

國立臺北大學犯罪學研究所

碩士論文

指導教授：許春金 博士

治療性社區海洛英施用者復歸社會歷程之研究

— 以修復式正義為觀點

A Study on the Reintegration Process of Heroin

Addicts in Therapeutic Community

— Restorative Justice Perspective

研究生：白鎮福

中華民國一百零三年一月



國立臺北大學

社會科學學院犯罪學研究所碩士班

102學年度第1學期畢業生論文

研究生：白鎮福 撰

業經本委員會審議通過

題目：治療性社區海洛英施用者社會復歸歷程之研究—
以修復式正義為觀點

論文考試委員：

召集人

陳玉書

委員

黃蘭瑛

委員

許春金

委員

陳玉書

指導教授

許春金

系(所)主任

信芳之

論文口試及格日期：

中華民國 103 年 1 月 9 日



誌謝

面對碩士學位論文的結束，心中充滿著感恩的心情，腦中浮現無數曾給予協助的面孔，因為有您們高大的肩膀，讓我能站在上面看得更高更遠。犯罪學對我的意義不只是我熱愛其中的知識、讓我看事情可以更清楚、更重要的是它讓我認識很多很棒的國內外老師、學者，讓我的視野可以看見世界，且讓我體會有夢想就要去努力實現，永不放棄。

首先要感謝的就是指導教授許春金老師這些年對我的用心栽培，給了我很多的研究機會可以在許老師的身邊學習，尤其是在最後一年寫論文的日子裡，每當跑去許老師的研究室敲門，急著想與許老師分享研究的想法與結果時，許老師總是耐心的聆聽並給予更多很好的指導與建議，能身為許老師的學生真的是一件很幸福的事；感謝陳玉書老師與黃蘭嫻老師一路幫助我釐清許多研究上與撰寫上的盲點，並且在論文計畫與學位口試時給了很多重要的建議；感謝草屯療養院茄荖山莊林滄耀主任、黃耀興莊主與其他醫療團隊成員及居民們，在我進山莊作研究時給了最大的支持與啟發，沒有您們的幫忙，這本論文根本不會完成；感謝周悛嫻老師、侯崇文老師、林育聖老師、吳齊殷老師在我研究所的學習生涯中，給予我國際觀的犯罪學知識、研究方法與紮實的研究態度，讓我獲益良多；感謝孫懿賢老師在我碩一的時候就啟發與鼓勵我後續出國念博士的規劃；感謝張樂寧老師告訴我學社會科學研究法的目的除了了解犯罪學、刑事司法的知識外，更要能培養政策分析的能力，更重要的是要當一名 qualified scholar 要將理論、方法與實務三方融會貫通；感謝 Prof. John Braithwaite 與 Dr. Brian Steels 給了我論文很重要的建議與啟發，並讓我看見修復式正義真正的魅力；由衷感謝我在犯罪學的啟蒙恩師鄧煌發老師，如果在我大三下那年沒有修鄧老師的犯罪心理學的話，今天我根本不會從北大犯罪學研究所畢業。真心感謝因為有您們的肯定，讓我更有動力與信心在犯罪學這個領域上走下去。

然後也要感謝這一路相陪的同學們與蕙華助教，少了你們，很難想像會是怎樣的光景。同班的石孟儒、超可愛、珍珠姊姊、玉秀、昱如、彥岑、曉綺、德芳學長、靜如學姊、武醫生、王醫生，有你們一起上課的日子真的是倍感溫馨與光榮；感謝千涵學姊在每一個研究案中對我細心的教導；還有奕偉、阿吉、敬恩、卓老、溼溼、大冰、歐陽、小拳你們的活力與熱情，讓我的研究所生活熱鬧不少。

最後感謝家人給我的支持，尤其是父親這一路走來的關心，讓我的心永遠都是熱的，感謝我有一個幸福美滿的家庭給我一路向前的動力。此時此刻，碩士畢業證書代表的只是 900 多天努力的收穫，保持謙卑的學習、敏銳的觀察、謹慎的反省才是未來學術路途上，真正的真理，與有志致力於犯罪學領域上努力的人共勉之。

白鎮福 謹誌
2014 年 1 月



國立臺北大學 102 學年度第 1 學期碩士學位論文提要

論文題目：治療性社區海洛英施用者復歸社會歷程之研究—以修復式正義為觀點

論文頁數：159 頁

所組別：犯罪學研究所系（學號：79964106）

研究生：白鎮福 指導教授：許春金 博士

論文題要內容：

超過 20 年的醫學研究，已證實藥物成癮是長期受藥物影響而產生的大腦疾病，且是慢性、經常性復發的疾病。治療性社區經過廣泛運用與研究，亦已被認為有助於降低毒品施用與預防復發的成效。然而，我國的反毒策略為「緝毒」、「防毒」、「拒毒」與「戒毒」。在「戒毒」上，國家醫療資源有限及業務過度負擔的情況下，我們是否應該從新思考，國家反毒政策從以衛福部為主的「戒毒」治療再延伸以社會、社區為主的「祛毒」復歸，國家實應投入更多的專業人力與經費在「祛毒」策略上，惟毒品成癮者能真正的復歸於社會，且擔負起身為國家社會一份子該有的角色，才能使其從「防毒」、「拒毒」、「緝毒」、「戒毒」的循環中走出來。本研究將以修復式正義為觀點，針對毒品成癮者在台灣草屯療養院茄荖山莊祛毒復歸時之模式及成效，進行了解與分析，期有助於協助毒品成癮者更快的重新復歸社會。本研究目的有三：

- 一、研析治療性社區的控制毒癮社會復歸模式
- 二、觀察並檢視我國衛生醫療體系如何進行治療性社區的控制毒癮社會復歸模式
- 三、探討我國治療性社區內控制毒癮成功者對社會復歸及關係重建之看法

本研究實際至草屯療養院茄荖山莊參與觀察 14 日，並以半結構式問卷訪談 1 位尚在該社區內接受治療，且在回歸社會階段的成年男性居民，以及 3 位曾接受該社區治療且復歸社會良好一年以上的成年男性，探討毒品對於毒癮者的傷害與治療性社區對毒癮者的傷害修復、社會復歸及關係重建之影響。

本研究發現因毒品對施用者的大腦已造成慢性且復發率極高損傷，使其生活已從一般人所生活的正常世界（人間）進入到不斷在地獄與天堂中輪迴，促使毒癮者的人格改變、認知扭曲，最終只能被一般社會標籤為犯罪者，且排除至對一般社會不信任與不斷進出監獄的次等社會世界。研究更發現治療性社區為了要將毒癮者從「受毒癮控制」治療成能夠「控制毒癮」，所使用的「全人復歸」治療概念，與修復式正義中對於加害者應給予高控制與高支持，而使其從傷害中修復的概念不謀而合，包含：多元修復式正義的實務型態、毒品成癮者的修復—加害者、受害者與促進者的三位一體，以及正式社會控制、非正式社會控制、內在自我控制程度轉移過程的實踐等。

本研究結論認為第一，修復式正義中的「控制」即是控制程度的逐漸轉移與過程。第二，修復式正義的過程是支持與激發個人意志力的過程。第三，毒品成癮者參加治療性社區之修復式正義過程即是為自己創造良好的轉折點。第四，治療性社區應致力發展自給自足的經營模式。第五，修復式正義可以提供毒品成癮者處遇之理論基礎。最後依據研究結果，提出對控制毒癮治療的政策規劃建議。

關鍵字：治療性社區、毒癮治療、社會復歸、修復式正義、社會控制。



ABSTRACT

A Study on the Reintegration Process of Heroin Addicts in Therapeutic Community – Restorative Justice Perspective

by

PAI, CHEN-FU

January 2014

ADVISOR : Dr. SHEU, CHUEN-JIM

DEPARTMENT : GRADUATE SCHOOL OF CRIMINOLOGY

MAJOR : CRIMINOLOGY AND CRIMINAL JUSTICE

DEGREE : MASTER OF LAW

Over 20 years, medical research have been proven substance addiction is a brain disease affected by long-term substance use ; that is also a chronic and relapsing disease. Furthermore, Therapeutic Community have been practiced and researched that is of benefit to reduce substance use and prevent relapse. But as for the drug policies in Taiwan that focus on drug investigation , drug prevention, drug refuse and quit drug, and never thinking about how to help drug addicts to leave the circle of these four policies. Thus the government and society have to deliberate how to assist the drug addicts to abstain from drug and not just want them to quit their addiction.

This paper uses perspective of restorative justice to explore the holistic medical approach and the effect in a therapeutic community for Substance Abusers - Jia Lao Village belonged to Tsaotun psychiatric center, Ministry of health, and welfare ; discusses the residents' view of social rehabilitation programs and drug-related injuries repairment.

This paper based on fourteen days participant observation of Jia Lao Village and interviewed 4 drug addicts who receives or had received the treatment in there and all in good recovery over a year.

This paper finds that the brain injury caused by using drug results in that drug addicts suffer great pain(withdrawal symptoms) from transmigrating between heaven and hell a couple of times every day. That is why drug addicts will pursue drug and easily to conduct crimes, and finally to been eliminated from normal society. Besides, this paper asserts that concepts of the holistic medical approach in a therapeutic community are similar to the restorative justice concept of we have to give high control and high support to the offenders, including multiple restorative practices; drug addicts recovery - triad of offender, victim and facilitator; transformation of formal social control, informal social control and self control, and so on.

The first conclusion of this paper is that the "control" of restorative justice is the transformation of formal social control, informal social control and self control. the second, the process of restorative justice is the process of supporting or triggering people's human agency(shame or pride). The third, drug addict receives the holistic medical approach in a therapeutic community is to create the good turning point of himself. the fourth, the therapeutic community has to devote to develop self-sufficiency operation. The final, restorative justice can offer the theoretical foundation for drug addicts policies.

Key Words : therapeutic community, addiction treatment, social rehabilitation, restorative justice, social control



目次

第一章	緒論.....	1
第一節	研究背景與動機.....	1
第二節	研究目的.....	5
第三節	名詞解釋.....	7
第二章	文獻探討.....	11
第一節	毒品成癮對施用者造成傷害.....	11
第二節	控制毒癮治療與修復式正義的價值.....	17
第三節	社會復歸與控制毒癮治療.....	25
第四節	控制毒癮治療的觀點及模式.....	29
第五節	治療性社區控制毒癮模式.....	35
第三章	研究設計.....	43
第一節	研究架構.....	44
第二節	研究方法.....	45
第三節	研究對象.....	47
第四節	研究工具.....	51
第五節	研究資料分析與檢測.....	55
第六節	研究倫理.....	58
第四章	研究結果.....	59
第一節	四個海洛英施用者的地獄與天堂.....	59
第二節	治療性社區對於毒品成癮者復原的觀點.....	70
第三節	治療性社區中修復式正義的「支持」.....	73
第四節	治療性社區中修復式正義的「控制」.....	96
第五節	復歸正常社會.....	121
第五章	結論與建議.....	129
第一節	研究結果綜合討論.....	129
第二節	建議.....	137
第三節	研究限制與對未來研究之建議.....	141
參考文獻.....		143
附錄.....		149
附錄一	訪談大綱.....	149
附錄二	訪談同意書.....	153
附錄三	茄萇山莊安全檢查規範.....	154
附錄四	茄萇山莊生活作息規範.....	156
附錄五	茄萇山莊各階級負責之職務表.....	159

表目錄

表 1-1-1 地方法院檢察署毒品案件偵查終結情形.....	1
表 1-1-2 監獄新入監受刑人數及毒品新入監受刑人再累犯情形.....	2
表 3-3-1 治療性社區專業組成表.....	48
表 3-3-2 受訪者之背景資料.....	50
表 3-4-1 受訪者的受訪基本資料.....	54
表 4-1-1 施用海洛英的戒斷症狀.....	59
表 4-1-2 訪談者的監禁記錄.....	68
表 4-3-1 治療性社區中的活動.....	74
表 4-3-2 晨/晚間會議基本內容.....	77
表 5-1-1 茄荖山莊各年度離莊再犯率統計表.....	135
表 5-1-2 茄荖山莊營運經費概算表.....	136



圖目錄

圖 1-1-1 我國反毒策略.....	4
圖 2-1-1 古柯鹼濫用者與非藥物濫用者腦前額葉皮質血液流量比較.....	12
圖 2-2-1 修復式正義各方當事人責任.....	18
圖 2-2-2 毒品成癮者修復式正義責任.....	18
圖 2-2-3 WACHTEL 的社會訓練櫥窗.....	22
圖 2-4-1 茄荖山莊治療性社區之運作模型.....	41
圖 3-1-1 本研究之研究設計.....	43
圖 3-1-2 研究架構.....	44
圖 3-4-1 訪談大綱脈絡.....	52
圖 4-1-1 海洛英使用後的功能狀態歷程.....	65
圖 4-3-1 修復式正義會議正式程度型態.....	75
圖 4-3-2 治療性社區內會議正式程度的型態.....	76
圖 4-3-3 毒品成癮者自我修復 三位一體.....	84
圖 4-4-1 控制程度的轉移與過程.....	120
圖 5-1-1 控制程度的轉移與過程.....	129





第一章 緒論

第一節 研究背景與動機

自1997「毒品危害防制條例」公佈實施，將原有的毒品刑事政策，從以單純用一個犯罪行為來看毒品成癮者的問題變革為兼具病人與犯人身分之「病犯」，針對毒品成癮者在刑事政策上，雖仍需有責任接受刑罰，但執行上先施以生理戒毒之觀察勒戒；心理戒癮之強制戒治；追蹤輔導之社會復歸等治療戒毒程序，方治療無效後始給予刑罰，可見對於毒品成癮者的刑事政策態度已慢慢的從威嚇應報走向醫療戒治及社會復歸。

然而，毒品氾濫與危害嚴重影響個人健康、家庭依附、公共衛生等社會問題，我國目前毒品現況，依據法務部2011年的統計資料，2008、2009、2010、2011年在檢察官偵查終結起訴的以毒品施用人數分別為41,215人、32,947人、34,280人、32,356人，顯示有降低的趨向，整體來看，自2006年調整反毒策略為「首重降低需求，平衡抑制供需」，將反毒政策轉向著重降低毒品需求，逐漸調整毒品防制政策方向，以至於近幾年來第一、二級毒品施用的人數有下降趨勢，但反觀第三、四級毒品的查獲量卻有上升的趨勢。

另一方面，而2008年毒品危害防制條例新增緩起訴附命戒癮治療之規定，就毒品施用獲緩起訴處分人數由2008年2,153人，占終結人數比例為2.0%，然2011年已大幅增加至4,457人，占終結人數比例為5.7%，其主因為實施毒品減害計畫，施用毒品者得以緩起訴處分附命戒癮治療，顯示出在司法的強制力協助之下，逐漸有更多的毒品成癮者可以接觸到戒癮治療（詳見表1-1-1）

表 1-1-1 地方法院檢察署毒品案件偵查終結情形

單位:人、%

項目別	毒品案件 終結人數	起訴		緩起訴	
		施用	占毒品施用 案件終結 人數比率	施用	占毒品施用 案件終結 人數比率
2008	87499	41215	47.1	1755	2.0
2009	73321	32947	44.9	2153	2.9
2010	77936	34280	43.9	2825	3.6
2011	77934	32356	41.5	4457	5.7

資料來源:法務部統計處(2011)

但若以累再犯情形來看，2011年在毒品案件執行裁判確定有罪人數36,440人（男性占八成六、女性占一成四），占全部刑案有罪人數的20.8%，其中具有毒品罪前科之再、累犯人數所占比率達81.9%，依據下表1-1-2所顯示，在新入監受刑人中違反毒品危害防制條例比率為31.4%，就其犯次區分，屬再累犯者計25,325人，再累犯比率69.5%，而毒品罪再累犯比率高達91.2%，近四年監獄新入監受刑人再累犯比率呈增加趨勢，主因毒品犯罪依舊有著相當高的再犯率所致。由此也可瞭解，毒品犯罪人的特性是一直重複的犯罪，重複的進出矯治機構。

表 1-1-2 監獄新入監受刑人數及毒品新入監受刑人再累犯情形

單位:人、%

監獄新入監受刑人							
項目別	總計(1)	犯次		毒品犯罪人			
		再累犯(2)	(2)/(1)×100	總計(3)	(3)/(1)×100	再累犯(4)	(4)/(3)×100
2008	48234	32499	67.3	14492	30.0	13848	95.5
2009	42336	28501	67.3	12440	29.3	11842	95.1
2010	37159	25210	67.8	11247	30.2	10370	92.2
2011	36459	25325	69.5	11474	31.4	10466	91.2

資料來源:法務部統計處(2011)

有鑑於毒品問題對我國社會造成的影響甚鉅，因此我國於2006年調整反毒策略為「首重降低需求，平衡抑制供需」，將反毒政策從過去以「緝毒」、「防毒」為重的反毒策略，轉向著重降低毒品需求的、「拒毒」與「戒毒」，逐漸調整毒品防制政策方向，強化「防毒監控」、「拒毒預防」與「毒品戒治」，以預防新生毒品施用人口產生及降低原有毒品施用人口。整體而言，2008年行政院研究發展考核委員會的毒品防制政策整體規劃報告提出，我國毒品防制政策在「緝毒」懲罰、「防毒」監控上，包含國際參與、防毒監控與緝毒合作，由於其權責單位清楚，工作內容明確，因此，核心工作項目執行較為順暢，是較具執行成效之毒品防制工作環節。

相對而言，在首重減少需求面向上，拒毒預防與毒品戒治工作項目目標的對象為人，其核心工作項目內容較屬概念性，且權責單位分散，部會彼此間協調合作較為困難，尤其在毒品戒癮治療方案的實施上，以大班授課方式並不能深入處理毒癮者生理、心理與社會適應各層面問題，而由心理師、社工師等專業人員所實施的心理治療及團體治療，則限於人力資源的負擔，無法普及毒癮者，因而戒治成效難以展現。在人力資源受限之情形下，戒治機構努力引進社會資源協助控制毒癮工作，但目前社會環境中對控制毒癮之資源相當缺乏，除醫療體系外，不僅

社會福利團體並無法有效提供支援，且專業的民間毒癮更生、諮詢、輔導機構，亦相當欠缺。部分毒癮者的毒癮問題在戒治所內已獲得極大改善，但毒癮問題與社會適應問題息息相關，例如居住、家庭接納與經濟問題常是毒癮者離開機構後首先面臨的重大考驗，而且就業更是回歸社會所需面臨的問題。

然而在國家醫療資源有限及業務過度負擔的情況下，我們是否應該從新思考，讓衛生醫療體系專心投注專業人力及經費在發展醫療專業的毒癮控制模式，如目前海洛因成癮者的美沙冬替代療法、毒癮戒治者個別戒治及輔導模式、預防復發課程與配套措施等負責毒品成癮者的生理及心理毒癮控制，而將完成醫療控毒癮治療後處理毒癮渴求、心理認知的重建、提升自我效能、健全生活技能、生涯規劃輔導、職能訓練、家庭關係重建等重新適應社會的過程中需要專業的控制毒癮資源，回歸到社會、民間及宗教團體由他們來提供，併整合社會、社區與醫療資源，各司其職，促使毒癮者能夠回歸社會正常生活。

即是將國家反毒政策從以衛生福利部為主的「戒毒」治療再延伸以社會、社區為主的「祛毒」復歸，國家實應投入更多的專業人力與經費在「祛毒」策略上，惟毒品成癮者能真正的復歸於社會，且擔負起身為國家社會一份子該有的角色，才能使其從「防毒」、「拒毒」、「緝毒」、「戒毒」的循環中走出來(如圖 1-1-1)，由上述可清楚了解到當前我國毒品問題的嚴重性及施用者在社會復歸過程中所面臨的困難，對一個毒品成癮者來說，能復歸於社會才是控制毒癮治療的終點，而目前我國社會上有哪些機構是在協助施用者的社會復歸？有哪些復歸模式？復歸成效如何？機構人員在協助施用者在社會復歸上面臨了哪些困難？施用者本身又面臨了哪些困難？凡此均引發本研究思欲探索之動機。本研究將以修復式正義的觀點，針對毒品成癮者在台灣草屯療養院茄荖山莊毒癮治療復歸時之模式及成效，進行了解與分析，期有助於協助毒品成癮者更快的重新復歸社會。

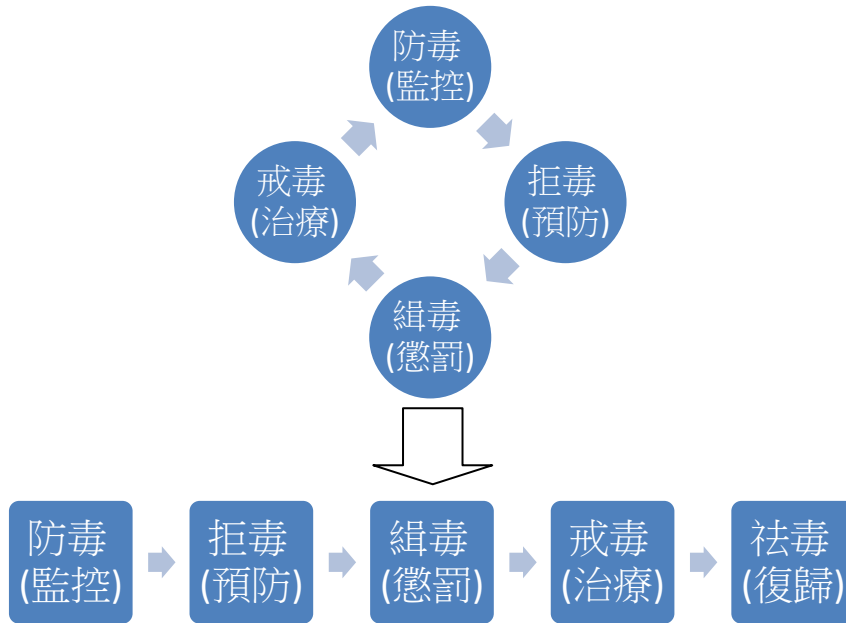


圖 1-1-1 我國反毒策略



第二節 研究目的

隨著社會環境的演變，近年我國毒品問題產生相當變化，例如青少年藥物濫用問題、新興合成毒品之興起、毒癮者傳染愛滋病與其他傳染病問題等，所衍生的犯罪、家庭、社會福利問題更形成社會的不安定性及威脅性，加重整體社會成本支出，嚴重影響政府施政形象及成效。而毒品防制措施亦有重大改變，例如首重降低需求平衡抑制供需的毒品政策轉向、地方毒品危害防制中心之設置、替代性藥物戒癮治療、減害計畫之推行、先驅化學物質與藥物原料之管理、緩起訴附帶藥癮戒治命令制度等。在現今視毒品成癮者為病犯之觀念下，更凸顯控制毒癮需司法、醫療與民間組織之共同合作，對於毒品成癮者控制毒癮而言，從機構性戒治處遇或刑罰監禁到醫療控制毒癮治療絕非控制毒癮的終點，應將社會資源向後延伸以協助毒品成癮者在自願控制毒癮、復歸社會時，能尋求持續性輔導戒毒網絡的支持，恢復其正常的社會功能與家庭生活。

鑑於前述我國控制毒癮治療概況，我國毒品成癮者控制毒癮復歸社會之過程對於社會整體影響衝擊，值得深入探究。特別是以醫療控制毒癮與社會服務為主之治療性社區模式（Therapeutic Community），針對單純施用毒品而無涉及其他犯罪者，轉移至衛生醫療機構進行專業諮商輔導、社會安置及職業訓練等控制毒癮處遇，為要讓毒品成癮者不再走回頭路，必須依賴健全緊密之社會支持網路，應為未來毒品防制政策所需關注的重要議題。故本研究目的如下：

一、研析治療性社區的控制毒癮社會復歸模式

雖然刑事司法體系與衛生醫療體是目前我國承接毒品成癮者控制毒癮工作的主要體系，在制度設計上，包含觀察勒戒、強制戒治、刑罰處遇、保安處分、緩起訴附命戒癮治療、美沙冬替代療法等措施。但以運用多樣的團體歷程所產生的同儕影響來發展更多有效的社會技巧，並協助個體學習與內化社會規範的治療性社區模式正在我國逐漸發展中，從相關研究亦發現毒品成癮者在其治療性社區模式內相較其他治療模式有許多正向效果（李宗憲，2010），故值得從國內文獻深入探究。

二、觀察並檢視我國衛生醫療體系如何進行治療性社區的控制毒癮

社會復歸模式

以修復式正義的觀點對台灣草屯療養院茄荖山莊之控制毒癮社會復歸模式進行研究，藉由參與觀察治療性社區內各種控制毒癮方法及生活，並且對社區內居民進行質性訪談來瞭解毒品成癮者之社會復歸處遇（處理毒癮渴求、心理認知的重建、提升自我效能、健全生活技能、生涯規劃輔導、職能訓練、家庭關係重建等）如何被執行，並加以探討其成效。

三、探討我國治療性社區內控制毒癮成功者對社會復歸及關係重建

之看法

透過對草屯療養院茄荖山莊社區內參與戒毒之居民進行質性訪談，來探究毒品成癮者在治療性社區內進行控制毒癮社會復歸時的治療看法與所面臨之困境，以評估治療性社區影響毒品成癮者復歸社會成功的因素。

第三節 名詞解釋

一、毒品

對於「毒品」一詞之定義，各國定義多元而繁雜。本研究係探討毒品成癮者控制毒癮社會復歸之研究，因為我國將施用毒品行為入罪化，所以本研究所指毒品係在現行制度下主要以毒品危害防制條例為範疇。根據「毒品危害防制條例」第2條規定：「本條例所稱毒品，指具有成癮性、濫用性及對社會危害性之麻醉藥品與其製品及影響精神物質與其製品。毒品依其成癮性、濫用性及對社會危害性分為四級，其品項如下：

- (一) 第一級：海洛因、嗎啡、鴉片、古柯鹼及其相類製品。
- (二) 第二級：罌粟、古柯、大麻、安非他命、配西汀、潘他唑新及其相類製品。
- (三) 第三級：西可巴比妥、異戊巴比妥、納洛芬及其相類製品。
- (四) 第四級：二丙烯基巴比妥、阿普唑他及其相類製品。」

以上為毒品危害防制條例所列之違法性藥物，而本研究所指之施用毒品以第一級海洛英為主。

二、治療性社區

本研究主題以草屯療養院茄荖山莊之治療性社區（therapeutic community）為主要研究對象，在國內衛生福利部將其翻譯成「戒毒村」。治療性社區的治療係強調完全戒除（abstinence）的觀念，它的治療哲學在於進行「全人的改變」，認為「戒毒的工作並非僅止於讓個案停止吸毒；而是使其具備技巧及能力，得以處理生活上所遭遇之各種問題，並恢復正常的生活型態，唯有如此，才能達到完全戒毒的目標」。因此，它是一個不使用治療藥物去治療藥癮問題的長期居住性機構；治療的工具就是「社區」，「在社區生活」就是治療的方法。此治療模式在國外比較常見，而治療性社區不僅使用在毒癮者身上，也會使用在酒癮犯、精神疾患者、罪犯或偏差青少年等，範圍十分廣泛（De Leon, 1997；安辰赫，2003）。

三、控制毒癮

毒癮已被醫學研究證明是毒品成癮者慢性而長期的大腦病變，造成其認知與情緒功能異常、毒品使用主宰其行為模式，或至少是其優先動機下的行為（Leshner, 1997）。然而，毒癮確實是由個人的自主行為出發，毒品成癮者是必須為他們的康復（recovery）積極地負起責任。例如：積極而持續性地避免會激發毒癮的線索（drug-related cues），培養健康行為與生活模式，如同高血壓或糖尿病患飲食與生活型態的調整一樣。因此，毒品成癮是一種疾病的概念並不能免除成癮者對他們成癮之責任，也不能提供其疾病角色而合理化自己再三的復發。但是這個概念也說明了我國的刑事司法系統與一般社會大眾誤認為毒品成癮只是一個人個性或意志力缺陷，所以才會使用「戒癮」一詞，希望毒品成癮者能藉由自身意志力或外在的力量與治療完全戒除內在的毒癮。既然成癮是一個大腦疾病，就應該摒棄「戒癮」一詞。「戒癮」這個詞背後的錯誤引導，徹底違背了「成癮是一慢性疾病」的宣導用意，讓大眾誤以為癮是可以根除的。毒癮雖然無法戒除，但可以透過醫療的介入與治療，而加以「控制」毒癮或「治療」毒癮，故本研究以「控制毒癮」或「治療毒癮」來取代一般戒癮的概念，本研究如有使「戒癮」一詞僅為符合我國刑事司法處遇上的用詞。本研究對控制毒癮治療政策之探討以第一級毒品施用者為範疇，不包含施用其他毒品或藥物/物質者，且以接受治療性社區之居民為主。

四、社會復歸

社會復歸是犯罪人從刑事司法體系離開後的重新適應生活的過程，更是積極的目標，早期對於毒品成癮者的刑事司法處遇大多以監禁或收容為主，實無所謂社會復歸的概念，1997年毒品危害條例實施，對於毒品成癮者的處遇才慢慢開始有觀察勒戒與強制戒治優先於刑罰的概念出現，到2009年，毒品危害條例新增輔導就業之規定，讓受觀察、勒戒或強制戒治處分之人，於觀察、勒戒或強制戒治期滿後，由公立就業輔導機構輔導就業，這些政策上的變革都顯示我國對於施用者的處遇，不再單以無再犯為目的，而是開始重視毒品成癮者如何重新回到社會上扮演合適的角色，且和社會的和平共處。進一步而言，毒品成癮者在社會復歸的過程中的毒癮抑制、認知重建、提升自我效能、健全生活技能、生涯規劃輔導、職能訓練、家庭關係重建等皆係考量復歸成功的重要因素

五、復歸式正義

修復式正義有別於傳統的懲罰式正義---將重點置於懲罰加害者，修復式正義重視社會平等關係之回復與被害人、加害者、及社區之整合，以尊重加害人人格之方式，強調被害人之權利、尊嚴應得到滿足，個人、團體與社區因犯罪所遭到破壞之關係亦應得到修復。而且對於破壞人與人間關係的衝突事件，為了修補其對現在所造成的傷害，並期許能使未來更美好，於社區召集所有與某一特定犯罪事件相關之利害關係當事人參與調解的事件處理模式。其過程依據一定程序，共同商討、處理該特定犯罪行為所造成之傷害，期使加害人承認錯誤、願意負責，而被害人與社區均接受此協調結果，讓加害人得以再復歸回社會，且此處理方式與結果能使各方均感到滿意。

修復式正義進行的程序依時空背景各有不同，其名稱亦然，現行實務於各國運作上有：被害人與加害人調解計畫、家庭團體會議、審判圈與社區修復委員會四種，惟本研究不限定於上述四種修復式正義模式型態，無論是有別於此四種之外，或是綜合此四種型式，只要進行過程符合修復式正義內涵，參與者包括：加、被害人與公正第三人等三人以上，未進入刑事司法系統，過程中針對特定犯罪行為進行其後果與處理方式的討論協商，且著眼於未來關係的改善而非單純回復損害者均可稱之。



第二章 文獻探討

第一節 毒品成癮對施用者造成傷害

現今的刑事司法系統及一般社會大眾還是深受古典犯罪學理論影響，其主張人類有自由意志（free will），且會作理性選擇（rational choice），故當犯罪發生時，對於犯罪人應採取嚴厲、強迫之懲罰方式。對於毒品成癮者的成癮即認為是因為其意志薄弱、性格惡劣所致。因此刑事司法的目標就即為強化毒品成癮者的道德意識，使其具有足夠能力對抗毒品之誘惑。為了達到上述之「應報」目的，刑事司法系統常使用如宗教教誨、宗教力量之責難、以及監禁隔離之懲罰方式。並主張懲罰愈迅速、確定與嚴厲，愈能預防其再度施用毒品（Bower, Blow, & Beresford, 1989；Alexander & Murray, 1992；黃富源、曹光文，1996）。如我國「毒品危害防制條例」前身「肅清煙毒條例」即是傾向此種理論（林健陽、賴擁連，2002）。

然而，不難想像監獄對毒品成癮者之毒癮處遇不足，難以因應毒癮問題，目前在監有毒癮的犯罪者為數眾多，但在監毒癮犯之處遇卻無特別規定，因此毒癮再累犯情形嚴重。從治療性社區的觀點，毒癮問題及損害牽涉層面廣泛，如：生理、心理、社會等層面的損害，對毒癮的處遇亦需有相當資源投注，目前監獄普遍欠缺控制毒癮所需之衛生醫療、心理師、社工員、職能治療師等資源，缺乏控制毒癮的處遇措施，對毒品成癮者生理、心理、家庭、社會等問題層面未能予以處理，僅以刑罰威嚇，控制毒癮的成效當然不彰。監獄行刑之本質在刑罰應報，矯治處遇乃附加之效果，但毒癮犯無受害者之犯罪特性，在定罪量刑上普遍難以達到刑罰威嚇效果，亦難以處理毒癮再累犯問題（李宗憲，2010）。

以下就先針對毒品對於施用者生理、心理與社會關係所造成的影響與損害加以說明：

一、毒品對生理所造成的傷害-想施用毒品的癮 VS 施用毒品的行為

Nora D. Volkow（1988）的研究早指出古柯鹼濫用者在長期使用古柯鹼後會

造成大腦皮層 (cortex) 的異常。另有醫學論文指出古柯鹼濫用者的前額葉皮質 (the pre-frontal cortex) 和左外側額葉皮質 (the left lateral frontal cortex) 的腦血液流量明顯相對比正常人低 (見圖 2-1-1) (Goldstein & Volkow, 2002), 意謂藥物濫用會引起的前額葉皮質和左外側額葉皮質的退化以及喪失執行功能, 是造成施用者依本能的「反射性」或「注意力控制」來做決策時, 不平衡的原因 (Bechara, 2005)。研究也指出毒品成癮者的腦內邊緣系統 (limbic system) 會受到長期使用毒品的影響而被制約, 當施用者產生對毒品渴求 (craving) 時, 會激活本身的邊緣系統, 因而促使產生強迫追尋與施用毒品的行為。因此, 前額葉皮質功能的退化以及邊緣系統的過度活化之結果, 會經由非自願的信號 (如, 制約相關信號) 促進衝動行為, 因而促使持續且進行的成癮行為, 意謂著毒品成癮者因長期施用毒品的關係造成腦部的傷害, 無法放棄立即但小的回饋, 以換取更大但延遲的回饋, 進而增加衝動執行的功能障礙, 且沒有能力改變過去與藥物成癮有關的回饋反應, 影響其對毒品渴求的控制、學習新事物的障礙、無法延宕滿足 (delay gratification) (Crews & Boettiger, 2009)。

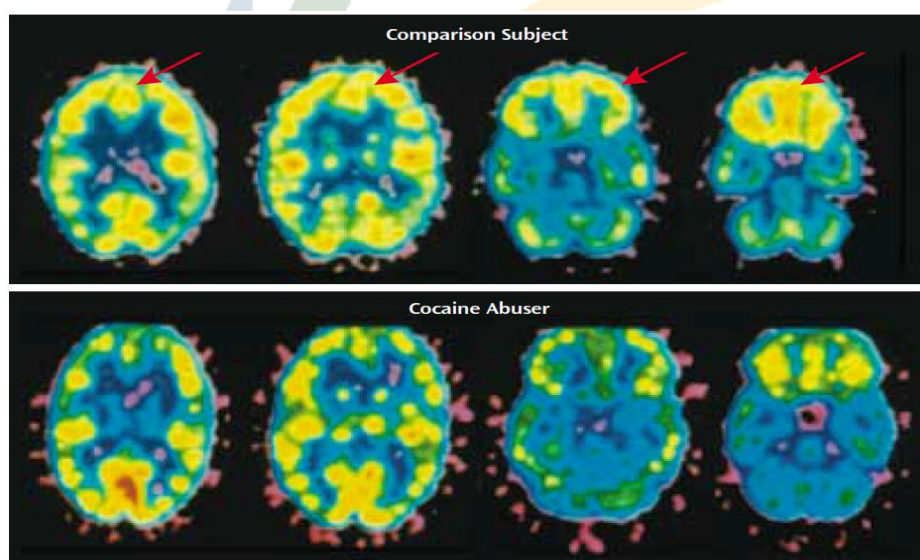


圖2-1-1 古柯鹼濫用者與非藥物濫用者腦前額葉皮質血液流量比較

資料來源:Goldstein, R. Z. et al. (2002)

Leshner (1997) 即指出經過超過 20 年的研究, 藥物成癮 (drug addiction) 是長期受藥物影響而產生的大腦疾病 (brain disease), 且是慢性 (chronic)、經常性復發 (relapsing) 的疾病, 簡而言之, 毒品成癮者持續性、強迫性的追尋毒品與施用的行為是受到施用者長期施用毒品後, 大腦對毒品產生制約、成癮的影響。

響，就如同一般人感冒後，就會頭痛、咳嗽、流鼻水等症狀，人無法用意志決定要有哪些症狀，但可以使用感冒藥來讓症狀減緩。而施用藥物與感冒的差別在感冒後，一般人吃感冒藥或可能休養一陣子就會好，但腦受傷後，如不依靠外在醫療資源的介入幫忙，幾乎很難有復原可能，而且藥物成癮不只是大腦的疾病，還融入與疾病本身一樣重要的心理上 (psychological) 及社會脈絡上 (social-context) 的問題，是一種多系統的失調 (failure of multiple systems)。

目前也仍有許多人將「偶而使用」、「濫用」、「成癮」誤解為一個可以前前後後來來回的連續性的歷程。例如：由「成癮」再回到「偶而使用」，再退回成癮。然而，成癮是一個越過臨界值 (threshold) 的問題，只有極為少數的例外可由成癮成功地回復到「偶而使用」，但目前為止，醫學上還無法有一個生理上或行為上的標記 (marker) 去切分這所謂的臨界值 (Leshner, 2001)。

二、毒品對心理、社會所造成的傷害

英國藥物濫用諮詢委員會 (ACMD, Advisory Council on the Misuse of Drugs, 2009) 即針對藥物的傷害提出 16 種效標 (criteria)，其中屬心理性的傷害有三種，分別如下：

(一) 物質依賴 (Dependence)

當一個人儘管知道在使用酒或其他藥物後，會產生物質使用的相關問題，但仍然持續堅持使用，即可能會被診斷有物質依賴。會導致個體其強迫性和重複性的使用行為—物質依賴，是其因為使用物質減少或停止藥物耐受性和戒斷症狀所帶來的痛苦，並且滿足生理與心理對藥物的渴求 (craving)，進而對藥物產生的制約反應 (conditioned response)。

(二) 因藥物所造成的傷害 (Drug-specific damage)

研究指出長期使用藥物會造成施用者心理功能具體的損害或障礙，如：安非他命會誘發施用產生者精神病 (psychosis)。

(三)與藥物有關的傷害 (Drug-related damage)

研究指出長期使用藥物會造成施用者心理功能相關的損害或障礙，如：施用毒品後的情緒障礙（各種內疚、容易產生敵意等）、認知扭曲（缺乏自省、病識感等）會間接造成持續施用者重複追尋與施用藥物的生活模式。施用藥物可能也是施用者為了掩飾心理情感疾病或症狀，如：憂鬱、現實生活壓力過大等。

ACMD 亦提出 9 種屬於社會性的傷害，分別如下：

(一)損害自我社會資源 (Loss of tangibles)

使用藥物在某些程度上會造成施用者社會資源的損害，如：實質的收入減少、失業、退學、無任何成就、犯罪紀錄、監禁等。

(二)損害自我關係 (Loss of relationships)

使用藥物在某些程度上會造成施用者與他人關係上的損害，如：持續施用毒品的行為破壞了施用者與家庭關係或與非毒品成癮者的關係等，當破壞殆盡後，即會被社會給排除 (social exclusion)。

(三)傷害 (Injury)

使用藥物在某些程度上增加間接或直接造成傷害他人的機會，如：暴力行為（包含家庭暴力）、交通意外、嬰兒或胎兒的傷害或忽略等。

(四)犯罪 (Crime)

毒品成癮者在受到對毒品渴求的制約後，為了在昂貴的毒品交易市場追尋毒品，而導致其犯下與財產或毒品有關的犯罪，如：竊盜、強奪、製造、販賣、走私毒品等，也為了在危險的毒品交易市場中保護自己而擁有槍枝，刑事司法系統主要也是因為這些因素，而將單純的施用毒品行為入罪化 (criminalization)。

(五)環境破壞 (Environmental damage)

使用或製造藥物在某些程度上會造成周遭環境的破壞，如：工廠在製造安非他命後所產生的有毒廢物、街頭海洛英施用者隨意遺棄針頭等。

(六)家庭災難 (Family adversities)

使用藥物在某些程度上會造成施用者與家庭關係的嚴重破裂，甚至為家庭帶來災難，如：家庭崩解、損害家庭經濟、損害家人間的情緒、忽略兒童等。但有研究指出，反觀不穩定的家庭因素可能也是導致施用者持續使用藥物的原因，例如：創傷性的失去家人、不良的家庭教養及家庭本身就有人施用毒品等 (Anthony, Warner, & Kessler, 1994)。

(七)國際間損害 (International damage)

使用藥物在某些程度上會造成國內或國與國之間關係的破壞，如：不穩定的國家狀態、跨國際間的毒品交易犯罪等。

(八)經濟成本的損害 (Economic cost)

使用藥物在某些程度上會造成國家直接成本（如：醫療資源、警察、監獄、社會服務、保險等）與間接成本（如：國家生產力下降、施用者罷工等）的損害。

(九)社區的損害 (Community)

使用藥物在某些程度上會造成所屬社區凝聚力與聲譽的破壞。

經過以上毒品對於施用者生理、心理與社會面向的傷害後，一方面，可理解毒品成癮者通常會有輟學、問題家庭關係、脫離主流社會、出現工作障礙（曠職、工作表現差、一直換工作）等社會問題，即使可以留在學校或工作，其效率及品質也會下降，不控制毒癮到最後還是會出現上面的問題。另一方面，對於上述毒品成癮者如果想要遠離毒品回復社會的話，自己除了要對過去的偏差行為、犯罪

行為、對自己或對他人所造成的傷害負責的同時，更要承擔目前及未來面對藥物濫用的問題與義務，但無法為自己的行動及決定承擔責任是毒品成癮者們共同的特質之一。因此，對於毒品成癮的治療方法要有好的效果，應同時要處理生理、行為、心理與社會脈絡等面向的問題。例如：治療必須是同時涵蓋藥物治療、心理治療、相關的社會服務、以及復健治療，也包括了協助毒癮者回歸家庭的工作，如教育、職業訓練、中途之家等。

換句話說，一旦施用者產生毒癮後，「內在的毒癮」是沒辦法「戒除」(quit)的，唯一能作的是利用外在各項社會資源、力量，對其「外在的施用毒品的行為」先「控制」(control)，並促使其學習終生不施用毒品的正常生活方式，進而產生內化的自我控制來「控制」終生的內在毒癮。



第二節 控制毒癮治療與修復式正義的價值

一、修復式正義與控制毒癮治療

(一) 修復式正義的內涵與原則

修復式正義理論於近數十年來興起，不同的理論家對於「何謂修復式正義」給予了不同的定義，但他們主要皆闡述一個相似的精神，認為：正義是希冀修復犯罪事件所造成損害，並將修復損害的決策過程交由與該犯罪案件最為相關的社群：受害者、犯罪人及社區，尤其共同解決（Braithwaite, 2002; Marshall, 1999; Zehr, 2002）。

在修復式正義理論中包含了多元的目標、原則；也因為基於對不同社群的需求，發展出多樣化的實務操作模式，而使得其範疇有所擴張（黃曉芬、張耀中，2012）。修復式正義主要的多元目標包含：對受害者、犯罪人、社區進行個別的修復或對其彼此間關係進行修復。而其理論中提出方案所須具備原則包含：包容（inclusion）、責任承擔（responsibility）、賦權（empowerment）、利益平衡（balance of interests）、自願性參與（voluntary participation）、真相（whole truth）、問題解決取向（problem-solving orientation）、重新融合（reintegration）、社會復歸（rehabilitation）等等（McCold, 2006; Presser & Van Voorhis, 2002; Van Ness, 2003）。

修復式正義最主要內涵為回復社會關係，重建平等的社會關係，以滿足人類彼此關懷、尊重的基本需求。修復式正義要求一個人必須了解個人、群體及社區間的關係為何。如前述，有關於修復式正義的定義及其實施型態均不斷在演化之中。Marshall（1996）對修復式正義的定義：「修復式正義是一項特殊犯行的所有利害當事人共同聚在一起，共同處理犯罪後果及其未來意涵（implications）的過程。」

從犯罪學角度出發，修復式正義理論的核心思想，乃排除用法律的觀點，而以社會及衝突的觀點來看待犯罪事件，具修復式正義的刑事司法理念則希望加害者、受害者、社區能夠產生互動，修復式正義處理的犯罪問題，主要是回復社會關係，並且重視回復損害、滿足人類彼此關懷、尊重的基本需求，是一種回復損

害的關係式正義（裘雅恬，2009）。

在修復式正義的理論基礎下，對於毒品成癮者以治療性社區之控制毒癮方式，達到幫助毒品成癮者復歸社會與恢復損害之目的，圖2-2-1 為一般修復式正義中，加害者、被害人、社區及政府的關係責任，圖2-2-2 為毒品犯修復式正義中，毒品犯、社區及政府間的關係責任圖。在修復式正義的核心概念中，修復式正義重視回復、關係、平等與尊重，故實踐的過程需要有加害者、被害人、社區三者共同參與損害（裘雅恬，2009）。然而，毒品施用與其他犯罪類型不一樣之處在於，毒品犯罪屬於非道德犯罪行為，非道德犯罪行為具有以下特性：無明顯被害人、沒有被害人提出控訴（欠缺原告）、當事人並不認為是罪大惡極的事、在社會上，有這種行為的人數眾多、另闢隱密世界、同意參與特徵、不會使任何人感覺到自己受傷害、具有交易的性質（Bayley, 1976; Schur & Hugo, 1974）。

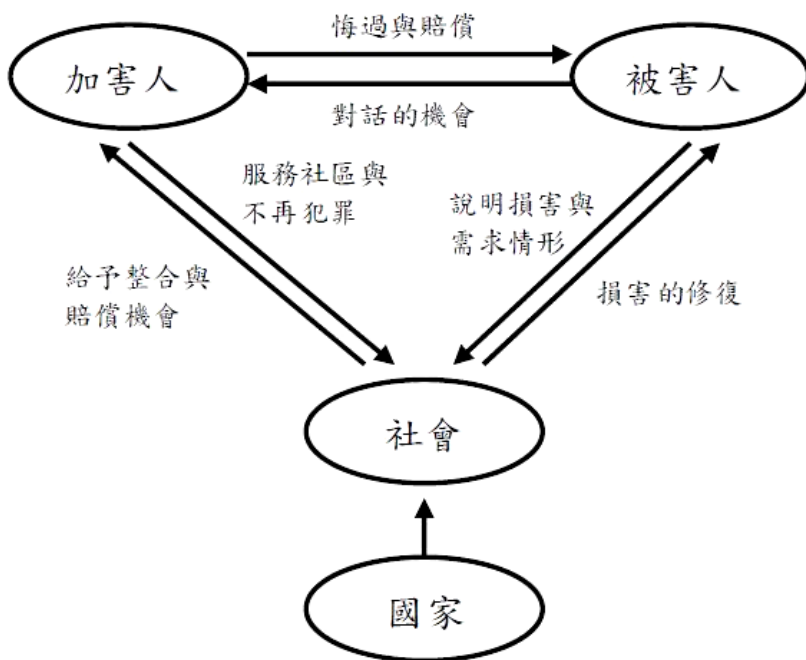


圖2-2-1 修復式正義各方當事人責任

資料來源：參考許春金（2010）

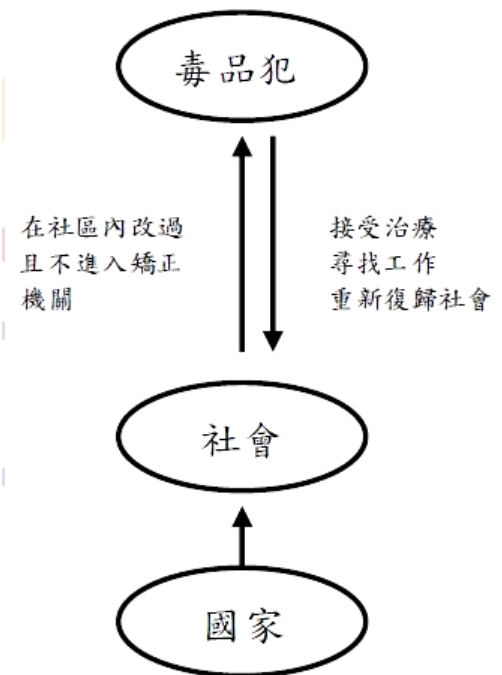


圖2-2-2 毒品成癮者修復式正義責任

資料來源：裘雅恬（2009）

在毒品施用中，加害者與被害人具有「共同同意參與」的特徵，故排除有「被害人」的存在。因此，毒品成癮者在修復式正義理論基礎下，修正為毒品成癮者本身，與社區共同參與協商，毒品成癮者本身具有加害者與被害者的特質，從加害者的觀點，必須承認錯誤、盡可能減少施用毒品的傷害；從被害者的觀點，了

解自身帶給自己的實質傷害，回復到未被傷害前的狀態，並尋求復歸所需的社區資源；在社區方面，社區必須澄清社會行為的準則與規範，並提供毒品犯罪人機會與支持、復歸社會所需的資源與協助，使毒品成癮者能夠正常生活（裘雅恬，2009）。

（二）修復式正義對毒癮治療性社區的五個要素

修復式正義的對於復歸社會的核心內涵與兼具加害者與被害者的毒品成癮者結合，對其接受治療性社區須達成的要素有以下（許春金，2010）：

1. 以「社會」、「衝突」的觀點，而非「法律」的觀點看待犯罪事件

修復式正義是以「社會」、「衝突」而非以「法律」的觀點來看犯罪問題，犯罪是一種對個人與社區關係的傷害，並非違反法律的抽象定義。因此，處理犯罪問題首重回復損害、回復和平，而非以懲罰加害者為滿足。此觀點認為，犯罪不僅違反法律，對受害者、社區，甚至加害者均造成了傷害。

我國對毒品成癮者的處遇模式由一開始的應報正義模式，轉變為近來將毒品成癮者視為「病犯」的醫療整合模式，使毒品成癮者具有病患之特殊犯罪性，因此，揚棄以法律問題與監禁方式對待毒品成癮者，而是以社會觀點提供其矯治與復歸社會的方法，對於毒品成癮者的處理，以「治療勝於處罰」、「醫療先於司法」為原則，達到回復損害、回復和平（裘雅恬，2009）。

2. 修復式正義是一種回復損害的「關係式正義」

修復式正義著重在犯罪所造成的損害，並希望修補這樣的損害，且能往前發展共同的福祉。修復式正義有別於傳統懲罰與矯治只重視加害者的處理方式，進而強調在犯罪事件當事者之中建立一種回復原有關係，甚至更加向前發展的關係，而這種關係係建立在一種平等的立場，即讓加害者了解其犯行對受害者與社區所造成的傷害與平等關係，而有機會給予受害者一些補償，除了啟發其修復此一關係的意願，亦希望被認同、被諒解，不再被視為社區的邊緣人，因此，修復式正義亦是一種「關係式正義」（呂宜芬，2005）。

修復式正義將回復「犯罪所造成的損害」視為重點，在修復式司法中，強調加害者、受害者、社區三方面的損害回復，然而2008年針對毒品成癮者命令以緩起訴替代療法的措施，則是將毒品成癮者置於醫療及社區中回復損害，亦可在治療性社區中接受控制毒癮治療，接受非機構化的社會生活及正當工作，以達到修復式正義內涵中，加害者必須藉由復歸社會達到不再犯罪的自我期許，相同地，回復到未損害前的角色之雙重效果。

3. 修復式正義主張，藉著發現問題、回復損害、治療創傷而進行廣泛有意義的社會革新，從而為社會創建更多更好的「和平及福祉」

傳統的正義理論（尤其是應報式正義）以抽象性規範條文保障個人不受他人侵犯，並以個別化處遇來保障個人的獨立性。然而，犯罪造成的損害可以用許多的方式達到修復之目的，如：金錢財物的賠償、對受害者服務及道歉等，方式可以是直接、間接、具體或象徵性的，方式無限多種；對象則可以是具體的受害者、其親人、社區或整個社會，只要能修復損害的程序或方法均可稱之為修復式正義。因此，方法或程序的「修復性」應是連續性，強調從每一個犯罪事件發現問題，並從「關係」層面上的損害與疏離來修復，並同時以「關係平等」來回復當事人的尊嚴及互敬的狀態，並共同努力發展更整體性的未來。

修復式正義理論多元的目標與原則，擴充了理論內涵的豐富性；其廣泛地含括不同類型的實務操作模式，治療型社區即是讓毒品成癮者在監獄與返家之間，可先在此社區調適、培養工作技能，使其具備生活技巧及能力，得以處理生活上所遭遇之各種問題，並恢復正常的生活型態，透過治療的工具就是「社區」，「在社區生活」就是治療的方法，讓居民以結構性及非結構性的互動方式，去影響與物質使用有關的態度、感知與行為，更要的是在治療性社區中「修復」是指「生活型態」與「認同」的改變，不只是「維持」停用藥物，而以復健，再學習，建立他們的能力為目標，來恢復正向健康的生活、身體與情緒，並達到連續性的修復效果，只要能修復損害的程序或方法均可稱之為修復式正義。

4. 修復式正義尋求加害者、受害者及社區的共同參與修復及治療

修復式正義的過程，首要的目的在促使加害者、受害者及社區積極改變處境，回復其所受到的創傷，終極目標則係讓事件中所有的關係人皆復歸於完好狀態。在修復式正義的概念裡，犯罪不僅是違反法律的事件，傷害個人之間平等關係的事件也傷害了社區，乃影響社區生活與犯罪人未盡社會責任的社會事件，

因此，國家只是加害者與受害者（包括個人與社區）之間衝突的仲裁者，協商回復的過程應由加害者、受害者與社區參與協商，而社區居民的參與是修復式正義最重要的意義（許春金，2010）。

對於實踐修復式正義，尋求其過程必須涵蓋所有利害相關人，包含加害者、受害者、社區及政府等。然而因為，毒品成癮者本身兼具加害者與受害者的特性，因此利害相關者限縮於毒品成癮者及社區兩個面向共同參與修復與治療。命令毒品成癮者接受治療性社區的治療，即是將毒品成癮者置於社區中，藉由接受由社區安排的各種團體、活動及同儕的影響，增進居民的戒毒動機，發展出個人自我覺察、問題處理、人際互動及自我管理...等技能，可促使其復歸社會與正常工作，更有助於社區接納毒品成癮者，以及修復被傷害後的社區，因此，社區也應參與整個修復的過程（裘雅恬，2009）。

5. 犯罪處理的場域在社區

犯罪的非正式社會控制主要在社區，而非刑事司法機關，由於社區的法律規範已被違反，社區的生活受到干擾，因此在預防與矯治犯罪方面，社區機構自應負起責任，以回復社區的正常生活。社區及民眾應扮演更積極的角色，負擔起更大的責任，社區應主導修復式正義的進行，並積極提供加害者、受害者各項資源與支持，使社會關係因而修復回原有的關係結構。社區有義務提供並強化支持力量，因此社區應當提供機會給加害者，使其能賠償受害者，社區亦應能提供支持，終止暴力與修補傷害，監督加害者進行復健，將加害者蛻變為負責的公民，並提供加害者予必要的支持，以利其復歸社會（裘雅恬，2009）。

修復式正義透過朋友、家庭、鄰居、社區的實質支持，幫助加害者與受害者從創傷事件中復歸。治療性社區的治療場域即是在社區，而透過治療性社區幫助毒品成癮者戒除毒癮及恢復身心的健康，讓他們認識濫用藥物對其個人、家庭與社會的危害；建立自信，增強自尊心和提昇自我價值，樹立健康的價值觀和人生觀，修補並重建家庭關係，重要的是設立一個環境把原來的網絡隔絕，讓其後來的所建立的、所學習的來代替先前的非道德犯罪行為，結合了毒品成癮者的家庭、專業人員及社區共同攜手合作幫助毒品成癮者與毒品犯更生重建。

二、多面向的刑事司法框架

以應報、懲罰為主的刑事司法系統只能單一的以刑罰的嚴厲程度來對犯罪行為作出反應，像是，罰金的多寡或是刑期的長度，然而，現今以注重加害者、受害者修復損害的觀點上，我們應該尋求更多面向的刑事司法框架 (framework)。

Wachtel (1999) 即提出社會訓練櫥窗理論 (Social Discipline Window) 以「控制」(control) 與「支持」(support) 兩個有相互影響的向度來建構對於犯罪預防更有效的刑事司法框架。對於 Y 軸上「控制」的定義是指：對他人加以限制或產生直接影響力的行為。企圖建立明顯的行為界限及嚴厲的執法方式就代表了一種高度的社會控制；相反地，模糊或軟弱的行為標準及鬆散的執法方式代表了低度社會控制。對於 X 軸上「支持」的定義是指：提供一個人必要的教養以幫助發展社會的文化價值。積極地提供個人所需的協助、關懷代表了高度支持；反之，缺少鼓勵及對個人生、心理需求均未提供適當的滿足，則是低度支持。雖然兩個向度均是連續變項 (continuum)，但如圖 2-2-3 所示，以各個向度之高低所構成的四種社會訓練型態最值得注意及討論：懲罰 (punitive)、容忍 (permissive)、忽略 (neglectful) 及修復 (restorative) (許春金，2010)。

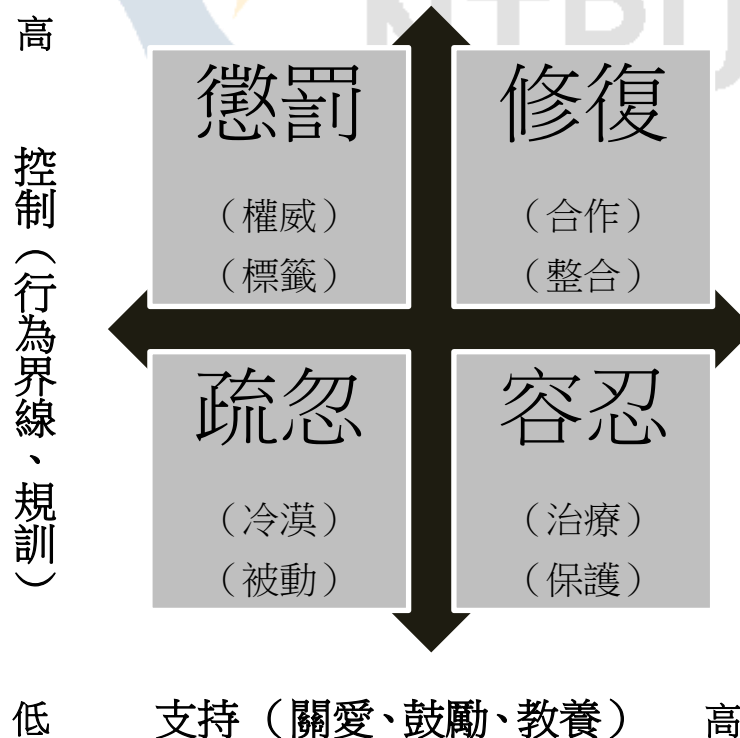


圖2-2-3 Wachtel的社會訓練櫥窗

「懲罰」型態是高度控制、低度支持，亦可稱「應報」，這是當前我國社會及刑事司法系統的主流價值。國家在面對毒品成癮者時，往往不去針對他背後施用藥物的真正原因作探索與治療，僅施於嚴格的控制與監禁，容易導致負面標籤、烙印（stigma）使毒品成癮者復歸社會不易。雖然讓毒品成癮者以懲罰、被責備的方式去對自己的行為負責，但並不會促使其去對自己的行為作深刻省思，反而，容易在負完「表面的行為責任」後再犯。

「容忍」型態是低度控制、高度支持，亦是懲罰型態的另一端，傾向保護犯罪者免經驗他們行為的負面結果。這也是許多實証學派學者的主張。他們認為，人會犯罪並非由於自由意志所致，而是由於個人生、心理因素，或外在社會環境之影響所致。因此，對於毒品成癮者的懲罰應代以科學化的矯治和治療（rehabilitation）。因此，他們提倡各種消除再犯生、心理及社會因素的預防或矯治計劃。但對於有強烈心理用毒渴求（craving）的毒品成癮者給予過份的支持與寬容，將容易使他們更有藉口再犯。

「疏忽」型態是低度控制、低度支持，傾向對犯罪者冷漠與消極處理，對於偏差行為、犯罪事件不作任何的處理、回應。可想而知，對於有極大生、心理成癮的毒品成癮者，如果國家、社會不採取任何作為、回應的話，他們將永遠陷入施用與找尋毒品的煉獄迴圈，無法復返社會，終將被社會所排除（social exclusion）。

「修復」型態是高度控制、高度支持，此高度控制是指針對「偏差、犯罪行為」採取高度控制，若無偏差與犯罪行為，控制也無須存在；對「行為人」本身則採取高度支持，以引導其改變。因此，鼓勵主動面對且反對偏差及犯罪行為，但同時並未否定犯罪者的內在基本價值與改過遷善的可能性，這即是修復式正義所一再強調的基本價值。修復式正義的本質是透過犯罪行為所傷害、影響的利害關係人的相互合作解決問題。修復式正義提供一個機會，讓他們說出自己的感受並描述自己所受到的影響與傷害，並共同合作制訂一個計畫以修復所受到的傷害，更重要的是預防同樣的行為再次發生。修復型態的基本假設是因為犯罪會造成對人本身的傷害及對人與人之間關係的傷害，所以刑事司法系統應盡可能的修復、治療這些傷害，且除了聚焦於受到犯罪傷害的受害者與犯罪者的關係修復外，更重要的是與賦予他們能量（empower）來對於很有太多裂痕的社會增加一些潛在的社會凝聚力。

在四種社會訓練型態中，毫無疑問地，強調互相尊重、共同合作，問題解決及再整合的修復型態應是較佳的。無論是家庭、學校、社區、組織及國際關係上均需要集體解決問題的方式。研究也指出，在大部份的情況下，修復式優於懲罰及治療模式（許春金，2010）。



第三節 社會復歸與控制毒癮治療

「社會復歸」這個名詞，在刑事司法領域中，相信有不少人知道。可以說，它是犯罪預防上最積極且最重要的目標；社會復歸可以說是復健工作領域的專門用語，包括身體殘障與精神殘障兩方面，正因有所「失」而有所謂「復歸」，來做為一個努力的目標（劉運康，1985）。就其本身的概念是協助受傷害的人從損害中恢復，並從新的適應社會生活及扮演好受傷前應有的社會角色，包括恢復人類的權利、尊嚴及義務；在一般非刑事司法領域中即意謂人類最大極限的身體、精神的能力有程度得到回復，可能的話儘量的能夠達到復歸社會及職業場所，而主要四項有層面，分別為醫學、教育、職業及社會；而在刑事司法領域則主要是指透過機構內之矯正與機構外之協助，使犯罪人能回到並適應社會生活，以達到社會復歸。

可以從個人之社會化及社會整合過程來了解「社會復歸」，「個人的社會化」是指其在社會中，與其他人接觸，習得所屬團體的價值，以及所贊成的「態度」、「觀念」、「行為模式」，遵守社會的規範，並有了地位與職務（龍冠海，1997）。個人是社會關係的最基本單位，交互錯綜的社會關係，形成了網狀的結構，網路也就是社會關係體系。個人能在社會中扮演合適的角色，在社會結構中有比較安定且能夠勝任的地位，能在團體生活中貢獻所能並取得所需，即是「社會整合」。個案的生病，正象徵其人際關係網路，發生了裂痕或缺口，而「社會復歸」即是要將此破裂縫合、缺口補回。如果此種缺失難以彌補，則需要找尋相當的替代（如庇護性工作之替代競爭性市場工作），也就是為生活於社區中之毒品成癮者，特別建立一套人際關係的網路。這人際關係網路，有賴各種復歸機構有如社會支持系統，提供的服務交織而成。從較積極的角度來看，給予復歸個案特別安排的「社會化及社會整合」過程，即是讓毒品成癮者經由此過程而達到社會復歸的狀態，而社會復歸亦是毒品成癮者在社會化的最後一個步驟。

以上初步的描述主要是觀念上的，難免比較抽象，劉運康（1985）將這些觀念更具體化，共歸納的六項「社會復歸」的基本條件：

一、無明顯妨礙復歸者在社區中生活的症狀

毒品本身的成癮性及依賴性使得施用者不太可能控制毒癮；這就好像是說，「毒癮」已經成為施用者的一部分，施用者必須學習與此毒癮「和平共處」。但亦係有許多毒品成癮者在有毒癮症狀的情況下，仍然可以找到正常工作(裘雅恬，2009)。因此，「社會復歸」並不以施用者完全沒有毒癮症狀為前提，而是強調其不再施用毒品，且毒癮症狀在控制之下，有相當的穩定性。

二、具備基本的生活技巧（強調實際回歸社會時之個別需要）

毒品成癮者離開矯治機構後，主要的適應問題之一就是缺乏基本的日常生活技巧（李宗憲，2010；裘雅恬，2009；周子敬，2006）。而基本的生活技巧是表列不完，且是多多益善的。因此，我們只能針對毒品成癮者最常可能有問題的地方來評估。「社會復歸」並非表示毒品成癮者將在社區中過完全獨立的生活。事實上，這種可能性很小，大部分個案均要「社區支持系統（community supportive system）」的協助。因此，本研究所強調的基本生活技巧，系指毒品成癮者儘可能利用其可用的社區資源後，在日常生活功能上仍有欠缺的部分。譬如，個案不會煮飯，但有家人或親朋可協助，或者他懂得如何在外用餐（如自助餐等），那麼「不會煮飯」不構成其基本生活技巧的欠缺，此外，我們也要考慮，在沒有該技巧時，個案遭遇問題的頻率；譬如，毒品成癮者不會搭火車，但他生活中一年難得搭上一、二回，那麼我們似乎也沒有理由把該項列為其基本生活技巧的欠缺。

三、有足夠維持基本生活的經濟資源

經濟資源的來源包括：（一）工作之所得。（二）家人、親人之贊助。（三）政府之救助。（四）社會大眾之捐助。（五）其他任何正當途徑之所得。

四、能在社區中找到合適的居所

復歸社會的毒品成癮者其居所必須在刑事司法機構及醫療系統外的其他地方，包括：（一）回到家庭。（二）中途之家（half-way house）。（三）其他中途性的居所。

五、能在社會中扮演合適的角色

角色是社會中的一個位置，它包含了一組預期的責任與權利；它受到性別、年齡、家庭成員、社會團體、職業類別等之影響；有時候它是被指定的，有時候則是習得的或爭取得來的。角色是動態的（dynamic），不是靜態的（static）；在晨昏之間或一生之中，不斷地有改變，一個人可以同時有好幾種不同的角色；例如「工作者、妻子、母親」或「工作者、丈夫、父親」等。每一種角色都是演進出來的，而且是角色演進中的一個步驟。每一角色都有其需具備的「技巧」與「習慣」是對環境之意識的（conscious）操縱；「習慣」則是熟練的技巧，由於不斷地練習，而成為自動的常規。在角色的演進與獲得的過程上，必須「前一角色」之技巧與習慣有了相當的程度，才有可能演進至「後一角色」。在評估個案對某一角色的適應，即在評估個案對該角色所需的技巧、習慣、態度等具備的程度如何（劉運康，1985）。在角色的演進過程中，前後角色之間則由一些主、客觀因素以及個人本身的抉擇來聯繫（Black, 1976; Heard, 1977）。

提供「社會整合」機會的社會角色有部分是建立在「工作」與「家庭」兩方面，而「工作」與「家庭」兩方面的角色，可以說是社會角色的中心或最重要的部分。人們通常花費相當高比例的時間，在達成社會及本身對此二角色的期望。此二角色的缺失，比起其他形式「社會參與（social participation）」的減少，可能對一個人的「社會整合」產生更重大的影響。當然，此二中心角色，對於一個人普遍的士氣，有著更密切的關係（Watts et al., 1983），因而個案的社會復歸，必須考慮其在此二角色的適應情況。

毒品成癮者回到現實日常社會，若無法重返家庭，通常隨即面臨到兩個主要迫切的需求：一個可供居住的地方及一個工作機會。在現今重視矯正與社會復歸銜接的時代，除在監時加強其教化輔導外，更應依其興趣、性向、能力加強其職業訓練，並導正其職業價值觀，以利出監後順利找到工作，若能培養謀生技能順利復歸社會將能減少再犯，找不到工作更是毒品成癮者回歸社會最大的困難點，常成為再犯的藉口，增加社會安全的成本（蔡協利，2005；周愷嫻，2005）。

在工作角色適應方面，一個人生病的時候，暫時性地不工作，是可以為社會所接受的。這對於短期或可以復原的疾病來說，也能完全符合病人的需要。但是對於慢性疾病，或永久性的缺憾（disability），雖然在初期，這種「工作的免除」也是符合人道與慈悲，如果考慮到其後可能造成一個人的意志消沈或沮喪時，我們就不應認為這種「免除」是那麼地符合病人的需要了。「工作」對於毒品成癮

者來說能提供一個從事生產與服務他人的機會；它鼓舞了社會互動，並藉著肯定毒品成癮者的能力來減少其對人際無力感。「工作」亦能幫助毒品成癮者過個有規律、有意義的生活，並為回歸社會做準備。

總之，「工作」非僅在滿足個人經濟上的動機，從更深一層的意義來看，它還能做為一個人心智健全或神智清明的指標（劉運康，1985），所以社會應該幫助毒品成癮者應拋棄以往被動的病患角色，改而採取較積極、主動的工作角色。

在家庭角色適應方面，Walton、Bennett 與 Nahemow（1964）曾使用標準化的面談，來度量個案在家庭中的適應。面談的內容包括了以下三方面：（1）個案如何應付經常發生的事，並適應環境所賦予的規範（遵從常軌）。（2）個案對家庭贊同的程度與歸屬的感覺（個案對家庭的評價）。（3）個案與其他（家庭）成員之人際關係以及交誼活動的程度（整合）。

六、「社會參與」及「生活的品質」（無酬性的活動列入此項中）

除了上述「工作角色」與「家庭角色」外，另有許多「社會參與」的機會，這些機會對於個案的「社會復歸」亦有很大的貢獻；其中涉及了與朋友、鄰居、親友及各種團體間之人際互動。Webb（1973）提及之「治療性的交誼俱樂部」其目的就是要幫助慢性精神科個案對社區生活的再適應。更明確地說，其目標包括了以下6項：（1）協助預防個案的再住院。（2）協助個案參與一些和醫院無關之社區活動。（3）促進個案與他人之互動並且在交誼場合中能泰然自處。（4）增進個案之社交技巧。（5）克服疏離感並促進歸屬感。（6）增進成員之自尊以及自我的力量。相對的應用在毒品成癮者上，其目標應包括（1）協助預防施用者的再次施用毒品。（2）協助參與一些社區活動。（3）促進與他人之互動並且在交誼場合中能泰然自處。（4）增進社交技巧。（5）克服疏離感並促進歸屬感。（6）增進社區成員之自尊以及自我的力量。

毒品成癮者遭遇到的困難，不僅僅是醫療與復健的問題；生活的品質，無論在社區或在矯治機構及醫療體系中，終將成為重要的課題。生活的品質包括了許多方面，而我們每一個人對其均可能有不同的價值判斷。廣泛地來說，「生活品質」亦包括了前述幾項；在此，研究者提出來做為「社會復歸」之考慮。總之，我們對於毒品成癮者生活品質的考慮，將使其「社會復歸」更臻完善。

第四節 控制毒癮治療的觀點及模式

一、對藥癮的不同觀點

隨著對藥癮的觀點如何，選擇的藥癮治療之方法也不同。因此，在探討控制毒癮治療模式之前，先提及對藥癮的四種不同觀點，以了解藥癮問題的內涵與對其不同切入方式的背後思考（安辰赫，2005）。

（一）視藥癮為一種疾病（disease）的觀點

此觀點將藥癮視為慢性的生理疾病，贊同此觀點的人認為過度的用藥即肇始於根本的疾病過程，這個疾病過程即造成強迫使用的主因，並相信其與遺傳有相關（Allen & Litten, 1999；李素卿譯，1996）。透過濫用藥物對腦部影響的研究，稍能了解藥物造成的身體變化。藥物會改變個體，使它們變得比較不敏感，即是大部分的濫用藥物都是改變大腦報酬迴路中的神經傳導物質濃度，如血清張素、多巴胺、腦內啡和正腎上腺素等，而這會造成耐受性(tolerance)和成癮(addiction)現象（洪蘭譯，2002）。

（二）視藥癮為一種罪行（sin）的觀點

抱持此觀點的人認為藥癮是對某些倫理或道德規範的拒斥，即是藥物濫用行為完全出於個人自主的選擇，不能以「失控」來解釋那些行為，因此，「懲罰」就是解決藥癮問題的合理方法（李素卿譯，1996）。

（三）視藥癮為一種不適應行為（maladaptive disorder）的觀點

此觀點認為藥癮是一種行為的異常，都是學習而得的，明顯受制於環境、家庭、社會，以及認知等相關因素之下，因而導致的問題行為。行為科學家以不適應行為（maladaptive disorder）來形容此問題，而不用「不良行為（misbehavior）」等具有道德判斷的詞，因為他們認為藥物濫用行為會產生破壞性後果，此並不表示毒癮者本身是不對的。所以，他們以學習法為基礎，教導並訓練毒癮者能避免

復發 (relapse) 的技巧 (Allen & Litten, 1999; 李素卿譯, 1996)。

(四) 視藥癮為全人違常 (a disorder of the whole person) 的觀點

此觀點認為藥癮是影響一個人一切正常功能的全人違常 (a disorder of the whole person)，也就是說，藥癮不僅造成情感或行為上的問題，也產生人際溝通能力和生活功能的退化，並扭曲價值觀，因此，他們用「道德和靈性的崩潰 (moral and spiritual bankruptcy 治療性社區)」來形容藥癮。抱持此觀點的人，不強調成癮藥物的種類或問題行為的模式，而重視毒癮者其人的心態、價值觀，以及生活方式，所以主張問題不在於藥癮的症狀或外顯行為上，而在於其人本身。他們主要用長期隔離的同儕團體生活方式去改變毒癮者的思考、行為、人際技巧，以及生活方式 (DeLeon, 2000)。

二、控制毒癮治療模式

目前世界各國所採取的藥癮治療模式可大概分為戒絕 (abstinence)、維持療法 (maintenance treatment)，以及治療性社區 (therapeutic community) 等三大模式 (法務部, 2003)。這三種控制毒癮治療模式都包含心理治療的部分，並且毒癮者的自助性團體 (self-help groups) 仍受各國毒癮者的歡迎，並其有一定的成效。因此，以下將控制毒癮治療模式分為戒絕、疾病醫療、治療性社區、心理治療、自助性團體等五個部分，進行說明 (安辰赫, 2005)。

(一) 戒絕 (abstinence)

藥癮治療往往不是一次戒斷即不再復發，也不是單一方法即可成功，依「毒品危害防制條例」可從「生理調適期」、「心理復健期」及「社會適應輔導期」三方面著手。第一階段生理調適期，主要藥物濫用戒毒內容：除了對毒品成癮者進行生理解毒之勒戒作業，並對其進行觀察以判定有無繼續施用病毒的傾向；第二階段課程心理復健治療，除給予人格特徵檢測等心理測驗外，另施予疾病認識心理治療、團體治療、家屬會談、藥物治療及預備出院後生活安排等衛生教育；以加強患者持續維持戒毒狀態的態度與毅力，增加患者及家屬對藥物濫用身心危害知識的了解，強化患者自我調適及因應技能為主，透過統合個別心理治療、團體心理治療、家族治療等心理復健措施之提供，使成癮者進行重返社會的準備；第

三階段社會適應輔導，以門診方式進行追蹤輔導或建議轉介至中途之家；此外，近年來逐漸加強有關諸如主動性個案負責人後續追蹤輔導設計及追蹤輔導。此模式將毒癮者視為「病犯」，採取「治療勝於處罰」、「醫療先於司法」的概念（法務部，2003）。

（二）疾病醫療模式

醫療模式治療過程有採門診、住院治療、替代療法及心理輔導等方式。在戒毒初期產生不適症，包括沮喪、焦慮、情緒失控、無法入眠、坐立難安等，此時需要進行生理解毒（Detoxification），服用某些藥物來減緩這些不適症，讓大腦避開對藥物渴求，使身體平和而能接受諮商及心理治療。抗癮藥品需視使用的毒品而定，對海洛因等鴉片類治療用Naloxone、Clonidine等，在替代療法有美沙冬、丁基原啡因等藥品（National Institute on Drug Abuse, 2007）。Reckitt Benckiser（藥商）在2009年10月9日已經美國食品與藥物署核准可以生產 Subutex 和 Suboxone 2種鴉片控制毒癮新藥，取代傳統的美沙冬，也是美國近期新發展出來的戒除鴉片類的藥品（吳麗珍，2010）。

然而，此模式中，「美沙冬維持治療計畫（methadone maintenance treatment program, 簡稱MMTP）」最為廣泛使用。MMTP 針對鴉片類成癮者發展出來的，因其將毒癮者視為病人，所以從減少社會傷害的觀點出發，主要以藥物治療來幫助毒癮者（法務部，2003）。MMTP 為維持計畫，而非治療計畫，其著眼點即認為海洛因成癮如糖尿病一樣，是一種無法治癒的疾病（李志恆，1993），長期使用鴉片類麻醉品後，腦內的化學物質將被改變，無法回復，只好使用美沙冬來維持（Payte, 1991）。

此外，另一個治療方法為解毒療法（Detoxification），此療法的歷程為二十一天，即在療程中逐漸降低藥量，最後解除毒癮者對毒品的生理依賴現象。通常美沙冬解毒療法已失敗兩次者，才有條件接受美沙冬維持療法。美沙冬維持療法則須每天給予美沙冬，平均劑量為每天六五毫克，另外提供每個月兩次的心理諮商。為防止毒癮者在接受此療法中仍繼續使用毒品，每個月不定時至少抽驗一次尿液檢體，如果發現尿液為陽性反應，其毒癮者並不會被驅逐出此維持療法，但會被加強心理輔導（李志恆，1995）。MMTP 的最終目的是讓成癮者遠離毒品（但不包括美沙冬），重新回到社會工作，過正常的生活。所以，MMTP 只是第一個步驟，接下來的心理治療，使毒癮者去除對海洛因的渴求（craving），重

建自信，回歸社會才是治療的重心所在（李志恆，1993）。

（三）治療性社區（therapeutic community, 簡稱治療性社區）

治療性社區即以不靠藥物和正向生活為基本理念，並藉由與社會隔離的同儕團體(peer community)來達成全人康復治療目的的一種大團體治療模式(De Leon, 1999；2000)。此模式透過團體的壓力和互相依賴（interdependence）來激發成員的現實感、對抗退化，並逐步灌輸成員對社會的責任感（方紫薇、馬宗潔譯，2001；鄧惠泉、湯華盛譯，2001）。其規模大約四十人至八十人左右（De Leon, 2000），在一個與社會隔離的環境中，藉由長期的同儕團體生活，改變成員的思想、價值觀、人際技巧及生活方式等，產生成員的全面性變化，以致達成控制毒癮的治療目標。在下一節，將會詳述此模式，故不在此贅述。

（四）心理治療

從事上癮行為的治療或研究的多數心理學家視藥癮為一種不適應行為（maladaptive disorder）的觀點（李素卿譯，1996），以下就對藥癮的精神分析治療、行為治療，以及家族治療等三種模式予以說明。

1.精神分析治療模式

就精神分析的觀點而言，毒癮者達到完全康復的狀態必須歷經三個階段（Zimberg, Wallace, & Blume, 1978）。第一階段的特徵即以毒癮者敘述「我不能吸毒」之類的自陳語句為主；在此階段中，外在的控制，例如「解毒療法（detoxification）」等十分重要，因為，毒癮者需要免於自我衝動的保護。第二階段的特徵是以「我將不吸毒」之類的自陳語句為主，此時控制的方向逐漸內化。第三階段則是以「我不需要吸毒」的語句為代表；許多康復中的患者都沒有完成此一階段，但這也不意味著他們一定會再復發。從精神分析的角度來看，以洞察為導向（insight-oriented）的治療方式很適用於這個階段。

2.行為治療模式

制約學習的原理已被應用於團體居住型的治療情境中，有些治療性社區已使用代幣制 (token economies) 來修正成員的行為，也就是說，以賦予成員優惠或限制的方式逐漸矯正成員的行為 (De Leon, 2000)。根據Mehr (1988) 的看法，他認為「代幣制是一種系統，其目的在於重新設計整體環境，使得環境對於正向或社會所喜愛的行為具有支持作用，並促使負向或社會所嫌惡的行為得以消除」。當用於毒癮者的群體時，代幣制所鼓勵的行為則是與康復有關的。一種代幣制的發展通常使於「康復行為」的確認。有時，這些行為會依優先順序而區分，以配合不同層次的治療進程。當成員精熟某個治療目標時，他們便可以晉升至下一個層次。酬賞系統的安排方式能使成員在日常行為中獲得立即性的強化物，並且讓成員獲得特殊的優惠，使其得以進入更高的治療層次 (例如返家探視，擁有自己的衣物等)。此外，懲罰的系統亦被加以組織；在此系統內，如果成員所從事的行為與康復行為不一致，那麼他們可能會失去代幣或其他優惠，甚至重返至較低的層次。

3.家族治療模式

Rosenberg (1982) 曾描述了一個與毒癮者家庭有關的家族治療過程，以下就該過程的各個階段加以陳述。

(1) 隨機階段 (random phase) :

在治療的初始階段，家庭成員會展現出否認的態度或行為，他們對藥物問題的認知僅止於詞意上的了解，並沒有將它們與基本家庭衝突相連結。

(2) 反控訴階段 (recrimination phase) :

在此階段，整個家庭會將自己扯入控訴與反控訴的狀態裡。家庭成員不斷地努力讓諮商人員選擇支持的一方。非依賴的家庭成員會與藥癮的成員形成相抗鬥的局面；而治療者的自然傾向則是與非依賴者連成一氣，對於此種衝動，治療者應要極力抗拒。

(3) 管轄階段 (policing phase) :

到了此階段，被治療的家庭會開始檢測治療者所建立之治療節次的限制。如缺席、遲延約會時間、甚至飲酒或吸毒而參與治療等。諮商人員如果無法果斷地處理上述的行為，則那樣的家庭成員往往會失去對治療方向的掌控。如此的試探 (testing) 是該家庭為了迴避處理一些更敏感、更需情緒透支之議題所作的一項努力。除非治療者能夠保持堅定地施行這些規則，否則該家庭的進展將會停止，或者就固著停滯於此一階段。

(4) 了解階段 (realization phase) :

進入此一階段，治療者會與毒癮者開始發展治療的關係；而這個毒癮者會與家中的其他成員開始進行有效的溝通。並且家庭成員會努力尋求滿足所有成員需求的解決方式，為了達成此一目標，整個家庭將必須掙扎渡過不同階層的負面情感。實際上，許多家庭往往在達成優雅的變化之前或當他們發現獲致某種程度的滿意時，便會中斷治療。處於此種程度的進展水準，其特徵通常在於毒癮者濫用行為的顯著降低。

(五) 自助性團體 (self-help groups)

毒癮者自助性團體有戒毒匿名會 (Narcotic Anonymous, 簡稱N.A.) 和戒古柯鹼匿名會 (Cocaine Anonymous, 簡稱C.A.) 等，均繼戒酒匿名會 (Alcoholics Anonymous, 簡稱A.A.) 之後發起的戒毒團體。這些團體抱持藥癮是一種疾病的觀點，並其團體由復原者與正陷於毒癮者共同組成，在團體中，由復原者見證往昔吸毒之痛苦，及彼此提出其改變成功的明證。他們都採取類似於A.A 十二個步驟的控制毒癮康復計劃，透過成員相互支持、照應，使控制毒癮者加強對自己問題的意識，增強自我力量，並對問題獲得新的應付方法 (Allen et al., 1999; Nowinski, 1999)。

第五節 治療性社區控制毒癮模式

這是屬於住宿治療計畫之一，自美國興起，最早的「治療性社區」在 1958 年成立於加州的「Synanon 治療性社區」，指有居家生活功能的環境，所使用的方法是採階層式治療，以增加成癮者的社會及個人的責任，並運用多樣化的團體歷程帶來同儕影響，以協助受成癮者能學習和內化社會的規範，發展更多有效的社會化技巧 (NIDA, 2002)。全美多數的戒毒計畫大部分是援用 Synanon 的戒毒計畫，戒毒工作人員是由戒毒成功者及專家所組成，它的結構有些是有嚴格軍事化的管理；有些是民主式的管理，各有不同的成癮者支持 (Lyman & Potter, 2003；吳麗珍，2010)。

世界上的治療性社區均以戒酒及戒毒為宗旨，所有的治療性社區均含有下列的元素：社區式的結構 (Community Structure)、階層式 (Hierarchy) 及面對面諮商 (Confrontation) (Pearce & Holbrook, 2002)。而藥物成癮的疾病不只是物質的問題，更是一個全人的問題，影響一個人大部分或是全部功能，最典型的是影響認知行為的功能，如缺乏自省、錯誤的判斷力、缺乏病識感、現實感差、適應等問題，所以覺悟自省是判斷力、現實感、與病識感最重要的必要條件，因此訓練一個人對自己、別人、以及環境覺悟是治療性社區的治療核心。

治療性社區視這些成癮者是在社會、教育、職業、家庭、經濟及人格發展等各方面的慢性缺失者 (Chronic Deficits)，主要的目標是協助成癮者找出成癮的原因及其影響，由諮商者及社會工作人員共同合作，藉由教育、職業訓練及發展符合社會的態度及與價值，使成癮者建立自己的生活模式，消除反社會行為 (吳麗珍，2010)。除此之外，社區本身也是一個對改變重要的媒介 (agent)。治療性社區首要原則是「社區即方法 (community as method)」。第二個基本原則為「自助 (self-help)」，該觀念隱含個人本身在改變歷程中的重要性，「相互自助 (mutual self-help)」指每個人也可能夠對同儕的復原歷程中擔起部分責任。

一、治療性社區組織與管理的特徵

治療性社區由管理人員與為了控制毒癮而近來的成員組成，這樣的結構有助於個體之間的多種關聯，也有助於各自承擔不同層次的責任，也就是說，每一成員盡自己的責任，才能讓整個團體有正常的運作。從整體來看，治療性社區猶如

一個大家庭，但其內部卻有分明的層次，也就是說，團體內常分為若干小組，每一小組又有若干等級，每一成員首先從最低層次做起，逐步升級。升級的標準不僅僅以工作表現來衡量，還要對於成員的行為、情緒穩定程度、想法的成熟度，以及人際關係的圓滿程度等內容，進行整體性評估，將其做為成員升級的依據。所以，團體內紀律嚴格且獎懲分明，無論是誰，只要違反紀律，都要接受處罰，必要時降級處理（De Leon, 2000；湯宜朗，1997；安辰赫，2005）。

治療性社區強調尤其成員的自我管理，在充滿家庭氣息的生活環境中，各成員在其中扮演不同的角色，共同參與治療性社區的管理與運作，並治療性社區的等級制及獎懲原則是管理的基礎。根據湯宜朗（1997）的整理，治療性社區的管理原則如下：

1. 強調各成員應分擔職責，參與不同層次的管理。團體內的權力分配不能由少數幾個管理人員壟斷。
2. 各成員應相互學習，相互支持，達到互助及自助的目的。
3. 管理者與一般成員應有較多的情感交流，要鼓勵全體成員積極參與管理和決策。
4. 每一成員均有升級機會，應鼓勵他們爭取早日升級，培養上進心。
5. 在等級制中，每一成員均有自己的位置，每個人言行都應與自己身分相符。
6. 治療性社區是社會的縮影，各成員要學會對自己的行為負責，一旦有錯，就應受到應有的懲罰。
7. 要培養成員的歸屬感，驅除內心的疏離感與孤獨感，同時還應強調不能脫離外面社會，時時為重返社會作準備。

二、治療性社區的治療機制

治療性社區之所以使成員不斷成長而控制毒癮成功，主要是透過如下的內容：

1. 自助與互助：治療性社區的關鍵在於自助與互助的相結合。在治療性社區的日常生活及各種活動中，每一成員都是大家庭中有機的組成份子，每一成員在向他人提供幫助，同時實際上也在幫助自己(湯宜朗, 1997; De Leon, 2000; 安辰赫, 2005)。
2. 工作既是教育又是治療：治療性社區似乎缺少特定的、專業化的教育或治療，但工作就是教育也是治療。譬如，成員透過工作的變動，可以解除並適應不同的生活層面，並透過升級或降級，成員能意識到自己的努力與自身的地位和權利有密切的相關，從而某些正向行為被增強 (De Leon, 2000; 安辰赫, 2005)。
3. 同儕之間教學相長：治療性社區的成員由各樣的毒癮者組成，在日常生活中，他們有機會互相影響、互相學習，在管理人員的引導、監督之下，每個成員都可以從較成熟的同儕那裡找到自己可以學習的優點。控制毒癮成功者的現身說法更會發揮事半功倍的效果 (湯宜朗, 1997; De Leon, 2000; 安辰赫, 2005)。
4. 管理人員的榜樣及監督作用：毒癮者往往難以恰當地處理與權威的關係，而治療性社區的管理人員可成為成員能信任且互動的權威角色，在治療性社區一切活動的組織與實施過程中，管理人員會發揮關鍵的作用。此外，過來人身分的管理人員可以成為成員的榜樣，讓成員知道自己努力的方向 (De Leon, 2000; 安辰赫, 2005)。

三、治療性社區的等級制度

等級制是治療性社區所有活動的基礎，許多毒癮者在社會上往往只求自己的滿足而絲毫不顧及他人的需要，因此，治療性社區以等級制為基礎，將成員置於家庭式的氣氛中，使是他們一步步成長，逐漸成為成熟且有責任感的人(De Leon, 2000；安辰赫，2005)。根據湯宜朗(1997)的整理，在治療性社區中，等級制度有如下的作用：

1. 讓成員明白自己在團體中的地位由自己決定，並使他們了解在團體中應該遵守一定的規則且服從權威。
2. 能培養成員的耐心及控制力，了解要達到自己的目標，必須經過一定的過程，並得付出努力，不能急於成就。
3. 使成員擁有上進的目標，不斷努力增強責任感，從而提升自尊，並在過程中，認識自己的優缺點，以期自我成長。
4. 學會與人相處的方法，聽從命令並指導別人，不再孤立無援，並認識真正的自我，能對別人敞開自己。
5. 樹立健康的人生觀和價值觀，以能打下重返社會的基礎。

四、治療性社區的治療歷程的三個階段(NIDA, 2002；李宗憲，2010)：

階段 1：引入與早期治療 (Induction and early treatment) 歷程大約是在入住起的 30 天內，一個新成員要學習治療性社區的相關規定與程序、與其他住民及工作人員建立信賴感、對自己的情況需求有所評估、開始瞭解成癮的本質、以及應該開始有意願與投入復原歷程。

階段 2：主要治療 (Primary treatment) 時常使用結構性模式，透過增加與社會化相關態度、行為與責任感。治療性社區也許使用介入處遇以改變個人與毒品相關的態度、覺察與行為，並且強調社會、教育、職業、家庭與心理需求。

階段 3：復歸社會（Re-entry）是要將成員再次成功回到社群中。離開治療性社區後的後續照護服務（Postresidential aftercare services）也許包括個別與家庭諮商、職業、教育等指導。治療性社區也會鼓勵結束治療的成員能夠持續參與該類團體。

治療性社區內的所有活動、人際與社交互動，被認為是對個體改變有意義，包括：臨床團體（Clinical groups），屬於治療性團體，以處理重大生活困擾；社區會議（Community meetings），即晨會、夜間會議、討論會等，主要在審視目標、程序與功能；職業與教育活動（Vocational and educational activities），以團體方式運作，提供工作、溝通與人際互動技巧訓練等；社區與臨床管理活動（Community and clinical management activities），如監督、安全管理、賞罰機制等執行，目的在維持生心安全，並保證住民生活規律且有生產力。

治療性社區方案亦可應用於刑事司法系統中（李宗憲，2010），因為毒品長期使用者所衍生的各類問題與行為，大部份的治療性社區內成員都有司法案件問題，因此針對毒品成癮者之治療性社區方案，必然會與刑事司法機構有正式與非正式的聯結，此類治療性社區方案乃將重點放在如何讓這群人能夠在合法的範圍中，再度重塑與發展原有的技能。目前對治療性社區監獄模式之相關研究顯示，在先前對毒品成癮者視為犯罪人的立場下，讓受治療者並無法從治療經驗中獲取正向影響，而治療性社區監獄模式被認為能增加正向治療體驗，也有助於促進治療參與（Melnick, Hawke, & Wexler, 2004）；由於該模式目的在降低毒品施用的再犯行為，所以許多研究重心放在成效研究上，也肯定該類模式對於達成該目的之價值（Kevin, Dwayne, & Lois, 1997），但亦有研究指出治療性社區監獄模可以降低被捕率與監禁率，但未必能夠降低復發率（Welsh, 2007）；從研究發現治療性社區的樣本相較於其他治療模式者有許多正向的成果，如 the Drug Abuse Treatment Outcome Study（DATOS）與近年短期毒品治療成效研究都指出能夠完整參與的治療性社區方案者在古柯鹼、海洛因與酒精再使用情形、犯罪行為、失業等都有相對較少的情形，另外若治療前有憂鬱也能有所改善（NIDA, 2002）。

五、研究場域－治療性社區介紹

目前，台灣國內有多所治療性社區，有茄荖山莊、晨曦會、沐恩之家、主愛之家、路德之家等，以研究場域「茄荖山莊」予以陳述。

根據 NIDA (National Institution on Drug Abuse) 在 1997 針對全美國 11 個城市超過 10,000 名毒癮者參加的 100 方案進行治療效果研究，結果發現最常見且有效的治療模式有四種，即門診戒毒、美沙冬替代療法、短期住院治療、與長期治療性社區。但是，在台灣的醫療體系下，至 96 年為止，始終未能完全建置以上四種的藥癮治療模式供戒毒個案選擇。

在 2006 年，隨著國家戒毒醫療政策的改變，行政院衛生福利部除了在各縣市全面推動美沙冬替代療法外，更與法務部展開跨部會的合作，積極評估藥癮治療性社區在台灣施行的可能性。署立草屯療養院之藥癮治療專業獲得衛生福利部的肯定，承辦台灣第一個在醫療體系下設置藥癮治療性社區的計畫。於同年年底，完成硬體修繕與籌備，正式命名成立「茄荖山莊」；並於 2007 年春節後開始收治個案，並成為全國唯一同時擁有四種藥癮治療模式的醫院，且醫療團隊包括醫師、護理師、心理師、職能治療師、社工師及保全人員，一天二十四小時皆有工作人員輪值照顧居民。

以社區生活為治療的媒介，「社區」就是治療的工具，「在社區生活」就是治療的方法。主要是居民透過結構性及非結構性的互動方式，讓居民相互間的互助與學習，去影響與物質使用有關的態度、感知與行為，以達到自我改變的目的。在這裡的居民不需要擔心入住後會受到其他人的排擠，因為山莊內最主要的治療精神是強調居民的互助，相互的扶持一起向上提升是這裡居民共同的認知與承諾，並藉由心理-社會-職能治療為醫療介入的專業，包括團體治療、個別諮商、活動治療、環境治療、職能復健等治療方式，最終能促進自我效能的提升與社會規範的內化，協助戒毒者維持終生不用毒，圖 2-4-1 為茄荖山莊治療性社區之運作模型。（引自「茄荖山莊」網站）

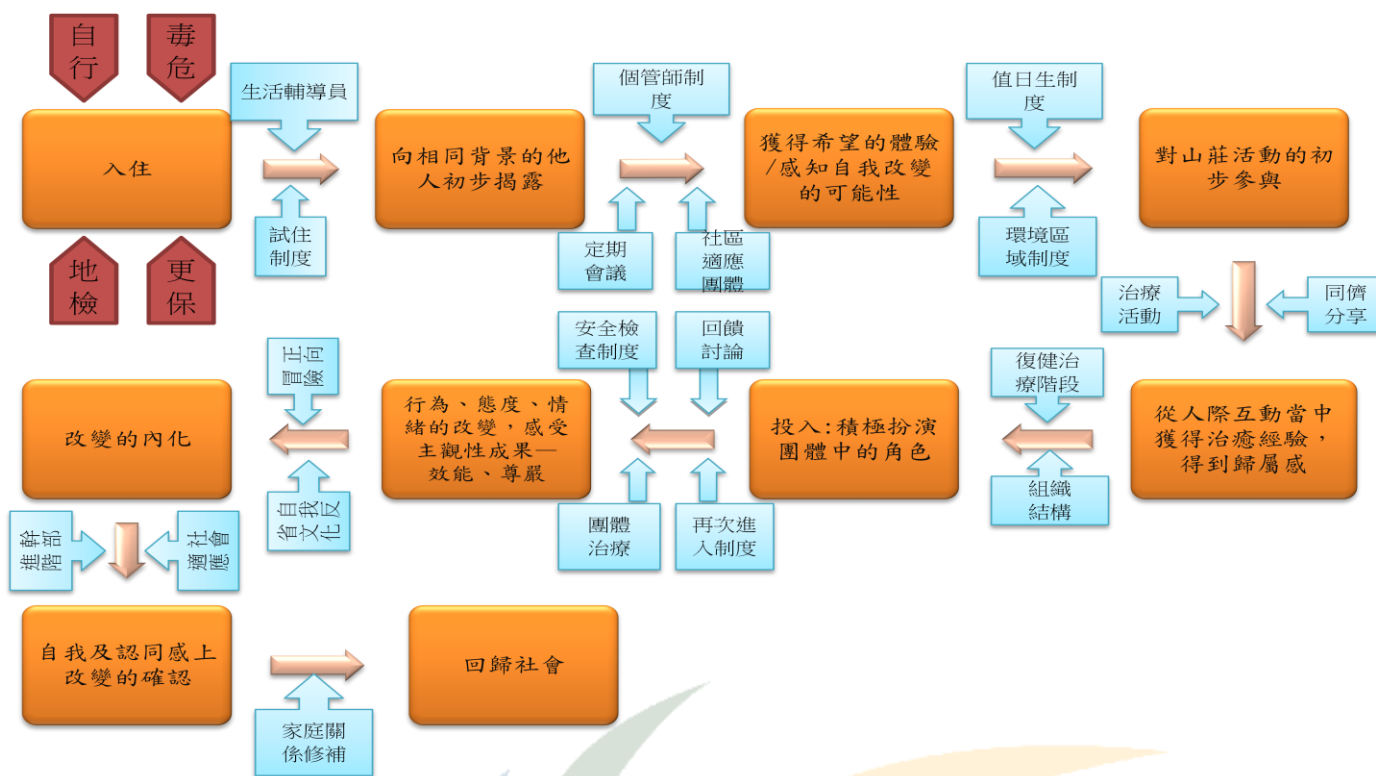


圖2-4-1 茄萇山莊治療性社區之運作模型

在臨床治療的執行上，更強調「生活即治療」的理念。舉凡居民在社區一天二十四小時所參與的各項活動，都有其治療性的目的與意義。因此，我們可以說治療性社區從事的是關於「人」整體的復健治療工作，並企圖恢復個體的生物、心理、社會與職能功能，甚至有些個體功能是必須從新建立發展的，而此復健治療需長時間才能產生效果。

「茄萇山莊」治療入住必須符合下列條件：(1) 需要有戒毒動機，在這裡接受治療的時間愈長，效果愈好，建議以往滿十二個月以上，治療效果最佳。(2) 必須是物質成癮患者，診斷合乎 DSM-IV 鴉片類依賴者為主。(3) 需接受治療團隊評估適合者，包括生理評估與檢驗、精神狀態評估、社會心理評估，排除合併嚴重的精神疾病、傳染病、及無法自我照顧的患者等。(4) 入住當天驗尿需呈陰性反應；若為陽性反應者，會評估其治療動機與對戒斷症狀的忍受程度，考慮讓其入住。若戒斷症狀嚴重，就不可以於當天入住，但是治療團隊會向其建議生理解毒的治療方式，可以自行選擇。必要時，可以轉介本院急性解毒病房，待解毒完畢後，直接入住山莊。

茄萇山莊並非完全免費之治療性社區，首先住山莊前的生理檢查評估費用須自行負擔，約 4000-5000 元，於衛生福利部專案補助期間，免收住宿及治療費用。但居住期間每月需依帳單自行負擔，分攤水、電、瓦斯費用，且在伙食費及生活零用金上，具更生人身分者，將協助申請全額伙食費及部分生活零用金補助；若為非更生人身分，則需自行負擔伙食費及生活零用金，每個月大約需 6000—8500 元。

居民的生活也必須遵守莊內的生活公約，山莊是一個治療性的環境，並不以軍事化為管理的手段，而是以居民自治為管理的準則，三餐由居民自己負責採購、煮食，且允許居民擁有自我的生活空間，但其活動範圍的限制與增加，端賴治療的需要與進程而定；入莊一個月內需與外界環境隔離，居民不可以打電話、會客、通信，必要時只可以透過工作人員與家人間接的聯絡；一個月後，將視其居民的狀態由醫療團隊予以評估決定是否可以與家人連絡或會客。原則上以入莊後兩個星期為試住期，若不適應可以轉介其他的治療（引自「茄萇山莊」網站）。



第三章 研究設計

本研究之主要目的在於探討我國治療性社區內控制毒癮成功者社會復歸及關係重建之歷程，由質化訪談方法著手，用修復是正義的角度了解國內目前毒品成癮者在治療性社區接受控制毒癮治療之情形，以及治療性社區對於控制毒癮治療與預防再犯之效果，進而分析治療性社區對毒品成癮者而言，是否乃為一套有效幫助其控制毒癮社會復歸的選擇。本研究主要對居住在茄荖山莊之治療性社區之控制毒癮成功者做深度訪談，並輔以參與觀察茄荖山莊，以了解其在治療性社區之控制毒癮成效、感受及施用者本身導致成功或曾經失敗之原因。

透過深度實際的參與觀察毒品成癮者在治療性社區接受控制毒癮治療之情形與訪談社區內接受治療之居民兩種研究途徑，一方面深入了解治療性社區之控制毒癮施行現況，一方面探究治療性社區內控制毒癮成功者社會復歸及關係重建之歷程，以期在信度與效度兼呈現之研究成果，提供未來政府繼續推行治療性社區之參考。（參見圖3-1-1）

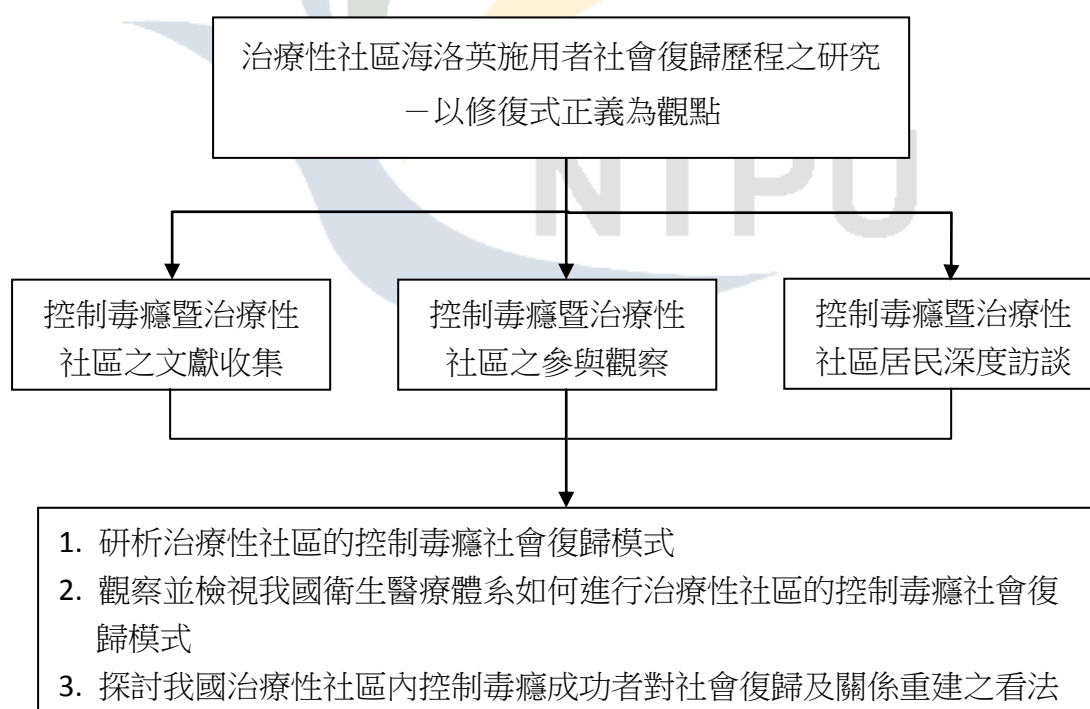


圖3-1-1 本研究之研究設計

第一節 研究架構

本研究擬以修復式正義觀點，探究治療性社區內控制毒癮成功者社會復歸及關係重建之歷程，並檢視其內涵，透過治療性社區對於毒品成癮者進行各種控制毒癮治療，以減低毒品成癮者各方面損害及協助其社會復歸。因應上述研究目的，將研究架構圖擬定如圖3-1-2。

依圖3-1-2 研究架構，首先將茄荖山莊治療性社區之控制毒癮社會復歸模式與修復式正義作連結，探討其內涵。接著，瞭解毒品成癮者在施用毒品後其人身財物損失與關係破壞兩種層面的損害情形，並分析在經過社區內各種控制毒癮治療程序後，對毒品成癮者的社會復歸情形。最後，以治療性社區對於毒品成癮者之影響作為目標，並檢視毒品成癮者在經過治療性社區之控制毒癮模式的生命歷程後，其社會復歸上的效能。

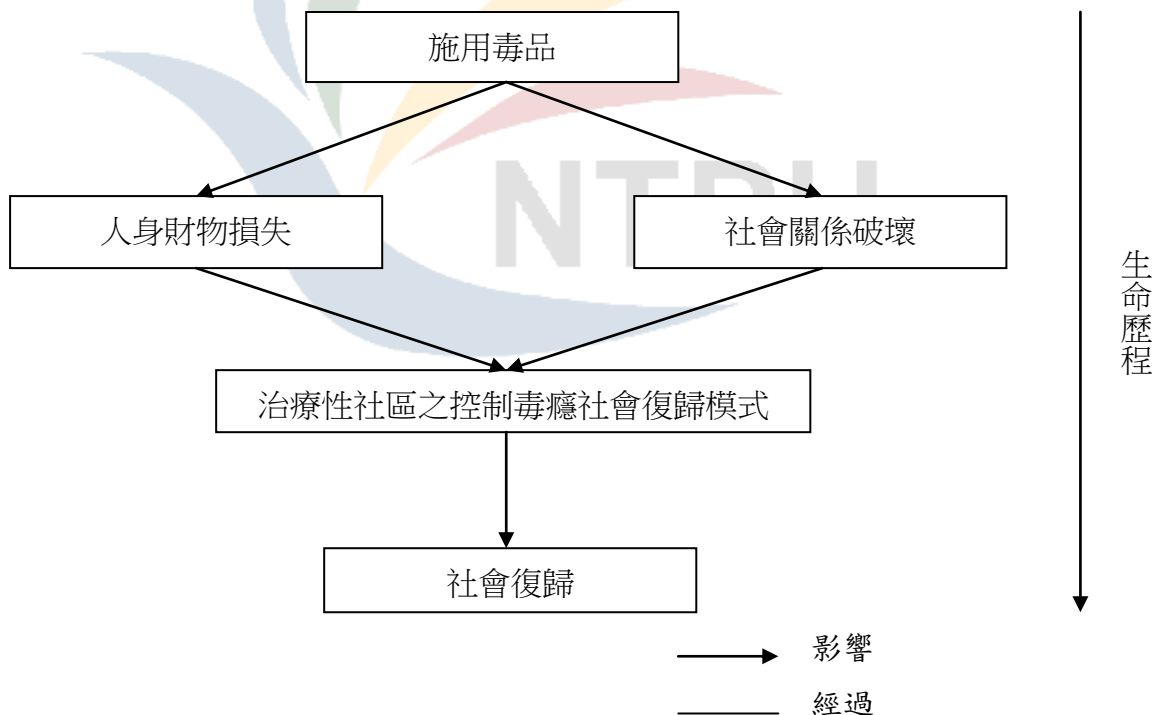


圖3-1-2 研究架構

第二節 研究方法

一、深度訪談法

質性研究的方法論中包含象徵互動論、俗民方法論、現象學、詮釋學、紮根理論、民族誌及行動理論，其中現象學旨在瞭解一個人在其「生命世界」(life world)的生活經驗 (live experience) 及意圖 (intention)，為了達到此宗旨，研究者必須框出並移出 (bracket) 自己的先見 (preperception) 以進入受訪者的生命世界和其「自我」的經驗解釋，並以言辭的描述來呈現此經驗，而詮釋學的研究主旨除了瞭解「現象學」關注的生活經驗及其解釋外，再進一層瞭解其政治、歷史及社會文化的情境脈絡，以及這些經驗解釋在行動、實踐層面的表達(胡幼慧,2002)，而本研究欲深入性探討我國衛生醫療體系如何進行治療性社區的控制毒癮社會復歸模式與討毒品成癮者在治療性社區社會復歸及關係重建之看法，因此將採用質性研究的現象學與詮釋學的方法論，並且主要採用深度訪談法，輔以參與觀察法。

而本研究的深度訪談法以半開放性訪談大綱進行，以事先預備之訪談提綱，依研究設計對受訪者提問，但訪談提綱僅作為提示，盡量使受訪者自由發揮，研究者得視具體狀況於訪談中作適度的調整。對單一受訪者視情況得進行數次個別訪談，除可逐漸建立關係外，亦可對於清楚的資訊進行澄清，或是進一步的瞭解，惟訪談的次數應遵循「蒐集資料儘可能飽和」之原則，避免後續訪談只是一再重複蒐集之前已得到的資訊。

二、參與觀察法

而參與觀察是探討人類行為並詮釋其行為意義，以了解其文化脈絡背景與知識的靈魂。人類學家是以長期的田野工作 (fieldwork)，做為收集社區生活方式的主要依據，而田野工作所做的就是參與觀察。研究者參與被研究者的生活領域，深入了解其社會各個層面的活動中，觀察其經濟、親屬關係、法律、儀式、道德情操、宗教信仰、娛樂、遊戲、藝術等等，嘗試建立對其文化全面性的了解。

Powermaker (1966) 開宗明義說明研究者本身就是一個研究社會的工具，雖然本身亦已具備一些技巧保持相當程度的客觀，然而如果他認為可以將自己的人格從工作中祛除，變成沒有臉的機器人或人類活動的記錄機器，這是他的幻想錯覺。我們得接受一個重要的事實，即這個工具人是生理、心理和社會制約的共同產物，就如同他所研究的那些人一樣。因此，不管研究者研究對象是由一個社會或文化地區延伸到社區、機構或社會上某一特定族群或團體；凡是需要做深入與全面性了解的研究，「參與觀察」人群活動是必要的。

盧蕙馨(2004)就說明為何需要做參與觀察？而不是直接訪問事件的當事人，或對社會文化有深入了解的人就可以嗎？訪談雖不失為重要的質性研究方法，但言語傳達的訊息畢竟有限，而且每個人對事情的了解和觀點是片而的，甚或有誤差或偏見，這是由於被訪談者各有背景和角色人格特性，他們之間的言辭或會有所矛盾，即使是同一個人前後言辭也會出現不一致的情形。這時只有靠參與觀察人們的活動和生活，才能進一步檢視被訪談者所指為何，並驗證其所說的是否就是所發生的真實情況。

常常人們所說的和所做的會有差距，因為訪談的場合比較嚴肅，研究者被告知的通常是文化的規範或規則，而非實際生活中的例外或變通。另外，也許被訪談者遺漏了某些重要部分，或認為不重要，但對研究者而言，這部分反而是重要的。因此，參與觀察可以彌補單靠訪問所得的資料不足或誤導，可以分辨理想與實際行為的差異，這是此研究法最明顯的優點，其次由於研究者與田野長時間的接觸，在態度上表現對被研究者的認同、支持甚至協助，久而久之，便取得被研究者的信賴，主動提供資料給研究者，此均有助於研究質量的提升。

第三節 研究對象

一、研究場域

本研究以法務部與衛生福利部共同合作建立的草屯療養院茄荖山莊為實地觀察場域，以其裡面的男性成年居民為訪談對象，並於2013年4月8至4月12日與4月20日至4月28日共14日至該治療性社區中進行參與觀察，並於觀察期間進行深度訪談。研究者選擇茄荖山莊，成為研究場域，主要是因為茄荖山莊是台灣目前唯一由法務部及衛生福利部合作與第一個在醫療體系下設置的藥癮治療性社區計畫，有別於其他民間治療性社區，且該社區是無藥物及司法強制性的居住性治療機構，透過有醫學理論基礎的結構性與非結構性醫療活動，促使物質成癮者改變其認知、態度及行為，學習及內化社會規範，發展更有效的社交技巧，以重新建構其人生觀與價值觀，使其具備在社會生存的能力。

(一) 環境與空間規劃

「茄荖山莊」的地理位置背倚草屯茄荖山，前身是台中監獄—草屯分監，此空間在設立茄荖山莊前已經荒廢多年，透過山莊的設立，將佔地1632.13平方公尺的閒置空間活化再利用，讓破舊不堪的舊房舍重新注入新生命。但這個過程可不簡單，原本的空間是監獄樣貌，讓人不由自主的感受到冰冷、壓迫與悶熱，更帶來強烈的負面情緒感受。經過參訪國外治療性社區，將治療理念及環境規劃融入「茄荖山莊」的空間設計，除去大多數的監獄圖騰，如：標語、鐵窗...都被移除，使新生的「茄荖山莊」以民宿的溫馨風格為設計主題，整修後擁有溫馨明亮、清幽的環境空間，讓居住在山莊的居民能充分感受到南洋風情的家庭氛圍，並且每個房間都以詩經的篇章「風、雅、頌」命名，更增添人文氣息。希望透過環境的改變來影響心靈與自我概念，將過去相對混亂的生活環境與感覺重新改造。

目前，山莊設計幹部單人房（4間）、三人房（10間）、多功能教室（3間）、廚房（1間）、圖書室（1間）、健身房（1間）、花園、籃球場、中庭及菜園。

(二) 醫療管理人員結構：質量並重的專業團隊

茄荖山莊服務床數最多為36床，醫療管理人員包含醫師、護理人員、職能治療師、社工師、臨床心理師等跨專業整合團隊，熟知毒品成癮者的基本特質、成癮物質的基本特性、瞭解成癮理論與成癮思考，可以運用藥物成癮各種治療方法與原則，工作人員皆經專業訓練會擔任山莊居民的輔導人員，帶領居民討論個別化的全人復健控制毒癮計畫，陪伴居民一同度過改變階段的困難過程；山莊內團體課程也是由山莊團隊成員分別帶領，依據不同所學領域各展所長。山莊治療人員角色具備：照護提供者、教育/資源提供者、諮商/治療者、代言者、健康促進者、研究者、指導/領導者與諮商顧問等八種專業角色。本團隊是具有高度專業能力及高度抗壓之專業團隊，才能在沒有司法強制力下，作好山莊的管理及進行治療。目前工作人員有17位，因治療工作困難，故本院投入大量人力資源，屬於高人力成本之治療工作，工作人員詳如表3-3-1

表 3-3-1 治療性社區專業組成表

醫療管理人員	人數	服務床數
精神專科醫師	2 位 (兼任)	36
護理長	1 位 (兼任)	
護理師	1 位	
職能治療師	1 位 (兼任)	
臨床心理師	2 位 (兼任)	
社工	2 位 (兼任)	
護士	5 位	
行政助理	1 位 (兼任)	
保全	2 位	

二、研究樣本

(一) 受訪者之選取

研究者於2013年4月8日第一次進入研究場域後，希望先與成員們建立關係，並進行於實地參與觀察5天至4月12日，以致對社區生活和居民們有了一定程度的了解。爾後，第二次進入場域參與觀察9天（2013年4月20日至28日），並於研究期間請該社區中醫藥管理人員協助研究者，邀請還在社區的男性成年居民或已離開社區且恢復良好的成年男性，進行一次的深度訪談。本研究進行中，該社區共有32位男性居民與3位參加離莊復健方式的成年男性。本研究是想了解受治療性社區治療後控制毒癮成功者對社會復歸及關係重建之看法，因此，深度訪談是採取立意抽樣方式，進行受訪者的選取，本次研究共訪談一名尚在社區接受治療的成年男性居民與三位曾接受該社區治療且復歸社會良好一年以上的成年男性。以下是本研究選擇受訪者時考量的項目及受訪者的特徵：

1. 社區中生活的時間：一般居住社區的時間從三個月到十八個月之間，也就是說涵蓋剛入村不久的成員到已超過一年半的成員，按照治療性社區的等級制度，以社區內A-1、A-2進入社會復歸階段的居民或已離開社區但超過一年未再施用毒品的男性成年人為主，這些居民或已離開社區的成年人基本上現在或曾經住滿12個月且在山莊擔任幹部或在外已有穩定的工作。
2. 年齡層：全部受訪者均為成年人，也包括未婚及已婚的成員。
3. 施用毒品種類：海洛英。

(二) 受訪者之簡介

本研究四位受訪者在受訪時的基本資料如表3-3-2（以英文字母為代號）。本研究4位受訪者的基本資料描述其平均年齡為38歲，年齡最小的是37歲，年齡最大的是39歲；教育程度多為國中畢業；第一次施用毒品的年齡平均為17歲；平均持續施用毒品年數超過15年，由此可見，毒品對毒癮者腦部所造成持續復發且慢性的嚴重傷害。

另一方面，4位受訪者只有受訪者A還在治療性社區內接受治療，其餘都已離開社區復歸正常社會生活；目前或離社區時的階級多為A2；平均進入治療性社區次數為2次；平均在社區內接受治療的總時間超過2年4個月，。

表 3-3-2 受訪者之背景資料

受訪者	年齡	學歷	第一次施用年齡	用毒年數	進入社區次數	是否已離開社區	目前或離社區時的階級	療的總時間 在社區內接受治	婚姻狀況	家庭型態
A	38	國中畢	17	19	3	否	A2	3年4個月	未婚	核心家庭
B	37	大學肆	22	10	1	是	A2	3年	已婚	三代同堂
C	39	國中畢	17	19	2	是	A2	2年1個月	未婚	核心家庭
D	38	國中畢	15	17	3	是	C2	1年2個月	已婚	三代同堂

註：A2 為回歸社會期。C2 為主要治療期 I，但於治療性社區內階級的詳細介紹請參考本研究第 117 頁-進階制度的四個時期或附錄五-茄荖山莊各階級負責之職務表。



第四節 研究工具

研究工具包含訪談大綱、訪談日誌、研究觀察日誌。

一、訪談大綱

依研究目的與研究架構，以控制毒癮社會復歸的時間順序作為主軸，對受訪者進行相關問題訪談，包括：施用毒品所受到的損害、主觀感受、在治療性社區接受控制毒癮治療歷程、社會復歸的現況以及受訪者人口背景資料等。訪談時依訪談大綱架構進行，惟訪談大綱僅為提示研究者訪談進行方向使用，受訪者的回答不限於此內容，得自由發揮，研究者亦得視受訪者回答狀況，進行更進一步的追問。

本研究的訪談大綱如下圖 3-4-1：





圖3-4-1 訪談大綱脈絡

上圖為訪談之脈絡，作為發問時的綱要。訪談時將依此延伸較詳細之問題，例如：有關施用毒品背景的人、事、時、地，可具體延伸為「曾施用毒品多久？於何處施用發生？」、「會與哪些人一起施用？」、「施用毒品對您而言是否產生損害？」、「對於自己施用毒品有何看法？」等問題。依上圖3-4-1 綱要延伸的訪談問題，詳列於附錄一中。惟實際訪談時，除附錄一所羅列之訪談問題外，研究者並依訪談時之實際對答狀況、受訪者的意願與研究需求等，可隨時進行延伸、補充與追問，以使研究更臻完善。

二、訪談日誌與研究觀察日誌

訪談與觀察是需要計畫與詳實的紀錄，因此，訪談日誌與研究觀察日誌能幫助研究者更清楚訪談的情境與脈絡，對分析資料也會有所幫助，且可作為日後修正計畫的判斷標準。原則上在訪談一週內必需將訪談日誌與研究觀察日誌整理完，此外也可以作為下一次訪談之參考與改進的地方。其格式如下：

(一)訪談日誌：

訪談時間	
訪談地點	
對受訪者的客觀描述	
對受訪者的主觀看法或感受	
根據訪談問題，進行深度訪談	
訪談過程之自我覺察	
反思與檢討	

(二)研究觀察日誌：

觀察日期	
觀察事件	
事件中人物	
事件陳述	
對觀察結果的見解與推論	
研究建議	
心得感想	

三、訪談準備與進行

訪談前會先透過電話聯繫告知受訪者訪談的目的及詢問是否願意接受訪談。對於願意接受訪談的受訪者，研究者會先將訪談大綱給受訪者，以便訪談順利進行及不耽誤受訪者的時間。在訪談前會先告知受訪者訪談目的及全程錄音並給受訪者簽同意書，過程中除了錄音，也會記下關鍵字及受訪者的非語言行為。受訪地點皆在茄荖山莊治療性社區內之諮商會談室內，研究者將會跟每位受訪者訪談一到兩次以上，一來是跟受訪者建立信任關係，二來是做核對資料的真實性，進入治療性社區前會先瞭解該治療性社區之規範以避免觸犯禁忌，也會先跟社區內的管理相關人員會談，以免破壞信任關係。由於質性研究強調互為主體的關係，因此在跟受訪者談話時會盡量維持平等的地位，縱使受訪者是研究者過去的服務對象也會讓受訪者覺得地位是平等的以增加受訪者談話的開放性，每次訪談時間盡量在 2 小時內完成，每位受訪者的詳細訪談次數、日期與總訪談時間請參考表 3-4-1。

表 3-4-1 受訪者的受訪基本資料

受訪者	訪談次數	訪談日期	總訪談時間
A	2	4/8、4/25	2:10
B	1	4/26	1:25
C	1	4/27	1:31
D	1	4/28	1:35

第五節 研究資料分析與檢測

一、資料處理

本研究以質性訪談內容為主要分析資料，並輔以參與觀察。根據訪談錄音檔，將錄音檔打成逐字稿以便分析資料。在資料分析上採用內容分析法，進行逐字稿之內容填入半結構訪談問卷以利進一步處理。而逐字稿的編碼代號如下：四位受訪者依訪談順序，代號分別為A、B、C、D。再以訪談內容與以編號，舉例如下：受訪者A的第一次回答標號為A-001，以此類推。另外，資料將採用開放編碼，開放編碼指將資料分解、檢視、比較、概念化（conceptualize）、和類別化的過程，此階段主要工作內容為原始資料的概念化與發現類別，亦即將原始資料中的現象轉化成概念，而後將它們聚成一個類別（category），為它命名並發展其屬性（properties）及面向（demensions）（徐宗國譯，1997；吳芝儀等譯，2001），以下就開放編碼的具體步驟予以詳述。

（一）劃出重要字句並分段

研究者首先仔細閱讀訪談逐字稿，充分了解受訪者所表達的內容後，再劃出重要的核心字句，並依照敘述的意義段落，加以分段且編號。

（二）段落摘要

針對每個段落的內容，以精簡、扼要、充分為原則，將完整的現象與其中的概念摘述出來。

二、研究信度與效度

在資料檢核的部分主要信、效度指標如下：

（一）確實性：

即內在效度，指質化研究資料真實的程度，即研究者真正觀察到所希望觀察的，透過以下技巧可增加資料的真實性包括：

1. 增加資料確實性的機率：

方法包括：研究情境的控制、資料一致性的確定、資料來源多元化。本研究

的訪談地點將盡量維持同樣的場所，訪談前的用語及告知將會盡量維持一致以增加資料的確實性。研究者也時常會覆述受訪者的話，以便確認訊息的正確性。

2. 研究同儕的參與討論：

在訪談過後，研究者會跟指導老師及同學討論，以增加資料的確實性。

3. 相異個案資料的蒐集：

研究者也會盡量找尋屬性不同的受訪者以增加資料的確實性。

4. 資料蒐集上有足夠的輔助工具：

在資料蒐集上除了全程錄音外也會在訪談過程中記下 Key Word。

5. 資料的再驗證：

對於訪談內容不確定的受訪者，研究者會做至少 2 次的訪談，以增加資料的確實性。

(二) 可轉換性：

即外在效度，指經由受訪者所陳述的感受與經驗，能有效的做資料性描述，與轉換成文字陳述，增加資料可轉換性的技巧為深厚描述。受訪者在原始資料所陳述的情感與經驗，研究者能謹慎地將資料的脈絡、意圖、意義、行動轉換成文字資料。簡而言之乃指資料的可比較性與詮釋性。為使資料能夠進行比較，研究者將對兩種不同性質的治療性社區內的居民進行訪談，以便進行比較（每一位受訪者的施用毒品及接受控制毒癮治療之經驗與描述不同，能呈現出個案的思考脈絡與經驗的歷程，結果可應用在類似情境及脈絡的其他對象）。

(三) 可靠性：

即內在效度，乃指個人經驗的重要性與唯一性，因此，如何取得可靠性的資料，乃研究過程中，運用資料蒐集策略的重點，研究者必須將整個研究過程與決策，加以說明，以供判斷資料的可靠性。全部訪談內容皆由研究者親自進行訪談與資料整理，並配合情境觀察和非語言資料在不同時間作資料的取得與整理，加上有部分受訪者是研究者認識的且有信任關係，故在訪談過程中受訪者能去除陌生尷尬的情緒而較能誠實不保留的表達自己的經驗。

(四) 可信賴性：

指研究者所蒐集資料的真實程度「資料的真實性多高?研究者是否可分辨所得資料的真實性?」有部分受訪者是研究者認識的且有信任關係，故在訪談過程中受訪者能去除陌生尷尬的情緒而較能誠實不保留的表達自己的經驗。



第六節 研究倫理

關於研究倫理為所有研究方法皆應重視的，包括量化的研究，特別是質性研究方法研究者與受訪者間具有較長時間與較為親密的接觸，且訪問的內容涉及受訪者的個人資訊，因而更容易形成倫理的議題。將本研究依進行順序可能遭遇的倫理問題分述如下：

一、取得受訪者同意，並告知資料保密與使用範圍

本研究訪談的對象包含有曾經進過矯正機構的毒品成癮者，大部分的毒品成癮者對於曾經進過矯正機構都會覺得是一件丟臉的事，甚至會不願意提起，因此研究者將會先詢問是否願意接受訪談，若有意願接受訪談，研究者會先將訪談大綱給受訪者看以便再次確認接受訪談的意願，研究者也會清楚的讓受訪者知道訪談內容僅作研究分析，無其他用途，分析內容也將採用代號不會用到真實姓名，並讓受訪者簽訪談同意書（參閱附錄二）並告知全程錄音以盡到告知與保密的權利與義務。

二、公平回報原則

而研究進行中，受訪者需耗費時間與精力與研究者交談，提供可貴資訊予研究者，且有時會牽涉到受訪者的個人隱私，為避免受訪者感到遭受剝奪，訪談結束後，研究者將對受訪者所提供的幫助表示感謝之意，並視研究資力以小禮物作為心意。

三、公正合理原則

在訪談結束後，在處理訪談過程中所蒐集的資料，研究者需秉持公正的態度進行分析。本研究樣本範圍為現在或曾在治療性社區接受治療的毒品成癮者，與研究者本身在社會價值觀上具有顯著差異，在研究分析過程中研究者應以公正的角度切入，不帶有特殊的眼光，且受訪者對於事件發生之對錯，或修復方式是否等價等涉及價值判斷事件，不應隨意評斷。

第四章 研究結果

第一節 四個海洛英施用者的地獄與天堂

地獄是一個充滿恐怖與折磨的地方，是個充滿極劇烈痛苦和憂傷的地方，那裡有日夜被折磨的靈魂，地獄裡也沒有愛，沒有憐憫，沒有休息，更是一個不可思議的令人恐懼的地方；天堂則是每一處都充滿了滿足，使人的痛苦得以完全解放並感覺到那種完全的美滿生命、每一種事物都是完美的精神享受的永久境界。對於一個毒品成癮者來說當他開始施用毒品時，其實已經從一般人所生活的正常世界(人間)進入到不斷在地獄與天堂中輪迴，且這樣的輪迴一天至少要好幾次，可想而知，這樣無助的生活怎麼不會使人的人格改變、認知扭曲，最終只能被一般社會標籤為犯罪者，且排除至對一般社會不信任與不斷進出監獄的次等社會世界。

一、地獄

本文中的地獄是指施用者毒品成癮後，當停止施用毒品後，所忍受戒斷症狀 (withdrawal symptoms) 的狀態，戒斷症狀產生所需要的時間會依最後一次施用的毒品量而定，一般需 8 至 16 小時。the Opiate Addiction & Treatment Resource (2013) 指出一般的鴉片類毒品所產生的戒斷症狀可分為生理與心理兩類 (詳見表 4-1-1)，當毒品成癮者的毒品戒斷開始時，會有表 4-1-1 內數個戒斷症狀同時產生。每一個戒斷症狀就如同嚴重的感冒般，對於正常人來說都是不舒服、難過的，除了施用毒品的當下過量或其他生理的疾病以外，很少會產生立即的生命危險。

表 4-1-1 施用海洛英的戒斷症狀

生理的戒斷症狀	心理的戒斷症狀
● 肌肉疼痛和痙攣	● 激動/煩躁
● 骨關節疼痛	● 焦慮/恐慌
● 抽筋	● 失眠
● 虛弱/疲勞	● 藥物的渴望
● 震顫	● 抑鬱症/焦慮症
● 忽冷忽熱	● 不適
● 出汗	

<ul style="list-style-type: none"> ● 躁動 ● 心率加快 ● 瞳孔放大 ● 流鼻涕、眼淚 ● 打噴嚏 ● 打哈欠 ● 噁心，嘔吐，腹部絞痛 ● 腹瀉 ● 雞皮疙瘩 ● 頭痛 	<ul style="list-style-type: none"> ● 食慾不振
--	--

資料來源: the Opiate Addiction & Treatment Resource (2013)

海洛英的戒斷症狀在停藥後的 36 小時會相當嚴重，在 48 至 72 小時會達到症狀嚴重性的頂峰，之後生理戒斷症狀約一週至數個月會逐步消退，依施用者先前成癮的嚴重狀況而定。

很多人都是這樣子啦，因為海洛英有個戒斷現象阿，你要是不使用會難過阿...到後來如果你上癮的話，它就會有一種生理的戒斷痛苦阿~你就要是去緩解這種痛苦...而不是在享受那個快感、高潮。(A-006)(A-019)(A-029)

當然會全身不舒服阿，就是人家形容的，好像蟲咬或是什麼，然後心裡一直渴望著錢、藥，一直想要去弄到錢...當你在毒癮發作的時候，不管別人怎麼看你不管怎麼樣。(D-020)(D-021)

心理的戒斷症狀就有失眠、對藥物渴望等，恢復所需的時間則可能是幾個月，甚至是一輩子。

就是有那感覺、記憶阿。那你現在如果遇到無聊或什麼事情的話，就是會去想那種~感覺...有的人說都不會想還是什麼~其實都還是會有個記憶在阿...一級毒品依賴性又很重，傷害性又比較大這樣子。(A-033)(A-035)

其實當時剛進來~我就很想出去了啦，因為那時候被毒品控制住了...其實心理一直都很想去戒除毒品，但自己已經被毒品網綁住了，根本你沒有想那麼多...吃藥就一直再傷害我們的身體嘛...你每天幾乎都是要追藥，去想要怎麼樣賺錢，怎麼樣買毒品而已。(B-004)(B-022)(B-059)

那時候會想要離開最主要是身體上的不舒服嘛，你要恢復正常的睡眠至少也要 3 個月以上，因為戒斷症狀對人的影響真的很大，像我來這邊能夠正常睡覺或是中午能眯一下已經是三個月後的事了，到這三個月我本身也很痛苦...

對身體~我們在用藥後不會去想對身體會怎樣，主要對腦部的傷害就很大...其實用到最後你不開心啦，但是你不用是不行的，你沒有辦法去承受戒斷的症狀，你在外面根本沒辦法戒嘛...因為你的心沒有辦法。(C-028)(C-089)(C-091)

在吃藥的時候都沒再怕的，說實在當戒斷症狀一來，面前有藥，用了會有什麼後果，也是先用了再說。(D-104)

然而，更為重要的是毒品成癮者內在的毒癮，就如同先前文獻探討所說，毒品已對大腦造成傷害要復原幾乎已不太可能，施用者對於戒除想要施用毒品的想法早已無能為力，就是如鬼打牆般，一再的施用毒品，一再的走去賣毒的地方，需要外界力量的給予幫助其控制外在的毒品施用的行為，並促使其內化自我控制來控制內在毒癮一輩子，這部分下一節會說明。

好像我的生活圈、我的習慣~路徑...心裡莫名其妙就走去了，這個問題我到這邊才知道，第一次入住老師評估問我：你為什麼吸毒?我想了一下回答說：好像鬼打牆...一直反覆~一直反覆...這個就是很難戒毒的一個問題...可是如果你有欲望的時候，就是那個好像也蠻難處理的，這個欲望是很難去克制的...就是我要學習怎麼避免吸毒，我覺得核心~其實要不要吸毒我已經無能為力了啦，所以我就是要去知道要如何避免...很掙扎的爬起來阿~可是又會有一種無能為力的感覺，那時候我也是受到別人的幫助才爬起來。(A-181)(A-157)(A-243)(A-223)

我在外面去了好幾天，回來馬上又去用...就很痛苦就對了，就是你有那個心，但沒有那個力量去戒啦...在吃藥的那段期間根本以自己為中心...那時候就有在想要戒，但是很難，這種東西只要成癮了，真的要靠自己的意志力很難。(B-043)(B-044)

因為要靠自己一個人的意志力或靠朋友、家人都不太可能，畢竟你一個出社會的人，當下你不會去聽任何人的勸說，若有人跟你勸說，那些朋友、家人你會想遠離他們(藥物正增強)，只有那些藥頭和施藥的話才聽得下去。(D-122)

一般人都有感冒頭痛、流鼻涕、腹瀉等身體不舒服、難過症狀的經驗，可以想像，如果上述症狀的嚴重程度乘以十倍百倍，並同時發生在一個人上，且要持續一個星期甚至數個月之久，這樣的生活還不像地獄嗎?因此，為何毒品成癮者會有持續追尋、施用毒品的行為，甚至為了施用毒品而犯下各類的財產犯罪、暴力犯罪等，最重要的原因只是為了想緩解痛不欲生的生理與心理戒斷症狀，奮力的想從地獄裡爬出來而已。

二、天堂的緩解

本文的天堂指的是當毒品成癮者有戒斷症狀時，施用毒品後戒斷症狀立即得到緩解的狀態。NIDA（2005）指出海洛因通常可以注射、嗅吸/鼻吸或煙吸。通常，海洛因施用者會每天注射三到四次。靜脈注射能夠提供最大強度，以最快的速度產生欣快感（7 至 8 秒），而肌肉注射產生欣快感的速度相對較慢（5 至 8 分鐘）。在鼻吸或煙吸海洛因時，通常可在 10 至 15 分鐘內感覺到顛峰效果。注射（或者吸入）之後不久，海洛因便會遍佈血腦障壁。在大腦中，海洛因轉變為嗎啡，然後迅速附於類鴉片受體，此時，施用者通常會感覺到一股非常愉悅的感覺。

海洛英真的很奇怪阿~當初你可能是好奇阿~就是去享受那種愉悅感嘛。那可是到後面你就會記得那種感覺嘛，所以你會去追尋那種感覺...你關出來沒好...因為記憶中有那種感覺在阿，...就是在那個愉悅的交叉神經~深層的那個感覺啦~印在腦海裡，所以你很難找東西去取代那種感覺。（A-029）

施用毒品主要是因為很太多負面的事件或情緒在自己身上，所以用毒品只是將這些負面情緒~不加思索的消除掉。（A-067）

海洛英打下去的那種快樂的感覺，大概是性行為的十倍、百倍，永遠也忘不了。（B-059）

吸毒就是有那個愉悅的感覺阿，愉悅感會蓋過痛苦的那個感覺阿，你喜歡那種感覺。（C-060）

真正上癮應該是 921 前一兩年，因為沒有錢了，就用施打的，朋友說用打得比較爽、有快感，我就打下去這樣...就跟朋友講的一樣，比抽菸還要有快感，就愛上了那種感覺。（D-106）

更進一步來看，當毒品成癮者在忍受長期戒斷症狀所帶來的痛苦與無助時，一針注射下去所帶來的欣快感與緩解痛苦的感覺，瞬間是可以被放大十倍、百倍的，一下子，猶如從地獄到達天堂，大腦也將被這種極端痛苦與極端快樂的感覺所制約。毒品成癮者為了感覺身在天堂須付出極大的代價，且在天堂的時間是短暫的，在地獄的時間卻是一輩子的。

三、地獄與天堂的輪迴

(一) 負面的想法、偏差的價值觀

對於毒品成癮者只要一停藥就必須先承受嚴重的生理戒斷症狀，且每天的生活就是一下地獄、一下天堂的輪迴，久而久之，精神上與心理上的壓力使得施用者的對於生活周遭人事物的思考與想法變成非常負面，開始不信任周遭的人、對自己感到失望。甚至產生了偏差的價值觀而開始成是犯罪，例如:從施用毒品到販賣、合理化自己的犯罪行為等。

吃了後做甚麼事想甚麼事都好像蠻不好的，怎麼想都不會想到好的地方...其實很多吃藥的人到後面都變成去賣藥的，去賣藥那些錢都再去買藥吃，在那邊打轉...海洛因的最多，因為沒辦法。(A-058)(A-163)

會覺得每個人好像都是要害你，就算跟我在一起吃要我也會不信任他，因為我叫他去幫我拿藥，我會覺得他私底下會偷偷搞鬼、偷藏很多東西，你會有這種想法，就會有彼此的不信任感出來了。(B-065)

因為當我們戒斷症狀來的時候，像電視那些強劫有沒有，都是被逼到沒辦法了才會去做那些衝動的事情。(C-013)

失望、失落、痛苦都有，就覺得自己非常沒有用，我這為什麼會這樣，我怎麼這麼沒用...都是負面的想法~都是別人對不起我，為什麼警察要抓我，都是別人的錯...如果說~毒品我自己花錢買的話~不算犯罪的話，這是這自己合理化的藉口，如果這麼好我怎麼不拿給我的小孩子吃。(D-092)(D-120)

(二) 破壞社會關係

當毒品成癮者開始產生負面的想法與偏差的價值觀後，隨之而來的是對家庭、社會關係的不信任與犯罪行為。因此，家庭與社會亦對其產生不信任、標籤、責罵與懲罰。因此，逐步的將彼此原有的社會關係或連結建破壞、打斷，進而漸行漸遠。

你一直吸毒阿，父母當然是一直會幫助嘛，可是你一直重複的發生阿，當然時間那麼久，對家庭會有一些損害阿，父母也是會認為你一直這樣，他們也沒有能力再去幫助你阿...所以就會越走越遠，關係越來越不好。(A-021)

因為我還要錢~就好像跟我媽媽的交易，不然妳再給我兩千還幾千，我就跟妳去，你錢給我，我再去拿藥來用一用...到那個時候都已經試吃到很難過的時

候啦，就是我身上已經沒錢了，媽媽也不要給我錢了...家庭的傷害是一定會，影響也很大，警察就會去家裡找，還是拿搜索票，要拿翻，所以對家庭的傷害很大 (C-013) (C-089)

家庭關係改變很多，像老師說的~一人吸毒全家痛苦，真的~我家裡的人讓我弄到雞犬不寧了，我一個人吃藥~我就是一整天要錢要錢，情緒很差~愛大小聲 (壞大壞小。(D-060)

(三) 地獄與天堂的輪迴

因為不斷的在上述的地獄與天堂來回，其實毒品成癮者的內心其實是很掙扎、很孤獨的。更因為用不正確的方法與缺乏對毒癮的正確認知，導致戒毒完了又施用，施用後又想戒毒，以及進進出出監獄的無線迴圈中，一旦開始施用毒品，施用者的生活就會開始矛盾、絕望的不斷在地獄與天堂輪迴，不斷的施用、不斷的追藥、不斷的犯罪、不斷的進出監獄等社會機構直到生命的終點。

以前我剛入住的時候，老師會問：你為什麼會吸毒?我說：沒有阿~就鬼打牆阿~就是出去就會吸了，我也不知道為什麼...以前吸毒~你會不知道為什麼一直跑去吸毒，你會認為說吸毒是一個很自然的反應或習慣，反正我不舒服或怎樣，我就拿毒來用就好了，你不太會知道整個過程，你為什麼吸毒阿。(A-066) (A-180)

罪惡感會跑出來，用完之後，當下用下去茫的時候不會去想，但是退藥時會有罪惡感跑出來，想說我怎麼會這麼做、我怎麼會去吃，就有罪惡感跑出來，然後再會想說再用，讓那個罪惡感不見，身上有藥的時候就會想要戒毒，但是沒藥時又會想要找毒，一直這樣輪迴。(B-027)

我每次去關回來一剛開始都會先乖乖的有一個正常的工作，但很快的又會失足，整個人又變了，又開始施用毒品了...很多次，已經無法計算了，我想說的是~我現在已經把藥戒起來沒有再用了，又用了，那個感覺就是說~又要重來了~一直輪迴...做很多次的努力，失敗很多次。(C-009) (C-076)

每天阿，在用的時候每天阿，用的時候我要戒，戒斷一來我不戒了。(D-091)

李思賢(2014)也提出海洛英施用者通常初次施用時的功能狀態與情緒不佳，而在施用後會立即感受到自我的功能狀態大幅度的提升，並開始追求本研究所指天堂般的感覺而持續施用，但隨著身體的毒品的耐受性增加，快樂的感覺開始下降，等到施用者依賴時，其身體已完全受戒斷症狀影響，而長期處在一種極度痛苦的地獄狀態，連正常的功能都很難回去。因此，為了避免身體的戒斷痛苦，只好不停的追求與施用海洛英，直到有一天，施用者不想再這樣痛苦的生活下去，

也一直渴望能再回到初次施用的天堂般欣快感，就施用過量死亡，真正回到上帝的懷抱（詳見圖 4-1-1）。

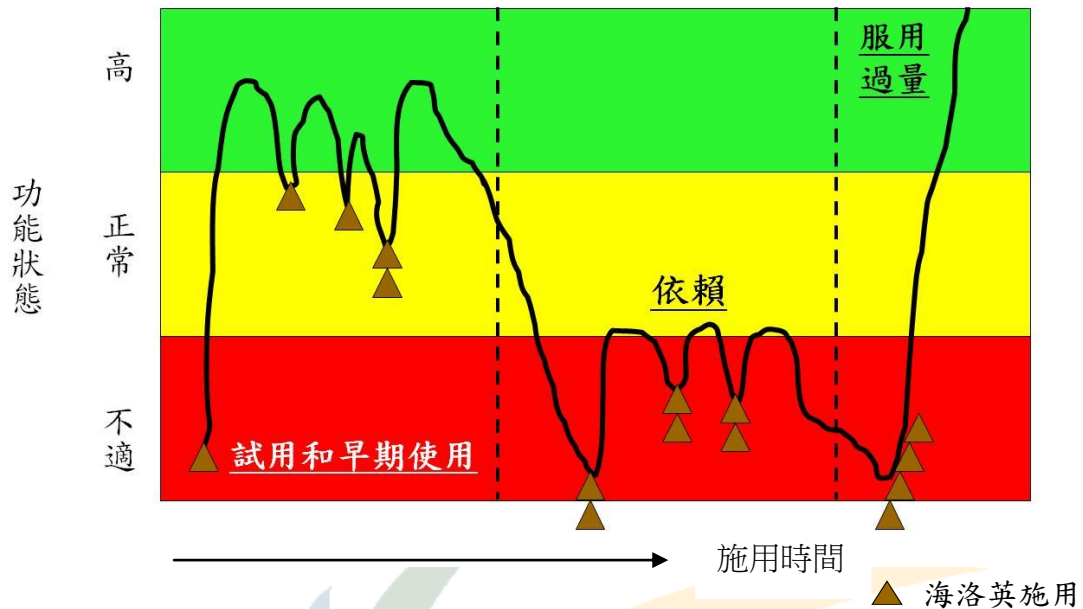


圖4-1-1海洛英使用後的功能狀態歷程

資料來源：李思賢（2014年1月）

（四）想戒又想施用的矛盾與絕望

毒品成癮者不施用身體會很不舒服，施用了又沒法工作，沒工作就沒有收入，沒錢又沒辦法買毒品，只好向家裡要錢或犯罪，最後結果就是不斷的犯罪斷不斷的進出監獄，對於自己的種種偏差或犯罪行為又很懊悔與矛盾，身體痛苦時想施用，施用後清醒了開始想戒，這種沒有解答的矛盾往往帶給施用者們絕望，與放棄努力控制毒癮、逃脫地獄與天堂回到人間的意志力，甚至是想結束生命。

施用毒品後的心情很矛盾阿，你會覺得說~我怎麼會做這種事情，你會一直希望自己不要再去吸，但當你心裡的渴求、慾望被刺激到的時候，你會一直再去使用阿，然後陷入矛盾之中...一直想吸又一直想戒，會去尋找很多的方式來處理~可是會覺得那些方式都沒有用啦，有時候也會有點想毀滅自己那種感覺。(A-222) (A-242)

我們在用藥的時候，每天都在想戒毒，但也每天都在失足...其實我每天走的路都會~為什麼會走去以前賣毒人的家裡，這很奇怪~鬼打牆，為什麼我明明走這條路會回到我家，那為什麼我又會走到他那邊去，這是好像我們習慣了，

那時候再失足，我真的很痛苦，那一針又打下去的時候，腦子立刻想~為什麼我又會打?這是我們內心就會去拉扯跟矛盾，那你打下去就一直要使用下去了。(B-043)

我們不是一次兩次，是十幾年都這樣子，來來回回，戒了又去這樣，但我們也是很認真的想要戒毒...有夠可憐的...那真的是很悲哀的一件事情。(C-076)

在毒癮來的時後我不管人家講甚麼我只要錢跟藥而已，但是當毒品施用下去的時候，人清楚了，意識慢慢清楚之後，就會感到那種羞愧的感覺，覺得我的人生為什麼要這樣子過呢?心裡就會想要戒，但是很無奈是當毒癮發作起來我又沒辦法管那麼多了，別人怎麼看我我不管...我用藥的時候是很想戒毒，每次用藥就每次想戒毒。(D-019)(D-135)



四、與正常社會完全不同的次等社會世界

在一般的社會中，每個人應該都有相似且規律的生活型態，有良好的生活習慣、工作態度、對於社會上的人有相對的信任感、並遵守國家法律與一般社會的道德規範。面對壓力或挫折也有正向的因應方式，生活本是健康、快樂的，但是這樣的社會生活對於毒品成癮者來說幾乎是不存在的，他們一直在天堂與地獄輪迴又怎能回到人間呢？而且社會通常使用傳統的懲罰方式，將其隔離在監獄或次等的社會世界中，希望他們將永不再回到我們的社區，與我們生活在一起。但除了少數例外，他們還是會來來回回住在我們的社區之中。

(一) 監獄對於控制毒癮無效，且容易交叉感染

一般社會的人對於毒品成癮者因為不了解他們長期所承受的痛苦與偏差行為背後真正的成因，往往對於他們所做的偏差行為給予嚴厲的懲罰與標籤，忘了毒品成癮者也是人，人本會犯錯，都需要給予機會與支持從錯誤中學習，而將其學習的機會剝奪或只單單使用懲罰、監禁的方式，希望能威嚇毒品成癮者，促進他們改悔向善。然而，從本研究的4位海洛英施用者的生命歷程中，平均第一次進出矯治機構的年齡為18歲，平均進出矯治機構的次數為6次，平均最後一次出矯治機構的年齡為32歲。由此可見，這樣的監禁的處理方式幾乎無效，只是讓他們更容易交叉感染，習得更多的犯罪技巧、加強偏差的認知、使他們更快的被正常社會所排除至次等的社會生活，不斷來回監獄而已（監禁記錄詳見表4-1-2）。

因為一直進出監獄，一直戒也好像都沒有用阿...就兩三年這樣子，然後進進出出大部分都一年多阿，待過台中監獄，戒治所在台中監獄裡面，看到的人也一直重複阿，沒有看到的就死掉了，所以就是說也蠻無奈的...在監所就是處罰而已，在裡面把事情做好，演好給主管看就好。(A-239)(A-240)(A-251)

可是在裡面關的時候~我們的交友越來越多，我們的~在裡面去學習要怎麼去逃避警察的追緝阿，又怎麼去使用毒品阿，其實在裡面是不好的一些影響啦，交互感染啦。(B-054)

有很多次，其實監所沒有用啦，監所只是越關越複雜而已...那大部分都是很長的受刑人才會有那種手藝，大部份都是一兩個人做的而已，那其實這些手工藝十個人沒有一個人要去學習，因為監獄就是這樣子，社會有很多規範文化（眉眉角角），好像你要去改變、有改變心態，其他人就會笑你，監獄是這

樣子。(D-050) (D-052)

表 4-1-2 訪談者的監禁記錄

訪談者	機構的年齡 第一次進矯治	進出矯治機構 的次數	最後一次出矯 治機構的年齡	進過的矯治機構
A	18	5	35	台中監獄、台中戒治所
B	23	6	29	台中監獄、台中戒治所
C	17	6	35	台中監獄、台中戒治所
D	16	7	31	台中監獄、嘉義監獄、 雲林監獄、台中戒治所

(二) 毒品成癮者得不到社會的信任，亦不信任社會關係，感到孤單

在與正常社會完全不同的次等社會中生活中，毒品成癮者除了在地獄與天堂中輪迴外，也無法回到人間，對於一般正常社會的人事物也不信任，對於同在次等社會生活的毒品成癮者，因為國家法律與利益龐大的毒品交易市場的關係，亦無法產生真正信任，對於生活在一個沒有任何人可以信任孤單世界的毒品成癮者，其所承受的生理、心理恐懼與煎熬是我們一般人無法想像的，能想像的是當面對自己對社會的絕望，施用者很容易就發展出自私自利的偏差價值觀與不斷犯罪的生命歷程。

會對人不信任阿，也很嚴重阿，怕警察抓，怕家裡抓阿，也怕別人不信任阿，有正常的朋友他們也不願意靠近你阿...以前吃藥時，有自卑感，不太敢接近其他人阿...即使是與我一起用毒的人，我也會害怕他們，我們都會互相害怕、互相防阿，其實我們很孤單 (A-043) (A-147) (A-148)

我們吸毒的人~會比較難跟人建立關係，可能是環境造成的~還是怎樣~對別人的想法~會比較不健全還是怎樣~即使是面對一樣是吸毒的人也是不信任。(A-197)

使用藥物的人都會怕別人一直看，你會覺得怪怪的，別人或許看不出來，但是你自己會有那種好像心虛、罪惡感。(B-060)

其實當下在一起用的時候很信任，但是藥退的時候你自己會跑出不信任任何人的感覺，就是包括他們...會亂想，好像有一種隨時會被害的感覺，被害妄

想症會跑出來，但是當下又要想用的時候，他們拿著毒品來找你，你那個信任感又跑出來...用的時候大家都好朋友，藥退的時候又想他會不會害我，拿藥來會不會是要叫警察來抓我，被害妄想症又跑出來，會這樣子。(C-045)

就是互相猜疑，如果一個人被警察抓了就會互相猜疑，說你是不是抓耙子就樣。(D-131)

(三) 社會排除至不同的世界

當毒品成癮者自己已經傷痕累累想要開始控制毒癮時，才發現自己的社會關係早已被破壞殆盡，也不知道該怎麼戒，只好開始扭曲自己的認知、合理化自己的行為，持續上述的偏差、犯罪行為，最終沒法被社會接受，而被社會排除到一個與正常社會完全不同的次等社會世界中，過著與一般正常社會的世界截然不同的生活，每天生活沒有規律，腦中只有追藥與施用毒品，也因犯罪而後被關進監獄，被標籤而找不到好的工作，甚至無法信任任何人而自生自滅，活在沮喪與不安當中，這些才是施用毒品後最嚴重的後果與可怕所在。

生活作息跟沒有吸毒時不一樣，差很多...會永遠跟以前的朋友混在一起，無法交新的朋友。(A-044)(A-102)

因為你吸毒前跟吸毒後整個生活模式都不一樣了，整個都打亂掉...你吃的時候頭腦已經不清楚了，怎麼可能會去那種公開場合，不敢去...因為那是公開場合，自己已經吸毒了，就會封閉在自己的世界裡面，不可能再去外面。(B-066)(B-69)

吃藥的時候日夜顛倒，因為你吃藥人會茫去，茫去之後人就都在睡啦，戒斷的時候~你人也是倒在床上，你根本也沒辦法跑，就在難過，所以說一定是不同的，晚上就到處找藥，早上就泡在家裡面，你沒辦法出去外面，也不想出去外面，我覺得來到山莊之前我們是一個不正常的，好比你的生活起居、吃飯時間變成每天吃一餐而已。(C-063)

你吃藥幾乎沒有辦法工作，因為你會常常請假，你要去追藥，還是說不想上班，所以很快就沒工作，老闆不可能請三工作四休息這種，做一天休五天這種...因為我吃藥時都是自己一個人比較多，到最後你會變孤僻，剛開始會想找朋友，但到最後東西拿一拿~我就會自己回到家裡，不會再亂跑，一些想法就是說~用到最後會覺得自己怎麼會這樣，難道自己不會很可憐嗎?(C-091)(C-089)

差別很大，第一個就作息，第二個就交朋友，還有自己的說話的~樣子，用藥就茫茫的，整個都大改變阿，之前吃藥看到人不敢看，有自卑感或什麼?遇到沒吃藥的朋友不敢看、遇到警察會跑，現在遇到警察會問警察在那~就正大光明。(D-133)

第二節 治療性社區對於毒品成癮者復原的觀點

對於先前文獻中討論毒品對於施用者所造成的生、心理與社會上的傷害，再加上上一節清楚的描述毒品成癮者的被社會所排除後，生活在地獄與天堂之間輪迴，本節依研究者在治療性社區內 14 天的觀察結果來探討治療性社區對於毒品成癮者復原的觀點。

以「毒品成癮者受到毒品濫用後的影響及損害」的觀點來看，治療性社區認為毒品的濫用是一個「全人的問題」，影響幾乎大部分或是全部功能。最典型的是施用者無法自我控制物質的使用，沒有能力自己來維持藥物的戒斷、社會及人際功能減退。意謂毒品影響施用者的認知行為功能，思考可能會不切實際或混亂，價值感混亂或不存在，甚至是出現反社會行為，通常會出現語言、閱讀、寫字或行銷技巧的缺陷，甚至是道德靈魂的崩解，可以用四個簡單的主軸來描繪出毒品濫用者，(1) 生活出現危機。(2) 無法維持戒斷。(3) 社會人際功能失調。(4) 反社會生活模式 (De Leon, 2000)。

一、承擔自己未來不再施用毒品的責任

進入治療性社區的毒品成癮者常被問到：「你的問題是？」幾乎都會回答：「我使用毒品」，不過使用毒品應是施用者的「症狀」，而不是問題，這已經說明了治療性社區對毒品濫用的觀點，除了藥物濫用的問題之外，其實更核心的問題是在施用者的行為、態度、價值生活方式出現了偏差，甚至是反社會。相反地，會出現對自己或他人的傷害性的行為，通常亦是行為人持續規則的藥物濫用而導致。因此，使用毒品是施用者的症狀，而不是問題的本身，真正的問題可能是在家庭暴力、不安全性行為、結交不良友儕、童年被忽略與虐待等社會經驗上，以及長期施用毒品後對腦及生、心理的傷害上，例如，缺乏自省、情緒控制差、挫折忍耐力不足、人際互動問題以及缺乏問題解決的能力等。

從上一節毒品成癮者的內在毒癮無法戒除中，可了解雖然施用者可能無法對生理的用毒傾向、對自我心理的影響負責、對幼年成長的經驗負責、對目前家庭或社會環境影響負責，但是至少可以為自己目前的行為、選擇與決策負責，特別是對使用毒品的責任負責。承擔責任意謂施用者必須自己決定停用藥物，這更是個體復原的先決條件，施用者何時可以自己決定停用毒品依人而定，大部分的

人都是在外在壓力下（法律、家庭、健康出現一個重大的危機時）才會做這樣的選擇，有些人則是緩慢地從內心體悟，不管力量來自何處，施用者一定要對自己的復原及維持承擔義務，因此，治療性社區的治療最主要的觀點就是居民自己要承擔復歸時，所有生物、社會、心理、與靈性的層面的責任。

通常尋求治療代表一種求救的訊號，用來打斷施用者目前混亂、毀壞性的行為，雖然目前使用毒品會使其降低做決定的能力，但是決定開始停止使用毒品依舊是自己的責任，即使是毒品傷害了衝動控制的能力，但是選擇持續停止施用毒品依然是自己的責任，透過住在治療性社區一段時間的毒品隔離與恢復清醒之後，居民會突然發現對於生活，他們是可以有選擇的，而復歸的開始於接受自己有責任採取行動，並對本身的全人的行為、態度、情緒、價值負責。

二、毒癮的控制與治療是一個「發展」的過程

研究者在該治療性社區中的觀察，治療性社區的復原像是一個發展的過程。居民亦常稱治療性社區的復原像一種成長，進來是嬰兒或青少年，離開時是成人。首先改變的是居民的行為與態度，先於對自己的行為責任的領悟。因此治療性社區會先教居民先「做得對」，然後就會瞭解為什麼以前的所作所為何是錯的，但是如果缺乏領悟與有關的情緒經驗只有行為改變是不足以持續的復原。領悟包括瞭解行動、態度與感覺及生活條件間的關連，並且須瞭解他們會引爆使用毒品的線索與誘因，包括覺察過去的記憶與經驗如何塑造目前的感覺、態度與自我知覺。治療性社區要居民瞭解過去是為了改善現在，因為過去的情況雖然無法改變，但是居民可以改變現在對這些毒品誘因的反應。

治療性社區的治療亦強調完全戒除（abstinence），是意謂施用者永遠不再施用毒品，且戒除所有與毒品接觸的觀念，它的治療哲學在於進行「全人的康復」（whole person recovery），認為「控制毒癮的工作並非僅止於讓施用者停止施用毒品；而是使其具備生存技巧及能力，得以處理生活上所遭遇之各種問題，並恢復正常的生活型態。唯有如此，才能達到完全控制毒癮的目標。換句話說，個案如果能有良好的社會適應技巧表現、具環境挑戰與問題解決的能力、對自我與生活具有目的性、能自我認同、表現出獨立及良好的情緒控制、能面對挫折感與無力感及有改善自我及生活的意願；加上家庭與社會環境的支持，才能維持長期控制毒癮的生活。

三、「社區」就是治療的工具

在第二章的文獻探討中已大致說明治療性社區就是特別以「社區」為治療的工具，「在社區生活」就是治療的方法。研究者在該治療性社區的觀察中，更可以感覺到這樣的治療工具與方法與修復式正義強調的犯罪處理場域在社區不謀而合。修復式正義指出由於社區的法律規範已被違反，社區的生活受到破壞，因此，社區機構自應負起責任，以回復社區的正常生活。此部份包括：澄清行為的準則和規範、明確地告知加害者何者可為、何者不可為。因此社區應當提供機會給加害者，使其能賠償受害者；社區亦應能提供支持，監督加害者進行復健。而社區亦應能提供受害者予必要的支持，以利其復歸社會。

而居民透過治療性社區所安排的各種結構性及非結構性的互動方式，去瞭解自我的態度、感知與行為。並且藉由社區安排的各種團體、活動及同儕的影響，增進居民的控制毒癮動機，發展出個人自我覺察、問題處理、人際互動及自我管理技能，最終能促進自我控制的提升與內化社會規範，並經由全面性的認知改變、行為塑造、職業重建及離開社區後的持續關懷照顧，協助控制毒癮者維持終生不用毒的生活。



第三節 治療性社區中修復式正義的「支持」

文獻探討中 Wachtel (1999) 提出社會訓練櫥窗理論 (Social Discipline Window) 來說明具有修復性的刑事司法框架應以「支持」(support) 與「控制」(control) 兩個有相互影響的向度來建構，更重要的是了解「修復」是指刑事司法系統要同時以高度控制與高度支持來面對加害者與其犯罪行為，針對「偏差、犯罪行為」採取高度控制；對「行為人」本身則採取高度支持。換句話說，修復性刑事司法的目標是要讓大家認識到加害者本身的價值存在，而只是不認同其此次的錯誤或犯罪行為，因此，社會可以表達他們不認為加害者有意要傷害他人或犯罪，且對加害者會做出這樣的行為，感到傷心與自責，甚至也可以舉出加害者個人過去的善行及成就，以強化其自尊和自信。

刑事司法系統應相信、肯定加害者有改過遷善的基本價值，其自我仍應加以維護，而非加以污辱，整個刑事司法的基本策略是要集中注意力於“問題”，而非“個人”，以及透過社區來找尋問題的答案，且在要求其正式面對過去的犯罪行為與給予修復性的懲罰時，應給予其復歸社會所需的資源與協助，讓其了解自己所造成的傷害與影響與無逃避個人的責任，同時社會亦必須給予機會與信任，重新接納加害者，以引導其改變並中止犯罪。

可以在上述的概念中同時看見修復式正義與社會控制兩個理論的意涵，治療性社區的重點是運用高度的控制與支持來幫助居民持續負起不再施用毒品的責任並再整合回到社會，並讓居民有機會彌補過錯並撕下標籤，這樣的修復過程對於居民與社會來說，透過對犯罪行為的控制、譴責，對自我的價值的支持，使居民的人性不會崩解。

而治療性社區就在控制轉變的過程及合作參與修復的過程中實現了修復式正義與社會控制的關鍵價值。本節就以該治療性社區中有哪一些重要的支持與控制的實踐，來說明其如何幫助毒品成癮者修復與自己及社會的關係，以及如何終身控制內在毒癮與外在底施用行為。

一、多元修復式正義的實務型態

研究者在治療性社區的研究觀察與訪談中，看見治療性社區鼓勵居民主動思考自己的行為，並為自己的行為負責，更重要的是當社區內有偏差行為發生，甚至是外出至高風險情境再次施用毒品時，治療性社區會邀請所有受到事件傷害的

利益關係人聚在一起，甚至是在公開的會議（晨會或晚會）中，陳述所受的影響及共同思考如何修復，並預防類似的事件再發生。

晨會、晚會就是要我們學習有什麼問題或是要做什麼~要先提出來，以前有問題都自己私下解決，現在山莊就是希望我們有問題可以在公開的場合上提出來，一起討論解決...就公開~大家來討論，如果我想做什麼~我也會提出來，以前都沒有這種想法~我想幹什麼就幹什麼，結果就會發生很多私底下的衝突...現在公開提出可以讓事情處理得更好，也可以有更正當的管道來處理事情，比如說~你有什麼事情沒有用好，我提出來沒有要針對你，只是大家一起來討論會什麼會這樣子~是自己的方法不好還是怎麼樣，如果你私底下處理的話~你是在針對我喔，兩種差異就會很大，而且假如是自己做錯了，也可以在會議上坦白、道歉，這也是種訓練勇氣的方式，其他居民也會比較的體諒，不會太多責怪，畢竟都承認了，山莊也需要凝聚大家的力量~而晨、晚會就讓大家共同討論~共同進步這樣子。(A-216)

Braithwaite (2002) 對修復式正義之定義:只要受到不公義 (injustice) 事件影響之利害關係人，能有機會說明自己所受到的傷害，以及應如何在一種具治療創傷的修復式價值 (restorative value) 架構內糾正這種傷害，我們就可認為這是一種修復式正義程序。Watchtel (1999) 亦提出對於有偏差行為或高危險因子的青少年，讓他們參加修復式正義的會議，用一個簡單的修復式的處理過程就可以使他們產生明顯的正向行為及思考模式。這樣的修復式處理過程對於在治療性社區裡居民的毒癮治療效果亦然有效，治療性社區對毒癮的治療模式即是利用各種結構性或非結構性的治療活動 (詳見表 4-3-1) 來幫助居民改變負面的想法、偏差的價值觀與生活形態。因此，我們能瞭解修復式正義理念的實踐可以很多元化的實務型態。

表 4-3-1 治療性社區中的活動

結構性治療活動	非結構性治療活動
<p>1 居民會議</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 晨會 (每天) ● 晚會 (每天) ● 幹部會議 (1 次/1 週) ● 居民大會 (1 次/1 月) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 環境打掃、社區維護 (每天) ● 值日生煮飯、採買食材 (每天) ● 製作便當與販賣 (1 次/1 週) ● 外出購物 (1 次/1 週) ● 金錢管理 (1 次/1 週) ● 體適能運動 (每天) ● 觀賞新聞時事與探討 (每天)

<p>2 團體治療活動</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 會心團體（人際溝通） （1次/1週） ● 無毒最美團體（1次/1週） ● 家庭關係團體（1次/1週） ● 壓力管理團體（1次/1週） ● 自我療癒成長團體（1次/1週） ● 社區適應團體（2次/1週） ● 藝術治療（1次/1週） ● 廚藝團體（1次/1週） <p>3 個別心理諮商（1次/1週）</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 文章導讀與分享（每天） ● 家庭作業、日記（每天）
--	--

資料來源：茄萇山莊

Watchtel（1999）將之區分從「非正式」的修復式實務到「正式」的修復式實務共五種類型，分別為情感性陳述、情感性溝通、臨時性會議、大型團體與正式會議（如圖 4-3-1），從左至右，修復式的干預愈來愈正式、愈多人參與、愈有規劃、也耗費愈多的時間、愈有結構性，也因此可能對加害者、受害者與社區有著更大的影響。

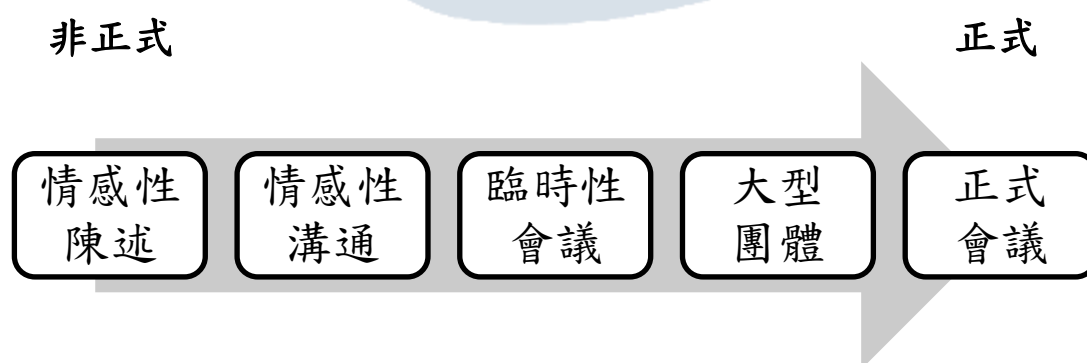


圖4-3-1 修復式正義會議正式程度型態

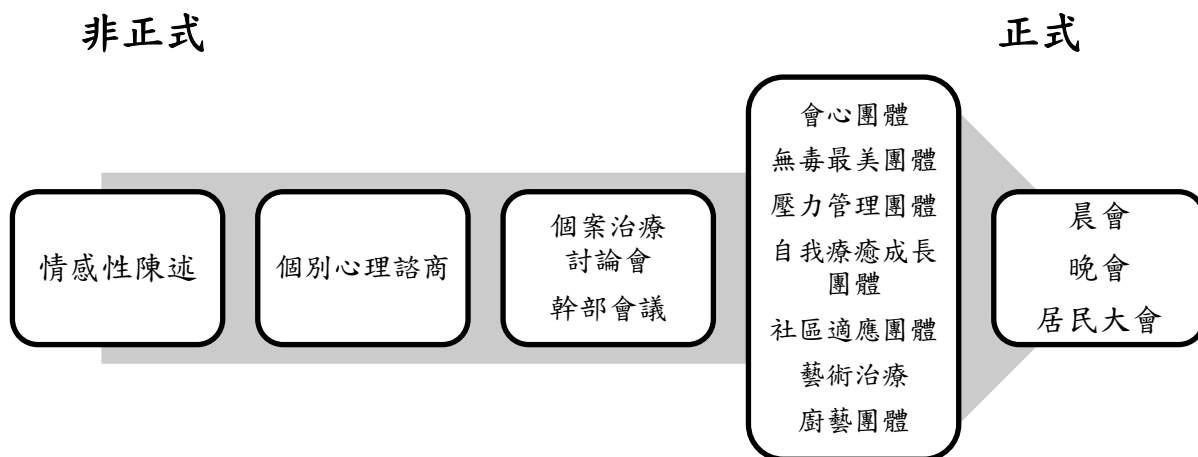


圖4-3-2 治療性社區內會議正式程度的型態

圖 4-3-2 在說明治療性社區裡充滿各種非正式或正式的會議與面談，例如：有全體社區人員每天都要一起參與的晨會與晚會等正式會議、有各項大型的團體治療活動、有單純只有醫療管理人員召開的個案治療討論會或醫療管理人員與居民幹部一起開的幹部會議等臨時性會議、有單一醫療管理人員與單一居民的諮商面談的情感性溝通、當然有無數次的居民與居民間的生活面談等情感性陳述，換句話說，治療性社區就是創造「讓毒品成癮者每天都在接受各種非正式或正式的修復性的會議或實務」的環境，只是不一定使用「修復式正義」的名稱而已。

研究者亦不難在這些團體、會議或是面談中，發現居民彼此間存在著自我揭露 (self-disclosure) 與誠實 (honesty)，更重要的是相信結果會讓彼此間的關係往正面的方向持續發展，這些目的都是為了讓毒品成癮者能復歸至社區團體中，甚至是社區外的大社會。Wachtel (1999) 指出在日常生活中，非正式的修復性會議、面談使用得愈多，不僅比責備、訓話、威脅、懲罰等有效，而且正式的修復性會議也少了許多。以下就以晨晚會、會心團體與個別諮商來說明。

(一)晨/晚會 (正式會議)

在治療性社區內，會議的主要目的是加強居民的社區意識，每一種會議都有特殊的設計及個別目標。在會議中居民可以提出任何相關的生活議題，包括郊遊活動的規劃、工作組織的調整或臨時動議等，強調藉由會議達到自我管理與社區自治的目的，而且從會議進行中，醫療管理人員可以從居民的個人或整體的情緒、態度、行為，看出居

民的整體臨床狀況，可以在一天內迅速得知，醫療管理人員就能及早發現居民的潛在問題。茄萇山莊正式的晨/晚間會議基本內容如表 4-3-2。

表 4-3-2 晨/晚間會議基本內容

	晨會	晚會
目的	<ul style="list-style-type: none"> ● 透過勵志文章，在會議上討論、澄清，鼓勵居民們應用到日常生活。 ● 重整居民的價值觀。 ● 增加對治療社區的歸屬感 ● 特別強調：過錯本身不重要，重要的是如何面對及承認自己的錯誤。 ● 為尊重會議請勿穿著拖鞋參與。 	
次數	每天	
時間	08:00-09:00	17:00-18:00
成員	全部居民及醫療管理人員	

晨會聚集所有居民在一起從事社會活動，對毒品施用特別重要。一般人通常每一天以音樂、運動開始。毒品成癮者通常沒有學會每天該如何開始，他們多是日夜顛倒，用藥後使 24 小時醒睡時間混亂，沒有規則的早晨常規，很晚才醒來顯出無聊及沒有生活目標，只有追求毒品的活動。

毒品成癮者心理上傾向負向情緒（害怕、焦慮、憂鬱、不樂、易怒、敵意），可能是藥物的作用，而這些反應早已擴及其全面的態度與行為，晨會就是要處理這些負面情緒態度，提供機會教導居民以正向、鼓舞去開起每一天，迎向未來。

在晨/晚間會議時，所有在治療性社區內的居民及醫療管理人員會一起進行會議。會議時間約 30-45 分鐘，由居民主持與記錄，醫療管理人員在旁協助。居民們可以在會議中提出意見或建議，並且大家一起討論。

像你前幾天剛來的時候，廁所垃圾桶被人家大便有沒有?如果是在一般的學校，大家早就很生氣了阿，那~你看那天大家一起好好討論~一起處理的結果，在外面可能沒辦法這樣，但這個都是訓練出來的。(A-126)

晨晚會也事會討論今天所發生的一些事情，你要怎麼去改善環境或提議...大家會去討論要怎麼幫助他啦，去討論到底事發生什麼事情，問題的一些解決方式。(B-028)(B-029)

有人提出來值日生的食材，被未經同意使用，因為值日生會買蛋，我們宵夜都會泡麵，那泡麵裡面加顆蛋，每個人一顆當周食材就不夠用了...就在會議上老師後來規定如果說沒有組長同意拿食材的話就必須接受處罰。(D-075)

醫療管理人員亦會在晨會中宣布當天的社區內該注意的行政事項，例如:當日工作事項、驗尿名單等。特別的是，醫療管理人員鼓勵居民在晨/晚間會議中提出、澄清自己與其他居民間的衝突，或是在社區中的生活省思、自己在社區內做了什麼不好的事，想跟大家道歉等自我內心想法的分享。RJ會議就是希望參與者能在過程中自由表達、相互理解、道歉等來進行修復。

那我們也有晨會跟晚會，到最後我也是在會議上跟大家說，我當幹部壓力也很大~幹部這個職務可能比較不適合。(B-018)

像是居民間要是有的衝突一定會提出的，老師也會問對這件事有什麼看法...主要是培養我們學習面對事情與承擔責任。(C-056)

關於團體的事情，這有辦法去再晨晚會說出來~衣架不要隨便拿別人的...如果有人說出來之後，你自己就要有辦法去承認自己的錯誤，所以晨會也會讓大家去討論這個問題。(C-059)

重點是敢表達出來，讓我們有信心...要開始學會盡量的去表達自己...好像是要讓我有信心啦，因為以前在很多人的場合我不敢說話阿，那現在我敢說了...嘗試著去表達內心的想法。(D-056)

假如社區內有居民間有衝突事件或犯錯，醫療管理人員會在晨/晚間會中，告知所有的居民事件的來龍去脈、當事人當如何為自己過錯負責等事件的處理方式，並會鼓勵當事人在會議上親自跟大家說明與澄清，當然如果有居民在社區內良好的表現或認知、行為有好的改善時，亦會在會議中告知大家。

在開會中，老師會讓居民在大家面前講出自己做了什麼事情，然後講完後再宣布他的懲處...老師會跟大家說事情的始末是什麼，處理的過程、結果、懲罰是什麼，再教育大家，老師會在晨會或晚會中說清楚，讓全體居民知道發生了什麼問題...處理完都會有一個答案，老師都會講出來。(A-118)(A-120)

大概是他們要宣布甚麼事情，或者是你要提出想做甚麼...都可以提出來...他們會在晨晚會發布，包括每個月的進退階、今天有誰犯錯、今天有誰做得不錯，如果自己去打掃庭院或是弄東西，都會在會上接受別人的鼓勵跟表揚。(C-089)

晨/晚間會議就如同 RJ 會議般將衝突轉換成合作，讓所有利益相關人聚在一起以處理衝突後果及其未來意涵來評估，讓利益相關人各自說明受到事件的如何影響，並鼓勵加害者能面對自己該負的責任，最後讓其他區民也能夠參與修復的過程，以讓社區能夠重新接納加害者與受害者。

晨會目的是要激勵士氣，處理這些負面的心理狀態，並鼓勵個人以正向的態度參與社區每天的活動，所以在晨間會議結束前，每位居民要說一句鼓勵自己或社區的話，鼓舞當日社區的士氣，也教導居民有計畫的開始一天的工作，學習正常生活的經驗。

晚間會議主要目的是檢討與反省一天的生活，回饋居民正向與負向的行為，所以在晚間會議結束前會請一到兩位居民來分享一天的心得感想，並就遇到困難的社區事務或工作進行協調。回饋內容從寢室內務、清掃區域、三餐準備、人際互動等到特殊的利他行為，如反毒宣導、參與義工活動等，表現佳者，給予讚美與肯定；相對地若表現不佳，必須能接收全體居民的提醒與建議。特別的目的是鼓勵居民以正向的態度接受每天的活動，以正向積極的方式改變負面社會形象，讓社區就像一個家庭。

(二)會心團體（大型團體）

會心團體主要的目的是透他人的面質去檢視自己的想法、行為與態度，並感受當下被批評的情緒感受與思維。成員被鼓勵表達，學習冒著風險得到對自身的洞察，並驅使改變。現行某治療性社區每週都有一堂會心團體課程，每週由居民輪流擔任「明星」，居民在團體前先寫出「明星」的優缺點，以匿名的方式由醫療管理人員統整，在團體中討論「明星」的態度與行為。

對於當週的明星來說，面對他人對自己的質疑與自我察覺，是個人改變的第一步。他可以從其他居民對是以缺點的眼光或提醒中，幫助自己看清自己的問題與行為偏差所在，強迫自己去面對與改變。相反的，居民對明星說其優點的同時，亦即對其個人的人格給予肯定與支持。

我情緒相當的~難以控制~起伏較不定，但是還是在學習當中，所以人家寫出來的，我都會常常注意...剛好就是那時候的我~到那個階段有一些問題，跟社區~適應的問題跟衝突，這就代表說以前我看不到自己的問題，可是別人在外面有看到~是自己有很多問題而已，都是你自以為說沒有問題阿。(A-179) (A-188)

所以我們需要從別人告訴您或在別人身上才能看見自己的問題，面對自己的問題，...你到後面人家說你壞的~你要記在心裡面，並去改變這個壞的習慣，好的~我們要怎麼去保持它...因為課程會碰到你內心的問題，剛開始我也是不習慣，慢慢的藉由每一次的上課~我才能打開心胸接受別人說我的缺點，這個對我是有幫助的，幫助我檢視自己的優缺點 (B-009)

我自己本身知道我還有很多點須要去改進，好朋友~一定會寫上去~那我就會再去改變這樣子。(C-021)

因為自己看不到自己的優缺點，有些有自信的人或許知道自己的優點在哪，但是從來不知道自己的缺點在哪?然後藉由別人去看你的缺點，在那個課程會承受一定的壓力，要去承受別人怎麼去講你的缺點，也是有優點啦，但是那些優點都不是重點，重點是別人講你缺點時你要怎麼去承受、接受。(D-096)

對於在團體中對明星提出優缺點的其他居民來說，從他人的行為與態度上來察覺自我是否也有相同的優缺點，則是個人改變的第一步。我們常常需要透過他人的坦承經驗或在分析他人的行為與態度經驗中，才能來察覺自我的問題所在。

這個會心團體也是對我很有幫助，而且雖然你在裡面可能沒有辦法常常去做這個明星，但是你可以在別人的待改進部份~看到，今天雖然主角不是你，但是有人將明星待改進寫到黑板上，從別人看明星身上的缺點，你也有辦法可以看到你自己的部分。(C-021)

其實別人看的最清楚啦，在看別人當明星，寫那些缺點時，也會想想自己有沒有。(D-099)

其原因在我的參與觀察中，可能是在上述的團體過程中，居民會經歷 RJ 會議才強調的認同、同情與同理等情感的交流，而使其有認知與價值觀的改變。

1. 認同

基於相同的生活與施用毒品的經驗，居民能夠明白其他人的困難與痛苦的一種表示，居民間彼此談論，因學到相同的經驗認同，可以用來抹去知覺到的居民間差異、消除歧視，或是在他們的修復過程，也經由有具修復性價值的角色扮演學習，協助促進自我揭露、態度改變。

2. 同情

對於有相同生活與施用毒品經驗的其他居民，當他們的開始改變自己、承擔責任與表達出抱歉的情感時，能夠表達認同、共鳴或是惋惜別人的痛苦與哀傷。

3. 同理

一種代理的情感，瞭解其他居民的困難或痛苦。用來促進信任的建立與鼓勵行為與態度改變。同理不需要認同與擁有相同的生活經驗。只是基於共同生活中的痛苦，如失落、失望、絕望的一種瞭解的表達。

4. 肯定

由言語或動作來給予明星支持、認可、鼓勵、肯定、承認個體，正在努力學習與改變。當團體表達肯定，對那些已做改變或是努力要改變的人有很大的幫助，亦是重要的精神支柱。

(三)個別心理諮商（情感性溝通）

除了運用多元的團體/活動治療外，在個別部份採用個案管理制度，居民進入計畫後，團隊即會討論個案整體狀態，並依照其特殊問題，安排適合的治療管理人員來擔任其個案管理師，以「個案管理模式」開始介入，是個案從治療到復原及賦歸的主要關係人。在團體中許多個案較難表達自我深層的感受及想法，因此透過安排個管師的方式，透過每週至少一次固定的會談，建立信任的治療性關係，進而能檢視戒毒的動機與觀念及處理個別化的議題，更能在離開計畫後做有效的追蹤與輔導。

他們都是觀察者阿，然後我們有問題的時候，他們會從旁提醒及再深入的了解我們的問題~深入的幫忙，再跟我們說你最近的問題是怎樣阿，他們就是輔導觀察的角色。(A-195)

當你遇到問題或心情不好時這是很好的抒發管道...如果可以這是一個很好的問題解決、抒發情緒的管道，他們是先傾聽然後幫我們分析問題，帶我們看見自己問題的核心，一層層的幫助我們面對自己內心的問題，但我也是到後面才會跟個管師~說出我心裡面很痛苦的事情，我也是慢慢一點一點跟我個管師建立信任。(B-013)

其實我覺得我是將他當成朋友...他也跟我說很多點~像是要如何去切割我跟以前山莊內朋友之間的關係，這很重要，他跟我強調很多次，我才在想是要做這些動作了。(C-032)

個別會談就好像我的抒發者，因為有些事情~我不見得會跟居民講，但是我可以跟我的個管師談，我的想法對不對或是我有什麼疑問我就去找個管老師，他好像是我的導師這樣子或是我心情不好抒發的對象這樣，這對我們有幫助。(D-054)

由於個別心理諮商是一對一的方式進行，剛開始居民會需要花一些時間來與其個管師建立信任，但這樣非正式情感的溝通過程可以讓

居民更放心的對自己內在各種經驗坦白，個管師也因此可以更了解該居民，以及幫助他面對責任與修復各種內在的衝突、矛盾。

由上述對晨/晚間會議、會心團體與個別心理諮商的說明，可以了解到修復式正義不只是單單的局限於是會議、理論模型而已，除了是一種修復損害的過程，更應該是一種生活哲學、思考模式，甚至是文化價值，引領我們處理各種人與人之間的互動行為，並落實於生活之中。

我的觀察中亦發現當治療性社區裡有違規事件發生時，醫療管理人員常使用在正式修復式正義的會議中問加害者的問題來問居民，「發生了什麼事，促使你有這樣的行為？」「你在作違規行為時，在想什麼？」「你覺得自己的違規行為影響到了誰？」「違規行為對自己他人或社區造成什麼樣的影響？」如果事件中有被害者的話，一定會提供很多機會讓受害者向加害者與社區中其他居民說明自己受傷的感覺，並且先讓加害者向受害者與社區其他居民說明自己行為的原因、對受害者說明受傷後的看法、如何承諾社區不再犯等，才會討論要對加害者做什麼懲罰，並會上公開會議上說明加害者的懲罰、彌補過錯的方式與其意義。相較只單單責備、懲罰加害者，每一次受到事件影響的加害者、受害者與社區間的情感交流都為彼此修復創傷累積更多的正向能量（賦能）。



二、毒品成癮者的修復—加害者、受害者與促進者的三位一體

澳洲的犯罪學大師 John Braithwaite 曾說：「修復式正義視犯罪為好人做了壞事」。他更說：「人不犯罪並不是因為懲罰很嚴厲，而是因為瞭解到犯罪是不被社會所接受的。」犯罪會導致羞恥感，但傳統的方式對於犯罪人會產生烙印式的羞恥感、讓犯罪人更無法被社會接受，並且加害者與受害者的羞恥感並沒有因為犯罪處理完畢而得到緩解。反觀修復式正義即強調對利害關係人本身價值的 support、澄清事件的責任、協助受害者與加害者處理羞恥感，讓雙方均能卸下羞恥、著眼未來，唯有給予修復才能真正的提升受害者、加害者的地位，重新被社會所接受。

一般的傷害行為或犯罪行為都會有清楚的加害者與受害者，且在 RJ 會議上會有公正的第三方促進者來幫助事件的利害關係人雙方進行傷害的修復。然而，單純的毒品施用行為一般是認為無受害者犯罪，意謂著施用毒品的加害者與生理、心理、社會受毒品傷害的受害者是同一人。因此，毒品成癮者本身同時有著加害者與受害者的經驗，在對於這樣特別的現象的修復上，我們可以嘗試著藉由上述的各種結構性或非結構性的治療活動來激發毒品成癮者內在的促進者來促進其內在的加害者與受害者進行修復（圖 4-3-3）。意謂運用各種有修復意義的治療活動，來促使毒品成癮者對本身加害者與受害者經驗的意識（insight），並激發其內在的良好的羞恥感（shame）與自尊心（pride），來扮演自己的促進者以面對自己施用毒品所造成的損害，並承諾修復損害且中止施用毒品。

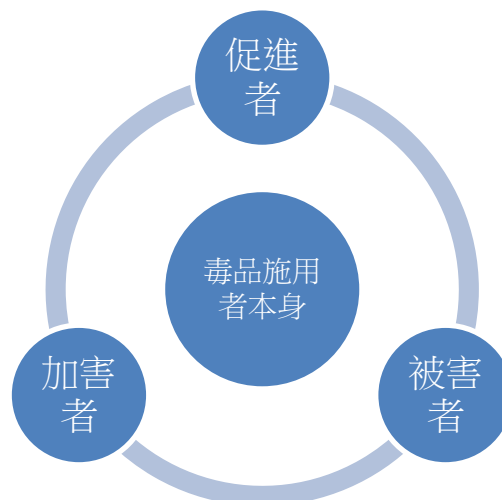


圖4-3-3 毒品成癮者自我修復 三位一體

而治療性社區就是在提供一個修復的平台，支持著居民說出並面對過去發生的事件、認知自己對所造成的傷害，本章第一節所談論受訪者們自己在毒品次等世界中所感受到在地獄與天堂輪迴的痛苦經驗，即是他們以被害者的角色說出毒品如何對自己的造成多痛苦的傷害及讓其絕望。居民在訪談中會以被害者、加害者與促進者的角度來承認、說明自己施用毒品後如何傷害自己與家人、如何感到抱歉與如何修復自己所造成的傷害等修復性的對話，也可以讓本研究感受到居民以不同的角色來表達他們的需要，讓他們能參與復修自我的過程，並且藉由本身意識其內在加害者、被害者與促進者的真實情感，來讓各方達成如何解決衝突事件的共識，修補因衝突事件而受傷害的關係與提供必要的協助。

(一)以被害者的角度

在刑事司法系統中，被害者容易被忽略，也不被鼓勵參與案件的處理。不僅被害者遭受精神和財物、身體上的損失，他也無法參與自己「案件」，往往他只是證據的一部分，但被害者其實是需要被公平對待與表達心聲的，也藉由表達出自己的心聲與所受到的傷害，才能讓加害者知道該如何補償被害者。

1. 施用毒品對身體與金錢的傷害

是很嚴重再修復阿~一直一直再修復阿，毒品對我的傷害很嚴重，在跑步的時候還是會覺得差很多...金錢也是會很嚴重阿，以前花那麼多，到現在沒有錢花了阿。(A-159)(A-160)

吃藥有~身體、金錢、家庭，身體是傷害最大的，心臟的一些感染，那時候可能去摻雜到不純的東西，你就會感染到你的心臟阿，其實也會造成你身體上很多器官的病變。(B-057)
--

你腦部的傷害至少也要半年以上才有辦法慢慢的恢復。(C-023)

一定沒有金錢觀念，有吃藥的人剛開始可能還有些錢，但吃到後面一定都是四處借錢，因為之後藥吃了就沒辦法工作。(D-102)

(二)以加害者的角度

加害者在犯罪（或衝突）事件中，事實上也經歷了許多傷害，尤其是毒品成癮者，但一般人們往往不願意承認。因為，害怕如此一來，加害者為自己找到了脫罪的藉口。但承認加害者對自我造成傷害，也是促使加害者能面對自己、能自我負責的中要步驟。只要加害者承認自己也受害，則他不就要面對自己了嗎？他其實也可以用同情、憫恕的態度面對受害者，而不是只有討論他人受害，自己反而被忽略，這樣反而易生憎恨。同時，他也可以逐漸理解受害者的受害經驗：用他們自己的受害經驗去同理受害者的經驗。假使加害者的傷害被忽略，則他會認為：因為沒有人關心我和我的傷害，我又為何要關心他人呢？

1. 承認施用毒品造成的傷害

我也常將我跟媽媽的事說給來參訪的人或學生聽，我不會怕別人去說我怎麼這麼不孝或怎樣，我覺得說出來讓人家知道也代表我自己真的有改變，因我覺得我說出來代表我懺悔跟道歉。(C-017)

其實吸毒的人都是吸到沒有辦法了才會想要改，家庭被我說匪類（敗家）了十幾年了，身心俱疲，我自己也對不起我太太或是什麼，我也有那個心要改變，第一次的想法是這樣才進來的。(D-008)

2. 道歉

其實我們吸毒的人在外面根本不會想到這個問題，我在這堂課中常常會去想這十年的吸毒的生活是怎樣，傷害自己、傷害家人...我會覺得父母是很辛苦的在養育我們，我們吸毒就是傷害到他們、傷害到自己。(B-015)

我就會去回想我以前是怎麼對待父母的，讓我的父母傷心，我當下的內心就會好像在流眼淚這樣，也有我的小孩也已經二十幾歲了，我的小孩也是會跟我頂嘴，頂嘴而已，但是我是做這種事情來傷害我的爸爸媽媽，角色互換一下，我傷害父母很深，我兒子只是頂嘴一下我就很傷心你看，當下就會覺得很難過。(D-057)

3. 自己要如何修復過去所造成的傷害

要能察覺到自己現在不舒服了阿~你現在講話對我不客氣了阿~那我要怎麼解決心裡的不舒服，不要悶在心裡，如何跟家裡關係不好的時候，回去家裡給我罵的時候，我要怎麼去處理自己情緒的問題，是用另一個方法來處理阿，不是像我們以前用毒品來處理阿，那這個就是要在裡面一直訓練、一直訓練、一直訓練阿...學習了解自己啦，其實還不是很了解自己的優缺點在哪裡，但是要盡量去學習而已，不要讓自己再去觸摸到~不適合自己的事情。(A-069)

(A-152)

現在回歸社會上，也有孩子了，那我們要怎麼樣從自己本身做起才能教導孩子從孝道的方面~好好盡孝就對了，像以前我都沒會打電話回去家裡跟爸爸問候，現在都會主動關心家人~就像他們關心我一樣。(B-015)

放假回去就是去找以前的朋友，第一次去找沒有說毒品的事情~發生，但是一次又一次~第五次就已經發生了...我在這一年多的中間，我自己會在心裡做預言，還是說練習...因為我心裡都會去做一個練習，但是真的遇到這種情境已經很少了，我不會讓這種會發生，我一直會避免...在山莊最主要是有時間讓我將心靜下來，讓頓悟或是我要找的答案就會進進浮現出來，甚至說~在這裡的時候我知道~什麼是我愛的，我會去找嘛，或是知道什麼是對我有幫助的，我才去做阿，重建以前失去的信心...學習接觸不一樣的人，老師也會叫我們帶參訪，介紹住的地方或是讓別人知道有這個地方，我們也會去地方法院去跟他們分享介紹這裡。(C-024)(C-030)

自我覺察，我要意識到假如我的生活再不規律了，我最後還是會走向毒品的生活，所以我現在的生活就是上班下班，回來就是陪家人這樣子，避免不必要的生活又發生在我身上，因為每件事情都是環環相扣的，如果你說到生活方面，比如說...當一個戒毒者看到毒品的時，那種強烈欲望是沒辦法馬上離開~會拉扯，所以說自我覺察很重要。(D-040)

4. 自己已有所改變與自我察覺

我覺得從內心改變、發掘自我、自覺、自察...真的要從內心去改過...那我呢?這種人生，因為我吃藥怎樣，那我要怎麼戒就是要從心開始戒起...好像冥冥之中讓我有一種覺察~剛好符合我控制毒癮的方法。(D-039)(D-045)

(三)促進者的角度

促進者要瞭解並正視被害者的需求與感覺，並能明白被害者所遭受的損失傷害，以及被害者有權要求賠償。對於加害者亦須傾聽與晤談，以瞭解其犯罪之原因，以及再犯之影響因素，以協助加害者承擔責任與中止犯罪。

1. 促進內在的加害者了解毒品對自己造成的傷害

你去參加一個訓練你就辦法去了解裡面這種人間的痛苦，因為我覺得什麼~會去吃藥的人，真的來說我們不會去愛惜自己，針拿到身上就隨便打了，所以當你去看到那些人的時候，你有沒有辦法感覺心裡上的一些痛苦，酒駕被撞~躺在那裏~你會去想他今天有辦法醒來嗎?為什麼他會那麼不愛惜自己的生命~你將一些東西一直注射到身體裡面，那是對自己身體造成多大的傷害~腦部就好~身體不要講~之後一定會有一邊病變跑出來。(C-055)

2. 促進內在的加害者如何面學習感改變自己的偏差價值觀

其實在這邊茄荖山莊裡的社會跟外面的社會差不了多少，這裡是一個外面社會的小縮影阿，外面的小事可能在這裡是大事阿，外面的大事可能在這裡就變成小事阿，所以你要如何去~察覺，去~處理阿，這個就是會去刺激我們的一些情緒反應、人際關係，跟一些~人性的處理或面對，阿~如果你處理不好或是沒有用好，你會產生很大的反彈或什麼，阿~如果在外面的話，你可能就會去找一些緩解~你情緒上不舒服或是很多的問題，去找一些替代的方式來。(A-066)

沒有什麼方法，我就是一遍又一遍的提醒自己阿...不可以去想明天明天明天，你永遠都沒辦法戒，你要戒一個東西你一定要下定決心，你才一定有辦法戒掉，我在想要戒東西，要一遍又一遍~像一種練習一樣，每次放假就是讓我們練習為回歸社會做準備嘛，因為你出去後會遇到得問題其實一定很多阿，像一開始放假可能只有4個小時，等你進階就會越來越多，就是要讓你做一個練習，當你在外面遇到問題的時候，要怎麼去解決這個問題~這樣，練習也很重要。(C-008)

就是你想要改變，我就會把所聽到的~晚上都會再回想，聽到老師上課在說自我覺察，何為自我覺察?我就是在那邊想，在那邊想自

覺察很多種，我們的壞習慣、情緒，再來就是要自我反省...也是要多上很多次才能體悟到...偶而你吸收一兩句，當下你用的到的話，你就會拿出來用了，所以這個課是一直反覆的上，我是剛好有聽到一些重點，那剛好有用上的時候我就拿出來用。(D-037)(D-042)

本研究是以句子的主詞是「我」或「你」來區分居民是以內在「加害者」或「促進者」的角度來說出上述的話，因居民的話中都帶有些面對自己所造成傷害的想法與如何修復自己曾造成的損害。所以，當居民以「我」為主詞時，為第一人稱的加害者來說明；以「你」為主詞時，居民則為促進者來對第二人稱的「你」來說明。

上述是本研究要說明在治療性社區內居民的內在是可以存在加害者、受害者與促進者三個角色，並可以這三個不同角色的角度說出修復性的語言，如同 RJ 會議般的相互修復，這樣的具有修復性與正面性的對話，不只是在本研究的訪談中出現，本研究在研究觀察時，具有正向與修復性價值的情感交流，更是常發生於正式的會議、團體的治療活動、醫療管理人員與幹部間的談話，甚至是單純從居民間談話中，都可以感受到。因此，居民透過各種修復性的情感交流就會產生集體羞恥與集體責任的認知，使內在加害者的偏差自我（或認同）會獲得解放，遠離了令其感到羞恥的行為，並開始負起責任、整合為完整的一個人。

我們自己想~自己講~它有一個正向思考~行為。(A-203)

藉由彼此的分享嘛，你說~著手改造自己，你看一看就會想~我是要怎樣著手改造自己，你是要怎麼去做這個改變，我今天要在想法上做改變...那你到底是沒有去做改變，像我在上課的時候也都是會去分享以前的事情，還是說我媽媽的想法...在想法上做改變~就對我很有幫助。(C-026)

藉由分享來瞭解我的想法...我在這裡我都跟別人說我是一個海綿，會一直吸收...從瞭解自己開始，先想自己...有人喜歡去想別人，那你去想別人幹嘛呢？你怎麼不去想自己本身有多大的問題，你自己本身才是一個很大的問題...像我~要是我們之間有一旦事情發生，我自己也會去最一反省，這也是一個改變嘛，不然以前在外面的時候你不用跟我說那麼多，也有可能是年齡的增長還是怎樣，你的想法都會變得不同。(C-033)

你要怎麼去舒發或調適，你自己本身也是很重要的，這個可也都是團體的分享，藉由團體的分享你就有方法去瞭解，我覺得很重要，什麼老師來教~一句話就好了，不用說一堂課，也時後一句話~你會去想一句話，會去點醒你。(C-037)

治療性社區是特別的環境，裡頭的管理人員是專業的醫療人員，居民更全是毒品成癮者，因此，在治療性社區內完全不存在對毒品成癮者的任何歧視，更不會有社會排除的現象。每個人都是施用毒品的加害者與受害者，也都同時有著施用毒品加害與被害的經驗，所以，當居民說出自己曾經承受到毒品如何的傷害時，他就是受害者；當居民承認自己施用品對自己造或他人造成傷害、對於過去的過錯想要道歉、期許自己未來能夠控制毒癮等時，他就是加害者，而此時的其他居民就可能隨著本身的主觀感受，可以是受害者或加害者的聽眾。意謂治療性社區的環境本身就是一個修復性與治療性的環境，可以讓居民在裡面隨時轉換加害者或受害者的角色來進行傷害的修復。

促進者的角色就是要促進加害者與受害者積極進行修復性的對話或過程，居民在治療性社區內的各種治療活動中或與其他居民的談話中，會啟發自己意識本身的加害經驗與好的羞恥感，來促使自己扮演促進者來對內在的加害者與受害者進行相互理解與修復，更重要的是激發身為加害者的自己改變，並願意開始從被動的控制毒癮轉變成主動的控制毒癮。這也就是本研究認為毒品成癮者的內在進行三位一體修復時，最重要的修復與改變。

十二法則是種心理力量的成長，無毒最美是一種方法，我自己是覺得無毒最美跟十二法則是相互配合的，因為十二法則，第一則~你要想法上做改變~那你為什麼要改變?你心裡的想法為什麼要改變?當你遇到沒有辦法改變、沒有辦法避免的時候、沒有辦法控制它的時候，阿~我們一直循環~我們就要改變。(A-185)

我會覺得好像找到真正的自己，你會去發掘什麼是自己想要的，我之前在吃藥的時候，吃到最後我都有個想法，為什麼我的日子還要過得這麼辛苦，我想要過正常人的生活，我不想再去吃藥的原因就是我不想再去過之前的日子了，我每天也都是很開心，早上工作~晚上回來休息，又工作又休息，我覺得說這才是我想要過的生活，我不要再過之前的那種生活了。(C-069)

那我感覺說真的有很多事情都要去嘗試、自己給自己喊話，自己給自己信心，告訴自己一定做得到...很多事只要你願意做，嘗試下去做。(C-007)

你要去想今天來到這裡是要做什麼的，那才是個重點，你不想改變住五年也還是一樣，沒有用阿，想改變~有人住了一年~整個人就變得不同，因為他在這裡自己已經找到改變的動機、答案。(C-020)

因為我是覺得說~要是我沒有做改變~繼續忤逆我的父母，我的兒子應該可能也會這樣做，我本身就沒做好了~我是要怎麼去管教我的小孩...很多課程都有~就是綜合起來，孝道或什麼，綜合起來就是讓我一定要改變，不能說忤逆我父母會有現世報這樣，一定就是要改變...開始有所體悟跟改變，才會開始意識到自己這樣，要去改善。(D-028)(D-058)(D-059)

三、同儕互助

治療性社區的居民是由同樣都有毒品成癮問題的施用者所組成，所有居民都屬同儕，而在山莊的治療中「同儕」是改變的最重要媒介，社區是一個互助自助，自助復原的地方，復原的力量是來自於社區居民他本身，醫療管理人員或許有很大的專業力量，但他們的力量更大。同是毒品成癮者的居民聚在一起，不會有如一般社會對毒品成癮者的歧視與標籤，更不會因此將其排除在社區之外。反而同儕間正向的相互影響，反而讓同儕們向正確的修復過程前進、遵守常規與建立正向的價值觀，並相互學習如何有效的在社會健康的生活。

現在新進居民多，會更警惕自己，他們現在還在學習的階段，如果我們做不好~他們馬上就會說~你自己也沒有做好喔，有時候好好跟他們講事情，他們態度不好，也是會生氣阿，但是你怎麼還是要保持一個態度，耐心的教導他們，也是在互相學習。(A-248)

其實在那邊老師事情很多，要忙自己的事，無法一一去做處理，那我們在山莊會有同儕、做事的壓力...其實有時候還是會有，覺得不公平的地方，因為老師不是跟我們24小時生活在一起，居民才是，所以居民間時常會相互鼓勵、支持。(B-070)

治療性社區創設「生活輔導員制度」，因為剛入住的居民會有戒斷症狀的不適、生活作息的調整、人際與環境的適應等問題，導致居民很容易終止治療離開山莊。因此，安排成熟的幹部成為新進居民的生活輔導員，給予情緒、態度、生活上的協助，落實同儕互助的治療理念。

我也希望大家可以將我的經驗分享下去給大家聽，也不希望他們因為一點小小的事情，而造成在這邊學習戒毒時產生挫折或障礙，因為我覺得那些事情是不值得的，所以(我)有什麼事~我都會盡量去提醒他們，叫他們要跟我分享，如果我知道要怎麼處理的話~我會去教導他們...我也不會去害他們，但是如果說出事情或偏差什麼的~當然我還是會去跟他們講一下阿，我也希望他們在這條戒毒的路上可以不要發生一些不必要的障礙、挫折。(A-088)

山莊因為是團體生活的地方...我們幹部的角色就是在旁邊輔導，然後知道是什麼事情這樣子，因為這些事情在山莊一直再重複，我常跟居民說~現在的事情你要記起來，以後新的居民進來~他們也是一樣的，他們要當一個過程，現在怎麼處理都要記起來，以後我們要怎麼幫助別人，有時候很多居民包括我會對這裡有一個觀感~過不去，這個觀感過不去就需要別人幫忙。(A-149)

我希望他們跟我是一樣的人，我能成功他們也是能成功，只是說他們要用什麼

樣的方式幫助自己成功，其實山莊已經有很多成功控制毒癮的人，他們可以去複製這些經驗，去想他們會什麼能做到這樣子。(B-008)

輔導不敢說~但是我會分享~跟我在一起我比較會分享我的一些事情，還是說你現在拋出問題來，我會跟你說對這件事的看法，我會說比較正面的，我不會帶給你一些負面的東西，因為我知道我曾經也有你這種想法，但是我要怎麼去面對，當我想要離開的念頭出現的時候，你要去想說~等到你真的離開這裡的時候，你的想法又會是怎樣，你為什麼要一直急著離開?為什麼不給自己那些機會，再去沉澱、再去想一下。(C-067)

經由同儕傳遞山莊的治療修復文化，也有助於促進新進居民正常社會化與心理認知的改變。而社區本身就是一個互助修復的環境，因此，不只是生活輔導員或幹部，只要是山莊的居民在幫助其他居民的過程中，就能體會到「能夠幫助別人戒毒，自己才能得到復原」的意義，經過對社區內其他居民負責任的照顧、關心與支持的過程，居民本身將得到利他效益的回饋與更堅定的戒毒信念灌注，達到正向提升、互助共生的社區文化。

你不要看山莊這樣子~每天其實都有很多事情在變化，每天也都很多人在成長阿、再跌下來阿~都會阿，其實山莊就是一個團體，所以大家都一起成長，一起解決事情...在山莊是可以互相學習、互相提醒的方式，如果今天你做錯了什麼，像早上爬不起床，老師、居民間就會來提醒~問你，為什麼爬不起床，是不是有什麼事讓你晚睡還是什麼的，監所不一樣，你爬不起床就把你記分數就好了。(A-125)(A-251)

我們居民間甚至還要互相扮演彼此的爸爸媽媽，要怎麼樣知道對方的問題所在~每個人都在去幫助他阿，角色的扮演讓我們去瞭解。(B-049)

在山莊的時候，也給了我很多的機會讓我去分享自己的故事給人瞭解，漸漸的我的表達方式才有所進步，我才有辦法去表達我內心的一些事情給人聽，我覺得這也是對我很有幫助的。(C-017)

只要他們肯問，怕他們不問而已，他們肯問的話我一定教，我不會去吹捧功夫甚麼的，只要他們肯學我就會慢慢的教，所以廚藝團體讓我蠻多發揮的地方，我有得到成就感的。(D-130)

在研究者的觀察中，因為社區修復性治療文化的關係，儘管內心有抗拒並有相反的看法或感受，他們思考與行為表現必須是應該的行為，而不是過去的行為。而因同儕間的相互學習模仿與影響，每天居民都會被期待做出符合社區的作為，並持續維持正向態度與價值觀。同儕間的相互學習模仿與影響是促進居民自我改變的重要影響因素之一，並顯示出社區中相互自助過程中最重要的互惠的概念，在幫助他人的表現上居民本身不只影響其他的居民，而也增強了自我學習。如果將別人往負向思維推，也使自己停留在負向思維的過程中，反觀，將別人往正向

思維拉，也提醒自己要自我改變，更使自己再激發控制毒癮動機與再證實自己在社區內治療修復成果的經驗。向別人展示自己的修復後的成果，也是自己再練習，因此，居民從練習教別人中，也在學習他們所練習的。

四、「支持」的實踐—從原諒、容忍犯錯開始

毒品成癮者會一直在地獄與天堂間輪迴，不斷的施用毒品、不斷的犯罪，以社會結構的角度來說，社會大眾也應負起一定的責任。社會不了解毒品成癮者本身施用毒品後，會非意志性的在地獄與天堂受苦，很難回到人間。社會往往將施用者控制不了毒癮的責任，全部的歸咎於他們不努力控制，或是用不正確的方法來治療、控制毒癮，結果可想而知，必定失敗。再不斷的失敗後，社會就會開始對毒品成癮者歧視與不信任，讓其根本無法有好的機會找到好的工作或重新回到社會上過正常的生活，社會也漸漸忘了毒品成癮者也是「人」，忘了身為人應該有犯錯的權利與從錯誤中學習的機會，最後社會選擇將所有的毒品成癮者推進早已超收監獄或排除至次等的社會世界中，讓他們只能在這兩的地方不斷的輪迴，受困在真正的地獄中。

而研究者的觀察與訪談中發現治療性社區很像學校、家庭，也算一個小型的社會，但是裡面的醫療管理人員卻相信毒品成癮者有改過遷善的本質，當居民犯錯或是有偏差的行為出現時，不會因為是毒品成癮者而歧視或先否定其人格，反而是給予支持與信任來鼓勵居民來面對當下所遇到的困難或問題，因此，把負面的事件變成為有正面意義的事件，即建立居民對社區的同理心，以便能降低社區的負面事件。

因為如果我沒有一個精神性的尋求智慧~我沒有辦法一直在這山莊這樣住下去阿。(A-186)

因為可以說我在山莊住這裡的時候都一直受到山莊的保護，我們說比較現實的一句~我們在外面錯了一些事情或犯了一些過錯，來到這個地方就會受到這裡的保護。(C-005)

試過的方法~我覺得這邊，山莊讓你進來，從旁邊輔導你，你想要改變自己就會去改變，你想要的生活是什麼~你自己就去追求，自己去努力這樣，對我來講這邊最有效。(D-053)

更重要的是容許犯錯，容許表現情感，各方面都可以，但是不可以動手打架，這是最後一線，只要動手社區就會請該居民離開，可是居民可以摔桌子、椅子，甚至挑戰醫療管理人員，治療性社區會容許這些行為，也期待居民有這些行為，因為，有這些偏差行為，社區才會知道你的根本的問題在哪裡？因此，當居民犯錯時，醫療管理人員會先與當事居民進行會談，了解事情的來龍去脈，過程中會去挑戰該居民的偏差價值觀，鼓勵其去思考自己的價值觀與行為哪裡有問題，並給予引導。可見對於修復式正義來說，支持與包容的意義，即是為了要激發加害者內在好的羞恥感與好的自尊，以幫助他面對過去的問題與承擔未來不再犯的責任。

這個控制毒癮方是我覺得還挺有效的，真的有效，...在山莊裡面的老師是因為真的太有耐心了，太強了，容許你犯錯沒關係，我給你機會改，生活的細節種種，給你退階沒有給你離莊，或檢討你為什麼停在這個階級沒辦法升上去，代表自己要知道改進的地方在哪裡，自己要去摸索，老師會指引一條路給你自己去摸索，我覺得他們是一個很好的導引，也不會直接跟你說你錯在哪裡，畢竟跟一個戒毒者這樣說，情緒可能會爆炸，覺得自己沒錯，因為頭腦都還沒恢復，所以給你一條路，讓你好好思考，想不出來再慢慢指點你，不會說一次你這樣就不對。(C-095)

居民在社區的每一個犯錯或是偏差的行為發生時，就如同他現階段在社區內接受治療後的成果考驗，對於醫療管理人員或居民本身都是很好的機會，來驗收居民在面對處理自己的內在問題或矛盾時，是否有改變？從最簡單的從誠實開始到自我反省，再到困難的從自我偏差認知改變到發展出主動控制內在毒癮的動機，每一步都不容易更需要不斷的嘗試，這也是為什麼治療性社區是個長久的治療修復計畫。

預防復發、心理戒停、生活平衡阿~那這些對我們都蠻重要的，其實以前在聽會覺得說，第一次聽完~會覺得有學就有記起來了嗎？可是我出去又失敗~然後~回來又再聽，又是不一樣的感覺，我上蠻多次了啦，其實那就是一個道理阿，一個循環阿。(A-180)

這跟被關在監獄有很大的不一樣，被關就只是要壓抑，一關進來什麼都不想腦袋空空，上面一個指令就照做就好，社區內的居民所面臨到最大的挑戰就是每

天都要想事情，要嘗試覺察自己，每天都要思考自己寫日記，一開始都很不適應，但久了慢慢的就會習慣與改變。

差很多，在監獄的時候，我也不知道毒品對我有什麼影響，只知道是對身體不好，不會了解到自己的問題真正出在哪裡，因為你在裡面犯錯，他們處罰你也不會告訴你說...你只要做錯什麼就是處罰而已，處罰完就沒事了這樣，可是來到山莊~山莊是可以接受錯誤的地方，但是希望我們在錯誤中學習面對自己的問題。(A-147)

因為上述的支持與信任，久而久之，居民也會開始對醫療管理人員、資深幹部產生信任，這對一個曾經在地獄受盡折磨的毒品成癮者來說特別不容易。

給我們更多機會學習成長，我有一件對山莊很肯定的事是說像莊主或我的個管師說過，好比我現在在跟你說話，你有產生很多的懷疑嘛，他們不會去否認我說的話，好比說認為我說的是謊話，像我現在跟個管師說過~他們給我的答案就是這個，所以我非常肯定這裡的老師。(C-018)

甚至在離開社區回到社會上後，居民都還是願意與社區保持聯絡，維持良好的關係，建立起良好的非正式社會控制，幫助居民繼續控制內在毒癮，而中止施用毒品。

因為我在外面他們都有在追蹤、再連絡嘛，其實我在外面做什麼~我都會先讓山莊知道我在做什麼，其實他們支撐著我很多東西，其實他們都是我的後盾，我要做什麼事情或是遇到什麼困難~我都可以馬上回來到這邊跟他們諮詢，山莊是我很好的後盾就是這樣子，一直跟山莊有很好的互動，讓我維持很好。(B-006)

我現在假如遇到一些困難或是想法上的衝突會打電話回山莊找老師聊天，像之前可能跟家裡的人有口角，打電話回去講一講會感覺心情比較好一點。(C-090)

這意味著居民從感受到他人對自己的信任後，開始也對他人甚至是社會產生信任，並願意建立關係。而這建立關係不只是單純字面上的意思，更重要的是代表著毒品成癮者與社會因為相互有了信任，所以願意相互建立起社會上人與人之間平和的、非衝突之關係和安全感，並在對社會持有信心以及安全感的基礎上，開始改變錯誤的認知、修復施用毒品所造成的傷害、主動控制毒癮，以及朝著不再施用毒品的未來發展，進而才能解決犯罪以及與社會的衝突。

第四節 治療性社區中修復式正義的「控制」

常有些批評認為修復式正義對於加害者的偏差或犯罪行為過於軟弱，讓他們容易找到藉口逃避責任。但事實剛好相反，修復式正義對於加害者其實並非過於軟弱。反觀，僅有對加害者懲罰才使他們易於逃避責任，他們只要被動地接受、熬過處罰就行了，加害者會認為，我已為此次的犯罪事件受到懲罰，我還要負什麼責任呢？而且當加害者本身受到嚴厲的懲罰與責難時，其心理會產生防衛機制，相反地，將自己視為受害者而無法意識到自己的行為如何造成被害者的傷害。

不僅懲罰性正義容易使加害者易於規避責任，在許多方面，懲罰性正義也使刑事司法體系容易於逃避改革進步的責任，因為，懲罰性正義是不只是要把個人的錯誤行為與其人格結合在一起，更重要的是將全部的責任和重心置於行為人，而非社會，因此，使社會大眾只要譴責懲罰加害者，甚至給予標籤與社會隔離，而不必找時間、花金錢和功夫來進行改善犯罪的嚴重性或數量，及社會或刑事司法改革。

如前所述，修復式正義則是以「支持」與「控制」的修復過程，來要求加害者要積極地尋求修復已受傷害的關係，當加害者能夠意識到自己需要為過去的錯誤行為承擔修復損害的責任時，無形的非正式社會控制也同時在加害者的心理產生約束，促使人們主動地守法。透過修復的過程，加害者會知道自己所為是違反了法律，也是不道德的，也會從新界定自己的角色，與提醒著自己不要再犯下相同的錯誤。

這樣透過個人意識自我的行為偏誤，而願意負起修復損害的責任與期許自己不再犯罪的概念，與 Hirschi 和 Gottfredson (1990) 出版的 *A General Theory of Crime* 裡所提的自我控制理論有相似之處，但理論提及犯罪人本身因缺乏教養和訓練而產生低的內在自我控制，本身難以改變，如同毒品成癮者的生命歷程。然而，Sampson 和 Laub (2003) 則認為有效的再社會化過程或轉捩點總是可能再幫助其增加內在自我控制與中止犯罪。對修復式正義而言，能夠透過任何具有修復性價值的過程，幫助加害者中止犯罪，就是修復式正義。

另一方面，美國犯罪學家 Hirschi (2002) 的社會控制理論 (Social Control Theory) 也說明人類要是不受外在法律的控制和環境的陶冶與教養，便會自然傾向犯罪。而這些外在的影響力量，如家庭、學校、職業、朋友、宗教等，甚至

法律與社會規範，即是所謂的社會控制。而這些正式或非正式的社會控制就是在個人社會化的過程中，防止個人去犯罪的重要約束。

本研究即透過在治療性社區內的觀察與訪談，以了解治療性社區藉由哪些重要的正式社會控制與非正式社會控制來幫助居民們增加內在自我控制來控制其內在的毒品，並堅持未來不再施用毒品。以下就針對治療性社區對於毒品成癮者的控制型態分別說明：

一、正式社會控制

(一) 有規範的社區環境

人類一開始學習非正式社會控制的地方就是在社區，生活亦是在社區，因此，社區是處理、控制偏差行為、犯罪行為最基本，也最好的地方，而非刑事司法機構。社區裡居民也應該扮演更積極的角色，負擔起維護社區和平的責任。社區有義務提供並強化支持與控制的力量，幫助居民終止偏差行為與修補傷害，將加害者蛻變成為一個負責任的公民，而這樣的過程仰賴社區內有良好修復型態的環境與文化。

治療性社區裡的生活規範與集體意識就有控制、管理毒品成癮者的效果。治療性社區的復原觀念中，將成癮的誘因從週遭環境移除是相當重要的，意謂剛進社區的居民需要先與外界社會完全的隔離，且對於居民部分個人行為及活動一定會有所限制。治療性社區的大門雖然不是完全上鎖，但是對於在社會回歸期(A1、A2)之前的居民(約12月內)，會嚴格限制他們的出入。在門口處會有進出登記簿，特別的個人行程追蹤紀錄，例如：出庭、看病、必要參與的家庭活動(如：葬禮、節慶、其他重之要的事件等)要離開出治療性社區出席這些活動都需要有人陪同。但隨著時間愈長，居民表現出治療上的進步，被允許外出的權限程度跟著增加。例如：當住民表現較多的責任感與準備參與外在世界的安全性時，他們將會賦予較多的進出社區頻率與權利，甚至許可休假時在外過夜等。更進一步，進入回歸社會期(A1、A2)的住民甚至可以被允許出外工作、就學或參加工作訓練課程。

限制居民與外界接觸的理由是，因為不安全的誘因環境會讓居民產生情緒的波動，變得煩躁不安，心癮可能被誘發而產生對毒品的渴求，進而引起衝動，失去對行為的控制。因此，新進適應期（C1、C2）以前，完全的與外界隔離，已完成行為解毒（behavioral detoxification）是必須的。居民不僅要絕對禁止毒品的使用，也要避免心理受到毒品的影響。

毒品只要在面前就會去用，山莊隔離外面的環境，創造好的生活文化讓我將心定下來，比較靜~去想以前跟現在的差別，然後去做一個比較。覺得人要到窮途末路的時候，身體弄壞了、家人不理了才想到要改。(A-246)

在最低階的時候，我覺得就是要盡量去適應這個環境，不要跟家裡去連絡，我怕一通電話的時候就會影響你的情緒，還記得我剛進來的時候，有時候我會偷打電話回去，後來會覺得這個對我沒有幫助，有時候都會想說休假出去就不要再回來了，會影響到，但我們既然要來的山莊就要讓自己歸零，學習著去適應這裡的生活。(B-032)

Sampson 和 Laub (2003) 指出犯罪和暴力必須要從情境脈絡 (situational context) 來加以考量、觀察，例如：施用者如常常留連於都是毒品的場所或接觸相關毒品的人、事、物，其不斷施用情況就有可能持續不斷。相反的，中止犯罪就是一種情境的轉化，意即施用者之前用毒時的相關人、住所與任何會引發其毒品渴求的事物都需要隔離。剛想控制毒癮的施用者如果持續暴露於外面的世界中，行為解毒將被對毒癮的渴求侵蝕失效，因為居民還未具備技巧去對抗種種的暗示或誘惑。

我的個管師就曾跟我說過~我要怎麼去跟我的好朋友切割關係，我那個好朋友最後出去外面時候，好像又失足了，那我要怎麼跟他切割關係，到最後我有辦法做到就算我的好朋友，我也是漸漸遠離...但是像我回到山莊~大家還是好朋友相互鼓勵，但是我在外面一定跟他們保持很遠的距離，不然我也一定很快會失敗。(C-028)

事實上，也正因新進治療性社區的居民無法在現實的世界維持戒除毒品狀態，他們才有這個理由待在治療性社區作為控制毒癮落腳的第一個地方。其次，一般社會上施用毒品的次文化對治療性社區內正向的同儕文化是很強的競爭對手，因此將居民與外面的世界隔離是必須的，這樣的方式除了可促進新進的居民對社區的融入，更是進入治療性社區後必要的處遇，也透過治療性社區內居民友儕與社

區的實質支持，以庇護與幫助毒品成癮者在安全的環境中學習控制毒癮。

限縮人權都是為了保護我們，入住前都山莊會解釋，控制毒癮初期如果不做環境的控制幾乎都是失敗，因為很快的朋友找，外面一連繫很快就有了。(A-017)

治療性社區是一個了解與包容毒品成癮者的環境，同時強調控制、管理與治療並重的治療修復模式。為何會強調控制、管理？因為不論是文獻或是治療性社區本身的經驗，居民心理的安全是個人維持戒毒的關鍵，毒品成癮者普遍的社會經歷及心理特性，多為負向思考、具濃厚的監所文化、心理多疑、不信任與自我為中心等，唯有讓居民理解治療性社區是一個有清楚界線、限制與規範的社區，才能消除居民心理的不確定與不安全感，發展出對山莊的信任關係。

因此，本研究所觀察的治療性社區亦將創設以來累積的寶貴本土化臨床經驗、社區制度、規範及相關運作注意事項，在治療團隊討論後制定標準的臨床操作指引，並集結這些資料編纂成台灣第一本治療性社區指導手冊，讓居民可以依著這本手冊來瞭解社區內的規範與文化，而社區內的規範與文化就如同燈塔，讓在茫茫的復歸航道上，為毒品成癮者指引正確的方向。

但是當下那時候他也不會去很嚴厲的譴責你，只是犯了錯要做勞動服務，要去寫悔過書，寫說為什麼違反山莊的規矩，既然能住在這邊就要照這邊的規矩來。(B-055)

同時，很多研究也顯示：嚇阻之效果主要在於社區對犯罪行為的厭惡；有缺陷的社會網絡，會升高犯罪行為與被害。從種族、階級與文化觀點來說，社區的修復性干預可能優於正式的司法制度（許春金，2010）。

(二) 安全檢查制度

治療性社區是一個沒有藥物的環境，且無法忍受任何毒品的出現，這是因為當有毒品或可能會激發其施用毒品的相關事物出現在社區時，對居民跟治療性社區的制度、文化將會造成極大的威脅。一般用藥，如：aspirin 或 insulin 等疾病藥物被安全的存放於辦公室，並由醫療管理人員嚴格的管理，施用時，也必須在醫療管理人員的面前服完。而安全檢查的目標是要維持一個安全與健康的社區，治療性社區就如同是居民的家，因此，必須維持治療環境沒有成癮物質。當然創造安全、乾淨的治療環境除了是醫療管理人員的監督責任外，更是治療性社區內

全體居民的對自己控制毒癮、復歸社會最重要的責任。為了達到完全無毒的目標，治療性社區設計了以下的安全維護制度：

1. 安全檢查制度：

社區為了維持無毒家園的環境，讓毒品被隔絕於社區之外，只要居民離開社區範圍，在重返社區時會被執行身體安全檢查，檢查程度分為「甲式」及「乙式」兩種。「甲式」適用於外出/外宿、社區外團體活動及社區內居民不穩定時。檢查時會至房間作全身脫光的安檢，以確定沒有夾藏違禁品，也會執行行李、隨身物品、錢包檢查，並做酒精測試。「乙式」適用於社區外，並且有醫療管理人員或幹部陪同的團體活動、公務、職業訓練、就學、工作、莊內居民不穩定時或每天不定時執行。主要檢查口袋內容物、脫鞋（含脫襪子）、酒精測試、錢包、隨身物品。（詳見附錄三）

2. 驗尿制度：

驗尿機制是一種外在強制控制施用毒品的方法，因此，驗尿機制已被治療性社區認可為協助治療性社區維持無藥物環境的一種工具。居民拒絕接受驗尿機制表示個人不誠實或對社區規範的挑戰，因此，驗尿機制就如同社區內面質的行為，可測試個人是否誠實與融入社區，且驗尿是抽測，或是醫療管理人員的觀察，也可以指定特定時間與居民，居民不可以拒絕，但進來前就都有清楚告知，並簽署同意書。

居民第一次進入治療性社區會被要求驗尿，每天也都會隨機抽查居民執行驗尿，且會不定期不定時執行驗尿；外出、外宿結束返莊時，也必須接受驗尿。依據居民入住時的評估內容，檢測居民主要的成癮物質，以確定居民沒有使用毒品。

當然發現居民施用毒品最好的方式是居民間基於本身的施用經驗，敏銳的觀察其他同儕居民的身體、行為、態度與情緒是否有施用後的特徵，但當有居民懷疑或觀察到同儕居民有使用藥物的徵候，如果沒有立即報告給醫療管理人員，即會被破壞社區規範，而且會產生期待別人寬恕自己也施用毒品的負面想法。因此，驗尿機制提供一個控制毒癮與評估個人治療進展的工具，尤其是融入社區與接受社區規範的問題。

對於毒品成癮者而言，學習控制毒癮的過程也是嘗試錯誤 (trial and error) 的學習過程，因此，剛進治療性社區的初期居民無法自我表露使用藥物是可預期會發生的。因此，驗尿並不被視為一種嚇阻藥物使用的方法，而是一種加強個人與社區關係的方法，治療性社區期待居民自己說出使用毒品，而居民也相信醫療管理人員對於這種自我表露會有恰當的反應，主動的坦承使用毒品開起了學習的經歷，包括說出違反規定的情境。

但反觀，居民否認用藥或拒絕尿液檢驗是違反治療性社區重要的期待，居民則是對醫療管理人員與同儕居民沒有足夠信任來向他們表露出自己不好的行為。然而，不論是在驗尿之前或之後，否認使用毒品，將會阻斷居民本身學習過程且會造成被迫離開或自動離開。

這些在居民剛進來治療性社區評估時，醫療管理人員都會說明清楚明，請居民不要做這樣欺騙自己跟治療性社區的事情，但要是居民今天在外面遇到朋友、遇到什麼毒癮促發因子，經不起誘惑，那在進治療性社區門之前要讓醫療管理人員了解，自己有這樣的狀況，那醫療管理人員會視該居民施用的藥物跟其發生的頻率，給予機會。

居民會期待對社區內一致的毒品戒斷規則有向心力，並且對個人的誠實也有向心力，若居民能自我表露使用毒品與接受驗尿機制都反應出個人接受這些規範且融入社區。也可以經由資深幹部直接指導與角色模範可增強居民間維持戒斷毒品的規範。對治療性社區而言，驗尿機制與治療性社區的治療觀點是一致性的，藉由保持無毒品的環境，反應出對居民控制、管理的持續影響。居民在安全的治療性社區內接受對毒品成癮相關知識的正確教導與生活技能的培養，逐漸地能以治療性社區內正確的生活規範來取代街頭的生存規範。

3. 離莊後復健方案

從「追蹤輔導」的角度來看，部份居民在經過控制毒癮治療後，體認到如果返回到過去生活的環境，容易受到過去毒友或生活挫折的影響而再度接觸毒品，因此，為了更有效的追蹤輔導離莊後居民返回現實的生活，也避免居民再度迷失自我，治療性社區於在 2012 年開始「離莊後復健方案」或稱為「日間方案」。此方案讓離莊居民可以自願性的每週至少一次返回治療性社區進行支持性會談、生活輔導及自費檢測驗尿等，進行離莊後持續的照顧

服務。

出去的話就先定期驗尿阿~然後慢慢的脫離。(A-226)

我覺得是要啦，要有這種東西去限制或提醒自己，就算你今天是自願的也好。(B-53)

我現在每個星期都還是有回來驗尿就是一種提醒自己嘛，我覺得我很願意持續回來驗，因為我知道一輩子都要跟這個享用藥的念頭對抗著，我們只能控制自己的想法~不要再去碰，不要再去跟以前的朋友相處。(C-078)

因為我剛戒毒~我認為我是需要的，因為日間方案~別人驗尿是花政府的錢，我是自費的，自己要求山莊這個機會，驗尿費我自己出，在別人眼中會想我回來尿一泡尿或花這個錢是在幹嘛，但是對我來說，這是無形的約束~先拉著，幫忙我戒毒先拉著，這很重要，在我初步戒毒這很重要。(D-094)

可以了解居民在離開後治療性社區後，還完全出自於個人意願，來受到治療性社區後續的正式社會控制，這以代表著他們在社區內接受治療，對於控制毒癮的想法與偏差的價值觀上已經做了很大的轉變，一般的人都會想說：你幹嘛那麼笨，都已經出去了，沒有什麼約制了，為什麼還要自己掏錢每個禮拜回來驗尿，給人家管。但對他們來講已經建立了戒毒是一件很困難的事情，且內在毒癮是一種慢性疾病，是必須要被控制與管理。因此，他們自願在山莊外在正式社會控制與其自我內省的雙重制約下，重新建立正向的人際關係與生活網絡，更重要的是這些控制的力量給以讓他們持續更久，維持長期的不再施用毒品的生活。

從茄萇山莊開始「離莊後復健方案」後，截至2012年6月30日為止，共有7位居民進入離莊後復健方案，除1位居民再度復發外；其餘6位居民皆維持穩定的工作，穩定就業比率高達86%，其中有4位工作超過半年，2位超過三個月。顯示茄萇山莊治療結束後提供的後續照顧服務，對於持續維持戒毒療效具高度效果。

二、非正式社會控制

在治療性社區中復原是指生活型態與認同的改變，不只是維持停用毒品。且治療性社區的毒癮恢復與醫療的疾病恢復不同。醫療是指喪失的功能的回復，但是毒品使用者的症狀像是慢性疾病，治療的重點不在痊癒，而在於改善，目標需修正為延長停用與降低與減少社會、健康的後果。

大部分治療性社區居民原本應都有些社會功能，如：接受教育與工作的技巧，與正向的社會與生活連結，但是毒品濫用會侵蝕了這些之前的社會生活型態，以導致目標設定、生產賺錢、生活雜務、時間管理都缺乏組織概念，某些程度而言，外部生活缺乏秩序反映內心缺乏自制、不負責任及不一致，最終被社會所排除。

另一些居民則有反社會的性格，他們原本就缺乏社會適應能力與技巧，缺乏追求正常生活價值的能力與動機。因此，不管居民的社會脈絡（social context）如何，他們的共同復原目標都是需要復健、再建立其社會功能，學習如何過著沒有毒品的正確生活型態與工作的價值觀，以恢復身體、情緒的健康。同時，也包括改變他們對自己在社會的觀點，即為自己撕下負面標籤，並自我認同的改變（Sampson & Laub,2003）。

（一）培養正確的日常生活作息

在社區治療，居民的活動是採半自由型態，部分個人行為及活動一定會有所限制，並且要過著正確的日常生活，而在社區中正確的日常生活是指遵守社區規範；維持停止使用毒品；穩定參與團體、聚會、工作與教育；盡義務；維持乾淨的生活環境與個人衛生；對自己、他人與社區負責任；表現適當的社會化行為，如禮貌，尊重，與維持承諾，並且強調嚴格反對欺騙、偷竊、操縱等偏差行為，才能維持社區的安全（詳建附錄四）。這些生活作息規範都是居民入住前需要有所認知。這樣的非正式社會控制亦與 Hirschi (2002)提出的社會控制理論中，一個人若致力奉獻(involvement)於傳統活動，其哪有時間去思考或從事犯罪的概念不謀而合。

不論年齡、家庭背景、社會經驗，居住在治療性社區就必須要為個人的衛生及環境清潔盡一份心力。因此，從早上起床開始，居民每天需要確實落實房間的整理及社區環境的清潔工作，且醫療管理人員會不定期檢查及指導，這看似簡單

的工作，卻包含認知與行為的改變，一位居住一年又六個月的居民曾說過：「掃地不是為了任何人，而是為了自己，盡自己的責任，並養成良好的生活習慣。」另有一位資深的居民也曾在晨會勉勵大家：「有整齊的房間才有清楚的腦袋。」

對於居民來說，一個可以自我控制與有秩序的正常生活可能是他們未曾有過的。過往施用毒品後混亂的次等社會世界的生活是未有明確的道德規範，以負面價值的街頭文化、不負責任的行為、反社會行為與態度，引導居民內外的個人行為。因此，居民才需要藉由治療性社區內有明確生活作息的規範，來重新學習以符合社會道德規範的價值與生活型態，來控制自己的行為與選擇合理的行為，並且讓居民住得越久越可以趨向一般正常的生活。

一般生活~像是按時起床阿，其實你沒再吸食毒品~很多成人對這個~都能恢復阿...生活規律...如果你們沒有在時間內起床或是沒有整理房間~就代表著你內心~亂，所以我常會注意我的房間到底有多亂，是小亂還是大亂阿，這代表著我內心是不是有亂掉，很來就亂了嘛~更亂了~是不是有什麼事情?太忙或是心裡有什麼事情不高興~或著怎麼樣，像以前用藥的時候生活很不規律~日夜顛倒，現在回歸正常的生活，身體也比較好。(A-136)(A-213)

其實這是幫助我們養成好的生活習慣，我們在外面用藥的時候根本不可能會有規律的生活，這是潛移默化的東西，我們每天做每天規律的生活，自然而然就成為一種習慣，我現在在外面也是有這些習慣，以前你忙著吸毒找毒生活根本就邋邋遢遢你不可能還會去整理自己、整理環境阿，但當在山莊慢慢培養你就會潛移默化到你外面的生活上。(B-031)

我會覺得住到後來~你會對日常生活養成好的習慣，像自己可以在音樂還沒播放時，自己提早五分鐘十分鐘醒來，因為你在這邊住久了你就會知道每天什麼時候要做什麼事情，那已經是一個習慣，這個對一個吃藥的人很重要，包括我現在我離莊之後，我的作息時間跟山莊裡面差不多，這邊 10 點睡，我現在也是...所以說一個不正常的人來到這裡之後，才有辦法去做改變，慢慢的一項一項改變，人家要求你有沒有辦法改變~但是你要知道你在多少時間要來做這個改變，一件一件來~沒辦法一天之內全部脫胎換骨~慢慢來。(C-063)

有~正常的生活作息其實都是環環相扣的，像我剛的~你明天要上班~這裡是六點起床，如果你晚上十點就要睡~你不睡~到兩三點才睡，你隔天一定精神很差，一天兩天一直持續這樣，如果在外面你是不是還是去使用藥物，整理房間就好像叫你守秩序一樣，要是你房間不整理，在外面就好像不守規範容易去碰到法律的問題，我感覺就是要從個人的小地方練習做起，我每天就是要規律~

時間到 8 點我就是要上班、5 點下班、7 點吃飯，要有規律的生活，這是很正常的事情，也可以去發現要是我今天房間很亂，就可能是我今天生活不正常了。(D-078)

對於居民來說，學習有良好的生活作息，目的是重視個人的成長，除了改變生活型態之外，更重要的是學習面對困難與問題時的處理技巧，不能再以過去退縮、逃避的心態來面對，而是應該嘗試去面對、著手解決問題，並盡心盡力積極的去作改變。

來到這邊我們會從一些很根本的生活習慣開始做起，像我們每天都要規律性的生活，我們在外面沒有這樣子做過，還有學人際間的處理，以前在外面如果我不喜歡你，那我謝謝再聯絡阿，如果我解決不了~我就拿藥來吃，可是在山莊就是直接面對面~你要去試著去解決問題阿，從小事慢慢開始學習、習慣解決的方法~一直在訓練就越來越會處理阿，要是能面對問題，我的壓力就不會大到說要用藥物來解決。(A-243)

其實我們在工作職場上、生活上都會遇到很多問題，那我們要怎麼去克服它，在山莊裡有很多的課程就去學到這些東西，只是你要學會應用在工作的職場上、生活上，還有學習跟居民相處的模式，像很多的居民都來自不同的地區，每個人的個性、家庭背景、外面的生活、習慣都不一樣，那你要怎麼融入山莊這個大家庭裡面，就像我們在外面要融入社會一樣，山莊就是小型的外界社會，在這邊就是要幫助我們學習如何去調整自己、去改變自己的一些個性、生活習慣，在這邊這些小部分都沒學好，在外面幾乎都不行啦~很困難。(B-008)

就是甚麼事情該做，不會因為你今天覺得懶惰而不想做，就耽誤了今天要做的事情，因為已經規律了...變成一個規律，像早上要幾點起床就是要幾點起床，因為我要去補貨，不然來不及補來不及開門、開店做生意，在山莊就是養成這種習慣，這個對於在外面會有很好的幫助。(C-082)

學習新的生活型態和自我認同的改變是有相關的，當正向的生活型態養成之後，居民會經驗到身體的復原，以及本身對於能夠遠離毒品情境脈絡的自我效能 (self-efficacy) 增加，最後改變對自己被社會所排除的觀點。Sampson 和 Laub (2003) 即指出，犯罪者除了要切斷原有的情境脈絡外，同時也要發展「有結構性日常活動」(structured routine activities) 才能中止犯罪的再次發生。

居民亦經歷山莊的生活學習，藉此獲得成就感，重新建立自尊及提升自我的效能，並能在參與的過程中體驗和練習克服挫折，體悟「生活即是治療」的山莊特有治療經驗。

(二) 培養日常工作的良好習性

治療性社區的治療不像是一般傳統的治療環境，不只是有團體和個別諮商，還有日常性的生活與工作，而且是 24 小時其實都是治療。在治療性社區內透過基本的活動與工作，來作為居民社會化的調適、自我幫助復原及正確的生活。在治療性社區「全人的復原」觀點裡，日常工作表露了這一個人的價值與處事態度，因此，工作與生活是不可切割的，不良的工作表現是瞭解個人問題的重要指標。藉由工作可以更正確的幫助居民改變這些引發毒品問題的因子，也可以得到居民同儕的幫助，增加對社會的信任感。

在治療性社區每日固定的日常活動與工作就是復原的過程，例行的活動與工作教導居民一步一步達成目標。居民特點就是不能追求長期目標，因為這需要耐心、延宕滿足、持續努力及容忍重複一成不變。居民日常缺乏這些耐心，只有受到毒癮趨力影響而追尋毒品時例外。每日活動與工作幫助居民持續努力，教導他們容忍重複活動之無聊，減少極端行為及修正情感狀態。以下就幾個重要的社區工作來說明。

1. 值日生制度

在治療性社區中，廚房是一個重要的治療場域，它不是普通的地方，屬於被特許的居民所管理。特許的居民即是當週輪值的值日生，所有的居民皆被分組輪流擔任社區三餐的膳食工作；組別一週輪換一次，由一位資深居民擔任組長，數位居民擔任組員負責廚房工作，並且會有資深幹部負責督導。而廚房的工作被細分成開菜單、採買、計劃、食物儲存、準備、煮飯、設施器具的維護及廚房的清潔等，且值日生需負責餐廳的擺設與供應餐點服務。賦予居民這些對於社區內居民提供直接的服務，這些基本工作的功能透過值日生組長與組員間的相互學習與尊重，可以幫助移除居民個人自私的自我，朝向正向的社會化。

值日生~每一組有每一組的問題、每一組有每一組的困難，那你要自己去調適，主菜、採買這其次，值日生的訓練是訓練我們跟其他人的工作分配或計較什麼~要怎麼去調適這樣子，我在當值日生幹部的時候，很多居民都會跟我計較~他不要跟誰在一組阿，我要想辦法去調解他們，以前我在當值日生時也會這樣子，有的居民就不做~那你不能凶他，以前我都會凶他阿，結果他不開心~我不開心阿，那你換什麼角度去跟他講，其實廚藝之外，更重要的是要去學習人與人的相處與情緒管理。(A-205)

一個小組裡面你要怎麼去調配...好比一個組裡面五個人，人都會計較還是抱怨...你要怎麼去調配、還是調度?因為每一頓飯都要五個人合力去完成，一定很快就好了嘛。(C-040)

這一組值日生五個人進廚房，一起分工合作煮菜，之後煮出來的菜，還要分工裝到便當盒，也是一種訓練，有的人不願意做，但是這也是一種訓練嘛，從簡單的事情開始分工，便當到你這裡你就打這樣菜這樣子，我覺得這也是很有幫助。(C-046)

組員大都要有默契，不要只靠組長分配，該做就大家一起分工做好，也要自動自發，地掃好還沒拖，看到的人就趕快去拖，如果說每個人都要斤斤計較自己要做什麼，這個組是很難一起工作的。(D-066)

相同地，這些擔任幹部的資深居民也必需負起責任教導在底下資淺居民如何完成工作，並將工作分配好，就是藉由從這樣擔任組長或幹部的訓練中，讓居民開始了解在社會上負責任的重要，因此，才能讓其意識，應為自己未來不再施用毒品負起該有的責任。

其實之前在外面的時候，我也都不會煮飯，我會煮飯煮菜也是在裡面學的，剛開始山莊也是很鼓勵我們自己去煮飯，其實剛開始也都煮不好，煮得很鹹、很黑，但是老師還是會說好吃、好吃，給我們鼓勵，也有很多居民在外面是廚師，我也是慢慢跟這些居民學習如何將一道菜做好...每個人都可以去學這些手藝，因為當時我們有值日生大家都要輪流去煮，我們也是要做功課，這星期要開什麼菜單啦、多少人要吃、怎麼控制食材、更重要是學習人力的分配。(B-019)

好比說大家吃完了我們還要洗鍋碗瓢盆這些東西，有的人不喜歡去碰到這些...但是你要用什麼想法或是角度來做這件事情，我去洗這些東西我感覺很開心...我就是這個東西洗好、洗乾淨，洗完了我覺得是一種享受...不是說人家交代你事情，你就隨便做一做就好了這樣，我們在外面會去洗鍋子或碗嗎?根本不可能，吃完就丟在旁邊了，我覺得在這邊後來都會養成一個習慣，當你回家

裡的時候，你一個吃完東西後，你會去洗自己的碗，感覺就像自然的習慣動作，像我媽媽會說~放下就好~等一會我來洗，但我自己會去洗，已經變得不同了，我感覺說~做出跟之前不一樣的事情出來，順便也可以學習怎麼調配人力，有時候組內的組員間~他會跟他不好阿，或是有什麼事情組員在廚房裡不開心起來，看我要怎麼從中去化解、協調。(C-040)

治療性社區的基本文化意志與精神就有互助與負責，且這需要落實在每天的生活上，居民同時是提供者也是消費者，有供需（共生）關係，有責任共同負責維持社區的秩序，這樣的供需（共生）關係是真實，且有象徵性，直接強化了居民接受社區本身的文化價值。亦透過在社區的常生活工作學習展現正向的工作態度與習慣、追求及承擔責任、無報酬的付出幫助他人，從日常工作中領悟生活的意義。

2. 療養院便當販賣

茄萇山莊自 2009 年開始便當販賣，居民每週四中午會一同合作做便當販賣至草屯療養院內的醫療人員，從行銷、購買食材、烹煮、便當包裝、販售、營收計算等由居民分工負責，居民除了學習團體合作與負責，也凝聚了山莊居民的向心力。這也成為社區生活的例行工作，居民藉此嘗試生產，學習用正向的態度來面對外界未施用毒品的人與如何自立更生，並從中體會當以在社區內所學習廚藝專長，來回饋療養院中幫助自己的醫療人員時的真正快樂。

因為在這邊工作是個被半保護的環境狀態嘛，你如果去行銷、去面對那些知道我們是吸毒的，你去跟他們推銷便當，有時候他們是捧場性質的，有時候他們會很直接跟你回答，那你要怎麼去調適自己，剛開始出去賣都會覺得說~為什麼你們看不起我，情緒當然會不高興或怎麼樣，因為我們吸毒的都會自卑，所以你會不舒服阿，可是你要怎麼調適阿，對我們如何接觸人~要如何呈現自己的想法還是有幫助的，且其實前面的人對我們不會很有成見啦...無形之中也是在促進我們的人際關係。(A-146)(A-206)

他們做便當，我也會幫他們到每個病房行銷這樣子，我不覺得做是層次的不一樣，像我現在在麵包工廠當業務，讓我要怎麼讓客戶來叫我們的東西，我嘗試過一間客戶~我走了三十次，他才叫我們的東西，為什麼?因為我們勤，我們就是很努力一直跑，客戶也用別人的東西很多年了，那我要怎麼讓客戶用我們的東西，也是要低頭~每天都要去跟他們打招呼，我們要是在吸毒的時候~根本

不可能，我們都是頭低低的，哪敢跟別人談天，更別說要怎麼樣去介紹我們的產品給人家知道，所以在山莊內學習行銷可以幫助我們抬起頭來面對人。

(B-020)

譬如說在製作便當時，會覺得以後出來從事吃的行業，你要把每個禮拜做的便當當成是自己現在的工作就對了，你要怎麼去賺錢，要怎麼去拿捏開銷，不可能一個雞腿便當賣 50 塊吧，要怎麼去學抓成本，在製作便當這塊我學了蠻多成本的拿捏、怎樣製作有辦法讓自己賺錢，就是在社會上工作的話怎麼去賺錢，要怎麼拿捏你的本錢。(D-078)

治療性社區的觀點是強調自己去承擔復原的責任與義務，所以稱呼為居民而不是病人，因此治療性社區運作是以居民的自治與自我管理為目標，而醫療團隊以輔導居民為導向，居民與治療團隊都是山莊的一份子。當居民認同、融入山莊，把山莊當成自己的家，會主動提出各種有利山莊生活改善的建議，例如：山莊空地的再利用，被居民用來種菜、養雞、挖掘池塘造景、重新油漆所有牆壁美化山莊環境，對於居民有這樣的想法，山莊以鼓勵及讚許的立場協助居民。

不僅如此，井然有序、舒適的居住環境，是由居民共同經營，山莊用物的修繕也是由居民一手包辦。這樣學習關心居住設備的經驗，也讓習慣飯來伸手的居民，有了具體的生活經歷，並可以進一步幫助居民增加自我的認同與自尊、學習正確的生活態度與價值、面對現實的問題能面對努力解決，而不是採取放棄或逃避。更重要的是透過這樣的合作與分工維持環境，讓治療性社區像家，居民彼此就像家人，盡個人的努力維持治療性社區的環境，而且也可以增加居民對治療性社區的認同與融入。

居民的正向的相互影響提供居民朝向正確生活與價值邁進，有時也是社區本身賴以生存的載具。在社區裡透過有意義工作及積極的參與可以促進居民對社區的融入，在社區工作是個人在社區中的投資，它可以強化日後復歸社會的融入。從健康的家庭結構來看，小孩子無條件的被任何人喜愛，然而，被需要與被依賴的小孩卻有助於家庭的健康與幸福，居民需要被感受自己的重要性，藉由社區來幫助居民與其家庭的連結，且強化對外界的負面標籤影響的抵抗，並給予他們生命的整合和目標。

3. 關係的修復與再建立

以 Hirschi(2002)的社會控制理論來說，對於一個人的非正式社會控制要強，除了需要有上述的日常生活與工作即理論中說明的參與 (involvement) 外，更重要的是與家人及社會他人建立良好的依附 (attachment) 關係。

戒毒也需要一個力量阿~家人的力量、自己的力量或什麼的力量，還是周遭的力量，還是在這邊繼續執行一些工作的力量阿，這力量要去做的時候，我也需要一種~內在智慧、一種內在的平靜或內在的什麼，去做這樣子阿，有很多很多阿。(A-186)

毒品成癮者更可能當初就是因為與家人及社會的依附關係不良，才導致其步上施用毒品這一條不歸路。因此，不管是治療性社區的治療觀點或是文化，從上一節社區對居民的正式會議、會心團體、個別心理諮商等各種支持的治療活動到本節的日常生活與工作中，可以了解到對於居民與社會關係的修復的過程是整個治療的核心。

從研究的訪談中也可以發現經過了治療性社區內各種的治療活動的支持與生活、工作訓練，居民會對於治療性社區的文化與醫療管理人員建立起強而有力的依附關係，這樣的依附關係讓不管是還在社區內的居民，或是已離開社區的居民，當在社會上遇到困難的時候願意再與治療性社區聯絡，再尋求幫助，而這股無形的非正式控會控制將會幫助居民們時時提醒自己控制內在毒癮，且了解就算真的遇到了其他社會上的困難，社會上也會有個角落願意伸出援手幫助自己，而無須要走回頭路施用毒品。

在外面只是沒去處理掉根本的不舒服，而山莊的教導就是在這裡，而且這裡很多的居民，他們在外面根本都沒有什麼家的感覺，在山莊反而會給他們有個家的感覺，有的人會跟你訴苦或什麼的。(A-073)

我假如外面遇到困難的時候，我都會先連絡山莊，問老師說到底要用什麼方式去解決這個問題，因為有些問題遇到了我不知道要怎麼處理，至少老師可以給我們一些意見幫助我...我是否可以真的去面對社會上的生活，那我要怎麼去調適...那只要遇到任何問題也是馬上回來山莊跟老師、個管去討論這個問題，他們也都是會去幫助你，我會覺得說自己跟山莊保持一些聯繫會比較好。(B-038)
(B-041)

有時候心情不好...回想在茄老的日子，就會讓自己穩定、放鬆一點，會覺得自

己跟之前的自己不一樣了?這很重要，覺得自己有所改變很重要...現在就是更珍惜身邊的人事物，親人、家人，更去珍惜，所賺的錢也好，現在遇到事情，有店在更會去珍惜你的店，不會因為小事情去擺爛，親人在你會更珍惜親人。

(C-092)(C-093)

另一方面，家庭支持亦是影響控制毒癮成功的關鍵因素，因此家庭關係的修復對居民相當重要。居民常存在許多家庭關係的問題，包括家庭成員間不懂得彼此體諒、溝通模式不良、無法相互信任，以及缺乏正常的家庭功能等。因此，社區除了時常鼓勵居民外出或外宿時，多多回家陪陪家人跟家人重新建立好的關係外，亦會定期舉辦家屬座談會，讓家人了解居民改變的狀況與如何重新建立信任關係；個案管理師也會與居民討論家庭關係，使居民能夠同理家人的挫折與憤怒，必要時居中協調，促進與家人的互動，讓居民有機會可以尋求彌補與被原諒。

老師們會常常鼓勵我回家阿，常常要我回家~不管我會不會被罵，首先要自己顧好自己，把該做的是做好，讓人家相信你，我一直朝這個方向努力...其實家人都沒有放棄過我，也都知道我也在用，只是講到最後也不知道用什麼方式來幫助我。(A-221)(A-246)

像山莊都會定期辦家庭會談，讓家人可以跟居民見面，可以了解居民在山莊的狀況，像我爸媽來這邊的時候...有時候我上到會哭，會很感動阿，我會覺得現在自己跟家人的關係一直拉近、一直拉近，之前在用毒的時候都是一直遠離、遠離...也會跟我們的家人聯絡互動，他們會主動跟我的爸媽說要怎麼去幫助我這個小孩子，我會覺得父母有聽進去...我也有聽進去，教我們要怎麼樣去做一個互動，我會覺得很有幫助。(B-017)

由此可見，實踐對於毒品成癮者的控制並不是只有法律規範、監禁等正式的社會控制而已，更重要的是唯由將毒品成癮者視為一個有社會價值的「人」來看待，給予修復損害關係的支持，並建立起其與社會關係的相互信任，才能真正的幫助他們控制毒癮回歸一般社會。

三、提升內在自我控制

犯罪性(criminality)或內在自我控制的形成是三個控制裡面最困難的一個，Hirschi 和 Gottfredson 亦認為並不易改變，原因是自在自我控制的形成應是個人成長的過程中受到好的家庭或社會教養與訓練而來，一旦社會化已定型要再將其改變，是要付出比過去更多的努力與痛苦才有可能的。而從研究的訪談當中可以發現經過治療性社區長期的治療修復過程，居民對於內在的自我控制已有明顯的改變，已可以意識毒品對自己與社會關係的危害。進而運用自己的個人意志來面對毒品的渴求，並懂得如何避免自己暴露在情境脈絡下，而避免任何毒癮的誘發因子，來維持不施用毒品的正常生活。

(一) 內在毒癮的控制

治療性社區治療的重點在協助居民認識接受與處理他們心理的傾向，包含教育他們改變處理危機的方法與面對情緒時該如何渡過不舒服，進而已能意識當自己對於毒品的渴求產生時，要如何去改變自己的想法。

其實你來這邊戒毒會了解更多為何當初會施用的原因，你會再更深入的去做~戒毒不只是說不使用毒品，而是本身有很多環境或其他的問題都要去解決，所以住越久你會瞭解越多，你就會越害怕，就會越小心...老師也教我們說，你要知道你什麼時候後會想，你要懂得去~比如說你知道你看到什麼東西會想~那你要怎麼去避免，現在我也還是在慢慢的學啦。(A-145)(A-243)

最大的困難是可能出去會受到朋友的誘惑，因為他們也是會來找你，甚至在我上班的地方就有了，他們就有人在吸毒了，我說過~我們不能去控制他，我們只能控制我們自己，每天也都會見面，但是也就打個招而以，我現在要注重的是我生活的品質跟家庭，他們沒有想那麼多啦~我要清楚知道自己要的是什麼，到底想要做什麼。(B-035)

我覺得說~你要再去使用藥物是很快的時間，一旦有這個想法起來的時候那是不得了的，所以說那個想法一定是不可以有的，說真的我在這些日子中，這些想法一定有的，但是不是渴望喔，有這個想法是說我想要去找朋友，你不會去否認很多事情，我那個想法是說想要去找之前的朋友，但是你要怎麼讓這種事情不要再發生就是說~那個念頭一定要轉到旁邊去~那我去找他幹嘛還是說做什麼?反正就是一定要在想法上做一個改變這樣。(C-070)

害怕其實會是有，離莊之前會去想，要是我回去之後碰到什麼我有沒有信心去拒絕，前兩次都是這樣子，我有沒有信心去遠離那些朋友，都會有個疑問在，但是以我的經驗，如果你有這種疑問，你還堅持要離莊，那你注定要失敗，因為你有疑問，你又出去，外面花花世界，在你眼前了，遇到朋友了，那你怎麼辦？我是覺得注定要失敗一點就是在這，當你還在懷疑出去遇到會怎樣，那時候有我問一個居民~出去還會吃嗎，他說~我也不知道，那我就知道~那個人如果要離莊助定會失敗。(D-083)

(二) 一輩子要控制內在毒癮的堅持

居民不管是在治療性社區裡或是一般社會上，當他已經意識到毒品對自己與家人所造成的傷害是多麼恐怖，以及不再施用毒品後，所帶來的正面效應後，可以幫助居民未來更堅持得走在控制毒癮的道路上。

我是覺得做事情，我一定要堅持嘛，以前就是我會想要做但是很快的我就放棄了，很快的時間就變掉、又去用了，我以前也知道要怎麼做阿，但是為什麼很快又去施用了，但是這次給我的想法，我也想很多、改很多，感覺說我有了成長，像我剛說的這一年多的時間，我在山莊想的真的很多事情，我人要做一個改變，一定要有所堅持，以戒毒來說~我一定要堅持的。(C-080)

一定比吃藥的時候好很多啦，但還是有努力的空間...真正以後會遇到甚麼事情還不知道，當然盡量把在茄萇所學的、可以用的，就去想、去用，但是自己還要給自己壓力，我要讓自己盡量做到最好，但是我不是最好，我還是有進步的空間，但要讓自己盡量去達到那個目標，要讓自己覺得永遠不夠，其實控制毒癮本來就是一輩子的事情，它永遠不會有停止的一天，因為畢竟你已經享受過它的美好了，它在你心目中就產生一個迴路，你根本不可能忘記，所以這輩子要跟這個想法去作戰，沒有更好的技巧去面對它了。(D-088)

(三) 遠離毒品相關的情境脈絡

本章第一節已說明毒品成癮者會處於一種不斷流連於藥頭、毒友的住處的情境脈絡，當其只要暴露在這樣的情境脈絡下就會激發毒品曾經所帶來天堂的快感，就算有好的非正式社會控制與自我控制也很難抵擋。這也是通常毒品成癮者控制毒癮一再失敗的原因，一般毒品成癮者雖然經過長期監禁控制，而使毒品的戒斷

症狀可以改善，但因此，就以為自己已經控制毒癮成功，卻未自覺那是正式社會控制所產生的效果，而又因內在毒癮的驅使下，暴露於高危險的情境脈絡下，結果當然是再次施用毒品，不斷進出監獄。然而，毒品成癮者從在治療性社區內所學習到的各種自覺毒癮與控制毒品知識，以及不斷的控制毒癮失敗經驗中能體會到，唯有遠離高危險的毒品情境脈絡才是控制內在毒癮最好的實踐。

出去之後~只有單純的想法~我不要去吃毒品就好了，看不清對自己期望太高，所以就去找一些離莊的居民生活在一起阿，那時候我知道他有再用了，可是我就一直認為說~他用我沒用應該沒關係啦，結果是大家一起用，因為出去有發生一些人際衝突，也認為自己可以控制毒癮，自信心太高，跌倒的時間會更快...所以山莊的生活可以更能讓我們瞭解說~什麼可以~什麼不可以...比較不會像以前一樣覺得自己什麼都可以，像現在放假我出去，我遇到以前的毒友，我都會馬上退阿，以前不會阿。(A-134)(A-242)

在這邊最大的學習就是要發現社會上的高危險情境，並重回正常的生活，像我出去工作的這段期間，周遭朋友還是些在使用毒品，那你不能去控制別人嘛，以前我們都是被別人控制住、被毒品控制住，我們不能控制別人，反過來，我們只能控制自己，因為我們想要做什麼，我們下一步要做什麼，我們都要想好，以前我們都不會去想~那麼多。(B-002)

其時我以前回家跟現在離莊後的這些時間...我不會讓這種事情發生~你知道嗎，因為我不會常常去找朋友嘛，我知道找了會~我會去做利弊分析嘛，我再來找你要幹什麼?我心裡是有一個渴望~還是什麼...比如說我家住在彰化嘛~那我自己現在在草屯比較多...畢竟那個地方對我來說算是一個情境嘛~是一個危險的地方，所以你要怎麼去避免就是，不能去找以前的朋友、這也是很重要的...但是到目前是還有去遇到啦，我一整天幾乎都在工作，回家沒事不要亂跑~我在家就好，但是我也知道我要是真的遇到後要怎麼拒絕，這都很重要。(C-024)

人最怕就是孤單啦，有的人在外面一無聊就是想去找朋友，這點一定要改掉，我甘願在家裡看電視我也不要出去找朋友，就算沒家人我也要在家裡看電視就好，不要一無聊就出去找朋友這樣很差，也很危險，要忍得住寂寞，寂寞要自己去找事做，找事情做不要說沉迷於電腦還是網路那些東西，希望網路也有可能會連路到，盡量去做一些休閒活動，跑步什麼都好。(D-087)

四、「控制」轉移的實踐—治療進階制度(The Hierarchy of Resident)

發展居民的工作技能和工作價值對於邁向控制毒癮和正確的生活型態是不足夠的，還需要藉由進階制度來促進居民的成長，以及重現將正式社會控制與非正式社會控制內化成為內在自我控制的過程。

上課的團體，其實他們講的都差不多，可是你的階級，你在這裡居住時間越久的話，你聽起來感覺會不一樣，因為有時候在這邊當你遇到問題點的時候，你剛好上到那堂課，那啟發性就會很不一樣，如果你從 C0 到 C2、C3 剛入住的時候，聽課可能他就隨便聽聽啦...但可是你在這邊居住比較久的話，會開始負責很多東西，接觸很多事情阿，就會有一些不愉快的事情，可是你剛好上到那節課，就會有很多的啟發，可是再過半年後，你又再去那些課，你就會跟當初的想法又不一樣。(A-074)

你剛入住的時候想法為什麼是這樣子，到中間的時候為什麼是這樣子，到後面為什麼會有這個轉變，為什麼會寫那樣子，你會看到自己好像小孩子一直成長，你的想法為什麼到那時候會這樣子...我覺得進階制度就要一個人的成長階段，你在這個階段你雖然享有一些權利，但也同時也有一些義務要承擔，你有義務要擔任什麼職務，這職務的權力到哪裡，這居民都要學習，也是慢慢的放一些責任要居民學習擔起來，一步一步來。(B-023)(B-032)

因此，在治療性社區的進階制度具有特殊復原的價值，包括確認與質疑居民的行為、態度和情緒問題，來考驗其自我正向改變的穩定性，意謂藉由對於其表現的要求和期待來挑戰居民去作每一次進一步的改變。

這裡有階級，階級越高所承擔的責任越大，可是自己自由的權限也就越大，相對的可能剛來你不用做什麼事情，可是你的自由是最小的，一個社會化的階級，他必須要自己去爭取，所以甚至你到幹部也都還要接受醫療團隊面試，你要自己遞類似履歷，自己來申請，你要展現你是有能力是可以接受挑戰的。(A-008)

所以說你階級越高~你做的事情也就越多，壓力也一定會越大，也是一種學習，外面也是這樣，學習承擔更多的壓力，以前壓力就是去逃避、吃藥，那現在開始慢慢在面對了，用正向的方法去面對處理，像我現在在外面就是用正向的態度來去面對壓力，像我現在的壓力很大，我不去逃避或用酒來麻醉自己，因為用酒來麻醉之後，可能會出現藥還是說安眠藥什麼，所以面對挫折我都會用正

向的想法較多，負面的跑出來~你就會一直鑽進去裡面，雖然我不知道這裡用什麼原理讓我們變好，但是真的可以學習到很多東西。(C-066)

進階制度我當下真的很好笑，像假如我們兩個人一起進來的話，為什麼你可以升及我不可升級，我當下很生氣，為什麼他比我晚進來他還可以升級...其實當下在乎那個階級是因為影響我外出或什麼福利，那種心情就是在那邊，那山莊的標準是你改變到什麼程度就給你什麼階級，如果階級對你這麼重要，我 A2 給你個金框，送你一個匾額，你出去能保證不吸毒嗎?我現在是這樣子認為啦~回想起當下是覺得自己很好笑，很在意那個階級，因為我可以打電話怎樣。(D-079)

治療性社區依居民的復健治療進展予以居民不同的階級，階級越高的居民，在社區享有較多的自由與權利，但相對的需要承擔較大的責任與義務；反之較低階級的居民，被限制較多的自由與權利，但無需承擔重大的責任與工作，此設計主要在重新建構居民社會化的歷程與角色適當的扮演。

當你的階級越高~可能你有更多的責任亦要去照顧下面的居民，你所學習到的層面也就越廣泛，或是有更多我也需要跟他們學習的地方。C0、C1 也是我學習的地方，所以也有更多的義務。(A-107)

因為我當時在山莊是當幹部，那幹部的一個任務就是要帶其他居民去外面採買~買菜什麼的，可是居民卻做一些違規的事情~偷喝酒~什麼的，可是我們管不住他們，我回來要報告老師的時候壓力就很大，因為居民會覺得我是~抓耙子，反對我這個人，說我去打小報告，那時候我就會有壓力，情緒也就來了，那我要怎麼去做才能讓山莊好，怎樣做才能去改變他們...當下承受很多，當我不能承受的時候，我會想要退，但好險老師們都有陪著我，我也試著去調適我自己，老師們都陪在我旁邊也怕我會熬不過去...我要學習當幹部的時候也要去學習如何去調適自己的壓力。(B-018)

壓力很大，因為怕我們這組做不好，他們做不好或許是我教不好...但如果他們沒做好我又幫他們做的話又怕他們學不會，什麼事情都要我去善後的話他們永遠不懂，這次問完下次就忘了，沒有甚麼進步的能力，所以也會怕我在施給他們壓力時，他們會去做甚麼反應，有些或許可以接受有些或許不行，不能接受可能就會有口角，但是我拿捏得算不錯啦，我跟居民關係還算不錯，因為他們很多東西會來問我請教我，我也跟他們講你如果想學，我不會吝嗇，任何時候你都可以問我。(C-100)

階級越高代表責任越重，責任越重~不知道的人只看得到福利越來越多了，可

以外出、可以怎樣了，但階級越高代表你責任越重。(D-080)

(一) 進階制度的四個時期

修復治療進展階段分成四個時期：新進適應期、主要治療期I、主要治療期II、回歸社會期。各階段有設定的治療原則及目標，每一位進入社區的居民都依循階段性的治療原則與目標，由個管師與居民一起擬定治療計畫，強調每一個階段都是不同的角色扮演，有應該學習及負擔的責任（黃耀興，2012）。其內容概述如下（詳見附錄五）：

i. 新進適應期：

賦予階級C0-C1。此階段的主要任務是居民要學習遵守社區生活規範、體驗社區精神、主動參與團體、積極融入社區生活、接受治療的安排。

ii. 主要治療期I：

賦予階級C2-C6。此階段的主要任務是居民要認同自己是社區的一份子，能誠實面對自我，接受自己有關藥物的問題及其他嚴重的問題，並在團體中能適度坦露自己，在認知上進行重構。

iii. 主要治療期II：

賦予階級B1- B2。B1階級的主要任務是成為儲備幹部，對自身行為與問題負責，能有效處理負面的思想及情緒，對其他居民「建立模範」，並接受公務訓練，幫助團體及課程的進行，展現提升的自信。B2階級的主要任務是建立身為幹部的角色典範，提供想法並領導山莊運作，在行政公務及會議上能成為協調者，可適當推動團體進行，能安排正向的假日休閒生活。

iv. 回歸社會期：

賦予階級A1-A2。A1階級的主要任務是展現穩固的自信與維持無毒生活的信念，參與職業訓練學習一技之長。A2階級的主要任務是協助經營社區，能分辨哪些觀念、行為會有害於復原並向同儕及工作人員，並能分享外出就業工作的情形。

雖然每一個階級都有明確的目標責任及福利，也期待每位居民都能隨著待在治療性社區裡的治療時間越長，循序漸進地往上進階，但每個月一次的進階評估討論，醫療管理人員還是會公平的對每位居民依據其是否有達該階級的責任與目標，而給予進階、退階或停階。

退階或停階對於居民的意義是當居民入住社區後，會逐漸顯露出毒品濫用問題及生活形態問題有關的各種認知特性，包括：缺乏自省、判斷力差、人際互動問題以及缺乏問題解決的能力等。而這些成癮思考及混亂行為，是因為使用毒品造成的傷害，這樣的傷害長期存在，也造成毒癮者長期被別人拒絕及了解的困難，而這樣的挫折經驗又提供他們用毒的理由與藉口，不斷合理化自身的反叛與負向行為。因此，如果要改變成癮者的思考與行為，需要建構一個了解與包容毒癮者的環境，當居民犯錯或行為問題出現時，藉由退階或停階而非直接強制離開社區的方式，讓毒癮者有機會表達而被了解，有機會容許失敗復發而再次挑戰控制毒癮。

然而，這種進階、退階、停階所產生的內在壓力、會引發居民的真正內在問題及在社會、人際、自我管理技能的缺陷，故階級制度被用來作為治療的介入工具，來發現他們治療上的問題，進一步來處理這些問題並傳遞正向的訊息及改變的可能。

當然以前在家裡沒有做好自己所需要扮演的角色，到這邊每個階段有每個階段需要做的不同的事情，在山莊生活無形之中就會將這些角色扮演起來，扮演角色的交換而已，學習裡面的一些責任、技巧還什麼的，但是都還在學習啦，就是從生活中去學習，也會開始去想這些問題，以前都比較隨便。(A-144)

當居民晉升到較高階級時，無可避免的，新的要求與責任會增加，除了完成新的責任與要求外，更重要的是居民要面對、處理因新增加的責任與考驗所產生的情緒。典型的居民無法面對增加的責任，在個性上也傾向逃避。相反的，降至較低階級時，典型的結果是讓居民有很深的失望感、挫折感、認為不公平。這些個性上的反應會使得居民心理情緒崩解，導致行為、情緒控制上的失敗、甚至退出治療性社區，復發再使用毒品。但治療性社區的階級制度就是要提供了機會讓居民去經驗、處理、修復這些問題，最終能去學習改變原本偏差與負面的處理型態。

就是讓自己認同自己，一定是在裡面的表現跟改變有到那邊才會去升一個階級，但是今天停階了，為什麼，你要自己去想。(A-104)

(二) 「控制」與「支持」的結合－社會適應訓練

隨著居民階級越高表現進步，展現責任感及參與真實世界的準備，會漸漸賦予較多進出社區的機會，可以在假期期間外出或外宿，進行社會適應訓練。這種社會適應訓練是一個正向的冒險過程，亦代表治療性社區對於居民的控制與支持，因為在外出、外宿會隨著居民的階級而有時間與次數上不同的限制，當然階級越高，每個月可以外出或外宿的時間與次數也就越多。

另一方面，外出或外宿期間可能會遇到人際衝突的事件、情感的問題、飲酒失控、毒友邀約，甚至復發使用毒品，這些狀況可以讓居民呈現出個人問題，認清自身改變的不足，治療性社區就是支持居民離開社區回到社會上去考驗自己是否在價值觀及認知上真的有正向的改變？如果失敗了還可以有機會回到社區後再檢視所學技巧，重新修正戒毒的行動計畫。

以前在關阿~你只是沒有使用而已，可是你沒有將所學的試看看，在這邊住越久假越多，就是讓你將在這裡所學的，放假出去試看看，因為放假出去外面可以遇到很多相同的情境，阿~你有沒有將這裡所學的方法，應用看看。(A-082)

沒有去嘗試也不知道，我們在那邊所學的東西，其實很多像脾氣、生活的問題，要出去外面嘗試才知道。(B-074)

我們同時也是受到山莊的保護，一步步慢慢升級去外面，去外面的時候你會不會去想到毒品，如果你想到的話你要去怎麼處理，也是一個試驗給你，在這邊學的就是要去外面應用，遇到事情就是要用用看，才知道有沒有學會。(D-080)

「復原」在一般醫療的意涵是痊癒，而在治療性社區的治療理念是指生活型態與認知行為的改變，能夠持續維持無毒的生活。但居民可能在外出、外宿時，受到外界環境的暗示與高危險情境的影響，侵蝕既有的戒毒信念，導致再次使用毒品，此時居民會陷入愧疚與吸毒戒毒想法的矛盾中，情緒的不安、煩躁與痛苦將使得居民放棄控制毒癮的念頭，產生違反規則的破功效應，視一次的失足為失敗而放棄。因此，只要居民願意返回社區並坦承使用毒品，社區會給予再次戒毒的機會。這樣的控制與支持在一般的監獄內是看不到的，可是對於一個毒癮施用者要控制毒癮，卻是最重要的。

(三) 「控制程度」轉移與過程的實踐

居民在進、退、停階的過程中，無形中即在經歷上述從正式社會控制到非正式社會控制，最後內化自我控制的過程，即是「控制的轉變與過程」的實踐（如圖 4-4-1）。

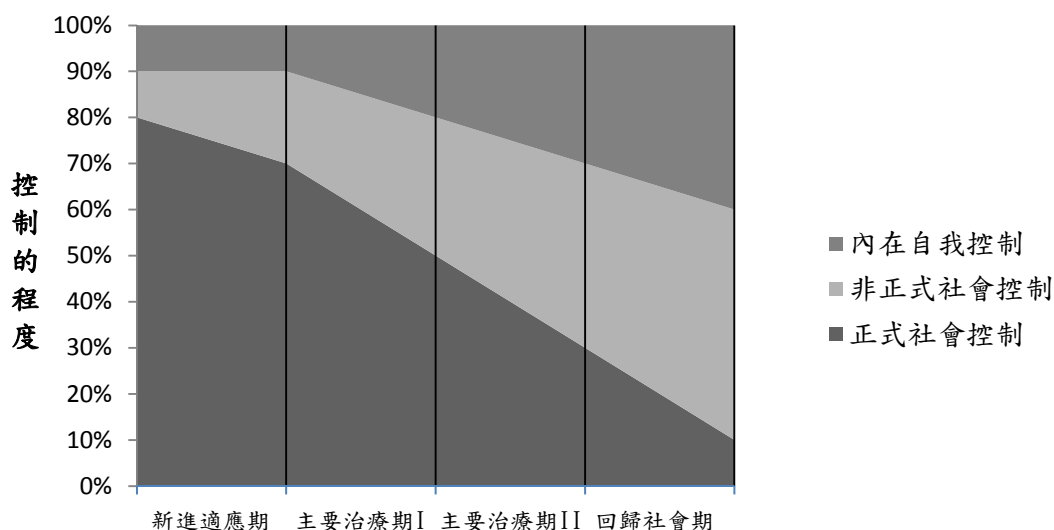


圖4-4-1 控制程度的轉移與過程

這不僅能來維持社區對居民的期待、提供機會讓居民獲得成就感、重新建立自尊與改善自我的效能等，也可以來教導居民如何處理自我的情感及檢視自我行為，當他在工作中，如何面對脾氣失控或在社區中享有特權等。而降級即可以作為自我檢測，讓居民思考自己為何被降級。這樣的懲罰目的是要提供居民來瞭解對自己的行為在現實世界中的務實經驗，並強化居民的約束、控制和期待。因此，進階制度是可以被使用來作治療上的媒介，這些更動可以是垂直的，即是進階或退階。更可以是水平的，單純改變工作內容，但都必須以處理居民特殊的社會和心理問題為目標，有助於面對過去的錯誤行為、克服挫折，並將所學應用在新的情境中，以朝成功復歸社會邁進。

第五節 復歸正常社會

施用者再開始施用毒品後會進入被排除於正常的社會之外次等社會世界中輪迴，因此，居民除了透過會議與治療團體等多元的修復式正義的形態，來幫助其改變待人處事的態度與控制自我內在毒癮外，也透過在治療性社區中的日常生活型態與工作，來幫助自己學習如何過正常的生活。已離莊居民於返回社會後，亦主動融入家庭生活與努力維持正常的工作，也因此逐漸的修復家庭關係與結交到非毒品成癮者的朋友，重新溶入新的人際生活圈，擁有較為正面且健康的生活。簡而言之，治療性社區內所有的活動的目的都是為了要幫助居民回到正常社會適應社會生活。本節就文獻中第三節中六項社會復歸的本條件來說明研究當時 4 位居民社會復歸的狀態。

一、無明顯妨礙復歸者在一般社區中生活的症狀

前面的章節已清楚說明內在毒癮幾乎沒有戒除的可能，所以一定有內在毒癮會妨礙著居民，所以本研究這在裡是強調 4 位居民從最後一次開始停止使用毒品到研究結束日期 2013 年 4 月 28 日為止，已多久未施用毒品，其中亦包含在治療性社區內未施用毒品的時間，訪談者中只有 A 目前還在治療性社區內，階級為 A2，A2 階級每個月可以有 8 次外出與 4 次外宿(每次 48 小時)的機會，其餘 B、C、D 都已離開治療性社區回到正常的社會上。

訪談者	已停用時間 (在社區內)	已停用時間 (在社區外)	共計
A	1 年 7 個月	尚未離開治療性社區	1 年 7 個月
B	3 年	1 年 4 個月	4 年 4 個月
C	1 年 6 個月	1 年 2 個月	2 年 8 個月
D	4 個月	1 年 1 個月	1 年 5 個月

從上表中可以了解 4 位訪談者至少都已控制內在毒癮 1 年 5 個月，且就算已回歸到一般正常社會中亦維持不再施用毒癮的堅持，尤其對於高成癮性的一級毒品海洛英施用者來說，更是不容易。

二、具備基本的生活技巧

一般的毒品成癮者都有缺乏基本的日常生活技巧的問題，而在上一節也詳細說明 4 位居民在治療性社區內接受日常生活的訓練其目的就是為了能使他們具備基本的生活技巧與作息。並試圖重建他們的心理機轉及行為模式，使成自己脫離毒品成癮及改變行為，提升身心的健康狀態。這些觀念與理論不只是落實在社

區的生活中，也在團體課程中傳達，讓居民瞭解正確生活的觀點，例如：表現適當的社會化行為、維持個人衛生及乾淨的生活空間、遵守合理的權威及停止使用藥物、為自己及山莊負責任、盡義務...等；也讓成員體會山莊的價值與精神，包括：包容、尊重、互助、反思、負責及中庸之道等，以孕育山莊成員共有的戒毒共識，建立新的生活模式，達成建構無毒生活的目標。

會讓你一些東西變習慣，起床要摺被子、洗澡要每天洗、刷牙要每天刷...其實都一定會學習到然後變成習慣，有些人還是會沒注意到這些東西，因為這些也是每天硬逼著自己去做，老師也會去記錄，會影響進退階，逼得你就是要去這樣做，這樣做之後，久而久之就變成你的習慣，像我現在就習慣會摺棉被，就是摺棉被這樣我一定會做。(A-181)

三、有足夠維持基本生活的經濟資源

四位的訪談者中，A 還在治療性社區內，所以經濟資源是來至家人贊助與政府（台灣更生保護會-南投分會）之救助，其餘三位訪談者離開治療性社區後都已有正常工作，維持基本的經濟資源。

訪談者	月收入
A	3000
B	40000
C	50000
D	40000

四、能在社區中找到合適的居所

四位的訪談者中，A 還住在治療性社區內，其餘三位訪談者離開治療性社區後都已有合適的居所。

訪談者	住處
A	治療性社區
B	與妻子、小孩、岳母同住
C	在外租屋
D	與妻子、小孩、父親與母親同主

五、能在社會中扮演合適的角色

以社會整合的角度來看，「工作」與「家庭」兩個角色可以說是社會角色的核心，且 Sampson 和 Laub 也在生命歷程理論中說明有好的工作與家庭關係是中止犯罪最好的轉捩點，本研究即以這兩個社會角色來說明。

(一)工作

四位的訪談者中，A 還在治療性社區內，階級為 A2，是研究當時治療性社區內階級最高的一位居民，本身亦是治療性社區內的重要幹部，幫助其他居民適應治療性社區的生活，更常常利用平日、假日到南投創世基金會割草或幫植物人按摩等志工服務

我們在前面療養院幫忙推餐車、賣便當，還有擴大到創世~到其他社區阿，到創世去幫忙植物人按摩阿，去割草、種樹阿，我們都盡量再擴大這些志工服務 (A-146)

雖然 A 沒有一般社會工作，但有面對工作角色的技巧、習慣與態度。然而，目前 A 是選擇留在治療性社區內接受治療與工作，原因是 A 認為自己已經控制毒癮失敗太多次，也已進來治療性社區第三次，前一次失敗的原因是當時已 1 年多在社區內未施用毒品，認為自己癮經可以控制毒癮，但未看清毒癮的心理陷阱，離開治療性社區去與其他毒癮施用者同住，結果又失敗了，因此，雖然在治療性社區內 A2 的階級是已經可以白天外出接受職業訓練或工作，晚上再回到治療性社區休息並和醫療管理人員討論當日的學習或工作狀況，但 A 依然想先在治療性社區繼續學習。

因為現在~我在這邊前前後後也住很久了阿，阿~也是在面臨這個問題阿，可是我好像應該要先解決我現在的問題，工作的問題是~之後再說，因為如果~沒有把現在這個問題~我把自己用好、搞好的話，我出去工作，好像也是害了我...就是希望可已以習慣這裡的方式，沒有用毒品的方式，我一直要習慣這些行為，能察覺心裡的渴求並有能力降低的話，我就出去了。(A-039) (A-226)

B、C、D 已離開山莊並都已有正常穩定的工作，且工作的時間都已超過 1 年，對於能回歸社會有份正常的工作都非常珍惜，在上一節也說明在治療性社區內接受工作訓練對於居民們離開社區工作，不管是工作技巧或態度上都有很多幫助。

訪談者	工作	工作時間
B	早餐食材業務	1 年 2 個月
C	與父親一同做水電	1 年
D	五金零件工廠業務	1 年 1 個月

(二)家庭

家庭關係對於居民們來說特別重要，也特別的感到愧疚，因其在施用毒品時，不斷的追藥的過程早就已經將自己的家庭關係破壞殆盡。因此，在修復上對於居民來說是最要要的心理支持，亦是很難修復的一個關係。

訪談者 A 目前還在社區內，表示外出或外宿時，會常回家陪爸爸媽媽及煮飯給家人吃，雖然還未能回家孝順父母，但認為現階段自己要自己照顧好，別讓他們再擔心自己會施用毒品，就是對父母盡最大的孝心。

因為我們成年的吸毒者~跟家庭的關係都很不好，知道怎麼做~可是有時候會去做的時候~就是~有點困難阿，就是盡量~要先照顧好自己阿，不要讓家裡擔心這樣子阿，照顧好自己就是對家人最好的方式，不要讓他們擔心阿，這就是孝道最基本的。(A-200)

我就覺得我爸爸媽媽很厲害阿，像我們這樣傷害他們這麼久，他們還是用一個很有耐心的態度對待我們。(A-248)

訪談者 B 現在與妻子、女兒及岳母同住，訪談當天與妻子及女兒陪同來到治療性社區接受離莊復建方案的諮商與驗尿，妻子及女兒非常支持 B 繼續回到社區接受離莊復建方案，以幫助其持續控制毒癮，也可以了解 B 對於家人的支持無形中形成非正式社會控制，時時提醒著 B 要為家人及自己負起步再施用毒品的責任，並亦要努力為家人及生活好好工作。

那我現在有責任，那我要怎麼去規畫這些東西，我要怎麼規畫自己的錢，因為我們可以餓到，但是孩子不行，孩子跟家庭就是我一個目標在了，我會明白我到底要的是什麼。(B-036)

我覺得我有跟家裡面培養出一個信任，有一個信任感在，下次我再失足或我發生什麼事，我會說出來給人家聽，以前我都不會說，我會藏在心裡面，至少現在我會願意坦白跟人家說。(B-046)

現在我們有那個能力去自己謀生，且能夠去幫助自己跟家庭，不要再讓他們擔心我這麼大的一個人。(B-074)

訪談者 C 現在自己一個人在外租屋，每天與父親一同做水電工作，假日會回家中陪母親，與母親關係良好，但因家中因為還有弟弟與其家人，所以並未回家與家人同住，雖然與弟弟的關係還在修復，但對於自己現在努力回歸正常社會、修復家庭關係有信心，也很滿意。

工作之後會認識到正常的朋友、同事，那我就會受到好的影響，我的想法就會變得更正常正向，對我們就是又一種幫助，或是跟家人關係更好，工作做得更好更穩定，慢慢的我們就會更好。(C-078)

訪談者 D 現在與妻子、兒子、女兒及父親同住，訪談當天與妻子陪同來到治療性社區接受離莊復建方案的諮商與驗尿，家人對於自己接受離莊復建方案非常支持，自己對於現在的家庭生活非常滿意，從治療性社區回歸家庭後，也才知道家庭對自己的重要，尤其是現在兒子已經 17 歲，D 以會害怕兒子去使用 K 他命等毒品，而常以自己為例子教育孩子。

現在我的家大家都很好是為什麼?關鍵在於我，因為我不吃藥~大家都和和氣氣，我太太、小孩大家都很尊重我什麼，我爸爸也是會跟我聊天，當我在吃藥時這些都沒有，都是吵吵鬧鬧而已，家庭關係真的改變的非常的多，幸福與悲哀好像都操之在我的手上，我發現我沒有吸毒的這一年我的家庭變的很多，我當然要讓這個家庭繼續幸福，這也是我戒毒的動力之一。(D-060)

你不要去吃 k 他命，你不要去吃藥，他說~不會，你看爸爸之前就是吃藥吃到那樣，被關到那樣，反正就將不好的講給他聽，他就說他知道。(D-117)

六、「社會參與」及「生活的品質」

在社會參與方面，在治療性社區對於居民的治療活動中，即提供社會參與的機會與訓練，主要有以下四項活動。

(一)反毒宣講：

為促進社區民眾及在學學生對毒品危害與嚴重氾濫的正視，達到預防勝於治療的效果，治療性社區積極投入反毒宣講的活動，每年進入社區、監所及學校反毒宣講 50 多場次。

(二)社區服務：

為落實反毒、戒毒的觀念，以及讓居民從心認可自身已經由「吸毒者」轉變為「戒毒者」，醫療團隊會帶領居民參與更生保護協會反毒活動，居民從參與活動當中感受自尊及提升戒毒的決心。並且醫療團隊與居民在 2011 年日本 311 大地震後，共同在草蓀療養院發起「21 公里馬拉松路跑，你捐 21 元」的募款活動。

(三) 志工活動：

為了強化居民無償服務及「取之於社會，用之於社會」的回饋觀念，治療性社區協同居民一同前往創世基金會草屯分會擔任志工，服務及陪伴植物人，並且協助植物人及其家屬從事戶外活動，進而體會施比受更有福，也獲得創世基金會的褒獎。

(四) 戒毒參訪：

了讓各地司法、衛生、教育機關單位更瞭解治療性社區的運作及治療成效，並交流毒品防治的觀念，治療性社區開放外界參訪。自 2007 年創立以來至 2011 年的統計，累計有 344 場/7,392 人至山莊參訪交流。而歷任衛生署署長及的法務部部長等各級長官也均曾蒞臨指導，包括侯勝茂署長、林芳郁署長、施茂林部長、王清峰部長及曾勇夫部長，一致肯定茄荖山莊對國內戒毒醫療的貢獻。

在「生活品質」方面，因生活的品質包括了許多方面，而且我們每一個人對其均可能有不同的價值判斷。因此，研究是以訪談者對於目前未施用毒品的生活是否滿到滿意來了解。然而居民對於目前控制毒癮的生活滿意的情況都是可與相當的肯定，也自我期許未來要堅持控制毒癮，不要再走回頭路。

不太一樣，用毒前、用毒時、現在都不太一樣...在這邊比較有安全感，很滿意，跟外面比起來，在這邊真的是很好了啦。(A-164)(A-170)

很滿意...其實用比較正向的思考、基本上不要再使用藥物，其實生活就會恢復到很正常的狀態下，是因為使用毒品之後人格才會改變，停用之後慢慢越來越好、恢復。(B-076)(B-86)

現在我對我自己很滿意，一樣會去做跟之前不一樣的事情，你才會去分辨為什麼之前小時後的荒唐、真的很無知嘛，怎麼做都還是去做一些不好的事情，莧菜就是去做一些跟以前不一樣的事情，你會覺得真的是不一樣了，每天過得很高興，很踏實。(C-081)

現在我的感覺就是很幸福很美滿這樣子而以，這就是我想要的生活，以前的生活就只有毒品、錢這樣子，每天都是再要錢追毒買毒，做一樣的事情難道不會覺得很厭煩?現在已經不同，雖然我現在已經在工作，我一樣是每天上班什麼

的，但是這種感覺不同。(D-082)

從研究中可以發現居民從地獄與天堂的生活，經過了治療性社區的治療修復過程，慢慢的可以回到一般社會上，像一般正常人有健康的身體、穩定的工作、良好的家庭關係，也已經解決大部分法律的問題，在心理上他們的憂鬱症狀減輕，有正向的人生態度與價值觀。但因為先前施用毒品造成腦傷的關係，要戒除內在的毒癮幾乎已不可能。雖然已離開治療性社區，但離開代表的是無毒新生活的開始，唯有運用在治療性社區所學的技巧與知識遠離毒品情境脈絡，並藉由繼續和治療性社區保持通暢的聯繫與定期驗尿等一些正式社會控制，以及與家人維持良好關係、拓展與非毒品成癮者的正常人脈，才能幫助他們以堅定的自我控制繼續向復歸社會之路邁進，持續過著正常社會下的生活。





第五章 結論與建議

第一節 研究結果綜合討論

一、修復式正義中的「控制」即是「控制程度」的逐漸轉移與過程

Wachtel 與 McCold (2003) 指出，所謂的修復式實務是指，有權者、在位者或社區和事件的利害關係人一起參與、共同解決問題，而非單純為他們解決問題。這樣的做法相較於單懲罰加害者，而忽略受害者，會令事件的利害關係人產生正向的互動與行為變化。因此，修復式正義落實到實務層面就成為一種參與式的刑事司法 (participatory criminal justice)。這種參與式的實務模式除了提供加害者支持、鼓勵外，亦包含管理與控制。雖然修復式正義亦不排除各種形式的懲罰與控制 (罰金、緩刑或監禁等)，但主要目的是前瞻性、修復性的。控制不僅是要加害者承擔法律責任，亦要幫助其能夠承擔和接納過去行為責任及其後果，但最重要的是能夠透過修復式正義程序，讓加注在加害者身上的正式社會控制 (如：刑罰、機構處遇等) 循序漸進地轉移成非正式社會控制 (如：對家庭、工作的依附等)，並內化成自我控制，如下圖所示 (圖 5-1-1)。

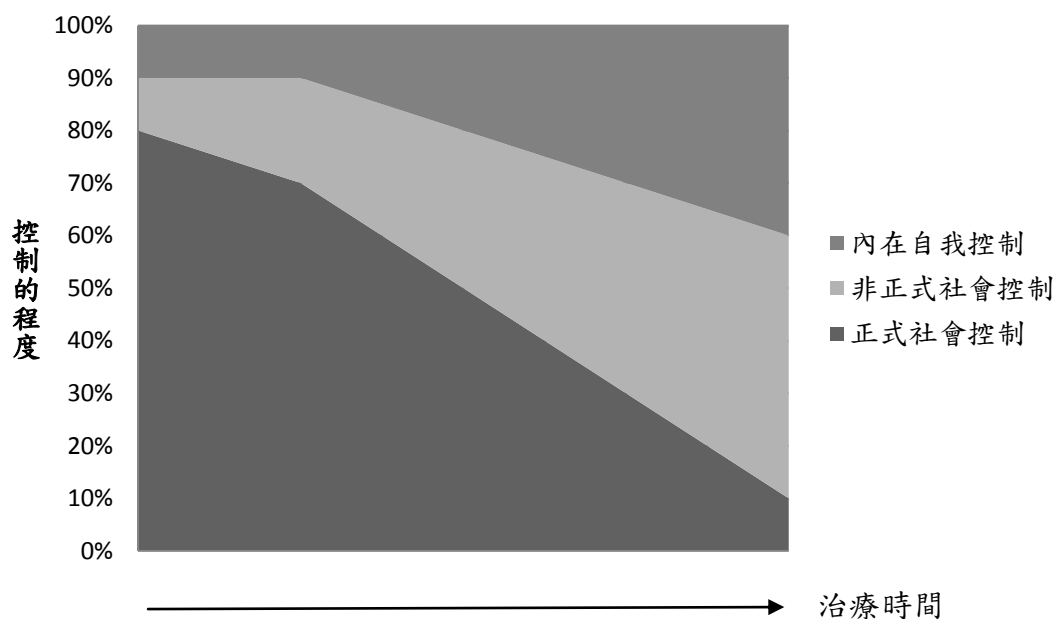


圖5-1-1 控制程度的轉移與過程

因為人是社會的動物，所以身上一定都存在著正式社會控制、非正式社會控制與內在自我控制，只是在個人的生命歷程中，相對的多與少而已。一般社會上的人在成長的過程中，會先受好的非正式社會控制（例如：與家人有好的依附關係等）與正式社會控制（法律、學校規範等）所約束，而促進發展其內在的自我控制，當一個人身上的非正式社會控制與自我控制有良好的發展時，相對的正式社會控制需要在其身上的程度就會相對的較少，即如圖 5-5-1 的最右方（正式社會控制:10%，非正式社會控制:50%，內在自我控制:40%）。

然而，毒品成癮者因各種內在生、心理問題與外在的社會環境的問題，導致其無法有好的非正式社會控制，以及發展良好的內在自我控制。因此，加注其身上的主要控制力主要還是受刑罰、監禁等刑事司法機構的正社會控制為主，即如圖 5-5-1 的最左方（正式社會控制:80%，非正式社會控制:10%，內在自我控制:10%）。但進入治療性社區接受治療修復時，先在較高度的正式社會控制的情境（環境的限制、社區內的規範等）底下，逐漸地學習與接受非正式社會控制（醫療管理人員、同儕居民與原生家庭關愛等）的約束，當非正式社會控制到達某些程度後，亦開始發展內在的自我控制，隨著治療時間愈久，正式社會控制的需要愈減愈少，相對的，受到非正式社會控制與內在自我控制的約束愈來愈多，但由於施用者受到腦傷的影響，內在的毒癮無法完全戒除，所以非正式社會控制的力量還是要比內在自我控制大一些。

因此，這樣的復原即是一個循序漸進的過程，絕非單一事件或會議可以完成的。治療性社區與 RJ 就是透過支持加害者改變個人行為、內化社會規範等幫助個人身上控制程度從一個毒品成癮者逐漸轉移成一個未施用毒品的社會人，以回復其社會生活品質，來降低再犯罪的可能性，並且促成其與社區之整合。

二、修復式正義的過程是「支持」與「激發」個人意志力（三位一體自我修復）的過程

Sampson 和 Laub (2003) 出版了 *shared Beginnings, Divergent Lives: Delinquent Boys to Age 70* 一書來解釋一個人在不同生命階段持續犯罪或中止犯罪的原因，書中指出了個人意志力 (human agency) 的概念。所謂個人意志力是指，人類的行為是有意義、目的和系統性的，如 Katz (1988) 及 Sherman (1993) 所指出的，而非如結構論者 (structuralists, 如: Cohen, 1955; Cloward & Ohlin, 1960) 所言，人只是社會結構下的消極行動者 (passive actors)。意即人只要一旦成為某種結構下的產物 (如: 貧窮或低階級者)，似乎就注定成為生涯犯罪者，而無改善自我的可能性，除非是社會結構改變。

Sampson 和 Laub 則認為，即使是犯罪人可能出生時的社會結構不好，生活在容易傾向犯罪的情境脈絡中，但就算其可能已有許多犯罪的經驗，只要有可以改善自己的機遇，犯罪人會積極地以行動來為自己贖罪，只要能夠有機會可以離開高犯罪風險的情境脈絡，犯罪者也會努力地自願改善自己的生活狀況，並完成 "中止犯罪" 的過程，這就是所謂的意志力。

另外也說明，這的種中止犯罪的行為與意志力是只要犯罪者參與一般的社會事件，例如: 好的婚姻、穩定的工作等，就會無意間的產生 (desistance by default)。意謂個人生活結構上的轉折，如良好的婚姻、友儕與穩定的工作等才是中止犯罪的主要機制，而並非有意識地停止犯罪。中止犯罪亦無需認知上的改變。因此，我們只要努力促成個人生活結構和情境的改變，使能協助中止/預防犯罪。

原因是許多犯罪者本身並未直接意識到要中止犯罪才參與社會事件，而是在意識之前，已經投入太多的努力與體會到不想冒著風險失去自己的投資。另外，社會事件本身、犯罪者本身主觀的狀態與事件相關的其他人都會一起來影響犯罪人促進其中止犯罪，意即行動包含了意志與行為，個人的行動會與社會結構相互影響協調，來促使生命歷程中個人的行為改變與維持穩定的改變。

然而，本研究發現不管是在治療性社區或是 RJ 的修復過程中，皆會不斷強調個體的「覺察與自省」。「覺察與自省」是獲得判斷力、現實感與病識感 (insight) 最重要的條件。毒品成癮者的加害者當在治療性社區內接受各種非正式或正式的

修復性的會議或實務，例如：會心團體或當居民在治療性社區違反規範時，會予以坐靜思座、寫反省書及公開道歉等適當的處置，亦希望透過這些的練習與處置，來提升居民自我反省的能力，減少扭曲性的自欺欺人想法，傳遞「自我反省」的治療性社區文化。

但更重要的其目的是希望藉由這些具有修復性的會議或實務，來幫助毒品成癮者意識自我的加害者與被害者的經驗，並激發內在的促進者主動來促進其內在的加害者與受害者進行修復的意志力，進而藉由這三位一體的意志力來促發毒品成癮者中止施用毒品的意志力。對於一個受毒癮控制的施用者來說，這樣的意志力並非只要單單參與社會事件就能產生，還需要先藉由外在的正式社會控制幫助其脫離戒斷症狀，並藉助其他的非正式社會控制（例如：良好的家庭關係與友儕團體）與治療修復的過程（例如：參與治療性社區）來激發，才有可能產生「有意識」的中止施用毒品意志力與行為。當有這種意志力產生時，也代表了其內在自我控制力增加的開始，其中止施用毒品的意志力越強，內在自我控制力就越高，再次施用的機會也就越低。



三、毒品成癮者參加治療性社區之修復式正義過程即是為自己創造良好的轉折點

Sampson 和 Laub (1993) 研究發現，成人的犯罪歷程確實有轉折點 (turning points)，而且無法從兒童時期的特徵資料加以預測。Hirschi 和 Gottfredson (1990) 認為犯罪者只要形成低自我控制的性格，其就會持續犯罪生涯終其一生。但 Sampson 和 Laub 想要解釋為何有些犯罪者持續犯罪了一段相當時期，卻在少年後期即停止犯罪？他們分析發現，機構參與 (involvement in institution) 是很重要的中止因素，例如：婚姻、工作及軍隊服役等在短期上確能產生降低犯罪的行為與長期上改變一個人守法的程度。由於這些機構參與而改變了一個人的犯罪路徑 (trajectories)，因此，他們認為犯罪研究應重視成人生活中，這種機構參與的重要性 (許春金，2010)。

參與婚姻、工作及軍隊服役等可以幫助犯罪人建立起好的社會關係、降低再犯罪的可能性與增加其守法的行為，理論稱為轉折點。同樣的，一般的加害者參與修復式正義修復損害的過程與毒品成癮者參與治療性社區學習控制毒癮的過程，其目的亦是為了幫助他們修復過去所造成的損害、負起不再犯罪的責任、強化社會鍵，並努力的復歸正常社會。因此，對於犯加害者與毒品成癮者來說，參加修復式正義的修復損害過程與在治療性社區內學習控制毒癮的過程，就是幫助他們努力提升自我意志力與積極選擇放棄犯罪的轉折點。

Sampson 和 Laub 亦認為有四個主要的中止犯罪的途徑：婚姻／配偶、軍隊服役、矯正學校及鄰里的改變。這四個轉折點均會創造新的情境而產生以下的機制：

(1) 切斷過去不良的影響；(2) 提供監督或監控，以及社會支持和成長的機會；(3) 改變了日常活動的結構或型態；(4) 提供自我認同 (identity) 的改變。然而，對於治療性社區來說，以上四個機制與研究中治療性社區內的支持與控制的實踐不謀而合。切斷過去不良影響與提供監督或監控，即是治療性社區內的各項正式社會控制，包括：社區環境與規範等。改變了日常活動的結構或型態，即是治療性社區內所強調居民要學習正常的日常生活與工作的「生活即是治療」。提供自我認同 (identity) 的改變，即是居民參與各項具有修復性的會議或實務，來激發其三位一體的自我修復，進而產生控制內在毒癮的意志力。

對於毒品成癮者來說，因為施用毒品的關係，使他們不斷的在地獄與天堂中輪迴，最後還被邊緣化至次等的社會世界。因此，他們的生命歷程往往是不堪回首，充滿了痛苦、沮喪、自卑、懊悔與絕望。參與治療性社區這個轉折過程，不但是幫助他們與家庭、工作等非正式社會控制產生了連結，更重要的是透過這個修復的過程，實現控制程度的轉移，激發中止使用毒品的意志力，進而有意識的增加未來控制內在毒癮的決心，使他們從一個被邊緣化的次等社會世界，重新回到一個快樂、感動、自信、感激與有希望的正常社會世界中。



四、修復式正義可以提供毒品成癮者處遇之理論基礎

目前修復式正義在毒品相關犯罪的刑事政策上缺乏理論基礎，因此，國家在制定毒品相關的刑事政策上，幾乎沒有修復式正義的考量。藉由本研究發現將修復式正義與毒品成癮者的相關處遇結合，從中看見修復式正義裡「支持」與「控制」的核心價值，同時也提供修復式正義未來在刑事政策上的理論基礎。

五、對治療性社區的反思

治療性社區經過廣泛運用與研究，已被認為有助於降低毒品施用與預防復發的成效，且讓監禁文化對毒癮者的影響降到最小。當然毒癮者復歸社會後仍需持續接受相關服務與支持，以延續在治療性社區內之治療毒癮的成效。

探究毒癮者的治療成效，司法「再犯」是評量個案是否維持毒品戒治的最直接的證據。根據茄萇山莊 2007 年至 2011 年的追蹤統計（詳見表 5-1-1），追蹤全部離莊居民共計 153 位，治療天數小於 90 天者有 84 位，治療天數大於 90 天有 69 位，進行長達 6 個月的追蹤，整體半年追蹤的再犯率為 13.7%。治療天數小於 90 天者離莊後再度使用毒品被司法單位逮捕有 18 位，再犯率為 21.4%；治療天數大於 90 天者離莊後再度使用毒品被司法單位逮捕有 3 位，再犯率為 4.3%；進行上述兩組治療天數的再犯率差異比較，在統計上具顯著的差異($P < .05$)。不但顯示相較於表 1-1-1 監獄內毒品罪再累犯比率高達 91.2%，有更好的治療效果外，也說明在茄萇山莊有治療的時間越長，治療的效果也相對的提高。

表 5-1-1 茄萇山莊各年度離莊再犯率統計表

年度	追蹤人數	治療天數>90 天		治療天數<90	
		人數	6 個月再犯人數	人數	6 個月再犯人數
2007 年	10	5	1	5	0
2008 年	16	9	0	7	3
2009 年	37	11	0	26	7
2010 年	39	16	1	23	6
2011 年	51	28	1	23	2
合計	153	69	3	84	18

資料來源：茄萇山莊

然而，治療性社區最大的困難就是經營成本很高。茄萇山莊的運作經費，是經由草屯療養院成癮治療團隊每年向衛福部提出專案計畫補助，但因山莊的運作需要專業資歷較高的工作人員，因此，產生高額的人事費用，加上衛福部只對醫療費用補助，不補助人事費，兩相扣抵，本院在茄萇山莊的營運上入不敷出，需要每年自行補貼幾百萬的人事費用與行政費用(詳細茄萇山莊營運經費概算參見表 5-1-2)。因此，治療性社區除了致力研發更加有效的毒癮治療模式外，就是需要發展社區內居民治療後端的工作與經營模式，更加善用在回歸社會期居民的工作能力，一方面幫助居民接續社會復歸，另一方面可以讓治療性社區自給自足，減少經營經費壓力。未來建議國家應投入更多的資源與資金在毒癮治療性社區的發展與研究，並協助治療性社區與當地的民間企業合作，讓治療性社區提供企業人力資療，企業提供居民就業機會，相互共生。

表 5-1-2 茄萇山莊營運經費概算表

項目	金額
營運成本	8,400,000 元/年
計畫補助 (每年平均)	6,000,000 元/年
本院投入	2,400,000 元/年

資料來源:茄萇山莊



第二節 建議

綜合相關文獻與本研究之研究結果後，可以了解毒品施用與其復發不能僅從刑罰與社會隔離的角度來防治，而是應同時考量到其他因素，例如：生理心理狀態的評估、家庭與社會功能的良莠、進入治療性社區、與社會復歸的協助等多元處遇計畫。

由於國內社會大眾對於毒品成癮者的歧視與相關社會復歸的社區處遇欠缺資源與規劃，使得毒品成癮者大多只能依靠自己的力量來維持控制毒癮的意志力、拒絕毒品的誘惑，但假使社會或其原生家庭無法提供一個保護的環境，幫助毒品成癮者遠離毒品的情境脈絡，勢必只能在「防毒」、「拒毒」、「緝毒」、「戒毒」的循環中走不出來，造成監獄超收等刑事政策的問題。因此，復原的環境和社區資源對於毒品成癮者維持控制毒癮與遠離毒品的情境脈絡是相當重要的。

一、國家政策決定者與刑事司法體系面對毒品施用的刑事政策應控制加上支持（醫療），缺一不可

我國的第一級毒品防制策略目前還是以觀察勒戒與強制戒治為主，還是社會隔離為主要的政策手段，輔以緩起訴美沙東替代療法，但這些刑事政策並未完整包含控制與支持的功能。本研究中說明對於毒品對施用者生理、心理與社會關係的複雜損害不可能簡單以正式社會控制來修復，正式社會控制在毒癮治療上的功能，應該是幫助施用者脫離戒斷症狀與維持自我控制內在毒癮的決心，絕非將其社會隔離排除於正常社會之外。

然而，施用毒癮所造成的複雜損害或相關犯罪行為，亦不可能只依賴邀請加害者與受害者及其家屬，召開修復式正義會議就能促進加害者激發長期控制毒癮的意志力。首先最重要的是運用各項醫療、社會等資源幫助施用者遠離毒品情境脈絡與脫離戒斷症狀，如果無法先處理這兩項重要問題，毒癮者根本無法專心學習控制毒癮。唯有先處理這兩個問題，毒癮者才有能力來意識要為自己的行為與遠離毒品情境脈絡負責，並致力改悔向善。

因此，為了毒癮者有較好的毒癮治療與復歸社會的過程，本研究對於國家政策決定者與刑事司法體系有幾項建議：

- (一) 在治療機構建設上，應多設立具有控制及支持能力的專業長期性治療居住機構，法務部可以繼續與衛生福利部下各個有成癮治療科的療養院合作，例如：八里療養院、臺北市立聯合醫院松德院區等，及複製草屯療養院茄荖山莊毒癮治療模式，醫療體系亦應挺身而出為毒癮治療奉獻心力。
- (二) 法務部或衛福部可以多與一些有毒癮治療能力的 NGO 團體，例如：普賢慈海家園、晨曦會、露德協會、基督教愛之家等合作與投注經費發展毒癮治療性社區社會復歸模式，或可以讓這些散落在臺灣各地的 NGO 團體成為毒癮者的「控制毒癮中繼站」，整合當地的醫療與社會復歸資源，並隨時提供需要的毒癮者即時的幫助，延長其控制毒癮的時間，例如：戒斷症狀的醫療轉介、控制毒癮與社會復歸相關諮詢等。NGO 團體亦可協助統計國內毒癮者的相關資訊，以讓主管機關或研究單位能夠掌握資訊，發展出更好政策。
- (三) 戒治所及監獄除了本身內部的工作人員需要加強成癮治療與修復式正義的相關教育外，亦可多聘請專業的成癮治療醫療人員或曾在治療性社區接受過治療的毒癮控制成功者，親自至戒治所或監獄內宣導毒癮治療的相關知識與治療資訊，甚至是擔任日間輔導員，讓成功控制毒癮者可以有一份收入，同時給予在監的受刑人最直接的幫助與借鏡，更重要的是讓有成癮問題的受刑人可以有更多的機會認識或接觸到毒癮治療，以促進其內在想治療毒癮的動機。另一方面，可以讓有動機想控制毒癮的受刑人在出獄前，先接受治療性社區內的醫療人員的評估，可以離開監獄後直接與治療性社區銜接，減少因出獄後又回到毒品的情境脈絡所產生的高風險。
- (四) 國家的刑事司法體系及一般社會大眾，應該了解毒癮是無法根本戒除的，是一種復發率極高的慢性腦部疾病。毒癮需要在良好的社會控制與醫療支持下，才能有較好的控制。因此，在刑事政策上對於受緩起訴或假釋的更生人在撤銷緩起訴或假釋的標準上，應該更加的多元並給予支持，不應該只因其再次復發而就撤銷緩起訴或假釋，檢察官與觀護人應該使用更多的專業治療成效指標，如復發的因素評估、復發時間的間距是否延長、是否有穩定的家庭關係與工作等等。如果只因為單單再次復發就

將其送回監所，不但容易讓監所超收外，亦讓毒癮者不斷在監所與社會邊緣間輪迴。

二、運用毒品施用人口的人力資源

2011 年法務統計指出毒品案件執行判決確定有罪人數 36410 人，占全部刑案有罪人數的 20.9%，其中具有毒品罪前科者所佔比率達 81.2%，且依據 2009 年國民健康訪問暨藥物濫用調查結果報告指出，我國 12-64 歲人口藥物濫用終生盛行率約 1.43%，推估人數約 22-28 萬人之間，可見國內毒品罪的再犯率及毒品施用人口數很高，而且，相關文獻與本研究結果指出有一份穩定的工作，對於毒品成癮者未來控制內在毒癮與社會復歸是非常重要的。

然而，國家面對毒品成癮者大部分還是以監禁的方法將其與社會隔離，且一般社會大眾對於毒品成癮者的歧視與排除，在加上國內對於毒品成癮者的治療處遇缺乏與毒品市場的問題等種種因素，使得 20 幾萬的毒品成癮者在社會上很難找到穩定的工作，往往只能失業、從事下階層的工作或是犯罪活動。

這樣的現象對於國家勞動人口與國家發展可以是一大損失。本研究發現其實有良好的治療與復歸環境，毒品成癮者是可以復原其生理、心理與社會功能，回到社會上從事穩定的工作。因此，刑事司法系統應該與醫療單位及國內民間企業合作，將治療性社區的模式擴大到由民間企業來經營，以刑事司法系統與醫療單位來輔導並提供各式的醫療資療，讓毒品成癮者在一個安全且有資源的地方，學習的控制內在毒癮、修復社會關係，重要的是能自給自足、循序漸進的與社會接軌。

三、國內一般社會大眾對於相關藥物成癮的教育應改革與強化

國內對於藥物成癮的教育這幾十年來幾乎沒有什麼進步，不但對於一般社會大眾或家長沒有什麼教育作為，連最容易受到毒品誘惑的學齡的兒童及青少年，甚至是大學生也不例外，幾乎都還是停留在「跟毒品說不」的年代，差別可能是教育機關可能會以舉辦一些時下青少年喜歡的街舞、音樂活動，或是請時下明星來當反毒大使等宣傳方式來包裝「跟毒品說不」，但對於最重要的藥物成癮本身的教育內容卻是換湯不換藥，當然起不了效果，假使毒品出現在一般社會大眾面前時，相信能真正說不的可能是少之又少。

因此，針對藥物成癮的相關知識，不但要從學校擴大教育至普羅大眾外，還必須要更新實質的藥物成癮相關知識。除了一般毒品的種類與其相關的生理、心理危害之外，應加入本研究第二章第一節「毒品成癮對施用者所造成的傷害」與第四章第一節「毒品成癮者的地獄與天堂」等相關知識，從能讓一般社會大眾了解到毒品所帶來的危害並不是指式簡單的生理與心理的傷害而已，更可怕的是會將自己推入到被社會排除的地獄深淵中。

另一方面，也要向社會大眾宣導修復式正義的精神與概念，讓社會大眾瞭解毒品成癮者之所以會不斷的再犯，社會大眾也要負一部份的責任。社會大眾與毒癮者的家屬對於毒成者，不管其當初施用毒品是什麼原因，一但其受到了毒品的傷害後，都應了解毒品傷害復歸本是不易，毒癮者需要以正確的治療及復歸方式、更多元的包容與態度給予高度的支持，幫助他們重新回到社會上，尤其是不要傷害他們生來具有的「人」的價值，而將其排除再社會之外，更要記得「今天我們放棄毒品成癮者，明日毒品成癮者亦會放棄社會。」

對於毒癮者的家屬們，國家與社會不應該給予歧視，而是給予他們更多支持，尤其是幫助他們從因其家人施用毒品所帶來的傷害中修復，並給予他們更多的力量與資源來協助毒癮者復歸社會。毒癮者的家庭非正式控制越強，對於其控制毒癮的力量也就越強。

第三節 研究限制與對未來研究之建議

一、研究限制

(一) 研究結果推論上的限制

本研究所呈現的僅是在單一個治療性社區內兩週的參與觀察與四位受訪者的資料，而每位受訪者都有其不同的特質、問題、需求與環境背景。因此，本研究之結果可以供後續研究的參考依據，不宜斷然認定所有毒品成癮者都可以循著相同歷程而達到控制內在毒癮，且本研究在抽樣限制上，少了當下毒癮治療失敗者，而未能探討毒癮治療失敗的原因。

(二) 研究方法上的限制

本研究方法是以質性訪談為主，參與觀察為輔，因為參與觀察的時間只有兩個星期，且研究者在觀察記錄的技術上還欠缺程夠的經驗，所以要透徹觀察並記錄在治療社區內每一個治療細節實有其困難性，但研究者已將觀察時，所能收集的資料進行分析，並完整呈現於研究結果中。

(三) 資料真實性的問題

由於本研究是回溯性訪談，對於過去是件的重現，受訪者難免會受記亦影響而模糊不清，因本研究的焦點不在於犯罪偵查，所以若資料不一致的情形沒有違背整體的真實性，則不過分追究受訪者容的真誤，而將重點放在受訪者對於研究問題的理解上。而本研究在應用研究結果時，亦加以考慮受訪者所表達的言語內容與其真實的本質是否有矛盾之處。

二、對未來研究之建議

對毒品治療與控制的政策需要完整而明確的評估，且建立在研究的廣度與深度，以本研究為開端，對後續的研究建議有：

- (一) 研究社會復歸機構對於毒品成癮者的經營模式，社會復規模式應以企業管理的模式來經營，毒品成癮者同是人力資源，應研究讓其在安全的環境下戒受治療，並同時可以自給自足逐步復歸社會。
- (二) 荷蘭已使用鼻吸式的海洛英維持療法，且在一般社會文化中吸食海洛英已視為是病人，每天都要去醫院報到，在青少年的文化中更是一個失敗者，所以在荷蘭幾乎沒有青少年的新興海洛英施用者，未來研究可以針對荷蘭歷年毒品施用文化的改變進行研究，以探討如何幫助國內社會大眾改變對於毒品成癮者的看法。
- (三) 由於國內目前的治療性社區內同時有自願到社區與受司法強制力而進入社區兩種接受毒癮治療的居民，可以研究比較這兩種居民對於治療性社區的看法、滿意度、效果、成功與失敗因素等。
- (四) 毒癮治療的方式與政策應更多元化，故應必先要整合國內毒癮治療的公共資源，並要有研究來評估分析現有的各項毒癮治療方式與政策，以建立的詳細良好的評估分流機制，幫助每位毒品成癮者可以找到對自己最好的治療方式。

參考文獻

一、中文參考書目

- 李志恆、陳喬琪、唐心北 (1993)。美國「美沙冬治療鴉片類成癮者之成效」考察報告。行政院衛生署麻醉藥品經理處。
- 李志恆 (1995)。赴美國考察「麻醉藥品管理及藥物濫用防制現況」報告。行政院衛生署麻醉藥品經理處。
- 李思賢 (2014年1月)。成人藥癮者之心理衛生教育。「藥物成癮防治策略論壇」發表之論文，臺灣大學公共衛生學院101講堂。
- 李宗憲 (2010)。我國毒品犯控制毒癮治療政策之評估研究(未出版之博士論文)，國立中正大學，嘉義。
- 行政院研究發展考核委員會(2008)。毒品防治政策觀劃報告。
- 行政院衛生署國民健康局、行政院衛生署食品藥物管理局、國家衛生研究院 (2009)。國民健康訪問暨藥物濫用調查。
- 安辰赫 (2005)。藥癮者的全人復歸，台北:財團法人基督教晨曦會。
- 呂宜芬 (2006)。我國修復式正義實踐途徑之研究—以緩起訴處分之酒醉駕車者為探討對象(未出版之碩士論文)，國立台北大學，台北。
- 吳麗珍 (2010)。我國戒毒成效之後設分析(未出版之博士論文)，中央警察大學，桃園。
- 林健陽、賴擁連 (2002)。臺灣地區毒品犯戒治處遇效能之實證研究，公共事務評論 第三卷 第一期。
- 法務部、教育部、行政院衛生署 (2003)。反毒報告書。
- 法務部 (2011)。法務統計。
- 周愷嫻 (2005)。美國、英國、法國、新加坡、澳洲五國協助更生人就業之策略。更生保護實務與犯罪矯正學術研討會大會手冊暨輪文集，61—66。
- 胡幼慧 (主編)，質性研究理論、方法及本土女性研究實例。台北市：巨流。
- 高敬文(1999)，質化研究方法論。台北:師大書苑。

- 湯宜朗 (1997)。藥物依賴者的居住式康復治療—治療集體(治療性社區)。刊於姜佐寧(主編), *成癮的臨床與治療*。北京:人民衛生出版社
- 許春金(2010), *人本犯罪學—控制理論與修復式正義*。台北:三民書局。
- 黃富源、曹光文(1996)。 *成年觀護新趨勢*。心理出版社。
- 黃曉芬、張耀中(2012)。試評台灣具修復式正義精神之相關制度。 *犯罪與刑事司法研究*, 19, 44-72。
- 裘雅恬(2009)。 *毒品施用者緩起訴替代療法成效評估之研究*(未出版之碩士論文), 中央警察大學, 桃園。
- 劉運康(1985)。慢性精神科個案之社會復歸:談社會復歸之涵意, 基本條件與類型。 *職能治療學會雜誌*, 3: 9-14。
- 蘆蕙馨(2004)。參與觀察, 載於謝臥龍(主編), *質性研究*, (頁 57-80)。心理出版社。
- 蔡協利(2005)。接收監獄職業試探成效與更生保護工作銜接。 *法務通訊*, 第 2237 期。
- 龍冠海(1997)。 *社會學*, 台北:三民書局。

二、英文參考書目

- Allen, J. P., & Litten, R. Z.(1999). *Treatment of Drug and Alcohol Abuse:An Overview of Major Strategies and Effectiveness. Addictions. A comprehensive guide book*, pp.306-327. New York:Oxford University Press
- Advisory Council on the Misuse of Drugs.(2010). *Consideration of the use of Multi-Criteria Decision Analysis in drug harm decision making*. London: Home Office, Retrieved from <http://www.homeoffice.gov.uk/publications/drugs/acmd1>
- Alexander, R., & Murray, D.(1992). *Understanding substance abuse and treatment*. Springfield, VA: Goodway Graphics.
- Anthony, J.C., Warner, L. A.,& Kessler, R. C. (1994). Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances, and inhalants: Basic findings from the National Comorbidity Survey. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 2, 244-268.

- Bayley, David H.(1976). *Forces of Order : Police Behaviour in Japan and the United States*. University of California Press.
- Black M.M.(1976). The occupational career. *Am J Occup Ther* , 30(4), 225-228,.
- Bechara, A.(2005), Decision making, impulse control and loss of willpower to resist drugs: a neurocognitive perspective. *Nature Neuroscience.*, 8(11), 1458-63.
- Brower, K.J., Blow, F.C.& Beresford, T.P. (1989). Treatment implication of chemical dependency models: an integrative approach. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6, 147-157.
- Bogdan, R. C. and Biklen, S. K.(1998). *Qualitative Research for Education:An Introduction to Theory and Methods*.(見黃光雄等譯(2001)質性教育研究。嘉義：濤石。)
- Braithwaite, J. (2002). *Restorative Justice and Responsive Regulation*. NY: Oxford University Press.
- Carter, Ritar. (1998). *Mapping the Mind*. CASSELL and Co.(見洪蘭譯(2002)大腦的秘密檔案。台北:遠流。)
- Crew, F. T. & Boettiger, C. A.(2009).Impulsivity, Frontal Lobes and Risk for Addiction. *Pharmacol Biochem Behav*, 93(3), 237-247
- De Leon, G.(1997). *Community As Method : Therapeutic Communities for Special Populations and Special Settings*. Westport : Praeger Publishers.
- De Leon,G.(1999). *The therapeutic community treatment model. Addictions,A comprehensive guide book*, pp.306-327. New York:Oxford University Press.
- De Leon, G.(2000). *The therapeutic community:Theory, model, and method*. New York:Springer Publishing Company
- Guba, E. G., and Lincoln, Y. S.(1994). Competing paradigms in qualitative research. In Denzin,N. K. and Lincoln, Y. S.(Eds):*Handbook of Qualitative Research*. Newburg Park, CA:Sage.
- Goldstein, R. Z, Volkow, N. D. (2002). Drug Addiction and its Underlying Neurobiological Basis: Neuroimaging Evidence for the Involvement of the Frontal Cortex. *American Journal of Psychiatry* , 159(10), 1642-1652,

- Gottfredson, M. & Hirshi, T. (1990). *A General Theory of Crime*, Stanford University Press.
- Hirshi, T.(2002).*Cause of Delinquency*. Transaction Publishers.
- Leshner, A. I.(1997).Addiction Is a Brain Disease, and It Matter. *Science*, 278(2), 45-47.*doi:10.1126/science.278.5335.45*
- Leshner, A. I.(2001). Addiction Is a Brain Disease. *In Issues of Science & Technology Online*, Retrieved from http://www.tgorski.com/articles/addiction_is_a_brain_disease.htm
- National Institute on Drug Abuse (2007). *The Science Of Addiction: Drugs, Brains, and Behavior*, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services, NIH Pub No. 07-5605, p.5, p.27
- Laub, J. & Sampson, R. (2003).*Sharing Beginnings, Divergent Lives*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Lyman, M. D. and G. W. Potter (2003), *Drug in Society: Case, Concepts and Control, 4th Ed.*, Anderson Publishing Co., pp. 430-431.
- Kevin, D., Dwayne S., & Lois R C., (1997). An assessment of prison-based drug treatment texas' in-prison therapeutic community program. *Journal of Offender Rehabilitation*, 24, 75–100.
- Marshall, T. F. (1999). *Restorative justice: An overview*. London, UK: the Home Office, Information and Publications Group, Research Development and Statistics Directorate.
- Marshall, T. F. (1996) The evolution of Restorative Justice in Britain. *European Journal on Criminal Policy & Research* , 4, 4, pp 21–43.
- McCold, P. (2006). The recent history of restorative justice: Mediation, circles, and conferencing. In D. Sullivan and L. Tifft (Eds.), *Handbook of Restorative Justice: A Global Perspective* (pp. 23–51). London, UK: Routledge.
- McCold, P.& Watchtel, T. (2003, Aug.). *In Pursuit of Paradigm: A Theory of Restorative Justice*. Paper presented at Restorative Practices Forum.
- Mehr, J. (1988). *Human services: Concepts and intervention strategies*. Boston: Allyn and Bacon.

- Melnick, G., Hawke, J., & Wexler, H. K. (2004). Client Perceptions Of Prison-Based Therapeutic Community Drug Treatment Programs. *The Prison Journal*, 84(1), 121-138.
- Miller, Claudia, S. (1999). Are we on the threshold of a new theory of disease? Toxicant-induced loss of tolerance and its relationship to addiction and abidction. *Toxicol Ind Health*, 15, 284. DOI: 10.1177/074823379901500302
- Nora D.Volkow,(2005). *Heroin Abuse and Addiction*. Available from NIDA. <http://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/heroin-abuse-addiction/what-are-long-term-effects-heroin-use>
- Payte, J. T.(1991).A brief history of methadone in the treatment of opioid dependence:A personal perspective. *Journal of Psychoactive Drugs*, 23,103-107.
- Pearce, S. C. and D. Holbrook (2002). *Research Findings and Best Practices in Substance Abuse Treatment for Offenders: A Review of the Literature*, North Carolina Department of Correction Office of Research and Planning, p. 6.
- Presser, L., & Van Voorhis, P. (2002). Values and evaluation: Assessing processes and outcomes of restorative justice programs. *Crime and Delinquency*, 48(1), 162 –188. doi:10.1177/0011128702048001007
- Powdermarker, H.(1966). *Stranger and Friend; The way of an anthropologist*. New York:W. W. Norton & Company.
- Rosenberg, D.N.(1982). Holistic therapy with alcoholism families. *Alcohol, Health and Research World*, 6, 30-32.
- Schur, E. M., & Hugo A. B. (1974) *Victimless Crimes*, Englewood Cliffs, N.J.:Prentice-Hall, Inc.
- Strauss, A., & Corbin, J.(1990).*Basics of qualitative research:Grounded theory procedures and techniques*. London:Sage.(見徐宗國譯(1997)質性研究概論。台北:巨流。)
- Strauss, A., & Corbin, J.(1994).*Grounded theory methodology:An overview*. InDenzin, N. K. and Lincoln, Y. S.(Eds):*Handbook of Qualitative Research*.Newburg Park, CA:Sage.

- Strauss, A., & Corbin, J.(1998).Basics of qualitative research:Grounded theory and techniques. London:Sage Publications, Ink.(見吳芝儀、廖梅花譯(2001)紮根理論研究方法。嘉義:濤石。)
- the Opiate Addiction & Treatment Resource(2013).*Opiate Withdrawal*. Available from the Opiate Addiction & Treatment Resource , http://www.opiateaddictionresource.com/addiction/opioid_withdrawal
- Therapeutic Community Open Forum (2006). *Standards that define a TC*. Retrieved January 21,2013,from http://www.tc-of.org.uk/index.php?title=TC_Issues
- Thombs, D . L.(1994).*Introduction to addictive behavior*. New York:the Guilford Press.(見李素卿譯(1996)上癮行為導論。台北:五南。)
- Van Ness, D. W. (2003). Creating restorative systems. In G. Johnstone (Ed.), *A restorative justice reader: Texts, sources, context* (pp. 270–279). NY: Willan Publishing.
- Wachtel T. ,(1999,Feb.). *Restorative Justice in Everyday Life:Beyond Formal Ritual*. Paper presented at Reshaping Australian Institutions Conference: Restorative Justice and Civil Society,Camberra Australia.
- Walton, H. J., Bennett, R., & Nahemow, L.(1964).The significance of psychiatric symptomatology for social adaptation. *British Journal Psychiatry, 110*,544-548.
- Watts, F.N., & Bennett, D. H. (1983). *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation*. New York: John Willey and Sons.
- Webb, L. J.(1973). The therapeutic social club. *Am J Occup Ther*,27:81-83.
- Welsh, W.N. (2007). A Multisite Evaluation of Prison-based Therapeutic Community Drug Treatment. *Criminal Justice and Behaviour, 34*(11), 1481-1498.
- Zehr, H. (2002). *Little book of restorative justice*. PA: Good Books.
- Zimberg, S., Wallace, J., & Blume, S. B.(Eds). (1978). *Practical approaches to alcoholism psychotherapy*. New York: Plenum Press.

附錄

附錄一 訪談大綱

一、施用毒品發生

- (1) 曾施用毒品的動機有哪些?
- (2) 曾施用毒品多久?最一次施用毒品是何時?於何處發生?
- (3) 會與哪些人一起施用毒品?
- (4) 施用毒品對您而言是否產生損害?(是否傷害家庭、工作)
- (5) 對於施用毒品的當下,您的感受為何?
- (6) 對於施用毒品,當下您對於自己有哪些看法?對社會環境有哪些看法?
- (7) 對於施用毒品,您認為是哪裡出問題?是自己或是社會環境?
- (8) 事件發生後,對於下列事項您的意見為:

1、身體所受損害

很嚴重 嚴重 沒意見 不嚴重 很不嚴重

2、金錢損害

很嚴重 嚴重 沒意見 不嚴重 很不嚴重

3、不安全感程度

很嚴重 嚴重 沒意見 不嚴重 很不嚴重

4、生活作息與過去的相似度

很高 高 沒意見 低 很低

5、人際相處的信任度

很高 高 沒意見 低 很低

6、對施用毒品的自責程度

很高 高 沒意見 低 很低

7、希望回復的程度

很高 高 沒意見 低 很低

二、 曾接受過的控制毒癮處遇

- (1) 在施用毒品後，您選擇的處理方式為何？（是否想過控制毒癮）
- (2) 什麼因素促使您選擇這種處理方式？
- (3) 施用毒品後多久，開始進行控制毒癮？什麼因素促使您選擇這種控制毒癮方式？
- (4) 控制毒癮的過程中，在何處進行？有哪些人參與？
- (5) 控制毒癮的過程中
 - 1、怎樣進行？（控制毒癮方式、程序）
 - 2、您是否能表達自己的意見與感受？
 - 3、除了行為人您外，還有哪些人或團體，對於控制毒癮的處理發表意見或看法？
- (6) 事件的處理結果為何？ 您所受到的損害是否獲得修復？怎樣的修復方式？

三、 接受治療性社區

- (1) 什麼因素促使您選擇這種治療性社區控制毒癮方式？
- (2) 在治療性社區控制毒癮的過程中，在何處進行？有哪些人參與？
- (3) 控制毒癮的過程中
 - 1、怎樣進行？（控制毒癮方式、程序）
 - 2、您是否能表達自己的意見與感受？
 - 3、除了行為人您外，還有哪些人或團體，對於控制毒癮的處理發表意見或看法？
- (4) 控制毒癮的處理經過幾次始達成合意結果？共歷時多久時間？
- (5) 事件的處理結果為何？ 您所受到的損害是否獲得修復？怎樣的修復方式？

四、 在治療性社區接受控制毒癮治療之結果

- (1) 對於控制毒癮治療所花的時間，您的態度為何？
- (2) 接受控制毒癮後
 - 1、對您的產生哪些影響？
 - 2、是否讓您無明顯妨礙在社區生活的症狀？怎樣進行？您心理感受如何？是否感到滿足？跟施用毒時的感受有沒有改變？什麼原因讓它改變？
 - 3、是否讓您具備基本的生活技巧？怎樣進行？您心理感受如何？是否感到滿足？跟施用毒時的感受有沒有改變？什麼原因讓它改變？
 - 4、是否讓您有足夠維持基本生活的經濟資源？怎樣進行？您心理感受如何？是否感到滿足？跟施用毒時的感受有沒有改變？什麼原因讓它改變？
 - 5、是否讓您在社區中找到合適的居所？怎樣進行？您心理感受如何？是否感到滿足？跟施用毒時的感受有沒有改變？什麼原因讓它改變？
 - 6、能在社會中扮演合適的角色？怎樣進行？您心理感受如何？是否感到滿足？

跟施用毒時的感受有沒有改變？什麼原因讓它改變？

7、是否提升你的「社會參與」及「生活品質」？怎樣進行？您心理感受如何？

是否感到滿足？跟施用毒時的感受有沒有改變？什麼原因讓它改變？

8、經過治療性社區毒品控制毒癮治療後，您對施用毒品有什麼感受？與當時施用毒品時的感受有沒有改變？什麼原因讓它改變？

9、經過治療性社區毒品控制毒癮治療後，您對於自己有哪些看法？與重要關係人的關係為？能否面對重要關係人？跟當時施用毒品時的看法有沒有改變？什麼原因讓它改變？

10、經過治療性社區毒品控制毒癮治療後，您對於治療性社區有沒有新的看法？與治療性社區的關係為何？

(3) 整體而言，事件處理後，對於下列事項您的意見為：

1、身體所受損害

很嚴重 嚴重 沒意見 不嚴重 很不嚴重

2、金錢損害

很嚴重 嚴重 沒意見 不嚴重 很不嚴重

3、不安全感程度

很高 高 沒意見 低 很低

4、生活作息與過去的相似度

很高 高 沒意見 低 很低

5、人際相處的信任度

很高 高 沒意見 低 很低

6、對施用毒品的自責程度

很高 高 沒意見 低 很低

7、希望回復的程度

很高 高 沒意見 低 很低

8、對處理程序所花費時間滿意度

很高 高 沒意見 低 很低

9、對控制毒癮的過程之滿意度

很高 高 沒意見 低 很低

10、對治療性社區之滿意度

很高 高 沒意見 低 很低

11、控制毒癮達成是否符合自己所希望

很高 高 沒意見 低 很低

12、整體滿意度

很高 高 沒意見 低 很低

五、個人資料

(1) 性別 男 女

(2) 出生年份 民國 年

(3) 宗教信仰

無 基督教 天主教 佛教 道教 回教 其他

(4) 教育程度

不識字與自修 國小 國中 高中 (職) 專科 大學 研究所以上

(5) 婚姻狀況

從未結婚 已婚 未婚同居 喪偶 已婚分居 離婚 其他

(6) 家庭型態

單身一人 夫婦二人 單親家庭 核心家庭 三代家庭

祖孫家庭 其他

(7) 職業

(8) 平均月收入

(9) 居住地區

(10) 工作地點



附錄二 訪談同意書

您好：

我是國立台北大學犯罪學系碩士班的研究生，我的研究論文主題為「治療性社區海洛英施用者社會復歸歷程之研究—以修復式正義為觀點」。本研究將從兩個角度切入，第一想瞭解我國衛生醫療體系與社會福利體系如何進行治療性社區內的各項結構性及半結構性治療非藥物治療等控制毒癮社會復歸模式，第二想瞭解居民進入治療性社區時的控制毒癮動機、在社區內的社會復歸及關係重建歷程與所面臨之困境，希望透過訪談能從中瞭解毒癮施用者在控制毒癮歷程上所面臨的困難及如何運用治療性社區幫助自己復歸社會，並提出有效的建議與具體措施。

本研究採用質性研究的半結構式深度訪談法，訪談約需一至兩次，每次約60分鐘，為有效蒐集資料及減少錯誤訊息，訪談中會全程錄音，資料都會保密，請您放心。在訪談過程中，若您覺得不想回答可隨時提出暫停，我會尊重您的決定。本訪談內容僅供學術之用，決不對外公開發訪者個人資料與可茲對照之訊息。若您對於本研究有任何意見或想法，歡迎您隨時跟我反應或討論。在此也謝謝您願意參與本研究。

研究者聯絡方式：

研究生：

電話：

E-mail：

受訪者

請簽名：_____

日期： 年 月 日

研究者

請簽名：_____

日期： 年 月 日

研究生 白鎮福 敬上

附錄三 茄萇山莊安全檢查規範

1. 身體安全檢查分為「甲式」及「乙式」二種。
 - 1-1.「甲式」適用於外出/外宿、莊外團體活動、公務、職業訓練、就學、工作、莊內居民不穩定時或每天不定時執行。
 - 1-2.檢查人員以男性醫療人員/工作人員為主。
 - 1-3.檢查內容：全身脫光(地點為值班室/談心室)、脫鞋(含脫襪子)、酒精測試、行李、錢包、隨身物品。
 - 1-4.醫療人員會依當下居民情形，而執行檢查內容項目。
 2. 「乙式」適用於莊外團體活動、公務、職業訓練、就學、工作、莊內居民不穩定時或每天不定時執行。
 - 2-1.檢查人員以醫療人員/工作人員。
 - 2-2.檢查地點為大廳。
 - 2-3.檢查內容：口袋內容物、脫鞋(含脫襪子)、酒精測試、錢包、隨身物品。
 - 2-4.醫療人員會依當下居民情形，而執行檢查內容項目。
 3. 檢查過程中不能與其他居民有互動，且山莊內部居民請勿到大廳，以走道的大廳門為界限，請不要超過此門。
 4. 安全檢查完畢之居民請離開大廳，請不要在大廳逗留。
 5. 尿液檢驗為每週不定期不定時。
 - 5-1.居民外出/外宿返莊後須尿液檢驗。
 - 5-2.經醫療人員觀察下發覺居民若莊外團體活動、公務、職業訓練、就學、工作返莊後及莊內居民不穩定時，有權利執行尿液檢驗。
 - 5-3.當醫療人員宣佈尿液檢驗後須在4小時完成，若有外出/外宿者以返莊後4小時內完成，若未在以上規定時間內完成者，則視同陽性是在規避驗尿。
- 101.03.19 修訂
6. 集尿地點為大廳旁廁所之馬桶。
 - 6-1.集尿過程醫療人員/工作人員會陪伴在旁。
 - 6-2.若當班為女性醫療人員，會請第 B-2 治療階段(幹部)以上之資深居民執行安全檢查，以及目視整個集尿過程，而女性醫療人員並會陪伴在集尿地點旁。
 - 6-3.尿液檢體須超過瓶身一半。
 - 6-4.居民驗尿程序：居民集尿時在大廳旁廁所馬桶間，由醫療人員在廁所門前檢查身上是否藏有可疑之液體，安檢後，才會把驗尿瓶交給集尿之居民，集尿時廁所門須打開由醫療人員目視整個集尿過程。
 7. 居住山莊之居民目前尿液檢驗費用，目現是由專案補助支出。
 - 7-1.個案入住時之尿液檢驗費用須自行支付。
 - 7-2.新居民不接受驗尿檢驗時，若8小時內未完成檢驗將強制離莊。
 - 7-3.新居民入住當天山莊須尿液驗尿，才能入住。

- 7-4.若呈陽性反應，建議至藥癮病房作急性解毒，或至門診拿藥回家，之後，依山莊約定之入住時間驗尿檢驗。
- 7-5.若呈陽性反應，經會談，具強烈動機可忍受戒斷症狀者，允許經由門診醫師開立之戒斷口服藥入住，須配合「減藥原則」。
- 7-6.新居民入住當天須在山莊集尿，由醫療人員/工作人員陪同居民及家屬/聯繫人至本院門診處掛號後送檢驗科，等驗尿報告結果出來呈陰性立即入住山莊，呈陽性以第7-4.及7-5.項目辦理。
8. 身體檢驗於評估/入住當日至本院門診處掛號體檢。
- 8-1.身體檢驗若未在本院體檢，而是在其他醫療院所做之身體檢驗，檢驗報告有效時間為三個月。
- 8-2.檢驗報告之有效時間以報告上日期為始起日，若超過有效時間須重新身體檢驗。
- 8-3.評估未入住時檢驗報告經醫師判讀後，若有生理問題會影響到在山莊治療時，須先至內外科專科醫院治療，待治療完成後已無生理上之疑慮才可以入住山莊。
- 8-4.入住山莊後檢驗報告經醫師判讀後，若發現有生理上之問題且會影響到在山莊治療時，須先辦理離莊結案至內外科專科醫院治療，待治療完成後無生理上之疑慮，可再入住山莊評估。
9. 環境安全檢查須依山莊環境安全檢查流程進行。
- 9-1.居民不接受環境安全檢查時，當安檢人員離開山莊時該居民未完成檢查將強制離莊。
10. 外叫之食物、飲料送至山莊時，醫療人員/工作人員會予以檢查內容物。

附錄四 茄萇山莊生活作息規範

1. 請居民遵守山莊作息表及相關規範。
2. 居民之間不得有人身攻擊之言論，若有事情或任何問題請在晨/晚間會議中提出討論。
3. 居民之間應有互助之精神，如遇居民有困難或情緒不穩定之情況，每位居民有義務告知醫療人員。
4. 社區居民不得於室內抽煙，若居民未達法定年齡 18 歲依據菸害防制法是禁止吸煙。
5. 為維護社區之安全及打造無毒的社區環境，居民間如有發現不法及違反社區規範之行為，每位居民有義務告知醫療人員。
6. 社區居民要有禮貌，須尊重醫療人員/工作人員。
7. 社區居民嚴禁與醫療人員發生逾越之行為。
8. 居民禁止以言語脅迫或暴力行為威脅居民、醫療人員/保全。
9. 居民未經許可不可任意進出大廳大門。
10. 居民在山莊內不可有監獄文化、社會次文化之行為及言語出現，如：隨時隨地蹲下說話及吃東西、監獄裡習慣用語、個人不穩之言語（髒話、不良的口頭禪）...等。
11. 在非團體課程私下請不要談論毒品相關議題。
12. 為維護山莊環境衛生，不亂丟垃圾、不亂大小便，尤其不亂丟/亂彈煙蒂及煙灰或丟進小便斗及馬桶以免阻塞，不可隨便吐痰，若要吐痰請吐在洗手槽並用水沖洗，或是吐在衛生紙上包裹後丟進垃圾桶。
13. 影響山莊治療之個人物品（電器類、電腦 3C 類、健身器材類、寢具類...等）須向山莊申請是否可以使用。
 - 13-1. 第 C-4 治療階段符合擁有「音響、喇叭類」（含隨身攜帶型）之資格，須填寫特殊事件單申請，待同意之後才可帶入山莊。
 - 13-2. 第 B-1 治療階段符合擁有「MP4、掌上型電視」之資格，須填寫特殊事件單申請，待同意之後才可帶入山莊。
14. 撲克牌、麻將、電玩遊戲機、電影觀賞，在不影響團體課程下使用細則如下：
 - 14-1. 時間：星期五 20 時-22 時；星期六有 3 個時段 09 時-11 時 30 分、13 時 30 分-16 時、18 時-22 時；星期日有 2 個時段 09 時-11 時 30 分、13 時 30 分-16 時。
 - 14-2. 地點：撲克牌、麻將在大雅；電玩遊戲機在小雅；電影觀賞在周頌。
 - 14-3. 使用公物請愛惜使用，使用完畢請歸回原位。
15. 電玩遊戲機（含掌上型）為容易沉迷的物品，山莊治療是為改變成癮行為，故不可以因個人認知而隨意帶至山莊使用，此物品須申請，經團隊會議同意後請在規定時間內使用。

16. 冷氣機使用原則為室溫**超過 29 度**可開啟冷氣機，冷氣機溫度設定在 26°C-28°C，使用時請關閉門窗，相關細則如下。
 - 16-1.地點：寢室及公共區域。
 - 16-2.開啟月份：每年 06 月份至 10 月份。
 - 16-3.開啟時間：寢室使用時間為午休/夜間開啟時間 22 時—02 時；公共區域視 09 時—22 時。
 - 16-4.公共區域若空間大，人數 3 人（含）以下時不開啟冷氣機。
17. 服裝穿著細則如下：
 - 17-1.服裝/鞋子須乾淨，不穿著不雅及破爛之款式。
 - 17-2.星期一至星期五白班不可穿背心式內衣、拖鞋，待晚間會議後才可以穿著背心式內衣、拖鞋。
 - 17-3.星期六、日及國定假日時白班可穿背心式內衣、拖鞋。
 - 17-4.莊外活動、跑單時不可穿背心式內衣、穿拖鞋。
 - 17-5.星期六、日及國定假日若有團體課程、特殊活動時，不可穿背心式內衣、拖鞋。
18. 身體儀容須整齊乾淨，不散發出異味。
19. 第 C-1 治療階段會分配給予個人置物櫃自行運用，平時不可以上鎖；若有貴重物品可以上鎖並將鐵櫃鑰匙交給醫療人員保管。
20. 「情色書籍/影片」觀看原則如下：
 - 20-1.觀看時間：以不影響生活作息及團體課程為主。
 - 20-2.地點：不可在公共場所，須較隱密地點，例如：寢室...等。
 - 20-3.播放器：請使用個人之 MP4 或其他個人專屬之播放器。
 - 20-4.情色影片檔不可使用山莊公用電腦進行傳輸。
 - 20-5.若有「自我解放行為」時，事後請整理週遭環境。
 - 20-6.若當班醫療/工作人員為女性時，須尊重之感受，請自重。
21. 每月第二週的星期三夜間課程完畢（21 時）後為當月壽星慶生時間。
22. 晚上熄燈管理制度：晚上 22 時為熄燈休息時間，若要看書請開自己的檯燈不說話降低音量以免影響其他居民，最晚 12 點後則需將房間所有的燈熄掉若無法睡可請當班工作人員協助或至小雅看書，但不可觀看電視以免影響到其他居民。
23. 為節約能源工作人員會不定期抽看電器類使用情形，並依電器操作準則使用，而「洗衣機」使用時間為星期一到星期日 9 時至 22 時；若天況氣候不佳（下雨、陰天且濕氣重）的情形下才可使用烘衣機，使用時間為星期一到星期日 9 時至 22 時。
24. 假日可以出租影片觀看每週 3 片為限，費用由居民公費支出，其中一片須心靈、勵志、人性...等，對治療上有幫助之影片，其他 2 片居民可自由選擇。

25. **煮宵夜流程**：當天值日生組長將剩餘的食材放在專用籃中（若無多餘的就會是空著），放在冰箱冷藏/冷凍，供煮宵夜居民使用，煮宵夜人數調查會於晚間會議時工作人員會予以詢問，並會安排使用廚房的負責人，當廚房使用清理完畢後主動請當班工作人員檢查環境。
- 25-1. 烹煮宵夜時間為 20 時至 21 時 30 分。
- 25-2. 烹煮地點為廚房，其他地點全天禁止烹煮食物（小雅之電磁爐僅能泡茶使用）。
- 25-3. 如有「**特殊活動**」須在山莊其他地點烹煮食物，請事先在正式會議上提出並由醫療團隊討論決議。
- 25-4. 須負責清理廚房環境。
26. 當居民違規行為被當班工作人員觀察到，經醫療團隊討論決議之懲處，於會議上公佈後請在 7 天內執行完畢。
- 26-1. 懲處執行完畢時請主動告知醫療人員，並會依懲處項目予以檢查。
- 26-2. 當居民懲處執行力不盡完善或不理想時，醫療人員會依懲處項目請居民重新執行。
- 26-3. 若懲處項目不依醫療團隊決議執行者或 7 天內尚未執行完畢者，會予以強制離莊或轉介其他醫療機構。
- 26-4. 懲處項目尚未執行完畢者，是不可以外出/外宿。
27. **飼養寵物條件如下**：
- 27-1. 飼養動物須在正式會議上提出並經山莊全體居民討論同意後，再填寫特殊事件提出申請，讓治療團隊討論決議。
- 27-2. 經治療團隊決議同意飼養後，須負責餵食、環境清理、生理照護之責任。
- 27-3. 飼養負責人若遇外出/外宿時，代理人須遵守第 28-2 項。
- 27-4. 欲將寵物安置/逗留於寢室，請依「寢室規範」第 10 項辦理。
- 27-5. 飼養負責人如結案離莊須將寵物帶離山莊，不可繼續安置於山莊。
28. 居民之間不可侵犯個人隱私，如私自進入別人房間、私自看閱筆記、信件及日記內容、私自翻找房間內個案物品等不恰當行為。

附錄五 茄萇山莊各階級負責之職務表

階級	負責職務
C0-C1	<ol style="list-style-type: none"> 1. 剛入住山莊，配合山莊作息與課程 2. 保持個人房間內務的整齊
C2-C3	<ol style="list-style-type: none"> 1. 分配環境區域，須盡責完成 2. 分配至各組值日生，學習同儕合作及服從指揮 3. 依個人專長與意願，分配至居民組織架構的各小組
C4-C6	<ol style="list-style-type: none"> 1. 成為值日生組長，擔負領導與廚藝教學的職責 2. 依據各小組職責完成日常工作，協助山莊運作，例如：採買、修繕與除草等 3. 自主性協助山莊環境維護與建設 4. 居民學習外賓參訪時的介紹 5. 在幹部帶領下完成每週的便當製作工作訓練
B1-B2	<ol style="list-style-type: none"> 1. 成為幹部，協助山莊居民導向正向觀念 2. 成為生活輔導員，協助新進居民適應山莊生活 3. 共同討論當週居民狀況及協助山莊運作情形 4. 協助山莊業務推動，例如：協助山莊公文/資料/物品送至其他單位及負責在參訪時的介紹 5. 協助執行莊外公務，例如：陪同居民外出就醫或於採買日陪同居民外出採買/購物，有責任提醒參與公務活動之居民行為表現，並於返莊後主動告知醫療人員在參與公務活動之情形 6. 與治療人員一同至各單位反毒宣導，分享戒毒歷程
A1-A2	<ol style="list-style-type: none"> 1. 依舊承擔幹部職責，成為山莊角色模範 2. 就學/職業訓練/外出工作時，展現面對真實世界正確的態度與問題解決能力 3. 每週定期將就學/職業訓練/外出工作內容心得與居民分享



著作權聲明

論文題目：治療性社區海洛英施用者復歸社會歷程之研究－以修復式正義為觀點

論文頁數：159 頁

系所組別：犯罪學研究所

研究生：白鎮福

指導教授：許春金 博士

畢業年月：2014 年 1 月

本論文著作權為白鎮福所有，並受中華民國著作權法保護。

