

本文章已註冊DOI數位物件識別碼

▶ 艾斯柏格症學前兒童的矯治

Treatment of a Preschooler with Asperger's Syndrome

doi:10.30074/FJMH.200603_19(1).0001

中華心理衛生學刊, 19(1), 2006

Formosa Journal of Mental Health, 19(1), 2006

作者/Author：徐儷瑜(Li-Yu Shyu);陳坤虎(Kun-Hu Chen);宋維村(Wei-Tsuen Soong)

頁數/Page：1-19

出版日期/Publication Date：2006/03

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.200603_19\(1\).0001](http://dx.doi.org/10.30074/FJMH.200603_19(1).0001)



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



艾斯柏格症學前兒童的矯治

徐儷瑜 陳坤虎 宋維村*

艾斯柏格症是一種廣泛發展障礙症，其特徵為社會功能障礙及某些刻板、狹隘的興趣或行為，但沒有明顯語言和認知發展遲緩。國內對艾斯柏格症的診斷和治療雖有譯作，但有關艾斯柏格症的治療文獻只有一例語言治療報告。本文報告一位診斷為艾斯柏格症的4歲6個月女童，主要問題為在幼稚園少與小朋友互動，對老師的指令不太理會，自己說話、玩耍。案童和案母接受為期八個月共23次的行為治療，治療目標以結構案童學習環境、強化案童社會技巧，並訓練案母成為協同治療者為主。本文介紹治療的技巧與改變過程，探討治療歷程中遇到的困難及改變的機制，並對臨床和研究應用加以討論。

關鍵詞：艾斯柏格症、行為治療、社會技巧訓練、協同治療者、學前兒童

徐儷瑜：政治大學心理學研究所博士候選人。

陳坤虎：台灣大學心理學研究所博士候選人。

宋維村：台灣大學醫學院精神科、流行病學研究所與心理學研究所副教授及台大醫院精神部主治醫師。

（通訊作者；E-mail：soongwei@ntu.edu.tw）

收稿：2005年01月06日；接受：2005年05月18日



一、前言

1943年Leo Kanner以英文發表「幼兒自閉症」(early infantile autism)的報告(Kanner, 1943)，後來廣受學者及臨床家注意。1944年Hans Asperger以德文發表有社交障礙及行為問題的男童(Asperger, 1944)，也許因為語文的關係，當時在歐洲之外並未引起注意，直到1981年Lorna Wing將這類疾病命名為「艾斯柏格症(Asperger's syndrome)」(Wing, 1981)，才引起大家對艾斯柏格症的關注(Gillberg, 2002)。到了1992及1994年，ICD-10及DSM-IV正式將艾斯柏格症列入診斷分類系統中。

根據ICD-10(1993)與DSM-IV(1994)的診斷準則，艾斯柏格症的症狀主要有三大特徵：第一是在社交互動的品質異常，例如缺乏適當的眼神接觸、臉部表情、身體姿勢；無法發展出符合其年齡之適當同儕關係；對他人的情緒缺乏回應；欠缺自發性和他人分享的能力；第二是具有不尋常的刻板、狹隘、重複之興趣或行為；第三是沒有明顯語言或認知發展遲緩，在三歲之前具有正常的自我照顧技巧、適應行為與對環境的好奇心。

有關艾斯柏格症的盛行率，Fombonne與Tidmarsh(2003)彙整了相關研究，發現艾斯柏格症的盛行率為每萬名兒童0.3到48.4人，其差異主要因為研究方法及診斷準則不一所致。此外，就男女比例而言，男比女的比例約八比一(ICD-10, 1992)，但女性比例可能低估，因為男性的症狀通常較明顯。

國內對艾斯柏格症的診斷和治療雖有譯作(王大延譯，1996；楊宗仁譯，2004)和教育研討，但有關艾斯柏格症的治療文獻只有一篇接受5次語言治療及分析其神經心理特徵的案例報告(Huang, Shieh, Wu, Chuang, Yang, & Jong, 2002)。本文報告一位診斷為艾斯柏格症的4歲6個月女童，由她的母親扮演協同治療者，她和她的母親接受23次治療之過程與結果。

二、案例報告

(一) 病史摘要

案母主訴案童動作協調不良，在幼稚園少與小朋友互動，對老師的指令較不理會，常獨自說話、玩耍，特別偏愛小美人魚故事與玩具。案童約三歲時，經醫師提醒，案母才注意到她的動作發展異於一般兒童，當時曾就醫，並接受感覺統合治療，一年後案母覺得治療效果不大，再到醫院就診，依ICD-10診斷為艾斯伯格症，並接受行為治療。

(二) 心理衡鑑結果

案童於3歲4個月時接受心理衡鑑：「魏氏幼兒智力量表修定版中文版」(陳榮華與陳心怡，2000)所得之結果是語文智商108，操作智商102，總智商106，屬中等智力；各分量尺表現如表一，以物形配置和常識測驗得分最高，矩陣推理、算數測驗及詞彙測驗則在中上程度。

治療初期以「學齡前兒童行為發展量表」(徐澄清、蘇喜、蕭淑貞、林家青、宋維村及張珏，1978)對案童(4歲7個月)進行發展評量，該量表適用於6個月到6歲半兒童，是臨床評量發展遲緩兒童廣泛使用的工具，但是常模較欠缺現代化與普遍化(胡崇元、謝明慧、陳三能、陳淑華及蕭文勝，1997)。評量結果如表二，案童的整體發展商數為96，屬於中等程度；其中，粗動作較差、外在環境理解能力及人際社會能力亦低於同年齡兒童約20%到30%，概念理解則是案童的最優勢能力。

表一：案童在3歲4個月之魏氏幼兒智力量表修定版中文版得分結果

| VIQ：108 | | PIQ：102 | |
|---------|------|---------|------|
| 量尺名稱 | 量尺分數 | 量尺名稱 | 量尺分數 |
| 常識 | 13 | 物形配置 | 13 |
| 理解 | 9 | 幾何圖形 | 8 |
| 算術 | 12 | 圖形設計 | 10 |
| 詞彙 | 12 | 矩陣推理 | 12 |
| 類同 | 11 | 圖畫補充 | 9 |

表二：案童在治療初期與治療結束時之學齡前兒童行為發展量表得分

| 項目 | 總題數 | 治療初期（4歲7月） | | | 治療結束（5歲2月） | | |
|--------|-----|------------|---------|------|------------|---------|------|
| | | 原始分數 | 發展年齡（月） | 發展商數 | 原始分數 | 發展年齡（月） | 發展商數 |
| 粗動作 | 34 | 32 | 42 | 76* | 33 | 46 | 74* |
| 精細動作 | 44 | 40 | 61 | 111 | 42 | 68 | 110 |
| 溝通表達 | 54 | 54 | 60 | 109 | 54 | 60 | 97 |
| 概念理解 | 67 | 59 | 72 | 131 | 66 | 75 | 121 |
| 環境理解 | 44 | 35 | 42 | 76* | 38 | 48 | 77* |
| 身邊處理 | 36 | 32 | 54 | 98 | 33 | 59 | 95 |
| 人際社會 | 34 | 28 | 39 | 71* | 32 | 51 | 82 |
| 一般發展 | 138 | 124 | 69 | 125 | 132 | 73 | 118 |
| 整體發展商數 | | | | 96 | | | 94 |

註：*較同齡兒童遲緩20-30%

三、治療過程

治療每週進行一次，每次50分鐘，由兩位心理師分工合作，一位以處理案童的問題行為為主，擔任主要治療者；另一位則負責訓練案母，擔任協同治療者，治療過程依治療目標分為初期（第1到6次）、中期（第7到18次）、後期（第19到23次）及後續追蹤。

（一）治療初期

1. 治療目標

初期目標為與案童及案母建立關係，瞭解案母對阿斯柏格症、案童問題、及行為治療的想法與期待，進行問題行為評估，以及協助案母明白治療的進行方式、過程及行為治療的基本概念，此外，更重要的是讓案母瞭解治療過程中其需擔任協同治療者之角色，並請案母協助評估案童的問題行為。

2. 治療過程

(1) 問題行為評估

首先請案母到學校，以敘事描述法(Bentzen,1997；引自劉惠慈、王莉玲、林青青及杜宜展譯(2002))記錄案童的在校的整體行為表現，依此找出治療的目標行為。心理師根據案母第一週的記錄資料，整理案童所出現的「不足行為」(deficit behavior)與「過多行為」(excess behavior)，如表三。

在不足行為中，「立即就坐」、「立即跟唱」、「立即跟唸」、「立即跟寫」、「回答問題」都與「遵從指令」有關，因此決定以案母主訴的「遵從指令」行為為主要治療目標，以協助案童適應學校環境。第二週，請案母針對上述五項「遵從指令」行為，以事件取樣法(Bentzen,1997；引自劉惠慈等譯(2002))記錄該行為出現的次數，心理師整理該行為出現的百分率，依此作為下一階段社會技巧訓練的基準線。

在過多行為部份，從表三的記錄可發現，這些行為大多發生在非結構情境下(例如：早上到校後至上課前的自由時間和午餐時間)，及案童較缺乏興趣的課程、或課程後半段無法專注時，因此，建議調整案童的學習環境，使其結構化、簡單化，以減少其發呆、玩弄物品、東張西望、自言自語等過多行為。

(2) 環境的結構化

為減少案童的過多行為，首先針對案童早上到校的自由時間，及午餐時間之非結構化情境，建立其結構化次序性，提供具體視覺圖片刺激，並口頭提醒她應注意完成的每個動作與步驟，若完成則給予貼紙鼓勵。這部分與案母溝通後請老師協助，學校老師願意配合，幫助案童逐步建立行為規則。

其次是調整案童的課程與生活，減少缺乏興趣與不專注的課程。從案母第一週的學校記錄發現，案童的生活安排得非常緊湊，幼兒園每天早上有英文、中文及日文三種語文課程，下午是體能、珠算、音樂、美術課程，課餘時間母親又安排小提琴、舞蹈及數學等各種訓練。課程的多樣多變，實已超過案童的負荷；此外，緊湊的學習也讓案童缺乏自由玩耍、自由探索的機

表三：案童在學校出現的「不足行為」與「過多行為」

| 不足行為 | | 過多行為 | |
|--------------|----------------|----------|---------------------|
| 行為 | 發生情境 | 行為 | 發生情境 |
| 1.立即放置書包衣物 | 早上到校後至上課前的自由時間 | 1.發呆 | 早上到校後至上課前的自由時間及午餐時間 |
| 2.立即就坐 | 語文課上課時 | 2.玩弄作業用品 | 早上到校後至上課前的自由時間 |
| 3.立即跟唱 | 語文課上課時 | 3.東張西望 | 早上到校後至上課前的自由時間及午餐時間 |
| 4.立即跟唸 | 語文課上課時 | 4.玩弄頭髮 | 午餐時間 |
| 5.回答問題 | 語文課上課時 | 5.亂唱 | 語文課上課時 |
| 6.上課時注視老師 | 語文課上課時 | 6.脫隊 | 語文課上課時 |
| 7.排隊等待 | 語文課上課時 | 7.自言自語 | 語文課後半段上課時 |
| 8.處理人際紛爭技巧 | 語文課上課時 | 8.咬手 | 語文課後半段上課時 |
| 9.立即跟寫 | 珠算課上課時 | 9.玩筆 | 珠算課上課時 |
| 10.跟從拍球 | 體能課上課時 | 10.亂寫 | 珠算課上課時 |
| 11.立即穿外套 | 體能課上課時 | | |
| 12.立即穿鞋 | 體能課上課時 | | |
| 13.主動喝水 | 體能課上課時 | | |
| 14.正確使用長尾文書夾 | 課前準備期 | | |

會。據此，心理師和案母討論這些課程的必要性、中等智力的案童能否同時有效學習，並和母親澄清自由遊戲的功能與意義，教導母親如何和案童自由遊戲。

3. 治療結果

案母認知到環境的簡單化、結構化以及自由遊戲對案童的重要性，重新調整案童的生活，計劃讓案童轉學到另一家課程內容單純、強調自由探索與個別操作的幼兒園，使案童的學習環境儘量單純化與結構化。同時，案母也調整對案童的期待，增加與案童的遊戲時間，與案童的遊戲從命令指導式調整為協助陪伴。

案童到校後的發呆與東張西望行為經老師的提醒協助下，案母表示已有改善。

(二) 治療中期

1. 治療目標

治療初期透過改變環境修方案童的過多行為，不足行為則是治療中期的主要訓練目標，因此心理師以半結構治療方式訓練案童「遵從指令」行為，以增強其適當的人際社會技巧；其次，案母的協同治療者角色則從初期的行為評估進入到參與治療，親自投入訓練案童的歷程中。

2. 治療過程

(1) 對案童不當行為的處理及不足行為的訓練

對遵從指令的訓練以「操作制約法則」逐步塑造，並結合案童最喜歡的活動--「和心理師一起玩」共同進行。教導案童聽從指令學習：「邀請技巧」、「眼神注視」、「打招呼的技巧」、「協商技巧」、「聽不懂時的詢問技巧」、「合作技巧」、「人際衝突處理技巧」、「同理他人情緒技巧」等，例如：當案童想和心理師玩時，她必須遵從心理師的指令，表現出所教導的適當邀請技巧後，才能得到增強。

除了不足行為，案童還會出現不當的干擾行為，例如：藉著敲打玩具發出大聲響干擾心理師和案母的談話、對心理師的問話出現亂答行為、或自己不慎撞到頭時生氣地指責媽媽等，案母的處理是對案童的不當行為則加以訓戒。心理師藉此機會詢問案童的想法感受，進行「功能評量」（張正芬，1997），並教導案童學習功能等值的適當行為表達其內在需求與感受，例如想出去玩時可以直接詢問師長，而不是以敲打玩具發出大聲響來引人注意，當案童做到則立即增強。

(2) 協助案母成為協同治療者

案母在治療初期，雖然願意到學校進行行為觀察，但在治療過程中，會不斷尋求他人來訓練案童，包括幼教老師、特教老師、感統復健師、甚至民俗治療師，案母本身則較少投入對兒童的訓練。因此，心理師安排兩次時間

與案母個別晤談，探索案母對參與治療的動機、想法與期待，以及她的教養理念與成長經驗。當了解案母本身的成長背景，及她內在對母親的情緒衝突時，心理師決定仍以案童的問題為主，因為案母本身的抗拒與情緒問題需要多次深度治療，且其情緒問題目前並不嚴重到影響她做為協同治療者，故暫不處理。

對案童的行為治療，心理師先示範具體、清楚、簡單的訓練方式，並說明訓練目的與步驟，請案母依其步調自由參與。

對案童不當行為進行「功能評量」時，心理師以A-B-C行為分析法(張正芬，1997)和案母討論案童行為背後的情感需求，教導案母同理案童的情緒並鼓勵案童表達情緒，提醒案母敏銳察覺案童的需求，給予案童更多溫暖包容接納。

心理師鼓勵案母在治療室外的其它情境，繼續擔任協同治療者，例如案童在家和弟弟及表妹互動時，提醒並強化案童練習社會技巧，使案童的技巧能類化到其它情境，案母的協同治療者角色也能類化到治療室之外。

3. 治療結果

經過十次半結構式訓練，案童的遵從指令行為及社會技巧在治療室能逐漸展現。在治療室之外，某次治療時間，遊戲室意外來了另一位更年幼的陌生兒童，案童想和她玩，在無人提醒情形下，案童主動表現出心理師所教導的「邀請技巧」、「協商技巧」及「合作技巧」，顯示案童已漸能應用這些技巧，並類化到治療室外的情境。

案母藉由觀察學習，逐漸練習行為治療技巧，開始輔助並提醒案童出現適當的社會技巧，甚至主動準備治療所需的增強物，對於母親的改變，心理師立即給予正向肯定，並鼓勵案母持續。案母也學習從不同角度包容案童的不當行為，在治療室中對案童的不當行為改以開玩笑的幽默方式接納並引導她。

(三) 治療後期

1. 治療目標

當案童的主訴問題減少及新學習的基本社交技巧可持續，而案母逐漸能擔任協

同治療者角色時，治療進入後期階段。此時的目標為維持並類化案童的遵從指令行為，並強化案母持續扮演協同治療者角色。

2. 治療過程

(1) 案母部份

持續強化案母將協同治療者技巧類化到不同情境，運用操作制約中的增強、消退法則及逐步塑造方式，在日常生活中繼續扮演協同治療者角色，並運用「功能評量」瞭解案童的想法感受。此外，為瞭解案童目前在幼兒園及家中的行為表現，請案母填寫學齡前兒童行為發展量表，並再到幼兒園進行行為記錄，以評量案童社會技巧之類化效果，比較治療前後的差異。但案母表示，案童轉學後的幼兒園並不歡迎家長長時間到校參觀或停留，老師認為家長突然出現，會干擾兒童的正常活動、生活作息並影響教學，若是錄影也會損害其他幼兒的權益，因此園方不易配合。案母只能利用接送幼兒時間進行短暫觀察，或與老師討論以了解案童在校表現，心理師則鼓勵案母持續擔任案童與老師的溝通橋樑。

(2) 案童部份

治療後期以重複演練治療中期所訓練的社會技巧為主，包括運用看圖說故事、故事接龍等方式練習，並確認案童在家中及學校的表現。

3. 治療結果

案母在治療過程及日常生活情境，會主動提醒、輔助案童出現適當的遵從指令行為與社會技巧，適時給予案童口語鼓勵與擁抱，對於不當行為則不增強以消退該行為。此外，案母也展現出更多她對案童的溫暖關懷與包容接納，成為案童的安全堡壘。

案童在治療室中能夠複誦治療師的指令，並且照著做，在不同治療情境中大多能夠類化所學過的技巧。治療室外的表現，學校老師反應案童目前在學校較能遵從團體規範；案母表示案童過去較少提及和同學之互動，現在較常主動告知和同學相處情形；過去在家中較不理會弟弟，現在較能照顧弟弟，也會主動收拾玩具，將玩

具放置整齊。

治療結束時，請母親再評量一次案童的學齡前兒童行為發展量表，結果如表二，和治療初期的結果做比較，整體的發展商數雖然維持在中等程度，但是進步最多的是人際社會能力，其發展年齡由原來的39個月進步到51個月，在概念理解、環境理解、身邊處理、粗動作、精細動作等能力的發展年齡也有逐漸進步。

(四) 後續追蹤

三個月後進行第一次追蹤治療，案童很開心的來到治療室，主動告訴心理師她現在學校的生活情形，例如，有要好的玩伴一起玩耍、睡午覺，也有她不喜歡的頑皮男同學，老師有點兇，但她都會乖乖沒被處罰。晤談過程中，案童的溝通適切，表情合宜，會注視心理師，但時而對心理師的問話沒有回應，案母會提醒案童回答問題。母親表示案童目前在學校的人際互動與學習狀況適應狀況不錯。此外，案童上了大班會主動完成學校功課，寫字也很工整漂亮，案母對案童目前的表現覺得滿意。

四、討 論

(一) 案母成為協同治療者

當父母得知自己的小孩被診斷為阿斯柏格症時，他們將要面對的是一條漫長遙遠的路，父母需要積極主動地教導阿斯柏格症兒童，特別是離開治療情境時 (Ozonoff, Dawson, & McPartland, 2002)，因此父母所扮演的協同治療者角色就更加重要。Soforonoff與Farbotka(2002)針對阿斯柏格症兒童的父母進行親職訓練，發現父母的自我效能提昇，且兒童的問題行為減少，顯示邀請父母參與訓練對阿斯柏格症兒童之重要性。Schuntermann(2002)教導阿斯柏格症及高功能自閉症兒童的父母，發現讓他們瞭解孩子會出現的發展歷程與問題行為，可減低父母的壓力與焦慮。

就本案而言，案母能夠投入成為協同治療者，有一些有利因子，例如：案母為家庭主婦，且沒有經濟上的負擔，所以能有較多時間配合治療；案母有非傭可分

擔整理家務和照顧案弟的工作；案童父母關係不錯，案父對案母與案童接受治療相當支持；案母的教育程度高(大學畢業)容易理解心理師所教導的技巧，這些因素都是影響父母能夠投入親職訓練的重要因素(Marcus, Kuncze, & Schopler, 1997; Powell, Hecimovic, & Christensen, 1992)。

然而本文中的案母，一開始帶著學校老師前來，希望由老師和治療師配合；後來，又尋求特教家教，期望在家中的訓練是由特教老師執行；對於請案母到學校進行觀察記錄，案母提出許多可能會造成困難的理由，似乎案母剛開始對於要扮演協同治療者的角色並不瞭解也不積極。

案母逐漸成為協同治療者的改變機制，主要來自三方面：

第一，提供案母心理衛教與情緒支持，使她能夠抒發及承擔身為阿斯柏格症案母的焦慮情緒、對案童病程與預後的擔心、承受他人對案童的異樣眼光、處理案童弟弟的嫉妒情緒等。正如同Ozonoff等人(2002)提到阿斯柏格症兒童的父母也需要情緒支持、適度的休息、並維持其原有的人際關係，才能成為案童長期的後盾。

第二，在兩次的個別晤談中，經由自我探索，案母回顧自己的童年生活與受虐經驗，領悟到自己必須改變以免案童受到負面影響，更應學習扮演一個適任的母親，調整對案童的期待，給予案童更多愛與包容。因此必要時與案童父母晤談，能突破治療的瓶頸，增加父母的配合度。

第三，經由心理師的示範教導與提供相關參考書籍，使案母學習適當的親職技巧、教養方式及行為改變技術，並強化案母在親職角色上的自我效能與自信心。例如透過自由遊戲增進和案童的親子關係與情感交流；敏銳地察覺和同理案童的情緒與需求；學習增強、消退、建立行為約定、行為塑造等技巧。Marcus等人(1997)認為強化父母的自我效能才能使治療的技巧類化和維持，甚至幫助家中其他的孩子。

(二) 環境的改變

Thomas、Barratt、Clewley、Joy、Potter及Whitaker(2001)認為對阿斯柏格症兒童提供服務時，須注意下列原則：(1)同時併用「兒童技能的提升」和「環境的調整」；(2)依據兒童的需求而不是依據診斷的結果來提供支持；(3)大部分的阿斯柏格症兒

童就讀一般學校中的普通班，只有極少數人需要隔離性的特殊教育(引自楊宗仁譯(2004))。

對本文案童來說，調整學習環境是幫助她的首要目標，心理師的處理包括三個部份：

第一，強化案母調整環境的動機與意願：因為案童原來的學習環境是案母精心挑選與刻意安排的，必須讓案母意識到目前的環境並不適合案童的發展。因此，第一步是安排案母到園所進行行為觀察和記錄，使案母瞭解案童在學校的適應狀況、老師的教育方式及其他兒童的表現；其次，經由行為觀察結果數據化及心理測驗結果的分析解說，讓案母了解案童能力的優勢與限制，才能逐漸引發案母調整案童學習環境與生活環境的動機，因此案母在接受治療後二個月，為案童安排轉學以調整學習環境。

第二，與案母討論環境改變之效果：案母後來選擇讓案童就讀強調個別操作、較少團體課程的幼稚園，使案童減少遵從團體指令與團體規範的壓力；且相較於原來的園所，新園所的外語課程減少、課程的多變性與複雜性降低，對案童目前的能力較能勝任。

第三，增加案童日常生活中的自由遊戲時間：心理師在治療室中安排和案童自由遊戲時間，鼓勵案童自行規劃自由時間及遊戲規則、遊戲方式，並經由心理師的示範，讓母親學習以非指導的方式和案童玩耍，以增進親子關係。有關遊戲與休閒對阿斯柏格症兒童的意義，如Schopler(1995)主張教導自閉症及其他發展障礙兒童有「動機」和「能力」進行遊戲是很重要的，具備遊戲能力、享受樂趣，能學習和同儕分享，得以融入手足和學校中其他孩子們的活動，兒童也會因此變得更受他人歡迎(引自楊宗仁、張雯婷及江家榮譯(2003))。

(三) 學齡前期阿斯柏格症兒童的社會技巧訓練

1. 合作式遊戲歷程

Attwood(2003)與Paul(2003)均主張，按照阿斯柏格症兒童不同的發展階段來設計適合的行為介入策略與社交訓練。Attwood(2003)主張幫助學齡前期阿斯柏格症兒

童發展友誼的方式是教導他們辨識合作式遊戲的線索，可先經由成人的提醒來辨識及判斷合作遊戲的訊息，再透過成人的示範，教導兒童表現出友善的反應方式。本文中所進行的社會技巧訓練即是運用案童和心理師的合作式遊戲歷程，教導案童學習及模仿適當的合作式遊戲行為，包括邀請技巧、協商技巧及輪流技巧等，而在治療情境外，由案母扮演提醒的角色。

2. 以成人為媒介

Paul(2003)將這種「引導式參與社會遊戲」(guided participation in social play)的介入方式分成兩種：一種是「成人為媒介的介入」(adult-mediated interventions)，另一種是「同儕為媒介的介入」(peer-mediated interventions)。本案童使用的社會技巧訓練是以成人為媒介，成人為主的訓練方案可以設計成各種不同的社會故事與案童演練，並進行角色轉換，讓兒童觀摩學習到較適當的社交技巧，成人也會適時給予提醒輔助。

3. 運用簡單清楚具體步驟

對於案童的社會技巧訓練，心理師將每項技巧分解成簡單的三或四個步驟，畫在紙上用圖示法提醒案童，由一位心理師解說，另一位心理師示範，當案童能遵照心理師的指令跟著做、跟著說、回答問題時，則可以得到小禮物或可以和心理師自由玩耍當作增強物，案童最喜歡邀請心理師和她一起玩伴家家酒遊戲，由她當媽媽、心理師當孩子，在此自由玩耍過程也可以觀察案童是否將所訓練的技巧確實學會並運用、類化。Kransny、Williams、Provencal及Ozonoff(2003)也強調訓練阿斯柏格症兒童的基本要件須包括：提供結構化及可預期的情境、提供鷹架式輔助、設定特定具體目標、以逐步漸進方式訓練及增進自我價值感等。

4. 家庭作業的安排

Ozonoff等人(2002)建議父母和治療師協同合作，透過家庭作業練習將社會技巧類化到真實生活。Kransny等人(2003)也強調除了每週的治療訓練，每天在真實生活中的練習更加重要，最好鼓勵個案將治療室中所學到的技巧，運用到社區情境中，在家中、在學校裡若能透過父母、老師的協助將這些技巧演練出來，則更能彰顯訓

練的效果。

本文案童的治療過程未刻意安排家庭作業，主要是考量案母未必能全然投入與配合，因此，對於案童能否有效學習所訓練的社會技巧，以在治療室中觀察評量為主，以案童的行為能否在不同治療時段連貫持續出現為原則，例如教導案童每次來到治療室要主動和治療師打招呼、注視治療師，離開時則要主動和治療師道別，若確定每次案童能出現，代表她已學會此項行為技巧。未來的治療計劃中可加入家庭作業的安排，以增加治療室外的練習機會，但是須透過父母老師的協助，才容易完成。

(四) 治療效果的呈現

在治療過程逐漸看到案母與案童的改變，但缺乏治療後案童在教室裡遵從指令行為及過多行為的量化資料，這是本研究中較為不足之處，因為案童後來就讀的幼兒園所之課程安排、教學方式與治療初期之園所不同，不易客觀比較在遵從指令等行為上的差異，故本來期待的治療前後量化數據比較，因執行上的困難無法達成。此困境如同Kransny等人(2003)所做的回顧性研究發現，有關艾斯柏格症的社會技巧訓練，雖然整體的療效及預後都不錯，但有一半研究都缺乏標準化的前後測比較，運用控制組做比較的研究很少，更缺乏長期追蹤比較，樣本數大多偏少，幾乎都是以父母、老師的主觀評估為主，因此在研究方法的執行上確有其困難之處，這也是個案研究法經常會出現的問題。

本個案研究報告之治療效果，透過治療初期與結束後案童在學齡前兒童行為發展量表上的表現(表二)，可以發現案童在粗動作等八個項目的發展年齡均隨著成長逐漸增加，在「人際社會」項目則呈現顯著進步，發展年齡由39個月進步到51個月，顯示治療過程中的社會技巧訓練對於案童的人際社會能力有所幫助，其他項目進步較不顯著的原因可能有二，第一、某些項目如「粗動作」、「精細動作」及「身邊處理」只進步1到2題，係因治療過程未直接訓練該項目，故進步較緩慢；另一方面是此測量工具的限制，例如「溝通表達」項目，案童前後測均已達到滿分，故無法由此測量工具看出治療效果對案童溝通表達能力的改變，較為可惜。徐澄清等人(1978)認為

學齡前兒童發展量表對於評量三歲以上兒童的區分效度較低，故本文案童採用此測量工具亦會降低其測量效度，這也是本研究的限制之一，未來可以考慮採用自閉症發展量表(張正芬與黃淑敏，1998)或其他量表，更能有效測量三歲以上兒童的發展變化。此外，本報告評量者僅有案母一人，若能加上老師及案父等人的客觀評量，資料會更詳盡，因此，未來在評估治療效果及行為類化時，可安排學校訪視與家庭訪視，以收集更豐富資料。

(五) 研究限制

本文所討論的介入方式與當代自閉症的治療技巧相較，並無顯著創新之處，然而，國內目前有關艾斯伯格症的治療只有一例文獻報告，本文僅報告單一個案，雖有其貢獻，但在結果的類化與應用上，若要運用到其它個案則有所限制。據此，未來可以設計一完整性的治療計劃，系統化的驗證有關艾斯伯格症的治療內容、治療因子、治療效果等，以建立一個可以廣泛推廣的治療方案，並深入比較艾斯伯格症與高功能自閉症之不同治療策略，突顯出對艾斯伯格症之治療特色。

五、建 議

(一) 臨床之應用

本文呈現一套針對學齡前艾斯伯格症兒童及其母親所進行的行為治療模式，由兩位心理師對案童進行社會技巧訓練，並訓練案母成為協同治療者，使案童在離開治療情境時，案母仍能持續協助案童。

對案童的過多行為從改變環境優先著手，將環境結構化、簡單化，能減少案童發呆、東張西望、自言自語等行為；對案童無法遵從指令的不足行為，則安排強調個別操作的學習環境，減少案童遵從團體規範的壓力，同時透過社會技巧訓練，以成人為媒介，結合操作制約學習、行為塑造與合作性遊戲來示範和演練，運用清楚簡單具體的步驟逐次訓練，最後，鼓勵案母及案童將所學到的技巧類化到治療室之外。

如前所述，同時協助案童與案母，對於艾斯伯格症兒童是相當重要的。Szatmari

(2004)提到，治療雖無法治癒這個疾病，但能增進個案的生活功能及提高其生活品質，且愈早介入預後愈好(Foster & King, 2003)。故臨床上給予阿斯柏格症兒童及其家庭盡早且適時的協助乃是刻不容緩之事。

(二) 研究之應用

未來可以系統化的整理有關阿斯柏格症兒童社會技巧訓練的相關文獻，設計一套完整的治療計劃，評估父母的協同治療者角色、環境的改變、訓練課程的內容、訓練技巧等各種不同治療因子，對於阿斯柏格症兒童的治療效果，以發展一個更有利於阿斯柏格症兒童的整體治療模式。

六、參考文獻

- 王大延譯(1996):《自閉症與亞斯勃格症: 原著為Frith, U. (1991). *Autism and Asperger syndrome*. Cambridge: Cambridge University Press.》。台北: 中華民國自閉症總會印行。
- 胡崇元、謝明慧、陳三能、陳淑華、蕭勝文(1997):〈學齡前兒童發展量表與貝萊嬰兒發展量表之相關〉。《台灣精神醫學》，11卷3期，頁242-248。
- 徐澄清、蘇喜、蕭淑貞、林家青、宋維村、張珏(1978):〈學齡前兒童行為發展量表之修訂及初步常模之建立〉。《中華小兒醫學》，19期，頁142-56。
- 陳榮華、陳心怡(2000):《魏氏幼兒智力量表修定版(WPPSI-R)中文版指導手冊》。台北: 中國行為科學社。
- 張正芬(1997):〈自閉症兒童的行為輔導—功能性評量的應用〉。《特殊教育季刊》，65期，頁1-7。
- 張正芬、黃淑敏(1998):〈自閉症兒童發展測驗之編制及相關研究〉。《特殊教育學刊》，16期，頁291-314。
- 楊宗仁、張雯婷、江家榮合譯(2003):《自閉症者家長實戰手冊—危機處理指南; 原著為Schopler, E.(1995). *Parent survival manual: a guide to crisis resolution in*

- autism and related developmental disorders*. NY: Kluwer Plenum Publishers.》。台北：心理。
- 楊宗仁譯(2004)：《亞斯柏格症者實用教學策略：教師指南；原著為Thomas, E., Barratt, P., Clewley, H., Joy, H., Potter, M. & Whitker, P. (2001). *Asperger syndrome practical strategies for the classroom: a teacher's guide*. London: Leicester City Council and Leicestershire.》。台北：心理。
- 劉惠慈、王莉玲、林青青、杜宜展合譯(2002)：《幼兒行為觀察與記錄；原著為Bentzen, W. R.(1997). *Seeing young children – a guide to observing and recording behavior* (3 rd Ed.). Singapore: Thomson Learning.》。台北：五南。
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*.(4th Ed). text revision. *DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Asperger, H. (1944). “Autistic psychopathy” in childhood. In U. Frith (1991, Ed.), *Autism and Asperger syndrome*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Attwood, T. (2003). Frameworks for behavioral interventions. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12(1),65-86.
- Fombonne, E. & Tidmarsh, L. (2003). Epidemiologic data on Asperger disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12(1), 15-21.
- Foster, B. & King, B. H. (2003). Asperger syndrome: to be or not to be? *Current Opinion in Pediatrics*, 15(5), 491-494.
- Gillberg, C. (2002). *A guide to Asperger syndrome*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Huang, H. L., Shieh, Y. L., Wu, H. J., Chuang, S. F., Yang, P. C., & Jong, Y. J.(2002). Asperger's syndrome and aberrant neurofunctional organization—case report. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*. 18, 198-204.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*. 2, 217-250.
- Kransny, L., Williams, B. J., Provencal, S., & Ozonoff, S. (2003). Social skills interventions for the autism spectrum disorder: essential ingredients and a model

- curriculum. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 12(1), 107-122.
- Marcus, L. E., Kunc, L. J., & Schopler, E. (1997). Working with family. In D. J. Cohen & F. R. Volkmar (Ed.), *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*. (pp. 631-649). NY: John Wiley & Sons, Inc.
- Ozonoff, S., Dawson, G., & McPartland, J. (2002). *A parent's guide to Asperger syndrome and high-functioning autism*. NY: The Guildford Press.
- Paul, R. (2003). Prompting social communication in high functioning individuals with autistic spectrum disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 12(1), 87-106.
- Powell, T. H., Hecimovic, A., & Christensen, L. (1992). Meeting the unique needs of families. In D. E. Berkell (Ed.), *Autism: identification, education, and treatment*. NJ: Lawrence Erlbaum Association.
- Schuntermann, P. (2002). Pervasive developmental disorder and parental adaptation: previewing and reviewing atypical development with parents in child psychiatric consultation. *Harvard Review of Psychiatry*. 10(1), 16-22.
- Sofronoff, K. & Farbotko, M. (2002). The effectiveness of parent management training to increase self-efficacy in parents of children with Asperger syndrome. *Autism*. 6(3), 271-286.
- Szatmari, P. (2004). *A mind apart – understanding children with autism and Asperger syndrome*. NY: The Guildford Press.
- Wing, L. (1981). Asperger's syndrome: a clinical account. *Psychological Medicine*, 11, 115-129.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization.



Treatment of A Preschooler with Asperger's Syndrome

LI-YU SHYU, KUN-HU CHEN, WEI-TSUEN SOONG^{*}

Asperger's syndrome is a pervasive developmental disorder characterized by the presence of social impairment, and restricted, repetitive and stereotyped patterns of behavior or interests, but no clinically significant general delay in language or cognitive development. There is only one report addressing the treatment of communication problems in a 3.5 year-old boy with Asperger's syndrome in Taiwan. We present the treatment of a preschool girl with Asperger's syndrome. Her presenting problems included impaired social interaction with peers, not following teacher's instructions, and preoccupation with self talking and playing alone. The total of 23 therapy sessions with the girl and her mother were conducted in 8 months. The goals of therapy were to structure the environment, to develop the skills to follow instructions and to facilitate appropriate interaction, and to train the mother to be the co-therapist. The treatment procedure and the process of behavior change are presented and discussed. The implications in clinical practice and research are also given.

Key words: Asperger's syndrome, behavior therapy, cotherapist, preschool child, social skills training

Li-Yu Shyu: Ph D. Candidate, Department of Psychology, National Chengchi University.

Kun-Hu Chen: Ph D. Candidate, Department of Psychology, National Taiwan University.

Wei-Tsuen Soong: Associate Professor, Department of Psychiatry, Department of Psychology, and Institute of Epidemiology, National Taiwan University . (Corresponding Author)