

【第 8 卷】第 1 期

矯正

Journal of Corrections

ISSN : 2224-1205

DOI : 10.6905/JC



出版日期：民國 108 年 3 月



法 務 部
Ministry of Justice



矯政

Journal of Corrections

出版日期：民國 108 年 3 月



【第 8 卷】第 1 期

本期要目

Articles

3 科學實證毒品處遇之執行與策進作法

Multiple Drug treatment program in Taichung prison: Toward a Comprehensive drug treatment model

.....楊士隆 Shu-Lung Yang、戴伸峰 Shen-Feng Tai、巫梓豪 Tzu-Hao Wu

40 科學實證戒毒模式成效分析 - 以雲林監獄科學實證戒毒班為例

Analysis of the effectiveness of scientific empirical drug rehabilitation model – A case study of Science Empirical Drug Rehabilitation Class of Yunlin Prison

.....許韋瀚 Wei-Han Hsu、林慧婷 Hui-Ting Lin

73 符合科學實證精神的制度：概述毒品法庭的組成與執行

An Evidence-Based System: An Overview of the Composition and Practice of Drug Courts

.....傅雅樺 Ya-I Fu

105 以毒品防制議題之健康傳播訊息訴求分析

The Analysis of the Health Communication Message Appeals on the Issue of Drug Prevention

.....林欣慧 Shin-Huei Lin

121 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 Correction Institute

.....蔡震邦 Cheng-Pang Tsai



科學實證毒品處遇之執行與策進作法

Multiple Drug treatment program in Taichung prison: Toward a Comprehensive drug treatment model

楊士隆

國立中正大學犯罪防治學系特聘教授
台灣藥物濫用防治研究學會理事長

戴伸峰

國立中正大學犯罪防治學系副教授

巫梓豪

台灣藥物濫用防治研究學會秘書



摘要

楊士隆、戴伸峰、巫梓豪

美國國家藥物濫用研究所（NIDA）2012 年發佈藥物濫用成癮處遇準則，指出藥物濫用處遇之組成包含家庭介入、職涯發展、衛生教育與法律諮詢等，不侷限於醫療治療。因此，本研究依據前項科學化處遇原則，規劃毒品犯多元戒治輔導處遇計劃，並於法務部矯正署台中監獄進行兩期方案介入及測試，以達減少毒品犯再犯之目標。

此項毒品犯多元戒治輔導處遇計劃於收容受刑人數最多之台中監獄進行，第一期計劃實施期間自 2017 年 4 月 1 日至 106 年 7 月 31 日止，第二期計畫實施期間自 2017 年 9 月 5 日至 11 月 30 日止，每堂課程規畫 3 小時，參與第一期計劃之毒品犯共 14 位，參與第二期計劃之毒品犯則有 16 位。課程主題包括用藥影響與法規、愛滋病（HIV）與健康教育、正確藥物的使用、醫療諮詢等，團體課程則包含非理性思考的介入、家庭與同儕間的溝通技巧、職涯發展與財務管理等。

除此之外，為有效得知計畫實施之成效，針對參與學員進行前、後測問卷調查。實施結果發現參與處遇後之受刑人不僅在家庭依附關係與生活態度等面向有所改善，更重要的是，研究參與者對於自己未來的戒癮動機亦有所提升，大幅強化其日後執行戒癮計劃之意願。

關鍵字：毒品犯、多元戒治、輔導處遇



Abstract

[Shu-Lung Yang 、 Shen-Feng Tai 、 Tzu-Hao Wu]

NIDA (2012 revised) published the Principles of Drug Addiction Treatment: A research-based guide, and emphasized that the components of comprehensive drug abuse treatment should include family intervention, career development, legal and financial consults., not limited to medical therapy itself. As a result, the comprehensive treatment program for drug offenders in Taiwan is proposed by the author and implemented followed the principles and guideline of NIDA.

The multiple treatment program for drug offenders is administered in Taichung Prison, the biggest prison in terms of capacity in Taiwan. The first program started from 1 April to 31 July, 2017, with 14 drug offenders; the second program started from 5 September to 21 November, 2017, with 16 drug offenders. The major treatment courses include drug influence and law regulation, HIV and health education, accurate drug use, medical consults..., and a serial of group therapy courses include irrational thinking intervention, communication skills for family and peers, career development and financial management are provided.

Besides, needs assessment of the drug offenders and pre-test and after-test of the effectiveness evaluation designed by the author are administered. The results show that not only the family relations and the outlook on life are improved, but also the motivation and the willingness for participating drug abuse treatment are enhanced.

Keywords : drug offender, treatment, program



壹、前言

一、問題背景

根據聯合國毒品及犯罪辦公室（United Nations Office on Drugs and Crime, 以下簡稱 UNODC）於 2017 年 6 月所發布的年度報告可以發現，從 2006 年至 2015 年間，全世界 15-64 歲人口中曾施用過毒品之人數由 2.08 億逐年成長為 2.55 億，增加將近五千萬人；除此之外，成癮情況符合「問題吸毒者」（problem drug users）定義之毒品施用者則高達 2,950 萬人（UNODC, 2017）。縱使世界各國已陸續投入大量資源於毒品防治工作中，毒品問題始終未能得到有效控制，毒品施用者之數量不減反增。

由 UNODC 發布之最新統計資料可以得知，全世界 15-64 歲人口中約有 1,200 萬名毒品施用者係藉由針筒注射方式吸毒，而注射吸毒者是愛滋病和肝炎的高風險群體，在這當中感染愛滋病者約有 160 萬名，患有 C 型肝炎者約有 610 萬名，同時患有愛滋病與 C 型肝炎者則約有 130 萬名。另外，在 2015 年至少有 19 萬名毒品施用者因劑量過重、混合使用毒品等因素死亡；若將因施用毒品而死亡者依照五大洲加以分類，數量最高者為亞洲，其次則為美洲（UNODC, 2017）。毒品對於公共衛生與個人健康所造成的傷害無疑是災難性的，而亞洲國家在毒品防制方面顯然仍有改善空間。注射吸毒者常會面臨與不安全吸毒有關的嚴重健康危害，造成總體健康狀況不佳，相較於一般正常人而言亦更有可能過早死亡。毒品問題之解決早已刻不容緩，需要國家政府、專家學者與社會大眾持續努力。

由表 1 檢視我國近五年監獄新入監受刑人罪名情形可以發現，違反毒品危害防制條例之犯罪人數常居於第一、二名，顯示毒品犯在所有監獄受刑人中屬於大宗。

表 1：監獄新入監受刑人罪名

項目別	103 年		104 年		105 年		106 年		107 年 (1~10 月)	
	排名	人數	排名	人數	排名	人數	排名	人數	排名	人數
新入監受刑人		34,385		33,864		34,492		36,199		30,333
毒品危害防制條例	2	9,681	2	9,740	1	10,933	1	11,699	1	9,280
施用毒品		7,083		7,271		8,619		9,320		6,454
公共危險罪	1	10,168	1	10,210	2	9,770	2	9,746	2	8,287
竊盜罪	3	4,601	3	4,393	3	4,155	3	4,315	3	3,685
詐欺罪	4	1,651	4	1,616	4	1,920	4	2,510	4	2,419
傷害罪	7	882	5	889	5	996	5	1,081	5	956
槍砲彈藥刀械 管制條例	6	914	7	841	6	851	6	890	6	739
妨害性自主罪	5	915	6	847	7	693	7	748	7	615
偽造文書印文罪	8	670	8	590	8	512	9	477	9	379
侵占罪	9	528	9	467	9	469	8	479	8	446

說明：本表係各年前十大罪名，以“-”表示在當年非前十大罪名。

另外，根據法務部民國 107 年 10 月公布之法務統計月報（表 2），各矯正機關毒品收容人人數從民國 96 年底的 20,710 人逐年增漲至民國 107 年 10 月底的 30,759 人，毒品收容人占總收容人口之比例亦從原有之 38.38% 攀升至 48.44%，幾乎每兩位矯正機關收容人就有一位涉犯毒品罪相關條文，由此可見我國毒品施用者數量之龐大，也反映出我國藥物濫用問題仍未得到有效控制。



表2：矯正機關收容人數

年月底別	總收容人數			監獄收容人			強制工作及流感訓受處分人		
	收容人數	監人口禁率	毒品收容人	計	受刑人	受及保押安候處執行者	計	強制工作	流感訓
96年底	53,965	235.1	20,710	41,475	40,461	1,014	922	470	452
97年底	63,203	274.4	25,956	53,553	52,708	845	963	567	396
98年底	63,875	276.3	27,538	55,948	55,225	723	577	577	—
99年底	65,311	282.0	28,301	57,769	57,088	681	544	544	—
100年底	64,864	279.3	28,329	58,119	57,479	640	456	456	—
101年底	66,106	283.5	29,227	59,315	58,674	641	405	405	—
102年底	64,797	277.2	29,204	59,066	58,565	501	345	345	—
103年底	63,452	270.8	28,893	58,167	57,633	534	285	285	—
104年底	62,899	267.7	29,506	57,458	56,948	510	219	219	—
105年底	62,398	265.1	30,500	56,551	56,066	485	153	153	—
10月底	62,714	266.6	30,370	56,987	56,385	602	164	164	—
11月底	62,655	266.3	30,543	56,715	56,198	517	162	162	—
12月底	62,398	265.1	30,500	56,551	56,066	485	153	153	—
106年底	62,315	264.4	30,590	57,184	56,560	624	113	113	—
1月底	60,125	255.4	29,509	54,871	54,350	521	150	150	—
2月底	61,127	259.6	30,061	55,753	55,066	687	145	145	—
3月底	61,430	260.9	30,113	55,962	55,488	474	132	132	—
4月底	61,618	261.7	30,069	56,185	55,503	682	133	133	—
5月底	61,950	263.1	30,238	56,502	55,743	759	135	135	—
6月底	61,978	263.1	30,298	56,683	56,080	603	136	136	—
7月底	62,445	265.1	30,559	57,080	56,450	630	130	130	—
8月底	62,467	265.2	30,616	57,196	56,595	601	129	129	—
9月底	62,564	265.6	30,741	57,305	56,728	577	128	128	—
10月底	62,367	264.7	30,632	57,238	56,627	611	119	119	—
11月底	62,437	264.9	30,717	57,228	56,657	571	112	112	—
12月底	62,315	264.4	30,590	57,184	56,560	624	113	113	—
107年10月底	63,499	269.3	30,759	58,803	58,180	623	114	114	—
1月底	61,611	261.4	30,271	56,668	56,111	557	106	106	—
2月底	61,129	259.3	30,081	56,364	55,624	740	102	102	—
3月底	61,275	259.9	30,113	56,392	55,764	628	95	95	—
4月底	61,800	262.2	30,294	56,825	56,167	658	98	98	—
5月底	62,159	263.7	30,440	57,210	56,630	580	97	97	—
6月底	62,345	264.5	30,428	57,319	56,719	600	100	100	—
7月底	62,634	265.7	30,542	57,498	56,906	592	104	104	—
8月底	62,999	267.2	30,820	57,937	57,438	499	112	112	—
9月底	63,073	267.5	30,652	58,242	57,618	624	114	114	—
10月底	63,499	269.3	30,759	58,803	58,180	623	114	114	—

說明：(1)監禁人口率=期末總收容人數/期末總人口數×100,000。

(2)毒品收容人含各類矯正機關毒品犯。

(3)收容在監獄之受保安處分人含監護、禁戒及強制治療受處分人。

根據我國法務部統計資料（表 3）顯示，民國 98 年至 103 年間離開矯正機關之毒品罪收容人總數為 9 萬 6,109 人，離開矯正機關後再犯施用毒品罪者共有 4 萬 1,928 人，再犯率仍高達 43.63%（法務部，2015）。

表 3：出獄（所）施用毒品收容人在犯施用毒品罪情形

截至 103 年 12 月底止			
收容人類別	出入 獄 （ 所 ） 數	出獄(所)後再犯人數及比率	
		再 犯 人 數	再 犯 比 率
無繼續施用毒品傾向 出所受觀察勒戒人	37,899	13,083	34.5
受戒治人	8,560	3,743	43.7
施用毒品罪受刑人	49,650	25,102	50.6

說明：本表再犯人數係指成年受觀察勒戒人無繼續施用毒品傾向出所、受戒治人出所及施用毒品罪受刑人出獄後再犯施用毒品罪，至統計截止日止經檢察官偵查終結，被提起公訴、聲請簡易判決處刑、緩起訴處分、職權不起訴處分及移送觀察勒戒或戒治等有犯罪嫌疑者。

我國在 1992 年頒布「肅清煙毒條例」取代既有的「戡亂時期肅清煙毒條例」，並增加自首且自願就醫戒治毒癮者，得不起訴之免受刑罰且無前科的規定，毒品施用者自始除去犯人身分，得以病人身分就醫；另在 1998 年實施更名的「毒品危害防制條例」將初次施用毒品者採取先觀察勒戒等戒治措施後處以不起訴處分該類行為人，另對戒治後五年內再犯者再行追訴監禁等刑罰模式，但毒癮者的累再犯率至 2006 年均高達 89%（李思賢，2008）。法務部於 2008 年 4 月修法，修正毒品危害防制條例，新增檢察官得依毒品危害防制條例及刑事訴訟法對施用第一級毒品者得緩起訴並加以社區處遇，正式將緩起訴附命戒癮法制化並推行至各地（楊士隆，2008），對照圖 1 顯示結合多元戒治方法的緩起訴附命戒癮治療獲得較佳成效，惟毒品施用者在監服刑雖有處遇課程，但尚缺乏嚴謹之實證研究其成效。

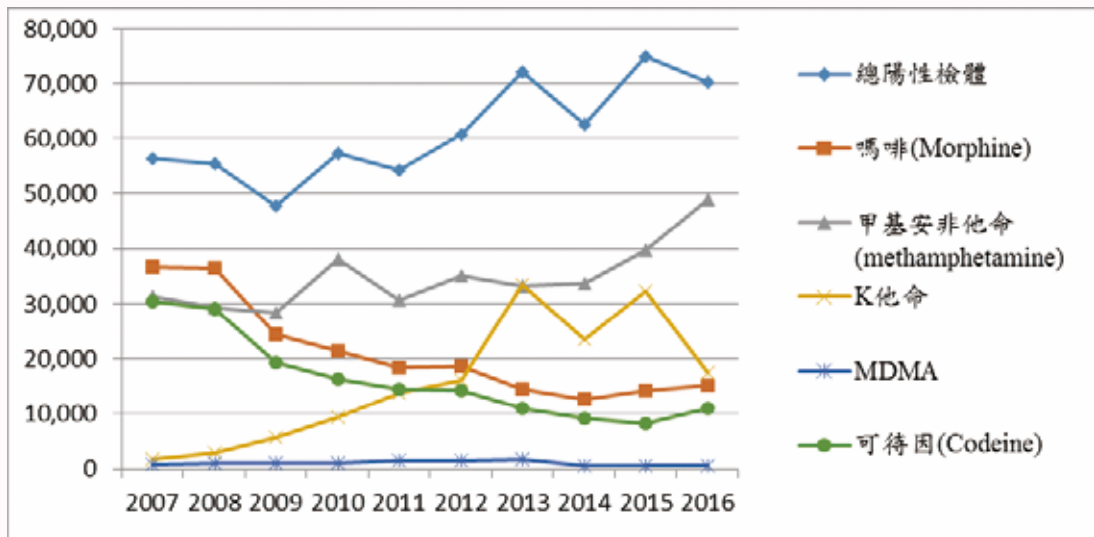


圖 1：2007-2016 年台灣「藥物濫用案件及檢驗統計資料」之尿液檢驗結果圖

綜上所述，毒品施用者不僅人數眾多，其再犯率亦高。毒品施用者反覆出入矯正機構，不僅造成矯正機構人滿為患，亦連帶影響矯正成效，更嚴重浪費司法資源。除此之外，藥物濫用問題更是衍生出許多社會、治安與公共衛生問題（楊士隆、李思賢、朱日僑、李宗憲，2013）。目前國內毒品犯輔導處遇方案較為零散，未完全臻於實證科學化及系統化，缺乏核心輔導處遇課程，致累再犯關鍵因子未能積極有效介入，有待科學實證整合以確保核心專業處遇。

二、研究目的

按照 Saenz 等人（2012）對藥物濫用處遇的實證評估，當代有效的藥物濫用處遇包含「解毒」與「復發預防」兩個階段。就毒癮戒治成效而言，「復發預防」階段比「解毒治療」階段更重要，復發預防期主要處理的問題包括個案的藥癮治療、公共健康以及社會安全，可界定為：削弱或減少酒精與毒品使用、促進健康與功能及減少公共安全（犯罪）與衛生（傳染病）的威脅（楊士隆等，2013）。而所有復發預防期皆有四個治療目標，包括：

- (1) 維持戒斷治療期之後的心理與情緒改善狀態
- (2) 減少並維持酒精與毒品的使用行為，最終達到完全戒除的目標
- (3) 透過教育、示範、與支持行為，以對個人健康、社會功能、以及減少社會安全與衛生之威脅
- (4) 改變原有的用藥生涯型態

由於較周延之處遇計畫組成要素應涵蓋心理健康諮商、法律諮詢、家庭關係、職涯發展、愛滋防治衛生教育等多重面向（NIDA, 2012），聯合國毒品及犯罪辦公室亦針對藥物濫用處遇提出多項具體建議，如科學與人權之整合、以康復治療取代懲罰、強化藥物濫用處遇專業人員實證能力之培養與促進藥物濫用防治相關知識之分享與宣傳等（Saenz et al., 2012）。惟目前監獄處遇介入雖多元，但尚缺乏科學評估。為此，本計畫依據科學研究原則，此著重於處理毒癮者成癮的相關因素，包括毒癮者心理健康、治療的意願與動機、職業發展、家庭關係、法律諮詢與財務管理、藥物使用與治療諮商等。處遇目標為強化毒品犯復原力與健康促進，達成預防再犯及重塑有意義之生涯發展為目標。

貳、文獻探討

一、司法戒癮模式之概況現況與困境

我國的毒癮戒治處遇主要依據「毒品危害防制條例」，將毒癮者定位為同時具有病人與犯人雙重身分之「病犯」（楊士隆等，2013）。然而，目前仍以司法體系承接毒癮者之戒癮處遇，受限於矯正機關內之專業人力與相關資源之不足，矯正機關內之毒癮戒治處遇成效始終遭受外界質疑。既然已將毒癮者界定為具有病人特質之犯人，如何透過司法與醫療兩者間之合作加強毒癮戒治處遇之成效無疑是一項重要議題，畢竟毒品所衍生出的種種犯罪問題不僅影響社會之安定，家庭與社會福利等問題更是加重整體社會成本。



一般而言，監獄因條件及資源受限，提供全方位的戒癮處遇是面臨多方困難與挑戰的，李宗憲與楊士隆（2010）檢視我國刑事司法戒治處遇制度之困境，指出我國在司法戒癮方面仍欠缺成癮性與毒癮改善程度之評估，尤其現行毒癮戒治處遇措施無法因應毒癮者之戒癮需求，更遑論完成毒癮戒治處遇後社會整體戒癮資源仍有待發展。現行毒品防治政策雖然將毒癮者視為病犯，將毒癮戒治處遇優先於刑事司法處遇，但在司法體系中仍存許多困境。例如對於司法體系而言，主要面對的挑戰在於專業人員之欠缺與核心戒治方案之不完備。專業人員包括精神科醫師、臨床心理師與社工師等，人員編制之不足不僅限制其專業發展，對於整體毒癮戒治成效亦造成阻礙。除了專業輔導人員之不足，臺灣現有司法體系仍缺少一套適宜的核心戒治方案，不僅毒癮戒治處遇模式仍有待摸索，相關配套措施亦相當缺乏。

二、毒品犯復歸

根據美國政府之官方統計數據，每一百名美國成年人，當中有一人被監禁；每年有高過七十萬人，從監獄中被釋放，而其中有三分之二的人，會在三年之內被逮捕。另依據美國國家酗酒和藥物依賴委員會（National Council on Alcoholism and Drug Dependence, NCADD）的資料，在美國有超過一半之州立監獄及聯邦監獄受刑人符合藥物依賴及濫用之標準。大約 95% 之受刑人於釋放後持續酗酒及使用毒品，大約 60-80% 之毒品犯於出監後觸犯新罪刑。

當犯罪人在復歸社會時失敗，再犯率居高不下，社會與經濟成本損失甚鉅。UNODC 將犯罪人復歸之問題歸納如下（UNODC, 2002）：

- （1）復歸是公共安全問題，犯罪人從監獄釋放後，若矯治無效會令社會產生更多安全問題
- （2）復歸是公共健康問題。從監獄中釋放出來的更生人可能攜帶傳染病如愛滋等，造成公共健康問題

- (3) 復歸是就業問題，從監獄釋放之犯罪人，一出獄即面臨失業問題
- (4) 復歸是心理健康與偏差行為問題，從監獄中釋放出來的更生人可能有藥物濫用或患有精神疾病，在失業、無資金治療之情況下面臨醫療問題
- (5) 復歸是少年司法問題，被釋放之未成年犯罪人往往不會重返校園
- (6) 復歸是家庭問題，從監獄釋放之犯罪人，面臨重新適應家庭等問題
- (7) 復歸是社會福利問題，從監獄釋放之犯罪人，面臨失業、疾病、無家可歸等問題，需要社會福利之援助

三、毒品犯再累犯與戒癮相關因素探討

在持續犯罪者的犯罪經驗中，重複罪名最高者為毒品（40%）、竊盜（33%），終止犯罪者與持續犯罪者最大區別為「使用毒品」及「偏差同儕」，終止犯罪者之所以終止犯罪往往係切斷與「偏差同儕」的交往，或因家庭事件導致對回歸家庭的渴望，積極扛起對家的責任感，以及停止「使用毒品」的行為（許淑雲、王俊毅、廖宏恩，2007）。

根據陳玉書（2013）於 2004 年至 2011 年間追蹤 960 名受刑人假釋賦歸社會後之再犯情況，並以客觀統計分析篩選出影響再犯的風險因子，其研究發現影響假釋再犯的主要因子如表 4 所示，包含性別、初犯判決有罪年齡、曾被撤銷處分、竊盜前科、初再犯、婚姻狀況、家庭依附與偏差友儕等，而次要因子則包括入監前之教育程度、子女數、與配偶子女同住、有罪判決次數、罪名種類數、低自我控制、職業等級、工作穩定性、遊樂生活型態、負向因應和處遇期間違規行為等變項。



表 4：影響假釋再犯的主要因子和次要因子

Logistic Reg. 主要影響因子	次要影響因子
性別	入監前教育程度
初次判決有罪年齡	子女數
曾被撤銷處分	與配偶子女同住
竊盜前科	有罪判決次數
初再犯	罪名種類數
婚姻狀況	低自我控制傾向
家庭依附	職業等級
偏差友儕	工作穩定性
	遊樂生活型態
	負向因應
	違規行為

另由楊冀華（2017）於 2000 年至 2014 年間追蹤 1,449 名接受司法處遇之毒品施用者發現，主要影響再犯主要因子為性別、年齡、不良友伴、戒毒經驗，而保護因子為年齡較長、有工作、較少不良友伴、施用成癮性較低之第二級毒品與素行較佳者，如表 5 所示。

表 5：毒品施用者接受司法處遇影響再犯與保護因子

Logistic Reg. 主要影響因子	保護因子
性別	年齡較長
年齡	有工作
不良友伴	較少不良友伴
戒毒經驗	施用成癮性較低之第二級毒品
	素行較佳者

四、毒品犯施用與戒癮相關因素

（一）戒癮經驗

曾戒癮者的第一次使用海洛因迄今之時間愈長，毒品依賴程度愈深（顏正芳，2002；顏正芳，2003；江振亨，2009）。不同毒品施用者的戒癮經驗，有不同分布，顏正芳（2003）調查受觀察勒戒者發現海洛因使用者占 63.3%、安非他命使用者占 24.8%，搖頭丸使用者占 7.3%。楊士隆等人之研究亦有類似但較低比例的調查結果，施用毒品遭逮捕者自陳曾因施用毒品而住院或尋求醫療協助者，所占比例依序為海洛因施用者有 13.3%、安非他命施用者 13.2%、鎮靜劑施用者 7.7%、K 他命及搖頭丸施用者則不尋求醫療協助；調查亦發現曾至醫院戒癮者占全體毒品施用者 22.5%，因施用毒品造成其他問題而就醫者占 12.2%，送醫急診者占 6.7%（楊士隆、曾淑萍、李宗憲、譚子文，2014）。

（二）家庭關係與支持

在家庭衝突較多、家庭凝聚力、雙親的監控等（柯慧貞，2003），以及家庭支持度愈低，容易影響毒品施用者的是否施用毒品及戒治毒癮（江振亨，2009）；由於家人有使用毒品者，容易影響家庭成員對毒品的非理性認知而施用毒品，且戒治毒癮較困難（李思賢、傅麗安，2007）。

（三）友伴關係與支持

青少年同儕與次文化因素是藥物濫用相當重要的因素，青少年首次使用毒品的來源以朋友或同學為主（吳齊殷、高英美，2002；林瑞欽，2004；李思賢、傅麗安，2007；戴伸峰、曾淑萍、楊士隆，2011；楊士隆等人，2017）。成年人亦有此情況，易受友伴影響而施用毒品，戒癮時亦容易受吸毒友伴影響而復發（柯慧貞，2003；許春金、陳玉書、蔡田木、黃蘭瑛，2007；江振亨，2009；廖建堯，2010）。而楊士隆、戴伸峰、曾淑萍（2011）的研究亦有類似發現，藥物濫用者戒除毒癮之關鍵因素為得到家人支持及遠離吸毒友伴等。



（四）健康狀態與施用毒品

施用毒品初期會因藥理作用產生負面影響，長期則影響其生理與心理對藥物渴求的成癮性，更將直接或間接地造成毒品使用者的死亡，而個人的生、心理問題，如易憂鬱、沮喪的內化少年傾向使用藥品來穩定情緒或幫助睡眠（吳齊殷、高英美，2002），自我強度差、自重感愈低者有更高的非理性信念、渴求毒品與再吸毒意向，此外毒品施用者亦有較多身心共病（江振亨，2009）。

楊士隆等人調查施用毒品遭逮捕者，發現患有 B 型肝炎者占全體用毒者 2.5%、患有 C 型肝炎者占 11%、有 HIV 者占 4.9%，有心理疾病者占 11.4%，與末有用毒經驗的被逮捕者比較，患有 B 型肝炎者占全體用毒者 6%、患有 C 型肝炎者占 1.9%、有 HIV 者占 0.6%，有心理疾病者占 5.1%，因此，除 B 型肝炎外，曾用毒品遭逮捕者患有 C 型肝炎、HIV 及心理疾病的比例比末有用毒經驗的被逮捕者高（楊士隆、曾淑萍、李宗憲、譚子文，2014）。

（五）工作（經濟）狀態與施用毒品

依 Hirschi 主張的社會鍵（social bond）理論提到奉獻（commitment）與參與（involvement），指出當個人熱心於有興趣之工作與活動或投入於健康之活動時間較多，個人較不會從事犯罪活動。林瑞欽（2003）研究發現無固定工作者在引發吸毒慾望、再吸毒可能性及再吸毒意向之表現顯著較高。柳家瑞等人（2009）的研究指出，毒品施用者約有一半的工作狀態屬於無（待）業。

上所述，毒品成癮者除身體健康出現問題外，呈現許多心理失調與社會適應問題，包括認知扭曲、無聊感偏高、挫折感、自卑感高及憂鬱症狀、人際處理拙劣，家庭關係失能及生涯缺乏競爭力等（楊士隆，2016）。毒癮者生理、心理與社會適應問題，需進行多面向與系統化之戒治與輔導，以減少其再犯。

五、美國 NIDA 之處遇準則

美國國立藥物濫用研究所（NIDA, 2012）發表之毒品犯成癮戒治處遇原則提出 13 項有效藥癮處遇準則：

- 1、藥物成癮雖是一種影響大腦功能與個體行為的複雜疾病，具有高度再犯率，但依然是可以處遇的。
- 2、沒有任何一種藥癮處遇適用所有人，藥物濫用者個人需求的處遇、介入與服務，以及對藥物濫用者有正面影響的家庭、工作場所與社會是重要的。
- 3、藥癮處遇必須是一應俱全、容易取得且容易應用在生活上，否則某些潛在的病人將失去得到處遇的機會。
- 4、有效的藥癮處遇必須關照毒品成癮者的個人多重需求，而非僅在於藥物濫用方面，處遇內容不只在藥物濫用，還須提供其醫療、心理、社會、工作與法律問題方面的需求。
- 5、持續一段合適的時間的處遇是重要的，大部分的藥物濫用者接受藥物濫用處遇需持續 3 個月以上才有顯著地降低或停止其藥物濫用等問題行為；問題藥物濫用者則需更久的時間。
- 6、個別諮商以及（或）團體行為處遇是最普遍的藥物濫用處遇方式。
- 7、藥物處遇對許多藥癮者而言是重要的元素，特別是結合許多諮商與其他行為處遇，譬如對於鴉片類成癮者以丁基原啡因替代療法，搭配諮商與其他行為處遇有顯著改善的效果。
- 8、個別的處遇與服務計畫，必須被持續評估與調整，以適應其不斷改變的需求。由於個體的家庭處遇、親職教育、職涯發展、社會與法律需求不一，且個人的需求會隨時改變，不斷地調整計畫是重要的。
- 9、藥物濫用合併精神疾患者，需有合併的處遇方案。
- 10、藥物解毒僅是成癮處遇的第一步，無法影響長期性的藥物濫用行為。
- 11、處遇不必然是自願的才有效，家庭禁令、工作配套或刑事司法系統的強制處遇，亦能增加藥物濫用者的留置率，增加處遇介入的成功率。
- 12、處遇期間必須有持續的監控，以防止其再犯復發。
- 13、處遇方案應評估病人的 HIV/AIDS、B/C 型肝炎等其他傳染病，並提供降低風險的諮商，以幫助其調整或改變接觸或散播傳染性疾病的行為。

針對司法戒治藥癮案主，美國國立藥物濫用研究所（NIDA, 2014）亦修訂發表 13 項處遇的原則供刑事司法機構實施毒品犯戒治處遇之參考：

- 1、藥物成癮是影響行為的腦部疾病。
- 2、藥物成癮的恢復需要有效的治療，並處理伴隨時間而衍生的相關問題。
- 3、處遇必須持續較長的時間才能產生穩定的行為改變。
- 4、評估是處遇的第一步。
- 5、對刑事司法案主提供個別化需求服務，是藥物濫用處遇有效性的關鍵。
- 6、處遇期間的非法藥物使用應小心謹慎監測。
- 7、處遇應針對與犯罪行為有關的因素。
- 8、刑事司法監督應納入濫用藥物者的處遇規劃，處遇提供者應了解犯罪矯正管理者之要求。
- 9、對於藥物成癮者之持續關懷照顧非常重要，尤其是其即將重返社區時。
- 10、鼓舞案主正向行為與參與處遇計畫之獎勵和懲罰需平衡。
- 11、共同出現藥物濫用與精神健康問題的個案需要整合性毒癮戒治處遇策略。
- 12、醫療是毒品犯處遇的重要作為。
- 13、對於居住於社區及即將重返社區之毒品犯應教導其預防及處理嚴重及慢性病狀況如 HIV/AIDS、B/C 型肝炎及肺結核等。

文獻探討 – 美國NIDA建議之毒品犯周延處遇要件



圖 2 美國 NIDA 建議之毒品處遇周延組成要素

有效的處遇應配合個人需求，而非僅在於藥物濫用方面，還須提供其醫療、心理、社會、工作與法律問題方面的需求，依據 NIDA（2012）發表之毒品犯成癮戒治處遇原則，毒品犯之戒治原則必須是多元處遇，且周延之毒品處遇組成要素應涵蓋心理健康諮商、法律諮詢、家庭關係、職涯發展、財務管理、愛滋防治衛生教育、醫療諮詢等多重面向（如圖 2）。另參考聯合國處遇平台（TREATNET）之藥物依賴處遇與照護服務品質管制準則（Quality Standards for Drug Dependence Treatment and Care Services）（Saenz et al., 2012）及 NIDA 針對刑事司法案主提供之藥癮處遇 13 項原則（NIDA, 2014），建構科學實證之毒品犯處遇模式與實施計畫。

參、方案內容與實施

一、方案內容

本科學實證毒品處遇計畫於 2017 年 4 至 7 月在矯正署台中監獄實施第一期方案，針對 14 位參與學員進行前、後測問卷調查，並於實施後進行檢討，滾動修正計畫內容，除認為降低毒品渴求與非理性信念，改善人際（家庭／友伴）以及強化職涯發展與財務管理等，係成功達成藥物成癮者復歸社會之重要面向外，並認為強化個案深入訪談與評估及援用戒毒成功人士之協助等有助於提升戒癮成效，修正計畫內容如下：（如圖 3）。



圖 3 科學實證之毒品犯戒治輔導課程方案



第一期方案結束，完成檢討與滾動修正後，於 2017 年 9 月至 11 月在矯正署台中監獄推動第二期方案，針對 16 位參與學員進行前、後測問卷調查，實施後亦召開檢討會議，檢視方案成效並提出精進作法。

目前戒治所內針對受戒治人所安排的課程，除了加強生活規律性以外，動機晤談占多數時間，惟本方案課程時數有限，爰本方案在適用對象，在經過以毒品態度量表的調查與適度分類後，將課程聚焦於戒毒者降低毒品渴求與非理性信念等心理健康、人際（家庭／友伴）關係的改善、以及強化職涯發展與財務管理，以期降低使用毒品的危險因子，並提升其保護因子。

（一）學員遴選條件

以 12 月內即將出監之兼（純）純施用毒品受刑人，且經評估有高度戒癮需求者（評估量表擬以「毒品非理性態度及戒癮需求評估」問卷內容施測，人數以 15-20 名為限。

（二）遴選理由

根據楊士隆在 2010 年調查監獄內受刑人中毒品犯曾有的戒毒經驗，最多為接受觀察勒戒者占 76.34%，其次為接受強制戒治者占 41.6%（楊士隆、戴仲峰、曾淑萍，2010），顯示毒品受刑人非皆有施用經驗，建議限縮在因兼（純）施用毒品受刑人為宜，在監受刑人的戒癮經驗以觀察勒戒及強制戒治為大宗，以及入監前尚有附命戒癮緩起訴及觀察勒戒（強制戒治）之前置作為，基於有效性考量，宜將對象限縮有高度戒癮需求者。

（三）團體課程簡介

本方案所規劃之團體課程，設計個案自我探索、實作以及團體輔導，再加上個案探討的修正與建議個案，將更有助於整體效能的提升。

1. 降低毒品渴求與非理性信念等心理健康

戒癮首重降低毒品渴求與非理性信念等心理健康，惟課程需含介紹及探索、實作及團體輔導、再次實作與團體輔導，以習得並純熟強化心理健康。

2. 強化家庭、友伴關係與戒癮

家庭關係為人際關係的一環，惟原課程缺乏重要的友伴關係與戒癮關聯性，再加上介紹、探索、實作與團體輔導。

3. 職涯發展與財務管理

職涯發展的目的在於獲得穩定收入，與財務管理密不可分，建議整併，並透過課程所需介紹、探索、實作與團體輔導。

二、研究方法

刑事司法與犯罪學研究方法係以科學的方法研究犯罪人及刑事司法之運作，而科學的方法，包含非侵入性研究、實驗法、調查研究法、田野研究法、質性訪談研究等（許春金、楊士隆，2016）；資料處理方法包含次數分配、因素分析、平均數差異檢定等，茲將研究方法與資料處理方法分述如下：

（一）研究方法：調查研究法

研究者採用問卷、訪問、或觀察等技術，從母群體中搜集所需的資料，以決定母群體在一個或多個社會學（或心理學）變項上的現況，或各個變項之間的關係（王文科、王智弘，2005）；而調查研究法之類別依特質、對象、期間等不同，而有不同的種類，係為本研究採取之方法，研究者親自或因機關因素由該機關實地進行問卷調查。

（二）資料處理方法

本研究採用問卷調查法蒐集相關資料，先編列各變項並輸入電腦，然後統一依據編碼將變項輸入 SPSS 統計分析軟體進行分析，資料處理方法包含：

1. 以百分比、平均數、標準差等描述性統計，檢視樣本基本資料與特性。
2. 以平均數差異檢定分析研究參與者在參與計畫後的各生活態度及對毒品之態度及想法。
3. 以平均數差異檢定分析研究參與者參與計畫後的戒癮需求變化。



三、研究對象與樣本特性

本研究採用立意取樣，取樣原則如前段所述，第一期方案共有 14 位台中監獄的受刑人參與研究，第二期方案共有 16 位收容於台中監獄的受刑人參與研究，兩期方案共有 30 名研究參與者。

（一）年齡

研究參與者之年齡分布自 28 歲至 64 歲，研究參與者平均年齡約 45 歲，研究參與者年齡標準差為 9.61，主要年齡分布介於 30 ～ 40 歲及 50 ～ 60 歲。

（二）入監前主要居住地

本研究研究參與者來自法務部矯正署臺中監獄，因此大部分參與者之入監前主要居住大部分分布於中部地區，以臺中市為最多，占總比例 83.3%，其次為彰化縣占總比例 6.7%。

（三）教育程度

大部分研究參與者為初 / 國中學歷，所佔比例為 53.3%，其次為高中 / 職學歷者，所佔比例為 40%，本次研究參與者皆具備中等或中等以上學歷，教育可以成為在毒品防制工作上重要的部份。此外，本研究發現研究參與者有高達 70% 未完成其最高學歷，且未完成最高學歷者又以在低年級肄業者為多，顯示多數研究參與者會中斷學業生涯或中途轉向教育以外之選擇。

（四）宗教信仰

大部分研究參與者信仰佛教，其比例為 46%；無宗教信仰者，所佔比例為 39%，比例最少者為道教，占總比例之 15%。在信仰程度方面，56% 的研究參與者認為自己虔誠信仰者，33% 認為自己為信仰程度普通，11% 認為自己的信仰非常不虔誠，可以看出多數研究參與者仍對信仰有一定虔誠程度。

肆、毒品犯多元戒治輔導處遇計畫成效分析

為了瞭解研究參與者在參與本次「毒品犯多元戒治輔導處遇計畫」後，其「家庭成員互動感受」、「朋友互動感受」、「生活品質感受」、「對毒品之態度與想法」、「戒癮需求評估」等之變化，本研究以「計畫實施前（前測）」、「計畫完整參與後（後測）」為兩次施測依據，進行本次計畫之成效性評估量化分析。

為了確保計畫成效之效果單純性，前測後測兩次測驗所使用之量化研究工具完全一致，指導語之朗讀、測驗發放、回收順序、以及其他可能干擾計畫成效評估之隨機誤差變項皆獲得控制。因之，本部分之分析應可視為「毒品犯多元戒治輔導處遇計畫」之單純教育輔導成效，具高度參考價值。

一、量化研究工具前後測分析

（一）家人與交友狀況分析

從先行研究可以得知，藥物濫用者之家人也容易出現藥物濫用行為之共性，且家人出現藥物濫用行為往往導致藥物濫用者更難以擺脫藥物之控制，因之，本分析尚將家人之關係區分為：「未使用毒品之主要家人關係」以及「有使用毒品之主要家人關係」等兩部分分別詢問研究參與者之感受。題目相同，詳細題目陳述請參閱附件。分析結果如下段分述。

1. 研究參與者與未使用毒品主要家人之互動感受

表 4-1-1 研究參與者對「未使用毒品之主要家人的感受」得分平均數前測後測比較表

前後測		上課前，我發現當我遭遇困難時，可向他們求助	上課前，我樂意與他們討論各種事情以及分擔問題的方式	上課前，當我從事新的活動或發展方向時，他們能接受並支持	上課前，我滿意他們對我表達情感的方式及對我表達情緒後反應	上課前，我滿意他們與我共處時光的方式
前測	平均數	3.23	2.87	3.24	2.75	3.34
	標準差	.325	.428	.378	.711	.441
後測	平均數	2.81	3.09	2.98	3.37	3.52
	標準差	.714	.417	.437	.623	.245



從表 4-1-1 中我們可以發現：研究參與者參與完本次毒品犯多元戒治輔導處遇計畫後，在與未使用毒品之主要家人的家庭情感依附之品質感受上獲得了正向改善，代表渠等對於未使用毒品之主要家人之間的依附關係有了更為緊密且正向的社會鍵連結，此外本計畫亦提供了研究參與者另一條更為專業的求助人力管道，透過專業師資對研究參與者的教育以及分享，研究參與者更能夠面對自身所遭遇的困難，尋求適當且專業的協助，而不再是將求助對象，集中於未使用毒品之主要家人身上。我們可以這麼說：本戒治輔導計畫不但提供了研究參與者更的人際求助管道，也進一步提升研究參與者與家人在單純情感依附及互動上的品質。

2. 研究參與者與有使用毒品主要家人之互動感受

如表 4-1-2 所示：研究參與者在參與完本次毒品犯多元戒治輔導處遇計畫後，再與有使用毒品之主要家人的家庭情感依附之品質感受上同樣獲得了正向的改善，代表渠等對於有使用毒品之主要家人之間的依附關係有了更為緊密正向的社會鍵連結，然令人放心的是：研究參與者在自己面對困難時的求助對象方面亦出現反省感受，顯示渠等對於吸食毒品之主要家人建立了較中立且不依附的人際互動感受。對於未來不只是研究參與者本人的戒癮行動以及計畫，在渠等鼓勵吸食毒品主要家人一起參與戒毒的行動計畫上，當發揮更為有效且緊密之情感連結。

表 4-1-2 研究參與者對「有使用毒品之主要家人的感受」得分平均數前測後測比較表

前後測		上課前，我發現當我遭遇困難時，可向他們求助	上課前，我樂意與他們討論各種事情以及分擔問題的方式	上課前，當我從事新的活動或發展方向時，他們能接受並支持	上課前，我滿意他們對我表達情感的方式及對我表達情緒後反應	上課前，我滿意他們與我共處時光的方式
前測	平均數	2.64	2.04	2.12	2.24	2.25
	標準差	.520	.477	.533	.747	.240
後測	平均數	2.88	2.88	3.09	2.80	3.55
	標準差	.510	.510	.120	.456	.510

3. 研究參與者與未使用毒品主要朋友之互動感受

表 4-1-3 研究參與者對「未使用毒品之主要朋友的感受」得分平均數前測後測比較表

前後測		上課前，我發現當我遭遇困難時，可向他們求助	上課前，我樂意與他們討論各種事情以及分擔問題的方式	上課前，當我從事新的活動或發展方向時，他們能接受並支持	上課前，我滿意他們對我表達情感的方式及對我表達情緒後反應	上課前，我滿意他們與我共處時光的方式
前測	平均數	2.98	3.12	2.94	2.95	3.24
	標準差	.526	.471	.322	.242	.218
後測	平均數	2.92	3.37	3.33	3.32	3.57
	標準差	.529	.538	.488	.415	.427

上表 4-1-3 所示為研究參與者與「未使用毒品之主要朋友」的人際關係感受之前後測比較結果，由表可知：在本次的戒治輔導處遇計畫中，本計畫放入了大量的自我效能、人際關係互動、自我探索等課程，與過往著重「藥物行為終止」的計畫比較後可以發現，本戒治輔導處遇計畫更著重於幫助研究參與者建立一個「自我悅納」、「自我概念恢復」的自我狀態。從先行研究可以發現：藥物濫用者在與未使用毒品的朋友面前，容易因為自己吸食毒品的行為感到不好意思或是退縮，而這樣的退縮又進一步的加深了渠等與社會正常人際關係的隔閡，因之，如何透過自我效能感的建立及自信心回復，讓藥物濫用者能夠重新與未使用毒品之主要朋友重新建立更為穩固且正向的人際關係，由這些朋友協助藥物濫用者重新融入社會人際關係，將是有效降低藥物濫用者成癮行為的重要人際協助手段。

4. 研究參與者與使用毒品主要朋友之互動感受

從下表 4-1-4，研究參與者與「有使用毒品之主要朋友」的人際關係感受之前後測比較分析結果可知：研究參與者與有使用毒品的朋友之間的人際關係互動品質以及感受在參加完本次的戒治輔導處遇計畫後獲得一定程度之改善。



表 4-1-4 研究參與者對「有使用毒品之主要朋友的感受」得分平均數前測後測比較表

前後測		上課前，我發現當我遭遇困難時，可向他們求助	上課前，我樂意與他們討論各種事情以及分擔問題的方式	上課前，當我從事新的活動或發展方向時，他們能接受並支持	上課前，我滿意他們對我表達情感的方式及對我表達情緒後反應	上課前，我滿意他們與我共處時光的方式
前測	平均數	2.99	3.12	2.98	2.65	2.74
	標準差	.418	.120	.432	.561	.126
後測	平均數	3.12	2.98	3.24	2.96	3.24
	標準差	.248	.343	.369	.278	.420

值得注意的是本部分之評估對象為「有使用毒品之主要朋友」，因之與有使用毒品經驗之主要朋友間的人際關係感受改善是否意味著研究參與者將能夠更如魚得水、更水乳交融的與有使用毒品之主要朋友相處，這成為嚴重的問題。為了更精緻分析本現象，本研究比較表 4-1-3 以及表 4-1-4 後發現：研究參與者在對與「未使用毒品之主要朋友的人際關係感受」前後測之平均得分在所有題項皆比「有使用毒品之主要朋友的人際關係感受」前後測之平均得分要高。由此可以推測，整體上研究參與者對主要朋友間的人際關係感受獲得正向的提升，但是從提升的幅度來看：研究參與者對未使用毒品之主要朋友的人際關係感受依然較有使用毒品的主要朋友更為正向，也就是說研究參與者在參加完本次的多元戒治輔導處遇計畫後，對於未使用毒品之主要朋友的人際關係感受改善程度明顯較有使用毒品之主要朋友為高。我們可以推測：研究參與者在結束本次的計畫後，其人際關係重心以及正向感受將更易於轉向至未使用毒品之主要朋友身上，進一步降低渠等未來接近毒品並且重新染毒的機會。本部分的成效，本研究推測應為在本次的戒治輔導處遇計畫中，本計畫放入了大量的自我效能、自信、人際關係互動、自我探索等課程，與過往著重「藥物行為終止」的計畫比較後可以發現，本次的戒治輔導處遇計畫更著重於幫助研究參與者建立一個「自我悅納」、「自我概念恢復」的自我狀態。

5. 小結

從先行研究結果可以發現：藥物濫用者的人際關係在其戒癮或是持續用藥的行為中扮演十分重要的社會鍊結因素。許多關於藥物濫用者的自陳報告也顯示：遠離藥物濫用人際關係是有效戒除毒癮的重要方法。因知本次針對毒品犯所進行的多元戒治

輔導處遇計畫中，將計畫成效重點放置於這些有藥物濫用行為前科的研究參與者的人際關係感受，並且從「主要家人」以及「主要朋友」中的藥物濫用經驗為區分，共區分出四類型的人際關係，希望藉由本次處遇計畫的實施，改善研究參與者與未使用毒品之重要人際關係感受的改善並且建立研究參與者的自我信心與效能，使其更有能力去拒絕來自於有使用毒品經驗的家人或是朋友的藥物濫用誘惑。從針對主要家人以及主要朋友之分析結果可以發現，本次多元戒治輔導處遇計畫的確能夠有效的提升研究參與者對於未使用藥物之主要家人以及朋友之間的人際關係感受，其提升幅度明顯大於對有使用毒品的主要家人與朋友，由此足證本次多元戒治輔導處遇計畫之成效。

（二）生活品質之感受分析

針對研究參與者的生活情形以及渠等對生活品質的感受，本研究在量化研究工具中之第三部分以「生活品質之感受」為主要詢問領域，其主要目的為詢問研究參與者對於自己的生活品質、健康以及其他生活領域的感覺，共有 20 個題項，要求研究參與者以四點量表方式進行單選式的強制填答。題目及其理論歸群如下表 4-1-5 所示。

表 4-1-5 生活品質感受問卷題目及理論歸群

理論歸群因子	題目	備註
活動力指標	3 入監前您覺得身體疼痛會妨礙您處理需要做的事情嗎？	反向計分
	9 入監前您每天的生活有足夠的精力嗎？	
	11 入監前您有機會從事休閒活動嗎？	
	14 入監前您對自己從事日常活動的能力滿意嗎？	
	19 入監前您常有負面的感受嗎？（如傷心、緊張、焦慮、憂鬱等）	反向計分
人際意義感受	6 入監前您覺得自己的生命有意義嗎？	
	7 入監前您集中精神的能力有多好？	
	17 入監前您滿意自己的人際關係嗎？	
	20 入監前您覺得自己有面子或被尊重嗎？	
生活悅納感	1 整體來說，入監前您如何評價您的生活品質？	
	5 入監前您享受生活嗎？	
	10 入監前您能接受自己的外表嗎？	
	12 入監前您四處行動的能力好嗎？	
	13 入監前您滿意自己的睡眠狀況嗎？	
醫療需求滿足	4 入監前您需要靠醫療的幫助應付日常生活嗎？	反向計分
	18 入監前您對醫療保健服務的方便程度滿意嗎？	
生活滿意度	2 整體來說，入監前您滿意自己的健康嗎？	
	8 入監前在日常生活中，您感到安全嗎？	
	15 入監前您滿意自己的工作能力嗎？	
	16 入監前您對自己滿意嗎？	



如表 4-1-5 所示，因為生活品質感受題目為 20 題，其中依據其理論歸群可以區分為 5 大理論因子，經由研究主持人以及偕同主持人之雙重檢證，本理論歸群因子分類以及命名具有專家效度上之意義，故後續針對生活品質感受之分析皆以 5 大理論因子之為度進行分析，以求的更為清晰易懂之理論架構。經由專家效度檢證後，生活品質感受 5 大理論歸群因子之命名分別為「活動力指標」、「人際意義感受」、「生活悅納感」、「醫療需求滿足」、「生活滿意度」等，其中各因子之反應程度強弱以因子平均數為計算基準，得分越高代表研究參與者在該理論因子感受上的心理感受程度越強。因子命名及其意義詳述如下：

「活動力指標」：題項主要反應研究參與者在入監前對自己日常生活的行動力、活動狀況、精力等積極行為力之感受。

「人際意義感受」：題項主要反應研究參與者在入監前感受到自己在人際關係中的地位、滿意程度、是否受到尊重等。

「生活悅納感」：題項主要反應研究參與者在入監前對自己生活品質的正向感受程度、自我外表接受度、睡眠品質、生活整體評估等。

「醫療需求滿足」：題項主要反應研究參與者在入監前對醫療服務的需求以及滿意程度。

「生活滿意度」：題項主要反應研究參與者對於自身生活的整體滿意感受、安全感、工作能力以及自我狀態的滿意等。

為了瞭解研究參與者在參與完本次多元戒治輔導處遇計畫後，對於生活品質感受是否有不同的看法，本研究以前測後測之因子平均數進行比較，比較結果如下表 4-1-6 所示。

表 4-1-6 研究參與者之「生活品質感受」理論因子得分平均數前測後測比較表

前後測		活動力指標	人際意義感受	生活悅納感	醫療需求滿足	生活滿意度
前測	平均數	2.72	2.42	2.69	2.12	2.58
	標準差	.83	.66	.82	.75	.59
後測	平均數	2.85	2.73	2.52	2.04	2.53
	標準差	.22	.83	.76	.35	.55

如表 4-1-6 所示：研究參與者在參加完本次的戒治輔導處遇計畫後，對自己的「活動力指標」、「人際意義感受」、「生活滿意度」方面皆獲得正向的改善。其中值得注意的是，研究參與者在參加完本次的多元戒治輔導處遇計畫後，在「生活悅納感」的感受平均得分方面出現下降的結果。本研究推測這樣的下降可能來自於本次戒治輔導處遇計畫成功的開啓了研究參與者對於自身生活狀態的「反省態度」。透過計畫的執行效果，研究參與者在建立了足夠的自我信心以及人際期許後，開始正視自己的生活現象，從而表達出對於自己在入監前的藥物濫用生活評估的負向感受。研究參與者在參與完課程後，更願意以中立且負向的方式來評估自己入監前的藥物濫用型態生活，足以顯示渠等已經開始出現「反省」的深刻認知思維模式。此等改變對於渠等未來的藥物濫用行為戒治的心理奠基，已經具有成功的潛移默化之效。

（三）入監前對毒品的態度與想法

量化工具的第四部分主要針對研究參與者在入監前對於毒品的態度與想法，以 26 項題目要求研究參與者進行四點量表的強制單選式評估，非常同意（4）到非常不同意（1）為計分原則。其主要目的為詢問研究參與者在入監前對於藥物的看法及概念，尤其在本次的戒治輔導處遇計畫實施前，研究參與者對於毒品是否具有不正確的認知。

與生活品質感受相同，由於 26 個題目在理論上具有可歸群性，經由研究主持人亦以及偕同主持人的雙重檢證後，本部分將 26 個題目歸群為 5 個理論因子群，歸群如下表 4-1-7 所示。



表 4-1-7 入監前毒品態度想法問卷題目及理論歸群

理論歸群因子	題目
持續用毒需求	3 我沒有辦法抗拒毒品 / 藥物的誘惑
	9 我已經沒辦法處理我的毒癮問題了
	20 我沒有辦法脫離毒品 / 藥物而生活
	25 我想維持固定可靠的毒品供應
毒品心理依賴	6 我無法控制對毒品渴求的慾望
	10 我將永遠沒辦法控制對毒品渴求的慾望
	11 沒有使用過毒品的人，是不能體會那種對毒品渴望的感覺 (所以你們不能夠期待我可以忍受)
	18 對毒品渴求的慾望大過於我的意志力
毒品生理依賴	17 如果對毒品的渴求很強烈，喝酒是可以代替的方法
	23 早上醒來後，想要先使用一下毒品 / 藥物後再說
	24 使用毒品久了，我的抗藥性會增加 (要更多的量才有同樣的效果)
	26 我需要使用毒品來放鬆自己
戒癮行動動機	2 我需要協助，讓我可以處理毒癮問題
	7 我很努力在改變我的毒品 / 藥物使用行為
	13 我已經準備好開始改變我的毒品 / 藥物使用行為
	14 我曾經找尋一些方法處理我的毒癮問題
	15 我已經計劃好如何去處理我的毒癮問題
毒癮傷害性認知	21 我已經主動地去戒癮或停止施用毒品 / 藥物
	4 毒癮問題已經嚴重影響到我和家人的互動
	5 我知道我有毒品 / 藥物使用問題
	8 我的毒品 / 藥物使用行為傷害到其他人
	12 毒癮問題已經對我的生活產生很大的影響
	16 當我真的對毒品有渴求時，我是無法做任何事情的
	19 我的毒品 / 藥物使用行為導致太多傷害
	22 毒癮問題已經嚴重影響到我的健康

上表 4-1-7 之理論因子歸群之命名及題項意義詳述如下：

「持續用藥需求」：題項主要反應研究參與者對於毒癮戒除缺乏信心、認為自己無法擺脫藥物、戒癮失敗等面因素想法，分數越高代表其持續用毒需求之自我評估越高。

「毒品心理依賴」：題項主要反應研究參與者對於毒癮的渴求以及心理依賴的慾望。分數越高代表研究參與者對於毒品的心理依賴情況越嚴重、越無法拒絕毒品的心理渴求。

「毒品生理依賴」：題項主要反應研究參與者在生活以及生理層面上受到毒癮的影響程度，分數越高代表研究參與者自評自己的生理狀態受到毒品的影響程度越高、越負面。

「戒癮行動動機」：題項主要反應研究參與者是否已經準備好要戒除毒癮，或是已經出現戒除毒癮的行為以及計畫。分數越高代表研究參與者想要成功戒除毒癮的動機以及行動力越高。

「毒癮傷害性認知」：題項主要反應研究參與者對於吸毒／藥物濫用行為的傷害性認知，此傷害包括自己的健康、以及人際關係方面造成其他人的傷害等。分數越高，所造成的傷害自我評估程度越高。

接下來為了瞭解研究參與者在參與完本次多元戒治輔導處遇計畫後，對於毒品的態度以及想法是否發生變化，本研究以前測後測之理論歸群因子平均數進行比較，比較結果如下表 4-1-8 所示。

表 4-1-8 研究參與者之「毒品態度及想法」理論因子得分平均數前測後測比較表

前後測		持續用毒需求	毒品心理依賴	毒品生理依賴	戒癮行動動機	毒癮傷害性認知
前測	平均數	1.57	1.73	2.05	2.76	2.52
	標準差	.56	.48	.66	.98	.69
後測	平均數	1.03	1.36	1.61	3.56	2.35
	標準差	.48	.68	.77	.61	.79

從上表 4-1-8 的分析結果可以發現：研究參與者在「持續用毒需求」、「毒品心理依賴」、「毒品生理依賴」、「毒癮傷害性認知」等四項因子之平均得分節出現後測分數較前測分數下降的結果。如前所述，此四項因子主要乃要求研究參與者評估自己在藥物濫用方面的負向行為，得分越高代表藥物濫用／毒癮問題越嚴重，因此分數下降代表情況改善。此項分析結果充分反應出研究參與者在接受了本次的毒品犯多元戒治輔導處遇計畫課程後，對於持續用毒需求、毒品的生心理依賴等負面的成癮依賴感受皆獲得改善。在毒癮傷害性認知部分，由於本次課程中加入了醫學專業領域課程，讓研究參與者從真實的藥理學以及醫學層面認識藥物，不再是從自己本身的經驗去幻想或是誇大藥物的作用，從更正確、更具有醫療意義層面去瞭解藥物，也能夠更



進一步的堅定渠等在藥癮戒除方面的信心。

最值得注意的是：在經過本次毒品犯多元戒治輔導處遇計畫課程的實施後，研究參與者在「戒癮行動動機」上之因子平均得分出現明顯的改善。從這樣的結果我們可以推測，研究參與者在本次的課程中不但能夠學習到關於藥物 / 毒品的正確藥理性、醫學知識、也建立了藥物關連的法律責任知識，更重要的是透過了人際以及自我信心培訓課程，研究參與者對於自己未來的戒毒行為提高了動機，也表示自己更能夠願意展開戒癮的行動計畫，此部分之結果呈現乃本次計畫最重要的成果展現。

（四）研究參與者之醫療戒癮需求調查分析

與「入監前對毒品的態度與想法」問卷相同，由於醫療戒癮需求之 25 個題目在理論上具有可歸群性，經由研究主持人以及偕同主持人的雙重檢證後，本部分將 25 個題目歸群為 4 個理論因子群，歸群如下表 4-1-9 所示。各理論因子歸群及命名之概念詳述如下：

「戒癮計畫執行」：題項主要反應研究參與者是否已有戒癮計畫以及曾有戒癮計畫之執行，分數越高代表其執行戒癮計畫之動機越堅定。

「毒癮危害知覺」：題項主要反應毒癮 / 藥物濫用對研究參與者造成的危害自覺。分數越高代表研究參與者越認為毒品對自己傷害越大，同時也反應出研究參與者對藥物涉入程度的深淺。

「戒癮失敗自覺」：題項主要反應研究參與者對於戒除毒癮的擔憂、負面思維、失敗的自覺反應。分數越高代表研究參與者對於自己的戒癮越沒有信心、擔心自己無法脫離藥物生活等。

「毒癮傷害延伸性認知」：題項主要反應研究參與者對於自己的毒癮 / 藥物濫用行為所造成的延伸性傷害知覺，包含人際關係、生活整體、自我生命健康等，分數越高代表其自覺之傷害程度越大。

表 4-1-9 戒癮需求評估問卷題目及理論歸群

理論歸群因子	題目
戒癮計畫執行	7 我很努力在改變我的毒品 / 藥物使用行為
	10 我已經很努力在改善我的毒癮 / 毒癮問題
	11 我真的很想要改變我的毒品 / 藥物使用行為
	13 我已經準備好開始改變我的毒品 / 藥物使用行為
	14 我曾經找尋一些方法處理我的毒癮 / 毒癮問題
	15 我已經計畫好如何去處理我的毒癮 / 毒癮問題
	21 毒癮 / 毒癮問題已經嚴重影響到我身體健康
	23 我已經試圖開始改變我的毒品 / 藥物使用行為
毒癮危害知覺	25 有時候我想要控制我的毒品 / 藥物使用行為
	1 我每天使用毒品 / 藥物的次數真的太多了
	5 我知道我有毒品 / 藥物使用問題
	12 毒癮 / 毒癮問題已經對我的生活產生很大影響
	16 我的毒品 / 藥物問題其實挺嚴重的
	22 如果不快改變我的毒品 / 藥物使用行為，我的問題將會越來越糟
	24 我使用毒品 / 藥物的量真的太多了
戒癮失敗知覺	2 我需要協助，讓我可以處理毒癮 / 毒癮問題
	3 我沒有辦法抗拒毒品 / 藥物的誘惑
	6 我有嚴重的毒品 / 藥物使用問題
	9 我已經沒辦法處理我的毒癮 / 毒癮問題了
	19 我沒有辦法脫離毒品 / 藥物而生活
毒癮傷害延伸性認知	4 毒癮 / 毒癮問題已經嚴重影響到我和家人的互動
	8 我想我的毒品 / 藥物使用行為傷害到其他人
	17 我的毒品 / 藥物使用行為導致太多傷害
	21 毒癮 / 毒癮問題已經嚴重影響到我身體健康

接下來為了瞭解研究參與者在參與完本次計畫後之戒癮需求變化，本研究以前測後測之理論歸群因子平均數進行比較，比較結果如下：

表 4-1-10 研究參與者之「戒癮需求評估」理論因子得分平均數前測後測比較表

前後測		戒癮計畫執行	毒癮危害知覺	戒癮失敗自覺	毒癮傷害延伸性認知
前測	平均數	3.64	3.37	2.84	3.26
	標準差	1.26	1.02	.67	1.28
後測	平均數	3.94	2.64	2.32	2.99
	標準差	1.11	.95	.66	1.00

如表 4-1-10 所示，研究參與者在完整參加完本次的毒品犯多元戒治輔導處遇計畫後，對於「毒癮危害知覺」、「毒癮傷害延伸性認知」兩項因子之平均得分皆下降。



此外，研究參與者對於「戒癮計畫執行」的認知平均得分上升。從上述結果我們可以發現：研究參與者對於毒癮有了較為藥理性以及生理性的正確看法，瞭解到只要願意接受治療、在生理、心理的專業人力協助下，毒癮的戒癮是可以成功的，也更進一步提高渠等參與戒癮計畫的動機以及行動持續性。較為意外的結果為：「戒癮失敗自覺」得分呈現上升代表研究參與者在經過課程後反而覺得自己可能會戒癮失敗。本研究推測這樣的結果可能導因於研究參與者在對毒癮有了正確的認識與瞭解後，產生再次吸毒的憂慮以及恐懼，對自己的行為掌控缺乏自信，應可作為是一種對於戒癮的「求助訊號」！

伍、結論與建議

一、結論

本次毒品犯多元戒治輔導處遇計畫，以全新的連貫式理念，綜合先行研究以及國外相關專案實施成果進行綜合研究後，先抽取出藥物濫用者之毒癮行為成因、内外在影響因素、毒品犯戒癮需求等多向度的內容，設計每週授課 2.5 小時，共 16 週，每梯次實施戒癮需求調查及成效評估前後測，以及個案研討 (3 次) 及戒治輔導處遇計畫檢討會議 (1 次)。

經過完整計畫實施後，本研究透過量化以及質性訪談等「多元方法、多重檢證」方式對計畫之執行成效進行檢討分析。量化部分以參考先行研究並參酌本次計畫執行特色之自陳式問卷為工具，分析研究參與者在參與計畫前（前測），完整參與計畫後（後測）對於各項題目的自陳反應，並分析其平均得分是否有變化。

質性訪談部分則由研究主持人會同協同主持人及兩位心理師共四人，以一對一的方式，對所負責的研究參與者進行深入訪談，瞭解渠等對於本次毒品犯多元戒治輔導處遇計畫之執行成效意見以及態度，同時詢問研究參與者對於自己的毒癮行為之看法以及戒癮動機等。

主要執行成效分述如下：

一、人際關係品質改善、強化正向社會連結

本次針對毒品犯所進行的多元戒治輔導處遇計畫中，將計畫成效重點放置於這些有藥物濫用行為前科的研究參與者的人際關係感受，並且從「主要家人」以及「主要朋友」中的藥物濫用經驗為區分，共區分出四類型的人際關係，希望藉由本次處遇計畫的實施，改善研究參與者與未使用毒品之重要人際關係感受的改善並且建立研究參與者的自我信心與效能，使其更有能力去拒絕來自於有使用毒品經驗的家人或是朋友的藥物濫用誘惑。從針對主要家人以及主要朋友之分析結果可以發現，本次多元戒治輔導處遇計畫的確能夠有效的提升研究參與者對於未使用藥物之主要家人以及朋友之間的人際關係感受，其提升幅度明顯大於對有使用毒品的主要家人與朋友，由此足證本次多元戒治輔導處遇計畫之成效。

二、生活品質感受上升、重燃正向生命意義

透過計畫的執行效果，研究參與者在建立了足夠的自我信心以及人際期許後，開始正視自己的生活現象，從而表達出對於自己在入監前的藥物濫用生活評估的負向感受。研究參與者在參與完課程後，更願意以中立且負向的方式來評估自己入監前的藥物濫用型態生活，足以顯示渠等已經開始出現「反省」的深刻認知思維模式。此等改變對於渠等未來的藥物濫用行為戒治的心理奠基，已經具有成功的潛移默化之效。

三、建立藥物正確知識、降低錯誤認知風險

研究參與者在接受了本次的毒品犯多元戒治輔導處遇計畫課程後，對於持續用毒需求、毒品的生心理依賴等負面的成癮依賴感受皆獲得改善。在毒癮傷害性認知部分，由於本次課程中加入了醫學專業領域課程，讓研究參與者從真實的藥理學以及醫學層面認識藥物，不再是從自己本身的經驗去幻想或是誇大藥物的作用，從更正確、更具有醫療意義層面去瞭解藥物，也能夠更進一步的堅定渠等在藥癮戒除方面的信心。

最值得注意的是：在經過本次毒品犯多元戒治輔導處遇計畫課程的實施後，研究參與者在「戒癮行動動機」上之因子平均得分出現明顯的改善。從這樣的結果我們可以推測，研究參與者在本次的課程中不但能夠學習到關於藥物／毒品的正確藥理性、醫學知識、也建立了藥物關連的法律責任知識，更重要的是透過了人際以及自我信心培訓課程，研究參與者對於自己未來的戒毒行為提高了動機，也表示自己更能夠



願意展開戒癮的行動計畫，此部分之結果呈現乃本次計畫最重要的成果展現。

四、戒癮動機積極提升、勇敢求助尋求資源

研究參與者在完整參加完本次的毒品犯多元戒治輔導處遇計畫後，對於「毒癮危害知覺」、「毒癮傷害延伸性認知」兩項因子之平均得分皆下降。此外，研究參與者對於「戒癮計畫執行」的認知平均得分上升。從上述結果我們可以發現：研究參與者對於毒癮有了較為藥理性以及生理性的正確看法，瞭解到只要願意接受治療、在生理、心理的專業人力協助下，毒癮的戒癮是可以成功的，也更進一步提高渠等參與戒癮計畫的動機以及行動持續性。較為意外的結果為：「戒癮失敗自覺」得分呈現上升。代表研究參與者在經過課程後反而覺得自己可能會戒癮失敗。本研究推測這樣的結果可能導因於研究參與者在對毒癮有了正確的認識與瞭解後，產生再次吸毒的憂慮以及恐懼，對自己的行為掌控缺乏自信，應可作為是一種對於戒癮的「求助訊號」！

二、研究建議

本次毒品犯多元戒治輔導處遇計畫，以五多為特色，將目前較為偏向單一授課講師、單純教學內容、單項教學評估的毒癮戒治教育進行全面更新及改革，期許能為國內針對收容於監獄、戒治所內之毒品犯或是藥物濫用成癮者提供一個全心且有效的毒癮戒治教育。這五多分別是：

- 1.「多元授課方法」：除了單純授課外，搭配深度訪談、測驗實做、經驗分享、影片欣賞、心得討論、體驗教學方式，提高研究參與者學習興趣。
- 2.「多位專業講師」：結合國內犯罪學、心理學、法學、諮商實務心理師、生涯規劃專家、生命及人際溝通專業講師，以豐富多樣的講師群提供研究參與者更為專精專業的學習機會。
- 3.「多樣課程設計」：結合法律專業知識、藥物生理學知識、心理學自我概念、人際關係增進、自我效能提升等多樣課程，從戒癮的各個方面下手，建立研究參與者全面的戒癮動機以及心理素質。
- 4.「多種目標呈現」：不再以「戒癮」作為單一行為指標，透過生活品質感受改善、戒癮動機強化、自我概念強化等為目標，多向度的提升研究參與者之學習目標。

- 5.「多重效果檢證」：以量化工具、質性訪談、專家座談、個案研討會等方式，滾動式修正計畫執行，以研究參與者以及授課教師的反應為最主要依歸，充分提升學員參與以教師回饋，做到執行成效之多重效果檢證。

然在計畫執行部分，仍持續發現部分尚待改進之處，本段將提出做為未來計畫精進執行時之參考。

一、增加深度訪談場次：

本次計畫僅規劃單次訪談，時程位於計畫執行約 2/3 之時間點，因深度訪談能夠更快速建立研究參與者與計畫執行單位以及授課教師間的互信，同時深度訪談亦能夠挖掘出更多關於個案毒癮行為之特殊因素以作為課程滾動式更新之用，故建議專家座談及個案討論場次應酌予減少，建議於期初、期末各安排一場次之深度訪談，以確定計畫執行成效之個案差異並做出修正。

二、課程活潑化及增加互動：

根據本次計畫研究參與者之回饋意見表示：單一方向之傳統授課方式，比較無法引起渠等之上課興趣，雖然人在教室內，心卻不容易靜下來。而渠等卻表示對於心得分享、互動討論、測驗實做、影片欣賞等有較高之學習意願，建議爾後之課程內容設計可以往更為活潑生動，並且引起研究參與者注意為方向進行討論。

三、戒毒成功個案分享：

本次計畫有 44%，接近半數的研究參與者表示曾經主動參加各種戒癮計畫，但是卻終告失敗，在渠等身邊周遭充斥著戒毒失敗的案例，導致研究參與者對於未來自己的戒毒計畫感到灰心或是擔憂。本部分參照日本藥物濫用防制計畫第六次五年計畫之設計，以「用毒後戒治成功者」為種子講師，以心得分享、討論的方式，以自身經驗所遭遇到的困難以及所接觸過的資源協助等。幫助聽講者以「他山之石、可以攻錯」的理念，讓課程更結合聽講者之所需，也更能夠真實的反應並解決渠等在毒品使用以及戒癮上所遭遇到人際孤獨感。



參考文獻

一、中文文獻

- 王文科、王智弘 (2005)。教育研究法 (增訂九版)。臺北：五南。
- 江振亨 (2009)。從復原力探討矯治社會工作在犯罪矯治之運用與發展。社區發展季刊，125，424-439。
- 李宗憲、楊士 (2010)。刑事司法戒治處遇制 之問題與困境研究。犯罪學期刊，13(1)，107-141。
- 李思賢、傅麗安 (2007) 第十四章：藥癮者行為模式與藥癮愛滋病患諮商。收錄於「愛滋病照護與諮商」，財團法人護理人員愛滋病防治基金會。
- 李思賢 (2008)。台灣北部地區美沙冬替代療法實施背景、成效及成本效益：三年期追蹤研究 (一)。行政院衛生署管制藥品管理局科技研究發展計畫成果報告。
- 吳齊殷、高英美 (2002)。看顧台灣的未來—台灣青少年藥物使用相關信念、態度與行為的長期研究。行政院衛生署管制藥品管理局九十年科技研究發展計畫 (DOH90-NNB-1001)。中央研究院。
- 林瑞欽 (2003)。吸毒者認知行為策略戒治成效之研究。國家科學委員會補助研究。
- 林瑞欽 (2004)。認知重構團體療法對吸毒者戒治成效之研究。行政院衛生署管制藥品管理局科技研究發展計畫。
- 柳家瑞等人 (2009)。台灣地區高危險群藥物濫用現況調查。行政院衛生署管制藥品局九十八年度自行研究計畫。
- 柯慧貞 (2003)。吸毒病犯之戒治處遇成效與再犯之預測因子分析。行政院衛生署管制藥品管理局科技研究發展計畫。
- 陳玉書 (2013)。再犯特性與風險因子之研究：以成年假釋人為例。刑事政策與犯罪研究論文集，1-26。
- 許春金、陳玉書、蔡田木、黃蘭 (2007)。犯罪青少年終止犯罪影響因素之追蹤調查研究，內政部警政署刑事警察局委託研究報告。
- 許春金、楊士隆等著 (2016)。刑事司法與犯罪學研究方法。台北市：五南。
- 許淑雲、王俊毅、廖宏恩 (2007)。靜脈注射藥癮者對參加減害計畫之意願及影響因子，台灣衛誌，26 (4)，292-301。
- 楊士隆 (2008)。戒治機構內成癮嚴重性毒品施用者之管理與處遇模式建構，行政院研究發展考核委員會委託研究報告。
- 楊士隆 (2016)。犯罪心理學。台北市：五南。
- 楊士隆、李思賢、朱日僑、李宗憲 (2013)。藥物濫用、毒品與防治。台北市：五南。
- 楊士隆、郭鍾隆等 (2017)。青少年藥物濫用預防與輔導。台北市：五南。
- 楊士隆、曾淑萍、李宗憲、譚子文 (2014)。藥物濫用者人格特質之研究。中國藥物濫用防治雜誌，(5)，249-255。

- 楊冀華（2017）。毒品施用者司法處遇效能之追蹤研究。中央警察大學犯罪防治研究所博士論文。桃園：中央警察大學。
- 廖建堯（2010）。毒品與犯罪相關性研究—以雲林監獄為例。國立中正大學犯罪防治研究所碩士論文。嘉義縣：國立中正大學。
- 戴仲峰、曾淑萍、楊士隆（2011）。台灣地區非法藥物濫用高危險群青少年對現行毒品防治政策成效及戒毒成功因素評估之實證研究。青少年犯罪防治研究期刊，3(2)，51-72。
- 顏正芳（2002）。應用動機引發治療和認知行為應對技巧訓練以預防藥物濫用行為之復發 --- 建立適用於短期觀察勒戒藥癮個案之心理治療模式（一）。行政院衛生署 2002 年度科技研究計畫。
- 顏正芳（2003）。應用動機引發治療和認知行為應對技巧訓練以預防藥物濫用行為之復發 --- 建立適用於短期觀察勒戒藥癮個案之心理治療模式（二）。行政院衛生署 2003 年度科技研究計畫。

二、英文文獻

- NIDA. (2012, December 1). Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Third Edition). Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition> on 2018, November 4
- NIDA. (2014, April 18). Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Populations - A Research-Based Guide. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-abuse-treatment-criminal-justice-populations-research-based-guide> on 2018, August 7
- Saenz, E., Busse, A., Ibanez de Benito, S., Niaz, K., Ishanov, A., Palacios, I., ... & Akinhanmi, A. (2012). TREATNET Quality Standards for Drug Dependence Treatment and Care Services. UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, New York.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2002). Investing in Drug Abuse Treatment-A discussion Paper for Policy Maker. From : http://www.unodc.org/pdf/report_2003-01-31_1.pdf
- UNODC. (2017), World Drug Report 2017, United Nations, New York, <https://doi.org/10.18356/c595e10f-en>.



學術論著

科學實證戒毒模式成效分析－ 以雲林監獄科學實證戒毒班為例

Analysis of the effectiveness of scientific empirical drug
rehabilitation model-A case study of Science Empirical Drug
Rehabilitation Class of Yunlin Prison

許韡瀚

法務部矯正署雲林監獄教誨師

林慧婷

法務部矯正署雲林監獄社會工作師

摘要

〔 許韡瀚、林慧婷 〕

本文旨在探討在法務部矯正署雲林監獄開辦戒毒班課程，施以涵蓋 7 大面向課程，並引進衛政、勞政及社政形成 4 方連結，所提升之戒毒成效。

本文使用成效評估工具於課程前後進行施測，結果予以統計分析，再輔以學員訪談質性分析來評估成效。

經過本次戒毒班的課程後，可以得到學員在「自我覺察能力」等層面大多顯著提升，對於本次戒毒班各課程多感到滿意；對於個別課程會在不同面向感到滿意或非常滿意。訪談同學對課程給予肯定，認為對自我未來職涯、戒毒有幫助。經由科學實證戒毒班之執行成果，印證法務部矯正署訂頒「科學實證之毒品犯處遇模式計畫」具整合性及有效性。

對於未來實施科學實證戒毒模式之戒毒班，提出四項建議。

關鍵字：戒毒、毒品、藥物濫用、處遇、監獄



Abstract

Wei-Han Hsu 、 Hui-Ting Lin

The purpose of this paper is exploring the effectiveness of the rehabilitation of drug offenders that 7 major courses in a drug rehabilitation class launched at the Yunlin Prison of Agency of Corrections of Ministry of Justice, and cooperates with the health, labor and social affairs of Yunlin County, formed a four direction link.

The effectiveness assessment tools used before and after the course, analyzed by statistics, and supplemented by qualitative analysis of each participant's interview content, in order to evaluate the effectiveness.

After the course of this drug rehabilitation class, students can be significantly improved in "self-awareness" and other item. The students felt satisfied or very satisfied with the drug addiction class. In addition, different item were evaluated satisfied or very satisfied in different courses. In the interview, most of the students also affirmed the course and thought that it would be helpful for their future career and drug rehabilitation. Through the implementation results of the scientific evidence-based drug rehabilitation class, it is confirmed the integration and effectiveness of "The Plan of Scientific Evidence-based Treatment Model For Drug Abuser" issued by the Agency of Corrections of the Ministry of Justice.

Applying the scientific evidence-based drug rehabilitation model at the drug rehabilitation classes in the future, four recommendations are still available.

Keywords : drug rehabilitation, drug, drug abuse, treatment, prison

壹、前言

毒品濫用已是世界各國共同面臨的社會問題，由於毒品使用具有強烈成癮性、累進性，致使在毒品防制與矯治處遇上面臨許多挑戰（楊士隆，2009）。依法務部數據統計顯示，2018 年 5 月底違反毒品危害防制條例的收容人數高達 27,760 人，佔全體收容人比例 49.8%，為我國收容人各罪各類型中比例最高者。

國外學者曾蒐集 25 年來有關毒品與犯罪的實證研究，進行後設分析，發現毒品施用者較不施用者的犯罪情形高出 3 到 4 倍（Bennett & Farrington, 2008）。由此可知，毒品危害社會並衍生其他犯罪，如竊盜、搶奪等，影響國家社會秩序甚為嚴重，因此，行政院於 2017 年訂定「新世代反毒策略行動綱領」，強化跨部會功能整合，期有效降低涉毒者之各種衍生性犯罪，以維護世代健康。

依據美國國家藥物濫用研究所 (NIDA, 2012 revised) 發表之毒品犯成癮戒治處遇原則 - 研究為導向之指引 (principles of drug addiction treatment: A research-based guide) 強調毒品犯之戒治原則必須是多面向，且周延之毒品犯處遇組成要素，應涵蓋心理健康諮商、法律諮詢、家庭關係、職涯發展、財務管理、愛滋防治衛生教育、醫療諮詢等多重面向。NIDA 的治療建議，治療的目標在協助修復藥物濫用者因吸毒造成對個人、家庭及社會的傷害，將刑事司法下的治療，定位在朝向社區治療做準備，以減少復發風險及相關犯罪。

爰此，2017 年法務部矯正署頒訂「科學實證之毒品犯處遇模式計畫」(2017 年 12 月 5 日法矯署醫字第 10606002360 號函)，採用 NIDA 針對刑事司法案主的藥物濫用的 13 項治療原則，規劃內容涵蓋因吸毒受損或受影響的 7 大面向處遇課程，包括成癮概念及戒癮策略、家庭及人際關係、職涯發展及財務管理、毒品危害及法律責任、衛生教育與愛滋防治、正確用藥觀念及醫療戒治諮詢，還有戒毒成功人士教育等面向，以調整身心狀況並強化對藥癮正確認知及提昇戒毒動機，加強個案管理概念及辦理家庭支持方案，並結合勞政、衛政及社政，與矯正機關處遇形成 4 方連結，共同協助收容人接續社區治療，達到 1 個目標 - 終身離毒。

依該計畫提示，毒品犯處遇須依據科學研究建議制定及修正，協助理理、心理與社會功能的復健，包括協助家庭支持、社會接納、就業協助等，才能有效預防復發。

雲林監獄依法務部矯正署該計畫，自 2018 年 3 月 5 日起開辦科學實證戒毒班，



引進社會資源，施以涵蓋因吸毒所受損或受影響的 7 大面向課程，處遇過程中也評估學員的處遇變化及需求，安排進階團體輔導，並連結雲林縣衛政、勞政、社政提供資源與協助，與雲林監獄毒品犯處遇形成四方連結，同時辦理家庭日，以協助毒品犯收容人提升戒癮動機、修復創傷、強化家庭連結及支持力量，並銜接社區治療，期盼能順利回歸社會，達到降低毒品再犯率及提升社會治安之目標。

本文研究目的，即為瞭解雲林監獄依法務部矯正署該計畫「科學實證之毒品犯處遇模式計畫」開辦第一期之科學實證戒毒班之實施成效，並據以研擬後續開辦之精進措施。

貳、處遇概況

雲林監獄整合社會資源，安排專業師資，於 2018 年 3 月 5 日起成立「科學實證戒毒班」，篩選刑期於屆滿或假釋逾報刑期逾半年至兩年間有戒癮動機之施用毒品犯，共計 30 名學員，至 2018 年 6 月 4 日止共計 27 名學員結訓，授予 3 個月多面向課程，以強化施用毒品收容人對毒品害處之感受及毒品相關法律認識，提昇戒癮動機，同時修復創傷，提昇戒癮信心，其處遇概況以下分點說明之。

一、NIDA 的 13 項治療原則

在 2014 年，美國國家藥物濫用研究所 (National Institute On Drug Abuse, NIDA) 依據研究修訂針對刑事司法案主的藥物濫用的 13 項治療原則如下：

1. 藥物成癮是影響行為的腦部疾病。
2. 戒毒的治療需延伸至社區，並處理伴隨時間而衍生的相關問題。
3. 治療必須持續足夠長的時間才能產生穩定的行為變化。
4. 評估是治療的第一步。
5. 刑事司法人員需形成適合個案需求的個別化處遇。
6. 視復發為提供治療的機會。
7. 治療應針對與犯罪行為有關的因素。
8. 刑事司法監督應納入毒品犯的治療規劃，治療者應了解矯治監督要求。
9. 吸毒者重新進入社區很重要。
10. 獎勵和懲罰的平衡。

11. 共同出現藥物濫用和精神健康問題的個案通常需要綜合治療方法。
12. 醫療是藥物濫用治療的重要治療方式。
13. 藥物濫用治療需涵蓋 HIV/AIDS、B/C 型肝炎、肺結核與其他傳染病的評估。

為確實落實 NIDA 的 13 項治療原則，依各原則列出實施狀況。其中，成功戒毒人士現身說法於台中監獄試辦成效良好，故法務部矯正署以此取代第 12 項「醫療是藥物濫用治療的重要治療方式」。

雲林監獄科學實證戒毒班在課程設計中，致力於落實科學實證之毒品犯處遇模式中 NIDA 的 13 項治療原則，本期執行狀況整合如下表 1。透過比對，可發現雲林監獄所開辦之科學實證戒毒班，確實將 13 項治療原則應用其中。

表 1：13 項治療原則實施狀況說明

治療原則	實施情形
藥物成癮是影響行為的腦部疾病	講師運用衛教單張說明各種毒品對大腦及身體的影響。
治療需延伸至社區	辦理「社區網絡聯合宣導暨座談會」，使學員了解社區資源，並鼓勵學員繼續參與社區治療。
治療需持續足夠時間	多元課程持續 3 個月，由專業師資密集課程與成員建立良好的投契關係，做為出監後接受治療的信心與基礎。
評估是治療的第一步	透過「毒品犯受刑人評估表」、團體治療或個別晤談，了解學員的犯罪史與吸毒史，評估個案的保護因子和危險因子。
個別化處遇	課程講師及團體治療師依據學員的需求給予治療建議，以及調整課程內容。
視復發為提供治療的機會	讓學員了解改變會非一蹴可幾，在戒癮的過程中，將復發視為「失足」而非「失敗」，每一次嘗試戒毒就是不放棄自己的證明。
治療與犯罪行為有關的因素	負向情緒、人際影響、戒斷症狀、身體不適、經濟因素與學員過去的犯罪行為有高度相關，因此在課程中教導學員提升自我覺察、壓力調適與情緒因應、重新定位社會角色和盤點社交資源，學習適時尋求社會資源的協助。
司法與治療的合作	本期針對毒品犯收容人安排多元整合性課程，並隨時與治療師討論課程中學員變化，安排符合個人需求團體治療課程。
重新進入社區很重要	連結雲林縣政府社會處資源協助辦理家庭日，協助強化家庭支持網絡，並辦理「社區網絡聯合宣導暨座談會」，讓學員清楚在社區相關資源，重建社會支持網絡。
獎勵和懲罰的平衡	講師對於學員認真投入課程的表現給予正面的社會性獎賞，並於結訓後核高操性、教化單項分數各 0.1 分，及發給 5 名表現優異之學員獎狀各 1 張。此外，對於違反監規者，依監規處置。
治療精神疾病共病	針對思覺失調症、憂鬱症等精神疾患，給予疾病衛教及建立正確的治療觀念。
成功戒毒者現身說法	播放更生人的勵志影片及邀請更生人現身說法及座談，激發學員的討論與改變動機。
其他傳染疾病的治療及預防	衛生教育課程提供愛滋病、B/C 肝炎與其他傳染疾病衛教。



二、7 大面向課程

引進雲林縣社會資源，延聘專業師資施以涵蓋因吸毒受損或受影響等 7 大面向課程，以調整學員身心狀況，強化對藥癮正確認知，提升戒毒動機。並安排技藝訓練課程，使學員藉由實作課程培養耐心及毅力，習得一技之長，課程名稱、師資及辦理狀況如下表 2 所示。

於開設課程時，因考慮到單一面向課程所涉及專業不同，將「家庭與人際關係」分為「家庭關係」與「人際關係」；「毒品危害與法律責任」分為「毒品危害」與「毒品法治教育」，再由專業師資進行授課。

表 2：7 大面向課程時數總表

課程名稱	師資	授課時數 / 次	場次 / 人次
成癮概念及戒癮策略	信安醫院臨床心理師 張佳容	2	2 場次 60 人次
家庭關係	雲林縣臨床心理師公會臨床心理師林家慶	2	2 場次 60 人次
人際關係	雲林縣青埔教育基金會董事郭清江	2	12 場次 347 人次
職涯發展及財務管理	富萱康復之家負責人 林淑圓（臨床心理師）	2	2 場次 60 人次
毒品危害	嘉義市真如禪寺住持 釋慧空（社工師）	2	12 場次 348 人次
毒品法治教育	先鋒法律事務所律師 蘇書峰	2	4 場次 118 人次
衛生教育與愛滋防治	前雲林縣衛生局稽查員張秋露	2	4 場次 118 人次
正確用藥觀念及醫療戒治諮詢	財團法人若瑟醫院護理師陳雅秀	2	8 場次 227 人次
戒毒成功人士教育暨座談會	佛教慈濟基金會志工、更生人高肇良	2	1 場次 28 人次
纏與禪～春仔花-幸運草實作	虎尾溪社區大學講師 黃瓊儀	2	12 場次 349 人次
工作與休閒	嘉義大學進修推廣中心講師劉甯珠	2	12 場次 347 人次

三、個案管理

由社會工作師及教誨師擔任個案管理師角色，與授課老師討論處遇過程中評估學員的變化及需求，安排進階團體治療及個別治療，並召開2次個案研討暨督導會議，以落實個別化處遇及個案管理。

（一）進階團體：

於成癮概念及戒癮策略、家庭關係、職涯發展及財務管理各2場次概念性課程結束後，由管教小組、社會工作師及授課老師評估學員在戒癮、家人關係修復及職涯規劃三類面向需求程度，篩選各10名學員進入以「成癮概念及戒癮策略」、「家庭關係」、「職涯發展及財務管理」為主題之進階團體治療各10次，並由「成癮概念及戒癮策略」團體帶領者針對其團體學員進行個別晤談。故每位學員除了7大面向課程外，另均會參加一進階團體。名稱、師資、辦理狀況及團體目標如下表3。

表3：進階團體課程名稱總表

名稱	師資	授課時數 / 次	場次 / 人次
團體治療 - 成癮概念及戒癮策略	信安醫院臨床心理師 張佳容	1.5	10 場次 99 人次
團體治療 - 家庭關係	臨床心理師林家慶	1.5	10 場次 90 人次
團體治療 - 職涯發展及財務管理	富萱康復之家臨床心理師林淑圓	1.5	10 場次 95 人次
個別晤談	信安醫院臨床心理師 張佳容	0.5	10 人次

1. 成癮概念及戒癮策略：

以行為改變的跨理論模式為基礎，透過提升自我覺察能力及改變動機來協助成員改變物質使用的行為。

2. 家庭關係：

以家庭系統觀點做為方案設計之依據，增進收容人家庭功能與支持系統，期望結合社會團體，共同強化監所收容人及家庭支持網絡，並透過家庭支持與接納，重建收容人支持網絡，使收容人未來復歸社會時可降低再犯比率。



3. 職涯發展及財務管理：

提供一個職涯發展的架構，讓收容人能夠從能力、興趣、價值觀三方面，開始認識自己、探索自己，找到自己未來的方向，以及在進行生涯規劃的過程中，培養所需要的「認識職業世界的能力」跟「就業力」。

（二）個案研討暨督導會議：

由雲林監獄戴明璋副典獄長主持，邀請南華大學林原賢助理教授擔任督導，由進階團體三位臨床心理師分別提出個案報告，與雲林監獄教區教誨師、社工師一同針對個案問題擬定相對應輔導方法及策略，以落實個別化處遇及個案管理，本期共計辦理 2 場次，討論學員 14 人次。

四、志工認輔

為降低學員防衛心態，及強化戒癮信心，安排雲林監獄受過專業知能訓練之教誨及社會志工認輔學員，結訓後持續進行認輔，並於學員出監後，由該志工以電話關懷方式，追蹤學員出監後復歸社會情形，共計 10 名志工認輔 29 名學員。

五、家庭支持方案

為使家屬成為收容人復歸社會路上的有力資源及重要夥伴，結合社會資源，辦理 2 場次「家庭日暨家屬衛教」活動，透過家庭活動之設計及毒癮衛教知識的強化，提供雙方學習良性溝通及互動機會，做好出監前家庭銜接，以利復歸社會，執行狀況如下：

（一）藥癮者暨家屬成長講座：

與雲林縣政府社會處、社團法人雲林縣沐馨服務協會合作舉辦「藥癮者暨家屬成長講座」，由許玉菁老師運用「改變卡」帶領收容人及家屬一同討論對卡片內容的感想或觸動，協助雙方學習體驗良性溝通及互動，並提供社區藥癮者及其家屬服務資源，以強化社區輔導銜接功能，共計 8 名收容人、16 名家屬參與。

（二）家庭日暨家屬衛教：

與雲林縣政府社會處合辦「家庭日暨家屬衛教」，由李存一社工師進行毒癮衛教知識強化，並提供社區藥癮者及其家屬服務資源，以強化社區輔導銜接功能，共計 7 名收容人、15 名家屬參與。

六、四方連結

雲林監獄透過與雲林縣毒品危害防制中心（衛政）、勞動部勞動力發展署雲嘉南分署斗六就業中心（勞政）、財團法人臺灣更生保護會雲林分會（社政）合作辦理「社區網絡聯合宣導暨座談會」，強化社區銜接輔導功能，與雲林監獄科學實證之毒品犯處遇形成四方連結，以協助毒品犯收容人順利復歸社會，進而達到終身離毒目標，共計辦理 1 場次、28 人次受益。

參、研究分析方式

本研究為了解科學實證之毒品犯處遇模式的成效，分別由量化與質性資料進行分析。其中量化工具包含依法務部矯正署函頒「科學實證之毒品犯處遇模式計畫」之「毒品處遇前後測問卷」及本監簽核奉准實施計畫之「滿意度調查問卷」；質性資料則以本監簽核奉准實施計畫之「團體結案報告」、「個案研討會議」內容，以及自願報名接受「個別訪談」學員之訪談內容為分析基礎，以下就個別成效分析工具說明之。

量化分析部分，本研究以「毒品處遇前後測問卷」對戒毒班成效及進階團體的滿意度進行量化評估，另以「滿意度調查問卷」針對七大面向課程滿意度進行調查評估；質化分析部分，本研究以「團體結案報告」、「個案研討會議」內容，針對進階團體進行成效評估，另以自願報名接受「個別訪談」學員之訪談內容針對七大面向課程與開設專班之成效評估。

科學實證戒毒班參與人數為 30 名，中途因違規、假釋、生病離開計 3 名，實際參與完成課程者計有 27 名。



一、量化分析

（一）毒品處遇前後測問卷

為了解學員在參與科學實證戒毒班後變化及成效，以「毒品處遇前後測問卷」，針對參與科學實證戒毒班學員進行施測，進行本期成效評估量化之指標。本研究所使用的毒品處遇前後測問卷為法務部矯正署於新店戒治所，在民國 99 年至 100 年間進行之戒治醫療處遇執行計畫中所發展出的問卷。

前測於 2018 年 3 月 14 日於雲林監獄科學戒毒班實施，共計 29 名學員填答，由林慧婷社工師施測，就學員問題即時回答，並回收問卷；後測於 2018 年 5 月 28 日於雲林監獄科學戒毒班實施，共計 26 名學員填答（1 名違規、1 名假釋出監、1 名因病退出專班，1 名於課程完成後即假釋出監），由林慧婷社工師施測，就學員問題即時回答，並回收問卷。

總計完成前後測的有效問卷為 26 份，經由教誨師、社工師等管教小組成員討論分析「毒品處遇前測問卷」、「毒品處遇後測問卷」之題目，以專家意見歸納為「自我覺察」、「人際關係」、「生活品質」、「戒毒信心」及「自我肯定」五類構面及「團體滿意度」。並依此進行分析。

（二）課程滿意度調查問卷

於戒毒班結訓後，為了解學員對於戒毒班課程的各項滿意度，雲林監獄由社工師、心理師與教區教誨師共同討論後，編製「滿意度調查問卷」，由學員自陳對戒毒班各項課程的滿意程度及對於自己的幫助程度。

本問卷採李克特五點量表，最不滿意為 1 分，最滿意為 5 分；幫助最小為 1 分，幫助最大為 5 分。

二、質性分析

（一）進階團體分析

於成癮概念及戒癮策略、家庭關係、職涯發展及財務管理概念性課程結束後，

由管教小組、社會工作師及授課老師評估學員需求及處遇變化，篩選各 10 名學員進入以「成癮概念及戒癮策略」、「家庭關係」與「職涯發展及財務管理」為主題之進階團體各 10 場次。經社工師整理成員個別訪談內容及團體帶領者之團體紀錄與個案研討會紀錄，瞭解學員對參加進階團體之收獲與改變。

於成癮概念及戒癮策略、家庭關係、職涯發展及財務管理團體治療課程結束後一週內，由團體領導者針對團體主題、目標、內容、歷程、動力及成效進行分析，並提供後續處遇建議。

（二）個案研討會議評估分析

安排臨床心理師於團體治療執行中期及後期，分別提出個案報告及團體治療執行過程中所遭遇困難，由外聘督導帶領心理師、雲林監獄教誨師及同仁一同討論團體及個案後續輔導策略。

本次科學實證戒毒班期間，共進行 2 次個案研討會議，針對 14 名個案進行討論，針對每個個案團體老師都會先進行個案的現況分析，再經診斷評估其面臨問題，並且提出具體建議，研究者再將其處遇建議彙整後，提供後續在監期間管教上參考。

（三）個別訪談分析

於科學實證戒毒班結訓後一週內，由研究者與 27 名結訓學員進行個別訪談，訪談問題採開放式問答，包含針對個別課程的感受與未來改善的建議。

肆、分析結果

為了解本期科學實證戒毒班執行成效，以下透過檢視課程與 NIDA 的 13 項治療原則符合狀況、量化研究工具前後測分析、整體課程滿意程度分析、以及個別課程幫助程度分析，做為規劃毒品犯處遇計畫之參考。

一、描述性統計分析

科學實證戒毒班實際參與完成課程者計有 27 名，其基本資料的分佈狀況如下表 4 所示。



在年齡方面，以 31 至 40 歲的人數最多，佔 44%，其次 41-65 歲以上者佔 37%，年齡分佈集中；教育程度方面，以高中畢業的人數最多，佔 56%；婚姻狀況方面，以未婚的人數最多，佔 63%，已婚狀況僅佔 11% 左右，可能因犯罪而入監執行導致已婚人數偏低；有無子女比例，以無子女人數最多，佔 52%，但兩者相差不大；入監前職業方面，以工礦業人數最多，佔 70%。

表 4：描述性統計摘要表

項目	類別	人數	百分比
年齡	20-30 歲	4	15%
	31-40 歲	12	44%
	41-65 歲	10	37%
	66 歲以上	1	4%
學歷	國中	12	44%
	高中	15	56%
婚姻狀況	未婚	17	63%
	已婚	3	11%
	離婚	7	26%
有無子女	有	13	48%
	無	14	52%
職業	農林漁牧	1	4%
	工、礦	19	70%
	服務業	4	15%
	無工作	1	4%
	其他	2	7%

二、量化分析

本研究以「毒品處遇前後測問卷」及「滿意度調查問卷」為工具，評估科學實證之毒品犯處遇模式的成效其分析結果如下。

（一）毒品處遇前後測問卷分析

總計完成前後測的有效問卷為 26 份，以下分別就不同構面進行單項、總分的成對樣本 T 考驗分析，其結果以下分點說明之。

1. 自我覺察

由下表 5 可以得知，第 1 題「我了解自己的優點或長處」題目中，後測平均數為 5.85 優於前測分數 5.15；第 2 題「我了解自己的缺點或不足之處」題目中，後測平均數為 6.04 優於前測分數 4.81。

再進一步用成對樣本 t 考驗檢視，第 1 題「我了解自己的優點或長處」t 值為 2.368($p<.05$)，達顯著差異，表示學員在接受此課程後，了解自己的優點及長處的能力有顯著提昇，顯示能看到自己的正向特質，有助於學員的自我覺察，避免再吸毒；第 2 題「我了解自己的缺點或不足之處」t 值為 4.17($p<.05$)，達顯著差異，表示學員在接受此課程後，在了解自己的缺點及不足之處有顯著提昇。

為更了解整體「自我覺察」構面進步狀況，後測總分平均數為 11.88 優於前測的 9.96、t 值為 3.636($p<.05$)，達顯著差異，表示學員在接受此課程後，自我覺察能力提升，能覺察自己的資源及處境，有助於戒毒的成效。

表 5：自我覺察成對樣本 t 考驗摘要表

題目		平均數	標準差	t 值
01 我了解自己的優點或長處。	前測	5.15	1.19	2.368*
	後測	5.85	1.22	
02 我了解自己的缺點或不足之處。	前測	4.81	1.27	4.17**
	後測	6.04	1.15	
總分	前測	9.96	2.16	3.636***
	後測	11.88	2.12	

註：「*」表示 $P<.05$ ，「**」表示 $P<.01$ ，「***」表示 $P<.001$ 。

2. 人際關係

由下表 6 所示，第 3 題「我可以和他人維持一般性的人際關係」題目中，後測平均數為 5.96 優於前測分數 5.69；第 4 題「我認為自己有能力經營親近且良好的人際關係」題目中，後測平均數為 6.04 優於前測分數 5.46。

再進一步用成對樣本 t 考驗檢視，第 3 題「我可以和他人維持一般性的人際關係」t 值為 1.428($p>.05$)，未達顯著差異，表示學員在接受此課程後，在和他人維持一般性人際關係的得分上無顯著差異；第 4 題「我認為自己有能力經營親近且良好的人際關係」t 值為 3.112($p<.05$)，達顯著差異，表示學員在接受此課程後，對於與他人親近、



經營良好的人際關係顯示出信心，有助於在監所的適應及出監後與他人互動關係的提昇。

為更了解整體「人際關係」構面進步狀況，後測總分平均數為 12.00 優於前測的 11.15、t 值為 2.590($p < .05$)，達顯著差異，表示學員在接受此課程後，與他人間的人際互動能力有所改善。

表 6：人際關係成對樣本 t 考驗摘要表

題目		平均數	標準差	t 值
03 我可以和他人維持一般性的人際關係。	前測	5.69	1.16	1.428
	後測	5.96	1.15	
04 我認為自己有能力經營親近且良好的人際關係。	前測	5.46	1.17	3.112**
	後測	6.04	1.11	
總分	前測	11.15	2.17	2.590*
	後測	12.00	2.23	

註：「*」表示 $P < .05$ ，「**」表示 $P < .01$ ，「***」表示 $P < .001$ 。

3. 生活品質

由下表 7 可以得知，第 5 題「我有信心可以讓自己出監所後的生活過得不錯」題目中，後測平均數為 6.38 優於前測分數 5.50；第 6 題「我大致滿意監所的課程（包括上課、技訓、團體及個別輔導）」題目中，後測平均數為 6.08 等於前測分數 6.08；第 7 題「我認為過去吸毒的生活一團糟」題目中，後測平均數為 6.42 優於前測分數 6.31；第 8 題「我認為自己可以過很有意義的生活」題目中，後測平均數為 6.42 優於前測分數 5.50；第 10 題「當我心情不好時，我可以好好處理自己的心情」題目中，後測平均數為 6.15 優於前測分數 5.31。

再進一步用成對樣本 t 考驗檢視，第 5 題「我有信心可以讓自己出監所後的生活過得不錯」t 值為 3.628($p < .05$)，達顯著差異，表示學員在接受此課程後，對自己出監所後的生活正向期待顯示出信心，有助於出監後的心理及社會適應；第 6 題「我大致滿意監所的課程（包括上課、技訓、團體及個別輔導）」t 值為 0.000($p > .05$)，未達顯著差異，表示學員在接受此課程後，在監所課程滿意度得分上無差異；第 7 題「我認為過去吸毒的生活一團糟」t 值為 0.486($p > .05$)，未達顯著差異，表示學員在接受此課程後，對於是否認為過去吸毒生活一團糟在得分上無顯著差異；第 8 題「我認為

自己可以過很有意義的生活」t 值為 3.042($p<.05$)，達顯著差異，表示學員在接受此課程後，了解未來如何過有意義的生活，能提升其日後出監反毒及戒毒的成功率；第 10 題「當我心情不好時，我可以好好處理自己的心情」t 值為 3.134($p<.05$)，達顯著差異，表示學員在接受此課程後，能夠了解情緒管理及調適，避免日後出監，因情緒不佳而吸毒。

為更了解整體「生活品質」構面進步狀況，後測總分平均數為 31.44 優於前測的 28.60、t 值為 3.246($p<.05$)，達顯著差異，表示學員在接受此課程後，個人生活品質感受提升。

表 7：生活品質成對樣本 t 考驗摘要表

題目		平均數	標準差	t 值
05 我有信心可以讓自己出監所後的生活過得不錯。	前測	5.50	1.36	3.628***
	後測	6.38	0.75	
06 我大致滿意監所的課程。	前測	6.08	1.08	.000
	後測	6.08	1.19	
07 我認為過去吸毒的生活一團糟。	前測	6.31	1.19	.486
	後測	6.42	1.07	
08 我認為自己可以過很有意義的生活。	前測	5.50	1.39	3.042**
	後測	6.42	0.70	
10 當我心情不好時，我可以好好處理自己的心情。	前測	5.31	1.32	3.134**
	後測	6.15	1.05	
總分	前測	28.60	3.93	3.246**
	後測	31.44	3.36	

註：「*」表示 $P<.05$ ，「**」表示 $P<.01$ ，「***」表示 $P<.001$ 。

4. 戒毒信心

由下表 8 所示，第 9 題「我知道自己要做些什麼才可以戒毒成功」題目中，後測平均數為 6.69 優於前測分數 5.73；第 11 題「我可以堅定自己想戒毒的決心」題目中，後測平均數為 6.42 優於前測分數 6.38。

再進一步用成對樣本 t 考驗檢視，第 9 題「我知道自己要做些什麼才可以戒毒成功」t 值為 3.369($p<.05$)，達顯著差異，表示學員在接受此課程後，了解未來的日子要如何戒毒，以提昇其出監後戒毒的成功率；第 11 題「我可以堅定自己想戒毒的



決心」t 值為 0.150($p>.05$)，未達顯著差異，表示學員在接受此課程後，在堅定自己想戒毒決心的得分上無顯著差異。

為更了解整體「戒毒信心」構面進步狀況，後測平均數總分為 13.12 優於前測的 12.12、t 值為 2.388($p<.05$)，達顯著差異，表示學員在接受此課程後，對於未來戒毒信心提升。

表 8：戒毒信心成對樣本 t 考驗摘要表

題目		平均數	標準差	t 值
09 我知道自己要做些什麼才可以戒毒成功。	前測	5.73	1.34	3.369***
	後測	6.69	0.62	
11 我可以堅定自己想戒毒的決心。	前測	6.38	0.85	0.150
	後測	6.42	1.14	
總分	前測	12.12	1.86	2.388*
	後測	13.12	1.36	

註：「*」表示 $P<.05$ ，「**」表示 $P<.01$ ，「***」表示 $P<.001$ 。

5. 自我肯定

由下表 9 所示，第 12 題「我可以自在地表達自己的想法」題目中，後測平均數為 6.00 優於前測分數 5.42；第 13 題「我覺得我在監所中可以有所學習、自我成長」題目中，後測平均數為 6.54 優於前測分數 6.00；第 14 題「我覺得我所認識的大多數人是喜歡我的」題目中，後測平均數為 5.65 優於前測分數 5.00；第 15 題「我覺得自己的能力不錯，是有用的人」題目中，後測平均數為 6.19 優於前測分數 5.92；第 16 題「我是有價值的人」題目中，後測平均數為 6.19 優於前測分數 5.85。

再進一步用成對樣本 t 考驗檢視，第 12 題「我可以自在地表達自己的想法」t 值為 2.115($p<.05$)，達顯著差異，表示學員在接受此課程後，願意表達自己的想法，不盲從附和，對於日後生活的自主性增強，減少染毒的機會；第 13 題「我覺得我在監所中可以有所學習、自我成長」t 值為 2.158($p<.05$)，達顯著差異，表示學員在接受此課程後，感受到自己的成長及學習有進步，有助於日後回歸社會的生活適應；第 14 題「我覺得我所認識的大多數人是喜歡我的」t 值為 2.461($p<.05$)，達顯著差異，表示學員在接受此課程後，對於先前對他人抱持的敵意有改善，有助於日後回歸社會

的生活適應；第 15 題「我覺得自己的能力不錯，是有用的人」t 值為 1.158($p>.05$)，未達顯著差異，表示學員在接受此課程後，對自己能力不錯，是有用的人在得分上無顯著差異；第 16 題「我是有價值的人」t 值為 1.303($p>.05$)，未達顯著差異，表示學員在接受此課程後，對自己是有價值的人在得分上無顯著差異。

為更了解整體「自我肯定」構面進步狀況，後測總分平均數為 30.58 優於前測的 28.19、t 值為 2.601($p<.05$)，達顯著差異，表示學員在接受此課程後，自我肯定能力提升，有助於更生生活的自主性，減少毒友的不良影響。

表 9：自我肯定成對樣本 t 考驗摘要表

題目		平均數	標準差	t 值
12 我可以自在地表達自己的想法。	前測	5.42	1.21	2.115*
	後測	6.00	1.13	
13 我覺得我在監所中可以有所學習、自我成長。	前測	6.00	1.17	2.158*
	後測	6.54	0.647	
14 我覺得我所認識的大多數人是喜歡我的。	前測	5.00	1.13	2.461*
	後測	5.65	1.20	
15 我覺得自己的能力不錯，是有用的人。	前測	5.92	1.26	1.158
	後測	6.19	0.90	
16 我是有價值的人。	前測	5.85	1.32	1.303
	後測	6.19	0.90	
總分	前測	28.19	4.66	2.601*
	後測	30.58	3.86	

註：「*」表示 $P<.05$ ，「**」表示 $P<.01$ ，「***」表示 $P<.001$ 。

6. 團體課程滿意度問卷分析

依「毒品處遇後測問卷」，針對學員進行團體滿意度施測，整體滿意度分析如下表 10 所示。

經由資料中顯示，不同題項之間關係，可以發現「整體而言我覺得團體有帶給我收穫」的非常同意比率高達 73.1%，而最低者「我覺得團體的老師了解我的問題」其非常同意比較僅達到 46.2%，未達五成，由此可知，同學在參與團體時，雖然感受到團體帶給他幫助，但畢竟團體時間有限，老師無法對每個學員進行深入了解。

由整體觀之，學員們對於團體課程都感到非常滿意，也認為團體老師都具備足夠的專業知識，並且能帶給他們收穫。



表 10：團體課程滿意度摘要表

題目	選項	次數	百分比	平均數
我覺得我對團體感到滿意。	普通	2	7.7%	6.23
	有點同意	5	19.2%	
	同意	4	15.4%	
	非常同意	15	57.7%	
我覺得團體的老師了解我的問題。	普通	4	15.4%	6.00
	有點同意	4	15.4%	
	同意	6	23.1%	
	非常同意	12	46.2%	
我覺得團體的老師具有足夠的專業知識	普通	1	3.8%	6.46
	有點同意	3	11.5%	
	同意	5	19.2%	
	非常同意	17	65.4%	
整體而言我覺得團體有帶給我收穫	普通	1	3.8%	6.54
	有點同意	3	11.5%	
	同意	3	11.5%	
	非常同意	19	73.1%	

(二) 7 大面向課程滿意度與幫助程度分析

下表 11：為各課程滿意度摘要表。

	課程滿意度				幫助程度			總分	
	上課氣氛	授課方式	授課內容	老師認真用心	了解面對自己	提升心靈能量	獲得有效幫助	滿意度	幫助程度
成癮概念及戒癮策略	4.61	4.57	4.30	4.52	4.22	4.26	4.65	4.50	4.38
家庭關係	4.43	4.35	4.26	4.39	4.22	4.26	4.39	4.36	4.29
人際關係	4.61	4.48	4.48	4.52	4.39	4.39	4.43	4.52	4.41
職涯發展及財務管理	4.48	4.43	4.30	4.52	4.13	4.17	4.26	4.44	4.19
工作與休閒	4.61	4.52	4.43	4.57	4.17	4.35	4.30	4.53	4.28
毒品危害	4.70	4.57	4.65	4.61	4.57	4.52	4.57	4.63	4.55
毒品法治教育	4.39	4.48	4.39	4.52	4.26	4.22	4.30	4.45	4.26
衛生教育與愛滋防治	4.52	4.48	4.43	4.57	4.39	4.35	4.48	4.50	4.41
正確用藥觀念及醫療戒治諮詢	4.65	4.52	4.43	4.52	4.43	4.17	4.39	4.53	4.33
纏與禪～春仔花－幸運草實作	4.52	4.22	4.30	4.39	4.00	4.22	4.04	4.36	4.09
戒毒成功人士教育	4.57	4.48	4.57	4.43	4.22	4.39	4.39	4.51	4.33

由上表可知，學員對於個別課程滿意度平均數均達 4 分以上，而在上課氣氛中，平均分數在 4.39-4.70 之間，選擇「滿意」或「非常滿意」的學員佔 86%-100% 之間；在授課方式中，平均分數在 4.22-4.57 之間，選擇「滿意」或「非常滿意」的學員佔 82%-100% 之間；在授課內容中，平均分數在 4.26-4.65 之間，選擇「滿意」或「非常滿意」的學員佔 82%-100% 之間，代表大部分學員對課程上課氣氛、授課方式、授課內容、老師認真用心程度等均感到滿意或非常滿意；此外學員對於個別課程對自我幫助程度平均數亦達 4 分以上，代表大部分學員對於課程能提供了解面對自我、提升心靈能量及獲得有效幫助等面向，感到滿意或非常滿意。

以「課程滿意度」總分平均數檢視，以「毒品危害」課程滿意度最高，接下來為「工作與休閒」及「正確用藥觀念及醫療戒治諮詢」，其中「毒品危害」課程在上課氣氛、授課方式、授課內容、老師認真用心程度都是滿意度最高。

而在自我幫助程度的問卷結果中，可以發現在「老師認真用心」的平均分數在 4.39-4.61 之間，選擇「滿意」與「非常滿意」佔 82%-100%；在「了解面對自己」的平均分數在 4.00-4.57 之間，選擇「滿意」與「非常滿意」佔 68%-100%；在「提升心靈能量」的平均分數在 4.17-4.52 之間，選擇「滿意」與「非常滿意」佔 77%-95%；在「獲得有效幫助」的平均分數在 4.04-4.65 之間，選擇「滿意」與「非常滿意」佔 73%-95%。

而以對學員「自我幫助程度」總分平均數檢視，以「毒品危害」滿意度最高，接下來為「人際關係」及「衛生教育與愛滋防治」，其中「毒品危害」課程在了解面對自我、提升心靈能量及獲得有效幫助等面向都是前三高分。

而無論以課程滿意度或對學員自我幫助程度構面檢視，均以「毒品危害」滿意度最高，代表毒品危害課程講師能授課方式得到學員認同，且授課內容能協助學員了解自我、面對自我、提升心靈能量，也認為能藉由課程獲得有效幫助。

三、進階團體分析

下表 12 為進階團體成果摘要表，表中所呈現之實施成效是以帶領團體的心理師，觀察、紀錄團體成員在 10 次團體課程中的改變而得，其考核成效的主要依據為



心理師的主觀觀察與判斷。

由表可知，在「成癮概念及戒癮策略」團體中，學員對於「人」的信任度明顯提高（自我揭露增加、願意主動發問及求助）、課程參與度高、專注力佳，與治療者的互動良好之外，在課程設計中，亦致力於落實科學實證之毒品犯處遇模式中的 13 項治療原則，得以有效處理學員成癮原因及增強戒癮動機。

而「家庭關係」團體中，學員對於團體都採肯定的態度，並且家人對學員的支持度也提升，學員更能明確地指出，在他感受到被愛、被支持時，改變的意念和動機就會增強。

在「職涯發展及財務管理」團體中，從協助學員找尋生命重心開始，再導正其工作價值觀，最後再嘗試讓學員認識自己的職業傾向。較為特別的是，因為以往有被主流團體拒絕的經驗，導致同學不願意尋求政府、官方的協助，這樣的傾向也在團體中顯露出來，不過透過團體的帶領，多數學員也願意在未來出監後試著向政府機關尋求各類型幫助。

表 12：進階團體成果摘要表

團體名稱	實施成效
成癮概念及戒癮策略	1、團體氣氛維持良好，能減少成員的抗拒，真誠表露自我，得以有效處理成癮原因及增強戒癮動機。
	2、團體參與成員對於「人」的信任度明顯提高（自我揭露增加、願意主動發問及求助）、課程參與度高、專注力佳，與治療者的互動良好，團體氣氛維持良好。
	3、課程設計中，致力於落實科學實證之毒品犯處遇模式中的 13 項治療原則。
	4、參與者能有效討論自身戒癮問題。
家庭關係	1、當一個人感受到被愛、被支持時，改變的意念和動機就會增強。
	2、參加方案者和其家庭，對方案的滿意度都持肯定的態度。
	3、參加方案後，家人的支持度也有改變。
	4、參與者對方案的建議－積極的重要以及篩選對象以自願者比較能看到效果。
職涯發展及財務管理	1、對於自己的職業偏好傾向跟自己個性適合從事哪一類的工作比較有清楚的認識。
	2、學員們知道自己生命中最重要的事是什麼，多數成員會說是自己的家人，建國與阿古認為是平靜的心靈，而這些可以成為將來出獄之後生活目標與方向的指引。
	3、工作價值觀的部分，成員們的成就需求都非常的高，同時都希望工作中能夠自己做決定、能夠獨立工作。
	4、團體成員因為過去生命的經驗曾被主流團體拒絕跟排擠，因此也會抗拒官方的相關資源，經有本次團體的介紹，團體成員才知道更生保護協會原來有貸款和其他出監生活協助可以申請。

四、個案評估分析

本次課程中，臨床心理師於團體治療執行中期及後期，分別提出個案報告及團體治療執行過程中所遭遇困難，由外聘督導帶領心理師、雲林監獄教誨師及同仁一同進行個案研討會議，討論團體及個案後續輔導策略。

本次科學實證戒毒班共有 2 次個案研討會議，其內容摘要如下表 13。由表可知，針對每個個案團體老師都會先進行個案的現況分析，再經診斷評估其面臨問題，並且提出具體建議，研究者再將其處遇建議彙整後，提供後續在監期間管教上參考。

表 13：個案研討摘要表

編號	個案現況	診斷評估	處遇建議
1	個案言談風趣幽默，邏輯思考清晰，對於過去犯行願意部分、有選擇性地自我揭露。自評與原生家庭成員互動佳，對於家庭生活感到非常滿意。	1. 貌似侃侃而談，但防備心偏高，行為、言談的策略性及選擇性高。 2. 戒毒助力：(1) 妻子 (2) 母親。 3. 戒毒阻力：(1) 妻子仍在吸食毒品，(2) 回到原交友圈，(3) 情緒困擾。	1. 真誠地鼓勵個案，同時須留意遭操弄的風險。 2. 戒毒策略：提升自身戒毒動機與減少危險情境的干擾。 3. 強化個案身為人子與人父的角色。 4. 教導個案壓力管理、問題解決及情緒調節方法。
2	個案單親家庭內長大。25 歲結婚，33 歲跟外配離婚無子女，35 歲父親過世後開始在朋友的影響下，開始吸食毒品。自述是被陷害才被關。	個案在短期內的親密關係出現嚴重的斷裂，孤單與工作壓力，加上生活圈中非法藥物易獲得，而開始吸毒。	1. 做好準備，提升動機 2. 探索內在與盤點資源 3. 短中長期規劃與準備
3	個案自陳家庭關係：除與前女友少聯絡之外，其餘家人互動狀況佳。 家庭支持者：個案遇到生活困難時會主動向兩位案姐求助。	1. 虧欠： 我媽 50 幾歲每個月都來，覺得她很累，叫他不要來他都會來。 小孩部分：自己沒有陪在孩子身邊。 2. 正常的生活： 做正常的工作，沒有再碰毒品。 澄清：心態自己要調整，用孩子與母親來提醒自己。	探討與鼓勵正向改變。 1. 行為改變： (1) 入監後自身改變之處：比較穩重。：「我不知道怎麼說耶」。 (2) 引導行為改變之處：脾氣比較好。跟同學相處：比較會為了大團體氛圍而配合。 2. 想法改變：現在比較不會好高騖遠。
4	現年 38 歲，自述 20 歲開始使用海洛英、安非他命。	評估個案具有改變動機，也願意轉換環境。然而，個案情緒較易感不耐（會因此產生人際衝突），對於參與陣頭仍深感興趣，兒子近期也涉及司法案件。	建議持續追蹤關懷。



編號	個案現況	診斷評估	處遇建議
5	現年 26 歲，自述 22 歲開始使用安非他命、K 他命，和女友一起。	不容易建立投契關係，人際距離較疏遠。	學習能力佳，建議安排就業輔導與轉銜；個案自陳目前想朝寵物美容師的領域發展（需先通過「寵物美容丙級」檢定）。
6	現年 66 歲，自述 33 歲開始使用海洛英，在情緒低潮時，單獨使用。	雖自陳有改變動機，但缺乏具體的行動計劃。	從個別晤談發現，個案的生活一成不變且缺乏重心，建議提供個案居住地（高雄）附近的樂齡學習中心資訊，協助個案尋找生活重心。
7	現年 41 歲，自述 13 歲開始使用海洛英、安非他命，出獄後不由自主會去找，也會在情緒低潮時，和老婆一起使用。	個案情緒容易受外界影響而起伏，行為較具目的性（如：因為有懇親機會，才來上戒毒班），也傾向合理化個人行為，較難以確實遵循法律或道德規範。	出獄後會回到原本的生活圈，且目前仍在吸毒的案妻為個案復吸毒的高危險因子；重要他人的社會期待及支持、養育兒子則為保護因子。
8	現年 42 歲，自述 15 歲—安非他命，28 歲—海洛英，會在情緒低潮時使用，單獨或和朋友一起。	1. 個案在團體中表現優良，雖然較不擅書寫與表達，但深富責任感，積極完成被委派的工作。 2. 幫派背景及案妹也有吸毒前科為個案的危險因子，案母的不放棄及支持則為保護因子。	個案具有改變動機與職能實作能力，建議加強財務規劃與管理，避免再陷入個案自述的「有錢就亂搞」之惡性循環。
9	現年 35 歲，自述 16 歲開始使用安非他命，會在情緒低潮時單獨使用。	個案具有改變動機，但推測可能較容易在負面情緒或外在壓力（如：經濟壓力、案母有長期憂鬱症病史）之下再次吸食毒品或鋌而走險犯下其他案件。	建議加強個案的社會角色（在團體中多次表示想多陪家中長輩）、情緒覺察與調適、問題解決能力
10	現年 31 歲，自述 25 歲開始使用安非他命，在上班前時單獨使用。	個案目前的戒毒改變動機偏低，自述女友也因毒品案件而在服刑中（尚不考慮分手）。	個案具有一技之長（廚師，也曾學習過汽車修護），建議強化社會角色（尤其是與案父的關係）與職業功能。
11	現年 41 歲，自述 17 歲開始使用海洛英、安非他命，單獨使用。	1. 個案防備心較高，晤談過程中推測其人際與社會判斷能力稍弱。 2. 個案在獄中自行戒菸（已超過半年），且把握時間運動，可作為提升自我效能感的成功經驗。	個案曾表示，案姐可提供水上摩托車助教與 PUB 主持人的工作機會，個案反應快且可抓到討論重點，建議協助個案加強口條，以及提升焦慮調適能力。
12	現年 39 歲，自述 22 歲開始使用海洛英，會在情緒低潮時使用，和朋友一起使用。	1. 除了吸毒以外，須留意個案也有酒癮問題。 2. 個案的家庭支持系統較弱，但有宗教信仰的支持（保護因子）。	個案的思考邏輯較特殊，可能對某些人、事、物具有較偏執的想法，但本性尚屬良善，自陳未來目標為賺錢當老闆，建議安排就業輔導與轉銜。
13	現年 31 歲，自述 16-17 歲開始使用安非他命、K 他命、搖頭丸，會在情緒低潮時，和朋友一起使用。	個案家庭背景複雜，原生家庭及領養家庭都各有狀況，尤其後者對個案的影響頗鉅。	個案自尊偏低，容易陷入「低自尊 -> 討好 -> 關係失衡 -> 負向情緒 -> 自傷（包含自殺與使用毒品）-> 自我驗證（我不值得被愛、我很爛……）」之惡性循環；具個案自述有精神疾患史，建議安排個別心理治療（急性期則須優先採用藥物治療）。

編號	個案現況	診斷評估	處遇建議
14	與其他同學互動良好，謙遜有禮，且均能遵守各項監內規定。家人因住在北部沒有前來會客，但均有固定書信往來。	1. 前置因子：家人也使用非法藥物，家庭內多人習慣使用菸酒。父母親不一致的教養態度，親子之間少溝通，少爭吵。 2. 促發因素：青少年時期因好奇，同儕影響，追求刺激開始使用非發藥物。 3. 持續因素：同儕也使用，逃避與處理負面情緒。	1. 認識與了解自己的問題 2. 找出成長動機 3. 經營一個遠離高風險因子的環境 4. 從過去經驗與自我探索中找出自己有興趣又能發揮能力的工作 5. 考取證照，增加專業深度。

五、個別訪談分析

為更了解學員對於本期科學實證戒毒班處遇成效及建議，由研究者訪談學員，並將其訪談結果依「授課方式」、「授課內容」、「授課氣氛」與「學習收穫與影響」，最後再請學員針對本次開設專班的處遇模式進行回饋，以下分點說明之。

（一）授課方式

由學員的回饋中，可以知道在科學實證戒毒班的課程中，老師的教學方式不會是枯燥地照本宣科，而是利用了許多的媒材，引導學員進入課程的情境之中。

「心理師請我們用卡片來找出最符合自己所需要的即將來所需要的…，這課程很有趣 (A04)」

「放一些有意義的片子…，讓我知道該怎麼去改善自我和家人互動關係 (A08)」

「老師講課不只單純照本宣科，還放許多有意義的影片給我們看，使得上課不再只是死板板，更能讓我們加深印象 (A11)」

「在一部短暫的電影中，看見吸食毒品的變化及個性改變，讓我有許多感觸，深深了解毒品不只傷害到自己，也傷害親人的心 (A18)」

「心理師藉由性向、心理測驗來分析及討論我們自己，讓我可以正面面對自己 (A19)」

「郭校長講課方式很有意思，在個人生涯中未遇過的講課方式 (A19)」



「郭校長幽默風趣的教學讓我學會很多待人處事的方法 (A20)」

「以生活周遭的事或故事讓我們深刻體悟最根本待人處事的方法 (A20)」

「印象深刻是上課撥放的「赤子本色」，男主角為了毒品出賣自己身體，也因毒品導致家庭失和，連最引以為傲的體育項目都因為毒品而不得不放棄，這部片子讓我想起以前的樣子，讓我了解毒品的恐怖 (A23)」

「從古人、傳說到易經、五行、八卦再到現代文學家，從種種故事來告訴我們做人處事及家庭生活 (A24)」

(二) 授課內容

而授課的內容也相當多元，不會侷限於與戒毒相關的話題而導致課程僵化，反而是利用包羅萬象的內容與題材，再慢慢導入與戒毒相關的議題中，學員多數都表示這樣的課程內容相當有趣，也不失課程深度。

「與我們討論未來的情形及分析未來找工作時所需要的技能…，也讓我學習到未來出監後怎麼安排自我生活及職業 (A04)」

「這堂課心理師帶我們思考出監後職業及目標，藉由整理，讓我出監後目標更清楚 (A05)」

「藉由討論不適切的想法，改變對誘因的反應及處理對毒品的渴望和衝動 (A06)」

「團體上老師說明現代趨勢走向…，讓我開始思考如何行銷…(A07)」。

「這堂演講很有意義，描述吸毒 - 戒毒 - 吸毒…過程，深刻的描繪出我的心境 (A08)」

「律師講解後，更清楚 1-4 級毒品種類，以及吸食、販賣、製造及運輸的刑責，還有各種法律知識 (A17)」

「藉由更生人成功開創人生例子來啟發我們，也鼓勵到我們 (A19)」

「心理師教導讓我了解以後的趨勢，…我學到了要先有好的計畫提出，再慢慢執行，才能有好的職涯 (A22)」

「上課時教我們放鬆技巧及更生人創業影片對我們有很大幫助 (A23)」

「共用針頭可能導致海洛因濫用者的一些嚴重後果 -B、C 型肝炎的感染、HIV 與許多其他血液攜帶的病毒 (A27)」

(三) 授課氣氛

在授課過程中，學員對於老師上課氣氛的經營都給予不錯的評價。主要是提到能夠感受老師的用心與耐心並且獲得很大的支持與鼓勵等，也很肯定老師用較幽默風趣的方式教學，讓授課氣氛較為輕鬆。

「心理師上課不會死板板討論有關毒品的事…心理師真的很棒很用心 (A01)」

「剛學時覺得很困難及不耐煩，但在老師耐心鼓勵及指導下，讓我學到了做任何事都需要耐心，面對眼前的困難，應不能求快，先把事情分步驟，一步一步慢慢來，早晚會成功 (A19)」

「高師兄的真誠態度讓我十分感動 (A22)」

「很感謝心理師的個別訪談，給予我很大的支持與鼓勵。(A23)」

「上團體讓我感受到心理師非常用心，且與同學互動非常好 (A26)」

(四) 學習收穫或影響

多數學員在訪談時，都認為戒毒班的課程給予他們很多收穫，並對於未來的戒毒之路有正面影響。戒毒班課程涵蓋七大面向，因此學員對於學習成課的回饋中，也分別就課程內容提出不一樣的收穫內容，依其所述及之收穫不同分類，共分為四類，分別為「戒癮信心」、「毒品與傳染疾病」、「家庭與人際關係」與「復歸與生涯發展」。而經由各項能力的提升，而讓學員有更有能力面對未來的戒毒之路。

1. 戒癮信心

「藉由同學分享來衍生出在戒毒時會碰到的一些問題和困難，並由同學討論方式來想出解決問題方法，這種方式比以往老師告訴我們如何戒毒效果更好 (A01)」



「我在對抗海洛因這條路上花費了相當多的時間與心力，但依然輸給了海洛因，這次課程經由同學討論如何面對誘惑及心理師分享如何戒除毒癮，我有信心可以戰勝它！(A12)」

「在他的課程學的很多，包括：我們碰到毒品誘惑時，如何避免或改變誘惑情境，藉由壓力管理來改變我們針對毒品誘惑時的反應，以及該怎麼處理對於毒品的渴望及衝動，這堂課讓我領悟到改變需要勇氣，也需要支持的力量，而家人間的親情是我們最大的動力 (A26)」

「老師讓我們清楚了解毒品對人體的傷害，「看清毒品的伎倆，拿回生命的主控權」讓我去思考毒品讓我失去什麼？獲得什麼？而讓我去省思過往人生，我相信我會有機會證明自己能戒除毒品，掌握自己人生 (A04)」

「這堂課讓我學到很多，包括：腦部的害處及改變毒品使自己的變化對家庭的失和為毒品出賣尊嚴及寶貴時間和人生…三個月的課程，讓我有信心不再使用毒品，因親情與時間的可貴錯過就不再重來！(A18)」

「透過老師講解體會到毒品真是害人不淺，不只傷害自己身體，也傷害家人 (A23)」

2. 毒品與傳染疾病

「讓我對愛滋病有更加正確的觀念，也讓我如何知道如何去預防愛滋，重要的是，老師教導我們不要刻意的去遠離有愛滋的朋友們，與他們正常接觸並不會被傳染，且他們需要更多的關懷，這點很重要。(A11)」

「讓我們知道長期使用海洛因會導致靜脈血管結疤或崩塌、血管與心臟瓣膜的細菌感染、膿腫與軟組織感染，以及肝腎的疾病 (A27)」

「記得剛上課時，內心深處非常不以為然地認為一條線一直纏能有什麼作用，經過幾堂課才了解，老師所要教的並非成品，而是在你動手做的過程中，培養你的耐心，以及面對事情的態度，這樣的體悟對於我的戒毒人生是有所幫助的 (A24)」

3. 家庭與人際關係

「讓我深深體會在入監服刑前，家人是多麼關心我與在乎我這樣讓我產生對家人一種責任心，更讓我能自我肯定要終身離毒，這樣才不會辜負家人對我的期望和關懷 (A17)」

「心理師的課程讓我學會怎麼和家人溝通及處理雙方意見不合的事…，這課程讓我體會很多，也有信心這次可以改變自我 (A08)」

「我從故事中學會了與人互動都小技巧 (A22)」

「心理師藉由性向、心理測驗來分析及討論我們自己，讓我可以正面面對自己 (A19)」

「聽老師講課完才知道毒品對一輩子的傷害有多大…吸食毒品後對家庭所造成的言語暴力傷害，真是不應該 (A02)」

4. 復歸與生涯發展

「以前都不知道自己犯下錯誤，上過法治教育就清楚自己的過錯 (A05)」

「法律是外在控制，內心不改就輪迴在犯罪之中 (A05)」

「讓我有更堅定的決心，出監後不再違背任何法律 (A17)」

「老師藉由課程讓我們體悟到，每個人都是大自然中的一顆種子，雖然不起眼，但經過一番修整、彩飾，即可變出亮麗的造型，受到人們的喜愛!(A15)」

「老師的帶領我們做大自然種子創作並不拘泥形式，惟許多小細節仍需注意，老師讓我們感受到種子好好玩，也激發出我們許多創作靈感 (A25)」

(五) 對於成立專班回饋

1. 專班課程多元有系統：

「曾經參與過去的戒毒班與這次的科學實證戒毒班，感覺到這次的課程很多元且有系統，讓我全面了解藥物濫用對生理、心理及家人的影響 (A15)」



2. 專班師資受到學員肯定：

「科學實證戒毒班老師的真誠、不虛偽的態度，即一句勉勵或稱讚的話，讓我感到溫暖 (A10)」

「感謝監獄用心良苦，來上課老師更是發心度苦衆生的活菩薩，我感恩慶幸能參加這樣的課程 (A29)」

3. 參與專班讓學員身心狀況較為穩定：

「還記得從自行到案執行、至雲監、違規下六工場，這些日子始終靠安眠藥過日子，原本計畫這樣過 10 個月，有幸教誨師推薦來到科學實證戒毒班，這三個月在工場主管身教的領導以及各位老師的指導下，讓我重新認識自己、振作起來面對自己，原本睡前要服用 12 顆藥物，到戒毒班來也幾乎未再使用 (中間因知道太太還在吸毒有再次服用兩天) (A10)」

4. 專班課程提升學員正向能量：

「覺得充滿著正能量的生活，讓我能勉勵自我要堅持下去 (A10)」

「讓我體悟到與其自卑而悲觀喪氣，讓自己帶來更多的歧視和冷漠，不如將他轉變為動力，從自卑走到自信，才是積極有力的生命態度，相信只要自己意志力堅定、充滿信心及用心付出，劣勢也可以成為自己挑戰成功的優勢 (A26)」

5. 專班課程對戒毒有幫助：

「團體治療進行方式，讓我從與同學討論及心理師歸納建議下，學到怎麼面對吸毒誘惑，我即將要提報假釋，有信心這次可以戒毒成功 (A15)」

「一個人不怕錯就怕不改過，改過並不難，相信我一定可以改過的！(A26)」

伍、結論與建議

一、結論

（一）經由科學實證戒毒班之執行成果，印證法務部矯正署訂頒「科學實證之毒品犯處遇模式計畫」具整合性及有效性。

各監所多年來不斷努力加強改善收容人之戒毒成效，發展且實施種種不同或各具特色之戒毒方案。法務部矯正署之「科學實證之毒品犯處遇模式計畫」，以NIDA13項治療原則為基幹，7大面向課程為枝葉，完整涵蓋收容人因吸毒所受影響的生理、心理及家庭等層面，結合勞政、衛政及社政之社會復歸轉銜機制，落實個案管理因應，達成統整所有社會國家各層面之成效；並連結過去、現在與未來的時間歷程，融合各監所原先具經驗與成效之特色戒毒方案，藉由科學實證之處遇模式，以持續精進方案實施之顯著有效性。本監之科學實證戒毒班正是為法務部矯正署「科學實證之毒品犯處遇模式計畫」可以在實務上有效運用之例證。

（二）開辦之科學實證戒毒班符合NIDA的13項治療原則

雲林監獄科學實證戒毒班在課程設計中，致力於落實科學實證之毒品犯處遇模式中NIDA的13項治療原則，本期執行狀況透過比對，可發現雲林監獄所開辦之科學實證戒毒班，確實將13項治療原則應用其中。

（三）經科學實證戒毒班課程後，可提升學員戒癮能力

經過科學實證戒毒班課程後，學員在「自我覺察」、「人際關係」、「生活品質」、「戒毒信心」及「自我肯定」大多顯著提升，顯示在未來擁有更多能力對抗毒品，可以更有機會成功戒毒。

（四）對於科學實證戒毒班中所開設之進階團體，皆能達成各項團體目標，且學員都感到滿意、有收穫

於成癮概念及戒癮策略、家庭關係、職涯發展及財務管理等概念性課程結束後，由管教小組、社會工作師及授課老師評估學員需求及處遇變化，篩選學員進入進階團



體。而經過團體課程的學員對於團體課程皆感到滿意，而經團體老師評估學員在參與團體後，皆有達成各項團體目標。

（五）對於 7 大面向課程之「滿意度」與「自我幫助程度」，大多感到滿意或非常滿意

學員對於個別課程滿意度平均數介於 4.22-4.70 之間，而選擇「滿意」或「非常滿意」的學員佔 82%-100% 之間，代表大部分學員對課程上課氣氛、授課方式、授課內容、老師認真用心程度等均感到滿意或非常滿意；此外學員對於個別課程對自我幫助程度平均數介於 4.00-4.65 之間，而選擇「滿意」或「非常滿意」的學員佔 68%-100% 之間，代表大部分學員對於課程能提供了解面對自我、提升心靈能量及獲得有效幫助等面向，感到滿意或非常滿意。

（六）透過個案評估、個案研討會議，能確實診斷個案面臨問題，並對後續處遇方式提出建議

安排臨床心理師於團體治療執行中期及後期，分別提出個案報告及團體治療執行過程中所遭遇困難，由外聘督導帶領心理師、雲林監獄教誨師及同仁一同討論團體及個案後續輔導策略。

本次科學實證戒毒班期間，共進行 2 次個案研討會議，針對 14 名個案進行討論及現況分析，再經診斷評估其面臨問題，並且提出具體建議，研究者再將其處遇建議彙整後，提供後續在監期間管教上參考。

（七）科學實證戒毒班學員對課程多給予正向的評語

經研究者進行個別訪談後，科學實證戒毒班學員對於本次課程內容多給予正面評語，尤其對於老師授課方式、專業程度與授課內容等，大多給予正面評價。對本次開設專班的評價，也給予很多的肯定，並且提出許多專班優點。

二、建議

雲林監獄首期開辦之「科學實證戒毒班」，從課程規劃、延聘師資、招生過程到執行期間遭遇到許多困境及臨時狀況，包括：專業師資治療鐘點費不具競爭力、學員對於離開原工場接受處遇疑慮及抗拒、學員間生活習慣及相處衝突、進階團體治療空間議

題、課程進行內容抗拒處理…，經由本次所獲得辦理經驗，將成為未來毒品犯專業處遇的辦理基礎，茲將未來努力方向概述如後：

（一）精進科學實證戒毒班學員的篩選評估機制

此次學員以挑選刑期於屆滿或假釋逾報刑期逾半年至兩年間有戒癮動機之施用毒品犯，但在實務工作上，發現有些學員為「出公差」性質，對於至專班接受處遇有著抗拒及疑慮。由於毒品犯再犯比率高，期盼毒品犯收容人出監前能接受專業處遇課程，因此建議針對刑期於屆滿前或假釋逾報前半年至一年間之毒品犯，運用矯正署頒訂之「毒品犯受刑人評估表」，參考在監輔導情形、家庭支持程度等相關資料以及個人意願，經評估篩選較高動機或較高再犯風險 30 名收容人進入科學實證戒毒班。並由教誨師進行戒毒班介紹，讓學員對於科學實證戒毒班有更多的了解，以及個別化了解學員對於專班期待，以提高改變動機。

（二）評估研議深化處遇內涵

本期的科學實證戒毒班學員，從初期的抗拒、排斥，至後期多位學員表達希望能夠繼續參加下一期的戒毒班或是臨床心理師所帶領的團體治療，顯示出學員有繼續探索自我及改變自我的意願，建議若經費充足可嘗試開辦更為進階的團體治療，由團體治療師篩選學員進入更為深入的團體治療；此外，透過個別晤談可更深入了解學員，評估個案的保護因子和危險因子，以規劃出「以個案為中心」的處遇計畫，建議可增加個別晤談，以深化處遇內涵。

（三）持續結合社政資源辦理家庭日活動

本期科學實證戒毒班首次與雲林縣政府社會處合作辦理家庭日暨家屬衛教活動，透過長期於社區辦理毒品犯家庭支持活動講師來設計活動，運用媒材使學員及其家屬了解彼此感受，一方面強化學員對家庭的認同，另一方面增能家屬及提昇其對吸毒者的接納度，建議未來持續連結具辦理家庭支持服務經驗之社會網絡協助辦理家庭日，使家屬成為吸毒者戒癮復原路上的有力資源及重要夥伴，進而延續監內輔導成效，協助吸毒者避免再犯。



(四) 整合社會網絡資源，加強出監前銜接輔導工作

毒品犯收容人回到社區將面臨生活型態改變、家人及人際關係疏離、就業以及經濟壓力等，在離開矯正機關 6 個月至 1 年左右為復吸毒品的高峰期，故整合毒品危害防制中心、就業中心以及更生保護資源來提供後續處遇，使社區資源網絡能接續監獄的處遇治療實為毒品犯不再復發的關鍵因素。因雲林監獄毒品犯收容人大多來自北部，鮮少在地人，建議能持續整合社會網絡資源，讓毒品犯收容人能熟悉不同社會機構各自所能提供的資源資訊，並且加強毒品危害防制中心銜接輔導工作，增強收容人出監後願意求助的動機，期盼未來遭遇到毒品誘惑、現實環境之挫折與壓力時，持續給予協助與相關之心理建設及輔導。

(五) 廣續推動科學實證戒毒處遇專班

本期科學實證戒毒班課程規劃符合 NIDA 的 13 項治療原則，且前後測的量化分析顯現出，學員在自我覺察、壓力調適能力、戒毒行動力及自我肯定能力均有提升，且從訪談學員中分析，學員對於七大面向課程專業師資教授內容、進階團體治療均反應出正向肯定的態度，學員身心較為穩定，態度也轉為正向，建議可持續辦理專班處遇，以協助毒品犯收容人學習正確知識，修復因吸毒所受影響的個人、家庭及社會，並提升自我覺察能力，讓毒品犯收容人未來在面對毒品誘惑時，能有意願且能力去拒絕毒品，進而達到終身離毒的目標。

陸、參考文獻

1. 楊士隆 (2009)。建構毒品施用者修復社會功能的社區資源網絡之研究。法務部。
2. 2017 年法務部矯正署頒訂「科學實證之毒品犯處遇模式計畫」(2017 年 12 月 5 日法矯署醫字第 10606002360 號函)
3. Bennett, T., k. Holloway & D. Farrington (2008), The Statistical Association between Drug Misuse and Crime: A Meta-Analysis, Aggression and Violent Behavior, pp. 1-12.



符合科學實證精神的制度：概述 毒品法庭的組成與執行

An Evidence-Based System: An Overview of the Composition and
Practice of Drug Courts

傅雅懌

法務部矯正署 台中戒治所臨床心理師



摘要

傅雅懌

毒品法庭的成效在許多研究中都獲得了肯定，透過對吸毒者進行科學化的評估與處遇，並結合司法的監督與獎懲機制，以及有效的機構間合作，不僅有效降低吸毒者的復發率，亦能減少犯罪活動的發生，同時節省社會成本，為一有效將司法的監督制裁機制與藥癮治療相結合的制度。本文簡介了毒品法庭的專業人員組成、分工、及運作方式，並概述由美國的全國毒品法庭專業人員協會所提出的十個關鍵之組成要件、以及成人毒品法庭最佳運行標準。

Abstract

Ya-I Fu

The effectiveness of drug courts has been confirmed in many studies. Adult drug courts can reduce drug use relapse, lower criminal recidivism and convey positive economic benefits through evidence-based assessment and treatment, supervision, graduated sanctions and incentives, and various rehabilitation services. Drug courts blend judicial monitoring and sanctions with treatment successfully and effectively. This article provides an overview of the composition of professionals in the drug court, and how they work together. There is also an overview of two publications by the National Association of Drug Court Professionals in the United States; one is defining drug courts: the key Components, and another is Adult Drug Court Best Practices Standards.

法務部矯正署目前正在推行的「科學實證之毒品犯處遇模式」，其設計之依據為美國國家藥物濫用研究所（National Institute on Drug Abuse，簡稱 NIDA）出版的「給刑事司法人員的治療原則（Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Populations）」。¹該手冊中也提到了美國的毒品法庭（drug court）制度，書中敘明毒品法庭能有效的將司法的監督制裁機制與藥癮治療相結合，同時帶來正向的經濟效益（NIDA，2014）。²這讓筆者對於一個有效的毒品法庭是如何運作、以及不同專業之間需如何分工合作，產生了好奇，加上國內亦開始有是否要導入毒品法庭制度的討論，因而希望藉由本文讓讀者對於此一制度能有較為深入的認識。

一、簡介

為了因應日益嚴重的毒品問題，美國於 1989 年在佛羅里達州的邁阿密成立了第一個毒品法庭，之後此一制度逐漸推展至全美，並依照各地的需求與人口特性，發展出許多不同類型的毒品法庭。美國國家司法研究所（National Institute of Justice，簡稱 NIJ）的網站顯示，2015 年時全美共有 3142 個毒品法庭，其中包括了 1558 個成人毒品法庭、409 個青少年毒品法庭、312 個家事毒品法庭、306 個退伍軍人毒品法庭、284 個毒駕或酒駕毒品法庭、138 個原住民毒品法庭、70 個精神病共病毒品法庭、29 個再犯毒品法庭（re-entry drug court）、27 個聯邦毒品法庭、6 個聯邦退伍軍人毒品法庭，以及 3 個校園毒品法庭（NIJ，2018）。

物質濫用者進入毒品法庭的流程，依照各州規定而有所不同，大致上可分成「審理前」與「審理後」兩種模式。物質濫用者被警方逮捕後，會被起訴成為被告，此時由檢察官進行資格篩選，資格符合者在獲得院、檢、辯三方的同意後便進入下一個流程，而不符合者則回歸一般刑事庭的審理機制。在「審理前」的模式中，符合資格的物質濫用者，在認罪後可以給予緩起訴並且免除審理，進入毒品法庭；而若採取的是「審理後」的模式則會進入審理，並在定罪之後進入毒品法庭。

進入毒品法庭之後，物質濫用者如果可以順利完成所有的處遇，便會參加由其家屬及所有工作人員共同與會的畢業典禮，並獲得免刑、減刑或撤銷起訴的處分。在方案進行的過程中，毒品法庭會使用各種獎勵與懲罰制度，來增加物質濫用者對於各項處遇的配合度；但若他們持續無法符合毒品法庭的各項要求，則會被撤銷參加資格，



並且轉回一般的刑事審理流程。

毒品法庭的成效在許多不同的研究報告中都獲得了肯定。在 NIJ 所進行的多處成人毒品法庭評估報告中表示，將同類型犯罪者和參與毒品法庭者兩相比較，後者的犯罪活動較少（53%比 40%）、再次出庭的人數較低（62%比 52%）、自述吸毒的情形較少（76%比 56%）、實際尿篩檢測為陽性的比例也較低（46%比 29%）。雖然毒品法庭的治療投資成本較高，但因再犯較少，平均每位吸毒者可節省 5,680 美元至 6,208 美元之間的社會成本（U.S. Department of Justice，2018）。

一個有效的毒品法庭乃由非常多元的專業人員所共同組成，各自分工又相互合作，其中包含了法官、方案協調員、檢察官、辯方律師、觀護人、治療人員代表、執法人員以及方案評估者。各種專業人員的職掌將會在本文後段加以介紹。而在毒品法庭的蓬勃發展下，1994 年美國毒品法庭的專業人員們組成了全國毒品法庭專業人員協會（National Association of Drug Court Professionals，簡稱 NADCP），為一非營利組織，目前與旗下的分支機構 National Drug Court Institute (NDCI) 負責許多的教育訓練以及實證研究，並出版了「定義毒品法庭：組成要件」（Defining Drug Courts: The Key Components）以及「成人毒品法庭最佳運行標準卷一與卷二」（Adult Drug Court Best Practices Standards Volume I & Volume II），以此作為培訓專業人員的基礎，美國亦有許多州依這三本手冊來作為認證或資助毒品法庭的標準。

二、組成要件

NADCP 早在 1997 年便已提出毒品法庭的組成要件一文，並在 2004 年修改後延用至今，文中提出了 10 個關鍵組成要件，分別是：

（一）毒品法庭整合了藥酒癮治療與司法流程

毒品法庭的使命在於制止酒精與毒品的濫用以及相關的犯罪活動。透過刑事司法系統獨特的影響力，從而說服或強迫被逮捕者進入治療並持續接受處遇。研究發現，被刑事司法系統強迫進入治療者，其成效與志願者相同。

毒品法庭通常採用多階段的治療流程，一般來說可分為穩定階段、密集治療階段以及轉換階段。在穩定階段中包含酒精與毒品的解毒、初步的治療性評估、衛生教

育以及其他的需求評估。密集治療階段通常包括個別和團體諮商以及其他可用的核心與輔助處遇方案（參見組成要件 4）。轉換階段則在強調重新融入社會的重要，提供就業、就學，居住服務以及其他的後續服務。

（二）檢察官和辯護律師採用非對抗性的態度，在維護參與者正當法律程序權益的同時，仍然能夠促進公共安全

為了促進物質濫用者治療的進展，檢察官和辯護律師必須擺脫他們傳統上對抗性的法庭關係，成為團隊成員，互相合作。當被告被毒品法庭所接受後，團隊工作的重點便在於促進參與者的復原與守法行為；檢察官的責任在確保每位候選人符合方案的特性，並能遵守毒品法庭的所有要求，也藉著這個程序來保護公眾的安全，辯護律師的責任則是保護參與者的正當法律程序權利，同時鼓勵其全程參與。

（三）及早鑑別符合條件的參與者並迅速進入毒品法庭

被逮捕的經歷很容易成為一個人生命中的創傷事件，它造成生活中立即的危機，並使物質濫用的行為被迫公開。在被逮捕後或是在擔憂緩刑會被撤銷的這段時間裡，亦是介入並引入藥酒癮治療的重要時機，這讓司法系統與藥酒癮治療的機制能夠充分結合。

（四）毒品法庭提供延續性的藥酒癮治療與相關處遇，以及協助復歸社會的各種服務

每位物質濫用者的問題起源與模式都是複雜且獨特的，因此，若要讓藥酒癮的治療具有成效，就必須同時使用衛生保健、精神醫療等資源，並利用各項社會支持服務。所以，毒品法庭除了關注參與者的犯罪活動與物質使用情形外，亦需考量各種共同出現的問題，例如：精神疾病、各種醫療需求、HIV 與性傳染疾病、無家可歸、知識貧乏、就業問題、家庭問題、家暴問題、以及過去受虐經驗的影響…等。這些因素若不加以解決，將會危及治療的成功率，並將影響參與者的配合度。治療服務亦須考量參與者的文化、宗教、性別、年齡、種族以及性取向等特性。

對參與者而言，進入毒品法庭即是進入一種全方位的治療經驗，指定的治療環境只是其中的一個部分，各項處遇的專業人員與刑事司法人員共同組成治療團隊，定期且頻繁的溝通，即時掌握參與者的進展，同時對於各種行為給予立即且適切的回應。



（五）密集的酒精與各項藥物檢測

法院必須經常性的進行藥物與酒精檢測，並將檢驗結果提供給參與者，使其能夠主動參與整個療程，而不只是被動的接受服務。

（六）毒品法庭利用相互搭配的策略來促進參與者的服從行為

藥酒癮治療的準則是：成癮是一種慢性且會復發的狀態，所以在完全戒除酒精與毒品之前，先降低使用頻率的模式是很常見的，變得清醒或無毒是需要經過學習的，每一次的復發則會讓人更認識復原的歷程。

所有預防復發的治療策略，目的都在協助參與者處理對復原的矛盾心態、辨識引發渴求的情境，並且培養對於高危險情境的因應能力，以便讓參與者學會管理渴求、有效的因應高危險情境、並延長保持清醒的時間。然而，雖然毒品法庭的最終目標是完全戒絕與確保公共安全，但要求參與者在接受處遇之後立即停止使用酒精與毒品是十分罕見的；許多人在進入方案的前幾個月會被驗出陽性，即使持續停用一段時間後，偶爾出現陽性反應也是很常見的。因此，要實現完全戒絕的目標是需要漸進式的歷程，而毒品法庭則要對參與者的各種服從表現與違規行為給予適切的回應。

毒品法庭會依照參與者的表現給予不同強度的獎懲，在獎勵的部分包括：法官的口頭嘉勉、減少監督、減少出庭次數、晉階…等措施，而在懲罰的部分則包含：給予警告、增加藥檢與出庭的頻率、必要的社區服務或工作計劃、降級…等。

（七）法官持續與每位參與者互動是必要的

法官是毒品法庭的團隊負責人，亦是連結參與者、藥酒癮治療、以及刑事司法系統的橋樑。在整個療程中保持這種積極的監督關係，能增加參與者持續參與治療的可能性，並提高他們保持清醒與守法的機會。此外，毒品法庭要求法官要超越傳統上獨立且客觀的仲裁者角色，發展出新的專業知能，能夠獎勵適當的行為，同時勸阻和懲罰不當的行為，並能清楚掌握治療的方法及其局限性。

（八）監測並評估方案是否達成目標，亦要評量其成效

具備協調管理、監測以及評估的系統，是毒品法庭能夠有效運作的基礎。從方案一開始便要有詳盡的規劃，其目標應該是具體且可被評估的，並在必要時進行修

改。毒品法庭應有能力監測日常執行情形、評估服務品質，且能進行縱向研究。

管理與監測系統提供了即時與正確的訊息，讓方案能夠維持正常運作，並能辨識問題以便及時進行修正。這些相關的資訊包含（但不局限於）：被選入毒品法庭的人數、參與者的數量和特徵、正在執行的案件數、藥檢的結果及施用模式、出席情形、治療進展、畢業或完成治療的人數及其特徵、未順利畢業或未完成治療的人數及其特徵、在參與毒品法庭期間再被逮捕的人數及其類型…等。

評估長期目標達成情形的方向有二，其一為歷程評估，另一為結果評估。歷程評估乃在評量毒品法庭的運作狀況及目標的執行情形，例如：治療服務是否按預期實施，結果評估則在評量方案之長程目標的實現程度，例如：是否減少刑事再犯。有效的結果評估需與對照組來進行比較，評估的向度則可包含：犯罪行為或活動、從進入方案之日起所有因違法行為被拘留的天數、離開方案之後使用酒精與毒品的情形、工作技能與就業狀況的變化、識字率和其他學業成就的變化、身心健康的變化、家庭關係的變化、使用醫療保健和其他社會服務、對於參與方案的態度與看法、以及成本效益分析…等。

上述的評估研究對所有人都很有用，對於可能沒有直接參與執行該方案的贊助單位和政策制定者亦然。這些資料與結論都有助於調整方案程序，改變治療性的介入措施，並決定方案是否要延續或要擴展。

（九）持續施以跨學科的教育訓練，以增進毒品法庭運作的有效性

教育及培訓方案有助於維持高水準的專業品質，它同時也提供了一個討論平臺，讓司法人員與藥酒癮治療人員的關係能夠更加鞏固，並且促進彼此的合作。因此，所有毒品法庭的工作人員都應該參與在職教育和培訓，即便尚未開始接案者也是一樣。

法官和法庭的工作人員，通常需瞭解藥酒癮問題的性質及其治療理論與執行方法，而治療提供者則需熟悉刑事司法制度與法庭的運作方式。同時，所有人員都需瞭解並遵守藥物檢測的程序及其標準；至於其他沒有直接參與該方案的司法人員，教育訓練則能讓其對於毒品法庭的使命、目標以及操作程序有基本的瞭解。



（十）透過毒品法庭、公家機關以及社區組織之間的穩健關係，結合在地支援，可強化毒品法庭的成效

毒品法庭是一個由公共、私人和社區組織共同組成的夥伴關係，致力於協調並合作處理施用酒精與毒品的犯罪者。由於其在刑事司法系統中的獨特地位，毒品法庭特別適合在社區組織、刑事司法機構、提供藥酒癮治療系統之間組成聯盟，這樣的聯盟擴大了參與者接受服務的連續性，並有助於恢復社會大眾對於司法體系的信任。

三、成人毒品法庭最佳運行標準

自從十大組成要件出版之後，許多的研究均證實，毒品法庭的目標達成情形主要取決於他們是否忠於這十大組成要件。當這些核心成分被淡化或被揚棄時，畢業率會降低、刑事再犯率會提高、社會成本亦無法降低，且差異可高達 50%。因此，NADCP 開始發展成人毒品法庭最佳實踐標準，並分別在 2013 年與 2015 年出版了「成人毒品法庭最佳運行標準卷一與卷二」。該手冊中所列的標準，是由毒品法庭從業人員所組成的多重領域委員會、各主題的專家、研究人員、及政策制定者所共同起草，之後每個草案會由至少 30 名專精於該主題的實務工作者與研究人員進行複審，複審時採取匿名審查的方式，對於各項標準的明確性（具體做法為何）、正當性（如此要求的理由為何）以及可行性（執行的困難度）進行評量，當該項標準被評定為優良到極佳時才會被納入，且是大多數毒品法庭在合理的時間內可以實現的。手冊中亦強調，有些做法雖並未被納入標準中，但不代表它們並不重要或不具成效，而僅是表示目前尚無足夠多的證據可以支持其有效性。隨著更多研究結果的累積，新的標準將會被納入，而其他類型的毒品法庭的執行標準，也會在累積足夠的實證研究之後開始編撰。

目前已經被提出的最佳運行標準分別隸屬於 10 個主題，包括：目標人口、弱勢族群、法官的角色和責任、獎勵懲罰與治療性調整、藥酒癮治療、補充處遇和社會服務、藥物和酒精測試、多領域專業團隊、收案量、以及監測與評估。依序簡介如下：

（一）目標人口：納入或排除於毒品法庭的資格，取決於實證研究的證據，意即瞭解哪些類別的犯罪者能在毒品法庭中被安全且有效地對待，同時運用已驗證有效的工具與流程來進行評估。

1. 以客觀的標準來篩選個案

有些毒品法庭會依據工作團隊對於犯罪者的改變動機、治療準備程度…等主觀印象來進行資格篩選。然而研究發現，這些主觀評量結果對於毒品法庭的畢業率或是後續再犯情形並無影響，相反的，取消主觀的資格限制、並運用具實證研究基礎的客觀篩選標準後，可以顯著提高毒品法庭的成效與成本效益，使其能夠為最合適的目標人口提供服務。

納入和排除的標準需有客觀的定義，並以書面形式傳達給潛在的轉介來源，包括法官、執法人員、辯護律師、檢察官、治療專業人員和社區監督人員。毒品法庭團隊不宜採用主觀標準或個人印象來決定參與者對方案的適配性。

2. 高風險和高需求的參與者

大量研究顯示，最適合接受毒品法庭處遇的對象同時具有以下 2 種特質：第 1 種是對於非法藥物或酒精產生成癮或依賴，意即具有高度的治療需求，第 2 種則是有高度再次犯罪的風險，或是無法完成較低密度的司法處置如緩刑或審前監督者；這些人通常被稱為高風險高需求的犯罪者。當毒品法庭把資源挹注於高風險高需求的犯罪者身上時，相較投注於情節較輕微者，可以降低大約 2 倍的犯罪率並節省約 50% 的支出。

研究指出，對於未成癮者施以藥癮治療可能會提高犯罪率或增加藥物濫用的機會，也讓他們有更高的可能性走向成癮，特別是將不同風險或需求的參與者混合在一起接受治療或是住在一起的時候，這樣的安排反而會讓低風險低需求的參與者更加惡化，因為這些處遇干擾了他們的正常生活，或讓他們暴露在反社會的群體中。因此，毒品法庭應針對低風險低需求的參與者提供其他的替代方案。

3. 使用具有信效度的評估工具

在對毒品法庭的候選人進行資格評估時，其風險與需求應分開評估，並須使用具有信效度的風險評估工具和臨床評估工具；所使用的風險評估工具須能預測犯罪行為的再犯情形，或是預測是否適合接受社區監督，評估結果不應受到性別與種族的影響；臨床評估工具則須能對於物質使用情形給予正式診斷，一般會進行結構化的精神病理訪談，於手冊的附錄中有建議使用的評估工具。評估人員須經過專業訓練，能夠熟練的使用評估工具並解釋結果。



4. 因犯罪史而被排除

除非為法律明令禁止進入毒品法庭者，否則被控毒品交易的罪犯或有暴力史的罪犯並不必然會被排除在外。研究發現，毒品法庭對嚴重盜竊罪和財產犯罪的成癮者給予處遇時，節省了幾乎 2 倍的社會成本，而在暴力犯的研究結果則尚不一致。至於被控告犯毒品交易罪者，則是建議區分其交易行為是為了要維持毒癮抑或僅是為了經濟理由，如果毒品交易是為了要維持成癮行為，便可能是毒品法庭的合適候選人。

5. 因其他疾病而被排除

如果能夠提供適當的治療，候選人不會因為同時出現的精神疾病或健康問題而被排除。研究也發現納入替代療法的毒品法庭其成效明顯較佳。

（二）弱勢族群：不因種族、性別、性取向、性別認同、身體或精神疾病、宗教或社會經濟地位，而影響任何人進入毒品法庭並取得成功的機會。

1. 平等的接受評估

毒品法庭對於參與者的資格要求應是不具歧視性的，使用的評估工具也不應因其所屬的群體而有差異。

2. 平等的留置率

毒品法庭會持續監控這些弱勢族群在方案中的留置率是否與其他人相同，如果較低則會尋找原因，並且調整方案進行的方式。

3. 平等的接受治療

毒品法庭應提供具有實證研究基礎的治療模式，且其治療品質不因參與者所屬的群體而有所差異。

4. 平等的給予獎勵及懲罰

面對類似的優良表現或違規行為，弱勢群體獲得的獎勵和懲罰與其他參與者應是相同的，且毒品法庭會定期監督獎勵和懲罰執行情況，以確保所有參與者在執行層面上都是平等的。

5. 平等的法律處置

當參與者無法完成毒品法庭的方案時，其後續的法律處置不因參與者所屬的群體而有所差異。

6. 團隊訓練

每位毒品法庭的團隊成員都應該對弱勢文化及其影響力具有敏感度，並參與教育訓練獲取最新的相關資訊。

(三) 法官的角色和責任：毒品法庭的法官要能夠及時掌握現行法律，瞭解與毒品法庭最佳運行標準相關的研究，同時要定期參加團隊會議，經常和參與者互動，並且能夠適當的考量其他團隊成員的意見。

1. 專業訓練

毒品法庭中的所有團隊成員，每年都應該參加與毒品法庭最佳運行標準相關的在職教育，尤其是法官，因為法官的專業性對毒品法庭的成效具有獨特且實質的影響。

毒品法庭的法官要參與年度的在職訓練，以確保法官具有與毒品法庭領域進展相關的當代知識，其內容涵括：毒品法庭的法律與憲法問題、司法道德、具有實證基礎的藥物濫用和心理健康處遇、行為矯正和社區監督…等新知。研究發現，具有較多藥癮治療、心理健康處遇以及社區監控相關知識的法官，其主持的毒品法庭成效較佳。

2. 任期長度

美國毒品法庭的法官採取自願制，且無任期的限制。研究發現，剛上任的第一年通常成效不彰，因此建議，為了維持方案的連續性並確保法官熟稔毒品法庭的政策和程序，法官的任期不宜低於 2 年，且不適合進行年度職務輪調。

3. 一致的行政程序

毒品法庭參與者的生活通常都很混亂，故所施行之處遇需具備大量的結構及一致性，才能改變其不良的適應性行為。當毒品法庭的人員配置不穩定時，特別是如法官等相關的核心人物有所替換時，往往會讓參與者生活中的混亂加劇，因此建議從收案到結案都固定同一位法官。



4. 參加庭前工作人員會議

在庭前工作人員會議中，團隊成員會分享對於每位參與者的觀察並提出處置建議，法官的出席可以確保在案件需要作出重要決定前，能夠通盤考量每位團隊成員的觀點。研究發現，法官定期參加庭前工作人員會議者，其成效明顯較佳。

5. 開庭頻率

在方案開始的第一個階段，法官開庭的頻率不宜低於每 2 週 1 次；因為研究發現，當高風險的參與者每隔 2 週便需要出現在法官的面前時，其治療的出席率、戒毒率、和畢業率明顯較佳；而當參與者開始戒除酒精與毒品並穩定的接受治療後，開庭的頻率可能會逐漸降低。在參與者進入方案的最後一個階段之前，法官開庭的頻率不宜低於每 4 週 1 次。

6. 互動時間長短

在開庭時，法官要用足夠的時間來回顧每位參與者在方案中的進展，建議每位參與者與法官互動的時間為 3 到 7 分鐘，若互動過短，則法官將缺乏足夠時間來衡量每位參與者在方案中的表現、向參與者強調持續治療的重要性、或讓參與者知道他的努力得到工作團隊的讚賞與重視。

7. 法官的態度

研究一致發現，法官和毒品法庭參與者之間的互動品質是影響方案能否成功最重要的因素之一。因此，毒品法庭的法官要能夠提供支持性的意見、強調參與者承諾接受治療以及遵守規定的重要性、並對他們改善自身狀況的能力表示期待。法官不會羞辱參與者，對於有爭議的事實也允許他們有合理的機會加以解釋、表達對所受到獎勵或懲罰及各項治療性調整措施的看法。這麼做並不代表參與者不用為自己的行為負責，也不會阻止法官在必要時發出嚴厲的警告與懲罰性制裁；關鍵並不在於法官所裁定的結果，而是做出裁決的過程，以及在彼此互動的過程中法官如何對待參與者。

8. 法官的決策

對於具有爭議的事實，法官是最終的仲裁者，而要施以何種將影響參與者法律地位或人身自由的獎勵或懲罰，法官亦是最終的決定者。法官在做決定前，

要考量其他團隊成員的意見，並在法庭上和參與者或參與者的法定代理人討論過後再進行裁決。法官不得將這些責任委託給團隊中的其他成員，譬如不能要求團隊成員對於參與者的獎懲進行投票；但是法官必須要參酌各個領域的專業觀察與見解來做出決定。

（四）獎勵、懲罰與治療性調整：參與者對其行為的後果是可以預測的，並且以公平的、一致的、符合實證研究原則的方式來進行管理。

1. 提前通知

有關於執行獎勵、懲罰與治療性調整的政策及程序，要以書面的形式加以規定，並且事先告知毒品法庭的參與者和工作團隊的成員。這些政策和程序應清楚載明哪些行為可能帶來獎勵或懲罰或是治療性調整、這些行為被管制的範圍、階段晉升的標準、畢業與終止方案的標準、以及畢業和終止方案後可能帶來的法律影響及其他後果。

後設研究發現，利用折價券或抵用券作為增強物的方案效果良好，毒品法庭應該向參與者表達希望他能積極爭取獎勵的期待，告知他能夠獲取獎勵的方式，以達到最佳的成效。而當工作人員不斷提醒參與者在治療方面應負的責任，與從方案中畢業或方案被終止後所會面臨的後果時，留案率亦會顯著提昇。在執行各項獎勵或懲罰的措施時，毒品法庭仍宜保有調整的彈性。

2. 聽見心聲的機會

毒品法庭應給予參與者機會，讓他們解釋其對於爭議性事實的觀點、以及受到獎勵與懲罰或治療性調整的看法，在過程中應給予尊重和尊嚴，同時明確告知執行這些措施的原因。

3. 平等的對待

除非是為了保護個人免受傷害，否則在同一階段出現相似行為的參與者應將得到同樣的結果，不因其性別、種族、社經地位、性取向而有所不同。研究發現，當參與者認為法官是公平的時候，成效明顯較佳。

4. 專業態度

懲罰是在不表達憤怒或訕笑的情況下進行的，參與者不會受到羞辱或污衊性的言詞。



5. 漸進式懲罰

毒品法庭有一系列不同程度的懲罰措施，以便管理方案中的違規行為。對於參與者較難實現的目標，例如：戒除毒品或獲得就業機會，在無法達成時會先給予較輕微的處罰，之後再視情況逐漸增加其罰責的嚴重度，但是在相對簡單的目標上，例如：誠實、出席藥癮治療，則會在少量的違規行為出現後便給予較為嚴重的懲罰。

處罰太輕或太重都無法收效，太輕的處罰可能導致違規行為的習慣化，過於嚴重的處罰則會造成天花板效應，意即在治療出現效果之前便已用完所有可用的罰責。在困難的目標中逐步提高處罰的強度，會使治療能有機會產生效用，並使參與者在履行方案要求的過程中，不斷地提升責任感。

6. 合法的成癮物質

對於不在醫療目的下而使用成癮物質（包括酒精、大麻、管制藥），無論該物質合法與否，毒品法庭都是反對的，因為酒精和大麻會導致進一步的犯罪活動、增加復發機率、降低各項獎懲措施的效力、並會提高參與者退出毒品法庭的可能性。但若在醫師監控下使用處方用藥、或是接受已被驗證為有效的替代療法則不在此限。

7. 治療性調整

對酒精或毒品上癮的人通常會對該物質產生嚴重的渴求，並且在停止使用後出現疼痛或不舒服的戒斷症狀，所以在進入毒品法庭的早期階段中，毒品法庭會根據參與者的藥物篩檢結果而調整治療措施，例如：提供藥物治療、住院治療、或強化動機治療來提高他們對戒癮的承諾。

如果參與者在各階段均符合治療與監督的要求，但是療效依然不佳時，他們並不會受到懲罰性制裁，反而會依照專業人員的建議，重新進行評估並調整治療計劃。但是如果發現參與者故意不配合治療，此時採取懲罰性的制裁便是適當的決定。

8. 獎勵生產行為

就如同重視減少犯罪與藥物濫用行為一樣，毒品法庭同樣看重獎勵生產行為，參與者是否投入具有生產力的活動，例如：就業、接受教育、參加支持性

團體…等，亦被列入晉階與畢業的標準中。當毒品法庭同時重視獎勵生產行為與減少不良行為時，其效果會更加卓著。

懲罰和正增強具有不同卻互補的作用，懲罰用於減少不良行為，例如藥物濫用與犯罪，而正增強則用於增加理想行為，例如參加治療與就業，兩者需要混合使用才能達到最佳效果。懲罰的影響通常只有在處罰持續存在時才會有效，當處罰消失後不良行為往往會迅速恢復。所以，如果完全依賴懲罰來減少藥物濫用和犯罪行為，其效果很難延續到畢業之後。因此，NADCP 列出了多種合宜的獎勵與處罰措施提供參考，並依其強度加以區分（NDCI，2018）。

9. 階段性晉升

階段是否晉升，取決於臨床目標的達成情形及其實質進展，例如完成治療方案、或在特定時間內維持無毒；其考量並非僅僅基於參與者進入毒品法庭的時間長短。隨著參與者階段的晉升，他們應該會更有能力抵抗毒品及酒精的誘惑，並可從事具有生產力的活動，因此對於違規行為的處罰可能會加重，對於服從行為的獎勵可能會減少，同時對其監督也可能會降低。而唯有在臨床上能夠確定治療的減少並不會促使參與者復發時，治療才會減量。最後，要一直等到能夠確認在沒有監督與治療的情形下，參與者依然不會復發之後，藥物和酒精測試的頻率才會降低並逐步解除。如果參與者不幸復發，則會回到前一個階段而非最開始的階段，同時工作團隊會和參與者一起擬定補救計畫，讓階段可以順利轉換。

10. 監禁

懲罰的確定性和即時性，對行為的影響遠大於懲罰的嚴厲程度。研究發現，當毒品法庭明智且謹慎地使用監禁作為懲罰手段時，其效力和成本效益顯著提高。所以，除非參與者對於公共安全構成立即的危害，否則應在確認較輕的懲罰已無法有效阻止違規行為後才會加以監禁。然而，監禁時間須是明確的，而且通常不會超過 3 到 5 天（時間超過效益便會遞減）。由於監禁涉及喪失基本自由，毒品法庭必須確保參與者就此事得到公平的裁定。

11. 終止

如果參與者已對公共安全構成直接風險、不願意或無法參與治療、或已確認無法從治療中受益，則可以將方案終止；但如果這些條件都不符合，那麼在



大多數情況下，最有效的作法是調整參與者的治療內涵或監督要求、或運用不斷升級的處罰。由於終止毒品法庭方案所付出的社會成本昂貴且不能提高戒癮成效，因此只有在必要時才會以終止的方式來保護公共安全，或是在已確認即使繼續努力治療仍然無法改善情況的時候才會終止方案。但是，如果參與者是因為毒品法庭無法提供符合其臨床需求的治療而被終止，為了嘉許參與者在治療過程中的付出，其後續的刑期或司法處置不應被加重，以示公平。

12. 畢業和終止的後果

毒品法庭的畢業生將會獲得獎勵，例如：不留下本次的犯罪記錄、避免被監禁、大幅度的減刑或大幅降低其司法處分。而若是被終止的參與者，除了因原本罪行而被判刑或受處分外，還會因未能完成此方案而可能增加刑罰，後者應事先告知。

（五）藥酒癮治療：在對參與者的臨床需求進行標準化的評估之後，會依照評估的結果擬定治療計畫。藥酒癮治療並不會作為獎勵期望行為或懲罰違規行為的手段，亦不會使用在其他與臨床無關的目標上。治療提供者應接受訓練及督導，以便能提供連續且具有實證研究基礎的處遇。

1. 連續性的照護

毒品法庭提供連續性的藥癮治療，包括解毒、居住式治療、中途之家、日間留院式治療、密集式門診、及一般門診式服務。標準化評估決定了所要提供的治療強度，而治療強度的調整則取決於參與者對於治療的反應，其與毒品法庭的階段結構並無關聯。一開始接受居住式治療的參與者，應逐步過渡到日間留院式治療或密集式門診，最後再採取一般門診式治療，如果直接將參與者從居住式治療轉移到低頻率的一般門診式治療成效是不佳的。廣義的來說，日間留院式治療每週的治療時數通常會超過 20 小時（但不包括過夜時數），密集式的門診治療每週會介於 9 到 19 小時之間，一般的門診治療每週通常低於 9 小時。

最常用的評估標準是美國成癮醫學會頒布「用於治療物質相關疾患的處置標準（American Society of Addiction Medicine Patient Placement Criteria for the Treatment of Substance-Related Disorders，簡稱 ASAM-PPC）」，利用標準化且具有信效度的衡鑑工具，來評估其臨床需求與需要照護的程度。研究發現，在刑事司法系統中，如果所提供的治療強度不符合病患的臨床需求時，可

能會出現負面的效果或讓情況惡化，例如：對成癮情況較低的犯罪者提供居住式治療，其治療失敗和再次犯罪的情形明顯較高，此種現象在 25 歲以下的犯罪人口中特別明顯，因此手冊中特別強調：要仔細評估以確保進入毒品法庭的年輕族群不會被錯誤地施以居住式治療。

2. 以監禁作為治療方法

參與者不會因要達到臨床或社會服務的目標而被監禁，例如透過監禁來獲得解毒服務或創造清醒的生活環境。監禁乃適用於保護公共安全或懲罰故意違規行為，例如故意不參加治療，不過此舉很少能達到治療效果，成本效益亦不佳。某些毒品法庭可能會利用監禁作為避免立即自我傷害的手段，但這與最佳做法並不一致，不但成本過高，也不可能帶來持久的效益。因此，一旦有機會提供治療時就應該立刻釋放參與者，並將其轉移到社區中，施以適當強度的治療。

3. 團隊代表

毒品法庭通常會委託 1 到 2 個機構來提供治療服務。來自這些機構的臨床專業代表是毒品法庭工作團隊的核心成員，要定期參加團隊工作會議及開庭，以便讓團隊能掌握參與者最新的治療情形，並在做出各種決定前將與治療有關的因素納入考量。若是由 2 個以上的機構來提供治療，便要建立清楚的溝通規約，以確保每個參與者的治療進展都能準確且即時的提供給毒品法庭的工作團隊。通常會由主要治療機構的臨床個案管師來負責讓這個程序能夠有效運作，並將資訊及時傳達給其他團隊成員。

4. 治療劑量和持續時間

為了要維持長期清醒並從成癮狀態中復原，參與者應獲得足夠劑量且維持足夠時間的藥癮治療。研究發現，當參與者停留在治療的時間越長、參加的療程越多時，其效果越好，最佳的治療期間約為 9 到 12 個月，但參與毒品法庭的最佳期間則大約是 12 到 18 個月。

面對高風險高需求的參與者，通常在治療初期會施予每週 6 至 10 小時的諮商，並在 9 至 12 個月內提供總時數約 200 小時的諮商。不過毒品法庭也會尊重參與者在治療當中的個別差異，並允許靈活地加以調整。



5. 治療模式

毒品法庭要求參與者在方案開始的第一階段，每週至少與治療師或臨床個案管師進行一次個別會談，因為大多數參與者在進入毒品法庭時狀況並不穩定，此時團體形式的處遇並無法提供足夠的時間與機會來瞭解其臨床與社會服務的需求。等到能確認降低個別會談的頻率並不會導致復發之後，則可減少會談次數。

團體諮商也能提高毒品法庭的成果，但前提是這些團體方案應有實證研究基礎，同時應篩選適合參加的團體成員。最有效的團體組成為 2 位團體領導者帶領 6 到 12 名成員，主要領導者可以負責主導團體的形式和流程，而協同領導者可以審查參與者的家庭作業或協助進行角色扮演。如果團體成員少於 4 人，則建議改為個別諮商。

並非所有藥癮治療的參與者都可以從團體諮商中受益、某些類型的參與者，例如嚴重腦傷、偏執、反社會，罹患重鬱症或是創傷性疾患的患者，則可能需要以個別的方式進行治療，或是提供能夠滿足其獨特需求的團體方案。

6. 有實證基礎的療法

研究發現，在毒品法庭中成效良好的治療模式，具有以下 4 種特徵：（1）採用行為或認知行為療法（2）有詳細的治療手冊（3）治療者接受過專業訓練，並可以依照手冊來執行治療（4）治療者持續接受督導以確保模式不失真。

行為治療可利用獎勵來增加參與者的理想行為，並對不良行為施以處罰，在毒品法庭中有系統地應用分級獎勵和懲罰制度便是行為治療技術的一例。認知行為療法（CBT）採取積極的問題解決策略來管理和藥物及酒精相關的問題，包含調整與物質濫用有關的非理性想法、辨識與吸毒相關的誘發因子或高危險情境、安排日常活動以避免接觸誘發因子、幫助參與者在不使用毒品的情況下管理渴求及其他負向情緒、及教導參與者有效的問題解決技巧和拒毒策略。整合性藥癮治療模式（Matrix Model）和再犯預防治療（Relapse Prevention Therapy, RPT）是專為治療成癮者而開發、且被證實能減少復發、並具有清楚操作手冊的認知行為課程，這兩種模式都已成功的運用在治療成癮者以及毒品法庭的參與者身上。

7. 藥物治療

藥物輔助治療（Medically assisted treatment，MAT）可以顯著的提昇治療效果，研究發現，提供美沙酮與丁基原非因的維持治療，可以顯著增加鴉片成癮者對於治療的參與度、減少使用非法的鴉片類物質、降低再次被逮捕或違反假釋規定的情形、減少再次入獄的比例，並降低死亡率和 C 型肝炎的感染。應由具有成癮精神病學（addiction psychiatry）相關專業知識的醫師，根據參與者的需要來開立精神科藥物或成癮性藥物。

8. 治療提供者的訓練與認證

治療提供者應接受訓練並獲得可以提供藥癮治療的認證，亦要定期接受督導。而熟悉刑事司法的運作、以及具有豐富的犯罪者工作經驗，可以提高治療成效。

9. 同儕支持團體

除了專業治療外，參與者還要參加自助式團體或同儕支持團體（例如：12 步驟團體）來強化治療效果。研究發現，被法院強制要求參加自助團體者的表現與非強制者一樣好甚至更好。然而，僅是參加自助團體並不足夠，參與者需要更能投入與復原相關的活動中，例如建立一個無毒的社會支持網絡、參與靈性的活動、並從團體成員身上學習有效的因應技巧等。

10. 後續照護

完成藥癮治療之後，復發的危險性至少持續 3 到 6 個月，治療一年後的復發比例平均為 40% 至 60%，因此，後續的照護準備以及復發預防也是毒品法庭所重視的要素，目的在協助參與者繼續維持有利社會的活動（prosocial activities），並在離開毒品法庭之後與同儕支持團體保持聯繫。研究顯示，將復發預防與後續照護納入正式的階段程序，可讓再犯率顯著降低，並讓成本效益提高 3 倍以上。在從毒品法庭畢業後的 3 個月內，治療師或臨床個管師會透過電話、信件、電子郵件或其他類似的方式定期聯繫畢業者，瞭解他們的近況，探詢可能復發的潛在警告信號，提供簡短的建議和鼓勵，並在需要時加以轉介。



(六) 補充處遇和社會服務：有些問題可能會與藥物濫用一起發生，亦會干擾參與者對毒品法庭規定的遵守、增加再次犯罪的機會、或減少治療的成效。參與者被評估需要時會接受補充處遇和社會服務。

1. 範圍

對於參與者提供補充處遇和社會服務之目的在解決可能的干擾，降低再次犯罪的機率並維持治療效果。補充服務的內涵可包括：住所的協助、精神醫療、創傷服務、犯罪思想干預、家庭與人際諮商、職業與教育服務、一般醫療與牙科治療等。

研究並不支持對所有參與者都提供相同的補充處遇，參與者所獲得的服務應與他們的需求評估相對應。要求參與者接受不必要的服務反而會浪費時間和資源，並可能因過度干擾正常生活而使結果惡化。如果參與者因未能滿足過多的要求而被處罰，則可能會變得怨恨、沮喪或焦慮，因此，如果法庭的團隊無法闡明要求參與者接受特定服務的合理原因時，就應重新考慮該服務的適切性。

2. 服務順序和時間安排

提供補充處遇和社會服務若要成功，服務提供的時機至為重要。研究發現，當按照特定的順序來解決參與者的需求時，成效明顯較佳，這點在設計毒品法庭的階段結構時相當重要。

對於高風險高需求的參與者而言，毒品法庭在初期所提供的補充處遇應以提高治療順從性為目標，包括滿足參與者的基本居住需求、穩定精神症狀、改善因上癮而造成的急性身心症狀等，例如渴求或戒斷。到了中期則著重於處理影響復發的犯罪需求，這點經常與物質使用共同發生；包含調整不適當的或犯罪的思維模式、減少不合宜的人際關係、以及解決家庭衝突。接近後期時便會著眼於解決讓療效無法持久的需求，以增強參與者長期的適應性功能為目標，包括提供職業或教育協助、親職訓練、及增強其日常生活所需的各項技能。

3. 臨床個案管理

臨床個案管理師具備有進行臨床評估和社會服務評估的能力，能夠瞭解各項服務該如何排序，並能配合參與者的需求，同時擅長監督與回報參與者的最新進展。通常臨床個案管理師的背景是成癮諮商師、社會工作人員或心理從業人員，他

們接受過專門培訓以評估參與者的需求、協調合作機構之間所提供的服務、並向其他專業人員回報參與者的進展。

4. 住所的協助

從進入毒品法庭的第一階段開始，參與者就會獲得協助以尋求安全、穩定和無毒的居所，並在整個過程中繼續提供服務。如果無法獲得專業的居住服務，臨床個案師或其他工作人員應協助參與者找到適當的住處，例如與有利於社會且無毒之親屬或朋友或其他合適的人同住。參與者不會因為他們缺乏穩定的住所而被排除在毒品法庭之外。

5. 精神醫療

約有 2/3 的毒品法庭參與者被評估具有精神症狀，約有 1/4 者符合 DSM 第一軸的診斷，最常見的是重鬱症、雙極性疾患、創傷後壓力症候群、或其他焦慮症。物質濫用可能引發精神疾病或讓症狀加劇，而精神病患者可能會藉由物質濫用來自療癒，這意味著一種疾病的在存可能會導致另一種疾病的復發，因此，患有精神疾病的參與者，從進入毒品法庭開始便會接受精神醫療服務，並在整個過程中繼續提供治療；而正因為兩者會相互影響，故精神疾病和成癮問題將會同時被治療。因此，毒品法庭若是拒絕參與者使用治療精神疾病的藥物、或是以停止服用醫師處方藥來作為進入或畢業的條件，都是不恰當的。

6. 創傷服務

使用具有信效度的工具來評估參與者的創傷史、創傷相關症狀以及創傷後壓力症後群（PTSD）是重要的，超過 1/4 的毒品法庭參與者自述在過去人生曾遭受過身體虐待、性虐待、或經歷過其他嚴重的創傷事件，例如危及生命的車禍或工作傷害。研究發現，在女性參與者中超過 80% 的人曾經歷過嚴重的創傷事件，超過 1/2 的人需要創傷的相關服務，超過 1/3 的人符合創傷後壓力症後群的診斷，而創傷後壓力症後群患者有較高的物質濫用可能性，所以在進入毒品法庭的初期便要處理與創傷有關的症狀，並在必要時繼續進行。

創傷後壓力症後群的參與者會施以具有實證基礎的處遇，教導他們如何在不濫用物質、或是不使用其他逃避行為的情況下，去處理心中的痛苦，同時逐漸對恐慌與焦慮等症狀減敏，並鼓勵他們投入具有生產力的活動，以降低再次



受創的風險。評估適合的治療方式亦相當重要，有些受創甚深的參與者可能需要接受個別治療，不適合進入團體，特別是在治療的早期階段，如果要進行團體治療則需要精心挑選不具威脅性與侵略性的成員。研究顯示，當刑事司法系統的女性參與者在只有女性群體中接受各種藥癮治療時，成效優異。

所有毒品法庭的團隊成員，包括法院工作人員和其他刑事司法專業人員，都要接受與創傷服務相關的正式訓練，因為工作人員要避免在無意中讓參與者再次受創（例如：憤怒地回應參與者的違規行為、忽視參與者的恐懼或擔憂、在混亂或嘈雜的環境中諮商、以公開或不尊重的方式來驗尿…等），並要能維持治療架構以利個案的復原（例如：事先申明行為的界線與後果、依約來執行獎勵與懲罰、準時開庭、準時開始諮商並準時結束…等）。

7. 犯罪思想干預

當參與者的臨床情況穩定且不再出現諸如渴想、戒斷或憂鬱等急性症狀後，會接受具有實證基礎的犯罪思想干預措施，此乃因參與者的犯罪思考模式可能導致方案失敗和再次犯罪。許多的參與者無法站在他人的立場思考、無法體認識自己在人際衝突中的角色、無法三思而後行、或是具有偏差的態度與價值觀；有些手冊化的認知行為介入方案已被證實能有效的調整這樣的犯罪思考模式，例如：道德調整療法（Moral Reconation Therapy）、思考改變之道（Thinking for a Change）、推理與復原（Reasoning & Rehabilitation）。

8. 家庭與人際諮商

家庭衝突降低、違法人際互動減少、以及正當人際互動的增加，均與物質濫用和犯罪情形的減少有密切相關。因此建議在可行的情況下，至少邀請一位可靠且有利社會（prosocial）的家庭成員、朋友或熟人，向工作人員提供參與者日常行為的第一手觀察，並且幫助參與者按時出席毒品法庭的活動及履行義務。當參與者的臨床情況穩定後會接受具有實證基礎的認知行為治療，以增加人際溝通和問題解決能力、降低家庭衝突、並減少不當的人際聯結。

在治療開始時，有利社會且無毒的家庭成員、朋友或熟人會接受工作人員的培訓，使其能可靠地監控參與者的行為、增強其有利社會的活動、恰當地回應參與者的問題行為、並減少彼此之間的緊張衝突及對抗。隨著治療的開展，治療的重點在提昇參與者與相關人員的溝通技巧和問題解決能力，減少人際衝

突並調整彼此之間的不良互動。

9. 職業與教育服務

就業或學業能力不佳的參與者，在毒品法庭的後期才會開始接受職業或教育服務。當參與者找到安全穩定的住所、物質濫用和精神症狀獲得大幅改善、並調整了犯罪思考模式、改變了人際網絡之後，才會接受標準化的就業知能處遇，教導參與者如何找到工作、如何以負責任及可靠的態度來保住工作，並在未來不斷的提升自我以獲得更好或更高薪的工作，亦要學習與同事及雇主保持良好的互動。毒品法庭畢業的要件之一是保有穩定的工作、參加職業或教育方案、或是從事類似有利社會的活動，而協助參與者繼續工作、繼續接受教育以及維持有利社會的活動亦是後續照護計畫的重點。

10. 一般醫療與牙科治療

大約 1/4 的毒品法庭參與者患有慢性病或牙科疾病，這些症狀可能讓人感到嚴重的不適或干擾日常功能，亦需要持續的醫療護理。對於會危及生命、會引起嚴重疼痛或不適、或可能導致長期殘疾與損傷的疾病，參與者可以立即接受治療。基於人道原因，無論對於刑事司法案件的影響為何，治療疼痛或不適始終是重要的；然而，為要更有效地利用資源，非必要的牙科或醫療可能會在毒品法庭的後期才加以處理，或是納入後續照護計畫中，例如：濫用甲基安非他命的參與者通常會出現齒科的問題，如果這些問題並沒有急迫性，等到參與者停止吸毒後再嘗試牙科診療便是合適的決定。

11. 預防具有健康風險的行為

毒品法庭參與者進行不安全性行為的比例高得驚人，大約 50%至 85%的參與者自述正與多位性伴侶進行頻繁且無保護措施的性行為。參與者將會完成一個簡短的且有實證基礎的教育課程，內容教授如何避免性病及其他傳染病的具體措施，例如使用保險套以及取得清潔針具…等。

12. 毒品過量的處理及預防

參與者及其親友會完成一個簡短且具有實證基礎的教育課程，教導他們如何處理毒品過量的情形，以及可以採取的預防措施。



(七) 藥物和酒精檢測：個案在參與毒品法庭的期間，對於未經授權的物質使用，要提供準確、及時且全面的檢測。

1. 頻繁地測試

毒品法庭要經常進行藥物和酒精的檢測，以確保能夠快速且可靠地偵測參與者的物質使用情形，每週至少要驗尿 2 次直到參與者準備畢業，如果要進行長時間的物質使用監測，例如使用安全連續遠程酒精監測儀（Secure Continuous Remote Alcohol Monitor，SCRAM）則至少要連續配戴 90 天，並搭配尿液或其他間歇性的測試方法。當懷疑參與者近日内曾有過物質使用行為或是更有機會使用物質時，例如在週末或假期當中，則會以呼吸試驗或唾液檢驗等方式進行快篩。

2. 隨機測試

藥物和酒精測試的時間表是隨機且不可預測的，在週末與假日施測的機率與其他日子相同。在情況允許下，採樣之後應儘快交付檢體，尿液樣本在採樣後 8 小時內送驗，而快篩的送樣時間，例如唾液檢驗，則不可超過 4 小時。

3. 測試期程

隨著參與者的進步，毒品法庭通常會降低治療和監督的強度以及開庭的頻率，但是這也增加了復發或出現其他不當行為的風險，因此需要繼續不間斷進行藥物和酒精檢測，以確定參與者是否復發。

4. 檢測幅度

由於犯罪者會不斷尋找新的濫用物質以欺騙藥物檢測，毒品法庭必須定期的隨機檢驗所有可能使用的物質，以確定參與者是否出現新的物質濫用行為。

5. 目視採樣

檢體的採集要由一名經過訓練的工作人員直接見證，以防止篡改或替換成欺詐性檢體。

6. 有效檢體

對檢體進行常規性檢查，以防止稀釋和造假。

7. 準確可靠的測試程序

毒品法庭使用有效且可靠的檢測程序，並為每個樣本建立保存的標準程序。如果參與者在陽性結果中否認物質使用，則要用儀器對於相同的樣品進行確認分析，例如氣相層析質譜儀（gas chromatography/mass spectrometry，GC/MS）或液相層析質譜儀（liquid chromatography/mass spectrometry，LC/MS）。

8. 快速得到結果

毒品法庭會在在送樣之後 48 小時內收到檢驗結果。

9. 參與者契約

在進入毒品法庭後，參與者會被清楚且全面地告知與藥物和酒精檢測相關的權利義務，且載明於參與者契約或手冊當中，而工作人員亦會定期與參與者一起複習，以確保他們瞭解自己的義務。

（八）多領域專業團隊：毒品法庭的日常運作由數個領域的專業團隊共同負責，在庭前工作人員會議以及開庭時回顧參與者的進展，並依其專業領域提供意見和建議，同時監督各項處遇的執行情形。

1. 團隊組成

毒品法庭的工作團隊成員包含（但不限於）：法官、方案協調員、檢察官，辯護律師、治療代表、社區監督官員、以及執法人員。有些毒品法庭的團隊也會納入其他社區代表，例如職業指導人員、自助團體導師…等，有些毒品法庭則被要求要配置方案評估人員，以確保方案監測和評估能有較高的品質。以下對於各項專業人員加以簡介：

- （1）法官：通常由一名初審法院的法官來領導毒品法庭團隊。
- （2）方案協調員：通常由法院的行政人員擔任，負責維護各項記錄及文件的準確性與及時性、控管方案財務、促進團隊成員以及合作機構之間的溝通、確保方案依程序執行、監督績效、收集各項數據、安排庭期與庭前工作人員會議等，亦要指導新進員工。
- （3）檢察官：通常為助理檢察官，重視公共安全與受害者權益，同時協助參與者負責履行義務，而檢察官也能幫助參與者解決影響其毒品法庭資格的其他案件。



- (4) 辯護律師：通常是專門從事毒品法庭案件的助理公設辯護人或私人辯護律師。辯護律師確保參與者的憲法權利得到保障，並為其合法權益發聲，研究發現辯護律師的參與讓成效較佳。
- (5) 社區監督官員：通常由觀護人或審前服務官員擔任，職責可能包括施行藥物和酒精檢測、進行家庭訪問或就業訪問、實施宵禁和旅行限制，並提供改變參與者犯罪思考及提高其問題解決能力的認知行為介入措施。
- (6) 治療人員代表：通常由成癮諮商師、社工師，臨床心理師或臨床個管師擔任。由於參與者可能會被轉介到多個治療機構來進行藥酒癮治療或提供其他各種補充服務，所以許多毒品法庭會指定 1 到 2 名的治療專業人員擔任工作團隊的治療代表，在工作會議中回報參與者的治療進度，並於討論的過程中提供專業知識與臨床判斷。
- (7) 執法人員：通常包含警察、副警長、公路巡邏官等，觀察參與者在社區中的行為表現並與之互動，並可協助進行家庭訪問和就業訪問。

2. 庭前工作人員會議

團隊成員要持續參加庭前工作人員會議，以便掌握參與者的各項進展，並訂定提高成效的各種策略，同時要為開庭預作準備。研究發現，當所有團隊成員持續出席庭前工作人員會議時，再犯罪率可降低 50%。

庭前工作人員會議的內容是保密的，不會留下任何影音或書面記錄，會議的內容是不公開的。除非法院有充分的理由才會讓參與者參加與自身案件有關的討論。

3. 資訊共享

參與者和工作人員之間的密切溝通是毒品法庭能夠成功最重要的因素之一，參與者經常抱怨他們被迫向不同的專業人員重複提供相同的資訊，需要達成不同機構之間過多的要求和不一致的任務。工作人員之間的持續溝通可確保參與者接收到一致的訊息，減少不必要的負擔，遵守方案的各項要求，並且在治療方面有充分的進展。

美國法律規定，在患者確知其權利與義務的情況下，可以有限度的放棄隱私權，讓治療專業人員與司法專業人員共享機密的治療資訊。參與者會簽署知

情同意書，其中載明所授權的內容、授權的對象以及授權的時段，讓團隊成員在資訊共享時有所依據，而合作機構之間所簽訂的備忘錄亦必須明確聲明，在未獲得參與者明確的書面許可之前，不得將機密資訊披露給毒品法庭以外的人士，也不得用於起訴新的罪名。

毒品法庭的所有團隊成員都需要知悉的資訊至少包括：參與者各項的風險與需求評估結果、出缺席情形、藥物和酒精檢測情形與結果、治療目標及其計畫、各種症狀及其改善情形、在治療中的表現與進展、完成毒品法庭各個階段目標的情形、對於各式規定（例如宵禁、旅行限制…等）的服從情形、就醫情形或服藥順從性、購買其他未獲准許使用的成癮物質的情形、再犯其他罪的情形、以及對於任何工作人員所展現的威脅性或破壞性行為。

辯護律師是否應向毒品法庭報告參與者的違規行為，目前尚無定論，但在手冊中建議，辯方代表應在每個案件開始之時就向參與者以及工作團隊明確表達立場，讓參與者知道自己向辯護律師所透露的訊息是否會被團隊成員所知悉；同時團隊成員也有權知道，當在進行決策時是否能獲得完整的資訊。

4. 團隊溝通和決策

團隊成員根據其所受的專業訓練與經驗提供相關的見解、觀察與建議。在做出影響參與者福利或自由的決定之前，法官會考量所有團隊成員的觀點，並向團隊成員以及參與者解釋做此裁定的理由。

5. 開庭

開庭是毒品法庭的重要組成要件，法官會和每位參與者進行交談，並鼓勵其優良表現、懲罰其違規行為，或是進行適切的治療性調整。團隊成員會參與開庭，並在必要時提供相關資訊或建議。研究發現，所有團隊成員定期參加開庭能夠減少 35% 犯罪率，並提高 35% 成本效益，成效明顯較佳。

6. 團隊訓練

毒品法庭是一種從根本上治療毒品犯的新方法。為了要能有效實施這些方案，工作人員需要多方面的專業知識和技能，包含：藥酒癮治療與心理健康服務、各種補充處遇和社會服務、行為矯正技術、社區監控、以及藥物和酒精檢測，工作人員還必須學會在多重專業領域的環境中，以符合憲法規定與各自職業道



德規範的方式，來履行應負的職責，因此需要不斷接受專業訓練與督導。

在進入毒品法庭之前，團隊成員要參加正式職前訓練，學習毒品法庭的最佳運行標準，之後團隊成員每年至少要參加一次在職訓練，從研討會中學習上述各領域的最新知識、和毒品法庭最佳運行標準的研究成果。研究發現，工作人員持續接受年度在職教育是預測方案成效的最重要因素。

(九) 收案量：毒品法庭要在能維持最佳運行標準的情形下，為符合收案條件的個案儘可能地多提供服務。

1. 法庭案量

毒品法庭不會任意限制參與者的數量，而是取決於當地的需求、可獲得的資源、以及執行最佳做法的能力。但是當正在執行的個案量達到 125 人時，毒品法庭要仔細監控方案的執行情形，以確保仍然依循最佳運行標準；若發現有所偏離，團隊要制定補救方案與時間表來解決問題，並評估補救措施是否成功。

2. 監督案件量

觀護人或負責社區監督的其他專業人員，要有足夠的機會來監督參與者的表現，並應用有效的行為改變技術，亦要能夠參加庭前工作會議與開庭。當觀護人正在執行的案件量超過 30 人時，毒品法庭要確保觀護人能夠監督且準確地評估每位參與者的表現，並與團隊成員分享其重要的觀察。每位觀護人正在執行的監督案件量不宜超過 50 人。

3. 臨床案件量

臨床人員必須有機會充份評估參與者的需求、提供足量且有效的藥酒癮治療，並在需要時提供補充服務。臨床個案管師正在服務的案件量不宜超過 50 人，提供個別治療或個別諮商的專業人員其個案量不宜超過 40 人，同時提供個案管理以及個別諮商的專業人員的個案量不宜超過 30 人。當案件量超過上述的額度時，要仔細確認工作人員仍能夠為每位個案提供足夠的服務。

(十) 監測與評估：毒品法庭需定期監督自身對於最佳運行標準的遵循情形，並採用科學的方法及可靠的程序來進行成效評估。

1. 堅持最佳運行標準

毒品法庭至少每年要監測一次自身對於最佳運行標準的遵循情形，制定補救方案與時間表來解決問題，並評估補救措施是否成功。成果評估需描述毒品法庭如何有效的遵循最佳運行標準。

2. 方案內的成果

毒品法庭持續監測參與者在方案內的表現，包括：各項出席率、藥物和酒精檢測結果、畢業率、留案時間長短，方案內的違規情形、以及再被逮捕的情形…等。

3. 刑事累犯情形

每位參與者在進入毒品法庭後，至少會進行為期 3 年的監控，以瞭解其再次被逮捕或監禁的罪名、罪刑輕重、以及犯罪性質（例如：財產犯、毒品犯、交通違法行為或其它犯罪類型）。

4. 獨立評估

毒品法庭是否依循最佳運行標準，其處遇成效如何，均應由獨立且嫺熟的評估人員進行檢驗，頻率不得低於每 5 年一次。毒品法庭要制定補救計劃與時間表，以落實評估人員的建議。

5. 弱勢族群

毒品法庭要不斷監測弱勢族群進入方案的比例、提供服務的過程及其成效。同時要制定補救方案與時間表來解決問題，並評估補救措施是否成功。

6. 電子資料庫

參與者所接受的各項服務及其表現均需輸入電子資料庫，從資料庫中所得的統計摘要，可提供工作人員關於遵循最佳運行標準以及方案執行成果的各項資訊。

7. 即時可靠的資料輸入

工作人員必須在 48 小時內記錄所提供的服務與結果。每位工作人員都需要即時且可靠地將資訊建檔，這也是評估其工作績效的基礎。



8. 有意治療者的分析

在對毒品法庭的各項指標進行分析的時候，無論是畢業、退出或被終止的參與者，只要是進入毒品法庭者的資料都應納入分析。

9. 對照組

在對各項指標進行分析的時候，毒品法庭參與者的結果，將與具有同等條件的對照組公平地進行比較，對照組中的成員同樣符合毒品法庭在法律和臨床上的收案標準，只是由於與成效無關的原因而並未進入毒品法庭，例如尚在等待名單上。對照組並不包括拒絕進入毒品法庭者、不符合毒品法庭的收案資格者、以及進入毒品法庭後卻退出或被終止者。

最能解釋變項之間因果關係的實驗設計是採隨機分配（Random Assignment），準實驗設計（Quasi-Experimental Comparison Group）次之，再其次是配對比較組（Matched Comparison Group）以及傾向分數分析（Propensity Score Analysis）。

10. 風險時間

為能進行有效的評估，毒品法庭與對照組的參與者都必須同樣處於風險狀態中，意即存在同樣的濫用物質機會、同樣的犯罪機會、或同樣從事被關注的其他行為。需注意在進行成效分析時，不同組別之間的風險時間是否存在顯著差異。

四、結語

在整理完上述資料後，筆者認為毒品法庭能夠具有良好的成效，與其符合科學實證的精神有相當大的關聯，其原因如下：

（一）強調科學化評估與監測的重要

毒品法庭同時重視成效的評估以及執行流程的適切性，因此專業的內部評估人員被納入正式的編制當中，讓司法與治療的專業人員均毋須同時扮演評估者與被評估者的雙重角色，並讓評估人員可以積極地檢驗執行流程的適切性，以科學化的方法進行成效評估。

在執行流程的適切性方面，毒品法庭在累積了相當多的科學實證資料之後，提出適合執行的對象（高風險高需求的參與者）、適當治療流程的安排（參與者需求滿足的順序、與法官見面的時間與頻率、治療的時數與頻率、監控的密度…等）、以及各種專業人員合宜的個案量，讓方案的執行能夠有標準化的程序，並且在過程中持續的自我監測，以便能及早發現問題並加以修正。

在成效評估方面，毒品法庭亦十分強調利用對照組來進行方案效果的評量，讓執行的結果不是只流於參與者的滿意度調查，而是以科學化的研究法，來檢驗毒品法庭是否真正能夠降低成癮行為的復發以及犯罪行為的出現。

（二）使用科學驗證有效的測驗工具與治療方法

毒品法庭在對參與者進行評估與治療的時候，所使用的均為已被驗證具有信效度的評估工具，能夠依照所要評量的項目將參與者進行有效的分類，同時採用已被研究證實有效的治療方法以及補充處遇，並且以適當的時序逐步提供，讓參與者能夠依其需要取得適合的協助。

（三）重視教育訓練

毒品法庭相當重視所有相關人員的教育訓練，包含職前訓練與在職教育，訓練的內容除了包含跨領域的專業知識外，亦涵括了依據各項研究成果所得的新知與結論，讓相關的從業人員所具備的專業知能都具備科學實證的基礎，並能與時俱進。

（四）依實證研究的結果編撰相關出版品

NADCP 所出版的「定義毒品法庭：組成要件」以及「成人毒品法庭最佳運行標準卷一與卷二」，都是依照多年所累積之科學研究的結果，將其集結並整理成為實務執行的依據，並讓實務工作者可以量化的執行，例如：建議法官開庭的時間不得低於 7 分鐘、每 2 週要驗尿一次、參與者在 9 至 12 個月內接受總時數約 200 小時的諮商…等，而這些出版品的內容在未來也會隨著更多實證研究結果的出爐而加以修正。

除了各項運行措施與流程都符合科學實證的精神之外，另一個成功的要素便是毒品法庭工作團隊建立了充分且良好的溝通平臺，在毒品法庭之內，所有的訊息能夠充分的交流，對於參與者的最佳利益進行專業意見交流，在毒品法庭之外，毒品法



庭自身扮演整合專業服務機構的最主要個案管理者的角色，讓各種專業均能充分的溝通，並且分工合作，使所有的服務都能配合參與者的現況與需求，上述所有的優點都相當值得我國未來在推行毒品法庭政策時，列入重要的參考。

五、參考資料

1. National Institute of Justice (2018) 。 Drug Courts. Retrieved from <https://www.nij.gov/topics/courts/drug-courts/Pages/welcome.aspx>
2. U.S. Department of Justice (2018) 。 Drug Courts. Retrieved from <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/238527.pdf>
3. The National Association of Drug Court Professionals Drug Court Standards Committee (2004) 。 Defining Drug Courts : The Key Components. Retrieved from https://www.ndci.org/wp-content/uploads/Key_Components.pdf
4. NATIONAL ASSOCIATION OF DRUG COURT PROFESSIONALS (2013) 。 Adult Drug Court Best Practices Standards Volume I. Retrieved from <http://www.nadcp.org/wp-content/uploads/2018/03/Best-Practice-Standards-Vol.-I.pdf>
5. NATIONAL ASSOCIATION OF DRUG COURT PROFESSIONALS (2015) 。 Adult Drug Court Best Practices Standards Volume II . Retrieved from <http://www.nadcp.org/wp-content/uploads/2018/03/Best-Practice-Standards-Vol.-II..pdf>
6. NATIONAL ASSOCIATION OF DRUG COURT PROFESSIONALS (2018) 。 Lists of Incentives and Sanctions. Retrieved from <https://www.ndci.org/resource/training/incentives-and-sanctions/>



以毒品防制議題之健康傳播訊息訴求分析

The Analysis of the Health Communication Message Appeals on
the Issue of Drug Prevention

林欣慧

法務部矯正屬桃園女子監獄 藥師



摘要

林欣慧

多年來，政府在反毒工作的投入不遺餘力，但毒品氾濫問題始終未能獲得有效控制。面對當前毒品現況與困境，行政院於 106 年 5 月 11 日提出「新世代反毒策略」，有別於以往以「量」為目標之查緝方式，新世代反毒策略是以「人」為中心追緝毒品源頭，以「量」為目標消弭毒品，其主要措施有五大主軸：1. 防毒監控、2. 拒毒預防、3. 緝毒掃蕩、4. 戒毒處遇、5. 修法策略。

為了解其「拒毒預防」之效果，故本研究收集反毒大本營中，2016-2018 年行政院各部會製作共 94 個反毒平面宣傳品，並採用內容分析法，確定媒體訴求對象，以媒體訊息訴求之種類、訊息表達方式為主要分析類目，加以分析期對未來反毒訊息設計方面有所助益。

關鍵字：毒品防制、健康傳播、訴求分析、內容分析法



Abstract

[Shin-Huei Lin]

Over the years, the government has spared no effort in investing in anti-drug work, but the problem of drug abuse has not been effectively controlled. In the face of the current situation and predicament of the drug, the Executive Yuan introduced the "New Generation Anti-drug Strategy" on May 11, 2006. It is different from the previous investigation method of "quantity". The new generation anti-drug strategy is "people". To trace the source of drugs for the center, and to eliminate drugs with the goal of "quantity", the main measures are five major axes: 1. anti-virus monitoring, 2. anti-drug prevention, 3. anti-drug mopping, 4. drug treatment, 5. remediation strategy.

In order to understand the effect of "anti-virus prevention", this study collected anti-drug base camps. In 2016-2018, the various ministries of the Executive Yuan produced a total of 94 anti-drug graphic publicity materials and adopted content analysis method to determine the media appeal targets. The types of media message appeals and the way of expressing messages are the main categories of analysis. The analysis period will help the design of future anti-toxic messages.

Keywords : Drug Prevention, Health Communication, Appeal Analysis,
Content Analysis



壹、前言

一、研究動機與重要性

依據聯合國毒品暨犯罪辦公室 (United Nations Office on Drugs and Crime) 2015 年世界毒品報告 (World Drug Report)，2013 年全世界有 2 億 4 仟 6 佰萬人使用非法藥物，15 至 64 歲的人口有 5% 曾使用非法藥物。國內「103 年全國物質使用調查」結果發現 12 至 64 歲的民衆中有 23 萬人曾經濫用藥物，終身盛行率為 1.29% (紀雪雲、王淑孟、黃莉蓉，2016)。

一般大眾認知毒品對於人體之影響，大都是使用後會出現精神亢奮、成癮性，但不知會對腦中樞神經造成不可逆之傷害與影響，除了會嚴重影響個人健康外，還會面臨失業、求職不易、朋友疏離、婚姻破裂、家庭破碎、自尊受創，而無法適應社會，甚至不惜以暴力或偷竊等不正當的手段謀財，造成嚴重的社會問題 (衛福部食藥署，2018)。

近年來，許多社會矚目之犯罪案件均與毒品有關，引起國人高度關注與憂慮。我國政府過去在反毒工作上雖已投注相當之心力，但始終未能有效控制毒品問題 (如表 1)，顯見毒品問題有其結構性因素，涉及長期整體社會功能之缺失，更攸關社會安全與國家發展。此外，近年來毒品滲入校園問題屢上新聞版面，學生藥物濫用比例 (如表 2) 雖不如成年人高，但其所造成之影響力卻非常深遠。

表 1：執行毒品案件裁判確定有罪人數及毒品新入監受刑人數統計表

單位：人數，製表日期：107/06/13

毒品分級(c)	年度	97年	98年	99年	100年	101年	102年	103年	104年	105年	106年		107年		1-4月小計百分比(%)	較去年1-4月增減百分比(%)
		97年	98年	99年	100年	101年	102年	103年	104年	105年	4月	1-4月(a)	4月	1-4月(b)	[(c/d)*100]	[(b-a)/a*100]
裁判確定有罪人數	合計(d)	41,120	36,758	35,460	36,440	36,410	36,096	34,672	35,960	40,625	3,672	14,662	3,220	15,063	—	2.7
	一級	28,286	24,624	18,271	16,614	15,753	13,592	11,038	10,907	11,717	993	4,216	850	3,966	26.3	-5.9
	二級	12,401	11,504	15,999	18,007	18,558	19,796	21,203	23,043	26,924	2,586	9,933	2,269	10,687	70.9	7.6
	三級	398	591	1,139	1,747	2,023	2,629	2,388	1,973	1,961	91	507	97	402	2.7	-20.7
	四級	24	36	41	57	69	68	35	25	16	2	5	0	3	0	-40
	其他	11	3	10	15	7	11	8	12	7	0	1	4	5	0	400
毒品新入監受刑人數	合計(d)	14,492	12,440	11,247	11,474	10,971	10,434	9,681	9,739	10,933	943	3,553	931	3,539	—	-0.4
	一級毒品	10,267	8,685	6,291	5,544	5,083	4,775	3,913	3,759	3,930	328	1,244	286	1,097	31	-11.8
	二級毒品	3,841	3,395	4,410	5,205	5,023	4,789	4,868	5,117	6,244	566	2,102	581	2,234	63.1	6.3
	三級毒品	232	272	438	580	655	696	717	659	544	28	144	36	119	3.4	-17.4
	四級毒品	15	14	16	23	39	24	23	15	10	0	2	0	2	0.1	0
	其他	137	74	92	122	171	150	160	189	205	21	61	28	87	2.5	42.6

資料來源：引自衛生福利部食品藥物管理署 107 年 4 月藥物濫用案件暨檢驗統計資料

表 2：學生藥物濫用各學制統計表

單位：人數																
學制別(c)	96年	97年	98年	99年	100年	101年	102年	103年	104年	105年	106年		107年		1-3月 小計百分比(%) 【(b/d)*100】	較去年1-3月增減百分比(%) [(b-a)/a*100]
											3月	1-3月(a)	3月	1-3月(b)		
國小	4	14	6	12	3	8	10	8	7	5	1	1	0	1	0.8	—
國中	164	204	392	435	598	855	641	582	600	361	47	85	12	30	25	-64.7
高中職	116	585	902	1,099	1,174	1,503	1,257	1,031	1,029	581	51	82	19	50	41.7	-39
大專院校	10	12	8	13	35	66	113	79	113	59	9	15	13	39	32.5	160
合計(d)	294	815	1308	1559	1810	2432	2021	1700	1749	1006	108	183	44	120	100	-34.4

資料來源：引自衛生福利部食品藥物管理署 107 年 4 月藥物濫用案件暨檢驗統計資料

106 年 5 月 11 日行政院第 3548 次會議提出統合防毒、拒毒、緝毒、戒毒及修法配套等五大面向之「新世代反毒策略」，並據以擬具「新世代反毒策略行動綱領」。經行政院於 106 年 7 月 21 日核定，期以 4 年投入 100 億元經費，達成人民安全有感、其他衍生犯罪有效下降、全國毒品圖像建立以及毒品新生人口有效控制等目標，依行政院毒品防制會報之決議，「拒毒預防組」係由教育部主政，與相關部會及地方政府共同合作，協調民間團體，運用各種管道，持續進行反毒宣導（行政院，2018）。

因行政院大力推動「新世代反毒策略」，行政院各部會與及地方政府皆製作反毒平面宣傳品，但無相關資料可得知其「拒毒預防」之效果，故收集反毒大本營中，2016-2018 年行政院各部會製作共 94 個反毒平面宣傳品，希藉由本研究了解反毒平面宣傳品之效果，進而提出修正建議，期讓未來反毒平面宣傳品有更好的效果。

二、目的

依據美國國家心理健康研究所（National Institute of Mental Health，NIMH）和物質濫用與心理健康服務部（Substance Abuse and Mental Health Services Administration，SAMHSA）所提倡的預防概念，更強調的是對於健康的提倡，以減低未來症狀發生的風險。提倡健康注重的是健康的身心狀態，比如有競爭力、過的健康幸福、內在自我肯定等，社會和情緒上的健康，對於良好身心發展是重要的並且是必須最優先被重視的環節，甚至視為預防和治療的基礎。

本研究係以訊息訴求對象、表達方式、訴求內容、特定毒品種類、色彩呈現等



主題，分析行政院各部會製作共 94 個反毒平面宣傳品內容。為有效推廣毒品防制的觀念，希藉本研究分析目前毒品防制宣導品中，所運用健康傳播訊息訴求，進而提供不同健康傳播之訊息，期對未來對毒品防制傳播訊息設計有所助益，增加毒品防制宣導成效。

貳、文獻探討

一、毒品防制

（一）毒品之定義

依毒品危害防制條例第 2 條：

所稱毒品，指具有成癮性、濫用性及對社會危害性之麻醉藥品與其製品及影響精神物質與其製品。

毒品依其成癮性、濫用性及對社會危害性分為四級。

第一級 海洛因、嗎啡、鴉片、古柯鹼及其相類製品。

第二級 罌粟、古柯、大麻、安非他命、配西汀、潘他唑新及其相類製品。

第三級 西可巴比妥、異戊巴比妥、納洛芬及其相類製品。

第四級 二丙烯基巴比妥、阿普唑他及其相類製品

前項毒品之分級及品項，由法務部會同行政院衛生署組成審議委員會，每三個月定期檢討，報由行政院公告調整、增減之，並送請立法院查照（毒品危害防制條例，全國法規資料庫）。

（二）毒品使用情形

2004 年 7 月至 8 月大臺北地區成癮物質使用調查報告中，大臺北地區 12 歲以上民衆吸菸、喝酒、嚼檳榔與非法用藥人數分別為：569 人（28.9%）、939 人（47.3%）、263 人（13.3%）及 30 人（1.6%）。使用非法藥物種類前三名為「安非他命」、「大麻」、「強力膠」，其平均年齡為 32 歲，藥物濫用者年齡多集中在 19

至 40 歲占 73.3%（劉淑芬、呂孟穎、蔡文瑛、李志恒，2006）。

2012 年臺北地區大學生社會人口學變項對成癮物質使用之研究中，61% 比率有飲酒；17% 有吸菸情形，5.1% 曾嚼食檳榔、2.0% 曾經用過成癮藥物（李建明、李景美，2012）。

此外 2013 年全國物質使用調查中，其調查分析台灣 18 至 64 歲之成年人口，使用過任何一種非法藥物的終身盛行率為 1.38%，最常被使用的非法藥物為安非他命（0.66%）、其次為 K 他命（0.41%）、大麻（0.33%）、海洛因（0.26%）、搖頭丸（0.21%）。台灣 12 至 17 歲之青少年人口中，使用過任何一種非法藥物的終身盛行率為 0.52%，最常被使用的非法藥物依序為笑氣（0.24%）、K 他命（0.17%）、安非他命（0.06%）、搖頭丸（0.05%）。

「2013 年全國物質使用調查」與「2009 年國民健康訪問暨藥物濫用調查」相比，整體的藥物濫用盛行率略下降，由 2009 年的 1.43% 降至 2014 年 1.29%；但在非法藥物使用盛行率在年齡之差異方面，有三個年齡層別的（35 歲–44 歲、45 歲–54 歲、55 歲–64 歲）非法藥物使用終身盛行率，本調查之盛行率較 2009 年之盛行率結果為高。

（三）毒品防制政策

毒品濫用防治政策多集中在以中等教育階段的青少年，其次為初等教育的孩童，而大多數的學校，皆有將反毒教育納入課程規劃，只是長期來看，並非所有學校皆有足夠的資源可以挹注在毒品預防的使用，致使不能夠長期貫徹反毒措施。

因此針對毒品濫用防治初級預防工作，應以強化青少年的學識素養，促使青少年瞭解藥物濫用相關議題與對身心健康的認識，輔助其身心健康的發展（楊士隆、吳志揚、李宗憲，2010）。

2011 年「行政院毒品防制會報」中決定，調整反毒策略為「首重降低需求，平衡抑制供需」，將反毒政策轉向著重降低毒品需求，逐漸調整毒品防制政策方向；即以「拒毒」防止新的毒品施用人口產生、以「戒毒」減少原有毒品施用人口；再輔以積極「緝毒」以減少供給，並將反毒戰略警戒線推展至「防毒」（詹中原、陳泉錫，2011）。



2017 年行政院在新世代反毒策略行動綱領中，為達毒品新生人口控制之目標，除需緝毒機關積極查處，以降低毒品可近性外，亦須強化民衆對毒品危害之認知並提升拒絕技巧，方能透過「人」與「環境」的共同預防，解決新興毒品危害問題（行政院，2018）：

1. 持續關注藥物濫用現況及趨勢，開發反毒文宣教材，並運用新媒體通路加強宣導，強化民衆毒品危害認知。
2. 結合各部會現有資源，並善用各縣市毒品危害防制中心、民間團體等宣導管道，擴大反毒宣導之涵蓋面。
3. 連結家庭、職場、學校、社區等拒毒網絡，並結合在地專業拒毒夥伴，將反毒工作落實於社區每一角落。

二、健康傳播

（一）起源與定義

西方學者首先把健康傳播作為一門學科加以發展（Hannawa et al., 2014），1993 年美國疾病管制署與預防中心（CDC）成立健康傳播辦公室，以強調社會行銷為設立部門之論點。CDC 認為健康傳播的意涵：「健康傳播必須先進行消費者研究，再依據此結果設計傳達的訊息與策略，以促進個人與社區的健康」（Roper，1993）。

在 2000 年，健康傳播被納入美國的 2010 健康人目標，並被界定為一門技術和藝術，旨在通知、影響和激勵個人、機構及公眾群體關於健康的議題，被認為是關係人類健康和福祉，包括預防疾病、促進健康和生活質量的重要學科。美國疾病控制與預防中心把健康傳播定義為：「研究和利用傳播策略來告知和影響個體及社區作出正確的決策，以提高生活質素和健康水平」（李賴俊卿，2015）。目前健康傳播研究主要由美國主導（Hannawa et al., 2014）。

（二）研究分類

劉瑛（2011）健康傳播學的研究領域的分類：

1. 醫患傳播 - 病人和醫生之間互動的研究是健康傳播學中最早的領域。

2. 健康傳播運動 - (a) 有目的性的，試圖引起人類特定行為改變的；(b) 瞄準大範圍人群的；(c) 在特定時間內進行的；(d) 包括一系列有組織的傳播活動
3. 大眾媒介上的健康傳播 - 大眾媒介上的健康傳播的研究主要是指對出現在大眾媒介（電視，雜誌，報紙上的廣告，新聞和娛樂節目等）上的一些與健康和疾病有關的內容的研究。
4. 危機傳播 - 對健康危機的公眾反應，策略性的危機傳播。
5. 健康傳播中的新技術 - 主要是指計算機技術，以及由計算機驅動的電話技術，CD - ROM，PDA 等 .. 自 1994 年出現的網絡瀏覽器改變了人們獲知信息的方式以來，新技術迅速地滲透到健康傳播的各個層面，比如運用新技術來加強社會支持、改善飲食習慣、提高服從性、增加安全行為和篩選、降低健康風險、促進病人，消費者和醫護人員之間的溝通等等。
6. 健康傳播研究方法 - 最早也是最流行的方法是實驗法和內容分析法，調查研究，行為編碼和一些複合的研究方法，此外，話語分析法，民族學方法論，批判研究和文化研究等一些定性的研究方法也開始引起學者們的重視。

三、訊息訴求

（一）訊息訴求之定義

訴求 (Appeals) 指的是能用以刺激消費者採取行動或影響消費者對某項產品態度的創意行為，屬於一種心理動力，讓訊息與閱聽人之間產生溝通橋樑（邱于平、楊美雪，2011），而在訊息傳播的過程中，為了要改變收訊者本身既有的態度與觀點，傳播者會透過不同訴求方式來吸引其注意，並試圖影響他們的態度與情感（Albers-Miller and Stafford，1999）。

訊息訴求的概念最早源自 Copeland（1924），他主張個體在購買產品時會受到理性或感性的元素而影響對產品的選購。之後亦有多位學者將訊息訴求分為許多不同的構面來加以探討，例如 Johar and Sirgy（1991）將訴求分為「價值表現訴求 Value-Expressive Appeal」與「功利性訴求 Utilitarian Appeal」。Kotler and Keller（2006）則將訊息訴求區分為「理性訴求 Rational Appeal」、「情感性訴求 Emotional Appeal」與「道德訴求 Moral Appeal」（邱于平、楊美雪，2011）。



（二）情感訴求

情感性訴求是透過承諾與情感元素的應用，滿足閱聽者的社會與心理需求（邱于平，楊美雪，2011）。

情感性訴求可分為正面與負面，正面情感有助於訊息記憶與行為順從；負面情感會促使人使用較詳盡且去分析性的認知策略處理資訊，以消除或改變不愉快感覺來源，負面情感中以恐懼訴求經常被使用，無論是正面情感或是負面情感均能促使閱聽眾採取行動，比起邏輯性與理性訴求，情感性訴求更能感動冷漠型閱聽者（Kotler&Amstrong，1996；徐美苓，1999）。

（三）理性訴求

理性訴求基於假定閱聽眾在進行決策時，皆處於理性思考的狀態，因此會依循傳統資訊處理模式做出邏輯且理性的決策。根據此說，訊息宣導品會運用邏輯思考的方式，增強閱聽眾本身的利益與改變對原有認知的信念，並試圖影響閱聽眾先存的認知及行為（Holbrook & O'Shaughnessy，1984）。

此外，理性訴求的陳述方式提供較多的宣導資訊內容，且強調的都是以實際會發生的情況為主，除了有助於減少不確定性風險外，也會產生較正向的信念，進而影響到閱聽眾的改變行為意願。（邱于平、楊美雪，2011）

參、研究方法

一、研究資料收集方法

收集反毒大本營中，2016 年～2018 年 6 月行政院各部會（法務部、教育部、衛福部、警政署）及地方政府（警察局、衛生局、毒防中心、學校）製作共 94 個反毒平面宣傳品。

二、研究方法

本研究採用內容分析法（Content analysis），內容分析法最早起源於 Berelson（1952）是一種針對傳播內容作客觀、系統式量化的研究方法，其中傳播內容適用

於任何型態（包含文字、非文字）可以記錄、保存具有傳播價值的傳播內容。內容分析法屬於非介入性研究（Unobtrusive measure）的一種研究方法，常被利用於訊息量化研究上，尤其是在大眾傳播的訊息內容分析更是常見（周寬怡，2003；楊家驥，2000；蔡清田，2013）。

本研究採用訊息訴求對象、訊息訴求之種類、訊息表達方式、特定的毒品種類宣導及色彩呈現等六大類為主要分析單位與類目。

三、資料分析

本研究由 2 位研究者進行內容分析譯碼，評分一致性為 0.87，如有不同譯碼之訊息時，則進行討論取得共識，以所同意的共識作為譯碼歸類依據。

肆、研究結果

一、訊息訴求對象

本研究總共分析 94 份宣導品，其中有 74 份（占 78.7%）宣導品不針對特定族群進行相關的宣導。針對青少年的海報宣導與針對家屬的海報宣導各有 10 份（占 10.6%）。大部分的宣導品無特定的宣導對象，屬於針對社會上所有人群的反毒宣導。

表 3：訊息訴求對象

項目	人數	百分比
一般大眾	74	78.72
青少年	10	10.64
親友	10	10.64

二、訴求表達方式

訊息表達方式主要以圖像作為主體進行表達為主（占 64.89%），其次為文字為主體進行表達（占 30.8%），而以具體人物進行相關宣導的海報僅有 4 張（占 4.26%）。

表 4：訴求表達方式

項目	人數	百分比
人物	4	4.26
圖像	61	64.89
文字	29	30.85



三、訊息訴求內容分析

以總體而言，反毒宣導海報內容以理性訴求占較為多數，在 94 份海報單張中，64 張海報以理性訴求為主，但是在針對青少年與家屬的部分情感訴求和理性訴求比例較為接近，訴求方式為情感訴求的海報在所有針對青少年的海報中占了百分之五十，而在針對家長的海報中占了百分之四十。針對青少年，海報內容主要其中於恐懼訴求（占 40%）。理性訴求的部分主要是向青少年宣導拒絕毒品的的方法與毒品相關的知識。針對家屬的海報宣傳的主要是正面訴求和毒癮治療的相關內容。針對一般大眾來說，在情感訴求中以恐懼訴求為主，而在理性訴求中，主要以拒絕毒品和認識毒品為主。

以理性訴求進行細分，在 64 篇包含理性訴求的海報中的 9 張包含了關於拒絕毒品的口號；23 張包含了拒絕毒品的技巧；2 張含有毒品分級的相關知識；6 張包含了毒品樣態的知識以及 4 張包含了毒品危害性的知識。除此之外還有 20 張海報含有兩種或以上的理性訴求。有 11 張海報同時含有恐懼訴求和理性訴求，其中將恐懼訴求與拒絕毒品相結合的海報有 6 張，與認識毒品相結合的海報有 5 張。

表 5：訊息訴求內容分析表

訊息訴求內容	數量	百分比
情感訴求 (n=19)		
恐懼述求	11	11.7%
正面述求	8	8.5%
理性訴求 (n=64)		
拒絕毒品		
口號	9	9.6%
技巧	23	24.5%
認識毒品		
分級	6	6.4%
樣態	5	5.3%
危害性	5	5.3%
分級 + 樣態 + 危害性	2	2.1%
毒癮治療	9	9.6%
拒絕毒品 + 認識毒品	4	4.3%
拒絕毒品 + 毒癮治療	1	1.1%
兩者兼具 (情感 + 理性) (n=11)		
恐懼述求 + 拒絕毒品	6	6.4%
恐懼述求 + 認識毒品	5	5.3%

四、特定的毒品種類宣導

針對某種特定的毒品種類進行宣導共有 24 份宣導品，其中大麻有 2 份；安非他命有 3 份；K 他命有 10 份；搖頭丸等新興毒品占九張。另外有 10 張海報的宣導內容包含了常見的各類毒品。

圖1、特定的毒品種類宣導

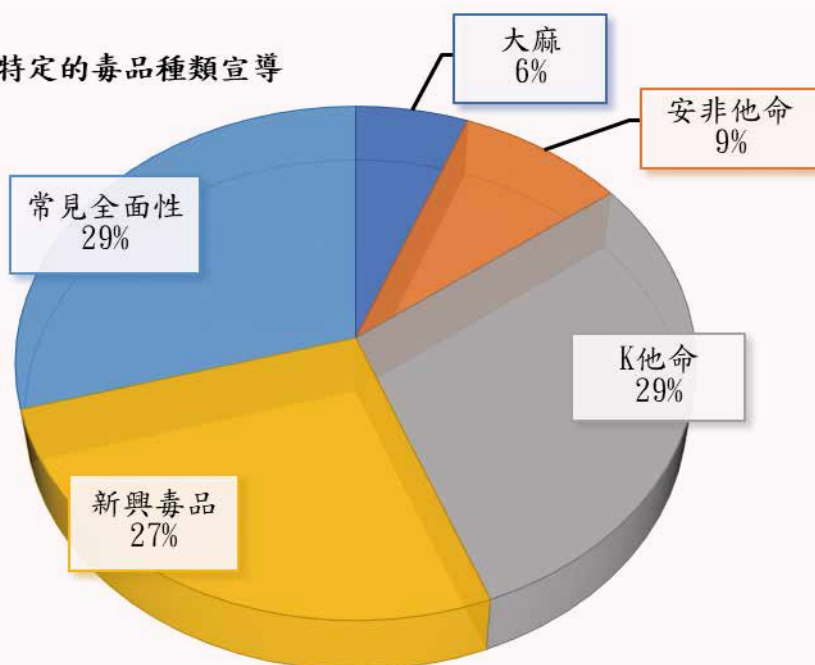
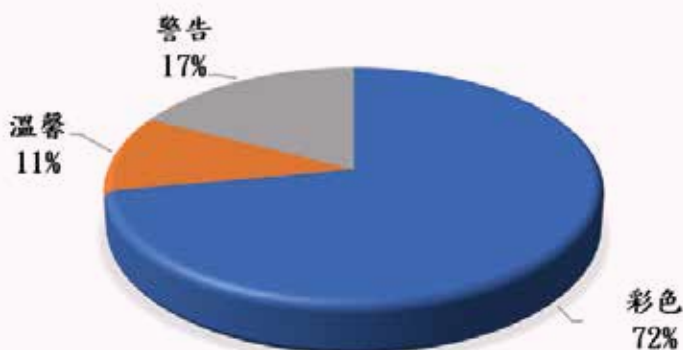


圖2. 色彩呈現分析

五、色彩呈現分析

在海報的色彩呈現中，有 62 張海報是以彩色的形式去吸引人們的注意，在顏色的使用上沒有明顯的傾向性。有 9 張海報採用的相對溫馨的顏色作為海報的主色調，呈現較為溫暖感人的風格。15 張海報採用紅黑或者黑黃等對比強烈的警告色作為海報的主色調，起到警示和採用強烈對比色吸引人們目光的作用。





伍、討論

在芬蘭的一項研究中顯示，透過積極的宣傳健康相關的知識可以改變人們的健康習慣從而降低疾病的風險（A McAlister，1982）。同時，在特定的場域去進行針對性的張貼宣導品有助於改變人們的行為，對健康產生積極的影響（Avril Blamey，1995）。而張貼反毒宣傳海報可能對於潛在的藥物濫用者起到的警示作用，讓本來可能成為施用毒品族群沒有踏出使用這一步。

在過去的研究中發現，使用讓人不悅的訴求的廣告比起溫馨的廣告更容易引起人們的注意，而青少年是藥物濫用的高風險族群，這可能是針對青少年的海報中更多的出現恐懼訴求的原因。同時海報主色調使用對比強烈的警示色，更進一步增加了吸引注意力和引起警惕的效果。

此外，使用第三人稱的海報更容易引起人們的注意，Michael Mackert（2014）提供閱讀者觀看兩種海報對比分析 1. 了解某種做法的益處 2. 提供某種可行的措施，結果顯示前者對於改變人們的行為的潛力更好。台灣的反毒宣傳品在理性訴求中介紹了大量的拒絕毒品的的方法，但僅少部分提到了拒絕毒品可以帶來更好的人生等等訴求，因所傳達之內容中沒有更好的願景訊息，可能不利於宣導品所期望達到的效果的傳播。

讓目標群體參與進健康促進的推廣活動中，與相關人群進行合作將會對干預起到更好的效果（P Sternberg，2004），而在台灣的反毒海報中大部分只有政府對於風險族群的單方面宣導，而缺乏毒癮者或者潛在的危險群體去參與海報的設計與呈現在海報內容中。這可能會使得海報無法很好的讓讀者產生共情，影響海報的宣傳效果。

在青少年方面，毒品防治應需要聯結「學校、家庭、社區、社會」共同進行，但是在此次分析的 94 個反毒平面宣傳品中僅有展示親友（家庭）與青少年的聯結，缺失了另外三種「學校、社區、社會」聯結。

我國早期反毒宣導品中啓用許多名人去進行相關的宣傳，但是現行大都使用有插圖的形式之海報去進行宣導。可能是象徵著反毒宣傳的方式由榜樣作用轉向更多的理性訴求內容。

此外，法務部矯正署於 106 年 10 月 25 日發表「科學實證之毒品犯處遇模式」，針對使用毒品者經常有其他心理健康、工作、家庭和社會功能受損的多樣化問題、協助毒品犯重建與家庭及社會的關係與其出監後社區治療…等相關議題，但在反毒大本營中未有相關反毒平面宣傳品實屬可惜。

總體來說，目前的反毒海報還是主要以理性訴求為主，通過讓大眾了解毒品危害和拒絕毒品的方法，同時以情感訴求中的恐懼訴求進行輔助，進而達到毒品防治之目的。在現在來看，這樣的策略取得了一些成效，若如能夠更多的考慮國外關於海報宣導效果的研究，將有助於傳播反毒知識和得到更好的宣導效果。

參考文獻

中文部分

- 王毓莉 (2005)，政府運用“置入性行銷”從事菸害防制工作之初探性研究。中華傳播學刊，8，115-159。
- 李賴俊卿 (2015)，以人為本的健康傳播。傳播與社會學刊，31，39-44。
- 周寬怡 (2003)，以內容分析法獲取推薦系統中使用者的 profile 之研究。國立成功大學資訊管理研究所碩士論文。
- 邱于平、楊美雪 (2011)，部落格口碑訊息訴求對購買決策之影響。電子商務學報，13(4)，919-937。
- 洪淑媛 (2011)，社群媒體對台灣健康傳播影響之研究。世新大學傳播管理學系研究所碩士論文。
- 紀雪雲、王淑孟、黃莉蓉 (2016)，社區反毒教育之紮根與推廣。衛生福利部食品藥物管理署管制藥品簡訊雜誌。
- 徐美苓 (1999)，關懷在愛滋蔓延的時代裡 - 閱聽人對宣導廣告的接受度研究。新聞學研究，61，31-72。
- 張筵儀、王俊元、吳政峰 (2011)，政策設計、公部門網絡治理與標的人口社會建構之移轉－毒品危害防制政策之分析。競爭力評論，14，73-100。
- 楊士隆、吳志揚、李宗憲 (2010)，臺灣青少年藥物濫用防治政策之評析。青少年犯罪防治研究期刊，2(2)，1-20。
- 楊家驥 (2000)，以內容分析法改進網站內容之探討 - 以自助旅遊為例。國立暨南國際大學資訊管理學系研究所碩士論文。
- 詹中原、陳泉錫 (2011)，台灣毒品防制政策成效未能彰顯之成因探究。台灣公共衛生雜誌，30(6)，



604-616。

- 劉瑛 (2011)，美國之健康傳播研究。華中科技大學學報，25(5)，99-106。
- 蔡清田 (2013)，社會科學研究方法新論。台北：五南圖書出版股份有限公司。
- 衛生福利部食品藥物管理署 (2016)，105 年度藥物濫用防制指引。

外文部分

- A McAlister, P Puska, J T Salonen, J Tuomilehto, and K Koskela (1982). Theory and action for health promotion illustrations from the North Karelia Project. American Journal of Public Health, 72(1), 43-50.
- Avril Blamey, Nanette Mutrie, Aitchison Tom (1995). Health promotion by encouraged use of stairs. BMJ, 311(7000): 289-290.
- Hannawa, A. F., Kreps, G. L., Paek, H. J., Schulz, P. J., Smith, S., & Street Jr, R. L. (2014). Emerging issues and future directions of the field of health communication, Health Communication, 29(10), 955-961.
- Kotler, P., (1996). Principles of Marketing Prentice-Hall Inc, New York, NY.
- Peter Sternberg, John Hubley (2004). Evaluating men's involvement as a strategy in sexual and reproductive health promotion. Health Promotion International, 19(3), 389-396.
- Roper, W. L. (1993). Health Communication Takes on New Dimensions at CDC. Public Health Reports, 106(2) 179-183.

網路資料

- 反毒大本營：<https://antidrug.moj.gov.tw/mp-4.html>，查詢日期：107.04.01
- 行政院：行政院毒品防治會報拒毒預防組 106 年執行成果報告，取自 <https://www.moeasmea.gov.tw/ct.asp?xItem=14932&ctNode=544&mp=1>，查詢日期：107.4.15
- 衛生福利部食品藥物管理署：107 年 4 月藥物濫用案件暨檢驗統計資料。2018 年 9 月 15 日，取自 <https://www.fda.gov.tw/TC/site.aspx?sid=10051>，查詢日期：107.09.15。
- UDODC (United Nations Office on Drugs and Crime)，Available at: <https://www.unodc.org/>，查詢日期：107.04.16。



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。

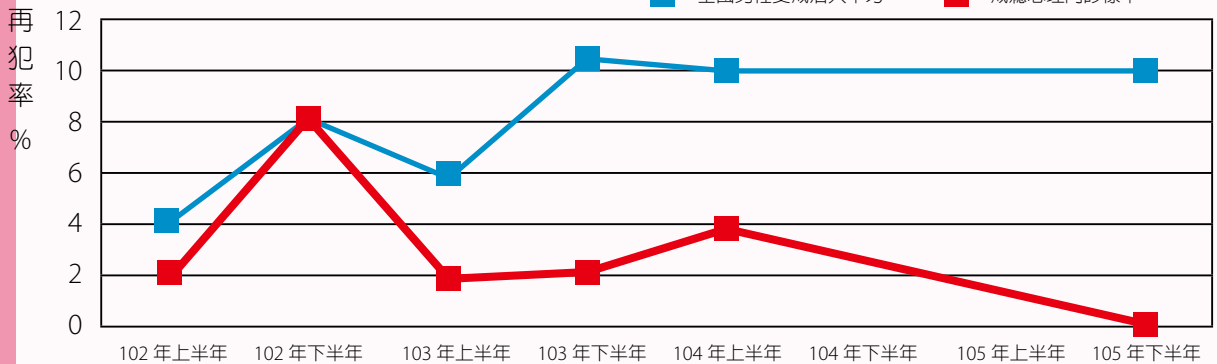
在本文中，想要與大家分享的是自 2009 年開始嘗試推展至今的「戒癮心理門診模式」(assessment, psychoeducation and treatment for addict)，從發想計畫、落實於受戒治人、多次修正調整到現在轉型應用在施用毒品受刑人的經過與模式檢驗過程；圖一便是以矯正署公告數據為主的半年再犯統計資料進行彙整，似已能呈現出部分戒癮心理門診的效益，未來更希望有機會能與各位先進請益，如何能再進一步擴

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。

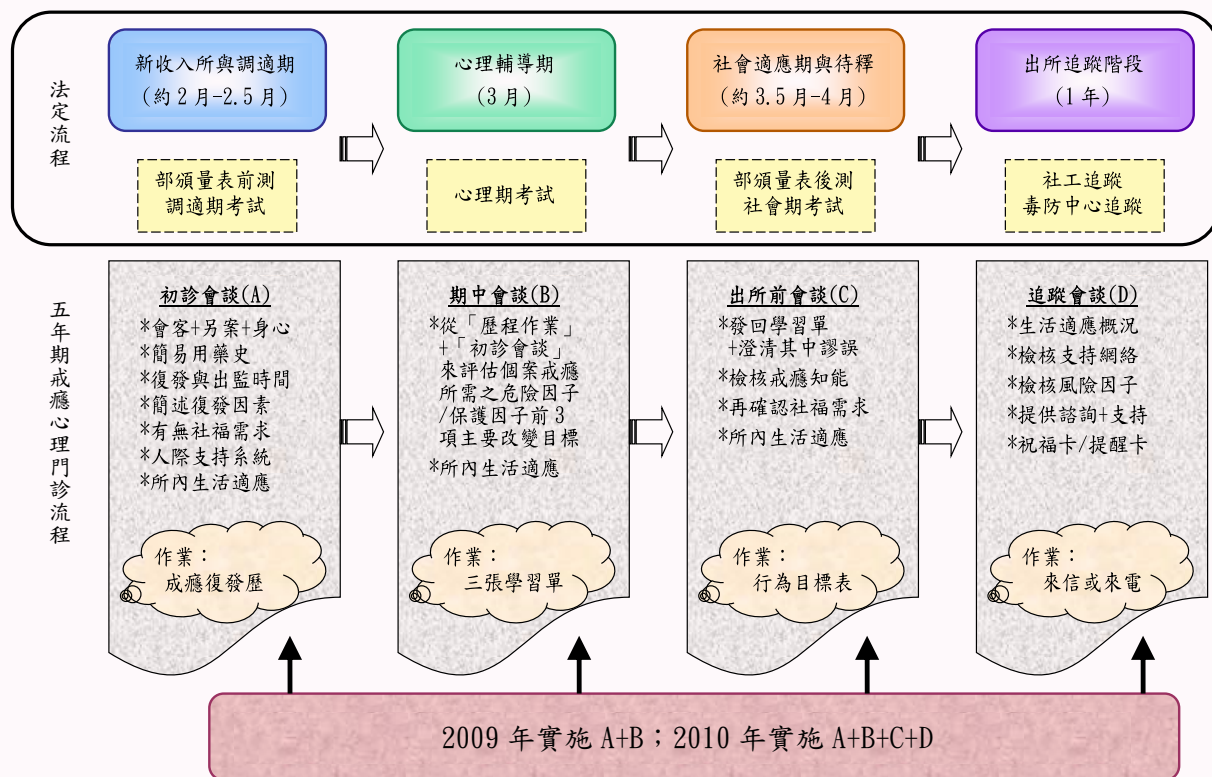


圖一：直接出所男性受戒治人半年再犯比率（編按：部分資料無公告數據可循）

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。

辨識藥癮復發的高風險因子

先熟悉這些想法

- *所謂「復發的高風險因子」是指與毒品/戒毒有關的任何人事、物、地、點。譬如有些人是因為家人能控制其戒毒，那麼家人就是高風險因子；有些人是因為無聊而戒毒，那麼無聊就是高風險因子。
- *一般來說，共同的風險因子為：毒品本身(無論自己是否曾使用)、舊識朋友、曾經施用毒品的場所、交易毒品地點、特定時間(如西五晚上)、疼痛/疾病、法律糾紛、缺乏人際互動、犯罪生活型態...等；重要的是，你要找出自己的復發風險因子。
- *不是面對高風險因子就一定會復發，而是高風險因子出現的頻率越高、數量越多、程度越嚴重的時候，就等於自己處在越容易復發/越接近復發的「高風險情境」當中。
- *沒有「零風險」的情境，只有「低風險」、「一般風險」、「高風險」的情境，所以儘可能避免接觸上述所提及的高風險因子。特別是已經讓你自己過去使用毒品/復發有直接相關的因素；無法避免的高風險因子，則要學習面對處理(如家人也有毒癮)。

辨識復發風險因子的原則

- *高風險的風險因子，通常分為「毒品與使用的工具」、「情緒/壓力與自我狀態因素」、「社交情境與生活環境因素」三大類；因此，降低/減少任何一類風險因子都是好的戒癮行動。
- *「毒品與使用工具的相關因素」，包括曾使用與未使用的毒品、形狀或味道的毒品、針筒或香菸、戒毒/交易場所...等。
- *「情緒/壓力與自我狀態因素」，包括無聊與失落、找不到工作、舊情與罪惡感、面對家庭衝突與疏離...等。
- *「社交情境與生活環境因素」，包括無法遠離舊識朋友、無法拒絕朋友於非法/不當誘惑、金錢管理...等。

高雄戒治所 戒癮心理輔導員

你該做些什麼?

*試著想一想，無論是「毒品與使用的工具」、「情緒/壓力與自我狀態因素」、「社交情境與生活環境因素」，對自己使用毒品/復發有實際的、可能避上的、自己無法解決的高風險因子有那些，現在請把它寫下來。

*「風險管理」的最佳策略不是避免風險，而是降低可能的威脅。所以如果擁有越多的保護因子，自己就算處於風險中也會安然度過。現在就請寫下自己可以運用/利用/創造的保護因子。

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

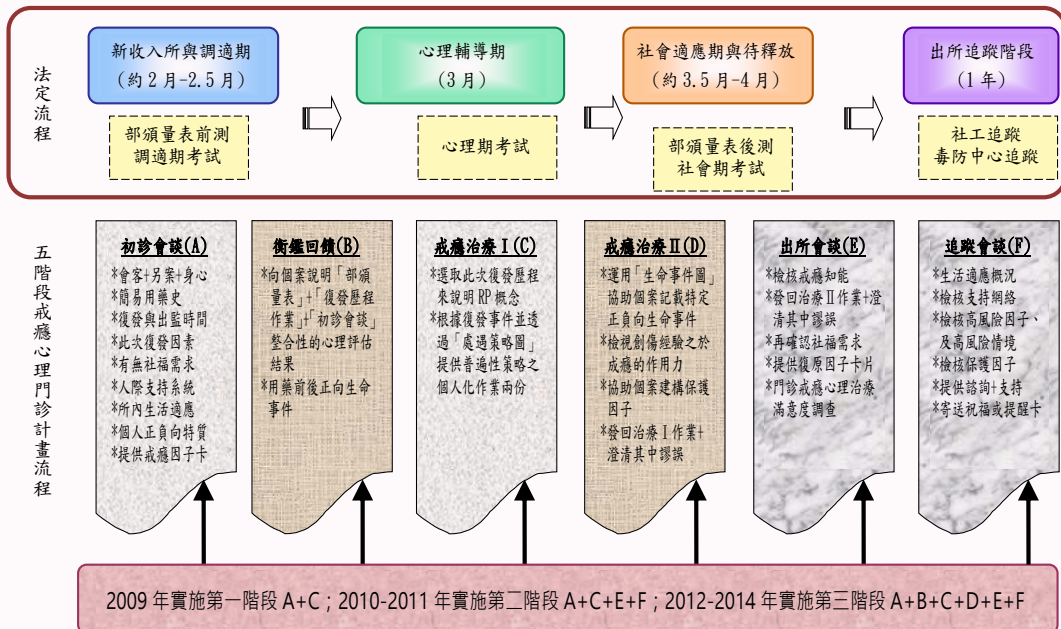
一、應用理論與療程設計：

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，希望在我们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。

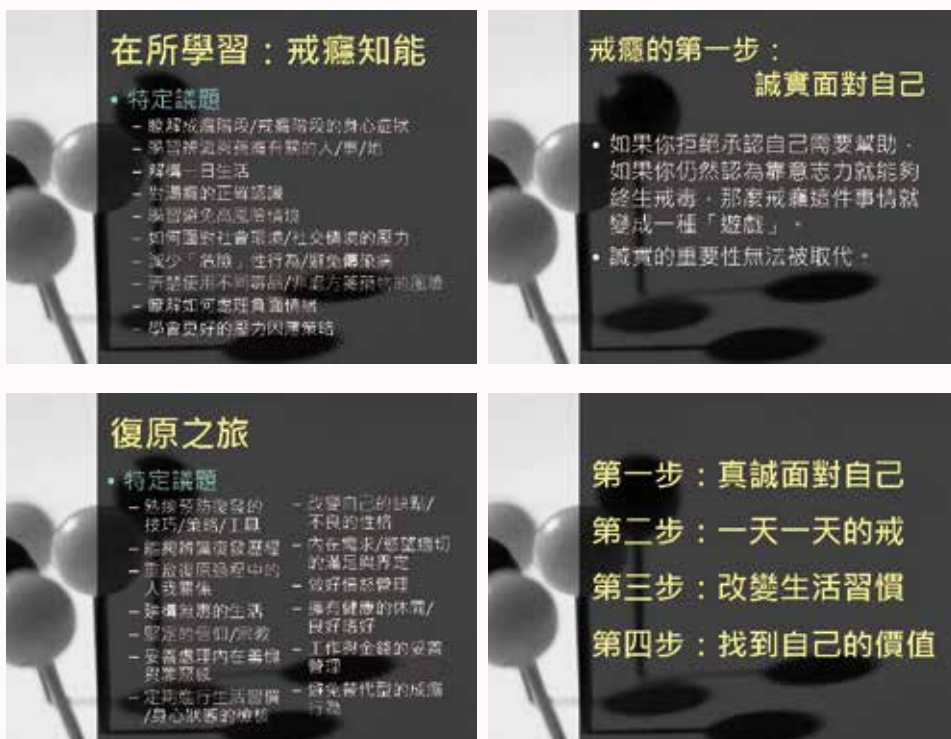
圖五便是當時實際進行的處遇流程及內容，除持續原有處遇內容外，與第一版的差異尚有：(一)、揚棄年度計畫，從以實施年份為區隔的概念，回歸以實際執行內容來做為區隔不同階段的分類方式；(二)、增加社會心理評估回饋療程，讓藥癮者可以從心理衡鑑結果來知曉當前的自我狀態；(三)、增加「生命事件圖」來引導個案省思過去、現在和未來自己的所欲所求，共同與毒癮者從中發掘正向意義；(四)、將原來的預防復發因應卡重新編修為所內使用與社區警示兩種不同版本來使用(如圖六)，並且給予說明。

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）



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 總數 (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 ($p=.0137, p<.05$)，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。

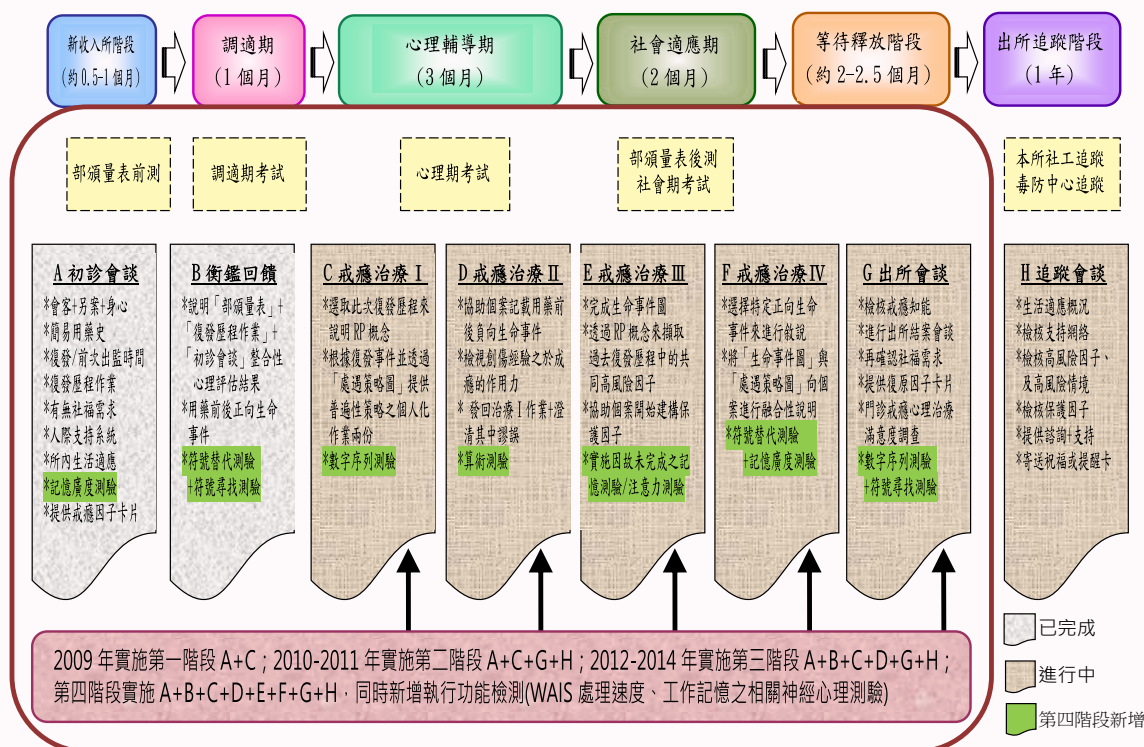
肆、2015-2016 第三版「戒癮心理門診計畫」實施概況及療效評估

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「直接出所個案再犯罪品罪」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，隨後就可能會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。

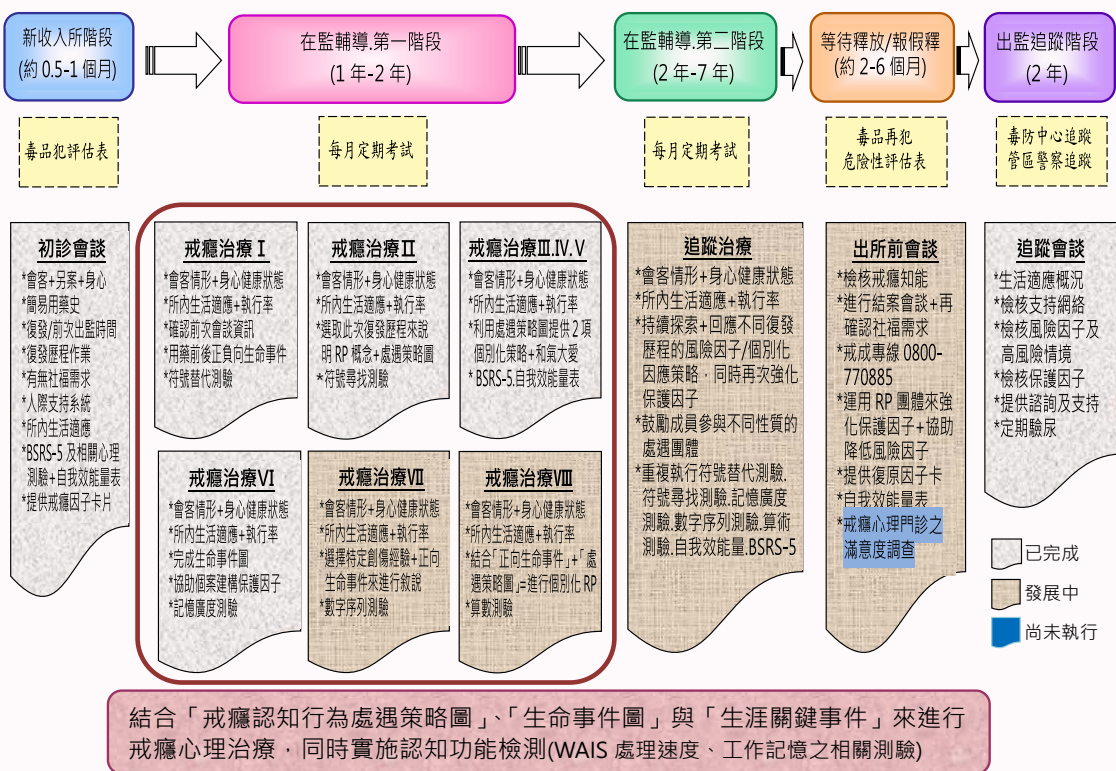
於是我們開始思考如何修訂門診流程、調整 WAIS- III 各神經心理分測驗施測的程序、加入非傳統心理治療因素、結合現有毒品犯計畫相關處遇，希望能夠再次將戒癮心理門診模式的效益，擴大至矯正機關內不同身分、不同處遇類別的藥癮者；此外，有關戒癮處遇和犯罪矯正（如合併暴力犯罪、財產犯罪）之間如何開始進行連結或發展其他特定處遇模式，相信亦是未來必須審慎思考、無可避免的議題。

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所提的天花板效應，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

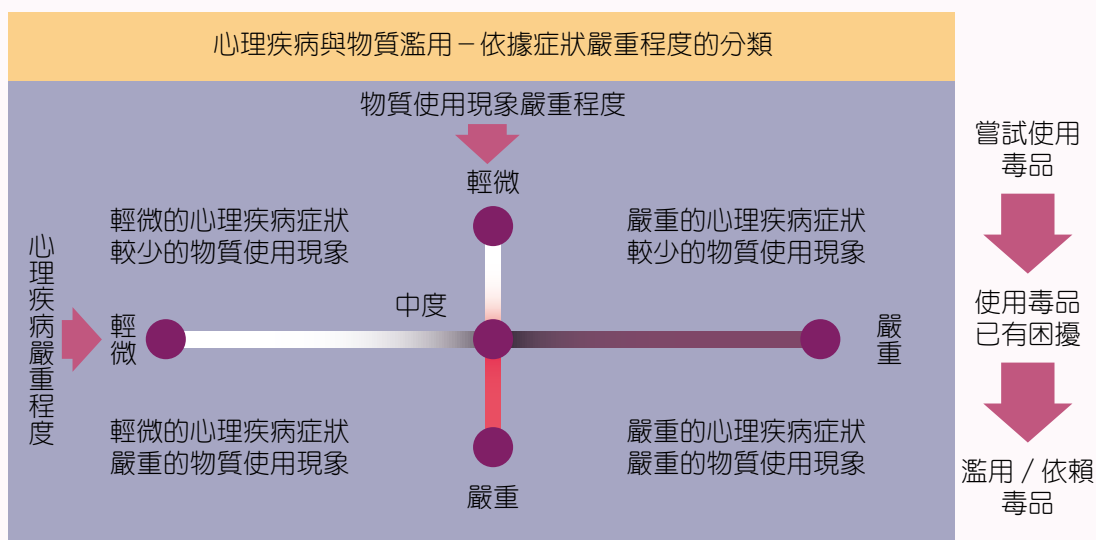


經常受到影響 (包括提早結束療程、未如期核准但已完成原定戒癮處遇、另案加計後延長刑期…等)，如何才能將此類干擾因素降至最低，讓療效因子得以留存；(四)、如何建立與觀護人 (假釋後保護管束)、毒防中心個案師 (期滿出監) 的橫向聯繫與合作機制，才能進一步推動藥癮處遇的後續追蹤，以完成此戒癮心理門診計畫的最後一哩路；(五)、戒癮心理門診計畫有無可能發展成更為完整的「身心醫療處遇計畫」來替代，運用個案管理的精神來建構，甚至可延續至下次再入監後接續執行 (而非出監就結案，再犯入監時便開新案)，以符合當前的長照趨勢及思維。

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)，而非本文中所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.

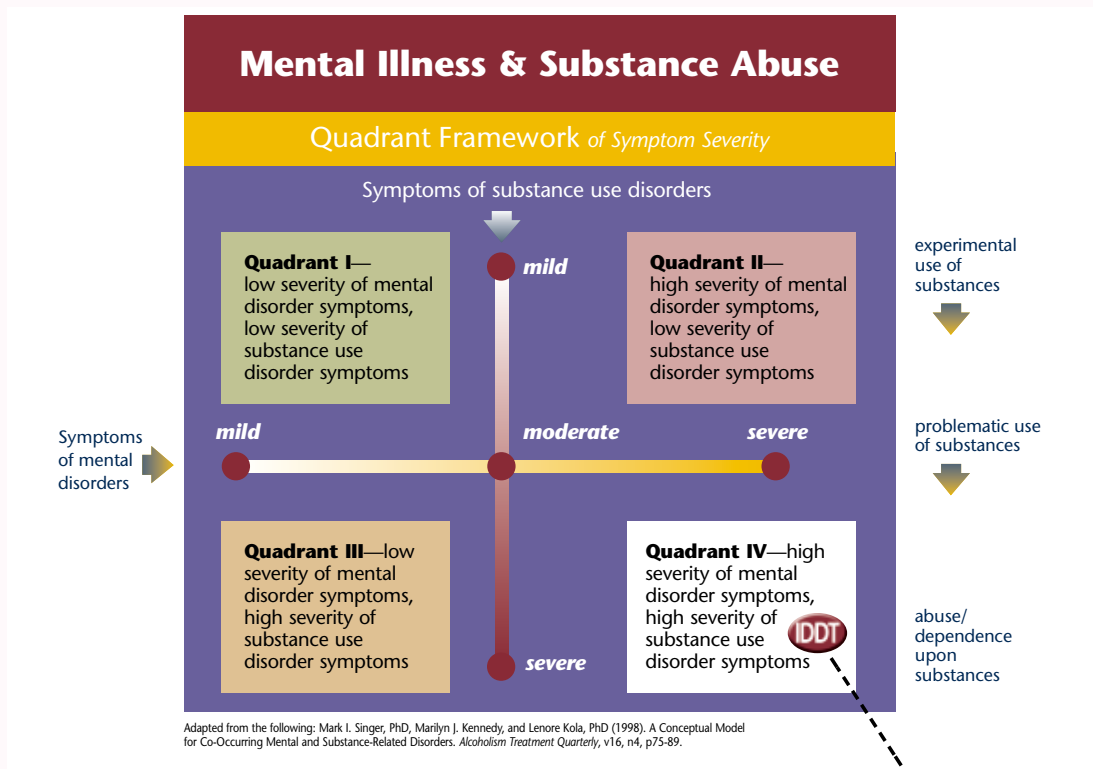
附錄一（續）：NIDA 藥癮治療 13 點原則的修訂演進

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

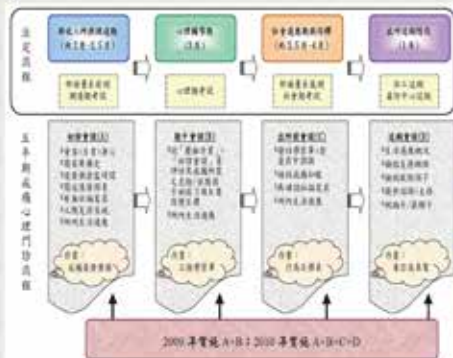
法務統計(2011)的資料顯示被裁定有罪的施用毒品犯(不一定入監所)，已從2005年的19,982人上揚至2010年的29,428人，上述數字中的累再犯比例，亦從70.7%(2005)提高至85.8%(2010)；呂源益、石玉華、王秀月(2008)則分析研究了1990-2006這17年來經過檢察調查發現的新生施用毒品人口的再犯總比率為55.19%，其中再犯施用毒品的時間集中在前二年，占35.13%，而未滿六個月即再犯者為13.89%；同時，若針對各地戒治處所接受強制戒治處分後直接出所的藥癮者來做分析，這群半年內再犯毒品罪的比例十年平均值為9.0%，兩年內再犯則為31.4%。

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。



表一：2009-2010受戒治人出所/出監半年追蹤情形(n=217)

追蹤半年 有效樣本 217 事件(A)	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 事件(B)	戒癮戒治後 出監	直接出所 事件(B)	戒癮戒治後 出監	直接出所 事件(B)	戒癮戒治後 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(14.28%)		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：本研究2009-2010戒癮戒治成效分析對象共417人，至2010年底出所/出監者，則為217人。
註2：本研究採用分析之數據，以本表為準為準。

表二：再犯毒品罪半年追蹤與法務統計資料的對照表(n=217)

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
六個月內 再犯毒品罪	13.89% (32,324人)	16.48% (13人)	5.71% (6人)

註1：本表並未排除月未戒癮戒治成效分析，以符合目前追蹤(2009)毒品再犯研究統計基礎。
註2：本研究採用分析之數據，以本表為準為準。

結果

- 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。
- 三、以存活分析來看，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。

結論

- 一、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，同時第二年復發較第一年更佳；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。
- 二、存活分析顯示，接受第二年的存活機率顯然高於未接受戒癮心理門診計畫與接受第一年計畫者，故本計劃值得繼續推動。



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%。上述結果顯示回歸社會後兩年期間，實為毒癮者復發高峯期。

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)，目前則正實施第三階段的戒癮心理門診計畫。

II. 方法

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($p=.0137$, $p<.05$)，達顯著水準。(如表二)

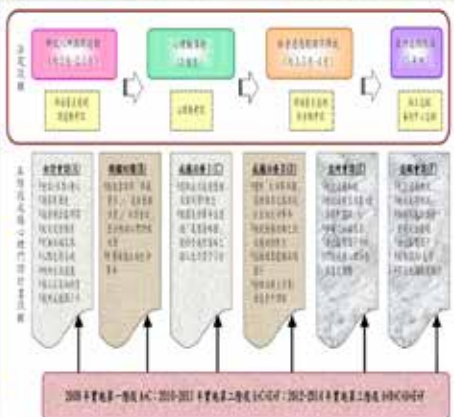
表一：接受不同戒癮心理門診階段之受戒治人半年/一年存活機率

階段	受戒治人數	存活人數	存活率	半年存活率	一年存活率
第一階段	100	61	0.61	0.6184	0.4901
第二階段	100	67	0.67	0.6694	0.5207
第三階段	100	71	0.71	0.7147	0.5745

表二：運用生存分析進行不同戒癮心理門診階段的考驗比較

階段	受戒治人數	存活人數	存活率	半年存活率	一年存活率
第一階段	100	61	0.61	0.6184	0.4901
第二階段	100	67	0.67	0.6694	0.5207
第三階段	100	71	0.71	0.7147	0.5745

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莠，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

- 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。
- 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，存活率皆未見一致性顯著效益。
- 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。
- 不過當個案結束戒癮心理門診計畫，因刑罰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，其干預因素則尚待釐清。
- 綜合論之，無論從半年存活率/一年存活率來看，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,為毒品復發高峰外,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擴展,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

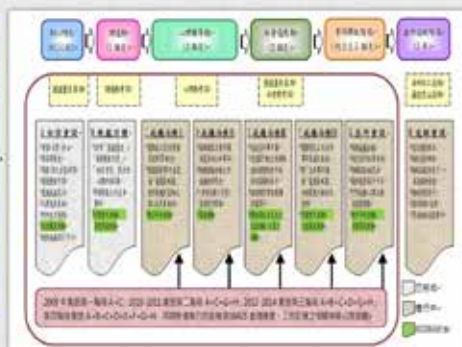
自2009年起開始實施「戒癮心理門診」第一階段計畫,2010年為第二階段,2012年起進入第三階段計畫,2015年實施第四階段(如圖),為持續瞭解此計畫實施的成效良窳研究者將所服務過的1,193名受戒治人,排除死亡、保外就醫、尚未出監/出所等因素後,區分為接受「第一階段計畫」99名,接受「第二階段計畫」120名,接受「第三階段計畫」407名,接受「第四階段計畫」304名,共計930名(直接出所643名);追蹤至2017年9月30日,運用存活分析生命Life Table、百分比考驗來進行統計研究。

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850.96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,同時再依其再犯毒品罪、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、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、不過當個案結案戒癮心理門診計畫,因刑罰案再被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計畫會失去原有利益,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擴展,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

Life Table Survival Variable 毒品戒治所 第一階段門診											
Survival Time	Number at Risk	Number at Risk	Number at Risk	Number at Risk	Number at Risk	Number at Risk	Number at Risk	Number at Risk	Number at Risk	Number at Risk	Number at Risk
0	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
100	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
200	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
300	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
400	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
500	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
600	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
700	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
800	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
900	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
1000	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
1100	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
1200	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
1300	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
1400	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
1500	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
1600	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
1700	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
1800	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
1900	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
2000	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
2100	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
2200	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
2300	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
2400	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
2500	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
2600	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
2700	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
2800	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
2900	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
3000	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
3100	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
3200	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
3300	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
3400	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
3500	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
3600	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
3700	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
3800	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
3900	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
4000	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
4100	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
4200	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
4300	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
4400	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
4500	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
4600	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
4700	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
4800	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
4900	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
5000	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
5100	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
5200	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
5300	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
5400	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
5500	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
5600	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
5700	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
5800	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
5900	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
6000	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
6100	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
6200	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
6300	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
6400	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
6500	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
6600	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
6700	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
6800	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
6900	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
7000	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
7100	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
7200	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
7300	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
7400	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
7500	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
7600	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
7700	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
7800	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
7900	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
8000	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
8100	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
8200	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
8300	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
8400	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
8500	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
8600	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
8700	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
8800	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
8900	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
9000	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
9100	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
9200	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
9300	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
9400	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
9500	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
9600	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
9700	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
9800	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
9900	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
10000	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99

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

〈矯政期刊〉稿約

- 一、本刊係以探討各種有關矯正業務專業發展之理論和實務，呈現國內外學者專家之創新研究發現，以及當前矯正政策之重要內容與析論，以促進學術交流，提升專業水準為主旨。
- 二、本刊每年出版 2 期，分別於每年 1 月及 7 月出刊。
- 三、投稿須提供電子檔，請以 Microsoft Word 文書軟體繕打編排；圖表儘量整合於檔案中。文長以五千字以上為原則，最多請勿超出兩萬字。繕打格式為：A4 直向橫書，邊界上下各 2.5cm、左右各 3.17cm，固定行高 20pt，標楷字體 12 號字。
- 四、本刊對稿件有審查權；稿件一經本刊採用，著作權乃屬著作人所有，惟未經本刊同意不得轉載或他投。其未被採用者，概由本刊退回。著作人勿同時一稿兩投，否則不予刊登。
- 五、來稿由本刊編輯委員或送請相關學者專家審查、簽注意見或修改。

稿件內容如需修改者，本刊將再送請作者自行補充修正，作者應於收稿二週內完成修正，如於收稿一個月後仍未將修正稿件寄回者，視同放棄投稿。此外，稿件於確認後付印前，作者應負責校對。
- 六、來稿一經採用，本刊將酌致稿酬（一稿兩投者除外）。
- 七、來稿時填具投稿者基本資料，請註明中英文題目、作者中英文姓名、通訊處、聯絡電話及行動電話，並檢附中英文摘要。書面文稿（附光碟片）請寄：33307 桃園市龜山區宏德新村 180 號，矯政期刊編輯委員會收；或以電子檔電郵至 E-mail：energyfish@mail.moj.gov.tw。
- 八、來稿如係譯文，請附授權書，採用節譯、意譯方式譯述，並註明出處及附寄原文。本刊文稿由作者依著作權法之規定自負文責。



九、來稿請依標準格式編排，格式不符者，本刊得拒絕刊登，格式如下：

1. 文獻引用，中文作者顯示全名，英文作者顯示姓氏，年代、日期一律以西元顯示，例如：孫得雄 (1985); Doyle(1988)。

2. 註釋：需說明或引伸行文的涵意時，在正文中用阿拉伯數字於註解之詞的右上角，並把詳釋內容列於當頁之最下方，例如：受到人口分佈不均的影響⁵

on recent arrivals gathered in the 1990 Census⁵。

3. 中英文單位請用公制之符號，例如：kg、mg、ml、ppm、pH、cm 等，數值請以阿拉伯數字表示之。

4. 章節編號順序：

中文用：壹、一、(一)、1、(1)。

英文用：I、(I)、1、(1)、A、a、(a)

5. 引用文獻：以文內引用的文獻為限，其餘請勿羅列；中文文獻請按作者姓氏筆畫順序排列，英文文獻依作者姓氏字母順序排列於中文文獻之後；體例如：

期刊論文

- Burnett, J. A. 1990 .A new nannofossil zonation scheme for the Boreal Campanian. Int. Mannoplankton Assoc. Nwesi. 12(3); 67-70.
- Crame, J. A. and Luther, A. 1997. The last inoceramid bivalves in Antarctica. Cretac. Res. 18:179-195. (2 個作者)。
- Crame, J. A., ; Lomas, S. A. ; Pirrie, D. ; and Luther, A. 1996. Late Cretaceous extinction patterns in Antarctica. J. Geol Soc. Lond. 153:503-506. (2 個以上作者)

專書

- Halam, A. 1994. An outline of Phanerozoic biogeography. Oxford, Oxford University Press.

合輯專書

- Carme, J. A. 1983. Cretaceous inoceramid bivalves from Antarctica. In
- Oliver, R. L.; James, P. R. ; and Jago, J. B., eds. Antarctic earth science. Canberra. Australian Academy of Science; Cambridge, Cambridge University Press, 298-302.

同一作者同一年有兩篇以上之文獻，於年代後加上英文小寫字母

- Olivero, E.B. 1988a. Early Campanian heteromorph ammonites from James Ross Island, Antarctica. Natl. Geogr. Res. 4:259-271.

十、矯政期刊編輯委員會電話：（03）320-6361 轉 8543。



《矯政期刊》投稿者基本資料

姓名 (請以 * 標示通訊作者)	中文： 英文：
投稿篇名	中文： 英文：
投稿類別	☐ 學術論著 ☐ 一般論述或譯文 ☐ 實務交流與報導 ☐ 其他 _____ (請註明)
稿件字數	全文共 _____ 字 (含中英文摘要、正文、參考書目、附錄、圖表等)
服務單位及職稱	中文： 英文：
通訊住址	
通訊電話	
電子郵件 Email	

* 請依序填寫，檢附此表於投稿首頁。

著作財產權授權同意書

本人所作刊載於矯政期刊（第 卷第 期）

文章名稱：

同意授與法務部矯正署於該文之著作財產權存續期間，享有在任何地點、任何時間以任何方式利用或再授權他人利用該著作之權利，且法務部矯正署不需因此支付任何費用。

著作人擔保本著作係著作人之原創性著作，僅投稿矯政期刊，且從未出版過。若本著作之內容有使用他人受著作權保護之資料，皆已獲得著作權人（書面）同意，或符合合理使用規定於本著作中註明其來源出處。著作人並擔保本著作未含有誹謗或不法之內容，且未侵害他人之權利。

若本著作為二人以上之共同著作，下列簽署之著作人亦已通知其他共同著作人本同意書之條款，並經各共同著作人全體同意，且獲得授權代為簽署本同意書。

立同意書人（著作權人姓名）： （簽章）

身分證統一編號：

戶籍地址：

聯絡電話：

電子郵件信箱：

中華民國 年 月 日

備註：立同意書人即本文作者，並享有著作財產權者



本刊發行宗旨、編輯準則

一、發行宗旨：

探討各種有關矯正業務專業發展之理論和實務，呈現國內外學者專家之創新研究，以及當前矯正政策之重要內容與析論，以促進學術交流，提升專業水準為主旨。

二、主要内容：

- (一) 編輯室：主編的話。
- (二) 特稿：特邀稿件。
- (三) 學術論著：學術論述。
- (四) 一般論著與譯文：一般論述及譯著。
- (五) 實務交流與報導：工作心得及法規報導。

三、發行對象：

- (一) 內政部、教育部及法務部等有關單位。
- (二) 全國各縣市圖書館。
- (三) 大專院校相關科系。
- (四) 法務部矯正署各組室與所屬各機關。

四、各類文稿審核程序

- (一) 投稿者先自選投稿類別。
- (二) 投稿文章送本署彙整後，由各編輯委員檢閱簽註意見後依下列方式審查：
 - 1. 特稿：得免審。
 - 2. 學術論著：由各編輯委員推薦之專家學者二人匿名審查、簽註意見或修改，複審意見仍相左時，由召集人另請專家學者複審，修改完畢通過後由主編核定刊登。

-
3. 一般論述與譯文：由各編輯委員推薦之專家學者一人匿名審查、簽注意見或修改，修改完畢通過後由主編核定刊登。
 4. 實務交流與報導：依來稿性質由召集人決定交由本署相關業務主管審查，修改完畢通過後由主編核定。
- （三）審查後修正稿由原審查人員複審，有爭議時由召集人開會決定。
- （四）所有投稿文章經審稿彙整後，由召集人開會決定刊登內容與順序。

矯政

Journal of Corrections

【第 8 卷】第 1 期

發行人

黃俊棠

總編輯兼召集人

周輝煌

編輯委員

葉貞伶、陳世志、賴政榮、邱煥棠、張聖照、謝秉睿

執行秘書：鄭哲成

執行編輯：陳俞亨

創刊年月：2011 年 7 月

出版年月：2019 年 3 月

刊期頻率：（半年刊）每年 1 月、7 月

出 版 者：法務部矯正署

聯絡地址：33307 桃園市龜山區宏德新村 180 號

聯絡電話：（03）3206361 轉 8543

傳 真：（03）3188550

網 址：<http://www.mjac.moj.gov.tw>

設計印刷：群御廣告（04）2422-2277

定 價：每本新臺幣 300 元

統一編號（GPN）：2010000680

ISSN：2224-1205

DOI：10.6905/JC

◎著作權利管理資訊：

著作財產權人保留對本書依法所享有之所有著作權利，欲重製、改作、編輯本書全部或部分內容者，須先徵得著作財產權管理機關之同意或授權。

【請洽法務部矯正署（計畫研考科，電話 03-3206361 轉 8543）】



法 務 部
Ministry of Justice

www.mjac.moj.gov.tw



ISSN 2224-1205



GPN : 2010000680