

認識及幫助 有精神病患的學生

教師資源手冊



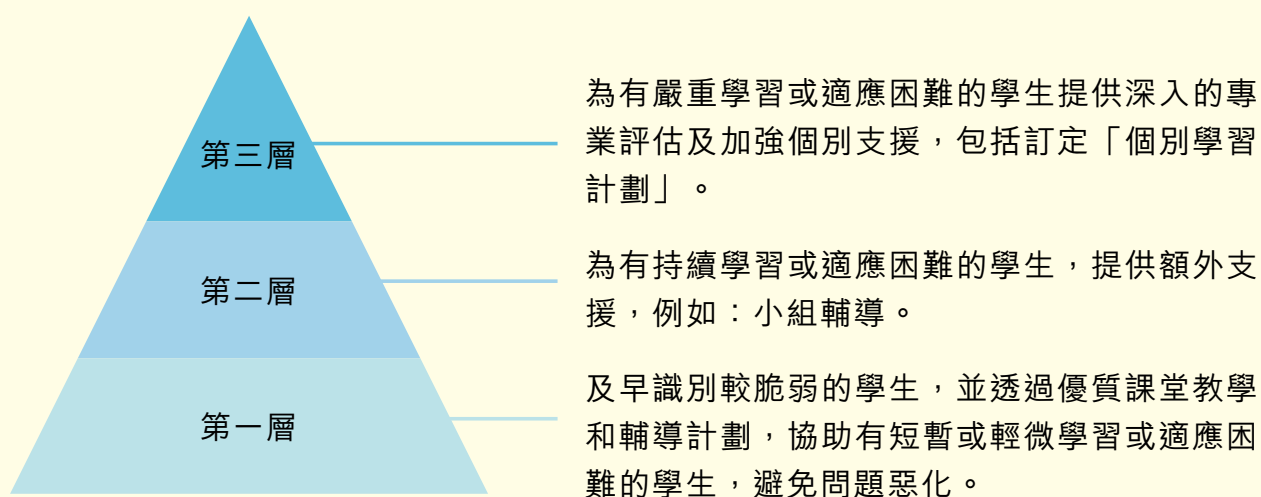
教育局

醫院管理局「兒童及青少年精神健康社區支援計劃」及「思覺失調服務計劃」

聯合編寫

精神病的類別繁多，表徵各有不同，出現的問題亦各異，可包括精神狀態、思維、社交、情緒、行為等方面。有精神病患的學生需要醫護專業人員的診治，他們通常會由精神科醫生診斷，臨床心理學家、精神科護士或醫務社工等跟進。學校的角色是因應這些學生的需要，並配合醫護治療和康復的要求，在校內作出支援。學校應採用「全校參與」模式，營造一個關愛、友善的學習環境，加強學生的精神健康和抗逆力，並向所有教師和學生推廣精神健康教育，包括正確的知識、態度和行為，以減低導致學生抗拒求助的負面標籤。同時，學校亦可協助識別有需要的學生及支援有精神病患的學生適應校園生活，並確保他們得到適時及適切的精神健康支援服務。

我們鼓勵學校建立分層架構，透過三層支援模式促進學生的精神健康及支援有精神健康需要的學生：



一般來說，教師若懷疑學生有精神健康問題，需要專業評估或諮詢服務，可透過學校的專業人員（例如：社工）與有關學生和家長溝通，並在有需要時，轉介學生接受相關的專業支援服務。本手冊就兒童及青少年的不同精神病患提供基本知識、教學原則和處理的方法，目的在於加強教師對有精神病患的學生的認識和關注，以便及早識別有需要的學生，給予適切的支援和輔導，以促進他們康復的進程。此外，教育局在《學校行政手冊》中備有「學校如何幫助有精神健康問題的學生」指引及製作了《全校參與模式融合教育運作指南》，供學校參考。教師可參考上述有關資料，制訂合適的支援措施及策略，幫助有精神病患的學生。

目錄

前言

第一章 認識精神病

1.1 有關精神病的謬誤與事實	1
1.2 精神病的定義	2
1.3 精神病的成因	2
1.4 兒童及青少年階段的精神病類別	2

第二章 支援有精神病患的學生的一般原則及策略

2.1 及早識別有精神健康問題的學生	3
2.2 有精神病患的學生在適應校園生活上的困難	4
2.3 訂定合適和有效的支援策略	5
2.4 停課及復課安排	8
2.5 與有精神病患的學生溝通相處的原則	10
2.6 危機處理	11

第三章 抑鬱症 — 與抑鬱症的學生同行

3.1 甚麼是抑鬱症？	13
3.2 抑鬱症的成因	15
3.3 治療抑鬱症的方法	15
3.3.1 心理治療	
3.3.2 藥物治療	
3.3.3 合併治療	
3.4 在學校幫助患有抑鬱症的學生的策略	17
3.4.1 抑鬱症如何影響學生的學校表現？	
3.4.2 在學校支援患有抑鬱症的學生的策略和注意事項	
3.5 個案分享	18

第四章 焦慮症 — 與焦慮症的學生同行

4.1 甚麼是焦慮症？	23
4.2 兒童及青少年階段常見的焦慮症類別	24
4.3 焦慮症的成因	24

4.4 治療焦慮症的方法	25
4.4.1 心理治療	
4.4.2 藥物治療	
4.4.3 合併治療	
4.5 在學校幫助患有焦慮症的學生的策略	26
4.5.1 焦慮症如何影響學生的學校表現？	
4.5.2 在學校支援患有焦慮症的學生的策略和注意事項	
4.6 個案分享	29

第五章 思覺失調 — 與思覺失調的學生同行

5.1 甚麼是思覺失調？	34
5.2 思覺失調的成因	35
5.3 治療思覺失調的方法	36
5.3.1 藥物治療	
5.3.2 心理治療	
5.3.3 合併治療	
5.4 在學校幫助患有思覺失調的學生的策略	37
5.4.1 思覺失調如何影響學生的學校表現？	
5.4.2 在學校支援患有思覺失調的學生的策略和注意事項	
5.5 個案分享	41

結語

附錄及參考資料

附錄

附錄一：支援有精神病患的學生的策略舉隅	45
附錄二：評估復課學生的支援需要	48
附錄三：抑鬱症	50
附錄四：焦慮症	51
附錄五：思覺失調	52
附錄六：相關資源和服務	53

參考資料

55

第一章

第一章 認識精神病

1.1 有關精神病的謬誤與事實



• 一個人如出現強烈的情緒波動就可能是患上精神病？

一般人在面對一些困難的處境時（例如：親友離世、考試在即、適應新環境）出現暴躁、反叛、易哭或情緒波動等，屬常見的壓力反應。大部分人在危機過去後，情況都會穩定下來。但如這些情況持續，並影響到日常生活，如工作、學習、社交及自我照顧能力等，則有需要尋求輔導或其他相關專業的意見。

• 精神病是無法預防的？

部分精神病 (如抑鬱症或焦慮症) 可透過健康的生活方式及運用有效的情緒管理方法減低發病風險。但精神病的成因複雜，暫時仍未有方法可完全預防。然而，一般精神病患者在病發前會出現先兆或徵狀，例如情緒持續低落、胃口欠佳、長期失眠、疏於自理、作輕率或不設實際的決定等。如能及早察覺病發的早期症狀並適當地介入，便可避免病情惡化，減少患病對生活的影響和增加康復的機會。

• 精神病永不會康復？

大部分患者如能及早察覺病發的早期徵狀並適時接受藥物及心理治療，一般都能穩定病情，逐漸康復及恢復正常的生活。但康復過程因人而異，有些症狀可以在短時間內完全消失，有些症狀則可能持續一段時間，甚至出現重覆病發的現象，以致治療及康復期較長。在適當的治療下，大部分精神病患者的症狀會逐漸減退，所需要的支援在不同階段也會有所不同。

• 一般人無法協助精神病患者康復？

精神病患者需要醫護專業人員的治療以得到康復。但在治療及康復期間，除了患者個人的努力外，身邊人（如家人、教師及朋友等）的關懷、支持、體諒和接納，亦有助促進康復的進程。由於精神病的種類繁多，其病徵及治療方法不一，對患者日常生活的影響也有所不同，我們需增加對精神病的了解及認識，以更有效支援及接納受精神病患影響的人士。



1.2 精神病的定義



• 甚麼是精神健康？

根據世界衛生組織的定義，精神健康屬個人整體健康的一部分，與我們的生理健康及行為息息相關。因此，精神健康不應只被界定為有否患上精神病。精神健康的人可適應一般的環境改變和應付逆境，他們懂得肯定自己的能力，在工作崗位中有效地工作並感到充實及滿足。

• 甚麼是精神病？

精神病是疾病的一種，有精神病患的人可能出現各種病徵，包括認知功能、思想、情緒、感知、行為、生理功能的異常，影響一個人在生活上各方面包括學習或工作以及社交的表現。根據世界衛生組織（2005）的資料，全球約有兩成的兒童及青少年出現精神病患的徵狀，而當中約4—6%的患者需要專業臨床治療。



1.3 精神病的成因

精神病是疾病的一種，其成因涉及不同層面，包括生理、心理和社會因素等。生理因素包括遺傳、長期病患、腦部感染或受創，酒精或藥物影響，甲狀腺分泌失調等。心理因素包括個性敏感、看待自己和周遭世界的方式有偏差、解難能力較弱等。社會因素包括家庭不和、管教不當、朋輩欺凌、自我要求過高等。每個精神病的患者的危險因素¹和保護因素²不盡相同，因此，在制定每位患者的治療計劃和支援策略時，需要考慮以上不同的因素。在個案分享的章節將會闡述各種因素如何影響不同患者。

1.4 兒童及青少年階段的精神病類別

精神病的種類繁多，在兒童及青少年階段出現的精神病包括焦慮症、抑鬱症和強迫症等，當中有較嚴重的精神病，如思覺失調及鬱躁症等，其病徵一般較為持續、影響範圍較廣。



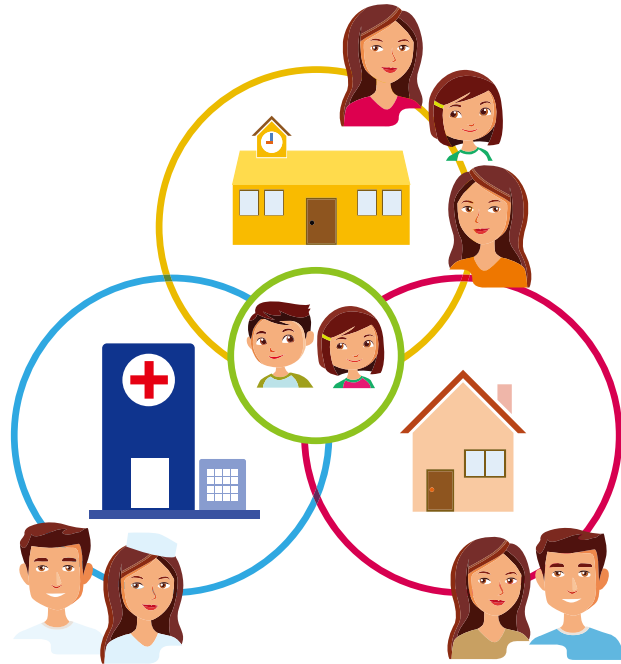
¹ 「危險因素」(Risk Factors)指在生理或環境方面有可能增加個人患精神病風險的因素。

² 「保護因素」(Protective Factors)指有可能發揮保護作用、提升抗逆力和減低個人患精神病風險的因素。

第二章

第二章 支援有精神病患的學生的一般原則及策略

有精神病患的學生需要醫護專業人員的診治，他們通常會由精神科醫生診斷，臨床心理學家、精神科護士或醫務社工等跟進。學校的角色是因應這些學生的需要，並配合醫護治療和康復的要求，協助患病學生適應校園生活。大部份的精神病都可以透過適當的治療得到康復，而學校的配合和支援是十分重要的。



2.1 及早識別有精神健康問題的學生

學校應以「及早識別、及早支援」為目標，幫助有精神健康問題的學生。為及早識別有精神健康問題的學生，學校需與家長緊密溝通，鼓勵他們提供學生的健康狀況，務求盡早介入及給予支援。同時，教師需觀察學生的日常行為表現，並留意以下表徵，例如：

- 成績下滑，與該學生一貫的表現不一樣
- 長期或頻密缺課
- 不能集中完成功課及日常事務
- 持續一段時間出現行為和/或情緒問題
- 長期感到疲乏和倦怠
- 情緒容易失控
- 表現畏縮、難與朋輩相處
- 被朋輩孤立

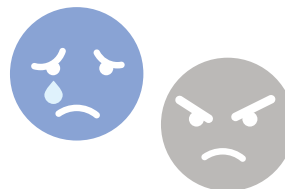
因每位學生呈現的表徵存在個別差異，教師需掌握學生的日常行為及特質，幫助自己更容易察覺學生的轉變。教師如懷疑學生有精神健康問題，需要評估或諮詢服務，可按需要轉介學生接受適當的專業支援服務。

2.2 有精神病患的學生在適應校園生活上的困難

(1) 精神狀態

部分患病學生可能受病情或藥物的副作用影響而容易出現疲倦、渴睡、眼花、頭暈、行動緩慢、坐立不安等情況，以致他們在學校的表現有可能受到影響，例如：

- 不願起牀上學或經常遲到
- 經常因覆診或身體不適而請假
- 難以完成或準時繳交功課
- 較難專注課堂學習或活動
- 情緒不穩定



(2) 溝通和社交關係

部分患病學生可能出現一些症狀，例如：反應緩慢、變得沉默寡言、對他人的反應比較敏感等。這些轉變可能會影響他們與同學或學校人員的溝通和相處。同時，有些同學因不理解患病學生的情況，對他們的行為和態度產生誤解，例如：

- 不明白患病學生的症狀及藥物的副作用，例如：疲倦、渴睡而取笑他；
- 認為患病學生會阻礙課堂的學習進度而不喜歡他；
- 因患病學生出現的一些症狀，例如：反應比較敏感、緩慢而疏遠他；
- 擔心刺激患病學生而避免與他接觸。

患病學生可能會因此感到焦慮或情緒低落，進一步阻礙他們與人溝通和建立社交關係。

(3) 認知功能

部分有精神病患的學生的認知功能也可能會受到症狀或藥物的副作用影響，當中包括處理訊息速度 (processing speed)、注意力 (attention)、工作記憶 (working memory)、計劃及組織 (planning and organization)、語言流暢度 (verbal fluency)、語言學習/記憶 (verbal learning/ memory) 及視覺記憶 (visual memory) 等，因而阻礙他們學習的進度。

第二章

2.3 訂定合適和有效的支援策略

精神病的症狀各有不同，有些較輕微及短暫，有些則較嚴重及持續。當家長作出要求，並在家長書面同意之下，學校可就醫生處方有關學生服用藥物事宜，作出協助和合適的安排。若學生因病情出現適應上的困難，甚至影響康復，學校應考慮提供支援和調適安排，以包容及耐心的態度，協助減輕壓力源頭，幫助學生重建自信心及增強適應技巧，克服過渡性質的困難。此外，學校可從以下三方面訂定合適和有效的支援策略：



(1) 協助學生重新建立有規律的校園生活

維持恆常的校園生活可幫助患病學生重建健康而規律的生活模式及節奏，而校內的正面經驗亦有利他們的康復進度。學校需訂立清晰及合理的期望。於康復初期，學校可儘量減輕學生的壓力，但可按學生的病情進展和適應情況逐步調節要求。學校可考慮學生患病前的能力及現況，作出相應的調適，協助學生重新適應校園生活。如情況許可，可考慮與學生共同商議有關安排，以提升其參與及投入感。以下為一些調適校園生活常規的例子，供學校參考之用。

上課時間方面

- 彈性安排學生的常規（例如：上學時間/另設上課時間表）
- 彈性處理遲到/缺席問題
- 當學生感到十分緊張和壓迫時，提供一個安全、寧靜的地方讓他稍作休息，減少受到刺激的機會
- 安排學校人員在有需要時帶學生離開課室，到休息室休息

班房及課堂管理方面

- 特別座位安排，包括班房及特別室（例如：安排適當的朋輩坐在旁邊）
- 訂立清晰的課堂流程，讓學生能預計自己將會做甚麼
- 容許學生按能力及狀態參與，避免令學生承受太大壓力
- 多給予正面回饋及鼓勵

課堂常規及自理方面

- 協助學生記錄當天的家課安排
- 協助學生運用文件夾，以收集及整理筆記
- 協助學生運用工作日程簿或日曆，寫下完成功課的期限或出席活動的日子
- 協助學生運用告示貼記下需要做的事情/預備的物品，並貼在當眼位置，例如：桌面、手冊等

- 轉堂前，提示學生預備下一堂所需的課本；放學前，提示學生執拾和檢查需帶回家的書本及筆記

小息及午膳安排方面

- 留意學生是否需要額外的照顧，如有需要可安排地方讓他休息
- 如學生的健康狀況許可，安排學生與其他師生完成簡單班務（例如：協助整理圖書、壁報設計等），讓學生體會自己的能力和價值，逐步融入校園生活

課外活動方面

- 安排合適的課外活動，以提升學生的自信心和能力感

(2) 協助學生融入師生及朋輩之間的相處和溝通

有精神病患的學生在康復過程中十分需要身邊的人(包括師長和朋輩)的接納和支持，學校可以為學生營造一個關愛和友善的學習環境，讓他們感到安全和被關懷，幫助他們儘快融入校園生活。

教師可主動接觸學生，表達關心，建立互信的關係，令學生在有需要時較願意尋求協助。但注意不要以太高調的形式表達關心，也要避免過分遷就或保護。在日常的接觸中，以簡單直接的語氣與學生溝通，聆聽及給予鼓勵，欣賞並指出他們進步的地方，或寫下一些鼓勵的字句，讓他們感到被關心。就教師與學生的溝通原則，可參考本手冊第二章（2.4部分）。

教師可為學生配對一些有自信而樂於助人的朋輩，以便在上課時給予學習或情緒上的支援，並鼓勵朋輩間互相支持及包容，從而協助患病學生建立社交圈子。

教師亦應觀察學生之間的相處，如有需要時，協助或指導學生之間應有的相處技巧和態度。

第二章

(3) 協助學生參與學習活動

患病學生的認知功能有機會受病情或藥物的副作用影響，以致在康復過程中學習能力不及從前，他們在學習上可能遇到的困難包括：

處理訊息速度	需要較長時間處理訊息，以致工作效率較慢
注意力	難以專注聽課或完成課業，也較難長時間集中精神
工作記憶	難以提取或儲存記憶中相關的資訊，經常遺忘指示，或難以跟從較複雜的指令
計劃及組織	難以有系統地應付學習上的要求，例如：在整理筆記和個人物品、計劃完成課業和編配溫習時間等方面出現困難
語言流暢度	語言表達和溝通方面出現困難，較難檢索和處理有關語言方面的資料，或以語言清晰的表達意見
語言學習/記憶	較難組織及記住透過語言傳遞的訊息
視覺記憶	文字和圖像方面的記憶力較差，容易忘記剛接觸過的視覺資訊

教師需包容學生受病情影響所帶來的認知困難，並透過調節教學策略，協助學生參與課堂，同時按學生需要給予調適。以下為一些調節教與學的策略和功課/考試調適的例子，供學校參考之用。

學習活動

支援和調適

(1) 課堂上的學習活動

(a) 授課及講解



- 運用多元化的教學技巧（例如：示範、討論）和互動的課堂活動，協助學生從實際經驗中學習
- 預先提供課堂的學習資料，例如：給予學生課本章節的學習重點
- 為學生預備筆記，以減少學生抄寫的需要，並減輕學生在記憶、專注及組織上的負荷
- 為學生預備教材/工作紙，幫助組織資料，例如：視覺組織圖、寫作框等
- 在課堂中給予小休
- 教導學生運用組織及記憶方法（例如：腦圖、表格）
- 給予簡短的指示，在有需要時重覆指示或給予口頭或視覺提示
- 教學調適，例如：內容深淺程度、施教的先後次序
- 容許學生在課堂內使用額外的學習工具，例如：錄音筆、計時器等

(b) 堂課	<ul style="list-style-type: none"> • 透過示範或指導，協助學生開展工作 • 將工作分拆成較細小部分 • 給予額外提示，例如：提示學生可參考書本上的某個章節/部分、提供數學算式或給予例題 • 提示學生分配及善用時間，如有需要，可容許學生運用計時器 • 以單面列印筆記及工作紙，讓學生可同時參考筆記及答題
(c) 提問	<ul style="list-style-type: none"> • 按學生的能力，提問是非題或開放式問題 • 提問前先給予預告，讓學生有充足的思考時間 • 容許學生以非語言方式回應提問，例如：點頭/搖頭，或到黑板指出/寫出答案 • 給予學生充足時間、指示或選項，以協助學生作出回應
(d) 小組討論	<ul style="list-style-type: none"> • 安排合適的同學與學生同組討論 • 按照學生的能力及狀態，協助學生在小組中參與討論
(e) 進行寫作練習	<ul style="list-style-type: none"> • 給予寫作大綱或框架，協助學生構思段落內容，並提供相關詞彙作提示 • 按學生能力，可減少字數要求
(2) 功課安排	<ul style="list-style-type: none"> • 提供功課調適，儘可能減輕學生的功課壓力，例如：減少功課量或抄寫量、調節深淺程度、延長遞交期限或彈性處理交功課的日期等 • 容許多元化的作答方式，例如：口頭匯報代替文字報告
(3) 考試安排	<ul style="list-style-type: none"> • 按學生的需要及專業人員的建議提供特別考試安排，例如：安排監考員提醒學生專注作答、安排在特別室進行測考、特別座位安排等

2.4 停課及復課安排

部分有精神病患的學生會因病停學，留院或在家中休息，他們容易在這階段因缺乏精神寄託而失去生活動力。因此，學校可在停課期間提供支援，讓學生感到被關懷。當諮詢醫護專業人員的意見後，認為學生的情況穩定，學校應鼓勵他重返校園。學校能提供一個促進康復的環境，讓學生獲得社交支援，並維持有規律的校園生活。



(1) 停課期間的支援

教師可在停課期間適時給予關懷及支持，例如：與社工配合，透過電話、家訪等與學生保持聯繫。教師可鼓勵學生保持穩定、健康的生活模式、多做自喜歡的事情，引導學生分享感受。

第二章

此外，教師可鼓勵較要好的同學與學生保持聯繫，表達關心（例如：寫心意卡），建立朋輩支援網絡。

(2) 復課前的準備

學校可因應學生的病情進展和個別情況，與專業人員、家長及患病學生共同訂定合適的復課時間。考慮的因素包括：

- 學生的病情（包括醫護人員就病情與藥物的副作用等方面提供的意見）
- 學生的心理狀況（包括應付學習要求及處理症狀的信心）
- 學校/家庭的支援（包括學校因應學生需要提供的調適及家長可給予的配合和支援）

正式復課前，教師可預先告知學生有關學校的近況，給予學生固定及可預計的日常活動程序和時間表，為其復課作準備。為協助學生面對其他同學的各種反應，教師一方面可在復課前給其他同學足夠的心理準備，並教導他們尊重別人的私隱，同時亦需與患病學生商討如何回應同學的關心及慰問，例如：「多謝關心，之前覺得不適，現在好多了」，以增加他們的安全感。

(3) 復課後的協助

復課後，學生宜儘量維持有規律的學校生活，學校可安排適當的情境讓學生重新與同學及師長接觸，建立正常的社交生活。但若康復中的學生因病情與藥物副作用而影響其適應情況，學校應按其需要，在日常流程和活動上作彈性安排，待學生逐步適應後才調節要求。

學校可參考以下各項因素，以訂定學生在日常流程和參與活動上的彈性安排：

上課/活動時間方面



- 學生服藥後哪些時段會特別疲倦？
- 學生在哪些課堂較感吃力？哪些較有興趣？
- 學生是否需要循序漸進地適應正常的上課時間（例如：容許學生先上半天的課節，待適應病情後再逐步上整天的課節，或先參與較有信心的課堂，待適應後才參與其他）？
- 如學校有特別活動（例如：運動會、旅行）時，可鼓勵學生參加，但亦需考慮學生的病情、精神狀態、其個人及家長的意願等因素，決定是否需要給予彈性的安排。如決定學生參與活動，學校需於事前考慮是否需要與有關方面協調以及學生當天是否需要額外的支援。

休息時間方面



- 學生是否難以專注上課而需要為他安排休息時段？
- 學生會否突然感到十分緊張和不安而需要為他安排寧靜和安全的處理情緒的地方？
- 小息或午膳時，學生是否需要額外的照顧，例如：安排特別的活動或休息的地方？

課室內的安排方面



- 學生是否需要較寧靜的座位，減少不必要的騷擾？
- 學生是否需要坐近教師，以便教師給予支援？
- 學生是否需要坐近某些同學，令他較有安全感或較易得到協助？

復課後，學校可按學生病情進展、需要及意願，給予適切的支援及調適。有關的支援及調適策略可參考第二章（2.3.4部分）。

2.5 與有精神病患的學生溝通相處的原則

教師與患病學生溝通時，應著重向學生表示關懷和理解，避免向學生作出批評及質疑。教師可參考以下的溝通原則：

(1) 持非批判的態度

教師應嘗試理解並接納學生因病所帶來的困難和感受。傾談過程中避免令學生感到被質疑或受批判，亦不宜與學生爭辯。

(2) 接納

與患病學生交談時，即使教師未必能完全認同或體會到學生的經歷，亦應嘗試明白學生的症狀和心路歷程，並理解他們的行為表現（例如：學習上較為被動、情緒容易波動）是可能受病情所影響。教師可透過說話和非語言溝通（例如：聲線、面部動作、眼神、身體姿勢等），讓學生感到被接納和支持。

教師與學生溝通時，除了留意回應的言詞的使用外，亦應注意自己的非語言表達。良好的非語言技巧包括：

- 坐在對方旁邊或保持一個讓對方感到舒適的距離
- 自然開放的姿勢，切忌雙手在胸前交疊
- 保持自然的眼神接觸，不要盯著對方，亦不需要避開對方的視線

(3) 細心聆聽，反映感受

部分患病學生的語言表達能力受病情影響，未能流暢或清晰地表達自己。在聆聽學生的分享時，應保持耐性，避免打斷對方的說話。教師可因應學生表達的內容，反映他的感受，以確保準確理解他的意思，同時讓他感到被接納。

例子：

1. 「你忘記預備食材，未能與同學一起參與家政堂，似乎有點失望。」
2. 「你付出了不少時間練習，所以在運動會中取得很好的成績，你感到很開心。」

(4) 同理心

在與患病學生交談時，教師應保持客觀態度，設身處地從他們的角度理解他的想法和感受，例如：「如果換了我是你，也許都會覺得很困難、很無助」。

第二章

(5) 鼓勵學生尋求協助

如教師在日常觀察中留意到一些學生需要進一步協助及跟進，可鼓勵學生與相關人員（例如：輔導人員、學校社工）見面，並透過面見了解學生的精神狀態，學校社工或輔導人員可按需要再作適當轉介，及與學校商討支援策略。

除了以上的基本原則外，如學生向教師談及其幻聽或妄想，教師可參考第五章（5.4.2部分(2)）作回應。

2.6 危機處理

有精神病患的學生受到病情的影響，有機會出現傷害自己或他人的行為。雖然這種情況並不常見，但一旦出現，學校需要作出即時處理，以確保校內師生的安全，並尋求緊急支援服務。

2.6.1 處理學生病發時的不穩定狀態

若發現患病學生精神情緒狀態不穩，甚至出現妄想、幻覺、語無倫次、自言自語、行為怪異、想法脫離現實等不尋常情況時，在場人士應保持冷靜，嘗試穩定有關學生的情緒，並小心分析當時的情況。學校應儘快與家長聯絡，建議學生入院接受診治；如學生有醫護團隊的個案經理跟進，應儘快與其聯絡，尋求專業意見及支援。若學生出現傷害自己或別人的行為，或需要即時支援，學校應立即採取適當行動，包括尋求警方協助，以保障學生及其他人的安全。有關詳情亦可參考《學校行政手冊》第三章（3.4.2及3.7.1部分）。

2.6.2 處理自殺危機

當教師察覺到學生有尋死的念頭或自殺的訊號時，切勿掉以輕心，應耐心聆聽他們的心聲。同時，以尊重及關心的態度向學生解釋向相關人士披露其自殺念頭的重要性，再與家長及學校社工保持緊密聯繫。如學生已有醫護團隊的支援，亦應聯絡相關醫護人員尋求意見及協助。

有關識別及支援有自殺風險的學生，教師可參考《識別、支援及轉介有自殺行為的學生：學校資源手冊》(2017)。當中內容包括有關自殺警號、自殺先兆及處理有自殺行為的學生的知識及技巧，及有關如何回應學生自殺行為的實用建議。此手冊可於以下連結下載：http://www.edb.gov.hk/attachment/tc/student-parents/crisis-management/about-crisis-management/Resource_Handbook_for_Schools_tc.pdf

2.6.3 處理傷害他人的危機

(1) 評估風險



精神病患者出現暴力行為的情況不常見，即使有幻覺和妄想，也不等於會有暴力行為。而患者病情受控時，傷害他人的風險會大大減低，因此，教師無需對此過分憂慮。但若需要評估患病學生使用暴力的風險，教師可觀察以下的行為徵兆，如徵兆愈多，便須加倍注意，避免進一步刺激患病學生的情緒：

- 情緒激動、坐立不安
- 說出恐嚇的言詞
- 大叫大嚷
- 揮動拳頭或雙手
- 拍擲物件

(2) 處理策略



如發現患病學生有傷害他人的意圖及行為時，可考慮以下的處理原則：

- 以團隊形式共同處理；
- 設法聯絡熟悉學生的醫療團隊或合適的學校人員尋求協助；
- 運用緩和技巧，安撫患病學生及其他有關人士的情緒；
- 危機過後，跟進及輔導受影響的師生，減少別人對患病學生的誤解。

(3) 緩和技巧



學生情緒不穩時，若適當地使用言語及非言語的溝通技巧，有助避免情緒進一步升溫，作出傷害自己或他人的行為。以下是緩和學生情緒時要注意的事項：

應該

- 保持冷靜；
- 傾談時，與涉事學生的眼神保持水平線；
- 說話語調宜溫和，音量和語速宜適中；
- 細心聆聽有關學生的說話，並表示願意與他一同解決問題；
- 直接給予學生指示，例如：「不要這樣做」、「站在那裡跟我說話」、「我在聽」；
- 若涉事學生出現傷害他人的行為，應疏散其他同學離開事發地點，並聯繫社工或其他教師，以作支援。

不應該

- 用責備的口吻，挑撥涉事學生的情緒；
- 表現出煩躁不安，或與涉事學生爭辯；
- 試圖搶奪其手上的物件武器；
- 提供手提電話，以免有關學生與可能令他情緒升溫的人士通話。

小結

以下章節中會介紹一些在兒童及青少年當中較常見或影響較為嚴重的精神病，包括抑鬱症、焦慮症及思覺失調，並在每一章加入個案分享部分，幫助教師理解患病學生的心路歷程，同時透個案剖析和有關康復歷程的解說，展示醫護專業人員、學校和家庭如何從多方面配合，協助學生克服困難，走上康復的道路。每個患病學生的情況都是獨特的，這些個案只供學校參考，有關個別患病學生的情況和實際的支援需要，應按需要諮詢相關的專業人員。

第三章

第三章 抑鬱症 — 與抑鬱症的學生同行

3.1 甚麼是抑鬱症？

抑鬱症是一種精神病，其核心的症狀是長期且持續地情緒低落、悶悶不樂或煩躁，並對大部分事情失去興趣或動力，而影響日常生活，如學業、人際關係或社交活動。較常見的抑鬱症症狀可見下表。部分較嚴重的患者會出現如妄想、幻覺等症狀。

情緒方面	生理方面	認知方面	行為方面
<ul style="list-style-type: none">• 情緒低落• 悶悶不樂• 煩躁	<ul style="list-style-type: none">• 精力不足、無精打采• 心神不寧• 失眠或渴睡• 食慾減低或暴食、體重失調• 身體不適，例如疼痛	<ul style="list-style-type: none">• 專注力下降• 難以做決定• 對個人、世界或未來的負面想法• 失去自信、容易內疚• 絕望感• 無助感• 失去控制感• 自殺念頭	<ul style="list-style-type: none">• 躁動不安或行動遲滯• 社交退縮• 不願參與日常的活動• 疏於自理、忽視個人儀容• 欠缺學習的動力 (例如：常欠功課、成績下滑)

認知、行為和情緒是息息相關的，而患有抑鬱症的人在認知、行為及情緒上都較為負面，在這三方面的相互影響下，有機會形成一個惡性循環，令負面情緒持續。

患者大部分時間會感到情緒低落，對於生活上的大小事情，他們較難保持客觀的看法。他們較易察覺、留意及記住不如意的事情，甚至只是事情的細節。他們未必能感受到其他人對自己的關心及重視，亦傾向忽視別人對自己的肯定或讚賞。久而久之，患者有機會產生慣性的負面看法，例如：「沒有人喜歡我」、「我不能夠做得好」等，而長期低落的情緒也會影響患者的飲食、睡眠和健康。



如何識別懷疑患上抑鬱症的學生？

每個人都會有感到傷心的時候，例如：被人責備，與人爭執，表現欠佳等，感到不快是自然、正常的情緒反應，尤其進入青春期的中學生情緒會較易波動。

學生出現個別徵狀不一定等於患上抑鬱症，但倘若學生的動力明顯下降，經常表現激動、急躁或悲哀，而這些情況持續超過兩星期時，教師應主動與學生詳談，關心他們的情況。教師宜從中了解學生是否長期處於情緒低落的狀態，對事物失去興趣，甚至影響日常生活、社交或學業成績。以上均可能是患上抑鬱症的先兆，教師可及早轉介學生接受適當的專業支援服務。

怎樣區分「情緒低落」和不同類別的「抑鬱症」？

每個人都會有感到傷心的時候，不快的情緒往往可以成為我們反思的機會，並推動我們尋求方法去處理難題或改善人際關係。「情緒低落」是正常的負面情緒，是每個人都一定經歷過的。這種負面情緒無論有多傷痛，都會隨著時間而淡化，或在找到有效的紓緩或解決方法後可以得到釋懷。

「抑鬱症」(Major Depressive Disorder) 的患者會持續地感到情緒低落(兒童及青少年或會感到煩躁)和對周遭事物失去興趣。它會影響患者的感受，思想和行為，並引致各種情緒及身體問題。患者對於自己、身邊的事物及將來較容易有負面的想法，進行日常活動亦有困難，甚至認為生活沒有意義，不值得生存。

持續型抑鬱症 (Persistent depressive disorder) / 輕鬱症 (Dysthymia) 的症狀比抑鬱症少，但症狀持續的時間長，通常為兩年或以上 (兒童及青少年通常為一年或以上)。這可能會影響患者的日常生活、人際關係、學校成績和工作表現等。



第三章

3.2 抑鬱症的成因

抑鬱症的成因複雜，大部分抑鬱症都是由於生理、心理及環境三者的因素相互影響而成的。

(1) 生理因素

- **腦部變化**：抑鬱症與腦部結構或運作異常有關。研究指出，兩種腦部傳遞訊息的化學物質—血清素和去甲腎上腺素與情緒的調控有莫大關係。當這些化學物質失衡，有可能導致抑鬱症。
- **家族遺傳**：抑鬱症在一些家庭中有遺傳的情況。研究發現抑鬱症患者的近親患此症的可能性相對較高，家族中愈多成員患有抑鬱症，其發病風險較高，發病年齡也愈早。若父母其中一人曾患嚴重抑鬱症，子女患上抑鬱症的風險會較一般人高八倍。然而，抑鬱症亦可出現於沒有相關家族史的人身上。
- **身體疾病**：一些疾病（如心臟病、癌症、荷爾蒙失調、甲狀腺分泌過低和紅斑狼瘡症等）和長期痛症（如關節炎等）可引發抑鬱症。此外，長期吸收由化學物質（如藥物和酒精）造成的毒性，亦有可能誘發抑鬱症的出現。

(2) 心理因素

- **性格因素**：性格上較容易緊張、固執、對別人的批評較為敏感、自信心較低、較悲觀及無法應付壓力的人，會較易患上抑鬱症。
- **思想模式**：傾向留意自身的負面情緒或習慣用負面角度思考的人，會較易患上抑鬱症。

(3) 環境因素

- **創傷及壓力**：成長過程曾承受傷痛經歷（例如遭受虐待），會增加抑鬱症的發病風險。此外，失去摯愛、人際關係出現問題、財政困難、以至其他生活上的轉變，都可能構成壓力，引發抑鬱症。
- **社交支援**：缺乏親友支援，經常獨處的人士較容易出現抑鬱。

3.3 治療抑鬱症的方法

3.3.1 心理治療

臨床研究顯示，「認知行為治療法」及「人際關係治療法」都能有效地幫助患上輕度至中度抑鬱症的兒童及青少年。「認知行為治療法」主要透過啟發患有抑鬱症的學生了解自己的情緒、身體反應、想法及行為的互動關係及影響；運用多角度思考模式及行為體驗，協助他們面對及處理困擾的難題，走出抑鬱的漩渦。「人際關係治療法」是其中一類對抑鬱症有效的療法，此療法針對患者的人際關係與其抑鬱症狀的連繫。治療目標是藉著幫助學生改善人際關係和溝通方式去減低抑鬱症狀。



3.3.2 藥物治療

有嚴重抑鬱的兒童及青少年，需接受精神科醫生的專業評估及治療，透過服用適當的抗抑鬱藥，紓緩情緒問題。抗抑鬱藥不只一種，醫生一般會根據病情、個人體質、藥物反應，甚至家族史等等的因素，找出療效最好兼且副作用最小的藥物治療（組合）。一般來說抗抑鬱藥都是安全的，但亦須留意副作用是否出現，病情有否反覆（包括有沒有自殺的念頭或行為），尤其在剛開始藥物不久及剛調節份量的時候，不要自行停藥或擅自更改劑量，要先請教醫生意見。剛開始服用抗抑鬱藥後，一般來說可能要等數星期藥物才開始發揮效用。抗抑鬱藥藉着改善神經網絡中腦遞質（如血清素和去甲腎上腺素）所影響的訊息傳導，促進腦源性神經營養因子的生成，從而修復情緒感知和管理調息的正常功能。待病情好轉並穩定下來後，醫生通常會建議繼續服用多六至十二個月該有效的劑量，以減低復發機會。

部分服用抗抑鬱藥的人士可能會出現若干副作用，例如感到腸胃不適、腹瀉、頭痛、夜汗、食欲不振。若果突然停藥，可能會出現情緒不穩、腸胃不適、失眠、暈眩，或一些仿似感冒的症狀，如頭痛、肌肉關節痛等。



3.3.3 合併治療

由於抑鬱症往往是因生理、心理及環境三者相互影響而成的，治療若能從多方面入手，成效最為顯著。

臨床研究顯示，患有抑鬱症的兒童及青少年若同時接受「認知行為治療法」或「人際關係治療法」及藥物治療，更能有效地幫助他們緩和抑鬱的感覺。

當學生接受以上的治療時，若能獲得家人的支持和鼓勵，配合學校適切的支援和調適，治療成效會更彰顯。對於某些學生，若其父母或家人能接受適當的輔導和支援，學生的抑鬱情況亦會因此有所改善。

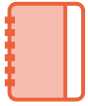


第三章

3.4 在學校幫助患有抑鬱症的學生的策略

3.4.1 抑鬱症如何影響學生的學校表現？

學習方面



部分有抑鬱症的學生受情緒或藥物副作用影響較難專注課堂學習或活動，他們也傾向懷疑自己的學習能力，做事欠缺動力，難以持續地去學習，因而影響其學習表現。因此，有抑鬱症的學生的學習表現往往會低於其實際能力的水準。

行為方面



有抑鬱症的學生有時會因受病情影響而欠缺動力、覺得疲累和專注力下降以致出現各種行為問題，例如：難以完成或準時繳交功課、難以起牀上學或經常遲到、或因需要覆診或身體不適需要經常請假。此外，部分患有抑鬱症的青少年，經常情緒不穩，但因情緒表達能力較弱，往往會以暴躁、反叛、甚至偏激的行為方式抒發負面情緒。

社交方面



有抑鬱症的學生對日常的社交活動失去興趣，或欠缺與人維繫友誼的動力。他們可能會因為易怒的情緒或因缺乏社交技巧而與人產生磨擦，甚至被排斥，令他們的無助感和抑鬱情緒增強，甚至會進一步孤立自己。

3.4.2 在學校支援患有抑鬱症的學生的策略和注意事項

學校支援有抑鬱症的學生應採用正面的方法，並儘量為他們減少不必要的壓力，在防止學生情緒問題惡化的同時，亦應以提升學生的能力感和自信心為目標。

(1) 避免負面的溝通方式

有抑鬱症的學生受負面情緒困擾，往往未能發揮自己的能力，做事力有不逮，如果以責備或懲罰的方式處理，不但不能有效改善其行為，提升他們改善的動力，反而令學生情緒更波動，增加他們的無力感和抑鬱情緒。學校可以為他們提供額外的幫助，以應付日常的挑戰。

(2) 調節要求

部分患有抑鬱症的學生會因欠缺動力、感到疲倦、記憶力及集中力下降等原因難以完成學習的項目。這是受病情或藥物影響，不是學生故意疏懶。因此，按他們的需要給予調適，可避免影響病情，甚至有利康復。一般來說，病發初期較需要彈性處理學習上的要求，當學生病情改善，可按學生的能力及家長意見逐步提升要求。但要注意並非每個患有抑鬱症的學生都需要調適安排，必需考慮學生的需要、意願及參考家長的意見，否則亦可能對其能力感或自信心產生負面的影響，反而阻礙他們康復的進度。對有抑鬱症的學生抱合適的期望，不但可減低他們被標籤的感受，更可提升他們改變的動力。

(3) 安排體驗成功的機會

鼓勵學生參與合乎其興趣及能力的活動，例如擔當某些職位、服務別人，可幫助他們減少把注意力集中在自己的情緒上，而且讓他們在活動中發揮潛能，獲得成功的經驗，有助提升他們的自信心和能力感。

支援有精神病患的學生的一般原則及策略亦適用於有抑鬱症的學生，詳情可參考第二章。

3.5 個案分享

個案一 — 雯雯的心路歷程

今年十二歲，就讀中一的雯雯，在校內常常希望給予別人活潑好動的印象。她樂於助人，甚至過分關顧和遷就別人，卻不懂得表達和照顧自己的需要。



從小時候開始，她父母的婚姻不愉快，媽媽終日鬱鬱寡歡。雯雯亦慣性抑制自己的情緒，以防影響媽媽。雯雯的情緒長期處於低落狀況，自小學六年班時便開始割手，以紓緩被抑壓的情緒。最近，她在校內常常表現得情緒低落、忤憎、失去學習動力，割手的情況亦更加嚴重。同班同學得知情況後，立即通知班主任。

學校得悉雯雯出現割手行為，即時作出介入。學校社工初步了解雯雯的背景及困擾後，欲轉介雯雯接受適當的專業評估及支援服務。雯雯初期表現抗拒。學校社工透過面談與雯雯慢慢建立互信關係，了解她的情況及困擾，減低雯雯對輔導工作及專業支援的抗拒，並協助她投入當中。

個案解說

危險因素

- 家庭關係不和睦，及媽媽鬱鬱寡歡的情緒；
- 雯雯自幼習慣抑制自己的情緒及過分關顧別人的感受；
- 雯雯欠缺有效的應對方法，以割手來達到短暫紓緩；
- 雯雯於升上中一後仍未完全適應新環境。

保護因素

- 學校的適切介入；
- 雯雯的同學關心她的情況；
- 父母雖然婚姻關係欠佳，但仍然很關心雯雯的需要，也樂意接受社工的意見。

康復的進程

當雯雯被確診患上抑鬱症後，除了社工提供輔導服務外，亦由臨床心理學家為雯雯提供心理治療。雯雯在接受心理治療後，情況逐漸好轉，她漸漸認識及接納自己的情緒，並學習解難及多角度思考。她亦慢慢掌握紓緩情緒的方法，割手或其他自我傷害的行為日漸減少。父母亦同意接受婚姻輔導。當父母減少磨擦，學生的抑鬱情況亦慢慢改善。

第三章

個案二 — 欣欣的心路歷程

今年十四歲，就讀中三的欣欣，自幼文靜有禮，成績一直名列前茅，是教師和父母心中的模範生。在小六應付呈分試時，欣欣已經常向媽媽訴說心情緊張，害怕因考試成績未能保持全級首十名而不能升讀心儀的中學。欣欣擔心考試表現失準以致浪費了整個小學生涯的努力，亦因此要付上沉重的代價。同時，爸爸經常在家庭聚會中表揚堂哥堂姐順利完成大學的榮譽，並表示其父母因此生活得豐足愉快。



縱然面對各種無形的壓力，欣欣仍能順利升讀心儀的中學。可惜，新生活卻並不如她想像中如意。同學之間多談學習少談心事，欣欣交心的朋友亦只得兩三人。即使欣欣每天和他們一起午膳和溫習，她依然覺得「三人行」當中，自己是多餘的一位，感到與朋友之間的關係並不穩定和親密。欣欣曾經向朋友傾訴關於家庭和學習的煩惱，但感到他們並不了解自己，甚至有被忽略的感覺。

升讀中二後，欣欣漸漸與一位友好的男同學由曖昧關係變為得疏離，而該男同學亦與她的好朋友高調拍拖。欣欣感到被出賣和利用。自此，她經常感到心情低落及疲憊不堪。欣欣在校內常獨自午膳，偶爾亦會哭泣，變得難以專注學習，成績明顯下滑。

在家中，欣欣常常感到疲累和頭痛。她只願獨留在睡房，甚少與家人交談。媽媽發現欣欣心情欠佳，懷疑她失戀，於是偷看她的電話訊息，更不時在欣欣面前批評她的好友。爸爸則經常埋怨欣欣的成績不及從前，令欣欣感到煩擾和不被理解。欣欣因為感到壓力大和情緒受到困擾，曾在社交媒體分享生活不如意，並有尋死的念頭。當其中一位同學知道後，立即鼓勵欣欣向學校社工傾訴。

當學校社工致電欣欣的媽媽時，媽媽只管投訴欣欣最近語氣態度差、忤憎和反叛，常獨自留在房間，並未有發現欣欣的情緒有異，更投訴欣欣不理解父母的艱難，也沒有認真努力學習。

個案解說

危險因素

- 欣欣脾性敏感內向，自我要求高，一直在意他人對自己的評價；
- 欣欣升中後與朋友關係不穩定，與友好男同學及好朋友關係破裂；
- 欣欣社交圈子狹窄不穩、與父母關係欠佳，欣欣在升中後並沒有得到穩定及安全的情感依附和體諒；
- 性格內斂的欣欣沒有及時主動尋求協助，欠缺有效的應對方法，只透過社交平台表達輕生念頭。

保護因素

- 欣欣的同學留意到她在社交平台的留言，並願意鼓勵欣欣向學校社工求助及傾訴；
- 欣欣的學習能力高，接受心理治療時很快便明白自己的人際關係與其抑鬱病徵的關聯，積極改善人際關係和溝通方式去減低抑鬱病徵；
- 雖然家長對欣欣的情緒困擾甚為不解，但在社工解釋後願意作出改變去幫助她。

康復的進程

學校與家長商議後，決定尋求適當的專業評估及支援服務，精神科醫生確診欣欣患上抑鬱症。欣欣除了接受藥物治療外，同時亦接受心理治療，學習人際溝通技巧及處理困擾她的人際關係。此外，教師與學校社工保持緊密聯繫，經常了解欣欣的狀況，並給予學習及情緒上的支援。

同時，父母與欣欣亦一起接受家庭輔導，父母漸漸明白如何與處於青春期的女兒相處。父母減少責罵及批評後，欣欣也比以前願意向父母傾訴。當欣欣與朋輩和家人的關係改善後，她的抑鬱情況隨之而好轉。

個案三 — 阿俊的心路歷程

今年十七歲，就讀中五的阿俊，自幼患上哮喘病。小學時期，媽媽對他呵護備至，常鼓勵阿俊用功讀書，而阿俊的成績亦非常優異。

媽媽擔心阿俊的身體情況，亦為免影響學業，甚少讓阿俊參與課外活動及與朋輩聚會。在阿俊就讀小六時，媽媽因病早逝，爸爸和阿俊都十分難過。



儘管阿俊的小六成績仍然優秀，為了方便照顧，爸爸為他選了在家附近一所較為普通的中學。阿俊因未能升讀自己心儀的中學而一直耿耿於懷。雖然如此，阿俊堅持努力學習，亦順利完成初中生活。升上中四後，班上的學習氣氛較為散漫，但阿俊依然對自己的學習滿有期望。他感到與同學格格不入，而班中亦有同學揶揄他「高材生」、「裝模作樣」，有時令他感到很難自處，他的成績亦逐漸轉差。

家庭方面，爸爸因為喪偶而出現抑鬱徵狀多年但卻沒有接受治療。為免爸爸觸景傷情，阿俊亦不會透露自己對媽媽的思念，父子甚少交談。當教師告知爸爸阿俊經常欠交功課後，爸爸嚴厲地責備阿俊。事後，阿俊認為爸爸只會批評自己，不信任他。阿俊變得更加沒有動力，明明想用心讀書，卻總是感到自己做不到或做得不夠好。每次教師追收功課，他便感到很困擾，認為教師不會接受自己的解釋，只會覺得他在逃避問題。

第三章

被追收功課時，阿俊往往感到很無助。他常常否定自己的能力，認為自己不能補回所有功課，繼而逃避上學。阿俊因為無故缺課及長期欠交功課，教師將個案轉介予學校社工，學校社工與學生面談後，發現學生有失眠的情況，學習的動力和自信心亦比中三時下降了很多。

個案解說

危險因素

- 阿俊自幼患上哮喘病，甚少參與社交活動，影響社交生活的建立；
- 媽媽早逝，阿俊和爸爸因此失去了重要的支持；
- 阿俊對自己的學業期望過高；
- 阿俊未能融入班中及處理同學對他的揶揄；
- 爸爸的批評和教師起初的不諒解使阿俊感到更大壓力；
- 阿俊對自己的否定也加強了他的負面情緒。

保護因素

- 爸爸和教師了解阿俊的情況後，表示接納和鼓勵；
- 阿俊願意續步地面對自己的問題和接受治療。

康復的進程

學校社工轉介學生尋求適當的專業評估及支援服務。阿俊被確診患上抑鬱症。經過臨床心理學家的治療後，阿俊的情緒得到紓緩，亦逐漸對低落情緒及負面想法有更多認識。他發現自己容易否定自己，加上教師和爸爸每天的催促和批評，加重了阿俊認為自己無用和無希望的想法。

治療過程中，阿俊明白抑鬱情緒對自己的學習、人際關係及自信心的影響。阿俊學習如何訂立小目標，讓他慢慢面對及解決自己的困難。當每次完成一個小目標時，阿俊均會感到自豪和滿足。

在校內，教師及社工鼓勵阿俊參加他有興趣的課外活動，藉此多接觸志趣相投的同學，鞏固社交支援網絡。教師在課餘時間亦多給予阿俊正面回饋，對阿俊在治療過程中所定下的小目標給予肯定。此外，社工教導阿俊處理同學之間的揶揄，班主任亦協調課堂的氣氛，教導同學之間互相尊重，協助阿俊融入同學的圈子。

後來，偶爾一次作堂上匯報後，英文老師讚阿俊表現冷靜，他對英文功課就積極多了。班主任和爸爸亦了解到阿俊受低落情緒影響，需要多些鼓勵，調節對他在學習上的期望，阿俊感到輕鬆後，再次認為自己有能力去處理功課，對學習慢慢恢復信心。

此外，爸爸亦同意接受適當的輔導和治療。父子亦一同接受哀傷輔導服務，以紓解他們多年的哀傷。在接受適當的個人和家庭的治療後，阿俊與爸爸的相處亦較愉快，情緒也日漸康復。



教師錦囊

綜合三個個案，教師可留意以下各點：

- 主動關心學生，了解學生的需要並留意學生在學習、情緒及行為的轉變。如有需要，可及早轉介學生接受適當的專業評估或提供尋求協助的途徑。
- 在學生接受治療時，教師可作出配合，在日常生活中給予機會，讓學生運用治療中所學的技巧。
- 在康復的過程中，給予學生時間及空間面對其困難及適應學校常規、功課要求等。
- 就學生付出的努力或進步，多給予學生正面回饋和肯定。
- 鼓勵學生參與學校舉辦的社交活動或小組，加強社交支援網絡。
- 留意同學之間的相處，協調課堂的氣氛，教導同學之間互相尊重，協助學生融入同學的圈子。
- 與學校社工、家長保持緊密聯繫。

第四章

第四章 焦慮症 — 與焦慮症的學生同行

4.1 甚麼是焦慮症？

焦慮是我們面對困難或危險時的一種正常的情緒反應，能幫助我們提高警覺和採取相應的行動。焦慮最主要的特徵是擔憂 — 重覆地想着可能出現的負面結果和威脅。當我們感到異常焦慮時，除了身體的反應外，我們的思想和行為也會受到影響，出現下列的各種症狀：

情緒方面	生理方面	認知方面	行為方面
<ul style="list-style-type: none">• 擔心• 緊張	<ul style="list-style-type: none">• 心跳加速• 呼吸短促• 肌肉繃緊• 頭痛• 腸胃不適• 睡眠問題	<ul style="list-style-type: none">• 難以集中精神• 記憶力下降• 追求完美	<ul style="list-style-type: none">• 坐立不安• 情緒容易暴躁• 逃避困難的事情• 懼怕失敗• 畏縮• 對一些小事的反應過敏

認知、行為及情緒是息息相關的，患有焦慮症的人往往傾向高估事情的危險程度，亦低估自己處理這些威脅的能力。在這些認知偏差下，他們傾向對一些狀況有消極的定論，於是容易感到焦慮或恐懼，出現急躁的情緒、反應過敏或逃避的行為，身體亦可能出現心跳加速或手心冒汗等壓力反應。在認知、行為、及情緒三方面的相互影響下，有機會形成一個惡性循環，令焦慮情緒持續。

如何識別懷疑患上焦慮症的學生？

每個人都會有擔心或感到緊張的時候，例如當我們作匯報、面對考試、結識新朋友時感到焦慮是正常的情緒反應。每個人對不同的人、事、物、情境的焦慮程度各異，倘若學生出現以下情況，教師便應加以留意：

1. 儘管困難或危險已過，學生仍持續出現擔心的狀態。例如學生於一星期前已完成小組匯報，現在仍感到十分焦慮。
2. 過分的焦慮嚴重影響日常生活，包括在學習、社交等。例如學生於一星期前已完成小組匯報，現在除了感到十分焦慮，亦有頭痛，肚痛等情況，並影響學習動機及進度。

學生出現個別徵狀不一定等於患上焦慮症，但倘若學生焦慮的程度趨向嚴重，而且情況持續了一段時間，並對日常的社交生活、個人健康或學習表現造成負面的影響，便可能是患上焦慮症的警號，需要身邊的家人、朋友、教師和專業人員的支援。

4.2 兒童及青少年階段常見的焦慮症類別

以下是一些兒童及青少年階段常見的焦慮症類別：

廣泛性焦慮症 (Generalized Anxiety Disorder)

患有廣泛性焦慮症的人對日常生活中的諸多人和事有過多和不受控制的擔憂。例如：他們可能會對學業成績、朋輩或師生關係、家庭、甚至有可能發生的意外和災難產生過分的憂慮。部分患者會先出現身體上的症狀，例如疲倦、頭痛、腸胃不適等，而且很多時會一個症狀紓緩後，另一個症狀又出現，像警號一樣響遍全身。病人有時忽略了這些症狀的根源可能是情緒問題。

社交焦慮症 / 社交恐懼症 (Social Anxiety Disorder / Social Phobia)

患有社交焦慮症的人會持續地對一種或多種社交情境（如在班上答問題或匯報時）感到焦慮或恐懼，並且對自己、他人及社交方面都抱有負面思想。他們經常感到在社交場合中被人注視，表現得十分退縮和恐懼，擔心自己的緊張症狀會被人發現，令別人對自己的印象大打折扣，甚至被嘲笑或譏諷。在社交場合中，患者往往不發一言，避免招來注意；面對別人時，也容易出現面紅耳熱和顫抖，漸漸逃避社交場合。

特殊恐懼症 (Specific Phobias)

患有特殊恐懼症的人對特定物件或情境會產生極端和不合理的恐懼，如動物、昆蟲、高處、黑暗等，他們通常會逃避這些事物和情境。以下是一些常見的恐懼：

- 動物（例如狗、昆蟲、蛇、老鼠）
- 自然環境（例如高度、水、黑暗）
- 情景（例如飛行、看牙醫、電梯）
- 身體（例如血液、嘔吐物、注射）

分離焦慮症 (Separation Anxiety Disorder)

患有分離焦慮症的兒童或青少年，當與父母或照顧者分離時，會表現出跟他們發展階段不相符且過度的焦慮。幼兒時出現對分離的焦慮是常見的，但如在學時期仍持續地出現嚴重的分離焦慮，便需要加多關注。他們會經常擔心失去父母或害怕父母受到傷害，可能因此會持續地不願意上學，或經常致電父母以求安心。

4.3 焦慮症的成因

焦慮症的成因因人而異，但通常與生理、心理及環境三者因素相互影響而成的。

(1) 生理因素

- **家族遺傳**：有證據顯示，基因對焦慮症有部分影響。相關家族史會增加個人患焦慮症的風險，亦即出現焦慮症的傾向可能在家族中遺傳。若父母或直系親屬曾患有焦慮症，該兒童或青少年患上焦慮症的機會亦會增加。
- **腦內化學物質失衡**：焦慮症可能與腦內一些神經傳遞物質的水平異常有關。

第四章

(2) 心理因素

- **創傷及壓力**：成長過程中的恐懼經歷或心理創傷（例如受到侵犯、摯愛去世）都有機會增加患病的風險。生活壓力（例如處理人際關係、應付學習要求等）亦可能會誘發焦慮症或令病情加劇。
- **性格因素**：害怕犯錯、比較敏感、容易煩躁不安的人較容易患上焦慮症。
- **思想模式**：偏向負面的思維模式及一些思想上的謬誤，例如完美主義思想、對學業或朋輩關係有過高期望、低估了自己應付焦慮的能力等，都會增加患上焦慮症的機會。

(3) 環境因素

- **管教方式**：若父母在生活上常常表現得擔心或不安，子女會觀察到他們的反應和情緒，在潛移默化下習染家長的焦慮情緒。此外，父母如過分保護、過分操控或經常作出批評，均會限制子女自主性和自我掌控能力的發展，令他們較易以焦慮的方式應對問題。此外，父母使用不一致的管教方式或抱有反覆無常的期望，會令子女覺得自己沒有能力準確地判斷身邊的人的反應，使無力感及焦慮情緒增強。
- **成長經歷**：當兒童或青少年感到害怕時，成人即時作出保護，並為他們解決所有困難；久而久之，會讓他們覺得自己沒有能力處理問題，因而不作嘗試或習慣以逃避的方法去面對困難。當兒童或青少年缺乏面對焦慮的經驗時，他們可能對引發焦慮的情境存有誤解，高估問題的嚴重性，減低了他們學習逐步面對及克服焦慮的信心。因此，身邊的人的過分保護會間接令兒童或青少年的逃避行為持續。

4.4 治療焦慮症的方法

4.4.1 心理治療

臨床研究顯示，「認知行為治療法」能有效地幫助患有焦慮症的兒童及青少年。此治療法主要是透過啟發學生了解自己的情緒、身體反應、想法及行為的互動關係及影響，嘗試用多角度思考模式及行為體驗，協助他們面對及處理困擾的難題，緩和焦慮的感覺。

4.4.2 藥物治療

受嚴重焦慮情緒困擾的兒童及青少年，需接受精神科醫生的專業評估及治療，透過服用適當的抗焦慮藥，紓緩情緒問題。抗焦慮的藥物及部分抗抑鬱藥可有效紓緩焦慮症的症狀，從而減輕患者的痛苦，並改善生活(包括學習，社交及工作)質素。然而，並非所有焦慮症的患者都一律需要接受藥物治療，精神科醫生會考慮病徵的類別、病情的嚴重程度、體質、是否有共病（意即同時出現的其他病患）等等的因素決定治療方法。某些特效藥物是需要根據醫生建議持續服用一段預設（和醫生商量）的時間，亦有一些是需要根據醫生建議需要時才服用的。



部分抗焦慮藥可能會引起若干副作用。由於抗焦慮藥只是一個統稱，不同種類的藥物可能引起的副作用亦有不同。苯二氮類藥物可導致昏睡、暈眩、警覺性下降及反應遲緩，如長時間服用的話可能會造成對該藥物的依賴；而有效舒緩焦慮症症狀的抗抑鬱藥亦有其副作用(有關抗抑鬱藥的副作用，可參考第三章（3.3.2部分））。

4.4.3 合併治療

由於焦慮症可能是與生理、心理及環境方面因素有關，治療若能從多方面入手，成效最為顯著。

臨床研究顯示，焦慮症患者若同時接受「認知行為治療法」及藥物治療，能更有效地幫助他們緩和焦慮的感覺。

當學生接受以上的治療時，若父母及家人能明白治療的理念並陪伴學生面對治療過程的挑戰，而學校亦能同時給予適切的調適和支援，治療成效將會更為顯著。對於某些學生，若其父母及家人能接受適當的輔導和支援（例如：夫婦相處之道、家庭關係），學生的焦慮情況亦會因此有所改善。



4.5 在學校幫助患有焦慮症的學生的策略

4.5.1 焦慮症如何影響學生的學校表現？

學習方面



嚴重的焦慮會令學生難以集中精神，在記憶、專注和組織方面出現困難，影響其學習的過程和表現。另外，焦慮的學生傾向對自己要求過高和過分追求完美，當學習出現困難時，他們會更擔心自己的表現，這樣的焦慮情緒會有機會形成一個惡性循環，進一步影響他們的專注和表現。由於害怕失敗和遇到尷尬的情況，他們會逃避困難，只選擇去做容易的事，在課堂中表現得被動和退縮。焦慮的學生容易給教師留下懶惰、欠缺學習動機或對學校生活不感興趣的印象。但事實上，大部分焦慮的學生都期望有良好的表現和參與學習活動。

社交方面



過度焦慮的學生會較容易對參與社交活動、認識新朋友、建立和維繫友誼及融入社交圈子感到困難。他們可能會因為缺乏社交技巧或擔心被別人拒絕而逃避與人交往。這些退縮的社交模式愈加發展便會愈牢固，妨礙他們在社交上得到別人的支持。

第四章

4.5.2 在學校支援患有焦慮症的學生的策略和注意事項

學校支援有焦慮症的學生需要循序漸進，不能期望一下子便成功幫助學生消除所有的焦慮，應以防止問題惡化，減輕焦慮對學生學習和社交表現的負面影響為目標。

(1) 課堂學與教的策略

焦慮的學生往往對自己的表現有過高的期望，同時，他們亦對自己的能力感到懷疑，於是擔憂會出現災難性的結果。教師應按學生的情況和能力調節期望。當學生表現未如理想時，避免批評其表現。另外，焦慮的學生常常擔心自己無法應付面前的工作，教師可以在學習活動上作出調適，增強學生的信心，減低焦慮帶來的影響。以下為一些課堂內的支援例子：

給予讚賞 - 接納錯誤是成長過程的一部分，沒有人需要做到「樣樣皆能」，即使學生的表現未如理想，教師亦可讚賞學生所付出的努力或其他正面行為及特質。

分拆工作 - 把工作細分為學生能應付的小部分，幫助他們逐步完成工作。

教導策略 - 教導學生一些幫助處理焦慮的簡單策略，例如運用提示咭提醒自己感到焦慮時可以做什麼或對自己說什麼，從而減輕焦慮的影響。

(2) 幫助學生適應校園生活

情緒方面



有焦慮症的學生可能也意識到自己的焦慮情緒是不合常理的，然而，教師應認真聆聽學生的分享，避免以批判態度或說教的方式回應學生的想法、行為和感受。教師亦要理解學生並非故意作出不當的行為，只是他們未能控制自己的焦慮情緒。以下為一些支援學生情緒方面的策略：

分析情緒 - 多觀察學生在甚麼時候、地方和情況出現焦慮情緒、行為和生理反應，以了解學生的困難。

避免批判 - 避免不自覺地說出一些否定學生焦慮情緒的說話，例如：「不用怕的，沒甚麼可怕！」或「你看，其他人都不怕，你也不用怕。」

給予空間 - 幫助學生意識到自己的情緒，並讓他有空間和時間調整自己的情緒，例如：「我知道現在的情況讓你感到擔憂和害怕，你可以安靜一下，深呼吸幫助自己平復情緒。」

自我肯定 - 焦慮會令學生過分尋求別人的肯定（例如：重覆地問別人自己是否做得好）。因此，不要過度地給予肯定，以免間接地助長了學生使用這種方法來處理焦慮。當學生一再問相同的問題時，可以反問他，鼓勵他自己回答（例如：「你認為自己的表現如何？」）。

鼓勵放鬆 - 發掘有助學生放鬆的活動（例如：協助班務、在圖書館工作等），適當時讓學生參與這些活動。

行為方面



當學生感到焦慮的時候，很多時會用逃避的方法避開他所恐懼的事物，如果未能明白學生的感受，強迫他面對恐懼的事物，會令學生的恐懼感加劇。相反，假如過分地遷就學生，他的逃避和退縮行為會持續增加。因此，教師需要循序漸進地鼓勵學生面對容易引起焦慮的情況。以下為一些支援原則供教師參考：

增加信心 - 在學生處理一項他憂慮的工作前，透過適度的練習或預演，增強他的自信心，減少不安。

訂立目標 - 訂立合理的期望，調節難度。目標無須是立即移除學生所有焦慮感，而是把焦慮逐步降至受控制的水平。

循序漸進 - 讓學生逐步地接觸令他害怕的環境或事物，並讚賞他勇敢面對的行為。

方法一致 - 以一致的態度處理學生的焦慮問題，因為反覆無常的處理方法容易增加學生的焦慮。

避免逃避 - 不要因為學生恐懼而容許他避開所有焦慮的情況。

鼓勵面對 - 不要因為學生害怕而代替他完成所有任務，可以給予適當的支援(例如：學生害怕在班上答問題，可預先提供問題，給予時間讓他準備，然後才在班上邀請他作答並給予讚賞)。

解難訓練 - 教導學生解難的技巧，培養學生的獨立能力。

社交方面



朋輩支援 - 為學生配對一些有自信而樂於助人的朋輩，從而協助他們建立社交圈子。

給予訓練 - 提供適切的社交技巧訓練，讓他們按部就班地練習，藉此提高學生成功的機會，逐步加強學生與人相處的信心。例如：先在社交群體中從旁觀察，然後在學長帶領下進行排練和實習，並在實習後聽取回饋和鼓勵。

支援有精神病患的學生的一般原則及策略亦適用於有焦慮症的學生，詳情可參考第二章。

第四章

4.6 個案分享

個案一 — 樂樂的心路歷程

今年七歲的樂樂是家中獨子，脾性敏感內向，十分依附媽媽及同住的祖父母。他們對樂樂亦呵護備至，照顧周全。爸爸性格則較直率並有要求，經常責罵及批評樂樂內向膽小的性格。



此外，樂樂自小十分害羞，害怕與別人談話，擔心別人會拒絕或責罵他。樂樂在幼稚園時期已十分害怕上學，經常在長假期後持續哭泣數天才能安頓下來。

升讀小一後，樂樂在學習上遇到很大困難，每天需要差不多三至四小時才完成功課，而且成績表現一直未如理想，即使已努力溫習，默書及測驗的成績均只是僅僅合格。爸爸對於樂樂的學習表現不太滿意，經常因此而責罵他。樂樂自小一開始經常哭泣，又表示感到頭痛及肚痛，有時測驗和考試時更因肚痛而未能繼續完成試卷。

學校社工因樂樂在小一初期經常在校門前哭泣而接觸他，為他安排「小天使同學」協助他適應校園生活（例如：協助他抄手冊、集隊）。

樂樂的情緒略有改善，慢慢開始在學校展現笑容。然而，樂樂依然十分害怕教師，經常擔心犯錯或做得不好會被責罵。

小二的聖誕假期前，樂樂因連續兩次中文默書不合格而被要求補默。有見樂樂在學習上持續出現困難，學校安排教育心理學家進行評估，證實樂樂有特殊學習障礙，需要學習支援和調適。

聖誕假期後，樂樂每天晚上均會擁抱著媽媽嚎哭，直至深夜才能入睡。早上起來又持續哭泣，表示不願上學。近日，不管媽媽如何安慰樂樂，他均堅持不願踏出家門。爸爸為此十分生氣，更數次強硬地為樂樂更換校服，抱著他出門口，然而，樂樂不斷嚎哭，甚至在街上緊抱著欄杆，結果也未能成功上學。樂樂在小二聖誕假期後已連續缺課五天，社工轉介樂樂接受適當的專業評估及支援服務。

個案解說

危險因素

- 樂樂一直在媽媽及祖父母的呵護下成長，脾性亦較敏感內向；
- 家人不一致的管教模式及處理（媽媽與祖父母的過分保護和照顧與爸爸的嚴厲及否定）；
- 樂樂在小二時確診患有特殊學習障礙，學業成績一直未如理想；
- 不理想的學習表現，讓樂樂對自己的能力產生負面評價，並相信自己的表現並未能符合學校的要求；
- 樂樂以逃避方法應對目前的困難，令焦慮情緒加劇。

保護因素

- 樂樂生於完整的家庭，家人樂於照顧樂樂；
- 學校和教育心理學家及早識別樂樂的困難並提供輔導、測考及調適服務；
- 家人亦願意參與治療其中，讓樂樂能逐步面對自己的困難。

康復的進程

樂樂被確診患上焦慮症。校內相關的教師、教育心理學家和家人會面，深入了解學生在上學和學習方面的困難，從而修訂樂樂的調適和學習支援。在新修訂的學習輔導計劃下，學校鼓勵樂樂循序漸進地上學、交功課、參加默書、測驗和考試。教師對樂樂的評語亦集中於讚賞他的努力，而非樂樂未達標的問題，協助他逐步對學習產生興趣和信心。在這些調適和支援下，樂樂的焦慮情況逐漸改善。

此外，樂樂參與由臨床心理學家帶領的心理治療小組。樂樂接受治療後，發現自己看待周遭世界和自己的方式較負面，亦明白沒有上學只會令自己對於學習和上課的焦慮更加嚴重。父母和祖父母接受家庭輔導，明白到給予適當的鼓勵，而非責備和呵護，才能培養樂樂的自信心。家人開始多欣賞樂樂其他方面的優點，而非只看重其學業成績。學校亦鼓勵樂樂參與校內不同的興趣活動，讓樂樂體驗到校園生活並非只有功課和評核，使樂樂對上學的焦慮逐漸下降。

個案二 — 阿鋒的心路歷程

今年十二歲的中一男生阿鋒，爸爸長期在內地工作，媽媽留在家中照顧阿鋒的起居飲食，母子關係亦不錯。媽媽認為阿鋒升上中一後，應該較以前獨立。於是，媽媽決定到附近快餐店兼職工作，幫補家計。

自九月中，媽媽計劃應徵兼職後，阿鋒感到份外不安，即使在校內有穩固的社交支援，阿鋒對上學仍感到抗拒。阿鋒害怕與媽媽分離，加上要適應新的學校環境，擔心自己應付不來，故此每逢上學就感到緊張。有時候，阿鋒到達校門時會感到很焦慮，心跳很快，呼吸急促。媽媽知道他的情況後，每天早上都會送阿鋒到校門，待阿鋒入校後才離開，而阿鋒亦硬著頭皮上學去。

後期，每當阿鋒步近校園，身體就出現無名的緊張反應，強烈程度令他更加不安，有時候在上學途中更要返家休息。即使到達校門，阿鋒亦不願上學，常常在校門外與媽媽拉扯及糾纏。阿鋒甚至開始在家與媽媽爭持，拒絕出門。

阿鋒很怕別人對他指指點點，為了逃避別人的目光，他故意遲到及逃學。阿鋒亦在多天缺課後，因害怕別人的眼光，更不懂如何回應老師和同學的關心及慰問，令他在適應校園生活上更添困難。阿鋒的媽媽向學校求助，經轉介專業評估後被確診患上焦慮症。



第四章

個案解說

危險因素

- 爸爸長期在內地工作，媽媽成為唯一的照顧者；
- 阿鋒對媽媽相對依賴；
- 阿鋒較容易緊張及出現不同的身體反應；
- 阿鋒剛升上中一，一方面需要適應新環境，另一方面，媽媽在同一時間計劃應徵兼職工作。阿鋒未能適應生活上的轉變；
- 阿鋒很介意別人的目光；
- 大家的關心及慰問不知不覺間增加了阿鋒的壓力。

保護因素

- 阿鋒與媽媽良好的親子關係；
- 阿鋒的媽媽願意主動尋求協助；
- 阿鋒在校內有很好的支援網絡；
- 學校和家長願意配合臨床心理學家為阿鋒制定的治療計劃。

康復的進程

阿鋒接受臨床心理學家的治療，學習以鬆弛技巧減輕身體緊張的症狀和處理分離焦慮。阿鋒亦學習逐步行近校園，讓身體反應慢慢平伏。同時，學校召開跨專業個案會議，醫護專業人員、學校人員和家長共同商討上學時間、入課室、交功課等安排。

阿鋒其後回顧，學校容許他有彈性的上學時間，幫助很大。此外，當他在校門外感到極度緊張時，學校社工會協助紓緩其情緒，需要時更安排他在醫療室平定情緒後才進入課室。班主任和社工亦預先教導他可如何回應師生間的慰問。班中好友也不時傳短訊鼓勵他，並在他上學的日子陪伴他。



個案三 — 阿君的心路歷程

今年十四歲的中二女生阿君自幼品學兼優，在幼稚園和小學的學業成績均十分出眾。在幼稚園時，教師留意到她表現害羞，但認為她的表現只是暫時性的，故不會刻意要求她當眾回答問題，但仍會私下與她聊天。

升上小學後，阿君在校表現非常文靜。阿君與姊姊同校，小息時多與姊姊結伴，沒有自己的朋友。當阿君需要當眾說話或與同學或教師交談時，她會以極細小的聲線回答。如教師給予足夠時間準備，阿君尚能夠有限地回答課堂上的問題。阿君認為別人會笑她的聲音奇怪，亦擔心別人會因自己的聲音太小而需再詢問她。

阿君害怕參加社交活動，只願意與媽媽或姊姊外出。當她們外出時，阿君的媽媽或姊姊甚少要求阿君回應他人的提問，她們會主動代她回答。非不得已，阿君才會以極細小的聲線回答他人的問題。相反，當阿君回到家中或面對相熟的親戚時，阿君皆能主動發言、滔滔不絕地表達想法。

後來，阿君升讀與姊姊不同的中學，在校內經常獨自在圖書館溫習。阿君亦經常獨自用膳，害怕要在同學面前吃東西。升上中學後，互動的課堂活動愈來愈多。當阿君面對老師的發問時，她立即身體僵硬，臉紅耳赤、手腳震抖，擔心別人對自己有負面的評價。她需要很長時間才能夠回答「是」或「否」。應付口試、小組匯報等對阿君來說是極大的挑戰。阿君需要很長的時間才能發言，而且聲線十分細小。她害怕自己成為眾人的焦點。即使不認同組員的觀點，亦害怕表達自己的意見或不滿。此外，她更害怕自己在陌生人面前顯露出焦慮反應而招致羞辱或困窘。

阿君未能在小組匯報及口試中好好發揮，因而影響學業成績，令她感到十分困擾。中一時，她的班主任非常嚴格，認為給予阿君更多的練習機會能有助改善她不敢當眾說話的情況。因此，班主任會不定時在班中要求她回答問題，希望她能夠習慣在眾人面前說話。然而，當課堂焦點落在她身上時，阿君愈害怕說錯話及擔心被同學取笑。當她只回答「是」或「否」時，班主任會嘗試引導她給予更多的回應，而她卻表現得更差。其後，每當上班主任的課，她都感到十分害怕。她亦無法認識新朋友，擔心同學會嘲笑她。

阿君升上中二後，學校社工與新班主任安排了較友善的同學坐在她附近，但阿君甚少與同學交談。新的班主任不會強迫她回答問題，而她亦選擇沉默坐於班房，焦慮情況並沒有太大改善。在中二下學期，學校社工發現學生的焦慮情況仍然影響她的學習和社交。與家長聯絡後，發現阿君在家中和學校的分別甚大，懷疑她患上社交焦慮症，故轉介學生尋求適當的專業評估及支援服務。

第四章

個案解說

危險因素

- 阿君性格害羞和敏感，容易緊張及出現不同的身體反應；
- 家人從小對阿君過份保護，較少給予機會讓阿君作出嘗試，間接令阿君以逃避的方法去面對困難；
- 阿君的負面思想維持了她的焦慮情況；
- 阿君欠缺社交技巧。

保護因素

- 班內氣氛正面及朋輩關係融洽，對阿君的表現相對包容；
- 在學校社工、班主任、同學和家人的配合下，阿君能逐步面對擔心的事情。

康復的進程

阿君被確診患上社交焦慮症。臨床心理學家為她安排心理治療，讓她透過觀察別人的經驗和行為實驗，發現自己所擔心的事情並非一定發生。同時，心理學家透過恐懼體驗法讓阿君循序漸進地體驗恐懼的感覺會隨著時間下降。

學校方面，社工配合臨床心理學家為學生制定的治療計劃，安排了坐在她附近較友善的同學參與她的恐懼體驗法，按循序漸進的方式，阿君最終能在他們面前作簡短的口頭匯報。及後同學邀請她一起午膳，她亦嘗試參加，並發現自己沒有失禮於人前。

家長和班主任亦達成共識，當阿君在校內遇到困難時，家長先與她傾談解決方法及鼓勵她面對，及後才通知班主任，請班主任加以觀察及了解情況，並抽空與她傾談。當阿君發現教師不一定會給她壓力時，她的焦慮情況得到很大的改善。

教師錦囊

綜合三個個案，教師可留意以下各點：

- 接納學生因焦慮情緒而影響其上學情況及課堂表現，與學生建立信任關係後，可多與學生傾談。
- 針對學生的焦慮源頭，給予支援(例如安排功課、默書及測考調適，提供學習支援、教導學生處理朋輩之間的慰問等)。
- 在康復過程中，學校、家長及醫療團隊保持溝通，就學生的支援及訓練達到共識，在日常生活中鼓勵學生循序漸進地應付當前的困難及焦慮，協調如何根據學生的進展調節要求，避免過分保護學生。
- 多欣賞學生不同的長處，對學生的評語聚焦於學生的嘗試及能力。
- 可安排較友善的同學坐在學生附近，或在其上學的日子多陪伴他。
- 配合治療和康復要求，學校可提供相關的訓練（例如社交技巧訓練）。



第五章 思覺失調 — 與思覺失調的學生同行

5.1 甚麼是思覺失調？

思覺失調是指精神不正常的早期狀態，屬於腦部疾病。患者的思維和感覺會脫離現實，出現幻覺及妄想等病徵，他們的情緒亦會變得不穩定。若不及早治理，思覺失調可能發展成更嚴重和長期的精神病，例如精神分裂症、狂躁抑鬱症等。

任何年齡、性別、種族、背景、教育程度的人士都有機會患上思覺失調，但在發病年齡組別中，以青少年的比例較高。

正性症狀

幻覺：指患者在沒有外界刺激下的感官認知。他們會可能聽到、看到、嗅到或感覺到一些不存在的聲音、影像或氣味。對患者來說，幻覺是一種真實的經驗。在多種幻覺當中，以幻聽最為常見。

妄想：指一些脫離現實和令人難以置信的想法。在妄想的概念中，患者會感到被逼害、監視、跟蹤甚至思想被控制。有些患者會認為自己的想法、私隱被公開、張揚。亦有患者會認為自己有超自然力量等等。

思維紊亂：指患者的談話內容雜亂無章、缺乏邏輯，令旁人難以理解。他們在和其他人相處時不能有組織及有系統地表達自己的想法。

負性症狀

缺乏動力：患者明顯較以往對工作、學業、以至尋求快樂的興趣都減少。

自理能力減弱：患者明顯較過往忽略個人衛生。

情感表達變差：面部表情變的木納、呆滯、缺乏表情變化。

語言貧乏：患者說話缺乏詞彙，甚至變得沉默寡言。

其他症狀

除了正性和負性症狀外，患者亦會出現一系列如焦慮煩躁、情緒波動、記憶力轉差、自言自語、食慾轉變等情緒、認知、行為和生理問題。

第五章

如何識別懷疑患上思覺失調的學生？

思覺失調可分為三個階段：前驅期、活躍期和康復/殘餘症狀期。患者在不同階段會呈現下列不同程度的症狀。

情緒方面	生理方面	認知方面	行為方面
<ul style="list-style-type: none">• 焦慮不安• 悶悶不樂• 愁眉不展• 心情煩躁• 表現冷漠	<ul style="list-style-type: none">• 睡眠失調• 食慾轉變• 精神渙散• 對聲音敏感	<ul style="list-style-type: none">• 記憶力轉差• 猜疑心重• 思緒紊亂• 精神難以集中• 詞不達意• 容易萌生自殺念頭	<ul style="list-style-type: none">• 無故哭笑• 不顧儀容• 自我封閉• 失去動力• 疏遠親朋• 自言自語• 學業或工作表現倒退

學校可以透過觀察學生的徵狀和行為，初步分辨學生是否可能患上思覺失調，以決定是否需要進一步的協助。然而，要確診思覺失調，必須留待專業醫護人員的評估。

為避免思覺失調惡化成更嚴重的精神病，及增加其康復機會，患者必須把握時機在病情早期階段就接受治療。因此，學校如留意到潛在患病的學生，應鼓勵他們及早就醫。

5.2 思覺失調的成因

(1) 生理因素

- 濫藥、腦部病變或受創，都會增加患上思覺失調的風險。
- 腦內化學物質—思覺失調與腦部一種傳遞訊息的化學物質—多巴胺，有著密切的關係。種種科學研究指出，當多巴胺系統過分活躍時，便會出現各種思覺失調的症狀，例如幻覺或妄想等。
- 先天因素或家族遺傳—當父母、兄弟姐妹中有思覺失調病歷，都會增加其患上思覺失調的機會。另外，如果胎兒在母體內曾出現大腦發育偏差、營養不良、或在出生過程中曾經缺氧，也有較高的患病風險。

(2) 心理因素

- 心理壓力過大、曾經面對不快經歷、例如受長時期的欺凌，心靈遭受嚴重創傷等，都可能誘發思覺失調。若患者未能妥善處理上述心理狀況，可能會令病情持續及加劇。

5.3 治療思覺失調的方法

5.3.1 藥物治療

在治療思覺失調及預防復發兩方面，藥物治療扮演著最重要的角色。它能夠有效地減緩症狀，以及舒緩緊張和不安情緒。治療思覺失調的藥物，主要是透過調節人腦內的多巴胺分泌，以協助患者重整思維，回復生活應有的質素。藥物治療主要分為口服藥及針劑兩大類。



一般來說，患者在服藥一段時間後，已經能舒緩情緒的問題，減低不安感，及改善睡眠。幻覺及妄想等典型思覺失調症狀，則可能需時數天至數周才能顯著改善。在持續服藥的患者當中，有大約**80%**會逐漸康復。因此，在服藥期間，患者應該與家人、教師、社工及醫護人員保持溝通和合作，以達到最佳的治療效果。

研究顯示，為減低復發機會，即使患者的病情已穩定下來，亦要持續服藥多一段較長時間。待病情穩定後，醫生會嘗試逐步調整藥物至最低的有效劑量，希望既能預防復發，又可將藥物副作用對患者的影響減到最低。

關於思覺失調藥物的副作用，會因應服藥的份量、種類和患者的受藥性而有所不同。常見的副作用如疲倦嗜睡、手震、頭暈、腸胃不適和體重增加，都可通過調校藥物的種類和份量來改善。然而，患者絕不應該自行減藥或停藥。

5.3.2 心理治療

心理治療和支援服務在治療思覺失調問題上是不可或缺的。透過心理治療和不同的支援服務，患者能學習應對思覺失調的病徵和康復過程中所面對的困擾，從而增加他們對思覺失調問題的掌控感，減少患病所帶來的困擾，提升他們的生活質素，增加他們重投學校生活或工作的信心。心理治療上，較多臨床數據證明其成效的，有認知行為治療和家庭治療。



認知行為治療：認知行為治療的目的，是運用一系列思想檢視技巧和行為驗證，令患者明白思想、情緒和行為之間的互動關係，從而以較客觀和合理的方式理解他們的經歷（例如：理解老師凝望著他，並不是因為老師能看穿他的想法），減低負面情緒（例如：焦慮感），並用更有效和健康的方式去處理思覺失調的症狀。

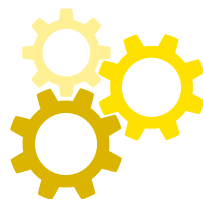
家庭治療：過往研究指出家庭環境和關係，跟患者發病和康復的情況有很大的關聯。過分保護或過度批判的管教模式，往往增加患者復發的風險。所以，家庭治療的目的是令照顧者能了解患病的成因及症狀，教導他們怎樣幫助患者處理思覺失調的症狀，同時亦為照顧者培養有效的精神壓力管理，減少思覺失調患者帶給家庭的精神壓力及負擔。

除了心理治療外，不同的輔導和支援服務如情感支援輔導、社交技巧訓練或生命導航，對患者的康復和重回原有的生活和能力也是非常重要的。當中的生命導航，主要是協助患者了解自己的長短處，在不同階段的康復過程中，訂立可行的生活模式，輔助他們實踐人生目標，從而強化他們的生活能力，以重回學校或工作崗位。

第五章

5.3.3 合併治療

雖然說藥物在治療思覺失調上扮演著最重要的角色，但大部分患者如能同時接受藥物及心理治療，將更有助他們改善生活質素，減輕病徵的影響，使他們更有信心持續服藥。研究指出，生活壓力往往是誘發思覺失調病徵的一大風險，如能改善壓力處理技巧，加上持續接受藥物治療，就能大大提升長期康復的機會。



5.4 在學校幫助患有思覺失調的學生的策略

5.4.1 思覺失調如何影響學生的學校表現？

患有思覺失調的學生或許對病患及求助途徑缺乏認識，未必會主動向家人或教師尋求協助。學校應留意學生有否受病情影響，在學習、行為及社交表現上出現顯著或不尋常的轉變。

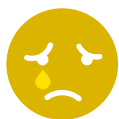
學習方面

患病學生的認知功能或許會受到思覺失調的正性和負性症狀影響，因而阻礙學習進度。研究顯示，思覺失調患者多方面的認知功能明顯較弱，例如：

認知功能	例子
整體認知能力	難以因應課堂或活動需要而作出理性思考及行動
專注力	難以長時間專注於教師授課，容易受不相關的訊息干擾
工作記憶	容易忘記剛學過的資訊
處理訊息速度	執行簡單作業的反應速度較慢
計劃及組織	難以計劃活動、組織個人物品、自我控制、或因應環境需要而靈活變通
視覺空間技巧	難以接收、分析及應用視覺資訊
語言流暢度	語言表達和溝通出現困難，如詞不達意、難以組織想表達的內容
視覺記憶	難以記住圖像或視覺訊息
語言學習/記憶	難以記住語言訊息

部分學生經過治療後能重新投入學校生活。然而，由於每位康復者的未治期 (Duration of untreated psychosis, 指由發病至獲得適當治療的一段時間)、病情、藥物依從性、康復進度等均有所不同，故此，他們的課堂表現及學習進度，仍可能會受到不同程度的影響。因此，康復中的學生的學習能力未必能即時回復到病發前的水平。

行為方面



患有思覺失調的學生一般較為敏感。於同一件事件中，他們或許較其他學生感受到更大壓力。如患病學生對聲音敏感，他可能會因座位太近擴音器或走廊而感到煩躁不安。他們受病情或藥物副作用影響，亦可能出現一些別人難以理解的情緒或行為，令他們在學校的表現受到影響。例如：

- 因病徵而心情煩躁、不顧儀容、自言自語；
- 因負性症狀而對學習及社交缺乏興趣或動力；
- 因藥物副作用而容易疲倦、渴睡、行動緩慢；
- 因認知功能減弱而易於分心、欠帶書本、欠交功課；
- 因身體不適或覆診而遲到、出席率不穩定、或未有能力完成整日課程。

有時候，由於患病學生的學習表現與病發前不同，他們容易被師長誤會為懶惰。

社交方面



部分患有思覺失調的學生會因病留院、停學或在家中休息，因而有一段時間脫離學校或社區的社交接觸。復課能加強對康復學生的社交支援，學校亦能為他們提供一個促進康復的環境。學校在計劃支援策略時，應留意康復學生跟他人溝通和建立社交關係時的困難及擔憂，例如：

- 學生怕被教師及同學排斥而感到焦慮；
- 學生擔心病患會帶來負面標籤，而感到自卑和孤立；
- 學生怕別人察覺殘餘症狀（例如：反應緩慢）或緊張反應（例如：流汗、手震），而逃避社交接觸；
- 其他同學不理解學生的情況，有機會對學生產生較負面的態度。

5.4.2 在學校支援患有思覺失調的學生的策略和注意事項

學校在支援患有思覺失調的學生時，需要與學生、家長和醫護團隊建立互信的關係，使各方能參與落實藥物治療和心理社交支援等措施。學校亦需建立策略，以協助學生應對幻覺和妄想，以及適應負性症狀所帶來的影響。同時，學校也應建立機制以監察學生的進展，及早識別學生的復發徵狀，以提供及時的介入。

(1) 建立互信關係

學生在患病初期的病識感一般都較低，認為自己沒有病或者問題單純由壓力所引起，對於到醫院求診較為抗拒；家長也可能不理解何謂思覺失調，以為子女的異常行為是撞邪，或是青春期的反叛表現。有時候，學生和家長也可能擔心被標籤，故不願意承認患病。

對於學生，教師切忌急於強迫他們接受患病的事實，應先關心對方的切身需要，例如：指出學生在睡眠、社交、學業等方面的轉變，以建立互信關係。教師可進一步游說學生與學校社工見面，再由學校社工透過面談，評估學生的精神狀態，作適當的轉介和跟進。

第五章

對於患病學生的家長，教師和學校社工可以向他們講解關於思覺失調的正確知識，例如常見的病徵或對學生的影響等。有時候，解釋延誤治療的負面後果未必能有效令家長接受治療。相反，教師和學校社工可指出及早介入可以帶來正面的結果（例如改善精神健康後可讓學生有能力追逐其個人目標），並且給予鼓勵和信心，相信共同合作可協助患病學生康復，為家長帶來正面的動力。

(2) 應對患病學生的幻覺和妄想

• 協助學生應對幻覺和妄想的策略

學校可以與醫護團隊商議，共同為患有思覺失調的學生建立一些策略，以協助他們應付幻覺和妄想的出現。例如：當學生要靜下來做個別的工作時，教師可讓學生戴上耳機聽音樂，以減低幻聽出現時的困擾；留意容易觸發幻覺或妄想的情境或壓力來源（例如：小息、人多時等），容許學生在需要時到一個安靜和安全的地方休息，以減少外在環境對感官的刺激，或安排學生與信任的學校人員或同學進行一些舒適的休閒活動；教導學生放鬆的方法，以減低幻覺或妄想出現時的焦慮。

若學生正接受認知行為治療等心理治療，學校可配合臨床心理學家所運用的策略，計劃如何促進學生在學校應用這些策略，以提升他分辨思想與現實的能力。

• 回應學生的幻覺和妄想

當學生出現幻覺和妄想時，可能會告知教師，並尋求支持和認同。遇到這個情況，教師可按以下原則回應學生：

切忌爭辯 — 這些幻覺和妄想對學生來說是十分真實的，因此不應與他們爭辯真實性。

切忌假裝 — 不要假裝自己同樣感受到學生的妄想或幻覺，也不要恥笑或贊同他們。

認同感受 — 嘗試認同學生因幻覺或妄想所產生的負面感受，例如：「如果我是你，經常覺得被人跟蹤和監視，我都會覺得很驚慌、很無助！」

穩定情緒 — 嘗試安撫學生的情緒，讓他們感到安全，例如：「你放心，學校有適當的安全措施。」

引導學生返回現實 — 提出適當的問題，嘗試引導學生回想或說出一些現實情況，例如：「我見你剛才好緊張，你要不要休息一下？你吃了午餐沒有？現在餓嗎？」

假如學生懷疑教師監視、跟蹤或逼害他，教師應避免與學生爭拗或單獨與學生面談。教師可嘗試邀請學生信任的人陪伴他，在學生的同意下把情況告知他所信任的教師，並由該名教師接手處理。雖然學生因其妄念而難以信任教師，但他們仍能感受到旁人出於真摯的關懷，因此教師應繼續對學生表達關心，待對方如普通學生。教師應明白被誤解的情況只是暫時的，當學生的病情受到控制後，雙方的關係很可能會得到改善。

有時候，學生會因其幻覺或妄想而做出一些奇怪的行為，例如無故地大發脾氣、擾亂課堂，或在公眾場合說一些令人感到尷尬難堪的說話等。教師必須明白學生不能憑意志控制其症狀，因此批評或處分患病學生，或對其症狀感到沮喪，都不能幫助學生改善情況，反而會破壞師生的關係，甚至加深學生對自己的負面標籤，強化其被害的妄想，令他們抗拒上學和接受治療。若教師希望了解學生怪異行為背後的情緒，應用溫和的語氣邀請學生到一個安靜、安全及私隱度高的地方傾談，並持開放的態度來了解事情的由來，讓學生感受到教師出於真摯的關心。

(3) 支援社交適應

患有思覺失調的學生一般在社交上表現退縮，以致失去社交支援。然而，研究指出社交支援對患病學生的康復進展有重要的影響。學校可以安排一些恆常的機會，讓學生與其他同學和教師保持社交互動。學校也可為學生安排合適的同學作朋輩關顧，讓學生對社交支援有正面的感受。學校可配合醫護團隊的康復訓練方向，為學生提供社交技巧訓練，以協助他們在康復的路途上重新投入社交生活。對於難以建立朋輩支援的患病學生，鼓勵和協助他們參與不同的個人休閒活動也可促進他們的康復。

(4) 提供學習支援及調適

學校宜與相關專業人員、家長及患病學生一同商討合適的學習支援及調適策略，如學習計劃、課業安排、座位安排等，以照顧學生因病帶來的學習困難，同時，應以包容的態度，耐心及有彈性地協助學生減輕學習壓力，例如按需要調節教學方法，讓學生更有效地學習。具體的支援策略可參閱第二章（2.3部分）。

(5) 識別學生的復發徵狀

研究顯示，思覺失調患者在首兩年內復發率近50%。因此，思覺失調在病情穩定後復發是十分常見的。如學校發現患病學生有復發的徵狀，應及早與其家人及醫護人員溝通，尋求適切的協助。一般來說，復發時的表現跟首次病發的徵狀類似。如學校在學生病情已穩定一段時間後，突然留意到該學生有不尋常的表現，例如神情變得呆滯、不顧儀容、情緒變得波動，就應多花時間向學生、其家人及醫護人員了解最近的精神狀況。如有復發情況，應和各方商討提供相對的支援。

支援有精神病患的學生的一般原則及策略亦適用於有思覺失調的學生，詳情可參考第二章。

第五章

5.5 個案分享

個案一 —— 晴晴的心路歷程



今年十七歲就讀中六的晴晴在內地出生，父母在她約十歲時離異，隨後便跟爸爸到香港定居，爸爸亦盡力照顧晴晴。她由內地較舒適的生活環境，改為住在香港狹小的公共屋邨單位，令她感到很難適應。加上媽媽再沒有聯絡她，令她開始認為自己不被愛，亦覺得自己的環境及際遇較別人差。升中後，縱使她努力融入學校生活，但單親家庭背景和中港文化的差異，令她在同學間受到排擠。遺憾的是，晴晴因缺乏母親的關愛，使她積極地希望透過爭取表現以博取老師的關愛，這樣亦令她更受同學的冷嘲熱諷。同學的杯葛慢慢令她緊張、焦慮和情緒低落。晴晴亦感到容易疲倦，並出現肚痛、作嘔等情況。晴晴逃避參與校內活動，同時避免和同學接觸，更不時缺課。

就讀中五時，積累的壓力令她缺課的情況增加，因而跟不上課程的進度。正因如此，全班同學亦因她不理想的課堂表現而被老師留堂補課，這更激起同學對她的不滿，冷嘲熱諷亦變得更激烈。她亦常常留意同學對她的反應，認為自己會被人作弄。在學期中段，無論在學校或家中，她開始出現幻聽，聽到不同女聲批評她討人厭和無用，有時更分不清自己是否真的被同學指罵。幻聽令她非常恐懼，她多次跟幻聽對話，但幻聽始終未能消失。在她感到絕望時，她鼓起勇氣向學校社工求助，社工便轉介她至思覺失調服務診所。

個案解說

危險因素

- 晴晴的單親家庭背景、較弱的社交技巧和解決問題的能力；
- 不穩定家庭環境和照顧者令晴晴對自己和別人缺乏安全感；
- 晴晴未能處理升中後功課的壓力及朋輩間的排斥；
- 晴晴缺乏社交支援。

保護因素

- 爸爸盡力照顧晴晴；
- 晴晴主動向學校社工求助，在治療過程中願意聆聽和接受意見；
- 爸爸與學校和醫療團隊合作的積極性。

康復的進程

經過藥物治療後，晴晴的情緒和幻聽情況得到一定程度上的改善。但是她仍然對回校上課感到異常不安，她害怕老師會因她患精神病而歧視她，同學亦會因此而攻擊及欺負她。同時，接近個多月的病假，更令她擔心不能跟上學校的進度。因此，晴晴被安排接受心理治療服務；一方面協助她運用適當的方法應對思覺失調症狀，另一方面協助她處理回校上課的各種憂慮和加強她適應學校生活的能力和信心。晴晴亦接受了為期八節的認知行為小組治療。在小組治療上，她除了明白自己在患病上並不是孤單的，亦明白怎樣處理思覺失調的症狀，建立較健康的價值觀。經過醫療團隊與學校的努力，晴晴最後也能由上課半天到全日上課，現在亦成功完成中六課程。



個案二 — 阿豪的心路歷程

今年十五歲就讀中四的阿豪的爸爸是精神分裂症患者，家庭由媽媽負擔日常生活開支。受家庭背景影響，阿豪從小就較為內向，自卑及不善於社交。升上中學後，阿豪不幸被同學排擠，有時甚至被同學取笑。自此，阿豪在學校變得緊張及焦躁，將注意力和時間放在觀察同學的一舉一動。在缺乏足夠安全感下，他開始認為同學間的竊竊私語都是關於他的批評。同學的一些偶然舉動，例如在人多的地方碰到他，都被認為蓄意且有預謀。

因為社交問題，阿豪未能和朋輩分享他的擔心及被害的想法。在家庭裡，因為和爸爸關係疏離，而媽媽又長期不在家，以致這些不尋常的觀念無法通過與他人傾訴而得到舒緩。相反，他在學校的警戒心變得愈來愈強，情緒亦變得暴躁，容易發怒，更試過數次在課室大發脾氣及指罵數位同學說他壞話而被老師責罰。

阿豪堅信自己被害的想法，所以他認為老師的責罰是無理及偏幫同學。因為他將時間及專注力都放在被害妄想上，他的成績亦開始退步，最後亦因為拿剪刀指嚇老師而需要接受精神科的住院治療。

個案解說

危險因素

- 阿豪的家族精神病史；
- 阿豪和家人關係疏離、對自己和別人缺乏安全感；
- 阿豪的社交技巧及情緒管理較弱；
- 阿豪未能融入同學之間的圈子，被同學排擠和取笑；
- 阿豪的社交支援貧乏。

保護因素

- 阿豪願意聆聽和接受醫療團隊的意見，並接受藥物治療；
- 在發病後，學校及家長都積極配合治療計劃。

康復的進程

經藥物治療後，阿豪的情緒有顯著改善，而被害的感覺亦減少。此外，阿豪接受了為期十六節的個人認知行為治療。在治療上，他明白自己患病的各種因素，理解自己情緒容易變得極端。雖然他對診斷為有思覺失調抱有懷疑，但他亦明白自己對別人的言行舉止過於敏感，認同需要藥物來幫助。阿豪亦在治療中改善表達情緒的方法及學習了如何辨識不同人士在溝通過程的動機，能用一些較持平的態度看待同學和老師。通過醫療團隊的輔導，加上臨床心理學家的治療，學生明白到可以在情緒處理及社交技巧上做得更好。

在商討出院安排時，學校同意循序漸進的復課安排。初期復課半天，兩個月後再和學校開會了解學生的狀況。其間阿豪一直穩定服藥及接受心理治療。而醫院精神科個案經理

第五章

亦一直跟進阿豪和他的家人，了解阿豪在家中的情況及對服藥的監督。在復課期間，阿豪與臨床心理學家定期會面，將在校遇到的問題和心理學家討論。學生最後也能由上課半天到全日上課，現在亦成功完成中六課程，升讀專上學院。

教師錦囊



綜合兩個個案，教師可留意以下各點：

- 留意學生的改變，例如較頻密因身體不適而缺課或情緒漸漸變得極端時，可盡早聯絡家長及對學生作初步了解，並觀察是否有思覺失調的症狀，藉此提早識別有需要的學生。
- 在學生接受治療後，學校與醫療團隊保持聯絡，配合相應的復課安排。
- 可留意患病學生對功課和課堂要求的承受力和應付能力，並作出相應調適。
- 在康復期間，教師可繼續觀察學生是否有復發的徵狀，例如神情變得呆滯、不顧儀容、情緒變得波動等。教師可定期與學生、其家人及醫護人員了解和溝通學生的精神狀況，以便及早識別復發徵狀。

為加強照顧有精神病患的學生在學習、社交、情緒和行為上的適應需要，醫療、教育和社會服務之間的跨專業協作十分重要。除醫護專業人員的診治外，學校、教師、社工和家長應保持緊密的聯繫，為這些學生提供各種支援，包括評估需要、擬定支援計劃、給予調適及支援等。透過醫護專業、學校和家庭多方面的配合，學生將能克服病患帶來的各種困難，走上康復的道路，並能融入校園生活，享有平等參與、發揮才能的機會。

附錄及參考資料

附錄及參考資料

附錄一：支援有精神病患的學生的策略舉隅

(1) 協助學生重新建立有規律的校園生活

校園生活常規範疇	支援和調適
上課時間	<ul style="list-style-type: none">• 彈性安排學生的常規（例如：上學時間/另設上課時間表）• 彈性處理遲到/缺席問題• 當學生感到十分緊張和壓迫時，提供一個安全、寧靜的地方讓他稍作休息，減少受到刺激的機會• 安排學校人員在有需要時帶學生離開課室，到休息室休息
班房及課堂管理	<ul style="list-style-type: none">• 特別座位安排，包括班房及特別室（例如安排適當的朋輩坐在旁邊）• 訂立清晰的課堂流程，讓學生能預計自己將會做甚麼• 容許學生按能力及狀態參與，避免令學生承受太大壓力• 多給予正面回饋及鼓勵
課堂常規及自理	<ul style="list-style-type: none">• 協助學生記錄當天的家課安排• 協助學生運用文件夾，以收集及整理筆記• 協助學生運用工作日程簿或日曆，寫下完成功課的期限或出席活動的日子• 協助學生運用告示貼記下需要做的事情/預備的物品，並貼在當眼位置，例如：桌面、手冊等• 轉堂前，提示學生預備下一堂所需的課本；放學前，提示學生執拾和檢查需帶回家的書本及筆記
小息及午膳安排	<ul style="list-style-type: none">• 留意學生是否需要額外的照顧，如有需要可安排地方讓他休息• 如學生的健康狀況許可，安排學生與其他師生完成簡單班務（例如：協助整理圖書、壁報設計等），讓學生體會自己的能力和價值，逐步融入校園生活
課外活動方面	<ul style="list-style-type: none">• 安排合適的課外活動，以提升學生的自信心和能力感

(2) 協助學生融入師生及朋輩之間的相處和溝通

<p>教師層面</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 主動接觸學生，表達關心，建立互信的關係 • 欣賞並指出他們進步的地方，或寫下一些鼓勵的字句 • 接納學生因病所造成的困難和感受 • 避免令學生感到被質疑或批判，亦不宜與學生爭辯 • 有耐性地細心聆聽學生的分享，因應學生表達的內容，反映他的感受，保持客觀態度，以同理心設身處地從他們的角度理解學生的所思所感 • 鼓勵有需要的學生向相關人員（如輔導人員、學校社工）尋求協助
<p>朋輩層面</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 教師可為學生配對一些有自信而樂於助人的朋輩，以便在上課時給予學習或情緒上的支援 • 鼓勵朋輩間互相支持及包容，從而協助患病學生建立社交圈子 • 觀察學生之間的相處，如有需要時提供協助或指導學生之間應有的相處技巧和態度

(3) 協助學生參與課堂上的學習活動

1. 課堂上的學習活動	支援和調適
<p>(a) 授課及講解</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 運用多元化的教學技巧（例如：示範、討論）和互動的課堂活動，協助學生從實際經驗中學習 • 預先提供課堂的學習資料，例如：給予學生課本章節的學習重點 • 為學生預備筆記，以減少學生抄寫的需要，並減輕學生在記憶、專注及組織上的負荷 • 為學生預備教材/工作紙，幫助組織資料，例如：視覺組織圖、寫作框等 • 在課堂中給予小休 • 教導學生運用組織及記憶方法（例如：腦圖、表格） • 給予簡短的指示，在有需要時重覆指示或給予口頭或視覺提示 • 教學調適，例如：內容深淺程度、施教的先後次序 • 容許學生在課堂內使用額外的學習工具，例如：錄音筆、計時器等

附錄及參考資料

(b) 堂課	<ul style="list-style-type: none">• 透過示範或指導，協助學生開展工作• 將工作分拆成較細小部分• 給予額外提示，例如：提示學生可參考書本上的某個章節/部分、提供數學算式或給予例題• 提示學生分配及善用時間，如有需要，可容許學生運用計時器• 以單面列印筆記及工作紙，讓學生可同時參考筆記及答題
(c) 提問	<ul style="list-style-type: none">• 按學生的能力，提問是非題或開放式問題• 提問前先給予預告，讓學生有充足的思考時間• 容許學生以非語言方式回應提問，例如：點頭/搖頭，或到黑板指出/寫出答案• 給予學生充足時間、指示或選項，以協助學生作出回應
(d) 小組討論	<ul style="list-style-type: none">• 安排合適的同學與學生同組討論• 按照學生的能力及狀態，協助學生在小組中參與討論
(e) 進行寫作練習	<ul style="list-style-type: none">• 給予寫作大綱或框架，協助學生構思段落內容，並提供相關詞彙作提示• 按學生能力，可減少字數要求
2. 功課安排	<ul style="list-style-type: none">• 提供功課調適，儘可能減輕學生的功課壓力，例如：減少功課量或抄寫量、調節深淺程度、延長遞交期限或彈性處理交功課的日期• 容許多元化的作答方式，例如：口頭匯報代替文字報告
3. 考試安排	<ul style="list-style-type: none">• 按學生的需要及專業人員的建議提供特別考試安排，例如：安排監考員提醒學生專注作答、安排在特別室進行測考、特別座位安排、豁免考試 (例如：口試)

附錄二：評估復課學生的支援需要

(一) 學生資料

學生姓名：_____ 班別：_____

復課日期：_____

(二) 支援需要評估

1. 上課/活動時間方面

- 學生服藥後哪些時段會特別疲倦？上午 / 下午 / 其他：

- 學生在哪些課堂會較感吃力？中 / 英 / 數 / 其他：

- 學生對哪些科目較有興趣？中 / 英 / 數 / 其他：

- 學生是否需要循序漸進地適應上課時間？是 / 否

如「是」，調適安排如下：

先上半天的課節（上午 / 下午）_____

先參與較有信心的課堂：中 / 英 / 數 / 其他：_____

其他：_____

- 如學校有特別活動，學生是否需要特別安排？是 / 否

如「是」，需要特別安排的活動包括：_____

支援和調適安排如下 (如不同活動所需的安排不同，請在選項旁註明活動名稱)：

安排友好同學陪伴 安排學校人員陪伴或觀察

其他（如午膳安排、接送安排、與有關方面協調等）：

豁免出席或參與活動

附錄及參考資料

2. 休息時間方面

- 學生是否難以專注上課而需要為他安排休息時段？ 是 / 否

如「是」，調適安排如下：

於上午/下午的課堂給予休息時間（每次約 _____ 分鐘）

於連堂中間給予休息時間（每次約 _____ 分鐘）

其他： _____

- 學生會否突然感到十分緊張和不安而需要為他安排寧靜和安全的地方處理情緒？ 是（建議休息地方： _____） / 否
- 小息或午膳時，學生是否需要額外的照顧，例如安排特別的活動或休息的地方？ 是 / 否

如「是」，調適安排如下：

休息地方： _____

活動安排： _____

3. 課室內的安排方面

- 學生是否需要較寧靜的座位，減少不必要的騷擾？ 是 / 否
- 學生是否需要坐近教師，以便教師給予支援？ 是 / 否
- 學生是否需要坐近某些同學，令他較有安全感或較易得到協助？ 是 / 否

4. 其他安排： _____

附錄三：抑鬱症

(一) 識別方法

留意以下抑鬱症的常見症狀：

情緒方面	生理方面	認知方面	行為方面
<ul style="list-style-type: none"> • 情緒低落 • 悶悶不樂 • 煩躁 	<ul style="list-style-type: none"> • 精力不足、無精打采 • 心神不寧 • 失眠或渴睡 • 食慾減低或暴食、體重失調 • 身體不適，例如疼痛 	<ul style="list-style-type: none"> • 專注力下降 • 難以做決定 • 對個人、世界或未來的負面想法 • 失去自信、容易內疚 • 絕望感 • 無助感 • 失去控制感 • 自殺念頭 	<ul style="list-style-type: none"> • 躁動不安或行動遲滯 • 社交退縮 • 不願參與日常的活動 • 疏於自理、忽視個人儀容 • 欠缺學習的動力（如常欠功課、成績下滑）

學生出現個別徵狀不一定等於患上抑鬱症，但倘若學生的動力明顯下降，經常表現激動、急躁或悲哀，而這些情況持續超過兩星期時，教師應主動進一步了解學生是否長期處於情緒低落的狀態，對事物失去興趣，甚至影響日常生活、社交或學業成績，以及早轉介學生接受適當的專業支援服務。

(二) 支援策略和一些注意事項

建議	不建議
<ul style="list-style-type: none"> • 採用正面的溝通和教導方式，提供額外的幫助，以應付日常的挑戰 • 按學生的需要和意願及參考家長的意見，在學習的要求上給予調適 • 安排體驗成功的機會，以提升他們的自信心和能力感 	<ul style="list-style-type: none"> • 以負面的溝通方式如責備或懲罰處理學生不理想的行為 • 嚴格要求學生維持一般學生的課堂表現和學術水平，或給予過度的調適，以致影響學生的能力感或自信心

附錄及參考資料

附錄四：焦慮症

(一) 識別方法

留意以下焦慮症的常見症狀：

情緒方面	生理方面	認知方面	行為方面
<ul style="list-style-type: none">• 擔心• 緊張	<ul style="list-style-type: none">• 心跳加速• 呼吸短促• 肌肉繃緊• 頭痛• 腸胃不適• 睡眠問題	<ul style="list-style-type: none">• 難以集中精神• 記憶力下降• 追求完美	<ul style="list-style-type: none">• 坐立不安• 情緒容易暴躁• 逃避困難的事情• 懼怕失敗• 畏縮• 對一些小事的反應過敏

學生出現個別徵狀不一定等於患上焦慮症，但倘若學生焦慮的程度趨向嚴重，而且情況持續了一段時間，並對日常的社交生活、個人健康或學習表現造成負面的影響，教師應及早支援，並轉介學生接受適當的專業支援服務。

(二) 支援策略和一些注意事項

建議	不建議
<ul style="list-style-type: none">• 在教學上作出調適，以增強學生的信心，包括：讚賞學生所付出的努力或其他正面行為及特質、把工作細分為學生能應付的小部分、教導處理焦慮的策略• 給予情緒支援，讓學生有空間和時間調整自己的情緒，並鼓勵學生自我肯定，及發掘有助學生放鬆的活動• 鼓勵面對焦慮的情況，透過適度的練習或預演，增強他的自信心，並訂立合理期望，以一致的方法讓學生逐步地接觸令他害怕的環境或事物，以減低焦慮感• 給予社交支援，例如安排朋輩支援及提供社交技巧訓練	<ul style="list-style-type: none">• 對學生有過高的期望或批評學生未如理想的表現• 批判學生，說出一些否定學生焦慮情緒的說話，或當學生尋求別人的肯定時給予過度的肯定• 容許學生避開所有焦慮的情況

附錄五：思覺失調

(一) 識別方法

留意以下思覺失調在不同階段（前驅期、活躍期和康復/殘餘症狀期）會呈現的症狀：

情緒方面	生理方面	認知方面	行為方面
<ul style="list-style-type: none"> • 焦慮不安 • 悶悶不樂 • 愁眉不展 • 心情煩躁 • 表現冷漠 	<ul style="list-style-type: none"> • 睡眠失調 • 食慾轉變 • 精神渙散 • 對聲音敏感 	<ul style="list-style-type: none"> • 記憶力轉差 • 猜疑心重 • 思緒紊亂 • 精神難以集中 • 詞不達意 • 容易萌生自殺念頭 	<ul style="list-style-type: none"> • 無故哭笑 • 不顧儀容 • 自我封閉 • 失去動力 • 疏遠親朋 • 自言自語 • 學業或工作表現倒退

學校可以透過觀察學生的徵狀和行為，初步分辨學生是否可能患上思覺失調，以決定是否需要進一步的協助，並轉介學生接受適當的專業支援服務。

(二) 支援策略和一些注意事項

建議	不建議
<ul style="list-style-type: none"> • 建立互信關係，關心對方的切身需要 • 與學生建立應對幻覺和妄想的策略 • 當學生出現幻覺或妄想時，認同學生因幻覺或妄想所產生的負面感受，嘗試安撫學生的情緒 • 支援學生的社交適應，例如安排朋輩支援及提供社交技巧訓練，以促進康復 • 提供學習支援及調適，以照顧學生因病帶來的學習困難，以及協助學生減輕學習壓力 • 當學生的病情穩定後，密切留意學生有否出現復發徵狀，並與家長和醫護人員商討適切的支援 	<ul style="list-style-type: none"> • 強迫他們接受患病的事實 • 否定或與學生爭辯幻覺和妄想的真實性 • 假裝自己同樣感受到學生的妄想或幻覺

附錄及參考資料

附錄六：相關資源和服務

社區資源

醫院管理局專科門診診所	電話	地址
• 雅麗氏何妙齡那打素醫院-兒童及青少年精神科	2689 3262	新界大埔全安路11號雅麗氏何妙齡那打素醫院F座地下
• 葵涌兒童及青少年精神科中心	2959 8555	新界瑪嘉烈醫院專科門診部K座8樓
• 油麻地兒童及青少年精神健康服務-兒童精神科 (備註：辦理新症預約請到葵涌兒童及青少年精神科中心)	2384 9774	伊利沙伯醫院T座日間醫療中心新翼八樓
• 瑪麗醫院 -兒童及青少年精神科服務	2255 3656	香港薄扶林道102號J座5樓
• 屯門醫院 -兒童及青少年精神健康中心	2454 5871	新界屯門青松觀路屯門醫院特別座E2
• 基督教聯合醫院-兒童精神科	3949 4866	九龍觀塘協和街130號聯合醫院P座1樓
• 威爾斯親王醫院-兒童精神科	3505 3415	新界沙田銀城街30-32號威爾斯親王醫院李嘉誠專科診所北翼3樓

醫院管理局臨床服務	查詢電話	相關網頁
• 思覺失調服務計劃(EASY)	2928 3283	http://www.ha.org.hk/easy
• 「兒情」計劃-兒童及青少年精神健康社區支援計劃	2959 8094	http://www.ha.org.hk/CAMcom
• 醫院管理局24小時精神科電話諮詢服務	2466 7350	https://www.ha.org.hk/kch/chi/departments/cs/depart-psychiatriteam.html

社區支援服務	相關網頁
• 思覺基金	http://www.episo.org
• 精神健康綜合社區中心	http://www.swd.gov.hk/tc/index/site_pubsvc/page_rehab/sub_listofserv/id_icmw
• 聯合情緒健康中心	http://www.ucep.org.hk/index.php

心理與精神健康資源及相關網頁

心理健康推廣

好心情@學校計劃 (教育局)

<http://www.edb.gov.hk/tc/edu-system/special/resources/joyfulatschool/index.html>

情緒健康小錦囊 (衛生署 學生健康服務) http://www.studenthealth.gov.hk/tc_chi/emotional_health_tips/emotional_health_tips.html

精神病資訊

精神健康資訊平台 (醫院管理局)

<http://www21.ha.org.hk/smartpatient/tc/siteTool/mentalPopUp/index.html>

精神健康教育資料 (青山醫院精神健康學院)

http://www3.ha.org.hk/cph/imh/mhi/index_chi.asp

精神健康教育資訊 (葵涌醫院)

<http://www.ha.org.hk/kch/chi/education/edu-index.html>

認識情緒健康及情緒病 (聯合情緒健康中心)

http://www.ucep.org.hk/cognition/health_mood.htm

憂鬱小王子 (香港大學)

<http://www.depression.edu.hk/>

賽馬會思覺健康計劃

<http://www.jcep.hk/>

抑鬱症單張 (衛生署中央健康教育組)

http://www.edb.gov.hk/attachment/tc/edu-system/special/resources/joyfulatschool/Resources_depression_c.pdf

網上測試

焦慮測試 (醫院管理局 - 「兒情計劃」)

<http://www3.ha.org.hk/CAMcom/channel.aspx?code=anxiety-test>

抑鬱測試 (醫院管理局 - 「兒情計劃」)

<http://www3.ha.org.hk/CAMcom/channel.aspx?code=depression-test>

「思覺失調」 - 網上評估 (醫院管理局 - 「思覺失調」服務計劃)

<http://www3.ha.org.hk/easy/chi/test.html>

七類常見情緒病 自我測試 (香港中文大學 - 香港健康情緒中心)

<http://www.cuhk.edu.hk/med/hmdc/main.html>

附錄及參考資料

參考資料

Addington, D., Addington, M.D., & Patten, S. (2007). Relapse rates in an early psychosis treatment service. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(2), 126-131. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00879.x>

British Columbia Ministry of Education Special Programs Branch. (2001). *Teaching Students with Mental Health Disorders: Resources for Teachers. Volume 2 - Depression*. Retrieved from https://www.bced.gov.bc.ca/specialed/docs/depression_resource.pdf

Canadian Psychiatric Research Foundation. (2007). *When Something is Wrong: Strategies for Teachers*. Retrieved from <http://www.kidsmentalhealth.ca/documents/res-cprf-teachers-2007.pdf>

Cash, R. E. (2010). Depression in Adolescence: What Schools Can Do. In A. Canter, L. Z. Paige & S. Shaw (Eds.), *Helping Children at Home and School III: Handouts for Families and Educators* (S5H8, pp. 1-3). Bethesda, MD: National Association of School Psychologists.

Chen, E. Y. H., Lee, H., Chan, G. H. K., & Wong, G. H. Y. (Eds.). (2013). *Early Psychosis Intervention: A Culturally Adaptive Clinical Guide*. Hong Kong: Hong Kong University Press.

Chen, Y.-L., Rittner, B., Manning, A., & Crofford, R. (2015). Early onset schizophrenia and school social work. *Journal of Social Work Practice*, 29(3), 271-286. <http://dx.doi.org/10.1080/02650533.2015.1014328>

Chiang, J. C. S., Chow, A. S. Y., Chan, R. C. K., Law, C. W., & Chen, E. Y. H. (2005). Pathway to care for patients with first-episode psychosis in Hong Kong. *Hong Kong Journal of Psychiatry*, 15(1), 18-22.

Chow, D. H. F., Law, B. T. T., Chang, E., Chan, R. C. K., Law, C. W., & Chen, E. Y. H. (2005). Duration of untreated psychosis and clinical outcome 1 year after first-episode psychosis. *Hong Kong Journal of Psychiatry*, 15(1), 4-8.

DeVylder, J. E., & Gearing, R. E. (2013). Declining social support in adolescents prior to first episode psychosis: associations with negative and affective symptoms. *Psychiatry research*, 210(1), 50-54. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2013.02.004>

Doyle, A. E., Wilens, T. E., Kwon, A., Seidman, L. J., Faraone, S. V., Fried, R., Swezey, A., Snyder, L., & Biederman, J. (2005). Neuropsychological functioning in youth with bipolar disorder. *Biological Psychiatry*, 58(7), 540-548. <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.07.019>

Hendryx, M., Green, C. A., & Perrin, N. A. (2009). Social support, activities, and recovery from serious mental illness: STARS study findings. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 36(3), 320-329. <http://dx.doi.org/10.1007/s11414-008-9151-1>

Horan, W. P., Pogge, D. L., Borgaro, S. R., Stokes, J. M., & Harvey, P. D. (1997). Learning and memory in adolescent psychiatric inpatients with major depression: a normative study of the California Verbal Learning Test. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 12(6), 575–584. <https://doi.org/10.1093/arclin/12.6.575>

Huberty, T. J. (2004). Anxiety and Anxiety Disorders in Children: Information for Parents. In A. S. Canter, L. Z. Paige, M. D. Roth, I. Romero & S. A. Carroll (Eds.), *Helping Children at Home and School II: Handouts for Families and Educators* (S5, pp.1–4). Bethesda, MD: National Association of School Psychologists.

Huberty, T. J. (2004). Depression: Helping Students in the Classroom. In A. S. Canter, L. Z. Paige & M. D. Roth (Eds.), *Helping Children at Home and School II: Handouts for Families and Educators* (S5, pp. 45-48). Bethesda, MD: National Association of School Psychologists.

Huberty, T. J. (2008). Best practices in school-based interventions for anxiety and depression. In A. Thomas & J. Grimes (Eds.), *Best practices in school psychology V* (pp. 1473-1486). Bethesda, MD: National Association of School Psychologists.

Huberty, T. J. (2010). Anxiety and anxiety disorders in children. In A. Canter, L. Z. Paige & S. Shaw (Eds.), *Helping Children at Home and School III: Handouts for Families and Educators* (S5H2, pp. 1-4). Bethesda, MD: National Association of School Psychologists.

Huberty, T. J. (2010). Depression: Supporting Students at School. In A. Canter, L. Z. Paige & S. Shaw (Eds.), *Helping Children at Home and School III: Handouts for Families and Educators* (S5H11, pp. 1-3). Bethesda, MD: National Association of School Psychologists.

McGuire, J. F., Crawford, E. A., Park, J. M., Storch, E. A., Murphy, T. K., Larson, M. J., & Lewin, A. B. (2014). Neuropsychological performance across symptom dimensions in paediatric obsessive compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 31(12), 988–996. <http://dx.doi.org/10.1002/da.22241>

Michail, M., & Birchwood, M. (2013). Social anxiety disorder and shame cognitions in psychosis. *Psychological Medicine*, 43(1), 133-142. <https://doi.org/10.1017/S0033291712001146>

Minnesota Association for Children’s Mental Health. (2007). *Children’s Mental Health Disorder Fact Sheet for the Classroom*. Retrieved from <http://www.bridges4kids.org/MHClassroomFactSheet.pdf>

Myin-Germeys, I., van Os, J., Schwartz, J. E., Stone, A. A., & Delespaul, P. A. (2001). Emotional reactivity to daily life stress in psychosis. *Archives of General Psychiatry*, 58(12), 1137-1144. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.58.12.1137>

National Institute of Health and Clinical Excellence. (2009). *Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care (update)*. London: Author.

附錄及參考資料

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management*. London: Author.

Nieto, R. G., & Castellanos, F. X. (2011). A meta-analysis of neuropsychological functioning in patients with early onset schizophrenia and pediatric bipolar disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 40*(2), 266-280. <http://dx.doi.org/10.1080/15374416.2011.546049>

Ontario Ministry of Education. (2013). *Supporting Minds: An Educator's Guide to Promoting Students' Mental Health and Well-being*. Retrieved from <http://www.edu.gov.on.ca/eng/document/reports/SupportingMinds.pdf>

Pavuluri, M. N., O'Connor, M. M., Harral, E. M., Moss, M. & Sweeney, J. A. (2006). Impact of neurocognitive function on academic difficulties in paediatric bipolar disorder: a clinical translation. *Biological Psychiatry, 60*(9), 951-956. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.027>

Stevens, J. R., & Prince, J. B. (2012). Schooling students with psychotic disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 21*(1), 187-200. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2011.09.008>

The F.O.R.C.E. Society for Kids Mental Health. (2008). *Orientation to Child and Youth Mental Health Services: A Guide for Teachers*. Retrieved from http://www.heretohelp.bc.ca/sites/default/files/images/Teacher_Orientation.pdf

U. K. Department of Education. (2016). *Mental health and behaviour in schools: Departmental advice for school staff*. Retrieved from <https://www.gov.uk/government/publications/mental-health-and-behaviour-in-schools--2>

Welley, P., Cash, R. E., & Bryson, D. (2004). Children's Mental Health: Strategies for Educators. In A. S. Canter, L. Z. Paige, M. D. Roth, I. Romero & S. A. Carroll (Eds.), *Helping Children at Home and School II: Handouts for Families and Educators* (S5, pp.25-28). Bethesda, MD: National Association of School Psychologists.

Wery, J. J., & Cullinan, D. (2016). Understanding and delivering interventions for students with schizophrenia and other psychotic disorders. *Beyond Behavior, 25*(1), 16-26.

World Health Organization. (2005). *Mental Health Policy and Service Guidance Package: Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans*. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/policy/services/essentialpackage1v11/en/

World Health Organization. (2016). *Mental health: strengthening our response*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>

香港大學賽馬會思覺健康計劃（2010）。賽馬會思覺健康計劃—思覺健康專業手冊（社工篇）。香港。

香港大學賽馬會思覺健康計劃（2015）。賽馬會思覺健康計劃—思覺健康專業手冊（教師篇）。香港。

香港小童群益會。焦慮症（單張）。取自http://counselling.bgca.org.hk/0895/files/file/Anxiety_Disorder.pdf

香港小童群益會輔導中心（2012）。樂對明天：應付焦慮小錦囊（小冊子）。香港。

香港青年協會（2017）。關注青少年憂鬱情緒—校園工作手冊。香港。

香港特別行政區政府教育局（2015）。「支援患有焦慮症的學生」研討會資料冊：與焦慮的學生同行—從認識到支援。香港。

楊蕙貞（2000）。教孩子向焦慮和恐懼說再見。香港：天地圖書。

衛生署兒童體能智力測驗服務（2012）。焦慮症（單張）。香港：衛生署。

醫院管理局智友站（2016）。慢性疾病特區。取自http://www21.ha.org.hk/smartpatient/tc/chronicdiseases_zone.html

醫院管理局「兒情」計劃（2012）。家有焦兒卻不慮。香港：葵涌醫院。

醫院管理局兒童及青少年精神健康服務小組（2005）。兒童及青少年精神健康系列—焦慮症（單張）。取自http://www3.ha.org.hk/cph/imh/doc/information/publications/7_02.pdf



版權為編者所有。
歡迎作教育及研究等非牟利用途，但請註明出處。
二零一七年