

兒童問題鑑別診斷的挑戰：注意力缺陷 過動症與亞斯伯格症的比較

趙家琛

臺北市立教育大學心理與諮商學系教授

蔡彤寧

臺北市立教育大學心理與諮商學系研究助理

杜玉禎

臺安醫院臨床心理師、臺北市立教育大學心理與諮商學系兼任講師

本文獲得國科會（NSC95-2413-H-182-002-MY2，NSC97-2410-H-133-011-MY2）研究經費支持。

【摘要】

亞斯伯格症與注意力缺陷過動症有許多相似的特徵，如：人際困難、注意力問題、對立行為、情緒問題與學校適應困難等，這些相似處使得臨床工作者不易作出鑑別診斷，甚至會因此誤診或是延誤治療。本文的主要目的在回顧有關亞斯伯格症與注意力缺陷過動症鑑別診斷之相關文獻，試圖釐清此議題，並對研究與實務工作者提出建議。

關鍵詞：兒童問題、注意力缺陷過動症、亞斯伯格症、鑑別診斷

壹、前言

注意力不集中、衝動、容易生氣、人際關係差、容易起爭執、白目、不懂得察言觀色、很難融入團體…，這樣的孩子可能曾出現在你的身邊或課堂上，說也不聽，管也管不動，讓人不禁懷疑：「他是不是過動兒？」。其實在我們眼中看到的類似行為表

現，背後隱藏的可能是各種不同的病理，若能及早釐清問題給予正確診斷，除了能協助臨床工作者執行後續的治療或療育計畫，亦能增加患童的自我瞭解與接納，學習善用自已的優勢來彌補或改善自己的不足，避免養成不恰當的代償行為；同時，也能讓患童周圍的家人及師長、同學等，更了解他們的需求及困難，以提供合宜的協助。

一般所謂的“過動兒”，正式的醫學診斷名稱為「注意力缺陷過動症」（Attention Deficit/Hyperactivity Disorder，以下簡稱 ADHD）。主要的問題表現在三個層面：注意力不良、活動量過多、行為衝動。文獻中指出注意力缺陷過動症與亞斯伯格症（Asperger's Disorder，以下簡稱 AspD）之間有許多相似的特徵，如：人際困難、注意力問題、對立行為、情緒問題與學校適應困難等（Clark, Feehan, Tinline, & Vostanis, 1999; Ghaziuddin, Weidmer-Mikhail, & Ghaziuddin 1998; Goldstein & Schwabach, 2004; Lee & Ousley, 2006; Perry, 1998; Yoshida & Uchiyama, 2004; 蔡彤寧, 2009）。筆者在臨床工作中亦觀察到，許多因為注意力或是人際互動問題前來求診及接受評估的個案中，有許多並不是單純的 ADHD 患者，他們也同時伴隨有察覺與辨識人際線索的困難，較無法站在他人的觀點來思考，情緒暴起暴落，固執於特定的興趣或嗜好，談話常侷限於某個特定主題上，與人對談的技巧有限等問題。往往在經過更進一步的評估後，發現他們更符合 AspD 的診斷。

近年來國外已有不少有關 ADHD 與 AspD 鑑別診斷的研究報告陸續發表，國內學者亦開始著手探討此一具有學術與實務重要性的議題。本文試圖以文獻回顧的方式，將臨床與研究報告中有關 ADHD 與 AspD 患者在行為特徵上的異同之處加以整理，希望能藉此提升大眾對此議題之瞭解與重視。

貳、臨床診斷標準

目前臨床上對兒童精神疾病進行診斷主要採用國際疾病分類第十版（ICD-10; WHO, 1992）及精神疾病診斷與統計手冊第四版革新版（DSM-IV-TR; APA, 2000）中的診斷標準。本文根據 DSM-IV-TR 診斷系統，分別針對 ADHD 與 AspD 的主要症狀、盛行率與預後說明如下。

（一）注意力缺陷過動症

DSM-IV-TR 將 ADHD 歸類為注意力缺失及決裂性行為疾患（Attention-Deficit and Disruptive Behavior Disorders）的一種，列出的 ADHD 臨床表現包括以下三個層面：注意力不集中、活動量過多、行為衝動。

1. 注意力不集中

無法集中注意力去完成一件工作或遊戲；外界一有什麼聲音或刺激，馬上就被轉移；與他們面對面講話時，常讓人有一種感覺「他好像並沒有在聽。」雖然也可以與同年齡的小朋友一起玩，但大多偏向動態性的遊戲，而且常會去干擾他人使遊戲沒有辦法繼續，對於靜態的遊戲則往往無法完成，做功課或遊戲時比較不能注意到細節或常因粗心大意而做錯，而且不能從頭做到尾，對於需要持久集中精神的事，如做作業，會逃避或拒絕去做；工作或活動所需的東西，不知放在那裡，嚴重的甚至連每天常規的事也都會忘記。

2. 活動量過多

在學齡前，大部份的人對他們的評語多

是「活潑好動」，「調皮搗蛋」。常常看到的是沒有辦法好好地坐在椅子上，不是動手動腳，扭動身體，就是坐立不安，上課時離開座位。跑來跑去，跳上跳下；靜不下來，很難從事靜態活動，有的話很多，常嘰嘰喳喳講個不停。

3. 行為衝動

往往還未聽完問題就回答，常打斷別人的談話或活動，不能乖乖地排隊等候。突然出手碰人，未經他人同意，擅自拿取他人物品，不管是否危險，他想做就做。

不是每一位過動兒都有以上所有症狀。有些孩子的表現以注意力不集中為主，有些則是以活動量多及衝動為主，有些則是同時合併以上三種特性。這些症狀在七歲之前，就已存在，而且常引發認知學習、人際互動、行為與情緒上的問題，因而衍生出學校與生活適應的困難（Barkley, 2006）。

在目前生物精神醫學發展下，已經有些證據顯示 ADHD 是大腦的細微功能欠佳的結果，特別在大腦前額葉部份。有可能是先天或後天因素造成。因為這種病變在生化生理的分子層面，所以腦波或電腦斷層檢查都無法確切檢測出來，臨床診斷主要由專業人員依據個案之病史、臨床表徵及行為表現來確定。

DSM-IV-TR 指出學齡兒童的 ADHD 盛行率為 3~7%，男女比率約為 4:1 到 9:1。國內研究則發現，臺灣地區 ADHD 盛行率約為 7~12%（劉昱志等人，2006）。有些兒童到了青少年時期，症狀會緩解，但仍約有 70~80%的青少年持續出現 ADHD 的相

關症狀與行為（Barkley, 2000/2002），25~55%甚至可能出現反社會性行為或品行疾患（引自 Barkley, 2006）。50~65% ADHD 患者的症狀會持續至成年期，只有 10~20%的個案會完全沒有症狀（Barkley, 2000/2002）。追蹤研究發現，30% ADHD 患者到成年期時，適應功能很好，約 50~60% ADHD 患者在成年期仍持續呈現不專心、衝動的問題，約有 10~15%在成年期有精神困擾或反社會行為（Young, 2000）。

一般而言，如果不經過治療或特別處理，ADHD 個案因為注意力不易集中、行為衝動、活動量高等特質，使得他們在成長過程中，無論是在課業學習或人際關係方面都比較容易造成問題，例如：成績表現不理想；人際關係不好，易受同儕排擠；時常遭到父母或老師責罵，缺乏自信；合併續發的親子關係、學校及社會適應不良、學習障礙、及情緒問題等。

（二）亞斯伯格症

DSM-IV-TR 將 AspD 歸類為與自閉症同一類的廣泛性發展疾患（Pervasive Developmental Disorders）的一種，對於 AspD 的臨床表現描述包括社會互動品質差，侷限而重複刻板的行為、興趣及活動模式。

1. 社會互動品質差

與人互動時，常眼神飄移，視線接觸差，對他人情緒辨識差，常無法了解他人非語言訊息（身體姿勢、手勢或說話的語氣等）的意義，顯得很「白目」，對於別人所說的

話常只能理解字面的意思，常把別人說的玩笑話或氣話當真；和他們的互動中常覺得彼此的情緒是沒有交流的，人際互動技巧顯得幼稚、不成熟，他們與較年幼者或較年長者間的互動反倒比同儕好。和人的互動常只侷限於自己有興趣的事物，例如：他們可能會一直說個不停，只談自己想說或著迷的事情，無法或不去理會對方的感受，也未考量對話時一來一往的規則。

2. 侷限而重複刻板的行為、興趣及活動模式

在日常生活的活動或行為上相當刻板而固定，例如：活動的時間與內容一成不變、缺乏彈性，一旦有所變動會難以接受或有強烈的情緒反應；他們對於自己著迷的事物常會投注大量的時間、精力鑽研其中，所著迷的事物也往往異於同儕，例如：火車型號、時刻表、捷運路線圖等。有時也會觀察到他們有些怪異而重複的身體動作，像是：拍弄下巴、搓捏衣角等；在動作上，也常會讓人覺得他們是較為笨拙而粗魯的。在玩玩具或觀察東西時，他們常會忽略了物件的功能，而只專注在某個部位或零件上，例如：盯著轉動的車輪，機械式地排列積木等。

關於 AspD 的病因，目前尚未完全了解，可能的原因包括染色體或基因的異常，神經系統的損傷（如：小腦、邊緣系統）或神經傳導物質分泌失當（如：多巴胺與血清素異常），在家族成員間也常會見到類似症狀出現，許多研究朝向基因問題進行，但環境因子的影響也不容小覷。

以上症狀並非每一項都會在個案的生活中觀察到，每位個案也不會都有相同的症

狀表現。一般而言，在回溯個案的發展歷程及學習經驗時，幾乎不會發現明顯落後的狀況，但隨著成長，症狀帶來的影響逐漸顯現，例如：在人際互動上，他們容易因為不成熟的社交技巧而被同儕嘲笑或排斥；怪異的言行舉止常引人側目；激烈而爆發性的情緒變化常使大家敬而遠之。在學習上，他們會將注意力只放在自己有興趣的事物或科目上，大量的時間、精力過度投注於個人興趣可能影響學業表現。隨著成長他們可能逐漸察覺自己與同儕間的不同，而出現一些代償及調適的策略，例如：否認、自大、不恰當的模仿、反應性憂鬱症或是躲到自己的想像世界裡（Attwood, 2007）。

AspD 個案並沒有任何身體或是生理上的特徵可以做為判斷的準則，他們正常的認知功能也常會使別人對於他們的社交技巧抱持高度的期待。

在臨床上，AspD 容易與其他兒童期精神疾患混淆，許多患者在確立為 AspD 診斷前，曾經歷過的狀況可能包括：在嬰幼兒時期被診斷為自閉症，或先前被診斷為 ADHD、語言障礙、動作障礙、情緒障礙、飲食障礙、或是非語言的學習障礙等（Attwood, 2007），患者也會因為診斷上的差異，而被施以不同的治療方案，直到確認其 AspD 的診斷後，才針對其特有的困難進行治療。此外，目前 AspD 存在多套診斷準則，眾多診斷準則之間互有一致與歧異之處，且各診斷準則難以整合為一個可被共同認定的診斷系統（Mayes, Calhoun, & Crites, 2001）。

研究指出，AspD 患者的診斷歷程平均歷時 5.5 年 (Howlin & Asgharian, 1999)，求診過四到五位不同的醫師及專家 (Goin-Kochel, Mackintosh, & Myers, 2006)。AspD 患者通常晚至學齡期才比較可能被發現有異，雖然近年來 AspD 的平均診斷年齡已從 11 歲逐漸降到 6 歲 (Goin-Kochel et al., 2006)，但仍很難在進入小學前篩檢出來，許多人在是青少年期或成人期才被察覺，且約有 50% 的 AspD 患者在成年期之前未曾被評估、診斷或是治療過 (Khouzam, El-Gabalawi, Pirwani, & Priest, 2004)。

DSM-IV-TR 中並未明確指出 AspD 的盛行率，根據近年來的研究估計，AspD 盛行率約從萬分之 2-4 至萬分之 60 不等，並有逐年增加的趨勢 (Wing & Potter, 2002)，DSM-IV-TR 指出男女比率約為 5:1。追蹤研究發現，AspD 症狀的影響通常會持續終生；即使沒有認知能力缺損或早期語言發展遲緩的情形，AspD 患者在進入青少年期及成年期後，生活適應仍不理想 (Khouzam, et al., 2004)。50% 的患者生活自理能力及休閒生活安排能力不佳，95% 有社會互動困難。此外，AspD 成人有較多睡眠困難、強迫傾向、抑制能力不佳等問題，約有 35% 會出現憂鬱症、雙極性情感疾患和強迫症等精神疾患 (引自 Khouzam et al. 2004)。

綜合而言，ADHD 的盛行率高於 AspD，兩種疾患均是男多於女，他們的症狀與行為特徵對於個人發展歷程的影響大多持續終生，甚至有些患者可能同時有其他

精神疾患或是生活適應上的困難。因此，對患者本身與身邊常接觸的人 (例如：家人、師長、同儕、雇主等)，所面對的是一段漫長的因應與調適歷程。

參、鑑別診斷的困難

由以上 DSM-IV-TR 的診斷標準來看，AspD 與 ADHD 應是截然不同的兒童期精神疾患，而且 DSM-IV-TR 中明文規定，若患者已有廣泛性發展疾患 (Pervasive Developmental Disorder, 以下簡稱 PDD) 的診斷，則不再給予 ADHD 的診斷，亦即若某兒童已被診斷為 AspD，對於所出現的注意力及過動症狀，將不給予 ADHD 的診斷。然而，在臨床上 AspD 患者出現明顯 ADHD 症狀的情況並不少見，甚至有些 AspD 患者在確立 AspD 診斷前，曾被診斷為 ADHD (Attwood, 2007)，可見早期鑑別 AspD 與 ADHD 的不易。

過去比較 AspD 與 ADHD 異同的文獻大多是將 AspD、高功能自閉症 (HFA) 及未註明之 PDD (PDD-NOS) 個案納為一組，統稱為 PDD 或泛自閉症 (Autism Spectrum Disorders, 以下簡稱 ASD) 組。特別招募 AspD 個案單獨成組，與 ADHD 組加以比較的研究不多。因此，本文將此兩類文獻的回顧分別呈現。

(一) PDD 或 ASD 與 ADHD 的比較

早在 1970-80 年代，Campbell 等人與 Geller 等人便相繼提出 ASD 患者同時也有 ADHD 症狀的現象 (引自 Lee & Ousley,

2006)。Perry (1998) 指出 PDD 與 ADHD 具有許多相似之處，其臨床觀察與研究均發現，PDD 容易被誤診為 ADHD，因為兩種疾患都可能出現活動量及注意力的問題，當臨床工作者或醫師傾向於過度關注 ADHD 之症狀與藥物治療時，則容易忽略 PDD 的可能性，因而導致錯誤或不適當的治療。Clark, Feehan, Tinline 與 Vostanis (1999) 以自閉症標準檢核表篩檢求診個案，發現在 78 名符合 ADHD 診斷標準的個案中，約有 65~80% 被父母報告出有社交及溝通上的困難，尤其在同理心、同儕關係、想像力、非語言溝通與維持對話等方面有顯著較差的情形，因此推論很可能其中有些 PDD 個案被診斷成 ADHD，指出兩種診斷可能相互混淆之現象。

Lee 與 Ousley (2006) 的系統性病歷回顧研究發現，83 名 PDD 個案中，有 78% 的個案符合 ADHD 診斷，在 ADHD 評量表 (Attention Deficit Hyperactivity Disorder Rating Scale, ADHD RS) 之得分亦高於臨床切截分數 (百分等級 93)。

(二) AspD 與 ADHD 的比較

Ghaziuddin, Weidmer-Mikhail 及 Ghaziuddin (1998) 發現，AspD 之兒童青少年約 65% 有其他共病之精神疾患診斷，其中共病比率最高的疾患為決裂性行為疾患 (包括 ADHD、對立性反抗疾患及品行疾患)，共病率約 61.7%，他們訪談 35 名 AspD 個案，其中有 29% (10 名) 同時也符合 ADHD 的診斷標準。該研究也發現，不

同年齡層的 AspD 患者較常出現的共病診斷不同，6~12 歲 AspD 兒童最常出現的共病診斷為 ADHD (約佔 50%)，13 歲以上 AspD 患者最常出現的共病診斷則為憂鬱症。

綜觀有關 PDD 或 AspD 患者共病 ADHD 症狀的文獻發現，共病率約從 17.2% 至 85% 不等 (Ghaziuddin et al., 1998; Goldstein & Schwebach, 2004; Lee & Ousley, 2006; Yoshida & Uchiyama, 2004)，雖然各研究估計之共病率有所差異，但這些研究均一致指出，PDD 或 AspD 在診斷上容易與 ADHD 相混淆，或彼此間存在共病之情況。

肆、臨床評估表現的比較

為了釐清 AspD 與 ADHD 兩種診斷間的差異性，除了臨床醫師的門診晤談與診斷之外，亦有不少研究者藉由進一步的臨床評估或心理衡鑑來探討兩疾患間的異同之處。

(一) ADHD 症狀與行為特徵的評估

在症狀表現方面，Perry (1998) 使用一對一的晤談與評估，試圖釐清 PDD 和 ADHD 的診斷，他發現兩種疾患在早期都可能出現活動量及注意力的問題，但 PDD 兒童似乎有更多的對立行為或暴力行為；兩者都有交友的困難，但 PDD 兒童的社會互動困難程度較高，且較缺乏雙向的互動，與父母間的依附關係也較差；相對地，ADHD 兒童的遊戲方式較有創意，也較能接受生活作息或習慣的改變，明顯不同於 PDD 兒童固定且重複的模式。蔡彤寧 (2009) 亦發現，

相對於 ADHD 組，AspD 組有較多的 AspD 症狀與社交問題，且人際互動技巧較差。

1998 年 Ghaziuddin, Weidmer-Mikhail 及 Ghaziuddin 以結構性晤談 (K-SADS) 訪談 35 名 AspD 個案，其中有 29% (10 名) 同時也符合 ADHD 的診斷標準。Lee 及 Ousley (2006) 使用 ADHD 評估量表 (ADHD Rating Scale, ADHD RS) 評估 83 名由病歷回顧篩選出之 PDD 個案，其中 78% 的個案符合 ADHD 診斷，其在 ADHD RS 之得分高於臨床切截分數 (百分等級 93)。

Hattori 等人 (2006) 使用 ADHD RS 與泛自閉症篩檢量表 (Autism Spectrum Screening Questionnaire, ASSQ) 檢測 15 名 PDD 兒童、20 名 ADHD 兒童與 40 名一般兒童，注意力評估之結果發現，PDD 兒童與 ADHD 兒童皆有較嚴重的注意力問題，表現較一般組兒童差。Tani 等人 (2006) 則對 20 名 AspD 成人患者使用溫德猶他量表 (Wender-Utah Rating Scale for ADHD)，由個案回顧小時候的 ADHD 相關症狀表現；研究結果發現，70% 的 AspD 個案具有共病 ADHD 症狀的現象，在 ADHD 症狀得分上，ADHD 成人常模的平均得分為 62 分，AspD 成人個案的平均得分為 46 分，遠高於一般人的平均得分 (16 分)。

Schatz, Weimer 及 Trauner (2002) 以 TOVA 注意力測驗檢測 8 名 AspD 個案與正常者的注意力表現，發現 62.5% 的 AspD 個案表現較傾向於 ADHD 臨床個案之表現，進一步比較分項得分發現，兩組在遺漏率、錯誤率與平均反應時間上皆無差異，但在不

同刺激區段間的反應變異性上，則有顯著差異。蔡彤寧 (2009) 以康納氏連續表現測驗 (CPT-II) 評估注意力，發現 AspD 與 ADHD 兩組兒童在注意力表現上無顯著差異，而兩組家長針對 ADHD 症狀的評量 (SNAP-IV)，無論是注意力、過動衝動或對立反抗行為均無顯著差異。

(二) AspD 症狀與行為特徵的評估

Luteijn 等人 (2000) 使用兒童行為檢核表 (CBCL)、自閉症行為量表 (Autism Behaviour Checklist) 與兒童社會行為量表 (Children's Social Behaviour Questionnaire) 評估 PDD-NOS 與 ADHD 兒童，結果發現 PDD-NOS 兒童在 CBCL 總分及社交問題嚴重度均顯著高於 ADHD 兒童；在自閉症症狀與社會行為方面，雖然兩組兒童都被父母報告出具有不合宜的社會互動，但 PDD-NOS 兒童在社會互動、社會退縮、溝通問題與自閉症症狀皆達到重度缺損的程度，嚴重度均顯著高於 ADHD 兒童。

Hattori 等人 (2006) 檢測 PDD 兒童 (15 名)、ADHD 兒童 (20 名) 與一般兒童 (40 名) 的泛自閉症症狀，結果發現 PDD 兒童的分數顯著高於 ADHD 組，但 ADHD 兒童的泛自閉症症狀表現程度也顯著高於一般兒童。

在心智理論方面，AspD 患者在心智理論能力 (理解他人的想法與意圖) 的發展較為遲緩，一般兒童於三歲便發展出來之心智理論初始能力，AspD 患者到四至六歲時才開始發展，一般兒童於六歲可發展出的心智

理論進階能力，AspD 患者則到十歲左右才開始發展 (Flavell, 1999; Gillberg, 2002)。目前國內外相關研究中，直接比較 ADHD 兒童與 AspD 兒童心智理論能力的研究不多。研究發現，ADHD 兒童的情緒辨識能力表現與一般同齡兒童無異 (Strange, 1999)，在更高階的心智推測能力 (例如：理解諷刺、假裝、玩笑及說謊等) 的表現也和一般同齡兒童無異 (Charman, Carroll, Sturge, 2001; Sodian, Hulsken, 2005)；許君翎 (2007) 亦發現 ADHD 兒童在心智理論測驗進階版的表現與一般兒童無差異。AspD 兒童則是在根據眼神推測他人情緒與想法的能力上 (亦即眼神辨識測驗表現)，表現顯著低於一般兒童 (Kaland & Callescen, et al., 2008)；黃文怡 (2009) 發現 AspD 組兒童在眼神辨識測驗的表現比 ADHD 組及一般組兒童差，但 AspD 組與 ADHD 組的差異未達顯著。蔡彤寧 (2009) 亦發現 AspD 組與 ADHD 組的眼神辨識測驗表現未達顯著差異，但 AspD 組兒童的心智理論測驗表現比 ADHD 組顯著較差。

伍、結語

ADHD 與 AspD 兩種疾患在部分症狀表現上的相似性，造成臨床鑑別診斷的困難。從回顧的文獻中，發現目前較少研究直接比較 AspD 與 ADHD 患者的症狀表現與行為特徵，多數研究將 AspD 個案與其他 PDD 或 ASD 個案歸為一組來與 ADHD 組比較。同時，各研究結果尚有爭議與不一致之處，在診斷上究竟 ADHD 與 AspD 兩種

疾患應同時並立或是如何做更清楚、明確的區辨，都仍需更進一步的研究，發展具體的評估策略及鑑別指標，來釐清兩疾患間的異同之處。一般而言，共病現象對於疾病的治療與預後有重大影響，有 ADHD 共病診斷之 ASD 個案，比起沒有共病診斷的個案，其社會及溝通困難的嚴重度相對較高 (de Bruin et.al., 2007)，生活適應困難亦較嚴重 (Goldstein & Schwebach, 2004)。智能正常的 ASD 個案，若同時有 ADHD 症狀時，家長與醫師常易注意到 ADHD 症狀，反而會忽略較不顯著或較不易察覺的自閉症相關症狀 (Perry, 1998)。因此建議在診斷或評估 AspD 與 ADHD 時，應同時針對自閉症相關症狀與注意力/活動量進行評估。無論目的是要鑑別 AspD 與 ADHD，或是考慮給予共病診斷，若能同時針對兩種疾患的症狀作檢測，完整且正確地瞭解個案的問題，方能使個案獲得更合適有效的治療與協助。

陸、參考文獻

- 許君翎 (2007)。注意力缺失/過動疾患兒童與高功能自閉症兒童在心智理論能力上的差異。輔仁大學心理學研究所臨床心理組碩士論文，未出版，臺北。
- 黃文怡 (2009)。眼神辨識測驗兒童版的信效度研究：探討臺灣學童心智推測能力。長庚大學臨床行為科學研究所臨床心理組碩士論文，未出版，桃園縣。
- 蔡彤寧 (2009)。臺灣亞斯伯格症與注意力缺失/過動疾患兒童的臨床特徵之比較。長庚大學臨床行為科學研究所臨床

- 心理組碩士論文，未出版，桃園縣。
- 劉昱志、劉士愷、商至雍、林健禾、杜長齡、高淑芬 (2006)。注意力缺陷過動症中文版 Swanson, Nolan, and Pelham, Version IV (SNAP-IV) 量表之常模及信效度。《臺灣精神醫學期刊》，20，290-303。
- 羅素·巴克立 (2002)。《過動兒父母完全指導手冊》(何善欣譯)。臺北：遠流。
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: Author.
- Attwood, T. (2007). *The complete guide to Asperger's syndrome*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Barkley, R. A. (2000). *Taking charge of ADHD: The complete, authoritative guide for parents* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Charman, T., Carroll, F., & Sturge, C. (2001). Theory of mind, executive function and social competence in boys with ADHD. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 6, 31-49.
- Clark, T., Feehan, C., Tinline, C., & Vostanis, P. (1999). Autistic symptoms in children with attention deficit-hyperactivity disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 8, 50-55.
- de Bruin, E. I., Ferfinand, R. F., Meester, S., de Nijs, P. F. A., & Verheij, F. (2007). High rates of psychiatric co-morbidity in PDD-NOS. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 877-886.
- Flavell, H. J. (1999). Cognitive development: Children's knowledge about the mind. *Annual Review of Psychology*, 50, 21-45.
- Ghaziuddin, M., Weidmer-Mikhail, E., & Ghaziuddin, N. (1998). Comorbidity of Asperger syndrome: A preliminary report. *Journal of Intellectual Disability Research*, 42, 279-283.
- Gillberg, C. (2002). *A guide to Asperger syndrome*. London: Cambridge University Press.
- Goin-Kochel, R. P., Mackintosh, V. H., & Myers, B. J. (2006). How many doctors does it take to make an autism spectrum diagnosis. *Autism*, 10, 439-451.
- Goldstein, S., & Schwebach, A. J. (2004). The comorbidity of pervasive developmental disorder and attention deficit/hyperactivity disorder: Results of a retrospective chart review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 329-339.
- Hattori, J., Ogino, T., Abiru, K., Nakano, K., Oka, M., & Ohtsuka, Y. (2006). Are pervasive developmental disorders and

- attention-deficit-hyperactivity disorder distinct disorders? *Brain and Development*, 28, 371-374.
- Howlin, P., & Asgharian, A. (1999). The diagnosis of autism and Asperger syndrome: Findings from a survey of 770 families. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 41, 834-839.
- Kaland, N., Callesen, K., Møller-Nielsen, A., Mortensen, E. L., & Smith, L. (2008). Performance of children and adolescents with Asperger syndrome of high-functioning autism on advanced theory of mind tasks. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 38, 1112-1123.
- Khouzam, H. R., El-Gabalawi, F., Pirwani, N., & Priest, F. (2004). Asperger's disorder: A review of its diagnosis and treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 184-191.
- Lee, D. O., & Ousley, O. Y. (2006). Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in a clinic sample of children and adolescents with pervasive developmental disorders. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 16, 737-746.
- Luteijn, E. F., Serra, M., Jackson, S., Steenhuis, M., Althaus, M., Volkmar, F., et al. (2000). How unspecified are disorders of children with a pervasive developmental disorder not otherwise specified? A study of social problems in children with PDD-NOS and ADHD. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 6, 168-179.
- Mayes, S.D., Calhoun, S. L., & Crites, D. L. (2001). Does DSM-IV Asperger's Disorder exist? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 263-271.
- Perry, R. (1998). Misdiagnosed ADD/ADHD; Rediagnosed PDD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 113-114.
- Schatz, A. M., Weimer, A. K., & Trauner, D. A. (2002). Brief report: Attention differences in Asperger syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32, 333-336.
- Sodian, B., & Hulsken, C. (2005). The developmental relation of theory of mind and executive functions: A study of advanced theory of mind abilities in children with attention deficit hyperactivity disorder. In W. Schneider, R. Schumann-Hengsteler, & B. Sodian (Eds.), *Young children's cognitive development-interrelationships among executive functioning, working memory, verbal ability, and theory of mind* (pp. 175-187). London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Strange, A. W. (1999). *Social competence and theory of mind understanding in elementary school children with attention*

- deficits*. Unpublished doctoral dissertation, West Virginia University, Morgantown, West Virginia.
- Tani, P., Lindberg, N., Appelberg, B., Wendt., T. N., Wendt, L., & Porkka-Heiskanen. (2006). Childhood inattention and hyperactivity symptoms self-reported by adults with Asperger syndrome. *Psychopathology, 39*, 45-54.
- Wing, L., & Potter, D. (2002). The epidemiology of autistic spectrum disorders: Is the prevalence rising? *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 8*, 151-161.
- World Health Organization (1992). *The international classification of diseases and related health problems* (10th ed.). Geneva: Author.
- Yoshida, Y., & Uchiyama, T. (2004). The clinical necessity for assessing attention deficit/hyperactivity disorder (AD/HD) symptoms in children with high-functioning pervasive developmental disorder (PDD). *European Child and Adolescent Psychiatry, 13*, 307-314.
- Young, S. (2000). ADHD children grown up: An empirical review. *Counseling Psychology Quarterly, 13*, 191-200.