

# 藥酒癮與心理疾病共病的評估診斷與處遇

## - 從盛行率到矯正實務現況

DOI : 10.6905/JC.202307\_12(2).0003

Screening, Assessment and Intervention of  
Co-Occurring Disorders with Substance Use Disorders:  
Prevalence and Practices in the Criminal Justice System

蔡震邦

明陽中學臨床心理師

DOI : 10.6905/JC.202307\_12(2).0003

## 摘要

蔡震邦

1999年美國藥物濫用研究所 (NIDA) 所出版的有效藥癮治療 13 點原則中，就已經注意到許多藥酒癮者同時也會併有其他身心疾病，對戒癮處遇、個別疾症的治療進程都會彼此影響；當然也會因為某一個特定疾病的惡化，連帶使得其他不同共病疾病（特別是心理疾病）的病情加劇。

因此，本文除了簡要說明國內外藥酒癮相關身心疾病共病的盛行率外，更希望聚焦在心理疾病部分，藉由雙重診斷、多重評估及處遇模式的介紹說明，讓藥酒癮及心理疾病共病的心理衡鑑、心理治療的重要性得以被重視。畢竟，透過清楚明確的評估診斷，在矯正機關中的我們才能進一步考慮究竟如何來提供最優療程、最佳療效或配合不同特定族群的合宜處遇策略，讓藥酒癮患者得以獲益。

**關鍵字** | 藥酒癮、共病、心理疾病、評估診斷、處遇

---

## Screening, Assessment and Intervention of Co-Occurring Disorders with Substance Use Disorders: Prevalence and Practices in the Criminal Justice System

### *Abstract*

*Cheng-Pang, Tsai*

In 1999, National Institute on Drug Abuse published “Principles of Drug Addiction Treatment”, which indicates that drug/alcohol abuse and addiction both of which also have mental disorders, often co-occur with other illnesses. When the problems above co-occur, treatment should take all comorbidity illnesses into consideration, and the effect of designed intervention and treatment for drug/alcohol abusers will be interfered. The reason is that one (or more) disorder may cause abusers to experience one or more symptoms of another illness (especially mental illness), and even exacerbate.

In this paper, the aim is to describe the prevalence of comorbidities related to physical and mental illnesses of drug/alcohol abuse, with focus on mental illnesses in the criminal justice system. The importance of treatment of drug/alcohol abuse and mental comorbidities are stressed by description of dual- and multi- diagnosis. The correct and effective interventions of crisis management, suitable treatment, the strategy for the recovery stage, would be provided in this paper. Finally, we summarize some related research into prognosis, which allows us to make the most of treatment planning.

**Keywords** : drug/alcohol abuse, co-occurring, mental disorder, screening, assessment, intervention.

## 壹、前言

當我們面對一位糖尿病患者出現高血壓、視網膜病變、感染截肢等其他病癥或併發症時，除提供患者所需各項相對應之醫療處遇外，亦會同步持續治療糖尿病；或者是當一位躁鬱症患者同時表現出認知功能缺損時，除了提供躁鬱症的相關醫藥及心理治療外，我們也會同時確認個體認知功能低下是否起因於其他身心疾病，並依其實際需求來考慮提供認知功能或神經心理功能的復健治療及訓練。然而，若是酒精或毒品成癮者同時出現憂鬱症狀或強迫想法，甚至成癮者處於物質作用影響下或生理戒斷階段時，光是想要做好鑑別診斷就十分不易（譬如酒癮患者在酒精作用下或無酒精續用的戒斷時期，都可能會出現衝動控制議題），更遑論如何才能提供合宜的適配處遇。

其實，細看 2022 年美國精神疾病診斷準則修訂版 (DSM-5-TR) 就會發現到，除了「物質相關及成癮障礙症」、「醫藥引發的動作障礙症及其他醫藥副作用」這兩類型的疾病之外，其他 20 種類別、287 個主要的精神疾病診斷，多數都會在該類型疾病的診斷準則中特別註明必須排除由物質所引發（如 297.1 的妄想症、296.20-26 的憂鬱症），或排除起因於物質的生理效應（如 300.12-15 的解離症、307.42 的失眠症），有些甚至將此部分整合成一個獨立診斷名（如 281.89 的酒精引發之輕度認知障礙症）；由此可見，藥酒癮患者的多重症狀與現象既常見又複雜，對於臨床工作的挑戰性實難言喻。（張本聖，2022）

美國藥物濫用研究所 (National Institute on Drug Abuse，以下簡稱 NIDA) 所闡述的有效藥癮治療 13 點原則中的第九點就提到許多藥酒癮者也併有其他心理疾病時，會彼此影響個別疾病的治療進程，當然也會因為某一個特定疾病的惡化，連帶使得其他不同共病疾病 (co-occurring disorders，以下簡稱 COD) 的病情加劇 (NIDA，2018)；所以在 NIDA 專為司法系統所撰寫藥癮治療 13 點原則中的第十一點就再次指出，即便司法系統中的藥酒癮者接受相關處遇協助的可近性高於社區，倘若無法給予其他身心共病疾病的整合性治療協助，患者依舊會遭遇困境、難以持續或者成效不彰，最終導致藥酒癮處遇效益受到干擾且明顯下降 (NIDA，2014)。聯合國毒品與犯罪辦公室 (United Nations Office on Drugs and Crime，以下簡稱 UNODC) 在 2018 年度報告中即彙整出以不同年齡層藥物濫用所引發的主要身心症狀與身心疾病，來說明藥酒癮對個體功能的劇烈影響（如表一）。

表一：藥酒癮在不同年齡層的主要濫用物質與身心疾病

Substance	Physical/medical conditions	Mental health/psychiatric disorders
<b>Adolescence</b>		
Alcohol Cannabis Tobacco Inhalants Psychotherapeutic drugs • Amphetamines • Opioids/pain relievers	Accidental injury • Automobile • Accidents Physical/sexual violence Poisoning/overdose Sexually transmitted diseases Respiratory problems • Asthma Pain-related diagnoses	Suicidal ideation/behaviours Internalizing disorders • Depression • Anxiety Externalizing disorders • Oppositional defiant disorder • Attention deficit/hyperactivity disorder • Conduct disorder
<b>Adulthood</b>		
Alcohol Cannabis Tobacco Psychotherapeutic drugs • Opioids/pain relievers • Tranquillizers/benzodiazepines Cocaine/"crack" Heroin Methamphetamine	Poisoning/overdose Sexually transmitted diseases Cancers Heart disease/hypertension/stroke Reproductive morbidity/fetal damage Diabetes Respiratory problems • Asthma • Infection Liver damage/disease	Suicidal ideation/behaviours Mood disorders • Depression • Bipolar I and II Anxiety disorders • Panic disorder • Post-traumatic stress disorder • Social and specific phobias • Generalized anxiety disorder Antisocial personality disorder
<b>Older Adulthood</b>		
Alcohol Psychotherapeutic drugs • Opioids/pain relievers • Sedatives/benzodiazepines • Amphetamines Cannabis Tobacco	Accidental injury Cirrhosis Heart attack/stroke Insomnia Cancers Diabetes	Suicidal ideation/behaviours Depression/bereavement Anxiety disorders • Social and specific phobias • Generalized anxiety disorder Dementia/Wernicke-Korsakoff Syndrome Insomnia

資料來源：UNODC(2018a): Drug and age，第36頁。

在國內，陳坤波 (2006) 利用健保資料庫進行社區民衆次級資料之同期定群研究 (historical cohort study) 發現，2000~2003年曾因酒癮、藥癮、藥酒癮為主訴或次診斷病名就診的18歲以上患者共計276,581人，同時至2003年底仍存活數為245,717人(88.8%留存率)；在控制背景變項如性別、教育程度、年齡層後，發現當身心疾病共病開始之際，不僅醫療使用率出現大幅提升，藥酒癮共病亦會導致死亡率隨之提高；若再與一般社會大眾進行對照研究後則可進一步瞭解到，65.1%的酒癮患者最常見的共病症為消化系統疾病、67.3%的藥癮者常見的是呼吸道疾病、而藥酒癮者常見的精神疾病則有67.6%的共病發生率。同年，另一份以某醫院收治的202位毒品戒治者為對象進行的研究結果也顯示出共病患者有較高的求醫就診現象，而在不同成癮嚴重程度及使用不同毒品的情況下，任一精神疾病共病的盛行率為23.1%~57.8%、感染HIV為9.9%、罹患C型肝炎為48.5%。(陳志根、林式毅、束連文和江淑娟，2006)

簡言之，若能做好藥酒癮共病的鑑別診斷，或許就可以增加患者接受治療的契機。譬如患者若因精神疾病而引發藥物濫用行為，就適合以「次發性藥癮模式」為主要處遇為緩解精神症狀來協助；若患者因濫用藥物而引發精神疾病共病，就適合以「次發性精神疾病模式」為主要處遇為藥癮治療來協助；至於無法釐清的共病患者，則建議先採用「共同因素模式 (common factor model)」來提供臨床共病的治療模式 (陳志根、林式毅、束連文和江淑娟，2006)。

因此，想要做到合理且完整的藥酒癮與其他身心疾病共病之評估診斷、處遇治療，除了要面對在鑑別診斷、診斷衡鑑上的難題之外，亦須克服專業服務量能短缺、共病病程演進複雜性…等不同面向層次的挑戰，所以可以清楚知道，想要提供真正合宜且具有療效的藥酒癮處遇服務，如何來做好診斷評估共病症狀及協同治療處遇，就得變成臨床工作者必然學習及熟練的歷程；近來，諸多研究已指出多重物質濫用、居住環境、使用物質方式、生理疾病的交互影響…等其他因素也會直接影響生理疾病 (physical disease) 共病的現象，譬如 Riley、Vittinghoff、Wu、Coffin、Hsue、Kazi、Wade、Braun 和 Lynch(2020) 的研究顯示居無定所的多重物質濫用女性遊民，其心臟肌鈣蛋白會出現高敏感性反應 (high-sensitivity cardiac troponin I)，進而導致罹患心血管疾病及心肌梗塞的風險將會大幅提高；Colledge, Larney, Bruno, Gibbs, Degenhardt, Yuen, Dietze & Peacock (2020) 以澳洲 902 名藥癮者進行研究後發現，相較於其他物質使用方式 (鼻吸、口服…等)，無共用針具下使用注射方式一樣會增加血栓性靜脈炎、心內膜炎、化膿性關節炎、骨髓炎和敗血症的機率，同時重複使用自己的針具則會大幅提高上述風險值；Baum、Tamargo、Ehman、Sherman、Chen、Liu、Mandler、Teeman、Martinez 和 Campa(2020) 在愛滋病社群研究中亦確認，無論是感染 HIV 病毒或感染 C 肝病毒，都與較高的肝纖維化風險有關，且患者濫用海洛英時更會加速此病程發展。

雖然從各項研究中我們瞭解藥酒癮與身心疾病之間的關聯性 (甚至交互作用) 經常密不可分，惟避免討論議題過度發散 / 模糊焦點，在本文中將暫時把生理疾病或其他因素 (如居住環境) 的影響及探討排除在外，此舉並非視生理疾病、環境因素為可輕忽或可置之不理的共病變因，而是想**聚焦在藥酒癮者心理疾病共病的議題**來進行說明與討論。下面主要向大家介紹 SAMHSA 在 2020 年公開的 Substance Use

Disorder Treatment for People With Co-Occurring Disorders(TIP42)、美國俄亥俄州凱斯西儲大學在2012年出版的 Integrated Dual Disorder Treatment(以下簡稱 IDDT) 模式手冊、以及 NIDA(2020a) 修訂的 Common Comorbidities with Substance Use Disorders Research Report 等三份 COD 工作指引的內容彙整，並依序就藥酒癮與心理疾病共病的評估診斷、臨床處遇模式、特定族群處遇原則來做簡要說明；同時也會另外試著將國內外司法系統中(特別是矯正機關)所進行的各項研究進行摘述，提供大家做為未來深化相關藥酒癮共病處遇的參考。

## 貳、藥酒癮和心理疾病共病患者的評估診斷

其實，當我們談到藥酒癮與心理疾病「共病(co-occurring)」這樣的概念時，許多時候是涵蓋了雙重疾病(dual disorders)、共存疾病(co-morbidity)、心理不適及化學物質濫用狀態(mentally ill and chemically abusing)、心理不適與物質濫用狀態(mentally ill and substance abusing)、物質濫用及心理疾病(substance abuse and mentally illness)等至少5種常見相近但不同樣態的情況，只是上述的病情病程在臨床工作中原本便不易釐清/區分開來；撇除這些診斷評估上的困境，單就藥酒癮患者的福祉來說，出現任何共病現象卻無法接受適當的協助時，不僅是藥酒癮行為會持續影響身心健康+心理疾病病程持續發展外，還會增加急診使用率/住院率/自殺風險、罹患各種傳染性疾病/慢性疾病/癌症發生率，連帶造成工作不穩定/失業、人際網絡疏離/無固定住所/遊民生活型態、貧困/營養失衡、暴力/被逮捕/受監禁…等困境如海嘯似的接續發生，從而影響了藥酒癮患者接受治療復原的多重契機。

實務上更常見到的現象是，患者經常刻意忽略物質使用行為在生活事件或對其他身心症狀(如失眠)的諸多影響，使得醫療系統無法正確診斷出藥酒癮的問題，因而就錯失了共病的即時診斷/處置，最終導致療效不佳的必然結果；肇因於此，SAMHSA(2020)亦提醒專業人員實施診斷評估時應注意各項共同原則(如表二)來進行藥酒癮與心理疾病的共病篩選衡鑑/評估診斷，同時亦須熟悉篩選(screen)與衡鑑(assess)的基本考量及應用工具，以下將分別來做簡要說明。

表二：專業人員面對藥酒癮和心理疾病共病患者進行篩選或衡鑑的共同原則

項目	要做的 (Dos)	不要做 (Don`ts)
原則	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 要先以心理疾病的衡鑑 / 處遇為主來面對 COD 通常是較佳的策略</li> <li>• 要在衡鑑階段，盡可能取得不同來源資料 ( 譬如家庭 / 教育 ) 或與其重要他人聯繫，以利未來準備</li> <li>• 要熟悉心理疾病診斷標準和可以運用的轉介資源是一樣重要的</li> <li>• 要清楚自己所處的機構 / 角色對 COD 患者的重要性 / 特定功能，這樣亦有助於協助其他機構</li> <li>• 最重要的，是要給予 COD 患者同理心和希望感，並持續與團隊 / 其他機構進行合作提供協助</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 不要以單一測驗 / 一次評量就決定 COD 病況病程病史及個案需求</li> <li>• 不要以先前成癮史來思考 / 干擾現在 COD 的態樣，避免失去對於 SMI 的即時瞭解及協助</li> <li>• 不要擔心無法做好 COD 的篩選衡鑑，尋求資源且與個案共同努力</li> <li>• 不要誤認所有 COD 都有一個適配的處遇治療，在不同階段 / 不同時期皆須持續評估處遇適切性</li> <li>• 不要忽略 COD 病程變化的複雜性，重複篩選 / 重新衡鑑都應持續到 COD 患者穩定之後。</li> </ul>

資料來源：SAMHSA(2020): Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders，第33頁。

## 一、篩選的基本考量與應用工具：

### (一)、基本考量

對於 COD 患者進行篩選的目的並非在於提供診斷 ( 共病病名 ) 或瞭解疾病態樣 ( 嚴重程度 / 病程發展 )，主要目標應是在於確認有無進一步安排 COD 衡鑑的必要性，以及後續須選用何種類型的衡鑑工具才真正適配；其次，熟悉 COD 衡鑑之後在機構量能之內，會有哪些處遇計畫來提供服務，或可轉由其他合作網絡資源來協助；最後，篩選工具 / 篩選問卷通常設計為「是 - 否」二分法的計分或回應模式，各職類的實務工作者都能在接受訓練後負責 COD 的篩選，若能如此就可得以大幅提高全面篩選的可能性。

在一般情況下，SAMHSA(2020) 認為關於篩選所需要注意的6個基本考量 (5W1H) 如下：

1. 篩選的目的 (What)：用來決定是否需要進行進一步 COD 衡鑑。
2. 篩選的執行 (Who)：只須接受使用工具 / 問卷的說明訓練即可，不一定需要專業人員來執行。



3. 篩選的時機 (When)：個案自述有 COD 或出現 COD 的症狀，及定期對已經接受藥酒癮處遇 / 心理疾病處遇個案進行。
4. 篩選的地點 (Where)：任何機構 / 機關 / 單位皆可實施。
5. 篩選的緣由 (Why)：篩選是進行任何處遇之前的第一步驟，執行篩選方能接續提供 COD 確切的評估診斷和處遇治療。
6. 篩選的程序 (How)：不同類型的簡短工具 / 問卷都可納入考量，但相似題目或重複面向過多者則應避免重複。

## (二)、應用工具 -

1. SAMHSA 建議採用：DAST-10(Drug Abuse Screening Test)、ASSIST(Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test)、AUDIT-C(Alcohol Use Disorders Identification Test-Concise)、MHSF-III(Mental Health Screening Form-III)。
2. IDDT 建議採用：MINI(Mini-International Neuropsychiatric Interview)、WHODAS 2.0(World Health Organization Disability Assessment Schedule)、UNCOPE(Used, Neglected, Cut down, Objected, Preoccupied, Emotional discomfort)、CAGE-AID(Cut down, Annoyed, Guilty, Eyeopener-Adapted to Include Drugs)。
3. 其他特定類群：CRAFFT 青少年風險篩檢量表 (Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble)、BJMHS 監所簡短心理健康量表 (Brief Jail Mental Health Screen)、應用於女性的 PCL-R 心理疾病檢核表 (Psychopathy-Checklist-Revised)。

## 二、衡鑑的基本考量與應用工具：

### (一)、基本考量

IDDT(2012) 載明，若從藥酒癮雙重診斷 / 多重診斷的角度來考量如何進行衡鑑時，反而需要分別就心理健康、藥物濫用兩種類型各別來做衡鑑需求確認，這樣即可進一步連結所需的其他衡鑑工具，所以 COD 的心理衡鑑主要目標應是提供診斷

與評估病程發展 / 嚴重程度；其次，是根據所考慮 / 所選用的衡鑑方向來決定採用那些心理衡鑑工具的組合，以獲取重要資訊並藉以安排相關處遇或資源轉介；最後則是配合實際的 COD 處遇計畫進行長期衡鑑的安排規劃，用以瞭解 COD 病程發展與處遇效果進程，方有機會進行量能處遇增減或調整處遇面向。

在一般情況下，IDDT 認為 COD 衡鑑所需注意的基本考量，相同部分包括有 4 個部分：瞭解個案所屬的社會文化背景、瞭解個案的身心病史、瞭解個案服用處方藥物有無顯示出特定副作用、瞭解個案接受相關處遇 / 戒癮治療的經驗感受。相異部分所需注意的 2 個重點考量則分列如下：

1. 心理健康部分：瞭解個案有無顯示出自傷 / 自殺風險的訊息、有無顯示特定精神症狀、有無顯出物質使用的特定症狀、瞭解個案康復過程中的障礙 / 脆弱與資源 / 優勢。
2. 物質濫用部分：瞭解個案的物質使用 / 濫用 / 成癮史、有無多重物質濫用經驗及模式、對物質使用有無過量 / 失控的經驗感受、瞭解個案因為物質使用實際面臨的行為後果、有無節制使用物質的情形 / 階段、有無接受 / 運用自助團體或同儕協助的情形。

## (二)、應用工具 -

1. 心理健康部分：專科醫師進行 DSM-5-TR 診斷及 SCI 會談 (Structured Clinical Interview)、自殺行為問卷 SBQ-R (Suicide Behaviors Questionnaire-Revised)、人格評估 PAI (Personality Assessment Inventory)、精神疾病病程評估 ADCEP (Age and Developmental Considerations in Early Psychosis)。
2. 物質濫用部分：專科醫師進行 DSM-5-TR 診斷及 SCI 會談 (Structured Clinical Interview)、成癮嚴重度指標 ASI (Addiction Severity Index)、物質使用障礙症與失能評估 AUDADIS-IV (Substance Use Disorders and Associated Disabilities Interview Schedule-IV)。

由此可知，從篩選 / 衡鑑為起點來建構起藥酒癮的共病臨床專業知能十分重

要，只有更加精準、更有助於患者的評估工具 / 評估模式，我們才能瞭解藥酒癮 / 心理疾病實際共病的心理病理和病程概況，也才能提供切合的診斷結果，方能藉以銜接隨後進行的治療建議或處遇策略；為避免此部分相關內容過於繁瑣冗長，有關蒐集各特定資訊的詳細做法和方向，則請見附錄一。

### 參、藥酒癮和心理疾病共病患者的協同處遇

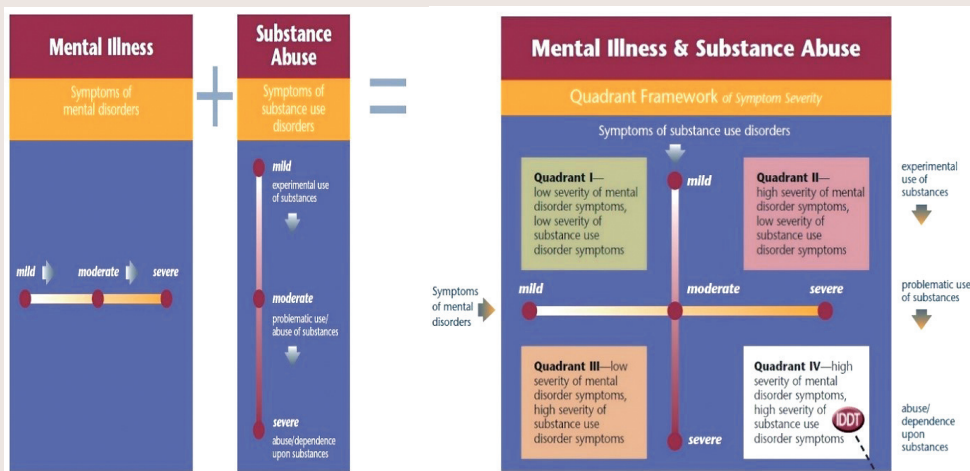
在 NIDA(2020a) 工作手冊關於藥酒癮共病治療的章節中，一開始便說明不可忽視生理檢查 (physical examination) / 藥物治療 (medication) 的重要性，因為許多生理疾病在病程初期是以心理症狀或精神症狀來呈現 (如憂鬱可能是失智症 / 巴金森氏症的初期症狀)，需透過相關檢測來加以確認或排除其他疾病可能性；或者是肇因於物質使用而誘發的副作用 (如濫用海洛英後開始便秘 / 濫用興奮劑物質導致失眠因而就診家醫科) 甚至後遺症 (如濫用 K 他命造成的膀胱纖維化)，這些都需要接受生理檢測或醫藥治療來幫助 COD 患者改善體癥指標以利復原；然而緩解身體不適 / 回復生理功能並不同於藥酒癮患者自然而然地會邁向減少使用或戒除物質，也不代表其心理疾病的共病現象必然得到改善，這些依舊仍有賴於心理處遇 / 心理治療、多元處遇 / 網絡合作的介入才能協助共病患者真正擁有正向改變；更重要的是，當藥酒癮患者出現 (或並存) 嚴重心理疾病 (serious mental illness，以下簡稱 SMI) 時，就會使得臨床工作處於相當程度的複雜困境，究竟應該考慮暫停原有藥酒癮處遇並轉變成以 SMI 為主軸的治療模式，還是應該試著增加 SMI 治療的思維來提供更多的處遇量能以維持特定療效，或者應該揚棄共病雙軸診斷處遇的思維改採融合式 / 統合式的治療設計，這些就仰賴於所有專業人員的訓練、檢視收容機關 / 照護機構 / 社區資源現存的處遇量能來共同決定。下面是幾個不同面向 / 不同角度的處遇原則 (表三)，提供給大家做為參考。

IDDT 模式以物質濫用程度、心理疾病嚴重程度兩個維度提出雙重診斷的建議，在其整合性治療服務模式中，建議進行合宜的篩選評估、診斷衡鑑後，便可依藥酒癮共病患者實際的病情現況提供所需要的協助 (如圖一)。簡單來說，當 COD 患者目前為輕微物質使用 / 輕微心理疾病的相關症狀時，無論是提供戒癮處遇或以心理疾病治療為主 (或僅提供任一面向協助)，都能有助於患者康復；其次當患者目前處於輕微物質使用 / 嚴重心理疾病的狀態時，就要以心理疾病治療為主要 / 優先考

表三：專業人員面對藥酒癮共病患者進行處遇時的基本原則

項目	IDDT(2012)	NIDA(2020a)	SAMHSA(2020)
處遇原則	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 使用動機式晤談法的4項原則               <ul style="list-style-type: none"> <li>• 表達同理心</li> <li>• 創造不一致</li> <li>• 與抗拒纏鬥</li> <li>• 增進自我效能感</li> </ul> </li> <li>* 使用動機式晤談法的4個會談技巧               <ul style="list-style-type: none"> <li>• 給予支持肯定</li> <li>• 使用開放式問句</li> <li>• 反映式傾聽</li> <li>• 運用摘要</li> </ul> </li> <li>* 熟悉動機式晤談法各階段的核心概念 (詳見附錄二)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 6項原則               <ul style="list-style-type: none"> <li>• 運用復原概念工作</li> <li>• 學習多重疾病觀點 / 視角</li> <li>• 發展具階段性的處遇策略</li> <li>• 把實際生活面臨的問題帶入治療進行處遇</li> <li>• 設計個體功能 / 認知功能缺損相關的處遇計畫</li> <li>• 運用支持網絡延續 / 擴展療效</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 10項原則               <ul style="list-style-type: none"> <li>• 與個案發展治療性的同盟關係</li> <li>• 以復原觀點工作</li> <li>• 給予持續性的照護</li> <li>• 告知藥酒癮共病處愈常見的臨床議題</li> <li>• 注意精神病徵變化</li> <li>• 使用同理與支持性會談的多元觀點</li> <li>• 開放的多元文化模式</li> <li>• 運用動機式晤談</li> <li>• 熟悉復發預防技巧</li> <li>• 針對功能缺失的部分提供學習與訓練</li> </ul> </li> </ul>

註：本表為筆者從三份指引手冊資料中自行彙編。



圖一：藥酒癮與心理疾病共病時的雙重疾病診斷概念及治療建議

資料來源：Clinical guide for integrated dual disorder treatment (Case Western Reserve University,2012) , p12-p13.

量再輔以戒癮處遇，這樣才能有利於患者康復；然而當患者目前處於嚴重物質使用 / 輕微心理疾病的狀態時，就要以戒癮處遇為主要 / 優先考量再輔以心理疾病治療，這樣對於患者康復才能具有效益；最後當患者處於嚴重物質使用 / 嚴重心理疾病的

病程發展時，就要兼顧心理疾病治療 / 戒癮處遇，雙管齊下或運用整合性的治療模式，未來患者是否能夠康復或回復功能才可以有所期待。除醫藥治療的協助外，有關心理處遇的部分將以澳洲·新南威爾士州心理健康暨藥酒癮部門2015年出版的Effective models of care for comorbid mental illness and illicit substance use 為例並摘述其中對於處遇模式 / 療效評估的內容來提供臨床工作者做為參考。

### 一、Assertive community treatment(ACT) 模式：

- (一)、處遇內容：由多種專業人員組成治療團隊，會直接提供服務而非轉介其他資源或機構；以團隊晨會來討論每位 COD 患者的處遇情形並即時予以調整；適用對象為重度成癮與 SMI 患者，以機構性處遇為主亦可提供外展服務。
- (二)、衡鑑工具：簡明精神病評定量表 (Brief psychiatric rating scale，以下簡稱 BPRS)、簡式症狀問卷 (Brief symptom inventory，以下簡稱 BSI)、時光回溯法 (Timeline followback，以下簡稱 TLFB)、生活品質問卷 (Quality of life)、Residential follow-back calendar、Substance abuse treatment scale/Alcohol use scale/Drug use scale、Treatment needed and received scale。
- (三)、實證療效：具有相當高程度的證據支持，並有隨機分派的研究。

### 二、Integrated Dual Disorder Treatments(IDDT) 模式：

- (一)、處遇內容：由多種專業人員組成團隊並以密集的、階段性治療處遇為主；運用 Matrix 原則，採取個別處遇和團體處遇、心理疾病與物質濫用的治療併行 (可視患者需求增減)；適用對象為遊民、住院患者、刑事司法系統中的累犯者。
- (二)、衡鑑工具：BPRS、TLFB、IDDT fidelity scale and general organizational index、Global assessment scale。
- (三)、實證療效：具有中高程度的證據支持，並有部分隨機分派的研究。

### 三、Case management/Care coordination/Integrated case management (ICM) 模式：

- (一)、處遇內容：以個案管理為主軸並結合家庭系統資源，著重於協調不同專業人員的治療計劃、各項處遇先後次序及危機分級、服務可近性和治療效益考量；重視治療留存率也會進行定期檢核服務效益；適用對象為刑事司法系統中的收容人、出院病人、社區藥癮者及其家屬。
- (二)、衡鑑工具：個人病史、精神病活性與負性症狀量表(Positive and negative syndrome scale, PANSS)、漢氏憂鬱量表(Hamilton rating scale for depression)、Behavior and symptom identification scale (BASIS-32)。
- (三)、實證療效：具有中等程度的證據支持，並有隨機分派的研究。

### 四、The combined psychosis and substance use(COMPASS) 計畫：

- (一)、處遇內容：以臨床醫師為主軸，並由多種專業人員(可以是不同機構)組成團隊來共享服務資源/共同進行療程；設計 C-BIT 並將家庭成員/社交網絡成員納入一起進行改變的歷程；適用對象是住院病人、出院病人、執行監護處分安置機構收容人。
- (二)、衡鑑工具：BPRS、Clinician indices of integration and change、Engagement as measured by the substance abuse treatment scale/alcohol use scale/drug use scale、Units of alcohol consumed over 30 days、Amount of cannabis used over past 30 days and substance-related beliefs。
- (三)、實證療效：具有中等程度的證據支持，並有隨機分派的研究。

### 五、Comprehensive, continuous, integrated system of care(CCISC) 模式：

- (一)、處遇內容：以臨床護理/社區護理為主軸，並運用 IDDT 的雙重診斷、四象限分類模型來做為服務規劃；從檢視資源到提供治療與照護工作，都會考量 COD 患者動機及遵從性以提高整體效益；服務對象無論是個體或家庭、在機構或社區，只要能接受半年以上治療計畫者皆可。

(二)、衡鑑工具：BSI、Residential follow-back calendar、Past month quantity/frequency of use、Comorbidity program audit and self-survey for behavioral health services。

(三)、實證療效：具有中等程度的證據支持，並有隨機分派的研究。

其他像加拿大或澳洲當地進行但無隨機分派或僅有少許實證研究的藥酒癮共病處遇方案還有 Burnaby treatment center for mental health and addiction 模式、Triple care 模式、Collaborative early identification 模式、Substance use and mental illness treatment team(SUMITT) 模式、Co-exist NSW/Multicultural state-wide comorbidity referral 計畫、Hunter New England mental & substance use service 方案、Model for responding to dual diagnosis 模式、Sydney local health district model of care for comorbidity 方案...等，各位讀者倘若有興趣詳細瞭解上述處遇方案/計畫內涵，尚請詳閱該份手冊；同時，如何考慮各種不同狀態來安排進行適切的 COD 處遇，此部分的流程說明與內容亦置於附錄三提供給大家做為參考 (NSW, 2015)。

再次強調的，是 COD 治療模式和實際執行的過程中，重要的關鍵是以團隊工作而非僅由單一專業獨立來進行(專業團隊成員可以包括個案管理師、社會工作師、護理師、精神科醫師、物質濫用諮商師、臨床心理師、保護官、就業輔導員、同儕網絡/家庭網絡/社區網絡等相關人員)，且上述各種治療理論/處遇模式，都載明在網絡合作下才得以發揮最大效益。舉例來說，當藥酒癮者(A君)第一次出現被害妄想同時有躁動不安、衝動焦慮...等狀態長達數週時，除接受醫師門診/醫藥協助外，亦應施予 COD 篩選/衡鑑來確認實際心理病理症狀或生理病程發展情形，此部分可由經過訓練的人員(如個案管師)來進行篩選後，來判斷 A 君有無轉介心理師執行心理疾病/物質濫用的衡鑑需要；接著根據篩選/衡鑑的結果來安排後續所需的處遇及治療。舉例來說，若篩選結果顯示被害妄想僅在物質濫用歷程中出現，待戒除物質或待戒斷症狀緩解後便消失，A 君目前若僅處於焦躁情緒，就可視為嚴重物質使用/輕微心理疾病的個案類別，處遇重點則以戒癮治療為主較符合 A 君實際需求；若為住院病人便可另導入臨床心理師/職能治療師等其他相關處遇量能；若為門診病人則可導入社區中的自助團體/政府機關/民間機構/社會工作師/臨床心理師等網絡單位或專業人員來實施聯合處遇。簡言之，具有良好療效的藥酒癮和心理疾病共病處遇必然是網絡合作模式，絕非單一專業/特定人員可獨立完成。

## 肆、司法系統中藥酒癮和心理疾病共病收容人之概況

在 1999 年以前，美國政府所屬的物質濫用與心理健康服務部 (Substance Abuse and Mental Health Services Administration，以下簡稱 SAMHSA) 透過大規模的調查發現，各類型司法機關收容人約 3%~ 17% 有藥酒癮與心理疾病共病現象；逾廿年後的此刻，卻發現實際上約有 70% 藥酒癮史 (或當下仍處於成癮或戒斷狀態) 的司法機關收容人出現了各種身心症狀，其中 17%~ 34% 甚至合併有嚴重心理疾病 (SMI)，而少年犯、女性受刑人伴隨創傷及壓力障礙症的比例還可能更高 (SAMHSA, 2020)；Baranyi、Fazel、Langerfeldt 和 Mundt(2022) 利用 15 個資料庫進行後設分析，篩選出 50 個不同國家的研究、共 11,346 筆監獄受刑人樣本來進行藥酒癮 COD 的研究，則發現到藥酒癮與心理疾病共病比例至少在 13.8%~28.5% 之間。由此可見，在矯正機關中的藥酒癮收容人 COD 比例明顯地隨著時間逐步上揚，其嚴重程度的確需要我們好好加以正視。

在國內，最早的研究起源於陳喬琪、胡海國、蔡尚穎、林世光、王守珍與束連文 (1996) 以 260 名海洛英成癮受刑人進行終身盛行率 (lifetime prevalence) 的研究發現，其各類精神疾病共病的終生盛行率是 42.7%，其中前三類依序為酒癮 11.2%、適應障礙症 10.8%、廣泛性焦慮症 4.6% 和其他各種精神疾病；黃道興、蕭意穎、沈勝昂和黃健利用國內健保系統大數據檢視了 2013 年全年曾於監所監禁期間就診後所登載的資料來進行分析，發現在 82,650 人中有 9,344 名收容人 (11.31%) 出現心理疾病診斷的相關紀錄；診斷有心理疾病的收容人中，屬於焦慮、解離與身體化症的診斷比例最多 (佔 49.48%)，若進一步區隔不同性別的比例來看，男性有上述任一診斷者佔有心理疾病男性收容人的 47.55%，女性有上述診斷者佔有心理疾病女性收容人的 59.42%，女性比例顯著高於男性 (卡方考驗)；其次是具有特定症狀 / 特定症候群的非典型心理疾病診斷比例為 38.24%，區隔不同性別的比例來看，男性有此類診斷者佔有心理疾病男性收容人的 39.22%，女性有該診斷者佔有心理疾病女性收容人的 33.20%，男性收容人比例反而顯著高於女性 (卡方考驗)。惟此研究中所呈現的收容人健保資料庫中歸群於藥物濫用診斷比例僅佔全體收容人的 15.41% (Tung、Hsiao、Sheng 和 Huang, 2018)，明顯低於在監收容人的實際態樣 (2013 年施用毒品



收容人佔比應為 38.12%，法務統計，2014），這顯示出藥酒癮者在監所期間，使用健保醫療資源來協助自己成癮問題（這樣才會出現藥物濫用診斷碼）的比例偏低，或肇因於健保不支付成癮治療費用導致數據偏低所致。

最新的研究來自於顧以謙 (2022) 利用矯正署衛生醫療統計數據，分析 2015-2020 年在監所收容且為施用一級 / 施用二級毒品者並顯示有共病精神疾病診斷的比例為 16.10%~24.77%，同時施用二級毒品 COD 比例皆高於施用一級毒品 COD 比例（但未達顯著水準），該研究也說明施用毒品 +COD+ 暴力犯罪紀錄，僅佔整體施用毒品收容人 3%~4.5%，顯示施用毒品共病心理疾病的收容人，與出現暴力犯罪之間並無明顯的關聯性存在。上述結果再次說明，矯正機關收容人罹患心理疾病或出現精神症狀的人口比例 (11.31%~24.77%) 明顯遠高於社區（台灣社區盛行率為 5.30%），然而前項研究更值得我們關注的部分是，女性收容人在監期間就醫精神科後診斷有焦慮、解離或身體化症者的比例接近 60%，不由得令人疑惑其中藥酒癮 COD 患者的比例為何（該研究未分類註明）；於是乎，當搜尋我國政府研究資訊系統 GRB(Government Research Bulletin)、博碩士論文網、期刊論文時，就會發現以針對矯正機關收容人藥酒癮 COD 概況所進行的研究竟如鳳毛麟爪，而即使用 prison+ drug abuse+ co-occurring disorders 為關鍵字進行 google 學術搜尋或在 BMC 醫藥期刊資料、ScienceDirect 資料庫中來進行國外研究搜尋，所得到的研究數量亦十分有限，更遑論限縮於關矯正機關中藥酒癮合併心理疾病共病處遇的相關論述與研究，找不到可供檢索的資料了。

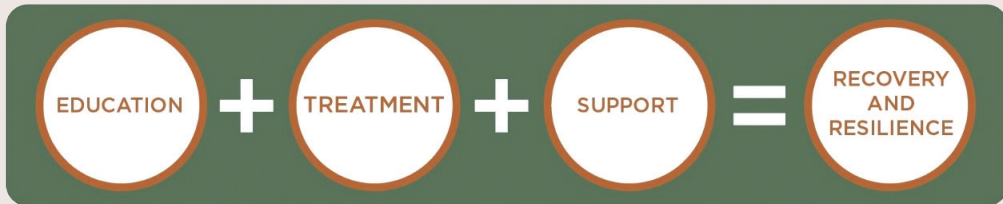
此外，當我們聚焦在藥酒癮者共病的心理疾病時，總是習慣性地和焦慮症、憂鬱症、睡醒障礙症、身體症狀障礙症、思覺失調症來進行連結與討論，不過對於青少年藥酒癮者常見的注意力不足 / 過動症，女性藥酒癮者常見的創傷後壓力症，年長藥酒癮者常見的認知障礙症便甚少關注；特別要提醒讀者注意的是，由於國內外矯正機關實際的樣態並不相同，國內相關研究描述監所中藥酒癮 COD，通常指的是過去的藥酒癮行為 + 現在的心理疾病，而國外同樣本定義的研究，所指的則是藥酒癮行為（無論現在或過去）+ 現在的心理疾病，此部分形成的差異最易見於國內外矯正機關實施替代療法觀點上的迥異。接下來，我們將試著簡要描述青少年、女性及年長者等特定族群在司法系統中藥酒癮 COD 的情形。

## 一、青少年藥酒癮者 COD 部分：

Beaudry、Yu、Långström 和 Fazel(2021) 以美國 1966-2019 逾五十年間的資料數據進行分析，發現在 19 個城市中曾經遭受檢警拘留或留置於司法機關共 32,787 名青少年 (少男 28,033，少女 4,754)，有鬱症診斷的少男約佔 10.1%、少女 25.8%；有創傷後壓力症的少男約佔 8.6%、少女 18.2%；罹患精神病癥的少男約佔 2.7%、少女 2.9%；Manninen、Koivukangas、Holm 和 Lindgren(2022) 在 1991-2011 年間，每隔 5 年對芬蘭的少年矯正學校 / 少年中途之家前後共計 1,074 名觸法少年進行的縱貫研究、追蹤至 2017 年底發現 (社區對照組 5,313 名)，曾經收容的少年即便回到社區，仍有 639 人 (約佔 59.5%) 曾經就診而有一種以上的心理疾病診斷，前五個依序是行為規範障礙症和注意力不足 / 過動症佔 30.7%(少男 33.9%、少女 24.7%)、物質使用障礙症佔 29.3%(少男 31.5%、少女 25.2%)、情感性障礙症佔 17.9%(少男 14.9%、少女 23.3%)、人格障礙症佔 10.9%(少男 11.4%、少女 10.1%)、思覺失調症類群佔 9.7%(少男 9.8%、少女 9.5%)。這些可能觸法 / 經歷司法收容的青少年能否有機會接受醫療處遇尚不可知，更重要的是這些相關調查無法同步顯示物質濫用的比例和關聯性，導致各項資料缺漏串連而難以進行更多探討。

在國內，陳裕雄、陳牧宏、魏漢庭和陳亮妤針對 2016-2021 年間我國青少年透過少年法庭 (或少年法院) 轉介進入戒癮治療且留置在社區的青少年共 106 名來進行司法後追的問卷調查研究後，發現到這些青少年接觸多重物質使用的比例 (71.7%) 遠高於只使用單一毒品者 (28.3%)，同時最常被混用的毒品有安非他命、K 他命、搖頭丸、笑氣及新興毒品 (new psychoactive substance，以下簡稱 NPS)；多重物質使用的青少年相較於只用一種毒品者，有更高的比例會出現自殺嘗試、過動症、重鬱症的相關診斷註記；而使用新興毒品 (NPS) 的青少年，則有更高的比例會出現自殺嘗試、過動症、因使用物質引發的精神關聯疾患的相關診斷註記 (Chen、Chen、Wei 和 Chen，2022)。因此，面對在司法系統 / 矯正機關中收容的藥酒癮 COD 青少年，有哪些注意事項呢？SAMSA(2016) 針對藥酒癮共病之不同心理疾病分別製作簡要說明來提醒臨床工作者，面對青少年 COD 時，除要對應不同身心疾病所需注意的醫療訊息外，更重要的是要瞭解到，青少年無論是物質濫用或心理疾病，經常是首次發作 / 初發 (first episode) 的狀態，也就是說，我們不宜以成人慢性病觀點來思量處

遇策略和預後，而是宜以疾病初期的角度來介入處理(如圖二)；此外，青少年由於對於物質濫用、心理疾病的欠缺正確認知，所以常見短期高頻率使用、單次高劑量使用、混合物質使用等嚴重影響身心功能/用藥高風險的行為，此部分便需要提供足夠的用藥正確訊息來補充說明。



圖二：青少年藥酒癮與心理疾病共病時的處遇原則

資料來源：Understanding a first episode of psychosis-young adult: Get the facts.(SAMHSA, 2016), p4. Get the facts.(SAMHSA, 2016), p4.

## 二、女性藥酒癮者 COD 部分：

UNODC(2018b) 的調查報告指出，2016-2017年間全球有 71 萬左右因為犯罪受到監禁的女性收容人，其中約 35%(約 25 萬人) 是毒品相關罪名且多數皆同時為物質濫用者；James 和 Glaze(2006) 則以 2005 年美國約 126 萬曾監禁在不同司法系統中的收容人來進行研究時發現，有近 44.8%~64.2% 的收容人曾經出現心理困擾的問題，進行性別分析後更顯示出，女性收容人出現心理困擾的比例為 61.2%~ 75.4%，遠高於男性收容人；但若僅探討藥酒癮與心理疾病兩者的共病時，Abram、Teplin 和 McClelland(2003) 年針對芝加哥 1,272 名在監執行徒刑的女性收容人進行研究，以此時此刻而非整個監禁期間的醫療紀錄來做分析時發現，在兩周內出現藥酒癮與嚴重心理疾病的 COD 受刑人約有 8%(155 名)。可惜的是，國內尚未見有關司法系統/矯正機關中女性受刑人藥酒癮 COD 患者的相關研究論述可循。

雖然多數共病處遇/共病治療並未因性別而有所差異，然而提供在司法系統/矯正機關中收容的女性藥酒癮 COD 患者共病相關處遇的計畫方案時，仍要注意的特定事項包括：確認有無懷孕及嬰幼兒照顧的服務需求，有無疼痛/慢性疼痛或特定焦慮障礙症的病癥，觀察 COD 病程有無快速發展或劇烈變化的現象(NIDA, 2020b)；現代醫學的實證證據則說明女性藥酒癮 COD 關於創傷、暴力、被害經驗的團體處遇/課程活動若能限縮僅由女性參與進行的話，其處遇效益是優於性別混合的團體處遇療效的(SAMHSA, 2020)。

### 三、年邁藥酒癮者 COD 部分：

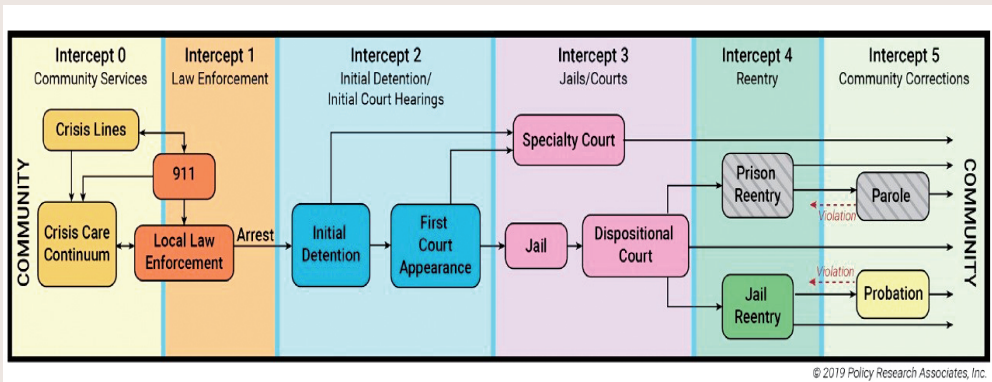
Haesen、Merkt、Imber、Elger 和 Wangmo(2019) 利用 PubMed /MEDLINE、PsycINFO、EMBASE 和 CINAHL 四個期刊資料庫累積至 2017 年 4 月的資料來進行文獻回顧 / 後設分析研究，在 787 筆相關文獻中，萃取出 17 篇 (共 49,855 收容人母群) 以老年收容人為主 (8,081 名樣本，過半研究定義在 60 歲以上)、包含藥酒癮共病探索的隨機對照量化研究；多數研究發現相對於較年輕的收容人，年長收容人罹患心理疾病 / 精神疾病的盛行率是隨著年齡而提高的、年長收容人濫用酒精 / 酒癮嚴重程度也偏高 (年輕收容人則是濫用非法藥物)、年長女性收容人會出現更多疼痛議題 / 情感性疾患也較願意接受相關心理處遇協助；此外，年邁長者盛行率較高的失智症 (dementia)、年邁者長期酗酒與思覺失調症 (schizophrenia) 和憂鬱症 (depression) 的高度相關，當然也一樣會在監禁的環境中浮現。

美國的研究則顯示，2005 年曾監禁在不同司法系統中、55 歲以上的年長收容人則有近 36.1%~ 52.4% 曾經出現心理困擾的問題 (James 和 Glaze, 2006)；而國內的刑事政策與犯罪防治研究專刊 (2018) 有一篇高齡受刑人統計分析中提及，在 2016 年底涉犯毒品相關罪名者有 266 人 (65 歲以上)，佔全體高齡受刑人 (1,092 人) 約佔 24.4%，相較於 2007 年時的情形增幅則為 11.4%。可惜的是，國內外對於司法系統 / 矯正機關中高齡受刑人藥酒癮與心理疾病 COD 患者的專題論述仍付之闕如，導致實際狀態無法真實呈現亦難以瞭解趨勢變化。

因此，面對年邁藥酒癮共病收容人，有哪些注意事項呢：Widlitz 和 Marin(2002) 便指出幾個與不同年齡層藥酒癮 COD、特別是高齡者的重要差異提醒，包括有：酒癮困境通常高於藥癮議題、睡眠困擾高於營養議題、濫用處方藥物現象高於實際需要、出現性格轉變時要優先評估有無輕度認知障礙症 / 失智症或腦部病變的病癥。

最後，由於國內外都缺乏共通且合宜的工具及專業人力來進行完整的藥酒癮者評估篩選、鑑別診斷，所以實際的 COD 比例可能還高於目前已知，其他有關後續治療轉介等處遇服務如何妥適等議題就更不用多談了 (SAMHSA, 2019a)；倘若我們嘗試從另一個角度來思考，或許當藥酒癮共病收容人進出不同司法系統 / 司法處遇

時，其實就是一次又一次可以提供相關處遇的機會（如圖三），當我們能夠真正用改變與協助的角度來正視此議題，而非像過去僅以懲罰不當行為的慣性邏輯來看待這些藥酒癮共病的收容人時，在未來才有機會真正減輕公共安全/公共衛生的負擔。



圖三：在不同司法流程階段皆有機會提供處遇協助以阻斷藥酒癮共病病程發展

資料來源：Screening and assessment of co-occurring disorders in the justice system. (SAMHSA, 2019a, 第 13 頁)。

### 伍、藥酒癮患者與人格障礙症的共病概況與處遇

每每討論藥酒癮 COD 的各類心理疾病時，最後總會論及目前尚無有效醫藥治療可供協助且預後通常不甚理想的人格障礙症 (personality disorders)，畢竟，人格障礙症患者合併有酒精 / 藥物 / 毒品濫用的情形十分常見 (UNODC, 2018a, 表一)，其中又以 B 類群中的反社會型人格障礙症 (antisocial personality disorder, 以下簡稱 ASPD) 和邊緣型人格障礙症 (borderline personality disorders, 以下簡稱 BPD) 比例最高，而青少年階段則是以行為規範障礙症 (conduct disorder, 以下簡稱 CD) 為最 (NIDA, 2020a)，上述三種診斷準則與注意事項則請見附錄四；此外，不同的研究皆指出，相較於其他藥酒癮 COD 患者，與 ASPD、BPD 共病者的物質使用程度更加嚴重，也會使得其他 SMI 共病發生率大幅提高 (Schmitz、Stotts、Averill、Rothfleisch、Bailey、Bayre 與 Grabowski, 2000；SAMHSA, 2019a)。以下說明藥酒癮共病 CD、ASPD、BPD 的概況，以及獲得 NIDA 所倡議的辯證行為療法 (Dialectical Behavior Therapy, 以下簡稱爲 DBT) 這個運用在人格疾患的特殊治療模式。

## 一、青少年藥酒癮及行為規範障礙症

行為規範障礙症(原稱之品行疾患)係指青少年出現反覆的/持續性的攻擊和違反規範的行為模式,影響了自己學習與社交等個體功能,相較於一般青少年的叛逆或頑皮無知,CD 患者此類行為具備持久性(12個月以上),而行為障礙特徵亦經常是其他精神疾病的前驅症狀之一;換句話說,CD 並非單純青少年時期的發脾氣鬧彆扭而已,患者會呈現與年齡不相符的敵意或反抗模式,並與成年人起爭執或拒絕接受成人所訂立的規則;會把自己的錯誤或不當言行認為是他人過失責怪他人,經常充滿憤怒和怨懟情緒,毀損物品/蓄意縱火毫無愧疚、霸凌同學/虐待動物...等,都是青少年 CD 的特定行為模式。

Hicks、Krueger、Iacono、McGue 和 Patrick(2004) 在 542 對同卵雙胞胎研究中發現遺傳基因與環境不利等因素對於個體出現濫用物質行為的影響甚鉅,絕大多數的心理疾病/人格障礙症兩位雙胞胎都會擁有類似診斷(但嚴重程度可能不同);此外當雙親有藥酒癮行為時,青少年期的雙胞胎也就同時容易發展出藥酒癮與 CD 共病的行為及診斷;另一份研究更直接指出青少年大腦發展階段正處於易感性/易敏性(vulnerability) 所以容易受到成癮物質的影響,因此,當青少年出現心理失調(psychological dysregulation) 時,會大幅提高其濫用酒精和毒品的風險,而行為規範障礙症是成年後藥酒癮行為的有效預測校標(Thatcher 和 Clark, 2008)。

Manninen、Koivukangas、Holm 和 Lindgren(2022) 除發現曾在少年矯正學校/少年中途之家收容少年回到社區後,CD 和注意力不足/過動症、物質使用障礙症是最常出現的共病診斷外,這份研究亦追蹤過去曾經收容在矯正學校的少年在十多年後藥酒癮共病心理疾病的盛行率,發現到收容少年回歸社區後罹患人格障礙症及思覺失調症類群並無性別差異,但在出現 CD、注意力不足/過動症、神經發展障礙症的部分是男性顯著高於女性,而情感性障礙症的部分則是女性高於男性;另一群曾收容在中途之家的觸法少年雖然成年以後上述各項診斷皆高於一般青少年,但未達顯著水準亦無性別差異性存在。簡言之,當青少年在成長發展階段出現 CD 時,現在或未來都將是演變為藥酒癮的高風險族群。

## 二、藥酒癮及反社會型人格障礙症

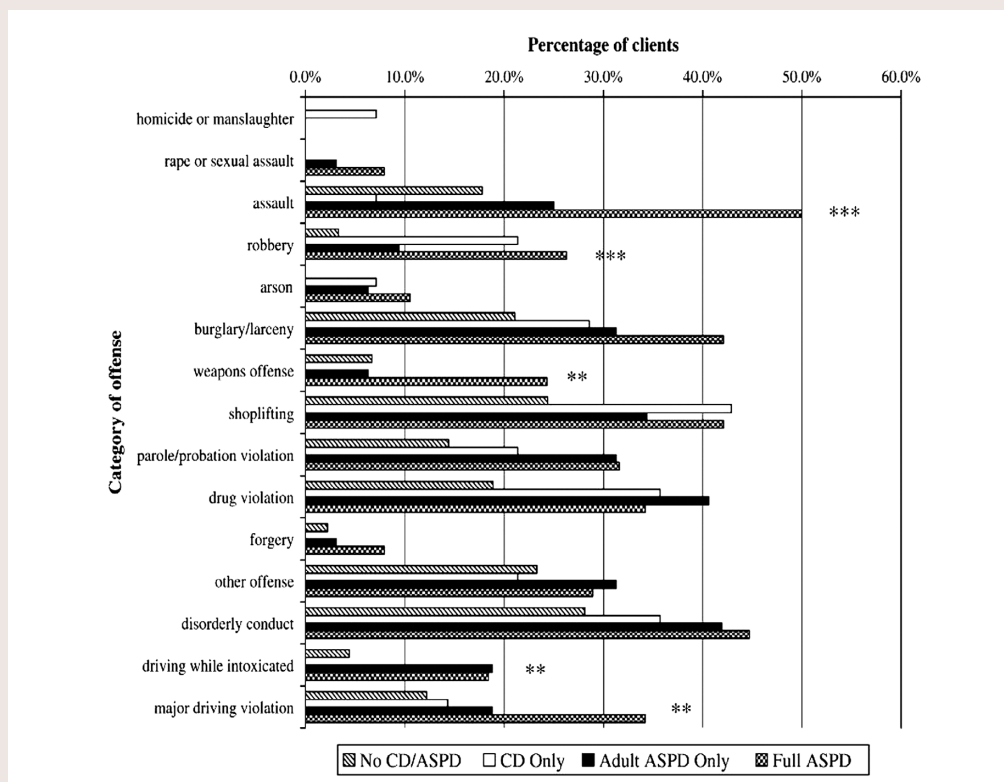
反社會型人格障礙症患者平時與你我看來並無太多差異，甚至有時充滿魅力，不過由於面對事件時缺乏同理心、無悔恨和極少感到羞愧羞恥，故使其衝動行為愈發具有破壞性；同時，說謊並讓他人誤信以為真而後並出現受騙後的憤怒，對 ASPD 患者可能是充滿有趣好玩的經驗感受。當然，ASPD 患者針對配偶或小孩的家內暴力、藥酒癮、竊盜詐欺...等，也都可能是成年期常見的行為。簡而言之，缺乏道德觀、缺乏自我羞愧、缺凡同理感受、自我中心和樂於利用別人、無法維持和諧的 / 親密的人際關係都是 ASPD 的重要表徵。單就 ASPD 來說，在監所中的比例可能 10 倍於社區人口，而監禁中的藥酒癮者則約有 40%~60% 亦可能出現與反社會型人格障礙症共病現象。(SAMHSA, 2019b)

在國內，陳喬琪、胡海國、蔡尚穎、林世光、王守珍與束連文 (1996) 的研究中就已發現到符合藥酒癮 DSM- III -R 合併人格違常疾患的診斷標準者約有 40.8% (總樣本為監獄中的 260 海洛英成癮者)：其中歸屬於 B 型人格疾患即佔 84.9% (ASPD 就有 60.4%)、C 型人格疾患為 10.4%、A 型人格疾患為 4.7% 最少；也就是說，在監禁中藥酒癮與人格疾患共病的 COD 患者，仍以 ASPD 為主，一如其他非藥酒癮的其他罪名受刑人相仿。林瑞欽、陳喬琪與鄭添成 (2010) 以男女性各 300 名受戒治人進行量化研究、並對男女性各 20 名受戒治人進行 Mini 量表的診斷性晤談 / HPH 健康性格習慣量表施測和考驗後發現，約有 57.5%~66.7% 的受戒治人符合 HPH 反社會型性格傾向分量表，除其比例顯著高於一般性社會常模外，多重濫用藥物者亦顯著高於單一毒品濫用者，惟未見藥酒癮共病 ASPD 男性高於女性的現象 (無顯著差異)。

Mueser、Crocker、Frisman、Drake、Covell 和 Essock (2006) 以醫療院所就診的藥酒癮患者來進行回溯訪談研究，4 年內 382 名符合兩年內近常進出急診、入住精神病房、監禁收容的患者樣本為母群，178 人完成所有評估與追蹤，以青少年期有無 CD 診斷 / 成年期有無 ASPD 診斷並將上述樣本分為 4 個類群後發現 (如圖四)，同時具有青少年期 CD 及成年期 ASPD 患者在犯罪行為上，相較於其他三類型，在人身攻擊、搶奪強盜、持械與酒駕肇事這 4 種犯罪行為明顯偏高且達顯著差異 (跟無 CD / 無 ASPD 診斷者差異最大)；從犯罪預防的角度來說，代表的意義是提供 CD / ASPD 藥酒癮 COD 患者 SMI 相關協助是十分重要的再犯防止策略。

### 三、藥酒癮及邊緣型人格障礙症

另一種與藥酒癮經常成為共病的人格障礙症是邊緣型人格障礙症。BPD 通常被視為療效有限、預後不佳的一種心理疾病，無論是患者自身、家人、親密伴侶、朋友、甚至治療師，都無可避免地會受到其影響與傷害，而 BPD 患者擅長的人際操控及情緒控制問題則是最令他人難以釋懷或無法原諒其行為的重要因素；同時，由於 BPD 患者通常會伴隨相當高的自殺風險與自我傷害行為、被拋棄的強烈恐懼感、憤怒及絕望…等，這些具操控性質的自傷自虐自殺行為常讓治療師及親朋好友疲於奔命，更使得協助 BPD 患者的難度大幅提升。此外，對於青少年藥酒癮者來說其中約有 30%~45% 會出現心理疾病共病現象，BPD 亦為其中常見的心理疾病共病診斷之一 (Child Mind Institute Publication, 2019)。



圖四：不同犯罪行為與有無共病 CD/ 有無共病 ASPD 的 4 組類型 SMI 藥酒癮患者，其流行率與統計考驗結果

資料來源：Mueser 等 (2006): Conduct disorder and antisocial personality disorder in persons with severe psychiatric and substance use disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), p.632



陳俊合 (2012) 以男女性各 200 名受戒治人實施 HPH 健康性格習慣量表 / 非法藥物使用者自我知覺調查表來進行量化研究，發現到有 16.5% 的受戒治人符合 HPH 邊緣型性格傾向並達重度偏差值，同時與其他不同人格障礙症亦常見有重疊 / 多重呈現的情形 (以反社會型性格傾向最多，佔 86.4%)，惟未見藥酒癮共病 BPD 女性高於男性的現象 (無顯著差異)。在國外研究的部分，隨著調查年代、橫斷研究或縱貫研究、盛行率或終生盛行率、機構樣本或社區樣本… 等的差異，藥酒癮患者共病 BPD 的比例可能從 9.5%~90%(SAMHSA, 2014)；此結果說明藥酒癮和 BPD 共病現象為人所重視，一方面是處遇療效難以顯現，另一方面是容易伴隨自傷 / 傷人的重複行為，因此投入諸多資源希望能看見效果。

SAMHSA(2014) 摘述提供此類型藥酒癮 COD 患者處遇服務時，治療師應注意下列重點：(一)、建立界線清楚的專業關係 / 工作關係，但非過度嚴格，如溫和討論；(二)、提醒並要求個案承諾自我照顧，不宜讓 BPD 患者們同在一處，如等候室或測驗室；(三)、對 BPD 患者各種特定行為模式需有高敏感度，如利用停止聯繫來取得關心 / 利用漫談笑容來逃避討論核心問題；(四)、具有足夠的知能及技巧幫助患者在專業關係中學習，而非因循過往經驗；(五)、對 BPD 患者來說，原則上個別處遇優先於團體處遇，同時前者不因後者而暫停或取消；(六)、治療歷程可能不同於其他類型患者，通常進展緩慢且症狀起伏不定，難有短期效益；(七)、治療團隊需定期共同討論 BPD 患者的整體概況及病程療程，避免各專業之間相互制肘。

#### 四、辯證行為療法的效益

有關藥酒癮共病人格障礙症的處遇 / 治療部分，NIDA 所屬的期刊 (Addiction Science & Clinical Practice) 在十多年前便指出目前有一個具有實證基礎可以增加部分療效的心理治療模式：辯證行為療法 (DBT)；DBT 相信深陷情緒風暴的個案並不具備有解決自我困境及建構有價值人生的技巧與能力，在問題浮現時，個體要不是讓自己停止任何感覺的話，就是讓情緒一直擴大到失控狀態；DBT 的核心議題就是在協助個案學習在「改變現況不再痛苦」和「接受痛苦的普遍性存在」兩種對立的觀點中，找到平衡。此外，DBT 亦鼓勵個案以多角度、多面向的概念來看待生活與整個世界，接納自己或他人的對立想法，然後學習整合矛盾，讓自己更有能力處於不一致與衝突的情境中，透過舊意義來詮釋及發展出新的意義，從而促使個案更貼

近事件或情境本身，並找出不同以往的因應之道。所以，在 DBT 中，個案與治療師最常提及的問題是：「有沒有什麼是我們沒考慮到的或沒想過的？」「互異的觀點與感受綜合起來會是什麼呢？」

Dimeff 與 Linehan(2008) 說明 DBT 實質蘊含的三個主要架構或元素：認知行為療法 (cognitive-behavior therapy)、效能 (validation/acceptance) 及辯證 (dialectics)，分述如下：

- (一)、認知行為療法：認知行為療法常用到的幾個助人技巧也被 DBT 所採用，包括有技能訓練 (skills train)、指派家庭作業 (homework assignments)、症狀紀錄表 (symptom rating scales)、行為分析 (behavior analysis) 等，不過在 DBT 中，行為 (behaviors) 二字係廣泛地將想法、感覺與作為都涵蓋其中，同時也積極地要求患者改變自我，以追求更有價值的生活及人生。一如認知行為療法，DBT 治療師會邀請個案實際執行和參與上述所提及的治療活動，並把成果帶到會談中來檢驗與修正，以及鼓勵患者在生活中實際應用或實驗所學得的新技能，無論是成功經驗或挫敗失落，都應與治療師共同來分享與承擔、擁有與化解。
- (二)、效能：DBT 治療師明白，認知行為療法對 BPD 患者的療效有限並非此治療模式本身的效能不彰，而是個案可能會因為一些標準化的認知治療策略引發內在的挫敗與無力感，導致其開始在定期的個別會談或團體治療中遲到、缺席，然後完全退出治療療程。因此，DBT 治療師除了要移除干擾治療進行的因素外 (如患者的經濟或交通問題、治療場域的方便性與隱密性、患者舊的人際網絡與支持系統等)，治療師本身專業知能若能相對提升，特別是治療策略能否依照個案的情形來調整、是否跟隨治療關係的變化而改變工作模式、有無適切地掌握不同角色間的界線與彈性等，亦是 DBT 療效是否妥適發揮的另一個重要關鍵 (Swales, Heard, & Williams, 2000)。
- (三)、辯證：DBT 所提到的辯證二字，主要是聚焦於「所有現象」及「治療關係」存在的對立本質。前者指的是一種世界觀，辯證論點相信所有事物

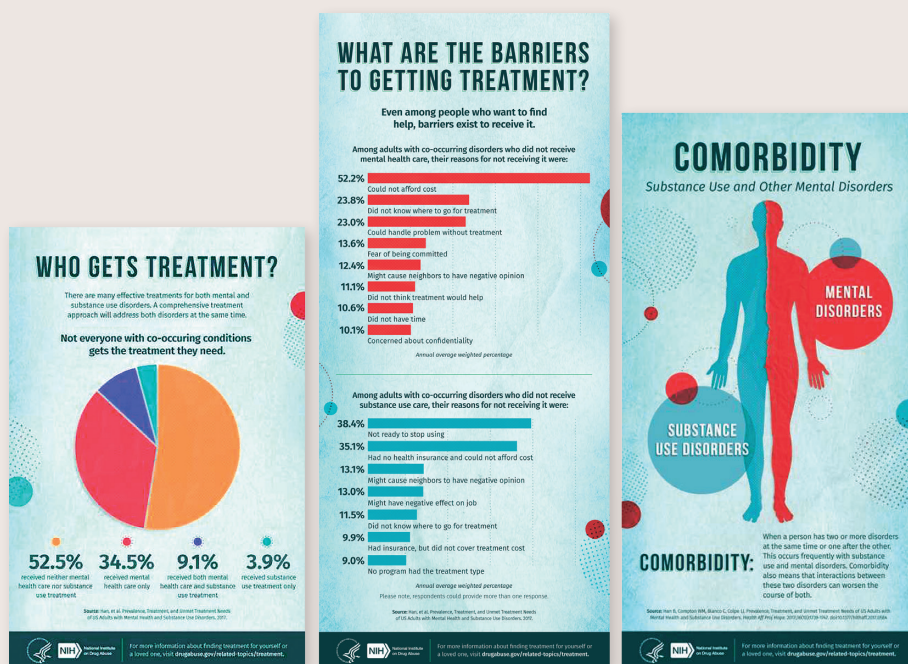
的解釋都是相對的，強調系統與整體的觀點，也相信任何整體都蘊含了各種層次或複雜的細微面向；因此 DBT 堅信事實不可被簡化，也必然有相對或對立性的存在，這樣對立的兩極可稱為「正」、「反」，而正反兩極的「合」就是所謂在治療中習得的改變。透過個體不同系統正反兩種力量（正向與負向、好與壞、孩子與父母、當事人與治療師、個體與環境等）不斷地交互作用，改變是自然且不斷發生，而這種不斷變化的現象就是生命的本質。後者則著重在治療的關係和對話，辯證觀點認為改變是透過遊說 (persuasion) 而不是形式、與人無關的理性思維來發生的；在治療歷程中反應出來的是失落與期待、開始與結束、喜怒哀懼的反覆交錯互動。簡言之，無論是當事人或治療者都在正反兩極中努力找尋平衡點，而無法忽視任何一方獨立存在。(引自潘正德等譯，2004)

Dimeff 與 Linehan(2008) 亦提醒治療師實施 DBT 時要注意的五個核心目標是：(一)、透過辯證的觀點增加個案改變的動機；(二)、提升個案的行為能力擴大其有效的行為模式；(三)、確認習得的新行為模式能夠由治療關係中類化到一般情境；(四)、構建有利於有效行為的環境並改善無效行為的情境因素；(五)、不斷加強治療師本身的動機與能力來強化能提供治療的效能。由此可見，辯證行為療法一如其他行為療法，會針對各個問題行為或個案困境進行分類分級的工作，透過風險評估，將治療目標清楚定義。倘若無其他特殊考量時，DBT 治療師會將影響最久、層面最廣、造成後果最嚴重的行為，設定為會談治療中主要改變的目標（如自我傷害與自殺行為），透過不同的辯證策略、溝通風格策略、COD 患者的自我管理策略、整合因應策略等技巧，並在每次會談中重覆檢視其日常生活/目標行為的改善程度。

那麼藥酒癮與 BPD 共病患者透過 DBT 可以學習到什麼重要的因應技巧呢？一是增加耐受力 (distress tolerance)，提供不同方式減弱對痛苦感受的影響，幫助當事人建立更有能量的復原力；其次是學習正念 (mindfulness)，練習將注意力聚焦當下/此時此刻，而非總是在懊悔過去/擔憂未來之中焦慮不安；接著是提高情緒調節能力 (emotion regulation)，學習辨識確認/釐清理解自己的狀態，並以非破獲性的方式來調整想法或消融感受；最後是提昇人際效能 (interpersonal effectiveness)，協助當事人合宜地表達內在想法和需求，能夠設定界線且尊重他人，藉此來擁有更佳的問題解決能力 (楊淑智譯，2012)。

## 陸、結語

即便是已經相當重視 COD 議題並投入相當數量 / 許多資源的美國國家健康局 (National Institute of Health, 以下簡稱 NIH), 在 2017 年的官方數據中, 顯示美國藥酒癮與心理疾病 COD 患者中僅有 9.1% 的比例接受了多重診斷和協同治療, 更有超過一半的人 (52.5%) 未曾接受過任何形式的藥酒癮治療或心理疾病治療 (如圖五); Pro、Utter、Haberstroh 和 Baldwin (2020) 針對美國 2014-2017 年間逾 140 萬少數種族 (印地安 / 阿拉斯加) 的社區調查結果, 也發現僅有少於 1/3 的海洛英成癮 COD 患者接受過醫藥治療 / 替代療法的協助 (其中女性佔比更低)。由此可知, 藥酒癮共病處遇實際執行上的難度與困境, 不光是專業人員是否具備足夠的專業知能外, 藥酒癮共病患者對於接受治療的意願和遵從性, 治療服務的可近性和環境文化的標籤作用, 醫療系統的彈性和各系統間的轉銜合作... 等, 任一因素都足以影響患者接受到實際服務多寡的狀態。



圖五：美國藥酒癮與心理疾病共病患者接受治療比例

資料來源：美國國家健康局官方海報 (NIH, 2017)

Mital、Wolff 和 Carroll(2020) 回顧了 18 篇在 2001 年以後發表的研究也得到相似結果，該研究提及對北美地區的收容人來說，有超過一半的收容人同時是藥酒癮者，而過去曾經出現海洛英過量使用情形的藥酒癮收容人（無論是在社區或在監獄），當其釋放離開監禁環境賦歸社會時，通常也是過量致死風險最高的時刻（當然也等同於再犯）；研究亦發現到在上述情況下，後續的處遇服務往往就會專注在生命維護，卻暫緩共病治療甚至忽略了共病所造成的影響，導致無法真正協助患者持續接受有效的治療處遇，因而使得急診 / 醫療量能、消防 / 公共安全的負擔不斷循環加劇。

也就是說，無論國內或國外的研究，當藥酒癮患者合併有心理疾病診斷且從司法機關賦歸社區時，皆有較高的生命安全（過量致死或自殺嘗試）/ 身心健康風險（合併多重疾病發展）的危機。因此，我國矯正機關自 2018 年漸次推動「科學實證毒品犯處遇計畫」開始，便希望持續投入藥酒癮收容人已進行的七大面向（成癮概念與戒癮策略、家庭及人際關係、職涯發展及財務管理、毒品危害及法律常識、衛生教育與愛滋防治、正確用藥及醫療諮詢、戒成人士現身說法）給予處遇，目前對於多重疾病診斷、合併其他心理疾病的共病收容人（特別是 SMI 患者），也已定期於出監前召開聯繫會議 / 復歸轉銜會議來進行衛政、社政、勞政、法政的實際連結，就是希望給予藥酒癮者完整的協助，使其有機會在出監所後仍能邁向健康平安的身心復原旅程。

言及至此，還有哪些是我們面對藥酒癮共病患者時，可以持續精進的部分呢？義大利的學者們把焦點轉移至藥酒癮者家屬 / 藥酒癮家庭的部分。Sarno、Candia、Rancati、Madeddu、Calati 和 Pierro (2021) 利用 PubMed(一種醫藥期刊資料庫) 分析了 3,549 篇文獻後發現，不只藥酒癮患者身心健康受到物質濫用的影響，其家庭成員除了出現我們已知的現象如：降低家庭生活品質、增加家庭負荷 / 家庭壓力升高、汙名化 / 標籤化及社會疏離現象之外，這些藥酒癮者家屬（無藥酒癮行為）亦同時呈現出身心健康問題、升高其口語及非口語攻擊的風險，對於低社經家庭的同居女性家屬更易陷於嚴重的身心功能缺損的現象。故當前無論是法務部矯正署的「毒品施用者家庭支持方案」、法務部保護司的「更生人家庭支持服務方案」、衛福部的「藥癮者家庭支持服務」和「逆境少年家庭支持服務」，都可以說是立基於這些實證研究結果所採取相對應的相關措施。

最後，Wallace 和 Wang(2020) 以藥酒癮 COD 患者接受處遇治療後回到社區所進行的再犯研究則提供給我們不同以往的省思觀點，兩位學者利用美國亞利桑那州 SVORI 刑事系統資料庫且聚焦於在監期間接受身心處遇並有所改善的男性收容人(871人)，來進行出監後3個月、9個月、15個月的追蹤；發現無論是在監期間或出監之後，心理健康有所改善的收容人，追蹤期間的再犯罪入監比率明顯降低；然而對於在監期間或出監之後，身體健康有所改善的收容人，再犯罪入監情況則不減反增(達顯著水準)。在國內，林詩韻、林育聖和余權訓(2019)以30名出監後接續於精神機構執行監護處分的男性精神疾病犯罪者為例，在其結束監護處分/出院後追蹤3年的結果，發現到精神疾病複雜程度、成癮物質使用現象跟再犯與否並無統計上差異存在，此現象說明對於藥酒癮合併 SMI 共病患者的處遇治療及再犯評估，或許應視為一個特定次族群而不該與其他藥酒癮 COD 混為一談。

雖然上述研究涵括的樣本有限以及追蹤期程僅為2-3年，卻也讓我們不由得再次思考，過去我們習以為常/深信不移的想法作法(改善藥酒癮收容人身心健康就必然降低再犯)或處遇策略(對於COD越嚴重的藥酒癮患者提供更複雜更多樣化處遇治療就能改善療效降低再犯)，對於瞬息萬變的現代社會是否依舊適用，實在需要我們定期驗證。因此，如何從「穩定身心健康狀態=在監行狀正常」的角度，擴展到以「回歸社區後如何維持身心健康=穩定生活作息」為基礎的處遇思維，對於想要真正達到延緩藥酒癮復發/再犯預防/犯罪中止的全人生(life span)目標，相信還有許多值得關注的議題或方向值得我們繼續共同努力與深思。

## 參考資料

- 林瑞欽、陳喬琪與鄭添成(2010)：非法藥物濫用與心理疾病共病之性別差異研究。行政院衛生署食品藥物管理局委託研究案。DOH99-FDA-61208。
- 林詩韻、林育聖與余權訓(2019)：男性精神疾病犯罪者於醫療機構執行監護之效益。醫學與健康期刊，8(2)，27-39。
- 法務統計(2014)：103年1月法務統計摘要。
- 法務部法官學院(2018)：高齡受刑人統計分析。刑事政策與犯罪防治研究專刊，16，51-57。
- 張本聖(2022)：精神疾病診斷準則手冊(DSM-5-TR)的變革與演進。台灣臨床心理師公會全國聯合會繼續教育課程，線上工作坊(無出版品)。

- 陳志根、林式毅、束連文和江淑娟(2006)：台灣藥物濫用者之用藥行為、臨床共病現象與醫療使用。行政院衛生署科技發展計畫委託研究案。DOH95-NNB-1035。
- 陳坤波(2006)：藥酒癮病患共病症之相關研究。行政院衛生署科技發展計畫委託研究案。DOH95-TD-M-113-040
- 陳喬琪、胡海國、蔡尚穎、林世光、王守珍與束連文(1996)：海洛英成癮者之精神病理學研究：共發性精神疾病與人格特質(II)。行政院衛生署委託研究案。DOH85-TD-108。
- 楊淑智譯(2012)：辯證行為治療技巧手冊。台北市：張老師文化。
- 潘正德、吳琇瑩、李鈺華、林繼偉、林淑梨、麥麗蓉、黃麗倩、張世華、譚偉象譯(2004)：心理疾患臨床手冊。台北：心理出版社。
- 顧以謙(2022)：應用爬蟲程式與數據探勘毒品施用行為創新研究先導性計畫。法務部司法官學院自體研究計畫。
- Abram, K. M., Teplin, L. A., & McClelland, G. M.(2003). Comorbidity of severe psychiatric disorders and substance use disorders among women in jail. *American Journal of Psychiatry*, 160(5), 1007-1010.
- Baranyi, G., Fazel, S., Langerfeldt, S. D., & Mundt, A. P. (2022). The prevalence of comorbid serious mental illnesses and substance use disorders in prison populations: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 7, 557-568.
- Baum, M. K., Tamargo, J. A., Ehman, R. L., Sherman, K. E., Chen, J., Liu, Q., Mandler, R. N., Teeman, C., Martinez, S. S., & Campa, A. (2020). Heroin use is associated with liver fibrosis in the Miami adult studies on HIV(MASH) cohort. *Drug and Alcohol Dependence*, online. Retrieved 01/15/2023 from: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108531>
- Beaudry, G., Yu, R., Långström, N., & Fazel, S. (2021). An updated systematic review and meta-regression analysis: Mental disorders among adolescents in juvenile detention and correctional facilities. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 60(1), 46-60.
- Case Western Reserve University Publication. (2012). Clinical guide for integrated dual disorder treatment: The evidence-based practice. Retrieved 01/15/2023 from: <https://www.centerforebp.case.edu/resources/tools/clinical-guide-for-iddt>
- Chen, Y-H., Chen, M-H., Wei, H-T., & Chen, L-Y. (2022). Survey of substance use among adolescent drug offenders referred from juvenile courts in Taiwan: Clinical epidemiology of single versus multiple illicit substance use. *Journal of the Formosan Medical Association*, online. Retrieved 01/15/2023 from: <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2022.04.009>
- Child Mind Institute Publication.(2019). Substance Use + Mental Health in Teens and Young Adults. Retrieved 01/15/2023 from: [http://centerforchildwelfare.fmhi.usf.edu/kb/subabuse/Substance\\_Use\\_Mental\\_Health\\_in\\_Teens\\_and\\_Young\\_Adults.pdf](http://centerforchildwelfare.fmhi.usf.edu/kb/subabuse/Substance_Use_Mental_Health_in_Teens_and_Young_Adults.pdf)

- Colledge, S., Larney, S., Bruno, R., Gibbs, D., Degenhardt, L., Yuen, Dietze, W. S., & Peacock, A. (2020). Profile and correlates of injecting-related injuries and diseases among people who inject drugs in Australia. *Drug and Alcohol Dependence*, online. Retrieved 01/15/2023 from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32916518/>
- Dimeff, L. A. & Linehan, M. M. (2008). Dialectical behavior therapy for substance abusers. *Addiction Science & Clinical Practice*, 4(2), 39-47. Retrieved 01/15/2023 from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2797106/>
- Haesen, S., Merkt, H., Imber, A., Elger, B., & Wangmo, T. (2019). Substance use and other mental health disorders among older prisoners. *International Journal of Law and Psychiatry*, 62, online. Retrieved 01/15/2023 from: <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.10.004>
- Hicks, B. M., Krueger, R. F., Iacono, W. G., McGue, M., & Patrick, C. J. (2004). Family transmission and heritability of externalizing disorders. *Archives of General Psychiatry*, 61, 922-928.
- James, D. J., & Glaze, L. E. (2006). Mental health problems of prison and jail inmates. Bureau of Justice Statistics Special Report (NCJ 213600). Retrieved 01/15/2023 from: <https://bjs.ojp.gov/library/publications/mental-health-problems-prison-and-jail-inmates>
- Manninen, M., Koivukangas, J., Holm, M., & Lindgren, M. (2022). Lifetime psychiatric diagnoses among adolescents with severe conduct problems: A register-based follow-up study. *Child Abuse & Neglect*, 131, online. Retrieved 01/15/2023 from: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105765>
- Mital, S., Wolff, J., & Carroll, J. (2020). The relationship between incarceration history and overdose in North America: A scoping review of the evidence. *Drug and Alcohol Dependence*, online. Retrieved 01/15/2023 from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32498032/>
- Mueser, K. T., Crocker, A. G., Frisman, L. B., Drake, R. E., Covell, N. H., & Essock, S. M. (2006). Conduct disorder and antisocial personality disorder in persons with severe psychiatric and substance use disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 626-636.
- National Institute on Drug Abuse Publication. (2014). Principles of drug addiction treatment for criminal justice populations : A research-based guide (pp. 1-5). Retrieved 01/15/2023 from: <http://www.drugabuse.gov/PODAT/PODATIndex.html>
- National Institute on Drug Abuse Publication. (2018). Principles of drug addiction treatment: A research-based guide (3rd ed., pp. 5-7). Retrieved 01/15/2023 from: <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/preface>
- National Institute on Drug Abuse Publication. (2020a). Common comorbidities with substance use disorders research report. Retrieved 01/15/2023 from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571451/>



- National Institute on Drug Abuse Publication. (2020b). Substance use in women. Retrieved 01/15/2023 from: <https://nida.nih.gov/sites/default/files/drugfacts-substance-women.pdf>
- NSW Mental Health and Drug and Alcohol Office Publication. (2015). Effective models of care for comorbid mental illness and illicit substance use. Retrieved 01/15/2023 from: <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.10.004>
- Pro \ Utter \ Haberstroh & Baldwin. (2020). Dual mental health diagnoses predict the receipt of medication-assisted opioid treatment: Associations moderated by state Medicaid expansion status, race/ethnicity and gender, and year. *Drug and Alcohol Dependence*, online. Retrieved 01/15/2023 from: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.107952>
- Riley, E. D., Vittinghoff, E., Wu, A. H. B., Coffin, P. O., Hsue, P. Y., Kazi, D. S., Wade, A., Braun, C. & Lynch, K. L. (2020). Impact of polysubstance use on high-sensitivity cardiac troponin I over time in homeless and unstably housed women. *Drug and Alcohol Dependence*, online. Retrieved 01/15/2023 from: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108252>
- Sarno, M. D., Candia, V. D., Rancati, F., Madeddu, F., Calati, R., & Pierro. (2021). Mental and physical health in family members of substance users: A scoping review. *Drug and Alcohol Dependence*, online. Retrieved 01/15/2023 from: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108439>
- Schmitz, J. M., Stotts, a. L., Averill, P. M., Rothfleisch, R. M., Bailey, S. E., Sayre, S. L., & Grabowski, J. (2000). Cocaine dependence with and without comorbid depression: A comparison of patient characteristics. *Drug and Alcohol Dependence*, 60, 189-198.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration Publication (2014). An introduction to co-occurring borderline personality disorder and substance use disorders. Retrieved 01/15/2023 from: <https://store.samhsa.gov/product/An-Introduction-to-Co-Occurring-Borderline-Personality-Disorder-and-Substance-Use-Disorders/sma14-4879>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration Publication (2016). Understanding a first episode of psychosis-young adult: Get the facts. Retrieved 01/15/2023 from: <https://www.samhsa.gov/resource/ebp/understanding-first-episode-psychosis-young-adult-get-facts>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration Publication (2019a). Screening and assessment of co-occurring disorders in the justice system. Retrieved 01/15/2023 from: <https://www.samhsa.gov/resource/ebp/screening-assessment-co-occurring-disorders-justice-system>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration Publication (2019b). Substance abuse treatment for adults in the criminal justice system (TIP 44). Retrieved 01/15/2023 from: <https://www.samhsa.gov/resource/ebp/tip-44-substance-abuse-treatment-adults-criminal-justice-system>



附錄二：藥酒癮共病患者治療指引專業人員簡章 (IDDT 海報)

**CASE**  
CASE WESTERN RESERVE UNIVERSITY

Ohio Substance Abuse and Mental Illness  
Coordinating Center of Excellence  
OHIO SAMI CCOE

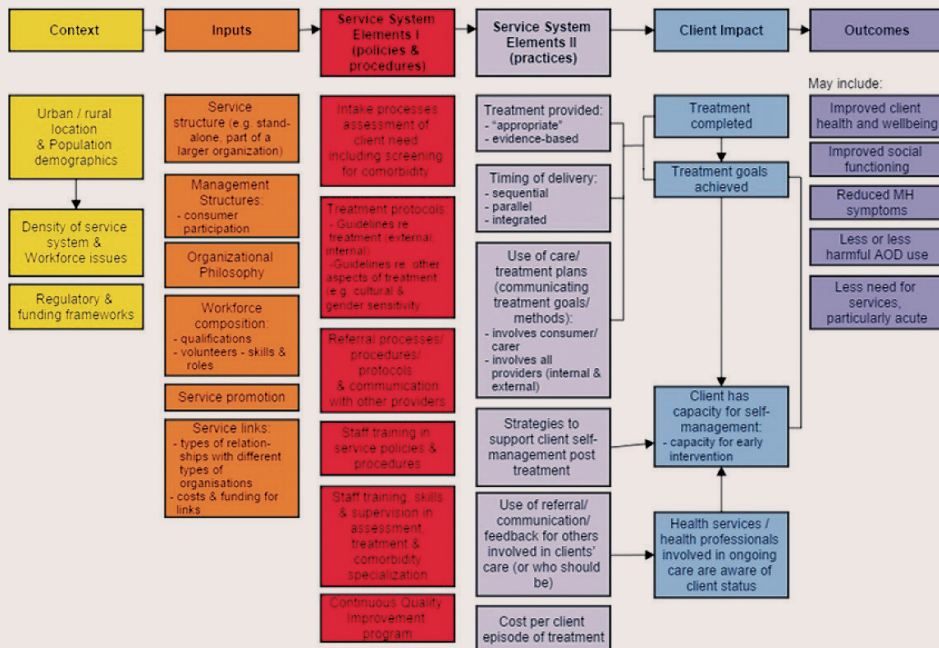
## INTEGRATED DUAL DISORDER TREATMENT

*The road to recovery*

Stages of Change	Stages of Treatment	Clinical Focus
Pre-Contemplation	Engagement	<b> Outreach</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Provide outreach in community-based settings</li> </ul> <b> Building Relationship</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gain permission from consumers to share in their process of change</li> <li>Ask consumer what is important to them</li> <li>Don't wait respect their priorities</li> <li>Get to know the person for who they are</li> </ul> <b> Practical Support</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Provide support for daily living (i.e., food, clothing, housing, medicine, safety, crisis intervention)</li> </ul> <b> Assessment</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Assess readiness for consumers' personal histories, goals, and readiness to change</li> </ul>
Contemplation & Preparation	Persuasion	<b> Motivational Interventions</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Correct yourself to understanding consumer's goals</li> <li>Help consumers understand the pros and cons of personal change</li> <li>Help consumers establish the discrepancy between their goals and their thoughts, feelings, beliefs, and behaviors</li> <li>Help consumers begin to reduce reliance on and take medications regularly</li> <li>Help consumers recognize and take pride in their own strengths and successes</li> </ul> <b> Addressing Stages of Normal</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Assure consumers that ambivalence to change is a normal human response (change may occur slowly over time)</li> </ul> <b> Pay Off Matrix</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Use a payoff matrix to help consumers tip their decisions away from ambivalence and toward positive action</li> </ul> <b> Education</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Teach consumers about alcohol, drugs, mental illness, and activities that promote health and wellness</li> <li>Offer self-helping opportunities</li> <li>Teach self and provide support to families</li> </ul>
Action	Active Treatment	<b> Skill Building</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Teach threat management skills for both disorders (e.g., refusal skills, managing triggers and cravings, recognizing symptom onset, communication skills, etc.)</li> </ul> <b> Social Support</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Encourage positive peer supports (e.g., self-help groups)</li> <li>Cognitive Behavioral Interventions</li> <li>Apply consumers with transforming negative thoughts and behaviors into coping skills for both disorders</li> </ul>
Maintenance	Relapse Prevention	<b> Planning</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Develop a relapse prevention plan</li> <li>Support consumers as they maintain lifestyle changes learned in active treatment</li> </ul> <b> Recovery Lifestyle</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Help consumers set new goals for enhancing their quality of life</li> </ul> <b> Social Support</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Support for frequency, intensity, and duration of relapse with positive peer relationships and supportive clinical relationships</li> </ul>

www.ohiosamiccoe.case.edu  
216.398.3933

附錄三：藥酒癮與心理疾病共病處遇的療效評估流程 (NSW, 2015, 23 頁)



附錄四：DSM-5-TR 有關行為規範障礙症、反社會型人格障礙症、邊緣型人格障礙症之簡述  
(張本聖，2022)

項目	行為規範障礙症 (CD)	反社會型人格障礙症 (ASPD)	邊緣型人格障礙症 (BPD)
適用對象	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 未滿18歲</li> <li>* 已滿18歲，未達ASPD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 滿18歲，15歲以後開始出現症狀</li> <li>* 滿18歲，15歲以前即有CD診斷</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 未明列年齡界限，亦可見於青少年</li> </ul>
基本診斷準則	<p>困擾行為明顯引發各項功能的減損，包括人際社交、學業 / 職業：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* 攻擊人或動物               <ul style="list-style-type: none"> <li>• 霸凌 / 威脅 / 恐嚇他人，無論是否使用器具或武器</li> <li>• 經常打架</li> <li>• 曾對動物或他人實施身體凌虐</li> <li>• 曾有搶奪強盜、性侵性猥褻紀錄</li> </ul> </li> <li>* 毀壞所有物               <ul style="list-style-type: none"> <li>• 故意縱火、意圖毀壞物品</li> </ul> </li> <li>* 欺騙或偷竊               <ul style="list-style-type: none"> <li>• 經常說謊取得財物 / 逃避責任</li> <li>• 闖入民宅 / 竊取他人財物、汽車</li> </ul> </li> <li>* 重大違規               <ul style="list-style-type: none"> <li>• 13歲前曾逃學 / 深夜未歸 / 逃家</li> </ul> </li> </ul>	<p>若有思覺失調症 / 雙向情感障礙症的患者，在上述病程外亦有下列行為：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* 無法遵從社會規範/遊走法律邊緣</li> <li>* 漠視且侵犯他人權益/無動於衷</li> <li>* 衝動/無法作長遠打算</li> <li>* 經常不負責任/無法實現承諾</li> <li>* 魯莽/不在乎自己與他人安全</li> <li>* 易怒且具攻擊性/經常打架</li> <li>* 為個人私利或樂趣而說謊/欺騙/哄騙他人</li> </ul>	<p>多數從成年早期開始：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* 不穩定且強烈的/極端的人際模式</li> <li>* 控制情緒的困難</li> <li>* 一再自傷/傷人的威脅/行為/姿態</li> <li>* 潛在自我傷害的衝動行為(如物質濫用、性虐待等)</li> <li>* 瘋狂逃避被拋棄的可能性(無論真實與否)</li> <li>* 有認同障礙，不穩定的自我意象</li> <li>* 明顯過度反應的情緒不穩定</li> <li>* 慢性的空虛感</li> <li>* 短暫，和壓力相關妄想或嚴重解離</li> </ul>
其他	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 有4項特別註記，需在多重情境/多重對象上皆顯現時方可註記：               <ol style="list-style-type: none"> <li>① 缺乏懊悔或罪惡感；</li> <li>② 缺乏同理心冷酷無情；</li> <li>③ 不在意日常表現歸咎責怪他人；</li> <li>④ 情感表淺或缺乏行動與情緒矛盾。</li> </ol> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 40歲以後，犯罪行為通常會開始有所下降/緩解</li> <li>* 須注意與考慮是否起因於所處環境背景、社經地位低下所致</li> <li>* 男性比例高於女性</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 30歲以後(或40歲以後)，嚴重程度會開始減輕</li> <li>* 很高比例會與更多心理疾病/或其他人格障礙症出現共病現象</li> <li>* 女性比例高於男性</li> </ul>