知策略訓練、社交技巧訓練、情緒管理訓練)(Kirk, Gallagher 和 Anastasiow,1997)，課程設計(情意課程、自我控制課程、社交技巧課程)(Coleman,1986)。教育療法強調增進個體技巧的重要性。

(四)、行為療法

行為療法(或行為管理法)包含操作制約法、後效作用管理法、行為示範法(Reinert, 1976)，行為改變技術、認知—行為改變技術等(Hewett 與 Forness,1984；Coleman,1986；Wielkiewicz,1986)。行為療法重視學習的功能，亦強調環境因素能維持問題行為，特別是行為的前因(antecedents)和後果(consequences)後效增強和後效懲罰(contingent neinforcement and contingent punishment)。

(五)、心理療法

心理療法的主要處遇措施乃是環境治療法(Milieu therapy)、危機處理法、生活空間晤談法、支持性媒介治療法(遊戲、藝術、音樂和職業治療)(Reinert,1976)，團體治療法、理性—認知療法(理—情治療法、現實治療法)(Newcomer, 1980)，親子治療法(filial therapy) (Clarizio

與 McCoy,1983)，人際溝通(或交感分析)(TA)療法(McIntyre, 1989)，以及有關的諮商與心理治療法。

(六)、聯合(或多元)療法

主張生物因素和環境因素的互動才是情緒障礙的成因，而採取自然—教養(或遺傳—環境)互動論點(Nature-Nurture Interaction Explanations) (Cantwell, Baker, & Rutter,1978；Morgan,1986)，聯合實施醫學療法、教育療法、社會療法和行為療法等(Rosenberg, Wilson, Maheady & Sindelar,1992)。

二、情緒障礙主要問題類型的輔導或教學策略

情緒障礙與(或)行為異常主要問題類型計有(一)、青少年犯罪、(二)、分裂行為(含對立反抗行為、品行異常)、(三)、退縮、焦慮、沮喪、害怕或恐懼行為、(四)、攻擊行為、(五)、脫序行為或自閉症、(六)、兒童期精神異常或精神分裂症、(七)、注意力不足過動異常、(八)、防衛行為、(九)、心身症、(十)、人格異常、(十一)、自我刺激，以及(十二)、自我傷害等。而其主要的輔導或教學策略如下：

(一)、青少年犯罪

青少年犯罪的處遇措施包括環境治療法、中途之家、行為改變技術(Kauffman,1977)、社會療法、心理療法(學習理論法與心理分析法)、教育療法(特殊班、工作經驗方案、行為改變技術、社區中心法)(Clarizio 和 McCoy,1983)等。

(二)、分裂行為

分裂行為的處遇措施計有行為改變技術、社會療法和醫學療法等(Ysseldyke 與 Algozzine,1995；Kirk,Gallagher 與 Anastasiow,1997)。

(三)、退縮、焦慮、沮喪、害怕或恐懼行為：

退縮、焦慮、沮喪、害怕或恐懼行為的處遇措施涵蓋自我概念改善法、遊戲治療法、社交技巧訓練法、社會環境控制法(Kauffman,1977)、醫學療法、心理治療法(心理分析法與學習理論法)、鬆弛訓練、同儕協助、編序學習、認知策略訓練(Clarizio 與 McCoy,1983)、教師主導法(環境建構法、社會學習法和社交技巧課程)、同儕協助法(即同儕管理法，含合作學習)，以及自我管理法(Rosenberg, Wilson, Maheady 與 Sindelar,1992)等。

(四)、攻擊行為：

攻擊行為的處遇措施包含心理動力法(環境治療法、心理治療法和心理動力方案)、心理教育法、行為療法(積極處遇、自我控制、認知—行為處遇、處罰和行為方案)(Kauffman, 1977；Rosenberg, Wilson, Maheady 和 Sindelar,1992)等。

(五)、脫序行為或自閉症：

脫序行為或自閉症的處遇措施包含語言處遇策略、行為語言療法、社

會技巧療法和同儕中介法等(Rosenberg, Wilson, Maheady 和 Sindelar, 1992)。

(六)、兒童期精神異常或精神分裂症：

兒童期精神異常或精神分裂症主要的處遇措施計有心理分析法(個案治療、團體治療和家庭治療)、行為改變技術、教育療法(行為療法、環境治療法)、住宿處遇法和生物療法等(Clarizio 和 McCoy, 1983)。

(七)、注意力不足過動異常：

注意力不足過動異常的處遇措施涵蓋醫學療法(含藥物治療、飲食節制療法、生物回饋法、營養療法)、行為療法(行為改變技術、認知—行為改變技術)、結構式環境、最少刺激法、認知療法(自我教導法、內在控制法、自我規範法、自我控制法、鬆弛訓練)、示範法、生活空間晤談法、社交技巧訓練和教育修正法等(Kauffman, 1977; Wielkiewicz, 1986; Goldstein 和 Goldstein, 1990; Barkley, 1990; Rosenberg, Wilson, Maheady 和 Sindelar, 1992)。

(八)、防衛行為：

防衛行為的處遇包含行為療法、心理療法和社會療法等。

(九)、心身症：

心身症的主要處遇措施乃是身體治療與心理治療等。

(十)、人格異常：

人格異常的處遇措施主要有補救(含教導與訓練)、輔導、諮商與心理治療，以及身體療法等(Sindelar, 1992)等。

(十一)、自我刺激行為：

自我刺激行為的處遇措施計有直接壓制法、互動遊戲法和過度矯正法(Kauffman, 1977)，區別增強法和感官絕離法等(Rosenberg, Wilson, Maheady 和 Sindelar, 1992)。

(十二)、自我傷害行為：

自我傷害行為的處遇措施則有積極增強非自我傷害行為、鬆弛訓練、手部控制和手部知覺訓練(Kauffman, 1977)、感官絕離法、區別增強法和過度矯正法等(Rosenberg, Wilson, Maheady 和 Sindelar, 1992)。

教師在情緒障礙與(或)行為異常學生的輔導與教學的特殊教育服務過程中，除了需要認知(1)、情緒障礙與行為異常的主要處遇模式；(2)、情緒障礙與行為異常學生主要問題類型的輔導或教學策略之外，教師同時也必須(3)、具有特殊的專業知能，依據學生的情緒障礙與行為異常問題，選擇、設計與實施適當的輔導或教學策略。請參閱情緒障礙與行為異常(楊坤堂，民 89 年，五南)。

情緒障礙學生的課程重心在功能技巧，亦即教情緒障礙學生學校與社區生活的求生技巧、職業訓練和轉銜等(Walker, et. al., 1995)。情緒障礙學生的原級障礙乃是其分裂行為、對立反抗行為、品行異常行為、攻擊、暴力、暴怒、退縮、防衛以及自我傷害等情緒與行為問題，而其次級障礙則是學習問題或學習低成就；在輔導與教學過程中，教師可以針對情緒障礙學生的原級障礙，諸如情緒爆發或攻擊行為，實施情緒管理、行為控制、或社交技巧訓練等課程和教學；並針對情緒障礙學生的次級障礙，諸如學業低成就，進行學科基本技巧或學科個別教學課程的個別教學或補救教學(楊坤堂，民 89)。事實上，學業低成就、行為偏差與人際關係不佳三者之間互為因果關係或相關關係。學生若無法習得行為控制策略，而不能有效地控制自己的分裂行為，則必然衍生學業問題與社會適應問題；而有效的學科教學亦能減少行為問題的發生(Kauffman et. el., 1993)。因此，情緒障礙與行為異常學生的教師必須研修學科補救教學、社交技巧訓練、自我控制訓練與情緒管理等課程的教學和輔導策略，俾益有效地輔導情緒障礙與行為異常學生，使能與同儕一起學習、工作和生活(Walker, et. el., 1995)。由於情緒障礙學生在未學會自我控制和社交技巧之前，是難於習得傳統的學業技巧(Hallahan & Kauffman, 1997)，因此，學校對情緒障礙學生的情緒與行為問題的輔導措施可能多於其學業問題的補救教學；易言之，情緒障礙學生的生活輔導往往重於其學習輔導(楊坤堂，民 75，民 89)。職是之故，本文的撰述亦偏重情緒障礙學生原級障礙的課程和教學。

情緒障礙學生由於師生關係欠佳，以及個人問題與社交問題，而造成學業低成就(Keer & Nelson, 1989)，因而需要接受輔導與特殊教育。基本上，情緒障礙學生的課程應該兼顧學業課程與非學業課程，學業課程包括學業先備課程(preacademic curriculum)以及語文與學科課程(Hewett & Forness, 1984)，而非學業課程則涵蓋情意課程與認知策略訓練課程等(Coleman, 1986；Kirk, Gallagher, & Anastasiow, 1997)。換言之，情緒障礙學生的課程宜注意均衡化，兼顧學業補救教學(含基礎學業技巧)、自我(行為)控制策略、情緒管理、社交技巧訓練、情意教育與自我覺知等課程(Hallahan & Kauffman, 1997；Kauffman et. al., 1993; Kirk, Gallagher, & Anastasiow, 1997；Peacock Hill Working Group, 1991; Walker, et. al., 1995)。有關情緒障礙學生學業補救教學的教材教法，請參閱學習障礙兒童(楊坤堂，民 89，五南)與學習障礙教材教法(楊坤堂，民 89，五南)；有關情緒障礙學生的自我(行為)控制策略、情緒管理、認知策略、以及社交技巧訓練等課程和教學，請參閱注意力不足過動異常：診斷與處遇(楊坤堂，民 89，五南)和情緒障礙與行為異常(楊坤堂，民 89，五南)。

成因和類型領導處遇(Treatment)(楊坤堂，民 84)，由於情緒障礙的多元成因和異質類型，情緒障礙學生的課程與教學，教材與教法，無論是內涵或形式，均是多樣而彈性的。

1、情緒障礙學生的課程計有學業課程的學業先備課程和語文與學科課程，以及非學業課程的情意課程與認知策略訓練課程(含自我或行為控制課程、情緒管理課程、社交技

巧訓練課程、自我覺知課程、溝通技巧課程、以及社會學習課程等)。

2、情緒障礙學生的教學涵蓋學業個別教學、補救教學、工作分析、精準教學、示範、角色扮演、練習、直接教導、討論、行為塑造、契約法、價值澄清法、道德兩難法，以及統整團體經驗(諸如回歸主流或融合教育)等教學方法與輔導策略。

3、教師針對情緒障礙學生的情緒爆發或攻擊行為等原級障礙，實施情緒管理、行為控制或社交技巧訓練等課程和教學；並針對情緒障礙學生學業低成就的次級障礙，進行學科基本技巧或學科個別教學課程的個別教學或補救教學。

4、教材的形式包括教學活動手冊、課本、小冊子、故事書、主題圖片(討論用)、活動卡片、海報、教學影片、錄影帶、錄音帶、唱片、遊戲、小團體輔導以及掌中布偶等。

5、情緒障礙學生課程設計的第一步驟乃是鑑定與診斷，因此，教師要對個別學生進行生態評估、功能分析、情境分析、成因分析、類型分析以及個體分析(含生理分析、心理分析、認知分析與行為分析)，藉以確知其學業和行為的現況，並據以設計和實施適當的課程與教學。

6、情緒障礙學生的教學策略宜實施三步驟(三部曲)教學法：

(1)、蠶食策略(小步舞曲)教學法：其教學策略包括教育修正法、編序教學法、個別教學法和個別化教學法等。

(2)、自學策略(進行曲)教學法：其教學策略包涵功能技巧教學、學習策略教學法等。

(3)、並榮策略(圓舞曲)教學法：其教學策略涵蓋創思教學、同儕管理法的合作學習等。

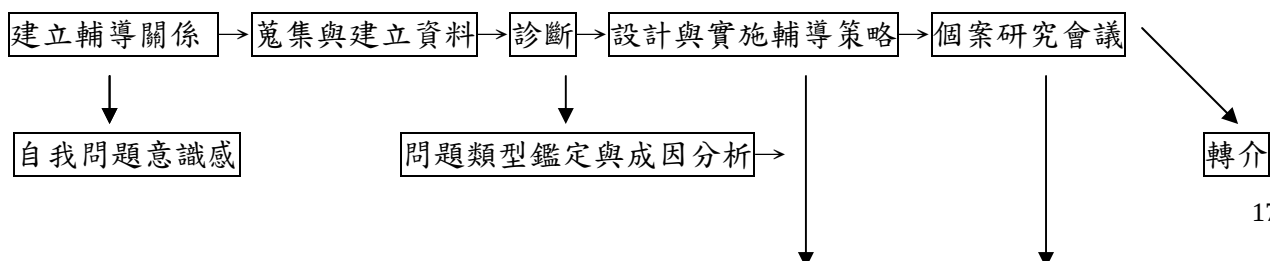
7、有效教學的必備條件除了適當的課程與教學之外，教師也必須整體地認識學生的情緒、認知與行為，以及良好師生關係的建立；而課程與教學目標應涵蓋學生特定學科低成就的補救教學，學習動機與興趣的激發，社會化和溝通能力的培養，以及學生積極的自我概念、價值感和自尊的建立等(Lerner, 1993)。

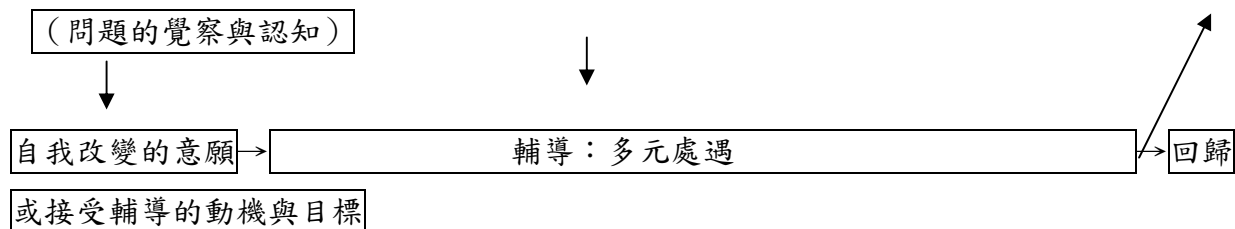
陸、情緒障礙學生的處遇流程與策略

情緒障礙學生的處遇流程與策略計有(一)、建立良好的輔導關係，(二)、鑑定行為的本質、特徵與類型，(三)、分析行為問題的成因，(四)、確立輔導目標，(五)、實施多元處遇法五大步驟，

柒、情緒障礙學生個案研究

基本上，教師宜對嚴重情緒障礙學生實施個案研究，裨益落實有效的教學與輔導。茲提出下列的個案研究流程，如圖 9—，並概略介紹如後：





個案研究流程 (楊坤堂，民 89)

個案輔導乃是師生之間的一種雙軌並行的互動的動力關係與過程：其一是，教師首先與學生建立良好的輔導關係，繼之蒐集與建立學生的資料，依據學生的資料進行診斷，根據診斷的結果設計與實施輔導策略，繼而視個案輔導的實際需要召開個案研究會議，最後對成功的個案進行回歸與追蹤輔導工作，而對失敗的個案進行轉介工作。其二是，教師的良好輔導關係的建立，能引導學生自我問題意識感的覺察與認知，激發學生自我改變的意願或接受輔導的動機，學生進而積極地參與輔導過程，終能解決其問題，而回歸主流，有效地學習與圓滿地生活。