# 多管齊下治療：面對過動症，比決定「藥不藥」重要的事

# 本文摘自「親子天下雜誌2018-09-01」 作者：邱紹雯、陳珮雯

*過動症要不要吃藥，各界一直有不同見解，在討論用藥之前，還有一些必須關心的事，包括如何確診，如何評估家庭有多少資源能協助孩子不用藥物治療。*

家有過動兒，吃藥與不吃藥是每個父母的為難。

關於治療注意力不足過動症（ADHD）的藥物，網路上流傳著各種負面資訊：有安非他命成分，吃了易成癮；副作用強烈，小孩會吃不下飯而影響身高；吃了藥之後小孩乖到像變了一個人，令人心疼……更常見對媽媽的一種指責：「給小孩吃藥是為了方便管教，就是不用心的媽媽。」

過去兩年，對於過動兒該不該用藥，爭議不斷，甚至在社會上形成「主藥派」與「反藥派」對立氣氛。主張用藥者認為，注意力缺失症（ADD）和ADHD是神經生理疾病，狀況嚴重的孩子先給藥物治療，讓孩子先靜下來，才有辦法開始學習自我控制、專心等行為改變策略與方法。反對用藥者則主張，ADHD不是病，是一種特質，是因為社會對多元特質的包容度不夠，只要改變孩子所處的環境，用更多的愛，調整教養、教育的眼光與方式，就能幫助孩子跨越困難。

事實上，ADD／ADHD的治療並不能用「吃藥」與「不吃藥」的二分法來看待，目前醫療系統的治療方式是由精神科與兒童心智科醫師提供藥物治療，但即使是擁有開藥資格的醫師也認為，治療上應該是醫師與心理師、家庭與學校通力合作，採取多管齊下的途徑， 不需要把醫療現場的鑑定和藥物「妖魔化」，而是要正確的認識藥物。

從科學的角度看 ，已有很多研究證實ADD／ADHD於腦神經發展功能的遲緩，是大腦多巴胺的量不足，如果藥物能協助孩子改善大腦功能的運作，那麼應該討論的是：「如何正確的診斷與用藥？」

而從人本教育的觀點看，過動兒需要更多的行為控制、人際相處策略和方法，給了藥，卻沒有同時教導孩子如何自我評價、自我控制、人際技巧，孩子最終只學會用藥物來控制自己。這時應該正視的是：「父母與老師需要花更多資源，包括時間、空間與精神，用合宜的教養與教育來幫助孩子。那麼我們的社會系統有足夠的支持，成為特殊兒家庭的後盾嗎？」

**醫師觀點：對診斷若有疑慮，建議尋求第二意見**

嘉義長庚醫院精神科醫生陳錦宏表示，美國國家衛生研究院花十年追蹤ADHD兒童及正常兒童大腦發展影像的差異，發現ADHD兒童大腦皮質發展比正常兒童慢三年，已證實ADHD是一種腦神經功能發展延遲的生理問題，只是這樣的疾病症狀用行為與認知功能缺損來表現，造成了孩子在社會適應上的困難與壓力。這絕非孩子故意，也常非教養造成。生理問題就需要專業醫療的協助。陳錦宏說明，隨著年紀增長，有些孩子的發展可以慢慢追上正常，但仍有六○％至八○％的患者過動症狀會持續到青春期，四○％會持續到成年期。

就像感染疾病，醫生要針對患者的外顯症狀進行診斷和判斷，才能確診並對症下藥，以協助患者康復。而ADHD的診斷難就難在，沒有抽血檢驗或超音波等儀器的幫助，可以把患者所有的生理數值攤開在儀器下，而是根據患者的「外在行為」當成診斷指標，而行為的「輕與重」常是很主觀的，也會受到孩子所處的環境或情境有所變化，諮商心理師留佩萱就說，父母經常爭吵、要離婚、家暴等，這些焦慮與恐懼都可能導致類ADD／ADHD的症狀。

診斷的高難度往往讓ADD／ADHD在醫療系統中還走不到治療這一步，光是「確診」就先產生許多爭議與不信任。陳錦宏表示，臨床診斷需要經過複雜的評估過程，包括了解家族史，進行內科、神經學及認知功能檢查等。以他的門診為例，許多案例確診得花兩個月以上時間。對於網路上常有焦慮的家長質疑：「帶孩子第一次去看醫生，就被迅速確診開藥。」他認為，快速判斷可能有瑕疵，家長若對診斷有疑慮，可再找第二位醫生評估，而非自行決定療法而承擔風險。臨床心理師蔡百祥也說，除了接受門診，孩子最好能接受完整的心理衡鑑，包含智力、神經心理測驗與行為觀察，才好協助醫師診斷。

ADHD治療應該是醫師與心理師、家庭與學校通力合作，採取多管齊下的途徑。

而ADD／ADHD的診斷其實也有標準可循，和美國一樣依照《精神疾病診斷與統計手冊》（簡稱DSM），當孩子「長時間」（一般以六個月為診斷判斷）的「持績出現」、「各種場合都出現」同樣的專注力不足、衝動控制困難，此外，這些症狀和兒童發展階段不符合，而且足以對兒童的社交、學業表現、生活造成重大影響，這種情況下，醫生就可以診斷孩子有ADD／ADHD。

**人本觀點：應該為「不同」的孩子創造多元學習環境**

「為什麼和別人不同就是『病』？這是對疾病的誤解，」高雄傳家家庭醫學科診所醫師、「還孩子做自己行動聯盟」發起人李佳燕則援引「神經多樣性」的論點，來反駁上述的先天疾病說。

她指出，「神經多元性」的醫學論點意指我們應該接納每個人生來就有不同的腦與不同的特質，有的發展快、有的慢，這當中有先天的因素，也可能是後天造成的，包括空氣汙染、缺乏運動、過量的甜食與食品添加物、錯誤的教養方式等，都可能影響專注力或衝動控制的能力。

她也以左撇子為例，過去的社會認為左撇子是種病，所有的環境都只適合右撇子生存，因而要求左撇子必須很辛苦的學習用右手寫字才是「正常」。看到身邊愈來愈多被鑑定有過動的孩子，生活在一個從幼兒園就被逼著乖乖坐好，從教室到安親班長時間要求課業學習的環境，她憂心忡忡，「有沒有可能創造更多元的環境來適合這些比較慢的孩子，而不是用藥物來改變他們的腦，去適應現在的社會？」

**治療選擇：走不走醫療系統，先評估家庭資源與風險**

家有過動兒，不進入醫療系統治療，選擇體制外學校、自學都是另一種可能。在討論用藥之前，還有一些必須關心的事，包括如何確診，如何評估家庭有多少資源能協助孩子不用藥物治療。

林雅淑（化名）知道當年上小學的孩子有ADD時，就萌生把孩子送到實驗學校的念頭，但就讀體制外學校，全家的生活型態必須做很大的調整，每天要花許多時間接送孩子上下學，先生第一個投了反對票，並提出另一種思考：孩子終究要進入這個社會，現在把孩子放在「被選擇過」、「相對安全」的環境真的對孩子的未來好嗎？為什麼不趁孩子還小的時候，教他認識與接納自己的不同，並學會在與真實社會相近、異質性高的團體中自處、與人共處。

於是，林雅淑辭掉了工作，專心在家陪伴孩子，找到了信任的醫生，學習行為輔導技巧教導孩子，同時給孩子用藥。孩子的學習低成就，她最擔心的是師生關係影響孩子對自我的認知，因此每天上學前會讓孩子吃藥，至少在校能專心學習，不致與老師發生衝突。

藥物也的確影響食欲，林雅淑與醫生討論後，評估孩子的體重其實過重，午餐不吃影響不大，放學後藥效過了，食欲恢復再多幫孩子補充營養。一年前林雅淑也轉念，發現了孩子的優勢才能，讓孩子轉學念私校音樂班，在藥物與行為治療、支持孩子優勢才能發展上，取得了平衡。

小二的廷瑋（化名）不僅上課無法專心，也時常打斷老師說話，甚至對同學吐口水，在醫生建議下服用藥物改善，但媽媽卻發現，吃藥後的廷瑋有時安靜到不像自己的孩子，胃口也不好，轉而尋求非藥物治療。

在心理師的建議下，媽媽每週固定帶孩子上三堂的心理治療與職能課程，自己也大量學習各種行為改變技巧。每天孩子完成學校功課後，就是心理師的指定作業，除了靜坐，也透過遊戲反覆練習「叫自己暫停、思考、再行動」；並想盡辦法協助孩子不分心，例如：將上課目標細分成「看老師與課本、寫筆記、不聊天」三個具體項目，讓孩子自我檢核，最後獲得獎賞。

「只要看到孩子有一點點的進度，心裡多少就有一點安慰，」廷瑋媽媽說，目前孩子的狀況比較穩定，至少不再接到其他家長的「投訴」，但她也不確定，當孩子升上高年級，學業壓力愈來愈大之後，能否還有時間持續各種「訓練」。

還有另一個角度需要知道的是：不進入醫療系統治療的「健康」風險。陳錦宏援引國際間從二○一四年開始的大樣本長期世代分析調查發現，ADHD在台灣的藥物（主要是Methylphenidate）治療結果，包括：藥物長期（半年以上）使用，降低骨折二三％、降低頭部撞傷五一％、降低自我傷害七二％等；此外，調查也指出，不用藥者在車禍、頭部撞傷、身體意外傷害的負面影響機率是一般人的二至四倍。

「藥物從來都不是ADHD治療的唯一焦點，並不是孩子本身或他生活中的某一部分環境改變，就能獲得全面改善，而是孩子與環境長期互動的結果，」高雄醫學大學附設中和醫院兒童青少年精神科專科醫師顏正芳強調，「完全仰賴藥物或歸咎社會，對孩子都沒有幫助。」家長、老師跟兒心科專業醫療團隊黃金三角的通力合作，才能讓孩子獲得最大的幫助。

-----------------------------------------------------------------------

**用藥前要先問的6個問題：**

臨床心理師蔡百祥建議，家長在決定是否讓孩子服藥前，先思考以下幾個問題：

❶ 是否與醫師充分討論，了解用藥與不用藥選擇的優點與風險？

❷ 孩子的狀況是否完整符合診斷，並接受過生理評估與心理衡鑑？

❸ 在大部分的地方，孩子都被ADHD症狀影響，並出現明確的情緒行為困難？

❹ 用藥是否有明確目的？

❺ 非藥物介入真的有改善孩子的狀況嗎？

❻ 孩子是否可以穩定服藥？家庭與孩子對藥物是否支持？

●精神科醫生陳錦宏指出，目前世界各國在給醫生的ADHD治療指引上，6歲以下皆以行為治療優先；6歲以上是藥物與行為治療並行；國中以上以用藥研究證據較支持，仍建議合併（認知）行為治療。