

學校社會工作人員在情緒行為障礙 學生轉介前介入之角色 - 以品行疾患兒童／青少年為例

黃玉玫

摘要

日益被社會大眾重視的學生霸凌問題 (School bullying) 已成為不同專業間亟欲合作介入的議題，其中部分霸凌者可能為疑似情緒行為障礙學生，但由於特殊教育資格取得的法定程序 (due process) 因素以致無法立即取得適切的輔導，可能惡化問題的嚴重性。然而隨著近年來對於轉介前介入輔導的重視，使得學生一旦被發現疑似為特殊教育學生時可以接受輔導教師或學校社會工作師 (員) 等相關專業人員以具實證基礎 (Evidence-based) 的策略有系統的介入與評估介入反應 (Response to interventions)。本文以情緒行為障礙學生中之品行疾患兒童／青少年為例，探析心理特質、具實證基礎之介入策略內容，並分析學校社會工作人員應如何與學校教育體系成員及家庭成員合作。

關鍵字：學校社會工作、情緒行為障礙、具實證基礎、介入反應、品行疾患

Abstract

How to deal with school bullying problem has become an important issue of multi disciplinary professionals. Some of bullies may be students with emotional or behavioral disorders, but the due process factor make them can not obtain appropriate services immediately, in this way, the problem maybe worsen. This article presents some evidence-based approaches

used in school social work practice and discuss how to maps out the consistency with the RTI model of special education. Finally this article also discuss school social workers, staff, teachers and family members how to work together.

Key words: school social work; emotional and behavioral disabilities; evidence-based; response to interventions; conduct disorder

壹、緒論

校園霸凌近年來由於媒體顯著報導而成為教育主管機關、各級學校重視的議題。因為霸凌者（Bully）的行為發生在兒童／青少年階段，更讓人擔心長期發展的結果是否會導致霸凌者成人後的反社會行為。雖然不同的理論認為霸凌者的成因眾多，包括可能源於權威管教因素、壓力來源大，但不可迴避的是或許部分霸凌者可能是具有某種特定的身心特質，譬如注意力缺陷過動症（Attention deficit hyperactivity disorder, ADHD）、對立反抗疾患（Oppositional defiant disorder, ODD）甚至品行疾患（Conduct disorder, CD），許多實證研究都明確指出上述疾病學童會有侵略（aggressive）行為，而霸凌行為即為典型行為之一。由於學校社會工作人員應該對部分導因於情緒行為障礙因素的霸凌行為背後的生理、心理特質有正確的瞭解，才有助於根據實證理論形成介入方案甚至與學校內團隊成員合作以發展介入策略。因此本文將以情緒行為障礙學生中相對較嚴重的品行疾患兒童／青少年為例探討可能的霸凌行為、疑似品行疾患者的生理特質、具實證基礎的介入策略、專業人員和

家庭成員間的合作模式。

一、校園霸凌

校園霸凌（School bullying），又稱校園欺凌或校園暴力，指個人長期遭受惡意的心理、身體和言語攻擊，且通常因為權力或體型因素無法反抗。校園霸凌的加害人可以是個人，也可以是一群人，透過對受害人身心上的壓迫，造成對方痛苦、羞恥、尷尬、恐懼，以及憂鬱。校園霸凌不只發生在校園，因同儕而起的校園霸凌也可能發生在學校以外的地方，譬如網路霸凌。霸凌是一種反社會行為，不僅會造成受霸凌者心靈創傷，也會造成受霸凌者課業成就低落、人際疏離，甚至造成受霸凌者的報復性攻擊行為。霸凌的種類包含肢體霸凌、言語霸凌、關係霸凌和非直接霸凌 4 類型。在受害者分析上，男生較容易受到肢體霸凌，女生則受言語霸凌或性騷擾較多。霸凌對受害人造成的後遺症相當多，包括逃家、逃學、出現慢性疾病、自殺和飲食不正常等，並且會造成自尊降低、時常焦慮不安、悲觀思維與高度渴求關懷心理（教育部，2011）。目前許多實證研究都指出注意力缺陷過動症、對立反抗疾患、品行疾患學童可能會有侵略

(aggressive) 行爲特徵，而霸凌行爲即爲典型侵略行爲特徵之一。

二、學校社會工作之功能

由於霸凌行爲的主要發生地在學校，所以學校社會工作人員應思考如何運用社會工作理論與方法將輔導延伸到學生所處的家庭與社區，以了解影響學生問題行爲的社會因素，並充分連結社會資源以提升輔導效果（林勝義，1991）。由於學校社會工作的服務內涵包括以個案工作處理學生的困擾問題、向教師及家長解釋學生的問題內涵、爲學生及家長提供團體工作、爲學校人員提供諮詢服務、參與社區發展工作、開發並運用社區資源、協調學校輔導工作有關人員等（林勝義，1991），而這些服務內涵即與協助輔導學生霸凌行爲密切相關。

或許有人認爲現有學校體系中的輔導教師是否即足以擔任這樣任務？然而事實是學校社會工作人員的服務內涵與學校體系中輔導教師的專長不一樣，因爲學校社會工作人員專長在於個案與團體工作，開發社區資源，至於輔導（或者九年一貫課程的綜合領域）專長教師主要是設計教學活動，將個別與團體諮商的學理設計入教學課程中，並實施教學。簡言之，輔導教師的工作場域主要在教室或在學校，學校社會工作人員的場域則除了學校外，家長、家庭與社區亦是主要對象與場域。

一旦確立學校社會工作人員在霸凌行爲輔導專業角色的重要性後，或許應更進一步思考，學生爲何會出現霸凌行爲？學

校社會工作人員除了從學生家族史、家庭環境、社區等脈絡探尋外，不可迴避的是有部分學生出現霸凌行爲，其背後可能有心理、生理因素，而學校社會工作人員決定介入前，有必要對此有初步瞭解。

貳、品行疾患兒童／青少年特質

當學校社會工作人員提供關心、陪伴甚至介入時都必須正確理解霸凌者的想法，當發現其中部分霸凌者疑似爲情緒行爲障礙學生時，學校社會工作人員應對其生理、心理特質有所瞭解。依據我國特殊教育法之規定情緒行爲障礙學童有六類亞型：精神性、情感性、焦慮性、畏懼性、注意力缺陷過動、其他。品行疾患則屬 DSM-IV 之疾病名稱，也屬我國特殊教育法中之情緒行爲障礙六種亞型之其他類。以下即以極有可能成爲霸凌者的品行疾患兒童／青少年爲例，說明其定義、特徵、對學校生活影響等。

一、品行疾患定義

品行疾患兒童／青少年最主要之行爲特徵爲持續、重複地違反規則，及不顧、侵犯他人權益；行爲型態包括攻擊、對他人或動物殘忍、破壞他人財產、說謊與偷竊（Frick, 1998）。精神疾病診斷與統計手冊第四版的修正版（The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR）以初發年齡將品行疾患分成兒童期初發型與青春期初發型這兩種亞型，而這兩種亞型之切截年齡是十歲（APA,

2000)。兒童期初發型指的是於十歲前至少有一種品行疾患之特徵性準則發生，而且好發於男性兒童，且早期可能有對立性反抗疾患的症狀，所以青春期之前便就符合品行疾患診斷準則；至於青春期初發型的定義是在十歲前未有任何一種品行疾患之特徵，所以相較於兒童期初發型個案，青春期初發型個案攻擊行為較少。兒童期初發型之品行疾患個案者比青春期初發型之品行疾患個案，會表現出更多品行問題，且出現更多身體攻擊，說謊、偷竊、與破壞之行為（蔡明富，2010）；另外，兒童期初發型個案與未來發展為反社會人格疾患之間有更高的相關（APA, 2000）。

二、品行疾患特徵

品行疾患兒童／青少年主要特徵在於不斷重複違反他人的權力、別人的所有物與社會的預期反應，且品行疾患兒童／青少年也因較複雜的行為問題而難根治其病症。他們常出現「對人或動物的侵略與攻擊性行為」，根據診斷標準，這些行為在過去一年內會出現過三次或在最近六個月之內至少出過一次，而且品行疾患兒童／青少年通常有很嚴重的「恃強欺弱」現象。而且個案對於懲罰或是獎勵也不會有很大的回應，相反的，個案的不當行為可能因人採用懲罰的方式而變的更加嚴重，因為個案可能視「懲罰」為某一種「增強」。此外，品行疾患兒童／青少年也常會伴隨其他症狀，例如過動、焦慮、緊張、沮喪、學業上的困難與不佳的人際關係（蔡明富，2010）。

三、品行疾患兒童／青少年的學校生活適應問題

品行疾患兒童／青少年的外侵行為或破壞行為問題可能是最常見因為精神病理因素導致負向學業表現或社交、人際問題的例子。品行疾患兒童／青少年可能會忽視或反抗教師的要求，與同儕互動時往往使用批評、對抗等負向的口語與行為，甚至是身體的攻擊行為。而且品行疾患兒童／青少年相較於其他身心障礙學生有更高的缺曠率。

在美國的統計，包含品行疾患學生在內的各類情緒行為障礙學生有可能在中學階段中輟或被學校開除學籍，而且越來越難融入學校體系中。（Wagner, Kutash, Duchnowski, Epstein, & Sumi, 2005）。不過，這也不足為奇，品行疾患兒童／青少年經常無法準確完成教師指派的學習作業，也未能完成家庭功課，對於學業學習工作維持注意力也有困難。過去曾有研究將情緒行為障礙學生跟學習障礙學生相比較，情緒行為障礙學生雖然跟學習障礙學生的學業成就都一樣低落，但是情緒行為障礙學生完成學習任務的比率低於單純僅學習障礙的學生（Lane, Carter, Pierson, & Glaeser, 2006）。

許多學者認為品行疾患學生衝動行為症狀型態可以分為七階段（Colvin, 1992; Walker, 1995; 吳怡慧，2009）。而如果學校社會工作人員經觀察發現學生有以下的行為型態即可懷疑學生有可能為疑似品行疾患，不過仍要透過與學生之家庭成員、

社區成員之互動、訪談才能瞭解這些行爲 是否跨情境。

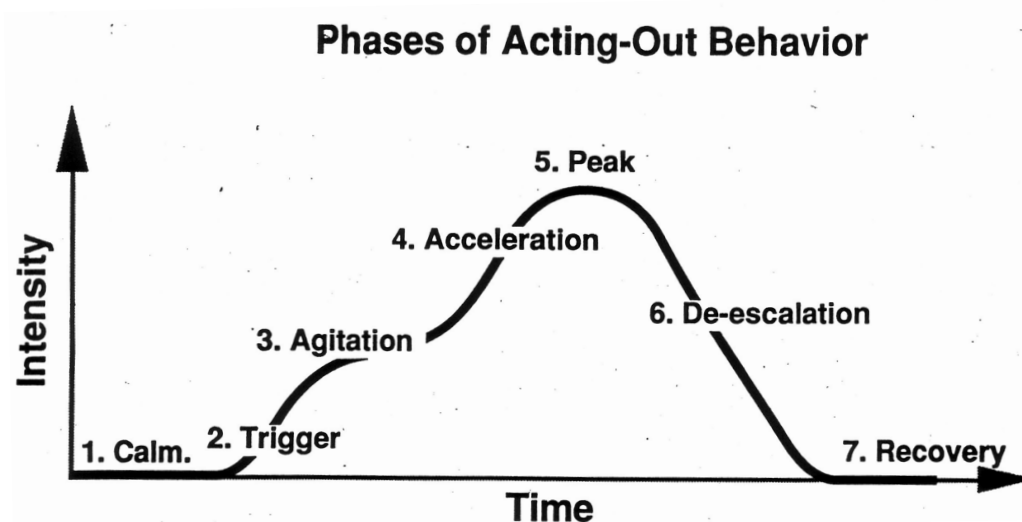


圖 1：Colvin (1992) 提出品行疾患兒童／青少年衝動 (acting out) 行為型態

(一) 冷靜階段 (Calm)

學理上認為即使是疑似品行疾患兒童／青少年也不可能一整天持續不斷地一直出現攻擊行爲。當他們處於冷靜階段時，他們的學業、行爲等整體表現幾乎與一般學生無異，他們也可以非常投入參與校園內的學習活動，他們不僅會遵守班級規範也可以安靜地書寫教師指定的課堂練習作業，而且對於教師或同儕的正向回饋會有所回應。

(二) 誘發因子階段 (Triggers)

但是當疑似品行疾患兒童／青少年碰到環境壓力而未得紓解，則他們的負面想法可能會開始累積。這些環境壓力因子在校園內處處可見，譬如當他們受口語或行

爲挑釁時（如：被嘲笑、叫綽號、被他人任意拿取物品）；需求未得滿足，或是被負面事件波及時；喜歡的慣例或生活習慣被突然改變時，這些事件都可能誘發他們攻擊行爲。由於學生在此階段已開始出現一些未被解決的困難，如果教師或社工師（員）未及早協助介入，則疑似品行疾患兒童／青少年會進入下一個焦躁階段。

(三) 焦躁階段 (Agitation)

在這個階段疑似品行疾患兒童／青少年將會開始出現注意力不集中的情況或不參與教室學習活動。具體的行爲表現包括教師授課時，學生的目光漂移無法聚焦於教師的教學內容、黑板的書寫內容或課本的內容；會開始幻想或作白日夢；與教師的對話可能是散漫、虛應的回答；在小組

分組活動中會離群。當這些行為出現時，代表疑似品行疾患兒童／青少年釋放憤怒的訊息，教師或社工師（員）等專業人員應立即介入。

（四）加速階段（Acceleration）

倘若在前期未能妥善介入，則疑似品行疾患兒童／青少年進入加速期後，開始會有衝動行為。在這個階段，疑似品行疾患兒童／青少年會試圖主導整個局面，並且可能試圖將教師或重要成人的角色帶入其權力爭奪內。疑似品行疾患學生可能會開始故意製造棘手的麻煩事、也會不服從同儕或教師的指令、故意激怒教師或同儕。甚至會大聲喧嘩、叫囂，也會罵教師，或者破壞物品以攻擊同儕。通常在這個時候，他們的同儕很可能因為懼怕或是不知如何回應而觀察教師如何回應疑似品行疾患兒童／青少年的這些行為。所以當教師或社工師（員）等專業人員在此階段介入處理時，千萬不可採取激烈處罰、喝叱等刺激他們的方式，因為這樣一來只會有更嚴重的後果，將學生帶到高峰階段，反而應該使用冷靜的語氣與其對話、溝通。

（五）高峰階段（Peak）

教師或社工師（員）等專業人員若沒在加速階段正確地介入處遇，那麼可以合理預期疑似品行疾患兒童／青少年衝動行為將進入高峰，在這個階段他們可能已經行為失控，他們可能會瘋狂似地摔擲各種東西、也會以暴力攻擊特定同儕或師長、也有可能出現打自己、撞牆的自傷行為等。

（六）緩降階段（De-escalation）

疑似品行疾患兒童／青少年經過高峰期的情緒宣洩後，他們反而呈現困惑錯愕狀態，他們可能會顯得很疲累。到了這個階段，教師或社工師（員）等專業人員與學生檢討他的行為時，他可能會表現出悔意，但仍會否認自己有錯，常見的作法是他們會一直將過錯推給他人。教師或社工師（員）等專業人員在這時候不應該一直追究。不過應該保握的是由於學生在緩降階段會開始有悔意，所以他們已經能遵守教師的指令進行課堂活動，不過這些指令也還無法過於繁複，也僅能是一些像是擦黑板、安靜坐著看書等簡易的工作任務。

（七）修復階段（Recovery）

由於對於剛才的行為尚有悔意，所以在修復期階段可以看到學生作事情會顯得小心翼翼，而這時疑似品行疾患兒童／青少年可能會表現出不願重參與團體活動或同儕學習活動的情況，那是因為他們心裡有所防衛（defensive），深怕再犯錯。教師或社工師（員）等專業人員此時應該是持續觀察學生的行為，並靜待適當時機再與學生討論溝通。

參、轉介前介入與具實證基礎的輔導策略

目前針對學齡階段疑似品行疾患兒童／青少年（在特殊教育法之分類稱為情緒行為障礙學生）之鑑定，主要是透過下列

程序來完成。首先，班級導師初步篩選班級內疑似情緒行為障礙的學生，而後在家長同意下將學生情況通報縣（市）政府特殊學生鑑定及就學輔導委員會，由特殊學生鑑定及就學輔導委員會安排進一步的心理評量（採用標準化智力測驗、直接觀察、晤談或參佐醫學檢查、身心障礙手冊等多元評量的方法）以及分析一般輔導策略對學生的輔導效果，最後藉由綜合研判分析學生之身心發展確有異於同儕時，即將此

相關報告送交特殊教育學生鑑定及就學輔導委員會由高階心理評量人員、特殊教育教師、教育行政人員、特殊教育研究學者等討論學生之相關報告以形成學生是否應接受特殊教育服務之結論。而這個流程中，對於分析一般輔導策略對學生的輔導效果即是轉介前介入的重點工作，這個階段需要藉由導師、輔導教師、社會工作師（員）等人員收集相關介入效果之實證資料以作為綜合研判分析之用。

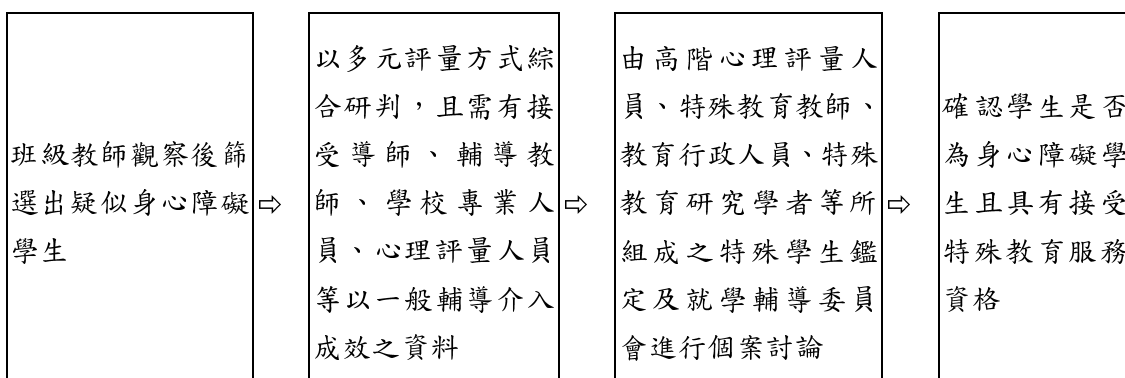


圖 2：取得特殊教育資格程序

一、轉介前介入在情緒行為障礙學生鑑定之意義

雖然教育體系內特殊教育的介入對改善情緒行為障礙學生問題行為顯得相當重要，但是由於特殊教育服務資格的取得需要正當法律程序（due process）的鑑定過程，雖然這個過程強調安置合法性的重要，但過去卻往往被某些人稱為缺陷模式（等確定有某種障礙後，在考慮介入），而缺陷模式卻有一個相當大的缺點，就是可能失去早期介入的機會。不過自 2004

年美國障礙者教育法案（IDEA）對於特殊兒童的鑑定建議可採轉介前介入的「介入反應模式」（responds to instruction, RTI）作為判斷後，轉介前介入的正當性已逐漸成為國內外特殊教育體系內的共識。以「對介入反應」的轉介前介入模式最大的特點即是重視介入歷程。以疑似品行疾患兒童／青少年接受特殊教育服務的鑑定程序而言，即是必須經過一段時間（約一學期）有系統的觀察、介入、評估，並根據介入結果分析，才能決定學生是否進入特殊教育體系接受教學輔導。

在實務上，目前實施「對介入反應」的過程則著重於觀察、評估學童接受以實證為基礎（Evidence-based practice）的教學介入後反應。實施轉介前介入的「介入反應」歷程包含：1.推展以實證為基礎的教學介入。2.動態的篩選，找出班級中具有問題的學童。3.找出班級中具有行為問題的學童後，由特殊教育教師或學校社會工作師等專業團隊成員提供諮詢合作，給予適當的行為輔導，並持續進行學習進步表現之追蹤。4.若學習表現有進步，則持續給予輔導措施及追蹤，直到學童之行為表現已達應有成就水準。5.若學習表現並無明顯進步，則需由普通教育教師及特殊教育教師或學校社會工作師等專業團隊成員共同合作進行教學輔導，並持續進行學習表現之追蹤。6.若學童之學習表現仍無明顯進步，則進入特殊教育系統。

二、具實證基礎的介入策略

而既然實施轉介前介入相當重要，那要如何介入呢？由於近年來各個臨床實務領域皆強調必須以有效的策略介入個案的問題，因此具實證基礎的介入策略的觀點日益受到重視。對學校社會工作人員而言，具實證基礎的介入策略需是從社工師（員）提問最適當的臨床問題開始，經過選擇處遇策略，到評估此策略對特定情境之有效性與適用性的過程。而且最重要的是所選擇的處遇策略必須經過實證研究證明有效。因此具實證基礎的介入策略最好是形成實證共識（empirical consensus）的策略，亦即來自對某項特定治療策略所做

的一系列成效研究之結果。對輔導品行疾患兒童／青少年而言，已有許多文獻支持親職行為訓練、認知—行為訓練、以同儕為中介之介入策略這三個具實證基礎的策略相當有效，本文以下分別介紹這三個策略的意涵及應用。

（一）親職行為訓練

由於品行疾患兒童／青少年的一些規範性行為比較難建立與維持，他/她們對於父母親所下達的命令或要求，又常常無法做到，因此常造成親子間的摩擦，惡化親子關係。父母在面對家中的品行疾患兒童／青少年時，也經常會出現不知如何管教、不知如何與他們互動，也不知如何處理他們在學校裡因課業、人際關係所伴隨而來的問題，因此會顯得精疲力竭（洪儷瑜，1993）。美國知名情緒障礙兒童教育專家 Barkley（1997）指出家庭因素以及父母不當管教方式的影響會使這些兒童／青少年的症狀加重；因此，若能教導父母親合宜的管教技巧，透過父母來協助學生學習、建立適當的技巧能力，抑制不適當的行為，改以適當的行為來表現，將有助於品行疾患兒童／青少年管理自己的行為，因此 Barkley（1997）發展了一套父母訓練方案理兒童的問題，可以有效降低兒童的不適當行為。Barkley 認為情緒障礙兒童在以「規則」來管理行為上有缺陷，或是在藉由命令、規範、與自我指導的語言控制刺激的行為上有缺陷，因此兒童的父母必須比一般兒童的父母使用更多系統化、外顯特徵明確的、易注意到的規範，且對兒

童的服從行為提供增強。此外兒童特別在青少年與成人早期會有較多的不適應行為；而處理這些行為最有效的技巧即是使用行為改變技術增強服從行為或削弱不服從行為。因此，學校社會工作師（員）必須教導家長在家中訓練兒童時，應注意使用系統化、外顯特徵明確的、易注意到的規範，並且要能增強服從行為並削弱不服從行為。

（二）認知－行為訓練

認知－行為訓練的產生是由於傳統行為學派學者發現他們與認知學派所採用的目標和實施程序有相似之處；再者，認知學派的專家們也採用不少行為改變法的技術（邱連煌，2001），因此，行為學派在傳統的「刺激－反應理論」之外，也隨著認知心理學的被重視而認為單純外控方式的侷限性，而且認為認知的改變會使個體的行為改變更容易且更持久。最後，行為論加入了認知理論，演變為認知行為改變技術。

與行為改變技術採用外控方式改變個體行為不同的是，認知行為訓練強調藉由個體透過認知歷程（如自我教導、內化語言等方式）進行自我調適。而且認知行為訓練假定 1.個人的行為受其認知的影響；2.改變個人的認知，即能改變行為；3.改變行為的任務中，個人本身是積極的參與者（邱連煌，2001）。認知－行為訓練中最被常應用於教導情緒行為障礙學生的策略即是自我教導策略，這個策略的程序與基本步驟有六個（引自江素鳳，1998）：

1.由教導者大聲地予以外在言語的示範。

2.教導者陳述外在言語，學習者依據言語的陳述進行實做。

3.學習者大聲地陳述外在言語，教導者則壓低音量予以提示。

4.學習者自行透過外在言語的陳述，指導其工作的進行。

5.學習者以默唸方式的陳述，指導其工作的進行。

6.學習者以內在言語指導其工作的進行。

所以當學校社會工作師（員）執行個案介入時應該要善用認知－行為訓練策略，必須教導品行疾患兒童／青少年如何提醒自己的行為，藉由不斷練習，讓自我教導的內容內化為品行疾患兒童／青少年的內心語言才有可能降低品行疾患兒童／青少年的攻擊行為。

（三）以同儕為中介的介入策略

社會心理學家 Bandura 認為人能夠處理所接受的訊息並思考自己行為後果，所以他主張人是透過觀察學習新行為，他認為只需讓兒童觀察「社會楷模」的行為，那麼即使在沒有增強的情形下，學習也會發生（蘇建文、林美珍、陳李綢、程小危、吳敏而、林惠雅、柯華歲、辛曼玲、陳淑美，1991）。如果把社會能力佳的同儕當作楷模，可以增強適當正向社會行為（林怡鈴，2004）。故以同儕為中介的介入策略需要社交技巧較佳的同儕，以及成人的訓練、管理、褪除增強系統與監督兒童之

間的互動（Rogers, 2000）。

以同儕為中介的介入策略可以說是結合提示／增強及同儕引發的策略，由成人教導、提示及增強情緒行為障礙學生和其同儕間的正向互動行為。以同儕為中介的介入策略通常被使用來幫助特殊教育學生學習在學校和同儕互動之社交技巧以及溝通技巧，邊際效應是可以改善接受特殊教育之情緒行為障礙學生和其同儕間的友誼（Elinor & Lionel, 1997）。

學校社會工作師（員）在校園內實施以同儕為中介的介入策略的具體步驟可以分成以下七項：

步驟一：首先，學校行政體系要將以同儕為中介的介入策略列入學校課程中，並利用綜合活動或彈性課程時間介紹；

步驟二：學校社會工作師（員）接下來開始在校內徵求適合的同儕夥伴；

步驟三：篩選及配對疑似品行疾患兒童／青少年與同儕；

步驟四：學校社會工作師、校內教師開始訓練同儕夥伴；

步驟五：制訂行為目標及定期評量進步情形（包含疑似品行疾患兒童／青少年的上課出席率、正向態度，學習事務參與的積極度、作業品質等）；

步驟六：定期約定午餐約會（每週或每月一次），讓情緒行為障礙學生、同儕夥伴分享心得；

步驟七：教師、學校社會工作師、其他專業人員與同儕夥伴需建立督導會議（每學期一次），提供改善建議。

肆、學校社會工作人員與團隊合作

從上述的說明，可知由於特殊教育取得程序前，需要以具實證基礎策略介入後才能分析品行疾患兒童／青少年之行為表現情況是否符合理論、是否跨情境。尤其情緒行為障礙學生的輔導並不能單獨在學校情境中進行即可類化到其他情境，因此還必須仰賴學校社會工作人員有效地評估學生所處生態環境，甚至需要與學校輔導教師、特殊教育教師、家長、社區機構合作。

由於品行疾患兒童／青少年的學業表現和社會關係可能因此產生問題，故如果可以早期發現並介入以輔導他們建立合宜的社交技巧，將有可能減少對人格可能的負面影響。而與品行疾患兒童／青少年生活密切相關的學校行政人員，教師，專業團隊（包括醫師、心理師、社工師）、社區機構（譬如安親班、社區教會等）、和家庭成員（包括父母、長輩、兄弟姐妹）等都有必要隨時向學校社會工作人員分享關於品行疾患兒童／青少年的訊息並一起合作，學校社會工作人員才能建構關於品行疾患兒童／青少年現況的完整圖像，並據此瞭解特殊教育需求及發展介入策略。以下對學校社會工作人員如何與不同成員實施跨專業合作提供具體建議。

一、與學校行政人員合作

社工師進入學校體系第一步即是與學

校行政人員（包含校長、主任、組長、業務承辦人等）合作，因為有效的介入方案必須是仰賴學校行政團隊的能力，以及行政團隊成員正確的理解品行疾患兒童的生理、心理特質和針對問題所作出正確反應，學校行政人員可能也需要了解學校社會工作人員服務內涵或依據法令他們的應配合事項。學校社會工作人員可以與學校行政人員合作訂立三級預防計畫，研擬品行疾患學生與同儕發生爭執行為時之標準作業流程，預防危機或更大的傷害發生。而且學校社會工作人員可以幫助連結社會資源，協助學校找到足夠的經費補助辦理專業心理諮詢業務；也可以設計募款方案，以資助品行疾患家長和學校行政人員的培訓課程和購買教材

二、與班級導師、輔導教師、特殊教育教師合作

學校社會工作人員也可以參加學生的鑑定討論會議以提供標準化評估證據或非正式觀察評估的意見。如果討論會中需要社工師（員）呈現標準化評估證據，學校社會工作人員可以使用行為評定量表或其他心理測驗收集學生的社會情感功能。除了標準化評估證據外，透過非正式觀察評估或經由晤談得到資料也相當重要。非正式評估通常包括課堂觀察，在一定期間內，學校社會工作人員可以收集某些行為發生的基線數據、發生頻率和持續時間，並查找行為的前因和後果（Massat, Ornstein, & Moses, 2006）。

學校社會工作師可以與教師討論這些

資訊，以提供自己對於學生行為的觀點。此外，教師助理員可以在課堂上可能有寶貴的洞察兒童的行為與品行疾患。其他輔助人員，如義工媽媽、說故事媽媽都可以提供有關兒童的社會技能和飲食習慣的資訊。從這些可信賴的來源收集到資訊相當重要，因為這些訊息能幫助教師對品行疾患兒童／青少年的行為症狀作出適當的回應（Massat et al., 2006）。

一旦學生被認定為有品行疾患，學校社會工作人員還可以幫助教師更有效地與學生家長一起合作。學校社會工作人員可以分析「家庭，文化和社會因素」的重要性讓學校教師知道，因為這些都是可能影響學生在校行為的因素。學校社會工作人員也可以各別與品行疾患學生的老師和學生的家長合作，以提供外加資源和支持。

學校社會工作人員也可和其他專業人員合作（譬如兒童心智科醫師、心理師、輔導教師等），當討論疑似品行疾患評估結果報告或是討論介入策略時，行政人員尤其可能邀請社工師參與（Tomb & Hunter, 2006）以對心評小組提供建議。

當學生特殊教育服務資格被確認後，學校社會工作人員可以協調特殊教育教師、相關服務人員，原班級教師和家庭成員提供進一步之服務。如果評估後認為學生沒有符合接受特殊教育服務資格，學校社會工作人員也仍然可以在學校提供一些親師溝通的協調服務。

三、與學生家庭成員合作

相較於學生導師、輔導教師、特教老

師、行政人員、心理師等人都是在學校系統或是封閉式的情境中提供服務，學校社會工作人員則除了在校的服務之外，也必須與品行疾患學生家長一起合作。透過與家長深度的溝通、採訪，他們可以收集學生的發展史和社會史，以及獲取有關學生在家庭生活時的品行疾患症狀（Sloman et al., 2007）。

學校社會工作人員也可以在學生接受特殊教育轉介前介入評估過程中扮演學校和家庭之間的聯繫者。學校社會工作人員可以幫助家長了解學生的權利和特殊教育的相關法律規定，以及解釋學校將提供的服務內容。學校社會工作人員可以提供家庭成員如何與品行疾患學生相處的經驗諮詢，因為品行疾患學生的行為通常也會給家庭增添壓力，造成干擾（Piacentini & Langley, 2004）。透過這樣的歷程，家長比較有可能提高督促學生日常行為的頻率，就有可能改善他們品行疾患的症狀（Cameron & Region, 2007），而且也有助於建立家長管教策略，因為如果不一致的管教方式，徒增學生的症狀和家庭的衝突（Van Noppen, 2002）。

此外，品行疾患學生家長有可能常常採用嚴厲地批評方式，而這可能打擊學生自信心。而一旦家長與學生常常用這種方式溝通，有可能惡化學生的品行疾患症狀。所以在學校行為治療的過程中，也應該加入家長、手足等成員，並教導家長如何正確觀察品行疾患症狀和適應策略、少用指責的方式，對建立健康的互動模式才有助益（Van Noppen, 2002）。所以學校社

會工作人員提供家長關於品行疾患之專業資訊，討論學生的表現，並解釋治療方案（Tomb & Hunter, 2006），譬如以家庭為基礎的認知行為治療（Family-based cognitive-behavioral therapy）等都是相當重要的。因為要確認家長知道如何使用這些策略即需要學校社會工作人員不厭其煩地示範與說明。尤其，許多實證研究都認同學齡愈小幼兒特別容易受到家庭的影響（Freeman et al., 2007），而早期介入又相當重要，所以愈早由學校社會工作人員與家長合作，則對改善品行疾患症狀可能越有幫助。

學校社會工作人員更是協助品行疾患學生連結社會資源（相關民間組織、治療師、心理師）的重要環節。學校社會工作人員應該協調學校和相關專業服務之間的工作，使學生得到更全面、更細緻的照顧。學校社會工作人員也可以藉由與家長、老師的觀察，紀錄藥物對學生的影響，並提供這些資訊給醫師及相關醫事人員。

另外，在連接這些資源或服務時，學校社會工作人員應熟悉如何運用診斷和統計手冊（DSM-IV, APA, 2000），Massat、Ornstein、Moses（2006）認為熟悉 DSM-IV-TR 是學校社會工作師的必要知識，因為 DSM-IV 內容已被不同專業間認同且可以作為專業人員之間溝通時的一致語言可用於規劃有效合作的介入方案。

伍、結論

就流行病學統計，不可否認有 1%~

3%的情緒行為障礙兒童／青少年有可能是需要特殊教育介入協助（Forness, 2005），但由於特殊教育法規要求鑑定的正當法律程序，所以疑似情緒行為障礙兒童／青少年在學校體系中可能無法立即接受適當的服務，因此學校社會工作人員或輔導教師的轉介前介入即在此階段相當重要，透過以實證基礎策略的早期介入除可能有效減緩疑似情緒行為障礙兒童／青少年的霸凌行為外亦可協助確認是否具接受特殊教育的法定資格。除此之外，研究顯示情緒行為障礙兒童／青少年的家長比較願意尋求學校體系裡的教師或專業人員幫助兒童／青少年克服情緒或行為障礙問題，反而較不喜愛精神科醫師或醫療院所體系專業人員（Sourander et al., 2004），所以可能有許多霸凌者為疑似情緒障礙學生但是卻沒有被醫療體系發現，而這群學生即需仰賴班級導師、輔導教師、學校社會工作人員積極地實施轉介前介入與評估。

為了提供高品質的轉介前介入，學校社會工作師（員）需要實施具實證基礎的服務策略以有效的策略介入處理這些學生的問題行為。譬如以認知行為訓練結合中樞神經興奮劑被認為是對協助注意力缺陷過動症兒童改善不專注行為或衝動行為的有效策略；至於改善品行疾患兒童的行為則應該考慮運用多元處遇法（Forness, 2005）。最重要的是，研究上認為單獨只讓疑似情緒行為障礙兒童／青少年接受藥物治療，而沒有實施認知行為訓練則效果是不好的，研究也認為接受有結構的行為

介入對改善情緒行為障礙兒童少年的學業、行為問題有所助益（Chacko et al., 2005）。

然而，相當可惜的是，這些具實證基礎的策略雖然在醫療院所被認為是重要的診斷、治療策略，但目前在現行學校體系中並沒有辦法有效地推廣與執行。即便情緒行為障礙兒童一天有八個小時在學校生活，但學校體系內因為尚未將社會工作師（員）人力列為必要配置，所以缺乏專業人員有效地實施這些策略。此外，我們都知道單靠家庭系統不一定能保證兒童／青少年可以發展正向的社交技巧，而學校卻可提供一個適合兒童發展社交技巧的特殊情境，而這些跨情境的社交技巧訓練則必須有賴如學校社會工作師這樣角色的專業人員與家庭成員合作，這點也凸顯學校需配置社會工作師（員）人力的重要。

經由本文綜合相關研究的探討可知約80%的學生在初級預防的體系中，他們的學業和行為表現都能符合要求。另有15%的學生則需要進入次級預防系統，接受小團體輔導或個別化的支持。至於另外有5%的學生，我們必須承認他們可能需要大量的支持，包括可能需要接受密集的特殊教育或學校社會工作的轉介服務。然而臺灣目前對於學校社會工作的專業尚在發展中，極有必要針對目前已經有運作模式之臺北市、新北市學校社會工作師（員）團隊發展出適合本土化的專業介入模式。建議目前已配置有學校社會工作師（員）的直轄市或縣（市）政府相關單位，應該就學校社會工作師（員）如何運用具實證基

礎的介入策略以及與學校體系相關人員、家長合作以實施轉介前介入模式，甚至針對改善情緒行為障礙學生霸凌行為的模式作深入之探析，並建立典範。
(本文作者黃玉玟現為臺南市政府社會局社工員)

參考文獻

- 江素鳳(1998)。《自我教導策略對國小數學學習障礙兒童學習效果之比較研究》。國立彰化師範大學特殊教育研究所碩士論文。
- 邱連煌(2001)。〈認知行為改變：行為的自我管理〉。《國教天地》，143卷，頁3-23。
- 林勝義(1991)。〈學校輔導工作的基本概念〉。《輔導月刊》，27卷，9、10期，頁1-5。
- 林怡鈴(2004)。《同儕夥伴訓練方案增進同班同學對自閉症同儕接納態度之研究》。國立新竹教育大學特殊教育學系碩士論文，未出版。
- 吳怡慧(2009)。〈衝動行為循環七部曲〉。網址：<http://www.adhd.org.tw/paper.aspx>，瀏覽日期：2011年5月15日。
- 洪儷瑜(1993)。〈注意力缺陷及過動學生人際關係及其相關問題研究〉。《特殊教育研究學刊》，9期，頁91-106。
- 教育部(2011)。〈教育部防制校園霸凌專區〉。網址：<http://140.111.1.88/faq/>，瀏覽日期：2011年5月3日。
- 蔡明富(2010)。〈有無伴隨品行疾患之注意力缺陷過動症學生與普通學生行為問題之比較〉。《東臺灣特殊教育學報》，12期，頁109-126。
- 翁毓秀(1996)。〈學校社會工作的實施模式與角色困境〉。《社區發展》，8卷，1期，頁79-113。
- 蘇建文、林美珍、陳李綢、程小危、吳敏而、林惠雅、柯華歲、辛曼玲、陳淑美(1991)。《發展心理學》。臺北：心理。
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., rev.). Washington, DC: Author.
- Barkley, R. A (1997): *ADHD and the nature of self-control*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A (1997): *Defiant children: a clinician's manual for assessment and parent training*. New York: Guilford Press.
- Cameron, D. L., & Region, C. H. (2007). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 696-704.
- Chacko, A., Pelham, W. E., Jr., Gnagy, E. M., Greiner, A., Vallano, G., Bukstein, O., et al.

- (2005). Stimulant medication effects in a summer treatment program among young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44*, 249-257.
- Colvin, G. (1992). *Managing acting-out behavior: A staff development program to prevent and manage acting-out behavior*. Longmont, CO: Sopris West.
- Elinor, B., & Lionel, B. (1997). Creating small groups using school and community resources to meet student needs. *School Counselor, 44*(4), 294-303.
- Forness, S.R. (2005). The pursuit of evidence-based practice in special education for children with emotional or behavioral disorders. *Behavioral Disorders, 30*(4), 309-328.
- Frick, P. J. (1998). *Conduct disorder and serious antisocial behavior*. New York: Plenum.
- Lane, K. L., Carter, E. W., Pierson, M. R., & Glaeser, B. C. (2006). Academic, social, and behavioral characteristics of high school students with emotional disturbances or learning disabilities. *Journal of emotional and behavioral disorders, 14*(2), 108-117.
- Lynam, D. R. (1996). Early identification of chronic offenders: Who is the fledging psychopath? *Psychological Bulletin, 20*, 209-234.
- Massat, C. R., Ornstein, E., & Moses, H. (2006). School social work in the twenty-first century: Current trends and challenges in best practice with mental health issues. *School Social Work Journal, 30*(3), 94-115.
- Piacentini, J., & Langley, A. K. (2004). Cognitive-behavioral therapy for children who have obsessive-compulsive disorder. *JCLP/In Session, 60*(11), 1181-1194.
- Rogers, S. J. (2000). Interventions that facilitate socialization in children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 30*(5), 399-409.
- Sloman, G. M., Gallant, J., & Storch, E. A. (2007). A school-based treatment model for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Child Psychiatry and Human Development, 38*, 303-319.
- Sourander, A., Santalahti, P., Haavisto, A., Piha, J., Ikaheimo, K., & Helenius, H. (2004). Have there been changes in children's psychiatric symptoms and mental health service use? A 10 year comparison from Finland. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*(9), 1134-1145.
- Tomb, M., & Hunter, L. (2006). Effective interventions for students with obsessive-compulsive disorder. In C. Franklin, M. B. Harris, & P. Allen-Meares (Eds.). *The school service sourcebook: A guide for school based professionals* (pp. 89-110). Oxford: Oxford University Press.

- Van Noppen, B. (2002). Multifamily behavioral treatment (MFBT) for obsessive-compulsive disorder (OCD): A step-by-step model. *Brief Treatment and Crisis Intervention, 2*, 107-122.
- Walker, H.M. (1995). *The acting out child: Coping with classroom disruption. (2nd ed.)* Longmont, CO: Sopris West.
- Wagner, M., Kutash, K., Duchnowski, A. J., Epstein, M. H., & Sumi, W. C. (2005). The children and youth we serve: A national picture of the characteristics of students with emotional disturbances receiving special education. *Journal of emotional and behavioral disorders, 13(2)*, 79-96.