

# 是復發？還是復原？ ——藥癮治療的新思維

蔡震邦

(法務部臺灣高雄戒治所臨床心理師)

## 壹、前言

從1999年起開始從事藥癮治療工作逾十年的光陰裏，身為醫療人員助人的關懷本質與所處司法系統的監禁懲罰概念，兩者迥異的思維不斷在自己的內心相互衝擊，除了瞭解也試著學習，如何在法律標準的絕對界線與框架下，開啟心理治療的可能性；一如不同領域間的科技整合，心中總希望能透過實務工作的實證經驗，堆疊出藥癮者、助人者、司法機構三方皆能銜融的藥癮治療方案，它的白話文就叫做「本土化的戒癮模式」。

我國對於藥癮者的認知與定位一直在變遷當中。光就法律層面來說，「毒品危害防制條例」就歷經了數次重要條文的修訂增刪，有時是肇因於政府不同機關之間的折衝競合（毒癮勒戒、戒治原為醫療業務但衛生署和健保局無力負擔），有時囿於傳染病防治的需要（譬如因為藥癮愛滋患者大幅增加而引進美沙酮維持療法作為海洛英成癮者的戒癮藥物），有時是現實的壓力（譬如監獄實際收容人數超出15%，而1/3以上是藥癮者），有時則端視社會情緒的氛圍（譬如2007年減刑隔日台大植病暨微生

物系副教授被剛出獄的安非他命成癮者毆打致死）等；因此，國內對於藥癮者的處遇措施就這樣漂浮遊移在監禁懲罰與醫療協助之間，忽緊忽鬆擺盪不定的司法標準，經常讓藥癮者與藥癮治療人員無所適從。

但這十年來，也存在著許多難能可貴的成效。2007年正式成立4個獨立戒治所專司矯正系統中的戒癮處遇，讓藥癮者開始有機會得到多元的戒癮協助，而非像定義為單純犯罪行為僅施以監禁懲罰；2009年3月在澳洲舉行的世界藥癮減害(harm reduction)會議中，因為台灣在短短不到三年間（2004-2006）積極推動各項減害措施後就成功抑制了毒癮愛滋患者的大量擴散，因此倍受各國的肯定與讚賞；2009年9月底為止，已有85家醫療院所開始提供美沙酮維持療法，讓海洛英成癮者能自行利用各地醫療資源來協助自己戒除，無須等到被檢警調逮捕或被監禁時才停止施用；2010年6月底為止，包括晨曦會、沐恩之家、主愛之家等民間組織，相繼成立了共約18個中途之家，讓藥癮者在賦歸社會前有了重啟新生的蟄伏處；2009年起各縣市政府毒品危害防制中心也開始從臨時任務編組逐漸轉型為常設人員，未來希望由專責

人員來提供藥癮者及其家屬的社區服務；現在，更積極計畫設立藥物濫用人口的資訊平臺，正式將司法處遇與衛生醫療的資訊加以整合，讓兩個系統不再是獨立分離運作，嘗試來提供整合式的服務。

在台灣，心理衛生的專業工作者也注意到藥癮者的需求，開始有越來越多的人力投入此領域，就以筆者服務的單位而言，光是2008-2009年間，本所暨嘉南療養院、高雄縣市政府的毒品危害防制中心、美和技術學院就共同開辦數十個藥癮治療團體；成功大學、美和技術學院另針對毒癮愛滋患者則提供了一系列的衛教課程，並進行追蹤。若將焦點轉至全國，國內專家學者投入藥物濫用相關領域研究的人數與計畫案亦呈現數倍成長，就以衛生署管制藥品管理局（現已與食品檢驗整併為食品藥物管理局）所轄經費支應的研究而言，2001年時僅有20件相關研究案，到了2010年便增加至182件，其內容亦從原先的藥物檢驗與生化機轉研究，擴大至社會心理、政策趨勢的多元發展方向；除了國家衛生研究院精神疾病與藥物濫用組這樣的藥癮專責研究單位外，2008年我國也成立了第一個藥物濫用相關學會組織：「台灣成癮科學學會」。

由此可見，藥癮防治工作已經從「政策宣導」和「嚴懲惡行」的行政措施，開始朝向「戒癮協助」和「多元整合」來調整蛻變。本文想與各位先進分享的是，藥癮治療這些年來在心理衛生概念上的「變遷」。

## 貳、當前藥癮治療的發展趨勢

美國藥物濫用研究所(National Institute on Drug Abuse，以下簡稱NIDA)依據其長達數十年的藥癮治療實證研究結果，於1999年出版了「藥癮治療原則」(Principles of drug addiction treatment -A Research-based guide)來闡釋有效藥癮治療的主要概念，同時也製作問答篇來說明多數民眾對藥物濫用與藥癮治療的疑惑並澄清謬誤；2009年4月第二版付梓，內容亦有多處的修訂增刪，就連有效藥癮治療的13項原則在這十年間也出現數次的更動。此外，由於藥癮治療大量融入社區處遇、監禁處遇之中，提供藥癮治療實證研究許多不同以往的參考標的，使得不同療法、不同場域、不同成癮物質之間的心理治療成效現在得以進行比對與綜合分析。NIDA因此首次公開說明，不同藥癮治療模式與不同藥物在實證研究下的有效適配情形。下面即為這些內容的簡述：

### 一、13項有效藥癮治療的原則（2009年版）

- (一)藥物成癮雖然是一種影響大腦功能與個體行為的複雜疾病，但依然可以治療的。
- (二)沒有一種藥癮治療模式適用於所有藥癮者。
- (三)藥癮治療必須是能容易取得的、容易應用在生活上的。
- (四)有效的藥癮治療必須關照毒品上癮者的多重需求，而非僅止於藥物濫用部分。

- (五)必須持續、穩定接受藥癮治療一段時間極為重要。
- (六)個別諮商、團體諮商或其他行為治療，普遍存在於各藥癮治療模式。
- (七)在接受諮商與行為治療時，許多藥癮者同時接受處方藥物協助亦相當的重要。
- (八)必須持續地評估、調整藥癮治療的個別服務計畫，以符合藥癮者在不同時期、不同狀態下的需求。
- (九)許多藥癮者同時也有其他的心理疾病。
- (十)生理解癮只是藥癮治療的起步，對長期的戒癮歷程來說效果有限。
- (十一)非自願的藥癮者透過藥癮治療依舊可以得到協助。
- (十二)當藥癮者在治療期間再次施用毒品時，持續性的監控便十分重要。
- (十三)藥癮治療亦需涵蓋HIV/AIDS、B/C型肝炎、肺結核與其他傳染病的評估，同時也應教育藥癮者如何降低感染風險、面對疾病影響、避免擴散的處置。

## 二、不同藥物濫用與心理治療模式的適配

- (一)認知行為療法 (Cognitive-Behavioral Therapy, 簡稱CBT) 適用於酒精、大麻、古柯鹼、安非他命及香菸的戒癮心理治療：此處強調的是復發預防模式的CBT。NIDA於十多年前便已在網站上公開了CBT操作手冊提供免費下載 (NIDA, 1998)，或者大家也可參考Beck第二版的「藥物濫用的認知治療」(Cognitive Therapy of

Substance Abuse)一書。

- (二)社區增強模式 (Community Reinforcement Approach, 簡稱CRA) 與兌換券(Vouchers)適用於酒精與古柯鹼的戒癮心理治療：這部分則已有中譯文章可供查閱 (潘正德等譯, 2004)。
- (三)關聯管理處遇 (Contingency Management Interventions, 簡稱CMI) 與動機激勵 (Motivational Incentives, 簡稱MI) 適用於酒精、興奮劑、鴉片類、大麻與香菸的戒癮心理治療：CMI的資料散見於NIDA不同時期的報告中，而MI則可查詢ATTC(The Addiction Technology Transfer Center Network)的刊物。
- (四)動機增強療法 (Motivational Enhancement Therapy, 簡稱MET) 適用於酒精、大麻與香菸的戒癮心理治療：動機式晤談法在藥癮治療的運用則已有中譯本可供參考 (楊筱華譯, 1995)。
- (五)矩陣模式(The Matrix Model)適用於興奮劑 (如安非他命、古柯鹼) 的戒癮心理治療：可參考Schuderer (2007)的簡報說明，或者請至NREPP (National Registry of Evidence-based Program and Practices)網站詳閱其內容。
- (六)促進參與十二步驟療法(12 Step Facilitation Therapy)適用於酒精、興奮劑與鴉片類的戒癮心理治療：可參考美國酒癮匿名團體(AA)、毒癮匿名團體(NA)、古柯鹼匿名團體(CA)的相關資訊。

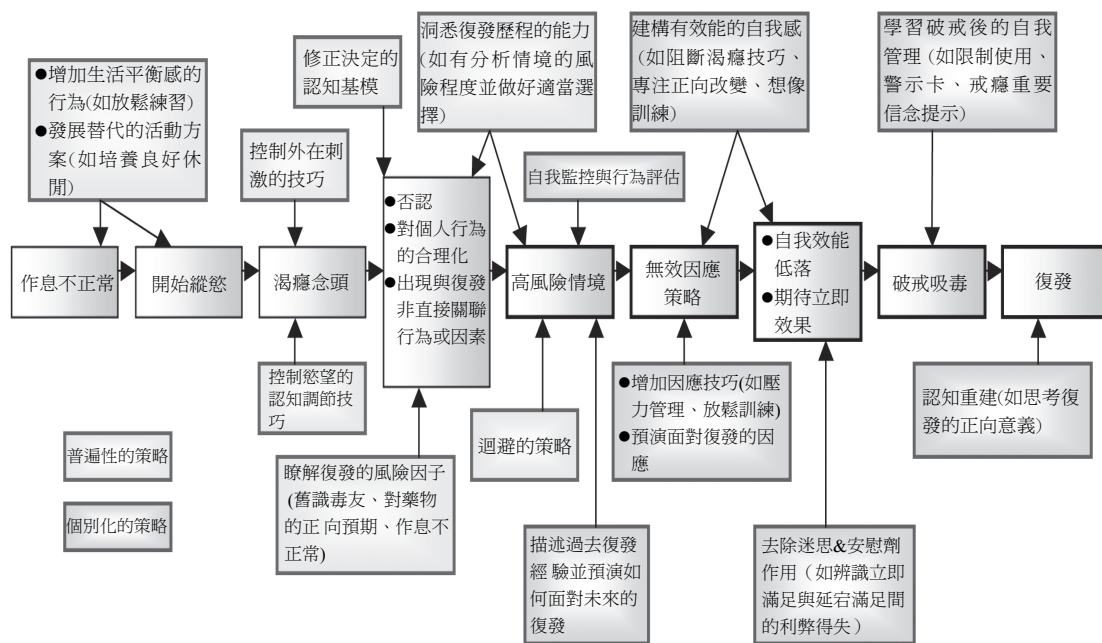
(七)伴侶行為療法 (Behavioral Couples Therapy, 簡稱BCT), 未註明適用物質: 與BCT相近的中譯資料或許可參考「簡短心理治療」一書中有關伴侶治療的部份 (李宇宙等譯, 2008)。

### 參、藥癮者的復發預防

從事藥癮治療的工作者都明瞭, 藥物濫用 (藥物成癮) 是一種複雜的疾病, 也如同氣喘、高血壓等慢性病一樣 (NIDA, 2007), 除了必須終生面對疾病所帶來生活作息、行為習慣的改變之外, 藥物濫用同時也改變了個體大腦原有的神經連結, 使得戒除藥癮一段很長的時間後, 藥癮者還是可能因為面臨失業、家庭衝突、精神疾病、生理疼痛...

等復發高風險因子或高風險情境所引發的社會生理心理壓力推波助瀾下, 再次出現偶發性的濫用藥物行為(lapse)或者是陷入再次成癮的復發狀態(relapse) (NIDA, 2009)。藥物濫用如同其他慢性化疾病, 其復發與否的關鍵皆與諸多因素息息相關而非單一病因可解釋, 包括了個體的身心健康情形、所處的工作場域與居家環境、自我照顧模式、支援系統與資源運用...等可能因素, 同時面對慢性化疾病隨時可能復發所形成的擔憂與不確定性, 也經常造成戒除藥癮者無可言喻的壓力。

因此, 復發預防(relapse prevention) 一直是所有慢性化疾病重要的癒後衛教策略, 對於藥癮者來說亦不例外。從 NIDA(2009)的研究中我們可以發現, 藥



圖一：復發歷程中不同階段的認知行為處遇策略

資料來源：譯自Clinical guidelines for implementing relapse prevention therapy., By Marlatt, Parks, & Witkiewitz, 2002, p24.

癮治療的CBT是採用復發預防作為主要模式。Beck、Wright、Newman與Liese在1993年就已經發現，藥癮者的復發高風險因子是具有共通性的，而對於藥物的渴癮與衝動行為，都始於這些高風險因子引發的信念或自動化想法所導致；Marlatt、Parks與Witkiewitz(2002)則進一步詮釋，唯有瞭解藥癮者自身的高風險因子且辨識其所屬的復發階段，並應用適當的認知調節及行為策略來改變不合宜的信念或想法時，才能有效地預防復發或阻斷復發路徑（如圖一）。譬如當藥癮者尚未任由自己身處高風險情境且能自持時，施以普遍性的認知處遇策略就得以強化其持續戒癮的動力；倘若藥癮者已接近復發狀態甚至開始初期使用藥物時，就必須針對個別情形來改變錯誤的認知架構與設計新的行為因應策略，這樣才能有效地協助藥癮者阻斷復發歷程，進而協助其回復戒癮狀態。

無論是採用個別治療或者是團體治療，我們皆可發現復發預防模式強調的不外乎是透過認知教育來促使藥癮者採取實際的行動來拒絕誘惑、阻斷渴癮和運用有效策略來停止繼續使用；因此，復發預防模式自然有其共同的治療目標與治療歷程：評估(assessment)、辨識警訊(warning sign identification)、管理警訊(warning sign management)、擬定處遇計畫(intervention planning)、發展復發因應策略(relapse early intervention training)（Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2006，以下簡稱SAMHSA）。藥癮復發預防模式的治療計畫通常是以3-6個月、30-36次個別會談（或團體聚會）為標準治療程

序，由於藥癮者通常無法穩定地接受所有療程，所以彈性運用其他不同模式，或者選擇關鍵目標來進行藥癮治療是十分常見的情形。

NIDA(1999)就已載明藥癮個別治療隨著其戒除的不同狀態，復發預防的治療模式可區分為4個階段：治療初期、戒除初期、持續戒除、邁向復原，而不同階段的治療目標與核心議題亦有差異（簡述如下表一）。以治療初期的核心議題「矛盾(ambivalence)」為例，雖然藥癮者承諾投入戒癮治療，也知曉成癮給自己帶來眾多影響與傷害，但多半此刻對於戒除與否仍是舉棋不定的，畢竟，使用毒品的確帶來正向的情緒感受（此階段會刻意忽視負向後果），也沒有其他處理情緒或因應困境的有效策略與能力時，濫用藥物就成為藥癮者當下唯一可以改善情緒或解決問題的選擇。所以，瞭解藥癮者施用毒品的原因與戒除毒品的障礙，就成為處理矛盾的基石；接著，治療者必須支持藥癮者度過或忍受戒斷症狀所帶來的痛苦，鼓勵個案著眼未來的目標並且引發其持續改變的動機，依據其生活型態來設定有效的行為目標，最後方能促使藥癮者從原有矛盾狀態逐漸朝向戒除藥物的目標傾斜。詳細的資料請見NIDA的個別藥癮諮商手冊(Individual Drug Counseling)以及藥物濫用諮商模式(Approaches to Drug Abuse Counseling)。

囿於有限的醫療資源與專業人力，一般來說採用團體治療模式來進行藥癮復發預防是比較常見的，隨著所屬的機構性質（如醫院、門診、監獄、戒癮中心或心理衛生中心…）、濫用的不同物

表一 不同藥癮治療階段的治療策略

階段	治療目標	核心議題
治療初期 (Treatment Initiation)	<ul style="list-style-type: none"> <li>●引導藥癮者進入藥癮諮商，並說明相關規定</li> <li>●詢問病史/成癮史，擬定治療計畫</li> <li>●幫助藥癮者瞭解藥癮所造成的不適與疾病</li> <li>●協助藥癮者中斷成癮循環</li> <li>●引導藥癮者正視戒癮所帶來的好處與利益</li> </ul>	否認 矛盾
戒除初期 (Early Abstinence)	<ul style="list-style-type: none"> <li>●教導藥癮者辨識與避免陷入復發風險情境</li> <li>●教導藥癮者如何面對/處理渴癮</li> <li>●協助藥癮者停止使用所有的毒品</li> <li>●鼓勵藥癮者從事任何有益健康的活動</li> <li>●鼓勵藥癮者參與自助團體</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●瞭解成癮階段/戒癮階段的身心症狀</li> <li>●學習辨識與藥癮有關的人/事/地</li> <li>●解構一日生活</li> <li>●對渴癮的正確認識</li> <li>●學習避免高風險情境</li> <li>●如何面對社會環境/社交情境的壓力</li> <li>●減少「危險」性行為/避免傳染病</li> <li>●清楚使用不同毒品/非處方箋藥物的風險</li> <li>●參與12步驟團體</li> </ul>
持續戒除 (Maintenance of Abstinence)	<ul style="list-style-type: none"> <li>●幫助藥癮者持續戒除</li> <li>●藉由復發歷程的說明，讓藥癮能夠避免或者快速進入復原期</li> <li>●協助藥癮者辨識/重新詮釋負向情緒</li> <li>●教導藥癮者使用因應技巧來處理生活壓力</li> <li>●提供機會讓藥癮者演練新習得的因應技巧</li> <li>●鼓勵藥癮者持續改變態度與行為來面對當前的生活</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●熟練預防復發的 技巧/策略/工具</li> <li>●能夠辨識復發歷程</li> <li>●重啟復原過程中的人我關係</li> <li>●建構無毒的生活</li> <li>●堅定的信仰/宗教</li> <li>●妥善處理內在羞愧與罪惡感</li> <li>●定期進行生活習慣/身心狀態的檢核</li> <li>●改變自己的缺點/ 不良的性格</li> <li>●內在需求/慾望適切的滿足與界定</li> <li>●做好憤怒管理</li> <li>●擁有健康的休閒/ 良好嗜好</li> <li>●工作與金錢的妥善管理</li> <li>●避免替代型的成癮行為</li> </ul>
邁向復原 (Advanced Recovery)	<ul style="list-style-type: none"> <li>●提醒藥癮者對復原的承諾</li> <li>●提供支援與回饋</li> <li>●協助發展個別化的復原計畫</li> <li>●持續涵養能力來面對/處理復發或危險情境/危險因子</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●生涯發展</li> <li>●生活重心移轉</li> </ul>

質（酒精、古柯鹼、大麻、海洛英…）、藥癮者本身的差異性（性別、年齡、濫用程度…），藥癮復發預防團體通常會加入特定議題並調整其適配的內容，也因此藥癮復發預防團體相較於個別治療來說實際進行過程中的變動性是比較大的。不過，有些主要議題則不會改變，譬如闡明復發高風險因子與高風險情境如何誘發渴癮欲望及促使個體出現不斷地尋找毒品的行為；譬如運用人際歷程來演練遇見舊識毒友時該如何拒絕其再次使用毒品的邀約…等。

以下就以SAMHSA(2005)的藥癮復發預防團體來做內容簡介。此團體方案設計分為三個階段：團體初期（0-6週，每週2-3次）、團體中期（7-16週，每週

1-2次）、團體後期（17-24週，每週1次），共有35個團體單元（表二）。

譬如在單元25的活動中將討論新朋友(making new friends)的議題，在90分鐘的結構式團體設計中，會先用15分鐘的時間說明認識新朋友對維繫戒癮的重要性，同時也會描述多數人如何運用不同形式與場合來結交新朋友；接著發下講綱進行45分鐘的焦點討論，包括團體成員彼此如何從陌生到熟識、分享從參加團體至今在團體外認識新朋友的經驗、檢核朋友在自己生活中所佔的角色地位、確認現在的生活中有無健康且良好的友誼、會不會向新朋友坦承自己的成癮問題並請求其協助…等；最後30分鐘則是自由討論與家庭作業的說明。

表二 復發預防戒癮團體各單元活動議題

單元	主題	單元	主題	單元	主題
01	酒精	13	敏銳	25	新朋友
02	矛盾	14	信仰/宗教	26	關係修復
03	避免復發遊移	15	金錢管理	27	平靜
04	工作	16	復發緣由	28	強迫性行為
05	羞愧/罪惡感	17	自我關照	29	憂鬱
06	保持忙碌	18	情緒	30	12步驟
07	康復動機	19	疾病	31	無聊
08	誠實	20	壓力	32	每一天
09	完全戒除	21	因應復發	33	回顧
10	性	22	處理壓力	34	假日
11	復發預防	23	憤怒管理	35	休閒
12	信任	24	接納自己		

從上述單元列表我們便可得知，藥癮復發預防團體不僅涉及復發風險因子與風險情境的辨識及處理，也包含了建構保護因子與因應策略的練習。其他詳細的資料請見SAMHSA(2006)的諮商師

藥癮治療手冊(Counselor's Treatment Manual)以及年邁藥癮者的復發預防團體模式(Substance abuse relapse prevention for older adults - A group treatment approach)。

## 肆、藥癮者的復原之旅

當一位心臟病患者進行心臟冠狀動脈繞道手術康復出院後，重新擁有的健康狀態並不同於終生免除心臟病復發的風險，如果不想再次面臨心臟病發的生命威脅，就要實踐改變生活習慣保持健康的行為模式：「定期追蹤」、「力行正常作息」、「謹慎飲食」與「保持良好體能」，如果能夠遵循醫囑並持之以恆，那麼必然就能大大降低復發的風險。所以，從事醫療工作的專業人員都明白，出院後患者如何落實自主健康管理，通常是疾病復發與否的重要關鍵。

同樣地，藥癮者克服濫用藥物所引發的身心影響並接受戒癮治療（如同心臟病患者接受手術），然後在回歸正常生活時瞭解如何預防復發（如同出院前的衛教）後，仍必須重新面對自己的人生；不過由於過去濫用藥物的行為經常導致其家庭關係、人際關係、職場關係的破裂，所以讓戒除藥癮後的復原(recovery)過程充滿艱辛，單靠先前所述有關戒癮治療與復發預防的策略，對藥癮者終生戒癮的目標來說，這些協助實在有其侷限。

對於復原取向的藥癮協助系統而言，復原的意涵並非是要去除戒癮治療、復發預防這兩個重要的藥癮治療基石，而是希望我們試著從更長遠、更寬廣的角度來看待藥癮患者的「復原之旅」。解癮與戒癮階段當然需要戒癮治療來協助藥癮者戒除毒品（無論斷然戒除或漸進戒除），發掘成癮的心理病因（例如對於毒品錯誤的正向效果預期或藉由毒品減輕創傷經驗的痛苦）並加以

處理；賦歸社會時當然也需要復發預防的認知教育來訓練藥癮者瞭解高風險情境（如毒友、吸食工具）、復發跡象與歷程、情緒與壓力管理、社交技巧能力…等因素之於復發的意涵，明白如何避免或削弱復發危險因子所造成的風險，同時也能習得更多保護因子來協助自己。

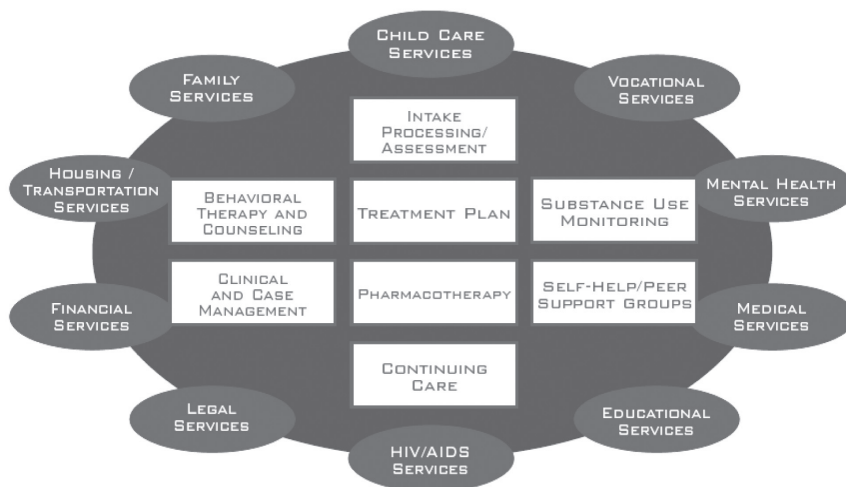
但是當復發來臨時，能否將之視為「有益的復發」而非個人或治療的失敗，就是復原取向藥癮協助系統的核心價值。

復原取向的藥癮協助系統不同於戒癮治療或復發預防模式的兩個核心概念在於：1.從醫療急性介入處遇模式轉變為多系統的持續性照顧模式，並以生態系統的思維來協助藥癮者面對所處的環境與挑戰；2.不再以描述藥癮者的症狀或復發危險因子為基礎，轉而思考非治療性策略（調適症狀 管理資源），以提供整體性照護來發展藥癮者的各種功能（家庭功能、職業功能、社交功能…等），並著重增強其保護因子和維繫身心健康為主的目標。透過下列的敘述，讓我們進一步來瞭解其間的差異(ATTC, 2006)：

- 1.復原取向的效益是由藥癮者來標定、評判，而非由協助者來決定。
- 2.復原取向並非立基於治療關係，協助者應扮演同伴、諮詢或教練角色。
- 3.復原取向不以戒癮治療為主，取而代之的是健康、教育、工作、經濟、法律、家庭與人際關係…等整體的協助。
- 4.復原取向的協助重視實際行動，

表三 建構復原取向藥癮協助系統的原則與要素

原則(Principles)	要素(Elements)
1.不同的方式皆可走向復原	1.個案中心取向
2.是一種自決與賦能的歷程	2.重要他人(伴侶、家人)的共同投入
3.是自我認知與內在需求的轉變	3.全人生的整合性協助
4.必須誠實面對自我	4.社區資源的投入
5.是個人、文化與環境的調和	5.不間斷的協助與照護
6.持續改善身心健康與增加幸福感	6.與治療系統的協同合作
7.擁有希望感	7.個體身心狀態的維繫
8.是自我重構的療育過程	8.特殊文化的考量
9.必須面對羞愧與罪惡感	9.信仰的融入
10.需要同儕與親人的支持	10.持續參與自助團體或社區活
11.是重建生活與再投入社區的過程	11.以藥癮者與重要他人的需要與復原經驗做為基石
12.具有現實感	12.整合模式而非教育、醫療、社政…等的個別協助
	13.蘊含復原概念的教育與訓練
	14.具有定期檢核與外展服務功能
	15.定期做效益評估
	16.以實證研究作為基礎
	17.充滿彈性並適時調整服務內涵



圖二 藥癮治療的最佳模式…整合式服務

資料來源：引自Components of Comprehensive Drug Abuse Treatments, By NIDA, 2009, *Principles of drug addiction treatment – A Research-based guide(2<sup>nd</sup> ed)*, p8.

所以會明確訂定每週的行動目標，並且檢核執行情形，以實現終生戒癮的長程目標。

5. 復原取向所運用的策略與實際內涵，都應累積自戒除藥癮者復原歷程的經驗所得，而非仰賴學理架構來設計。

ATTC(2007)彙整17個復原取向的藥癮協助系統，提出了12個原則與17個要素，讓藥癮實務工作者得以思考一個「復原取向」而非「戒癮治療」「疾病控制」的系統該如何來建構與執行（見表三）。

NIDA(2009)認為，藥癮者復原的過程其實是需要多層面與不同性質的共同協助，並非公共安全（司法監控）、公共衛生（醫療協助）或者是公民社群（社會救助）任何單一系統或架構可以獨立完成；實證研究亦已顯示唯有整合式的服務模式方能更切合藥癮者的實際需要（如圖二），藥癮治療的療效也才得以隨之最大化。簡言之，當藥癮者自己、家庭、學校和社會願意開始接納藥癮者並給予其援助時，終其一生的復原之旅才會真正開啟。

## 伍、結語

雖然每個藥癮者成癮與戒癮的原因、復發與復原的經歷大不相同，然而能夠邁向終生戒除的藥癮者通常都具有三個共同的特徵，其一是從解毒開始到復原之旅，藥癮者所處的家庭、社區或機構必定提供了持續性且多元的協助；其次是藥癮者必須再度投入社會並具備其應有的社會功能（如就學、就業），無論是自我復原或者是透過社會救助系

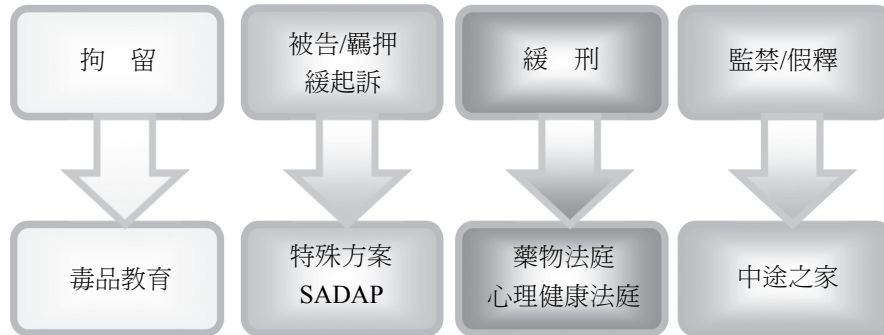
統皆可為之；最後則是擁有人際網絡的支持系統來做為藥癮者的歸屬，像是家庭、自助團體或者是學校與職場的同儕情誼(ATTC, 2009)。

復原取向的藥癮協助系統必須配合且運用藥癮者所處當地的環境、文化與資源，因此我們必須瞭解在亞洲地區（除香港外），藥物濫用的處遇模式多數仍是以公共安全(public safety)而非公共衛生(public health)來做為主要考量與核心架構，也就是說，濫用非法藥物基本上仍被視為犯罪行為。同時由於濫用藥物與犯罪行為之間實有高度關聯性，因此即便在美國，藥癮者可以透過不同的藥癮治療模式來協助其戒癮，仍有超過2/3的藥癮者曾被拘留或者是曾被監禁(Heap, Lurigio, Rodriguez, Lyons, & Brookes, 2009)；在台灣，2009年底就有63,875人收容於矯正機關，其中26,005名是藥癮者，佔所有收容人數的40.71%，更不用說2009年全年判刑確定新入監執行的藥癮者就有12,440人（法務統計，2010）。其實，這些數字底下隱含的意義是，每年即有數萬名藥癮者進出監所；所以若能在司法系統中提供藥癮者適切的處遇，就成為復原取向的藥癮協助系統中極為重要的一環。

美國Treatment Alternatives for Safe Communities（以下簡稱TASC）將1970年以來在司法系統所實施的藥癮處遇模式進行彙整分析，發現若能在不同司法處遇狀態下妥善運用不同處遇模式，就能得到最大的收益（如下圖三）。以SADAP(The Cook County State's attorney's Drug Abuse Program)這樣的特殊方案為例，就類似我國現在實施的緩起訴交付

戒癮處分制度，參與SADAP藥癮者接受完整的戒癮處遇後，就可以獲得不起訴處分；追蹤研究發現，SADAP結業的藥

癮者有83%在三年內未再因為濫用藥物而被逮捕或拘留(Heaps, Lurigio, Rodriguez, Lyons, & Brookes, 2009)。

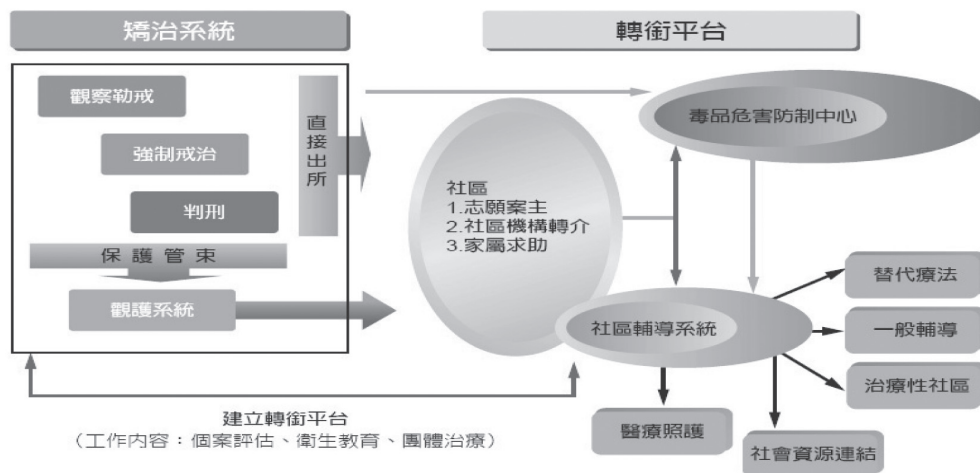


圖三 不同司法處遇狀態下適配的藥癮處遇模式

資料來源：譯自Criminal Justice System Components and Corresponding Illinois TASC Programs By Heap, Lurigio, Rodriguez, Lyons, & Brookes, 2009, *Addiction Science & Clinical Practice*, 5(1), p33.

我國2009年5月所修定的「毒品危害防制條例」正式將戒癮治療納入緩起訴的條文中並將之法制化。自此時起，藥癮者若面臨毒癮復發而無其他犯罪行為時，不必然定要陷入司法監禁處分而導致失去工作與人際隔離的困境，可以有機會在社區中接受戒癮治療並且逐步回歸無毒生活狀態，這是個與時並進的

概念，也讓藥癮者的復原之旅，有著更多元的協助管道與模式。同時政府機關正研擬建置「毒品犯總歸戶」的轉銜平臺（如圖四），讓不同部門面對藥癮者時，不再僅是以單次、單獨的角度來提供服務，將不同於過去的各自為政而試著用整體的觀點來提供藥癮者更多元的整合型協助。



圖四 我國欲建構的戒癮網絡

資料來源：引自行政院反毒報告書(2008)，137頁。

然而，現階段我國將復原取向的藥癮協助系統化約在各縣市政府的毒品危害防制中心，可是各中心的工作人員是否能提供「整合式協助」而非僅限於轉銜服務，同時又能否來評估檢視藥癮者全人生不同階段的不同需求並與其他領域提供協同服務，則尚待更多資源的投入與努力才能夠實現理想。此外，當前建構較為完整的醫療系統，多半僅能提供美沙酮(methadone)等解毒功能的生理解癮協助，至於戒癮心理治療與持續追蹤，這些跟復發、復原有高度相關的專業藥癮協助網絡，除少數宗教組織外則僅有少數人能自費獲得，更不用說得到有關職業訓練與就業輔導、家庭關係與人際網絡重建、精神疾病、B/C型肝炎與其他傳染病…等方面迫切需求的幫助。此時此刻，我國的藥癮者想要獲得足夠且適配的協助，可說是難上加難。

藥癮治療的確是門複雜又涉及多種專業領域的學科，無論是公共衛生與流行病學、臨床醫療與司法體系、社會工作與職業訓練、臨床心理與諮商輔導、神經科學與臨床藥理學、基礎醫學與臨床醫學…等皆屬之；因此，台灣成癮科學學會才會提出多面向整合轉譯成癮研究(Multidimensional Integrated Translational Research on Addiction)來做為我國未來藥物濫用、戒癮治療的研究發展目標。盼望在不久的將來，我們能有一套完整的藥癮治療模式能給予藥癮者實質、多元且適切的服務，對藥癮者來說，復原的旅程才不至於是孤軍奮鬥，在終生戒癮的漫長目標中才得以有所倚靠。

## 參考文獻

- 行政院法務部、教育部、衛生署(2008)。反毒報告書。台北：行政院。
- 李宇宙、單家祁、黃文宏、許嘉月、林育如、陳羿行、鄭海擎譯(2008)。簡短心理治療—臨床應用的指引與藝術。臺北：心靈工坊。
- 法務統計(2010)。網址：<http://www.moj.gov.tw/ct.asp?xItem=35093&CtNode=7866&mp=001>
- 楊筱華譯(1995)。動機式晤談法—如何克服成癮行為戒除前的心理衝突。臺北：心理。
- 潘正德、吳琇瑩、李鈺華、林繼偉、林淑梨、麥麗蓉、黃麗倩、張世華、譚偉象譯(2004)。心理疾患臨床手冊。臺北：心理。
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York: Guilford.
- Heaps, M. M., Lurigio, A. J., Rodriguez, P., Lyons, T., & Brookes, L. (2009). Recovery oriented care for drug abusing offenders. *Addiction Science & Clinical Practice*, 5(1), 31-36. Retrieved 12/01/2009 from <http://www.drugabuse.gov/PDF/ascp/vol5no1/Recovery.pdf>
- Marlatt, G. A., Parks, G. A., & Witkiewitz, k. (2002). *Clinical guidelines for implementing relapse prevention therapy*. Retrieved 12/01/2009 from <http://www.bhrm.org/guidelines/RPT%20guideline.pdf>

- National Institute Drug Abuse Publication (1998). *A Cognitive-Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction*. Retrieved 12/01/2009 from <http://www.nida.nih.gov/TXManuals/CBT/CBT1.html>
- National Institute Drug Abuse Publication (1999). *Individual drug counseling*. Retrieved 12/01/2009 from <http://www.drugabuse.gov/PDF/Manual3.pdf>
- National Institute Drug Abuse Publication (2007). *Drugs, brains, and behavior-The science of addiction*. Retrieved 12/01/2009 from <http://www.drugabuse.gov/scienceofaddiction/>
- National Institute Drug Abuse Publication (2009). *Principles of drug addiction treatment: A research-based guide (2<sup>nd</sup> ed.)*. Retrieved 12/01/2009 from <http://www.drugabuse.gov/PODAT/PODATIndex.html>
- Schuderer, J. (2007). *The matrix model intensive outpatient alcohol & drug treatment*. Retrieved 12/01/2009 from <http://www.co.yavapai.az.us/WorkArea/showcontent.aspx?id=28056>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration Publication (2005). *Substance abuse relapse prevention for older adults - A group treatment approach*. Retrieved 10/02/2008 from <http://kap.samhsa.gov/products/manuals/pdfs/substanceabuserelapse.pdf>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration Publication (2006). *Counselor s treatment manual*. Retrieved 12/01/2009 from [http://www.adp.cahwnet.gov/RC/PDF/Publication\\_CounselorsTreatmentManual.pdf](http://www.adp.cahwnet.gov/RC/PDF/Publication_CounselorsTreatmentManual.pdf)
- The Addiction Technology Transfer Center Network (2006). *Linking addiction treatment & communities of recovery: A primer for addiction counselors and recovery coaches*. Retrieved 12/01/2009 from [http://www.nattc.org/resPubs/recovery/Recovery\\_Linking\\_NEATTC.pdf](http://www.nattc.org/resPubs/recovery/Recovery_Linking_NEATTC.pdf)
- The Addiction Technology Transfer Center Network(2007). *Recovery-oriented systems of care - part 1: Principles of recovery*. Retrieved 12/01/2009 from <http://www.attcnetwork.org/learn/topics/rosc/docs/AddicMsgVo10Is10.pdf>
- The Addiction Technology Transfer Center Network(2009). *Building the science of recovery*. Retrieved. 12/01/2009 from <http://www.attcnetwork.org/learn/topics/rosc/docs/buildingthescience.pdf>