

從認知評估理論探討注意力缺陷過動症 家長對藥物介入的情緒反應

黃舒微

雲林縣立元長國民中學教師

摘要

注意力缺陷過動症兒童的注意力不足、過動和衝動等基本特徵，可能導致兒童在學習、生活及社交上的適應困難，除了教育之外，家長也希望能透過專業的醫療協助幫助注意力缺陷過動症子女減輕或控制症狀，然而使用藥物介入的疑慮及引發的問題也隨之而生。Lazarus 認為個體在與環境互動的過程中會透過認知評估來評估事件對於自己的意義、傷害或有利的關係。家長在與環境互動的過程中透過認知評估來權衡藥物介入對自己的意義、傷害或有利的關係，並做出藥物介入的決定，因此本文擬以認知評估理論探討注意力缺陷過動症兒童家長對藥物介入的情緒反應，引導家長省思面對藥物介入時潛藏的情緒，並提出建議協助家長有效管理情緒，避免情緒過度干擾子女藥物介入的決策。

中文關鍵詞：注意力缺陷過動症、認知評估、藥物介入

英文關鍵詞：Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, cognitive appraisal, medication intervention

壹、前言

注意力缺陷過動症(Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, ADHD)兒童的注意力不足、過動和衝動等特徵，不僅使兒童在學習、生活及社交上產生困難，對家長而言更得每天每秒應付子女引發的種種問題，親子之間的關係變得緊張且一觸即發，對教師而言，也因班上有注意力缺陷過動症學生，使

其在教學及班級經營上面對種種挑戰。除了教育之外，家長也希望能透過其他專業的協助，幫助注意力缺陷過動症子女減輕或控制症狀，而專業醫療上的協助就是其中一種。

隨著對生物醫學的了解越多，醫藥控制或藥物治療也成了目前處理注意力缺陷過動症兒童行為的模式之一。以神經生理因素的觀點而言，藥物治療的確可以有效控制注意力缺陷過動症兒童的症狀，但使用藥物治療的種種疑慮及引發的問題也隨之而生，注意

力缺陷過動症兒童的家長常面臨子女服藥與否的兩難問題；家長一方面渴望藥物帶來的效果，一方面又擔憂藥物的副作用及社會觀感問題，這樣的趨避衝突，對注意力缺陷過動症家長而言，不僅是抉擇上的兩難問題，更是每天面對的實際問題。

筆者目前為國中資源班教師，在教學現場常發現一部分家長會以各種理由排斥藥物治療，另一部份的家長卻主動就醫，並積極與教師聯繫討論孩子在校的服藥情形。究竟是什麼樣的信念或思維，使得這一群有共同問題與需求的家長對藥物治療呈現兩種截然不同的態度呢？

Lazarus 認為提到每一種情緒來自於不同個體和環境間的互動關係，並認為關係意義(*relational meaning*)是認知的情緒基礎，必須憑經驗來定義和測量關係意義(李素卿譯，2003)，Lazarus 稱之為核心關係主題(*the core relational theme*)，並主張每一個情緒都涉及了不同的核心關係主題。家長和子女之間本來就有密不可分的關係，除了子女本身的意願外，決定子女是否採用藥物治療的關鍵人物是家長，故家長面臨藥物介入時，除了考量藥物的功效、副作用、子女對藥物的順從程度、其他重要他人（如長輩、子女教師、配偶）對藥物的態度之外，其本身在與環境互動的過程中會透過認知評估來評估子女服藥的這個事件對自己產生的關係，並產生正向或負向情緒，而此情緒有可能影響讓子女服藥與否的行為。因此，本文擬以認知評估理論探討注意力缺陷過動症兒童家長對藥物介入可能產生的情緒反應。

貳、認知評估理論

一、認知評估理論的定義

Lazarus認為，個體在與環境互動的過程中會透過認知評估(*cognitive appraisal*)來評估事件對於自己的意義、傷害或有利的關係。認知評估包括六項內容，前三項為初級評估內容，係指個體用來判斷壓力情境對其所代表的意義以及是否具威脅性，以事件所造成傷害為評估標準。而後三項則為次級評估內容，係指個體思考面對困境時如何因應的評估，個體會在情境中對自身所擁有的資源和限制作考量後，再選擇因應之道並預估行動結果。

Folkman 與 Lazarus(1984)認為，在認知評估的歷程中個人的主觀知覺及對事件的解釋很重要，個人會依評估結果來採取因應方式，此評估與因應將影響適應之結果。Folkman 與 Lazarus(1984)並提出以問題為中心的因應(*problem-focused coping*)和以情緒為中心的因應(*emotion-focused coping*)兩種因應策略。以問題為中心的因應，以改變或處理對個體造成困擾的問題情境為主，當個體評估情境是較可能被改變時，會傾向採取此因應策略。問題中心的因應又分為二種，一是設法消除外在環境的壓力或增加自我資源的行為。二是改變內在的心理歷程。另一方面，以情緒為中心的因應則是以直接調整對問題的情緒反應為主，當個體評估情境不易以行為加以改變時，最常採用此因應策略。情緒中心的因應又可分為二類，一是改變個體對事件或情境的認知再評估，例如改變不了了一事件的客觀情境，卻可改變其意

義。二是設法使自己與壓力情境或經驗隔離，或是用壓抑或潛意識的防衛機轉來遺忘某些經驗。

二、評估內容

Lazarus提出認知評估的六項內容，包含目標關連性(goal relevance)、目標一致性(goal congruence)、自我關連類型(type of ego involvement)、歸因對象或事件(blame or credit)、因應的可能(coping potential)以及未來期待(future expectations)。以下整理文獻(任曉晨, 2007; 林興皓, 2006)並就家長對藥物介入時可能的認知評估作討論：

(一) 目標關連性(goal relevance)

目標關連性的意義在於，此事件的發生是否和個體的福祉有關，如果沒有關聯，那就不會有情緒產生。因此家長面對注意力缺陷過動症子女是否服藥時，首先會評估的是子女服藥的這個事件是否與自己有關，並且是否會影響到自己的福祉。

(二) 目標一致性(goal congruence)

目標一致性係指事件的發生和個體的福祉有關時，事件與自己的目標是否一致。假使事件的發生與自己的目標一致，那麼個體就會產生正向情緒；反之，則產生負向情緒。不同家長對藥物介入的目標不同，有些家長期望藥物能減少子女的行爲問題；有些家長期望藥物能提升子女的學業成績；也有家長期望藥物能完全沒有副作用。如果藥物介入的目標與家長目標一致，就會產生正向情緒，反之，負向情緒就會隨之而來。

(三) 我關連類型(Type of ego involvement)

自我關連類型係指情緒事件所涉及到的自我關連的種類，包括社會及自我的自尊

(social and self-esteem)、道德價值(moral values)、自我理想(ego ideals)、意義及概念(meanings)、以及別人的福祉(other persons and their well-being)。當注意力缺陷過動症子女之採用藥物治療威脅到家長的自我統合感時，家長會保護及維持自我的整合與認同並產生情緒，而當家長察覺到自己的不同部分受到威脅時，即會產生不同的情緒。

(四) 歸因(blame or credit)

歸因係指當個體面對威脅、傷害、挑戰或是助益的情況時，會思考並判斷什麼人(who)或是什麼事(what)該對於此情況負責。當注意力缺陷過動症子女確診後，家長可能將注意力缺陷過動症的發生歸因於懷孕時期養分不夠、早期教養不當、教師教學不利等原因，並且對於需要採用藥物治療的可能，歸因至教師或配偶本身對藥物的支持，或對子女行爲問題的束手無策。

(五) 因應的可能(coping potential)

因應的可能係指個體能否成功地改善或減少傷害或威脅，這將影響個體的思考並決定是否會採取因應行爲。對注意力缺陷過動症家長而言，假使家長認為採用藥物治療能達成自己的目標(例如減少子女的行爲問題或提升子女的學業成績)，那麼注意力缺陷過動症家長就有可能會採取此項情緒因應策略。

(六) 未來的期待(future expectations)

未來的期待係指個體對於此事件的未來是否抱著期望，這跟個體如何看待個人及環境的關係有關。假使注意力缺陷過動症的家長在面對藥物治療事件時，評估個人因素及環境因素的影響後，發現整體情況是對自己

有利的，那麼家長對於服藥這事件的未來所抱持的期望就會較高，即認為因應成功的可能性較大。

參、注意力缺陷過動症家長對藥物介入的可能情緒

Lazarus 認為情緒是複雜的反應，牽涉到我們的心靈和身體，這些反應包括主觀的心理狀態、想要採取行動的衝動，以及身體的重大變化。以下即針對 Lazarus（李素卿譯，2002）所提出的各項情緒面向，探討家長對藥物介入可能產生的情緒。

一、正向情緒

（一）寬心

寬心的情緒是由個體的目標受挫開始。當目標受挫時，個體會暫時處理憤怒、焦慮、罪惡感、羨慕或忌妒等惱人的情緒；但是當挫折的情況好轉或消失時，我們就會經歷到寬心的戲劇情節。家長面臨孩子被確診為注意力缺陷過動症個案時，可能會經歷憤怒、焦慮、罪惡感等負面情緒，如果聽到藥物可以減緩注意力缺陷過動症不專心、過動或衝動的徵狀，也就是說曾經令人害怕的結果並沒有出現，就可能產生寬心的情緒。

（二）希望

希望是指個體不管眼前看起來多麼黯淡無光，還是認為事情總會有轉機的可能；但與寬心不同的是，希望是一種正面結果尚未發生的心靈狀態。有希望情緒的家長，可能在子女徵狀未改善及成長過程可能排斥服藥，或者儘管藥物對子女的幫助不大時，仍然抱持希望。希望最有趣的一項特色是，當

一個人預期的美景消失時，未必會把希望一併放棄。儘管如此，家長可能會縮小希望的範圍，使依然可能存在的適度利益維持下去，這種縮小範圍的作法是我們在面對痛苦的失落現實之一種因應方式。

（三）快樂

快樂的刺激事件是個體的生活出現一些好消息，個體認為這些好消息代表自己已經朝短、長期目標向前邁進，這種進展是潛藏在快樂感覺底下的基本個人意義。家長可能因藥物介入短暫改善注意力缺陷過動症子女的不專心、衝動和過動行為，而感到快樂的情緒。但藥物其實並無法直接提升子女在學業、人際和生活適應的表現，仍應配合其他正向行為支持、教學輔導或學習策略以務實地專注在下一個有助於這種進展的步驟。

（四）愛

在親子關係中，父母對於孩子愛的情緒很堅定，就算孩子不回報父母的慈愛，父母可能還是會持續地注意孩子的需求。這也使得父母在為子女決定是否服藥的決定時，會擔心藥物引發的負面影響。家長也渴望子女的情感，欠缺這種情感會讓父母覺得失望、憤怒、罪惡感或羞愧。因此，當子女認為自己沒問題而被父母強迫就診時，便容易讓親子關係變得緊張。

二、負向情緒

（一）悲傷

個體很少在歷經失落之後就馬上為悲傷的情緒所占領，只有當個體重新評價失落已成定局，再也無法改變之後才會轉痛為悲。家長聽到子女確診為注意力缺陷過動症並且知道障礙其實是一輩子無法治癒的事

實，可能引發悲傷的情緒。而在面對藥物介入的問題時，子女服藥的動作可能每天都提醒家長這個不可改變的事實而觸動悲傷之情。

（二）憤怒

憤怒是由「我或我的所有物受到某種輕蔑的侮辱」所喚起，當個體受到蔑視時會有一股潛在的衝動，想要為這種侮辱展開報復或復仇。對家長而言，子女是最重要的所有物，因此當教師或醫師說出子女有注意力缺陷過動症並且需要服藥時，家長必定覺得「我或我的所有物受到某種輕蔑的侮辱」而產生憤怒的情緒。家長可能不會把怒氣出在教師或醫師身上，反而會對較弱勢的人發洩，可能是職場的下屬或家中的小孩。

（三）焦慮

當個體向來所倚恃的意義受到損害、瓦解或是遭遇危險時，焦慮就會被挑起來。家長認為子女的應該是健康的，但子女卻被診斷為注意缺陷過動症，並且需要用藥物來治療。這對家長而言，無疑是醫生用藥物宣告子女是不健康的，但醫師又不敢保證藥物對所有注意力缺陷過動症患者都有療效，這些不確定的威脅都容易使家長產生焦慮的情緒。

（四）罪惡感

罪惡感是由個體逾越某個必須遵守的道德或行為準則所引起的。覺得有罪惡感的人未必做了違反道德的事情，但他們卻相信自己做了。很多人之所以覺得罪惡感，事實上只是因為他們期盼得到某種他們良心禁止的東西。家長可能因子女被確診為注意力缺陷過動症而產生罪惡感，也有可能是在處理子女

引發的諸多問題後期盼自己不是此位子女的父母，這個被良心禁止的想法可能引發家長的罪惡感。此外，女性被教養成比男性更容易產生罪惡感，因此縱使母親不是肇禍者，她們也是最有可能承擔罪責的人。

肆、情緒與藥物介入間的關係

Kalikow（陳信昭譯，2009）認為，注意力缺陷過動症子女是否採用藥物介入，取決於父母的「權衡利弊得失」，家長在與環境互動的過程中，透過認知評估來權衡藥物介入對自己的意義、傷害或有利關係。如果事件與自己的目標一致，便會產生正向情緒；反之，若事件或情境與自己的目標不一致，便會產生負向情緒。正向情緒和負向情緒其實是一體兩面，完全依事件的情境及個人評估與處理結果而定。這也是為什麼一群有共同問題與需求的注意力缺陷過動症家長，卻會對藥物介入產生兩種截然不同的態度。以下探討四項家長對藥物介入產生的正負向情緒的可能影響因素。

一、藥物療效

目前國內注意力缺陷過動症的常用藥物為中樞神經興奮劑Methylphenidate的利他能(Ritalin)、專司達(Concerta)，和選擇性正腎上腺素再回收抑制劑Atomoxetine的思銳(Strattera)。利他能和專司達兩種藥品在劑型的設計與服用劑量、頻次上有所不同：利他能每錠劑量為10毫克，藥效約為3-6小時，屬於短效型，每日需服用2-3次，通常作為初始及調整劑量之用；而專司達每錠劑量為18毫克，藥效約為12小時，屬於長效

型，每日僅需服用一次（林建平，2006）。而思銳屬非中樞神經興奮劑，為新的注意力缺陷過動症治療藥物，約於2002年開始使用，其作用機轉為可選擇性抑制中樞神經正腎上腺素再回收作用，達到增加神經突觸間正腎上腺素的含量；Atomoxetine使用的劑量必須依據體重來計算，小於70公斤之孩童或青少年剛開始使用的劑量約為每天每公斤0.5毫克，3天後可調整至每天每公斤1.2毫克，最高劑量為每天每公斤1.4毫克（陳惠文、陳惠明，2010）。

許多研究證實藥物的確能有效控制注意力缺陷過動症的症狀。Barkley(1998)指出約70%的注意力缺陷過動症學生在服用藥物後，可使行為症狀獲得改善。洪儷瑜（1998）也提到約80%的注意力缺陷過動症學生可藉由藥物改善其行為症狀。在服用中樞神經興奮劑方面，藉由正子放射造影(PET)或功能性核磁共振(fMRI)影像發現學生服用利他能之後，明顯改善大腦中此區域的血液流通（楊文麗、葉靜月，2005）。周正修、陳錫洲、陳永煌、羅慶徽（2007）也在其文章中提到約70-80%的學生可因服用利他能而獲得改善。而在服用選擇性正腎上腺素再回收抑制劑方面，國內以106位注意力缺陷過動症患者為對象進行雙盲隨機安慰劑對照研究之結果顯示Atomoxetine明顯改善注意力缺陷過動症個案的核心症狀(Gau, Huang, & Soong, 2007)。由上述研究可知，雖然這些藥物不能治癒注意力缺陷過動症，卻能有效抑制學生過動、衝動或易分心的徵狀，讓注意力缺陷過動症兒童恢復自身功能，而使父母對藥物介入產生正向情緒。

然而 Kalikow（陳信昭譯，2009）指出「藥物療效」至少涉及三個問題，第一個問題是：「有效標準是什麼？」第二個問題是：「家長如何確保自己的孩子在有效值之內？」第三個問題是：「有效的時間是多久？」針對第一問題，在檢驗藥物療效時，可能發生「安慰劑效應」，意即分別給兩組患者刺激藥物及安慰劑，結果發現前者有60%進步，但後者也有50%的進步，到底對兩組有助益的是服用的藥物還是服藥的行為本身？這並不全然代表藥物無效，只是意味許多人對安慰劑也有反應，這麼一來60%算是有療效嗎？這延伸到第二問題，家長如何確保自己的孩子在有效值之內。如果60%算是有療效的話，那還有40%是沒有療效的，則家長該如何確保他的小孩是在60%內而非另40%內呢？最後第三個問題是有效的時間。父母不僅期待藥物在短期內即對孩子帶來改變，他們更關心藥物在幾年後對孩子會不會有傷害。有60-80%的注意力缺陷過動症藥物被認為可以改善注意力缺陷過動症的症狀，但效用只能維持兩年；這些藥物的長期效用是有爭議的(Consumer Reports Health Best Buy Drugs, 2010)，由於有許多藥物在使用幾年後才發覺它的副作用遠超過我們可以承擔的範圍而停用，因此父母考量藥物介入時，這些問題皆可能使他們產生負向情緒。

二、重要他人對藥物介入的態度

醫師、子女的教師、長輩甚至鄰居等重要他人對藥物介入的態度也是會影響家長對藥物介入時的情緒。因為這些重要他人是注意力缺陷過動症家長的支持系統，這些重要

他人的意見對徬徨無助、每天疲於奔命處理子女惱人事務的家長而言，可能產生或多或少的影響。

在這些重要他人裡，醫師有專業的養成背景，然而 Kalikow 指出有別於以往採用父權式的智慧以威權語氣向病人說話，現今醫師被迫面對自己有限的知識在處理所有治療都有其未知的現實，病人也不再像過去信賴可掌握整個焦慮的情境的醫師；病人開始參與治療的決策過程，他們發覺醫師只是資訊來源之一，但不是全部（陳信昭譯，2009）。醫師以其專業的口吻告知注意力缺陷過動症家長藥物介入是選項之一，但決定藥物介入的決定權仍在家長手上，這可能讓部分注意力缺陷過動症家長產生希望、快樂等正向情緒，但「可吃、可不吃」的模糊選項也可能讓部分家長憂心和焦慮。

至於教師、長輩和鄰居等重要他人對藥物介入的態度，就容易受社會價值觀所影響，Kalikow（陳信昭譯，2009）認為，社會價值觀普遍接受藉由藥物來改善病痛或症狀，例如以藥物來控制糖尿病病童的胰島素，但如果藉由藥物來控制或改變一個人的性格或身體特徵，這就會引發爭論。藥物使注意力缺陷過動症的兒童減低活動量、上課時間離開座位的次數明顯變少、說話的頻率也變少，然而其家長、教師及同儕卻認為服藥後，注意力缺陷過動症學生變得不像原先他們所認識的人了，如此一來，透過藥物的改變是正常的嗎？是社會價值觀可以接受的範圍嗎？家長採用藥物介入時，是否會擔心社會價觀加諸在自身的眼光呢？

三、藥物副作用

藥物副作用是大部分注意力缺陷過動症家長最關注的議題，根據文獻整理（Bangs, Jin, & Zhang, 2008；周正修等，2007；侯禎塘，2001；洪儷瑜，2002；唐子俊等，2008），注意力缺陷過動症學生服用藥物後，可能會產生以下的副作用：

在生理方面，服用中樞神經興奮劑的注意力缺陷過動症學生可能出現短期失眠、體重減輕、頭痛、肺部問題、藥物依賴、心悸、難以入睡、生長高度減緩、安靜、沮喪等副作用；而服用選擇性正腎上腺素再回收抑制劑的副作用包含頭痛、鼻炎、腹痛、心跳速率和血壓微幅上升以及暫時性輕度胃腸不適。此外，美國藥物食品管理局也發出警語，提醒醫療人員注意服用 Atomoxetine 之兒童或青少年可能有產生自殺想法的危險。

在心理的副作用方面，學生在服藥後，由於藥效明顯，常造成注意力缺陷過動症學生服用或未服用藥物的表現判若兩人，因而造成教師和同儕對「新」的人措手不及，若學生因為偶爾停藥而恢復原狀，又會令教師和同儕混淆，導致不易判斷學生是故意的行為或是無法控制的。此外，藥物可能影響注意力缺陷過動症學生對自己的看法，每天服藥的行為可能提醒自己和同儕「他是有問題的人」，使得注意力缺陷過動症學生的自我認同和自我肯定產生問題。藥物可能含蓄的確認注意力缺陷過動症是生物學上的問題，使家長或注意力缺陷過動症學生忽略心理的根基以及個人責任的角色，易讓學生對自己的行為形成外控的歸因，學生表現好壞都跟藥物產生連結，這種「成也藥物，敗也藥物」的想法，容易抹煞學生自身的努力。

除了生理和心理的副作用之外，還有另一個可能因藥物產生的副作用是動機的減低。哈佛大學的研究者以老鼠為實驗對象，發現服用刺激劑的老鼠比較沒有動機，他們認為這些中樞神經興奮劑在孩子身上也會造成相同的現象。服用這些藥物的兒童在服藥期間，表面看起來還好，停藥以後看起來也還好，但是長大後，當他們不再服用藥物時，他們不太有動機。這是因為短期的低劑量刺激劑就會對伏隔核(nucleus accumbens)造成永久性的傷害，伏隔核負責把動機轉換成動作執行出來，假如這個孩子的伏隔核被破壞了，他還是會感到飢餓、性欲，但是他不會有動機去滿足他這些慾望（洪蘭譯，2008）。

這些副作用的確令家長戒慎恐懼，也容易因此對藥物治療產生負向情緒，因此在藥物仿單上除了標示藥物副作用的類型外，建議家長也應該要留意副作用發生比率的可能性，這樣可能增加對藥物治療的正向情緒並減少盲目排斥採用藥物治療的情況。

四、藥物濫用與依賴

部分注意力缺陷過動症家長擔憂孩子服用中樞神經興奮劑會有成癮的問題，雖然中樞神經興奮劑的化學結構類似安非他命，但是效價比安非他命弱約十倍，且要較長時間才會與多巴胺轉運蛋白(dopamine transporter)結合，因此並不會產生欣快感。此外有研究顯示，比起未接受藥物治療的兒童，接受藥物治療的注意力缺陷過動症兒童在青少年期，使用藥物或酒精的比例明顯較低(Biderman, 2003)。這也與筆者在教學現場觀察的情形相符，如果藥物會使學生成癮，

那麼教學現場就不會有那麼多注意力缺陷過動症學生時常忘記服藥或排斥服藥的情形了。有了研究的澄清，的確可以讓擔心服用藥物會導致藥物成癮的注意力缺陷過動症家長寬心不少，然而這僅顯示注意力缺陷過動症學生在生理上並不會依賴藥物介入，在心理層面上則不然。

Lloyd、Cohen 和 Stead(2006)認為太多兒童被診斷為注意力缺陷過動症，並藉由藥物的方式快速處理兒童在家及在行的行為問題。並不是所有被診斷為注意力缺陷過動症的學生都需要服藥。這裡所指的藥物濫用並不是指注意力缺陷過動症兒童會因藥物成癮而濫用管制性毒品，而是非注意力缺陷過動症兒童服用藥物，或不需藥物介入的注意力缺陷過動症兒童卻以藥物治療為主要治療方式，例如部分學生在大考前藉由網路購買或其他方式取得戲稱「聰明丸」的利他能來幫助度過考前幾週；或許也會有家長經口耳相傳，經由特殊管道購買來給非注意力缺陷過動症子女服用；也有些青少年或成人有可能想要利用這些藥物來達到提神振奮的效果（陳逸群、李鶯喬，2002）；此外有些注意力缺陷過動症藥物會影響食慾，因此也有些學生會服用這些藥物以減輕體重(Consumer Reports Health Best Buy Drugs)。

Sax 指出，像利他能、迪西卷(Dexedrine)這種興奮劑已經上市五十年了，新的產品如阿迪羅(Adderall)、專司達，從1990年代以後也出現了，在過去的二十年裡，這些所謂的「校園類固醇」(academic steroids)曾經大量使用在治療注意力缺陷、憂鬱症，甚至肥胖上，2007年男孩服用這

些藥物是 1987 年男孩的三十倍（洪蘭譯，2008）。需要擔心的是，真正該吃藥的注意力缺陷過動症學生其實不多，是否有可能是其他社會的因素，例如父母的期待、老師的班級經營、醫生的方便等因素，使得許多學生被誤診為注意力缺陷過動症，或者不須藉由服藥控制的注意力缺陷過動症學生吃了不該吃的藥，這些濫用的可能也是家長所憂心和焦慮的因素。

伍、建議

Lazarus 提出情緒因應的方式包含以問題為中心和以情緒為中心的兩種策略，以下針對注意力缺陷過動症家長面對藥物介入時產生的情緒反應做因應的建議。

一、以問題為中心的因應

建議注意力缺陷過動症家長向子女就讀學校的特教教師詢問縣市鑑輔會推薦的兒童心智科或精神科醫師，並帶著教師所陳述之子女行為輔導記錄就診，以呈現子女在學校和家庭不同面向的資料。如果醫師基於精神、心理診斷和行為評量資料建議家長以藥物介入來改善子女的症狀，家長應與醫師充分溝通，瞭解用藥的目的及後果或藥物的副作用，並且討論施藥之步驟及如何建立追蹤程序等，以便利督導子女用藥。如果對藥物介入存有疑慮，應直接尋求的專業的醫師或藥師的協助，切勿聽信網路、鄰居、其他家長的意見。

二、以情緒為中心的因應

通常當個體評估情境不易以行為加以改變時，最常採用此因應策略。建議注意力缺

陷過動症家長對藥物介入的認知再評估，如果藥物介入對子女的表現是有幫助的，儘管改變不了藥物介入的事實，卻可以改變藥物介入對自己的意義。例如，把藥物想成一種維他命、感冒藥或眼鏡等輔助的工具，雖說以情緒為中心的因應方式還包含利用壓抑、遺忘等防衛機轉來設法讓自己與藥物介入的情境或經驗隔離，但家長對子女有督導之責任，因此不建議以壓抑或遺忘的方式處理。

陸、結語

注意力缺陷過動症的藥物介入是近幾年頗具討論的議題。除了子女本身的意願外，決定子女是否採用藥物治療的關鍵人物是家長，因此本文以認知評估理論探討注意力缺陷過動症家長對子女面對藥物介入時可能產生的寬心、希望、快樂、驕傲和愛等正向情緒，以及悲傷、憂鬱、憤怒、焦慮和罪惡感等負向情緒，並提出藥物療效、支持系統、藥物的副作用和藥物濫用與依賴可能是引發正負向情緒的因素。最後，提出家長面對藥物介入時的情緒因應之方，期望本文能協助注意力缺陷過動症家長省思面對藥物介入時潛藏的情緒，以及該如何更有效地管理情緒，避免情緒過度干擾子女藥物介入的決策。

參考文獻

任曉晨（2007）。言情小說人物愛情嫉妒情緒因應歷程及轉化為讀書會討論媒材之研究。國立東華大學教育研究所

- 碩士論文，未出版，花蓮縣。
- 李素卿譯（2002）。**感性與理性：了解我們的情緒**。台北：五南圖書。
- 周正修、陳錫洲、陳永煌、羅慶徽（2007）。注意力不足過動症的診斷與治療。**基層醫學**，**22**，304-310。
- 林興皓（2006）。**情緒智力對於壓力反應與組織結果變項之干擾效果研究**。國立雲林科技大學企業管理研究所碩士論文，未出版，雲林縣。
- 林建平（2006）。注意力缺陷過動症兒童的診斷與處遇。**特殊教育季刊**，**101**，1-8。
- 洪麗瑜（2002）。**ADHD學生的教育與輔導**。台北：心理出版。
- 洪蘭譯（2008）。**浮萍男孩：發現男生缺乏動機的因素，再造獨立負責的男兒本色**。台北市：遠流出版。
- 侯禎塘（2001）。過動兒的教育與治療。**屏東特殊教育**，**1**，28-44。
- 唐子俊、王士忠、孫肇玢、唐惠芳、唐惠娟、陳聿潔、李怡珊、劉秋眉、黃詩殷、戴谷霖譯（2008）。**兒童臨床工作手冊**。台北：心理出版。
- 陳逸群、李鶯喬（2002）。注意力不足過動症。**臨床醫學**，**49**(6),403-409。
- 陳信昭譯（2009）。**我的孩子該不該服用精神科藥物**。台北：心理出版。
- 陳惠文、陳惠明（2010）。使用 Atomoxetine 於注意力不足過動症患童病例報告。**臺灣臨床藥學雜誌**，**18**(2)，61-68。
- 楊文麗、葉靜月譯（2005）。**兒童注意力訓練父母手冊**。台北：張老師文化。
- Barkley, R. A. (1998). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: The Guilford Press.
- Bangs, M. E., Jin, L., & Zhang, S. (2008). Hepatic events associated with atomoxetine treatment for attention-deficit hyperactivity disorder. *Drug Safety*, *31*, 345-354.
- Bideman, J.(2003). Pharmacotherapy for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) decrease the risk for substance abuse: Findings from a longitudinal follow-up of youths with and without ADHD. *Journal of Clinical Psychiatry*, *64*,3-8.
- Consumer Reports Health Best Buy Drugs: Evaluating prescription drugs used to treat attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) comparing effectiveness, safety, and price. 2010年4月23日，取自:<http://www.consumerreports.org/health/resources/pdf/best-buy-drugs/> Gau, S. S., Huang, Y. S., & Soong, W. T. (2007). A randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial on once-daily atomoxetine in Taiwanese children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Child Adolescent Psychopharmacology*, *17*, 447-460.
- Lloyd, G., Cohen, D., & Stead, J. (Eds.).

(2006). *Critical new perspectives on ADHD*. Oxford, UK: Routledge.

Solomon, R. C. (Ed.). (2003). *What is an emotion?: Classic and contemporary readings* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York : Springer Publishing Company.