

少年藥物濫用特性、介入策略與處遇現況分析



潘昱萱

壹、前言

藥物濫用問題仍持續是全球共通性問題的焦點之一，尤其少年濫用藥物更是受到關注。在我國，少年藥物濫用持續有低齡化、大幅成長與高再犯率之現象（潘昱萱，2011），因此少年兒童藥物濫用之防制與處遇乃屬重要焦點議題。實務上對濫用藥物少年處遇多依循成年模式或者犯罪模式，缺乏針對少年用藥特性、類型、納入發展階段考量，故本文就少年施用藥物特性，我國對少年濫用藥物者之介入模式，及施行所遭逢的問題與困境等提出探討。

貳、少年藥物濫用特性

青少年濫用藥物之機會升高，其幾乎是在剛進入青春時期開始嘗試用藥（Spooner，1999）。因藥物濫用被視為是衝動（impulsive）、失控（out of control）的行為，少年期有刺激尋求、衝動性的傾向，使用藥物則滿足此項需求（Strand，2002）；再者，少年期從依賴轉而獨立於家庭之外，家庭影

響力開始下降，從家庭依附連結轉移到同儕團體，又其自我認同和價值觀都尚未定型，缺乏認知成熟度，相較於成人更容易受到同儕影響，尤其少年後期的用藥，同儕比起家人有更大的影響力（Spooner，1999）。

由於少年發展特性，在好奇心、同儕及情境催化下，而容易嘗試各種類型的藥物，此為發展過程可能遭逢之現象，但若阻礙正常發展任務完成，可能增加反社會行為，並且導致偏差生活型態的發展（Shedler & Block，1990），也因青少年發展特性，少年施用藥物的行為態樣與影響層面與成年施用者有所差異。

在施用藥物類型方面，少年多以俱樂部藥物（club drug）、軟性藥物（soft drug）為主。在1997年前使用以傳統毒品為主，從2002年以後就以搖頭丸、K他命為大宗（行政院衛生署管制藥品管理局，2009）。依據「門檻理論（gateway theory）」（Kandel，1975），少年藥物濫用發展途徑為從菸酒這類合法物質開始，接著進展到使用低階毒品（lower-stage drugs）如：大麻等軟性藥物，之後再進展至使用高階毒品（higher-stage drugs）如：海洛因或古柯鹼等硬性藥物（Hunt，2006）。少年

選擇用藥途徑相當多樣化，因此施用藥物種類的順序不一定如同門檻理論所言，但此理論也提醒我們雖少年現使用多以軟性藥物為主，而容易輕忽用藥問題嚴重性，但使用前一階段低階藥物，則可能增加了選擇使用下一階段高階藥物或其他要種類藥物之危險性，尤其是對於有藥物濫用傾向者預防其接觸高成癮進階藥物乃是重要之議題。

在藥物施用型態方面，相關文獻顯示成年施用藥物主要是因為依賴、藥癮發作占大部分，少年用藥則大多是因為好奇心及同儕引誘（潘昱萱，2011）。我們可以將用藥歷程可分為四階段：「實驗性使用」、「娛樂性/社交性使用」、「功能性/規律性使用」、「依賴性使用」（Muisener, 1994；Hunt, 2006；Jaffe, 2002）。從青少年涉入藥物歷程的階段及使用藥物的型態來看，青少年的藥物濫用大多起因於好奇而實驗性的使用（experimental users），為了娛樂或社交目的而偶發性使用（causal users）（Hunt, 2006；Johnston et al., 2004）；少數則成為固定的使用，而將之視為休閒生活型態（leisure lifestyle）的一部分，或者為了達到藥物效果的功能性目的，漸漸藥物成為他們主要的關注焦點，進階到規律性、習慣性之強迫使用者（compulsive users），使藥物在相當程度融入並控制了他們的生活，成為以藥物為中心的生活型態（Hunt, 2006；Jaffe, 2002）。雖少年大多處於實驗性或偶發性使用階段，但少年用藥較缺乏一致性，且較無法預測，因此若進入到較為嚴重的階段，其從使用到濫用的進展比起成人更加容易。（Muisener, 1994）。

在藥物問題影響層面方面，在治療成人

藥物者時會將藥物濫用視為主要的問題，並聚焦在藥物問題上；但藥物濫用只是青少年發展中所出現的一部份的偏差行為而已，若只聚焦在藥物行為上治療效果不彰。少年藥物濫用比成人伴隨較多其他層面的問題，如：家庭問題、學業問題、偏差行為、低程度循規、負面同儕等（Hawkins, et al., 1992），就像是青少年所經驗到其他行為及社會角色的困難等認同危機的一部份（Shedler & Block, 1990），也因此介入時需根據青少年心理發展的特殊需求。

因少年藥物濫用與成年有所差異，Sussman & Ames (2008)提出對少年的藥物濫用的診斷標準應該與成年有所不同，應該採用嚴格定義，規範禁止少年使用藥物，且應注意到少年與成人不同的治療需求，包括以下七點：

1. 對成人而言，規律的使用並不一定會被認定為濫用；因少年腦部正在發展成長，因此這樣的情況則會被認定為濫用。
2. 少年的藥物濫用到藥物依賴的過程不易切割清楚。
3. 少年使用藥物比成人較少出現藥物依賴之問題，藥物消耗也較少。
4. 少年與成人的高危險情境不相同，少年比較喜歡經驗新奇、新鮮的行為，也因此有更高的可能性造成意外。
5. 少年有較高的比例受到雙重的診斷，也就是併發藥物使用疾患與其他心理健康疾患。
6. 少年較成人尋求治療的動機較低，治療後也比成人容易復發。

7. 少年有比較高的可能遭受發展特殊性的問題，如：學校問題、法律問題、藥物使用少年多發展出扭曲的思考及不尋常的信念，這影響問題解決能力與情

緒功能、較少採用適當的因應行為、少年嚴重硬性藥物的使用預測嚴重的社會孤立與憂鬱、藥物濫用會導致少年的健康問題等。

表 1 藥物濫用在心智發展階段的功能

兒童	少年	成人	老人
任何藥物使用都被認為是濫用，因為兒童的身體與腦部快速的發展。若家人給生病孩子藥物則為例外。	規律的使用藥物被視為是濫用。因高的潛在性使用藥物的可能性會影響腦部發展與成長。	若不符合DSM-IV藥物濫用疾患之診斷，則非藥物濫用。當符合DSM-IV藥物使用疾患之標準則為濫用。	藥物濫用通常是發生在當合法的處方簽與藥物的混用或誤用而符合DSM-IV的診斷，特別是會產生身體上的危險。

資料來源：Sussman & Ames (2008) Drug abuse: concepts, prevention, and cessation. Cambridge University Press, Cambridge. (P.17)

綜上顯示，少年施用多為軟性藥物入門藥物、用藥歷程多處在試驗性與娛樂性的階段，相較於成人，其在處遇上較容易受到忽略與失焦，但少年藥物濫用較可能遭受嚴重的結果，並且衍生與發展階段有關的其他層面的問題，所造成的短期與長期的結果與範圍反而遠比成人嚴重，不但值得我們重視，且在處遇介入方面也應將少年特性納入考量。

參、我國少年藥物濫用介入策略

應該由誰來執行控制藥物計畫之政策？司法體系、醫療體系或者行政部門？毒品政策控制應該採取寬容開放的自由態度或者零容忍（Zero Tolerance）態度，各國之間因有不同程度的容忍性（tolerance），而有高度不一致的毒品政策，如：美國、瑞典即是運用法律來規範；荷蘭取向則由公共衛生擔任領

導的角色，司法、警察則為協助的角色（Dean, 1989），原則上我們可以將毒品控制的核心區分為三類，分別是以司法、醫療與行政為中心的模式，我國雖以司法模式為處遇的中心，但逐步鬆動混入其他模式之思維，並且出現多元處遇的發展，茲將現今少年施用毒品者之處遇模式分述如下：

一、司法模式

司法模式乃是以道德層面之執法方式以抑制藥物使用者的消費，為我國正式執行之方式，惟爾進我國毒品控制政策出現急遽轉變，從 87 年以前肅清煙毒條例將施用毒品者視為犯罪，到 87 年以後毒品危害防治條例實施，則將施用毒品者視為病犯，而施用觀察勒戒、強制戒治措施，混入醫療觀點，但執行的場域仍是在監所體系內；近來司法模式也融入了醫療模式的思維，惟仍以司法體系為主，醫療乃是應遵守的附帶條件。

(一)施用一、二毒品者

1. 少年處遇：

施用一、二級毒品之少年，若依毒品危害防制條例，初犯或五年後再犯施用第一、二級毒品者得進行觀察勒戒、強制戒治程序；惟少年犯罪事件少年法院有先議權，故亦得依少年事件處理法。

若依據少年事件處理法，原則上得依少年保護事件處理，若付保護管束者，並可依毒品危害防治條例第 25 條，於保護管束期間，警察機關或執行保護管束者應定期或於其有事實可疑為施用毒品時，通知其於指定之時間到場採驗尿液，無正當理由不到場或到場而拒絕採驗者，得報請少年法院許可，強制採驗。

若少年已滿十四歲，且事件繫屬後未滿二十歲者，依調查之結果，認犯罪情節重大，參酌其品行、性格、經歷等情狀，以受刑事處分為適當者，則得以裁定移送於有管轄權之法院檢察署檢察官依少年刑事案件之程序。

2. 少年與成年處遇差異：

比較少年與成年施用一、二毒品者現行法律處理模式（見表二）。成人多施用為高階藥物，其再犯率相當高，也因此出現施用藥物者一再予以處罰而未予以治療，其實處罰效果不大，故而納入醫療的概念。初犯受觀察勒戒、強制戒治；再犯則有緩起訴的機會，而非一概予以起訴判決，亦即在其意願遵守附帶條件下，如：美沙冬替代療法、參與戒癮團體，接受驗尿、不得再犯罪等而予以緩

起訴，也顯示雖採取司法控制，但處遇的方式趨於多元化。

少年部分則採用觀察勒戒、強制戒治，或依少年事件處理法受保護處分或起訴判刑，對於施用毒品少年的處遇方面除了付保護管束者依據毒品危害防治條例需強制驗尿外，與一般犯罪少年無異。

鑑於毒品犯罪之特殊性，在成人的部分從過去濃厚的司法體系色彩，而納入醫療的思維，少年部分則尚在發展中，如：高雄少年法院近來推行對少年施用毒品者於裁定處遇決定前，以交付觀察六個月內的期間，採取積極性社區醫療模式，促使少年積極配合接受輔導之動機，並以醫療模式作為輔導處遇之前置作法（張裕榮，2011），也就是附條件的觀察，以決定未來的處遇。

(二)施用三、四級毒品者

1. 少年部分：

施用第三級或第四級毒品之少年，則由少年法院依少年事件處理法之少年保護程序（虞犯規定）處理；惟 12 歲以下兒童不適用虞犯規定。

2. 少年與成年處遇差異

成人部分原施用三四級毒品免責，隨著三四級毒品的濫用，於在 98 年施用三四級毒品者不再免責，科以行政制裁之程序，即依毒品危害防制條例第 11 條之 1 規定，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰，並應限期令其接受四小時以上八小時以下之毒品危害講習，亦即採用行政制裁的程序，而非司法程

序。

少年則因處於發展階段，其施用毒品的情形不能與成人一概而論，故成人施用三四級毒品者予以除罪化，但少年則應嚴格限制

而禁止其使用，故將之視為身分犯，採取少年事件處理法虞犯之規定，而採用虞犯少年之保護事件處遇方式，惟 12 歲以下施用則無法依少年事件處理法，未落在處遇的範圍。

表 2 施用毒品事件之現行法律處理模式

	成人	少年	少年人不同於成人之處理選項
施用一、二級	1、觀察勒戒 2、強制戒治 3、緩起訴（美沙冬替代療法、輔導教育、驗尿） 4、起訴判刑（付保護管束者需強制驗尿）	1、少年保護處分（付保護管束者需強制驗尿） 2、觀察勒戒 3、強制戒治 4、起訴判刑（付保護管束者需強制驗尿）	少年保護處分 不適用緩起訴（美沙冬替代療法）
施用三、四級	行政罰	少年保護處分	少年保護處分

資料來源：修改自張裕榮（2011）少年施用毒品事件裁定前處遇之構想與社區醫療資源連結。
[http://ksy.judicial.gov.tw/Upload/UserFiles/少年施用毒品事件裁定前處遇 100%2012%205\(1\).doc](http://ksy.judicial.gov.tw/Upload/UserFiles/少年施用毒品事件裁定前處遇 100%2012%205(1).doc)
 （線上資料）

採取司法模式遭遇的問題在於，施用毒品會導致健康與犯罪問題，但採取法律的反應並未降低毒品濫用相關問題，尤其嚴厲及不適當刑罰結果是失敗的，顯示毒品禁止政策無法阻止毒品的使用，反而刑事司法體系只是給毒品使用者社會標籤，全面禁止（all-out）反而衍生成為地下化問題（Gatto，2002；Reed，2007）。

二、醫療措施

從公共衛生的觀點，使用毒品基本上及原則上是健康與社會福利問題（basically and principally a matter of health and of social well-being），因此醫療模式主張施用毒品行為應加以除罪化，從保護全民健康採取治療的

觀點，而非以刑罰制裁手段，將成癮者被視為是病人而非罪犯，由醫生提供適當的處方箋，以降低施用毒品者對自我傷害（Gatto，2002）。

鑑於藥物疾患或藥物依賴患者需提供適當的醫療才能對症下藥，因此我國在司法體系之外，亦發展以醫療為中心的醫療處遇。毒品危害防制條例第 21 條規定施用毒品者，於犯罪未發覺前，自動向行政院衛生署指定之醫療機構請求治療，醫療機構免將請求治療者送法院或檢察機關。也因此衛生署、法務部與毒品危害防制中心結合，提供成癮者求助平臺、戒癮治療與諮詢服務，轉介醫療與替代療法，並且提供戒癮醫療補助，也顯示政府對於施用毒品者嘗試朝向醫療措施與

服務。

臺北市政府衛生局（2012）推行了臺北市青少年物質濫用戒治服務，委託市立聯合醫院松德院區辦理「青少年毒品使用之治療計畫」，地方法院、學校及社會局轉介吸毒少年，並補助其全額門診醫療費用，戒癮計畫提供服務包括：1.戒癮門診評估，進行醫療、心理、家庭功能評估等；2.擬定及施行個案治療計畫；3.定期醫療追蹤及監測個案治療成效，並修正治療計畫，以切合個案情況。

在成效方面，接受戒癮門診服務一個月後，驗尿結果為陽性（驗出毒品反應）的比例為 24%，三個月陽性比例大幅降低為 0.04%，6 個月全部為陰性，顯見戒癮非一、兩次門診服務即可發揮功效，但若能持續 3 個月以上，即能有相當良好成效，惟持續數月之治療，需花費數千或數萬元的醫療費用（臺北市政府衛生局，2012），除了高成本外，醫療治療取向政策確實存在相當大的困難，包括：毒品濫用者並非全然是成癮性因素；沒有足夠的治療床位；藥物治療計畫雖多元，但沒有一種療效長到達到顯著且有持久的效果（UNODC，2006）。

三、行政措施

有些施用者並非是全然成癮性的因素，如：娛樂性/社交性之偶發使用，其並未成為依賴者，而不需要治療，若強迫其以治療替代監禁，其實是浪費了本來要用在嚴重成癮者的醫療資源；又對於此類輕微毒品犯罪者，司法該如何處遇是一種問題，因並未成為依賴者而否認其治療選擇權，但若將他們粗糙的送入監獄服刑，所造成的傷害可能比

藥物本身還要大。

在此類毒品施用者眼中，法律及醫療都會失去可信度。以大麻為例，在許多國家將大麻使用者從其他較需治療之毒品使用者當中區分開來，對於不需治療之簡易犯罪者，以罰鍰（fine）的形式或行政處罰（administrative sanction）方式替代刑罰（Leroy，1995），此舉可避免因留在司法體系內加重或標籤作用。警察逮捕後即以行政罰，也讓警察機關有更多的資源與管道去處理其他暴力或嚴重犯罪行為，而替代處理這種本質上為無被害者犯罪行為（Gatto，2002）。

在我國對於成人施用成癮性較低之三、四級毒品，即視為不需治療或司法處遇，而採取罰鍰與毒品教育之措施；少年的部分則不適用行政罰的規定，而適用虞犯規定。12 歲以下兒童若施用三、四級毒品，則未設相關處罰規定，但可依「兒童及少年福利與權益保障法」通報，並依第 91 條對父母、監護人或其他實際照顧兒童及少年之人，未禁止兒童及少年為施用毒品、非法施用管制藥品或其他有害身心健康之物質，得命其接受八小時以上五十小時以下之親職教育輔導；若違反情節嚴重者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰；供應毒品、非法供應管制藥品或其他有害身心健康之物質予兒童及少年者，處新臺幣六萬元以上三十萬元以下罰鍰。亦即若兒童施用三四級毒品，行政罰的對象為父母、監護人或其他實際照顧兒童之人。

另外，除了消極行政處罰外，若為毒品濫用的學生則有教育部春暉專案之積極作為

措施，而暫緩進入司法管道。根據教育部春暉專案規定，校方落實清查學生有無濫用藥物之情事，以防範毒品侵入校園，發現尿液篩檢呈陽性反應或已確認濫用藥物學生，即組成春暉小組，對於濫用藥物個案依濫用程度施以輔導、戒除與治療。初次濫用藥物未成癮者，予以告誡，防其繼續濫用藥物，並追蹤輔導；濫用藥物成癮者，則在家長同意後轉介專業衛生醫療機構戒治，戒治後與衛生醫療單位保持聯繫，定期追蹤戒治情形；對於藥物濫用者實施輔導諮商服務。惟經輔導三個月無效，驗尿仍呈現陽性反應，才會報警循司法模式處理。

不論是在行政措施為前驅而暫緩移送，或者司法措施中對成人之緩起訴、少年法院交付觀察措施，都是以附條件，如：戒除、參與醫療、輔導等替代處罰方式來交換，此舉對於需積極介入之藥物濫用者是較有價值的作法，而能提升戒癮動機，並且幫助他們遠離藥物（Leroy，1995）。

肆、少年毒品處遇策略問題與建議

處遇需符合適配原則，亦即應依少年施用藥物特性而適配於適當之處遇策略，才能有效因應。而我國當前少年毒品處遇雖仍處在試驗性的階段，尚未建立較為穩固的毒品處遇因應模式，參酌國際間毒品政策與相關措施作為，以下就執行困境就政策面與執行面提出相關建議，以做為少年毒品政策研擬之參考。

一、避免成人與少年對毒品認知之不

同調

我國少年施用毒品主要以司法模式為主要介入策略，根據施用一二級與三四級的處遇方式有所不同，依法律為控制毒品氾濫的手段，彰顯政府對毒品問題採取嚴格控管的態度。惟成人施用三四級毒品乃是採取行政罰的方式，亦即對成人施用三四級毒品的容忍度有所提升，此舉造成三四級毒品的氾濫、少年對施用三四級毒品認知上的混淆，誤信施用三四級毒品沒有風險、甚至成年後施用僅科以罰鍰與教育，如同施用菸酒檳榔等物質一樣，而造成少年階段好奇嘗試的心理。

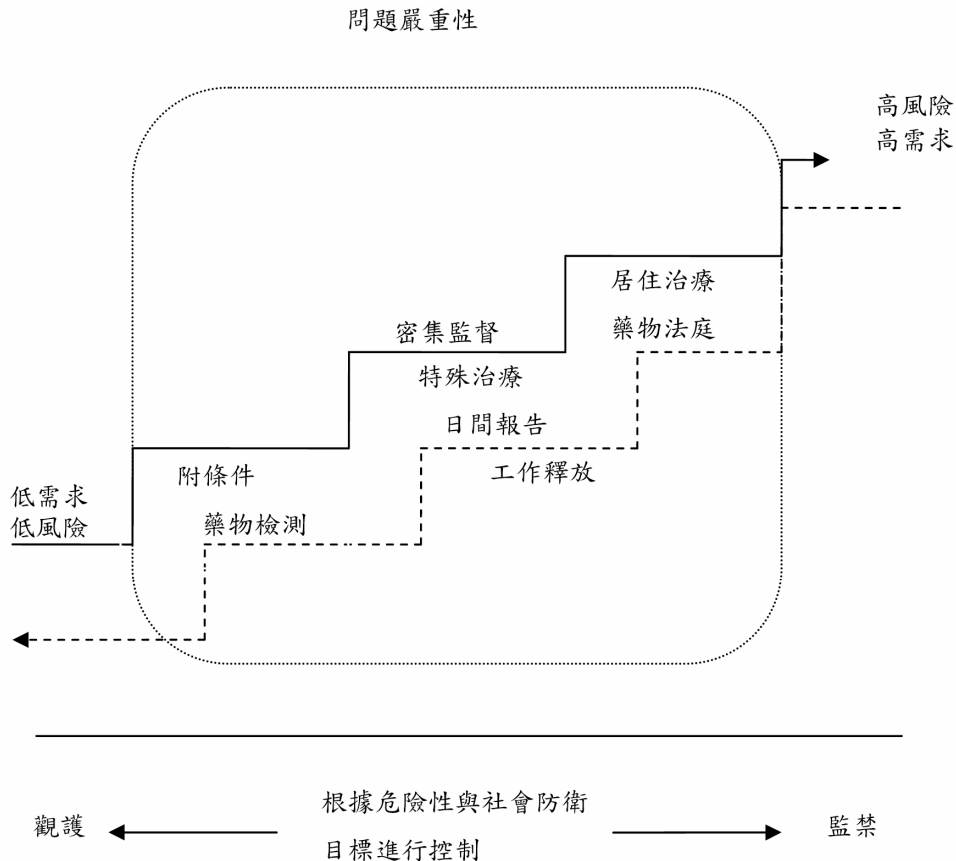
事實上，三四級毒品仍具有依賴性、成癮性，長期施用對身心造成嚴重的危害，尤其兒童少年處於發展階段，施用毒品其危害程度有加乘作用。因此在成人施用三四級僅有行政罰處分前提之下，或許要有更積極的措施避免兒童與青少年施用的惡化，尤其教育宣導的紮根讓兒童少年有充分的資訊瞭解毒品的真相，以避免兒童少年認知上的失調及對毒品的錯誤認識，進一步對於煽動吸食或提供毒品者之處罰，並且有效的掃蕩毒品及斷絕非法藥物市場斷絕來源等，以減少接觸毒品的機會。

二、多元化處遇措施以適配不同風險需求者之特殊性

施用藥物與一般犯罪行為問題不同，若僅予以處罰未予以適當的生心理治療，其復發的機會仍高，且越早治療效果越好（Brown，1997）。目前對少年用藥者之處遇僅依施用類型為一二級或三四級毒品區隔

(見表二)，惟少年施用藥物從試驗性、社交性/娛樂性、功能性到藥物疾患等不同施用的頻率、程度，其導致藥物相關問題嚴重性也

有所差異，因此在監控/介入策略有彈性/多元化之需求，以根據個案特殊性加以靈活運用。



資料來源：Taxman (2009). Drug Treatment for Offenders: Evidence-Based Criminal Justice and Treatment Practices. Testimony given to the Subcommittee on Commerce, Justice, Science, and Related Agencies. March 10th, 2009

Taxman (2009)提出對施用毒品者管理概念，刑事司法系統審前、保護處分的監督品質與藥物濫用治療方案可以有效降低再犯或因社區監督失敗而進入監禁的人口；相反的，若忽略個案的需求與問題則會限制預防工作的努力，而增加監獄空間的需求。因此傳輸服務原則需使用危險與需求篩選工具、

針對個案需求來提供服務、根據個案對處遇的順應性 (compliance) 管理以改善用藥及犯罪生活型態、發展信任關係進而有效的監督。如圖一所示，依據風險與需求，提供從危險性與社會防衛目標控制手段較低之觀護到較高之監禁。亦即根據危險與需求評估工具與藥物濫用篩選工具以決定安全管理程度

與服務類型，以提供有效的治療服務或對犯罪傾向需求之治療設計，並找出高危險與需求犯罪者加以控制。

低風險低需求者為社區處遇之措施，包括：保護管束、假釋等，目標為管理其安全於社區中，故強調降低再犯，採取附條件之藥物檢測監控為有效管理方式。

中風險中度需求者，則需要較高密度的監督與管理以達到控制品質，提供治療相關服務，以有效降低藥物使用與犯罪行為，故採取密集觀護措施或特殊治療，報告中心、工作釋放等中度之監督管理。

高風險高需求之成癮疾患及犯罪行為者，若缺乏有效治療服務而持續在司法系統內循環，亦無法處理健康相關議題，而可能導致持續破壞規範行為之循環。故對於高風險而無法對自己行為負責者，則是則專業的藥物法庭（drug court）服務的對象，將門診藥物濫用治療（outpatient substance abuse treatment）整合到刑事司法系統。為何採取將社會、醫療整合到司法系統模式？在法院團隊包括：法官、檢察官、觀護人，他們扮演了不可違抗的角色（Abadinsky, 2009），同時可促進治療改善並達到公共安全、健康維護之目標。透過司法過程能提升個案參與及遵守動機、增加治療順應性。在藥物法庭監控下，參與戒癮治療、以藥物檢驗之測試結果來調整治療方向-再次進入方案或短期監禁，並透過司法系統過程支持康復，學習康復管理技巧，並確保個案對公共安全的危害，降低犯罪相關因子等。

從 Taxman (2009)對毒品施用者的管理模式，提供我們思考少年藥物濫用的不同型

態，如：娛樂性使用、偶發濫用、依賴、藥物使用疾患、或者併發其他多重症狀，需瞭解施用藥物為何種型態提供不同的需求與處遇方法。若為實驗性、娛樂性、偶發的使用，其不需要藥物疾患治療方式，反而需從其他治療型態獲益，如：瞭解其他犯罪傾向需求、社區處遇、藥物教育等。若為嚴重疾患者，則可能需要密集觀護、心理衛生、醫療策略等服務。若有其他犯罪行為者，則可能需納入犯罪價值系統、負面同儕接觸等因素。

故此有賴司法模式整合不同服務傳輸系統，提供多元的處遇模式，適當的服務跟植於個案的需求與順應性、風險與行為管理策略，選擇服務與保護程度有所不同，以達到強化康復與遠離犯罪生活型態的目標。

三、擴充前置處遇或轉介管道

對於少年施用毒品的行為，除了司法模式外，還可採取醫療模式或者行政的措施來因應，尤其對青少年的處遇若過早進入司法體系則停留在司法體系的時間則可能越長之副作用，故應將法律視為最後手段性及最後一道防線，而增加前置處遇措施或轉向制度的途徑。

現階段在司法體制外尚有依兒童及少年福利與權益保障法通報社政系統、醫療系統對藥物濫用者之治療與教育系統對施用藥物學生之監控與輔導措施，惟不同系統間乃採取獨立運作方式，缺乏系統性的流程或轉介模式，亦即機構間缺乏統合與連結機制，而容易造成資源重疊或不均的情形。

因此若能在前階段依教育輔導、醫療戒癮、社區輔導與監督等措施為主，將可使醫

療機構、學校、社會福利機構等有更大的發展空間，也可避免過早產生標籤負面效果。若評估為高風險高需求者，而較難以改善其吸毒行為者，才施以刑事司法體系之強制矯治及威嚇之策略，此舉亦可使刑事司法體系之角色定位更為明確，並維持司法體系之威嚴與最後手段性。

四、家庭為核心之處遇策略

兒童少年藥物濫用只是偏差行為的一部份，其還伴隨其他層面的問題（Hawkins, et al., 1992），因此對少年的處遇不能僅關注在藥物的問題上，相關研究顯示以家庭為基礎的方案，整合家庭、法院、社區為基礎的方式傳輸，較能降低再犯率、明顯改善家庭功能與降低心理衛生問題（Fader, 2011）。而少年事件處理法、兒童及少年權益促進法均規

範父母、監護人或其他實際照顧兒童及少年之人命其接受親職教育之規定，其目的在促使原生家庭功能的提升、促進親子間親密互動、協助家長改善教養態度，並且與家人關係持續發展。

因此重建社會關係網絡，以提升其正向社會支持機制，此乃避免復發的重要因子（Vaillant & Milofsky, 1982），近來推行的家庭支持方案即是以家庭為中心，架構正向社會支持網絡與服務，並與社區中的學校、法院、心理衛生中心等結合，提供更多機會能幫助少年作積極的改變。

（本文作者為臺灣嘉義地方法院觀護人、國立中正大學犯罪學博士）

關鍵字：青少年、藥物濫用、毒品政策、毒品危害防制條例、兒童及少年福利與權益保障法

參考文獻

- Abadinsky, H.(2009). *Probation and parole: theory and practice*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Brown, J. R(1997).Drug diversion courts: Are they needed and will they succeed in breaking the cycle of drug-related crime? *New England Journal on Criminal and Civil Confinemen*,23,63-98.
- Dean, M. (1989). Commentary from Westminster: The Dutch soft-drug policy. *The lancet*, 993-994
- Fader, J. J.(2011). Out-of -home placement, In William J. Chambliss(Eds)*Juvenile Crime and Justice*(pp.179-194). Washington DC: Sage Publications Inc.
- Gatto, C.(2002).European Drug Policy: 2002 Legislative Update
http://www.norml.org/index.cfm?Group_ID=5446
- Hawkins, J.D.; Catalano, R.F.; & Miller, J.Y.(1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112,64-105.
- Hunt, N. (2006). Young people and illicit drug use. Aggleton P., Ball A., Mane P. (ed.), *Sex, drugs and young people: International perspectives*. Oxford: Routledge, 84-100.

- Jaffe, S.L. (2002). Treatment and relapse prevention for adolescent substance abuse. *The Pediatric Clinics of North America*, 49, 345-352.
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., & Schulenberg, J. E. (2004). *Monitoring the future national results on adolescent drug use : Overview of key findings*. National Institute on Drug Abuse.
- Kandel, D. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. *Science*, 190, 912-914.
- Leroy, B. (1995). European legislative systems in relation to the demand in 1993. Recent developments and comparative study. In Georges Estievenart, (Eds.), *Policies and strategies to combat drugs in Europe : the Treaty on European Union : framework for a new European strategy to combat drugs?*; Martinus Nijhoff Publishers
- Muisener, P. P. (1994). *Understanding and treating adolescent substance abuse*. Sage Publications. Inc.
- Reed, C. (2007). Drugs in Europe <http://www.ex.ac.uk/~watupman/undergrad/cat/Dutch.htm>
- Shedler J, & Block J (1990) Adolescent drug use and psychological health: a longitudinal inquiry. *Am Psychologist* 45: 612-630
- Spooner, C. (1999). Causes of adolescent drug abuse and implications for treatment. *Drug and Alcohol Review*, 18, 457-479.
- Sussman, S.Y. & Ames, S. L. (2008) *Drug abuse: concepts, prevention, and cessation*. Cambridge University Press
- Taxman, F. S. (2009). *Drug Treatment for Offenders: Evidence-Based Criminal Justice and Treatment Practices*. Testimony given to the Subcommittee on Commerce, Justice, Science, and Related Agencies. March 10th, 2009.
- United Nations office on drug and crime (UNODC) (2006). Sweden's successful drug policy: a review of the evidence. http://www.unodc.org/pdf/research/Swedish_drug_control.pdf
- 臺北市政府衛生局 (2012) 戒癮零負擔～臺北市青少年物質濫用戒治服務。
http://subweb.health.gov.tw/drug_abuse/upload%2f2012620172420_1010531.pdf
- 行政院衛生署管制藥品管理局 (2009)
<http://www.nbcd.gov.tw/home/home/index.aspx>
- 張裕榮 (2011) 少年施用毒品事件裁定前處遇之構想與社區醫療資源連結。
[http://ksy.judicial.gov.tw/Upload/UserFiles/少年施用毒品事件裁定前處遇_100%2012%205\(1\).doc](http://ksy.judicial.gov.tw/Upload/UserFiles/少年施用毒品事件裁定前處遇_100%2012%205(1).doc)
- 潘昱萱 (2011)。認知行為團體處遇對少年藥物濫用成效之研究。中正大學犯罪防治研究所博士論文。