

國立臺灣大學社會科學院社會學系



碩士論文

Department of Sociology

College of Social Science

National Taiwan University

Master Thesis

台灣過動兒家庭的飲食療法與運籌行動

The Dietetic Treatment and Logistic Action

of Family with ADHD Children

劉維民

Wei-Min Liu

指導教授：吳嘉苓 副教授

Chia-Ling Wu Associate Professor

中華民國 102 年 07 月

July, 2013

## 中文摘要



近年來，注意力缺失過動症(Attention Deficit/Hyperactivity Disorder)的問題越來越受到家長的注意，但是台灣醫界主張的醫療方式：藥物治療，卻較少被家長採用，反而是精神科醫師認為不具療效的飲食療法，卻能得到家長的廣泛認同。同時，在台灣的家庭中負責照顧過動兒的主要行動者，多半都是母親，但大部分的過動症研究是以專家的角度評斷治療方法的有效性，或是只描述母親調適壓力的過程，因此，本研究從母親獨特的社會位置與母職經驗出發，探討母親面對醫學專業權威時，如何透過運籌行動找出最適合自己與小孩的醫療方式，以及哪些結構性因素會影響家庭對於過動症療法的選擇。本文訪談 12 位育有國中以下過動兒的母親，並透過文獻檔案分析與田野觀察蒐集資料以回答研究問題。

主要研究發現如下：

- 一、 療法爭議尚未結束，替代醫療其實擁有足夠的科學證據證明其有效性，並不像精神醫學所宣稱的一般無效。同時，精神醫學較為僵化的醫用相處模式，令家長難以透過與醫師溝通來改變醫療方式，結果就容易造成家長的出走。
- 二、 依據各自的需求與社會條件的不同，進行醫療行為的過動症家長可分成三種行動類型：順從，特製調配與出走。家長承受的相關壓力較大，且較不具備經濟資本與文化資本時，對於精神醫學體系傾向採取順從的行動模式；而不想耽誤治療的黃金期與對於藥物有所疑慮的家長，則會根據自己的需要，進行特製調配，盡可能同時使用自己信任的各種療法。從精神醫學體系出走的家長，一般而言具備最高的文化資本，且承受的壓力最小，同時對於精神醫學體系也最不信任。
- 三、 飲食療法在台灣較符合社會對於密集母職的需求，所以比起藥物治療，母親更傾向使用飲食療法。也因為社會對於母親的壓迫，導致運籌行動在台

灣家庭大多由母親負責，然而父親對於運籌行動的參與程度，也是影響家庭選擇醫療方式的關鍵。當父親越積極投入運籌行動，家庭就越有可能使用耗時費工的飲食療法，相對的，當父親不願意分擔運籌工作時，母親若是無力負擔需要耗費大量時間與心力的替代療法，那就越可能採取較為便利的藥物治療。

關鍵字：注意力缺失過動症、飲食療法、醫用關係、運籌行動、密集母職

## Abstract



In Taiwan, it seems that more and more parents are concerned about the problem of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). However, the treatment: medication suggested by psychiatry is seldom used by parents in Taiwan. They prefer dietetic treatment which is dissuaded by psychiatrist. Mother is responsible for caring about children with ADHD, but most of the research for ADHD is either about judging the effectiveness of treatment from expert's opinion or just describing sufferings of mothers. For this reason, this study tries to expound how mothers find the most appropriate way for curing children of ADHD, while they face the authority of medical science. And it also tries to find how structural reasons influence the treatment decisions of mothers.

This study applies a qualitative research design. Data were collected by means of in-depth interview from 12 mothers of children with ADHD, from 2012 to March 2013. Biographical records written by parents and published on the Internet also support this finding.

This study found:

First, the controversy between therapies is still continued. In fact, there are enough scientific evidences to prove the effectiveness of Complementary and Alternative Medicine (CAM), not as a general psychiatry claims invalid. Meanwhile, a rigid user-professional relationship makes parents communicate with psychiatrists in a difficult way and the result causes parents to exit.

Second, according to their needs and social conditions, parents can be distributed into three types of action: acceptance, ad hoc use of different approaches and exit. Some parent who bear more pressure, have less economic capital and cultural capital

would prefer to accept the psychiatry treatment. Parents who do not want to delay the golden period of treatment or have doubts with drugs might take ad hoc use of different approaches. In other word, they would arrange and try as more therapies as they can. The parents who exit from psychiatry treatment, in general, have the highest cultural capital, and the minimum pressure, but also distrust psychiatry the most.

Third, because of dietetic treatments fulfill the requirement of Taiwan society about intensive motherhood. Comparing with medicine therapy, mothers are more inclined to use dietetic treatments. But also because of social oppression for the mothers, they should carry out the logistic action for family. But father also plays an important role in the decision of therapy. As long as father is more actively involved in logistic action, families more likely to use time-consuming work: dietetic treatments. On the other hand, if father refuses to share work, the mother cannot afford to spend a lot of time and effort on alternative therapies, and then they may chose the easy way: taking medication.

Keywords: Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, dietetic treatment, user-professional relationship, logistic action, intensive motherhood



## 目錄

中文摘要.....	I
Abstract.....	III
第一章、緒論.....	1
第二章、文獻探討.....	4
(一) 注意力不足缺失過動症與醫療化.....	5
(二) 替代療法.....	8
(二) 女性主義觀點的母職體制.....	11
(四) 醫用者的行動類型.....	13
小結.....	14
第三章、研究方法.....	16
(一) 研究設計.....	16
(二) 資料來源.....	17
(三) 研究對象.....	19
第四章 台灣現行治療方法與醫用模式比較.....	21
(一) 生物醫療體系.....	22
4.1.1 精神科與藥物治療.....	22
4.1.2 行為治療.....	28
4.1.3 感覺統合.....	30
(二) 飲食療法.....	32
4.2.1 凡固德飲食療法.....	33
4.2.2 赫佛飲食療法.....	34
4.2.3 微(寡)抗原飲食療法.....	35
4.2.4 中醫.....	37
小結.....	39
第五章 知「過」不改？結構性的醫療困境.....	42
(一) 醫界的推估與常民感知.....	43
(二) 家長的行動類型.....	47
1. 順從(acceptance).....	48
2 特製調配 (ad hoc use of different approaches).....	51
3 出走(exit).....	56
小結.....	59
第六章 性別化的運籌行動.....	61
(一) 運籌行動與密集母職.....	62

(二) 飲食療法 V.S.藥物治療 .....	68
(三) 運籌行動與療法選擇 .....	74
小結.....	78
第七章 結論.....	79
(一) 研究成果 .....	79
(二) 研究限制 .....	80
附錄 訪談大綱.....	82
參考文獻.....	85

### 表目錄

表一 訪談個案之親子資料.....	19
表二 治療方法比較.....	41
表三-1 2004-2006 兒童臨床心理師之心理衡鑑負荷量（依照負荷量大小排列） .....	54
表三-2 2004-2006 兒童臨床心理師之心理治療負荷量（依照負荷量大小排列） .....	55
表四 家長行動類型.....	59
表五 飲食控制分類.....	68
表六 家庭教養參與程度表.....	74

### 圖目錄

圖一 腦部斷層造影.....	27
圖二 過動手冊贊助圖示.....	57
圖三-1 鮭魚沙拉 三-2 造型鮭魚飯 .....	70



## 第一章、緒論

根據醫界的估計，注意力缺失過動症 (Attention deficit hyperactivity disorder, ADHD) 在台灣的盛行率約為 6.3-12.04%，在臨床上被認為是最嚴重的兒童行為異常症狀，也是至今廣受關注的兒童健康風險(黃惠玲 2008)。<sup>1</sup>主流醫界對於處理過動症狀，主要還是以服用利他能(Ritalin)作為首要治療方式(符明伶 2007)。<sup>2</sup>然而，只要瀏覽家長的部落格，或是相關交流論壇，就可以發現，家長經常提出飲食方面的控管，來緩減過動症狀，而避免兒童食入人工添加劑，更是家長們進行飲食控管的準則。例如在會員人數最多的過動兒論壇-「家有過動兒 ADD/ADHD in Chinese」論壇就可以見到這樣的建議：「這些孩子特別要避免醃漬的、含人工色素的、咖啡因的食物。」<sup>3</sup>(中)醫師首先是要求改變我們的飲食習慣…，不能吃一般在市面上販售的麵包，因為有太多的人工添加劑。<sup>4</sup>有些家長也會在部落格分享自身經驗，例如「過動兒走天路」blog 即提醒大家：「千萬別貪方便，胡亂的去吃含白砂糖的和防腐劑的麵包。」<sup>4</sup>就這些家長的想法而言，人工添加劑似乎是導致孩童罹患過動症的原因，因此藉由飲食控管，能夠改善這個令他們困擾的情況。

然而台灣負責主治過動症的醫生卻對於家長熱衷進行飲食療法的行為不以為然。以台灣精神科/兒童精神科的醫師組成的「台灣 ADHD 衛教網站」這是目前醫界最權威、瀏覽率最高的過動兒相關網站，醫師即以科學證據來質疑上述家長們的食療方式。<sup>5</sup>該網站指出：「目前並沒有實證醫學證明食療會有療效，而若

---

<sup>1</sup> 注意力缺失與過動障礙(Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, ADHD)，在台灣一般被稱為過動症，患者無法有效篩選進入大腦中的訊息，因此造成注意力無法集中，也缺乏行為控制的能力，進而產生過動及衝動的症狀。


<sup>2</sup> 利他能為中樞神經興奮劑，可以促進大腦分泌神經傳導物質多巴胺 (Dopamine)，能夠舒緩過動與注意力不集中等症狀，但無法根治。

<sup>3</sup> 家有過動兒 ADD/ADHD in Chinese, <http://www.adhdinchinese.org/index.asp>

<sup>4</sup> 過動兒走天路, <http://adhdinhim.blogspot.tw/>

<sup>5</sup> ADHD 衛教資訊, <http://www.adhd.club.tw/index.asp>






要在食物上作調整來增加注意力或活動量等等是可以的，但不要本末倒置而忽略了該有的治療。」該網站也對於人工添加物是過動症成因的說法，予以反駁：「目前沒有確切一致的研究證據，顯示人工色素會造成過動症。」為什麼會存在這樣的落差呢？常民常用的治療方式卻被醫生評價為本末倒置，難道真如醫師所言，飲食療法的療效還無法被醫學證實嗎？

實際上，實證醫學對於人工添加物與過動症的關係，並非如台灣醫界所說「沒有證據顯示」，國外早已針對這個議題爭辯三十年之久，常民採用飲食療法遭到專業醫師斥責，非但不是因為飲食療法沒有科學證據，反而是因為位於知識源頭的學界無法達成共識，造成臨床醫生只能持續提供主流醫界的解釋。

早在 1975 年，美國加州的過敏治療師 Feingold 即提出人工添加物導致過動症的假說，因此 Feingold 常被認為是連結人工添加物與過動症的「始祖」。在 1975 年之前，醫界對於過動症的一貫療法是以藥物治療配合行為療法為主，其中最常使用的藥物為中樞神經興奮劑，但這其實並不是唯一的治療方式，甚至也算不上是最好的治療方式，而 Feingold 發明了一套飲食療法，其他人以 Feingold 之名來稱呼它，稱之為「凡固德療法」(Feingold diet)，採用完全不添加人工色素和防腐劑的天然食材，作為日常飲食的來源。透過這套飲食療法，Feingold 宣稱超過六成參與實驗的過動症孩童，症狀有了大幅度的改善 (Feingold 1975)。

這項研究開啟了往後一連串的醫學辯論，有學者反駁，認為凡固德療法只是發揮了安慰劑效應，並不具備實質療效(Spring&Sandoval 1976)。支持凡固德療法的人也持續提出不同的證據來論證。例如，佛羅里達大學特殊教育系博士 Rose 對兩位過動兒進行了長達十一個月的飲食療程，證實人工添加劑與過動症的關係，且他為了證實行為改善是源於凡固德療法，在他實驗期間完全只以凡固德療法治療這兩位孩童(TL Rose 1978)。

這樣你來我往的論戰，從 1975 年至今日依然持續進行中。批評飲食療法的研究，多半指出對方的實驗設計不夠嚴謹、無法排除其他因素干擾、存在潛在的



致病原或是對方的實驗對象，根本就不是真正確證的過動兒(Kavale&Forness 1983、Prinz, Ronald J; Roberts, William A.; Hantman, Elaine 1980、Marcus 1995)。也有更多不同的研究設計，提出此療法的療效，最近最引人注目的，是一篇發表在醫界權威期刊 *Lancet* 的研究論文。這篇論文，以雙盲實驗排除安慰劑效果，證實了攝食人工色素、防腐劑與過動症有相關 (McCann et al.2007)。在臺灣，同年，臺大生科院微生物與生化學研究所博士，符明伶發表了注意力缺陷過動症與營養狀況及過敏關係之探討一研究報告，以病例-對照研究 (case-control study) 對大台北地區 6-12 歲國小學童進行抽樣，共獲得有效樣本 432 人。符明伶藉由問卷、體位測量、肺功能測量及血液採集等方式，蒐集學童個人及家庭基本特性、飲食喜好、飲食頻率、營養生化值、過敏現象等資料。之後再分析過敏現象、營養因子及飲食型態與注意力缺陷過動症之間的關係。研究結果證實了飲食、營養與注意力缺陷過動症可能有著密切關係(符明伶 2007)。符明伶與 McCann 的研究等於再度為凡固得療法提供科學證據，證明其宣稱的療效未必只是巧合或安慰劑效應，而是有其道理存在。

很明顯地，過動症相關飲食療法在科學辯論上，雙方都有證據支持，而爭議未定，因此僅是以「實證醫學缺乏證據」的角度，並無法解釋、評價常民採用飲食療法的經驗與意義。本文在這樣的科學爭議的背景下，想要探討台灣民眾對於使用飲食療法的經驗與意義。另一方面，在臺灣的家庭中負責照顧過動兒、決定療法並加以實作的主要行動者，多半都是母親。然而治療方法相關研究多半是從專業人員的角度評斷治療方法的有效程度(曾嫦嫦，吳佑佑，丘彥南，劉瓊瑛，宋維村，1997；郭珀如、黃心宜、陳映雪、施杏如、鍾明勳，2001；高淑芬、丘彥南、蔡文哲、宋維村，2004)，較少從母親的角度來對科學知識進行評斷。養育過動兒，是許多家庭充滿了情緒、焦慮與持續不斷的煎熬，本研究希望能系統性的探究療法爭議，並藉由母親獨特的社會位置與母職經驗，來深入探討科學權威與常民日常生活的應對，希望能更豐富我們對於常民日常實作的理解。

## 第二章、文獻探討



如前言所述，民眾並非一味信任正規醫療，仍然有不少家長質疑服藥的安全性與有效性，甚至是進而採用醫師認為無效的飲食療法。以下幾類文獻，將有助於我們了解台灣的過動兒家長在面對專業醫學權威與自身經驗時，是如何進行風險決策。

首先是社會學提出的「醫療化」的概念，ADHD 即為醫療化的經典案例，為數不少的社會學家都對於醫療體系如何介入、控管兒童的社會行為有過研究，參照這些文獻，一方面可以了解兒童的日常行為，如何成為醫療權威凝視的客體，而民眾又在這過程中扮演什麼樣的腳色。

第二類相關文獻是「另類療法」的社會人文研究，雖然此類文獻大部分是以癌症、愛滋病為研究主題，但是其分析方法對本文亦有所啟發，另外近年也有歷史學者針對 ADHD 療法爭議的專門著作，顛覆了醫學採用線性進步史觀<sup>6</sup>描繪 ADHD 的論述。

第三種文獻則是關於性別分工以及女性主義社會學家如何探討母職，因為在過動兒的風險網絡裡，母親多半是最核心的行動者，因為父權社會基於「母職是母親的天性」要求女性為了家庭、為了小孩而無償勞動，然而女性並非天生就該落入這個位置，是基於性別的意識形態(ideology of gender)才讓女性被建構成特定的形象，因此女性主義社會學觀點有助於分析過動兒母親的決策，是如何回應父權社會的壓迫。

第四種文獻是醫療社會學處理醫用關係與醫用者的行動類型，台灣已有不少文獻對於台灣特殊的複向求醫行為與醫用關係進行分析，此類文獻所提供的概念駁斥醫界常見的欠缺模型論述，並凸顯醫用者的知識與行動複雜度，有助於更細緻的分析過動兒的家長如何決策醫療方式。

---

<sup>6</sup> 隨著醫學的發展，ADHD 的病因不斷轉變，從人格缺陷->腦部損傷->輕微腦功能失調->遺傳基因致病說。醫界認為這完全是出於醫學的進步，但卻忽略其他場域的貢獻。



## (一) 注意力不足缺失過動症與醫療化

精神醫學界認為最早的過動症紀錄是 Sir George Still 在 1902 年的演講。Sir George Still 是一名英國的小兒科醫生，他曾經這樣描述過一些兒童：「兒童表現出臨時到永久的道德控制缺陷…，且他們的智力表現正常」(Still 1902 引自 Smith 2009)。Still 發現這些孩童智力表現與理解能力都與常人無異，因此他推斷一定存在著某種致病因，導致他們的行為缺乏自制力與道德感，這種意見其實反映了維多利亞後期對於兒童智力缺陷與行為上的缺陷的關注，此時開始認為缺陷者會成為整個社會的負擔，甚至精神病患對於社會秩序來說，還可能是個威脅 (Jackson,2009)，這種想法從 19 世紀中葉開始崛起，原來只是科學、醫學技術的進步，讓我們對人類的心理、生理狀況，有了新的認識與分類，然而這些範疇卻慢慢擴充到了教育體制，讓教育人員得以辨識出不適合這套體制的學生，原來應該是由教師負責開導的學生，現在卻被轉送到醫院成為病患等待治療。

社會學界將這種現象稱之為醫療化(medicalization)，醫療化是一個醫療領域逐漸擴大的過程，將以往不由醫療解決的問題，納入醫療控制的範疇中，例如過去生命的正常現象，像生產、老化或禿頭等；或是偏差行為，如酗酒、犯罪、同性戀等。醫療機構逐漸擴張，成為新的監控權威，判定行為正確或是正常的依據也由宗教或法律逐漸轉移到由醫院來認定。醫療化最為社會學者所詬病的一點，即是它忽視盤根錯節的社會結構，是社會問題的原因，必須進行全盤檢討改善才有改變的可能，醫療化卻給予大眾一個錯誤的幻想：只要服用一顆藥丸、動個手術、看個醫生，所有的問題皆可藥到「病」除。

Peter Conrad(1976)早於 70 年代中期，即探討過動症如何從孩童的偏差行被醫療專業建構為疾病，而不再是一個日常問題。二戰後的醫療專業逐漸成長為新的社會控制機構，它回應社會的需要，將行為偏差的孩童標籤為病患，並直接予以醫療矯正，而忽視造成偏差行為的結構性因素。後繼延續 Conrad 的研究為數

不少，稱過動症為社會學界最常研究的兒童醫療化案例並不為過。

Conrad(2000) 繼續對於 ADHD 醫療化的研究，他將精神醫學當成是醫療化的主要推手，並探討他們如何不斷擴充對於 ADHD 的界定，並將 ADHD 的領域從兒童精神疾病擴張到成人 ADHD。1970 年代 ADHD 還不算是一個疾病，當時也不叫 ADHD，只是一種腦部失調造成的過動反應(hyperkinetic reaction)，當時 The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-II (DSM-II)寫到過動行為是兒童專屬的症狀，進入青年期後通常會消失(outgrow)。但是接下來兩版的 DSM 卻增加注意力不集中這項症狀，重新將過動反應定位為疾病(Attention deficit hyperactivity disorder)，更進一步推論部分過動兒即便進入青年期也不會痊癒，大幅擴展了 ADHD 的判定範圍，此後過動症成為注意力不足過動症，無法適應社會步調的成年人也如社會化不完全的幼童一般被當作病人來對待。Conrad 特別強調醫療化的過程不應該被視為醫療帝國主義的擴張，而是整個社會氛圍共同架構而成，事實上常民團體為此出的力遠比藥廠、醫學協會還要更加積極。<sup>7</sup>因為，病理化也可能免除自己的社會責任。我的工作效率低落，並不是我偷懶不努力，而是因為我有注意力缺失過動症。若是成人 ADHD 獲得官方認可，部分人為效率不彰的情況即有可能不會受罰，甚至額外獲得醫療資源。給予標籤這一行為，同時也是在免除父母與老師的教育責任，很多家長都經歷過一段不短的挫折期，他們帶著孩子換過一間又一間的學校，找了一個又一個的專家，經歷過無數次的相互譴責，浪費了可觀的金錢、時間與耐性，才終於找到一個簡單的名詞來形容自己的小孩，注意力缺乏過動症。病理化的標籤代表一個中性名詞，小孩學習效果不好，用不著譴責任何人，也沒有人需要為此負責，只要接受治療就好。同時，獲得主流醫界的認可，也就意謂著家長與老師得到專業權威的支持，得以向政府要求更多政治與經濟上的扶助。

相較於 Conrad 早期將精神科醫學當作是 ADHD 醫療化的主要推手，

---

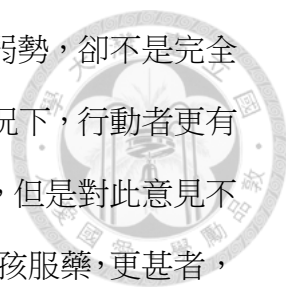
<sup>7</sup> 1990 年，美國的過動症父母倡議團體向國會要求正式認可，承認 ADHD 為一種殘障狀況，並依照聯邦法律給予其接受特殊教育的資格。



Rafalovich(2004)指出醫界其他領域所扮演的重要角色。醫學觀點預設了過動兒是一種病態、不利於社會秩序的症狀，但 Rafalovich 認為過動症是特殊社會情境底下由醫療系統生產出的一種病症，而未必真的如醫界所言有它獨特的病原存在，實際上 ADHD 的發展史應是由小兒科、精神醫學、心理學、營養學、兒童教育學以及整個社會氛圍互相競逐話語權卻又共同編織出何謂”過動兒”，而非醫界主張的單一線性進步史觀。Rafalovich 的研究觀點，有助於我們了解醫界內部的異質性，而且若是單單依循主流醫界的觀點，而忽略了外在社會條件，就無法理解為何明明是過敏學醫師的 Feingold 會遭受醫界的抨擊，同時卻又受到大眾熱切歡迎。

一些社會學研究也提出了界定或是著重於 ADHD 的社會脈絡，Nick Hart 等人(2006)以社會學角度解讀，為何罹患過動症的男孩遠比女孩要多。70 年代的統計資料顯示，罹患過動症的性別比率為 10:1，美國醫學協會(American Medical Association ,AMA)並沒有給予這個現象一個明確的解釋，畢竟他們連過動症的成因究竟為何也還搞不清楚，更不可能解釋進一步的現象。過動兒反映的其實是社會化的問題，小孩在不該站起來的時候站起來，不該發出聲音的時候出聲，也就是孩童沒有表現出該年齡應有的社會禮儀，學校教授的不光是知識，也包括適當的社會行為、公共秩序等隱藏課程(hidden agenda)。70 年代女童的就學數才逐漸趕上男童，對於當時女孩的成就期望普遍不高，研究裡歸因於社會性別分工，女童比起男童較早學習到人際關係的處事應對，雖然成人對女童保持較低的成就期望，但對於表現的適當得體、言行舉止的要求卻遠遠多於男童，因此進入正規教育體系以後，女童較能適應所謂的合群、教室秩序等社會規範，才會造成男童 ADHD 患者數遠大於女童。

以上這些針對醫療化與專業宰制進行批判的文獻，他們專注於病患的劣勢結構處境，並強調醫療專業藉由建構與定義疾病來達到社會控制。然而，他們卻缺少觀察行動者的行動經驗與歷程，幾乎完全專注於描繪在宏觀的醫療結構下，處



於弱勢的病患如何被分類、被控管，但實際上行動者雖然處於弱勢，卻不是完全喪失能動性，尤其是在生物醫學模型無法解釋過動症病因的情況下，行動者更有可能向其他醫療體系求助，即使學校老師建議家長帶小孩就醫，但是對此意見不予採納的家長比比皆是，甚至就醫之後，家長也不見得願意讓小孩服藥，更甚者，我們還可以看到很多家長採行目前依然未被主流醫界肯定的飲食控制，來緩和小孩過動的症狀，顯然生物醫學的醫療觀，並不是台灣民眾面對疾病問題的唯一解法。何謂過動？需不需要服藥？台灣家長有著自己的考量與判斷標準。面對這個現象，「運籌行動」能夠幫助我們更細緻的描繪過動兒的父母，在面對諸多不確定的療法爭議時，如何進行醫療決策。

## (二) 替代療法

要理解過動症的飲食療法為何不被主流醫界接受，我們得先了解何為替代療法，以及社會學如何解釋療法爭議。

替代療法的出現，常被視為是反醫療化的行動。現代醫學自詡為常規醫療（Conventional Medicine）或正統醫療（Orthodox Medicine），與此相對，尚未被納入現代醫學體系，無論是醫學院裡的知識傳授或是一般醫院的臨床實踐的療法，即被稱為非常規醫療（Unconventional Medicine）或非正統醫療（Unorthodox Medicine），有時又稱替代醫療(Complementary and Alternative Medicine CAM)，但是批評者認為，這種稱呼方式只是欺騙的委婉說法而已，替代、補充或整合，都意味著以生物醫學作為標準與正統，在知識的階層上是等而下之的，CAM 支持者更傾向去強調文化上以及醫療體系上的差異。

主要的 CAM 系統有許多共同的特點，包括著重於個體化的差異，給予不同的治療，而非一套放諸四海皆準的標準流程、將人視為一個整體，而非眾多相互分工的器官集合、強調自我保健和自我療癒，排斥侵入性手術、化學藥物或物理

治療、認識到精神本質與生理情況的相互作用。

在 ADHD 案例的分析中，替代療法是由美國過敏治療師 Benjamin Franklin Feingold 所提出的凡固得療法(Feingold diet)。歷史學已有相關著作回顧這一段 ADHD 療法爭議史(Smith,2009)，該論文先簡述了過動症的演變歷史，並彰顯出醫界採用線性史觀的不合理之處。再將凡固得療法的爭議置於大眾恐懼人工添加物的社會脈絡之中，超越了單純醫學與非醫學的辯論。

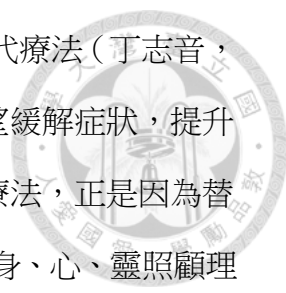
1975 年，Feingold 以飲食療法治療病人時發現了意料之外的效果，杜絕人工添加物的食品不但改善病人的過敏現象，還讓她衝動易怒的性格消失無蹤。幾經實驗以後，Feingold 發表了他的研究報告：過動症的盛行與人工添加物(人工色素、防腐劑)的氾濫有正相關，該研究指出採用 Feingold diet 治療以後，60%的過動兒症狀獲得改善(Feingold,1975)。但是當時美國醫界的反應非常詭異，JAMA(the Journal of the American Medical Association)、Western Journal of Medicine、BMJ(British Medical Journal)等期刊邀請他四處演講，但是卻又一直退他的稿，說什麼都不肯刊登他的研究，在這種情況之下 Feingold 只好直接訴諸大眾，他開始接受大眾媒體的邀約，大力宣傳他的療法，並受到熱烈的支持與愛戴，但這一舉動卻又觸怒醫學協會，協會認為這項假說還未經過可靠的科學實驗檢證，怎麼可以輕率地向社會大眾發表。

Feingold 的療法無法獲得正規的學術權威認可，不過卻受到一般大眾熱烈歡迎，Smith 認為這是受到時代氛圍的影響，二次世界大戰以後，食品化學工業的崛起，讓一般大眾能以便宜的價格，取得比以往要更美味也更耐放的食物，但是 20 世紀下半葉發生的兩個關鍵事件，讓民眾從此對食品添加劑心懷恐懼，一個是 1958 年國會通過德萊尼條款(Delaney clause)<sup>8</sup>，另一個是 1962 年出版的《寂靜的春天》(Silent Spring)。

---

<sup>8</sup> Delaney clause 是美國 1958 年通過的修正條款，內容為「食品和藥物管理局局長不得批准在食品中使用任何有可能致癌的化學添加劑。」"the Secretary of the Food and Drug Administration shall not approve for use in food any chemical additive found to induce cancer in man, or, after tests, found to induce cancer in animals."





替代療法在台灣相當的普及，有七成以上的民眾曾使用替代療法（丁志音，2003），且許多民眾都將替代療法與西醫合併使用，主要是希望緩解症狀，提升生活品質（蔡甫昌、黃獻樑、陳彥元，2007）。人們選擇替代療法，正是因為替代療法重視人內在和諧及健康的提升，強調以人為中心的全人身、心、靈照顧理念，且與病人有較多元的互動，會注意到根本原因或病人的擔憂（蔡甫昌等，2007），而這恰恰正是採取科層制組織、以注重效率為主的現代醫院所缺乏的特質。另一方面，西方醫學與台灣傳統的醫學療法不盡相同，目前生物醫學體系的醫生都提倡服用中樞神經興奮劑來治療過動症：

目前正統治療方式包括藥物及行為治療。藥物治療對孩子的核心症狀（注意力不足、過動、衝動）皆有明顯治療效果，行為治療則需家庭及學校教育的配合，幫助孩子調整行為，養成好習慣。而藥物合併行為治療是最有效的治療方式，以藥物控制症狀，再協助加強孩子的行為及學習。

（ADHD 衛教資訊網<sup>9</sup>）

西方醫療體系建立了一套以特定科學觀為根據的系統，所謂的醫療壟斷，包括知識生產的壟斷、專業認證的壟斷、教育體系的壟斷。並以此打壓其他不同科學觀的醫療體系；例如癌症的替代療法在 90 年代前就曾遭到打壓。

Hess 認為對疾病的定義將限制醫療手段的發展性，例如，癌症被定義為不良增生的細胞，與這項定義緊密連結的療法就是消除癌細胞，不論是用手術切除、用放射線還是用化學藥劑消除，都是同一個知識框架裡運作，而採用飲食療法改善體質、訴諸自體免疫、甚至主張與癌共存的替代療法，則不屬於這一框架，因而不被醫界接受（Hess,1999）。這不光只是不同的醫學知識互相競爭，背後還牽涉到龐大的利益，若是新的癌症病源學得以建立，勢必會動搖現有醫學權威的地

---

<sup>9</sup> [http://www.adhd.club.tw/qa/qa\\_2.asp](http://www.adhd.club.tw/qa/qa_2.asp) 摘錄日期 2012.06

位、分食製藥工業的商機。另一方面，替代療法的主張也常會得罪食品產業跟工業污染源，像是指出「從環境因子預防癌症，比開發新藥治療癌症來的有效」，許多污染工業就非常不樂見此項主張，若是這意見被廣泛接納，工廠防止汙染外泄、淨化設備、工人工作環境的成本都會大幅提高。「進食某些食物產品，提高致癌風險」的宣稱也很容易遭到相關食品工業的抗議、打壓甚至是吃上官司 (Hess,1999) 。

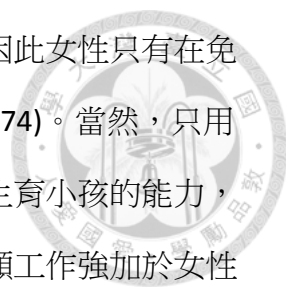
而部分替代療法的療程卻又難以標準化，必須因人而異、因地制宜的為每位病患打造專屬療程，這樣不利於形成專利，業界也就對替代療法興致缺缺，缺乏商業組織的資金挹注，又得不到主流醫界重視，缺乏資金與設備的情況下，替代療法組織難以進行較嚴謹的實驗，例如人體實驗，只好轉向較便宜的研究，像是個案探討或動物實驗，但是廉價的實驗，自然只做的出便宜的成果，這些研究結果通常都是缺乏足夠信度與效度，無法當作有力的科學證據，這樣的證據更難以取信大眾或跟主流醫學抗衡(Carter,1993;Lisa,1994) 。

## (二) 女性主義觀點的母職體制

在今天的台灣社會裡依然有不少人相信，做為一個母親是女性的天職<sup>10</sup>，這種將母親腳色視為女性天職的觀念，形塑了一般人對於母職的想法，彷彿這是一個「能夠滿足她們情感需求」的天職 (Abbott&Wallace 1996) ，但是理想與現實中的母職有著很大的差異，從事母職是一件極為辛苦的工作，兒童無時無刻都需要照顧與注意，過動兒的照料，更需要額外應付教育場域排山倒海而來的問題，母親無法休息、無從換手、不論是在情感上還是肉體上的勞動都沒有一刻能停歇。對於基進女性主義者而言，女人遭受男人剝削的緣故就是因為女性能夠生小孩，


---

<sup>10</sup> 根據台灣變遷基本調查第六期第二次調查報告顯示(2012)，「丈夫的責任就是賺錢，妻子的責任就是照顧家庭。」總計 45%的受訪者同意這種說法。「如果母親外出工作，對還沒上小學的小孩比較不好。」則有 57.9%的受訪者同意這項說法。



這個生理事實使女性處與弱勢，必須接受男性的保護與控制，因此女性只有在免於生殖(reproduction)的時候，才能擺脫男性的支配(Firestone 1974)。當然，只用生理因素並不足以解釋所有女性受到壓迫的境況，實際上女性生育小孩的能力，應該跟作為照顧者的性別角色有所區隔，男性能夠單方面將照顧工作強加於女性身上，正是父權體制運作的結果。女性主義者也主張，在父權觀點下所發展的科學技術並不是站在女性的角度思考，它只會複製既有的價值，對女性做出更多的壓迫，Harding 首先批評自稱「客觀中立」的科學，其實不過是以十七世紀布爾喬亞白人男性觀點為中心所發展出來的「自然科學」，這種科學觀只會反映出這個優勢社群感興趣的議題，對於其他積極、種族、性別所關注的議題視若無睹，因此充其量只能稱其為弱客觀，因此她提倡以女性主義立場論(standpoint)來建構強客觀性的理論與方法論，也就是從弱勢族群的生命經驗與社會文化出發，重新建構一個去中心化的知識版圖。

當我們談到科技物時，一般人腦中浮現的可能會是電腦、太空梭或是 3C 產品，反而不會有人提到在整個家庭網絡中扮演關鍵腳色的家電產品，就連科學家在寫科技史時也不會特別予以關注，因為與女性相連的技術物與知識總是不被這個社會所看重。Cowan 就指出 20 世紀前半期，美國社會出現了各式各樣的家電產品，洗衣機、熨斗、吸塵器、烤箱、電爐、冰箱，這些方便的家電並沒有讓女性的家務勞動有所減少，即使家事變得簡易，只要按幾個鈕人人都能做，但這些勞動還是得由女性來負責，反而是社會開始提高「好媽媽」的標準，除了全家人吃飽穿暖之外，現代的母親有更多的事項必須操心，例如小孩的發展狀況與營養均衡，正如在過動症的案例中我們可以看到，母親除了把小孩養大之外，還必須提心吊膽的不斷比對學校老師的說詞與自己的經驗，檢視自己的孩子到底只活潑還是過動，父親同樣受限於父權體制，導致他無法在養育小孩上花費太多的精力與時間，也接觸不到令媽媽焦慮莫名的警訊，因此父親多半抱持著「順其自然」的想法，殊不知母親必須帶孩子看過一家又一家的醫院，一個又一個的專家，才




能稍微了解這個謎題。若小孩被確診為過動兒，母親也不能簡單用藥物打發，反而得在準備日常飲食時，注意營養均不均衡，會不會導致小孩腦部發育較慢，甚至是大費苦心與整個資本主義體系下的飲食工業對抗，獨力烹煮出不含添加劑、過敏原、同時富含營養又美味的餐點供小孩享用。當代中產階級都深陷於「密集式母職」(intensive motherhood) 的意識型態之中，他們深信：只有孩子的母親才是對孩子唯一最好的照顧者(Nelson 1994)。這種觀點忽視了歷史上不同的社會文化曾經出現過各種不同形式母職的事實，甚至現代社會中，不同階級的母職形式也大相逕庭，母職其實是由社會所建構的，母職經驗同樣是社會所形塑的，因此，家庭的社會條件、女性自身的經濟狀況都會影響到她選擇扮演母親的方式，進而影響到她如何抉擇過動症療法，即使是處於同一階級的母親，也可能有著全然不同的母職經驗，藉由描繪這多樣的生命歷程，可防止只有主流的知識與技術才具備能見度。

#### (四) 醫用者的行動類型

針對醫用者(病患)行動模式所做的分類概念，就不能不提順從、偷渡、發聲與出走(吳嘉苓、黃于玲 2002)。該文分析台灣醫用者在醫療方式遭到壟斷時，若對於現行醫療體系不滿意，多半會採取「逛醫院」的出走模式，如果連逛醫院也無法解決問題時，「自創品牌」也會是醫用者的選項，在居家分娩的案例裡就可以看出行動者展現其主體能動性，而非完全受制於結構，在過動症的例子裡，採用飲食療法的家長也有著相似的出走模式，當行動者在接觸主流醫學體系過程中所產生的不滿無法透過發聲來獲得回應時，部分擁有足夠資源的行動者，就可能蒐集資訊或是透過相關網絡挑戰專業權威，並形成屬於自己個人化的醫療方式。

如前所述，過動症不只是不同醫療體系互相爭奪論述權力，它同時還涉及教



育場域與家庭內部性別分工之議題，家長除了要面對精神醫學獨佔過動症的論述權力，並思考行動策略以外，她還必須與教育場域協調、監督孩童的情況、規劃醫療相關事項、組織各種資源....等，曾凡慈(2010)使用運籌行動(logistic action)來概念化家長複雜又具備高度技能的行動，並進一步分析家長如何介入專家系統的工作流程，最終形構出個人化的照護軌跡，運籌行動超越了過往以心理調適解釋照護者的行動策略，聚焦於制度脈絡的連結，以及個別家長在運籌行動的過程中，如何運用文化資本與社會資本統合分散各場域的資源，替小孩找出一條最佳的解決之道，成功的描繪出缺乏專業知識的常民如何藉由自己第一手的照護經驗，生產出更勝於專業權威的個人化知識。

本研究主要的分析對象為採取出走行動的飲食療法使用者，與該文的取徑不同，飲食療法使用者雖然在訊息工作(information work)方面與其他行動者得到了一樣的資訊，但是他們對於過動症的認知卻與其他行動者不同，順從與偷渡的家長將過動症視為疾病與障礙，必須不斷進行連結工作(articulation work)協調各種專業權威，才能找出個人化最適合孩童的療育策略，但出走的行動者在認知上並不認為過動症是疾患，而是個人特質，孩童需要的是特殊的養育方式而非專業機構的醫療與矯正。即使順從與偷渡的行動者尋求醫療機構的協助，過動症還是可能被家庭成員認定為教養問題，並歸責在母親身上，因此本研究的連結工作主要指涉母親在私領域的協商與溝通，而非組織公領域的專家資源。

## 小結

目前的 ADHD 研究多半是從醫療化的角度切入，而採取醫療化角度的研究，又多是解析醫療結構對於社會生活的介入與監控，對於行動者的能動性卻少有著墨。本研究希望能描繪家長們在面對眾說紛紜的醫學論述時，有哪些結構性因素影響家長們的決定。第四章會介紹在台灣家長最常接觸的幾種療法，以及它們各

自對家長提出的醫學建議與醫用關係。第五章則是使用順從、特製調配與出走來概念化不同醫用者的行動類型，並分析行動者遭遇到的結構性困境與採取不同選擇的原因，第六章會藉由運籌行動中的訊息工作(**information work**)、連結工作(**articulation work**)以及身體工作(**body work**)來分析家庭內的性別分工，與母親的能動性對於療法抉擇的影響。

### 第三章、研究方法



#### (一) 研究設計

本研究希望能從過動兒母親的角度來分析常民如何評價科學知識，以及影響家長採取不同醫療方式<sup>11</sup>的原因，重點不在於驗證某種假設，而在於探索特定的生活經驗。常民與專家兩者產生交集之時，若是常民不採納專家的建議，通常都會被形塑成缺乏理性、缺乏知識的形象，然而專家強力宣導的建議(例如：藥物治療)，看在常民眼中，未必如他們宣稱的一般有效，且民眾也不是只考慮療效，常民要權衡利害得失的情境更為複雜，文化、家庭關係、母職認同、性別角色分工等社會條件都會影響他們的決斷，因此排除單元中心觀點的女性主義立場論(standpoint)會是比較適合的研究取徑。

要了解多重脈絡下過動兒母親主觀的照顧經驗與就醫歷程，以及她們在家裡進行飲食療法的隱微知識，質性研究法比起量化研究要來得更適合，因此對過動兒家長進行的深度訪談，會是本研究進行的主要方式。除此之外，網際網路現在可說是家長最重要的資訊來源之一，對於網路育兒論壇、過動症相關討論區的文本分析，能夠增進我們對於家長行動的了解，例如家長如何收集資訊、收集那些資訊、如何跟其他家長交換意見...等。同時，會在網路上分享資訊的不光只有家長，醫療專家也是網路上重要的行動者，對專家所提出的論述進行分析比較，可以理解不同醫療體系對彼此的看法，也能藉次勾勒出行動者對這些醫療體系的印象，並找出醫療權威遭到質疑或信賴的關鍵。除了網路論壇，參加以過動症、ADHD為題目的衛教資訊講座進行田野觀察，一方面可了解醫生想要強調的資訊，另一方面也能了解家長關心的重點，再於田野中尋找訪談對象，約其進行深度訪談，而後以滾雪球抽樣法，以「醫療化」、「風險感知與控管」、「飲食療法」、「母職」

---

<sup>11</sup>本研究的「醫療方式」除了目前受到台灣醫界普遍認可的藥物治療與行為治療，尚包括替代療法，如飲食療法、補充營養品、中醫療法...等。

為主要概念進行轉錄(coding)，藉由一次次的訪談與轉錄，逐步細緻概念。



## (二) 資料來源

(1) 網路文本：由過動兒家長親自撰寫的照護文本<sup>12</sup>。部落格的興起讓家長，特別是女性得以記錄自己照護的點點滴滴，並與他人分享各種資訊，以及生命經驗。文本內容豐富，包含成長經驗、日常生活情況以及就醫經驗，由家長親自撰寫的文本與訪談所得的資料各有優點，然而經過思考反芻而書寫出的文本，應比日後的訪談更接近當時的思維邏輯。個人部落格還可看出家長平時會注意哪些資訊<sup>13</sup>、受到那些專家影響。也有些公共論壇、討論區具有很多過往的即時討論紀錄、Q&A 與醫師的建議，這也有助於我們理解家長遭遇到的問題，以及醫師會給予的回應。

(2) 參與觀察：一個田野為網路討論區<sup>14</sup>，觀察家長會問些什麼問題，而其他家長又會給予什麼回應，尤其是就醫諮詢與用藥困擾。另一個則是參與相關機構主辦的衛教資訊演講，觀察醫師對於過動症的詮釋，以及家長在 Q&A 時間中會提出哪些問題，了解醫師與家長的認知和關注的焦點是否有所不同。

(3) 訪談資料：除了網路文本的分析以外，照護者的深度訪談是最主要的研究資料來源。訪談對象只要是過動兒的家長，即便小孩已長大亦可，也不限制在

---

<sup>12</sup> 犁人(careadhd)的分享園地、過動兒小米書稿、風動草 ADHD 資訊網。以上部落格作者為同一人，該母親的小孩為過動兒。部落格裡有超過五十篇的成長紀錄，現在她的小孩雖然已經長大，但還是致力於在網路上、報紙上發表相關文章為過動兒發聲。

<sup>13</sup> 點亮過動兒謎樣的歲月(<http://mypaper.pchome.com.tw/bty/>)。版主自己的孩子也是過動兒，除了成長經歷與照護經驗以外，她還大量蒐集有關過動症各種療法的資訊。

<sup>14</sup> babyhome 寶貝家庭親子網 <http://www.babyhome.com.tw/>。國內最大的育兒論壇，附給每位會員個人部落格，供其書寫育兒日記。在討論區以「過動」作為關鍵字搜尋，可得出超過兩百筆的相關討論，有些討論的回應次數多達一百次。



採取那一種治療策略上，而是希望能夠包含各種策略的使用者，並以此建構出一個飲食療法實作的光譜。受訪者來源以便利抽樣與滾雪球抽樣為主。



- (4) 專業論述：針對 ADHD 成因的研究論文、醫療文獻、國外關於療法爭議的文獻會是主要蒐集對象。台灣本地則由以西藥治療為主的主流醫界網站，例如：由精神科與兒童精神科醫師設立的網站，例如 ADHD 衛教資訊網<sup>15</sup>，以及支持替代療法的醫師的個人網站，或是提倡自然療法的診所，像是王群光自然診所<sup>16</sup>、鄭醫師<sup>17</sup>與 Oliver 薛醫師<sup>18</sup>的個人部落格，以此作為療法爭議的對比。

有別於常民的觀察，具備醫學背景與專業知識的醫師們，透過自己行醫的經驗，走向一條不同於當前主流醫界的道路，這些醫師與家長的互動跟主流醫師有何不同？而這些不同又是否影響到家長的信任？實際上，這些網站也是家長們(不論採不採用飲食療法)的主要資訊來源之一，常可看到家長引用醫師的文章，或是轉貼相關內容到自己的部落格上。

- (5) 民間組織文獻：包括基金會<sup>19</sup>的組織章程、出版刊物、網站內容、活動紀錄。
- (6) 既有研究成果：其他相關研究者所發表的論文。
- (7) 官方檔案：各部門相關統計資料。如台灣主計部的家務勞動資料、美國疾病預防控制中心(Centers for Disease Control and Prevention)<sup>20</sup>與凡固得協會(Feingold Association)的網站<sup>21</sup>。

---

<sup>15</sup> <http://www.adhd.club.tw/>

<sup>16</sup> <http://www.ckwang.com.tw/>

<sup>17</sup> <http://tw.myblog.yahoo.com/delightdetox>

<sup>18</sup> <http://tw.myblog.yahoo.com/oliver-article>

<sup>19</sup> 社團法人台灣赤子心過動症協會 <http://www.adhd.org.tw/>。是一個關心過動兒的基金會，提供家長、教師及一般社會大眾關於 ADHD 的正確觀念與扶育策略，同時也在全省各地舉辦很多相關活動與演講。該協會有招募志工，是未來可能進入的田野之一。

<sup>20</sup> <http://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/data.html>

<sup>21</sup> <http://www.feingold.org/>



### (三) 研究對象

本研究共計訪談十二位受訪者，本研究的研究對象為過動兒的母親，為了比較行動者選擇不同療法的考量以及社會條件差異可能對療法選擇造成的影響，研究設計並不限於使用特定療法的受訪者，而是盡量保持療法的多樣性，然而根據研究顯示，過動症的盛行率存在地區差異，且台灣的醫療資源、教育資源也存在著巨大的城鄉差距，本研究受限於時間與資源，目前只能就台北市與新北市的受訪者進行訪談，未來可更進一步進行城鄉就醫與就學經驗的對比。此外，中學生的親子關係、師生關係與小學生有著一定程度的差異，同時中學生也比小學生對於自己的生活掌握了更多的自主權，為了確保母親作為過動症風險網絡的決策核心，本研究只針對小孩尚未念國中的母親作為訪談對象。

表一 訪談個案之親子資料

稱謂	年齡	教育程度	職業	子女數	居住	小孩性別 年齡 排行	就學狀況	確診時間	使用過藥物	使用過的非藥物療法	進行過飲食控制
小雲媽媽	34-39	大學	執行助理	1	新北市	男 7 老大	小二	5 歲	✓	行為治療。	X
小宏媽媽	34-39	大學	會計	1	台北市	男 10 獨子	小四	4 歲	✓	行為治療。	X
David 媽媽	34-39	碩士	專欄撰寫	2	台北市	男 7 老大	小二	小一 6 歲	✓	中醫、 飲食療法。	✓
柏凱媽媽	40-44	大專	自營(小吃店)	2	新北市	男 12 老大	小六	小二 7 歲	✓	感覺統合。 (無效)	X
小奇媽媽	34-39	大學	家管	1	新北市	男 11 獨子	小五	小三 8 歲	✓	感覺統合、 行為治療。	X
寶貝	30-34	大學	家管	1	新北市	男 5	幼稚	4 歲	X	行為治療。	✓

媽媽						獨子	園				
小飛 媽媽	40-44	高中	家管	2	新北市	男 8 老二	小三	5 歲	✓	行為治療、 感覺統合。	X
星辰 媽媽	40-44	大專	家管	1	台北市	男 11 獨子	小五	小一 6 歲	✓	行為治療、 中醫。	✓
小胖子 媽媽	45-49	大學	家管	2	新北市	男 12 老大	小六	小三 8 歲	✓	飲食療法， 營養補充。	✓
小熊 媽媽	35-39	大學	公務員	1	新北市	男 6 獨子	小一	5 歲	X	飲食療法	✓
EVA 媽媽	35-39	高職	理髮師	2	新北市	女 10 老大	小四	小三 8 歲	X	中醫， 行為治療。	✓
小偉 媽媽	40-44	高中	企劃	2	台北市	男 8 老二	小三	小一 6 歲	✓	行為療法、 感覺統合。	X

## 第四章 台灣現行治療方法與醫用模式比較



要治療一種疾病，除了辨識病徵之外，更要找出病因，如此才有可能對症下藥將之根除。過動症是否能被稱為疾病的曖昧之處就在於，生物醫學體系至今沒有明確的說法能解釋過動症的成因，醫生們提出很多可能的致病因，但卻都無法在患者身上得到驗證，實際上，對比於其他醫療體系所提出的治療方法，服用藥物即便成效顯著，充其量也只能稱得上是「控制手段」而非治療。

追溯過動症的醫療發展史即可看出醫療論述介入社會生活的進程，以及生物醫學與腦神經科學的醫療方式，未必有如他們所宣稱的科學，這也造成部分家長的焦慮與不信任，取而代之的轉向其他醫療體系求援。治療/控制過動症的方法，除了主流生物醫學所採用的藥物治療之外，還存在著其他各式療法，這些醫療手段的不同，象徵著背後醫療觀念的不同，簡而言之，這取決於不同的專家如何解釋過動症的成因，然而在台灣，精神醫學一定程度上壟斷了關於過動症的論述，只有精神科能開過動症的診斷證明，政府機構也只承認精神科的診斷，你想申請補助、想向學校申請特教資源、想掛復健科做職能治療，他們都會要求你先獲得精神科的診斷證明。肇因於此，家長接觸頻率最高的論述，正是精神科對於過動症的解釋，然而其他醫療體系對於過動症的解釋，並不是像精神醫學所說的是偏方或完全無效，可能造成注意力缺失與過動的原因非常多元，一味的以精神科藥物刺激中樞神經雖然能讓兒童的行為表現恢復「正常」，卻未必是對症下藥。

本章將依據精神醫學的評價依序介紹在台灣家長能夠選擇的醫療方式，首先是被精神醫學大力推荐的藥物療法與行為治療，然後是精神醫學認為只有部分療效的感覺統合，最後則是被斥為迷思的飲食療法與完全不同體系的中醫。



## (一) 生物醫療體系

### 4.1.1 精神科與藥物治療

「注意力不足過動症」在台灣最早為民眾所知是在 1983 年的一篇報導，由兒童精神科醫師介紹給台灣民眾，當時尚不清楚病因，只是提醒家長過於好動的孩子，很可能影響日後智能發展並產生學習、適應的障礙。台灣大學醫學院精神科教授徐澄清就在該篇報導中列舉三種常用療法：藥物、心理、行為，徐澄清認為藥物的療效最高且最不費力。直到今日，藥物治療依然是精神科醫師的首選。

藥物治療目前以 Ritalin 為最被廣泛使用。可使近八成的過動兒活動度降低，注意力提高，衝動控制改善，功課明顯變好。其副作用是會抑制食慾對生長有一點影響。 (台灣醫療網)

所有療法中，最有效的還是藥物的輔助性治療，…。單純的心理治療有其效果，但配合藥物輔助治療更能收事半功倍的效果。

(ADHD 衛教資訊網<sup>22</sup>)

孩子若有注意力不足過動的問題，應盡快至兒童心智或精神專科就診，通常以藥物治療，配合正確的輔導教學，即可達到最好的療效。

(高淑芬，台大醫院精神部醫師)

過動症孩子最好持續服藥 2 至 3 年，等行為已有明顯改善，並形成良性循環時，即可停藥。(葉啟斌，三軍總醫院兒童青少年精神科主任)

<sup>22</sup> [http://www.adhd.club.tw/qa/qa\\_3.asp](http://www.adhd.club.tw/qa/qa_3.asp) 摘錄日期 2012.06



我們還可以找到更多關於藥物療法的正面性評論，但是過動症並非一開始就是一種需要治療的疾病，它的名稱曾經經過多次改動，症狀、診斷方法也因時而異。在 1950 年代之前，並沒有多少人聽過過動症(hyperactive)這個字眼，更不會被醫生診斷出過動症，因為在這之前，醫界尚未發展出這項概念，不過醫界的文獻卻認為過動症一直都客觀存在，至少可以被追溯至 19 世紀中葉，醫界甚至認為歷史上的一些名人們都可能患有有過動症:拜倫、莫札特、邱吉爾(Keller,2000)。Smith 稱 1950 之前的這段時間，為過動症的史前時代(prehistory)，因為此時尚未有確定的醫學證據，能夠明確定義何謂過動症，但已有著類似今日過動症症狀的患者出現。

精神醫學認為最早在醫學脈絡下談論到過動症的是 Sir George Still 在 1902 年的演講，但是心理醫生們則認為 Thomas Clouston 於 1899 年所留下的一些紀錄才是過動症最早的醫學紀錄，他記錄了三名”病態的神經敏感孩童”，他用過度興奮、過度敏感、不停的活動…等詞彙來形容他們的情況。Clouston 與後來的紀錄者，還有一些關鍵差異，1.他認為這種症狀只會持續幾個月到一年，後來我們知道，這種情況可能是永久的，最少都會持續整個青春期；2. Clouston 認為女孩較容易出現這種症狀，實際上正好相反。(Still,1902)即便有這些些微的差異，Clouston 對這些幼童的治療方式卻非常貼近現代醫學療法：給予大劑量的化合鎮靜劑作為藥方，在幼童出現溴中毒的症狀之前 Clouston 都會持續開藥，他也可說是使用化合劑治療過動症孩童的第一人。

1910~1920 曾經流行過一種嗜睡型腦炎，感染者可能產生很多不同的症狀，包括嗜睡、發燒、頭痛、過度緊張、即便痊癒也會留下不少後遺症，例如暴力傾向，因此從 1920 年代開始，醫生認為過動症也是腦炎痊癒後所留下的一種後遺症，而這正好呼應了 Still 認為缺乏道德控制的行為是有病因的看法，Still 就曾經推測病因可能是腫瘤、腦膜炎或是腦部外傷，而腦炎後遺症的确立讓偏差行為與

腦神經病變的相關性大幅提升，此後，不斷有研究者提出關於腦部微小創傷所造成的偏差行為，心理問題在這一時期逐漸與腦神經醫學合流。

此時影響到過動症的另一個重要發展，就是對於精神疾病的治療方式。在美國羅德島的一家兒童精神病院 Emma Pendleton Bradley Home，這是全美國第一家專門為兒童開設的精神病醫院，他們率先申請用神經外科手術來治療精神疾病並獲得批准，但是這些外科治療一樣有後遺症，頭痛、噁心，Bradley 秉持著頭痛醫頭、腳痛醫腳的心態又繼續開出化學藥劑(苯甲胺)給這些兒童舒緩頭痛，即便如此，收容所卻認為服用化學藥劑以後的學生不論是在學習方面或是行為舉止方面都較原來進步。Bradley 發布在 *American Journal of Physics* 上的文章立刻對治療過動症注射了一劑強心針，考量到腦神經外科手術的不可回復性，多數醫生更傾向於開立藥物給孩童服用。

現代醫學在闡述開中樞神經刺激性藥物給孩童的歷史時，都會回溯到 Bradley，營造出服藥治療是一種行之有年的傳統，然而這其實並不是傳統，因為在 1930 年代過動症還沒有得到社會大眾廣泛關注，不會有家長單單因為自己的小孩靜不下來，而將他送進精神病院，Bradley 的病人都是還合併有多樣的症狀，例如幻聽、幻覺、自我傷害..等，這也是為何 1960 年代治療過動症時，並沒有使用傳統處方，因為根本不存在傳統處方，而是發明了新藥物利他能(Ritalin)。

史前時代對於過動的病因描述是：道德控制的缺乏、腦炎後遺症與腦部微小創傷，那現代的過動症概念是什麼時候出現的呢？根據 Feingold 的紀錄，1957 年 Maurice Laufer 與 Eric Denhoff、Gerald Solomons 一同發表了兩篇文章，這三人都在 Bradley 的收容所裡工作過，他們遵循 Bradley 的方法，用腦電圖(EEG)觀測病人，再開刺激性藥物以治療精神疾病，他們的研究與之前的研究者有著關鍵的不同：他們縮小了研究範圍，特別關注過動、注意力不集中、易怒、衝動等行為，之前的研究者幾乎將所有的兒童偏差行為都納入醫療範疇，但是 Laufer 等人只集中研究這些項目，奠定了現代注意力缺失過動症的概念，他們還為這症狀命名：

hyperkinetic impulse disorder，這也是過動症第一次有一個正式可供辨認的名稱。

在遺傳因子學說崛起後，腦部損傷學說就逐漸失去它的地位，現今主流醫學認為過動症是一種遺傳性的基因變異，而且也是一種一直存在於人類歷史上的病狀，但是這種看法卻忽略了社會情境的影響力，它無法解釋為何過動症在 20 世紀下半葉的美國才興起軒然大波。醫界在重新建構這段歷史時，採用了一種線性的醫學進步史觀，從病徵不明到腦部損傷，再到遺傳基因，過動症病原的一變再變，似乎情況是隨著醫學的進步而越來越清楚，但這種觀點只著重描述精神醫學的腳色而忽略了其他學科，與整個社會脈絡，實際上這段時期是小兒科、精神醫學、心理學、過敏學、營養學以及整個社會氛圍互相競逐卻又共同營造出何謂「過動症」(Rafalovich,2004)，即便時至今日，過動症的病因也尚未確定，不同學科之間還是有著各自的見解。

藥物治療的醫用相處模式，可以分為兩個方面進行分析，其一是診斷、其二才是治療。台灣只有精神科醫師能開設注意力缺失過動症診斷證明，家長必須按部就班先獲得精神科的診斷證明，才能轉診其他科別進行替代療法，然而精神科的診斷不見得能獲得家長的信任，精神科醫師在解釋過動症成因時，是採用腦神經外科的觀點，但是實際診斷時卻是倚賴醫師的專業與經驗，透過面談跟一些測驗，來判斷孩童的外顯行為是否達到過動症的標準。而為了增加判斷的準確性與情境性，醫師會另外發幾份評量問卷給家長、教師與其他家人進行填寫，這種診斷方式讓不少家長對於精神醫學診斷的客觀性產生疑慮，例如 David 媽媽就認為：

解說過動症成因時，她(醫生)會說這個東西跟一個多巴胺的分泌有關，聽起來很道理，可是診斷時卻完全不是這麼一回事。診斷時有一堆這種東西(表格)要填，很多張。但是都是主觀的，比如今天是我去填，那我對小孩吵鬧的容忍度比較大，那我可能都填不太嚴重不太嚴重，可



是今天如果是一個很嚴肅的阿公，同樣狀況，他一定通通都填非常嚴重  
非常嚴重。所以這種東西如果都是照顧者或填表人的主觀，其實會有點  
不科學。

(David 媽媽)

此外，引導-合作這種仰賴醫師個人經驗醫用相處模式，很容易隨著不同醫師而產生不同的診斷，造成家長無所適從，像是 babyhome 論壇裡一位家長的就診經驗：

之前有去和平醫院評估過，醫生和孩子面談、對談、遊戲約二十幾分鐘，斬釘截鐵地說孩子很正常。為了讓老師更相信，我們又預約了一家醫院，結果... 醫生只看了孩子一眼，連問他一個問題都沒有，就直接問家長孩子有什麼問題，從頭到尾都只有詢問家長孩子的近況，完全沒有和孩子面談，然後就發下一張評量表要我們填寫完後下周再繳回。而且醫生說下次繳交評量表的時候孩子不需要來，之後也不需要來了。兩位醫師都是博士級、教授級的，我也不清楚到底哪位醫師作法才對。

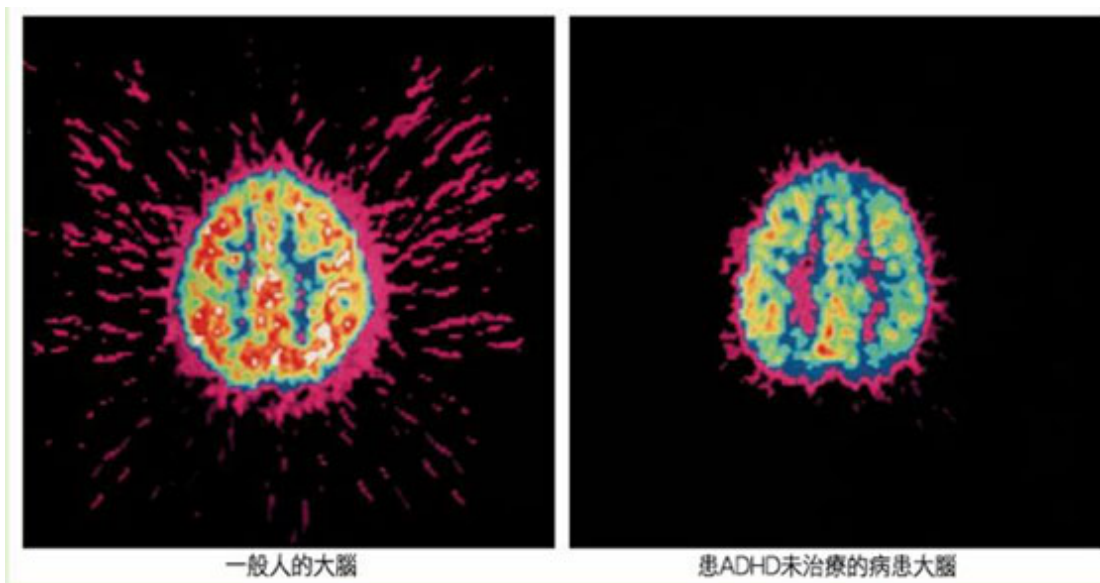
(babyhome 論壇 寶貝很乖)

家長會帶小孩去兒心/精神科看診，多半是迫於教養的壓力所做出的回應策略，因此很多家長都帶有「希望醫生能好好檢查，還小孩一個清白」的想法，但是精神醫學目前的診斷方式並不是抽血、腦部正子攝影、核磁共振等以生理機制為準的檢測方法，而是由促使家長來就醫的行動者，例如小孩的祖父母、保母與老師來填寫行為量表，再由醫生根據量表結果進行診斷，所謂的神經傳導物質不平衡，目前並沒有可靠的方式能加以檢測，只能由孩童的外顯行為進行推測。當醫師的診斷方式跟過動症成因的生理機制解釋有所斷裂時，家長如 David 媽媽對醫師的信任(trust)就會有所質疑。



許多因素可以影響腦部而造成 ADHD 症狀，重要的因素包括腦中特定化學物質不平衡、遺傳因素、以及曝露於某些物質中。如果腦中特定的兩種神經傳導物質不平衡，也就是正腎上腺素和多巴胺，就會造成 ADHD。(ADHD 衛教資訊網)

圖一 腦部斷層造影



出處：ADHD 衛教資訊網<sup>23</sup>

圖一左邊的白、紅、橘區域表示葡萄糖代謝活性較高，而右圖的代謝活性明顯較低，但是這種腦部掃描的檢測技術目前並未實際使用在過動症的診療上，有幾個原因：一、這種檢測技術本身的信效度尚不明確，因為過動症的成因紛雜，類型多樣，不是每一個過動症患者的腦部都具有葡萄糖代謝活性低的症狀，反之，即使今天患者腦部葡萄糖代謝活動較低，也不代表他就一定有過動症狀。二、醫界目前尚無法完全排除腦部斷層掃描的潛在風險，尤其過動症的患者大都是腦部持續發育中的學童，風險更是難以估計。

精神醫學界從腦神經科學觀點來解釋過動症成因，這種解釋方式提供了生理機制的病源基礎，消除了家長教養不力的污名，但如上所述，目前並沒有有效方

<sup>23</sup> [http://www.adhd.club.tw/qa/qa\\_1.asp](http://www.adhd.club.tw/qa/qa_1.asp) 摘錄日期 2012 06

法能驗證所謂的神經傳導物質不平衡，過動症可能是因為神經傳導物質不平衡造成，也可能不是，精神科醫師選擇以此作為病因，只是要營造出對症下藥的形象，因為用來治療過動症的派醋甲酯(Methylphenidate)<sup>24</sup>的作用機制正是促使腦內神經傳導物質多巴胺濃度提升。但是過動症的成因紛雜，每一個小孩表現出來的外顯症狀也不盡相同<sup>25</sup>，並不是每種症狀都適用派醋甲酯來進行治療，然而根據訪談資料與田野經驗，服藥是精神科醫師強力推薦的治療方式，當然醫師也會要求搭配行為治療與家庭教育，「不可能光靠藥物，但是搭配藥物進行治療的治癒率才是最高的。」家長不論是因為藥效不彰、藥物副作用或是其他原因而不想進行藥物治療時，醫師通常是以改變劑量與更換藥物來回應家長的要求，而缺乏其他選擇。精神醫學在治療方面的醫用相處模式是引導-合作(guidance-cooperation)，它預設了家長必須服從醫囑與醫師合作，這樣才能達到最佳療效，這種相處模式不著重醫用者的主體性，也缺乏家長參與、改變醫療行為的管道，因此很多家長在理念不合，或是對精神醫學失去信心的情況下，就會出走(exit)，尋求其他的可能性。

#### 4.1.2 行為治療

研究顯示，最好的 ADHD 治療方式是同時採用藥物和行為治療。有些孩子只要做行為治療反應就很好，不過對大部分的 ADHD 孩童來說，仍然以採藥物治療或同時採藥物與行為治療，反應最好。

(ADHD 衛教資訊網<sup>26</sup>)

在經過精神/心智科的評估之後，部分大醫院會建議家長除了藥物治療以外，合併進行行為治療，行為治療的邏輯是認為 ADHD 兒童「無法透過自我規範和行

<sup>24</sup> 派醋甲酯是一般常見用來治療過動症的利他能與專司達的主要成份。

<sup>25</sup> 注意力不集中、過動、衝動這三種主要傾向，在每個被診斷為過動症的小孩身上所佔的比例都不見得一樣，有些小孩可能是典型的以過動、衝動為主，但也有些孩子並不過動，而是以注意力不集中為主要症狀。(The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders，DSM-V)

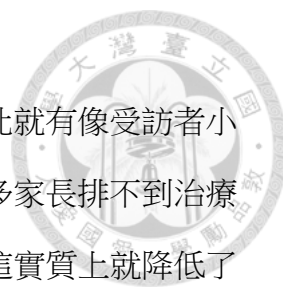
<sup>26</sup> [http://www.adhd.club.tw/qa/qa\\_4.asp](http://www.adhd.club.tw/qa/qa_4.asp) 摘錄日期 2012.06

為結果來管理自己行為的歷程」(Barkely,1990)，一般人能夠對於行為與後果進行因果連結，或是「使用內在語言來覆述之前的規範」等方式來自我控制，但 ADHD 患者卻缺乏這樣的方法，因此在自我控制上會出現困難。因此行為治療就是由心理醫師與孩童進行治療課程，藉由遊戲給予獎賞等方式，以及一些教學技巧來增強孩童的專注力、耐性與建立因果連結的能力，但是行為治療與其說是治療孩童，不如說是在教育家長如何更有效率的與過動兒相處。

我們上課的時候家長們就在教室後面看……因為主要是要讓家長學習如何有效的與孩童相處，不論是讀書、寫功課或是日常作息，過動症孩童都需要比別的小孩更多一點的技巧才能保持專注，我們的(治療)課程一個禮拜只上一堂，實際上小孩不可能從我們這裡獲得直接的改善，還是要靠家長自己在家裡循循善誘。(心理醫師小竹)

雖然行為治療對過動症的療效在國內外都受到醫學權威的肯定 (Barkley & Murphy,1999)，家長也偏好採取行為治療，然而受限於台灣的健保體制，行為治療反而是一般醫院很少會提供的治療方式。

健保局給付給心理師的點數比例很可笑，在地區醫院進行一次心理衡鑑約可跟健保局要到 1 千多塊，但要完成一定品質的心理衡鑑"至少"需 4 小時(含打報告)，所以在某些私立醫院的心理師為了衝業績 (或許是院方要求)，只好簡化、草率的進行衡鑑，講難聽點，衡鑑變成幫醫院賺錢的手段，而且很難賺!!另外大家猜猜健保局給付心理師心理治療一小時多少錢?答案是 300 多塊，比家教還不如，這可怕的數值不管是對病人，或是對臨床心理師這個專業都有相當不好的影響，醫院常轉介衡鑑，而不是心理治療 (因為 money)。(PTT 憂鬱症版，hopel，心理醫師)



這種情況導致心理治療師能夠進行治療的時間減少了，因此就有像受訪者小竹講述的情形，一個禮拜只能開設一堂行為治療課，甚至有很多家長排不到治療時段，更甚者有些大醫院只進行心理衡鑑，不進行行為治療，這實質上就降低了行為治療的可及性，導致家長若是想帶孩子進行行為治療，就只能去離家較遠的醫院，而一個完整的療程是八到十次課程，但是很少家長能完整上完，例如小奇媽媽就表示「平日小孩要上課阿，就算只上半天，醫院又遠，我們一定是要請假帶他去，工作不可能每個禮拜這樣讓你請假啊。」因此小奇只有按時去前四堂的行為認知課程，後來就因為小奇母親工作的關係，課程上得斷斷續續，直到她辭去工作以後，才將行為治療課程補完。小雲媽媽也表示帶小朋友進行行為治療的媽媽，多半都是家庭主婦，因為行為治療課程與藥物治療的醫用相處模式不同，它需要照顧者(母親)的實作參與，若是母親不積極投入，行為治療是無法產生作用的，母親必須將行為課程所學到的教學訣竅實地在家裡進行，再依據小孩的進步情況與心理治療師討論，不斷來回反覆驗證找出最適合小孩的相處模式。相較起來，藥物治療只要經過兒童心智科醫師的認可，即可獲得健保補助取得藥物，父母只要讓兒童按時服藥、定期回醫院回診，就能獲得一定程度的病情控制。兩者一樣是獲得醫學專業肯定的療效，但是在社會脈絡的影響下，藥物治療在台灣蓬勃發展，行為治療則門可羅雀，主要就是因為現行健保制度造成行為治療窒礙難行，導致它的便利性遠遠不及服用藥物，關於現行制度這一點會在下一個章節詳述。

#### 4.1.3 感覺統合

感覺統合(Sensory integration)的理論與治療方法是由美國職能治療師 (Occupational Therapy) 艾爾斯(Jean Ayres)於 1970 年代提出，以神經生理學為

其理論基礎，建議透過感官刺激的控制及適當的活動，促使中樞神經發展，再由感覺運動系統對環境產生適應行為，以治療感覺處理障礙(Sensory Processing Disorder, SPD)。

若前庭系統失調，兒童就會產生知覺、語言、認知障礙、情緒及行為控制不良等感覺統合問題，也就是無法正常應對外界事物。感覺統合治療對應非常多的障礙，例如前庭處理功能不佳的孩子可能對於平衡、重力感掌握較差，走路會搖搖晃晃、無法把握距離跟方向、經常跌倒或碰撞；觸覺失調的孩子，因為神經系統無法抑制觸覺的過於敏感，形成不喜歡別人碰觸、偏食、挑食、情緒起伏不定及個性固執的現象；有視覺問題的孩子不擅長辨視圖形、模型，動態視力不佳，甚至有手眼不協調的情況。一樣是針對病因不明的腦神經功能障礙情況，職能治療師並不採取服用藥物作為治療手段，而是針對各種不同的障礙，給予適當的肢體訓練，刺激基本感覺、前庭感覺、觸覺和本體感覺（固有感覺），逐步增強及改善腦神經的組織運作能力（鄭信雄，1994），就能自行抑制注意力不集中與過動的症狀。

在台灣，想要獲得健保補助以感覺統合治療過動症，必須先由精神科醫師診斷是否是過動症，而後轉診到復健科，當醫師診斷確定後，再由職能治療師執行，但是精神科醫師認為「感覺統合療效有限，注意力不足過動不見得是協調的關係，若不是因協調導致的不專心，則職能治療就沒有效果。」(ADHD 衛教資訊網<sup>27</sup>)

感覺統合療法的醫用相處模式也是引導-合作(guidance-cooperation)關係，職能治療師掌握了專業的醫療知識，哪些身體運動、哪些教具能幫助小孩改善腦神經的運作能力只有治療師知道，家長無從置喙，只能單方面遵照職能治療師的指示，且感覺統合所費不貲又需要長時間投入，在家長感受不到成效，又無法改變治療師的治療方式下，家長就很可能直接退出。柏凱媽媽帶柏凱進行的感覺統合是大班制的，進行治療的小孩各有不同的問題，症狀的嚴重程度也不一樣，卻都

---

<sup>27</sup> [http://www.adhd.club.tw/qa/qa\\_4.asp](http://www.adhd.club.tw/qa/qa_4.asp) 摘錄日期 2012.06

是進行一樣的練習課程：

總覺得老師並沒有針對性，好像大家都教一樣的，就是跳障礙、爬繩子、跟老師丟接球……我跟他們反應過這個問題，老師(治療師)就跟我說：「這些孩子雖然症狀都不一樣，但是我們評估後認為他們都具有共通的原因，因此安排在同一班一起練習。」說是這樣說，但是我帶小凱上了一學期，卻覺得他們只是想盡量多收一些學生。 (柏凱媽媽)

在分析柏凱媽媽的案例時，我覺得她中止感覺統合療程改以藥物治療為主，是因為小孩在學校的症狀較為嚴重，在缺乏特教資源的情況下，她需要能夠立竿見影的控制方法。雖然在訪談中她有提到進行過感覺統合課程以後，柏凱的情緒較為穩定，但是在自述裡，她依然多次強調感覺統合無效。原因在於專家基於專業知識進行的醫療行為，不見得符合常民的判斷，當兩者出現分歧時，引導-合作的醫用相處模式缺乏採納醫用者意見，進而改變醫療行為的管道，因此家長在遭遇困境時，無法透過與專家溝通來解決問題，這種情況多次重覆以後，家長覺得遭到忽視，就會採取出走(exit)的策略。

## (二)飲食療法

用飲食療法來治療、減緩過動症症狀，在國外其實行之有年，同時飲食療法也經過科學驗證證明有其療效，然而截至目前，食療在台灣的正規醫療體系裡依然無法佔有一席之地，這個現象不只是台灣特有，當飲食療法剛提出之時，也曾受到美國醫界的打壓，而這與學科過度分工脫不了關係，醫生被教導使用手術與藥物來對抗疾病，但是關於營養素不足/過量如何對身體產生影響，進而造成病痛，醫生就不是那麼瞭解了，根據統計，在美國只有 6%的本科醫生接受過營養

學的培訓(Strand, 吳卉譯 2010), 在癌症的醫學論述中, 也可看到類似的發展, 採用營養補充、改善體質、訴諸自體免疫、甚至主張與癌共存的替代療法, 都因為知識框架的不同以及經濟利益的衝突, 而不為醫界所接受(Hess,1999)。

在本文我統稱以控制、調整兒童的飲食內容, 來改善過動兒症狀的方法為飲食療法, 不過其實不同的家長之間亦存在著差異, 目前台灣對於治療過動兒的飲食療法並沒有一個一致的概念, 過動症飲食療法的開創者 Feingold 在 1975 年要求排除的防腐劑與食用色素, 隨著時代演變, 跟目前最新研究中可能致病的食品添加物也不盡相同, 這一小節將循著時間的順序, 簡單介紹飲食療法的演變, 最後再介紹台灣特有的中醫食療。

#### 4.2.1 凡固德飲食療法

凡固德飲食療法(Feingold diet)堪稱是以飲食療法治療過動症的先驅, 加州醫師 Ben Feingold 於 1973 年在美國醫療協會年度會議中, 提出與眾不同的人工添加物致病說, Feingold 原本是過敏治療師, 他以飲食療法治療病人時, 發現了意料之外的效果, 杜絕人工添加物的飲食療法, 不但改善病人的過敏症狀, 還讓她衝動易怒的性格消失無蹤, 幾經研究以後, Feingold 發表了他的研究報告: 過動症的盛行與人工添加物(人工色素、防腐劑)<sup>28</sup>的氾濫有正相關, 採用 Feingold diet 治療以後, 60%的過動兒症狀獲得改善 (Feingold,1975)。雖然 Feingold 的研究引起大眾注意, 但是醫界的反應非常詭異, JAMA(the Journal of the American Medical Association)、Western Journal of Medicine、BMJ(British Medical Journal)邀請他到處演講, 但是卻又一直退他的稿, 不願意刊登 Feingold 的研究報告, 在這種情況之下, Feingold 只好直接訴諸大眾, 他開始接受大眾媒體的邀約, 大力宣傳他的療法, 並受到熱烈的支持與愛戴, 但這一舉動卻又觸怒了醫學協會, 協會認為這

---

<sup>28</sup> 此時的人工防腐劑只包含水楊酸。



項假說還未經過可靠的科學實驗檢證，怎麼可以輕率地向社會大眾發表？

Feingold 的療法無法獲得正規的學術權威認可，但是卻受到一般大眾熱烈歡迎，Smith 認為這是受到時代氛圍的影響，19 世紀末期，食品化學工業已能人工合成防腐劑與食用色素等食品添加劑(wikipedia)，隨之而來的不只是消費者能以便宜的價格，取得比以往要更美味、更美觀也更耐放的食物；同時，無限制的使用化工產品也對自然生態與人體健康造成想像不到的危害，因此美國民眾要求嚴格檢視所有化學合成的添加物究竟會不會致癌，1958 年美國國會即通過德萊尼條款(Delaney clause)<sup>29</sup>，1962 年 Carson 出版的寂靜的春天(Silent Spring)更是將民眾對於化學添加物的不安推上最高點<sup>30</sup>，一度被當成疾病剋星、農業守護神的 DDT 系列產品，一夕之間成了人人談之色變的生化毒劑。正是在這種氛圍下，食品添加劑被懷疑與各式原因不明的疾病有著因果關聯：癌症、腎病、肝病、偏頭痛與過動症。

#### 4.2.2 赫佛飲食療法

1980 年代，德國藥劑師 Hertha Hafer 和她身為化學家的丈夫，以養子麥可的親身經驗為出發點，共同研發出一套透過飲食控制過動症的理論。

入學一年來，麥可越來越沒辦法保管好自己的東西，他也沒辦法遵守任何規矩、記住任何命令。他總是忘東忘西，鉛筆、橡皮擦、課本、運動服，他的臥房就跟他的書包一樣亂，他還把鉛筆弄成一截一截的放在嘴裡咀嚼，橡皮擦的碎屑跟鋼筆殘骸撒得到處都是，我們每周都得替

---

<sup>29</sup> Delaney clause 是美國 1958 年通過的修正條款，內容為「食品和藥物管理局不得批准在食品中使用任何有可能造成人類致癌，或是在實驗中造成動物致癌的化學添加劑。」"the Secretary of the Food and Drug Administration shall not approve for use in food any chemical additive found to induce cancer in man, or, after tests, found to induce cancer in animals."

<sup>30</sup> DDT 因為價格低廉且能有效置蚊蟲於死，在 20 世紀上半葉防止農業病蟲害，減輕瘧疾、傷寒等蚊蠅傳播的疾病危害起到了不小的作用。但在 60 年代科學家就發現，DDT 無法被生物代謝，只會透過食物鏈累積到所有生物體內，造成滅絕性的傷害。

他補充一次文具用品。

麥可從來不知道作業要做什麼，他沒辦法將注意力專注在作業上，短短幾分鐘都沒辦法，我們幾乎每天都要打電話問鄰居今天的作業是什麼。因為麥可對課業感到無聊，因此在學校都在自己找樂子，做紙飛機、到處扔紙屑、拉扯女孩的頭髮、在教室裡追著其他同學到處跑、不斷惡作劇吸引大家注意力，幾乎成了教室小丑。(Hafer 1990)

在帶著小孩遍尋專家無功而返後，偶然間她看到 Feingold 的文章而獲得啟發。Hafer 認為造成過動症的主因，就是對磷酸鹽過敏，而這過敏症狀則是因遺傳而來，這種症狀特別容易出現在體型瘦弱的人身上。根據這個假設，食物中的磷酸鹽成分會擾亂小孩們生長神經系統方面的賀爾蒙，而導致大腦功能障礙，進而影響身體動作的平衡。她對飲食的態度比 Feingold 更嚴謹，除了人工添加物與水楊酸之外，她更建議含有磷酸鹽的食物、牛奶、可可、糖、檸檬酸、果酸以及卵磷脂...等一律不吃(Hafer,1990)。

赫佛飲食療法在 80 年代、90 年代初期的德國風靡一時，當時許多父母還組織了「磷酸鹽隊」來共同分享烹煮與教養心得。雖然 Hafer 將這套療法應用在自己小孩身上而獲得顯著的成效，但是營養師認為完全排除磷酸鹽的觀點從根本上存在著謬誤，磷酸鹽是自然界自然存在的物質，每天連同食物大約會涉入 600~1200 毫克，而 Hafer 認為對磷酸鹽過敏的小孩只要攝取 30 毫克就有可能引發過動症狀，但是實際上若是攝取不足，人體會自行從骨質中儲存的鈣磷酸鹽吸取所需成分，因此排除磷酸鹽的的療法成效其實值得質疑。

#### 4.2.3 微(寡)抗原飲食療法

我們現在有好消息，食物是造成 ADHD 的主要原因，壞消息是我們

必須去訓練醫師監控這些步驟，因為沒有訓練的醫師辦不到。

(Pelsser 2011)



微抗原飲食療法(Oligoantigenic diet)又稱為減敏療法，它與前面兩種飲食療法和藥物療法有著決定性的差異，藥物量法與飲食控制只是消極的控制症狀，等待兒童成長到自制力足夠，且脫離較為僵化的教育場域後，過動症症狀自然不會再顯著，但微抗原食療則是宣稱可以治癒過動症。

研究微抗原療法的學者認為這些兒童並不是過動兒，而是過敏兒。過動、注意力不集中的行為只是一種過敏反應，而過敏原就是一些日常每天接觸的食物，例如牛奶（包含奶類製品，如起司、優格、奶油）、蛋及小麥，這些兒童的消化系統無法完全消化過敏原食物，這種情況除了造成消化器官的不適，消化不完全產生的縮胺酸甚至會影響大腦的穩定性，進而造成過動症狀。

微抗原療法原本是用來治療腸躁症與偏頭痛，英國神經學科醫師 Egger 卻發現這種飲食療法對於過動症孩童有著驚人的成效，76 位過動兒童進行了四週微抗原飲食（oligoantigenic diet）之後，其中有 62 位行為出現改善。(Egger 1985)

這類飲食方式在美國也曾進行大規模的研究，並且大為風行，雖然也有不少研究者質疑該療法的有效性，然而 2011 年，知名的醫學期刊 Lancet 登出一篇由荷蘭的學者 Lidy Pelsser 對 ADHD 治療改善的研究報告，Pelsser 的研究發現被診斷為 ADHD 傾向的小孩，高達 64% 的小孩其實都對某些食物過敏，研究人員給小孩設計一套嚴格的飲食計畫，經過五週的驗證，ADHD 的症狀都可以獲得明顯的改善，證實 ADHD 的症狀與食物有關。Pelsser 強調，被懷疑有 ADHD 傾向的孩童，一般精神科都建議採取藥物控制，然而 ADHD 只是表徵，應該去找出到底是何種原因導致注意力不足或者過動的現象 (Pelsser 2011)。

服用藥物來控制過動症，這在荷蘭也是常態現象，只有少部分的專業人士才知道 ADHD 與飲食的關聯，經過微抗原飲食控制，這些小孩跟一般人的行為一樣

正常，他們容易分心、健忘以及暴怒等症狀都消失了。參與這個研究計畫的老師及醫師被飲食改變可以改善 ADHD 的結果嚇了一大跳，部分研究員坦承，原本沒想到這樣的方式有效，但當他們看到飲食的調整徹底地改變一個小孩的行為後，不得不承認飲食療法的理論 (Pelsser 2011)。

Pelsser 並不認為飲食調整能夠處理所有的 ADHD 患者，但是經過這樣的研究，家長及醫療專業人士在治療 ADHD 的順序上，應該優先考慮的是飲食調整，而非先給藥物。先給藥物控制症狀無疑地是一大錯誤。同時，她也不建議家長在沒有醫師的監督下去調整小孩的飲食。<sup>31</sup>

雖然台灣也有學者進行飲食過敏的研究，並得出結論：學童的飲食型態、營養狀況及過敏現象與注意力缺陷過動症之間具有顯著獨立的相關性 (符明伶 2007)，但目前台灣的健保只有補助檢測即時性過敏原<sup>32</sup>，可是過動症的過敏反應屬於延遲性過敏，因此家長若是想採用減敏療法，還是必須自費進行檢測<sup>33</sup>，檢測以後，除了需要控制日常飲食，隔離過敏原的攝取以外，還必須進行一系列的療程，漸進性的增加身體接受過敏原的劑量，在缺乏補助的情況下，這對於收入一般的中產家庭而言，依然是一個沉重的負擔。

#### 4.2.4 中醫

中醫與微抗原療法的原理類似，兩者皆主張過動症狀只是兒童體質對某些日常飲食產生不良反應，服用藥物控制行動，只是之標不治本，因此必須一方面斷絕不良飲食，另一方面重新調整體質才能加以根治過動症狀。

曾綺華原本是神經內科醫師，因為兒子在十歲時被診斷出 ADHD，吃過一陣子精神科的藥物，但是效果並不理想，甚至還有副作用，她便轉而學習中醫且考

---

<sup>31</sup> <http://www.wbur.org/npr/134456594/study-diet-may-help-adhd-kids-more-than-drugs>

<sup>32</sup> 過敏可分為兩種：即時性過敏，指一接觸過敏原幾分鐘到幾小時內就會產生過敏反應；延遲性過敏，接觸過敏原 2-4 小時後甚至幾天後才出現症狀，會隨著體內過敏原的累積而漸漸加重症狀。

<sup>33</sup> 依據檢測過敏原的多寡，自費價格約需 4000~12000 元之間。

取執照，改從中醫著手。曾綺華在兒子與門診過動症病患的身上看到了中醫所謂的胃熱症狀，包括手腳心出汗、怕熱、便秘、睡覺踢被子或手腳抽動、夜尿或尿床等，不少人合併鼻子過敏、鼻塞或氣喘。她研究許多相關中醫古籍和自己觀察近 200 位 2~17、18 歲或成年的過動症患者都發現，甜食、油炸物、紅肉類等食物，會讓有過動症的患者更加坐不住，因為這些人多屬「胃熱」體質，而巧克力、炸雞、炸薯條、洋芋片、牛肉、豬肉等「肥甘」食物，容易加重「胃熱」的症狀，讓患者更無法專注，容易衝動或坐不住。(曾綺華 2007)

中醫與精神科的醫用關係都是引導-合作模式，但值得注意的是，中醫很少有一副固定的藥方，反而是依照孩童不同的體質，調配出不同劑量甚至不同成分的訂做藥方，這一點特別受到家長青睞：

(中)醫師會很仔細詢問小孩的身體狀況，然後判斷他屬於那一種體質，才對症下藥，而且也有很仔細地跟我們講說哪一帖藥是對應到什麼問題，哪一帖藥又能鎮靜安神。兒心科的醫師談了半天，結果還是建議吃藥…。回診時，稍微聊一下，詢問情況有沒有改善，有改善，那就繼續吃，沒改善，就問你要不要考慮加重份量。感覺他們好像就只有這一種辦法。(David 媽媽)

實際上對於西醫的診斷與服藥治療，很多家長都是抱持著疑問，或是對於使用藥物更是抱持著戒慎恐懼的心態：

一直想帶女兒去看中醫. 因為我真的覺得女兒的狀況沒那麼不可控制，但看了幾家西醫，總會一下子就下結論要女兒服藥。(EVA 媽媽)

進行中醫的過程也讓我知曉情障問題可以用中藥來解決，所以，其

實是應該可以不需要搭配身心科的，吃西藥越久只會讓大腦越糟。

(星辰媽媽)

因此在選擇如何治療過動症時，中醫是很多台灣家長會納入考慮的選項之一，主張藥食同源的中醫，不論是在理念上或是文化符碼(culture code)都與台灣行動者更具內在親近性，即便中醫的知識體系無法完全融入精神醫學的知識框架，台灣部分的中醫診所還是能夠獲得健保補助。我訪問到的三名母親會採取中醫療法，都是因為本身有使用中醫的正面經驗，因此才帶小孩嘗試，同時這三位母親的醫療觀念也較偏向中醫的疾病觀，她們對於精神藥物治療都持抗拒的態度。這種選擇不完全是基於知識上的理解，實際上，家長無法完全瞭解精神醫學與中醫對於過動症的解釋，不論醫師的用詞是腦內多巴胺或是胃熱、血脈不暢，這些看不到、摸不著的專門詞彙，無法讓家長對於小孩的狀況有更多的了解。部分研究認為家長充實藥物相關知識後，就會改變醫療態度，轉而採取藥物治療(戴莉珍 2008；黃舒微 2012)，這種宣稱跳過了精神醫學在解釋過動症病因上的漏洞，直接要求常民相信醫學知識通通為真(true)，忽略了常民如何評斷科學知識的好壞，醫用者不完全是基於療法的效用來評價不同的醫療體系，文化親近性很多時候才是佔據主導地位。雖然這些治療方法通通都冠上「治療」的名義，但是看在家長眼裡，中醫的做法是在調整自己的小孩的體質，飲食控制是排除不健康的食物，行為治療則是在訓練兒童的專注力，精神醫學卻是在治「病」，要家長相信自己的小孩有精神方面的疾病，光用基因跟問卷是無法說服家長的，醫生本身必須提出更強的證據加以佐證。

## 小結

如上所述，各種醫療領域對於過動症其實並未達成一致的看法，各領域的專

家依然有著自己專業的看法，飲食治療並非如精神醫學所言沒有科學證據，爭議實際上爭而未決，然而遺憾的是，台灣目前的主流醫療論述幾乎是一面倒向藥物控制，絕大部分的兒童心智科醫師及精神科醫師並沒有意識到 ADHD 可能與飲食習慣有關，也缺乏這方面的資訊，不論是對食物過敏或是人工添加劑的毒害。

綜合來說，台灣家長使用的飲食療法，多半是透過網路資訊、坊間販售的相關書籍，以及自身的價值信念相互結合而自成一格，而具備完整學理與臨床實作的減敏療法和中醫則因為不在精神醫學的知識框架裡，家長也就無法透過系統化的醫療專業機構進行轉診，精神科醫師會推薦家長去行為治療門診，卻不可能建議家長轉診到中醫診所，家長多半得透過網路資訊、自身經驗，或是其他醫用者的口耳相傳，才能接觸有系統的飲食療法。

精神醫學對於過動症成因的曖昧不清影響到家長對它的信任，在成因部分採用講究客觀事實的生物醫學解釋，但在臨床診斷時卻使用心理評估問卷，最後在治療部分又回到腦神經醫學範疇的藥物治療，這種四不像的嫁接造成家長對於藥物治療的疑慮，相較之下，主張藥食同源的中醫則與台灣民眾的傳統文化有著內在親和性，對於台灣家長來說，比起腦部功能運作不良，調整體質的概念更容易接受。另一方面，精神醫學的醫用相處模式較為僵化，醫師只將家長視為缺乏專業知識待教育的客體，而沒想到家長可能已涉獵大量的醫學知識，同時也可能具備多次就醫經驗與豐富的育兒經驗，這種相處模式一開始就預設醫用雙方的位不對等，令家長難以透過溝通協調來改變醫療方式，因此很容易造成家長出走 (exit)。減敏療法與中醫雖然也是引導-合作的相處模式，但是在飲食控制的部分家長保留有高度的自主性，可供他們依據自身的需要而加以調整，不需要受到醫師的干涉。

根據研究，30%的家長於診斷後不接受精神醫學的治療，40%合併使用藥物與行為療法，7%僅使用藥物(連苡婷 2012)，在下一章節我會進一步分析，醫界指出家長因為欠缺相關知識而延誤就醫的情況是否為真，又是哪一些結構性因素

妨礙家長尋求醫療協助。




表二-1 生物醫療體系治療方法比較

	疾病歸因	專業建議	家長參與方式	療效	健保	醫用相處模式
藥物治療	個人生理因素：基因、神經傳導物質分泌異常...等。	接受藥物治療抑制過動症狀，以避免影響兒童身心發展。	配合醫師的指示，讓小孩服藥進行治療。	快	有。	引導-合作。
行為療法	個人生理因素：發展遲緩。	透過行為認知訓練，增進孩童的自制力與注意力。	定期帶小孩進行教學訓練課程。在家以需要進行實作。	慢	有。 私人診所 需自費。	相互參與。
感覺統合	個人生理因素：前庭系統失調	藉由肢體運動，刺激神經發育。	定期帶小孩進行體感訓練課程。	慢	有。 私人診所 需自費。	引導-合作。

表二-2 飲食療法比較

	疾病歸因	專業建議	家長參與方式	療效	健保	醫用相處模式
飲食療法	環境因素：食品添加物。	避免日常飲食的毒害。	培養正確的飲食習慣。	慢	無。	相互參與。
減敏療法	環境因素：食品過敏原。 個人生理因素：體質。	選擇適合孩童體質的飲食，並逐步調養改變體質。	調整體質，並培養正確的飲食習慣。	中	無。	引導-合作。
中醫	環境因素：食品添加物、	選擇適合孩童體質的飲食，並逐步調	調整體質，並培養正確的飲食習慣。	慢	有。 私人診所 需自費。	引導-合作。



	相性不良 食品。 個人生理 因素：體 質。	養改變體 質。			
--	-----------------------------------	------------	--	--	---

## 第五章 知「過」不改？結構性的醫療困境

治療 ADHD，藥物和行為治療是缺一不可的，不要因為對藥物的誤解而錯失早期治療的機會。<sup>34</sup>

由醫師編寫的衛教資訊網，以及報紙的健康專欄都指出家長對於藥物盲目的恐懼延誤了孩童就醫，進而造成日後孩童人際關係惡化、成績不理想以及成就感低落等不可收拾的結果。專家面對風險議題時，經常抱持著民眾需要教育的觀點，專家認為一般民眾皆缺乏相關的專業知識，因此民眾的恐慌只是一種不理性、無知、過度誇大微小風險的恐慌，要化解民眾的恐慌只能從教育民眾著手，當民眾都具備相關知識時，衝突即可迎刃而解。台灣關於過動症的研究也多半採取欠缺模型（deficit model）的觀點，認為台灣家長往往受限於對疾病的認知與醫療專業知識的不足或是受到錯誤訊息的誤導而產生許多迷思與錯誤的決定（戴莉珍，2009；洪佩婷，2001；蔡佳靜，2005；李洵、李嘉富、張敏，2003）。欠缺模型存在著若干盲點，它預設常民的專業知識不如專家，甚至有些研究還建議家長採取更積極的了解態度，這種論述忽略的是民眾擁有屬於自己的生活經驗，而醫學知識或是健康爭議實際上是座落於日常生活之中，常民進行風險評估之時，考慮的不光只是藥物有沒有療效，還有很多社會層面的壓力需要納入思考。

<sup>34</sup> 「淺談注意力不足過動症的醫療觀」台灣兒童青少年精神醫學會  
([http://www.tscap.org.tw/health/health\\_info.asp?kind\\_id=12&paper\\_id=34](http://www.tscap.org.tw/health/health_info.asp?kind_id=12&paper_id=34))



## (一) 醫界的推估與常民感知

美國精神醫學會（American Psychiatric Association，APA）出版的《精神疾病診斷與統計手冊》第四版修改版（DSM-IV-TR，APA，2000）所估計的過動症發生率為 3~5%，而台灣醫學界估計台灣的過動症發生率卻是 6.3~12.04% (黃惠玲，2008)，實際上這個範圍並非是由一次完整的研究計畫估算出來，而是黃惠玲回顧了多份台灣的過動症研究，發現盛行率可能會因為其評估方法、使用的工具、診斷的系統不同，以及收集個案的來源不同，而有不同的盛行率結果<sup>35</sup>，因此 6.3~12.04% 這個數據只是歸納各份研究所列出的可能範圍，目前一般能看到的衛教資訊或是醫療機構所引用的數據大致都落在這個範圍，但彼此之間的變異依然很大，可能原因在於地區性的差異與施測工具的誤差，美國疾管中心的統計就顯示出過動症的盛行率有城鄉差距，但是台灣醫界並未針對這種情況進行全國性的調查，反而是各自引用自己信任的數據來進行衛教宣導，其中共同不變的是，低落的就症率一再被強調。

以學齡兒童注意力不足過動症（ADHD）盛行率約 5 至 7% 推估，台灣過動兒至少有 20 萬人，但接受治療者卻不到一萬人，確診率不到 5%。<sup>36</sup>

一份注意力不足過動症調查顯示，超過 5 成的病童家長發現疑似症狀時，會拖延 1 年以上才就醫，最長甚至拖到 12 年。花了這麼長的時間就醫，當醫師建議用藥時，仍有一半的家長遲疑用藥至少六個月以上，有家長表示，光決定用藥，就考慮了 4 年半。為什麼這麼擔心？就是

<sup>35</sup> 1990 年高雄市學齡兒童盛行率為 9.9% (Wang, Y. C., Chong, M. Y., Chou, W. J., & Yang, J. L., 1993)。2002 年臺北市某區域國小年齡範圍為 7~12 歲之全校兒童，研究統計 ADHD 盛行率為 8.4% (臧汝芬，吳光顯，劉秋町，2002a)。2003 年台中地區某國小估計盛行率約為 6.3% (侯柏勳、林志堅、遲景上、陳展航，2003)。2005 年高淑芬發表在美國精神期刊的文章，顯示國一學生的盛行率為 7.5%。(Gau SS, Chong MY, Chen TH, et al., 2005)

<sup>36</sup> 〈我的孩子只是好動？過動兒確診率不到 5%〉【中國時報／新光醫院兒童心智科主治醫師潘嘉和 2010.07.07

怕藥物副作用。<sup>37</sup>



依一些研究的數據來推算，平均每個班上應該都會有一、兩個過動兒，但是實際來看診的人數卻遠遠不及這個數字。

(衛教講座 田野筆記 2012.4.14)

這樣的論述形塑出了家長拖延不肯就醫的形象，不論是因為無知或是其他原因，在精神醫學界的架構裡，這些家長正將過動症孩童置於巨大的風險之中

一項研究指出，患有注意力不足過動症的小孩在七歲時，症狀侷限於單純的過動、衝動、注意力不足、以及低自尊；但不處理拖延到十一歲時，症狀就變成混亂行為、學習障礙、以及社交技巧問題；若持續不治療到十三歲甚至拖到成年，症狀演變更複雜：對立反抗、挑戰權威、品行混亂、學習障礙、甚至出現退學、犯罪、成癮等狀況。<sup>38</sup>

未經處理改善的行為及情緒問題，恐怕日後會遺留反社會人格、衝動型生活形態、就業交友不穩定、藥物菸酒上癮等問題。(莊慧美，1999)

這種主張不光是把過動兒當作病患對待，基本上是認定他們若不接受治療，未來就是犯罪預備軍了，而這嚴重的後果正是起因於家長畏懼讓孩童用藥。然而，這些宣稱的根據只是基於醫生對過動症盛行率的統計估計而已，這些數據有些是引用國外研究，有些則是對於台灣部分城市的抽樣調查，台灣目前並沒有統一評量工具針對全國性的過動症調查報告，因此在具備地區差異的特性下，這些統計數據能不能推論到全台灣其實尚有討論空間。

對於家長而言，過動症實際上沒有外顯的病徵，也不會造成孩童生理病變，

<sup>37</sup> 〈注意力不足過動症別拖 把握治療黃金期〉【中時健康 黃曼瑩／台北報導】2011.05.20

<sup>38</sup> 同前註。

學齡前孩童的家長在缺乏比對的情況下，幾乎不會認為自己的孩童有什麼異常，很多家長都表示自己的孩子是活潑、反應快、想像力豐富或是精力充沛。但是在進入學校以後，這些行為與眾不同的孩童很快就被教師篩檢出來，在訪談過程中，我發現過動兒家長的煩惱多半與學校脫不了關係：

我的兒子看書寫功課很不專心，一下想打電腦、一下想看漫畫、一下又想上廁所，東摸西摸一晚上還是寫不完，我們一定要一直盯，他才草草寫完…有時陪他寫功課寫到半夜時，我都會想，回家作業的用意到底是什麼，是親子共同學習嗎還是親子共同受苦？（小宏媽媽）

（兒子）今天上課發出聲音，同學覺得好吵，請他安靜，他居然拿書丟同學…或（上課時）說些沒頭沒尾的話。（柏凱媽媽）

喔他一年級聯絡本很精采啊！都紅字啊！就是因為紅字很多所以才帶他去看醫生，可是老師的紅字也只是說這孩子上課時，在不對的時間一直在重複他想問的問題、干擾秩序、或者是在排隊的時候唱自己發明的怪歌。（David 媽媽）

過動症的症狀：衝動、好動、注意力不集中並不會造成孩童生理的不適感，甚至還被視為每個小孩多多少少都具備的正常特質，但是在講究團體秩序的學校裡，沒辦法控制自己行為的孩童，身上的標籤就逐漸從「活潑」變為「過於活潑」再到「不服管教」，學校在此不只做為一個進行社會化的場域，同時還作為社會監控機構，學校監控著每個個體的心智狀況與社會化程度，若是孩童狀況達不到正常標準，教師就會建議家長尋求醫學體系的幫助。但學校的作法其實與帕森斯的生病角色(sickness role)相符。學校做為一個社會系統要能穩健運行，其成員(老

師與學生)必須扮演好適當的社會角色。若是成員生病就無法履行社會角色的義務，因此，生病就是偏差行為的一種形式，需要受到控制才不會威脅整個社會系統的正常運作。在生病角色中，病人可以暫時免除正常社會角色的責任，作為交換，病人也有義務尋求專業(醫療)協助，儘快從生病狀態恢復健康。但是當生病角色的概念應用在過動症上時，卻出現了兩個問題：1.過動兒是因為生病才無法扮演社會角色，還是因為無法扮演社會角色而被界定為病人？2.過動兒服藥以後並沒有回復健康，只是回復到能執行社會角色功能，服藥到底是為了治療還是為了控制？因此，當家長被老師告知需要帶小孩讓醫療機構診斷時，家長會依據自己與孩子相處的經驗進行判斷，若是她並不覺得小孩有過動傾向，一般不會在第一時間相信老師的判斷，反而會質疑老師的能力。

被老師約去談的當下，心裡真的有在想，我家孩子是不是真的坐不住？還是老師管不動？不會管就想卸責，所以會歸咎於孩子發展的問題，甚至一直要我們帶小孩去評鑑。(小偉媽媽)

老師一句「我從來沒教過這樣的孩子」，我心都涼了，他不過就是稍微好動一點，為什麼老師就不能多點耐心呢？(小奇媽媽)

我們家(小孩)九月去念幼稚園，那個月正好有教育局到校評鑑，校方希望我們那天請假…他只是膽子小、怕陌生人、情境轉換能力比較差、哭比較大聲、目前也未曾攻擊別人。其實那天請假也沒什麼關係，只是希望老師能多一點愛心和耐心就好了。(寶貝媽媽)

家長依據自身的經驗，將老師給予的警訊判斷為教養問題，這正是家長不會立刻就醫的原因，這些日後被診斷為過動兒的孩童外表沒有病徵、行為正常、聰

明伶俐，怎麼看都不像是生病，而是管教不周，因此家長通常都會先調整自身的教養策略來回應老師，直到承受不住學校施予的壓力為止。



## (二) 家長的行動類型

吳嘉苓及黃于玲(2002)將醫用者的行動分為四類：順從、發聲、偷渡與出走。而我依照過動症的案例，對這分類方式進行了一些修正，在面對精神醫學做為過動症主要醫療權威時，過動兒的家長可以大致分為三種主要的行動類型：1.順從。2. 特製調配。3.出走。

吳嘉苓一文中的「發聲」在過動症案例裡，難以形成一個獨立的類型，原因在於家長們發聲後，很快就會轉為順從或是出走，無法持續累積改變的能量，且家長只是以個人身分對於藥效或是藥物的副作用，進行體制內的發聲，而非針對結構性的醫療困境或是單元的醫學論述要求改變。「偷渡」的概念對於過動症案例來說也不甚適合，精神醫學的診斷雖然在制度中占據了優勢地位，家長若想要為孩子爭取一切政府機構的補助，都必須先取得精神科的過動症診斷證明，但是在醫療實作上，精神醫學對於醫用者並沒有太大的強制力，家長可以自行考慮要不要接受精神醫學的藥物治療，這與生產、洗腎..等其他重大疾病在身體控制程度上，有著根本性的差異，過動症沒有致命的風險，也不需要長時間待在院區進行監控，家長想進行任何療法都不會受到精神科醫師的干預，雖然精神科醫師多半不鼓勵家長使用替代療法，但是因為缺乏有效的干預手段，家長實際上可以自在的同時採用各種替代療法，而沒有「偷渡」的必要，因此我將家長複向求醫的行動以「特製調配」代替「偷渡」。使用「特製調配」作為概念，是為了形容家長多管齊下，同時協調使用好幾種醫療方法以減緩孩童症狀的行動，雖然被醫師告知替代療法效果不彰，但他們並不將專業權威的意見奉為圭臬，依然積極的蒐集各種資料，尋找各式各樣的療法，不放棄任何的可能。即便同屬於此一分類範疇下的家長，也會因為社會條件的不同，以及孩子症狀的不同，而做出只適合自

己的特製調配。

順從的家長只使用精神科醫師推薦的藥物治療與行為治療，但這些家長並不是對於精神醫學的論述深信不疑，而可能是在經過一段時間的特製調配後，發現替代療法不符合自己的需求，才予以放棄，並完全使用主流的醫療方式。採取出走行動的家長，則是在信念價值上就與精神醫學相左，她們可能認為藥物對孩童身體有害無益，或是曾經服藥發現效果不彰，因此停藥改用替代療法。

這三種行動類型並不完全互斥，反而有可能是一個家庭尋醫的三個階段。這三種選擇都有各自的結構性困境與社會脈絡，家長採取哪一種行動，考慮的不完全是療法奏效與否，還必須視乎其文化價值觀以及社會結構的限制，然而不管採取哪一種行動，過動兒家長依然會遭遇到嚴苛的結構性困境。

## 1. 順從(acceptance)

柏凱從小就不好帶，讀托兒所時就常跟同學發生爭執，上了小學以後情況更為嚴重，這讓老師大為頭痛，柏凱媽媽因此好幾次被老師叫到學校，跟其他家長道歉。柏凱媽媽好說歹說，多次打罵無效之下，只好尋求醫療協助。曾經上過半年的感覺統合課程，以及醫院的行為治療課程，但是效果都不顯著，最後繼續採用利他能作為主要療法。

從半年前開始，他又多了一個愛打人，搶不到就打、要不到就打、不滿意就打...，每次和一群小孩玩，就是一直聽到小朋友來跟我說...他又打人了。我用打的也打過了、罵也罵了，用溝通的也收不到效果。吃了藥以後，人就乖了，學校老師也稱讚他進步很多，甚至連作業的字都變好看了。

(柏凱媽媽)

確診的過動兒最常見的治療方式就是使用藥物控制，因為藥效快，效果又十分明顯，當家長沒有足夠的資源進行替代療法時，擁有主流醫學背書的藥物療法就成了最適當的選擇，實際上醫療化提供家長非常大的幫助，很多母親為了自己的小孩付出很多苦心，可是卻得不到回報，也無法獲得他人的諒解，甚至還飽受責難：

我也常無助的想哭，每天下班從接小孩開始就是無法放鬆，每天都要聽安親班老師報告他的失控狀況，幫他找英文課上時被班主任拒絕(怕影響其他同學)明明很用心教導卻常常被認為太寵小孩、不會教，明明是同個媽生的教的，小的卻很正常(所以應該不是我教的不好)，常常都有心力交瘁的無力感。(babyhome 論壇 WTH)

兒子有 ADHD，每天都很擔心他在學校又怎麼了... 只要看到來電號碼是學校的電話, 居然會發抖。不知道的人可能會以為家長都沒在教，沒用心，甚至家庭有問題，其實我真的快把命都給孩子了，該做的都做了，所有的時間 24 小時都在想要如何幫助這孩子，為什麼他的進步卻是這麼的慢？甚至停在原點，或更差，這樣孩子的母親真的不是人在過的，一路走來的辛酸也只能往肚子裏吞。(小宏媽媽)

「孩子難教難管並不是你們的錯，他們需要的是醫療專業的協助。」  
全場家長聽到這句話都不由自主的呼了一口大氣，表情也明顯地放鬆下來。(田野筆記)

過動症的問題很難一蹴可幾，很多母親都飽受這過程的折磨，在這樣的情況下，醫學所提供的協助就更顯得彌足珍貴，醫療化既能有效的控制孩童的行為，讓家長成功回應學校場域的壓力，同時也解除了家長的負罪感。當然家長對於藥



物也不是沒有疑慮，只是權衡之下，還是以孩子的教育為重，像是柏凱媽媽因為家裡開小吃店難以對小孩進行嚴格的飲食控管，同時因為生意忙碌，也沒辦法常帶小孩進行感覺統合或是行為治療課程，因此就選擇順從精神醫學的指示而服用藥物：

其實副作用也是有，他有時就吃不太下飯，或者頭會昏昏。也曾經試過給他停藥啊，但是聯絡簿馬上就有紅字，他自己也覺得吃藥比較能專心。我當然擔心啊，他這樣從小就吃藥，雖然醫師解釋說不會有問題，但是誰知道呢？所以能不吃的時候我就不讓他吃，像是放假不用上課，我就不要求他吃藥。

（柏凱媽媽）

家長讓小孩服用藥物為的並不是治療過動症，而是以藥物控制孩童脫序的行為，使他們易於融入教育場域，但是如果有特殊教育資源的協助，ADHD 孩童也能在適當的環境中學習而不需服藥，目前台灣在特殊教育方面的認定有兩種來源：

- 1.教育部核定的特殊教育資格，大致流程如下：家長簽署鑑定同意書->老師轉介至特教組->特教組向各縣市教育局鑑定及就學輔導委員會(鑑輔會)提報鑑定->鑑輔會評估學生需不需要特殊教育->若是需要，學校必須召開個案會議，制定「個別化教育計畫」。
- 2.內政部核發的身心障礙手冊。

但即便獲得了醫師的診斷證明，一般的過動兒如果未達「嚴重」情緒行為障礙的程度，是不能領取障礙手冊。雖然鑑定的流程十分明確，但鑑定出來以後，應該發揮功效的特殊教育資源，卻是嚴重不足，有些縣市高達三分之二的學校沒有資源班。(張靜慧、黃惠鈴、梁媽純 2008)即使有資源班，台灣的資源班目前主要是預設以智能障礙的小孩為輔導對象，較缺乏輔導情緒障礙的師資，因此過動兒還是只能在一般班級接受教育。醫療化雖然免除了家長教養的部分責任，但是也帶來了標籤的不良效果，公開身分的 ADHD 孩童能不能碰到有耐心的班級導

師，純粹由個人運氣決定。



那只要稍微表現不好，像是上課講話或是字寫得不好看，老師就會問他「今天是不是沒有吃藥？」我本來還在煩惱，到底要不要讓小孩讀資源班，讀嘛，擔心他被原來班上的朋友排擠，不讀嘛，他又的確需要特殊幫助。誰知道原來根本沒資源班可讀，白煩惱一場。（柏凱媽媽）

我很迷惑，診斷證明書在學校體系究竟代表什麼？是保護？還是貼標籤？我把孩子的診斷書提出來，希望輔導室協助孩子找位比較有耐心，比較能包容的老師，進了那班，老師卻說他班上已經有幾位需要輔導的學生，叫我的孩子轉走。（柏凱媽媽）

家長會同意孩子接受藥物治療，選擇順從精神醫學體系的療法，未必是因為家長接受了專業醫療知識，或是認同權威的醫學論述，反而多少帶著一種走投無路、兩害相權取其輕的想法，因為比起部分教師來說，醫師相對而言還較為願意與家長站在同一陣線，因此兩者得以暫時組成一個不穩固的策略同盟，但是只要條件許可，家長隨時都有可能離開這個同盟，例如自行決定停藥，或是改採替代療法。

## 2 特製調配 (ad hoc use of different approaches)

小奇在三年級之前成績表現中上，雖然會被老師寫聯絡簿告知上課愛講話，但其餘在學表現並無太大問題。三年級重新分班以後，受罰的情況大幅增加，上課經常被老師責罵，作業也常拖到很晚才完成。媽媽原先認為是升上三年級課業加重之故，但家長會時，小奇媽媽被老師特別留下來談話，老師建議她尋求醫療

協助，媽媽這時才知道事態嚴重。搜尋了兩個多月的資料後，小奇媽媽掛了三家大醫院的兒童心智科，還報了坊間一家感覺統合，以及心智中心的行為治療班。精神醫師建議服用利他能並進行行為治療。此外，她也嘗試帶小孩進行職能治療以及其他醫院的協助，目前主要使用利他能，輔以飲食控制與行為治療。

剛聽到小奇媽媽的案例時其實非常驚訝，因為她在短短半年內帶孩子諮詢了五個醫療機構，原本以為她是特例，後來進行其他訪談後，才發現這種密集求醫行為在過動兒的家長之間是一個普遍的現象，即便是其他行動類型的家長也多半經歷過一段密集求醫的階段。會產生密集求醫行為，主要是因為家長無法忍受漫長的掛號與候診期間。

台大要初診(第一次看兒童心智科)一定要現場掛號，早上看五個(可以加到八個)，下午三個。我的經驗是半夜一點就要去排隊還排到3號。  
(小奇媽媽)

我第一次在大醫院看時，等了三個鐘頭，加來回車程，回家時我弟弟都累爆了，現在在這(心智中心)，預約好時間就去，也不用一直等，真的方便很多，只是傷銀子，但為了小孩，也是要花。

(babyhome 論壇 寶貝很乖)

因為兒童心智科人力的不足，家長藉由口耳相傳，去大醫院找所謂的名醫掛號，常常碰到大量的候診人潮，不只候診時間長，很多時候根本難以完成預約掛號；且過動症的診斷流程並沒有辦法在一次看診中完成<sup>39</sup>，而求診的人數多，回診的間隔時間自然就被拉長，家長初診評估完要再預約下次回診，最快都是兩個

---

<sup>39</sup> 第一次看診醫生會先了解一些孩童基本狀況，做一些問卷，再讓家長帶一些問卷回去給老師其他家人進行評估，回診再由醫師分析這些問卷來判斷是否需要服藥治療，或是轉診其他科重新進行診斷。

禮拜後的事，若是回診以後有需要轉介其他科別重新診斷，那又必須再等兩個禮拜。而地方性的醫院，不一定有開設兒童心智科或兒童復健科，甚至有些大醫院只有做心理鑑衡，家長要報行為治療的話還必須轉介到其他醫院。即使家長順利在醫院報到了行為治療課程，但是由健保補助的療程，一個禮拜也只能排到一堂課。行為治療是由心理醫師與孩童進行治療課程，藉由遊戲給予獎賞回饋等方式，以及一些教學技巧來增強孩童的專注力、耐性與建立因果連結的能力，但是這種課程如果沒有密集進行，其實效果有限。

我們上課的時候家長們就在教室後面看... 因為主要是要讓家長學習如何有效的與孩童相處，我們的(治療)課程一個禮拜只上一堂，實際上小孩不可能從我們這裡獲得直接的改善，還是要靠家長自己在家裡循善誘。

(小竹，心理醫師)

過動和注意力不足，不是在大醫院一週一次的做職能就會有效，最好是找診間的，每天都有職能的才會看到效果。像我兒子上了一個多月，現在才陸續出現平穩。

(小奇媽媽)

如前所述，家長會選擇帶孩童去就醫，多半是一種回應壓力的策略，但是醫院的診斷效率卻差強人意，而來自學校或是家人的壓力則是日復一日從不間斷，再加上治療黃金期的概念更加深了家長的擔憂，為了擺脫這種定位不明、不確定的情況並適當回應外在壓力，家長不會也沒辦法忍受自己在漫長的等候回診期間毫無作為，她們會就其搜尋到的資訊，盡其可能找尋能提供協助的醫療機構與方法。

我是一個禮拜在大醫院做一次行為(治療)，小醫院兩間，一次一小

時(職能),總共一周三天.....現在兒童復健超難排的!所以建議去坊間的小醫院或診所比較容易排到課。排那麼多間,就是不想要錯過黃金時期啊。

(小飛媽媽)

我是一知道兒子有問題就辭了工作專心帶孩子,畢竟只有幼稚園這段時間是治療黃金期,錯過就沒有了,這段時間真的要好好用心利用!上小學後,一個禮拜就只能上一兩次課,孩子除了要應付課業還要適應老師、同學、作業,就已經耗掉大部份時間,可以治療的時間真的很少。

(小宏媽媽)

因為擔心耽誤黃金期,有能力的家長,幾乎都會同時報名兩三間治療機構,畢竟就像小宏媽媽說的黃金期只有一次,錯過就沒有了。當醫師將過動症確診率低落的原因歸咎於家長不積極就醫時,卻沒注意到醫院人力不足的問題造成家長尋求醫療協助的實質困難,2010年的台灣醫療改革基金會民間論壇中就指出「學習障礙兒童需掛看兒童心智科,因需要醫師出具證明以獲得鑑定,然而該科醫事專業人力不足、waiting list 過長,醫師也常不願當次(臨時)開立,而須多次就診評估後才肯開,家長費用負擔很高。」「疾病診斷、鑑定困難,超需超過半年,影響兒童就學,需要充足的醫事人力。」

表三-1 2004-2006 兒童臨床心理師之心理衡鑑負荷量(依負荷量大小排列)

單位	平均每年累計之個案人次	兒童心理師人數	負荷量
成大醫院兒童青少年精神科	1560	2	780
婦幼醫院兒童心智科	1276	2	638
台大醫院兒童精神科門診	778	2	389
高雄長庚醫院兒童心智科	960	5	192

三總臨床心理室	185	1	185
凱旋醫院臨床心理科	870	6	145
玉里榮民醫院臨床心理科	125	1	125

(梁培勇、陳韻如 2008)

表三-2 2004-2006 兒童臨床心理師之心理治療負荷量（依負荷量大小排列）

單位	平均每年累計之個案人次	兒童心理師人數	負荷量
凱旋醫院臨床心理科	1638	2	819
婦幼醫院兒童心智科	818	2	409
高雄長庚醫院兒童心智科	1920	5	384
台大醫院兒童精神科日間留院部	697	2	349
台大醫院兒童精神科門診	678	2	339
成大醫院兒童青少年精神科	600	2	300
三總臨床心理室	185	1	185
玉里榮民醫院臨床心理科	40	1	40

(梁培勇、陳韻如 2008)

先不論及城鄉之間巨大的資源落差，參照表三-1 跟-2 就能發現即便在有設置兒童臨床心理師的大醫院，心理師的負荷量依舊超乎想像的吃重，問題的癥結點就在於健保的記點制度，診斷過動症需不需要進行行為治療的評估點數是 301 點，而執行行為治療計劃點數是 1203 點，雖然評估的點數較少，不過一天至少可以評估 8-10 人，而行為治療一班的人數最多也就是 10 人，若是要多開幾班就勢必得聘請更多的心理治療師，因此由健保給付的行為治療課程多半一個禮拜只開一班，而不少醫院在權衡收支之後，甚至就不開設相對較為虧損的行為治療課程，因此形成很多醫院只有行為治療評估卻沒有相應的行為治療課程的怪現象。



### 3 出走(exit)

David 在幼稚園時就有心不在焉跟無法久坐的傾向，上了小學以後因為聯絡簿的紅字太多，在跟老師談過以後，徵詢了當醫生的弟妹的意見，決定尋求醫療協助。因為友人的妻子就是兒童心智科的醫生，David 媽媽就帶著小孩去了解情況。醫師建議服用利他能，之後回診改用專思達，但是兩種藥物都吃不久就自行斷藥。因為自己常去的中醫診所很有效，且得知中醫過敏與過動之間可能有相關，診療之後就給小孩用三伏貼與中藥治療。目前主要以飲食控制、中醫、自行教養為主。

David 媽媽收集很多醫學資訊，在醫院任職的親友也提供她很多建議，她可說是訪問對象裡，對於藥物知識有著最充分認識的一位，雖然醫師認為她的孩子需要服藥治療，但是她嘗試過一段時間後，還是讓小孩斷藥。其中原因不少，大概可以歸納為以下幾種：

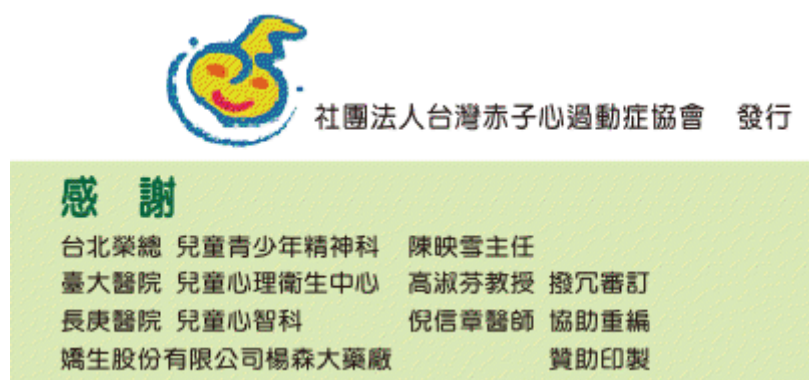
1. David 媽媽認為過動症不是疾病，因此不需要治療。
2. 孩童不服管教的情況並不嚴重。
3. 替代療法發生效用。

除了第四章提到的 David 媽媽對於精神醫學的診斷方式不信任之外，她在醫院工作的弟妹也告訴她很多關於藥廠與醫師之間的互利關係，這更加深了她對於藥物必要性的疑慮：

因為醫師跟藥廠他們的關係密切，藥廠常常會贊助他們出國阿什麼哇糕的，你知不知道，很多醫師出國是不用自己付錢的，多的是人搶著要付啊，不但付帳，藥商還會派人接機甚至送禮。 (David 媽媽)

藥廠的贊助幾乎無孔不入，過動症協會的親子活動、衛教演講、手冊印製，甚至連演講贈品都印上嬌生藥廠贊助幾個字。參加演講的家長對此也頗有疑慮，當講台上的醫師對於過動症其他療法的效用輕輕帶過時，一位男性家長小聲地發了牢騷：「你看這整個(演講)場子都是藥廠包下來的，甚至那個醫生來演講，說不定也是藥廠出錢請來的，他怎麼可能公然跟你說有其他的療法呢？」（田野筆記 2012.05.12）

圖二 過動手冊贊助圖示

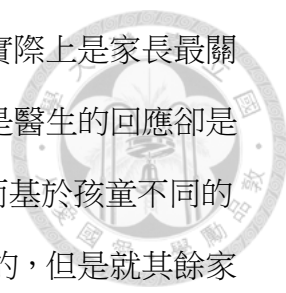


David 媽媽就這樣帶著疑慮讓孩子服藥，但階段服藥完畢之後的幾次回診，醫師的回應都讓她不滿：

那時候就想說跟認識的醫師(朋友的妻子)多聊一點，多給些意見，結果就…哈哈。對醫師而言最方便的處置就是開藥 可是除了開藥，她應該有更多的建議或是輔助手段，可是就都沒有。(回診)就稍微聊一下，她會問你狀況有沒有改善？那基本上她都會說：「有改善那我們就繼續吃繼續觀察。」…「沒改善？那要不要換另一種藥試試看？」

(David 媽媽)





此外，用藥本身對於健康亦有名為副作用的潛在風險，這實際上是家長最關心的問題，在衛教宣導的演講上，類似的問題一再被提出，但是醫生的回應卻是「只有少部分的孩童會產生副作用。」「副作用並不嚴重。」而基於孩童不同的生理狀況，食慾不振或許在其他家庭情境裡是可以被家長容忍的，但是就其餘家庭而言，小孩身材的發育也是需要考慮的因素之一，在權衡利弊之後家長就可能讓小孩停藥，尤其是在認知到藥物治療不是唯一有效的治療手段之後，David 媽媽就在小孩顯現出副作用之前，把藥給停了。

他的個子本來就不高了，在班上大概只贏一兩個同學，那我知道說那個藥會影響食慾，吃了可能會不長大，所以這個副作用對我來講是很不 OK 的。只贏兩三個，你再吃就變最後一個了。 (David 媽媽)

從 David 媽媽的案例可以看出，家長不聽從專家的建議進行藥物治療，不完全是對於使用藥物帶有錯誤的想像，或是缺乏專業知識，反而是與醫師的實際接觸導致她對於專家失去信任。欠缺模型的論述忽略了醫學活動本身是座落於社會脈絡之中，過動症本來就與生活的各個場域息息相關，不論是與教育場域的互動、家庭內部的親職分配、台灣社會的文化脈絡以及製藥廠商與醫療機構的結構性關係，而家長不完全是無知無助，等待醫療協助的客體，而是具備能動性能自主判斷的主體，當醫生在診療孩童時，家長也正在診斷醫生與整個醫療體系，若是在這過程中，家長對此體系喪失信心，具備較高文化資本與經濟資本的家長就會選擇出走。

## 小結


表四 家長行動類型



	採用療法	風險評估	社會條件
順從 (acceptance)	藥物療法、 行為療法。	健康風險(治療黃金期)。 道德風險(教養責任)。	不需要特殊條件。
特製調配 (ad hoc use of different approaches)	藥物療法、 行為療法、 中醫、 飲食療法。	健康風險 (治療黃金期)。 健康風險 (藥物副作用)。	經濟資本、文化資本。
出走(exit)	中醫、 飲食療法。	健康風險 (藥物副作用)。 對精神醫學體系失去信任。	經濟資本、文化資本、 家庭成員的支持。

常民如何評價專業知識？從過動兒的案例中我們可以看出過動症是與生活緊密交互纏繞，而非醫生認為只要家長出來評估、治療就可解決問題，家長在她的脈絡下有她自己的理解，非但不是欠缺知識，反而比起專家有著更深刻的理解，例如具備高社會資本的 David 母親可以評價知識體系，她看出神經學的解釋原理與心理學問卷格格不入之處，進而對精神醫學體系產生懷疑；而衛教講座上的家長則透過實際看到藥廠的大力贊助，進而懷疑兩者的關係並不單純。

採取順從主流醫學體系的家庭占了多數，但是大部分的家長其實都經歷過復向求醫階段，並不是一開始就信任權威的論述，家長決定採取什麼行動的關鍵不完全在於對醫療體系的信任，家庭擁有的資源扮演了更重要的腳色。除了服用藥物以外，不論是飲食療法、中醫、感覺統合、行為療法，醫用者都需要長期投入大量的金錢與時間，才能見到療效，若是家庭不堪負荷，就可能在療效出來之前就終止療程，再回歸到藥物治療的懷抱。除了經濟資本以外，特製調配的家長比



起順從的家長具備了更高的文化資本，他們一方面讓小孩服用藥物回應學習場域的壓力，同時也整合使用其他醫療方法，以符合他們的價值信念。家長若是要離開主流醫療體系自行創立品牌，這個過程需要更高的文化資本，以便醫用者吸收其他醫療體系的知識，同時也需要具備同樣文化資本的家庭成員的全力支持才能改變家庭的用餐結構，當然這與階級並非是一個簡單呈正比的關係，實際上家庭有沒有順暢的意見交流管道，夫妻的地位是否對等，雙親在運籌行動的參與程度是否平均，才是影響到家庭能不能夠齊心協力的幫助孩童克服難關的關鍵所在，這會在下一章進一步分析。

在決定療法以後，不管是選擇替代醫療或是遵從醫囑服用藥物，家長與孩童並不是從此就一帆風順，他們還是必須時時刻刻自我檢視，並重新調整因應策略回應來自學校、親戚甚至是職場的壓力，這個過程極為艱辛漫長。在目前的體制之下，不管是選擇哪一種療法的家長都必須面對結構性的困境，注意力缺乏過動症不論是否真的是一種疾病，很多家庭都深深為之受苦，我們應該做的是重新檢視健保政策如何造成醫院人力不足、醫藥產業的利益交換以及教育場域的資源協助，而非一味地以醫療專業的角度究責、質疑家長們的決策。

## 第六章 性別化的運籌行動



前一章的重點在於家庭外的醫療環境結構如何造成過動兒母親的困境，本章的主旨則著重於家庭內過動兒母親的壓力來源，以及選擇出走(exit)的母親如何藉由飲食療法來對抗精神醫學論述。

由於過動症孩童在學校幾乎每天都會在一些小事上與老師或同學發生衝突，其他諸如親子關係、做功課、手足關係等，也都處處需要加倍的耐心與照護，因此過動症兒童的母親普遍而言比一般母親要更辛苦。台灣相關文獻也寫到過動兒家庭的照護困境，例如母親勞心勞力的加倍付出，但是在教育場域卻得不到相應的正面回饋(宋維村、侯育銘，1996)，或是 ADHD 孩童造成了家庭不愉快的環境與生活，使父母不斷遭遇挫折感，並對自己的親職能力喪失信心(楊坤堂，2000)，而在家庭當中，女性承受了較多的照護壓力，這使得過動孩童的母親不論是憂鬱指數或是壓力程度，皆比父親要來得高(羅富美，2002；林怡如，2009)，曾凡慈(2010)以運籌行動的概念來分析進行早期療育的家長如何藉由協商、組織不同專家、不同場域的資源來發展出最合適的療育方法，然而在過動症的案例裡，運籌行動卻有著明顯的性別化的現象，不論是蒐集資訊的訊息工作(information work)，或是與教育、醫療專家交戰的連結工作(articulation work)，還是執行治療，維持日常生活運作的身體工作(body work)，多半都是由母親來負責，父親則只扮演輔助的角色，這種分工不均的情況，會讓父母兩人產生不同程度的風險感知，部分家庭甚至因為性別分工不均，最後家庭僵化甚至失能(林幸君，1997)。除了經濟資本與文化資本之外，父母二人對於運籌行動投入程度的平均與否，也會影響過動症的療法決策。



## (一) 運籌行動與密集母職

前一章已闡述過動兒家長面對的結構性困境，因健保制度導致醫療機構人力不足、缺乏特教資源的教育場域與醫藥產業的利益結盟，這些問題導致家長必須對紛雜的專業權威與散落各處的資源進行運籌行動，而不是如精神科醫生所言，僅靠補充相關知識或是遵循醫囑即可提供過動兒最好的照護。

運籌行動包含了三項工作：訊息工作(information work)、連結工作(articulation work)與身體工作(body work)，但是這三項工作得以順利進行，一定程度上是因為當代社會價值對於母職的要求(Hays 1996)，長久以來，母職被社會建構成伴隨著生育的義務，這種意識型態迫使母親必須以孩童為中心 (child-centred)，不斷地為小孩進行無償勞動，處理孩子生活上大大小小的事，才能免於道德汙名。多數女性之所以進入母職，並不是完全出於自願，反而是迫於傳統性別角色規範的要求。進入母職後，女性也無法完全按照自己的想法去照顧與教養孩子；她們對孩子的照顧與教養方式相當程度是受制於社會既有的期望與規範(Ruddick, 1989)，且母親還必須為了養育成果擔負全責。在過動症的案例裡，社會正是將過動兒的道德責任與健康風險歸咎於母親身上，「自己是不是一個好母親？」正是令媽媽們不斷感到焦慮的根源，若是丈夫或其他家庭成員無法諒解，並提供媽媽適當的支持，家庭就很可能分崩離析。

「訊息工作泛指行動者從事一切關於搜尋、接收與傳遞訊息的勞動。」(曾凡慈 2010) 注意力缺失過動症具備了幾項特點：1. 醫學爭議未決。2. 長期照護。3. 橫跨多個領域卻缺乏完善的資源統合制度。在這種情況下母親必須不斷地蒐集資訊，才能進行風險評估，回應複雜交錯的風險資訊並做出最佳決策。訊息工作可說是運籌行動的原點，三種行動類型的家長都必須進行訊息工作，訊息工作大致又能分成幾個種類：1. 確認症狀。2. 就醫資訊。3. 教育資源。4. 其他醫療資源。高文化資本與社會資本的確能協助母親獲得更多元、更全面的知識，但是父親若

是較少參與訊息工作，就會一直慢半拍，無法配合母親進行連結工作與身體工作。

「連結工作包括在行動者與意義、任務、時間與空間上的連結，也就是決定『誰』、『何時』、『在哪裡』與『作什麼』，以及如何將這樣的安排付諸實現(曾凡慈 2010)。」連結工作可說是考驗母親如何讓療法順利執行，例如採取飲食療法的母親，必須要求其他家庭成員配合小孩進行飲食療法，或是特製調配的母親以其他醫療機構提供的服務，填補在大醫院掛號檢查與複診的時間差。此外，斷絕連結也是一種連結工作，David 媽媽對精神醫學失去信任以後，就將藥物利他能停掉不再回去複診，也刻意不再帶 David 參與過動症協會舉辦的活動，為的就是要將精神醫學體系從自己的療愈網絡中斷絕，以避免對於 David 的醫療化與標籤化。

身體工作則包括了：「生病軌跡與疾病路徑的診斷與治療，身體的維持，以及心理健康的維護(曾凡慈 2010)。」除了在家裡執行療法之外，女性同時還得進行大量的身體工作來維持家庭的日常運作與再生產。我訪問到的個案都是小家庭形式，因此家務活動與養育孩子主要是由母親負責，對母親而言，她必須為了孩子的需要全天候待命，不能有一絲懈怠，而父親則擁有選擇時間點的自由，「育兒」在父親的價值序列裡，通常不會是第一位，因此父親多半只是作為一個「選擇性育兒的腳色」。(王舒芸，2003)

時間總是不夠用啊，煮飯、洗衣服、擦地、收玩具、買菜、帶小星（接送）、陪他寫功課、帶他看醫生…幾乎完全沒有自己的時間。他爸爸喔…。以前小星小的時候，他也會晚上起來泡奶哄小星，但是他隔天還要上班啊，所以有時真得太晚還是我起來弄啦，現在小星比較大了，但爸爸他平時都要上班，真要他分擔家務也沒什麼辦法，他最常做的也就是假日帶小星去逛動物園，上街買玩具這樣。【會不會覺得不公平？】

不公平喔，當然會啊，怎麼好像輕鬆的玩樂的事都你在帶，那平常寫功課寫到半夜，或是去跟老師道歉這種事就是我…。也是吵過幾次，但也沒什麼辦法，他就拿工作出來當擋箭牌，你總不能叫他辭掉在家帶小孩吧。

(星辰媽媽)

如果只是單純的家務分工不問意願，那母親或許還能忍耐，可是很多父親無法體會母親的無償勞動有多寶貴，反而視其為理所當然，甚至認為家務勞動缺乏經濟價值，連帶貶低母親在家庭的地位。這種偏狹的觀點導致女性地位處在整個家庭的最底層，很多母親的意見因此不被採納，明明在過動兒議題上，母親是最明瞭所有狀況的直接關聯人，但是她的意見卻未必會被家庭成員看重。

寶貝媽是一個全職母親，上小一的時候就因為寶貝在學校打同學，而被請去學校，再加上寶貝經常不交作業，成績也不甚理想，去了學校幾次以後，寶貝媽就想帶他去看醫生，然而丈夫極力反對寶貝媽帶孩子去看精神科，覺得根本沒必要。「他又不在家顧小孩，當然覺得沒必要。」偷偷帶寶貝去了以後，醫生覺得需要使用藥物控制，但是又再一次遭遇公婆，還有老公的激烈反對，寶貝媽自己對於用藥也有所遲疑，因此這件事就被延宕。

醫師沒有解釋為什麼他診斷寶貝是注意力缺失過動症，他只解釋了為什麼要服藥。我回家告訴家人，沒有一個人不罵我，他們嚷嚷的說：「孩子只是調皮一點，沒是吃什麼藥？不要到時沒病，反被你弄出病來！」後來我就一直在逃避孩子的用藥問題，我不知道該怎麼跟家人溝通，告訴他們為什麼要用藥。我真的帶寶貝帶的很累，寶貝是我一個人在帶，沒人幫手，他的狀況我會不清楚嗎？若不是有必要，誰會想讓自己的孩子吃藥？

(寶貝媽媽)

小飛媽媽也是全職家庭主婦，她結婚以後就沒有再出去工作過，小飛媽媽是在上幼稚園的時候，被老師告知小飛有不聽指示跟無法安靜的傾向，不管事排隊或是跳健康操，小飛都沒辦法遵守規則，媽媽鑑於這可能會對以後上小學有些不良影響，因此才帶小飛去醫院檢查。但是小飛的父親反對帶去看精神科，他覺得小孩自然發展就好了，活潑一點也沒什麼關係，兩人因此發生爭執。

其實，要說服我先生實在是很麻煩，但是家裡的經濟是他在主導的，所以有很多事情不跟他商量也不行，有時甚至要去求他。像是之前要帶弟弟(小飛)去檢查，我好說歹說吵了一個月他才勉強點頭。他就沒辦法接受要看精神科…，我解釋很久他才知道不是他想得那樣。…他既不知道事情的嚴重性，也不太願意投入，不是說他不關心……只是他有點大男人，像我去上課叫他一起來，他看了那邊都是女生，他就不太願意，他就說「你看人家老公也沒有陪啊。」 (小飛媽媽)

母親獨力為過動的小孩付出了最多的辛勞，在外要面對教育場域的責難與醫療制度的不友善，回到家裡卻還不一定能獲得家庭成員的諒解與支持，即便如此，母親也不只是受父權架構壓迫的客體，很多母親積極進行訊息工作，在這過程中獲得了對抗父權結構的資源，小飛媽媽就藉由參與治療以及不斷向過動兒團體諮詢，累積了足夠的相關知識，因此得以逐漸在「如何管教小孩」上取得主導權，例如，小飛父親不願意一起進行行為治療課程，或是參加增進親職教育技巧的訓練課程，因此小飛媽媽規範父親如何教養小飛時，父親多半是無從反駁只能遵守。父權體系下的「母職論述」不光是壓迫女性，同時也剝奪了父親與孩子相處的機會，父母兩人對於孩子如何教導的爭奪，正是傳統教育與現代教育論述的競爭，透過母親的描述，許多父親都會認為小孩子任其自然就好了，並用「我小時候也這樣，現在還不是好好的。」然而現今的教育環境與社會脈絡早就與父親的成長



時大相逕庭，由醫療場域與教育場域佈署的監控網絡無所不在，幼兒成長的風險論述透過形形色色的媒體促使母親不斷審視自己的小孩是否正常，隨著醫療技術的發展，當代的社會失去了對於不同成長軌跡的包容(曾凡慈 2010)，甚至有些父親在帶小孩就醫時才發現「原來我也是過動症！？」若是父親在教養小孩的日常勞動中缺席，沒有接觸到當代社會生產的風險資訊與監控網絡，父母兩人就未必能順利達成共識。「幾乎有 1/3 的過動兒母親在臨床上有憂鬱的現象。因教養過動兒的壓力，60%的父母婚姻狀況受到影響，他們的分居和離婚率較其他父母高出很多。尤其是家中不只一個 ADHD 小孩時，有些為人父者常選擇拋妻棄子、離開家庭。」(Zecker 2002)

母親會選擇帶小孩就醫，有部分原因也是為了回應家人所給的壓力，整個家庭把生育的責任獨斷的附加在母親身上，並要求她要生產出符合標準的小孩，若不符標準就會遭到譴責，這正是所有身陷父權結構的母親遭遇到的困境。

公公那邊對秩序的要求比較高所以小孩不乖啊，就先罵小朋友，然後再罵大人，就會說不會教啊什麼的…。我公公是退休老師，75-6 歲的退休老師，他那個年代，就一板一眼，棍子就拿在手哩，他沒辦法忍受。有小孩在跑，他就罵大人（聳肩）啊，放囡仔安捏，攏沒在管……（台語）。他們也沒有過動症的概念，對過動症的看法就是不乖、不聽話、大人不會教。 (David 媽媽)

回家後我婆婆一直唸說我不知道在急什麼，要檢查等明年我沒上班後，再帶孩子去檢查就好了，何必麻煩我先生。可是因為學校老師一直問我去看醫生了沒，我跟婆婆說六歲以前是治療黃金期，婆婆說明年二月孩子又還沒六歲，而且心理測驗已經排到明年一月才能做。婆婆一方面覺得我兒子還好，一直說我太心急了，其實是因為他們都說我孩子都

教不好…我真的不知道該怎麼作。

(小雲媽媽)

Jaggar 用「異化」這個概念來解釋女性受壓迫的原因。在進入父權建構的婚姻體制後，母親無法將自己視為一個獨立完整的個體，因為整個家庭都只將它當作是一個負責生育的物，因此母親也只能以這種價值觀來看待自己，使自己成為物，並與自己的身體以及孩子異化。養育就是一種異化經驗，女性被迫獨自承擔養兒育女責任，所依循的方式卻是以男性觀點所設定的規則，而養出來的孩子也必須符合這一價值觀的要求，若是孩子不如期望，夫家就會將責任歸咎於作為生殖者與養育者的母親頭上，前一章提到了部分母親會援引醫療專家的論述，來對抗家人的指責擺脫教養不力的形象，但是以遺傳作為注意力缺失過動症的致病原因，在父權觀念盛行的家庭裡，母親依然難辭其咎。

我的兒子吃了藥以後的確改善很多，個性變得比較溫和有耐性，甚至連字都變漂亮了。可是我有時就會想，到底那一個才是真正的他，是吃了藥的呢，還是沒吃藥的……，那這樣用藥物來控制他，我能算是一個合格的媽媽嗎？

(小宏媽媽)

他以前生病的時候很不喜歡吃藥，經常為了吃藥又哭又鬧，可是現在（診斷出過動症以後）卻得天天吃，他現在也比較懂事，有時看到他乖乖吃藥，既不哭也不鬧，……就會覺得很對不起他啊，媽媽沒有把你生得健健康康的。

(小飛媽媽)

隨著醫學技術的發展與早療意識的成熟，現在的母親必須比以往進行更多的訊息工作，並不斷監控檢視自己的孩童是否正常，才稱得上是一個稱職的母親。但是當孩童落入異常的範圍之時，使用藥物輔助小孩的母親，反而又會因為母職

的概念而自我質疑，很多母親不考慮採用藥物治療，除了前章所提的健康上的考量以及對精神醫學的不信任之外，讓小孩服藥對於母親形象的傷害也是使她們遲疑的原因之一。用藥與否一直都是繚繞家長心頭、揮之不去的陰影，沒使用藥物治療的母親會不斷檢視孩子的行為，擔心沒讓他用藥，真的造成他學習的障礙與挫折感；選擇用藥的媽媽也會不時的質疑自己這樣做是否正確，是否盡到母親的責任，縱使其他人沒有因此責難母親，做母親的還是會自責，母職的陰影依然繚繞不去。

## (二) 飲食療法 V.S. 藥物治療

隨著工業化與全球化的發展，現代飲食為了加速生產、長途運輸、長期保存與刺激食慾而在食品中添加了大量的人工合成化學物質，而英國最新研究指出人工食用色素黃色 4 號、5 號跟紅色 40 號，只要混合苯甲酸類防腐劑一同食用就會造成小孩無法專心，(McCann et al.2007)此外，孩童的過動也可能與食物過敏相關，日常食用的蛋、麥、乳類相關製品都可能導致過敏兒童產生過動症狀 (Pelsser 2011)。相對於藥物治療的不受寵，飲食療法則較容易獲得民眾的信任與青睞，除了因為大眾普遍對於健康飲食的焦慮以外，「烹調」這項工作同時還能滿足父權價值對於母職的想像，因此部分行有餘力的母親就會使用飲食療法來取代藥物治療，選擇藥物療法的家庭也常常會以營養補充，或是有限度的飲食控制作為輔助手段。採用飲食療法的母親們，大致可依照目的的不同，分為兩種取向：

表五 飲食控制分類

	A.減少食用致病因子	B.補充相關營養素
管制程度 0	不特別管制。	不特別替孩童補充。
管制程度 1	減少吃垃圾食物、含色素、防腐劑、過甜、過敏	補充膠囊營養素。

	原..等不當飲食。	
管制程度 2	禁止孩童食用不當飲食，並自行準備符合特殊飲食標準的正餐。	自行準備符合特殊飲食標準的正餐。

David 媽媽在減少食用致病因子上最為嚴格，但是並沒有特別強調要補充相關營養素(A2B0)。小胖子媽媽則是沒有足夠的資源達到所有正餐都符合飲食標準，但是她在補充營養方面比 David 媽媽積極(A1B1)。小熊媽媽雖然也是自行準備符合特殊飲食標準的正餐，但她主要是以補充營養素 Omega-3 為主，而不只是排除可能的有害物質(A1B2)。其他受訪者大致都是 A1B0 或是 A1B1，沒有採取特別嚴格的禁止措施，但是會盡量減少小孩接觸不當飲食的頻率，並視情況給小孩補充膠囊營養素。

小熊媽媽的兒子年紀尚幼，今年才小一，因此她不願意讓小熊服藥。她在進行訊息工作時得知 Omega-3 魚油對於緩解注意力缺失過動症有幫助(Ottoboni 2003)，而小熊媽媽自己也很喜歡吃魚，因此就決定要降低紅肉的比例，讓小孩以魚為主食，甚至每天都吃得到魚。

Omega-3 最多的就是鮭魚、鯖魚、秋刀魚還有烏魚子，烏魚子不可能常常吃，鯖魚跟秋刀魚的料理不是鹽烤就是油煎，偶而吃吃可以，吃太多對小孩可能也不是很好。所以啊，最理想的還是鮭魚，方便做成各種料理，而且處理的時候先除刺，小孩也可以大口大口的吃。(小熊媽媽)

在料理方面，即便是吃魚也不能只考慮營養價值與經濟成本來，小孩的健康風險依然是母親考量的第一順位。小熊媽媽推薦一個「遇見挪威北極熊」的部落格給我(<http://www.wretch.cc/blog/lsbjorn>)，該部落格介紹了很多富含 Omega-3

的魚類相關料理，例如鮭魚味噌湯、鮭魚拌飯、海鮮薯餅、鮭魚捲、鮭魚沙拉...等。小熊一開始很排斥吃魚，因為小熊媽媽將紅肉幾乎都替換成魚肉。

圖三-1 鮭魚沙拉 三-2 造型鮭魚飯



圖片來源: <http://www.wretch.cc/blog/Isbjorn>

是啊，他本來不太愛吃的，那我就得想些法子變花樣出來讓他吃啊，像是多用刻花的紅蘿蔔，切半小番茄來做擺盤，整桌菜弄得花花綠綠的，他才會比較願意吃。或是用模具壓出各種造型，他覺得好玩就會喜歡吃。

(小熊媽媽)

煮飯你也不能光只是自己埋頭煮飯啊，我都會讓弟弟在旁邊看，一邊煮一邊告訴他那些菜吃了會變聰明，哪些菜吃了又會變帥...，然後再請他幫我擺餐具，幫我把飯菜端到桌上，這樣他有參與感，吃起來也會比較開心。

(小熊媽媽)

飲食療法的身體工作除了最核心的烹飪之外，如何勸誘小孩認同新的飲食習慣與價值觀也是重要關鍵，小熊媽媽透過雕花、擺盤、壓模來吸引孩童的注意力，

並同時灌輸健康飲食的價值觀潛移默化。除此之外，小熊媽媽認為也需要下不少功夫的就是食材挑選：



買鮭魚顏色不能挑太橘的，因為那種都是養殖出來的，牠缺乏運動含油量就高，顏色就偏橘，盡量是要挑野生的，因為養殖的戴奧辛含量比較高，【有這種事？】 嗯，之前看醫生，他有給我一個美國環保署和衛生局擬的備忘錄。產地也是很重要的因素，像野生最好是買智利或加拿大，因為污染較少，歐洲的污染比較嚴重，但是現在養殖鮭魚的比較多，因為可以監控品質，買養殖的話就要反過來買挪威的，因為智利的飼養過程有餵魚吃粉紅色素，所以你看那魚肉顏色就會比較好看，挑的時候還是要看產地跟種類比較保險，可是有些沒跟你講是養殖還是野生的，那就還是要用色澤來分。 (小熊媽媽)

食材篩選需要大量的訊息工作做基礎，小熊媽媽在這裡獲得的資訊是之前懷孕時來自於婦產科醫生的建議，後來決定要為小孩補充營養時，又再上網搜尋相關資訊，當然實際要能分辨也還是經過多次的實作與比較。

David 媽媽在日常飲食下的功夫，主要是避免小孩吃到充斥市面的人工添加劑，她不只是禁絕糖果餅乾，連麵包都要自己做：

因為外面的麵包，越香越好吃的，添加物就越多，大概五六年前就開始自己做了，就買個麵包機啊，買麵粉啊，再買酵母粉啊雞蛋，其實不難，自己做比較安心，然後網路上找到吳寶春食譜，有教一些，這樣弄出來也很好吃。【小孩不會吵著要吃嗎？】 他不會耶，他不愛吃，他連麥當勞肯德基都不愛吃，他認為那些不好吃，那些東西有毒，冰類飲料他也都不吃，他覺得吃那東西對他身體不好。外面飲料也不喝，因為

可樂那些都是垃圾食物，都是一些化學用品調出來的，口渴的話，就是打果汁啊或泡蜂蜜檸檬，我們家唯一會買的飲料是黑麥汁。(David 媽媽)

我本來預想要求小孩使用飲食療法會是一項艱難的任務，但其實並不會，飲食療法不光只是面對疾病的另一種替代醫療，它本身就是一種價值觀，一種反對食品工業化，以及醫療擴大解釋人類生命現象的價值觀，小孩受到母親的薰陶，而覺得外面的食物有毒，自然就不會去吃外面的食物，小熊媽媽也有類似的看法，比起藥物療法，小熊媽媽認為飲食療法更能傳達正確的資訊給小孩：

現在社會上很多食物本來就不健康，很多病就是因為那些防腐劑吃多了，到最後也找不到病因，我這樣讓他從小分辨好食物跟壞食物，比起直接給他藥跟他說你生病了，我覺得要好得多。 (小熊媽媽)

小熊媽媽與 David 媽媽講的話可以解析成兩個層面，一個是體現出醫療化對於日常事務的干涉，現代社會標榜的專業分工，將各種範疇切割得越來越零碎，在過動兒的案例中我們可以看出兒童教育問題切給了學校、醫療議題切給了醫院，剩下的才留給家庭，照理來說醫療與教養兩者是無關的，但醫療機構得以干涉家庭教養事務，其實靠得正是將範疇切割。現代醫學將人分割為健康與病態，當人落在病態的範疇，從正常人變成病人之時，輿論就會要求你放棄自主權，遵從醫生的指示，正是在這過程中，母親喪失了對自己小孩下定義的權利，她所下的定義(活潑、外向、好奇心強)不被社會所接受，她必須重新藉由專家的詮釋來看待自己的小孩，由醫生來教導她如何教養小孩，但是健康與病態是一體的兩面，健康本來就不應該跟日常生活切割開，而飲食療法就是讓母親將這些被分割的範疇重新結合在一起，藉由母職實踐拿回母親教養的權利，在親子共同煮菜、一起進食的過程中，告訴小孩健康與每日的日常飲食息息相關，並教導他自身的價值信

念，將教育、健康與每天的日常生活結合，這正是母職才能完成的任務。

另一個層面則是飲食療法打破了正常與病態的二元範疇，人不再只被醫學分成正常人跟病人，透過飲食療法的重新定義，我們可以對人有著更多元、更多彈性的解釋空間，這些小孩不再是病童，也不再只是過動兒，他們是有著不同飲食需求的普通人，他們可能喜歡吃蔬果不愛喝飲料，喜歡吃魚不愛吃肉，擔心過敏而不喝牛奶，他們可以各自展現出自己個別的生命經驗與個人氣質，而不用無視個體差異統一接受藥物的規訓。

我們感冒時吃藥是正常的，但是如果都確診是 add 或是 adhd 患者時卻不敢吃藥，豈非矛盾？這藥只能讓他正常，要趁正常的時候趕快教導他平常裝不進去的东西，而不是吃了藥父母就放輕鬆了。有用藥時我反而更警覺，觀察他的改變：個性、行為、思考方式、情緒。。。是不是哪裡有不同？我會一直評估，他是否可以在變好一陣子之後停藥？或是再減低劑量？他是否學會了控制自己的感覺？是否學會肯定自我的感覺？

摘自〈關於 add/adhd 的用藥～利他能/專司達的用藥經驗〉 藍山嵐煙部落格<sup>40</sup>

「好母親」的形象在不同行動者之間，有著不一樣的建構方式，採用飲食療法的母親會認為烹煮符合健康觀念的食物來進行飲食療法，是符合「好母親」的形象，因此他們會藉由挑選食材、烹飪、勸食、日常飲食控管...等行動，來建構好母親的形象；相對的，以藥物療法為主的母親也必須建構好母親的形象，她們會藉由對於藥物的了解、熟悉藥物劑量的拿捏，以及自己並沒有因為讓小孩吃藥就放鬆母親該做的工作，例如不斷觀察、評估小孩的狀況，透過這些行動來證明自己是一個不怕藥、能自在運用藥物，而非為藥物所奴役的「好母親」。

---

<sup>40</sup> <http://wsuyu.pixnet.net/blog/post/96225900>





### (三) 運籌行動與療法選擇

本章第一節已闡述運籌行動因為社會對於母職的要求，而被高度性別化，但是經過訪談後，我發現雙親對於運籌行動的投入程度，會影響他們的療法選擇。當母親在處理過動兒議題時，她關注的除了健康與教養方面的問題之外，能否滿足其他人對母職的想像也是重點所在，飲食療法之所以會受到媽媽們的青睞，除了對健康的需求之外，正是因為它能提供母親一個好媽媽的形象以及正向的母職經驗，以抵禦社會以母職之名作出的壓迫。但實際上要進行飲食療法需要的不光是烹飪的技巧、或是能夠篩選健康又實惠的食材，關鍵在於改變家庭的飲食結構與意識形態，然而第一節就已經可以看到多數父親不投入運籌行動的現象，例如，部分的父親不進行訊息工作，也不花時間與小孩相處，導致他無法掌握小孩的情況，在價值觀上他又與妻子的認知產生落差，在這樣的情境下，不論母親要做出什麼決定都必須花費很大的力氣來跟父親溝通。將我訪談到的個案，依據運籌行動的概念作為分類項目：訊息工作、連結工作、身體工作的執行負責人，以及最後的療法決定人，即可將這些家庭排出一個運籌行動參與程度的光譜，見表六。

表六 運籌行動參與程度表

	個案 工作 內容	David， 小熊， 小胖子。	柏凱， 小奇， EVA， 小宏。	小雲， 星辰， 小飛， 小偉。	寶貝。
訊息工作	資訊蒐集(過動症的基本訊息，就醫資訊，支持團體資訊，教學輔導資源，相關替代療法)	父母兩人都主動蒐集資訊。	母親主動，父親被動從母親獲得資訊。	母親主動，父親被動從母親獲得資訊。	母親主動，父親依循自我價值，抗拒資訊。
身體工作	療法實作與日常生活的維繫。	母親負責	母親負責	母親負責	母親負責

連結工作	確保療法執行的資源協調與實作裝配。	父親積極配合	父親積極配合	父親消極配合	父親不作為
療法決定人		共同決定	母親決定	母親決定 (但必須說服父親)	父親決定
運籌行動參與程度		高	次高	一般	低

家庭遭遇到像注意力缺失過動症這種不熟悉的議題時，進行訊息工作以釐清現狀是必須的任務，而這個任務跟身體工作一樣都是由母親來承擔，但是有些父親會主動關心小孩的境況，陪母親一起帶小孩就醫、參與講座、親職訓練，這些父親都能夠積極配合進行連結工作，被我歸類在消極配合範疇裡的父親是比較不會主動協助母親管教小孩，例如小偉寫功課很容易分心，需要有人在旁邊敦促他專心，而這項工作都是由媽媽陪著寫，父親雖然下了班在家卻也沒有替母親分攤家務勞動，更不會陪小偉寫作業，相比起來，積極作為的小宏父親不但會跟母親輪流陪小宏寫作業到很晚，他甚至還會去學校參加家長會

他會覺得平常學校打來時，他都在工作不在家裡，那他也想了解一下兒子在學校到底是什麼狀況，所以家長會單子來時，他就說那由他來去好了。

(小宏媽媽)

被排到消極配合還有一個原因就是如何決定療法，消極配合的父親並不主動參與孩子的日常生活，但是要決定療法時卻又希望能掌握主導的權力，或是自認自己的意見比較有參考價值，而他們一貫的意見就是「我小時候也是這樣」「每個小孩不都這樣，有需要看醫生嗎？」一般人會有這樣的反應很正常，但是這些父親小時候的時空背景與成長經驗，已經與現在的社會有著不小的差距，不論是教育場域、醫學的監控部屬目前都更傾向將小孩判定為過動症 (Conrad 2000)，運

籌行動參與度一般的四個家庭裡，母親都必須獨力回應學校施予的壓力，並且還得為小孩的學習表現負責，父親也不會主動了解小孩的情況，導致母親在做出就醫或是服藥的決定時，還必須多費唇舌跟父親前情提要，曉以大義，才能讓父親稍微了解情況。

我就直接翻聯絡簿給他看，讓他看老師寫的滿篇紅字，他才嚇到。  
我才跟他說：「你看小偉以後要怎麼辦，現在才一年級而已耶……那不趕快趁現在把問題搞清楚，是要等到什麼時候？」他才同意帶小偉去掛號。  
(小偉媽媽)

一開始反對的父親通常會隨著母親給予的「教育」，而慢慢讓步轉而支持母親的作法，但寶貝父親在藥物治療這點卻始終不肯讓步，同時也不願意跟母親溝通，認為教小孩就是母親該負責的，「你就把他教好就是了！」這種得不到家庭支持的情況，讓母親光是每天照顧過動兒的日常起居就備感無力，更不用說嘗試其他種類的療法。

雖然主要身體工作、療法的執行都是由母親來負責，但這不代表母親相關技能高超(烹飪、調味的技巧、食材的挑選)，就能順利進行飲食療法，家庭成員不能具備同樣的風險感知，有著共同的風險意識才是關鍵。當父親與母親的風險感知有落差，那連結的過程就會產生疏漏，使飲食療法無法嚴格執行，例如星辰媽媽也想讓小星減少進食有添加劑的食品，因此告誡父親給小星吃東西時要特別注意，但是父親沒有主動了解相關資訊，帶小星出去玩時，還是買了瓶裝果汁給小星喝。「我就很生氣，你兒子就已經這個樣子了(過動)，你還給他喝這些東西，結果他一臉訝異地跟我說，不是只有汽水嗎？原來果汁也不能喝喔……」(星辰媽媽)

或是 EVA 父親雖然同意進行飲食風險控管，但卻覺得偶而吃一點沒什麼關係，

因此也沒有全面進行飲食控管，一家人在逛大賣場時，EVA 爸爸總會心軟給小孩買些糖果餅乾。「我覺得他太疼妹妹，妹妹吵著要，他就會給她買，每次都說偶爾吃一點吃一點沒什麼關係，可是我看那個巧克力一天一天這樣少下去，怎麼看都不像只吃一點。」（EVA 媽媽）

而運籌行動參與程度最高的，正好是三個成功實行飲食療法的家庭，因為這三個家庭父母兩人都能夠同步共享風險感知，而不是只有母親單方面對於過動症感到憂心忡忡、對不健康的飲食戒慎恐懼，但父親卻後知後覺，甚至不知不覺，這三位父親都能積極主動的參與母親照護的過程，或是協助蒐集資訊供意見。

老公他也是可以接受這樣的飲食改變，他也覺得這樣很健康，對身體比較好。不吃藥也是我們兩人共同決定的，沒有特別說是誰的意見主導耶。

（David 媽媽）

他爸爸啊就為了給他兒子解解饞，下了班還開著車一家一家的(店)去找無麩質的麵包跟餅乾…。

（小胖子媽媽）

假日的時候爸爸也會下廚，其實他的廚藝比我還好，呵呵~小孩還比較愛吃他做的菜。

（小熊媽媽）

飲食療法不只是一項療法，而是一套超越原來精神醫學體系的價值觀，它將「健康的身心狀況」與「健康的生活」更緊密的結合在一起，進行飲食療法需要改變的除了孩童的飲食習慣以外，更重要的是家庭的日常生活結構，因此在父親能共同承擔照護任務與家務勞動的情境下，母親遭到究責的情況就能得到緩解，孩童也能獲得更好的照顧，父子之間的相處機會也不會被剝奪，母親也不會落入

獨自對抗整個結構的窘境，然而台灣當前的脈絡不論是工作環境或是價值觀，都無法擺脫父權體制的思維，要提高台灣父親的教養參與程度，目前還是只能靠母親對父親的教育與父親自己的反思。



## 小結

當社會受到衝擊時，弱勢族群總是受害最深的一群，同樣，當家庭遭遇問題之刻，母親總是受傷最重，因為這個由父權價值觀所架構的社會將母親置於家庭的最底層，而孩子是過動兒的事實，就清楚地點出這一情況。從一開始的生育，就不一定是出於女性的意願；生出來的小孩卻必須由母親來撫養，在這社會裡必須中斷工作生涯的第一候選人，必然是母親而非父親；母親放下自己的工作，承接下養育小孩的工作，卻還得迎合這套價值觀的喜好，生產出適當的小孩，若是小孩不符標準，受到責難的，不會是丟下養育職責的父親，而是付出一切的母親。

以藥物來治療過動症對於母親想像中的母職是有損害的，因為它是一項去技術化，誰都可以進行的工作，執行藥物療法時，母親不像母親，反而像是醫護人員，每天叮嚀小孩不是提醒他在學校要乖，而是不要忘記吃藥，飲食療法剛好相反，它既滿足了社會對於母職的想像，又能展現作為母親的主體性。煮一頓可口又合乎健康需求的餐點，似乎是對一位合格的母親最基本的要求，但其實家庭對於一位母親的要求實在是太多了，飲食療法在一般家庭中窒礙難行，乍看起來是因為需要一位高度精通母職技能的女性，能夠不多加添加物與調味劑就煮出一首好菜，同時還要具備能篩檢健康食材的技能，但其實它牽涉到了家庭生活型態的改變，與價值意識的溝通，實際上能夠達到需求的，只有雙親都積極參與運籌行動，且能夠充分對等溝通達成共識的家庭。

## 第七章 結論



### (一) 研究成果

本研究欲回答的問題是：母親基於什麼樣的理由讓小孩使用飲食療法，而不是藥物治療。要回答這問題勢必要從飲食療法與藥物療法的脈絡開始談起，飲食療法的興起與今日有著相同的脈絡，就是對於食品工業的不信任，食品工業以高度工業化的生產模式讓我們吃的食物變得越來越美味、越來越方便，可是我們卻沒有越來越健康，這促使部分民眾開始反思我們的日常飲食，也有學者提供科學證據證明飲食療法的效用，然而位居主流的精神醫學目前尚不承認飲食對於人類行為會產生影響，但精神醫學也無法確定過動症病因，精神醫學對於過動症的解釋，其實只是就生理功能進行生物醫學解釋，但是對於背後的原因卻置若罔聞，精神醫學忽視心理因素、忽視人與環境的互動，只不斷的強調服用藥物就可恢復「正常」，這種語焉不詳的邏輯造成了家長對於藥物治療的排斥。

然而常民是如何評價專業知識的？社會脈絡是透過多重面向的交互纏繞，家長在她的脈絡下有她的理解，而非欠缺知識，例如具備高社會資本的 David 母親可以評價知識體系，她看出神經學的解釋原理與心理學問卷格格不入之處，進而對精神醫學體系產生懷疑；而衛教講座上的家長則透過實際看到藥廠的大力贊助，進而懷疑兩者的關係並不單純，當精神醫學體系無法博得信任時，擁有足夠資源的醫用者就會選擇出走；缺乏資源的家長則受迫於教育場域的要求，也擔心孩童的身心發展風險只好信任精神醫學提出的解釋，採取順從模式，選擇服藥治療。

即便藥物能夠有效遏止過動症狀，也不代表家長與孩童從此就一帆風順，注意力缺失過動症與生活是緊密交互纏繞的，並非如醫師所想，只要家長出來評估、治療就可以解決問題，家長與孩童還是必須時時刻刻自我審視，並重新調整因應策略，回應來自學校、家庭甚至是整個體制的壓力。在目前的體制之下，不管是

選擇哪一種療法的家長都必須面對嚴酷的結構性困境。且結構性困境不只是在家庭之外困擾過動兒家庭，家庭內也存在著結構性困境：父權體系對於母親的壓迫，現代社會對於密集母職的要求，迫使母親將母職作為天職，母親必須放棄原來的生活來為小孩付出一切，更甚者，小孩若是偏離了父權的期待，責任必然歸諸於母親身上。

飲食療法會受到母親的青睞，正是因為它除了療效以外，還能同時滿足父權體系對母職的要求，相較起來，去技術化的藥物治療反而篡奪了母親定義小孩的權利，這種特性注定與母親的身分互相衝突。透過飲食療法母親可以打破正常與病態的分界，讓小孩重新展現個別化的特質與多元的可能性，讓小孩不只是需要治療的病人。當然要讓母職產生對抗醫療化的能動性，需要社會條件的配合，家庭內的性別分工越是平權，父親越是積極參與運籌行動，夫妻二人也比較容易在療法決策上達成共識，如此，才能共同抗衡對於過動兒不友善的社會脈絡，替過動兒走出不一樣的路。

## (二) 研究限制

本研究只就台灣北部母親的觀點來分析療法的選擇，以及醫療結構的壓迫，除了緒論提過的城鄉差距以外，本研究受限於時間與資源，無法在過動症的議題裡，還有幾個應該要納入分析的重要行動者，有待日後更進一步的研究。

### 1. 教師與學習環境

教育體制對於注意力缺失過動症判准的影響非常深遠，僵化、缺乏自由發展的課程與學校制度會讓有過動、衝動症狀的兒童更為格格不入，另一方面，如我論文裡提及的，台灣缺乏完善的輔導機構、特教體制更讓過動兒的處境雪上加霜，一般教師的素質又參差不齊，每個班級的情況也不能一概而論，若是能補足過動

兒在學校或是補習班的日常生命經驗，對於描繪過動症療法競逐的網路也會大有幫助。

## 2. 支持團體

蒐集資料時，我發現不少母親都談到過動症協會的幫助，支持團體在母親不知所措時提供了專業人士的建議與諮詢，以及讓媽們媽互相分享經驗的管道，但目前看到的過動症協會舉辦的講座、發放的手冊、傳單，內容都以推薦藥物療法為主，這一方面可能是因為受到藥物廠商的贊助，另一方面則是政府法令目前依然是以精神科醫師的論述為執行補助的標準，處於同樣脈絡下的協會也因此以精神科醫師的說法為準，不過協會成員、幹部的想法與療法之間的關係，還需要更細緻的描繪與分析。

## 3. 父親

本文主要都以母親的角度來描述決策的過程，但父親與母親一樣受制於父權結構，導致他們必須為了工作犧牲與小孩相處的時間和機會，同時父親也是家庭決策的重要行動者，若是能對父親的社會行動進行社會學式的分析，這會是理解家庭決策模式的一大進展。

## 4. 小孩

小孩在過動症療法的決策網路中，雖然因年紀尚幼不具備太多的決定權，但是他們的想法與行為卻是這個網絡的核心關懷，因此小孩的自我認知與價值信念也是完善這決策網路的一塊重要拼圖。



## 附錄 訪談大綱



### 1.基本資料

(伴侶)年齡、(伴侶)收入、(伴侶)職業、兒童當前年齡、兒童確診年齡。

妳們家一個月總收入大約多少？

請問你與你先生的職業是？

家裡有幾個小孩？

小孩幾歲？現在讀幾年級？

### 2.孩童概況

日常作息、飲食習慣、學校表現、人際關係、親子互動

請描述典型的一天生活：

小孩幾點起床？誰叫小孩起床？小孩會賴床嗎？

三餐是否規律？

由誰準備三餐？三餐內容是什麼？平均花多久時間準備？

在學校/補習班的成績表現？

學校/補習班老師知不知道小孩是過動兒？

小孩在學校或補習班有無要好的朋友？

同學知不知道小孩是過動兒？

平常是誰監督小孩寫功課？誰簽聯絡簿？

假日時誰帶小孩進行休閒活動？

休閒活動的類型？

常用的獎勵懲罰的方式是？

受到獎勵懲罰的原因多半是？



### 3.求醫歷程

你是如何發現小孩狀況與他人不同？

誰建議你求醫？

為何最後決定就醫？

選擇哪間醫院？如何挑選醫院？

誰帶小孩去醫院？

醫生診斷的方式是？

診斷的結果是什麼？

醫生建議的治療方法是？

有沒有立刻讓小孩接受治療？

治療的效果如何？

有沒有尋求其他專業協助？(感覺統合、心理諮商)

有沒有採取其他治療方式？

怎麼知道這些資訊？

### 4.風險資訊

是否知道治療藥物的副作用(食慾不振、抽搐..)?

小孩服藥後有副作用嗎？如何因應？醫生有何建議？

小孩願意服藥嗎？會常常忘記吃藥嗎？

如何說服小孩服藥？

如何跟他解釋過動症？

誰跟他解釋？

你所知道的過動症成因是？

怎麼知道的？

知不知道人工添加劑與食物過敏可能導致過動症？

## 5.風險控管

有沒有嘗試改變全家的飲食習慣？

遭遇到那些困難？

如何約束小孩不吃零食？



## 6.家務分工

家務分工概況？

家庭其他成員提供的協助？

其他成員對過動症的看法？

其他成員對治療方法的建議？

## 參考文獻



### 中文參考文獻

- 丁志音，2003，〈誰使用了非西醫的補充與另類療法？社會人口特質的無區隔性與健康需求的作用〉。《台灣衛誌》22（3），155—166。
- 丁志音、郭淑珍，2008，〈嚼檳榔計程車司機的健康生活型態：社會脈絡觀點的初探〉。《台灣衛誌》27(1)：67-80。
- 成令方，2002，〈醫「用」關係的知識與權力〉。《台灣社會學》3：11-71。
- 成令方、吳嘉苓，2004，〈科技的性別政治〉。《婦研縱橫》71：26-34。
- 李宏鎰，2009，〈臺灣注意力缺陷過動疾患之研究現況與展望〉。《應用心理研究》41：5-7。
- 沈武典，2004，〈21世紀臨床精神藥物學修訂版〉，台北：合記。
- 宋維村，1984，〈注意力不足過動症候群：臨床特徵〉。《中華民國神經精神醫學會會刊》，10（2）：34-41。
- 宋維村，1996，〈完整過動兒服務網有待建立〉。《中華民國過動兒協會會訊》，1:1。
- 宋維村、侯育銘，1996，〈過動兒的認識與治療〉台北市：正中。
- 林文源，2009，〈病患實作經驗與患病軌跡類型：以腹膜透析病患為例〉。《台灣社會學》17：1-59。
- 林怡如，2009，〈ADHD 兒童父母之心理調適歷程〉。台南：台南大學諮商與輔導學系碩士論文。
- 林幸君，1997，〈台北市臨時托育服務對心智障礙者之主要照顧者影響之研究〉。台北：東吳大學社會工作學系碩士論文。
- 林裕芳，1998，〈過動兒行為問題、父母親教養壓力與治療接受意願之相關探討〉。高雄：高雄醫學院護理學科學研究所碩士論文。
- 林崇熙，1998，〈科技的性別政治／性別政治的科技〉。《科技博物》2(1): 71-85。
- 吳泉源，2002，〈技術與技術研究在台灣〉。《當代》176: 64-73。

吳嘉苓，1999，〈性別、醫學與權力〉。頁 385-418，收錄於王雅各主編，《性屬關係》。台北：心理出版社。

吳嘉苓，黃于玲，2002，〈順從、偷渡、發聲與出走：「病患」的行動分析〉。《臺灣社會學》3：73-117。

吳嘉苓、傅大為、雷祥麟編，2004，《科技渴望社會》。台北：群學。

吳嘉苓、傅大為、雷祥麟編，2004，《科技渴望性別》。台北：群學。

洪珮婷，2001，《過動兒的母親壓力與因應策略之探討》。台北：東吳大學社會工作學系研究所碩士論文。

洪惠芬，2010，〈「現代母職」作為一種兒童照顧安排：母親作為照顧者的勞動處境〉。論文發表於「風險社會下台灣福利社會的未來」國際學術研討會，嘉義：中正大學，2010年5月7日至8日。

徐秀宜，1996，《注意力缺陷過動症候群兒童親子互動方式之探討》。高雄：高雄醫學院行為科學研究所碩士論文。

符明伶，2007，《注意力缺陷過動症與營養狀況及過敏關係之探討》。台北：臺灣大學生命科學院微生物與生化學研究所博士論文。

許靖敏，2002，《發展遲緩兒母職經驗與體制之探討：以女性主義觀點分析》。台北：臺灣大學社會學研究所碩士論文。

張靜慧、黃惠鈴、梁媽純，2008，《教出專心的孩子：是好動還是過動？》，臺北：天下。

曾凡慈，2010，《兒童發展的風險治理：發展遲緩、監管網絡與親職政治》。台北：臺灣大學社會學研究所博士論文。

曾凡慈，2010，〈醫用者的運籌行動：形塑早期療育的照護軌跡〉。《台灣社會學刊》45: 63-116。

黃惠美、陳玉敏、曾月霞，2010，〈中部地區居家成人輔助療法使用現況〉。《護理暨健康照護研究》6(4)。

黃惠玲，2008，〈注意力缺陷過動疾患研究回顧〉。《應用心理研究》40: 197-219。

黃惠玲，2009，〈再探注意力缺陷過動疾患研究〉。《應用心理研究》41：20-26

黃獻樑、陳彥元、蔡甫昌，2007，〈病患要求施行輔助及另類療法所涉醫學倫理問題〉。《台灣醫學》11（1），91—103。

甯應斌，1998，〈Harding 的女性主義立場論〉。頁 261-296，《哲學論文集》。台北：中央研究院。

楊坤堂，1999，《注意力不足過動異常：診斷與處遇》，台北市：五南。

楊坤堂，2000，《情緒障礙與行為異常》，台北市：五南。

鄭信雄，1994，《突破孩童學習障礙：暴動、好動不安兒童的感覺統合治療實務》。臺北：遠流。

蔡麗玲，2007，〈科學不只需要女性，更需要女性主義者〉。《知識通訊評論》62-65。

蔡麗玲，2007，〈性別化的科學與科技〉。頁 201-224，收錄於黃淑玲、游美惠主編，《性別向度與台灣社會》。台北：巨流。

賴奕志，1998，《注意力缺陷過動症兒童家庭福利需求滿意度、社會支持與親職壓力之相關性研究》。台北：中國文化大學兒福所碩士論文。

Harding, Sandra，蔡麗玲譯，2001，〈多元文化與後殖民世界中的女性主義科技研究〉。《當代》172:26-41。

Jorg Blech，張志成譯，2004，《發明疾病的人：現代醫療產業如何賣掉我們的健康》。台北：左岸文化

Rudolph Schaffer，張康樂譯，1994，《母親角色》。台北：遠流。

Sonna Linda，余欲弟譯，2007，《讓過動兒也有快樂人生》。臺北：城邦。

Strand Ray，吳卉譯，2010，《別讓不懂營養學的醫生害了你》。台北：漢宇。

## 英文參考文獻

Beck, Ulrich ,1992, *Risk Society: Towards a New Modernity*. London: Sage

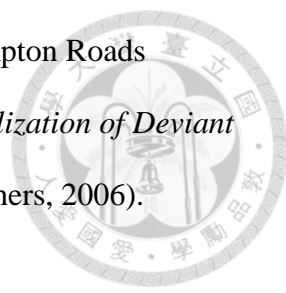
Breakey J,1997,"The role of diet and behaviour in childhood." *Journal of paediatrics and child health*, Volume 33 : 190–194


Brown, Phil ,1987, "Popular epidemiology: community response to toxic

waste-induced disease in Woburn, Massachusetts." *Science, Technology, &*

*Human Values*, Vol. 12, No. 3/4, Special Issue on the Technical and Ethical

Aspects of Risk Communication. pp. 78-85.

- 
- Carter, J.,1993, *Racketeering in Medicine*. Norfolk, Virginia: Hampton Roads
- Conrad, Peter ,1976, *Identifying Hyperactive Children: The Medicalization of Deviant Behavior* (expanded edition, forthcoming from Ashgate Publishers, 2006).  
Lexington: D.C. Heath
- Conrad, Peter& Potter, Deborah ,2000, “From hyperactive children to ADHD adults  
Observations on the expansion on medical categories” *Social Problems* 47:559
- Feingold, Benjamin,1975, ” Hyperkinesis and learning disabilities linked to artificial  
food flavors and colors.” *American Journal of Nursing*, 75: 797–803.
- Gordon J. Millichap, MD and Michelle M. Yee,2012, ”The Diet Factor in  
Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder.” *PEDIATRICS* Vol. 129 : 330 -337
- Graham H. ,1994, ”Gender and class as dimensions of smoking behaviour in Britain:  
insights from a survey of mothers” *Social Science & Medicine* 38:691-8.
- Hays, Sharon, 1996, *The Cultural Contradictions of Motherhood*. New Haven and  
London: Yale University Press.
- Hart, Nicky; Noah Grand & Kevin Riley ,2006, “Making the Grade: The Gender Gap,  
ADHD, and the Medicalization of Boyhood” in *Medicalized Masculinities*.  
Rosenfeld, Dana & Faircloth, Christopher A. (Eds.): Temple University Press,
- Hess, David J. ,1999, Suppression, “Bias, and Selection in Science: The Case of  
Cancer Research.” *Accountability in Research* 6: 245-257.
- Kavale, Kenneth A.& Forness, Steven R. ,1983, ”Hyperactivity and Diet Treatment”  
*Learning Disability Quarterly* Vol. 19, No. 1, pp. 2-13
- Lawlor DA, et al. ,2003, “Smoking and ill health: dose lay epidemiology explain the  
failure of smoking cessation programs among deprived population? “*Am J Publ  
Health* 93:266-70.
- Lisa, P. Joseph. ,1994, *The Assault on Medical Freedom*. Norfolk, Virginia: Hampton  
Roads

- 
- McCann Donna et al.2007,” Food additives and hyperactive behaviour in 3-year-old and 8/9-year-old children in the community: a randomised, double-blinded, placebo-controlled trial” *Lancet* 370(9598):1560-1567.
- Schmidt M. H. et al. 1997 ,”Does oligoantigenic diet influence hyperactive/conduct-disordered children — a controlled trial” *European Child & Adolescent Psychiatry* 6-2:88-95,
- Ottoboni, Fred & Ottoboni, Alice,2003, “Can Attention Deficit-Hyperactivity Disorder Result from Nutritional Deficiency?” *Journal of American Physicians and Surgeons*, Volume 8 : 58-60.
- Pelsser ,2011,” Effects of a restricted elimination diet on the behaviour of children with attention-deficit hyperactivity disorder (INCA study): a randomised controlled trial.” *The Lancet*, Volume 377 : 494–503
- Prinz, Ronald J.; Roberts, William A.; Hantman, Elaine, 1980, ”Dietary correlates of hyperactive behavior in children” *Journal of Consulting and Clinical Psychology* Vol 48(6): 760-769. doi:
- Rafalovich, Adam,2004, *Framing ADHD children , A critical examination of the History, discourse, and everyday experience of attention deficit/hyperactivity disorder*. USA, Lexington Books.
- Rhodes, T. ,1997, ”Risk theory in epidemic times. ” *Sociology of Health and Illness* 19: 208–227.
- Sandoval Jonathan& Spring Carl,1976, “Food Additives and Hyperkinesia.” *Journal of Learning Disabilities* vol. 9 no. 9 560-569
- Savadori, L. et al.2007, “Rebuilding consumer trust in the context of a food crisis. “ In *Trust in cooperative risk management :uncertainty and scepticism in the public mind*. Michael Siegrist, Timothy C. Earle&Heinz Gutscher(ed.) Stylus Publishers.



Smith, Matthew,2009, “Into the Mouths of Babes: Hyperactivity, Food Additives and the History of the Feingold Diet” in *Health and the Modern Home*.

Mark Jackson (ed.)New York: Routledge

Szasz Thomas and Hollender Marc. ,1956,” A Contribution to the Philosophy of medicine : The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship.” *AMA Arch Intern Med.*:97(5):585-592

Tuula E Tuormaa , 1994, “The adverse effects of food additives on health: a review of the literature with a special emphasis on childhood hyperactivity.” *Official Journal of the International Society for Orthomolecular Medicine*. 9 no.4

Terry ,L. Rose ,1978, “The functional relationship between artificial food colors and hyperactivity.” *Journal of Applied Behavior Analysis* 11(4): 439–446.

Weber M. “Class, status, party.” In *Inequality : classic readings in race, class, and gender*. edited by David B. Grusky & Szonja Szelényi. Boulder, CO: Westview Press. c2006

Westman M, Eden D& Shirom A. ,1985, “Job stress, cigarette smoking and cessation: the conditioning effects of peer support.” *Soc Sci Med* 20:637-44.

