



兒童青少年

精神醫學通訊

Child & Adolescent Psychiatry Newsletter Vol.12, No.3, Autumn 2013

2013
秋季號

兒童醫院二十週年院慶學術研討會

本期主題 文化與兒童發展的關係



照片：林口長庚醫院提供

♥ 理事長的話

♥ 秘書處公告 1

♥ 專欄文章

- 兒童心智科臨床工作所需的文化能力 3
- 加拿大原住民孩童的 ADHD 特質研究 7
- 涵化，發展與適應 12
- The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress..... 17



理事長的話



張學岑 理事長

又是秋涼時節。隨著一陣雨一陣寒，希望逐漸溫和的季節裡，大家的心情得以慢慢渡到心平氣和的好境界。

首先，是好的訊息。

在9月倒數第二個周日，我們學會增加了13位新的專科醫師、13位有為的生力軍。我們熱烈歡迎他們！（拍拍手）

在口試的過程裡，考官對於考生們優秀的表現都十分讚許。但是，隱約之間，考官們也注意到一些令人憂心的現象。

在新的一代年輕醫師中，總是覺得大家過於仰賴其他專業的「相輔相成」。

問到孩子的能力，轉介給臨床心理師做智能評估。問到專注力，也是轉給心理師做CPT。問到家庭糾葛，轉介給社工師做家庭治療。問到孩子的症狀及診斷方式，考生會搬出各式問卷及量表。

丘彥南醫師會說，要看孩子們的聯絡簿、作文、日記啊。這些話，他講了20年，但是在做診斷這件事上，還真是有用。（又要拍拍手了）

多年來，我們對於訓練出來的兒青專科醫師，對他們的期許還是在可以當 team leader。如果沒有 team 可以來 lead 的時候，我們期許他可以具備：獨立思考病情、全面性思考及完整組合資訊的超能力！絕不是一位沒有生化武器或是核武就沒有戰鬥力的兵種！

再來，還是更多好的訊息。

明年六月學會即將改選。在過去四年中，在理監事裡、在學會工作小組中，我們都看到好多有能力、有智慧、又有意願的兒青醫師。我希望，大家踴躍接下學會的棒子，為大家服務，也藉由這樣的機會，實現自己對兒童精神醫學的一些理念！（給全體會員拍拍手）



2013 夏季號秘書處公告

- 一、依第八屆第六次（2013/9/15）理監事會議決議：通過黃于倫、朱仲翔、沈眉君、蔡佩蓉、李昀澤醫師入會申請。
- 二、第十五周年年會擬訂於2014年6月7日於臺北舉行。屆時請所有會員踴躍參與，繼續支持學會！
- 三、第八屆第六次專科醫師甄審委員會決議（2013/9/22）：
102年度甄審通過兒童青少年精神科專科醫師名單：
蔡伯鑫、林佩縈、陳珮儀、林俏汎、林祥源、鍾德、吳俊漢、趙若梅、杜榮鴻、張倍禎、蔡景宏、李姿誼、李幸蓉。
謹提供以下建議以供以後訓練醫院及會員參考：

台灣兒童青少年精神醫學會專科醫師甄審 102年度口試評語與建議彙整

1. 考生普遍對於鑑別診斷及統整能力不足，需再加強。
2. 考生在個案追蹤治療過程中所接受之督導不足，需再加強。
3. 許多考生因治療時間不足，過早診斷並認結果為有效，有稍嫌太快做結論之疑慮，希望考生以後能於適當追蹤時間後再做結論。
4. 訓練醫院可考慮加強訓練考生整合團隊工作能力，並讓考生能對社會資源運用有更深入的理解。



四、學會於本年8月20日以字第102044號函建請健保署修訂「家族治療」支付內容及點數。健保署已於本年9月9日以健保醫字第1020065504號函回覆：同意兒童是否到場參與，將依醫療臨床認定。其內容如下謹供會員參考：

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

機關地址：台北市信義路3段140號
傳真：(02)27026324
聯絡人及電話：吳明純(02)27065866轉2638
電子信箱：A110744@nhi.gov.tw

10455
台北市中山區松江路22號9樓之3
受文者：台灣兒童青少年精神醫學會

發文日期：中華民國102年9月9日
發文字號：健保醫字第1020065504號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：有關 貴會建議修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號45082B「家族治療」支付內容及點數乙案，復請 查照。

說明：

- 一、復 貴會102年8月20日(102)岑字第102044號函。
- 二、有關修訂旨揭診療項目支付內容乙節，按全民健康保險精神科審查注意事項規範，醫療院所若因個案病情所需，對兒童之主要照顧者施行必要處置，檢具具體紀錄後得申報家族治療。至於患童是否到場參與，依醫療臨床專業認定。
- 三、有關修訂旨揭診療項目支付點數乙節，目前國內支付標準調整預算運用之核心為優先調整急重難症診療項目。貴會針對調高旨揭項目支付點數之建議，本署將作為未來支付標準研修之參考。
- 四、有關增加補助乙節，健保特約醫事服務機構於提供保險對象醫療服務後向本署申報費用，本署係依相關規定審查後核付費用。若 貴會認為此一部分宜由公務預算再作補助，建請 貴會直接向衛生福利部心理及口腔健康司提出建議。

正本：台灣兒童青少年精神醫學會
副本：本署醫務管理組

署長黃三桂 出國
副署長 蔡 魯 代行



專欄文章

兒童心智科臨床工作所需的文化能力 Cultural competence in child psychiatric practice

ANDRES J. PUMARIEGA, M.D., EUGENIO ROTHE,
M.D., AND KENNETH ROGERS, M.D.

From : Journal of the American Academy of
Child and Adolescent Psychiatry. 2009 Apr

林口長庚醫院 兒童心智科 林家民 張學岑

美國正面臨著一個人口越來越多，種族文化多元且快速變化的人口景觀。這些變化主要源於三大因素：(1) 其歐洲裔人口的逐漸老齡化和低出生率，(2) 非歐洲裔人口出生率增加及較低的平均年齡，(3) 來自拉丁美洲，亞洲和非洲的移民的顯著增加。到 2050 年，歐洲出身的美國人將不再是占多數，這情形將發生在 2030 年之前未滿 18 歲的兒童中，而現在對 6 歲以內的孩子已經成為了事實。這些不斷增長數量的孩子們有著各式各樣的種族，民族，國家的起源，移民，和社會經濟背景。然而，作為一個群體，當他們長大了，會發現與那些歐洲裔，白皮膚，且社會經濟地位較高的主流人群不同。

這些變化在兒童精神科和心理健康服務是非常顯著的。首先，心理健康服務的接受程度和方向會被文化態度，信念和處理方式所影響。然而目前精神病的診斷和治療有很大程度是排除了不同人群的發展差異，因而導致了一些普遍性的問題。同時這些新興的人口面臨著越來越多的心理健康需求。例如，美國青少

年危險行為調查的疾病預防控制中心報導，拉丁裔和非裔美國青年與歐裔的美國人相比，擁有過自殺意念的比例是顯著的更高。

美國的醫療保健系統，包括精神衛生系統，一直沒有得到有效解決這些多元文化人口的需求。這就造成了在身體和心理健康層面，這些人與歐裔美國人相比，只能得到較低的治療服務，以致有較高的發病率及死亡率。這樣的種族差距也反映在兒童福利和少年司法系統中的非歐裔孩子裡，他們較高比例會出現精神障礙和缺乏較適當的介入服務。

對於逐漸增加臨床服務上的挑戰，文化能力 (cultural competence) 已成為兒童社區照護系統的核心原則之一。Terry Cross 和他的同事將文化能力定義為一個“套用在一個系統，機構或專業人士中，能使他們在文化差異的背景下有效地開展工作的一種行為，態度和政策。”所有兒童和青少年心理健康的工作都須考慮正常發育者和功能障礙者的個體差異及其家庭，學校和社區背景的不同。然而在臨床照護上這些文化差異往往不被納入考慮，也因而造成可能存在的風險。即使源自不同文化背景的醫生也可能無法識別這些因素，這可能是缺乏專業培訓和自己的個人文化適應。

診斷與治療上的文化挑戰

在其他族群的兒童身上可以表現出和歐裔美國人不同的症狀，所以這樣的情形可能會導致誤診。例如，在少數族裔青少年的焦慮和憂

鬱很容易以身體化症狀呈現。非洲裔和拉丁美裔的孩子經歷過內在失調的情形後可能會表現出憤怒或破壞性行為，這往往容易會被過度診斷成為精神病。在不同族群中疾病發作的情緒反應也會有所不同。若未能辨識人際互動中的文化差異，可能會導致對個案情緒或行為的錯誤解讀。像是美洲原住民文化強調情感的非語言溝通。其所謂的強烈感情中，尤其是憤怒，是不能公開表露的。

少數民族兒童的診斷也越來越具挑戰性，因為合併症的頻繁發生。移民，文化適應，歧視和社會暴力所帶來的壓力常造成情緒，焦慮，物質濫用，創傷後壓力障礙等合併症。不同的文化群體的對精神疾病的理解，也有顯著差異，包含了靈性，超自然的，和人際互動的解釋模型。一些被稱為文化依存症候群 (culture-bound syndromes) 的表現，不符合典型精神疾病的症狀，往往由該傳統文化中的治療師所處理。

移民和少數民族背景的人常傾向於延遲治療，直到孩子的病情是相當嚴重的，或是家庭已承受極大壓力。這可能與他們的社會經濟背景，缺乏保險，多照顧負擔，治療上體制的障礙，和文化價值觀有所關連。有時，移民和少數民族家庭得有外部機構（如學校或兒童福利官員）的壓力下，才可能去尋求治療。在這樣對抗性和緊迫的基礎上所進行治療，常導致較高的非自願接受和治療提前終止率。這樣的求助模式，可能會導致較差的順從性和較差的結果與預後。汙名化是另一個尋求精神健康服務

時的文化相關的障礙。許多文化有對重大精神疾病的負面看法，和恐懼的雙重歧視，也因此阻礙各個家庭和青少年接受診療的機會。這些態度可能還源於在他們的國家本來精神衛生系統中的負面歷史經驗。

Ethnopharmacology 這是一個日益重要的領域，專門在藥物動力學和藥效學方面研究種族的差異，能使更多的族群能得到更有效的藥物治療。各種基因控制通過影響藥物代謝，受體調節和神經傳導物質轉運的活動，都與不同的種族群體和不同的遺傳多態性有關。肝臟酵素的基因多態性（特別是細胞色素 P-450）可已決定一個族群在某些代謝能力的差別。代謝率還受其他文化相關的變量，如物理環境，年齡，性別，營養成分，以及是否有使用草藥的習慣。例如，食用柑橘（多發現在加勒比地區）會抑制 CYP-3A4 活性，食用玉米會抑制 CYP-2D6（常見於墨西哥和中美洲及南美洲），從而影響這抗憂鬱藥的代謝。血清素轉運蛋白的活性也是經由基因調控且也被種族相關的基因多態性所影響。因此，評估個人的種族遺傳，移民世代狀態，和對傳統療法的遵從性都是重要的。例如，非裔美國人（和加勒比拉丁非洲人血統）比其他族群更容易發生錐體外症候群副作用。

文化能力模型在評估和治療中的應用

具備文化能力的臨床醫生不僅要是敏感和能接受文化上的差異，但也知道自己的文化背景和可能會影響他們臨床判斷的偏見。他們為

所服務的人群努力獲取知識，針對不同的病人和家屬的需求調整的臨床治療，並試圖連結傳統文化和主流文化之間的理解。理想的情況下，他們應該實踐在組織和系統的照護上，通過培訓知識發展和適應，秉持文化能力的原則，包括重視和適應文化和種族以及宗教多樣性的理解；對文化差異的動態管理。這些組織應發展專業的程序和政策，以能對不同的族群和社區的全方位需求提供更好的服務。

語言溝通在獲取準確的臨床資料和建立治療聯盟上是非常重要的。然而，許多移民（特別是新移民的青少年和家長）的英語不流利，會造成可能無法充分參與臨床過程。在這些情況下，採取筆譯和口譯是有效治療的關鍵。口譯者應該是隨時待命，並提供其在翻譯和精神病學術語的適當培訓。他們也應該作為文化顧問，幫助破除語言和非語言的溝通障礙。電話口譯服務是不盡理想的，因為其有限的感官角度訊息，但能夠有 24 小時服務的可近性。任何衛教資料或評量工具也應該轉譯成能被這些家庭成員或孩子所能了解的語言。

許多已發表的文章和指引以及對臨床治療的建議，都支持更多的文化取向的精神衛生保健。這些開始的初步評估是一個關鍵，可以幫助建立了強大的治療聯盟，並獲得文化如何影響兒童和家庭的需求和理解的關鍵信息。

在這個部分，醫生建議如下：

- 詢問有關治療的信念和態度，包括治療是否有任何形式強迫或衝突。
- 確認家人和醫生之間在現實和觀念上的權

力差異的。

- 探索照護上可能存在的障礙，特別是在醫院或診所常見的官僚障礙。各族群的兒童和他們的家庭通常是在熟悉的環境能獲的最好服務，例如社區診所。以學校為基礎的服務是通常較少有污名化現象存在，比較容易被接受，也十分有效果。
- 要納入關鍵家人的意見（如祖母或其他長輩），因為在對於許多不同的文化中都是擴展家庭參與治療的重要關鍵。
- 詢問有關家庭的精神和宗教的信仰，家庭中的性別角色，以及主要家庭成員的首選語言 / 流暢度狀況（後者代表文化適應水平）。
- 評估自然文化優勢，以及兒童和家庭需求，小心不至過早標籤個案行為是病態性的。評估正常或苦惱的情感與行為要考慮文化差異，以防止誤診。
- 詢問關於的孩子和家人的移民經驗，並探索相關創傷經驗的存在，例如家人分離，戰爭，飢荒，艱鉅的旅程，或犧牲受害。對於一些住在城內的孩子，要注意是否在家裡或在社區中有受到暴力或虐待。

少數民族兒童的治療必須用一個中立的態度來解決的文化，心理和生理需求。

在這個部分，醫生建議如下：

- 評估和調動家庭，鄰里，社區資源；辨識環境壓力，以及加強家庭和文化優勢。
- 支持家長採取符合其文化價值信念的適當行為處理方式，但提醒該家庭的養育方式

是否可能是不被主流文化所接受的或甚至是違法的。

- 尊重文化的溝通和家庭角色功能，但培育家庭在處理他們後代雙文化現象上能夠更靈活地去解決文化適應衝突。
- 心理介入的處理必須與多元文化的兒童 / 他們家庭的價值觀與信仰相一致，這將增加接受度和遵從度。治療方法夠實際且具問題導向的話則通常都能產生效果。
- 如果病人或家屬表示偏好傳統治療，則要與其傳統治療師協商合作。這樣可以防止治療方向的衝突和提高治療的遵從性。
- 心理治療上遵守保密原則，避免臨床醫生造成孩子和他 / 她的家庭有分裂的情況。
- 使用家庭或社區為基礎的治療方式來替代住院治療，這通常會得到更好的結果。強制住院治療往往重啟過去的創傷，即便有最大限度的家族支持也應該少去選擇這樣的處理方式。
- 除了民族藥理 (ethnopharmacological) 的問題，其他像是知情同意（包括傳統文化的家庭決策者）和衛教以及賦予家庭和青少年用藥選擇等問題都要注意。

針對少數民族和移民兒童及青少年的實證 本位治療

篩檢，診斷，症狀評量工具應（如果能）針對孩子所屬的民族 / 種族給予驗證和基準化。有些評量工具（如 Diagnostic Interview Schedule for Children Version 4 和 the Achenbach

rating scales）已在不同族群中使用。然而，所有的評量工具均需要注意一些可能讓人陌生的名詞和概念，以免評量獲得有誤差的回應。

有些心理介入處理方式在少數民族和移民兒童上使用已有許多研究證據是有效的，特別是非裔美國人和拉丁美裔。對拉丁裔青少年來說，人際心理治療在憂鬱症上似乎是比認知行為心理治療更為有效。證據導向和學校導向的治療與預防措施也被開發用於治療其他各種疾病。另外一些研究認為適度修改的認知行為治療在少數患者（如為臨床醫師提供文化培訓，以及提供翻譯服務）也有顯著效果。

一些針對特定的民族和種族群體的具體介入措施已被相信是有療效。像是團體和家庭心理治療被認為是有效的，特別是有整合了文化和民族認同，心理教育和與文化一致的應對方法。另外一些介入處置，如策略性家庭治療，其最初的開發是針對特定族群（拉丁美裔），然後才再被應用在其他民族或種族的青少年身上。

針對少數民族和移民兒童的精神藥理學研究是很少的。目前沒有人往單獨的族裔的治療方法做過有效性分析。興奮劑在拉丁美裔和非裔美國人的注意力障礙治療上是有效的，但增加行為介入措施是必需的，以期能達到最佳的治療效果。有少數族群的研究試驗存在重大挑戰，這種缺乏證據的不幸結果，其原因之一可能是有機會接受藥物治療的少數族群兒童和青少年個案數量明顯較少。

結論和未來發展方向

一般外科醫生的在心理健康，文化，種族上的支持和醫學機構的報告都開始呼籲大家加強研究心理健康中的文化多樣性。我們已經看到越來越多的研究在兒童心理健康流行病學及治療結果上研究人種 / 種族差異，尤其是在起源亞洲和美洲印第安人的人口。

各級醫療體系和精神病學教育對文化相關的知識，技能和態度應該要有更大的重視。例如美國新澤西州成為第一個美國需要每年都要有文化能力繼續教育學分來讓執業牌照續期的。實現文化能力，包括終身學習新興的種族 / 族裔和文化，並將其納入到實踐的相關知識。一些醫學研究報告表示，臨床醫生必須在為不同族群服務時，去注意那些仍然阻礙那些需要服務的其他族群孩子的成見和偏見。

以文化能力為中心的兒童心理健康服務的工作正在進行中，合併社會其他方面的努力，也提高我們在各個領域的多元文化能力，像是在教育，醫療衛生，人性化服務和相關業務。這種做法不僅有利於各種不同族群，其實也強化了我們對所有兒童和家庭的照顧，不管他們是何種文化背景。另外也能增強了我們臨床工作者的國際合作能力來面對來自世界各地的兒童所面臨的心理健康問題。

加拿大原住民孩童的 ADHD 特質研究

From JOURNAL OF ATTENTION DISORDERS May, 2006

林口長庚醫院 兒童心智科 詹翔琳 黃玉書

ADHD 是最常見的兒童精神科疾病，學齡兒童的盛行率估計在在 3~10%。ADHD 是一種發展及行為疾病，以不專心、衝動和過動為特徵。特別是當環境無法處理孩童獨特學習的型態和興趣時，這些特徵會造成學校和 / 或社會功能的缺損。

ADHD 的病因不明，可能是涉及生物因素，通常是因基因決定的神經化學障礙和環境劣勢。最近 ADHD 的特質被放入演化生物學的脈絡中看待，被認為是對於環境挑戰的適應性行為。在早期「獵人-採集者」或「反應-準備」的社會，大多由印地安人作為代表，增加的活動力、搜尋和快速轉移注意力和衝動可能提供了選擇性優勢；但和目前農業為基礎或以「問題解決導向」的社會，ADHD 的特質變成是弱點。這個論點被 DRD4 多巴胺接受器基因中 7R allele 和 ADHD 有相關性所支持，DRD4 多巴胺接受器基因中 7R allele 比其他 allele 都還年輕，暗示可能在某些族群具有優勢。如果 ADHD 的特質在印第安人確實有選擇性優勢，我們預期會發現在這些「獵人-採集者」族群後裔原住民兒童中顯著地有較多人有和 ADHD 孩童相似的特質。這個研究是採用標準的父母和老師的問卷，調查在加拿大北阿爾伯塔兩所原住民保留區的學校有多少比例的兒童符合 ADHD 相關的症狀。

方法：這個研究是為了更了解原住民社群

中的學習型態和挑戰。所有參與的孩童、其父母、老師、學校和社群長老均同意簽署研究同意書。這個研究結果要發表之前也與社群的長老討論以確保取得的資訊和做成的結論是每個社群所能接受的。

參與者：來自於 86 位小學一年級到小學五年級的原住民孩童 (48 男性和 38 女性) 的父母或監護人的告知同意書，代表回收的比例接近 50%。大部分這些孩童是來自位於兩處加拿大北阿爾伯特保留區的兩所原住民的學校，而其他來自同樣的保留區或是鄰近的區域，透過學校的代表所納入的。共有 75 位孩童的父母和老師有完整的填寫 Conners' 問卷量表；在這 75 位孩童中，其中 30 位是小學一年級，10 位是小學二年級，21 位是小學三年級，13 位是小學四年級，1 位是小學五年級。在一開始收案中的 86 位孩童中有 11 位孩童只有老師填寫的 Conners' 問卷量表，但是父母的版本沒有填寫。所有參與的兒童都是 Stoney 或 Cree，是「獵人-採集者」族群的後裔。

方法和順序

父母和老師的 Conners' 問卷量表長版是用來決定孩童是否符合 DSM-IV 的症狀準則，Conner's 問卷量表在之前的研究已有描述。研究中也評估個別的學習成就和認知能力以觀察是否有相關的學習障礙惡化了不專注的行為。由認證的心理師和心理系畢業的學生來實行魏氏第三版兒童智力測驗去 (WISC-III) 評估智商和魏氏個別成就測驗第二版 (WIAT-II)。由兒科醫師使用診斷標準篩檢胎兒酒精症候群和其相關的情況。

Conners' 問卷量表長版 (Conners' rating scale-revised/long version; CRS-RL)。CRS-R:L 是用來篩檢孩童的 ADHD 症狀。CRS-RL 的分量表提供關於多種行為的特質，包括對立反抗、認知問題、不專心、過動、焦慮、完美主義、社會問題和心身症傾向。每位孩童的父母被要求完成長版的問卷，用彌封的方式交回學校，之後計算分數是否 ADHD 症狀的指標分數在關鍵範圍。T 分數超過平均值 1 和 1.5 個標準差即被認為是在關鍵範圍。老師和父母版問卷的分數在下列指標超過 T- 分數 65 即被認為是符合 ADHD 相關的症狀：Conners' ADHD 指標、DSM-IV 不專心指標，DSM-IV 過動/衝動指標，或 DSM-IV 總 T 分數。

魏氏兒童智力量表三版 (WISC-III)。WISC-III，是一個評估認知功能的工具。智商分數，平均是 100，標準差是 15，包括總智商、語言智商和操作智商。語言智商包括六個分測驗：常識、類同、算術、詞彙、理解和記憶廣度。操作智商包括六個分測驗：圖畫補充、符號替代、連環圖系、圖型設計、物型配置、符號尋找。所有分測驗的平均是 10，標準差是 3。總智商是所有分測驗的組成。使用加拿大的常模。

魏氏個別化成就測驗第二版 (WIAT-II)。WIAT-II，是一個評估學習成就的工具，和 WISC-III 一樣，WIAT-II 有幾個組成分數，所有組成分數的平均都是 100，標準差是 15，閱讀分數的構成包括讀字、閱讀理解、假詞解碼的分測驗。算術分數的構成包括數值運算和算術推理的分測驗。書寫語言分數的構成包括拼音和書寫表達分測驗；和口語分數的構成是聽力

理解和口頭表達分測驗。總組成分數是所有分測驗的組成。使用美國的常模，因為加拿大的常模當時還沒有發表。

人口資料問卷。每位孩童的家長或監護人會填問卷，用彌封的方式交回學校，問題包括每位孩童的一般資料，包括現在的年級、出生年月日、條約狀態、語言、出生前的狀態例如菸酒或藥品的暴露；和現在的健康狀態，像是藥物的使用、醫療診斷或健康問題、和行為或是學習的擔憂。

胎兒酒精症候群 (FAS) 篩檢。關於胎兒酒精症候群和相關狀況的篩檢準則被用來評估胎兒酒精症候群的面部的特徵 (臉裂、人中和上脣，生長遲滯和腦功能失調。在每個量度中，孩童會有序列的編碼，1 代表沒有，2 代表輕微，3 代表中度和 4 代表嚴重。

結果：

Conners' 問卷量表長版 (Conners' rating scale-revised:long version; CRS-R:L)

75 位有完整父母和老師問卷資料的孩童中的 17 位 (22.7%;95% 信賴區間：13.5~32.5%)，在包括學校和家裡的場合，ADHD 四項症狀的分量表中至少有一項分數大於平均 1.5 個標準差 (T 分數大於 65)。在 17 位個案中，10 位孩童符合 Conners' ADHD 指標的症狀準則，12 位 (70.6%) 孩童符合 DSM-IV 不專心指標的準則，10 位 (58.8%) 孩童符合 DSM-IV 過動 / 衝動指標的準則，和 12 位 (70.6%) 孩童符合 DSM-IV 總 T 分數的準則。額外有 11 位孩童僅有老師評估的問卷，4 位在

ADHD 四項症狀的分量表中至少有一項有分數大於平均 1.5 個標準差 (T 分數大於 65)。在這 11 位孩童中，需注意的是雖然 ADHD 的診斷要求至少要有兩個場合的行為評分，但是假設這些孩童的父母問卷也被完成，分數也可能是高的。

在 ADHD 四項分量表的單一項的分析中，女性符合診斷準則的比例較男性高 ($X^2=2.35, p=.13$)，但沒有達到顯著意義。32% 的女性和 16.3% 的男性符合至少一項 ADHD 分量表的準則。

魏氏兒童智力量表三版 (WISC-III)

ANOVA 被用為比較符合和不符合 ADHD 症狀的孩童的學習表現。符合 ADHD 症狀的孩童的總智商 (M= 80.00, SD= 16.69) 和不符合 ADHD 症狀的孩童的總智商 (M=82.05, SD=10.71) 沒有顯著的差別 ($F(1, 74) = .37, p=.55$)。在分測驗的表現會也被檢驗和其他符合 ADHD 的孩童樣本作比較。符合 ADHD 的高加索孩童在 WISC-III 的測驗有一致的表現型態，有一些特定的分測驗的表現是分數較低。特定來說，符合 ADHD 的孩童一般來說在記憶廣度、算術、符號替代、符號尋找和常識方面的分數較低。在這個研究中符合 ADHD 症狀的孩童並沒有表現出和其他符合 ADHD 的孩童一樣的型態。譬如，在我們這個研究中符合 ADHD 症狀的原住民孩童，最低分數的分測驗是算術和理解，和不符合 ADHD 症狀的原住民兒童是接近的，但不接近於診斷為 ADHD 的非原住民孩童。進一步說，在語言分測驗中，診斷 ADHD 的非原住民孩童在記憶廣度的表現最

弱，但符合 ADHD 症狀的原住民孩童 ($M= 7.24$, $SD= 2.28$) 和不符合 ADHD 症狀的原住民孩童 ($M=8.24$, $SD = 2.77$) 記憶廣度的表現在語言分測驗中最高的。

魏氏個別化成就測驗第二版 (WIAT-II)

ANOVA 被用為比較符合和不符合 ADHD 症狀的原住民孩童的學習表現。在 WIAT-II 表現的型態在符合 ADHD 症狀的原住民孩童和不符合 ADHD 症狀的原住民孩童沒有不同。在總組成分數，符合 ADHD 症狀的孩童 ($M= 85.00$, $SD= 17.27$) 和不符合 ADHD 症狀的孩童 ($M= 86.68$, $SD= 11.23$) 沒有不同。相反來說，符合 ADHD 症狀的原住民孩童和符合 ADHD 的非原住民孩童的表現是不相似。舉例來說，最低表現和最高表現分測驗的比例在符合 ADHD 症狀的原住民孩童和不符合 ADHD 症狀的原住民孩童的型態是相似的，而兩者符合 ADHD 的非原住民孩童是不同的。特定來說，符合和不符合 ADHD 症狀的原住民孩童在聽力和閱讀理解的分量表的表現是最弱的，而聽力理解在符合 ADHD 的非原住民孩童是最高的分量表表現。相似的是，符合 ADHD 症狀的原住民孩童在書寫表達的分量表表現是最好的，而一般來說，符合 ADHD 的非原住民孩童在這個分量表則是最弱的。

產前酒精暴露

有五位符合 ADHD 準則的原住民孩童和三位不符合 ADHD 準則的原住民孩童符合產前酒精暴露超過一個月一個酒精單位。在產前酒精暴露之間沒有組間的差異。沒有任何符合

ADHD 症狀的原住民孩童達到胎兒酒精症候群的診斷準則。如果移除計算五位有產前酒精暴露的孩童，符合 ADHD 症狀準則孩童比例會從 22% 下降到 16%。

學習障礙

學習障礙在之前的研究中被認為會惡化 ADHD 的主要症狀。另外，和有精神疾病和正常的控制組做比較，符合 ADHD 的孩童有顯著較高的學習障礙風險。學習障礙被定義為學習成就的分數比智力的程度低 1.5 個標準差。沒有任何符合 ADHD 症狀準則的孩童有相關的學習障礙。這是在預料之外的結果，有可能是因為我們使用的智力評估低估原住民孩童的認知潛能。

討論

臨床應用

在一般的族群中，在 4 到 11 歲，估計 ADHD 的盛行率在男性是 7~10%，女性是 3%。依據父母和老師的 Conners' 問卷，在家裡和學校的場合，有 23% 我們所評估的原住民孩童在 ADHD 四項症狀的分量表中至少有一項分數大於平均 1.5 個標準差。符合 ADHD 症狀的女性 (32%) 的比例高於男性 (16.3%) 的比例，相對於之前的研究非原住民孩童則是男性的盛行率比較高。雖然過動 / 衝動 ADHD 的亞型在男性中比較常見且與破壞性行為相關，使得男性比以不專注亞型為主的女性個案容易被轉介就診。但是轉介的誤差並未發生在我們的研究，且可能表示在原住民的女性孩童有較高比率的不專心 ADHD 症狀。

原住民孩童中 ADHD 的盛行率尚未被清楚的定義。在之前的研究中，使用由 Achenbach 發展出來的行為檢核表發現在印地安的男性有顯著增加的專注力問題。在另一個美國印地安青少年的研究中，Beals 等人發現 ADHD 的盛行率是 10.6%，在這個研究中，是直接用診斷工具面談孩童，而未取得父母和老師的資料。

ADHD 在原住民選擇性優勢可能可以解釋 ADHD 症狀在我們研究中的原住民族群有高的盛行率。增加的活動力允許一個人持續的探索環境和辨識新的機會。迅速轉換的注意力提升一個人去監視危險和威脅的能力，而衝動提供了很快做決定和回應環境的線索的能力。ADHD 是其中一種高度遺傳傾向的醫療情況。父母有 ADHD 所生的孩童中有大於 50% 有 ADHD。DRD4 多巴胺接受器基因被發現在 ADHD 的個體中有增加的比率且可能解釋這種強烈的遺傳型態。有一個特定的接受器，稱為 7R allele，是顯著地年輕和比其他的接受器都來的常見，顯示這個接受器在“獵人-採集者”族群包括原住民有選擇性的優勢。

我們研究的這個族群的特質暗示了在原住民孩童的 ADHD 症狀也許代表了原住民族典型獨特的學習和行為型態而非真的 ADHD。在 WIAT-II 和 WISC-III 的表現指出符合 ADHD 的原住民孩童並不同於典型 ADHD 孩童的學習和認知型態。取而代之的是，符合 ADHD 的原住民孩童表現得比較像是其他不符合 ADHD 的原住民孩童，而不是符合 ADHD 的非原住民孩童。

不論我們辨識出來的型態是源於 ADHD 或是獨特的學習型態，原住民會發現很難適應目前教室中的教學模式。在最近關於原住民學習

型態的回顧文章中指出原住民孩童偏好且善於視覺空間的處理、創造性的藝術和較多實驗性和互動式的教室學習，很有趣的是這些模式也被納入 ADHD 孩童的處遇。

很重要的是雖然我們發現比預期數量還高的兒童符合 ADHD 症狀，但符合 ADHD 症狀的孩童需要和診斷為 ADHD 做鑑別。診斷 ADHD 需要五個診斷的準則都符合。符合 Conners' ADHD 症狀分量表僅歸類孩童為有較高風險有 ADHD 或較多和 DSM-IV 診斷準則有對應，但並不確診 ADHD 的診斷。發現比預期數量還高的孩童符合 ADHD 症狀，可能暗示在我們研究的社區的原住民孩童有比較高的 ADHD 盛行率，或是獨特的學習和行為型態在僅用問卷篩選的情況下被錯認為 ADHD 診斷。來自我們研究的兩個社區並不代表所有的加拿大原住民社群。這是第一個這種類型的研究，將來會需要更大的樣本數並且納入所有的 DSM-IV 準則來進行研究。

總結來說，我們發現使用問卷篩選，來自加拿大北阿爾伯特塔兩個原住民社區的原住民孩童有高 ADHD 症狀盛行率。這些孩童是 Cree 和 Stoney，為來自印地安“獵人-採集者”族群的後裔。符合 ADHD 特質的原住民孩童和符合 ADHD 的非原住民孩童之間的差異暗示在某些原住民學習的型態是某種獨特的學習型態，有可能被錯認為 ADHD 的診斷。如果有進一步的研究納入所有的 DSM-IV 準則和評估是否有 DRD4 多巴胺接受器中的 7R allele，可以協助原住民孩童中區分 ADHD 診斷，還是屬於獨特的學習型態。

涵化，發展與適應

Acculturation, Development, and Adaptation.

Child Adolesc Psychiatr Clin N Am
19(2010) 681-696

林口長庚兒童心智科 謝依璇醫師 梁歆宜醫師

「涵化」(acculturation)是指不同文化的兩群個體持續接觸後，其一或兩文化發生改變的過程。文化的相遇會導致不同程度的文化傳播，並有三種可能的結果：(1) 接受：一者被另一者同化。(2) 適應：產生兩種文化的合併。(3) 反應：導致拮抗的、反涵化的動作。涵化是一種適用於「居住在非出生地的人」的概念，如移民，難民和尋求庇護者。它並不適用於其祖先在自己的土地上被征服，或祖先被迫帶到美國者。今日，由於全球化現象，涵化的概念已成為二十一世紀的趨勢。

由於不同國家間的人民、物品跟概念的互動增加，全球化因此發生。它使國與國之間經濟和政治邊界變得不那麼清楚，因此國民需要面對更為複雜的日常生活問題。另外，全球化也造成過去數十年來大量移民的增加，主要自較貧窮的國家移往美國等的已開發國家。

文化與身分認同

Hughes 將「文化」定義為社會傳播想法的一種系統，包括可以(1) 形塑行為(shapes behavior)，(2) 分類知覺(categorizes perceptions)，(3) 命名經驗中的特定面向，(4) 廣泛地由特定的社會或社群成員所分享，(5) 作為協調和制裁行為的框架，及(6) 跨時代的傳遞價值觀。

在認同部分，自三到四歲起，孩子已經能夠察覺不同語言使用的差異，而四到八歲兒童則可發展出種族的身份認同。他們可區辨自己為一個特定種族的成員，鞏固在團體中的認同感，並對其他異於自身的團體感到好奇。

身分認同的形成被視為長大成人的一個重要任務。認同的概念包含個別與社會的成份，且與文化密切相關。Erikson 認為身份認同是來自個體與他所在的團體及文化背景的互動，並提到青春期的中心任務就是完成認同的發展。有些批評者提及 Erikson 的理論可能無法充分代表少數族群，如移民家庭的青少年成員所經驗的認同過程。後現代主義為本的觀點則認為，每一次、每一個人的身份認同形成，都不盡相同。至於 Schwartz 和 Montgomey 支持第三種替代的假說：身份認同的基本結構是一致的，但它會受到個體和不同形式的涵化現象所影響。他們認為身份認同是個人、社會和文化的自我概念的綜合，所以包含了個人身分認同(personal identity)、社會認同(social identity)和文化認同(culture identity)等。

案例一

Ives 是一名 17 歲的海地青少年，被家人送至美國中西部的一所著名寄宿學校，以避免他在海地被綁架或受到暴力。他的父親在海地擔任重要公職，而家庭屬於混血貴族階層。Ives 無法適應及融入他的學校。他抱怨說，他的同儕不習慣和接受良好教育的黑人相處，也不知怎麼對待他，因而看輕他，並對他表現恐

懼和蔑視。此外，他和美國裔的黑人也少有共通點，因為他們大部分來自來自困苦家庭，並靠獎學金求學。Ives 在學校變得憂鬱且出現自殺念頭，最後搬到了邁阿密。在那裡他與大家庭的成員同住，並就讀日間學校。同時，他也每週接受心理治療。

很快的，他開始詢問西班牙男性治療師對他有何看法，因為兩人來自迥異的文化和種族背景。他們一起探索他在情感上的痛苦、疏離感、以及對被拒絕的恐懼。Ives 慢慢意識到，有時他表現出對他人的敵對態度，是因為他預期被拒絕而產生的防衛，而這種態度反而使人們遠離他。

慢慢地，Ives 變得不那麼防備，開始與他的治療師討論海地的文化和歷史。Ives 也對海地的民俗作家 Edwidge Danticat 產生興趣，並在治療中描述和討論。心理治療數個月後，有一天 Ives 告訴治療師：「在來到美國之前，我從沒有思考過『我是黑人』這樣的事實，但現在我已經感受到『我是來自海地的黑人。』我感到自豪，因為海地是世界上第一個自由的黑人共和國。在邁阿密，我已經找到夠多的同夥，我也較以往任何時候更覺得自己是海地人。然而，我也開始覺得自己是一個「美國人」。我認為美國是我的家，也不打算重回海地定居。」藉由治療以及海地同胞社區的支持下，Ives 能夠從新的視角去理解自己的種族與文化起源，原本片斷的身分認同已整合成一個嶄新、豐富、凝聚的自我意識。接著，這也使他順利地融入新的同儕團體，其中包含不同種族和國籍的青少年。

移民的壓力

DeVos 和 Ogbu 描述，對於移民家庭與孩童的適應，以及形成認同的過程，有三個具有決定性影響的主題：

1. 此移民是在什麼情況下進入新的文化，是出於自願或被迫？是征服者角色或者被奴役？
2. 社會階層高低是否可能被改變？移民是否不管怎樣地努力、具怎樣的天賦或成就，都無法翻身？
3. 此文化是否對移民有著既定的刻板印象，是他們無法掙脫的？

有時，移民會發現整個移民過程改變了他們的身分認同。多數到美國的移民是考慮經濟因素，希望離開原本國家的貧困，尋找更好的生活。然而，由於法律的變遷，移民組成也不斷改變，移民及他們的教育程度也越來越分歧。亞裔美籍者中，第一代的經驗千差萬別，從最初身無分文的中國移民，到近期來自台灣、中國、韓國、印度等地來攻讀研究生學位，和苗族、寮國、柬埔寨人從戰火紛飛的故鄉來到美國尋求政治庇護.....。然而，整體來說，移民的過程仍是一個家庭可能經歷過最緊張的經驗之一。它使一個家庭從同文同種的社群離開，進入陌生而難以預料的環境。

Guerrero 構建了一個理論模型去了解移民面臨的文化衝擊 (culture shock)，也就是當他們第一次遭遇到新的文化時發生的變化。他描述兩個文化衝擊的特殊元素：(1) 哀悼：失落了文化、國家、語言、朋友，和可預期的環境。(2) 身份認同的變遷：面對新文化所

帶來的威脅感。他劃分文化衝擊分為三個階段：(1) 不同文化的相遇，(2) 重組，及(3) 形成一個新的身份認同。如果成功達成，此一過程可形成個人的成長和一個豐富自我。這種文化衝擊的過程很類似青春期的經驗，也因此移民青少年在青春期會面臨雙重挑戰。

案例二

Juan 是一個十三歲的青少年，由於父親的外遇導致雙親婚姻破裂，他便與母親及三兄弟倉促地搬到波士頓。他們搬到只有一間臥室的小公寓，與阿姨和表哥同住，很快就感受緊繃的壓力。Juan 和他的兄弟們很辛苦地試著融入多種族的市內學校，而他不夠流利的英語使情況變得更艱難。Juan 失去了他的父親以及在波多黎各的生活，成為一個憤怒而沮喪的青少年，他變得具侵略性，並參加學校內的幫派。兒科醫生認為 Juan 憂鬱且出現聽幻覺與視幻覺，於是轉介他進行心理治療。

有一天，他告訴治療師一個他前晚所做的夢境：「我和我的兄弟們原本乘坐在火車上卻摔下來。我們發現自己掉進沼澤，不管怎麼跋涉似乎都沒有終點。突然，我們被三個戴口罩的男子攻擊。我們還擊的時候，他們的面具掉了下來。其中一人金髮碧眼，另一個是黑人，第三個是中國人。」

Juan 的夢境展現文化衝擊 (culture shock) 的第一階段：不同文化的相遇 (culture encounter)。這個階段的特點是在比較新舊文化的差異時所感受到的混亂。感受到的差異可能會導致喪失方向感，失落，哀悼，及無助。

通常在這種情況下，侵略性成了保護自己免於無助的方法，這也許可以解釋 Juan 的行為。如果這些侵略的感受投射到外界，個案可能會感覺新的主文化 (host culture) 施加迫害。Juan 的被害感、無助感及社交上的孤立可能是他加入幫派的原因。幫派的同儕提供他保護，也使他可以宣洩其感受。

涵化對兒童、青少年和他們的家庭造成的影響

家庭是孩子們成長、形成身份認同、社會化、受傷並療癒，且努力克服各種發展議題的場域。移民與涵化的過程會造成家庭內部的壓力，因為家庭內的成員常在涵化的程度上有所差異，而衝突性的涵化反應則可能威脅到家人之間的連結。另外，即使到了移民的第三代和第四代成員，他們仍可能擁有移居地不盡相同的習俗，價值觀和行為。例如，Cespedes 和 Huey 發現，西班牙裔的青少年相較於青少年，更常和父母對性別角色的看法出現歧異。這樣的差異導致西班牙裔女孩感受到較高的憂鬱，以及較差的家庭支持功能，但西班牙裔男孩則否。Romero 和他的同事們也報告了類似的結果，且發現這樣的雙重文化壓力與憂鬱程度在亞裔青少年身上甚至更明顯。

社會學家 William Peterson 曾在 60 年代描述日裔美籍人士成功地融入美國文化並且同化，媒體也運用類似的概念，在 80 年代闡述關於亞裔美籍人士在教育方面的成功。雖然有些亞裔美籍人士對這樣的模範少數族裔形象感到自豪，但在研究上的共識認為，這個形象對亞裔美籍人士不見得有利，因為它可以導致刻

板印象，影響亞裔人士所得到的資源分配。此外，模範少數族群的神話與迷思可能對其心理健康有影響，例如某些研究指出的，較高的自殺率、憂鬱狀態，以及較少使用心理健康資源等。

案例三

Joann 是一名十七歲，亞裔美籍的青少女，家庭來自越南。母親帶她到門診，希望接受「學業問題」的評估。母親在意喬安的成績在高中一年級期間由 A 掉到 B 和 C，擔心學業不佳將不利於她進入著名的大學，並成為一名律師。Joann 略微猶豫之後提及她無法專注，因此她的家人決定尋求協助。精神科醫生診斷出她有臨床上顯著的憂鬱症及飲食障礙。此外她也有睡眠困難、食慾下降，且每天運動兩到三小時，使自己「看起來像個亞洲女孩。」她提及自殺意念，偶爾也有割腕的行為，但她的父母並不知情。

Joann 來自一個中產階級的重組家庭，母親剛生下一個同父異母的弟弟，她描述弟弟「被當成王子一樣的對待。」直到去年她才知道自己的生父也住在同一州的不同區，且無法有穩定的職業。母親對於生父聯繫 Joann 這件事一無所知。

Joann 覺得她無法對父母啟齒，當她與生父重新見面時，感受到怎樣的哀傷與混亂。「他們想談的是成績，以及我應該如何考好我的 SAT，否則我就無法進柏克萊或史丹福大學。」她唯一可以傾訴的人是她的男朋友。Joann 和他有固定的性生活，並且用計算經期

的方式避孕。她經常對兩人的關係感到不安：「我就是覺得他會離開我，另外找一個更辣，更瘦的亞洲女孩。」Joann 和她媽媽不是很情願的開始接受心理治療，且堅決反對使用藥物治療。「我不想只是因為我搞砸了就開始吃藥，我應該能夠處理這一切的。而且我的父母絕對反對任何非『自然』的處理方法，所以我不會用藥物。」

臨床醫生在治療亞裔美籍青少年時，經常會遇到 Joann 案例中的幾個特點，包括青少年承受父母和社會的壓力要求他們成功、父母較少重視他們情緒的健全，且對精神醫療帶有成見。治療亞洲美籍的個案時，治療師需要知道，文化在亞裔族群的心理健康扮演相當重要的角色。

父母在家庭中的其中一個功能，就是以堅定而關愛的態度，去教導和提供孩子指引。「移民」這個改變可能削弱父母親的這種能力。如果親子之間對於「家庭應該如何運作」的基本藍圖有意見分歧，就可能對家庭造成破壞，以及家庭成員之間的不一致。而家庭因素又會直接對兒童青少年的發展造成強大的影響，甚至與孩子將來長久的行為模式、青少年物質濫用、對反行為相關。另外，家庭功能與涵化的狀況經常互相影響並形成循環，例如 Hovey 和 King 描述家庭的低功能將使文化適應的壓力增加，反過來又導致移民家庭的青少年顯現憂鬱症狀。此外，移民遇到的語言屏障常會剝奪其家庭和其子女的一些權利。例如，如果移民家庭的子女在學校或社區受到歧視或偏見的對待，父母就需要為他的孩子發聲，而這便需要不錯的英文能力。Liu 等人的研究顯示，

具有良好英文能力的華人母親，她們的孩子會有較佳的功課表現，以及較少的憂鬱狀況。

移民第二代的語言和種族

母語是否被保留與其社會經濟因素密切相關。例如，在貧困社區中成長的移民子女，常常不被鼓勵保留其父母的母語，因為他們的母語被視為低階層的象徵。這種情況發生在生活 在邁阿密的第二代海地年輕人，他們很快的將海地的 Creole 語言轉變為英語，而且喜歡被認為是非裔美人，而不是海地裔的美國人。

另外 Portes 和 Stepic 也在邁阿密研究語言的使用狀況。他們發現，在第一代的古巴移民身上，西班牙語被保存得很好，但隨留在美國的時間增長，語言被保留的狀況會下降。儘管擁有富裕的經濟、良好的自尊和社會支持，九成居於邁阿密的古巴第二代仍喜歡用英語進行交談。

移民家庭的父母和子女間的互動，也解釋了在涵化過程當中，兩代是否有好的契合 (goodness of fit) 很重要。如果兩代的涵化速度相當，或父母鼓勵第二代選擇性的同化，這樣親子之間便可以維持和諧的文化共識，也可幫忙孩子適應在美國的現實環境。當兩代的涵化步調不同時，移民第二代就難以得到第一代的指導或協助。如果將移民這個舉動視為暫時性的、終究想要回國的，以及較孤立的移民群體中 (如流亡者)，對涵化可能產生很強的抗拒態度。

案例四

Kathy (Ekaterina) 是一個十八歲的青少女，她在七歲時隨父母由俄羅斯移民到邁阿密。由於在家中的對立反抗行為，且和她的父母相處困難，她被轉介接受心理治療。Kathy 告訴西班牙裔男性治療師說，她自覺是「非常美式的」，而且「任何人來拜訪我家時都讓我非常尷尬，因為我的父母幾乎不會說英語，而且他們堅持在我的朋友面前跟我說俄文。這讓我覺得自己和別人不同，我並不喜歡這樣。我只想像其他人一樣當一個普通人。我的父母不嘗試努力適應這個環境，只和其他俄羅斯人交往，而且他們也不了解我的生活。我們就像生活在不同星球上一樣。」

Kathy 的遭遇展現了在移民家庭中，不同的慣用語會增加兩代之間的文化差異。這種不和諧會造成青春期時，青少年感覺和父母疏離，也因此父母無法提供其必要的指導和保護。

總結與建議

移民和涵化的過程往往導致一個家庭的浮動，可能在不同家庭成員間產生疏離感和衝突，導致不佳的心理健康狀態。當臨床工作者治療移民兒童、青少年和他們的家庭時，必須做好準備去了解相異的、且往往是隱藏的世界觀，並且深知涵化的困難可能會導致家庭內衝突，進而干擾孩子順利完成發展。治療師更要記住，今日的移民孩童需要以他們自己的世代為導向去考慮未來，而非他們的父母那一代的背景。

The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress

From PEDIATRICS Dec. 2011

林口長庚醫院 兒童心智科 林俏汎 倪信章

Introduction

了解生命早期發展的重要階段，不僅可以將現行體系從治療疾病轉變為健康照顧，也可以將過去傳統的個人化臨床照顧，擴展為包含社會經濟文化環境的群體健康及永續醫療。過去兒童醫療著重在疾病的治癒以及營養的補給，到了 20 世紀末，我們開始關注情緒障礙，家屬的物質濫用，以及暴露在暴力環境中對孩童的影響。這些研究的結果，讓我們進一步思考：“童年的不幸遭遇與其成人後的健康問題間，有怎樣的生物學機轉得以解釋呢？”，身為臨床工作者的我們，可以做些甚麼呢？。這篇文章的重點就在於利用 ecobiodevelopmental (EBD) 架構的角度來理解童年逆境，有害的壓力，以及腦部結構改變之間的相互影響，並藉此提供臨床工作者介入時的參考。

從出生前，到嬰兒期，持續到兒童期這整個發展的過程中，都是經由 epigenetics(表觀遺傳學)與環境間不停地相互影響，從而達到發展的過程。EBD 的 model 有助於我們從科學的角度理解發展的脈絡。EBD 是哈佛大學所提出，可幫助臨床工作者及制定政策的人理解童年逆境對於未來人生健康的影響。例如：動物實驗中發現，老鼠媽媽若在出生的第一周就增加對於小鼠的梳毛及舔嗜的動作，可以減少小鼠將來對於壓力過度反應的機會。若是在早期童年遇到嚴重的壓力，則可能對導致長

大成人後一些健康不良行為 (health threatening behavior) 的發生。

Understanding the biology of stress

雖然基因的不同讓人們對壓力的反應不同，但是早期經驗及環境也會影響日後對於壓力反應的模式。早期經驗開始於出生前，有些研究(動物或人體實驗)認為胎兒暴露在母親的壓力下會影響之後對於壓力的反應。確實的生物機轉尚未明朗，但可能跟 epigenetic modification of DNA 有關。雖然相關的研究仍在進行，但已有許多科學證據支持環境對於基因表現的影響。關於壓力的生理反應中，最廣為被研究的是 hypothalamic-pituitary adrenocortical axis 的活化，會導致 stress hormone(包含 corticotropin-releasing hormone、cortisol、norepinephrine、adrenaline)的上升。同時還有 inflammatory cytokine 的增加，以及副交感神經的反應。Stress hormone 暫時的增加是生存所必需，但長時間的暴露是有害的，也會造成慢性的”wear and tear effect”，壓力長期累積造成的負擔會影響全身的功能，包含生理與心理。

美國的 National Scientific Council 提出幼童三種不同類型的壓力反應。

1. Positive stress response 指的是對壓力短暫且程度較輕的生理反應。重要的部分在於是否有負責任的照顧者可以協助幼童處理壓力，並且提供保護，使幼童能順利回覆到原先的功能。例如：孩子如何面對挫折，在上學第一天的焦慮如何被處理。若能提供穩定的環境與支持性的關係，則 positive stress response 為促進發展很重要的因素。
2. Tolerable stress response 指的是暴露在較為

特別的，且程度較嚴重的壓力經驗中。包含家人的死亡，遭受嚴重的疾病或意外傷害，自然災害等。但如果有 protective adult relationship，可協助孩童發展出 adaptive coping skill 及 sense of control，會減少壓力帶來長期生理反應不良的可能。

3. Toxic stress response 是來自於長期頻繁的刺激身體的 stress response system 而且沒有成人的支持與保護。例如：child abuse or neglect、parental substance abuse、及 maternal depression。特徵是會影響到 postulated disruption of brain circuitry，metabolic system 以及其他器官。這樣的影響會造成 anatomic change 及 physiologic dysregulation，而進一步變成將來學習及行為的問題，也是慢性壓力相關身心疾病的根源。

Toxic stress and the developing brain

胎兒、嬰兒及童年早期的大腦可塑性高，對於改變也敏感。舉例而言，amygdala、hippocampus 和 prefrontal cortex(PFC) 有充足的 glucocorticoid receptor，當暴露在壓力環境下，會改變這些大腦部位的體積與功能。更精確的說，長期壓力會使得 amygdala 及 orbitofrontal cortex 體積增加且過度反應，也會使得 hippocampus 和 PFC 的神經聯結減少。這些結構的改變會導致 anxiety(來自於 amygdala 過度反應，以及 PFC 的控制下降)，還有注意力下降或是情緒控制變差(來自於 hippocampus 功能下降)。

Amygdala

Amygdala 可刺激交感神經的活性，也造成 hypothalamus 釋放 CRH，CRH 會影響 pituitary gland 釋放出 adrenocorticotrophic hormone(會作用

到腎上腺進而增加 cortisol 血中濃度)。生命早期的 amygdala 含有大量的 CRH 及 glucocorticoid receptor 以便建立 positive feedback loop。童年早期的壓力經驗，會使得 amygdala 增生，造成長期的生理反應，進而發展出潛在的焦慮與恐懼。

Hippocampus

雖然 hippocampus 可降低過多的 cortisol 所帶來的影響，但是暴露在長期壓力且高濃度的 cortisol level 下，hippocampus 神經元增生會受到抑制。由於 Hippocampus 在學習記憶上扮演重要的角色，若是功能不彰，則區辨”安全”或是”危險”的能力也會有影響(常見於 PTSD)。

Prefrontal cortex

PFC 在調節 cortisol 的適度反應中，扮演重要角色。PFC 不僅可以調節交感與副交感神經間的平衡，也影響了 executive function 的發展(包含 decision-making、working memory、behavioral self-regulation、mood and impulse control)。PFC 雖然可以抑制 amygdala 的活性，但是暴露在長期壓力且高濃度的 cortisol level 下，會使得 PFC 抑制 amygdala 的能力下降。

Toxic stress 對於這些腦區的結構及聯結所造成的影響，也可以解釋每個人對於壓力反應的不同，也可說明為何有些孩子對於輕微的壓力會出現過度反應。

Toxic Stress and the Early Childhood Roots of Lifelong Impairments in Physical and Mental Health

關於 Adverse childhood experience (ACE) 和不健康的成人生活型態的研究發現，青少年若有較多的 ACE，會降低開始喝酒的年齡，也會較容易利用酒精作為一種壓力因應的方法。此外，較多的 ACE 也會導致抽菸、物質濫用、

肥胖及混亂性關係。而較高機會的 risk taking behavior 也會導致社會適應的困難，進而發展出失學、加入幫派、失業、犯罪、或者容易成為單親父母。這樣的 high-risk group 變成父母後，較難為下一代提供穩定支持的關係，也可能演變為代代相傳的惡性循環。

除了上述的不健康行為外，ACE 相關的 toxic stress 也會導致生理上的改變，例如：免疫功能的变化。而這樣的變化，也會和其他的疾病相關，像是：心血管疾病、病毒性肝炎、肝癌、氣喘、COPD、自體免疫疾病、憂鬱症等。

由此看來，toxic stress 不只對個人的身心健康造成影響，也會使得整體社會經濟支出增加。以 EBD framework 的觀點來看，若是可以在童年早期介入，不但可事半功倍，也可以減少成年後慢性疾病帶來的影響與社會支出。有四個步驟：

- 1 The biology of health and development 解釋了經驗、環境與基因表現間的互相影響，使得個體終生在行為與健康上都有所不同。這些發現讓我們理解童年早期介入的重要。
- 2 The foundations of healthy development 包含三個部分
 - (1) 穩定的關係：提供孩童發展所需的滋養與保護，協助他們發展適當的因應行為以面對壓力。
 - (2) 安全的環境：提供身體與心靈的安全空間，免於毒素及恐懼。
 - (3) 足夠且適量的營養：包含健康食物的攝取，和飲食習慣的建立。
- 3 Caregiver and community capacities to promote health and prevent disease and disability 家庭成員、早療團體、社會支持、家長的工作地點，都是強化孩童健康的重要基石。包

含三個向度：可付出的時間、經濟與社會心理資源、知識與技術。

- 4 Public and private sector policies and programs 政府資源可以提供基本的健康照顧、兒童福利、早期療育、家長的經濟協助（包含直接的補助或是協助尋職）、及環境保護等。

Defining a Distinctive Niche for Pediatrics Among Multiple Early Childhood Disciplines and Services

超過半個世紀以來，我們針對兒童發育障礙，行為問題，和慢性健康損害等問題，常專注於家庭為中心，以社區為基礎的解決方式。但針對那些生活在貧窮及父母有暴力或物質濫用環境中的兒童，我們需要提供一個更廣泛的 contextual approach。這將需要深入的開發，測試及不斷改進，另外，跨領域的政策和創新模式也很重要，當然，這些都需要科學知識以及相關研究結果作為基礎。

以目前狀況來說，有兩個地方是我們可以加強的，一個是兒童社福系統的建構，另一個則是治療母親憂鬱症。目前的社福系統較多專注於人身安全，減少反覆傷害和監護權。在 toxic stress 的知識背景下，應擴大關懷 ACE 對於發展的影響。此外，許多研究指出，母親的憂鬱症不只危及母親與幼兒的關係，更對幼兒的語言、社交及情緒發展有負面影響。因此，照顧好母親的心理需求對兒童的心理健康也甚為重要。

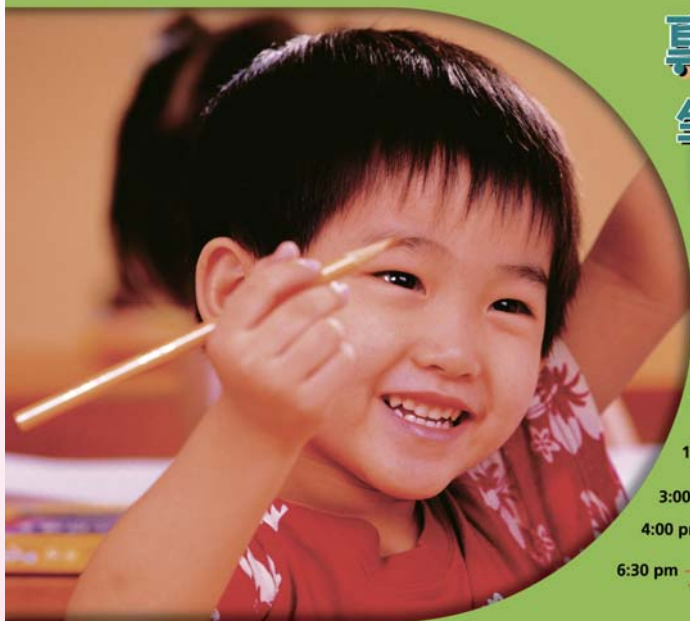
根據以上論述，跟兒童照顧有關的醫療相關人員，必須扮演一個全新的強大角色。努力以科學方式整合各方資源，在兒童發展的各個階段，提供適當的保護，並了解 ACE 對於發展的潛在影響。在此基礎下，進一步提供預防疾病、促進健康及增強發展的全新照顧模式。



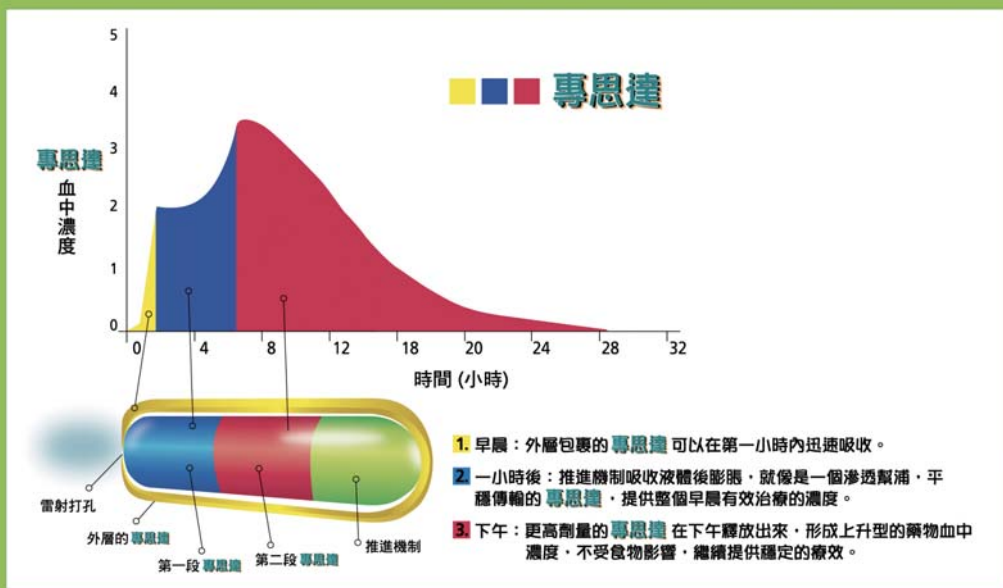
專思達

全心守護ADHD孩童

From Home to Homework



- 7:00 am 服用一顆CONCERTA[®]專思達
- 8:00 am 專心上課四個小時·小case!
- 12:00 pm 和同學一塊吃午餐!
- 1:30 pm 上數學課·老師誇我做得又快又正確!
- 3:00 pm 到操場玩遊戲·同學都想跟我同一隊!
- 4:00 pm 吃個點心·晚上還要加油呢!
- 6:30 pm 家庭作業做完囉! 媽媽好開心! YA!!!



嬌生股份有限公司
楊森大藥廠

台北市敦化南路二段319號8樓
電話：(02) 2732-6611

資料來源：Concerta package insert 0602.
CCT-09090510



一天一次

CONCERTA[®] 專思達

methylphenidate HCl

一定恆心·學習專心

18mg 衛署藥輸字 第 023731 號

36mg 衛署藥輸字 第 023880 號

54mg 衛署藥輸字 第 024229 號

北市街藥廣字第 98050130 號

發行人：張學岑

秘書長：梁歆宜

副秘書長：林健禾、劉弘仁、許元彰、游舜杰（東區）、
周妙純、林健禾（南區）、王明鈺（中區）

常務理事：丘彥南、周文君、高淑芬、陳映雪

常務監事：劉士愷

總編輯：梁歆宜 副總編輯：劉弘仁

助理編輯：王心怡

發行所：台灣兒童青少年精神醫學會

編輯處：104台北市中山區松江路22號9樓之3

聯絡電話：(02)25682083 傳真：(02)25683463

學會電子郵件：tscap.taipei@msa.hinet.net