

# 收容青少年毒品施用、 心理韌性和憂鬱焦慮壓力關聯性分析

DOI:10.6905/JC.202401\_13(1).0001

An Association Analysis of Drug Use, Resilience, and  
DASS among Taiwan Juvenile Detainees

許茵筑

法務部司法官學院 助理研究員、  
國立中正大學犯罪防治學系暨研究所

DOI:10.6905/JC.202401\_13(1).0001

## 摘要

許茵筑

近年來，臺灣面臨的變化包含少子化、高齡化、家庭問題多元且複雜、資訊快速推進、毒品氾濫等問題，快速多變的資訊社會發展型態，使青少年有更多機會暴露在犯罪風險環境中。本研究旨在探討少年矯正機構中，曾接觸、吸食非法藥物或毒品青少年之心理健康，瞭解青少年受毒品影響程度與危險性。研究方法使用問卷調查分析其藥物使用經驗、心理韌性和憂鬱焦慮壓力之關聯性，從描述性統計、相關及羅吉斯迴歸分析各變項相互影響之狀況。研究結果顯示，增強收容青少年的「自我覺察」與「家庭緊密度」，可有效降低患有憂鬱焦慮或壓力的風險；根據羅吉斯迴歸分析，提升1分自我覺察，可降低66.7%患有輕度憂鬱、58.9%輕度焦慮和62.8%輕度壓力的風險；提升1分家庭緊密度，可降低87.6%患有輕度壓力的風險。本研究認為，毒品的新營度隨著時代轉變快速更新，毒品防制教育需提早介入學生生命經驗中，建議未來可以「減害」的觀念，宜從青少年的視角出發，以漸進改變其對毒品的態度，作為有效的拒毒策略。本研究也建議現行教育或制度可以更為彈性，不再聚焦於「爸爸或媽媽」角色，而是彰顯「手足或親人」之重要性，並定位他們在家庭中負擔的責任，藉以提高家庭緊密度，建立穩定的心理健康素質，才可使收容青少年與社會有更強壯的連結，避免毒品危害。最後則需更正加視青少年心理健康議題，增強其正向心理特質，維持心理健康的韌性，各界應多加關懷、保持敏感度，在孩子需要紓解的時候適時出現，同時給予獨立空間，才可使收容少年與社會有更強壯的連結，也是減少青少年涉毒進到矯正機構的重要機制。

**關鍵字** | 收容青少年、心理韌性、DASS-21、心理健康

## An Association Analysis of Drug Use, Resilience, and DASS among Taiwan Juvenile Detainees

### *Abstract*

*Freya In-Chu Hsu*

In recent years, adolescents face more and more challenges. Social changes increased the chance of being exposed to criminal risks, including adolescents' drug abuse problem. The purpose of this study is to examine the correlations between drug use juvenile detainees and their mental health in correctional schools. Also to understand their characteristics from counselors' observation, as well as the current counseling situation and dilemmas in correctional facilities. Quantitative research method was used in this study, questionnaires included Resilience scale, DASS-21-C and drug use self-assessment scale. Data collection involving 78 adolescent in custody as participants. The result of Rogers' regression analysis showed that by increasing one point of "self-awareness" variable may reduce the risk of mild depression by 66.7%, mild anxiety by 58.9%, and mild stress by 62.8%; increasing one point of "family bonds" variable may reduce the risk of mild stress by 87.6%. Suggestions emerged from this study: (1) To prevent adolescents using drugs, parents should pay more attention to the family responsibilities. Also, the importance of youth mental health should be expanded. (2) Drug prevention education needs to be present earlier in elementary school, enhancing campaigns and propagandas are needed to keep up with modern teens.

**Keywords** : adolescents, mental health, juvenile detainees, drug abuse, drug harms

## 壹、前言

近年來，人們慢慢瞭解壓力對生活所帶來的影響，開始注重生活品質與身心健康，我國衛生福利部自 102 年開始辦理「國民心理健康促進計畫」，旨在全面提升國人心理健康，因應未來環境變化，整合各界專家學者建立健全的概念與協助。臺灣目前面臨的社會變化包含少子化、高齡化、家庭問題多元且複雜、資訊快速推進、毒品氾濫等問題（衛生福利部，2016），最近影響全球的新冠肺炎疫情亦對人民產生無可避免的負面心理作用。上述社會變化問題更挑戰著青少年的身心發展；另外，快速多變的資訊社會發展型態，使青少年有更多機會暴露在犯罪風險環境中，其中又以接觸毒品的風險最為強烈，因網路的便利性，獲取毒品之管道日漸多元，毒品炫麗的外包裝與銷售技法，使青少年忘卻吸毒後所產生不利身心發展的鉅大後遺症。世代間的差異與各種問題環環相扣，對於處在極速狂飆的青春時期青少年們，任何身心上的變化都可能會被誤判及忽略，青春是奠定青少年日後身心發展的重大轉捩點，不良的心理健康不僅危害自身，更會增加家庭、社區、甚至國家的負擔，此時期更需時刻關注，使其穩定成長。

毒品濫用是世界各國共同面臨的難題，臺灣投注在反毒工作的精力上不容小覷，「新世代反毒策略」更以全方位消弭毒品，以人為中心追緝毒品之源頭，從頭阻絕毒品入侵社區與校園，並提升戒毒處遇之服務為目標。根據司法官學院（2021）犯罪狀況及其分析可得知，近 10 年青少年毒品犯罪之嫌疑人數雖有降低趨勢，自 104 年 1,939 人逐年減少至 109 年 949 人，主要犯罪類型嫌疑人所占整體比率也最低；但 109 年虞犯少年人數中「吸食或施打煙毒或麻醉藥品以外之迷幻物品者」所占整體比率仍為最高，比率為 81.99%（108 年為 65.67%、107 年為 59.77%），可發現近 3 年青少年藥物濫用的問題，仍然嚴重。青少年施用毒品甚至釀成死亡的悲劇，更是屢見不鮮，就臺灣高等檢察署偵查資料中心統計國內毒品情事分析年報顯示，109 年 1 至 5 月光因混用 PMMA 死亡案件就高達 95 件，且死亡年齡最小只有 16 歲（簡孟輝，2020），又依據法務部法醫研究所毒物化學組統計，PMMA 等新興毒品造成死亡件數自 108 年底大幅攀升，並於 109 年第 2 季 56 件達最高峰，顯示青少年涉入毒品的防治工作仍受到嚴峻挑戰，必須嚴肅以對（臺灣高等檢察署，2021）。

而根據高檢署統計，學生藥物成癮排名歷年來皆以 K 他命為最高，新興毒品從 106 年第三位提升到 108 年位居第二，其中以新興毒品「喵喵」為使用率最高之成癮物質；又，警政署 108 年查獲之毒品咖啡包數共 10 萬餘包，為自 101 年來查獲量最高（涂達人、古慧珍，2020）。楊士隆等人（2017）之臺灣青少年藥物濫用盛行率調查數據顯示，在校園學生樣本中，1.7% 之校園學生會施用任何一種毒品，收容少年樣本中，有 62.7% 之收容少年會施用任何一種毒品，藥物濫用種類多元化的趨勢下，青少年吸食毒品之影響將成為司法與醫療體系未來的一大難題，更彰顯進入青少年收容機構進行實證調查研究的重要性。青少年吸食不同毒品所產生的生理、心理影響皆不相同，藥物濫用致死案例，絕多數為多重用藥（poly-drug use）濫用導致（于承平等人，2017），新興毒品混和之毒品成分最高可達十餘種，如混雜 K 他命、PMMA、MDMA 等多重毒品同時施用，相較於單一物質施用，兩種以上的毒品施用者發生過量（濫用）致死的機會為三倍以上（Liang et al., 2013）。

現今，不少青少年因複雜的行為問題而接觸或施用毒品，加上當前毒品不易從外觀包裝上察覺，有些甚至因化學結構不斷改變而檢測不出其可責毒性，不僅增添緝毒檢驗的困難度，也使得許多青少年在無意之中施用，進而逐漸對藥物產生依賴，導致無可避免地惡性循環。施用毒品除了可能造成個體的身、心危害之外，也衍生了許多的社會問題（顧以謙等，2019）。青少年對於新興毒品的警覺性低，較無法作出正確選擇或分辨對錯，藥物濫用種類多元化的趨勢下，青少年吸食毒品之影響將成為司法與醫療體系面臨的艱鉅挑戰。

對於青少年涉毒和心理健康問題潛在可能的關聯性，目前臺灣針對本議題研究尚屬探索階段，相關文獻與數據皆顯示非法藥物使用對於生心理的危害性，而針對青少年心理健康及毒品施用影響之關聯性研究尚少，較缺乏直接進入青少年矯正機構進行全國性實證調查的研究文獻。為切中問題並擬制對應且合適的輔導或治療方案，本研究以收容於少年觀護所和少年矯正學校之少年為研究對象，針對青少年涉毒和心理健康之關聯性進行更廣泛及深入的研究，具體研究目的如下：

一、蒐集國外青少年接觸或施用毒品危害心理健康之相關文獻與現況，探索施用毒品作為危害心理健康之風險因子可能性。

二、使用心理量表與量化分析，檢驗收容少年吸食毒品與心理健康之間的關聯與影響。

三、整合相關文獻與實證調查的比較分析，提出對防制臺灣青少年涉毒問題的相關實證研究建議。

## 貳、文獻探討

### 一、青少年毒品施用之行爲

藥物濫用問題會隨著社會發展，不斷迎來新的時代，社會情境和強大生產力的發展之下，現今流行的毒品種類已完全不同於前個世代。第一代毒品可謂傳統毒品，古柯鹼、海洛因、嗎啡及鴉片等，這些較常於植物中提煉出的麻醉和迷幻藥物，不僅成癮性及高，價格也極為昂貴；90年代 K 他命從精神科治療藥物，逐漸成爲年輕族群尋求刺激的濫用藥物，且持續流行至今，加上安非他命的出現，成本低且相對便宜的毒品成爲第二代流行毒品。繼傳統毒品及合成毒品後，第三代毒品之新興毒品開始流行，成分多爲和成大麻、興奮和迷幻物質，各種合成卡西酮、類大麻以粉末狀呈現，並包裝成市售的咖啡粉包、奶茶包、糖果等，降低青少年對毒品之警戒心，過於方便的使用方式，極可能導致過度用量，嚴重者甚至暴斃身亡，然施用後產生的脫離現實感和快感卻讓年輕族群深陷其中。

早期認爲使用非法藥物或毒品是犯罪行爲，也以刑法和條例制定許多政策（林建陽等，2007）；中期慢慢認知到藥物濫用是嚴重的公共衛生問題，不僅影響施用者自身健康，也對社會治安、經濟產生危害。1998年通過毒品危害防制條例，對於施用非法藥物者由單純的犯罪者轉向爲「受戒治者」，由國家提供相關的戒治服務（林淑君等，2021），各政府部門亦積極地宣導教育，最後到後期，漸漸地將藥物濫用是爲心理疾病的一環，努力整合醫療保健作爲心理戒治之目標。

#### （一） 毒品施用

青少年至成年期爲心理及生理重要的轉變期，是大腦、認知和情緒等成長最鉅的時段，而對於一些青少年來說，亦是個容易誤觸毒品的時期，青春期的孩子可能

在此時出現極端的變化。根據衛生福利部「107年全國物質使用調查」結果報告顯示，我國12至64歲的民衆中，使用非法藥物的終身盛行率為1.15%，若納入新興毒品，終身盛行率則為1.46%（衛生福利部，2018），另衛生福利部在前一波的調查中，分析我國兒少非法藥物使用盛行率，亦顯示12-24歲使用非法藥物之盛行率約為0.32%至1.93%之間（衛生福利部，2016）。

聯合國毒品和犯罪問題辦公室曾指出，在15-64歲的人口中，18-25歲青年使用毒品的人數為最高，可以說青少年階段（12-17歲）是開始使用藥物的關鍵時期。大麻（cannabis）則是年輕人使用度最廣泛的毒品，UNODC（2022）估計全球有約1,420萬15-16歲學生族群在2020年曾使用過大麻，12-17歲青少年族群使用大麻的盛行率為5.78%，高於17-24歲青年族群的大麻盛行率4%；在歐洲32個國家中，過去一年曾使用過NPS之青少年占2.32%，成分以合成大麻（synthetic cannabinoids）居多。而近幾年，新興毒品的流行，直至2021年12月，世界各國已向UNODC Early Warning Advisory（EWA）彙報了1,124種新興毒品物質，我國亦於2021年底列管662種新興毒品，但也因毒咖啡包混雜太多的不同物質，加上毒品一再推陳出新，組成種類多不勝防，可想見新興毒品的氾濫極程度不亞於任何毒品。

青少年接觸毒品年齡層在近幾年有大幅下降之趨勢，United States Department of Health and Human Services（2016）統整青少年使用毒品之危險因子，發現相較於17歲初次使用毒品之青少年，13歲便曾有毒品使用經驗者會有近70%之機率於未來7年內出現藥物濫用成癮的症狀，而在17歲初次使用毒品之青少年出現成癮症狀之機率為27%，國內外實證研究也皆已證實青少年第一次接觸毒品的年齡與未來藥物濫用程度有顯著的相關（李思賢等，2009；Dumas et al. 2020；SAMHSA, 2020）。

相較於受管制藥物（傳統及混和毒品），新興毒品的終身盛行率較低，United Kingdom（2020）以英格蘭和威爾斯成年人口為調查對象，發現新興毒品使用率為0.5%，大麻使用率為7.6%，古柯鹼則為2.9%。UNODC（2021）指出NPS愛好者多半追求刺激感，時常出現在各種娛樂場所，除了學生因好奇而使用，許多遊民或時常注射藥物施用者也會使用，不同的是學生族群可能會認為新興毒品是不會成癮的嗨藥，僅拿來助興，隨時都可以停止使用，危害不及一、二級毒品。

然而，NPS 之所以危險是因為其毒品原料成分參雜非常多未知藥物種類，這些成分進入身體後所起的化學反應也無跡可循，警政署於 2019 年發現許多毒咖啡包致死個案中，檢測出二級毒品甲氧基甲基安非他命（MMA），又稱「超級搖頭丸」，結構與搖頭丸相似，藥性卻是安非他命的 4 倍，但作用時間較慢，而導致年輕人吸食過量，致死率極高，臺灣高等檢察署（2022）就指出，在臺灣 2021 年因施用過量新興毒品而猝死案例高達 85 人，如同其他受管制藥物，NPS 對身體產生的危害可能包含神經系統的傷害、傳染經由血液傳播的病毒（如愛滋病、C 型肝炎）、精神疾病、自殺意念、器官或呼吸衰竭而導致的死亡等。

## （二） 用藥情境及環境影響

青少年本身角色極為單純，家庭、學校和朋友是青少年生活的基本領域，然而，在快速的文化變遷下，承受的壓力小至人際關係，大至升學憂慮、未來前途，皆會受到個體競爭的影響，改變其在整體社會環境中的地位和角色。2020 年，台灣首次面臨人口負成長，即死亡人數超越出生人數，少子化影響之下，許多家庭只有一、兩個小孩，不僅更呵護孩子，也加重對其未來之期許，間接託付更多無形責任在孩子身上；然而父母無法管教孩子問題也依然存在，情緒控管不成熟、親職功能失調、父母失和、經濟問題等，導致孩童出現缺乏認同與歸屬感、不安、害怕、逃避等情緒困擾，進而將在家庭中得不到的情感投射至其他同儕團體。

過去國內外許多研究探討吸毒青少年使用藥物的成因，從心理層面來看，好奇心和幻想是最大的歸因，也包含為逃避現實壓力和焦慮感等（Chen et al. 2009；Leung et al. 2008；楊士隆等，2017），青少年時常認為使用一兩次毒品不會產生成癮，李思賢等（2009）研究指出，當個體認為毒品無害，環境又利於藥物濫用，加上為滿足好奇心和慾望，便會開始使用非法藥物。對青少年們而言，同儕關係可以比性命還重要，曾寶民、邱獻輝（2016）的質性研究中發現青少年使用 K 他命原因除上述所說，叛逆期的心理變化無意間放大了同樣使用毒品的同儕之影響力，青少年自我認同和價值觀都尚未定型，做事缺乏認知成熟度，再加上合理化的信念，此種負面的群聚用藥效應，加深了對毒品的心理依賴和吸毒朋友的影響力。

除了負面因素，青少年接觸毒品的新現象也日益漸增，戴伸峰等（2011）研究



發現，收容少年初次接觸毒品原因以「出於好奇心 88%」回答比例最高，其次是「無聊、好玩 56%」、「朋友引誘、不好意思拒絕 40%」。這些現象皆顯示青少年傾向「由內而外」的接近非法藥物或毒品，青少年時期以同儕為重，這些正面的期待反而使青少年無法抗拒毒品，在藥物濫用的道路上極易沉陷於中。傳統所認為高風險家庭的孩子較常因家庭不完整或交友不慎而更常接觸先驅物質及毒品的現象已有所變化；事實上，更多青少年是因為渴望提昇社交功能而嘗試。對於青少年藥物濫用成癮者，除了須依靠醫療方式加以治療生理依賴，更需戒除心理依賴（蔡德輝和楊士隆，2021），成癮少年意志力較薄弱，時常因無法拒絕誘惑而再犯，加強心理層面建設與輔導亦是處遇重點之一。

## 二、涉毒青少年心理及社會危害

### （一）心理危害

非法藥物施用可能容易對個體的心理健康造成危害，嚴重者會影響個體患有精神疾病，相關文獻如 NIDA（2007）研究顯示，10 名非法藥物濫用者中，至少有 6 名同時患有精神疾病，個體被診斷出精神疾病（如情感疾患、思覺失調症等）通常具有藥物濫用問題（NIDA, 2009）。Essau & Torre-Luque（2019）研究青少年精神疾病共病數量，發現不管是情緒上或行為上的共病症狀，都包含藥物濫用疾病（酒精、非法藥物、尼古丁），而藥物濫用則與重鬱症有明顯相關聯，藥癮者用藥行為越早，且越常暴露於用藥的社會環境時，較易出現負面情緒、憂鬱、衝動性與攻擊性（林瑞欽等人，2009）。青少年時期是大腦發展與變化最劇烈時段，更為非法藥物濫用與精神疾病好發期，此時期若暴露於毒品危害中，對於未來患有精神疾病的風險則大幅增加，正如 Kelly & Daley（2003）曾提及，「藥物濫用與精神疾病為互具發展性之疾患（Drug abuse and mental illness are developmental disorders）」。

國外實證研究會指出，患有精神疾病的青少年中，有六成的青少年會患有多於一種精神疾患（Essau et al., 2000）；Van Lang 等人（2006）在研究 10 至 12 歲青少年早期精神疾病共病中發現，幾乎所有的受試者（99%）有共病症狀。不僅如此，其他實證研究亦指出其他情感性疾患（mood disorders）會與成癮症（addiction disorders）同時併發，如網路成癮症、毒品成癮症，皆會對青少年造成心理與生理依賴（Hassan, 2018；Howland et al., 2009；Lai et al., 2015）。因此可說，青少年之共

病正在精神疾病中極為常見 ( Lewinsohn et al., 1997 ; Nottelmann & Hensen, 1999 ; Young et al., 2012) 。

國外許多研究已驗證施用毒品與焦慮 ( anxiety ) 及憂鬱 ( depression ) 症狀有很大的關連性，且兩者則有極高的患病率與共病狀況 ( Lewinsohn et al., 1995 ; Risal et al., 2016 ; Wickrama et al., 2005) 。世界衛生組織於 2020 年統計全球青少年疾病中，焦慮和憂鬱分別排名第 8 與的 9 名，Garber & Weersin ( 2010 ) 研究印證了焦慮和憂鬱共病症在青少年族群中越來越常見，且共病更導致嚴重的生理症狀，患病時間也更長 ( Gore et al., 2011 ; Melton et al., 2016) 。此外，青少年時期出現憂鬱傾向或被診斷出患有憂鬱症是個案成年後患有心理障礙之有力的預測因子 ( Berman & Silverman, 2006) ，且憂鬱症狀會使成年後患者自殺行為的風險增加 10 倍，患有焦慮症之青少年則會出現功能障礙，並會持續到成年且發展成精神疾病 ( Alvarez et al. 2016) 。

美國國家心理疾病聯盟 National Alliance on Mental Illness 發現每 6 位青少年中，就會有 1 位會在 6-17 歲時得到精神疾病，統計數據顯示，50% 的精神疾病患者，初始發病使於 14 歲，75% 的精神病患者，初始發病使於 24 歲，而多數的精神病患在 14 歲時沒有被發現或獲得相對應的治療 ( NAMI, 2022) 。毒品對身體有害乃無庸置疑，無論青少年施用毒品或精神疾病問題皆需耗費極大的社會資源才可能有所控制，毒品施用與心理疾患之關聯環環相扣，深切影響著青少年與社會的未來發展。

負面的心理症狀對青少年未來心智發展有著絕對影響，有效的治療之一就是心理治療 ( psychotherapy ) ，心理或諮商治療可以協助個案處理心理問題，利用治療中的對話、溝通、自我探索或行為改變等技巧來減輕內心痛苦經驗和精神疾病症狀，其效用長期被不同實證研究驗證其可行性與有效性，如最普遍的認知行為療法 ( cognitive-behavioral therapy ) 、人際心理治療 ( interpersonal psychotherapy ) 和焦慮治療方案 ( Coping Cat program ) ，皆可大幅改善青少年精神疾患症狀 ( Compton et al. 2004 ; Lowry-Webster et al. 2003 ; McCarty & Weisz, 2007) 。

故此，提供青少年輔導及治療的專業人員角色極為重要，不僅須在第一時間發現青少年的身心理變化，更需在關鍵時刻提供協助，也須及早輔導以防後患，不同

精神疾病所需之治療皆不相同，須根據個案在不同環境所產生的影響之實際情況而定，治療青少年也需更加小心對待，投注之醫療資源和人力並不亞於一般醫院就診需求。

## （二） 社會危害

現今社會充斥著不同的毒品誘惑，但早在1994年 Measham 等人便提出了有關青少年和娛樂性用藥的觀點，此研究提出物質使用在青少年族群中已逐漸成爲主流文化，雖然根據不同地區社會背景，物質使用方式會有所改變，但這些情境差異會逐漸正常化，青少年物質使用行爲和對於毒品的意識看法會隨著時間變遷（Measham et al. 1994；Van Hout, 2011），刊登在 Harm Reduction Journal 上關於減少青少年物質使用研究指出，在提供各種減少毒品危害的策略中，「有約束的消費方式（bounded consumption）」對有用藥經驗的青少年傷害最小，這個策略有效的限制了其尋求毒品帶來的愉悅感，平衡了自己的慾望和該承擔的責任（Jenkins et al. 2017）。

各國的青少年對於物質使用議題有著不一樣的見解，外國策略較傾向以新自由主義的思考方式來探討青少年用藥之議題，以大麻爲例，西方國家大麻使用者人口數量已如菸酒使用者一般，逐漸成爲社會文化中的一種生活習慣，與其禁止，讓毒品氾濫成爲地下交易，不如全面開放，用合法的方式來管理；然而需注意的是，不同國家的風俗民情不同，相較其他先進國家，我國毒品施用者人數反而不多，若開放毒品藥物合法化，必定會有許多從未接觸毒品的民衆，因好奇而嘗試，反而增加不必要的社會成本。根據閘門理論（Gateway Theory）觀點，常使用香菸、檳榔或酒精等物質使用者，長時間下來，可能會開始嘗試如海洛因或古柯鹼等高成癮性藥，其中物質使用者的個人因素、家庭因素及社會和媒體因素扮演著重要角色。然而近幾年相關研究便發現許多青少年先使用非法藥物如 K 他命後才使用酒精或香煙等軟性物質，且藥物濫用青少年成因包羅萬象，閘門理論雖可提供淺而易懂的脈絡，卻缺少了完整的解釋力，因此仍需更多實務研究進行佐證。

導致青少年使用毒品的因素包含早期的精神和行爲問題、貧困、父母的參與和社會支持減少、缺乏安全感和不安感等，諸如此類的問題都會使青少年持續發

展成吸毒人口的一份子 (Evans et al. 2010 ; Yoshikawa, 2012)。毒品使用對青少年有多種直接影響，健康問題、社會關係失調、自殺傾向、精神疾病、吸毒所需的花費可能會造成傾家蕩產及更高的失業率等可能性增加 (Bond et al. 2007 ; Yoshikawa, 2012)，衍生出的社會問題亦有危及整個國家的風險。也因此，我國對於青少年擬定各種不同應對方案，如教育部之紫錐花運動、校園春暉專案、防治學生藥物濫用輔導網絡服務，法務部之新世代反毒策略、毒品危害防制方案，各基金會和協會與地方法院合作的青少年諮商服務，以強化青少年的家庭系統與支持服務為目標，增加毒品危害的正確認知，整合家庭、學校、社區和各政府部會，建立毒品防治社會安全網。

## 參、研究方法

### 一、研究設計

本研究採取量化研究設計，旨在探討涉毒青少年與心理健康之關聯性，使用問卷調查得知目前收容少年對於毒品的認知與趨勢，並以心理韌性和心理健康狀態等變項進行量化分析。本研究於提出研究計畫時，便事先徵詢法務部矯正署之同意，並以遵循學術倫理之前提下，協助本研究進行資料蒐集。通過研究倫理審查後，研究團隊正式行文至矯正署、各施測矯正學校及少觀所，說明問卷調查研究對象之篩選條件及資料蒐集方式，取得同意研究之回文後，研究團隊便著手聯繫各矯正機構承辦人。因疫情影響，研究團隊為遵循矯正署規定，研究案之研究者以不進入戒護區為原則，請各校所承辦人協助發放問卷施測同意書及正式問卷。

### 二、研究對象

問卷調查參與者選取非概率取樣，依據對母群體的瞭解，判斷哪些樣本可能具備代表性，或是在母群中擁有關於研究主題的必須資訊後進行選取；本量化研究之母群體為收容於矯正機構的青少年，研究參與者需有涉毒之經驗，使得參加本次問卷調查，樣本才算具備代表性，故使用立意取樣 (purposive sampling) 來選擇本研究樣本。參與者因包含未成年之收容少年，故需法定代理人同意受測，本研究徵求法定代理同意者的知情同意流程如下：研究團隊先行取得並通過倫理審查後，經公文發函至矯正署獲取同意進行研究，並告知欲施測矯正機構，說明研究緣由與目

的，再聯絡各矯正機構承辦人，請承辦人協助發放施測同意書讓收容少年簽名，承辦人收齊後統一將同意書寄回給研究團隊，經分類後，同意施測及有留家長或法定代理人聯絡方式者，由研究團隊一一電話聯繫，先獲取口頭同意後寄出同意書至各法定代理人，並附上回郵信封，若法定代理人同意其孩子進行問卷調查，則會簽名後將同意書及信封寄回。待研究團隊陸續收齊同意書後，提供各機構同意書統整表、問卷和指導語，郵寄至承辦人，由承辦人協助施測，最後再由承辦人將問卷寄回本研究團隊。

本研究正式調查期間為2022年5月至2022年8月間，問卷調查發放及回收情形，發放全臺3所矯正學校：新竹誠正中學、彰化勵志中學及高雄明陽中學，共寄出546份施測同意書讓收容少年簽名，回收540份（同意：223份、不同意317份）；研究團隊首先聯絡願意施測少年所填寫之法定代理人聯絡電話及電子郵件，成功聯絡且獲取口頭及電子郵件回覆同意者計149位，聯絡不成功者計74位（電話未接38位、拒絕36位）；研究團隊再郵寄出149份同意書予法定代理人，收回81份同意書（郵寄51份、電子郵件30份）；彙整過後，將81份問卷及施測同意書分別寄至各中學，最後回收問卷數共計79份（誠正中學17份、勵志中學42份、明陽中學20份）。循以上程序，扣除作答不完整者1份，合計有效樣本共計78份，有效樣本回收率98.7%。

### 三、研究工具

本研究採用之問卷調查法，根據研究目的及研究架構並參考相關文獻，編修合適之研究工具，問卷內容共分為：藥物使用相關經驗、心理韌性量表、憂鬱焦慮與壓力量表中文版、基本資料共四個部分（如附錄一），各量表內容如下：

#### （一）藥物使用相關經驗自評量表

第一部分為藥物使用相關經驗自評量表，包含一至四級列管毒品/藥物種類，一一列舉毒品及藥物俗名，詢問受試者是否曾使用過此種藥物？使用這些藥物後是否產生依賴？使用這些藥物是否有曾因過量而尋求醫療處置？入所前一週內是否曾使用過這些藥物？此自編量表目的在於詢問收容少年曾使用之毒品，瞭解非行少年物質使用之趨勢、各種毒品之受歡迎程度及其依賴程度。

## （二）心理韌性量表

第二部分為心理韌性量表，原版心理韌性量表（Resilience Scale）是由 Friberg 等人於 2006 年編製而成，用於評量個體在面對逆境時的抗壓心理能力，以及遇到困境或受創後的復原能力，王紹穎（2007）獲取作者同意後將原版量表翻譯成中文版，具良好之信度，內部一致性為 .89，四周後再測信度則為 .89。經因素分析後，由原本 33 題篩選適當題項至 29 題，並分為五個項度，包含「個人強度」6 題、「家庭團結」7 題、「社會資源」8 題、「社交能力」4 題及「未來組織風格」4 題。

心理韌性量表共計 29 題，其中包含許多用詞較為深奧、饒舌之題型，本研究受試者為收容少年，穩定性並不高，加上研究團隊無法親自進入矯正機構講解，受試者有極大機率會不深入了解題意、胡亂填答，故本研究將本表簡化至 15 題，以減少受試者看到問卷便亂填寫的機會。

此量表作答方便採用李克特氏七點量表語意差異量尺（semantic differential scale），題目為關於你自己和身邊重要他人的敘述，受試者依據最靠近自己想法的程度去選擇答案，計分方式依序為 1 至 7 分。

## （三）憂鬱焦慮與壓力量表中文版

第三部分為憂鬱焦慮與壓力量表中文版（Depression, Anxiety, Stress Scale; Chinese Version, DASS-21-C），中文版為 Chen & Chen（2019）獲取原作者 Peter Lovibond 授權翻譯而得，各分為憂鬱（depression）、焦慮（anxiety）及壓力（stress）三個分量表，具良好性效度，內部一致性係數分別為憂鬱：.87、焦慮：.78、壓力：.90，各自評估憂鬱相關症狀（包含情緒低落、無望感等），焦慮相關生理反應與感受，及壓力所激發非特定反應（如急躁、無法放鬆等）。

本研究選用短版量表，每一分量表為 7 題，共計 21 題，使用李克特氏四點量表評估主觀程度，0 為「一點都不適用」，3 為「非常適用 / 最適用」，分量表加總分數越高，代表其憂鬱 / 焦慮 / 壓力程度越高。

「心理韌性量表」及「憂鬱焦慮與壓力量表中文版」為臺灣大學心理系陳淑惠

教授與其共同作者所翻譯之，法務部及其所屬機關已獲取授權使用之同意書，特此說明。

#### (四) 基本資料

基本資料 (general information) 使用名義尺度、順序尺度及有與無兩個選項，詢問其性別、年齡、入機構前教育程度、在此機構待的時間、本次入所 / 校案由及家庭主要照顧者，並詢問其第一次接觸毒品的年齡，獲取毒品的管道、初次使用毒品的原因及繼續使用毒品的原因，以開放式填答方式試圖進一步瞭解收容少年在機構外的生活型態及誤觸毒品時間點和原因。

### 肆、研究結果

#### 一、樣本描述統計

##### (一) 基本資料

本研究的樣本性別比例為男性 52 人 (74.3%)、女性 18 人 (25.7%)。年齡部分以 18 歲以上最多，分別為 14 歲至 16 歲計 4 名 (5.3%)、16 歲至 17 歲計 13 名 (17.1%)、17 歲至 18 歲計 17 名 (22.4%) 及 18 歲以上計 42 名 (55.3%)。從教育程度來看則以高中職肄業 - 在校為最多，分別是國小畢業 3 人 (3.8%)、國中畢業 12 人 (15.4%)、國中肄業 - 在校 5 人 (6.4%)、國中肄業 - 離校 18 人 (23.1%)、高中職畢業 2 人 (2.6%)、高中職肄業 - 在校 21 人 (26.9%)、高中職肄業 - 離校 16 人 (20.5%) 及大學專 - 在校 1 人 (1.3%)，如表 4-1 所示。

表 4-1 性別、年齡和教育程度次數分配

背景變項	分項	次數	百分比
性別	男	52	74.3
	女	18	25.7
	總計	70	100.0
	遺漏	8	

背景變項	分項	次數	百分比
年齡	14歲至16歲	4	5.3
	16歲至17歲	13	17.1
	17歲至18歲	17	22.4
	18歲以上	42	55.3
	總計	76	100.0
	遺漏	2	
教育程度	國小畢業	3	3.8
	國中畢業	12	15.4
	國中肄業 - 在校	5	6.4
	國中肄業 - 離校	18	23.1
	高中職畢業	2	2.6
	高中職肄業 - 在校	21	26.9
	高中職肄業 - 離校	16	20.5
	大學專 - 在校	1	1.3
	總計	78	100.0

## (二) 入所 / 校案由和待在機構時間

在可複選和開放式答題之題項中，受試者入所 / 校案由以財產犯罪為最多，分別為妨害性自主、強制性交、兒少性剝削等性犯罪計 8 次 (9.1%)，洗錢、詐欺、毀損、偽造文書、竊盜、恐嚇取財等財產犯罪計 29 次 (33.0%)，殺人未遂、傷害等暴力犯罪計 20 次 (23.7%)，藥事法、違反管制藥品條列等毒品犯罪計 26 次 (29.5%) 及公共危險、妨害自由、妨害秘密、偽造文書和組織等其他複合式犯罪計 5 次 (4.7%)。



受試者待在機構的時間中，以1年至2年為最多，分別為待未滿6個月計1人(1.3%)、待6個月至1年計30人(40.0%)、待1年至2年計34人(45.3%)、待2年至3年計8人(10.7%)及待3年至5年計2人(2.7%)，此部分因與本研究討論較無直接關聯性，故僅以數字呈現。

### (三) 家庭主要照顧者

在可複選的題項中，受試者家庭主要照顧者以爸爸或媽媽最多，分別為爸爸或媽媽計94次(50.6%)、哥哥或姊姊計21次(11.3%)、祖父或祖母計36次(19.4%)、舅舅、阿姨或姨丈計6次(3.2%)、朋友計3次(1.6%)及自己計26次(14.0%)，如表4-3所示。

表4-3 家庭主要照顧者次數分配

背景變項	分項	次數	百分比
家庭主要照顧者	爸爸或媽媽	94	50.6
	哥哥或姊姊	21	11.3
	祖父或祖母	36	19.4
	舅舅、阿姨、姨丈	6	3.2
	朋友	3	1.6
	自己	26	14.0
	總計	186	100.0

### (四) 初次使用毒品明細

受試者第一次接觸毒品年齡以15歲為最多，分別為10歲計1人(1.4%)、12歲計3人(4.1%)、13歲計12人(16.2%)、14歲計11人(14.9%)、15歲計20人(27.0%)、16歲計12人(16.2%)、17歲計5人(6.8%)、18歲計1人(1.4%)及無接觸毒品計9人(12.2%)。

初次使用毒品的原因以開放式答題，以好奇、好玩、很酷為最多，分別為心情不好、壓力大計2人(2.7%)，好奇、好玩、很酷計50人(68.5%)，朋友給的、朋

友邀請計 8 人 (11.0%)，無聊計 2 人 (2.7%)，當時不知道是毒品計 1 人 (1.4%) 及無接觸毒品計 10 人 (13.7%)，如表 4-4 所示。

表 4-4 初次使用毒品明細

背景變項	分項	次數	百分比
第一次接觸毒品年齡	10 歲	1	1.4
	12 歲	3	4.1
	13 歲	12	16.2
	14 歲	11	14.9
	15 歲	20	27.0
	16 歲	12	16.2
	17 歲	5	6.8
	18 歲	1	1.4
	無接觸	9	12.2
	總計	74	100.0
	遺漏	4	
初次使用毒品原因	心情不好、壓力大	2	2.7
	好奇、好玩、很酷	50	68.4
	朋友給的、朋友邀請	8	11.0
	無聊	2	2.7
	當時不知道是毒品	1	1.4
	無接觸毒品	10	13.7
	總計	73	100.0
	遺漏	5	

### (五) 獲取合繼續使用毒品明細

獲取毒品管道以朋友為最多，分別為朋友計57人(78.1%)、藥頭6人(8.2%)、不知道毒品來源計1人(1.4%)及無接觸毒品9人(12.3%)。

有繼續使用毒品的比率为59.5%（無使用：40.5%），繼續使用毒品的原因則以很放鬆、紓解壓力為最多，分別為上癮、成癮計7人(9.6%)，玩樂、當作休閒活動計10人(13.7%)，很放鬆、紓解壓力計15人(20.5%)，喜歡那種感覺計7人(9.6%)及跟朋友一起、朋友約了才用計4人(5.5%)，如表4-5所示。

表 4-5 獲取和繼續使用毒品明細

背景變項	分項	次數	百分比
獲取毒品管道	朋友	57	78.1
	藥頭	6	8.2
	不知道	1	1.4
	無接觸毒品	9	12.3
	總計	73	100.0
	遺漏	5	
繼續使用毒品	有	44	59.5
	無	30	40.5
繼續使用之原因	上癮、成癮	7	9.6
	玩樂、當作休閒活動	10	13.7
	很放鬆、紓解壓力	15	20.5
	喜歡那種感覺	7	9.6
	跟朋友一起、朋友約了才用	4	5.5
	無繼續使用	30	41.1
	總計	73	100.0
	遺漏	5	

## 二、量表分析

### (一) 藥物使用相關經驗

本量表詢問受試者相關用藥 / 毒經驗，以一、二、三、四級毒品做區分，其中列在問卷上之一級毒品種類及俗名包含：海洛因、白粉、四號、細仔、大象針、牛奶針、嗎啡、可待因、配西汀及咳藥水等；二級毒品種類及俗名包含：大麻、麻仔、開飯、K2、老鼠尾巴、安非他命、安仔、安恭子、冰塊、冰糖、鹽、搖頭丸、快樂丸、衣服、上面、狂喜、金剛、綠蝴蝶、LSD、一粒沙、搖腳丸、加州陽光、方糖、Acid 及 Elisa 等；三級毒品種類及俗名包含：喵喵、泡泡、M-Cat、K 他命、K 仔、K 粉、小姐、褲子、一粒眠、果凍、五仔、K 他命 5 號、Give me five、BZD 及 FM2 等；四級毒品種類及俗名包含：咖啡包、奶茶包、神仙水、浴鹽、香料、茉莉及火狐狸等。

受試者使用過一級毒品計 13 人 (18.1%)、二級毒品計 45 人 (62.5%)、三級毒品計 54 人 (75.0%) 及四級毒品 53 人 (73.6%)。在詢問使用這些藥物後是否產生依賴中，無受試者對一級毒品感到依賴、對二級毒品感到依賴計 17 人 (23.6%)、對三級毒品感到依賴計 14 人 (19.4%) 及對四級毒品感到依賴計 24 人 (33.3%)。無受試者入校 / 所前一周內會使用過一級毒品、二級毒品計 11 人 (15.3%)、三級毒品計 17 人 (23.6%) 及四級毒品計 21 人 (29.2%)，如表 4-6 所示。

表 4-6 藥物使用相關經驗次數分配

背景變項	分項	有無使用	次數	百分比
是否使用過各級毒品	一級毒品	無	59	81.9
		有	13	18.1
	二級毒品	無	27	37.5
		有	45	62.5
	三級毒品	無	18	25.0
		有	54	75.0
	四級毒品	無	19	26.4
		有	53	73.6

背景變項	分項	有無使用	次數	百分比
使用各級毒品後， 是否對其感到依賴	一級毒品	無	72	100.0
		有	0	0
	二級毒品	無	55	76.4
		有	17	23.6
	三級毒品	無	58	80.6
		有	14	19.4
	四級毒品	無	48	66.7
		有	24	33.3
入校 / 所前一週內， 是否曾使用過各級毒品	一級毒品	無	72	100.0
		有	0	0
	二級毒品	無	61	84.7
		有	11	15.3
	三級毒品	無	55	76.4
		有	17	23.6
	四級毒品	無	51	70.8
		有	21	29.2

## (二) 心理韌性向度指標

本量表經計算後，受試者各向度得分及平均如下表4-7所示，其中「社交能力」向度得分為1196、平均分數398.67，為五向度中最高，「個人特質」向度得分為1097、平均分數365.67，為五項度中最低；本研究受試者心理韌性向度指標如下圖4-1。

表 4-7 心理韌性量表各向度計分

向度	Personal Strength (PS) 個人特質	Family Cohesion (FC) 家庭團結	Social Resource (SR) 社會資源	Social Competence (SC) 社交能力	Structured Style (SS) 未來組織風格
得分	1097	1116	1184	1196	1184
平均	365.67	372.00	394.67	398.67	394.67

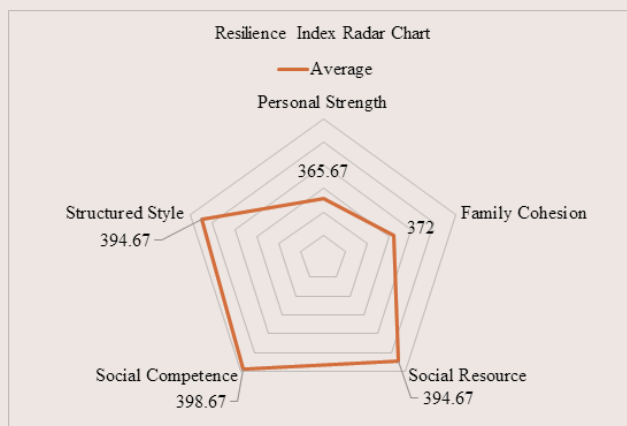


圖 4-1 心理韌性向度指標雷達圖

### (三) 心理韌性探索性因素分析

由於本量表精簡化，且無預設樣本的特定因素結構，加上本研究樣本為涉毒收容少年，與一般常模相比較為獨特，因此使用探索性因素分析尋找可能的因素結構，抽取本研究心理韌性量表 15 個題目之共同變異成分，利用直交轉軸法找出 4 個主要因素，先使用 KMO 與 Bartlett's 球型檢定測試因素分析的適切性，再進行解說變異量，說明所抽取的因素能夠解釋全體變數變異量之比例，最後進行成份矩陣和命名，評估構成某一因素的題目內容與比重，因素的名稱將藉由題目的內容來決定，檢驗如下。

#### 1. 球型檢定

KMO = .801，球型檢定卡方值 = 486.842 (df = 105)  $p < .001$  達顯著，顯示此樣本適於進行因素分析，如表 4-8 所示。

表 4- 8 心理韌性量表 KMO 與 Bartlett 檢定

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling		.801
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	486.842
	Df	105
	Sig.	<.001

## 2. 解說變異量

以特徵值 = 1 為萃取標準，轉軸後得到 4 個主要因素，分別可以解釋 18.104%、13.305%、13.225% 和 9.962%，合計占 54.596%，如表 4-9 所示。

表 4- 9 解說總變異量

Factor	Initial Eigenvalues			Extraction Sum if Squared Loadings			Rotation Sum of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	5.524	36.826	36.826	5.111	34.071	34.071	2.716	18.104	18.104
2	1.799	11.996	48.822	1.346	8.971	43.042	1.996	13.305	31.410
3	1.343	8.957	57.778	1.007	6.713	49.755	1.984	13.225	44.634
4	1.155	7.697	65.475	.726	4.842	54.596	1.494	9.962	54.596
5	.939	6.262	71.737						
6	.719	4.795	76.532						
7	.670	4.469	81.001						
8	.610	4.069	85.070						
9	.484	3.224	88.294						
10	.422	2.812	91.106						
11	.380	2.533	93.638						
12	.307	2.047	95.686						
13	.248	1.654	97.340						
14	.235	1.566	98.906						
15	.164	1.094	100.000						

### 3. 成份矩陣和命名

從資料面來看可將因素分析後心理韌性分為 4 因子，經轉軸後成份矩陣可將第 7、9、10、13 和 14 題併為因子 1，將其命名為「自我覺察 (Self-awareness, SA)」；第 5、6、8 和 12 題併為因子 2，將其命名為「社交互動 (Social Interaction, SI)」；第 2、4 和 11 題併為因子 3，將其命名為「未來展望 (Future approach, FA)」第 1、3 和 15 題併為因子 4，將其命名為「家庭緊密度 (Family Bonds, FB)」，如下表 4-10 所示。

表 4-10 成份矩陣和命名

Q	Factor			
	1	2	3	4
9	.947	.176	-.022	.063
14	.622	.053	.319	.276
7	.595	.202	.443	.207
10	.502	.290	.189	.373
13	.455	.134	.329	.214
8	.074	.742	.088	.054
5	-.069	.628	.299	.063
12	.410	.618	-.005	.119
6	.206	.490	.131	.044
11	.229	.064	.823	.208
4	.365	.396	.609	.004
2	.037	.166	.496	.116
3	.147	-.051	.147	.822
1	.419	.015	.328	.481
15	.121	.249	.073	.445
Name	自我覺察	社交互動	未來展望	家庭緊密度

Extraction Method: Principal Axis Factoring.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

### 三、心理韌性及憂鬱焦慮和壓力之關聯

使用 Pearson 相關係數分析各分量表之間的相關性，結果發現精簡後心理韌性中的自我覺察 SA 與社交互動 SI ( $r = .417$ 、 $p < .001$ )、未來展望 FA ( $r = .550$ 、 $p < .001$ ) 及家庭緊密度 FB ( $r = .558$ 、 $p < .001$ ) 呈現顯著中度正相關；自我覺察 SA 與 DASS21 中的憂鬱 ( $r = -.644$ 、 $p < .001$ )、焦慮 ( $r = -.511$ 、 $p < .001$ ) 和壓力 ( $r = -.563$ 、



p < .001) 呈現顯著中度負相關，如表 4-11 所示。

表 4-11 Pearson 相關係數分析

		SA	SI	FA	FB	D	A	S
SA	Pearson's r	1	.417**	.550**	.558**	-.644**	-.511**	-.563**
	p		<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001
	N		77	77	77	69	69	69
SI	Pearson's r		1	.416**	.255**	-.299*	-.261*	-.224
	p			<.001	.025	.012	.029	.063
	N			78	78	70	70	70
FA	Pearson's r			1	.375**	-.389**	-.329**	-.328**
	p				<.001	<.001	.005	.006
	N				78	70	70	70
FB	Pearson's r				1	-.385**	-.215	-.420**
	p					.001	.074	<.001
	N					70	70	70
D	Pearson's r					1	.855**	.881**
	p						<.001	<.001
	N						70	70
A	Pearson's r						1	.809**
	p							<.001
	N							70
S	Pearson's r							1
	p							
	N							

p < .05\*, p < .01\*\*。

#### 四、心理韌性及憂鬱焦慮和壓力羅吉斯迴歸分析

憂鬱焦慮和壓力 DASS-21 情緒自評量表共分為 5 等級，分別為正常、輕度、中度、嚴重和非常嚴重，本研究根據 DASS-21 計分標準和文獻說明，將決斷分數定在輕度憂鬱 ≥ 10 分、輕度焦慮 ≥ 8 分和輕度壓力 ≥ 15 分，探究心理韌性對於達輕度憂鬱、焦慮和壓力與否的風險比較。

## (一) 憂鬱

根據羅吉斯迴歸模型的顯著性檢定，探討羅吉斯迴歸模型中的  $\beta$  係數是否全部為 0，當係數不全為 0 時，迴歸模型才具有預測力。

從模式係數中的 Omnibus 檢定中得知，顯著性  $p = .006$ ，拒絕虛無假說，此羅吉斯迴歸模型成顯著，具有預測能力，再進一步從表中得出 Nagelkerke  $R^2 = .302$ ，表示此模型具有 30.2% 的模型預測力。

在控制其他變項之下，心理韌性之自我覺察 (SA) 的  $\text{Exp}(B) = .333$ ，即  $\Delta\text{odds} = .333 < 1$ ，表示自我覺察總分每增加 1 分，受試者患有輕度憂鬱的風險是無輕度憂鬱的 0.333 倍，如表 4-12 所示。

表 4-12 心理韌性與憂鬱羅吉斯迴歸

Omnibus Test of Model Coefficients									
		Chi-square	df	Sig.					
step 1	Step	14.328	4	.006					
	Block	14.328	4	.006					
	Model	14.328	4	.006					
Model Summary									
Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square		Nagelkerke R Square					
1	52.451a	.188		.302					
a. Estimation terminated at iteration number 6 because parameter estimates changed by less than .001.									
Variables in the Equation									
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1a	Self-awareness	-1.100	.376	8.582	1	.003	.333	.159	.695
	Social Interaction	-.517	.387	1.787	1	.181	.596	.279	1.273
	Future Approach	-.371	.393	.893	1	.345	.690	.319	1.490
	Family Bonds	-.294	.448	.431	1	.512	.745	.310	1.794
	Constant	-1.959	.429	20.832	1	<.001	.141		

a. Variable(s) entered on step 1: [1]; 1:

## (二) 焦慮

從模式係數中的 Omnibus 檢定中得知，顯著性  $p = .033$ ，拒絕虛無假說，此羅吉斯迴歸模型成顯著，具有預測能力，再進一步從表中得出 Nagelkerke  $R^2 = .218$ ，表示此模型具有 21.8% 的模型預測力。

在控制其他變項之下，心理韌性之自我覺察 (SA) 的  $\text{Exp}(B) = .411$ ，即  $\Delta\text{odds} = .411 < 1$ ，表示自我覺察總分每增加 1 分，受試者患有輕度焦慮的風險是無輕度焦慮的 0.411 倍，如表 4-13 所示。

表 4-13 心理韌性與焦慮羅吉斯迴歸

Omnibus Test of Model Coefficients									
		Chi-square	df	Sig.					
step 1	Step	10.515	4	.003					
	Block	10.515	4	.033					
	Model	10.515	4	.033					
Model Summary									
Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square		Nagelkerke R Square					
1	61.740a	.141		.218					
a. Estimation terminated at iteration number 6 because parameter estimates changed by less than .001.									
Variables in the Equation									
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1a	Self-awareness	-.889	.329	7.323	1	.007	.411	.216	.783
	Social Interaction	-.248	.357	.480	1	.489	.781	.387	1.573
	Future Approach	-.132	.357	.136	1	.712	.877	.436	1.764
	Family Bonds	-.346	.408	.720	1	.396	.708	.318	1.574
	Constant	-1.567	.55	19.525	1	<.001	.209		

a. Variable(s) entered on step 1: [%1, 1:

## (三) 壓力

從模式係數中的 Omnibus 檢定中得知，顯著性  $p = .003$ ，拒絕虛無假說，此羅

吉斯迴歸模型成顯著，具有預測能力，再進一步從表中得出 Nagelkerke  $R^2 = .405$ ，表示此模型具有 40.5% 的模型預測力。

在控制其他變項之下，心理韌性之自我覺察（SA）的  $\text{Exp}(B) = .372$ ，即  $\Delta\text{odds} = .372 < 1$ ，表示自我覺察總分每增加 1 分，受試者患有輕度壓力的風險是無輕度壓力的 0.372 倍。心理韌性之家庭緊密度（FB）的  $\text{Exp}(B) = .124$ ，即  $\Delta\text{odds} = .124 < 1$ ，表示家庭緊密度總分每增加 1 分，受試者患有輕度壓力的風險是無輕度壓力的 0.124 倍，如表 4-14 所示。

表 4-14 心理韌性與壓力羅吉斯迴歸

Omnibus Test of Model Coefficients									
		Chi-square	df	Sig.					
step 1	Step	16.051	4	.003					
	Block	16.051	4	.033					
	Model	16.051	4	.033					
Model Summary									
Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square						
1	33.458a	.208	.405						
a. Estimation terminated at iteration number 6 because parameter estimates changed by less than .001.									
Variables in the Equation									
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1a	Self-awareness	-.988	.463	4.548	1	.033	.372	.150	.923
	Social Interaction	-.086	.549	.024	1	.876	.918	.313	2.693
	Future Approach	-.299	.582	.264	1	.607	.741	.237	2.320
	Family Bonds	-2.087	.860	5.886	1	.015	.124	.023	.670
	Constant	-3.334	.842	15.686	1	<.001	.036		

a. Variable(s) entered on step 1: [%1, 1:

## 五、藥物依賴、心理韌性及憂鬱焦慮和壓力羅吉斯迴歸

本研究根據受試者是否對藥物產生依賴，將其分為兩組：無藥物依賴者和有藥

物依賴者，探討心理韌性對於達輕度 DASS 與否的風險，分析如下。

### (一) 無藥物依賴者

#### 1. 憂鬱

從模式係數中的 Omnibus 檢定中得知，顯著性  $p = .023$ ，拒絕虛無假說，此羅吉斯迴歸模型成顯著，具有預測能力，再進一步從表中得出 Nagelkerke  $R^2 = .494$ ，表示此模型具有 49.4% 的模型預測力。

在控制其他變項之下，心理韌性之家庭緊密度 (FB) 的  $\text{Exp}(B) = .084$ ，即  $\Delta\text{odds} = .084 < 1$ ，表示家庭緊密度總分每增加 1 分，受試者患有輕度憂鬱的風險是無輕度憂鬱的 0.084 倍，如下表 4-15 所示。

表 4-15 無依賴者、心理韌性和憂鬱羅吉斯迴歸

Omnibus Test of Model Coefficients									
		Chi-square	df	Sig.					
step 1	Step	11.325	4	.023					
	Block	11.325	4	.023					
	Model	11.325	4	.023					
Model Summary									
Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square						
1	17.383a	.276	.494						
a. Estimation terminated at iteration number 6 because parameter estimates changed by less than .001.									
Variables in the Equation									
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1a	Self-awareness	-1.593	.840	3.594	1	.058	.203	.039	1.055
	Social Interaction	-.248	1.088	.052	1	.820	.781	.093	6.586
	Future Approach	.835	1.030	.657	1	.417	2.305	.306	17.354
	Family Bonds	-2.472	1.215	4.142	1	.042	.084	.008	.913
	Constant	-3.477	1.242	7.837	1	.005	.031		

a. Variable(s) entered on step 1: [%1; 1:

## 2. 焦慮

從 Omnibus 檢定得知顯著性  $p = .077$ ，不拒絕虛無假說，此羅吉斯迴歸模型不具有預測能力，因此不進行後續推論。

## 3. 壓力

從模式係數中的 Omnibus 檢定中得知，顯著性  $p = .009$ ，拒絕虛無假說，此羅吉斯迴歸模型成顯著，具有預測能力，再進一步從表中得出 Nagelkerke  $R^2 = .506$ ，表示此模型具有 50.6% 的模型預測力。

在控制其他變項之下，心理韌性之自我覺察 (SA) 的  $\text{Exp}(B) = .186$ ，即  $\Delta\text{odds} = .186 < 1$ ，表示自我覺察總分每增加 1 分，受試者患有輕度壓力的風險是無輕度壓力的 0.186 倍。心理韌性之家庭緊密度 (FB) 的  $\text{Exp}(B) = .140$ ，即  $\Delta\text{odds} = .140 < 1$ ，表示家庭緊密度總分每增加 1 分，受試者患有輕度壓力的風險是無輕度壓力的 0.14 倍，如下表 4-16 所示。

表 4-16 無依賴者、心理韌性和壓力羅吉斯迴歸

Omnibus Test of Model Coefficients								
		Chi-square	df	Sig.				
step 1	Step	13.496	4	0.009				
	Block	13.496	4	0.009				
	Model	13.496	4	0.009				
Model Summary								
Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square					
1	21.532a	.320	.506					
a. Estimation terminated at iteration number 6 because parameter estimates changed by less than .001.								
Variables in the Equation								
	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper

Step 1a	Self-awareness	-1.681	.792	4.501	1	.034	.186	.039	.880
	Social Interaction	-.601	.953	.399	1	.528	.548	.085	3.545
	Future Approach	.360	.816	.195	1	.659	1.434	.290	7.094
	Family Bonds	-1.968	.979	4.039	1	.044	.140	.020	.953
	Constant	-2.458	.843	8.506	1	.004	.086		

a. Variable(s) entered on step 1: Self-awareness, Social Interaction, Future Approach, Family Bonds.

## (二) 有藥物依賴者

因憂鬱、焦慮及壓力的 Omnibus 檢定皆不顯著，表示有藥物依賴、心理韌性及憂鬱焦慮和壓力羅吉斯迴歸模型不具有預測能力。儘管如此，本研究仍將有對藥物依賴者進行二元羅吉斯迴歸，以心理韌性之家庭緊密度（FB）和憂鬱傾向為例，示範兩者之間的交互作用；如下圖 4-2 所示，對藥物有依賴者，家庭緊密度程度的高低對得到憂鬱的機率並無太大的影響（虛線），然而對藥物無依賴者，家庭緊密度程度高可以減少得到憂鬱的機率（實線）。

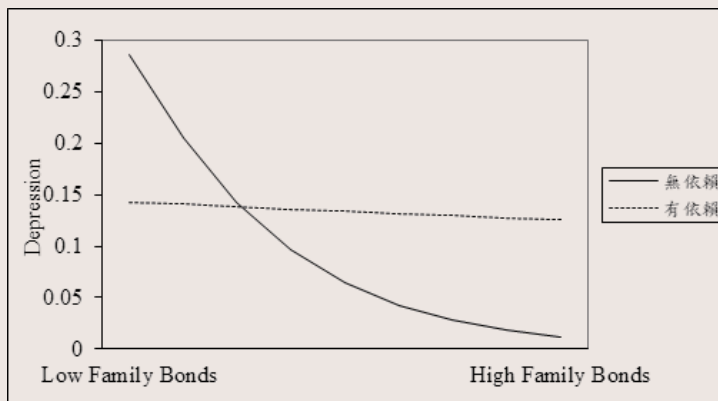


圖 4-2 藥物依賴者、家庭緊密度和憂鬱交互作用

## 六、小結

本研究發現：

1. 收容少年教育程度以高中職肄校為罪多，入所／校案由罪多為財產犯罪，其次為毒品犯罪。

2. 初次接觸毒品年齡以 15 歲為最多，初次使用毒品的原因為好奇、好玩、很酷，獲取的管道則以「朋友」為大宗，會選擇繼續使用毒品的原因為很放鬆、紓解壓力。
3. 相較各級毒品，收容少年在三級毒品使用經驗為最高，並會對四級毒品產生較高依賴性，入校 / 所前一周仍以四級毒品使用度為最高。
4. 根據羅吉斯迴歸分析：

(1) 心理韌性之自我覺察 (Self-awareness) 每提升 1 分，受試者患有輕度憂鬱的風險會較無輕度憂鬱的風險降低 66.7%、患有輕度焦慮的風險會較無輕度焦慮的風險降低 58.9%。

(2) 心理韌性之自我覺察 (Self-awareness) 每提升 1 分，受試者患有輕度壓力的風險會較無輕度壓力的風險降低 62.8%，心理韌性之家庭緊密度 (Family Bonds) 每提升 1 分，受試者患有輕度壓力的風險會較無輕度壓力的風險降低 87.6%。

5. 對藥物無依賴者：

(1) 心理韌性之家庭緊密度 (Family Bonds) 每提升 1 分，受試者患有輕度憂鬱的風險會較無輕度憂鬱的風險降低 91.6%。

(2) 心理韌性之個人覺察 (Self-awareness) 每提升 1 分，受試者患有輕度壓力的風險會較無輕度壓力的風險降低 81.4%、心理韌性之家庭緊密度 (Family Bonds) 每提升 1 分，患有輕度壓力的風險會較無輕度壓力的風險降低 86.0%。

## 伍、綜合討論

本研究之收容少年仍以男性居多 (74.3%)，教育程度近一半為高中職肄業 (包含在校和離校) (47.4%)，由於臺灣為 12 年國民教育制度，絕多數學生會完成國中學歷並進入高中職，用藥經驗題項中，詢問第一次接觸毒品年紀以 15 歲為最多 (27.0%)，但也發現有 10 歲便接觸毒品之受試者，可證實毒品危害正慢慢入侵兒



少世界，也代表著毒品使用確有年輕化的趨勢。如同國內研究文獻發現，問卷調查所蒐集的數據也再次顯示涉毒青少年初次接觸毒品的原因以好奇、好玩、很酷居多（68.4%），大多從朋友（78.1%）為管道獲取到毒品，「毒品可得性」會因身處次文化環境而增加，如幫派、公司朋友、哥哥們，聚會時提供一些免費的毒品助興；受試者有繼續使用毒品原因最多為很放鬆、紓解壓力（20.5%），青少年使用毒品動機單純卻易受誘惑，當交友圈複雜時，更容易為了合群或受備促而使用。

涉毒青少年使用各級毒品經驗中，仍以三（75.0%）、四級（73.6%）毒品居多，對各級毒品的依賴度以四級（33.3%）為最高，入所前一周使用之毒品也以四級（29.2%）為最多。毒品危害防制條例修正後，第三、四級毒品裁罰案件逐年遞增，相較一、二級毒品，施用三、四級毒品危害性較低，盛行主因則為無徒刑之風險，少年若施用則會依少年事件處理法處理。

從心理韌性向度指標雷達圖可發現，收容少年以社交能力 Social Competence (SC) 向度為最高分，個人特質 Personal Strength (PS) 向度獲得最低分，顯示出：收容少年的社會情感、認知和行為技能、人際溝通等可滿足適應社會所需之能力足夠，但對於自我角色的定義 (identity)、個人性格 (personality) 尚未能成功地展現出來。此外，收容少年與家庭成員之間的情感連結 (emotional bonds) 相對薄弱，無法成為重要的保護因子。再進一步分析心理韌性指標，經因素分析將原本5因素濃縮為4因素，並分別命名為自我覺察 (Self-awareness, SA)、社交互動 (Social Interaction, SI)、未來展望 (Future approach, FA) 和家庭緊密度 (Family Bonds, FB)，並經由羅吉斯迴歸瞭解各因素對收容少年憂鬱焦慮和壓力的影響，發現在各因素向度中，相較沒有患有任何憂鬱焦慮或壓力者，提升1分自我覺察 (SA)，受試者就可降低66.7% 患有輕度憂鬱、58.9% 輕度焦慮和62.8% 輕度壓力的風險；提升1分家庭緊密度 (FB) 就可降低87.6% 患有輕度壓力的風險，若要提升收容少年面對逆境時的抗壓心理能力，首要必須增強「個人特質」和「家庭團結」二項度。

若聚焦在是否對藥物有依賴者，發現對藥物沒有依賴的受試者，提升1分家庭緊密度 (FB)，可降低91.6% 患有輕度憂鬱、86.0% 輕度壓力的風險；提升1分自我覺察 (SA)，可降低81.4% 患有輕度壓力的風險；因本研究樣本數不足，且相對具有獨特性，對藥物有依賴的受試者羅吉斯迴歸數據不顯著，代表模型不具有解釋

力，但經由示範的交互作用圖可以看出有無藥物依賴和家庭緊密程度相互影響的關係：對沒有藥物依賴的收容少年，增加其家庭緊密度（FB）可降低得到憂鬱風險的機率，但對有藥物依賴的收容少年，改善家庭緊密度（FB）是無法防範其患有憂鬱的任何風險。換言之，有無藥物依賴在是一個強烈的預測因子，在少年尚未出現藥物依賴前提升心理韌性可以大幅提升其心理健康，一旦出現藥物依賴後，保護因子的防範力便不再如此有效。

## 陸、研究結論與建議

青少年藥物濫用是不容小覷的社會問題，尤其針對涉毒收容少年而言，本就為易受傷族群，有更高的機率會接觸到毒品，其心理健康狀態更需受到關注。憂鬱、焦慮和壓力是青春期最常出現的心理疾病症狀，本研究以自陳問卷及量表分析收容少年心理韌性指標，使用羅吉斯迴歸得出其受毒品影響後可能產生的負面心理症狀之嚴重程度，提供具解釋力的關聯性數據。

### 一、主要研究發現

現今毒品製造手法，可能礙於疫情影響及成本考量，毒品原料獲取不易，純度與過往有差，許多 K 他命濃度下降、咖啡包內所參雜之毒品種類越來越多，也相對減少了特定毒品的純度，使青少年長期使用後並無太大戒斷症狀或後遺症，傳統的毒害一生、拉 K 拉到包尿布等警語不再適用於青少年身上。研究者認為，西方國家日漸開放對於合法化大麻等娛樂性用藥的觀念，加上資訊流通快速，Facebook、Tiktok、Instagram 的短影片都在無意間刷洗著青少年們對於毒品的認知，外界各種影響讓現代的青少年們心理早熟，毒品的新穎度隨著時代轉變快速更新，毒品防制教育需提早介入學生生命經驗中。

社會快速變遷，資訊量爆炸的時代會讓青少年接收過多且過雜亂的訊息，而無法多加思考、辨別正確性。青少年花費大量時間在網路上，好處是可快速獲取資訊，壞處是社群媒體所營造的美好與現實截然不同，青少年過於崇拜網路世界和虛幻的按讚數，提高了少年孤獨和不安定感，取而代之的是更多的觸法行為、憂鬱、

焦慮和壓力等負面心理症狀。國內外文獻、報導、評論都已提出青少年網路成癮的警告。青少年常出現的暴力、打架、哭鬧、暴躁等外顯行為皆為負面心理症狀的展現，這些非臨床病症的表露不僅限於收容少年。

本研究在統計收容少年之主要照顧者中，由爸爸或媽媽照顧佔50.6%，第二高為祖父或祖母照顧佔19.4%，第三高為哥哥或姊姊照顧佔11.3%，顯示家庭中照顧者分布極廣，有近一半的家庭並非由爸爸或媽媽擔任家長角色；從數據證實，增強收容少年的「自我覺察 Self-awareness」與「家庭緊密度 Family bonds」可有效降低患有不同輕度憂鬱焦慮或壓力的風險。收容少年欠缺自我發現，無法對身旁各種事物產生興趣，可能是從未培養好奇心，也可能是生長環境中的忽略或壓力，造成此二面向薄弱；然而，正向心理特質可提供個體滿足和幸福感，心理韌性則提升克服難關和恢復的韌度，避免長期的負面影響。

## 二、建議

本研究歸納之研究建議條列如下：

1. 對於咖啡包等新興毒品之防制，可以從青少年重視的社交選項著手，並以「減害」之觀念，從青少年的角度，先瞭解其對所吸食毒品之感受，進而提升其對毒品危害的意識能力，知道在各種狀況下該如何保護自己。易言之，宜從青少年的視角出發，以漸進改變其對毒品的態度，作為有效的拒毒策略。
2. 更正加視青少年心理健康議題，增強其正向心理特質，維持心理健康的韌性，各界應多加關懷、保持敏感度，在孩子需要紓解的時候適時出現，同時給予獨立空間，才可使收容少年與社會有更強壯的連結，也是減少青少年涉毒進到矯正機構的重要機制。
3. 本研究建議現行教育或制度可以更為彈性，不再聚焦於「爸爸或媽媽」角色，而是彰顯「手足或親人」之重要性，從而定位他們在家庭中負擔的責任，藉以提高家庭緊密度。

## 柒、研究限制

本研究基於青少年保護的種種限制以及疫情的挑戰，受試者樣本回收量極度不足，進而言之，因研究對象為收容青少年，依矯正署規定須獲取法定代理人同意書才可施測，惟因疫情影響，校所的懇親日和一些活動皆取消，且研究者也無法進入戒護區內，大幅減少了獲得法定簽名，以及與受試者面對面溝通的機會，在量化分析母體數較小的情況下，雖然已難能可貴的獲得一些可供研判之研究成果，然仍有未臻完善之缺憾。

## 參考資料

- 于承平、蕭開平、潘志信、鄭惠及（2017）。新興藥物濫用有關之死因分析研究—由臺灣地區法醫死因鑑定案件監測（2012-2016）。政府研究資訊系統GRB。編號：MOHW106-FDA-D-114-000632。
- 司法官學院（2021）。犯罪狀況及其分析—2020犯罪趨勢關鍵報告。台北市：法務部司法官學院，頁213、234、245、251。
- 王紹穎（2007）。「自我感、復原力與創傷後症狀之關聯性:以燒傷病人為例」（未發表之碩士論文）。臺北：國立臺灣大學心理學研究所。
- 林建陽、陳玉書、柯雨瑞、張智雄、呂豐足（2007）。我國當前毒品戒治政策之省思與建議。刑事政策與犯罪研究論文集，10，283-322。
- 林淑君、郭文正、管昱翔（2021）。台灣青少年藥物濫用研究之文獻回顧。台灣公共衛生雜誌，40（2），133-150。
- 林瑞欽、鄭添成、郝溪明、郭淑君、林佳蓉、蘇南榮、呂揚諭、謝依惠（2009）。男女非法藥癮者之社會—心理特性、用藥行爲、施用非法藥物感染疾病風險認知之關係研究。行政院衛生署管制藥品管理局DOH98-NNB-1017研究報告。
- 李思賢、林國甯、楊浩然、傅麗安、劉筱雯、李商琪（2009）。青少年毒品戒治者對藥物濫用之認知、態度、行爲與因應方式研究。青少年犯罪防治研究期刊，1（1），1-28。
- 涂達人、古慧珍（2020）。校園緝毒之現況、作法與學校配合事項。中正大學青少年藥物濫用預防研討會（2020）。嘉義縣：國立中正大學犯罪防治藥物濫用教育中心與臺灣藥物濫用防制研究學會。
- 曾寶民、邱獻輝（2016）。青少年愷他命使用者的心裡探究。藥物濫用防治，1（1），79-105。

- 楊士隆、曾淑萍、戴伸峰、顧以謙、陳瑞旻、林世智、鄭元皓（2017）。2017年臺灣青少年藥物濫用盛行率之調查研究。中國藥物濫用防制雜誌，24（3），129-137。
- 蔡德輝、楊士隆（2021）。少年犯罪：理論與實務（七版）。台北：五南出版，頁281。
- 簡孟輝（2020）。新興毒品 PMMA 案件之特徵及勘查採證。刑事雙月刊 98 期，刑事警察局，頁 12。
- 臺灣高等檢察署（2021）。國內毒品情勢快速分析年報。臺灣高等檢察署偵查資料中心、統計室。取自：<https://www.tph.moj.gov.tw/media/246667/2020%E5%B9%B4%E5%9C%8B%E5%85%A7%E6%AF%92%E5%93%81%E6%83%85%E5%8B%A2%E5%BF%AB%E9%80%9F%E5%88%86%E6%9E%90%E5%B9%B4%E5%A0%B1.pdf?mediaDL=true>
- 臺灣高等檢察署（2022）。國內毒品情勢快速分析年報。取自：<https://www.tph.moj.gov.tw/media/274244/2021%E5%B9%B4%E5%9C%8B%E5%85%A7%E6%AF%92%E5%93%81%E6%83%85%E5%8B%A2%E5%BF%AB%E9%80%9F%E5%88%86%E6%9E%90-%E5%85%AC%E5%91%8A%E7%89%88-0217.pdf?mediaDL=true>
- 衛生福利部（2016）。國民心理健康計畫—第二期106-110年（行政院105年11月8日院臺衛字第1050043638號函核定本）。
- 衛生福利部（2016）。「103年全國物質使用調查」結果報告。臺北市：衛生福利部食品藥物管理署。
- 衛生福利部（2018）。「107年全國物質使用調查」結果報告。臺北市：衛生福利部食品藥物管理署。
- 戴伸峰、曾淑萍、楊士隆（2011）。臺灣地區非法藥物濫用高危險群青少年對現行毒品防治政策成效及戒毒成功因素評估之實證研究。青少年犯罪防治研究期刊，3（2），51-72。doi: 10.29751/JRDP.201112.0003
- 顧以謙，鄭元皓，陳瑞旻，林世智（2019）。大麻成癮、憂鬱和暴力犯罪之關聯性初探—以毒品犯受刑人為例。藥物濫用防治，4（3），29-58。
- Alvarez, A., Milner, H. R., & Delale-O'connor, L. (2016). Race, trauma, and Education. But I Don't See Color, 27-40. [https://doi.org/10.1007/978-94-6300-585-2\\_3](https://doi.org/10.1007/978-94-6300-585-2_3)
- Berman, A., Jobses, D., & Silverman, M. (2006). Adolescent suicide assessment and intervention 2nd ed. American Psychological Association.
- Bond, L., Butler, H., Thomas, L., Carlin, J., Glover, S., Bowes, G., & Patton, G. (2007). Social and school connectedness in early secondary school as predictors of late teenage substance use, mental health, and academic outcomes. *Journal of Adolescent Health*, 40(4). <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2006.10.013>
- Compton, S. N., March, J. S., Brent, D., Albano, A. M., Weersing, V. R., & Curry, J. (2004). Cognitive-Behavioral Psychotherapy for Anxiety and Depressive Disorders in Children and

Adolescents: An Evidence-Based Medicine Review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(8), 930-959. doi: 10.1097/01.chi.0000127589.57468.bf. PMID: 15266189.

- Chen, W. J., Fu, T.-C., Ting, T.-T., Huang, W.-L., Tang, G.-M., Hsiao, C. K., & Chen, C.-Y. (2009). Use of ecstasy and other psychoactive substances among school-attending adolescents in Taiwan: National surveys 2004–2006. *BMC Public Health*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-27>
- Dumas, T. M., Ellis, W., & Litt, D. M. (2020). What does adolescent substance use look like during the COVID-19 pandemic? Examining changes in frequency, social contexts, and pandemic-related predictors. *Journal of Adolescent Health*, 67(3), 354–361. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.06.018>
- Essau, C. A., Soc, R., Conradt, J., & Petermann, F. (2000). Frequency, Comorbidity, and Psychosocial Impairment of Anxiety Disorders in German Adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(3), 263-279. doi:10.1016/s0887-6185(99)00039-0
- Essau, C. A., & Torre-Luque, A. D. (2019). Comorbidity profile of mental disorders among adolescents: A latent class analysis. *Psychiatry Research*, 278, 228-234. doi:10.1016/j.psychres.2019.06.007
- Evans, G. W., Eckenrode, J., & Marcynyszyn, L. A. (2010). Chaos and the macrosetting: The role of poverty and socioeconomic status. *Chaos and Its Influence on Children's Development: An Ecological Perspective.*, 225–238. <https://doi.org/10.1037/12057-014>
- Garber, J. & Weersing, V. R. (2010). Comorbidity of anxiety and depression in youth: Implications for treatment and prevention. *Clinical Psychology: Science and Practice* 17, 293–306.
- Gore, F. M., Bloem, P. J., Patton, G. C., Ferguson, J., Joseph, V., Coffey, C., & Mathers, C. D. (2011). Global burden of disease in young people aged 10–24 years: A systematic analysis. *The Lancet*, 377(9783), 2093–2102.
- Hassan, A. N. (2018). Patients with Alcohol Use Disorder Co-Occurring With Depression and Anxiety Symptoms: Diagnostic and Treatment Initiation Recommendations. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 79(1), 69-71. doi:10.4088/jcp.17ac11999
- Jenkins, E.K., Slemon, A. & Haines-Saah, R.J. (2017). Developing harm reduction in the context of youth substance use: Insights from a multi-site qualitative analysis of young people's harm minimization strategies. *Harm Reduction Journal*, 14(1), 53. <https://doi.org/10.1186/s12954-017-0180-z>
- Kelly, T. M., & Daley, D. C. (2003). Integrated Treatment for Mood and Substance Use Disorders. *Social Work Public Health*, 28(0), 388-406. doi:10.1080/19371918.2013.774673

- Lai, H. M., Cleary, M., Sitharthan, T., & Hunt, G. E. (2015). Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990–2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, *154*, 1-13. doi:10.1016/j.drugalcdep.2015.05.031
- Lewinsohn, Peter M., Daniel N. Klein, and John R. Seeley. (1995). Bipolar Disorder in a Community Sample of Older Adolescents: Prevalence, Phenomenology, Comorbidity, and Course. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *34*, 454–463.
- Leung, K.-S., Li, J.-H., Tsay, W.-I., Callahan, C., Liu, S.-F., Hsu, J., Hoffer, L., & Cottler, L. B. (2008). Dinosaur girls, Candy Girls, and Trinity: Voices of Taiwanese club drug users. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, *7*(3), 237–257. <https://doi.org/10.1080/15332640802313205>
- Lewinsohn, Peter M., Daniel N. Klein, and John R. Seeley. (1995). Bipolar Disorder in a Community Sample of Older Adolescents: Prevalence, Phenomenology, Comorbidity, and Course. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *34*, 454–463.
- Liang, H., Lau, C., Tang, A., Chan, F., Ungvari, G., & Tang, W. (2013). Cognitive impairments in poly-drug ketamine users. *Addictive Behaviors*, *38*(11), 2661–2666. doi:10.1016/j.addbeh.2013.06.017
- Lowry-Webster, H. M., Barrett, P. M., & Lock, S. (2003). A Universal Prevention Trial of Anxiety Symptomology during Childhood: Results at 1-Year Follow-up. *Behaviour Change*, *20*(1), 25–43. doi:10.1375/behc.20.1.25.24843
- McCarty, C. A., & Weisz, J. R. (2007). Effects of Psychotherapy for Depression in Children and Adolescents: What We Can (and Can't) Learn from Meta-Analysis and Component Profiling. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *46*(7), 879–886. doi:10.1097/chi.0b013e31805467b3
- Measham, F., Newcombe, R., & Parker, H. (1994). The normalization of recreational drug use amongst young people in North-West England. *The British Journal of Sociology*, *Jun*; *45*(2), 287–312.
- Melton, T. H., Croarkin, P. E., Strawn, J. R., & McClintock, S. M. (2016). Comorbid anxiety and depressive symptoms in children and adolescents: A systematic review and analysis. *Journal of Psychiatric Practice*, *22*(2), 84.
- NIDA (2007). Comorbid Drug Abuse and Mental Illness. National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services.
- NIDA (2009). Addiction and Other Mental Illness. National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services.
- NAMI (2022). National Alliance on Mental Illness - Mental Health By the Numbers. Retrieved from: <https://www.nami.org/mhstats>

- Nottelmann, E.D., Jensen, P.S., (1999). Comorbidity of depressive disorders in children and adolescents: rates, temporal sequencing, course and outcome. In: Essau, C.A., Petermann, F. (Eds.), *Depressive Disorders in Children and adolescents: Epidemiology, Risk Factors, and Treatment*. Jason Aronson, Northvale, NJ.
- Risal, A., Manandhar, K., Linde, M., Steiner, T. J., & Holen, A. (2016). Anxiety and depression in Nepal: Prevalence, comorbidity and associations. *BMC Psychiatry*, 16(1). doi:10.1186/s12888-016-0810-0
- SAMHSA (2020). Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA Results from the 2020 National Survey on Drug Use and Health. Retrieved from: <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/reports/rpt35325/NSDUHFF PDFWHTMLFiles2020/2020NSDUHFFR1PDFW102121.pdf>
- United Kingdom (2019). “United Kingdom drug situation 2019: Focal point annual report.” Updated March 31st, 2021.
- UNODC (2021). World Drug Report 2021, booklet 2, Global Overview of Drug Demand and Drug Supply (United Nations publication, 2021), pp.35.
- UNODC (2022). World Drug Report 2022, Methodological Annex. Research and Trend Analysis Branch, pp27.
- United States Department of Health and Human Services (2016). Health, United States, 2016 with Chartbook on Long-term Trends in Health. Retrieved from <https://www.cdc.gov/nchs/data/hs/hs16.pdf>
- Van Hout MC. (2011). Differentiated normalization and drug transitions among rural youth in Ireland. *Drugs: Education Prevention and Policy*. 18(2), 124-131. <https://doi.org/10.3109/09687631003649371>
- Van Lang, N.D.J., Ferdinand, R.F., Ormel, J., Verhulst, F.C. (2006). Latent class analysis of anxiety and depressive symptoms of the Youth Self-Report in a general population sample of young adolescents. *Behavior Research Therapy*. 44, 849-860. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.004>.
- Wickrama, K., Conger, D., Abraham, W. (2005). Early Adversity and Later Health: The Intergenerational Transmission of Adversity through Mental Disorder and Physical Illness. *Journal of Gerontology*, Series B 60B, Special Issue, II, 125-129.
- Yoshikawa, H., Aber, J. L., & Beardslee, W. R. (2012). The effects of poverty on the mental, emotional, and behavioral health of children and youth: Implications for prevention. *American Psychologist*, 67(4), 272-284. <https://doi.org/10.1037/a0028015>
- Young, J. F., Makover, H. B., Cohen, J. R., Mufson, L., Gallop, R. J., & Benas, J. S. (2012). Interpersonal Psychotherapy-Adolescent Skills Training: Anxiety Outcomes and Impact of Comorbidity. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41(5), 640-653. doi:10.1080/15374416.2012.704843