

應用在亞斯伯格症兒童的 認知行為治療

陳貴琬（嘉義大學輔導與諮商研究所）

一、前言

亞斯伯格症兒童又稱為星星的孩子，在語言溝通上有著不解地球語的障礙，無法解讀情境而不懂社會性互動，用獨特的想像力重複遊戲，看起來格格不入的行為，亞斯伯格症兒童卻是沉浸在自己創造的世界裡自得其樂。這是一群天生生理構造上忠於做自己的兒童，需要被理解行為不是出於故意搗亂，了解如何用適當的方式因應和教學，有助其適應學校、課業學習以及人際互動。認知行為治療可以調整亞斯伯格症兒童非理性的自動化思考模式，增進人際關係的和諧。特殊兒童就像自帶光亮的星星，悄悄綻放光芒，缺陷善加改良也能成為不凡優點。

二、自閉症類群概述

(一)自閉症類群兒童

DSM-5將自閉症(Autism)和亞斯伯格症(Asperger's syndrome)整合為一個類別，稱為自閉症類群障礙(Autism spectrum disorder, ASD)，皆屬於神經發展障礙，差異在於不同臨床註明用來指稱嚴重程度和語言障礙程度（徐翊健等人，2013）。嚴重的社交問題是此類群兒童的障礙，很少靠近他人或對他人視若無睹，主要原因是心智推理能力有缺陷，難以了解他人情緒、信念或意圖跟自己不一樣，無法理解社交禮儀規範，經常做出違反社交規範的舉動。僵化的固定生活常規被破壞，會造成此類群兒童難以適應而哭泣或瞬間暴怒，堅持

固著的常規化行為、語言或非語言的儀式化模式、重複的手部動作或其他節奏式動作，常見的固著儀式化行為，像是著迷於盯著看旋轉的電風扇或者玩弄手指，這些看似無意義的行為，其實是種自我刺激，因而當行為被中斷時會感到苦惱或發怒。這類群兒童有些會展現卓越的獨特能力，然而，也有可能智能或認知不足缺陷（張本聖等人，2019）。

(二)亞斯伯格症的成因

起源於奧地利小兒科醫生Hnas Asperger在1944年發表「兒童期的自閉症精神病質」，此研究當時以德文寫作，語言的隔閡影響閱讀率，再者時值第二次世界大戰，此研究未獲得注意，直到1981年英國的兒童精神科醫生Lorna Wing引述此研究才獲得注意（Alenizi, 2015；洪奕生，2011）。在診斷上，症狀必須在早期出現，通常在生命的第二年表現出來，若有嚴重的發育遲緩，症狀可以在12個月內表現出來，症狀會引起社交或其他重要領域的功能減損，出現的困擾無法以智能發展障礙或整體發展遲緩而有更好的解釋（徐翊健，2019）。

DSM-5將社交溝通及社交互動的缺損分為三類（江秋樺，2016；徐翊達等人，2019）：社會情緒相互性的缺損，例如無法理解情境、無法一來一往的交談、無法開啟社會互動；用於社交互動的非語言溝通行為缺損，如眼神接觸及肢體語言異常；發展、維繫及了解關係的缺損，例如對同儕沒興趣。侷限、興趣單調刻板或行為重複，例如：重複排列玩具或模仿他

人說話。固著依循常規或語言及非語言的儀式化模式，例如：每天走固定路徑、食用相同食物、打招呼儀式化。顯現不尋常的固著興趣，例如對物品具強烈依戀不捨。對感官興趣高度反應或過低，或對環境刺激有不尋常的興趣，例如迷戀光影的變化、明顯對疼痛的反應淡漠。

三、認知行為治療

(一) 認知行為治療概述

Albert Ellis發展理情行治療簡稱REBT (Rational-Emotive-Behavior Therapy)，用直接挑戰的方式調整個案的想法。Aaron Beck發展認知治療簡稱CT(Cognitive Therapy)，用蘇格拉底式對話讓個案覺察想法上的錯誤。REBT或CT都認為非理性思考或認知扭曲是造成精神疾病的原因（修慧蘭等人，2017）。認知行為治療(Cognitive-Behavioral Therapy, CBT)是治療者與當事人共同合作的心理治療方法，核心理念主張人們的心理困擾來自非理性信念，以及歸因的方式缺乏適應或彈性，因此，透過認知歷程的調整與外在行為的介入，改變當事人的情緒、認知與行為（修慧蘭等人，2017）。認知行為模式是個體經外在刺激，觸發不自覺的自動化思考和反應，負向認知通常會引起負向情緒（李嵩濤，2020），例如：學生忘了帶課本，自動化思考「我是一位很糟糕的學生」，隨之出現焦慮的情緒或行為。每人都有自動化思考模式只是不會特別留意，因而情緒被快速引發、未加以思考就做出行為，治療時會藉由家庭作業記錄檢視自動化思考的內容，從中找出負向認知及認知扭曲。將認知行為治療應用在兒童跟成人不同，需考慮兒童的認知發展成熟度，以及能否挑戰並改變自己的不適應，也需要兒童知道及表達自己的想法和感受。

(二) 基模與認知扭曲

基模反映了個人看待自己、他人或事物、世界的信念和假設。基模通常源自童年，反映

個人的邏輯思維，不良的基模會引起適應不良，當不適應時基模才需要調整。強迫的基模是兒時從父母、家人、社會習得與增強的信念，例如應該、必須，個人未經理解和選擇而成為自己的信念並奉行。活躍的基模是生活中每天發生事件的基模，如習慣的食物、慣用的話語。可改變的基模是可做調整、不太難改變的信念，例如迴避害怕的事物（馬長齡等人，2019）。Beck認為當個人用非理性、錯誤、認知扭曲的方式思考，可能過於誇大或扭曲，經常在觸發後伴隨強烈的情緒和行為反應，因此心理疾患常見有認知扭曲，而且是一個接一個出現（李嵩濤，2020）。認知行為治療已實證信念的改變可以造成行為和情緒的改變，因此基模或認知扭曲可以透過認知的調整而改變（李嵩濤，2020；修慧蘭等人，2017）。

(三) 相關研究

因同理心缺陷，較難辨識個人和他人的情緒，影響社會性推論及人際互動，認知行為治療能有效協助亞斯伯格症兒童學習辨識情緒與表達，透過覺察情緒、認知缺陷、錯誤推論等，介入後能得到明顯提(Anderson & Morris, 2006)。楊馥榮等人(2019)以認知行為團體治療改善自閉症類群有人際障礙的兒童，改善溝通障礙，增進人際關係：(1)辨識自身情緒的情緒教育，學習如何表達想法、因應及改善負向情緒。(2)修正扭曲的認知或非理性信念或想法。(3)經由示範學習社會互動能力。認知行為治療有助覺察和改變，負面情緒也能獲得調節與控制。

四、應用認知行為治療在亞斯伯格症兒童的輔導

(一) 同儕的理解與接納

班級氛圍影響亞斯伯格症兒童的行為穩定性，同儕的理解和接納，可幫助亞斯伯格症兒童適應環境。老師需要讓學生知道此為生理問題引起的疾病與教導如何相處，有些亞斯伯格症兒童的學業表現佳可做為學習的對象，讓孩

子知道除了獨特之外，也有值得肯定的部份，幫助亞斯伯格症兒童被同儕接納。要讓亞斯伯格症兒童順利融入班級，並非強迫學生接受班上有這樣獨特的同學，而是用學生能接受的方式，亞斯伯格症兒童才會被真正的接納。不只特殊兒童需要被重視，普通生一樣需要老師的重視，關鍵是尊重學生的想法，讓學生有機會提出來討論，重視學生的想法並理解成因，適時在認知上做調整，改變非理性信念。

(二)教師的班級經營

應用認知行為治療對非理性、沒有彈性的思考，幫助亞斯伯格症兒童回到現實，使用蘇格拉底式對話檢視非理理想法的證據，引導亞斯伯格症兒童覺察不合理的認知，澄清想法「是什麼原因讓你有這樣的想法呢？」，檢視證據「有什麼證據支持你的想法呢？」評估結果「如果你想的真的發生了會是什麼結果呢？」、「最壞的結果可能是什麼呢？」李嵩濤(2020)提倡教導亞斯伯格症兒童需要用簡單、易懂的方式，行為不當時明確告知原因以及可接受的行為，當發生變化時需要預先告知，適應能力及調整需要時間預備。部份亞斯伯格症兒童有資優的天賦(李式群，2017)，也會有學習困難的亞斯伯格症兒童(江潔如、江秋樺，2010)，需要個別差異化教學。注意力缺陷、書寫障礙、思考異常，顯示學習上有困難，作業量難以用一般生跟和特殊生等量的方式(江秋樺，2010)。

(三)輔導老師的協助

透過認知行為治療法有三個步驟(徐澄清，2002)：(1)認知重建：協助兒童辨識困擾的事情是在什麼情況下出現，找出自動化思考模式，例如「他們都不喜歡我」，可進一步詢問兒童「你說的他們是哪些人」，協助兒童覺察及描述當負面思考出現時，感受到的情緒是什麼，提醒若持續下去負面思考會增加無助感或更困擾。(2)認知因應危機的技巧訓練：訓練兒童當負面思考出現時能覺察並說出因應內言的方法，停止負面自動化思考及減少情緒反

應。當亞斯伯格症兒童訴說不被同學喜歡、覺得被嘲笑，可能是社會互動關係能力不佳遇到問題，或是雙向溝通與人互動有障礙(柳明芬，2014)，從認知去澄清同儕並非討厭或排擠，可能是不知道如何相處。(3)因應認知訓練—自我指示訓練：讓兒童發展出建設性、行為合宜社會、有益人際互動的正向行為，利用內言引導自我指示的方式調整認知，例如教導大聲說出「我想要跟同學玩，我先問同學可不可以讓我一起玩。」同時也教導觀察學習，亞斯伯格症兒童缺乏心智推理能力。

(四)同儕家長的理解

對兒童或青少年進行認知行為治療與成人不同之處在於，需要同時協助對孩子有重要影響的父母，重建錯誤的認知(徐澄清，2002)。家長的態度影響孩子對亞斯伯格症兒童的理解與接納，能夠消弭學生跟亞斯伯格症兒童相處的障礙。家長亦需明白特殊教育班是為了協助特殊學童，而不是透過特殊教育阻隔亞斯伯格症兒童與同儕接觸的機會(江秋樺，2010)，當孩子願意尊重與同理別人，發展出良善的品格，是孩子珍貴的人格特質。

五、結論

陪伴亞斯伯格症兒童走在成長的路上，需要相關人員共同努力，瞭解生理缺陷引起的學習困難或行為問題，接納與鼓勵是最好的正向支持。認知行為治療對於非理性想法的鬆動與改變已獲得實證，亞斯伯格症兒童缺乏彈性的想法、固著的行為、無法辨識自己與他人情緒等問題，可藉由提升認知的覺察及改善而調整，協助思想上的彈性並增進人際關係的和諧。

參考文獻

- 江秋樺、許秋賢、陳振明(2010)。接納可以緩解衝突：亞斯伯格理論與輔導實務。雲嘉特教，11，5-15。
- 江潔如、江秋樺(2012)。亞斯伯格症學生商分數問題解題之初探。雲嘉特教期刊，16，60-67。
- 李式群(2017)。亞斯伯格資優生寫作能力及教學。資優教育季刊，142，21-26。
- 李嵩濤(2020)。認知行為治療概論及問診時的運用。台北市醫師公會會刊，64，27-32。(下接p.15)

是「注意力不足過動症」學童，比起強調這些錯誤，更值得關注的是面對犯錯的態度。因此教育「注意力不足過動症」學童時，要多帶領他們看到問題的本質、同理他們的感受和投注關懷；發現優點時，給予具體的表揚、鼓勵和讚賞。如此，孩子得到精神上的肯定，將進而激起「我想變得更好」的本能。家長或老師看見「注意力不足過動症」學童的優勢，引導發揮優勢，誘發更多學習的動力和潛力，孩子的主動性逐漸就會提高，甚至會更加自動自發，而自我認同感、自信心和榮譽感也會隨之提升。

5. 適度運動

目前對於「注意力不足過動症」學童的治療方式以行為治療及藥物治療為主，但近年來有越來越多的證據顯示運動是一項有助於降低「注意力不足過動症」核心問題的介入方式。運動的好處除了一般認知運動可以促進體能、促進肌肉骨骼生長、預防心血管疾病、控制體重等之外，黃奕綺、許雅雯(2016)認為對於「注意力不足過動症」學童適當運動介入具有正面立即效益。依據蔡雨璇、趙曉涵、洪巧菱(2020)指出長期運動介入後，在「注意力不足過動症」學童認知及行為表現有正向效益。由此得知，培養運動習慣相當重要，利用課後之餘運動，協助「注意力不足過動症」學童提升課堂中的專注力，是家長在考慮非藥物介入時的選項之一。

四、結論

每個孩子都是藝術家，各自發展出不同的美感，有獨一無二的殊勝之處、價值和潛力。尤其是面對「注意力不足過動症」學童，家長、師長和社會大眾若帶著愛和包容的角度來面對他們，就會發現他們其實是世上最好的禮物。目前對於「注意力不足過動症」學童的治療，除了藥物控制，多管齊下的介入與輔導，亦能對「注意力不足過動症」學童有正面影響。事實上，父母的接納與無條件的支持，是「注意力不足過動症」學童朝向正常發展最大的助力。而這些孩子，在解除「注意力不足過動症」桎梏下，正一步一步邁向屬於他們的人生舞臺，找到自己的定位，學習與內在自我和外環境和平共處，在各領域發光發熱，活出自己最絢爛的季節。

參考文獻

(上接p.12)

柳明芬(2014)。為什麼我只能自己玩—亞斯伯格症。諮商與輔導, 344, 61-62。
徐澄清(2002)。運用認知行為治療處理兒童青少年的問題。健康世界, 197, 91-99。
楊馥榮、郭慧珍、王怡仁(2019)。以認知行為團體治療改善自闭症類群兒童之人際關係。北市醫學雜誌, 16, 181-187。
Alenizi, M. A. (2015). An investigation of teachers' attitudes towards children with Asperger's syndrome. *Journal of Education and Learning*, 4, 136-148.
American Psychiatric Association(2013)。DSM-5精神疾病診斷與統計(徐翊健、高廉程、張杰、葉大全、黃郁潔、黃鈺蘋...劉佑閣譯)。臺北市：合記圖書出版社。(原著出版於2013)
Anderson, S., & Morris, J. (2006). Cognitive behaviour therapy for people with Asperger syndrome. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34, 293-303.
Corey, G.(2017)。諮商與心理治療理論與實務(修慧蘭、鄭玄藏、余振民、王淳弘譯)。臺北市：雙葉書廊

臺灣兒童青少年精神醫學會(2017)。衛教專欄：ADHD注意力不足過動症資料網。http://www.adhd.club.tw/home/Default.asp
臺灣精神醫學會(2016)。關於ADHD之診斷、藥物治療等議題的呼籲。http://www.sop.org.tw/news/n_info.asp?/450.html
衛生福利部基隆醫院(2013)。衛教資訊：如何診斷注意力不足過動症(ADHD)。https://www.kln.mohw.gov.tw/?aid=509&pid=62&page_name=detail&iid=778
鍾麗華(2009年9月25日)。過動兒多遺傳自父母。自由時報。https://health.ltn.com.tw/article/paper/338113
黃奕綺、許雅雯(2016)。運動訓練對於ADHD孩童之效益。嘉大體育健康休閒期刊, 15(2), 155-164。
蔡雨璇、趙曉涵、洪巧菱(2020)。長期運動介入對ADHD兒童之效益：文獻回顧。臺灣運動心理學報, 20(2), 73-92。

有限公司。(原著出版於2016)
Gillberg, C., Helles, A., Billstedt, E., & Gillberg, C. (2016). Boys with Asperger syndrome grow up: Psychiatric and neurodevelopmental disorders 20 years after initial diagnosis. *Journal Autism Developmental Disorders*, 46, 74-82.
Kring, A. M., Johnson, S. L., Davison, G. C., & Neale, J. M.(2019)。變態心理學(張本聖、徐儷瑜、黃君瑜、古黃守廉、曾幼涵譯)。臺北市：雙葉書廊有限公司。(原著出版於2017)
Richard, S. Sharf(2019)。諮商與心理治療(馬長齡、羅幼瓊、葉怡寧、林延歡譯)。臺北市：心理出版社。(原著出版於1987)
Rumpf, A. L., Kamp-Becker, I., Becker, K., & Kauschke, C.(2012). Narrative competence and internal state language of children with Asperger syndrome and ADHD. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 1395-1407.