

# 以服務對象需求出發建構 臺灣減害治療性社區的經驗探究

陳政隆、徐森杰

## 壹、研究背景與目的

露德協會在個案服務及團體工作中導入減少傷害工作模式已14年，從2007年開始推展靜脈注射藥癮愛滋感染者的減害團體，期待透過團體成員間分享，建立減害策略，也宣導當時清潔針具及替代療法減害資訊。2013年，在服務社群中看到有藥愛（Chemsex）議題的個案逐漸增加，因此開辦減害復元團體。此外，也在2012年成立「朝露農場」，期讓身陷用藥困擾希望能暫時脫離生活環境的個案，可以至農場修養身心靈，減少對藥物的依賴。2019年，因為新世代藥癮防治策略資源的挹注，將減害模式落實於農場導入治療性社區理念，使得藥癮減害服務從個管、團體的社區照顧，乃至於中途之家及安置型的藥癮服務機構，建置起更完整的服務鍊，以協助到不同藥癮改變需求的個案。

在這三年的實踐下，我們逐漸建構起臺灣減害治療性社區的工作方法，也陪伴許多用藥者及其家庭面對因用藥產生的衝擊、協助用藥者建立健全的自我及減少對藥物的依賴。本研究為探索性研究，訪談本會服務的用藥者，以其視角觀看減害模式治療性社區提供的服務所發揮功能，並檢視可再精進之處。

## 貳、文獻探討

### 一、治療性社區

治療性社區採取復元（Recovery）與復原力（Resilience）的觀點，關注於全人的照顧，著重於生活方式的改變並理解克制藥物使用的不易，立基於這樣的理解，藥物使用被視為是可能反覆復發的慢性病，每次的復發應被視為是學習的機會，幫助用藥者再次檢視自己的生活方式及復發的原因，進一步思考下次再遇到

相同的情境時，該如何面對或尋求協助（NIDA, 2015）。復元是一個緩慢且漸進的認知改變過程，因此難以在短時間內要求要有急遽的改變，而是在個人所設定的目標下，逐步地檢視其生命及生活當面對的課題，復元強調不僅僅是緩解對藥物的依賴，更強調身心靈社全面的發展，修復個體所遭遇的多重交織困境，才能讓個體有足夠的能力面對生活。復原力是讓個體因應各種復發風險環境的保護因子，包含個人是否有意識使用物質對自身造成的傷害、是否建立目標來自我規範以及在自我效能上能看見自我改變用藥行為的可能性並持續地邁向改變（Dillon et al., 2007）。

因此在治療性社區中，安排藥物作用相關課程，幫助用藥者了解目前使用的非法精神作用物質對身心的影響，社工透過動機式晤談法，引發用藥者覺察藥物對生活的影響，促發改變動機；在治療性社區中，透過家庭會議，成員共同討論許多個人任務及團體規範，學習在生活中配合共同規範及為自己的任務負責，從他律到自律強化住民對生活的掌控力，逐漸能建立生活目標並實踐；自我效能上，我們透過階段目標及休假的操演來強化用藥者對改變的自信，治療性社區中有不同的處遇階段，不同階段設定更深化的目標，例如家庭關係，許多用藥者一開始完全不願與家人聯繫，第一階段請住民固定時間打電話

給家人報平安，第二階段開始分享在社區的生活，第三階段分享自己的想法，逐步轉變住民與家人的互動關係，看見行動後帶來的改變，用藥上，結合減害的藥物—狀態—背景環境和冰山理論評估，住民在第二階擁有休假機會，設定比較可行的減害或預防計畫（用量控制、使用方式、預防方法），收假後檢視預防方法或減害是否具體可行，調整下次休假計畫，在這些操練中逐漸看見自身可以改變用藥行為，也更了解與藥物的關係。

Hubbard等人（2003）五年追蹤的研究顯示，在治療性社區時間的長短會影響用藥者的治療效果，在治療性社區居住超過六個月的用藥者，無論是在古柯鹼使用、重度酒精使用、有自殺意念的比例都低於居住少於六個月的用藥者，而居住超過六個月的用藥者有穩定全職工作的比例則高於居住少於六個月的用藥者。

## 二、減害模式

藥癮減少傷害實務始於1984年荷蘭阿姆斯特丹的針具交換計畫，而1990年英國利物浦舉辦減害大會後，越來越多國家推展減害服務，以因應國內的用藥及HIV傳染議題（Marlatt, 1996）。

減害認為「復元」是從失敗中學習的反復學習過程。此外，強調藥物濫用脈絡需從「藥物」（drug）、狀態（set）、背景環境（setting）三個面向瞭解，此三

個面向決定個案獨特的用藥脈絡與經驗（Denning et al., 2007/2020）。助人者必須看見用藥可能對個體有雙重意義，用藥除了可能帶來傷害外，也可能是生命創傷的緩衝物，在無法立即性改變用藥前，應秉持對等、尊重、同理、不標籤、涵容多元、以個案為中心的價值，陪伴個人看見用藥對自身生理、心理、社會的影響，發展減少傷害策略，逐步邁向身心平衡的生活。

因為秉持以個案為中心，減害處遇目標並非工作者單向設定，而是依照個人目前身心狀況、動機、期待，共同協商能落實的減害目標，接受每個人是否要戒癮的決定，在未能直接處理藥癮議題前，先解決生活其他面向之議題。在不標籤、不譴責的前提下，工作者的角色必須是中立的，即便工作者對於是否戒癮懷抱價值判斷，但不應以自身價值投射在個案身上。

減害療法一方面提供個案完整而正確的藥物知識，包括藥物的功效、濫用可能造成的生理及心理危害、以及相關的法律規範；二方面協同個案探索其身、心、社會狀態，並依需求進行社工、心理、醫療輔助、或是職能治療的服務轉介與資源連結；三方面協助個案看到其物質濫用的背景環境，並且共同擬訂因應策略。

### 三、互為主體暨開放式對話

開放式對話是一種治療性介入，也是一種有組織的服務方式，包含系統性的家

庭治療並結合心理動力學原理。採用網絡觀點，結合社會和專業網絡，創造心理照顧服務的連續性。鼓勵家庭頻繁地接觸並公開地探討急性心理健康危機。開放式對話期望創造決策透明的環境，個案能夠為他們的體驗找到新的詞彙與意義（Olson et al., 2014）。

在開放式對話中，我們在進退階評估會議、治療性社區的家庭會議、生活分享及家屬培力營中都置入這樣的精神，在進退階評估會議中，團隊包含社工、管理員、社區主任共同參與，並參酌當事人對自己的觀察，經過討論，共同決定是否已經足以邁入下個治療階段，不同角度的觀察讓住民思考現階段的狀態。

家庭會議及生活分享中，住民分享當日或近期彼此的生活觀察，管理員及社工共同參與，討論這些觀察中的發現及感受，協助釐清住民的疑惑或是互動上的困難，並調整後續的互動、生活規範或是社區提供的服務。

在家庭培力營中，我們邀請家屬、用藥者、外聘心理師、治療性社區的社工及管理員共同對話，家屬及用藥者面談各自的生活、內在糾結或是對彼此的期待，其他家屬反饋方才對話的感受及自身經驗，工作者則在梳理對話中所隱含的情緒及困境，並引導雙方思考如何改善困境，看見各自的侷限，相互同理及支持，不同工作者的視角讓資訊平衡並讓對話不僅僅是衡

突，家屬可以理解用藥者的心境及用藥改變的不易，用藥者也可以清楚感受家屬的努力及心意。

## 參、研究方法

本研究採質性訪談法，訪談曾經或目前正接受減害治療性社區服務的住民，藉其經驗及感受，回顧服務成果。訪談對象為服務近一年左右且願意受訪之住民；透過治療性社區社工提出訪談邀約，共邀請三位受訪者。訪談者非治療性社區之社工，而是協會之研究專員，對治療性社區服務建置有相應的了解，但又不曾直接接觸，避免潛在因訪談內容影響服務關係的可能。此三位住民基本資料表如表1所列。

訪談方式採半結構式訪談，立基於我們對服務上的提問，也希望在訪談過程中保有蒐集、追問非預期議題的彈性，適時修正訪談方向，既定的主軸避免訪談者及受訪者偏離主題。訪談過程，徵求受訪者的同意後採全程錄音，訪談時間約1至1.5

小時，訪談資料採匿名，蒐集到的錄音檔則謄打為逐字稿進行分析。

目前治療性社區的服務對象以安非他命使用者為主，並且都有藥愛（Chemsex，以藥物提升性行為愉悅感）議題，在治療性社區接受近一年或超過一年的服務。

## 肆、研究結果與發現

### 一、服用使用者眼中的減害暨治療性社區

三位住民（以下稱受訪者）在進入治療性社區前並未接受過本會的減害團體的服務，也尚不清楚減少傷害觀點，但在進入治療性社區，接觸到減害服務模式後，受訪者認為相較過往接觸過的戒癮服務，減害的服務模式因為不會要求用藥者一定要直接戒除，而是可設定現階段欲達到的目標慢慢調整，漸進式地改變用藥行為，這樣的服務模式是**更符合人性的**：

阿文：我覺得因為醫療端講就是全有跟全無，要不是還有使用藥物不然就是完全戒除，減害模式講的就是一步步慢慢地

表 1 住民資訊

暱稱	年齡	使用物質	用藥齡	治療性社區期長
阿文	30-40歲	安非他命	7年左右	十一個月
阿滴	30-40歲	安非他命，曾經使用過K他命、大麻及MDMA等	5年左右	一年又一個月
阿商	50-60歲	安非他命	3年左右	一年又六個月

資料來源：作者整理。

減少你各個方面的影響，所以對我來說心理壓力就少很多，實際上的操作層面減害比較是一步步的過程，因為直接跳到完全戒除，其實是一件很困難的事情。

阿滴：直接談戒治這種行為有點太理想化了，好像把我們會懶惰啊會怠惰啊（忽略了），應該說人太複雜了，也不可能這麼直接的（就能立刻戒治），就是我們得慢慢走。

減害是採**務實且更為具體**的物質使用管理策略，透過具體量化目前的藥物依賴情形，設立現階段個人可達成的目標，一步步的進行改變。阿滴便提到，面對用藥行為的改變，因為不是被要求立刻從無到有，而是「可以把他小塊小塊化然後慢慢去完成，就是它（物質使用管理）可以被量化的」；阿文則談到，減害的務實，除了具體化改變策略上，同時在復發因應上，充分了解對藥物的依賴及渴求，與工作者探討各種風險因子，所以相對有足夠能力覺察復發的可能，雖然還未發展出有效預防復發的方式，但卻可以透過減害的計畫性用藥，避免一次次的復發而陷入負面的生活循環中：

阿文：我知道目前仍然有渴癮，我是決定戒除藥物，但後續一定會有衝動使用，現階段我不如就規劃好那個時間，還比較能避免（自己無法掌控的混亂），譬如說，我在規劃時間內使用藥物，後續我有足夠時間休息，或是有足夠安全的環

境，都能夠幫助我大幅減少自我譴責，也比較不會影響到工作，既然不影響到生活，我就不會陷入生活失控的負面循環裡面。

不同於阿文透過計畫性用藥務實地因應復發，降低生活的干擾，阿商的期待是「不能用藥」，經由減害及相關藥癮課程的學習，了解藥癮會如慢性病般偶爾發作，所以面對目前不依賴藥物的自己，仍以比較客觀且務實的角度去評估現下生活：

阿商：到目前為止我不敢說完全成功戒癮，減害戒癮就是終其一生，一直到蓋棺論定的那天為止，回過頭來看是不是有資格說自己成功地脫癮。在治療性社區中教會我，只要把今天過好，我只要每一天讓自己不去用毒，這樣子一路走下去，事過境遷回頭來看，這段時間我就確實是不用毒的人。

**全人的服務**也是三位受訪者認為朝露治療性社區重要的服務特色，阿商提到，在這裡每位用藥者「被看做一般人，只是剛好遇到物質濫用問題，而不是就被當作一個吸毒的人」，許多身心社靈相關的課程及社工會談中，協助每個人看見用藥的背後脈絡，以更加瞭解自己：

阿商：朝露是用全人的觀點，不管是農務，一些認知的課程、團體、個別諮商等等，專業人員透過課程來幫我們釐清自己與物質的關係、覺察用藥狀態及如何發展減害策略。

從上述可看到，對住民來說，減害是貼近人性且務實的物質使用管理策略，幫助住民建立具體可行的改變目標，而這些目標是工作者陪伴住民共同討論，而非工作者要求住民需要改變。透過探討每次用藥、復發的情境、脈絡，安排適當的身心社靈相關課程輔佐，讓住民在這個歷程中更加了解自己，除了操練物質使用管理，改變用藥行為，同時也探索生命的相關議題。

## 二、提升用藥脈絡的理解及自我價值

如同前面提到，受訪者們認為減害有助建立具體且務實的改變目標，而衡量現階段可以達到的改變程度，是立基於對使用的物質及自身身心狀態的了解。阿商提到在社區安排的藥物相關課程，深化了解自身使用物質的特性及對身心的影響，並建立減害：

阿商：請了藥師、醫師來告訴我們，用藥跟身心靈所造成的傷害，還有怎麼樣在進行藥愛的過程，有正確的性健康知識，除了保護自己之外，也要保護跟我們一起用藥的朋友。

除了建立減害策略，促進用藥的脈絡理解，讓用藥者釐清自身與藥物的關係。受訪者提到，無論是自我探索、覺察的課程，或是每次的社工會談，更看見情緒、復發背後的議題，有助於覺察自身需求，或是辨認風險因子及情境：

阿商：自我認識與覺察的課程學習怎麼樣去掌握情緒，然後知道什麼時候會被癮勾出來…我在這一年中復發的次數真的是屈指可數，而且每一次回來，都在社工師的陪同下，回顧復發歷程，然後重新檢視原來我一直沒有建立起來的，或是我疏漏掉原來還是會讓我再去重蹈覆轍，有新的看見以及新的策略長出來。

阿文：平常我們心裡有一些壓力，社工給你一個比較中立性的建議，或是在跟社工會談時，她能夠幫助你整理用藥時的脈絡、用藥背後的渴望是什麼。

住民逐漸認清用藥對身心的影響，並且思考自己希望與藥物建立什麼樣的關係，阿商看清自己對藥物不具「耐受性」而選擇了不用藥，或是像阿文提到，因為清楚知道就是有復用藥物的可能，為了減低復用的生活失序循環，在意識到自己渴癮的可能性後，先建立具體用藥計畫，以降低復用藥物的混亂情況。

當然，即使強化自我認識與辯證，用藥者依然會面臨到復發的情況，但減害帶領用藥者更客觀且務實的面對用藥行為，不貶抑復發，而是鼓勵在每次使用藥物後，好好檢視自己的需求及生命課題，因此降低用藥者在復發後認為自己是個失敗、沒有價值的人，依舊有動能繼續為改變目標邁進：

阿商：在減害戒癮這條路上，有時候往前走三步往後退個兩步，在我軟弱、慾

望綑綁我的念頭時，能夠拿起求救電話……有時想要跟物質靠近的執念大到連最後一道防線：向我的工作夥伴或者是社區的專業同儕求救，連這個步驟都直接跳過。經過了這樣的歷程，我還是會覺得這就是人性，在治療性社區當中學會非常非常重要的準則，既然我又再次去跟魔鬼做交易了，於是乎我就要再去鍛鍊自己的心志。

阿文：內心不會在面對關係或是藥物問題時，有很多的預設立場，或者是對自己貼標籤，貼自己什麼毒蟲啊、吸毒很糟糕，應該去死……這種標籤。從自我認識課程中了解，我是不是能夠把這些標籤拿下來，才不會自我價值認同感那麼低。

許多的藥癮服務中，因為過度強調戒治，用藥者將自己是否戒癮成功、是否是一個有價值的人，建立在「已經多久沒有用藥」上，復發因此成為一個無法承受之重。許多人在復發時徬徨無措、自我貶抑，認為前功盡棄，但減害認為，一個人之所以用藥，有多重交織的因素，我們很難短時間就理清清楚所有的生命課題，所以每次的復用藥物，反而是一個機會，而不是失敗。在這樣的價值信念及心理預備下，用藥者減少了自我價值的挫敗，而更有求助及繼續邁向改變的動能。

### 三、家庭關係重建與分化

受訪者均都提到，在進入治療性社區前，因為用藥情況，無論是家人對其健康

的擔憂、或是不知道如何與家人溝通目前的困境、用藥後的情緒等，家庭中的溝通充滿衝突，家長也陷入低潮，難以改善斷裂的關係。朝露治療性社區定期辦理的家庭關係培力營或相關課程，重新搭起與家人溝通的橋樑，在關係上有所轉變：

阿滴：我覺得最主要就是朝露辦家庭關係培力營，把家人、重要他人拉進來一起面對問題，讓他們比較知道該怎麼去關心我們，我認為家庭支持系統的部分很重要。

阿文：我覺得朝露這邊會為家屬們辦課程，也會辦家屬培力營，透過這些課程，家長會彼此溝通、彼此交換意見。這些課程都蠻幫助我的爸媽，能夠更放下或是各退一步，跟我的關係更融洽，我覺得幫助滿大的。

家屬們在接觸到減害概念後，確實可理解改變用藥的困難，但要坦然接受孩子復發或是計畫性用藥並不容易，住民也可了解，家人面對仍偶有用藥行為的他們，內心十分煎熬，這些相互理解，並在人我關係等課程，家屬嘗試建立自身與孩子的關係界線、關照自我，許多家屬開始發展新的互動模式來陪伴用藥者：

阿文：爸爸一樣不太能夠接受我偶爾用藥，媽媽比較退一步，她接受這件事情的前提是必須知道我的安全性，也能夠確保我在使用藥物的情況下不會危及穩定的生活……媽媽聽完我的用藥計畫時，是有

先嘗試跟我說，你有沒有其它的辦法去轉移掉這次用藥，但當我跟她說沒辦法時，她也是說至少我要知道你是安全的，也會說她年紀到了，也沒辦法顧我一輩子，所以她知道要先照顧好自己的情緒跟身體，孩子到底要怎麼做，他們當然是會盡可能希望還是不要用，但有畫比較清楚的界線。

從阿文的分享中，我們可以看到家屬嘗試不將自己的期待過度投射在用藥子女身上，撐出彼此的對話空間，也將用藥改變的責任回歸到用藥者本身，讓用藥者為自己的生命負責，但家屬依然扮演陪伴者，在用藥者有需要時，適度提供幫助。而阿文除了與媽媽提及用藥計畫，當到達預計用藥的場地，也會告知媽媽一聲，這樣的互動打破了過往用藥者家屬像是糾察隊般，時時擔憂及警惕用藥者的情況，用藥者也不是遮遮掩掩，而是真誠面對自己現在的侷限，在這個新互動模式下，如果有任何風險產生，家人可以成為第一時間的支持者。

阿滴雖然無法與家人細談自己的復發，但也分享到減害讓自己不再獨自面對渴癮的情況。過往阿滴渴癮時，因為不想家人過度擔憂，或是家人的反饋會有過多的期待，每每溝通總是充滿張力。現在能夠自然訴說自己的渴癮，家人會一起嘗試分散注意力的方法，成為重要的「保護因子」：

阿滴：（媽媽）了解到減害後，我至

少有機會能適當地跟她談論現在遇到什麼問題，她可能會找我一起去散步或是跟我電話聊聊，或是一起去看電影，簡單來說就是陪伴。

從此看到，當家屬與用藥者建立清楚的界線，並開始相互同理，能慢慢發展出有別以往總是充滿張力的互動模式，對家屬來說，要避免自己的期待不要成為壓迫，扮演適度的關懷者及適時的支持者，其實也歷經許多掙扎。在家屬培力營中就有家長分享，這樣的歷程並不容易，看著自己的孩子來來回回地復發，內心十分糾結，但還是要避免自己的關心對孩子造成壓迫，反而將他推開。

創造用藥者家庭開展對話的機會，才較能聽到家人的掙扎與心聲，雖然現在仍然知道家人對其的期待與擔憂，但受訪者比較能正向看待家人的這份關懷，並清楚分辨彼此應對自己的感受及行為負責並分化：

阿商：我把家人的關心當保護因子，必然有一定壓力，這樣的壓力會讓自己去督促，我也會去辨別，該是自己的責任我自己要去承擔，該是他們的感受他們要負責，這也是治療性社區協助我學習家庭當中的分化。

#### 四、住民眼中減害治療性社區的未竟事宜與侷限

受訪者對於目前治療性社區提供的服



務及自身的需求提出看法與思考，以下彙整四點共通性意見，包含性議題、嚴重身心疾患共病因應、創造與過來人更多經驗交流、規範嚴格化的焦慮氛圍。

### （一）性與藥難以切分

朝露減害治療性社區的許多住民都伴隨藥愛議題，雖然治療性社區提供許多物質使用管理的操練，但因為許多人的用藥習慣是與性行為緊密結合，每當與人發生性行為時，難免會有渴癮的情形：

阿滴：以我們男同志來講，我們用藥文化通常是跟性綁在一起，這一塊問題有點麻煩、棘手，或是不知道該怎麼處理，我覺得朝露可以試著去想想這一塊要怎麼處理。

確實在藥愛減害工作中，藥愛分離是重要議題，在服務中偶爾會納入親密關係、性愉悅提升技巧等，但並非經常性課程，因此有些住民居住在治療性社區的期間，可能會缺乏相關學習，這部分確實應在課程及服務設計上加以整合。

### （二）嚴重身心疾患共病因應

受訪者表示，過往部分住民有較嚴重的身心共病，但因機構地處偏鄉，鄰近醫療資源不足，機構本身又無醫療背景的專業人力，較難即時且適切地回應身心共病住民的需要，也會造成社區整體氛圍緊張：

阿文：工作人員的能力和資源多少受限，要是有一個住民身心狀況比較差的情況下，可能就會引發工作人員的焦慮，而工作人員們的討論也很難不被住民注意到，這就可能引發二次焦慮而形成負面循環，但我覺得朝露這邊已經算蠻用心的了。

在朝露治療性社區建置初期，便考量機構沒有醫療人員，醫療可近性較低，如果有嚴重身心疾患的用藥者，通常會建議先至醫療單位緩解身心症狀干擾程度，再進入至治療性社區。然而在這三年的執行經驗中，有些住民是進入治療性社區後才顯現症狀，但工作人員未能及時應對，為此，日前已與同為治療性社區，但以醫療背景為主的茄荖山莊身心科醫師合作，邀請他們定期協助評估住民的身心共病，也辦理個案研討，討論如何在社區中因應共病照顧。

### （三）創造過來人與住民更多經驗交流

本會從2012年的朝露農場便開始協助用藥者，也培力一位多年未復發的住民成為管理員，在治療性社區建置後協助農務管理及住民陪伴，然而這位管理員過往是使用海洛因，近年來，多數住民使用安非他命，用藥文化及經驗上都與海洛因使用者十分不同。這一兩年社區也開始培力有安非他命使用經驗的過來人成為管理員，阿商認為，目前的管理員以行政庶務為

主，如果能創造更多過來人與住民的陪伴與對話，或許可以給現在正受藥物使用困擾的住民一些經驗上的建議：

阿商：過往的一些所謂的專管員使用的物質是海洛因，安非他命的專管員現在開始加進來，我覺得有走過這些歷程的同儕培力對這個治療性社區能夠達到比較深層的內部質變，對於專管員好像是來這邊看管，確認有沒有一些意外發生，功能就只放在這個上面，沒有陪伴。

#### （四）規範嚴格化的焦慮氛圍

過往在個管或團體中實踐的減害非常個別化，在規劃治療性社區時，我們也期待能保有每個人的自主性，並營造人性化的生活環境，因此在生活規範上，僅以最低限度的保護到彼此隱私及安全為主，並未有太多的侷限。然而實作後，我們遇到住民身心狀況不佳時無法自控服用適當劑量的身心科藥物，渴癮時轉換為對手機的重度依賴，又因手機觸及的資訊與性、藥有關而強化癮頭，在這循環下影響團體生活及自我目標的實踐。

為此，工作團隊檢討，若住民自控力尚有不足時便需要一定的外控力介入，因此治療性社區重新調整藥物、手機使用的管理規範，期盼顧及個人安全、團體生活秩序，同時逐步訓練個人自控力，最後回歸個人的主體性，學會自我管理，但規範的變動讓住民因管控力道變強而產生

焦慮：

阿文：像是手機使用時間的和假期的限縮對我來說是自由度限縮，這種受困的感覺其實會讓人很沒有控制感。

阿滴也提到過往的生活習慣緊密的與手機連結，手機抽離後，生活中有許多事情都十分不便，像是很久沒有書寫，現在許多字需要打字查閱才知道。雖然有這些不便，住民也提到，這段時間因為減少使用手機，而比較有機會靜心釐清思緒，似乎也有幫助到自己：

阿文：我知道這個制度改變是有它的道理，因為手機使用時間變成只有晚上會比較不影響到白天的課程、或是比較不會因為手機分心，耽誤了學習，自然而然就會跟自己更加靠近，會更能夠覺察到自己的情緒。像過年後回來，我脫離手機時，會感覺到原來我現在身上有這些情緒，是我有手機的時候感覺不到的，注意力也會集中在自己身上。

住民對新制度有各自的理解與猜測，部分住民覺得這些規範讓治療性社區失去彈性，變得比較不人性化或是不再那麼「減害」，但梳理這些話語，其實是制度變動過程的溝通不夠仔細，讓不安的氛圍瀰漫於社區中，住民憂心將來是否會無上限地限縮各種自由性，顯示未來在工作上仍需不斷地強化彼此的溝通。

## 伍、討論與建議

### 一、減害治療性社區有助用藥行為改變並促進自我效能

從受訪者提到的，在接受服務後，能誠實面對自身與藥物的關係，即便復發也不自我否定，並持續在改變路上邁進，可以看見減害工作模式落實於治療性社區確實有可能性，對用藥者也有幫助。梳理文獻中治療性社區採取的復元及復原力觀點，其價值與減少傷害看待用藥有許多疊合，像是復元將藥癮視為慢性疾病，同時會合併身心靈社諸多議題，減害則認為，用藥是身心社多重議題交織產生的表象行為，皆認為提供全人照顧及修復，才可以改變用藥行為。

復原力上，對藥物的認識，減害以「藥物—狀態—背景環境」評估法落實，自我規範上，減害則有用藥／減害計畫來建立可行的因應策略，自我效能上減害則提倡以緩慢且微小的用藥行為改變計畫，讓用藥者看見自己確實能改變用藥行為，強化動能。

有別一般的治療性社區，要等到用藥者進入非常穩定的維持期或復歸期，才因轉銜安排，有機會接觸外界，減害治療性社區則創造了彈性，經過適應期建立對藥物的認識，及未用藥而身心相對穩定下，我們在其行動期提供休假機會，住民可以安排休假計畫，並在預知復發可能下，規

劃預防策略或減害計畫，讓住民檢視是否真的充分認識自己與藥物的關係，回社區後方能檢視調整，也因為減害的不譴責、不定義復發為失敗，而是機會，用藥者願意開放真誠地與工作者討論，才有機會更細微而漸進式地調整用藥行為。我們也希望，透過這些操練，住民在離開社區後，每當有復發可能，或是復發當下，能及時求助或能運用在治療性社區學習到的減害原則，注意用量，避免不可回復的傷害，也在用藥後求助工作者，維繫生活的穩定。

### 二、開放式對話帶來溝通理解，減害調整互動期待

受訪者們肯認家庭關係的修復與減害幫助家屬了解藥癮有關，然而「溝通」也是關係修復的要素，溝通立基於開放式對話的安排，不僅僅是家屬與用藥者獨自對話，而是讓幾位家屬、用藥者、管理員、社工共同在團體中，每當一對家屬與用藥者對話後，其他成員分享在這段對話的感受及自身經驗，這些回饋讓對話的家屬與用藥者重新思考訴說內容的意義，而開放式對話正是強調團體中的內在反思，能為這次的對話及彼此間的關係帶來正向的影響（Seikkula, 2002）。

減害家庭工作上，除了讓家屬了解改變用藥不易，調整對用藥者的期待，降低內疚、憤怒等負向情緒，更強調家屬

可以設立界線，告知用藥者底線，也幫助自身不會在無止盡的投入與妥協中耗竭（Denning & Little, 2012/2020）。這次的訪談中也看到，當家屬確實為自己畫下界線，調整對用藥者的期待，能發展出有別以往糾察隊的關心方式，在用藥者有需要時繼續陪伴，但也在覺察已無法負荷下，先照顧好自己。

### 三、強化管理員職能及連結藥愛身心資源

目前社區生活規範、生活事務都是由過來人擔任的管理員協助，從受訪者的回饋來看，本會仍須加強管理員的職能，管理員除了日常庶務的處理外，也能擔任生命經驗分享及陪伴的角色，在新規範討論上，也要更細緻化，或是有社工能在旁輔佐，避免資訊不清晰而引發住民焦慮。

另外，多數住民都有藥愛議題，學習不依賴藥物的性實踐、因應身心共病確實是藥愛的重要課題，身心共病上，除了連結外部醫療資源，也需要加強工作者應對住民身心症狀的職能，在性議題上，建議與性治療師合作，讓藥愛住民學習不需要依賴藥物也能有充足的性愉悅。

### 陸、研究限制

由於本會治療性社區目前的服務對象主要是使用安非他命的同志愛滋用藥者，所以本次的分析尚無法推及海洛因／異性戀／非愛滋感染用藥者，雖然自朝露農場轉型為治療性社區後，仍有服務少數海洛因用藥者的經驗，但人數稀少，多數使用海洛因住民在制度轉換後便離開治療性社區，缺乏長時間接受目前服務模式的對象可以訪談。

本次研究也並未訪談家屬，關於家庭關係修復的成效僅限於住民的感受，未來若有機會可以再探討家屬的觀點，來檢視減害工作模式對家屬的影響。最後，因為訪談人數有限及目前轉型後服務僅有近三年，服務對象復歸社會的時間不算長，也較難探討復歸社會後的穩定度，期許未來可以針對這些面向繼續深入觀察。

（本文作者：陳政隆為社團法人台灣露德協會研究專員；徐森杰為社團法人台灣露德協會秘書長）

**關鍵詞：**減少傷害、治療性社區、朝露農場、藥愛

### 參考文獻

Denning, P., Little, J., & Glickman, A. (2007)。《挑戰成癮觀點：減害治療模式》（謝菊英、蔡春美、管少彬，譯）。張老師。（原著出版年：2004）

- Denning, P., & Little, J. (2020)。《減害心理治療：務實的成癮治療方法》（楊菁蓁、傅雅群，譯）。心靈工坊。（原著出版年：2012）
- Dillon, L., Chivite-Matthews, N., Grewal, I., Brown, R., Webster, S., Weddell, E., Brown, G., & Smith, N. (2007). *Risk, protective factors and resilience to drug use: Identifying resilient young people and learning from their experiences*. Home Office London.
- Hubbard, R. L., Craddock, S. G., & Anderson, J. (2003). Overview of 5-year followup outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS). *Journal of Subst Abuse Treat*, 25(3), 125-134. [https://www.doi.org/10.1016/s0740-5472\(03\)00130-2](https://www.doi.org/10.1016/s0740-5472(03)00130-2)
- Marlatt, G. A. (1996). Harm reduction: Come as you are. *Addictive Behaviors*, 21(6), 779-788. [https://www.doi.org/10.1016/0306-4603\(96\)00042-1](https://www.doi.org/10.1016/0306-4603(96)00042-1)
- NIDA. (2015, July 23). *Therapeutic communities*. <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/therapeutic-communities>
- Olson, M., Seikkula, J., & Ziedonis, D. (2014). *The key elements of dialogic practice in open dialogue: Fidelity criteria*. The University of Massachusetts Medical School. <https://www.umassmed.edu/globalassets/psychiatry/open-dialogue/keyelements/v1.109022014.pdf>
- Seikkula, J. (2002). Open dialogues with good and poor outcomes for psychotic crises: Examples from families with violence. *Journal of marital and family therapy*, 28(3), 263-274. <https://www.doi.org/10.1111/j.1752-0606.2002.tb01183.x>