



自閉症牽扯著既廣泛又複雜的行為問題，若突然有個特殊教育背景的專業人士，在您孩子的自閉症診斷書上再建議個「情緒障礙」；又有另一位心理諮詢背景的專業，指出您自閉症的孩子原就是屬於「行為障礙」；除了本身的「學習障礙」，真的會使父母在孩子不同的「障礙」需要上，猶如丈二金鋼摸不著頭緒。

為了幫助父母能瞭解這些診斷個別的影響和特點，我們首先要探討情緒（行為）障礙的由來，和與自閉症兩者之間的明顯差異性。

### 【誰提出的？】

首先，情緒和行為障礙的見解，是源於一位在美國，畢生針對兒童教育研究和認識的伊萊·鮑爾教授（Professor Eli M. Bower, 1917-1991）。他重要的貢獻之一，是針對一些看似「正常的」兒童和青少年，因著「長期性的」行為問題、情緒問題、或有兩者的問題，在學校的學習表現差強人意。這些在學年齡的兒童沒有顯而易見的醫學診斷，例如自閉症、好動症、閱讀障礙等，所以無法得到特殊教育資源的協助；故此，他規範五個特徵以框出情緒和行為障礙的定義，藉以促使政府和教育系統，對於這些沒有明確診斷的兒童，能給予所需要的行為介入治療、或藥物治療；目前，許多的爭議認為，鮑爾的定義過於強烈的主觀！但，鮑爾的定義仍是觀察情緒和行為障礙的基本參考。



[www.autismawakening.org](http://www.autismawakening.org)

理論上，鮑爾定義的五個特徵分別是：1. 沒有學習能力（inability to learn）；2. 沒有能力維持人際關係（inability to maintain interpersonal relationships）；3. 表現不合宜、不適當的行為（showing inappropriate behavior）；4. 具有瀰漫的抑鬱情緒（having the pervasive mood of depression）；5. 因個人問題或學校問題會產生害怕、恐懼的反應（and showing fear in association with problems）。

根據鮑爾「字面上」的定義，假若一個孩子在教育上的表現，長時間的顯示有受到這五個特徵中一個或以上的影響，這孩子就符合「障礙」的認知。而一般有亞斯柏格症診斷，和好動症的學童就至少能符合兩項特徵；所以，更不用題有自閉症診斷的孩子，至少是符合三項特徵的見怪不怪了。

### 【為什麼注意 EBD？】

情緒（行為）障礙的診斷（EBD）在西元 80 及 90 年初的原始定義過於狹隘，學術界和教育界在認定的範圍上產生極大的質疑和辯論。隨著 2004 年，美國『殘疾人士教育法』（IDEA）的修新重定，情緒（行為）障礙（EBD）的運用性再度成為焦點。

為了進一步瞭解情緒（行為）障礙（EBD）重新修正的定義，我們需要再看看美國聯邦政府在 2004 年的『殘疾人士教育改進法』中，對使用情緒（行為）障礙（EBD）的限定，其目標是為了確認、以提供學生享有適當的特殊教育服務。



[www.autismawakening.org](http://www.autismawakening.org)

**情緒障礙（ED），也被稱為情緒（行為）障礙（EBD）**，是出現在美國 2004 年「殘疾人教育改進法」（IDEA）的範疇之一。幾乎每位老師都至少處理過一位情緒或行為上起伏不定、又非常難搞定的學生，只是當這些學生未被確認有情緒（行為）障礙（EBD），學校是有其困難將他們放置在特殊教育的資源內；而這些大多數的學生們，就只好在一般的正常教育教室內學習，卻常常導致他們的老師在管制班級秩序上面臨嚴重的擔憂，並也影響到同班同學的安危、和學校管理員的作息監督。（James Kauffman and Timothy Landrum，2006）

### 【EBD 的誤解】

一個常見的誤解，是以為情緒（行為）障礙的學生有挑戰權柄的學習態度，並不是真正的有心智上的殘疾。然而，有情緒行為障礙（EBD）的學生可能是自己感到不安、或使別人感到不安、或兩者皆有、並易於激怒老師。一些有挑戰性行為的學生並沒有情緒（行為）障礙，例如臨時起意的說謊、狡辯、破壞公物或打架；不過，大多數的學生都不具有攻擊人和自殘的行為。但是，若一位學生**「長期性」、並「一貫性」的表現出**令人困惱的挑戰性行為，是有極高的風險有情緒（行為）障礙，也會導致對他人的潛在傷害。

另一個誤解，是以為有情緒（行為）障礙（EBD）的學生，隨時隨地都有可能表現出他們的問題行為。其實，這類的障礙卻常常是偶發的、有極大的變數、有時只在某些場



[www.autismawakening.org](http://www.autismawakening.org)

合的具體情況下才會發生（例如，老師指示學生完成課業內容；或這樣的行為只發生在戶外；或這樣的行為只發生在家人面前）。

孩子若有情緒行為障礙（EBD）的診斷，父母對瞭解情緒行為障礙（EBD）的符合性質是至關重要的。若因著診斷，就以為孩子問題行為的出現，一定是情緒（行為）障礙（EBD）的“發作”；就好像誤以為患有癲癇症的人會固定周期性的“發病”，是一個極為錯誤的觀念。因為情緒行為障礙（EBD）是典型的偶發行為；不可能在短時間的臨床面談能確診的，通常是需要依賴長時間觀察孩子行為的老師和照顧者提供充足的資料，才合法地使心理學家關注學生的情緒（行為）障礙（EBD）的可能性，並作進一步的考量。

### 【情緒行為障礙（EBD）的診斷標準】

美國聯邦政府官方的定義，是以孩子「長時間」表現出一個或以上的明列特癥，並且因此「影響」他們的教育學習品質，作為情緒（行為）障礙（EBD）觀察的依據：

<http://nichcy.org/disability/specific/emotionaldisturbance>

五個情緒行為障礙（EBD）影響教育學習的基本模式是：

- **生物學的問題：**情緒障礙是由於，例如抑鬱症和精神分裂症，有可能是因著生物學的根源；一項研究顯示，母親在懷孕期間服用藥物或酗酒，53%的學齡前兒童最早在幼稚園時期，就能被觀察出「障礙」的特癥。（資料來源，[http://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/opre/hs\\_impact\\_study\\_final.pdf](http://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/opre/hs_impact_study_final.pdf)）



## [www.autismawakening.org](http://www.autismawakening.org)

- **精神狀態的不穩定**：這個模式以情緒不安的孩子為主要對象，長時期表現出在安全感、情感、被接納，自我意識的需要上受挫，以致使他們無法專心，在智力上不能有效地發揮功能；也難以自我調適達到社會規制和標準下的合理要求。他們的思維長期顯露不能適應社交秩序的內心衝突，表現出焦慮和罪惡感，也無法清楚地認識現實、或無法回應生活環境對他們的一般要求。
- **認知**：這個模式以學童欠缺能力評估環境中的情況、人際關係的互動、實際問題和困難的辨識觀念、彈性思維的變通、和對自身和他人情緒或情感的解讀、以及控制自己身體的感覺或活動的能級。（資料來源，  
<http://apt.rcpsych.org/content/8/4/307.full#ref-18>）
- **行為舉止**：學童的行為表現**直接負面影響到他在教室環境中**，學習目標的立定、遵循課堂和學校的規則、定期出席和準時到達，順應校規要求、準備材料加入學習，在大團體和小群體中的工作搭配、在課堂中作業和測試的達成、組織和學習能力的整合、現有年齡應有的注意力回應、能接受他人的回饋、反應和指正、獨立的學習態度，達到「成為一個學生」的基本標準。  
  
學生知道基本自理的概念，但在學校生活中不表現出獨立的生活技能。學生在某種程度上表現出缺乏個人的護理觀念，例如厭食、自殘行為、或從事危險的尋求刺激的行為，嚴重地削弱自身與其他人進行交互的能力。
- **環境的**：若很長的一段時間內，孩子生活在貧窮、虐待、缺乏監督、和父母壓力的組合下，很容易導致情緒或行為方面的障礙。

孩子**長時間**在任何一個模式中有以下一個的表現是：



[www.autismawakening.org](http://www.autismawakening.org)

1. 有困難學習；並且**智力、感官或健康不是關鍵的因素**。
2. 有困難與同學和老師們維持和諧的人際關係。
3. 在正常的環境下，會以不合宜的行為反對別人或傷害自己；或以不正常的情緒表露要自傷或傷害別人；有低落的自我價值意識。
4. 有全面瀰漫的抑鬱情緒。
5. 針對個人或學校的相關疑難問題，有生理症狀的顯露，例如悶胸、頭痛；或恐懼擴大的傾向。

但，精神分裂症 (*schizophrenia*) 不適用於這裡的定義，社交上不能適應環境的孩童也不包括在內；除非他們能被確定有「情緒困擾」的長期表現。

在美國，定義 EBD 是充滿了模糊性的標準。**美國的 50 州中，至少有 27 州對情緒（行為）障礙（EBD）的定義與聯邦法不同。**尤其該如何嚴謹的分辨「情緒障礙」和「行為障礙」，美國的心理學界仍處於一個尚無定論的爭論和摸索的階段；目前由 30 多個美國國立組織的心理健康特別教育聯盟（the National Mental Health and Special Education Coalition），以美國維吉尼亞大學的教育和心理系哈拉漢教授（Daniel P. Hallahan），考夫曼教授（James Kauffman），和普蘭教授（Paige Pullen）為首的專業，共同決議情緒（行為）障礙（EBD）的定義必需包含下面的共通要素：

（欲知詳細內容請閱，*Handbook of Special Education*，Daniel P. Hallahan and James Kauffman, 2011；*Characteristics of Emotional and Behavioral Disorders of Children and Youth*，by James Kauffman and Timothy J. Landrum 2009）



- 是「表現於外」的極端行為，不僅僅是稍有反常的行為；是長期明顯表現出侵犯攻擊、衝動、脅迫性、固執不順從的行為。

三個普遍的外顯現象，是異常的好動、打架和少年犯罪 (Maag, 2000)。值得注意的是，異常的好動是好動症 (ADHD) 的主要特性，好動症的行為問題往往也是情緒或行為困擾的組合。但，絕不能因著有好動症 (ADHD) 的診斷，就逕自認定孩子一定有情緒 (行為) 障礙 (EBD)。

早期的侵犯攻擊行為，尤其是男孩子，會有挑釁的言語或以強凌弱的模式；接著延伸到肉搏的打架。到了青春期，循序發生的是暴力行為 (Talbot and Thiede, 1999)。

- 是一個長時間「內部化」的思想問題，不可能有迅速的解決之道。

典型的內部化混亂模式，是呈現出抑鬱的沮喪；對人際、社交活動、功課、甚至人生不感興趣；青少年時期的厭食症或貪食症 (Manley, Rickson, & Standeven, 2000)；神經衰弱；焦慮；焦慮分離、恐懼信任人 (Phobias)、強迫症 (OCD)、自閉症、和驚恐症 (Panic Disorder) 等等的離群行為 (Gresham et al., 1999)。

通常，最難辨認的是兒童的抑鬱症。基本可考量的現象，是長期陷於內疚、自責，感受被排斥、嗜睡、自尊低落和消極的自我形象；這些傾向往往被忽視，或者被誤解一樣的情緒信號，卻是訴求著不同的問題。



## [www.autismawakening.org](http://www.autismawakening.org)

孩子們的情緒困擾行為往往與成年人的情緒沮喪的表現不同。例如，有嚴重抑鬱症的孩子可能會試圖傷害自己，而故意跑向交通繁忙的街道上，或自己擲撞在堅硬的石磚上；而成人卻以為這種行為是許多兒童“正常的”意外事件。尤其值得警惕的是，這些兒童通常沒有言語能力、或認知的判斷力，使成人無法僅依個人的見解或經驗來識別和認診情緒的抑鬱症 (Lane, 2003)。

我在此提供美國華盛頓州，在校心理學家分辨 EBD 外在和內部的困擾行為的範例 (1)，以及美國健康局 (NIH) 評估 EBD 的流程圖 (2)，供心理學的專業參考：

### 範例 (1)

Externalizing Behaviors	Internalizing Behaviors
Violates basic rights of others	Exhibits painful shyness
Violates societal norms or rules	Is teased by peers
Has tantrums	Is neglected by peers
Steals; causes property loss or damage	Is depressed
Is hostile or defiant; argues	Is anorexic





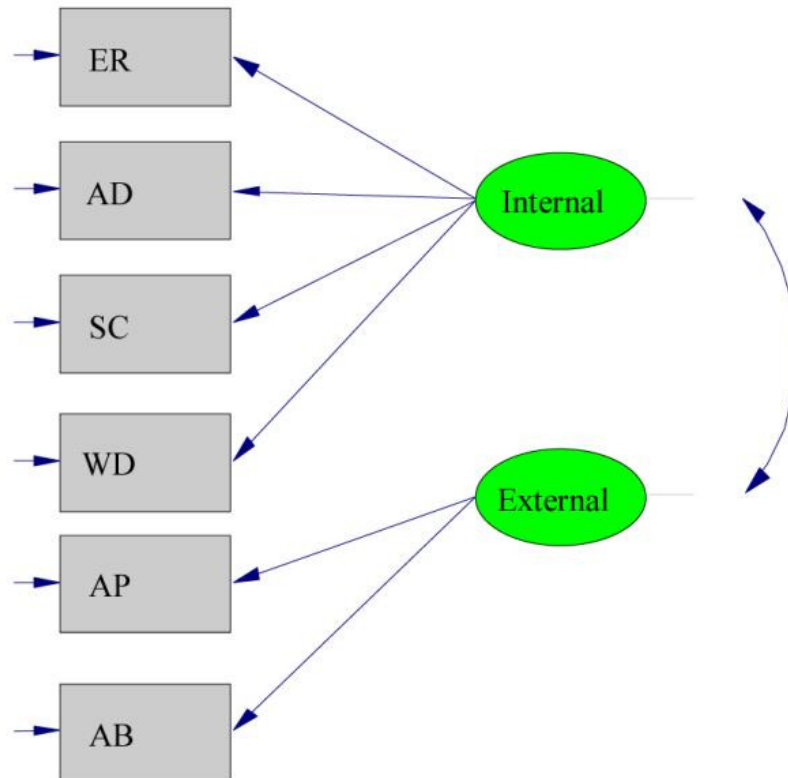
[www.autismawakening.org](http://www.autismawakening.org)

Ignores teachers' reprimands	Is bulimic
Demonstrates obsessive/compulsive behaviors	Is socially withdrawn
Causes or threatens physical harm to people or animals	Tends to be suicidal
Uses lewd or obscene gestures	Has unfounded fears and phobias
Is hyperactive	Tends to have low self-esteem
	Has excessive worries
	Panics

### (NIH) 評估 EBD 的流程圖 (2)

資料來源: J Autism Dev Disord. 2009 July; 39(7): 986 - 995.

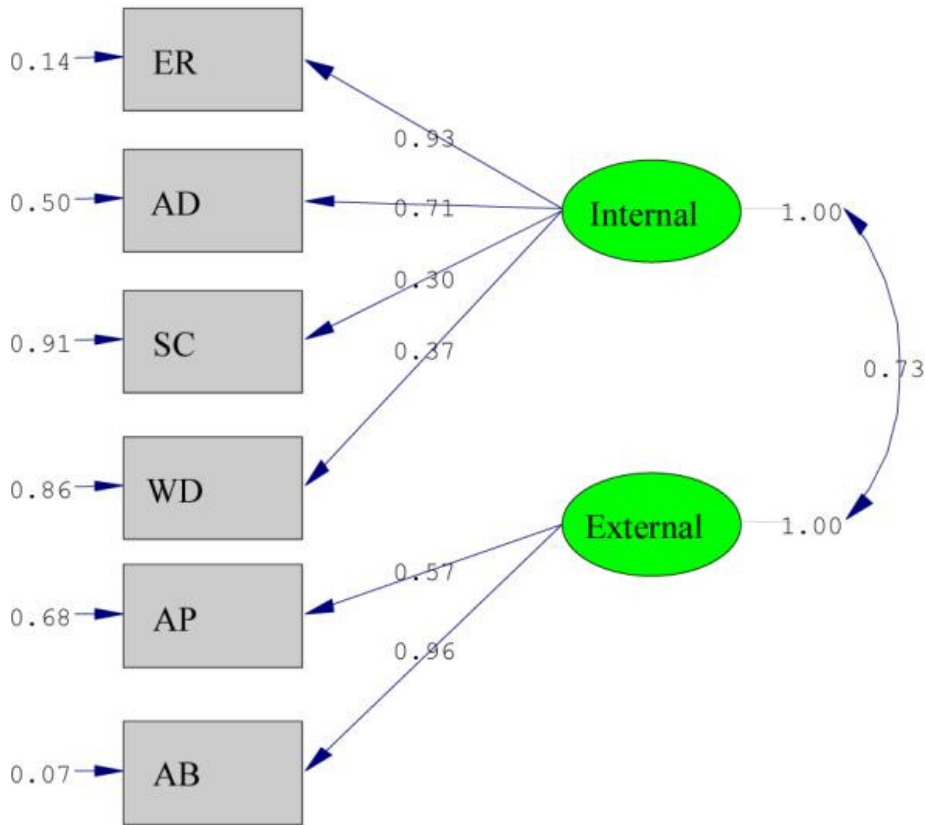
Published online 2009 March 5. doi: 10.1007/s10803-009-0716-5



*ER=Emotionally Reactive, AD=Anxious/Depressed, SC=Somatic Complaints,*

*WD= Withdrawn, AP=Attention Problems, AB=Aggressive Behavior, Internal=Internalizing*

*Domain, External=Externalizing Domain.*



- 是違反社會或文化期待的行為。

某些情緒（行為）障礙（EBD）很少發生，但發生時確是相當的嚴重；尤其是精神分裂症，會造成涉及個人和他人家庭的悲慘後果。精神分裂症患者，有時也被認為是精神病發展的一種類型 (APA, 2000 年)。在美國，18 歲以上的人口僅有 1% 的人被診斷患有精神分裂症，但當它發生時，卻是佔在社會服務系統上的首要援助位置。這般的情緒（行為）障礙（EBD）通常涉及到奇怪的錯覺，例如相信警察在控制自己的思想；幻覺，例如會聽見一個聲音告訴自己要想什麼；思緒



[www.autismawakening.org](http://www.autismawakening.org)

中斷的不連線幻想；和語無倫次。精神分裂症最普遍的發作時間是在 15 歲至 45 歲之間 (Newcomer, 1993)。

有精神分裂症的兒童，他們的學業往往遇到困難，所需要的幫助不僅是特殊教育的資源，也必需要有專業的心理學家長期的藥物監控；他們的個人教育計劃是需要長期議定的團隊協助。

### 【情緒行為障礙 (EBD) 診斷的普遍性】

若您的孩子被診斷或建議有「情緒困擾」(ED)，請您務必讀完這個小主題下的全部內容！

根據美國教育部 (2005 年) 和國家研究理事會 (2002 年) 的統計，在美國公立學校接受特殊教育的學生僅約 1% 是屬於「情緒困擾」(ED) / 情緒行為障礙 (EBD) 的類別下。

情緒 (行為) 障礙 (EBD) 在美國是不會輕易地被診斷，最主要的原因在於沒有正式的官方標準化測試表，難以有像我們測驗孩子的智商的確認性。一般美國學區使用的測驗工具，是學童行為評估表 (BASC)、學童行為調查表 (CBCL)、或是衡量情緒困擾標度表 (SAED)。

但是，評估內部的心理狀態，目前並沒投射內心思維的可靠測試表，和其他有權威性的心理分析方法，能客觀地成為辨識學生具有情緒 (行為) 障礙 (EBD) 的基礎。雖



[www.autismawakening.org](http://www.autismawakening.org)

然，合格有照的心理學家或精神科醫生可以在診所按照父母的報告予以主觀的評估；但，出現在學生情緒（行為）障礙（EBD）最頻繁的環境作直接的觀察，和收集學校工作人員對孩子行為判斷的測估，方是認定學生具有情緒（行為）障礙的最佳基礎。

從評估到認定是情緒（行為）障礙（EBD）的過程中，最可怕的专业问题是错误的判断行为资料。事实上，这种恐惧是普遍存在美国的心理学家或精神科医生的顾虑中；因为**情绪（行为）障碍（EBD）通常要具有多年来严重的已知问题形态，才能因此得著被正式的认定。**美国的專業診斷要求的標準，是必須要有確實的壓倒性證據、並能回答其他專業的疑慮時，才能使情緒（行為）障礙（EBD）的診斷合法化。其中需要審思的是功能行為的評估關鍵（FBA）：是情緒（行為）障礙（EBD）造成孩子的學習挑戰的原因？還是孩子重覆的學習挫折下產生了情緒（行為）障礙（EBD）？（Kauffman, Walker and his colleagues，2004）

情緒（行為）障礙（EBD）的診斷過程如此小心，是因為藥物的服用在情緒（行為）障礙（EBD）中，尤其是抗抑鬱症藥 — fluoxetine (**Prozac 百憂解**), sertraline (**Zoloft 樂復得**), paroxetine (**Paxil 克憂果**), fluvoxamine (**Luvox 無鬱寧**), citalopram (**Celexa 喜普妙**), and escitalopram (**Lexapro 立普能**) — 越來越成為主要控制孩子行為的工具、也近乎氾濫。

因著 EBD 的診斷，學生自幼就被要求服用藥物、但在缺乏明確的果效控制的法令保護的政策下，藥物份量的控制、和承擔長期性依賴抑鬱藥物的副作用，是護子心切的父母所無法預料的危險。抗抑鬱藥主要通過增加大腦中的血清素來減輕抑鬱症狀，雖然血清素能夠調節情緒，但這並不是其唯一的**功能**；而抗抑鬱藥物會影響血清素的正常調節，從而影響與之有關的多種生理功能，由此會產生的風險包括兒童的發育障礙、消化功能



[www.autismawakening.org](http://www.autismawakening.org)

障礙和中風等。血清素是一種“古老的化學物質”，它調節人體的不同功能，人為用藥物「長期性地」干涉體內自然進程的平衡，會帶來日後無可預知的危害；抑鬱症患者停用藥物後，病情很容易復發，就也是因為大腦需要建立新的平衡的生物機制。（詳文請閱美國國立健康醫學研究機構的論文報告和哈佛醫學周報，

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22961097>；

[http://www.health.harvard.edu/newsweek/What\\_are\\_the\\_real\\_risks\\_of\\_antidepressants.htm/](http://www.health.harvard.edu/newsweek/What_are_the_real_risks_of_antidepressants.htm/))

### 【情緒行為障礙（EBD）的行為介入】

目前在美國，所有的臨床研究都證明以行為科學原則的「行為介入」是最有效回應 EBD 的方法。近期的重要研究文獻可查閱，Brenna K.Wood，Jolenea B. Ferro，John Umbreit，Carl J. Liaupsin，2011；Hallahan and Kauffman，2009；Kauffman and Landrum，2006，2009；Stichter and colleagues，2008；Hill Walker，Elizabeth Ramsey，and Frank Gresham，2004。

「行為介入」情緒與行為障礙（EBD）的原則，強調教學中孩子應該如何表現、如何支援孩子提出「替代的行為」、和其它主要積極的「功能分析」的干預措施。運用有效、非體罰、和適當的「負面增強作用」是有必要的。行為原則的教學應用，在這三篇的論文有詳盡的教導，如何運用行為的立即結果（C）以改變行為（B）；過程中一樣要有指令、即時介入、糾正不當行為等環境前因的操作（A），和行為功能的評估（FBA），都是不可缺一的步驟。請專業務必自修和查閱：James Kauffman，Mark





[www.autismawakening.org](http://www.autismawakening.org)

Mostert, Stanley Trent, Patricia Pullen, 2006; Mary M. Kerr, C. Michael Nelson, 2006; Landrum and Kauffman, 2006。

針對情緒與行為障礙（EBD）學生的學習需要上，在美國特殊教育的體系中，**適當的學術指導**和**課堂中的自律管理**是主要的目標設計。事實上，當老師面對學生的學習行為問題時，應該首先要考慮給予學術的指導和幫助，而不是扮演家庭心理醫生的角色。

（詳文可參閱 <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005796796000502>；

[http://www.nassp.org/tabid/3788/default.aspx?topic=Screening\\_for\\_Emotional\\_and\\_Behavioral\\_Disorders](http://www.nassp.org/tabid/3788/default.aspx?topic=Screening_for_Emotional_and_Behavioral_Disorders)）

### 【情緒行為障礙（EBD）與自閉症的顯著差異性】

作者在本文前段早已指出屬乎行為障礙的自閉症、亞斯柏格症和好動症診斷的孩子，若依循表面字義的「鮑爾定義」敘述，他們至少有一項或以上符合「鮑爾定義」的五個特徵，尤其是長期沒有能力維持人際關係、和不合宜的社交行為，很容易使某些專業「順水推舟」的「合理化」孩子也有「情緒障礙」。

那麼，情緒（行為）障礙與自閉症的差異辨別處是什麼呢？尤其在特殊教育的環境中，我們是否應該將有「情緒障礙」的學童和「自閉症」的孩子放置在同一間教室？他們的行為真的是屬於同樣「功能分析」（FBA）的「特殊需要」嗎？



[www.autismawakening.org](http://www.autismawakening.org)

真相是，情緒（行為）障礙的臨床觀察、與行為介入分析的實際運用，至今才啟步約30年；真相是，現今參雜精神紊亂等醫學的生物因素，和其他專業素質的條件限制下，孩子能得到正確的診斷，有時是極為困難的。

若只根據「鮑爾定義」的字意認定，在某些類似行為的表彰下，自閉症的行為、言語溝通的學習、和人際的社交互動是與情緒障礙極為相似的；但，仔細按照 ABA 行為科學原則的「行為功能的分析評估」（FBA），兩者障礙之間的動機訴求卻是迥然不同，有時很容易導致錯誤的診斷。近來年美國的心理學文獻指出，**情緒（行為）障礙（EBD）主要是處理挫折情緒所蘊孕的行為；然而，自閉症的一般行為問題所牽扯的是複雜的腦神經中樞的失控（Lane, Umbreit and Beebe-Frankenberger, 2011）。**

除此之外，若精神科醫生認定自閉症患者也有情緒（行為）障礙（EBD），這會使孩子在真實需要的評估和介入上更為棘手。有時，醫生的診斷只是針對某個特殊行為的現象，並不會考慮孩子全局的特殊需要；若因此建議孩子開始服用慢性的抗抑鬱藥，也沒具體的時間表建議家庭如何「褪去」對藥物的依賴，這會嚴重地導致情緒（行為）問題未經介入以給予正確的治療；僅僅靠藥物壓制行為的狀況、卻拖延且迴避面對和介入情緒障礙爆發的啟動點和前因等等有關問題。最重要的是，服用慢性的抗抑鬱藥若是為了情緒（行為）障礙（EBD）的需要，您必須同時要瞭解到抗抑鬱藥對自閉症行為只能控制「暫時的」的精力，並沒有處理問題行為的真正起因。

(<http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/treatment.html>)



**【情緒行為障礙（EBD）與自閉症鑑察的關鍵點】**

情緒行為障礙和自閉症之間，至少有以下重大的六項差異關鍵點：

1. 自閉症的診斷，是針對言語溝通、社交互動、固執行為和學習問題的行為障礙；情緒（行為）障礙（EBD）是單單針對情緒的反應和行為問題，會影響孩童教育的學習品質。
2. 自閉症的其中一個特殊需要是感統的失調；情緒（行為）障礙（EBD）的特質，是絕對不包括感官問題。
3. 自閉症行為包括可能的生理健康出狀況，例如胃腸道的問題；情緒（行為）障礙（EBD）的特質，是絕對不包括生理健康的問題。
4. 自閉症的特點，是嚴重的幼兒發育和心智發展停滯或延遲、大肌肉和小肌肉的協調和運用有無法自主的障礙、和缺乏會意或雙向的言語溝通能力；情緒（行為）障礙（EBD）的特質，是絕對不考量嚴重的幼兒發育和心智發展的遲緩等等問題。
5. 自閉症的診斷，最早 18 個月大的嬰孩能得到確診；但情緒（行為）障礙（EBD）必須在童年的後期階段或青少年時期，才能獲得診斷。
6. 自閉症患者需要一個嚴謹、規律的活動常態；但情緒（行為）障礙（EBD）患者不強調嚴格、不可變動的生活型態。

明顯的，自閉症和情緒（行為）障礙（EBD）是兩個分別不同的醫療診斷，但有著一些類似的行為表象。專業可以輕易地同時給孩童有自閉症和 EBD 的兩項診斷，但其正確



[www.autismawakening.org](http://www.autismawakening.org)

性是值得審思的；畢竟孩子獲得正確的診斷，才能幫助家庭為孩子尋求最佳的治療對策和教育計畫。

最後我引用這篇深入調查、並探討兒童問題行為的學術報告提要，願成為父母或專業在情緒（行為）障礙（EBD）的診斷上，考量或建議給自閉症兒童抗抑鬱藥時，能優先地再驗查這「行為介入」的言語行為教育，對一個孩子的畢生影響：

『現今的挑戰性行為，不再僅僅按照行為的外觀論定；因在過去的 30 年中，由它們的功能（動機）為定義，已經能更準確的進行評估；使挑戰性行為能以動機的基礎成為見解，大幅地重新整合、改變評估的方法和行為介入的策略。』 “It is now axiomatic that challenging behaviors are defined more profitably by their functions (their motivations) than by their topographies (what they look like) . The notion that challenging behaviors can be defined on the basis of their function has led in the past 30 years to dramatically reconfigured approach to assessment and intervention .” - 「Function - Based Interventions for children with challenging Behavior」 Glen Dunlap and Lise Fox published by Journal of Early Intervention December , 2011

資料來源：

1. Bower, E. M. (1982). Defining emotional disturbance: Public policy and research. *Psychology in the Schools* 19, 55 - 60.



[www.autismawakening.org](http://www.autismawakening.org)

2. Cheney, D., & Bullis, M. (2004). The school-to-community transition of adolescents with emotional and behavioral disorders. In R. B. Rutherford, M. M. Quinn, and S. R. Mathur (Eds.), *Handbook of Research in Emotional and Behavioral Disorders*. New York: Guilford.
3. Costello, E. J., Egger, H. H., & Angold, A. (2005). One-year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. methods and public health burden. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 44, 972 – 986.
4. Dunlap, G., Strain, P. S., Fox, L., Carta, J. J., Conroy, M., Smith, B. J., et al. (2006). Prevention and intervention with young children's challenging behavior: Perspectives regarding current knowledge. *Behavioral Disorders* 32, 29 – 45.
5. Forness, S. R., & Beard, K. Y. (2007). Strengthening the research base in special education: Evidence-based practice and interdisciplinary collaboration. In J. M. Crockett, M. M. Gerber, & T. J. Landrum (Eds.), *Achieving the radical reform of special education: Essays in honor of James M. Kauffman*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
6. Forness, S. R., Freeman, S., & Paparella, T. (2007). Recent randomized clinical trials comparing behavioral interventions and psychopharmacologic treatments for school children with EBD. *Behavioral Disorders* 31, 284 – 296.
7. Gerber, M. (2005). Teachers are still the test: Limitations of response to instruction strategies for identifying children with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities* 38, 516 – 524.
8. Hallahan, D. P., Kauffman, J. M., & Pullen, P. (2009). *Exceptional learners: Introduction to special education* (11th ed.). Boston: Allyn & Bacon.



[www.autismawakening.org](http://www.autismawakening.org)

9. Kauffman, J. M. (1999). How we prevent the prevention of emotional and behavioral disorders. *Exceptional Children* 65, 448 – 468.
10. Kauffman, J. M., & Hallahan, D. P. (2005a). *Special education: What it is and why we need it*. Boston: Allyn & Bacon.
11. Kauffman, J. M., & Hallahan, D. P. (Eds.). (2005b). *The illusion of full inclusion: A comprehensive critique of a current special education bandwagon* (2nd ed.). Austin, TX: PRO-ED.
12. Kauffman, J. M., & Landrum, T. J. (2006). *Children and youth with emotional and behavioral disorders: A history of their education*. Austin, TX: Pro-Ed.
13. Kauffman, J. M., & Landrum, T. J. (2009) *Characteristics of emotional and behavioral disorders of children and youth* (9th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
14. Kauffman, J. M., Mostert, M. P., Trent, S. C., & Pullen, P. L. (2006). *Managing classroom behavior: A reflective case-based approach* (4th ed). Boston: Allyn & Bacon.
15. Kerr, M. M., & Nelson, C. M. (2006). *Strategies for addressing behavior problems in the classroom* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
16. Konopasek, D. E., & Forness, S. R. (2004). Psychopharmacology in the treatment of emotional and behavioral disorders. In R. B. Rutherford, M. M. Quinn, & S. R. Mathur (Eds.), *Handbook of Research in Emotional and Behavioral Disorders*. New York: Guilford.
17. Landrum, T. J., & Kauffman, J. M. (2006). Behavioral approaches to classroom management. In C. Evertson & C. Weinstein (Eds.), *Handbook of classroom management: research, practice, and contemporary Issues*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.





[www.autismawakening.org](http://www.autismawakening.org)

18. Lane, K. L. (2004). Academic instruction and tutoring interventions for students with emotional and behavioral disorders. In R. B. Rutherford, M. M. Quinn, & S. R. Mathur (Eds.), *Handbook of research in emotional and behavioral disorders*. New York: Guilford.
19. Mostert, M. P., Kavale, K. A., & Kauffman, J. M. (Eds.). (2008) *Challenging the Refusal of Reasoning in Special Education*. Denver, CO: Love.
20. National Research Council. (2002). *Minority students in special and gifted education*. M. S. Donovan & C. T. Cross. (Eds.) Washington, DC: National Academy Press, Division of Behavioral and Social Sciences.
21. Stichter, J. P., Conroy, M. A., & Kauffman, J. M. (2008). *An introduction to students with high-incidence disabilities*. Upper Saddle River, NJ: Merrill-Prentice Hall.
22. U. S. Department of Education. (2005). *27th annual report to Congress on the implementation of the Individuals with Disabilities Education Act, 2004*. Washington, DC: Author.
23. Eberharter-Maki, E. (1996). *Students With Serious Emotional Disturbance: A legal guide to identification*. Boise, ID: EM



[www.autismawakening.org](http://www.autismawakening.org)