

緩起訴附命戒癮治療的 中斷治療與成效評估指標

Study on the Indicators of Drop-Out and Outcomes of Addiction Treatment via Deferred Prosecution

林耿樟¹、蔣馨怡²、沈芸秀³、蔡萱燁⁴
Keng-Chang Lin¹, Hsin-I Chiang², Yun-Hsiu Shen³, Hsuan-Yeh Tsai⁴

摘要

本研究探討影響用藥者能否完成緩起訴附命戒癮治療之相關因素，也探討除了驗尿結果這個成效評估指標外，還可納入哪些心理健康指標。方法：採用病歷回溯性研究，以高雄某醫院2021至2022年參加緩起訴附命第一級與第二級毒品戒癮治療129本病歷為研究對象，使用卡方檢定與t檢定分析完成治療組與中斷治療組的基本資料特徵是否有差異，分析完成治療組不同分組的治療前分數差異，以及分析完成治療組不同分組的治療前後分數差異。結果：129名中有81.4%完成戒癮治療，有72.8%在治療結束時尿檢呈毒品陰性反應。與完療組相比，中斷組第一次使用藥物年齡較早、因藥物入獄次數較多、藥物濫用篩檢量表（DAST-10）得分較高，中文版自我效能量表（C-GSE）得分較低。完成治療組的DAST-10、藥物依賴嚴重度量表（SDS）、貝克憂鬱量表第二版（BDI-II），以及貝克焦慮量表（BAI）的前後測得分有明顯差異。進一步分析發現，只有尿檢陰性或自陳沒有用藥之正向結果組別才有明顯差異，但是，尿檢陽性或自陳有用藥之負向結果組別並沒有差異。結論：可用DAST-10和C-GSE篩選可能中斷治療者，BDI-II和BAI適合作為戒癮治療的成效評估指標。針對可能中斷治療與自陳有用藥者，建議調整治療手冊的主題順序，減少用藥者中斷治療與降低負向情緒。

關鍵詞：緩起訴附命戒癮治療、中斷治療、成效評估、認知行為治療、預防復發模式

¹⁻⁴高雄市立凱旋醫院臨床心理師

通訊作者：林耿樟，（802）高雄市苓雅區凱旋二路130號，E-mail: linkengchang@gmail.com



壹、前言

2008年政府因應鴉片類毒癮者替代療法之需要，修正毒品危害防制條例第24條，增訂緩起訴處分附命完成戒癮治療相關規定，2013年將適用對象放寬至第二級毒品施用者（劉宜鈴、鍾俊華，2022）。「毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準」第5條規定，戒癮治療內容包括藥物治療、心理治療、復健治療、毒品檢驗，以及其他可避免病情惡化或提升預防復發能力之措施。第13條規定，被告完成治療機構所規劃之各項戒癮治療內容，為完成戒癮治療。黃俊棠等人（2021）提出以容許復發取代再犯零容忍，檢察官如果以再犯零容忍的觀點處理用藥者在治療期間復發用藥行為，可能恢復起訴，導致用藥者無法繼續在醫療機構接受戒癮治療。如果能依據2014年美國國立藥物濫用研究所（National Institute on Drug Abuse）針對司法戒治藥癮個案所發表的處遇原則，視復發為提供治療的機會，不因為復發就撤銷緩起訴處分，更能落實毒品施用的病理觀點。

研究者將法務部（2022）統計年報摘要分析與劉宜鈴和鍾俊華（2022）新

世代反毒策略行動綱領及其執行成效之探討的相關統計資料整理如表1，可清楚看出有98%被裁定緩起訴者同時被附命戒癮治療。緩起訴附命戒癮治療不同於出於自願的戒癮治療，用藥者在司法強制力的約束下接受戒癮治療，沒有完成戒癮治療，可能被撤銷緩起訴處分。研究者好奇，有什麼因素影響用藥者能否完成緩起訴附命戒癮治療，也好奇，經緩起訴戒癮治療後，哪些心理測驗工具的前後測會出現差異。在緩起訴戒癮治療的醫療常規中，幾乎所有用藥者都參加有實證基礎、有治療手冊的以認知行為治療為基礎的預防復發模式。單一治療組研究的準確性不如對照研究和隨機分派研究，造成單一治療組前後測差異的原因可能是用藥者參加緩起訴戒癮治療時暫停使用藥物，也可能是其他非治療因素所導致。不過，就如同Catalano等人（1991）所說，單一治療組研究仍可用來探索中斷治療等主題，並依此調整治療手冊內容。

貳、文獻探討

一、緩起訴附命戒癮治療

緩起訴附命戒癮治療是檢察官在裁

表1
108-110年地方檢察署毒品案件偵查終結人數統計表

年份	起訴	不起訴	緩起訴 (附命戒癮治療)	移送戒治	其他原因 結案	總人數
108	48214	15192	7875 (7722)	780	11413	83474
109	36781	13698	7240 (7064)	485	11547	69751
110	16732	27193	8467 (8195)	3780	24504	80676

註：作者自行整理。



定用藥者緩起訴處分下，所附加的戒癮治療命令，具有司法強制力，命令用藥者需完成醫療機構所規劃之各項戒癮治療內容，用藥者若未完成戒癮治療，檢查官可以撤銷緩起訴處分，繼續偵查與起訴用藥者。緩起訴附命戒癮治療第一年，用藥者每月應至地檢署接受尿液檢測，第二年則改為定期或不定期尿液檢測監督。

李思賢等人（2010）追蹤自1999年至2002年基隆戒治所353名用藥者出所後再用藥物情形，結果發現離開戒治所1年內有33.24%再犯，2年內有46.02%再犯。郭適維等人（2022）長期追蹤於2009年530名用藥者離開戒治所後再犯施用毒品比率，1年內有29.80%再犯，2年內有45.85%再犯。對比之下，於茄荖山莊治療性社區住滿6個月離莊者，一年內再犯率僅22%，600天內再犯率僅28%（朱日僑，2012）。以上追蹤研究結果都顯示觀察勒戒或強制戒治處遇的再犯比率高。

Wang等人（2017）分析252名參加緩起訴附命戒癮課程的用藥者，完成治療比率為55.95%，回歸分析發現婚姻狀態、吸食途徑（菸吸）、自我坦露程度、沒有毒品刑責、尿液檢驗呈陰性反應等因素能預測用藥者完成團體治療。賴擁連等人（2019）分析413名緩起訴附命戒癮治療用藥者，比較完成組與撤銷組的差異，發現撤銷組的工作穩定性較完成組差；撤銷組的偏差家人與友伴，以及偏差生活型態較完成組多。何玉娟等人（2022）分析916名因使用甲基安非他命接受緩起訴附命戒癮治療的資料，完成治療比率為76.31%，年齡大於35歲、有伴侶、有就業、巴氏衝動量表低分、第一次驗尿結果呈現陰性，以及沒有使用甲基安非他命同儕等因素與完成緩起訴治療有相關。上述多個研究結果一致指出，工作穩定、尿液毒品檢驗呈現陰性

反應與完成緩起訴戒癮治療具相關性。

二、戒癮治療成效研究

Inanlou等人（2020）在一篇系統性分析文章，探討從成癮恢復的定義，整理出以下幾個面向：持續停用藥物、改善身體健康、改善心理健康（提高自我價值和自我效能，自我接納，減少羞恥感和內疚感，不靠藥物調解情緒，情緒穩定）、有效能的公民身分、擁有人生目標、改善社會功能（改善與社會和家庭的關係，工作穩定）、以及提高生活品質與滿意度。緩起訴附命戒癮治療除了藥物治療外，最主要的就是以認知行為治療（cognitive behavior therapy, CBT）為基礎的預防復發模式（relapse prevention, RP），透過確認引發復發用藥之高危險情境，並學習以不同的方式因應高危險情境。在因應過程中，用藥者會受到因應後果之差異而有不同的表現，例如：當用藥者因為缺乏適當的技巧而因應失敗時，用藥者克服用藥問題之自我效能感降低，進而更容易出現復發；反之，當用藥者對於高危險情境可以有效地因應，則能有效降低復發用藥情況（Marlatt & George, 1984）。Irvin等人（1999）針對RP在改善藥物濫用和心理社會進行後設分析，整體治療效果顯示，RP是減少藥物使用和改善心理社會的一種有效介入方式。Witkiewitz和Marlatt（2007）指出RP初始目標是識別和討論復發的高危險情境，治療師和個案同盟合作辨識潛在誘發因素，並嘗試讓個案明白使用藥物是其因應困難的一種方法，並會在事後引發更多問題。接著，會發展出能避開高危險情境的因應技巧，並在治療中反覆練習，防止個案在高危險情境中復發用藥。最後，提供



復發用藥時緊急應變程序，例如停下來、保持冷靜、重申停用承諾、回顧導致復發用藥的情境、立即制定復元計畫、處理禁戒違反反應（用藥者復發用藥，違反了自己停用的承諾，將失敗原因歸咎於自己缺乏意志力，因而產生內疚感與羞恥感）。Xie等人（2005）針對223位物質使用障礙症合併精神症狀之患者，在接受預防復發治療後，進行十年的追蹤研究，有169位患者完成追蹤，結果顯示在治療結束後第一年，有30%的參與者出現復發的情況，隨著時間進展，復發人數比率逐漸上升。Pashaei等人（2013）針對參加美沙冬維持療法之海洛因使用者進行對照研究，45名預防復發模式組的復用藥物率是45名控制組的0.43倍，意即預防復發模式有助於降低復用藥物率。

Rawson等人（2021）比較4週、16週門診治療與尿液篩檢呈毒品陰性反應的相關，發現治療時間越長，療效越好，療效不完全歸因於治療次數，還包括參與者是否堅持完成預定治療次數。Ronsley等人（2020）系統性回顧分析認知行為治療等十一種介入方法，發現酬賞管理的療效獲得較多證據支持。AshaRani等人（2020）系統性回顧分析認知行為治療等六種介入方法，結果發現酬賞管理的療效證據力最大，個別量身定制的認知行為治療（Tailoring cognitive-behavior therapy）或合併酬賞管理對於目標族群也有效。綜合以上內容，酬賞管理是最有效的戒癮方式，而認知行為治療也有不錯的效果，又堅持完成預定治療次數的效果更好。

Magill等人（2020）整理出CBT的治療成分包括：1. 標定藥物使用的個體內與個體外誘發因素；2. 技能訓練以開發藥物使用的替代行為；3. 解決渴求、拒絕藥物、情緒調節，以及社交技巧等策

略；以及4. 增加與非藥物使用相關的活動和其他能促進維持改變的正增強物。Mastroleo和Monti（2013）指出在認知行為治療的改變機制中，自我效能和行為因應技巧的提升是最常被提到且被驗證的改變機制，但Magill等人（2020）的研究則發現，只有行為因應技巧的證據力最強，自我效能感的證據力並不高。Witkiewitz等人（2022）以敘述性綜論方式回顧物質使用障礙症的行為改變機制，發現自我效能、渴求、行為因應技巧的提升，以及增加停用藥物的酬賞獎勵等機制有較多證據支持，但改變動機等其他機制則獲得較少的支持。綜上所述，CBT改變機制中，證據力最為一致的是行為因應技巧的提升，自我效能則是不同研究有不一致的結果。

本研究想探討，除了以尿液毒品檢驗結果與用藥問題嚴重度做為緩起訴附命戒癮治療成效評估外，憂鬱、焦慮、以及自我效能等心理測驗是否也能作為成效評估工具。

（一）用藥者之用藥問題嚴重度

Chang等人（2022）長期追蹤112名海洛因、151名安非他命，以及56名酒精使用者接受常規治療後心理困擾與自我汙名化的變化，每間隔3個月評估一次，三組隨著時間推移，憂鬱、焦慮與壓力量表得分有降低，但自我汙名感則無；海洛因組的藥物依賴嚴重度量表（Severity of Dependence Scale, SDS）得分有隨時間推移下降，但安非他命組則無。Staiger等人（2020）長期追蹤治療性社區用藥者9個月，顯示治療性社區有助於SDS得分下降。

（二）用藥者之憂鬱與焦慮心情

許多研究指出物質使用障礙症與焦慮症及憂鬱症經常同時發生，物質使用障礙症病人有較高的焦慮與憂鬱（He et



al., 2020; McKetin et al., 2019; Mohamed et al., 2020)。Witkiewitz和Marlatt (2007) 指出負向情緒、缺乏情緒調節技能，加上「用藥能緩解負向情緒」的效果預期會導致再次用藥。用藥者復發用藥後會認定自己徹底失敗並深感內疚與羞恥，導致更多次復用。Bador和Kerekes (2020) 針對瑞典某診所35名門診用藥者，進行為期4個月密集認知行為團體治療，經8個月追蹤結果顯示，在貝克憂鬱量表、貝克焦慮量表與貝克絕望量表得分都有明顯下降，在自尊與希望感量表得分都有明顯上升。由此可知，治療師需要提供減少負面情緒的介入措施，教導情緒調節技巧。

(三) 用藥者之自我效能感

Bandura (1986) 定義自我效能是指個人對於自己是否能有效執行工作任務的信念。自我效能高的人相信他們可以有效地影響自己的生活事件，不會被自己的焦慮所淹沒，會將困難任務視為挑戰，而不是威脅。Brown等人 (2002) 提出自我效能感與治療成效之間可能存在雙向關係，即成功停藥者報告更高的自我效能感，而停藥失敗者報告更低的自我效能感。Kadden和Litt (2011) 認為自我效能可能是物質使用障礙症治療成效的預測因子或中介因子，高自我效能者會把復發用藥當成是一種暫時狀態並讓自己重新恢復控制狀態，低自我效能者復發用藥後會進入復發狀態。Farnia等人 (2020) 將一般自我效能感量表 (The General Perceived Self-Efficacy scale, GSE) 應用於用藥者，證實單因子結構可解釋67%總變異量，內部一致性信度Cronbach α 係數為.94，建議用此問卷做為療效評估工具。

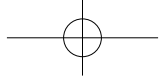
參、研究方法

一、研究場域

高雄某醫院接受高雄地方法院檢察署委託執行緩起訴處分第一級毒品與第二級毒品成癮者戒癮治療計畫，採用以認知行為治療為基礎的預防復發模式，療程為一年，療程內容包括初診評估藥物使用史、生理心理社會狀況，尿液毒品及其代謝物檢驗等實驗室檢查。依照治療手冊進行8次個別心理治療，每次60分鐘，第一至第二個月每二週一次，第三至第六個月每月一次，治療主題依序為：成癮大腦衛教；情境、想法、情緒與行為四元素；過去用藥情境分析，標定造成復發用藥的高危險情境；高危險情境因應策略與技巧；撰寫停用藥物計畫書；記錄用藥情形並調整計畫與因應策略；發展新的生活型態並堅定執行計畫；復原階段會出現的挑戰與克服方法。第一個月每週一次複診，第二至十二個月每月一次複診。期間由地檢署觀護人不定期執行尿液毒品篩檢。結束前安排一次門診評估 (含尿液毒品檢驗)，之後15日內，每隔3至5日連續驗尿三次。治療內容包括精神醫療評估、藥物治療、尿液毒物檢驗、個別心理治療，以及個案追蹤管理。

二、研究設計

研究者於2020年經人體試驗委員會核准進行前驅研究，2021年研究結束後，持續提供戒癮治療，後續採用病歷回溯性研究方式，以2021至2022年參加緩起訴處分附命第一級與第二級毒品戒癮治療之病歷為研究資料來源，針對病歷內容進行資



料轉錄，包括性別、年齡、學歷、婚姻、工作、精神疾病、使用毒品、使用方式、第一次使用藥物年齡、感覺依賴藥物年數、因藥物入獄次數、醫療戒癮次數、藥物濫用篩檢量表（Drug Abuse Screening Test, DAST-10）、藥物依賴嚴重度量表、中文版自我效能量表（Chinese version of General Self-Efficacy Scale, C-GSE）、貝克憂鬱量表第二版（Beck Depression Inventory-II, BDI-II），以及貝克焦慮量表（Beck Anxiety Inventory, BAI）。各量表說明如下所述。

（一）藥物濫用篩檢量表

本量表以過去12個月藥物使用情形評估藥物濫用危險程度（Skinner, 1982），量表共10題，二分法計分，滿分10分，分數越高表示藥物濫用嚴重度越高，內部一致性信度Cronbach α 係數 .86，切分値 ≥ 3 分有最佳的敏感度與特異度（Carey et al., 2003）。Cocco和Carey（1998）研究指出DAST-10的再測信度為 .71。

（二）藥物依賴嚴重度量表

Gossop等人（1997）所發展出的藥物依賴嚴重度量表，用來評估各種非法藥物之心理依賴嚴重程度，量表共5題，李克特4點量表，0分表「不會這麼想」，3分表「總是這麼想」，滿分15分，分數越高表示藥物依賴嚴重度越高，中文版藥物依賴嚴重度的內部一致性Cronbach α 係數 .75，效度部分，與精神疾病診斷與統計手冊第五版（DSM-5）的臨床症狀數目顯著相關（ $\gamma = .54, p < .001$ ）（Chen et al., 2008）。Topp與Mattick（1997）研究指出切分値 ≥ 4 分可區辨有無嚴重藥物依賴。

（三）中文版自我效能量表

一般自我效能量表最初發表於1981

年，20題版本，後來改為10題版本（Schwarzer & Jerusalem, 1995），內部一致性信度Cronbach α 係數為 .86，有不錯的收斂與區分效度，例如：與自尊和樂觀呈正相關，與焦慮、憂鬱和身體症狀呈負相關（Schwarzer et al., 2000）。Zhang與Schwarzer（1995）的中文版自我效能量表，有10題，李克特4點量表，最低分10分，最高分40分，內部一致性信度Cronbach α 係數介於 .76~.91，分數越高表示自我效能越高，再測信度為 .70（Cheung & Sun, 1999）。

（四）貝克憂鬱量表第二版

該量表有21題，測量過去二個禮拜的憂鬱症狀，分數由0至3分之4點量表，分數越高表示憂鬱程度越高，0~13分表正常範圍，14~19分表輕度憂鬱症狀，20~28分表中度憂鬱症狀，29~63分表重度憂鬱症狀。內部一致性信度Cronbach α 係數 .92，再測信度 .93，與依Riskind等人（1987）建議修正計分方式所得之漢米爾頓精神科憂鬱評定量表相關係數為 .71（Beck, 1994/2000）。

（五）貝克焦慮量表

該量表有21題，測量過去一個禮拜的焦慮症狀，分數由0至3分之4點量表，分數越高表示焦慮程度越高，0~7分表少有焦慮，8~15分表輕度焦慮，16~24分表中度焦慮，25~63分表重度焦慮。內部一致性信度Cronbach α 係數 .94，再測信度 .75，與依Riskind等人（1987）建議修正計分方式所得之漢米爾頓精神科焦慮評定量表相關係數為 .51（Beck, 1993/2000）。

三、統計方法

採用統計軟體SPSS 27版進行資料建檔分析，以描述性統計描述樣本特性，



以卡方檢定和獨立樣本 t 檢定分析完療組與中斷組的基本資料特徵是否有差異；以獨立樣本 t 檢定分析完療組不同分組的前測差異；以相依樣本 t 檢定分析完療組不同分組的前後測差異。

肆、研究結果

一、受試者基本資料

總共分析129筆病歷，完療組105人，中斷組24人，完療組係指完成為期一年所有戒癮治療內容者（內容有個別心理治療、按時門診、尿液毒品檢驗、個案追蹤管理，以及少數人接受藥物治療）；中斷組係指於治療期間，無故未依指定時間接受指定之治療，或經檢察機關或司法警察機關採尿送驗，呈毒品陽性反應，遭檢察官撤銷緩起訴處分，致無法完成為期一年所有戒癮治療內容者。完成戒癮治療比率為81.4%。以卡方檢定兩組的類別變項，結果發現性別、學歷、婚姻、工作、精神疾病、使用毒品，以及使用方式都沒有明顯差異。以獨立樣本 t 檢定兩組的連續變項，結果發現中斷組的因藥物入獄次數和DAST-10分數高於完療組，而第一次使用藥物年齡和C-GSE分數低於完療組，其餘變項沒有明顯差異，詳見表2。

二、完療組不同分組的前測差異分析

（一）分析完療組中尿檢呈毒品陰性反應組（簡稱尿檢陰性組）與尿檢呈毒品陽性反應組（簡稱尿檢陽性組）的前測差異

尿檢陰性係指結束前門診評估與15日內連續驗尿三次皆呈毒品陰性反應者，有94人。尿檢陽性係指上述四次尿檢

至少有一次為陽性反應者，有11人，尿檢陽性比率為10.5%。結果發現兩組之所有量表都沒有差異，顯示兩組在參加戒癮治療前的起始點是一樣的，詳見表3。

（二）分析完療組中自陳沒有用藥組與自陳有用藥組前測差異

自陳沒有用藥係指8次個別心理治療期間自陳沒有用藥者，有74人。自陳有用藥係指個別心理治療期間自陳有用藥者，有31人，自陳有用藥比率為29.5%。結果發現兩組，除C-GSE沒有差異外，其餘量表都有顯著差異，顯示兩組在參加戒癮治療前的起始點是不完全一樣的，詳見表3。

綜合以上兩種分組的分析結果，顯示在前六個月接受8次個別心理治療期間，有29.5%用藥者自陳有用藥，但在即將完成戒癮治療前夕只有10.5%用藥者的驗尿呈毒品陽性反應。不論採取何種分組方式，在參加緩起訴戒癮治療前，C-GSE的起始點都是一樣的，但DAST-10、SDS、BDI-II，以及BAI的起始點是否一樣則會因為分組方式不同而有所不同。進一步以卡方檢定自陳有無用藥與驗尿結果這二個變項的相關，結果發現 χ^2 為1.49 ($p = .22$)，未達顯著相關，顯示這二個變項互為獨立，換言之，無法由用藥者自陳有無用藥來預測驗尿結果是否呈毒品陽性反應，反之亦然。

三、完療組不同分組的前後測差異分析

（一）分析尿檢陰性組與尿檢陽性組的前後測差異

兩組的前測起始點相同。尿檢陰性組的前後測差異分析結果，除C-GSE外，DAST-10、SDS、BDI-II，以及BAI的得分經緩起訴戒癮治療後都有下降；尿檢

表2
基本資料表

變項	全部 (N=129)		完療組 (N=105)		中斷組 (N=24)		χ^2	
	人數	百分比 %	人數	百分比 %	人數	百分比 %		
性別	男	105	81.4	87	82.9	18	75	0.79
	女	24	18.6	18	17.1	6	25	
學歷	國中(以下)	65	50.4	54	51.4	11	45.8	4.75
	高中職	44	34.1	32	30.5	12	50	
	專科以上	20	15.5	19	18.1	1	4.2	
婚姻	單身	74	57.4	58	15.2	16	66.7	4.55
	已婚	16	12.4	16	15.2	0	0	
	離婚(分居)	36	27.9	29	27.6	7	29.2	
	鰥寡	3	2.3	2	1.9	1	4.2	
工作	全職	90	69.8	74	70.5	16	66.7	1.75
	兼職	16	12.4	14	13.3	2	8.3	
	待業	22	17.1	16	15.2	6	25	
	退休	1	0.8	1	1	0	0	
精神 疾病	無	112	86.8	89	84.8	23	95.8	2.31
	鬱症	11	8.5	10	9.5	1	4.2	
	雙相情緒障礙症	3	2.3	3	2.9	0	0	
使用 毒品	海洛因	48	37.2	38	36.2	10	41.7	0.25
	安非他命	81	62.8	67	63.8	14	58.3	
	注射	39	30.2	30	28.6	9	37.5	
使用 方式	鼻吸	83	64.3	68	64.8	15	62.5	
	口服	7	5.4	7	6.7	0	0	
變項	平均數	標準差	平均數	標準差	平均數	標準差	t	
年齡	45.48	11.11	45.55	11.4	45.17	9.94	0.15	
第一次使用藥物年齡	26.16	10.04	27.16	10.57	21.79	5.63	3.48*	
感覺依賴藥物年數	8.79	8.55	8.36	8.47	10.67	8.79	-1.19	
因藥物入獄次數	2.05	2.17	1.88	2.04	2.83	2.55	-1.97*	
醫療戒癮次數	0.16	0.65	0.19	0.71	0.04	0.2	1.84	
DAST-10	4.41	2.04	4.21	2	5.29	1.99	-2.39*	
SDS	5.22	2.37	5.3	2.42	4.88	2.13	0.8	
C-GSE	24.81	7.66	25.58	7.34	21.46	8.24	2.43*	
BDI-II	13.23	10.56	12.9	10.72	14.71	9.88	-0.76	
BAI	6.1	8.56	6.3	9.06	5.21	6.01	0.56	

* $p < .05$



表3
完療組不同分組之各量表前測差異分析

變項	尿檢陰性 (N=94)	尿檢陽性 (N=11)	t
DAST-10	4.21	4.18	-0.04
SDS	5.2	6.18	1.27
C-GSE	25.32	27.82	1.07
BDI-II	12.78	13.91	0.33
BAI	5.98	9.09	1.08
變項	自陳沒有用藥 (N=74)	自陳有用藥 (N=31)	t
DAST-10	3.81	5.16	3.29*
SDS	4.69	6.77	4.37*
C-GSE	26.31	26.84	1.58
BDI-II	9.99	19.84	4.13*
BAI	4.47	10.68	2.71*

* $p < .05$

陽性組的分析結果，所有量表都沒有差異；合併兩組的分析結果，除C-GSE外，其餘量表的得分經緩起訴後都有下降，詳見表4。顯示緩起訴附命戒癮治療能讓尿檢陰性者的DAST-10、SDS、BDI-II，以及BAI得分下降，但沒有改變C-GSE得分。

(二) 分析自陳沒有用藥組與自陳有用藥組的前後測差異

兩組的前測起始點不完全相同。自陳沒有用藥組前後測差異分析結果，除C-GSE外，DAST-10、SDS、BDI-II，以及BAI的得分經緩起訴後都有下降；自陳有用藥組的分析結果，所有量表都沒有差異；合併兩組的分析結果，除C-GSE外，其餘量表的得分經緩起訴後都有下降，詳見表4。雖然自陳沒有用藥與自陳有用藥組的前測起始點不同，但還是顯示緩起訴附命戒癮治療能讓自陳沒有用藥者的DAST-10、SDS、BDI-II，以及BAI得分下降，但沒有改變C-GSE得分。

綜合以上兩種分組的分析結果，顯

示不論採何種分組方式，C-GSE前後測得分都沒有明顯差異，而DAST-10、SDS、BDI-II，以及BAI的前後測在不分組時有明顯差異。但是，一旦分組就會有不同的結果，若採尿檢結果分組，尿檢陽性組的前後測沒有差異，尿檢陰性組的DAST-10等四個量表後測得分下降。若採心理治療期間自陳有無用藥分組，自陳有用藥組的前後測沒有差異，自陳沒有用藥組的DAST-10等四個量表後測得分下降。

顯示只有尿檢陰性或自陳沒有用藥之正向結果組別，才能看出其DAST-10、SDS、BDI-II，以及BAI得分經戒癮治療後有下降，但對於尿檢陽性或自陳有用藥之負向結果組別，戒癮治療成果並沒有反映在上述四個量表上。

伍、討論與建議

一、研究主要發現

從中斷組與完療組的基本資料分析結果來看，中斷組第一次使用藥物年齡

表4
完療組不同分組之各量表前後測差異分析

變項	尿檢陰性組 (N=94)			尿檢陽性組 (N=11)			合併兩組 (N=105)		
	前測	後測	t	前測	後測	t	前測	後測	t
DAST-10	4.21	3.57	-3.25*	4.18	4	-0.61	4.21	3.62	-3.30*
SDS	5.2	4.69	-2.19*	6.18	5.82	-0.56	5.3	4.81	-2.27*
C-GSE	25.32	26.34	1.09	27.82	27.64	-0.13	25.58	26.48	1.05
BDI-II	12.78	8.65	-5.06*	13.91	14.18	-0.13	12.9	9.23	-4.75*
BAI	5.98	4.52	-2.11*	9.09	7.64	-0.56	6.3	4.85	-2.18*
變項	自陳沒有用藥組 (N=74)			自陳有用藥組 (N=31)			合併兩組 (N=105)		
	前測	後測	t	前測	後測	t	前測	後測	t
DAST-10	3.81	3.11	-3.41*	5.16	4.84	-0.91	4.21	3.62	-3.30*
SDS	4.69	4.18	-1.84	6.77	6.32	-1.38	5.3	4.81	-2.27*
C-GSE	26.31	27.84	1.39	23.84	23.23	-0.51	25.58	26.48	1.05
BDI-II	9.99	6.32	-4.59*	19.84	16.16	-2.02	12.9	9.23	-4.75*
BAI	4.47	3	-2.41*	10.68	9.26	-0.81	6.3	4.85	-2.18*

* $p < .05$

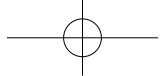
較早，因藥物入獄次數較多，DAST-10得分較高，C-GSE得分較低。從不同分組的前測差異分析結果來看，完療組中尿檢陰性組與尿檢陽性組的前測差異分析結果，顯示兩組在參加緩起訴前的起始點是一樣的；而完療組中自陳沒有用藥組與自陳有用藥組在參加緩起訴前的起始點是不完全一樣的。從不同分組的前後測差異分析結果來看，不論採何種分組方式，C-GSE前後測得分都沒有明顯差異，意即無法從C-GSE得分來反映戒癮治療成果。至於其他四個量表，只有尿檢陰性或自陳沒有用藥之正向結果組別，才能看出其DAST-10、SDS、BDI-II，以及BAI得分經戒癮治療後有下降，但對於尿檢陽性或自陳有用藥之負向結果組別，戒癮治療成果並沒有反映在上述四個量表上。以下說明四個主要發現。

第一，129名用藥者有105名完成戒癮治療，完成戒癮治療比率為81.4%。完成戒癮治療用藥者中有94名尿檢陰性，

顯示治療結束時，有72.8%用藥者維持停用藥物狀態。

第二，不論採取何種分組方式細分完療組用藥者，C-GSE的得分在戒癮治療後都沒有明顯改變，表示C-GSE可能不是一個評估成效的良好指標。而中斷組的C-GSE得分低於完療組，是否可以作為中斷治療的預測指標，則有待進一步研究。

第三，105名完療組用藥者的BDI-II與BAI前後測有明顯差異，意即憂鬱與焦慮嚴重度下降，與Bador和Kerekes (2020)的研究結果一致。不過，並不是所有完療組用藥者的BDI-II與BAI得分在戒癮治療後皆有明顯下降，只有尿檢陰性或自陳沒有用藥之正向結果組別，才能看出其BDI-II與BAI得分經戒癮治療後下降到未達臨床關注程度，此結果更彰顯用藥者自陳有無用藥以及尿檢呈毒品陽性反映的重要性，用藥者可能因為在緩起訴戒癮治療期間使用藥物而出現禁戒違反效應，心情憂鬱與焦慮；針對上述兩



種情況，都很需要戒癮治療團隊人員積極協助調節負向情緒。

第四，本研究全部129名用藥者的前測DAST-10平均數為4.41分，大於切分值3分；前測SDS平均數為5.22分，大於切分值4分，皆表示用藥問題中等嚴重。研究發現105名完療組用藥者DAST-10與SDS前後測有明顯差異，意即用藥問題嚴重度下降，與Staiger等人（2020）的發現一致。不過，並不是所有完療組用藥者的DAST-10與SDS得分在戒癮治療後皆有明顯下降，只有尿檢陰性或自陳沒有用藥之正向結果組別，才能看出其DAST-10與SDS得分經戒癮治療後有下降。另外，即便DAST-10與SDS的後測得分有下降，但分數仍落在臨床關注範圍（DAST-10 > 3，SDS > 4），此結果可能與這二個問卷都是請用藥者依據過去12個月的經驗來作答有關。

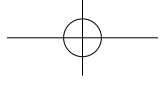
二、臨床實務運用

本研究作為一種探索行動，仍有待更多延伸性研究。選用成效評估工具時，需考量問卷或量表所測量的時間範圍，像是DAST-10與SDS是測量過去12個月藥物使用情形，雖然統計達顯著水準，但臨床未達顯著變化。若要作為成效評估工具可能要將測量的時間範圍縮短至過去六個月內。在中斷治療處理上，若用藥者前測資料顯示其C-GSE得分低於22分或DAST-10得分高於5分，則將治療手冊之「復原階段會出現的挑戰與克服方法治療主題」調整為第二次治療主題，讓用藥者了解禁戒違反反應對情緒與自我效能感的衝擊，減少用藥者過早中斷戒癮治療。在用藥者自陳復發用藥處理上，戒癮治療團隊人員積極協助調節其因復發用藥所引發的負向情緒，具體作

法可以將治療手冊中之「復原階段會出現的挑戰與克服方法治療主題」調整為下一次治療主題，同理與接納用藥者的挫折情緒，教導情緒調節技巧，減少用藥者的負向情緒。在戒癮治療結束處理上，與用藥者一起回顧整個療程中有無復發用藥（自陳復發用藥或尿檢結果呈現藥物陽性反應）和量表前後測得分差異，鼓勵復發用藥或量表後測分數沒有顯著下降之用藥者，於完成緩起訴附命戒癮治療後，自願繼續接受戒癮治療。

三、研究限制與未來展望

本研究以緩起訴戒癮治療的完成治療時的尿檢結果為成效評估指標，並沒有追蹤完成治療一年後再用藥物情形，無法與觀察勒戒或強制戒治再犯比率進行比較。本研究雖然有幾個啟發性的發現，例如：中斷治療組的DAST-10分數較高與C-GSE分數較低；可以把BDI-II與BAI當作成效評估工具，但是，因為本研究受限於常規醫療框架，只採用單一治療組的前後測差異分析，無法斷定BDI-II與BAI得分下降是因戒癮治療所造成。不過，基於本研究的發現，未來在常規醫療框架下，可進一步針對可能中斷治療的用藥者以及針對自陳復發用藥者進行對照研究，控制組是按照原本治療手冊的主題依序執行治療，治療組分別是將「復原階段會出現的挑戰與克服方法治療主題」移動到第二次治療時執行；將「復原階段會出現的挑戰與克服方法治療主題」移動到自陳復發用藥後之下一次治療時執行。比較調整治療主題順序的治療是否能夠因為即時處理復發用藥的內疚與羞恥感，而降低中斷率或減少復發用藥者的負向情緒。未來可以在個別心理治療結束時（療程進行到第六個



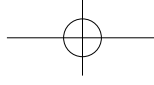
月)，施測BDI-II與BAI。針對得分沒有隨治療進展下降者，額外增加6次個別心理治療（每月1次），包含情緒調節技巧與高危險情境因應技巧等主題，比較增加治療次數作法是否能提高完成為期一年所有戒癮治療內容人數、減少自陳復發用藥人數，以及減少尿檢呈毒品陽性反應人數。

參考文獻

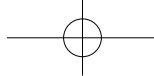
- 朱日僑（2012）。藥物濫用現況與監測。載於楊士隆、李思賢（主編），**藥物濫用、毒品與防治**（101-170頁）。五南。
- 何玉娟、方素真、陳辭一、高君慈、黃正誼、洪嘉均（2022）。甲基安非他命藥癮者治療預後因子分析-緩起訴二級毒品附命戒癮治療相關因素及性別差異分析研究。**中華心理衛生學刊**，**35**（2），145-179。https://doi.org/10.30074/FJMH.202206_35(2).0003
- 李思賢、吳憲璋、黃昭正、王志傑、石倩瑜（2010）。毒品罪再犯率與保護因子研究：以基隆地區為例。**犯罪學期刊**，**13**（1），81-105。https://doi.org/10.29607/ZHWHGX.201006.0003
- 法務部（2022年1月20日）。**法務統計摘要**。法務統計資訊網。https://www.rjtd.moj.gov.tw/RJSDWeb/book/Book.aspx?category_id=9
- 郭適維、陳玉書、林健陽、劉士誠（2022）。「繼續施用毒品傾向評估指標」預測效度之研究。**矯政期刊**，**11**（1），64-111。https://doi.org/10.6905/JC.202201_11(1).0003
- 黃俊棠、鍾志宏、彭瑋寧（2021）。機構戒癮處遇的回顧與前瞻。**矯政期刊**，**10**（1），97-124。https://doi.org/10.6905/JC.202101_10(1).0004
- 劉宜姁、鍾俊華（2022年8月）。**新世代反毒策略行動綱領及其執行成效之探討**。立法院全球資訊網。https://www.ly.gov.tw/Pages/List.aspx?nodeid=45624
- 賴擁連、蔡田木、吳慧菁（2019）。緩起訴附命戒癮治療者完成與撤銷戒癮治療之成因分析。**藥物濫用防治**，**4**（3），81-112。https://doi.org/10.6645/JSAR.201909_4(3).4
- Beck, A. T.（2000）。**貝克焦慮量表指導手冊中文版**（林一真譯）。中國行為科學社。（原著出版於1993年）
- Beck, A. T.（2000）。**貝克憂鬱量表第二版指導手冊中文版**（陳心怡譯）。中國行為科學社。（原著出版於1994年）
- AshaRani, P.V., Hombali, A., Seow, E., Ong, W. J., Tan, J. H., & Subramaniam, M.（2020）。Non-pharmacological interventions for methamphetamine use disorder: A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, *212*(1), 1-19. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108060
- Bador, K., & Kerekes, N.（2020）。Evaluation of an integrated intensive cognitive behavioral therapy treatment within addiction care. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, *47*, 102-112. https://doi.org/10.1007/s11414-019-09657-5
- Bandura, A.（1986）。*Social Foundation of Thought and Action: A social cognitive Theory*. Prentice-Hall.
- Brown, T. G., Seraganian, P., Tremblay, J., & Annis, H.（2002）。Process and outcome changes with relapse prevention versus 12 Step aftercare programs for substance abusers. *Addiction*, *97*(6),



- 677-689. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00101.x>
- Carey, K. B., Michael, P., Carey, M. P., & Chandra, P. S. (2003). Psychometric Evaluation of the Alcohol Use Disorders Identification Test and Short Drug Abuse Screening Test with Psychiatric Patients in India. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *64*(7), 767-774. <https://doi.org/10.4088/JCP.v64n0705>
- Catalano, R. F., Hawkins, J. D., Wells, E. A., Miller, J., & Brewer, D. (1991). Evaluation of the effectiveness of adolescent drug abuse treatment, assessment of risks for relapse, and promising approaches for relapse prevention. *International Journal of the Addictions*, *25*(sup9), 1085-1140. <https://doi.org/10.3109/10826089109081039>
- Chang, K. C., Chen, H. P., Huang, S. W., Chen, J. S., Potenza, M. N., Pakpour, A. H., & Lin, C. Y. (2022). Comparisons of psychological distress and self-stigma among three types of substance use disorders receiving treatment-as-usual approaches: Real-world data from a 9-month longitudinal study. *Therapeutic Advances in Chronic Disease*, *13*, 1-12. <https://doi.org/10.1177/20406223221140393>
- Chen, V. C. H., Chen, H., Lin, T. Y., Chou, H. H., Lai, T. J., Ferri, C. P., & Gossop, M. (2008). Severity of heroin dependence in Taiwan: Reliability and validity of the Chinese version of the Severity of Dependence Scale (SDS[Ch]). *Addictive Behaviors*, *33*(12), 1590-1593. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.06.001>
- Cheung, S. K., & Sun, S. Y. (1999). Assessment of optimistic self-beliefs: Further validation of the Chinese version of the general Self-Efficacy Scale. *Psychological Reports*, *85*(3_suppl), 1221-1224. <https://doi.org/10.2466/pr0.1999.85.3f.1221>
- Cocco, K. M., & Carey, K. B. (1998). Psychometric properties of the Drug Abuse Screening Test in psychiatric outpatients. *Psychological Assessment*, *10*(4), 408-414. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.4.408>
- Farnia, V., Asadi, R., Abdoli, N., Radmehr, F., Alikhani, M., Khodamoradi, M., Behrouz, B., & Salemi, S. (2020). Psychometric properties of the Persian version of General Self-Efficacy Scale (GSES) among substance abusers the year 2019-2020 in Kermanshah city. *Clinical Epidemiology and Global Health*, *8*(3), 949-953. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2020.03.002>
- Gossop, M., Best, D., Marsden, J., & Strang, J. (1997). Test-retest reliability of the Severity of Dependence Scale. *Addiction*, *92*(3), 353.
- He, Y., Zhai, J., & Liu, Y. (2020). Association of methamphetamine use with depressive symptoms and gender differences in this association: A meta-analysis. *Journal of Substance Use*, *25*(4), 440-448. <https://doi.org/10.1080/14659891.2020.1736659>
- Inanlou, M., Bahmani, B., Farhoudian, A., & Rafiee, F. (2020). Addiction recovery: A systematized review. *Iranian Journal of Psychiatry*, *15*(2), 172-181. <https://doi.org/10.18502/ijps.v15i2.2691>
- Irvin, J. E., Bowers, C. A., Dunn, M. E., & Wang, M. C. (1999). Efficacy of relapse



- prevention: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(4), 563-570. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.4.563>
- Kadden, R. M., & Litt, M. D. (2011). The role of self-efficacy in the treatment of substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 36(12), 1120-1126. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.07.032>
- Magill, M., Tonigan, J. S., Kiluk, B., Ray, L., Walthers, J., & Carroll, K. (2020). The search for mechanisms of cognitive behavioral therapy for alcohol or other drug use disorders: A systematic review. *Behaviour Research and Therapy*, 131, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103648>
- Marlatt, G. A., & George, W. H. (1984). Relapse prevention: Introduction and overview of the model. *British Journal of Addiction*, 79(3), 261-273. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1984.tb00274.x>
- Mastroleo, N. R., & Monti, P. M. (2013). Cognitive-behavioral treatment for addictions. In B. S. McCrady & E. E. Epstein (Eds.), *Addictions: A Comprehensive Guidebook* (2nd ed., pp. 391-410). Oxford University Press.
- McKetin, R., Leung, J., Stocking, E., Huo, Y., Foulds, J., Lappin, J. M., Cumming, C., Arunogiri, S., Young, J. T., Sara, G., Farrell, M., & Degenhardt, L. (2019). Mental health outcomes associated with the use of amphetamine: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*, 16, 81-97. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2019.09.014>
- Mohamed, I. I., Ahmad, H. E. K., Hassaan, S. H., & Hassan, S. M. (2020). Assessment of anxiety and depression among substance use disorder patients: A case-control study. *Middle East Current Psychiatry*, 27, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s43045-020-00029-w>
- National Institute on Drug Abuse. (2014, January). *Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Populations- A Research-Based Guide*. National Institutes of Health. <https://nida.nih.gov/publications/principles-drug-abuse-treatment-criminal-justice-populations-research-based-guide/preface>
- Pashaei, T., Shojaeizadeh, D., Foroushani, A. R., Ghazitabatabae, M., Moeeni, M., Rajati, F., & Razzaghi, E. M. (2013). Effectiveness of relapse prevention cognitive-behavioral model in opioid-dependent patients participating in the methadone maintenance treatment in Iran. *Iranian Journal of Public Health*, 42(8), 896-902. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26056645>
- Rawson, R., Glasner, S., Brecht, M. L., & Farabee, D. (2021). A randomized comparison of 4 vs. 16 weeks of psychosocial treatment for stimulant users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 124, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108274>
- Riskind, J. H., Beck, A. T., Brown, G., & Steer, R. A. (1987). Taking the measure of anxiety and depression validity of the Reconstructed Hamilton Scales. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175(8), 474-479. <https://doi.org/10.1097/00005053-198708000-00005>
- Ronsley, C., Nolan, S., Knight, R., Hayashi, K., Klimas, J., Walley, A., Wood, E., & Fairbairn, N. (2020). Treatment of stimulant use disorder: A systematic



- review of reviews. *PLOS ONE*, *15*(6), 1-22. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234809>
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs (pp. 35-37). Nfer-Nelson. Schwarzer, R., Schmitz, G. S., & Tang, C. (2000). Teacher burnout in Hong Kong and Germany: A cross-cultural validation of the Maslach Burnout Inventory. *Anxiety, Stress, & Coping*, *13*(3), 309-326. <https://doi.org/10.1080/1061580008549268>
- Skinner, H. A. (1982). The drug abuse screening test. *Addictive Behaviors*, *7*(4), 363-371. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(82\)90005-3](https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90005-3)
- Staiger, P. K., Likhaitzky, P., Lake, A. J., & Gruenert, S. (2020). Longitudinal substance use and biopsychosocial outcomes following therapeutic community treatment for substance dependence. *Journal of Clinical Medicine*, *9*(1), 1-15. <https://doi.org/10.3390/jcm9010118>
- Topp, L., & Mattick, R. P. (1997). Choosing a cut off on the Severity of Dependence Scale (SDS) for amphetamine users. *Addiction*, *92*(7), 839-845. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1997.tb02953.x>
- Wang, Y. C., Tzeng, D. S., Li, T. C., Lee, P. H., & Liang, C. S. (2017). Predictors of Completing Deferred Prosecution Program among Methamphetamine Offenders. *Taiwanese Journal of Psychiatry*, *31*(4), 318-326.
- Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2007). Overview of relapse prevention. In K. Witkiewitz & G. A. Marlatt (Eds.), *Therapist's Guide to Evidence-Based Relapse Prevention* (pp.3-17). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-012369429-4/50031-8>
- Witkiewitz, K., Pfund, R. A., & Tucker, J. A. (2022). Mechanisms of behavior change in Substance Use Disorder with and without formal treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, *18*, 497-525. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-072720-014802>
- Xie, H., McHugo, G. J., Fox, M. B., & Drake, R. E. (2005). Special section on relapse prevention: Substance abuse relapse in a ten-year prospective follow-up of clients with Mental and Substance Use Disorders. *Psychiatric Services*, *56*(10), 1282-1287. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.10.1282>
- Zhang, J. X., & Schwarzer, R. (1995). Measuring optimistic self-beliefs: A Chinese adaptation of the General Self-Efficacy Scale. *Psychologia: An International Journal of Psychology in the Orient*, *38*(3), 174-181.

投稿日期：2023年03月01日

通過日期：2023年06月11日

