



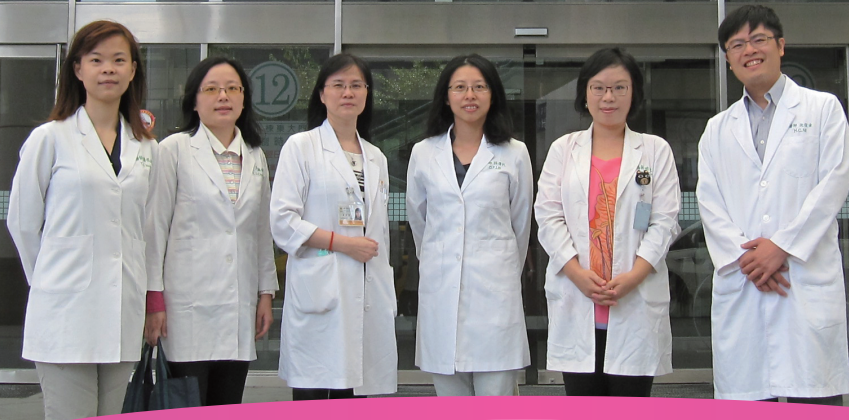
兒童青少年 精神醫學通訊

Child & Adolescent Psychiatry Newsletter Vol.15, No. 3, Autumn 2016

本期主題 兒童睡眠醫學

2016
秋季號

兒 童 大 樓 CHILDREN BUILDING



♥ 理事長的話.....	1
♥ 秘書處公告.....	1
♥ 專欄文章	
○ Introduction 序言	2
○ 注意力不足過動症兒童的睡眠問題：現階段的了解與適當的處理方式.....	3
○ 兒童的行為睡眠問題	4
○ 兒童青少年腿部不寧症候群與生長痛	6
○ 青少年和年輕成人的睡眠不足：成因與後果的新知	8
♥ 繼續教育課程分享-兒童青少年受害人司法鑑定.....	9
♥ 得獎感言	18
♥ 2016年秋季號通訊考題.....	24

理事長的話

高淑芬 理事長



在時序擺脫炎熱、漸見秋高氣爽之際，2016年的國際兒童青少年精神醫學IACAPAP會議於9月18-22日在加拿大卡加利舉行。國際兒童青少年精神醫學會致力於推動世界各國年輕族群的身心健康，臺灣身為會員國之一，我也很榮幸擔任IACAPAP的副會長(2014-2018)。本次會議欣見18位本會會員，2位住院醫師以及師大連盈如教授一同參與盛會，學會與國外學者共組四個研究專題，無論是口頭演講或是壁報發表，在在展現會員平日於臨床工作與研究領域，一步一腳印的努力軌跡。所有參加IACAPAP的心得、照片和花絮將會再下季通訊刊登。

感謝所有會員同心協力，處理對ADHD治療的不同看法，甚至不實不適的論述，尤其特別感謝王春惠、陳錦宏及顏正芳醫師群，以及倪信章秘書長帶領的副秘書長群。由陳錦宏常務理事及十多位會員共同執筆的ADHD家長手冊，也如期由學會出版，在對兒童青少年精神醫療質疑的聲音漸緩，該是我們自我省思，增強臨床實務工作技能的時候，未來的一年繼續將以此方向為目標。

此外，本年度兒童青少年精神科專科醫師甄審業已於九月初完成，恭喜白明尚、高維治、林偉豪、黃嘉彬、林建亨、林俊媛、成毓賢、蕭文楷、杜恩年九位醫師通過筆試暨口試

的重重考驗，成為兒青精神醫學會大家族的成員。本會將持續整合各項臨床新知，並融入於繼續教育課程中，期許能使會員在日益多變的臨床環境中，幫助更多的兒童青少年與他們的家庭。

同時，本期通訊邀請林口長庚兒童心智科團隊以「兒童青少年的睡眠問題」為主題，將相關新知分享給會員。第四屆國際兒童睡眠醫學會IPSA由臺灣主辦，於今年三月在台北舉行，與會的學者專家帶來許多兒青睡眠問題的新知，故由林口長庚的同仁整理相關文獻，提供各位參考。

最後，提醒會員，在11月5日(星期六)的PRCP和臺灣精神醫學會55週年年會，本會有2個專題演講，期待會員踴躍出席聆聽。

敬祝 各位會員 秋安！

秘書處公告

- 一、依第十屆第二次(2016/9/11)理監事會議決議：通過陳昱文、李秉信、潘欣平、鄭晴、為正式會員，洪珊、馬國穎為預備會員。
- 二、依第十屆第二次專科醫師甄審委員會決議(2016/9/11)：
105年度甄審通過兒童青少年精神科專科醫師名單：白明尚、高維治、林偉豪、黃嘉彬、林建亨、林俊媛、成毓賢、蕭文楷、杜恩年，等9人。
- 三、2017年第19周年年會擬訂於2017年6月11日舉行；。
- 四、秋季繼續教育於2016年11月13日假臺大醫學院101講堂，主題：特殊教育與精神醫療。詳細資訊即報名辦法另行公佈。

專欄文章

Introduction 序言

黃玉書醫師

長庚紀念醫院林口院區 精神科系 兒童心智科

第四屆國際兒童睡眠醫學會(International Pediatric Sleep Association Congress, IPSA)在今年(2016) 3月10日盛大在台北舉辦。回顧當初設立此大會，我有幸代表亞洲參加此會議，且見證了IPSA成立的過程。也因為全世界越來越多的學者專家從事兒童睡眠醫學的臨床及研究，以及越來越多的人重視兒童睡眠問題，所以世界睡眠醫學會(WASM)決定在2010年將「兒童睡眠醫學」獨立出來並協助成立國際兒童睡眠學會(IPSA)。第一屆大會於2010年在羅馬舉行，當時參與者約二到三百人，選出主席為Dr. Oliviero Bruni；第二屆大會在英國曼徹斯特，參與人數已超過四百人，可見越來越多人重視「兒童睡眠問題」；三屆IPSA既使遠在巴西，與會人數也近四百多人，可見「兒童睡眠醫學」的發展已不容忽視。在2014年，大會決定第四屆的主辦國時，當時參與競爭的國家有許多，最後由德國、澳洲及台灣三個國家進入第二輪選舉，再由全部committee最後選出「台灣」為第四屆的主辦國。所以2016年能在亞洲、台灣舉辦第四屆IPSA大會，其實得來不易。

在主辦國際大會，整個大會因為大家的努力及總會的全力協助，讓募款及整個scientific program的議程安排順利進行，最後讓這場大會成功落幕，也讓台灣在世界兒童睡眠醫學領域發光發亮。也由於主辦此國際大會讓我有機會review所有pediatric sleep medicine的最新資訊。整個大會邀請了4位國際級keynote speakers、23個 symposium、6個oral presentations、8個lunch seminars及1個workshop，參加此會議的學者近千名，來自37個國家，國外參與的學者多達400位。大家對於本次兒童睡眠國際會議的議程安排均表示內容相當豐富且收穫良多，故本期秋季會訊就此次大會所提供的幾個有趣的議題加以論述如下：

- (1) ADHD的睡眠問題
- (2) 兒童的行為性睡眠問題(Behavior Sleep Problem)
- (3) 兒童青少年肢體抽動症及腿部不寧症
- (4) 青少年的睡眠節律症

中文：注意力不足過動症兒童的睡眠問題：現階段的了解與適當的處理方式

英文：Sleep Problems in Children with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder: Current Status of Knowledge and Appropriate Management

作者：

Ming-Horng Tsai & Jen-Fu Hsu & Yu-Shu Huang

期刊及卷期號：

Curr Psychiatry Rep (2016) 18:76.
DOI 10.1007/s11920-016-0711-4

金韋志醫師 / 黃玉書醫師 摘譯

長庚紀念醫院林口院區 精神科系 兒童心智科

導言

注意力不足過動症的盛行率在兒童青少年大約是3.5-7.1%，注意力不足、過動和衝動是主要的症狀，其中並有35-70%合併睡眠障礙，但會因其性別、年齡、注意力不足過動症的不同類型、藥物使用及其共病而有所不同。原文針對ADHD孩童的失眠、睡眠呼吸障礙、腿不寧症候群、共病及ADHD藥物有詳細討論，譯文摘錄失眠藥物、睡眠呼吸障礙及ADHD藥物章節作介紹。

失眠 (Insomnia)

高度建議以「行為策略」做為治療注意力不足過動症兒童入睡困難的第一線治療，另外

需同時考慮調整治療注意力不足過動症的中樞神經刺激劑，若上述兩種策略皆無法達成效果，可考慮促進睡眠的藥物，包括褪黑激素和 clonidine，作為替代選項，但這兩種藥物都未獲得FDA的批准。之前關於注意力不足過動症孩童和入睡困難的研究發現，這些孩童在夜間內生性褪黑激素的增加較緩慢，褪黑激素的使用可以改善其睡眠節律，所以近幾年有較多的兒童開始使用褪黑激素。研究顯示褪黑激素的耐受性良好，且對於入睡困難的注意力不足過動症兒童有效，但也可能導致兒童早醒；長期追蹤則顯示停用褪黑激素常造成入睡困難復發，使得部分孩童須持續使用。

clonidine是通過FDA批准、有效且安全的注意力不足過動症治療藥物，但並未獲得FDA的批准使用於失眠的適應症。另一種常用藥物 zolpidem則無法改善6-17歲注意力不足過動症孩童入睡延遲的問題，且可能造成暈眩、頭痛等副作用。

睡眠呼吸障礙

(sleep-disordered breathing)

睡眠呼吸障礙包括上呼吸道阻礙症 (upper airway resistance syndrome)、阻塞性通氣量減少 (obstructive hypoventilation)、到最嚴重的阻塞性睡眠呼吸中止症。在注意力不足過動症兒童青少年的發生率有上升的趨勢 (25-57%)，血中較高的二氧化碳濃度、低血氧濃度、自由基、發炎細胞激素 (cytokine) 及氧化壓力可能造成神經功能障礙，進而造成注意

力不足、過動或衝動的症狀。最近的統合分析顯示注意力不足過動症與睡眠呼吸障礙有中度相關，且扁桃腺體切除術後可適度的改善注意力不足過動症狀。

與注意力不足過動症藥物副作用相關的睡眠問題

European ADHD Guidelines Group (EAGG) 建議，在藥物治療前應先評估孩童的睡眠狀況，可使用問卷，或由父母或青少年自己紀錄睡眠日誌，作為基礎的篩檢工具。睡眠檢查 (polysomnography) 可用來客觀篩檢睡眠呼吸障礙、陣發性的睡眠困擾、不寧腿症候群等。

雖然臨床經驗常發現注意力不足過動症藥物會影響睡眠，卻有明顯的個別差異，因此需清楚評估藥物實際上造成的影響。對於睡眠受藥物影響的孩童，Cortese的研究團隊証實，睡眠衛教合併褪黑激素使用對於入睡障礙可做為第一線有效且安全的治療選項。在最近一個隨機試驗，Hiscock的研究團隊發現對於短期的睡眠行為介入方案可略微改善注意力不足過動症狀，並改善睡眠問題。然而，在進行行為及睡眠衛教的同時，仍應考慮同步減少藥物劑量。

EAGG同時建議，若在晚間出現藥物反彈效應 (rebound effect)，可給予小劑量的 methylphenidate (5毫克)；若其睡眠問題與反彈效應無關，則考慮減低整天的藥物劑量，或改變給藥時間或劑型。例如說長效緩釋劑型 (OROS-MPH) 被證實造成較少失眠 (7.7% v.s. 18%)、較少夜間清醒次數、且可增加stage 2

sleep。除此之外也可以考慮轉換為不同藥物，比如說從amphetamine轉換成methylphenidate。

轉換成非中樞神經活化劑 (如atomoxetine)，或加上 $\alpha 2$ agonist (如clonidine)是其他的替代選項。其他非刺激性藥物包括guafacine和clonidine對於注意力不足過動症的核心症狀亦有療效，且對於孩童的睡眠影響耐受性佳。此外近期的研究發現，methylphenidate合併褪黑激素使用可改善睡眠障礙，而抗組織胺也被證實可改善入睡困難的問題。

中文：兒童的行為睡眠問題

英文：Behavioral Sleep Problems in Children

作者：Judith Owens

期刊及卷期號：UpTo Date 2016

馬國穎醫師 / 謝依璇醫師 摘譯

長庚紀念醫院林口院區 精神科系 兒童心智科

導言

兒童睡眠行為問題 (行為性失眠)，包括拒絕或抵抗睡眠，延遲入睡，需要家長介入的睡眠持續中斷等。睡眠障礙國際分類 (ICSD-3) 的2014年修訂版不再把失眠疾患屏除在診斷分類之外，針對入睡適應不良或家長限制困難 (或兩者) 的評估依然是一個十分重要的議題。

兒童的行為性失眠

從臨床角度來看，兒童的失眠表現為抵抗

入睡，入睡時間加長和/或夜醒。行為性失眠最常見於零到五歲的孩子，但也可能持續到兒童期的中期或更晚。

入睡相關性失眠

一般而言這類型的行為性失眠問題是夜醒時間加長，造成睡眠不足。在此狀況下，嬰兒或兒童習得只在一定條件下才入睡，或一定要家長介入，如搖晃或餵食（即使之前已經作過）。這狀況可由以下方式避免：從三個月大開始，在孩子還清醒覺但有點睏的時候就放到床上，以避免孩子將入睡和被抱著/搖晃產生連結。

失眠與父母設限不足

最常見於學齡前以上的兒童。它的特點是積極的抵抗、口頭抗議、並在睡前諸多要求。此類問題最常見的原因是照顧者不能或不願意訂定一致的睡前規則，並執行規律定時睡眠。此外，孩子的對立行為也會使問題惡化。

其他因素造成的失眠

因擔心入睡困難或維持睡眠的焦慮，引發入睡困難或無法維持睡眠，此狀況常見於大一點的兒童或青少年。孩子會對於睡不好的後果有適應不良的認知，反而更造成入睡阻礙。這樣「身 - 心」類型的失眠常出現的誘發因素包括遺傳易受性、醫學疾病、精神狀態、促發因素（如急性壓力），和延續因素（如睡眠習慣差、服用咖啡因、不恰當的日間小睡等）。

針對行為睡眠問題的處置

對於行為睡眠問題，病史、發展史、家族

史和行為評估特別是了解問題並計劃治療策略的重要因素。而行為介入則是針對兒童行為失眠問題很重要的處置方式。多數研究所提及的介入相關策略分為以下幾部分：

睡前時間的固定活動

通常建議睡前時間的固定活動應持續20~45分鐘，期間包含三到四項使孩子放鬆舒適的活動，例如沖澡、更換睡衣、讀故事等。應避免看電視或使用其他電子產品。

系統性忽略

從睡眠時間開始後，父母即不再提供孩子協助。其中「漸進式的消除」包括逐漸拉長探視孩子的間隔時間、每次探視短暫（大約1~2分鐘）並中性（輕拍而非哄抱），目標是讓孩子獨立入睡。

逐漸提早睡覺時間

先將入睡時間設定為目前的入睡時間，但漸次提早關燈的時間，每次重新調整之前可能需要延續數個禮拜。

正向獎勵措施

此策略對於學齡前或以上的兒童可能有效，包括使用蒐集貼紙的列表等，給的時機盡量在一早睡醒就給，以達立即獎勵。學齡兒童則可針對其興趣設定獎勵物。

家長衛教

主要聚焦於：減少父母對於睡前拖延行為所給予的注意力、建議睡前時間的固定活動、漸次提早入睡時間的技巧、正向獎勵措施的給予等。

中文：兒童青少年腿部不寧症候群與生長痛

英文：Restless Legs Syndrome/ Willis-Ekholm Disease and Growing Pains in Children and Adolescent

作者：Narong Simakajornboon

期刊及卷期號：Sleep Medicine Clinics 10(2015) 311-322

倪信章醫師 / 林俏汎醫師 摘譯

長庚紀念醫院林口院區 精神科系 兒童心智科

導言

Restless legs syndrome(RLS)和Pediatric periodic limb movement disorder(PLMD)在兒童青少年族群相當常見，然而目前真正的致病機轉仍未完全確定。其中可能的原因包括基因，多巴胺失調，貧血或是鐵的不足。此篇文會簡單介紹含RLS及PLMD的臨床評估與介入，同時簡述RLS和PLMD與生長痛之間的關係。

流行病學

RLS在成年人的盛行率約4-10%，其中約25-40%在20歲之前出現症狀。在兒童青少年族群中，RLS的盛行率約為2-4%，其中男性女性的比例相當。至於PLMD，在社區樣本中約占7.7%-11.9%。此外，PLMD與RLS的共病比例是相當高的。

病生理學

基因研究發現RLS及PLMD 的個案在第二對、第六對及第十五對染色體上有常見變異

(common variant)。此外，越來越多的證據顯示鐵質在RLS和PLMD扮演重要角色，例如：RLS兒童被發現有較低的鐵蛋白(ferritin)或鐵質缺乏，腦部組織的鐵質濃度低也可能導致多巴胺系統的異常。

臨床表現

跟成人不同，患有RLS及PLMD的兒童比較容易出現非特異症狀(例如：生長痛，睡眠不安穩，睡眠困擾，失眠，白天嗜睡，注意力缺陷或過動症狀...等)。其中，RLS兒童約78%-85%有生長痛。年幼的孩子比較難具體描述RLS的症狀，有經驗的醫師可以在詢問時根據個案的年紀調整問句，例如：腳上好像有螞蟻在爬？腳好想要動一動？此外，若個案有相關的家族病史也有助於支持診斷。

診斷

International Restless Legs Syndrome Study Group 診斷準則(成人)

1. 一種移動腿部的衝動，經常伴隨腿部不舒服不愉快的感覺
2. 在休息或不活動的期間，開始產生移動腿部的衝動(或加劇)
3. 移動腿部的衝動可藉由動作達到部分或完全緩解
4. 移動腿部的衝動，在傍晚或晚間，比起白天的情況還要惡化
5. 以上提及的這些症狀，並非由其他身體症狀或精神疾病所造成

若是要診斷兒童的RLS，還必須注意下面幾點

1. 兒童必須用自己的話來描述RLS
2. 診斷者應該要知道兒童青少年常用來描述這些症狀的話語
3. 兒童的語言及認知發展會影響RLS症狀描述的適用性
4. 成人診斷標準中的特別註明，不一定能適用兒童RLS
5. RLS對睡眠，情緒，認知，及功能的影響可能會跟成人一樣。然而，RLS在兒童青少年對於行為與學習上所造成的功能影響較為明顯
6. 研究上可區分probable 及possible RLS 兒童個案
7. 在某些個案中，PLMD的診斷早於RLS診斷

兒童PLMS的診斷準則

1. Polysomnography(PSG)的檢查中出現重複性的肢體活動：
 - A. 持續0.5~10秒
 - B. 在resting EMG上，最少超過8 μ V
 - C. 發生四次以上動作
 - D. 發生的間隔最少5秒，但不超過90秒
2. PLMS index 每小時超過五次
3. PLMS會造成臨床顯著的苦惱及睡眠困難，或是造成身體、社會、學業等其他領域顯著的功能減損
4. 上述情況無法以其他睡眠疾病、神經疾病、藥物或物質使用加以解釋

鑑別診斷

RLS和PLMD的鑑別診斷包含生長痛(growing pain)、姿勢性不適、肌肉痠痛、扭傷、關節炎...等。其中，因為RLS和生長痛有很多重疊的症狀，Evans提出了combined growing pains criteria。儘管如此，Evans提到有兩個可以區分RLS和生長痛的方法，包括：生長痛多半為雙側，而RLS可能是單側或雙側；生長痛多半是明顯疼痛，而RLS可能是疼痛或僅有不適感。

此外，由於多數RLS或PLMD的兒童可能有鐵質的問題，因此在臨床上應檢查個案鐵值相關數據（包含全血球檢驗、血中鐵質含量及鐵蛋白含量），若懷疑有神經病變的個案，應該檢驗其甲狀腺功能、空腹血糖、血中維生素B濃度（B6、B9、B12）。

臨床處置

非藥物

要有固定良好的睡眠習慣，避免使用會讓症狀惡化的藥物（例如SSRIs, metoclopramide, diphenhydramine,以及dopamine agonist..）。此外，肌肉放鬆法也有幫助。

藥物治療

美國FDA核准在成人的RLS及PLMD，可以使用ropinirole、pramipexole或者是clonazepam。目前美國FDA並沒有核准任何藥物可以使用在RLS及PLMD的兒童身上。

鐵質治療 (iron treatment)

有些研究支持鐵質治療可以改善RLS症狀，或是服用維他命C來提升鐵質吸收，藉此改善症狀。

預後

目前關於兒童RLS的預後研究資料有限。

中文：青少年和年輕成人的睡眠不足：成因與後果的新知

英文：Insufficient Sleep in Adolescents and Young Adults: An Update on Causes and Consequences

作者：Judith Owens.

期刊及卷期號：Pediatrics
2014;134:e921 - e932

詹翔琳醫師 / 謝依璇醫師 摘譯

長庚紀念醫院林口院區 精神科系 兒童心智科

造成青少年睡眠不足的成因

生理發展過程的影響

自1990年代起，研究發現青少年在週末特別呈現延遲的睡眠型態，反之，此延遲睡眠型態的反轉也成為「青少年期終止」的一項生物指標。近年則有一「睡眠-醒覺動態平衡」理論，提及青春期後相較於青春期前，會以較慢的速度累積「需入睡的壓力（sleep pressure）」。而在週末晚睡晚起，除了反應生理變化，同時也反應在週間的睡眠不足。

電子媒體與睡眠

在現今的電子時代，許多青少年在他們的房間中就有電視、音樂播放器、電玩、電腦或手機。使用電子產品會干擾睡眠的機轉包括：(1) 使用過久而佔用正常睡眠的時間、(2) 電子產品產生的光抑制夜間褪黑激素分泌，而影響生理時鐘、(3) 於精神上/情緒上/身體上在入睡時更容易醒覺。

學校開始上課的時間

近期有些研究和教育單位開始關注青少年求學階段（包含國中、高中）的學校課程開始時間。將學校開始上課時間延後，將使青少年獲得更長的睡眠，並有益於其整體學習狀況

（包括出席率和課業表現）、情緒行為較穩定，且提高安全。

咖啡因

研究發現早於12歲的咖啡因使用者，與越高量的咖啡因攝取、較短的睡眠時間、延長的睡眠潛伏期、睡後醒覺的時間、與白天嗜睡增加有關。咖啡因會降低慢波睡眠或深睡的比例，並改變快速動眼期/非快速動眼期的時間結構。

睡眠不足的後果

睡眠不足與憂鬱，情緒困擾和自殺意念

大型長期的青少年健康研究發現，可能的失眠症狀（例如難以入睡，晨起疲倦），在控制憂鬱因子後，仍與風險行為（如酒後駕車，吸煙，犯罪）相關。降低（ ≤ 5 小時）或增加的（ ≥ 10 小時）的總睡眠時間都與較高的自殺風險相關；但最嚴重的自殺形式（自殺行為）只與顯著的睡眠時間縮短（ ≤ 4 小時）有相關性。

睡眠不足和肥胖的風險

研究指出總睡眠時間和體重成反比關係，體重過重的比例會隨著睡眠縮短而增加。孩童時期睡得少、晚睡、早起的人，到青少年和年輕成人時期會有較高的BMI，且容易超重。

青少年疲勞駕駛

由Pack等人(1995)分析北卡羅來納州1990~1992年的車禍事件，被判定司機陷入沉睡肇事，且不屬於酒醉的案例中，大部分（55%）發生小於25歲的年輕人，車禍通常發生在夜間，且是駕駛者單獨一人時發生的。

結論

青少年睡眠不足會危害身心健康、學業成就和安全，這樣的資訊需要被傳遞，以增進青少年健康的睡眠，並減少睡眠不足的危險因子。



繼續教育課程分享

主題：兒童青少年受害人司法鑑定

主持人：宋維村醫師

**報告人：林育如醫師、胡慧芳醫師、
郭豐榮醫師、陳冠宇醫師**

兒童之作證能力

林育如醫師

亞東紀念醫院

對兒童證詞的疑慮

訊問兒童，尤其是幼童，或法庭上使用兒童證詞，往往會遭受以下困境^[1]：兒童較易受成人訊問者的影響，較易回應或嘗試回應誘導性的問句；較年幼的兒童可能將現實與幻想混淆，或訊問時較容易混淆兒童針對幻想或現實之回答；兒童證人之回憶與報告能力受其認知功能影響相當大；陪審團或法官傾向於不信任兒童之證述，因此關於兒童證人之精神鑑定將影響兒童證述之可信度；另，受虐兒童可能因其受到創傷後之心理或精神上之問題而影響其證述。關於如何認定兒童是否能夠作證，以下參考美國之判例以及本國的法律來進行介紹。

美國兒童作證能力之指標性判例：
“Wheeler v. United States”

美國在1779年出現關於兒童作證能力與證詞採認的一個判例 “The King v. Brasier”，當時

高等法院對於是否採用一位七歲女童的證詞，宣示了下列原則，也預告了後來美國法庭對於傳聞證據(hearsay testimony)的看法^[2]：(1) 兒童於法庭外的言詞是不可承認的，因其沒有發誓；(2) 兒童具備發誓能力的年齡並無下限；(3) 兒童發誓的行為能力取決於兒童對於說實話的重要性的理解能力。

1895年，在美國最高法院的指標性判例 “Wheeler v. United States” 中，法庭為兒童作證能力認可與否提出解釋，後來並為美國許多州法庭作為制定 “能力準則(competency standard)” 的依據。在 “Wheeler v. United States” 中，一位五歲的男孩為一樁謀殺案中唯一的證人，沒有他的證詞此案無法裁決，最高法院法庭最後承認此男孩之證詞，並提出解釋：不能因為一個人之年齡而限制其作證的權利…此男孩的認知能力具備擔任目擊證人之能力，能夠區分事實與謊言，並且了解其在道德上必須要說實話。後來許多的州演繹出的標準大約如下列四點：

- (1) 能夠理解並回答單純的問題；
- (2) 能夠記憶與回想起跟案件相關的事件；
- (3) 能夠區分事實與謊言的差別；
- (4) 能夠理解其在法庭上有說真話的義務。

後來的學者將前兩項稱為 “基本能力” 準則，後兩項為 “區辨真假能力” 準則^[2]。

法庭的執行方式

時至今日，美國幾乎所有州的法庭都認為兒童，即便是幼兒，只要能力許可，都有進入

法庭作證的權利。雖然大多數的法庭由法官裁定兒童是否具有作證能力，但是在實務上執行兒童作證能力的做法卻有很大差距，更重要的是，其實許多法官都沒有受過評估兒童證詞能力的訓練(3)。我國雖未明訂兒童之作證條件，可追溯之法律依據為在刑事訴訟法176-1條規定“除法律另有規定者外，不問何人，於他人之案件，有為證人之義務”，其中並未排除兒童作為證人的權利，另，雖第186條第一項規定16歲以下孩童證人不得令其具結(意義上同美國法庭之宣誓不作偽證)，但並不能具結並非排除其作證能力。本國法官對於兒童證詞之能力態度與做法不一，理想上仍建議需要從準備程序中去了解兒童記憶的相關能力，特別針對兒童證人之個別身心發展情形進行了解與審查(1)。

關於作證能力的心理學研究歸納

一些研究認為即便是三歲孩童對於單純事件的目擊與記憶能力都沒有問題，只是不見得能用有意義的語言組織並傳達給他人了解，而四歲孩童一般即具有與大多成人相仿的指認能力。爭議較大的是記憶回溯的能力、語言表述與對於真實與想像的區辨能力，本刊中另有文章說明，在此不贅述。受限於兒童之語言表達脈絡與組織性遠不及成人，需要格外仔細去聆聽其脈絡並從主要照顧者處得到兒童說話的慣用語法。即便兒童知道真假，但不見得願意說真話，請兒童在闡述證詞前保證說真話將大大提升兒童說實話的機率。一般而言，兒童對於

次數與確切時間往往記憶不若大人，因此可能有前後不一致的狀況，但並不代表兒童對於關鍵事件的描述是虛構的，因此光從證詞一致性與細節是否完全符合事實來觀察兒童是否說真話反而可能導致錯誤的判讀(2)。

目前對於作證能力評估的建議

根據以上的作證需求與研究，一般建議在評估兒童作證能力時須包括一般發展狀態、認知功能發展、一般記憶指認與回溯能力、語言表達能力、對於事件的串聯與理解能力、區辨時序的能力、理解時間與數量的能力、對於真實發生與想像事件的區辨能力、能夠理解需要說實話的能力等，並針對其以上發展能力受限時所能提供的證詞限制能夠有所評估與判斷。

Reference:

1. 李慧瑜. 性侵害案件兒童證人於刑事訴訟之相關法律問題-淺談美國法之理論與實務. 四十七期學員法學研究報告. 台北: 法務部司法官訓練所, 2008.
2. Klemfuss JZ, Ceci SJ. Legal and psychological perspectives on children's competence to testify in court. *Developmental Review*. 2012;32(3):268-86
3. Shanks L. Evaluating Children's Competency to Testify: Developing a Rational Method to Assess a Young Child's Capacity to Offer Reliable Testimony in Cases Alleging Child Sex Abuse. *Cleveland State Law Review*. 2011;58(3)

兒童的情節記憶發展及目擊者記憶的相關研究

胡慧芳醫師

台南市立醫院身心科

所謂的情節記憶 (Episodic memory)，是「自傳式」的主觀記憶，是一種可以被明確指出的記憶，也是發生在過去特定時間地點的個人經驗的總合。

依照事件發生先後順序重演事件的能力，是外顯記憶的指標。兒童是否具有此能力? Bauer & Shore(1987) 認為17-23個月兒童的事件記憶，具有時間順序，並且圍繞著目標排列。Bauer & Mandler (1989) 發現因果關係，對於當下建構記憶和事後回憶很重要。幼兒對新奇事件會記多久呢? Bauer et al (2000) 發現，20個月大兒童經歷事件後100%可以保留記憶1個月，83%保留記憶6個月，67%保留一年。顯示年幼兒童也有對新奇事件的長期記憶。那些事件會記得呢? Fivush & Hammond(1990) 研究顯示，若新奇的事件合併強烈情緒，讓記憶更鮮明。例如:4歲兒童記得2歲半的事情(ex.家中金魚過世)。

對於例行活動，成人以基模(schema)或腳本 (scripts) 來記憶。

每一個腳本是一個事件的例行順序。由幼兒訪談中Nelson(1993)發現兒童圍繞著一般事件的表徵(representations)來記憶的方式，和成人相同。

Nelson(1988) 認為對幼兒而言，若能記住日常的慣例，世界就變得比較可以預測。因此，日常慣例成為記憶的焦點。因此有可能新奇或突發小事件會被遺忘。

Farrar & Goodman(1990) 研究比較了4歲和7歲兒童對新奇和重複事件的回憶。

發現當新奇事物出現在標準情境中，4歲兒童傾向把它混合在既有腳本中。7歲兒童則會把它們分別記憶。Fivush & Hammond(1990)

則強調3歲和4歲的兒童對於高度重要的新奇事件有良好的口語回憶。對此兩種不同意見

Goswami (2008) 認為可能有兩個因素: 1.事件是否有強有力的情緒連結 2.事件是否事後常常被重新提起。

Fivush & Schwarzmuller (1998) 追蹤訪談16名八歲兒童，回憶之前40-70個月大時的新奇事件，並對照當時的訪談記錄。發現兒童可記得其中78%的事件，起在記得的事件中有80%的訊息是新的。他們認為，相較年幼時能夠說出的片斷記憶，兒童腦中其實保留了更多訊息。Fivush & Schwarzmuller認為，在成人的引導協助下，練習以口語敘述事件，可以讓兒童的敘事結構更精確連貫，有助於形成了自傳式記憶，久久不會遺忘。

目擊者記憶是情節記憶的一種特殊形式，兩者發展趨勢十分相似。

Ceci & Bruck (1993) 認為較大兒童能提供更詳細及敘說上更有關連性的記憶，年幼兒童對成人重複提問有較高可暗示性，可能和記憶腳本尚未區分完全有關。真的是這樣嗎? Ornstein, Gordon & Larus (1992) 研究3歲和6歲兒童對醫生身體檢查的經驗的記憶，每次檢查45分鐘，從頭到腳包括外生殖器以及胸腔聽診。之後詢問孩子問題。發現3周後回答的正確度很高:71% (3 y/o) 92%(6 y/o)，其中60% (3 y/o)及65%(6 y/o)的孩子拒絕了誤導的問題。結論是年幼兒童對個人經歷事件的記憶相當好。另外，Quas & Goodman (1999) 追蹤了43位2-7歲時接受小兒逆行性排尿膀胱尿道攝影檢查 (Voiding Cysturethrogram Fluoroscopy VCUG)，於3歲-13歲時進行親子訪談。這種檢查孩子會掙扎抵抗，檢查完後覺得難為情。Quas & Goodman發現若檢查時大於4歲，比較能正確記憶。時間愈久記得細節越少，但不會不正確。父母避而不談的態度和記憶錯誤量增加有相關。術前只有簡短解釋，孩子比較會接受暗示，而同意他有接受不存在的醫療處置。

容易贊同假暗示的孩子比較少會說 ” 我不知道 ” 。而經歷多次壓力事件(ex.重複檢查)的孩子，比較會同意假暗示。

總結：

1. 時間順序， 因果關係， 腳本建立， 是情節記憶的要素。
2. 四歲以前除非有強烈情緒線索， 對新奇事件的記憶可能不穩固。
3. 語言可以幫助兒童自我複誦自己的經驗， 或對他人講述個人的經歷， 有助於產生自傳式長期記憶。
4. 目擊者記憶是特殊情節記憶也受上述因素影響。易受暗示與否可能因人而異。

參考書目：

- Bauer, P. J., & Mandler, J.M. (1989). One thing follows another: Effects of temporal structure on 1- to 2-year-olds' recall of events. *Developmental Psychology*, 25, 197-206.
- Bauer, P. J., & Shore, C.M. (1987). Making a memorable event: Effects of familiarity & organization on young children's recall of action sequences. *Cognitive Development*, 2, 327-338.
- Bauer, P. J., Wenner, J. A., Dropik, P. L., Wewerka, S. S.(2000). Parameters of remembering and forgetting in the transition from infancy to early childhood. *Monographs of the Society or Research in Child Development*, Vol 65(4), Serial no.263.
- Ceci, S. J., & Bruck, M. (1993). The suggestibility of the child witness: A historical review and synthesis. *Psychological Bulletin*, 113, 403-439.
- Farrar, M.J., & Goodman, G.S. (1990). Developmental differences in the relation between scripts & episodic memory: Do they exist? In R. Fivush & J. Hudson (Eds.), *Knowing & Remembering in Young Children*. New York: Cambridge University Press.
- Fivush, R., & Hammond, N.R.(1990). Autobiographical memory across the preschool years: Toward reconceptualisg childhood amnesia. In R. Fivush & J. Hudson (Eds.), *Knowing & Remembering in Young Children*. New York: Cambridge University Press.
- Fivush, R., & Schwarzmueller, A. (1998). Children remember childhood: implications for childhood amnesia. *Applied Cognitive Psychology*, 12, 455-473.
- Goswami, U.C. (2008). *Cognitive Development: The Learning Brain*. Psychology Press.
- Nelson, K.(1988). The ontogeny of memory for real events. In U. Neisser & E. Winograd (Eds.), *Remembering Reconsidered: Ecological and Traditional Approaches to the Study of Memory*. New York: Cambridge University Press.
- Nelson, K. (1993). The psychological and social origins of autobiographical memory. *Psychological Science*, 4, 7-14.
- Ornstein, P.A., Gordon, B.N., & Larus, D.M.(1992). Children's memory for a personally-experience event: Implications for testimony. *Applied Developmental Psychology*, 6, 49-60.
- Quas, J.A., & Goodman, G.S.(1999). Emotion and memory: Children' s long-term remembering, forgetting, and suggestibility. *Journal of Experimental Child Psychology* 72, 235 - 270.

關於學齡前兒童的受暗示性 (Suggestibility) 之文獻回顧

郭豐榮醫師

背景

在過去，兒童通常是被認為不具有法律上做為證人的能力。然而在兒童性虐待案件中，未成年受害者的證詞往往是唯一的證據，因此大約從1980年代起，司法系統逐漸放寬了對兒童證人資格的限制（1）。同時針對兒童認知發展的研究顯示，即使是年幼的兒童，都可以對發生過的事件擁有正確的記憶，特別是當這事件是兒童可以理解的，是一個顯著的行為或這行為對兒童具有個人的意義（2）。然而大約在1990年代起，許多學者針對兒童的記憶和易受暗示性的研究，開始質疑兒童，特別是學前兒童，或許會因為他們的易受暗示性，而無法成為有效的證人（3）。

文獻研究中，特別針對學前兒童的受暗示性，提出會影響兒童證詞可信度的因素如下：

1、暗示性的問句

為了檢驗當兒童目睹了某個特定的行為時，詢問者本身的暗示性問句是否影響兒童對目睹事件的報告結果。Thompson等人（4）設計了一群5-6歲的兒童目睹「清潔員」工作，一組受試兒童看到「清潔員」整理清潔玩具。另一組受試兒童看到清潔員偷懶並玩弄玩具。一小時候，兒童分別被清潔員的「老闆」（研

究者扮演）、研究者和兒童的父母詢問。「老闆」和實驗者的詢問方式分為三種，分別是中性（不暗示引導）、指控的（管理員是不好的，在工作中偷懶）、脫罪的（暗示管理員是好的，完成他的工作）。

實驗結果顯示兒童的回答很明顯受到暗示性問句的影響。被以中性問句詢問的兒童，絕大多數可以正確的描述他所看到。而被以暗示性問句詢問的兒童，他們的回答內容明顯地受到暗示內容的影響。

2、預先的成見(induced stereotype)與重覆的暗示(Repeated suggestions)

Leichtman與Ceci，在1995年所做的研究（5）中，為了驗證兒童如果對特定對象心中預先有了成見，再加上不斷的誤導性的暗示，是否會影響兒童證詞的正確性和可信度。為了檢驗這個假設，研究者設計了一位名為Sam Stone的陌生人拜訪幼稚園的兒童兩分鐘，並將這176個兒童分為4組，分別是控制組，成見組，暗示組，合併成見與暗示組。在成見組，兒童事先被介紹Sam Stone是一個好心但笨拙的人。在暗示組，則在事後連續4次的訪談中，以強烈暗示性的問句暗示Sam Stone在拜訪過程中撕書與弄髒了玩具熊。

研究結果顯示，控制組兒童大部分的陳述都是正確的。而成見組中，特別是3至4歲組有接近40%的比例敘述Sam Stone在拜訪過程中撕書或弄髒玩具熊。事後暗示組做出錯誤指證的機率更高，3至4歲組有接近50%，5至6歲組有

接近40%的兒童做出錯誤指證。而合併成見與暗示組則有更高的錯誤指證比率，低年級組和高年級組分別到了接近70%與40%。要求兒童確認是否親自看到或是從他人口中得知可以減少錯誤的比例。

研究結論顯示兒童的確可能因事先成見與事後重複的暗示兒做出錯誤的指證，年紀越小受暗示性的可能越高。

3、重複訊問對兒童可能的影響

Ceci與 Huffman在1994年所發表的研究(6)，想要驗證兒童是否可能因為多次重複的訊問，即使並非誤導性問句，但因為每次訊問在兒童心中產生的記憶，而使得尚未發展出來源監測能力(source monitoring)的兒童，在被多次訊問後，將被詢問的事件當作事實。

實驗設計中3至6歲的兒童，分別接受7-10次的訪談，訪談中以要求兒童努力回憶的方式，要兒童「回憶」起兩件真實的事件與兩件虛構的事件。研究結果顯示，真實事件幾乎都能被正確的回憶，而3-4歲組有44%，5-6歲組有25%同意虛構事件。是否同意虛構事件和會談次數沒有明顯關聯。

研究結論顯示越小的兒童越可能受到因為多次重複訊問而同意虛構的記憶，這研究結果符合來源監測理論的假設。

4、熟悉的對象與身體相關經驗的記憶是否受暗示性問句影響

因為在多數關於記憶與受暗示性的研究

中，記憶的對象多是陌生，對兒童而言不熟悉的事件。許多人爭議兒童在面對熟悉的對象，能夠理解的事件與身體相關的記憶時，或許不會那麼容易受到暗示影響。Bruck與Ceci(7)在1995設計研究嘗試了解當兒童在涉及熟悉的對象，以及和身體相關的記憶時，是否仍會因為事後暗示而影響報告的正確性。

研究設計中，兒童在作例行的小兒科身體檢查和疫苗接種，由熟悉的男性小兒科醫師，進行身體檢查、口服與肌肉注射疫苗，並由陌生的女性研究助理陪同觀看注射室海報、吃點心和說故事等活動。事後則分別給予不同誤導性的暗示，最後在請兒童描述對當天的記憶。

結果顯示，兒童無論針對兒科醫師和研究助理，都有相當高比例因為誤導性的暗示而做出錯誤的指認。

研究結論顯示即使是熟悉認識的對象(兒科醫師)和兒童熟悉、與身體相關的行為(兒科身體檢查、疫苗注射等)，兒童的記憶仍可能是事後的重複暗示而改變。

5、會談者本身的偏見 (Interviewer's Bias)

會談者在與兒童會談時，如果本身已經帶著既定的偏見，是否會影響兒童的證詞的正確性？Ceci與Leichtman設計了實驗(8)，邀請學前兒童參加遊戲式的活動，1個月後和3個月後分別由不同的兩位會談者詢問受試兒童。提供給會談者關於兒童活動的內容，部分是正確的，部分是錯誤的。研究結果顯示，事先得到

錯誤訊息的會談者，有明顯比較高的比率問出錯誤的內容，特別是在面對年紀較小（3至4歲）的兒童時更明顯。

雖然以上研究都指出兒童，特別是學前兒童的記憶，可能因上述種種因素而改變。這樣的易受暗示性，可能會影響兒童在法庭上成為證人的能力。但這一波針對兒童的易受暗示性的研究，也有許多批評的聲音（9）。主要的批評集中在三部分。第一，這些研究似乎假設司法程序在調查兒童虐待案件時，在取得兒童的證詞時都會使用強烈暗示性的問句，但只有非常少的證據支持這是目前的實際情況。第二，這些研究忽略了在兒童性虐待案件中，兒童有高比率否認或不揭露的特性。如果因為害怕污染兒童證詞而完全放棄使用引導式問句的話，我們付出的代價可能會是許多性虐待案件的細節無法被揭露。第三，這些科學與中立的研究，並沒有讓在兒童性虐待案件的司法調查程序中，如何在假陽性與假陰性中的取捨變的更清楚，反而讓這取捨變的更加的複雜不明。

1. Maggie Bruck & Stephen Ceci (1999), Suggestibility of Children's Memory, *Annu. Rev. Psychol.* 50: 419-439.
2. Stephen Ceci & Maggie Bruck (1993), Suggestibility of the Child Witness: A Historical Review and Synthesis, *Psychological Bulletin*, 113:3, 403-439
3. Stephen Ceci & Maggie Bruck (1995), Jeopardy in the Courtroom
4. William C. Thompson, K. Alison Clarke-

Stewart and Stephen J. Lepore, (1997), What did the Janitor do? Suggestive Interviewing and the accuracy of Children's Accounts, *Law and Human Behavior*, 21(4): 405-426

5. Leichtman MD, Ceci SJ, (1995) The Effects of Stereotypes and Suggestions on Preschoolers' Report, *Developmental Psychology*, 31: 568-578
6. Ceci, Huffman et al. (1994), Repeatedly Thinking about a Non-event: Source Misattribution among preschoolers, *Consciousness and Cognition*, 3:388-407
7. Maggie Bruck, Stephen J. Ceci, Emmett Francoeur and Ronald Barr, (1995), "I Hardly Cried When I Got My Shot!" Influencing Children's Reports about a Visit to Their Pediatrician, *Child Development*, 66(1), 193-208
8. Ceci SJ, Huffman (1997) How Suggestible Are Preschool Children? Cognitive and Social Factors, *J. AM. ACAD. CHILD ADOLESC. PSYCHIATRY*, 36:7 948-957
9. Thomas D. Lyon, 1999, New Wave in Children's Suggestibility Research: A Critique, *Cornell Law Review*, 84(4):1004-1087

性侵害對於兒童發展的影響——文獻摘要整理

陳冠宇醫師

北市醫松德院區

性侵害(Sexual abuse)對於受害者的身心健康會產生嚴重的傷害，這是眾所週知的事實，但是特別對於兒童的影響，過去的研究都比較缺乏，本文摘要三篇論文的重點，希望讓讀者了解最近的科學證據。

性侵害對兒童神經精神發展的影響

刊登於Journal of Child Sexual Abuse 2011年的一篇文獻回顧論文很詳盡的介紹了有關性侵害對於兒童的神經精神發展的影響。本文一開始介紹了發展創傷學模式(Developmental Traumatology Model)這個新創的科際整合學門。該學門對於創傷對兒童的影響有五個明確的結論：1.即使外在的壓力種類五花八門，對於發展中的兒童腦部影響就是有限的途徑，也就是大家熟知的交感神經途徑、邊緣系-下視丘-腦下垂體-腎上腺軸(Limbic-hypothalamic-pituitary-adrenal, LHPA axis)以及血清素系統；2.嚴重的兒童受虐事件會導致包括行為認知與情緒多系統的發展遲滯甚至缺損；3.兒童期的傷害事件可能會比成年期的影響更大；4.發展期當中的傷害事件所導致的慢性創傷後症狀(chronic PTSD symptoms)，可被視為通往更嚴重共病精神病理的一個過程，最終影響個人的整體功能；5.受虐兒童與他人建立關係的能力仍然健全只是「受創」(intact but traumatized)，因為受創經驗讓他們不容易建立信任關係，這是治療者首先要面對的挑戰。

本文引用過去的研究來點出創傷事件對於兒童智能的影響，有證據顯示受創的兒童在智力測驗中平均會低八點，而且對智力的衝擊受事件嚴重度影響，越嚴重的事件造成越嚴重的衝擊。不過，也有研究發現許多嚴重受創的兒童，經過治療後，可以迎頭趕上，最後甚至看不出影響，對於什麼因素可以保護兒童的腦部發展，目前所知不多，值得大家努力研究。

受性侵害兒童的追蹤研究

發表於2013年的紐西蘭世代研究(cohort study)，追蹤了九百多位1977年出生於基督城的個案，在他們18歲、21歲時評估十六歲前遭受兒童性侵害(Child Sexual Abuse, 以下簡稱CSA)的狀況以及相關的身心狀況指標，並於他們30歲時再次評估。性侵害的程度分為完全沒有(809人以上)、沒有身體接觸的性騷擾(28人)、有身體接觸的性騷擾(51人)與強制性交(62人)四個等級。結果發現，隨著CSA的嚴重度增加，有任何精神健康問題(包括：憂鬱症、焦慮症、自殺意念、自殺企圖、酒藥癮等)的比率從完全沒有性侵害組的56.9%逐步攀升到無身體接觸組的75%、有身體接觸組的80.4%到強制性交組的95.2%。

在心理安適(psychological well-being)方面，CSA嚴重度的增加會提高創傷後症候群的症狀發生數、降低自信心、降低生活滿意度以及伴侶關係品質。性生活方面，CSA嚴重度較高者更早發生性關係、有更多的性伴侶以及更多的非計畫懷孕。身體健康方面，CSA嚴重度與看病次數成正比。社會經濟層面，CSA越嚴重者有更多的學業中輟、更多的社會福利依賴以及更低的收入。

總之，這個長期追蹤研究證實多年來大家的假設，就是兒童性侵害事件對於個人的人生有著深遠的負面衝擊。

不同類型兒童虐待的精神與行為影響

2015年底發表在頂尖精神醫學期刊JAMA Psychiatry的美國研究以十分精簡但清晰的圖表讓讀者對於各種兒童不當對待(Maltreatment, 筆者以下簡稱兒虐)的影響。這個精心設計的研究透過1986到2012年多年的低收入兒童夏令營收案，總共研究了2292名5到13歲的兒童，其中男生1254名(54.7%)，有兒虐經驗的有1193名，其餘1099名沒有。兒虐事件被分類為四大類：身體虐待、情緒虐待、性虐待以及疏忽(neglect)。

該研究精神行為的結果指標是由個案本人、教師與同儕多向度評估，使用的工具包括California Child Q-Set and Teacher Report Form、child self-reported depression與peer ratings of aggression and disruptive behavior。主要的效應分為內向與外向兩大因素，內向效應(internalizing effect)包括憂鬱、退縮、身體化、焦慮與神經質，外向(externalizing)效應則包括違規、侵犯、對立、破壞與打鬥等。

結果顯示身體、情緒虐待與疏忽這三類兒虐都有類似的內向與外向效應，但對性虐待來說，雖然其發生率最低，但是性虐待的個案幾乎也都合併其他三類虐待，比率高達89%，反之，其他三類虐待則只有9%合併性虐待，如此的不平均分配讓「單純」性虐待的影響不容易估測。另外，本研究發現低社經地位與兒虐及精神疾患都有高度的相關，但因為研究對象大多來自低社經地位家庭，在中高社經地位兒

虐的狀況比較無法從這個研究得知，這是本研究的限制。

本文最後總結：因為各種形式的兒虐對於內向與外向症狀都有明顯的促進作用，針對不同形式的兒虐安排不同的治療沒有必要，反而應該致力於幫助那些高風險兒童以預防精神病理的發生。

結論

三篇論文都指出性侵事件對於兒童發展有深遠的負面影響，第三篇論文更指出性侵事件經常與其他類型的兒虐並存，所以在處理有性侵疑慮的兒童時，兒青精神專科醫師要審慎評估其他虐待的可能。另外，因為至親侵害兒童的狀況很常見，深深影響受害兒童與治療者建立信任關係，治療者應該更有耐性，並且要發展長期穩定的治療計畫。

最後，相關的資料仍然不足，值得有志者繼續探索研究。

參考文獻：

1. De Bellis MD, Spratt EG, Hooper SR: Neurodevelopmental biology associated with childhood sexual abuse. J Child Sex Abus 2011, 20(5): 548-587.
2. Fergusson DM, McLeod GFH, Horwood LJ: Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. Child Abuse & Neglect 2013, 37: 664-674.
3. Vachon DD, Krueger RF, Rogosch FA et al: Assessment of the Harmful Psychiatric and Behavioral Effects of Different Forms of Child Maltreatment 2015, JAMA Psychiatry 72(11): 1135-1142.

得獎感言

保羅楊森博士台灣兒童青少年精神醫學優秀論文獎

得獎人：江惠綾

能以 " Comorbid psychiatric conditions as mediators to predict later social adjustment in youths with autism spectrum disorder " 這篇論文得到論文獎，

我覺得十分的榮幸，這篇論文從發想、研究設計、統計方式，對我都是新的嘗試及學習，能得到肯定對我來說更別具意義。

就讀研究所這幾年，在進行博士論文中的一系列腦部影像研究外，因為對臨床問題的好奇心，仍是擠出時間來完成了這篇論文，在與高淑芬教授討論後，決定用mediation analysis來分析精神科的共病症狀如何影響自閉症孩子的社會適應狀況，研究中共有124個自閉症兒童及青少年，他們的自閉症狀及其他精神科的共病症狀於收案時做了仔細的評估，之後在三年後的追蹤中，評估這些患者的社會適應狀況。Mediation analysis是一個較不常被使用的分析方式，因為研究假設需有清楚的因果關係，才適用此分析去驗證研究假設，此研究中，檢驗的是焦慮/憂鬱、注意力不足、過動/衝動及對立反抗行為如何影響著自閉症兒童及青少年的社會適應狀況，而且分析中有將患者的自閉症症



狀、年紀、性別及智商的影響考慮進去。結果發現焦慮/憂鬱及注意力不足會影響患者的學校適應，焦慮/憂鬱會影響患者的同儕關係，對立反抗行為會影響患者在家中的適應。

能夠這樣投入研究中，最要感謝的就是高淑芬教授在百忙中時常空出的時間給我，指導我訂下研究的方向，高教授也帶領著強大的收案團隊，進行完整及細緻的資料收集，還有要感謝林育如醫師常常讓我諮詢統計方面的問題，非常幸運能有這麼好的老師及研究團隊。

保羅楊森博士台灣兒童青少年精神醫學優秀論文獎

得獎人：劉書岑

這篇兒童創傷認知的論文能夠獲獎，真是讓人驚喜的恩典。我在研究上正式起步非常得晚，但之前的「漫遊」-- 我何其幸運在重要依戀

對象(central attachment figures)師長們的提攜和守護下，始終前行在成為受創孩子的治療的路上 -- 是支撐也滋養我在兒童創傷的發展心理病理研究堅持踴躍探索的secure base。

丘彥南醫師和洪素珍老師猶如我學習兒童創傷治療和評估的爸爸和媽媽，從承接台北市社會局兒虐倖存者的心理治療到須持守中立得堅持用實證替孩子尋求正義和福祉的兒少保護



特別門診和司法鑑定，如何能在陪伴孩子共同凝視時空和意義脈絡俱碎裂的慄怖創傷中不絕望耗竭？身為治療者，如何能在複雜創傷無法以疾病診斷命名而依此治療的「現象」——一個生命仍持續發展中的負傷的人——而不迷失無助？在讀到Dante Cicchetti教授一系列關於兒童虐待的縱貫研究，在清冷中我竟讀到一絲暖意，成為臨床研究者或許是尋求解答可能路徑。對於研究的學習，我有很長的休眠期，大六修習基礎醫學研究時宋維村教授一邊帶我批判地讀發展心理學、一邊教我怎麼設計和執行以兒童為主體的研究：學習用研究者的眼睛去觀察孩子遊戲的象徵主題，然後之後我一直遲遲到在台大當第二年的兒心研習醫師，在高淑芬教授幾乎是母雞帶小雞式地從寫研究計畫、送審IRB、選擇工具、統計分析、論文寫作將醫學院畢業後就跟研究脫離的我重頭教起，重新入門。然而，要研究兒童創傷談何容易？當時的台灣如同荒漠，除了九二一震災倖存者的研究外（且多集中在成人或者青少年），兒童創傷相關的評估工具乃至本土的實徵療效研究闕如。何其幸運長期投入創傷心理學研究的陳淑惠教授願意收心理學理論和統計基礎猶如白紙的我到她門下，從研讀創傷主要的認知理論、到帶我參加International Society for Traumatic Stress Studies年會接觸最新的神經生理研究和及繁花似錦另闢蹊徑的“novel treatment”，我學會以理論引導研究，但永遠嚴謹面對真實現象的研究態度。這次論文聚焦在檢驗中文版兒童創傷認知問卷的心理計量特性（希望作為未來後續研究和臨床的評估工具），和探索創傷認知在外向和內向心理病理以及創傷後壓力疾患認知病

理模型扮演的角色，結果只部分支持了原來的理論模式，而恰是那不支持的部分成為貢獻科學進展的一小步。

現在的我，又在兒童心理治療和療效研究薈萃的異國開展另一段可能迷路的旅程了，希望能更深入對於依戀創傷治療的學習和研究，之後能夠回家，和家鄉的孩子一起成長，創傷後成長和療癒何其叫人體悟「生命」！

保羅楊森博士台灣兒童青少年精神醫學獎

優秀壁報獎得獎者：黃郁心



這系列校園自傷與自殺的研究，要感謝劉惠青學姊帶著拜訪學校，傳承過去的經驗，與劉珣瑛醫師的督導指導，一開始進行這樣的研究心中頗感焦慮，又怕打擾

到學校，又怕這些高風險的學生不能得到適當的處遇。幸好在研究團隊的協助下，能夠順利完成，自己也成長許多；合作研究的蔡芳茹，黃國洋，黃彥勳，蔡雅如，邱玉京醫師也投入了寶貴的時間在校園中協助診斷或對高風險青少年治療。雖然投稿過程跌跌撞撞，但學會即時的鼓勵，真的是讓研究者感到十分溫暖。希望能早日在國際期刊獲得接受，並希望台灣青少年的資料能幫助更多相關的研究者與臨床工作者。

保羅楊森博士台灣兒童青少年精神醫學獎



優秀壁報獎 得獎者:倪信章

很榮幸以“

Impacts of emotion dysregulation on intrinsic functional connectivity in male youth with and without autism spectrum disorder (情緒調節困難對於自閉症男性以及一般男性大腦功能性連結的影響:平靜狀態功能性磁振造影)”獲得2016年「保羅陽森博士台灣兒童青少年精神醫學獎優秀壁報獎」。這個研究主要是以靜態功能性核磁造影來探討自閉症個案中的情緒調節困難的神經機制。

自閉症患者合併情緒調節困難的議題在這幾年逐漸獲得重視,然而相關的神經機制研究甚少。回顧過去文獻,Amygdala不管在自閉症或者情緒調節的神經機制中都扮演重要的角色,因此,我們的研究以Amygdala為seed,分析自閉症合併情緒調節困難,自閉症無情緒調節困難以及對照組,這三組個案在靜態時,Amygdala與其他大腦區域的內在功能性連結有何差異。結果顯示,自閉症合併情緒調節困難與自閉症無情緒調節困難相比,在靜態時左側Amygdala連結到兩側的lingual以及右側的supramarginal area顯著較強。然而,自閉症合併情緒調節困難或者自閉症無情緒調節困難這兩組跟對照組相比,並沒有明顯差異。這個初步的研究結果顯示,情緒調節困難與否影響了自

閉症患者amygdala連結到其他腦區的內在功能性連結。情緒調節困難在自閉症的神經機轉為何,值得後續更深入的研究探討。

研究過程中,非常感謝我的好朋友林祥源醫師在靜態功能性核磁造影資料處理與分析的無私分享,更感謝我的指導老師高淑芬教授在研究方向的諄諄教誨與嚴謹指導,讓我們能夠有初步的研究成果。此外,還要感謝我的妻子彬心對於家庭照顧的全心付出,讓我可以無後顧之憂的從事熱愛的研究工作,也感謝我的孩子睿恩、慕光的鼓勵,讓我可以研究的道路上持續前進。最後,謝謝評審們的肯定,更感謝每位個案與家庭為了科學研究突破的無私付出,希望相關的研究成果能夠幫助我們更了解自閉症與情緒調節困難的神經機轉,他日可以藉此發展出適當的治療方式,讓更多的個案與家庭得以受益。

保羅楊森博士台灣兒童青少年精神醫學獎



優秀講述論文獎 得獎者:林祥源

感謝評審的肯定。感謝我的老師高淑芬教授的指導。感謝研究室助理們辛勞的幫忙。感謝另一半對我的照顧與支持,讓我能無後顧之憂兼顧研究與臨床的工作。最後要感謝每一個參與我

們研究的孩子與他們的家人，希望我們的研究能幫助學界對注意力不足過動症的病因與治療機轉有更進一步了解，進而幫助這些孩子快樂地長大。

保羅楊森博士台灣兒童青少年精神醫學獎



優秀講述論文獎 得獎者：商志雍

很榮幸能夠獲得今年度的講述論文獎，獲獎的主題是有關注意力不足過動症的基因與功能性造影相關性的研究。注意力不足過動症是具有一個高遺傳性的精神疾病，同時過去研究顯示個案的症狀會與腦部的活性有關，本研究是探討注意力不足過動症的兒童個案，其基因型與大腦活性之間的關係，而研究結果顯示注意力不足過動症的基因型與大腦活性有明顯的相關性，因此研究結果將有助於未來探討由基因經大腦活性異常到行為症狀的生理病理機轉。

當進行注意力不足過動症的臨床研究時，我從老師高淑芬教授獲得寶貴的引導和鼓勵，讓我能進入注意力不足過動症的遺傳基因學與腦部影像學研究領域，她不但指導學生有關研究方法上的重要課題，更是不遺餘力關心鼓

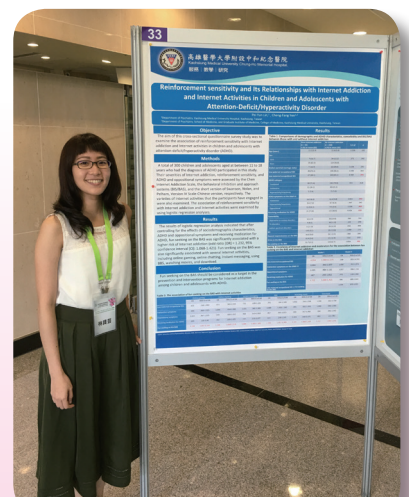
勵我們這些學生，我能夠獲得這次的講述論文獎，首先要深深感謝的就是高淑芬教授。其次，也要感謝我的妻子，她的默默付出使我在溫暖的家庭支持中投入研究的探索工作。最後，更要感謝我的上帝，祂所賜的恩典永遠都是超過我所求所想的。

台灣兒童青少年精神醫學學術研討會論文獎

壁報論文獎得獎者：林貝芸

這是第一次參加兒青年會，很榮幸同時也有些意外得到壁報論文獎。首先，一定要謝謝指導老師顏正芳，給了我這個主題，從研究方法、如何寫論文、壁報製作到報告要注意哪些重點，一步一步帶領我前進，才讓我有機會貼壁報，進而獲獎。

我們的論文主題是「注意力不足過動症兒童青少年回饋敏感度與網路成癮及活動之關聯性」，主要探討ADHD的兒童青少年中，行為抑制和趨近的特質和網路成癮之間的關連性為何。希望能更了解具有怎樣特質的ADHD兒童



青少年較易網路成癮，以這些研究結果做為基石，協助家長或學校對這些特質的孩童多留心並且開始做預防工作。

精神醫學領域上還有許多知識等著我慢慢探索，感謝獲獎給予我肯定，未來會繼續努力學習！

台灣兒童青少年精神醫學會學術研討會論文獎

壁報論文獎得獎者：游馨榕



感謝評審的肯定，很榮幸以”有機磷農藥暴露提高國內兒童罹患注意力不足過動症之風險”（發表在Andrology, 2016, 4(4): p. 695-705) 獲得優秀論文壁報獎。本論文乃針對ADHD兒童與對照組兒童進行研究，結果顯示在校正干擾因子後，有機磷農藥在ADHD組兒童尿液中濃度顯著高於對照組兒童。將兒童尿液有機磷農藥濃度分成低、中、高三組，中組罹患ADHD是低組的2倍、高組約是低組的3倍。顯示兒童尿中有機磷農藥濃度越高，罹患ADHD的風險也

增高。

此次得獎，還要感謝我的論文指導教授國立陽明大學環境與職業衛生研究所 陳美蓮老師。從未參加過學術研討會論文壁報比賽的我，所有的過程都像大姑娘上花轎一樣地既興奮又緊張。從壁報的製作，現場的張貼，事先準備的期刊發表資料，現場對評審老師介紹論文內容以及回答問題等等…，在陳老師的指導之下，學到很多經驗，也很幸運地獲獎。最後要感謝參與這個研究計畫的小朋友、家長、醫師以及工作人員，希望我們的研究能幫助學界對注意力不足過動症與農藥暴露的相關性更進一步了解，也能讓家長更加注意兒童生活以及飲食習慣，減少農藥的暴露。

台灣兒童青少年精神醫學會學術研討會論文獎

講述論文獎
得獎者：陳牧宏



過去二十年，代謝性疾患與多種精神疾患和第二代抗精神藥物間的關聯性已被廣泛研究，本研究亦指出自閉症疾患和在自閉症疾患使用第二代抗精神藥物與第二型糖尿病的風險，此風險需要臨床工作者的注意和關心。此外，感謝我的老師：蘇東平教授，陳

映雪主任，李鶯喬主任，蔡世仁主任，徐如維主任，白雅美教授，黃凱琳醫師，李正達醫師，和林韋丞醫師，在臨床與研究給予我無比的支持協助和指導；感謝台灣兒童青少年精神醫學會和高淑芬理事長，給予我得獎的機會；感謝張凱理醫師，帶給我對人性的信仰；感謝胡逸帆先生，帶給我生命的繆思。期許自己：堅持不懈，勇往直前。

台灣兒童青少年精神醫學會學術研討會論文獎



講述論文獎 得獎者：林奕萱

在年會的頒獎時間，聽到司儀唸出自己的名字時，著實驚訝了一番。這是第一次在年會上獲得口頭報告的機會，難掩緊張，上台前悄悄地告訴自己：「當作講一個故事、講一個自己關心的故事」，希望藉由年會的機會，傳遞有關性別議題的概念。在如此的自我打氣下，也就這麼幸運而順利地完成了口頭報告。有幸得到獎項，只有感激。

還記得在前年，顏正芳醫師號召了一群在性別議題上投入甚多的同好，首次在台灣精神

醫學會的年會上展開討論和工作坊，也開啟了後續議題的研究與對話，並在隔年的年會繼續進行相關主題的工作坊，喚起更多精神醫學界同好的分享和加入。感謝老師顏正芳醫師在此議題上的帶領，特別針對「性取向屬少數」之男性，在其兒童青少年時期因「性別不順常規」的霸凌經驗投入相關研究，冀望在國內相關議題之研究仍屬少見、仍需關注的狀態中，注入一些新的觀察與想法。在國內，性別二元思維已被挑戰多年，取而代之的是倡導多元性別的諸多議題、教育和公共討論等，企盼大眾能多些理解與接納，讓社會更趨平等。

這些性取向相對少數的男性個案，在兒童青少年期間，有近四成的比例遭受到傳統形式的霸凌，而有三成多的比例遭受到網路霸凌；而遭受到霸凌的個案，之後在成年期有較多的情緒症狀、邊緣性特質、網路或手機成癮症狀等；而且不僅僅是霸凌經驗而已，個案得到的同儕和家庭支持也受到連帶影響。這些研究結果雖然一如預期中的令人心疼，但同時也透過真切的數據告訴大家應當繼續、甚或加強關注如此的問題。這個研究目前只在於性取向屬少數之男性，但期盼在不遠的將來，能拓展到更多族群、更多了解、更多介入，和建構「精神更健康」的多元社會——就如同當天口頭報告時的最後一張投影片提到的：「同志仍須努力，我們繼續努力」。再次感謝我的老師和所有在此議題上深切參與的同伴。

2016年秋季號通訊考題

一、下列何者敘述錯誤？

- A. 咖啡因會減少慢波睡眠或深睡的比例。
- B. 顯著增加的總睡眠時數和自殺行為有顯著相關。
- C. 睡眠不足可能會導致肥胖。
- D. 青少年疲勞駕駛車禍的事件常發生在夜間獨自一人駕駛的時候。

二、使用電子產品會干擾睡眠的原因，以下何者正確？

- A. 使用過久而佔用應該睡眠的時間
- B. 電子產品產生的光抑制夜間褪黑激素分泌，影響生理時鐘
- C. 使用者於精神上/情緒上/身體上在入睡時更容易醒覺
- D. 以上皆是

三、關於Restless leg syndrome，下面敘述何者錯誤？

- A. 在Restless leg syndrome的兒童青少年個案中，僅有少數個案會合併生長痛(growing pain)
- B. Restless leg syndrome在兒童青少年很常見，盛行率約2-4%
- C. Restless leg syndrome在男生和女生的比例相當

- D. 研究發現，Restless leg syndrome可能跟基因、血液中的鐵或大腦的多巴胺失調相關

四、兒童睡眠問題比成人復雜的原因？

- A. 兒童不容易主訴失眠
- B. 很難與正常睡眠發展區分
- C. 文化因素
- D. 以上皆是

五、以下關於睡眠問題與注意力不足過動症，何者為非？

- A. 睡眠呼吸障礙在注意力不足過動症兒童青少年的發生率有上升的趨勢。
- B. 注意力不足過動症的個案，約有35-70%合併睡眠障礙。
- C. 研究顯示zolpidem可以改善6-17歲注意力不足過動症孩童入睡延遲的問題。
- D. 雖然臨床經驗常發現注意力不足過動症藥物會影響睡眠，卻有明顯的個別差異

夏季號通訊考題答案

- 一：B (高年級比例較高)
- 二：C
- 三：A (重點在於讓個案”想”上學)
- 四：E
- 五：A (“吸引”重要他人之注意)

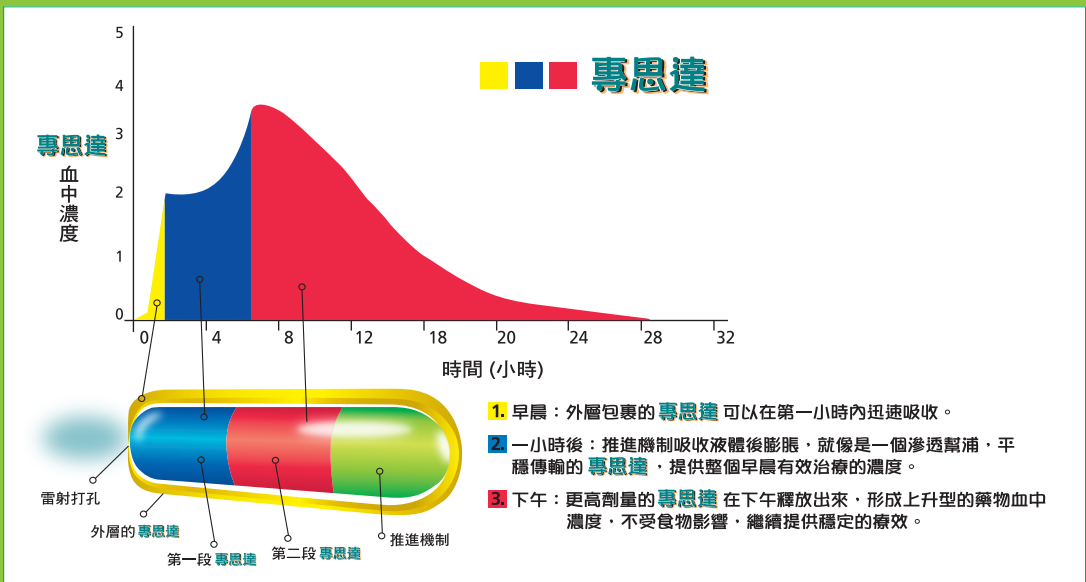
專思達

全心守護ADHD孩童

From Home to Homework



- 7:00 am 服用一顆CONCERTA[®] 專思達
- 8:00 am 專心上課四個小時，小case！
- 12:00 pm 和同學一塊吃午餐！
- 1:30 pm 上數學課，老師誇我做得又快又正確！
- 3:00 pm 到操場玩遊戲，同學都想跟我同一隊！
- 4:00 pm 吃個點心，晚上還要加油呢！
- 6:30 pm 家庭作業做完囉！媽媽好開心！YA!!!



- 專思達長效錠 18 毫克 衛署藥輸字 第 023731 號
- 專思達長效錠 27 毫克 衛署藥輸字 第 023999 號
- 專思達長效錠 36 毫克 衛署藥輸字 第 023880 號
- 專思達長效錠 54 毫克 衛署藥輸字 第 024229 號
- 北市衛藥廣字第 105050062 號

嬌生股份有限公司
楊森藥廠

地址：台北市敦化南路二段319號8樓
電話：02-2732-6611 傳真：02-2735-0838
消費者免付費專線：0800-211-688



使用前詳閱說明書警語及注意事項
MKT-CON-TW-0005

發行人：高淑芬
秘書長：倪信章
副秘書長：蘇泓光、林祥源(繼續教育)；謝依璇(通訊主編)；
楊立光、陳牧宏、蘇泓光、李國平(北區)；王明鈺、
蔡佳歡(中區)；李吉特、劉黛玲、李冠瑩(南區)；
王春惠(東區)；蔣立德(試務/紀錄)
常務理事：高淑芬
常務監事：丘彥南

總編輯：倪信章 副總編輯：謝依璇
助理編輯：張春瑛
發行所：台灣兒童青少年精神醫學會
編輯處：104台北市中山區松江路22號9樓之3
聯絡電話：(02)2568-2083 傳真：(02)2568-3463
學會電子郵件：tscap.taipei@msa.hinet.net