



戒癮心理門診計畫：以科學實證 來發展矯正機關的戒癮處遇模式

Assessment, Psychoeducation and Treatment for Addict:
A Research-Based Project of Drug Abuse Treatment in the
correctional Institute

蔡震邦

法務部矯正署高雄戒治所 臨床心理師



摘要

蔡震邦

在矯正機關面對非自願性案主工作時，經常會囿於當事人改變意願低落、抗拒甚至是敵意問題而使得處遇效果不佳，然而美國藥物濫用研究所根據數十年實證研究經驗彙整所出版的藥癮治療原則，其中一項便已清楚揭示：「非自願性的戒癮治療亦能呈現療效」；因此，在專業人力有限、藥癮治療需求龐大的矯正系統中，如何提供適切的戒癮服務，便成為當前挑戰。

本文係分享高雄戒治所近十年來發展「戒癮心理門診」模式的經驗，其內容亦根據美國藥物濫用研究所出版的藥癮治療原則為基礎來設計，同時以實證研究來進行療效評估，並根據上述原則的修編及研究結果，前後共進行三次戒癮心理門診流程與處遇計畫的修訂，期可持續改善療效；希望在自曝其短、拋磚引玉的文字說明後，能持續與各位先進共同致力提升矯正機關戒癮處遇的效益，讓藥癮者賦歸社會後得以擁有更多的無毒生活契機。

關鍵字：矯正機關、戒癮處遇、實證研究

Abstract

[Cheng-Pang Tsai]

An issue of providing appropriate treatment services has become a challenge to many correctional institutes due to their limited professional workforce, who always strives to respond to overwhelming treatment workload. The cause of this issue is related to poor treatment efficacy, since those involuntary drug addicts, with poor motivation and strong hostility, are often reluctant to change their behavior. However, “Principles of Drug Addiction Treatment,” published by the U. S. National Institute on Drug Abuse (NIDA), states that “Treatment does not need to be effective.” which serves as a solid foundation for this study.

The present paper provides the experience of our abstinence treatment model implemented by Kaohsiung Drug Abuse Treatment Center over the past decade. Based on the principles of NIDA, a research-based experimental study, which undergoes three revisions for the clinical drug abuse treatments, serves to evaluate and improve treatment efficacy. It is hoped that our treatment projects will receive constant review and revision in order to enhance curative effect. In the long run, our goal is to help addicted individuals achieve long-term abstinence and stay at a drug-free life.

Keywords : correctional institute, drug abuse treatment, research-based study

壹、前言

2018 年起，收容在矯正機關中的施用毒品犯戒癮處遇開始調整為以科學實證為基礎的模式來推展，主要目的除希望能架構系統性的藥癮處遇模式外，更期待透過當前科學實證研究成果的有效應用，讓施用毒品者習得戒癮知能來幫助自己，在離開監所後更有機會維持無毒生活型態，進而終生離毒；若以科學實證的角度來詮釋其效益，就是預期要能達到「增加無病存活時間(延長社區戒除毒品時間)」和「減少復發率(降低再犯率)」這兩個主要效標。

美國藥物濫用研究所(National Institute on Drug Abuse, 以下簡稱 NIDA) 依據其長達數十年的藥癮治療經驗，早在 1999 年便彙整出版了「藥癮治療原則」(Principles of drug addiction treatment—A research-based guide) 來闡釋有效藥癮治療的 13 項原則(NIDA, 2018)，之後由於藥癮治療大量融入社區處遇、受監禁機構之中，因此便持續以實證研究結果作為修訂參考，第二版在 2009 年、第三版 2012 年接連付梓；這 13 點原則在這些時間也出現諸多內容更動，由此可見，隨著新證據發現，實證研究所引領的藥癮治療原則亦將會隨之不斷地修正，同時愈臻成熟。舉例來說，第一版與第二版的內容僅有其中 3 點未見任何修正(第二點、第三點、第十一點)，其餘各項內容皆有大小幅度不一的文字增減，甚至是整個原則新增或刪除；而第二版與第三版則僅有 2 點(第七點、第十三點)進行文字修正，不過對於從事戒癮心理治療的實務工作者而言，第七點的文字修訂調整卻代表著對於當前不同治療模式的實證研究效益已有轉變，更須審慎視之。表一係 2018 年版本內容，提供讀者做為參考。

如果大家對上述藥癮治療原則在不同階段演進的詳細情形感到興趣，亦可自行查閱 NIDA 網站相關資訊，附錄一也羅列了三個不同版本的 13 點原則原文，供大家參研；此外，2006 年 NIDA 亦出版了一份「司法系統中的藥癮治療原則」(Principles of drug addiction treatment for criminal justice populations)，不過這份資料歷經四次修訂(但未改版)，司法系統藥癮治療的 13 點原則至今仍未曾有變動或文字增減就是了。

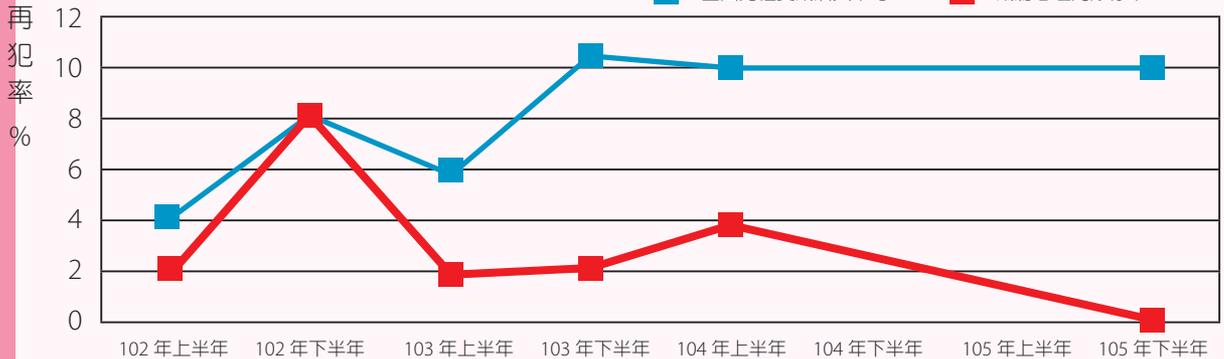
在本文中，想要與大家分享的是自 2009 年開始嘗試推展至今的「戒癮心理門診模式」(assessment, psychoeducation and treatment for addict)，從發想計畫、落實於受戒治人、多次修正調整到現在轉型應用在施用毒品受刑人的經過與模式檢驗過程；圖一便是以矯正署公告數據為主的半年再犯統計資料進行彙整，似已能呈現出部分戒癮心理門診的效益，未來更希望有機會能與各位先進請益，如何能再進一步擴

大實施成效、延長社區無毒生活型態時間。接著則逐步向各位說明隨著不同時間或階段，戒癮心理門診模式如何依據行動研究 (action research) 的準則，並透過臨床觀察及實證研究結果所進行的調整變動、內容增減過程。

表一：NIDA 藥癮治療 13 點原則 (2018 年版)

I.	Addiction is a complex but treatable disease that affects brain function and behavior.	一、	藥物成癮雖然是一種影響大腦功能與個體行為的複雜疾病，但依然可以治療的。
II.	No single treatment is appropriate for everyone.	二、	沒有一種藥癮治療模式適用所有藥癮者。
III.	Treatment needs to be readily available.	三、	藥癮治療必須是能容易取得的、容易應用在生活上的。
IV.	Effective treatment attends to multiple needs of the individual, not just his or her drug abuse.	四、	有效的藥癮治療必須關照上癮者的多重需求，而非僅止於藥物濫用部分。
V.	An individual's treatment and services plan must be assessed continually and modified as necessary to ensure that it meets his or her changing needs.	五、	必須持續地評估、調整藥癮治療的個別服務計畫，以符合藥癮者在不同時期、不同狀態下的需求。
VI.	Remaining in treatment for an adequate period of time is critical.	六、	必須持續、穩定接受藥癮治療一段時間極為重要。
VII.	Behavioral therapies -including individual, family, or group counseling -are the most commonly used forms of drug abuse treatment.	七、	行為療法：包括個別、家族或團體諮商等，普遍存在於各藥癮治療模式中。
VIII.	Medications are an important element of treatment for many patients, especially when combined with counseling and other behavioral therapies.	八、	在接受諮商與行為治療時，許多藥癮者同時接受處方藥物協助亦相當的重要。
IX.	Many drug-addicted individuals also have other mental disorders.	九、	許多藥癮者同時也有其他的心理疾病。
X.	Medically assisted detoxification is only the first stage of addiction treatment and by itself does little to change long-term drug abuse.	十、	生理解癮只是藥癮治療的起步，對長期的戒癮歷程來說效果有限。
XI.	Treatment does not need to be voluntary to be effective.	十一、	非自願的藥癮者透過藥癮治療依舊可以得到協助。
XII.	Drug use during treatment must be monitored continuously, as lapses during treatment do occur.	十二、	當藥癮者在治療期間再次施用毒品時，持續性的監控便十分重要。
XIII.	Treatment programs should test patients for the presence of HIV/AIDS, hepatitis B and C, tuberculosis, and other infectious diseases, as well as provide targeted risk-reduction counseling, linking patients to treatment if necessary.	十三、	藥癮治療亦需涵蓋 HIV/AIDS、B/C 型肝炎、肺結核與其他傳染病的評估，同時也應教育藥癮者如何降低感染風險、面對疾病影響、避免擴散的處置。

註：資料來源：NIDA(2018):Principles of drug addiction treatment – A Research-based Guide 手冊。

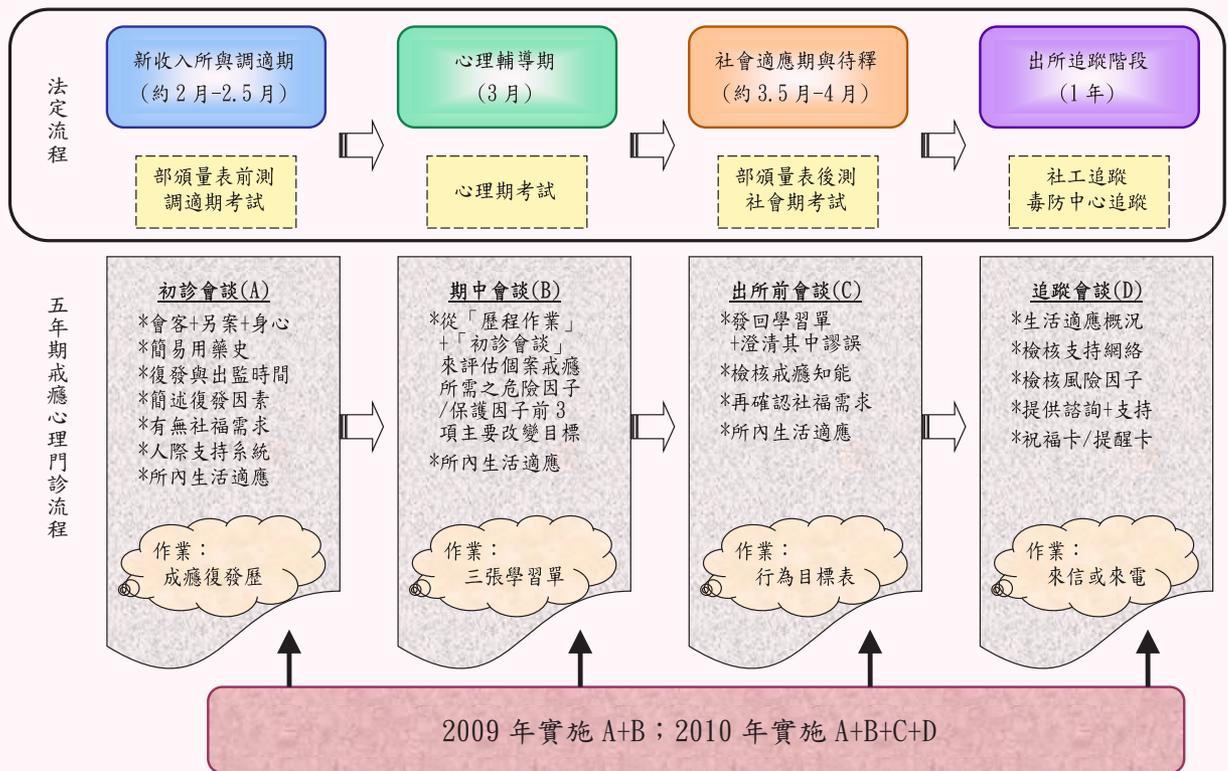


圖一：直接出所男性受戒治人半年再犯比率（編按：部分資料無公告數據可循）

貳、2009-2010 第一版「戒癮心理門診計畫」實施概況及療效評估

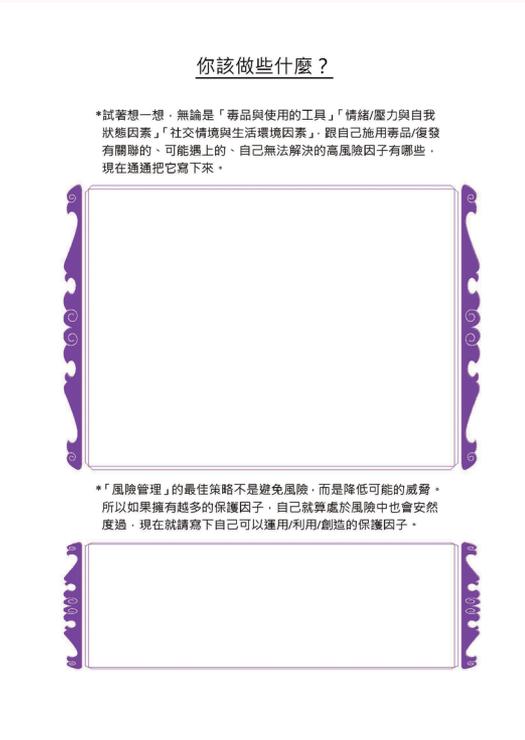
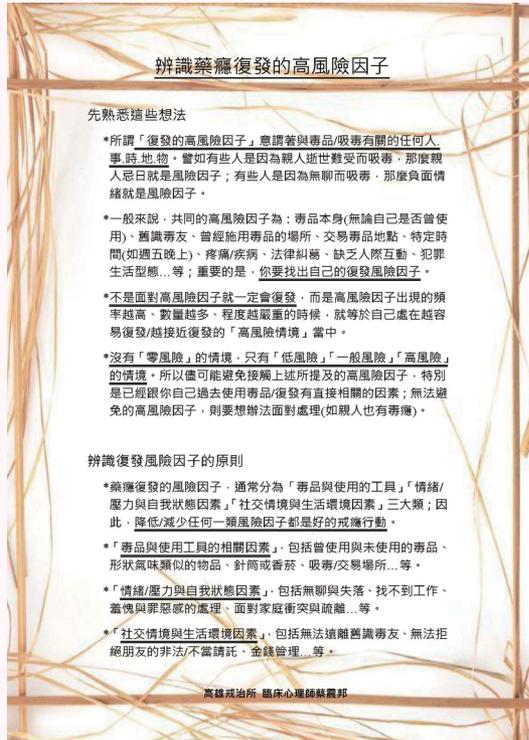
一、應用理論與療程設計：

以復發預防理論 (Relapse Prevention, 以下簡稱 RP) 為主，同時加入認知行為療法 (Cognitive-Behavioral Therapy, 簡稱 CBT) 的部分標準化內涵而成，這部分內容的詳細說明請見 2014 年筆者拙文 (矯政期刊, 3(1), 72-96)，在此便不再贅述。圖二便是當時實際進行的處遇流程及內容，簡言之，除了實施部頒的各項量表外，初次會談 (intake) 的工作包括建立合作關係、進行個別評估 (包括身心狀態、成癮困境與戒癮需求 3 個重要部分) 與戒癮心理衛教的工作，藉由瞭解個案成癮史和復發因素，來決定如何向毒癮者說明其在所期間所應習得的戒癮知能；期中會談則是透過初次會談、前次作業、戒治課程學習的結果彙整，來協助毒癮者強化或澄清在監禁期間所習得的戒癮知能，同時解釋毒癮者自己所屬的高風險因子、潛在風險情境、保護因子的內涵與未來預防復發應需注意的事項，並給予個別差異化的作業單 (如圖三) 來提升其學習效益；出所前會談則聚焦在回歸社區的準備，包括瞭解毒癮者對社福資源的需求與提供、針對個別化作業單的結果進行學習回饋、處理復歸社區焦慮及給予出所後連繫方式與預防復發因應卡 (圖四) 的使用說明。



圖二：戒癮心理門診流程與各次標準化個別會談的工作內容 (2009年第一版)

簡單來說，第一版「戒癮心理門診模式」係依循 NIDA(1999) 藥癮治療原則所揭示的第一點、第二點、第五點、第六點、第九點、第十點等共計六點原則來做為此計畫主要核心概念；對應司法系統中的藥癮治療原則，則是以第三點、第四點共計兩項原則為準則。



圖三：期中會談作業單之一：「辨識藥癮的高風險因子」；目前已完成廿多種作業單，每位受戒治人會依其成癮因素 / 戒癮需求，共挑選 3 項作業單給予個別學習。



圖四：受戒治人出所使用之復發預防因應卡 (2009 年第一版)

二、執行概況與療效評估：

2009 年起預定實施五年期「戒癮心理門診模式」計畫，2010 年底已依進度完成第二年計畫，2009-2010 年筆者所服務過的 417 名受戒治人，排除死亡、保外就醫、尚未出監或未出所等因素後，區分為「未接受計畫」者 52 名，接受「第一年計畫」

者 91 名，接受「第二年計畫者」74 名，共計 217 名（如表二）。所有個案皆追蹤至 2010 年 12 月 31 日，並以前科查詢資料比對其有無再犯施用毒品罪名為主；同時，由於不同統計資料運用的基本假設互有差異，故 2011 年就根據不同問題假設分別來進行多重列聯分析，同時也使用存活分析（僅計算社區戒癮期間），期以建立較為準確的療效評估（如表三）。此結果已於 2011 年台灣臨床心理年會暨學術研討會中以論文海報方式發表（見附錄三），相關療效評估結果如下：

表二：2009-2010 受戒治人出所 / 出監半年追蹤情形

追蹤半年有效樣本 217 單位(人)	未接受門診計畫 (52)		接受第一年門診計畫 (91)		接受第二年門診計畫 (74)	
	直接出所	接押徒刑後 出監	直接出所	接押徒刑後 出監	直接出所	接押徒刑後 出監
未再犯	23	8	59	12	54	12
再犯毒品罪 (A)	12	3	12	1	6	0
	15(28.85%)		13(14.29%)		6(8.11%)	
再犯非毒品罪 (B)	3	3	5	2	2	2
	6(11.54%)		7(7.69%)		4(5.41%)	
總再犯情形 (A+B)	15	6	17	3	8	2
	21(40.38%)		20(21.98%)		10(13.51%)	

表三：接受不同戒癮心理門診階段之受戒治人半年 / 一年存活機率

This subfile contains: 217 有效樣本

毒品存活分析生命量表 for 門診類別 = 0 未接受門診計畫

時間區隔	區間樣本	非設限事件	風險均數	發生數	發生率	存活分率	存活機率	機率密度	風險函數
.0	52.0	4.0	50.0	8.0	.1600	.8400	.8400	.0009	.0010
180.0	40.0	2.0	39.0	10.0	.2564	.7436	.6246	.0012	.0016
360.0	28.0	25.0	15.5	3.0	.1935	.8065	.5037	.0007	.0012

上述資料存活時間(天)中位數 360.00+

毒品存活分析生命量表 for 門診類別 = 1 第一年門診計畫

時間區隔	區間樣本	非設限事件	風險均數	發生數	發生率	存活分率	存活機率	機率密度	風險函數
.0	91.0	34.0	74.0	10.0	.1351	.8649	.8649	.0008	.0008
180.0	47.0	25.0	34.5	10.0	.2899	.7101	.6142	.0014	.0019
360.0	12.0	12.0	6.0	.0	.0000	1.0000	.6142	.0000	.0000

上述資料存活時間(天)中位數 360.00+

毒品存活分析生命量表 for 門診類別 = 2 第二年門診計畫

時間區隔	區間樣本	非設限事件	風險均數	發生數	發生率	存活分率	存活機率	機率密度	風險函數
.0	74.0	50.0	49.0	9.0	.1837	.8163	.8163	.0010	.0011
180.0	15.0	14.0	8.0	1.0	.1250	.8750	.7143	.0006	.0007

上述資料存活時間(天)中位數 180.00+

- (一)、接受戒癮心理門診治療計畫直接出所者，出所後半年追蹤之毒品再犯 (列聯係數 .210, $p < .05$)、整體再犯 (列聯係數 .226, $p < .01$) 情形皆低於未接受門診計畫者，同時第二年再犯低於第一年。
- (二)、未能直接出所 (續接另案徒刑後出監)，無論是否接受戒癮心理門診治療計畫，多重列聯分析再犯情形皆未達顯著差異。
- (三)、以存活分析生命表 (Life Table) 來看，未接受門診計畫有效樣本半年存活機率為 0.7436；第一年門診計畫樣本半年存活機率 0.7101；第二年門診計畫樣本半年存活機率 0.8750。

因此，透過上述資料分析結果，我們可以說「戒癮心理門診模式」對於直接出所之受戒治人，可有效降低其半年內之施用毒品再犯率，同時在 2010 年此模式得以完整執行後，其效益更為明顯確定；同時，透過研究我們也發現到對於停止戒治續接另案徒刑出監後的藥癮者，則會失去戒癮心理門診原有的效益，無法達到顯著水準 (無論接押時間長短)。

三、實證研究後的省思與未來建議：

然而，我們也發現到下列幾個現象：(一)、追蹤期間以半年為基準，雖符合醫

療系統的療效評估，但比對一般犯罪防治的追蹤時程就略嫌過短，未來可持續延長追蹤期間；(二)、對於停止戒治續接另案徒刑後出監後的藥癮者，接受戒癮心理門診的效益就未達顯著水準，這是否意味著受戒治人在接續執行徒刑後會抵損原有治療效益；(三)、RP 與 CBT 為主軸的戒癮模式，在臨床實務工作上的確會有個案不易理解、過度強調知能學習的現象，應思考如何才能調整改善並提升其效益；(四)、由於能夠接受戒癮心理門診的受戒治人人數有限(並非全部)，原先五年計畫在全面推展上有其困難，應重新調整實施進程，以符合行動研究的精神。

於是我們重新修訂了此模式發展進程，不再以「時間(年度)」做為間隔，而以實際提供的服務是否完成來做為「階段」分類，同時亦以五個階段發展為完整設計，期望終能符合 NIDA 藥癮治療原則的最大公約數。

參、2011-2014 第二版「戒癮心理門診計畫」實施概況及療效評估

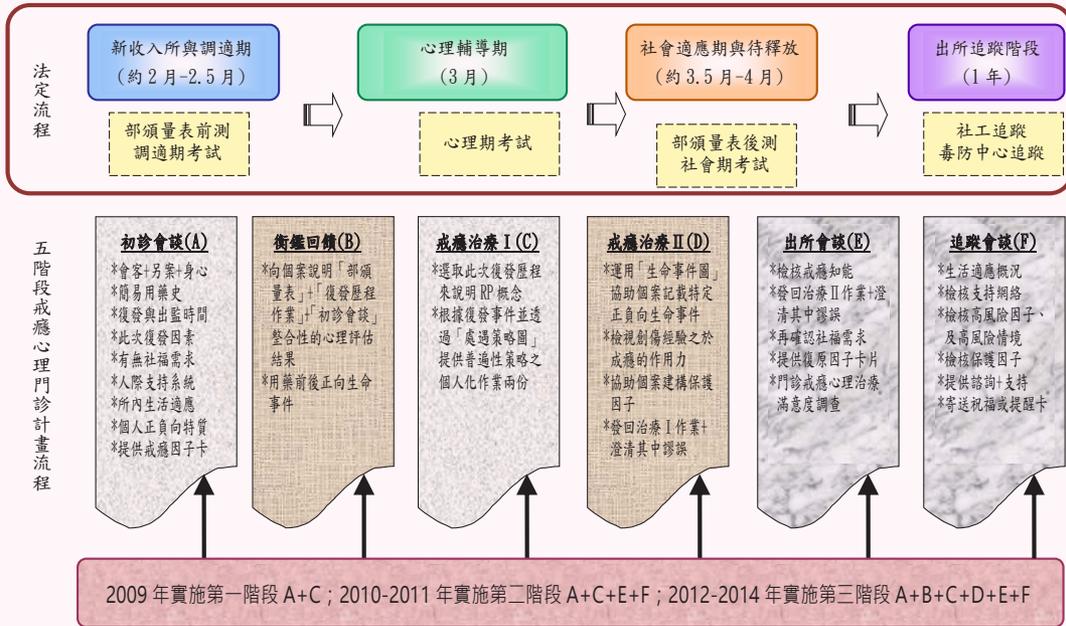
一、應用理論與療程設計：

除運用先前 RP 與 CBT 的模組外，為了強化「增加保護因子」、「減少風險因子」的功能，另外加入正向心理學(positive psychology)的概念，希望在我們熟悉的心理病理診斷治療外，亦能與藥癮者一起試著思考：「如果生命能夠不受過去負向生活經驗(negative life experience)所干擾，未來可不可能擁有意義人生？」、「如果可以認真看待自己的正向特質，監禁的歲月可不可能變成充實人生？」；有關正向心理學的內容與在矯正機關的應用說明，請見 2012 年筆者拙文(矯政期刊，1(2)，84-117)，在此亦不再贅述。

圖五便是當時實際進行的處遇流程及內容，除持續原有處遇內容外，與第一版的差異尚有：(一)、揚棄年度計畫，從以實施年份為區隔的概念，回歸以實際執行內容來做為區隔不同階段的分類方式；(二)、增加社會心理評估回饋療程，讓藥癮者可以從心理衡鑑結果來知曉當前的自我狀態；(三)、增加「生命事件圖」來引導個案省思過去、現在和未來自己的所欲所求，共同與毒癮者從中發掘正向意義；(四)、將原來的預防復發因應卡重新編修為所內使用與社區警示兩種不同版本來使用(如圖六)，並且給予說明。

簡單來說，第二版「戒癮心理門診模式」也是依循 NIDA(2009)所揭示的原則來進行，除第一點、第四點、第八點、第九點、第十二點原則外，其餘八項原則皆已嘗

試融入此修正計畫中；對應司法系統中的藥癮治療原則，則是以第二點、第三點、第四點、第十三點共計四項原則為此修正計畫主要核心概念。



圖五：戒癮心理門診流程與各次標準化個別會談的工作內容 (第二版)

在所學習：戒癮知能

- 特定議題
 - 瞭解成癮階段/戒癮階段的身心症狀
 - 學習辨識與藥癮有關的人/事/地
 - 解構一日生活
 - 對癮癮的正確認識
 - 學習避免高風險情境
 - 如何面對社會環境/社交情境的壓力
 - 減少「危險」性行為/避免傳染病
 - 清楚使用不同毒品/非處方藥物的風險
 - 瞭解如何處理負面情緒
 - 學會更好的壓力因應策略

戒癮的第一步：誠實面對自己

- 如果你拒絕承認自己需要幫助，如果你仍然認為靠意志力就能夠終生戒毒，那麼戒癮這件事情就變成一種「遊戲」。
- 誠實的重要性無法被取代。

復原之旅

- 特定議題
 - 熟練預防復發的技巧/策略/工具
 - 能夠辨識復發歷程
 - 重啟復原過程中的人我關係
 - 建構無毒的生活
 - 堅定的信仰/宗教
 - 妥善處理內在羞愧與罪惡感
 - 定期進行生活習慣/身心狀態的檢核
 - 改變自己的缺點/不良的性格
 - 內在需求/慾望適切的滿足與界定
 - 做好憤怒管理
 - 擁有健康的休閒/良好嗜好
 - 工作與金錢的妥善管理
 - 避免替代型的成癮行為

第一步：真誠面對自己

第二步：一天一天的戒

第三步：改變生活習慣

第四步：找到自己的價值

圖六：受戒治人出所使用之復發預防因應卡 (2012 年起第二版)

二、執行概況與療效評估：

2012 年起修正之「戒癮心理門診模式」計畫，簡單說就是增加社會功能 / 心理衡鑑回饋、增加戒癮治療的設計，讓戒癮的個別化處遇內容涵蓋危險因子、保護因子的處理和重置，並加入正向心理學的概念來賦予生命關鍵事件的不同意義。而樣本包括 728 名受戒治人，排除死亡、保外就醫、尚未出監 / 出所等因素後，依據實際實行內容分為接受「第一階段計畫」90 名，接受「第二階段計畫」111 名，接受「第三階段計畫」362 名，共 563 名；所有個案皆追蹤至 2013 年 12 月 31 日，並以前科資料查詢來比對有無再次犯罪為主（增加非毒品罪的比對，如表四）。除以存活分析生命表 (Life Table) 來檢視存活機率（如表五）外，亦進一步以存活曲線考驗 (Kaplan Meier Survival Curve) 來檢視不同戒癮心理門診階段是否具有顯著差異（如表六）。此結果已於 2015 年台灣臨床心理年會暨學術研討會中以論文海報方式發表（見附錄三），相關療效評估結果如下：

表四：2009-2013 受戒治人出所 / 出監追蹤情形

有效樣本 563 單位(人)	追蹤半年 (563)		追蹤半年至一年 (505)		追蹤一年至兩年 (466)		追蹤兩年至三年 (358)		追蹤三年至四年 (206)		追蹤四年以上 (60)	
	直接 出所	接押後出監	直接 出所	接押後出監	直接 出所	接押後出監	直接 出所	接押後出監	直接 出所	接押後出監	直接 出所	接押後出監
未復發	369	119	242	95	149	67	98	37	45	16	13	4
復發毒品罪(A)	38	19	119	35	163	53	149	51	98	32	31	6
	10.12(%)		30.50(%)		46.35(%)		55.87(%)		63.11(%)		61.67(%)	
復發非毒品罪(B)	15	3	10	4	26	8	17	6	13	2	5	1
	3.20(%)		2.77(%)		7.30(%)		6.42(%)		7.28(%)		10.00(%)	
總復發 情形 (A+B)	53	22	129	39	189	61	166	57	111	34	36	7
	13.32(%)		33.27(%)		53.65(%)		62.29(%)		70.39(%)		71.67(%)	

表五：接受不同戒癮心理門診階段之受戒治人半年 / 一年存活機率

This subfile contains: 563 有效樣本

毒品存活分析生命量表

for 門診類別 = 1 第一階段門診

時間區隔	區間樣本	非設限事件	風險均數	發生數	發生率	存活分率	存活機率	機率密度	風險函數
.0	90.0	.0	90.0	18.0	.2000	.8000	.8000	.0011	.0012
180.0	72.0	3.0	70.5	16.0	.2270	.7730	.6184	.0010	.0014
360.0	53.0	.0	53.0	11.0	.2075	.7925	.4901	.0007	.0013

上述資料存活時間(天)中位數 526.09

毒品存活分析生命量表 for 門診類別 = 2 第二階段門診

時間區隔	區間樣本	非設限事件	風險均數	發生數	發生率	存活分率	存活機率	機率密度	風險函數
.0	111.0	5.0	108.5	12.0	.1106	.8894	.8894	.0006	.0007
180.0	94.0	2.0	93.0	23.0	.2473	.7527	.6694	.0012	.0016
360.0	69.0	12.0	63.0	14.0	.2222	.7778	.5207	.0008	.0014

上述資料存活時間(天)中位數 575.74

毒品存活分析生命量表 for 門診類別 = 3 第三階段門診

時間區隔	區間樣本	非設限事件	風險均數	發生數	發生率	存活分率	存活機率	機率密度	風險函數
.0	362.0	46.0	339.0	38.0	.1121	.8879	.8879	.0006	.0007
180.0	278.0	33.0	261.5	51.0	.1950	.8050	.7147	.0010	.0012
360.0	194.0	21.0	183.5	36.0	.1962	.8038	.5745	.0008	.0012

上述資料存活時間(天)中位數 710.29

表六：運用存活分析進行不同戒癮心理門診階段的考驗比較

無母數方法比較存活函數 - 使用 Wilcoxon (Gehan) statistic 檢定

依變項：生存日數 自變項：門診組別

整體比較統計值 6.083			自由度 2		顯著性 0.0478*
組別	樣本數	非設限樣本	設限樣本	設限樣本比	平均分數
第一階段門診	90	64	26	28.89	-55.4222
第二階段門診	111	65	46	41.44	-10.8018
第三階段門診	362	155	207	57.18	17.0912

成對比較統計值 1.175			自由度 1		顯著性 0.2784
組別	樣本數	非設限樣本	設限樣本	設限樣本比	平均分數
第一階段門診	90	64	26	28.89	-9
第二階段門診	111	65	46	41.44	7.2973

成對比較統計值 6.073			自由度 1		顯著性 0.0137*
組別	樣本數	非設限樣本	設限樣本	設限樣本比	平均分數
第一階段門診	90	64	26	28.89	-46.4222
第三階段門診	362	155	207	57.18	11.5414

成對比較統計值 1.139			自由度 1		顯著性 0.2859
組別	樣本數	非設限樣本	設限樣本	設限樣本比	平均分數
第二階段門診	111	65	46	41.44	-18.0991
第三階段門診	362	155	207	57.18	5.5497

- (一)、以生命表來看，第一階段計畫有效樣本的存活機率半年 0.6184、一年為 0.4901；第二階段計畫存活機率半年 0.6694、一年為 0.5207；第三階段計畫存活機率半年 0.7147、一年為 0.5745。
- (二)、以戒癮心理門診三個階段來進行考驗，發現目前實施的第三階段存活機率優於第一階段 ($p=0.0137, p<.05$)，達顯著水準。
- (三)、若將樣本再進一步區分為直接出所個案、接押出所個案，同時再犯亦細分再犯毒品罪、再犯非毒品罪，則可發現療效皆集中在「降低直接出所個案再犯毒品罪」部分；對於接押出監個案、再犯非毒品罪部分，存活機率則未見一致性顯著效益。

上述資料分析結果說明了現在修正後的第三階段戒癮心理門診的確有更好的存活率表現，對於直接出所之受戒治人，其存活機率表現可擴大至出所後一年，這樣的結果除鼓舞了我們持續發展此藥癮治療模式外，更重要的意義在於透過實證研究的檢驗與發現，我們不但能依循理論來進行臨床實務工作，對於矯正機關內非自願性案主的藥癮心理治療服務，終能有機會提出實證來說明其療效。

三、實證研究後的省思與未來建議：

當我們進行研究探索與實務檢核時，我們仍發現到：(一)、療效評估已確認一年期效益，但是一年後的存活機率表現則起伏不定，是否司法系統中非自願性藥癮治療的效益有其限制，抑或是療效因子尚需進一步調控；(二)、融入正向心理學的確有助於 RP 與 CBT 的原始設計，然而如何導入更系統性的架構，則有待努力；(三)、如同 2009-2010 的研究結果，對於停止戒治續接另案徒刑出監後的藥癮者，接受戒癮心理門診的效益仍未達顯著，雖然此次已進一步釐清藥癮治療及犯罪預防不可直接劃上等號，但此部分與國外研究結果看法卻不一致，應再行評估確認；(四)、由於司法轉向制度(如緩起訴附戒癮治療處分)及其他法制層面的修訂，目前受戒治人人數已呈現下降趨勢，可視情況增加一般性心理治療療程，來強化藥癮者自我效能；(五)、應檢視增加社會功能/心理衡鑑回饋、增加治療療程後，實際執行內容的有效校標為何，以便去蕪存菁。

於是我們再次檢視修改門診流程、另增訂部分心理治療療程、加入注意力與記憶力的神經心理測驗工具，最後則是透過復原 (recovery) 的概念，將所有戒癮心理門診應用的理論觀點、實施策略與治療步驟進行系統性的整合工作。

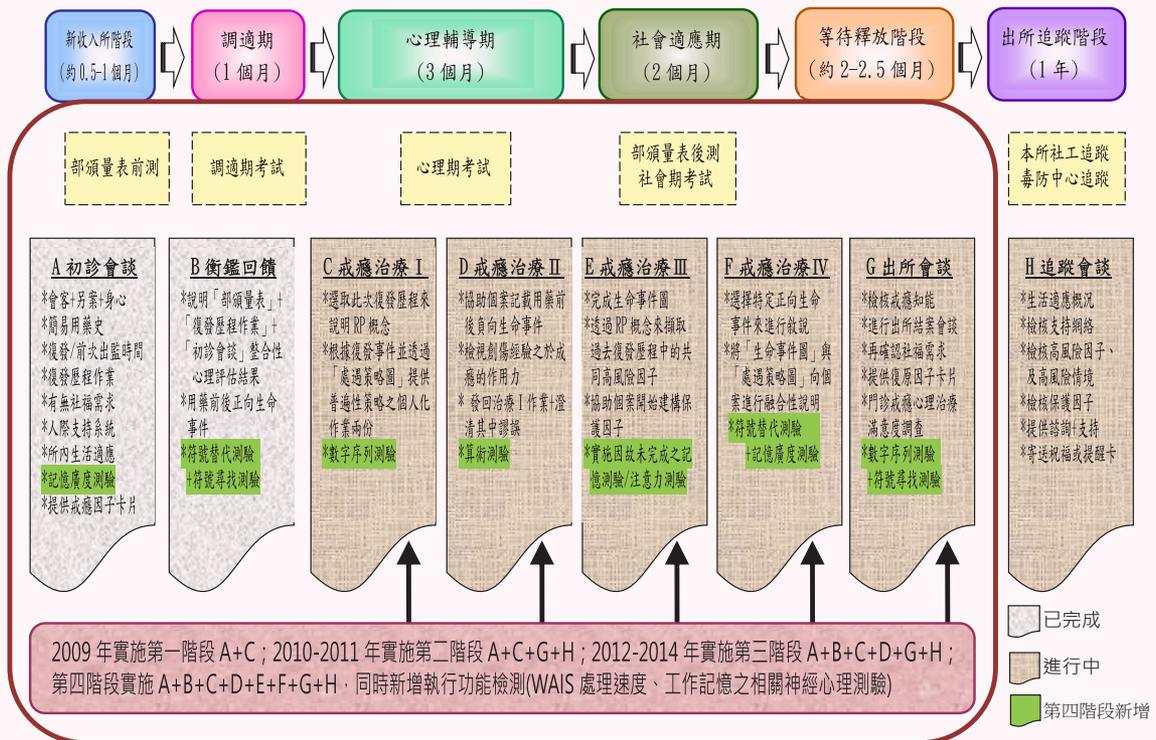
肆、2015-2016 第三版「戒癮心理門診計畫」實施概況及療效評估

一、應用理論與療程設計：

2007 年美國 The Addiction Technology Transfer Center Network(以下簡稱 ATTC) 開始嘗試整合並推動以復原取向為概念的藥癮協助系統，並說明其與藥癮治療模式或復發預防模式兩個主要差異的核心概念在於：(一)、從醫療急性介入處遇模式轉變為多系統的持續性照顧模式，並以生態系統的思維來引導藥癮者面對所處的環境與挑戰；(二)、不再以描述藥癮者的症狀或復發風險因子為基礎，轉而思考非治療性策略(調適症狀、管理資源)，以提供整體性照護來重建與發展藥癮者的各種功能(家庭功能、職業功能、社交功能…等)，並著重增強其保護因子和維繫身心健康為主的目標。有關這部分內容的詳細說明，還請讀者自行翻閱 2018 年筆者拙文(矯政期刊，7(1)，133-156)。簡言之，復原取向的臨床工作者所建構藥癮處遇系統，是希望不再單一思考戒癮治療或疾病控制，而是將復發視為復原歷程的一部分，重要的是如何在其中找到有意義的、「具有功能性的保護因子」(無論個體或環境、機構內或社區中)，同時將風險因子納入生活管理而非全然否定抗拒或全然必須予以排除。

圖七即為融入復原概念後實際進行的處遇流程及內容，除持續原有處遇內容外，與先前不同之處在於：(一)、重複檢驗 2009 年起接受戒癮心理門診模式之樣本，來確認先前假設「療效期限」是否為真；(二)、增加處遇流程次數，透過「生涯關鍵事件」將保護因子及風險因子的觀念，進行具體化的描述說明，並做為處遇標的；(三)、增加魏氏成人智力測驗第三版中與注意力、記憶力有關的「處理速度分量表」與「工作記憶分量表(以下簡稱 WAIS- III)」等神經心理測驗，除希望能建構本土化藥癮者臨床常模外，未來亦可進一步與學者研究成果做對照驗證或做為先導研究；(四)、強化社區不同資源的介紹、說明與連結，並於最後一次出所前會談中進行訊息確認；(五)、將戒癮治療重點置於保護因子在各次復發過程中的實際作用情形，並透過處遇策略圖

來引導個案如何正視風險因子的管理及處理。簡單來說，第三版「戒癮心理門診模式」除第八點、第九點外，都已嘗試依循 NIDA(2012) 所揭示的其餘十一點原則來融入此修正計畫；對應司法系統中的藥癮治療原則，則是以第一點、第二點、第三點、第四點、第五點、第十三點共計六項原則為此修正計畫應用之概念。



圖七：戒癮心理門診流程與各次標準化個別會談的工作內容 (第三版)

二、執行概況與療效評估：

自 2009 年起開始實施「戒癮心理門診」第一階段計畫，2010 年視為第二階段、2012 年起進入第三階段計畫、2015 年導入第四階段，其中有效樣本為 1,193 名受戒治人，排除死亡、保外就醫、尚未出監 / 出所因素後，區分為接受「第一階段計畫」99 名，接受「第二階段計畫」120 名，接受「第三階段計畫」407 名，接受「第四階段計畫」304 名，共計 930 名；所有個案皆追蹤至 2017 年 10 月 31 日，運用存活分析生命表、百分比考驗來進行統計研究。此部分結果將於 2018 年中正大學舉辦之科學實證毒品處遇研討會中進行報告發表 (見附錄三)。相關療效評估結果詳如表七、表八：

表七：2009-2016 受戒治人出所 / 出監追蹤情形

有效樣本 930 單位(人)	追蹤半年 (930)		追蹤半年至一年 (915)		追蹤一年至兩年 (890)		追蹤兩年至三年 (774)		追蹤三年至四年 (657)		追蹤四年至五年 (521)		追蹤五年以上 (425)	
	直接出所	接押徒刑後 出監	直接出所	接押徒刑後 出監	直接出所	接押徒刑後 出監	直接出所	接押徒刑後 出監	直接出所	接押徒刑後 出監	直接出所	接押徒刑後 出監	直接出所	接押徒刑後 出監
未再犯	570	239	456	175	311	116	220	77	167	57	113	32	79	20
再犯 毒品罪(A)	53	26	146	76	284	119	294	120	281	102	251	93	224	71
	8.49(%)		24.26(%)		45.28(%)		53.49(%)		58.29(%)		66.03(%)		69.41(%)	
再犯 非毒品罪(B)	20	22	39	23	38	22	44	19	36	14	22	10	25	6
	4.52(%)		6.78(%)		6.74(%)		8.14(%)		7.62(%)		6.14(%)		7.30(%)	
總再犯 情形 (A+B)	73	48	185	99	322	141	338	139	317	116	273	103	249	77
	13.01(%)		31.04(%)		52.02(%)		61.63(%)		65.91(%)		72.17(%)		76.71(%)	

註：追蹤期間若合併再犯毒品罪與非毒品罪時，無論再犯時間何者為先，皆歸類於再犯毒品罪。

表八：接受不同戒癮心理門診階段之受戒治人半年 / 一年存活機率

This subfile contains: 643 直接出所有效樣本

毒品存活分析生命量表 for 門診類別 = 1 第一階段門診

時間區隔	區間樣本	非設限事件	風險均數	發生數	發生率	存活分率	存活機率	機率密度	風險函數
.0	61.0	1.0	60.5	8.0	.1322	.8678	.8678	.0007	.0008
180.0	52.0	1.0	51.5	10.0	.1942	.8058	.6993	.0009	.0012
360.0	41.0	.0	41.0	6.0	.1463	.8537	.5969	.0006	.0009

上述資料存活時間(天)中位數 743.79

毒品存活分析生命量表 for 門診類別 = 2 第二階段門診

時間區隔	區間樣本	非設限事件	風險均數	發生數	發生率	存活分率	存活機率	機率密度	風險函數
.0	90.0	.0	90.0	8.0	.0889	.9111	.9111	.0005	.0005
180.0	82.0	.0	82.0	18.0	.2195	.7805	.7111	.0011	.0014
360.0	64.0	2.0	63.0	10.0	.1587	.8413	.5982	.0006	.0010

上述資料存活時間(天)中位數 856.96

毒品存活分析生命量表 for 門診類別 = 3 第三階段門診

時間區隔	區間樣本	非設限事件	風險均數	發生數	發生率	存活分率	存活機率	機率密度	風險函數
.0	271.0	2.0	270.0	27.0	.1000	.9000	.9000	.0006	.0006
180.0	242.0	4.0	240.0	39.0	.1625	.8375	.7538	.0008	.0010
360.0	199.0	.0	199.0	35.0	.1759	.8241	.6212	.0007	.0011

上述資料存活時間(天)中位數 927.35

毒品存活分析生命量表 for 門診類別 = 4 第四階段門診

時間區隔	區間樣本	非設限事件	風險均數	發生數	發生率	存活分率	存活機率	機率密度	風險函數
.0	221.0	.0	221.0	7.0	.0317	.9683	.9683	.0002	.0002
180.0	214.0	6.0	211.0	25.0	.1185	.8815	.8536	.0006	.0007
360.0	183.0	19.0	173.5	36.0	.2075	.7925	.6765	.0010	.0013

上述資料存活時間(天)中位數 941.90

- (一)、以存活分析生命表來看第一階段有效樣本的存活機率半年 0.6993、一年則為 0.5969；第二階段存活機率半年 0.7111、一年為 0.5982；第三階段存活機率半年 0.7538、一年為 0.6212；第四階段存活機率半年 0.8536、一年為 0.6765。
- (二)、同樣以生命表來看有效樣本的存活日期(中數)，實施第一階段戒癮門診的存活日期中數是 743.79 天；實施第二階段戒癮門診的存活日期中數是 856.96 天；實施第三階段戒癮門診的存活日期中數是 927.35 天；實施第四階段戒癮門診的存活日期中數是 941.90 天。
- (三)、無論是存活分析或者是百分比考驗皆顯示，第三階段與第四階段的效益相較下並未顯著再提升。
- (四)、一如前次結果，百分比考驗亦確認樣本療效皆集中在降低「直接出所個案再犯毒品罪」部分；對於因案接押後出監個案、再犯非毒品罪部分，原先戒癮心理門診的效益就不復存在。

上述資料分析結果說明了現在第三次修正後所進行的第三階段及第四階段戒癮心理門診的確有更好的存活率表現，對於直接出所之受戒治人，其存活機率表現可擴



大至出所後一年，多數樣本甚至已達兩年效益（因為 2015 與 2016 尚有 40 名直接出所樣本追蹤時間未滿兩年）；持續呈現正向療效的結果除鼓舞了我們接續發展此藥癮心理治療模式外，更重要的是累積了實證結果後便能得以思考，同樣的效益能否移轉至不同身分別的藥癮收容人。

三、實證研究後的省思與未來建議：

進行研究探索與實務檢核時，我們發現到：（一）、療效評估已重複確認一年期的效益，而接受過第二階段與第三階段樣本的存活效益甚至可達兩年期間，這是否同時意味著此計畫的「保護作用」或「保護力」僅止於這段期間，隨後就可能受到各種社區環境因素干擾而失去效用；（二）、增加心理治療頻率似乎未能符合原先假設再次提高療效，是否在此模式下的戒癮處遇亦存在所謂的「天花板效應 (ceiling effect) 或稱為上限效應」，或者存在其他干擾或影響因素，值得後續深入探討；（三）、受戒治人在機構內接受強制戒治處遇的時間相仿（目前平均在 8 個月左右），然而面對刑期長短不一、常併有不同罪名的施用毒品受刑人，又該如何移轉此模式並延續療效；（四）、WAIS- III 有關處理速度分量表與工作記憶分量表共計有五個神經心理測驗，實際進行個別施測後發現流程出現諸多干擾，應重組上述測驗施測順序，以符合測驗標準化精神；（五）、在此模式中，衡鑑目的是為了後續治療做事前妥適準備，因此尚須思考若藥癮收容人施測結果呈現輕度認知障礙症 (mild cognitive impairment disorder) 時，戒癮心理門診處遇內容則應做何調整以為因應。

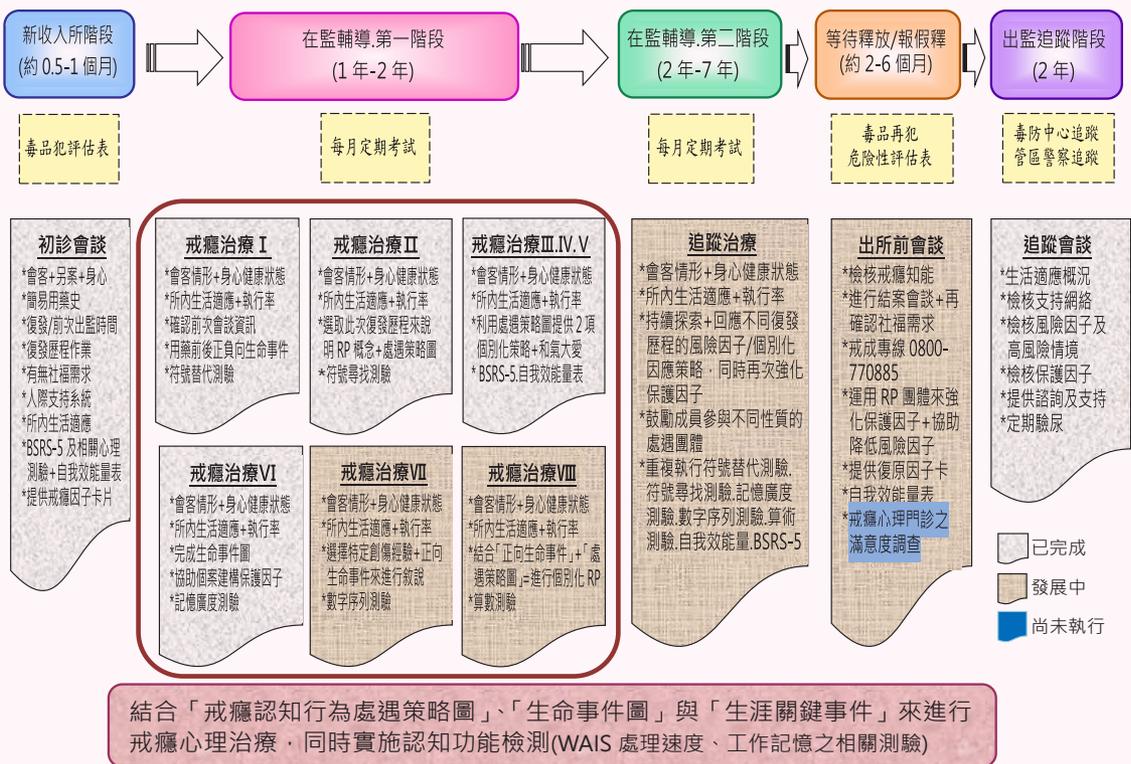
於是我們開始思考如何修訂門診流程、調整 WAIS- III 各神經心理分測驗施測的程序、加入非傳統心理治療因素、結合現有毒品犯計畫相關處遇，希望能夠再次將戒癮心理門診模式的效益，擴大至矯正機關內不同身分、不同處遇類別的藥癮者；此外，有關戒癮處遇和犯罪矯正（如合併暴力犯罪、財產犯罪）之間如何開始進行連結或發展其他特定處遇模式，相信亦是未來必須審慎思考、無可避免的議題。

伍、現況與展望

2017 年起，我們開始嘗試調整並重新設計戒癮心理門診處遇流程及內容（如圖八）來執行施用毒品罪受刑人之戒癮處遇計畫，目前仍維持先前修正後的第三版、第四階段處遇計畫內容（但調整流程、增加治療內容），以期未來有機會能與 2015-

2016年受戒治人樣本進行比對。而自2017年至2018年6月止，已有334名受刑人在機構內接受戒癮心理門診計畫，排除死亡與保外醫治、移監、非施用毒品受刑人等因素後，目前有效計畫樣本有316位(其中僅102位出監)，出監樣本皆尚未接受上述完整的門診處遇內容，因此仍須待一段時間累積有效樣本數量後，才能進行療效評估。

法務部矯正署高雄戒治所戒癮心理門診(毒品受刑人.2017new)



圖八：施用毒品罪受刑人戒癮心理門診流程與各次標準化個別會談的工作內容

在現階段，我們則嘗試同步思考下列幾個可能影響戒癮治療的因素有：(一)、隨著服刑期間越長，藥癮處遇會不會亦出現先前提的天花板效應，同時對於刑期較長的收容人又應如何持續維持療效；(二)、施用毒品若非受刑人主要服刑因素(如合併有暴力犯罪、財產犯罪)，以戒癮處遇為主的治療計畫是否早就存在基本偏誤(治療錯置)，難以發揮預期效益；(三)、假釋期程與刑期的不確定性使得藥癮處遇流程

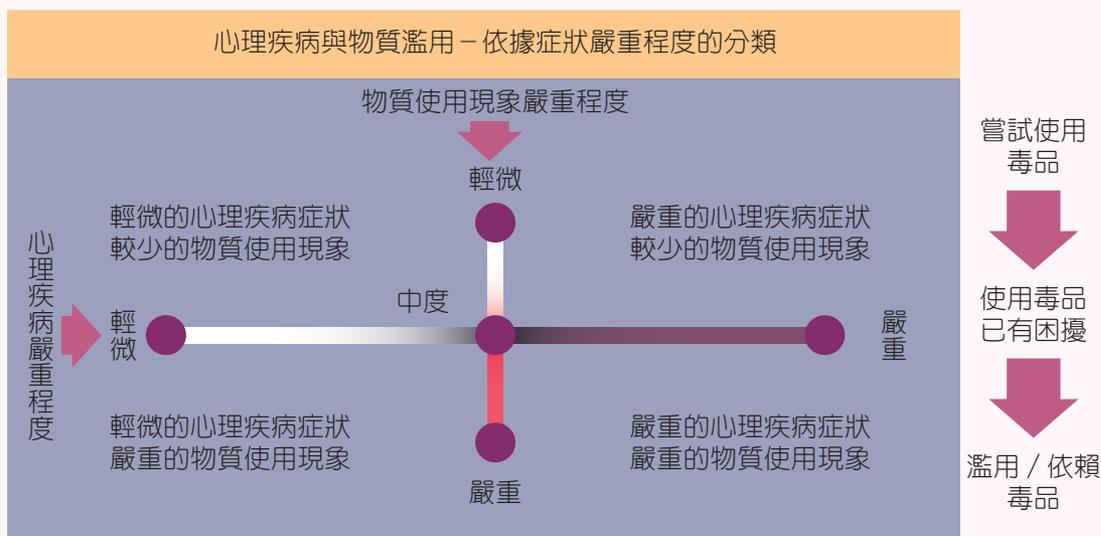


經常受到影響(包括提早結束療程、未如期核准但已完成原定戒癮處遇、另案加計後延長刑期…等),如何才能將此類干擾因素降至最低,讓療效因子得以留存;(四)、如何建立與觀護人(假釋後保護管束)、毒防中心個案師(期滿出監)的橫向聯繫與合作機制,才能進一步推動藥癮處遇的後續追蹤,以完成此戒癮心理門診計畫的最後一哩路;(五)、戒癮心理門診計畫有無可能發展成更為完整的「身心醫療處遇計畫」來替代,運用個案管理的精神來建構,甚至可延續至下次再入監後接續執行(而非出監就結案,再犯入監時便開新案),以符合當前的長照趨勢及思維。

其實,聯合國毒品與犯罪辦公室(United Nations Office on Drugs and Crime, 以下簡稱 UNODC)在 2017 的報告中載明,全世界有 2,950 萬人有濫用藥物成癮行為,而其中僅有約 1/6 的人有機會獲得不同程度的戒癮治療(UNODC, 2017);而一開始我們所提及的 NIDA(2018)手冊中也提及在美國僅約 10% 的藥物濫用者接受藥癮處遇的協助,專門針對司法系統而撰寫的手冊也說明不到 1/5 的藥癮者在美國各類矯正機關中有機會接受藥癮治療(NIDA, 2014)。

可見得,即便美國每年投入龐大戒癮治療費用,能夠有機會接受戒癮處遇的藥癮人口比例仍然相當有限,因此當我們試圖建構矯正機構內的戒癮模式時,亦須明白這是無法一日千里的任務,而是要隨著機關特色和地域環境差異,逐步透過實證研究來建構具有療效的戒癮模式才行。另外需提醒的是,無論是 UNODC 或 NIDA 所提及的戒癮處遇,其中有很大一部分是我們所謂的替代療法(maintain treatment)及醫藥服務(medical service),而非本文中專述之戒癮心理治療處遇。

未來,戒癮心理門診模式有無可能持續轉型並應用在「受觀察勒戒人」兩個月的短期處遇、應用在濫用酒精或酒癮患者身上、甚至對於賭癮與網路成癮等非物質使用障礙症亦有助益呢?就值得我們大家一起繼續努力探索。然而此刻,還有另一項念茲在茲須致力發展的戒癮專業處遇模式與任務得開始著手努力(如圖九,原文圖表請見附錄二),畢竟成癮問題與心理疾病之間的密切關係早已不言自明,對於成癮行為與其他心理疾病共病患者,如何根據不同疾病嚴重程度,來提供更適切與更完整的心理治療服務以促進患者的心理健康狀態(或能力),促使其擁有更佳的心理功能來因應環境的變化與挑戰,相信對於在矯正機關從事戒癮處遇的臨床心理工作者而言,定會是你我下一個階段心中共同的願景。



圖九：譯自 Case Western Reserve(2012): Clinical Guide– Integrated dual disorder treatment,p13.

陸、參考資料

一、主要參考資料

National Institute on Drug Abuse Publication. (1999). Principles of drug addiction treatment : A research-based guide (pp. 3-5).

National Institute on Drug Abuse Publication. (2009). Principles of drug addiction treatment: A research-based guide (2nd ed., pp. 2-5).

National Institute on Drug Abuse Publication. (2018). Principles of drug addiction treatment: A research-based guide (3rd ed., pp. 5-7). 2018.05.30. from: <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/preface>

National Institute on Drug Abuse Publication. (2014). Principles of drug addiction treatment for criminal justice populations : A research-based guide (pp. 1-5). 2018.05.30. from: <http://www.drugabuse.gov/PODAT/PODATIndex.html>

二、其他參考資料

蔡震邦 (2011)：是復發還是復原 - 藥癮治療的新思維實證研究下藥癮治療的發展趨勢。輔導季刊，47(3)，52-64。

蔡震邦 (2012)：抒寫自我探索團體之初探研究 - 如何運用正向心理學來改善藥癮者的自我概念。矯政期刊，1(2)，84-117。

蔡震邦 (2014)：安非他命造成的身心影響、治療策略與案例分享。矯政期刊，3(1)，72-96。

蔡震邦、鍾孟惠 (2018)：家庭系統保護因子對於成年藥癮者復原歷程作用之探討，矯政期刊，7(1)，133-156。

United Nations Office on Drugs and Crime. (2017). World drug report. Retrieved 05/30/2018 from [http:// https://www.unodc.org/wdr2017/index.html](http://https://www.unodc.org/wdr2017/index.html)

Case Western Reserve. (2012). Clinical Guide- Integrated Dual Disorder Treatment. Retrieved 05/30/2018 from [http:// https://www.centerforebp.case.edu/resources/tools/clinical-guide-for-iddt](http://https://www.centerforebp.case.edu/resources/tools/clinical-guide-for-iddt)

附錄一：NIDA 藥癮治療 13 點原則的修訂演進

Principles of drug addiction treatment – A Research-based Guide (1999)	Principles of drug addiction treatment – A Research-based Guide (2009, 2 nd ed.)	Principles of drug addiction treatment – A Research-based Guide (2018, 3 rd ed.)
*	Addiction is a complex but treatable disease that affects brain function and behavior.	Addiction is a complex but treatable disease that affects brain function and behavior.
No single treatment is appropriate for all individuals.	No single treatment is appropriate for everyone.	No single treatment is appropriate for everyone.
Treatment needs to be readily available.	Treatment needs to be readily available.	Treatment needs to be readily available.
Effective treatment attends to multiple needs of the individual, not just his or her drug use.	Effective treatment attends to multiple needs of the individual, not just his or her drug abuse.	Effective treatment attends to multiple needs of the individual, not just his or her drug abuse.
An individual’ s treatment and services plan must be assessed continually and modified as necessary to ensure that the plan meets the person’ s changing needs.	An individual’ s treatment and services plan must be assessed continually and modified as necessary to ensure that it meets his or her changing needs.	An individual’ s treatment and services plan must be assessed continually and modified as necessary to ensure that it meets his or her changing needs.
Remaining in treatment for an adequate period of time is critical for treatment effectiveness.	Remaining in treatment for an adequate period of time is critical.	Remaining in treatment for an adequate period of time is critical.
Counseling (individual and/or group) and other behavioral therapies are critical components of effective treatment for addiction.	Counseling—individual and/or group— and other behavioral therapies are the most commonly used forms of drug abuse treatment.	Behavioral therapies -including individual, family, or group counseling -are the most commonly used forms of drug abuse treatment.
Medications are an important element of treatment for many patients, especially when combined with counseling and other behavioral therapies.	Medications are an important element of treatment for many patients, especially when combined with counseling and other behavioral therapies.	Medications are an important element of treatment for many patients, especially when combined with counseling and other behavioral therapies.
Addicted or drug-abusing individuals with coexisting mental disorders should have both disorders treated in an integrated way.	Many drug-addicted individuals also have other mental disorders.	Many drug-addicted individuals also have other mental disorders.
Medical detoxification is only the first stage of addiction treatment and by itself does little to change long-term drug use .	Medically assisted detoxification is only the first stage of addiction treatment and by itself does little to change long-term drug abuse.	Medically assisted detoxification is only the first stage of addiction treatment and by itself does little to change long-term drug abuse.
Treatment does not need to be voluntary to be effective.	Treatment does not need to be voluntary to be effective.	Treatment does not need to be voluntary to be effective.
Possible drug use during treatment must be monitored continuously.	Drug use during treatment must be monitored continuously, as lapses during treatment do occur.	Drug use during treatment must be monitored continuously, as lapses during treatment do occur.

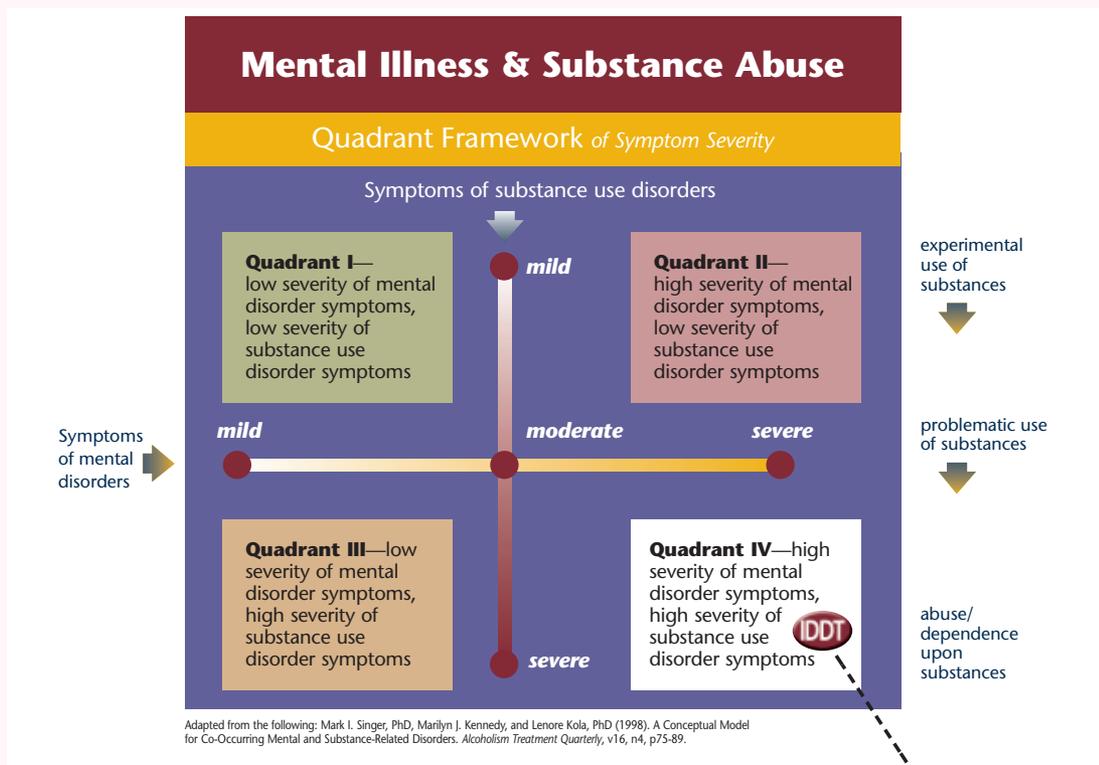
附錄一 (續) : NIDA 藥癮治療 13 點原則的修訂演進

Principles of drug addiction treatment – A Research-based Guide (1999)	Principles of drug addiction treatment – A Research-based Guide (2009, 2 nd ed.)	Principles of drug addiction treatment – A Research-based Guide (2018, 3 rd ed.)
Treatment programs should provide assessment for HIV/AIDS, hepatitis B and C, tuberculosis and other infectious diseases, and counseling to help patients modify or change behaviors that place themselves or others at risk of infection.	Treatment programs should assess patients for the presence of HIV/AIDS, hepatitis B and C, tuberculosis, and other infectious diseases as well as provide targeted risk-reduction counseling to help patients modify or change behaviors that place them at risk of contracting or spreading infectious diseases.	Treatment programs should test patients for the presence of HIV/AIDS, hepatitis B and C, tuberculosis, and other infectious diseases, as well as provide targeted risk-reduction counseling, linking patients to treatment if necessary.
Recovery from drug addiction can be a long-term process and frequently requires multiple episodes of treatment.	*	*

註 1 : 資料來源 : NIDA(1999 , 2009 , 2018) :Principles of drug addiction treatment – A Research-based Guide 手冊。

註 2 : * 係為「戒癮心理門診模式」依循 NIDA 不同版本進行修訂後，所參考融合之重要準則。

附錄二 : 圖九原文圖表



附錄三：2011 年、2015 年已發表論文海報，以及 2018 年 12 月將發表論文海報

實施戒癮心理門診的效益評估(第二年) --以戒治所藥癮者為例--

蔡震邦 法務部矯正署高雄戒治所

背景

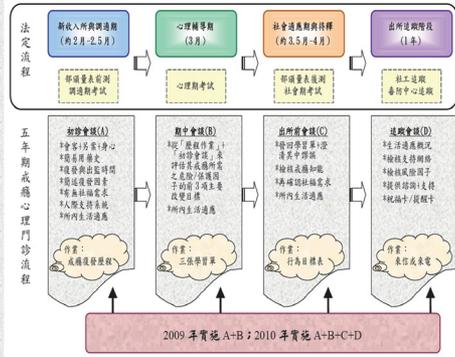
法務統計(2011)的資料顯示被裁定有罪的施用毒品犯(不一定入監所)，已從2005年的19,982人上揚至2010年的29,428人，上述數字中的累再犯比例，亦從70.7%(2005)提高至85.8%(2010)；呂源益、石玉華、王秀月(2008)則分析研究了1990-2006這17年來經過檢察調查發現的新生施用毒品人口的再犯總比率為55.19%，其中再犯施用毒品的時間集中在前二年，占35.13%，而未滿六個月即再犯者為13.89%；同時，若針對各地戒治處所接受強制戒治處分後直接出所的藥癮者來做分析，追蹤半年再犯毒品罪的比例十年平均值為9.0%，兩年內再犯則為31.4%。

藥癮者回歸社區後是否復發(再犯施用毒品罪)，的確有太多影響因素難以掌握與預測，不過，對於接受強制戒治處分的藥癮者，能否在其復原過程中提供更有效的戒癮治療處遇模式協助，則一直是想要釐清與改善的焦點。

方法

自2009年起開始陸續實施五年期「戒癮心理門診」計畫，2010年底已依進度完成第二年計畫(如圖)，為瞭解此計畫實施的成效良窳，分別將所服務過的417名受戒治人(如表一)，排除死亡、保外就醫、尚未出監/出所等因素後，區分為「未接受計畫」者52名，接受「第一年計畫」者91名接受「第二年計畫者」74名，共計217名。

同時，由於政府不同統計資料運用的基本假設互有差異，故將根據不同問題假設個別來進行多重列聯表分析、存活分析(僅計算社區戒癮期間)，以建立準確的效益分析。



圖：2009-2010「戒癮心理門診」計畫內容

表一：2009-2010受戒治人出所/出監半年追蹤情形(註1、註2)

追蹤半年有效樣本	未接受門診計畫 (52)		接受第一年門診計畫 (91)		接受第二年門診計畫 (74)	
	直接出所	接押徒刑後出監	直接出所	接押徒刑後出監	直接出所	接押徒刑後出監
217 單位(人)						
未再犯	23	8	59	12	54	12
再犯毒品罪 (A)	12	3	12	1	6	0
	15(28.85%)		13(14.29%)		6(8.11%)	
再犯非毒品罪 (B)	3	3	5	2	2	2
	6(11.54%)		7(7.69%)		4(5.41%)	
總再犯情形 (A+B)	15	6	17	3	8	2
	21(40.38%)		20(21.98%)		10(13.51%)	

註1：研究者2009-2010總服務受戒治人數共計417人，至2010年底出所/出監者，則為217人。
註2：本研究存活分析之數據，以本表資料為準。

表二：再犯毒品罪半年追蹤與法務統計資料的對照表(註1、註2)

項目	1999-2006 毒品再犯研究 呂源益等		五年期戒癮心理門診計畫	
	接受第一年計畫(2009)	接受第二年計畫(2010)		
有效樣本	232,717人	124人	105人	
6個月內再犯毒品罪	13.89% (32,324人)	10.48% (13人)	5.71% (6人)	

註1：本表並未排除另案接押後出監者，以符合呂源益等(2008)毒品再犯研究的相同基礎。
註2：本研究多重列聯表分析之數據，以本表資料為準。

結果

- 接受戒癮心理門診治療計畫直接出所者，出所後半年追蹤之毒品再犯(列聯係數.210, $p < .05$)、整體再犯(列聯係數.226, $p < .01$)情形皆低於未接受門診計畫者，同時第二年再犯低於第一年。
- 未能直接出所(續接另案徒刑者後出監)，無論是否接受戒癮心理門診治療計畫，多重列聯分析再犯情形皆未達顯著差異。
- 以存活分析來看，未接受門診計畫有效樣本半年存活機率为0.7436；第一年門診計畫樣本半年存活機率为0.7101；第二年門診計畫樣本半年存活機率为0.8750。

結論

- 多重列聯分析顯示，接受戒癮心理門診治療計畫直接出所者，半年追蹤復發現象優於未接受門診計畫者，同時第二年效益較第一年更佳；但未能直接出所者(續接另案徒刑者後出監)則無此差異存在。
- 存活分析顯示，接受第二年的存活機率为顯然高於未接受戒癮心理門診計畫與接受第一年計畫者，故本計畫值得繼續推動。



實施戒癮心理門診第三階段計畫的效益評估 --以戒治所毒癮者為例--

蔡震邦 法務部矯正署高雄戒治所

I. 背景

法務統計(2014)的資料顯示被裁定有罪的施用毒品犯(不一定入監所)，已從2005該年的19,982人上揚至2013年的27,705人，而上述數字中的累再犯比例，亦從70.7%(2005)提高至85.6%(2011)；法務統計(2014)的再犯資料顯示，2007年出獄之施用毒品受刑人半年再犯施用毒品罪者計有20.67%，累計一年為40.36%，累計兩年則為57.69%；同年直接出所受戒治人半年再犯施用毒品罪者計有8.59%，累計一年為24.75%，累計兩年為41.05%。上述結果顯示賦歸社會後兩年期間，實為毒癮者復發高峰期。

2009-2010實施兩年當時，已確認本計畫對戒治所毒癮者復發現象具有治療效益(蔡震邦, 2011)，隨著時間遞延與實務工作推展，修正從五年期目標(以時間為主)改為五階段模式(依實施內容為主)，目前刻正實施第三階段的戒癮心理門診計畫。

III. 結果

- 一、以生命表來看第一階段計畫有效樣本的存活機率半年0.6184、一年為0.4901；第二階段計畫存活機率半年0.6694、一年為0.5207；第三階段計畫存活機率半年0.7147、一年為0.5745。(如表一)
- 二、以戒癮心理門診三個階段來進行考驗，發現目前實施的第三階段存活機率優於第一階段($p=.0137, p<.05$)，遠顯著水準。(如表二)

表一：接受不同戒癮心理門診階段之受戒治人半年/一年存活機率

The table contains 3 life tables for different stages of the program.

Life Table 1: For P1 (Phase 1)

Interval	Number at Risk	Number of Events										
0	90	0	90	18	72	0	72	12	60	0	60	0
1	90	22	68	19	49	0	49	10	39	0	39	0
2	90	22	68	19	49	0	49	10	39	0	39	0

Life Table 2: For P2 (Phase 2)

Interval	Number at Risk	Number of Events										
0	111	0	111	22	89	0	89	14	75	0	75	0
1	111	25	86	23	63	0	63	14	49	0	49	0
2	111	25	86	23	63	0	63	14	49	0	49	0

Life Table 3: For P3 (Phase 3)

Interval	Number at Risk	Number of Events										
0	90	0	90	18	72	0	72	12	60	0	60	0
1	90	22	68	19	49	0	49	10	39	0	39	0
2	90	22	68	19	49	0	49	10	39	0	39	0

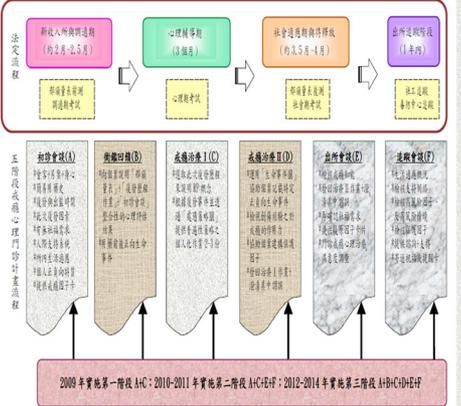
表二：運用存活分析進行不同戒癮心理門診階段的考驗比較

Comparison of survival functions using the Wilcoxon (Gehan) statistic

Group Label	Statistic	Total N	D.F.	1 Prob.	2 Prob.
Overall comparison	6.083	362	2	0.003	0.076
Pairwise comparison	1.125	362	1	0.278	0.604
Pairwise comparison	6.073	362	1	0.013	0.027

II. 方法

自2009年起開始實施「戒癮心理門診」計畫，2012年起進入第三階段計畫(如圖)，為瞭解此計畫實施的成效良窳，研究者將所服務過的728名受戒治人，排除死亡、保外就醫、尚未出監/出所等因素後，區分為接受「第一階段計畫」90名，接受「第二階段計畫」111名，接受「第三階段計畫」362名，共計563名；所有個案皆追蹤至2013年12月31日，運用存活分析生命Life Table來進行考驗。



圖：2009-2014「戒癮心理門診」計畫內容

IV. 結論

- 一、透過生命表之存活機率顯示，第三階段戒癮心理門診計畫優於前兩階段計畫，同時亦達顯著差異($p=.0478, p<.05$)，因此目前實施的模式具有更佳效益。
- 二、若將樣本再進一步區分為直接出所個案、接押出所個案，同時再犯亦細分再犯毒品罪、再犯非毒品罪，則可發現療效皆集中在降低「直接出所個案再犯毒品罪」部分；對於接押出所個案、再犯非毒品罪部分，存活機率皆未見一致性顯著效益。
- 三、從前項分析證實，各階段戒癮心理門診確實對於直接出所受戒治人具有治療效益/保護作用；第三階段的計畫甚至對此類個案效益可達三年。
- 四、不適當個案結束戒癮心理門診計畫，因刑案再押至其他監獄執行徒刑後出監(回到社會)，先前所接受之戒癮心理門診就會失去效益，其干擾因素則尚待釐清。
- 五、綜合論之，無論從半年存活機率/一年存活機率來看，隨著戒癮心理門診階段計畫的推展，受戒治人出所後存活機率皆隨之逐步提高，故本計畫值得繼續推動。



實施戒癮心理門診第四階段計畫的效益評估 --以戒治所毒癮者為例--

蔡震邦 法務部矯正署高雄戒治所

I. 背景

法務統計(2014)的資料中顯示被裁定有罪的施用毒品犯(不一定入監所),已從2005年底的19,982人上揚至2016年底的33,972人,而上述數字中的一年內的累再犯比例,則從40.0%(2005)下降至33.2%(2016);其結果除顯示出賦歸社會後一年期間,為毒癮者復發高峰期外,也說明了十年來雖然矯正機關及社區資源協力於戒癮治療工作並得到些許成效(再犯率下降),但入監毒品犯人口數仍居高不下因此,如何繼續提升戒癮療效實不可懈怠。

2009-2016實施戒癮心理門診8年期間,已兩次分階段確認本計畫對戒治所毒癮者復發現象具有治療效益(蔡震邦, 2011; 蔡震邦, 2015),隨著時間遞延與實務工作推展, 2015年開始實施第四階段的戒癮心理門診計畫,此刻仍需再次進行不同階段的療效驗證,以確認療效是否遞增。

II. 方法

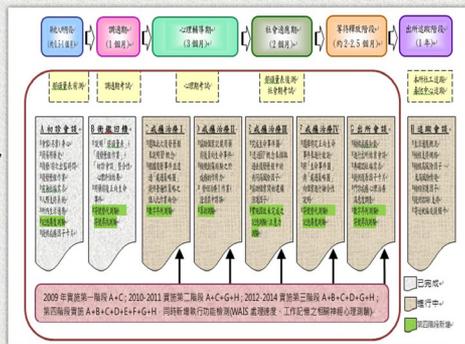
自2009年起開始實施「戒癮心理門診」第一階段計畫, 2010年為第二階段、2012年起進入第三階段計畫、2015年實施第四階段(如圖),為持續瞭解此計畫實施的成效良窳研究者將所服務過的1,193名受戒治人,排除死亡、保外就醫、尚未出監/出所等因素後,區分為接受「第一階段計畫」99名,接受「第二階段計畫」120名,接受「第三階段計畫」407名,接受「第四階段計畫」304名,共計930名(直接出所643名);追蹤至2017年9月30日,運用存活分析生命Life Table、百分比考驗來進行統計研究。

III. 結果

- 一、以生命表來看第一階段計畫有效樣本的存活機率半年0.6993、一年為0.5969;第二階段計畫存活機率半年0.7111、一年為0.5982;第三階段計畫存活機率半年0.7538、一年為0.6212;第四階段計畫存活機率半年0.8536、一年為0.6765。(如表)
- 二、同樣以生命表來看有效樣本的存活日期(中數),實施第一階段戒癮門診的存活日期中數是743.79天;實施第二階段戒癮門診的存活日期中數是856.96天;實施第三階段戒癮門診的存活日期中數是927.35天;實施第四階段戒癮門診的存活日期中數是941.90天。(如表)

IV. 結論

- 一、透過生命表之存活機率顯示,第四階段戒癮心理門診計畫優於前三階段計畫,因此目前實施的模式具有更佳效益。
- 二、若將樣本再進一步區分為直接出所個案、接押出所個案,同時再犯亦細分再犯毒品罪、再犯非毒品罪,百分比考驗則可發現療效皆集中在降低「直接出所個案再犯毒品罪」部分;對於接押出監個案、再犯非毒品罪部分,存活機率皆未見一致性顯著效益。
- 三、從前項分析證實,各階段戒癮心理門診確實對於直接出所受戒治人具有治療效益/保護作用;第三、四階段的計畫甚至對此類型個案效益可達兩年(百分比考驗)。
- 四、不過當個案結束戒癮心理門診計畫,因刑案再接押至其他監獄執行徒刑後出監(回到社會),先前所接受之戒癮心理門診就會失去原有效益,其干擾因素則尚待釐清。
- 五、綜合論之,無論從半年存活機率/一年存活機率來看,隨著戒癮心理門診階段計畫的推展,受戒治人出所後的存活機率皆隨之逐步提高,故本計畫值得繼續推動。



圖：2009-2016「戒癮心理門診」計畫內容

This subfile contains: 643 observations 直接出所

Life Table Survival Variable 毒品再犯 for 門診類別 = 1 第一階段門診											
Intvl	Entrng	Drawn	Exposed	Number	Number	Number	Number	of	Termi-	Progn	Cumli
Start	this	During	to	to	to	Surv	Surv	Prob-	Surv	Surv	Hazard
Time	Intvl	Intvl	Risk	Events	naing	viving	at	End	Densit	Rate	
0	60.0	1.0	60.5	8.0	-.1222	7777	7777	.0007	.0007	.0007	.0008
180.0	52.0	1.0	51.5	10.0	-.1942	8058	6993	.0009	.0009	.0012	.0012
360.0	41.0	0	41.0	6.0	-.1463	8537	5969	.0006	.0006	.0009	.0009
The median survival time for these data is 743.79											
Life Table Survival Variable 毒品再犯 for 門診類別 = 2 第二階段門診											
Intvl	Entrng	Drawn	Exposed	Number	Number	Number	Number	of	Termi-	Progn	Cumli
Start	this	During	to	to	to	Surv	Surv	Prob-	Surv	Surv	Hazard
Time	Intvl	Intvl	Risk	Events	naing	viving	at	End	Densit	Rate	
0	90.0	0	90.0	8.0	-.0889	9111	9111	.0005	.0005	.0005	.0005
180.0	82.0	0	82.0	18.0	-.2195	7805	7111	.0011	.0011	.0014	.0014
360.0	64.0	2.0	63.0	10.0	-.1587	8413	5982	.0006	.0006	.0010	.0010
The median survival time for these data is 856.96											
Life Table Survival Variable 毒品再犯 for 門診類別 = 3 第三階段門診											
Intvl	Entrng	Drawn	Exposed	Number	Number	Number	Number	of	Termi-	Progn	Cumli
Start	this	During	to	to	to	Surv	Surv	Prob-	Surv	Surv	Hazard
Time	Intvl	Intvl	Risk	Events	naing	viving	at	End	Densit	Rate	
0	271.0	2.0	270.0	27.0	-.1000	9000	9000	.0006	.0006	.0006	.0006
180.0	242.0	4.0	240.0	39.0	-.1625	8375	7238	.0008	.0008	.0010	.0010
360.0	199.0	0	199.0	35.0	-.1759	8241	6212	.0007	.0007	.0011	.0011
The median survival time for these data is 927.35											
Life Table Survival Variable 毒品再犯 for 門診類別 = 4 第四階段門診											
Intvl	Entrng	Drawn	Exposed	Number	Number	Number	Number	of	Termi-	Progn	Cumli
Start	this	During	to	to	to	Surv	Surv	Prob-	Surv	Surv	Hazard
Time	Intvl	Intvl	Risk	Events	naing	viving	at	End	Densit	Rate	
0	221.0	0	221.0	7.0	-.0317	9683	9683	.0002	.0002	.0002	.0002
180.0	214.0	6.0	211.0	29.0	-.1385	8815	8536	.0006	.0006	.0007	.0007
360.0	183.0	19.0	173.5	36.0	-.2075	7925	6765	.0010	.0010	.0013	.0013
The median survival time for these data is 941.90											

表：接受戒癮心理門診不同階段之受戒治人半年/一年之存活分析生命表