

行政院國家科學委員會專題研究計畫 成果報告

注意力不足過動症兒童的臨床追蹤研究

計畫類別：個別型計畫

計畫編號：NSC91-2314-B-002-223-

執行期間：91年08月01日至92年07月31日

執行單位：國立臺灣大學醫學院精神科

計畫主持人：高淑芬

計畫參與人員：賴怡君

報告類型：精簡報告

處理方式：本計畫可公開查詢

中 華 民 國 92 年 10 月 28 日

研究計畫中英文摘要

(一) 計畫中文摘要

關鍵詞: 注意力不足過動症, 青春期, 共病亞型, 社會適應

背景:

注意力不足過動症(以下簡稱過動症)的主要行為特徵是不專心、過動和衝動;是一種發病於兒童早期,被認為是臨床上異質性的,且對個人家庭及社會具有極大衝擊的兒童精神疾病。然而,以台灣人口為主有關過動症臨床表徵、致病相關因子、類型及預後的研究資料及結果仍相當缺乏。

目的:

1. 行為/情緒、學校及社會適應自填式量表之中文化與信效度研究。
2. 調查過動兒在青春期的情緒、行為、家庭、學校和社會適應功能。

樣本和方法:

樣本包括信效度研究中的社區青少年樣本和 43 位五年前曾有注意力不足過動症診斷的青少年及他們的控制組。評估工具包括:中文版 Kiddle Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia (K-SADS-E)、會談和涵蓋個人及家庭環境的自填式問卷。

結果:

研究顯示中文版的親子關係量表(PBI)、家庭適應和凝聚力量表(FACES)及兒童青少年社會適應量表(SAICA)在研究青少年的精神病理上,具有良好的信度和效度。約有 80%的過動兒在青春期仍具有符合 DSM-IV 中過動症診斷的症狀,在其他精神科診斷上,則包括對立性反抗疾患(81.4%)、行為規範障礙(37.2%)、睡眠疾患(37.2%)、特定對象畏懼症(25.6%)、雙極性疾患(18.6%)和重鬱症(14.0%)等。

結論:

本計劃的貢獻在發展許多未來可用於台灣兒童精神醫學研究中,具有良好信效度的評估工具;此外,也是台灣第一個追蹤過動兒在青春期個人心理、情緒及行為表現的研究。追蹤研究的資料顯示過動症狀並不會隨著年齡增長而消失,青春期的過動兒除了延續過去注意力不足過動症的症狀外,還可能伴有許多行為及適應上的問題。可惜的是國科會並未補助第二年的計劃,因此,無法收集足夠的資料,發表研究結果,浪費研究資源。

(二) 計畫英文摘要

Keywords: Attention deficit hyperactivity disorder, adolescence, comorbid subtype, social adjustment

Background: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), characterized by inattention, hyperactivity and impulsivity, is an early onset, clinically heterogeneous disorder with tremendous impact on individuals, families, and societies. There has been a lack of information about the expressions, patterns, correlates, and outcomes for ADHD in Taiwanese population.

Objectives:

1. to conduct validity and reliability studies for several self-report measures covering a range of behavioral/emotional functions, bonding to schools, and social adjustments;
2. to investigate the outcome of ADHD in children in terms of psychological, behavioral, familial, school and social functions as well as sleep patterns and somatic complaints;

Subjects and Methods: The sample consisted of school-based adolescents for the psychometric studies of several questionnaires and 43 adolescents who were diagnosed with ADHD 5 years ago and their controls. The measures include the Chinese version of the K-SADS-E and interview and self-reports covering the individual and familial/environmental domains.

Results: Our findings prove that the Chinese versions of the Parental Bonding Instrument, Family Adjustment and Cohesion, and Social Adjustment Inventory for Children and Adolescents are reliable and valid instruments in the context of adolescent psychopathology. About 80% of children with ADHD met the DSM-IV ADHD criteria at adolescence. The psychiatric outcomes of ADHD children included oppositional defiant disorder (81.4%), conduct disorder (37.2%), sleep disorders (37.2%), specific phobia (25.6%), bipolar disorder (18.6%), depression (14.0%) and so on.

Conclusions: The contributions of this study include the development of several important reliable instruments for future studies on child psychiatry in Taiwan and the pilot study of adolescent outcome of ADHD children. The latter provided some evidence that ADHD children do not grow out but suffer from a variety of behavioral and adjustment problems at adolescence. It is a pity that NSC did not grant the 2nd year study. Accordingly, all the efforts of the investigator have been a waste in terms of time, money, and the enthusiasm for science.

研究計畫成果報告

前言

注意力不足過動症(以下簡稱過動症)的主要行為特徵是不專心、好動和衝動,是一個發病於兒童早期,對個人、家庭和社會有巨大影響的異質性臨床疾病。在美國(Sandberg et al., 1978)及台灣(Gau et al., 1993)的臨床醫療,過動症均是家庭醫師、小兒科、神經科和兒童精神科轉介的常見原因之一。在流行病學的研究中,針對不同族群所使用不同的診斷工具、標準和系統,均顯示過動症的盛行率在1.0%-17.8%(Anderson et al., 1987; Baumgaertel, 1995; Bird et al., 1988; Cohen, 1988; Costello et al., 1988; Esser et al., 1990; Gaub & Carlson, 1997; Lindgren et al., 1990; Newcorn et al., 1989; Wolraich et al., 1996)。過去許多研究顯示過動症與許多心理病理具有高度的共病性(Jensen et al., 1997)且與母親的精神病理如焦慮疾患、憂鬱症和物質濫用疾患有關。(Biederman et al., 1992; Faraone et al., 1993, 1995, 1997, 2000; Faraone & Biederman, 1994a, b; Nigg and Hinshaw, 1998; Roizen et al., 1996; Scahill et al., 1999),在多數短期和長期的研究中顯示,過動症兒童在學業表現和社交、情緒和行為適應上較一般兒童差(Barkley, et al., 1991; Danckaerts, et al., 2000; Faraone et al., 1993, 1996; Gresham et al., 1998; Hansen et al., 1999; Taylor et al., 1996; Wilson and Marcotte, 1996)。有些研究也暗示家庭因素會促成過動症的嚴重性和共病性(Fletcher et al., 1996; Sanson et al., 1993)影響的程度(Biederman et al., 1995)兒童對治療的持續度和反應(Corkum et al., 1999)以及症狀的持續度(Barkley et al., 1991; Campbell & Ewing, 1990; Loeber, 1990; Woodward et al., 1998)。因此,心理社會因素所扮演的角色可能和過動症狀的持續出現,而非誘發此一疾病有關。

對於過動症,除了對精神病理學上的影響外,針對其在家庭和社會所造成的影響進行前瞻式追蹤研究是有其必要性的。研究者以在臺大醫院精神科兒童心理衛生中心五、六年前被診斷為過動症的兒童(現為青少年)進行一追蹤研究,並進行年社會適應量表(Social Adjustment Inventory for Children and Adolescents, John, 1982, John et al., 1987)親子關係量表(PBI, Parker et al., 1979)及家庭適應和凝聚力量表(FACES, Olson et al., 1985)的信效度研究。

研究目的

1. 評估親子關係、家庭功能及社會適應的量表之中文化與信效度研究。
2. 調查過動兒在青春期的精神病理,以及家庭、學校和社會適應功能。
3. 了解過動兒的不專心,過動及衝動症狀持續至青春期的情形。

研究方法

研究設計:測量工具的信、效度研究是採用以學校為主的橫斷面問卷研究及臨床個案對照組研究。追蹤研究則是以臨床及社區混合的回溯性世代研究。

樣本:在信、效度的研究上是以多階段取樣法,隨機選取北市及北縣各六所國中,在各國中一年級各選三個班級,被選上的班級的全班同學(N=1343)和88位臨床個案及174位對照組個案及其父、母親為研究對象。過動兒的追蹤研究的樣本包括43位注意力不足過動症患者(個案組)、12位無過動症之正常青少年(控制組)。個案組樣本為5-6年前曾被兒童精神科醫師診斷為注意力不足過動症,且目前年齡為10-15歲的青少年組成;控制組則包括5-6年前曾至兒童精神科就診,但無注意力不足過動症診斷的同年齡青少年為主。

工具:包括中文版Kiddie Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia(K-SADS-E)、母親版K-SADS-E會談表、懷孕、生產及發展史會談及自填式問卷(詳見附錄表1)。

步驟:1. 測量工具的信效度研究,包括雙向翻譯,專家內容效度、量表前測,115對學生及其父母樣本進行以二週為間隔的再測信度,大樣本的施測及88位臨床個案和父母(個案組)及在學校的對照組進行同樣的問卷施測。2. K-SADS-E的會談者訓練3. 對43位個案組、12位控制組青少年樣本及其母親進行K-SADS-E及懷孕、生產、發展史會談,並填寫自填式問卷。

統計分析:PBI、FACESIII和SAICA的各分量表之內在一致性是以Cronbach's alpha來呈現。再測信度及父母和子女填寫的一致性則以Pearson或Spearman correlation intraclass correlation (ICC)來表示。因本研究以學校、班級為選樣的基準同一班級和同一學校內的樣本本身並非互相獨立,而且在分析父母親和子女的報告之差異性,兩方之報告也非獨立,因此是以Mixed model(或稱multi-level, hierachy model etc.)來執行變異數分析,以提供親子在報告PBI和FACESIII的差異,以及各精神病理在PBI、FACESIII和SAICA上的差異。而臨床個案和對照組的比較是以一般的變異數分析進行分析。

結果

一、量表的再測信度:

(a)親子關係量表的四個分量尺的再測信度落在0.47~0.82範圍(兒童報告母親照顧/情感:0.79;兒童報告母親過度保護:0.74;兒童報告母親否認子女心理自主性:0.68;兒童報告母親鼓勵行為自由:0.78;兒童報告父親照顧/情感:0.82;兒童報告父親過度保護:0.76;兒童報告父親否認子女心理自主性:0.71;兒童報告父親鼓勵行為自由:0.77;父母報告照顧/情感:0.47;父母報告過度保護:0.65;父母報告否認子女心理自主性:0.65;父母報告鼓勵行為自由:0.61),

ICC 值落在 0.47~0.82 範圍內 (兒童報告母親照顧/情感 : 0.78 ; 兒童報告母親過度保護 : 0.74 ; 兒童報告母親否認子女心理自主性 : 0.68 ; 兒童報告母親鼓勵行為自由 : 0.78 ; 兒童報告父親照顧/情感 : 0.82 ; 兒童報告父親過度保護 : 0.76 ; 兒童報告父親否認子女心理自主性 : 0.70 ; 兒童報告父親鼓勵行為自由 : 0.77 ; 父母報告照顧/情感 : 0.47 ; 父母報告過度保護 : 0.64 ; 父母報告否認子女心理自主性 : 0.63 ; 父母報告鼓勵行為自由 : 0.61) 。

(b) 家庭適應和凝聚力量表各分量尺的再測信度落在 0.63~0.82 (兒童報告理想的家庭適應度 : 0.72 ; 兒童報告理想的家庭凝聚力 : 0.80 ; 兒童報告現實的家庭適應度 : 0.76 ; 兒童報告現實的家庭凝聚力 : 0.82 ; 父母報告理想的家庭適應度 : 0.65 ; 父母報告理想的家庭凝聚力 : 0.66 ; 父母報告現實的家庭適應度 : 0.63 ; 父母報告現實的家庭凝聚力 : 0.64) , ICC 值則落在 0.63~0.80 範圍內 (兒童報告理想的家庭適應度 : 0.68 ; 兒童報告理想的家庭凝聚力 : 0.78 ; 兒童報告現實的家庭適應度 : 0.73 ; 兒童報告現實的家庭凝聚力 : 0.80 ; 父母報告理想的家庭適應度 : 0.65 ; 父母報告理想的家庭凝聚力 : 0.66 ; 父母報告現實的家庭適應度 : 0.63 ; 父母報告現實的家庭凝聚力 : 0.64) 。

(c) 兒童青少年社會適應量表各分量尺的再測信度在兒童報告部分是落在 0.36~0.84 之間, 父母報告是落在 0.33~1.0 之間; 再測信度的 ICC 值在兒童報告部分是落在 0.33~0.82 之間, 父母報告則是落在 0.31~0.78 之間。

二、量表的內部一致性：

(a) 親子關係量表四個分量尺的 Cronbach's α 值落在 0.73~0.87 間 (兒童報告母親照顧/情感 : 0.86 ; 兒童報告母親過度保護 : 0.77 ; 兒童報告母親否認子女心理自主性 : 0.73 ; 兒童報告母親鼓勵行為自由 : 0.85 ; 兒童報告父親照顧/情感 : 0.86 ; 兒童報告父親過度保護 : 0.80 ; 兒童報告父親否認子女心理自主性 : 0.79 ; 兒童報告父親鼓勵行為自由 : 0.87 ; 父母報告照顧/情感 : 0.84 ; 父母報告過度保護 : 0.75 ; 父母報告否認子女心理自主性 : 0.76 ; 父母報告鼓勵行為自由 : 0.79) 。

(b) 家庭適應和凝聚力量表各分量尺的 Cronbach's α 值則落在 0.80~0.90 (兒童報告理想的家庭適應性 : 0.84 ; 兒童報告理想的家庭凝聚力 : 0.890 ; 兒童報告現實的家庭適應性 : 0.85 ; 兒童報告現實的家庭凝聚力 : 0.90 ; 父母報告理想的家庭適應性 : 0.80 ; 父母報告理想的家庭凝聚力 : 0.89 ; 父母報告現實的家庭適應性 : 0.82 ; 父母報告現實的家庭凝聚力 : 0.90) 。

(c) 兒童青少年社會適應量表各分量尺的內部一致性, 在兒童報告是落在 0.69~0.88 之間, 父母報告是落在 0.67~0.89 之間。

三、父母與子女報告的一致性：

(a) 親子關係量表：父母與子女態度的一致性在各分量尺上的值在 0.20~0.35 (Pearson r) 及 0.18~0.34 (ICC) 間。而對親子關係量表四個分量尺進行變異數分析後顯示, 父母親和子女間在四個分量尺上有顯著的差異。父母親傾向於過度報告對子女的照顧和關愛, 而傾向低報其對子女的過度保護, 顯示父母對於親子關係的報告傾向於正向。

(b) 家庭適應及凝聚力量表：親子間報告在八個分量尺上的一致性為 0.18~0.32 (Pearson r) 及 0.15~0.24 (ICC) 。進行變異數分析的結果顯示, 除了在「理想的家庭適應性」上, 親子間的報告較為一致外, 在「現實的家庭適應性」、「現實的家庭凝聚力」和「理想的家庭凝聚力」三個分量尺上, 父母親的得分明顯較高。而對理想與現實落差的報告上, 無論是「適應性」或「凝聚力」, 兒童理想與現實的落差均明顯高於父母, 對家庭的「不滿足度」也較父母的得分高。顯示父母對家庭功能的報告傾向於正向。

(c) 兒童青少年社會適應量表：親子間報告在各分量尺的一致性落在 0.20~0.77, ICC 是落在 0.17~0.76, 所報告一致性最低的部分是在對同儕關係的問題上, 一致性最高的部分是在學業的成就上。親子間報告的差異性可看到所有各分項均有顯著的差異, 小孩子顯著報告有較差的成績, 對老師的態度較差, 在學校的關係較被動, 也有較多在學校的行為問題, 小孩子也呈現較多休閒時間安排上的困難, 人際關係上較被動, 具有較多跟同儕、手足相處上的困難, 與母親及父親的關係也較被動, 相處上也有較多問題, 就孩童的學校和社會適應整體來講, 小孩子的報告均較父母的報告嚴重。

四、父母親對子女教養態度的一致性：

以 Pearson 相關性分析發現男孩子所報告父母親教養態度的一致性落在 0.54~0.70 (ICC=0.50~0.69) , 女孩子落在 0.50~0.60 (ICC=0.50~0.56) , 此結果顯示父母親對男孩子教育態度的一致性比女孩子稍高。父母親對子女教養態度的差異性上, 母親較父親給予子女更多的情感及關愛, 但母親也較父親有更高的過度保護, 這包括母親會傾向於不讓孩子有自主性, 且在行為上又給與較多的放任。

五、精神病理和親子關係：

精神病理是以母親報告兒童行為檢核表所歸納出的八大行為症候群來做分類, 包括焦慮/憂鬱、注意力問題、反抗性行為、攻擊性行為、身體抱怨、退縮、社交問題及思考問題。親子關係則是以子女所報告的父母教養態度為主。

(a) 母親的教養態度：有憂鬱/焦慮症候群的兒童報告其母親對他們的態度是較冷淡及疏離；注意力不足症候群的兒童報告母親的態度是較冷淡、疏離, 且有否認子女心理自主性的過度保護傾向；有對抗性行為的兒童報告母親的態度是明顯的疏離, 但是並無過度保護的現象；有攻擊行為的兒童報告母親的態度是較為疏離、冷淡, 但是在過度保護上並無差異；有身體抱怨的兒童報告母親對他的態度是較冷淡、疏離, 也較為放縱、溺愛；有退縮症狀的兒童報告母親對他的態度是較為疏離、冷淡和較多的過度保護；有思考問題的孩童報告其母親的態度是較疏離、冷淡, 較為過度保護,

主要表現於鼓勵孩子的心理依賴；有社交問題的兒童報告母親的態度跟無社交問題的兒童間無明顯差異。以上的結果即使在控制母親的精神病理後，仍然呈現同樣的統計顯著性。

(b) 父親的教養態度：有焦慮/憂鬱症狀的兒童報告其父親的態度是較為冷淡，但並無過度保護的現象；注意力不足的兒童報告其父親的態度是較為冷淡，也有否認子女心理自主性的傾向；有對抗性行為的兒童報告父親的態度明顯較為冷漠、疏離和過度保護，包括否認其內在心理自主性及對其行為較為放縱；有攻擊性行為的兒童報告父親的態度是較為冷淡、疏離；有明顯身體抱怨的兒童中，父親對他的態度是較為疏離，且較不約束其行為；有退縮現象孩子的父親，其態度是較不關心；有社交問題孩子的父親較不約束子女的行為；有思考問題的兒童報告父親的態度是較疏離、冷淡，且鼓勵心理上依賴。這些差異在控制父親的精神病理後，仍得到相同的統計上結果。

六、精神病理和家庭關係：

這部分分析是以兒童行為檢核表所形成的八個行為症候群來比較有症候群和無症候群的小孩，子女及父母親針對家庭關係所報告的結果進行比較。

(a) 孩子的報告：在有焦慮/憂鬱的兒童報告其家庭凝聚力較低，即使在他們理想的家庭型態中，其凝聚力的得分還是較低。注意力不足症候群的兒童報告其理想家庭關係中的凝聚力和適應度都較差，且有較少的理想和現實家庭凝聚力上差距。有反抗性行為的兒童報告其家庭適應度及家庭凝聚力均較差，他們理想中的家庭適應度和凝聚力也較差。有攻擊性行為的兒童報告其現實及理想中的家庭適應度和凝聚力均明顯地較差。有身體抱怨的兒童報告其實際和理想的家庭凝聚力較差，以及理想的家庭適應度也顯著地較差。退縮症候群的兒童他們家庭適應度及凝聚力均較差，其心目中理想的家庭適應度也較差。有社交問題的兒童報告其理想家庭的適應度明顯地較差。至於有思考問題的兒童，在家庭關係上與無症狀的兒童並無顯著的差異。這些結果在經由控制父母親的精神病理後，並未有太大的改變。

(b) 父母親的報告：結果顯示焦慮/憂鬱組的家庭的凝聚力較差。攻擊組的理想和實際家庭的適應度以及家庭凝聚力的差異較大，對家庭的不滿意度也較高。反抗性行為組對家庭的適應度較差，理想與現實的家庭適應度和凝聚力的差異都顯著地較無反抗性疾患兒童來得高，對家庭的不滿意度也較高。身體抱怨組對家庭有較高的不滿意度。以上這些結果並未因為控制父母的精神病理而有所改變。

七、精神病理和學校社會適應：

這部分分析是以兒童行為檢核表所形成的八個行為症候群來比較有症候群和無症候群的小孩，子女及父母親針對孩子在學校行為及社會適應上所報告的結果來進行比較。

(a) 孩子的報告：以父母所填寫的兒童行為檢核表的各種行為症候群來看，有焦慮和憂鬱症候群的孩子自己報告的學業成績較差、對老師的態度較差、有較多學校行為問題、安排自己的休閒時間上有困難、跟同學的人際互動較被動、有較多的同儕問題、與手足間呈現出較多的相處問題，和父親的互動較少，與父母親在相處上有較多的摩擦。有注意力不足症候群的小孩學業成績明顯較差，對老師的態度明顯較不尊重，在人際關係上與同學的互動較少，有較多的學校行為問題，對安排自己的休閒活動有困難，跟同儕的相處會出現較多的摩擦，與兄弟姐妹相處也有較多問題，和母親的互動較少，與父母相處也有問題產生。有反抗性行為的孩子成績明顯較差，在學校與同學的互動較少，有較多的行為問題，與同儕及手足相處有較多的困難和問題。有攻擊性行為的小孩在學業表現上較差，在學校跟同學及老師的互動較為被動，且在學校有較多的行為問題，在休閒時間的活動上有較多困難，與同儕及兄弟姐妹相處有較多的摩擦，跟父親的互動較被動，跟父母相處有明顯的障礙。有身體抱怨的小孩學業成績較差，在學校有較多行為上的問題，跟同儕的相處也較被動，並有較多的困難，但與父母相處上並無問題。有社交退縮現象的孩子學業成績較差，在學校有較多行為的問題，有較多休閒活動上的障礙，同儕關係較為被動，相處上也有困難，在與兄弟姐妹相處上容易有摩擦，跟父母的互動均較為退縮，也有較多的問題出現。有社會問題的小孩同樣可看到學業表現較差，對老師的態度較不尊敬，在學校的互動較為被動，較多的學校行為問題及對休閒時間安排上的困難，跟同儕相處較被動且有較多的摩擦，與兄弟姐妹及父母相處上也有較多的摩擦。有思考問題的小孩學業成績較差，在學校有較多的行為問題，對安排休閒活動有較多困難，在同儕關係、手足相處及與父母親關係上均有較多的問題。

(b) 父母親的報告：以父母所報告孩子的學校適應看來，不論孩子是具有這八種行為症候群中的任一症候群，其父母均報告孩子有較差的學業成績表現，對老師的態度較為負面、不尊重，師生間的互動較被動，也明顯有較多的行為問題，在休閒時間安排上也有困難，與同儕的互動較被動，並有較多同儕相處上的摩擦，兄弟姐妹相處上較被動並有較多相處上的困難，父母親關係亦較為被動，也有較多相處上的問題。

大致上不論是兒童或是父母的報告均顯示，有行為或情緒上困擾的孩子有較多學校和社會適應上的問題。

八、有臨床診斷個案組和對照組的比較：

將臨床組分為兩組，注意力不足過動組，總共有 46 位個案；和其他診斷組(這些診斷包括有憂鬱症、強迫症和焦慮症等)，共有 41 位個案；另外控制組則有 174 位個案。從這三組的比較可看到，在注意力不足過動症組中，其母親及父親對子女的態度明顯呈現出對其行為較不約束和放縱的過度保護現象，而其他診斷組和對照組並沒有任何的差異。在家庭功能部分，分析時將有注意力不足過動症組與其他診斷組合成一組來與對照組進行比較。結果可看出家庭功能並沒有辦法很清楚區分臨床診斷組與控制組，不過在理想與現實家庭凝聚力的差距、對家庭功能的不滿意度以及理想與現實

家庭功能的差異上，臨床組的分數均較對照組高。在社會行為的適應度方面，只做了注意力不足過動組與對照組的比較，在孩子的報告中顯示注意力不足過動症組明顯有較差的學業表現，學校的互動較少，也有較多的學校行為問題，同儕互動關係被動，相處上也有較多問題，對自己的兄弟姐妹及父母親，也有較多相處上的問題。在父母親的報告中，比較注意力不足過動症組跟對照組，不管是在學業成績、對老師的態度、學校的互動和行為、休閒時候的問題、跟同儕、手足及父母親的相處都較被動，也都有較多相處上的困難。

九、精神科診斷會談訓練 (K-SAD-E)：

研究助理已接受完整、密集的六個月精神科診斷會談的訓練，包括每週有關兒童青少年精神醫學的讀書會以及個案討論會，每週約兩次的臨床初診見習，以及由計劃主持人所帶領的個別臨床個案討論和督導。目前已經完成 12 位具有多重臨床精神科診斷的青少年 (10~15 歲間) 的臨床評估者間的信度測試 (inter-rater reliability)，在各診斷的一致性可達到 0.8~1.0。在研究中，由會談者所做的個案會進行錄音，大約每 5 個個案由計劃主持人進行一次 K-SAD-E 會談，而所有 K-SAD-E 的診斷由計劃主持人一一做出最後的診斷，以控制整個研究的品質。

十、兒童及母親版精神科診斷會談 (K-SAD-E)：

在臨床追蹤部分，目前已完成 55 位青少年的精神科診斷會談 (K-SAD-E)，及位青少年母親版精神科診斷會談 (K-SAD-E)。在青少年部分包括 43 名個案組、12 名控制組。在個案組中，有 34 位 (79.1%) 報告仍有注意力不足過動的症狀，35 位 (81.4%) 有對立性反抗疾患，16 位 (37.2%) 有行為規範障礙，16 位 (37.2%) 有睡眠的問題，11 位 (25.6%) 有特定對象畏懼症，8 位 (18.6%) 有雙極性疾患，6 位 (14.0%) 有重鬱症傾向，6 位 (14.0%) 有社交畏懼症；在控制組中，有 4 位 (33.3%) 報告有對立反抗的行為症狀，5 位 (41.7%) 有睡眠問題，3 位 (25.0%) 有情緒低落的傾向，3 位 (25.0%) 有特定物品的畏懼傾向。母親部分包括個案組 37 名、控制組 10 名，在個案組中有 34 (91.9%) 母親報告小孩仍有注意力不足過動的症狀，25 位 (67.6%) 有對立反抗疾患，15 位 (40.5%) 有行為規範障礙；控制組中則無人報告小孩有明顯的行為問題。(詳見附錄表 2)

十一、母親懷孕、生產、發展史會談及自填式問卷：

目前已完成 47 位青少年母親的懷孕、生產及發展史會談，並已回收 50 份自填式問卷。但因個案數量不足，無法達到有效的統計水準，故目前無法對此部份的資料做進一步分析。

討論

此研究的前半年研究是以一個多階段取樣法選取北部代表性國中生一年級的樣本進行親子關係 (PBI)、家庭適應度量表 (FACES III) 和兒童青少年社會適應量表 (SAICA) 的信、效度研究。結果顯示這三個量表的再測信度在各分量尺上達到令人相當滿意的程度，量表的內部一致性也非常的高，顯示各分量尺內部的結構是相當完整。在父母親和子女報告的一致性上，顯示三者間的一致性不高，甚至可說相當低，而其中孩子的報告明顯較父母報告更為負面。在父母親對子女態度的一致性上，是落在中等到不錯的範圍，其中男孩子的部分較女孩子來得高。結果也顯示 PBI 可以明顯區分不同的精神病理狀態，尤其是在七個精神病理症候群 (除社交問題外) 上，每個症候群都可以觀察到，任何的精神病理症候群都和母親較為疏離、不關心的態度有關，而大部分也都呈現父母親有較多過度保護的傾向。在精神病理和家庭關係的部分，除了在攻擊性和反抗性行為的兒童中，子女和父母報告有較明顯的家庭關係不良外，其他的精神病理並未呈現和不良的家庭關係有明顯的相關。結果也清楚地顯示 SAICA 可以很明顯區分不同的精神病理狀態，這些發現即使在使用臨床診斷組和對照組的比較上，也呈現臨床診斷組特別是有注意力不足過動症的孩子有明顯學校社會和家庭適應上的障礙。

這三個量表令人滿意的再測信度顯示，親子關係、家庭功能和學校社會的適應度是相當穩定，並未隨時間有太大的差異，各量表內部的一致性高顯示這些量表內部的結構是穩定的，整個分量表內的各個項目是在測量同樣的概念，因此我們對這三量表將來使用在相關的臨床和研究上更具信心。

父母親跟子女報告的不一致性是可以理解的，在過去的研究報告上，不管是小孩外顯性行為或是小孩子的內顯性行為上，父母親與子女報告的一致性均非常的低。有些研究顯示，父母親會低估小孩內在的一些焦慮或憂鬱，而子女會傾向於少報告他的外顯性行為，如不專心、過動、衝動或是反抗性行為、行為規範障礙。同樣的親子間即使在相同的事情上，他們的看法也常會有不同，本研究結果就清楚地顯示子女自己感受到父母親對他們的關心和情感的交流是遠低於父母親他們所報告的，所以子女所認為的親子關係會較父母親所想得更為淡漠、不關心；在較負面的部分，子女認為父母親會傾向於否認其心理的自主性，在行為上對他們也是較為不管的，這部分更顯現出相當多的父母不能夠瞭解子女的內在感覺。在家庭的氣氛部分，很明顯的小孩子會覺得整個家庭的功能並沒有父母親報告的那麼好，他們對家庭的不滿意度也較父母來得高，此結果在一次呈現出親子間的差異，提供我們一個警訊：也許父母親並不覺得在親子關係或家庭功能中出現任何問題，實際上孩子可能已存在對整個親子關係和家庭功能的不滿，這樣的差距可能會影響到這個孩子人格的成長和將來的適應。研究結果雖然顯示父母親與子女間的看法是不一致的，但是以子女的眼光來看，父親與母親的態度是一致的。精神病理和親子關係在此研究中，明顯呈現出相當緊密的連結，除了社交問題可能與孩子天生的氣質較有關係外，其他舉凡焦慮/憂鬱、注意力不足、反抗性疾患、攻擊性、身體化症狀或思考問題等，跟親子關係都有明顯的關係存在，尤其是父母親疏離、拒絕及冷淡的態度，似乎是造成兒童會有精神病理的一個主要原因。但因此為一橫斷面的研究，無法釐清這中間的因果關係，但它們之間的關聯性卻是無庸置疑的。有可能這些有行為問題的兒童較容易造成父母親

對他們持有較為負面的態度，以前的研究指出父母的精神病理會影響其報告子女的行為和親子關係等。因此，在這個研究中我們進一步去控制父母親的精神病理，使用在台灣已做過相當嚴謹研究，且具有良好信、效度的中國人健康問卷(CHQ)作為控制父母親的精神病理因素後，仍得到同樣類似的顯著相關性。在精神病理和家庭關係部分，從子女和父母所報告的家庭適應關係來看，是否具有這些心理行為症候群與所報告的家庭關係沒有很明顯持續性的相關性，但對抗性疾患和攻擊性疾患這兩個明顯的外顯性破壞性行為，和整個家庭功能的失調確實呈現出顯著的關係。此外，有身體抱怨的兒童也對整個家庭關係有較負面的看法，所以可以看到這些以外顯性的行為或身體化症狀來表現其精神病理者，他們的家庭關係確實有較多的問題。

雖然因未能獲得國科會繼續補助此研究，使得過動兒的追蹤研究停擺，但以第一年所收集到43位過動症青少年的資料顯示，過動症並不會長大就好，有80%仍符合ADHD診斷，且有90%有對立性反抗疾患，45%有行為規範障礙，也有20-30%有情感性疾患或焦慮畏懼症。雖然研究未能繼續，並無足夠樣本可以分析親子關係、家庭功能和其適應功能，由文獻得知，預期這群過動症的青少年，尤其有行為規範障礙或持續過動症的個案，有較多的親子、家庭和社會功能失調。

這個研究的優點是其選擇了足夠代表性的樣本和具有極高的回收率、完成率，而且除了社區個案外，也收取臨床個案進行效度的研究。研究工具包括具有良好信效度的問卷和會談工具涵蓋多面向的測量。在分析上以Mixed model來控制cluster effect。本研究的限制在於研究家庭關係上的樣本較少，只有親子關係樣本的一半；追蹤研究才進行半年，雖然以獲得足夠樣本的同意接受研究，由於沒有經費補助而暫停研究。

臨床意涵：

1. 這研究讓我們知道親子關係、家庭功能和學校社會適應度的這三個量表具有良好的信、效度，可作為將來相關的臨床研究使用。

2. 父母和子女報告的不一致讓我們更瞭解，對臨床工作者、學校老師以及父母親本身必須瞭解子女所看到的世界是和父母親或大人所看到的不一樣，因此必須深入瞭解他們的看法以減少兒童的適應不良。

3. 精神病理很明顯和親子關係有相關聯，某些精神病理和整個家庭功能是有顯著相關的，而這部分是可以改變及預防的。

4. 研究顯示兒童青少年的精神病理和他們在各方面上的適應具有顯著的關聯性，這讓我們注意到這些行為、情緒的障礙是會影響其整個的行為功能性，而需要做積極地更進一步處理。因此，本研究的結果將促使我們在親子關係、家庭功能的工作上做進一步的努力以減少精神病的產生，並減少因精神病理而導致親子關係、家庭關係以及整體社會功能的障礙。

5. 過動症的早期診斷和治療在減少青春期和成人期精神疾病的發生率及家庭、社會的功能障礙有公共衛生的實質意義，嚴謹的ADHD前瞻性長期追蹤研究室刻不容緩的。

計畫成果自評

本研究的成果主要是完成將來使用於過動症研究的親子關係、家庭功能及兒童青少年社會適應功能三個量表的信效度研究。本人已在最短時間內分析資料撰寫論文將於2003年11月7-9日的第三屆亞洲兒童青少年精神醫學會發表三篇論文(Gau et. al., 2003)；且這三篇論文將於近期投稿於國際知名期刊。這三個研究工具的完成將有助於台灣兒童青少年精神醫學研究的發展。

過動症追蹤研究受制於無貴會的第二年補助使得無法得到預期的成果，只能收集到43位ADHD個案和12位控制組。基本上過動兒的長期追蹤研究是本人計畫10年且在耶魯大學博士研究的專攻主題，過去一年，為了在有限的經費中做到國際水準的研究，不僅自費多聘一位助理，由本人及兩位助理埋頭苦幹在週六、日收集個案，進行深度的個案及其母親的會談，並收集其他資料，我們辛辛苦苦開始建立了過動兒家庭的世代，卻因為貴會不再補助第二年及第三年的研究，而使所有的努力和付出都白費了。回想過去兩年(一年準備，一年進行研究)的日夜工作，就是憑著對台灣兒童青少年精神醫學研究的責任感和熱誠，不計金錢和心血地工作，這樣地終止此研究不僅浪費本人的金錢和精神，使得所做的研究無法發表在國際的學術期刊，也大大地抹殺本人對研究的執著和熱誠。

1. **Gau SF**, Soong WT, Cheng ATA, Chen MC: Adolescent Psychopathology and Family Functioning, presented at the 3rd Congress of Asian Society for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, November 7-9, 2003, Tien Mu International Convention Center, No. 113, Section 7, Chung Shan North Road, Taipei.
2. **Gau SF**, Soong WT, Cheng ATA, Chiu YN: Adolescent Psychopathology and Parent-child Relationship, presented at the 3rd Congress of Asian Society for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, November 7-9, 2003, Tien Mu International Convention Center, No. 113, Section 7, Chung Shan North Road, Taipei.
3. **Gau SF**, Cheng ATA, Soong WT: Adolescent Psychopathology and Social Functioning, presented at the 3rd Congress of Asian Society for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, November 7-9, 2003, Tien Mu International Convention Center, No. 113, Section 7, Chung Shan North Road, Taipei.

參考文獻 (References)

- Anderson JC, Williams S, McGee R, Silva PA (1987): DSM-III disorders in preadolescent children. Prevalence in a large sample from the general population. *Archives of General Psychiatry* 44:69-76.
- Barkley RA, Fischer M, Edelbrock C, Smallish L (1991): The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria--III. Mother-child interactions, family conflicts and maternal psychopathology. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines* 32:233-55.
- Baumgaertel A, Wolraich ML, Dietrich M (1995): Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorders in a German elementary school sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 34:629-38.
- Biederman J, Faraone SV, Keenan K, et al (1992): Further evidence for family-genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder. Patterns of comorbidity in probands and relatives psychiatrically and pediatrically referred samples. *Archives of General Psychiatry* 49:728-38.
- Biederman J, Milberger S, Faraone SV, et al (1995): Impact of adversity on functioning and comorbidity in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 34:1495-503.
- Bird HR, Canino G, Rubio-Stipec M, et al (1988): Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. The use of combined measures [published erratum appears in Arch Gen Psychiatry 1994 May;51(5):429]. *Archives of General Psychiatry* 45:1120-6.
- Campbell LR, Cohen M (1990): Management of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). A continuing dilemma for physicians and educators [see comments]. *Clinical Pediatrics* 29:191-3.
- Cohen M (1988): The Revised Conners Parent Rating Scale: factor structure replication with a diversified clinical sample. *Journal of Abnormal Child Psychology* 16:187-96.
- Corkum P, Rimer P, Schachar R (1999): Parental knowledge of attention-deficit hyperactivity disorder and opinions of treatment options: impact on enrollment and adherence to a 12-month treatment trial. *Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie* 44:1043-8.
- Costello EJ, Costello AJ, Edelbrock C, et al (1988): Psychiatric disorders in pediatric primary care. Prevalence and risk factors [see comments]. *Archives of General Psychiatry* 45:1107-16.
- Danckaerts M, Heptinstall E, Chadwick O, Taylor E (2000): A natural history of hyperactivity and conduct problems: self-reported outcome. *European Child & Adolescent Psychiatry* 9:26-38.
- Esser G, Schmidt MH, Woerner W (1990): Epidemiology and course of psychiatric disorders in school-age children--results of a longitudinal study. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines* 31:243-63.
- Faraone SV, Biederman J (1994a): Is attention deficit hyperactivity disorder familial? *Harvard Review of Psychiatry* 1:271-87.
- Faraone SV, Biederman J, Chen WJ, Milberger S, Warburton R, Tsuang MT (1995a): Genetic heterogeneity in attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): gender, psychiatric comorbidity, and maternal ADHD. *Journal of Abnormal Psychology* 104:334-45.
- Faraone SV, Biederman J, Lehman BK, et al (1993): Evidence for the independent familial transmission of attention deficit hyperactivity disorder and learning disabilities: results from a family genetic study. *American Journal of Psychiatry* 150:891-5.
- Faraone SV, Biederman J, Mennin D, Gershon J, Tsuang MT (1996): A prospective four-year follow-up study of children at risk for ADHD: psychiatric, neuropsychological, and psychosocial outcome. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 35:1449-59.
- Faraone SV, Biederman J, Mennin D, Wozniak J, Spencer T (1997): Attention-deficit hyperactivity disorder with bipolar disorder: a familial subtype? [see comments]. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 36:1378-87; discussion 1387-90.
- Faraone SV, Biederman J, Milberger S (1994b): An exploratory study of ADHD among second-degree relatives of ADHD children. *Biological Psychiatry* 35:398-402.
- Faraone SV, Biederman J, Monuteaux MC (2000): Toward guidelines for pedigree selection in genetic studies of attention deficit hyperactivity disorder. *Genetic Epidemiology* 18:1-16.
- Fletcher KE, Fischer M, Barkley RA, Smallish L (1996): A sequential analysis of the mother-adolescent interactions of ADHD, ADHD/ODD, and normal teenagers during neutral and conflict discussions. *Journal of Abnormal Child Psychology* 24:271-97.
- Gau SF, Soong WT, Tsai WC, Wu YY, Chiu YN (1993): Demographic and clinical trends of first visit child psychiatric cases. *Chinese Psychiatry* 7:246-56.
- Gaub M, Carlson CL (1997): Behavioral characteristics of DSM-IV ADHD subtypes in a school-based population. *Journal of Abnormal Child Psychology* 25:103-11.
- Gresham FM, MacMillan DL, Bocian KM, Ward SL, Forness SR (1998): Comorbidity of hyperactivity-impulsivity-inattention and conduct problems: risk factors in social, affective, and academic domains. *Journal of Abnormal Child Psychology* 26:393-406.

- Hansen C, Weiss D, Last CG (1999): ADHD boys in young adulthood: psychosocial adjustment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 38:165-71.
- Jensen PS, Martin D, Cantwell DP (1997): Comorbidity in ADHD: implications for research, practice, and DSM-V. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 36:1065-79.
- John K, Gammon GD, Prusoff BA, Warner V (1987): The Social Adjustment Inventory for Children and Adolescents (SAICA): testing of a new semistructured interview. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 26:898-911.
- Lindgren S, Wolraich M, Stromquist A (1990): Re-examining attention deficit disorder, *Eighth Annual Meeting of the Society of Behavioral Pediatrics*. Denver, Colorado.
- Loeber R (1990): Subtypes of conduct disorder [letter]. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 29:837-8.
- Mackinnon AJ, Henderson AS, Andrews G (1991): The Parental Bonding Instrument: a measure of perceived or actual parental behavior? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 83:153-9.
- Newcorn JH, Halperin JM, Healey JM, et al (1989): Are ADDH and ADHD the same or different? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 28:734-8.
- Nigg JT, Hinshaw SP (1998): Parent personality traits and psychopathology associated with antisocial behaviors in childhood attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines* 39:145-59.
- Olson DH (1986): Circumplex Model VII: validation studies and FACES III. *Family Process* 25:337-51.
- Olson DH (1991): Three-dimensional (3-D) Circumplex Model and revised scoring of FACES III. *Family Process* 30:74-9.
- Olson DH, Portner J, Lavee Y (1985): Faces III: Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales. Minneapolis: University of Minnesota.
- Pelham WE, Jr., Gnagy EM, Greenslade KE, Milich R (1992): Teacher ratings of DSM-III-R symptoms for the disruptive behavior disorders [published erratum appears in J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1992 Nov;31(6):1177]. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 31:210-8.
- Roizen NJ, Blondis TA, Irwin M, Rubinoff A, Kieffer J, Stein MA (1996): Psychiatric and developmental disorders in families of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 150:203-8.
- Sandberg ST, Rutter M, Taylor E (1978): Hyperkinetic disorder in psychiatric clinic attenders. *Developmental Medicine & Child Neurology* 20:279-99.
- Sanson A, Smart D, Prior M, Oberklaid F (1993): Precursors of hyperactivity and aggression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 32:1207-16.
- Scahill L, Schwab-Stone M, Merikangas KR, Leckman JF, Zhang H, Kasl S (1999): Psychosocial and clinical correlates of ADHD in a community sample of school-age children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 38:976-84.
- Shaffer D, Fisher P, Dulcan MK, et al (1996): The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA Study. Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 35:865-77.
- Swanson JM, Wigal S, Greenhill LL, et al (1998): Analog classroom assessment of Adderall in children with ADHD [see comments]. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 37:519-26.
- Szatmari P, Offord DR, Boyle MH (1989): Ontario Child Health Study: prevalence of attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines* 30:219-30.
- Taylor E, Chadwick O, Heptinstall E, Danckaerts M (1996): Hyperactivity and conduct problems as risk factors for adolescent development. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 35:1213-26.
- Wilson JM, Marcotte AC (1996): Psychosocial adjustment and educational outcome in adolescents with a childhood diagnosis of attention deficit disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 35:579-87.
- Wolraich ML, Hannah JN, Pinnock TY, Baumgaertel A, Brown J (1996): Comparison of diagnostic criteria for attention-deficit hyperactivity disorder in a county-wide sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 35:319-24.
- Woodward L, Taylor E, Dowdney L (1998): The parenting and family functioning of children with hyperactivity. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines* 39:161-9.

附錄

表 1-1. 自填式量表

問卷名稱	學生身心狀況評量表	母親版學生心理健康評量表	母親版身心狀況評量表	父親版身心狀況評量表
涵蓋的 量表名稱	中文版兒童睡眠型態 偏好量表 (CMES)	兒童行為檢核表 父母版 (CBCL)	成人自我紀錄 量表 (ASRI)	成人自我紀錄 量表 (ASRI)
	兒童行為檢核表 (YSR)	父母活動量表 (CPRS)	簡式性格量表 (MPI)	簡式性格量表 (MPI)
	艾氏少年性格 量表-焦慮度 (EPQ)	家中行為評量表 (HSA)	物質使用狀況 及看法 (substance)	物質使用狀況 及看法 (substance)
	兒童青少年社會適應 量表 (SAICA)	兒童青少年社會適應 量表 (SAICA)	身體問題	身體問題
	親子關係量表 (PBI)	親子關係量表 (PBI)	生活調適問卷 (CES-D)	親子關係量表 (PBI)
	父母監控 (PMI)	父母監控 (PMI)		家庭凝聚與適應量表 (FACES-III)
	家庭凝聚與適應量表 (FACES-III)	家庭凝聚與適應量表 (FACES-III)		兩性適應 (DAS)
	物質使用狀況 及看法 (substance)	兩性適應 (DAS)		生活調適問卷 (CES-D)
	對香煙的看法 (tobacco)			
	身體問題			
題數	376	323	249	326
頁數	17	15	10	15

表 1-2. K-SAD-E 會談

問卷名稱	青少年身心健康 篩選問卷	青少年身心健康 正式問卷	母親版會談量表 - 有關孩子部分
涵蓋的 量表名稱	注意力不足過動症	注意力不足過動症	家庭基本資料
	對立反抗症 及行為規範障礙症	對立反抗症 及行為規範障礙症	懷孕史
	抽搐症	抽搐症	生產史
	酒精使用障礙	酒精使用障礙	嬰幼兒發展史
	煙品使用障礙	煙品使用障礙	孩子疾病史
	檳榔使用障礙	檳榔使用障礙	父母版 - 過動症(注意力不足過動症)
	藥物物質使用障礙	藥物物質使用障礙	父母版 - 對立反抗症及行為規範障礙症
	輕鬱症	輕鬱症	父母版 - 睡眠障礙
	憂鬱症	憂鬱症	
	自殺意念 / 行為	自殺意念 / 行為	
	躁症與輕躁症	躁症與輕躁症	
	廣泛性焦慮症	廣泛性焦慮症	
	分離焦慮症	分離焦慮症	
	恐慌症	恐慌症	
	畏懼症	畏懼症	
	拒學症	拒學症	
	睡眠障礙症	睡眠障礙症	
	強迫症	強迫症	
	飲食障礙	飲食障礙	
	精神病		
題數	78	729	71
頁數	38	138	19

表 2. 注意力不足過動症兒童在青春期的精神科診斷

	1.ADHD (N=43)	2.Control (N=12)
	N (%)	N (%)
<i>Child report</i>		
ADHD	34 (79.1)	0 (0.0)
Oppositional defiant disorder	35 (81.4)	4 (33.3)
Conduct disorder	16 (37.2)	1 (8.3)
Tic	2 (4.7)	1 (8.3)
Alcohol use disorders	2 (4.7)	0 (0.0)
Nicotine use disorders	2 (4.7)	0 (0.0)
Betel nut use disorders	1 (2.3)	0 (0.0)
drugs use disorders	0 (0.0)	0 (0.0)
Dysthymia	3 (7.0)	3 (25.0)
Major Depression	6 (14.0)	0 (0.0)
Adjustment disorder	1 (2.3)	1 (8.3)
Suicide	1 (2.3)	0 (0.0)
Mania	8 (18.6)	1 (8.3)
Generalized anxiety disorder	2 (4.7)	0 (0.0)
Separation anxiety disorder	2 (4.7)	0 (0.0)
Panic disorder	3 (7.0)	0 (0.0)
Agoraphobia	2 (4.7)	0 (0.0)
Specific phobia	11 (25.6)	3 (25.0)
Social phobia	6 (14.0)	2 (16.7)
School refusal	2 (4.7)	0 (0.0)
Sleep disorders	16 (37.2)	5 (41.7)
OCD	3 (7.0)	0 (0.0)
Eating disorder	1 (2.3)	0 (0.0)
<i>Mother report</i>		
	(N=37)	(N=10)
ADHD	34 (91.9)	3 (30.0)
Oppositional defiant disorder	25 (67.6)	0 (0.0)
Conduct disorder	15 (40.5)	0 (0.0)
Sleep disorders	4 (10.8)	0 (0.0)