

藥癮治療性社區的 理念、工作方法與評估

陳怡青

壹、緒論

物質使用是一個複雜的議題，參與防制工作的單位在合作上常需彼此溝通之外，整體社會在意識型態上，對物質使用的觀點也在變化之中。早期許多物質使用多被視為一般性的使用，如過去的安非他命以及當前的「電子煙」，原本均未涉違法，在發現有所危害之後，才開始思考是否以法律規範之。此外，許多物質的使用依法被視為犯罪行為，而使用者被視為犯人，近年發現並強調物質使用所帶來的生理機制的影響，開始將之視為疾病，使用者被視為病人，介入方式轉矯治為治療。除此之外，近來更有毒品使用除罪化之觀點，在臺灣雖未獲共識，但許多國家或地區都逐漸放寬司法上的限制，臺灣雖仍視毒品使用為違法行為，但也試圖逐漸減少監禁式的介入方式。

根據法務部統計，地方檢察署偵辦毒

品案件施用毒品的新收人數，從2017年以來，逐步減少，從77,417人降至60,326人（圖2）；其中初犯人數亦從8,954人降至6,140人（圖3）。反觀，毒品案件緩起訴附命戒癮治療的比例，則逐漸增加（表1）（法務部，2020）。可見，毒品防制工作的策略正在變化，除了加強查緝之外，處遇方式已漸漸由監禁改為社區處遇。

目前為止，緩起訴附命戒癮治療的工作大多由醫院承接，然而醫療的量能珍貴而有限，就長期而言，多元的社區處遇模式，必然為毒品戒治方式之所需。臺灣從2017年開始推出「新世代反毒策略」，在處遇方法上的發展更加多元，突破以往的司法處遇或醫療戒治，更強調跨域合作與社區整合，除了毒品危害防治中心轉由各地方政府的衛生局統籌、規劃與發展之外，藉由推動「整合性藥癮醫療示範中心試辦計畫」，聯結地區的醫療、社區機構與教學單位，期望發展多元且具實證基礎

的藥癮治療服務方案，以促進物質使用者重返社會之可能（衛生福利部，2019）。再者，2019年衛生福利部推出了「藥癮治療性社區服務模式多元發展計畫」，更擴增藥癮戒治的工作型態。

在多元的藥癮戒治方案中，過去10多年來，政府支持輔導的治療性社區僅茄老山莊一處，且緊臨醫院，工作人員主要為醫療編制人員的延伸，2019年的「多元發展方案」後，重新對應晨曦會、主愛之

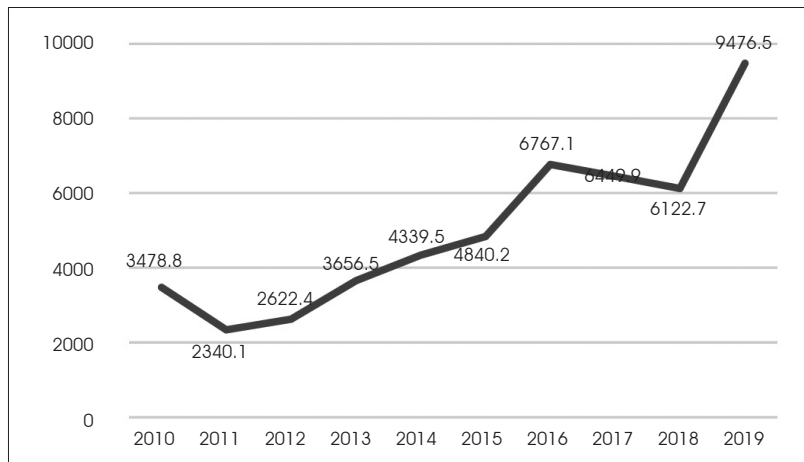


圖 1 2010-2019 年毒品查獲量（公斤數）

資料來源：法務部（2020）。

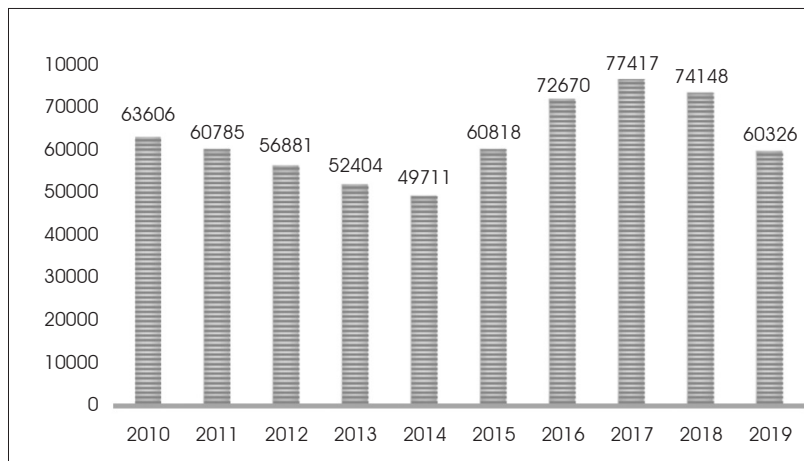


圖 2 地方檢察署偵辦施用毒品案件新收入數

資料來源：法務部（2020）。

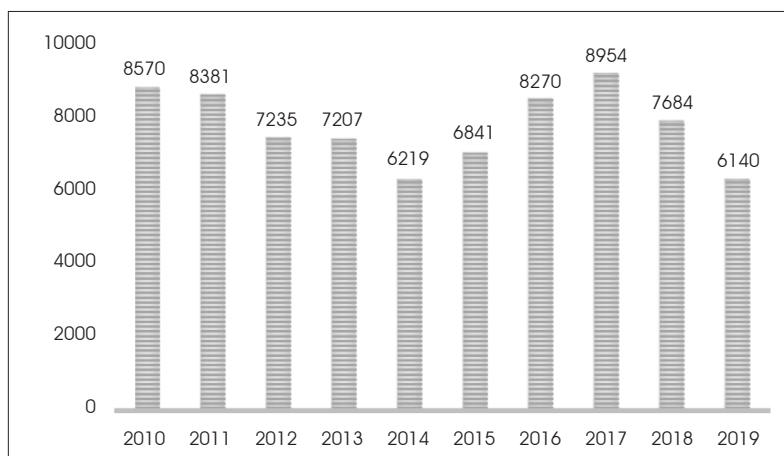


圖 3 地方檢察署偵辦施用毒品者初犯人數

資料來源：法務部（2020）。

表 1 地方檢察署施用毒品者戒癮治療統計

項目	司法處遇	99年	100年	101年	102年	103年	104年	105年	106年	107年	108年
第一級毒品	起訴及緩起訴人數	11,809	11,015	10,200	8,553	7,622	8,037	8,872	8,639	8,739	8,111
	附命完成戒癮治療人數	1,510	1,867	1,312	792	579	503	631	1,376	1,499	1,407
	百分比%	12.8	16.9	12.9	9.3	7.6	6.3	7.1	15.9	17.2	17.3
第二級毒品	起訴及緩起訴人數	11,525	12,366	12,783	12,846	13,259	15,489	18,940	21,206	21,766	18,931
	附命完成戒癮治療人數	783	1,824	1,980	1,959	1,728	1,973	2,570	5,406	5,814	4,898
	百分比%	6.8	14.8	15.5	15.2	13	12.7	13.6	25.5	26.7	25.9

資料來源：法務部專題分析「毒品案件統計分析」（2020）。

家……等機構為治療性社區，此外，也新興了更多的藥癮治療性社區。這些治療性社區依所在城市或鄉村的的不同，都具有在地性的多樣色彩，也促成彼此之間的交流

與相互學習。然而，畢竟在一個試辦及發展的階段，每個治療性社區的資源不同、工作人員的條件或專業背景不同，發展理念上各抒其意。各家治療性社區雖為多元

發展，目標上大致相近，即「推動物質使用者的復元，使能順利復歸社會」。因此，本文擬介紹藥癮治療性社區的理念、工作與評估方法，藉此與臺灣實務的工作經驗互相交流與參照。

貳、藥癮治療性社區工作相關理論

一、藥癮治療性社區的起源與發展

治療性社區（therapeutic communities，簡稱TC）是一種長期的住宿式的藥癮介入方式，它來自於1950年代的自我協助式的復元運動，一群同樣受到心理疾病困境的人住在一起，以一個有組織性的、結構性的方式一同經歷復元的歷程（Sacks & Sacks, 2010）。其後大約10年，第一個藥癮治療性社區起源於加州的Synanon（Bunt, Muehlbach, & Moed, 2008）。在戒酒無名會（Alcoholics Anonymous）和Synanon的影響下，逐漸演變成一個自助式（self-help）、療癒的、彼此支持的，以及自治式的社區工作方式（De Leon, 2000）。此後，多樣的治療性社區型態，陸續在美、英，及世界各地發展，不僅直接回應個人復元的各種需要，解決個人問題，也回應各地區在地性的問題，因此開展了不同的藥癮治療性社區的樣貌。例如，當鴉片類的藥物是主要面對的問題時，鴉片類的戒治，就為工作投入的重點

（Avery & Kast, 2019）；而1970年代，安非他命在亞洲地區盛行，監獄人滿為患，因此發展出司法處遇制度，包括監獄型態下的治療性社區（TC in prisons），使成為一種轉向處遇的類型。在歐洲亦有治療性社區的發展，主要分為兩支：其一是仿效美國傳統的專業取向，另一種則是更為民主，彼此更為伙伴關係的取向（O'Brien & Perfas, 2004）。

這些不同的治療性社區雖各異其趣，有不同的創立背景與理念，但彼此並非互不往來，其中，「世界治療性社區聯合會」（World Federation of Therapeutic Communities, WFTC）（WFTC, 2016）即為國際上藥癮治療性社區聯絡的平臺之一。它聲明治療性社區做為一種治療方法，透過個人成長和禁絕使用改變心靈的藥物，使物質濫用者得到復元。在2016年，第五屆的WFTC會議在西班牙通過了馬洛卡宣言（Declaration of Mallorca），由26個國家的150個藥癮專家與機構的認可，治療性社區是藥癮個人和家庭復健與復元最有效的方法之一。此宣言中，提供了一個行動指導原則，預計在2026年前共同實施：（一）承諾：為物質使用者與家庭尋找和提供最好的服務方式；（二）創新：在研究證據和最好的實務工作上，增加有效性；（三）參與：在此領域的決策上，支持參與和透明決策；（四）可達成性：為實際的、適當的、負擔得起的總

結，提出具體的、清楚的、可測量的行動；（五）宣傳意願：看到對利害關係人分享此知識的價值（WFTC, 2016）。由此可見，治療性社區的發展，從回應個人、家庭和地區的戒癮需求，漸漸走向對可行性與可實證性的重視。

臺灣的正式的藥癮治療性社區服務模式起始於2007年的茄萣山莊，它是由衛福部草屯療養院參照國外的藥癮治療性社區的理念所成立，13年來已發展出專業的介入模式（黑中亮，2020）。除此之外，在宗教的熱忱與信仰的基礎下，一些宗教團體也發展出全日型的藥癮者的支持模式，對有意願戒除藥癮的人，提供住宿型的庇護場所。其中晨曦會強調福音戒毒，迄今已有35年，基督信仰是重要的精神，且其多年的發展過程中，亦採用許多專業的方法，累積出許多實做知識。例如其戒除的觀點和生活守則，認為應該是以戒除所有的物質，而非僅是毒品；而復元應是全人的康復，而非只是疾病的康復，這都與傳統的治療性社區的理念一致（Leon, Sacks, Staines, & McKendrick, 2000; 晨曦會，2020）。這些物質使用的全日型的服務介入模式，在2019年衛生福利部的經費支持之下，漸漸將「全日型的服務介入模式」與政府的「治療性社區」相互對接，在其計畫書中敘明其服務理念、工作計畫與人員配置。雖然目前為止，無論是具有經驗或者新興的治療性社區，都是提供全

日型的服務，並且重視生活的管理，但執行上亦會有不少差異。例如在工作人員的配置上，有些是以專業人員為主，有些則是以具有使命與熱忱的人士為重；亦或有些則是進用同儕工作者（patient-staff）（早期的加州經驗亦然），或者多元並重。此外，在工作理念上則有醫療戒癮為導向、或者，忠於信仰上「罪人得救以及更新的生活」為導向，現今可謂治療性社區大放異彩的階段。臺灣的藥癮治療性社區未來的發展，正可藉由政府對多元藥癮政策的鼓勵，促進彼此的交流學習，並嘗試累積臺灣的在地性經驗與知識。

二、康復理念與復元理念對治療性社區的啟發

藥癮是一個複雜的心理健康問題，藥癮所涉及的困境包括失業、無家可歸、關係衝突、司法問題以及生理與精神疾病上共病性的問題，因為它不只是健康或醫療上的問題，也同時可能帶來全面性的生活損害。若要處理藥癮的問題，一般會分為兩個部份：首先是短期的醫療照顧，例如解毒或共病問題的急性處理，其次即為出院後的治療或復健。傳統上，理想的康復歷程是在持續的門診追蹤之下，以完全禁絕藥物使用、恢復健康為目標。此概念視物質使用者為「病人」，重視科學性以及診斷的結果。在醫療復健的過程中，個案需謹慎配合治療，遵從專家（醫師）的建

議，避免疾病「復發」（Slade, 2009）。這一系列避免復發的方式，包括：密集的醫療監測、門診追蹤、或者進行有科學根據的各項治療（主要是藥物或心理治療）與參與復健活動……等等。此外，有許多協助診斷的檢查、監測或測驗的應運而生，例如血液、尿液或毛髮的檢查，以及TOP、AUDIT、CAGE、AOD……等等評估工具。這種重視專家建議，減低「疾病」危害，恢復心理功能及社會功能為目的的戒治觀點、統稱為康復觀點。從康復觀點延伸而來的例子之一即為戒酒無名會（AA），以及其後仿效此模式而發展的藥癮戒除無名會（NA），它討論到酒精或藥物使用問題所帶來的道德敗壞，視物質成癮為慢性化疾病，個案終身是「病人」，難以「痊癒」。他們所發展著名的12步驟，其中第一步即是「承認對酒精／藥物無能為力」，需要依靠更高的力量來對付物質，並以「完全禁絕」做為每一天的實際行動目標（Ferri, Amato, & Davoli, 2006）。這種戒癮理念確實對部份物質使用者帶來康復的經驗。但是，因為藥癮復發的情形相當高，禁絕或康復為戒治的目標往往使使用者在「復發」時，陷於極大的挫敗的經驗中。

近期，隨著後現代觀點的影響，有關物質使用的觀點也隨之改變，藥癮戒治的焦點不在「疾病」或「治療」的層次上，開始以藥癮者個人生活和社區整

合為重心，於是「復元模式」（Recovery Approach）隨之而生。復元模式視人生為一趟旅程，個人要取回其生命旅程的自主性，為自己的生命做出抉擇（Slade, 2009; Tondora, Miller, Guy, & Lanteri, 2009）。此模式是基於人道主義，重視個人經歷。個人與專家是伙伴關係，而不再是「服務的使用者」或「病人」，個人在支持的環境之下，學習為自己負責，並為自己的生活做出抉擇。在此模式中，康復固然重要，禁絕用藥不是生活的目的，重要的是個人要如何生活，在有尊嚴的生活歷程中，取回物質使用的掌控權，並管理自己可能復發的問題，使復發不會成為生命旅程的阻礙。在復元的概念下，物質使用的復發被視為旅程的一部份，在起伏中獲取經驗是一個正常的現象，個人終究會發覺自己在困境中的優勢力量，權力經驗也在其人生旅程和學習中隨之提升。

復元的理念對於工作者而言，必須調整原本專家控制的導向，改變成提供指導或給予建議的角色，將重心回到物質使用者個人身上，以人為本的，重視個案的個人經驗和人生的意義，物質使用者有權力主導其人生，也能為其負起責任。工作者相信他們在其成長/成熟的歷程中會產生覺察和理解，因此積極傾聽其敘說，了解其在自身所處脈絡中的處境與經驗，發掘他們在其歷程中的優勢、希望和願景，使其有權力和能力自我管理。因此，復元

的目標在於健康的生活、自我控制和自主選擇，協助個案對抗疾病不再是工作的目標，目標是在協作的生活經驗之中，與他們一同經驗不斷地轉化的旅程，並在每一個階段都有新的進展（Slade, 2009）。

早期治療性社區的工作理念上，受到「康復觀點」的影響，嘗試在尊重疾病診斷與醫療歷程的架構下，漸漸導向「正常」的社區生活。自從「復元觀點」出現之後，對治療性社區的發展更具有啟發性與相融性。許多治療性社區的住民在歷經復元歷程之後，成為有薪給的同儕輔導員，對其它的住民予以支持與協助。

復元是一個在臨床介入中認知改變的過程，它是漸進式、持續性的，需要花時間一步一步進階的。在藥癮治療性社區中，它鼓勵參與者進入一個復元的階段，為自己設立生活目標，承擔更多的對自己和參與社區的責任，因此個人不只要戒除物質使用，而且要投入社區工作或者學校學習，達到自己想要的生活。「社區」是最好的「方法」，投身於社區之中，個人分擔他人的困境，也為他人的復元負起部份的責任，使自己走在復元的歷程。這種參與、分擔、一起走在復元的歷程上，是復元觀點的重要精神（Hendershot, Witkiewitz, George, & Marlatt, 2011）。

三、藥癮的復元觀點與復元階段

在實際的戒癮經驗中，復發是經常

會發生的，但不同於疾病康復的觀點，「復元觀點」認為：復發是人生歷程之一，不應將之視為「戒癮失敗」，而應是視之為戒癮旅程的一個部份，個人在復發的經驗中，可以累積寶貴的知識，發掘自己的優勢，管理自己的生活，漸漸發展成為掌控自己的專家（Slade, 2009）。在這個觀點的架構下，個人面對的不是疾病，而是自己的生活。個人應盡可能自發地控制物質使用的動機，並致力展現自己在健康、幸福、社會角色與責任發揮的最大承諾（Hunter, Jason, & Keys, 2013）。復元的觀點重視生活的掌握，因此，它包含了四個層面的改善。從健康層面而言：強調克服或管理自己的症狀，並能作出有利身心健康的選擇；家庭層面：有穩定安全的居住處所；目的層面：擁有有意義的日常生活，例如有工作、就學、參與志願服務、提供家庭照顧、能獨立參與社會活動、有收入；而社區層面：重視人際關係與社會網絡可提供支持、有情、愛與希望（SAMHSA, 2020）。

物質使用的復元是一個過程（表2），在復元的初期，聚焦在停止用藥，有些使用者經歷了戒斷、解毒、與面對渴癮的初期經驗，在這段清醒初期，重點在漸漸導向「正常生活」。Laudet等人認為這個階段持續1年以下（Groshkova, Best, & White, 2013; Laudet, 2007; Laudet & White, 2008），但Fisher & Roget（2008）認為，

表 2 物質使用者的復元階段

作者	第1年		第2年		第3年	第4年	第5年
	<6個月	6-18個月		18-36個月	>3年	>3年	>5年
Laudet (2007)	<1年 聚焦於停藥	第二階段 正常的生活	復元後期 轉變階段： 個人成長階段、尋求意義感		>3年 聚焦於新的人生		
Laudet & White (2008)	<6個月 Stage1 著重「正常生活」	6-18個月 Stage2 有意識地決定改變生活焦點	18-36個月 Stage3 經過幾年的生活掌控：藥物、早期復元→面臨「存在」的議題	>3年 Stage4 個人成長、尋找意義			
Fisher, Roget (2008)	早期復元 early recovery 1-2年 學習忍耐與誠實		中期復元 middle recovery 2-5年 關注對自己的理解、自我接納、自信的恢復、自尊的提升、降低因成癮行為帶來的羞恥與污名				晚期復元 Late recovery >5年 專注於在自己、家庭和社區
陳玟如 (2018)	不到1個月 超過1個月但未滿3個月 超過3個月但未滿6個月	超過6個月但未滿1年	超過1年但未滿2年	超過2年但未滿5年	超過5年（含）以上		
Grashkova, Best, White (2013)	初期復元、清醒初期 Early sobriety <1年	註：基本上，清醒時間越長，生活品質、維持清醒承諾、復元資本越好		長期穩定的復元、穩定清醒期 Stable sobriety			

此階段將持續2年，且除了生活和生理狀態的調整之外，還需要開始學習忍耐與誠實，並且決定改變生活的重心與焦點（Fisher & Roget, 2008; Laudet, 2007; Laudet & White, 2008）（表2）。

接著，進入復元中期，個人持續清醒保持清醒，在停止用藥及改變生活的基礎上，更能取得生活的掌控權，進入一個「個人成長的階段」，此階段關注在自我理解和自我接納，恢復自信與提升自尊，也能降低成癮行為所帶來的羞恥與污名。在這個階段大約在復元的第2年至第5年，復元者在經歷自我的改變之際，開始思索「存在」的議題，尋找人生的意義，並聚焦於新的人生（Fisher & Roget, 2008; Laudet, 2007; Laudet & White, 2008）。

Flynn等人（2003）認為停藥3-5年以後，進入穩定復元的階段（Flynn, Joe, Broome, Simpson, & Brown, 2003），陳玟如（2018）雖然將復元細分為好幾階段，但基本上，清醒時間愈長，生活品質與復元資本愈佳。關於復發，Maffina等人提到，復發是復元歷程中的一部分，遇到復發的情形，復元者的重心應著重從復發中，累積學習的經驗，增強自己邁向復元的能力（Maffina, Deane, Lyons, Crowe, & Kelly, 2013）。

復元觀點與復元階段對於治療性社區的工作發展階段而言，極具意義。初期，工作者的重心在協助住民能夠取得健康上

的復元，調整生活與穩定戒斷症狀；接著，持續維持生活的穩定，並引進資源，促進住民心理層次的發展，增加個人與社交的技巧，提升生活與人際因應的能力，加強社區參與及社區責任承擔。最後，銜接社會參與，增加對生命意義與人生哲學的思考，邁入全人的發展，復歸於社會。關於這部份工作的具體作為，下一段落將更進一步說明之。

參、藥癮治療性社區的工作方法與評估

一、藥癮治療性社區的工作方法

（一）以「社區」做為方法

以治療性社區為藥癮戒治的方法有幾個基礎性的重要的觀點，包括對疾病、對人、對復元，以及對生活等方面。

首先，它視藥物的誤用（drug misuse）為一個疾病，它所涉及的面向包括認知、行為、情緒、社會和靈性等各方面。一個人在特定的心理和生活型態之下，才會產生成癮的生理依賴的現象。因此，適切且全面的評估，會是介入工作的第一步，而個人與藥物使用有關的各個面向就是介入的重點。

對人的看法方面，物質使用者除了使用藥物的行為之外，還包括心理與社會的失功能，因此往往呈現一些特質，包括：低挫折忍受力、較難延宕滿足感、低度自

我控制、對於負責任的問題、情緒處理困境、不誠實、欺騙或違反社會規範的問題，以及注意力、溝通技巧等能力上的限制。要使物質使用者能離開這個困境，就要從發展面向著手，藉由發展，做個人、人際與社會的修復。

它對復元的觀點為：要總體性的生活型態和認同的復元，這是一個發展的與學習的過程，透過自助、互助、動機培養、社會學習中，進入復元的歷程。復元的觀點是以生活為目標，在生活面上逐步累積，恢復生活所需的各種能力。

最後，治療性社區講求一種「正確的生活方式」，正確的觀點、信念和價值觀對於進入自助的復元歷程和社會性的學習是很重要的，藉此可以使得人格成熟並獲得健康。這些價值信念包括信任、誠實、為命運負責、社會責任、與社會聯結……等等。

治療性社區最重要的元素就是社區，也就是「以社區做為方法」（Community as Method）（Leon, 1995）。透過參與社區，可以促進個人的心理和社會的改變，也就是個人在參與社區過程中，成為社區的一員，在其中學習扮演社會性的角色，漸漸能理解社區的日常觀點和社會性的目標，進而學習改變自己，建立起社會責任。

在以社區做為方法的理念之下，治療性社區的介入方法重視「參與」。隨著改變的階段，介入方法的類型包括治療與教

育；社區與臨床管理；社區強化；持續性的活動和介入（Leon, 1995）：

1. 治療與教育：針對住民情緒性的或者是負向的表現和行為、社會性的問題，增加了溝通技巧和人際技巧學習，藉由諮商、會談、治療和教育，提供方法，取代原本的人際相處模式。
2. 社區與生活管理：主要是為了維持社區的生理和心理的安全，以及住民生活的規則、規律。生活訓練、監督、檢查（驗尿與服藥）、管理會是此階段的工作重點。
3. 社區強化：使住民同化入社區之中，增加個人的社區認知，在投入社區活動中，進行教育和療癒。經由各種不同的會議執行，使住民認知到自己是其中的一份子，如生活討論會、研討會、社區管理會議……等等。此外，對於住民間的生日、特殊事件、生命的里程碑、甚至死亡，透過儀式性的活動，也可使住民體驗到自己、住民間與整個社區的關係。
4. 對外的持續性的活動和介入：包括復發預防團體、學校教育、親職教育、職業教育……等等，有些看似非關治療性社區模式的各種活動，但對於個人銜接社會性的角色會有具體的助益。

治療性社區對於個人改變的面向是要達到「全人」的改變觀點，除了要有認知、情緒等心理層面的改變之外，也強調個人的成長，包括健康與責任：有穩定的健康狀況，漸漸承擔起對自己、伙伴和團體的責任。再者，個人漸漸能社會化，銜接到主流的社會技巧、態度與價值觀，過符合主流社會期待的生活。在這個改變的歷程中，個人便真正參與了社區，也可成為「社區即方法」的角色模範，對其他人發揮同儕協助的影響力。

（二）治療性社區的介入歷程

如前所述，對物質使用者而言，有其復元的發展歷程。對應藥癮復元的歷程，在治療性社區內的介入工作也依不同階段有不同的重心。從進入治療性社區之後，工作者應分階段提供不同重心的介入重點，包括：正常生活階段、生理安全階段、心理安全階段、重建社會關係階段，以下加以詳述。

1. 正常生活階段

首先，在進入治療性社區之後，在營養和飲食是首先的改變階段，維持三餐、穩定的住所、必要的藥物治療……使其生活漸漸穩定下來，使能從原本的壓力挫折、不確定的環境中舒緩下來。因此，在實際的生活層面，參與者要參加治療性社區的所有活動，改變其生活模式、用藥經驗、社交聯結與責任感，並增加對物質使

用和成癮的知識（NIDA, 2015）。

2. 生理安全階段

維持生理上的安全是此階段的重點。有些住民長時間生活在恐懼和焦慮之中，如有家庭暴力、性暴力、霸凌、藥物濫用的環境…等，因其過去所面臨的困境以致有機會使用藥物。當他進入治療性社區後，許多的規則會使得生活的進展變得可以預期，穩定的生活狀態可以使其生理的創傷得到照顧，進入復元階段。

3. 心理安全階段

在生理安全的維護之後，是心理方面的安全建立。許多進入治療性社區的人顯得危險、難以控制、反社會。有許多時候，這是一種害怕面對自己、他人、社會常規要求或改變的反應。在治療性社區中，透過信任性的關係、有信心的信念、人際上的了解、接納、信任，使其心理上可以建立起面對恐懼的勇氣，接受成長過程中的風險。

在2、3這個階段，是所謂的「治療階段」，這期間所採取的是具有實證基礎的行為治療，包括認知行為治療（cognitive-behavioral therapy, CBT）、動機式晤談…等等，以提升「社區即方法」的成效（NIDA, 2015）。

4. 重建社會關係階段

最後，就是重建社會關係。許多住民過去的生活都是非常孤立，或是依附於不健康或自我狀態就具有破壞性的對象上，

甚至家庭內部就有許多困境，而個人不只依附，並且認同這樣的生活型態。治療性社區透過穩定、規範的生活方式，重構住民的社會經驗，影響其社會聯結，以及認同經驗。這個階段也是準備結束階段，參與者要準備離開治療性社區，並試著回歸更大的社區去工作或實踐生活。復元是一個持續性的過程，在離開治療性社區之後，可以透過個別會談或家族治療等安排，維持住在治療性社區的學習成效，這些都是在離開之後，透過參加自助團體來進行（NIDA, 2015）。回歸社區是參與者的關鍵時刻，治療後的照護型式或期間，可依參與者的類型或需要而定，重要的是維持治療性社區內的學習成效。

二、藥癮治療性社區的評估面向

當個案參與藥癮治療性社區之後，對個案的評估需要在三個部份著手進行。首先是需求評估（assessment）；其次是處遇過程的評估（evaluation of process），最後是結案評估。除了以個案為核心的評估之外，對治療性社區整體的計畫的方案評估也是另一項重點。對於工作者而言，評估的執行應與計畫的執行密切結合，而累積優質的紀錄則可以做為未來方案評估的基礎資料（Kagle & Kopels, 2008）。

（一）需求評估

個案參與治療性社區的方案，基於

服務提供的立場，就必需先就個案的基本狀況加以評估。評估的面向包括基本的健康檢查報告、疾病史及物質使用史、就學經歷、成長史與家庭系統面的評估等等……。目前已有一些評估工具可以佐以使用，包括AUDIT、家庭評估量表、藥癮康復者復元評估量表…等等，做為初步了解個案的輔助工具。

（二）過程評估

過程評估（evaluation of process）是指針對計畫的預設，進行一系列的檢查，以了解執行的狀況是否符合規劃者的期望（羅國英等譯，2014：10）。藥癮治療性社區的工作方法，運用了復元的觀點，強調以社區做為方法，工作的介入面向包括「治療與教育」、「社區與生活管理」、「社區強化」、「對外的持續性的活動和介入」四大部份（Leon, 1995），且依入住的時間有不同的復元重點，從「正常生活」、「自我成長」、「人際／社區關係聯結」到「社會復歸」（Fisher & Roget, 2008; Laudet, 2007; Laudet & White, 2008）。透過過程評估，可以了解介入計畫理論依據的合適性，也可以了解個人的復元的進程。

實務工作中，良好的過程紀錄可以做為評估的工具，例如，日常生活的穩定、規律與「正常生活」有關，而正常生活又是復元階段的第一步。因此，日常生活表現就可以是過程評估中「社區與生活

管理」指標項目的重要內容。除此之外，個別會談、團體工作、生活討論會……等等項目，依不同內容分別可能是為促進「自我成長、人際/社區關係聯結」，而導向「治療與教育」、「社區強化」、「對外的持續性的活動和介入」等指標，當這些介入方法進行時，參與者表現得如何？參與過程發生了什麼事？所進行的內容是否符合參與者在復元歷程的需要？這些問題都可以在過程評估中進行了解。除此之外，臺灣多家的治療性社區強調靈性的教育與生命的成熟，因此也可以試著發展「靈性成熟」方面的評估指標與評估工具，來了解臺灣藥癮治療性社區工作經驗的特殊性。

具體而言，這個階段可使用的評估工具包括：

1. 個案日誌或檢查表 (diary or log)：包括作息紀錄表、分派任務完成表、服藥紀錄……等等 (Kagle & Kopels, 2008)。
2. 活動參與紀錄：包括具有量化分析功能的個別及家庭會談紀錄、團體活動參與紀錄。
3. 特定的評估或檢查工具，例如：外宿返回之後的驗尿紀錄……等等。

(三) 結案評估

結案評估是指個案在結案之時，針對個案的復元狀況進行評估，以了解個案復

元的狀況，以及對未來生活銜接的準備狀況。結案評估的內容除了包括結案原因、未來生活計畫的規劃（如居住、工作、支持系統）之外，過去紀錄資料的統整也會是非常有意義的結案評估內容，例如入住時間、復元歷程、改變階段評估……等等。文獻指出，對於治療性社區住民而言，預測成效最有效的因子是入住時間的長短，較長的入住時間對於未來穩定的社區生活有很高的預測性 (O'Brien & Perfas, 2004)。

(四) 方案評估

如果要辨別整體治療性社區的工作方案是否有效，最標準的做法是透過隨機分配，從兩個不同的分組來進行比較，一組是有參加治療性社區方案的，一組是沒有參加治療性社區方案的。判斷結果的向度可包括研究樣本復發、工作生產力及是否再犯罪的情形 (O'Brien & Perfas, 2004)。然而，對於實務工作而言，要進行隨機分配的實驗設計是不容易的，因此，許多時候，會考慮採取其他的方法。如果治療性社區方案執行之初，就搭配好的評估工具，並且在工作過程中確實執行階段性的評估，方案的執行歷經一段時期之後，可望能將原本的資料加以統整或整理，再進行工作成效的大數據分析，藉此了解個案的基本特性、介入歷程表現，以及處遇結果。

肆、結論

藥癮治療性社區存在的目的是為了解決物質使用者社會復歸的問題，期望透過此方案，培養自我覺察，提升對自己他人的責任感，並在行為、心理、社會層次上帶來改變。然而，它也面臨許多挑戰。首先，因為物質使用者本身的共病的問題，包括人格障礙症、情緒障礙症、思覺失調症、焦慮症……等等（張本聖等譯，2017：397-454），使得照顧工作就有相當的複雜性。其次，參與者行為上以及司法上的問題，增加管理上很多困難。治療性社區若要能有成效，有時必須結合醫療、司法體系，以及與個案家庭的合作，然而醫療和司法的觀點，往往會有很多的歧異，在工作方法上亦有很大的差別。除此之外，為因應全日時的工作型態，就必須有足夠的資源、人力與工作方法的訓練。由此可見治療性社區，對於復歸社區極具意義，但也困難重重。因此每個治療性社區的創立與發展都需深思其根本性的哲學問題（O'Brien & Perfas, 2004），諸

如創立的使命、宗旨與意義……等等，方能成為面臨困境時的重要支柱。

治療性社區的發展與維持，是一個挑戰，而藥癮者的復元歷程亦十分漫長，如何使藥癮防治方法的發展能對接於復元歷程的需求，一直是許多國家共同關切的議題。臺灣藥癮防治的理念持續在變化之中，從監禁隔離、司法矯治到疾病治療，而當前最終的介入目標則期望藥癮者能順利地復歸社會。新世代反毒策略推行以來，多元介入方案漸漸發展，社區中有更多民間團體投入藥癮防治工作，因此，現階段正是臺灣藥癮治療性社區的重要發展階段。本文透過議題的論述，嘗試增進與臺灣藥癮治療性社區聯結，逐步呈現對藥癮治療性社區工作方法的樣貌，也一起面對藥癮治療性社區發展階段的需求和困難，協力促進藥癮者復歸社會的可能性。

（本文作者為天主教輔仁大學社會工作學系助理教授）

關鍵詞：藥癮、治療性社區

📖 參考文獻

法務部（2020）。〈專題分析「毒品案件統計分析」〉。file:///C:/Users/USER/Downloads/%E5%B0%88%E9%A1%8C%E5%88%86%E6%9E%90%E3%80%8C%E6%AF%92%E5%93%81%E6%A1%88%E4%BB%B6%E7%B5%B1%E8%A8%88%E5%88%86%E6%9E%90%E3%80%8D%20(1).pdf。2021/2/27作者讀取。

- 張本聖等譯（2017）。《變態心理學》（三版）。臺北：雙葉。
- 晨曦會（2020）。〈109年度作業計畫說明〉。
- 陳玟如（2018）。《尋找復元的可能——毒品使用者復元資本、復元障礙與復元關係之研究》。
臺北：國立臺灣大學社會工作學系博士論文。
- 黑中亮（2020）。〈草屯茄荖山莊國內首個藥癮治療社區 13年共助519人戒癮〉。<https://udn.com/news/story/7325/5048415>。「聯合新聞網」。2020/11/27作者讀取。
- 衛生福利部心理及口腔健康司（2019）。「107年12月18日毒品危害防制中心功能與諮詢專線推廣記者會」。<https://dep.mohw.gov.tw/DOMHAOH/cp-4277-46097-107.html>。2019/3/5作者讀取。
- Posavac & Carey著，羅國英、張紉譯（2014）。《方案評估：方法及案例討論》（修訂版）。臺北：雙葉。
- Avery, J. D., & Kast, K. A. (2019). *The Opioid Epidemic and the Therapeutic Community Model: An Essential Guide*. Switzerland AG: Springer Nature.
- Bunt, G. C., Muehlbach, B., & Moed, C. O. (2008). The therapeutic community: an international perspective. *Substance Abuse*, 29(3), 81-87.
- De Leon, G. (2000). *The therapeutic community: theory, model and method*. New York: Springer Publishing.
- Ferri, M., Amato, L., & Davoli, M. (2006). Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence. *Cochrane database of systematic reviews*(3).
- Fisher, G. L., & Roget, N. A. (2008). *Encyclopedia of substance abuse prevention, treatment, and recovery*, 1. N.Y.: Sage.
- Flynn, P. M., Joe, G. W., Broome, K. M., Simpson, D. D., & Brown, B. S. (2003). Looking back on cocaine dependence: Reasons for recovery. *American Journal on Addictions*, 12(5), 398-411.
- Groshkova, T., Best, D., & White, W. (2013). The Assessment of Recovery Capital: Properties and psychometrics of a measure of addiction recovery strengths. *Drug and Alcohol Review*, 32(2), 187-194.
- Hendershot, C. S., Witkiewitz, K., George, W. H., & Marlatt, G. A. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 6(1), 17.
- Hunter, B. A., Jason, L. A., & Keys, C. B. (2013). Factors of empowerment for women in recovery from substance use. *American journal of community psychology*, 51(1-2), 91-102.
- Jones, M. (1953). *The therapeutic community: a new treatment method in psychiatry*. N.Y.: Basic Books.
- Kagle, J. D., & Kopels, S. (2008). *Social work records*. Waveland Press.
- Laudet, A. B. (2007). What does recovery mean to you? Lessons from the recovery experience for research and practice. *Journal of substance abuse treatment*, 33(3), 243-256.
- Laudet, A. B., & White, W. L. (2008). Recovery capital as prospective predictor of sustained recovery, life satisfaction, and stress among former poly-substance users. *Substance use & misuse*, 43(1), 27-54.

- Leon, G. D. (1995). Therapeutic communities for addictions: A theoretical framework. *International journal of the addictions*, 30(12), 1603-1645.
- Leon, G. D., Sacks, S., Staines, G., & McKendrick, K. (2000). Modified therapeutic community for homeless mentally ill chemical abusers: treatment outcomes. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 26(3), 461-480.
- Maffina, L., Deane, F. P., Lyons, G. C., Crowe, T. P., & Kelly, P. J. (2013). Relative importance of abstinence in clients' and clinicians' perspectives of recovery from drug and alcohol abuse. *Substance use & misuse*, 48(9), 683-690.
- NIDA. (2015). Therapeutic Communities Research Report. 2021/2/27. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/therapeutic-communities/what-are-therapeutic-communities>.
- O'Brien, & Perfas. (2004). *The Therapeutic Community. Substance abuse: A comprehensive textbook*. N.Y.: Lippincott Williams & Wilkins.
- SAMHSA. (2020). Substance Abuse and Mental Health Service Administration of the United States Department of Health and Human Service: Recovery and Recovery Support. 2021/2/27. Retrieved from <https://www.samhsa.gov/find-help/recovery>.
- Slade, M. (2009). Differences between traditional and recovery-oriented services. M. Slade ed.. 100, 6.
- Tondora, J., Miller, R., Guy, K., & Lanteri, S. (2009). *Getting in the driver's seat of your treatment: Preparing for your plan*. New Haven, CT: Yale Program for Recovery and Community Health.
- WFTC, W. F. o. T. C. (2016). World Federation of Therapeutic Communities. Retrieved from <http://wftc.org/wps/>. 2021/2/27.