

淺談藥物濫用者的社區照顧

王媿慧 · 呂民璿

壹、藥物濫用戒治的社區危機

社區照顧 (community care) 是當前福利服務輸送的主流模式，以「去機構化」(deinstitutionalisation) 及「正常化」(normalisation) 的理念為基礎，避免缺乏人性的全控機構 (total institution) 照顧，發展以社區照顧替代機構照顧。簡言之，社區照顧可說是一抑制福利經費成長的新政策與新方法；照顧管理為實踐社區照顧的技術與方法 (黃源協，2000)。社區照顧的對象，常被提及的人口群為老人、兒童、身心障礙者，漸興起的為愛滋感染者，鮮少放於藥物濫用者。雖藥物濫用者常伴有精神患者之症狀，但歸為身心障礙者是不準確的，應以藥物濫用者這一人口群關懷之，而非將其納入身心障礙人口群而漠視之。

藥物濫用屬於矯治社會工作的一環。隨著時代的趨勢，社會問題日新月異，搖頭丸、搖腳丸、K他命、碰碰丸、海洛因……等毒品造成的社會問題，層出不窮；青少年、藝人，甚至於是醫護之專業人員，莫不時有藥物濫用之新聞出現；更有吸食毒

品後，手刃雙親而不自知的人倫慘劇發生，為天地所不容，為社會所應重視。毒品危害防制條例，民國 87 年公布施行後，已滿五年，近五年來，臺灣每年平均查獲七萬多名毒品犯 (註 1)，依法務部統計年報顯示，每年曾出入過觀察勒戒所之藥物濫用者即二、三萬人次，出入戒治所者也超過一萬人次，其中之人次不乏同一年間重複勒戒二次以上而且被裁定強制戒治者，但從每年 (月) 底同一時間留置在戒治所的收容人數，即八、九千人，甚至上萬人 (楊瑞美，2003)，民國九十三年元月九日是「戒治處分執行條例」修正後，正式實施的時間，即戒治處分期間修正為至少六個月 (原規定為至少三個月)。因處於新舊法交替的轉換時刻，造成一個值得社會重視的社會問題與現象，即累 (再) 犯一次以上且無刑案之受戒治人 (即全省至少共約十三萬餘人)，全自戒治所出來，進入社會生活。

藥物濫用由來已久，於近年更趨嚴重。我國在百餘年前，即飽受鴉片荼毒，導致國弱民窮，時至今日，科技日新月異，

社會多元發展，物慾橫流的社會風氣，更造成毒品濫用的社會問題。有鑑於毒品已成為世界公敵，聯合國特別於西元 1961 年、1971 年、1988 年分別制定「麻醉藥品單一公約」、「精神藥物公約」及「禁止非法販運麻醉藥品和精神藥物公約」，並於 1990 年通過「全球行動綱領」，期能透過各會員國的合作與努力，共同防制毒品氾濫（反毒報告書，2001），可知毒品是一個具國際性、世界性的問題。藥物濫用者的社區照顧，誠言之，是被忽視的一環，且欠缺相對比例的專業人員投入；大量的藥物濫用者走出所謂全控機構的戒治所，進入社會，此是各社區需要重視的一個問題及危機。

貳、國內戒治工作之現況

一、我國藥物濫用簡要演進史

我國的反毒策略，於民國 44-69 年為潛伏期，主要濫用藥物及毒品為大麻、嗎啡，最高佔全部犯罪總人數比例 1.17%，毒品防治著重禁藥方面查報；民國 70~79 年為發作期，主要濫用藥物及毒品為紅中、白板、速賜康、強力膠，最高佔全般犯罪總人數比例為 4.48%，著重毒品杜源查緝的供給方面；民國 80~83 年主要濫用藥物及毒品為安非他命、海洛因，最高佔全部犯罪總人數比例 31.66%，毒品防治方面為全面性整合方面——反毒、緝毒、拒毒；可看出藥物濫用及毒品佔全部犯罪總人數，80 年代比 40 年代成長了約 30 倍，80 年代比 70 年代成長了約 8 倍，成長速

度相當驚人。簡言之，民國 44 年至 79 年間，著重於斷源，直到民國 80 年毒品氾濫，始警覺打擊供給面不足以解決問題，開始發展出各種戒癮宣傳與預防政策（施志茂，2000）。

另一我國藥物濫用簡史之類別為：光復前，鴉片；民國 50 年代，強力膠；60 年代，速賜康；70 年代，紅中、青發、白板；民國 79 年之後，（甲基）安非他命；目前，（甲基）安非他命、海洛因、FM2 安眠鎮靜劑、強力膠、快樂丸（MDMA）、大麻、愷他命（Ketamine）等（衛生署，2003）。上述，可清楚地明白我國毒品之演進。近年來，因為急速社會變遷、人際疏離、家庭解組，毒品的種類隨著社會變遷而多樣化演進，氾濫程度亦愈趨嚴重，不僅吸毒人數驟增，危害國民身心健康至鉅，更成為危害社會治安淵藪。

二、我國法律對毒品的定義

依毒品危害防制條例第二條所稱毒品，指具有成癮性、濫用性及對社會危害性之麻醉藥品與其製品及影響精神物質與其製品。毒品依其成癮性、濫用性及對社會危害性分為四級，其品項如下：

第一級 海洛因、嗎啡、鴉片、古柯鹼及其相類製品。

第二級 罌粟、古柯、大麻、安非他命、配西汀、潘他唑新及其相類製品。

第三級 西可巴比妥、異戊巴比妥、納洛芬及其相類製品。

第四級 二丙烯基巴比妥、阿普唑他及其相類製品。

前項毒品之分級及品項，由法務部會同行政院衛生署組成審議委員會，每三個月定期檢討，報由行政院公告調整、增減之。

醫藥及科學上需用之麻醉藥品與其製品及影響精神物質與其製品之管理，另以法律定之。

簡言之，我國法規上所稱管制藥品係依其習慣性、依賴性、濫用性及社會危害性之程度，將成癮性麻醉藥品、影響神經藥品及其他認為有加強管理必要之藥品分成四級管理，限供醫學及科學上使用，而前三級管制藥品又稱為毒品。

三、藥物濫用成癮之歷程與特徵

藥物濫用成癮，係指漸進的、有階段性的形成，可分為幾個階段（楊士隆，2001）：

1. **起始階段**：係指在好奇心驅使或為解除憂慮痛苦，而開始吸食或施打藥物。

2. **繼續階段**：係指週期性或間歇性的繼續使用藥物，尚未達到成癮階段。

3. **沉迷階段**：指已重複使用藥物而成

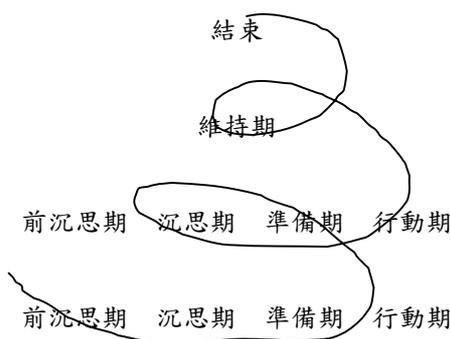
為習性，且有部分心理依賴產生。

4. **成癮階段**：重複使用藥物後，產生生理、心理依賴（Physical & Psychological Dependence）及耐藥性（Tolerance）情形，而有持續使用之衝動。

5. **戒斷症狀**：此階段為成癮者最嚴重的成癮階段，此時藥物已改變行為人之生理狀態，若不繼續用藥，會產生噁心、嘔吐、腹瀉、流鼻水、發抖等戒斷症狀（Withdrawal Symptom or Abstinence syndrome），危及生命安全。

藥物濫用者常是不知不覺的上癮後，落入螺旋模式的改變論所說明的情況。改變成癮疾患過程包含五個階段——前沉思期、沉思期、準備期、行動期和維持期，在一個人完全戒除成癮疾患之前，通常會在這幾個階段中來回循環好幾次。Prochaska, Diclemente & Norcross 於 1992 年提出螺旋模式的改變階段論（A Spiral Model of the Stages of Change），說明了大多數的人會出現的成癮復發現象，並不是無窮止境的在階段中一再循環，也不是一再退回原來的起始點（見圖 2-1）。

圖 2-1：螺旋模式的改變階段論（A Spiral Model of the Stages of Change）



四、藥物濫用的原因

早期歐美社會視酗酒、嗑藥為社會所不允許的行為，將它們和犯罪、暴力等扯上關係，這是對物質濫用的道德觀。一般人認為酗酒、嗑藥者為缺乏自制力、缺乏意志力的人，試圖以法令制止人們使用心理刺激物質，但已被證明是失敗了（McCaghy, 1980）。也因為疾病觀（disease-concept）的興起，認為酗酒、嗑藥是問題行為（Reed, 1990），而不全然認為皆是法律問題了。衛生署於 2003 年指出藥物濫用之原因有：

1.個人因素：包括體質缺陷、人格發展缺陷、偏差、好奇及尋求刺激。

2.環境因素：包括家庭方面，指婚姻不完整、管教不當、冷漠、衝突性家庭、生活習慣之偏差；社經地位方面；社會風氣方面；醫源性方面。

3.教育因素：包括缺乏正確人生觀及價值觀、自我表現及成就未受肯定、缺乏自我表現機會、錯誤行為未即時導正。

4.社會因素：包括文化風氣、金錢、奢靡、娛樂、生活空間。

5.較易染上毒藥癮之特徵：包括生活沉悶無目的、失業、自信心不足、家庭不和諧、居住地區吸毒率高、與濫用者為友、加入幫派、傳統觀念薄弱、與家庭學校聯結性差、缺乏成就感。筆者認為從較易染上毒癮之特徵觀之，其實是包括個人因素、家庭因素、環境因素、教育因素、職業因素、社會因素..等綜合性因素，少有單一因素的。問題是一個成長階段，扣著一個成長階段。社會工作最迷人的地方即是，除了個人因素中的生理因素需要靠藥

物治療協助外，其他層面之因素，社會工作皆有可介入處遇的空間與功能，端賴社會工作專業技術與知能發揮、資源網絡是否運作健全。

五、戒治所目前之運作概要

依「毒品危害防制條例」第 28 條規定設立，收容被裁定施以強制戒治之第一、二級毒品施用者。而處分之執行是以「戒治處分執行條例」為根據，將戒治處遇分為三個階段，依序實施戒治，且期間至少應有三個月（臺中戒治所，2001）：

(一)調適期：處遇重點在培養受戒治人之體力及毅力，增進其戒毒信心。

(二)心理輔導期：處遇重點在激發受戒治人之戒毒動機及更生意志，協助其戒除毒品之心理依賴。

(三)社會適應期：處遇重點在重建受戒治人之際關係及解決問題能力，協助其復歸社會。

戒治所實施階段處遇課程，包括：

(一)諮商輔導類：包括認識自己、自我概念、價值澄清、自我肯定、人際關係、家庭關係、壓力調適、自我表達技巧、問題解決能力、社會資源運用。

(二)生涯輔導類：包括生涯規劃、職業認識與介紹、職業道德與企業倫理、就業準備、就業市場分析、擇業與求職技巧、勞工法規介紹。

(三)勞動工作與技藝訓練：包括勞動工作、工場作業、技藝訓練。

(四)衛生教育：包括心理衛生、生理衛生、藥物教育、醫療保健、安全急救常識。

(五)體能訓練與活動類：包括基本教練、球類活動、田徑活動、體育常識、認

識休閒。

(六)公民教育：包括法律常識、法治教育、倫理教育、時事講析、民俗文化、國民生活須知。

(七)宗教教誨類：宗教入門、教義介紹、宗教與人生。

在戒治所期間，學習的課程內容，立意是做好出所前的準備，再回到社會時，能適應社會生活。但處遇課程內容屬於教育觀點，而非管理觀點。依據各毒品特性不一，毒品受戒治人離開戒治所時，不全然代表毒癮已戒，只代表司法界之受戒治期已滿。為避免再、累犯持續增加，避免受戒治人回所率高，發展一社區照顧及社區治療的網絡，是緊急且重要的，否則每年如此高的國家社會成本投入獄政管理系統，可能效益不高。

在今日科學昌明的時代裡，犯罪矯治工作已不單純只是執法者的專利，矯治工作人員除必須具備現代犯罪學的理論基礎外，更須具備其他學科的基礎知識，例如社會學、人類學、心理學、精神醫學、犯罪心理學、社會工作以及法律知識。而從事矯治所需要的方法與技巧，則應包括社會工作、心理測驗、輔導技術、作業治療等。在分工精細、知識暴漲的現代社會裡，讓一個人擁有如此眾多的知識與技巧，似不容易。所以團隊工作（team work）乃成爲最可行的一種方式。社會工作者與其他關切犯罪者的努力目標，在革除矯治體系中對待案主的缺乏人性（dehumanize）的因素；而培養對案主復健有益的因素。因此，爲犯罪者提供人道服務，是今日社會工作的重要趨勢（李增祿，1995）。十九世紀時，社會工作專業快速地發展，而犯罪

者處遇則爲其專業領域之一，例如，在1885年召開的美國全國慈善與矯正研討會時，其手冊（Proceeding of the National Conference of Charities and Correction）中即有一部分是在探討如何將社會工作運用在感化院、獄政教化、看守所與警政，甚至討論到對相關社會問題的預防（Skidmore & Thackeray，2002）。目前法務部所設立的戒治所（drug abuser treatment center），結合心理、衛生、社會工作、獄政管理等不同專業，一同提供矯治服務予受戒治人，即是以團隊方式運作。

參、國內醫療體系與戒治系統之關係

從相關研究談藥物濫用者行爲表徵：林盈慧（2001）的研究結論指出，吸毒者對自己的看法爲，吸毒之後，命運便脫離了自己的掌控，覺得自己是全天下最可憐的人，想戒毒，又無法自拔，就像玩火自焚，對自己感到消極，人生沒有目標、生活頹廢、增加家庭的負擔、對家庭沒有責任，毒癮發作什麼都做得出來，例如偷、搶、騙，無所不用其極；認爲「無法控制的控制」，即「想戒戒不掉」，不時出現在戒毒過程中，而終究無法戒掉。沈靜雅（2002）的研究中亦指出，從民國87年通過之「毒品危害防制條例」之立法精神言，施用毒品者視爲「具病患性之犯人」，即正式將醫療模式注入至對於施用毒品者之處遇方式中，並將戒毒工作發展成爲「生理勒戒」、「心理戒治」、「追蹤輔導」三階段之戒毒體系；其中「生理勒戒」係著重在施用者毒癮發作之治療，「心理戒治」則著重其心理輔導及對毒品心理依賴之解除；

俟其心理戒治完成回歸社會後，再配合追蹤輔導階段之心理輔導、監督、觀護、更生保護措施，以防止再犯。此亦說明要戒除吸毒者行為表徵之方式。

民國 87 年毒品危害防制條例通過實行，第 28 條、第 29 條制定了「法務部戒治所組織通則」、「觀察勒戒處分執行條例」、「戒治處分執行條例」，作為落實強制吸毒者心理及生理戒治之依據，同年遂成立了 17 個戒治所、16 個法務部所屬看守所指定設置戒治所分所。由於「毒品危害防制條例」認為施用毒品者具「病患性犯人」之特質，降低施用毒品罪之法定刑，並兼採以觀察勒戒方式戒除其「身癮」及以強制戒治方式戒除其「心癮」之措施，使我國反毒政策產生重大變革。民國 88 年 6 月政府並通過「管制藥品管理條例」，將「生理勒戒」、「心理勒戒」、「追蹤輔導」三階段之戒毒體系予以明文體現，成為戒毒工作之重要依據。同年，透過社會行政高考，招募到第一批社會工作員至戒治所服務，此為法務部矯正體系首次晉用公職社會工作員；又依「醫院附設勒戒處所委託辦法」，勒戒處所由法務部委託於醫院內附設之規定有執行的困難，無法落實觀察勒戒業務等問題，而採請醫院人員支援戒治所，此實務執行之成效有待評估。

吸毒人數始終不減，已成為嚴重之社會問題。在全國監獄受刑人中，煙毒犯約佔全部受刑人百分之 60，已成為犯罪人口之主流（林健陽等，2000）。近年來，我國為配合聯合國相關公約及我國防制策略之需，陸續完成毒品相關的立法，民國 87 年將「肅清煙毒條例」名稱修正為「毒品危害防制條例」，其中最大的變革為將施用

毒品犯視同病患，本著除刑不除罪原則，先以觀察勒戒及強制戒治代替原有「刑罰」之矯治措施。此一戒毒新措施，係參考世界先進國家之醫療經驗及醫學界之共識，將吸毒犯先安置於「勒戒處所」觀察其有無成癮並戒斷其身癮發作之症狀，即所謂之「生理治療」，如無顯著成效仍有繼續施用毒品傾向者，則進一步送由「戒治處所」執行強制戒治，於戒治處所另設治療、復健、心理諮詢等設施，使其堅定其意志，增加其戒毒之決心，以戒除其對毒品之心理依賴並於戒治後能使生活邁入正軌，遠離毒害。有鑑於染上毒品者，常是面臨生活挑戰與壓力適應失調，產生焦慮與挫折，或因好奇、社會次文化誤導、同儕不良影響，無解決問題之能力，藉毒品逃避現實暫獲慰藉，而落入犯罪深淵。

肆、病犯性特質人口群之關懷

一、單親家庭的特質

家庭是社會的一基本單位。實務上發現，吸毒者常是來自破碎家庭或不完整家庭。相關研究結果亦發現單親家庭之中，以離婚分居家庭青少年其違規犯罪情形雖比父或母之青少年略為嚴重，但卻明顯地比家庭結構正常的青少年嚴重，當中尤以疏離行為、少年本身的性格特質、因應策略及其人際關係等多種因素，更經由各主要因素互動性影響，才使得問題出現及惡化（呂民璿、莊耀嘉，1992）。

再者，將各項違規行為歸類後，發現「離婚分居組」比「正常家庭組」顯然較常有搶奪行為（包括搶奪他人錢財或物品、借錢不還）、依賴藥物菸酒（包括抽煙、

服食興奮劑或迷幻藥劑、吸強力膠、喝酒)、疏離行爲(包括在外成群結夥一起混、不願意回家、逃學、離家出走)。簡言之,當其家庭結構變動時,常是親職功能不當、社會支援少、社經壓力大的時候,青少年因此有不良交往、不良性格、不良的問題因應方式,而致有違規或犯罪年齡早、種類多、次數多的情形(呂民璿、莊耀嘉,1992)。依法務部民國91年全國戒治所統計資料顯示,年齡層18歲至24歲未滿,24歲至30歲未滿,30歲至40歲未滿,40歲以上,分配比例約為四:三:二:一;而實務上初步調查亦發現,戒治所內年齡層分布比例亦初略吻合,顯示吸毒人口年輕化的趨勢,故家庭結構的變化、年齡層的階段性關懷是社會必須重視的。

二、建立生活模式

C.E.Faupel 和 C.B.Klockars (1987) 發現有兩個因素,會構成並影響毒犯之吸毒與犯罪行爲模式。這兩個因素分別為:獲得毒品的可能性、生活結構。獲得毒品的可能性指包括毒犯獲得毒品(海洛英)的所有機會和資源,也包括所有會妨害毒犯獲得毒品的障礙。例如:和毒販接觸的機會,吸毒的資金來源,和其他獲得毒品的技巧等等。值得注意的是:吸毒者對毒品的抗藥性,並非決定因素。即便毒品供應驟降的時期,吸毒者也可以調整自己的毒癮以適應;若毒品之獲得變得較輕易,即若將毒品除罪化後,吸毒者只會更加大量的吸毒。生活結構指吸毒者每天在家中、職場、娛樂及犯罪場所等,會定期發生的行爲模式。例如:就海洛英吸食者而言,其生活的一部分扮演著傳統角色(如從事

生活事務或從事一般工作),及一部分扮演犯罪次文化的角色(如習慣的竊盜、販毒、購毒及吸毒等),其所有的角色綜合互動,便成為吸毒者的「生活結構」。簡言之,Faupel 和 Klockars 的研究認為「獲得毒品的可能性」和「生活結構」,是毒犯「吸毒動力」的兩個決定性重要因素,即其吸毒模式變化的兩個動力(劉勤章,2002)。

表一 海洛英吸食者的行爲模式

獲得海洛英的可能性	生活結構	
	高	低
高	固定的癮君子	隨性的癮君子
低	偶爾的吸毒者	街頭的癮君子

由上可知,生活管理鬆散、容易接近毒品,易受毒品侵襲,建立規律的生活模式、縝密的生活結構是吸毒者或落入毒品的高危險群遠離毒品的積極做法。相關觀點,還有許多,基於篇幅,不在此詳述。

伍、解決藥癮問題之社區照顧設計

在世界各地,毒品的使用持續的增加,致使個人及其家庭與社會產生怪異與無法控制的行爲(Farley, O. W. & Smith L. L. & Boyle S. W., 2000),由實務經驗得知,吸毒者常是生活上出現許多不同的問題,未即時解決或根本無好方法解決,而致愈陷愈深,出戒治所後,問題仍在,甚又持續發生,愈加提昇藥物濫用者社區照顧的重要性。基於社區照顧的特性為長期照顧、去機構化、轉機構化(transinstitutionalization)、減少對公共照顧的依賴、非正式照顧、參與和選擇的增加、需求導向的服務、成本抑制(黃源協,

2000)，社區照顧對於目前監獄式戒治制度，是一個解套的方式，只是該如何做？是個值得討論的議題。

社會工作參與藥物濫用的治療，已愈來愈深 (Farley, O.W. & Smith L.L. & Boyle S.W., 2000)，矯治社會工作指社會工作實施於矯治體系 (correctional system) 中，協助犯罪者自我瞭解，與他人建立關係，並擁有社會所期待的生活方式。在矯治體系中，社會工作者的角色是協助復健而非懲罰。故社會工作者在受戒治人出所計畫方面，扮演的角色是協助受戒治人自我瞭解、學習與他人建立關係、提昇解決問題之能力，以能適應正常之社會生活。西元 1995 年版的美國「社會工作辭典」對於「矯治」曾作出如下的定義：矯治是法律的特殊產物，透過拘禁、假釋、緩刑以及教育方案與社會服務，來改變與改善觸法犯罪者的行爲。

但，平情而論，社會工作實施於犯罪矯治體系的情況，相當有限，因較矯治機構的經費及人力大部分花費在監獄管理上，以防止犯人脫逃，而治療或輔導工作淪為次要目標 (林勝義, 2001)；的確，目前於實務運作上，確實是如此，身爲一社會工作者，秉持專業精神的持續運作，相信會發展更有貢獻之模式與制度。且處理與人相關之專業人員，具備不同的專業認知是必要的。沒有一個單一機構或少數機構團隊，可以單獨面對藥物濫用的問題。對藥物濫用的受害者言，需要有整體社區的努力與協助，包括教育、預防措施、各式治療模式與復健服務。未來在藥物濫用的控制、預防及治療方面所要做的努力，主要來自社區的關注、法令的強制執行、

專業的醫療、學校、立法機關以及社會福利等單位 (Farley, O.W. & Smith L.L. & Boyle S.W., 2000)，分述如下：

一、政府機構

包括相關立法、辦理教育訓練於社區照顧機構、進行研究，提昇知能及方法。社會工作參與之方案有三：藥物濫用之預防工作、個別成癮者及其家庭之治療工作、減少易造成藥物濫用之社會情境。新法於民國 93 年 1 月 9 日解套，毒癮問題的處理已斷線，強大社會藥癮問題，若無國家贊助的機構，是無法解套的，依現行法令觀之，衛生署對藥物濫用者的積極處置是值得鼓勵的，例如成立專科醫院，專司戒毒任務，提昇醫院為社區照顧的機構與角色。

二、教育

此首重預防。藥物濫用屬個人問題，但很多源自家庭互動關係不良。社會工作除了進入校園，外展服務多元角色亦需發揮，例如舉辦團體活動、提供職業訓練方案、提供更多樣化的休閒措施，教導民眾如何拒毒、接受或鼓勵親友戒毒、教導民眾熟習壓力之有效因應技巧、人際關係溝通技巧及家庭成員溝通技巧 (林信男, 1997)。當然，需整合不同領域之專家學者，一同推動進行，可達社區預防之效。整合的過程，有賴社會工作專業知能及技巧的發揮，例如資源手冊之建立、機構運作的交流、人力資源之動員，資源網絡的整合條件與能力，是社會工作較難被其他專業取代的條件與能力。

反毒教育主要策略一覽表

理論	著重點	方法
藥物教育	增加藥物作用及副作用的知識；促進抗藥態度	演講、討論、視聽教育、藥物展示、海報、小冊子、學校集會活動
人格教育	增加自尊心，做負責任的決定，人際關係的成長	演講、討論、實驗性活動、問題解決的練習
取代法	增加自尊心，自我信賴；提供使用藥物以外的不同方法；減少厭煩與孤獨錯亂的感覺	成立青少年活動中心、提供休閒活動；參與社區服務計畫；職業訓練
拒毒技巧法	增加對抽煙喝酒或使用藥物的社會影響覺知；發展對抗藥物使用的技巧；增加藥物立即負面影響的知識；建立不用藥物的生活模式	課程討論；拒毒技巧訓練；行為演練；「回家作業」延伸練習；以同年齡或較大的同儕做領導者
個人勝任力促進法	增加作決定、改變行為、減少焦慮、促進溝通、增進社會性與勝任力的技巧	課程討論；認知行為技巧訓練（指示、示範演練、練習、回饋、增強）

資料來源：Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG (eds): Substance Abuse A Comprehensive Textbook. 2nd Ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1992, P913；林信男 1997 轉載。

三、治療

由於不同藥物濫用者需要治療的方法不同，因此，需要發展出多元的治療模式。筆者融合實務與前人看法，認為治療的計畫有三種：

1. **個案式**：包括緊急照護、住院服務、門診服務、化學治療、轉介服務。

2. **團體式**：包括自助團體、社區熱心團體。自助團體指由戒毒者及其家長組成，轉向社區照顧政策，無人承接，只好當事人承擔，且使當事人有積極尋求受助之機會。社區熱心團體指可交由宗教團體協助，善用現有龐大的宗教力量與網絡，一同消弭或抑制毒品造成的社會亂源。

3. **治療性社區**：包括住宿、小團體治療、參與職業復建計畫，以協助藥物濫用

者重回社會。特點為大多使用非專業人員（通常是戒癮成功者），提供諮詢服務、角色模範、加強照護、團體接觸。目前臺灣宗教戒毒之機構，採此法。

治療，包括生理及心理治療，以心理治療，任務較為艱鉅。心理治療包括支持性心理治療、團體心理治療、社區式增強式諮商、家族治療（林信男，1997）。社會工作在治療層面，目前是受到心理背景之專業人員質疑，認為社會工作者不可從事治療工作，但探究目前社會工作實務、探究支持性心理治療、團體心理治療、社區式增強式諮商、家族治療，社會工作者是一直投入其中，且透過實務成果的展現，能力並不亞於心理背景人員。從優勢觀點（strengths perspective）言，社會工作者可用實務運作成果，理論與實務兼顧之方

式，不僅協助案主，也建制特有的社會工作治療模式。

陸、結語

隨著時代的脈動，監獄戒治的威權壓迫不再只是唯一途徑，社區的全面努力，尤其是病患性人口群的自我努力，須受社會的鼓勵。戒治不是法律鬆綁即可，必須喚起民眾自我覺醒，透過層級關懷，在社區照顧的理念下成立的單位，是可求助與自助的照顧設計，大量的自助團體必須因此產生，大量的公共支出是必須的，政府不是將受戒治人（吸毒者）釋放，就是任務完成，受戒治人（吸毒者）進入社會，其實才是任務真正的開始。

身為一位社會工作師，有倡導的專業使命。社區照顧的社會工作角色，涵蓋了照顧管理（care management）、諮商與社區

社會工作者（林萬億，2002）。臺灣專門從事戒毒醫療與防毒心理輔導工作的機構和人才，極為缺乏。（林家興，1991）。除了學習國外模式外，本土化模式，現在是應受重視與矚目的，戒治所漸進式累積出的實務經驗，是臺灣戒治制度重要的里程碑，社會工作的介入處遇，為獄政管理制度，帶來不同的人性化觀點與專業處遇方式，相信社會工作再持續投入獄政，會型塑出矯治社會工作在獄政的具體地位。當然，就如同社會工作的內涵不是一體成形或一次就完成，而是逐一加入，隨著時代的變化，慢慢組合而成（簡春安，2004）；此發展本土化的觀點，道出在藥物濫用領域中累積社會工作專業的另一開端。

（本文作者：王媠慧為中山醫學大學附設醫院社工師暨法務部戒治所戒治教師；呂民璿為東海大學社會工作學系教授）

📖 註釋：

註 1：戒毒成本高，健保不給付，戒毒患者，求助無門；願收治醫院，全臺不到 五家，不少人被迫到大陸，「以毒攻毒」。資料來源：聯合知識庫 udndata.com 2004/03/06/ 民生報/A15 版/醫藥新聞，2004/03/06 下載。

📖 參考書目：

- 臺灣臺中戒治所（2001）。法務部所屬臺灣臺中戒治所業務簡報。臺灣臺中戒治所編印。
- 行政院衛生署、法務部、教育部（2001）。反毒報告書。
- 行政院衛生署管制藥品管理局（2002）。常見濫用藥物分類圖鑑。行政院衛生署。
- 呂民璿、莊耀嘉（1992）。單親家庭與青少年違規犯罪行為。東海學報，33。
- 李增祿（1995）。社會工作概論。臺北市：巨流。
- 李孟珍（1998）。成癮行為再犯因子之研究。臺灣雲林地方法院檢察署。
- 杜聰典（2002）。臺灣地區少年毒品戒治處遇成效之實證研究。中正大學犯罪防治研究所碩士論文。
- 林家興（1991）。藥物濫用與心理輔導。諮商與輔導，62。

- 林信男 (1997)。藥物濫用與防治。臺北市：橘井文化。
- 林勝義 (2001)。社會工作概論。臺北市：五南。P143。
- 林健陽、柯雨瑞 (2000)。毒品除罪化及其「犯罪矯治」之影響。中央警察大學犯罪防治學報，1，63~112。
- 林盈慧 (2001)。戒毒經驗之社會建構。中正大學心理研究所碩士論文。
- 沈靜雅 (2002)。論施用毒品行為之除罪化。中正大學犯罪防治研究所碩士論文。
- 施志茂 (2000)。安非他命危害與犯罪防治。臺北市：華泰。
- 張春興 (2002)。現代心理學。臺北市：東華。
- 黃源協 (2000)。社區照顧——臺灣與英國經驗的檢視。臺北市：揚智。
- 管制藥品管理局 (2003)。藥物濫用防制宣導教材。行政院衛生署。
- 蔡佩真 (1990)。宗教戒毒之探究——以基督教戒毒輔導為例。東海大學社會工作研究所碩士論文。
- 楊瑞美 (2003)。毒品政策對施用毒品者之影響——以某成年男性戒治所為例。臺灣大學社會工作學系碩士論文。
- 楊士隆 (2001)。犯罪心理學 (三版)。臺北市：五南。
- 楊士隆、林健陽 (2001)。犯罪矯治問題與對策 (三版)。臺北市：五南。
- 張慧瓊 (2002)。毒品防制法規及實務。法務部司法官訓練所檢察事務官班第三期講義。
- 劉郁芳 (1993)。藥物濫用青少年之壓力、因應策略與生活適應關聯性研究。東海大學社會工作研究所碩士論文。
- 劉勤章 (2002)。毒品與犯罪關連性探討。中央警大學學報，39，277~290。
- 簡春安 (2004)。社會工作歷史發展與臺灣社會工作本土化之分析。臺灣社會工作學刊，1，P52。
- Dugan, M.A. (1996). The role of resilience and protective factors in predicting alcohol, tobacco and other drug abuse in youth. (Doctoral Dissertation, Claremont Graduate University, 1996). (AAT 9707501 UMI Pro-Quest Digital Dissertations-Full Citation & Abstract).
- Dakof, G.A., Quille, T.J., Tejada, M.J., Alberga, L.R., & Bandstra, E. (2003). Enrolling and retaining mothers of substance-exposed infants in drug abuse treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 764-772.
- Farley, O.W. & Smith L.L. & Boyle S.W. (2000). Chapter 17: Drug Abuse and Social Work. *Introduction to Social Work*. (Skidmore, R.A. & Thackeray M.G.), Eighth Edition. United States of America.
- Steven, B., Michelle, A. L., & Lisa A.O. (2003). Self-Reported psychiatric treatment needs among felony drug offenders. *Journal of Contemporary Criminal Justice*, 19(1), 9-29.
- William, R.M., Carolina E.Y., & Tonigan J.S. (2003). Motivational interviewing in drug abuse services: a randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 754-763.