

司法系統中女性成癮 與精神共病者的需求 ——美國處遇經驗對附條件緩起訴 之啟發

顏玉如*、韓意慈**、張祺***

要目

壹、前言	參、美國司法系統之藥癮精神 共病處遇計畫
貳、女性成癮與精神共病與 影響	一、司法與心理健康合作 計畫
一、女性物質濫用與精神共 病的關係	二、女性整合性處遇
二、影響女性成癮與精神共 病者戒癮的因子	肆、臺灣附條件緩起訴處分的 實施程序與困境

DOI: 10.6460/CPCP.202312_(36).0004

本篇文章業經雙向匿名審查通過。

* 實踐大學社會工作學系助理教授，國立暨南國際大學社會政策與社會工作博士。

** 通訊作者。實踐大學社會工作學系副教授，美國凱斯西儲大學社會福利博士。

*** 東海大學社會工作學系博士候選人，國立臺北大學犯罪學研究所碩士。

- | | |
|----------------------|----------------------------|
| 一、附條件緩起訴處分的實施程序 | 三、整合社區資源發展女性需求為本的多元處遇模式 |
| 二、附條件緩起訴處分的實施困境 | 四、提升專業人員的創傷與性別知情知能 |
| 伍、對我國附條件緩起訴處分的啟發與建議 | 五、深化女性成癮與精神共病實證研究與循證治療模式發展 |
| 一、建立具創傷與性別知情的評估與戒癮程序 | |
| 二、建構與啟動跨網絡司法照護體系 | |

摘 要

物質成癮者多數合併精神疾患，共病增加再犯與藥癮復發。女性成癮與精神共病者曾遭受暴力與創傷經驗比例遠高於男性，有其特定需求，但卻經常被忽視。鑑於附條件緩起訴處分已成為國內司法轉向處遇最重要政策之一，本文藉由探討女性成癮與精神共病風險因子與康復因子，以及美國司法系統之藥癮精神共病處遇作為，從而瞭解可供我國參採之處。本文首先探討國內外女性成癮與精神共病的相關因素，歸納風險因子包括多重創傷、扭曲人際互動基模、負面情緒與壓力、健康問題、多重藥物副作用等內在風險因子，以及恥感與性別歧視、欠缺經濟資源、居住處所、社會支持不足、單一服務模式等外在風險因子。康復因子則有：提供支持性輔助措施、強化家庭與社會支持、創傷與多元文化問題回應等。其次，檢視美國司法部司法與心理健康合作計畫（Justice and Mental Health Collaboration Program, JMHP）、Stephanie Covington採取創傷與性別知情角度所發展的「女性整合性處遇」（Women's Integrated Treatment, WIT），指出適合於藥癮精神共病女性的處遇模式原則與實施基準及網絡合作重點，並討論臺灣附條件緩起訴處分的實施程序與落差。

本文根據檢視結果，提出以下幾點建議供臺灣相關政策與實務參考：一、建立具創傷與性別知情的評估與戒癮程序；二、建構與啟動跨網絡司法照護體系；三、整合社區資源發展女性需求為本的多元處遇模式；四、提升專業人員的創傷與性別知情能；五、深化女性成癮與精神共病實證研究與循證治療模式發展。

關鍵詞：成癮與精神共病、女性成癮者、附條件緩起訴處分、具性別敏感之服務、創傷知情

The Needs of Women with Substance Use Disorders and Co-occurring Mental Illnesses in the Criminal Justice System – Inspiration for Conditional Deferred Prosecution from the U.S. Experiences

Yu-Ju Yen^{*} & Yih-Tsu Hahn^{**} & Chi Chang^{***}

Abstract

Most individuals with substance addiction also have co-occurring mental disorders. Female substance addiction patients are more likely to have experiences of violence and trauma, but these specific needs are often overlooked. This article explores factors related to female addiction and comorbid mental disorders, as well as integrated treatment approaches in the United States, providing insights for our country.

* Assistant Professor, Department of Social Work, Shih Chien University; Ph.D., National Chi Nan University.

** Associate Professor, Department of Social Work, Shih Chien University; Ph.D., Case Western Reserve University.

*** Ph.D. Candidate, Department of Social Work Tunghai University.

The article analyzes factors related to female addiction and comorbid mental disorders. Internal risk factors include multiple traumas, interpersonal difficulties, stress, and health issues. External risk factors encompass shame, gender discrimination, economic difficulties, housing instability, and insufficient social support. Recovery factors involve providing supportive interventions, strengthening family and social support, and addressing trauma and cultural diversity issues.

Based on the research findings, the article proposes the following recommendations for Taiwan's policies and practices: 1. Establish trauma-informed and gender-responsive assessment and treatment procedures; 2. Construct and launch a cross-network Justice and Mental Health care system; 3. Integrate community resources to develop a diverse treatment model based on women's needs; 4. Enhance the knowledge and skills of professionals in trauma and gender responsiveness; and, 5. Deepen evidence-based research and the development of evidence-based treatment models for female addiction and comorbid mental disorders.

Keywords: Addiction and Co-occurring Mental Disorders, Female Substance Users, Conditional Deferred Prosecution, Gender-Responsive Services, Trauma-informed

壹、前言

過去二十餘年間，臺灣非法藥物防制與戒治政策逐步轉向，從過去由監禁為主轉為治療優先，其中，「附條件緩起訴處分」成為我國當前重要戒治非法藥物之治療處遇手段與措施。始自2008年《毒品危害防制條例》（以下稱《毒防法》）修正，建立緩起訴處分附命完成戒癮治療機制；於2010年再規範縣市政府，成立「毒品危害防制中心」，使非法藥物使用者得以不必然進入戒治處所進行觀察勒戒或強制戒治，可以在社區中尋求緩起訴協助與服務。直至2017年行政院公布之「新世代反毒策略行動綱領」，透過司法與醫療等社區系統的連結，以逐年提升緩起訴起處分比率，期能促進使用者接受社區多元處遇（楊雅琳、賴擁連，2021），更於2020年修正毒防法第24條之第1項，依《刑事訴訟法》第253條之2第1項第6款規定，擴大了檢察官對毒品施用者附條件緩起訴處分的範圍，擴及完成戒癮治療、精神治療、心理輔導或其他適當之處遇措施等多元處遇模式。單僅2022年，毒品案件中的附條件緩起訴人數達到8,509人，其中男性有7,287人，女性有1,222人（法務部，2023）。

過去附條件緩起訴處分，多以完成戒癮治療為主要的裁定，在執行過程中有相當比例的實施限制。根據法務部資料顯示，於2008年至2017年間附命完成戒癮治療之緩起訴處分者，占起訴及緩起訴處分之比例，一級毒品中男性為10.4%、女性為10.0%，二級毒品中男性占13.4%、女性

占17.1%。而緩起訴遭撤銷情形，一級毒品中男性高達58.7%、女性高達57.8%，而二級毒品中男性亦有58.0%、女性有48.8%。何以如此？就撤銷原因來看，女性以違背應遵守或履行事項最多（一級52.1%、二級65.7%），男性則有較高比例為故意更犯有期徒刑以上刑之罪（一級52.4%、二級33.2%）；其中再犯施用毒品罪，女性亦高於男性（法務部，2018）。可見，雖然整體女性裁定比例略高於男性、被撤銷比例也較低，但女性毒品施用者即使進入緩起訴附命戒癮治療的處遇，卻可能因種種因素，無法完成戒癮治療或治療後再度復發。因此，如何降低女性施用者進入處遇的阻礙，提高有效治療成效，已成為附條件緩起訴處分政策與執行之重要議題。

愈來愈多的研究顯示，物質成癮者多數合併精神疾患，而精神疾病個案也因種種因素遠較一般人有較高的物質使用疾患，形成所謂的共病（co-occurring disorders）；藥癮精神共病增加再犯或藥癮復發的可能性，因此需要特殊的介入服務（Center for Substance Abuse Treatment (US), 2014; Stromwall & Larson, 2004）。進入犯罪系統的女性有多重需求，尤其是憂鬱與焦慮疾患的比例，遠高於男性犯罪者，或一般的女性（Pelisser & Jones, 2005），但她們不論在司法矯治或社區系統中都很難獲得所需要的服務，其中尤其是缺乏針對藥癮合併精神疾患女性的整合式處遇，提高了女性回到社區後再犯的風險（Grella, 2009; Sacks, 2004）。

物質成癮合併精神疾患之間的因果關係相當複雜，「創傷」是其中重要的因素之一（Greenfield et al., 2007）。儘管女性與男性都可能因創傷而使用藥物與毒品，但女性創傷與物質成癮之間有更密切的關係。女性毒品使用者往往具有多重受害身分與創傷經驗，包括遭遇到性暴力、伴侶精神與身體暴力（McHugo et al., 2005），或因依附伴侶或從事地下經濟而染上毒癮；以犯罪原因與需求而言，女性有其獨特的發展途徑（van Wormer, 2002）。創傷會引發與加劇女性精神與物質成癮症狀，也會影響其接受治療的意願、參與程度、治療關係與成效，甚至在對創傷不敏感的情況，治療可能會成為再次創傷的來源（Savage et al., 2007）。

就國家政策的角度來看，女性應受到與男性平等權利的法律保障。依據聯合國消除對婦女歧視委員會於1991年發布《消除對婦女一切形式歧視公約》（Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, CEDAW）第15條規範，政府應給予女性在法院和法庭訴訟的各個階段平等待遇；第33號一般性建議也提到，應提供具性別意識之司法程序與相關措施。由於過往毒品施用者多為男性，司法處分程序與戒癮治療也多以男性毒品犯為標的，甚至對於有效處遇的研究亦是對男性樣本進行為主（Andrews et al., 1990），國內學術社群與實務鮮少關注女性成癮與精神共病議題，更缺乏創傷影響、處遇治療的討論與實施。因此，本文的目的即在瞭解女性

成癮與精神共病關係，分析影響女性成癮與精神共病者戒癮治療的風險因子與保護因子，並探討美國司法系統之藥癮共病處遇計畫，及女性共病者創傷知情之治療與處遇，以期提供附條件緩起訴處分實施之參酌。

貳、女性成癮與精神共病與影響

一、女性物質濫用與精神共病的關係

何以女性物質濫用與精神共病個案不同於男性，需要獨立為一個群體來看？主因其在共病關係與生命經驗上具有特殊性。實務工作中發現，在成癮的各階段中，女性更容易感受到物質使用帶來的欣快感，自我投藥的行為較男性更明顯，女性使用的劑量與頻率增加的速度往往比男性更快。研究顯示從開始使用物質到如何演變為物質依賴的過程中，性別差異扮演一個重要的角色。例如研究者以相嵌效應（telescoping）來形容物質濫用合併憂鬱女性從第一次濫用物質到更加嚴重，相較於男性經歷較短的時間，卻引發更嚴重的醫療與社會結果（Greenfield et al., 2007）。

針對女性成癮與精神共病兩者的關係，學者歸納出四種假設（DiNitto, 2002; Gregg et al., 2007; Marel et al., 2016; Mueser et al., 1998）。首先，相同因素模型（common factor models）認為相同因素如遺傳或反社會人格，導致了心理疾病及物質使用疾患同時出現；第二種模型是繼發性物質使用障礙模型（secondary substance use

disorder models），是主要精神疾患增加了發展出物質使用疾患的風險，包含自我藥癒的假設、及多重因素、或特殊敏感性；如遺傳因素與早期生活事件和其他環境壓力等互動的結果，使精神疾病的患者對於成癮性物質更為敏感；第三種模型為繼發性精神疾患模型（secondary psychiatric illness models）是由於物質使用疾患引發了精神疾病，例如酒精或藥物引起的某些精神疾患；第四種模型為雙向模型（bidirectional models）則認為精神疾病與物質使用疾患具互相催化的關係。

這些模型協助吾人思考成癮與精神疾患的關係，然這些假設的因果觀點在實證研究中仍不易證實。Lybrand與Caroff（2009）回顧了相關實證研究並指出：首先，如果是遺傳因素導致兩者，則我們預期心理疾病患者會較一般人有更多的親屬為藥物濫用者，或藥物濫用者比一般人有更多的親屬患有心理疾患；然而相關研究並無法得到一致的結果。第二種假設是精神疾病患者透過自我藥癒來緩解症狀的不適，據此精神疾患者的藥物選擇應可能會和一般人不同，或會對應其特定症狀，然而實證研究也難以證明這些關聯。第三種模型「物質使用導致精神疾病」的證據更是受到質疑，因為精神疾患在發病前的前驅症狀即存在，可能反過來加重物質濫用；而例如常見的酒精濫用行為，雖會加重精神分裂者的病情，並未能證實會導致此精神疾病的發生。第四種雙向模式在關於酒精成癮與憂鬱的關聯上獲得支持、及大麻與青少年心理脆弱性的研究

(Kushner et al., 2000; Griffith-Lendering et al., 2013)，但仍需更廣泛的實證研究。惟從當前研究至少可知，當藥物成癮症狀加重、頻繁復發與住院時，精神疾病是可能的預測因素，物質成癮既可能是其他精神疾病的原因，也可能是其結果；實證研究表明它們之間可能存在持續的相互作用：亦即擁有一種可能會影響另一種的脆弱性、或改變其臨床過程。目前也尚不清楚是否先成癮後診斷為心理病患者，在不濫用物質的前提下是否會患上此疾病 (Morisano et al., 2014)。

二、影響女性成癮與精神共病者戒癮的因子

重視女性處境的目的，在於女性使用者除了自身物質成癮與精神共病問題外，還可能因其「女性」與「母職」身分而陷於多重不利處境，致使其戒癮治療時面臨更多的阻礙，或採取較不利的應對方式，使處遇成效不佳。關於有哪些因素造成影響，學者綜合相關研究指出，兩種疾患交互作用的結果，使其經歷諸多共同的問題與阻礙，包含：多重創傷經驗、多重藥物副作用、健康問題、罪惡感與恥感、扭曲的人際互動、欠缺經濟資源、缺乏家庭或社會支持、欠缺安置或居所、服務偏向單一化等，顯見影響因素之多元 (Dawson et al., 2013; DiNitto, 2002)。本文檢閱國內外文獻，依據對女性個案戒癮復元的影響因素，區分為風險因子與康復因子，並整理呈現如表所示。

表

女性成癮與精神共病的風險因子與康復因子

風險因子	康復因子
<p>內在風險因子</p> <ul style="list-style-type: none"> - 多重創傷（早年逆境、家暴、性暴力及各式人際暴力經驗） - 扭曲人際互動基模 - 負面情緒與壓力 - 健康問題 - 多重藥物副作用 <p>外在風險因子</p> <ul style="list-style-type: none"> - 恥感與性別歧視 - 欠缺經濟資源、居住處所 - 親密伴侶、親屬、同儕施用毒品 - 缺乏家庭與社會支持（伴侶與親屬支持不足與阻止接受治療處遇、欠缺社會資源、社區接納不足） - 單一整合服務模式 	<p>女性生活的特殊需求回應</p> <ul style="list-style-type: none"> - 提供支持性輔助措施：安全住所、處遇地點的隱密性、交通與時間的友善與選擇性、兒童托育的安排等 - 強化家庭與社會支持（維繫親密伴侶關係、家人與親友支持、親職教育、子女照顧、連結正向社會支持網絡等） <p>創傷與多元文化問題回應</p> <ul style="list-style-type: none"> - 創傷經驗納入處遇治療 - 情緒安全的環境 - 女性處遇團體 - 女性處遇人員、性別與文化敏感度 - 提供個別諮詢與輔導 - 正念或靈性介入

(一)風險因子

在內在風險因子方面，探討女性物質使用與精神疾患的文獻中，最常被提及的一項風險因素，即為女性使用者的多重創傷經驗與扭曲的人際互動基模。不同於男性，多數共病女性都曾遭受到各種形式人際暴力（如親密關係暴力、性侵害）或創傷經驗（如早年逆境），創傷影響大幅增加她們使用酒精或其他藥物的可能性，經歷情緒、生理和精神疾患、性傷害和暴力比例也更高，形成「物質依賴－精神疾患－暴力創傷」共病關係（Covington, 2008;

Covington et al., 2008; DiNitto, 2002)。同樣地，國內研究有近似發現，江淑娟（2005）在探討物質濫用者的雙重診斷與濫用歷程中指出，物質濫用者共病情感性精神疾病與女性、有受虐經驗或感受、父母一（或雙）方缺席、自殺危險等因素有所相關；而賴擁連等（2021）進一步指出女性家暴／婚暴經驗的有無，對其社區復歸或再犯影響甚深。

過去研究發現，許多藥癮女性係因成癮的配偶、伴侶、家屬或同住者而開始使用藥物（何玉娟等，2022；李怡慧等，2001；Gearon & Bellack, 1999），且這些女性經歷了多年污名化與被忽視後，為了維持親密關係，渴望得著關愛，可能會更重視取悅能重視她、承諾愛她的人，不論她們如何被對待或者被要求做什麼（Gearon & Bellack, 1999）。亦即為了尋求情感依附與女性自我價值，女性開始使用藥物，又受限於處境的脆弱性，容忍對方的性暴力或各種虐待方式，滿足其使用藥物的需求（如金錢）與習慣，這種扭曲的人際互動，也削弱了治療意願與行動（Covington et al., 2008; Stromwall & Larson, 2004）。因此Savage等（2007）也提醒，這些包含侵入性思維、過度警覺和分離等創傷症狀，若相關專業人員在對創傷不敏感的情況下，處遇治療計畫可能會產生觸發創傷症狀的不預期效果，女性個案則可能採取疏離、不參與／或不配合處遇的因應策略；又或在團體治療中沒有適當的配套措施，亦可能會加劇創傷症狀，讓處遇治療更為加困難，且復發

或再犯的比例也更高。

除了多重創傷經驗與扭曲的人際互動基模，負面情緒與壓力對女性共病者亦有較負面的影響。過去研究顯示，女性成癮者有較高比率具憂鬱病史、社會功能較差，接受矯正治療前曾因精神或情緒問題接受心理治療比例也較高（李怡慧等，2001），且其復發亦與負面情緒有關對壓力及藥物使用線索反應也更敏感，影響處遇的完成（Hudson & Stamp, 2011; Walitzer & Dearing, 2006）。另有研究發現，在物質線索誘發（cue-induced）渴癮（craving）和壓力誘發渴癮相關的神經反應女性都比男性來得明顯（Potenza et al., 2012; Volkow et al., 2011），且物質線索誘發的大腦區域在男女性的位置並不相同（Seo et al., 2011）。而在物質刺激下，男性在神經回饋網絡的多巴胺釋放則較女性來的更多（Munro et al., 2006）。此外，共病所造成的身體疾病因素也是不可忽略。研究發現共病的女性比其他一般女性或其他共病的男性，罹患疾病嚴重程度高，健康狀況來得差（賴擁連等，2021），例如肝炎、肝硬化、骨折、貧血、腎臟或膀胱疾病、乳癌、皮膚問題、月經週期紊亂、肥胖等，或是性傳播疾病如HIV等（Gearon & Bellack, 1999）。儘管如此，她們還是可能不會尋求醫療處遇，一方面如憂鬱疾病會影響其自我照顧的意願和能力，另一方面可能擔心就醫時會被通報非法藥物的使用（Greenfield et al., 2007），部分女性也可能會因經濟困境影響就醫的資源，此未經診斷的精神健康問題也

成為處遇期間的障礙（韓意慈等，2023）。

在外在風險因子方面，包括恥感與性別歧視、欠缺經濟資源與住所、社會支持不足等因素。首先在恥感與性別歧視上，女性物質成癮與精神共病者普遍遭受到更多重標籤與汙名（Hartwell, 2004），特別是在父權社會文化規範下，女性承擔母職與照顧者的職責，強化被咎責的自我批判、恥感與罪惡感（Dawson et al., 2013）。Frazer等（2019）訪談20位接受處遇治療女性發現，育兒或懷孕女性個案普遍經歷更多外界的評論與指責，恥感與性別偏見讓她們對於進入治療院所（如孕婦進入門診）有所遲疑，又或在團體中分享資訊，阻礙她們接受與完成處遇。

諸多研究指出精神共病與貧窮具關聯性（Covington, 2008; DiNitto, 2002; Tucker et al., 2005），身體與心理疾病也可能導致其無法就業，而僅能領取社會救助，或因物質成癮而喪失申請補助的資格；抑或是教育程度低，加上本身缺乏就業技能與人力資本，尋找工作不易，即使找到工作亦可能偏向低薪、或因再次發病而工作不保。欠缺經濟資源的結果，也導致女性成為無家者的機會升高，同時面臨與子女分離或失去子女監護權情況，形成有效治療處遇的阻礙。Greenfield等（2007）便指出，相較就業與經濟資源穩定的女性，收入不足與經濟依賴的女性更容易退出治療處遇；與子女分離者也較有子女陪伴者動機薄弱。國內並沒有直接針對附條件緩起訴成癮者社區生活經驗的研究，但胡淳茹等（2020）針對女性藥癮更生人社區復歸

服務系統研究發現，女性背負照顧者角色或需承擔家庭經濟，但缺乏符合社區就業市場要求的職業培訓，使她們無法得以順遂進入職場，普遍面臨生活困難。

另一方面，家庭與社會支持不足也是影響女性共病者接受與有效完成治療處遇的因素。物質成癮與精神共病女性的戒癮治療，需要來自正式體系與非正式的多元支持，包括來自家庭、宗教組織、司法系統、醫療單位，以及社會福利機構。多數成癮與精神共病女性長久被孤立、欠缺社會連結，甚至伴侶也可能阻止女性接受處遇（Becker et al., 2017）。國內近期研究也得到類似的結果，不論是戒癮安置機構留置期間或社區復歸生活，缺乏親屬等社會支持、相關資源與家庭安排的協助，以及社區接納狀況，皆對女性康復影響甚深（賴擁連等，2021；韓意慈等，2023）。此外，既有服務偏向單一處遇方式（藥癮或是精神疾病），缺乏共同處遇的資源，加上，罪惡感使得女性不容易承認自己是兩者皆有的狀況，因此即使有正式資源的介入，也可能因服務供需之間的落差而大打折扣（Savage et al., 2007）；以致原本應是助力的正式治療系統，反而成為戒癮過程中的阻力。

（二）康復因子

從上述的討論可以得知，女性共病者的脆弱性與多重不利處境。女性共病治療有效性的關鍵在於增進其接受並完成處遇的因子，並減少其危險因子。相關研究證實，接受整合性服務者其治療結果較佳，且成年女性更優於男性

(Brousselle et al., 2007; Greenfield et al., 2007)。可見若能在接女性共病者接受戒癮治療時，考量其個人與所處情境，以及自身擁有的能力與條件，建立那些有助其戒癮的方式和相關配套措施，進而對戒癮治療產生保護作用。許多研究進一步地探討影響女性共病者治療效果的因素。筆者綜合相關研究，歸納保護因子涵蓋二個面向：針對女性生活的特殊需求回應、創傷與多元文化問題回應。

在女性生活的特殊需求回應上，主要為提供支持性輔助措施，諸如安全住所、處遇地點的隱密性、交通與時間的友善與選擇性、兒童托育的安排與住宿的協助、靈性介入等。除了女性共病者因為缺乏經濟資源與社會支持需要住宿協助，從減少再犯的角度來看，安全住所也是對於高風險犯罪者最為有效措施。Brusman Lovins等(2007)研究女性罪犯探討風險原則的適用性時，就接受緩起訴提供密集住宿服務的婦女、與僅接受監督、假釋到社區的婦女進行比較；研究發現，接受密集式住宿處遇的女性在2年後隨訪時的再犯率較低，高風險女性比低風險女性受益更多。Palmer等(2015)針對英國女性緩起訴者的研究發現，處遇執行時許多實際的安排例如治療地點的隱秘性、治療臨時托育協助、或者時間安排的友善與彈性、是否有合適的交通安排等，皆有助女性定期參與處遇。再者是協助發展正向社會支持網絡與家庭支持，有效的處遇計畫側重於強化女性共病者與社會正向的連結，包括家人關係修復或重新建立社交網絡，以幫助她們改變與維持治療成效

(Palmer et al., 2015)。同樣地，國內許多研究也針對女性需求與母性角色進行討論，指出家庭能夠提供有效非正式社會控制（許詩潔，2021），故協助維繫親密關係、原生與核心家庭及其親友支持（賴擁連等，2021），以及提供親職教育、子女照顧和安置住所（張明華，2011；許意卿，2009；陳玉書等，2017）等，有助女性成癮者完成有效處遇且中止犯罪。另外，則有一些研究提到靈性介入對於女性共病者的正向影響，也是重要的保護因子之一（Greenfield et al., 2007）。

對於創傷與多元文化問題的回應，治療過程的輔助措施固然可降低女性共病者接受與完成處遇的阻礙，但能否有效戒斷，受害創傷經驗亦是關鍵。由於女性共病者遭受多重創傷、汙名與歧視，較單一問題者有更多情緒障礙與關係的依賴，因此在處遇治療上必須將這些複雜的性別、多元文化因素納入考量，尤其是孕婦與育兒女性，以避免處遇過程的再創傷；回應受害經驗與文化敏感的措施，諸如女性治療團體、女性處遇人員及情緒安全的處遇環境、個別諮詢與會談等（Covington et al, 2008; Stromwall & Larson, 2004）。國內研究也有類似的結果，韓意慈（2021）對於國內民間宗教型戒癮安置服務的研究指出，具性別敏感性質的家庭關係重建服務有其必要性，但現有服務多僅意識到藥癮女性的難度，尚未能有效回應女性戒癮者面對社會期待、家庭責任、個人創傷經驗、受暴或疏離的親密關係等多重困境。

從上述風險因子與康復因子的梳理可見，女性成癮與精神共病者面臨諸多複雜且糾葛的議題，顯與男性有所不同。由這些問題所衍生的治療處遇需求自然接踵而至，如何有效回應？國外作法為何？以下就美國近期對於成癮與精神共病治療處遇作法進行介紹。

參、美國司法系統之藥癮精神共病處遇計畫

為回應司法系統中女性以及精神疾病或成癮與精神合併個案之特性，近年美國司法部進行相關研究與計畫。1999年司法部聯邦矯正研究所（National Institute of Corrections, NIC）委託Bloom、Owen與Covington制訂女性司法處遇原則，以確保提供具性別敏感度與創傷知情的服務（Bloom et al., 2003）；2004年Covington以此原則，設計符合女性成癮與精神共病個案需求的「女性整合性處遇」模式（Covington, 2008）。2006年起司法協助局（Bureau of Justice Assistance, BJA）推動「司法與心理健康合作計畫」（Justice and Mental Health Collaboration Program, JMHCP），以建立跨網絡合作為基礎，發展整合性創新服務。以下介紹JMHCP與WIT基本內涵與作法，並指出藥癮與精神共病網絡工作與合作重點，以及進行個案處遇時之相應原則及實施基準。

一、司法與心理健康合作計畫

美國司法部司法協助局於2006年起展開「司法與心理

健康合作計畫」(JMHCP)，該計畫由2004年〈精神疾病犯罪者治療和減少犯罪法〉(Mentally Ill Offender Treatment and Crime Reduction Act, MIOTCRA)、2008年〈精神疾病犯罪者治療和減少犯罪法重新授權和改進法〉(Mentally Ill Offender Treatment and Crime Reduction Reauthorization and Improvement)授權，經2016年〈21世紀治療法案〉(21st Century Cures Act)修訂，2020年〈綜合撥款法〉(Consolidated Appropriations Act)再擴增，美國國會提撥專款，鼓勵與支持州或郡／區政府提出創新的跨系統合作計畫。目的在加強跨網絡合作，建立以社區為基礎的服務，有效應對成癮與精神合併個案的狀況，以減少監禁和再監禁，改善司法系統中合併藥酒癮與心理健康問題(Stovell, 2023)。2015年提出Stepping Up Initiative計畫，鼓勵各州及地方政府依循「設定、測量、實現」(set, measure, achieve)原則，收集和分析數據，並採取系統性和整合性方法設定衡量指標，發展實證研究數據為本的整合性行動計畫，積極實現目標。主要作法，包括(Stepping Up, 2023)：

(一)收集和分析數據：鼓勵地方政府(州、郡／區)收集有關相關數據，瞭解共病者在刑事司法體系中面臨的具體需求和挑戰。

(二)制定計畫：設定關鍵指標，據以制定全面計畫包括刑事司法、精神健康和其他網絡單位合作，以確保有效的協調和支持。

(三)實施策略：以證據為基礎，進行司法轉向接受適當的治療和支持性服務，包括改善社區精神健康服務介接、為執法人員和矯正人員提供專門培訓、擴大危機處遇團隊等。

(四)評估進程：定期評估和監測計畫的進展情況，追蹤結果並使用數據指導決策和推動改進。

此外，Stepping Up Initiative鼓勵參與地方政府建立一個跨機構的（如：社區心理健康中心、物質使用治療機構、員警、法院、監獄、緩刑、監獄和假釋制度）的司法照護委員會，以個案為中心建立各項有利於執行的措施與進行系統整合（Johnson et al., 2021）；又或在原有協調機制內（如刑事司法協調委員會）成立Stepping Up計畫委員會，將原有高層決策者含括在委員會中，有利計畫的執行與推進（Stovell, 2023）。這些網絡合作機制，包括設置專責協調人員，負責跨網絡合作程序規劃與執行，定期與網絡人員聯繫溝通等（Stovell, 2023）。主要機構工作重點（Bureau of Justice Assistance, 2023）：

(一)刑事司法機關：包括促進成癮與精神共病普查與評估（以及犯罪風險評估），再運用評估結果做出相應決策。網絡合作重點為與精神健康機構合作，增加適合治療途徑。

(二)精神健康機構：包括與監管機構協調使用個案計畫和轉介、提供根據需求評做結果擬定之循證治療模式、評估和提升戒癮治療能力、品質與數量。網絡合作重點為

與刑事司法機構合作提供治療和替代監禁措施。

(三)政策制定者：主要為促進系統性變革的發展與實施，包括建立領導結構和流程、加強和維護網絡合作機制，確定改變服務落差或不足之政策選項，以及擴大分流與重新進入計畫，減少成癮與精神共病者進入刑罰。

(四)研究人員：為獲得JMHCP資助的機構或研究人員進行數據分析和評估，提供計畫和政策修正建議。包括分析在地數據，記錄成癮與精神共病在司法系統流動情況，以及針對該縣市之司法與心理健康合作計畫進行評估。

近年美國司法部也關注到刑事司法體系中的當事人或犯罪者創傷經驗比例極高，特別女性、少數族群。JMHCP開始提倡司法體系下的創傷知情實務應用，相關原則與心理健康服務局所倡議一致，強調：安全、信任與透明度、支持、合作、賦權、發言權和選擇，以及多元文化與性別（Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2014），並具體建議將這些原則逐一融入順序攔截模式中（Sequential Intercept Model, SIM），從社區犯罪預防和執法、逮捕和拘留、法院審理和監禁、重返社區、社區矯正等環節，都需考量到創傷的影響，同時也要避免在執法與互動過程中不當的傷害（Lee & Callahan, 2022）。例如在評估社區治療處遇時，共同討論醫療需求，以及詢問對於戒癮治療院所、未來治療師性別、族群等看法。

二、女性整合性處遇

Stephanie Covington 的「女性整合性處遇」(Women's Integrated Treatment, WIT) 係基於性別回應／女性中心服務 (gender-responsive services)，以認可女性的心理社會需求來創造整全 (holistic) 的處遇模式，創造一個環境——包含處遇場所和工作人員的選擇、方案的發展、內容和教材——來反映對於女性生活現實及其挑戰與優勢的理解。WIT 建立在關係文化理論、成癮理論、創傷知情理論的基礎上，並運用多面向的治療處遇進行介入。WIT 曾運用在司法系統中的女性，由於女性物質成癮與生活中的創傷和精神問題息息相關，考量女性的創傷經驗與問題需求、瞭解其使用藥物的特性，係有利於處遇效果 (Covington, 2000, 2019; Covington et al., 2008)。

(一) 性別敏感服務策略 (gender-responsive services)

與女性受刑者工作，性別是首要原則。根據美國司法部矯正研究所 (NIC) 性別敏感取向女性受刑人研究，性別敏感 (gender-responsive) 係指創造能回應女性生命事實和強調女性議題的處遇環境 (Bloom et al., 2004; Covington, 2008; Covington et al., 2008)。

Bloom 等 (2004) 在《具性別敏感度的處遇對策》(gender-responsive strategies) 提出包括女性物質使用、創傷、精神疾患等六項女性受刑人服務共同性工作原則：

1. 性別 (gender)：需認同由於社會所建構，性別確實造成了差異。

2.環境 (environment)：需創造基於安全、尊重和尊嚴的環境。

3.關係 (relationships)：需發展政策、實務和方案，以促進其與兒童、家庭、重要他人和社區的正向連結。

4.服務 (services)：需通過全面、整合和與文化相關的服務，解決藥物濫用、創傷和心理健康問題。

5.社會經濟地位 (socioeconomic status)：需提供改善女性社會經濟條件的機會。

6.社區 (community)：需與社區共同合作，建立全面協作的社區服務體系。

(二)WIT創傷康復階段、環境要求及評估成效

Herman (1997) 的創傷復元模式有三階段，第一階段關注「安全」，著重關照此時此刻的個人。進入戒癮處遇的女性往往會感覺生理和心理不安，故為建立有利於治療過程的環境，工作者可以盡可能向個案確保個案和專業人員間存在適當的界線。對於藥癮女性的受暴可能性，工作者應加以評估，並提供求助資源或庇護處所。由於不瞭解如何緩解焦慮與憂鬱，共病女性傾向以其他藥物來自我療癒。工作者可以提供服藥以外的自我療癒技巧，如閱讀、散步、聽音樂等。由於女性的創傷經驗，在第三階段前最好運用單一性別夥伴及治療師的女性團體 (Covington, 2008)。

第二階段關注「紀念與哀悼」，當女性在處遇階段較為穩定時則進入創傷處遇階段，著重於關注過去發生的創

傷，哀悼被創傷事件毀壞的自我。個案可能會認知到更多生命中的缺憾，使得藥癮復發的風險提升；然而透過展望、規劃和發展自我療癒技巧可以減緩風險。第三階段則關注「重新連結」，著重發展新的自我和創造新的未來，此階段沒有固定的方式和多元異質的，使創傷復元與戒癮處遇同時進行。對某些人來說，要等到許多年的復元歷程才會達到此階段（Covington, 2008）。

而重視知情同意的環境需要能：重視界線、使用合適語言，以及避免傷害性的互動。首先，對於工作者與個案者、個案者之間、及個案者與訪客間皆需維護合適的界線，能同意個案可以對於不喜歡的接觸加以拒絕。其次，環境中需能使用具充權與康復價值的語言進行溝通。最後，工作人員需避免傷害性的互動，衝突需透過協商來處理。

Covington等（2008）針對美國聖地牙哥女性及兒童機構之女性毒品與物質成癮受刑人，進行為期一年的處遇，並評估其創傷及創傷後壓力症狀（含焦慮、解離、抑鬱、性虐待創傷指數、睡眠障礙和性問題）、憂鬱症狀、女性成癮嚴重指數、犯罪與心理健康、毒品使用與酗酒嚴重成度、個案滿意度等。研究發現，女性參與者初期大多維持穩定，顯示安全處遇環境的重要性與潛在影響。在參與各項方案處遇後，創傷、憂鬱焦慮、解離程度、睡眠障礙等症狀皆有顯著減少，99%成功完成處遇計畫的女性參與者於治療期間沒有吸毒、酗酒，也沒有再被定罪。針對

假釋過程的個案進行WIT處遇的研究，則發現與參與一般處遇的假釋婦女相比，參與WIT處遇的女性更有意願參與接續的志願性處遇，在六個月後的追蹤也顯著地沒有再度監禁（Messina & Grella, 2008）。

本文至此，檢視並歸納女性成癮與精神共病的風險與康復因子甚多，此也意謂著個案要達成有效戒癮目標時需要克服的困難有多大，犖犖大者包括暴力與創傷經驗、家庭支持與資源不足、社會歧視等。由這些問題所衍生出來的多元性戒癮治療需求，與男性成癮者有所不同，很難由單一機構獨立提供。從美國司法部JMHCP與WIT經驗可見，雖然JMHCP與WIT分屬司法部門下之司法協助局、司法矯正局，執行機關不同，但二者在以降低再犯率為目標、回應共病者多元需求前提下，分別就體制面、個案服務面所開展之整合性服務工作。JMHCP著重建立司法、成癮治療與社會服務系統之間合作機制，發展證據為本的協作計畫，近年亦將創傷知情納入討論；而WIT則是根據女性共病者需求設計的整合性處遇治療模式。換言之，有效治療處遇與降低再犯率的整合性計畫的體現，需含括體制面的跨網絡與跨部門整合與治理，以及個案服務面的整合性治療處遇方法。如同我國緩起訴治療處遇制度，亦涉及司法、醫療與社政等單位，網絡如何合作、資源如何布建、個案的治療處遇能否回應女性成癮者處境與多元需求，美國經驗提供吾人參考。

由於國內對於具性別敏感度的司法處遇及創傷知情原

則應用較為陌生，應如何納入國內緩起訴司法脈絡中加以考量，值得進一步討論。以下藉由討論臺灣現行緩起訴附命戒癮治療的實施與落差，比較分析、提出政策與實務建議。

肆、臺灣附條件緩起訴處分的實施程序與困境

臺灣附條件緩起訴處分之運作，主要係以《刑事訴訟法》、《毒品危害防制條例》、《毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準》及《檢察機關辦理緩起訴處分作業要點》為執行依據。目前附條件緩起訴處分，主要的工作程序包含：警政單位查緝、進行檢驗和製作筆錄後移送各地方檢署，經地檢署資格審查（有無妨礙完成戒癮治療的原因、緩起訴處分適當性）、確認個案意願（告知相關權益、製作個案同意緩起訴處分之筆錄）、治療與處遇機構的評估（依毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準及醫療需求辦理）、再議審查（全部案件皆由地檢署依職權逕送二審檢察署再議審查）、裁定附條件緩起訴處分（戒癮治療等適當處遇、預防再犯之必要命令）、進入治療與處遇機構進行處遇，及期程屆滿檢驗陰性後完成（賴擁連等，2019）。與此同時，各縣市毒防中心透過檢察機關案件管理系統介接單一窗口服務系統，由毒防中心的個案管理師進行列管追蹤服務2至3年，並視個案需求轉介社政單位，以提供就業、醫療補助、急難救助等協助。本文將整

個服務實施程序整理如圖1，並就主要執行機關之工作內容與合作模式加以說明。

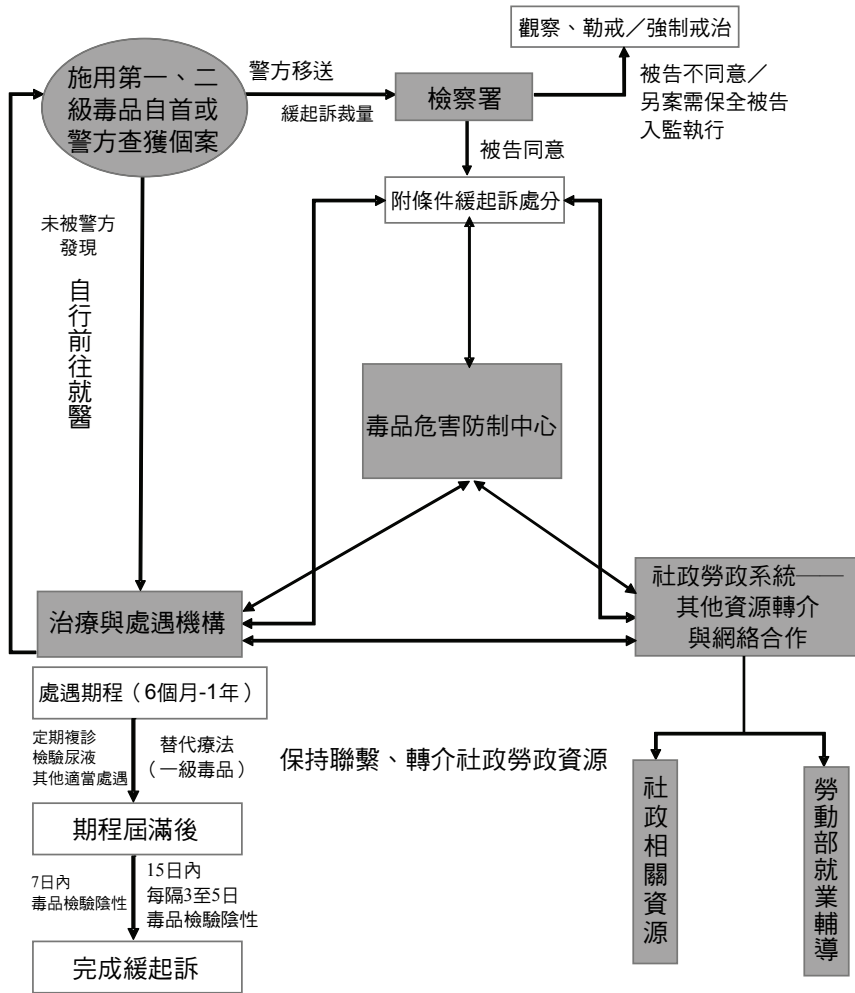
一、附條件緩起訴處分的實施程序

(一)檢察署

1. 緩起訴與撤銷

《毒品危害防制條例》第24條，檢察官得依據《刑事訴訟法》第253條之1的第1項、第253條之2的第1項第4至第6款或第8款規定裁定附條件緩起訴處分，其中相關人規定，對於一級或二級毒品施用初犯及3年後再犯者；依據第24條第3項規定，檢察官需先徵詢醫療機構意見，就被告之毒品使用嚴重程度、有無毒品成癮以外之精神疾病、治療規劃及其他戒癮治療相關事項進行評估，並將結果回復檢察機關。經檢察官裁定後，被告於一定期間內完成戒癮治療、精神治療、心理輔導或其他適當之處遇措施。惟緩起訴處分前，應向被告說明緩起訴處分之應遵守事項，得其同意後，再指定其前往治療機構參與治療與適當處遇。依據刑事訴訟法第253條之1的第1項，檢察官審酌情況訂定緩起訴處分期間為1-3年，違反者撤銷緩起訴。

圖
附條件緩起訴處分實施程序



資料來源：作者自行繪製。

依據《毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準》第6條，有住院、部分時間留院或住宿型治療之必要時，檢察官得向被告說明並得其同意後，列為緩起訴處分之條件，或於處遇中經被告同意後實施。緩起訴處分係檢察官對於刑罰權發動之猶豫，因此個案進行或撤銷處分，以及醫療院所或相關處遇機構指定，皆依循一定之標準判斷，包括法律資格要件、司法紀錄等（賴擁連等，2019）。

2. 觀護與追蹤輔導

檢察官決定緩起訴戒癮治療之處分後，檢察署觀護人承接檢察官指揮之緩起訴處分工作，通知個案報到與進行規範與權益事項告知，並定期的尿液檢驗。觀護人的定位，是刑事司法系統與社會福利系統銜接的樞紐，也擔任刑事司法部門的對外窗口（黃宗旻，2018）。而觀護追蹤輔導員則是輔佐觀護工作，評估個案需求，再依需求盤點服務資源並進行網絡連結、個案轉介與追蹤，包括與民間機構的合作，連結居住服務、就業輔導與連結。觀護人、觀護追蹤輔導員二者從旁適度監督及輔導，其目的是防止再犯。

(二) 治療與處遇機構

執行附條件緩起訴處分的機構，均屬中央衛生主管機關指定的治療或替代治療執行機構。在執行上，依據《毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準》之規範，治療與處遇機構主要有二階段工作，即：裁定前的可行性、合適性與各項需求的評估，另一就是裁定後施以治療等適當

處遇。在實務運作上，第一階段主要由檢察官於緩起訴處分前將個案轉介至適當處遇的機構，評估聚焦於個案意願、基本狀況與個案能否配合完成處遇。第二階段為執行適當處遇，則是個案自報到後，以定期回診或報到追蹤方式，進行6個月以上至1年的治療及處遇；以戒癮治療為例，回診報到時主要是於接受精神科診斷會談、藥物治療及身體檢查（含驗尿）。此外，治療與處遇機構也會提供其他如團體治療課程等相關適當處遇服務，協助個案瞭解非法藥物之相關知識、維持人際互動等，幫助其重新回歸正常生活。

(三)毒品危害防制中心

毒防中心於毒品使用者緩起訴處分確定後，在案件分配到觀護人室據以執行的同時，透過資訊系統架接，將資料傳輸到毒防中心的平台中，由毒防中心開案、個管師以電訪、家（面）訪方式，於緩起訴期間（約1-3年）進行追蹤輔導。毒防中心個管師主要工作是列管追蹤，服務內容主要為輔導個案完成司法處遇，並進一步評估個案的需求，提供家庭支持與關懷、危機處理、保護服務，或是轉介心理輔導等相關服務。

(四)社政勞政系統——其他資源轉介與網絡合作

經由毒防中心個管師的評估，需要轉介社會救助、職業訓練、就業輔導等，以及依相關法律進行通報，如自殺通報、兒保或家暴案件通報、性侵害案件通報等（新北市

政府毒品防治辦公室，2023；臺北市政府毒品危害防制中心，2018）。此外，若為家防中心或社福中心在案服務個案，則家防中心與社福中心社工也會加強與毒防中心及相關網絡單位合作，以共同協助被裁定附條件緩起訴處分的個案及其家庭，減輕其危害及家庭脆弱性，並維護家庭安全。

二、附條件緩起訴處分的實施困境

（一）缺乏回應共病女性風險與需求的評估程序

檢察官在裁定前會請醫療機構依毒品使用嚴重程度、有無毒品成癮以外之精神疾病、治療規劃及其他戒癮治療相關事項進行評估，依個案輕度、中度、高度之使用程度給予醫療或其他適當的處遇（劉宜姁、鍾俊華，2022）。雖然學者亦引進專業評量工具，依據再犯風險與醫療需求分流去評估（the Risk and Needs Triage, RANT）（李思賢等，2019），但僅包含再犯風險與醫療需求的評估，缺乏對於女性成癮與共病者的風險因子與其特殊需求的評估，也未能反應對女性成癮與共病者創傷經驗的理解。

（二）以醫療為中心的治療處遇，未納入社區處遇機構

目前緩起訴處分仍以醫療為中心，然而有賴於醫師對於藥癮合併精神疾病女性個案的深入瞭解。文獻指出部分醫師認為個案難以處理，而個別醫師服務差異也很大（賴擁連等，2019）。此外，實際與各地檢察署合作之醫療機構，部分因負荷量過重而影響治療服務品質（劉宜姁、鍾

俊華，2022）。在其他社區處遇機構方面，各地方檢察署與其他可執行戒癮治療專業機構之合作仍在起步階段，足徵毒品戒癮治療之可近性及多元性尚有提升空間（劉宜姁、鍾俊華，2022）。此外，政府尚未對有意願參與的機構給予優惠或補助，以致無法達到擴大社區參與承載的量能（楊雅琳、賴擁連，2021）。

（三）雖建立相關制度，但跨系統網絡整合不足

如圖顯示，附條件緩起訴處分是跨司法、治療與處遇機構、毒防中心與社政、衛政、勞政等多元系統的網絡合作架構，過去網絡間各個單位專業人力不足，各執行人員對於毒癮觀念不一致等因素，是網絡合作與整合不易的原因（蔡田木等，2018）。各領域的專業角色的協調與溝通不足，一直以來期待各地方政府毒防中心及其個管師能扮演重要角色。然而研究顯示，毒防中心個管師偏重行政工作、且缺乏法律上的強制力（楊雅琳、賴擁連，2021），且在處遇團隊中常需扮演多元角色與任務，形成服務內容繁雜、工作角色混淆等狀況（吳慧菁等，2018）。儘管近期已陸續增加人力，但仍然有各地配置、功能與定位不一的狀況。整體而言，系統中的各單位皆是獨立作業，缺少與社會復歸資源之連結，也仍缺乏各單位間的溝通連結。

(四)工作人員欠缺對成癮與精神共病女性處境及問題循環的理解

治療處遇過程中專業人員的觀點錯置，或未能理解個案需求，會對成癮者造成負面效應或強化其原已存在的無力感，都可能成為個案接受治療處遇時的阻礙（Savage et al., 2007）。楊雅琳、賴擁連（2021）針對緩起訴附命戒癮治療中專業人員整合困境研究發現，戒癮治療存在未因應個案毒癮狀況及需求而變化問題，建議應強化專業人員與個案的輔導和互動品質，且依個案需求提供轉介；此也顯示目前緩起訴治療處遇系統中，缺乏對成癮者處境與問題需求的理解。以男性為主的處遇治療尚且如此，不難想像女性成癮與共病者的需求會如何被忽視。如同許多學者所言，國內戒治處遇模式大都強調男性，女性方案則多移植自男性經驗，缺乏以女性需求為導向之治療處遇措施（賴擁連等，2021；陳玉書，2021）。因此，如何提升專業人員對於女性成癮及其合併精神疾患問題需求、創傷、專業能力及處遇資源等知能，為目前國內女性成癮者治療處遇亟需改善的問題。再者，由於女性成癮與精神共病有其特殊性，Covington（2008）也提醒，專業人員除應瞭解影響女性成癮的風險與康復因子及其影響外，更需認識女性成癮與精神共病的普遍性及交織循環特性，即女性成癮與精神疾患間持續與相互的作用，特別是「物質依賴—精神疾患—暴力創傷—風險因子」的共病循環，導致女性拒絕參與及完成處遇。因此，專業人員必須具備高度之共

病與循環特性理解，然現階段專業人員在此方面的認知均有待提升。

(五)缺乏對現象的實證研究及資訊蒐集共享機制

承前，在實務上相關工作者對於女性成癮與精神共病缺乏認識，其根源可能是來自國內對於此議題現象的探討與掌握不足。隨著國內藥物濫用狀況增加，近年來藥物成癮議題已經逐漸受到重視，其中不乏女性成癮者討論，惟大部分研究對象係以在監受刑人為主，如施用行為與成因（呂淑好，2008；楊士隆等，2021）、女性成癮者矯正處遇需求與戒癮（陳玉書等，2017）、女性戒癮成效或再犯（張明華，2011；許詩潔，2021；劉子瑄、楊士隆，2016）、女性受刑人社區復歸需求（胡淳茹等，2020；賴擁連等，2021）等，少數則針對社區成癮個案進行生命歷探討（許意卿，2009；陳紫凰，2003）；又或雖有針對成癮與精神共病者研究但非以女性為主體（江淑娟，2005）。這些研究雖然開啟對女性成癮議題的一些瞭解，但無法呈現女性成癮與精神共病樣貌、需求及影響社區處遇因素。國內實證研究不足，對此議題掌握有限，也使得回應政策匱乏以及實務工作難以開展，影響甚深。

此外，資訊的蒐集與共享也是反應問題現象與政策執行有效與否的關鍵。一如國內多位學者多指出（楊雅琳、賴擁連，2021；蔡田木等，2018），目前成癮者處遇過程中，網絡單位間對於戒癮者的資訊通透度不足，影響合作的品質與案件處遇成效，並且建議相關單位應建立資訊共

享機制，讓執行人員獲得即時與充分資訊。簡言之，目前我國也建立毒品統計資訊，不過如何以成癮者為中心，從查緝、偵結起訴／緩起訴／不起訴、在監執行／社區處遇、執行結果等性別統計，以及扣連檢視與監督各單位執行狀況的網絡資訊分享，以作為政策執行和案件處理的重要依據，尚需形成共識與行動。

伍、對我國附條件緩起訴處分的啟發與建議

本文關注司法系統中女性成癮與精神共病者的需求，不僅透過文獻深入剖析其風險因子與康復因子，也透過探討美國司法系統之藥癮精神共病處遇計畫，期針對我國現行附條件緩起訴處分的實施困境提出建言。總結文獻所言，女性成癮與精神共病者普遍遭遇暴力虐待或其他創傷經驗，加上藥物使用與精神症狀的相互作用，使得症狀加劇與難解；例如恐懼、絕望、憤怒、憂鬱、對人失去信任、情緒障礙、自殺或更嚴重精神症狀，當女性共病者進入治療與處遇機構時，還可能覺得擔心與丟臉，或者拒絕參與及完成處遇。加以父權文化強調女性的母職及照顧身分，強化成癮與精神共病女性「失職」的烙印，使其難以獲得非正式系統的支持。而經濟或住所的缺乏、成癮及疾病導致的就業困境與貧窮等，又再強化其生理、心理、社會支持面上穩定復元的不易。

帶著這樣的多重症狀與問題進入附條件緩起訴處分的流程時，司法系統應如何回應？我國當前的系統不僅缺乏

連續與多元的處遇單位與模式、資訊與數據整合的功能不彰、各系統也缺乏對於成癮與精神共病女性需求的深入理解。因應我國非法藥物防制政策的轉向，政府接下來可以怎麼做？如何藉由附條件緩起訴處分各系統間的合作，透過對共病女性創傷經驗的照護與多重資源的提供，而能降低戒癮障礙、提升復元的可能？在參考美國「司法系統之藥癮精神共病處遇計畫」後，本文提出對臺灣緩起訴附命戒癮治療之啟發與建議。

一、建立具創傷與性別知情的評估與戒癮程序

附條件緩起訴處分，是我國推動藥癮者由機構處遇轉向社區處遇的重要環節，讓非法藥物使用者不需入監服刑即可接受戒癮治療處遇。前述風險因子研究顯示，創傷經驗對女性成癮與共病者的傷害與治療影響（Savage et al., 2007）。在美國WIT模式中，其以康復為導向，將女性處境與創傷經驗納入戒癮治療處遇程序，藉由緩解負面情緒、創傷症狀以及生活和母職角色支持，讓共病女性得以重新建立自我與連結正向關係，完成戒癮並不再犯，此即為我國司法轉向社區處遇所強調預防性目的。然而，具創傷知情的治療處遇不僅只是工作者個人取向，從美國司法部「司法與心理健康合作計畫」實務運作更可見，建立創傷知情的司法與社區處遇程序的重要性，有系統地將創傷有關的知識導入、整合成政策、程序、實務和治療場域中回應（如順序攔截模式，SIM）。從實務治療到處遇程序，此種降低女性創傷影響風險因子與重建關係的積極作

法，值得作為我國提升女性成癮者接受附條件緩起訴處分成效之參考。參酌SIM，建議如下：

(一)訂定創傷知情的政策與處理程序或工作指引，以及發展創傷與物質精神評估工具，供網絡系統中各專業人員遵循以及資訊共享。

(二)檢察官在評估給予緩起訴附命令時，除了法律資格要件與司法紀錄外，建議納入女性受暴經驗（家暴及性侵）與生活狀況（無家者、照顧子女），並運用《毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準》賦予檢察官權力，擇定適合女性共病者的治療單位，如可提供住宿型治療或其他社區機構。

(三)在裁定前醫療評估，除了醫療評估外，應納入創傷經驗評估，瞭解個案身心與精神狀況及可能的創傷反應，建立處分前及分類評估，讓她們在進入戒癮治療時，可同時獲得創傷照護。

(四)觀護與追蹤輔導過程，除了蒐集受暴經驗、家庭與子女關係、正式與非正式支持、評估資源可使用情形外，還要評估性別社會文化規範對於女性共病者可能產生的治療影響，如此才能提供個案有效支持與配套措施；轉介資源進行時，也需要有較多說明或陪同，降低個案因焦慮而引發創傷或再次創傷。

二、建構與啟動跨網絡司法照護體系

根據美國司法部JMHCP經驗，建構一套以個案為中心的跨網絡的司法照護體系，是司法系統進行成癮與精神共

病轉向處遇極為重要之配套工作（Johnson et al., 2021）。此多機構合作計畫，目的是透過開發多機構合作模式來增加治療處遇的有效性，需要有良好的網絡合作機制，因此在美國所實施的Stepping Up Initiative中，成癮與精神共病者個案管理工作單位扮演非常重要角色，其不僅是提供共病個案關懷、諮詢與資源轉介、追蹤輔導服務，還擔任網絡整合單位，負責跨機關合作之規劃、執行以及資源與資訊共享，甚至還進行網絡間的倡議。從前述的討論可知，我國附條件緩起訴處分之實務運作涉及司法、醫療衛生、社政、勞政等不同系統，雖然轉介、觀護流程不一，毒防中心定位與功能亦各有異，但多已建立網絡雛形且有初步實踐，只是從中央落差到地方，差異極大，表面上跨網絡合作之規範與機制均有設置，但細膩程度卻是落實與否的分野。因此如何強化司法系統、治療系統與社區系統機制，從女性非法藥物使用者進入檢察機關開始，檢察官、治療院所評估與醫療人員、觀護人、觀護追蹤輔導員、毒防中心人員、社工人員或民間處遇機構工作者（安置、家庭支持或關懷輔導等），皆需緊密合作。由檢察機關指揮、明確毒防中心個管角色並且提高組織位階，形成跨網絡、跨專業及公私協力的司法照護體系。再者，也建議在凝聚網絡共識前提下，共同建立網絡整合規範，並且深化彼此角色、專業內涵及價值理念，以建立優質的合作關係；此外，也需要網絡追蹤與監督機制，檢視合作過程中可能出現的漏洞與缺損，以利各項執行的措施與進行系統

整合。具體作法可包括常態性跨網絡聯繫會議、圓桌共識會議、個案討論等，促進對彼此專業領域的瞭解與尊重。

三、整合社區資源發展女性需求為本的多元處遇模式

我國附條件緩起訴處分，賦予檢察官得視情況要求被告（非法藥物使用者）於一定期間內遵守或履行義務，形式多元，包括完成戒癮治療、精神治療、心理輔導或其他適當之處遇措施，或預防再犯所為之必要命令等。法律目的亦是期待在減少犯罪前提下，評估非法藥物使用者問題和需求，採取適合與有效的司法處遇方式。如同本文所歸納影響女性成癮與精神共病之風險因子與康復因子可見，女性個案所面臨諸多困境，不僅有身體健康與精神疾患，且結合暴力創傷、就業困難、經濟弱勢、社會汙名化等不利因素，很難用標準化制式治療方式來解決戒癮問題，需要考慮跳脫現有男性使用者為主軸的規劃框架，另闢蹊徑（Covington et al., 2008）。從美國WIT所採取性別敏感服務策略可見，成癮與精神共病的治療處遇場域，不僅是在醫療院所進行，在女性需求前提下，更重要的社區處遇與配套措施，包括促進其與孩子、家庭和社區的正向連結，提供支持性就業與經濟扶助，以協助復歸社區。鑑於國內在戒癮治療處遇方面，仍多以醫療院為執行單位，治療多採定期門診方式，少數治療機構雖有開辦認知行為治療團體，但多偏重於共病女性對藥癮與精神症狀之因應。在司法轉向社區處遇趨勢下，應積極推動開發符合女性需求的多元處遇方案，包括協助共病女性自我與關係重建，例如

討論家庭關係修復或親職角色、性議題與成癮治療、親密關係與暴力、汙名化影響等團體；亦需提供支持性措施與資源，例如暴力防治、非住院式的社區住宅協助、參與治療時的臨時托育、共病女性需求導向的就業支持等。再者，處遇單位也納入民間專業處遇機構，以社區為基礎，公私協立開發社區處遇方案，協助共病女性自我療癒，進而復歸社區。

四、提升專業人員的創傷與性別知情知能

對於成癮者施以附條件緩起訴處分仍在起步階段，相關專業人員如何理解與辨識女性共病個案的特殊與獨特議題，進而提升戒癮治療處遇成效，是相當重要的工作。WIT模式除了提供司法系統中的女性共病者處遇治療外，也出版一系列工作指引及培訓課程，以提升司法及處遇人員創傷與性別知能。而美國藥物濫用與心理健康服務局（Center for Substance Abuse Treatment (US), 2014）也提出，建立網絡成員共識以及互動、體驗式培訓的基本原則；訓練重點，包括四大主題：物質使用與創傷相關疾病的辨識（篩查及評估）、如何理解女性共病者行為、專業關係與避免再創傷，以及專業人員替代性創傷與自我照顧。統整美國實務推動經驗，在女性成癮與精神共病治處遇人員及專業知能方面，建議治療與處遇人員以女性為佳。再者，專業人員不僅要有創傷與藥癮的專業知識，還需有理解女性共病者問題的思維與態度，以創傷知情之視角來理解個案的困難行為，不以女性共病者行為反應是

「病態」來看待，而嘗試以：「她們是不得已（如缺愛、以藥找愛）、僅能以此種方式因應所生存環境來思考」，降低使用標籤性或道德性用語來敘述（如不正常的女人），或標示女性共病者行為之用語。此外，在詢問或會談與互動方面，使用創傷知情的詢問技巧來建立安全信任關係，減少命令或質疑的言詞與作法，焦點不在於追究或救濟該行為，而是引導女性個案不用藥物逃避，不被創傷事件毀壞自我。

五、深化女性成癮與精神共病實證研究與循證治療模式發展

成癮合併精神疾患及創傷的治療處遇是一個相當複雜的問題，需要有實證研究數據的支持，更能凸顯服務對象的需求以及驗證和挑戰服務策略。但不可諱言，過去臺灣學界與實務界對於女性成癮與精神共病問題與現象的研究與討論較為匱乏。國外經驗顯示，不論是WIT模式或JMHCP計畫，都有厚實的實證研究基礎，特別是美國JMHCP計畫自2015年起提出Stepping Up Initiative倡議行動，鼓勵與提供支援各州與地方政策設定司法與治療計畫之關鍵績效指標，共同規劃與執行成癮與精神共病之創新方案，並且進行方案數據分析與評估，在司法體系下整合醫療健康、社政及相關網絡系統建立循證治療模式（Stepping Up, 2023）。

就臺灣而言，《毒品防制條例》規範法務部設置毒防基金，基金用途包括辦理或補助戒癮治療及研究，依法我

國有類似美國JMHCPC基金補助計畫，臺灣的施行成果為何？建議建立國家防治成癮與精神共病之行動關鍵指標、反饋與改善機制，定期分析衡量指標、司法戒癮行動目標與執行策略表現，並提出監測與評估報告。再者，各縣市政府可以鼓勵朝向實證研究發展與基礎資料的建構，例如分析縣市女性成癮與精神合併問題的研究、明確瞭解縣市女性共病者問題與需求，在實證基礎下發展戒癮方案因應，且定期檢視評估成效，以利於成癮與精神共病之循證治療模式的發展。最後，女性共病實證資料的蒐集，也應能夠反饋於目前國內逐步發展的人工智慧輔助評估再犯風險AI系統的應用，如此一來，司法系統在評估緩起訴附命令戒癮治療資格、需求及預測上，才能更精準評估女性成癮與精神共病者問題，達到精準司法轉向處遇。

參考文獻

一、中文文獻

- ▶江淑娟（2005）。*物質濫用者的雙重診斷與濫用歷程*。行政院衛生署。
- ▶何玉娟、方素真、陳辭一、高君慈、黃正誼、洪嘉均（2022）。*甲基安非他命藥癮者治療預後因子分析——緩起訴二級毒品附命戒癮治療相關因素及性別差異分析研究*。*中華心理衛生學刊*，35（2），145-179。[https://doi.org/10.30074/FJMH.202206_35\(2\).0003](https://doi.org/10.30074/FJMH.202206_35(2).0003)
- ▶吳慧菁、賴擁連、胡淳茹、李思賢（2018）。*工作認同、助人態度與工作滿意度相關探討：毒品危害防制中心之個案管理師為例*。*藥物濫用防治*，3（3），1-31。[https://doi.org/10.6645/JSAR.201809_3\(3\).1](https://doi.org/10.6645/JSAR.201809_3(3).1)
- ▶呂淑好（2008）。*女性與藥物濫用*。*刑事政策與犯罪研究論文集*，11，189-209。
- ▶李怡慧、楊延光、葉宗烈、羅信宜、李毅達、周裕軒、陳純誠（2001）。*看守所藥物濫用勒戒者臨床特徵之性別差異*。*台灣精神醫學*，15（2），106-115。<http://catalog.digitalarchives.tw/item/00/61/57/a8.html>
- ▶李思賢、徐倩、蔡孟璋（2019）。*分流處遇模式的提出與推行：以高雄毒品犯緩起訴分流處遇為例*。*藥物濫用防治*，4（2），57-74。[https://doi.org/10.6645/JSAR.201906_4\(2\).3](https://doi.org/10.6645/JSAR.201906_4(2).3)
- ▶法務部（2018）。*毒品案件性別分析*。法務部全球資訊網。https://www.rjtd.moj.gov.tw/RJSDWeb/common/WebListFile.ashx?list_id=1639
- ▶法務部（2023）。*地方檢察署辦理毒品案件偵查終結人數（含性別）*。法務部法務統計資訊網。<https://www.rjtd.moj.gov.tw/>

RJSDWeb/book/Book_Detail.aspx?book_id=612

- 胡淳茹、吳慧菁、賴擁連、郭倩宜（2020）。女性藥癮更生人社區復歸服務系統之現況分析。《藥物濫用防治》，5（2），25-54。
[https://doi.org/10.6645/jsar.202006_5\(2\).2](https://doi.org/10.6645/jsar.202006_5(2).2)
- 張明華（2011）。《影響女性施用毒品再犯行為的相關因素之實證研究》〔未出版博士論文〕。國立臺北大學。<https://hdl.handle.net/11296/qjrdn2>
- 許意卿（2009）。《女性海洛因成癮者之成癮歷程研究》〔未出版碩士論文〕。亞洲大學。<https://hdl.handle.net/11296/dxb5v5>
- 許詩潔（2021）。女性毒品犯持續或中止犯罪影響因素之比較研究：以是否撤銷保護管束為例。《藥物濫用防治》，6（3），101-129。
[https://doi.org/10.6645/jsar.202109_6\(3\).4](https://doi.org/10.6645/jsar.202109_6(3).4)
- 陳玉書、吳姿璇、林健陽（2017）。女性毒品受刑人矯正處遇與需求。《藥物濫用防治》，2（1），85-112。
<https://doi.org/10.6645/jsar.2017.2.1.4>
- 陳玉書（2021）。具性別敏感度的女性受刑人處遇對策。《社區發展季刊》，174，180-198。
- 陳紫凰（2003）。《藥物濫用女性生命歷程發展之探討》〔未出版碩士論文〕。南華大學。<https://hdl.handle.net/11296/3eu849>
- 黃宗旻（2018）。我國觀護制度及更生保護組織重新定位之探討。《刑事政策與犯罪研究論文集》，21，25-54。
<https://doi.org/10.6482/ECPCR.201810.0002>
- 新北市政府毒品防治辦公室（2023）。毒品危害防制中心簡介。新北市毒品防治辦公室。<https://drugfree.ntpc.gov.tw/index.php?action=about&id=17>
- 楊士隆、曾淑萍、林鴻智、許俊龍（2021）。毒品收容人其施用毒品行為之性別差異分析。《藥物濫用防治》，6（1），27-47。
[https://doi.org/10.6645/JSAR.202103_6\(1\).2](https://doi.org/10.6645/JSAR.202103_6(1).2)

- 楊雅琳、賴擁連（2021）。當前緩起訴附命戒癮治療資源配置與整合之現況分析與芻議。《社區發展季刊》，174，226-243。
- 臺北市政府毒品危害防制中心（2018）。關於臺北市毒品危害防制中心設置要點。臺北市政府毒品危害防制中心。<https://nodrug.gov.taipei/News.aspx?n=49539416E45BC69D&sms=5B6C9779CA8F05CC>
- 劉子瑄、楊士隆（2016）。毒癮司法戒治效果之性別差異研究。《藥物濫用防治》，1（1），1-26。<https://doi.org/10.6645/JSAR.2016.1.1.1>
- 劉宜鈴、鍾俊華（2022年8月）。新世代反毒策略行動綱領及其執行成效之探討。立法院預算中心第十屆第八會期專題研究。<https://www.ly.gov.tw/Pages/List.aspx?nodeid=45624>
- 蔡田木、吳慧菁、賴擁連、束連文（2018）。我國附命完成戒癮治療之緩起訴處分機制與成效之檢討。行政院國家發展委員會。
- 賴擁連、吳慧菁、蔡田木（2021）。女性毒品收容人釋放後生活關注議題以及尋求協助需求之初探。《藥物濫用防治》，6（2），37-60。[https://doi.org/10.6645/JSAR.202106_6\(2\).3](https://doi.org/10.6645/JSAR.202106_6(2).3)
- 賴擁連、蔡木田、吳慧菁（2019）。我國附命完成戒癮治療之緩起訴處分機制與成效之檢討。國家發展委員會。
- 韓意慈（2021）。社會支持網絡之再建構：民間宗教型戒癮安置服務內涵的質性分析。《臺大社會工作學刊》，44，45-84。[https://doi.org/10.6171/ntuswr.202112_\(44\).0002](https://doi.org/10.6171/ntuswr.202112_(44).0002)
- 韓意慈、巫麗雪、張容菱（2023）。誰會待得久？戒癮者於宗教型戒癮安置機構留置期間的影響因素。《中華心理衛生學刊》。（出版中）

二、英文文獻

- Andrews, D. A., Bonta, J., & Hoge, R. D. (1990). Classification for Effective Rehabilitation: Rediscovering Psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17(1), 19-52. <https://doi.org/10.1177/0093854890017001004>
- Becker, J. B., McClellan, M. L., & Reed, B. G. (2017). Sex differences, gender and addiction. *Journal of Neuroscience Research*, 95(1-2), 136-147. <https://doi.org/10.1002/jnr.23963>
- Bloom, B., Owen, B., & Covington, S. (2003). *Gender-responsive strategies: Research practice and guiding principles for women offenders*. Washington, DC: U.S. Department of Justice, National Institute of Corrections.
- Bloom, B., Owen, B., & Covington, S. (2004). Women offenders and the gendered effects of public policy. *Review of Policy Research*, 21(1), 31-48. <https://doi.org/10.1111/j.1541-1338.2004.00056.x>
- Brousselle, A., Lamothe, L., Mercier, C., & Perreault, M. (2007). Beyond the limitations of best practices: How logic analysis helped reinterpret dual diagnosis guidelines. *Evaluation and Program Planning*, 30(1), 94-104. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2006.10.005>
- Brusman Lovins, L., Lowenkamp, C. T., Latessa, E. J., & Smith, P. (2007). Application of the risk principle to female offenders. *Journal of Contemporary Criminal Justice*, 23(4), 383-398. <https://doi.org/10.1177/1043986207309437>
- Bureau of Justice Assistance (2023, January 23). *Justice and mental health collaboration program (JMHCP): Promoting innovative cross-system collaboration*. <https://bja.ojp.gov/program/jmhcp/overview>
- Center for Substance Abuse Treatment (US). (2014). *Trauma-*

- Informed care in behavioral health services*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207201/>
- Covington, S. S. (2000). Helping women recover. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 18(3), 99-111. https://doi.org/10.1300/J020v18n03_09
- Covington, S. S. (2008). Women and addiction: A trauma-informed approach. *Journal of Psychoactive Drugs*, 40(sup5), 377-385. <https://doi.org/10.1080/02791072.2008.10400665>
- Covington, S. S. (2019). *Helping women recover curriculum 3rd for use in criminal justice* (3rd ed.). Wiley; Special Edition for Use in the Criminal Justice System, 3e SetWiley.
- Covington, S. S., Burke, C., Keaton, S., & Norcott, C. (2008). Evaluation of a trauma-informed and gender-responsive intervention for women in drug treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 40(sup5), 387-398. <https://doi.org/10.1080/02791072.2008.10400666>
- Dawson, A., Jackson, D., & Cleary, M. (2013). Mothering on the margins: Homeless women with an SUD and complex mental health co-morbidities. *Issues in Mental Health Nursing*, 34(4), 288-293. <https://doi.org/10.3109/01612840.2013.771522>
- DiNitto, D. M. (2002). Addictions and women with major psychiatric disorders. In S. Straussner & S. Brown (Eds.), *The handbook of addiction treatment for women* (pp. 423-447). John Wiley & Sons.
- Frazer, Z., McConnell, K., & Jansson, L. M. (2019). Treatment for substance use disorders in pregnant women: Motivators and barriers. *Drug and Alcohol Dependence*, 205, 107652. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107652>
- Gearon, J. S., & Bellack, A. S. (1999). Women with schizophrenia

- and co-occurring substance use disorders: An increased risk for violent victimization and HIV. *Community Mental Health Journal*, 35, 401-419. <https://doi.org/10.1023/A:1018778310859>
- Greenfield, S. F., Brooks, A. J., Gordon, S. M., Green, C. A., Kropp, F., McHugh, R. K., Lincoln, M., Hien, D., & Miele, G. M. (2007). Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of the literature. *Drug and Alcohol Dependence*, 86(1), 1-21. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.05.012>
- Gregg, L., Barrowclough, C., & Haddock, G. (2007). Reasons for increased substance use in psychosis. *Clinical Psychology Review*, 27(4), 494-510. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.09.004>
- Grella, C. E. (2009). Treatment seeking and utilization among women with substance use disorders. In K. T. Brady, S. E. Back & S. E. Greenfield (Eds.), *Women and addiction: A comprehensive handbook* (pp. 307-322). The Guilford Press.
- Griffith-Lendering, M. F., Wigman, J. T., Prince van Leeuwen, A., Huijbregts, S. C., Huizink, A. C., Ormel, J., . . . Vollebergh, W. A. (2013). Cannabis use and vulnerability for psychosis in early adolescence – A TRAILS study. *Addiction*, 108(4), 733-740. <https://doi.org/10.1111/add.12050>
- Hartwell, S. (2004). Triple stigma: Persons with mental illness and substance abuse problems in the criminal justice system. *Criminal Justice Policy Review*, 15(1), 84-99. <https://doi.org/10.1177/0887403403255064>
- Herman, J. L. (1997). *Trauma and recovery: The aftermath of violence – From domestic abuse to political terror*. Basic Books.
- Hudson, A., & Stamp, J. A. (2011). Ovarian hormones and propensity to drug relapse: A review. *Neuroscience and Biobehavioral*

- Reviews*, 35(3), 427-436. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.05.001>
- Johnson, J. E., Viglione, J., Ramezani, N., Cuellar, A. E., Hailemariam, M., Rosen, R., Breno, A., & Taxman, F. S. (2021). Protocol for a quasi-experimental, 950 county study examining implementation outcomes and mechanisms of Stepping Up, a national policy effort to improve mental health and substance use services for justice-involved individuals. *Implementation Science*, 16(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01095-2>
- Kushner, M. G., Abrams, K., & Borchardt, C. (2000). The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: A review of major perspectives and findings. *Clinical Psychology Review*, 20(2), 149-171. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(99\)00027-6](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00027-6)
- Lee, R., & Callahan, L. (2022). *Trauma-informed approaches across the sequential intercept model*. New York: The Council of State Governments Justice Center.
- Lybrand, J., & Caroff, S. (2009). Management of schizophrenia with substance use disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 32(4), 821-833. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2009.09.002>
- Marel, C., Mills, K. L., Kingston, R., Gournay, K., Deady, M., Kay-Lambkin, F., Baker, A., & Teesson, M. (2016). *Co-occurring alcohol and other drug and mental health conditions in alcohol and other drug treatment settings*. Illustrations.
- McHugo, G. J., Caspi, Y., Kammerer, N., Mazelis, R., Jackson, E., Russell, L., Clark, C., Liebschutz, J., & Kimerling, R. (2005). The assessment of trauma history in women with co-occurring substance abuse and mental disorders and a history of interpersonal violence.

- The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 32, 113-127.
<https://doi.org/10.1007/BF02287261>
- Messina, N., & Grella, C. (2008). *Final report of the gender responsive treatment for women in prison project*. Submitted to the National Institute on Drug Abuse, Rockville, MD.
 - Morisano, D., Babor, T. F., & Robaina, K. A. (2014). Co-occurrence of substance use disorders with other psychiatric disorders: Implications for treatment services. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 31(1), 5-25. <https://doi.org/10.2478/nsad-2014-0002>
 - Mueser, K. T., Drake, R. E., & Wallach, M. A. (1998). Dual diagnosis: A review of etiological theories. *Addictive Behaviors*, 23(6), 717-734. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(98\)00073-2](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(98)00073-2)
 - Munro, C. A., McCaul, M. E., Wong, D. F., Oswald, L. M., Zhou, Y., Brasic, J., Kuwabara, H., Kumar, A., Alexander, M., Ye, W., & Wand, G. S. (2006). Sex differences in striatal dopamine release in healthy adults. *Biological Psychiatry*, 59(10), 966-974. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.01.008>
 - Palmer, E. J., Hatcher, R. M., McGuire, J., & Hollin, C. R. (2015). Cognitive skills programs for female offenders in the community: Effect on reconviction. *Criminal Justice and Behavior*, 42(4), 345-360. <https://doi.org/10.1177/0093854814552099>
 - Pelisser, B., & Jones, N. (2005). A review of gender differences among substance abusers. *Crime and Delinquency*, 51(3), 343-372. <https://doi.org/10.1177/0011128704270218>
 - Potenza, M. N., Hong, K. A., Lacadie, C. M., Fulbright, R. K., Tuit, K. L., & Sinha, R. (2012). Neural correlates of stress-induced and cue-induced drug craving: Influences of sex and cocaine dependence. *The American Journal of Psychiatry*, 169(4), 406-414. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11.1831>

org/10.1176/appi.ajp.2011.11020289

- Sacks, J. Y. (2004). Women with co-occurring substance use and mental disorders (COD) in the criminal justice system: A research review. *Behavioral Sciences & the Law*, 22(4), 449-466. <https://doi.org/10.1002/bsl.597>
- Savage, A., Quiros, L., Dodd, S.-J., & Bonavota, D. (2007). Building trauma informed practice: Appreciating the impact of trauma in the lives of women with substance abuse and mental health problems. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 7(1-2), 91-116. https://doi.org/10.1300/J160v07n01_06
- Seo, D., Jia, Z., Lacadie, C. M., Tsou, K. A., Bergquist, K., & Sinha, R. (2011). Sex differences in neural responses to stress and alcohol context cues. *Human Brain Mapping*, 32(11), 1998-2013. <https://doi.org/10.1002/hbm.21165>
- Stepping Up (2023). *Discover local strategies*. <https://stepuptogether.org/explore/discover-local-strategies/>
- Stromwall, L. K., & Larson, N. C. (2004). Women's experience of co-occurring substance abuse and mental health conditions. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 4(1), 81-96. https://doi.org/10.1300/J160v04n01_06
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach*. https://ncsacw.samhsa.gov/userfiles/files/SAMHSA_Trauma.pdf
- Stovell, M. (2023, May). The Council of State Governments Justice Center (2023). *Looking back at five years of a federal program supporting county justice systems*. <https://csgjusticecenter.org/2023/05/05/looking-back-at-five-years-of-a-federal-program-supporting->

county-justice-systems/

- Tucker, J. S., D'Amico, E. J., Wenzel, S. L., Golinelli, D., Elliott, M. N., & Williamson, S. (2005). A prospective study of risk and protective factors for substance use among impoverished women living in temporary shelter settings in Los Angeles County. *Drug and Alcohol Dependence*, *80*(1), 35-43. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.03.008>
- van Wormer, K. (2002). Addictions and Women in the Criminal Justice System. In S. Straussner & S. Brown (Eds.), *The Handbook of Addictive Treatment for Women* (pp. 470-486). Jossey-Bass.
- Volkow, N. D., Wang, G.-J., Fowler, J. S., Tomasi, D., & Telang, F. (2011). Addiction: Beyond dopamine reward circuitry. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *108*(37), 15037-15042. <https://doi.org/10.1073/pnas.1010654108>
- Walitzer, K. S., & Dearing, R. L. (2006). Gender differences in alcohol and substance use relapse. *Clinical Psychology Review*, *26*(2), 128-148. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.11.003>