

多元處遇戒癮治療之短期團體 治療成效研究

DOI : 10.6905/JC.202301_12(1).0001

The Study on Short-Term Rehabilitation Group Treatment
Effectiveness with A Multiple-Treatment Approach

朱春林

銘傳大學諮商與工商心理學系副教授

**葉子榕
朱庭儀
劉乃瑛
陳婕依**

銘傳大學諮商與工商心理學系碩士班
臨床心理學組研究生

劉宸宇

臺灣桃園地方檢察署觀護心理處遇師

DOI : 10.6905/JC.202301_12(1).0001

摘要

朱春林、葉子榕、朱庭儀
劉乃瑛、陳婕依、劉宸宇

毒品危害防制條例不再視非法藥物使用為純然犯罪行為，而納入多元處遇模式來處理此問題。本研究以檢察官附命完成戒癮治療緩起訴處分之使用一、二級毒品緩起訴自願受刑人八人為對象，運用實證有效之戒毒處遇理論與模式設計並進行戒癮團體治療，以戒除或降低非法藥物成癮。戒癮團體一週實施一次，每次兩小時，為期十週。二十小時的團體成效顯示成員對團體、團體內容、團體領導者有高度滿意。團體結束時成員的平均壓力感受、行動性衝動與負向自我效能感顯著提升，總體自我效能感顯著降低，壓力感受和準備改變程度有顯著高度正相關，改變階段雖往前進步但未達顯著。本研究分享處遇經驗，並提出討論與團體設計、實務研究、未來政策等方面之建議以為後續方案之參考。

關鍵字 | 多元處遇、戒癮治療、緩起訴處分

The Study on Short-Term Rehabilitation Group Treatment Effectiveness with A Multiple-Treatment Approach

Abstract

Juno ChunLin Ju, Tzu-Rong Yeh, Ting-Yi Chu, Nai-Ying Liu, Chieh-Yi Chen, Chen-Yu Liu

Currently the Narcotics Hazard Prevention Act does not see substance use as a genuine crime, but adopts a multiple-treatment approach to deal with it. The current study recruited 8 voluntary accused substance addicts who were referred by the prosecutor for deferred prosecution with condition to complete the rehabilitation group treatment. The group project was designed with related evidenced-based theories and intervention strategies. The group was done in a fashion of 2 hours for a session, once a week for consecutive ten weeks. After the group ended, the group members show that significantly increased perceived stress, motor impulsiveness, and negative self-efficacy; while significantly decreased self-efficacy. There is significantly positive correlation between perceived stress and readiness to change. The readiness to change is increased at the posttest but not statistically significant. The group members also show high degree of satisfaction with the group performance. The implications and further suggestions in terms of group program design, intervention research and related policy were discussed..

Keywords : multiple-treatment approach, rehabilitation treatments, deferred prosecution

壹、前言

成癮是病不是罪，法務部在行政院 106 年新世代反毒策略行動綱領政策要求下將施用毒品被告視為病患型犯人，並逐年增加國內第一、二級毒品施用案件偵查終結為附命完成戒癮治療緩起訴的比率。各地方檢察署為因應這樣的思潮改變也積極研議各式的戒毒多元處遇方案。為使處遇方案專業化，除積極引入專業人員提供服務，同時也嘗試進行行動研究，科學性地逐步累積實務工作經驗與成果，以作為後續工作的參考。因此本研究是一個戒毒團體方案的行動研究，目的在從理論檢視成癮的機制，採用循證的（evidenced-based）戒癮介入（intervention）策略來設計戒除非法藥物（或稱物質、毒品）（illicit drugs / substances）成癮團體方案，除協助附命完成戒癮治療緩起訴者戒除或降低物質成癮，建立具適應性的生活態度與方式，也希望藉此建立循證的短期物質戒癮團體方案。

貳、文獻探討

本節探討非法藥物使用問題，循證的物質使用戒癮理論、模式、治療技術等，以備提出戒癮團體治療方案。

一、非法藥物使用的現象

衛生福利部食品藥物管理署（以下簡稱食藥署）（2019）《107 年全國物質使用調查》結果顯示我國 12-64 歲使用可明確指認是非法藥物之普及率為 1.15%；若納入改裝混合式毒品（如毒咖啡包、毒梅粉包、毒彩虹菸等）或無法辨別之所用毒品，使用或疑似使用任一種非法藥物的終身盛行率則為 1.46%。最常使用的非法藥物依序是安非他命（0.42%）、K 他命（0.40%）、搖頭丸（0.36%）、大麻（0.32%）、改裝型混合式毒品（0.18%）。與我國相鄰的日本 15-64 歲非法藥物使用終生盛行率是 2.4%（Ministry of Health, Labour and Welfare, 2017）。

為更清楚瞭解上述數值的意義，對照我國最新的精神疾病流行病學調查顯示 2002-2005 年 18 歲以上患有一種精神疾病診斷之終身盛行率約為 6.20%，所罹疾病依序為酒精濫用及酒癮（3.72%）、煙癮（3.24%）、重度憂鬱（1.19%）、恐慌

症 (0.67%)、陣發性暴怒症 (0.50%)、創傷後壓力症 (0.24%)、特定對象畏懼症 (0.40%)、廣泛性焦慮症 (0.34%)、社交畏懼症 (0.24%)、懼曠症 (0.10%)、躁症 (0.08%) (戴傳文, 2016)。另依據《2018年全民健康保險醫療統計年報》，0.54%人口被診斷有思覺失調症 (衛生福利部統計處, 2021)，由此可見物質使用疾患的普及率相對其他精神疾病高出許多。

上述研究發現首次使用非法藥物的動機以好奇 (70.5%) 為主。初次使用地點大多在同學或朋友家 (29.9%)。以男性及中年人口為主 (衛福部食藥署, 2019)。

毒品管制之主政機關為法務部檢察司，地檢署附命完成戒癮治療緩起訴者限於使用一、二級毒品者，而我國對毒品之管制以〈毒品危害防制條例〉規範 (法務部, 2022)，毒品依成癮、濫用及對社會危害性質分為四級：

第一級：禁止醫療使用且高成癮性之麻醉藥品，如古柯鹼 (cocaine)、鴉片 (opium)、嗎啡 (morphine)、海洛英 (heroin) 等。

第二級：禁止醫療使用之影響精神藥品，或成癮性較第一級低之麻醉藥品，如搖頭丸 (MDMA)、LSD、苯環利錠 (PCP)、安非他命 (amphetamine)、甲基安非他命 (methamphetamine)、吩坦尼 (fentanyl)、配西汀 (pethidine)、美沙冬 (methadone)、大麻類 (cannabis) 等。

第三級：醫療上使用且成癮性較第二級為低之麻醉藥品，或醫療上使用而於國內有濫用之虞的影響精神藥品，如 K 他命 (ketamine)、可待因 (codeine)、丁基原啡因 (buprenorphine)、硝甲氮平 (nimetazepam)、戊巴比妥 (pentobarbital) 等。

第四級：濫用性較第三級低之影響精神藥品，或有管制必要之前驅化學物質，如假麻黃鹼 (pseudoephedrine)、甲基麻黃鹼 (methylephedrine)、阿普唑他 (alprazolam)、去甲羥氮平 (oxazepam)、苯巴比妥 (phenobarbital)、佐沛眠 (zolpidem)、特拉嗎竇 (tramadol) 等。

這個分類方式與《精神疾病診斷與統計手冊》（American Psychiatric Association, 2022）的物質使用疾患對物質的分類是不同的。

二、非法藥物使用的原因

會慣性使用非法藥物通常是個人的生理、心理、環境因素共構而成。在生理方面，基因與體質佔了非常重要的角色，這與家族成癮史彼此不易區辨；在此同時，物質可以在生理層面改變大腦運作，導致難以抗拒物質使用。在心理方面，早期的創傷或壓力經驗、自我醫療情緒困擾、依賴或神經質人格特質都有可能是物質成癮的危險因素，藉著使用物質來調節情緒經驗、逃避痛苦。此外，也包含因為古典或操作制約或模仿而來的行為學習。環境則發揮了助長或抑制的功能，家族、同儕若有物質使用者，其所造成的模仿學習及環境助長效應彼此影響（American Psychiatric Association, 2022; Boland, Verduin, & Ruiz, 2021）。

一般說來男性的物質成癮比例高於女性，這與環境層面的社會文化及同儕壓力的危險因素也有相互作用；不過可能因為體質關係，女性的成癮進程比男性快。另外，在物質使用層面，所用物質、吸食使用途徑、開始接觸年齡等也是危險因子，例如若使用的是海洛因、血管注射、年紀小就開始使用會造成的成癮性最高（American Psychiatric Association, 2022; Boland, Verduin, & Ruiz, 2021）。瞭解物質使用的風險因素可以協助在治療介入時盡量排除危險因子發生作用的機會。

成癮（addiction）是明知有害甚至危及生命卻無法抑制強烈驅力必須使用某種物質或行為的神經心理疾患（neuropsychological disorder）（Heilig et al., 2021）。它通常包含了無法停止不用的依賴（dependence）、用量漸增的耐受（tolerance）和不用或用量不夠的脫癮／戒斷（withdrawal）現象（American Psychiatric Association, 2022）。不過雖然成癮、依賴、耐受及脫癮都牽涉了生理層面的適應調節（adaptation）改變，但是成癮更深刻地改變了大腦多個層面的運作（Kuhn & Wilson, 2005; NIDA, 2020），包含追求溢樂感的中腦邊緣酬賞回饋系統（mesolimbic dopamine pathway）、與記憶和學習有關的基底核（basal ganglia）、杏仁核等增強制約系統、與動機、注意力、評估有關的眶額皮質（orbitofrontal cortex）、與認知控制有關的前額及前扣帶迴系統等（Clay, Allen, & Parran, 2008; NIDA, 2020; Volkow et al., 2009）；同時牽涉了多巴胺（dopamine）、麩醯胺酸（glutamine）、 γ -氨基丁酸

(GABA)、神經多肽(neuropeptides)等多種神經遞質(NIDA, 2020; Peter, Kalivas, & Volkow, 2005),所以成癮在本質上是複雜的腦病與心理疾病(NIDA, 2020)。

三、非法藥物使用的相關實證有效療法

臨床心理學強調使用具實證基礎的療法來處理問題,因此先彙整循證(evidence-based)的成癮理論模式與處遇方法,計有跨理論模式、計畫行為理論與動機式晤談法(NIDA, 2018),分別簡介於下。

跨理論模式(transtheoretical model, TTM),又稱為改變階段模式(stages of change model),強調個體之行為改變非一促即發、一蹴可及,而需要經過懵懂期(pre-contemplation)、沉思期(contemplation)、準備期(preparation/determination)、行動期(action)與維持期(maintenance)的五個階段(Prochaska & Diclemente, 1983; Prochaska & Norcross, 1994)。在不同階段可以因應當事人的準備程度適時運用十個不同之策略介入手法(process of change)(Marcus, Rossi, Selby, Niaura, & Abrams, 1992)。而在任一階段當事人都可能退回到(relapse)前一個或前數個階段(Prochaska & Velicer, 1997),可見行為改變之不易。

計畫行為理論(theory of planned behavior, TPB),主張個體是否採取某行為決定於行為意圖(behavioral intention, BI),而行為意圖則由個人對該行為的態度(attitude)、周遭人的主觀規範(subjective norm, SN)及個人所知覺的行為控制程度(perceived behavioral control, PBC)來決定(Ajzen, 1985, 1989)。

動機式晤談法(motivational interviewing, MI)特別適用於改變動機不高的成癮問題,強調在介入時要放更多心力在與案主互相合作的對話,觸發(evocation)其承諾與改變動機(Miller & Rollnick, 2002, 2013; Stinson & Clark, 2017)。

四、收心專注及抗拒衝動之相關實證有效介入療法

成癮問題的處理除了正面處理成癮,也可從旁處理分支問題。從前面的文獻回顧可以看到物質成癮破壞認知評估與衝動控制的腦區效能,所以提升衝動抑制力與涵容負向情緒能力是在戒癮治療時可以同時併行的處理路線,以下介紹幾個實證有效的介入策略。

靜觀覺察 (mindfulness) 常被翻譯為正念，但也因此常易誤解為好壞或樂悲觀的思考；再者它原本即是華人文化中的一環，所以在此將其稱之為靜觀覺察。靜觀覺察的四個核心技術是監看、審視並彙報此時此地意識狀態並維持念念分明的後設覺識 (meta-awareness)、隨時回來專注於當下感官經驗的關注當下 (present-centered awareness)、不判斷 (non-judging) 與接受 (accepting) 各種經驗的不反應經驗 (nonreactivity to experience) 以及想法就是想法而非具體事務的去具體化 (dereification) (Kabat-Zinn, 2006, 2013; Wielgosz et al., 2019)。

成癮之所以難以戒斷是因為它能夠啟動大腦內在的多巴胺酬賞機制使人沉溺在非常愉快的溢樂狀態 (euphoria) (Gardner, 2011; Wise, 2013)，因此戒斷的途徑之一就是以其他有益身心又能達成同樣效果的方法取而代之。與溢樂狀態可類比的是高峰經驗 (peak experiences) (Maslow, 1968) 或心流經驗 (flow experience) 之專注忘我，難以言喻的心靈滿足。許多活動若能達到個人全然關注、享受與忘我，都可能達成心流經驗，例如跑步、運動、閱讀、繪畫、烹飪、跳舞、各類手工藝等 (Csikszentmihalyi, 1990)。

建立可引發心流經驗的六個步驟分別是找一個有興趣的活動；培養相關技術；使這些技術一直與活動的挑戰性保持在有難度又不是跨越不了的相抗衡狀態；為達成前項步驟就必須有動態、清楚的目標；從事活動時要專注於斯，避免外界干擾；別追求目的性，而是專注於過程 (Csikszentmihalyi, 1997; Csikszentmihalyi et al., 2005)。

叁、研究方法

本節說明短期戒癮團體介入處遇的對象、介入方案、研究方法、成效評估工具與資料分析方法等。

一、研究對象

使用二級毒品而受檢察官附命完成社區多元處遇方案的緩起訴受刑人 8 人，均為男性，21 至 46 歲，平均年齡 35.13 歲 ($SD = 8.82$)。有固定工作者 5 人 (62.5%)。本研究未蒐集其他個人資料。

二、非法藥物戒癮治療團體方案

戒癮團體方案的理論基礎與介入策略

由以上的文獻回顧可見成癮行為是牽涉遺傳、大腦神經、心理、生理、社會等多個層面的可治療卻不易治療的疾病，所牽涉的上癮成因常非單一，因此治療時若能整合可以相容又互相增強的療法將更能使治療的內容符合某個或不同當事人的多種需要，因此本研究設計的非法藥物戒癮治療團體方案以成癮行為建立與修正之多元理論思考成癮行為，以跨理論模式（TTM）檢視成員改變階段（DiClemente & Hughes, 1990），以動機式晤談（MI）及動力取向來理解與處理團體動力及目標問題，以靜觀覺察（mindfulness）增強衝動抑制與情緒涵容能力，同時鼓勵成員建立能帶來心流經驗的活動（Baer, 2003）。而領導者應具備尊重接納、耐心涵容、敏覺移情、善用反移情、在跟隨團體發展與主動引領之間彈性來回等態度與技術，並留心團體成員所引發的強烈負向反移情可能使領導者行動化（acting out），因為非法藥物成癮者常伴隨了反社會或邊緣人格（Woody, 2014）；同時協助傾向使用否認（denial）作為防衛機轉的物質成癮者（Gabbard, 2014）漸漸有力量走向戒癮的方向。

團體方案內容

團體時間：一週一次，一次兩小時，共10次，總計20小時。

團體地點：地方檢察署團體室。

團體進度與內容：

週次	任務
團體前	團體定向說明 成癮與健康狀況評估前測
1	建立架構、建立關係 團體參與知後同意 靜觀覺察 相互認識、建立契約
2	非法藥物使用動機與效果 行為建立原理：古典制約理論與反制約 行為建立原理：操作制約理論與反制約

3	行為建立原理：觀察學習理論與頓悟 行為建立原理：成癮與戒癮的神經心理機制
4	辨識外部誘因 辨識內部誘因 非法藥物使用的效用與傷害
5	癮頭發作的辨識與因應 早期復原的常見挑戰 壓力、情緒與成癮行為的關係、切斷和調適
6	辨識與修正不合理成癮信念 決策權衡的做決定方式 同儕關係檢視、改變與維持
7	個體的養成、力量、價值界定 家庭如何塑造人 如果我是我的小孩
8	強弱項盤點 揚優補強策略
9	未來五年的我 自我肯定避免陷入險境
10	我的人生我定義 成癮與健康狀況評估後測 團體成效維持與移轉 團體結束

註：視團體發展彈性調整每次團體任務

每次團體進行架構

團體進行有固定的治療架構(frame)，以提供參與者有穩定的心情與治療界線，每次兩小時的團體進程於下：

- 準備進入工作約十分鐘
- 靜觀覺察約十分鐘
- 回顧上週狀況
- 進行當週主題工作
- 靜默獨處休息十分鐘

- 進行當週主題工作
- 靜觀覺察約十分鐘
- 回顧當天過程
- 結束團體

三、研究方法

本研究進行的流程依循 Kurt Lewin (1946) 首先發展的行動研究法 (action research)，依循確定問題／找出起始點、釐清情境、規劃問題解決方案／發展行動策略、尋求合作、採取行動、評估與反省的步驟循環進行 (Bradbury, 2015)。行動研究法常常是在健康照顧與教學研究所採用的研究方法 (Lingard et al., 2008)，藉著邊做邊修可以發展貼合特定場合脈絡的方案 (Whitehead et al., 2003)，提高行動者／研究者與服務使用者的滿意以及方案效果 (Meyer, 2006) 與產生有用的知識 (Kemmis & McTaggart, 2005)。

此外，本研究以問卷法收集研究參與者的前後測評估資料，以檢視團體方案效果與往後執行的修正依據。研究者在團體開始前與第一次團體向所有團體成員書面與口頭說明團體進行方式，並徵求同意參與團體及提供資料。

四、研究工具

本研究的研究工具包含戒癮團體介入方案以及評估其成效的工具，戒癮團體介入方案已於前說明，本小節說明依據團體方案介入重點所選擇的壓力覺知、衝動性、自我效能、改變階段與程度以及成員滿意度評估工具，以下分別說明之。

壓力知覺量表中文版 (PSS)

本研究採用初麗娟與高尚仁 (2005) 譯自 Cohen 等人 (1983) 的壓力知覺量表中文版 (Perceived Stress Scale, PSS) 評估成員接受團體治療前後的一般生活壓力狀況。本量表在三群不同樣本有穩定的內部一致性，Cronbach's α 係數分別是 .84、.85 與 .86；兩天後的再測信度是 .85；也對心理健康有良好的預測效度。共有 14 題，採 0「從不」至 4 分「總是」的 Likert 五點量尺衡量每一題項。4、5、6、7、9、10、13 是需要反向計分的正向題，如「常覺得自己是駕馭事情的主人」。加總所有得分，

分數愈高表示壓力知覺愈高。分數 0 至 28 分表示壓力在正常範圍，29 至 42 分為中度壓力，43 至 56 分表高度壓力（初麗娟、高尚仁，2005；Cohen et al., 1983）。

衝動量表中文版（BIS-11）

在測量成癮者的衝動性時 Barratt 的衝動量表（Barratt Impulsiveness Scale, BIS）廣為不同國家使用，不同語言版本都表現不錯的信效度（Stanford et al., 2009）。本研究採用 Chiang-Shan Ray Li 授權廖定烈翻譯的 Barratt 衝動量表 11 版（Barratt Impulsiveness Scale-11, BIS-11）中文版，總共有 30 題。包含三個分量表，分別是注意力衝動（attentional impulsiveness）8 題，測量注意力與認知不穩定；行動性衝動（motor impulsiveness），11 題，測量動作衝動與持續性；以及無計畫衝動（nonplanning impulsiveness）11 題，測量自我控制以及認知複雜度。BIS-11 中文版經驗證性因素分析具有良好的建構效度；總量表和注意力、行動性、無計畫衝動分量表之內部一致性 α 係數分別為 .853、.665、.791 及 .838（周亮等人，2006）。楊士隆（2010）驗證 BIS-11 中文版三個因素轉軸後平方和負荷量各是 28%、18.9% 與 17%，累計可解釋總變異量為 64%，總量表內部一致性 α 係數為 .862，信效度俱佳。

BIS 以 1 的「從未」至 4 的「總是如此」之 Likert 四點量尺計分，第 1、7、8、9、10、12、13、15、20、29、30 為反向題。加總各分量表分數即為總量表分數，分數越高代表衝動性越高。BIS-11 總分 52 至 71 為正常，72 分或以上為高度衝動，低於 52 分為過度控制（Knyazev & Slobodskaya, 2006）或未誠實填答（Helfritz et al., 2006）。

一般自我效能感量表（GSES）

犯毒品使用罪者的自我效能愈高，愈能拒絕再使用物質（吳正楠等人，2013；劉亦純，2005）。本研究採用洪嘉璣（2003）的一般自我效能量表（general self-efficacy scale, GSES）檢測團體治療成員過去一個月在處理困境時的自信程度。該量表各以十題反映對自我的正向或負向看法與態度兩個因素。兩個分量表經因素分析可以解釋 46.43% 的累積變異量，內部一致性 Cronbach's α 係數分別為 .87 與 .86（賴擁連等人，2016）。GSES 以 0 至 4 分的 Likert 五點量尺計分，負向自我效能感第 2、3、5、6、9、12、13、15、16、20 需負向計分。正／負自我效能感總分越高代表

正／負自我效能感越高／低。兩者相加得到自我效能感總分。

羅德島大學改變評估量表 (URICA)

羅德島大學改變評估量表 (University of Rhode Island Change Assessment, URICA) 可評估一個人在跨理論模式 (TTM) 的懵懂期 (pre-contemplation, PC)、沉思期 (contemplation, C)、準備期 (preparation, P)、行動期 (action, A)、維持期 (maintenance, M) 五個改變歷程 (Pantalon et al., 2002; Prochaska & DiClemente, 1982) 中位於哪一個階段 (McConaughy et al., 1983), 換言之, 即改變問題行為的準備程度如何 (DiClemente et al., 2004)。URICA 中文版總量表由四個改變階段分量表組成, 包括懵懂期、沉思期、行動期、維繫期, 各有 8 題, 沒有準備期。採 Likert 五點量尺計分, 從「非常不同意」1 分到「非常同意」5 分。全量表內部一致性 Cronbach's α 值為 .835, 各分量表之 Cronbach's α 值分別為 .758、.773、.780、.798, 具適當信度 (郭文正, 2011)。

認知增能團體回饋單

每次團體結束後以認知增能團體回饋單評估參加成員對該次團體之滿意程度, 共 12 題, 以 1「很不同意」至 5 分「非常同意」的 Likert 五點量尺回饋。

五、資料分析

本研究以社會科學統計套裝軟體 (SPSS19.0) 進行各項分析, 包括描述性統計、信度分析、*t*-test、Pearson's 積差相關等。

肆、結果與討論

因為 COVID-19 疫情爆發, 使得本戒癮團體延期四個月執行, 也縮減了團體次數。十次團體出席狀況最好的是第十次即最後一次團體, 只缺席一位 (出席率 87.5%), 那一位成員在十次團體中只出席一次。出席率最低的一次在第八次團體, 只出席兩位 (出席率 25%)。十次團體全體成員平均出席率是 55%。若以個別成員來說, 出席率最高者有兩位, 均出席八次, 出席率 80%; 最低者出席率 10%。

在本研究中壓力知覺量表 (PSS) 的前、後測 Cronbach's α 係數分別為 .523 與 .490, 依 Nunnally (1978) 的建議雖在可信範圍, 不過未達 .70, 在解釋上仍需保守些。所有成員平均感受到的一般生活壓力程度不論團體前後都在 0-28 分的正常範圍內, 在前測時平均壓力分數是 19.13 分 (Range = 13-27, $SD = 4.998, N = 8$), 後測時是 23.71 分 (Range = 14-29, $SD = 5.155, N = 7$)。壓力覺知在團體後顯著高於團體前 ($t = -2.511, p = .046$) (表 1), 有可能時值 2021 年十月底因為疫情嚴重, 不知何時得以解封的影響。

表 1 壓力知覺量表前後測相依樣本 t 檢定摘要表 ($N = 7$)

<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>SEM</i>	差異的 95% 信賴區間		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
			下限	上限			
-5.714	6.020	2.275	-11.282	-.147	-2.511	6	.046*

* $p < .05$, two-tail.

衝動量表 (BIS-11) 所有分量表的前、後測 Cronbach's α 係數從 .241 到 .743 (表 2), 總量表則分別為 .650 與 .487。無計畫衝動性未達 .40 為不可信 (Nunnally, 1978)。所有成員在團體前後衝動量表中文版 (BIS-11) 所測得之衝動總分與三個分量表的平均分數都在中等到略高於中等分數之間 (表 2), 也都在總分 52-72 的正常範圍之內。後測均略高於前測, 然而僅有行動性衝動分量尺的上升程度達顯著水準 ($t = -2.615, p = .040$, Cronbach's $\alpha = .743$) (表 3)。

表 2 所有成員團體前後衝動程度一覽表

衝動程度 (滿分)	Cronbach's α	Range	Median	Mean	<i>SD</i>	<i>N</i>
注意力 (32)	.671 (pre)	11-22 (pre)	15.5 (pre)	15.625 (pre)	3.462 (pre)	8 (pre)
	.492 (post)	10-20 (post)	17.0 (post)	16.143 (post)	3.716 (post)	7 (post)
行動性 (44)	.599 (pre)	20-28 (pre)	22.0 (pre)	22.250 (pre)	2.712 (pre)	8 (pre)
	.743 (post)	21-35 (post)	28.0 (post)	26.857 (post)	4.914 (post)	7 (post)
無計畫 (44)	.241 (pre)	17-29 (pre)	22.5 (pre)	22.750 (pre)	3.991 (pre)	8 (pre)
	.313 (post)	17-30 (post)	24.0 (post)	24.143 (post)	5.178 (post)	7 (post)
衝動總分 (120)	.650 (pre)	50-75 (pre)	59.0 (pre)	60.625 (pre)	8.501 (pre)	8 (pre)
	.487 (post)	50-85 (post)	66.0 (post)	67.143 (post)	10.854 (post)	7 (post)

表3 衝動量表前後測相依樣本 *t* 檢定摘要表 ($N = 7$)

衝動程度	<i>M</i>	<i>SD</i>	SEM	95% 信賴區間		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
				下限	上限			
注意力	-1.429	2.992	1.131	-4.196	1.339	-1.263	6	.253
行動性	-4.857	4.914	1.857	-9.401	-.313	-2.615	6	.040*
無計畫	-2.286	3.773	1.426	-5.775	1.204	-1.603	6	.160
衝動總分	-8.571	10.048	3.798	-17.864	.721	-2.257	6	.065

* $p < .05$, two-tail.

自我效能感量表(GSES)的前、後測Cronbach's α 係數分別是.431與.885(表4)。所有成員在GSES所測得的平均正向自我效能感在團體前居中上水準($M = 32.750$, $SD = 4.400$, Cronbach's $\alpha = .744$) (滿分40分) (表4), 團體後稍退($M = 29.714$, $SD = 7.319$, Cronbach's $\alpha = .885$), 但未達顯著($t = 2.153$, $p = .075$) (表5)。負向自我效能感在團體前居中低水準(滿分40分, 反向解釋) ($M = 35.625$, $SD = 3.159$, Cronbach's $\alpha = .505$) (表4); 到團體後提高($M = 29.857$, $SD = 4.100$, Cronbach's $\alpha = .708$) 達統計顯著($t = 3.215$, $p = .018$)。這同時使得總體自我效能感在團體後顯著下降, 不過信度不高($t = 2.851$, $p = .018$, Cronbach's $\alpha = .431$) (表5)。

表4 所有成員團體前後自我效能感程度一覽表

衝動程度 (滿分)	Cronbach's α	Range	Median	Mean	<i>SD</i>	<i>N</i>
正向 (40)	.744 (pre)	26-39 (pre)	33.5 (pre)	32.750 (pre)	4.400 (pre)	8 (pre)
	.885 (post)	20-38 (post)	33.0 (post)	29.714 (post)	7.319 (post)	7 (post)
負向 (40)	.505 (pre)	29-39 (pre)	36.0 (pre)	35.625 (pre)	3.159 (pre)	8 (pre)
	.708 (post)	24-35 (post)	31.0 (post)	29.857 (post)	4.100 (post)	7 (post)
總效能 (80)	.671 (pre)	62-78 (pre)	68.0 (pre)	68.375 (pre)	5.317 (pre)	8 (pre)
	.431 (post)	45-73 (post)	62.0 (post)	59.571 (post)	10.581 (post)	7 (post)

表5 自我效能量表前後測相依樣本 *t* 檢定摘要表 ($N = 7$)

自我效能	<i>M</i>	<i>SD</i>	SEM	95% 信賴區間		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
				下限	上限			
正向	3.857	4.741	1.792	-.527	8.242	2.153	6	.075
負向	5.429	4.467	1.688	1.297	9.560	3.215	6	.018*
總效能	9.286	8.216	3.257	1.317	17.254	2.851	6	.018*

* $p < .05$, two-tail.

羅德島大學改變評估量表 (URICA) 的前、後測 Cronbach's α 係數分別是 .540 與 .911 (表 6)。URIC 測得的結果可以有兩種運用方式，一種是計算 URICA 各分量表總分，以了解成員所處的改變階段。每個分量表各有一題不計分，懵懂期 (PC) 計分第 1、5、11、13、23、26、29 題，沉思期 (C) 計分第 2、8、12、15、19、21、24 題，行動期 (A) 為第 3、7、10、14、17、25、30 題，維持期 (M) 是第 6、16、18、22、27、28、32 題。分數越高代表受試者越符合該階段之態度或行爲 (DiClemente & Hughes, 1990)。在此需要提醒，URICA 中文版這四期改變階段沒有包含介於沉思期與行動期之間的準備期，卻有行動期之後的維持期，這在解釋分數表現時未必能精確呈現與理論相符的所處階段。

表 6 所有成員與團體前後各改變階段一覽表 (N = 8)

個人／團體		PC	C	A	M	RTC
個人	甲	28 (pre)	12 (pre)	17 (pre)	9 (pre)	1.43 (pre)
		31 (post)	15 (post)	23 (post)	11 (post)	2.57 (post)
	乙	22 (pre)	32 (pre)	34 (pre)	26 (pre)	10.00 (pre)
		23 (post)	32 (post)	27 (post)	23 (post)	8.43 (post)
	丙	24 (pre)	21 (pre)	25 (pre)	17 (pre)	5.57 (pre)
		21 (post)	24 (post)	28 (post)	18 (post)	7.00 (post)
	丁	27 (pre)	29 (pre)	25 (pre)	23 (pre)	7.14 (pre)
		23 (post)	30 (post)	23 (post)	22 (post)	7.43 (post)
	戊	15 (pre)	21 (pre)	15 (pre)	13 (pre)	4.86 (pre)
		21 (post)	24 (post)	19 (post)	11 (post)	4.71 (post)
	己	27 (pre)	27 (pre)	26 (pre)	20 (pre)	6.57 (pre)
		18 (post)	23 (post)	18 (post)	24 (post)	6.71 (post)
	庚	22 (pre)	15 (pre)	28 (pre)	13 (pre)	4.86 (pre)
		27 (post)	29 (post)	27 (post)	29 (post)	8.29 (post)
	辛	20 (pre)	26 (pre)	28 (pre)	21 (pre)	7.86 (pre)
		- (post)	- (post)	- (post)	- (post)	- (post)

團體	Cronbach's α	.641 (pre)	.699 (pre)	.794 (pre)	.797 (pre)	.911 (pre)
		.540 (post)	.589 (post)	.551 (post)	.652 (post)	.873 (post)
	Range	15-28 (pre)	12-32 (pre)	15-34 (pre)	9-26 (pre)	1.43-10.00 (pre)
		18-31 (post)	15-32 (post)	18-28 (post)	11-29 (post)	2.57-8.43 (post)
	Median	23.00 (pre)	23.50 (pre)	25.50 (pre)	18.50 (pre)	6.07 (pre)
		23.00 (post)	24.00 (post)	23.00 (post)	22.00 (post)	7.00 (post)
	Mean	23.13 (pre)	22.88 (pre)	24.75 (pre)	17.75 (pre)	6.04 (pre)
		23.43 (post)	25.29 (post)	23.57 (post)	19.71 (post)	6.45 (post)
	SD	4.36 (pre)	6.92 (pre)	6.14 (pre)	5.78 (pre)	2.53 (pre)
		4.31 (post)	5.71 (post)	3.99 (post)	6.78 (post)	2.11 (post)

各個成員在團體前後主要所處改變階段散布在各階段，以粗體標明（表6）。個別檢視能收集到後測資料的七位成員可以說絕大多數成員的改變階段不是停留在原階段不過該階段的分數增加，如甲、丙、丁、戊；就是改變階段進步到行動期或維持期，如成員己、庚；只有一位成員乙從行動期退到沉思期。不過第一種計算方式無法計算進步或退步程度是否達顯著。

若以整體成員的表現來說，在團體前的整體改變階段在行動期，不過成員彼此間的差異較大（行動期的 $M = 24.75$, $SD = 6.14$, Cronbach's $\alpha = .794$ ）（表6）；在團體後期則稍微退到沉思期或準備期，成員彼此間的差異縮小一些（沉思期的 $M = 25.29$, $SD = 5.71$, Cronbach's $\alpha = .589$ ）（表6），但無法計算是否達顯著程度。

第二種運用 URICA 的方式是計算準備改變分數（readiness to change, RTC），即沉思期 + 行動期 + 維持期的平均分數減去懵懂期的平均分數（Connors et al., 2000; Project MATCH Research Group, 1997），分數越高代表改變態度或行為越高。RTC < 8 處於懵懂期，RTC = 8 至 11 處於沈思期，RTC = 11 至 14 代表準備期與行動期（DiClemente et al., 2004）。

團體前成員的 RTC 分數都落在懵懂期到沉思期之間（1.43-10.00）（表6），平均改變程度在懵懂期（ $M = 6.04 < 8$, $SD = 2.53$, Cronbach's $\alpha = .911$ ）。團體後分數雖稍稍提高（2.57-8.43）（表6），不過平均分數還是在懵懂期（ $M = 6.45$, $SD = 2.11$,

Cronbach's $\alpha = .873$), 進步程度未達顯著 ($t = -1.145, p = .296$) (表 7)。

表 7 改變量表前後測相依樣本 t 檢定摘要表 ($N = 7$)

URICA	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>SEM</i>	差異的 95% 信賴區間		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
				下限	上限			
PC	.143	5.429	2.052	-4.878	5.164	.070	6	.947
C	-2.857	5.521	2.087	-7.963	2.248	-1.369	6	.220
A	.714	5.407	2.044	-4.287	5.715	.350	6	.739
M	-2.429	6.451	2.438	-8.395	3.538	-0.996	6	.358
RTC	-.673	1.557	.588	-2.113	.767	-1.145	6	.296

把所有變項的後測作相關分析後發現以 BIS-11 測量的衝動總分與其三個分量表注意力衝動 ($r = .768, p = .044$)、行動性衝動 ($r = .788, p = .035$)、無計畫衝動 ($r = .797, p = .0325$) 均呈顯著正相關 (表 8), 顯示該工具的內在效度佳。相同的狀況表現在自我效能感總分與其分量表正向效能 ($r = .960, p = .001$)、負向效能 ($r = .867, p = .012$) 有顯著相關。

壓力知覺與衝動性、自我效能無顯著關係, 衝動性、自我效能與改變程度也沒有顯著關係。不過壓力知覺與沉思期 ($r = .757, p = .049$)、維持期 ($r = .766, p = .045$)、準備改變度 ($r = .870, p = .001$) 都呈現顯著正相關 (表 8), 即壓力覺知高, 同時準備改變程度也高; 而準備改變度與沉思期 ($r = .908, p = .005$)、維持期 ($r = .874, p = .010$) 也呈現顯著正相關, 這可能代表成員在團體後的壓力知覺顯著高於團體前 (表 1) 除了可能因為疫情帶來的壓力, 也有可能與準備有所改變的壓力有關。

表 8 所有變項相關摘要表 ($N = 7$)

變項	1	2	3	4	5
1. 壓力知覺	—				
2. 注意力衝動	.559 (.192)	—			
3. 行動性衝動	.452 (.308)	.467 (.291)	—		
4. 無計畫衝動	.739 (.058)	.449 (.312)	.368 (.417)	—	
5. 衝動總分	.749 (.053)	.768*(.044)	.788*(.035)	.797*(.032)	—
6. 正向效能	-.422 (.345)	-.587 (.166)	-.442 (.321)	-.738 (.058)	-.753 (.051)
7. 負向效能	-.223 (.631)	-.644 (.119)	-.829*(.021)	-.431 (.335)	-.801*(.030)
8. 總效能	-.378 (.402)	-.655 (.110)	-.627 (.132)	-.677 (.095)	-.831*(.021)
9. 懵懂期	-.443 (.319)	-.358 (.431)	-.177 (.703)	-.048 (.919)	-.226 (.626)
10. 沉思期	.757*(.049)	.084 (.858)	.489 (.265)	.754 (.050)	.610 (.146)
11. 行動期	.357 (.431)	-.287 (.532)	-.063 (.893)	.366 (.419)	.048 (.919)
12. 維持期	.766*(.045)	.234 (.614)	.679 (.093)	.415 (.355)	.585 (.167)
13. 準備改變度	.870**(.001)	.166 (.721)	.536 (.215)	.596 (.158)	.584 (.169)

註：表格內數字是相關係數 (顯著值)。

* $p < .05$, ** $p < .01$, two-tail.

分析每次團體後的團體回饋單顯示團體整體滿意度從第一次的 3.90 分出發（圖 1），上升到第二次的 4.40 分後漸漸降低。在團體中期第五次跌到 3.67 分的谷底後止跌回升，節節上升到第八次只有兩位成員的 5.00 分，最終在 4.50 分結束團體，全部平均是 4.32 分。

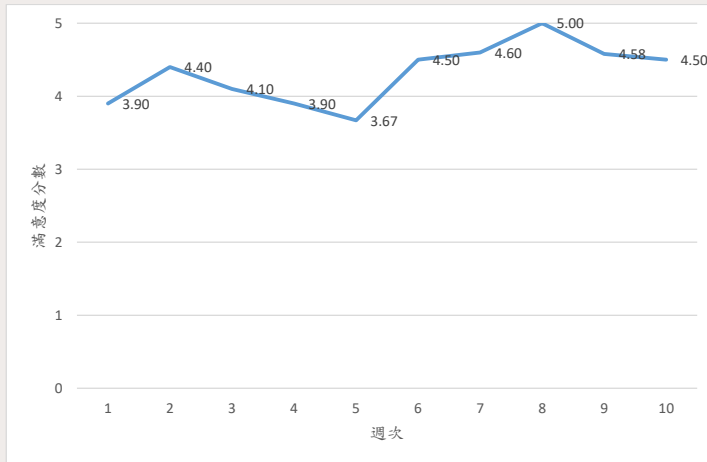


圖 1：十週團體滿意度趨勢圖

團體回饋單 12 個問題的全量表平均得分在五點量尺的 4.32 分 ($SD = .45$) (表 9)。分析回饋表中的每一題項，得分最高的是覺得參加團體有收穫 ($M = 4.51, SD = .46$)，其次是在團體中覺得被接納 ($M = 4.44, SD = .39$)，這是在團體設計時團體帶領者的自我要求，看來成員是接收到了。第三高分有從其他成員得到學習、喜歡團體帶領的方式、覺得團體帶領者有足夠專業知識 ($M = 4.35, SD = .39 \sim .48$) 三題。

6	7	8	9	10	11	12
—	—	—	—	—	—	—
.693 (.085)	—	—	—	—	—	—
.960**(.001)	.867*(.012)	—	—	—	—	—
-.138 (.768)	.051 (.913)	-.076 (.872)	—	—	—	—
-.373 (.410)	-.233 (.615)	-.348 (.444)	-.344 (.450)	—	—	—
.172 (.713)	.352 (.439)	.255 (.581)	.361 (.427)	.379 (.402)	—	—
-.294 (.522)	-.254 (.583)	-.302 (.511)	-.189 (.685)	.692 (.085)	.340 (.456)	—
-.193 (.679)	-.126 (.787)	-.182 (.696)	-.414 (.356)	.908**(.005)	.469 (.289)	.874*(.010)

最低分的是自覺對他人有所幫助 ($M = 4.19, SD = .45$)，可能的意涵是自覺不夠好到可以對別的成員有所助益。

表 9 十次團體滿意度彙整表 ($N = 7$)

題號	題目	<i>M</i>	<i>SD</i>
1	我認為自己是投入參與團體的	4.26	.47
2	在團體中我感到是被接納的	4.44	.39
3	我覺得能夠在團體中向別人說出自己的想法	4.31	.54
4	我認為我對團體中的其他人是有所幫助的	4.19	.45
5	我認為我可以從團體中的其他人身上學習	4.35	.44
6	團體讓我增加對情緒的認識	4.23	.42
7	透過團體可以幫助我了解自己	4.31	.48
8	我覺得我對團體帶領者感到信任	4.31	.40
9	我喜歡團體帶領者的帶領方式	4.35	.48
10	我覺得團體帶領者了解我的問題	4.25	.47
11	我覺得團體帶領者具有足夠的專業知識	4.35	.39
12	整體而言，我覺得團體有帶給我收穫	4.51	.46
合計		4.32	.45

在最後一次團體請成員回顧十次團體，並寫下印象最深刻的的事情。成員與領導者共計 12 人，得到 46 則回應，平均每人提供 3.83 則。從回應中約略可見成員從團體以及其他成員確實會得到啟發 (表 10)，留下深刻印象的以人物最多 ($n = 19, 41.30\%$)，其次是團體活動 ($n = 14, 30.43\%$)，團體中討論過的話題占了約近四分之一的回應 ($n = 11, 23.91\%$)，看來團體是發揮了相互影響與團體互動，從內容看來是正面的。另外，從團體過程紀錄可見多半成員都已有希望達成的具建設性的未來目標與具體作法，即使原先沒有方向者也因為大家的分享而有所啟發。此外，大家都記得曾經對最後一次團體的約定，全員出席最後一次團體，除一位缺席，成員對此團體的認同可見一斑。

表 10 回顧團體印象最深刻的事、人、物統計表 (N = 46)

團體目標	團體活動	團體話題	一句話	人物
SWOT	龜兔賽跑 2 [†]	習慣。	當習慣的主人而不是巴夫洛夫的狗。	我很內向，不擅長說話，但是我想改變。
	互相寫優弱勢、強弱項 (優點轟炸)	和警察互動的經驗。	做自己的主人。	我也曾經想法極端，但是有一天就想開了。
	互寫 SWOT [強弱項] (優點轟炸)。	警方盤查戊。		我有始有終。
	SWOT 2	丙分享被警察跟的經歷。		乙分享未來五年，對工作有很多熱情。
價值澄清	買健康時。	(丙的) 羅東夜市。		戊在分享自己經驗時很坦率得表達自己情緒。戊很用心來參加團體。
	85 萬買到的健康。	花雕雞的承諾。		丙很會幫忙推動團體。丙的談話技巧。丙什麼事都懂，都會提供建議。
	乙和老師百萬競標健康。	乙的花雕雞。		SWOT 時看到庚活潑的一面。庚成功戒酒。庚很用心參與團體，贊助飲料。
	乙和老師組豪賭全押健康。	花雕雞。		己是兔子專家。現在說話可以跟己對到眼了。己很投入團體。己在價值觀拍賣會時很清楚自己要買什麼。己很想結婚。
	烏賊吃蝦。	乙承諾花雕雞。		丁記得第一次活動大家說過的話，讓人很暖心。丁的記憶力真好。

團體目標	團體活動	團體話題	一句話	人物
五年後目標	五年後的理想。	庚帥氣地要請大家喝星巴克。		
	聽到大家對自己的期望與目標讓我也有了目標和期許。	說到做到的飲料。		
	大家對五年後的目標有明確的規劃。			
	14	11	2	19

†: 圖中數字代表該項回應的次數

伍、結論

一、研究發現

戒癮治療多元處遇方案希望建立看待毒品使用是伴隨疾病而非純然犯罪的新心態，運用不同於傳統入監服刑或司法矯治的實證有效處遇模式提供戒除藥毒癮的新可能。本研究為使用二級毒品獲緩起訴處分者設計短期戒癮處遇團體治療方案及成效評估。該戒癮團體因 COVID-19 疫情嚴峻而延緩開辦，也縮減原先次數規畫，最後進行的是一週一次，一次兩小時，共計十次、20 小時的團體方案，成員自願參加團體治療。

本團體立基於行為建立與修正理論、跨理論模式 (TTM)、動機式晤談 (MI)、靜觀覺察等理論與技術，揉合動力與認知行為手法 (Ajzen, 1985; 1989) 來帶領團體。強調對成員的尊重與接受，促使成員往戒斷目標前進。同時以多種工具具體評估團體方案實施成效與進步情形。

課程設計先介紹行為改變原理，以幫助建立戒斷行為。這部分從行為建立的機制切入，走向引導成員思考行為改變的方法；這些行為建立的原理有古典與操作制約、觀察學習、頓悟學習，用了兩次課程。戒斷行為也與認知有關，因此辨識與修改認知的途徑用了一節課。不過更為眾人所熟悉的成癮行為建立與環境有關，因此與預防復發一起用了兩次課程，並放在認知處理之前。建立自信是非常重要的根

本，不過較難成爲早期團體的目標，同時已把更重要的目標放在早期，所以希望利用前面幾次傳達帶領者對成員的尊重，從團體互動細節增強與讚賞成員的建設性行爲，並擴及團體以建立團體成員相互支持欣賞的氛圍，再慢慢堆疊到後期以兩次課程來建立自信。從整體來看也可以看出課程設計由急切任務到緩進任務，從期待建立的具體行爲到期待建立的抽象特質。

結果發現衝動性中的行動性衝動在團體結束時顯著提升，但注意力衝動、無計畫衝動和衝動總分並無顯著改變。另外，正向自我效能感無顯著改變，負向自我效能感和整體自我效能感在團體後分別顯著提高與下降，不過後者的內部一致性信度不佳。成員平均改變階段在團體結束時稍微往前邁進，成員間的差距變小，但與團體前的差異未達統計上的顯著，仍多處於沉思期到行動期之間。衝動性、自我效能感在這次團體介入並未與準備改變程度有顯著相關，成員的一般生活壓力感受在團體結束時顯著提升，並與準備改變程度有顯著正向高相關 ($r = .870$)，這一方面或許反應不知疫情封城何時結束的生活壓力漸增，另一方面也可能是希望自己有所改變的「蠢蠢欲動」。此外，成員對本團體的整體評價達五點量尺的4.32分，從質性回饋可見成員確實感受到被尊重與團體的專業性，也可以看到有成員非常想修正自己的個性，如更自我肯定等，本團體發揮一定程度的正面影響力。

Treece 與 Khantzian (1986) 指認成功非法藥物依賴治療方案的四個關鍵成分是首要建立可以取代所依賴藥物的替代品，如 NA 團體、一套價值信念、可依賴的良善人物或宗教機構、成就來源等。在此同時要治療共病，以免掛一漏萬。並且以各種方式鼓勵戒斷，例如併用物質戒斷的藥物治療、驗尿、保護管束、外在支持系統等。最後還是要透過心理治療促進人格結構的改變與成長 (Gabbard, 2014)，這些都是需要長期才容易達成的。

本團體方案的重要理念在藉著傳達對成員尊重、相信他有能力創造不同 (differences) 來激發成員的自信與自重。一個人之所以成癮其因萬端且可追溯到深遠層面，衆人應深知戒癮非唾手可得，壞習慣難除，好習慣難養。從我們自己的經驗應該也同意一再糾錯指正不但傷人自信與自尊，甚至放棄改善，難達激勵效果。基於此信念與本研究結果，以下分享團體帶領經驗與未來多元處遇的建議。

二、實施戒癮團體的建議

戒癮團體成員經常會缺席，有些是因為必須先顧及生計，有些是逃避改變，因此每次的團體內容要可以獨立實施，也要可以很容易與先前單元相互連結；並且要精簡回顧前面的團體內容，讓成員可以順利融入團體而不覺隔閡。

設計團體時應採由上而下（top-down）方式，對成癮議題與成癮者有清楚理解與理念，所設計的團體目標與內容才能相互一致，不成衝突；也不致造成帶領者與成員的太多挫折或氣餒。每次團體有小目標與大致方向，接下來就要隨實施每一次團體時的發展狀況決定下一次的小目標與內容，不太可能事前訂好所有團體內容而毫不修改地按表操課。

十次團體不易達成戒癮的目標，因此可以分析哪些次目標可以從旁支應，有助往戒癮的方向邁進，例如找到工作、習得一技之長、建立固定生活架構、增加自信與自我肯定、建立與維持有成就感的活動、離開不良環境等。這些次目標因人而異，這些有著不同次目標與身在不同處遇改變階段的成員組成一個團體，所以領導者必須在每次（session）的團體介入兼顧所有成員的個別差異，又同時引導成員相互支援教導，並且盡量發揮整個團體綜效。

藥物成癮者通常少有機會得到被尊重與理解，治療人員因此更需要表達這樣的態度，就算無法一次就戒癮，但感受到被尊重有能力有所不同，被理解到要改變的困難，這很可能會埋下走向改變的種子或累積改變動機的能量。

戒癮動機的建立在團體前的招募和定向說明已經進行，或許可以在團體過程中再次強調，不過這個團體的成員多半說只用一次就被逮到，或早就不用，或已經沒跟吸毒朋友來往等；此外成員的出席狀況不一，因此團體主題較難帶到毒品使用經驗，帶領者也選擇不在直接處理抗拒上花太多時間。

本次團體內容各次主題與其順序的設計及出發點已如前述，另有一個顧慮是擔心疫情有變的話會迫使團體突然中斷，因此把覺得最需要做的事盡量先做。

三、政策建議

二十小時的戒癮團體不易看出大的改變，可是太長的團體總時數會被成員的高缺席率所浪費，因此十至十二次的團體每隔一段時間定期推出，例如一年兩梯次，既可讓每一梯次的成員覺得比較容易提高出席率，又可以累積團體成效。未必需要排除曾經參加過的成員就不能再參加，因為每位成員所處的改變階段原本就並不一致，至於是否曾經參加同性質團體應該對團體的發展沒有干擾，反而可能可以對成員本人及其他成員有正向影響。

成癮治療傾向同時動員多元介入方案（NIDA, 2018），尤其是在非管制性環境進行更需如此。建議主動轉介某些處於沉思、準備改變階段的成員接受個別心理治療／諮商，「打鐵趁熱」誘發改變動機。可以部分補助該經費或視成員經濟能力為其爭取社會資源，讓成員理解應該為其行為負起部分責任，也同時鼓勵使用心理服務資源。

成癮者慣用的防衛機制是否認（Gabbard, 2014），雖然成員都知道出席率會影響案件審判結果，不過要面對戒癮的困難還是非常有難度的。因此主管機關可以思考輔以實施強制參加的壓力措施；同時設計更多使用多元戒癮方案後獲致成效的誘因，針對不同進步程度提供相對應具吸引力的誘因，誘導成癮者願意接受戒癮處遇（NIDA, 2019）。

成癮的戒斷絕非易事，因此主事者必須與成癮者一樣有長期努力的心理準備，就算是暫時戒斷後再復發（relapse）或再使用都不能說是治療失敗，前功盡棄；反而是一次就完全戒斷從不復發是個迷思。研究顯示成癮治療的復發與其他慢性病如高血壓、氣喘的復發率不相上下（McLellan et al., 2000），我們可以將復發視之為治療的重新開始或接續。

四、研究限制

本團體方案設計與成效研究僅能做到前後測，受限於參與者人數無法發展控制或對照組。也因為疫情等因素無法有後續的作為。未來的實務與研究可以繼續發展相同模式的比較研究或不同模式的對照研究，確切落實多元戒癮處遇，並發揮成效。

戒癮團體的成效表現非僅一端，本團體的實施成效也稱不上成功，不過提供實務結合研究的模式希望蔚為風氣，讓實務工作更嚴謹；也藉經驗分享讓後進者去蕪存菁，同時思考各式環境變項以調整介入內容與方式。

參考文獻

- 吳正楠等人（2013）。受戒治人社會、心理特性處遇評估工具有效性之研究。法務部101年度科技計畫研究報告，研究計畫編號：101-1301-MOJ02(2)-02。
- 初麗娟、高尚仁（2005）。壓力知覺對負面心理健康影響：靜坐經驗、情緒智能調節效果之探討。中華心理學刊，47（2）／01，157-179。
- 周亮、肖水源、何曉燕、厲潔、劉慧銘（2006）。BIS-11中文版的信度與效度檢驗。中國臨床心理學雜誌，14（4），343-344。
- 洪嘉璣（2003）。藥物濫用者之渴求心理歷程：以強制戒治者為例。未發表碩士論文。國立臺灣大學心理學研究所。
- 郭文正（2011）。藥癮者社會支持、壓力知覺與戒癮改變階段之模式建構。未發表博士論文。國立臺灣師範大學教育心理與輔導學系。
- 楊士隆（2010）。科學實證毒品處遇模式實施成效評估與策進研究計畫第一期（109年度）研究成果報告。法務部矯正署109年度委託研究計畫。取自<https://antidrug.moj.gov.tw/lp-1237-2.html>
- 衛生福利部食品藥物管理署（2019）。107年全國物質使用調查結果。取自<https://www.mohw.gov.tw/cp-4255-48855-1.html>
- 衛生福利部統計處（2021）。2018年全民健康保險醫療統計年報。取自<https://dep.mohw.gov.tw/dos/cp-5034-57477-113.html>
- 劉亦純（2005）。多重用藥、渴求向度、拒用自我效能對男性戒治者毒品一年後再犯的預測。未發表碩士論文。國立成功大學行為醫學研究所。
- 賴擁連等人（2016）。受戒治人再犯毒品罪風險因子之分析與對策。中央警察大學警學叢刊，46（6），1-28。
- 戴傳文（2016）。百年傳承，卅年發展：精神醫療網三十周年回顧。取自<https://www.mohw.gov.tw/dl-1297-edb2919c-9b26-49e3-a071-6793cbe3bad8.html>
- Ajzen, I. (1985). From intention to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckman (Eds.), *Action control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Springer-Verlag.
- Ajzen, I. (1989). Attitude structure and behavior. In A. R. Pratkanis, S. J. Breckler, & A. G. Greenwald (Eds.), *Attitude structure and function* (pp. 241-274). Erlbaum Associates.

- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition text revision (DSM-5-TR)*. American Psychiatric Publishing.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 125-143.
- Boland, R. J., Verduin, M. L., & Ruiz, P. (Eds.). (2021). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry* (12th ed.). Wolters Kluwer.
- Bradbury, H. (Ed.). (2015). *The SAGE handbook of action research* (3rd ed.). Sage.
- Clay, S. W., Allen, J., & Parran, T. (2008). A review of addiction. *Postgraduate Medicine, 120*(2), E01-7. doi: 10.3810/pgm.2008.07.1802
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior, 24*, 385-396.
- Connors, G. J., DiClemente, C. C., Dermen, K. H., Kadden, R., Carroll, K. M., & Frone, M. R. (2000). Predicting the therapeutic alliance in alcoholism treatment. *Journal of Studies on Alcohol, 61*(1), 139-149.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience*. Harper & Row.
- Csikszentmihalyi, M. (1997). *Finding flow: The psychology of engagement with everyday life*. Basic Books.
- Csikszentmihalyi, M., Abuhamdeh, S., & Nakamura, J. (2005). Flow. In A. Elliot (Ed.), *Handbook of competence and motivation* (pp. 598-698). Guilford.
- DiClemente, C. C., & Hughes, S. O. (1990). Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse, 2*(2), 217-235.
- DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Harrington, K. F., Lang, D. L., Davies, S. L., Hook, E. W., III., & Robillard, A. (2004). Efficacy of an HIV prevention intervention for African American adolescent girls: A randomized controlled trial. *JAMA, 292*(2), 171-179.
- Gabbard, G. O. (2014). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Gardner, E. L. (2011). Addiction and brain reward and anti-reward pathways. *Advances in Psychosomatic Medicine, 30*, 22-60.
- Heilig, M., MacKillop, J., Martinez, D., Rehm, J., Leggio, L., & Vanderschuren, L. J. (2021). Addiction as a brain disease revised: Why it still matters, and the need for consilience. *Neuropsychopharmacology, 46*(10), 1715-1723.
- Helfritz, L. E., Stanford, M. S., Greve, K. W., Villemarette-Pittman, N. R., Houston, R. J., & Conklin, S. M. (2006). Usefulness of self-report instruments in assessing men accused of domestic violence. *Psychological Record, 56*, 171-180.
- Kabat-Zinn, J. (2006). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future.

Clinical Psychology: Science and Practice, 10(2), 144-156.

- Kabat-Zinn, J. (2013). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Bantam Dell.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (2005). Participatory action research: Communicative action and the public sphere. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The Sage handbook of qualitative research* (pp. 559-603). Sage.
- Knyazev, G., & Slobodskaya, H. (2006). Personality types and behavioural activation and inhibition. *Personality and Individual Differences*, 41(8), 1385-1395. DOI:10.1016/j.paid.2005.11.035
- Kuhn, C. M., & Wilson, W. A. (2005). *How addiction hijacks our reward system*. Dana Foundation. Retrieved from <https://dana.org/article/how-addiction-hijacks-our-reward-system/#:~:text=Some%20scientists%20have%20proposed%20that,characteristics%20of%20the%20particular%20drug>
- Lewin, K. (1946). Action research and minority problems. *Journal of Social Issues* 2(4), 34-46.
- Lingard, L., Albert, M., & Levinson, W. (2008). Qualitative research: Grounded theory, mixed methods, and action research. *BMJ*, 337(7667), 459-461.
- Marcus, B. H., Selby, V. C., Niaura, R. S., & Rossi, J. S. (1992). Self-efficacy and the stages of exercise behavior change. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 63, 60-66.
- Maslow, A. H. (1968). *Toward a psychology of being*. Van Nostrand.
- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 20, 368-375.
- McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA*, 284(13), 1689-1695. doi: 10.1001/jama.284.13.1689
- Meyer, J. (2006). Action research. In K. Gerrish & A. Lacey (Eds.), *The research process in nursing* (pp. 274-288). Blackwell.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). Guilford.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Applications of motivational interviewing. Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). Guilford.
- Ministry of Health, Labour and Welfare (2017). *Annual report: 2015 nationwide general*

population survey on drug use in Japan. Retrieved from https://www.ncnp.go.jp/nimh/yakubutsu/report/pdf/2017_0522_2015EN_shiman e2_k.pdf

- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2018, January). *Principles of drug addiction treatment: A research-based guide* (3rd ed.). National Institutes of Health. Author. Retrieved from <https://nida.nih.gov/download/675/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition.pdf?v=74dad603627bab89b93193918330c223>
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2019, January). *Treatment approaches for drug addiction: Drug facts*. National Institute on Drug Abuse; National Institutes of Health; U.S. Department of Health and Human Services. Retrieved from <https://nida.nih.gov/download/1136/treatment-approaches-drug-addiction-drugfacts.pdf?v=5fa0687e4e3a8d98d73b91e518979b9d>
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2020, June). *Drug, brain, and behavior: The science of addiction*. National Institute on Drug Abuse; National Institutes of Health; U.S. Department of Health and Human Services. Retrieved from <https://nida.nih.gov/sites/default/files/soa.pdf>
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory* (2nd ed.). McGraw-Hill.
- Pantalon, M. V., Nich, C., Frankforter, T., & Carroll, K. M. (2002). The URICA as a measure of motivation to change among treatment-seeking individuals with concurrent alcohol and cocaine problems. *Psychology of Addictive Behavior, 16*(4), 299-307.
- Peter, W., Kalivas, P. W., & Volkow, N. (2005). The neural basis of addiction: A pathology of motivation and choice. *American Journal of Psychiatry, 162*, 1403-1413.
- Prochaska, J., & DiClemente, C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(3), 390-395.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (1994). *System of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Brooks/cole.
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion, 12*(1), 38-48.
- Project MATCH Research Group (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH post-treatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol, 58*(1), 7-29. <https://doi.org/10.15288/jsa.1997.58.7>
- Stanford, M. S., Mathias, C., Dougherty, D. M., & Lake, S. L. (2009). Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Personality and Individual Differences 47*(5), 385-395. DOI:10.1016/j.paid.2009.04.008

- Stinson, J. D., & Clark, M. D. (2017). *Motivational interviewing with offenders: Engagement, rehabilitation, and reentry*. Guilford.
- Treece, C., & Khantzian, E. J. (1986). Psychodynamic factors in the development of drug dependence. *Psychiatric Clinics of North America*, 9(3), 399-412.
- Volkow, N. D., Fowler, J. S., Wang, G. J., Baler, R., & Telang, F. (2009). Imaging dopamine's role in drug abuse and addiction. *Neuropharmacology*, 56(Suppl 1), 3-8.
- Whitehead, D., Taket, A., & Smith, P. (2003). Action research in health promotion. *Health Education Journal*, 62(1), 5-22.
- Wielgosz, J., Goldberg, S. B., Kral, T. R. A., Dunne, J. D., & Davidson, R. J. (2019). Mindfulness meditation and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15(1), 285-316.
- Wise, R. A. (2013). Dual roles of dopamine in food and drug seeking: The drive-reward paradox. *Biological Psychiatry*, 73(9), 819-826.
- Woody, G. E. (2014). Individual therapy for substance use disorders. In G. O. Gabbard (Ed.), *Gabbard's treatments of psychiatric disorders* (5th ed.) (pp. 885-892). American Psychiatric Publishing.