

注意力不足過動異常兒童

的診斷與處遇 (三)

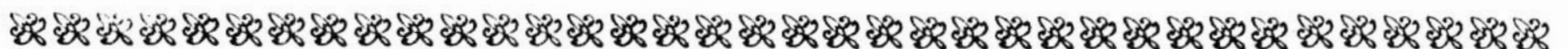


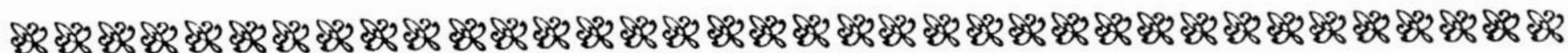
楊坤堂
陳蘭亭
圖文

貳、注意力不足過動異常兒童研究的歷史回顧

四、1980年～1989年：診斷標準的時期和注意力缺陷的衰弱期

如上所述，1980年代過動兒童研究的特色是①注意力缺陷異常徵候群的創用期，和②過動兒童診斷標準的發展期；此外，1980年代過動兒童研究的學者專家亦紛紛提出過動兒童的分類觀點（DSM-III，1980；DSM-III-R，1987；Roscoe Dykman & Peggy Ackerman, 1983, 1985；Schacher, Rutter, & Smith, 1981；Taylor, 1983；Voelker, Lachar, & Gdowski, 1983；Pliszka, 1987）。DSM-III（1980）的過動兒童分類計有注意力不足異常兼過動（ADD/+H）和注意力不足異常無過動（ADD/-H）兩種。Schachar, Rutter和Smith（1981）將過動兒童分類成普遍性過動（Pervasive hyperactivity）和情境性過動（Situational Hyperactivity）兩種。前者的過動行為顯現於家庭和學校，並表現較嚴重的行為徵狀，較大的攻擊行為和同儕關係的問題，以及較差的學業成就。英美學者專家均認為普遍性是過動徵候的主要診斷標準。而後者的過動行為只顯現於家庭或學校。Dykman和Ackerman（1983, 1985）把過動兒童分成兼有學習障礙的注意力不足異常（ADD/+LD）和無學習障礙的注意力不足異常（ADD/-LD）兩





種。其研究結果指出，ADHD兒童的認知缺陷（諸如語文記憶、智慧等），其實受到兒童語文或閱讀困難的性質和程度所影響。Taylor（1983），Voelker, Lachar和Gdowski（1983），Pliszka（1987）則提出「注意力不足異常兼有顯著焦慮、沮喪或情感障礙」一詞。他們認為這類兒童對興奮劑藥物治療產生不良或不利的反應，而可能對抗鬱劑（antidepressant）藥物治療的反應較佳。BSM-III-R（1987）則區分過動兒童為注意力不足過動異常（ADHD）（即DSM-III的ADD/+H）或分裂性行為異常（the Disruptive Behavior Disorders）（含對立性行為異常oppositional defiant disorder和品行異常Conduct Disorder）兩種。

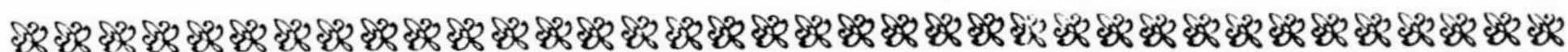
1980年代過動研究的最新和令人興奮的發展是在1980年代後半期的新奇觀點，認為ADHD並非真正的注意力異常，動機才是ADHD兒童缺陷的成因（Rosenthal & Allen, 1928; Sroufe, 1975）。因而ADHD兒童乃動機不足異常兒童（Motivation Deficit Disorder），此乃基於動機建構和行為功能分析，此派學者專家指出，ADHD兒童的問題在行為刺激控制力的缺陷，特別是對規則與教導的反應（Barkley, 1981; Willis & Lovaas, 1977）。因此，諸多學者專家（Beninger, 1989; Haenlein & Caul, 1987; Prior, 1987; Quay, 1988; Sagvolden, Wultz, Moserm Moser, & Morkrid, 1989; Sergeant, 1988; van der Meere &

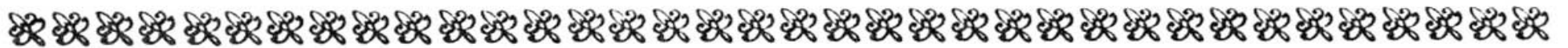
Sergeant, 1988）認為，ADHD兒童的困難不是注意力缺陷，而是行為後果反應缺陷。是以，ADHD的產生乃是兒童對後果（consequences）（即增強、懲罰或兩者）的敏感性不足；而後果敏感性不足的成因是神經性的。

1980年代末期盛行的觀點是，ADHD屬於發展性殘障狀況，其本質是慢性的，具有強烈的生物性或遺傳性的傾向。此障礙深受兒童環境（特別是家庭）因素的影響，對兒童的學業和社會行為有顯著的負面作用。1980年代末期不再認為注意力缺陷是ADHD兒童的主要特徵，而強調可能的動機因素或增強機制才是ADHD的主要困難所在。

此期所發展出來的有效處遇方式包括多元方法（multiple methods）、科際統合與協同工作、長期診療措施、親職障礙和家庭功能失常仲裁、兒童憤怒控制和社會技巧訓練，以及抗鬱劑藥物治療等徵候療法。惟大眾關注ADHD兒童的醫療處遇的同時，ADHD家長支持的協會和政治行動協會紛紛成立，促使ADHD兒童教育成為全國性政治優先，並追求更正確的ADHD的學理和處遇。社會大眾知道過動、分裂行為的兒童可能是生物因素的障礙，社會因素亦可能減少或擴大其障礙，而不再全歸因於親職問題（Barkley, 1990）。

1980年代的其他歷史性發展包括：（一）社會生態學受到重視；（二）研究方法的改善；（三）評量方法的發展；（四）治療法的發展：





單一療法對聯合處遇法 (Barkley, 1989)、實驗設計法 (Hinshaw, Henker, & Whalen, 1984; Pelham, Schnedler, Bologna, & Contreras, 1980) 對混合仲裁法 (Satterfield, Satterfield, & Cantwell, 1981)。其特定方法包括認知——行為改變技術 (cognitive-behavior modification) (Camp, 1980; Douglas, 1980; Kendall & Braswell, 1984; Meichenbaum, 1988)、特殊親職訓練 (例如 ADHD 兒童行為管理技巧訓練)、ADHD 兒童教室管理、ADHD 兒童社會技巧訓練和 ADHD 兒童醫療處遇；(五)公眾覺察 (public awareness) 的發展；以及(六)聯合宗教與心理學的治療法 (scientology)。

1900年代初期認為 ADHD 乃是生物因素異常所形成的道德與意志力控制不足，其障礙甚少受社會環境的影響。經過了90年之後，ADHD 的成因才被視為具有生物和環境因素，個體因生物、遺傳傾向的缺陷，而無法依據規則和後果來規範行為。因此，行為抑制和自我規範 (behavioral disinhibition/self-regulation) 成為研究的主題。ADHD 兒童自我規範能力不足在其兒童早期產生，許多個案是長期慢性的 (1900年代早期認為 ADHD 的異常是相當慢性的，中期則認為在青春期的可能痊癒，但後期的研究又主張此異常狀況是發展性的慢性異常)，亦可能因社會不利因素而惡化，致使個體置身於教育、社會和職業低成就的危機困境中，並造成反社會行為

。因而，ADHD 兒童亟需要特殊教育，以協助其生存和發展。

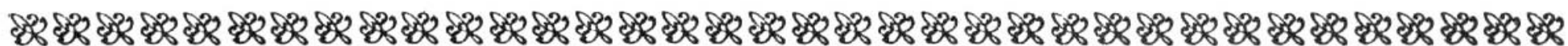
參、注意力不足過動異常兒童的術語和定義

一、術語

近百年來人類對過動兒童的認識可說是眾說紛紜，莫衷一是 (Ross & Ross, 1982)。過動異常係屬多元標名的異常群體，其專有名詞是多樣化描述性術語，計有：

道德控制力缺陷 (defect in moral control) (still, 1902)，腦炎後行為異常 (postencephalitic behavior disorder)，輕度腦傷徵候群 (minimal brain damaged syndrome)，輕度腦功能失常 (minimal brain dysfunction)，活動過度衝動異常 (hyperkinetic impulse disorder)，過動兒童徵候群 (hyperactive child syndrome)，兒童期動作反應異常 (hyperkintetic reaction of childhood disorder)，注意力缺陷異常 (attention deficit disorder)，注意力缺陷異常兼過動 (attention-deficit disorder with hyperactivity, ADD/+H) 注意力缺陷異常無過動 (attention-deficit disorder without hyperactivity, ADD/-H) 注意力缺陷過動異常 (attention-deficit hyperactivity disorder)，動機缺陷異常 (motivation deficit disorder)，獎勵系統功能異常 (reward-system





dysfunction)，自我規範異常（self-regulatory disorder），以及學習障礙（learning disabilities）。

二、定義

Goldstein和Goldstein（1990）將過動定義分成兩類：1.常識性定義（the common sense definition）和（二）操作性定義（the operational definition）。常識性定義的內涵有四：1.粗心和分心（inattention & distractibility），2.情緒過度激發（overarousal）3.衝動（impulsivity）和4.難於滿足（difficulty with gratification）。而操作性定義亦即DSM-III-的定義。茲分別說明如後。

（一）常識性定義

本定義可協助臨床人員、教師和家長認識ADHD兒童的問題成因、行為功能、行為問題的複雜性以及ADHD兒童需要特殊處遇的原因。本定義受到Douglas（1985），和Douglas與Peters（1979）研究的影響。Douglas和Peters認為注意力異常兒童由於體質因素而有注意力、努力（effort）和抑制（控制）力上的問題，調整情緒激發狀態的困難，以及有追尋刺激的需求。本定義的四項成份（components）是：

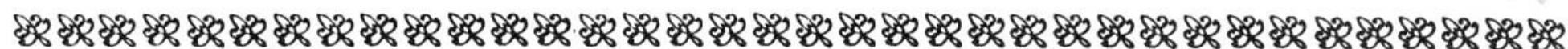
- 1.粗心（不注意、不專心）和分心（分散注意力）

ADHD兒童在學習活動與作業工作上比一般兒童較有集中和維持注意力的困難（APA, 1987）。一般而言，幼兒在沒有成人的直接監督下能獨

立持續活動的時間，二歲幼兒約達七分鐘，三歲九分鐘，四歲十三分鐘，五歲十五分鐘（Call, 1985）。此後，兒童的注意力廣度隨著年齡的長大而增加。在小學一年級時，兒童能坐下來工作每次達一小時之久。此外，ADHD兒童在進行某一項學習活動時，有困難過濾環境中促其分心的刺激。Strauss和Kephart（1955）認為分心是過動兒童的主要問題，但目前一般認為分心只是ADHD兒童的部份問題。ADHD兒童由於無能持續學習活動與工作而有分心的行為現象，因此，注意力問題和分心問題同時影響兒童持續活動或作業的能力。

人的大腦擁有「有限能力」（limited capacity）來處理同時發生的資訊。此端賴一種複雜的處理過程，此過程縮小資訊的範疇和焦點，以利處理和同化。而注意力正是為個體善盡這種功能的理論假設上的機制（mechanisms）（Mesulan, 1985）。一世紀以來，從James（1890）開始，學者專家的研究指出，注意力的處理過程是個體高層次認知功能所必需的先決條件。

Posner和Snyder（1975）認為注意力是一種複雜的研究領域。Taylor（1980）指出注意力的多樣性，因此，臨床診療人員在診斷兒童的注意力時，必須瞭解與慎重處理兒童注意力的問題是在那一種層面上。兒



童注意力問題約有五項(Goldstein & Goldstein, 1990)：

- ①分別性注意力(divided attention)問題：兒童無法或難於同時進行二件工作，例如一邊聽講，一邊做筆記。
- ②集中性注意力(focused attention)問題：上課時兒童不做老師指定的作業，反而做白日夢或進行其他無關的活動。
- ③選擇性注意力(selective attention)問題：兒童容易為其他的事情(諸如教室中無關的輕微的噪音)而分心。這類兒童無能選擇環境的重要事情給予優先的注意。
- ④持續性注意力(sustained attention)問題或固著(persistence)：兒童無能以足夠的時間持續工作來完成工作。
- ⑤警戒(vigilance)或反應準備度(readiness to respond)問題：兒童無能做下列的學習活動，例如，聽寫測驗時，兒童無法有效傾聽老師要唸的下一個字或詞。

2.情緒過度激發：

係指一種積極或消極的情緒行為的反應類型。ADHD兒童輕易情緒激發，其情緒極端反應的速度、程度和次數均不適合所置身的情境或所面對的刺激；亦偏離其同儕團體的常模。這種行為經常挫敗ADHD兒童的家長。而ADHD兒童的喜怒無常的行為亦

使其父母認為ADHD兒童欠缺罪惡感。

3.衝動：

意即無能「先思而後行」，無能在行動之前先「停」而「思」而「行」；而熟思(reflection)是衝動的相反行為。ADHD兒童在行動之前不能先考慮其行為後果，亦難於遵循規則而行為(Barkley, 1981)。即使他們知道規則，也能說明規則，但卻不能控制自己的行動，不能先思而後行。他們無法記取教訓，從經驗中學習或受益。他們是屢犯者，需要父母的督導，因此，經常使父母有挫敗感，父母常認為ADHD兒童的行為表現是故意的或敵對的。

4.難於滿足

ADHD兒童難於從事長程目標的工作，他們經常要求立即而重覆的報酬，一般兒童適用的獎勵方式對他們可能無效(Haenlein & Caul, 1987)。長程獎勵較難用來改變ADHD兒童的行為，一旦獎勵和行為改變措施撤除，ADHD兒童即退回其原先的問題行為上。由於ADHD兒童長期接受消極增強，因此，不為積極增強所動。他們不為未來的獎勵而表現合乎環境要求的行為，而是因為當前的嫌惡刺激的撤除而表現良好行為。(Goldstein & Goldstein, 1990)。

(二)操作性定義：

操作性定義係指DSM-III-R的定義，



此定義有利於診斷行為的執行。DSM-III-R的定義內涵（亦即其診斷條件）（表3-1：DSM-III-R ADHD診斷標準）包括：

- 1.兒童必須在七歲以前顯現ADHD的徵候群。
- 2.其障礙（或徵候）至少必須持續六個月。
- 3.未符合普遍性發展異常（pervasive developmental disorder），例如自閉症或兒童期精神異常（psychosis）。
- 4.其問題可能不是智障、精神分裂症（schizophrenia）、嚴重情緒或行為問題的結果。（即依據兒童的心智年齡或適應困難進行鑑定）。
- 5.兒童的注意力問題是屬於失序（disorganized）或混亂環境所造成的結果。
- 6.在進行ADHD診斷之前，先診斷其情緒異常（mood disorder）。
- 7.其定義亦含輕度、中度、重度ADHD的診斷標準
- 8.美國精神醫學會（APA）建議，DSM-III-R的診斷標準只是通盤評鑑（comprehensive evaluation）的一部份，在診斷時不能單獨使用。
- 9.如果DSM-III-R的診斷標準單獨使用時，診斷人員必須瞭解與熟悉各種年齡兒童的發展常模。
- 10.大多數被診斷為注意力兒童異常在入學前即顯現注意力問題，因此在診斷

時必須仔細研究其發展史。

ADHD係一種早期發作的認知或神經成熟發展異常，此異常影響兒童獲致適當的注意力、衝動控制和活動規範能力。依據上述常識性定義和操作性定義，ADHD的定義似可暫為界定如下：

ADHD係指一種個體發展上的缺失（deficiencies）或異常（disorder），其特徵是粗心（inattention）、過動（hyperactivity）、和衝動（impulsibility）的程度不適當。個體在依據規則和行為後果以規範和維持行為的能力上有所不足，而這些缺失或異常使個體在針對工作或刺激以抑制、採取或維持反應上發生困難；特別是在行為後果遲延、微弱或不存在的情境下，個體難於遵行規則和教導。此缺陷或異常在個體兒童早期顯現出來，其本質可能是慢性長期的。其缺陷或異常並非神經、感官、語文和動作損傷、智能不足、或情緒障礙所引起的結果；而其缺陷或障礙可能隨著個體神經系統的成熟和發展而改善。（改自Barkley, 1990）（下期待續）

（作者：台北市立師範學院特殊教育系
副教授兼實驗小學校長）

