

本文章已註冊DOI數位物件識別碼

► 回應〈個案報告：中低功能自閉症兒童相互注意協調能力的介入〉

doi:10.30074/FJMH.201003_23(1).0006

中華心理衛生學刊, 23(1), 2010

Formosa Journal of Mental Health, 23(1), 2010

作者/Author：宋維村

頁數/Page：153-157

出版日期/Publication Date：2010/03

引用本篇文獻時，請提供DOI資訊，並透過DOI永久網址取得最正確的書目資訊。

To cite this Article, please include the DOI name in your reference data.

請使用本篇文獻DOI永久網址進行連結:

To link to this Article:

[http://dx.doi.org/10.30074/FJMH.201003_23\(1\).0006](http://dx.doi.org/10.30074/FJMH.201003_23(1).0006)



DOI Enhanced

DOI是數位物件識別碼（Digital Object Identifier, DOI）的簡稱，是這篇文章在網路上的唯一識別碼，用於永久連結及引用該篇文章。

若想得知更多DOI使用資訊，

請參考 <http://doi.airiti.com>

For more information,

Please see: <http://doi.airiti.com>

請往下捲動至下一頁，開始閱讀本篇文獻

PLEASE SCROLL DOWN FOR ARTICLE





airiti

中華心理衛生學刊
第二十三卷(2010) 第一期 153-157頁

個案回應

回應〈個案報告：中低功能自閉症兒童相互注意協調能力的介入〉

宋維村

1943年報告自閉症以來，除了多種生物療法，亦有許多社會心理療法的報告。早期傳統的遊戲治療、精神分析治療都缺乏療效。自1960年代報告行為療法能有效改善自閉症兒童的行為之後，基於學習原理的行為治療技術，被廣泛使用於幾乎所有的自閉症療育模式。至於療育的模式，大都根據自閉症的本質的研究結果或相關理論或模式創始人的治療哲學而建立的(Schopler, 2001)。

自閉症的核心症狀包括人際社會互動的質的障礙，口語溝通與遊戲的質的障礙，及狹窄反覆的興趣和行為的同一性，這三大類症狀都相當難以改變，也可能有共同的核心的病理機轉，譬如心理理論缺陷、執行功能缺陷、相互注意協調能力缺陷、意圖能力缺陷、中樞聯貫缺陷、情感能力缺陷、過度系統化、鏡像神經系統缺陷等，都可用來解釋自閉症的部分症狀。認知行為特徵方面，自閉症患者常有理解力障礙而記憶力較好、視覺學習優於聽覺學習、選擇性注意力、難普遍化(generalization)、對許多事物缺乏動機尤其缺乏社會動機等特徵。針對自閉症的核心症狀、認知行為特徵和可能的核心病理機轉，採用不同的療育哲學就會產生不同的療育模式。第一類療育模式把核心症狀看作療育的限制，治療者順著核心症狀及其相關特徵，安排最有利的教學策略、課程、教材、教法，以建立最有利的適應方

宋維村：財團法人天主教若瑟醫院院長；國立臺灣大學醫學系學士；專長為自閉症之病理研究、早期診斷與治療。(E-mail: soongwei@mail.stjoho.org.tw)



式。這種療育模式的代表是美國北卡羅萊納州的TEACCH結構教學模式(Schopler, 1997)。經過評估，這個模式在社會適應和工作適應方面，有非常好的結果，需要養護的比率由一般追蹤報告的超過50%，降到27%，成為自閉症療育的典範之一。第二類療育模式是不接受核心症狀的限制，應用行為治療的原理，有計畫的密集而長期的療育，以達到正常發展為目標。Lovaas模式是這一類型的代表。此類模式的重點有四：(一)廣泛使用行為的增強原理，正面迎戰自閉症缺乏動機的現象，它也應用於建立良好習慣、學習新的行為，並使良好的行為持續下去。(二)全面使用行為分析的技術，配合兒童發展的原理和發展順序，將兒童要學習的行為從低階到高階逐步的教導。(三)在教每一個行為時，都使用單一嘗試法(discrete-trial methods, DT)，即在一對一的情境下，1.教者呈現教材及指令，2.兒童反應，3.呈現後果(增強或不增強)，及4.暫停一下，再重複前述的教學活動。(四)在不同情境、人、時間都反覆進行一致的教學步驟(Lovaas, 2003)。經過評估，此模式的結果雖然不如Lovaas所報告的這麼好，但都一致報告高功能自閉症幼兒的療育結果極佳，而中低功能的幼兒也都有少許至中等程度的進步。

上述二類成型於1970年代的療育模式均未直接療育核心缺陷，而第三類療育模式則針對核心缺陷設計療育活動，期待經由核心缺陷的改善帶來後續全面的正常發展。軸心反應訓練(pivotal response training, PRT)是這一類療育模式的代表(Koegel et al., 1988)。PRT認定自閉症療育有關的軸心缺陷是動機和注意力的缺陷，就像車輪的輪軸一樣，如果將有缺損的軸心矯正了，車子自然就能循正常的發展軌道前進，因此在自閉症的療育中，不應像Lovaas模式將車子的每一塊都仔細打造，而應針對「缺乏動機」和「注意力缺損」從根本矯正起，也不應該像TEACCH模式，軸心壞了也不修，而發展成不像一般車子的運輸工具。PRT針對動機和所需的注意力設計一套評估和矯治的方法，經由操弄教學情境，來達到矯治自閉症患者的動機和注意力的目的。屬於這一類還有自然教學法(milieu therapy)、floor-time(顏孝羽、曾嫦嫦、宋維村，2008；Greenspan & Weider, 1998)、improvisational music therapy(Kim, Wigram, & Gold, 2008)等療育的技巧，他們和TEACCH及DT技巧最大的差異在於療育的互動關係，由TEACCH及DT的治療者為中心改變成兒童為中心，即藉由操弄環



境來促進自閉症兒童的主動行為，治療者要製造機會讓兒童表現，對兒童的行為給予立即的反應，這樣不只促進兒童的動機，也可以促進兒童的社會情緒互動。此類療育活動能促進主動動機和互動，但促進特定能力的學習不如DT。

上述三類療育模式各有所長，結構教學法對年幼、低功能患者之建立學習習慣、減少行為和情緒問題、訓練生活和工作適應，有其獨到之處。DT則是在教新行為時比較有效的方法。而PRT類療育模式則是促進動機(PRT)和社會情緒互動(floor time)比較有效的方法。因此，現在大部份的早療和教育課程，都將這三類模式所根據的原理和使用的技術，融合在治療模式中(Kasari, Freeman, & Paparella, 2006)。但在研究中，還是希望能釐清那一種治療成份造成那一種效果。

「中低功能自閉症兒童相互注意協調能力的介入(以下簡稱JA介入)」這個題目已經指出研究主題是相互注意協調能力(JA)的介入和介入效果。本文就從這裡開始討論。JA介入一文之實驗屬於Smith等(2007)第一階段試驗，採用單一受試實驗設計是適當的，但若能在跨行為的研究上有更清楚的跨行為評量記錄呈現，會更完整。在介入程序上，每次訓練都先桌面時間後地板時間連續訓練，前者採用DT訓練介入項目，後者採用PRT強化介入項目的功能面。若作者能先證明DT和PRT的個別介入效果和限制，之後才接本研究，會是更完美的研究設計。在結果的分析方面，若能分別分析DT和PRT的結果，及二者變化的關係，以及除了父母敘述之外，加上在家庭裡客觀的評量JA的變化，則這個研究報告能告訴讀者更多的訊息。

就像作者在討論中提到的，本研究的最大問題在於：教的行為是JA嗎？JA的核心概念是「分享」為目的的非口語溝通行為，但在行為上如何界定分享？大人指某個方向兒童眼光會跟隨，表示兒童理解大人有事物要分享，因此界定為反應的JA，這即使在沒有語言的兒童也比較沒有爭議。若兒童主動指某個方向的某事物，目的可能是「分享」某事物的特徵，如好玩、新奇而想要分享，也可能是想要某事物，而「要求」大人幫忙得到，也可能是分享並要求大人幫忙。但這三種情況，兒童的行為表現可能是一樣的。同樣的，展示可能是分享炫耀，也可能是要求式給予。在介入訓練中，通常訓練兒童「手指指示」或「視線交替」或「展示」的「動作」，治療師用DT或其他的方法，如「JA介入」一文和文獻回顧所呈現的結果，都可以教



會這些「動作」，或至少會「依樣畫葫蘆」如「小和尚唸經」一般，可是如何教兒童「分享」這個概念以及用這些「動作」去表現「分享」呢？這是訓練JA的最大難題。此外，在評量時如何將行為正確分類為「要求」還是「JA」？這在許多非口語研究都有類似的困難。即使像ESCS有較明確的分類規則(Mundy, Hogan, & Doehring, 1996)，但分類是否正確還有商榷的餘地。筆者認為，神經生理學和神經影像學等神經生物學的進步，也許能更明確界定JA的行為，不然「子非魚」的辯論是無解的。

國內關於JA介入的研究還很少，筆者建議：從JA行為定義、JA的神經生物學、不同介入模式對建立JA行為的效果和限制、JA介入成功的神經生物學變化、以及Smith等(2007)所建議的第二、三、四階段實驗，都可有計畫的投入，建立有實證基礎的自閉症療育模式。

參考文獻

顏孝羽、曾嫦嫦、宋維村(2008)：〈高功能自閉症學前患童的關係取向發展模式(DIR)治療之初探〉。《中華心理衛生學刊》，21卷3期，221-244。

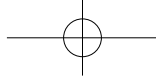
Greenspan, S. I., & Weider, S. (1998). *The child with special needs: Intellectual and emotional growth*. Reading, MA: Addison Wesley Longman.

Kasari, C., Freeman, S., & Paparella, T. (2006). Joint attention and symbolic play in young children with autism: A randomized controlled intervention study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 611-620.

Kim, J., Wigram, T., & Gold, C. (2008). The effects of improvisational music therapy on joint attention behaviors in autistic children: A randomized controlled study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 1758-1766.

Koegel, R. L., Schreibman, L., Good, A., Cerniglia, L., Murphy, C., & Koegel, L. K. (1988). *How to teach pivotal behaviors to children with autism: A training manual*. Santa Barbara, CA: University of California, Santa Barbara.

Lovaas, O. I. (2003). *Teaching individuals with developmental delays: Basic intervention*



techniques. Austin, TX: PRO-ED.

Mundy, P., Hogan, A., & Doehring, P. (1996). *Early social communication scales* (A preliminary manual for the abridged). Miami, FL: **University of Miami**.

Schopler, E. (1997). Implementation of TEACCH philosophy. In D. J. Cohen & F. R. Volkmar (Eds.), *Handbook of autism and pervasive developmental disorders* (2nd ed.) (pp. 767-795). New York: Wiley.

Schopler, E. (2001). Treatment for autism: From science to **pseudo-science or anti-science**. In E. Schopler, N. Yirmiya, C. Shulman, & L. M. Marcus (Eds.), *The research basis for autism intervention* (pp. 9-24). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Smith, T., Scahill, L., Dawson, G., Guthrie, D., Lord, C., Odom, S., et al. (2007). Designing research studies on psychosocial interventions in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 354-366.