

國立臺灣大學社會科學院社會工作學系



碩士論文

Department of Social Work

College of Social Sciences

National Taiwan University

Master Thesis

「藥」不「藥」有關係？成年前期注意力不足過動

「患」者的人際互動關係與藥物治療經驗

Drug Matters? An Exploration on Relationship and Drug  
Treatment of Early Adult ADHD Patients

范舜豪

Shun-Hao Fan

指導教授：吳慧菁 博士

Advisor: Hui-Ching Wu, PhD

中華民國 107 年 1 月

January 2018

國立臺灣大學碩士學位論文  
口試委員會審定書

「藥」不「藥」有關係？  
成年前期注意力不足過動「患」者的  
人際互動關係與藥物治療經驗

本論文係 范舜豪 君（學號 R02330011）在國立臺灣大學  
社會工作學系完成之碩士學位論文，於民國 106 年 10 月 24 日

承下列考試委員審查通過及口試及格，特此證明。

口試委員：

范舜豪

（簽名）

（指導教授）

陳嘉新

張如杏

系主任、所長

楊培珊

（簽名）

# 謝辭



謝謝萬物因緣際會地讓這份論文能順利完成，想從幾個面向表達完成論文的謝意，分別是修課期、論文撰寫期以及日常生活的情緒支持。

論文修課期除了臺大社工系的老師們傳授專業知能外，也特別感謝師大衛教系的施淑芳老師、陽明大學 STS 所的林宜平老師、郭文華老師、陳嘉新老師協助我拓展跨領域的地圖。其中，郭文華老師除學業的指導外，還時常關心我的生活，並讓我有機會擔任助教重新檢視自己的學習邏輯；陳嘉新老師後續也擔任口委，給予我許多思考方向與具體建議，使論文更加完整。兩次社工實習遇到的督導與同儕也是支持我寫完這份論文與邁入實務工作的推手，謝謝台大醫院的督導龍玉、穗燕、育如、佳琦，也謝謝北榮精神科的督導依君、玳菱、慧雯、可欣在個督、團督、讀書會及各種場合的提點。

論文撰寫期則先要感謝藍鈺烜給予我靈感，使我有勇氣定下這個題目，並走完整個歷程，偶而在卡關時，陪我聊一聊臨床觀察。同時，在此時期從全職學生踏入職場，接觸臨床之後，謝謝我的老師吳慧菁教授在我選擇更換研究主題後，願意接納我的想法，並從頭開始指導我整份論文，有耐心地討論結構、邏輯以及每字每句的流暢度。謝謝口委張如杏老師願意提供我實務面想法與文詞修訂的建議。謝謝萬芳醫院張勝傑醫師願意引介我受訪者，增加研究的豐富度。謝謝 11 名參與研究的受訪者，因為你們的生命故事使我能彙整成人 ADHD 患者的生命經驗。或許有相似的故事發生在過往的成長路上，閱讀之後能夠得到支持，但也或許有相異的因應方式得以分享給其他人以此開展多元想法，都是這份論文為何而生的目的。

生活方面，謝謝社工所 R02 的同學亞軒、蘋果、++、妙帆、采宜、孟恩、沐恩、心嘉、延蓉、小魚、珮綺、卡卡、系辦助教小雯與姿婷、玟如學姊、實習伙伴欣蓉、聖叡在我忘東忘西及無暇應對這些論文壓力時給予我情緒與實質上的協助。師大社工所潘淑滿老師提供我兼任研究助理一職，讓我對研究更有臨場感，我的工作伙伴念謹、澄巽、紫彤、家蒔、之容也在我工作中提供諸多幫助。謝謝台北建成扶輪社建成台文基金會黃慧美獎學金給予我經濟協助。謝謝陳牧宏、王宗揚、陳麗淇、張廷碩等鼓勵我寫論文的動力與詢問精神醫療的知識。最後謝謝我的家人爸爸、媽媽、姊姊、姐夫及阿嬤忍受我書寫論文時諸多任性的情緒跟行為。太多感謝無法以一一陳述，將你們放在心上，終於畢業了！

舜豪 2018/01/21

## 摘要

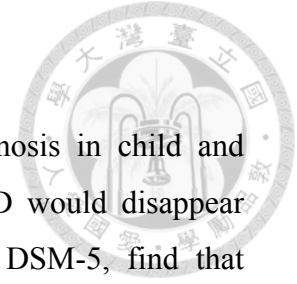
注意力不足/過動症(Attention-deficit/Hyperactivity Disorder, 簡稱 ADHD)是兒童及青少年精神科中常見的診斷,過去多被認為症狀會隨著個體的成長消失,然近期 DSM-5 及諸多研究指出症狀會延伸至成人階段,並有教育年數較低、失業率較高、反社會行為、人際關係衝突等現象。

人際互動是終生持續的行為,為了解成年 ADHD 患者成長歷程中因症狀而遭遇之人際互動議題,並描述患者如何銜接醫療資源進行因應,本研究以質性研究取向,透過訪談進行資訊蒐集,並以樣版分析法進行分析。在網路平台及精神科從業人員的轉介下,研究者招募了 11 名受訪者,包含 8 名女性及 3 名男性,皆為大專以上的學歷,且受訪時皆在 20 歲到 30 歲。研究結果顯示多數受訪者在成長階段中,多因症狀產生不同行為問題,也間接影響人際互動關係,並與該階段的社會心理任務發展有關。然受訪者多至成年前期才意外覺察這些問題,求助精神醫療資源,並獲得 ADHD 的診斷。精神醫療系統主要由醫師作為資源連結的核心者,提供診斷性評估、藥物治療、心理師等資源,並透過受訪者在反覆回診的過程中與醫師找尋到解決困擾的平衡點。部分受訪者除了醫療資源外,仍會參與同儕網絡社群、成長工作坊、諮商等補充性資源,並以自身經驗參與社會議題的討論。研究結論指出 ADHD 症狀會間接影響成長經驗中的人際互動關係,但因學業表現佳而未被發現,直至社交情境累積的壓力形成自我求助的動機。受訪者求助後會透過藥物治療的過程,緩解症狀,並重構自己的資源網絡因應互動困擾。

研究者立基於研究結論分別針對成人 ADHD 患者、家屬與朋友、實務工作者及政策參與者提出建議。最終,受限於招募的受訪者學歷成就同質性、特質及居住的區域範圍,研究成果僅能呈現部分成人 ADHD 的生活面貌。

關鍵字：成人注意力不足/過動症、人際關係、藥物治療

# Abstract



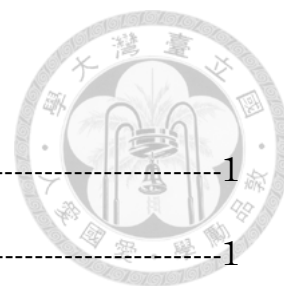
Attention-deficit/Hyperactivity Disorder is a common diagnosis in child and adolescent psychiatry. In the past, it was considered that ADHD would disappear when patients grew up. However, many researches, including DSM-5, find that ADHD patients still feel troubled with these symptoms even when they are adult. In the stage of early adult, patients have lower academic performance, unemployment, anti-social behaviors, and poor relationships.

To understand how the symptoms influence the relationship between the adult ADHD patients during their life's journey, and outline how they use medical resource to solve those problems, the researcher adopts qualitative research method. After recruiting from the Internet and psychiatrist's transferring, the researcher interviews 11 adult ADHD patients aged during 20-30, got bachelor degree. The researcher uses Template Analysis to analyze these contents. The research shows that most interviewees have some inappropriate behaviors related to ADHD symptoms, which influence their human relationships and social psychological tasks. However, they aware these problems by accident, and seek psychiatry system for help during adult stage. Through psychiatrists, they get diagnosed, drug treatment, and counseling. Except for medical resources, some interviewees may also attend peer groups, workshops, and use their self-help experiences to attend some advocacies. It is concluded that ADHD symptoms affect patients' relationships, but reduced the impacts by patients' good academic performance. Suffering from lots of social stress, the patients seek for help, get drug treatment, and find their coping skills in their networks.

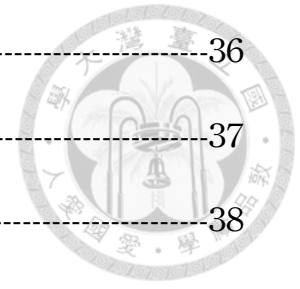
Based on the conclusion, the researcher makes some suggestion for adult ADHD patients, their families and friends, workers, and policy makers. Limited by interviewees' education level, personality trait, and living area, it only describes part of adult ADHD patients' lives in this world.

Keywords: adult ADHD, relationship, drug treatment

# 目錄

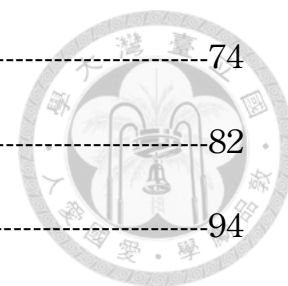


第一章 緒論-----	1
第一節 研究動機-----	1
第二節 研究背景-----	4
第三節 研究目的與研究問題-----	10
第二章 文獻回顧-----	12
第一節 從生態觀點看成人前期 ADHD 患者-----	12
壹、生態觀點的概述與核心概念-----	12
貳、成人 ADHD 患者的生態觀點討論-----	14
參、小結-----	18
第二節 ADHD 患者的社會心理發展概況-----	19
壹、學齡期的注意力不足/過動症患者-----	19
貳、青春期的注意力不足/過動症患者-----	20
參、成年前期的注意力不足/過動症患者-----	22
肆、小結-----	25
第三節 ADHD 患者的介入模式-----	26
壹、多元的介入模式-----	26
貳、介入模式的醫療化-----	29
參、小結-----	35
第三章 研究方法-----	36
第一節 研究設計-----	36



壹、質性研究取向	36
貳、概念框架圖	37
第二節 研究過程	38
壹、資料蒐集方式：深度訪談法	38
貳、研究對象選取	38
參、訪談的進行	39
肆、資料分析方式：樣版式分析法	40
伍、研究嚴謹度	41
第三節 研究者角色	42
第四節 研究倫理	44
壹、告知後同意	44
貳、公平合理原則	44
參、匿名與保護	44
第四章 研究結果	46
第一節 受訪者的故事	46
壹、「藥」不「藥」有關係—藥物治療經驗	46
貳、受訪者基本資料與初步分析	53
第二節 成年 ADHD 患者的成長經驗	56
壹、不同階段與症狀	56
貳、症狀與關係中的成人 ADHD	62
第三節 成人 ADHD 患者藥物使用經驗	72
壹、進入醫療系統的原因	72

貳、醫療系統的互動關係-----	74
參、留在醫療系統中的抉擇過程-----	82
肆、醫療介入對於人際關係的影響-----	94
第四節 社會環境的對話-----	102
壹、建構自己的資源網絡-----	102
貳、對政策的想法-----	105
第五章 結論與建議 -----	108
第一節 研究結論與討論 -----	108
壹、ADHD 症狀影響成長經驗中的人際互動關係-----	108
貳、藥物治療串聯成人 ADHD 患者的資源網絡-----	110
參、成人 ADHD 患者與政策的對話-----	112
第二節 研究建議-----	113
壹、成人 ADHD 患者-----	113
貳、成人 ADHD 患者的家屬與朋友-----	113
參、實務工作者-----	114
肆、政策參與者-----	114
第三節 研究限制-----	116
壹、招募之研究對象學業成就具高度同質性-----	116
貳、研究對象的特質影響訪談過程-----	117
參、研究對象區域性的限制-----	117
參考文獻-----	118
附件(含訪談大綱、受訪者同意書)-----	123



# 第一章 緒論

## 第一節 研究動機

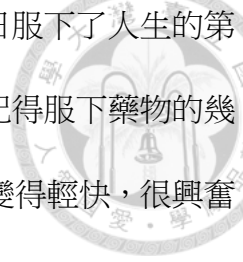


2014 年暑期社會工作實習，我帶著好奇心進入精神醫療領域實習，開始接觸罹患精神疾病的障礙者。過去在媒體的論述中，精神障礙者被貼上「神經病」、「肖仔」等不同標籤，在不了解他們的狀態時，總害怕接觸他們，因而自己也成為日常生活鑲嵌污名的共犯之一。自從進入碩士班學習之後，開始接觸社會科學的思維，對於過往習以為常的事物產生疑惑，並嘗試用不同觀點去理解身旁的人、事、物，因此我對障礙者的感覺從害怕轉化為陌生。

起初，大學時期接受公共衛生訓練的我，直覺地想到要用醫療診斷的邏輯去思考他們的狀態，但社會科學的討論中，常見理解身心障礙者的方式有兩種，分別是醫療模式及社會模式。醫療模式認定障礙是個人身體的變態( **abnormality**)、失序( **disorder**) 與缺損( **deficiency**)，導致功能限制與障礙，而社會模式乃是立基於不否認障礙者本身身體的功能損傷之上，著重在各種經濟、政治、社會、文化帶來的障礙，亦即障礙是由許多社會因素共同建構而成。這種觀點吸引著我，隨著實習過程中與病友們的親身互動、督導歷程以及個案研討後，加深了自己不喜歡以醫療模式介入的想法，但也開始反向思考醫療模式真的如此不好嗎？難道醫療資源不也是眾多協助這些病友解決困擾的一種方式嗎？討論身心障礙者的角度只可以有醫療模式與社會模式兩種觀點嗎？倘若如此，那站在社會模式觀點的我為何對於諸多抨擊精神疾病需要以醫療介入的反對者對話時會感到困惑？在一次跟一位專業背景的友人閒聊時，我才開始稍微意識到一個疾病的指認，不只是讓被指認的對象知道這個疾病的存在，而更可能影響自己的身份認同，而這

種將疾病鑲嵌到自己生命中的力道使我產生很多感受，並展開一條難以言喻的探索歷程。

當時是一個微寒的夜晚，我跟該友人散步在街道，他突然冒出一句：「你不是有 ADHD 呀？」霎時間，只覺得自己被冒犯地反問：「你是第一個說的人，但怎麼會有這樣的感覺？」友人：「我觀察很久了呀，從你忘東忘西、說話跳來跳去停不下來、衝動，有很多生活細節的都可以觀察。」聽到自己被懷疑是一名 ADHD 的病人，過去從來沒有思考過自己的行為是 ADHD 的一些表徵，我充滿了很多困惑。為了釐清這些困惑，我開始查閱 ADHD 的相關知識，並且將這些知識一一對照從小到大的生命經驗。我開始書寫與討論這些零散的片段，但也開始產生厭惡的感覺。我厭惡自己的這些行為會給旁人帶來困擾，也厭惡自己的不自知，更厭惡為什麼那些大人都沒有發現我的不一樣，讓我長到 24 歲才被人提醒。我開始疑惑自己是怎麼樣的人，並嘗試進入心理諮商的諮商室及精神科的診間中解惑。在心理諮商的過程中，我歷經個別式會談、牌卡、催眠、沙游等不同的方式，與諮商師討論自己在他人眼裡的樣貌，並試著認識與接納這樣的自己。然對諮商師產生憤怒的情緒，也使我轉為接觸醫療系統尋求協助，在精神醫療的診間，我告訴醫生先前與諮商師的歷程並無法解決我當時的困境，只記得當時醫生只是靜靜聆聽，並在過程中給予適度的回饋，醫師告知我是否為一名 ADHD 的個案或許不是重點，而是我應該如何度過當時低落的情緒以及整理那些不知如何表達的凌亂狀態。對於自我認同，醫生告知我若服用藥物之後，使得不專心等症狀改善，我應該就是 ADHD 患者，因此最後也願意開立藥物協助我釐清疑惑：「我是否為一個 ADHD 的患者？」即使當時醫生建議我可以到大醫院進行測驗，但也可以選擇服用藥物，並從服藥反應來判斷是否能夠協助我解決行為上的困擾。



抱持著嘗試的心態，我選擇了一個需要高度專注力的打工日服下了人生的第一顆利他能。利他能是目前在治療 ADHD 時常使用的藥物，記得服下藥物的幾個小時內，血液流動的速度變快，有種微熱感，而且腦袋似乎變得輕快，很興奮地將手上的工作快速地做完，這是未曾有過的感受。直到將老闆交代的工作快速做完之後，我才敢偷偷跟別人分享這種愉快的感受。隨著藥效退了之後，整個身體好疲倦，我開始回想許多對於利他能的討論，並且更加動搖自己曾經反彈醫療介入個人生命的立場。藥物真的這麼不好嗎？我當時反對的原因是什麼呢？是害怕藥物的介入失去了真實的自己嗎？或如同 Bolt (2009) 所述，許多成年 ADHD 患者害怕服藥意味著人生都需要被藥物控制著？

經過一年多的掙扎與反思，我也進入醫療體系中工作，常常在臨床工作與團隊成員討論病人的服藥遵從性，而這也讓我重拾對於 ADHD 族群好奇心，或者是對自己的好奇心。ADHD 的研究過去著重於兒童以及青少年，但我想要關注剛成年的患者如何看待自己的身份，以及那些選擇使用藥物的人如何看待與藥共存的自己，並呈現這樣的選擇對於自己與他人互動產生了哪些影響。


## 第二節 研究背景



ADHD 是 Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder 的簡稱，中文譯為為注意力不足/過動症，是兒童及青少年精神科常見的診斷。在《Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition》(2013，後續簡稱 DSM-5) 中清楚指出 ADHD 有三大核心症狀，包括：過動、衝動與不專注。DSM-5 對於 ADHD 有五項診斷準則：

- 一、 這些具有干擾功能或發展的症狀至少持續六個月，並會對於病人社會、學業、職業活動造成直接負面影響的程度。
- 二、 十二歲以前就有數種不專注或過動-衝動症狀的出現。
- 三、 這些不專著或過動-衝動症狀會在很多情境表現。
- 四、 有明顯證據顯示症狀干擾或降低社交、學業或職業功能品質。
- 五、 這些症狀不是單獨出現於思覺失調症或其他的精神病症，無法以另一種精神障礙症做更好的做更好的解釋。

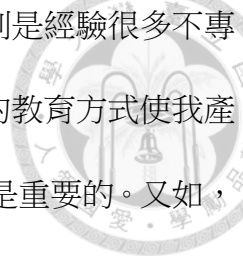
下列將討論 ADHD 的盛行率與發生率。盛行率是指特定時間內，所有罹患疾病的人處以所有可能發病的族群人口數；發生率是指特定時間內，可能罹病族群中發生的新病例數。在世界上的盛行率約 5%-12%，臺灣盛行率則為 5%-7%，而成人 ADHD 在世界的盛行率則為 4%-6% (衛生福利部，2015；Huang et.al，2016)。臺灣有關 ADHD 發生率的健保資料庫研究如後所述，Chien et al.(2012) 以百萬歸人檔整理 1996 年到 2005 年 18 歲以下的發生率，其指出 1996 年的發生率為 0.02%到了 2005 年則是 0.34%成長了 17 倍；宋鴻章 (2009) 以 1996 年到 2007 年百萬歸人檔進行 18 歲以下的 ADHD 盛行率與發生率研究，其指出



十年間的發生率增加 17.48 倍，從 1996 年每十萬人有 31.3 人增加到 2007 年每十萬人有 547.1 人。Huang et.al (2016) 更從性別討論觀點討論盛行率的變化提出不同的觀察，他們以臺灣健保資料庫在 2000 年至 2007 年被診斷為 ADHD 的 22 萬 8000 名個案中分為 20 歲以下的兒童青少年個案及 20 歲以上的成人個案，研究發現在兒童及青少年就診的個案中以男性為多，但至成年以後則以女性為多。

上述的描述統計在 2002 年後特別明顯顯著的變化，整體趨勢改變的原因可能包括了研究促成精神科醫生關注此疾病而增加、全民健保的發展導致就醫行為的改變，而 Huang et.al (2016) 針對過去實證研究的方法論、社會文化對性別的角度進行討論，在方法論層面認為過去建構 ADHD 診斷指標時以男性的實證資料為主要基礎，因此對於女性的反應適切性有待討論；在社會文化的性別觀點中，則挑戰 ADHD 共病時可能合併憂鬱的情況，女性個案有機會在診斷性評估中先被診斷為憂鬱症，又或者是女性個案較多是以不專注為主，相較於明顯觀察且具干擾性的衝動、過動，較不易進入醫療系統中尋求協助。

朋友的關鍵問句在我心中醞釀，那段時間斷斷續續浮出從小到大的片段經驗，有些看似影響不大，有些卻帶來很多如：挫折、難過...等負面感受。只是過去我選擇將這些感受放在心中，隨著時間的過去漸漸埋藏在記憶裡頭。整理這些感受的第一步就是參照著 DSM-5 的症狀說明以及網路上的檢核表檢視成長過程中的特殊經驗。檢核的過程中，似乎暗示著我的行為其實是會帶給別人困擾。例如，第一次有記憶因為衝動產生人際互動方面的困擾是在國小五六年級的時候，當時我在一群親戚面前說出了表哥分手的過程，只總覺得表哥跟阿姨的表情好像有些不太一樣。當天晚上，另一個表哥打電話給我，要我去跟當事人還有阿姨道



歉，當下我不能理解陳述事實，為什麼要道歉？國中的時候，則是經驗很多不專注以及過動/衝動帶來的溝通困擾及社交障礙，然而不同老師的教育方式使我產生不同感受與效果，也因而明白環境中的他人對於障礙的因應是重要的。又如，在溝通困擾的部分，曾因為擔任幹部，時常協助校方傳遞資訊給導師，但表達方式常以一字一句的複誦，而無法歸納重點給導師，因此時常在表達上感到挫折。除此之外，上課時常覺得很無聊，因而無法克制說話的慾望下，我開始轉尋與授課老師聊天甚至干擾授課進度。以數學課與地理課為例，在上數學課的時候，因為老師的教學很無趣，又班上的同學沒有什麼反應，因此當我不斷交叉詢問數學老師跟課本無關的問題或提出挑戰老師的困難問題時，同學也會加入討論，使得讓上課氣氛看似很熱絡，然而這種「互惠」關係持續一段時間後，會因我疲倦或感到無趣而停止。然而干擾地理課所經驗到的感受則不同，因為地理老師會規範我發言的次數與時機，雖然覺得麻煩，但為了獲得每次發言的機會，我開始發現忍耐也是一種有趣的挑戰。

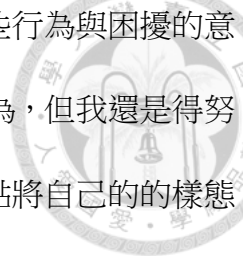
除了多話與干擾行為外，我也透過有一些身體的展現來化解自己上課中的無趣感。例如，有一次，我將西裝外套披在頭上，身體不停的晃動，當時數學老師並未阻止我，並詢問我的狀況之後，我告知這樣能保暖，也比較能專心，於是老師就接受了我的狀態。然而轉向窗外，突然看到了校長在盯著我，我突然覺得尷尬，自行把衣服拿下並好好穿著，才結束這樣的行為。當時只覺得自己不太一樣，而這種不一樣讓大家都可以注意到我，似乎是一種我很強、很棒、很獨一無二的感覺，而也似乎更可以感覺到自己的存在。

在這些特殊經驗之下，當時並未被師長覺察自己的障礙，或許好的成績是一種保護因子，讓自己在那些情境下，使老師不得不友善地回應我的行為問題，而

同學也因為成績的好或是不被老師注意，常會默許我跟老師們以這樣的互動持續進行，並稀釋掉我的行為問題，與一般學生享有不同的待遇。

直到朋友的那一句話，讓我再度意識到自己好像跟別人不太一樣，而這些不一樣的表徵雖能從過往行為觀察，但最近才開始感受這些不一樣帶來的負面情緒。回想那些長大的記憶時，負面的感受不斷湧出，且讓我提不起勁，並促使我有機會開始進入心理治療的系統中尋求協助，當中包括了心理諮商及精神醫療體系。民國 103 年的年底，我對於造成身旁重要他人的困擾很自責，也對於自己的認同充滿疑惑，深刻覺得自己的存在對別人是負擔。事前做了很多心理準備，期待能夠在一個安全、信任的環境下探索自己，並且在可負擔的預算下與諮商資源長期連結。我鼓起勇氣打電話向諮商師預約初談，記得諮商師的工作室才剛開幕，雖然匆忙，但也願意接下我的會談。心懷感恩，初談後的自己留下了一個夢與溫暖的感覺，明白自己有機會產生變化，並回頭探索我是誰，及釐清自己在重要他人、家人面前的樣態。雖然不確定自己能看到什麼，但想走出「所謂的」不專注聽別人的話，以及總是用自己的方式去理解別人的話。透過諮商師以牌卡、催眠、排沙盤等外在客觀的方式帶領著我去思考自己是一個怎麼樣的人，並反思這些行為導致別人與我互動的煩躁感是真實存在的或者只是我的過度投射。


在接受諮商的初期，我期待諮商師能聚焦在自己與父母互動過程中發生了什麼事情，導致現在的我與他人互動時存在了一種障礙，並且無法更加親近。但經歷了兩個多月一週一次的諮商，我走不到這個終點，並開始覺得諮商師無法同理，每次都圍繞著一樣的事情，沒有突破，於是選擇了暫停。記得有一次諮商完，在微微細雨中沿新生南路騎著機車一路哭回宿舍，說不出來自己的心中有多委屈。眼淚試圖說著從小到大從來沒有人試圖理解過我，這些應該要被觀察到的症狀，



在老師與家人中都沒有人看見，大家都因為我的成績而轉化這些行為與困擾的意義。認為自己應該一直維持著良好形象，即便我有這些特殊行為，但我還是得努力維持著他人期待的樣態。這種覺察好像有一點赤裸，也有一點將自己的樣態歸因於外在，這種想讓大家感受到我的困擾，但也不想要讓大家產生同情的矛盾感壓在我的胸口。回到宿舍之後，室友看到我的反應，想要關心我，但被我拒絕，只不斷回想很多與人互動時的負面情境，不斷檢討自己應該要更止住衝動，不要用真實的自己與人接觸，不斷想要修正與人互動的細節，也怨嘆為什麼過去都沒有人教我學習這些細節？

暫停諮商之後，情緒持續低落，並決定向精神科醫生求助，我吃了人生中的第一顆藥物。服藥的正向感受有別於過去理解 ADHD 藥物的負面資訊，我也開始與醫生談自己對於認同的煩惱，對於關係的困擾，直到生活開始恢復平靜。

Chodoff(2002)挑戰 ADHD 的疾病盛行率是一種社會現象，還是一種疾病，其認為醫師的診斷是透過主觀判斷患者的描述及其社會功能，類似於憂鬱症 (depression)、自我傷害 (self-harm)、焦慮症 (anxiety disorder) 等症狀的社會處境，ADHD 的診斷過程充滿了高度不確定性。在這種高度不確定性的脈絡中，藥物或資源網絡中的工作者如同病人一起被汙名化，很多 ADHD 的病人使用藥物時面對很多困難的處境，而這些困難說明了 ADHD 的診斷及治療具有高度社會性的意涵。許多在兒童青少年被診斷的 ADHD 患者都是在小時候先由家長或老師發現其行為症狀開始，進而進入醫療系統，再由醫療系統、教育系統以及家長一起建構 ADHD 病人的資源網絡。而自身的經驗則是從一名重要朋友的觀察到後續自己紀錄成長經驗以及填寫評估量表便開始進入醫療系統，並從醫師、藥物反應以及自我反思開始型塑 ADHD 身份的自我認同，從中使用了許多心理衛




生資源陪我走過這段歷程。朋友觀察到我的行為有不專注、忘東忘西、多話以及衝動，而成長經驗則發現難以專注在特定事物上、分心、無法有組織地呈現自己的想法、搶答，甚至是面對外在他人的回饋，因不被理解而感到挫折。從覺得自己跟別人不太一樣的時候開始，我便採取習慣逃避的方式去克服這種孤單的感覺。這種孤單讓我想要靠近別人，但展現出來的方式又讓我們彼此越來越遠。

小時候，家長是型塑我們與外界他人互動過程中的重要他人，若是教養方式能夠協助我們覺察自我的狀態，並且練習與人互動的方式，如此似乎能回應外在環境的挑戰，並且讓其他人以更有彈性的方式去接受我。求學的過程，老師是影響我們認識自己以及教育我們與同儕互動的重要他人。成年後的現在則是朋友或者是伴侶深刻的影響到我們的認同感，因此我希望從自己開始進入醫療系統的經驗作為研究背景去探索成人前期的 ADHD 個案在成長過程中如何透過治療 ADHD 症狀的藥物連結自己與社會。

### 第三節 研究目的與研究問題

越來越多研究發現 ADHD 的症狀不會隨著年紀增加，或個體的成熟就消失，而是持續困擾著這些病患的各種生活面向，如：就學、就業、人際關係、伴侶關係（Krueger, 2001; Shaw-Zirt, 2005 ; Young, 2000 ; Shaw-Zirt, 2005 ;Hansen, 1999），這些面向的共通性即是人接觸的關係。目前台灣改善這些困擾的方式以精神科的協助為主，然改善 ADHD 困擾的方式也因而圍繞在是否被醫療化的討論中持續在醫院、學校與家庭間發酵，但大抵而言主流趨勢是多元介入方式，並建構一個合作且友善的環境與網絡（Hjörne, 2005）。實際上，醫療化介入與否的爭議對於 ADHD 患者而言從來不是多數民眾表示要服藥或不要服藥的選擇題，即便我們試圖不以醫療框架思考，轉為教育觀點來討論 ADHD 的問題，許多專業工作者仍將問題個人化，忽略其症狀帶來的限制，並試著用「矯正」的觀點來處理問題，因此以一般學童的教養方式教養 ADHD 的患者時常會有處罰的現象，也常使得家長、教師以及患者本身挫折感很深。也因為環境介入的有限性，我好奇的是當許多人都在為了環境改變努力時，患者是不是有自我覺察，甚至認同這樣的身份（Friedman, 2003）。有別於兒青時期的服藥考慮是任務取向，即讓患者專注地完成學業上的事情，或者是避免於別人不同，以改善患者的人際關係（Foley-Nicpon, 2012 ; Shaw-Zirt, 2005），從社會心理發展理論與相關實證研究可知成人階段的任務都與兒青不同（Hansen, 1999），因此本研究希望能夠理解成人前期 ADHD 患者在跨越不同階段時如何使用醫療資源並探索其人際互動的變化。

除此之外，最近工作遇到的個案提過自己曾被診斷為 ADHD 的個案，看著



她的行為、反應、疾病史、資源系統，這個急性病房的個案跟我有著差異很大的生活，但我們一樣都是有 ADHD 的特質，某些時刻卻又能夠同理她的處境與抉擇，在懂與不懂中，想透過本研究來看見 ADHD 患者在生活中面對關係時的共同議題與困境，並了解一個成人 ADHD 的患者在發展過程如何運用醫療系統中的資源來度過認同自我的感受及對於人際關係上的變化。藉由描繪成人 ADHD 的社會處境，了解成人 ADHD 各種社會關係中的態樣，並透過成人 ADHD 回想成長經驗中從診斷到選擇服藥的過程，分享自我感受與認知，希望能夠聽見成人 ADHD 的聲音。

綜上所述，本研究的研究目的及研究問題說明如下：

#### 壹、研究目的

- 一、從受訪者的生命故事中，看見不同時期症狀對受訪者產生的影響。
- 二、描述於個案如何進入醫療系統，並選擇藥物治療之下，並改變與他人互動的關係。

#### 貳、研究問題

- 一、成人前期 ADHD 成長過程中自覺經驗哪些因症狀而產生與人互動的困境。
- 二、成年前期的 ADHD 患者選擇使用藥物因應這些困境的歷程。

## 第二章 文獻回顧



為了描寫成人前期注意力不足過動「患」者如何在接受藥物的經驗中，感受到與人互動的態樣變化，研究者以人在環境中（people in the environment）的生態觀點進行文獻回顧，說明當前注意力不足過動症患者的社會處境。此觀點強調個人的行為同時受其內在的心理和外在的社會因素所影響，因此本章將從人、環境及交互影響等三個元素描繪ADHD患者在社會中的生活，並從社會心理發展理論描述個體的發展過程，爾後介紹社會環境與介入方式。

### 第一節 從生態觀點看成人前期ADHD患者

#### 壹、生態觀點概述及核心概念

1970 年代以降，生態觀點成為社會工作實務最常使用的認識論觀點，其綜融的特質不僅反映社會工作介入個人內在動力的努力，也呈現工作者致力於外在環境的改善。生態觀點依據人與環境互動關係作為概念架構，並以「生活中的問題」（problem in living）理解個案的困境，取代過去個人歸因式的想法，因此介入的對象為是多層次系統，包括個人、家庭、次文化、社區等各次系統。

Payne（2014）認為社工採用生態觀點的理論有三，分別是 Matthies 提出的生態批判/女性主義觀點、Mattaini 提出的生態系統觀點及 Germain 跟 Gitterman 提出的生態模式觀點。目前主流採用的模型是 Germain 和 Gitterman 的生態模式觀點，其強調以環境與系統為主的改革，並認為介入焦點應將個人放置於其生活場域當中，重視其生活經驗、發展時期、生活空間與生態資源分佈等個人與環境間的交流活動，從此派討論的學者多強調「人在環境中」的動態過程，並提及核心概念從個體與環境（habitat）間的交流（transition）與調適（coping）的分

析，說明如下（宋麗玉等，2012；簡春安、趙善如，2010）：



## 一、個人層面

### （一）生命歷程

案主的發展會受到此時此刻的社會結構及歷史事件互動的生活事件，若是能建構個人生活事件的時間線則能體現出案主經歷的集體歷史經驗和個別生命經驗間的互動。

### （二）勝任能力

案主與環境間的成功交流經驗，並有助於個人對於掌控環境的能力，如：自我效能感、與他人建立有效而關懷的人際關係、做決定的信心、社會支持等。

### （三）角色

個人會透過感受、情感、知覺和信念來表現該角色，角色連結個人內在歷程與社會，而角色表現是一種社會中互惠性期待的結果，包括：個人對於特定社會地位表現的角色，也包括他人對該角色的互惠性回應。

## 二、環境層面

### （一）位置與棲息地

棲息地代表個人所在文化脈絡中的物理和社會情境，當棲息地有豐富的資源時，則能夠使個體成長與發展。位置代表個人在其所在的立即環境或社區中所擁有的成員地位。

## 三、交流與調適層面

### （一）人際關聯

意指案主擁有與他人連結與建立關係的能力，此種人際關聯的發展最早始於親子間的依附關係，並進而影響案主在接續生命歷程中的各種互惠性照顧關係。



## (二) 適應力

個人與環境間主動交流，個人與環境相互反應已達到最佳的調和度。調和度就是個人與環境的順暢交流，並在環境中的重要他人、社會組織、政經結構以及政策、物理環境對於個人的福祉和發展有利，達到良好適應。

在理解個別的定義之後，社會工作的實施就從三組互動關係分析，包括：人與環境的調和、環境的品質及生活中的問題。

### 一、人與環境的調和

從生態觀點討論個體的狀態時，會著重於人與環境間的適應性、互惠性、相互性和調和度、壓力程度、因應策略和環境污染等情形，並旨在提升調和度，以達到個體順利適應環境與發展。

### 二、環境的品質


在生態觀點中的環境包括物理環境和社會環境，物理環境指的人們棲息的天然環境和人為環境，而社會環境指的是人與人之間互動層面，如：社會網絡或科層組織。

### 三、生活中的問題

意指社工聚焦的重點在於案主與環境間交流時是否符合任務以及其需求，因此介入目標具有雙重面向，包括增進個人勝任能力，加強環境部分或建立社會支持。

## 貳、成人 ADHD 患者的生態觀點討論

許多人批判診斷者的主觀性，但 ADHD 診斷準則會參照患者與周遭環境互



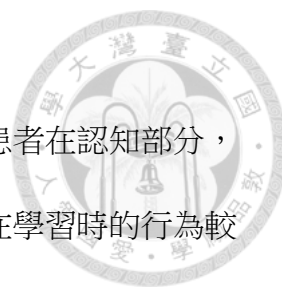
動的品質，也使得疾病充滿高度不確定性，而生態觀點重視的互動觀或許能反映 ADHD 診斷準則的困境。生態觀點有不同取向的研究者，Bronfenbrenner(1979) 選擇以次系統的分析觀點來呈現。Bronfenbrenner 認為個人與環境之間存在著四個次系統，包括了微視系統 (microsystem)、中介系統 (mesosystem)、外在系統 (exosystem) 及鉅視系統 (macrosystem)，而每個次系統是層層相扣的巢狀結構。國外從生態觀點分析 ADHD 患者的文獻多聚焦在學齡期及青少年期 (Algood, 2011 ;Bernier, 1994 ;Jensen, 1997 ;Rogers, 2015 ;Stolzer, 2005)，缺乏對於成人 ADHD 現象的描述，而討論 ADHD 患者與他人關係的討論焦點為同儕、家人，而有以下整理：

#### 一、微視系統 (microsystem)

Bronfenbrenner (1979) 認為微視系統是親密情境下的人際活動形態或角色扮演，而 Stolzer (2005) 將親密情境定為家庭與好友的互動，下列將以不同學者的研究說明 ADHD 在微系統的討論。

##### (一) 家庭關係

在家庭關係的研究當中，Stolzer (2005) 認為幾十年來的社會變遷對親子生活形態改變，影響到依附關係，並使得現今孩子行為在社會情境中會使得大人懷疑孩子是否有病，因此依附關係的改變反映在診斷盛行率的增加。Rogers 等人 (2015) 則以家庭的功能提出討論，並認為家庭能提供孩子在學習過程中的正向支持，然當家庭成為分析單位時，家中成員角色被忽視，並缺少描繪學習過程中不同照顧者教養風格與態度差異的機會，如：對於母親而言，她們與非 ADHD 患者的母親維持著類似的教養風格及涉入程度，然對於父親而言，ADHD 患者的父親投入較多，並以處罰的方式去管理孩子。



## (二) 好友關係

在學校的人際關係中，Rogers 等人（2015）指出 ADHD 患者在認知部分，因為核心症狀的影響，使得掌管短期記憶的部分表現不佳，且在學習時的行為較有衝動行為表現，故在學業表現上不佳，被認為是學習障礙，影響到人際關係的品質，即這兩個部分都使得他們在朋友關係上的建立有所影響。Rokeach(2014)更直接指出青少年時期的 ADHD 患者受到症狀影響，而在親密關係樣態與一般人的差異，如：女性 ADHD 患者的交往期比其他女性短，而男性患者的性經驗則比其他人早兩年。

Gajaria（2011）提醒我們很多關於兒童和青少年的研究是以成人的態度觀察，汙名化兒童的精神疾病，間接影響了其他家長對於這些兒童的態度，並希望自己的孩子不要與這些兒童建立友誼。面對這樣的態度，青少年 ADHD 在臉書上的支持團體提供了合作、分享、創新及以他們自己為中心的平台，並在匿名環境下的分享健康資訊，減少了青少年 ADHD 的脆弱性。臉書社團的團體認同對於 ADHD 的個案而言，不只是看見了負面刻板印象，但也重構了正面的刻板印象意義然後從中增加自我效能以及減少自我汙名的部分。

## 二、中介系統（mesosystem）

Bronfenbrenner（1979）認為中介系統是兩個以上的微視系統所產生的互動與歷程。Stolzer（2005）以日間照顧中心、教育系統及工作場所等情境說明美國 ADHD 患者的中介系統無法穩定患者的人際關係。他提出美國約有 75% 的孩子是由日間照顧中心的人進行照顧，然日間照顧中心的低薪與工作壓力，使得人員流動率高，使得工作人員與孩子的關係變動大。又職業婦女的現象產生，母親在公私領域難以兼顧情況下，促使照顧公共化，也就是花錢購買照顧孩子的服



務，而母親轉變為「賺錢」的角色，使得依附關係的建立困難。在教育系統中，當代學校的體育課減少、師生比的問題及學校老師的角色常替代精神科醫生、心理師及神經學專家，使得 ADHD 的需求被失焦，因此美國的 ADA 方案協助學校能容納更多 ADHD 的學生。這也顯示在與孩子的關係建立上，除了連結的產生之外，也需要重視連結的品質。Rogers 等人（2015）及 Hjerne（2005）則討論教室情境如何連結教育、家庭、醫療等不同系統，並說明 ADHD 患者行為及當中的的人際關係。Rogers 等人（2015）指出學校以正向增強、教導自我控制的方式、安靜的空間、額外增加的時間完成任務、用有組織架構的方式學習等教學方法企圖加強師生間的合作關係，但對於個案而言，感受到被控制，因此師生間無連結感。Hjerne（2005）呈現出 ADHD 個案日常生活中克服困難及適應的過程，並指出家長與校方開的討論會能夠提供了一個看見爭議的場域。透過呈現出協商或掙扎，這些爭議是從家長或者是學校端看到的聲音，給彼此一個機會看到不同角度的孩子以及他的行為。

### 三、外在系統（exosystem）

Bronfenbrenner（1979）將外在系統定義為兩個以上的微視系統產生關聯，且這樣的連結是產生在同一個外在的情境，並對於個體能產生間接相關影響。例如：過去醫學在 1950 年代還沒有 ADHD 的概念，而在 1970 年代以 hyperactive 指稱這類的行為症狀，而至 2003 年已經以腦部的損傷來討論。Stolzer（2005）認為在美國的脈絡中，政府、醫學社群及藥廠是影響 ADHD 的外在系統。以藥廠作為討論的對象，他認為藥廠將 ADHD 的概念建立在腦部功能的損傷之上，並且不斷在電視、雜誌、醫生辦公室中提倡這樣的概念，且會透過贊助會議、主導研究經費、提供開藥的誘因及贊助 CHADD 等方式來強化 ADHD 是一種神經學

上的失調症。孟瑛如及簡吟文（2014）則從醫學知識系統如何影響特教體系進行說明，其認為 DSM-5 的內容調整使得臺灣從事特殊教育實務工作者較能清楚明白 ADHD 的定義，並針對類似特徵或行為的個案進行相關教學輔導。



#### 四、鉅視系統（macrosystem）

Bronfenbrenner（1979）對於鉅視系統的想法是各個系統在一個文化情境中產生關聯，例如：政治、經濟、社會等不同次系統。Stolzer（2005）從文化與生活形態轉變討論 ADHD 的鉅視系統。在文化層面，人們對於童年的生活及行為樣態隨時代變遷而改變，且當前對於 ADHD 的診斷準則常以男生的行為為主要觀察來源，而在生活形態上則是指孩子現今常以人為的電視、電玩作為休閒娛樂，而非過往的玩樂形態。

### 參、小結

社會工作常使用生態系統觀點作為檢視個體與環境互動的理論框架，原因在於除了反映個體的內在動力外，也從環境中不同層面的次系統看見「問題」的原因。以成人 ADHD 患者而言，ADHD 的症狀在不同個體的所處環境下產生了多元的面貌，也使醫療系統的診斷準則運用到不同個體時，會被反映為診斷過於主觀，而沒有清楚客觀的指標。

然而運用生態系統觀點的優點在於能夠從不同層面的次系統看見診斷準則的一致性，也使得研究者在討論人際關係現象時能保有思考的彈性與深度理解症狀對研究對象的困擾。

## 第二節 ADHD 患者的社會心理發展概況


Erik Erikson 提出心理社會發展理論，認為人類在不同生命階段中有其任務，能分為八個階段，並在發展過程中經歷發展危機以及發展任務。他認為度過每個階段的發展危機能為個體帶來新的意義，而每一個時期的發展目標達成狀況會影響後續的社會心理發展。本節文獻回顧將結合 Erikson 對於學齡期、青少年期以及成年前期的發展目標探討目前討論注意力不足/過動症患者的社心概況。

### 壹、學齡期的注意力不足/過動症患者

學齡期的個體乃意指 6 歲到 11 歲的人，此階段的發展任務是培養在社會生活的能力（competence），學齡期的個體面對到勤勉進取（Industry）與自卑（inferiority）發展議題。如果能夠勤奮進取地達到社會所期待，則在自我概念與自尊上便能避免自卑感，若是能夠成功度過發展的衝突，則可以學習到能力（competence）。

患者在學齡期會有對焦力與持續力的問題，因此呈現出不耐煩、被誤解、生氣、口語表達技巧差、行為反應中斷、多話、持續性活潑、遵守規範的障礙、發呆、社交技巧薄弱等不同表現方式，並因為不專注或因衝動帶來的行為中斷導致培養能力時無法符合此發展階段的期待，對自己及照顧者形成壓力與沮喪感，甚至有人際方面的困擾。困擾的背後意指個案可能抓不到學習焦距、因為指令吸收不佳而影響學習動機、牽扯到大腦執行計劃的能力，因此在學齡期間需要更多資源的介入協助 ADHD 患者及家庭因應壓力及負面感受，而大部份的 ADHD 患者會在此時期就開始使用藥物治療（何善欣，2002；臧汝芬，2009；Reiff, 2011）。

下列將從家庭關係與同儕關係的人際互動問題討論。在家庭關係中，如果家



長對於 ADHD 認知不足，並不懂得因應之親職技巧，則可能會呈現出無效管教與無理要求的現象，並使得親子次系統與手足次系統關係差（臧汝芬，2009；Nixon,2001）。在同儕關係，ADHD 的患者容易因對於社會環境線索辨識度低、衝動地打斷別人，甚至以肢體行為展現使得自己的人際互動充滿許多困擾，包括：社交孤立、被霸凌等，如：不專注或衝動的症狀會減少孩子在遊戲、運動或者是團體活動中的成功度，並影響孩子的受歡迎程度。而過動衝動型的孩子可能會想打破規則，但卻感受到被當成空氣，這種尷尬的氣氛會導致排擠與霸凌。到了接近青少年時期，成熟度比同齡的同學還低，使他們互動的社會關係更加複雜，也造成有時孩子喜歡結交愛插嘴講難聽話的朋友或缺少朋友（臧汝芬，2009；Reiff, 2011）。

不論是家庭關係者或是同儕關係的人際互動障礙，Nixon(2001)指出 ADHD 患者在情境轉換時很難改變自己的行為模式與溝通方式。ADHD 的患者因為對於情境的誤解，因此在認知方面很難在社會情境中產生適切的行為反應。不過對於這樣與情境調適不佳的情況，ADHD 的患者時常有所洞察，甚至比旁邊的照顧者更加敏銳。因此面對這類同儕拒斥與家庭關係差的現象，都使此時期 ADHD 的孩子感受到低自尊、難過及孤獨。

## 貳、青春期的注意力不足/過動症患者

青春期的個體則是指 12 歲到 18 歲的人，此階段的發展任務則是培養真誠（fidelity），而此時期的個體透過與父母分離、定義自己及融入同儕當中開始發展。青少年常常會質疑自己，並在自我認同（ego identity）與角色混淆（role

confusion) 中游移。自我認同的意思是覺察自己的一致性 (sameness) 及連續性 (continuousness)，並具有整合自己的能力，也將認同傳達給他人所知；角色混淆則是指個體沒有能力去感受到自己也是社會中的一份子。

近期研究指出從小被診斷為 ADHD 的患者到了青春期仍有 65% 的人受到症狀困擾，並不會因為年紀增長而有改善。過去可能因語言表達技巧好而沒被覺察為 ADHD 的患者，進入青春期時卻因為缺乏良好的組織能力與技巧而被診斷出來，但也可能因不佳的衝動控制、專注力及長期規劃能力，而在此時期被診斷為 ADHD。前額葉是掌管專注、計劃、衝動控制、管理資訊以及短期工作記憶的部位，曾有研究比較青春期的 ADHD 患者與一般青少年的前額葉，發現 ADHD 患者發展較遲緩。這些因為生理差異導致行為上的不同使這些個案對於自我認同更加困惑，因此面對別人時缺乏自信，也擔心自己不被接納。多數青少年都可以發展出新的力量去面對，使父母的角色淡出，增強自己做決定的能力，並開始思考長遠的事情及避免短暫的衝動行為，且能讓自己的行為符合規範。然而 ADHD 的青少年則會因自己覺察程度的差別影響涉入同儕活動的接納度，這使自我管理變得困難，而且形成一個矛盾的感覺，因為他們的確需要控制自己的生活方式(何善欣，2002；Reiff, 2011)。除此之外，ADHD 的衝動使得患者發展青春期的任務時產生許多研究提到的行為問題方面，如：菸、成癮性物質、酒、過早性行為的嘗試及其他容易讓父母晚上擔心的行為，並產生共病現象，如：疾病方面的憂鬱、學習障礙、焦慮。

上述背景對於患者而言，能從家庭關係與同儕關係兩方面的人際關係討論症狀的影響。在家庭關係中，對於 ADHD 的青少年需要從完全依賴家庭及以家人為中心的連結方式轉變到分離、獨立的成人狀態，如何辨識家庭成員的反應及情

境解讀，並重新定義與人的界線並產生自我感是不容易的 (Reiff, 2011)。在同儕關係中，ADHD 的症狀使他們更容易接受到的「壞的」或者是「笨的」訊息，並因為同儕壓力及負面訊息變得脆弱，進而持續因為行為及無法理解他人的社會訊息遭受排擠，且產生被霸凌的狀況。

當一個青少年 ADHD 的患者在學業、社會、個人方面都遭遇到困難，即使我們有同理與支持，這些經驗還是會減低 ADHD 孩子的自信與自尊，除了產生行為問題外，也使他們拒絕醫療資源、特教資源的協助 (Reiff, 2011)。


## 參、成年前期的注意力不足/過動症患者

成年前期的個體則是指 19 歲到 30 歲的人，此階段發展目標是學會愛及建立親密關係。對於 Erikson 而言，愛的定義是相互付出，減少彼此間的對立能力，並從學著承諾當中體現。親密關係的形式包含了友情、愛情等不同樣態，並意味著自我認同的考驗，因為關係的建立需要將他人的需求納入互動中思考。以伴侶關係為例，Erikson 認為認同是一種相互分享的特質，也就是在另一半的身上失去某部分自我的時候才找到自我，並開始真正發展自我認同與親密感；而孤立的感覺則是從害怕自我認同被他人侵犯所產生出來的一種距離感 (Stevens, 1983)。個體在親密與孤立間擺盪，探索著自己與家人、與工作以及與伴侶間的親密關係樣態。以 Erikson 討論發展過程的角度，會發現他不只談個體成長，也談社會網絡中他人對於個體的影響。雖然自我認同的概念直至青春期後才逐漸定型，但除了心理需求之外，在生活與人互動引發個體感到困擾並探索的歷程更是他著重的部分。因此，自我認同強調的是探索歷程的解決，而不是探索後的結果。在這段

歷程當中不但讓個體有機會深入瞭解自己，並建立一套意義體系來因應成年期以降之發展危機（陳坤虎，2005）。

成人 ADHD 患者因為核心症狀所產生的症狀包括不專心、組織鬆散的思考、忘東忘西、行為的不連續、打斷別人說話、干擾、動作不停止、自我控制能力差、管理事務能力差...等，並在生活中的困境便會從教育年數、失業率、反社會行為、人際關係衝突、離婚率等議題浮現。例如：Weyandt & DuPaul（2006）針對大學時期的 ADHD 患者進行研究，他們的學業分數呈現較低的情況，研究者推測這樣的「失敗」是因為缺乏組織能力、閱讀技巧以及執行能力，或者是其他認知層面的障礙。除此之外，在執行相關任務的時候，很多與執行任務無關的想法，使他們常常對於不停思考，並產生困擾。Overbey 等人（2009）指出成人 ADHD 的過動/衝動會影響到親密關係中壓力調適的部分，如：症狀程度較嚴重會感受到較深的壓力，且親密關係滿意度下降。其中，「情緒表達」與「人際互動」常使成人 ADHD 患者感到笨、失敗、憂鬱、緊張與焦慮，而這些負面的感受能夠解釋一部分離婚的現象。如果可以提升個案自覺的能力，便可以成為一種舒緩壓力的方式。Eakin 等人（2004）認為討論成人 ADHD 患者親密關係的文獻稀少，並多聚焦在精神症狀以及物質濫用的情況上，而兒童青少年討論關係的文獻則是以同儕與家庭關係為主。成人多因為婚姻問題求助，臨床上伴侶的功能程度會影響到這個家庭的功能，因為伴侶能夠補充患者不足之處，如：規劃、組織事務、安排財務與維繫家庭和諧。然而雖然伴侶有支持的功能，但在責任分配上的壓力及缺乏情緒支持卻是這些伴侶在支持時會遇到的困擾，因此研究者建議應有介入家庭成員的處遇方式一起協助成人 ADHD 患者的家庭。

上述這些短而小的障礙積累而成的問題影響長期的生活功能，並使得患者感



到低成就、低效率，甚至低自尊，進而可能引發憂鬱症狀。對於別人而言，這些症狀令人感到莽撞，而相關研究傾向以表達缺陷解釋，如錯誤的詮釋社交行為，或訊息傳遞上的障礙。ADHD 的障礙在於強化情緒的反應、對挫折忍耐力低以及較沒有控制自己情緒的能力。對於 ADHD 的孩子與成人都有共同的問題在於臉部情感的辨識，他們沒有辦法將人的語言、臉部表情與情緒進行良好的對應，並使得他們在人際互動中受到挫折。Friedman 等（2003）發現成人 ADHD 覺察自己在學校、家庭或同儕中的社交問題的能力比覺察情緒的能力還要好，對於成人而言，這些症狀會影響到人際關係以及就業方面的問題。雖對於個案影響社交能力的理由尚未非常清楚，但這些個案有無意識則會影響後續因應策略。

這些到了成年期被懷疑為 ADHD 患者進入醫療體系中的評估方式包括發展史的評估；核心症狀如何影響學校、職場與人際關係；精神疾病史；病人自述的量表...等。當這些被懷疑為 ADHD 的人確診之後，介入方式以藥物治療為主，認知行為治療、心理治療等為輔協助改善核心症狀與日常生活困擾。藥物治療對於這些患者而言，僅能改善部分核心症狀，而睡眠障礙的副作用更是使得 30% 的患者不再服藥。然而認知行為治療與心理治療等對於日常生活的功能與互動有所幫助，如：處理伴侶關係的衝突時，強化溝通技巧與問題解決的方式都是協助藥物治療改善生活品質的部分。目前更有研究者針對時間管理、組織與計劃的技巧等特定項目進行介入，並有所成效( Searight et al.,2000 ; Post & Kurlansik, 2012 ; Solanto et al., 2007 ) 。

## 肆、小結

當 Erikson 的心理社會發展理論運用到 ADHD 患者的生命經驗討論可以從過往文獻中了解症狀會影響到該階段是否能達成發展任務。例如：患者在學齡期會有對焦力與持續力的問題，並中斷導致培養能力時無法符合此發展階段的期待，對自己及照顧者形成壓力與沮喪感，甚至有人際方面的困擾。症狀會持續到青春

期、成年前期，成人 ADHD 患者因為核心症狀所產生的症狀包括不專心、組織鬆散的思考、忘東忘西、行為的不連續、打斷別人說話、干擾、動作不停止、自我控制能力差、管理事務能力差...等，並在生活中的困境便會從教育年數、失業率、反社會行為、人際關係衝突、離婚率等議題浮現。

## 第三節 ADHD 患者的介入模式



### 壹、多元的介入模式

臺灣衛生福利部出版的衛教宣導手冊認為唯一經過實證研究能改善其核心症狀、神經心理學功能以及腦功能的方式是藥物治療，但許多論文認為多元介入方式是最有效果的處遇模式。介入方式的種類可以區分為作用於個案的內在的生理機制與思想或外在行為環境改變，針對兒童青少年的 ADHD 患者常見的介入方式除了以個案為焦點的藥物治療、認知行為治療、社交技巧訓練之外，也包括了訓練照顧者的親職訓練、行為管理技巧，而成人 ADHD 患者的介入模式說明如下（何善欣，2002；臧汝芬，2009；蔡佳縈，2007；蔣雅淳，2011；楊碧桃，2014；衛生福利部，2015；DuPaul, 2006；Exley, 2006）：

#### 一、藥物治療

我國核准治療 ADHD 症狀的藥物可以分為兩大類，包括中樞神經活化劑以及非中樞神經活化劑，說明如下：

##### （一）中樞神經活化劑（stimulation medication）

中樞神經活化劑的成分是 **Methylphenidate**，使用此藥物之後，患者有七成以上能感受到效果，利他能（Ritalin）及專司達（Concerta）屬於此類藥物。兩者的差異在於利他能持續效用約 4 小時，每天使用頻率為 2-3 次，屬於短效藥物；專司達的持續效用約 8-12 小時，每天使用頻率為 1 次，屬於長效藥物。且在藥丸外觀不同，服用方式亦有差異，專司達被設計為膠囊狀，並且不可以咬破。常見的副作用是食慾下降、失眠、體重減輕、噁心、頭痛、肚子痛。

若在早期被診斷的個案，並且服用藥物的優點在於減少未來物質濫用的情況，

與改善過動、注意力不足、衝動、敵意、社會關係不良、成績表現低落等症狀與現象但對於偷錢、說謊、頂嘴、破壞行為的改善則不一定有效果。透過改善核心症狀，藥物治療能幫助學習，若能結合社交技巧訓練及情緒管理，則更可以避免未來行為問題的產生。

## （二）非中樞神經活化劑

非中樞神經活化劑的成分是 **atomoxetine**，思銳（**Strattera**）是此類藥物，並屬於第二線藥物。此藥物會被使用在病情複雜的個案或無法適應中樞神經興奮劑副作用的個案身上。不過與中樞神經興奮劑的部分不太一樣的地方在此藥物服用約 2-4 週才有顯著效果。常見的副作用是噁心嘔吐感、腸胃不適、頭暈或疲勞。

對於個案的優點在於一天僅服用一次，能使孩子在學校避免因為服藥而受到標籤化的效應，然美國食品及藥物管理局（**FDA**）曾在 2007 年針對此藥物提出警語，認為使用這樣的藥物有機會增加其自殺意念，因此要特別觀察孩子的情緒與行為反應。<sup>1</sup>

## 二、認知行為治療

除了藥物治療以外，認知行為治療是臨床工作者經常使用的方式，然常結合外在行為管理的步驟，企圖提供個案一個新的認知框架，學習解決問題。蔡佳縈

（2007）整理出下列常見的認知行為治療策略：

### （一）自我指導訓練（**self-instructional training**）

教導個案練習改變自己給自己的指令，包括：自我對話、暫停思考等方式，並透指令的改變，能夠改變行為的產生。

### （二）問題解決技巧（**problem-solving skill**）

---

<sup>1</sup> 此資訊來源參考自林口長庚醫院兒童心智科的藥物介紹（103 年 1 月 6 日修訂版）。

透過五個步驟的操作來使個案的問題被解決，包括：確認問題、產生解決問題的方法、後果思考、實際實行方法以及評估方法的效果。



### (三) 因應的模範 (coping model)

讓個案產生尊敬治療師的感覺，並作為個案合理行為的模範。並透過治療師示範處理問題的方法，如：自我矯正、自我覺察，協助個案處理不適應的行為。

### (四) 連續增強 (contingent reinforcement)

針對症狀行為外化型的個案，在適當行為後能使用正增強可以鼓勵他們，修正不適當的行為表現，如：利用代幣制度 (token economy) 來累積個案想要換取的獎賞。

### (五) 角色扮演 (role play)

讓個案有機會與治療師直接針對人際互動的議題練習解決方法，藉此強化其認知、行為與情緒。

### (六) 放鬆訓練

練習讓個案監控自己的情緒，並學習放鬆及思考其他活動來替代自己不想要的反應與情緒。

### (七) 情緒教育

練習讓個案辨識自己的情緒，明白不同經驗會引發不同情緒，藉此培養其同理心。

## 三、社交技巧訓練

對於 ADHD 的個案而言，人際互動的障礙時常為其困擾，而社交技巧訓練的目的在於改善其互動表現，藉此改善人際關係的品質。一般而言，訓練內容包括溝通技巧、問題解決、生氣控制等社交技能，並試圖練習讓個案能在其他類似

情境發揮效果 (DuPaul & Weyandt, 2006)。



## 貳、介入模式的醫療化

即使現在介入 ADHD 症狀與問題模式以多元介入為典範，但對於 ADHD 患者的疾病診斷、介入是否需要由醫療專業來協助...等諸多爭議起源來自於我們是否該以醫療化的觀點看待。

### 一、醫療化的定義與討論

醫療化 (medicalization) 是指將非醫療的問題納入醫療專業所管轄。過去為了描述這樣的社會現象，許多學者用了很多概念討論，包括：Ivan Illich 的醫源病 (iatrogenesis)，即醫生自己創造出來的疾病；Foucault 的醫療凝視 (medical gaze)，描述醫學對於人群的監管；Zola 認為醫療化分析重點在於醫學權力與失能建構間的關係；Goffman 對於精神病人道德生涯中自我認同的改變、標籤以及汙名化；Freidson 提到醫學領導其他專業及 Abbott 描述醫生在健康體系中創造了他們管轄的地帶，醫療化的討論產生了豐富的觀察立場與態度 (Conrad, 2007; Maturo, 2013; Wright, 2012)。

自醫療化現象浮現之後，許多「問題」被以醫學的框架理解，以醫療術語賦予定義，並以醫療語言描述其現象且處理。許多人批判醫療化時，會認為醫師團體是最主要推動者，並從中成為主要獲益者。但 Conrad & Leiter (2004) 近年來認為許多醫療化現象是一個集體行動下的產物，並有多元的發動者，包括：消費者、經濟、生物科技以及照顧管理的制度。其以市場性質的差異作為論證基礎說明醫療市場的資訊不對等、疾病定義及診斷的不確定性、第三方付費制度、照

顧式管理使得醫療市場跟別的消費者市場不同。許多相關利益團體在現行醫療化現場成為很多行動者，如：藥廠、病患團體、醫療保險制度、資本主義市場等，使得我們在理解醫療化的過程中，情境更加複雜。但目前醫生的角色仍佔據不可或缺的地位。

而伴隨科學技術的進展，Clarke（2003）則提出生物醫療化（bio-medicalization）的概念提醒我們傳統醫療化聚焦於醫療權的擴張過程，並以各種案例呈顯出疾病的「定義」如何透過互動被社會建構，但是生物醫療化的概念則立基於科學技術如何應用生物醫學科技影響醫療知識的生產，而研究案例時，我們也應該注意到科技物在這樣醫療化的過程扮演的角色以及每一個細節如何重新組織知識。

不論是醫療化或者是生物醫療化，我們不可忽視的這是一個社會的、文化的、政治的，同是也是科學技術的集體行動。例如，更年期議題，Lock（1993）曾比較北美以及日本更年期婦女如何理解以及處理身體，當北美將更年期視為「不正常」時，透過量化的激素數值，並建立標準，以此作為是否使用賀爾蒙替代療法作為因應之道，但日本除了從西方醫學的發展討論，也從當地社會對於一名中年女性在家庭扮演的角色去討論其更年期的症狀以及不適感。又如，懷孕的議題，我們的產檢、醫療安排都是依附在西方生物醫學知識為主的機構進行，但 Ivry（2007）指出日本女性的懷孕知識由生物醫學、文化以及社會期待的女性角色共同生成，因而日本懷孕女性時常為了提供胎兒良好生長環境而辭職。

Jasanoff（2004）認為醫學知識以及其實作技術會與當地社會文化產生共同生成的效果，亦即在社會結構與個人行動中對於知識的相互影響與再生產都是使得我們面對同一個疾病診斷時難以輕視的面向，亦即同一疾病的真實難以在不

同社會中被視為同樣的存在，又或者同一個病人身上的症狀也難以從不同行動者中獲得等量的理解，如：醫生、病人本身、照顧者等不同人所認知的面向都是真實的不同面貌。



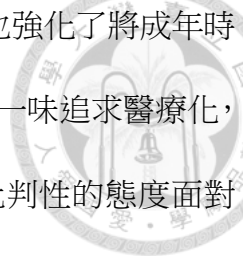
因此討論 ADHD 的醫療化時若單純從現行的診斷準則去理解以及既定的 ADHD 行為檢核表去評估各種介入方式的有效性，則會失去認識其他真實面貌的機會。

## 二、ADHD 的醫療化

在 ADHD 醫療化的處境下，多元介入取向是以藥物治療作為治療主軸，而其他方式為輔。然改善 ADHD 症狀的方法開始進入醫療系統，並以生物醫學觀點的藥物治療作為主要介入方式有其歷史脈絡。醫療史學家 Matthew Smith (2008) 針對 ADHD 診斷名稱的出現，到進入精神醫療範疇被討論的歷史中進行研究，其指出在這段歷史中曾有三個治療取向彼此競合 ADHD 的相關知識以及處遇方式，分別是社會取向的精神醫學 (social psychiatry)、生物取向的精神醫學 (biological psychiatry) 以及精神分析取向的精神醫學 (psychoanalysis)。1960 年代，因為甘迺迪總統對於心理衛生政策的去機構化以及發展社區模式，社會取向的精神醫學發展蓬勃，此派認為精神疾病的起源乃自社會環境所影響的，如：貧窮。對於 ADHD 的貢獻在於關注患者的環境如何引發症狀。精神分析式取向的精神醫學則是延伸至 Freud 時期，而對於 ADHD 的貢獻在於清楚描繪的個人心理發展過程。生物取向的精神醫學則是建立在神經科學的發展之上，而過去被忽視的情況卻在 1970 年代因為藥廠的興盛以及強調科學化實證研究的社會背景開始主導整體精神醫學界的走向。而此派認為 ADHD 的症狀是因為大腦執行功能的損傷異常，並透過神經科學的研究指出 ADHD 的原因，而也更加的俱

有說服力，使得藥物治療成為了鞏固介入方式的首選。快速、簡單、便宜便能看見成效，即使不會治癒，但控制症狀的效果吸引了照顧者、醫界的關注。


Conrad (2007) 提出數個概念描述醫療化的現象，包括：延伸 (extension)、擴張 (expansion)、提增 (enhancement)、延續 (continuity)。延伸的意思是將醫療化的方向擴展到新的方向，如：老化男性的身體；擴張的意思是診斷的分類在不被察覺的情況下納入既有常規醫療中處理；提增的意思是透過醫療方式增強某些生理的表現，如：人體生長激素；延續的意思則是指去醫療化之後現象如何在醫療中繼續被討論，如：同性戀、自慰等現象。而 ADHD 的醫療化現象被歸類於「擴張」的概念類別中。「擴張」的醫療化現象之於 ADHD 的原因在於原始 ADHD 診斷及描述的對象為小孩，而目前已將診斷類別擴張到成人。這個現象的行動者從醫界、利益團體、藥廠、成人 ADHD 個案及反對組織都參與其中。醫界參與的部分能從 DSM 的診斷準則沿革觀察得知，過去最早將 ADHD 列入的 DSM-III 診斷準則中並未提到成人，而在 DSM-IV 當中對成人開始產生懷疑式的描述，直到 DSM-5 正式將成人的 ADHD 診斷準則更操作化地清楚說明，使得我們對於 ADHD 的對象理解從兒童青少年擴張到整個年齡層，並帶動臨床與研究的發展。在利益團體的部分，兒童與成人注意力缺失過動症協會 (Children and Adult with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, CHADD) 的官方出版品和訊息都將 ADHD 定位成一種醫學症狀，即一種「神經生物學疾患」(neurobiological disorder)，並非屬於精神疾病或行為疾患 (psychiatric or behavior disorder) (Diller, 1997)。而針對製造 ADHD 改善藥物「利他能」的藥廠而言，他們致力於將 ADHD 視為一種醫學症狀，如此使用藥物治療成為一種適切改善的方式。對於成人 ADHD 而言，透過獲取 ADHD 相關訊息，並透過自



身經驗與診斷標準的對照，形成自我標籤以及追求診斷的行為也強化了將成年時期的困擾化為一種診斷名稱的合理性。然而，並非所有行動者都一味追求醫療化，如山達基教會（Church of Scientology）及大眾媒體便採取批判性的態度面對 ADHD 的醫療化以及藥物治療。

Malacrida (2004) 曾在制度面觀察 ADHD 的醫療化現象。他認為參與 ADHD 的醫療化包括了：教育者、醫療第一線工作者、心理衛生部門的成員。ADHD 在醫療化下存在概念醫療化以及制度醫療化的落差，因為對於我們對於 ADHD 的成因尚未有清楚瞭解，也時常被挑戰，因此要將 ADHD 進展到制度的醫療化時，會發現網絡中參與的成員在合作與管理面向有所殊異。張如杏與林幸台 (2009) 則針對情緒障礙者在特殊教育中被醫療化的現象提出類似於本土制度面的探討，研究認為現在的特教鑑定及專業合作不僅呈現出仰賴醫療判斷之外，對於患有 ADHD、自閉症與其他情緒障礙的學生生活與教育協助的處遇模式也產生特教老師期待由醫療人員主導，亦即由學校老師觀察並建議學生進入醫療系統後，便由醫療專業人員主導後續，而特教為輔的現象。不過，醫療化不只是簡單地將一群人標籤與管理，而更是一種展現行動者如何運用方法來社會控制這群病人。例如，Loe & Cuttino (2008) 研究了大學 ADHD 患者對於服用藥物與自我概念的看法，大學 ADHD 患者認為藥物是一種修正身體功能的工具，使他們能管理學業問題，但若是還是表現不佳，便接受自己的狀態，並歸因於缺陷以及限制。從藥物使用的脈絡討論，學生面對的不只是服藥與否的問題，而是決定在一個複雜情境下，選擇使用多少藥物輔助自己的日常生活功能。有些人放棄了真實的自己，選擇以藥物控制自己。對於多數學生接受並策略性使用這些藥物，並強調自己的決定權。例如：ADHD 學生企圖以藥物管理一個工作叫做「學生」，而這種工具性的目的

能夠保護真實的自己。



醫療化或生物醫療化的研究貢獻開啓我們認識醫病之間的關係複雜，不只是最常討論的互動，而更是從疾病本身的理解與實作便存在著多元性。綜上所述，醫療爭議的批判對象是否能從醫界延展到疾病本身的存在是否就是一種爭議，而強調醫療化到生物醫療化的目的也暗指著在生物醫療化的科技物增強了疾病診斷標準的多元性，所以我想透過本研究了解成人 ADHD 如何透過藥物連結自己與他人，並使其運用醫療系統與網絡的關係更加穩定。而在當中如何發生人際關係的改善，是否涉及其他研究角度無法知悉的運作模式呢？Bury (1982) 從類風溼性關節炎的個案討論慢性疾病對於一個人生命歷程中的斷裂經驗。其指出斷裂經驗能夠解釋一個人生病的苦痛，以及存在在專家與常民間想法的差異。Bury 好奇的是這些慢性病人的生活架構以及這些形式背後的知識。這些人的生活包括了認知、死亡的可能以及提供給個人、家庭成員以及社會網絡中的關係者一些打破一般人互惠以及相互支持的形態。並提出三個假設去描述慢性疾病的斷裂經驗，包括對「常識」界限的斷裂、「解釋系統」的斷裂、「資源動員」的斷裂。這三個假設說明了慢性病人的斷裂經驗因為身體的狀態與過去不同，所以尋求協助。而在協助的過程中重新思考人以及生命歷程的斷裂並討論到自我概念。最後，為了適應生活如何重新部署資源以進行調整。

在這些慢性病人的經驗中，如何描繪外在壓力以及如何影響到生命經驗是困難的，而個案期待藥物能帶來改變或者是結束，但持續學著與藥物生活才是這些人的故事。對於成人 ADHD 患者，許多症狀難以透過口語或文字傳遞給他人所知，而這些從小到大的經驗若是能從 Bury 的框架進行分析，或許能從邊緣的日常生活經驗更細緻看到醫學與治療的限制及許多知識的不確定性，並體現出醫生

與病人經驗與信念的重要貢獻。



## 參、小結

ADHD 的介入種類多元，含藥物治療、認知行為治療、社交技巧訓練等，而目前成人 ADHD 患者多以藥物治療為主。目前在臺灣提供藥物治療的管道仰賴醫師開立醫囑，也是多數患者因應症狀困擾時的選擇，而 ADHD 的症狀被納入醫療範疇討論，並成為精神醫療的診斷有其歷史脈絡。Conrad (2007) 對於醫療化現象的描述提到諸多參與者，如：醫界、藥廠、利益團體、患者本身等，因此若要理解患者進入醫療系統，並且使用藥物治療的經驗，則將這些參與者的行動納入考量可更加完善。

# 第三章 研究方法



本章旨在說明本研究之進行方式與過程，共分為四節，第一節說明研究設計；第二節為研究過程；第三節呈現研究者角色；第四節為研究倫理。

## 第一節 研究設計

### 壹、質性研究取向

成人前期 ADHD 患者的人際關係議題與選擇以哪種方式面對是連續性的生命過程，而過去研究在說明介入成效時以量化的數據呈現，然成效最顯著的藥物治療如何在這些患者中加入日常生活中，並建構新的網絡關係及資源安排都是無法無法透過量化研究的數據說明。量化研究運用演繹法進行邏輯推理，建立客觀且普遍的知識體系或法則；反觀質性研究則是將現實世界視作非常複雜的「現象」集合，這樣社會世界（social world）會因為時空、文化與社會背景不同產生不同的意義，屬於一種動態真實，是一種歸納的邏輯，因此質性研究企圖建構出概念或經驗性法則（鄒平儀、簡春安，1998；陳向明，2002；潘淑滿，2003；徐宗國，2005）。本研究選擇質性研究的理由如下：

#### 一、缺乏以質性研究取向的 ADHD 研究

整理 ADHD 症狀與介入的相關研究時，研究者發現許多採取量化研究方法進行介入前後的比較，而受限於量表設計上的限制，較無法深入研究對象的日常生活世界。

#### 二、重視研究對象的主體經驗與網絡關係

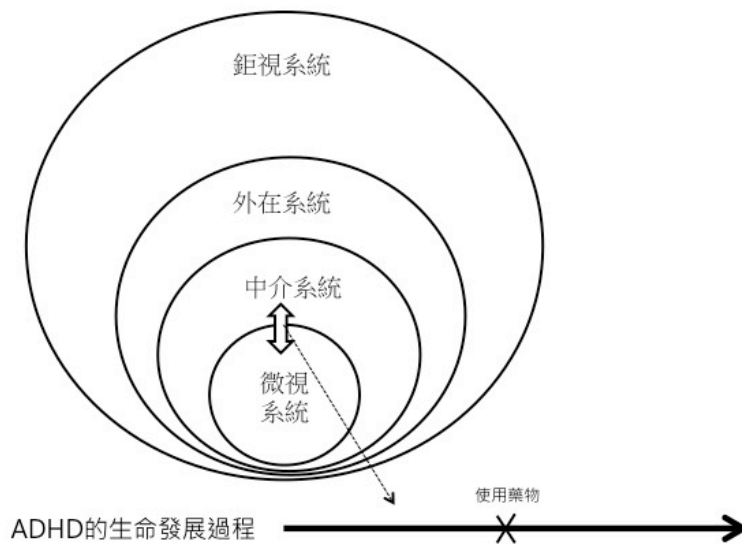
基於呈現每個研究對象不同的主體經驗與網絡，質性研究的取向能夠彈性地蒐集資料，並依照研究者與研究對象交流的過程洞察出受訪者的觀點，並增加研

究者與局外人理解成人 ADHD 患者面對人際互動與介入方式的可能性。



## 貳、概念框架圖

此研究的概念核心結合了生命發展過程與生態系統的理念，試圖將研究對象在不同時期的生態系統進行串聯與討論。因研究旨趣以人際關係為主，因此在邀請研究對象進行經驗分享時，著重在於其微視系統與中介系統的互動，並引導其說明在使用藥物治療的前後是否也發生影響與改變，概念圖如下所示。



## 第二節 研究過程



### 壹、資料蒐集方式：深度訪談法

為了深入和完整呈現研究參與者的經驗性文本，並明白其所處之社會關係與情境，因此研究者採用深度訪談法 (in-depth interviewing)。根據潘淑滿 (2003) 的定義：「訪談法是研究者運用口語敘述的形式，針對特定現象與研究有關的資料，以便對研究的現象或行動有全面式的了解。在訪談過程中，研究者必須創造一種自然的情境，讓受訪者在一種被尊重與朋友的互動關係中，進行雙向式的溝通與對話」。

根據研究本質與目的設計訪談大綱作為訪談之參考架構，本研究雖讓研究對象針對自己生命歷程簡略敘說，但為了針對設定的方向能夠表達持續性關注，研究者採取半結構式 (semi-structured) 訪談的方式進行 (潘淑滿，2003)。實際進行訪談時，並不一定依序發問，會視實際情況適時調整訪談的先後順序，並適度地利用開放式語句加以引導。研究者在閱讀相關文獻後，思考擬出符合研究問題與目的之大綱方向，並與指導教授進行討論，加以修訂成此研究之訪談大綱，並在實際訪談中，隨時進行反思與內涵的調整。

### 貳、研究對象選取

在研究對象的選取上，本研究設定訪談對象設定於 20-30 歲的 ADHD 患者，並在此時期有服用處理過動症狀藥物的個案。年齡的標準設定是參考 Erikson 對於成年前期的定義、臺灣各研究倫理委員會對於成年受試者之標準後所訂定的，而疾病診斷的 ADHD 以精神科醫生診斷為判斷標準，藥物則不限服用的種類。本研究將以立意抽樣 (purposive sampling) 的方式選取樣本，將透過批踢踢的

「psychiatry 版」及相關實務工作者，如：精神科醫師、心理師、社工師等引介適合的個案，並礙於研究經費的限制，研究者僅能篩選方便在雙北地區進行訪談的個案，並由研究者選取符合本項研究主題的受訪者，並盡可能達到豐厚且飽和的資訊。

## 參、訪談的進行

質性研究中，研究者與研究參與者乃是平等的關係，注重研究參與者的自願性原則及保密原則，因此在訪談進行前，會簽訂訪談同意書（陳向明，2002）。同意書的目的在於保障研究參與者，在充分得知研究相關資訊後，表述同意或拒絕參與研究的權利。研究者在確定可能的研究參與者後，主動聯繫並說明研究之性質與目的、參與時間的協調；此外，在訪談進行前，給予研究參與者充分的時間詳讀同意書，並再次提及研究者的權利，保證不深入其不願揭露之隱私內容，並提醒其若訪談結束後，對於所分享之內容有任何疑慮，都可與研究者聯繫。同意書一式兩份，並個由研究者與研究參與者簽訂後各持一份。

每位受訪對象約進行一至一個半小時的訪談，根據訪談大綱的內容提問，作為訪談方向的指引，並依據研究參與者的回答彈性調整與追問。潘淑滿（2003）指出，深度訪談中的對話過程，乃是由特定情境脈絡，舉凡人、事、時、地、物等因素所建造而成。故研究者在訪談地點的安排上，首要以安全、安靜且讓人可以放心抒發，及研究參與者所方便前往的空間以讓研究參與者可以較自在地與研究者互動。

基於研究倫理的考量和資料的豐富性，每次訪談均徵得受訪者同意而全程錄音，以增加資料正確性，並對於資料有所疑慮時，可作為檢核的資料內容。訪談

結束後，研究者依據研究參與者受訪順序進行編號、標示日期、地點等可辨識資料，並按研究者對訪談對象之訪談順序進行命名，以確保匿名性。之後訪談錄音檔由所訪談之研究者進行逐字稿謄寫、閱讀與分析，並從中標示出切題或具有特殊意涵之內容，予以歸納、分類和命名。

11 名受訪者皆以一次面對面訪談進行資料收集，並透過電子信件的方式補充面訪疏漏之相關資訊，下列為訪談過程的資料表：

受訪者	收案來源	訪談時間	訪談地點	備註
受訪者 1	批踢踢	一個半小時	咖啡店	
受訪者 2	批踢踢	一個半小時	咖啡店	
受訪者 3	臉書	一個半小時	咖啡店	
受訪者 4	批踢踢	一個小時	速食店	
受訪者 5	批踢踢	一個半小時	咖啡店	
受訪者 6	批踢踢	一個小時	咖啡店	由男友陪同
受訪者 7	批踢踢	一個小時	咖啡店	
受訪者 8	醫師轉介	一個小時	美術館	
受訪者 9	批踢踢	一個小時	咖啡店	
受訪者 10	批踢踢	一個小時	速食店	
受訪者 11	批踢踢	一個小時	網路	受訪者出國

#### 肆、資料分析方式：樣版式分析法

本研究採取質性研究常見的樣版式分析法，此方法運用一個分析大綱，以開放的方法進行資訊的分類，並在分類過程中，不斷回到文本檢視與修訂，而後進



行詮釋（姚美華、胡幼慧，2008）。因此，研究者將訪談內容繕打為逐字稿的同時，能咀嚼訪談情境，並掌握訪談者的意義，透過反覆閱讀逐字稿進行概念化的分類，最後予以詮釋。

本研究在資料分析過程中有下列幾個步驟：「繕打逐字稿」、「進行逐字稿編碼」、「重複檢視逐字稿與文本」、「概念化訪談內容」、「分類與詮釋」。針對「繕打逐字稿」之階段，研究者繕打前四名受訪者之逐字稿，後續七名受訪者之逐字稿則協請五名工讀生協助謄錄。隨後，研究者採用的編碼規則為（受訪者-逐字稿頁碼-逐字稿句數），如第一名受訪者第一頁第五句，則編碼為（訪 1-1-5）。後三個步驟則視分析概況反覆進行，並透過與指導教授討論過程中，檢視研究者是否有投射、過度詮釋及思考疏漏的現象發生，以減少與文本之誤差，提升本研究之有效性。

## 伍、研究嚴謹度

本研究的信度（reliability）與效度（validity）採用 Lincoln & Guba（1984）提出的四項衡量指標，包括：可信任性（credibility）、可轉換性（transferability）、可靠性（dependability）及可確認性（conformability），分別控制研究的內在效度、外在效度、外在信度及客觀度。其內涵分述如後：

### 壹、可信任性（credibility）

可信任性是指研究之內在效度，即是研究資料的真實程度。因此，研究者應盡可能運用多種方法觀察到自己真正所希望觀察到的。增加確實性的方法包括：選擇令人安心分享的場地、資料來源多元化、資料一致性的確認、請研究同儕或指導教授參與討論、資料的再驗證...等。

在本研究中，研究者運用訪談錄音、逐字稿及文本資料做為多元化資料收集之來源，並反覆確認資料之一致性，企圖達到三角檢測之效果。此外，在實際進行訪談之前，與指導教授及同儕針對訪談問題進行詳細討論、確認訪談對象對於訪談問題之了解，以及訪談過程中不斷與研究對象確認其資料的正確性，皆是完整分析之基礎。

#### 貳、可轉換性 (transferability)

可轉換性是指研究之外在效度，意即研究者是否能將受訪者所敘述之經驗與感受，有效地描述並轉換成文字之程度。為增加質性研究資料之可轉換性，深厚描述 (thick description) 是研究者使用的技巧之一。在轉換及敘述文本資料時，研究者必須謹慎將研究對象所描述的種種，包括：感受、經驗、脈絡、意義、信念 與行動等皆轉換成為文字資料，並且依據自身之經驗做出詮釋，企圖達到質性研究的可轉換性。

#### 參、可靠性 (dependability)

可靠性是指研究之內在信度，即研究者所取得之資料是正確的、可靠的。為達到此一目的，研究者在研究過程中盡可能將外界之干擾因素降到最低，例如在訪談時間與空間上的事先安排、研究進度的安排規畫等等，都應進行詳盡的記錄，以供他人未來在判斷研究資料時有所依據和瞭解。

#### 肆、可確認性 (conformability)

為確保研究的客觀、一致及中立，達到資料的可確認性，研究者需在訪談時要求自己採取中立態度，且資料分析結果，會參閱相關文獻知識，以免研究者過度主觀及武斷，背離了研究參與者原有的想法與陳述，並時時反思自己的進行過程，是否有所瑕疵，並藉由與其他研究者討論的過程，隨時不斷修正。

### 第三節 研究者角色



質性研究是將研究者視為工具，研究者可以不受分析範疇所限制，深度地研究所選擇的論題。在訪談過程中，研究者需抱持開放的態度和彈性的原則，讓受訪者充分在所提的問題方向上，表達自己的看法、感受與所持的意見以取得深入且豐富的資料（陳向明，2002）。研究者會因為性別、年齡、社會地位、族群、教育程度等身份影響問題意識，因此沒有一名研究者是純然的客觀且價值中立，而這種研究者價值與研究現象相互交織的過程不是意味著我們需要朝向客觀的事實前進，而是能讓研究者時時反思自己的立場，並呈現觀察到的研究現象。

本研究的研究者角色有社會工作所研究生、精神醫療社會工作師以及疑似 ADHD 患者的身份。身為社工所研究生，研究者抱著觀察、傾聽及學習的心，去接觸實務現場中的研究對象，並企圖用閱讀書本知識以外的方式認識研究對象；身為精神醫療社工，研究者實務場域中遇見的案主群年齡層偏向中高齡，且疾病診斷以思覺失調症為主，故在缺乏接觸年輕且診斷為其他疾病的機會，希望以此拓展相關經驗，並同理研究對象在生命歷程中的苦與成長；身為疑似 ADHD 患者，研究者在成年前期經過專業人士的提醒並進入精神科診間成為病人，諸多感觸希望能透過彙整文獻、接觸其他類似處境的人來梳理自己的生命經驗。

研究角色的說明能協助研究過程中蒐集資料、訪談研究對象以及分析資料時的盲點，並適度與研究發現進行對話與修正。最終，期許自己能從中尋得一種身份認同的安定感，並運用至實務工作中的執行過程，盡量回饋給成人 ADHD 的患者。

## 第四節 研究倫理



質性研究與個人生命經驗密切相關，在研究過程中會涉及對於研究對象內在世界與生活領域的深度探究。因此，在進行質性研究時，研究倫理更是研究者必須敏感察覺之議題。考量研究者與研究對象之間的權力關係，並降低研究對象參與研究過程的風險與傷害，研究者透過下列方式，致力於形塑一種互惠、平等的關係，說明如下（潘淑滿，2003）：

### 壹、告知後同意

「告知後同意」是指研究者必須將與研究相關之訊息準確地傳達給研究對象，並確認其充分了解且同意研究內容之後，才開始進行研究。在研究過程中，若研究對象希望能夠中止、退出研究，研究者應當尊重。

### 貳、公平合理原則

公平合理原則是指研究者在資料蒐集、合理處理與研究參與者的關係，及研究結果等三方面合乎道德要求（陳向明，2002）。研究過程中，盡可能地反思自己是否對於研究參與者有過度干預，且研究參與者有提出審視訪談逐字稿之權利。在結果發表前，也應讓研究參與者充分獲知參與研究所呈現的內容。

### 參、匿名與保密

匿名是指無法辨識資料提供者的身分為何，而保密則是只知道個別身分但並不予公開。在本研究中，任何與受訪者相關之資料，若有出現個人姓名、基本資料、醫院名稱等足以辨識個人的資訊時，一律以編碼或假名替代處理，醫院名稱則以其所在地（如：北中南）名稱做取代。在文本的呈現上，刪除可辨識研究參

與者的各項線索。與研究同儕和其他人員討論時，並謹慎留意。所有研究相關之錄音檔、文字檔，亦僅供本研究使用，不做其他用途。



# 第四章 研究結果

## 第一節 受訪者的故事



本節將簡介 11 名受訪者的經驗故事，作為分析後續成長階段的症狀與困擾、醫療系統與藥物治療的過程、與困擾共存的社會環境的基礎。

### 壹、「藥」不「藥」有關係—藥物治療的經驗


#### 一、我「藥」的模式—受訪者 1

受訪者 1 是一名 26 歲大學畢業的女生，回想成長過程中，便因為上課期間看似不專注的表現，使其在注重學業表現的環境中被賦予不好的標籤，影響同儕互動。在高中階段，因為鋼琴老師在教學過程的觀察而進入醫療系統，試著了解自己是否有 ADHD 的症狀，經過醫師的評估後，獲得診斷與藥物協助。起初受訪者 1 的家人不太能理解與接受，但隨著自己開始感受到「專心」的經驗，並有學業進步的現象，家人逐漸支持。

進入大學與職場後，受訪者 1 認為在學業或者是工作表現方面，可以透過藥物治療舒緩效率，使自己能表現得宜，但在人際互動過程中的感受，她開始思考藥物治療以外的方式，並嘗試參與相關工作坊、諮商。受訪者 1 發現因應自己在症狀伴隨的困擾與情緒中，藥物的協助有限，反而是工作坊的團體過程或個別諮商有更多空間整理自己，也慢慢摸索出自己與困擾共存的生活模式。對於政策的取向，她希望以自身的經驗作為發聲素材，讓尚未長大成人的 ADHD 患者能有機會與空間選擇用藥物治療的方式感到「專心」與不一樣的長大經驗。

#### 二、我「藥」不「藥」融入主流社會的方式—受訪者 2

受訪者 2 是一名 26 歲大學畢業的女生，過去在南部長大，就學的過程中學



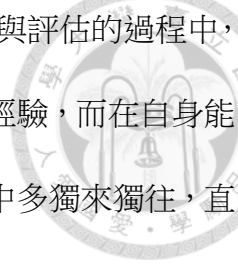
業表現普通，但自覺常常忘東忘西、無法專注在課堂上，但選擇技職體系使得自己能從實作課程中找到自己的興趣，也讓旁人覺得很正常。直到大學畢業後的就業期間，受訪者 2 無法在上班時間專注做好行政事務，達到公司的期許，甚至時而會在上班期間跳舞，她覺察自己的情緒痛苦，試著與母親討論。母親認為也許有 ADHD 的狀況，因此鼓勵受訪者 2 就醫，經過醫師蒐集過去資訊，給予診斷與藥物協助。受訪者 2 仔細回想成長經驗，認為自己的不專心一直都持續著影響自己學業表現，也因此自信心低的情況與人互動較為疏離。

對於藥物治療的效果，雖然受訪者 2 感受到好處，但同時反思社會對於人的包容仍框架在主流認知中，並認為這是一種矯正的過程。在回想過去這些與人互動的經驗時感到丟臉。家中又有其他手足是精神障礙者的情境中，這些情緒不敢與其他家人討論，而自己也開始尋找一些方式去與外在現實調和，例如：改變工作的形態與就業單位。不過，肯認自己處於一種矛盾且困擾的狀態下，尚在尋找讓自己安定的方法。

### 三、我想「藥」爽—受訪者 3

受訪者 3 是一名 25 歲大學畢業的男生，曾在中部山區就讀小學，而隨著父母的工作，遷徙至東部完成國高中學業。在學期間，學業成績優異，雖有其它長輩提醒受訪者 3 的母親有關孩子過度活潑行為，然在大自然環境下的活潑並不被其母親認為是過動，因此也未曾就醫。高中階段，受訪者 3 自覺有很多與師長敵對的行為，且無法專注於課堂學習，常常會有很多不符合班級規範與秩序的行為出現，因此在師生關係中呈現緊張狀態。

上大學後，受訪者 3 對於自己不專注的情形影響閱讀原文書籍的效率，感到干擾，又在一次閱讀網路討論 ADHD 經驗的文章中，意外發現自己的行為與之



相似，因而試著進入醫療系統尋求協助。醫師在進行診斷性會談與評估的過程中，與受訪者 3 討論過去成長的經驗，發現有許多過動、不專心的經驗，而在自身能力可以因應的情況下，雖然干擾情況不嚴重，但也讓成長過程中多獨來獨往，直到成年階段自覺在學業、伴侶關係產生干擾。

透過藥物的幫助，雖讓自己的行為較為改善，因此對於山達基反對藥物治療的想法不以為然。基於自身具有化學專業知識，受訪者 3 對於能夠合法使用利他能等興奮劑成分的藥物，感覺愉悅、感到酷。但因閱讀許多 ADHD 經驗分享的文章時，受訪者 3 自己過去曾經使用成癮物質的經驗會影響自己取得治療 ADHD 藥物，因此在與醫師互動中仍有所保留，而不願意讓醫師知道的事件。

#### 四、我想「藥」成為我自己—受訪者 4

受訪者 4 是一名 28 歲就讀碩士班的女生，從小便是活潑、好動、話多的人，在學業表現上雖不算頂尖，但也能順遂地進入國立高中及大學念書。過去因為自己學業表現還算順遂，因此並未對自己做事的持續度短、專注度低感到困擾，直至初入職場的過程中深感不專注的干擾，又在大學時期的主修專業時常接觸情緒障礙的學生，明白行為調整的有限性下，並與大學時期的老師討論後，嘗試透過醫療協助改善症狀。

受訪者 4 針對北部地區有兒童青少年專科的醫師進行資源瞭解，並選擇一間離家近且資源豐富的醫療院所進行診斷性評估。雖然醫師認為受訪者 4 的學業表現不像 ADHD 患者，但經過家庭成長背景的說明、行為史的探問後，醫師給予診斷，並透過藥物治療改善受訪者 4 的困擾。在深切明白症狀改善的效果佳的情境下，引起受訪者 4 思考自己是否需要長期服藥，或評估自己的藥物使用時機。最後，受訪者 4 選擇在念書或工作等情境使用藥物改善不專注的困擾，然面對人

際互動中的衝動困擾則會試圖以自己的意志去克服。從中，她認為醫療系統能協助自己更加清楚與區辨症狀的因應方式。

對於社會不同團體對藥物治療議題討論，受訪者 4 認為自己的力量很渺小，不足以撼動，但希望討論者應同理症狀困擾者的處境，但也希望 ADHD 患者不應將症狀當成學業、就業情境發生狀況的藉口。


#### 五、我想「藥」有效果—受訪者 5

受訪者 5 是一名 23 歲就讀大學的男生，從小生長在北部，家中有四名手足。從小，其他手足的學業表現亮眼，而自己不論如何努力都無法達到其他手足的表現。在一次閱讀網路討論 ADHD 經驗的文章中，意外發現作者的分享與自己的經驗相似，例如：課堂學習的不專注、同時要進行多項娛樂活動、時常因行為有挫折感等症狀與困擾。長期處於自卑狀態中，家人忽視受訪者 5 的症狀與情緒，使得抉擇是否要去就醫時缺少家庭支持。

就醫初期，醫生經過多次門診評估才給予受訪者 5 診斷，並透過藥物改善長期以來的困擾，然隨時間，藥物的效果轉為副作用，並無法緩解症狀，也使得受訪者 5 開始尋求其他資源協助自己因應這些困擾。目前嘗試使用校內的諮商資源調適自己對於症狀困擾、找不到資源解決困擾的失落感...等情緒問題，而諮商雖然尚未發揮效果，但對於受訪者 5 而言是一絲希望，也因此讓其思考是否透過延畢的方式使自己能夠免費且長期使用諮商處理自己自卑、情緒低落等議題。

看見社會中有許多團體在 ADHD 患者是否服藥的議題討論，受訪者 5 認為許多國際研究皆提出有效的實證研究，因此希望這些團體能夠讓患者有選擇的空間，而自己也期待新藥的發明，藉以改善無藥可治的處境。

#### 六、我不「藥」少了生活的樂趣—受訪者 6



受訪者 6 是一名 26 歲大學畢業的女性，回顧成長過程，自己並不認為有特別的症狀干擾，直到上大學後看見台北市長柯文哲當選時的介紹，認為自己也許是亞斯伯格症候群的個案。直到一次陪伴男友至精神科門診就醫過程中，意外被經過醫師提醒，在反覆問診與評估後才發現是 ADHD 症狀。不過自己從小的家庭環境及求學過程對於自己的症狀多採取彈性、包容的態度，因此並未意識到這些症狀所帶來的困擾，直到開始進入工作階段後才發現不專心對於職場表現有所影響，也開始試著以藥物協助。

受訪者 6 選擇了一個組織文化彈性大的就業地點，但也因為涵容程度高，對於是否要以藥物改變 ADHD 的症狀多持否定態度，然受訪者 6 並不因此而停止服藥的計劃。對於受訪者 6 而言，服用藥物對於工作表現即維持專心狀態是她期待的，但工作外的生活，她認為症狀帶給她很多驚喜與靈感，例如：禪修、靈性學習、算塔羅牌等。

#### 七、我不「藥」別人決定我的生活—受訪者 7

受訪者 7 是 29 歲正在念碩班的女生，從小就在北部求學長大，在國小階段成績表現優異，隨著年紀增長，成績滑落至班上倒數階段。母親透過聘請家教、更換就學地點皆無法提升受訪者 7 的學業表現，在高中時期因學業表現不佳與母親的衝突不斷，在情緒憂鬱與行為表現叛逆的情況中引起家長與師長的關注。受訪者 7 也在自己學校週誌中提到自己很痛苦，也和同學分享自己的困擾是無法專注，因而在母親陪同下至醫院精神科就診。

就醫後，醫生評估受訪者 7 可能有 ADHD 的困擾，並開立利他能舒緩不專注的困擾。從高中到大學的過程中，雖受訪者 7 感受到藥物的好處，但並非持續服用藥物，直至想要至研究所深造，才再度尋求醫療系統的藥物協助。不過隨就

醫期間的固定及延續，受訪者 7 陸陸續續和醫師分享自己與家人、同儕人際互動的困擾，例如他人無法同理不專注的困擾，並向醫師討論是否有藥物治療以外的方式能夠因應這些困擾。醫師轉介心理師給受訪者 7，然在會談過程中，往往讓受訪者 7 感到不舒服，也因此開始思考訓練自己與人互動的方式。

受訪者 7 認為藥物治療的好處已經讓自己無法脫離藥物生活，例如：完成各項事情的成就感，也因此當許許多多倡議團體在討論用藥與否的議題時，她總希望使用者的聲音能被看見，也讓更多類似處境的人能有更多選擇機會過自己的生活。

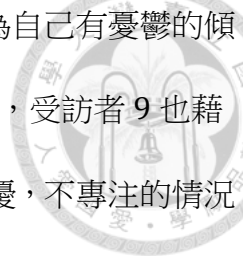
#### 八、我想「藥」成為更好的自己—受訪者 8

受訪者 8 是一名正在就讀碩士班的女生，過去曾任職業軍人，在軍中服役時因為想退伍，入國軍醫院進行身心科評估，意外得知自己有 ADHD 的症狀。仔細回想成長過程，多屬於不專注的症狀干擾自己的學習，透過拉長念書時間彌補專注度不足對於學業表現的困擾，因而在學習過程中較少與同儕互動。經過與母親的討論後，決定至其他醫院進行二次評估，過程中經歷問卷、核磁共振、電腦測驗...等方式，也開始服用藥物。

透過藥物的協助與母親的支持開始讓自己的生活有了動力，然求好心切的過程中也曾誤用大量的藥物，產生精神症狀，並送至精神科病房住院。就醫歷程更換了不同藥物及醫師，從中也找尋到一個和醫師互動的步調使自己穩定於醫療系統中。對於藥物治療的想法，目前受訪者 8 尚未找到其他方式因應困擾前，她應該會終身持續服用，並忽略其他反藥者的聲音。

#### 九、我想「藥」獲得支持—受訪者 9

受訪者 9 是一名 26 歲大學畢業的男生，大學以前在北部成長，學業表現佳，



而大學後至南部唸書，在一次車禍過後因為心情低落，原本以為自己有憂鬱的傾向而至精神科求助。就醫期間，因為意外閱讀到 ADHD 的資訊，受訪者 9 也藉機與醫師的討論，經過數次返診與評估後確診。回顧自己的困擾，不專注的情況對於學業表現有部分影響外，主要是時常遺忘生活細節與衝動地表達方式，因此也影響人際關係。服用藥物之後，改善了這些症狀，但受訪者 9 並未持續服藥，直到開始工作後，發現工作效率不佳，因此受訪者 9 再度選擇服藥改善情況。

接受藥物協助的期間，受訪者 9 曾與家人及女友討論自身情況，希望能被理解。家人多採取忽略的態度，而女友則是支持著他的選擇。長期服藥的過程中，不太希望被親友外的他人知道自身情況，雖受訪者 9 持續蒐集相關訊息以增強自己的理性思辨能力，並強調自我了解及管理的重要，可是他始終認為 ADHD 的人需要花時間與精力去適應主流社會的規範。

#### 十、我想「藥」好的人際關係—受訪者 10

受訪者 10 是一名 29 歲大學畢業的女生，小學時期成績不差，直到國高中開始下降，在人際互動關係中時常因為衝動的表達方式，使自己人際互動不佳。在一次閱讀討論 ADHD 的網路文章過程中，認為自己跟文章中陳述的情況類似，經搜集評估資訊後，決定去醫療院所求助。求助歷程中，伴隨著工作上與上司、同事等不同人際互動的挫折，受訪者 10 認為藥物的確能改善自己不專心的症狀，並提升表現，但人際互動的挫折卻是需要額外找資源應對，因此透過諮商、靈性學習等不同方式，受訪者 10 的困擾便在不同系統中找尋平衡點。

家人對於受訪者 10 就醫過程採取負面及排斥的態度，認為藥物都是藥商的陰謀，無法同理不專注、衝動的困擾，因此受訪者 10 在尋找平衡點的過程中，也調整自己與家人的生活互動方式，並調整溝通方式。對於諸多討論 ADHD 是



否用藥的政策觀點，受訪者 10 認為藥物治療是一種解決困擾的取向，應該要被視為多元方式之一，但若能加入同儕網絡的力量則更可以使大家的處境過得更好。

#### 十一、我想「藥」改變環境—受訪者 11

受訪者 11 是一名 29 歲大學畢業的女生，到台北念書大學時因課業壓力大自覺情緒低落，又朋友分享情緒障礙學生的教學經驗時，受訪者 11 認為自己似乎有些相似經驗，因此至精神科門診就醫。就醫時的困擾是不專注引起表現低落的情況，經過醫評估及心理師的衡鑑過程，受訪者 11 被確診，並接受藥物治療。這種困擾持續到職場上，因此藥物成為那段時間的因應方式。家人對於受訪者 11 就醫以漠視態度視之，而受訪者 11 也思考是否需要長期服藥的問題。

直到受訪者 11 出國工作之後，發覺不同國家對於工作表現的接受程度有差異，且不同文化對於人的行為包容程度也有所不同，故自從出國工作之後，受訪者 11 便停止使用藥物，並思考是否能以其他方式因應自己不專注的困擾。經過調整，受訪者 11 探索了自己行為管理及建構同儕支持網絡來協助自己面對這些困擾與情緒，她認為即使症狀存在，但環境中的他人若是能從不同的觀點看待這些症狀，或許社會對於 ADHD 的議題討論會有不一樣的政策取向。

## 貳、受訪者基本資料與初步分析

本節先將受訪者基本資料進行說明，並整合上述 11 名受訪者的疾病發現與治療的生命發展歷程，作為後續分析研究結果之基礎，說明如下。

### 一、受訪者基本資料

經過研究者於批踢踢的招募及精神科醫師的引介之下，符合收案標準的研究

對象共 11 名，以下是受訪者資訊一欄表。

受訪者	性別	年齡	教育程度及專長	診斷/服藥年齡	藥物種類
受訪者 1	女	26	學士/心理類	17/17	利他能
受訪者 2	女	26	學士/設計類	23/23	利他能
受訪者 3	男	25	學士/農學類	22/22	利他能
受訪者 4	女	28	碩士/醫學類	23/23	利他能
受訪者 5	男	23	學士/電資類	22/22	利他能/威克倦
受訪者 6	女	26	學士/傳播類	23/23	利他能
受訪者 7	女	29	碩士/心理類	15/15	利他能
受訪者 8	女	30	碩士/社會工作 類	26/26	利他能/專司達/思銳
受訪者 9	男	26	學士/企管類	20/20	利他能/思銳
受訪者 10	女	29	學士/化學類	22/22	利他能/專司達
受訪者 11	女	29	學士/藝術類	23/23	利他能

## 二、受訪者資料初步分析

### (一) 成人 ADHD 成長經驗

成人前期的 ADHD 在成長階段中，經歷學齡期、青春期及成年前期，從中受訪者自述因症狀而產生的困擾經驗，並在這些經驗中描述與他人的關係，因此研究者將關係分為家人、朋友、師生、同事及伴侶進行討論。

### (二) 成人 ADHD 的藥物使用經驗

受訪者在意外情境下連結自己與精神醫療系統，研究者將描述原因，並將醫療系統中的醫病互動進行說明，包含醫師提供之協助、治療模式的抉擇、如何透

過藥物使用產生新的生活模式，並提到醫療系統的侷限。

研究者並整理醫療協助對於受訪者在關係中的變動進行討論，不同於成長經驗，此部分會融入與醫師的關係進行呈現。



### (三) 社會環境的適應

受訪者尋找其他輔助資源彌補醫療系統的限制，並且將自己的藥物使用經驗作為參與網路社群、同儕網絡、日常工作衛教的素材。

下表是受訪者簡述家庭疾病史、自覺症狀、因應方式與資源使用之概況，呈現受訪者看待疾病症狀與自我成長經驗、因應方式的初步概念。

受訪者	家庭疾病史	自覺症狀	因應方式與資源使用概況
受訪者 1	有，疑似 ADHD	不專注	醫療、諮商、成長團體或工作坊
受訪者 2	有，思覺失調症	不專注、衝動	醫療
受訪者 3	有，躁鬱症	過動、衝動	醫療
受訪者 4	有，疑似 ADHD	不專注、過動、衝動	醫療
受訪者 5	未提到	不專注	醫療、諮商
受訪者 6	未提到	不專注	醫療
受訪者 7	未提到	不專注、衝動	醫療、靈性學習
受訪者 8	未提到	不專注	醫療、網路支持團體
受訪者 9	未提到	不專注	醫療
受訪者 10	有，ADHD	不專注、衝動	醫療、諮商、靈性學習
受訪者 11	未提到	不專注	醫療、支持團體

## 第二節 成年 ADHD 患者的成長經驗



### 壹、不同階段的症狀與經驗

#### 一、學齡期

許多受訪者對於小時候的記憶，有些模糊，但記得與別人有些不同，而這些不同可能帶給大家被懲罰或被標籤為「問題學生」的經驗，並伴隨孤單且不被理解的感受。

##### (一) 覺察與他人不同的經驗

受訪者因為過動、衝動或不專注的行為使其與他人不同，並透過他人的回饋，引起自己自我否定、困擾、不被理解的感受，並有各自的因應方式。例如：受訪者 5 上課中持續摩擦自己的腳，而其應對方式以轉換環境及合理化自己的行為為因應方式，而自己感受到煩躁。

“我（的）腳會就是互相磨蹭呀，就像這樣子。那真的到非常很煩躁，我可能會說想要去上廁所之類的，反正就會找一些比較合理的理由離開。”（受訪者 5-3-18）

受訪者 9、受訪者 10 都因為衝動的社交互動方式使自己感覺到困擾，然受訪者 10 在這種困擾下以自殺意念與計劃作為因應之道，直至家人發現為止

“國小的時候，沒有經過思考就說出一句話...（這種）說話的衝動，就有時候是講了時候才發現。”（受訪者 9-3-7）

“我很容易講錯話，還有衝動，跟沒有辦法控制情緒，然後導致我的人際關係一直很緊張。從小到大人際關係都很差...”（受訪者 10-1-3）

“我有一陣子很憂鬱，我就寫了一本日記本，然後裡面都是寫我自己怎

麼樣子想死阿，我寫滿整個日記本... (略) ...大概小五寫到國中吧，  
因為我有次日記被偷看。被我弟偷看，他說要拿給我媽看，我就很生  
氣 “ (受訪者 10-11-2)

受訪者 2、受訪者 8 都因為不專心影響課堂表現，而在不斷提醒之下，感到  
挫折。

“如果我認真上課，我不會覺得老師講的東西我會聽不懂，可是重點  
就是我根本沒有認真在上課...就是看著老師在發呆，會想其他的事  
情，或者是不務正業也沒有在上課，在做別的事情。” (受訪者 2-2-1)

“我回去回想阿，在以前拍照的時候，我媽常會講說你眼睛不要飄到別  
的地方去，可是就沒辦法，有時候有人走過去、在我眼前晃過去。”  
(受訪者 8-9-8)

## (二) 被處罰的經驗

受訪者 4 認為衝動或過動的症狀影響了在課堂學習的互動經驗，因此被老師  
處罰。

“那時候的老師不會去知道你有沒有問題，那個時候只要知道你的行為  
跟別人很不一樣，他就會用打的。或者是用罵的，或者是被罰站。課  
本沒有帶，就會去後面罰站。或者是作業忘了寫...聯絡簿抄了一半沒抄  
完...” (受訪者 4-4-15)

## 二、青春期

在國中到高中階段，因長時間在校準備升學，受訪者的青春期與老師、與同  
學度過。延續學齡期與他人的不同，此時期的受訪者發展出各自的方式因應周遭  
的壓力。有些受訪者以獨自生活作為方式，有些是在被排擠、被霸凌的環境下痛



苦掙扎，但也有人選擇在自己的世界中構築另一個安全的城堡。如受訪者 2、受訪者 5 選擇孤單地成長，受訪者 1、受訪者 6 選擇迎擊環境的不友善，而受訪者 4、受訪者 7 用技巧減輕環境的壓力。

#### (一) 獨自生活的經驗

面對不專注的影響，受訪者 2 與受訪者 5 都在學業表現不佳，而有挫折感，在因應方式上，受訪者 2 選擇自己承受挫折、睡覺等方式面對，而受訪者 5 則是試著以不同想法解讀老師給予的壓力。

“國三之後有明顯感受到讀東西好像跟以前不一樣，讀得很吃力。到了高中的時候就是花了很多的時間去讀，然後都沒有吸收這樣子。然後上課的時候無聊就會睡著了，然後整個高中都在那邊睡覺。”（受訪者 2-1-10）

“老師就直接當著全班的面，對我說：「為什麼不好好努力讀書？如果努力讀書的話，班上同學應該沒辦法超越你。」那實際上這件事對我的打擊也算滿大的...（略）...所以我在高中的時候非常自閉。”

（受訪者 5-10-2）

#### (二) 迎擊環境的不友善

受訪者 1 的分心狀況加上班上的複雜動力使得師長與同學對她產生排擠的現象，而採取的因應方式是故意不配合及自我傷害。受訪者 6 想起自己以前因為好奇而無法拿捏適切行為，又伴隨衝動地行為模式，故時常造成同儕的困擾。

“我的因應方式就是當一個壞學生，比如說我考試就是故意亂考壓。老師在上面，我就故意在下面唱反調壓，亂丟垃圾壓...（略）...因為像我是到之後到我有自殘的現象，我去跟輔導室求助，然後輔導室老師

有找導師壓一起去討論之後，同學慢慢的才收斂這件事情。他們收斂之後並沒有停止這樣的行為，反而是轉嫁到其他同學。”（受訪者 1-7-6）

“我常就是莫名其妙惹別人生氣，然後搞不懂發生甚麼事。我有跟一個我懷疑他也是（ADHD 的人），我就問他說那你要不要去看（醫師），因為我記得他國中的時候，曾經有嘗試要拿圓規捅別人，然後我就有一種現在是甚麼情形？我在旁邊看戲。”（受訪者 6-6-2）

### （三）舒緩環境壓力因應技巧

受訪者 4 直到高中階段才開始與同學有所互動，面對不適切的互動方式，多以正向的解釋作為理解方式；受訪者 7 則是透過不斷與他人討論或是書寫減輕自己的焦慮感。

“我應該是到了高中之後，才意識到要跟人相處。國小國中都是自己一個人比較多...但是因為我很吵、很突出，所以我高中的時候，比如說我坐在那邊，然後坐在我後面的男生就會捉弄我。比如說：拿衛生紙丟我，或是拿飛機丟我...但我不知道這算霸凌還是...只是覺得這個人的反應很好玩。”（受訪者 4-5-14）

“那時候每週都要寫週記，我就一直寫我覺得很痛苦啊，都沒有辦法專心。從國中，我就一直問同學說，為什麼我沒有辦法專心...（略）...然後老師有發現這件事，他就說你要不要○○醫院”（受訪者 7-1-6）

### 三、成年前期

許多人對於 ADHD 的想法是長大後就自然地消失，然脫離升學壓力的受訪者多順利進入大學及邁入職場，不專心與衝動依然在生活不同面向持續作用，過去用了很多方式應對，只為了讓自己的生活可以更好一點。受訪者 2、受訪者 5、

受訪者 8、受訪者 9 便提出在學校方面感受的困擾。受訪者 6、受訪者 8 提出職場的困擾，而受訪者 3 提出其他困擾。



### (一) 就學困擾

針對不專注的部分，受訪者提到時間掌握不佳與能力受影響的困擾，如：受訪者 2 在大學期間發覺自己無法估計時效性，受訪者 5 無法專心念完一本書，受訪者 9 無法長時間待在課堂，而大學的自由也使得自己花時間在外探索；受訪者 8 在大學時生活缺乏目標性，自己無力且焦慮，故曾至學校學輔中心尋求諮商。

“恩...沒辦法，現在想到這個事情就會覺得沒辦法，我會不知道要怎麼去顧及那個時間，然後我可以比較容易去掌握的，我就可以比較容易去估計時間。”（受訪者 2-3-7）

“沒辦法坐在那邊、就是看完一本書。像我前兩天再買一本書，我現在翻了十次，我只看了十頁。那我會買這本書的原因，是因為我有感興趣，但即使是感興趣的書籍，我也沒辦法好好地把它看完。”（受訪者 5-13-7）

“因為其實我自己的學習，我通常都不太聽老師講課，因為我都會分心，我後來...就我自己的學習模式，就變成我上課就打混，然後我自己讀的時候，再自己看這樣，這也變成我還蠻愛翹課的原因。”

（受訪者 9-3-4）

“覺得真的滿徬徨的，放假的時候、寒暑假的時候就比較好，開學的時候就是斷斷續續吧。可是那時候就覺得就是那種緊張吧，對啊，也不知道為什麼，就會覺得還滿...就像我那時候跟諮商師講的，焦慮的吧。”

（受訪者 8-14-4）



## (二) 職場困擾

受訪者 6 想到自己剛開始工作的時候，因為衝動而在表達內容上不適切，差點被解僱，是自己的主管協助下才讓自己有機會繼續留任。受訪者 8 在就業方面擔任過幼稚園老師、職業軍人、居家服務員、教保員，並因頻繁換工作而懷疑自己的工作能力。

“是我們主編把我保下來，對，我進去的時候就會講說我有過動症，我會吃藥我會幹嘛，然後聽到的人就常第一句話勸我說那不要再吃了… (略)…然後就因為我沒吃藥亂噏老闆的關係，後來，反正我跟主編說不會再發生這種事，然後固定吃藥。” (受訪者 6-8-16)

“幼稚園老師一年，當兵一年半，居家服務員，差不多一年半吧，教保，快一年。” (受訪者 8-15-10)

## (三) 其它面向困擾：

受訪者 3 在入伍前曾提及自己有 ADHD，被軍隊納入關懷名單後。

“我之前在兵役體檢複檢的時候有跟他講我是 ADHD，然後他們就把我列入有傷病的關懷清單裡面，還包含什麼像心律不診、氣胸之類的都會在裡面。” (受訪者 3-11-4)

## 四、小結

受訪者在學齡期的症狀經驗包括因為過動、衝動或不專注的行為使其與他人不同，並透過他人的回饋，如：被處罰的回饋，引起自己自我否定、困擾、不被理解的感受；在青春期的經驗延續學齡期的感受，然發展出因應技巧，包括：減少與人互動、反擊負面回饋及找到緩衝壓力的策略；在成年前期則端視其生活目標，影響到就學、就業或者服兵役等需要專注、避免衝動等行為或事件。



## 貳、症狀與關係中的成人 ADHD

從出生至今，人不是獨立生活在這個社會，而是於諸多關係中長大。周遭出現的人從家人、同學、老師、同事，甚至是另一半，每一段關係皆有其意義，但 ADHD 的症狀卻也在關係中影響每段關係。

### 一、家人關係

受訪者在家庭成員陳述的過程中提到了精神疾病家族與遺傳可能性、互動的感受。例如：受訪者 2 與受訪者 3 分別提到自己的哥哥、爸爸皆有嚴重精神疾病，也使得家人對於自己的症狀有所保留。受訪者 4 與受訪者 6 站在自己的觀察覺得父親的情況與自己有些相似，而從他們身上看到了自己與外界互動的軌跡。受訪者 7 則是提到症狀如何影響自己與妹妹的互動。

#### (一) 精神疾病家族與遺傳史

受訪者 2 認為自己的父親在行為上屬於衝動型的人，因而懷疑他是否有類似的症狀，而哥哥則因罹患思覺失調症，因此母親對於自己提到一些困擾時，較為敏感，而提醒是否需要向精神科求助。受訪者 3 的父親曾因精神疾病住院，因而對於自己的就醫選擇不甚喜歡，雖然選擇告知他，但也未曾被正面接受。進入軍中被驗退的處境使得自己面對母親的疑惑時，選擇以過動症作為解釋。

“我爸是比較衝動的人，他可能就是有什麼問題呀...我爸在人際關係上有些問題，他也不大出去跟人家社交什麼的。然後我哥是...有精神分裂症，就是有幻聽，所以我媽可能就是在對這個方面有一點敏感。”

(受訪者 2-4-2)

“我跟他說我有過動症，但我知道過動症是沒有辦法免疫，但是你有

辦法驗退出去的...”（受訪者 3-6-17）

“我爸就常常會想要換車子呀，酗酒呀之類的。有因此住院，所以他非常不喜歡精神科，因為精神科藥物讓他非常不舒服。住過幾次，精神科的住過幾次，但他不喜歡。但有幾次是因為酗酒的緣故。我有讓他知道（ADHD）呀，也想要讓他去看精神科呀，可是他不喜歡。”

（受訪者 3-7-4）

受訪者 4 想起從小就跟自己的哥哥關係不好，甚至有肢體上的衝突，並從周遭朋友得知哥哥在很多情境也是有類似的情況，便覺得哥哥也許也有 ADHD 的症狀。至今，兩個人還是無法溝通與生活。受訪者 6 提到自己與父親的溝通多處於各自的狀態，而懷疑自己的父親是否亦有 ADHD 不專心的症狀。

“因為他以前也是很衝動的人，所以小時候跟他的關係不是很好。之前心情不好的時候，因為我很吵，他就是覺得我是一個很吵很煩的人，所以他就會拿東西丟我或罵我。我們兩個的衝突很大，到 20 幾歲還是不講話...”（受訪者 4-3-13）

“我哥其實也可能有 ADHD，因為我不知道是他的問題，還是我們之間的問題，還是我的問題。因為小的時候，我們兩個一起玩，但他沒有辦法接受我，所以就會用一些不好的方式對我...（略）...他的人際關係也很不好，常常跟人家吵架。”（受訪者 4-8-18）

“跟我爸就蠻有障礙的，因為我們小時候都說我爸是從來沒有聽別人講話，然後每次跟他講話講到一半，就會開始你現在到底在講甚麼然後聽不懂，就他開始講自己的事情”（受訪者 6-5-15）

### （三）互動關係品質差

受訪者 7 覺得不專心與衝動影響在家中與妹妹、爸爸的互動，例如：不專心使得她無法聽完對方的完整陳述，而衝動則又體現於插嘴的表達方式。

“我是一直插嘴。瘋狂。我妹很生氣，她會曾經因為這樣不跟我講話，因為我一直插嘴，她就認為你有沒有在聽我講話。”（受訪者 7-3-12）

“前一天跟我爸吵架，吵架的議題跟 ADHD 有點關係，就是他覺得為什麼我現在不立刻馬上去洗澡。”（受訪者 7-11-3）

## 二、朋友關係

### （一）衝動產生不適切的互動方式

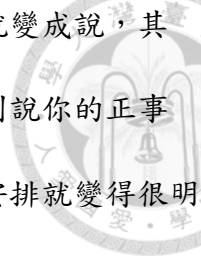
受訪者 2 對於自己的說話不適切感到困擾，並有時會上網搜尋相關資訊，而這樣狀態讓她選擇減少與人互動的機會；受訪者 5 想起國小時期，曾在運動上場合因自己的打招呼方式讓同學不舒服，而受到暴力的回應方式，不過事後也沒有針對這件事情與同學進行溝通或者是告知師長，而放在自己的心上。

“白目的這件事情在我大學的時候困擾我很久。困擾到就開始會 google 白目要怎麼治呀？可是到了後來就是會比較壓抑，變成就是說比較不會說話。”（受訪者 2-4-14）

“就是以前那個時候，他是男生，我就直接過去就是打他一下屁股，然後叫他名字。結果他就突然把我摔倒踩在地上。”（受訪者 5-14-8）

### （二）不專注產生拖延的效果

受訪者 6 提到家中環境讓自己因為不專心而產生拖延做事效率的包容，使得自己長大後感到疑惑；受訪者 7 覺得分心而拖延自己的行程，舉例而言一天安排好的行程，會因為前一項的延遲而耽誤下一項，而連環效應的結果就是讓朋友生氣。



“我覺得跟我們家比較少管小孩，時間是我們安排的，就變成說，其實我在家的時候一直打電動，其實根本沒有辦法意識到說你的正事應該是要念書。因為我最近常在工作的时候，時間的安排就變得很明顯，直到我工作後來發現其實我一直在滑臉書，然後才突然驚訝我剛都沒在做事。”（受訪者 6-8-9）

“我有一次就是遲到很久...很久吧，我同學就很生氣，他就直接在捷運站飆我，我忘記他飆什麼了，就是語帶諷刺，在市政府的捷運站，那個電梯往上，然後就覺得真的人根子發紅，然後...每次就一直損我。”（受訪者 7-3-6）

### 三、師生關係

多數提到師生關係的受訪者以衝突的形式與老師進行互動，例如：受訪者 1、受訪者 3 及受訪者 6，各自的脈絡有所差異，有人是主動感受到老師的惡意，有人是主動與老師對立。但也有受訪者提到老師試著用鼓勵的態度與她互動時，讓她的表現提升。

#### （一）衝突的互動關係

受訪者 1 提到自己的被老師排擠的原因無法得知，並且因為分心忘記完成的事情，剛好都可以成為發動排擠的理由；受訪者 3 在高中階段透過言語的方式，甚至以肢體方式反抗老師；受訪者 6 從幼稚園時期開始就常常跟老師們有衝突，而每次的衝突都與理解彼此表達的面向，雖然這些事件常讓她不明所以，也因而影響與同儕的關係。

“我遇到一個狀況就是老師帶頭排擠我。老師他就不喜歡你，就是老師不喜歡我的原因歸咎下來還蠻多的，就是...他可能會覺得是..好比你忘

記了還書這件事情，然後被圖書館催書，然後他就有辦法在班上羞辱我，也可以叫班上的同學不要跟妳講話，也可以把班上討厭的一群學生位子排在掃地間旁邊。”（受訪者 1-6-8）

“在對立反抗這點還算蠻像蠻明顯的，有 xx（科目）老師教太爛，所以我就不上那堂課，我就翹掉了...我都不去上...（略）...然後上課的時候因為我的座號在前面，那個時候我的椅子在健教教室上課的桌椅是一體的，我會故意把椅子的前體去撞他的胯下。”

（受訪者 3-2-7）

“那時候就是跟老師很容易吵架，每次好像都有發生過很大的事情，小一的時候好像有因為老師說回家要買毛線，我就說可是課本上面說老師會發...（略）...反正後來我就跟他吵起來了...（略）...反正小六也有衝突，然後國中也有，高中就比較少，因為高中老師比較不會管。”（受訪者 6-2-7）

## （二）支持性的互動關係

受訪者 7 提到以前在校表現不算好，但有一次因為老師的鼓勵之後，自己就很努力的想要表現，也因此彼此是正向的互動關係。

“像我高中的文學還不錯，但是老師那次稱讚我以後，不過我那時候就投稿，然後就特優吧！因為我就覺得老師很棒，然後一直都會稱讚我，所以我就整個衝的超高的，就美好的回憶。”（受訪者 7-14-6）

## 四、同事關係

受訪者多數提到因為自己的不專注影響工作表現，例如：忘東忘西、表現不積極...等而間接影響人際互動，故環境的他人對於他們態度的友善與否成為工作

互動過程中重要的關鍵。

### (一) 忘東忘西

受訪者 5 提到不專心影響到職場上執行業務的表現，而嘗試過文書處理與溝通協調的工作，使得他再再思考如何選擇適合自己狀況的工作性質；受訪者 7 提到職場某一個主管對自己的工作表現，有生氣的情緒，並認為主管的特質也會影響自己在組織中的態度與定位；受訪者 10 因為不專心影響工作的層面更多，也嘗試過很多性質的工作，曾在某公司一個月左右就被解僱，原因在於執行操作過程的忘東忘西，溝通的不順暢，以至於主管對於她的表現感到生氣，也讓她產生疲憊感與自責感。

“好比說今天主管就給我們一個報告就是今天要做或這個月要做什麼事情，那我常常就是會前三個記得後三個就忘了。”（受訪者 5-4-15）

“因為他覺得我漏東漏西，比如他跟我說過帳單要怎麼寫，可是我就會這邊缺掉、這邊缺掉，然後他就會很不高興，他就會一直噹我這些事情，我就跟他（提到自己有 ADHD 的困擾）...（略）...那時候我跟他講完以後，他就說跟我說不行，如果他員工有這種情況的話，他要跟執行長說。”（受訪者 7-4-16）

“我進去大概一個禮拜就發現嚴重的不適應，因為他們要求快狠準，然後不能出錯 ...（略）..他就是說你一次就要做到好，你不能出錯，可是我還是出錯了，後來那個主管就把我約談好幾次。一個月就可以大概他們的四、五次吧，他就跟我說什麼，我做事不細心，而且一直出包。”（受訪者 10-8-21）

### (二) 表現不積極

受訪者 2 想到第一份工作剛報到時，就開始對於工作內容感到無聊，也與媽媽討論到求學階段的表現；受訪者 8 提到職場互動中因為分心想事情，無法立即回應主管，又無法表達這種感受時，會讓自己覺得溝通上有些苦惱。

“在工作還沒有很久的時候，我就已經覺得這個工作很無聊，然後就沒辦法專注。很無聊的東西，你也沒辦法很投注在上面，然後就開始覺得專注力會讓我困擾，以前讀書就會覺得真的沒有辦法專注，就會跟媽媽聊一下。”（受訪者 2-10-2）

“就是比如說心裡想什麼，比較不會那麼快講出口吧。可是就變成說，有些上司可能會覺得你沒有什麼回應吧，或是會覺得你可能不夠用心啊，或是不夠努力之類的。”（受訪者 8-16-15）

## 五、伴侶關係

處於成年前期的受訪者有一些已進入伴侶關係，而有一些尚未準備好交往狀態，在已有伴侶關係的人提到關係中的專注或變動（如受訪者 3、受訪者 9）、溝通落差（受訪者 5、受訪者 10、受訪者 11）、對方的接納程度等都是影響到他們自己症狀對於彼此關係的品質。在尚未準備進入穩定交往關係的人則提到自己在朋友間的挫折感使她無法更進一步。

### （一）曾有/現有伴侶關係的相處情況

#### 1. 關係中的不穩定性

受訪者 3 曾因為自己沒有辦法專注於一段長久的親密關係而感到困惑，上網搜尋相關資料時，發現日本有人討論 ADHD 患者是否適合戀愛，西方人有以無性戀取向討論 ADHD 患者的親密關係，因而促使自己思考經營親密關係的障礙與渴望；受訪者 9 會覺得自己因為症狀的影響喜歡在關係中尋找變動性，但變動

性並非一般人習慣的，也影響了彼此的關係。他認為是否自己該尋找一個能與之起伏的對象，但也認可目前關係的珍貴性。



“提到人際關係我覺得有個很重要的，就是有一件事情被問到我非常難回答，就是別人在約泡的時候問我交過幾個男朋友。我幾乎可以說是沒有，因為我們沒有辦法經營那種長期的關係呀，然後我常常就是因為做完愛之後對對方失去興趣。做完愛之後，對對方喪失興趣，在那個做愛的過程中沒有辦法全心投入，會想要中途玩手機之類的吧。然後英文的，就是有人把 ADHD 的人比較容易有同性戀取向或無性戀取向嗎？因為那個無性戀就是可能是會很少會對真人之間性的互動，因為第一個那個就是他們會覺得很無聊，無聊的意思不是說跟真人做很無聊，就是因為你沒辦法像看片一樣就是你看個 30 秒就可以換下一個，換下一個，換下一個之類的。”（受訪者 3-3-21）

“就是我覺得，ADHD 的人跟正常人交往，最大的問題在於，ADHD 不斷地在關係中尋找刺激。”（受訪者 9-17-1）

## 2.關係中的孤寂感

受訪者 5 覺得自己二十幾年來都是自己一個人去面對無法專心的困擾，雖然過去曾有女朋友想要了解，但自己已經下定決心要自己面對。不過無法專心導致自己學業表現上的不如預期也使得女朋友提出疑惑，也影響了兩個人之間的互動。受訪者 5 在不斷否定自己的過程中，認為自己跟另一半建立關係上有困難；受訪者 10 認為自己的衝動行為表現在說話或是肢體互動上，使得另一半無法接納，而也自責自己的症狀。

“交女朋友這方面，我是沒有什麼障礙。但是好比說心理上交流、了解

更多、更深層的東西的話，比較沒有辦法。會想要把她推開，即使她想要進來。“（受訪者 5-12-7）

“沒辦法很認真觀察對方，但其實內心都有聲音知道，他在做一些讓  
我覺得其實他不喜歡我的這些徵兆，其實一直都知道，但如果當我知道這個不舒服的感覺的時候我會很焦慮，然後我焦慮的時候我就會開始把我的衝動表現出來，那我的衝動就是比如說我會講錯話啦，然後我聲音會非常高亢，沒辦法控制自己的語調跟聲音，然後還有一些很怪異的肢體互動“（受訪者 10-13-3）

### 3. 症狀接納程度

受訪者 4 提到男朋友接納自己狀態的重要性；受訪者 6 的男朋友在跟自己溝通過程中會不斷確認其意思，而這也促進彼此的互動品質；受訪者 9 指出目前的女朋友有觀察到自己與別人不一樣的地方，並覺得自己的症狀影響到兩個人互動的頻率，而交往期間也都是依賴女朋友對差異性的包容才能穩定。

“比較親密的人就可以接受我是個甚麼樣子的人。”（受訪者 4-5-18）

“我覺得有一個好處是他的社交能力其實很好，所以其實大部分的時候他都會重新再跟我 check 我到底在講甚麼，然後其實這樣一來一往就好很多。”（受訪者 6-6-11）

“她其實對我還蠻多包容的，她一方面很困擾於我各種奇怪的行為，一方面對我這種瘋狂覺得很著...就是會著迷，就是異於常人的一些點。”  
（受訪者 9-4-3）

#### （二）尚未進入伴侶關係

受訪者 2 認為自己的症狀，如：心不在焉、說話衝動等，在一般同儕關係中

便已受挫，無法想像進入伴侶關係的自己，也因而遲遲有所擔心。

“會很緊張，我後來有思考對於友情關係，除了家人上，除了比較好的家人，其他友情就是淡淡的…（略）…我覺得如果關係要長久的話，不是每天在一起，不是每天關注對方，那比較難長久。但那是心理上...我可能會做一些讓人家覺得很貼心的舉動，可是平常我們很少聯絡。不然就是以前比較老的朋友，跟我的關係就是有一個空間。”

（受訪者 2-14-10）

## 六、小結

受訪者在成長過程中經驗到的人際關係包括家人、同儕、師生、職場、伴侶關係。在家人關係中與症狀有關經驗從懷疑與家中精神疾病病史、遺傳史到互動關係不佳；在同儕關係中與症狀有關的經驗提到因為衝動而不適切及不專注產生拖延行為影響到互動關係不佳；在師生關係中與症狀有關的經驗有衝突及支持兩種不同的互動關係；在職場中與症狀有關的經驗則是因忘東忘西及不專注產生之溝通落差影響互動關係；在伴侶關係與症狀有關的經驗是關係的變動大、溝通落差及接納程度影響互動關係。

## 第三節 成人 ADHD 患者藥物使用經驗



### 壹、進入醫療系統的原因

概括受訪者進入醫療系統的經驗可知原因有三類，包括：在網路論壇討論中看見類似自己的經驗、因其他原因至精神科就醫、身旁專業經驗的啓發。


#### 一、網路論壇文章討論

受訪者 3、受訪者 5 與受訪者 10 都是在 BBS 論壇或社群網站閱讀相關訊息，例如：受訪者 3 閱讀故事後，認為自己似乎也有類似的情況，因而開始進入診間進行了解；受訪者 5 則是看見 ADHD 用藥議題的討論，在搜集資料後，也懷疑自己的狀態，因此開始就醫；受訪者 10 在網路看見他人的討論，從討論中看見自己的特質與其類似，並苦於當時工作表現，思量許久才認為自己該進入醫療中嘗試改變。

“就是八卦版討論的還蠻熱烈的文章，就是說班上有個過動症的女孩子... (略) ...然後就開始有很多 ADHD 開始分享自己的經驗，我才突然發現那個狀況跟我的狀況有一點像... (略) ...我就到 O O 診所去看。問一些小時候的事情吧，做 C P T，然後就是確診了。” (受訪者 3-1-3)

“我是看 B B S 論壇上面有個文章就是有關 ADHD 用藥的問題，然後我就去看。看了就覺得好像跟我蠻相似的，於是我就跑去圖書館借一些相關的書籍來看... (略) ...所以我就直接去 O O 醫院，去掛它那個成人的注意力不集中的這個門診。(受訪者 5-1-6)

“我看到那篇文章之後，他就有一個網址出來，裡面就大概寫了 10 到 20 幾項，就是 ADHD 會有的特質，我每一個都中，我就覺得我應該



要認真去看待那件事情。我在工作上的表現不如預期，雖然主管已經給我非常大的那個包容，但我一直覺得非常的愧疚，想要解決，後來我就拖，我是從三月進入公司，然後到十月的時候我才正式去看醫生。”

（受訪者 10-2-4）

## 二、進入精神科就醫的症狀

受訪者 7 跟受訪者 9 都是因為憂鬱情緒，開始接觸醫療資源，而受訪者 7 是因為國高中階段成績不符合家長期待，在求助精神醫療資源的過程中被診斷；受訪者 9 則是因為車禍引起的憂鬱情緒，進入診斷，並意外覺察自己似乎有 ADHD 的症狀，順便與醫生討論，而被診斷。

“因為我媽對課業很要求，尤其她很傳統，然後她覺得我以前成績那麼好，所以我一定是這麼聰明，所以怎麼會這樣，她花費非常多的心血跟金錢.. (略) ...不過一點效果也沒有，我也很想要很專心、很努力... (略) ...但是主要是高中那時候，因為這樣所以跟我媽鬧得非常不愉快，就有點憂鬱症...”（受訪者 7-1-2）

“那時候不是針對 ADHD 去看，因為我那時候出了車禍，讓我的膝蓋受了點傷，我非常擔心... (略) ...我一開始去找精神科醫生，是去看憂鬱症，但後來發現好像沒有，可能只是個週期性或碰到事情的心情低落，所以後來憂鬱症就沒有再繼續，但不知道為什麼，就是在...可能在檢視自己的過程中，發現好像有 ADHD 這個狀況，所以是一個...有點像聯想的過程才發現。”（受訪者 9-1-1）

## 三、專業經驗的啟發

受訪者 4 與受訪者 11 都是因為特教背景的敏感度引起就診動機，例如：受

訪者 4 在就業壓力下，感受到困擾，並認為無法只以行為管理面對，因此選擇就醫；受訪者 11 看見有人在特教實習過程中自己與 ADHD 學生的教學過程，發現自己有類似經驗，並因壓力大，在學校與諮商心理師討論兩個多月後，進入診間求助。

“可是當你真的要進入職場要念書的時候，那種考試的壓力是比較大的，然後我發現我那時候要念一個小時的書，然後坐下來只能唸進去 10 分鐘的書，其他 50 分鐘我都在發呆，所以那時候就覺得我自己書唸不上去，覺得很困擾... (略) ...然後工作的時候常常會粗心大意，然後粗心大意畢竟在職場，就會比較多心理上面的困擾，所以我就去看了...” (受訪者 4-1-14)

“有一個朋友是師大的，然後他去實習教小孩的時候，有在部落格分享 ADHD 的事情，也有分享 ADHD 可能會有一些情況，那我就覺得有好幾點都跟我自己還蠻像的，我就開始往這方面去，會不會有可能，就會想要去看醫生” (受訪者 11-2-5)

#### 四、小結

成人 ADHD 的個案進入醫療系統的契機多不是由主要照顧者或師長觀察而引介，而是在偶然的日常生活互動中自己覺察或由朋友提醒，並經時間觀察與抉擇困擾影響程度後，接觸醫療資源。

### 貳、醫療系統的互動關係

受訪者進入醫療系統後，就診經驗可分為診斷過程、診斷時的感受、醫師提供的相關資源以及受訪者不願和醫師提到的訊息。在診斷過程中，除了描述醫病

互動的過程外，亦會提及醫師評估的方式，包含：詢問家族史、過去行為史及安排心理師的測驗。針對醫師的診斷，許多受訪者當下情緒複雜，有如釋重負的感受。在醫師提供的資源中，有藥物治療及心理諮商資源。然而在診間中，受訪者仍有不能與醫師討論的資訊，與取得藥物有關。

## 一、診斷過程

### (一) 就診情境

部分受訪者提到確診過程，印象深刻的是初診經驗，受訪者 2、受訪者 4 和受訪者 5 是自己在診間與醫師討論，不過討論次數不一，例如：受訪者 2 的就醫經驗，醫師從其小時候開始進行瞭解，包括：症狀、干擾的時效…等，然感受到醫師的互動缺乏教導性；受訪者 4 進入診間時，醫師詢問其生活困擾、童年生活；受訪者 5 提到自己看了三次門診以後才確診為 ADHD，而在診間的互動由醫生發動，進行過去行為史的詢問、觀察。除了初診約半小時外，其餘時間較為精簡。

“從小時候開始講，然後就是這些症狀是持續多久？還有你會不會怎麼樣？然後就開藥。就是你回答，但他不會跟你說這個是什麼什麼什麼，不會多講...然後感覺他們知道了，然後就輸入到電腦裡面去。”

(受訪者 2-6-5)

“一樣先問一下你的困擾是什麼，也有問我說你的童年是怎麼過的... (略) ...他就說應該這時候就知道我的專注力不夠。有這個問題，然後再來就是我有講到... (略) ...就是我很愛講話。這也是過動表現的一種方式。” (受訪者 4-2-4)

“第三次才確診。就是第一次訪談，應該說第一次診療過程大概半個小時，那他可能就是可能講一些話，然後讓我坐在那邊觀察我的行為，到

了第三次之後才確診。他最主要就是問「你覺得你的注意力有怎麼樣的狀況?」以及對你生活上的影響，再加上以前小時候有沒有發生一樣的情況。你的老師或者是你的父母對你這方面特別的評語。”

(受訪者 5-1-9)

受訪者 8 和受訪者 9 則是期待家屬參與討論，不過家屬反應不一，例如：受訪者 8 的母親為了協助她進行疾病的瞭解，多次致電至某醫師的助理，並成為收案對象之一。在診斷與協助研究的過程中，數次進行長時間精細的確認；受訪者 9 在診間與醫生討論時，被建議應該要與父母親一起討論，不過父母親的態度，使得受訪者 9 與醫師僅得以自述情況呈現暫時的共識。

“我媽就覺得要更確定，後來就有幫我掛到〇〇〇（醫師），聊了一兩次，後來有做那個測驗，做了五個小時。好像就當他的個案吧，就是等於，我是他的研究計畫的一個人。就給我填一本十頁的表格之類的，後來有另一個女生陪我面對電腦，噢！我還有照過兩次核磁共振。”

(受訪者 8-1-8)

“他的反應是...呃...(停頓)他的反應...可能跟我聊了幾次之後，他也覺得我是，但他其實也說，這可能要跟父母討論過會更準確。”(受訪者 9-1-4)

## (二) 家族疾病史

受訪者的談話中若是有提到家庭成員部分或由家屬提供行為的觀察給予醫師，則在就診過程中成為重要資訊。例如：受訪者 3 懷疑自己的父親是 ADHD，而且遺傳給自己。返家後將診間與醫師討論的對話與自己的母親討論，母親想起過去似乎有人提醒；受訪者 4 懷疑自己的父親跟哥哥也有 ADHD，認為自己的父親充滿活力且有冒險性，而哥哥則是工作持續度及與人互動的方式讓她覺得

ADHD 是有遺傳性的；受訪者 8 的母親至今喜歡陪同就診，因為每次都能與醫生交換觀察的訊息，以及讓自己較為安心。



“我後來跟我媽講，曾經有人說過我像是過動症，然後帶我去醫院看，但那個時候我沒有太大的注意，因為我那個時候功課蠻好的，好像很小的時候。”（受訪者 3-1-10）

“哥哥現在是做什麼工作，我也不知道...他已經換了很多工作了，他應該也是 ADHD。我爸也是，我爸本身就是一個...就是一個跟我差不多，很有冒險性...（略）...但是他退休之後也是沒有很悠閒地過日子。就是...也是靜不下來的那種。”（受訪者 4-1-10）

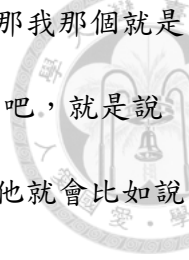
“我那時候還很小不知道，對我媽影響比較大。就是好像也沒有特別的反對，應該算是接受吧，可是對於用藥這方面，她還是覺得能不吃就不吃，就是之前她是沒有事的話都會陪我去。”（受訪者 8-11-3）

### （三）心理測驗

部分受訪者提到醫師除了他們自述經驗、家人的觀察之外，也會安排心理師測驗增加確診的可信度。受訪者 3 針對心理師測驗進行詳細說明；受訪者 10 提到診所和醫院都有就診經驗，而醫院針對她的狀況較為仔細，安排心理師檢查；受訪者 11 則表示醫師無法很肯定地只聽過去生活經驗即給予診斷，需要安排心理師的測驗，然等待測驗的時間也長達兩到三個月。

“那個時候有好多種版本拉，我做的是那種電腦螢幕會出現很多英文字母，然後出現英文字母的時候你要按空白鍵，出現 x 的時候你不可以按。每次有英文字母出現的時候，我就按下去了...”（受訪者 3-12-5）

“他做得很仔細，至少做了十項吧，他就會拿一本東西然後問我很多



問題，問到我要打瞌睡，還有要按那個螢幕有沒有 X，那我那個就是  
一直、一直，就是我那個的反應程度好像 99，高達 99% 吧，就是說  
有高度的注意力不集中的問題。就是有一個電腦，然後他就會比如說  
他出現叉的時候你不能按，可是我每次出現叉的時候我沒有辦法控制  
自己我會按下去。(受訪者 10-4-8)

“他有做所謂的心理衡鑑，然後也有做電腦的測驗，有點測試專注  
力，可能會不定期出現，譬如說 A 好了，就是英文字母 A，他同時  
會說，你看著這個 A，但當你看到英文字母 B 的時候，你要按下一  
個按鈕，那...因為那個字，那個字母 A 的話，他會一直出現，所以 B  
出現的時候可能會漏按，如果等待太久，不小心分心的話，那 B 出  
現的時候，就會漏按了這樣子。” (受訪者 11-1-7)

## 二、確診的感受

多數受訪者確診時鬆了一口氣，而找到一種解釋自己行為的方法，例如：受  
訪者 1、受訪者 5、受訪者 6、受訪者 7、受訪者 9 與受訪者 10 感覺很開心，似  
乎終於找到一個不是歸咎於自己的原因。

“大家都會指責你，然後你就會覺得很挫折壓... (略) ...可是我覺得我  
被診斷之後我非常的開心，我就會覺得喔天呀我終於找到一個可以被  
歸咎的責任了。” (受訪者 1-10-4)

“我當下完全鬆了一口氣。突然就是恩...沒有那麼自責了。以前的東西  
全都是自己的問題，確診的時候覺得...好像，我也不是真的就是、自  
己這麼糟的感覺。” (受訪者 5-15-14)

“其實我還蠻珍惜確診這件事情，我覺得有一種就是看開，就有一種



算了，覺得原來是這樣。”（受訪者 6-3-11）

“我熱愛這個診斷。因為我覺得有解脫的感覺。因為我一直以來，都是在沒有辦法專心這件事情很痛苦。”（受訪者 7-6-12）

“還蠻...就是蠻...有點如釋重負的感覺。就是很多...誤解或是什麼之類的，就覺得好像有找到原因這樣子。”（受訪者 9-5-5）

“從一開始知道自己有這種感覺的時候，就是終於知道，長久以來一直困擾著自己的東西有解答的時候，會覺得非常想哭想說欸原來之前造成我人際衝突的原因是這個，我找了很久的答案已經困擾我 20 幾年了。”（受訪者 10-10-3）

受訪者 8 則是錯愕；受訪者 11 提到醫院表達測驗的方式讓自己沒有太多餘的反應，因為本來就知道自己的狀態，而當下就像聆聽一種科學數據的解釋而已。

“一看到我，問我兩三個問題，就跟我講說他覺得我是 ADHD，然後我就覺得滿錯愕的，對我來說滿突然的。”（受訪者 8-1-5）

“就...那時候就是...心理師衡鑑之後，在回診的時候，他們給了一個報告是說我有 95% 以上是很接近 ADHD...（略）...但是，我就覺得，但是我知道其實我是這樣子，也沒有太驚訝或是什麼，但是他們也沒有特別給一個明確診斷的感覺，他只是給了報告，你有可能是 ADHD。”

（受訪者 11-5-6）

### 三、輔助資源

部分受訪者指出醫師提供改善症狀的資源包含藥物治療與心理諮商，針對藥物治療的部分有提供相關輔助方式，而心理諮商的部分則是針對情緒作調整。



## (一) 藥物治療

受訪者 1 服用藥物之後，產生改變，不過除了藥物以外，醫生也有提到後續可以嘗試其他課程；受訪者 4 提到醫生主要以藥物治療為主軸；受訪者 10 提到自己與醫生討論副作用之後，嘗試了三種不同的 ADHD 治療藥物。

“其實醫師那時候說的也很明確，其實在這個年紀要來上一些課程，已經沒有這麼容易了。如果要綜合作一些改善狀況的話，加上我目前已經是一個高二的狀況，最快的改變方式就是先讓你服用藥物。對那你之後有其他的時間也可以嘗試著再上其他的課程。”（受訪者 1-3-2）

“主要是藥物，主要是開藥...可能是還要確定我有沒有焦慮壓、或者是...的一些狀況...”（受訪者 4-2-18）

“思銳喔，思銳就是我第一次吃的時候有感到噁心，然後我那陣子體重嚴重下降，可是那種專心感跟就是利他能或專司達帶來的專心感感覺又不同。”（受訪者 10-8-7）

## (二) 心理諮商

受訪者 2 指出醫師針對情緒議題，提供轉介資訊，然考慮成本、信任關係的不成熟等因素並未尋支持。受訪者 7 提到醫院開立書單給自己的母親，並主動詢問醫師是否有藥物治療以外的資源同步介入，但轉介後的心理師給予其動機不足的回饋，讓受訪者 7 感到難過。

“他（醫師）是會說如果你有一些情緒上面的，會給我一個電話號碼。是一個心理諮詢的，可是好像要另外付費。這樣感覺好像走入了一套他們就是標榜治療醫學的那個體系裡面，不確定對我不是有幫助，我還要另外再耗心理精神上的成本去跟他們切戳，然後還有時間上

面的成本，我覺得這個對我之後就不一定是有幫助。”（受訪者 2-6-8）

“那邊有開給我媽兩本（書），結果都我看，她好像不想看，因為不是很承認這件事情。反而是我一直跟我現在的醫生說，我很想要什麼樣、怎麼樣的療法，就一直問醫生說，有沒有團體啊，或者是治療啊，或者是什麼...行為治療可以跟我說。後來他有把我轉介到〇〇（醫院）那邊，請我再去。可是心理師就說我就是動機不夠啊，就是懶啊什麼的。對，我就直接哭。”（受訪者 7-2-13）

#### 四、無法揭露的擔憂

部分受訪者怕破壞與醫師的關係，選擇保留部分訊息，如：受訪者 3 在更換就醫地點後，主治醫師也換過，而針對當前醫師的就醫討論，因擔心醫師在開立藥物有所顧忌，故自己不願意談成癮性物質使用的狀況；受訪者 8 擔心自己不遵醫囑的服藥方式會被醫師發現，因此在診間討論時總會隱藏這樣的資訊。

“我原本在〇〇（A 城市）看，然後回到〇〇（B 城市）的時候，放假去拿藥，然後精神科醫師就會問我：「請問一下你有用過大麻嗎？」

「請問一下，你有用過搖頭丸嗎？」「請問一下你有用過 K 他命嗎？」

雖然說這一點我一直覺得很奇怪拉，就是利他能研究證明說可以降低有關 ADHD 藥物濫用的可能性，但很奇怪有藥物濫用歷史的人就是他們的說明書上面會寫說不推薦開給這樣的人用，對因為那本身有濫用的可能性。”（受訪者 3-10-12）

“就我回診他（醫師）就說：「欸你不能再多吃囉，你就照劑量吃喔。」

我就想說因為專司達不是只有 12（小時），我那時候邊工作邊讀書，

我就想說晚上讀書的時候也可以專注一點。就是變成重複看很多間

醫院。”（受訪者 8-5-3）



## 五、小結

受訪者對於初診經驗的印象在於確診過程中的診斷次數不同，且不同醫師對於家屬參與討論的期待不同，而受訪者也會將自己家庭成員的精神疾病史或行為觀察與自己連結，並作為解釋的因素之一。部分醫師除了自己評估外，也會透過心理師的測驗協助診斷的客觀性。

受訪者對於確診後多持正向感受，並試著透過診斷除去過往互動經驗的負向感受。醫師也藉此引入藥物、諮商等資源協助改善受訪者的困擾，然為了能穩定與醫療系統的關係，受訪者在就診期間會保留部分資訊以維持醫病關係。

## 參、留在醫療系統中的抉擇過程

### 一、服藥的感受、副作用、生活安排

#### （一）感受

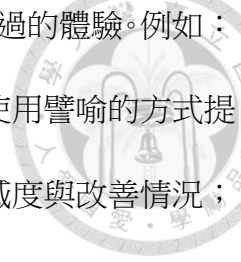
受訪者提到服藥的感受有感到興奮的、清醒的、安心的、掙扎的，而這些交融錯雜的感受可能在同時期或者是不同時期出現在受訪者的心中。

#### 1.興奮的

受訪者 3 提到自己能合法地服用興奮劑感到興奮。

“你不會覺得你可以合法地嗑興奮劑是很酷的事情嗎？你不會覺得這是一件很酷的事情嗎？還是你會覺得合法就不酷了，所以你要非法地嗑興奮劑？”（受訪者 3-7-17）

#### 2.清醒的



受訪者剛開始服藥的時候，覺得頭腦醒過來，而且是未曾有過的體驗。例如：受訪者 4 服藥之後專注力明顯提升，並且可以思考；受訪者 5 使用譬喻的方式提到自己第一次服用利他能的感受，並且比較後續對於藥物的敏感度與改善情況；受訪者 7 覺得清醒的感覺對於學習幫助甚多；受訪者 11 提到第一次服藥的感受，並且比較服用藥物前後的感覺。

“吃完藥之後，我可以坐在那邊做我自己的事情，走進來敲了門，叫我的名字，我才發現有人。對，我就可以專注於我的事情了。就是有一種突然醒了！然後可以思考了。”（受訪者 4-2-13）

“我平常腦袋其實像一個高速公路在塞車一樣，就是很多東西都在裡面，有時候可能會突然出一道 A 車或 B 車的部分出來，但實際上還是塞。那實際上吃了利他能我反而覺得就是...很順暢的車流...（略）...以往我可能看書少，不管是小說呀、課外讀物課內讀物這些的部分，我可能大概、我能撐個二十分鐘就很順了，那吃了利他能之後我會連續三個小時、四個小時甚至更久專心地讀完這本書，還能記下它的內容，之類的。”（受訪者 5-6-9）

“腦清目明這樣子，然後筆記都寫得下，回去都看得懂，統計除外...（略）...上課的部分已經解決了，然後讀書的部分是大概就是這次考研究所才掙扎出來。”（受訪者 7-3-2）

“我印象很深刻就是，我那時候吃了只是半顆而已...（略）...就是看那個路啊，變得很清晰，就是那個清晰，不是視覺那種清晰，而是那種像是思路的清晰，蠻...那感覺還蠻神奇的。有點感覺，活過來，如果要這樣比較吃藥前、吃藥後的話，那如果用吃藥後比較正常的感覺的

話，那有可能吃藥前，濛濛的、沒有清醒的那種，剛睡醒沒有清醒的狀態，然後吃了藥之後，就覺得一般正常人，很清醒的狀態。”

(受訪者 11-2-1)



### 3.安心的

受訪者提到藥物能夠穩定他們的表現，維持生活秩序感，因而安定。例如：受訪者 4 如果不服藥就想要變成一團爛泥；受訪者 5 提到自己對於 ADHD 藥物沒有幫助的部分，除了持續穩定回診之外，亦透過諮商或者是其他的藥物協助，而這讓他稍微感到安定；受訪者 6 覺得服藥之後改善做事效率，並在日常生活中有明顯差異；受訪者 8 感覺藥物的幫助在於減少分心，並可以增強自己的記憶力。

“生理上面感覺就是吃完以後比較是積極正向的，因為如果沒有吃完以後就像一攤爛泥一樣。我可以假日躺在床上，兩天!!! 除了吃飯跟洗澡都躺在那，完全不想做任何事情，做不起來。然後我一定要吃了藥之後，我才能醒過來開始做事。” (受訪者 4-6-10)

“我現在就還是持續吃那個威克捐，實際上我有菸癮。那這個藥的部分，實際上他也算是一個戒菸的用藥。然後醫生主要是跟我說，因為他是跟我說這個藥的部分，它的副作用比較少，但是有一些可以幫助注意力改善的部分。然後吃的時候，就發現菸癮變少了。”

(受訪者 5-5-15)

“我的效率一直在上升，突然理解到原來正常人都這樣做事，比如說頂樓我們家有個頂樓，其實堆了一大堆東西，會有積水甚麼的那些都是垃圾，然後一直很懶得清，吃藥的那天，我就把它整理起來。”

(受訪者 6-4-6)

“就是讓我覺得雜訊比較少，就是比較專心一點，比較不會覺得那麼累吧。” (受訪者 8-2-12)



#### 4.挫折的

受訪者 5 認為自己服用藥物之後沒有改善症狀，感覺到很挫折，並提到自己剛開始吃藥時對於效果有很大的期待，不過是安慰的作用還是藥物的作用，他表示只能慢慢感受；訪 7 認為直到現在，自己一定要有藥物在身旁，否則會很焦慮。對於藥物的看法，她認為這輩子都需要與之相伴，無法如其他人以停藥為目標。

“我有很大的期待，因為真的...你回到家真的是用雀躍的，就是有點興奮這樣子，然後在吃完藥之後，就是、還是有點坐立不安，可是...感覺，心理作用啦... (略) ...然後到後面就慢慢慢慢那種東西就跑出來，效果就跑出來了，我就覺得這已經不是我平時想要努力鎮定或之類的，可以得到的效果，我就很確定那是它的幫助。” (受訪者 5-17-16)

“關於這個藥有沒有效的這個部分，事實上對我來說打擊也還大，因為... (略) ...好像八成的病患都是透過用藥治療來得到改善的，他們也可以獲得控制。剩下兩成的人，才是因為沒辦法吃藥，像我一樣，或者是透過其他方式去治療。” (受訪者 5-20-19)

“我公司會放一堆藥，然後隨身也會帶一堆藥，就是不能沒有藥的時候... (略) ...有人是以停藥為目標，我的想法是，怎麼辦，覺得我找不到其他比藥更好的方式。所以...我沒有想過這個問題耶，因為我覺得好像這輩子都必須靠它了。” (受訪者 7-4-12)

#### 5.掙扎的

受訪者 2 在接受診斷之後開始服藥的過程，心理承受許多壓力，並試著詮釋這些壓力的意義，她認為透過改善自己的症狀是為了融入主流社會規範中，而讓自己看起來較為正常；受訪者 10 說自己在喜歡服藥與焦慮藥物服用過量的過程中彷徨與掙扎。

“開始吃藥之後...就會開始去回顧那個過程，然後那個壓力就是太過自我反省了，要去突然要去承受自己做過一些東西，覺得有點丟臉，覺得心理上...如果社會是規範的，我們會有這個特質是沒有辦法適應這個社會，那我們為什麼硬是要融入這個規範？我們不可以也吃得飽，睡得飽？然後還是有一點貢獻在嗎？如果我吃藥還要承擔承擔那些生理心理上的痛苦，那種...與其要去治療，那為什麼要去治療？我不如就是...我還是覺得所謂正常不正常只是相對性”

（受訪者 2-8-12）

“比如說一天成人最多只能吃兩片利他能，我會吃到三片，可是我身體是會非常非常的不舒服，然後吃利他能會嚴重的心悸和噁心，我那時候就是嚴重的亢奮然後跟焦慮，可是我又很喜歡那工作，非常有能力的自己，我就在那邊就是一直很焦慮的徘徊，我就不知道怎麼辦。”（受訪者 10-8-1）

## （二）副作用

受訪者提到的副作用包括心悸、口渴、心跳加速、失眠、憂鬱、疲倦等，因應方式有更換就醫地點或藥物。例如：受訪者 4 提到心悸、高血壓；受訪者 5 提到口渴、心跳加速、失眠等，因此有替換藥物；受訪者 7 提到心悸、不安、憂鬱，可是不吃藥有無法處理症狀的困擾，因此對她而言服藥的決定在心中仍需要面對

副作用的議題；受訪者 10 提到自己服用利他能的學名藥—「安保美喜」後感到情緒與一般狀態不同，因此有更換就醫地點去因應副作用；受訪者 11 提到副作用是心悸。



“剛開始我吃一顆，我會覺得心悸...心跳跳得很快，然後會覺得不舒服，血壓很高，然後我就調整成半顆，然後就好很多。”（受訪者 4-2-11）

“利他能吃過的話就是副作用蠻明顯的。像是口渴呀，或者是說可能會心跳加快等等，然後會容易失眠的狀況產生。”（受訪者 5-1-5）

“我的副作用是心悸跟不安跟很憂鬱，那當這些一起發生的時候，曾經有一次，我印象很深刻，我完全沒有跟那個人在同一個時空下。”

（受訪者 7-7-13）

“（安保美喜）成分是跟利他能一樣，但是我吃了就覺得很不舒服，我就覺得腦袋空空的，就是我要思考東西的時候，我完全沒有想法，就是空空的，然後情緒也空空的，就是有種很怪異的感覺，很不舒服...（略）...後來我就去○○醫院看。”（受訪者 10-2-8）

“呃，不舒服...好像，我覺得會有一點心悸，吃...吃..吃太多，還是我忘了，我忘記是吃...劑量比較重嗎?那個會有一點心悸。”（受訪者 11-2-3）

### （三）遵醫囑的日常生活調整

訪談者提到藥物進入日常生活中調適症狀困擾時，需要依照自己的身體狀況、副作用、周遭人對於藥物的態度、活動時機進行調整，因此彈性調整生活以遵醫囑是受訪者發揮自身主動性的時機與能力。受訪者透過調整藥量、調整服藥時機、調整服藥場所等方式讓自己在符合醫囑的情況下亦能不被他人知悉。

#### 1.調整藥量

受訪者 1 剛開始服藥時，思考藥量、效果與睡眠的情況進行調整；受訪者 5 提到自己的醫囑是一天三次，而如果晚上不需要上課，則選擇不服用藥物。

“是因為我在那剛開始 1 個月，就是吃藥的過程當中，我會記錄我就是集中注意力的時間，那我就大概跟他說藥效大概在兩個小時左右，那就他評估這樣的藥效對我來講有可能是不太夠的，對，所以他才用才開成 1.5，那晚上因為擔心影響到我的睡眠。因為第一次用藥我的睡眠就是可以睡，但是會頭痛起來。”（受訪者 1-3-8）

“我一次...以前是從十毫克(研：對)一直吃到二十毫克一次。一天的話，是吃二到三次，好比說晚上沒有課的話就不用，就減少一次。

（受訪者 5-5-19）


## 2.調整服藥時機

受訪者 1 脫離升學階段後也想嘗試停止藥物；受訪者 3 在服役前已獲得診斷，受限服役管理制度，對於幹部發藥的時間、方式，他認為官兵對於藥品的特性不熟悉影響自己的症狀；受訪者 4 會評估自己當天的狀態是需要專心與否而選擇服藥頻率及藥量，例如：上班或念書則會遵照醫囑服藥，而假日則選擇不服用藥物。不過不服用藥物時，自己衝動的症狀便會影響她說話以及與人互動的方式。

“當時就是覺得上了大學是不是可以嘗試用著不一樣的方式？上了大學之後第一次期中考下來之後，哇...真是慘不忍睹。”（受訪者 1-3-14）

“值班的班長給，然後一般就是他們會太忙就忘記..然後不然就是搞不懂藥的用途，然後就是在我午睡之前給我，然後要看我吃下去。然後我實在不太知道他們...”（受訪者 3-11-9）

“我通常早上中午都會吃，就是在上班的時候拉，對然後晚上的時候



就讓它變成一團爛泥巴。對，醫生有跟我說晚上你還想唸書的話你就吃。可是我覺得晚上好累唷...怎麼辦?除非假日，假日我想要當一攤爛泥的時候，我就不會吃了。或是如果不是工作，不是要念書，是要出去玩，這個我不吃都沒有關係。”（受訪者 4-6-14）

### 3.調整服藥場合

受訪者 4 面對服藥與否的選擇會考慮處理的障礙類型，如果是人際關係則選擇不服藥，反之，或是專注度上的表現，則可能會考慮；受訪者 5 表示自己會檢視處在的場合，而選擇服藥的方式，例如：在學校不會服藥，以免同儕發現，然在工作場合則不在意，因為同事可以接納他的症狀；受訪者 9 喜歡短效期的藥物，因為可以彈性運用，而也會避開工作場合中服藥，以免同事多加詢問，或者是以其它藥物名稱來隱藏自己的藥物。

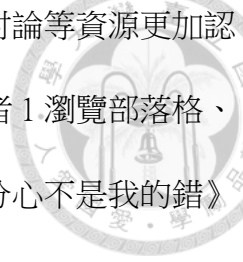
“人際關係上我不想要吃藥，因為我覺得那是心裡的那一塊。”

（受訪者 4-9-15）

“我就是在工作時間也會吃，可是我在外面沒什麼作用，就等回家再吃...（略）...就是學校的話可能比較小心地吃這樣子不讓人家看到，因為學校你可能每個人跟他說我有 ADHD 之類的，就算跟他們講，他們也不見得、真的會了解，或者我有機會可以讓他們了解那種，所以我覺得乾脆就是自己吃這樣。”（受訪者 5-18-12）

“我想短效的，讓我運用上比較有彈性，所以我覺得，可能...可能會避開（工作場合），或可能會說這是...這是我的頭痛藥之類的。因為我發現頭痛藥跟利他能長得蠻像。”（受訪者 9-9-2）

## 二、深入認識 ADHD



受訪者在確診之後，也透過書籍、網路、工作坊及與醫師討論等資源更加認識 ADHD，並與自身經驗進行連結，也更認識自己。例如：受訪者 1 瀏覽部落格、參與工作坊及閱讀書籍；受訪者 4、受訪者 9、受訪者 11 閱讀《分心不是我的錯》一書，並上網進行理解；受訪者 5 除了網路資訊、閱讀書籍，更透過每次跟醫生短時間討論的過程對於 ADHD 的議題更加理解。

“我會透過閱讀，我會去以前部落格還比較盛行的時候，我會去看別人的...就是那些比較願意揭露的，然後再者就是不管我在諮商或者是我在外面上課，我跟自己的連結。或者是我去上一些敘事壓、書寫壓，這些的課程的時候我自己會有更進一步的規劃，大概會比較知道自已的狀況是甚麼。我以前還不會用 PTT 的時候我大概都是用 GOOGLE 大神...”（受訪者 1-11-2）

“我就會去讀《分心不是我的錯》，還有另一本是什麼壓...我忘記了，反正就是那幾本書。然後就是上網去查資料壓，然後自填量表，或是去翻教科書，去確認自己的狀況。”（受訪者 4-4-2）

“我...一開始先把一些有關包括網路上 ADHD 的文章看完，對看完之後就...因為實際上，我有跑一些書店想要買一些書來看...（略）...網路上的資源這樣子。因為我是覺得跟醫生討論的話算小部分，雖然說醫生應該是最專業最直接可以問他答案的東西，但...因為醫生病患比較多嘛。”（受訪者 5-11-1）

“就網路資源啊。網路可能有蠻多資源，但通常很不適合自家自己念書，可能看個一陣子，就會大概知道是怎麼狀況。其實那時候我確診之後，我有買，就是...那本...「分心不是我的錯」。”（受訪者 9-5-15）

“我就是有去看一些書，像《分心不是我的錯》我就買來看，然後其實真的還蠻有幫助的。”（受訪者 11-3-3）



### 三、難治療的症狀

受訪者針對自己在接受醫療協助後，發覺自己的情緒問題是無法透過藥物改善，並開始透過諮商協助。情緒問題主要有兩類，其一是過去因症狀所苦的人際挫折經驗，其次則是思考如果自己能夠早一點被診斷且介入，自己的人生經歷是否不同。

#### （一）情緒問題

##### 1. 過往人際挫折經驗

受訪者提到與諮商師談的內容圍繞在過去互動經驗，而挫折感無法由藥物處理。例如：受訪者 1 在小時候的挫折沒有被處理；受訪者 3 談的情緒問題，雖然內容都忘了，但與家庭有關；受訪者 4 對於自我狀態的接納產生疑惑；受訪者 10 回想起過去與人互動的經驗，提到自己的情緒長期低落而處於憂鬱狀態中。

“嗯...我是有持續在跟心理師作會談，可是我作會談的原因反而是因為 ADHD 在小時候的一些挫折，沒被處理，沒被整理，在過程當中衍發成憂鬱症。”（受訪者 1-4-5）

“我都找學校的心輔中心的諮商師，從大三到大六，中間有停過一段，有一大段空白是因為家裡發生了一些不是很愉快的事情。至少是可以聽我在那邊講垃圾話呀。”（受訪者 3-3-6）

“我後來就是比如說自己覺得自己情緒在面對人際互動有衝突時，就會吃藥。但我自己的感覺是雖然這一刻是停下來的，但我沒有辦法接受。我心理上沒有辦法接受，就是會過不去。對...就算了，不



吃了，我不要當那樣子的自己。”（受訪者 4-8-1）

“很憂鬱，非常的憂鬱，而且每天都在哭”（受訪者 10-15-4）

## 2. 診斷且介入時間晚

受訪者提到資源協助時機晚，而感到遺憾。例如：受訪者 4 想過如果早一點服藥，自己的人生就不一樣了；受訪者 5 認為如果早一點介入，則有時間能調整與因應治療歷程的緩慢；受訪者 9 認為如果自己早一點被確診，或許有幾年的辛苦是不會體悟的。

“我以前也會想過說如果我國中或高中就吃了，我一定可以書念得更好！

對，但我現在想起來我接受我這樣子的歷程，這個就是我...對，那我

現在吃藥之後，它可以幫助我書讀的好，對...”（受訪者 4-7-3）

“我原本計畫都已經計畫好了該是什麼樣，但是現在就是完全亂掉。原

本計畫是，看了醫生得到改善，回去學校，然後決定考研究所，然後

當兵這樣子。現在變成就是看醫生沒有用，變成要看心理治療師，大

概花可能是一年之類的，變成說我之後可能要技術性的延畢，好讓我

得到這個資源。”（受訪者 5-21-20）

“我會覺得如果我在二十歲的那時候確診，我就說服自己去吃的話，這

六年間的變化，會讓我現在更好。”（受訪者 9-11-6）

## （二）因應方式

受訪者對於情緒問題的困擾透過心理諮商的過程逐漸調整。例如：受訪者 1 對於自己的諮商師坦誠看見自己自傷傷口的感受感到信任感，並表示過去家人都未曾接納自己在人際互動上的傷；受訪者 10 在大學時期因為人際互動尋求諮商，不過諮商對於她而言似乎圍繞在議題的外圍，而無法深入核心，因此自己也在就

醫後發現諮商仍對於她面對人際困擾較有討論的機會。



“某種程度上我們到後面的互動都是非常的好...所以他也很坦誠跟我說第一次看到我的傷口的時候他非常戰戰兢兢，他覺得非常的恐懼，因為它可以知道我可以把我的情緒跟壓力交託給他，但是我們不會特別去討論這個部分。但為什麼停下來的原因其實是因為我自己也說不上來，但他就是一個很緩慢的演進式的一個過程，我們家人會覺得老師說的都是對的!所以一定都是你的問題。”（受訪者 1-8-5）

“我大學時期也有做過諮商，可是我覺得那時候就是好像有搔到癢處又好像沒有。然後那時候也是為了人際關係，跟情緒上的互動，然後還有沒辦法控制自己的表達，因為那時候我還是會很容易衝動阿，然後做一些非常奇怪的肢體，對那時候去跟諮商師談過。”（受訪者 10-5-20）

#### 四、小結：

受訪者接受藥物治療之後，感受到興奮的、感到清醒的、感到安心的、感到掙扎的內在歷程，同時也出現心悸、口渴、心跳加速、失眠、憂鬱、疲倦等副作用。為了遵醫囑，受訪者透過調整藥量、調整服藥時機、調整服藥場所等方式減少原本環境中的他人或其它因素影響。

受訪者在確診之後，也透過書籍、網路、工作坊及與醫師討論等資源更加認識 ADHD，不過也自覺情緒問題需要透過藥物以外的資源協助，例如：諮商協助。在諮商過程中，情緒問題有因症狀所苦的人際挫折經驗及介入時機過晚而引起的失落。

## 肆、醫療介入對於人際關係的影響



受訪者在接受醫療協助下，對於人際互動的影響可分為家人、師生、同儕、同事、伴侶以及醫病關係討論。

### 一、家人

受訪者的家庭關係在醫療介入之後雖能透過症狀緩解改善原本的關係狀況，但也讓自己的家長不正面回應就醫行為。例如：受訪者 1 確診後回去檢視自己小時候的苦，剛開始會無法理解自己的母親為何沒有介入，不過隨著自我調適的時間過去，改變自己的心態；受訪者 2 的母親因為家中另一名手足有精神疾病，因此對於精神科的就醫行為採取忽略的態度；受訪者 3 無法體諒母親小時候未即時帶他去就醫，而確診卻也讓母親感覺到難過；受訪者 6 的母親對於就醫請求協助處於逃避的想法；受訪者 7 跟自己的妹妹討論 ADHD 症狀與就醫情況，從不被理解到後續體諒；受訪者 11 在確診之後，有跟家人暗示自己的就醫概況，不過大家都沒有正面回應，採取消極的態度。

“我自己在一開始，會有憤世忌俗的狀況出現，會覺得你是我媽，你怎麼可以不懂我，怎麼可以不知道我的狀況是這樣，怎麼可以沒有發現。”（受訪者 1-11-10）

“我有跟她（母親）討論，但她不知道怎麼談起。與其說它是冷，倒不如說她不知道怎麼討論，因為我哥的狀況，她其實很自責。”

（受訪者 2-12-12）

“可能有點難過吧？就是小時候沒有帶我去看醫生之類的。我覺得還蠻可惜的小時候沒有接受治療。”（受訪者 3-6-18）

“我媽就是處於那種不是很想討論，但也不會怎麼樣。好像就是還是會有一點覺得介意，就那種傳統對精神科的...介意。”（受訪者 6-5-6）

“我妹後來信了，可是她一開始就會覺得...不信，是漸進式觀察到。因為她有辦法最親近觀察我，然後一開始不信是因為覺得這些就是一般人都會有...（略）...一般人都會有，就是懶惰啊、不想讀書啊。”

（受訪者 7-5-4）

“我沒有跟他們提過我自己有在吃藥，但我有分享我的書，就是 ADHD 的書給他們...（略）...然後...但是他們沒有人去看那本書，他們就沒有想要去接觸。”（受訪者 11-8-6）

## 二、師生

受訪者就醫之後，跟自己接觸的老師討論，但教師認識 ADHD 程度與他們互動關係有關，例如：受訪者 1 回去與國小老師討論確診的事情，不過認為教師對於相關認知不足，很多時候難以聯繫家長提供相關資源給需要的學生，直到近期較多教師有粗略概念；受訪者 7 跟大學老師提到自己的狀況時，老師展現出同理態度，但後續行為卻似乎不能理解 ADHD 的處境，讓受訪者 7 感覺弔詭。

“我現在跟我的國小老師再聯絡，我的國小老師也對我說我好像跟一般的學生不太一樣。但是我也不知道自己發生了甚麼事情。那也是到了後來他們越來越大，隨著 ADD 跟 ADHD 的普及性越來越高，他們可能才意識到學生當時可能是這樣子。”（受訪者 1-2-1）

“寄了一封長的信給他，老師好像很同理我，所以我後來就很喜歡這個老師，殊不知他跟我想的不但完全相反。他每次叫我打 ADHD 有關的作業，我都覺得很好笑，一定要正向、鼓勵要比懲罰多很多，

但是我接收到的永遠都是懲罰，而且我有準時交作業.....（略）就是這一切，就是我覺得跟他相處很累，因為他明明知道我一切的狀況，可是好像反而是盯著這些狀況，一直去處罰我、一直懲罰我。”

（受訪者 7-13-6）

### 三、同儕

多數受訪者提到確診之後對於自己的症狀不大會告訴朋友，而更能明白如何在這些症狀中用新的方法互動。例如：受訪者 5 提到確診後對於自己交友方式的調整從過去的白目轉為調侃自己或他人的方式讓人對其產生興趣，反而交到一些朋友；受訪者 8 在教會中認識的同儕多提供其服藥過程中的情緒支持；受訪者 9 對於過去同儕知道自己的狀態有所保留，因而也僅跟少數大學朋友的告知，並認為會告知的有人通常也能接納自己的狀態；受訪者 10 提到自己很偶爾才會跟過去朋友聯繫，而確診的部分也比較少去提到。

“我後面發覺，這樣好像就是比較難交到朋友，所以我到外面反而是用另外一種方式，就是一樣講，但是是用開玩笑的講，然後反而得到不錯的效果。那現在...我講比較有貶低意味的東西，...（略）...就是故意更輕挑浮躁的方式跟他們講話，那別人可能會覺得我很幽默之類的。”（受訪者 5-16-16）

“但我以前大學，我有跟少數朋友講，我有這個...這個病...病，反正就這個狀況，少數的朋友。就只是...朋友到很熟，我自己是...我自己是蠻排斥把這個狀況公諸於世...”（受訪者 9-6-7）

“我自己有講過，然後就是因為我之前參加的小組是婆婆媽媽比較多的，就是他們知道之後還滿同理的，就是他們知道後覺得自己多少也

會有分心的狀況之類的。”（受訪者 8-14-9）

“我本來本身就孤僻，然後又不擅交際，所以有（跟高中同學聚餐），  
過一陣子會聚餐一次。”（受訪者 10-12-11）



#### 四、職場

受訪者表示在服用藥物之後，對於工作表現改善，也間接影響職場關係。不過，職場的環境與氣氛對於能否持續就醫、遵醫囑等都是維繫受訪者與醫療系統連結的因素。例如：受訪者 1 服藥之後，對於在工作上的表現有所改善，進而在與主管溝通前多會提早服用藥物，然認為目前工作場所的性質使得自己不方便表示自己的症狀；受訪者 5 認為自己的公司規模小而有彈性，在友善的環境下，當確診之後也能坦然地跟同事提到自己要反診去看 ADHD 的症狀；受訪者 6 的公司環境對於服用 ADHD 藥物持反對立場，而自己卻是有使用藥物的，不過只要能在時間內完成工作，可以彈性運用，而同事也比較不會干涉。

“比如說我是晨會的早會，我就會提早一個小時爬起來吃藥，然後吃完藥以後我再去上班，大概就會比較懂得我們的主管想要說甚麼。”

（受訪者 1-4-3）

“因為我現在的工作還是在醫療院所工作，所以你還是會在意別人怎麼看你，他們用怎麼樣的眼光跟角度去看你。”（受訪者 1-10-7）

“我換了這一份工作之後呢，我一進去我就跟他說因為我在看醫生的需求，我需要每個月都請假一天去看醫生...（略）...我就直接跟他們說我是過動兒之類的，或者是注意力有問題。他們比較不會擔心他們去在乎這些。”（受訪者 5-10-7）

“我在 NGO 工作，然後就是我們公司就是比較反藥物的。”

(受訪者 6-4-9)

“後來確診之後，就是比較看開，所以有時候在找工作的時候，就故意挑比較小單位的地方…(略)…然後我們主管的這個型態其實蠻自由，就是他會跟你說，我們 23 號要交什麼東西出來，然後就不管你了，你在家工作，睡到十二點再起床，時間到能交出來就好。”

(受訪者 6-7-5)

## 五、伴侶關係

受訪者 5 過去與前女友在交往時曾因為學業成績表現的概況讓女友有所疑惑，當時他不清楚自己的專注力是 ADHD 的症狀之一。診斷之後，現在也有了新的伴侶關係，他希望自己的女友是透過觀察而理解 ADHD 的症狀，而非由他的介紹來認識。

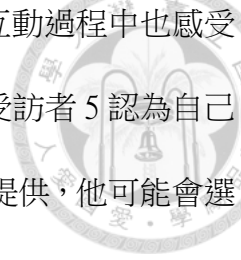
“是用一種觀看記錄片的方式去了解。因為實際上，我跟我的女朋友就是那個心理教室的部分，她不管是傾訴者的角色或者是傾訴者的角色，她覺得我是有必要有的人，因為她說這個角色，可以讓我去更穩定，在自卑自信的部份的話，也可以得到一部分的改善這樣子。”

(受訪者 5-19-8)

## 六、醫病關係

在就醫之後，受訪者的人際中出現了醫病關係，而對於醫師與病人間的關係連結，受訪者提到了工具性及情感性的連結關係。工具性的關係中，醫師給予藥物化解困擾，然而在情感性的關係中，醫師給予病人情緒支持或關懷使雙方添增合作意味，也讓受訪者更穩定在醫療體系中。

### (一) 工具性關係



受訪者認為要取得藥物，目前得透過醫師的醫囑取得，而互動過程中也感受到距離感。例如：受訪者 2 認為醫師侷限在生理的給藥協助；受訪者 5 認為自己與醫生是一種互相需求的關係，倘若今天藥物不是一定由醫師提供，他可能會選擇與其他有這類知識的人互動，因為醫生對他而言是有距離的；受訪者 7 認為醫師在自己治療過程中的功能不顯著，但認為對於其他衝動行為的人是有幫助的；受訪者 9 將醫生定位在領取藥物的角色，一部分是因為自己的獨立性質，喜歡自己探究事物的本質，而另一個部分則是對於 ADHD 的瞭解程度是否需要透過經驗這些症狀才能有所感受；受訪者 11 認為醫生給自己最大的幫助在開立藥物，而在幾次的就診情況下，醫生也在詢問過去行為史的部分提供新的觀察，例如：是否有嗜睡症的情況，給受訪者 11 回頭瞭解自己的狀態。

“因為 ADHD 的狀況就是每個人症狀不一樣。那每個人其實都不一樣，他們講的方式好像是把你們都視為同一體，然後給你的方式都是吃藥，你要多運動呀，注意睡眠呀。”（受訪者 2-6-7）

“一種互相需求的關係啦。（受訪者 5 需要）醫生的...判斷與治療。醫生如果沒有病人的話，那實際上他應該作用也沒有到那麼大。就好比說，就像便利商店的店員跟顧客之間的關係。”（受訪者 5-11-10）

“我覺得他們只會...沒有功能，他們比較有功能是在衝動的人，就是那種，我看過真的是完全靜不下來的小朋友，那種可能有效，可是對我們這種的，就是量表寫一寫，量表也可以偽造啊，只要上網查一下就可以啊。”（受訪者 7-5-9）

“除非你是專業的 ADHD 的醫生，不然我覺得...就是...我可能會配合他們，就是聊聊我生活的近況，但是我不...就是我不覺得他們懂 ADHD

懂得比我還要多，所以我就...就是把他們聊天跟拿藥的對象。”

(受訪者 9-9-10)

“大概就知道說醫生最大的幫助，就是用藥物的部分。我就是去請醫生

開藥，但是其實在跟醫生的看診之間，我有接到新的收穫啦，就是醫

生給我反饋說，我自己其實會可能有些嗜睡症的情況。”(受訪者 11-4-7)

## (二) 情感性關係

受訪者提到醫師在看診時討論到生活困擾、情緒面等問題時，會讓他們感受到關係是合作的，而不僅是開藥。例如：受訪者 1 曾在就診過程中與醫師討論改善自己困擾的方式，當時醫生提供書籍供受訪者 1 自己參考，而在多次就診後，受訪者 1 認為自己與醫生的關係是合作的，因為可以放心的調配服藥的劑量；受訪者 8 跟醫師的關係建立在每次看診都會針對生活面向進行討論；受訪者 10 認為醫生的功能要看所處的機構性質，大醫院的醫師較著重在安排測驗及開立藥物，診所的醫生有較多時間可以專注於生活面向的討論，但不論是哪個機構的醫生主要以處理症狀為主，大醫院的好處是藥物種類多，可以針對副作用去調整。當時自己選擇從診所換至大醫院，一部分除了藥物種類之外，尚有診所的醫師雖討論生活面，但無法針對當中的情緒面進行更多的協助，而使之感到受傷。

“那時候他有給我一個書單，好像《分心不是我的錯》，大家都這樣，

大家的經驗本，我有嘗試作著裡面的專注力訓練，可是實際上效果可

能沒有那麼明確，加上我可能沒有那麼有耐性。所以我慢慢也覺得考

量要去做這些事情，再加上醫師這麼放心給我調配相關藥物的原因是

因為我自己也是相關人員，醫師也放心我不會發生甚麼事情，而且重

點是我跟這個醫師也合作這麼多年了，所以他也知道我的狀況，所以

也不會特別說要我再去這些訓練。”（受訪者 1-4-4）

“我如果去看〇〇〇（醫師名），他是會把以前各個面向都問過一遍，就是比如說，就是你最近運動、讀書怎麼樣，最近生活，睡眠。他們醫生就是各個生理的，如：睡眠、人際互動啊，然後還有什麼，就是大概問一遍。”（受訪者 8-11-10）

“診所的醫生因為他時間比較多，所以他會跟我講很多事情，然後大醫院的醫生就好像只是開藥，然後看我吃藥的感覺如何就沒了，他還叫我看甄嬛傳，還蠻有趣的。比如說他會跟我講一些，比如說外在也要打理阿，不能披頭散髮就出來啊，就是一些比較生活小細節的東西，那大醫院的醫生因為他們的掛號本來就很忙，所以沒有時間跟我講那麼多。”（受訪者 10-4-16）

## 七、小結

受訪者開始接觸醫療協助與藥物治療之後，對於舒緩影響人際關係的症狀而言有所幫助，然對於人際關係也產生不同的影響。在家庭關係中，家人通常以忽略等態度因應就行為；在師生關係中，受訪者發現師長的認識與態度尚能調整；在同儕關係中，多數受訪者能以新的技巧或方式與之相處；在職場關係中，工作表現改善間接影響互動關係，而環境與氣氛對於能否持續就醫、遵醫囑等都是重要因子；在伴侶關係中，則會渴望其能理解；在醫病關係中，不論工具性或情感性關係都是穩定受訪者與醫療系統互動的因素。

## 第四節 社會環境的對話



### 壹、建構自己的資源網絡

受訪者面對症狀帶來的困擾，除了醫療協助之外，仍尋找其他資源以穩定自己的狀態或認知調整。這些資源來自於醫師建議、自己上網搜尋等管道，並有下列數種方式：諮商、心靈成長工作坊、同儕支持網等。

#### 一、諮商

選擇使用諮商資源協助加強自己因應困擾的受訪者對於藥物改善症狀的現象多持肯定態度（如：受訪者 1、受訪者 8、受訪者 10 等），然而藥物無法處理的人際經驗與感受是在諮商中可以得到的協助，然而諮商費用高、歷程長短不一都是部分受訪者提到的成本問題，例如：受訪者 1 選擇用網路諮商，受訪者 8 選擇學校諮商，而受訪者 10 則是透過電話、網路等諮商形式克服成本問題。然受訪者 5 因為藥物對自己幫助不大，因而求助諮商資源。

“那..我覺得...諮商...到底有沒有真的幫助你，是要看你個人的議題到底是甚麼？”

因為我在諮商的過程主要是處理人際議題與家庭議題。”（受訪者 1-5-5）

“比如說就聊到我以前當兵好了，當兵的事情，然後他就會覺得滿有共鳴，

就是說，因為他也有輔導過幾個也是從軍中出來的案例，因為他那時候已

經跟我聊了第二次第三次…（略）…我就會想到說，其實每個人個性都

會有不同適合他的工作領域這樣之類，應該有算認知的調整”

（受訪者 8-12-11）

“我還有進行那個諮商，但是諮商是指張老師啦，沒有幾次（限制），但是

要預約，我就有嘗過就是說，網路上有一些免費的資源可以諮商我有去試過，

然後區公所也有免費的資源我也有去試過...”（受訪者 10-5-4）



受訪者 5 目前在校內學輔中心接受諮商的協助，當時決定進入學輔中心是因為在網路資源查詢資料時，很多人討論除了藥物之外，尚有其他方式，因此決定使用學校資源試試看。

“我有問我的心理治療師說，我這個部分可能要....，對。他說我的狀況比較複雜，所以可能短期內，也就是一年內，可能不太會有太大的...或者是效果。因為應該說現在我能抓住的東西只剩下這個，那醫生的話，我只要去掛號就可以看了。對。再加上我在學校就是學業部分的問題，中間有休學過一年，所以現在算是就是復學這樣子，所以我這個年紀還在讀書是因為這個關係。”（受訪者 5-21-4）

## 二、心靈成長工作坊

部分受訪者因職業因素，因此參與心靈成長工作坊成為一種協助自己因應困擾的資源，包含了心理衛生從業人員的訓練、靈性層面的活動等。受訪者 1 提到參與諮商師帶領的訓練工作坊，在團體過程中被其他成員支持的感受；受訪者 6 認為症狀帶給她的好處是在靈性學習上的創意，而靈性學習又可以讓她改善自己對於生活困境的轉念；受訪者 10 在職業轉換過程認識一些身心靈的朋友，而他們的支持讓她開始思考心態調整與轉變的可能性，因此調整了與自己的症狀互動的心態、所處環境等，使得情緒與生活有所改變。

“我會考量到一些場合，就好比我在○○老師的團體我是可以很自然的說出來我有這樣的情形，我面臨到這樣的困境跟狀況。”（受訪者 1-10-8）

“就是說我覺得還不錯，因為我跟他（男友）其實都有學就是禪修之類的

東西，然後我們也會算塔羅牌或算命，然後我覺得其實 ADHD 其實讓

我在這方面的天分比較高”（受訪者 6-7-1）

“然後我身邊就有很多貴人，剛開始就是接納別人的聲音，比如說他們告訴我：「欸你講話比較急」然後...（略）...我希望我自己可以更好，那當然一開始就會覺得，怎麼那麼糟糕阿我...”（受訪者 10-14-9）

“ADHD 的人非常需要一個舒服的空間，獨立的空間，絕對不能在一個吵架，就是吵鬧讓自己焦慮的空間，我跟我媽吵一架之後，我搬出去，就是在這份工作。”（受訪者 10-14-10）

### 三、同儕支持

對於其他有類似困擾的人，受訪者也提到自己會去參與相關團體，目前都是透過網路進入社群活動中。受訪者 11 提及在 bbs 的精神醫療版中，許多人都想要討論成人 ADHD 的議題，但有其他版友提出異議，因此便在網路社群中成立一個專門是成人 ADHD 的分享空間；受訪者 8 也提到自己透過臉書社團，建立跨國的支持性網絡，了解成人 ADHD 的藥物、工作、家庭等不同生活面向以因應自己的困擾。

“那時候在那個版，大家都...就是有一群人就是因為自己有這樣的情況，想要做一個專門這部分的討論，可是那時候就是在那個版包含很多其他的精神疾病。”（受訪者 11-8-8）

“我現在有加入臉書社團，三個社團，都是中文。”（受訪者 8-8-7）

### 四、調整日常生活作息與環境

除了上述外在資源管道外，受訪者 7 與受訪者 9 都透過自己生活形態改變面對自己的困擾，如：受訪者 9 以運動為輔加強症狀改善的效果；受訪者 7 改變環

境營造適合自己專心的環境,例如:以鼓勵取代責備自己的態度、更改唸書環境...等。

“呃...跑步...運動蠻有用的。像我現在，我現在剛好在一個換工作的階段，我下個禮拜到新工作，所以我最近都比較閒，就盡量...就是每天都跑這樣。”（受訪者 9-4-5）

“我會寫今天做了什麼，但是我只寫做了什麼，不寫沒有做什麼，因為通常我都在寫自己沒有做什麼事情...（略）...然後在國圖有競爭的感覺，所以拿手機會有恐怖的感覺，但是同時又可以直接給予那種正向的刺激。”（受訪者 7-12-14）

## 五、小結

針對 ADHD 症狀帶來的困擾，即便受訪者肯定醫療帶來的效果，仍有許多困擾需要由其他資源協助，這些資源使受訪者在與不同系統連結時更趨穩定，也使受訪者探索了醫療系統外的可能性。

## 貳、對政策的想法

對於國家教育或心理衛生政策，許多受訪者表示會透過電視新聞或網路訊息關心，認為參與許多參與討論者不理解 ADHD 成長的經驗，並有不同程度參與討論的方式，例如：網路回文、挑戰利益團體的論點、在自己工作時進行衛教。

### 一、網路回文

受訪者 8 透過新聞訊息的留言作為關心政策的方式，不過認為自己僅表示意見讓其他人參考；受訪者 7 認為許多討論 ADHD 政策的人並不了解處境與困境，因此有機會討論時會參與，不過也因此常在網路上與人吵架。

“可能就留言說支持要吃藥啊，雖然說人家會跟你講說：「吃藥對身體不好什麼之類的。」可是我就覺得我管不了那麼多，既然我知道說那是頭腦的問題，是沒辦法靠行為修正來改變的話，那我為什麼不對症下藥，就吃藥，讓我控制得比較好。然後我之後再去做一些其他的啊。”

（受訪者 8-19-1）

“我會覺得這些人，到底知不知道我們的痛苦的點在哪？…（略）…而且我很想跟他們說，你們要聽聽成人過動症的說法..（略）他們的過去是沒有辦法被評估的，所以他們怎麼說，你是不是要參考一下，然後那些選擇給小孩子吃藥的人，他們沒有必要承受這些罵名…（略）…所以就會很關心這些事，然後我會去網站上跟人家吵架。”（受訪者 7-10-16）

## 二、挑戰利益團體的論點

有利益團體認為 ADHD 被過度診斷以及以藥物治療為主，受訪者 3 認為 ADHD 的過度篩檢議題應該回到疾病盛行率來討論，並認為當前是診斷不足，且男女性別比應該是差異不大的，而會有當前的性別差異來自於社會結構影響了診斷過程中的評估；受訪者 5 認為社會許多團體對於 ADHD 個案服不服藥的議題時常不在局內人的角度討論，且過去國外經驗已呈現用藥安全性的結果，應該可以降低擔心；受訪者 10 認為藥物如果有顯著的協助，則會支持 ADHD 個案使用藥物作為處理困擾的方式，而若是看到相關訊息亦分享給其他人知道。

“我覺得這個地方應該是社會建構的問題，就是一個她有可能是衝動且不專心型的女性，但因為某個社會建構的關係，會從小跟她講怎樣怎樣又怎樣，所以她不會表現出衝動的感覺之類的。”（受訪者 3-12-12）

“這些藥物的使用已經很久了，在各國方面都很久了，都有很安全得

到控制呀，這方面，所以我覺得我不太需要去太擔心這些事情。”

（受訪者 5-15-10）

“我覺得用藥如果對自己有幫助，而且可以解決生活上大部分的問題。

每一件事情一定會有好有壞，我不可能只看壞的部分而犧牲好的部

分，所以如果這件事情能幫助自己非常多，我覺得是可以用藥的。”

（受訪者 10-13-9）

### 三、進行衛教

受訪者 1 過去曾在相關領域工作，而因為自己具有藥物改善專注力的經驗，因此當時與家長互動的過程中，也鼓勵家長讓孩子試著體驗專注力。

“我覺得我那時候的家長都非常的信任我，所以我說用藥只是一種方式，我們先讓孩子去感受一下所謂專注的情形是什麼。當他年紀越來越大的時候，他會慢慢去抓住甚麼叫做專注的情形，那我們再來慢慢地降低用藥的部分...（略）...我就跟家長說服藥不是終生的，不是一輩子的，不是說他現在吃藥就要吃一輩子。”（受訪者 1-12-3）

### 四、小結

受訪者多認為電視或網路討論相關訊息時，讓他們有距離感，似乎無法貼近 ADHD 者的困擾情境，並當醫療系統能具體改善症狀帶來的困擾時，會期待政策討論者也能看見醫療系統的「好」，並使後續診斷為 ADHD 的人能有更多選擇的機會。因此，受訪者除了在訊息討論區發聲參與外，亦會透過自身的網絡讓他人聽見更多不同的聲音。

# 第五章 結論與建議

## 第一節 研究結論與討論




生態觀點的互動觀點反映了 ADHD 診斷準則的彈性，本研究選擇以 Bronfenbrenner (1979) 的次系統分析觀點來理解成人 ADHD 患者對於成長過程中因為症狀產生與人互動的困境及使用藥物治療的歷程。國外研究與人互動的困境聚焦在學齡期及青少年期的家人與同儕 (Algood,2011 ;Bernier,1994 ;Jensen, 1997 ;Rogers, 2015 ;Stolzer, 2005)，缺乏對於成人 ADHD 現象的描述。綜觀 11 位受訪者經驗，並回應研究目的與問題，成人 ADHD 患者的人際互動與藥物治療的經驗有下列數點結論。

### 壹、ADHD 症狀影響成長經驗中的人際互動關係

過去研究提到學齡期的 ADHD 患者會有不耐煩、被誤解、生氣、口語表達能力差、行為中斷、多話、不遵守規範、發呆...等表現方式；在青春期時的 ADHD 患者會有衝動控制不好、缺乏良好組織能力等情形；在成年前期會有不專心、思考鬆散、忘東忘西、插話、管理事務能力差等表現，而在就學、就業、人際關係中展現。本研究的 11 名受訪者在學齡期的症狀有過動、衝動說話、不遵守教室規範、發呆、不專心等行為；在青春期的症狀多提到不專心的情形使得學業成就不佳；在成年前期的症狀提到不專心使就學階段的受訪者在學業表現不佳，也讓就業階段的受訪者無法達到職場期待，而衝動控制差也讓他們社交表達上出現障礙 (何善欣，2002；臧汝芬，2009；Reiff,2011；Weyandt & DuPaul,2006)。症狀討論的部分，文獻與受訪者提到的描述多趨一致。

成人前期的 ADHD 患者在成長過程中經驗了學齡期、青少年期及成年前期



等發展階段，並從中體驗多元的人際互動關係。依照 Erikson 的發展任務，成年前期的個體應培養了在社會生活的能力（competence）、真誠（fidelity），並正在學習愛與親密關係，因此需要在學齡期努力達到社會期待，克服自卑感；在青春前期避免角色混淆，建立自我認同的一致性；在成年前期，尋找既親密又孤獨的關係樣態。受訪者的訪談資料中顯示，有 ADHD 症狀在學齡期時會覺察自我與他人不同而挫折，甚至被處罰的經驗；在青春前期時，會選擇獨來獨往、正面迎擊他人或轉化掉他人對於自己因學業表現不佳、衝動行為與眾不同等負面回應；在成年前期，則開始發覺自己的不一樣，而努力找尋各種讓自己更好的方式，也因此進入醫療系統。

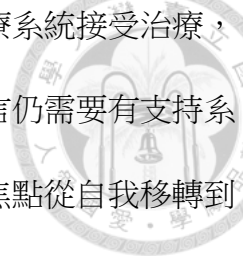
整合 Erikson 與生態觀點理論，可知個體在不同發展時期的任務會受到其與社會環境與他人的影響，本研究整合了受訪者的症狀表現與不同發展時期的感受與經驗，提出有下列數點觀察與討論。

#### 一、好的學業表現淡化受訪者成長歷程中的症狀表現，並被忽略其心理需求

受訪者的學歷多在大專以上，在 ADHD 患者群中屬於高教育程度的一群，而且多數就醫階段是成年前期才自行求助，並接受診斷。雖然不專注使得學業表現受到影響，連帶影響家長、同儕、師長其他人對於自我觀感，但多數受訪者能以個人條件減少被覺察到異常的情況，而隱沒在多數人中不被發現。這些掙扎的歷程使得個案的情緒容易自卑、挫折，甚至有退縮或自我傷害行為，也使研究者反思目前針對學業表現不差的 ADHD 患者可能是被忽略的群體。

#### 二、社交情境累積的壓力強化求助的動機

從小到大在諸多場合中，衝動的說話形態及直接的行為表現時常使受訪者在人際互動中不符合社交禮貌的期待，對自己而言產生挫折感，並影響與他人的關



係。雖然在多數受訪者的經驗中都是在不經意的情境下進入醫療系統接受治療，但可發現受訪者的症狀表現僅是初期治療的改善標的，長期而言仍需要有支持系統討論內在的感受與心理動力。對照發展任務的過程，個體的焦點從自我移轉到與他人互動，對於成人 ADHD 患者而言，過去的症狀影響的是學業、行為，在脫離就學階段後，或透過藥物治療能免除症狀干擾，但進入成人階段後在就業、伴侶關係中並無法免除社交的影響，也因此對於自己獲得診斷，能感到放鬆，也強化了持續求助的動機。

## 貳、藥物治療串聯成人 ADHD 患者的資源網絡

Conrad (2007) 認為 ADHD 的醫療化是一種「擴張」的現象，參與這個過程的行動者包括醫療界、利益團體、藥廠、成人 ADHD 的個案。本研究的受訪者可以聽見成人 ADHD 個案的聲音，並看見「擴張」的軌跡。受訪者透過他人的故事覺察 ADHD 行為類似於自己的日常生活，並從書籍、網路訊息、ADHD 患者的經驗分享及相關量表初步獲得資訊，當資訊累積到一定程度後，再加上外在壓力源促使受訪者進入醫療系統中確診。易言之，醫療系統的診斷僅是外化受訪者疑惑的一種形式，而診斷是讓自己在人羣中找到一種歸屬感的分類方式。在獲得診斷後，受訪者多數會再度反覆地透過網路、書籍、其他患者的經驗豐厚自己瞭解 ADHD 的生活與面貌，並產生類似 Ian Haking (1995) 提及的迴圈效應 (looping effect) 現象，亦即 ADHD 的患者被診斷後，透過內化診斷的內容並再建構出自己的生活圖像而使自己符合 ADHD 特徵。下列將討論藥物治療成為串聯不同資源網絡的整個過程。



## 一、非醫療問題成為進入醫療系統的契機


本研究 11 名受訪者中有 9 名是成年後意外在不同情境下開始思考自己的經驗是 ADHD 的症狀表現。受訪者經歷考試準備不如預期、情緒低落、探索自己等事件，並經過一段時間的自我評估、閱讀網路經驗分享文、閱讀相關書籍後才決定至醫療院所就醫。這些事件的性質除了事件本身的改善外，也間接與人際互動議題或如何在群體中表現自我有關，因而解決困擾的同時也重塑自我認同。

## 二、藥物治療的益處使受訪者選擇留在醫療系統

醫療系統的運作主要以醫生作為資源網絡的中心點，在診斷過程中除了詢問成長史、家族史，必要時也同時邀請家屬、心理師一起參與診斷的過程，整體過程會因為就醫地點的規模、設備而有不同的複雜程度，例如：診所與醫學中心的差異。診斷後，醫師也與受訪者討論困擾，每個受訪者都有藥物資源的協助，而部分受訪者更能轉介至心理師討論情緒困擾。

成年 ADHD 患者雖至醫療系統中求助，但並非完全被動地接受醫師的建議，多數受訪者使用藥物因應症狀的過程中，會面臨服藥的感受、副作用，並透過日常生活的作息調整一段時間之後，找到一個與醫囑配合的方式。Loe&Cuttino

(2008) 提到患者會認為服藥後的自我不是真實的自我，因而產生自我概念的矛盾感，本研究的受訪者部分亦有此現象。研究者整合受訪者的想法，認為當藥物的功能是協助在成就相關的表現時，受訪者會考慮服藥，然若協助與人互動的衝動控制，則受訪者會考慮將真實的自己呈現，而選擇不服藥。除此之外，服藥時機、地點及說法皆盡量避免在不熟悉的人際互動場合中出現。換言之，藥物對受訪者而言是一種自我管理的策略，服藥後的自己不全然能被自己或他人所接受。



最終，在經歷動態的磨合後，每個受訪者目前找尋到自己與醫療系統合作的平衡點，從生態系統理論的角度能發覺受訪者的問題與困擾須回歸到自身環境中討論，例如在友善的家庭、學校、職場環境中生活的受訪者會在環境中的轉變時產生困擾，而服用藥物便是一種促進個人與環境調和最快速、經濟的方式，讓個案在該有的生命歷程中發揮自己的能力與角色，也使自己減少與環境中他人的差異性，增加適應力。因此，服用藥物雖然是外在系統及鉅視系統中的主流，但也因為受訪者在自己的微視系統、中介系統中嘗試與發生效果，醫療化的現象才在多元的行動者中得以開展。

### 三、非醫療資源的運用

站在 Conrad 醫療化的框架下理解成人 ADHD 患者的行為與症狀，會發現雖然獲得診斷及藥物治療得以暫時找到解釋的原因及因應方式，但長久而言受訪者提到人際互動的感受與情緒是需要搭配諮商、同儕網絡等非醫療資源的投入。這些資源也成為醫療系統外的其他系統，並發生在藥物治療後，受訪者發動的網絡串聯過程。

## 參、成人 ADHD 患者與政策的對話

國家政策會受到諸多利益團體的影響，但也影響社會對於 ADHD 群體的資源運用及安排。許多受訪者將自己的治療經驗化為在網路平台、生活工作中與家長、民眾對話的基礎，並希望能夠影響社會對於藥物治療的污名現象，爭取 ADHD 患者一種治療的可能性。

## 第二節 研究建議



經過訪談 11 名成人前期 ADHD 患者的經驗及文獻對話後，發現此議題會涉及到的對象除本身外，親近的家屬與朋友、因求助過程而接觸的實務工作者，甚至連以此議題為倡議標的之政策參與者都可能與之相關。因而本研究針對 ADHD 患者、家屬與朋友、實務工作者及政策參與者提出下列建議。

### 壹、成人 ADHD 患者

#### 一、接受自己的特質，並理解人類特質的多元性

研究指出 ADHD 症狀不因成長而消失，因而 ADHD 症狀帶來的外在行為或內在困擾是一生的課題。雖然成長的過程中有許多經驗與感受，但進入醫療系統尋求協助，並開始產生「接受」的歷程有機會經歷自我否定、與他人磨合、重要他人的聲音...等不同面向及情緒波動。但回到生活中的環境，思考這些「問題」如何調適，並化為人類行為的多元特色與他人溝通則更顯重要。

#### 二、重整環境中的多元系統，並豐富自身資源網絡

除了醫療系統的藥物能夠協助解決困擾，受訪者原本的周遭系統，如：家庭系統、朋友或同儕系統...等都是再加入醫療系統後需要重新調整的，在重整每個系統的功能與互動時，成人 ADHD 患者得以透過討論去增強每個系統的功能，並成為自身的重要資源網絡。

### 貳、ADHD 患者的家屬與朋友

#### 一、以同理及包容的態度去傾聽 ADHD 患者的情境

身為 ADHD 患者親近的家屬與朋友，在患者受到各種伴隨症狀而來的挑戰時，先聆聽他們的特殊性、困難處及思考因應方式，以取代責備、處罰等互動方



式。ADHD 患者覺察自己的特殊性時，可能已經有自責、自卑等情緒，在接受外在資源協助下，倘若家屬與朋友的態度缺乏同理及包容的態度，則可能使得他們更不願意討論自己的情況，或以不適切的方式因應。

## 二、在情境中與患者討論能增加症狀了解程度與相處之道

認識 ADHD 的症狀除了從書籍及專業工作者的介紹外，若是家屬與朋友想要更加了解相關資訊，能在日常生活中與患者的互動情境，把握發生的當下，與 ADHD 患者進行討論，不僅能深化症狀的理解，更可以個別化的討論想法、因應方式，維繫良好的互動品質。

## 參、實務工作者

### 一、協助個案重整不同系統中的資源，並促進資源交流

不論是醫療專業人員或心理衛生從業者都能夠從中聽見個案的聲音及理解個案的處境，而重要的是協助個案釐清自己的位置，擁有哪些系統及資源，並在困擾中找到適合自己的資源使用方式。

### 二、從跨團隊、跨系統的討論中尋找各專業能與個案工作的立足點

透過跨專業的團隊工作模式能夠協助不同專業工作者思索個案適合的資源運用方式，透過個別化的討論，促進工作過程中能讓個案感到被尊重及被重視的態度，並與工作者一起合作。

## 肆、政策參與者

### 一、從使用者的經驗進行政策討論或倡議

雖然有國際研究關注成人 ADHD 患者的需求，然在地化的聲音及網絡資源仍需要透過在地的使用者經驗進行了解，並與國際研究比較與討論才可看見資源

的差異與提供方式，因此政策參與者應將各自位置所搜集到的資訊回到使用者的脈絡進行討論，避免政策制定或倡議的過程失焦。



## 二、融入發展觀點的政策思維

誠如國際研究的想法，在政策參與時，能夠融入生命週期發展的觀點看見一個有 ADHD 症狀的人成長過程，藉此透過縱貫性的疾病經驗討論，避免單一橫斷面的討論，使整體思維更加完善。

### 第三節、研究限制



本研究訪談了 11 名處於成年前期，並有使用藥物治療方式 ADHD 患者在人互動的經驗。雖能描述部分經驗現象，但受限於下列研究限制，因此在解釋現象時，仍有其侷限，提供給後續進行相關研究者作為經驗參考。

#### 壹、招募之研究對象學業成就具高度同質性

本研究的研究對象設定在 20 歲至 30 歲曾使用治療症狀藥物的成人 ADHD 個案，為了能夠搜集到符合研究旨意的研究對象，研究者使用立意取樣的收案方式，並在網路上進行研究對象的招募。本次收案共 11 名，皆為透過網路資訊或醫師轉介的研究對象，然而整理受訪者的學歷後，發現皆為大學以上的學歷，與文獻回顧時的資料有所落差，有使得資料詮釋上隱含著高學歷的成人 ADHD 藥物使用經驗之研究。

與文獻回顧所述之個案特質不同，這些高學歷的成人 ADHD 個案在資訊彙集與使用上具有較佳的運籌能力，但這並不意味著過往研究的解釋有誤，而是能更細緻描繪出 ADHD 患者中屬於學業成就高的一群人。這不僅補充說明過去諸多量化研究中學業成就低的解釋外，從其主動嘗試連結資源的自我求助歷程中，能推敲出其具備一定的知識、經濟及自我覺察能力，例如：蒐集資訊，並解讀、核判資訊的內容皆需知識能力；求助醫療、諮商資源需要經濟能力；有求助意識需具備自我覺察能力。

但這些高學業成就的成人 ADHD 患者結合自己之專業背景、服藥經驗所產出不同自我形象的認同差異、因應方式都是值得更多討論，故也為本研究在收案方式上產生的限制。



## 貳、研究對象的特質影響訪談過程

研究對象有不專注、衝動等特質，雖是事前先依照受訪者的資訊進行篩選，並與其進行研究目的、個人資訊的釐清，但訪談過程仍需在研究者及受訪者彼此共同專注的過程，仍會感受部分症狀干擾。部分受訪者在受訪前已先服用症狀治療的藥物，且研究者盡量挑選不受干擾的受訪地點，但除了網路訪談之外，基於初次見面及彼此安全性的考量，其餘之受訪地點以公共場合為主。公共場合可能受到背景音樂、往來的人事物等使得雙方的專注遭受轉移，因此多數受訪者的訪談過程多在一個小時左右，也考驗著研究者在短時間搜集資訊的能力，亦考驗受訪者專注傾聽及回答問題的切題能力。

## 參、研究對象區域性的限制

訪談是研究者及研究對象雙方互動的過程，研究對象向研究者聯繫時，多居住在臺北地區（包含臺北市、新北市），並在此區域就醫。雖然部分受訪者在中南部成長，然進入大學或就業階段之後，多移居至臺北地區，也因此資料解釋過程中討論到醫病互動或醫療體系時，有臺北市、新北市的區域性限制，而無法推估外縣市的資源使用概況。

## 參考文獻



### 中文文獻

- 宋麗玉、曾華源、施教裕、鄭麗珍(2012)。社會工作理論-處遇模式與案例分析。  
臺北：洪葉。
- 何善欣(2002)。過動兒父母完全指導手冊。臺北：遠流。
- 孟瑛如、簡吟文(2014)。從 DSM-5 的改變談注意力缺陷過動症未來的鑑定與教學輔導趨勢。輔導季刊：50(4)，頁 22-27。
- 胡幼慧(1996)。質性研究：理論方法及本土女性研究實例。臺北：巨流。
- 徐宗國(2005)。質性研究概論。臺北：巨流。
- 陳向明(2002)。社會科學質的研究。臺北：五南圖書。
- 張如杏、林幸台(2009)。特教醫療化現象之探討。特殊教育與復健學報：21，  
頁 1-17。
- 楊碧桃(2004)。成人 ADHD 患者之治療。屏師特殊教育學報：8，頁 1-9。
- 臧汝芬(2009)。陪孩子走出情緒障礙。臺北：三民書局。
- 潘淑滿(2003)。質性研究:理論與應用。臺北：心理。
- 衛生福利部(2015)。注意力不足過動症。臺北：作者。
- 蔡佳縈(2007)。專業人員療效評估之概念：以 ADHD 認知親子治療團體及父母訓練團體為例。高雄醫學大學行為科學研究所學位論文。
- 蔣雅淳(2011)。自我教導策略對國小注意力缺陷過動障礙兒童衝動行為之影響。  
國立臺北教育大學特殊教育學系學位論文。
- 簡春安、鄒平儀(1997)。社會工作研究法。臺北：巨流。

簡春安、趙善如（2010）。社會工作理論。臺北：巨流。

英文文獻



Bolt, I., & Schermer, M. (2009). Psychopharmaceutical Enhancers: Enhancing Identity? *Neuroethics*, 2(2), 103-111.

Bury, Michael(1982) "Chronic Illness as Biological Disruption." *Sociology of Health and Illness* 4(2): 167-182.

Chodoff, P. (2002). The medicalization of the human condition. *Psychiatric Services*.

Chien, I.-C., Lin, C.-H., Chou, Y.-J., & Chou, P. (2012). Prevalence, Incidence, and Stimulant Use of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Taiwan, 1996-2005: A National Population-Based Study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*,47(12), 1885-1890.

Clarke, Adele E., Janet K. Shim, Laura Mamo, Jennifer Ruth Fosket, and Jennifer R. Fishman (2003) Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U. S. Biomedicine. *The American Sociological Review* 68: 161-94.

Conrad, P., & Leiter, V. (2004). Medicalization, markets and consumers. *Journal of health and social behavior*, 158-176.

Conrad, P.(2007) *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

DuPaul, G. J., & Weyandt, L. L. (2006). School-based intervention for children with attention deficit hyperactivity disorder: Effects on academic, social, and behavioural functioning. *International Journal of Disability*,

*Development and Education*, 53(2), 161-176.

Exley, B. E. (2006). The Behaviour 'Crisis': Young Children's Mis/understandings of the Identities of ADHD.



Foley-Nicpon, M., Rickels, H., Assouline, S. G., & Richards, A. (2012). Self-Esteem and Self-Concept Examination Among Gifted Students With ADHD. *Journal for the Education of the Gifted*, 35(3), 220-240.

Friedman, S. R., Rapport, L. J., Lumley, M., Tzelepis, A., VanVoorhis, A., Stettner, L., & Kakaati, L. (2003). Aspects of social and emotional competence in adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychology*, 17(1), 50-58.

Gajaria, A., Yeung, E., Goodale, T., Charach, A. (2011). Beliefs about attention-deficit/hyperactivity disorder and response to stereotypes: youth postings in Facebook groups. *Journal of Adolescent Health*, 49(1), 15-20.

Hansen, C., Weiss, D., & Last, C. G. (1999). ADHD boys in young adulthood: psychosocial adjustment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38(2), 165-171.

Hjörne, E. (2005). Negotiating the 'Problem-child' in School: Child Identity, Parenting and Institutional Agendas. *Qualitative Social Work*, 4(4), 489-507.

Huang, C., Chu, Weng, S., Ho, C. (2016). Gender ratios of administrative prevalence and incidence of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) across the lifespan: A nationwide population-based study in



- Taiwan. *Psychiatry Research* 244, 382-387.
- Ivry, Tsipy (2007) Embodied Responsibilities: Pregnancy in the Eyes of Japanese Ob-Gyns. *Sociology of Health and Illness* 29(2): 251-274.
- Jasanoff, Sheila, ed. (2004) *States of Knowledge: The Co-production of Science and Social Order*. London and New York: Routledge.
- Krueger, M., & Kendall, J. (2001). Descriptions of Self: An Exploratory Study of Adolescents With ADHD. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 14(2), 61-72.
- Lock, Margaret.(1993) . *Knowledge, Power and Practice: The Anthropology of Medicine and Everyday Life*. Berkeley: University of California Press.
- Malacrida, C. (2004). Medicalization, ambivalence and social control: Mothers' descriptions of educators and ADD/ADHD. *Health*., 8(1), 61-80.
- Maturo, A. (2013). The medicalization of education: ADHD, human enhancement and academic performance. *Italian Journal of Sociology of Education*, 5(3).
- Payne M. (2014). *Modern Social Work Theory* (4th edition). London, UK: Basingstoke Palgrave Macmillan.
- Rokeach, A. 、Wiener, J. (2014). The romantic relationships of adolescents with ADHD. *Journal of Attention Disorders*.
- Shaw-Zirt, B., Popali-Lehane, L., Chaplin, W., & Bergman, A. (2005). Adjustment, Social Skills, and Self-Esteem in College Students With Symptoms of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 8(3), 109-120.
- Smith, M. (2008). Roy Porter Student Essay Prize Winner Psychiatry Limited:

Hyperactivity and the Evolution of American Psychiatry, 1957–1980.

*Social History of Medicine*, 21(3), 541-559.

Wright, G. S. (2012). ADHD Perspectives: Medicalization and ADHD Connectivity.

*Australian Association for Research in Education (NJ1)*.

Wyatt, S. (2008). Technological determinism is dead; long live technological

determinism. MIT Press, Cambridge, MA, 165-180.

Young, S. (2000). ADHD children grown up: An empirical review. *Counselling*

*Psychology Quarterly*, 13(2), 191-200.



# 附件

## 訪談大綱



### 一、研究者基本資料：

- 1.暱稱：\_\_\_\_\_
- 2.性別：\_\_\_\_\_
- 3.現在年齡：\_\_\_\_\_
- 4.最早被診斷的年齡：\_\_\_\_\_
- 5.最早使用藥物的年齡：\_\_\_\_\_

二、請您自由敘說從小到大的生命歷程，以及經驗到 ADHD 對於自己生活面向的影響，如：在家庭、學校、職場的經驗，並從中分享自己的反應、感受，或者是特殊的轉變。

### 三、輔助訪談問題：

#### (一) 進入醫療系統：

- 1.請問您最早是什麼開始被懷疑是 ADHD 的患者？當時有哪些狀況讓您開始被懷疑是 ADHD 患者？由誰觀察，並帶您去就醫？又何時被醫生確診？
- 2.醫生提供哪些方式讓您處理這些狀況？
- 3.選擇使用藥物治療的考量是什麼？
- 4.使用醫療相關協助之後對於人際互動有什麼改變？

#### (二) 人際互動經驗：

- 1.這些狀況讓您在人際互動上有什麼影響？能描述每個時期(如：學齡、青春期、成人前期)的影響嗎？
- 2.您使用哪些方式去因應這些影響？

#### (三) 鉅視面向：

- 1.平常是否關注相關政策討論？用哪些方式參與相關討論？

## 訪談同意書



您好：

我是臺灣大學社會工作學研究所碩士生范舜豪，目前正在書寫碩士論文，並因研究所需，希望能邀請您一同參與研究。我的研究題目是：「『藥』不『藥』有關係？成年前期注意力不足過動『患』者的人際互動關係與藥物使用的經驗」，本研究欲了解成年前期注意力不足過動患者在成長的過程中，經歷什麼樣的人際關係困境以及在使用精神科藥物之後帶來哪些改變，希望在您的參與之下，可以聽見使用者的心聲，讓精神醫療體系的實務工作者能明白服務對象的處境，以提供更貼近的服務。

本研究將採取面訪形式，並預計進行 1.5 小時到 2 小時，過程中將以錄音設備進行資料蒐集，但您隨時有權利提出暫停或者是中止訪談的要求，或者是告知研究者哪些部分不便分享。若因研究所需，需再進行第二次訪談，會再徵詢您的意願。整個研究過程中，您隨時都可以撤回同意書或是退出研究過程，並以書面告知的方式，研究者將尊重您的意願，並不再使用您的資料進行後續研究。為了維護您的權益，本研究將採取匿名及去除可辨識的資訊，讓您的身份得以保密，所有資料會在研究結束後銷毀。對於研究過程中的疑惑可以使用下列方式跟我聯繫：

聯絡電話：0000000000

電子郵件信箱：r02330011@ntu.edu.tw

閱讀完上述內容之後，若您願意與我一同參與研究過程，請在下方處簽名，同意書的形式一式兩份，分別由研究者及您各存一份。

敬祝 平安

研究者簽名：

受訪者簽名：

日期：           年           月           日