

出國報告（出國類別：進修）

學習自閉症的發展評估和學前團體心理治療

服務機關：國立成功大學醫學院附設醫院

姓名職稱：黃睿謙 臨床心理師

派赴國家：美國

出國期間：109年9月9日至109年12月9日

報告日期：109年12月18日

摘要

此次進修獲准進入加州大學戴維斯分校附屬醫院之心智機構(MIND institute)所建構的神經心理疾患國際訓練計畫(International Training Program in Neurodevelopmental Disorders, 以下簡稱 ITPND), 內容包含評估、治療, 以及研究等三面向。

自閉症評估方面, 此次在該計畫中獲得學習自閉症診斷觀察量表的經驗, Autism Diagnostic Observation Schedule second edition (以下簡稱 ADOS-2)的施測與計分教學, 以及實際觀察等學習, 此一評估乃美國疾管局訂定的自閉症黃金診斷標準之一, 除此之外, 該亦有學習其他評估的機會, 如因應疫情下所設置的 Brief Observation of Symptoms of Autism (以下簡稱 BOSA)和 TELE-ASD-PED 等遠距醫療之自閉症評估工具。其二為因應治療所設計之社交功能評估(TRIAD social Skills Assessment)。

自閉症治療方面, 此次進修期間以學習該機構正執行之針對自閉症兒童的焦慮團體心理治療, 該治療以認知行為為基礎, 輔以視覺輔助進行, 該方案在實體與通訊醫療皆已獲實證研究支持(實體, Reaven et al., 2012; 通訊醫療, Hepburn et al., 2016)。

其三則為觀察研究人員收案過程和參與研究會議, 此次觀察的研究為美國國家衛生院所發展的神經心理功能評估工具 Toolbox 於 Fragile X syndrome 的評估成效。

目次

一、目的.....	1
二、過程.....	2
三、心得.....	18
四、建議事項.....	21

一、 目的

此行之目的為學習自閉症發展評估和團體心理治療為主軸，其一為針對自閉症發展評估進行進修，期望能學習用於自閉症的黃金標準和具科學基礎的治療模式，藉此提升本院之自閉光譜類群障礙症(Autism Spectrum Disorders，以下簡稱 ASD)之評估與鑑定水準，當前美國疾管局所制定的自閉症診斷黃金標準有二，其一為 ADOS-2，其二則為自閉症診斷晤談修訂版(Autism Diagnostic Interview Revised，以下簡稱 ADI-R)，我已於 2020 年完成兩項標準測驗之初級訓練，ADOS-2 則於 2021 年完成進階訓練，但實際操作經驗較少，MIND institute 操作 ADOS-2 行之有年，該單位中的 Dorcas Roa 博士實際操作經驗豐富，故期望透過單面鏡觀察實際操作流程並透過與督導討論獲得技術和知識上的累積。此外，自從 2020 年起至今新冠肺炎的疫情肆虐，阻斷面對面實施自閉症評估和鑑定的困難，尤其是以學齡前的自閉症診斷過程大量仰賴非口語的溝通語言，一旦配戴口罩之後即大量地遮蔽表情，影響實際判斷的正確性，且因疫情期間須降載非危及生命醫療處置和國人就醫接受完整評估的意願降低，故實施遠距初步評估具有必要性，創建 ADOS-2 之 Catherine Lord 博士於 2020 年在 UCLA 發表了以 ADOS-2 為主幹而發展出來的遠距醫療測驗工具 BOSA，另有 TELE-ASD-PEDS 一工具易可供遠距使用，此工具乃採用另一美國疾管局認可之早期自閉症篩檢工具 STAT，本院兒童青少年精神科之臨床心理師已於 2017 年取得合格使用的資格，並於臨床使用多年，故可期從 TELE-ASD-PEDS 獲益。

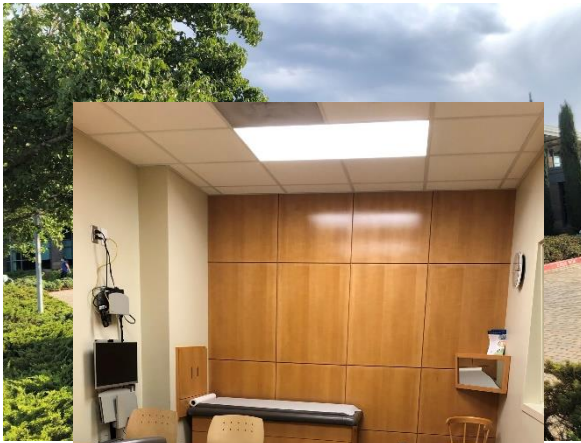
其二為提供我國具 ASD 群體完備且具實證療效研究支持的治療模式，本院採用姜忠信老師所發展出來的早期社交共享參與和社交互動的訓練模式多年，期盼能更進一步延伸至各個不同的面向，故此行目標之一即為學習 MIND institute 的治療模式，該機構中具有多項有效的治療模式，此次以向 Erin Engstorm 博士學習其採用的認知行為治療模式為目標，此一治療模式針對自閉症兒童中的焦慮症狀予以治療，此一治療模式已獲得完整的實證資料證實且已手冊化，盼望除了透過實際觀摩詳盡地學習實際操作流程和細節，易能夠盡可能地設想可能遇到之具體狀況並與 Dr. Engstorm 討教。若在狀況許可下同時並進技術和往後實務交流的可能性。

最後，MIND institute 為美國神經發展疾患的研究重鎮之一，一方面精進實務能力，另一方面也學習該單位針對此一領域的研究模式。該單位之 David Hessel 博士對大腦心智功能的評估和治療建樹豐厚，期望透過參與其研究會議和收案能從旁學習到標準化收案流程、研究主題發想，以及研究設計等。

二、 過程

(一)、 進修單位和其設施環境介紹：

該次進修單位是加州大學戴維斯分校附設醫院附屬的 MIND institute，其全名為 Medical Investigation of Neurodevelopmental Disorders，該單位以服務神經發展疾患之兒童為主要宗旨，接受醫院和附近相關社福單位之轉介，提供臨床服務的人員主要以醫師和臨床心理師為主，並有博士後研究員、研究助理、護理師等形成團隊共同服務，除了臨床服務以外，亦有針對專業人員提供繼續教育訓練，像是 ITPND、LEND、ECHO project 以及博士後研究等，可供全球國際學者前往受訓，當前的機構領導為 Leonard Abbeduto 臨床心理學博士。此機構位於加州首府沙加緬度市區，共有兩個樓層，一樓為提供臨床服務予個案或收研究受試者之主要空間，提供臨床服務人員的辦公室主要也在這個樓層，二樓則主要為研究工作人員辦公室和會議室的所在，另有一個提供身心障礙者工作機會的咖啡廳，提供簡單餐飲，但因疫情關係咖啡廳已暫時關閉。



圖一、UC Davis MIND institute



圖二、MIND institute 門診區

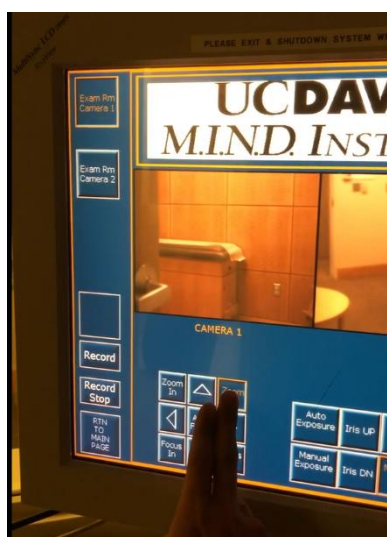


圖三、MIND institute 診間



圖四、MIND institute 單面鏡觀察室

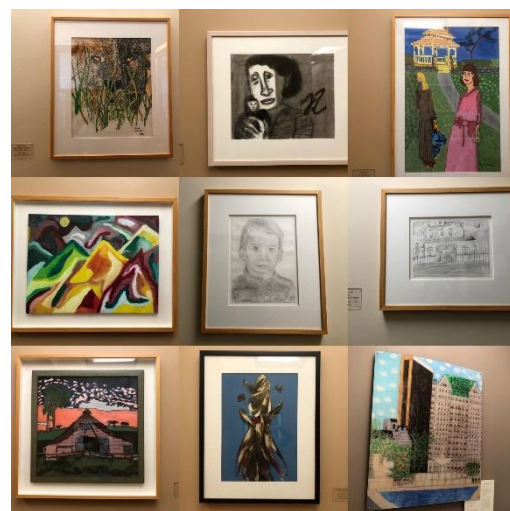
MIND institute 一樓的門診區(見圖二)左邊為專門給研究受試者的門診區，右側則是給臨床個案的門診區，兩區皆會有獨立的櫃台接待個案。每個診間(圖三)皆有單面鏡可供觀察室的學習人員進行觀察(圖四)。此外，每個診間亦架設有兩個角度且可調整焦距的攝影機以供學習人員進行各種角度的觀察。另外，診間亦設有可以動的平板設備，特別是當個案和其案家無法流暢使用英文時，臨床工作者可以透過此一移動平板連線合格的醫療翻譯者，同步口譯案家表達之內容。Mind Institute 除了提供結構舒適的空間和先進設備以外，亦在環境中擺放各式個案的畫作，提升整體環境的美觀，更能凸顯所有神經發展及患者的自我倡議和自我表達，強調個案的優勢和正向特質，可參見圖七。



圖五、觀察室攝影操作設備



圖六、可移動平板電腦設備



圖七、個案親筆繪製畫作(僅

(二)、神經發展疾患國際訓練計劃內容簡介(International Training Program in Neurodevelopmental Disorders, 以下簡稱 ITPND)：

ITPND 的主要目標提供豐富且全面的神經發展疾患科學知識和進階的臨床技能，好讓國際學者能獲得豐富的經驗，並將所獲得之收穫帶回自己的國家，並提升患者更好的照顧品質。訓練期間會安排一位主要的督導，該督導會和受訓者共同討論和選擇想要的訓練內容，督導則會依照受訓者的需求連結 MIND institute 中所有可能的服務和研究，亦會安排受訓者和相關人員見面、討論適合的學習經驗。

此一訓練計畫之領導為 Randi Hagerman 醫師，Hagerman 醫師對所有受訓者提供臨床門診觀察的機會，另有 Robert Miller 先生擔任經理，Robert 會固定與受訓者聯繫確認學習狀況，並協助處理其他需求和安排額外訓練機會。此一計畫將依照個人職業、訓練背景、臨床經驗，以及研究興趣安排主要、次要督導(mentor)，此次，我的主要督導為 Dorcas Roa 博士，其主要工作為臨床服務，在自閉症的評估和心理衡鑑上具有豐富的經驗，次要督導則為 David Hessel 博

士，Dr. Hessel 在神經心理衡鑑和執行功能訓練上具有豐富的研究經驗，近期則是鑽研於運用 NIH Toolbox 此平板介面的神經心理測驗於心智障礙者的功能評估。在我的主要督導和次要督導的安排下，我每周固定參與在他們的門診，進行觀察和學習如何使用自閉症評估方式，除此之外，亦安排我參與臨床人員的 ADOS-2 內部訓練、自閉症兒童的焦慮症狀團體心理治療、各式研究會議或顫部會議與演講。

此次受訓期間因仍持續在疫情影響底下，訓練內容上仍需遵守加州和美國聯邦政府的相關規定，像是配戴口罩、人與人維持 6 英尺、遵循室內空間人數限制等，因此許多須臉部無遮蔽、室內面對面的個別或團體治療等都尚無法執行，故此次參與的團體乃是使用遠距醫療模式進行，門診則亦會有使用遠距醫療的方式進行，像是初步評估就醫需求性，再安排到 MIND institute 進行心理衡鑑。藉此機會亦可以從旁學習觀察疫情底下的臨床服務。

(三)、 自閉症評估：

此次自閉症評估的訓練方面將分成不同工具的描述，分成 ADOS-2、BOSA、TELE-ASD-PEDS，以及 Triad Social Skill assessment 等四個，會簡述學習過程和該一工具的簡要內容。

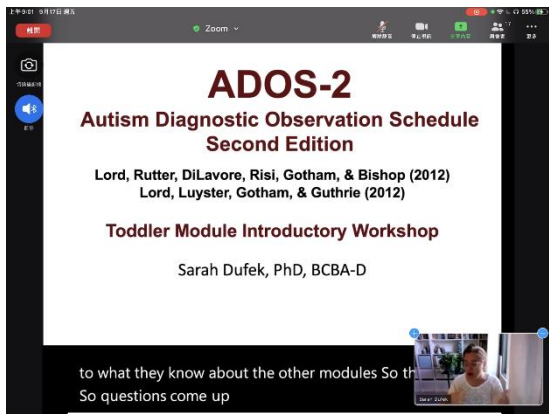
ADOS-2 的學習上，MIND Institute 有提供施測、行為觀察紀錄，以及計分等教學，授課老師為 Sarah Dufek 博士，授課內容涵蓋 ADOS-2 之基本架構、五大模組、測驗工具內容、環境設置、心理計量、施測標準流程、行為觀察重點、計分標準、實際慣看施測影片計分，以及分數結果意義等。此外，更重要的是 ADOS-II 實際個案觀察學習，這部分會隨同第一督導 Dr. Roa 之臨床門診時間，於 MIND institute 以當地的實際個案為觀察對象，並於事後針對施測方法與流程的問題、計分方式等進行一對一督導討論。ADOS-2 的簡述內容如下。

ADOS-2 為是半結構的標準化衡鑑工具，針對具 ASD 可能性的個案進行溝通、社交互動、遊戲想像，以及侷限性重複行為等向度的評估，ADOS-2 不適用於感覺動作缺損、無法獨自行走，以及聽力視力受損等個案。ADOS-2 共有五個觀察的模組，分別為學步期(12 個月大到 30 個月)、模組一(30 個月以上未有口語能力)、模組二(具備片語能力)、模組三(具備流暢口語表達能力的兒童青少年)，以及模組四(具備流暢口語表達能力的青少年與成人)，選擇模組同時依照年齡和口語能力。各個模組中具有標準化活動，施測者藉標準化操作直接觀察任何關於自閉症診斷相關的行為展現情形，在標準化施測的過程中會依照協助程度從難到簡單設定不同步驟(presses)，好系統性地檢視症狀的程度，像是從非結構到結構化、從提示少到提示多、從無示範到示範等。每一個模組至少要觀察大於 40 分鐘，最長不得超過 60 分鐘。在執行過程中，施測者不能觀看手冊，只能使用紀錄本，並在紀錄本上詳細地記錄所觀察到的行為，非施測情境下的行為是無法被記錄下來的，且整體施測過程中只能有一位施測者。施測後則按照紀錄本後面的編碼表進行記分，編碼時必須完全依照施測過程中

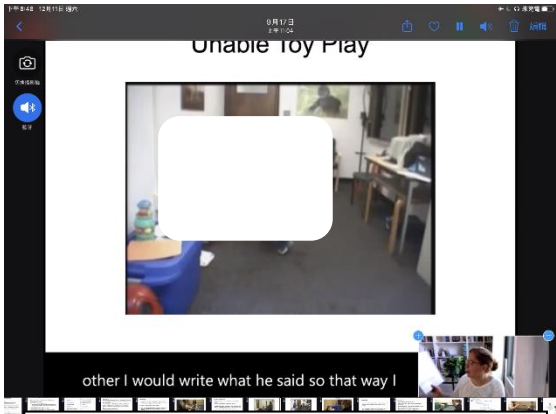
所觀察到的內容，家長報告、其他狀況的觀察，以及過程中施測者未看到的行為都可以用來進行編碼，此外，施測者應該在施測完畢後立即完成編碼，且完全依照施測者本身的紀錄，無法事後、詢問觀察者，或是以觀看錄影的方式編碼，各個模組的編碼表組成內容會有些微差異，是依照不同年齡和語言發展程度進行調整，即便是有相同的編碼名稱，其內容和標準不見得是相同的，施測者必須詳讀後才能進行編碼，編碼上 0 代表的是沒有異常、1 則為輕微異常或稍微怪異、2 則為清楚明確的異常、3 則為顯著異常且造成施測的干擾和困難，不同的編碼項目中所需要的條件不同，有些是最佳表現(best examples)、有些是多數表現(Majority of examples)，在編碼過程中記得同一個行為的一個面向不應該被重複編碼(double coding)。編碼表完成後再將編碼內容填寫到紀錄本最後一張的統計表(Algorithm)，依統計表的計算方式計算出最後的原始總分、社會情感和侷限性重複行為等三個分數，編碼中 2 與 3 在統計表中都會轉換成 2 分，施測者完成後再運用總分對照切截分數，各個模組麼切截分數和統計表亦都有些微差距，需依照紀錄本上的填寫。使用 ADOS-2 之前必須接受相關工作坊等實務訓練後才能使用。因各模組流程和編碼表內容屬衡鑑內容故不予贅述，下表呈現在 MIND institute 中的實際觀察練習為例，紀錄行為觀察與編碼的練習，紅字為我與督導不同的地方，從中學習更精準的行為觀察。

項目	我的編碼	督導的編碼	澄清後的描述
A1	0	0	個案在跨作業中都能說超過 3 的字詞組合，給予 0。
A2	0	1	個案的語調起伏稍微誇張，因此應該給予 1。
A3	0	1	在判斷是否有立即性訪說時應該仔細比對是否在音調、內容上都有完全一致的地方。如果有，應該至少要給到 1。
A4	1	1	個案會沒有彈性固定使用特定語句，像是「I don't know」、「uh-huh」，以及「yah...」等。
A5	2	2	個案只有在給予非常明確的鷹架協助下才能適當地展現輪流的行為，因此該給予 2。
A6	0	0	手指指示在模組 2 只要有一次清楚的出現就可以給予 0 分。
A7	1	1	個案有出現的手勢有擊掌(力行手勢)、伸手(工具性手勢)、以及刷牙(出現在展示作業中的描述性手勢)，因個案只有在特定作業中出現描述性手勢，故給予 1。
B1	2	2	這邊必須要是眼神對著施測者，而不是對其他人，這個個案對施測者的眼神明顯不足，故給予 2。
B2	1	1	這個個案的表情明顯較為平板，僅有在特定的情況下有展現一些微笑，所以整體的量較為不足，因此給予 1。
B3	0	0	有兩例清楚地對著施測者有分享性喜悅就可以給 0 分，儘管短暫亦可以。
B4	0	0	在這個模組裡要求是較名後立即有眼神對視才有 0 分，這個個案

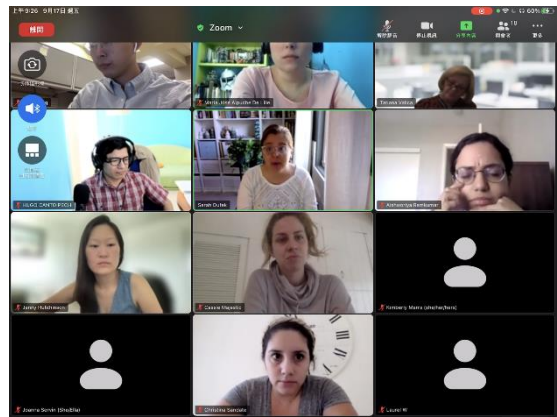
			有，故給予0分。記得在更年幼的模組中只是看著臉也可以給0。
B5	1	0	個案出現展示的行為有吃東西、大象、消防車、巧克力，只要有超過一次是有眼神對視的即可給予0分。
B6	0	0	個案出現過一次手指指向牆上的中並看回施測者，故給0。
B7	0	0	個案可以很快地看向施測者眼神的方向。即使只是短暫也可以接受，故給0。
B8	1	1	記得不要把對著其他人的行為計算起來，個案在和施測者的整體開啟社交行為的品質仍較為不足，故給予1。
B9a	0	0	雖然社交開啟品質不足，但對著施測者開啟社交的行為頻次多，有展示、啟動、要求、詢問，以及評論。
B9b	0	0	對著家長開啟社交的行為頻次多，有展示、啟動、要求、詢問，以及分享喜悅。
B10	1	1	個案雖然能大多數都有回應，但有時較為有限，也較不一致，故給於1分。
B11	2	0	記得該項不要記數品質，而是計算個案多少次嘗試和他人維持互動，像是總是會回應施測者(即便回應方式很怪異)、一起唱歌、引導施測者的注意等。因此，個案在這邊維持互動的次數是足夠的，可以給0。
B12	1	1	這個項目是看互動主要的施測者主觀的感受，是否覺得會需要花很多力氣調整自己的行為才能和個案建立互動。這個個案有時會退離互動，但稍加調整即能再持續互動，故給予1分。
C1	0	0	個案有展現功能性玩法的玩具有碗盤、垃圾車、使用電話，以及擺設家具等，符合0分的選項。
C2	2	2	模組2只有餵食或擁抱娃娃是不能給到1的(在模組一可以給分)，要有使用娃娃或操作玩偶等更豐富的想像內容。因此這個個案只能給2。
D1	0	1	個案有觀看火車輪子的行為，只要有一個清楚的案例就給1，模糊則給0。
D2	0	0	沒有觀察到不適當的手指和手掌動作。故給0分。
D3	0	0	沒有自我傷害行為。
D4	2	2	個案不管什麼活動都一定要有火車，因此他有一個非常顯著刻板興趣，故給到2分。
E1	1	1	個案的活動量稍多，大都依照其偏好行動，僅有在生日派對中坐在椅子上。
E2	0	0	未觀察到過度焦慮，給予0。
E3	0	0	未觀察到明顯生氣或攻擊行為，給予0。



圖八、Dr. Sarah Dufek 授課



圖九、直接觀看影片練習行為紀錄



圖十、大量的雙向討論與問答



圖十一、實際觀看教學門診。



圖十二、與 Roa 博士的督導



圖十二、參與衡鑑後的個案討論

BOSA 則為當前美國疫情下無法面對面評估自閉症時會使用的測驗工具，該工具由 Dr. Lord 的團隊所研製(一樣放照片)，此次於 MIND institute 受訓期間完成該一工具的課程學習、實務討論(照片)，課程學習為預先錄製好的 Web Cam，實務討論則觀看單位中的臨床工作者實際操作的過程，並進行操作和問題討論，在學習後從 UCLA 的原作單位獲得完整操作手冊和相關文件資料。TELE-ASD-PEDS 則另外一個由 Vanderbilt Kennedy Center 於 2021 所發行之遠距自閉症評估工具，該工具建立於 STAT 的評估基礎架構，可分在家觀察或臨床隔間觀察等兩個方式以因應新冠肺炎之規範。兩工具的簡要內容如下。

BOSA 是設計來觀察孩子在自然情境下的行為表現是否有出現自閉症相

關症狀的評估方式，因應新冠肺炎疫情之疫情防範措施(戴口罩等)，ADOS-2 無法依照原先的標準施測方式進行，故原作者 Dr. Lord 認為 ADOS-2 在此情況下所得之結果實為無效，故另發展 BOSA 以作為暫時的權宜之計，Dr. Lord 強調 BOSA 是為了方便臨床工作者和個案，使個案仍可在疫情限制下獲得初步的評估，然 BOSA 無法取代 ADOS-2，若需獲得正式且有效的診斷訊息仍須仰賴 ADOS-2。BOSA 所用的內容都是採自 ADOS-2，計分系統亦是，施測者的角色將以輔助家長進行互動，因同住家人間無須戴口罩，故家長可以完全自然且在無口罩干擾下與孩子互動。BOSA 依照不同語言能力分有四個不同的施測流程模組，分別為口語稀少(minimal verbal, 以下簡稱 MV)、流暢片語和年幼流暢(fluent phrase and young fluent, 簡稱 PSYF)、流暢口語 1(Fluent speech 1, F1)，以及流暢口語 2(Fluent Speech 2, 以下簡稱 F2)，施測者必須依照受測者的語言能力判斷合適的模組。操作的第一步驟需先依照手冊只是將玩具和必要材料收納到標示明確的箱子裡，每個操作步驟都有各自的箱子，以利家長能快速辨識，並取得正確的物件。開始前先逐項和家長確認所有的操作過程並給予詳細流程圖，確認家長理解後即提供無線對講機給家長，請家長全程配戴，過程中煩請家長透過對講機和施測者隨時保持聯繫，家長會從對講機中獲得明確的指示，像是要轉換到下一個、再試一次等。



圖十三、BOSA 環境配置和材料收整示意圖



圖十四、BOSA-MV 之材料整組收納按照手冊進

以下以 BOSA-MV 流程為例簡述操作流程。MV 模組適用於尚未有口語能力或只能使用單詞的受試者，此一模組僅需 12 分鐘，遊戲材料共有兩組玩具和泡泡，共有四項活動流程，操作遊戲組 1(4 分鐘)、泡泡(2 分鐘)、操作遊戲組 2(4 分鐘)，以及泡泡(2 分鐘)。操作流程方面，先使用操作遊戲組 1(Toy Set1) 是引導家長從此組玩具中挑選孩子最常玩也很喜歡的玩具，藉由這個玩具跟孩子進行自然地互動，鼓勵互動中玩超過兩個玩具，如果孩子一直未有明確地遊戲內容可以按照測驗前給予家長的指示表中方式進行(圖形配對、開車車等)，快結束時，施測者提醒家長準備收拾轉換到下一個活動。泡泡活動則自然地拿出泡泡槍引導孩子一起遊戲，記得提醒家長引導孩子站起來，以創造足夠的機會觀察手部和身體形式症狀(hand and body mannerisms)。操作遊戲組 2 則在拿出第二組玩具並引導孩子一起玩，操作方式如第一組其可。最後再進行一次泡

泡遊戲即完成 BOSA-MV。計分方面，編碼流程(Coding Procedures)採用 ADOS-2 之模組一計分表進行，但在計分上 BOSA 仍可依照原先三點計分，但再計算總分時皆會轉換成 1 或 0，也就是單純以症狀有無出現最後計數，而部分需依照原先 ADOS-2 才能計分的項目則一律以 8 計分(不列入最後風險程度計分)，此外，BOSA 的指導手冊要求若未有明確和足夠訊息時一率採保守計分，因家長和孩子的互動方式迥異，不同於受過訓練之專業人員能採標準化施測流程，故對相關行為症狀不宜冒進。在臨床考量和限制方面，不同於 ADOS-2 的標準化施測流程，BOSA 自然情境情境的設置無法如同標準操作過程中有系統地創造觀察情境，僅能就當下可見知可能症狀進行紀錄和觀察，透過 ADOS-2 所建構之計分編碼系統仍可提供施測者足夠的架構去做初步的評判，初步評判需小心偽陽性和偽陰性的風險，在短暫時間中不見得能收集到足夠明確的行為證據，施測者應該輔以家長晤談以完整地獲取受試者的全貌，如發展史、家族史等，建議可以 ADI-R 或是其他自閉症症狀評估問卷進行。

除內容學習以外，亦有實務觀察和專業人員同儕督導會議。此次實際觀察有涵蓋在家施測和在設備齊全的臨床設置等兩情境，在家進行可以看到有較多不可控的因素會影響。其一是多數家庭會擺放各樣物件，較難完全依照原先架構進行。其二則是受限遠距通訊設備的參差不齊，雜訊過多、無法流暢收音、網路通訊不良等。其三則是在家無法使用對講耳機，故臨床專業人員對父母親所說的話孩子也會同時聽見，容易使互動變得不自然且使孩子分心。但若再有單面鏡的臨床情境下則較能在有條不紊地情況下進行。專家同儕督導會議皆會建議如果實際操作前先有一次嘗試連線，並由專業人員協助觀看家中配置，以利正式評估前可以做最理想的調整。

TELE-ASD-PEDS 的全名為 A Telemedicine-based ASD Evaluation Tool for Toddlers and Young Children，由 Wagner, L., Stone, C., Wade, J., Corona, L., Hine, J., Nicholson, A., Swanson, A., Vehorn, A., Weitlauf, A., & Warren, Z 等人所建構與設計，再由 Vanderbilt University Medical Center, Treatment and Research Institute for Autism Spectrum Disorders 發行，目前已有多項研究發表，是一個具備科學實證基礎的評估工具。此一工具是透過智慧型裝置進行的遠距觀察，適用於學步期兒童(14-36 months)，作者群透過機械性學習技術篩選出七項主要區分 ASD 或非 ASD 的行為特性，再透過具備 ADOS-2 訓練資格的專家進行檢視回顧，訂定出清楚且簡要的描述，最後則是由專家選擇適當的活動以塑造讓兒童能自然展現其自然互動。TELE-ASD-PEDS 可分成在家執行或門診執行兩個版本，都是持續約 15-30 分鐘的簡短觀察，整體結果仍需整合臨床晤談、發展與醫療史等以做出最後的臨床判斷。TELE-ASD-PEDS 在無法行走、合併其他醫療問題、創傷史、未有固定和熟悉的照顧者等情況下都會較為不準確。整個活動具有三個主要活動，遊戲(Play)、要求(Request)，以及預備開始(Ready, set, go)，個別所需要的材料如下表。

遊戲	要求	預備開始
準備三到五個以下的玩具。形狀分類玩具、車/火車/卡車、球、盤子/餐具/杯、音樂玩具、玩具娃娃，以及動物娃娃。	泡泡、有蓋子的容器、可以裝到容器的小餅乾或食物。	可吹充氣的氣球、軟球，以及車/卡車/火車

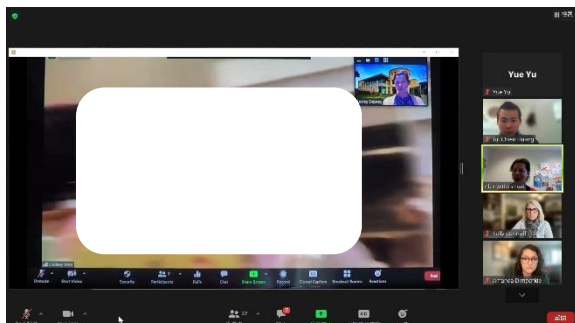
表一、簡述 TELE-ASD-PEDS 所需材料

執行 TELE-ASD-PEDS 的一般指導原則如下。第一、施測者向主要互動的家長重複一次指導語和活動內容，並確認過程中可以流暢地向家長保持聯繫。第二、施測者需要逐步地確認所有活動細節，以免任何細微的不同造成顯著的結果差異。第三、施測過程中是可以替代原本標準化的玩具，可以依照兒童的偏好稍作更換，但是如果是因為受試兒童因其顯著強烈的偏好而導致整個評估的困難，那麼施測者需要和主要互動家長討論出一個適合的方式來處理這個情況。此外，所有的 3C 產品都是不建議出現在測驗情境。第四、請記得和家長確認測驗過程中受試兒童出現的行為是他典型的行為表現。

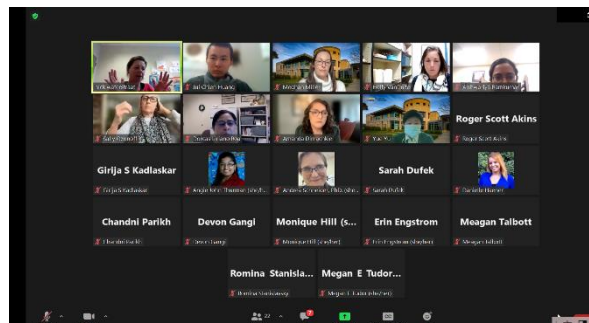
以下以臨床執行版本為例說明操作過程，開始前要先向主要照顧者簡介所有臨床測驗室中的測驗材料和整個過程，接著讓主要照顧者和兒童互動，施測者則退離並透過遠端聯繫工具維持訊息交換，進行後續活動。第一、兒童主導遊戲：先讓受試兒童自由獨立地探索玩具，主要照顧者要避免給予指導，盡量讓孩子保持其自然情境下的行為反應，受試者此時則要注意孩子的遊戲能力階段。第二、共享式遊戲：主要照顧者加入遊戲，自然地開啟和孩子一起遊戲，可運用平常在家如常的遊戲方式。第三、叫名：當孩子未看向主要照顧者時，請主要照顧者叫喚兒童的名字，最多嘗試兩次，過程中如果孩子太沉浸在特定偏好的玩具時，可適時移除後再進行叫名。第四、引導孩子注意：轉換孩子的注意力到環境的特定物件，可透過眼神、手指指示，以及說：「(名字)，看」。第五、熟悉的遊戲例行：主要照顧者運用一個平常和孩子常玩的遊戲例行，像是搔癢等。第六、Ready, set, go! (預備、備、開始)，可以使用吹氣球來建立例行，並在建立後稍作停頓，看看兒童是否做出任何關於吹氣球例行的社交嘗試，主要照顧者總共可以嘗試三次。第七、要求一泡泡：主要照顧者吹泡泡後，可以停下來看看兒童是否會做出進一步的要求。第八、要求一點心：將容器中的食物給孩子一些，再將蓋子拴緊，遞給孩子，看看孩子是否會做出要求。第九、獨立遊戲和忽略：重新將玩具擺放出來，並採取主動的互動，主要照顧者將注意力放在非兒童的事物上，看看兒童是否會來主動向主要照顧者開啟互動。

計分方式則是針對七項關鍵行為來進行評分，每一項以三點李克式法評分(1-3分)，1分代表沒有症狀的出現，2分則為臨界範圍，3分則為有明顯且一致的自閉症症狀出現。七項關鍵行為分別為「社會化導向的口語或語音」、「頻繁且彈性地眼神對視」、「異常的口語」、「異常的重複性遊戲」、「異常且重複地

身體移動」、「整合手勢、眼神，以及口語」，以及「異常的知覺探索或應」。TELE-ASD-PEDS 這個工具是設計用讓臨床工作者透過遠距評估來量化 ASD 症狀，在使用時 TELE-ASD-PEDS 接受測驗以外觀察到的行為也可納入計分。計分後將七項分數加總，如果分數超過 11 分則會被判定具有高風險。



圖十五、實際觀察施測影片並練習計分



圖十六、觀察後與專家討論結果

Vanderbilt Kennedy Center 亦有發展評估自閉症兒童的社交技巧衡鑑，全名為 TRIAD Social Skills Assessment，此一評估工具由 Wendy Stone 博士所發展與建立，適用於社區外展和介入服務用的社交技巧衡鑑工具。此衡鑑工具適用年齡為 6-12 歲兒童，需要具備小學一年級的基礎閱讀能力，這個衡鑑針對認知、行為，以及情感等三方面進行知識和技巧的評估，認知是評估兒童能理解他人觀點的能力；行為則是兒童能適當啟動、維持互動，以及適切回應的能力；情感則評估兒童能理解基礎和複雜情緒的能力。為了要能完整收集到各領域的資料，此衡鑑工具包含家長報告、教師報告、觀察，以及與兒童的直接互動。家長報告和教師報告都包含有問題行為評估量表、社交技巧調查，以及社交技巧評量等三個項目，內容亦相仿只是觀察的領域上略有不同，家長主要以日常生活，教師則為在校情境。問題行為評估量表以四點量表的方式評估兒童可能的干擾社交生活的問題行為。社交技巧調查則是了解兒童交朋友的機會和可能興趣，並且計數可能當朋友的目標數目、可以與同儕互動的機會，以及偏好哪一類型的社交活動。社交技巧評量則是逐一針對情感理解、觀點取替、啟動互動，以及維持互動等面向進行四點量表的評估。直接的兒童互動方面則是在施測者和受測兒童一對一的情況下進行的，共有四個部分用於提供社交訓練目標計畫可用的訊息，同時評估兒童是否具備介入所需的角色扮演和完成量表的能力，四部份含對話、社會理解、角色扮演，以及社交動機。以下簡略描述各部分的內容。第一、對話：以開放式問題用於建立投契關係，同時評估兒童在非正式的對話情境中的溝通技巧，施測者可用手冊提供的表格來檢核溝通中的非口語和口語行為。第二、社交理解：該項以四項活動組成，共享式注意、感受和情境圖片、觀點取替，以及環境脈絡使用等。第三、角色扮演：該活動是以角色扮演的情境來評估兒童啟動和適切回應的表現。第四、社交動機活動：該活動主要是要了解兒童最享受和最有興趣的同儕活動，兒童會填寫三點量尺的檢核表。此次有機會學習並獲得完整的手冊與相關資料，對於將來本院用於

設計社交訓練團體治療有非常直接的助益，可以建立可操作並明確的訓練目標，且同時有利於建立可以檢視且測量的治療指標，可以促進精準醫療的落實。

(四)、 自閉症治療：

此次有幸可以參與 Dr. Engstorm 的團隊，以觀察員的身分學習合併焦慮之自閉症兒童的認知行為團體心理治療。該治療模組採用 Reaven 博士所發表的內容，已於 2009、2012 年間正式發表於同儕審查期刊共有三篇，且於 2016 年經 Hepburn 博士以通訊醫療的模式試驗並獲得正面的結果，顯示此一認知行為介入對 ASD 之焦慮症狀具有顯著的療效。

該治療模組為 12 次 1.5 小時的親子團體，一周進行一次團體，會先執行親子團體，再執行家長團體，各約 45 分鐘。前六次的乃是進行焦慮的心理教育，內容包含辨識與覺察個案自己的焦慮或擔憂情緒、情緒具有程度的不同、焦慮會對你的身體感覺有影響，以及你焦慮的時候工作記憶裡會有哪些想法跑動等。後六周則建立再這些心理教育的基礎上進行焦慮降低策略的學習和演練，此一治療模式以暴露、行為實驗、呼吸放鬆練習，以及尋找正向想法等不同多元的方式來找出適合個案的因應焦慮情況。家長在過程中的腳色主要是協助個案形成一個針對特定害怕的暴露階層，也就是說透過將引發焦慮情境切分成不同程度的情境，協助個案能夠練習逐步挑戰焦慮情境，從最小的開始，建立正向的因應焦慮經驗，每周都會形成一個暴露與克服焦慮的練習計畫，同時也搭配酬賞來增強嘗試動機，每周練習後，治療師會引導個案將其進展向每位成員分享，透過彼此同儕的自身經驗來觸發正向的影響，像是人際模仿、灌注希望、普同感，以及團體凝聚力等團體治療之療效因子，治療師也會在引導過程中會協助個案將其情境、觸發假警報的害怕對象、擔憂的想法、有效的正向想法等向度做清楚的區分，好讓個案能更有意識地清楚覺察自我狀態和如何處理因應。另外，特別針對 ASD 個案的特質，再運用以上技術時，多以更多具體視覺呈現的方式，協助個案理解和掌握較為抽象和想像的內容，並避免過度斟酌於字句或形式，盡可能地以個案能領會的方式進行操作，像是以溫度計的方式來呈現焦慮情緒是具有「程度」的這個概念，此外，因 ASD 個案容易缺乏理解隱喻或象徵的概念，再溝通上時，如果個案無法理解暗喻的話，可以更多直接針對大腦等具體的面向來進行心理教育，另也透過更多實際操作和影片示範等方式來讓 ASD 兒童具體掌握操作的方式。家長團體的部分，則是會在前六周向家長解釋與衛教焦慮和其症狀對生活的干擾，一方面建立家長和治療師的投契與信任關係，另一方面，也協助家長對自己孩子的理解能更正確，以降低家長使用懲罰或是過度逼迫等無效的教養行為，後六周則會和家長形成一個明確的練習計畫，以促進練習和暴露的執行度，包含目標行為、情境、希望孩子展現的具體行為、酬賞等。此次參與過程以其中一次的治療紀錄為例（2021 年 11 月 2 日第七次團

體)。

會前會：團體領導人 Engstorm 博士口頭整理此次團體主要目標要能協助成員們完成暴露階層的建構，特別是針對幾位個案會因為卡再害怕的想法上而無法較具體地建構，偕同領導可以稍微切換一對一來引導協助。在此次的團體中，即便只是小小的害怕也是沒有問題的，如果以害怕視覺類比量尺來切分的話大概是再黃色區。最後，Engstorm 博士確認所有環節的負責人和時間長度。



圖十七、團體會前會

兒童團體：由協同領導人向所有成員說明此次治療團體的流程和順序。

接著再引導成員練習呼吸放鬆的焦慮因應技巧，運用網路影片的視覺化提醒來協助成員練習腹式呼吸並確認練習狀況(<https://www.youtube.com/watch?v=YFdZXwE6fRE>)。練習後再邀請成員分享最近一周是否有發生引發焦慮的假警報(false alarm)事件，發生的時候你有透過什麼助益想法(helpful thought)或放鬆技巧來幫助自己，此次團體成員



圖十八、說明流程

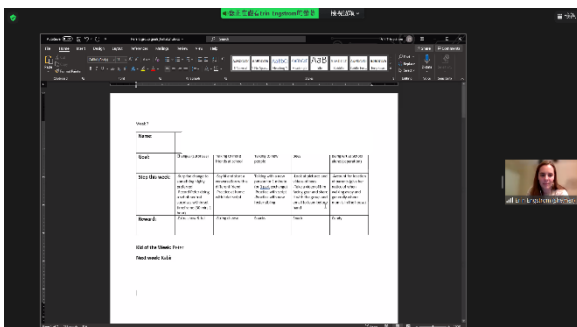
表示自己沒有假警報，但是他沒有使用腹式呼吸來放鬆，偕同領導者回應重點是找到自己的方式放鬆，腹式呼吸只是其中一個

可以用的方式。分享後，團體領導者將成員打散進入不同的小組，由偕同領導者各自協助小組成員討論自己的暴露階層計畫，此次我參與由 Joseph 博士主導的小組，其中一位成員再列出階層時一直有困難，只能說出個模糊大概的害怕，因此 Joseph 博士改以提供多項選項的方式讓成員一個一個比較來排出順序，以焦慮視覺類比量尺作為評判基準，協助個案為每一個 Joseph 博士提供的害怕情境進行評分，另外其中一位成員則表示自己不太敢跟人講話，Joseph 博士思考到可能也有部分是 ASD 個案是因為缺乏適當的社交技巧，因此，Joseph 博士也同時在討論暴露階層時也考量個案在各個情境中可能需要練習的社交技巧。此外，在小組討論過程中 Joseph 博士運用視覺類比量尺時會出現家長和個案本身的評分不同現象，在這樣的情況下是完全沒有問題的，反而可以引導親子去討論彼此觀察的不同，當然也有很可能是 ASD 個案容易有非黑即白的反應模式，以至於個案只要覺得有焦慮就是接近 8-10，沒有焦慮則為 1-3，比較少能有中間地帶，如果是因為這樣情況，協同治療師則需要稍微協助個案透過多向情境的強迫二選一的比較來列出焦慮光譜，在操作暴露階層時務必要一步一步來，確認個案真切地掌握每一個步驟，勿要在個案還無法區分的時候就往下一步驟移動。確認都掌握後，Joseph 博士在協助成員將特定情境下可用的因應策略找出來，問法是透過視覺類比量尺來詢問成員可以做什麼好讓自己在焦慮紅燈時降到綠燈呢？過程中 Joseph 博士亦確認每個因應策略的可行性，有時 ASD 個案在口語表達上較難切中主題，較難具體交代

細節，協同治療師可以多一點提示協助個案整體出可行且具體的因應策略。結束小團體之後，進入大團體後，主要團體領導人 Engstorm 博士邀請一位成員在團體中嘗試做一次暴露焦慮的行為實驗挑戰，邀請的時候以個案為中心，並讓個案有選擇權說要或不要，此次該位被邀請的成員願意面對挑戰。開始接受挑戰前，Engstorm 博士先請成員說出自己的因應策略，成員提到自己最好的放鬆策略就是吃顆糖果，告訴自己我可以很勇敢。接著，Engstorm 博士告訴成員這次的挑戰就是要請他臨時在團體裡分享自己生活的一件事情，如此設置是因為該位成員的焦慮是環境突然的變化，而分享自己生活是這個成員很喜歡的事情，所以 Engstorm 博士以一個個案很喜歡的事情來當作臨時突然變化的事件，好讓行為實驗可以成功。個案成功挑戰後，團體領導者和成員都給予個案正向的回饋和讚賞。

家長團體：Engstorm 博士開始家長團體時以剛剛兒童團體中成員公開分享的案例向家長解釋焦慮暴露階層的概念和做法，該位個案的家長提到最近因為是萬聖節，他就非常焦慮緊張小孩突然來家裡敲門，會因此而心神不寧一整天，Engstorm 博士和家長討論從日常生活中一些額外意外的小突發事件來建立暴露階層的第一層。接著 Engstorm 博士在跟所有家長逐一討論過所有的各自的焦慮階層並透過分享螢幕將所有孩子的目標、計畫，以及酬賞列出來，確認所有的成員都有明確的挑戰計畫，也確認家長知道如何協助自己的孩子完成這一週的挑戰。

會後會：主要團體領導人向所有人逐一確認此次執行過程中是否有重要需要討論的議題，特別是在小組執行過程中的情況，討論個別成員當前的進度和主要進行的目標。討論後再確認下周主要的團體內容和希望達成的目標。



圖十九、以圖表明確寫出各個成員本周的計畫



圖二十、和偕同領導人進行會後會

(五)、神經發展疾患研究：

此次有幸隨從 David Hessel 博士的研究團隊從旁觀察其研究收案和研究會議，該團隊目前正在使用以智慧觸控裝置為平台的衡鑑工具 NIH Tool Box(美國國家衛生院工具箱)，該工具涵蓋多向神經心理功能之評估，包含認知、情緒、感覺，以及動作等面向。Hessel 博士運用該工具於評估 X 染色體脆折症 (Fragile X Syndrome，以下簡稱 FXS) 和其他神經發展疾

患的大腦神經心理功能，也有機會可以和 David Hessler 博士討論研究主題和內容。以下為跟隨收案流程的學習紀錄。

開始收案前：研究者會先行聯繫個案和確認個案住宿和交通。接著將當次收案的行程列出明確的時間表，以利整體時間控制和工作安排，下圖為該研究團隊的收案流程安排實例。

Participant:					
Friday, September 24 th					
Clinician:	Time:	Appointment:	For:	Check-in:	
Andy Dakopolos & Jessica Johnston	8:00am – 8:20am	Welcome and Consent	Participant & Parent	Research Clinic Desk	
Jessica Johnston	8:20am – 10:00am	Neuropsychological Assessment (Stanford-Binet 5)	Participant		
Lunch Break 10:00am – 11:00am			Participant & Parent		
Jessica Johnston	11:00am-12:00pm	NIH Toolbox	Participant		
Break: 12:00pm – 12:15pm					
Jessica Johnston	12:15pm – 12:25pm	Fish and Sharks			
Jessica Johnston	12:30pm – 12:40pm	WPPSI Picture Concepts			
Jessica Johnston	12:40pm – 12:50pm	Bug Search			

Parent:				
Independent	8:30am – 10:00am	Participant demographics forms and ABC-C	Parent	
Andy Dakopolos	11:00am – 11:10am	5-Minute Speech Sample		
Andy Dakopolos	11:10am – 12:30pm	Vineland III		

圖十八、研究收案行程表

個案報到：受試者會在 MIND institute 的前台報到並在備有玩具和沙發的等候區休息。下列圖示為其實際研究收案環境。g



圖二十一、研究收案報到櫃



圖二十二、櫃台擺放所有研究主持人的名



圖二十三、收案櫃台與等待區全景圖

研究告知與同意：研究者引導個案和其法定監護人進入獨立隔間的空間，研究者將事先準備好的文件陳列出來，並逐頁說明整個研究的可能風險跟獲益，整個過程中接允許法定監護人及個案提出任何可能的問題，即便是部分問題無關於研究內容，以這個研究為例，藥物即為無關的問題，若監護人詢問到相關問題，研究者仍會盡可能地回答並連結到適當的資源，主要過程中是為了要建立良好的投契關係和正向的研究參與經驗。另外，考量到多數個案的心智年齡顯著低於其生理年齡，故在整個告知過程中法定監護人仍須完整地參與，但在徵求同意時不會只問法定監護人，一定會詢問個案本身的想法和意願，說明時也盡量以個案可以理解的方式來說明。參與研究的回饋方面，有本身研究計畫案提供的50塊美金亞馬遜禮物卡，也有 MIND institute 統一提供的寶物盒，美個研究參與者可以從中選擇一項玩具或物品，若是受試者從較遠地方前來，研究亦可以資助機票或住宿費用。



圖二十四、研究同意說明室外觀照



圖二十五、研究同意說明室內部照

研究收案心理衡鑑：此研究之心理衡鑑項目有史比智力測驗、美國國家衛生院工具箱認知測驗等，施測者可能是研究員本身，但也可能委請 MIND institute 裡的專任臨床心理師協助執行。執行過程中，研究者會不斷地確認受試者的疲累狀況，並提供多次的休息，如果受試者非常難完成測驗，如分心、做到一半後開始抗拒等，研究者會依照其標準化指導原則給與提示和輔助，如果執行後仍是可能無法完成，則研究者依照其研究標準來判定是否資料可用，以該研究為例，該研究訂定的條件有個案直接拒絕施測、提示超過3後仍是無法配合等。下圖為該研究收案的專用門診診間和觀察室。



圖二十六、研究觀察室

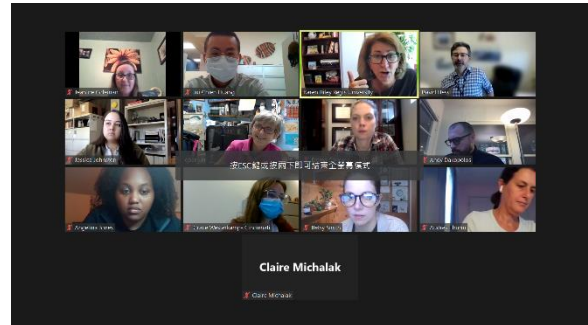


圖二十七、心理衡鑑室

研究會議參與：該研究是多單位同時收案的大型研究，目前以收案超過 400 位，研究會議主要是聯繫所有收案單位當前的收案進度，確認所有的研究進行困難，特別是在疫情下，許多收案變得困難，需要有調整的作法，計畫總主持人會在最後統一作法的方針，確定各地的收案仍是按照相同方式進行。最後，各地的協同主持人也可能會有額外想要發展的研究方向，計畫總主持人會共同討論在不影響原先研究進行的情況下同步發展。下圖是參與研究會議的圖片。



圖二十八、總計畫主持人 Hessler 博士



圖二十九、多中心收案主持人的會議

(六)、 全英文報告與結業：

除了此行主要之進修目的，另外也有機會以英文的口頭報告介紹台灣、說明台灣醫療系統、本院兒童青少年精神科臨床心理師之服務等。透過呈現台灣的各個強項與特色、堅實的醫療系統和服務，以及本院多年付出於台灣社會的具體貢獻，好讓美國 MIND institute 的成員有機會認識台灣的軟實力，並建立更好的台美連結。在以全英文報告完後，再由 ITPND 領導人 Hagerman 博士授予結業證書並留下合影。



圖三十、與 Hagerman 博士、Hessler 博士，以及 Roa 博士合影



圖三十一、與 Hagerman 博士、Hessler 博士，以及 Roa 博士合影

三、 心得

(一)、 針對自閉症評估工具的學習心得：

此次非常有幸能夠在資源豐富的 MIND institute 獲得很多 ADOS-2 的學習經驗，首先在 Dufek 博士的系統性授課下，讓我可以快速地掌握學習 ADOS-2 的施測流程、行為觀察、編碼，以及記分，在授課過程中 Dufek 博士開放大量的雙向問答，可以非常自由地提出問題，特別是對於每一個編碼的定義和相對應的行為表現，能夠獲得非常多的澄清，在學習 ADOS-2 的過程中最難學習的其中一個項目就是編碼，其編碼系統龐大且每個指標有各自不同的重點，跨模組間又有細微的差別，如果未能掌握這個編碼系統就開始施測，就會容易漏掉稍縱即逝的行為表現，在 Roa 博士的門診中有幸觀察到各種不同模組的施測，Roa 的經驗相當豐富，具有十多年的施測與編碼經驗，對許多細微的行為觀察非常入微，我從門診觀察後的討論中獲得豐富的回饋，她能指出許多我忽略掉的行為觀察，特別是 ASD 的固著行為和感覺尋求的行為，透過每一次的討論中，增加我對於 ASD 行為表現的敏銳度，反覆觀察練習後可以越來越快辨識出哪一個行為是 ASD 的典型行為反應。除了編碼的練習以外，透過多次的觀察他人施測過程，我能反覆比對標準化施測手冊中的流程，增加我對於整個施測熟悉度，Roa 博士也非常大方地提供給我簡要施測的指導要點，供我回台灣後更加上手。透過學習這個編碼系統仍讓臨床人員對於自閉症的評估有更客觀且可測量的指標，不只如此，對於成大醫院這樣的教學醫院，學習這樣的測驗架構和編碼，也能夠以系統性的方式將高標準的訓練提供給實習臨床心理師。諸多臨床觀察學習中，我發現這個工具在各種疾病的鑑別診斷具有很關鍵的角色，以一個具嬰兒搖晃症候群(Shaken baby syndrome)個案為例。

嬰兒搖晃症候群本身就是一個不確定整個大腦會傷到什麼程度的東西，孩子可能留下很多後遺症，這個孩子很幸運的是視覺跟聽覺接收沒有問題的，癲癇也是小發作，而不是頑固型癲癇，只是注意力不足問題比較顯著，人際關係則因為智能跟行為較為幼稚而常常被惡意拒絕。從 5 歲時的魏氏嬰幼兒智力量表第四版(WPPSI-IV)到現在 10 歲時的魏氏兒童智力量表第五版(WISC-V)，分數其實相當穩定的中度到輕度不足。由兒科醫師跟家長晤談，臨床心理師作測驗，家長提到個案有些擔心他有自閉症，所以除了智力以外也在做了 ADOS-2。在討論很多細節中學習到很多，包括兒科醫師教我看孩子身體特徵有不對稱跟比例上稍微超出常模，她有點擔心有基因的問題，她告訴我所有這裡有遲緩孩子都會做基因檢查，除非像他有嬰兒搖晃症候群這樣的明確的損傷，才会有沒做的情況，但她現在看到這些身體特徵很擔心，也認為有必要去進一步檢查。跟兒科醫師討論的時候，她提到這些後遺症不見得是當下就出現，會隨發展越來越糟，因

為大腦的發展持續的，各個腦區跟神經迴路的成熟階段就是不同，這個階段的表現正常不代表長大以後其他腦區或迴路可以向其他孩子順利發展成熟，這跟之前在碩士班參與的早期發展正常早產兒在長大後的執行功能缺損現象很像，也就是所謂的越發展越遲緩的現象(Grow into deficits)。另有一個很隱微但卻很有影響的包括是整個視覺刺激的處理效能，孩子的視覺接收沒問題，可以看，但大腦神經元在接受視覺刺激後的傳導處理會比較慢，但為什麼說這個現象很隱微呢？有概念的人可能會問這個現象是不是能從訊息處理這個向度看到呢？只是可惜因為整體智力低下會讓這個現象看不出來，那他可能會出現在哪裡呢？例如進入到新空間的時候會比較慢掌握配置或容易被嚇住，所以你會看到孩子過度失定向感，他需要比較多的時間才能「處理完」這些視覺刺激然後才可以好好地反應。那這有什麼影響呢？就是暖機時間，不管學習、日常生活或者是旅遊出門，如果不給他暖機時間，太快地就進行可能會低估能力表現、降低參與程度。最後，ADOS-2 中這個孩子的社交互動能力是吻合這個智能水準下的正常範圍，至於家長顧慮的某些重複性動作，但可能比較落於智能水準較弱、精細動作不足，以至於他的操作和行為的樣本本身就很有限。這次的學習覺得獲得了更寬廣的角度去思考一個「困難」可能源自多種原因，也會產生各種影響，具有嬰兒搖晃症候群孩子的未來發展是很難預測的，臨床工作者需要完整地考量各種訊息，套一句最後今天兒科醫師說的話：「we don't want to miss anything(我們不想要錯失任何東西)。」最讓我感動的是在跟家長說明之後，醫療人員總是會問一句你現在感覺還好嗎？我看了好幾次好好談家長的感受通常都是好多眼淚。一個孩子等於一個家庭，需要好好地照顧。

另外，我也有幸觀察到在美國現行可行的兩個遠距醫療用的自閉症觀察評估工具 BOSA 和 TELE-ASD-PEDS，在疫情底下，在美國相關學術人員的群策群力下誕生了理論和實證證據皆相當充足的工具，這讓我們在台灣的臨床人員可以參考運用。在當前智慧裝置已經相當普遍的情況下，我們有機會可以在有阻礙的情況下仍提供一定程度的醫療照顧和服務，這對我們疫情下的自閉症孩子和其家庭時為一大幫助，這次美國行非常有幸能獲得這兩個工具的完整資料。

最後，關於自閉症兒童青少年的社交技巧評估工具，過去皆缺乏較為系統性且完整的評估系統，大都單純仰賴家長填答問卷等方式，但 TRIAD Social Skill assessment 不只是有問卷的使用，更是延展到實際的能力評估等，也同時涵蓋了家長和教師等不同資料來源，這對於社交能力的評估可以更加的面面俱到。因這個工具是專門設計來治療前使用的衡鑑，所以在設計上也同時收集了治療中可能需要的資料，例如可能可以發展關係的同儕或是個案的偏好興趣等，並完全針對自閉症特有的症狀表現來提供有用的資料，向是評估侷限性和儀式化行為對社交生活的干擾等。這一工具對

將來我們要發展本土的社交訓練治療是很好的助益。

(二)、 針對自閉症治療的學習心得：

這次所觀察到的治療團體是針對自閉症兒童焦慮症狀的 CBT 團體，整個團體進行內容完全依照手冊的內容，是一個標準化的操作模式以外，更是有實證證據支持的治療模式，無論是實體的團體或是遠距醫療模式都已經有研究支持其有效性。這對我來說是非常重要的學習經驗，在發展本土治療的過程中需要將自己的治療模式手冊化且標準化，好讓整個治療變得容易被檢視且操作。然而，治療的手冊化不代表變得僵化或僅僅是照本宣科，在觀察學習的過程中，我發現各種狀況的應對和處理方法反而在透過很明確且標準化的指導方針，反而能讓團體領導人更知道可以在不同狀況下如何應對，所以將治療標準化的過程中可能並非是一次性，可能在過程中透過一次一次經驗的累積修正調整，並將各種可能性都納入標準化的過程中。而每次會前會和會後會，我都有機會和 Engstorm 博士討論團體中看到的內容，透過 Engstorm 博士的解釋，我能更清楚團體治療的精神。

在 Engstorm 博士主導治療下，我觀察到一位具有自閉症診斷的男生從剛開始完全害怕一點點環境改變，到漸漸地可以忍受一些不同，向是爸媽突然回家、在一小段時間環境會有些微改變等，甚至可以再未預告的情況下接受改變，同時孩子也擁有非常多正向的經驗是孩子自己發現他可以克服自己的恐懼和擔心，找到最適合自己的因應策略和助益想法。而且過程中，不只兒童獲得幫助，家長在過程中也獲得更有效的教養策略和方針，問題的改善另一方面也降低家長本身的壓力和困擾程度，是一個雙贏的治療模式，可見兒童治療中納入家長對整個家庭的幫助是更加加成的。

最後關於我觀察的反思中，我思及了 Yalom 醫師所提出的團體心理治療療效因子，雖然這是一個認知行為治療模式，但在過程中團體心理治療療效因子仍是存在，而且在無形中對於整個治療模式的成功有很大的幫助，像當同儕出來闡述當週的練習時，可以使其他成員有人際模仿的機會；當團體成員表達自己的擔憂時，也可以在團體中產生普同感；當成員成功克服時，其他成員則獲得了灌注希望的療效因子；當成員彼此鼓勵時，則在團體中形成了利他和團體凝聚力的療效因子等。可見整個團體治療過程中，善用這些因子的操作，可以讓整個認知行為治療團體操作得更加流暢。但若以神經心理學觀點來看，運用視覺化和具象化雖是已經存在已久的操作技術，但運用在這個團體時，可以幫助自閉症個案運用其「轉換」的前額葉功能，將個案本身存在的經驗轉換成以治療師架構的「概念」進行重新解讀，這個就是認知彈性的介入，此外，大量地用視覺化處理一個負向的經驗，某個程度會中和全面負向的經驗感受，再加上大量地在團體中重述，也是非常良好的知覺重整。而團體中類比焦慮情緒是自己大腦中的一個感覺，而大腦中也還有其他部分，這樣的操作增加注意力當下的「廣度」，將各種不同事物同時擺放進去個案的工作記憶中，成功的注意力調整可以

幫助後面做轉移或策略運用時可以更成功。

四、 建議事項

從這次到 MIND institute 進修時，比對美國當前服務模式跟台灣的臨床情現實，有幾點我認為值得台灣努力嘗試效仿或反思。

第一是關於心理衡鑑的可用工具方面，美國畢竟是心理衡鑑工具的主要輸出國家，在當地有非常多可用且優良的衡鑑工具，但幾乎都少有繁體中文和台灣本土常模的建立，像是魏氏簡版智力測驗、考夫曼兒童智力測驗、記憶與學習的廣泛衡鑑(Wide Range Assessment of Memory and Learning)，以及史丹佛比奈智力量表等，許多工具在台灣並沒有建立信效度和本土常模，致使台灣的臨床心理師可運用於心理衡鑑的工具便變得更加地限制，但建立台灣有信效度的測驗需要投注的人力和金錢資源相當巨大，我認為在將來台灣提升心理健康必要選擇最必要和重要的項目，並以國家的高度角度贊助台灣的臨床心理學教授、與美國出版商磋商等方式來一步一步建構台灣可用的心理衡鑑工具，當前 ADOS-2 和 ADI-R 已由吳佑佑醫師取得翻譯資格，相信不久將有可用的中文版發行，另有幾項我認為台灣可以嘗試引進的，包括記憶與學習的廣泛衡鑑(Wide Range Assessment of Memory and Learning)、史丹佛比奈智力量表、發展性神經心理衡鑑第二版，以及德里斯—克普蘭執行功能系統等。

第二、專業人員的養成非常需要足夠而且正確的經驗，否則只會耽誤或誤導病人和家屬，像是臨床心理師要有資格能在醫院服務除了充足的臨床心理學知識以外，更要有足夠的臨床經驗，這些經驗包括觀察跟診、實際執行，以及臨床督導回饋等，督導過程中若能夠提供系統性且精準的回饋，那將幫助我們下一代的臨床心理師可以擁有更好的技術來提供服務，透過這次去學習進修，看見 MIND institute 提供非常足夠的空間和時間讓督導可以提供回饋和討論，而且從他們的診間中看到幾乎每一間門診都有單面鏡、可以轉角度且縮放鏡頭的攝影畫面至少兩台等，從這些設置中學習者可以有效地觀察和參與在臨床服務，反思回顧在臨床教師的角色中，我建議國家能夠幫助教學醫院建立良好的教學環境，特別是觀察室的完整設備。

第三，我認為關於有效的治療方面，治療的學習和專業人員養成需要非常多的經驗，這些經驗可能是一對一督導和實際執行等，在國內的許多督導學習過程中已培植許多優秀的臨床心理師，但在開始執業以後的繼續教育則比較倚靠醫事人員努力參與工作坊等，但對於直接的臨床實作或觀察則較少，此次前往 MIND institute 我就獲得了許多直接參與和督導討論學習的機會，比起聽課較被動的學習，我發現這樣的學習獲益甚多，若是能夠資助並培植更多臨床心理師前往美國發展優良的機構進行學習，相信可以提升更多的臨床心理師的專業技能。

第四、針對疫情下的發展出來的工具 BOSA 和 TELE-ASD-PEDS 都非常的實用且有系統，在將來若疫情在起時，期盼在整個系統上可以配置更完整，在 MIND institute 在進行遠距醫療時是由資訊部門建構好通訊方式，並整合在整個 EMR 系統，讓通訊可以直接連結到掛號和報到系統，以利臨床工作人員可以透過 EMR 系統進入到通訊通話，並進行後續的門診和相關業務使用，建議可以整併通訊和門診 EMR，好讓整體服務可以更順暢。

第五、在 MIND institute 中的研究人員和臨床人員有較明確的區分，包括連環境配置上也提供給研究人員專門的報到櫃台、門診空間、獨立的收測測驗工具等，建議將來在整合臨床和研究時，仍須建構較明確的專責人員和專門空間，相信能提升更高質量的研究環境和成果。