# 注意力不足/過動症(ADHD)是神經多樣性，還是一種疾病？

**王亮人醫師**

**高雄長庚醫院精神部主任、長庚大學醫學院醫學系教授、台灣兒童青少年精神醫學會常務理事、台灣精神醫學會監事**

注意力不足過動症（attention-deficit/hyperactivity disorder, ADHD）是一種常見的神經發展障礙症。2024 年 10 月，「經濟學人」（The Economist）刊出一篇短文，標題為：ADHD should not be treated as a disorder，副標題則是：Adapting schools and workplaces for it can help far more [1]。文章主要主張，ADHD 不應單純被視為一種疾病，而應從「神經多樣性」（neurodiversity）的角度理解，透過調整學校與職場環境，以符合不同個體的需求，可能比增加醫療介入更能有效提供協助。

這篇文章雖然刊出至今已有一段時間，近日卻又在 Facebook 及其他社群媒體平台重新引起廣泛轉傳與討論，累積相當高的瀏覽量。這也反映出社會大眾對於 ADHD 的疾病定義、診斷與治療，仍存在不同觀點。因此，我們有必要重新檢視這個議題，釐清神經多樣性與疾病診斷之間的關係。

## 究竟什麼是疾病（disorder）？醫學上又為什麼需要定義疾病？

根據世界衛生組織（WHO）的相關定義[2]，障礙（disorder）通常是指個體在認知、情緒調節或行為等方面出現具有臨床意義的異常或失調，並伴隨顯著的痛苦，或造成個人在重要生活領域的功能受損。換言之，當個體的生理或心理功能出現一定程度的失調，相關症狀不僅持續存在，更進一步造成生活困擾、心理痛苦或功能障礙時，就可能符合疾病診斷的條件。

以高血壓為例，當血壓持續達到特定診斷標準時（收縮壓經常大於或等於 130 mmHg，或舒張壓經常大於或等於 80 mmHg ），便需要進一步評估與治療。疾病的定義並非為了替個體貼上標籤，而是為了辨識健康問題、評估其嚴重程度，並提供適當的醫療處置與支持。

在臨床實務中，我們經常看到典型的 ADHD 兒童，長期面臨許多看似平凡、對其他孩子而言卻相對容易完成的日常挑戰。例如，上課時難以安坐、無法順利抄寫聯絡簿、在安親班或家中難以按時完成作業；下課時不容易與同儕

和睦相處，回家後還得面對洗澡、刷牙、整理書包等日常常規，也經常無法順利完成。對這些孩子而言，每一天的生活彷彿都是一場艱鉅的考驗，不僅造成孩子本身的挫折與痛苦，也讓家長、教師及照顧者承受相當大的壓力。更重要的是，已有充分的醫學證據顯示，若 ADHD 未能及時獲得適當的診斷與介入，孩子日後出現學習困難、輟學，以及焦慮、憂鬱等精神疾病的風險也會增加。由此可見，當 ADHD 症狀已對個體的生活與發展造成明顯影響時，當然符合疾病診斷與醫療介入的必要性。

目前已有大量醫學研究證實，ADHD 患者若能及早接受適當的診斷與治療，不僅有助於改善學業表現及人際關係，也可能降低意外傷害、後續精神疾病共病、犯罪行為，甚至過早死亡的風險。相關醫學資訊可參考臺灣兒童青少年精神醫學會過去的衛教文章[3]，以及陳錦宏教授所撰寫的《ADHD 現代知識專頁》[4]。此外，疾病診斷還具有重要的社會與制度意義。唯有透過適當的診斷，才能讓有需要的個案獲得相應的醫療服務、健保給付、特殊教育資源及社會福利支持。如果否定疾病診斷的必要性，這些孩子可能反而失去取得適當協助的重要依據。

**神經多樣性（neurodiversity）不代表不需要醫療協助**

「神經多樣性」（neurodiversity）一詞，是由社會學家茱蒂・辛格（Judy Singer）於 1990 年代提出的概念。其核心主張是，大腦結構與認知功能的差異，是人類自然存在的生物學變異，就如同自然界的生物多樣性一般。近年來，神經多樣性已成為廣受關注的概念，常被用來理解不同個體在認知、學習、情緒及行為表現上的差異。這個觀點有助於提升社會對不同神經特質的理解與接納，減少歧視及污名化，具有相當正面的意義。

然而，值得注意的是，神經多樣性的概念若被過度簡化，也可能產生另一種誤解：既然 ADHD 或自閉症類群障礙症（autism spectrum disorder, ASD）只是大腦與認知功能的自然差異，就不應被視為疾病，更不需要接受醫療介入。事實上，這兩種觀點並不衝突。神經多樣性強調的是尊重個體差異，而疾病診斷關注的則是這些差異是否已造成顯著的痛苦或功能損害。承認個體具有不同的神經特質，並不代表可以忽略其所面臨的實際困難；同樣地，接受疾病診斷，也不代表否定個體的價值與獨特性。

我們理解，許多孩子與家長對於孩子被冠上疾病名稱，往往會感到擔憂甚至抗拒。然而，這些抗拒有時來自對疾病的不了解，也可能源於對疾病標籤的自我污名化。試想，如果孩子每天不停打噴嚏、流鼻水，甚至因此睡不好覺，經醫師診斷為過敏性鼻炎，我們是否也會對這個診斷產生相同的抗拒？

如果神經多樣性就代表不應將其視為疾病，那麼近視或青光眼是否也應被稱為「眼球多樣性」？我們是否只需要在教室、學校及職場提供更大的字體與標示，讓視力不佳者能夠看得更清楚，而不需要進一步診斷與治療？又或者，當孩子的身高明顯落後同齡兒童，甚至低於生長曲線的第 1 百分位時，我們是否也應宣稱這只是「成長多樣性」，不需要進一步評估生長遲緩的原因，也不必在符合適應症時考慮生長激素治療？這些例子或許能讓我們進一步思考：尊重個體差異，是否就意味著不需要處理已經造成困擾的健康問題？

在臨床上，我們也曾遇過一些直到國中、高中，甚至成年後才首次接受 ADHD 診斷的個案。有些人在診間得知自己的困境原來有合理的醫學解釋時，甚至忍不住涕淚縱橫。多年來，他們不斷被責備拖延、懶散、不積極，卻始終無法理解自己為何難以完成別人眼中理所當然的事情。當他們終於了解這些困難與 ADHD 有關，往往有一種終於獲得理解與釋懷的感受。因此，對於真正需要協助的孩子而言，若我們過度擔心疾病診斷可能帶來的標籤效應，反而可能延誤他們獲得適當協助的時機。

**醫療介入與環境調整，應該相輔相成**

「經濟學人」的文章提到，應該善用 ADHD 患者的才能與優勢，並透過調整學校及職場環境，讓他們能夠發揮所長。這樣的主張無疑具有正面意義，而且與 ADHD 的診斷及治療並不矛盾。事實上，我們甚至可以進一步指出，ADHD 患者及早接受適當的診斷與治療，正是為了讓他們有更多機會發揮原本具備的潛能，而不致因為注意力缺陷、衝動控制困難或執行功能障礙，長期消耗學習熱忱、削弱自信心，甚至埋沒原本可以發展的能力。

至於文章所倡議的教育與職場環境調整，其實台灣的教育體系多年來也已逐步建立相關支持措施。例如，符合資格的學童可以透過鑑定與安置程序，申請各項特殊教育資源，包括針對學習表現不佳者提供課後輔導或資源班服務、由巡迴輔導教師協助社交技巧與行為訓練、適度調整班級人數，以及安排教學

助理員等。這些措施的目的，都是依據孩子的個別需求，提供適切的學習環境與支持。因此，ADHD 的醫療治療與環境支持並非相互排斥，而是可以相輔相成。每個孩子的困難與需求不同，所需要的協助也應因人而異、因地制宜、因材施教，而不是將所有孩子塑造成同一種標準化的學生。

總而言之，「經濟學人」這篇文章提醒我們，應該重新思考教育與職場環境如何接納不同神經特質的個體，並善用他們的優勢與潛能。這樣的出發點值得肯定。然而，我們不應因此將其解讀為「ADHD 不是一種疾病，也不需要治療」。

**參考資料**


1. (https://www.economist.com/leaders/2024/10/30/adhd-should-not-be-treated-as-a-disorder?utm_campaign=a.io-btl_fy2627_all_conversion-testingasc-sasub_prospecting_global-global_auction_na&utm_medium=social-media.content.pd&utm_source=facebook-instagram&utm_content=conversion.content.non-subscriber.content_static_adhdtreated_na-na_article_na_na_na_na&utm_term=sa.all-evergreen&utm_id=faall51340&fbclid=IwdGRzaAVPZL5leHRuA2FlbQEwAHBkb2YFYWRpZAGrORBPT_Xlc3J0YwZhcHBfaWQMMzUwNjg1NTMxNzI4AAEf_1qBBMBq0U0QpoPQB2VTq3DBLEdYs8m8Gq4RCUMbOvzdeuTBxv9XJPzufko_aem_vgbOtKWEXBry0TLKX-0X-w&campaign_id=120252199695560437&ad_id=120252557227280437)
2. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders
3. https://www.tscap.org.tw/TW/home/Default.asp
4. https://www.facebook.com/ADHDknowledge?fref=ts#