

他山之石

美國Townhall II藥癮戒治中心 團體治療模式簡介

游以安、游翼慈、游錦玉

壹、前言

我國自2018年起推動「強化社會安全網計畫」，希冀維護國人在家庭與社區的生活安全保障。毒品防治是社安網中重要的一環，也是國內社會關注的重點，然其服務輸送系統人力資源不足，亦欠缺成癮性與毒癮改善評估等相關專業知能，且戒治工作侷限在機構內，社會整體戒癮資源仍有待發展（潘國仁，2012；蔡佩真，2016）。藥癮治療方式相當多元，團體治療是其一。除了單獨應用外，也常被當作整合治療模式的一環。在成癮個案的團體治療上，可簡易區分為自助團體與心理治療團體兩大類，自助團體是由藥癮同儕或是戒癮成功的個案來擔任，心理治療團體主要是由精神醫療相關人員來負責（周孫元等人，2015）。本文聚焦在介紹美國Townhall II藥癮戒治中心團體治療模式，

期能透過了解國外模式以應用於國內。

美國推行多元轉向計畫（Diversion Program）行之有年，目的在於將有藥物問題的當事人，從司法處遇轉向多元介入與協助，將司法系統結合治療，並與社區服務單位合作，提供藥癮犯罪者其他戒癮服務（NIDA, 2006）。美國國家藥物濫用研究所（National Institute on Drug Abuse，簡稱NIDA）於2006年提出「刑事司法當事人藥物濫用治療原則（Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Populations）」指出，成癮是涉及生理、心理、社會環境等複雜性因素的疾病，並以此原則提供司法機構作為治療計畫的導引，認為藥酒癮犯罪者需要接受治療服務（NIDA, 2006）。然而，並非所有的成癮者均需藥物輔助治療介入才可成功戒除，除了司法矯治與醫療戒癮之外，持續性的照護是物質濫用者回歸社

區不可或缺的因素，治療與矯正計畫應能銜接社區治療與相關服務，用以促進治療的成功（NIDA, 2006），故在戒癮的歷程中結合其他非藥物治療方式，如：心理治療、團體治療、社區服務等多元處遇有其必要性。

在非藥物治療服務中，以團體治療協助成癮者是其中一項重要的戒治方法。治療者若能妥善利用團體的治療方法，不僅能提升團體形成良好的團體動力，亦可達到灌輸希望、資訊傳遞、人際學習等療效（江振亨等人，2011；潘國仁，2012；Yalom, 1995）。在美國，常見的物質濫用團體包含帶領者為具專業心理諮商、社會工作背景者的心理治療團體，或是由戒癮者所組成的自助團體（White, 2006; 2010），如：以12步驟及靈性為基礎的戒酒匿名會（Alcoholics Anonymous，簡稱AA）、戒癮匿名會（Narcotics Anonymous，簡稱NA）等（White et al., 2012; 丁耕原等人譯，2019）。

在美國俄亥俄州，物質濫用相關的犯罪者在監獄服刑時還有其他服務之提供，如：針對重罪者提供入監團體治療的NEOCAP方案；由法院緩刑部門針對累犯者、犯罪思維者（Criminal Thinking）將犯罪行為有關的因素與信念行為結合，提供治療服務的認知治療；以及毒品法庭（Drug Court）針對因物質濫用而犯罪者所辦理的ILC & HOPE計畫，提供犯罪者

在緩刑期間轉介至治療機構中接受戒癮，若能順利完成治療，還能藉此封存其犯罪紀錄，此作法不僅可鼓勵犯罪者積極投入戒癮治療中，也使符合條件之更生者得免於因犯罪紀錄所遭受的汙名，有助於他們重返社會並獲更多機會。本文以位於美國俄亥俄州的戒癮機構「Townhall II」（以下簡稱T機構）為例，介紹其團體治療之模式。

貳、Townhall II機構簡介： 從熱線服務到貧窮線之下的 群體

T機構位於北美俄亥俄州肯特市（Kent, Ohio），是北美著名的社區型非營利的戒癮機構，1967-1968學年從校園熱線服務起家，1971年正式成立，為肯特市第一個成立的戒癮機構，去年恰逢其成立五十周年。機構服務宗旨為建立一個社區的支持性組織，提供公民擁有健康與安全的保障，因此不論收入高低，都保障其享有社會福利的服務，故也接受非低收入戶、低於貧窮線之下的經濟弱勢個案（Townhall II, 2021）。

T機構最初因位置臨近肯特州立大學，而針對校園危機提供相關服務，後來隨著需求不斷擴增，也逐漸發展出社區中心與諮商部門。目前主要服務內容包含24小時緊急服務（Emergency Services）、

成癮預防與治療（Addiction Prevention and Treatment）、預防與健康教育方案（Prevention and Health Education Programs），以及性侵害危機與防治（Rape Crisis and Prevention）等。因此，T機構中另有專為女性設計的中途之家，針對自認需封閉機構服務或經由法院、監獄轉介之女性個案，提供戒癮治療。而在該中途之家中也包含各類型服務，如：團體治療、家屬或重要他人的支持團體，及由營養師負責的營養均衡管理。

T機構過去也曾提供醫療服務，但現改為僅從事涵蓋心理諮商的藥物輔助治療（Medication-Assisted Treatment，簡稱MAT），並由機構內的1位具精神科背景的醫師以及2位護理師負責，提供重度成癮者可至T機構領取其替代治療之藥物，如：Suboxone, Subutex, Methadone等中樞神經抑制劑藥物的替代治療、或是Naltrexone, VIVITROL Shot等酒癮替代藥物與針劑。另外，因加入以社區為基礎的預防藥物過量使用計畫（Deaths Avoided with Naloxone，簡稱Project DAWN），故該機構也會為個案及其家屬提供相關教育及內含預防過量使用的衛教材料包，使藥物使用者若因吸食過量而停止呼吸停止，可立即使用並恢復呼吸功能之解藥。

在美國，「諮商（Counseling）」一詞係指特定處遇方法、工具或服務的統稱，被視作一種助人專業方法，並非

專指稱特定職業，故凡經專業諮商訓練之心理師、社工師皆可對服務對象提供諮商服務，而在T機構則是由15位心理師、2位社工負責個案管理、個別諮商以及團體治療，且他們皆被稱為諮商師（Counselor）。以下將針對該機構之成癮治療與預防之治療團體服務進行說明。

參、Townhall II成癮治療與預防服務

一、個案來源

在美國保障人權的觀點，逐漸將物質濫用視為疾病（APA, 2021），並針對藥酒癮者提供多元治療與服務方式。T機構為該市具規模的戒治機構，個案來源多元包括主要五項：1.法院轉介：在美國因犯罪含偷竊、酒駕、毒駕或販毒而遭逮捕時，如有藥酒癮紀錄就會被轉介至戒治單位；2.社會局轉介：若因藥酒癮、物質使用而發生緊急兒童虐待事件或致兒童於危險處境時，會由相關社會福利單位進行轉介；3.其他機構轉介：其他社會福利單位因非藥酒癮機構無法提供所需服務、該藥酒癮單位的收費對服務對象而言較高且難以負擔，或者服務對象因搬家使其新居地不在原社福單位的服務範圍內者，此外，因戒治服務涉及保險給付，過去有部分低收入戶者常因沒有任何保險而無法跨地區使用相關服務，然目前俄亥俄州政

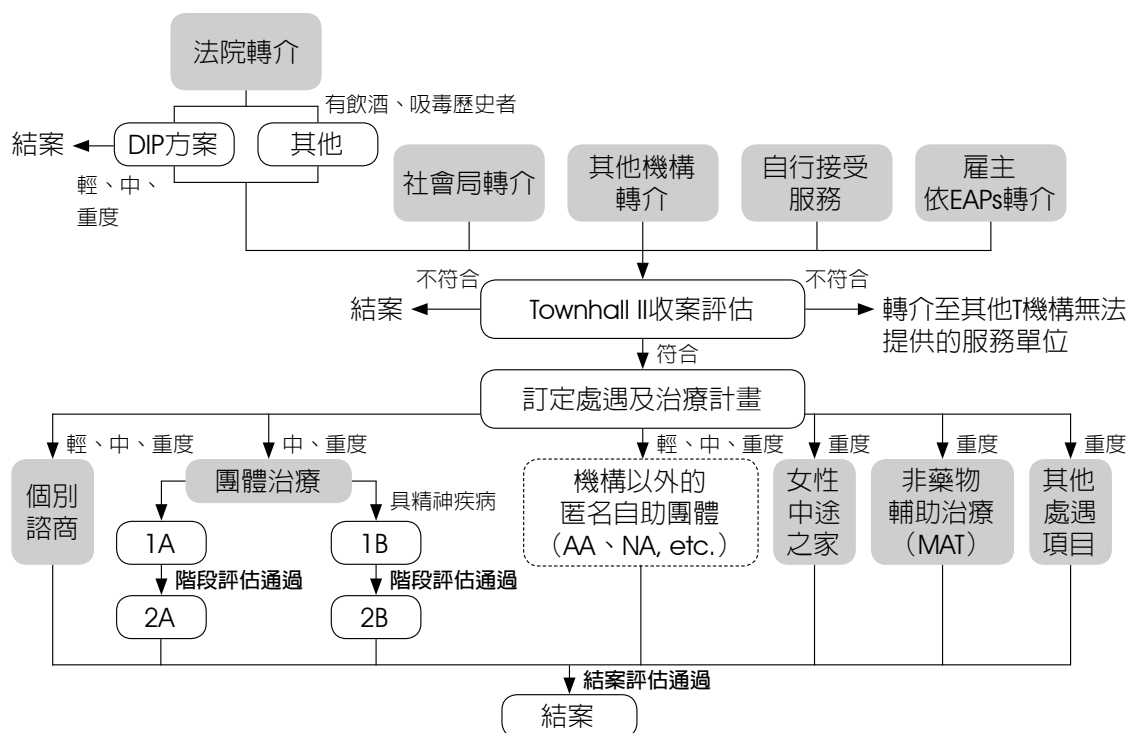


圖 1 Townhall II 收案模式與流程

資料來源：作者整理。

府社會救助的聯邦醫療補助（Medicaid）已有針對跨地區轉介者提供補助之方案；4.自願接受服務：此個案來源含服務對象自行求助者，或經其親屬友人建議而來者；5.雇主轉介：根據全美員工協助方案（Employee Assistance Programs，簡稱EAPs）雇主須提供有物質成癮之員工戒治機會（OPM, 2021），雖各州、各公司有不同的制度與規範，但通常多由人力資源部門介入提供相關協助，並將有需求的員工轉介至戒治單位，且經此轉介之服務對象多為保住工作，以免自己面臨因再犯

失去工作的風險。綜上，T機構的個案來源多以法院轉介及其他機構轉介者為主，自願接受服務之比例則相對較低。

二、評估與收案流程

（一）因初次酒駕或毒駕而經法院轉介：駕駛介入方案

在美國對於飲酒有著嚴格的規定，合法飲酒須年滿21歲，酒駕標準數值以國際通用標準血液酒精濃度（Blood Alcohol Content）是否超過0.08來判斷，若數值大於0.16，則會加重處罰。其次，由於美國

政策屬分州自治，相關規範與法令之施行在各州有其個別差異。俄亥俄州法律允許設置清醒檢查站（Sobriety Checkpoints）進行車輛臨檢，以藉此確認駕駛人是否為酒駕或毒駕（Operating a Vehicle Under the Influence of Drugs or Alcohol，簡稱OVI），若經篩檢（Screening）查驗駕駛人有酒駕、毒駕之事實，警察可扣留駕駛人的駕照及車輛，並依法轉介至戒治服務單位，要求該駕駛人須完成法定戒斷治療，才能重新取回（CDC, 2014），故大部分戒治單位的服務對象來源多為配合法令裁罰且經法院轉介者。

初次酒駕或毒駕而遭到臨檢，將會依據駕駛介入方案（Driver Intervention Program，簡稱DIP）接受提供連續三天、共計72小時的物質濫用教育（Driver Intervention Program, 2019），其形式富有彈性，可透過警察授課或觀看教育影片等，並包含由社工負責的五小時教育性團體，而T機構亦有承辦此方案提供服務。

在接受此強制性教育服務同時，個案還需與諮商師進行一對一約半小時的面談，諮商師會藉由「物質濫用精細篩檢清單（Substance Abuse Subtle Screening Inventory，簡稱SASSI）」，以及針對飲酒狀況評估的「密西根酒精篩檢測試（Michigan Alcohol Screening Test，簡稱MAST）」進行快篩。若評估SASSI結果落在高危險者、MAST分數結果小於7，完成

三天的DIP教育即可；大於等於7、曾有飲酒或吸毒犯罪紀錄超過兩次者、曾有藥物濫用紀錄者，以及其分享內容呈不一致而有說謊嫌疑等高危險者，則會進一步轉介至T機構接受相關戒治處遇。

（二）收案評估

當個案自行求助或經轉介至T機構後會先歷經約1-2小時的初次評估，透過與個案會談搜集資料，如：藥物濫用史、健康情況、精神疾病、犯罪紀錄、工作、學業與家庭狀況等，以了解其物質濫用之嚴重程度。在此階段中，有別於臺灣由精神科醫師及臨床心理師負責診斷事宜之專業角色權責分工方式，美國的物質濫用諮商師或社工師可藉由DSM-5診斷準則（臺灣精神醫學會譯，2015），針對個案狀況診斷其是否為物質使用障礙症（Substance Use Disorders），並輔以美國成癮醫學協會（American Society of Addiction Medicine，簡稱ASAM）針對成癮治療的評估架構所制定的ASAM標準（ASAM Criteria），如：復發率、復發後繼續使用或販毒之情形與個案的支持環境等（ASAM, 2021），辨別個案多元面向的需求與治療照護等級（Level of Care，簡稱LOC）。最後，諮商師則依據上述各項評估結果、個案成癮的嚴重程度與戒斷期長短、戒斷意願以及T機構內本身所提供的服務項目，擬定個別的處遇計畫與治療建議，安排個別諮商、

團體治療、精神科治療，以及連結租屋補助、庇護所與短期住所等各項處遇項目及其他資源服務。

經評估與診斷後所訂定的處遇內容皆需與個案討論並取得同意，但若個案當前有立即就醫接受解毒（Detoxification）治療之需求或正處於高風險狀態時，則會先將其轉介至其他醫療單位進行住院治療。

所有進入T機構的戒癮服務對象皆須接受由專業人員負責的個別諮商及團體治療。為了避免多重關係與角色混淆之情形，每位戒癮者皆有一位個別諮商師與數個團體治療帶領者，分工提供不同處遇。個別諮商協助戒癮者個人內在議題。在俄州當地，針對物質濫用者的家屬也有許多單位辦理不同類型的支持性團體，而T機構的個管師與諮商師也會視個別需求提供相關資源轉介。

三、非住院團體治療（Outpatient）

呈如前述，T機構則是由15位心理師、2位社工負責個案管理、個別諮商以及團體治療，他們皆為諮商師（Counselor），也同時是T機構的團體治療帶領者。

目前在T機構中經診斷為中重度成癮者，需另接受機構內的團體治療。該團體類型可分為「1、2」兩階段，並依據個案是否具DSM-5精神疾病之診斷身分，以「A、B」劃分兩種不同類型的團體。A團體成員為無精神疾病者，B團體

則是針對另具精神疾病之雙重診斷成癮者所設計的治療（Integrated Dual Diagnosis Treatment，簡稱IDDT），此差別主要在於團體中所討論的主題中是否加入精神疾病相關議題，例如：討論憂鬱症引起飲酒的誘發因子，或討論躁鬱症的情緒起伏與精神科用藥事項。故T機構的團體治療共有1A、1B、2A、2B四個組合。另外，除了團體治療，大部分個案都會被要求參加所在地區的戒酒匿名會（AA）或戒癮匿名會（NA）等自助團體。

團體治療的幾個重要主題有：1.吸毒／喝酒的正負效果與戒毒／酒的正負效果、2.疾病教育、3.認知物質濫用之不良後果、4.辨識出復發警訊（Warning Signs）、觸發因子（Trigger）、5.訂定防復發計畫、6.情緒管理、7.自我保護防衛機轉、8.鼓勵完全的誠實、9.有效預防或降低身體疼痛、10.建構無酒無毒環境生活方式、11.家庭系統與角色、12.人際關係議題、13.參與自助團體以建立有益支持系統、14.鼓勵家人支持並釐清何者為有效支持行為、15.健康的飲食，以及針對精神疾病者的精神疾病與物質濫用之間的關係、認識精神疾病及藥物副作用等。

（一）第一階段團體治療：1A、1B

第一階段的1A團體屬密集式非住院治療項目（Intensive Outpatient Program，簡稱IOP），IOP計畫為跨全美各州的服

務方案，其要求個案一週內至少需接受八至九小時的團體治療，一週至少3次、每次3小時，並至少為期1個月；1B團體則為積極治療（Active Treatment），其一週至少3次、每次1.5小時，至少18次，至少為期1.5個月，然該兩種團體的實際次數可依個案戒治情況調整，但在此階段同時個案也仍要持續接受個別諮商。

整個團體歷程中，諮商師會持續評估成員的參與狀況，並視主題配合安排數次的家庭作業，期藉此促進思考與應用，並評估個案是否從中發展出防復發的能力。

（二）第二階段團體治療：2A、2B

個案經治療團隊評估從第一階段治療「畢業」後，緊接著會分別進入第二階段2A持續照護團體（Continuing Care Group）、2B防復發團體（Relapse Prevention Group）。該階段團體與前階段主要之差異在於次數，由過去的一週3次改為1次，每週參與時數從共計9小時降為2小時，團體歷程至少為期3-4個月；雖然該階段減少了每週參加團體治療的次數，但同時也要求個案需增加參與自助團體的次數，一週至少需出席3次自助團體，一個月至少去12-14次。此目的是為鼓勵個案提升戒癮的自發性與自主性，並期可透過自助團體建立強健的支持網絡。因考量同儕互助力量在戒治歷程中的重要性，且由於治療團體結構為開放式團體，

故常受成員個別的戒癮狀況差異，而不斷有新舊成員的變動，使得團體成員亦需持續從中發展出自我帶領的能力，方得增進普同感與情緒支持。

（三）機構以外的自助團體和支持者（Sponsor）

除了T機構本身人員組成中的諮商師（Counselor）及同儕支持者（Peer Support）等角色，分別以不同身分與方式協助成癮者之外。T機構的諮商師在第二階段的團體治療時，也多會建議個案能在T機構外，匿名自助團體中找到自己的支持者。考量支持者皆為過來人，即本身曾經歷過戒癮歷程，而多能同理其他戒癮者在此過程中所遭遇的困境與議題，故有助於陪伴正在戒癮治療的個案（White, 2006），期在平等的互助關係下，自助團體中的支持者得於合適的情況下提供相關建議與協助，如：支持者可透過通話或傳訊息之方式鼓勵個案保持無使用物質的清醒狀態（Stay Sober）、到中途之家接個案一起去參加自助團體、帶領戒治者實踐12步驟等，發揮同儕支持之角色與作用。

基於自助團體的匿名與保密原則，一般來說T機構的諮商師並不會得知其個案是否出席自助團體。但為了持續追蹤個案實際參與自助團體的情形，諮商師通常會另提供簽到單使他們在每次出席時需有蓋章或簽名，以示證明，並採信賴態度陪伴

個案走完戒癮歷程。再者，如果欲了解個案於自助團體中的參與狀況與互動，T機構的諮商師可能會以自助團體為主題，藉由團體治療進行相關討論。因此，諮商師本身需熟悉自助會所運用的12步驟以及其相關治療目標與技巧，以增進團體帶領、討論與整體評估，並確實掌握個案的狀況。

四、結案評估

團體治療的分階段規劃是為了促使個案有更周全的準備，提升戒癮之療效，T機構透過個別諮商、團體治療、機構外的自助團體等多元處遇服務，增加個案日常生活狀態的規律與結構，降低因生活失序而復發的情況，並以完全戒斷為終極結案目標。

為確保治療進度與效果，每位個案需經評估從第一階段「畢業」後，才能進入第二階段團體治療。因每位團體成員的戒癮進度和復原狀況可能有個別差異，故並非同一團體階段中的成員皆能同時通過階段評估，進到下一階段團體。此外，個案最後必須在個別諮商、團體治療及機構外自助團體等各項處遇服務中，皆通過評估才得以結案。

T機構的專業團隊人員彼此信賴且合作，專業人員每週會召開一次個案研討，針對個案在個別諮商和團體治療中的觀察進行討論，並視情況調整後續處遇方向。階段評估與結案評估則會由負責該個案的

個管師、諮商師及機構督導一同核對個案戒癮治療與復原情形，提出綜合性的評估結果。評估依據包括工作者的專業評估與客觀評估，除諮商師依據基本專業能力在個別諮商與團體治療中持續確認個案的治療情況、分享內容以及其是否發展出自己的防復發應對技能，例如：運動、找朋友、工作等之外，諮商師也會在治療過程中會有技巧地從事不定期抽查，如：藥物檢測或檢核自助團體出席次數。故工作者亦需掌握物質濫用相關醫藥知識及篩檢機制。

綜上所述，治療計畫的實踐核心不僅希望能使個案穩定戒癮，也期待個案能藉由多元的處遇服務與團體內容中，了解自己物質使用的誘發因子為何，並發展出適合自己的應對方法，創造無酒無毒的健康生活環境，達到復原。

受近年全球新冠肺炎的疫情影響，T機構在此期間，因考量1B、2B團體成員精神疾病之相關因素，故僅針對成員為無精神疾病之1A、2A團體，提供較具有彈性的線上團體治療，但其中也不乏有部分個案因經濟能力、缺乏設備等情況，待疫情穩定控制並恢復實體團體後才繼續參與治療。

肆、結論與反思

我國針對藥物成癮的治療方式可分為藥物治療與非藥物治療，然目前許多成癮

藥物尚缺乏有效的治療藥物，且有一些成癮者仍可在無藥物輔助的治療情況下安全戒除，故治療方式應取決於成癮者是有否相關需要，以及是否有適合的藥物而定。目前我國在物質成癮的非藥物治療上仍以認知行為治療與心理社會取向的介入為主，處遇方式包含物質濫用的認知模式、動機增強治療與動機式晤談法、復發預防模式、家庭治療、短期介入與短期諮商、長期之動力取向心理治療、團體治療，以及採取減少傷害的立場提供衛教等；其中，團體治療又依主要帶領者的不同，可分為自助團體與心理治療團體（周孫元等人，2015）。

在美國，曾受諮商專業訓練之助人工作者取得證照後，可以依據DSM-5直接為個案進行診斷，無須再透過精神科醫師（林子軒，2020）。Townhall II的服務有其文化背景，同時受到美國戒癮相關法規與政策脈絡影響，俄州對於酒駕或藥駕之規定更為嚴格和極高的強制力。T機構透過多元服務與專業合作，陪伴成癮者以及家屬一同走過戒癮歷程。其中，團體治療不僅有助於個案戒癮，亦能促使團體成員藉此歷程逐步學習社會人際互動，並發揮互相督促與支持的效果，如此將心理治療服務分流於社區單位，增加服務的可近性，而不再限縮於門診醫療的服務，使戒癮者可在社區戒治單位獲得診斷與治療，並得以透過有效的治療方式促進其持續接受治

療與服務，增加從成癮中復原的機會。

臺灣的法規與治療制度不同於美國，就社會工作的角度而言，除了需促發社會工作者對於物質濫用與成癮領域的服務意願，並具體建構社會工作在矯治社會工作與毒品防治領域的角色定位之外，考量該領域的特殊性，社會工作教育亦應增進社工系學生與實務工作者在處遇時所需的態度、知識與技能；再者，基於社會工作強調理解及探索人類行為與社會環境對每一個服務對象的生命圖像與歷程的重要性，實務工作者應採用寬廣而多元的處遇策略，而非將評估限定在單一因素，需將家庭和環境等系統面向納入處遇範疇，並儘快建立跨專業團隊合作的機制，以適當地回應服務對象之需求以及當前的社會問題（陳玟如，2020；潘國仁，2012；蔡佩真，2016）。藉本文T機構的團體治療模式及我國社會工作與藥癮相關的相關研究得見，無論是以戒癮或減害為目標的處遇，培養助人專業帶領團體工作／治療的能力是重要的。而跨專業合作的整合將有助處遇及介入的完整性和有效性，故不僅需增加服務單位內部不同專業背景工作者彼此間的合作，亦需持續強化醫療、司法、社福及教育等體系和相關社群的跨體系、跨專業與公私協力的聯繫與支持，以落實社會安全網的核心精神，提升戒治服務的效能。最後，期待T機構的工作模式有助於我國社會工作及相關戒癮治療領域

工作者學習與借鑑，在當前的服務系統與環境中，省思如何提供物質使用者更多元、彈性且完善的支持與協助，從中發展出適合本土經驗的藥癮團體治療模式與工作方法。

（本文作者：游以安為國立臺北大學社會工作學系助理教授，諮商心理師；游翼慈為通訊作者，國立臺北大學社會工作學系研究生，社會工作師；游錦玉為美國 Townhall II 物質濫用社工師）

關鍵詞：藥癮戒治、團體治療

參考文獻

- 丁耕原、張富美、葉俞均、羅時揚（譯）（2019）。《十二步驟的療癒力：擺脫成癮，啟動轉化》（原作者：Friends in Recovery）。心靈工坊。（原著出版年：2012）
- 江振亨、陳憲章、劉亦純、邱鐘德、李俊珍（2011）。〈戒治團體方案對受戒治人心理變項與再犯與否之成效評估研究〉，《犯罪學期刊》，14（2），41-97。
- 周孫元、詹佳祥、吳坤鴻、魏廉中、范瓊月（2015）。《藥物成癮與精神健康》。衛生福利部。
- 林子軒（2020）。〈社工能否進行心理治療？從專業、實務與規範出發〉，《社區發展季刊》，169，363-372。
- 陳玟如（2020）。〈心理衛生社工在社安網的角色與功能——過去、現在與未來展望〉，《社區發展季刊》，172，177-190。
- 臺灣精神醫學會（譯）（2015）。《DSM-5精神疾病診斷準則手冊》（原作者：American Psychiatric Association[APA]）。合記。
- 潘國仁（2012）。〈我國藥物濫用戒治處遇作為兼論毒品防制與社會工作〉，《青少年犯罪防治研究期刊》，4（1），76-116。
- 蔡佩真（2016）。〈藥癮與社工：社會工作者的職責、處遇與反思〉，《東吳社會工作學報》，30，1-29。
- American Psychiatric Association [APA] (2021). *Help With Addiction and Substance Use Disorders*. <https://www.psychiatry.org/patients-families/addiction>
- American Society of Addiction Medicine[ASAM] (2021). About The ASAM Criteria. <https://www.asam.org/asam-criteria/about-the-asam-criteria>
- Centers of Disease Control and Prevention[CDC] (2014). *Sobering Facts: Drunk Driving in OHIO*. https://www.cdc.gov/motorvehiclesafety/pdf/impaired_driving/drunk_driving_in_oh.pdf
- Driver Intervention Program (2019). *Driver Intervention Program*. <https://driverintervention.com>
- National Institute on Drug Abuse[NIDA] (2006). *Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice*

- Populations - A Research-Based Guide*. <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-abuse-treatment-criminal-justice-populations-research-based-guide/principles>
- Office of Personnel Management[OPM] (2021). *Employee Assistance Programs - Substance Use Disorder*. <https://www.opm.gov/policy-data-oversight/worklife/employee-assistance-programs/#url=Substance-Use-Disorder>
- Townhall II (2021). townhall2. <https://www.townhall2.com/>
- White, W. L. (2006). *Sponsor, recovery coach, addiction counselor: The importance of role clarity and role integrity*. Philadelphia Department of Behavioral Health.
- White, W. L. (2010). Nonclinical Addiction Recovery Support Services: History, Rationale, Models, Potentials, and Pitfalls. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 28(3), 256-272.
- White, W. L., Kelly, J. F., & Roth, J. D. (2012). New Addiction-Recovery Support Institutions: Mobilizing Support Beyond Professional Addiction Treatment and Recovery Mutual Aid. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 7, 297-317.
- Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy (4th ed.)*. Basic Books.