

# 探究校園過動孩童處遇的另類路徑

龔允倩

中國文化大學社會福利學系助理教授<sup>1</sup>

## 摘要

校園中有著越來越多被社會標定為「過動」的孩子，這跟近年來教育體系中的老師面對孩童的難題息息相關。因社會氛圍與教學結構的限制，校園中對於過動孩童的處遇，容易快速往「先診斷他是不是過動」的方向，而滑入了過動篩檢的機制，產生過動孩童可能被問題化的疑慮。本文記錄小學教師從輔導室角色出發，在校園為所謂注意力不集中的學童創造多元發展空間的行動實驗，透過「身心覺察與運作小團體」實作方案、「身心覺察暑期三日營隊」以及「兒少武術和感覺統合實驗課程」操作方案，訓練孩童身心敏覺與安定的能力，以創造不同視角來「看待」學生及其差異行為。本研究以行動研究的方法，嘗試除醫療用藥之外，細緻對待過動兒童狀態的可能性，認為教育現場需要的是資源的挹注，並須透過醫療、教育、社工系統之跨領域合作，以利孩子身心健康。

## 關鍵字

注意力缺陷過動症、醫療化、教師主體、身心覺察

---

## 壹、楔子

注意力缺陷過動症狀（Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, ADHD，以下簡稱 ADHD），是目前在台灣校園中常見的「疾病」。阿輝被界定為「過動兒」，他在學校會不停地玩弄電燈開關、突然拔下旁邊女同學的髮圈，驚嚇女

---

<sup>1</sup> 作者感謝審查老師提供的寶貴意見，對於論述方向提出重要的指導與批評；也感謝李文英老師以及「雅樂舞與文化創生」團隊的戮力實踐，本文的文責仍由作者自負。

同學；隨手往黑板扔東西，讓老師無法上課；或是突然爬上教室內的櫃子，吸引大家的目光……，無論學務處管束與輔導室輔導對他都毫無成效。阿輝成了師長們最難對付的問題學生，老師們認為阿輝應該接受特教鑑定，到資源班就讀。當時，班級導師為了管教他，又擔心被家長質疑，因此向教務處商借錄影機，打算錄下阿輝的干擾行為。此舉引起了時任的教務主任李文英的關切，緊接著入班觀察，進而與家長接觸，發現阿輝在幼稚園就被醫院鑑定為 ADHD，並服用「利他能」(Ritalin)。然而藥物的副作用，<sup>2</sup> 使得阿輝胃口急遽變化，過去一餐至少可以吃 10 顆水餃，服藥後竟然驟降到 3 顆，阿輝媽媽選擇停止用藥，阿輝胃口遂恢復正常，日常行為也沒有特別異常。這段期間學校曾召開「個案會議」，阿輝被當作個案討論，在會中媽媽表達阿輝停藥了，遭到校方指責，認為阿輝的問題行為是「家長不配合讓孩子服藥」。阿輝媽媽仍選擇讓阿輝停藥，並隱瞞校方此一事實。

接下來的幾個事件，加深了阿輝媽媽拒絕讓阿輝服藥的態度。包括：阿輝回家抱怨老師以他為例，「向全班介紹 ADHD 孩子的腦長得跟一般人不一樣」，所以阿輝很多行為不是故意的，老師教育班上同學多體諒他；此舉雖是善意卻令阿輝感覺受辱，母親甚至認為此後阿輝就開始愛搗蛋與找同學麻煩的行為。小五時，導師把鬧事的阿輝送到學務處，生教組長常帶著阿輝打籃球，令阿輝十分開心，和組長相處的這段時間，他行為穩定。阿輝雖然已經停止用藥，但仍定期去看醫生拿藥，媽媽說：「這是要給學校看的。」醫生不知阿輝媽媽的盤算，就診時認為因為有服藥使得阿輝的行為表現有進步，鼓勵阿輝要持續穩定用藥，醫生此舉讓阿輝媽媽啼笑皆非，反而更認為服藥不是唯一方法。

李文英老師瞭解了阿輝媽媽自始至終都選擇拒絕用藥的立場，無法以藥物途徑來協助阿輝，勢必需要改弦易轍來對待阿輝的狀況。曾經待過小型學校的

---

2 「利他能」是給予過動症患常用的藥物。是一種中樞神經興奮劑，促進大腦分泌這種物質的藥物，這種物質稱為「多巴胺 (Dopamine)」，也被稱為「人體自然產生的安非他命」，它可以提高我們的警醒程度，讓我們保持警戒，比較不會躁動不安。但是其副作用臨床上常見的就是影響食慾、嘔吐、幻覺等。摘自台北市政府毒品危害防制中心，[https://nodrug.gov.taipei/News\\_Content.aspx?n=D8EDC193A7179D15&sms=0F509E8FCEA1BFE7&s=7CAAC34FCCEE9050](https://nodrug.gov.taipei/News_Content.aspx?n=D8EDC193A7179D15&sms=0F509E8FCEA1BFE7&s=7CAAC34FCCEE9050)。(瀏覽日期：2020 年 6 月 1 日)。

李老師判斷，也許不同學校的生態，可以提供不一樣的師生關係與處理問題的模式，因此在取得家長的信任後，提出「讓阿輝轉學」的建議。經家長同意，阿輝轉到一間小型學校——全校只有六個班級。阿輝沒有變，他還是那個好動、和同學衝突不斷的小孩，但阿輝有了很大的變化。這個學校因為生源少，教學資源充足，讓老師得以有餘裕積極處理學生間的衝突。阿輝的行為開始改變，在美術與國術才華上有很好的展現。阿輝在六年級時獲得全市美展金牌獎，又參加了學校國術社演出，成為學校重要慶典的要角。這個轉變要歸功於：小型學校發展自然生態特色課程，且班級導師的專長（自然、美術）剛好是這孩子感興趣的領域，加上學生「好動」的能量，在學校國術社團得以充分發揮；再者，導師積極讓同儕間透過衝突面對彼此真實關係，不迴避的經營班級方式，反而讓同學間的關係得以轉化和前進。

阿輝媽媽堅持不用藥的態度，使得學校老師須從教學環境中尋找改變的方法，也是因為阿輝媽媽不用藥的堅持，使得老師不至於太快選擇使用藥物的方式，而轉移掉老師在教育現場可為之努力。阿輝的故事呈現了除藥物之外，過動孩童有可能因為因材施教的教學環境，提供了社會性的治療方式。這些發現帶動了該校教師李文英對於校園 ADHD 孩童的關注，<sup>3</sup> 隨著其轉任輔導室，而與筆者開展以過動孩童為對象的行動介入探究。

## 貳、研究方法

W. Lawrence Neuman 曾經把社會科學歸納為三大研究取向，分別是實證主義、詮釋的社會科學和批判的社會科學（郝大海譯，2007）。其中，實證主義的研究取向以客觀的實驗資料為基礎，通過資料分析與掌握，能夠具體的對於一個社會現象或問題有清楚的描述，並能夠預測。詮釋的社會學研究取向關注研究主體是怎麼理解社會現象，也就是解釋研究對象的主觀生活世界中是怎麼形成了意識、概念與行動。至於批判實踐研究取向，則是關注主客體互動的實踐活動，關注人作為一個主體，其對於社會生活中的事務與社會關係是如何認識建構、分析盤算以及採取行動。

3 本文透過關渡國小李文英老師組織了該校輔導室老師並引進相關社會資源人物，在教學現場中戮力嘗試與實踐不同的對待孩童方案，筆者則是與文英老師共同討論的協作與督導者。

Heron & Reason (1997) 將 Paulo Freire 「增能 / 解放式研究」、Heron 「合作探究 (cooperative inquiry)」以及 D. A. Schön & C. Argyris 「行動研究 (action research)」並列為參與式研究的三種形式，Licoln & Guba (2000) 稱之為「參與式研究典範」。有別於傳統實證的社會科學研究方法，「參與式研究典範」的知識就是來自實踐，它源自於解決實際問題，並且是與他者一起主動積極參與問題的界定、資料蒐集分析、解決問題的協同合作。行動研究的學術根源來自於 John Dewey 與 Kurt Lewin。Dewey 與 Lewin 認為，行動研究協助人解決特定問題，發展在社會系統中進行改變的實驗，他們設定要解決實際的問題並身體力行在青少年問題、如何影響「二戰」中的飲食習慣等等，企圖建立一個有「學習取向與實驗心態的社會」(Argyris, 1985)，並認為行動者社會介入 (social intervention) 的行動過程即研究過程，介入行動就是同步啟動「改變」與「瞭解」一個社會過程 (Argyris, 1985)。相應於西方「工具理性」模式的實證知識體系，知識與實踐的分離狀況，行動研究主張在「行動中反映」，希望透過反映對話的方法，協助研究者更充分反思行動的結果、關係及繼續發展其他可能的行動。Dona Schön 「行動中反映」(reflection-in-action) 的方法論，特別聚焦於專業領域的社會行動，強調「協同探究」(collaborative inquiry) 關係的建構，以及如何克服「行動中反映」的各種侷限 (舍恩、唐納德 A, 1983)。

在美國 50、60 年代，大型企業與中產社區興起的社會脈動下，行動研究方法則被廣泛運用於企業組織發展和專業反思的範疇；Lewin 的理論與方法，也就被吸納轉變成為以服務社區領袖和企業組織發展為主的行動研究 (夏林清, 2006)。臺灣輔仁大學夏林清教授在 1980 年代就讀美國哈佛大學，師承 Argyris，並同時跟隨麻省理工學院的 Schön 學習。她回到台灣後，將行動研究回歸 Lewin 所強調行動研究的社會性；從辨識個人行動邏輯學，轉化成為運用在社會學習的土壤中，根據亞洲在地的需要，提出了「反映實踐取向的行動研究」。夏林清 (2004) 在其〈一盞夠用的燈：辨識發現的路徑〉一文中，介紹了「反映實踐取向的行動研究」的幾組重要概念：包括了「對行動反映」(reflection-on-action)、「行動中反映」(reflection-in-action)、「視框分

析」(frame-analysis)、「探究路徑」(the path of inquiry)與「移動探測實驗」(move-testing experiments)。

本文以行動研究作為方法，研究者與實作老師討論改善校園過動兒童的過程；研究者與實作老師為督導關係，協助實作過程中的介入與修正，從 2015 年到 2018 年，開展共同協作的「移動探測實驗」，呈現研究者一路的「探究路徑」。本文是針對系列行動方案的反映回觀；文中採用的田野資料，是來自研究者、李文英老師、轉介的社會資源人物——如元門太極官貴中老師團隊、林芳瑾社會福利慈善事業基金會（簡稱林芳瑾基金會），還有校園過動兒童及其家長一同協作積累而成。本文實作老師的工作位置為國小學校輔導室，輔導室的角色是以降低老師課堂困擾，協助處理教室內不穩定孩童的狀況，因此，許多已經用藥並狀態穩定的過動孩童，或因不會出現班級困擾行為而不會成為導師推薦的對象，因此，參與的學童並不都是被鑑定為 ADHD 的服藥者。

### 參、「過動孩童」的醫療處遇脈絡<sup>4</sup>

Barkley (1998) 指出，ADHD 是兒童常見的精神疾病，主要症狀包括注意力不良、過動及易衝動。根據美國精神疾患診斷標準 (DSM)，過動症患者需要符合下列症狀：七歲前發病、發生在兩個或兩個以上的不同場所（如：學校、家裡、工作場所），並造成社會、學業、職業功能上的損害，而且又非因其他發展疾患、精神疾病所引起，始能稱之為 ADHD。醫學界對於過動症狀的討論最早開始於 1920 年代 (Malacrida, 2004)，其確切病因至今未有定論，主流精神醫學認為是腦部前額葉功能異常及紋狀體神經迴路整合有關 (高淑芬, 2011)。雖然美國醫學界對於兒童過動行為的關注起源很早，但直至 1957 年才具備相當於現在所認知的過動症概念 (Smith, 2008)。長期以來，ADHD 的成因一直都存在著科學醫學與社會因素的辯論。醫療模式大量倚賴美國二戰後退伍軍人症候群所發展的精神疾病診斷 DSM 模式，並倚重中樞神經興奮劑 (stimulants) 作為第一線用藥的處置策略；亦常會激化相關倫理問題：如標

4 在醫學的脈絡中，「病」與「症」是有所區分的，「症狀」或是症候群，是指人們生活中的種種經歷或是反映出來的症狀，並不一定是病。這也是為甚麼 ADHD 全稱為 Attention Deficit Hyperactivity Disorder，是一種失調 (disorder) 的狀態。



籤化孩童，導致另一種社會控制，或者是過度用藥，導致藥害兒童（drugging children）等爭論（Thomas, Mitchell, and Batstra, 2013；曾凡慈、劉毓翔，2017）。世界級的神經科學家 Smith 則認為，ADHD 並非一種真正的疾病；他認為：「這充其量只是一種描述，我們任何一個人在任何的時刻都可能符合其中的一些標準。」（Smith, 2008；蕭蘋，2014）

那麼，到底孩童的過動、無法專注是一種病徵？抑或是孩子成長的自然狀態，是孩子差異行為的表現呢？學者研究指出，目前對於發生 ADHD 的解釋，可以區分為生物醫學的、心理動力的與社會學的框架（Rafaloyich, 2015）。加拿大學者 Malacrida 訪談了加拿大與英國過動孩童的母親，認為社會如何定義過動行為，將大大影響此定義結構下的教師、家長以及社會大眾對於過動兒童行為的理解。他發現，加拿大因為受到美國行為主義心理學當道的影響，傾向以醫療系統 DSM 的診斷標準來評量孩子的過動行為，此即「醫療模式」；而英國受精神分析文化的傳統，強調孩童的恐懼與壓力情緒，關注導致孩童過動狀態的家庭與環境因素，認為孩童不守紀律的行為應以非醫療模式的「社會模式」來處理。「醫療模式」與「社會模式」這兩種不同的處遇文化，產生不同的對待方式：加拿大校園中的老師選擇將過動孩童輸送至醫療體系，英國則是由家庭與學校針對這些孩子們做特別設計（Malacrida, 2004）。

Conrad（2007）於 1970 年代開始研究 ADHD 個案，發現 ADHD 的診斷從學齡階段的孩童一直擴大到成人，醫療界對 ADHD 診斷標準的門檻降低，導致學齡階段被診斷過動症的人數增加，許多成人在精神科也被診斷成過動症，而配合治療的藥物 methylphenidate（最常見的商品名為利他能 Ritalin），使得過動症人數自 1990 年到 1999 年就成長了 700%。Conrad 檢視了醫學因素（即診斷類別與藥物的進展）與社會因素（如：精神醫學藥物革命與藥廠行銷、醫療領域對兒童精神疾病的興趣提升，以及由醫學專家主導的官方認證）等不同面向的發展，認為這些因子共同促進了過動症診斷與治療在美國 1970 年代的勃興。後續學者們呼應了 Conrad 的觀察，認為美國過動症的醫療化深刻受到精神藥物發展與藥廠促銷的影響（Mayes, Bagwell and Erkulwater, 2009）。

在台灣，根據臨床醫師的觀察，過動症在台灣的兒童青少年心智科門診中已佔據最高的求診比例（顏正芳，2004）。衛生福利部的統計數字也反映出同樣的趨勢：全國 6-12 歲孩童被診斷為過動症的人數，從 1998 年 3,274 人增至 2013 年 4 萬 3 千人以上，15 年間有將近 11 倍的成長率，2014-2015 年則維持在 4 萬 3 千人上下（衛福部，2016）。台灣學者曾凡慈考察台灣過動症診斷興起的脈絡，探究何以過動症在台灣被大量識別、診斷與處遇的歷程。他發現在台灣過動症病理化過程中，是不同階段中包括教師、精神科醫師與兒童精神醫學專業團體等多重行動者之間的交互影響的結果（曾凡慈，2015）。

首先，1977 年 WHO 推動的國際疾病分類系統（International Classification of Disease, Ninth Edition, ICD-9）問世，促使「過動症」診斷開始明顯出現在台灣精神醫學場域。早期，兒童過動行為的關注，主要發生在學校場域，並且將過動行為視為孩童的社會適應問題；因此，學校中的教師成為兒童精神疾病預防的前哨站，透過當時許多研討的機會，醫學專業人員將兒童心理衛生知識與技能分授給教師，由教師作為第一線人員，如社工角色般負責輔導過動孩童。1995 年，台北市立療養院兒童精神科增設了「過動兒篩檢門診」，由臨床心理師擔任篩檢工作，再將疑似 ADHD 的個案轉介至專科醫師門診（曾凡慈，2015）。醫師開始採用 DSM 的診斷條件來界定過動症。當時精神醫療界主張醫師「應該做生理、心理及家庭社會因素的完整評估」，同時提供多種量表來協助篩選與診斷（宋維村，1982）。隨著量表與常模等工具的公開發行，掌握量表詮釋的精神科醫師擁有重要的話語權，精神醫師在大眾醫學雜誌中開始傳授各種行為調整的技術，提醒家長要注意孩童的行為狀況，徵召家長成為過動症治理網絡的新成員（曾凡慈，2015）。過動兒童的家長開始積極組織處遇過動症的網絡，1996 年台灣第一個過動症組織「中華民國過動兒協會」成立。該協會籲求建立過動兒的特殊教育鑑定、安置及輔導工作，促成教育部在 1998 年首度頒佈「身心障礙及資賦優異學生鑑定原則鑑定基準」，將「注意力缺陷過動症」納入《特殊教育法》資格當中的「嚴重情緒障礙」類別，並考量到這種障礙身分不易認定，特別在鑑定基準中註明「得參考醫師之診斷認定之」（曾凡慈，2015）。

Conrad 與 Schneider (1980) 指出，ADHD 納入醫療診斷系統，與藥商的市場策略以及中產家庭支持團體選擇以醫療方式來界定過動行為有很大的關係。家長團體結合各領域專家之力將過動症納入特殊教育範圍，將過動行為從「壞」(badness) 重新構框為「病」(sickness) (Conrad and Schneider, 1992)。在此過程中，過動症的生理病理成因反覆被強調，這種病理化的發展漸漸成為社會的主流論述。這樣的發展有其重要的社會心理因素：當孩子的過動與難以管教成為了一種「病」，藉此，可以去除孩子道德偏差、家長教養無方、老師無力應付之污名，孩子也得以正當化地獲取特殊教育資源的資格 (曾凡慈，2015)。綜此，ADHD 在各種社會關係的作用下，快速發展成為大眾注意的議題，藥物治療成為台灣目前學校、社會、醫療系統採用最多的處遇方式 (孟瑛如，2010)。

## 肆、台灣校園對過動孩童的處遇

### 一、校園中的過動孩童

在學校中，ADHD 學童常在遵守行為規範及維持固定表現上有所困難，使得他們不受同儕歡迎；且因注意力及專心度較差，常造成學業低成就 (周正修等)，這些長期人際互動及學業上的挫折經驗，導致學生容易形成低自尊、沒有自信的狀況 (周正修等，2007；陳逸群、李鶯喬，2002)。這些頻繁發生在教育系統的現象，顯示過動孩童成為重要的校園教育議題。

在台灣，ADHD 孩童的主要鑑定來源有二：一為醫療院所的鑑定診斷，二是由縣市政府鑑輔會根據醫療證明而進行的特教鑑定；後者是鑑輔會循著 DSM 模式，由孩子至兒童精神科或是心智科取得醫療證明之外，鑑輔會確認精神科醫師的認定，且經評估後確定一般教育所提供之輔導均無顯著成效，<sup>5</sup> 由鑑輔會鑑定後安排孩童進入特教班就讀。在目前缺乏醫學與生物學檢測 ADHD 存在的情況下，臨床上十分依賴與 ADHD 孩童一起生活的第一線家長與老師的觀察。他們往往是第一個察覺學生行為問題的人，而目前的診斷通常是由兒童精神科或兒童心智科醫師採家長、教師之主觀評估來做診斷參考 (陳

5 參考社團法人台灣赤子心過動症協會總會，109 年 5 月 31 日取自 <http://www.adhd.org.tw/new.aspx?id=424&bid=2>。



逸群、李鶯喬，2002）。這些觀察難免主觀且彼此矛盾，而醫生如何判斷與掌握資訊，就十分倚賴醫生的觀點與看待疾病的視角。政府近年來也積極推動過動症孩童的防預與篩檢工作，在衛政、教育、社政單位合作下強化了家長及相關人員對兒童發展之認知，並針對 3 至 7 歲兒童，於兒童健康手冊家長紀錄事項中列有孩子行為發展之評估題項，以便能夠早日發現過動症孩童的措施。台灣各地有 28 處通報轉介中心，於 2015 年全年度就通報了 20,658 名包括過動症的疑似發展遲緩的孩童（衛福部，2016）。目前國內治療 ADHD 的方法是以藥物治療為主（孟瑛如，2010）。而根據社團法人中華公民人權基金會於 2014 年 7 月的調查，全台抽樣 552 所國小，由學校轉診兒童心智科或精神科，所謂 ADHD 學童裡，有 82.64% 會被開藥，而在吃了藥的兒童裡，有六成會有藥物副作用。<sup>6</sup> 根據上述統計數據和校園的觀察，國小學童被視為過動而用藥的問題極為普遍。

ADHD 一直是醫療社會學者用來論證與爭辯醫療化（medicalization）現象的案例（Conrad, 2007/1992）。Conrad（2007）認為醫療化是指非醫療的問題被界定成醫療問題，當成疾病（illness or disorder）進行處遇（treatment），也就是過去不以醫療觀點來認識的行為、情緒或是生理過程（如酗酒、更年期），後來被定義為醫療病況，並以醫療方式來面對（曾凡慈、劉毓翔，2017）。由醫療來界定與治療人的行為，可能使得生活的議題變成醫療議題，並使用藥物去治療。這樣的醫療模式會忽略非生理因素對障礙的影響，例如社會環境和文化等因素的影響（Reynolds and Fletcher-Janzen, 2002）。

醫療診斷本是為釐清病因與尋找協處之道，前述對於 ADHD 病理化脈絡的整理與相關學者的不同意見，讓我們關注到 ADHD 醫療化所導致的負面效果，會讓社會容易僅以醫療單面向來對待 ADHD 孩童。過去被認為是學業表現普通、好動、注意力不集中的孩子，也許頂多構成所謂的偏差行為，現在卻可能被認為是疾病所導致的結果。加以，台灣媒體在資訊呈現上偏重生理因素與藥物治療的再現方式，也推進了 ADHD 在台灣社會當中的醫療化進程（曾凡慈、劉毓翔，2017：102）。這些討論提醒我們，在對待校園過動孩童議題時，需要辨識脈絡發展與社會系統之間的交互作用。

6 參考社團法人中華公民人權基金會，[https://www.cchr.org.tw/?page\\_id=379](https://www.cchr.org.tw/?page_id=379)。

## 二、校園教育體系的教師處境

顯然老師如何認知過動孩童，是十分關鍵而重要的。

過去，教師是過動孩童的主動協助者。教師從學校情境與學生同儕間互動中，比較能察覺孩童出現注意力不良、過動或易衝動的行為特徵；同時，孩童過動行為會影響到教師之班級經營，因此對於老師而言，如何建立班級常規與同學支持理解的互助網絡，降低學生對班級與上課秩序之干擾，是重要的教育任務與負擔。教師亦可給予家長在課餘生活中如何與孩子互動的建議，提供與孩童生活相處、時間管控的方法。然而，隨著前述 ADHD 病理化的發展與教育環境的變遷，很多老師在校務教學與行政負擔之外，再面對孩子的行為難題，本身早已左支右絀，於是快速攫取醫療方式，「先診斷他是不是過動」再說，然後滑入這個過動篩檢的機制，反而容易抹煞了對孩子行為所處的社會脈絡、家庭條件的多元了解；尤其，診斷後若推向藥物控制，對孩子將造成身心傷害，也錯用了健保的資源。因此，對於校園中的過動孩童，教育系統若沒有提供空間與資源給老師，以便處理其自身對於 ADHD 的認識與對於孩童狀況的理解，快速抓住醫療模式的浮板，反而使教師喪失機會發展以教育為目標的校園過動孩童的處遇模式。

而且，造成老師們快速選擇以醫療模式來處理過動孩童，有其結構交疊的因素。當學校教師面對量化評鑑以及各種行政事務的教學要求，又沒有其他奧援的教學處境，容易使教師們倚賴醫療診斷來轉化在教學環境所面臨的困境。以大腦發展為主的學習情境與暗藏競爭文化的校園中，教師們被各種層出不窮的教育任務——如多元智能、適性發展、差異化教學等方案所擠壓，來自官方數不盡的教育議題，透過便捷的教育輸送帶，要求老師執行並做出成果。在這種環境之下，老師們在課堂上面對過動孩童影響其教學又無暇面對處遇時，非常容易陷入「我是不是個好老師？」的自我懷疑之中，或者採取「小孩有病，並非我沒能力」的防衛行動策略，藉由醫療認定來安置自身挫折，免除自我苛責的責任，無形中也讓教師自身的教育主權退位，把責任移轉給醫療篩檢等措施。這種結構性的難題，導致教育空間缺乏對於孩童適性發展的想像，也沒有鬆綁老師被擠壓的勞動條件與自主教育的尊重。

## 伍、另類處遇路徑：從社會返回校園的行動實驗

2014 年新北市政府預計展開對於過動兒童的擴大篩檢，除了到學校發送篩檢量表、提供預約評估服務、辦理分區衛教宣導講座外，並調訓各校二年級導師進行衛教宣導研習。時任新北市衛生局長林雪蓉引用國際數據表示，ADHD 全球盛行率為 5% 至 10%，國內約 8%，但台灣中央健保局的資料卻僅有 2% 學童就醫；換句話說，6% 家長可能不知道孩子罹患 ADHD，或擔心被標籤化而不願意面對。<sup>7</sup> 該局憂心 ADHD 孩童會錯過早療黃金期，打算於當年 4 月推動對全市國小二年級學童進行免費 ADHD 篩檢及診斷評估計畫，並免費負擔孩童第一次醫療掛號費及健保部分負擔。這項全面篩檢過動症兒童的措施，看似福利提供，卻全面地將孩子在校園不合模的行為推向病理化的診斷。2014 年人民民主黨數位里長參選人，率先以記者會、論壇與倡議行動的方式提出了異聲，並得到來自精神醫療界、國小老師以及家長的認同與積極響應，促進社會討論，<sup>8</sup> 進而阻擋了「新北市實施小二 ADHD 全面篩檢計畫」，成為學校教育與日常社會政治參與結合創造社會改變的典範，也提供了教育場域一個重要的契機，去反思在校園的醫療模式與 ADHD 特教鑑定所可能產生的社會控制。

2014 年的倡議行動，促使研究者反身回觀教師在現有校園文化所面對過動兒童的普遍反應，以及與結構文化互為影響的難題；在這樣的結構下，挑戰著第一線的教師必須要能更有意識地不將學生簡易地標籤化，要能夠提醒自己不快速輕易地滑進醫療系統，拿回教育問題的詮釋權，才能為「不合模的學生」撐出在校園裡頭不一樣的發展空間，創造孩子不同發展的可能。這樣的反思促發了研究者的行動，從輔導室的功能角色來主動設計身心覺察的活動，協助班級導師們處理與重新理解所謂「不合模的孩童」。

### 一、2015 年身心覺察與運作團體

在 2015 年的「身心覺察小團體」中，<sup>9</sup> 研究者與李文英老師、台北市北投

7 參考自由時報電子報 <http://news.ltn.com.tw/news/local/paper/773139>。(瀏覽日期：2020/06/01)

8 參考苦勞網 <https://www.cooloud.org.tw/node/79063>。(瀏覽日期：2020/06/01)

9 協作團隊有某國小輔導室李文英與游婉婷老師，雅樂舞與文化創生團隊林紋琪與陳冠竹，以及北投安家協會的葛書倫老師。

社區安全家庭互助協會，結合輔仁大學社科院「雅樂舞與文化創生」團隊的協作，<sup>10</sup>以中國文化大學退休教授陳玉秀老師所創發的「雅樂舞」<sup>11</sup>身心覺察的工作方法，在校園中請五年級的班級導師推薦他們認為班級中疑似過動的學生，參與「身體覺察與運作」實作方案。

在第一次的課堂中，針對 20 位學習困難或干擾課堂的學生進行動作檢測；團隊發現這些同學們爬上爬下、或追或跳，體力充沛。因為師資人力上的考量，團隊決定以參與學生用藥與否、家庭弱勢和性別為標準，挑選了 8 位學生（6 男 2 女），與他們展開了為期 11 次的小團體課程和分班小組練習。團體課程時間是利用每週四晨光時間和彈性課程（上午 8:00 到 9:30）。團隊發現多數孩子有著共同的身體徵象：眼球無法下垂觀；擅長跟上快節奏的拍子，卻跟不上慢節奏的音樂；學習不能專注，常常以肢體動作干擾他人。在「身心覺察」團體裡，一開始學生幾乎很難聽從老師使喚，需要花許多時間引導他們進入學習，之後老師們帶領孩童操作各種不同「雅樂舞」的姿勢，訓練其專注與安定自己的能力，並透過重複操練讓孩子養成習慣；孩子的身體在諾大的空間內得到了絕佳的舒展機會。研究團隊同時細緻地對待孩子對於自我身體的知覺，當孩子有肩胛骨的疼痛感，老師們便帶領孩子討論並思考疼痛的原因，以增加對自己身體的自覺，鼓勵其反覆練習動作去敏覺自我的身體變化。在近 3 個月的團體參與，原本好動靜不下來的孩子，都能開始以各自的節奏和方法看見自己的身心狀態，並做各種身體動作練習。

因為團體內有 5：8 比例極高的師生比，擁有極佳的條件承接住孩子們差異極大的身體動能。和學生進入身體工作後，帶領者之一的陳冠竹老師發現孩子們的身體外觀的共同之處：大多數孩子的腳踝不正，外八傾向居多；大多

---

10 該計畫由財團法人臺北市林芳瑾社會福利慈善事業基金會指定捐款給輔仁大學社科院發展基金，作為「雅樂舞與文化創生」暨「障礙群體身心復元」行動研究計畫。（計畫主持人為輔大社科院夏林清教授）

11 「雅樂舞身心動態方法」為中國文化大學舞蹈系退休教授、振興醫學中心骨科部動態功能研究室顧問陳玉秀老師所創發的，她在韓國參訪時發覺了這支以身體為中心軸的古老舞蹈傳統，歸納出「內觀、整體放鬆、局部用力、力量釋放到末端」四大動態原則，創造出透過雅樂舞來了解自身身心動態的方式以緩解人們的身心問題，這套身心放鬆技巧與原則，在文化大學課程中成功達到了學生肢體放鬆與身心症緩解的成果，成為陳玉秀老師積極推廣對於自我身體的敏覺、辨識與控制的方法。

骨盆不正；身材上不是過瘦，就是趨胖。<sup>12</sup> 因此，孩子如果腳踝不正，會由下往上影響至膝蓋、骨盆，甚而往上影響至脊椎的歪斜，容易影響孩子坐不住，進而導致其無法集中專注，容易在課堂中動來動去。團隊憑藉著日常的觀察互動，並主動和班級導師晤談，了解孩子在班級中的狀況。從導師們的口述反饋中，團隊發現孩子在課堂上的進步，使得團隊確認了要為過動孩子特別開拓出適當的發展空間，需在學校教育與生活環境中，設計以不同的方案來改善孩子的身心狀態與人際關係，而「雅樂舞」似乎是很合適的方案之一。但是，要能將此方法落實到班級每天的日常生活中，藉由班級團練協助孩子提升對自我身心知覺，必須要擺脫國小高年級師生在校園既有的智性課程設計，顯然在目前的教育現實下，這樣的條件尚不俱足，老師難以挪出心力與空間做不同的嘗試與學習。後來，為因應團體學生和班級導師需求，更動為 2 天到 6 週不等的時間，以兩種不同小方案入班實作。

## 二、2016、2017 年身心覺察三天暑期營隊

2015 年所操作的每周固定開展小團體的方式，會擠壓到現有課程安排，影響到班級導師鼓勵學生參與的意願。於是隔年團隊嘗試在正式課程外，以外加式的團體課程形式的暑期營隊方式進行。

2016 和 2017 年暑假，與「雅樂舞與文化創生」團隊合作，由輔導室出面連續兩年辦理「雅樂身心覺察」三天營隊，對象主要是由各班級導師推薦易躁動、有情緒困擾的學生，由「雅樂舞與文化創生」設計營隊內容，希望透過密集式的朝夕相處、多元化的課程設計，藉以影響學生的身心狀態，見表一。李文英老師描述了當時的一個片段：

參加營隊的學生中，有位學校心理師長期輔導的個案，個性暴衝、常為不如己意的事口出惡言、甚至動手打人……到營隊第三天，他為了等煎自己做的蔥油餅，等太久而坐在一旁生悶氣，直到我發現才偷偷落下淚來。這孩子沒有選擇如往常的暴力行為，以不同於以往的負面情緒表達方式，雖然離主動積極表達情感還差一大步，但我已明顯感受到他的前進與改變。

12 摘自團隊老師陳冠竹 2015 年課堂筆記。



這就是「營隊」工作方法的獨特性，團體能涵容孩子不同性格的氛圍一旦建立，孩子獨特且多元的面貌得以在緊密相處中現身，因此對於孩子不守紀律或需要被改變的習性，也因為足夠的信任關係，讓營隊老師也能出面對峙或面質，讓孩子看見自己習以為常的互動模式，而達到極佳的教育效果。

2017年的團隊，營隊的設計方式轉而由學校老師主要負責，由「雅樂舞與文化創生」團隊輔助，學校教師進入了教育主體的角色責任，針對營隊孩童的狀況設計課程。李文英老師說：

「這次營隊，由我和特教組長兩人擔任全程陪伴的輔導人員。把整個營隊的生活作息視為課程的整體，是「營隊」作為輔導介入工作的重要概念。因此，不僅既定規劃課程時間輔導人員需要在場，其他時間輔導人員也必須全程陪伴與觀察，才是讓「營隊」作為輔導介入的工作方法，能夠實質發揮作用的核心關鍵。」

營隊設計與身心覺知活動的結合，讓孩子們開始在集體生活與關係中摸索與練習；在集體生活建立的信任中，練習著不選擇以慣用負面情緒表達的方式在人際生活中出現。

### 三、2018年兒少武術與感覺統合實驗課程<sup>13</sup>

2018年，團隊與元門太極創辦人官貴中老師合作，<sup>14</sup>藉助其多年對於身體動作如何反映身心狀態的細膩敏覺能力，結合元門太極學苑與林芳謹基金會的資源，利用課餘時間，設計了為期16週的「兒少武術與感覺統合實驗課程」。該課程在國小校園中公開對全體家長徵詢，由家長推薦認為學習容易分

13 1981年鄭信雄醫師引進南加大艾爾絲(Ayres)博士之感覺統合訓練課程，孩子透過運動訓練整合大腦基礎功能，以刺激腦神經系統的發展與調整。藉此協助學習障礙、情緒困擾、過動不同形式的行為異常者規劃一系列的整合活動。

本論文的「兒少武術與感覺統合課程」，則是由元門太極創辦人官貴中老師以太極武術的身心原理，作為設計，針對五感失衡引發的失調，設計肢體動作統合訓練活動，原名為「補正教育」，即喚醒覺知，補正彼此身體的差異；但是官老師認為「補正」二字有負面意涵，故採用感覺統合字眼，並帶入兒少武術專注力的東方武術基本功訓練與東方感覺統合訓練，進行實驗與融合。透過肢體伸展動作，開拓孩子身體的活動與覺知，改善其既有肢體慣習並穩定其專注力與對自我身體的覺知，與鄭信雄醫師採納自西方模式有所差別，特此說明。

14 以推廣太極功夫武藝與公益共修活動為宗旨，以達養身，練心，定性，增福修慧。官貴中為元門太極創始人暨總教練。

心、注意力不集中的小學二年級孩子參加，最後共有 23 名學生報名，其中有 11 位學生是經班級導師也認可其是在學校課堂學習無法專注的孩子。官貴中老師每月入班一次，在課程中進行學生身體狀態觀察與評估，並對課程內容提供相關修正意見。而整個方案與課程進行的過程，都鼓勵學生家長全程參與、陪伴學習。

「兒少武術與感統實驗課程」是每週一次的教學活動，教學宗旨是不以病症化來對待孩童的注意力不集中或衝動等行為，認為是孩童眼、耳、鼻、舌、身、意五感失衡所引發的失調，所以帶入強調兒少武術專注力的東方武術基本功訓練，設計肢體動作統合訓練元素，進行實驗與融合。活動利用不同關卡遊戲的設計，<sup>15</sup> 進行個別孩童闖關活動練習，過程中同時測試和增進學生身體不同面向的能力，訓練其身體動作如何反映身心狀態的細膩敏覺能力。課程進行到四個月時，團隊發現有些孩子確實在課堂學習無法融入團體節奏，無法靜定不動，而表現出狀似脫序的行為；團隊的老師們不會很快地朝是否疑似過動的方向，而是先努力去發掘為何他身體能力失衡，或是去理解他是否有著內在情緒的困擾。

團隊觀察發現，孩子身體能力不足，和現代化家庭中的勞務與勞動不足有直接的關連，再加上現代社會各種室內靜態的 3C 產品早已取代了戶外大肢體的跑跳活動，往往造成孩子下半身和四肢力量不足、脊椎不端正的普遍現象，進而影響其身心狀態。其中有位被老師視為上課不專心的孩子，經過三次課程後，發現他在活動過程中脖子總是歪斜，進一步建議去找醫師診斷，才發現其頸部早已受傷；原來該名孩童的外顯行為呈現老是坐不住、東扭西歪的身體行為，與他的頸椎歪斜有很大的關係，若不覺察很容易就會被誤會為注意力不足，或歸因為過動孩童。

團體裡有五個特別不受規範要求的孩子，他們的狀態都是屬於身體能力特別好、無法接受耐心等待、需要在團體裡被看見的孩子。他們在課程開始做暖身操練習的時候，就會脫離群體，移動到附近的闖關區去活動，這樣的個別行動其實並無大礙，只是放在大群體就容易亂了套，帶動了其他孩子跟著模仿、

15 關卡遊戲設計包括了：走平衡木、軟墊翻滾、山洞爬行、套袋跳躍、跨輪胎、抱木前行、爬梯側行、腳趾抓物、跨輪胎、後彎腰前進、矇眼直行、聽音辨識……等。

也想逾矩或是跟著嬉鬧。孩子這個時候的行為，就會十分挑戰老師們，倘若老師進入了「管理」、「約束」孩子，以維持整體課堂的運作，便會使得老師分神、花力氣在規訓孩子，反而無法看見部分孩子的身體動能尚需要更多空間釋放，需要更長的時間暖身。這也真實反映了教室裡的老師，其實很需要助手，這往往是老師們在極其有限的教學資源條件下面對到的類似難題。

團隊希望驗證孩子參加感統課程後，回到原來班級教室，其學習狀態是否可以進步、專注與穩定；因此，會記錄每個孩子的狀態、班級導師與家長的回饋，並與家長進行期中交流與期末報告，以便透過有限的機會與家長互動，並與家長討論孩童狀況，提供一些生活相處上的建議。譬如：A 常在上課時走動，並容易與同學發生爭執，但其背後的原因通常是感覺到不公平或是不能接受，只是還無法明確說出原因，需要成人更多引導和耐心。團隊在課程中看見 B 與母親的關係連結強，因此母親的鼓勵和支持就十分重要，只要能從此處著手增加孩子信心，孩子便能成功表現出應有的能力，堅強且獨立。該課程開放讓家長參與觀察或協同擔任課程關主，有家長因為在感統課程上看見孩子的優勢表現而更懂得欣賞自己的小孩，也有家長如實看見孩子和他人互動的模式，而開始和老師討論如何使用不同的方式引導自己的小孩學習正確的表達。除此之外，團隊發現學生有些身體生理上的困難，使其學習條件受限，透過不同身體區塊的鍛鍊，可以有效改正，平衡身心。

根據班級導師在課程結束後的回饋（參見附錄一），有老師認為班上參加課程的孩童有明顯進步；也有班級導師說，班上的孩子參加這課程以後，並沒有什麼太大的變化；還有老師覺得班上學生變得比以前更愛講話，似乎是受到團體裡其他人的動能影響。團隊認為，課程的設計，不該以孩子外顯行為的改變與否來評估課程效果，而是在課程進行中，能否創造老師們有更多視角來「看待」學生，破除快速以醫療模式來看待孩子的「生病」，而是看見他的差異行為，並嘗試在「師生關係」中進行對老師角色認知的鬆綁與師生互動方式改變的可能。以這觀點來看，感統課創造出了對待差異的可能性，進而讓孩子的行為得以有所改變。協助孩童的著力點，需要倚賴親、師、生三方彼此互動、尊重與瞭解，尋找孩子行為構成的原因是極其重要的，因此未來的設計宜適當含納孩童、老師以及家長三方的共同參與。

表：2015 年—2018 年 針對過動孩童的身心覺察方案實驗

辦理時間 方案名稱	2015 身心覺察與運作 小團體	2016 身心覺察三天 暑期營隊	2017 身心覺察三天 暑期營隊	2018 兒少武術與感 覺統合實驗課程
目 標	提升孩童肢體，提升其身心知覺能力			
施作時段	正式課程	暑假	暑假	下課時間
推 薦 者	導師推薦	輔導室、導師推薦	導師推薦	家長推薦
招募對象	1. 國小五年級 2. 導師認為班上疑似 過動、注意力不集 中之孩童	1. 2015 身心覺察團 體成員優先報名。 2. 同左	1. 中年級學生 2. 資源班學生 3. 同左	1. 國小二年級 2. 家長認為孩子有疑 似過動、注意力不 集中的現象者
人 數	8 位，11 次	12 人，3 日	10 人，3 日	23 人，16 週
效果評估	<p>1. 有 8 位學生集中在 5 個班級。其中 4 位老師覺得學生變得情緒穩定。一位老師覺得學生不吃藥時，還是令他困擾。</p> <p>2. 8 位學生中有 5 位學生覺得透過團體對自己的身體感覺和情緒都有較好的敏感度。發現自己生氣時會願意做老師教的動作、深呼吸讓自己慢下來。</p> <p>3. 8 位學生都不希望團體結束。</p> <p>4. 全部學生都希望小團老師後續能夠到班上教全班學生雅樂動作。</p> <p>5. 後續工作團隊經三位導師同意入班分別進行連續 2 節 / 週共兩次及 30min / 週共六週的全班身心覺察課程，後者效果優於前者（學生能夠說清楚自己身心狀態及願意持續練習的程度）。</p>	<p>1. 兩位 2015 舊成員，認真積極參與團體，一位甚至擔任請小團 co-leader 角色，協助其他成員發言；一位擔任小幫手，主動協助成員整隊、上課等事務。</p> <p>2. 一位成員表示家人有協助帶藥來，但他三天都沒吃，觀察其只有第一天不太穩定，第二三天能與人合作互動，也能聽指令行事。</p> <p>3. 學生能練習使用不同以往的方式表達自己的情緒。</p> <p>4. 導師反應：有 8 位學生在師生關係的互動中較願意接受老師指導。有一對兄弟的家長本來新學期要轉學，參加營隊之後重新認識身體狀況決定不轉學。</p>	<p>1. 因營隊的工作型態，讓情緒爆發的學生有條件在團體裡或個別被細緻處理，同時讓他學習看見自己的身心狀態。</p> <p>2. 對於較靜態動作的練習，學生必須花較長的時間才能專注完成。</p> <p>3. 導師反映有 8 位學生在師生關係的互動中較願意與老師說話。</p>	<p>1. 2 位學生退出課程：一位學生透過課程過程，發現頸椎歪斜而暫停課程，進行復健矯正。也因此發現他的不專注與頸椎受傷有關。另一位學生因無法如期完成課後作業，被家長要求退出。</p> <p>2. 一位學生課程期間展現衝動行為無法改善，建議進行醫療診斷，並開始服藥。</p> <p>3. 一位共同參與此課程的導師覺得此課程對於班上兩位學生有協助，同時也讓自己更能透過身體活動認識學生狀態，於是決定下學期自己也利用健康課進行相關身體活動課程。</p> <p>4. 工作團隊透過課程中觀察學生身體而得知的訊息，能透過親師溝通而給予即時建議與回饋，家長反應良好，都希望課程能持續。</p>

附錄一 2018 年兒少武術與感覺統合實驗課程學員班級 11 位導師回饋  
訪談時間：2019 年 3 月

對象身分	內容摘要
張師，教學年資 21 年	NO.15 上課很喜歡東看看、西看看，就是無法專注在自己的學習上。因為第 2 次課程，團隊老師覺得他呼吸很淺又快，身體很緊很躁動，一直衝來衝去，而且靜坐時骨盆歪斜；後來媽媽帶他看醫生確診頸椎受傷，開始做復健、戴頸圈保護。
蔡師，教學年資 29 年	NO.8 原本是屬於班上邊緣的孩子，課程中發現了他總是默默練習著、從不放棄，最後成為課程中進步最顯著的孩子，也開始表達想法。
林師，15 年	課程當中 NO.1 的活動力與身體能力相當良好，領悟力跟領導特質也相當突出，只要時常給予高層次指令，便能使其專注。變得很有自信。
林師，15 年	NO.2 的家長表示孩子在所有狀況下都很容易分心，無法專注；但課程進展到中段，不但能反覆進行同樣訓練，甚至能靜下心來靜坐。在班級中的表現關注別人多於自己，因此常常功課沒寫完，卻急著要管 / 教別人；感統課之後，身體行動力變強，從過去語言上的指導、變成行動上的協助，其他人也會主動找他幫忙。
蔡師，教學年資 29 年	NO.9 固著性強、非常聰明，也很有想法，在班上的學習表現也很傑出，有資優的傾向；但是就是很被動，對很多事都沒有動力。參加課程後，笑容比較多，變得較積極，本來不願意去參加資優班初試，現在會願意去嘗試
蔡師，教學年資 29 年	NO.5 是個很依賴的孩子，但媽媽說最近進步很多，也變得比較獨立。
蔡師，教學年資 29 年	NO.8 比較沒自信，容易因困難而自我放棄，在課堂中總是做自己的事情。其實他非常需要關注與關愛，很喜歡參加這課程，後期早自修的太極球也主動參加，發現只要有陪伴、鼓勵，便積極去表現，也越來越穩定。
張師，教學年資 21 年	NO.16 在班上時常無法控制自身衝動行為，很自我、會搶話、擅離座位、搗亂，經課程後發現該生其實心中有許多希望被重要他人聽見的想法，但找不到表達的方式，所以產生許多衝動行為。（母親每一堂課都一起參與，如果自己沒空來也會請婆婆代為參與），因為參與本課程後，實際觀察到小孩在課堂的表現（很不服從），決定開始服藥。
吳師，2 年代課老師	NO.20 以前在班上沒有那麼會搗蛋，但是參加課程之後變得很敢，會不會受到這團體同情影響？還是他原本就這麼皮，只是將真本性發揮出來？
吳師，2 年代課老師	NO.21 挫折忍受度很低，碰到困難就發脾氣、拒絕溝通與學習，經團隊老師的協助後，發現他其實是渴望做好，因此需要積極鼓勵，才願意盡最大能力去嘗試。因為關係，讓他願意去試，太極球表演中展現笑容足資證明。
朱師，25 年	NO.11，二年級一開始有進步，但參加團體之後似乎有退步的現象，他似需要規律性的作息與充足的睡眠。後來和家長溝通，若該生睡眠不足，會嚴重影響第二天學習，也會在班級中有干擾性的行為產生。



## 陸、研究限制與行動發現

醫療史學者 Matthew Smith (2012) 提醒我們，若是不瞭解 ADHD 的爭議歷史，可能會導致不加反省地擁抱簡化的生物醫學解釋與治療，要看見至少在精神醫學領域內部，持續存在的其他典範（例如動力精神醫學）挑戰著生物醫學框架，並且反思是否看見生物醫學之外的其他社會心理影響的作用。考察台灣對待過動孩童的處遇方式，可以看見美國醫療模式文化、政府衛生福利與醫療系統以及家長團體交互作用下，建構了日常生活中人們對於 ADHD 的認知模式。本研究並非反對醫療用藥對 ADHD 孩童的作用，而是提醒當今社會與校園在認知到對待過動孩童需要高人力成本與資源時，傾向於認定醫療診斷為資源困窘處境下的一種便捷的方式；但這樣的認定不但忽略了教育體系的問題，也使得老師無法在教育現場創造更多空間，來細緻對待差異行為背後的社會心理層面。

本文中 2015 年的「身心覺察小團體」、2016-2017 年暑期身心覺察三天營隊，2018 年的「兒少武術與感統實驗課程」方案，是使用身心工作的方法，企圖在現有老師教育資源稀缺的現實條件下，在教育現場創造不同行動的實驗；並希望呈現這些實作過程，讓經驗得以擴散、討論，進而鼓勵校園內的老師繼續嘗試各種行動實驗。本研究在校園的實踐角色是輔導室老師，輔導室做為學校大系統的一環，必須考慮課程安排、家長意願與班級導師狀態，因此操作上必須因應實際狀態而變動；又由於輔導室主要是提供班級導師支援協助的功能，因此已被鑑定為 ADHD 並服藥、狀況穩定的孩童，就可能不被班級導師推薦參加此方案。故本實驗方案，所參加的學童是經導師或家長推薦，認為有注意力不集中或是有過動狀況的孩童，這些孩童部分有服藥，多數則沒有服藥，也因此難以客觀檢視參加課程前後的行為對照實驗，這是本研究的限制。

近年來，台灣社會對於 ADHD 處遇有許多反思聲音。家醫科李佳燕醫師結合其他領域人士成立「還孩子做自己行動聯盟」，批判兒童過動被「過度診斷、過度醫療、過度給藥」，呼籲整個社會應重新「瞭解孩子的本質與教育

的目的」，<sup>16</sup> 他們強調「過動」可能只是「兒童性」(childhood)的一種展現形式。台北市立聯合醫院松德院區院長楊添圍則提醒，來自於政府組職、福利系統或是教育體系的資源，無法對某些特殊行為提供個別化、高人力高成本的處遇。因此，借用某些可能包括特定疾病診斷治療，讓問題醫療化，也讓醫師不自覺地，成為柔性或隱性社會控制的一環。因此在質疑醫師的診斷系統與意識形態的同時，千萬不要忽略了對於政府組織、福利系統或教育體系應有的檢討。<sup>17</sup>

校園裡 ADHD 學童越來越多的現象，其實反映了幾股力量對國小校園的作用：

一、智育發展為主的場域：整體學校體制的課程規劃，仍然是以大腦智育發展為優勢的學習取向，這樣的環境不利於活潑好動的學生。唯有在以身體活動為主的實驗方案裡，學生的身體動能被欣賞，身心才得以獲得平衡發展的空間。

二、校園人際衝突的理解與處理模式：學生之間在校園學習歷程的摩擦互動，本就屬於人我關係教育學習的一環，但是常常因為課程擠壓和家長投訴，師生間缺乏細緻面對的條件與空間。當學生人際衝突的問題一再重複和循環時，快速地將學生貼上病理化的標籤，往往是化解家長抱怨的良方，因為「他是有病、不是故意的」，可以讓孩子得到最大的諒解，也轉化了老師與家長不知所措的焦慮。

三、校園資源不足，教師以醫療診斷轉移了教學現場的嘗試：過動孩童狀態需要高人力資源，但現有教育體制並未創造足夠條件與資源給老師，使得其選擇以藥物處理學生的身心狀態，以便快速解決教師班級經營、秩序控管的難題。雖是解決老師的問題，卻也阻礙了教師去發展面對「不合模學生行為」的教育行動。

---

16 參見「還孩子做自己行動聯盟」，<https://www.letchildrenbe.org/archives/date/2013/12>。(瀏覽日期：2020/05/01)

17 參見「還孩子做自己行動聯盟」，<https://www.letchildrenbe.org/archives/549>。(瀏覽日期：2020/05/01)

我們發現，鬆動既有教室裡的課程與師生對待關係，可以幫助孩子改變；校園環境與老師對待過動兒童的方式需要更加細緻，老師的教學認識與善用教學資源改變互動關係與環境，可以讓這些孩子撕去標籤，得到發展。因此，教育現場需要的是資源的挹注，讓老師得以積極為學生規劃多元身心覺察輔導方案，並引入適切的協助資源，展開醫療、教育、社工系統等跨領域合作。在現今少子化，流浪教師眾多的環境下，流浪教師或許可以成為未來重要的人力資源，入班協助處遇「不合模」的兒童。

教師，做為一位有主體的教育行動者，身處於學校這個社會系統的一環，面臨到各種不同系統的要求與擠壓，如何辨識與意識自身處境的需求是很大的挑戰。教師必須要有能力辨析是什麼樣的力量與機制在對自己、家長和孩子作用，然後才能夠有意識的選擇為自己與學童以及家長創造條件；這艱鉅的任務無法靠個體完成，因此教師自主社群的建立，讓彼此得以分享經驗、彼此支持、分析處境與尋求解方，就十分重要；創造彼此之間的專業對話，產生「群」的力量，才能讓個別老師能夠在沒有資源的情況下「撐」「助」學生，不致轉而只能倚賴醫療系統。本研究呈現以老師為主體的行動實驗，希望將這些實作過程發生的經驗擴散，鼓勵教師有意識地不快速以醫療模式解決孩子問題，以教師專業主體發展出不同教育空間的可能。

## 參考書目

- 宋維村。1982。〈注意力不足過動症候群：綜論〉。《中華民國神經精神醫學學會會》8（1）：2-21。
- 孟瑛如。2010。〈過動藥不藥？談 ADHD 兒童用藥〉。《國語日報》。2010年1月13日，13版。
- 周正修等。2007。〈注意力不足過動症的診斷與治療〉。《基層醫療》22（9）：304-310。
- 高淑芬。2011。〈注意力不足過動症〉。《實用精神醫學（第三版）》。台北：國立台灣大學醫學院。
- 陳逸群、李鶯喬。2002。〈注意力不足過動症〉。《臨床醫學》49（6）：403-409。
- 曾凡慈、劉毓翔。2017。〈建構童年異常：新聞媒體中的兒童過動症及其轉變〉。《社會分析》14：75-115。
- 曾凡慈。2015。〈兒童過動症的興起與專業技能網絡的變遷〉。《科技、醫療與社會》12：15-76。

- W. Lawrence Neuman。2007。《社會研究方法——定性和定量的取向》。郝大海譯。北京：中國人民大學出版社。
- 夏林清。2004。〈一盞夠用的燈：辨識發現的路徑〉。《應用心理研究》。2004（23）：131-156。
- 夏林清。2006。〈在地人形：政治歷史皺褶中的心理教育工作者〉。《應用心理研究》。2006（31）：201-239。
- 舍恩, 唐納德 A.。1983/2007。《反映的實踐者》。夏林清譯。北京：教育科學出版社。
- 顏正芳。2004。〈注意力不足過動症的診斷與病因〉。2004 年臨床心理學研討會。高雄：高雄醫學大學心理系主辦。
- 衛福部。2016。〈特殊需求兒童早期介入與服務現況：以注意力不足過動症 (ADHD) 為例〉。立法院專題報告。
- 李文英。2017。〈在緊密相處中學習認識自我——以營隊做為方法〉。《臺北市教育 e 週報》775。取自 <http://enews.tp.edu.tw/Default.aspx?MSTCDE=EPA20160803165747JIR&page=12> (2017/09/03)。
- 蕭蘋。2014。〈ADHD 有必要全面篩檢嗎?〉。《自由時報》。取自 <https://www.letchildrenbe.org/archives/546>。(2014.05.13)。
- Argyris, Chris. 1985. *Action Science* translated by Linching Hsia. 2012. Beijing: Educational Sciences Publishing House
- Barkley, R. A. 1998. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment* (2<sup>nd</sup> ed.). Guilford Press.
- Conrad, P. 2007. *The Medicalization of Society: on the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Conard, P., and Schneider, J. W. 1992. "Children and Medicalization: Delinquency, Hyperactivity, and Child Abuse". In P. Conard & J. W. Schneider (eds.), *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. Philadelphia: Temple University Press.
- Conard, P., and Schneider, J. W. 1980. "Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness". St Louis: The CV Mosby Company. *Diagnosis and Treatment*. (2nd ed). New York, NY: Guilford Press.
- Heron, J., & Reason, P. 1997. A Participatory Inquiry Paradigm. *Qualitative Inquiry* 3(3): 274-294.
- Lincoln, Y. S., and Guba, E. G. 2000. "Paradigmatic Controversies, Contradictions, and Emerging Confluences." In N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (eds.), *The Handbook of Qualitative Research*, Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Malacrida, Claudia. 2004. "Medicalization, Ambivalence and Social Control: Mother's Descriptions of Educators and ADD/ADHD." *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine* 8(1): 61-80.

- Mayes, Rick, et al.. 2009. *Medicating Children: ADHD and Pediatric Mental Health*. Cambridge, Massachusetts, and London, England: Harvard University Press.
- Rafalovich, Adam. 2015. “ADHD: Tree Competing Discourse”. In Lester, Jessica Nina and Michelle O’Reilly (eds.). *The Palgrave Handbook of Child Mental Health*. UK: Palgrave Macmillan.
- Reynolds, C. R., and E. Fletcher-Janzen. 2002. “Medical Model, Defense of Special Education.” In *Concise Encyclopedia of Special Education: A Reference for the Education of Handicapped and Other Exceptional Children and Adults* (2<sup>nd</sup> edition). Hoboken, NJ: John Wiley.
- Smith, Matthew. 2008. “Psychiatry Limited: Hyperactivity and the Evolution of American Psychiatry, 1957-1980.” *Social History of Medicine* 21(3): 541-59.
- \_\_\_\_\_. 2012. *Hyperactive: The Controversial History of ADHD*. London: Reaktion Book Ltd.
- Thomas, Rae. et al.. 2013. “Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Are We Helping or Harming?” *British Medical Journal* 347.



# Alternative Treatment for Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

Yu-Chien Lorna Kung

Assistant Professor,  
Social Welfare Department, Chinese Culture University

## Abstract

An increasing number of schoolchildren are now labeled as having “attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)” by Taiwanese society. These children seemingly burden the teaching and management of schools but actually reflect the interference of Taiwan’s medical system with school settings, thus challenging the existing education counseling system in the categorizing and treatment of children’s problems. Through physical and mental awareness courses, the activities in this course call attention to the inappropriateness of the medical system for controlling and governing the body using medication. This study served as a record of such courses. The findings indicate that a lack of educational resources and the involvement of mainstream medical mechanisms in schools often leads to the retreat of teachers from their position of the principal teaching facilitator. When the education system fails to allocate relevant resources, teachers are left with the only choice of adopting the medical model for quick intervention. Consequently, these students are subject to a special education assessment test and assigned to a recourse class. The research shows that the combination of teachers and relevant resources is proved conducive to providing children with attention training.

## Keywords

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), medicalization, teacher subjectivity, Physical and Mental Awareness Courses

---