

一般論述或譯文

青少年犯罪分析與處遇模式探究— 以臺南少年觀護所為例

Analysis of Juvenile Delinquency and Exploration of Treatment:
Taking Tainan Juvenile Detention House as an Example

李慧芳

國立彰化師範大學輔導與諮商所博士

DOI : 10.6905/JC.202007_9(2).0005

摘要

李慧芳

本文彙整過去有關少年犯罪成因等相關病因文獻，探討少年在走向犯罪行為前可能形成的原因，包含個人、家庭、社會文化等因素，並引用作者在擔任108年度法務部矯正署臺南少年觀護所的勞務承攬心理師現場的工作為例，分析如何進行有效的處遇模式，提供未來給心理師進駐於少年觀護所進行心理輔導專業工作時的介入方向。

DOI : 10.6905/JC.202007_9(2).0005

Analysis of Juvenile Delinquency and Exploration of Treatment: Taking Tainan Juvenile Detention House as an Example

Abstract

Huei-Fang Li

This article summarizes the literature on the causes of juvenile delinquency and other related etiologies, discusses juvenile criminal behavior, including personal, family, social and cultural factors. Take the author's work as a psychologist for example, analyze how to carry out effective treatment mode, and provide future directions for psychologists to enter the Juvenile Detention House for psychological professional work.

一、緒論

筆者於 108 年物擔任臺南少年觀護所勞務承攬心理師期間，調查臺南少年觀護所收容人，有大量的少年在國小階段曾經診斷為專注力不足暨過動症（Attention Deficit Hyperactivity Disorder；ADHD）或是雖未到醫院確診，但家長口述收容人在學童階段學期成就不佳，具有好動、衝動以及學習時有專注力不足等情況，疑似為 ADHD 兒童，收容人在兒童時期就經常發生許多干擾性的行為，造成收容人本身、家庭、以及主要照顧者大大的困擾。干擾以及破壞規範的行為，也是目前教育環境最普遍以及最受關注的議題，跟青少年後來的犯罪行為有著不容小覷的影響，而相關治療研究也不斷發展。例如：Goode (2018) 大量納入非藥物的 ADHD 兒童治療相關研究，確定了 54 項非藥物治療研究，包括腦波神經回饋、認知訓練、認知行為治療、父母教育訓練等，及膳食脂肪酸補充以及草藥和 / 或飲食方法，顯示對於偏差行為非藥物治療近來已受到社會大眾的普遍關心，逐漸地成為世界趨勢與潮流，如何幫助偏差行為少年以及能夠有效的介入治療，引導他們遠離犯罪出現正向行為，是本文所探討的方向。

二、早期的偏差行為成因。

臺灣流行病學研究顯示：6 到 18 歲的兒童及青少年其罹患專注力不足暨過動症（Attention Deficit Hyperactivity Disorder；ADHD）的盛行率約 7.5%，其盛行率與歐美國相當，約二十多萬兒童和青少年受到注意力不足過動症困擾，其中男童患病比例約為女童患病比率的 3 倍（涂怡安、徐如維、黃凱琳、劉慕恩、陳牧宏，2007）。罹患注意力不足過動症的男童，除了注意力不足症狀之外，也常以衝動和過動表現其症狀，而患有注意力不足過動症的女童則較多症狀為注意力不足，故也相對較容易被家長和老師忽略，而延遲評估和介入。此外；研究也顯示，有 30% 到 70% 的兒童注意力不足過動症症狀會持續至青少年及成人，將會持續影響生活、學業、工作表現、家庭及人際關係；對立反抗疾患（Oppositional Defiant Disorder；ODD）中生氣 / 易怒向度和憂鬱及焦慮相關，好爭辯 / 反抗行為向度和注意力不足過動症及品行疾患相關，報復向度和侵略性行為問題相關（Stringaris

& Goodman, 2009)，因此 ADHD 與干擾性行為有著密不可分的關係。根據 Strine（2006）等人調查研究，ADHD 兒童比一般兒童更有較高的比率社會、情緒以及行為的困擾。實務工作中，遇到學校老師或者是家長處理兒童議題最大的困擾，就是學生不願意配合班級常規或者活動，以及一開始都是作業先無法完成，然後再慢慢衍生成為情緒或行為的問題，學生的學習問題，通常伴隨而來的就是其他情緒以及環境適應的問題。ADHD 兒童學業低成就的主要原因也是因為他們缺乏注意力所引起（黃世明，1998；Wicks-Nelson & Israel, 2000）。洪麗瑜（1999）也認為 ADHD 兒童與學習障礙可能有一種共存的關係，因為「注意力缺陷」的問題包含在學習的障礙因素中。所以如果能夠協助老師或家長改善學生的學習問題，其情緒也能夠好了一大半。當孩子的破壞規範的行為增加，變成為校園中頭痛的人物，長期無法得到良好的支持、治療，離開校園之後的犯罪行為也有可能機會更多！

三、家庭與環境對偏差行為的影響

ADHD 與干擾性行為的成因有著密切的關係，干擾性行為的兒童，和父母之間的教養互動有重要的互相影響力，其中很有可能是因為負向管教，或管教不一致造成的。懲罰性與不一致的父母親教養方式是干擾性行為問題發展的起源（Danforth, Barkley, & Stokes, 1991; Hart, Ladd, & Burleson, 1990; Kusynski, Kochanska, Radke-Yarrow, & Welsh, 1987）；張高賓（2004）指出當父母較少關愛督導，較高權威限制，以及敵意、忽略等，兒童的負向情緒較高，Tripp 等人（2007）研究也發現，家中有過動兒（ADHD）的父母，對過動兒表現較少的溫暖，較低的投入以及較無效的溝通另外研究也指出父母親的教養風格也直接的影響兒童的憂鬱。賴幸瑜（2013）指出家人的互動經驗遠比相關家庭背景對兒童的影響還大。Baumrind 兼採質化與量化的研究方法，以十餘年的時間進行縱貫性研究，建構其父母教養類型理論（Baumrind, 1991），所提「權宜型」（authoritative）教養策略的適切性，研究結果發現父母採用「權宜型」教養方式之家庭的幼兒與兒童，其工具性能力（instrumental competence）明顯優於來自其他教養類型的孩子，所以兒童的問題行為的發生，不僅只是來自於生物因素，與家庭教養也有相當重要的關係，也得到其他研究結果的印證（Avenevoli,

Sessa, & Steinberg, 1999; Dornbusch, Ritter, Leiderman, Roberts, & Fraleigh, 1987 ; Gray & Steinberg, 1999) 。

四、偏差行為少年的生活困境

少年在接受教育與學習成長的議題如果遇到的困境，接著往往伴隨而來的，就是心理或情緒問題，跟學習成就很大的一個重要因素，就是專注力，當少年在學校課堂中如果沒有良好的專注力，其干擾行為，就演變成上課老師大大的困難，影響了班級秩序，也影響了老師的班級管理。在臨床實務工作中，大多數學校會轉介來的個案，也通常是因為其外向性行為或有干擾性行為受轉介，在臨床就診案例中，家長是因為孩子的專注力以及課業表現不理想而有困擾，且有大量的案例並未達確診為 ADHD。儘管藥物能夠帶給 ADHD 很大的便利性以及效果，許多家長們卻因為不想吃藥，因為害怕孩子被貼標籤，或者是擔心藥物的副作用，不願意主動就醫，會試圖尋找其他替代性的管道來幫助孩子，但往往造成孩子更大的延誤就醫損失，服用藥物與不服用藥物之間，經常有不同的家長而有不同的矛盾與需求。

DSM-5 特別註明 ADHD 有混和表現型、不專注主顯型、過動 / 衝動主顯型，除了不注意、過動和衝動三個主要核心特徵，通常還伴隨有認知、學業、情緒、行為、和社會人際等方面的問題 (Wicks-Nelson & Israel, 2000)。具有 ADHD 的孩子，在團體中的社會地位往往是不受歡迎或被排斥 (Barkley, 1990; Fredric & Olmi, 1994; Laudau & Moore, 1991)，專注力對孩子而言非常的重要，高度專注的孩子，較能夠有效率地將自己該做的事情做完。而且專注力在智能發展中扮演很重要的角色；高專注力的孩子，相對在學業以及其他方面的成就，也容易較高，所以每個家長，都期許自己的孩子，擁有較高專注力。

Mash 與 Wolfe (2008) 彙整一般介入的方法，並認為主要治療為藥物、親職管理效能訓練及教育性介入，重點為控制其干擾性行為、減少親子間的衝突，以促進利他及自我管理的行為。Kerr 和 Nelson (1998) 指出干擾行為並無單一精確定義，因為小孩們可用各種不同方式表現不好行為，他們認為干擾行為是干擾教室正在進行的行為。胡永崇 (2002) 指出干擾行為即干

擾他人所正在進行的行為，包括肢體或語言攻擊他人、干擾他人、爆發脾氣、情緒失控及破壞物品等。陳郁菁（2003；2004）與鈕文英（2004）定義干擾行為為用不適當方式且未得到老師同意而出現干擾教學的行為，包括言語干擾（如詢問時間、要求物品、報時、報告作息等）及行為干擾（如碰觸他人、搶奪他人物品及離座等）。

干擾性行為的定義曾被定為「對立性」、「攻擊性」，以及「注意力不足與過動症」，三類（Hinshaw, Morrison, Carte, & Cornweet, 1987），而 Craig 與 Pepler（1997）定義為對權威者，出現否定的，反抗的，不服從的與敵意的行為，也以外向性行為（externalize behavior）定義（Phelps, Brown, & Power, 2002），以及，也有以負向的、反社會性的、外向性、無法控制的、對立的、品行疾患等來反映干擾性行為的問題的不同表達方式（Hinshaw, Lahey, & Hart, 1993; Wicks-Nelson & Israel, 1997），因干擾性與攻擊性比過動行為更可以用管教實務來預測，因此干擾性與攻擊性議題，是值得我們青少年偏差行為來探究的。

五、心理師在法務部矯正署少年觀護所的工作模式

徐西森（1996）曾提出青少年的犯罪行為，跟「自我功能薄弱」、「學校適應不良」、「社會適應不佳」、「家庭適應欠佳」等因素有關，早期形成偏差行為以後，又加上社會文化、同儕等不當因素，以及犯罪誘因的增長，最後形成犯罪行為如圖一所示。一開始的偏差行為，如果在家庭或學校沒有得到治療，可能就會衍生成更多的偏差行為，最後因為少年所處在的社會、文化環境等因素，增加對於犯罪的認同，最後形成犯罪行為。本文依據徐西森的理論，發展出少年觀護所這些犯罪收容人的輔導處遇模式，敘述如下：

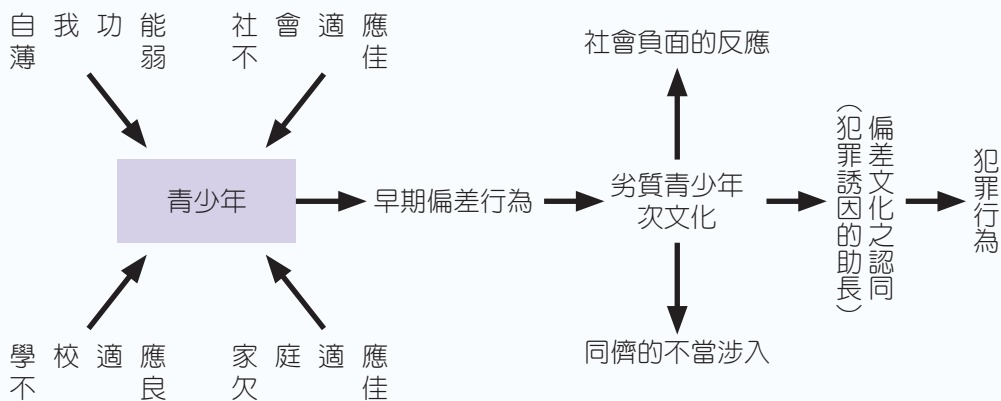


圖 1：青少年犯罪行為成因交互作用圖（引自徐西森，1996）

依據犯罪行為的成因與預防，臨床心理師能夠在少年觀護所進行少年處遇的專業介入分析如下所述。

（一）心理衡鑑

心理師之心理衡鑑工作，在於協助法官對於執法處遇的參考，以及提供保護官以及家調官對於家庭的功能評估，後續跟家長的聯繫，落實法治以及監護人對收容少年的管理，如魏氏智能測驗、額葉評估量表、班達測驗……等評估少年的認知功能、主題統覺測驗可評估少年深層人格動力部分、多種自陳量表如 ADHD 相關評估量表、行為困擾量表、青少年社會行為量表等心理衡鑑工具……甚至各種藝術表達媒材做為參考，都可以評估少年整體身心適應狀況。除了心理治療專業處於以外，也著重在後續少年出所後的安置或其他相關教育問題。落實少觀所的對於收容少年的心理鑑別功能！

衡鑑之另一項功能，是在幫助少年在原有的社會支持系統，持續與外界對話，如：學校單位、社福單位、協會組織，等各方面資源的對於收容少年的輔導與保護，衡鑑結果是為了增進保護官與調查官、法官，甚至是少年

隊成員等對少年的了解，並協協調，確保能夠盡到預防犯罪的最大效益，以及減少再犯率的發生，同時也促進少年相關最大福祉。

（二）個別輔導

個別心理輔導在於了解少年內心世界的探討，收容人出所改善與否，關鍵是在內心的自省頓悟，體會他們的痛苦，同理與陪伴，了解青少年內心需求，例如認知行為治療可協助少年認知、情緒、行為方面的改善；也可引用希望理論 (Snyder & Lopez, 2002)，相關技巧如：希望之人際連結 (hope bonding)、希望喚起 (hope finding)、發展目標 (goal development)、內在想像演練、尋找正向意義 (silver lining)、與經驗的重新解構 (reframing)；以及人本取向技術則運用處理情緒反應的技術與促進同理反應的技術，近年來對於過動以及專注力不足、衝動等的行為，也開始有神經回饋相關的治療能提供青少年不同程度的改善。

（三）親職諮詢

在經歷青少年的治療經常遇到的狀況，就是到醫院的父母親經常訴苦老師對他們的不是，家長們反芻這些壓力找不到出口只好往醫院送過來，有時候似乎會經歷著深淵；長期以來學校中如果老的無力以及盼望這些家長能多為孩子做一些努力，以減輕他們的痛苦，而看不到家庭也相對等的盡力，誤會衝突跟溝通不良就此而產生，甚至可能會惡性循環，老師和家長就有很多對對方的猜測，甚至在學校的個案討論會上彼此爭執，引發口舌論戰。

因收容是對少年的隔離、保護也是暫時處份，以往不願意跟父母互動的少年，在少觀所內有反省了時間與機會，當父母來接見時可進一步有機會親子溝通，機長多聽心理師的建議，也跟心理師保持著高度合作的互動關係，主動討論有關教養的細節，這些家長幾乎是跟少年們同步學習，收容的階段，家長教養的改變意願較為強烈，事後經研究者詢問，他們接受了建議，而且也正努力朝著建議繼續執行，也感受到孩子改變的效果。

如何改革家庭環境，重新迎接收容少年返家，進行新的教育與監督計畫為心理師可以提供的親職諮詢方向。

(四) 團體治療

團體治療可運用團體發展理論與介入技術如：理解與促發團體之發展階段、認可少年之參與、觀察團體反應、促使所有成員參與團體、主題討論相關技術。舉例說明，為配合科學實徵之毒品犯處遇模式，透過結構化團體，經由影片講解示範、成員間的交流、認知行為遊戲活動三種主要小團體諮商策略，讓入所少年在有效率地完成「正確用藥與醫療諮詢」、「戒毒成功人士教育」、「成癮概念及戒癮策略」、「家庭及人際關係」、「職涯發展與財務管理」、「毒品危害及法律責任」、「衛生教育與愛滋防治」七大面向等心理療愈短期模式，以符合法務部矯正署度科學實證之毒品犯處遇需求。

1. 方案之執行

在科學實證毒品犯處於模式的計畫心理師開辦小團體課程，目標在於(1)協助成員探索毒品對自身之影響，提昇戒毒動機。(2)教導成員覺察復發情境與因應技巧，預防復發。(3)增進親子溝通的效能與品質，協助成員認識家庭關係，了解家庭對自己而言的意義，並在過程中學習認識自己的價值。(4)增加對成員發展與使用藥物之動機的理解與覺察。(5)促成成員能夠賦能，真正落實毒品不再犯，並使未來主動成員防毒宣導之小勇士。表一為小團體內容課程。

2. 課程概述

根據表一之團體執行方案，將課程細部內容詳述如下。

表 1：小團體內容課程

梯次	主題	團體進行方式
第一次	正確用藥與醫療諮詢	閱讀文獻以及衛教
第二次	戒毒成功人士教育	戒毒紀錄片賞析與評論
第三次	成癮概念及戒癮策略	團體討論與交流
第四次	家庭及人際關係	桌遊
第五次	職涯發展與財務管理	桌遊
第六次	毒品危害及法律責任	閱讀文獻與案例分享
第七次	衛生教育與愛滋防治	藝術治療—海報製作

(1) 第一梯次正確用藥與醫療諮詢

藥物是指任何能改變精神狀態或身體功能的化學物質，跟毒品有雷同之處，毒品與藥物濫用已經成為毒品犯的不歸路，對社會的危害也趨嚴重，例如，在台灣毒品危害防制條例中列管唯一級毒品的嗎啡，同時也可以做為醫療性質，能夠減輕病患疼痛，物質被視為「毒」或者是「藥」，通常是基於劑量、使用方式，還有是否有違法議題。少年對於毒品的醫療認知有限，正確使用藥物的資訊管道也較為匱乏，朋友吸毒，接受引誘自己也吸毒幾乎是必經過程，所以單純的呼口號宣傳並不能有效嚇阻毒品氾濫的發生，因此，我們在團體設計中，必須進行衛教宣導，藉由著衛教知識，教導成員正確用藥的醫療概念，以及提供醫療諮詢的機會，讓成員在無知的世界中，為自己的出路找到解答，而且可以有長久性深遠的改變影響。

(2) 第二梯次：戒毒成功人士教育

藉由紀錄片的探討、分析、詮釋，透過實際戒毒成功人士的分享，讓少年們了解戒斷症狀是那些？走上歧途的原因、有哪些誘惑？以及何以複吸率這麼高？最困難的就是完全強制隔離不再犯，經由團體成員的探討，使成員有更好的楷模學習，讓戒毒成功的人士能夠鼓勵、引為借鏡，使吸毒少年能夠有毅力遠離毒品。

議題一（影片一）：《紀錄·大時代》戒毒所 (2)- 傷痕：害己及人

新型毒品如冰毒對於人大腦的損害遠超我們的想像，吸食過多會讓一個人徹底瘋掉。紀錄片引用在於跟收容人經歷貼近，讓青少年能夠感同身受！在戒毒所採訪時有個戒毒人員表示又一次他為了追求毒品的刺激，注射毒品劑量過大，當場就休克了，如果不是及時送到醫院救治，他可能就這樣離開人世。在吸毒的群體中有不少人因吸毒死去，有因產生幻覺跳樓的，有吸毒後開車無法自控而出車禍的，有因為吸毒暴力情緒被放大在和別人爭執中被捅死的，有因共用注射針具感染愛滋病而病死的。毒品在深深的傷害著吸毒者同時，也給他們的親人帶來了無法彌合的傷痕。

議題二（影片二）：《紀錄·大時代》戒毒所 (1)- 沉淪：走上歧途

影片介紹在強制隔離戒毒所裡，這些強制戒毒人員接受了節目組的專訪。在戒毒所裡，他們每天都要進行嚴格而規律的生活。在得到戒毒所批准後，他們中的一些向我們訴說了自己走上歧途的原因、對家人的懊悔虧欠，以及對重返新生活的期許。

議題三（影片三）：吳金龍《戒毒一條龍》星火飛騰 336

故事中主角自小跟毒品為伍，更嚴重得患上精神病，每天不由自主地活在幻想世界。不過今天他走出黑暗，找到自己人生，過往經歷足讓青少年引以為鑑。

議題四（影片四）：《紀錄·大時代》戒毒所 (5)- 歸去：魔鬼的誘惑

影片介紹，在北京天堂河強制隔離戒毒所中有很多人曾多次吸毒被抓的“二進宮”甚至“三進宮”人員。戒毒後複吸在全世界都是個難題，有報導稱戒毒人員的複吸率高達 90%。高複吸率背後不僅僅是毒品本身的誘惑，還有他們回歸社會後面臨的家庭、工作、經濟等各方面問題。曾經在北京做古董生意的李維奇在結束兩年的強制隔離戒毒期後回歸社會，他又回到了他熟悉的古董圈，身邊的朋友依舊是從前的毒友。結果禁不住誘惑又複吸了，如今是他第二次被強戒了。當我們問他知不知道回到原來的圈子會再次複吸時，他說他當然知道，但是他也只能在這個圈子裡賺錢，這個圈子是他的飯碗，離開這裡他也不知道該去哪兒。從影片中協助青少年收容人，提醒出所後的高複吸率，介意討論環境中的脆弱因子有哪些，給青少年作為警惕。

由影片來探討：1. 少年可能獲得初次之藥物來源，並知道進一步濫用之藥源；2. 青少年習得使用藥物之方法；3. 青少年了解藥物效果，產生對藥物效果之期待；4. 青少年有時尋求同儕團體的接納，以使用藥物表示認同，團體也會要求成員濫用藥物以示效忠。這些議題能夠幫助少年思考，如何能夠真正的阻斷對藥物的誘惑以及如何預防複吸率問題

（3）第三梯次：成癮概念及戒癮策略

具有改變個人情緒與知覺之藥物，通常被稱為心理活動藥物，可經由

影響意識、思考及情緒而改變人的行為。通常心理活動藥物包含三類，即興奮劑、抑鬱劑及迷幻劑。藥物濫用所指稱之藥物，除前述心理活動藥物外，尚包括大麻類、鴉片類及有機溶劑類。與藥物濫用有關的一些名詞，包括藥物成癮、藥物誤用、麻醉藥物成癮，當一個藥物濫用者多次使用藥物而成習或成癮後，將對個人身心及社會安全構成相當的危險性。

延續第一梯次的課程，引導個案思考成癮的流程，回想過去自己使用毒品的歷程，並認識何謂耐受性、藥物戒斷等定義，透過詳細的案例分享，並透過團體成員間的相同經驗與共鳴，討論出成癮的流程，並引用行為治療理論，教導成員如何繪製自己的行為紀錄表，找出行為治療理論中的前置事件、增強物、嫌惡刺激、行為後果、行為的強度以及頻率等紀錄，以利於進行行為分析如表二。

瞭解青少年進入藥物世界，其成長背景、發展過程中的障礙及自我特質均應考慮在內，就特質而言，例如衝動性高、自制力弱、追求刺激、自尊心低，這些性格都易於導致濫用藥物的行為。有學者將酗酒青少年的特質歸納，現將此等特質亦可反映出青少年之所以濫用藥物的一些狀況：如焦慮與沮喪：這類青少年在緊密的人際關係中常覺得不自在，緊張、無法放鬆，而沮喪的感覺常伴隨疲倦、無精打采、生活在過去、為自己難過。以及情緒上的憤怒：借用藥物表達對自己的憤怒，想要懲罰自己，亦是企圖毀滅他人的一種方式。

表 2：成癮行為分析表與範例

前置因子	情緒	認知	行為	增強物	復發因子	後果
交友複雜	自卑	價值觀扭曲	衝動控制	獲取金錢		
貪圖利益	渴望		販毒	被認同	朋友引誘	再度吸食
環境適應	憂鬱			友誼	經濟匱乏	再度犯案
心理因素	低自我效能	我不值得 爭取更好 生活	犯罪事實	金錢	父母管調 態度	

很多青少年偏執的想法，如：父母越不喜歡的事，偏要做；又例如：低挫折容忍度：無法控制自己的情緒、衝動的本質，以力量而非溝通協調解決問題，容易導致濫用藥物的行為。以及自卑與誇大情結：青少年常覺得自己在許多生活層面上表現不佳，無價值或自卑的感受需要藉助藥物來幫助他們護衛自己，甚至增進自己的能力，以求的優越感。以及，行為上的逃避與控制：藉著沉溺於藥物中可以逃避自己的感覺和對現實環境的不滿，時可以誘使他人去做他想要他們去做的事。

透過行為分析表，可以協助少年去辨識、察覺，自己很可能是因為那些脆弱因子導致自己會吸毒，以及未來如何做好行為管理。

(4) 第四梯次(家庭及人際關係)與第五梯次(職涯發展與財務管理)

桌遊訓練技巧反應能夠培養邏輯思考，學習仔細觀察及快速反應技巧。為刺激團體活動重要的媒材。團體領導者透過遊戲規則，協助學員，一起合作，同時也是自然而然的情境，讓學員卸下防衛表達自己的想法，同時在他人的分享過程中，感覺融入。

本次因應科學實證毒品預防計畫，在小團體課程中引用郭乃文教授等人發展的「動腦玩、玩腦動」桌遊，目的為訓練學員之大腦心智訓練，以及「醫療先鋒」桌遊，促進成員對於生理及醫藥等相關知識概念，以促進毒品醫藥相關新知，貼近科學實證毒品處遇計畫中的「毒品危害及法律責任」、「正確用藥及醫療諮詢」等面向，另外領導者引用奇美醫院柳營分院藥劑部製作，免費提供給本所「反轉毒害」撲克牌，目的在訓練學員對於毒品如何正確的認識毒品，以及確實地拒絕毒品誘惑等等議題之探討，透過小團體也能夠協助本所與跟醫療系統的資源聯結。

本團體引用桌遊之概念，預計使學員能夠培養邏輯思考，彼此腦力激盪，能夠更開放自己自然而然的談話，以及學習新知，吸引學員投入小團體活動之中，透過有趣的遊戲牌卡，讓學員參與其中，並且開放式的學習，讓學員能夠認識毒品危害以及透過遊戲提供相關的醫療諮詢。

「闔家歡遊戲盤」等遊戲來帶領整園探討家庭、人際、生涯三大主題，尤以「闔家歡遊戲盤」是東海大學設計之桌遊遊戲，透過不設限的互動，藉

由遊戲本身各式有趣的小卡題目，包含遊戲本身的趣味性，自然而然的能夠促進表達，讓每個人自由發揮自己的幽默及生活經驗分享。讓彼此促進溝通、增加瞭解，達到改善關係、彼此欣賞、互相勉勵的效果。其遊戲規則簡單，是市面上少數適用於孩子與家人互動的親子桌遊，適用於家庭歡聚、夫妻懇談、師生聯誼、同學童樂、團契溝通、小組聚會、事業團隊建立。

桌遊裡面的問題包羅萬象，主要跟家庭與人際有關，也會涉及有關生涯發展以及金錢價值觀，透過結構性遊戲方式，領導者帶入主題，協助成員們認識家庭及人際關係、職涯發展與財務管理，是個深入淺出的團體內容設計。

(5) 第六梯次：毒品危害以及法律責任

領導者帶領成員導讀並研究少年事件處理法跟毒品相關處理條文，例如了解吸食者，經少年法庭審理無誤者，裁定管訓處分，可能有：a. 訓誡，並得輔以假日生活輔導。b. 交付保護管束。c. 令入感化教育處所，施以感化教育。或者是：吸食安非他命，於未發覺前自動向檢察機關或司法警察機關請求勒戒，於斷癮後經調驗確已戒絕者，免除其刑；其未滿18歲者可免予「紀錄」等等法治概念。以及，少年販賣安非他命者，得減輕其刑。透過對於這些法律常識的理解，教導少年們如果碰觸毒品可能要付出的相對應代價，熟讀法律並強化法律知識，能夠有助於他們對於日常生活情勢的判斷，在開始染毒之前就能夠有提防效果。

(6) 第七梯次：衛生教育與愛滋防治

因為藥物本身的特性，使用之後會使人覺得舒服、欣愉，因而會鼓勵使用者持續使用，逐漸形成心理、生理依賴，若停止使用或減量，時常會發生戒斷現象（包括噁心、嘔吐、焦慮、易怒、失眠，嚴重者甚至產生幻覺、譫妄，急性中毒會產生意識障礙、眼顫、血壓下降、呼吸抑制等症狀，嚴重者甚至致死。）、不適感而無法停止使用，情形自然益形惡化。

引導成員製作海報，先閱讀有關衛生教育與愛滋防治的專業文章，提升有關於衛生教育與愛滋防治的相關知識，並參考其他的海報範本，藉以透過投射、積極想像，藝術創作的形式，動手做文宣海報，這樣的方式可以做為團體最後的成果發表，也藉由著藝術創作，讓成員們可以主動投入在這個議題中的參與

與學習，澄清與認識，使成員能夠認同重視衛生教育與愛滋防治價值觀。

六、結論

（一）少年處遇的整合

Young 以及 Amarasinghe (2010) 回顧 ADHD 目前為學齡前兒童，學齡兒童，青少年和成人提供的非藥物介入。結果顯示對學齡前兒童最有效的方式是父母親職訓練，對有中度障礙的學齡前兒童而言最有效的是團體家長培訓以及課堂行為處理；對於有嚴重損傷的學齡兒童，合併使用興奮劑藥物，會使行為介入的措施更加有效。另外多模式（合併）介入最適合中學／青少年兒童。結論是治療介入通常需要整合家庭和學校治療策略，並且通常包括社會技能培訓的要素。接受 MPH 藥物通常是成人的第一線治療方法，但 CBT 也被發現可有效解決這一人群的複雜需求。隨著個體的成熟，介入模式會隨著個人的發展需求和情況而有變化。

偏差行為為並非只是單一因素可以解決，藥物、神經回饋治療、行為治療都有其缺點以及限制，如能合併使用，或者是訓練效果的結合可能可以產生最大的效能，也建議未來可以引進生理回饋、腦波神經回饋等可以促進少年的專注力、衝動控制練習預期達到少年之社會成熟、衝動行為或干擾行為之控制，專注力之改善。

（二）多模式是未來的趨勢

完美的環境是不存在的，就像父母期待孩子一下子就變好，或是老師能變成跟他們期待的一樣，短時間都很難，讓他們明白努力的過程中都會有不舒服，經歷著困頓，透過時間一步一步的磨合，激盪，讓改變成為可能，是輔導有效很重要的因素，也是心理師、老師、家長、孩子一起進步成長的動力。

隔絕過去犯罪的不良環境，給少年友善的陪伴，讓少年練習願意表達情緒、學習怎樣表達情緒，幫助少年的情緒發展順利，除了可增加孩子的抗壓性與面對困境時的受挫力，也能提高孩子的成就動機。

每個生命都值得被尊重，被喜愛，即使他們的偏差行為於早期是因在班級中的小型社會被排擠，那也只是他們在扭曲的世界中學習到的生活模式，我們除了接納、包容，也是給他機會讓他矯正自己的偏差行為，不忽略任何可能的希望與力量，給孩子無限的機會與空間，幫助他們成長，使其轉向正向發展！

就如 Murphy (2005) 研究主張：「許多非藥物治療可以與藥物聯合使用以幫助終生控制該病症。」。結合心理教育，藥物治療，心理治療，補償性行為 / 自我管理技能，技術工具和設備，輔導，倡導以及合理的學校與機關的結合治療可能是最全面和最有效的，以如何實地的將個案的生活、醫療、輔導、家庭、學校的系統結合應是最能夠創造對少年收容人最佳福祉的介入處置，最後能夠創造、擴大少年收容人改善的機會！

參考文獻

一、中文部分

- 台灣精神醫學會譯 (2014)：DSM-5 精神疾病診斷準則手冊。台北市：合記圖書。原著：Ammerican Psychiatric Association。Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5。原著出版於 2010。
- 胡永崇 (2002)。學習障礙兒童社會情緒行為的發展及其輔導。特殊教育文集，4，173-217。
- 涂怡安、徐如維、黃凱琳、劉慕恩、陳牧宏 (2017)。注意力不足過動症：診斷與治療之現今概況。臨床醫學，79(3)，154-156。
- 洪麗瑜 (1999)。過動兒與學習障礙二者的關係。高雄縣過動學生輔導個案實例彙編第二版，p.6。高雄縣：高雄縣政府。
- 徐西森 (1996)。現實治療法對青少年偏差行為問題諮商效果之研究。高雄工商專校學報，26，401-444。
- 張高賓 (2004)。家庭心理環境、親子關係與兒童情緒經驗之關係探究。中華輔導學報，16，119-148
- 陳美妙、張高賓 (2014)。認知行為遊戲治療對 ADHD 兒童干擾行為之成效研究。家庭教育與諮商學刊，16，1-28。
- 陳郁菁 (2003)。行為支持計畫對國中自閉症學生行為問題處理成效之研究。(未出版之碩士論文)。高雄市：國立高雄師範大學特殊教育研究所。

- 陳郁菁、鈕文英（2004）。行為支持計畫對國中自閉症學生行為問題處理成效之研究。特殊教育研究學刊，27，183－205。
- 黃世明（1998）。過動兒的認識與治療。特殊教育叢書（29），特殊教育研習成果彙編，47-52。屏東市：國立屏東師範學院。
- 賴幸瑜（2013）。兒童憂鬱症家庭經驗之探究。諮商與輔導，46-49。

二、英文部分

- Avenevoli, S., Sessa, F. M., & Steinberg, L. (1999). Family structure, parenting practices, and adolescent adjustment: An ecological examination. In E. M. Hetherington (Ed.), *Coping with divorce, single parenting, and remarriage: A risk and resiliency perspective*, 65–90. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Barkley, R. A. (1990). *Attention deficit hyperactivity disorder*. New
- Baumrind, D. (1991). The Influence of Parenting Style on Adolescent Competence and Substance Use. *Journal of Early Adolescence*, 11(1), 56–95.
- Craig, W. & Pepler, D. J. (1997). Observations of bullying and victimization in the schoolyard. *Canadian Journal of School Psychology*, 13, 41-60.
- Danforth, J. S., Barkley, R. A., & Stokes, T. F. (1991). Observations of parent-child interactions with hyperactive children: Research and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 11(6), 703–727.
- Dornbusch, S. M., Ritter, P. L., Leiderman, P. H., Roberts, D. F., & Fraleigh, M. J. (1987). The relation of parenting style to adolescent school performance. *Child Development*, 58(5), 1244–1257.
- Fredric, B. P., & Olmi, D. J. (1994). Children with attention deficit/hyperactivity disorder: A review of the literature on social skills deficits. *Psychology in the School*, 31, 288–296.
- Goode A.P., Coeytaux R.R., Maslow G.R., Davis N., Hill S., Namdari B., LaPointe N.M.A, Befus D., Lallinger K.R, Bowen S.E., Kosinski A., McBroom A.J., Sanders G.D., Kemper A.R. (2018). Nonpharmacologic Treatments for Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder: A Systematic Review. *Pediatrics*. 141(6). doi: 10.1542/ peds. 2018-0094.
- Gray, M. R., & Steinberg, L. (1999). Unpacking authoritative parenting: Reassessing a multidimensional construct. *Journal of Marriage and the Family*, 61(3), 574–587.
- Hart, C. H., Ladd, G. W., & Burleson, B. R. (1990). Children's expectations of the outcomes of social strategies: Relations with sociometric status and maternal disciplinary styles. *Child Development*, 61(1), 127–137.
- Hinshaw, S. P., Lahey, B. B., & Hart, E. L. (1993). Issues of taxonomy and comorbidity in the development of conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 5, 31–49.

- Hinshaw, S., Morrison, D., Carte, E., & Cornsweet, C. (1987). Factorial dimensions of the revise behavior problem checklist: Replication and validation within a kindergarten sample. *Journal of abnormal child psychology*, 15, 309-327.
- Kerr, M. M., & Nelson, C. M. (1998). *Strategies for managing behavior problems in the classroom* (3rd ed.). New York: Merrill.
- Resolutions of Control Episodes Between Well and Affectively Ill Mothers and Their Young Children
- Kochanska, G., Kuczynski, L., Radke-Yarrow, M., Welsh, J.D. (1987). *J Abnorm Child Psychol*, 15(3), 441-56.
- Landau, S., & Moore, L. A. (1991). Social skill deficits in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *School Psychology Review*, 20(2), 235-251.
- Mash, E. J., & Wolfe, D. A. (2008). *Abnormal child psychology*. Wadsworth, CA: Thomson Learning.
- Murphy, S. A. (2005). An experimental design for the development of adaptive treatment strategies. *Statistics in Medicine*, 24(10), <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/sim.2022>.
- Phelps, L., Brown, R., & Power, T. J. (2002). *Pediatric Psychopharmacology: Combining Medical and Psychosocial interventions*. Washington, DC : American psychological Association.
- Strine, T. W., Lesesne, C. A., Okoro, C. A., McGuire, L. C., Chapman, D.P., Balluz, L. S., Mokdad A. H. (2006). Emotional and Behavioral Difficulties and Impairments in Everyday Functioning Among Children With a History of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Prev Chronic Dis*, 3(2), A52.
- Stringaris, A., & Goodman, R. (2009). Longitudinal Outcome of Youth Oppositionality: Irritable, Headstrong, and Hurtful Behaviors Have Distinctive Predictions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 48(4), 404-412. doi: 10.1097/CHI.0b013e3181984f30.
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2002). *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford press.
- Tripp, G., Schaughency, E. A., Langlands, R., & Mouat, K. (2007). Family Interactions in Children With and Without ADHD. *J Child Fam Stud*, 16, 385-400.
- Wicks-Nelson, R., & Israel, A. C. (2000). *Behavior disorders of childhood* (4th ed). Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Wicks-Nelson, R., & Israel, A. C. (1997). *Behavior disorders of childhood* (2nd). New Jersey: Prentice Hall.
- Wicks-Nelson, R., & Israel, A. C. (2000). *Behavior disorders of childhood* (4th ed). Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Young, S., & Amarasinghe, L. M. (2010). Practitioner Review: Non-pharmacological Treatments for ADHD: A Lifespan Approach. *Journal of Child Psychol Psychiatry*, 51(2), 116-133.