

26-46

貳、對象特質篇

貳、對象及特質介紹

根據強迫入學條例第十三條：智能不足、體能殘障、性格或行為異常之適齡國民（六歲至十五歲），由學校實施特殊教育，亦得由父母或監護人向當地強迫入學委員會申請同意後，送請特殊教育機構施教，或在家教育。其在家教育者，得由該區內之學校派員輔導。上列之國民，依強迫入學條例施行細則第十五條，經鑑定需實施特殊教育，應依下列各款辦理。

- 一、由主管教育行政機關依需要輔導其在國民中、小學接受特殊教育者，不受學區之限制。
 - 二、父母或監護人向當地鄉（鎮）、（市）、（區）強迫入學委員會申請同意送請特殊教育機構施教者，當地強迫入學委員會應追蹤其入學情形。
 - 三、父母或監護人向當地鄉（鎮）、（市）、（區）強迫入學委員會申請同意在家教育者，由該學區內之學校派員輔導，必要時聯絡鄰近學校特殊教育教師協助輔導。
- 茲就強迫入學條例第13條內所述之對象與其特質，分述於下：

一、智能障礙

(一)定義：指智力的發展顯著遲緩，而在適應一般學校及社會生活時具有顯著困難者。

(二)特質：

- 1.生理成長與動作發展方面——
例如：

- (1) 智能障礙兒童的身高、體重、體格之成長與同年齡的正常人相較皆較劣，其發展速率較慢、成熟也晚。
- (2) 動作發展方面，最差的是視動控制、平衡、上肢協調、速度與靈巧，表現稍佳的是跑速與敏捷性、雙側平衡、體力與反應速度，惟仍多次於普通兒童。尤其是中樞神經系統損傷的中重度智能障礙兒童，其動作的協調、步態、精細動作技能，更是常出現問題。此外，其附帶其他障礙出現的比率也相當高。

2. 認知能力方面——

例如：

- (1) 認知發展的速率較一般兒童為遲緩，且其發展所能達到的最高階段也比普通兒童為低。各類智能障礙兒童可能達到的認知發展最高階段分別是：
 - ① 重度與極重度智能障礙：感覺動作期（0—2歲）
 - ② 中度智能障礙：運思前期（2—7歲）
 - ③ 輕度智能障礙：具體運思期（7—11歲）
 - ④ 臨界智能障礙（智商70~85）：僅能從事較簡易的形式運思
- (2) 語言理解與運用較同年齡兒童為晚、且說話缺陷（構音問題）的情形，也十分普遍，其語言運用的品質，也較普通兒童為低（如無法使用較複雜的語句），這自然影響其與別人作有效的溝通。
- (3) 歸納、推理與概念化能力的短拙，與語言能力的低下有密切的關聯，因為語言是代表概念的符號。由於智能障礙兒童一般皆有歸納、推理與概念化的困難，因此也限制其對抽象教材的學習與解決

問題的思考能力。

- (4) 思考策略的運用：目前學者很注意智能障礙兒童對資訊執行控制過程之研究，即個人在面對需要運用到記憶、注意、語言、概念學習等的作業所採行的思考策略。智能障礙兒童較不善於運用適當的思考策略，以從事學習或解決所面對的問題。

3. 學習方面——

例如：

- (1) 對學習具有失敗的預期：智能障礙者由於比常人經驗了更多的失敗，極易造成自信的貶損。因此在面對學習或工作情境時，往往對成功有較低的期望，且易受外在環境的影響。常過份採取尋求周遭環境中他人的協助與輔導的外導性策略。
- (2) 注意力的缺陷：智能障礙者對刺激的特徵，存在著選擇及注意的困難。一旦工作的概念被他們所瞭解，則他們作業速率之提高，與常人可謂不相上下；只不過他們需要花更長的時間，去辨識有關的刺激，以從事正確的反應。另智能障礙者的注意廣度也比一般人為狹窄。有可能智能障礙者慣採外導性解決問題的策略，一味注意環境中其他線索，而不專注於學習材料的本身所引起的。為了提高智能障礙兒童在學習時的專注程度，教師可減少教學情境中不必要的刺激，提高學習材料的顯明度，細分教材的難易序階，並善用適當的增強，或可提高智能障礙兒童學習時的注意力。
- (3) 不善於組織學習材料：智能障礙者的腦皮質細胞的電子化學活動比較容易陷於膠著，無法有效統整外在的刺激與訊息。因此各學科學習成就顯著低落，

對抽象材料的學習效果尤差。

- (4)學習遷移的困難：因語言能力障礙，很難利用已學得的經驗以解決新問題或適應新環境。

4. 人格方面——

- (1)智能障礙者與普通人的人格特徵，比較言之，只是程度的差異，而沒有種類的區別。
- (2)比起普通人，智能障礙者有更高的焦慮，而收容在機構中的智能障礙者其焦慮程度，又比不在機構中的智能障礙者為高。
- (3)由於過去長期失敗的歷史，導致對自己的內在資源缺乏信心，遇事則偏於外在導向，而專事模仿，企圖從中尋求解決問題的線索。
- (4)智能障礙兒童比一般兒童更常使用較原始性的防衛機制，如拒絕、退化、壓抑等。而且他們在防衛機制的使用上也較缺少變通，很可能對某些防衛機制一而再、再而三的使用，這也顯示他們在面對心理衝突時常是束手無策的。
- (5)由於智能障礙者常得不到社會的接納與讚許，因此他們對接納與讚許的需求程度也比常人為高。尤其那些長期被收容於養護機構的智能不足者，因其社會性接觸的缺乏，對別人接納與讚許的需求尤其強烈。如果智能障礙者因而表現出喜歡與人接觸的情形，即是所謂的積極反應傾向。但也有些智能障礙者因在過去與他人（如保育員、護士、醫師等）交往的挫折經驗，而顯得怕生畏縮，即所謂消極反應傾向。一個智能障礙者到底所表現的是積極或消極的反應傾向，全視那一種傾向比較強烈而定。

- (6) 智能障礙在好勝動機方面要比常人為低，而在養護機構中的智能障礙者又比不在養護機構者為低。
- (7) 智能障礙兒童的行為常表現固執性，而缺乏隨機應變的能力。勒溫認為智能障礙者行為的固執性是由於其思想方式的缺乏變通，而思考方式的缺少變通又與他們的心智結構分化不足有關，以致遇事反應刻板、缺乏彈性；不過，齊格勒卻認為智能障礙者行為的刻板性，乃起於彼等社會性接觸的不足，而導致其對社會認可的追求；他們行為的反覆出現，目的即在與對其接納與認可的成人保持經常的接觸。
- (8) 智能障礙兒童的行為比普通兒童更受外在動機所左右。一個受到外在動機所支配的兒童，往往對安全、舒適、金錢或其他具體的獎勵，會比單純從成就所產生的內在滿足更感興趣。換句話說，對智能障礙兒童而言，有形的增強物比起抽象或精神上的鼓勵，更能促進他們行為的改變。

5. 職業適應方面——

有些智能障礙在職業上的失敗，常導因其個人或社會適應的不良，而非其工作技能本身。智能障礙在職業上是否受到接納，往往與其能否遵從上司的指示，對上司的批評與糾正能否作適當的回應，避免出現干擾性的行為。輕度智能障礙者如給予適當的訓練，有許多還是可以安置在競爭性的工作崗位，自食其力。中度智能障礙者在嚴密的督導下，可在庇護工場從事一些非技術性的工作。至於重度智能障礙者的學習與工作能力皆十分低下，縱使安置在庇護工場中，其生產力也十分有限。他們多無法在社區中獨立生活。他們所需要的是嚴密的督導與照顧。

(三)等級：

1. 依其殘障程度，可細分為極重度、重度、中度

(1) 極重度：智商未達該智力測驗的平均值以下五個標準差，或成年後心理年齡未滿三歲，無自我照顧能力，亦無自謀生活能力，須賴人長期養護的極重度智能障礙者。

(2) 重度：智商界於該智力測驗的平均值以下四個標準差至五個標準差（含）之間，或成年後心理年齡在三歲以上至未滿六歲之間，無法獨立自我照顧，亦無自謀生活能力，須賴人長期養護的重度智能障礙者。

(3) 中度：智商界於該智力測驗的平均值以下三個標準差至四個標準差（含）之間，或成年後心理年齡介於六歲至未滿九歲之間，於他人監護指導下僅可部份自理簡單生活，於他人庇護下可從事非技術性的工作，但無獨立自謀生活能力的中度智能障礙者。

備註：

1. 智商鑑定若採用魏氏兒童或成人智力測驗時，智商範圍極重度為24以下，重度為25至39，中度為40至54，輕度為55至69。
2. 智商鑑定若採用比西智力量表時，智力範圍極重度為19以下，重度為20至35，中度為36至51，輕度為52至67。
3. 若無法施測智力測驗時，可參考兒童發展適應行為量表評估。

常見的智能障礙者之類型：

(1) 染色體之變異：最常見的是唐氏症（Down's Syn-

drome)，唐氏症候中最普遍的情形是在第21對染色體中多出一個染色體，成了三個而非正常的一對染色體。由於其生理特質的突出，尤其上下眼皮縐褶寬厚，眼上斜，舌厚而有裂溝，經常伸出，頸短，皮膚乾燥，手、腳、手指短小等，故極易辨識。唐氏症所佔中重度智能障礙者的百分之十左右，其出現機率，常隨雙親、尤其是母親年齡的增高而加大。此外母體經常受到放射線的照射，或感染病毒也可能造成染色體的變異。

- (2) 內分泌失調：如甲狀腺分泌不足所引起的克汀症或稱呆小症，也有稱之為甲狀腺機能衰退症者。克汀症所引發的智能障礙，視甲狀腺素缺乏的程度、甲狀腺素從母體傳輸至胎兒的變化情形，以及被發現時的年齡而定。
- (3) 新陳代謝失調：最常被提及的是苯酮尿症（簡稱PKU）它是一種基因缺陷所造成的新陳代謝疾病。這類患者的體內因無法將苯丙氨酸（含於乳類食物中）轉化為酪氨酸，以致苯丙氨酸在血液中積聚毒害到腦部組織，而形成智能障礙。苯酮尿症患者如發現得早，並供以含苯丙氨酸較低的飲食，也有可能不致成為智能障礙。
- (4) 頭部異常：如腦水腫與小頭症等。腦水腫也稱水腦症。它是由於腦脊髓液分泌異常，無法被吸收或順暢流通，以致過多的髓液壓制腦部的發育，並擴張頭蓋骨，而形成前額特別突出，兩眼顯得特別分開，眼瞼常無法合閉，鼻子變扁等現象。腦水腫症患者其智能程度，端視腦部受到壓制而傷害的程度而定。如發現得早，也可經由手術而減少髓液的分泌並疏導過量的髓液，以防智能障礙的產生。小頭症之形成，多由腦部組織

的發育不全所造成，頭越小，其智能也越遲滯。

二、體能殘障：分肢體障礙及身體病弱二種

(一)肢體障礙

1. 定義：

係指由於發育遲緩，中樞或周圍神經系統發生病變、外傷，或其他先天或後天性骨骼肌肉系統之缺損或疾病而造成上肢、下肢或軀幹久缺正常機能，以致接受教育、自立生活發生一定程度之困難者。

2. 特質：

- (1) 因外傷造成肢體外觀之殘缺、變形，或是先天畸型而影響日常生活功能，如進食、提物、個人衛生料理及坐姿、站立、行走等動作困難者。
 - (2) 如肢體外觀完整無缺，但因神經控制不良，或是肌肉明顯萎縮無力，而導致進食、提物、個人衛生料理及坐姿、站立、行走等動作困難者。
 - (3) 四肢的缺損造成肢障者的不便，外型的特殊，使得社會大眾對他有很多誤解。比如很多人以為殘障者是施捨同情的對象，認為「殘者」必「廢」，甚至覺得殘障者是特殊人物，應與正常社會隔離等，這些錯誤的觀念常帶給肢障者很大的困擾，有些肢障者亦因此失去信心，變得自卑。
- #### 3. 等級：依其上肢、下肢及軀幹三部份功能的缺損狀態而分出不同的等級。

(1) 上肢部份：

重度（一級）：

- ① 兩上肢之機能全廢者。

②兩上肢由腕關節以上欠缺者。

中度（二級）：

①兩上肢大拇指及食指欠缺或機能全廢者。

②一上肢的上臂二分之一以上欠缺者。

③一上肢機能顯著障礙者。

(2)下肢部份：

重度（一級）：

①兩下肢的機能全廢者。

②兩下肢自大腿二分之一以上欠缺者。

中度（二級）：

①兩下肢機能顯著障礙者。

②兩下肢自踝關節以上欠缺者。

③一下肢自膝關節以上欠缺者。

④一下肢的機能全廢者。

(3)軀幹部份：

重度（一級）：因軀幹之機能障礙而無法坐立者。

中度（二級）：因軀幹之機能障礙而致站立困難者。

備註：申請殘障手冊者同時具有上、下肢或軀幹中之兩項或兩項以上障礙者，以較重級者為準，如有兩項以上同級時，可晉一級，但最多以晉一級為限。

4. 類型：常見的肢體障礙者之類型：

(1)腦麻痺：在肢體障礙的個案中，腦麻痺是目前最為常見的現象。腦麻痺可說是一種神經上的症候，其問題在於動作與協調的困難，以及一般身體功能的羸弱與失常，腦麻痺並非傳染或進行性的疾病，就運動特性而言，因腦部損傷程度與性質的不同，可分為下列數種：

①痙直型：痙直型的腦麻痺者，在運動時對肌肉的

- ③共濟失調型：患者對粗大與精細動作的控制皆感困難。由於在平衡、姿態、及方向感等方面的問題，使得動作的協調益覺吃力。
- ④強直型：當患者伸展肢體時，會變得全身僵硬，因此任何行動皆極為困難。
- ⑤震顫型：此類患者的動作，經常是不隨意與無法控制的。它可能是肌肉不斷收縮的結果，使得其動作具有節奏、交替、與搖動不定的特定。
- ⑥無力型：患者顯得肌肉無力，無法對刺激有所反應。
- ⑦混合型：混合型的腦麻痺者，其運動特性則具有上述各類型部份或全部的組合。
- (2)癲癇：癲癇是因腦傷而造成的，當腦部無法對神經細胞所釋出的電流作有效的控制時，抽搐發作的現象即由之而起。抽搐是腦部異常的神經化學活動顯露於外的一種表象。當癲癇發作時，腦部會呈現短暫的功能失調，以致無法控制肌肉、感覺、意識、思考等活動。但當發作過後，腦細胞的功能仍可恢復正常運作。
- (3)脊柱裂：是一種因脊椎骨無法整合所產生的先天性缺陷。脊柱裂的部位在脊椎骨的任何部份皆可能出現，但以發生在脊椎骨下方者居多。脊柱裂常導致患者大小便失禁、肢體麻痺、自主神經系統功能障礙（如不出汗）、及在缺陷的脊椎骨以下部位感覺的喪失。
- (4)小兒麻痺：小兒麻痺在醫學上的正式名稱為脊髓灰白質炎。它是脊髓灰白質的前角細胞（運動細胞）受到濾過性病毒的侵害，而引發的摧毀性發炎現象。

這些運動細胞經病毒感染發炎後，即無法有效控制相關肌肉的收縮，其運動能力即受到影響。如果病毒的感染只造成這些運動細胞的腫脹，則尚有復原的可能。要是這些細胞為病毒所毀滅，則復原是不可能的，其引起的肢體麻痺也是永久性的。小兒麻痺所引起的肢體殘障，以下肢佔大部份，其麻痺的肢體常呈纖細、肌肉萎縮、懸垂無力之狀，係屬弛緩性的麻痺。一般說來，小兒麻痺所產生的殘障多僅限於患者的肌肉神經系統而已，尚不致影響其智力、視、聽覺等方面的功能。

- (5) 肌萎症：肌萎症是因隨意肌（橫紋肌）被脂肪與纖維組織所替代，以致肌肉細胞因營養不良而逐漸萎弱與退化的一種進行性疾病。肌萎症可能是由遺傳缺陷所造成的。發病年齡從一歲到八十歲都有，不過以一至六歲之間為多。肌萎症病發後，先從一小部份的肌肉開始，然後以一種進行性的速度逐漸侵襲到其他的肌肉組織。此症的早期症狀包括不良於行，容易跌倒，上樓梯或由躺、坐的姿勢起身感到困難，而且由於體幹的偏斜，會顯得步態異常。此後患者的行動能力即呈現逐漸惡化的現象，跌倒的次數慢慢增多，起身更形困難，而須藉拐杖才可行走；當肌力繼續喪失時，更得由拐杖換成輪椅，最後在肌萎症的末期，患者即可能要終日臥身床榻，大部份的患者會由於心臟肌肉或與呼吸有關之肌肉受到連累，因心臟衰竭或肺部感染而死亡。不過患者的神經系統，則不受此症的影響。

(二) 身體病弱

1. 定義：指身體罹慢疾病，體能虛弱致接受教育發生一定程度之困難者。
2. 特質：
 - (1) 長期多病而經常缺課，或長期連續缺席。
 - (2) 異常肥胖、瘦弱或發育不良。
 - (3) 身體經常顯得虛弱無力，容易暈倒。
 - (4) 輕微運動就心跳加速、呼吸困難，甚至面色發紫。
3. 類型：依其重要器官失去功能而細分下列各類型及其殘障程度。
 - (1) 心臟失去功能：
 - ① 極重度：心臟血管機能遺存極度障礙，生活自理能力喪失，並經常需賴醫學及家人周密照顧，而有左列情形之一者：
 - A. 難以控制之進行性慢性鬱血性心衰竭，心臟機能損害第4度，且經治療三個月仍無法改善者。
 - B. 惡性高血壓，眼底視網膜病變第4度，並具有腎功能障礙，而經治療三個月無法改善者。
 - C. 由高血壓心臟病導致之腦血管障礙，極度喪失自理能力，且經治療六個月無法改善者。
 - ② 重度：心臟血管機能遺存顯者障礙，生活自理能力缺欠，需賴醫藥及家人周密照顧，而有左列情形之一者：
 - A. 心臟機能損害第三度，有多發性鬱血性心衰竭，其心臟機能除飲食起居外，不能作任何操作勞動，且經治療六個月無效者。
 - B. 難以控制之頻發性心絞痛，且無法接受冠狀動脈整形手術或繞道手術（或手術失敗），經診斷確實，而治療六個月無改善者。

- C. 多發性複雜心室性心律不整，合併多發性腦缺血症狀，經治療六個月無改善者。
- D. 重度心臟傳導阻滯，合併多發性腦缺血症狀，經心電圖證實，而無安裝人工心律調整器者。
- E. 任何心臟病，在手術後六個月，其心臟機能損害仍在第三度者。
- F. 下肢動脈阻塞性疾病（經血管攝影證實），無法手術，但經藥物治療三個月以上仍有缺血性潰瘍者。

備註：心臟機能損害分類標準：

第一度：有心臟病，但無運動障礙，平常之活動下，無氣喘胸痛疲倦或心悸現象。

第二度：有心臟病，且有經常運動障礙，在休息或工作時無症狀，但日常生活較重之工作時則有症狀。

第三度：有心臟病，且有重度運動障礙，休息時無症狀，但稍有活動即有症狀。

第四度：有心臟病，且無法活動者，在靜止狀態下有心臟代價不全活動時症狀加重。

(2) 肝臟失去功能：

① 極重度：肝臟機能遺存極度障礙，生活無法自理並經常需要醫藥或家人周密照顧而有下列情形之一者：

A. 肝硬化曾接受靜脈分流術或食道截斷術並有肝衰竭者。

B. 肝臟移植者。

② 重度：肝臟機能遺存顯著障礙，生活自理能力喪失，並需家人周密照顧，而有下列情形之一

者：

- A. 肝硬化曾接受靜脈分流術或食道截斷術者。
- B. 肝硬化經病理活動切片證明後，尚有下列情形之一者：
 - a. 經治療一年以上，肝功能試驗無顯著進步者。
 - b. 遺存有門靜脈血壓增高、脾腫大、腹水、食道靜脈怒張、食道出血、下肢淨腫等症狀之一者。
 - c. 肝臟切除一葉者。

備註：病理切片無法完成者，經動脈攝影及其他臨床診斷方法確定並有二年以上之肝功能異常者。

病理切片無法完成時，如因腹水，或凝血原時間大於對照組四秒以上或肝重度縮小時，經各種臨床診斷方法確定有肝硬化者。

(3) 肺臟失去功能：

- ① 極重度：需氧氣或人工呼吸器以維持生命者。
 - A. 慢性穩定狀況時，未給予額外氧氣呼吸，動脈血氧分壓低於（或等於）50mmHg，經三個月治療仍未改善者。
 - B. 需使用人工呼吸器以維持生命，經三個月治療仍未改善者。
- ② 重度：肺臟疾病經一年以上治療，肺功能仍未改善，且日常生活高度依存他人照顧，而有下列之者：
 - A. FEV1為正常值百分之二十五以下者。
 - B. 通氣功能為正常值百分之四十以下者。
 - C. FEV1/FVC之比率為正常值百分之三十五以下者。
 - D. 氣體交換為正常值百分之二十五以下者。

E. 肺臟切除一側或以上者。

備註：

- FEVI：第一秒分時肺活量。
- 通氣功能：MVV。
- 氣體交換：肺彌散功能。

(4) 腎臟失去功能：

① 極重度：腎臟機能遺存極度障礙，生活無法自理經常需要醫藥或家人周密照顧，而有下列情形之一者：

- A. 慢性腎臟疾病合併尿毒症。
- B. 慢性腎臟疾病肌酸酐廓清試驗每分鐘在十五公撮以下，合併有高血壓或貧血，經治療一個月無進步者。

② 重度：腎臟機能遺存顯著障礙，生活自理能力喪失，並需家人周密照顧，而有下列情形之一者：

- A. 側腎全切除或無機能。
- B. 慢性腎臟病合併腎機能衰竭肌酸酐廓清試驗每分鐘在十六至三十公撮之間，治療三個月無進步者。
- C. 永久性尿路改造者。

(5) 植物人：大腦功能嚴重障礙，完全臥床，無法照顧自己飲食起居及通便，無法與他人溝通。

備註：植物人因障礙嚴重，不論行動，溝通及維生皆需仰仗他人，應列入一級殘障，無法再分級。

三、性格及行為異常

(一)定義：指兒童由於生理、心理或環境因素之影響，導致其生活內容、思考方式或行為呈現僵滯或偏差，而在生活中表現出顯著異於生活常規或年齡發展常態之行為，並妨礙到自己或他人之學習、情緒或人際關係者。

(二)類型及特質：

1. 依精神病學分類法，可細分五大類

(1) 智能方面：智能障礙。

(2) 行為方面（外顯的）：

① 注意力缺陷之異常——如活動過多。

② 行為失常——如攻擊行為。

(3) 情緒方面：

① 兒童或青少年之焦慮異常——如分離的焦慮。

② 其他兒童或青少年之情緒異常——如嬰兒之反應性依附。

(4) 生理方面：

① 飲食異常——如異食癖，神經性厭食。

② 刻板性動作異常——如暫時性抽搐。

③ 其他生理性異常——如口吃、功能性遺尿。

(5) 發展方面：

① 普遍發展性異常——如嬰兒期自閉症。

② 特殊發展性異常——如閱讀、數學、構音、語言發展性異常。

2. 依行為分類法，有下列各型：

(1) 行為失常型：反抗權威、對權威人物充滿敵意、手段兇殘、心術不正、鮮有罪惡感、好吵架滋事、破

壞財物、自私、好責難他人、暴躁、過動、容易分心、虛偽、缺乏責任感、言語無禮等。

- (2) 焦慮—退縮型：膽怯、害羞、過敏、柔順、自卑、緊張、容易受到傷害、壓抑、退隱、經常哭泣。
- (3) 社會化攻擊型：參加不良幫派、結夥偷盜、離家出走、逃學、深夜遊蕩不歸。
- (4) 不成熟型：注意力短暫、動作協調性不佳、常作白日夢、偷懶、被動、終日昏睡、對課業缺乏興趣、做事雜亂無章。

另有些兒童會將其所有的感受內在化，而使身心俱受到傷害，但有的兒童則會將其不愉快的感受，以其環境中的人與物作為訴求的對象。即有所謂的內化型和外化型兩種：

- (1) 內化型：恐懼、胃痛、憂慮、退怯、嘔吐、害羞。
 - (2) 外化型：不順從、偷竊、撒謊、打架、具破壞性。
3. 依行為異常的程度分類，為輕、中、重度3類。
- (1) 輕度行為異常者：對個人及他人皆不致造成太大的困擾，當事人尚能與別人維持相當程度的和諧關係，其工作，學習的效率所受到的影響也屬輕微。
 - (2) 中度行為異常者：在情緒上會感受極大的痛苦，其工作、學習的效率，及人際關係也深受其問題行為的影響。
 - (3) 重度行為異常者：如生活於另一個世界的人一樣，他們很難從事學習與處理日常事務。須在隔離的環境中，由專門人員長期加以輔導。
4. 依其行為表現之類別分類：
- (1) 人際關係問題：無法與同儕或教師建立或維持良

好的人際關係。如：經常與同學打架、發生口角、攻擊老師、濫發脾氣、不與同學來往、任意指責或批評同學等。

(2)行為規範問題：通稱為違規犯過行為或反社會行為，即在正常的環境下，出現不適當的行為或情緒反應。如：經常無故遲到、缺席、逃學、說謊、偷竊、易怒、出現破壞行為、考試作弊、不守規定或傷害別人等。

(3)偏畸習癖：或謂之不良習慣，多與性格發展有關如：經常吸吮拇指、咬指甲、作異性打扮、沈迷色情刊物或影片、吸食強力膠、藥物濫用、嗜異味物品、煙癮或過份偏食等。

5.自閉症：合併有認知功能、語言功能及人際社會溝通等方面之特殊精神病理，以致罹患者之社會生活適應有顯著困難之廣泛性發展障礙。

按其殘障程度，可分為極重度、重度、中度及輕度：

(1)極重度：

- ①社會適應能力極重度障礙。
- ②社會適應能力重度障礙，語言功能極重度障礙或重度障礙。
- ③社會適應能力中度障礙，語言功能極重度障礙。需完全仰賴他人養護、或需要密切監護，否則無法生存者。

(2)重度：

- ①社會適應能力重度障礙，語言功能中度或輕度障礙。
- ②社會適應能力中度障礙，語言功能重度或中度障礙。

- ③ 社會適應能力輕度障礙，語言功能極重度障礙。
經過特殊教育和矯治訓練，通常可發展出最基本的日常生活自理能力，但無法發展出工作能力，仍需仰賴他人照顧者。

雖然在家教育的學生，其症狀常是上述各類別中較嚴重者，但他們也可能是集合多種輕微障礙於一身，所以特地詳細介紹各種障礙特質，方便輔導教師查用，而能隨時掌握教學訓練的先機。

參考資料

何華國（民78） 特殊兒童心理與教育，五南圖書出版公司。

教育部特殊兒童第二次全國特殊兒童普查初查工作手冊。

