

嚴重情緒障礙學生的融合教育——以青少年憂鬱症為例

潘玲菁 李佩琪

(臺北市立教育大學身心障礙教育研究所研究生)

摘要

本篇文章探討的主題可分為以下幾個部分：憂鬱症已是在青少年身上常見的一種疾患，特教法雖明訂其為服務的對象，但必須再深入了解其特徵與類型、輔導、教育服務內容與方式。欲達到融合教育的理想，需檢討目前安置有哪些型態與困難，以及專業整合為當中迫切需要改善的一環，最後針對服務的方式與內涵，提出一些改進的建議以及對未來的期許。

關鍵字：嚴重情緒障礙、青少年憂鬱症、憂鬱症輔導、融合教育、專業整合

壹、前言

根據民國 87 年身心障礙及資賦優異學生鑑定原則鑑定基準第三條第二項第七款所稱嚴重情緒障礙，指的是「長期情緒或行為反應顯著異常，嚴重影響生活適應者，其障礙並非因智能、感官或健康等因素直接造成之結果。情緒障礙之症狀包括精神性疾患、情感性疾患、畏懼性疾患、焦慮性疾患，注意力缺陷過動症，或有其他持續性情緒或行為問題者。」在「心理異常之診斷和統計手冊第四版」(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 簡稱 DSM IV)已將憂鬱症列為情感性疾患的一種。世界衛生組織(World Health Organization, WHO)指出，西元 2020 年以前，憂鬱症將是心血管疾病之外造成人類失能(disability)的第二大原因，因而被稱為「二十一世紀的癌症」(Holden, 2000)。董氏基金會心理衛生組於九十一年九月發表，以台北縣市各國民中學、高中、高職的學生為對象所做的調查，在二千九百二十四件有效樣本中，高達五分之一（佔 21.8%）的受訪者憂鬱情緒傾向高，且需專業人士進一步評估，而影響其產生負面情緒及壓力的生活事件分別為考試、課業表現、金錢、同儕關係及外表（岑月群，民 92）。美國的研究也指出，青少年或二十歲早期患有憂鬱症的人，可能會失掉學業及工作的前景（洪希勇，民 93）。雖然在校園中早有輔導憂鬱症學生的措施，且大多由輔導老師來提供相關服務，比較嚴重的個案及由導師所轉介的疑似學生，也經由特教組尋求專業人員（心理師、精神科醫師等）提供心理輔導或鑑定診斷程序。特殊教育法雖然明訂嚴重情緒障礙所包含的類別，鑑定診斷的流程與工具在學者與專業人員的努力下也有一套清楚的做法，但在鑑定診斷後實際所提供的教育服務方式或內容，卻沒有一個很明確的做法，尤其嚴重的學生根本無法入班學習，老師也無力在課

堂中針對他們提供教學上的調整，然而當學生已無法到校或者必須在醫療機構接受治療的同時，學校是否能繼續提供教育服務？醫療界的隔離式服務，如何能與「融合教育」(inclusive education)的理想接軌？換句話說，在普通班級就讀的嚴重情緒障礙學生，如何能做到「真正的融合」呢？即使這群孩子留在普通班，但實質上並沒有給予符合個別需求的教育內容，相信融合教育所欲達到的目的不僅是安置在一般環境，也是企圖改善環境本身以給予特殊學生有意義的學習。以下就認識青少年憂鬱症的例子談起，再分述青少年憂鬱症的輔導與教育，以及特殊教育、諮商輔導、醫療機構三者間各自的職責與合作，來達到融合教育的理想，最後再以針對此篇文章的觀點做一扼要的結論。

貳、認識青少年憂鬱症

一、青少年憂鬱症的特殊徵候

根據 Muse(1990)和 Stark(1990)的資料(引自林美吟，民 90；周桂如，民 91)，有關青少年憂鬱症的重要徵候如以下所列，雖然不一定包含所有症狀，最重要的是找出這些改變，然後予以適當的處置。並且這些資料的來源與判斷應包括學生本身、家長、教師、同儕與專業人員等五方面。

(一) 情緒表現

幾乎有 90%的重憂鬱、70%的低落性情感疾患及 40%其他未註明之憂鬱性疾患青少年有嚴重的憂鬱情緒(Muse, 1990)。如低落、悲傷、不好、沮喪、惡劣的、空虛，這些感覺可能由各種不同方式顯示其憂鬱的嚴重。另外青少年憂鬱症也容易出現暴躁易怒的情緒，剛好其社會心理發展階段經歷自我認同與要求自主權，因此可能增加很多與父母，學校老師衝突的行為問題。

(二) 興趣缺乏及認知減退

根據臨床報告，有 54%的重鬱學童顯現興趣缺乏(Muse, 1990)。他們不再從過去所喜愛的活動或事物中得到快樂，同時尋求快樂活動的次數及數量都大為減少，但全面性的興趣缺乏(total anhedonia)的確少見。另外，約有 77%憂鬱症的青少年，顯示注意力無法集中及難以作決定。他們常花過多的時間回答簡單的問題、常忘記指定的工作，有時精神恍惚、粗心大意而導致發生意外，且無法在規定的時間內做完老師指定的功課，學校的課業成績明顯的滑落。

(三) 社交退縮

幾乎有 75%的重鬱症的青少年有社交退縮現象。比較病發之前行為，他們與家人、朋友和熟識者社交接觸及參與度顯著減少。不像典型的社交孤立者，這些退縮青少年在憂鬱症開始之前是社交相當活躍的。發病之後，變為安靜、喪失活動的興趣，而且大半時間都是待在房間裡。

(四) 生理驅力的改變

在食慾的改變方面有增有減，但改變的情形則較成人來的少，主要因為受到青春期的發展等干擾因素所致(Emslie & Weinberg, 1994)。在睡眠的部分，

失眠問題比嗜眠的症狀較多，有些青少年由於早上起不來，上課打瞌睡，往往會彎腰駝背，完成事情需要花較多的時間，並且休息次數也較多，另外尚有身體疼痛、如頭痛、腹痛等。

(五) 負面思考

憂鬱症的青少年往往對自我有不適當的知覺及不認同自己的表現(Toth & Cicchetti, 1996)。遇到新情境常裹足不前、重覆對自己做負面的批判、很容易受挫及不能忍受任何失敗以及對自己極端要求完美。覺得未來是淒涼的、無望的，消極的未來定位並且談論很多疾病或自殺。

二、憂鬱症成因

目前憂鬱症病因仍處在爭論階段，未有具體的結論提出，其病因可由生物生理因素、心理因素、社會文化因素來探討。

(一) 生物生理因素

1. 遺傳因素

家族研究顯示一等親有重鬱症者，其得到重鬱症的機率較正常控制組的罹病率高約二到三倍。憂鬱症可能有家族遺傳的傾向，但相對於躁鬱症及精神分裂症而言其遺傳傾向較低，意謂環境因素扮演更重要的角色。

2. 生物化學因素 (引自洪錦益, 2004)

(1)腦部生物神經傳導物質異常：最常被認為與憂鬱症有關的單胺神經傳導物質為血清素(serotonin)與正腎上腺素(norepinephrine)，目前抗憂鬱藥的藥理機轉也與提昇腦中這些神經傳導物有關。

(2)神經內分泌的失調：「下視丘—腦下垂體—腎上腺皮質系統」的活性過高是最常被提到的內分泌異常，而下視丘—腦下垂體—腎上腺皮質系統是身體內部感受到外界壓力的警報系統，研究顯示憂鬱患者皮質醇(cortisol)的抑制回饋作用功能有所不足，以至於血中皮質醇的濃度持續升高。

(二) 心理因素

1. 精神動力學說(引自蕭淑貞等, 民 92)

認為憂鬱症病人的人格特質為過度順從、矛盾情感和強烈的依賴性。當遇到壓力時，容易崩潰失常而產生情緒症狀，欲發洩憤怒的情緒，但又不敢向外發洩，於是朝向自己而有自傷或自殺傾向，此攻擊本能內轉學說雖然普遍地被接受，但是缺乏臨床的實證。另外是無法正常的度過哀傷過程，他們不敢向外宣洩失落所產生的敵意和不滿，轉而內射(introjection)至自己，並產生自責、罪惡感。在人格結構方面，其自我功能可以平衡原我和超我，鬱症病人的人格特質則是本我需求減弱，反而超我功能較強，所以一切的表現都是別人對，把不好的事都歸罪於自己。最後心理分析學派有一學說認為早年與母親分離的經驗或與母親的關係不好，經常感受到缺乏母愛、失落感，如此皆會誘發憂鬱現象。

2. 貝克的憂鬱症認知理論 (引自柯慧貞, 民 91)

貝克(Beck)根據其臨床經驗的觀察，提出其憂鬱症的認知理論 (Beck, 1967)；他認為憂鬱症患者有三種認知特徵他們容易產生憂鬱情緒。第一是認知三元素(cognitive triad)：憂鬱症病人常採用負面的看法來看他自己、總是採用負面的觀點來解釋他目前的經驗、對於未來充滿了種種負面、悲觀的想法。第二是認知錯誤(cognitive errors)：經常採用不合邏輯的推論習慣。第三是負面自我架構(negative self-schema)：負面自我架構使他們在處理外界環境或他們自己有關的訊息時，容易選擇性地吸收負面的、不好的訊息。

(三)社會文化因素(引自蕭淑貞等，民92)

學者認為一個人的自我功能是在現實社會中建立的，當喪失權力或身分時，會導致自我功能降低而憂鬱；或自我理想與社會常模間產生衝突時，也容易引起憂鬱。社會文化層面的研究資料顯示：女性人口中鬱症的出現率約高男性的一倍。有部分學者認為主要的原因是鬱症的發生受傳統文化的影響較大，以東方人為例，女性比男性在生活中承受更多傳統文化的束縛，也面對更多社會對其角色扮演的要求，因而有較高的罹病率。

參、青少年憂鬱症的輔導與教育

一、建立青少年服藥的正確觀念

專業治療配合適當的環境改造以及支持系統的介入，憂鬱症的治癒率可說是相當高的，病患及其家屬都應該要有信心。70%左右的病人用第一種抗憂鬱劑就會有效，其餘30%的人當中用第二種藥有效的約70%，治癒率約9成左右。然而，值得注意的是，憂鬱症雖能治癒，但卻也是一種會再復發的病症，尤其當病患自覺病況好轉，而擅自停藥或立即回到充滿壓力的生活情境，則容易導致憂鬱症的復發，甚至可能使病情變得更為嚴重，更難以治癒。

目前的抗憂鬱劑在副作用與安全性大幅的改善，雖然還是有副作用，如噁心、食慾不振、口乾、嗜睡、頭暈等，但這些副作用通常於服用後的第一個星期較明顯，之後可能減輕或消失。有些患者於第一次服用藥物後因為副作用而停止用藥或放棄治療，是非常可惜的。教師與家長應透過醫生了解抗憂鬱藥物的使用，並讓患病的青少年了解服藥的原因，鼓勵其繼續接受治療。

二、規律的運動及生活作息

近年來已經有許多研究指出，運動不僅能改善生理機能，對心理健康同樣具有良好的作用(Goldwater & Collis, 1985)。1990年North等人，自1969—1989年間以綜合統計八十個研究結果，認為無論是有氧或無氧的運動；短期與長期的運動都能有效地降低臨床的憂鬱。

因為憂鬱症患者容易疲累、活力較低、自信心不足及心理動作障礙等症狀，都可能讓運動訓練無法持續下去。此時需要普教老師、特教老師以及體育老師的合作，由老師與青少年討論運動對憂鬱的幫助，希望能有規律的運動幫助其疾病完全的康復，先與青少年建立安全信任的關係，從他感興趣且不會造成疲

累感，最少的運動量開始，一開始可能要由體育老師帶著他們一起做，之後再逐步增加其運動量，並在過程中不斷的鼓勵與支持，達到規律而合適的運動量目標。

除了運動的安排之外，家庭的作息、在校的學業都可因應學生的情況而調整。另外，建立規律的睡眠有助於憂鬱症病情的恢復。其方法如有：不睡回籠覺、睡前一小時不做劇烈運動、睡前喝一杯溫牛奶、聽輕音樂、做放鬆練習等舒緩的活動、指導學生監測自己的睡眠狀況的相關因素，在需要時才服用安眠藥。

三、協助壓力的因應與鼓勵正向思考

以下針對調整環境以減輕壓力、安排相關課程以提升抗壓力並建立正向思考、與家庭支持等三方面提供協助。

(一) 調整環境以減輕壓力

因為疾病的關係，學生在思考上可能仍較遲鈍、貧乏，特教老師應針對他的需求，與普教老師共商個別化教學計劃，暫時降低對學生的在課業與考試上的要求，酌減作業量，與行政單位協調在成績考查或出席彈性處理。在同儕方面，自信心不足、人際關係敏感、擔心別人不喜歡他等負向概念，讓憂鬱症學生更不容易主動尋求同儕的支持，但青少年時期又是相當倚賴同儕之間的認同，教師除了了解其交友情形，可以透過一些較具有親和力的學生，帶領他們融入團體的活動當中，並鼓勵其向親密的朋友傾訴心事宣洩情緒。在調整環境的過程中，要小心的是不要讓學生有過度依賴他人協助的心態，應藉由改變環境來強化他們的自信心，以逐步增加其適應能力來達到療育的長期效果。

(二) 安排相關課程以提升抗壓力並建立正向思考

1. 社交技巧課程

人際關係不佳是憂鬱症學生常見的現象，如果能藉由提升憂鬱症學生與同儕互動的品質，對於病情的復原會有很大的幫助，也能強化其自信心與自我概念，此時老師可以針對學生個別的需求設計社交技巧訓練的課程。

2. 放鬆練習

憂鬱症常合併有焦慮症狀，焦慮症狀常會造成身體不適，如肌肉緊繃、酸痛、胸悶、心悸等，藉由放鬆練習可以改善焦慮及身體不適。可由特教或輔導老師教導憂鬱症學生放鬆的練習，常見放鬆練習有：靜坐、冥想、肌肉放鬆法、腹式呼吸法等，不管選用哪種方法，都應盡量規則每日練習，效果才會顯著。

3. 鼓勵正向思考的相關課程。

特教老師和普教老師在一般課程，探討兩性教育、情緒管理、人際關係，及生命教育等議題，並且強化自我肯定訓練(self-assertive training)，教導學生能欣賞自己的優點並且對自我加以肯定。

(三) 家庭支持

老師也可以扮演諮詢者的角色，與家長及學生討論針對憂鬱問題、家庭的

互動、父母親的教養態度、學童在學校生活的表現及行為的處理。岑月群（民92）建議老師在進行親職教育諮詢時所應注意的事項：

1. 諮詢時的正確態度

- (1) 諮詢需掌握客觀原則，老師不應加入個人主觀之價值判斷。
- (2) 對家屬多採正向支持態度，給家屬力量等同於給病患力量。
- (3) 須正視家屬本身的限制，老師應以提供需要的協助為主。

2. 諮詢的內容

- (1) 協助家屬以正面的角度來看待患病的事實。
- (2) 鼓勵家屬接納病患之現況。
- (3) 教導家屬多採感性支持。
- (4) 鼓勵家屬要擁有自己的生活。
- (5) 適時提供專業資源，包括：醫療資源、家屬互助團體資源、家屬心理諮商資源等。
- (6) 有需要時協助辦理身心障礙手冊。可在就醫時可獲得費用上的減免，亦可爭取其他相關保障或權益。做此建議前要與家屬討論可能在得到補助優惠或免服兵役等益處與可能被標籤化的壞處上作平衡的考量。

肆、專業整合以達到融合教育的理想

從上述的輔導與教育方式可知，青少年憂鬱症需要家庭、特殊教育、諮商輔導、醫療機構等多方面充分的溝通與合作，但往往在實務界所能看到的是「分工」多於合作的情形，一方面是專業間對彼此的不了解，或者缺乏合作的機制，使得較病情較輕微的學生，雖然在普通班級學習，但卻無法因個別需求給予適當教育方式，而嚴重的學生則多接受醫學治療的模式，學校也難有提供教育介入的服務，這些實與目前特殊教育所提倡的融合教育理念相去甚遠。以下針對融合教育的理想與實際上的困難，提出針對青少年憂鬱症相關的建議。

一、融合教育的理想與困難

雖然「融合教育」理念與實務上已經推行了好幾年，但目前國內還是保留連續性（Continuum）的安置型態，為的是讓提供特殊學生的服務方式有彈性的選擇空間，並且讓融合教育的推行有一完善的日程表，使融合教育的環境逐步建立，以達到所有特殊學生都能在普通環境下學生的最終理想。

嚴重情緒障礙的學生雖然大部分都安置在普通班、少數安置於資源班、較嚴重者可能住院治療，或因觸犯法律而被安置在矯治學校。儘管此一彈性的安置是依照學生個別的情形來決定，但往往每一種安置狀況又有各自的限制，其困難如下：

1. 安置在普通班：雖然嚴重情緒障礙學生安置在普通班為主，若未提供適宜的特殊教育諮商及輔導服務，學生往往成為休學生或中輟生（屏師特教中心）。又因為普通教師必須面對多位學生，通常無法調整課程或教學方式以符合特

殊學生的需求，導致學生即使跟著班級就讀，仍然難有好的教育品質。

2. 安置在資源班：有些嚴重情緒障礙學生在學習進度上嚴重落後時，或者有其他個別的需求（如：學習社交技巧課程），通常學校會提供這些資源服務，教學方式通常以資源班的小組或個別教學為主，而且多由特教老師來指導居多，雖然這樣的方式比較可以符合個別化的需求，並且讓嚴重情緒障礙學生在較少的壓力下學習，同時可以認知到有其他困難的學生，使其產生有同伴、彼此安慰的感覺，但是礙於資源班的服務時間是抽離或外加的方式，除了造成排課上的困擾，也只能在小部分的時間發揮教育的功效，單靠資源服務，學生的進步較為緩慢，也讓特教老師倍感挫折。
3. 安置在醫院或機構：需要休學接受醫院或機構較長時間來治療的學生，通常是病情已達相當嚴重的程度。儘管學生的程度嚴重，當離開他原本熟悉的學校或家庭，也必需花時間讓他適應新環境。以憂鬱症為例，在隔離的情境下，家長與老師通常也不在身邊，長輩、同儕的支持也減少，且教育的責任轉換到醫療人員身上，但教育體系與醫療機構之間尚未建立有效的合作機制，造成難以繼續提供教育方面的服務。

二、青少年憂鬱症的專業整合與服務模式之建議

針對以上的問題，我們不禁要問：怎樣才能解決以上的問題。融合教育需要很多條件的支持才得以成功，其中專業間的整合是資源有效運用上相當重要的一環，然而各專業領域人力的不足，以及專業間合作的機制不夠健全，在理想層面很容易被討論，但執行的時候往往有很大的困難，這也是融合教育不容易推行的原因之一。針對此部分以及上述的困難，以下有一些做法上的建議：

（一）改善普通班的教育品質

Kauffman (2005)認為學校為助長學生發展出嚴重情緒障礙之成因之一，尤其是在學生所需學習的重要技能(學業及社交技能)中，學校常常未能提供有效的教學。改善的方式可以結合普通教師與特殊教師各自的專長，共同討論憂鬱症學生在班上的情形，並擬定個別化教育計畫，特教老師主動提供課程或教學上的調整或再設計，且訂定教學的目標與評量標準，同時也邀請學生參與討論學習的方式與內容，了解他所欲達到的學習目標，讓學生可以掌握自己的學習行為，以及合宜的評估自己的能力。

在執行教育計畫時，特教老師可以多提供普教老師在教室幫助憂鬱症學生的方法，經實證支持的教室作法(classroom practices)包括下列四方面：(引自屏師特教中心)

1. 行為管理

文獻上支持正向效果老師的接近性(proximity)有助於正向的師生互動及指正學生的行為。憂鬱症的學生比較容易出現精神不集中或對學業表現出沒興趣的情形，此時教師的走動有助於學生專心於學業活動。且靈活運用教室的空間，有各種不同之教學安排，允許老師能自由的移動以實施行為管理計畫。有

小組教學、個別練習區、及引導練習區等，空間的運用與教學的方式有關，建議普教老師除了傳統的講授方式，多搭配一些活動讓憂鬱症的學生也有表現的機會。

另外，搭配增強制度鼓勵學生學習。所謂增強制度是指師生互動時自然增強之外的一套正式增強系統。文獻上特別支持代幣制(積分制)。代幣制除了實物上的代換外，其實青少年更需要精神上的鼓舞，在針對此類學生時，可建議普通教師多以學生有興趣學習的活動作為增強的事物，或者是社會性增強。

2. 教室程序

所謂教室程序是指在教室內如何完成一件事的方法或過程，如有問題時、作業作完時、收作業等。老師需告訴學生在教室內做每一件事情的程序，同時也可能需示範如何作，並回答學生有關此方面之問題，教室程序可以改善憂鬱症學生不必要的無聊，多一點的指導可讓學生感到受教師的關心。

3. 有效教學

教室內的學業性活動可以分成兩大類：一種是直接教學，也就是教導新的技能，另一種是在獨立個別學習區作複習的練習。若要有效教導新技能時，通常要遵守下列順序：(1)得到學生注意力；(2)呈現目標；(3)複習與目標有關之先前學習經驗；(4)呈現新的訊息(示範)；(5)協助學生表現目標技能或正確使用新訊息(引導練習 guided practice)；(6)評量學生獨立表現(或知識使用)結果，通常以 80%為標準複習。此種方式可以針對憂鬱症學生在課業方面若落後很多時，學生維持在課堂中學習，但也可以在個別練習時間獲得老師較多的協助。

4. 提供結構以支持教學活動

此是指對課程材料所作的修改(modifications and adaptations)來強化教學刺激，使學生達到一般同儕的學習結果。這些修改的範圍包括：數量、時間、支持的程度、輸入、難度、輸出、參與、替代的課程目標(alternative curricular goals)、替代課程等。此類的調整需要特教老師提供較多的直接協助，也是最不容易的部分，但往往這樣扎實的課程設計，可以讓學生在課堂中做到真正的學習，在此部分另外建議，如果普通教師在直接的教導上無法顧及許多，可借助同儕的力量，這不僅是減輕老師的負擔，也是增進同儕間彼此了解的機會，但老師必須同時給予擔任的小老師一些增強與讚賞。

(二) 擴大多元的資源服務方式：以社區服務為單位

資源服務的成效不易顯見，主要是其所佔學生的時間不多，需要配合其他措施才能達到成效。以「社交技巧課程」為例，除了特教老師在資源班進行個別或小組教學外，其實應該增加與輔導老師偕同教學，針對整個班級設計小組或大團體的教學，使憂鬱症的學生得以在個別訓練之外，可以有機會在班上使用所學技巧，教師們也可以有機會了解學生使用能力以及與班上同學的互動情形。另外，其中相關專業的介入，可以透過資源服務的時間來執行，例如心理治療師或在校輔導老師可以針對憂鬱症學生提供諮商服務，如果學生對音樂、

表演、體育或藝術等藝能方面有興趣，也可尋求校內相關教師或社區有此專業的人員（例如：音樂方面可以尋求山葉鋼琴教室提供資源）。資源教室的服務內容應不侷限在學科方面，指導的人員也不應只有特教老師獨撐大局，可適時尋求資源，以符合學生的多元需求，達到以社區服務為單位的理想。

（三）醫院或機構與教育合作

醫療所著重的服務在於「治療」方面，教育的方面還是需要由教育背景的人來執行，不可因為學生在醫療機構接受治療，就停止提供教育的支援。由誰來提供？通常在校的普教與特教老師都無法前往醫療提供服務，可改由巡迴輔導老師來執行此項工作，但巡輔老師每週所能提供的時間有限，對學生的學習狀況也沒有在校老師來的清楚，在此建議最好普教、特教、輔導、巡輔老師、醫療人員，甚至是社工人員或家長等，都能一起研商提供教育的內容與方式，並前往醫療機構了解當地的環境與治療方式，並維持固定的時間評估學生的學習情形，如此才能了解彼此專業的服務方式，並且提供一個比較完整的療育計畫。

（四）各專業職責的界定與合作模式

雖然融合教育所提倡的，是希望所有障礙的學生都能在一般的環境下學習，但各專業間只有在對特殊學生都有基本的認識，建立可行的模式才是重點，我們可以去檢討最基本三種安置的優缺點，提供改善之道，再根據現行的模式繼續研究更好的做法，如果專業間的職責劃分不清，造成相互推讓的情形，對學生而言是相當嚴重的傷害，然而彼此沒有合作的共識也難以發展出健全的機制。以三種安置的方式為例，在橫切面而言，可以三種並立以防學生有各自的需求，且努力改善各自的服務內涵，在縱切面而論，三種安置應有彼此流通的管道，適時依據學生的情形改變安置的型態，最重要是還要建立評估的標準，使得制度面一切清楚明確，更是讓家長有機會了解整體的做法。將實務層面每個細節都做得很扎實，相信特殊教育會更趨近融合的理想。

伍、結論

融合教育的推動雖然行之多年，從學術研究至實務分享的文獻中，不難發現多數肯定其本身的價值，並且著重在探究如何落實的經營模式，不管是教師層面、社會資源、課程與教學、特殊學生的需求，以及對普通同儕的影響等，皆已累積了不少資料，儘管仍存在著改善的空間，但多數認同這樣的發展趨勢，可見實施融合教育可以突破以往的限制，也為學生、家長或老師提供了一些正向的經驗，唯獨可惜的是，目前仍未看到針對融合教育的實施成效有一比較全面性的探討，也尚未建立評估的依據或標準，整體實施情形或對特殊兒童的影響為何，是目前我們可以繼續努力的方向，藉由深入且全面性的研究，才可以檢視我們到底做到了多少，是否達到了我們對融合教育所預期的目的：（一）增進特殊學生的社會能力；（二）去除標籤化效應；（三）普通教育與特殊教育資源整合；（四）提升特殊學生的適應與類化能力；（五）增進一般學生瞭解個別

差異與尊重彼此的能力等。以彼此的專業領域，共同發揮各自所長，專業的整合需要的是彼此願意分享專業，傾聽對方的意見。總而言之，特殊教育已不像從前只專注於了解與改善障礙本身，它朝向一個「全人教育」或者「全方位」的教育觀，特殊教育需要更多不同研究，以及各層面專業間的合作與對話，唯獨如此才能讓融合教育的實施模式逐漸成熟。

陸、參考文獻

一、中文部分

- 岑月群(民92):學校老師如何支持憂鬱症病患家屬。育達學報,17,269-279。
- 林美吟(民90):如何幫助憂鬱症兒童。初等教育學刊,10,157-176。
- 周桂如(民91):兒童與青少年憂鬱症。護理雜誌,49(3),16-23。
- 洪希勇(民93):從認知觀點談校園憂鬱症的輔導。師說,178,47-51。
- 洪錦益(民93):憂鬱症的病理與治療。科學月刊,35(3),207-211。
- 柯慧貞(民91):憂鬱症的心理因素。學生輔導,80,38-51。
- 國立屏東師範學院特殊教育中心師資培育教師在職進修(情緒障礙&自閉症)網
，情緒障礙EBD學生之教學：<http://140.127.81.13/index.html>
- 蕭淑貞等編著(民92)。精神科護理概論。台北市，華杏出版社。

二、英文部分

- Beck, A. T. (1967). *Depression*. New York : Harper and Row.
- Emsile, G. J. & Weinberg, W. A. (1994). *Diagnosis and assessment of depression in adolescents*. In T.C.R. Wilkes , G. Belsher , A.J. Ruch , & E. Frank (Eds.)
Cognitive therapy for depressed adolescents (pp.45-65). New York: Guilford.
- Goldwater, B. C. & Collis, M. L. (1985). Psychologic effects of cardiovascular conditioning: a controlled experiment. *Psychosomatic Medicine*, 47(2), 174-181.
- Holden, C. (2000). Global survey examines impact of depression. *Science*, 288, 39-40.
- Kauffman, J. M. (2005). *Characteristics of Emotional and Behavioral Disorders of Children and Youth* (8th ed.). New Jersey USA: Pearson Education, Inc.
- Muse, N. J. (1990). *Depression and suicide in children and adolescents*. Texas: Pro-ED.
- North, T. C., McCullagh, P. & Tran, Z. V. (1990). Effect of exercise on depression. *Exercise Sport Science Review*, 18, 379-415.
- Stark, K.S. (1990). *Children depression : School-based intervention*. New York: The Guildford Pres.
- Toth, D.L. & Cicchetti, D. (1996). Patterns of relatedness, depressive symptomatology, and perceived competence in maltreated children. *Journal of*

Consulting & Clinical Psychology, 64(1), 32-41.