

學習與精神健康

衛生福利部心理衛生專輯(06)



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、引言	1
二、學習的基本觀念	4
三、發展階段與學習	7
四、先天氣質與學習	8
五、環境與學習	11
六、精神健康對學習的影響	13
七、學習對精神健康的影響	18
八、藥物與學習	25
九、如何協助有語言障礙的孩子	28
十、如何協助有學習障礙的孩子	33
十一、如何協助懼學症的孩子	44
十二、結語	48

一、引言

科學已間接證實，胎兒母親體內時期已可對外界特定物理刺激（如：母親朗讀童詩的聲音）有所記憶，而在出生後有相對應的反應，顯示人在胎兒期的學習生理基礎已萌芽。因此，人們脫離母親溫暖的子宮後的啼哭，可說是學習在母體外環境中生存適應的起始點。

現代科學對腦與心智的研究讓我們知道，從基本的覓食到繁複的社會適應，學習與生存及生活型態息息相關，而學習的中樞是由腦神經系統所掌管，腦的健康運作與學習狀態及成果緊密關聯著，精神健康也是腦功能的展現，精神狀態是否良好，自然影響著學習。

學習過程中往往會伴隨著壓力，壓力會影響身心健康，已經成為一般人的常識。近代的神經生化與功能影像學之研究已證實，生活壓力的經驗也會影響腦

神經系統的發展與健康，一般臨床心理學所述的嚴重心理傷害，在神經生理功能上可能已造成可偵測的改變。例如：在長期受虐的壓力下，兒童大腦的邊緣系統及下視丘—腦垂體—腎上腺系統的發育和功能會受影響，杏仁核會萎縮且對皮質醇反應較不敏感，而在被收養後良好的親子關係下，下視丘—腦垂體—腎上腺系統的異常是可以恢復的。

因此，如何讓精神健康以助於學習，而且在學習中如何保持精神健康，是很重要的生命課題。

然而，人總是會生病，精神健康會因為罹患疾病而受影響的也很多。彙整國際的精神疾病與心理健康問題的流行病學研究結果顯示，至少大約五分之一的兒童青少年會經歷精神健康問題的困擾，而在同一個時間點上，約百分之五左右的兒少有嚴重的情緒行為障礙或精神疾病。所以，認識精神健康狀態出狀況、心智功能失常時對學習的影響，了解如何面對後續的學習，以及知道如何協助患病或障礙者的學習，是非常需要的。



1948年，聯合國世界人權宣言已將獲得社會照顧的健康權列為基本人權，而健康包括身體、精神/心理與社會等層面。1959年，世界兒童權利宣言也提出：「兒童有在健康條件下成長與發展的權利；凡是有妨礙兒童身心健康的因素，都應努力加以排除。」1989年，兒童權利公約則進一步說明：「政府應體認每一位兒童有權利獲得適合兒童身體、心理、精神、道德和社會發展的生活水準。」

本專輯的內容重點在介紹學習與精神健康的關係、大腦與精神運作的維護、精神疾病與藥物對學習的影響、預防與治療的重要性及如何提供需要者協助等，希望能對國民精神健康的維護有一些幫助。

二、學習的基本觀念

嬰兒待在母親肚子裡十個月後，腦神經系統已經初步具備各種能力，儘管視覺還沒有發展得很好，已經可以模仿周遭人物表情，開始探索這個世界，好奇

著外界的一切。

在呵護下，幼兒的神經、肌肉系統逐漸成熟，慢慢地學會控制自己的肢體，嘗試溝通的可能性，逐漸會爬、會走、會說話。好奇心引領著小寶貝，從「不會」到「會」的狀態，像是奇蹟，似乎像個海綿可以無止境地學習，成長的喜悅帶給家庭莫大的歡心。人類的生命歷程，是一個充滿精密設計的有機體，需要在適當地照護下才能循序漸進的成長，需要適時給予足夠刺激與互動的學習，才可以通曉生活之道。

掌管學習的腦系統中，不同的區域具有不同的功能（如：感官知覺、語言理解與表達、邏輯推理、社會認知判斷、空間概念、數字運算、時間感、情緒、記憶、注意力、動作功能、慾望、動機、睡眠、統整能力等），一直到青春期的發展，人們的認知學習也逐步從嬰幼兒感覺動作期進展到青少年的抽象運思期，而在成年期的理解能力也還可能繼續成長，而且承受學習壓力的能力也有發展階段上的差異。

學習包括語言溝通、認知、動作技巧、情緒行為

等各個向度，以及知識、技能、人際、社會、道德規範等各個領域；影響學習的因素則包括，腦基本功能運作的發展特性與能力、身體生理狀態（如：腦血流灌注量、代謝平衡、睡眠、疲勞等）、感官知覺功能、興趣與動機、學習策略、學習環境等；影響學習的相關心理原理則包括：增強、消褪、模仿、處罰等行為原理。

一樣米養百樣人！雖然人的發展有共通的規則，但是個別的差異很大，尤其是在腦功能運作的發展特性與能力方面，天才與智能障礙者就是最明顯的對比，而個體也可能有明顯的內在優劣勢的差異。除個體發展階段與能力的差異外，每個人也有先天氣質上的差異，而這些氣質特性也會影響學習的反應、歷程與結果。因此照顧者與教導者需要體察孩子們的發展階段與個別差異，據以調整養與教的方式，因材施教，不能揠苗助長。而每個人也需要了解自己的特性，發展合適的學習路徑與策略。

三、發展階段與學習

理解孩子目前處於那一個發展階段，依循孩子的特質，提供比孩子現有能力的稍微再難一些的活動，並同時提供引導協助，逐步培養孩子獨力或合作完成學習目標，是基本的原則。同時，善加使用正向鼓勵，讓孩子樂於享受學習歷程，分享學習成果，增強學習動機，是培養孩子自信心及打下孩子終身學習基礎的重要做法。

例如：幼兒園階段，在孩子手部肌肉協調動作還沒有發展成熟時，學習拿粗色筆塗色



或畫畫是合宜的。但過早要求孩子學好握筆寫正字體，就非常不合適，因為這會造成孩子學習過大的壓力，而其所產生的挫折，足以影響學習的動機及教學關係，甚至導致拒絕學習；在孩子們的競爭與合作學習活動中，要重視學習歷程與互助合作、欣賞他人的精神，不宜過度強調輸贏的後果就是好壞，而且應避免用表現不好而連帶處罰的方式導致弱勢者被怪罪或排斥，這對合群性的社會學習非常重要。

四、先天氣質與學習

氣質，是天生具有的一種對外在或內在刺激的偏好反應，並無優劣，關鍵在於小孩和大人的氣質是否契合。

每個小孩有不同的先天氣質特性。一個外向活潑的媽媽可能受不了活動量低而不願外出的孩子，若不能體會孩子是獨立個體，硬要將自己的觀念強加在孩子身上，就容易出現教養問題及造成緊張的親子關

係。大人應認清氣質為與生俱來而非孩子故意作對，針對孩子的氣質特徵，配合耐心傾聽、鼓勵支持、循序漸進等技巧來教養孩子。

對於活動量大的孩子，生活上需要安排較足量的體能活動，這樣有助於他們在正課學習活動中較坐得住，他們對設計活潑的課程反應較好。

睡眠、飲食、排泄等生理機能先天規律性較弱的孩子，在學習生活常規的建立上比較困難，教養者需費心觀察、分析，再耐心地引導、訓練。

對新的人、物、情境或食物趨避性強的孩子，面對新的學習環境或食物，所表現出來的是退縮的反應，需要較多的、較長時間的引導與協助，才能漸漸接受。

先天適應度較弱的孩子，面對新的人、物或環境適應所需要的時間較長，需要給他們較多的時間去調適。

情緒本質傾向負面情緒（不快樂、不友善、不和悅）表達反應的孩子，容易因為他們對指責或教導的

不高興反應，引起教養者不愉快的情緒反應，在教學中常易導致親子或師生的緊張衝突。因此，教養者更需要做好自身的情緒管理，學習引導孩子情緒行為的方法，避免過度解讀孩子的負面情緒反應。

反應強度過強或過弱的孩子，以及反應閾域過低或過高的孩子，可能會因為對教導者缺乏反應、反應不足、不符合期待，導致教學關係的緊張。或者是因為對環境聲光刺激的干擾，產生不適感，而無法定心學習，甚致有過度的激烈反應。因此，教養者更需要耐心體察孩子的反應特性、了解環境狀態、安排合宜的學習環境、使用合適的教導策略、調整對孩子學習反應的期待。

注意力分散度高的孩子，容易因另一刺激而分心。因此，在學習環境的安排上，需要注意減少聲音及視覺刺激的干擾，適合安排於教室中接近老師的前排座位，以鮮活的教案設計吸引注意，提升孩子的動機。

堅持度過高的孩子，若是過分堅持己見而不與他

人妥協或不聽教導，會造成學習上的困擾，教導者需要耐心的對待，且適時運用比喻及引導下台階的技巧。堅持度過低的孩子，遇到挫折或是受到他人的影響，也容易喪失學習的動力，需要教養者高度的鼓勵與持續的引導。

好奇心強的孩子，常因不耐於傳統不變單調的學習方式，表現出不專注學習的樣子，甚至向教導者提出質疑或挑戰，讓教導者感受有壓力或是不舒服，從而引發教學關係的衝突。具有這樣特性的孩子，較適合在有創意引導的學習環境中學習。

五、環境與學習

孟母三遷，是自古以來學習受環境影響最常被引用的例子，「近朱者赤，近墨者黑」的社會學習觀念，也已深入我國社會文化之中，身教重於言教，更是教育家經常強調的。

近代的神經心理學及影像科學，陸續證實文化環

境會塑造大腦結構，從而影響大腦學習功能及反應的樣態。例如：在七歲以前學習樂器的音樂家，他們連結左右腦半球的胼胝體較大；倫敦計程車司機開車的年資愈久，他們掌管空間地圖的大腦海馬迴後端就越大；修練打坐的人，他們的大腦腦島皮質（與集中注意力有關的區域）比較厚；人的眼睛被蒙起來不到一週，就發現他們的大腦視覺皮質可以處理聲音和觸覺；在不同文化中成長的學生，他們視覺處理歷程的自動化模式是不同的；美國亞洲移民孩子看事情的方式，反映出受兩種文化的影響，顯示人們在經歷生活文化的改變時，會學習用新的方式去覺知處理外界的訊息。

此外，有關反社會行為的研究顯示，除了兒童青少年的個別特質外，家庭環境（包括管教監督方式、父母投入的程度、問題解決方式、成員關係等）、學校環境（包括管教監督方式、標籤烙印、歧視、成就競爭、同儕認同或排擠、欺侮或霸凌等）、友伴環境（包括偏差行為仿效或訓練、交往密度、關係等）、

社區環境（包括文化及社會標籤烙印、受害者、經濟資源弱勢、社會支持不足、行為常模等）都對兒少反社會行為的形成有重要的影響，這顯示了環境對學習社會規範與道德的重大影響。

由以上論述可知，學習環境的重要性是絕對不可忽視的。因此，在家庭中建立良好的親子關係，增強親職效能及家庭成員的溝通模式，是學習重要的基礎。營造學校成為重視心理健康的友善互助環境，摒棄羞辱、歧視、過份重視學業學習表現優越的教育方式，才能達到教育至善的目標。這些都需要親師及社會公民的共識及不懈的努力，方能成就。

六、精神健康對學習的影響

許多心智障礙或精神疾病對學習都會造成或多或少的影響，養育者及教導者需要真正了解孩子的精神健康狀況，才能提供適切的學習環境與協助。

有智能障礙的孩子，他們在學業成就或生活適應



學習方面會有不等程度的限制；有語言發展障礙或學習障礙的孩子，他們學習說話或進行認知學習的能力是較弱或相當不平均的，學習歷程會有不等程度的遲緩；罹患自閉症的孩子，除了在語言溝通的障礙外，他們在社會化的方面，幾乎可以說是終身都需要特別學習的；注意力不足過動症的孩子，在學習上常會面臨注意力持續度及衝動克制力不足的挑戰，容易出錯受挫，常因學業與行為問題遭受責罰；有睡眠障礙者，學習受生物節律紊亂的影響，睡眠質量不佳，也影響學習的效能；受焦慮、精神創傷再現、強迫症狀困擾者，心定不下來學習，學習效能減損；為憂鬱症狀所苦者，注意集中力、記憶力功能下降，活動力低落，缺乏學習的能量；思覺失調症患者的思考流程與執行功能受損，學習成果會低落；有嚴重心身症狀困擾者，因身體不適的苦惱，自然也影響學習的歷程與結果；有嚴重厭食症者，認知功能也會受影響；藥物或網路成癮者，學習的動機與心態當然大大受成癮的影響而學習狀態與成就不佳。

因此，當學習出現困擾時，養育者及教導者需要思考孩子的精神健康狀況是否有需要關注的情形，必要時需尋求適當的特殊教育或醫療評估。孩子的精神健康狀況被正確瞭解並被適切地協助後，孩子的學習才能依照他們的需要步上軌道。

強迫症青少年案例

小溫於國中一年級時，開始出現在閱讀書籍時會有強迫重複看頁碼、標點符號的症狀，逐漸嚴重到他需要半小時才能看完一頁，令他相當地苦惱，而他的學業成績也顯著滑落。

父母帶小溫求診於兒童心理衛生中心，醫師診斷他罹患了強迫症。因為小溫當時的症狀已頗嚴重，醫師先給予抗強迫症藥物治療，但他對藥物治療的反應不佳，後來因唸不下書跟不上的學習壓力而休學，故醫師安排認知行為治療。

小溫個性溫順、內向、求全、負責、守紀律，自幼品學兼優，有今日事今日畢的習慣，讀書習慣是將

課文全部背誦下來；小溫的父母個性溫和，對他並未要求高標成績，告訴小溫，只要他「盡力就好」。

經過循序的認知澄清，醫師了解小溫對「盡力就好」的認定信念是——「做到筋疲力竭為止」。回溯小溫學習的歷程，由於他讀書的習慣是「全部背誦」，小學的學習內容還難不倒他。但是國中課程的份量增加許多，小溫盡力求今日事今日畢，每每讀到「筋疲力竭」才上床睡，他的睡眠時間變得越來越短，仍無法讀完每天上課所學習的範圍，他也變得越來越焦慮，最後出現強迫症狀。

在了解小溫上述的學習習慣與價值信念後，醫師為小溫進行認知重構的治療。讓小溫明瞭，「盡力就好」並不同於「做到筋疲力竭為止」，這也不是他父母的定義與期待。學習是需要運用合宜策略及方法的，就如同短跑與長跑有不同「盡力」的策略，也需要有適當的睡眠與休閒的調適。同時，也教導小溫學習放鬆的技巧，討論把握重點的學習方式，再嘗試練習書籍的閱讀。

經過數個月的治療後，小溫的強迫症狀逐漸改善，遂於下一個學期復學，後來也順利的升上高中及大學。

七、學習對精神健康的影響

學習對精神健康的影響有正面也有負面。

如果學習建立良好的習慣，學習到合宜有用的方法及因應策略，對個體精神健康當然有正面的影響；但是，往往在輔導室或門診中，我們常見到學習對孩子們精神健康負面的影響。

探究學習對孩子們精神健康造成負面影響的原因，常見的多是環境中的不利壓力的影響，它們包括：虐待與疏忽、過高的期待與要求、過度保護、不當的處罰與管教方式、負面的標籤烙印與歧視、過度的成就競爭、同儕的排擠、欺侮或霸凌等。

父母們養育孩子過程中最關注、也常常擔心的議題是很擔心孩子輸在起跑線上，期待孩子「要比我更



強」，因而往往師長會採用較強烈而有壓力的做法，出很多的學習份量，督促孩子充分運用時間，勤勉學習及練習，壓縮了孩子的休息時間與睡眠的需要。

適度焦慮可以增進效率，促進學習進展。但是過度的焦慮則會使大腦無法維持良好專注力，甚而出現「腦筋打結」或是「頭腦一片空白」的現象。這樣的情形常發生在過度謹慎、完美主義、注重學業表現、

易焦慮的學生。此時，若教導者加以催促或斥責，反而會適得其反，使其緊繃的神經更加打結，雪上加霜，火上添油，加重其緊張、焦慮程度。

嚴重的學習焦慮或考試焦慮，往往是受家長或教導者對學習或考試不當地要求或期待的結果。例如，考不到設定的標準，就嚴厲責罵、諷刺或體罰。有些孩子受到這樣的觀念、風氣的影響，把考試分數的高低當作自我期許或肯定的指標，面對考試就會非常緊張，一旦考不如意，心情就變得很壞。極端的狀況就是因此而害怕上學或是聯考不如意而自殺的一些實例。

有些孩子特別介意成果，把失敗看得過於嚴重，把事件的成敗過分連接到自我價值的存在意義，面對挫折，一下子就對自己失去信心，並因其自尊心過強，反而產生自卑感。如此一來，焦慮增強時，心理反應狀態會卡在「戰鬥與逃避」的兩端之間，而引起所謂的焦慮症，有時更出現心跳加快、頭暈、頭痛、胸口悶、胃腸不適、便秘或腹瀉、頻尿等身體症狀，

而有了心身症。

面對上述焦慮及心身症狀，初期，可以試著規則作息、定時運動來調節生活壓力，調整自己個性，設定合理的期待與價值觀，學習適度放鬆身心，調整對於生活事件壓力的想法，合宜看待個人期待與父母師長期待的差異，去除自動化負向思考，建立正向思考習慣，尋求自我成長。如果無法自行調適，還是深受其擾，可以接受心理諮商的協助，必要時，求助專業精神科醫師的進一步協助與治療。

對孩子們不利的學習環境壓力，也會促發或加重前一節所羅列的精神疾病（如：自閉症、注意力不足過動症、睡眠障礙、創傷後壓力症、強迫症、憂鬱症、思覺失調症、厭食症、藥物或網路成癮等），因此，教養者與教導者宜依照臨床精神科醫師與特殊教育專家的建議，提供孩子適切的治療及學習環境安置與輔導。

由以上的討論，我們可以了解精神健康與學習之間密切的關係。養育者和教導者需要注意孩子的情

緒、學習過程和影響學習的因素，體認培養孩子正向的學習動機與態度、運用多感官學習啓發興趣與思考最重要，了解孩子的個別差異而予以不同的引導與協助，建立孩子互助、互相欣賞、學習生活與終身學習的基本概念與習慣，讓孩子能貫通重點、活用知識、善用學習資源、發展創意，而不是只專為考試而死讀背誦；養育者和教導者不宜讓「分數掛帥」或分數主宰學習，以致於追求高分成為學習最主要的目標及動力，甚至是演變成以學業分數高低來評定一個學生的好壞；養育者和教導者在運用團體競爭進行學習的活動時，需留意整體教案周全平衡的設計，避免產生同儕排斥或加強惡性競爭的弊害。

兒童情緒障礙案例

小北的母親帶她來心理衛生中心時表示，小北在三年級換了新導師後，成績突然一落千丈，不論如何打他、罵他，成績都未見改善。與老師討論後，老師認為小北在學校與同學相處不好，上課時也不專心聽

課，有時還會故意跟老師唱反調。

醫師首次見到小北的深刻印象是——「他總躲在母親的背後」，且發現他在言語表達上有困難。小北的母親表示，小北自小就因為齒顎咬合不正而說話較不容易，常有表達困難的情況。在一、二年級時，小北曾因為老師對他誤解而有以頭撞牆的舉動。升上三年級後，換了新導師，小北開始有時會表示不想上課，甚至功課開始漸漸退步。據老師觀察，小北下課後很少與同學玩在一起，雖然母親發現小北身上會有瘀傷，但不論老師或母親如何詢問，小北都說是自己不小心跌傷的。至於上課不專心或與老師唱反調，老師認為小北是想引起老師的注意。但是，不論老師如何詢問，小北都沒有任何表示。

初期評估發現，小北的智商頗高，他非常在意自己表達受限的情況。在與人初次交往的技巧上，小北表現的較不適，對於人際交往，充滿了暴力的想法。以玩偶的遊戲方式評估，發現小北在學校常被高年級的同學欺負，而二年級時被老師誤解的經驗，更讓小

北覺得老師們都不喜歡他，不會相信他的話。認為自己長得太醜了，所以大家都不喜歡他，又因為自己不太會講話，以致所有的人都欺負他。

由於前述種種不愉快的經歷，小北長期覺得不快樂，內心常充滿著憤恨不平的情緒，容易煩躁、發脾氣，上課、寫作業都無法持久專心。對自己的看法也是負面居多，認為自己是壞孩子、缺乏自信。過去，這些內在的情緒困擾，沒有人能充分了解，而小北也不會表達，遂衍生出行為及學業方面的問題。

在了解小北的根本情緒問題及人際溝通障礙後，治療師安排遊戲治療，協助小北宣洩其不適的情緒，並體驗受尊重的感覺，透過玩偶角色扮演，演練社會技巧和衝突的處理，並且反應人際交往中常有的感受和想法。

在增進口語表達能力上，請小北的母親買一些他感興趣的故事書，親子共讀，在小北朗誦時，給予口頭獎勵，並找機會讓他學習表達自己的意見。在多次的鼓勵及經歷成功的經驗後，小北再也不覺得說話是

件痛苦的事情。在父母協助與老師溝通後，小北發現老師並沒有想像中的以不公平的方式對待他。同時，他也漸漸地發現，只要自己誠懇對待，而且不先以「別人可能會欺負我，所以我要先對他下馬威」的想法對待他人，大部份的同學其實並不會沒有理由地不喜歡他。

經過十多次的心理治療，小北的情緒困擾漸漸消失，從充滿憤怒、不快樂的小北，轉變成快樂學習的小北，人際關係改善，學習動機增強，成績也提升到他應有的水準。

八、藥物與學習

長期以來，一般民衆面對精神科醫師開立藥物時，常常有「是不是鎮靜劑」、「會不會想睡」、「會不會影響記憶」、「會不會依賴」、「會不會造成腦退化」等的疑問，這些人們關切的問題都與學習有關。

由於最早被開發用來治療精神疾病症狀的藥物，大多屬鎮靜劑類，或多或少有想睡、影響記憶的副作用，有些在長期使用後也會產生依賴性，因此人們對精神科用藥的疑慮其來有自。然而，近二、三十年來，由於藥物研發的進展，在精神科的治療已有相當不一樣的風貌。例如：具有抗憂鬱、焦慮、強迫症狀的血清素再回收抑制劑，就不歸屬於鎮靜劑類，長期使用後不會產生依賴性，也不會造成腦功能退化；治療躁鬱症狀的情緒穩定劑也不屬於鎮靜劑類；治療注意不足過動症核心症狀的主要藥物有不同種類，都不歸屬於鎮靜劑類，也有中樞神經刺激劑類與非中樞神經刺激劑類的分別；乙型腎上腺素阻抗劑可降低考試焦慮，它也不是鎮靜劑。

雖然治療精神疾病症狀的藥物已有許多進展，使許多患者精神疾病症狀得以消除或控制穩定，改善個人與家庭的生活品質。但是，由於不同的人對相同藥物的作用與副作用可能有極大的個人差異反應，不同藥物的作用與副作用有所不同，因此就診時需與醫師

討論，細心監控藥物使用的情形，視需要調整藥物的劑量或種類。

若適當地使用藥物對相對應的焦慮、畏懼、強迫、憂鬱、妄想、幻覺、激躁、不專注、衝動、攻擊、自傷、失眠、過度警覺、身體機能失調不適等症狀治療，經由改善自閉症、注意力不足過動症、睡眠障礙、創傷後壓力症、焦慮症、畏懼症、強迫症、憂鬱症、躁鬱症、思覺失調症、心身症等患者的困擾症狀而幫助他們學習，已在許多臨床實證研究及精神科診療眾多的案例中獲得證明。雖然有些藥物可能對高階的認知功能有暫時性的影響，但影響的程度因劑量及個人反應而有所不同，每個人宜實際權衡用藥與不用藥的利弊得失（例如：不用藥的病情走勢及影響與用藥改善症狀及副作用影響的對比），來決定是否持續用藥，同時也需盡量考慮非藥物療法的運用。

有關個別精神疾病的介紹與治療，讀者可參考本心理衛生專輯系列中其他個別病症的介紹。

九、如何協助有語言障礙的孩子

孩子的語言障礙或發展遲緩，需要由專業醫師鑑別是否有聽力障礙、神經疾病、智能障礙、自閉症類群障礙、特定性語言發展障礙、選擇性不語症、被虐待或疏忽等狀況，語言治療師則負責協助語言發展的評估與語言治療。

排除其他已知原因或病症所造成的語言發展遲緩後，特定性語言發展障礙的兒童在一般社區人口中的盛行率約為 3~7.5%，男比女多，盛行率的高低會受調查使用的鑑定工具、界定標準、方式或被調查的對象樣本而影響；依國際疾病分類第十版，特定性語言發展障礙主要包括語言構音障礙、表達性語言障礙、接受性語言障礙、藍道症候群等，在成因上較被確認的有神經生理及家族遺傳因子。此外，於語言發展重要關鍵過程中，在環境裏「聽語言的機會」貧乏，也是可能的影響因子；在我國教育部所定義的語言障礙

為：語言理解或語言表達能力與同年齡者相較，有顯著的偏差或遲緩現象，而造成溝通困難者。

有語言發展障礙的孩子，合併出現情緒行為問題的比率高於一般兒童；絕大部分語言構音障礙及表達性語言障礙的孩子的嚴重程度為輕至中度，隨著年齡的成長以及適當的教導與治療，他們的語言障礙可以完全改善或只剩輕度的影響，情緒行為問題也會減少；語言障礙嚴重度較重的孩子的預後就較差，即使到了成年期，多數的社會溝通及適應功能仍顯著較弱，他們合併出現學習障礙的比率也較高。

當幼兒有語言發展遲緩，除了由專業人員提供評估與治療外，在日常生活中可用來促進幼兒的語言發展的原則與方法如下：

(一)人與人之間的良好社會互動是語言發展的基礎

親子間的愉快地模仿及遊戲互動，自然而然會增強孩子語言發展的動機及效果，因為語言是傳達互動信息的工具。

(二)以孩子目前的發展狀態為起點

先瞭解孩子目前的語言發展，再決定促發的方式與進度。

(三)玩聲音的遊戲

最有效的語言訓練，是需要經由日常活動在親子互動間來進行，讓孩子能夠快樂地模仿學習聲音的來回互動而得到滿足回饋，無論是有沒有語言的意涵。包括：模仿孩子的發聲、搔癢或玩躲貓貓逗笑、模仿可愛動物叫聲或環境中孩子有興趣或熟悉的聲音、有韻律的聲音等。

(四)運用律動活動與兒歌聽唱

具有愉快節奏的唱跳活動，最能吸引幼兒，進而模仿動作與聲音。

(五)發聲肌肉訓練

以遊戲方式進行口部吹、吸、咀嚼、動舌頭等的活動。

(六) 增加對外界的探索與瞭解

多帶孩子和其他相近年紀的小孩或大人互動，外出公園或合宜的活動場所認識周遭環境，教他們指認所看到的景物與活動。

(七) 耐心正向鼓勵與等候

孩子語言發展，常因生理上大腦成熟有它內定的時程，外界的促發效果可能有限，這時候孩子最需要的是有耐心、不著急、不催促的照顧者繼續陪伴他們。因此照顧者不能過於急切而壓迫性地催促孩子說話或模仿，否則孩子除了要忍受語言難以表達的挫折，還遭受照顧者有意無意地責備，會使得孩子學習說話的動機大打折扣，甚至出現更多的情緒行為問題。

(八) 先增加語言的理解

在平常的活動中，大人像在實況轉播一樣，簡單而清楚地告訴孩子看到的或聽到的或觸摸到的事物，

讓孩子習慣將語言及事物作相關連接；學習簡單的動作指令：例如，大人示範來帶動孩子模仿拍手、拿玩具、吃餅乾等。

(九) 教導手勢及肢體語言

手勢及肢體動作也是溝通的語言，在社交溝通中同樣是重要的。

(十) 循序漸進教導及示範說話

從單字到疊字；從名稱到動作，再到形容詞；從語詞到短句，而後再加長語句；不能求速成或跳躍。

(十一) 運用需求促動說話動機

這項方法適用在孩子確定已具有該語詞表達的能力，但是不常表達的時候。（例如，孩子已會說「抱抱」，但很少說，當孩子以動作要求抱他的時候，要孩子說「抱抱」才抱他。）但是，必須謹慎評估孩子的氣質特性，若孩子的負向情緒強、堅持度高且反應度強，則此法較不適用。

(三)親子共讀

利用兒童繪本或有聲書進行有趣味、有感情、有情節的親子互動式共讀。

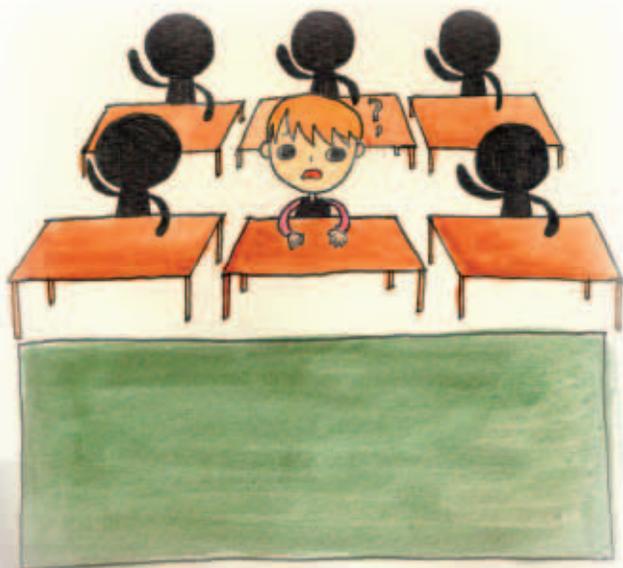
十、如何協助有學習障礙的孩子

(一)學習障礙的概說

有學習障礙的孩子，他們的智能不差，即使有充裕的學習機會與學習動機，沒有視覺、聽覺和神經方面的疾病妨礙學習，但是學業成就卻非常差。他們學習困難的現象並不侷限在學習剛開始的時候，而且歷經長時間的加強教導與反覆訓練，困難仍顯著存在。他們在學習上的特殊困難，常常不易被覺察，甚至會被誤解為智能低下或不夠用功。

許多學習障礙者家長回憶小朋友的狀況，會覺得自己的小孩智力正常，平常反應很靈活，但是只要面對學習語文，不管是教注音、寫字，常常教會後不久

就忘，或是寫出左右顛倒的字。父母費盡心思教導，使用各種軟硬兼施的方法，效果都不好，請了家教加強，長時間下來也沒有進步，看小兒科也找不出原因。最後，這些孩子經過特殊教育系統評估或兒童精神科醫師評估與臨床心理師的心理測驗後，才知道原因出在學習障礙。



國際疾病分類第十版的特定學業技巧發展障礙症包括閱讀障礙、拼音障礙、數學障礙、書寫障礙等；2013年，美國出版的精神疾病診斷準則手冊則在特定的學習障礙症中分列閱讀障礙、書寫障礙、數學障礙三類型，將拼音（拼字）問題歸類於書寫障礙中。

依照嚴格的定義，要診斷為有特定的學習障礙症，個體需具有正常或正常以上的智能，其嚴重的學習落後必須排除為身體疾患、其他精神疾病、不利的社會文化與教育/教養環境、缺乏學習動機等所導致，而且經過一系列足夠的補救教學之後，仍有顯著學習困難者；而所謂的嚴重學習落後則定義為：在標準化個別學業成就測驗中，低於同年級常模平均值的負二個標準差，或是落後常模平均值二個年級以上。

我國特殊教育法規於民國 101 年所修訂的學習障礙定義為：統稱神經心理功能異常，而顯現出注意、記憶、理解、知覺、知覺動作、推理等能力有問題，致在聽、說、讀、寫或算等學習上有顯著困難者；其障礙並非因感官、智能、情緒等障礙因素或文化刺激

不足、教學不當等環境因素所直接造成之結果。

因此，我國特殊教育法規中學習障礙不等同於醫學診斷的特定學業技巧發展障礙症或特定的學習障礙症，教育體系中所界定的學習障礙範圍比醫學診斷中特定的學習障礙症廣泛許多。

學習障礙嚴重程度有輕有重，每個人的狀況都不太一樣。依據我國於民國 96 年修訂的身心障礙者權益保障法所推動的新制身心障礙鑑定，已經將閱讀功能與書寫功能列入為身心障礙鑑定基準的評估向度之中。也就是說，有閱讀障礙或書寫障礙者，如果他們程度嚴重，經過新制身心障礙鑑定作業辦法所界定的醫療與特殊教育的評估認定，而後依規定程序申請新制身心障礙鑑定，若達到身心障礙鑑定基準界定的失能程度，則可取得身心障礙者權益保障法中所定義的身心障礙者的身份，而得以接受政府相關社會福利措施的扶助。

上述的說明內容讓我們知道，學習障礙者需要家庭、特殊教育與醫療的協助，而嚴重者甚至可能需要

特別的社會扶助。

教育部特殊教育通報網統計顯示，民國 101 學年度學習障礙的學生人數佔全國各級學校學生總數的 0.9%。但特殊教育專家們認為，此數值仍是被低估的，許多有學習障礙的學生在教育系統中仍未被區辨出來。

學習障礙者中常常要注意是否出現的合併症有：注意力不足過動症、溝通障礙症、自閉症類群障礙症、動作協調發展障礙症、焦慮症、憂鬱症及雙相情緒障礙症（躁鬱症）、精神病症、情緒/障礙症、行為規範障礙症等。

(二)閱讀障礙

由於特定的學習障礙症中，閱讀障礙佔絕大多數，因此在本節中多做些介紹。

特定的學習障礙症兒童中約 90%有閱讀障礙，男比女多。1970 年代後期，台灣與美國及日本的跨國合作研究顯示，依嚴格的定義，台北小學五年級學生

中 2%有閱讀障礙，若使用較寬鬆的折衷定義，則比率增為 7.5%；閱讀障礙的成因為腦部處理語音或語文符號功能的缺損，大腦掌管語言區域的連結性可能有異常。有研究提示，部份家族可能與位於第 15 對或第 6 對染色體的遺傳基因有關。

對於有閱讀障礙的孩子而言，成篇的文字是錯亂無序的，像「天書」一樣難以理解。常常認不得字，或字不會寫，或是寫字時總是少一個部首，或是常出現鏡寫、上下或左右顛倒等情形。除了閱讀成就低落外，常有下列特徵：一、閱讀錯誤，如：注音四聲唸錯；漏掉偏旁（佛→弗）；字型類似（恕→怒）；順序顛倒（紀念→念紀）；破音字唸錯（行尸走肉→家→行尸走肉）；唸錯字使詞義改變（張燈→張貼）；二、理解困難，如：明、鳴、銘等同音字分辨不清其字意；上下、左右、前後、內外等有方位意思的字容易混淆；看不懂應用題的題意，但是唸題目給他聽，他就懂；三、書寫錯誤，出現鏡像字體或相似形體，如：昌→冒、相→泗、作→柞、債→賞、肉→內、

示→是、台北→北台等。

(三)如何協助有學習障礙的孩子

有學習障礙的孩子在未被診斷前，可能因為跟不上學習的進度，接連遭遇挫折，缺乏成就感而導致動機低落、焦慮、害怕、不安、退縮、畏懼上學、對立反抗等。所以當孩子有學習困難的情形，找出背後的原因十分重要，父母和師長千萬不要錯怪孩童。

1. 早期發現與評估

對於學齡前發展有落後的孩子，要特別注意他在學習上的歷程與落差，語言發展遲緩的兒童發生率閱讀障礙的比率較一般高；照顧者與教導者宜細心觀察學習情形並記錄，提供孩子完整的成長、生活學習、教育、醫療等的資料給專業評估者。透過專業的協助，找出孩子的優勢，促進潛能的開發，針對其弱勢的能力，給予引導扶助；持續鼓勵孩子，建立他們的自信心，依據孩子學習的特性，找出有效的學習方法與策略，觀察孩子學習反應的速度，循序漸進；依據

孩子的興趣與優弱勢，做出適合孩子發展的生涯規畫。

2. 接受特殊教育輔導

學習障礙牽涉到許多複雜的大腦功能，並沒有什麼特效藥物可以立即有效地快速改善。治療的重心不在於改變障礙本身，而是妥善運用教育體系的資源，有多樣的技巧和方法，來試著彌補孩子在學習上的困難。接受學校的特殊教育，針對孩子的需要安排妥善的教育資源，給予個別化教學，彈性而有原則的活用教學方案。

在家裡，教養者則可以配合特殊教育的建議與指導，使用輔助的學習工具及策略，協助孩子的學習。例如，使用電腦輔助軟體學習與完成作業；透過不同感官的學習路徑（如：視覺、聽覺），增加學習的成效（如：在櫥櫃上貼「櫥櫃」，在沙發上貼「沙發」，讓週遭常見物品的字彙反覆出現；在記憶的同時，並且搭配口說，唸出來，藉由聽覺回饋，加強給予語音刺激，並且配合書寫手眼的協調來加深印象；

運用有聲書輔助閱讀）；運用聯想策略協助學習的區辨與判斷等。

3. 治療合併的疾病

前述第一節中所提到常出現的合併症，會加重影響孩子學習與成長的困難，需要被仔細的評估與治療。

4. 持續正向與積極地支持

因為學習障礙的生理缺陷是終身的，現今醫療的幫助仍極有限，非常需要被了解與接受。一些有傑出成就者的現身說法，讓我們更能深入了解他們背後努力的意志力、毅力與辛酸歷程，以及周遭親友支持的重要性。例如，藝人蕭敬騰、美國巨星湯姆·克魯斯、美國前副總統洛克菲勒、新加坡前總理李光耀、歐洲賽車名將傑克·史都華等。

一些歷史上舉世聞名的名人，從他們的傳記所描述的學習成長歷程，顯示很可能也有學習障礙的是：天才達文西、大發明家愛迪生、科學家愛因斯坦、美國總統威爾遜等。

雖然有這些成名的例子激勵學習障礙者及家長們，但是，有更多的學習障礙者不只是被埋沒在歷史的洪流中，更是命運不濟，成長路途坎坷。

因此，照顧者與教育者的了解與幫助、親友們的陪伴鼓勵，在協助學習障礙者的整體身心發展及激勵發揮天賦方面是非常關鍵的。這樣能夠促進他們培養堅持的毅力，在面對挑戰時，發揮優勢能力，闖出屬於自己的一片天空。

學習障礙案例

丁丁自幼就發展較慢，動作不協調，學習速度緩慢。上小學之後，學習一直跟不上，在團體活動中常常慢好幾拍，老是記不得字，聽寫總是不及格。因此，在班級中常被同學嘲笑、排斥，也被老師認為是有智能障礙。

後來，丁丁經過兒童精神科心理衡鑑與臨床評估，被診斷有書寫障礙及注意力不足過動症。然而，由於丁丁的體質對治療注意力不足過動症的藥物不適

應，因此，藥物幫不上忙。

因為當時特殊教育的觀念與資源尚未普及，許多學校老師對學習障礙仍不明瞭，因此，雖然丁丁被診斷有前述障礙，他在教育體系中的學習際遇及狀況並未立即獲得改善。丁丁上國中之後，曾被同學們嚴重霸凌一段很長的時間，母親也曾被老師言辭嚴重傷害，被責難說是她造成孩子這樣的。丁丁的母親曾一度帶著丁丁至他鄉尋求更好的就學環境，後來因現實因素返台。

幸運的是，丁丁返台後獲得貴人相助，在一位家教老師耐心地指導下，用電腦輸入方法輔助書寫，展現寫作才能。他於繪畫方面的才能，也在母親的引導下逐漸開發。丁丁國中畢業時，母親協助丁丁開畫展，並將義賣所得回饋社會。

丁丁在畫冊中的一段文字寫道：

我有我自己的夢想、希望以及恐懼。

我能掌握自己，做自己的主宰。

我就是我，世上不會有第二個我。

十一、如何協助懼學症的孩子

畏懼上學的現象較常見於幼兒及國中小時期，但是在高中及大學階段仍有案例發生。懼學症是學生對離家上學產生強烈的焦慮、心身症狀（如：肚子痛、頭痛、頭暈、胸悶、心悸、換氣過度、手腳麻等）、畏懼反應而拒絕或無法上學的狀況，於留在家中未提及上學時，焦慮與心身症狀就大幅減少或消失，這與缺乏學習動機的逃避上學不同，但常會被誤解。這類狀況常在學習階段或學習環境轉換時發生，例如，於剛入幼兒園、小學或國中時，在年段轉換或轉學後。

孩子發生懼學症後，陷入上學與不上學的困頓之中，他們會認為自己應該上學，往往對於未能上學會產生焦慮與罪惡感，也期許自己能上學，但是在面臨上學時，就被強烈升高的焦慮與畏懼所淹沒，而難以踏出門。在一般學校上課的時段中，也避免外出，怕被別人質疑為何沒有上學。若未給予適切的輔導或治

療協助，很可能會因為焦慮、畏懼與學習落後壓力的惡性循環導致長期缺課，因而影響個體在認知、社交、情緒等各方面的學習與發展，造成深遠的不良影響。

可能造成懼學症的原因有：（一）孩子無法處理與照顧者之間的分離焦慮：例如，照顧者過度保護而導致兒童過度地依賴；有家庭暴力，兒童擔心照顧者受傷害；照顧者情緒不穩定，有自我傷害或自殺的行動被兒童目睹，兒童或許認為自己留在家中可防止此種不幸，而不致被拋棄或因此而分離；（二）學校的因素：包括老師教導的方式讓學生感受學習壓力過大（如：要求過高、作業太多、疾言厲色、體罰、嘲諷或歧視等）、遭遇霸凌或其他創傷事件（如：性騷擾、勒索、毆打）等；（三）其他個別的因素：個別的心理特質與身心疾病，也是重要的成因。例如，自我要求過高且容易焦慮、身體生病導致學習落後與適應困難、罹患精神疾病（如：憂鬱症、社交焦慮症、心身症、強迫症、思覺失調症）等。



協助處理的基本原則與方式有：（一）仔細了解孩子的困難，避免使用威脅、恐嚇、責備等會造成親子間更大的衝突及焦慮與畏懼惡性循環的方法；（二）積極尋求教育體系的輔導與醫療的協助與合作，視需要接受心理治療、親職諮商、家族治療與藥物的對症治療等；（三）排除或改善環境中不利的因素，運用有利因素；（四）循序漸進的使用行為減敏感法消除孩子對上學的恐懼，持續正向鼓勵孩子的努力與合作；（五）檢視孩子及教養者的生活與學習的習慣以及價值觀念，重新建構孩子與教養者對學習的合宜期待與人生觀，以協助孩子的學習調適與成長。

對於為懼學症所苦惱的孩子，愈早提供有效的輔導與醫療協助，預後愈好，拖久了容易慢性化。經輔導與醫療介入到症狀改善回校所需的時間，平均而言，國小學生比國中學生短。一般而言，不利預後的因素有：複雜難解的家庭因素、學習環境系統性的不利壓力因素、嚴重難治的合併症以及個別反應閥域低、反應度強、堅持度高、適應度低的心理特質等。

在預防懼學現象方面，讓校園教育落實成為維護心理健康的友善學習環境，是非常重要的。雖然教育部推動友善校園、反霸凌及教育改革已經多年，也有一些進展，但是距離理想目標仍相當遠，需要所有關心的家長、公民團體、專業人員們共同持續加強呼籲及行動，協助孩子們發聲，共創良善的教育學習環境。

十二、結語

學習與精神健康息息相關，教養者與教育提供者需檢視自身的教育理念與做法以及孩子的學習環境是否適當？是否能促進孩子的學習與精神健康？有那些不利於孩子的學習與精神健康的觀念及做法是需要修正的？

當孩子有學習或精神健康的問題需要關切時，教養者與教育者宜善用教育、醫療、照護及公益互助團體等社會資源。（例如：輔導、特殊教育、精神醫

學、臨床心理、心理諮商等的專業服務資源；各地區的特殊教育諮詢專線、張老師等電話諮詢資源；專業團體提供的良善公益網路學習或心理/精神健康諮詢資源；各種障礙或病友的公益支持團體資源。)

我們的社會需要提升教養者與教育提供者的心理/精神健康與對這方面的認知與重視，讓我們的孩子在維護心理/精神健康的友善學習環境中學習與成長，發展友愛、互諒、互學、互助合作的品格，養成照顧自己與他人的能力與習慣，開發個別與團體的創意潛能，促進自己、家庭與社會的幸福。

學習與精神健康

發行人：蔣丙煌

總策劃：陳快樂

著者：衛生福利部委託國立臺灣大學醫學院附設醫院
精神醫學部編製

策劃群：張雍敏、鄧淑心、賴淑玲、傅悅娟
張景瑞、侯育銘、郭約瑟、張君威
鄧惠文、陳嘉新、紀雪雲、黃雅文
連玉如、連盈如、吳其炘、陳宜明

執行編輯：丘彥南、陳俊元

出版單位：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：2015 年 6 月

版次：第一版第一刷

I S B N : 978-986-04-5394-2

G P N : 1010401132