

# 情緒與異常行爲 (十一)

馮觀富／學校課程發展學會祕書長

## 兒童的嫉妒情緒

嫉妒是一種複雜的情緒，它由憤怒、懼怕、及情愛三種基本情緒結合。在幼兒期嫉妒的反應與憤怒類似，典型的表現攻擊被嫉妒的對象，或自己以退化行爲表現，如尿床、吸吮姆指等；或裝病、裝恐懼等行爲引人注目；或用餐時拒食、及一般恣情縱意放任行爲來表示。

到了兒童期或青年期，嫉妒的表現有兩種方式：對所嫉妒者施以攻擊，如爭吵、詬罵、藐視、批評等，指摘其勝過自己之處的缺點，是主動的反應，這種反應常伴隨著繼續競爭。

一般而言，獨生子的嫉妒反應格外強烈，顯現出很多不正常的行爲，如過份撒嬌、動輒嘔吐、遺尿、遺屎、誇張小痛苦，這些退化現象，都是嫉妒的表徵。

嫉妒反應的強弱，與次數的多寡和性別年齡有顯著的差異。根據麥克法蘭 (J. Macfarlane) 等人的研究，二十一個月大至十四歲男女兒童嫉妒行爲的結果顯示：早期女性幼兒的嫉妒表現，較男性幼兒為頻繁，八歲以後又顛倒過來，十四歲時的表現才趨一致。就年齡說，幼兒期（三至四歲間）及青年期，是嫉妒出現的頂點。乃因此兩時期自我意識較強，為求慾望的滿

足，所遭遇到的障礙，也較其他時期為多。嫉妒的強弱和出生的先後亦有關係，通常年紀大的兒童比年紀小的兒童嫉妒更多。因為年紀小的兒童，未出生之前，全家的注意力都集中於年長的兒童身上，其後由於弟妹的出生，父母的愛和關注有所轉移的結果。根據斯摩勒 (R. S. Smalley) 研究指出，姊妹間互相嫉妒的最多；兄弟次之；姊弟與兄妹間更次之 (王克先，1972)。

## 兒童的憤怒情緒

古登納夫 (Goodenough, 1931) 曾以七個月至七歲十個月的嬰幼兒為對象，由受過專業訓練的母親從一個月的觀察發現以下事實：

嬰兒的憤怒情緒反應，主要表現是叫、哭，兩足猛力撐踢，背脊挺硬或向後變曲等。會走路的幼兒也許是站著頓足，跳躍或躺在地上兩腳輪踩、蹬地板，或忍閉呼吸至面色青紫。這種傾向在一歲半至未滿三歲這段期間的孩子最為顯著。可是過三歲以後，這種反應方式明顯減少，代之以惡言詬罵的方式攻擊對方。過了四歲，拳打腳踢的傾向又一度作某種程度再現，但不像三歲以前那樣毫無邊際的亂發



脾氣。此時惡言相向的情形，依然還是相當的多。及至五歲時，一切都會慢慢沉靜下來。這是嬰幼兒期最安靜的一段時期。

據葛賽爾（A. Gesell, 1929）的研究，一過六歲又開始容易激動起來。對周遭的人們，無論在行動上或語言上，都採取一種強烈的攻擊態度。有時會亂發脾氣，動不動就在地上打滾、踢打、謾罵、毀壞東西、虐待小動物和年幼的兒童等。這種情形，幾乎每天都有。

滿七歲時，又是一個轉機，以上所述的傾向會慢慢地收斂起來，不再常發脾氣，對母親的態度比較以前溫順多了。可是在另一方面兄弟間卻常爭吵，那怕即使是一點小事，輕則口角幾句，重則大打出手，互不相讓。有時為自己的主張未被採納，就會反唇相稽，再三堅持，態度非常固執。

過了八歲，以上對周圍攻擊的態度漸漸穩定下來，身體方面的攻擊逐漸減少，而語言方面的反抗卻逐漸加強。有時和別人口角，也常說些令人討厭的話。

過了九歲，以上的傾向越益加強。這時身體方面的攻擊完全絕跡，你一言，我一語的口角卻佔絕大部分。往往以互相批評的態度來指責對方的短處，偶而也會以半開玩笑的態度來用手打人，但不會認真毆打起來。

十歲時的男孩，若不見容於遊伴則憤

怒，女孩的容貌儀態被人譏笑則憤怒；同時他們也用同樣的方法來激怒他人。

到了十一歲，口角時多用刺人的語言，傷害別人的感情。此時，對於道德的侵害，社會的罪惡也表示憤怒。

十二歲時，對經常批評老師或父母的行為，表示憤怒。也常有理論的口角，計謀報復，對不如意的事都喋喋嘮叨不休。

另一項研究指出，兒童憤怒反應延宕（delay）的時間，亦隨年齡而異。古登納夫的研究稱，在八歲以前，一般情形多在五分鐘以下。芮克滋（A. F. Ricketts）的研究指出，幼稚園的兒童，其憤怒的時間在一分鐘以下者，佔百分之四十一，一分鐘至五分鐘的佔百分之四十八，五分鐘以上的佔百分之十一。在家庭中，一分鐘以下的佔百分之十五，一分鐘至五分鐘的佔百分之六十一，五分鐘以上的佔百分之二十四。而後隨年齡的增長而增加。憤怒延宕時間也在逐漸的加長（王克先，1972）。

兒童由憤怒至攻擊行為發生的延宕時間，根據研究，與家庭社經地位有關，以美國為例，通常紐約黑人區的兒童較白人區的兒童，由憤怒導致攻擊的行為延宕時間為短。

## 兒童期的情緒問題

所謂兒童的情緒問題，是指兒童個體



在發展過程中所呈現出來的情緒困擾問題，倘依佛洛伊德所言，每個發展階段都有不同的困擾問題。如：口腔期的嬰兒，吸吮則能獲得愉快的情緒，但大約在八個月大時，開始斷奶，這可能是“創傷性”的時刻，會帶來緊張、焦慮。從八個月到十八個月，這個階段是孩子所謂的「口腔嗜嚼期」(oral sucking period)。牙齒也生出來了，開始有武器發洩他的挫折感，展開他的攻擊行爲。

肛門期的小孩，完成斷奶後，接著而來的是嚴格的清潔和排洩訓練壓力，此時，母親又有了弟弟或妹妹。小孩需要面對現實上的入侵者。在這種情狀下的小孩，他要應付雙面夾擊的戰鬥—承受成人的嚴苛訓練、並和弟或妹爭寵的壓力。

大小便訓練，父母會對孩子在適時適切進行的便給予酬賞；當有意外時，也會有可能受到處罰。此時小孩也學會了如何將排洩的過程當作攻擊武器來操弄父母。他可以使父母高興，也可以使父母失望，前者，他適時適切地排便，後者，他故意延緩父母的滿足，就可以輕易達成目標。如小孩可在找不到任何如廁用具的情況下，要求“尿尿”。或者缺乏耐心的父母在等待小孩的表現時，小孩卻連坐幾個小時的“馬桶”仍不出來。這個時期通常稱之為「肛門排出期」(anal expulsive stage)，約六個月到三歲。在肛門保留期 (anal

retentive stage) (約十二個月到四歲)，小孩學會了控制、保存和擁有糞便的重要性。也體會到擁有糞便幾會有無所不能的感覺。他幾乎可以將糞便當作是送給父母的禮物—當出現在適當的時間與地點時，是相當被讚賞的禮物。他們也可以藉此激怒父母，或者在不適當的時間和地點排便，打斷父母的例行工作來作為懲罰。

性器期的兒童，男童有戀母情結，女童有戀父情結，男童有被「閹割」的焦慮，女童有「陽具妒羨」的心態。

潛伏期的兒童，所有與性有關的事物，都被壓抑甚或壓制。同性相拒、漸呈一種不當的羞恥情緒，深怕被別人恥笑，其實這是暴風雨前夕的寧靜而已。

兩性期的孩子，由於身心產生變化，而形成青春期。男女孩到了青春期也稱為「狂飆期」，所有的問題，這個時期達到高峰，不單是性的問題，也有學業、社交等情緒困擾。

根據可士迪勞等人(A. J. Costello, et al., 1988)的調查研究：生活受到精神問題干擾的兒童，在美國大約佔了學童的百分之二十到百分之二十五。匹茲堡的一項研究發現，在七百八十九名七至十一歲看小兒科醫生的孩子中，有百分之二十二左右有過某種精神困擾。可士迪勞還指出：男孩、黑人兒童、來自貧窮家庭的孩子，在這方面的風險特別高。此外，還有剛經歷某種

壓力人生事件的孩子、留級的孩子、或父母有難題或有精神困擾的孩子亦然。美國大約有三百萬至九萬兒童有各種不同的情緒失調。在台灣尚無正確統計，但單親的孩子情緒失調不容忽視。

## 兒童期的情緒問題類型

兒童問題類型，難有一定標準，所謂兒童問題，其實也是適應問題，這是發展過程中的適應困難行為反應（情緒反應），也是身心症候。一九六七年由世界衛生組織（World of Health Organization, WHO）舉辦的「國際兒童精神疾病診斷研討會」，曾就分類與診斷進行廣泛性討論，並於一九七五年再作深入的探討。哥爾（Gore, 1979）綜合討論的意見，從兒童臨床心理學的觀點，將兒童的行為問題分為九大類，涵蓋範圍極廣：

1. 正常性變異（normal variation）。
2. 適應性反應（adaptation reaction）。
3. 特殊發展性失常（specific development disorder）。
4. 精神官能性失常（neurotic disorder）。
5. 行為失常（conduct disorder）。
6. 人格失常（personality disorder）。
7. 身心性反應（psychosomatic condition）。

8. 兒童期精神病（childhood psychoses）。

9. 混合性異常（mixed subnormality）。

就兒童精神醫學觀點，兒童不良適應依性質歸納為下列症候：

1. 多元性症候—如尿床、偷竊、夢魘、暴怒等一應俱備的孩子，便可肯定他具有嚴重的情緒困擾。如果只有一項，而其人格健全，則不成為問題。
2. 癱瘓性症候—有些症候，一經出現，就使整個人的功能癱瘓。如深度的恐懼症。
3. 概括性症候—症狀雖不明顯，但有異常狀態，如鬱鬱寡歡或行為粗暴。
4. 工具性症候—某些症候如過度的吮吮拇指、咬指甲、手淫等，以達到滿足快感成爲一種習慣。

## 常見的困擾問題

### 睡眠困擾

兒童早期或中期有時會產生較嚴重的睡眠困擾。如果這種困擾持續較長的一段時間，或許就是情緒困擾的徵兆。

許多孩子有睡覺的恐懼，因爲是懼怕獨處一室的黑暗中，不是要求整夜開著燈光，就是拖延就寢時間。根據研究，四歲



前的孩子有百分之二十到三十，會有一段困難的入眠時間（約一小時以上），並頻頻在夜間喚醒父母。最糟的情況出現在兩歲至四歲。這些孩子是經常受到一些壓力，如家庭中的某種意外或病痛，母親抑鬱或獨斷，或母親在白天突然不見了。同時他們也經常和父母同睡一床，這也許是睡眠不安的反應（Lozoff, Wolf. & Davis, 1985）。

哈特曼恩（Hartmann, 1981）研究指出：三到八歲（大部分在六歲以下）的孩子中，每四個人就有一人有夢魘（nightmares）或夜驚（night terrors）。夢魘是做可怕的夢，通常是因為睡得太遲、睡前吃得太多或興奮過度。醒來後，常能清楚回憶惡夢的內容。偶而做惡夢不必擔心，但經常性的夢魘，尤其是會導致醒來時仍存著焦慮，或許便是孩子承受過多壓力的訊號。

心理學家認為夜驚與夢無關，它似乎來自沉睡中突然的醒來。孩子處於一種莫名的恐慌中。他們可能出現尖叫著坐起來，呼吸急促，雙眼直瞪，茫然無知有任何可怕的夢境。也會很快地睡著，到了早晨，卻不記得發生什麼事。這種情形通常會自行消失。

夢魘、夜驚，以醫學觀點在小兒科範圍內是困擾兒童睡眠的疾病。所謂「夜驚」，是直接自拉丁文翻譯過來的，本意是「害怕夜晚」（pavor nocturnus），通常發生

在前三分之一夜晚，睡熟中的兒童突然坐起來驚叫，全身冒汗，歷時大約三十秒到五分鐘，又很快入睡，第二天問他昨晚為什麼會尖叫、哭...。通常回答說忘記了。這種情形常和他有發育上的障礙或遭遇身心創傷有關，而一般的發生率大約在百分之二至五左右。最近的研究顯示，可能與家族遺傳有關，而且當兒童在發燒時，特別會引發出這種現象，嚇壞了不少父母，以為是「頭殼燒壞了」才會如此，其實不然。

而夢魘則是容易發生在下半夜，通常是發生在十歲以前的兒童身上，而且是和白天遭受的焦慮有關，兒童作了很焦慮的夢之後突然醒來，而且還可以記得夢的內容，一旦夢魘醒來，就很難再入睡了（陳鉉煒，1999）。

尚有一種與夜驚、夢魘相似的稱之為「夢遊（夜遊）」，是在睡眠中迷迷糊糊下床，在室內或至室外遊走，或做某一件事情，然後又回到床上睡覺，一覺到天亮，好似什麼都沒有發生過。但是可以回憶昨夜所發生的事。

夢遊會發生於兒童入學後，由於日間功課緊張、同儕的衝突或嬉戲、情緒上的焦慮、害怕等。中國諺言：「日有所思，夜有所夢」。若以佛洛伊德理論去解釋，它是壓抑在內心深層的潛意識，藉著夢顯示出來。佛洛伊德認為夢有潛性（latent）與

顯性 (manifest) 之分。前者，指夢的成因係由隱藏深處的潛意識動機所促成，多屬“本我”層面的性衝動或攻擊衝動，因受“自我”與“超我”的管制，不能直接由行為來表現，因而轉化為可以被接受的另一層面，是為潛性夢境，只是一種象徵的事物與活動；後者，指當事人所能記憶而且陳述的夢境，其中包括人、事、物以及所有的活動。夢遊應屬於顯性夢境。

夢遊不只發生於兒童身上，而青少年、成人及老年人都會發生。但兒童的夜驚或夢魘可以藉當事人在睡眠狀態中的眼球轉動偵察測知他們在作夢（不能測知夢中內容），而夢遊不管是小孩或大人，在其過程中無法偵知，只靠當事人事後的回憶陳述。在下面的成人案例中可闡釋兒童夢遊發生的原因。

#### 案例一

案情發生於五〇年代中國發生內戰後期，國民黨軍失利敗守台灣。大陸方面的共軍高喊血洗台灣、解放台灣。台灣方面的守軍，從大陸撤退時帶來很多身高不及步槍的少年兵，駐守在台灣海岸線上，白天操練兼克難生產勞動，夜間守衛站崗，體力透支，精神緊張，又由於整天高喊反攻大陸，所以情緒激昂，結果發現這些少年兵有人患夜遊症，深更半夜時間既未到換班，又無人喚使，他就在海邊碉堡或海邊村落附近無目的地遊走，然後再回床上睡覺，翌日也能說出一些昨夜情況。

#### 案例二

與案例一同時期駐紮在台南市後火車站週遭營區的部隊，日夜操練及備戰，在這種高度緊張情境下的官兵，時亦發生“集體式的夜遊症”（按軍事術語謂之“鬧營”）。在深夜裡不知怎的，全營官兵五百餘人由營長率領至野外行軍一個多小時，再返營區睡覺。營長當時也不知何故，其他官兵也盲目跟著走，次日才幡然大悟。另在該區有一整營官兵，入睡不久，忽然自其中一間寢室傳出尖叫聲，接著每人坐起在床上猛拍打床舖木板，然後集體向室外狂奔。先由一室開始，接著鄰近第二、三室...相繼傳下去至整個營區。俟燈火通明後再返寢室就寢。後來經查先有一士兵夢囈，戶外衛兵返回制止而驚動周邊士兵，接著叫喊卒至傳遍整個營區。

以上案例雖然發生於成人身上，肯定地說，兒童的夢魘必然是由某種日常生活壓力造成，這種緊張、焦慮的情緒，日夜縈繞於腦際，在睡夢中朦朧之時，稍遇狀況立即有不尋常的行為表現出來。但兒童的夢魘或夜驚可在他們的睡眠時的眼球不尋常的移動測知，主要現象是腦電波率動的改變與眼球快速跳動，大致可以推測睡眠者在作夢。而夢遊的全部過程研究，鮮有文獻可供參考。

「愛麗絲夢遊仙境症候群」，這是由故事解釋兒童睡眠問題的症狀。愛麗絲姊妹倆在夢中吃下可以讓她們身體變大變小的汽



水、蛋糕後，看見有些動物都和她以前的經驗不同，形狀大小都改變了。

以醫學觀點，在小兒科中，當兒童產生形體印象、時空扭曲、或造成認知錯誤及形體差異都可以稱之為「愛麗絲夢遊仙境症候群」。就是睡眠上的障礙。

表 夜驚、夢魘及夢遊的比較

項目	夜驚	夢魘	夢遊
年齡層	學齡前兒童	十歲以下	學齡兒童、青少年、成人及老人
好犯	男孩子	女孩子	男女
容易發生	非快速眼動前	快速眼動期	(研究厥如)
易產生時段	前1/3夜晚	下半夜	下半夜
醒時是否記憶夢中內容	否	是	是
與何種事物有關	之前可能受過身心之創傷	之前可能焦慮引起	之前由緊張、焦慮引起
發生率	2.5%	7.15%	(研究厥如)
一旦醒來再入睡	很容易	很困難	很容易

資料來源：夜驚、夢魘兩欄引自陳鉉煒，1999。

## 尿床

大部分三到五歲的孩子白天或夜間都會尿床。據精神疾病診斷手冊 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 3d.,rev.DSMR,1987) 指出：百分之七的五歲男孩和百分之三的女孩會尿床；十歲時，男孩為百分之三，女孩為百分之二。尿床的因素，有生理因素的尿床，不到百分之一，其他百分之九十九的原因可能來自遺傳和發展延宕。大約有百分之七十五尿床者，也會有個會尿床的近親，同卵雙生子在這方面的一致性又高於異卵雙生

子。生物因素也很重要。出生時較小，一、二歲時睡得太多、三歲前發展較慢的孩子，對膀胱的控制發展較慢，男孩又稍晚於女孩。至於尿床的唯一情緒因素，似乎也會出現在已具有某些問題的孩子身上，特別是由於弟妹的誕生或入學而來的不安。

不管尿床的原因是來自何方，不管男孩或女孩，一經尿床，弄濕了床被、衣物，總會帶來被家人責罵或鞭撻的痛苦，幼小的心靈也會苦惱，甚或有自卑的情緒出現，影響到人際的交往。

## 陌生人焦慮

陌生人焦慮 (stranger anxiety)，是對陌生人的一種小心注意。根據研究，嬰兒很少在六個月之前對陌生人報以負面的反應，有些嬰兒甚或對陌生人報以微笑並接近對方，只要有人在旁邊，他就會咕咕地作聲，狀極快樂。但到了八、九月大時，情況就不一樣了，不認識的人突然接近他、或在他尚未習慣此陌生人之前便碰觸他或抱起他，那麼此嬰兒多半會哇哇大哭 (Sroufe,1977)。

影響嬰兒對陌生人反應因素之一，是照顧者 (嬰兒的母親) 對新加入者 (陌生人) 作何種反應而定。在一項研究中，讓一名陌生婦人接近十個月大孩子的母親，母親以肯定或中性的口氣和孩子談到該婦

人，嬰兒也會對該婦人較友善，而且較可能靠近她，遞給她玩具。顯然嬰兒在此模糊情境中，由母親處獲得“社會參與”，並根據這點採取行動。（Feinman & Lewis,1983）。但這個研究，有人認為僅止於是研究者的推論，嬰兒尚無法用他自己的語言表達，所以，難以論斷此研究的正確度。

### 分離焦慮

分離焦慮 (separation anxiety) 是指在熟悉的照顧者離開時，感到的苦惱和傷心。

嬰兒和父母所形成的依附關係對孩子的情緒發展有極大的影響。當這類依附關係由於和父母分離而受到干擾時，將會造成可悲的結果。

早期便和父母分離的結果將會如何，當視狀況而定，如：使孩子與父母分開的原因、孩子由他人處得到何種照顧、孩子的年紀和成熟度、父母離開前後孩子的家庭關係等。

一般而言，收養機構中的孩子，多是因為父母雙亡或無力撫養的孩子，這些長久生活在收容機構中的孩子，常顯現智力功能低落。並會產生一些重大的心理困擾 (Spitz,1945)。

史畢茲 (Spitz,1945,1946) 曾做過一項比較兩所收容機構 (育幼院和棄養之家)

中一三四名兒童和三十四名在自己家中的兒童。這些收容機構最大的差別是孩子得到注意的多寡。育幼院的孩子可得到母親或其他全天候的裸母的照護，而在棄養之家中，每八名孩子才有一名護士。結果顯示：第一年結束之際，在育幼院和家中的兒童，發展健康而良好。但棄養之家的兒童則身高、體重低於平均數，而且發展商數下降惡化。同時，相當容易感染疾病，而且常是嚴重的疾病。亦有人認為造成傷害的因素是照顧者的經常變動，這種情況阻礙了「與某特殊人士早期情緒連繫」的形成。

孩子與父母分開所產生分離的焦慮，往往會有不良症狀發生，而且是非常特殊少見的。如發生在台灣南部的一個五歲男童，據媒體報導 (2000.12.6)，每當母親向他說「Bye Bye或再見」時，該男童以頭撞牆、大哭。其他人甚或醫生對他這樣說時，也以撞牆大哭回應，迅速躲到媽媽的懷裡。經精神科醫師診斷證實，是患了早期分離的焦慮症。原因是兒童從小開始，母親要外出工作，每當離家時都向他說「Bye Bye、再見」，久而久之，Bye Bye、再見，就成了母親離開的符號，而給他也帶來見不到媽媽的焦慮。制約行為反應形成後，對他人所說再見或 Bye Bye時，也以撞牆回報。



## 生病住院

對幼小的孩子來說，即使是短期的住院，也會造成困擾。鮑爾比(Bowlby,1960)研究指出，十五至三十個月大的孩子住院，會經歷分離焦慮的三個階段：

### 1.抗議階段(prottest)。

嬰兒主動地以哭、叫、搖晃小床、亂蹦亂踢試圖喚回母親。

### 2.絕望階段(despair)。

嬰兒主動停止以上第一階段的行為，變成單調或間歇性哭聲，並變得退縮，不活動；由於是這樣安靜，因此常被大人假設嬰兒已接受了這種狀況。

### 3.分離階段(detachment)。

孩子接受護士取代照顧的責任，並願意吃飯、玩玩具、微笑社交。當母親探訪時，他們表情冷淡，甚至調頭不予理睬。

孩子對入醫院怕看醫生打針，東西方文化養育出來的孩子，都是一樣。如果單獨留下孩子(尤其幼小的孩子)一個人住醫院，恐怕東方人的社會文化父母不會這樣。



## 健康問題

健康問題通常是發生於兒童中期居多，這時期的孩子已經入學，認知能力已經有了相當程度的長進，這個時期的孩子，對自己的身體外貌逐漸有了不同程度的重視。在同儕團體

中，最使孩子受窘的，就是胖子，通常是被嘲弄的對象。肥胖兒除了活動反應不如一般小朋友外，也已瞭解到肥胖是現代人的一種病症。肥胖兒有擔心被同儕戲弄的情緒，常隨伴而來的自卑、退縮、妨礙社會人際發展，也常懷疑他人背後論長道短，日子久了，不無轉變為妄想症的困擾。肥胖症等到成年之後，都會有高血壓、高血脂、高尿酸、高血糖的可能，都是人類生命的殺手。孩子對這方面的常識與時俱增，對自己也不免產生恐懼的情緒。即使沒有這方面的知識，孩子總會知道肥胖症，對“美”是有妨礙的。

兒童的肥胖症自一九七〇年代起，已成為美國的一個重要話題，因為六至十一歲的孩子過胖的情形日趨普遍。有一項為期六年的研究，將近二千六百名的兒童為對象，這些人的年紀在十二歲以下的孩子大多來自中等階級的白人家庭，其中八至十一歲的孩子約有百分之五點五被診斷過重(Gortmarker,Dietz,Sobol&Wehler,1987)。

過胖的因素，研究結果大多是相關，卻無法導出因果結論。不過大多認為來自遺傳的傾向，並因動得太少吃得太多而加強。

無獨有偶，台灣的肥胖兒也是日常生活人們談話的材料。行政院衛生署自一九九四年至一九九七年，進行一次歷時三年

---

的第三次國民營養調查，共抽查六十三個村里，調查對象為四歲以上的民眾，受訪者高達一萬人，結果發現：在體位方面，目前的兒童和青少年與十年前（一九八七年）相較，身高平均高了四點六公分。十六歲以上及成年人的平均身高也略增一點二公分。但體重方面，各年齡層都增加二至五公斤，若以超過「身體質量指數」二十六點四為肥胖指標，每七人便有一人是胖子。

肥胖者的困擾除不如其他人活潑外，更由於設法減肥方法不當，造成厭食、營養失衡、免疫系統受損，輕則引發各種病症，重則導至死亡常有所聞。

健康的問題，除了肥胖症外，還有「近視」，行政院衛生署研究指出，一九八三年迄今（2000年12月），國內每三至五年一次的學生近視調查，已進行五次，國小一年級學生（六歲）在一九八三年的近視率為百分之五點八；一九八六年為百分之三；一九九〇年為百分之五點三；一九九五年升至百分之十二；今年（二〇〇〇年）更達到百分之二十。

若以一九八三年調查的國小一年級學生持續追蹤，一九八六年升為三年級時，其近視率已增至百分之十七點七。一九八〇年唸國中二年級時，近視率更升百分之六十九。此外，今年（二〇〇〇年）調查發現，國內學生升上國中三年級以後，近視率已經超過八成。衛生署預期未來還會再提高（呂秉原，2000）。

近視者會帶來日常生活不方便的情緒困擾。衛生署更提醒近視族，未來最可怕的問題是高度近視的併發症，如視網膜剝離、黃斑部病變、青光眼、白內障等。近視一旦發生，就無法回復，即使利用手術減輕度數，未來發生高度近視併發症的風險也不會因而降低。可以說，近視對一個人而言，尤其一個正在活動量最豐沛時期的兒童，身心都會受到極大的創傷。

（未完待續）

## 參考書目

### 壹、中文部份

- 王克先（1972）。發展心理學新論。台北：正中書局，308-309。
- 呂秉原（2000）。學童視力拉警報。台北：自由時報，89年12月6日，第10版。
- 陳鉉煒（1999）。淺談兒童睡眠障礙。台北：聯合報，民88.1.27第34版。

---

## 貳、英文部份

- Bowlby, J.(1960). Separation anxiety., *International Journal of Psychoanalysis*,41,89-113.
- Costello, A. J., Edelbrock, G., Burns,B. J.,Dulcan, M. K., Brent. D. & Janiszewsku, S.(1988).Psychiatric disorders in pediatric primary care. *Archives of General Psychiatry*,45(6),1020-1029.
- Feinman, S. & Lewis, M.(1983). Social referencing at ten month: A second order effect on infants' response. *Child Development*,54.878-887.
- Gesell, A.(1929). Maturation and Infant Behavior Pattern. *psychology*,Rev.36.307~319.
- Goodenough, F. L.(1931).Anger in young children.*University of Minnesota Press*,Minnesota,244-249.
- Gortmarker, S. L.,Dietz, W. H., Sobol, A. M.& Wehler, C. A.(1987). Increasing pediatric obesity in the United States. *American Journal of the Diseases of Children*,141:533-540.
- Hartmann, E.(1981).The strangest sleep disorder.*Psychology Today*,15(4),14-18.
- Lozoff, B.,Wolf, A.W.& Davis,N.S.(1985).Sleep problems seen in pediatric practice. *Pediatric*,75,477-483.
- Spitz, R. A.(1946).Hospitalism:A follow-up report, In D. Fenschel et al.(Eds.),*Psychoanalytic studies of the child*.(Vol.1,pp.113-117), New York : International Universities Press.
- Spitz,R.A.(1945).Hospitalism:An inquiry in the genesis of psychiatric conditioning in early childhood.In D. Fenschel et al:(Eds.), *Psychoanalytic studies of the child*.(Vol.1,pp.53-74). New York : International Universities Press.
- Sroufe, L. A.(1977).Wariness of strangers, and the study of infant development.*Child Development*,48,731-746.

