# 兒童青少年期障礙症的辨識與處理

**104年度國中小輔導行政人員**

**職前訓練**

**講師：趙家琛**

# 大綱

- 常見之兒童青少年期障礙症
- 兒童青少年的焦慮症
- 兒童青少年的憂鬱症
- 自殺議題

# 常見之兒童青少年期障礙症

- 早年的經驗和發展對成年的心理健康非常重要
- 最可能在兒童和青春期出現的障礙症：
  1. 不專注、衝動與破壞行為有關的障礙症
  2. 焦慮症和憂鬱症
  3. 學習、認知、語言、動作或社交技能困難的障礙症，包括學習障礙症、發展障礙症、智能不足、自閉症類群障礙

# 兒童期障礙症的分類與診斷

- 發展心理病理學：從正常發展脈絡下研究兒童期障礙症，使我們能夠辨識哪些行為在某階段是合宜的，而在另一階段則被視為是干擾的
- DSM-5中的兒童障礙症有許多改變--疾病的組織分類大幅改變、障礙症名稱更新、診斷準則的修改
- DSM-5中的兒童障礙症分為兩大群：「神經發展障礙症」和「侵擾行為、衝動控制及行為規範障礙症」，其他的障礙症如分離焦慮症，列在成人焦慮症，憂鬱症列在成人憂鬱症

# 兒童期障礙症的分類與診斷

- 一般常見對兒童問題的分類為：
  - 外化障礙（externalizing disorders）
    - 特徵為較多對外導向的行為，例如：攻擊、不服從、過動和衝動；這類包括注意力不足／過動症、行為規範障礙症和對立反抗症
  - 內化障礙（internalizing disorders）
    - 特徵為較多向內聚焦的經驗和行為，例如：焦慮、憂鬱和社會退縮；這類包括兒童期焦慮症和情緒障礙症
- 兒童和青少年可能同時呈現兩種類別的症狀
- 男孩較常出現外化障礙、女孩較常出現內化障礙，此現象至少持續到青春期

# 兒童青少年的焦慮症和憂鬱症

- 內化障礙包括焦慮症和憂鬱症等，剛開始發生是在兒童和青少年期，但在成年期也相當普遍
- 這些障礙症在兒童期與成人期的症狀、病因與治療可能有所不同

# 兒童青少年的焦慮症

- 幾乎每個孩子都曾經歷畏懼和擔心，這是正常發展的必經過程
- 一般的害怕大多會隨年紀增長而消失
- 焦慮不僅使兒童受苦，成人也一樣
- 焦慮十分不好受，也可能使兒童無法獲得各個發展時期應有的適當技能

# 兒童青少年的焦慮症

- 根據DSM 的診斷標準，害怕和焦慮要被歸類為障礙症，必須兒童的功能受損
- 兒童不需要像成人視他們的害怕為過度和不合理，因為兒童有時無法做出此判斷
- 雖然兒童不合理的恐懼大部分會隨時間消散，但大多數焦慮的成年人，他們的焦慮都可回溯到童年期

# 分離焦慮症與社交焦慮症

- 分離焦慮症
  - 持續的擔憂一些危害將發生在父母或自己身上
  - 分離焦慮經常是兒童入學後最先被觀察到的
- 社交焦慮症（舊名為社交畏懼症）
  - 經常發生在兒童青少年的焦慮症是社交焦慮症
  - 極端羞怯的兒童在不熟悉的社會情境裡可能根本拒絕說話，即一種選擇性緘默的狀態

# 分離焦慮症

## DSM-5 的分離焦慮症診斷準則

對於離開重要依戀對象，呈現發展上不適當的過度害怕或焦慮，出現下列準則至少三項：

- 當預期或離開家或離開重要依戀對象時，出現重複且過度的苦惱。
- 持續且過度擔心重要依戀對象會發生不好的事。
- 持續且過度擔心會發生不幸事件（如，走失、被綁架），而導致與重要依戀對象分離。
- 持續拒絕或抗拒外出、離開家、上學或工作，因為害怕分離。
- 持續且過度害怕或抗拒單獨一個人，或在沒有重要依戀對象陪伴而留在家裡或其他場所。
- 持續拒絕或抗拒在家之外的地方睡覺；或是睡覺時，重要依戀對象不在附近。
- 重複出現主題是分離的噩夢。
- 當與重要依戀對象分離時，重複出現生理抱怨（例如：頭痛、胃痛）。

# 創傷後壓力症（PTSD）

- 遭受創傷的孩子，例如長期受虐、社區暴力和自然災害，可能經歷類似成人所經歷的PTSD症狀。如同成人一般，這些症狀分成四大類
  - 闖入或重覆經歷創傷事件，例如在惡夢中、瞬間重歷其境、闖入式想法
  - 逃避有關創傷的情境或者訊息，且重複經歷一種普遍的麻木感，例如解離感或者失去快樂的感覺
  - 對創傷事件出現負向想法和心情
  - 過度激發，包括易怒、睡眠問題，以及過度警覺
- DSM-5新增一個類別稱為「六歲及更小的兒童創傷後壓力症」，其診斷標準適用於六歲或六歲以下的兒童

# 強迫症

- 強迫症也會發生在兒童及青少年
- 盛行率約為1%到4%
- 兒童期症狀與成人期相似，都有強迫思考和強迫行為
- 兒童期最常出現的強迫意念是骯髒、汙染和攻擊
- 青春期較普遍的強迫意念是性和宗教
- 兒童期強迫症的男生較女生多
- 青春期與成人期則不再有性別差異

# 焦慮症的病因

- 基因對兒童、青少年、成人焦慮症都扮演影響角色
- 焦慮症遺傳率從29%到50%
- 基因須透過與環境的互動而產生影響
- 父母教養會影響兒童期焦慮，特別是父母的控制與過度保護（相較於父母拒絕）和兒童期焦慮關係密切
- 其他可預測兒童青少年焦慮症狀的心理因素：
  - 情緒調節問題
  - 嬰兒期不安全依附

# 焦慮症的病因

- 關於兒童社交焦慮症病因的理論和成人社交焦慮的理論相似
- 研究發現具有焦慮症的兒童會過度高估許多情境的危險性，且低估自己的因應能力
- 這些認知引發了焦慮，進而干擾社交互動，導致孩子逃避社交情境，且更難練習社交技巧
- 青春期同儕關係很重要，長期研究發現青少年知覺到自己不被同儕接受，將更有可能出現社交焦慮

# 焦慮症的病因

- 行為抑制是形成社交焦慮的危險因子
- 關於兒童創傷後壓力症成因的理論和成人的理論相似，不管是親身經歷或目睹，必定有創傷的遭遇
- 和成人一樣，個性上傾向焦慮的孩子在經歷創傷後，可能有較高的風險發展成創傷後壓力症
- 針對兒童的風險因子，包括家庭承受壓力的程度、家庭的因應型態和過去經歷創傷的經驗

# 焦慮症的治療

- 幫助孩子克服恐懼最普遍、為數百萬父母所用的方法，就是逐漸讓孩子暴露於他們所懼怕的事物，通常當行動的同時就能抑制他們的焦慮
- 證據顯示認知行為治療能有效幫助許多焦慮症兒童
- 這類治療通常有兒童及父母的介入，除了暴露療法，還包括心理衛教、認知重整、模仿、技巧訓練和復發預防

# 焦慮症的治療

- 行為治療與團體認知行為治療也被發現對兒童社交焦慮症有效
- 認知行為治療與藥物治療同樣有效，且認知行為治療加上藥物治療比單獨藥物治療有效，但並不會優於單獨認知行為治療
- 認知行為治療對非常年幼的兒童（例如三、四歲）未必有效。
- 閱讀治療給父母特定的書籍資料，這些資料對治療兒童有所幫助，雖然可以有效降低兒童焦慮，但療效不如團體認知行為治療
- 電腦輔助治療也有其成效

# 憂鬱症為情緒障礙症的一種

表 5.1　情緒障礙症的診斷

| DSM-5 診斷 | 關鍵改變 | 主要特質 |
|---|---|---|
| 鬱症 | 「哀慟」的排除準則（DSM-IV-TR 準則 E）被刪除 | ● 五個或更多憂鬱症狀（包括悲傷或失去興趣）持續時間至少兩週。 |
| 持續性憂鬱症（低落情感症） | 慢性化鬱症包含在低落情感症內 | ● 至少兩年出現情緒低落及其他憂鬱症狀出現超過一半以上的時間 |
| 經期前情緒障礙症 | DSM-5 的新診斷 | ● 在月經來之前一周，出現憂鬱或身體症狀 |
| 侵擾性情緒失控症 | DSM-5 的新診斷 | ● 在十歲之前就有至少一年以上的時間，出現嚴重而一再重複的脾氣爆發及持續的負向情緒 |
| 第一型雙相情緒障礙症 | 異常增加的活動及精力被視為躁症的必要症狀 | ● 一生中至少一次躁症發作 |
| 第二型雙相情緒障礙症 | 異常增加的活動及精力被視為輕躁症的必要症狀 | ● 一生中至少一次輕躁症發作及重鬱發作 |
| 循環型情緒障礙症 | 沒有改變 | ● 一再重複的情緒高低起伏持續至少兩年，但沒有出現躁症或重鬱發作 |

# 憂鬱症的診斷準則

## DSM-5 的鬱症發作的診斷準則

在日常生活中出現憂鬱心情，或是失去樂趣或愉悅感。

至少具有五個下列症狀（包括憂鬱心情，或是失去樂趣或愉悅感）：

- 憂鬱心情。
- 興趣或愉悅感顯著地減低。
- 食慾及體重顯著增減。
- 睡太多或太少。
- 心理動作性激躁或遲緩。
- 疲勞或喪失精力。
- 無價值感或罪惡感。
- 專心、思考或做決定的能力減低。
- 重複出現死亡想法，或者重複自殺意念或計畫。

症狀幾乎每天出現，或大多數日子出現，至少兩週以上。

註：DSM-IV-TR 的診斷準則特別註明憂鬱症狀並非源於哀慟，DSM-5 則認為鬱症與哀慟可以並存。

# 憂鬱症的診斷

- 憂鬱症
  - 持續兩週以上出現五個憂鬱症狀
  - 哀傷、失去興趣及樂趣（至少一個）
    →加上其他症狀，合計五個
- 陣發性障礙症
- 憂鬱發作易復發
  - 2/3患者至少會再經歷一次以上憂鬱發作
  - 平均次數約4次
  - 每發作一次，憂鬱復發危險增16%

# 兒童憂鬱症

- 兒童與成人憂鬱症的症狀有相同及相異之處
- 7至17歲兒童青少年與成人都會出現下列症狀：
  - -憂鬱的心情
  - -無法感受快樂
  - -疲累
  - -專注困難
  - -自殺意念
- 與成人不同的是，兒童與青少年呈現較高比率的罪惡感，較少出現清晨失眠、清晨憂鬱、食慾不振和體重下降

# 持續性憂鬱症

- 持續性憂鬱症（低落情感症）
  - 至少持續兩年內，大多數時間感到沮喪或對日常活動提不起興趣
  - 此外至少具有2個或更多其他症狀
- DSM-5將2個憂鬱慢性化類型合併成為持續性憂鬱症
  - 慢性化比憂鬱症狀多寡更能預測較差預後
  - 憂鬱持續2年以上個案，其症狀及治療反應都類似
  - 95%低落情感症個案在十年內都會發展成憂鬱症

# DSM-5 新的診斷

## 經期前情緒障礙症

DSM-5 的經期前情緒障礙症診斷準則

A.在過去一年的大多數月經前一週，出現至少五個症狀，且在月經期間症狀逐漸減緩或消失。

B.下列症狀必須符合至少一個。

- 情緒不穩。
- 易怒。
- 憂鬱情緒、絕望，或自我貶抑的思考。
- 焦慮。

C.下列症狀必須符合至少一個，且與上述準則 B 的症狀加總，必須達到至少五個症狀。

- 日常活動的興趣減低。
- 難以集中注意力。
- 缺乏精力。
- 食慾改變、吃太多，或渴望食物。
- 睡太多或太少。
- 被完全控制或失控的主觀感受。
- 身體症狀，例如胸部壓痛或腫脹、關節或肌肉疼痛，或是腫脹。

D.這些症狀導致顯著的痛苦或功能損傷。

E.這些症狀不是另一個情緒或焦慮症、人格障礙症惡化而形成的。

F. 至少兩個週期的症狀經過前瞻式每日評量的確認。

G.這些症狀出現時，並未服用口服避孕藥或其他藥物。

## 侵擾性情緒失控症

DSM-5的侵擾性情緒失控症診斷準則

- 有好幾次「對一般性壓力，重複地爆發脾氣」，爆發方式可能是以言語或行為呈現，並且就此壓力而言，引發的脾氣強度及時間都是不成比例的。
- 情緒爆發與其發展年齡該有的情緒是不一致的。
- 每週情緒爆發次數至少三次。
- 情緒爆發之間的大多數時間都是負向情緒，並且負向情緒是別人可以觀察出來的。
- 這些症狀已經出現至少 12 個月；症狀一旦沒有出現，時間也不會超過三個月。
- 情緒爆發或負向情緒出現的場合至少有兩個（家裡、學校或與同儕相處），並且至少在其中一個場合的情緒爆發或負向情緒是嚴重的。
- 個案的年齡是六歲或六歲以上（或相當的發展年齡）。
- 初次發病年齡在十歲之前。
- 過去一年期間，明確出現情緒高亢及至少三個躁症症狀的時間不會超過一天。
- 這些行為絕對不是出現在另一個精神病或情感症的病程中，也不能以其他心理障礙症做更佳的詮釋。
- 此診斷可以與對立反抗症、注意力不足／過動症、行為規範障礙症，以及物質使用障礙症並存。

# 憂鬱症的流行病學

- 憂鬱症是最盛行的精神障礙症之一，大多數國家的憂鬱症盛行率在20世紀中後期持續增加，初發年齡也下降
- 女性憂鬱症的盛行率約為男性的1.5-3.0倍
- 貧困者憂鬱症盛行率為一般人3倍
- 憂鬱症盛行率也具文化差異
- 憂鬱症和低落情感症時常和其他心理問題有關聯性或共病
- 憂鬱症有許多嚴重後果:自殺、社會失能、經濟、健康問題
- 低落情感症是慢性障礙症，症狀的慢性化會造成嚴重影響
  --較需住院、易企圖自殺、比憂鬱症個案功能更差

# 憂鬱症的病因

- 病因學的研究聚焦於憂鬱症出現的原因
- 沒有任何單一原因能解釋憂鬱症
- 生物-心理-社會模式、素質-壓力模式
  - 憂鬱症的神經生物因子
  - 憂鬱症的心理因子
  - 憂鬱症的社會因子

# 憂鬱症的神經生物因子

- 遺傳因子

  -證據顯示遺傳因素扮演重要角色

  -若父母有憂鬱症，相較於父母無憂鬱症，兒童有四倍的風險會發展出憂鬱症；至於造成這些關聯的原因不太清楚

  -父母為憂鬱症者可能同時經由遺傳和環境傳遞風險

- 神經傳導物質

  -血清素、正腎上腺素和多巴胺含量變化

  -神經傳導物質的代謝物

  -突觸後受器的敏感度

  - 多巴胺
  - 血清素(前驅因子色胺酸)

# 憂鬱症的神經生物因子

- 腦造影研究
  - 結構性研究
    - 比較大腦特定區域的活化大小
    - 多次憂鬱發作的憂鬱症個案才會出現結構性變化
  - 功能性活化研究
    - 大腦區域的活動變化
    - 憂鬱症個案的憂鬱發作與涉及情緒經驗及情緒調節的諸多神經系統變化都有關
    - 杏仁核、前扣帶迴膝下區、海馬迴、背外側前額葉

# 憂鬱症的心理因子

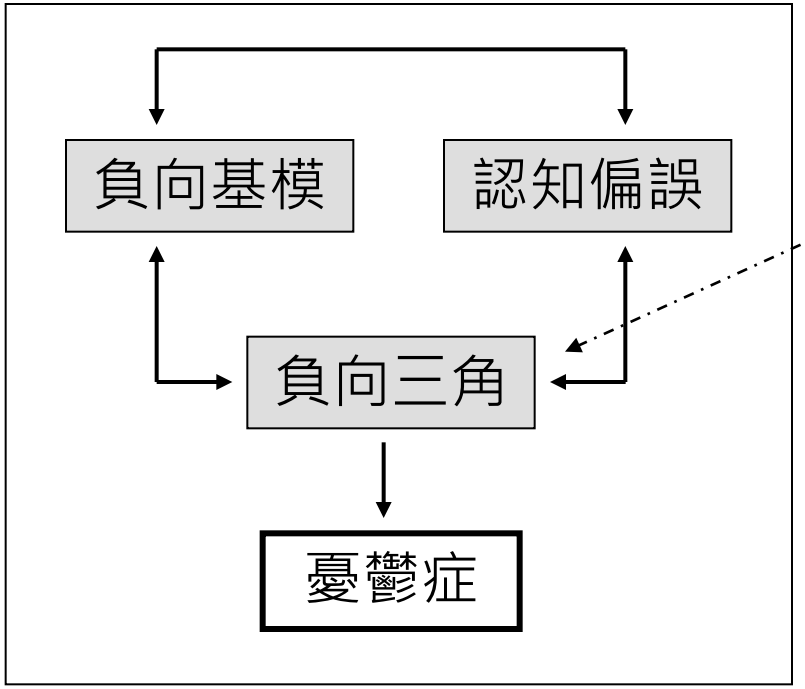
- 神經質
  - 對壓力事件有高於一般人平均的負向情感反應
  - 與焦慮症及低落情感症都有關聯性
- 認知理論
  - 視負向思考和信念為憂鬱症的致病因子
  - 認知治療理論
  - 絕望感理論
  - 反芻理論

負向思考

— 負向思考及負向情緒的沉溺傾向

# 認知治療理論

- 憂鬱和負向三角有關



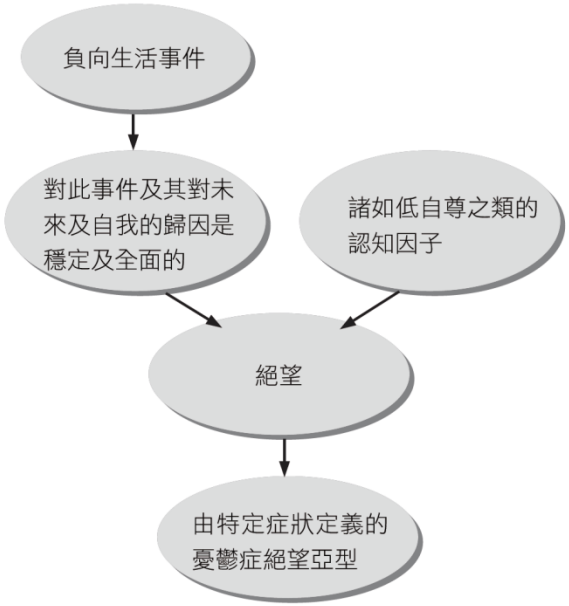

負向三角：以負向眼光看待自己、世界、未來。世界指的是「個人需要面對的生活情境」

遇到與負向基模相似的生活情境，啟動基模，因此導致認知偏誤

負向基模 → **認知偏誤** → 過度注意負向回饋 更易記得負向訊息

在兒童期，父母過世、同儕排斥、父母的憂鬱態度而形成

# 絕望感理論




- 絕望的定義
  - 期望的結果不可能達到
  - 個人沒有能力作出任何反應來改變這種無法達成期望的狀況
- 憂鬱症的絕望特質
  - 動機低、憂愁、自殺意圖或行為、精力差、行動遲緩、睡眠障礙、注意力差及負向認知
- 對個人或個人的自我評價產生重要影響的生活事件會觸發絕望
- 主要的歸因向度
  - 穩定（長期）vs. 不穩定（暫時）的歸因
  - 全面（廣泛生活領域）vs. 特定（單一領域）的歸因

# 反芻理論

- 定義：重複沉浸於悲哀經驗及思考，或一再地對某件事情鑽牛角尖
- 形式：苦思（brooding）；懊悔地深思為何這件事情會發生
- 反芻會干擾問題解決以及增加負向情緒，特別是當聚焦於負向情緒或自我時
  - 引發反芻的實驗組，先讓他們暴露在壓力下，控制他們沉浸在自我及感受上

# 憂鬱症的社會因子

- 人際問題
  - 視為可能的壓力來源而與遺傳因子相互影響
  - 缺乏社會支持
    - 40% vs. 4%
  - 家人之間問題
    - 高度情緒表露：家屬對憂鬱症個案的態度是批判、仇視、過度干涉
    - 高度情緒表露可以預測憂鬱症復發 69.5% vs.30.5%
  - 尋求再保證
  - 其他的人際因素，包括父母間的負向互動，手足、朋友和戀人間的關係問題

# 憂鬱症的社會因子

- 生活事件
  - 42~67%在憂鬱發作前一年期間，曾經歷非常嚴重的壓力事件
  - 失業、和好友斷絕關係、失戀；失落、屈辱；長期慢性化事件
  - 第一次的憂鬱發作與生活事件有重要關聯性
  - 後來的憂鬱發作就較少與生活事件有關

# 憂鬱症的治療

- 有關兒童期和青春期憂鬱症的藥物治療安全和藥效研究遠遠落後於成人的研究
- 研究比較百憂解、認知行為治療及兩者合併治療對青少年憂鬱症的效果，結果發現合併治療最為有效
- 許多關於抗憂鬱藥物的議題被關注，首先是可能的藥物副作用，但更重要的是自殺議題，引發美國和英國舉辦兒童抗憂鬱藥物安全性的一系列聽證會

# 憂鬱症的治療

- 人際關係療法也被修正而應用在憂鬱症青少年
- 聚焦於青少年所關注的議題，像是同儕壓力、兒童到成年的過渡期壓力、對父母（或老師）的依賴與尋求自我獨立之間的衝突等
- 認知行為治療在學校情境似乎有效，而且比家庭或支持性治療更能迅速減少症狀

# 自殺

- 自殺意念：殺害自己的想法
- 自殺企圖：意圖殺害自己的行為
- 自殺：意圖自殺，且導致死亡

# 自殺迷思

表 5.9　自殺的迷思

| 常見的迷思 | 相反的證據 |
| --- | --- |
| 討論自殺的人不會真的自殺。 | 多達四分之三的人，以自己的生命來傳達他們之前的意圖。 |
| 自殺沒有預警。 | 人們通常會發出許多警訊，比如說：沒有他們，世界會更好；或突然無緣無故將個人重要物品送人。 |
| 自殺獲救的人，仍想要死。 | 自殺獲救之後，大多數意圖自殺者都會感恩。 |
| 人以低致死性的方式企圖自殺，是不嚴重的自殺。 | 許多人並不了解藥劑量或人體解剖學。正因為如此，有時想死的人，卻用了非致命性的方式。 |

資料來源：Fremouw et al.(1990) and Shneidman(1973)

# 自殺的風險因子

- 心理障礙症
  - 許多有情緒障礙症的人有自殺想法和曾有自殺行為
  - 試圖自殺的人半數以上在行動時是憂鬱的
  - 思覺失調症、第一型雙相情緒障礙症或第二型雙相情緒障礙症 →10%至12%自殺身亡
  - 衝動控制障礙症、物質使用障礙症、邊緣性人格障礙症
  - 恐慌症、飲食障礙症
  - 障礙症若與憂鬱症共病，更有可能自殺

# 自殺的成因

- 神經生物因子
  - 血清素含量低和憂鬱症有關，血清素失能會增加極端自殺的危險性
  - 皮質類固醇抑制檢驗（DST）反應異常者，有較高的自殺率

# 自殺的成因

- 心理因子
  - 引發別人的罪惡感、強迫別人愛他、為自己犯的錯做補償、擺脫自己無法接受的感受、和已逝去所愛的人重聚、逃離痛苦情緒或情緒空虛
  - 解決問題能力不足和自殺企圖有高相關
  - 絕望和自殺有高相關
  - 強烈的苦惱和絕望可能導致自殺想法
  - 衝動等其他因子可能驅使自殺

# 自殺的成因

- 社會因子
  - 經濟及社會事件影響自殺率，例如名人自殺
  - 社會因子能強而有力地預測自殺
  - 人際孤立及缺乏社會歸屬感是自殺意念及自殺行為的預測因子

# 自殺防治

- 自殺防治可有效降低自殺率
- 公開談論和自殺有關的議題有助於預防自殺
- 有機會談論自殺，可減少孤立感
- 自殺意圖的矛盾衝突感
- 治療與自殺有關聯的心理障礙症
  - 認知治療可降低個案自殺風險
  - 證辯式行為治療提供邊緣性人格障礙症個案自殺保護傘
  - 情緒障礙症的藥物治療，例如：鋰鹽
  - 憂鬱症電擊痙攣治療法及抗憂鬱劑
  - 抗精神病藥物降低思覺失調症的自殺風險

# 自殺防治

- 直接治療自殺
  - 認知行為取向
  - 協助個案了解觸發自殺企圖的情緒及想法
  - 與案主一起挑戰負向思考
  - 目標：增進問題解決能力及社會支持
  - 短期住院，直到重燃對生命的希望

# 結語

- 兒童期的焦慮症和憂鬱症被歸為內化障礙
- 焦慮和畏懼在兒童期很典型
- 當畏懼妨礙功能，例如導致孩子不願意上學，專業的介入是必要的
- 雖然對於兒童的研究較少，兒童焦慮症的成因理論和成人的理論類似，例如：認知因素
- 對兒童期許多不同的焦慮症，認知行為治療是一種有效的介入
- 其他問題需要進行更多的研究，例如兒童期的創傷後壓力症

# 結語

- 兒童青少年期的憂鬱症和成年的憂鬱症看來相似，但仍有值得注意的差別
- 兒童期憂鬱症對男孩及女孩的影響相同
- 青春期女孩受到的影響則是男孩的兩倍
- 基因和壓力的生活事件對兒童期憂鬱扮演了影響角色
- 兒童期憂鬱症的認知因素研究支持歸因型態扮演影響角色；但必須考慮兒童的發展階段
- 兒童的憂鬱症治療在藥物使用方面正面臨許多爭議
- 臨床試驗發現合併藥物與認知行為治療是最有效的治療，但必須要考慮藥物所引發的自殺危險性
- 自殺防治可有效降低自殺率