

前文指出，本書撰寫的主要動機與目的有二：其一是探討與澄清有關 ADHD 定義、類型、鑑定與處遇 (treatment) 的迷思和誤解；其二是介紹有關 ADHD 診療與教育的資訊。此外，本書撰述的重心在 ADHD 兒童的臨床診斷與處遇，由於臨床診療強調：(一)定義與特徵領導診斷；(二)成因與類型領導處遇；(三)診斷的重點工作是成因分析、類型鑑定與策略（教學、輔導或醫療）設計；(四)診斷的目的之一乃是策略的執行（即實施處遇措施），因此，本書的主要內容包括 ADHD 兒童的定義、特徵、成因、類型、診斷與處遇。茲以圖 10-1 表示，本書的撰寫架構：

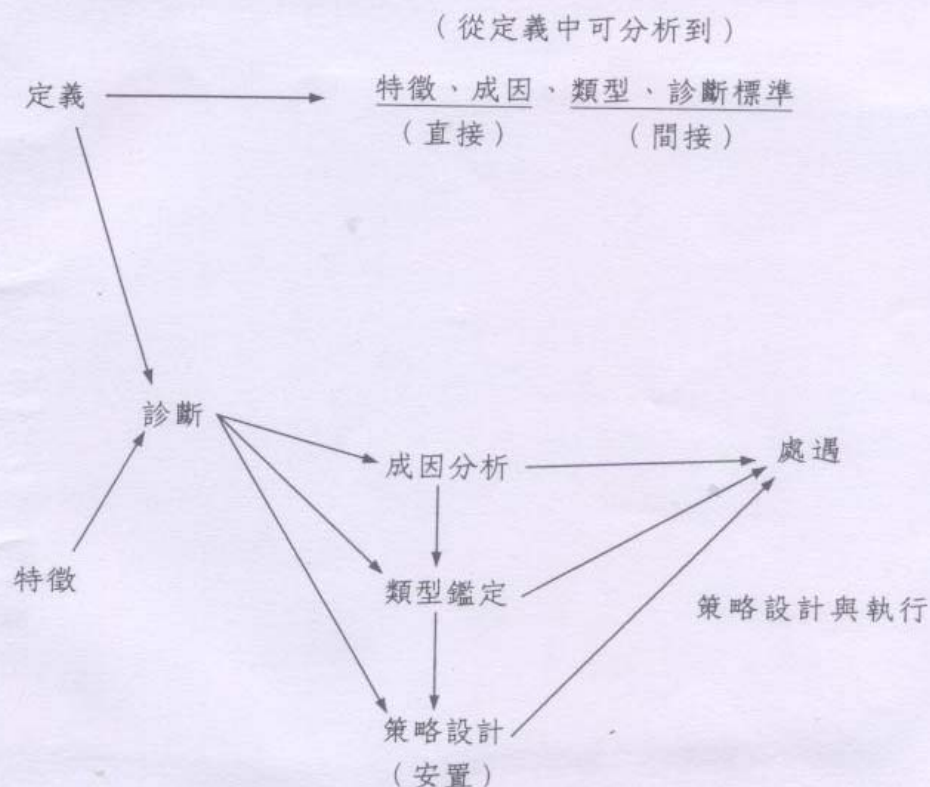


圖 10-1 特殊兒童臨床診療內涵（楊坤堂，民 85）

ADHD 係指個體神經系統的發展不足或失常，在個體的兒童早期即顯現不專注、過動或衝動等徵候；其本質可能是慢性長期的，但可能隨著個體神經系統的成熟和發展而改善（改自 Barkley, 1990）。雖然 ADHD 的過動行為徵候或多或少會隨年齡增長而減少，但其相關問題可能持續到成人 (Schwartz & Johnson, 1985)，有三分之一的 ADHD 者持續一輩子的行為問題 (Gittelman et al., 1985)，甚至於有 50% 的 ADHD 兒童變成 ADHD 成人 (Barkley, 1996)。

ADHD 兒童表現動個不停，不能安靜，隨意走動，不可預測與不確定的行為 (Cruickshank & Raus, 1966)，活動過量 (Rappaport, Hirt & Decker, 1964)，坐在座位上時，不停地抖動雙腳或玩弄文具，或敲打鉛筆，坐在椅子上搖晃不停或不安於座，分心 (Myers & Hammill, 1969)，睡眠問題（少量睡眠或睡中亂動），缺乏耐性等待輪流（如上課不先舉手或未經老師允許就講話），做功課馬虎或錯誤百出，經常未經思考或不考慮後果就採取行動 (Shore, 1986)。

有些 ADHD 兒童顯現動作活動量不足的現象，經常表現倦怠，過於安靜，不喜歡動，動作緩慢等行為，或比同儕較少身體活動。有些 ADHD 兒童的身體動作笨拙（經常跌倒、打破或弄翻東西，走路姿態不正確），動作統整能力不足，動作協調能力不足（如：跑、跳等動作能力不佳），大肌肉動作技能不足，諸如：1. 經常絆倒或撞到東西；2. 抓或投擲有困難；3. 平衡不良（如，五歲時無法單腳站立，維持平衡達五秒）；4. 無法走直線或用腳尖走路；5. 跑或跳的動作笨拙；6. 到七歲時還不能跳躍；或 7. 到五歲時還沒有建立左手或右手優勢。精細動作技能不足，諸如：1. 操作小件物體時覺得困難；2. 四歲時無法解鈕扣或六歲時無法繫鞋帶；3. 拿鉛筆的姿勢笨拙；4. 到三歲半或四歲時還不會畫圓形；5. 寫字時無法成一直線；6. 字與字之間太密或太寬；7. 寫字困難；8. 精細動作統整能力不足，如寫字、畫圖等能力不佳。

一般而言，ADHD 兒童的出現率在兒童人口數中約占 3% ~ 5%，而男女兒童的比例是 3 : 1 (American Psychiatric Association, 1987)。研究結果指出，ADHD 兒童中有 60% 具有精細動作 (fine motor) 障礙，30% 則有粗大動作障礙；20% ~ 40% 的 ADHD 兒童兼具學習障礙 (ADHD/+LD)。McKinney (1993) 推估 10% 的 ADHD 兒童兼具學習障礙，而 15% ~ 80% 的學障兒童兼具 ADHD。40% ~ 60% 是 ADHD/+ODD (對立性行為異常)，20% ~ 30% 則是 ADHD/+CD (品行異常) (Barkley, 1992)。

ADHD 兒童中有 20% ~ 35% 在小學階段可能需要留級的安置，40% 的 ADHD 兒童需要特殊教育的服務。美國 ADHD 兒童有 50% 安置於普通班，35% 安置於資源班，而 15% 則安置在特教班 (Barkley, 1992)。而我國 ADHD 兒童絕大多數 (95% ~ 96%) 安置於普通班，並未接受特殊教育的服務，僅極少數的 ADHD 兒童 (1% ~ 3%) 接受資源班的特殊服務。

生物因素乃是 ADHD 的主要病因，其中遺傳因素 (遺傳基因機制) 是主要的成因之一，ADHD 亦因 (一) 孕期與生產併發症；(二) 環境毒素；(三) 神經性疾病或傷害；(四) 傳染病；(五) 後天性腦傷，在神經系統上形成障礙 (如腦部前區、視丘區或腦幹中心等功能失常)；以及 (六) 社會環境因素，諸如 1. 環境不利；2. 家庭不利；3. 教育環境失常；4. 子女扶養與管教不當或不佳；5. 貧窮；6. 秩序混亂；和 7. 飲食失調而惡化。

此外，兒童早期的醫療問題：(一) 黏性過度症 (hyperviscosity)；(二) 早產；(三) 毒血症 (toxemia)；(四) 懷孕產婦痙攣；(五) 低血流；(六) 鐵質不足性貧血；(七) 嬰兒期耳疾傳染病 (中耳炎)；(八) 脆弱 X 症候群 (屬於遺傳缺陷)；(九) 腦炎；以及 (十) 癲癇症 (藥物治療的副作用) 亦屬 ADHD 的相關因素 (Barkley, 1990；Goldstein and Goldstein, 1990)。

ADHD 兒童的類型可依據其徵候群而分成 (一) 注意力不足型 (ADD)；

(二)過動—衝動型 (HD)；和(三)混合型 (ADHD) 三類 (DSM-IV, APA, 1994)；亦可依據其成因而歸併為(一)神經性 ADHD；(二)飲食性 ADHD（因個體對水楊酸鹽飲食的過敏反應而形成的 ADHD）；和(三)教養性或假性 ADHD（因教養不當等環境因素而造成的 ADHD）。

注意力不足過動異常兒童可能面臨原級障礙、衍生障礙、發展遲緩、附加缺陷、累積缺陷，以及（或）學習高原等問題。惟經由早期發現與早期療育，可以協助身心障礙兒童開展其智慧，避免發展遲緩，抑制衍生障礙與附加缺陷，進而減少其依賴性以及特殊教育與機構處遇 (treatments) 的需求，並節省社會成本（包括醫療與社會濟助經費）等。依據美國經濟發展委員會的研究結果指出，花 1 美元投資在高品質的學前教育，將來可以節省美金 4.75 元到 7 美元（包括減少支出社會福利金，犯罪防制措施的經費，以及增加國民的收入與稅收）。美國兒童保護基金會 (1991) 指出，每一個家庭花 1 美元在產前保健醫療上，將來可節省 3.38 美元的醫療保健費用。而今天花 1 美元在兒童防疫的醫療保健措施上，將來可節省 10 美元的醫療支出。因此，特殊教育的推展符合「一盎司的預防勝於一磅的治療」的心理衛生的觀點，也符合「一磅的治療勝於一盎司的異常」的醫療觀點（楊坤堂，民 86）。

有關 ADHD 兒童的診療宜採行多元科技診斷與處遇，本書強調區別診斷（如圖 10-2），並建議學校教師以注意力不足過動異常兒童教育診療設計表（如表 10-1）以及 ADHD 兒童多元處遇法（如表 10-2），進行班級中 ADHD 兒童的教育診斷與處遇。

表 10-1 注意力不足過動異常兒童教育診療設計表（楊坤堂，民 85）

行為特徵核對	☐ 注意力問題 ☐ 過動 ☐ 衝動 ☐ 規則管制行為不足（難於管教） ☐ 工作表現高度變易性（學業成就或行為表現不穩定） ☐ 智力發展落後 ☐ 學業低成就 ☐ 學習障礙 ☐ 說話與語言發展問題 ☐ 記憶力問題 ☐ 認知能力問題 ☐ 感官問題 ☐ 動作問題 ☐ 身體異態 ☐ 健康問題 ☐ 睡眠問題 ☐ 情緒問題 ☐ 行為問題 ☐ 社會關係問題 （打√） ☐ 其他：
可能成因核對	☐ 遺傳 ☐ 腦傷 ☐ 腦神經障礙 ☐ 新陳代謝失常 ☐ 醫療問題 ☐ 環境毒素 ☐ 環境社會因素 ☐ 其他：
行為敘述	
成因說明	
教學與輔導策略設計	



圖 10-2 區別診斷的功能（楊坤堂，民 86）

教師依據下列步驟使用注意力不足過動異常兒童教育診療設計表：

(一)教師以觀察法對班級中特定的 ADHD 兒童進行教室行為觀察，根據觀察結果在注意力不足過動兒童教育診療設計表（以下簡稱診療設計表）的「行為特徵核對」欄上打✓，並在「行為敘述」欄上具體而客觀地描述兒童所顯現的有關 ADHD 的行為特徵。

(二)教師經由晤談（與級任教師或科任教師晤談，和 / 或與家長晤談）以及檔案分析（分析個案既有資料）等方式，在診療設計表的「可能成因核對」欄上的成因項目上打✓，並在「成因說明」欄上，明確而詳細地敘寫其成因。

(三)教師根據個案的行為特徵與成因，在診療設計表上的「教學與輔導策略設計」欄上，精要地設計有利於個案的教學策略和 / 或輔導策略。

(四)教師按照診療設計表的教學與輔導策略，為個案設計 IEP，對個案實施個案輔導。

自 1950 年代以來，ADHD 診斷與療育的學者專家即建議對

ADHD 兒童實施多元處遇法（或聯合處遇法）（Laufer and Denhoff, 1957；Chess, 1960；宋維村和侯育銘，民86；徐澄清，民86；羅鈞令，民87）。多元處遇法（multimodal treatment 或 multidisciplinary treatment）係指療育人員從各種層面，諸如環境體系的家庭、學校、同儕和社會層面等，個體體系的生理、心理、認知和行為層面等；用各種方法，包括社會（或環境）療法、醫學療法、心理療法、認知（或教育）療法與行為療法等方法，對個案實施處遇措施（如表10-2）。

前文指出，注意力不足過動異常兒童經常製造不愉快的家庭情境與生活，造成父母撫養與管教子女的困難和問題，而使其父母不斷地遭遇到挫折與沮喪，並對自己的親職能力與技巧存疑甚或失去信心。過動兒童在教室中經常表現或從事教室活動（或工作）外的其他行為，或把時間浪費在各種不相干的活動上；過動兒童的分裂性行為妨害自己的學習活動，也干擾同學的學習活動，教師因為過動兒童的分裂性行為（disruptive behaviors）或學業低成就而遭遇教學與輔導的困難。

當然，父母和師長建立積極的心態與反應，以及建立正確的子女（或學生）教養或教學風格，並不足於解決錯綜複雜的過動兒童教養問題。因此，除此之外，筆者建議師長或家長同時進行(一)成因導向處遇法：尋求專業的鑑定與診斷，以期針對學生或子女過動的成因與類型設計有效的教養策略或療育措施；以及(二)多元（或聯合）處遇法：ADHD 兒童可能伴隨其他障礙，諸如學習障礙或嚴重情緒障礙，因此，ADHD 兒童的處遇需要聯合應用醫學療法、行為管理法、認知中介法、特殊教育教學法（特別是功能教學法）、情緒控制法、社會技巧訓練法、同儕管理法、諮商和親職教育等策略，進行療育。如此才可望協助學生或子女「價值、尊嚴和快樂」地學習與生活。

表 10-2 ADHD 兒童多元處遇法 (楊坤堂, 民 85)

環 境	個 體	行 為
(一)環境修正法 1. 最小刺激的教室 2. 結構式環境 3. 有所預期的環境	(一)心理療法 諮商與心理治療	(一)行為療法 1. 行為改變技術 2. 行為管理法 3. 認知行為療法
(二)教師 (有效的師資) 1. 障礙觀 2. 功能教學 (經驗成功) 3. 親近感原則 4. 教育管理法 5. 特殊教育教學法 6. 作業修正法 (質與量的精簡)	(二)醫學療法 1. 藥物治療 2. 飲食療法 3. 生物回饋法 4. 維他命療法 5. 感覺統合訓練	(二)指標 1. 法律 2. 人性 3. 認知 4. 後果 (最愛 / 最恨)
(三)同儕管理法	(三)教育療法 (或認知療法) 1. 情緒控制法 (QR, RT) 2. 自我管理 (或教導) 法 3. 社會行為訓練法 4. 認知策略訓練法 (注意力、記憶力) 5. 溝通能力訓練	
(四)親職教育與家族諮商		