

注意力缺陷過動症學生鑑定安置與輔導之反思

莊慶文

台南市新營區公誠國小主任

壹、前言

教育部依特殊教育法第十六條第二項規定，訂定『身心障礙及資賦優異學生鑑定辦法』（簡稱身障及資優鑑定辦法），該辦法第 23 條明述「經鑑輔會鑑定安置之身心障礙學生或資賦優異學生，遇障礙情形改變、優弱勢能力改變、適應不良或其他特殊需求時，得由教師、家長或學生本人向學校或主管機關提出重新評估之申請；其鑑定程序，依第二十一條第一項規定辦理。主管機關並得視需要主動辦理重新評估。前項重新評估，應註明重新評估之原因；身心障礙學生應檢附個別化教育（支持）計畫，資賦優異學生應檢附個別輔導計畫。」（教育部，2013），是故國中三年級學生因跨教育階段需作重新評估，而家長期盼子女能透過身心障礙學生適性輔導升學，安置到期待的理想高中職，於是積極爭取特殊教育學生鑑定及就學輔導會（簡稱鑑輔會）核發特教證書，如此展開

國三上學期各直轄市、縣市政府鑑輔會翻騰應對的一場戲碼。

鑑輔會會場，情景一：

「委員，我的孩子（A 生）長期接受藥物治療，醫院出具 ADHD（注意力缺陷過動症）診斷書，平時亦有特教老師介入情緒管理課程，為何不符合情障證書核發標準？」家長頗感委屈而聲淚俱下述說著…，但委員心中的鑑定標準不為所動。

鑑輔會會場，情景二：

「學生（B 生）有醫院 ADHD 診斷證明書，且持續追蹤，對所開藥物，家長未要求孩子服用，導致校園生活時有脫序、肢體碰撞、言語頂撞與破壞公物，如家常便飯，頻率每週至少三、四次。」學校師長向委員陳述孩子過動、衝動行為，委員也覺得狀態嚴重。

上述 A、B 個案學校就學情況整理如表 1。

表 1.

A 生、B 生的情障鑑定相關就學資料分析

	診斷證明書	用藥	特教及普教介入	親職介入	學業成績	相關適應嚴重性	研判結果
A 生	有	配合持續服用	有	積極面對	PR15-PR50	醫療、教育監控下情況尚可	一般生
B 生	有	時有時無	有	消極對待	PR15 以下	狀況不斷	情緒行為障礙

對於鑑定結果，老師、家長頗不認同，是鑑輔委員閉門造車、不食人間煙火？還是鑑定標準、程序、檢核指標有待修正？為何融合教育理念與現實無法契合？

家長、老師、行政人員深感疑惑的是：原來學生要有不斷的行為問題加上家長消極的作為再加上未配合用藥，才比較容易取得特教身分？而老師努力介入個案學習輔導，家長亦心力憔悴、不斷約束學生，結果卻是孩子安置妥適，不符合鑑定標準？如此結果讓學校行政人員不得不明白：原來鼓勵積極治療與輔導介入的結果是，獲得特教身分的機率低；而放任家長與學生，不去配合醫生或老師，獲得特教身分的機率高？大家不禁要問，如何才是真的幫助孩子？是消極處理個案問題，以利爭取下一個教育階段的特教資源，還是積極透過醫療與教育來矯正學生過動與衝動行為？

筆者期盼藉由對 ADHD 的鑑定安置作業，釐清輔導上的困惑；更希望教育人員、家長與學生，能因有效的鑑定安置作業，落實有效的特教服務。現在讓我們一同探討 ADHD 醫療診斷與鑑定基準、現行教育法規的鑑定標準與醫療診斷之差異、

心評人員專業與實務運作困境、鑑輔會綜合研判的教育意義，逐一反思 ADHD 鑑定安置與輔導的真實意涵！

貳、ADHD 醫療診斷基準

1902 年英國兒科醫師 George Still 首次描述類似 ADHD 的病症。1950 年至 1960 年代，研究人員對這種病症的名稱由「微小腦創傷」改為「微小腦功能失常」。改變名稱主要的原因，是因不少病童都未能發覺其腦部有任何創傷。同時，「過動症候群」的名稱首次出現。到了 1960 年代後期至 1970 年代，「過動」這個名詞在歐美社會已很普遍，醫學上也大致採用「MBD」（Minimal Brain Dysfunction 的縮寫，即輕微腦功能失調）來稱呼 ADHD（周正修、陳錫洲、陳永煌、羅慶徽，2007）。根據世界衛生組織的《世界通用疾病分類手冊》第十版稱此症為「過動症」（Hyperkinetic Disorder），一般又俗稱「多動症」、「過動兒」、「多動障礙」。對 ADHD 的定義，在美國精神醫學會（APA）2013 年出版的精神疾病診斷與統計手冊（Diagnostic and statistical manual of mental disorder，簡稱 DSM）第五版（DSM-V），描述其主要病徵是：

1. 注意力不集中(inattentive)或集中困難 (Attention-deficit)
2. 活動量過多(hyperactive 或 hyperkinetic)
3. 衝動(impulsive)

依上述三種病徵出現的不同情況，ADHD 又可分為三種型態：

1. 注意力不集中型(mainly inattentive)
2. 過動-衝動型(mainly hyperactive-impulsive)
3. 混合型(combination)

研究發現，ADHD 是由一種發生於腦前額葉的遺傳性多巴胺新陳代謝失常所引

致；亦有研究認為正腎上腺素(norepinephrine)的新陳代謝狀況會對病情有所影響。(周正修等，2007)

表 2 是台灣兒童青少年精神醫學會的 ADHD 臨床診斷基準，表 3 是 ADHD 的教育研判標準。歸納表 2、表 3 與 DSM-V 的內涵 (林育如，2014)，判別 ADHD 的五大向度有：(1)注意力不集中、過動/衝動症狀大於等於六項(2)症狀維持六個月以上(3)於學校、家庭、社會至少兩種以上場合發生(4)12 歲以前發生(5)嚴重影響日常生活。

表 2.

台灣兒童青少年精神醫學會的臨床診斷基準(2013)

ADHD 診斷基準(DSM-V Diagnostic Criteria for ADHD)	
注意力不集中症狀(Inattentive)	過動/衝動症狀(Hyperactive-Impulsive)
1. 無法專注於細節的部份，或在做學校作業或其他的活動時，出現粗心的錯誤。	1. 在座位上玩弄手腳或不好好坐著。
2. 很難持續專注於工作或遊戲活動。	2. 在教室或是其他必須持續坐著的場合，會任意離開座位。
3. 看起來好像沒有在聽別人對他(她)說話的內容。	3. 在不適當的場合，亂跑或爬高爬低。
4. 沒有辦法遵循指示，也無法完成學校作業或家事(並不是由於對立性行為或無法了解指示的內容)。	4. 很難安靜地玩或參與休閒活動。
5. 組織規劃工作及活動有困難。	5. 總是一直在動或是像被馬達所驅動。
6. 逃避，或表達不願意，或有困難於需要持續性動腦的工作(例如學校作業或是家庭作業)	6. 話很多。
7. 會弄丟工作上或活動所必需的東西(例如學校作業，鉛筆，書，工具，或玩具)。	7. 在問題還沒問完前就急著回答。
8. 很容易受外在刺激影響而分心。	8. 在遊戲中或團體活動中，無法排隊或等待輪流。
9. 在日常生活中忘東忘西的。	9. 常打斷或干擾別人(例如插嘴或打斷別人的遊戲)。

表 3.

ADHD 的教育研判標準

符合診斷的標準（需同時符合A、B、C、D、E）	
A	在注意力不集中或過動／衝動症狀中，該症狀出現大於或等於6項，且症狀持續出現至少6個月，致足以達到適應不良且造成與其應有的發展程度不相符合，才稱為注意力不集中或過動及衝動。
B	發病年齡在12歲以前。
C	廣泛發生多種情境。造成的問題出現在兩個或兩個以上的場合（如學校和家裡）。
D	症狀已明顯造成社會、學業或職業功能障礙。上列症狀必需有明顯證據造成社交、學習或就業的障礙。
E	需排除有廣泛性發展障礙、精神分裂症或其他精神異常及情緒障礙（如：情緒異常，焦慮，分離情緒異常）。

（資料來源：<http://www.adhd.club.tw/download/2011/09/教師手冊.pdf> 與 DSM-V）

參、現行教育法規鑑定標準 與醫療診斷之差異

依身障及資優鑑定辦法第三條第八款「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。」

（教育部，2013）

縣市鑑輔會將上述法規，轉化成情障鑑定標準的檢核向度（洪儷瑜，2014），舉臺南市為例，整理如表 4。

表 4.
臺南市鑑輔會鑑定標準

鑑定標準	
長期性	3個月或者6個月情緒或行為反應顯著異常
跨情境	需兩個情境（學校、家庭、社會）以上
因功能受損致情緒影響到學習、生活適應	學業低成就、同儕排斥、師生關係差等適應有顯著困難
嚴重性	行為異於同年齡或社會文化（行為後果多嚴重，由委員界定）
排他標準	排除「智能、感官或健康」因素
普通教育無顯著成效	轉介前介入無效

身障及資優鑑定辦法中，已明確將 ADHD 納入情緒行為障礙症狀之一，顯示參與法規修定的人員，認為情緒行為障礙與醫療診斷的症狀有其必然相關性。但在該法條後段鑑定基準之第一款後載有『得參考精神科醫師之診斷認定之』。其中的『得』之一字，表示可以參考，也可以不必參考，結果使鑑定標準之必備條件變成各自解讀，醫療診斷之真實性因教育診斷的主體性而遭致忽略，形成鑑輔作業在個案身分認定、行為嚴重性判斷以及用藥或不用藥，對於學校生活適應的影響方面，產生嚴重歧異。本文前述之 A、B 生的情況，便是如此，二生之用藥表現與鑑定決策相互衝突，將導致醫療專業與教育專業之間無法相輔相成、事半功倍，更無法透過教育輔導學生情緒行為及導正家長對 ADHD 用藥的接受態度。

醫療診斷的目的是希望孩子能接受精確的治療，提供必要的醫療協助，幫助孩

子接納自己，進而融入校園。而教育的目的是在確認生理器質疾患或神經失調的情況後，運用「行為功能介入」、「自我監控」、「學習策略」與情境營造、師生家長的包容接納與扶持，進行適性安置與教育介入。對於 ADHD 的孩子而言，醫療與教育需要分工與合作，方能達成有效的鑑定安置與輔導的目的。

筆者同意「情緒行為障礙」的鑑定作業，應採嚴格標準，不宜寬鬆，但涉及醫療診斷之鑑定標準與資料收集，則應尊重之。若說情緒行為障礙不須依循醫療診斷，那精神疾患該由誰認定？若縣市鑑定作業的方式不一，不僅失之公允，亦會讓家長、教育人員無所適從。

表 5 係將醫療與教育診斷標準並列，比較其差異性。其中不難看出二者的一致性，不同處僅在於學校情境的「普通教育介入無效」與「情緒行為造成的問題嚴重性」。

表 5.

醫療診斷與教育鑑定的差異比較

	ADHD 醫療診斷標準	銜輔會鑑定標準	差異性
長期性	在注意力缺損症狀中，出現大於或等於6項，且症狀持續出現至少6個月	3個月或者是6個月持續情緒行為反應顯著異常	相同
發病年齡	發病年齡在12歲以前。	學生（年齡範圍更寬）	相同
跨情境	廣泛發生多種情境。問題出現在兩個或兩個以上的場合。	需兩個情境（學校、家庭、社會）以上。	相同
功能受損情緒影響到學習、生活適應	症狀已明顯造成社會、學業或職業功能障礙。上列症狀必需有明顯證據造成社交、學習或就業的障礙。	學業低成就、同儕排斥、師生關係差等適應有顯著困難。	相同
嚴重性（行為後果）	無	行為問題嚴重性	有差異
排除標準	需排除有廣泛性發展障礙、精神分裂症或其他精神異常及情緒障礙、智能、感官或健康因素。	排除「智能、感官或健康」因素	相同
普通教育無顯著成效	無	轉介前介入無效	有差異

特殊教育界一直倡導「轉介前介入」(RTI)由普通教育執行，其有效與否和教師熱誠及輔導策略運用有關。介入的內容看似簡單，但筆者在教育現場所見，一般教師因輔導技能及時間因素，提供的佐證資料有限，故需要藉助特教教師確認普通教育的介入成效。

至於「情緒行為造成的問題嚴重性」，其操作面不應以用藥或不用藥之行為後果為決策依據，因教育單位無權要求家長務必給 ADHD 學童服用藥物，否則如前述：A 生用藥，能正常上課，偶而發生問題，情況不算太糟；B 生未用藥，過動、衝動行為干擾課堂進行，反而符合對立性反抗

疾患(Oppositional Defiant Disorder，簡稱 ODD)或品行疾患(Conduct Disorder，簡稱 CD)的症狀。細推敲之，教育的目的乃在促成學生習得正向行為、進而內化，成為習慣。用藥是當教育一籌莫展時的必要策略。若家長在學生接受特殊教育時，消極面對學生症狀，卻於申請銜輔會特教證明時強力爭取；而相對的，配合醫生、教師的家長，雖努力改變學生因 ADHD 造成的偏差舉止，卻於國三申請證明時，處於不利位置，難道是鑑定作業所樂見？符合 ADHD 學生、家長與學校之最佳利益？

肆、心評人員專業與實務運作困境

情緒行為障礙鑑定作業需要三類人員的同心協力，包括：提供資料者、彙整資料者及綜合研判者。

各縣市鑑輔會大多仰賴經過特教研習培訓的心評教師進行資料的彙整與研判工作。換言之，心評教師不僅要進行標準化量表的施測，還要具備與一般教育人員、不同社經地位家長的溝通技能，透過訪談以釐清認知差距（如好動或過動）及驗證量表數據的真偽。

理想上如此運作，但實際上，心評人員大多為現任的特教教師，在自身教學與特教行政的繁雜壓力之下，尚需肩負鑑定程序、資料彙整，並撰寫綜合研判報告書之重任，若非強烈熱誠支持，實難支撐負荷。

其實，國外都是學校心理師或教育心理師擔任資料的彙整與研判工作，亦即藉心理和教育兩方面的專業訓練，熟悉評量工具的優缺點與侷限性，能對各種情緒行為障礙之病理、發展和類型深入探究，推動特殊教育在學校的功能，提供後續個管教師對不同特殊需求的孩子，做出正確合理的教育介入（洪儷瑜，2014）。

如此重要的工作，雖靠鑑輔會委員、心評人員或種子心評人員協力進行，但亟需統合意見的個案研討，卻囿於時間壓力，往往於短短數十分鐘內，便作成「確定」或「疑似」的判決。筆者曾見從小一到國二都判『疑似』的情障生，到國三申請特

教學生證明時，卻判為『非』情障生（即一般生）。試問如此作業的客觀性與公正性如何令人信服？

筆者以為除了心評人員的專業評估外，ADHD 的鑑定診斷，主要由醫療單位評定，教育單位實應聚焦於個案特殊需求介入的迫切性；而特殊需求的界定，不應僅以 ODD 或 CD 症狀的符合與否為依據，亦應考量在醫療介入後（含藥物治療），個案是否能依循學校常規有效學習的基準上，由鑑輔會評定特教介入對其學習輔導的必要性，以作為通過或不通過之重要判定標準，如此鑑定、安置、輔導之系統化程序，才能真正滿足家長的需求與後端教學輔導教師的期望。

若心評人員撰寫的綜合報告書，能以個案特殊需求介入的迫切性為思考點，其內容不是只在反應學生的情緒行為嚴重與否，而是在提供「行為功能方案」的可行方向，必然有利於教學者參考，並為安置學校點亮一盞明燈。

伍、鑑輔會綜合研判的教育意義

情緒行為表現的正常與否涉及個案發展、情境、功能等多向度標準，所以很難依據一個分量表或局部的觀察或某人的強烈主觀論述作決斷。鑑輔會的功能與目的在於鑑定、安置與輔導三者合一。如果一味的執著於指標的某一向度（如：行為嚴重性），卻忽略醫生用藥之公信力與必要性，不免有所偏執。如何尊重醫療診斷的

專業，使資料收集化繁為簡，讓鑑輔會人員、心評人員多專注於個案情緒行為發生的實質意涵，具體提供教學輔導策略，應是鑑輔會所該具有的真正教育意義。

常聽醫界人員提及醫療人員對過動兒有「過度診斷，過度醫療，過度給藥」之弊舉，但醫生的專業應由醫生自律，鑑輔會無需質疑醫生之專業，就如同教育專業不應受人質疑。教育界的人力及物力已經相當吃緊，對於醫界的診斷理應接納信任；而心評人員的介入與了解孩子的特殊需求，有助於完成有效的鑑定安置，釐清後續的教學與輔導，以舒緩一般教師對情緒行為障礙學生安置後，所造成班級經營困擾上的過度恐慌。

筆者再次建議，教育單位應聚焦於個案的特殊需求與介入服務，在醫療介入之餘（含藥物治療），個案仍無法適應學校生活並有效學習，鑑輔會應評估特教介入對其學習的必要性，用以判定情障生身分通過或不通過之重要依據。

所謂「術業有專攻」，讓醫學之術與教育之業，能分工又合作，發揮所長，善用有限的教育資源，讓每一位需要特教介入的 ADHD 學生，都得到應有的特教資源與輔導。

參考文獻

- 周正修、陳錫洲、陳永煌、羅慶徽(2007)。注意力不足過動症的診斷與治療。基層醫學，22(9)，304-310。
- 洪儷瑜(1995)。必也正名乎—行為異常、性格異常、情緒障礙、或嚴重情緒困擾。特殊教育季刊，54，10-15。
- 林育如(2014)。探討ADHD 於 DSM-5之變革。精神疾病診斷及統計手冊第五版通訊，4(2)，7-11。
- 洪儷瑜(2014)。情緒行為障礙學生鑑定辦法說明。取自 <http://www.ntnu.edu.tw/spe/identify2014/file/08.pdf>
- 教育部(2013)。身心障礙及資賦優異學生鑑定辦法。取自 <http://law.moj.gov.tw/Law/LawSearchResult.aspx?p=A&t=A1A2E1F1&k1=%E8%BA%AB%E5%BF%83%E9%9A%9C%E7%A4%99%E5%8F%8A%E8%B3%87%E8%B3%A6%E5%84%AA%EF%A5%A2%E5%AD%B8%E7%94%9F%E9%91%91%E5%AE%9A%E8%BE%A6%E6%B3%95>