



【一般論述】

## 藥癮心理戒治模式之發展與評估

---

張雲傑

〔國立中央警察大學犯罪防治研究所博士候選人〕

〔法務部矯正署新店戒治所臨床心理師〕

〔台灣催眠研究學會理事長〕

# 藥癮心理戒治模式 之發展與評估

## 摘要

本文主要針對當今藥癮心理戒治模式加以探討，首先介紹藥癮理論與心理治療之發展，包括生物生理、疾病、精神分析、行為、社會學習、家庭系統、社會文化、生物心理社會理論等八大觀點之心理戒癮策略。其次探討各種心理治療方案對藥癮矯治之實際成效，包括心理動力、體驗和關係、行動治療、系統觀、後現代、整合取向等六大範疇。再就美國與我國心理治療戒毒模式現況進行分析及評估，包括醫療、社區、矯治等三大體系，並探討藥癮心理戒治之最新發展趨勢。最後則針對我國毒品戒治、社區處遇、更生保護等制度面提出建議，以供政策制定及實務運作之參考。

**關鍵字：**心理治療 (Psychotherapy)、催眠 (hypnosis)、矯治 (Rehabilitation)、毒癮 (drug addiction)、毒癮者 (drug abuser)

## 壹、緒論

毒品危害議題隨著人類文明跨入21世紀，不僅未被解決，反而成為全球性嚴重的公共衛生、醫療、教育、經濟、治安與社會問題，牽涉層面廣泛複雜。近年來，台灣地區毒品濫用危害情形亦漸受相關單位重視。有鑑於毒品濫用之疾病觀念，我國於1997年10月31日通過毒品危害防制條例，並於1998年5月20日施行，以取代原肅清煙毒條例。截至2011年為止，其條例內容關於毒品戒治部分雖歷經修改，但主要精神仍以疾病觀點對毒癮者實施「有條件除刑不除罪」的矯治措施，以期降低毒品再犯率，並提升毒品犯罪預防成效。

為改善毒品濫用危害情形，我國現階段有多種戒毒處遇模式正在進行，大致可分為心理治療及減害計畫（包括美沙冬替代療法）等類型（Denning, Little, & Glickman, 2007），本文主要針對毒品成癮的心理治療模式加以探討，先介紹藥物濫用理論與心理治療之發展，次說明心理治療之藥癮矯治效能，再就國內外心理治療戒毒模式現況進行分析及評估，最後則提出建言以供政策制定及實務運作之參考。

## 貳、藥癮理論與心理治療之發展

綜合Leitenberg (1976) 與Thombs (1996) 之分類可知，學術界現存之主要藥癮理論與相關心理治療之發展，約可分為八大類型與趨勢：

### 一、生物生理理論

生物生理理論是指生理系統的生化反應（包括細胞、神經傳導物質變化等）會增加個人濫用藥物之可能性，該學派主張應使用「藥物」來治療藥癮者，並對1970年代預防藥物濫用政策制定方向產生重大影響（Leitenberg, 1976; 顏明遠, 1994）。現今國內外精神醫學界推行之美沙冬替代療法及僅在墨西哥、歐洲合法之「伊博格鹼療法 (ibogaine therapy)」(Kotler, 2010)，即屬藥癮生理治療模式之方案。在此模式下，心理治療僅算配套的輔助治療而已。

### 二、疾病理論

疾病理論模式將毒癮視為原發性疾病，因此一旦發病後，若不治療則可能持續惡化轉為慢性疾病。此模式之價值在於將毒癮患者摒除於道德批判之外，並將藥物濫用行為從罪惡中除名。基於疾病模式觀點，使得懲罰與監禁不再被社會視為處理毒癮問題的唯一手段，否則其他療法將無從施展。故疾病觀點除了使毒癮者成為可治療的病人外，對

康復階段個案而言，疾病模式也讓本身因吸毒造成之錯誤，都可歸咎於疾病發作使然，進而減輕罪惡感和羞愧感。故從心理治療角度而言，疾病模式尤適於日漸惡化或具生理併發症之毒癮者 (Thombs, 1996)。

### 三、精神分析理論

現代精神分析觀點認為毒癮是深層人格問題的外顯症狀，其原因乃自我強度不足所造成。個人會染上毒癮乃因先有尋求上癮的心理渴望，再加有機會碰觸毒品才會上癮 (Wurmser, 1974)。由於藥癮濫用本身即是一種防衛機轉 (Khantzian, 1980; Wurmser, 1974)，在戒癮治療早期階段，治療師須將處理防衛機轉列入重點考量，因個案防衛機轉與其脆弱的自我強度息息相關，加上濫用毒品之目的乃在滿足對刺激的渴望，或將毒品視為治療自己心理痛苦的藥物，以致無法發展出其它非藥物因應策略 (Khantzian, 1980; Wurmser, 1980)。所以有效的心理治療策略須能協助個案發展延宕滿足的能力，學會如何安排日常活動、瞭解滿足需求之先後順序，以訂定長程計畫，包括協助個案找出適合自己體能、合法、較不具毀滅性的刺激活動，來滿足其內心對外在刺激的強烈需求，以便能在療效發生前，先暫時填補內心空虛，以便凝固新無毒生活 (Thombs, 1996)。

### 四、行為制約理論

酬償是行為制約理論之主要核心概念，行為學派大量研究顯示施用毒品是種目標導向行為，其行為產生之目的乃為追求可預期或可預測的幸福感或意識上的快感 (Miller, 1980)，此原理足以說明為何毒品施用行為能夠在快速、短暫的時間內，演變成強迫性的吸毒型態。由於多數毒癮者在接受心理治療前，施用毒品通常已成為生活中唯一可用來逃避現實的手段、或獨自一人即可享受的精神樂趣。因此無論個案接受治療前之狀態為何，通常會覺得治療的早期階段是處於樂趣被直接剝奪的時期。為避免個案再次為追逐樂趣而吸毒，有效的行為治療策略便是幫助個案找到非毒品的酬償活動，並利用個案有興趣爭取的獎勵或報酬來維持治療計畫進展 (Thombs, 1996)。

### 五、社會學習理論

社會學習理論認為藥癮的形成與維持並非被動過程，而是透過「觀察學習效果、抑制—非抑制效果、反應促進效果」而產生 (Bandura, 1977)。「自律」是社會學習理論的另一核心概念，意即毒癮者並非因本身缺乏自律而吸毒，乃因社會或家庭因素才產生錯誤的自律型式 (Abrams, & Niaura, 1987; Thombs, 1996)。由於社會學習理論認為壓力和非理性思考是毒癮復發的原動力，因此預防復發的重點策略在於提升個案自我效能 (Monte, 1980)，所以為防範有意願戒毒的個案因忍不住一時用藥，進而引發持續濫用

毒品的下場，而不再僅侷限於「小失誤」範圍內。心理治療人員除了應協助案主學習如何面對未來高風險情境外，也應教育個案瞭解「小失誤」與「完全復發」在康復概念上的差別，更應該傳授必要的拒毒技巧，使個案有能力避開激發吸毒慾望的高風險因子，並藉演練拒毒技巧增強案主自我效能 (Thombs, 1996)。

### 六、家庭系統理論

Bowen (1976) 的家庭系統理論以「自我分化」為其理論核心概念，主張一個高度自我分化的個體可用合宜、富建設性的方式來表達自己正負面情緒。但對低度分化者而言，當其生活功能極度低落，且須長期取悅或刻意勉強自己去適應其他家庭成員時，長期耗盡心力討好他人的結果，就是徹底喪失自我。一旦該喪失自我的個人染上毒癮後，其「病態角色」反倒產生出避免早就失衡的家庭分崩離析的平衡作用，只可惜該作用之目的僅在維持一種不健康的平衡狀態 (Deutsch, 1982)。家庭系統觀點要求治療師在治療過程中，需將家庭動力列入考量，盡可能地將毒癮者的家庭成員納入治療中；且若環境許可，家人也應該和當事人共同接受治療，此舉對在療程中發展合適家庭型態、調整家人互動關係助益極大，因毒癮復發原因通常是家人未參與治療計畫或中途退出所致 (Rosenberg, 1981-1982; Thombs, 1996)。

### 七、社會文化理論

從社會文化觀點而言，藥物濫用具有四大廣泛功能，一是藥物具有促進社會互動的作用 (Mckim, 1986)；二是藥物能幫助使用者從常態社會責任義務中獲得暫時紓解的機會 (Health, 1988; MacAndrew, & Edgerton, 1969)；三是藥物濫用具有促進社會或種族團體成員間凝聚與團結的功能 (Health, 1988)；四是藥物濫用的次級文化可做為該族群對中產階級或體制價值觀的一種否認方式 (Johnson, 1980; Thombs, 1996)。因此社會文化治療觀點特別強調治療在本質上必須是多面向的主張，此觀點闡明許多導致吸毒成癮與復發的因素並不只存於個人生理或心理內部，所以有效的治療方案勢必要能對毒癮者生活領域的各個面向產生正向衝擊，而成功的介入則必須能改變個案與其家庭、同儕團體、工作場所及社區的關係 (Galizio, & Maisto, 1985)。雖然治療師無法扭轉當前社會環境或毒品次級文化，但為防治毒癮問題，社會結構與經濟公義等基本議題仍需加以正視，方能藉社會控制力量遏止其擴大 (許春金, 2003; Thombs, 1996)。

### 八、生物心理社會理論

截至2011年為止，就藥癮理論而言，生物心理社會理論尚未展出一套能同時整合藥理、生理、心理、社會學的統一解釋模式，其原因乃是藥癮行為反映出人類行為的特異

多變性和非狹窄發展模式之特質使然 (Peele, 1985)。但就心理治療戒毒實務而言，各方專家對於如何防治毒癮復發的治療策略則已形成初步共識，包括以下重點 (江振亨, 2009; Harvard Mental Health Letter, 1992; McCrady, 1991; Thombs, 1996)：

- (一) 以戒癮技巧增強自我效能：由治療師教導預防「小失誤」的技巧，並為個案安排具挑戰性，但不致對心理形成威脅的家庭作業，以助其練習處理環境誘發因子的技巧，進而對戒毒產生信心與希望 (Annis, & Davis, 1991)。
- (二) 以有效誘因創造戒癮動機：在治療過程中，個案動機關係著其能否用心接受治療和未來預後效果的優劣，因此如何提昇個案戒癮動機為治療師首要任務 (Miller, & Rollnick, 1995)。
- (三) 以套裝療法處理個案生活：套裝治療已漸被認為達成較佳戒毒效果所需具備之基本策略 (McCrady, 1991)。透過整體性通盤考量，一個完整的戒毒套裝療法，除了必備的心理治療單元外，亦可包含自信訓練、社交技巧訓練、婚姻諮商、職業訓練、生涯規劃、宗教課程或其它配套方案等。
- (四) 以個別化策略配合個案需求：現今新治療趨勢主張治療策略之選擇，應以個案需求為導向，因其對治療可否產生效果起著關鍵作用，所以能針對個案特製化之治療計畫十分重要 (McLellan, Childress, Griffith, & Woody, 1984; Woody, McLellan, Alterman, & O'Brien, 1991)。

### 參、心理治療之藥癮矯治成效

根據美國國家藥物濫用研究所 (National Institute on Drug Abuse, NIDA) 於 1999 年所出版之《藥癮治療原則 (Principles of drug addiction treatment: A Research-based Guide)》一書中，指出過去以科學研究為基礎的藥癮治療已有很多，如單純服用戒癮藥物、單純接受心理治療，或合併上述二者 (NIDA, 1999)。其中個別或團體心理治療是藥癮治療是否有效的關鍵因素 (臺中戒治所, 2011a)。目前國內與藥癮戒治相關之心理治療大多從歐美引進，為提綱挈領，本文根據美國心理學家 Corey (2010) 分類方式，介紹六大類心理治療取向之藥癮矯治成效。

#### 一、心理動力取向

「精神分析療法」之治療重點在於以潛意識分析技術 (如催眠、解夢、藝術治療等)，協助當事人產生內心的「頓悟」，以達成人格重建的目標。「阿德勒學派療法」從廣義角度觀之，也是心理動力分析取向，只是焦點並未放在潛意識的性驅力上 (Corey, 2010)。Kaplan (1977) 針對 1 名 25 歲罹患邊緣型人格疾患及海洛因毒癮的單身女性及其雙親，進行心理動力家族治療，在 18 個月療程裡，有效找出個案吸毒心理因

子與防衛機制之關係、減輕依賴心理及人際障礙，化解雙親否認態度與恐懼情緒，使家族成員皆能主動參與後續療程。Jerry (1997) 以心理動力精神療法處理古柯鹼上癮的 23 歲女性門診個案，發現可藉解夢探討心理創傷與吸毒行為之關連，有效協助其完成 12 步驟療法，達成矯治心理創傷與情緒問題等目標。李仁鴻、羅俊明與呂明春 (2004) 以精神分析觀點探討藝術治療對海洛因毒癮者之意義和作用，該研究以 283 名患者的繪畫作品進行分析，發現總數 333 幅的繪畫作品中呈現出 70 餘種象徵符號，顯示繪畫療法具有瞭解戒毒者心理狀況和促進心理治療的作用。

#### 二、經驗與關係取向

經驗與關係取向之代表療法，包括存在主義治療法、個案中心治療法和完形治療法等三大學派：

- (一) 存在主義治療法：十分適合治療師用於處理毒癮者的空虛感受，如 Gerwood (1998) 曾應用 Frankl 的存在空虛理論，幫助毒癮者藉由有意義的活動來取代毒品，以彌補心靈空虛；Hebert (2005) 則發現透過靈性或生命意義的探索，可以預防青少年的毒品濫用行為；Nam (1994) 則發現當個人的生命目的感愈低、且存在焦慮及無力感愈高時，可有效預測其對毒品的使用情形。
- (二) 個案中心治療法：源自人本主義哲學，重視治療師個人的基本態度，認為治療師與個案之間的關係特性決定治療效果的良窳 (Corey, 2010)。目前個案中心療法的人本精神和晤談技術，如同理心、真誠與無條件的正向關懷等，已被應用至跨理論模式 (Trans-theoretical Model, TTM) 的藥癮治療方案中使用，因 TTM 治療師認為個案中心的晤談形式能發揮增進治療效果的作用 (Velasquez, Maurer, Crouch, & DiClemente, 2009)。此外，中國廣州市白雲自願醫藥戒毒中心亦於 2000 年起，實施人本主義之個案中心戒毒模式 (張希范, 2007)。
- (三) 完形治療法：採取一套特殊的治療技術來協助個案注意其目前正在經驗的事物或未竟事務，並協助個案在任何時刻能覺察到自己內心的各種想法與感覺 (Corey, 2010)。根據 Friedman 與 Glickman (1986) 研究顯示，完形治療法頗適合處理青少年毒品濫用問題。

#### 三、行動治療取向

行動治療取向包括現實治療法，行為治療法、認知治療法、理情行為治療法等四大類：

- (一) 現實治療法：以「選擇理論」為該治療學派的基礎，治療目的在於幫助個人於現實世界中，有能力以負責的態度和行為來滿足自身需求、活出有意義的生活，而非讓自己陷入逃避和否認現實的痛苦中而無法自拔 (張傳琳, 2003; Corey, 2010)。蕭同仁 (2002) 探討 16 單元現實治療團體對臺中少年戒治所毒癮者的戒

治成效（實驗組N=8，控制組N=12），結果顯示實驗組在「自我評估、付諸行動、學習戒毒、生活規律、課程參與度」等項目上具立即性效果。李俊珍（2004）探討8單元現實治療團體對屏東戒治所成年毒癮者的治療成效（實驗組N=43、控制組N=43），結果顯示實驗組與控制組在工作自我概念的「立即輔導反應」上具顯著差異；在內在控制及心理自我概念的「長期輔導反應」上具顯著差異。

- (二) 行為治療法：晚近行為治療法之發展趨勢，更重視認知行為療法的應用，並視認知為決定行為的重要因子（陳榮華，1986；Corey，2010）。Hunt與Azrin（1973）採行為強化方案治療社區酒癮和毒癮者，該方案在與某醫院標準治療方案之比較性研究中，顯示長達6個月的期限內，行為強化方案的治療效果較佳，個案花較少時間濫用成癮物質、較不易失業、也較不會再次接受治療，再另一為期2年的追蹤評估研究中，亦複製出相同結果。Higgins等人（1991）比較「代幣制」行為療法與傳統「12步驟方案」對社區28名古柯鹼毒癮者之戒治成效後發現，接受行為療法組在戒除古柯鹼的持續期限上優於參加12步驟組，在另一大樣本尿液篩檢結果上，行為治療組（N=552）尿液無古柯鹼的反應亦較12步驟組（N=312）為高。Navarro等人（1992）研究發現，接受行為治療之毒癮者，若能順利完成療程，則在日後6至72個月的追蹤期中會有較佳預後表現。
- (三) 認知治療法：治療取向著重在幫助當事人破除其思考或認知上不合邏輯、非理性或自我設限的框架，以建立理性的新人生觀（Corey，2010）。美國紐約州於1977年起在監獄內實施以認知療法為主之「治療性社區（therapeutic community, TC）」（江振亨，2005）。Pearson與Lipton（1999）研究發現TC較軍事訓練營、焦點團體更能減少吸毒者再犯情形。愛達荷州於1989年起，針對毒癮者實施認知重建方案，研究顯示對成員生命價值、目標及意義產生正向影響（Germain，1996）。Henning與Frueh（1996）研究佛蒙特州監獄於1988年起實施認知改變方案的成效，顯示在1988至1994年間196名出獄樣本中，含毒品犯的實驗組55人中，計有50%再犯，未治療的對照組141人中，則有70.8%再犯，兩組在2年內再犯率達顯著差異。李思賢（2003）探討6單元認知治療團體對某戒治所90名海洛因毒癮者的治療效果（實驗組N=45，控制組N=45），顯示實驗組在生活適應、未來接受戒癮治療的意願上達顯著效果。江振亨（2005）探討12單元認知治療團體對安非他命受刑人的戒治成效（實驗組=10，控制組=10），質性資料顯示治療有助於增強戒癮動機及導正用藥非理性信念，量化資料則顯示在用藥非理性信念、吸煙行為改變上具顯著效果。
- (四) 理情行為治療法：1980年代晚期由Trimpey依理情行為療法創立之「理性療法」屬於互助式支持性團體，主要由想戒癮、但又不認同傳統12步驟之宗教教義的成員所組成，主張藥物依賴不是疾病，所以只要能保持6個月到1年的戒斷生活，往後就不太需要接受治療。SMART療法是理性療法的另一分支，主要是運用認知行

為治療技巧來協助病人避免復發（Volpice et al., 2003）。

#### 四、系統觀取向

系統觀取向包括女性主義治療和家庭系統治療法等2大類（Corey，2010）：

- (一) 女性主義治療：針對治療對象並無特定性別之限制，只是治療理論之觀點是從女性角度出發（有別於傳統治療理論的男性觀點），主張治療關係是一種以「賦權（empowerment）」與平等為基礎的夥伴關係，並將當事人視為處理自己問題的「專家」，因此案主可以決定自己想從治療中獲得什麼（Corey，2010）。Mandel, Schulman與Monteiro（1979）探討兩性治療社區（Coed Therapeutic Community）內為期16個月、包含各種治療技術及教育課程之女性成癮者覺察團體（feminist awareness group）的成效，結果顯示以女性主義設計之團體療程可增加成員間之溝通與信任，提升個人對自身健康的關心，減少疏離感，建立自尊心。Rhodes與Johnson（1997）則以女性主義觀點治療罹患酒癮與藥癮之非裔美籍婦女，目的在於補救傳統社區醫療戒癮模式下，因特定治療取向所發生之性別與種族歧視等問題。
- (二) 家庭系統治療法：強調評估所有家庭成員間的互動模式是瞭解當事人的最佳方法，因此為能促使當事人發生改變，最基本要件就是必須使個體覺察到自己的人格是如何受到家庭或其他系統影響（Corey，2010）。荷蘭於1990年進行家庭療法和美沙冬療法治療海洛因成癮者之比較性研究，發現家族療法可讓將近2/3的個案戒除海洛因、並使75%的個案戒除非法濫用管制藥品的習慣，統計結果顯示家族療法可產生與美沙冬療法相似的成效（Romijn, Piatt, & Schippers, 1990）。Schmidt, Liddl與Dakof（1996）以16單元多面向家庭治療法（multi-dimensional family therapy, MDFT）治療29名父母及其濫用藥物的青少年孩子，結果顯示超過2/3的父母因而改善子女教養方式，孩子們的藥物濫用問題也得到相關改善。

#### 五、後現代取向

後現代取向理論認為世界上不存在絕對唯一的「真理（truth）」，所謂的「現實（reality）」乃是人們透過語言互動後所產生的社會建構，主要包括敘事治療及焦點解決治療等二類（Corey，2010）：

- (一) 敘事治療法：鼓勵治療師和個案建立合作關係，傾聽當事人的故事，避免對其貼上標籤或妄下診斷，治療目標在於讓個人瞭解生活問題對自己的影響，以協助當事人將其原有的生命故事從強勢主流文化脈絡中區隔出來，並創造專屬自己的新生命故事（Cochran，2006；Corey，2010；Freedman, & Combs, 1996）。基督教香港救世軍於2005年實施之「迴響團隊」，即是運用敘事治療法協助藥物濫用

青少年戒癮（黃恩澤、胡穎怡，2007）

- (二) 焦點解決治療法：本質強調尊重當事人並給予希望，因此治療重點不在於發掘個案本身不足之處，而是把當事人視為有能力、且擁有豐富資源的人。治療目標鎖定在協助個人探索自己真正想要的未來，並創造自己的未來，以避免成為過去經驗的奴隸（Berg, & Dolan, 2002），我國高雄戒治所即運用焦點解決團體治療成年毒癮者（高雄戒治所，2010）。

## 六、整合取向

從追求更佳療效的觀點來看，心理治療若能結合上述五種不同取向的理論架構，便能形成一個有力且包容並蓄的治療體系，若排除其中任一架構，治療取向將不夠完整（Corey, 2010），遂有整合取向發展如下：

- (一) 超個人心理治療法：心理治療之探討主題通常都在個人「自我」範疇之內，但超個人心理學則把自我放入超乎個人之外、更多元的治療架構中，並將精神分析、行為和人本學派等療法和歷代人類集體創造的靈性智慧整合起來，使得治療不再局限於單一體系或世界觀，而可更自由地整合運用以靈性傳統、現代哲學及心理學為基礎的各種治療取向，包括採用傳統靈氣、脈輪等人體能量場的概念、或以靈視進行治療的技術、或指導禪修技巧以治療身心疾患等（Cortright, 2005）。目前在我國戒治所內實施之「內觀療法」及「禪坐療法」即是屬超個人取向戒癮治療（吳憲璋、林世英，1990）。
- (二) 催眠心理治療法：催眠理論與治療技術源自18世紀維也納精神科醫師Mesmer，後繼知名者有Freud、Erickson與Weiss等（劉焜輝，1999；Weiss, 2001）。根據美國臨床催眠期刊（The American Journal of Clinical Hypnosis）記載，Manganiello（1984）針對催眠治療與心理治療對美沙冬成癮者療效之比較性研究，發現催眠治療組之不適情形及使用違法藥物情況顯著較少，也顯著停止吸毒，在6個月後追蹤上，仍有94%個案維持不吸毒狀態。Potter（2004）研究以密集催眠療法治療物質濫用疾患之效果，發現其過去7年內治療的18名個案中，在後續至少1年之的追蹤裡，顯示有77%的成功率<sup>1</sup>。張伯宏、張雲傑與黃家慶（2008）探討6單元催眠團體療法對新店戒治所男性毒癮者之戒治成效（實驗組N=12，控制組N=12），顯示該療法可發掘實驗組潛意識吸毒原因、減輕神經質身心反應、改善道德倫理觀念及自我行動力。張雲傑與林宜隆（2010）探討6單元整合型催眠戒毒療法對新店戒治所男性毒癮者之戒治成效（實驗組N=12，控制組N=12），顯示該療法可探究實驗組潛在吸毒心理因子、減輕憂鬱程度、達成重建理性認知之效果。

## 肆、心理治療戒毒模式之現況分析及評估

英國視吸毒為犯法行為，毒品犯必須接受強制性藥物檢驗，監獄對毒癮犯提供多種治療計畫。瑞典於1968年代後，除了加重違反藥物管制法令之處罰，建立藥癮門診及住院治療中心外，並修法強制毒癮者接受精神治療。荷蘭針對吸毒行為採取社會、醫療優先於司法之策略，以保護和治療為優先（張伯宏，2007）。總體而言，以目前歐美戒癮現況觀之，美國仍執專業心理治療領域之牛耳，因此本文主要就美國與我國心理治療戒毒模式現況，加以分析與評估。

### 一、美國治療模式

美國自柯林頓總統後，毒品戒治觀念進入新階段，一方面認為毒癮者必須努力改變自己不良習慣，強化自我控制能力，進而戒除毒癮；另一方面，則認為刑事司法體系應結合醫療院所之治療力量、宗教團體之助人力量，並將觀護體系之追蹤輔導功能納入，以提供毒癮者有關生理、心理、社會各方面的戒癮機會（張伯宏，2007）。

#### (一) 心理治療戒毒模式與應用

美國自1970年代後之藥癮治療模式以醫療為主，同時結合社區力量，擴展至家庭治療及自助性團體形式，以生物、心理、社會的整體觀點，將藥物濫用視為生病行為（吳就君等，1998）。惟近年來上述疾病觀點亦有所變化，即個人亦必須對自己疾病承擔起康復責任，而非全是醫療體系的責任（張伯宏，2007）。目前美國心理治療戒毒模式與應用現況主要有以下五大類：

#### 1. 明尼蘇達模式（12步驟療法）

美國大多數的住院與門診戒癮治療是採用明尼蘇達模式的「12步驟療法」（12-step programs），此模式對於有良好家庭支持、具固定職業、想完全戒癮的病人而言，尤具成效。治療重點首在於打破病人對毒癮的否認態度，治療步驟包括鼓勵病人參加支持性團體、嚴禁使用酒精與毒品、教導藥癮疾病相關知識及預防復發技巧等，亦視情況請病人家屬共同參與治療計畫。早期的明尼蘇達模式須至少住院28天，近十年來則縮短為7~10天，主要治療型態亦演變為以穩定個案病情、提供完整檢查評估及轉介密集門診治療為主。新興的密集門診治療理念仍以傳統AA的12步驟療法為基礎，但方式較彈性，從每天安排3~6小時到隔天1次的治療都有，內容則包括個別戒癮輔導、團體教育課程或影片教學、參加匿名戒癮聚會等（Volpice, Pettinati, McLellan, & O'Brien, 2003）。

#### 2. 行為治療模式

自1960年代以來，由Skinner提出的操作制約原理為成癮戒治與復發預防過程建立

<sup>1</sup>18名個案中，酒精中毒或濫用酒精計15人，古柯鹼成癮計2人，大麻成癮計1人。

起理論基礎，並與古典制約原理對心理治療產生長遠的影響（林健陽、柯雨瑞，2003）。在行為取向中，藥癮行為的發展與維持是和任何行為的發展與維持是相同的（Thombs, 1996），過去對於行為學派在心理治療技術上的最大批評在於模型過於簡單，且不考慮個體內在心理狀況及情感問題（林健陽、柯雨瑞，2003）。但近十年來，行為學派已擺脫過去窠臼，不但發展出新的認知行為療法（如正念認知療法），並開始與精神分析取向進行理論概念架構上的整合（Corey, 2010），其主要治療模式有三類：

- (1) 古典制約治療技術，包括系統減敏感法、放鬆訓練法（可結合催眠、靜坐）、生理回饋法、嫌惡刺激法等（林健陽、柯雨瑞，2003；Corey, 2010）。
- (2) 操作制約治療技術，包括行為塑造法、行為後效契約法（Dustin & George, 1973）、溝通技巧訓練及代幣制度等（林健陽、柯雨瑞，2003；Thombs, 1996）。
- (3) 正念與接納的認知行為治療技術，包括對話行為治療（DBT）、正念減壓法（MBSR）（包括靜坐冥想、正念瑜珈）、接納與承諾治療法（ACT）等（Corey, 2010）。

### 3. 認知行為治療模式

成癮的認知行為治療注重教導個案運用各種認知、行為策略去處理毒品復發的高風險情境，並已廣泛被實證（Carroll, 1998, Irvin, Bowers, et al., 1999; Volpice, et al., 2003）。Beck (1991) 認為針對毒癮者之認知行為治療應以功能分析、技巧訓練為基本架構，並依功能分析結果，由治療師安排個案接受適當訓練計畫（蔡震邦，2008; Beck, Wright, Newman, & Liese, 1993），主要以「強化戒癮動機、教導因應技巧、改變增強作用的連結、培養管理負向情緒的能力、改善人際功能與增加社會支持」等五大戒癮原則來設計治療模式（蔡震邦，2008; Rounsaville, & Carroll, 1992）。從實務觀點而言，認知行為治療模式之應用性很廣，不但可融於矯治監禁環境內實施，亦可應用至低約束力、高復發風險的社區情境（蔡震邦，2008），如治療性社區（TC）即是針對需密集療程的古柯鹼、海洛因成癮者而設計，適合具長期犯罪史且願意承受強烈挑戰者，方式是讓毒癮者住進治療性社區接受18個月初級治療（Volpice et al., 2003）。

### 4. 跨理論模式

Prochaska與DiClemente (1984) 的跨理論模式（Transtheoretical Model, TTM）可用於解釋、預測和改變毒癮者的行為，其理論核心強調人類的行為是一種不斷變化的動態過程，且可依序區分為「前思考期、思考期、準備期、行動期、維持期」等5個改變階段，處在不同改變階段上的個體，其動機、態度、問題思考方向及行為表現也會因而產生差異，因此該理論主張應針對各階段本身之特性，發展合適的介入計畫，以

促進個體行為的改變（Hudmon, & Berger, 1995）。目前針對毒癮治療部分，TTM已建構出一套29次的綜合性團體治療，內容包括「心理教育、價值澄清、問題解決、目標設定、復發預防計畫、放鬆技巧、肯定訓練、角色扮演、認知技巧、環境重建、角色澄清、增強、社交技巧及溝通技巧強化、需要的澄清、評估與回饋」等15項傳統心理治療技術。臨床經驗發現，將TTM與動機式晤談法或個案中心晤談法合併使用，效果會更加顯著（Miller, & Rollnick, 1995; Velasquez et al., 2009）。

### 5. 生物心理社會模式（BRENDA取向）

BRENDA取向和其他治療方式最大的差異，就是BRENDA取向將藥物整合在治療計畫中，而非被動或排斥藥物的使用。該取向是一種以「病人」為中心的治療法，因此六個主要治療步驟之進行方式以及時間，均是依病人狀況而定，其執行順序與簡稱字母排列一樣，即B (biopsychosocial)-生理、心理和社會功能評估；R (report)-向病人告知評估的結果；E (empathy)-以同理心了解病人的問題；N (needs)-協助病人確認其需求；D (direct)-直接建議病人如何達成需求；A (assess)-評估病人對直接建議的反應，必要時調整建議，以達到最好的效果。由於BRENDA取向的六步驟概念源自MMT的改變階段和動機式晤談法的諮商架構（Velasquez et al., 2009; Volpice et al., 2003），因此戒癮療程設計為「治療初期、脫癮及穩定期、復原期」等三階段，並要求治療師依序執行（Volpice et al., 2003）。

#### (二) 心理戒毒治療的成效評估

美國學者研究毒癮者復發率，有以「再次用藥」為指標者，如Hunt、Barnett 與Branch (1971) 發現經處遇的海洛因毒癮者約有80%在12個月後復發；Brown (1989) 發現完成藥癮治療的個案，約有2/3在3個月內復發、70%在6個月內復發（轉引自郭文正、陳妙平、陳家雯、黃健，2004）。亦有以「被逮捕率和再次用藥」為指標者，如美國聯邦監獄局在2001年時，針對20個聯邦監獄進行研究，比較760名接受藥癮治療及809名未受治療毒品犯後發現，接受治療者在釋放後6個月的被逮捕率及再次吸毒比例明顯較低（轉引自臺中戒治所，2011a）。至於佔美國矯治業務大宗之認知行為取向則採下列三種較客觀的評估指標（林健陽、柯雨瑞，2003）：

1. 一般行為效果評估：驗尿反應、工作或在學時間長短、再度犯罪次數、治療出席率、團體治療行為表現、個案對治療人員的評價、危機治療次數等。
2. 獲得治療知識之測定：是否完成預定治療期程、自願或被動於早期退出治療、打架或其它不良行為次數、繳納治療費用比率。
3. 完成治療後成果評估：比較治療知識與態度是否改變、追蹤的效果。

## 二、我國治療模式

如何有效降低毒品相關犯罪是我國政府施政目標之一，自2006年迄今的各種反毒、戒毒政策中，在毒癮者強制戒治部份乃由法務部特設4所獨立「戒治所」（原附設於監獄內），做為去除毒癮者心理毒癮、加強心理治療之專業戒毒機構（張伯宏，2007），使得戒治所業務績效成為我國心理戒治策略成功與否之關鍵。

#### （一）戒治所之多元整合戒治模式

當代成癮研究顯示藥癮矯治工作涉及生物、心理、社會問題，有效的成癮防治策略著重以整合取向為主軸的復發防治策略（Thombs, 1996）。因此我國戒治所依生物心理社會模式發展出一套「多元整合戒治模式」，除了能矯治個案成癮心理外，亦著重復原力的增進（江振亨，2009），茲將現行模式架構及實際應用情形說明如下：

##### 1. 以戒癮技巧訓練提升個案自我效能

為強化毒癮個案自我尊重態度及自我肯定信念，臨床心理師除了依心理衡鑑結果，建議適合個案的自我效能提升方案外，亦會以個別或團體治療協助個案學習辨識、處理高風險誘發因子的拒毒技巧，以預防復發（江振亨，2009）。

##### 2. 以有效的誘因創造及維持戒癮動機

臨床心理師使用之動機增強策略，包括MMT模式、（Velasquez et al., 2009）、動機式晤談（Miller, & Rollnick, 1995）及BRENDA取向，以個案實際問題來創造戒毒之誘因，並以合作關係化解個案心理防衛（Volpice et al., 2003）。

##### 3. 以整體性的套裝療法協助個案改善生活

以個案需求為導向之「套裝療法」採治療模組概念，依據臨床心理師之個案評估結果，安排個案進行不同主題之治療模組（江振亨，2009；高雄戒治所，2010），目前可執行之模組涵蓋毒品戒治、情緒支持、生涯規劃及技能訓練…等24種主題（新店戒治所，2008）。

##### 4. 實施符合個案需求的個別化治療策略

毒品濫用源自生化異常、較差社會適應力、或滿足心需求等諸因素（李明濱，1999）。因此臨床心理師注重戒癮計畫之設計，須符合個案本身狀況之特殊需要，並參考BRENDA取向之個案管理模式，以個案之各項心理測驗與評估結果，作為實施個別治療、團體治療或安排套裝療法之參考（江振亨，2009）。

##### 5. 結合社會資源的多元化心理戒癮團體

戒治所為達成多元整合、預防復發、降低毒品犯罪之目標，乃結合社會資源實施多

元化戒癮團體，包括催眠戒毒、靜坐冥想、藝術治療、家族排列、內觀禪修…等20多種治療團體（高雄戒治所，2010；新店戒治所，2008）。

#### （二）毒品心理戒治處遇之成效評估

張伯宏（2007）以專家研究法探討我國毒品戒治成效評估應採何種指標，所得結論為「不再吸毒」之目標既不實際、亦難以進行研究，故建議應以司法再犯率高低及醫療角度作為主要指標，同時搭配以「心理社會指標」，如個人心理強度、認知態度改變、行為改變、工作穩定度、個案與家屬滿意度、生活品質、生理狀況、罹病率、死亡率、其他犯罪率等，作為衡量成效之參考指標，從理論、過程及結果三方面進行評估。至於我國心理戒治處遇是否有效？根據郭文正等（2004）以2000～2003年間台北戒治所毒癮者為調查對象，發現經臨床心理師、社工員治療之380名個案出所後3年內計有49人再犯，其中11人於6個月內再犯（再犯率2.89%）、21人於7～12個月內再犯（再犯率5.53%）、15人於1～2年內再犯（再犯率3.95%）、2人於2～3年內再犯（再犯率0.53%），合計總再犯率為12.89%，低於該所整體總再犯率（26.6%）與全國總再犯率（43.9%），顯示專業治療師對降低毒品再犯率確有實質功效。

#### 三、心理戒癮治療發展之新趨勢

以心理治療蓬勃發展的美國為例，關於藥癮戒治的心理治療方法在1990年代後之新發展趨勢，包括在治療過程中，應儘量避免用藥物治療，除非在不得已的情況下（BRENDA取向為例外），因為合併使用藥物治療會使心理治療的成效變得不顯著或淪為附屬地位，也會給予個案雙重的標準和印象。在團體治療模式發展上，近年來則強調男、女個案應依性別分組治療，當團體治療依性別分組的同時，亦有治療計畫開始讓不同藥癮類型的個案，如讓海洛因患者和安非他命患者參加同一治療團體（林健陽、柯雨瑞，2003）。在治療時程上則強調使用短期心理治療（6～12次單元、或6個月以內）（Wolberg, 1996）。在治療目標上則開始著重其他相關健康行為之養成，而非只重視戒癮此一單純問題，因此在心理治療過程中，限制「吸菸、飲酒」已被視為心理治療之重要部分。

在心理治療理論及技術綜合運用之新發展方面，則有行為治療理論與精神分析概念之整合，及行為放鬆技術與催眠、靜坐、禪修、冥想技術之整合（Corey, 2010）。在心理治療理論與其他戒癮醫療技術之新合作關係上，包括1970年代心理治療與藥物治療之併用，1980年代與針灸治療之有限度合作，1990年代與復健醫學的電氣療法（Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation; TENS）合作等（林健陽、柯雨瑞，2003），至於2000年以後之發展，則是邁向與賀爾蒙療法、中草藥治療合作（陳淑惠，2007）。總而言之，藥癮心理治療之新趨勢具有下列四大特徵（林健陽、柯雨瑞，2003）：



- (一) 從單一理論演變為以綜合學說為治療基礎。
- (二) 治療師背景從半專業演變為高度專業。
- (三) 從單純心理治療演變為搭配生理治療的綜合應用。
- (四) 從主觀評估演變為客觀評估，並注重信效度探討。

## 伍、結論與建議

自1998年起，我國毒品戒治處遇進入強制戒治時期，迄今已十多年有餘，法務部所屬戒治所從原本附設於監獄，由監獄員工兼辦的非專業形態，進展至2005年之專業戒治所的獨立設置，再從2011年起，戒治所可附設觀察勒戒所之最新演進，可看出我國針對毒品犯罪防治之努力，確實不遺餘力。茲針對我國戒毒模式之改進措施與展望，加以探討並提出建議。

### 一、改善矯治專業人力編制與品質

在現今戒治所專業人力、硬體設備、社會資源缺乏，而毒品受刑人於戒治所內執行之人數又日益增多的趨勢下，加上自2011年起，戒治所附設觀察勒戒所收治毒品觀察勒戒人等新制之實施，使得戒治所原本就負擔沉重之戒癮業務更為龐大，茲針對戒治專業人力提出建議：

#### (一) 應擴增專業治療人力，以提升心理戒治成效

根據法務部2011年9月底之最新統計資料顯示，各戒治所內須接受「心理戒治」處遇之毒品受戒治人數計有787人（法務部，2011a），但目前實際於戒治所內從事毒癮戒治之臨床心理師僅18人<sup>2</sup>，治療師與個案人數之比例為1：44。故為提升心理矯治品質，建議可參照美國聯邦矯正協會（American Correctional Association, ACA）規劃之特殊機構矯治輔導人員工作量標準，將治療人員與毒癮個案人數比例調整為1：30至1：25之間（林健陽，1999；ACA, 1983），以收毒癮心理戒治之實效。

#### (二) 臨床心理科應獨立設置，並落實專業領導制度

戒治所實務運作上，將臨床心理師置於衛生科或輔導科下，但臨床心理師之專業訓

練與業務性質均著重於心理治療，實有別於重視生理醫療之衛生科和重視品德考核之輔導科，故建議設置臨床心理科，由臨床心理師升任主管，以發揮專業領導績效（陳家雯等，2003；張伯宏，2007）。

#### (三) 引進藥癮醫療專業人力，以提升生理戒癮品質

現階段因缺乏衛生醫療專業人力之故，一般戒治所須與鄰近大型醫療院所進行醫療合作計畫，以因應收容人緊急醫療之需要，惟此終非長久之計，尤其當觀察勒戒收容人有生理戒斷症狀或致命疾病時（張伯宏，2007）。故建議戒治所結合新二代健保制度，引進外界藥癮醫療資源，並建立生理戒癮之醫療能力。

#### (四) 提升戒護人員素養，以達管理專業化之要求

現今戒治所戒護人員多由監獄或看守所等矯正機構調入，其原本用於受刑人之刑罰和軍事化作風，與目前戒治所之疾病觀點和人性化管理十分不同（張伯宏，2007）。故建議提升戒護人員專業戒治素養，加強在職訓練，使其對戒治處遇有正確認知，能以新思維管理毒癮者。

### 二、落實毒品危害防制中心之功能

根據2010年11月24日新修正毒品危害防制條例第2-1條可知，地方政府毒品危害防制中心業務共計7大項目（法務部，2011b），針對應如何落實並發揮防制毒品危害之真正功效，提出以下建議：

#### (一) 增加機關預算及專業追蹤輔導人力

毒品危害防制中心能否確實銜接司法戒毒系統之後續任務，涉及經費與人力問題（張筵儀，2007）。故建議增加預算以建置社區戒癮專業人力，如臨床心理師、社工師及驗尿人員等。

#### (二) 定期召開反毒會報，彙整社會配套措施

就毒品危害防制中心、醫療機構、戒治所、更生保護單位而言，對預防毒癮者再犯之社會措施、追蹤輔導銜接等，實無法獨力完成（張筵儀，2007）。故建議由毒品危害防制中心定期召開反毒會報，與相關機構協調防制步驟、彙整配套措施。

#### (三) 運用社會資源，引進民間團體力量

目前區域性毒品防治網絡之參與者僅為少數官方機構（張筵儀，2007），故建議毒品危害防制中心應加強社會資源運用，藉與民間合作方式，將社會救助、法律諮詢、保護安

<sup>2</sup>法務部矯正署現有臨床心理師35人，其中18人於戒治所從事毒癮戒治工作，16名於監獄從事性侵害、家暴受刑人治療工作或支援其他行政業務，1名於矯正署從事幕僚工作。

置等社會福利制度，確實推展至毒癮者身上。

### 三、推動預防復發之社區治療計畫

當毒癮者離開戒治所回到現實社會，必須面臨家庭、就業、生涯、人際等複雜問題，過程中若遭遇困難、挫折或誘惑，其戒毒意志便面臨殘酷考驗（張伯宏，2007）。因此預防復發之社區治療計畫，實為社區戒治工作重要之一環，茲提出建議如下：

#### （一）建立預防復發之社區治療處遇

就如何協助毒癮者終身戒癮而言，實有必要動員社區熱心公益團體投入預防復發的行列（張伯宏，2007），如由民間社區戒毒中心提供復健課程、宗教輔導、或邀請戒毒成功人士現身說法、組織自助式戒癮團體等，以發揮社區支持力量。

#### （二）社區醫療中心成立戒毒門診

由於我國戒毒醫療門診尚未普及化，導致個人毒癮發作時，不易取得社區藥癮醫療協助（如心理或生理戒毒門診），因而繼續施用毒品。若能仿效美國、香港等地醫院廣設「藥癮戒治科」以方便患者就醫，亦可改善再犯情形（張伯宏，2007）。

#### （三）民間成立社區戒毒輔導中心

毒癮者在戒治所療程結束後至其出所前，應有「中間處遇」時期，以作為重新適應社會前之「準備階段」。故建議於民間成立「社區戒毒輔導中心」，做為毒品更生人中途之家，減緩直接重返社會所產生之問題與衝擊（張筵儀，2007）。

### 四、有效結合更生保護之社會資源

無論毒癮者在戒治所之療效為何，必須藉由社會資源協助方能保有長期成效，茲針對更生保護如何有效結合社會資源提出建議：

#### （一）延聘志工加入戒治行列，充分結合社區資源

由於戒治所經費有限，引進志工力量來提升戒治效果是項可行策略（張伯宏，2007）。具體作法就是讓熱心志工團體提供可調整生活作息、穩定情緒、變化氣質之戒治方案，讓毒癮者可依其興趣自由參與（新店戒治所，2008；臺中戒治所，2011b）。

#### （二）整合民間職業訓練資源，提供就業轉銜服務

戒治所應注意社會就業市場變化，考量收容人職業性向，開發實用、多元之職業訓

練，以提高學員就業或創業之可能性（張伯宏，2007；新店戒治所，2008；臺中戒治所，2011c）。就業轉銜部分，可參考新加坡矯正企業公司（Singapore Corporation of Rehabilitation Enterprise, SCORE）經營模式，把民間企業納入職業訓練計畫中，並提供結訓學員工作機會，以助其自力更生（黃徵男，2007）。

我國反毒活動歷史悠久，致付出之努力也倍加艱辛。然而隨時代變遷與藥癮醫療之進展，今日基於保安處分和特別預防觀念設計之強制戒治措施，已將心理治療與社會適應觀念導入毒品戒治工作，目標在使強制戒治與復歸社會二者結合為一，至於如何有效落實配套措施，發揮資源統合之綜效，則值得各界持續關心與參與。

### 參考書目

#### 一、中文部分：

江振亨(2005)，**認知取向戒治策略對安非他命濫用者之戒治成效研究**，中正大學犯罪防治研究所博士論文，嘉義：中正大學犯罪防治研究所。

江振亨(2009)，**從復原力探討矯治社會工作在犯罪矯治之運用與發展**，*社區發展季刊*，第125期，頁424-439，臺北：內政部社區發展雜誌社。

李明濱(1999)，**實用精神醫學**，臺北：臺大醫學院。

李俊珍(2004)，**現實治療團體對藥物濫用者之自我控制、自我概念、自我效能之輔導成效研究**，高雄師範大學輔導研究所碩士論文，高雄：高雄師範大學輔導研究所。

李思賢(2003)，**某戒治所海洛因戒治者之認知治療成效評估**，行政院衛生署管制藥品管理局委託計畫，計畫編號：DOH92-NNB-1026。

吳就君、楊寬弘、蔡春美、施燦雄、周立修、余伍洋、林俊輝、陳原寶(1998)，**台灣本土藥癮治療模式之建構及成效**，*中華心理衛生學刊*，第11卷第1期，臺北：中華心理衛生協會，頁11-32。

吳憲璋、林世英(1990)，**內觀療法**，臺北：法務部。

林健陽(1999)，**監獄矯治問題之研究**，桃園：中央警察大學。

林健陽、柯雨瑞(2003)，**毒品犯罪與防治**，桃園：中央警察大學。

- 陳家雯、李靜宜、洪嘉璣、郭文正、陳妙平、黃健、蔡慧民(2003)。關於戒治所~來自實務工作者的建議，*矯正月刊*，第138期，頁5~8。桃園：法務部矯正人員訓練所。
- 陳淑惠(2007)，*心理學門赴美考察計畫研究成果報告(精簡版)*，行政院國家科學委員會補助專題研究計畫，計畫編號：NSC 95-2418-H-002-012-。
- 陳榮華(1986)，*行為改變技術*，臺北：五南。
- 郭文正、陳妙平、陳家雯、黃健(2004)，*點一盞燈照亮康復之路~「專業處遇後之再犯率調查」暨「復發因素探討研究」*，桃園：藥癮工作研討會(臺灣臺北戒治所主辦)。
- 許春金(2003)，*犯罪學*，臺北：三民。
- 張伯宏(2007)，*我國毒品戒治政策與成效之研究*，中正大學犯罪防治研究所博士論文，嘉義：中正大學犯罪防治研究所。
- 張伯宏、張雲傑、黃家慶(2008)，*催眠對藥物濫用者的戒治成效*，收錄於2008年玄奘大學暴力與毒品犯罪心理與矯治國際學術研討會大會手冊暨論文摘要集，頁88，新竹：玄奘大學社會科學院。
- 張雲傑(2007)，*催眠心理治療奧秘：治療方法與實例精選*，臺北：元氣齋。
- 張雲傑、林宜隆(2010)，*整合型心理戒毒療法(IPDA)之成效分析——以男性受戒治人團體為例*，*警學叢刊*，第41卷第1期，頁107-146，桃園：中央警察大學。
- 張傳琳(2003)，*現實治療法：理論與實施*，臺北：心理。
- 黃徵男(2007)，*21世紀監獄學：理論、實務與對策(第四版)*，臺北：一品。
- 劉焜輝(1999)，*催眠治療理論與實施*，臺北：天馬。
- 顏明遠(1994)，*成癮戒治—心理治療之經驗與趨勢*，收錄於1994藥物濫用防治研討會報告，行政院衛生署。
- 蕭同仁(2002)，*現實治療團體對少年藥物濫用者處遇效果之研究*，靜宜大學青少年兒童福利研究所碩士論文，臺中：靜宜大學青少年兒童福利研究所。
- Berg, I. K., & Dolan, Y. (2002). *焦點解決諮商案例精選：激勵人心的治療故事*(黃耀漢譯)，臺北：張老師(原著出版年：2001年)。
- Cochran, L. (2006). *敘事取向的生涯諮商*(黃素菲譯)，臺北：張老師(原著出版年：1997年)。

- Corey, G. (2010). *諮商與心理治療：理論與實施(第八版)*(修慧蘭、鄭玄藏、余振民、王淳弘、楊旻鑫、彭瑞祥譯)，臺北：雙葉(原著出版年：2009年)。
- Cortright, B. (2005). *超個人心理治療：心理治療與靈性轉化的整合*(易之新譯)，臺北：心靈工坊(原著出版年：1997年)。
- Denning, P., Little, J. & Glickman, A. (2007). *挑戰成癮觀點：減害治療模式*(謝菊英、蔡春美、管少彬譯)，臺北：張老師(原著出版年：2004年)。
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1995). *動機式晤談法—如何克服成癮行為戒除前的心理衝突*(楊筱華譯)，臺北：心理(原著出版年：1991年)。
- Thombs, D. L. (1996). *上癮行為導論*(李素卿譯)，臺北：五南(原著出版年：1994年)。
- Velasquez, M. M., Maurer, G. G., Crouch, C. C., & DiClemente, C. C. (2009). *物質濫用的團體治療—改變階段的治療手冊*(歐吉桐、黃耀興、林曉卿譯)，臺北：心理(原著出版年：2001年)。
- Volpice, J.R., Pettinati, H.M., McLellan, A.T., & O'Brien, C. P. (2003). *「BRENDA取向」戒癮手冊：結合藥物與心理社會治療*(高淑宜、劉明倫譯)，臺北：心理(原著出版年：2001年)。
- Weiss, B. L. (2001). *前世今生之回到當下*(黃耀漢譯)，臺北：張老師(原著出版年：2000年)。
- Wolfberg, L. R. (1996). *短期心理治療*(成蒂、林方皓譯)，臺北：心理(原著出版年：1980年)。

#### 網路資料：

- 李仁鴻、羅俊明、呂明春(2004)，*繪畫治療在海洛因依賴者心理康復中的臨床應用*，*中國藥物依賴性雜誌*，13(2)，北京：北京大學中國毒理學會。取自網址：<http://zgywylxzz.periodicals.net.cn/default.html>
- 法務部(2011a)，*法務統計/最新統計資料 100年1-9月/毒品案件統計/資料列表*，*法務部全球資訊網*，取自網址：<http://www.moj.gov.tw/site/moj/public/MMO/moj/stat/new/newtable5.pdf>

- 法務部(2011b), 毒品危害防制條例(2010年11月24日修正), 主管法規查詢系統, 取自網址: <http://mojlaw.moj.gov.tw/LawContentDetails.aspx?id=FL001431>
- 高雄戒治所(2010), 心理輔導專區: 高雄戒治所戒癮團體簡介, 取自網址: <http://www.ksb.moj.gov.tw/ct.asp?xItem=152822&ctNode=19357&mp=196>(資料最後更新日期 2010/6/21)。
- 張希范(2007), 心理治療在戒毒中的應用和體會, 收錄於2007年全國藥物濫用防治研討會議: 藥物濫用預防及教育工作(PDF檔), 取自網址: [http://www.hkcss.org.hk/fs/SemDec11\\_07/Caritas.pdf](http://www.hkcss.org.hk/fs/SemDec11_07/Caritas.pdf)
- 張筵儀(2007), 我國縣市政府毒品危害防制中心組織運作與網絡關係之探討, 收錄於政治大學台灣研究中心「公共事務與菁英研究」workshop paper, 取自網址: <http://www.tsc.nccu.edu.tw/doc/961120.PDF>
- 黃恩澤、胡穎怡(2007), 敘事實踐與社群(「迴響團隊」)在香港青少年濫用藥務輔導服務的應用, 收錄於2007年全國藥物濫用防治研討會議: 藥物濫用預防及教育工作(PDF檔), 取自網址: [http://www.hkcss.org.hk/fs/SemDec11\\_07/Caritas.pdf](http://www.hkcss.org.hk/fs/SemDec11_07/Caritas.pdf)
- 新店戒治所(2008), 臺灣新店戒治所本土化戒毒模式介紹, 取自網址: <http://www.sdb.moj.gov.tw/ct.asp?xItem=46198&ctNode=30139&mp=192>(資料最後更新日期 2008/10/3)。
- 臺中戒治所(2011a), 心理輔導服務: 戒毒與心理治療, 取自網址: <http://www.tcj.moj.gov.tw/ct.asp?xItem=102719&ctNode=20692&mp=089>(資料最後更新日期 2011/3/14)。
- 臺中戒治所(2011b), 臺中戒治所多元輔導策略之(一)—宗教駐所輔導(Programs for religious assistance stationed at the center), 取自網址: <http://www.tcj.moj.gov.tw/ct.asp?xItem=102643&ctNode=20690&mp=089>(資料最後更新日期 2011/3/14)。
- 臺中戒治所(2011c), 多元輔導策略: 臺中戒治所本土化戒治模式之具體作法及成果, 取自網址: <http://www.tcj.moj.gov.tw/lp.asp?ctNode=20690&CtUnit=4562&BaseDSD=7&mp=089>(資料最後更新日期 2011/3/22)。
- 蔡震邦(2008), 心理輔導專區專題四: 藥物濫用者的認知行為治療, 取自網址: <http://www.ksb.moj.gov.tw/ct.asp?xItem=116984&ctNode=19357&mp=196>(資料最後更新日期 2008/3/12)。

## 二、英文部分:

- Abrams, D.B., & Niaura, R. S. (1987). Social learning theory. In H. T. Blane & K. E. Leonard(Eds), *Psychological theories of drinking and alcoholism*. New York: Guilford Press.
- American Correctional Association(ACA). (1983). *Design guide for secure adult correctional facilities*. College Park, MD: American Correctional Association.
- Annis, H. M., & Davis, C. S. (1991). Relapse prevention. *Alcohol, Health, and Research World*, 15(3), 204-212.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Beck, A.T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American Psychology*, 46, 368-375.
- Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F., & Liese, B.S. (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York: Guilford.
- Bowen, M. (1976). Theory in the practice of psychotherapy. In P. J. Guerin(Eds), *Family theory: Theory and practice*. New York: Gardner Press.
- Carroll, K.M., (1998). *Therapy Manuals for Drug Addiction, Manual 1: A Cognitive-Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction*. NIH Publication Number 98-4308. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Corsini, R. J. (Ed.). (1981). *Handbook of innovative psychotherapies*. New York: Wiley.
- Deutsch, C. (1982). *Broken bottles, Broken dreams: Understanding and helping the children of alcoholics*. New York: Teachers College Press.
- Dustin, R., & George, R. (1973). *Action counseling for behavior change*. New York: Intext Press.
- Freedman, J., & Combs, G. (1996). *Narrative therapy: The social constructure of preferred realities*. New York: Norton.



- Friedman, A. S., & Glickman, N. W. (1986). Program characteristics for successful treatment of adolescent substance abuse. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 669-679.
- Galizio, M., & Maisto, S. A. (1985). Toward a biopsychosocial theory of substance. In M. Galizio & S. A. Maisto(Eds.), *Determinants of substance abuse: Biological, psychological, and environmental factors*. New York: Plenum Press.
- Germain, J. (1996). Addictions recovery , cognitive restructuring and a team effort. *Correction Today*, 58(1) , 68-70 .
- Gerwood, J. B. (1998). The existential vacuum in treating substance related disorders. *Psychological Reports*, 83(3 pt 2), 1394.
- Harvard Mental Health Letter. (1992). Addiction-Part II. *Harvard Mental Health Letter*, 9(5), 1-4.
- Health, D. B. (1988). Emerging anthropological theory and models of alcohol use and alcoholism. In C. D. Chaudron & D. A. Wilkinson(Eds.), *Theories on alcoholism*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Hebert, E. (2005). The relationship between spiritual meaning and purpose and drug and alcohol use among college students. *American Journal of Health Studies*. Retrieved from <http://www.thefreelibrary.com/The+relationship+between+spiritual+meaning+and+purpose+and+ drug+and...-a0152885713>
- Heilbrun, K., & Griffin, P. (1999). Forensic treatment: A review of programs and research. In R. Roesch, S.D. Hart, & J.R.P. Ogloff (Eds.), *Psychology and law: The state of the discipline*. New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Henning, K. R., & Frueh, B. C. (1996). Cognitive-behavioral treatment of incarcerated offenders: An evaluation of the Vermont Department of Corrections' cognitive self-change program. *Criminal Justice and Behavior*, 23(4). 523-541.
- Herink, R. (Ed.) . (1980). *The psychotherapy handbook: The A to Z guide to more than 250 different therapies in use today*. New York: New American

Library.

- Higgins, S.T., Delaney, D.D., Budney, A. J., Bickel, W.K. Kughes, J. R., Foerg, F., & Fenwick, J.W.(1991). A behavioral approach to achieving initial cocaine abstinence. *American Journal of Psychiatry*, 148(9), 1218-1224.
- Hudmon, K.S., & Berger, B.A.(1995). Pharmacy applications of the transtheoretical model in smoking cessation, *American Journal of Health-system Pharmacy : Ajhp : Official Journal of the American Society of Health-system Pharmacists*, 52(3), 282-7.
- Hunt, G. H., & Azrin, N. H. (1973). The community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 91-104.
- Irvin, J. E., Bowers, C.A. et al.(1999). Efficacy of relapse prevention: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(4), 563-570.
- Jerry, P. A. (1997). Psychodynamic psychotherapy of the intravenous cocaine abuser. *Journal of substance abuse treatment*, 14(4), 319-332.
- Johnson, B.D. (1980). Toward a theory of drug subcultures. In D. J. Lettieri, M. Bayers, & H. W. Pearson (Eds.), *Theories on drug abuse: Selected contemporary perspectives* (DHHS Publication No. ADM 84-967). Washington, DC: U. S. Government Printing Office.
- Karasu, T. B. (1986). The specificity versus nonspecificity dilemma: Toward identifying therapeutic change agents. *American Journal of Psychiatry*, 14(3), 687-695.
- Kaplan, E. H.(1977). Implications of Psychodynamics for Therapy in Heroin Use: A Borderline Case. In Jack D. Blaine, & Demetrios A. Julius(Eds.), *Psychodynamics of drug dependence* (NIDA Research Monograph 12. 126-141). Washington, DC: U. S. Government Printing Office.
- Khantzian, E. J. (1980). An ego/self theory of substance dependence: A contemporary psychoanalytic perspective. In D. J. Leftieri, M. Sayers, & H. W. Pearson (Eds.), *Theories on drug abuse: Selected contemporary perspectives* (DHHS Publication No. ADM 84-967). Washington, DC: U. S.



Government Printing Office.

- Kotler, S. (2010, July 21). Fighting Drugs With Drugs: An Obscure Hallucinogen Gains Legitimacy as a Solution for Addictions. *Popular Science*. Retrieved from <http://www.popsci.com/science/article/2010-07/fighting-drugs-drugs>
- Leitenberg, H. (1976). *Handbook of behavior modification and behavior therapy*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- MacAndrew, C., & Edgerton, R. B. (1969). *Drunken comportment: A social explanation*. Chicago Adline.
- Mandel, L., Schulman, J., & Monteiro, R. (1979). A Feminist Approach for the Treatment of Drug-Abusing Women in a Coed Therapeutic Community. *Substance Use & Misuse*, 14(5), 589-597.
- Manganiello, A.J. (1984). A comparative study of hypnotherapy and psychotherapy in the treatment of methadone addicts. *The American Journal of Clinical Hypnosis*, 26(4), 273-279.
- McCrary, B. S. (1991). Promising but underutilized treatment approaches. *Alcohol, Health, and Research World*, 15(3), 215-218.
- Mckim, W. A. (1986). *Drugs and behavior. An Introduction to behavioral pharmacology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- McLellan, A. T., Childress, A. R., Griffith, J., & Woody, G. E. (1984). The psychiatrically severe drug abuse patient: Methadone maintenance or therapeutic community? *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 10(1), 77-95.
- Miller, L. K. (1980). *Principles of everyday behavior analysis*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Monte, C. F. (1980). *Beneath the mask: An introduction to theories of personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Nam, J. S. (1994). Predictors of drug/alcohol abuse and sexual promiscuity of college students. Paper presented at the Annual Meeting of the Tennessee Counseling Association, Chattanooga, TN. (ERIC Document Reproduction

Service No. ED 380746)

- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (1999). *Principles of Drug Addiction Treatment: a Research-Based Guide* (pp. 3-5), NIH publication no. 99-4180. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Navarro, R., Yupanqui, M., Geng, J., Valdivia, G., Girón, M., Rojas, M., Rodríguez, E., & Beletti, A. (1992). Development of a program of behavior modification directed to the rehabilitation of drug-dependent patients: treatment and follow-up of 223 cases. *International Journal of the Addictions*, 27(4), 391-408.
- O'Malley, S.S., Jaffe, A.J., Chang, G., Schottenfeld, R. S., Meyer, R. E., & Rounsaville, B. (1992). Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence. A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 49(11), 881-887.
- Page, R.A., & Handley, G.W. (1993). The use of hypnosis in cocaine addiction. *The American Journal of Clinical Hypnosis*, 36(2), 120-123.
- Pearson, F. S., & Lipton, D.S. (1999). Meta-Analytic Review of the Effectiveness of Corrections-Based Treatments for Drug Abuse. *The Prison Journal*, 79(4), 384-410.
- Peele, S. (1985). *The meaning of addiction: Compulsive experience and its interpretation*. Lexington, MA: D. C. Heath.
- Rhodes, R., & Johnson, A. (1997). A Feminist Approach to Treating Alcohol and Drug-Addicted African-American Women. *Women & Therapy*, 20(3), 23-37.
- Potter, G. (2004). Intensive Therapy: Utilizing Hypnosis in the Treatment of Substance Abuse Disorders. *The American Journal of Clinical Hypnosis*, 47(1), 21-28.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.
- Romijn, C. M., Piatt, J.J., & Schippers, G.M. (1990). Family Therapy for Dutch Drug Abusers: Replication of an American Study. *Substance Use &*