

# 面對校園的爆發情緒——運用緩降處遇於 國小學校場域的爆發性情緒行為問題

## Dealing with Explosive Outbursts in School: Using De-escalation Intervention for Explosive Emotional and Behavioral Issues in Elementary School Settings

蔡政霖<sup>1</sup>  
Cheng-Lin Tsai<sup>1</sup>

### 摘要

在國小校園中，兒童的爆發性情緒與行為問題常使教師與輔導人員感到困擾。爆發情緒（explosive outbursts）指學生在面臨挫折、沮喪或痛苦時，出現突發且強烈的情緒反應，且通常伴隨攻擊性行為。過去學校多以隔離與約束來控制此類行為，惟此類強制性措施可能帶來長期的負面影響。相較之下，緩降處遇（de-escalation intervention）強調辨識情緒先兆、減少刺激源、提供選擇與替代方案，並以冷靜、簡潔的口語進行溝通，不僅能有效減緩個案的情緒行為升級，亦能降低隔離與約束的使用頻率。本文先探討爆發情緒行為之特徵，以及其可能涉及的心理病理因素與臨床考量。後續進一步將爆發情緒的發展歷程區分為前期、中期與後期三個階段，並提出三階段的緩降處遇架構與對應策略：前期著重於減緩焦慮以預防情緒升溫；中期強調維持環境安全並執行危機應變程序；後期則聚焦於避免二度刺激與關係重建。文末進一步說明平時班級前置準備工作的重要性，包括促進個案人際連結、提供貢獻感、營造正向班級氛圍等，並提出具體檢核項目以供實務參考。整體而言，緩降處遇為教育輔導現場人員提供一套系統性應對爆發性情緒行為的實用方法，有助於建立正向師生關係，並營造安全且有利學習的校園環境。

**關鍵詞：**學校輔導、情緒行為問題、緩降處遇、爆發性情緒、班級經營

<sup>1</sup>臺北市立大學教育學系心輔組博士生

通訊作者：蔡政霖，（100）臺北市中正區愛國西路1號，臺北市立大學教育學系，

Email: lewistsai0618@gmail.com



## 壹、前言

情緒與行為問題 (emotional and behavioural problems) 為學校輔導工作中常見的個案類型。其中，學生的爆發性情緒反應 (explosive outbursts) 常令一線教師承受極大壓力與挫折感，不僅對個案高度張力的情緒行為感到手足無措，更擔心行為可能危及其他學生的人身安全與學習權益。

爆發性情緒 (explosive outbursts，亦稱 emotional outbursts) 是指學生在面臨挫折、沮喪或痛苦時，所表現出一種強烈且突發性的情緒反應。此類反應常在極短時間內急遽升高 (通常僅數秒至數分鐘)，其持續時間與情緒強度往往與當下遭遇的情境或所受刺激程度明顯不成比例 (Bostic et al., 2021)。

在醫療與學校現場，過去常採取隔離與約束 (seclusion and restraint use, SRU) 作為因應此類行為的緊急處遇手段 (Day et al., 2010; Gagnon et al., 2017; Villani, 2012)。表面上似乎能即時中止個案具危害性的行為，然而隔離與約束的實施過程可能導致個案或工作人員的身體受傷，亦可能引發創傷經驗的再製 (Andrassy, 2016; Masters & Bellonci, 2002)。對曾有創傷經驗 (如忽視、暴力、恐嚇) 的個案而言，這種強制性的處遇可能觸發其過往經驗的再現，導致更為劇烈的情緒反應 (如恐懼、憤怒、痛苦) 與退縮行為，進而影響後續介入成效及關係修復 (Slaatto et al., 2021; Smith et al., 2011; Steckley & Kendrick, 2008)。

近年來，臨床研究逐漸證實緩降處遇 (de-escalation intervention) 是一種能有效減緩個案情緒行為升級，並維持與個案關係連結的處遇方式 (Du et al., 2017; Georgadarellis & Baum, 2023; New et

al., 2017)。實務工作者若能提升緩降處遇的認識與應用，將有助於降低隔離與約束的使用頻率，增進面對爆發性情緒行為的效能 (elofiga et al., 2022; Duncan et al., 2021; Roppolo et al., 2020)。緩降處遇強調及早辨識情緒先兆、減少外在刺激以降低情緒誘發、提供選擇與替代方案，並運用冷靜且簡潔的口語進行溝通 (Richmond et al., 2012; Robinson et al., 2022)，介入過程尊重個案的身體空間，盡可能避免動用肢體強制力作為介入手段。

然而，目前針對兒童情緒衝動狀態所發展的緩降處遇，多延伸自成人個案的應對模式，相關研究也多集中於臨床醫療場域之應用 (Andrassy, 2016; Croce & Mantovani, 2017; Valenkamp et al., 2014)，不一定全然適用於學校教育現場。因此，本文綜合現有研究與相關實務經驗，先釐清爆發性情緒行為的特徵與相關心理病理因素，並進一步整理出適用於國小教室情境的緩降策略與因應模式，作為一線教師與輔導人員之實務參考。

## 貳、爆發情緒、躁動與攻擊

### 一、爆發性情緒的特徵

《精神疾病診斷與統計手冊》第五版 (DSM-5) 將「情緒爆發」 (temper outbursts，亦稱 tantrums) 界定為一種包含情緒困擾、憤怒咆哮與失去身體控制的表現 (APA, 2013)。美國兒童與青少年精神醫學學會 (AACAP) 則使用「損害性的情緒爆發」 (impairing emotional outbursts) 一詞，指個體在發展階段上不適當的憤怒或痛苦表現，透過言語或行為展現，可能對他人、財物或自身造成肢體攻擊，其頻率、強度或持續時間明



顯與觸發情境或受挑釁程度不成比例，並造成顯著的功能損害 (Carlson et al., 2022a)。此外，部分臨床研究亦以「躁動」(agitation) 一詞描述此類高度喚起的情緒狀態，用以涵蓋從不安、焦躁到可能轉為攻擊的連續反應 (Richmond et al., 2012)。

爆發性情緒可視為一種綜合言語與行為層面的高度不安狀態，常伴隨持續性的易怒、憤怒、攻擊傾向，以及明顯的情緒與行為失調 (Bostic et al., 2021)。其典型表現包括重複性、非目標導向的動作，如跺腳、搓手、擺弄物品、製造聲響等；在語言層面，則可能出現反覆性思維與語句，如：「我要離開這裡，我要離開這裡」(Day, 1999)。此外，隨著焦慮程度逐步升高，個案可能出現憤怒、對外界刺激的過度反應，甚至發展為攻擊性行為。當情緒張力達到高峰時，個案容易進入難以進行語言互動的狀態，接近失控與攻擊行為的邊緣。

綜合相關研究，爆發性情緒可歸納為四項彼此相關的特徵 (Carlson et al., 2022a)：

#### 1. 易怒 (Irritability)

易怒常表現為對負向情緒刺激的高度敏感，可分為兩個面向：一為持續性 (tonic)，即個體長期處於容易被激怒的情緒狀態；二為瞬時性 (phasic)，指短暫而劇烈的情緒爆發，如突然失控、出現激烈語言或肢體攻擊 (Copeland et al., 2015; Vidal-Ribas, 2021)。這類急性反應與長期處於煩悶的情緒狀態有所不同 (Leibenluft, 2017)。

#### 2. 憤怒 (Anger)

憤怒是一種強烈的情緒反應，通常源於個體對外界敵意、威脅或傷害訊號的主觀感受，其伴隨的反應包含身心不適感、抗拒或對抗之行為傾向等。若缺乏有效的情緒調節，憤怒情緒容易進一

步演變為攻擊反應，對人際互動與安全造成影響 (Leibenluft, 2017)。

#### 3. 攻擊 (Aggression)

攻擊是一種具傷害意圖的行為，目的在於對他人造成實質或心理上的損害 (Allen et al., 2018)。爆發性情緒中的攻擊多屬「反應性攻擊」(reactive aggression)，即個體在遭遇挑釁或挫折時，由憤怒情緒引發的即時反應。常見表現包括尖叫、摔擲物品、破壞物品，或肢體攻擊他人等行為 (Raine et al., 2006)。

#### 4. 情緒失調 (Emotion Dysregulation)

情緒失調的特徵在於個體情緒反應的強度與持續時間與實際觸發事件不成比例，例如：憤怒情緒的延續與擴大，無法在合理時間內回復穩定狀態。憤怒調節困難被視為爆發性情緒最具代表性的臨床表現之一 (Blader, 2021)。

總結以上，爆發性情緒通常具有易怒、憤怒、攻擊性以及情緒失調等特徵，透過重複性、非目標導向的動作與語言表現出情緒上的不適。隨著情緒張力升高，這些反應可能迅速惡化至攻擊行為邊緣，在因應上更具挑戰。

## 二、爆發性情緒之心理病理因素

爆發性情緒行為往往非單一因素所致，而是個體特徵與環境等多重因素交互作用的結果。其中，與兒童青少年爆發情緒相關的心理病理因素包含：自閉症類群障礙症 (ASD)、注意力不足/過動症 (ADHD)、創傷後壓力症候群 (PTSD)、對立反抗性障礙 (ODD)、兒童青少年憂鬱症等 (Bhatia, 2019)。

### (一) 注意力不足/過動症 (ADHD)

ADHD兒童因衝動控制能力不足及因應技巧有限，在人際互動中常面臨較高的易怒與攻擊風險 (Murray-Close et



al., 2010)。他們對環境刺激（如聲音、注目、同儕舉動）表現出過度敏感，因此容易出現情緒不穩的情形（Blader, 2021）。此外，長期處於大人的負面回饋中，可能削弱其自尊，使其在面對評價時更為敏感，引發更多負向情緒。Mick等人（2005）發現約18%的ADHD兒童曾經歷連續一週以上的高度煩躁、憤怒與激烈情緒反應，且此狀態每日持續超過一半時間。由此可見，ADHD兒童的困難不僅在於其專注力與活動表現上，也牽涉其情緒經驗與調節能力（Faraone et al., 2019; Shaw et al., 2014）。

### （二）自閉症類群障礙症（ASD）

ASD兒童常因難以理解與回應他人訊息而感到高度挫折。他們對生活中的規律與例行公事具有高度依附與堅持，一旦面臨環境變動或情境轉換，便容易引發強烈的不安與焦慮。此外，光線、聲音、觸覺等感官刺激若過度強烈，也常成為引發其情緒波動的因素。由於其在認知與語言發展方面可能較為遲緩，且情緒辨識、表達與調節能力有限，當經歷困難情緒時，常以躁動不安或情緒爆發的行為表現出來（Conner et al., 2020; Vasa et al., 2020）。

### （三）對立反抗性障礙（ODD）

進入兒童晚期至青少年階段，對立反抗性障礙（Oppositional Defiant Disorder, ODD）常與ADHD共病，且與爆發性情緒行為高度相關（Pringsheim et al., 2015）。ODD兒童傾向對權威角色（如師長或父母）表現出敵意，對於固定缺乏彈性的指令易產生強烈抵抗，進而處於易怒的狀態。雖然ODD的診斷準則包含「生氣／易怒情緒」，但針對情緒爆發當下的具體行為表現仍缺乏一致的定義，使得實務上的辨識與介入面臨高度挑戰（Carlson et al., 2022a）。

### （四）創傷與憂鬱

爆發性情緒可能與兒童過去經歷的虐待或創傷事件有關（Baweja et al., 2016）。曾遭遇創傷的孩子常處於困惑與痛苦之中，除表現出過度警覺、反覆惡夢等症狀外，也可能出現躁動、易怒等外顯行為。特別是當年幼兒童突然出現難以解釋的躁動或攻擊行為時，實務工作者應提高警覺，評估是否潛藏創傷或受虐經驗（Bhatia, 2019; Timbo et al., 2016）。此外，兒童青少年的憂鬱症狀也常以易怒的情緒為表現（APA, 2013）。若爆發性情緒伴隨對日常活動失去興趣、難以建立或維持人際關係、睡眠與食慾困擾、持續的無價值感或絕望，甚至出現自殺意念等症狀，則應警覺是否存在憂鬱相關的心理困擾。儘管目前對於爆發性情緒在創傷後壓力症（PTSD）與憂鬱症中的表現與機制仍缺乏系統性研究，這兩類心理病理因素在實務現場仍具參考價值，有助於教師與輔導人員及早辨識潛在風險，並提供適切支持。

需要留意的是，前述所提及的爆發性情緒症狀，應與兒童發展中的正常情緒反應加以區辨。大部分的學齡前兒童都曾出現難以控制的憤怒或挫折性爆發（Copeland et al., 2013），輕微且偶發的情緒爆發可視為常態表現。然而，若情緒反應呈現高度頻率（如每日出現）、持續時間過長、攻擊性強烈，或在與非親密照顧者互動中出現明顯攻擊行為時，則可能已超出正常發展範圍（Wakschlag et al., 2012）。DSM-5將侵擾性情緒失調症（Disruptive Mood Dysregulation Disorder, DMDD）納入診斷分類，有助於區辨兒童發展歷程中常見的發脾氣行為與具有臨床意涵之病理性情緒爆發，進而早期識別與介入（Masi & Gignac, 2016）。



總結來說，爆發性情緒是一種複雜且具挑戰性的情緒與行為表現，可能受到多種心理病理因素的影響。然而，兒童的情緒反應也與其生活經驗與當下處境密切相關，例如家庭變故、人際衝突、未被理解的學習困難、感官刺激過度，或班級氛圍所帶來的壓力，皆可能成為影響其情緒爆發的因素。理解兒童的情緒與攻擊行為時，應同時考量其所處的環境脈絡，避免將所有情緒行為一概病理化，以維持對兒童行為的整體性理解。

### 參、非強制性的緩降處遇

由於情緒爆發及其後續出現的暴怒與攻擊行為，可能對個案本身及他人構成潛在風險，故及時且適切地介入相當重要。在臨床醫療領域中，愈來愈多實務建議傾向以非強制性的緩降方式，取代傳統依賴身體約束的控制策略（Garriga et al., 2016）。此類介入強調以下四項核心目標：1. 確保個案、現場人員的安全；2. 協助個案調節情緒與痛苦，恢復對行為的控制力；3. 在可行情況下儘可能避免使用約束措施；4. 避免使用可能加劇躁動的強制性介入手段（Richmond et al., 2012）。實務工作者在進行現場因應時，須同時兼顧人員安全與最低限制性的原則，透過系統性策略協助個案調節情緒反應，降低其對自我與他人造成傷害的風險，並促進後續行為的穩定。

緩降處遇的關鍵因素包含：有效的口語溝通、適當的肢體語言、積極傾聽與情緒確認（Spielfogel & McMillen, 2017）。特別在應對躁動的個案時，運用口語緩降（verbal de-escalation）技巧更具成效（Du et al., 2017; New et al., 2017; Roppolo et al., 2020）。在校園內能推動

全校性緩降介入策略，不僅可以有效減少限制性措施的使用頻率，亦有助於提升情緒行為障礙學生的自我調節能力，進而降低挑戰性行為的發生（Verret et al., 2019）。除了加強安全人力的配置外，學校也應重視情緒處遇與緩降策略之專業訓練，以提升一線教師在高張力情境中的應對能力（Eisenberg, 2019）。

為協助醫療人員有效回應並照護處於激動狀態的病患，過去學者曾提出十項緩降處遇原則（Fishkind, 2002; Richmond et al., 2012），包括：1. 尊重個體的互動空間；2. 維持冷靜的表情與舉止；3. 由單一人員建立口語接觸；4. 使用簡短明確的語句；5. 確認個案的需求與感受；6. 仔細聆聽個案表達；7. 認可其觀點與情緒；8. 設定明確的行為限制；9. 提供選擇與替代方案；10. 事後說明與修復關係。許多醫療機構亦開始嘗試調整並應用上述原則於兒童青少年的精神衛生工作中，以回應其獨特的情緒特性與行為表現（Croce & Mantovani, 2017; Kronish et al., 2024; Saidinejad et al., 2024）。

此外，Colvin與Scott（2014）提出之激動行為循環模式（acting-out behavior cycle），幫助教師辨識學生在情緒升溫過程中的非語言訊號與環境觸發因素。Bostic等人（2021）則從行為、情感、衝動性與感官等面向，將緩降處遇區分為預防爆發與因應爆發兩種介入目標，提供更多層次的實務參考。然而，兒童的情緒變化並非總是呈線性發展，階段之間的界線亦不總是清晰可辨。在班級這一高度互動且變動快速的情境中，教師欲於第一時間內精準辨識學生所處情緒階段，確實有所困難，進而限制即時應用策略的可能性。

在實務現場，教師因專注於課程進行，較難即時察覺學生情緒的細微變化與潛在環境刺激，同時學生的情緒與行



為逐步升溫，最終發展為只能被動因應的危機狀況（Robinson et al., 2022）。情緒爆發事件多半發生於班級場域，此一場域潛藏的多種觸發因素—例如來自同儕的注視、評論或訕笑等刺激，皆可能加劇個案的情緒反應，使其暴衝行為擴大。教師不僅需兼顧多數學生的受教權益，亦須即時協助情緒失控的學生緩和情緒，其所面臨的情境充滿挑戰，考驗專業判斷與現場應變能力。整體而言，適時調整環境因素與空間設置，及早辨識行為前兆並進行適當回應，建立明確的危機處理程序，皆有助於避免更衝突的行為發生（黃瑜惠、陳佩玉，2022）。其中，針對問題行為的前端刺激進行調整，更是相對具成效的預防性策略（吳宜蓓、陳佩玉，2018；黃麗娟、林月仙，2016）。

## 肆、緩降處遇於學校場域的運用

綜合過去研究，筆者將爆發性情緒的發展脈絡區分為三個階段：前期、中期與後期。情緒爆發前期係指個案開始受到內外因素影響，出現焦慮、躁動等語言與非語言反應；中期為情緒張力顯著升高階段，個案表現出更強烈的憤怒情緒，並轉化為明顯的外化行為；後期則為情緒張力高峰過後，個案的情緒逐漸回穩至平時狀態的階段。本節依據此三階段架構，分別說明各階段之辨識特徵、處遇重點與具體介入策略，並於最後提出班級環境的平時前置準備建議，以作為教育與輔導人員實務應用之參考。

### 一、情緒爆發前期：減緩焦慮因素，預防情緒加速

在情緒爆發的前期階段，個案通常

開始受到某些內外負面情緒刺激的影響，例如突發性的挫折經驗、師長的糾正、同儕的評論或嘲笑、社交拒絕等壓力事件，進而出現焦慮、躁動的反應。常見行為徵兆包括四處張望、皺眉、搓弄物品、跺腳、重呼吸、製造聲響或喃喃自語等，這些微小的語言與非語言訊號皆為情緒升溫的初期警訊。

本階段的介入重點在於減緩焦慮因素，預防情緒進一步升溫。教師若能即時辨識上述徵兆並適當介入，有助於情緒在尚未進入高峰前獲得調節。建議的緩降策略包括：表達關心、明確地導向正向行為、合理且冷靜地設定限制與說明後果、移除環境中可能的觸發因素、提供轉移注意力的活動，以及允許學生暫時離開至替代空間緩和情緒（呂秋蓮等人，2015；吳宜蓓、陳佩玉，2018；Lewis et al., 2017）。

當教師察覺學生已處於初期的躁動情緒時，可透過以「如何」或「可以」開頭的問句主動表達關心，例如：「我可以怎麼幫你？」此類語言有助於表達關懷，建立溝通關係。同時，教師可運用明確且具體的語句引導學生採取適當行為，例如：「請你現在坐在位子上，把習作拿出來」、「你現在把黑板上這個詞寫在這裡」、「你現在可以大力地深呼吸，非常好」。若學生處於情緒波動狀態，亦可結合情緒回應與彈性安排，例如：「我知道你現在覺得很煩，你可以先去教室後面坐一下」，並同步透過動作提示（教師主動將椅子移至教室角落）協助學生轉換空間，提供情緒緩降的機會。

當學生出現拍桌子、製造聲響等干擾行為時，教師可運用「合理設限並提供替代選擇」的口語策略進行介入，例如：「教室裡不可以拍桌子，你可以用力捏這塊黏土」、「我知道你現在很生



氣，你可以去後面角落休息一下」、「你可以發出低沉的聲音」此類口語策略可以劃定行為界線，並引導學生尋找可接受且具情緒緩降功能的替代行為，有助其發展自我調節能力。

部分個案對同儕的注視或評論特別敏感，當其他學生出現如竊笑、告狀、驚呼等過度反應時，往往會使個案的情緒更加激動。在此情況下，維持班級整體穩定及適時引導其他學生保持冷靜相對重要。有些學生在公開場合被要求修正行為或作業時，可能因羞愧情緒而「見笑轉生氣」。若基於教育目的需提供建議或指正，可採取私下、非公開的方式進行，有助於降低學生的情緒張力。

此外，教師可彈性安排能引發學生興趣的教學活動（影音教材、數位互動活動等），或指派適當任務（如前往行政處室送件）作為學生轉移注意力的契機。允許學生暫時離開座位，前往教室角落或學校其他處室等替代空間，亦有助於當事人從高刺激情境中抽離，進而促進情緒的穩定（黃麗娟、林月仙，2016）。

## 二、情緒爆發中期：維持環境安全感，執行危機應變程序

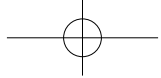
進入情緒爆發的中期階段時，個案的情緒張力升高，憤怒情緒逐漸轉化為更明顯的外化行為。常見的行為徵兆包括不配合指令、爭辯、擅自離開教室、言語挑釁或激怒他人、尖叫、破壞物品等，甚至可能進一步演變為攻擊行為，例如扔擲物品或肢體攻擊。

此階段的介入重點在於維持現場環境的安全感，並視情況啟動校園危機應變程序以降低傷害風險。建議的緩降策略包括：使用簡短且具指令性的語言進行溝通，避免展開冗長的解釋與說教；

溝通儘可能由單一人員進行，避免多對一的互動情境引發學生的防備與對立；避免採取帶有嘲諷、威脅或貶抑的語言與肢體姿態，維持冷靜與穩定的態度以降低敵意氛圍。若學生行為已對教室中的人員安全構成威脅，教師需優先維護其他學生的安全。必要時可引導其他學生暫時離開現場，並依據學校的危機處理流程，啟動行政支援與相關處遇（黃瑜惠、陳佩玉，2022；Crone et al., 2015；Robinson et al., 2025）。

此階段的個案通常處於高度情緒張力之下，應對外界語言訊息能力明顯受限。若使用過於複雜的語句或由多位人員同時進行溝通，反而可能加劇現場的混亂與衝突。中期階段所使用的語言應更為簡短、清晰且具行為指向性，例如：「請把手放下」、「請往後退三步」、「我們先離開這裡」、「不可以敲窗戶」等語句。口語指令應搭配非語言的支持性姿態，以傳遞非威脅的互動立場。例如，一邊說「我們一起走出去」，一邊蹲低身體、雙手微張。同時，避免使用帶有質問性的語句，如：「你到底想怎樣？」「你又在鬧什麼？」這類言語容易被個案解讀為敵意，進一步造成情緒對立與衝突。

當大腦感知到環境中存在壓力、威脅或敵意時，個體會啟動「戰或逃」（fight-or-flight response）的本能反應機制（Perry, 2009），進一步升高其情緒張力。若在旁協助的大人能傳遞安全的非語言姿態—如溫和的面部表情、開放的手勢、較低的身體姿態及緩慢的語調，則有助於讓個案感受到環境是安全的，進而穩定其激動狀態（Siegel, 2020）。教師亦需留意當下的師生互動是否陷入「命令—不配合」的互動循環，也就是教師不斷發出指令，而學生則持續反抗或拒絕配合。這種權力拉扯的互動容易



加劇對立關係，並使情緒迅速升溫至失控邊緣。此外，挖苦、嘲諷、貶抑性的語言，常被學生視為對其自我價值的攻擊，可能引發更強烈的情緒與反擊行動，阻礙後續介入與關係修復（Lazare & Levy, 2011）。

最重要的是，當個案出現可能危及自身或他人安全的行為時，介入的首要目標應轉向現場人員的安全保護。教師可視情況引導其他學生迅速撤離現場，以避免他人受到波及與傷害。同時，應立即啟動學校既有的危機應變機制，聯繫學務、輔導或校安人員到場協助處理。

### 三、情緒爆發後期：避免二度刺激，適時重建關係與善後處理

在經歷高張力的情緒爆發後，個案的情緒逐漸趨於平穩，進入情緒回復的後期階段。此時可能出現的行為特徵包括：情緒反應逐漸放緩、表現疲憊與精疲力盡的狀態、轉向從事簡單的活動、開始出現些微口語回應、避免討論或辯解剛才的行為、不情願善後事件影響，表現出逃避或尷尬的態度。

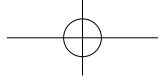
本階段的介入重點在於避免造成二度刺激，並於適當時機進行關係修復與事件善後的引導。建議的緩降策略包括：給予學生充分的冷靜時間，避免強行要求立即面對行為後果；可安排簡單、低干擾且具過渡性質的任務（如塗鴉、物品分類或安靜的個人活動），協助其逐步回復穩定狀態。待學生情緒相對穩定後，教師可視其當下狀態，適時引導其回顧事件經過，並協助進行必要的善後處理與關係修復（Bostic et al., 2021; Colvin & Scott, 2014）。

在情緒爆發後期，過早對學生進行質問或責備，易引發羞愧、挫敗或被批評的負向情緒，進而造成第二波情緒爆

發，再次對教學現場帶來影響。對於學生可能出現的否認與辯解，教師可選擇暫時忽略或延後回應，以避免陷入爭論的互動循環。協助人員亦可引導個案進行低干擾的活動作為情緒過渡（例如著色、捏黏土等），這些活動不一定是課堂學習任務，但可以協助學生緩衝情緒並穩定身心狀態。若此階段未再出現激烈的情緒反應，學生通常能逐漸回穩至較能理性溝通的狀態。待其情緒穩定後，教師可陪伴學生回溯事件經過與情緒變化的歷程，引導其理解自身行為對他人與環境所造成的影響，並思考具體的善後行動。此歷程不僅能培養學生的反思性與問題解決能力，更有助於修復師生與同儕間的關係。

過去研究指出，爆發性情緒反應通常持續約30至45分鐘。個案在此期間往往難以回應大人的引導，情緒高峰後亦需要10至20分鐘，方能逐漸回到理性互動的狀態（Bostic et al., 2021）。根據筆者實務觀察，學生所需的冷靜時間受到多重因素影響，包括年齡、個別特質、事件性質，以及教師當下的因應方式等。若學生本身具備較佳的情緒調節能力，或其所處環境能提供穩定的心理支持，其恢復速度就會相對較快。

在進行後期的善後處理與對話時，建議可依據師生間的關係基礎以及事件的複雜程度進行分工。若班級導師與學生之間已建立良好互動關係，且熟悉事件脈絡與班級團體動力，可以由導師擔任善後對話的溝通角色。若個案與輔導教師建立穩定的信任關係，或事件涉及較深層的內在情緒歷程，也可以由輔導教師進行後續處理。而當事件牽涉人員受傷與財物損失，需進一步確認相關責任時，則應由學務處或相關行政單位協助釐清。此外，若輔導與學務人員能建立良好的分工默契——如由輔導人員負責



個案的情緒調節與心理支持，學務人員負責班級穩定與現場危機應變，將有助於形成教師、輔導與學務三方的合作網絡。不僅能有效分擔一線教師的壓力，更有助於提升學校整體對爆發性情緒行為的處遇能力（Robinson et al., 2025）。

綜合上述，爆發性情緒可區分為前期、中期與後期三個階段，各階段所對應的處遇目標與緩降策略，可整理為以下的流程架構（見圖1）。若能於躁動情緒初發階段即時辨識徵兆並啟動適當的緩降介入，有機會預防情緒進一步升溫至中期的激烈反應，促進其過渡至後期的情緒回穩與關係修復階段。

#### 四、平時的前置準備

有句話說：「兵馬未動，糧草先行。」若能在日常班級生活中建立正向支持的環境，並建構相關的前置準備，將能增進班級應對爆發性情緒的處理效能，維持教學情境的穩定。以下提出四項前置準備方向，以協助建立有利於情緒調節與行為穩定的班級環境基礎。

##### 1. 促進同儕支持系統與人際連結

人際連結是情緒調節的重要基礎，

班級中的社會互動不僅包含師生關係，也涵蓋同儕的支持。與個案關係良好的同學（如：實施小天使制度）有時候能在個案情緒浮躁時提供安撫與陪伴，發揮正向穩定的社會影響力（吳宜蓓、陳佩玉，2018）。

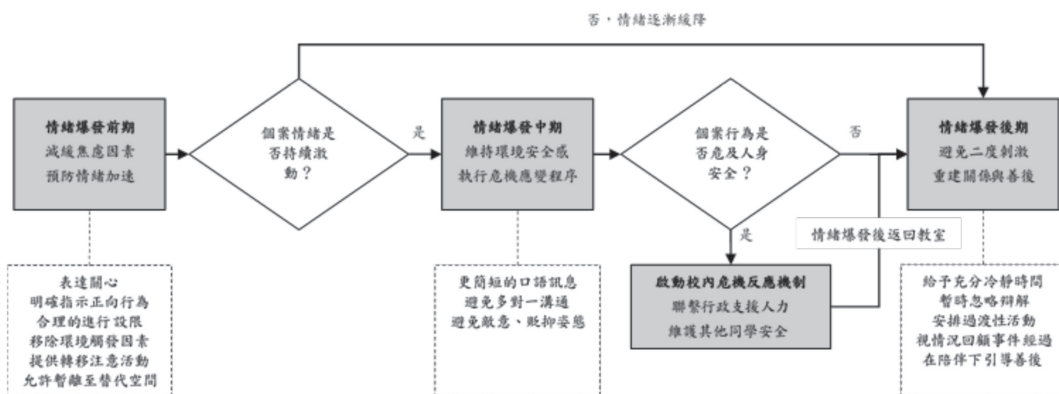
##### 2. 提升學生參與感與正向貢獻經驗

當個案在班級中累積愈多參與活動與產生貢獻的經驗，便愈能建立對團體的歸屬感。這份歸屬感在情緒升溫時能發揮抑制破壞性行為的作用。教師可安排學生執行如收發作業、搬運物品等簡單任務，這些任務不僅在個案情緒躁動時可協助其轉移注意力，也提供了穩定情緒的替代行為選項，進而促進其在班級中的正向角色認同（Lewis et al., 2017; Törmänen et al., 2021）。

##### 3. 營造正向行為支持的班級氛圍

正向支持的班級氛圍是培養學生自我調節能力的重要環境基礎。若教師能在日常教學中持續運用口語鼓勵、視覺提示與小獎勵等方式強化學生的適當行為，將有助於其在躁動時更容易被引導回合宜的行為。即使處於情緒爆發的後期階段，教師對正向行為的即時回饋，仍能協助學生較快回復穩定狀態（孟瑛

圖1 因應校園爆發情緒之三階段緩降處遇示意圖





如等人，2011；Briesch et al., 2015; Crone et al., 2015; Lewis et al., 2017）。

#### 4. 建立班級情緒事件的應變機制

若能於平時透過簡化指令、明確分工與情境演練等方式，使學生熟悉事件發生時的因應步驟，將有助於降低現場的混亂。教師可事先教導學生在同學出現激動情緒時的應對方式，例如：在對方躁動時保持安靜並專注完成自己的任務；情緒爆發時保持安全距離並即時尋求師長協助；情緒緩和後，以溫和語氣提示當前班級活動內容。這樣的班級合作氛圍，不僅有助於預防情緒事件擴大，也能支持當事學生在事後回到安全、穩定的學習環境中。

為協助教師在面對爆發性情緒個案時，於班級現場具備更完善的準備與因應能力，筆者參考相關文獻建議（Bostic et al., 2021; Carlson et al., 2022b; Silver et al., 2021），並結合實務現場常見需求，編製「因應學生爆發性情緒前置準備檢核表」（見表1）。此檢核表旨在提供實務工作者一套具體可行的參考架構，用以盤點班級層級的前置作業，進而提升整體應變能力與班級穩定性。

總結以上，緩降處遇的有效實施有賴於教師對學生情緒變化的敏感度，以及對教室動態的觀察與掌握能力。若學校能在教師專業發展規劃中納入相關訓練，並結合輔導教師的班級觀察與諮詢支援，將有助於提升一線教師對爆發性

情緒行為的回應能力，進而穩定教學品質，促進支持性的班級系統。

## 伍、結論

面對兒童在校園中展現的爆發性情緒行為，緩降處遇提供了一種有別於傳統強制性手段的介入途徑，不僅有助於逐步穩定當下行為，更能建立信任關係、降低敵意與防衛，為師生互動注入更多理解與修復的可能性。

本文整合過去文獻與實務經驗，提出針對爆發性情緒行為的三階段介入架構與對應策略，並補充可於班級層級推動的預防性準備，期望為教育現場提供一套兼具辨識、介入與前置準備功能的實務參考。實務工作者可依據學生情緒變化的歷程，靈活運用相關策略，以有效預防情緒行為升溫至危機狀態。

緩降處遇不僅是一套介入技術，更體現一種「以理解取代對抗、以關係取代控制」的教育哲學。當教育工作者願意多一分耐心、多一層觀察，去回應學生情緒背後所傳遞的訊號，所接住的從來不只是一次情緒風暴，更是一個孩子渴望被理解與安放的內在需求。唯有在安全、尊重與回應性的環境中，情緒才有被看見的可能，行為才有被轉化的契機，而教育，也才能真正發揮其深遠而溫柔的療癒力量。

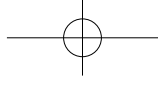


表1

### 因應學生爆發性情緒前置準備檢核表

#### 一、評估學生的爆發性情緒

目的：釐清班級是否有需關注學生，並了解其情緒爆發模式

1. 班內是否有情緒爆發風險之學生（新接班、已知個案）
2. 與前任導師、輔導教師、家長討論其情緒行為樣態
3. 評估學生過去／目前的情緒爆發特性：
  - (1) 頻率（每日／每週發生次數）
  - (2) 持續時間（數分鐘／15分鐘／30分鐘／一節課以上）
  - (3) 常見觸發因素（個人挫敗、被批評、發生誤會、與同學衝突、環境變動、不順己意）
  - (4) 伴隨行為（抱怨爭辯、大喊大叫、辱罵、製造混亂、扔擲物品、自我傷害、肢體攻擊）
  - (5) 是否出現其他具安全疑慮之行為（如擅離教室、攀爬欄杆等）
  - (6) 什麼能幫助孩子冷靜下來？

具體方式：\_\_\_\_\_

#### 二、建構支持系統與校內資源

目的：建立跨單位合作網絡，提前確認支援人力與危機處置機制

1. 是否已與輔導室、特教老師、學務處等單位討論應對策略
2. 是否已確認突發狀況聯繫窗口與危機支援人力
3. 是否已向全班說明發生情緒突發事件時的應對方式
4. 是否已檢視教室內部環境，移除高風險物品（如剪刀、大型文具）
5. 是否已規劃安全撤離空間，並完成學生說明與演練

#### 三、情緒緩降與危機處遇之準備

目的：提前規劃緩降資源與危機應變流程，減少情緒升溫造成的衝擊

1. 當學生出現躁動情緒時，教師是否具備轉移注意力、替代行為的方案？  
可行方式：\_\_\_\_\_
2. 是否有可短暫離開、安撫情緒之替代空間（如情緒角落、行政處室）？
3. 若教師無法親自使用電話通報，是否有其他備案（如學生代傳、手機訊息）？
4. 若學生有擅自離開教室可能性，是否有人員進行後續安全追蹤？
5. 若發生攻擊或自傷行為，相關人員是否已受過因應訓練並熟知應對指引？

## 參考文獻

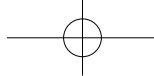
- 呂秋蓮、陳明終、孟瑛如、田仲閔（2015）。國小普通班教師面對ADHD學生教學困擾與因應策略之現況調查與研究。*特教論壇*，**19**，85-101。<https://doi.org/10.6502/SEF.2015.19.85-101>
- 吳宜蓓、陳佩玉（2018）。國中普通班導師運用介入策略處理情緒行為障礙學生行為問題之探究。*特殊教育季刊*，**149**，13-25。[https://doi.org/10.6217/SEQ.201812\\_\(149\).13-25](https://doi.org/10.6217/SEQ.201812_(149).13-25)
- 孟瑛如、陳秀鳳、謝瓊慧（2011）。國小注意力缺失過動症學生之學校支持，教學調整及教養策略之調查研究。*特教論壇*，**11**，45-58。<https://doi.org/10.6502/SEF.2011.11.45-58>
- 黃瑜惠、陳佩玉（2022）。特殊教育教師輔導自閉症學生攻擊行為的歷程與省思。*特殊教育季刊*，**162**，31-38。[https://doi.org/10.6217/SEQ.202203\\_\(162\).31-38](https://doi.org/10.6217/SEQ.202203_(162).31-38)
- 黃麗娟、林月仙（2016）。正向行為支持方案改善疑似情緒行為障礙學生行為問題之個案研究。*特殊教育季刊*，**138**，29-37。<https://doi.org/10.6217/SEQ.2016.138.29-37>
- Allen, J. J., Anderson, C. A., & Bushman, B. J. (2018). The general aggression model. *Current Opinion in Psychology*, *19*, 75-80. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.03.034>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th. Ed.). APA.
- Andrassy, B. M. (2016). Feelings thermometer: An early intervention scale for seclusion/restraint reduction among children and adolescents in residential psychiatric care. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, *29*(3), 145-147. <https://doi.org/10.1111/jcap.12151>
- Baweja, R., Mayes, S. D., Hameed, U., & Waxmonsky, J. G. (2016). Disruptive mood dysregulation disorder: current insights. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *12*, 2115-2124. <https://doi.org/10.2147/NDT.S100312>
- Bhatia, R. (2019). Agitation in children and adolescents: Diagnostic and treatment considerations: Understanding the cause and a judicious approach to treatment are critical. *Current Psychiatry*, *18*(6), 19-27.
- Blader, J. C. (2021). Attention-deficit hyperactivity disorder and the dysregulation of emotion generation and emotional expression. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, *30*(2), 349-360. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2020.10.005>
- Bostic, J. Q., Mattison, R., & Cunningham, D. (2021). Explosive Outbursts at School. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *30*(3), 491-503. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2021.04.003>
- Briesch, A. M., Briesch, J. M., & Chafouleas, S. M. (2015). Investigating the usability of classroom management strategies among elementary schoolteachers. *Journal of Positive Behavior Interventions*, *17*(1), 5-14. <https://doi.org/10.1177/1098300714531827>
- Carlson, G. A., Singh, M., Amaya-Jackson, L., Benton, T., Althoff, R., Bellonci, C., Bostic, J., Chua, J., Findling, R., Galanter, C., Gerson, R., Sorter, M., Stringaris, A., Waxmonsky, J., & McClellan, J. (2022a). Narrative



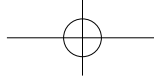
- Review: Impairing Emotional Outbursts: What They Are and What We Should Do About Them. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 62(2), 135-150. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.03.014>.
- Carlson, G. A., Silver, J., & Klein, D. N. (2022b). Psychometric properties of the Emotional Outburst Inventory (EMO-I): Rating what children do when they are irritable. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 83(2), 39382. <https://doi.org/10.4088/JCP.21m14015>
- Čelofiga, A., Plesničar, K., Koprivšek, J., Moškón, M., Benkovič, D., & Kumperščak, H. (2022). Effectiveness of De-Escalation in Reducing Aggression and Coercion in Acute Psychiatric Units. A Cluster Randomized Study. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.856153>.
- Colvin, G., & Scott, T. M. (2014). *Managing the cycle of acting-out behavior in the classroom* (2nd ed.). Corwin Press.
- Conner, C. M., Golt, J., Shaffer, R., Righi, G., Siegel, M., & Mazefsky, C. A. (2020). Emotion dysregulation is substantially elevated in autism compared to the general population: Impact on psychiatric services. *Autism Research*, 14(1), 169-181. <https://doi.org/10.1002/aur.2450>.
- Copeland, W. E., Angold, A., Costello, E. J., & Egger, H. (2013). Prevalence, comorbidity, and correlates of DSM-5 proposed disruptive mood dysregulation disorder. *American Journal of Psychiatry*, 170(2), 173-179. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12010132>
- Copeland, W. E., Brotman, M. A., & Costello, E. J. (2015). Normative irritability in youth: developmental findings from the Great Smoky Mountains Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(8), 635-642. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.05.008>
- Croce, N. D., & Mantovani, C. (2017). Using de-escalation techniques to prevent violent behavior in pediatric psychiatric emergencies: It is possible. *Pediatric Dimensions*, 2(1), 1-2. <https://doi.org/10.15761/PD.1000138>
- Crone, D. A., Hawken, L. S., & Horner, R. H. (2015). *Building positive behavior support systems in schools: Functional behavioral assessment*. Guilford Publications.
- Day, A., Daffern, M., & Simmons, P. (2010). Use of restraint in residential care settings for children and young people. *Psychiatry, Psychology and Law*, 17(2), 230-244. <https://doi.org/10.1080/13218710903433964>.
- Day, R. K. (1999). Psychomotor agitation: poorly defined and badly measured. *Journal of Affective Disorders*, 55(2-3), 89-98. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(99\)00010-5](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(99)00010-5)
- Du, M., Wang, X., Yin, S., Shu, W., Hao, R., Zhao, S., Rao, H., Yeung, W.-L., Jayaram, M. B., & Xia, J. (2017). De escalation techniques for psychosis induced aggression or agitation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4), CD009922. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009922.pub2>
- Duncan, G., Schabbing, M., & Gable, B. D. (2021). A novel simulation-based multidisciplinary verbal de-escalation training. *Cureus*, 13(12). e20849.



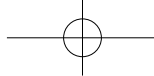
- <https://doi.org/10.7759/cureus.20849>
- Eisenberg, D. T. (2019). School conflict de-escalation: A coordinated approach for educators and SROs. *Dispute Resolution Journal*, 74(2), 43-64.
- Faraone, S. V., Rostain, A. L., Blader, J., Busch, B., Childress, A. C., Connor, D. F., & Newcorn, J. H. (2019). Practitioner Review: Emotional dysregulation in attention deficit/hyperactivity disorder—implications for clinical recognition and intervention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(2), 133-150. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12899>
- Fishkind, A. (2002). Calming agitation with words, not drugs: 10 commandments for safety. *Current Psychiatry*, 1(4), 32-39.
- Gagnon, D. J., Mattingly, M. J., & Connelly, V. J. (2017). The restraint and seclusion of students with a disability: Examining trends in US school districts and their policy implications. *Journal of Disability Policy Studies*, 28(2), 66-76. <https://doi.org/10.1177/1044207317710697>
- Georgadarellis, A. G., & Baum, C. R. (2023). De-escalation techniques for the agitated pediatric patient. *Pediatric Emergency Care*, 39(7), 535-539. <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000002989>
- Garriga, M., Pacchiarotti, I., Kasper, S., Zeller, S. L., Allen, M. H., Vazquez, G., ... & Vieta, E. (2016). Assessment and management of agitation in psychiatry: expert consensus. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 17(2), 86-128. <https://doi.org/10.3109/15622975.2015.1132007>
- Kronish, A., Alanko, D., Quinn, V. R., Wulff, C., Stone, E., & Wing, R. (2024). De-escalation of the Agitated Pediatric Patient: A Standardized Patient Case for Pediatric Residents. *MedEdPORTAL : the Journal of Teaching and Learning Resources*, 20, 11388. [https://doi.org/10.15766/mep\\_2374-8265.11388](https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.11388)
- Lazare, A., & Levy, R. S. (2011). Apologizing for humiliations in medical practice. *Chest*, 139(4), 746-751. <https://doi.org/10.1378/chest.10-3334>
- Leibenluft, E. (2017). Pediatric irritability: a systems neuroscience approach. *Trends in Cognitive Sciences*, 21(4), 277-289. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2017.02.002>
- Lewis, T. J., McIntosh, K., Simonsen, B., Mitchell, B. S., & Hatton, H. L. (2017). Schoolwide systems of positive behavior support: Implications for students at risk and with emotional/behavioral disorders. *Aera Open*, 3(2), 2332858417711428. <https://doi.org/10.1177/2332858417711428>
- Masters, K. J., & Bellonci, C. (2002). Practice parameter for the prevention and management of aggressive behavior in child and adolescent psychiatric institutions, with special reference to seclusion and restraint. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(2), 4S-25S. <https://doi.org/10.1097/00004583-200202001-00002>
- Masi, L., & Gignac, M. (2016). ADHD and DMDD comorbidities, similarities and distinctions. *Journal of Child and Adolescent Behaviour*, 4(6), 325. <https://doi.org/10.4172/2375-4494.1000325>
- Mick, E., Spencer, T., Wozniak, J., & Biederman, J. (2005). Heterogeneity of



- irritability in attention-deficit/hyperactivity disorder subjects with and without mood disorders. *Biological Psychiatry*, 58(7), 576-582. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.05.037>
- Murray-Close, D., Hoza, B., Hinshaw, S. P., Arnold, L. E., Swanson, J., Jensen, P. S., Hechtman, L. & Wells, K. (2010). Developmental processes in peer problems of children with attention-deficit/hyperactivity disorder in The Multimodal Treatment Study of Children With ADHD: Developmental cascades and vicious cycles. *Development and Psychopathology*, 22(4), 785-802. <https://doi.org/10.1017/S0954579410000465>
- New, A., Tucci, V. T., & Rios, J. (2017). A modern-day fight club? The stabilization and management of acutely agitated patients in the emergency department. *Psychiatric Clinics*, 40(3), 397-410. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.05.002>
- Perry, B. D. (2009). Examining child maltreatment through a neurodevelopmental lens: Clinical applications of the neurosequential model of therapeutics. *Journal of Loss and Trauma*, 14(4), 240-255. <https://doi.org/10.1080/15325020903004350>
- Pringsheim, T., Hirsch, L., Gardner, D., & Gorman, D. A. (2015). The pharmacological management of oppositional behaviour, conduct problems, and aggression in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: a systematic review and meta-analysis. Part 2: antipsychotics and traditional mood stabilizers. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(2), 52-61. <https://doi.org/10.1177/070674371506000203>
- Raine, A., Dodge, K., Loeber, R., Gatzke Kopp, L., Lynam, D., Reynolds, C., Stouthamer-Loeber, M. & Liu, J. (2006). The reactive-proactive aggression questionnaire: Differential correlates of reactive and proactive aggression in adolescent boys. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression*, 32(2), 159-171. <https://doi.org/10.1002/ab.20115>
- Richmond, J. S., Berlin, J. S., Fishkind, A. B., Holloman Jr, G. H., Zeller, S. L., Wilson, M. P., Rifai, M.A. & Ng, A. T. (2012). Verbal de-escalation of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 17. <https://doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6864>
- Robinson, J., Duncan, K., London, D., Gershwin, T., Trapp, L., & Shen, G. (2022). Prevention Is the Best Intervention: Proactive Strategies for Supporting Students Who Engage in Escalated Behaviors. *Beyond Behavior*, 31(3), 163-174. <https://doi.org/10.1177/10742956221110907>
- Robinson, J., Gershwin, T., Wiedemann, K., & London, D. (2025). Maintaining Safety and Promoting Student Dignity: Recommendations for Developing Crisis Response Plans for Students Who Exhibit Escalated Behaviors. *Beyond Behavior*, 34(2), 77-88. <https://doi.org/10.1177/10742956251315440>



- Roppolo, L. P., Morris, D. W., Khan, F., Downs, R., Metzger, J., Carder, T., Wong, A.H., & Wilson, M. P. (2020). Improving the management of acutely agitated patients in the emergency department through implementation of Project BETA (Best Practices in the Evaluation and Treatment of Agitation). *JACEP Open*, 1(5), 898-907. <https://doi.org/10.1002/emp2.12138>
- Saidinejad, M., Foster, A. A., Santillanes, G., Li, J., Wallin, D., Barata, I. A., Joseph, M., Rose, E., Cheng, T., Waseem, M., Berg, K., Hooley, G., Ruttan, T., Shahid, S., Lam, S. H. F., Amanullah, S., Lin, S., Heniff, M. S., Brown, K., & Gausche Hill, M. (2024). Strategies for optimal management of pediatric acute agitation in emergency settings. *JACEP Open*, 5(4), e13255. <https://doi.org/10.1002/emp2.13255>
- Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J., & Leibenluft, E. (2014). Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 171(3), 276-293. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13070966>
- Siegel, D. J. (2020). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. Guilford Publications.
- Silver, J., Carlson, G., & Klein, D. N. (2021, October 17-22). The Emotional Outburst Inventory (EMO-I): Rating What Kids Do When They Are Irritable. In E. Stepanova (Chair), *Symposium 34: New Evidence-Based Approaches to Measuring Emotion Dysregulation* [Symposium]. AACAP's 68th Annual Meeting, Toronto, Canada.
- Slaatto, A., Mellblom, A. V., Kleppe, L. C., Baugerud, G. A., & Kjøbli, J. (2021). Conflict prevention, de-escalation and restraint in children/youth inpatient and residential facilities: A systematic mapping review. *Children and Youth Services Review*, 127, 106069. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2021.106069>
- Smith, C. R., Katsiyannis, A., & Ryan, J. B. (2011). Challenges of serving students with emotional and behavioral disorders: Legal and policy considerations. *Behavioral Disorders*, 36(3), 185-194. <https://doi.org/10.1177/019874291003600304>
- Spielfogel, J. E., & McMillen, J. C. (2017). Current use of de-escalation strategies: Similarities and differences in de-escalation across professions. *Social Work in Mental Health*, 15(3), 232-248. <https://doi.org/10.1080/15332985.2016.1212774>
- Steckley, L., & Kendrick, A. (2008). Physical restraint in residential childcare: The experiences of young people and residential workers. *Childhood*, 15(4), 552-569. <https://doi.org/10.1177/0907568208097207>
- Timbo, W., Sriram, A., Reynolds, E. K., DeBoard-Lucas, R., Specht, M., Howell, C., McSweeney, C. & Grados, M. A. (2016). Risk factors for seclusion and restraint in a pediatric psychiatry day hospital. *Child Psychiatry & Human Development*, 47, 771-779. <https://doi.org/10.1007/s10578-015-0608-1>
- Törmänen, T., Järvenoja, H., & Mänty, K. (2021). All for one and one for all – How are students' affective states and group-



- level emotion regulation interconnected in collaborative learning?. *International Journal of Educational Research*, 109, 101861. <https://doi.org/10.1016/j.ijer.2021.101861>
- Vasa, R. A., Hagopian, L., & Kalb, L. G. (2020). Investigating mental health crisis in youth with autism spectrum disorder. *Autism Research*, 13(1), 112-121. <https://doi.org/10.1002/aur.2224>
- Valenkamp, M., Delaney, K., & Verheij, F. (2014). Reducing seclusion and restraint during child and adolescent inpatient treatment: Still an underdeveloped area of research. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 27(4), 169-174. <https://doi.org/10.1111/jcap.12084>
- Verret, C., Massé, L., Lagacé-Leblanc, J., Delisle, G., & Doyon, J. (2019). The impact of a schoolwide de-escalation intervention plan on the use of seclusion and restraint in a special education school. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 24(4), 357-373. <https://doi.org/10.1080/13632752.2019.1628375>
- Vidal-Ribas, P. (2021). Moving from concept to proof in the distinction between phasic and tonic irritability. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 60(12), 1464-1466. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.02.002>
- Villani, V. S., Parsons, A. E., Church, R. P., & Beetar, J. T. (2012). A descriptive study of the use of restraint and seclusion in a special education school. *Child & Youth Care Forum*, 41, 295-309. <https://doi.org/10.1007/s10566-011-9165-3>
- Wakschlag, L. S., Choi, S. W., Carter, A. S., Hullsiek, H., Burns, J., McCarthy, K., Leibenluft, E & Briggs Gowan, M. J. (2012). Defining the developmental parameters of temper loss in early childhood: implications for developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(11), 1099-1108. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02595.x>
- 投稿日期：113年07月29日  
第一次修改日期：113年09月07日  
第二次修改日期：114年04月02日  
第三次修改日期：114年05月19日  
通過日期：114年08月04日

