

兒童與青少年心理疾病患者：

除了心理診斷與藥物治療，學校教育還能做些什麼？

周才忠¹ 陳嘉鳳²

政治大學心理學系¹ 碩士² 副教授

一、兒童與青少年的心理疾病日益普遍與嚴重

兒童與青少年的心理疾病是目前頗值得關心的一個議題。例如：目前美國至少有六百萬名兒童被診斷為有嚴重精神疾患，而且近十幾年來人數還不斷地增加。紐約時報(New York Times)在其網站的 Mental Health & Behavior 首頁中就花了許多篇幅連續刊載了有關「困擾的兒童」(Troubled Children)之系列專題，深入探討「生命歷程」(life-span)、「精神醫學診斷與藥物治療」、「父母養育的角色」等議題與兒童困擾問題的關聯。美國心理學會(APA)也以醒目的頭條位置做了網站的連結。去年十一月份的「Monitor on Psychology」中，亦刊出 APA 工作小組針對此一問題提出的以「Medicate or not?」為題的正式報告。可見美國的主流媒體及心理學界已開始重視其國內兒童與青少年大量被診斷為精神疾患或重覆、濫用藥物的嚴重問題。

至於臺灣在這個議題上亦有值得注意之處。根據衛生署全民健保統計，87年 0-14 歲之精神疾患門、住診(含急診)總人數為 67,514 位，其後呈現逐年明顯上升的趨勢，至 94 年已高達 119,084 人(成長了 76.4%)，占同年齡層總人口數的 2.8%，其前三種疾病診斷依次為「精神官能症」、「智能不足」與「心理因素引起生理功能失調」。另外，94 年新增 0-14 歲之精神疾患總人數有 70,736 人，門、住診(含急診)人次更達 1,111,783 之多(平均每位病人一年就診 9.3 次)。從以上這些統計數字來看，國內兒童與青少年的精神疾病問題亦是日益普遍起來。我們國內和兒童與青少年相關的各種專業工作者亦該正視此一無可逃避的問題。

二、心理疾病診斷與治療上的限制

由於兒童與青少年心理疾病人口的增加，校園裡老師與其他工作人員遇到有心理問題學生的機率也就隨之大增。但是，近年來由於大腦科學與生物醫學的快速進展，臺灣助人專業與教育領域亦頗受此種生物觀點之影響，學生要是出現

不符合常模或主流價值的情緒、思考、社交技巧或行為表現是很容易被直接歸因為腦部或遺傳病變，而轉介至精神醫療領域尋求協助。另外，近期亦有不少校園進行大規模的「自我傷害」或「憂鬱症」篩檢，希望能早期發現「生病」的學生，經由轉介精神醫療而早期得到治療。因為許多專業工作者把校園裡兒童和青少年所發生的心理與行為困擾視之為一種生理的疾病，自然對精神醫療與藥物治療懷抱很高的期待與尊崇。不過精神醫療界雖然很努力的讓大家相信「心理疾病」就和「生理疾病」一樣，是身體生病了，但是利用心理衡鑑工具或行為症狀所做的精神疾病診斷或後續的藥物所做的「症狀」治療，其實跟某些生理疾病，例如肺炎、糖尿病、腎結石等，的「客觀的標記」(objective marker)診斷(X光檢查、磁共振造影或電腦斷層掃描)與「根本」治療是有「準確度」上之差異的。

紐約時報就曾以一位男童為例，提醒讀者對精神醫療的警覺。該報導描述這位男童在7歲時，只花了20分鐘就被精神科醫生診斷為憂鬱症，但是其後還有「強迫傾向」、「對立反抗症」、「廣泛性發展障礙」、「雙極性情緒障礙」或者是混合兩種以上的不同病名標籤伴隨其成長。而且心理師及社工師對問題的看法也不一致。最糟糕的是不同的診斷結果，所開立的藥物處方也就不同；如果病患遵從醫囑，這些不同的藥物可是都吃進肚子裡了，會有什麼副作用？美國如此，臺灣的精神醫療環境會較好嗎？國內有誰重視或監督兒童與青少年的精神醫療診斷上的信效度與重複用藥的問題？國外諸多文獻都指出，心理問題的篩檢工具的信效度並不完美，所以單純的相信精神科醫生的診斷一定是對的，其實是危險的。

當然更值得思考的是，診斷之後的藥物治療到底對這些被定義為得到「疾病」的學生們有什麼幫助？由於精神疾病的藥物治療主要在症狀的解除；也就是說吃了藥以後，學生患者可能會沒有了某些令人困擾的情緒或行為，但是他們並沒有因為吃藥而得到什麼或長出什麼新的能力。因此，除了配合篩檢或轉介外，學校教育還能主動做些什麼，讓這些孩子們在生理的限制下，潛能依然能有最大的發揮？老師們的著力點在哪裡？校園本身的輔導機制與支持系統還能發揮什麼功能？有誰能為這些學生的人權、受教權與身心健康嚴格把關，堅守最後一道防線？

三、學校教育體系能為兒童及青少年心理疾病患者提供的服務

心理疾病和生理疾病，對患者而言有個最大的不同，就是心理疾病的烙印效果往往會為當事人帶來除疾病外的二次傷害。所以高危險群學生的早期篩檢一定要小心為之，儘可能避免發生「錯誤肯定」(false positive)的問題，也就是個案

被診斷為有心理疾病，但實際上並沒有。學校主管、輔導人員及班級導師應跳脫個人認定或他人罹病經驗與主觀的投射，應從不同角度長期觀察或嚴謹評估，最好同時能納入父母、導師或同儕等看法，以及考量教師性格、同儕互動、教室情境、教學品質、主要照顧者特質、家庭背景與社會結構等重要影響因素，而不是過度聽信精神科醫生或其他專業人員的橫斷說法，輕率將學生轉介到精神科或各地療養院就醫，或因此動支相關經費聘請精神科醫師定期至校駐診。

至於目前校園中最熱門的議題—自殺防治與憂鬱症篩檢，學校相關人員在涉入時，有些事亦可以做得更細緻些。首先，迄今的研究雖可看出，憂鬱為自殺的預測因子；但憂鬱不是自殺的唯一預測因子。況且從數年前開始，美國食品暨藥物管理局(FDA)即不斷發出警告，指出孩童及青少年服用一些抗憂鬱劑(如 Paxil 等)，反而會促發其自殺的意圖。因此，學校輔導主管在聘請精神科醫師或心理師蒞校演講時(尤其是介紹憂鬱症病因與相關藥物)，應更加謹慎，並可以與其討論用藥安全性的問題。另外，從衛生署統計資料發現，每年門診或住院的新增個案比例不低，顯見有嚴重的個案治療中斷或流失(dropout)問題。因此，學校裡如有轉介至各醫療院所的學生，輔導老師或導師們則應定期追蹤其就醫狀況、用藥副作用或其他不良影響，並不忘提供適當的關懷與輔導。

如果學校有真正迫切需要聘請精神科醫師、心理師或社工師蒞校來協助輔導學生的工作時，最好能將其專業資源功效最大化，畢竟目前教育經費是非常寶貴的。例如可以辦理個案研討或教師諮詢(consultation)等間接性的專業服務，以平等與合作(collaboration)的方式，有系統地逐步提昇學校人員的相關輔導知能(預防教育、危機處置、心理輔導、方案評估等)、士氣與信心，以及增進親師溝通的技巧，讓老師能發揮真正的引導作用與教化功能。此舉將可在資源有限的情況下，使影響的層面由「點」擴大到「面」，除了加大教師同儕彼此之間的支持力量，強化老師們在處理學生心理問題的信心，相信未來受惠的學生人數會更多。

有關各類型「困擾的兒童」的就醫問題，家長的態度常扮演關鍵性的決定因素。但有時父母對醫療的期待會過高，或是不知不覺淪為身心障礙「社會福利系統」的依賴者，都會影響孩子就醫的成效。不過，我們也都知道父母對其子女的養育角色與功能是無法取代的，因此學校老師除了可以扮演醫生(或心理師)與家長之間的溝通橋樑之外，亦可利用家庭聯絡簿、電話連繫、親師會或家庭訪問等適當的時機，與家長共同合作解決孩子的心理困擾相關問題，並在長期互動與彼此信賴的基礎之下，逐漸改變家長的教養觀念及提昇相關的教養知能。

四、學校教育體系能為兒童及青少年心理疾病患者建立友善的學習環境

近年來，許多心理或特殊教育的專家學者們競相發展有關「自殺企圖」、「憂鬱」、「情緒障礙」的測量工具，各級學校被建議與鼓勵可以進行全面性的學生篩檢。事實上，亦有許多縣市的學校相當配合地在全面進行篩檢的工作。教育當局能夠重視校園裡學生憂鬱與自我傷害的事實，願意從事及早發現及早協助的二級預防工作，本是針對問題的一種解決方法。我們亦應進一步去深思，所以以篩檢的測量工具是否具有信、效度能客觀診斷出情緒及行為的困擾或問題。如果這些基本假設無法釐清的話，所有安置的措施皆是頗有爭議性的。而且孩子們因此被安置到啟智班、資源班、中途班或甚至轉介至精神科的隔離病房，在他們的學習路上真的獲得了更多嗎？

在學校輔導工作已日趨專業化的今天，教育當局、教授學者、輔導專家其實可以嘗試以學生的「最佳利益」為考量，去探討如何以正向的(positive)觀點來客觀評估學生的優點、能力、資源、韌性、希望、優勢學習路徑等部份，或是去發展可運用在教學情境或輔導過程的正式評量工具或簡要表單，以及致力於平衡「醫療轉介」與「藥物治療」所造成的種種負面作用及限制。這些為心理疾病所苦的學生們還有很長遠的人生之路要走，如果在他們的義務教育階段，學校教育系統未能在他們身心條件的限制下，去發展他們的最大潛能，那麼他們的明天會是什麼？

五、結語

對於諸多兒童及青少年來說，「學校系統與教師」在其成長學習的過程中，一直扮演不可或缺的支持角色。然而，如今臺灣的校園環境中卻迷漫著一股篩檢與轉介之風，各級教師或輔導人員一再地被訓練或被要求拿著一把「尺」，急切地到處去尋找及丈量疑似或吻合條件(自殺、憂鬱、情緒障礙、學習障礙等)的學生，為人師表者早已忘卻「有教無類」的天職。或許，有不少的老師或輔導人員們仍然堅信學生的學習遲緩、情緒困擾、行為問題等是遺傳基因或腦功能失調所造成。不過即便如此，難道我們教育或輔導的大環境只能束手無策嗎？學校老師的著力點在哪裡？為什麼我們不能嘗試去深讀學生個人所擁有的美麗心田，並設法透過教育途徑的種種努力，讓每個孩子的潛能發揮到最大，並且累積因應人生挑戰的學習本能及知識，使其未來獲得充分發展的機會與可能性，讓他們有機會領悟到其生命種種缺憾背後所隱含的意義與價值，且能享受其所帶來的甘甜？

教育的責任，不單只有把問題拋出來而已。很期盼教育工作者能重新記起當初選擇「為人師表」為終身職志的初衷與理想，不假他人之手地承擔起輔導或守護每一位學生的職責，繼續扮演好百年樹人及社會穩定力量的重要角色。

參考文獻

- 陳嘉鳳、周才忠 (2005)。Swampscott 會議四十週年之際，論社區心理學之本土開展與未來方向。2005年中國輔導學會年會暨國際學術研討會《對弱勢族群的不同服務方式：社區心理學的觀點》之團體論文口頭發表，台北市。
- 衛生署衛生統計資訊網 (1998-2005)。門、住診合計(包括急診)患者總人數-----依性別、年齡別分。全民健康保險醫療統計年報。取自：
www.doh.gov.tw/statistic/index.htm/
- 謝蕙春 (2004)。校園心理衛生諮詢與合作模式介紹。社區心理衛生資源整合與拓展實務研討會，台中區心理衛生服務中心。
- Albee, G. W. (2000). Critique of Psychotherapy in American Society. In C. R. Snyder & R. E. Ingram (Eds.), *Handbook of Psychological Change: Psychotherapy Processes & Practices for the 21st Century* (pp.689-706). New York: Wiley.
- Albee, G. W. (2002). Just Say No to Psychotropic Drugs! *Journal of Clinical Psychology*, 58(6), 635-648.
- Bloom, M. (1996). *Primary Prevention Practices*. UK: London, SAGE Publication, Inc.
- Dalton, J. H., Elias, M. J. & Wandersman, A. (2001). *Community Psychology: Linking Individuals and Communities*. USA: Wadsworth/Thomson Learning, Inc.
- Durlak, J. A. & Well, A. M. (1998). Evaluation of Indicated Preventive Mental Health Programs for Children and Adolescents. *American Journal of Community Psychology*, 26(5), 775-802.
- FDA. (2004). FDA Public Health Advisory: Suicidality in Children and Adolescents Being Treated with Antidepressant Medications. U.S. Food and Drug Administration.
【www.fda.gov/cder/drug/antidepressants/SSRIPHA200410.htm】
- Laungani, P. (2002). Mindless Psychiatry and Dubious Ethics. *Counselling Psychology Quarterly*, 15(1), 23-33.
- Levine, M., & Perkins, D. V. (1997). *Principles of Community Psychology : Perspectives and Applications*. New York: Oxford Univ Press, Inc.
- Lopez, S. J., & Snyder, C. R. (2003). *Positive Psychological Assessment: A Handbook of Models and Measures*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Meyers, L. (2006). Medicate or not? *Monitor on Psychology*, 37(10), 24-25.
- Ryan, W. (1976). *Blaming the Victim*. New York: Random House, Inc.
- Scileppi, J. A., Torres, R. D., & Teed, E. L. (2000). *Community Psychology: A Common Sense Approach to Mental Health*. New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- The New York Times (2006). *What's wrong with a child? Psychiatrists often disagree*. *Troubled Children, Mental Health and Behavior*.
【www.nytimes.com/pages/health/psychology/index.html】