

一般論述或譯文

簡短處遇模式在藥癮治療上的應用－ 從評估、簡短處遇到轉介治療

The Application of SBIRT model on Drug Abuse Treatment:
Screen, Brief Intervention and Referral to Treatment

蔡震邦

法務部矯正署高雄戒治所臨床心理師

DOI : 10.6905/JC.202101_10(1).0003

摘要

蔡震邦

近年來，簡短處遇（或稱簡短介入）模式已逐漸為人所廣泛運用，不同於過去藥癮處遇長期復原的概念，強調的是如何在有限的時間內，聚焦特定處遇目標而非期待個體廣泛性的改變。

簡短治療需要由專業人員來執行，而簡短處遇則適用於不同機構、不同服務人員，只要透過訓練，熟悉相關內容流程便可實施；因此，無論是具有急迫性質的急診環境，或容納大量收容人的矯正機關，簡短處遇皆可適切發揮其功能與效益。本文主要介紹美國藥物濫用及心理健康部門 (SAMHSA, 2013) 所倡議的 SBIRT 模式，簡言之，就是透過篩選、簡短處遇、轉介治療來提供藥癮者結構化、分類處遇相關服務的模式；同時，我們試著以 3 位藥癮者實際上接受此模式的服務歷程說明，來描述如何應用簡短處遇幫助其走出困境，最後則分享簡短處遇的多元應用現況。

DOI : 10.6905/JC.202101_10(1).0003

The Application of SBIRT model on Drug Abuse Treatment: Screen, Brief Intervention and Referral to Treatment

Abstract

Cheng-Pang Tsai

In recent years, brief intervention has been applied widely and focuses on the treatment of some targeted subjects during a limited period of time, which is different from the long-term recovery resulting from drug abuse treatment before.

Brief interventions can take place in various settings, and can be administered by a wide range of trained behavioral and healthcare providers, but brief therapy requires training in specific therapeutic modalities or professional licenses. No matter in the emergency department or the correction institution, brief intervention usually can perform its functions. This article mainly introduces the SBIRT model (Screen, Brief Intervention and Referral to Treatment, SAMHSA, 2013), which demonstrates structural, classified services, and help people recover. Also, we share some practical processes applied to three drug addicts, who had received brief intervention based on the SBIRT model and being to health.

壹、緒論

美國精神科住院醫師甄選委員會自 2002 年起，便要求精神科醫師必須接受五種不同形式的心理治療訓練，包括有：長期精神動力心理治療、支持性心理治療、認知行為治療、心理治療併用精神藥物學及簡短心理治療，藉此涵養更完整的心理治療能力；其中，簡短心理治療（brief psychotherapy）的出現，除因應保險給付設限的變革之外，更重要的是希望透過高度結構化的心理治療模式，讓專業品質的服務輸出更趨一致性（李宇宙、單家祁、黃文宏、許嘉月、林育如、陳羿行與鄭海擎合譯，2008）。簡短心理治療在有限的時間內，聚焦特定治療目標而非寄寓於個體廣泛性改變的模式，提供了當事人有別於長期心理治療的另一種選擇，而無需像過去一般得接受長達數年或數百小時的心理動力療程。

其實，早於 1960 年代，精神科醫師 Milton Erickson 便開始將簡短心理治療應用在催眠、家族治療與策略療法（strategic therapy），同時期另一群治療師則組成心理研究團隊（mental research institute）並設立短期治療診所（brief therapy clinic），刻意不依循當時傳統精神分析、心理動力治療的規範，而將治療次數限制在 10 次以內，並以此來檢視，如果僅針對行為改變或問題解決而非意圖調整人格或進行家庭全面重構時，心理治療療效是否仍有延續的可能性；此外還有一個獨立運作的短期家族諮商中心（brief family therapy center），則嘗試將心理治療的重心從探索問題導向轉至以特定目標來進行處遇，之後便發展成為現在我們熟知的焦點解決療法（solution-focused therapy）。（李淑珺譯，2007）

然而，「簡短」的意義並非只在於次數限制、時間控制、適配特定理論、有無疾病類別篩選、療效定義與遞延效益…，更重要的是如何有效且合宜地來幫助酒藥癮者；此外，美國國家藥物濫用研究所（National Institute on Drug Abuse, 以下簡稱 NIDA）以卅多年實證研究為基礎所出版的「藥癮治療原則」（Principles of drug addiction treatment – A Research-based guide）中也早已揭示，沒有一種藥癮治療模式適用於所有藥癮者；也就是說，簡短心理治療可以被視為協助藥癮者戒癮的方法之一，但不宜過度詮釋其療效；

另外我們還需知道的是，NIDA 早已在 1999 年利用圖文來說明藥癮者復原的過程是需要多層面與不同性質的網絡來共同協助，並非公共安全（司法監控）、公共衛生（醫療協助）或者是公民社群（社會救助）任何單一系統或架構便可獨立完成。換句話說，就是必須仰賴多元整合的服務模式方能更切合藥癮者的實際需要，藥癮治療的療效也才得以隨之最大化。（NIDA，2018）

接下來得先澄清的是，在本文欲探討的簡短處遇（brief intervention，以下簡稱 BI）與簡短治療（brief treatment，以下簡稱 BT）並非同義複詞，我們運用表一幾個觀點來對照說明，便可釐清，兩者雖然運用相似的架構，實際執行的內容目標及所需的人力時間仍存有相當大的差異。藥癮簡短處遇（BI）是希望在有限時間、有限次數內針對明確的目標來進行協助，無論是預防復發或增強動機皆然，除了提供建議與策略外，亦希望鼓勵藥癮者肩負起改變的責任，提升自我效能來因應生活中戒癮過程的挑戰，而工作人員也會在簡短處遇的過程中給予藥癮者肯定、訓練且協助其調整實際運用的方法；同時也發現到，若藥癮者接受簡短處遇（BI）的協助過後，對於再轉介其他治療協助或未來轉銜至不同的戒癮網絡時，其意願及實際成功媒合的比例都會更高。因此，簡短處遇（BI）經常被應用在一般診所、戒癮中心或其他各類型的收容機構（如矯正機關）。（SAMHSA，2012）

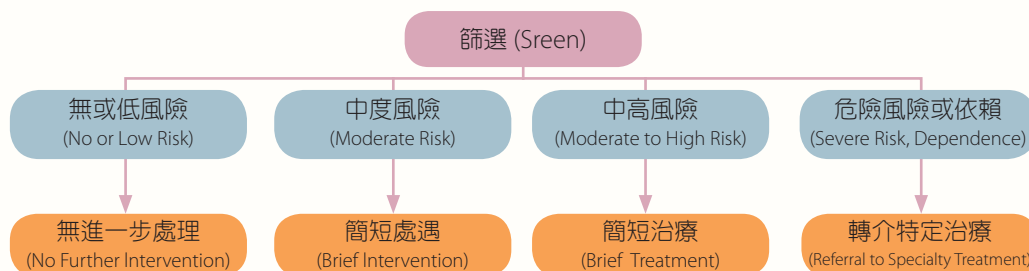
而藥癮簡短治療（BT）仍奠基於傳統的心理治療理論（如簡短認知治療、簡短行為治療、焦點解決簡短治療、簡短人際心理治療、時限性動力心理治療、簡短伴侶治療、簡短策略家族治療…等）來協助藥癮者戒除成癮物質，同時也試著限縮在特定目標的改善而非全面性的人格調整或復原，藥癮簡短治療（BT）相信此時此刻的問題得到協助後，藥癮者便能重啟內在力量來改變及改善自己的困境，治療師的主要任務角色會調整為指導者／諮詢者／資訊提供者，幫助藥癮者移除復原過程中的障礙、不斷強化其自我照護、自主管理的效能與責任。（李宇宙等合譯，2008）

表一：簡短處遇和簡短治療之異同

項目	簡短處遇 (brief intervention)	簡短治療 (brief therapy)
相異處	○平均約 15 分鐘左右 ○通常設定在 6 次會談以內 ○會談目標多設定在：處理用藥與否的矛盾、釐清風險因子、提供相關資源 ○不受限於特定心理治療理論架構 ○人員經過訓練認證即可執行	○每次 40~50 分鐘（與一般晤談相同） ○通常設定為 6~20 次會談以內 ○治療目標多設定在：處理當前戒癮困境、因應技巧訓練、降低風險行為、增加保護網絡和效能 ○應用心理治療相關理論模式進行 ○須具備特定專業證照
相似處	○可適用在不同組織 / 地點 ○皆有明確會談結構 ○運用支持性會談、不評論價值觀、建構合作關係 ○提昇個案自我效能感 ○將改變或選擇的責任賦予個案 ○會提供明確的建議或意見，來促發個案改變 ○設定會談界限（或界線），聚焦特定目標而非寓意於個案廣泛地的改變或療效 ○每次都視為最後一次協助的機會	

註：資料係彙編自 SAMHSA(2008): Descriptions of brief intervention and brief therapy 一文。

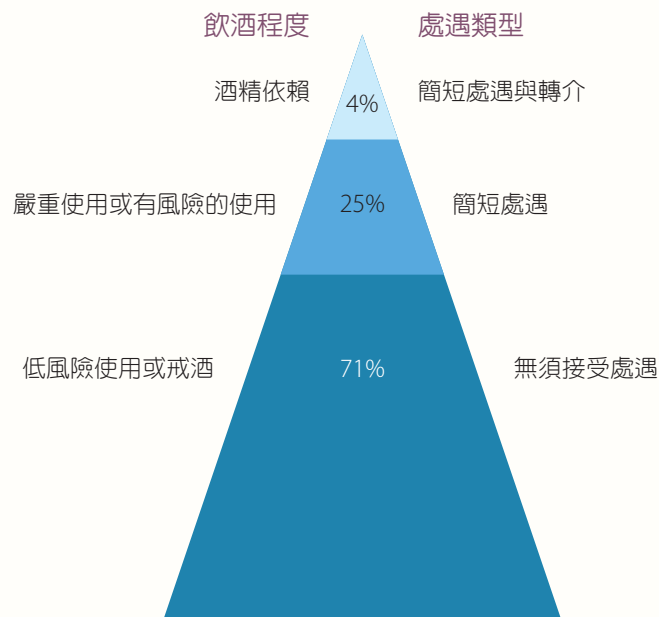
下面，我們將以美國藥物濫用及心理健康部門（Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2013, 以下簡稱 SAMHSA）所倡議的 SBIRT 模式（Screen, Brief Intervention and Referral to treatment）做為範例，進一步來向大家詳細介紹簡短處遇的實際應用情形。SBIRT 顧名思義就是篩選（Screen）、簡短處遇（BI）及轉介治療（Referral to Treatment，以下簡稱 RT）的簡稱，其分類概念十分簡易（如圖一），就是透過篩選（S）之後，將藥癮者依其成癮程度進行分類，提供相對應的、適配的處遇內容（註：不同學者或機構的分類方式略有差異，但原則不變，請見下面各節），接著就讓我們依序來說明各階段的實際內容。



圖一：SBIRT 模式的分類處遇流程。資料來源：SAMHSA(2013). Systems-Level Implementation of Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment，第 10 頁。

貳、SBIRT 模式：篩選（S）

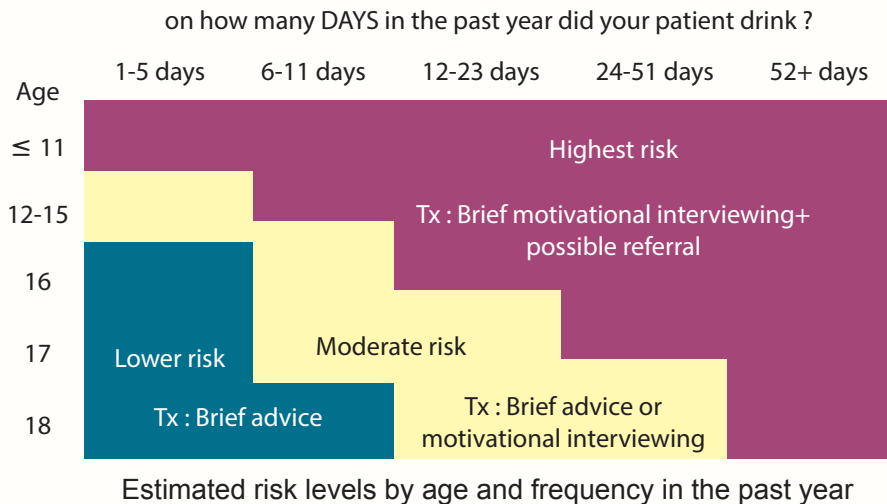
所有系統性的處遇模式都是從篩選、評估或衡鑑來開啓的，因為只有確定個案當前狀態及身心病理基礎後，才能安排合適的處遇內容；因此 SBIRT 模式採用的第一個步驟就是篩選（S）；譬如面臨酒癮患者時，美國疾病管制局（Centers for disease control and prevention）建議在急診創傷中心就可應用簡短處遇（BI）將不同酒癮嚴重程度患者概分為三大類，然後依據其成癮狀態來提供協助，以期發揮最佳療效（Higgins-Biddle、Hungerford 和 Cates-Wessel，2009）。由此可知，即使是酒藥癮患者進入急診檢傷分類這樣高張力、高壓力的狀態下，簡短處遇依舊是被建議執行的模式之一。多數人對於簡短處遇（BI）的初始印象或許較類似上述在大量個案、急迫性的相關情境，然而對於多數並無生命留存危急性、當下暫無公共安全危害性的酒藥癮患者來說到底適不適合呢？在國內，2004 年陳俊興就已針對某一綜合醫院內外科住院病患進行簡短處遇的隨機雙盲分派研究，在 1,340 位有效樣本發現有 11.6% 住院病人



圖二：美國急診創傷中心不同酒癮程度分類比例。資料來源：Higgins-Biddle, J., Hungerford, D., 和 Cates-Wessel, K.(2009): Screening and Brief Interventions (SBI) for Unhealthy Alcohol Use: A Step-By-Step Implementation Guide for Trauma Centers, 第 2 頁。

符合危險性飲酒或疑似酒精使用疾患，發現性別、教育程度、職業類別都是有意義的相關因子；此結論雖與圖二的美國研究結果（約 29% 符合危險性飲酒或酒精使用疾患）不同，但也說明了不同地區可能存在互異的現象；可惜的是該研究未能持續進行，以至於無法追蹤簡短處遇（BI）的治療效益。

另外，由於不同年齡、不同地區（或不同文化）、不同物質濫用、不同身心疾病共病和不同機構屬性之間，對於分類處遇的定義與風險程度的認定亦有著相當差異，因此，當我們想要對酒藥癮者進行篩選（S）前，須先透過實證研究或資料分析來檢視所屬系統服務的個案在實際上分類分佈情形，畢竟對症下藥才能事半功倍（如圖三，NIAAA，2011）。



圖三：使用酒精對不同年齡、不同劑量的風險分類情形。資料來源：National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA，2011)，Alcohol Screening and Brief Intervention for Youth，第 10 頁。

接下來就向大家簡單介紹在 SBIRT 模式中最常被應用到的幾個工具，量表原始題目請見 SAMHSA（2012、2013）相關手冊，在此要特別說明的是 AUDIT 量表和 ASSIST 量表其實是世界衛生組織（WHO）所發展出來的工具，由於這些量表皆為公開使用的版權，因此並無標準中譯版，讀者可於個別學者的歷年研究中來搜尋相關自譯的中文量表。下面我們將依題數多寡和所需時間由短到長來說明（簡列於表二）：

- 一、CAGE 檢測量表：共 4 題（施測時間 3 分鐘內），答題方式為是或否（分數 0-4），當計分為 1 時即視為具風險性，計分 2-4 則需進一步評估或轉介；換句話說，CAGE 是高敏感、低閾值的篩檢量表，用來提供初步快速的辨識，也因此就不宜視為最終風險評估結果。CAGE 係為各題關鍵詞彙的字首所組成，包括無法減量或控制（Cut down / Control）、旁人規勸且為此苦惱（Annoyance）、自責（Guilty）、醒來就喝（Eye-opener）。
- 二、CRAFFT 青少年成癮風險篩檢量表：共 6 題（5 分鐘內），答題方式為是或否（分數 0-6），當計分為 1 時視為具風險性，計分 2-3 則需進一步評估或轉介，計分為 4-6 即認定有物質依賴問題；與前述 CAGE 檢測量表相同，CRAFFT 是高敏感、低閾值的篩檢量表，僅能用來提供初步快速辨識。CRAFFT 係為各題關鍵詞彙的字首所組成，包括搭乘或酒藥駕駛行為（Car）、為了放鬆而使用（Relax）、處理孤單（Alone）、用後失憶（forget）、親友勸戒（Friends）、惹上麻煩（Trouble）。
- 三、藥物濫用篩檢量表（Drug Abuse Screening Test，以下簡稱 DAST-10）：共 10 題（5 分鐘內），答題方式為是或否（分數 0-10），當計分 1-2 時即視為具風險性，計分達 3-10 則需進一步評估或轉介；實務上 DAST 存在有許多種類型、多種題型的版本。以常用的 DAST-10 為例，是請個案就過去 1 年間的狀態來進行評估，並以第一題（有無使用非法藥物，或者濫用處方藥物）做為標準反應題，該題回答有（計 1 分）者，才需要繼續回答後面的 2-10 題目。因此，DAST 是一種具有中度敏感、低閾值的篩檢量表，已能提供基本的門診風險辨識。
- 四、酒精使用疾患檢測量表（Alcohol Use Disorder Identification Test, 以下簡稱 AUDIT）或藥物使用疾患檢測量表（Drug Use Disorder Identification Test, 以下簡稱 DUDIT）：共 10 題（10 分鐘內），答題方式為選擇使用頻率多寡（分數 0-40），當女性計分 1-12、男性 1-14 時即視為具風險性，女性計分 13-40、男性 15-40 時則需進一步評估或轉介；AUDIT/DUDIT 是請個案就過去 1 年間的狀態來進行評估，並以第 1-3 題（也稱為 AUDIT-C/DUDIT-C）做為標準反應題，女性計分在 3 分以上、男性在 4 分以上，才

需要繼續回答後面的 4-10 題目。因此，AUDIT/DUDIT 是一種具有中度敏感、中閾值的篩檢量表，能提供基本的門診風險辨識，也可用以進行評估會談。

五、菸酒及其他物質綜合檢測量表（Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test，以下簡稱 ASSIST）：共 8 題（15 分鐘內），答題方式為回答不同物質各別的使用頻率，再加上每題選項多寡不同，所以花費時間就會較難估算；ASSIST 以第 1-2 題（過去一年使用、終生有無使用）做為標準反應題但不計分，上述兩題有勾選使用者（無論頻率為何），才需要繼續回答後面的 3-8 題目。

須特別注意的是，ASSIST 是採不同物質各別獨立計分，並無所謂的量表總分，第 3-7 題分數計為 0-39 分，而第八題則單獨詢問是否為注射使用（但不計分）。所以，當 3-7 題不同物質分數計為 0-3 分時，就認定該物質使用狀態為低度風險；計分為 4-26 分時，認定該物質使用狀態為中度風險；計分為 27-39 分時，認定該物質使用狀態為高度風險。不過若第八題勾選為注射使用時，就一律進行轉介評估。

舉例來說，酒藥癮者完成 ASSIST 後呈現的評估結果可能是：酒精使用部分 32 分（高度風險）、大麻使用 24 分（中度風險）、搖頭丸使用 15 分（中度分險）、止痛鎮靜劑使用 10 分（中度風險）、安非他命 / 古柯鹼 / 海洛英 / 鴉片類處方使用皆 0 分（低度風險），無注射情形；對此酒藥癮患者來說，建議接受酒精使用的轉介治療（RT），以及大麻 / 搖頭丸 / 止痛鎮靜劑使用的簡短處遇；所以，ASSIST 是一種具有中度敏感、中閾值的篩檢量表，已能提供基本的門診風險辨識、評估會談以及轉介治療建議。

表二：簡短處遇模式中經常使用之篩檢量表

量表	所需時間	題目數	題型標準 反應題	計分方式
CAGE 量表	3 分鐘	4 題	勾選有無 無反應題	0 分 – 無風險 1 分 – 有風險 2-4 分 – 轉介評估
CRAFFT 量表	5 分鐘	6 題	勾選有無 無反應題	0 分 – 無風險 1 分 – 有風險 2-3 分 – 轉介評估 4-6 分 – 物質依賴問題
DAST-10 量表	5 分鐘	10 題	勾選有無 第一題 (計分)	0 分 – 無風險 1-2 分 – 有風險 3-10 分 – 轉介評估
AUDIT 量表 DUDIT 量表	10 分鐘	10 題	勾選有無 第一題 (計分) 第二題 (計分) 第三題 (計分)	女性 0 分 – 無風險； 1-12 分 – 有風險； 13-40 分 – 轉介評估 男性 0 分 – 無風險； 1-14 分 – 有風險； 15-40 分 – 轉介評估
ASSIST 量表	15 分鐘	8 題	不同物質將各別 勾選使用頻率 第一題 (不計分) 第二題 (不計分) 第八題 (不計分)	0-3 分 – 低度風險 4-26 分 – 中度風險 27-39 分 – 高度風險

以下我們將接續說明，實施 SBIRT 模式且採用 ASSIST 量表的篩選 (S) 步驟，並依據得分結果完成風險分類後，如何來接續進行簡短處遇 (BI) 的進行。

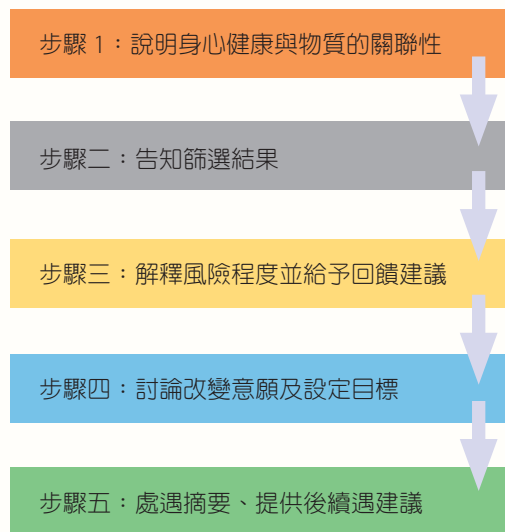
參、SBIRT 模式：簡短處遇 (BI)

當個體因為物質濫用、賭癮而導致法律問題、健康問題、財務問題、工作問題及家庭問題，並涉及司法系統、醫療系統和社政系統介入或服務時，提供簡短處遇 (BI) 除期能給予個體關於支持肯定、提升自我效能和健康促進的相關知識外，亦希望成癮者在資源網絡的協助下，能重新認清改變責任在己、找到改變契機且啟動正向循環來克服其藥癮困境。因此，Matua (2012) 清楚說

明在實施簡短處遇（BI）之前有五個事前準備工作的重點，包括：熟悉前期的篩選工具及實施程序、瞭解物質濫用的成癮歷程／戒癮歷程／復發歷程／復原歷程、明白相對應的簡短處遇內容及流程（包括特定評估衡鑑或轉介治療）、備妥簡短處遇相關資源（如自助手冊、隨身卡、地區網絡資源一覽表……等）、清楚執行時若發生問題的諮詢管道或支援對象。

特別強調的是，其實無論是 NIAAA（2011）、Matua（2012）或是 SAMHSA（2012）都在手冊中載明，1994 年 Miller 所提出的晤談 FRAMES 要素十分重要，因為當藥癮者必須面對風險困境和克服被嚴重影響的功能時，常常就會導致對於投入改變充滿抗拒或無力感，若運用 FRAMES 策略來進行晤談就能更有機會讓藥癮者重新獲得力量並促進改變；FRAMES 係為各關鍵詞彙的字首所組成，包括：將篩選及評估結果回饋（Feedback）給個案、將自我改變的責任（Responsibility）與選擇權交還給個案、使用無評價地忠

告或建議（Advice）來促使個案減量或停止濫用物質、提供個案多樣化內容（Menus）的處遇選擇、展現同理（Empathic）的對話基礎、提升個案自我效能（Self-effect）與賦能（empowerment）等。而 SAMNSA（2012）則認為簡短處遇的實施有其基本程序（如圖四），該手冊也列出實際對話過程來做為參考建議，各位讀者若有興趣尚請自行參閱。除晤談的 FRAMES 要素、實施程序與步驟外，NIDA（2010）亦用 4A 來說明簡短處遇（BI）的核心工作目標為，包括有：提供建議（Advice）、評估戒除意願（Assess）、協助促發改變（Assist）、安排後續處遇或轉介治療（Arrange）。（如表三）



圖四：簡短處遇（BI）的實施程序。資料來源：編譯自 SAMHSA(2012). Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse，第 19 頁。.

表三：簡短處遇 (BI) 的核心工作目標

BI 工作目標	實施要點
提供建議 (Advice)	●對個案物質濫用的情形提供醫療建議 —說明處遇人員在健康促進上所扮演的角色 —建議個案在問題未形成或惡化前戒除物質（從身心健康角度） —評估有無身心共病的可能性，瞭解相關病史後提出建議（如 HIV 檢測）
評估戒除意願 (Assess)	●對個案此刻停止使用物質意願和病識感進行評估 —與個案共同討論戒除毒品的可能性，並回饋先前篩選 (S) 的風險程度 —若個案無意願 / 無病識感 / 覺得不可能，要以不評價的方式來說明未來當有此需要時如何獲得資源網絡來幫助自己 —若個案有意願 / 有病識感 / 覺得有可能改變，鼓勵並強化其努力與決定，並幫助個案討論如何降少使用或戒除物質
協助促發改變 (Assist)	●幫助個案形成任何形式的正向改變來邁向復原 —透過篩選 (S) 的風險分類結果，協助個案發展相對應的處遇任務 —再次強化改變的意願，並建構具體、可行、合宜的行為改變目標，繕寫下來並請個案帶回，在生活中實踐 —若無法形成特定目標，從生活事件來設計行為改變（如參加一次自助團體、與戒成人士互動、回復日常生活節奏） —如果有需要，說明個案所濫用的物質在醫療上的各種處遇選擇
安排後續處遇 或轉介治療 (Arrange)	●依據個案需求來安排或轉介特定衡鑑、藥癮治療和未來處遇建議 —要以適合個案狀態為優先考量，若現有資源無法相符合，只要提供未來建議即可，不可貿然為之 —將先前篩選 (S) 結果、簡短處遇 (BI) 內容，轉知後續相關處遇人員或治療機構，並請回饋轉介後續情形 —若情況許可，不同風險程度的個案應各別組成社區自主團體（不混合） —安排定期追蹤篩選 (S)，以掌握個案現況（風險程度變化、轉介處遇或治療的適配性）

其次，現實生活中個案經常處於不同樣態的差異，並非固定在特定使用劑量或風險類別，因此當個案是處於戒除狀態（abstaine）時，簡短處遇的任務目標就會落在復發預防，對青少年尤為重要；若處於偶發性的輕度使用（light use）或中度使用（moderate use）狀態時，任務目標就會變成協助個案正視其使用劑量 / 頻率逐漸增加的事實，以及衍生而來的健康問題、違法議題、人際關係衝突……等困境，換句話說就是讓個案把焦點從用藥的正向預期轉至用藥風險所帶來的負向影響；若個案已處於具風險性（at-risk）的物質使用狀態時，簡短處遇（BI）的任務目標就在於讓個案具體看到已經發生的生理心理社會的

影響傷害甚至功能缺損情形，清楚描繪出個案如何進展到此樣態的過程，鼓勵個案採取減量使用或戒除的可行性改變行動；到了物質濫用（abuse）階段，就必須視處遇人員所熟悉的理論策略和個體實際狀態，來設定不同的任務目標，即便是分階段完成、迂迴探索、間接影響、尋求社群網絡協助 ... 等方式皆可考慮，除持續鼓勵個案減量或戒除的改變外，也得要考量轉介處遇是否為更適切的選擇；當個案處於成癮（addiction）階段後，簡短處遇（BI）的任務目標便不再聚焦於直接處遇，而是類似個案管理的模式，先形成工作同盟關係，然後持續提升其改變意願與動機，幫助藥癮者做好自我照護 / 自我保護，當然也歡迎藥癮者邁向減量或戒除的改變、協助安排轉介治療（RT）、追蹤藥癮者後續發展樣態為主。

第三，接續有關上述表三運用 ASSIST 量表進行篩選（S）並實施 4A 的核心工作目標後，如何依據不同風險類型（低度風險、中度風險、高度風險）來提供相對應的簡短處遇（BI）實際內容及實施重點呢？我們將不同手冊的內容彙整編修為下表四，來做簡要說明。不過，由於 ASSIST 是將不同

表四：不同風險態樣所對應的簡短處遇內容

BI 工作目標	實施要點
提供建議 (Advice)	●低度風險 —提供最低程度的協助，並說明物質成癮風險或維持適當飲酒的必要性 —針對特殊族群（孕婦、兒少、戒癮者等）提供臨床建議 / 未來風險評估 ●中度風險 —說明不同物質對身心影響的實際情形（藥理反應、副作用、後遺症） —表達對個案使用物質後各面向功能變化的關切（人際、工作、休閒等） —強調協助改變的多元網絡資源（治療性社區、自助團體、藥物治療等） ●高度風險 —清楚表達對個案濫用藥物造成的風險危害 / 功能損害的關切 —強調協助改變的多元網絡資源（治療性社區、自助團體、藥物治療等） —個案若願意接受門診治療方案，需注意其他需求（育兒、住居等）
評估戒除意願 (Assess)	●無意願戒除 / 無意願改變 —幫助個案更有現實感 / 更願意正視濫用物質帶來的影響，即便個案無動於衷，也需保持 FRAMES 的晤談策略 ●有意願戒除，但無具體目標或方法 —持續強化動機，同時與個案共同討論如何從生活中尋找由簡而繁、風險由高而低、時間由短而長、改變由小而大的目標 ●有意願戒除，已在改變歷程中 —肯定個案正向改變的努力、強化動機、協助討論修正所面對的困境

BI 工作目標	實施要點
協助促發改變 (Assist)	●低度風險 —說明戒除物質使用對其身心健康的益處，以及持續使用帶來風險提升的危害性，鼓勵個案投注心力在其他正向成就 / 生命意義的人事物 ●中度風險 —說明戒除物質使用 (或降低風險) 對其身心健康所得到的重大益處，以及持續使用將導致不同生活功能層面的負向影響，協助其從保有當下現有功能為基礎，逐步回復並建立平衡的生活型態 ●高度風險 —說明戒除物質使用 (或降低風險) 對其身心健康所得到的重大益處，以及多數處於此風險樣態的患者，生活將遭受重大變化的事實 (受感染、被逮捕、關係斷裂等)，鼓勵並協助個案接受戒癮多元網絡資源
安排後續處遇 或轉介治療 (Arrange)	●低度風險 —建立同盟關係，並強化任何願意改變物質使用狀態的目標 —持續鼓勵個案朝著戒除物質、適度飲酒的方向努力 —若有跡象證明風險等級提高至中高風險時，立即提供簡短處遇 (BI) ●中度風險 —持續追蹤個案物質使用樣態的風險程度 —對於無意願改變的個案，持續提供簡短處遇 (BI) 以創造任何改變的可能性 —個案若已處於改變歷程，強化其努力並鼓勵持續設定目標 —評估個案是否降低風險 / 提高風險 ●高度風險 —持續追蹤個案轉介後的使用率，並請求轉介機構 / 人員提供回饋 —對於無意願轉介的個案，持續提供不同的 / 額外的簡短處遇 (BI) —個案若已接受轉介，與網絡資源共同討論如何能給出最大效益

物質使用的風險程度分開各別評估，因此經常會面臨到的是藥癮者部分物質使用為高度風險，而其他物質為中度或低度風險的情形（譬如個案使用安非他命是高度風險、海洛英和酒精是中度風險、K 他命和搖頭丸是低度風險等）；上述類似情形進入到簡短處遇（BI）時，仍應以各別物質使用的風險程度來進行分類處遇協助（可設定優先次序來進行，或者聚焦於中度風險物質來提供簡短處遇），以期得到最大效益。

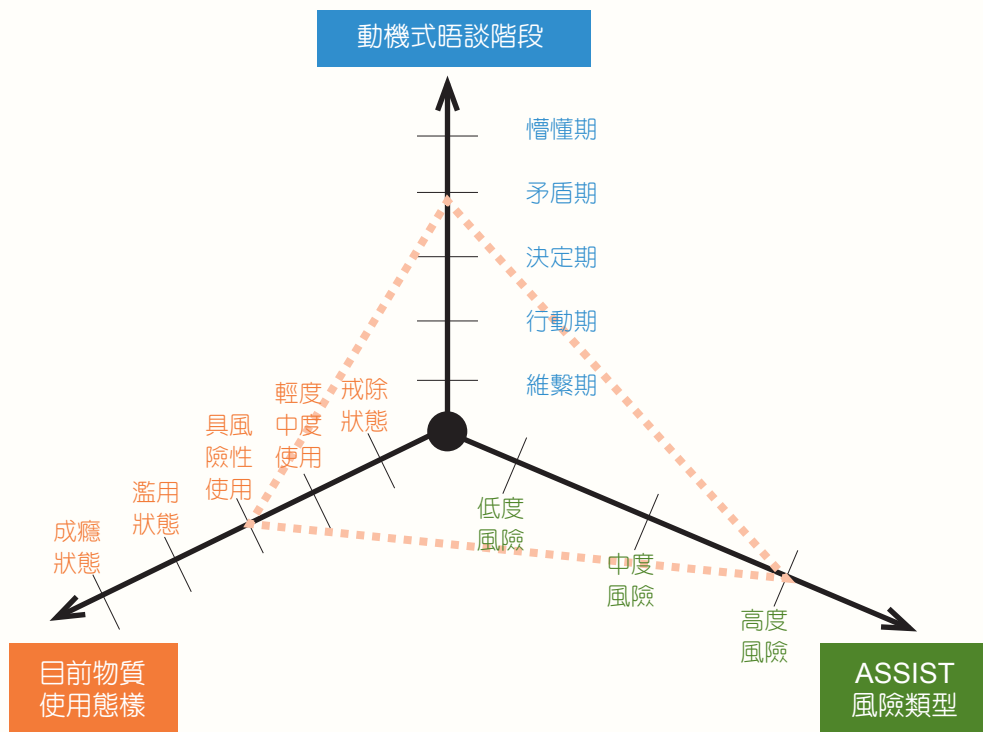
簡短處遇（BI）和動機式晤談（第三版）所倡議的 4 個會談原則：表達同理心（express empathy）、創造不一致（develop discrepancy）、與抗拒纏鬥（roll with resistance）、增進自我效能感（support self-efficacy），實在有著諸多相似之處。因此，兩者若結合之後，實際上會如何來進行呢？表五就嘗試以 SAMHSA（2012）所出版的指導手冊為主，加上動機式晤談各個階段的

主要任務後，再輔以臨床實務工作經驗所自行編撰而成的說明，相信透過對照表的比對方式，大家就更能明白簡短處遇（BI）模式雖然十分結構化，但實際應用時卻十分具有彈性，亦可融入各種不同面向或治療理論目標，來進行不同改變階段、不同成癮程度個案的實際處遇執行策略（SAMHSA，2019a）。

表五：動機式晤談與藥癮簡短處遇融合後所建議進行的目標

動機式晤談的改變階段	藥癮簡短處遇
懵懂期： 無改變的意願與想法 ● 促發個案情感上的改變動機 ● 重新闡釋罹病的意義	● 提供關於個案目前藥癮身心影響（或潛在影響）的資訊 ● 提醒個案成癮導致的負向循環 ● 譬如：當個案告知面臨重大失落，因而使用非法物質來提升情緒時，就需要讓個案知道濫用藥物後通常會出現更嚴重的情緒波動現象
矛盾期（沉思期）： 在繼續用與不用之間掙扎 ● 協助建構個案建構希望／未來感 ● 對吸毒與否矛盾的心境提供解釋	● 重視且提升個案對於內在矛盾衝突的覺知 ● 協助個案對於戒除藥癮和持續使用的結果，進行損益分析 ● 譬如：以個案財物損失留存的分析來說明，濫用藥物不僅需要花費金錢，同時也失去更多工作收入、儲蓄增值的機會，是數倍以上的財務損失
決定期： 改變意願強烈並預作準備 ● 提供資訊與戒癮知能 ● 與個案一起討論最佳因應策略	● 強化個案改變的承諾與動力 ● 提供各種不同的處遇方案、治療選擇，讓個案為自己做出最佳的適配抉擇 ● 譬如：當個案決定受洗或透過誦經來強化自己改變的決心時，便可鼓勵個案進一步思考禱告或念佛號之外的時間，戒癮者如何來面對生活困境。
行動期： 採取改變的行動邁向戒除 ● 協助個案將目標具體化 ● 尋找外在系統的協助／監督力量	● 提供不同的行動資源網絡，來幫助個案克服風險情境的一再出現 ● 協助個案在日常生活／復發困境中有效應用所學的知能策略，藉以因應藥癮風險 ● 譬如：當個案開始試著利用忙碌工作來減緩自己渴癮的想法時，除肯定當下效益外，亦可協助個案規劃假日或無工作時的正當休閒／家庭生活
維繫期： 保持在無毒的復原中生活 ● 鼓勵個案持續保持清醒 ● 對於高風險情境保持警醒	● 主動提供諮詢，共同找出生活正向規律 ● 肯定個案在戒除藥癮付出的努力，並且協助評估持續風險、因應策略效益，以建構更好的保護力 ● 譬如：當已維繫一段無毒生活時間後，就能幫助個案看見這段清醒／警醒的復原過程，自己展現出的不同樣貌；同時亦提醒個案設立警示系統的重要性，因為復發風險無所不在

最後，為了帮助大家把上述有關簡短處遇（BI）的各種不同架構／目標／分類做個梳理，我們發展出簡短處遇的三維概念圖（如圖五），希望能夠幫助讀者一目了然地快速理解簡短處遇（BI）的多元彈性構念；簡單來說，若能透過篩選（S）來確定個案目前各面向的位置，再輔以相對應的簡短處遇內容，相信對於實務臨床工作就能達到事半功倍的效果。



圖五：實施簡短處遇 (BI) 的立體三維建構概念

肆、SBIRT 模式：轉介治療（RT）

SBIRT 模式中的轉介治療（RT）階段的目的是在於，對於風險類型較高、具有特定需求、身心共病或多重物質濫用的個案，在提供簡短處遇（BI）之外，希望還能給予更適切更多元的其他協助；但轉介治療並非限縮於「將藥癮者轉介到其他機構」、或者「接受藥癮治療」如此單一的形式，在前文圖一中我們已說明經過篩選（S）後，當個案處於中高風險類型時即建議接受簡短治療的協助，而簡短治療（BT）除可接續在簡短處遇（BI）後面來進行之外，兩者亦可穿插或交替進行；譬如中高風險類型個案接受簡短處遇時才發現，個案的血糖控制不佳，因此轉介至相關門診或進行治療（RT），此時簡短處遇（BI）並未中斷，兩者依舊同步進行；又或者是嚴重風險類型個案進行數次簡短處遇後終於願意試著參加自助團體，這時轉介治療（RT）就接續簡短處遇（BI）來進行，其目標便變成提供社區相關自助團體的活動資訊與資源，並委請轉介治療（RT）機構或人員將個案的情況回饋給簡短處遇（BI）的系統或人員。

透過這樣的簡要說明，或許大家就能理解 SBIRT 模式中所謂的轉介治療（RT）並非單向式的轉銜服務輸出，亦可運用諸多型態來對應個案的需求，所以在實務上轉介的對象可以包括：各科醫師、心理治療師、專科護理師、社會工作師、律師、學校輔導教師、牧師、急診救護員、健康教育者、心理衛生工作者（如張老師、生命線）、員工協助方案諮詢者 ... 等；美國麻州公共衛生部（Massachusetts Department of Public Health，2012）特別指出，即便侷限轉介治療（RT）的定義，至少仍可概分為四大類型的服務，包括有：門診諮商（outpatient counseling），提供動機式晤談、認知行為策略的定期個別治療 / 團體治療；急性解毒（acute treatment services 或 detox），主要是透過臨床醫療 / 處方藥物來處理戒斷症狀，無論個案此刻是由其他單位轉介而來或者本來就在原有的執行治療方案中，都會鼓勵個案在症狀緩解後再持續進行生理心理社會功能的復健；康復機構（clinical stabilization services），提供非醫藥服務的相關協助，通常是以居住型為主，透過戒癮心理治療 / 復原方案來讓個案有機會計劃下一步的生活目標，而不是直接讓個案回歸 / 投入現實生活的壓力困境中；自助團體（al-anon family group 或

AA 或 NA），顧名思義就是國外十分普遍的匿名戒酒團體、匿名戒毒團體、匿名戒除物質的戒癮者團體與家屬團體等，這些團體通常無須專業人員的帶領，而是由過來人／戒成者自發性、自主性的帶領定期聚會。

囿於篇幅限制，在這裡我們將僅說明 SAMHSA（2012）所介紹具有實證基礎、可供轉介治療（RT）選擇的幾個經常被採用的簡短藥癮心理治療（BT）理論。

一、簡短認知行為療法（brief cognitive-behavioral therapy）：協助並教導個案瞭解認知基模（schemas），明白核心信念如何透過非理性想法／自動化思考來影響個體，然後透過評估、分析、因應、修正、不斷練習，進一步習得更佳／更有彈性的認知行為策略（李宇宙等合譯，2008）；換句話說，簡短認知行為療法是一種具有結構性、帶有教育性質、注重技巧傳授練習、目標導向的一種治療模式，而針對酒藥癮者的簡短治療（BT）中，則會更聚焦於功能分析（functional analysis）、因應技巧的訓練（coping skills training）、復發預防（relapse prevention）教育等。實際會談進行的結構次序如下：

- （一）情緒評估：透過會談前的量表／評估工具，來確認個案本周狀態有無差異，若出現特定議題（自殺意念、重大創傷），旋即調整為危機處理。
- （二）前次療程的連結：藉由探詢近日事件來檢視前次治療所學技巧的應用情形、實際效果，同時檢核家庭作業後，簡單說明正確性並給予鼓勵，也協助個案修正調整不正確的部分，利於未來應用。
- （三）本次議題、排定優先次序：簡單說明本次會談預定的 1-2 個治療目標，與個案取得共識並排定優先順序。
- （四）討論、教導練習：針對議題來進行資料收集分析、協助個案提出假設與問題概念化，並引導其試著從情緒認知行為的不同角度來辨識功能不良的思考模式、非理性僵化的核心信念、以及錯誤的因應技巧，最後共同討論如何進一步來處理困境。

(五) 家庭作業：進行生活實驗來檢視新觀點、練習所學的各项因應技巧、持續評估問題或困境的改善情形。

(六) 總結回顧：針對今日討論過程給予回應，特別是用認知基模的形式來解釋個案可以如何不同於過去的角度，思考問題 / 解決問題。

二、簡短策略學習與人際互動療法 (brief strategic/interactional therapies)：著重於個體當前的優勢能力而非其酒藥癮的心理病理因素，治療師的任務在於幫助酒藥癮患者邁向如何運用環境資源（而非聚焦困境或障礙）的自我選擇。所以，此療法的主要目標在於幫助個體來定義需求並探索成癮之於個體的意義、協助個案尋找 / 制定從行為改變到戒除的步驟、調整家庭關係直至成為支持性系統、強化且延續正向改變的行為與歷程、回應並處理復發狀態。實際會談進行過程各階段的 5 個主要治療任務 / 目標如下：

(一) 治療初期：列出人際關係清單並繪製生態圖、確立主要的問題範圍、說明簡短策略學習與人際互動療法、建立治療契約、釐清酒藥癮行為對個體因應環境的意義何在。簡單來說，此療法相信正向人際互動關係會協助酒藥癮者改善（或戒除）成癮行為，因此透過設定清楚的目標，同時檢視過往人際網絡 / 當前社交網絡資源，便可確定個體如何在不良人際互動中錯誤習得成癮行為；透過此治療理論的說明介紹後讓酒藥癮者瞭解，若能進一步運用有效策略來因應舊有的不良人際模式，便能打破成癮行為的循環。

(二) 治療中期：確認特定人際問題 / 情境困境、瞭解酒藥癮者對前述議題的非理性期待 / 不良互動型態、共同尋找可接受的問題解決方案 / 改變的溝通模式或技巧、行為改變的家庭作業、回顧過去的努力並鼓勵正向改變。換句話說，藉由強化對正向改變 / 有效因應行為來取代酒藥癮的努力，幫助個體重新定義內在需求的滿足並不等於酒藥癮行為後，就能從過去的人際困境 / 不良互動

模式中找到打破循環的要素，或者學習如何更有效處理的策略且嘗試運用，最後則設計延續行為改變歷程的家庭作業 / 新挑戰，讓酒藥癮者得以練習處理，並於下次治療時分享討論。

- (三) 治療後期：鼓勵持續改變、預想可能面對的難題、定義因應期程、擬定未來生活計畫、安排定期會談。也就是說，除了協助整理治療歷程所習得的新策略 / 改變的行為習慣外，同時需要共同對未來日常生活中會面臨的事件情境預做準備（如辨識高風險情境、認識渴癮及因應……），讓酒藥癮者有機會一窺未來的無限可能 / 重重挑戰，也明白持續正向改變的歷程並未停歇，並針對面對生活難題時所需要的資源與歷程做好準備，並事前排定日後一段時間內的定期追蹤 / 會談治療。

三、簡短人性關懷與存在取向療法 (brief humanistic and existential therapies)：強調著重於瞭解個體的生命經驗而非聚焦於藥癮問題或相關症狀，此療法認為這些心理困境正反應出個體是如何透過其自主自覺、有意識地來因應面對難題且處理其內在需求；因此治療師的任務是強化酒藥癮者能自由做出決定的重要性，鼓勵個案朝向有意義的正向改變，尊重個案採取行動策略的步調與其目標設定，藉此創造出個案想要的 / 豐富的 / 彈性的 / 多元的生命經驗。此療法涵蓋的相關治療理論有：

- (一) 個人中心療法 (client-centered therapy)：可以透過一致性的真誠、無條件的同理關懷、積極的尊重與接納，立即建構一個溫暖安全的環境和治療氛圍，促使酒藥癮者釐清自己的內在需求 / 矛盾想法 / 衝突行為 / 破壞情緒，並聚焦於個體願意投入的改變歷程中。
- (二) 存在療法 (existential therapy)：相信酒藥癮者一樣是自由地為自己生命做出選擇也為此行為負責的個體（無論結果好壞），治療重點將聚焦於個體如何處理生活 / 生存的焦慮，同時是否邁向自己人生目標 / 生命意義，治療師的任務便是協助個體釐清重整並實現。
- (三) 敘事治療 (narrative therapy)：深信個體有能力將問題或困境從自我中分離，並學習如何以自己（而非社會文化）為主體，來看見

脈絡、解構並重新建構自己的生命故事；簡言之，就是協助酒藥癮者在療程中有機會如同第一作者般，主導並開展自己的人生。

（四）完形治療（Gestalt Approaches）：特別適合當酒藥癮者處在經驗事件或情緒狀態中時使用，此療法的基本假設是，我們越不想成為怎樣的人時，就越會保持不變；所以聚焦於覺察此時此刻的自我意象、疏通情緒、再體驗並完成未盡事宜後，個體便會開始改變。

（五）超個人／超覺療法（transpersonal therapy）：是一種涉及靈性或更高精神層次的理論，試圖將心理治療和靈性轉化此兩者進行整合，希望能摒除且跨越現代心理治療的框架，意圖將酒藥癮者／治療師的超個人經驗進行梳理、認同與去除認同，最終達到自我超越。

四、簡短心理動力治療（brief psychodynamic therapy）：利用個案與治療師發展出來的關係，用以洞視其固著的人際模式／人格特質，並在個體－他人、個體－自己的互動上促成根本／本質上的改變；換句話說，這是一種適合長期在人際互動上失去有效互動、關係連結能力患者的療法，不同於一般心理動力療法的是，它著重於經歷治療後行為改變的學習，而非聚焦經由詮釋後的頓悟。因此簡短心理動力療法適用對象包括：有心理疾病共病的酒癮癮者、已經解毒／戒斷症狀緩解且無須住院治療者、持續在復原歷程的戒癮患者、無腦傷且心理功能正常的患者。實際會談進行的步驟／重點如下：

- （一）瞭解個體所處世界：讓酒藥癮者自由述說，藉此對資料進行組織分類（發展史、成癮史……），須注意不做任何評論評價和判斷。
- （二）探索症狀／成癮問題的背景意義：藉由聆聽酒藥癮者描述（誇大戲劇性地、小心警覺謹慎地……）的過程中，瞭解其人際模式／症狀發展的脈絡。

- (三) 建構 / 詮釋個體適應不良的循環模式：透過酒藥癮者實際的行為反應、自己概念 / 自我意象的形成、對他人反應的期待、他人對自己行為的反應，來確定其適應不良的人際模式實際樣態。
- (四) 檢視治療關係 / 重現人際模式：透過治療關係中的移情 - 反移情的檢視和覺察，協助患者得以洞悉其中重現的人際困境模式。
- (五) 辨識治療目標：在治療關係 / 互動關係中，描繪出最顯著或功能不良的人際互動模式，釐清它存在的意義，並且賦予改變的新意。
- (六) 透過體驗創造整合性陳述：在簡短心理動力療法中，治療師不會只是等待，而是利用強化、主動修正甚至推翻個體正在進行的體驗，藉以促進正向良性人際互動模式的形成。

五、簡短家族治療 (brief family therapy)：目前簡短治療模式已普遍被不同的家族治療理論所接受並應用，不過在實際應用上仍以策略家族治療、結構家族治療為家族治療師在執行簡短治療時的主要選擇，當然伴侶治療也包括在內。家族治療師認為，瞭解個體功能最佳的方式就是評估酒藥癮者在整體家庭中的功能脈絡，因為個體和他自己的生活緊緊相繫，系統中任何一部份的變動，都必然彼此相互影響，而家庭系統正是我們如何滿足需求 / 因應環境 / 處理關係的重要核心，無論家庭成員當下是否保持緊密聯繫，都不會改變系統互動的本質。所以，家族治療認為，成癮行為不僅是個體困境 / 個案問題，也代表著酒癮者可能帶著整個家庭症狀的呈現（代罪羔羊），因為其因應環境變動的模式（濫用物質），也就顯現出其家庭系統功能運作的結果。簡單來說，人生旅程或許會有偶發性接觸物質的可能性，但逐漸形成成癮行為後，在生化作用反應機制之外，個體的家庭系統無法阻卻成癮發展歷程，必然是家庭系統功能不全（或失去功能）所影響。修正 / 建構 / 改變或重建家庭系統，創造出功能良好的互動模式，便是此療法的圭臬。

以策略家族治療為例，該療法認為個體的領悟合理解釋沒有意義的，重要的是家庭成員能否執行治療師的建議，因此策略性家族治療師必須扮演專家角色，來協助改善家庭系統；整個過程會聚焦在現在的困境或問題，而非過去成

因、未來挑戰；所以相當重視行為層次，譬如在什麼情境下，家庭成員之間誰對誰做了什麼事情。

而結構家族治療則認為個體多數的問題或症狀是起因於家庭組織內部結構失調的副作用，所以治療核心就會放在修正家庭成員互動模式、重新定義／再框架家庭結構，以及設定界限；也就是說，當治療師描繪出家庭系統結構（包括次系統）和互動方式後，便可指出無效、負向影響作用的部分結構，接著才能協助家庭成員調整互動模式，透過合宜的人際界限來降低個體不良功能症狀的顯現。

最後要再次強調的是，轉介治療（RT）本身並非限制於簡短（brief）或治療（treatment）二字而已，所以接下來我們嘗試以三位個案報告併陳的方式來介紹並說明 SBIRT 模式臨床實際執行過程。三位個案皆已簽署研究發表的同意書並且錄音或錄影為證，但為避免仍有跡可循，因此其背景資料已做適度更動，不過當事人的藥癮史與簡短處遇（BI）的相關內容則未曾變更／如實呈現，期望各位專家先進能不吝指正提供寶貴意見；此外，有關 2018 年起施用毒品受刑人新收入監時、出監前、毒品犯科學實證處遇前後的相關量表問卷，目前係由各矯正機關個管師來統籌彙整，亦非本文實施 SBIRT 模式過程中所使用的評量問卷，在此特予澄清。

伍、實務案例說明

透過下面實際執行 SBIRT 的案例呈現（如表六），期待可以顯現出幾個簡短處遇（BI）的主要特色：

一、簡短處遇（BI）是一種結構化的會談模式，但處遇次數、議題、內容皆可變動調整。譬如三位個案屬於戒癮心理門診不同進展階段，因此處遇次數就有所不同；下面案例中，第一階段戒癮心理門診（個案 A）會接受 3 次簡短處遇，第二階段戒癮心理門診（個案 B）會接受 5 次簡短處遇，第三階段戒癮心理門診（個案 C）會接受 7 次簡短處遇（蔡震邦，2019）；也就是說，簡短處遇（BI）具有彈性，可以依照不同情境來調整實施。

- 二、即便是採用 SBIRT 模式，在篩選（S）之後，簡短處遇（BI）的過程中仍會持續評估，或者視個案需求增加其他心理評量工具，惟仍須符合簡短要素。譬如篩選階段除統一實施 AUDIT、DAST-10、CAGE-AID，以及頒訂的相關測驗外，個案 A 因有侵擾性情緒失調症，所以另外進行貝克憂鬱量表（BDI- II）及田納西自我概念量表（TSCS：2A）；個案 B 有憂鬱症病史，再加上在所期間因為經常性頭痛、情緒低落並會以額頭撞地板的方式來減輕不適（檢查無明顯生理病因），因此增加貝克憂鬱量表（BDI- II）及貝克焦慮量表（BAI）。
- 三、簡短處遇（BI）並非一種特定的治療理論，不同機構性質或各類型的當事人，都可納入並在其中獲得不同助益，亦可運用矩陣模式的概念來思考（如圖六）。譬如除了原本的簡短處遇外，個案 A、B、C 在戒治所期間都共同接受了大班教室數百小時的戒癮課程，個案 A 和 B 則另各別接受了不同的團體處遇，個案 B 尚有精神科門診醫藥協助……等。不同處遇人員都可以依據自己的專長來提供協助，或者採用連結資源的方式來因應藥癮者其他需求。
- 四、簡短處遇（BI）最佳適用的對象並非是低風險或已達藥物依賴程度的中高風險 / 高風險藥癮者，雖然定義如此，卻不等於對這些個案無任何助益。譬如個案 A 和 B 的毒癮分類皆為高風險，歸屬於簡短戒癮心理治療（BT）的主要對象群，因此先藉由簡短處遇的實施讓個案更有意願投入改變以獲得最大療效；對於個案 C 僅實施簡短處遇（BI），未再增加其他協助的原因，除考量尚有另案待執行外，也顧及戒癮處遇在這段時間亦非個案 C 所需。
- 五、當藥癮者有特定需求、個別化戒癮需要時，可提供適當合宜的轉介治療（RT），亦是 SBIRT 模式的重要精神之一，不過此處所指的轉介治療，並不設限僅能在機構外或社區中實施，也不會限定治療師們是否隸屬相同或不同專業，重要的是轉介治療（RT）能否將處遇情形反饋回原本的簡短處遇人員或者接續簡短處遇（BI）的目標，所以透過個管師來調和簡短處遇及轉介治療的進行是相當重要的。譬如個案 A 在 3 次簡短處遇（BI）外，增加 10 次個別戒癮心理治療（筆者負責，針對自我效能與降低憂鬱），

和 12 單元的跨領域戒癮團體（外聘治療師，針對高風險情境因應）；個案 B 在 3 次簡短處遇（BI）外（其中 2 次暫停），增加 10 次個別戒癮心理治療（筆者負責，針對降低憂鬱與焦慮），和 8 單元的藝術治療團體（外聘治療師，針對家庭議題與愧疚感）。

最後要向各位說明的是，臨床實務上最常面臨到的是酒藥癮者對於接受相關處遇時呈現出的低動機、低意願的困境，因此，對酒藥癮者實施簡短處遇（BI）時經常會搭配動機式晤談（motivation interview）、動機增強（motivational enhancement）等理論技術進行，透過簡短處遇結構化及執行時間短的特性，來有效降低藥癮者接受相關處遇的抗拒防衛，亦能利用每次處遇來鼓勵藥癮者提升自己的戒癮知能，為自己帶來改變契機、邁向復原之旅。

表六：三位案例背景資料、藥癮與犯罪史、DSM-5 相關簡述

項目	個案 A	個案 B	個案 C
背景概述	●男、51 歲、專科畢業、無特殊疾病 / 住院史。 ●個案童年時期案父病逝，在單親家庭成長，案母經營牛肉飯 / 麵攤商，經濟小康。 ●個案已婚，育有 1 子（國中）；入監前與妻兒 / 母親 / 妹妹（單身，妄想型思覺失調症患者）同住；1 哥 1 弟皆於廿年前同車 / 車禍離世，還有 1 位弟弟已失去信息。 ●與妻兒 / 母親互動緊密，會參加三節懇親、家庭方案相關活動。 ●從事過廢五金買賣、小吃攤商，入監前與母親 / 太太一同經營牛肉飯 / 麵攤。	●男、38 歲、國中畢業、精神科病史（酒精中毒、安非他命引發幻覺）。 ●在小康家庭成長；案父早年從事漁業與個案較疏離，3 年前診斷出失智症現因中風安置於療養院；與案母關係良好，11 年前個案在監服刑時病逝；尚有 1 弟（單身）+ 1 妹（已婚），少有聯繫。 ●兩次婚姻（皆離異）、第一次婚姻育有 1 子由個案監護養育、第二次婚姻育有 1 女由前妻監護養育；入監前有女友（未同住）+ 與父親同住。 ●從事過搭建鐵皮屋包商、卡司機及車行老闆，同時亦為乩童。	●男、56 歲、高職肄業、胃穿孔切除 2/3(20 歲)、膽囊切除(44 歲)。 ●案父因經商所以家中十分富裕，目前案父(92 歲)與繼母同住；而個案入監前僅與離異的姊姊同住，其他同父異母手足(1 弟 3 妹)皆已成家自立，甚少往來。 ●7 年前離婚但仍與前妻保持聯繫（有會客），女兒已成家住在北部。 ●青少年起就無支出限制，曾經營美容美髮連鎖店、服飾和化妝品批發、性交易站、地下錢莊 / 地下賭場。

項目	個案 A	個案 B	個案 C
藥癮史 犯罪史	● 16 歲起抽菸 (但此次入監開始戒菸)、18 歲接觸酒精、29 歲接觸安非他命、30 歲接觸海洛因。 ● 物質濫用史為 35 年、毒癮史為 22 年。 ● 可確認的犯罪紀錄：30 歲毒品罪、45 歲施用毒品罪、51 歲施用毒品罪。 ● 監禁時間累計近 15 年，本次徒刑 1 年，罪名為施用毒品罪。	● 10 歲起抽菸、13 歲接觸酒精、18 歲接觸安非他命、22 歲接觸海洛因。 ● 物質濫用史為 28 年、毒癮史為 20 年。 ● 可確認的犯罪紀錄：12 歲重傷害未遂罪、14 歲賭博罪、15 歲妨害性自主罪、26 歲毒品罪、28 歲毒品罪、33 歲殺人未遂、38 歲毒品罪。 ● 監禁時間累計近 7 年，本次徒刑 1 年 6 月，罪名為妨害自由 + 施用一級毒品罪。	● 13 歲起接觸菸酒檳榔、31 歲接觸安非他命。 ● 物質濫用史為 38 年、毒癮史為 20 年。 ● 可確認的犯罪紀錄：29 歲重利罪 / 營利姦淫罪、32 歲毒品罪 / 賭博罪、39 歲毒品罪 / 重利罪 / 管訓、51 歲毒品罪。 ● 監禁時間累計近 16 年，本次徒刑 13 年，罪名為毒品罪 (另有無期徒刑案件審理中)。
DSM-5	● Psychiatric and Medical Diagnoses – 305.50(F11.10) Opioid Use Disorder, Heroin, Mild, – 296.99(F34.8) Disruptive Mood ● Dysregulation Disorder, – Psychosocial and Contextual Factors – V61.8(Z62.891) Sibling relational problem, ● Disability – N/A,	● Psychiatric and Medical Diagnoses – 304.00(F11.20) Opioid Use Disorder, Heroin, Moderate, – 296.22(F32.1) Depression Disorder, Moderate, – 300.00(F41.9) Unspecified Anxiety Disorder, Moderate, ● Psychosocial and Contextual Factors – V69.9(Z72.9) Problem related to life style – V62.5(Z65.1) Imprisonment, with other illicit behaviors, – V61.8(Z62.891) Sibling relational problem, ● Disability – N/A,	● Psychiatric and Medical Diagnoses – 305.50(F11.10) Opioid Use Disorder, Heroin, Mild, – 304.40(F15.20) Stimulant Use Disorder, Amphetamine, Severe, – 303.90.(F10.20) Alcohol Use Disorder, Severe, ● Psychosocial and Contextual Factors – V69.9(Z72.9) Problem related to life style – V62.5(Z65.1) Imprisonment, with other illicit behaviors, – V61.03(Z63.5) Disruption of family relationship, ● Disability – 2/3 gastrectomy, cholecystectomy,

項目	個案 A	個案 B	個案 C
篩選 Sceen	● AUDIT：18 分 (使用海洛英前)、4 分 (使用海洛英後)；DAST-10：6 分。 ● CAGE-AID：3 分。 ● 渴癮量表：46 分 (前測)、30 分 (後測)。 ● 自我效能量表：44 分 (前測)、51 分 (後測)；風險自我效能量表：143 分 (前測)、245 分 (後測)。 ● 酒癮分類：使用海洛英前 - 高風險、使用海洛英後 - 低風險；毒癮分類：海洛英高風險。	● AUDIT：10 分；DAST-10：7 分。 ● CAGE-AID：4 分。 ● 渴癮量表：70 分 (前測)、83 分 (後測)。 ● 自我效能量表：40 分 (前測)、38 分 (後測)；風險自我效能量表：128 分 (前測)、118 分 (後測)。 ● 酒癮分類：低風險；毒癮分類：海洛英高風險。	● AUDIT：29 分；DAST-10：8 分。 ● CAGE-AID：2 分。 ● 渴癮量表：36 分 (前測)、21 分 (後測)。 ● 自我效能量表：40 分 (前測)、48 分 (後測)；風險自我效能量表：89 分 (前測)、213 分 (後測)。 ● 酒癮分類：依賴程度；毒癮分類：安非他命依賴程度、海洛英低風險。
簡短 處遇 BI	戒癮心理門診 (第一版，設計為 3 次個別處遇) ● 第一次會談 收集酒藥癮史、在監期間支持網絡 確認身心狀態、所內生活適應 提供「在所學習」卡片 ● 第二次會談 確認身心狀態、生活適應、支持網絡檢視本次復發歷程 (或成癮歷程) 篩選風險因子 / 保護因子，提供學習單 ● 第三次會談 確認身心狀態、生活適應、支持網絡出監前評估與說明提供「復原旅程」卡片	戒癮心理門診 (第二版，設計為 5 次個別處遇) ● 第一次會談 收集酒藥癮史、在監期間支持網絡 確認身心狀態、所內生活適應 提供「在所學習」卡片 ● 第二次會談 確認身心狀態、生活適應、支持網絡 測驗結果說明、用藥前後正向生命事件 ● 第三次會談 (暫停實施，轉為 BT) 確認身心狀態、生活適應、支持網絡 檢視本次復發歷程，提供風險因子 / 保護因子之學習單 ● 第四次會談 (暫停實施，轉為 BT) 確認身心狀態、生活適應、支持網絡 運用發展階段來協助重構保護因子 ● 第五次會談 確認身心狀態、生活適應、支持網絡 出監前評估與說明提供「復原旅程」卡片	戒癮心理門診 (第三版，設計為 7 次個別處遇) ● 第一次會談 收集酒藥癮史、在監期間支持網絡 確認身心狀態、所內生活適應 提供「在所學習」卡片 ● 第二次會談 確認身心狀態、生活適應、支持網絡 測驗結果說明、用藥前後正向生命事件 ● 第三次會談 確認身心狀態、生活適應、支持網絡 提供風險因子 / 保護因子之學習單 ● 第四次會談 確認身心狀態、生活適應、支持網絡 檢視本次復發歷程、用藥前後正向生命事件 (創傷事件) ● 第五次會談 確認身心狀態、生活適應、支持網絡 運用發展階段來協助重構保護因子 ● 第六次會談 確認身心狀態、生活適應、支持網絡 運用正向心理學來詮釋不同階段有效的「認知行為處遇策略」 ● 第七次會談 確認身心狀態、生活適應、支持網絡 出監前評估與說明 提供「復原旅程」卡片

項目	個案 A	個案 B	個案 C
轉介治療 RT	○在第二次～第三次會談期間：增加 6 次的個別簡短認知行為療法 (brief cognitive-behavioral therapy)；在監未有就診紀錄 ○貝克憂鬱量表 (BDI- II) 分數，第一次戒癮心理治療 30 分；而田納西自我概念量表 (TSCS：2A) 除自我概念量尺中的生理自我分量尺 + 補充量尺中的自我認同分量尺落在常模中，其他分量尺皆低於常模 ○最後一次結案會談未實施 BDI- II，但 TSCS：2A 中的自我概念量尺 + 補充量尺皆回到常模水準 ○在監其他處遇：跨理論戒癮團體 12 次活動；共通性大班課程	○暫停第三次～第四次原訂會談期間，改為實施 10 次的個別簡短策略學習與人際互動療法 (brief strategic / interactional therapies)；同時轉介精神科門診接受藥物治療 ○貝克憂鬱量表 (BDI- II) 分數從第一次戒癮心理治療的 33 分、第五次心理治療的 25 分，到最後一次結案會談降至 12 分 ○貝克焦慮量表 (BAI) 實施程序同上，分數則為 20 分、17 分、25 分 ○在監其他處遇：藝術治療團體 8 次活動；共通性大班課程	○在監僅有感冒就診紀錄 ○在監其他處遇：共通性大班課程 ○無其他後續轉介處遇

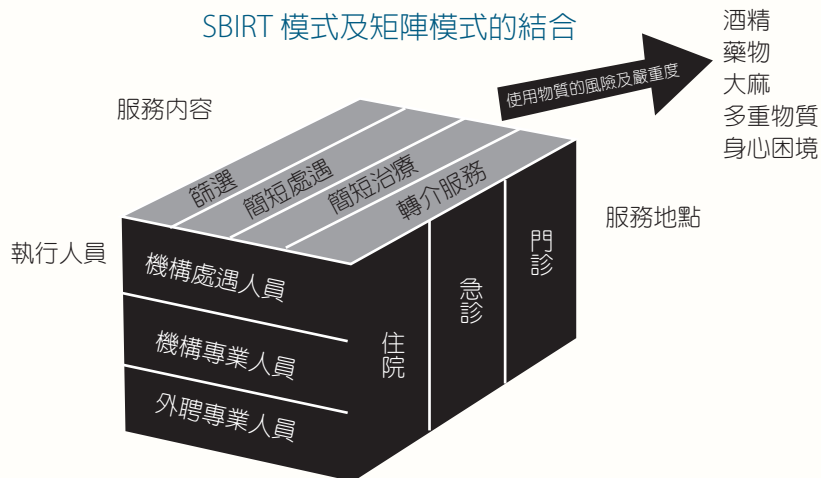
陸、結語

總結來說，實施 SBIRT 模式透過篩選（S）、進行相對應的簡短處遇（BI）、提供轉介治療（RT）的服務，SBIRT 處遇人員除了十分清楚每個過程的焦點及界線之外，也會積極與個案建立同盟來促成更好的合作關係／工作關係，以期達到最佳模組效益。因此，倘若面對不同服務對象、不同服務機構、不同治療模式的藥癮需求，那麼簡短處遇（BI）要如何做妥適的調節呢？舉例來說，對於一個年邁藥癮者來說，其酒精使用的風險行為雖然普遍低於年輕人，但相同的濫用劑量卻對年邁藥癮者的健康來說是更具威脅性的，同時年邁藥癮者經常可見合併有身心疾病、多重處方藥物使用的現象，實施簡短處遇（BI）時就應以支持性會談為主而非治療性會談，討論身心舒適的議題多於身心治療的議題，建構有意義的生活而非聚焦於未來期望。倘若是在社區的戒癮復原機構（非醫療院所）提供簡短處遇（BI），核心目標就應在於協助個案維持在戒除狀態、降低風險態樣，對於住宿型復原機構簡短處遇（BI）的主要任務是提供穩定的生活作息，讓藥癮者生理功能、心理功能獲得復原的契機；對於日間活動型復原機構簡短處遇（BI）的主要任務則是提供人際重建、技能重整的活動，讓藥癮者心理功能、社會功能獲得復原的契機。

如果是在醫療院所或者是提供戒癮心理治療的單位，簡短處遇（BI）是否還有其存在的必要性呢？實際上諸多戒癮治療服務模式都早已融入簡短處遇，只是而未曾正式定義命名而已（SAMHSA，2012）。譬如 NIDA 早已在 2009 年的藥癮治療手冊中介紹過矩陣模式（Matrix model）並加以說明如何來與簡短處遇（BI）進行融合，近年來台灣亦舉行了多場次矩陣模式的工作坊、研習會來介紹其內涵。順道一提的是，矩陣模式療法發展初始是專為興奮劑濫用者（如安非他命、古柯鹼等）而設計的藥癮治療模式，也就是以認知行為療法為基礎，復發預防為元素的治療理論；其中大量運用了許多藥癮治療模式都會使用的要素，包括有個別治療、家族治療和團體治療、毒品衛教和鼓勵參加自助團體；在矩陣模式的療程中，會提供給藥癮者一份治療指引並詳載所有的治療流程（包括個別會談、其他家庭成員的衛教團體、復原階段的初期團體、復發預防與社會支持團體等），當然也會於手冊中說明了

何謂 12 步驟的自助團體，以及個體如何協助自己來進行復發歷程的自我分析。也就是說，依據藥癮者個別化需求，簡短處遇（BI）可安排、融入不同治療系統／多項元素，並藉此來形成差異化、個別化的戒癮處遇設計（如圖六）。

最後要特別說明的是即便在國外，無論機構收容或社區工作，矩陣模式的戒癮療法依舊會定期要求藥癮者驗尿，但不會據此來提供懲罰或獎勵（若成癮情形嚴重者則會建議住院治療），因為此模式認為藥癮者與治療者之間的積極鼓勵、真實正向關係才是促使其行為改變的關鍵因素，所以治療者的角色會是教師或教練，而非權威或執法者。大家若對矩陣模式的相關資料有更多興趣的話，可以自行至 drugabuse.com 網站或 NIDA 官網搜尋 Matrix 來詳閱其內容。



圖六：SBIRT 與 Matrix 的融合架構。資料來源 SAMHSA(2013)，TAP33，第 21 頁。

此刻，在矯正機關工作的我們正共同致力發展國內本土化、司法分流、多元取向、與社區協同合作的科學實證酒藥癮處遇模式，並進一步期望透過 Mesosystem 更有效地連結起社區資源，幫助酒藥癮收容人順利轉銜賦歸（SAMHSA，2019b）；相信無論是致力於復原協助的毒防中心或中途之家，提供共病診治和替代療法來幫助成癮者的醫療院所，支撐家庭系統重構與修復關係的社政服務，以及媒合就業或給予專長技能訓練的勞政系統，在大家齊心建構四方連結、提供多元網絡資源的努力下，必能讓藥癮者得以看見遠離誘惑、重啟無毒新生活的共同願景／目標。

柒、參考文獻

- 李宇宙、單家祁、黃文宏、許嘉月、林育如、陳羿行與鄭海擎合譯（2008）：簡短心理治療 - 臨床應用的指引與藝術。台北：心靈工坊。
- 李淑君譯（2007）：心理治療的協助新趨勢 - 解決導向療法。台北：張老師文化。
- 陳俊興（2004）：簡短介入對危險性飲酒者之成效評估。行政院衛生署科技研究計劃。DOH93-TD-M-113-011。
- 蔡震邦（2019）：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。矯政期刊，8（1），121-148。
- Higgins-Biddle, J., Hungerford, D., & Cates-Wessel, K. (2009) . Screening and Brief Interventions (SBI) for Unhealthy Alcohol Use: A Step-By-Step Implementation Guide for Trauma Centers. Retrieved 08/10/2020 from : <https://pdfs.semanticscholar.org/4200/874e12b8b979576faf1ebb12fc8f9a6bfeb9.pdf>
- Massachusetts Department of Public Health Publication. (2012) . SBIRT: A Step by Step Guide for Screening and Intervening for Unhealthy Alcohol and Other Drug Use. Retrieved 08/10/2020 from :<https://files.hria.org/files/SA3522.pdf>
- Matua, Raki. (2012) . Brief intervention guide : Addressing risk and harm related to alcohol, tobacco, other drugs and gambling. Retrieved 08/10/2020 from : <https://www.matuaraki.org.nz>
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2011) . Alcohol Screening and Brief Intervention for Youth - A Practitioner' s Guide. Retrieved 08/10/2020 from : <https://www.niaaa.nih.gov/sites/default/files/publications/YouthGuide.pdf>
- National Institute on Drug Abuse Publication. (2010) . Screening for drug use in general medical settings. Retrieved 10/08/2020 from : https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/resource_guide.pdf
- National Institute on Drug Abuse Publication. (2018) . Principles of drug addiction treatment: A research-based guide (3rd ed., pp. 5-7) . Retrieved 08/10/2020 from: <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/preface>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration Publication (2013) . Systems-Level Implementation of Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment. Retrieved 08/10/2020 from : <http://kap.samhsa.gov/products/manuals/pdfs/substanceabuserelapse.pdf>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration Publication (2008) . Descriptions of brief intervention and brief therapy. Retrieved 08/10/2020 from : <https://www.integration.samhsa.gov/clinical-practice/sbirt/brief-interventions>

- Substance Abuse and Mental Health Services Administration Publication (2012) . Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse. Retrieved 08/10/2020 from : <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma12-3952.pdf>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration Publication (2019a) . Enhancing Motivation for Change in Substance Use Disorder Treatment. Retrieved 08/10/2020 from : <https://store.samhsa.gov/product/TIP-35-Enhancing-Motivation-for-Change-in-Substance-Use-Disorder-Treatment/PEP19-02-01-003>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration Publication (2019b) . Principles of Community-based Behavioral Health Services for Justice-involved Individuals: A Research-based Guide. Retrieved 08/10/2020 from : <https://store.samhsa.gov/product/Principles-of-Community-based-Behavioral-Health-Services-for-Justice-involved-Individuals-A-Research-based-Guide/SMA19-5097>