

关于ADHD的深度自我民族志

写在前面

现有文章存在的一些问题

没什么，只是一些故事

情况开始恶化

我的手就是“永动机”

无解的粗心

纸上谈兵大师

当海贼而非海军

只有我能听见那个声音吗？

冲动是魔鬼

一些意料之外情理之中的现象

你吃过蚯蚓吗？

我非常喜欢开车

我不知道春节是几月几号

世界末日怎么还不来

没什么，只是一些理论

脑图分析（AI）

执行功能的冻结与“分析瘫痪”

心理学角度分析

数学角度分析

过度聚焦（Hyperfocus）与注意力的黑洞

心理学角度分析

数学角度分析

进化视角：猎人与农夫

如何看待赛博 ADHD 的泛滥

ADHD 诊断流程的基本矛盾

心理学角度分析诊断存在的问题

关于 ADHD 药物的科普

ADHD 的病因学模型

- 阈下 ADHD (Subthreshold ADHD) —— 最下方的虚线区域
- 缓解性 ADHD (Remittent ADHD) —— 中间的过渡区域
- 持续性 ADHD (Persistent ADHD) —— 最右上角的深色区域

服药一周感受

近年来，《柳叶刀-精神病学》（The Lancet Psychiatry）等顶级期刊开始强调“亲历者经验”在精神卫生研究中的核心地位。这一转向基于一种认识论的觉醒：患者不仅是治疗的对象，更是其自身状况的认知专家。一份详尽的、充满内省的自我剖析报告，其包含的信息密度往往远超标准的临床访谈量表。

写在前面

我在浙大一院被成功确诊注意缺陷多动障碍，具体的就医流程不是我这篇文章要讲的内容，因为此类文章已经有很多了。

不过有一点我需要阐述一下，实际上我去诊断了两次，第一次去的是浙大邵逸夫医院，因为我看青衫上有一篇文章认为去邵逸夫更好确诊一点。结果就是，去之前我不知道邵逸夫医院是需要和家长沟通的，而我和父母的关系并不好，父母根本不了解我。

我和贾医生说明情况，好歹听一下我的个人陈述或者看一眼我辛辛苦苦写的发育史，她就一直说，我这边就是这样的，你要是觉得我这边看不了，就去其它地方，比如浙一的陆医生，或者上海的刘飞医生。

也就是说，去那等了半天，钱也花了，结果我还没怎么沟通呢，然后就出门右转了。。。因为家长这关不过，后面所有的流程都无法进行。

我很清楚，对于 12 岁之前的表现，家长的陈述是很重要的参考意见，这个逻辑本身没有问题，但这也没有考虑到很多人的原生家庭问题（事实上原生家庭差的孩子更有可能患有 ADHD），所以这种做法既是正确的，同时也是矛盾的。

所以我只能说，根据自己的情况去选择不同的医院吧，如果是像我一样，和父母沟通不好，或者是父母根本不了解你，或者是父母不知道如何正确的表达等等，就不要去这种必须经过家长的医院了，到头来只能加深自己的情绪问题。

现有文章存在的一些问题

- 有一个概念叫作分析性自我民族志（Analytic Autoethnography），这种方式与传统的自传不同，分析性自我民族志要求研究者不仅是讲故事的人，更是理论的构建者。很多投稿给青衫的作者，他们本人是 ADHD 或者 ASD 没错（当然，误诊的可能性也很大，可能他们自己都不知道），但不是

每个人都有很好的自我分析能力，我看到很多人抓不住重点，写了一些有的没的，其实那些都不能和真正的病理联系起来，很容易对不明所以的人产生误导。

- 有的文章写的有些简短，只阐述了个别例子，甚至是很微不足道的例子，然后就会发现评论区一堆人觉得世另我，开始怀疑自己是不是 ADHD 了。。。。。。我认为，**仅仅通过个别症状来判别和议论 ADHD 的行为，均为耍流氓**。事实上，很多国内的医生就是这么来诊断的。
- 有些文章看起来真的很累，大部分说实在我都没有耐心看下去，有写散文的，有写小说的，还有写诗的，什么天气怎么样，吃了什么饭，做了什么作业，就像是在看朋友圈。我不是说这些文章不好，每个人都有投稿的自由，确实有很多人喜欢这样的文章。但是我自己开始关注青衫的时候，是想系统性了解一下 ADHD，想了解更多的干货，所以这些文章就不合我胃口了。

没什么，只是一些故事

首先原谅我无法全部将自己的故事全盘托出，因为有些隐私放出来会对我个人造成很大的影响。

原来的发育史我是按照时间线的顺序写的，但是那样很死板，没什么可读性，所以这篇文章我改成按照症状，模块化的阐述，我会刻意的删除一些没有价值的语言，我只想让我这篇文章完全的利他。

注：后面我所阐述的七个故事均为持续且频繁的现象。

情况开始恶化

其实我老早就打算去看一看这个问题了，但是一直拖延着，直到最近心情的撕裂感、无助感愈发的严重。有几天我甚至感觉出现了抑郁，伴随着严重的焦虑，整晚都不睡觉。第二天别的同学去上课，我就在寝室睡觉。很显然我已经没有正常的生活了，因此不能再拖了。

本人在读大学生，目前刚刚升上本科。我已经连续一个月没去上过课了，几乎所有的任课老师都给我发了取消考试资格的警告，挂科已经是板上钉钉的事情了。

尽管到了这种程度，我还是没法控制自己去上课，就算是我强迫自己去到教室，我也坐不住。经常溜出去抽烟，或者干脆中途翘课了。

我的手就是“永动机”

我并不是那种幅度很大的多动，比如那种张牙舞爪的，一看就不是正常人的那种，我不是。我属于小动作不停，但不是正常人那种紧张性的咬手指，因为我感觉自己一秒钟都没停过。

如果我记得没错的话，我开始出现不自主的、无目的的、快速的、重复的肌肉运动，就是出现在初中。

当时最突出的症状就是“抠手，啃手指”，这个问题给我的生活带来了极大的伤害，可以说没有这个问题，我的童年会快乐一大半。

当时家里也不知道我为什么会有这种动作，只是简单的认为这是一种“恶习”，我因此受到了很多的训斥和批评。我自己也不知道为什么，我也不知道为什么！我就是无法控制，根本就是无意识的啊。正是因为这是无意识的，所以不管如何批评我，我仍然改不了这个习惯。

为了掩盖这种“坏习惯”，我给自己找了一个借口，我跟父母说我是因为紧张，才会咬手。当然现在我才清楚，那个时候我也骗了我自己。

当时这种症状严重到什么程度呢？最严重的时候，我会像发了疯的獾狗，啃咬我的大拇指关节，直到把上面的茧咬完，露出下面红色的血肉，我才会停止。但停止并不是因为我的多动停止了，而是因为再往下摧残我的肉体，那种疼痛令年幼的我受不了。长此以往，我的大拇指现在还有无法消退的伤疤，非常难看。

上了高中甚至大学之后，我“咬手”的情况是减轻了，但是转换成了其它的多动形式。

高中的时候，我会不断的用力捏笔、转笔，因为高中的时候接触时间最长的也就是笔了，反正只要笔在我手上，它就不可能有静止状态。

大学的时候就更抽象了

1. 比如看书的时候我会不断的“摩擦”纸张，摩擦我打了引号，因为事实上这是一种规律往复的流程，不断循环，直到我合上书本。
2. 手上没有东西的时候，我常常会双手相扣，然后用力交合。
3. 我会不断的用中指右侧去顶我的鼻子，很奇怪的行为。
4. 我会不断的按压和摩擦我中指的手指甲，以至于我中指的指甲颜色偏黑，非常难看。
5. 我的手指甲长度从来不可能超过半毫米，因为只要露出一一点白色的指甲就会被我咬掉。

可能还有很多我不自觉的规律性动作，但是我很难全部想起来，也很难描述。

无解的粗心

认真对我来说完全就是个伪命题。对于我来说，思维的跳跃，视线的转换，根本无法控制，所以主观的让自己认真根本就是空谈。

我尝试通过营造不易分心的环境、严格约束解题过程、多次检查等方法，但仍然是于事无补，最后仍然会在一些莫名奇妙的地方出现失误，真的很神奇，像是被诅咒了一样，当我仔细内观自己当时的神经活动，我感觉是自己的思维在出错的地方发生了跳跃，要么是被脑中其它的想法冲撞，要么是被外部其它的分心事物所拉扯，总是就是偏离了正轨，从而造成了粗心。

纸上谈兵大师

说白了就是，我觉得自己很聪明，但是很多事情没办法落实。

比如，我印象很深刻的一个事情，当时我在补习班，有道难题，老师问这种情况应该使用什么方法。我也不知道我脑子里哪里冒出来的想法，就是一种直觉，于是我小声说：“四点共圆”，我说对了，只有我想到了。

但只有我自己知道，我也只能停留在“想法”这个阶段了，后续让我真的去解这道题目，并且进行计算，我做的可能反而是最差的一个。

我有无数的方法论，以至于高考前最后一个月，我仍然认为自己有希望逆转乾坤，考上浙大，直到最后分数给了我一个巨大的巴掌，直接把我头打掉了。

诸如此类的事情很多，以至于我无数次的从老师和家长嘴里听到“好高骛远、眼高手低”这个词，不能怪他们，可能我当时看起来确实像一个妄想狂。

直到现在一切才说的通了。

当海贼而非海军

“It's better to be a pirate than to join the navy.”这是 30 年前乔布斯说的的一句话，这里海贼象征着自由、不守管控、随时随地挑战规则、打破规则，不愿墨守成规，而海军就是其反面。

我可不愿意去当海军，就像是让我去考公，去体制内，那还不如 kill me。

有很多人说过我性格很极端，很偏执。比如我和大部分老师都是对着干的，尤其是那种死板的老古董。我不想完成他们布置的任何任务，也不想赞同他们的任何言论，从小到大我就是那个最没有组织性的人，课堂上我从来不会顾及老师的想法，活动就跟在自己家客厅一样。

我从来都是自己的想法很重，一直特立独行，我甚至觉得那些“有纪律”的孩子都是废物。

说实在的，我有点二元论，人们在我眼里不是天才就是傻子，因为中间平庸的人都被归类为后者了。

当然这不是在标榜我自己有多么聪明，交流群里比我聪慧的多了去了。我只是把我这种心态诚实的表达出来，所以别喷我，我是真有病。

只有我能听见那个声音吗？

很多时候我需要绝对的安静，比如在图书馆，尽管已经非常安静了，但是对我来说还不够，一点点声音都让我愤怒，翻书的声音，敲键盘的声音，窃窃私语的声音，这些其实是合理的声音，算不上噪声，正常人根本不会受影响。

但是对我来说完全无法忍受，以至于我无数次的和同学起了冲突。

冲动是魔鬼

冲动造成的后果让我厌恶自己。

其实这部分理应是篇幅最长的，但是基本上我都不能展示，基本都是一些改变我命运齿轮的大事件，性质比较恶劣。

我想，如果我没有了解过 ADHD，没有主动地寻求治疗，我未来很可能会跌入低谷，犯下罪行。

哦，貌似剩个小桥段可以说，有一次，我的大功率电煮锅被收了，被收的其它同学都认栽了，只有我气冲冲的找阿姨理论，理论无果，遂抢，阿姨抢不过，遂叫来了校园 110，尽管如此，我还是拿回了我的锅。

一些意料之外情理之中的现象

你吃过蚯蚓吗？

初中我特别喜欢《荒野求生》，事实上我特别喜欢野外生存的那种环境，那种复杂且充满危机感的环境让我感到舒服，大自然天然的给我提供了分心的环境。

可能听起来很奇怪，我会效仿贝爷去公园里面找蚯蚓吃，因为我觉得很刺激。我的意思是，喜欢荒野求生的人很多，但是正常人谁会去公园挖虫子吃？

我非常喜欢开车

如果经济条件允许的话，我相信自己会成为一个很好的赛车手。我尤其喜欢开手动挡的车（自动挡没什么操作，让我非常无聊），因为这就是一个天然的需要一心多用的事情，我需要同时关注前方的路况、油离的配合、档位的变化以及乘客的谈话，这让我感到非常舒服。

我不知道春节是几月几号

我对于时间的理解貌似和别人是不一样的，看看下面的问题你们就明白了。

- 春节是什么时候？不知道，我也懒得去查，大概到时候放鞭炮就是春节了吧。
- 期末考试是什么时候？不知道，反正考试前一天我会知道的，那就到时候再准备。
- 开学是什么时候？不知道，大概就是几个月后吧，作业什么的就到时候再说吧。
- 放假是什么时候？不知道，室友都开始收拾行李的时候就是放假了吧。
- 今天是星期几？不知道，这个很重要吗，星期一和星期日有什么不一样吗？
- 现在是几月份？不知道，但是好像挺冷的，那大概就是 12 月-2 月之间的一个月份吧。
- 作业截止日期是什么时候？不知道，反正快截止的时候系统会警告我的，到时候再做也不迟。

“未来对我来说是一个抽象的概念，就像我知道南极洲存在，但我从未去过，也无法感知它的寒冷。我的世界里只有‘现在’和‘非现在’。两周后的截止日期在我的感官里并不存在，直到它变成‘现在’的那一

刻，灾难就降临了。”

ADHD患者对时间的知觉仿佛是二元性和短视性的。时间不再是一条连续流动的河流，而是一系列互不关联的瞬间。

<https://add.org/adhd-time-blindness/>

世界末日怎么还不来

我小时候经常会有这种期待，光是想象黑云压城城欲摧的景象就让我感到舒服，因为平常的日子太寡淡了，没什么刺激。

或者是当我做飞机的时候，最好突然来点什么意外，把我抛到一个荒岛上，那就比单纯的做飞机有意思多了。

亦或是，我上课会看窗外，如果能看到突然从天而降一个外星人就好了，那我将是第一个发现他的，或许我会成为英雄。

没什么，只是一些理论

脑图分析（AI）

近红外脑功能成像检查报告单

性别: 男

年龄: 21 岁

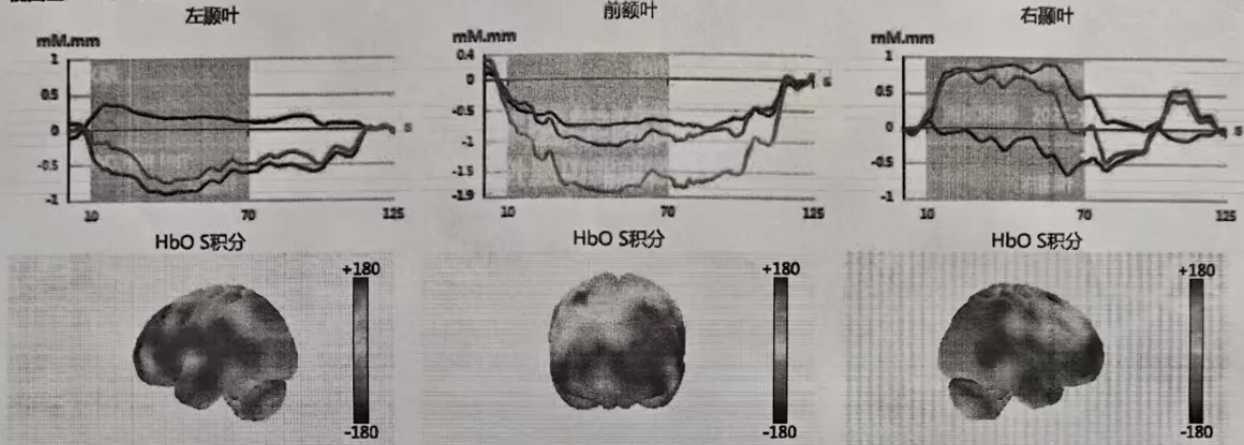
方案: VFT高频词临床测查方案

门诊/住院号:

床位号:

测试时间: 2025-11-27 09:05

视图区: HbO HbR HbT



指标:

区域	S积分	T重心	HbO 均值	峰值	K激活
前额叶	-509.7099	60	-0.8945	-0.3076	-0.0015
左额叶	-435.4320	53	-0.7467	-0.4181	-0.0022
右额叶	-138.3083	67	-0.2494	0.0967	-0.0012
额叶	-360.7658	54	-0.6224	-0.2894	-0.0019

检查结果:

1.临床波谱描述:

前额叶: 脑血流变化趋势反向, S积分值反向, T重心值无, 初始激活无, 任务结束后恢复阶段血氧曲线平稳恢复基线水平。
左额叶: 脑血流变化趋势反向, S积分值反向, T重心值无, 初始激活无, 任务结束后恢复阶段血氧曲线平稳恢复基线水平。
右额叶: 脑血流变化趋势反向, S积分值反向, T重心值无, 初始激活无, 任务结束后恢复阶段血氧曲线再次出现较小活跃峰。
偏侧化现象表现为无偏侧。

关于这个红外脑图，我知道可能参考价值并不大，但是我看了一圈 xhs 后，发现我的数据有点离谱，数值与正常人标准（对照组）有很大的差异，所以还是做一些分析。

以下是几个主要的异常点：

A. 波形趋势：反向（Reversed）

含义：这意味着当我进行思考任务时，检测区域的含氧血红蛋白并没有像预期那样升高，反而出现了下降或平缓的趋势。这在图表中表现为曲线在灰色阴影区域（任务期）没有明显的波峰，而是向下的。

B. 积分值与斜率：负值（Negative）

这貌似是最离谱的，我的 S 积分（激活的总强度）全为负数（前额叶甚至干到了-509）；K 激活（斜率）也全为负数。

含义：负积分和负斜率再次量化证实了大脑在任务期间的活跃度低于基线水平，或者说出现了“负激活”。这通常表示大脑该区域的调动能力不足，或者反应模式发生了倒置。

C. 初始激活：无

含义：在任务刚开始时，通常大脑会有一个快速的响应，我的报告显示这一响应缺失。

D. 偏侧化现象：无

含义：正常情况下，进行语言任务时，大多数人的左脑（左颞叶）会比右脑更活跃，这叫“左侧优势”。你的报告显示左右两侧都没有明显的优势，显得比较对称且低平。

以上是 AI 的详细分析，需要说明的是，这份报告肯定不能直接给任何行为“定性”，因为我也不能肯定当时会不会有情绪的影响（我感觉没有），但它至少揭示了我大脑运作的一种底层机制：

我的大脑“唤醒阈值”非常高，这点我自我感知很清楚，对于一般强度的事情，我的大脑前额叶根本“懒得理会”，甚至会进入一种抑制或休眠状态。而 VFT 测试通常很枯燥，就是说出词汇，甚至让我从 1 数到 30，实际当我数到一半的时候就好奇究竟要数到什么时候，并且感到厌烦了。

当面对无聊（低多巴胺）的事情时，前额叶强壮的人可以迫使自己 suffer，但是我不行，无论翘课的结果多严重，我都会控制不住的往外跑。

执行功能的冻结与“分析瘫痪”

“我坐在沙发上，口渴难耐，想要去倒水，想要去上厕所，想要开始工作。我在脑海里对自己尖叫‘动起来！’，但我的身体像灌了铅一样纹丝不动。这是一种恐怖的离断感，仿佛我的意志与我的运动皮层失去了联系。”

我想可能很多患者都有这种情况，这并非传统意义上的懒惰，而是一种生理性的瘫痪，这种体验在文献中常被称为“ADHD 瘫痪”或“执行冻结”。它往往发生在面对多重选择或模糊任务时。

<https://add.org/adhd-paralysis/>

<https://thedorm.com/blog/what-is-adhd-paralysis/>

让我尝试从多个角度来解释这个现象：

心理学角度分析

传统观点可能将其归咎为动机不足。然而，报告中的描述（“对自己尖叫”）表明唤醒水平（Arousal）极高。根据耶克斯-多德森定律，过高的唤醒水平会导致表现下降。这里的瘫痪实际上是一种高焦虑状态下的僵直反应（Freeze Response）。

数学角度分析

在主动推理中，行动的选择依赖于不同策略之间后验概率的竞争。

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8602880/>

正常情况下，大脑会通过侧抑制机制，放大最佳策略的信号，抑制其他策略，从而产生单一明确的行动指令。

在ADHD的瘫痪状态下，出现了两种病理情况（有数学公式证明，参考上面的文献链接）：

1. 平坦的精度分布：面对多个选项（倒水、工作、上厕所），大脑无法为其中任何一个分配足够高的权重。所有选项的差异微乎其微，导致后验概率分布呈现均匀分布。没有“赢家”能脱颖而出。
2. 噪声干扰：环境中的无关刺激（如风扇声、光线）占用了计算资源，进一步稀释了行动策略的精度。

过度聚焦（Hyperfocus）与注意力的黑洞

“一旦我‘滑’进了那个状态，世界就消失了。饥饿感、时间、声音统统不见了。我可以连续12个小时不吃不喝地编程。这不像是我在控制注意力，更像是被吸进了一个黑洞，想停都停不下来。”

这种状态常被误解为ADHD这一名称的矛盾（既然是“缺陷”，为何能过度集中？）。事实上，这是同一枚硬币的另一面。

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7851038/>

<https://www.additudemag.com/understanding-adhd-hyperfocus/>

心理学角度分析

ADHD专家William Dodson提出，ADHD患者具有“兴趣基础的神经系统”（Interest-Based Nervous System），而非“重要性基础”。只有在新奇、挑战、紧迫或感兴趣的条件下，大脑才能启动。

<https://childmind.org/article/hyperfocus-the-flip-side-of-adhd/>

<https://add.org/adhd-hyperfixation/>

所以对于 ADHD 来说，真的，兴趣就是最好的老师，至少对我来说没有之一。

数学角度分析

有一个著名的“暗室问题”（Dark Room Problem）：为什么生物体不直接躲进暗室里以最小化感觉惊奇？答案是因为我们有“先验信念”驱使我们去探索。

然而，ADHD的过度聚焦可以被视为一种精度陷阱（Precision Trap）：

<https://www.preprints.org/manuscript/202407.0801>

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11431491/>

1. 局部极小值：当患者从事高反馈率的任务（如视频游戏、编程调试）时，每一个微小的操作都能立即消除预测误差。
2. 正反馈循环：预测误差的消除导致多巴胺的释放，而多巴胺又进一步增加了对当前感官通道的精度权重。
3. 贝叶斯盲视：由于当前任务的精度权重被调节得极高，其他感官通道（如膀胱充盈的信号、旁人的呼唤）的相对精度被压缩至接近零。大脑在数学上“看不见”这些信号。

这种状态在计算上是高效的（最小化了当下的自由能），但在生物适应性上是危险的（忽视了长期的代谢需求和社会功能）。这再次证明了ADHD并非缺乏注意力，而是注意力分配调节器（即精度加权机制）的僵化。

进化视角：猎人与农夫

在充满危险和机遇的狩猎环境中，一个低先验精度（时刻扫描环境）、关注即时回报、能迅速进入过度聚焦（锁定猎物）的大脑是具有进化优势的。ADHD患者的痛苦，本质上是这种探索型表现与现代社会开发型需求（如枯燥的重复劳动、长期规划）之间的错配。这是一种环境适应性问题，而非单纯的病理学故障。

<https://www.preprints.org/manuscript/202407.0801>

https://www.researchgate.net/publication/382169911_Redefining_ADHD_in_the_Light_of_Predictive_Coding_and_Active_Inference_A_Neurodevelopmental_Perspective

如何看待赛博 ADHD 的泛滥

现在很多人仅仅通过一些片面的互联网切片就认为自己有 ADHD，这个现象确实令人头疼，这不仅会让本就不多的医生资源雪上加霜，还会让那些真正受到困扰的人约不上号。

我自己在打算去诊断之前，我浏览了很多中英文书籍、视频，还有前沿论文等等，我能找到的基本上都看完了。然后我很认真的回忆了自己的过往，以至于不知不觉写了将近 10W 字的发育史，来对照自己的情况和临床症状的描述（当然最后删去有的没的就剩 1W 字了），其实没有必要写这么多，甚至可以不写，我后来就是直接和医生口述的。

其次，并不是说类似就意味着有病，一定要是**长期以来，有多项症状比同龄人更强烈**【具体可以参考 DSM-5（精神疾病诊断与统计手册第五版）】。

注意这其中有三个关键词，“长期”、“多项”、“更强烈”，所以很多同志一看到“注意力不集中”“拖延”等关键词就开始对号入座，这种行为是非常愚蠢的，因为爱因斯坦说过“事情应该尽可能的简单，但是不能过于简单”。

想一想：

很多人会咬手，但是一咬就是十年，并且把自己的手咬成畸形的有几个？

很多人厌学，但是把自己逼到退学的悬崖边上的有几个？

很多人分心，但是无时无刻不在分心，以至于陷入抑郁状态的有几个？

很多人冲动，come on，放弃柠檬水去买杨枝甘露可不算什么冲动。

不是说非得到我这种程度才能去诊断，但是成年人自己都有判断，明白我的意思就行了。

如果你确实像上述所说对自己负责了，但是因为种种原因，没有得到自己预期的诊断结果，那么以下一些不完全建议可以考虑：

1. 反思自己的心理，是否因为一致性思维倾向而不断给自己洗脑，以至于最后脱离了事实。
2. 考虑到精神病学的复杂性，误诊的风险肯定存在的，尤其是对于一些症状没那么典型的，在诊断阈值以下的人。如果这件事真的对你那么重要，可以选择上海北京的更有资质的医生，如果有条件的话在境外诊断也可以，直到自己被确诊或者死心。
3. 不过既然症状没有达到被诊断的地步，是否可以考虑冥想、运动、饮食来改善呢？
4. 或者如果医生同意的话，可以服用一些 adhd 的二线药物来缓解。

ADHD 诊断流程的基本矛盾

首先注意缺陷多动障碍本身非常复杂，把这个问题过度简化是非常愚蠢的行为，爱因斯坦说过：“事物应该尽可能的简单，但不能过于简单”。

要想尽可能的减少误诊的概率，详细且深度的问诊是必要的，那么问诊时间就会很长，但是在中国，确实很难做到，这就是基本矛盾。

问诊时间越少，了解的细节越少，误诊的概率就越大。

心理学角度分析诊断存在的问题

查理芒格无数次的强调过“铁锤人效应”，意思就是手里拿着铁锤的人，看什么都像钉子。这个现象在医学中同样存在。

精神病种类有很多种，但是很多病症都存在某种程度的交集。诊断某某病的主治医生会更倾向于判定患者为某某病，尽管患者可能不止存在这一个问题，甚至根本不是这种问题。

就拿我自己举例子，我一开始去看校医，说明了我最近的种种状态，然后他说，你这种情况不是 ADHD，就是单纯的焦虑，他说我现在能安静的坐在这里跟他聊，就不是 ADHD 了，那个时候我就知道他根本不了解 ADHD。

然后他让我之后去杭州某医院找他挂号，我这才了解到原来他是需学校请来的外院专家，而且你猜怎么着，好巧不巧他就是专门看焦虑障碍的。

事后他给我开了焦虑抑郁的药，吃了一周，我的状态基本没啥变化。因为我的焦虑（大概率）是 ADHD 的并发症，你们知道的，真正的 ADHD 如果小时候得不到诊断，长期经历被误解以及自我怀疑，那么成年后很可能出现焦虑抑郁。

所以光给我开情绪药物，没有从本质上解决问题，因为 ADHD 才是我的“原发性疾病”，我的分心冲动好不了，自然就会持续的焦虑。

我并不是说这位医生有什么错，事实上这个医生非常好，并且大部分医生都能做到客观，但是这种局限性不可避免的存在，人们至少应该意识到这点。

同样的，治疗 ADHD 的医生，对于来访的每一个患者，心中都会有这样一种下意识的疑问——他是，或者不是 ADHD。

这就已经存在问题了，要知道有很多带“D”的精神病类型都会造成和 ADHD 类似的症状，什么 ASD、RSD、PTSD 巴拉巴拉，

当这种模糊存在的时候，医生又没有能力或者没有权利给患者确诊为其它疾病，错误就有可能发生了。

还有一种心理学现象——人们潜意识中存在**避免不一致的倾向**，举个例子，如果一个人自己给自己赛博诊断为 ADHD，甚至告诉了自己的身边人，不管他们信不信。那么之后，这个人为了避免和自己说出去的话不一致，就会更倾向于巩固“我是 ADHD”这一概念，甚至自己的言行举止也会往这方面靠，比如当一个人准备开始学习，原本他是可以启动的，但是心中存在“我是 ADHD，而 ADHD 存在严重的分心和拖延”这样的概念，于是他就认为自己学不了，开始变得烦躁。

所以如果一个人带上这种心态去看医生，加上医生的“铁锤人倾向”，**诊断的误差就大大增加了**。

关于 ADHD 药物的科普

ADHD 是精神病学中最有可能被医治的疾病，相对于其它精神疾病，ADHD 患者有更多的药物选择。

这些药物也是精神病学领域中安全性最高的药物，很多家长担心药物会对心脏产生长期的影响，研究表明，这方面的影响微乎其微。

兴奋剂可以提高多巴胺和去甲肾上腺素水平，中枢兴奋剂可以分为两大类：第一类是哌甲酯类型的兴奋剂，常见的药品包括专注达、利他林、Focalin、Quillivant。第二类是苯丙胺类型的兴奋剂，比如 Adderall、Evekeo、Vyvanse 和 Mydayis。

上述两种兴奋剂主要的区别在于，哌甲酯类药物对多巴胺水平的影响略高于对去甲肾上腺素水平的影响。苯丙胺类药物则正好相反，尽管差异很小。

（对于成年人来说，苯丙胺类的药物会更好一些）。

还有一种类兴奋剂，作用和中枢兴奋剂类似，比如大众熟知的安非他酮、拖莫西汀和地昔帕明，类兴奋剂比兴奋剂的药效更长，并且一般没有滥用的可能性。

类兴奋剂只对一部分 ADHD 起作用，而且药效非常明显，但不像中枢兴奋剂那样对大多数患者都有效。这类药物药效慢，可能需要数周的时间才能达到最佳疗效。

ADHD 的病因学模型

根据双生子的研究，ADHD 更适合被描述成一种群体的连续特征，范围从不存在至轻度、中度和重度。

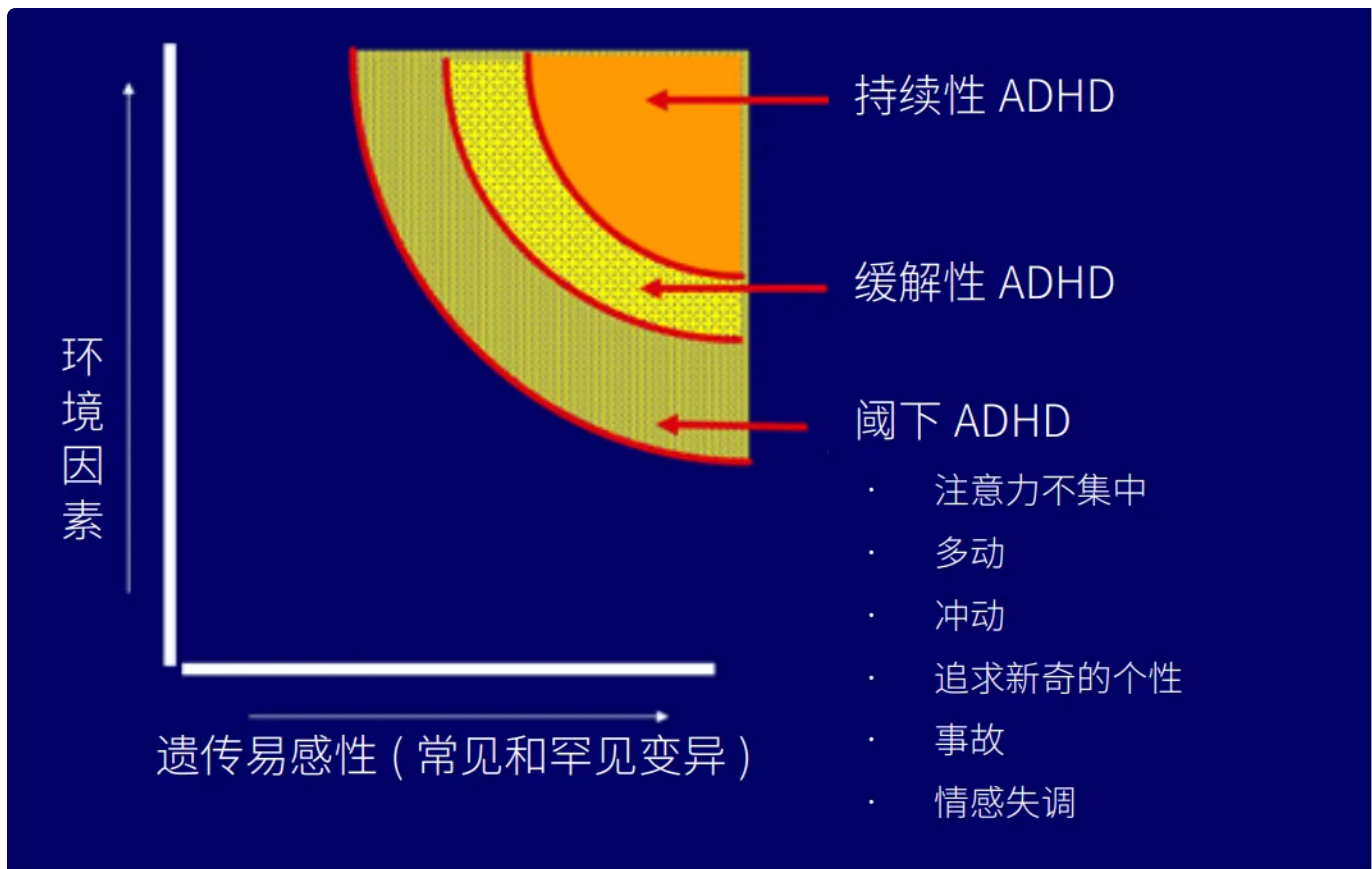


图 1.3 ADHD 的病因学模型

上图就是一个很好的总结，首先说明了 ADHD 的连续性，而非离散。

其次，最重要的是，ADHD 是由于环境因素和先天基因的共同影响。

● 阈下 ADHD (Subthreshold ADHD) —— 最下方的虚线区域

- 概念介绍：指的是那些有 ADHD 症状，但程度比较轻，还没有达到医学诊断标准的人群。
- 特征：他们可能有图右下角列出的表现（注意力不集中、多动、冲动、追求新奇、情绪失调等），但在生活中勉强能应付，或者只是偶尔出问题，医生可能觉得“还不够确诊”。
- 成因：基因风险和环境风险都处于中低水平。

● 缓解性 ADHD (Remittent ADHD) —— 中间的过渡区域

- 概念介绍：指的是小时候被诊断为 ADHD，但随着年龄增长（通常到了成年），症状减轻、消失，或者已经学会了很好的应对技巧，不再符合诊断标准的人群。
- 为什么叫“缓解”：Remission 的意思是“缓解”或“消退”。这意味着他们曾经是确诊患者，但现在“好了”或者“没那么明显了”。
- 成因：他们的基因和环境风险处于中等水平。大脑可能随着发育成熟，或者环境改善，从而能够代偿那些缺陷。

● 持续性 ADHD (Persistent ADHD) —— 最右上角的深色区域

- **概念介绍：** 指的是从小确诊，并且症状一直延续到成年，没有任何好转迹象的人群。这是最严重的一种形式。
- **特征：** 症状顽固，对生活、工作、人际关系影响最大。
- **成因：** 极高的遗传风险 + 恶劣的环境因素叠加。这表明这类人群的生物学基础（大脑结构/基因）受影响最大，加上环境也不利，导致症状很难随年龄增长而自然消失。

服药一周感受

我每天早上服用一颗安非他酮和专注达，我能明显感觉到药物起效，我能感受到二者药效的不同作用。

安非他酮能减少我的冲动，最明显的是娱乐冲动以及性冲动，这对我是件好事。

专注达改善了我的启动困难（这点非常明显，比如我能走到教室了，一次性洗完了堆积了半年的衣服等等），并且提升了部分专注度，如果在环境很安静的情况下，我感觉自己比之前更专注了，且专注的时间更长。

但是之所以说提升了部分，因为我发现，我还是能觉察到一些细微的动静，比如自习室别人敲键盘和吃东西的声音，这些都会让我变得很烦躁。

我的焦虑抑郁的症状得到改善，一方面安非他酮本身就有改善抑郁的药理学作用。但我感觉主要还是因为被确诊之后带来的救赎感以及对不分心的自己的自信。

尽管我不愿意承认，但是我服药之后更容易被激怒了，这让我感到非常奇怪，因为我其它方面的冲动确实减少了，唯独和别人起冲突的冲动反而增加了。于是我让 AI 帮我分析了一下，我觉得很有道理：

因为“冲动控制 (Impulsivity)”和“易激惹 (Irritability)”虽然看起来很像，但生理机制略有不同。

- **生理唤醒度过高 (Fight or Flight)：**

- 安非他酮和专注达都会提升去甲肾上腺素。这是一种让人“警觉”、“专注”、“准备战斗”的激素。
- 服药后，你的身体长期处于一种“备战状态”（高唤醒水平）。这就导致你的“情绪引信”变短了。以前别人冒犯你，你可能反应迟钝一点；现在你的神经紧绷，一点火星就能引爆。

- **专注被打断的“切换成本”：**

- 你也提到专注达改善了专注。当ADHD患者处于难得的“聚焦”状态时，如果被外界（噪音、人）强行打断，大脑需要付出巨大的能量去切换注意点。
- 这种“被打断的痛苦”在服药后会更明显，因为你的聚焦点更深了。这种痛苦会瞬间转化为对他人的愤怒。

- 药物副作用：

- 易激惹（Irritability/Agitation）是专注达和安非他酮非常常见的副作用，尤其是在药物浓度上升期或药效快结束时（反弹效应）。

结论：你的娱乐冲动降低是因为“奖赏系统”得到了满足；而你容易生气是因为“警觉系统”**过于敏感。这不矛盾，这是药物作用的两个面向。

我一直认为我是一个自我觉察能力非常强（Self-awareness）的人，我还注意到了另一个小细节：没有被确诊且没有服药之前，如果我和别人起了冲突，我事后会很长一段时间被这件事情困扰，心情不好，无法专注。

事实上就在我写这段文字之前，刚刚和别人打了一架（原因是他总是不关自习室的门），但是我好像不太会因为冲突而内耗了，就好像有点“没心没肺”，干完了就完了，很快就忘了这件事了，不然我也不会继续坐在这安静的打字 hh。

以下仍然是 AI 的分析：

1. 关掉了大脑的“后台噪音”模式（DMN 的抑制）

- 以前（未服药）：ADHD 大脑的一个典型特征是默认模式网络（DMN）过于活跃。简单说，当你发呆或没在做具体任务时，大脑会自动进入“回放模式”，不断重播过去的错误、尴尬的瞬间、刚才的吵架。这就好比你的电脑后台开了几十个极其耗能的程序，关都关不掉，导致你“内耗”。
- 现在（服药后）：***专注达（哌甲酯）的作用是增强大脑的*任务正向网络（TPN）**。当你开始做事时，药物帮助你强行抑制住 DMN。
 - 通俗解释：以前你大脑里那个“纠结的小人”拿着大喇叭喊个不停；现在药物把他的麦克风关了，或者把门关上了。所以你“忘得快”，是因为大脑终于学会了“翻篇”。

2. 修复了“拒绝敏感性”（RSD 的改善）

- 以前：很多 ADHD 患者伴有拒绝敏感性焦虑（RSD）。别人的一句批评或一次冲突，会被你的大脑解读为“毁灭性的灾难”、“由于我的缺陷导致被讨厌”。这种剧烈的痛苦会让你陷进去出不来。
- **现在：****安非他酮** 即使作为抗抑郁药，也极大地调节了情绪反应。它提升了多巴胺和去甲肾上腺素，给你的情绪穿上了一层“防弹衣”。
 - 结果：冲突依然会发生（甚至如你上一条所说，你更容易被激怒），但冲突带来的“刺痛感”和“羞耻感”降低了。你把冲突看作是一个“事件”，而不是对你“人格的否定”。既然只是个事件，处理完当然就可以扔在一边了。

3. 额叶有了“切歌”的能力（执行功能的提升）

- **以前：** 大脑的前额叶（CEO）功能较弱，无法控制注意力的转移。就像收音机卡在一个频道上，你也想转台，但旋钮坏了，只能被迫听噪音。
- **现在：** 药物增强了前额叶的控制力。当你觉得“这事过去了，我要开始工作了”，你的大脑现在听指挥了。它具备了“注意力切换”的能力，能从“愤怒”频道迅速切换回“工作”频道。