

從DSM-5的改變談注意力缺陷過動症 未來的鑑定與教學輔導趨勢

Discussing Future Trends of Identification and Instructional Guide with ADHD through Modification of DSM-5

孟瑛如¹、簡吟文²
Ying-Ru Meng¹, Yin-Wen Chien²

摘要

注意力缺陷過動症（ADHD）研究的興起為近年來特殊教育的新興潮流，而注意力問題學生的出現率容易因為診斷標準或診斷工具的精確性而出現落差。ADHD的鑑定會隨著定義與診斷標準而出現不同的調整，DSM系統是在研究上最常被引用的診斷標準，自美國精神疾病診斷手冊第五版DSM-5出版後，有關學習障礙的診斷標準也出現和過去四版DSM-IV-TR的內容有所調整。在DSM-5不再以軸向分類，而將ADHD歸類於神經發展性疾患之中，強調ADHD的成因可能源自於神經發展異常。另外DSM-5維持過去DSM-IV-TR三個亞型之分類，並按功能與嚴重程度區分為輕中重三級；有關ADHD的盛行率，五版的出現率推估也較過去提高，在性別比例上之推估也較精確。本文除針對DSM-5對ADHD診斷說明作詳細介紹外，也與DSM-IV-TR中對ADHD診斷進行比較，同時列舉國內身心障礙與資賦優異鑑定法做說明，最後提出對ADHD在未來鑑定與教學輔導之建議，供研究者與實務教師參考。

關鍵詞：學習障礙、鑑定、DSM-5

壹、前言

注意力缺陷過動症（Attention-deficit/hyperactivity disorder，以下簡稱ADHD）研究的興起為近年來特殊教育的新興潮流，注意力問題學生的出現率容易因為診斷標準或診斷工具的精確性而出現落差。國內研究者整理文獻回顧發現，

ADHD的出現率約佔學齡兒童1~9%（孟瑛如、謝瓊慧，2012），而這其中仍未包含具有注意力問題之學習障礙（Learning Disabilities，以下簡稱LD）學生，故而在地狹人稠的台灣，或許出現率是更高的。國外學者Lerner與Johns（2012）則指出，注意力缺陷的問題影響4%到12%的學齡兒童，同時注意力缺陷過動症和ADHD之間是會在兒童中並存

¹國立新竹教育大學特殊教育學系教授

²新竹市南寮國小資源教師

通訊作者：孟瑛如，（30014）新竹市南大路521號圖書館，Email：myr321@mail.nhcue.edu.tw

出現的，而ADHD兒童在美國學齡階段所佔比例約有7.8%；Kauffman和Landrum（2013）則指出學齡階段ADHD的盛行率約在3%到5%之間，同時在男女性別的出现率會有所差異。另外美國（American Psychiatric Association, 2013）精神疾病診斷手冊第五版（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-V/5th ed，以下簡稱DSM-5）中則指出，ADHD的出现率在兒童時期約為5%，在成人時期則約為2.5%，另外在性別比例推估上則是男性多於女性，比例約在2：1到3：1之間。

ADHD的鑑定會隨著定義與診斷標準而出現不同的調整，DSM診斷系統是在研究上最常被引用的診斷標準，自美國精神疾病診斷手冊第五版DSM-5出版後，有關ADHD的診斷也出現和過去四版（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV-TR，以下簡稱DSM-IV-TR）（APA, 2000）所提略有調整。ADHD在DSM-IV-TR被歸類於第一軸向：通常初診斷於嬰兒期、兒童期、或青春期疾患中的注意力缺失及決裂性行為疾患（Attention-Deficit and Disruptive Behavior Disorders）一類，該類別下包括注意力缺失／過動疾患（Attention-deficit/Hyperactivity Disorder）、其他未註明之注意力缺失／過動疾患、品行疾患（Conduct Disorder, 312.8）、對立性反抗疾患（Oppositional Defiant Disorder, 318.81），以及其他未註明之決裂性行為疾患。針對注意力缺失／過動疾患再細分為注意力缺失／過動，複合型（314.01）、注意力缺失／過動，不專注型（314.00）、注意力缺失／過動，過動——易衝動型（314.00）。

到DSM-5仍維持注意力缺失——過動疾患的名稱（Attention-deficit/Hyperactivity disorder），由於新版的DSM已經取消軸向分類，因此ADHD被歸類於第一部分：神經發展性疾患（Neurodevelopmental Disorders）（包含智能障礙、溝通疾患、

自閉症類群、注意力缺陷／過動疾患、特定式學習疾患，以及動作疾患五類），其中ADHD再細分為合併型（314.01/F90.2）、注意力不足型（314.00/F90），以及過動——衝動型（314.01/F90.1）三類。

貳、注意力缺陷過動症的診斷

目前國內針對ADHD相關研究仍常引用DSM-IV（APA, 2000）之診斷準則。以下針對DSM-5有關ADHD之診斷做說明，同時也與DSM-IV做比較。

一、DSM-5中ADHD的診斷（譯自DSM-5, 2013）

（一）診斷標準（DSM-5，pp.59-60） （見表1）

（二）亞型（DSM-5，p.67）

- 1.合併型314.01/F90.2：若同時符合準則A1（注意力缺乏）和準則A2（過動——衝動）並持續6個月。
- 2.主要為注意力缺失型314.00/F90.0：若符合準則A1（注意力缺乏）但未符合準則A2（過動——衝動）並持續6個月。
- 3.主要為過動——衝動型314.01/F90.1：若符合準則A2（過動——衝動）但未符合準則A1（注意力缺乏）並持續6個月。

（三）嚴重程度分類（DSM-5，p.60-61）

- 1.輕度：較少、即使有出現症狀超過這些診斷準則要求的標準，這些症狀的結果也不再或輕微造成社會或職業功能的損傷。
- 2.中度：症狀或功能損傷呈現介於輕度和重度之間。
- 3.重度：許多症狀超過這些診斷準則要求的標準，或好幾種症狀特別嚴重、

表1
DSM-V中ADHD的診斷標準

注意力缺陷/過動症

診斷標準

A. 一個持續注意力缺陷和/或過動——衝動的模式，妨礙其功能或發展，特徵如下列1.和/或2.

1. 注意力缺陷 (Inattention)

下列九項注意力缺陷症狀中至少出現六項，且持續六個月以上，有適應不良現象，且其表現未達應有之發展階段，同時對於社交和學業/職業的活動有直接負面影響。

註：這些症狀並非單獨地顯示出對立、反抗、敵意，或是失敗於了解作業或是教學過程中。對於青年或是成年（指十七歲或是年齡更大），則必須至少符合五項症狀。

- a. 經常缺乏對細節的專注，或在學校功課、工作或其他活動中粗心犯錯。（例如：忽視或錯失細節）
- b. 經常在做作業或遊戲活動時不能專注持久。（例如：在上課時無法持續專注聆聽）
- c. 經常有聽而不聞的現象。（例如：即使在無明顯分散注意源的情形下，亦會呈現心不在焉的現象）
- d. 常常不聽從指示，因而無法完成學校功課、雜務或該做的事。（例如：可以開始工作，但會迅速失焦或分心）
- e. 對於完成需要組織或按照順序的工作或活動有困難。（例如：在安排順序性的工作上困難、在物歸其位上有困難、在時間管理上極差、無法如期完成工作等）
- f. 常常逃避、厭惡或是抗拒需要持續專心的事物。（例如：學校作業、家事等）
- g. 常弄丟工作或活動的必要物品。（例如：家庭聯絡簿、鉛筆、課本、用具、鑰匙、眼鏡、手機等）
- h. 經常因為外界刺激而分心。（對於青年或成年則可能包含無關的想法）
- i. 健忘。（例如：經常忘記做家事、幫忙跑腿；對於青年或成年則是忘記回電話、付帳單和定時約會）。

2. 過動和衝動

下列九項過動/衝動症狀中至少出現六項，且持續六個月以上，有適應不良現象，其表現未達應有之發展階段，同時對於社交和學業/職業的活動有直接負面影響。

註：這些症狀並非單獨地顯示出對立、反抗、敵意，或是失敗於了解作業或是教學過程中。對於青年或是成年（指十七歲或是年齡更大），則必須至少符合五項症狀。

- a. 經常坐立難安，手腳動來動去，或是身體在座位上扭動不停。
 - b. 經常在需要保持坐在位子的情形下離開座位。（例如：在教室中離開自己座位）
 - c. 經常在不適當的情境下過度跑來跑去或爬上爬下。（註：在青年或成年可能因為被限制而感到焦躁不安）
 - d. 經常不能好好的玩或是安靜地從事休閒活動。
 - e. 舉止彷彿裝上馬達一般，沒有辦法持續做一件事而換來換去。（例如：不能夠持續的或是舒適的保持安靜，當在餐廳、會議中，可能令他人感受到的是焦躁不安，或是很難跟上進度）
 - f. 經常多話。
 - g. 經常在問題講完前搶著說出答案。（例如：接著說完別人的句子；在對話中無法等待輪到他說）
 - h. 經常在需輪流的團體活動或遊戲中不能等待。（例如：當排隊等待時）
 - i. 常常打斷或干擾別人。（例如：干擾對話、遊戲或是活動；可能未經過詢問或得到允許就使用他人物品；對於青年或成年可能是干擾或指責別人做的事情）。
- B. 數種注意力不足或過動——衝動的症狀會發在十二歲之前。
- C. 數種注意力不足或過動——衝動的症狀發生於兩種或兩種以上的情境。（例如：在家、學校、或工作中；和朋友或其他親屬相處；在其他的活動裡）
- D. 有明確證據顯示這些症狀會對社交、學業或是職業功能，造成妨礙或降低品質。
- E. 這些症狀非發現於精神分裂症或另一個精神病的病程，同時也不能用其他精神疾病的診斷做解釋（例如：情感性疾患、焦慮症、解離症、人格疾患、物質成癮或戒斷）。

資料來源：American Psychiatric Association [APA] (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder: V (5th ed.) : Attention-deficit/hyperactivity disorder* (pp.59-60). Washington, DC: Author.

呈現，或是症狀結果有明顯損傷在社會或職業功能。

（四）盛行率（DSM-5，p.61）

人口調查的推估中，ADHD在大部分的文化中，孩童的發生率約為5%而成人則約為2.5%。

（五）發展與進程（DSM-5，p.62）

許多父母會在當孩子正在學走路時第一次觀察到過度的動作活動，但這些症狀很難在四歲前高度變化的正常行為做區分，ADHD大部分通常在國小階段被辨識出來，而且注意力缺失變得較為顯著和嚴重。該疾患到了青春期階段是比較穩定的，但有些個案具有反社會行為的惡化過程發展。大部分具有ADHD的個案在青少年和成人階段其動作的過動症狀會變得較不明顯，但會出現困難在不安定、不專注、缺乏計畫和持續衝動，有相當比例的ADHD兒童仍舊出現較重的障礙直到成人。

在學前階段，主要明顯的是過動行為，注意力缺失在國小階段才會變得較為顯著；青少年階段過動的症狀（例如：跑和爬）變得較不常見，而且坐立不安或是內在焦躁不安、不安分或急躁感的情形較受約束。在成人階段，除了注意力缺失和不安定之外，衝動可能持續出現問題即使當過動症狀已經減緩。

二、ADHD在DSM-5與DSM-IV-TR之比較

除在前言中提及，DSM-5不再以軸向分類，而將ADHD歸類於神經發展性疾患之中，強調ADHD的成因可能源自於神經發展異常。另外，DSM-IV-TR針對過動六項與易衝動三項分別描述診斷標準，而在DSM-5中則將過動與衝動之診斷標準予以整合為九項，在列舉行為特徵上也更加明確，同時將ADHD按功能與

嚴重程度區分為輕中重三級；而過去四版在閱讀疾患中強調家族模式的存在，具有ADHD的兒童其一等親發生此疾患機會較高，在五版則不再強調。此外，有關ADHD的盛行率，五版的出現率推估也較過去提高，在性別比例上之推估也較過去四版來得精確。在出現年齡上亦由七歲前更正為更謹慎的12歲前。有關DSM-IV-TR與DSM-5之比較請參閱下列表1-1。

從上表的結果來，ADHD的診斷在DSM-5與DSM-IV-TR之間確實有不同之處，除前段所描述不同之外，ADHD亞型在四版與五版是一致的，但在五版中將ADHD做等級上的分類，可以清楚瞭解ADHD對社會以及職業功能的影響程度。其他明顯不同則在於發生年齡，五版將發生年齡延後到十二歲，考量到注意力缺乏的兒童（或是具有ADD特質）是比較晚才會被察覺的。對於成人的診斷與四版相較下也有較多的敘述，同時精確列出發生率及男女比率。由此可以發現，DSM-5對於數學障礙的定義是採取較廣泛的標準，同時對於成人診斷也有其標準依循。

參、未來鑑定建議

目前ADHD在國內並無專門的定義與鑑定辦法，而將之歸類在情緒行為障礙之中，關於ADHD鑑定工作主要依據身心障礙及資賦優異學生鑑定（教育部，2013b）辦法進行。身心障礙及資賦優異學生鑑定辦法第九條中提到情緒行為障礙定義：本法……所稱情緒行為障礙，指長期情緒或行為表現顯著異常，嚴重影響學校適應者；其障礙非因智能、感官或健康等因素直接造成之結果。前項情緒行為障礙之症狀，包括精神性疾患、情感性疾患、畏懼性疾患、焦慮性疾患、注意力缺陷過動症、或有其他持

表1-1
DSM-IV-TR與DSM-V對ADHD診斷之比較

項目	DSM-V	DSM-IV-TR
歸類／ 軸向	第一部分 神經發展性疾患	第一軸向 通常初診斷於嬰兒期、兒童期、或 青春期的疾患
診斷標準	分為注意力缺失9項與過動—衝動9項	分為注意力缺失9項、過動6項以及 易衝動3項
亞型分類	合併型、注意力缺失、過動—衝動	合併型、注意力缺失、過動—衝動
嚴重程度	輕、中、重	無分類
出現年齡	12歲前	7歲前
發展進程	學前、小學、青少年到成年， 部分個案會隨年齡產生行為惡化	學前、小學、青少年到成年
盛行率	兒童為5%，成年為2.5%	兒童為3～5%，青少年與成年無明 確數據
性別差異	男女比在兒童期為2：1，在成年人則 為1.6：1	男女比4：1～9：1之間

續性之情緒或行為問題者。第一項所定情緒行為障礙，其鑑定基準依下列各款規定：一、情緒或行為表現顯著異於其同年齡或社會文化之常態者，得參考精神科醫師之診斷認定之；二、除學校外，在家庭、社區、社會或任一情境中顯現適應困難；三、在學業、社會、人際、生活等適應有顯著困難，且經評估後確定一般教育所提供之介入，仍難獲得有效改善。

由上述鑑定辦法來看，僅說明ADHD的困難在於長期情緒或行為表現顯著異常，導致嚴重影響學校適應，與DSM-5或DSM-IV-TR對於ADHD診斷相較下較不明確。在DSM-5診斷中，ADHD必須符合注意力缺失或是過動—衝動的準則，同時可以分出三類亞型。另一項重點在於障礙年齡，關於情緒行為障礙定義中並沒有明確說明障礙發生的年齡或階段，但鑑定辦法適用於就學階段（18歲前），但在DSM-5的診斷中，除了說明ADHD會在十二歲前發生，同時其症狀會延續到青少年與成人階段。

總結上述所言，統整DSM-5與國內身心障礙與資賦優異鑑定辦法，關於未來ADHD鑑定與教學之議題提出以下建議：

一、關於鑑定

上述討論中可以發現，DSM-5相較於DSM-IV-TR與國內鑑定辦法而言，不論是在定義與亞型描述上，ADHD的診斷較為完整，也提供較為明確的描述。雖然目前國內對於ADHD之鑑定必須符合身心障礙與資賦優異鑑定辦法中的情緒行為障礙一類，但該法對情緒行為障礙的定義仍顯得廣泛而無法明確聚焦ADHD的特徵，因此必須參考精神科醫生之診斷，而DSM-5所描述的準則便能提供鑑定人員參考判讀使用。目前國內有ADHD之相關鑑定工具，尤其是針對ADHD行為特徵或學習特質進行篩選與診斷（林鉉宇、周台傑，2010；孟瑛如、簡吟文、陳虹君、張品穎、周文聿，2014；鄭麗月，2007）。因此第一線之心評人員對於測驗結果除了分數或百分等級之說

明，更需要分析其行為特徵或特殊表現，並且參考DSM-5中所描述與國內鑑定辦法所定義，對於ADHD鑑定的結果解釋將能更具適切性，也讓家長或普通班老師能更清楚瞭解。

二、關於教學輔導

ADHD因其行為特徵常對於教師班級經營造成困擾，考量DSM-5在列舉行為特徵上的更加明確，有關ADHD教學與輔導部份，孟瑛如與簡吟文（2014a）從策略和環境調整提出幾項建議：

1. 給予明確的指令：教師在指派工作或作業時，語氣和指令必須明確，切勿使用暗示或是隱喻的言語。
2. 學習步驟化：對於較為困難的教材或問題，教師可以將之分成幾個簡單的步驟，引導學生逐步完成。
3. 座位安排：在課堂學習時，老師往往無法兼顧到學生的注意力問題。當老師發現學生注意力不易集中時，可以將座位安排在較靠近老師的地方，便於老師提醒學生。
4. 技巧性提示：當學生無法專注時，利用一些技巧來提醒學生，如輕拍肩膀、給予小紙卡或是便條紙（需寫明指導話語）；老師也可以用口語方式來引導，如：「現在大家都看著黑板（眼神注視不專注的學生）。好，大家一起看黑板……」
5. 明確的契約和獎勵：可以和學生約法三章，完成他應該完成的事項，教師需明白告訴學生，他有哪些事情應該完成，以培養學生的責任感。
6. 發掘學生的優點：老師可以靜下心來觀察學生的優點和可取之處。不要一味將焦點放在「問題」上，其實，他們也是有活潑可愛的一面。

關於ADHD的注意力問題，已有學者提出運用系統性與結構性的訓練來提

升具有注意力問題的兒童（孟瑛如、簡吟文，2014a,b），將注意力訓練適度融入特殊需求課程之中，同時配合系統化教材結合遊戲本位課程與互動來增進正向注意力之表現，讓ADHD兒童能充份發展潛能與掌握自己的學習優勢。

參考文獻

- 林鉉宇、周台傑（2010）。國小兒童注意力測驗之編製。**特殊教育研究學刊**，35（2），29-53。
- 孟瑛如、簡吟文（2014a）。**孩子可以比你得更專心：談注意力訓練**。臺北市，心理。
- 孟瑛如、簡吟文（2014b）。**孩子可以比你得更專心：我注意力訓練遊戲書**。臺北市，心理。
- 孟瑛如、簡吟文、陳虹君、張品穎、周文聿（2014）。**電腦化注意力診斷測驗**。臺北市，心理。
- 孟瑛如、謝瓊慧（2012）。國小ADHD出現率、鑑定、藥物治療與教養措施之調查研究。**特殊教育與輔助科技學報**，5，1-34。
- 教育部（2013）。**身心障礙及資賦優異學生鑑定辦法**。臺北市，教育部。
- 鄭麗月（2007）。**注意力缺陷／過動障礙測驗**。臺北市：心理。
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders-IV-Text revision* (4th ed). Washington, DC: Book Promotion & Service LTD.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorder-V* (5th ed). Washington, DC: Book Promotion & Service LTD.
- Kauffman, J. M., & Landrum, T. J. (2013). *Characteristics of emotional and behavioral disorders of children and youth* (10th ed.). Upper Saddle River, NJ: Merrill Prentice-Hall.
- Lerner, J. W., & Johns, B. H. (2012). *Learning disabilities and related mild disabilities/teaching strategies and new directions* (12th ed.). Belmont, CA: Wadsworth Cengage Learning.