



注意力不足過動異常兒童 的診斷與處遇——(八)

楊坤堂

玖、注意力不足過動異常兒童的處遇

研究注意力不足過動異常（ADHD）兒童診療措施的學者專家提出ADHD兒童的各種處遇方法（Treatments），如表9-1所示：

表9-1：注意力不足過動異常兒童的處遇一覽表

Kauffman, 1977	Wielkiewicz, 1986	Goldstein & Goldstein, 1990	Barkley, 1990	Kosenberg, Wilson, Maheady & Sindelar, 1992
藥物醫療法 (medication)	藥物醫療法 (medication)	藥物治療法 (education intervention)	藥物治療法 (medication therapy)	生物生理仲裁法(bio-physical intervention) (含藥物治療、飲食節制療法、營養療法)
行為改變技術 (behavior modification)	行為改變技術			行為仲裁法
結構式環境 (structured environment)	環境一致性與結構式環境		班級經營	最小刺激法
自我教導法 (self-instruction)	自我規範法(self-regulation)或內在控制法(internal control)	認知中介法 (cognitive-mediational intervention)	家長訓練	認知—行為改變技術 (含自我教導訓練，自我控制法)
示範法 (modeling)				
生物回饋法 (biofeedback)				生物回饋法
生活空間晤談法 (life space interview)				
自我控制課程 (self-control curriculum)				鬆弛訓練法
教材教法修正法 (modified instructional materials & strategies)		社會技巧訓練 (social skill training)	社會技巧和同儕關係訓練	

茲簡要說明(一)藥用醫療法，(二)食物節制療法，(三)行為改變技術，(四)結構式環境，(五)示範法，(六)生物回饋法，(七)自我教導法，和(八)認知中介法等常用的ADHD兒童處遇措施如後：

(一)藥物醫療 (Medication)

一般人最普遍的信念是，藥物可用來緩和過動兒的行為，因為不管是外行人，或是教育專業人員、心理學家以及醫學界經常建議：長期地與嚴重地干擾別人兒童應該授受醫療。然而，反對藥物治療的人認為，藥物本身具有不良的副作用，對兒童本身的成長與健康具有長期的有害影響，對學習產生反作用，對自我控制知覺與習性引起負面作用，以及鼓勵藥物濫用的可能性。不過，上述的反對觀點有些是尚無根據的與歇斯底里的 (hysterical)；有些則值得採納，例如，兒童經常歸功於藥物醫療的力量，勝於自己的努力或技巧，如此，可能增加或誇大藥物的功效，而對教導兒童自我控制的策略產生嚴重的困難 (Whalen & Henker, 1980)。

藥物醫療的效果與作用是跟體質 (idiosyncratic) 有關的，也受到社會與心理因素的影響，諸如兒童對自己行為的心態，以及家長管教兒童行為的技巧 (Whalen & Henker, 1980)。過動兒接受藥物治療之後，級任教師的重要工作是觀察與評估其作用。

藥物治療的主要目的在治療兒童的過動症候群。因此，理想的藥物治療指標包括：①控制過動行為、②增進注意力廣度、③減少衝動和攻擊行為，④不會引起失眠症、喪失胃口 (anorexia)、昏昏欲睡 (或瞌睡)、壓抑成長，以及其他有害的副作用 (Forness & Kavale, 1988; Levine, 1987; Gadow, 1986; Pelham, 1986)。

學障兒童常用的藥物治療計有：①興奮劑 (stimulants)，諸如，Ritalin、Dexedrine 和 Cylert；②鎮定劑 (tranquilizers)，諸如，Librium、Mellaril、Thoraxine 和 Serpasil；③

抗鬱劑 (antidepressant) 和鎮痙攣藥 (anticonvulsant drugs)，諸如，Dilantin 和 Phenobarbital 等。

鎮靜劑和Ritalin、Dexedrine和Cylert常用來治療兒童的注意力不足的問題 (Kraeger & Safer, 1974; Lavine, 1987)，有關鎮靜劑治療注意力不足的效用如表 (Lerner, 1993) 所示：

表：注意力不足的鎮靜劑處遇效用

藥品名稱	化學名稱	發生作用時間	作用持續時間
Ritalin	Methylphenidate	30分鐘	3~5小時
Dexedrine	Dextroamphetamine	30分鐘	3~5小時
Cylert	Penoline	2~4週	持續長時間

藥物治療的有無效用決定於藥物是否增進兒童的可教性和可管理性，以及是否減弱其過度的活動量，研究的結果並不一致。

甚少實證研究證明藥物治療可以實際增進兒童的學習能力，雖然，藥物治療確實可以改善兒童的過動或注意力等行為問題 (Forness & Kavale, 1988)，但並不能直接增進兒童的學業成就 (Rie, Stewart, & Ambuel, 1976)。單獨使用藥物治療並不能完全矯治兒童的學習與行為問題症候群，必須妥善配合教育學與心理學的處遇措施，藥物治療本身並沒有教導或訓練兒童任何知識與技能，藥物治療的最大功能在促成兒童的可教性和可管理性，教育與心理處遇則必須掌握如是時機對兒童實施有效的教育與心理處遇 (Levine, 1987; Conners, 1973)。因此，雖然藥物治療是改善兒童的注意力不足過動異常行為的有效方法，但最有效的處遇措施則是多元模式或聯合處遇方式，包括藥物治療、特殊教育、行為管理法、家庭諮商和親職教育等 (Silver, 1992; Lerner & Lerner, 1991)。

教師在藥物治療措施中亦扮演相當重要的

角色，教師必須對藥物治療有所認識，並在教室中觀察兒童使用藥物後的身心反應，並對醫師和家長提供資訊回饋，供醫師修正其診斷及處方（Forness & Kavale, 1988）。

藥物治療的主要問題如下：

1. 藥物治療的不良副作用

藥物治療的副作用包括失去胃口，睡眠問題、胃痛、手部顫抖、手腳冰冷（Grinspoon & Singer, 1973）。藥物治療的短期副作用可能逐漸減弱或消失（Levine, 1987），但長期副作用諸如血壓的變動或妨礙身高體形的成長，則有待進一步研究（Safer, Allan, & Barr, 1972, 1975; Safer & Allen, 1973, 1976; Gross, 1976）。

2. 用藥成癮的問題

ADHD兒童長期使用藥物治療會不會用藥成癮的問題，研究的結果相當不一致，有些研究證明ADHD兒童藥物治療不會造成用藥成癮的問題（O'Malley & Eisenberg, 1973）；有些研究則指稱，長期使用藥物治療（例如，從兒童期使用到青少年期）可能養成用藥的習性（Stewart, 1970）。

3. 依賴藥物的消極心理

兒童長期使用藥物可能養成依賴藥物的心理，認為自己的行為受制於藥物，自己沒有能力改善自己的行為。

4. 用藥量的問題

學障兒童藥物治療的重大的困難之一是用藥量的問題。研究結果發現，有利於兒童行為問題改善的用藥量可能超過有利於兒童有效學習的用藥量（Sprague & Sleator, 1977）。換言之，少一份用藥量可能有利於兒童的學習，而多一份用藥量是可能有利於兒童行的改善。或者說，有時候，藥物治療的結果是以減少兒童的有效學習作為改善兒童行為的代價（Hewett & Forness, 1984）。

(二) 食物節制療法（Dietary Restriction）

飲食問題成為ADHD的可能成因之一，也

是ADHD的方式之一，其中常用的飲食節制療法包括(1)排除食物中的人工添加物以及(2)實施過敏症處遇法：

1. 排除食物中的人工添加物

有些食物的物質成份能引能兒童的過動問題，Feingold（1975, 1976）指出，含有人工色素與人工香料的加工食品，以及某些食物中的特定自然化學物能導致兒童的過動，因此，有效的處遇乃是小心地排除含有這些成分的食物。Feingold的食物療法（K-P diet）要求排除各種含有人工色素與人工香料的食物，或含有自然性的水楊酸鹽（salicylates）的食物，像蘋果、草莓、蕃茄與豬肉等。此外，不能使用含有人工色素與香料的漱口水或牙膏，也不能服用有糖衣的或有香料的藥品。

2. 過敏症處遇法

有些學者專家指出，許多兒童因對某種特定飲食或環境因素過敏而不利其學習。因此，其處遇方式是撤除引起過敏症的有關因素（例如，可能引起過動而又有害學習能源的糖、牛奶、玉蜀黍、蛋、小麥、巧克力和橘子、檸檬等果汁）。Cott（1983）、O'Shea和Porter（1981），和Rapp（1979）的研究結果認為這種過敏症處遇確實能改善兒童的過動行為。

(三) 行為改變技術

過動兒童的喧鬧、破壞、混亂與粗心等行為可藉權變增強法（the contingencies of reinforcement）加以改善（Ayllon & Rosenbaum, 1977; Barkey, 1983; Hallahan & Kauffman, 1975; Sherman & Bushell, 1975; and Sroufe, 1975）。然而，行為改變技術並不能自動地帶來行為的改善，因為成功的使用行為改變技術需要敏巧地應用學習原則，重新安排兒童的環境事件（environmental events）。換言之，在使用行為改變技術之前，必先知悉行為原則以及兒童的個別特徵與喜厭，如此，兒童的行為才可望改變。如同藥物醫療一樣，行為改變技術可能被誤用和濫用；亦即，縱然

熟練地使用行為改變技術，也可能帶來非預期的或不好的行為改變結果。因此，行為改變技術不一定能使過動兒的行為表現正常（Abikoff & Gittelman, 1984）。

環境事件（environmental events）的重新安排，其方法甚多，諸如：

1. 教師注意力的轉移，從兒童不適當的行為到適當的行為。
2. 代币增強法（token reinforcement）。
3. 個別與團體權變增強法能成功地協助過動兒的行為改善（Rosenbaum O'Leary & Jacob, 1975）。

Paterson（1965）乃研究以行為改變技術處遇過動兒的肇始者之一。其係採用工作盒（workbox）設備，以立即的、經常的獎賞來增強過動兒的非過動行為，以及同樣地獎賞協助過動兒童表現良好行為的同學（或友伴）。Paterson的這項研究對協助過動兒改善其過動行為相當有效。此外，Wielkiewicz（1986）建議下列的ADHD兒童處遇步驟：(1)鑑定問題（identification of the problem），(2)確定問題的定義，(3)評量基準資料，(4)鑑定後效作用，(5)執行方案，(6)觀察方案的效果，(7)修正方案，(8)撤除方案。

(四)結構式環境（Structured Environment）

高結構式教室對過動兒與分心兒童（distractibility）等障礙兒童的管教上有效益（Haring & Philip, 1962; Haring & Whelan, 1965; Hewett, 1968）。教師可藉下列方式經營結構式的教室：

1. 教室中盡量減少令兒童分心的刺激。
2. 對兒童在教室的行動給予清楚明確的期望。
3. 兒童能預告其教室常規與作息。
4. 兒童的過動與非過動行為得到一致的行為後果。最好是行為改變技術的原級形式（elementary form）。
5. 教師採高度指導性的管教，替兒童做決定

，直到兒童能明智地管理自己。

(五)自我教導法（Self-instruction）

近年來盛行教學習障礙與行為障礙兒童以自我教導法策略來控制其不適當的反應（Hallahan 等人，1983; Meichenbaum, 1977, 1979, 1980）。自我教導、自我監督、自我節制（Selfregulating）與自我增強能成功地處遇過動兒的行為問題（Bornstein & Quevillon, 1976; Hallahan, Marshall, & Lloyd, 1981; Varni & Henker, 1979）。

(六)示範作用（Modeling）

Cullinan, Kauffman, 與 Lafleur（1975）指出，在兒童的環境中，行為榜樣是跟權變增強一樣的無所不在。兒童經由模仿其同儕或成人的榜樣或典型而學習。Csapo（1972）以示範作用來改善過動兒的行為，發現小學生的打人、踢人、推撞別人以及其他的攻擊行為和過動行為，可經由模仿其正常的同儕所示範的正確的行為，並在模仿過程中獲得增強而減少。

(七)生物回饋法（Biofeedback）

生物回饋法係教導個體控制其外顯行為或內在的生物過程的方法，其方式是把個體有關的生理狀況回饋給當事人，例如，經由訓練當事人透過示波器（oscilloscope）或類似的儀器，監視自己體內的有關活動，以控制自己的血壓或腦波，以生物回饋法技術在日常環境中協助過動兒控制其行為的研究者計有 Braud, Lupin & Braud（1975）; Schulman, Stevens, Suran, Kupst, & Naughton（1978）; Christie, Dewitt, Kaltenbach & Reed, 1984; Lubar & Shouse 1977; Ross & Ross, 1982; Strider & Strider, 1979; Tansey & Bruner, 1983）。

(八)認知中介法（Cognitive-Mediation Interventions）

Luria（1959; 1961）和Vygotsky（1962）的自我控制（self-control）行為論是認知中介法的理論基礎。其主要類型包括：

1. 認知行為改變技術(cognitive behavior

modification)、認知行為技術 (cognitive-behavior techniques) 或認知行為仲裁法 (cognitive-behavioral intervention) (Meichenbaum & Goodman, 1971; Meichenbaum, 1975; 1977), 以及 2. 認知行為模式 (cognitive-behavioral Model) (Rosenbaum & Drabman, 1979; Goldstein & Goldstein, 1990) 等技術。而認知中介法的代表學者及其理論技術如後:

1. Meichenbaum和Goodman (1971)

衝動兒童自我交談訓練法: 自我控制發展法 (Training Impulsive Children to Talk to Themselves: A Means of Developing Self-Control)

(1) 基本概念: 個體的行爲係受到自創性語言教導 (self-generated verbal instructions) 所引導。

(2) 步驟 (可輔以教師的示範作用)

① 教兒童認識學習活動 (或工作) 的性質和要求 (形成問句)

② 回答問題 (認知活動)

③ 以適當的語句引導自己進行學習活動 (或工作)

④ 對自己的良好表現加以增強

2. Palkes, Stewart和Freedman (1972)

四項提示詞程序法 (Four cue words procedure) (係一種自我引導指令 self-directing commands)

停→聽→看→想 (stop→listen→look→think→)

3. Kendall和Braswell (1982) 的自我教導訓練 (self-instructional training): 五步驟問題解決法

(1) 界定問題

(2) 設計 (或計畫) 解決方法

(3) 集中注意力

(4) 選擇答案

(5) 自我增強正確的表現

Kendall和Braswell採用示範法、社會性獎勵、代幣獎勵和反應代價 (response-cost) 後效作用。

4. Douglas (1980) 以三階層措施 (A Three-Level program) 發展兒童的內控能力。

(1) 協助兒童了解其缺陷 (或不足) 的性質與歸因概念 (attributional concept)

(2) 增進兒童解決問題的動機和能力。

(3) 教導兒童解決問題的策略

5. Barkoey (1981) 的自我控制與問題解決能力訓練法

(1) 教兒童自我紀錄

(2) 教兒童辨認潛在的問題情境

(3) 教兒童控制其衝動行爲

(4) 教兒童分辨問題情境

(5) 協助兒童設計問題解決的方法

(6) 教兒童自我評鑑的方法

(7) 協助兒童應用其問題解決的方法

(8) 協助兒童評鑑其問題解決方法的效果

(9) 協助兒童發展自我增強和自我懲罰的方式

6. 認知行為模式 (Rosenbaum & Drabman, 1979; Goldstein & Goldstein, 1990)

(1) 界定行爲

(2) 教導兒童自我紀錄和自我衡鑑 (self-evaluation) 技巧

(3) 提供外控後效作用 (externally administered contingencies)

(4) 教導兒童自我教導 (self-instruction) 和歸因技術 (attributional techniques)

(5) 後效控制的轉移 (轉移給兒童主控)

(6) 提供類化的機會

(7) 撤除後效作用

(8) 實施間歇監控 (monitor) 與後效作用

(作者: 台北市立師範學院
特殊教育系副教授)

參考文獻 (略)

(全文完)