

注意力不足過動異常兒童的診斷與處理

(七之一)

楊 坤 堂

捌、注意力不足過動異常 (ADHD) 兒童的診斷

一、多元診斷標準

ADHD兒童的診斷相當複雜，因此，許多臨床診療人員和醫療機構，像CIBA (1974) 建議採用多元診療標準來評鑑ADHD兒童 (Cantwell and Carlson, 1978)；Goldstein and Goldstein, 1985)，亦即利用多種評量問卷或評鑑方式等多元診斷標準來鑑衡ADHD兒童。下列五項標準宜予考慮採行：(一)DSM-III-R 診斷標準、(二)評定量表 (Rating scales)、(三)客觀性評量、(四)情境問題，以及(五)區別性診斷 (differential diagnosis)。茲概要說明如後 (Barkley, 1990；Goldstein & Goldstein, 1990)：

(一)DSM-III-R診斷標準

DSM-III-R診斷標準是當今最常使用，也是最具臨床研究性的診斷標準，因此，兒童必須符合DSM-III-R的診斷標準才屬於ADHD兒童。DSM-III-R診斷標準如表7-1，其重要標準是①兒童必須在七歲以前顯現過動症候群；②兒童的過動行為症候至少必須持續六個月；③兒童必須顯現下列三種問題行為：不專心 (inattention)、衝動 (impulsivity) 和過動 (

hyperactivity)。其實，兒童只要表現其中一種行為，而其程度已妨礙到自己學習活動，則該兒童有必要接受診斷與協助。

行為管理措施的重點在行為，而不在標記。診斷的標記，其實只是有關兒童行為問題的一種假設。當環境改變，或取得新的資料時，診斷人員對兒童問題的假設和原先認為最適當的管理策略都可能加以改變。

(二)評定量表

最常用的注意力評定量表或問卷計有：

1. Conners 家長和教師問卷 (The Conners Parent's and Teacher's Questionnaires, 1969) (如表7-2, 7-3)。
2. The SNAP Checklist (Pelham, Atkins, Murphy & White, 1981)：內容採自 DSM-III (APA, 1980)。
3. ADD-H：教師評定量表 (ADD-H：Comprehensive Teacher Rating Scale，簡稱爲ACTeRS) (Ullman, Sletator & Sprague, 1985)。
4. 兒童行為檢核表 (The Child Behavior Checklist) (Achenbach, 1978)。涵蓋兒童的學業和教室表現，包括焦慮、社會退縮、沮喪、不受歡迎、自我破壞行為、不專心、神經性過動行為、攻擊行為以及其他問題

行為九大項。

5. 兒童人格量表 (The Personality Inventory for Children) (Wirt, Lacher, Klinedinst & Seat, 1977) : 其中亦含有注意力和過動量表。

依據ADHD操作性定義, 兒童在上述五項問卷量表上至少有一項的得分和其同年齡同性別兒童相比較, 落在負向的兩個或兩個以上的標準差之上 (standard deviations difference) 。而且必須由父母和教師評定其行為符合此標準者才屬於ADHD兒童。

(三)客觀性評量

ADHD的評量很少使用注意力直接評量法 (Ostrom & Jenson, 1988) 。兒童必須在客觀性常模參照評量上顯現注意力技巧的困難才屬於ADHD兒童。這些評量方式包括電腦本位工具 (computer-based instruments) 和簡易紙筆等評量方式。

(四)情境問題

ADHD兒童分別在學校或家裡, 或同時在學校與家裡顯現程度不一的注意力問題 (Barkley, 1981; Breen, 1986) 。分別由家長或老師認定為有注意力問題的兒童, 和同時由家長和老師認定的注意力異常兒童, 其問題的種類和轉介原因是相當不同的。臨床人員在診斷時, 蒐集兒童的情境問題和資料, 有助於臨床人員評量兒童的注意力問題對其日常生活的影響。亦即有助於分析ADHD兒童的情境衝擊或影響。

情境問題的評量工具包括家庭情境問卷、學校情境問卷和臨床評鑑等。例如, 家庭功能評量 (The Evaluation of School Function) (

Goldstein and Goldstein, 1990) 、ADHD家庭評量 (Home Evaluation of ADHD) (Goldstein and Goldstein, 1990) 。

(五)區別性診斷

區別性診斷又稱通盤性研究 (Johnson, 1983) , 或密集式心理教育評量 (the intensive psychoeducational evaluation) (Johnson, 1977) 。區別性診斷的立論基礎是各類型特殊兒童的成因繁多, 因而需要較詳盡完備的診斷, 藉以確定各類型特殊兒童的真正成因 (Myklebust, 1954) , 並能和其他類型的特殊兒童清楚而明確的區別出來。例如, 臨床人員不但要區別ADHD兒童和一般兒童, 更要區別ADHD兒童和下列的兒童:

1. 分裂性行為異常 (The Disruptive Behavior Disorders)
2. 無過動的注意力不足異常 (Attention Deficit Disorder without Hyperactivity)
3. 特殊發展性異常 (Specific Developmental Disorders)
4. 兒童期焦慮異常 (Anxiety Disorders of Childhood)
5. 沮喪或情緒異常 (Depression or Mood Disorders)
6. 混合型思考能力和情感性異常 (Mixed Thought and Affective Disorders)

區別性診斷宜包括臨床觀察、晤談、個案資料分析、醫學—神經學檢驗和心理—教育評鑑等 (楊坤堂, 民81) 。Myklebust 和Johnson (1967) 提出心理神經感覺觀 (psychoneurosensory perspective) ; Barkley (1990) 建議生物心理社會觀 (biopsychosocial

Perspective) 和發展觀。綜合有關的研究，區別性診斷宜採多元向度觀 (Multidimensional perspective)。諸如，生物心理生態動力互動觀 (the dynamic interactional perspective of biopschoecological development)、多元科技評鑑與診斷 (multidisciplinary assessment and diagnosis)。

生物心理社會觀 (Barkley, 1990) 可應用在ADHD兒童的評鑑上。生物心理社會模式的評鑑包括下列五項層次和功能的分析：(1)以生物功能的分析為最內層的分析，並依序為(2)認知或神經心理功能、(3)行為—環境互動、(4)社會—家庭功能，和最外圍層次的、(5)社會經濟或社會政治層次。任何一層次的功能損傷均可能負面影響其鄰近層次的功能，並進而對其他層次產生不良的影響。而上述的影響和互動是雙向的。一般而言，內層功能的障礙影響其外圈的功能。但有些個案，則是由外而內的影響。例如，個體社經因素，諸如父母因失業而舉家居於陋室，任其幼兒暴露在鉛中毒的住宿環境中，再由鉛中毒造成神經系統的不健全，進而影響其認知、神經心理功能和行為等等。因此，生物心理社會觀的ADHD診斷包括下列因素的分析：1.生物因素；2.認知／神經心理因素；3.行為和環境因素：①工作和情境決定性因素、②社會互動因素；4.社會—家庭因素；5.社會經濟和社會政治因素 (Barkley, 1990)。

ADHD兒童的診斷除了採行生物心理社會觀以外，也有學者主張在兒童期行為異常評鑑的設計、執行和闡釋上採取發展觀 (Campbell, 1990; Edelbrock, 1984; Mash, 1989;

McMahon & Peters, 1958)。傳統上，兒童期行為異常的評鑑、處遇和研究並未包括上述兩種觀點。傳統上，臨床和研究僅試圖把成人心理病理學 (psychopathology) 的模式和理論應用到兒童身上。因此，一般的評鑑工具被籠統的用來評鑑各年齡層次的男女性兒童；亦即不分年齡、不分性別地使用評鑑工具。ADHD兒童評鑑的發展觀包括兒童的①年齡、②性別、③氣質、性情，和④適合度 (goodness of fit)。例如，以氣質而言，氣質或稱行為風格 (style)，係指兒童如何面對其生活環境與情境，以及如何行為反應。氣質論的著名研究是Thomas和Chess等人 (1963, 1968, 1977) 的研究，他們指出，困難型兒童 (difficult child) 的氣質特質：如退縮、不良適應和消極等，並不一定導致行為問題。事實上，適合度才是決定性因素。適合度，係指環境要求或期望和兒童特徵間的互動。因此，並非兒童的氣質或環境因素單獨或分別發生作用，而是氣質與環境的互動關係才形成個體的功能。

診斷時必須考慮個別差異和兒童置身的處境 (context)，因此，除了考慮生物心理社會因素外，亦必須考慮個體的發展因素，諸如，兒童的實足年齡、認知和適應行為的發展層次、徵候發作的年齡和徵候持續的時間、家庭背景、以及社會因素。診斷ADHD兒童的發展參照架構可應用在下列措施上 (Barkley, 1990)：

- 1.轉介歷程 (轉介的標準應考慮個案的年齡常模)；
- 2.評鑑工具和評估重點 (依據其年齡性別等選擇評鑑工具和決定評估重點)；

3. 診斷結果與發現的闡釋；
4. 預測（prognosis）（從腦傷預測其未來行爲）；
5. 處遇；以及
6. 對特定年齡群體的評鑑過程和闡釋。

Kanfer和Soslow統合生物心理和發展觀於一體，提出S-O-R-K-C模式（Kanfer和Soslow，1969）。此係很多行爲模式的架構，可應用在ADHD的評估上。臨床醫療人員分析SORKC的七項特定區域有助於設計處遇措施：

S	O	R	K	C
stimulus	organism	response	contingency	consequence
刺激	機體	反應	後效作用	後果
亦即前因	亦即生物條件	亦即可觀察的行爲		
①問題情境的初步分析	③動機分析：誘因與嫌惡條件			
②問題情境分類（研究亦即找出問題根源）	④發展分析：生物對問題變化的影響			
④社會關係分析：其與重要人或環境的互動	⑤自我控制：自我限制和策略			
⑥社會文化環境（setting）和環境的期望				

ADHD兒童鑑定工具的選擇，除了上述因素的考慮外，亦應根據兒童的特徵，諸如，實足年齡、外顯行爲和發展功能的層次、困難的本質、評鑑的目的和闡釋方法來選擇鑑定工具。而鑑定目的計有（Barkley，1990；Cronbach & Gleser，1965）：

- ①建立資料俾益做決定，則其評鑑目的是研判層面和決策類型。
- ②甄選或鑑定，俾益進一步評量。
- ③確認或更正先前的診斷。
- ④評鑑可能是描述性的：驗證兒童的現況和實際能力，建立基本資料，或鑑定需要處遇的相關問題。
- ⑤評鑑可能是處方性的：評鑑乃用來設計處遇和/或評量處遇的效果。
- ⑥評鑑可能是用來設計和/或進行研究。

其他的一般性考慮包括（Barkley，1990；Conger，1974；Conger & Lipshitz，1973）：

- ①評鑑的長度。
- ②可用的特定環境。
- ③經費：含兒童與家庭所付出的金錢與情緒上或精神上的代價。
- ④執行測驗所需的人員、設備和訓練
- ⑤測驗工具的心理計量特徵，諸如信度和效度。
- ⑥大量或多區域的評鑑兒童的特徵，或在單一區域取得較正確的資訊。（未完待續）

（作者：台北市立師院特教系副教授）