

兒童焦慮症

衛生福利部心理衛生專輯(4)



國立台灣大學醫學院附設醫院精神醫學部 著

衛生福利部 出版







目錄

一、畏懼症	2
二、社交畏懼症	7
三、恐慌症	12
四、強迫症	16
五、分離焦慮症	23
六、選擇性不語症	27
七、兒童虐待	31
八、兒童霸凌	36
參考資料	45

焦慮症是兒童及青少年心理疾患中最常見的一種，兒童期焦慮症多以生理症狀呈現，故容易被家長所忽略，長期下來，學習能力與社交關係都會受到嚴重影響。常見的兒童焦慮症包含畏懼症、社交畏懼症、恐慌症、分離焦慮症、以及強迫症。畏懼症患者會出現對某種物體或情境的害怕（例如怕蜘蛛、怕坐電梯）；社交畏懼症患者在社交場合或需要表現的情境時會經驗到焦慮；恐慌症患者容易出現不可預期、短暫性的強烈焦慮發作，常感到呼吸困難、心跳加速或冒汗等身體不適症狀。強迫症患者會出現一些重複行為動作來減輕讓自己困擾的想法、影像或衝動。當家長面對這樣的情況時，最重要的就是同理子女的害怕，並協助能讓孩子比較不擔心。當症狀明顯對孩子生活造成影響時，及時到醫院就診也是非常重要的。以下針對各項常見兒童期焦慮症進行介紹討論。



一、畏懼症



疾病原因

畏懼症一般在童年早期發生，通常是與令人不愉快的經驗有關，或是從家庭成員學習而得的負面感覺，這些記憶被儲存在腦部杏仁核與海馬迴之中，日後當某些特定情境發生，觸及了已被患者腦中杏仁核和海馬迴標記為致命或危險的事物，即觸發患者的恐懼反應。若是遭逢恐懼的事物，杏仁核會啟動相關的荷爾蒙分泌，使人體處於警戒狀態，隨時提醒並讓身體準備好進行戰或逃的反應（fight-or-flight response）。對恐懼事物，患者呈現的生理反應是過度且不合理的，患者理智上知道不應該如此恐懼，但這無法阻止恐懼與焦慮的產生，而且還是竭盡所能逃避。另外，研究顯示畏懼症也與基因遺傳有關，某些畏懼症具有家族群聚性。



症狀

畏懼症為一種精神官能症，特徵為患者對某些事物或情境會產生莫名的恐懼。縱使明知不會受到傷害，也無法控制恐懼的情緒。每個人多多少少都會有一些恐懼的事物，不同的文化背景和生長環境也可能造成特殊的畏懼對象，但是若對某種對象的畏懼或害怕的程度超過一般人的反應，或是對某種對象的畏懼太過強烈，以致於在看到影像而非真實物體時也會產生強烈的害怕，甚至對某種對象的畏懼程度嚴重且經常發生，並影響到個人的日常生活作息和社會功能，那麼畏懼就已達到病態的標準。一個有畏



懼症的患者往往會產生與恐慌類似的症狀，有時因為恐懼造成個人日常生活與社會功能嚴重障礙，可能會伴隨憂鬱的症狀發生。



診斷

出現下述狀況，且時間持續至少六個月：

1. 持續對某種特殊物體或情景的存在或預期，出現過度且不合理的害怕。
2. 一接觸所恐懼的刺激，幾乎毫無例外地立即發生焦慮反應。這種焦慮表現可能為哭鬧、發脾氣、驚嚇愣住或緊緊抓住他人。
3. 患者儘量設法避免這種情景，否則便以極度的焦慮或痛苦忍耐著。
4. 這種對所畏懼事物的逃避，或因之而生之焦慮、痛苦煩惱，顯著地干擾個人的正常生活、學習或社交活動或關係，或者對自己如此恐懼感到痛苦煩惱。

又可以將畏懼症依照所懼怕的對象做以下幾種分類：

1. 動物畏懼症：動物或昆蟲，通常自兒童期開始出現。
2. 自然環境畏懼症：自然環境，如高度或水，通常自

兒童期開始出現。

3. 血液、針頭、傷口畏懼症：血或傷口，通常有高度家族傾向。
4. 特殊情境畏懼症：某種特定情境，如飛機或電梯，初發年齡呈現雙峰分佈，分別是兒童期或成年早期。
5. 其他類型：對於其他項目的畏懼害怕

畏懼症呈現高度共病性，患有一種特定對象畏懼症，也可能同時患有另外一種。此外，診斷畏懼症時也需要與其他焦慮疾患進行鑑別，像是恐慌症、創傷後壓力症候群、社交畏懼症。

治療

1. 藥物治療：抗焦慮藥物可使患者的焦慮感減輕，但是在消除畏懼症的念頭方面，則效果不見得那麼理想。抗焦慮藥物可做為畏懼症行為治療的輔助療法，也就是說患者在服藥後情緒比較緩和的情況下，會比較容易進行認知行為治療。若畏懼症狀持續，同時併發憂鬱或其他焦慮症，則可使用血清素回收抑制劑合併治療。



2. 認知行為治療：畏懼症的治療除了藥物治療外，認知行為治療是最常被使用的一種治療方法。若病人面對畏懼事物出現強烈焦慮情緒，甚至恐慌發作，可使用系統性減敏感法。治療者會先教導病人放鬆，建立與焦慮相反的生理反應，然後鼓勵病人面對較輕度的焦慮情境，譬如治療者可要求怕狗者先看小狗照片、再看大狗照片，然後跟真的小狗（栓住的）在一起，進一步跟栓著的大狗在一起，然後由治療者示範如何接近狗及拍狗的身體、頭等等，而要求病人接著一起做等等，以教導病人面對畏懼的對象而無焦慮反應產生。另外，快速現場暴露療法（又名洪水療法）也常被使用，一般而言，當病人愈逃避去接觸畏懼的情境時，則愈無法去面對。最好的方法就是取得病人或家屬的同意後，協助病人直接接觸畏懼的事物，病人常會因面對畏懼刺激而發生恐慌或急性焦慮發作，而想要逃避，故治療者的陪伴相當重要，經由治療者的指示、協助及再保證後，可逐漸降低病人的焦慮情緒及與焦慮有關的身體症狀。

3. 放鬆訓練：深呼吸、漸進式肌肉放鬆都可以幫助減緩焦慮症狀。



家長及學校方面因應策略

1. 傾聽並同理孩子的畏懼，而不只是說「這有什麼好怕的？」。
2. 鼓勵孩子討論他的畏懼，有時將想法感覺化為文字可以減輕焦慮。
3. 不要因為孩子害怕的主題，特意改變生活習慣。例如，若孩子畏懼狗，並不需要特別迴避會出現狗的地方，因為這種迴避行為，反而會鞏固孩子心中「狗很可怕，我要躲開」的想法。
4. 陪孩子一起練習放鬆技巧，協助舒緩緊張情緒。



二、社交畏懼症



疾病原因

目前研究已證實，此疾患與體質因素有密切關係，另



外心理因素，例如個人特質、兒童早期的經驗、家庭環境等因素都有相關。患者心理特質一般來說缺乏自信、害怕被別人拒絕，個性較壓抑退縮，若社交互動中經歷較多的挫折與打擊會使症狀加重。患有社交畏懼症的孩子往往對批評過度敏感，他們也可能會沒有信心，而容易感到窘迫，在社交場合會非常害羞和退縮。與幼童比較，社交畏懼症更容易發生在青少年身上。患有此症的人通常會避免他們所害怕的場合以控制自己的症狀。六成以上的社交畏懼症患者有其他精神共病，像是其他焦慮疾患、注意力不足過動症、以及選擇性不語症等。

症狀

社交畏懼症的病患，強烈且持續地害怕自己被別人注視或評判，或是害怕在社交的場合被羞辱。患者會因為實際或是預期面對某些特定情境或對象，而出現不同程度的焦慮症狀，例如：緊張、心跳加快、臉紅或肌肉顫抖，甚至出現嚴重的恐慌情形。而兒童可能以哭泣、憤怒、發脾氣或恐懼來表現。社交畏懼症可以只侷限在特定情況，如害怕在正式或非正式的場合在別人面前說話、吃、喝，或

者廣泛地不管何時，只要周圍有人時，就會感覺非常忸怩。許多有社交畏懼症的人難於結交朋友，有些人會為了逃避這些令人害怕的刺激，迂迴地用其他的替代方式，不僅事倍功半，甚至嚴重干擾到正常的生活、學業或社交功能；有的青少年或成人會用酗酒、服用鎮靜劑、沉迷網路或甚至吸食毒品等方式來逃避壓力、減緩焦慮。

診斷

出現以下的狀況長達六個月時要考慮社交畏懼症：

1. 明顯而持續害怕必須與不熟識的人相處的情境，害怕自己可能將因行為失當而招致羞辱或困窘。兒童的焦慮不止在與成人互動時才出現，在同儕團體也會發生。
2. 暴露在使其畏懼的社會情境會引發著強烈焦慮或痛苦，兒童可能以哭泣、發脾氣、或退縮來表現。
3. 逃避所害怕的社會情境，產生的焦慮嚴重干擾兒童的正常生活、學業或社交功能。



治療

1. 放鬆訓練：如腹式呼吸、生理回饋等，可以降低整體的焦慮程度。
2. 認知治療：改變患者對社交情境的想法，進而能改變他對那個情境的反應。舉例來說，改變患者原來認為「所有的人都在注意他、挑剔他」的想法，進而一步步改變他的行為。
3. 行為治療：在患者的日常生活、工作、學習中，協助其逐步培養對外界的適應能力。



4. 藥物治療：最常使用的是血清素回收抑制劑，當心理治療和行為治療效果不理想時，藥物治療可作為輔助之用。可望減少社交環境中的過度焦慮反應，以及改善長期社交隔離下的憂鬱心情、缺乏自信。



家長及學校方面因應策略

1. 家長與老師應協助孩子認識社交畏懼症，讓孩子知道其他人也跟他有一樣的擔心，避免孩子更加缺乏自信。
2. 陪孩子練習放鬆技巧，挑戰負面想法。
3. 陪伴孩子一同面對害怕的社會情境，先從容易的開始，像是鼓勵孩子主動與人打招呼，等到不那麼害怕了，再挑戰其他較困難的。
4. 社交技巧對這類的孩子十分重要，老師可以鼓勵孩子加入團體活動，與孩子討論如何與同儕互動，並及時給予讚美與回饋。



三、恐慌症



疾病原因

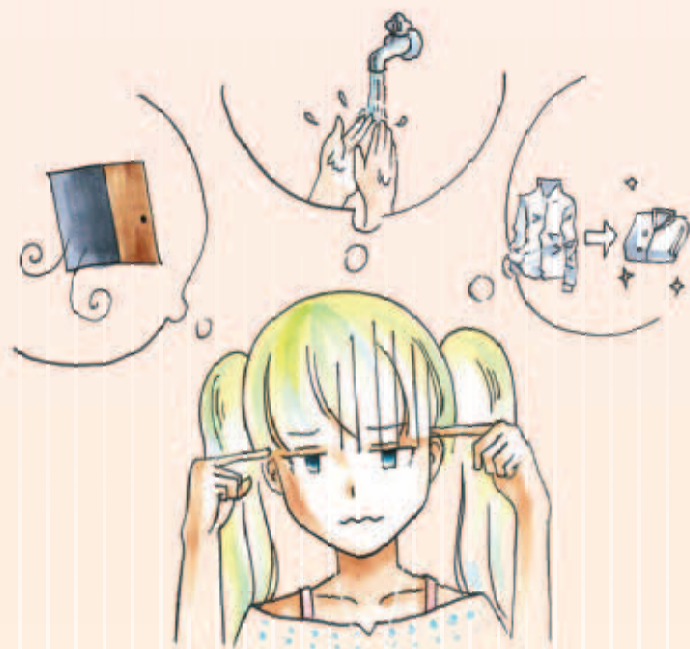
恐慌症發作的原因跟生理因素及心理因素皆有相關，生理因素方面：腦內神經傳導物質不平衡（如血清素）、大腦的相關神經網路（包括大腦的杏仁核、下視丘、視丘、海馬、周邊導管灰質區、藍質）出現障礙、自律神經的交感神經系統過度興奮等。心理因素則與壓力事件、個人情緒特質（急性子、過度完美、負面思考）有關。而對於恐慌發作的錯誤認知，也會加重恐慌症的嚴重性。一般而言，恐慌症的恐慌發作，不是單純的一個壓力事件的身心反應，而是體質生理因素加上過度的壓力與災難性思考交互作用導致。



症狀

恐慌發作通常是無預警的開始，前一秒可能好好的，卻突然在短時間內出現頭痛、頭暈、心跳加速、手腳發

麻、冒冷汗、吸不到空氣等症狀，甚至極端不舒服到彷彿快要昏倒或死掉一樣。若反覆恐慌發作，並隨之出現預期性焦慮、開始擔心發作的後遺症，或是因此造成行為生活的改變，就稱為恐慌症。這類情況在青春期或成年早期發生，少數在兒童期發病。若因恐慌發作而開始逃避某些情境場所，例如搭乘大眾交通工具、害怕上街等等，則稱為懼曠症。若疾病沒有妥善處理而慢性化，患者常常會封閉自己的生活，甚至併發憂鬱症。





診斷

恐慌發作有 13 種症狀，突然發生其中 4 項或 4 項以上的症狀，並在 10 分鐘內達到最嚴重程度，感覺強烈的害怕或不適，就是恐慌發作。

1. 心悸、心怦怦跳、或心跳加快。
2. 出汗。
3. 發抖或顫慄。
4. 感覺呼吸困難或窒息感。
5. 哽塞感。
6. 胸痛或不適。
7. 噁心或腹部不適。
8. 頭暈、不穩感覺、頭昏沉、或暈厥。
9. 失去真實感（覺得事物不真實）或失去自我感（感覺與自己疏離）。
10. 害怕失去控制或即將發狂。
11. 害怕即將死去。
12. 感覺異常（麻木或刺痛感覺）。
13. 冷顫或臉潮紅。

診斷恐慌症前，需排除一些可能引發類似恐慌症狀的身體疾病，例如：甲狀腺機能異常、副甲狀腺機能異常、嗜鉻細胞瘤、癲癇、心臟疾病、藥物過量等等。另外，許多精神疾病也可能造成恐慌發作，診斷時需一併考量。

治療

1. 放鬆訓練：運用呼吸放鬆法來控制呼吸，緩和症狀，及轉移注意力。患者恐慌發作的時候，家人不要跟著緊張恐慌。
2. 認知治療：制止負面想法，提醒自己恐慌發作「不會使人心臟病發」、「不會使人停止呼吸」、「不會使人死掉」、「不會使人失控」、「不會使人發瘋」。並告訴自己正面訊息：「很快就會沒事」、「很快就會放鬆」或「我沒有危險」。
3. 避免具有興奮作用的刺激物，例如過多的咖啡、酒精、及具有興奮作用的藥物。
4. 藥物治療：血清素回收抑制劑藥物為恐慌症治療之首選，治療時間約需 2 周以上以發揮效果。



家長及學校方面因應策略

1. 恐慌發作常常來的又急又快，協助讓孩子認識恐慌發作是怎麼一回事可降低伴隨的焦慮。家長或老師應教導孩子恐慌是身體對於焦慮的表現，發作是短暫的，而且不會帶來傷害。
2. 傾聽並安撫孩子的想法與感受，陪伴常是最好的解藥。
3. 陪孩子練習放鬆技巧，挑戰負面想法與災難化思考。
4. 以身作則，示範如何面對恐懼焦慮，讓孩子可以直接學習因應技巧。



四、強迫症



疾病原因

目前研究顯示強迫症病人的大腦尾核、前額葉、及基底核有異常，但可能有多種致病因，如基因遺傳、鏈球菌

感染引起的自體免疫反應、創傷經驗等等。有些患者在強迫症初次病發前，曾遭遇重大的生活壓力，但重大壓力可能只是誘發因子而非致病因。症狀一般在 10 歲左右或青春期末期到成年早期開始出現。早發情形見於男性，通常與強迫清潔行為有關。必須注意的是，強迫症並不是兒童時期學到的壞習慣，也不是個人的古怪個性使然，它是一種屬於精神心智方面的疾病。

症狀

每個人多多少少會有一些強迫意念、強迫行為，這不見得是強迫症。必須是「不合理」而且帶來重大痛苦，或佔據許多時間，而且不是因為幻聽、妄想等嚴重精神症狀所引起，才會診斷為強迫症。

典型的強迫症狀是不斷重複無意義、且會帶來困擾或浪費時間的動作，如不斷檢查、一直洗手、洗澡、把東西排整齊、用怪異的方式走路、不斷確認、不停複誦等等。這些動作只用意志力很難控制，如果強要壓抑，反而會引發嚴重焦慮不適。

通常在引起強迫行為之前會有強迫意念，如擔心被感



染、污染、懷疑門沒關好。某些牽涉到性、猥褻、自殺、傷人等等令人不悅的強迫意念，即使沒有引發強迫行為，但如已造成強烈痛苦，也算是強迫症。典型的發病年齡男性比女性更早，男性在 6-15 歲，而女性在 20-29 歲之間。多數的初發狀況為逐漸產生，但某些個案也屬急性初發。有三分之一的強迫症成年患者表示，在童年時就已有類似的症狀出現，但沒有特別在意。兒童早期發病者將會影響其發展與學習，所以兒童若罹患強迫症，應及早接受兒童精神科醫師的評估與治療。



診斷

強迫症有三個主要的部分：強迫思想、強迫行為和伴隨的緊張情緒。症狀多種多樣，既可為某一症狀單獨出現，也可為數種症狀同時存在，隨著時間的推移，症狀內容可不斷改變。

1. 強迫思想：即某種聯想、觀念、回憶或疑慮等頑固地反覆出現，不想要卻難以控制。當強迫思想出現時，隨之而來的是不舒服的感受和焦慮，讓人有一股衝動想去擺脫它。有以下幾種：

甲、強迫聯想：反覆聯想一系列不幸事件會發生，雖明知不可能，卻不能克制，並引起情緒緊張和恐懼。

乙、強迫回憶：反覆回憶曾經做過的無關緊要的事，雖明知無任何意義，卻不能停止，非反覆回憶不可。

丙、強迫疑慮：對自己的行動是否正確，產生不必要的疑慮，要反覆檢查。如出門後疑慮門窗是否確實關好，反覆數次回去檢查。

丁、強迫性窮思竭慮：對自然現象或日常生活中的事件進行反覆思考，明知毫無意義，卻無法停止，例如探究「太陽為何從東方升起。」

戊、強迫對立思維：兩種對立的詞句或概念反覆在腦中相繼出現，而感到苦惱和緊張，如想到「擁護」，立即出現「反對」；說到「好人」時即想到「壞蛋」等。

2. 強迫行為：在強迫思考之後，經常跟隨而來的就是強迫行為。假如不做強迫行為，焦慮會一直增高，



而在做了強迫行為之後可以暫時降低焦慮，但也因此不斷地強化個案去執行強迫行為的動機。常見的行為如下：

甲、反覆清洗：反覆多次洗手或洗東西，心中總擺脫不了「髒、污染」，明知已洗乾淨，卻不能自制而非洗不可。

乙、反覆檢查：通常與強迫疑慮同時出現。患者對明知已做好的事情不放心，反覆檢查，如反覆檢查已鎖好的門窗，反覆核對作業、考卷、課本內容等等。

丙、重覆計數：不可控制地點數物品，做一定次數的某個動作，否則感到不安，若漏掉了必須重新數起。

丁、重複儀式動作：在日常活動之前，先要做一套有固定程序的動作，如睡前要照特定程序脫衣鞋並按固定的規則放置，否則感到不安，或東西擺放有特別方式與角度。

大部分強迫症病人理解到自己的強迫意念或強迫行為並不合宜，並且努力地屏除他們不想要的強迫思考，並且

防止強迫行為。但是，在試圖抗拒強迫症狀時，患者會感覺越來越高漲的焦慮或緊張。很多人可以在他們工作或上學時的數小時之內控制強迫症狀，但是在病程中幾次對抗強迫思考或行為都失敗後，患者會投降，不再有動機與其對抗，反將強迫症狀併入自己的生活常規之中。此時強迫症狀變得更嚴重，以致費時的儀式行為佔據了病人的生活，使得他們無法外出參與活動，造成生活功能的減損。

強迫症也需要與其他疾病進行鑑別診斷，像是妄想症或精神分裂症、顳葉癲癇、廣泛性焦慮症、特定對象恐懼症、抽搐症或妥瑞氏症。

治療

1. 認知行為治療：採用「暴露不反應法」，做法是首先讓患者接觸引發症狀的東西，如污穢物件、利器等，然後用各種方法防止患者做出清潔、檢查等重覆性行為，但過程中需輔以放鬆技巧的訓練，再加上給予解釋、安慰、鼓勵等。有時強迫思考不絕於腦海，則用思考暫停法或思想轉移法治療，也就是一旦思考不能自控，就以其他事情來代替及阻止。



不過，這些方法需有專業人員從旁加以協助，方能達到最好的效果。

2. 藥物治療：強迫症第一線用藥是血清素回收抑制劑，跟憂鬱症用藥一樣，但所需劑量較憂鬱症為高。如果服用血清素回收抑制劑成效不明顯，還可加上其他增強藥效的藥物，如抗精神病藥物。



家長及學校方面因應策略

1. 陪孩子認識強迫症，讓孩子了解腦中重複出現的想法以及儀式化的行為是因為生病的關係。例如家長或老師可以將強迫症比喻為電腦病毒，它讓程式當機，腦中才會重複跳出無效的功能視窗，鼓勵孩子不要懼怕。
2. 與孩子一同練習認知行為治療中的暴露不反應，或延遲反應時間，例如鼓勵孩子在重複儀式動作前延遲 30 秒。
3. 不吝給予獎勵與鼓勵，因為孩子要嘗試對抗強迫思考是非常不容易的。



五、分離焦慮症



疾病原因

分離焦慮症潛在的病因可能有下列三點：

- 一、心理及環境因素：沒有與父母親建立安全的依附關係，或是父母親過度保護導致孩子無法獨立活動，均會提高孩子罹患分離焦慮症的機率。
- 二、學習因素：父母親自己在面對與孩子分離時表現出焦慮行為，或是本身較常焦慮不安，均可能透過某種方式傳遞給孩子，讓孩子學習到焦慮行為模式。
- 三、遺傳及個性因素：研究顯示，父母親本身有焦慮症狀者，孩子比較容易出現分離焦慮症狀。過度害羞或退縮氣質的孩子也較易罹患此症。

如果孩子具有上述潛在發作因素，再遭遇到生活上的突發壓力事件，例如受到驚嚇、搬新家、進入新學校，或是家人生病、離家等，即可能引發分離焦慮症狀。



症狀

患童與主要依附人或家庭分離後表現明顯的焦慮情緒和行為反應，像是反抗、哭鬧、拒絕他人或表現極度痛苦。患有分離焦慮症的兒童可能不肯上學，或家長不在身旁就不能入睡。他們可能會做關於迷路或被綁架的惡夢，也可能會有胃痛或噁心的身體抱怨。





診斷

以下症狀出現三項或三項以上，持續時間至少四周，且造成功能顯著的障礙

1. 當離開家或主要依附對象時，或只是預期將要分離，即有重複發生而過度的痛苦。
2. 持續而過度地擔憂自己會失去主要依附對象，或擔心他們可能會受到傷害。
3. 持續而過度地擔憂極不幸的事會使自己與主要依附對象分離（如自己會走失或被綁架）。
4. 只因害怕分離而持續排斥或拒絕上學或去其他地方。
5. 持續而過度地害怕或排斥下述狀況：無主要依附對象陪伴下留在家中，或於其他場合而無熟識成人作陪。
6. 持續排斥或拒絕下述狀況：沒有主要依附對象一旁作伴而上床睡覺，或離家在外過夜。
7. 重複出現含有分離主題的夢魘。
8. 當離開主要依附對象之時，或只是預期將要分離，



會重複抱怨身體症狀。



治療

1. 支持性心理治療：儘快幫助患童適應新環境。新環境若能了解患童的飲食起居及生活習慣、性格、慣用詞彙及表達需要的特殊方式，會加速患童的適應。
2. 行為治療：主要針對兒童的異常行為和內心矛盾衝突而進行。可採用系統性減敏感療法、和情境再現等方法。
3. 家族治療：可針對部分患童使用，因為家長的知識程度和教育方法，會影響孩子的心理發展，且父母的焦慮情緒和態度對孩子有暗示作用。
4. 遊戲治療：由於分離焦慮症個案中有許多是 8 歲以下的孩童，語言發展上還不成熟；更由於分離焦慮症個案進入陌生情境時，往往非常焦慮不安，與治療師很難建立信任關係。因此透過遊戲為媒介，往往能有效降低個案的焦慮與防衛，並提升個案的自我效能。
5. 藥物治療：當心理治療和行為治療效果未理想時，

藥物治療可作為輔助之用。



家長及學校方面因應策略

1. 若孩子容易出現分離焦慮，應盡量避免在孩子情緒不好時離開，像是當孩子感到身體不適、肚子餓的時候。
2. 讓孩子逐漸熟悉環境與人，例如在正式開學前，先陪伴孩子到新環境走走，或是在家長陪伴下，跟原本無熟識的人進行互動。
3. 家長練習短暫與孩子分離，讓孩子逐漸習慣家人不在身邊。若孩子出現強烈情緒反彈，家長可以溫柔堅定地向孩子解釋分離原因，清楚交代分離時間，並準時在承諾的時間回來。



六、選擇性不語症



疾病原因

選擇性不語症的病因目前未明，但普遍認為是多重因



素造成，從先天氣質，如過分害羞、害怕受窘，到創傷經驗都可能跟此疾患有關。另外內在衝突、分離焦慮處理不當、移民語言問題也曾被提出與此疾病相關。以家庭系統來看，可能在家庭環境中過分壓抑，也有一些是父母親過度保護所造成。而行為學派認為不語行為是經過負向增強而學習得來的，是一種可以控制環境的習得行為。此症患者以女生較多，初發年齡為 2-4 歲，患童的父母患有社交畏懼症或迴避型人格疾患的比例較高。





症狀

選擇性不語症是一種發生在兒童與青少年的疾患，兒童具有足夠的理解與口語表達能力，但是卻在特殊的社會情境下拒絕說話。有些兒童可能僅對自己的家長講話，但不跟其他成年人講話。當他們面對不得不開口的場合時，可能會臉紅、低頭往下看或變得更退縮，他們可能會用手去指或用其他手勢，或低聲耳語，而非放聲說話。



診斷

以下症狀出現至少一個月，並且造成學業或功能的障礙。

1. 在特定社會情境（原預期應說話的情境，如學校），一貫地不說話，但在其它情境仍可說話。
2. 此障礙妨害患童的教育或其它方面的學習成就，或有礙其社會溝通。
3. 不說話並不是因為缺乏在此社會情境說話需要的知識或對語言使用不熟悉。



治療

1. 行為治療：常用的行為治療方式是行為塑造，逐步地增強鼓勵兒童說話，使兒童的溝通行為愈來愈接近說話。選擇性不語症的兒童能夠掌控自己不說話，所以要改變此觀點就要讓他們能掌控自己的說話。因此治療提供了機會讓兒童可以作局部的改變，讓兒童感覺掌控的感受以及對說話的控制。
2. 降低焦慮：不要強迫說話，減少強調語言表現的活動，鼓勵同儕關係，進行放鬆訓練。
3. 增加社交活動：指定合適的同伴在校內外與個案建立互動關係。
4. 藥物治療：當心理社會介入治療均無效之後使用，最常使用的藥物為血清素回收抑制劑，但藥物治療缺乏大規模對照性研究，效果仍有待進一步驗證。



家長及學校方面因應策略

1. 家長可以與孩子進行需要溝通互動的遊戲，鼓勵孩子在遊戲過程中表達自己的想法與感受，並且創造

- 一個可以安全表達個人想法的環境。
2. 老師與校方應理解孩子不說話並非對抗性的行為，此時強迫孩子開口反而會造成反效果。若孩子無法用口語表達，可鼓勵他利用肢體語言溝通，像是點頭、搖頭、揮手等等。
 3. 安排結構化的互動，像是體育活動，讓孩子可先熟悉與同儕相處但卻沒有非得開口不可的壓力。
 4. 記住，孩子越放鬆，越容易開口說話。



七、兒童虐待



簡介

根據台灣相關法令或政府宣傳，如兒童及少年福利法、家庭暴力法、政府相關局室宣導資料等，所謂的「兒童虐待」，乃指父母、監護人或任何有責任照顧兒童福祉的人，對 18 歲以下的兒童或青少年，施以身體虐待、精神虐待、性虐待等，或因照顧上的疏忽導致兒童健康、安全與福祉受損害、威脅、或危險。內政部統計數據顯示，



兒童少年保護案件近年來成長迅速，其中施虐者身份為父母（或養父母）者的比率最高，約達 80%，若未能及時發現及預防，有 50%兒童虐待會再發生，10%遭受虐待的兒童可能會因此喪命。

兒童虐待可分為四大類：

1. 身體虐待：持續性造成兒童身體傷害
2. 精神虐待：排斥隔離、責罵、輕視、恐嚇威脅
3. 性虐待：強暴、猥褻、利用兒童從事色情行業及其他性方面的傷害
4. 疏忽：沒有提供足夠的食物、關懷照護、衣服、住所或縱容兒童養成不良習慣



危險因子

包括家庭因子，例如親子關係不良、缺乏親職知識、婚姻關係紊亂、家中有酒癮藥癮的親屬。社會文化因子，像是長期失業、貧困、與居住環境惡劣。另外，子女因素也是增加兒童虐待危險性的因子，包含子女本身有偏差行為、生理狀況不佳、非期待中的誕生或是難養育氣質等等。



兒童虐待的影響

施虐者通常為親近的家人，家本來是溫暖的避風港，卻變成傷害的地方，讓受虐的兒童不但承受身體之痛，還在恐懼、害怕、不信任的家庭關係中成長，影響正常的身心發展。而虐待對兒童發展的影響可歸納如下：

1. 生理發展：因身體虐待而產生身體上的傷痕，或造成永久性的殘障，或造成兒童發育不良等。
2. 心理發展：兒童因遭受虐待而出現創傷後壓力反應，出現憂鬱、焦慮、絕望情緒，之後也可能出現人格發展障礙，或因為認同施虐者而在世代間傳遞兒虐行為，日後較高比例會有情緒障礙與不當的認知發展。
3. 行為表現：較具攻擊性，衝動控制能力不足，較不易與人互動與表達情感。
4. 社會發展：包括較難與人建立信賴與親密關係，缺乏和他人的社會互動技巧，缺乏同情心等。另外，和照顧者間會形成不安全的依附關係，同時由於受虐兒童習慣以攻擊、排斥、拒絕等方式和人相處，



導致社會適應困難。



兒童虐待的預防

事實上，目前防治兒童虐待最重要的在於社會上每一個人的共識，因為相關法令已經制訂並且實施，包括兒童福利法和家庭暴力防治法等，但目前的情形顯示防治兒童虐待和家庭暴力的觀念仍然不夠普遍。如果在發現的時候能儘速使用舉報的管道，尋求協助，或許能夠避免情況繼續惡化釀成悲劇。

礙於傳統觀念，仍有不少人認為干涉別人的家務事是不妥的、惹人厭的，以致於延誤了救助的時機。其實多數父母都不願發生虐待的情事，但壓力有時會超過負荷，在身心疲憊的狀況下陷入虐待兒童的惡性循環。有些人知道自己不應該再打孩子了，卻無法控制。這些身陷其中的施虐父母需要被協助，旁人的沈默和孤立往往讓情況一直惡化下去。

兒童虐待的成因呈現多元性，因此單純的直線因果模式不足以解釋兒童虐待，故兒童虐待的預防，也無法從單一因子的消除而獲得成效。基於以上理由，預防工作應從

多元角度進行考量，兼顧為人父母者的角度、子女因素、家庭互動及家庭處境等。

1. 了解接納孩子特質，積極協助孩子成長：孩子在成長的過程中，會出現或多或少的偏差行為，當這類行為出現時，父母首重與孩子建立關係，與孩子共同積極面對「偏差行為」，而非「對付」孩子。當家長發現自己的孩子難以養育，應適時尋求學校、社福單位或醫療機構的協助。
2. 親職教育能力的增進：父母親應要接受教養觀念的調適與修正，透過報章、媒體及網路等管道，吸收相關知識，諸如兒童青少年健康與心理、親子溝通等；參與社區、學校的親職或衛教課程（或團體），透過社區與學校的聯繫及參與，將有助於個人親職能力的提升。
3. 家庭互動關係調整與增進：減少婚姻不良溝通，增加夫妻關係權力的平衡，減少因婚姻關係紊亂之家庭暴力發生。
4. 家庭脈絡促進：加強家庭支援系統，當家庭面臨壓力時不易被擊垮，透過社會資源，在家庭面臨衝擊



時能給予協助。另外，增進社區凝聚，將有助於減少家庭孤立，增加支持網絡，進而減少兒童虐待的可能。



八、兒童霸凌



簡介

根據的定義，一個學生長時間、重複地暴露在一個或多個學生的負面行動中，並遭到欺負、騷擾，或被鎖定成為出氣筒的情形，即為霸凌。在台灣約有六成左右的國小學童曾經被霸凌，平均每兩個孩子就有一人有被霸凌的經驗。按照霸凌手段、方式的不同，大致可區分為關係霸凌、言語霸凌、肢體霸凌、性霸凌、反擊型霸凌、網路霸凌六大類，分述如下：

1. 關係霸凌：關係上的霸凌是最常見，也是最容易被忽視的，通常是透過說服同儕排擠某人，使弱勢同儕被排拒在團體之外，或藉此切斷他們的社會連結，讓他們覺得被排擠。這一類型的霸凌往往牽涉到言語的霸凌，散播不實的謠言，或是排擠、離間

小團體的成員。值得一提的是，此類霸凌伴隨而來的人際疏離感，經常讓受害者覺得無助、沮喪。

2. 言語霸凌：此類霸凌亦相當常見，主要是透過語言來刺傷或嘲笑別人，這種方式很容易使人心理受傷，既快又刺中要害，雖然肉眼看不到傷口，但它所造成的心理傷害有時比身體上的攻擊來得更嚴重，而且言語上的欺負與嘲笑很可能是肢體霸凌的前奏曲。
3. 肢體霸凌：這是所有霸凌中最容易辨認的一種型態，它有著相當具體的行為表現，通常也會在受害者身上留下明顯的傷痕，包括踢打弱勢同儕、搶奪他們的東西等。另外，霸凌者通常是全校都認識的學生，他們對別人霸凌的行為也會隨著他們年紀的增長而變本加厲。
4. 性霸凌：類似性騷擾、性暴力，包括有關性或身體部位的嘲諷玩笑、評論或譏笑、對性別取向的譏笑、傳閱與性有關的紙條或謠言、身體上侵犯的行為，例如以性的方式摩擦或抓某人的身體，或是迫使某人涉入非自願的性行為等。



5. 反擊型霸凌：這是受凌兒童長期遭受欺壓之後的反擊行為。通常面對霸凌時他們會自然的予以回擊；有的時候受害者則是為了報復，對著曾霸凌他的人出口威脅。也有部分受霸凌兒童會去欺負比他更弱勢的人，這都屬於反擊型的霸凌。必須注意的是，有時此類霸凌的結果相當可怕。
6. 網路霸凌：隨著網路世界的發展，另一種新興的霸凌方式－網路霸凌（cyber bully）也開始出現；孩子身處資訊爆炸的環境，能以快速、多元且便利的管道來交友、聊天、玩遊戲，而在網路的世界裡，由於隱匿性高、傳播範圍無遠弗屆，孩子很容易成為網路世界的霸凌者。



兒童霸凌的原因

1. 家庭因素：高衝突的家庭環境容易導致暴力行為的發生，無形中提供了攻擊行為的模範，如果家長使用暴力、高權威的方式管教孩子，會導致孩子成為同儕間霸凌者的危機增高；此外，慣用情感威脅（例如恐懼），亦容易讓孩子涉入關係霸凌。家庭





中手足關係亦是影響霸凌行為的關鍵，倘若是高度肢體衝突的手足關係，會嚴重影響其攻擊行為。

2. 學校環境因素：老師對於攻擊行為的態度和處理技巧都是關鍵性的因素。若師長採取正向支持態度，校園霸凌行為相對較少。透過老師建立溫暖且接納的校園風氣，使師生之間互動良好，同儕間彼此尊重，可使孩子人際相處有良性的發展。
3. 個人因素：易怒、衝動、煩躁、適應力差的孩子較有霸凌傾向。社會認知技巧，如缺乏同理心或是認同暴力行為，易使孩子成為不顧他人感受的霸凌者。而沮喪與攻擊連結理論則指出霸凌者欺負同儕的原因，主要是為了舒緩來自學校課業、生活上的挫折感，即把學業上的挫折轉化為攻擊行動，有些研究認為，學生成績表現與霸凌行為相關，課業落後無法獲得成就感的學生，成為霸凌者的可能性相對較高。



遭受霸凌的表現

遭受霸凌的學生在生理與心理方面都會受到嚴重傷害，

若沒有及時發現並給予協助，對其身心發展將會有不良影響。受霸凌學童可能呈現幾種症狀，像是出現情緒低落但不願意說明、身上出現不明傷口、學用品或衣服莫名損毀、學業明顯退步或藉口不去上學、經常失眠做噩夢等等。

對於校園霸凌的因應策略

校園霸凌行為對霸凌者、受霸凌者與旁觀者的身心各方面都會造成重大且深遠的負面影響。霸凌行為可以被改變，但需要學校、教師和家長共同合作與努力。細心的家長可以敏銳察覺出孩子的變化，及時給予適當的協助與關懷。而學校與教師更可以在霸凌事件中擔任仲裁的角色，糾正施暴者偏差的行為，也可輔導受害者的心靈。此外，透過正確的教育與政策，落實法治教育，培養青少年法治觀念，教導學生為自己的行為負責、尊重他人與他人和平相處，不以惡語或暴力相向。當霸凌行為發生時，若能即時介入處理，將可使傷害降至最低，唯有學校、家庭、社會三方合作，才能將校園霸凌行為消除於無形。



霸凌者之因應策略

1. 合理明確的規範：讓孩子了解什麼是霸凌行為，它是非法而且不被允許的。
2. 多關懷少暴力：教導孩子時，多關懷少打罵，並讓他們遠離有關暴力的媒體資訊、電視節目與電玩內容。
3. 鼓勵正向的社交技巧：積極地教導及示範正向的社會技巧，如：接納、關懷與尊重，而且當孩子表現出所期待的行為時，則應馬上給予肯定與鼓勵。
4. 與專家合作：家長與學校應密切合作，必要時也可尋求心理輔導專家的協助，以矯正孩子的霸凌行為。
5. 與霸凌者無威脅性的談話，給予霸凌者學習自我理解及創造改變的機會



受霸凌者之因應策略

1. 鼓勵孩子說出心事：當孩子被霸凌時，周遭人應給予他支持，並讓他知道做錯事的人是霸凌者而不是

他，勇敢的說出心事與遭遇。

2. 教導孩子如何面對霸凌行為：教導孩子以堅決果斷的態度來面對，比如說離開現場或向大人求助。
3. 增進人際關係：教導孩子正確的社交技巧，改善人際關係，結識更多朋友，不僅可減少被霸凌的機會，也可撫平被霸凌所造成的傷害。



旁觀霸凌者之因應策略

1. 要通報，不要圍觀：透過教育宣導讓孩子了解霸凌行為與因應策略，讓他們了解圍觀或是發出笑聲等，會更助長了霸凌行為的進行。唯有主動通報成人，尋求協助處理，才可以預防事件再發生，也可以保護自己的安全。
2. 培養同理心及正義感：落實法治、人權與生命教育，教導孩子相互尊重，珍惜生命，進而培養孩子的正義感與同理心，願意向成人通報。



學校方面因應策略

1. 營造溫馨和諧的友善校園，有效預防校園霸凌。



2. 辦理多元團隊活動，提供學生情緒紓解的管道，培養團隊精神。
3. 辦理進修活動，增進教師處理霸凌事件的專業技能。
4. 訂定校園反霸凌政策，並透過教育宣導讓學童瞭解如何因應霸凌行為。
5. 建構完善的校園霸凌事件通報機制與處理流程，及時處理。
6. 提供完整的輔導諮商服務，必要時可尋求專家協助。



家長方面因應策略

1. 改善親子關係，增加親子互動，可有效覺察孩子問題。
2. 增進親師溝通聯繫，適時處理霸凌事件。
3. 身教勝於言教，管教子女應以關懷鼓勵代替責罵體罰。
4. 管控孩子接觸具暴力內容的媒體與電玩，以減少不良的示範。

學校是一個教育的場所，也是發展學生潛能的園地，校園霸凌行為必須遏阻，不容許霸凌行為危害校園安寧，影響同學成長與學習。

參考資料

1. 曾正奇、陳昭信（2005）。愛他，不要害他——對兒童虐待你可以做的事愛他
2. 鄔佩麗（2008）。危機處理與創傷治療。第九章與第十章。台北市：學富文化
3. 余漢儀 1996a 兒童虐待——現象檢視與問題反思（增訂版），台北：巨流
4. 吳若女（2005）。你不可忽視的校園霸凌 誰來救救孩子？。康健雜誌，84，164-178
5. 兒童福利聯盟文教基金會（2004）。國小兒童校園霸凌（bully）現象調查報告。2009年3月28日，取自 <http://www.children.org.tw>
6. 洪福源（2003）。校園欺凌行為的本質及其防治策略。教育研究月刊，110，88-98

兒童焦慮症

著 者：國立台灣大學醫學院附設醫院精神醫學部

主 筆：劉昭郁、商志雍

校 訂：劉昭郁、商志雍

出 版 者：衛生福利部

地 址：11558 台北市南港區忠孝東路六段 488 號

電 話：(02)8590-6666

網 址：<http://www.mohw.gov.tw/>

出版年月：中華民國 103 年 12 月

版 次：第一版第一刷

I S B N：978-986-04-3968-7

G P N：1010303240