

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

藥癮治療性社區概念與本土個案

復元歷程之探討

Addiction Therapeutic Community:

Concept and Recovery Process of Local Cases

研究生：石嘉程

中華民國 113 年 7 月



謝誌

一路走來受到許多人的幫助，想要感謝的人真的好多。

感謝我的家人。我的爸媽，他們提供物質與精神上的諸多幫助，使我得以無後顧之憂、專注地進行學術工作，讓我做自己喜歡做的事，支持我一頭栽入屬於社會科學領域的犯罪學研究，甚至在口試前夕遇到筆電故障，也及時贊助新電腦，讓我得以順利完成論文，能夠唸自己喜歡的書、做自己喜歡的研究真的是件很幸福的事。我弟，他是我找書與找文獻的小幫手，也是我傾訴壓力的對象，謝謝他一直都支持我不斷前進。我的阿嬤，常常覺得我吃不飽穿不暖，還會找機會偷偷塞錢給我，我知道他永遠愛我，希望總有一天我可以成為不再讓他擔心的孫子。還有 Uncle 和 Aunt，每回阿嬤家都能感受到他們溫暖的關心與鼓勵。提供我棲身之地的阿姨與姨丈，讓我攻讀碩士學位期間毋庸煩惱租屋問題，謝謝他們給予的幫助。

感謝我的恩師許春金老師。老師的《犯罪學》讓我發現犯罪學的魅力，牢牢地抓住我對於犯罪學的好奇心，也是這本書讓身為法律人的我得以遨遊於犯罪學的世界。求學過程中，老師常和我強調「耐心」，做研究需要耐心，對人，亦然。多聽、多看、多說，是我從老師身上感受到的學術精神。老師不僅學識淵博，總能看見我研究上的不足，也總是溫暖地給予我回饋與建議，在論文寫作以及研究方向上給予引導。老師常說，只要文獻看得多，內容就寫得多，而最主要的任務是要把這些內容組織起來，他希望我能夠專精於特定的領域與主題，成為那個領域的專家，希望這本論文沒有辜負他的期望。另外，這本論文關於正向犯罪學與修復式正義的論述，也是受到老師的影響。由於擔任老師三年的課程助理，老師在臺北大學開設「正向犯罪學」等課程，耳濡目染之下激發我對於正向犯罪學與修復式正義的興趣，使我能探尋更多知識，並將之融入我的論文中。也很感謝老師將《人本犯罪學》（許春金，2022）一書的校稿工作交給我以及同門的宣瑄與宜璇，被老師指定校閱修復式正義的部分，在過程中閱讀不下數十遍，因此看見正向犯罪學與修復式正義的潛力。與老師的互動，使我在犯罪學的相關研究議題上獲得許多的啟發，也讓我能夠知道自己是多麼的微小與不足，進而成為我持續學習與前進的動力。如果這本論文對於藥癮領域能有些許貢獻，必定是因為我站在巨人的肩膀上，使我有勇氣與能力眺向無盡的遠方。

謝謝我的口試委員黃蘭嫻老師，碩一、碩二時修習老師的諸多課程，扎扎實實的教學內容，讓我奠定做研究的基本功，再加上老師於口試時一針見血的建議，使我的研究得以更為全面與完整。謝謝另一位口試委員林健陽老師，老師在監獄學課程致贈《毒品犯罪與防治》一書，讓我對藥癮相關議題有許多的思考與啟發，在口試時也給予諸多深刻且實用的建議，使我能找到研究上的盲點並補足之。真的非常謝謝兩位老師願意擔任我的口試委員，他們的視野讓我的論述更為完整。

常常閒聊與談論煩惱、亦師亦友的林育聖老師，在校時有事沒事都會去老師的研究室聊天，希望往後見面時有臉孔辨識困難的老師還能認得出我。林茂弘老師給我擔任研究助理的機會，讓我有機會在計畫案中磨練做事情的能力，也告訴我許多做事的觀念，謝謝他讓我變得更為幹練。大一時修習沈伯洋老師在法律系開設的犯罪學課程，每個週三的早八準時在社科院集合，聽著老師說著有趣的知識，沒想到數年後能於社科院再續前緣，謝謝他開啟我對於犯罪學的認識。還要謝謝宜芬學姐與伊君學姐，兩位學姐在我和老師討論論文的過程中給予我諸多實用的意見，讓我能有更實際且完善的思考，並且兩位學姐也邀請我在銘傳大學犯罪防治學系 2024 年《AI 與刑事司法國際學術研討會》進行發表，使我獲益良多，非常感謝！

感謝財團法人利伯他茲教育基金會，沒有他們的大力協助，就無從建構出這本論文；沒有他們的盡心付出，這個社會也無法變得比現在更好。同時，我也要謝謝每一位願意參與我的研究、耐心回答問題的研究參與者：Jennifer、Jessica、Elizabeth、Michael、Daniel、Robert、Andrew、John、William、James。有幸能看見您們的付出、堅毅與勇敢，我由衷地敬佩您們。

感謝伴我三年的同班同學們。同門的二寶宣瑄是兩年就畢業的優秀同學，我的計畫書發表與學位考試時遠在澳洲，仍透過 LINE 應援與加油，並且給予我進行研究上的建議，讓我得以順利完成論文。同門的小寶宜璇則是論文焦慮小夥伴，我們常常一起在研究室討論論文、一起去國圖找文獻、一起在研討會上發表文章，我們一起度過許多焦慮的時光，但這些時光也是最為難忘的。還記得要簽許老師之前，常常和兩位一起討論、一起焦慮，能夠一起當許老師的學生（許門三寶！），真的很開心。常常一起討論想法的至柔，是吃飯的好夥伴，也共同在茂弘老師的計畫案中擔任研究助理，希望未來你能夠不再被太多事情所困擾。喜歡嚇人卻常被嚇到的婧安，有趣的靈魂讓我的研究所生活多了許多快樂，接下來你的生活一

定也會充實且有趣。對朋友超級好的文攸，每次出國都會帶許多小東西給我，在學校待太晚也會開車載我回住處，甚至在我論文交稿前提供我英文摘要的相關建議，相處起來也很自在，很開心有你這個真誠的朋友。比我在北大還久的康妹，也是出國回來會帶一堆伴手禮給我的好朋友，期待你分享在挪威的交換生活，也祝福你未來能順利完成你的夢想。帶我爬人生第一座百岳的品妤，謝謝你帶著大家一起爬石門山和合歡東峰，縱使工作繁忙也會抽空一起聚餐，相信你的交換生活一定充實且精彩。常常遭受我幹話攻擊的成昕，很開心能夠一起進行計畫書的發表，希望接下來你的研究能夠順順利利。

還要感謝其他犯研所同學們。國考小夥伴書宇，國考前的日子我們都一起在研究室唸書唸到很晚，每次回家的路上都會陷入崩潰的循環當中，不過你總是鼓勵我一定會考上，不吝分享你的正能量，也一起分擔考試的焦慮，謝謝你的鼓勵與陪伴。另一個國考小夥伴謙宜，你總是會為研究室帶來快樂，有時候還會花一整個晚上的時間和你跟書宇一起聊八卦（備考期間聊八卦真的好舒壓），真的是在犯研所很難忘的日子，希望你能一直這樣快快樂樂！苡文與郁芯，兩位學姐在我剛進研究所時，緩解我不安的心情，也在學習上給我諸多的建議，謝謝你們的關心與幫助。還有會一起聊八卦的皓安、在平冤十週年展覽期間特別來看展的 Penny、會提醒我國考報名日期的吳安、身為班代常協助我辦活動的舫珊、一起打羽球的玟妤、論文最後階段一起討論的品睿、在所辦工讀幾乎每天都會見面的承翰、交流想法時都能使我獲益良多的佳亨、橄欖枝中心的志瑋、紫伶、至剛，以及在我擔任許老師課助的課程中，一起上課的任萱、妍智、宛庭、沛琪、敏君以及在職班的宗翰、博雅、冠逸、杰吟、孟臨、雅婷、珮禎等同學們，真的很開心能在犯研所認識優秀且有趣的你們。另外，拍攝祝福影片的所有同學，能在口試結束後看到大家用心準備的祝福影片，絕對是最難忘的回憶，雖然當下看到影片我沒有哭，但真的超級超級感動，謝謝你們。所有在犯研所認識的夥伴們，有幸能夠在這裡遇見大家，一起度過了特別快樂的時光。

感謝冤獄平反協會的所有夥伴。士翔、昀青與季庭，一直看著你們對於平冤的投入，期許自己能夠像你們一樣，成為有能力且有熱忱的人。犯研所的學長昱翔，感謝當初考研時你總是熱心地給予建議，很榮幸能夠成為你的學弟。相當關照我的珮瓊（高大上！），在學術研究與待人處世上絕對是我的榜樣，希望我有機會追上高大的腳步。三位平冤的好麻吉：沛珊、佳頌、胤良，沛珊常常從三峽

載我到平冤辦公室，一直是無話不談的好朋友，我提計畫書前的週末特地從三重買蛋糕來三峽幫我加油，真的十分感動，未來有什麼煩惱我們再一起解決；謝謝佳頤在我遭遇挫折時第一時間跑來關心我，還有你送我的總複習講義，真的超暖，請記得開心最重要；胤良的才能讓我深深佩服，祝福你未來寫論文一切順利，也希望良哥未來能關照一下小弟我。跟你們在一起真的很開心，雖然三位都很忙，但也請多出來見面吃飯！則瑀是個溫暖、懂得傾聽的人，相信你一定可以達成你的目標的。芷瑜大方地贈與我考試用書，減輕我準備考試上的負擔，並告訴我有問題都可以討論，謝謝你的熱心與大方，希望你在事務所一切都能順利。當然，還有其他在不同時間相遇的朋友們，以及無辜者與其家屬們，這些在平冤關注相同議題且一起為同個方向努力的夥伴，能遇見你們的我真的很幸運。

感謝在人生不同階段遇到的貴人與朋友們。昱揚、瀚平、郁翔、饒等北大法律系的同學，以及奕華、聖倫等學長姐與學弟妹，與你們的相處讓我得以擁有許多快樂的回憶。必須特別提到梁琳，他每每見到我時都會說我長大了，事實上這帶給我很大的鼓勵，讓我有勇氣繼續面對更大的挑戰。感謝幾位大學時期的老師：大三時的榮譽導師，最高法院的林勤純庭長，當初在法研所與犯研所之間選擇時，他給予我許多相當實用的建議，並且也帶給我諸多人生方向的指引，在此由衷感謝；陳愛娥老師在說理與論述上有條不紊，嚴謹治學的態度是我在學術這條路上的榜樣；蔡聖偉老師、徐育安老師、李榮耕老師與王士帆老師帶給我對於刑事學的諸多思考，謝謝這幾位老師開啟我對於刑事學這門學科的著迷。國中的班導林慧雅老師，以及孜彥、妍庭、煒翔、意翔、若捷等同學們，每每與你們相聚，除了感受到時光的流逝外，更多的是看見大家的成長，非常喜歡和你們相處的時光。成功儀隊的毛哥教練、厚安學長、子瑞學長等學長們，37屆的隊友們，以及學弟們，謝謝他們一直以來的關心與照護，每每與他們相聚就像回到過往單純、美好的儀隊生活，真的很慶幸當初選擇加入儀隊。

當然，還有時時刻刻支持著我的女友姝緹，是我唸書與做研究的精神支柱，在我壓力大到不知所措時，還是支持我的任何決定，承蒙你這幾年來的照顧，雖然時不時搞事（？），但仍是懂事可愛的女友。

其實，我很幸運，除了上述的師長們及朋友們外，在人生的各個階段，遇到了許多願意耐心教導的師長們，以及願意陪伴在我身邊、給予我肯定的朋友們，雖然未將名字一一列出，但過去的種種我都銘記在心。

這本論文是我花費了三年的心血與積累。寫論文的過程中，我接觸到了犯罪學、刑事司法、藥癮治療、心理學、社會學、人類學、社會工作、法學、哲學等諸多領域的文獻。這些學科與思想的滋潤，使我的視野更為寬廣，讓我可以從藥癮領域上有不同角度的辯證與思考。常常在茫茫書海中翻找文獻，有時候花了好多時間與心力不斷鑽研某個東西，卻在理解之後覺得一切又回到了原點，無力感不斷湧上心頭；也常常因為思考相關問題而無法入眠，只好起床繼續梳理脈絡，釐清我想表達及撰寫的到底是什麼。但我想這就是學術研究讓人快樂的地方：在思考、理解、質疑的循環中，尋找可能的真理與現實。

在犯罪學研究所的學習，以及許老師帶給我的視野，已然超脫了知識層面，進一步上升至對人與社會的關懷。犯罪學是研究關於人的學問，任何犯罪學問題皆無法逸脫與人的關係，無論研究怎樣的行為，我們終究必須把焦點放回人本身，而非將人與行為、後果、政策、傷害切割，進而作出片面的觀察與理解。如果排除人的因素，那麼人在研究中變成了客體，脫離原本應有的主體地位，我們也將因此離生命越來越遠。這讓我想到許春金老師在《人本犯罪學》的自序中所說的，也是我很喜歡的一段話（許春金，2022，頁 III、IV）：

**犯罪學不僅要發掘社會不正義，找出實踐社會正義的途徑，
也要為減少人類社會因犯罪所帶來的苦難及損害而努力，
犯罪學更要能讓陷在犯罪苦難中的人重新拾起自尊及希望，
心中能再次燃起改變逆境的熊熊烈火和意志力。**

犯罪既是苦難的結果，亦是苦難的原因，則一個致力於減少苦難與犯罪的社會，有責任為包容（inclusion）創造機會（Amitay & Ronel, 2023）。來到犯研所，我看見的不只是世人所厭惡、仇視的「犯罪」，更是潛藏在這之下的「痛」。這些被認為是「惡魔」的人，如果在他們墜落之前，有人能接住他們，他們還會墮入地獄嗎？我不知道。我只知道，如果我們想盡辦法對犯錯的人施加痛苦，並對於這些人抱持從這個世界上抹除的態度，或許會帶給我們正義已得伸張的短暫感受，但對於我們所處的社會不僅毫無助益，更會讓我們走向無盡的深淵。

從應報的角度來看，犯罪者是邪惡的（evil），因此他們應該受到懲罰，而不是接受治療，這樣自欺欺人的說法，事實上包含了不安全感，以及害怕因「壞」人的行為而容易受到「外在」邪惡的傷害，但這樣的想法卻忽視了自己「內在」

的邪惡傾向 (Braswell, 2015)。若整個社會都強調用應報解決問題，那這樣的方法真的能讓受到傷受害者重見光明嗎？事實上，我們也深知，在一番「教訓」之後，被教訓的人不會變得更好，反而是變得更有問題，但是，我們仍然認為犯罪者應透過懲罰汲取教訓 (Christie, 2007)，仍認為應「以其人之道，還治其人之身」。很多時候，我們把加害者、加害者的家人朋友們，甚至是被害者本身，一起監禁在痛苦的循環當中，而旁觀的群眾，則可以盲目地相信懲罰可以解決一切的問題，並把問題丟到無止盡的黑暗當中，幻想如此什麼問題都能被解決，但事實上卻什麼皆未被解決。我們常認為自己站在正義的地方，面對那些「壞人」，我們嫉惡如仇，欲懲奸除惡；卻也往往因此被憤怒、恐懼，甚至是懲罰所帶來的快感蒙蔽雙眼，人與人的關係不斷裂解，我們也逐漸步向邪惡的彼岸。

這讓我想到了正義女神 (Lady Justice)。正義女神，蒙住雙眼且手持寶劍，蒙住眼睛是為了防止不適當的干擾，從而防止寶劍的濫用 (Christie, 2013)。然而，犯罪學的任務應不僅止於此，在處理犯罪問題時，有時不需要劍，也不需要蒙住眼睛。我們不是為了製造痛苦，而是為了創造理解 (Christie, 2013)。犯罪學不應淪為一種僅具控制與鎮壓功能之技術科學 (Walgrave, 2011)，研讀犯罪學者，必須持續挑戰與質疑主流觀點。如果我們渴望透過歧視或壓迫他人來獲得成就感與優越感，那人與人關係的裂解不會停止，悲慘的歷史也只會不斷重蹈覆轍。

我們都知道薛西弗斯 (Sisyphus)，在古希臘神話中，薛西弗斯敢於違抗眾神，最終受到懲罰。眾神判處薛西弗斯必須將一塊巨石推上陡峭的山坡，但在快抵達山頂時，巨石即會滾回山下，薛西弗斯必須重新開始，如此永無止盡地持續下去。為何薛西弗斯會選擇不斷重複執行這個無法達成的任務？Walgrave (2013, p. 77) 提出了兩種可能的解釋：一是因為薛西弗斯害怕死亡，若不為之，死亡即會隨之而來，其對於生存的渴望大過對於執行任務的厭惡；另一個可能的解釋是，薛西弗斯持續推動巨石是因為懷有希望 (hope)，若在內心深處薛西弗斯並未保有一絲認為自己會抵達山頂的希望，那麼他就會選擇接受死亡，而非持續推動巨石。而我，相信人有改變的無限可能，唯有抱持這樣的希望，始能創造更為接納與包容的社會。

最後，再一次謝謝所有陪伴在我身旁的人，是你們讓我不覺得自己一無所有，讓我記得自己的樣子，並有更多勇氣面對這個世界。

期許自己能夠體察他人的傷痛，擁有溫柔的靈魂，成為那個有能力接住他人的人。如果這本論文能為這個世界上的某個人減輕痛苦，一點也好，那就真的，真的太好了。

石嘉程

2024.07.31

於犯研所 532 研究室

參考文獻：

- Amitay, G., & Ronel, N. (2023). The Practice of Spiritual Criminology: A Non-Doing Companionship for Crime Desistance. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 67(4), 420-441. <https://doi.org/10.1177/0306624X211066828>
- Braswell, M. (2015). Foreword. In N. Ronel & D. Segev (Eds.), *Positive Criminology* (1st ed., pp. xx-xxi). <https://doi.org/10.4324/9781315796536>
- Christie, N. (2007). Restorative justice—answers to deficits in modernity? In D. Downes, N. Chomsky, P. Rock, C. Chinkin, & C. Gearty (Eds.), *Crime, Social Control and Human Rights: From Moral Panics to States of Denial, Essays in Honour of Stanley Cohen* (1st ed., pp. 368-378). Willan. <https://doi.org/10.4324/9781843925583>
- Christie, N. (2013). Words on words. *Restorative Justice: An International Journal*, 1(1), 15-19. <https://doi.org/10.5235/20504721.1.1.15>
- Walgrave, L. (2011). Between Evangelism and Charlatanism: Reflections on the Social Responsibility of Criminology and Other Social Sciences. In S. Parmentier, L. Walgrave, I. Aertsen, J. Maesschalck, & L. Paoli (Eds.), *The Sparking Discipline of Criminology: John Braithwaite and the Construction of Critical Social Science and Social Justice* (1st ed., pp. 11-32). Leuven University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctt9qf1n0.5>
- Walgrave, L. (2013). Ten Responses to ‘Words on words’: 9. Words on ‘Words on words’. *Restorative Justice: An International Journal*, 1(1), 77-84. <https://doi.org/10.5235/20504721.1.1.15>

許春金 (2022)。人本犯罪學 (修訂三版)。自版。



國立臺北大學碩（博）士學位論文

考試委員會審定書

藥癮治療性社區概念與本土個案復元歷程之探討

Addiction Therapeutic Community: Concept and
Recovery Process of Local Cases

本論文係 石嘉程 於國立臺北大學犯罪學研究所完成之碩(博)士學位論文，於中華民國 113 年 7 月 26 日承下列考試委員審查通過及口試合格，特此證明

論文考試委員簽名：

委員(召集人) 吳蘭媛

委員(指導教授) 許春金

委員 柯健揚

系(所)主任簽名：柯有鳳



國立臺北大學 112 學年度第 2 學期碩士學位論文提要

論文題目：藥癮治療性社區概念與本土個案復元歷程之探討

論文頁數：324 頁

所 組 別：犯罪學研究所 (學號：711064113)

研 究 生：石嘉程 指導教授：許春金博士

論文提要內容：

藥癮治療性社區發軔於 1958 年之 Synanon，此種治療模式於 1960 年代之美國嶄露頭角，並逐步擴張至歐洲，乃至世界各地。有鑑於我國近年來擴大發展此種治療模式，本研究即以此作為研究主題，透過國內外相關文獻之梳理與探討，以增進藥癮治療性社區之文獻論述；同時，本研究訪談藥癮治療性社區之居民、已復元之前居民與工作人員，試圖建構藥癮治療性社區本土個案之復元歷程。藉由文獻回顧與質性研究，期能對藥癮治療性社區有更為全面之理解，以提供學術研究者與實務工作者參考。

關於藥癮治療性社區之概念，本研究發現，藥癮治療性社區是一種充滿希望的人本治療模式，具備關於「違常」、「人」、「復元」、「正確生活」之觀點，在認為人有改變潛能之前提下，將治療重點置於居民本身之改變，並試圖透過各種正向經驗達成之，此與正向犯罪學所採行之方式不謀而合。而藥癮治療性社區亦與時俱進，發展出女性治療性社區、青少年治療性社區、具精神相關問題藥癮者之治療性社區、監獄治療性社區、減害治療性社區、宗教治療性社區等類型，並於社區中採取多元之治療方法，屬富有彈性之治療模式。

此外，本研究訪談利伯他茲治療性社區之 3 位居民、2 位已復元之前居民以及 5 位工作人員，採取建構主義式扎根理論作為本研究之方法論，以瞭解藥癮治療性社區居民之復元歷程。研究結果發現，居民是透過「建立穩定性」、「取代用藥之價值」以及「減少自我中心」此三個改變以朝向復元邁進。首先，穩定性包含環境穩定性、生理穩定性、關係穩定性、情緒穩定性四者，於藥癮治療性社區中，居民將於各層面建立起穩定性，有別於過往用藥時之不穩定。其次，用藥對於居民而言有其價值，於藥癮治療性社區中，居民將以復元為目

標，並透過課程、活動等使居民探索生命之不同可能，從中建立其他努力之方向。居民於追求目標時將付出相應之代價，並於達成目標時將獲得一定之回饋，當面臨復發與否之選擇時，其將對追求目標之價值與用藥之價值進行價值衡量，最終由其他價值取代用藥之價值。最後，居民透過藥癮治療性社區成為榜樣之訓練，以及一直以來感受到被幫助之溫暖，於潛移默化下，逐漸減少自我中心。

根據上述研究發現，本研究提出五項建議：(1)發展上應因應不同需求而細緻化；(2)執行上應注重改變意願之提升；(3)處遇上應強化居民之後續照護與持續支持；(4)研究上應納入發展與生命歷程犯罪學以及復元資本之視角；(5)社會上應減少對於藥癮者之汙名。

關鍵字：藥癮治療性社區、復元、社區即方法、正向犯罪學、修復式正義



ABSTRACT

Addiction Therapeutic Community: Concept and Recovery Process of Local Cases

BY

SHIH, JIA-CHENG

July 2024

ADVISOR: Dr. SHEU, CHUEN-JIM

DEPARTMENT: GRADUATE SCHOOL OF CRIMINOLOGY

MAJOR: CRIMINOLOGY AND CRIMINAL JUSTICE

DEGREE: MASTER OF ARTS

The addiction therapeutic community originated from Synanon in 1958. This treatment modality then emerged in the United States in the 1960s and gradually expanded to Europe and around the world. In light of the recent expansion of this treatment modality in Taiwan, this study focuses on it as its main research topic. By reviewing and discussing relevant domestic and international literature, the study aims to enhance the discourse on the addiction therapeutic community. Additionally, this study interviewed residents, ex-residents, and staff of the addiction therapeutic community, aiming to construct the recovery process of local cases. Through literature review and qualitative research, this study seeks to provide a comprehensive understanding of the addiction therapeutic community for academic researchers and practitioners.

Regarding the concept of the addiction therapeutic community, this study finds that it is a hopeful, humanistic treatment modality that includes views of the disorder, person, recovery, and right living. It emphasizes the potential for change in individuals, focusing on the residents' changes and aiming to achieve these through various positive experiences. This aligns with the related approaches of positive criminology. Moreover, the addiction therapeutic community has evolved over time, developing types such as the female therapeutic community, the adolescent therapeutic community, the therapeutic community for co-occurring disorders, the prison-based therapeutic community, the harm reduction-based therapeutic community, and the religious therapeutic community. In the addiction therapeutic community, diverse treatment methods are provided, resulting in a flexible treatment modality.

Furthermore, this study interviewed three residents, two ex-residents, and five staff members of the Libertas Therapeutic Community, using constructivist grounded theory

as the research methodology to understand the recovery process of the residents. The study finds that residents recover by making three key changes: establishing stability, replacing the value of drug use, and decreasing self-centeredness. First of all, stability includes environmental, physical, relationship, and emotional stability. In the addiction therapeutic community, residents establish stability in all these aspects, contrasting with the instability during drug use. Secondly, drug use holds certain value for residents. In the addiction therapeutic community, residents aim for recovery and explore different life possibilities through courses, activities, and other means, thereby building new directions for their efforts. They invest corresponding efforts in pursuing their goals and receive rewards upon achieving them. Thus, when facing the choice of relapse or not, residents weigh the value of pursuing their goals against the value of drug use, ultimately replacing the latter with other values. Finally, through training to become role models for other residents and experiencing the constant warmth of receiving help, residents gradually decrease their self-centeredness.

According to the findings of this study, the following five recommendations are proposed: (1) In the future development of addiction therapeutic communities, approaches should be customized to address the diverse needs of residents; (2) Addiction therapeutic communities should focus on enhancing residents' willingness to change; (3) Aftercare and continuous support for residents should be strengthened in addiction therapeutic communities; (4) Developmental and life-course criminology, as well as recovery capital, are suggested as perspectives for future research; (5) Society should consider addicts from a more inclusive perspective, instead of stigmatizing them.

Keywords: addiction therapeutic community, recovery, community as method, positive criminology, restorative justice

目錄

第一章 緒論	1
第一節 研究背景與動機	2
第二節 研究目的	11
第三節 名詞解釋	14
第二章 文獻回顧	17
第一節 藥癮治療性社區之基本理解	17
第二節 藥癮治療性社區之運作	32
第三節 藥癮治療性社區居民之復元歷程	43
第四節 藥癮治療性社區之挑戰	56
第三章 研究設計與實施	65
第一節 研究之本體論、知識論與方法論	65
第二節 資料蒐集方法與研究流程	70
第三節 研究工具	79
第四節 資料分析	82
第五節 研究倫理	86
第六節 研究品質	92
第四章 藥癮治療性社區之概念	95
第一節 正向犯罪學、修復式正義與治療性社區	95
第二節 治療性社區之發展歷程	115
第三節 藥癮治療性社區之觀點	122
第四節 藥癮治療性社區之類型	159
第五章 藥癮治療性社區之本土個案復元歷程	177
第一節 建立穩定性	177
第二節 取代用藥之價值	206
第三節 減少自我中心	215
第六章 結論、建議與限制	225
第一節 研究結論	225

第二節 研究建議	229
第三節 研究限制	232
參考文獻.....	235
一、中文部分.....	235
二、英文部分.....	256
三、網路資料.....	316
附錄.....	319
附錄一 訪談大綱.....	319
附錄二 訪談筆記格式.....	322
附錄三 知情同意書.....	323



表目錄

表 2-1-1	藥癮治療性社區之特徵.....	18
表 2-3-1	終止與復元之內涵與比較.....	45
表 3-2-1	接受訪談之工作人員基本資料.....	77
表 3-2-2	接受訪談之居民與前居民基本資料.....	78
表 3-4-1	初步編碼範例.....	84
表 3-4-2	聚焦編碼範例.....	85
表 4-1-1	正向犯罪學與正向心理學之比較.....	98
表 4-1-2	修復式實務之類型.....	110
表 4-2-1	治療性社區之發展歷程.....	122
表 4-3-1	復元十階段.....	147
表 4-3-2	復元座右銘與其內涵.....	156
表 4-4-1	藥癮治療性社區相關計畫之比較.....	175



圖目錄

圖 1-1-1	我國主要之戒癮處遇.....	10
圖 2-3-1	黃柏諭 (2022) 研究中普遍成癮者之經驗結構.....	52
圖 2-3-2	安辰赫 (2003) 研究中復元歷程之改變因子出現脈絡.....	53
圖 2-4-1	Dekel et al. (2004) 研究中藥物使用與治療時間之關係.....	58
圖 3-2-1	研究流程圖.....	76
圖 4-1-1	正向犯罪學與正向心理學之關係.....	97
圖 4-1-2	修復式實務之修復性程度.....	112
圖 4-1-3	藥癮者之三位一體.....	115
圖 4-3-1	罪惡感循環.....	155
圖 4-4-1	民主治療性社區與藥癮治療性社區之整合.....	166
圖 6-1-1	本土個案復元歷程.....	229



第一章 緒論

我想，若你是撒旦，正到處試著找出使人類臣服於你的東西，
那很可能會是毒品。

“I think if you were Satan and you were settin around tryin to think up something that would just bring the human race to its knees what you would probably come up with is narcotics.” (McCarthy, 2005, p. 218)

—— 警長 Ed Tom Bell, Cormac McCarthy 小說
《No Country for Old Men》之主角

藥物成癮是一複雜且涉及多層面之議題 (Leshner, 1997; Tims et al., 2001; 李世代, 1991; 陳慧女, 2022), 其往往產生失去自制能力、破壞生理健康、影響社會參與 (如失業)、導致無家可歸、形成關係衝突、衍生犯罪行為、司法問題纏身等個人、家庭與社會問題, 以及生理與精神疾病之共病性問題, 故已無法透過單一方式得到全盤之處理, 且若未提供適當之協助, 藥癮者亦不易擺脫復發之循環 (吳佳儀等, 2021; 李世凱等, 2007; 李志恒、馮齡儀, 2017; 李思賢, 2020; 紀致光, 2015, 2022; 徐震等, 2013; 高金桂, 1987; 張伯宏, 2006; 陳怡青, 2021; 陳怡青等, 2021; 傅仲民, 1995; 楊士隆、鄭凱寶, 2011; 駱宜安, 2000c)。其中, 以健康層面之問題為例, 胡萃玲 (1997) 訪談 3 位於晨曦會戒癮之已復元者, 研究結果發現, 隨著上癮程度加深, 研究參與者之身體受到嚴重之傷害, 如器官功能受損、傷口難以癒合等; 余岱芬 (2014) 訪談 6 位曾使用 K 他命之晨曦會與沐恩之家學員, 研究結果發現, 研究參與者之生理與心理皆因用藥產生問題, 如生理方面具頻尿、膀胱萎縮、胃穿孔、理解力遲鈍等問題, 心理方面則具憂鬱症、躁鬱症、睡眠困擾等問題; 陳為堅等 (2018) 對於 184,009 位毒品犯之醫療使用與健康議題進行分析, 研究結果發現, 全體毒品犯在許多疾病之住院率較高, 尤其是病毒性肝炎、精神官能症、膀胱炎, 其 RR 值皆超過一般人口之十倍以上; 許春金等 (2023) 訪談 42 位核心犯罪者, 分析結果發現核心犯罪者之健康問題多與使用藥物有關, 包括一般性健康面向 (如睡眠問題、骨質疏鬆等)、愛滋、肝炎、心理健康等相關健康問題。

除文獻上之論述外，司法院大法官釋字第 544 號解釋理由書亦指出：「施用毒品，或得視為自傷行為，然其影響施用者之中樞神經系統，導致神智不清，產生心理上及生理上之依賴性，積習成癮，禁斷困難，輕則個人沈淪、家庭破毀，失去正常生活及工作能力，成為家庭或社會之負擔；重則可能與其他犯罪行為相結合，滋生重大刑事案件，惡化治安，嚴重損及公益。」簡言之，藥癮不僅是健康或醫療問題，同時亦可能帶來全面性之生活損害（陳怡青，2021），包含對健康、家庭、教育、經濟、社會等方面所帶來之問題與負面影響（Okafor et al., 2023; Pickard, 2024）。除使用藥物所產生之各種問題與影響外，更須重視者乃是藥癮者因此所生擺脫藥癮之渴望（Bunt et al., 2008），故開展各種幫助藥癮者復元之處遇實屬重要。而本研究所欲著重者，乃藥癮治療模式中之「藥癮治療性社區」模式，本章將大致說明我國之藥癮現況與政策，並指出本研究所欲達成之研究目的，最後再針對重要名詞進行定義。

第一節 研究背景與動機

藥物成癮問題已經成為全球性之犯罪問題、社會問題、醫學問題與法律問題（呂豐足，2005），且往往會對用藥者本身帶來嚴重之傷害（Sinnott-Armstrong & Pickard, 2013），故如何幫助藥癮者免除藥物之控制，進而回歸社會、發揮社會功能，是當前社會之主要目標（朱日僑，2020c）。以下將先介紹藥癮之現況，並說明對於藥癮者處遇政策方向之轉變，再對於當前之戒癮處遇以及藥癮治療性社區之發展與定位進行論述。

附帶說明者是，關於本研究之用語，將盡可能避免帶有負面意義之詞彙。Tran et al. (2018) 主張使用人本語言（person-centred/person-first language），且須根據在地語言與社會文化環境而脈絡化（contextualization）。用語上應將人至於首位，其次再描述所有之特徵、所具之條件、所處之環境等，如使用身處監獄者（person who living in prison）。其指出，使用尊重且適當之語言是減少傷害與苦難之基石（cornerstone），若是根據所犯之罪而定義他人（如毒品犯、強姦犯），並使用與用藥有關的道德性語言（如藥物濫用者），事實上無助於相互尊重之互動。其他用語上之建議，如常子薇（2022，頁 5）認為應揚棄使用「毒品」此一帶有負面涵義之詞彙，而以「藥物」稱之；林佳璋與駱宜安（2004，頁 2）指出，「藥物使

用行為」較「使用毒品」更為中性與貼切；陳玟如（2018，頁 13）鑒於汙名之考量，於其研究中減少使用「濫用」、「濫用者」等具道德評價之詞彙，而改用中性之「使用」、「使用者」；林瑞欽（2019，頁 21）則表示，由於刑事司法體系中之毒品罪矯戒治人，其中有六成以上為單純之非法藥物施用者，為避免犯罪刑罰所造成之標籤副作用，法律用語上宜將「毒品」改為「指定藥物」。本研究認同使用尊重且適當語言之主張，據此，除非是法律用語，本研究將使用藥物成癮（addiction）、藥癮、藥物使用（drug use）、用藥者（person who uses drugs, PWUD）、用藥、具物質使用疾患者（person with substance use disorder）等詞彙，並盡可能避免使用藥物濫用（drug abuse）、藥物濫用者、藥物誤用（drug misuse）、毒品、毒品犯等。此外，或有認為成癮一詞具有負面與汙名意涵，應避免使用；然 Rosenthal and Faris（2019）指出，自歷史上而言，「addiction」本身似為矛盾歧義詞（auto-antonym/contronym/Janus word），其本身兼有兩種相反矛盾之涵義，即褒貶義皆有之¹。束連文（2016）亦指出「癮」是指某種過度之嗜好，並非全然不好。本研究認為成癮一詞本身具其模糊性，縱使於當代亦無法斷言該詞為道德性語言，再者該詞於研究上使用者眾，故本研究仍使用之，併此敘明。

壹、藥癮之現況與政策方向

由於「上癮容易，戒除困難」之特性，使得藥物成癮不易根除（朱日僑，2020b；江惠民，2007；呂豐足，2005；林山田等，2020；傅仲民，1995），並致使藥癮者重複出入監所（陳泉錫，2008），如何給予徹底之措施使藥癮者不再接觸藥物、斷絕其再犯，與查緝同樣重要，減少用藥人口實為根本之目標（程又強，2013；謝瑞智，1991）。而藥癮並非單純之醫療問題，未有簡易之治癒方法（Anglin & Hser，1990），面對此問題，須長期、大量投入相關資源，並建構支持性社會環境，始得減少復發（朱日僑，2020b）。簡言之，藥物使用防治是一項全整性之持續工作（陳正宗，1998），須著重於各種面向，始能克竟全功。

世界各地皆面臨藥物使用之問題，如美國正深陷前所未有的藥物危機中，數以萬計之生命與家庭飽受摧殘（Gottschalk，2023），目前我國之情形亦不容忽視。根據 2023 年刑事警察局出版之《中華民國刑案統計》，違反《毒品危害防制條例》

¹ 關於「addiction」一詞於不同年代之意義，詳見 Rosenthal and Faris（2019）。

之刑案占有所有刑案之 15.05%，位居 2022 年各類刑案發生百分比之第二名（內政部警政署刑事警察局，2023）。此外，2023 年法務部出版之《中華民國一一一年犯罪狀況及其分析——2022 犯罪趨勢關鍵報告》指出，2022 年第一級毒品犯罪嫌疑人（7,892 人）中，其犯罪方式以施用最多（5,253 人），第二級毒品亦同（犯罪嫌疑人：29,657 人；施用：19,434 人）（蔡宜家等，2023）。而在監毒品受刑人之情形，依法務部矯正署（2024）矯正統計摘要（6 月）之毒品案件部分，2024 年 6 月底在監毒品受刑人之人數為 20,964 人，占在監受刑人 51,758 人之 40.5%。至於毒品犯罪之再犯狀況，依據臺灣高等檢察署 2024 年所發布之 2023 年國內毒品情勢快速分析年報，2018 年至 2023 年施用第一級毒品案件緩起訴處分確定附命完成戒癮治療者，其兩年內再犯者即占緩起訴附命完成戒癮治療者之 28.1%；兩年內再犯施用第二級毒品者亦占緩起訴附命完成戒癮治療者之 22.4%（臺灣高等檢察署科技偵查資料中心、統計室，2024）。若自犯罪黑數之觀點理解，再犯比例應較統計數據更加高漲（吳建昌，2020）。楊冀華等（2020）則對 1,448 位毒品施用者進行約十四年之定群追蹤（2000 年至 2002 年接受問卷調查，追蹤至 2014 年），研究結果發現，研究樣本接受第一次司法處遇後，再犯人數為 1,174 人，再犯率為 81.1%，其中以觸犯施用毒品罪者 761 人為最大宗，占再犯總人數 64.8%。據此，使用藥物者不在少數，且縱使完成戒癮治療等藥癮處遇者，其再次使用者仍有相當比率，故藥物使用與復發之相關議題應不容忽視。

事實上，藥癮問題由來以久，自清末民初之鴉片氾濫開始，直至今日海洛因、甲基安非他命等藥物使用（姚克明等，1995；張天一，2003），對此問題，反毒是我國一貫不變之刑事政策（林健陽，2003b；林健陽、柯雨瑞，2000）。由於早期鴉片之禍害，使我國國民健康大受損傷，因此我國對於毒品之管制與處罰均採取相當嚴格之態度（許春金，1987），希望以「零容忍政策」達到「零毒害」之境界（李志恒，2002）。如 1955 年公布施行之《戡亂時期肅清煙毒條例》，針對三犯施打吸食毒品或鴉片、吸用大麻煙或抵癮物品者，是處以唯一死刑；縱使 1992 年刪除「戡亂時期」之名銜後，《肅清煙毒條例》對於前述行為，仍是處以死刑或無期徒刑（林山田，2000）。此種「唯刑是賴」（或「重刑是賴」）之現象，認為只要動用嚴厲之刑罰即可壓制犯罪，事實上是對於刑罰之過分迷信，進而簡化了用藥問題（林山田，1976，1989，1997），刑罰之正當性在邏輯上亦逐漸流失（黃榮堅，2003），故於刑事立法政策上應採慎刑原則，避免刑罰過於浮濫（林

山田，2000)。若刑事司法體系對於藥癮者僅是予以嚴刑峻罰，而非解決藥物使用之根本問題，則對於藥癮者復歸社會且不再犯之目標，達成之日遙遙無期，希望渺茫（Carter & O'Connell，2016；黃富源，1994）。

目前管制毒品犯罪之主要法令，是以《毒品危害防制條例》為主，而以規範合法醫療使用、阻卻違法之《管制藥品管理條例》，以及規範未經核准擅自製造與輸入等偽藥、禁藥管理之《藥事法》為輔，三法制間環環相扣，且具有強烈的刑法與行政法間之行政從屬性關係（朱日僑，2020a）。其中，尤為重要者乃《毒品危害防制條例》，1998年該法之出現是我國毒品政策上重要之分水嶺，面對用藥者之觀念就此改弦易轍，其取代《肅清煙毒條例》，將過去認為施用毒品者為絕對「罪犯」觀念，轉而定位為「病人」與「罪犯」之雙重身分，強調其有「病患性犯人」（「病犯」，即為有疾病之犯人）之特質，降低施用毒品罪之法定刑，並以觀察勒戒與強制戒治之醫療模式取代以往之刑罰模式，「治療勝於處罰」、「醫療先於司法」作為處遇措施，採取附條件「除刑不除罪」之刑事政策觀點，而非僅著重於監禁隔離之執行；並自此展開混合模式之觀點，而非僅強調道德模式或疾病模式，是毒品政策之重大變革（王皇玉，2004，2009，2010；吳慧菁等，2019；呂豐足，2005；李世凱等，2007；林健陽，2003b；秦文鎮、蔡曉雯，2017；馬躍中，2020；張平吾等，2010；許福生，1999，2017a，2017b，2017c，2018a，2021；陳明志、蔡俊章，2004；陳祖輝，2003b；程又強，2013；程百君，1999；楊士隆、李宗憲，2020；賴擁連，2000；駱宜安，2000a）²。由於將毒品施用者定位為病犯，刑事政策於毒品施用者之介入應退縮之（楊士隆等，2005），故《肅清煙毒條例》與《毒品危害防制條例》非僅有名稱上之更改（蔡墩銘，2001），相較於《肅清煙毒條例》是透過嚴刑峻罰達到嚇阻效果，《毒品危害防制條例》則有轉換刑事政策朝向教化觀之趨勢（林健陽、柯雨瑞，2000；張明華，2011；潘國仁，2012），且帶有對於毒品施用者去汙名化之立法精神（秦文鎮，2020）。簡言之，《毒品危害防制條例》施行前後是從「毒品完全禁制化時期」跨至「毒品部分除罪化時期」（林健陽、柯雨瑞，2000），於《毒品危害防制條例》制定前，毒品政策採取嚴刑禁止之態度，目前則是以醫療及教育為先，刑事制裁為後（林滄崧，2023）。此種轉變有助於治療用藥者，達成更為積極且有效之處遇目標，以真正改善用藥問題（陳祖輝，2003b），同時為其創造重生之機會（程百君，1999）。

² 詳細之法制演進，可見吳耀宗（2010，頁59-78）、胡耀仁（2019，頁221-258）。

不過，須注意者是，此種改變僅針對施用毒品者，論者即指出，從 1992 年刪除「動員戡亂時期」名銜之《肅清煙毒條例》，至 1998 年修正名稱成為《毒品危害防制條例》，僅是更換新的法律名銜，內容卻一如既往，採取嚴刑重罰之刑事立法政策，法定刑動輒較殺人罪重，如《毒品危害防制條例》第 4 條第 1 項前段即規定：「製造、運輸、販賣第一級毒品者，處死刑或無期徒刑」（林山田，2005，頁 549）。

後續《毒品危害防制條例》逐漸修法，2008 年通過《毒品危害防制條例》第 24 條修正案，正式將醫療戒治法制化，增列附命完成戒癮治療之緩起訴制度（李思賢，2022；施奕暉，2013；許福生，2021，2022），落實治療優先於刑罰之理念（王雪芳、王宏文，2017；廖育璋，2019），凸顯毒品施用者病人之本質（潘俊宏、楊添園，2022）。2013 年將原先僅適用於施用第一級毒品者之規定，擴張至施用第二級毒品者亦得適用之（王雪芳、王宏文，2017；許福生，2021）。2019 年再經修法後，檢察官得為附條件之緩起訴處分，接受緩起訴者不再僅得於醫療院所內進行處遇，制度運用更為彈性，透過多元處遇之方式，使藥癮者得以復元並復歸社會（李思賢，2022；馬躍中，2021；許福生，2021，2022；潘韋丞，2020；顏玉如等，2023），此一修法方向使毒品施用者有機會獲得多元且適當之處遇，值得肯認（馬躍中，2020）。綜觀我國毒品政策之發展時期，賴擁連（2013，頁 63）將之區分為三個階段：（1）將毒品犯視為犯罪人之「漢賊不兩立」不妥協政策；（2）將毒品犯視為病人與犯罪人雙重身分之「不否認」毒品政策；（3）引入美沙冬替代療法與鼓勵藥癮治療性社區制度之與毒品「妥協」立場。潘俊宏等（2021，頁 186-190）則更細緻地區分為七個階段：（1）不鼓勵亦未明確禁止；（2）將使用毒品視為犯罪行為；（3）將戒毒需求入法；（4）將醫療納入戒毒；（5）「病患型犯人」之概念成形；（6）非機構（社區）戒癮處遇之開展；（7）強調多元而彈性之處遇內容。

綜上所述，我國之戒癮政策可謂有四大轉變：於主要目標上由懲罰轉向治療；於治療對象上由個人處遇擴大至社區整合；於治療資源上由醫療機構擴張至公私部門合作；於治療專業上由藥物治療擴展至各種專業之整合與納入（黃俊棠等，2021，頁 106）。此種處遇藥癮者之方向，洵屬的論。除處罰施用毒品者之立法目的本身有其爭議外（馬躍中，2014；張天一，2010），僅給予藥癮者刑事制裁（criminal sanctions）往往致使用藥問題遁入黑暗而無法改善之，終將治絲益棼，

產生徒增累犯、監獄超額收容等反效果；相較於此，給予治療往往得產生正向之效果，使藥癮者得以脫離用藥之循環（Deitch et al., 2000；林琬珊，2019；施奕暉，2013；紀致光，2014；張明華，2011）。至今毒品戰爭（war on drugs）對犯罪控制帶來如何之影響仍不甚明確（Garland, 2018），有論者即指出，如嚴厲執法、懲罰為中心之藥物控制策略等手段，始終無法取得積極之成效（Midgett et al., 2023；王孟平、張世強，2018），大多犯罪學者亦認為近代毒品戰爭實際上所造成之犯罪遠遠多於其所欲預防之犯罪，蓋對毒品宣戰之政策為藥物需求創造了黑市（black market）（Tibbetts & Piquero, 2023）。毒品戰爭亦使監禁率飆升（Van Ness et al., 2022），監獄擠滿無法解決自身用藥問題者，且其出監後仍可能再犯，故此種做法是解決用藥問題最為昂貴、殘忍且毫無意義之方式（Drew, 2015）。林佳璋（2009，頁 276）之研究即發現，監禁對於用藥者之嚇阻有限，更可能「教好不足、學壞有餘」，所帶來之影響包括造成社會疏離、結交不良友伴、失去家庭支持等，此將致使用藥者後續更易復發。據此，實應結束無效且代價高昂之毒品戰爭（Fuller, 2015；Meyers, 2022），揚棄嚴刑峻罰即得有效處理用藥問題之想像，將焦點從對於藥癮者之懲罰與威嚇拉回藥癮者之矯治、治療乃至復歸社會之上。

貳、藥癮之處遇與藥癮治療性社區

誠然，減少對於施用毒品犯罪之過度懲罰，確實朝著降低大規模監禁之方向邁出正確的一步，然僅有此舉尚屬不足，蓋未觸及真正之問題根源。若欲解決問題，則不應僅止於減少懲罰，更應創造方法，使藥癮者獲得適當之治療（Beaton & Gerber, 2023），以此遠離藥物並戒除藥癮，始為處遇藥癮者最重要之目標（馬躍中，2017）。楊冀華等（2020）對於 1,448 位毒品施用者進行約十四年之定群追蹤亦發現，研究樣本接受第一次、第二次、第三次、第四次、第五次司法處遇後之再犯情形，皆以觸犯施用毒品罪者為最大宗，甚至接受第六次司法處遇後之再犯，全數皆是觸犯施用毒品罪，故其認為應建構適當之毒品處遇政策，以協助人藥者戒除藥癮。事實上，未經治療之藥物使用對於刑事司法體系（criminal justice system, CJS）影響重大，無論是合法藥物（如酒精）或非法藥物（如我國《毒品危害防制條例》之毒品）皆然。接受治療者復發（relapse）與再犯之可能性將大幅降低；未接受治療者則更有可能再犯而再一次進入監獄，形成循環效應

(recycling effect) (Miller & Lopez, 2022)。藥癮使得用藥者對於藥物難以割捨，再犯比率居高不下 (張麗卿, 2016)，預防再次用藥之工作往往較預防初次用藥更為艱鉅，單以處罰方式難以達成之，故須給予社會支持與醫療等協助 (紀致光, 2022)。若能加大對於用藥與成癮問題之關注，以確保用藥者得獲得足夠之循證 (evidenced-based) 治療，或可對當前之高復發率有所助益 (Mincer & Mpofo, 2023)。

鑒於藥物使用之影響層面既廣且深，發展與推行完整之處遇與治療模式以有效預防藥癮者再次用藥實屬重要。且如同俗諺所云：「青菜蘿蔔，各有所好。」 (“Different strokes for different folks.”) (Stimmel, 2009, p. 269)，沒有任何一種治療、干預或模式適合所有人，得確保所有人成功地復元 (Brooks & McHenry, 2023; Carroll, 2019; Deitch & Drago, 2019; Kuhar, 2023; Stimmel, 2009)。蔡田木等 (2013) 對於具抗制毒品經驗五年以上之學者專家進行兩次焦點團體訪談 (各 3 位研究參與者) 以及深度訪談 (4 位研究參與者)，研究參與者認為，由於各種藥物相互牽連，且影響層面甚廣，故無法從單一治療即獲致適當之解決。柯俞安 (2023) 訪談 3 位曾接受戒癮治療，結束治療後復發，而後再進入藥癮治療性社區之藥癮者，研究結果發現，過往之戒癮選擇有限，研究參與者於未有勒戒等其他戒癮方法之情形下，將先採取舊有且對其效果不佳之戒癮方法，進而導致其短期內即復發 (柯俞安, 2023, 頁 55)。因此，建立及確保更完整、多樣化、綜合性之處遇內容，並依藥物使用者不同之狀況，給予實質且適切之處遇方式，使有意願開始戒除藥癮者得以獲得相應之戒癮資源，應屬藥癮者處遇政策之正確發展方向 (Carter & O'Connell, 2016; 李宗憲, 2010; 林瑞欽, 2006; 紀致光, 2015; 許春金等, 2013; 蔡震邦, 2011)。事實上，此種多元化方向之倡議由來已久，如趙星光 (1998, 頁 256) 即指出戒癮模式之多元化是戒癮工作發展之必然走向；楊士隆等 (2005, 頁 111-112) 亦指出政府應輔導民間機構之戒癮服務，協助發展戒癮模式，以提供多元化藥癮戒治管道。

我國目前對於藥癮者之處遇，包含觀察勒戒、強制戒治、成癮治療門診、急性解毒短期住院、美沙冬替代療法、藥癮治療性社區計畫、民間參與戒癮模式等 (朱詩馨, 2023; 朱詩馨等, 2023; 林健陽、柯雨瑞, 2011; 林健陽等, 2022; 許春金等, 2013)。而在諸多戒癮模式中，(藥癮) 治療性社區 (therapeutic community, TC)，亦有譯為「戒毒村」(李志恒等, 2002, 頁 350; 汪志皇, 2005,

頁 268；張平吾等，2010，頁 201；蔡田木等，2013，頁 34），即為藥物成癮者最廣泛的治療方式之一（Broekaert，2006；Bunt et al.，2008）。藥癮治療性社區（addiction TC）之模式已於國外行之有年，此種社區型之處遇模式為可納入考量之藥癮治療模式（李俊宏等，2017；鄧煌發，2010），進而有論者認為此治療模式值得政府投入資源拓展與推廣，建議設立更多藥癮治療性社區（如吳慧菁等，2019，頁 215；周煌智等，2018，頁 179；張伯宏、黃鈴晃，2011，頁 426；許春金等，2014，頁 13；蔡田木等，2014，頁 276；鄭若瑟等，2014，頁 231），使藥癮者有更多機會得以復元並復歸社會；亦有論者建議政府應輔導藥癮治療性社區，並根據其特性，協助發展專業戒癮模式，以提供多元戒癮管道（張伯宏、黃鈴晃，2011，頁 213）。至於執行面上，有論者建議將藥癮治療性社區納入緩起訴多元處遇之正式機構，蓋依《刑事訴訟法》第 253 條之 2 第 1 項第 6 款³，檢察官得命被告於一定期間內完成戒癮治療等處遇措施，然依《毒品危害防制條例》第 24 條第 4 項⁴所訂定之《毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準》，卻未明確列出得執行戒癮治療之機構，故建議將藥癮治療性社區納入正式機構，使其得以符合法規之方式提供戒癮服務（柯俞安，2023，頁 82-83）；甚至有論者認為，強制戒治處遇之實施應採用藥癮治療性社區之方式（楊士隆、蔡德輝等，2008，頁 164），或建議設立強制性之藥癮治療性社區，以代替監所之功能（陳鳴敏，2018，頁 98）。

我國於藥癮治療性社區之推動上，衛生福利部草屯療養院於 2006 年成立第一個於醫療體系下之藥癮治療性社區「茄荖山莊」（朱詩馨，2023；朱詩馨等，2023；藝嵐，2015）。近年衛生福利部（2019，2021）亦辦理「108-110 年度藥癮治療性社區服務模式多元發展計畫」及「111-112 年度藥癮治療性社區服務模式多元發展計畫」，補助醫療機構或民間團體，以期透過藥癮治療性社區之模式，對不同藥癮者提供適切之處遇服務，協助藥癮者真正脫離毒品，周政達（2021，頁 162）即肯定此一開發更多元戒癮方式之作為。本研究參考東連文與王思樺（2016，頁 19-29）所闡述之藥物使用防治網絡，整理我國當前較為主要之戒癮

³ 《刑事訴訟法》第 253 條之 2 第 1 項第 6 款：「檢察官為緩起訴處分者，得命被告於一定期間內遵守或履行下列各款事項：六、完成戒癮治療、精神治療、心理治療、心理諮商、心理輔導或其他適當之處遇措施。」

⁴ 《毒品危害防制條例》第 24 條第 4 項：「刑事訴訟法第二百五十三條之二第一項第六款規定之緩起訴處分，其適用戒癮治療之種類、實施對象、內容、方式、執行醫療機構或其他機構與其他相關事項之辦法及完成戒癮治療之認定標準，由行政院定之。」

處遇，將其區分為「醫療體系」、「司法與監所體系」、「民間資源」三類，如下圖 1-1-1 所示。大多藥癮治療性社區由民間提供，屬民間資源，例外則是前述之茄萇山莊，其屬於醫療體系下之藥癮治療性社區。

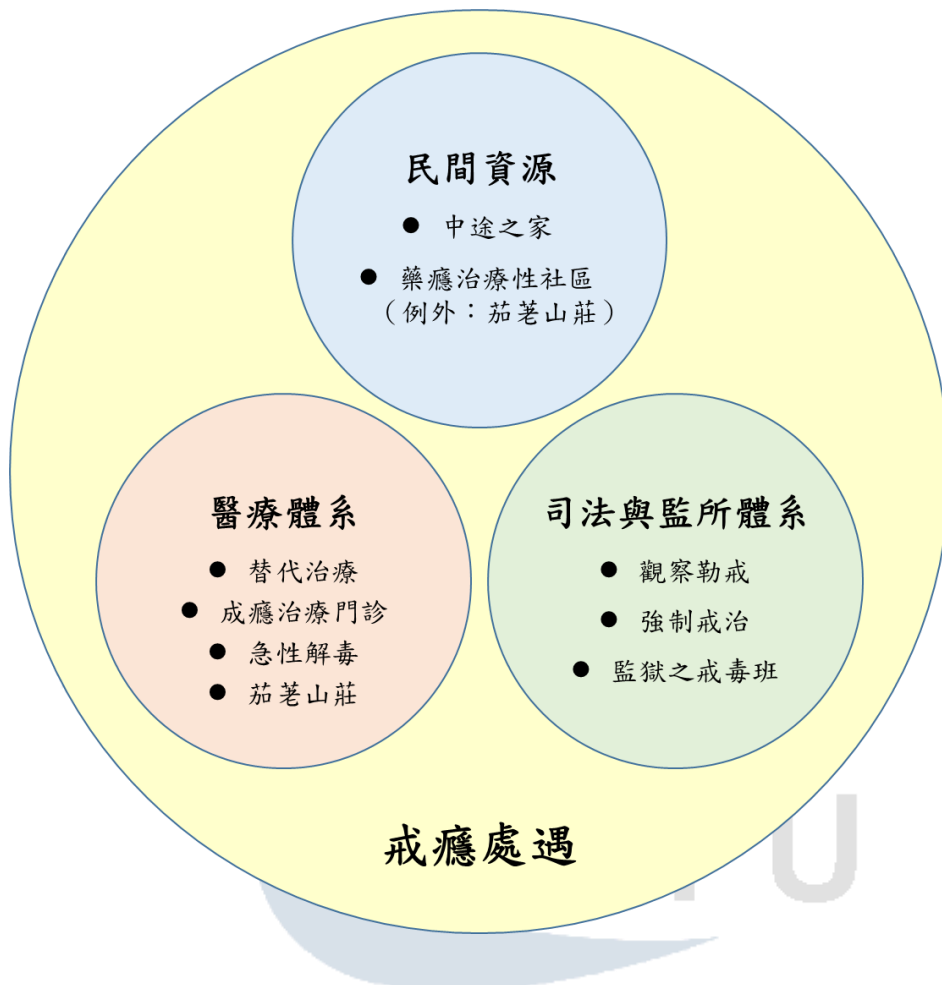


圖 1-1-1 我國主要之戒癮處遇

發展各種藥癮治療與處遇方式有其必要。雖然美沙冬替代療法仍是目前藥癮治療之主流方法，但由於其缺乏社區之支持，且僅能處理鴉片類藥物之使用問題，對於使用美沙冬替代療法成效不佳者而言，藥癮治療性社區即為一種有價值之選擇 (Vanderplasschen et al., 2013; 秦文鎮、蔡曉雯, 2017; 薛瑞元, 2007)。同時，藥癮治療性社區猶如中游系統，攜手上游之司法系統與下游之家庭、社區等資源，共同建構藥癮者無縫接軌之社會復歸體系 (林美專, 2020, 頁 5-6; 萬淑民, 2022, 頁 5)。誠然，藥癮治療性社區並非萬靈丹 (panaceas)，亦非適合所有藥癮者，對於用藥問題之改善有其極限 (Stohr, 2020)。但毒品施用之再犯率居高不下，藥癮治療性社區仍是某些用藥者戒除藥癮之有效方法，再加上我國不斷

擴大藥癮治療性社區之發展，於此脈絡下，應有深入討論藥癮治療性社區此一治療模式之價值與必要。因此，本研究將以藥癮治療性社區作為研究主題，期能提供未來此種治療模式推展之參考。

附帶說明者是，於用語上，少數文獻將藥癮治療性社區稱為「treatment community」，如 Rickel and Becker-Lausen (1994, pp. 183-184)、郭俊旻 (2009, 頁 165)、楊士隆與李宗憲等 (2008, 頁 20)；Perfas (2018, p. 67) 亦有使用此一術語，然於其著作中大部分仍使用「therapeutic community」。另有稱為「concept houses」，如 Bloor et al. (1988)。至於中文翻譯上，除譯為戒毒村外，有譯為「治療社區」者，如安辰赫 (2003)、周子敬 (2006)、陳碧珍 (2011)、楊士隆與李宗憲等 (2008)、楊靖文 (2019)、萬淑民 (2022)、蔡坤衛 (2016)、龍紀萱等 (2015)、韓意慈等 (2021)；有譯為「毒癮戒治治療性社區」者，如洪瑩慧 (2014)；另有譯為「治療型社區」者，如朱惠英與席可欣 (2018, 頁 60)、陳玟如與鄭麗珍 (2022, 頁 278-280)，其於論述上皆混用「治療型社區」與「治療性社區」兩者。

第二節 研究目的

無論藥物帶來怎樣的快樂，與藥癮一起生活即等同於活在痛苦當中 (Pickard, 2020)。McIntosh and McKeganey (2000) 研究中之研究參與者即指出，於其用藥生涯 (drug career) 後期，藥物已無法產生任何形式之愉悅效果；陳碧珍 (2013, 頁 179) 亦指出，用藥後期所帶來者是痛苦絕望，生活失控且無法逃離。Volkow (2020) 則認為，藥物使用改變參與自我調節 (self-regulation) 與酬償歷程 (reward processing) 之大腦迴路 (brain circuitry)，亦改變處理情緒與壓力之大腦迴路，對於患有嚴重物質使用疾患患者而言，藥物使用大多不再是出於快樂或自願，而是一種減少極度痛苦與滿足強烈渴望之手段。事實上，藥物使用本質上為公共衛生 (public health) 問題，單靠刑事法根本無法處理所有藥物使用相關問題 (Doucet & Porter, 2023)，故於藥癮政策上，實不應再將藥癮視為單純之犯罪問題，應對於深陷痛苦之藥癮者施以有效治療，始能改善整體藥癮問題，長期監禁加上社會唾棄鄙視之態度，對於藥癮者重返社會生活毫無裨益，監禁而不治療對於藥癮問題僅是徒勞，並將加劇其於公共衛生與安全方面對個人與社區之負面影響 (Leshner, 1997; Olson & Lurigio, 2014; 周震歐, 1977, 1999)。據此，於研究

上實應增加對治療與處遇之理解，俾能更為瞭解如何使藥癮者戒除藥癮並回歸社會。本研究選定藥癮治療性社區此一治療模式作為研究主題，並以「增進藥癮治療性社區之文獻論述」與「建構藥癮治療性社區之復元歷程」兩者作為本研究之研究目的。

壹、增進藥癮治療性社區之文獻論述

國外之藥癮治療性社區發展歷史已久，且累積不少研究資料，而我國於近年始著手大力推展此種治療模式，故國外相關之論述與研究應值得我國借鑑。因此，本研究首個研究目的，即是增進藥癮治療性社區之文獻論述。本研究蒐集國內外有關藥癮治療性社區相關文獻，透過豐富之文獻閱讀，以瞭解藥癮治療性社區之發展、觀點、類型等議題。選擇閱讀之文獻，包括 George De Leon、Fernando B. Perfas、Lewis Yablonsky、David A. Deitch、Jerome F. X. Carroll、Rowdy Yates、Eric Broekaert、Wouter Vanderplasschen、Stijn Vandavelde、Ilse Goethals、Martien Kooyman 等學者與實務工作者之著作，其對於藥癮治療性社區之各個面向著墨甚多。另外，有數本專書尤為重要，包括 George De Leon 所撰之《The Therapeutic Community: Theory, Model, and Method》(2000)、Lewis Yablonsky 所撰之《The Therapeutic Community: A Successful Approach for Treating Substance Abuses》(1989)、Martien Kooyman 所撰之《The Therapeutic Community for Addicts: Intimacy, Parent Involvement and Treatment Outcome》(1993)、Fernando B. Perfas 所撰之《Therapeutic Community: A Practice Guid》(2003)、《Deconstructing the Therapeutic Community: A Practice Guide for Addiction Professionals》(2012)、《Therapeutic Community: Past. Present. And Moving Forward》(2014)、《Therapeutic Community: As A Social System》(2018) 等。本研究將以此些專書與其他文獻作為主要參考資料，對之進行系統性整理，並加入正向犯罪學與修復式正義之觀點，進而形成相關論述，將結果呈現於本研究之第四章。透過文獻之梳理與探討，期能對藥癮治療性社區有更為全面之理解，並提供投入相關工作之學術研究者與實務工作者參考。

貳、建構藥癮治療性社區之復元歷程

藥癮者戒除藥癮之歷程複雜且艱難 (Carter & O'Connell, 2016)，治療之重

點在於人如何改變，即在成為藥癮者後，其如何終止藥物使用 (Bahr & Hoffmann, 2015)。在 Marsh and Maruna (2016) 對於北愛爾蘭 (Northern Ireland) 少年司法體系修復式會議之研究中，其以減肥計畫為例，指出失敗是減肥常見之結果，縱使減肥成功亦容易復胖，得以減肥成功且維持身材者僅是減肥計畫中之少數。然而，減肥相關議題之研究者並未認為此些減肥成功之少數不具代表性，而是認為這些人之經歷對於瞭解減肥科學至關重要。因此 Marsh and Maruna (2016) 認為，於其研究中，縱使對於成功案例之訪談並不足以證明修復式會議在終止犯罪上是否有效，其他方法 (包含隨機對照試驗) 或許更適合回答有效性之問題，但成功案例之經歷亦能提供相當重要之見解。由是可知，縱使藥癮治療性社區是否有效有其爭論，但瞭解居民如何邁向復元 (recovery) 相當重要，蓋若忽略成功之案例，而過於重視有效性或復元人數之追求，那僅能知道「何者有效」，而無法瞭解某些方案「為何」或「如何」對某些人產生效果，近年亦有研究呼籲應瞭解成癮者如何復元與其成功之原因 (如 Day et al., 2024; 黃亦凡, 2022); 同時，有研究認為須重視居民如何理解其於藥癮治療性社區中之經驗 (如 Mills & Davidson, 2024)。故本研究欲瞭解藥癮治療性社區中居民與工作人員之經驗，藉此探究居民產生改變並邁向復元之動態歷程。

目前國內對於藥癮治療性社區之研究，包括對個案與工作方案之評估 (陳怡青, 2021)、實務工作者工作表單之建置 (陳怡青等, 2021)、與其他方案之比較 (黃耀興, 2013; 蒲品卉, 2024; 薛瑞元, 2007)、生活規範之建立歷程 (馬祖平, 2022)、各種因素與不同介入措施對於居民違規行為發生率之影響 (林春旭等, 2015)、居民對於藥癮治療性社區所發揮功能之看法 (陳政隆、徐森杰, 2022)、治療後一年內復發與人口學、心理社會因子之相關性 (朱詩馨等, 2023)、居民與家人關係之轉變 (陳碧珍, 2011) 等。關於藥癮者如何於藥癮治療性社區邁向復元之論述，亦屬有之，如安辰赫 (2003) 研究晨曦會戒毒村男性居民之復元歷程，以及其所經驗之改變因子; 白鎮福 (2014) 訪談茄萇山莊之居民與已復元之前居民，探究藥癮治療性社區之控制藥癮社會復歸模式; 趙雅芳 (2014) 訪談參與藥癮治療性社區及美沙冬維持治療之藥癮者，欲瞭解其穩固的完全緩解 (sustained full remission) 改變歷程經驗; 賴思璇 (2017) 研究晨曦會戒毒村女性戒治復元者之復元脈絡; 黃柏諭 (2022) 訪談主愛之家之居民，探究藥癮者於主愛之家的復元經驗; 萬淑民 (2022) 以質性方法探討用藥更生人在社會復歸中

之轉化學習 (transformative learning) 歷程；吳宗怡 (2023) 自心理學之關鍵 C (Crucial Cs) 理論視角出發，試圖理解藥癮治療性社區居民主觀復元經驗中所存在之心理需求。

然而，相較於其他藥癮治療領域，關於藥癮治療性社區之研究，仍屬少數，萬淑民 (2022, 頁 174) 即建議未來研究之研究者可從多面向與角度，透過量化或質性研究，探討藥癮治療性社區之整體性樣貌。目前與藥癮治療性社區相關之研究中，探討居民之復元歷程，並融入居民與工作人員兩者之觀點者，可謂屈指可數。同時，關於藥癮治療模式之研究，大多著重於究竟運用何種具體方法與策略，抑或是此些方法是否有效，卻對於此些方法如何形成改變、促使藥癮者轉變之過程為何少有論述。此外，關於藥癮治療性社區之研究，於國內犯罪學領域實不多見。據此，本研究試圖對藥癮者於藥癮治療性社區內之復元歷程進行建構，訪談藥癮治療性社區之居民、已復元之前居民與工作人員，並融入正向犯罪學與修復式正義之相關思考，將分析結果呈現於本研究之第五章，期能瞭解由居民與工作人員共同組成之藥癮治療性社區如何作為藥癮者復元路上之推手，進而對藥癮者如何改變與復元有更為深入之理解。

第三節 名詞解釋

壹、藥物

藥物成癮或藥物使用之「藥物」，臺灣大多稱之為「毒品」或「管制藥品」(邱獻輝, 2010)。法律則對於「毒品」有其定義，依《毒品危害防制條例》第 2 條第 1 項之規定：「本條例所稱毒品，指具有成癮性、濫用性、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。」；「管制藥品」則依《管制藥品管理條例》第 3 條第 1 項之規定：「本條例所稱管制藥品，指下列藥品：一、成癮性麻醉藥品。二、影響精神藥品。三、其他認為有加強管理必要之藥品。」有論者認為「毒品」是對於非法藥物之另一種稱呼，法有明文始得稱為毒品(林山田等, 2020；駱宜安, 2000b, 2000c)；另有論者則認為毒品不僅是法律上之用語，更是社會大眾秉於約定俗成而將其引用為日常用語(陳仟萬, 2000)。不過，本研究基於語言之使用須尊重且適當，故原則上不使用「毒品」一詞，已如前述。

對本研究而言，所謂藥物泛指可能使人上癮之物質，除包含法律所規範之毒品與管制藥品外，合法物質亦囊括在內，如屬於合法藥物之一的酒精（Hood，2011，pp. xiii-xiv）。

貳、藥癮治療性社區

藥癮（drug addiction）是對於某種藥物之強烈渴求，導致失去控制，縱使面臨對於自己與他人之傷害，仍會繼續使用之（Bahr & Hoffmann，2015，p. 198）。傷害是藥癮之重要要素（Humphreys，2023）。若以浪漫式愛情（romantic love）為例，雖然成癮與浪漫式愛情皆常常與渴求、失控等有關，一個人在愛情中可能被迷得神魂顛倒，終日心神不寧，甚至不惜犧牲一切，但一般的浪漫式愛情並不會造成嚴重的傷害（Sinnott-Armstrong & Pickard，2013）。Kuhar（2023）以及 Kuhn et al.（2019）亦認為成癮之特徵包含對於生活與健康造成不良影響。須注意者是，於本研究之觀點下，藥癮者非全然失去控制，其仍有對於選擇與行動之控制，僅是未有完全之控制，與非藥癮者之控制程度有別（Sinnott-Armstrong & Pickard，2013）。

藥癮治療性社區是對於藥癮之一種治療模式，以社區作為治療之主要方法，使居民得以改變其認同與生活型態等，進而使居民得復歸社會（De Leon，2000）。黃柏諭（2022）稱之為「藥酒癮治療性社區」，亦屬妥當，蓋藥物包含酒精，藥癮治療性社區所欲協助之對象亦包含酒癮者。而本研究所稱之藥癮包含酒癮在內，故以藥癮治療性社區稱之。

參、本土個案復元歷程

本土個案（case）乃指於我國藥癮治療性社區內嘗試戒除藥癮並邁向復元者之案例。關於如何稱呼於藥癮治療性社區內邁向復元之藥癮者，並未統一。有使用「居民」者，如朱詩馨（2023）、朱詩馨等（2023）、李宗憲（2010）、林春旭等（2014）、黃耀興（2009，2013）、蒲品卉（2024）、薛瑞元（2007）；另有使用「住民」者，如吳宗怡（2023）、林春旭等（2015）、馬祖平（2022）；陳怡青（2021）、陳怡青等（2021）、陳玟如與鄭麗珍（2022）、陳政隆與徐森杰（2022）；亦有「居民」與「住民」交替使用者，如白鎮福（2014）；使用「學員」者，如黃柏諭（2022）；

使用「戒治學員」者，如周子敬（2006）、周子敬等（2007）；使用「成員」者，如安赫辰（2003）。以上皆是指於藥癮治療性社區內居住並接受服務之藥癮者。於本研究中，居民、住民、學員、案主等用語意義皆屬相同。

至於所謂復元歷程（recovery process），與之相似者乃戒癮歷程，如郭俊旻（2009）將戒癮歷程定義為「毒品施用者其接受過各式的戒治處遇方案，如：接受監所、獨立戒治所或民間機構所提供之處遇服務，以及在家自行戒毒等，來戒除其自身的身癮與心癮之歷程」（郭俊旻，2009，頁5）；另較為類似者則是胡萃玲（1997）研究中之藥癮歷程，其將藥癮歷程定義為「指個人所經歷的，包含了藥物成癮、戒癮失敗、戒除藥癮、乃至維持穩定復元狀態而未再接觸或濫用任何致癮藥物等，整體的藥癮過程及發展脈絡」（胡萃玲，1997，頁5）。而本研究之復元歷程，是指自不斷使用或上癮到維持戒除，並達成各方面成長與改變之持續過程（De Leon，1995b，1997b；De Leon et al.，2001；Varma & Muehlbach，2023）。因此，當藥癮者進入藥癮治療性社區，即已開始其於藥癮治療性社區之復元歷程。



第二章 文獻回顧

曾幾何時，人們開始認為一旦使用藥物，則注定為終身藥癮者。然而，藥癮治療性社區之出現幫助許多人克服藥癮，扭轉過去「一日藥癮者，終身藥癮者」（“once an addict is always an addict”）之觀念（Perfas, 2012, p. xxi），證明藥物使用得以治癒（curable）（Rosenthal, 1986, p. 24），可見藥癮治療性社區為重要之治療模式。而對居民之復元歷程進行探究前，本章將先說明藥癮治療性社區之基本概念，並對等級制度如何運行、同儕與工作人員扮演何種角色等與藥癮治療性社區運作有關主題進行闡釋，再針對復元歷程之概念與相關研究進行回顧，最後介紹藥癮治療性社區所面臨之困境與挑戰。透過本章之文獻回顧，期能對藥癮治療性社區相關議題有基礎之認識，以利後續研究之開展。

第一節 藥癮治療性社區之基本理解

作為一種頗負盛名之藥癮治療模式，藥癮治療性社區有其特殊之運行方式，以達協助藥癮者復元之目標。本節將先介紹藥癮治療性社區之治療模式，再闡明藥癮治療性社區作為一種戒除（abstinence）⁵服務，其與減害概念之差異與整合，最後再針對藥癮治療性社區之特殊治療方式「社區即方法」（community as method）進行說明，期能對藥癮治療性社區有初步之理解。

壹、治療模式概說

於藥癮治療領域中，藥癮治療性社區已成為居住型治療之代名詞（Wexler, 1995），其構想源於自助運動（self-help movement），與過去的藥癮治療截然不同（Haug et al., 2005）。藥癮治療性社區是一種參與式（participatory）、長期居住式且高度結構化（highly structured）之藥癮介入方法與治療模式（treatment modality），試圖克服用藥問題之藥癮者共同生活在有組織（organized）且結構化之社區，於二十四小時無藥物之環境中，使藥癮者無從接觸影響其藥物使用之社

⁵ 有論者將之譯為「戒絕」，如白鎮福（2014）、安辰赫（2003）、李志恒等（2002，頁 350）、周子敬（2006，頁 41）、張平吾等（2010，頁 201）、張祺（2018，頁 7）、楊靖文（2019，頁 37）、顏銘漢等（2009，頁 134）；陳玟如（2018，頁 8）則譯為「戒癮」，並指出其與「完全戒癮」、「停用」同義。

會、環境與人際 (interpersonal) 因素，以遠離誘惑並與用藥之同儕團體斷絕聯繫，且長期與正向同儕團體共同於藥癮治療性社區中接受治療、相互提供支持，透過自助與相互自助 (mutual self-help) 之過程，促使藥癮者得以改變其行為並獲得社會技巧 (social skills)，以朝向無藥生活型態 (drug-free lifestyle) 轉變，達成戒除藥癮之治療目標 (Bahr, 2011; Broekaert, 2006; Broekaert et al., 1998; Carter & O'Connell, 2016; De Leon, 2000; Hall, 2024; Kast & Avery, 2019; Levinthal, 2023; Loftis, 2018; Miller & Lopez, 2022; Perfas, 2019; Ritvo, 2023; Scott & Gosling, 2015; Yates et al., 2021; 林健陽、柯雨瑞, 2003a, 2003b; 林健陽、黃啓賓, 2002; 林鴻海, 2007; 陳怡青, 2021; 陳玟如、鄭麗珍, 2022; 楊士隆、李宗憲, 2020)。簡言之，藥癮治療性社區是一種利用社區與團體動力 (group dynamics) 之藥癮治療方法 (Perfas, 2014, p. 9)，提供以人為本 (person-centred) 之全面干預，為社會中一些最為複雜且脆弱之成員提供強而有力的支持 (Gosling, 2016a, p. 147; 2016b, p. 521)。而藥癮治療性社區本身即是全控機構 (total institution) (Kaye, 2013)，所謂全控機構可見 Goffman (1961, p. xiii) 所提出之定義：「全控機構可被定義為一個居住與工作之場所 (place)，許多處境相似 (like-situated) 者聚集於此，與整個社會隔絕 (cut off) 相當長的一段時間，共同過著封閉、被嚴格管控之生活。」Sugarman (1970) 在早期對於 Daytop Village (美國的藥癮治療性社區) 之研究中，亦指出其為全控機構⁶。藥癮者即於此全控機構中，相互幫助以復元並保持戒除 (Perfas, 2003)。

儘管未有固定之藥癮治療性社區模式，各種藥癮治療性社區存在不同差異，但亦存在共同之特徵 (Pealer, 2017; Sack, 1974)，多數藥癮治療性社區與下表 2-1-1 所述之特徵相符。

表 2-1-1 藥癮治療性社區之特徵

特徵	說明
● 以戒除為目標	戒除意指藥癮者完全停止藥物之使用，藥癮治療性社區大多以此為目標。

(續下頁)

⁶ 關於全控機構的概念應用於藥癮治療性社區之論述，可見 Brito (2023, pp. 49-50, pp. 71-74)。

- 自願進入
自願進入 (voluntary entrance) 意指藥癮者具某種程度之動機參與藥癮治療性社區，未違背其自身之意願。無論何時，藥癮治療性社區皆會將進入與否、離開與否之選擇權留給藥癮者。縱使屬法院轉介者，藥癮者本身仍得選擇是否利用此機會進行改變，亦得於過程中隨時選擇離開，故屬自願進入。監獄治療性社區亦是如此，選擇留在社區中並不排除往後選擇離開社區以參與不同治療方案之可能性。而儘管藥癮者進入社區之始往往動機低落，但選擇進入者通常已決定戒除藥癮。
- 非正式治療環境
相較於大多數治療機構之正式環境，藥癮治療性社區是具獨特且正向社區氛圍 (communal atmosphere) 之非正式治療環境，大多為家庭式住宅，具有身心安全之氛圍，縱使在監獄中之藥癮治療性社區，亦無典型之監獄氛圍。
- 社區生活
社區生活 (community life) 是藥癮治療性社區之重要要素，居民們集體生活，透過社區生活獲得社會技巧，並得對其他成員表達關心 (show concern)。
- 社會等級制度
藥癮治療性社區具金字塔式之社會等級制度 (social hierarchy)，用以界定居民之地位、角色與責任範圍，進而維持社區之運作。
- 日常結構
藥癮治療性社區具日常結構 (daily structure)，其中包含促進社區維持與發展之方案活動 (program activities)，以及正式與非正式之治療性活動 (therapeutic activities)。
- 具既定規範、價值觀與規則之安全環境
藥癮治療性社區是具既定規範 (norms)、價值觀與規則 (rules) 之安全環境，安全是促進正向改變之必要條件。藥癮治療性社區嚴格禁止用藥與暴力，藥癮者於此環境中不再受到藥物、販藥者、犯罪者等威脅，而此些規範、價值觀與規則界定了對於居民之界線與期望。

(續下頁)

特徵	說明
● 跨科際之工作人員	藥癮治療性社區具跨科際 (trans-disciplinary) 之工作人員，包含已復元之前居民 (即前藥癮者、過來人、已復元者) 與專業工作者，前居民具用藥與接受藥癮治療性社區治療之第一手經驗，專業工作者則具醫學、社會科學等領域之知識背景，兩者相得益彰。
● 同儕驅動治療	藥癮治療性社區是運用自助與相互自助過程之治療，居民是其本身治療之主導者，其他居民則是促進者，且互相作為榜樣，此亦可稱為「同儕驅動」(peer-driven) 治療。

資料來源：整理自 Brochu et al., 2018, pp. 148-149; Broekaert, 2001, pp. 33-35; Broekaert et al., 2017, pp. 211-212; Deitch and Zweben, 1984, p. 37; Hammersley, 2008, p. 225; Kooyman, 1993, p. 26, pp. 43-45, pp. 47-48; O'Brien and Perfas, 2005, p. 612; Perfas, 2004, p. 45; 2012, p. 17, p. 36; 2014, p. 10, pp. 52-57; Vanderplasschen et al., 2014, p. 18; Waldorf, 1971, p. 31; Yablonsky, 1989, pp. 9-10, p. 159; Yates et al., 2021, p. 13, p. 25。

於藥癮治療性社區之觀點下，藥物使用被視為是多元決定 (overdetermined) 之行為 (De Leon, 1986b, 1988d, 1989c, 1990b, 1999b; De Leon & Rosenthal, 1989)，亦可說是有多種決定因素 (multiple determinants) 之行為 (De Leon, 1994, p. 18)，此看法是將藥癮者置於居住性環境進行治療之原因。詳言之，藥癮者時常經歷用藥渴求 (drug cravings)⁷，縱使於藥癮治療性社區中亦同。用藥渴求是關於用藥之想法、圖像 (images) 與感受，並可能導致實際之用藥行為，此等情形常與社會線索 (social cues, 如人際壓力或關於藥物之談話)⁸、情緒線索 (emotional cues, 如失望、受傷或挫折)、環境與物質線索 (circumstantial and material cues, 如接觸活躍之用藥者、目睹用藥器具) 等藥物使用之線索有關 (De Leon, 1988d, 1990b, 2000)。黃俊能與賴擁連 (2018) 之研究發現，藥癮者回

⁷ 吳景寬 (2010, 頁 23) 將「carving」譯為「渴藥」；林春旭等 (2014, 頁 22)、唐心北 (2017, 頁 32) 將之譯為「渴求感」；顏玉如等 (2023, 頁 152) 則將之譯為「渴癮」。

⁸ 吳建昌 (2020, 頁 173) 將「cue」譯為「提示事物」。

到用藥環境或人際生活圈者比比皆是，容易造成藥癮者復發而無法自拔；許春金等（2013）之研究亦指出，若藥癮者重新接觸其他用藥者，或回到有利於接觸藥物之環境，則可能導致復發。正因存有上述多種線索，若藥癮者再次回到原先之生活圈，則可能因與各種線索接觸而重回過往之生活型態，故必須使藥癮者暫時離開與藥物使用有關之環境，將藥癮者與此些環境隔絕之（De Leon, 1988d, 1990b；DiClemente, 2018）。胡萃玲（1997）之研究發現，晨曦會給予用藥者二十四小時之生活保護，提供單純且足資用藥者復元與重建生活之環境，斷絕藥物之來源與誘惑，此於戒癮初期尤為重要；黃亦凡（2022）訪談亞杜蘭關懷協會所建立之戒治生活村中 2 位工作人員與 2 位學員，研究結果即指出，生活村不僅遠離原先之生活環境，亦較遠離鬧區，而學員之吃住皆於村中，且較少接觸外界之資訊以避免刺激學員，使居民得以習慣單純之生活。進入藥癮治療性社區代表除去一切接觸藥物之機會（安辰赫，2003，頁 75），居民不僅要先脫離藥物本身之影響，更要擺脫與用藥有關之人、事、物（De Leon, 2000），以避免對於居民之復元有不良影響（Brown, 1990），安辰赫（2003，頁 102）即生動地比喻要求居民待在社區中如同醫師要求病人住院，使病人於無病菌之醫院內接受完整之治療服務。若自醫學之觀點而言，此種策略是透過隔絕接觸以停止藥物繼續刺激大腦之慾望中樞（鄭若瑟等，2014）。

隔絕之環境使偏差副文化（deviant subculture）於藥癮治療性社區中無從發展（Bloor et al., 1988），從而提供足夠安全之空間以利改變（Haviv et al., 2024），故有認為藥癮治療性社區是一「庇護型之場所」（陳冠樺，2022，頁 46），透過提供庇護以達完全戒除（林健陽等，2007；潘昱萱，2020）。不過，此種物理隔絕以避免與各種線索接觸，僅是治療之開端。蓋生活環境縱使暫時改變，仍無法改變停止用藥後源源不絕之生活事件與壓力（林正昇等，2013）；況且，居民於離開藥癮治療性社區後可能回到原來之環境，用藥之線索可能仍然存在（Best et al., 2020），若後續與各種線索接觸，藥癮者即可能回到過去使用藥物之生活型態（林正昇等，2013）。據此，藥癮治療性社區具有更為深遠之目標：「全人改變」（change the whole person）以及「無藥生活」（De Leon, 2015；Jarvis et al., 2010；Ravndal, 2003），希望居民遠離藥物之束縛，並發展出無藥、利社會（prosocial）且更加成功之生活型態（De Leon, 1988a, 1988b；Perfas, 2003；Schuckit, 2005；林健陽等，2007）。詳言之，如同論者所指出，戒癮不應只單純著重於停止用藥，更須

重視整體生活態度之重建（江惠民，2007），藥癮治療性社區強調以團體力量作為居民之改變機制（Best et al., 2020），透過團體之力量幫助居民發現並改變與藥癮有關之行為與態度，藉由規律的生活安排破除用藥習慣與過往生活型態，並建立健康生活型態與習慣，進而從根本上改變藥癮者（Broekaert et al., 2017；Clinkinbeard, 2008；De Leon, 2000；Horowitz & Gowan, 2023；林瑞欽，2006），健康生活型態之實踐乃達成療癒效果所必要（Perfas, 2004）。同時，在治療過程中使藥癮者逐漸培養自我價值（self-worth）、責任感、生活技能與社交技能，以實現長期戒除並再次就業（Yates et al., 2017），進而希望幫助藥癮者重新融入社會，使其再次過上有意義之生活（Senjaya et al., 2022），甚至得以享受生活（Kooyman, 1993）。

由於社會對於藥癮之反應，以及用藥者本身與其他用藥同儕間之連結，對於用藥者而言，拋棄充斥著汙名之用藥者認同實屬不易（Best, 2019）。因此，接觸復元導向之社會網絡十分重要，藥癮治療性社區即屬之，其提供認識復元價值觀之機會，並於此環境中培養不用藥之自我意識（sense of self），更使用藥者看見復元之可能性，已復元之前居民亦願意在用藥者邁向復元之過程中提供支持，社會支持與社會學習相互結合，進而形成充滿希望之環境（Best, 2019）。Perfas（2012, p. 122）指出，藥癮治療性社區的治療經驗之所以有助於促使居民追求長期清醒，是透過使藥癮者：（1）參與個人發展（即更好的自我覺察、責任等）；（2）獲得適當的社會技巧與健康的人際關係模式；（3）調整促使藥癮者用藥之行為、情緒與認知模式。而李宗憲（2010）於其研究中訪談 2 位草屯療養院治療性社區之居民，研究結果發現，藥癮治療性社區之治療提供居民自我管理、自律生活、心靈沉澱之課程，刺激居民自我管理、自我思考、反省、內化，使居民內在產生改變，進而影響外在之行為表現（李宗憲，2010，頁 158-159）。在藥癮治療性社區中成長被描述為「迂迴曲折的人性回歸隧道」（circuitous and torturous tunnel back into humanity）（Yablonsky, 1989, p. 163）。居民有可能穩定成長，亦可能在復元路上跌跌撞撞，慢慢自過去的生活走回來，最後過上更為正向且快樂之生活（Yablonsky, 1989）。事實上，藥癮治療性社區就是個重新標籤團體（relabeling group），居民以更為正向之態度接受其缺點，相信有能力改變用藥問題，從而獲得自信、自我悅納（self-acceptance）與團體支持，並擺脫偏差之標籤（Bartollas & Dinitz, 1988）。

綜上所述，藥癮治療性社區可說是明確的復元導向（recovery oriented）治療方法，透過藥癮治療性社區之幫助，藥癮者之生活型態與認同等隨之改變，此些改變具體包含戒除藥癮、消除偏差行為、實現就業力（employability）、養成利社會態度、形成正向價值觀等，並增長個人技能，同時累積未來於藥癮治療性社區外生活之社會資源與資本，使藥癮者得於離開社區後開始新的生活（Best, 2014; De Leon, 1981, 1985, 1986a, 1986b, 1987, 1988c, 1988d, 1989c, 1989d, 1990b, 1990c, 1999a, 2001b, 2003b, 2010c, 2019; De Leon & Rosenthal, 1989; De Leon & Unterrainer, 2020; De Leon & Wexler, 2009; Nielsen & Scarpitti, 1997; Ottenberg, 1982; 朱詩馨, 2023）。居民透過藥癮治療性社區擺脫藥物，並徹底揮別過去圍繞著藥物與犯罪之生活型態（Harvey, 2023c; Vanderplasschen, Yates, et al., 2017），對於藥癮治療性社區而言，治療成功代表藥癮者已從過去的用藥生活轉變為新的生活型態（De Leon, 1974）。

雖然與藥癮者之生命相較，藥癮治療性社區之治療僅是暫時的參與、短暫的經歷（Ottenberg, 1982; Rosenthal, 1989, 1991），但此短暫參與所產生之影響，必須克服先前之所有影響，並在未來維持於藥癮治療性社區中所形成之改變，亦即，藥癮治療性社區之治療必須與治療前後之負面影響相互競爭（De Leon, 1981, 1986b, 1988d, 1988e, 1989c, 1990b, 2000; De Leon & Rosenthal, 1989; Rosenthal, 1989, 1991）。故藥癮治療性社區提供具備鼓勵與支持之類家庭（family-like）社區，使居民得以遠離藥物（Rosenthal, 1989, 1991）；同時，於社區中不健康之影響被降至最低，直至居民對於如何面對此些負面影響已做好準備（De Leon, 1981, 1988e, 1989c, 2000）。陳碧珍（2011）訪談3位自福音戒毒機構復元且五年內不再用藥之前居民（2位來自晨曦會；1位來自沐恩之家），結果發現研究參與者皆認為戒癮機構是其另一個家，進入機構如同進入到另一個大家庭，於此家庭中開始有正向之社會連結，並找回自己與生命之意義（陳碧珍, 2011, 頁24, 頁31）。無論治療有多重要，也僅是復元歷程中之一個要素。透過藥癮治療性社區之治療，藥癮者將投入生活並繼續復元，而完成藥癮治療性社區之治療僅代表復元歷程中一個階段的結束，於藥癮治療性社區中所改變之生活型態必須維持下去（De Leon, 2000）。

於名稱上，藥癮治療性社區又可稱為「物質濫用者治療性社區」（TC for substance abusers）、「無藥治療性社區」（drug-free TC，蓋傳統上之藥癮治療性社

區並不使用美沙冬等替代藥物進行治療)、「等級治療性社區」(hierarchical TC, 蓋相較於民主治療性社區⁹, 其具等級結構)、「概念治療性社區」(concept(-based) TC, CTC, 蓋其蘊含一套關於藥癮本質及其治療之明確概念)、「自助治療性社區」(self-help TC, 蓋其運用自助方法)或「美國模式」(American Model, 蓋其概念源於美國)(Broekaert et al., 2000; De Leon, 2000, 2001b, 2010a; Frye, 2004; Haigh, 2015; Kooyman, 1993; Manning, 1989; Mold & Berridge, 2010; Perfas, 2003, 2004, 2012, 2014, 2018; Stevens, 2012; Vanderplasschen et al., 2013; Vanderplasschen, Vandavelde, et al., 2017)。而 De Leon (2005a, p. 405) 則指出「藥癮治療性社區」(addiction TC)此一術語已逐漸取代無藥治療性社區、概念治療性社區、等級治療性社區等早期用語, 故本研究多以此用語稱之, 併此敘明。

貳、戒除服務

一、戒除之概念

藥癮治療性社屬於戒除服務, 此歸類亦可自 Deitch (1971, p. 133) 使用「戒除治療性社區計畫」(abstinence therapeutic community programs) 一詞而得。文獻上對於戒癮模式之分類有所不同, 如李志恒等 (2002, 頁 350)、汪志皇 (2005, 頁 268)、秦文鎮與蔡曉雯 (2017, 頁 36)、張平吾等 (2010, 頁 201)、趙雅芳 (2014, 頁 20-21) 以及蔡田木等 (2013, 頁 34) 將藥癮治療模式分為「戒除」、「維持療法」、「治療性社區」三大模式¹⁰, 顏銘漢等 (2009, 頁 134) 則在此三種模式外增加「自助性團體」之模式; 另一種分類則是將戒癮處遇分為「附條件之緩起訴多元處遇模式」、「刑事司法處遇模式」、「治療性社區模式」三者 (許福生, 2021, 頁 287), 或是分為「醫療體系」、「司法處遇」、「治療性社區」三者 (蔡坤衛, 2016, 頁 6)。上述分類方式皆將藥癮治療性社區之模式單獨列出, 凸顯藥癮治療性社區於藥癮戒治模式中之重要地位。而本研究則將戒癮模式分為「戒除服務」與「減害服務」, 於此分類下, 藥癮治療性社區屬戒除服務。

戒除是指完全停止藥物之使用, 永遠不再用藥, 且革除所有與藥物相關之觀

⁹ 關於民主治療性社區之介紹, 詳見本研究第四章第二節。

¹⁰ 賴晴蕙 (2018, 頁 26) 採取類似之分類方法, 其將戒癮模式分為「完全戒絕」、「醫療戒治」、「治療性社區」三者。

念，藥癮治療性社區是以不依賴藥物與正向生活為基礎理念之長期居住式機構，強調完全戒除 (total abstinence)¹¹，提供戒除導向之長期治療 (Hammersley, 2008; Jarvis et al., 2010; Narasimha et al., 2022; Sorensen et al., 1984; Uchtenhagen, 2013; 白鎮福, 2014; 朱日僑, 2020c; 周煌智等, 2018; 黃耀興, 2009, 2013)。由於戒除藥癮並非易事，故藥癮治療性社區屬於高要求 (high-demand) 之方法，並非適合所有藥癮者 (De Leon, 1999b; Tims et al., 1994)。須說明者是，縱使被歸類為戒除服務，但藥癮治療性社區作為復元導向之計畫，戒除並非治療之終極目標 (Gosling, 2016b)，而是復元之必要條件 (prerequisite) (De Leon, Staines, Sacks, et al., 1997)。導致藥癮者使用藥物之根本問題只有在停止使用藥物後始會顯現，並始能得到有效處理 (Kooyman, 1993)，故復元需要戒除¹²，然不限於此，戒除僅是復元歷程中之一部。

二、減害之概念

於過去四十年內，減害 (harm reduction) 對許多國家之藥物政策與服務產生相當大的影響，其程度無可比擬 (McKeganey, 2011, 2012)。減害是務實且充滿關懷之公共衛生政策、方法與干預，目的在於盡可能減少與使用藥物有關之負面傷害，將有害影響降至最低，不以戒除為必要，並幫助用藥者得以存活、維持健康，而非將之忽視或給予譴責，亦不會給藥癮者貼上汙名化標籤 (Drew, 2015; Lee et al., 2011; Marlatt et al., 2001; Marlatt & Witkiewitz, 2010; Richert et al., 2023; Stancliff et al., 2015; Tatarsky & Marlatt, 2010; Zelvin & Davis, 2001; 張伯宏, 2007b)。簡言之，減害之目的在於減少與藥物使用相關之傷害，而非減少整體用藥情形 (Doucet & Porter, 2023)。

減害與鼓勵停止使用所有藥物之戒除截然不同，蔡佩真 (2015, 頁 132) 亦指出，從美沙冬替代療法至完全戒除藥癮，是處遇政策上之光譜兩端。減害採取務實且人性之原則 (李思賢, 2008)，認為完全戒除不切實際，故即使減害策略承認戒除是預防傷害之有效途徑，然其亦認為戒除實難以實現與維持之 (Dolan et al., 2007)。由於對許多人而言，戒除是不現實之目標，復元之可能性非常低，

¹¹ Dolan et al. (2007, p.2) 使用「complete abstinence」指稱之，其意義相同。而東連文等 (2014, 頁 154) 將「total abstinence」譯為「完全禁絕」。

¹² 並非所有觀點皆認為復元需要戒除，然於藥癮治療性社區之觀點下，戒除為復元之必要條件。關於藥癮治療性社區之復元觀點以及其他不同見解，詳見本研究第四章第三節。

藥物使用無可避免，故應著重於使藥癮者減少與繼續使用藥物有關之傷害，藥癮者應可在受控制的、無風險的（risk-free）方法下使用藥物，於戒除前須採取其他措施以保護藥癮者，使其免受傷害，並得保持健康，減少不良後果，而非僅設法使藥癮者戒除藥癮或減少藥物使用（Broekaert, 2006；Dolan et al., 2007；Kuhar, 2023；McKeganey, 2012；McKeganey et al., 2004；Stancliff et al., 2015；Tatarsky & Marlatt, 2010）。根基於上述想法，縱使藥癮者繼續用藥，減害服務仍會提供幫助，若欲獲得服務者無須戒除藥癮（Lee et al., 2011）。而任何不要求戒除並尋求減少傷害之方案或政策，皆屬減害干預（Marlatt & Witkiewitz, 2010；Meyers, 2022）。

採取減害方法之理由，包括許多用藥者不希望停止用藥、多樣化之用藥者需求各有不同等（Tatarsky, 2003）。具體之減害方案，包含針具計畫（needle syringe programs, NSPs，避免針具之重複使用，以減少血體液傳染病之傳播）、美沙冬維持療法（methadone maintenance treatment, MMT，美沙冬有助於緩解戒斷症狀，從而減少對於藥物之渴求）等（Ciaravino, 2007；Kranitz & Cooney, 2013；Marlatt & Witkiewitz, 2010；Tatarsky & Marlatt, 2010；李思賢等, 2020；廖育璋, 2019），且始終為任何尋求治療者提供其他治療機會（Carroll, 2009）。其中相當重要者為美沙冬維持療法，其類似於欲戒菸者使用尼古丁貼片或口嚼錠，美沙冬（美沙酮）為與海洛因具有類似藥理作用之長效藥物，每日僅需服用一次，使用美沙冬得以逐步減量之方式改善戒斷症狀，故將其作為海洛因之替代藥物，以減輕藥癮者對海洛因等藥物之依賴程度，改進藥癮者之生活功能，使其得正常投入工作、回歸社會並維持較為穩定之生活（Stimmel, 2009；許福生, 2017b；陳泉錫, 2008；黃茂軒、楊凱鈞, 2020；楊士隆、鄭凱寶, 2011；廖定烈等, 2013；潘國仁, 2012）。陳明志與蔡俊章（2004，頁 71，頁 87）認為維持療法是「以毒易毒」之策略；簡俊生（2015，頁 2）則認為使用維持療法某種程度上是將藥癮視為慢性疾病。而於用語上，李駿逸（2009，頁 6）認為字面上應翻譯為「美沙冬持續療法」，然由於國內多使用「美沙冬替代療法」之用語（蓋美沙冬是用以替代海洛因），故其採用「美沙冬替代療法」之用法。本研究認為，「美沙冬維持療法」與「美沙冬替代療法」兩者皆屬適當，故於本研究中皆使用之¹³。而在我

¹³ 許春金等（2013，頁 6）則認為維持療法乃使用替代療法外，同時採取心理諮商合併治療以強化替代療法成效者，有意將替代療法與維持療法進行區分，本研究認為亦屬適當。不過，本研究論及替代療法或維持療法時，主要是討論藥癮治療性社區與美沙冬等替代藥物兩者之關係，

國，除美沙冬維持療法外，《毒品危害防制條例》第 24 條附條件之緩起訴處分、《毒品危害防制條例》第 21 條主動請求治療之免責規定等措施，皆蘊含減少傷害之概念（李宗憲，2010）。

至於減害所欲減少之傷害，常子薇（2022，頁 15-16，頁 160-169）指出可分為個人、社會與國家三者：對於個人而言，減害政策透過減少個人藥物使用量或減緩使用藥物效能，以減少自我之傷害；對於社會而言，減害政策透過減少傳染疾病、加強教育或預防措施，以減少社會之間接傷害；對於國家而言，減害政策透過除罪化等措施，以減少國家之間接傷害。另外，由於與藥物使用有關之傷害，大多是因社會傾向以汙名化、貶低、懲罰等方式對待用藥者，負面態度於文化中無所不在，甚至可能存在於治療者或用藥者本身，故去汙名化（de-stigmatize）是大多數減害方法之重要價值（Tatarsky，2003）。

縱使減害立意良善，然其本身於用語上頗具爭議。事實上，藥物之作用甚多，此些作用可能因人對於藥物之知識與理解不同而於解釋與反應上有異（Becker，1977）。藥癮者使用之藥物往往具有治療某些疾病之功能（吳耀宗，2010；周震歐，1991），且藥物使用亦在整個人類歷史上常被作為達到特定目標之手段，例如改善人際關係、應對壓力等，於大多數情形下，只有在導致嚴重負面後果時（如造成自己與他人長期且嚴重之傷害），使用藥物始會成為問題（Pickard，2017，2018a，2021，2024）。據此，犯罪學之和平建構理論（peacemaking theory）認為，減害試圖將藥物對社區與藥物使用者所帶來之負面影響降至最低，固然是一種更富有同情心之作法；然而，利用「傷害」此一術語（terminology）而很少承認藥物使用可能的好處，反而建構了一個藥物使用之病態定義（pathological definition）（Whiteacre & Pepinsky，2002）。Leshner（2008）亦反對使用「減害」此一術語，認為該術語過於模糊，加上其已被扭曲為可能增加藥物使用之方案或政策（蓋此術語已為主張施用毒品除罪化或合法化者廣泛採用），造成其他類型之減害策略被貼上標籤，並阻礙相關策略之發展，故不應再使用此一術語。

三、戒除與減害之爭

減害與戒除概念下分別衍生之治療模式時常相互對立（Seddon & Stevens，2023），藥癮治療性社區即是一例，其與減害之理念有明顯差異（Thurnell-Read &

有無採取心理諮商合併治療對於本研究所討論者並無影響，故本研究於用語上兩者兼採之。

Monaghan, 2023)。正因如此，Kaplan and Broekaert (2003, p. 209) 將減害運動稱為治療性社區運動之「競爭者」(competitor)。然而，此種差異下將衍生相關問題：若將完全戒除作為唯一目標，無法馬上開始戒除之藥癮者將拒絕參與治療或退出治療 (Marlatt & Witkiewitz, 2010)；而過度專注於減少繼續使用藥物所帶來之傷害，亦導致忽略藥癮者復元之問題，進而造成減害與復元於政策目標上出現一道鴻溝，使減害與戒除漸行漸遠 (McKeganey, 2005)。

如前所述，藥癮治療性社區與減害計畫 (尤其是維持療法) 通常被認為是治療上之對立方法，其於治療哲學、場域、目標、方法上存在差異，甚至是衝突 (De Leon, Staines, & Sacks, 1997; 黃耀興, 2013)。詳言之，基於無藥之嚴格要求 (Mason et al., 2001)，以及完全戒除作為復元必要條件之主張 (Perfas, 2004)，早期藥癮治療性社區不使用替代療法，而是使用團體與心理干預以幫助藥癮者實現持續戒除，並學會以使用藥物之外的方式解決個人問題 (Teesson et al., 2011)。同時，早期藥癮治療性社區並不接受美沙冬作為一種可減害之藥物 (De Leon, 2015)，蓋其認為使用藥物以減輕戒斷痛苦等症狀，無助於長期戒除，反而擴大藥癮者對於藥物之依賴，將藥癮延續下去 (Perfas & Spross, 2007)。相較減害，以戒除為目標之優勢在於，若藥癮者可全然戒除藥癮，則可同時避免與藥物使用有關之問題 (Kranitz & Cooney, 2013)。反之，減害之支持者則認為「美沙冬僅是以一種成癮取代另一種成癮」之論述，應是過時之想像 (Rigg, 2023)，並對於藥癮治療性社區此種無藥治療之復元率持懷疑態度 (De Leon, 2015)¹⁴。陳怡青等 (2021) 即指出此種理念上之不同是現今藥癮治療性社區所面臨之挑戰。

四、從衝突到合作

戒除與減害雖於理念上有所差異，然是否真為互斥之概念，容有疑問。有論者認為減害即包括戒除，戒除僅是避免傷害的手段之一，減害本身並不限於此 (Tatarsky, 2003; Zelvin & Davis, 2001)。不過，亦有認為當藥癮者欲戒除時，減害服務仍能提供支持，盡可能減少與藥物使用相關之傷害，對於戒除藥癮而言仍具相當之作用 (Neale et al., 2011)，此種想法較接近認為減害為有助於戒除之手段。Doucet and Porter (2023) 另指出，若將上癮視為用藥的主要傷害之一，則減害政策之終極目標應是使藥癮者戒除藥癮，而非更安全地用藥。

¹⁴ 關於減害與戒除之爭論，亦可見 Zelvin and Davis (2001) 之對話。

事實上，大多戒除服務滿足了希望停止使用藥物者之需求，而減害服務則滿足了尚未準備好停止使用藥物者之需求 (Kellogg, 2003)，兩者各有其發揮作用之對象。減害亦非對藥物使用者採取悲觀態度，認為其無法改變，而是提供一個適度之目標，採取漸進之步驟，從而進行改變 (Tatarsky, 2003)，亦能確實減少或消除某些傷害 (Doucet & Porter, 2023)。甚至，有些用藥者於接受治療後，得以非濫用 (nonabusive) 之方式飲酒或用藥 (如吸食大麻)，同時過上清醒且自我實現 (self-fulfilling) 之生活 (Carroll, 1980)。簡言之，用藥之群體各有不同，所有方法與干預皆是為了滿足不同群體之需求。戒除與減害兩者可能對不同群體有效，或是對於同一人之不同生命階段有效 (Seddon & Stevens, 2023)。McKeganey et al. (2004) 使用結構化問卷對蘇格蘭 (Scotland) 1,007 位接受治療之藥癮者進行訪談，該研究發現，將近六成 (56.6%) 之藥癮者表示戒除是其希望達成之唯一目標，然而，很少藥癮者將減害結果作為希望達成之唯一目標 (穩定為 7.4%；減少使用為 7.1%；更為安全之使用為 0.7%)。但 McKeganey et al. (2004) 亦指出，此結果不能被簡化為建議提供戒除服務而非減害服務，蓋減害於保護藥癮者本身與其家人方面是有利之措施，故縱使較少人將減害作為唯一目標，仍應持續發展減害策略；況且，極少數藥癮者能馬上從使用藥物到實現戒除，只要藥癮者尚繼續使用藥物，減害措施即有其存在之必要。原則上，戒除與減害並不互斥，若將復元視為一個過程，那減害即得成為邁向復元之重要支持。

或許最理想之做法是將減害服務與戒除服務連結成漸進式連續體 (gradualist continuum)，透過減害服務維護藥癮者之健康，幫助關係之建立，並透過漸進式方法使其接受戒除導向之治療，以停止使用與治癒身心作為理想之終點，從而得以回到無藥、健康之生活 (Kellogg, 2003)¹⁵。例如，透過使用美沙冬等替代藥物，得減緩戒斷症狀之不適，從而降低於復元路上對意志力之要求，使其更容易保持戒癮之決心 (Pearce & Pickard, 2010)。於此可借鑒 Marlatt and Witkiewitz (2010, p. 592) 之比喻：在日常生活中行經有紅綠燈之路口時，會遇到紅燈 (停止使用藥物)，亦會遇到綠燈 (繼續使用藥物)，然除紅綠燈外尚有另一種燈號——黃燈 (減害)，示意用路人放慢速度，謹慎行駛，並注意通過路口之相關危害。因此，應避免對特定立場之僵化運用，減害與戒除應是得以相輔相成之作法。

於同樣是戒除導向之方法中，有論者指出十二步驟與減害之間存在合作潛

¹⁵ 類似看法，見 Marlatt et al. (2001)。

力，此種合作得為藥癮者提供更多選擇 (Lee et al., 2011)。至於在藥癮治療性社區之領域中，於近二、三十年亦逐漸接受將使用維持療法之藥癮者納入其中 (De Leon, Staines, Sacks, et al., 1997; Kellogg, 2003)。美沙冬維持療法與藥癮治療性社區擁有相同之服務人群，兩者之功能得以相互配合：美沙冬維持療法得吸引較多藥癮者接受治療，並於健康狀況、生活品質與藥物使用方面發揮其效果；藥癮治療性社區則是著重於戒除、社會包容、重新融入社會等長遠面向 (Sorensen et al., 1984; Vanderplasschen & Vandeveld, 2018; Vanderplasschen et al., 2014)。藥癮治療性社區並非將必須戒除之概念奉為主臬，而是更進一步看見藥癮者各有需求，為欲戒除藥癮者提供治療資源。據此，縱使藥物輔助治療 (medication-assisted treatment, MAT) 與藥癮治療性社區間顯而易見之分離 (segregation) 有其歷史根源，但將維持療法與藥癮治療性社區進行比較事實上是偽二分法 (false dichotomy)，蓋兩者並不互斥 (Kast & Avery, 2019; Tuck & Stossel, 2019)。與其爭辯戒除服務與減害服務孰優孰劣，不如專注於如何妥善利用此兩種模式 (Uchtenhagen, 2013)，使表面上似有所齟齬之兩者得以相互補充，共同協助藥癮者邁向復元。

參、社區即方法

「社區即方法」(community as method, CAM)，有譯為「以社群為方法」(薛瑞元, 2007, 頁 52)，另有以「community as therapy」(社區即治療)(Frye, 2004, p. 269) 或「community as therapist」(社區即治療師)(Perfas et al., 2023, p. 71) 稱之，屬藥癮治療性社區之最高原則，亦是各種概念之基礎，指有目的地利用(同儕)社區，來教導個人透過社區改變自己，以促進其自身社會與心理之改變 (De Leon, 1994, 1995a, 1995b, 1997b, 1999b, 2002, 2010b, 2010c, 2013, 2014, 2019, 2022; De Leon et al., 2021; De Leon & Unterrainer, 2020; Perfas, 2003, 2014, 2018)。藥癮治療性社區藉此獨特之社會心理 (social psychological) 治療方法應對全人之改變 (De Leon, 2010c, p. 71)，而此亦為與其他治療模式所不同者 (De Leon, 1997b, 2002)。

社區是藥癮治療性社區之主要特色 (Broekaert et al., 2017; 丁誼萱, 2024)，其本身即提供藥癮者建立關係與進行活動之日常環境，以幫助藥癮者復元與學習 (De Leon, 2010b, 2014, 2022; De Leon et al., 2021; Yates et al., 2021)。藥

癮治療性社區之環境鼓勵居民傾聽他人想法、誠實地表達感受、於衝突中和平且理性地溝通、信任他人、肯定他人、關心他人、為他人付出、表達感謝等，藉此使居民得建立更為健康的關係 (Harvey, 2023c)；同時，透過工作人員與居民們相互間之互動，有目的地使居民社會化 (socialization) (Clinkinbeard, 2008)。

居民於社區中之正向行為或負向行為影響所及者不只其本身，而是整個社區 (Deitch & Zweben, 1976)，故於社區中所發生的每個事件皆為學習機會，居民可藉此獲得對於行為之洞察力 (insight) (Carter & O'Connell, 2016)，即對於行為有新的認識或瞭解 (De Leon, 1988d, 1990b)。藥癮治療性社區以同儕團體之力量帶來改變 (Brook, 2007)，此種方法重視居民為改變自己所參與之團體動力 (group dynamic) (Vinai et al., 2023)。社區中之每個人皆共同努力，以形成具凝聚力之支持性網絡 (Stinchcomb, 2011)，而由於改變之主要媒介是社區本身，故 Maisto et al. (2021) 將此種方法稱為「環境治療」(milieu treatment)；楊士隆 (2023, 頁 123) 則將藥癮治療性社區稱為「社區治療法」。

若自文化人類學 (cultural anthropology) 之角度而言，藥癮治療性社區與其他社區 (如村莊、鄰里、監獄、醫院、公司等) 有相似之處，皆有其目的、組織結構、正式規則與非正式共享規範，以及特定文化之價值觀、信念與習俗 (mores) (De Leon, 1994, 2000)，然於本質上卻有所不同 (O'Brien & Perfas, 2005)。詳言之，藥癮治療性社區之目的與理論基礎 (rationale) 為有別於其他社區之處，藥癮治療性社區是有目的地利用同儕團體，其具體目標除治療藥癮外，更是要改變生活型態與認同，故藥癮治療性社區將社區作為一種方法，用以幫助藥癮者改變自己，社區之結構、人員與日常活動，皆是作為促進居民之治療、學習與改變之用 (De Leon, 1999b, 2000, 2001b, 2003b)。簡言之，藥癮治療性社區之理念為「生活即治療」(周焯智等, 2018, 頁 176; 黃耀興, 2009, 頁 2; 2013, 頁 17)，其將於社區生活作為治療之方法，治療之工具即為社區 (周焯智等, 2018; 黃耀興, 2013)。

於藥癮治療性社區中，主要的「治療師」(therapist) 與「教師」即是由同儕與工作人員組成之社區本身 (Carter & O'Connell, 2016; De Leon, 1986b, 1988d, 1989c, 1990b, 1994, 1995b, 1999a, 1999b, 2010b, 2010c, 2014; De Leon & Rosenthal, 1989)，社區環境、同儕、工作人員皆是居民步向改變成功之榜樣，於居民復元歷程中具導引之作用 (De Leon, 1986b, 1988d, 1989c, 1990b, 1994,

1995b, 1999a, 1999b, 2010c), 透過同儕與社區帶來之成長, 以處理居民存有的各種問題 (Best, 2014), 並藉由與同儕社區之持續互動, 使居民瞭解自己以及其與社會之關係 (Scott & Gosling, 2016)。此反映出治療性社區運動中的一句座右銘:「只有你能完成, 但你無法獨自完成。」(“Only you can do it, but you can’t do it alone.”) (Tims et al., 1994, p. 3), 即藥癮治療性社區之治療歷程包含社區與個人, 缺一不可。同時, 此一座右銘亦展現出藥癮治療性社區是以成員為中心 (member-centered) 之社區 (Ottenberg, 1982)。居民於藥癮治療性社區中可能有雙重角色: 在接受他人支持與幫助以解決問題行為或當前困境時, 是接受服務之角色; 在對另一位居民給予幫助或支持時, 則是治療師之角色 (Perfas, 2003)。於此種充滿利社會榜樣之社區當中, 當反社會思考型態 (antisocial thinking pattern) 與反社會行為出現時, 居民與居民之間將相互糾正 (correct) (Hiller, 2023), 並以公開且誠實之方式相互合作, 鼓勵公開對話與正向行為 (Gramling & Johnson, 2022)。社區即方法假設當藥癮者參與並學習使用社區之活動與要素, 以之作為自我改變之工具時, 將獲得最大的治療性與教育性 (educational) 影響 (De Leon, 2013, 2014, 2022; De Leon et al., 2021)。社區不僅是產生改變的環境, 同時亦是促進改變的方法 (De Leon, 1994, p. 18; 1995b, p. 1606; 1999a, p. 398; 2010c, p. 71)。

第二節 藥癮治療性社區之運作

每個藥癮治療性社區間存有相當之差異 (McCarthy et al., 2000), 皆具各自之理念與組織架構, 其中一些要素可能相同, 亦可能不同, 就如同人與人間之性格 (personality) 差異, 藥癮治療性社區間之「性格」亦大不相同 (Ottenberg, 1982)。本節將針對藥癮治療性社區共同具備之運作要素進行說明, 先介紹傳統藥癮治療性社區之運作模式, 再闡述同儕、工作人員以及家庭於藥癮治療性社區運作中所扮演之角色與具備之作用。

壹、藥癮治療性社區之組織與運作

一、等級制度

於藥癮治療性社區內設有等級制度（進階制度、階級制度），此種等級制度於 Synanon¹⁶時即存在。藥癮者透過團體會議、工作職務（work duties）、日常生活任務等活動，進入一個提供結構化等級制度之社會系統（social system）¹⁷，於社會系統中，透過良好的行為與態度、於該階段所產生之改變、對於社區之承諾，以及展現出學習下一等級基本任務之能力等因素，居民可進階至下一等級，於此過程中逐漸學會承擔更多責任，最終達到最高等級（Brown, 1990; Deitch & Drago, 2019; Gramling & Johnson, 2022; Kooyman, 1993; Perfas, 2014, 2018）。新參與者進入了向上流動（upward mobility）之環境（De Leon, 1981, 1986b, 1988d, 1989c, 1990b, 1999b, 2014; De Leon & Deitch, 1985; De Leon & Rosenthal, 1989; Yablonsky, 1986, 1989, 1997, 2000），所有居民皆被鼓勵向上流動，付出努力以提升等級（Yablonsky, 1989; 丁誼萱, 2024），此舉被視為是自我成長與邁向無藥之正向因子（Yablonsky, 1989）。此種等級制度給予居民證明自己的機會，透過己身之才能與努力，以證明自己於社區運作中值得被信任且能夠擔負責任（Perfas, 2014），亦即，藉由對居民之要求與期待，進而挑戰居民達成進一步之改變（白鎮福, 2014, 頁 115）。簡言之，居民本身之成功與地位是於社區中勇於承擔責任而得（Brown, 1990）。

二、工作與活動

於藥癮治療性社區中，工作（work）與日常活動之參與是復元歷程中之重要部分（Blume & Resor, 2008; Perfas, 2003, 2012）。事實上，不只是在藥癮治療性社區中，工作本身作為一種有意義之活動，對於大多數藥癮者之復元格外重要。Veseth et al. (2022) 訪談 30 位具復元經驗之物質使用疾患者，該研究指出，若研究參與者欲進行有意義之活動（如工作），則須對日常生活做出重大改變，故進行有意義之活動對其安排生活有重要幫助。另外，許多研究參與者於用藥生活型態中感到社交孤立，而有意義之活動提供了連結與歸屬之重要場域。據此，該研究認為，雖然從事有意義之活動或許與戒除藥癮無直接相關，卻為實現此種目標提供了必要基礎，於復元歷程中扮演著重要角色。於 Dekkers et al. (2020) 之研究亦可見類似之發現。

¹⁶ 關於 Synanon 之介紹，詳見本研究第四章第二節。

¹⁷ 關於藥癮治療性社區作為一個社會系統，詳見 Perfas (2018, pp. 74-121) 之論述。

於藥癮治療性社區中，社區本身之日常運作是居民的任務，居民們於工作人員之監督下一起工作（De Leon, 1981, 1986b, 1988d, 1989c, 1994, 1999b, 2010b, 2013, 2014, 2022；De Leon et al., 2021；De Leon & Rosenthal, 1989；Yablonsky, 1989）。每個成員皆有明確之角色與責任，各司其職以維持藥癮治療性社區之正常運作，居民於進入社區時即承諾將遵守與維護既定之社區規範，並於社區中承擔起執行之責任（Kooyman, 1993；Perfas, 2003；Waldorf, 1971；Yablonsky, 2000；朱詩馨, 2023；朱詩馨等, 2023）。居民所做的每一件事皆為學習之過程，其任務與所承擔之責任會隨時間而更為複雜、沉重（Deitch & Solit, 1993）。成功地完成社區之工作或任務，將使居民獲得自我價值感（Carroll, 1992）。

藥癮治療性社區內進行之所有工作與活動皆為治療（De Leon, 1986b, 1995b；Kooyman, 1993；周煌智等, 2018；黃耀興, 2009, 2013），而活動往往充實且多樣，每天都是高度結構化的一天，使居民得充分參與之（De Leon, 1985, 1986b, 1987, 1988d, 1988e, 1989c, 1990b, 1990c, 1999b, 2010b；De Leon & Jainchill, 1991；De Leon & Rosenthal, 1989；Jainchill, 2006；Stohr, 2020）。各種活動皆有其意義與目標，如藥癮治療性社區中有體育活動，將使居民有健康之身體，此有助於產生健康之心理，並藉此傳達藥癮治療性正向且健康之理念（Stohr, 2020）。藥癮治療性社區提供曾經身處混亂環境者一個有序的環境，並透過日常活動之安排，使居民不會感到無聊，進而分散對於用藥相關想法之注意力，並藉此習得如何規畫生活、達成生活目標之能力，同時使居民得藉由完成日常任務而得到滿足（De Leon, 1981, 1986b, 1988d, 1988e, 1989c, 1990b, 1994, 1999b；De Leon & Deitch, 1985；Rosenthal, 1984, 1989；1991；楊士隆、蔡德輝等, 2008）。關鍵在於結構化、規律之生活（Perfas, 2012），居民於此種生活中之工作與活動經歷微小的成功，以建立戒癮之信心，進而於此基礎上構築其復元歷程（Perfas, 2012；郭俊旻, 2009）。

三、會議

會議為藥癮治療性社區內部營運與治療之核心，透過會議希望解決行為問題、教導社區規範、促使藥癮者融入社區，並強化社區之凝聚力，其形式包含晨會（morning meeting）、研討會（seminar）、晚會（evening meeting）、全體住民大會（general meeting）等（De Leon, 1986b, 1994, 1999b, 2010b, 2013, 2022；De Leon et al., 2021；De Leon & Rosenthal, 1989；Perfas, 2014；Wexler, 1995）。

雖然形式有所不同，然所有會議之共同目標皆是促進藥癮者與社區之同化 (assimilation) (De Leon, 2014, p. 517; 2022, p. 160)。

事實上，會議於 Synanon 時期即有跡可循。在 Synanon 中，藥癮者必須參加「小 synanon's」(small-s synanon's)，即可自由發言之會談 (sessions)，數落、質問甚至是敵意攻擊 (hostile attack) 等行為皆被允許，透過不斷施加殘酷 (brutal)、坦率的斥責 (denunciation)，以剝去成員對其行為之合理化，使其承認並解決問題 (Schur, 1965b; Volkman & Cressey, 1963)。Synanon 會談之目的有三：(1) 幫助藥癮者解決用藥需求背後之情緒問題；(2) 使藥癮者相信存在其他模式可以解決困難；(3) 強化與支持藥癮者之信念，追求常規 (conventional) 的適應模式 (Sternberg, 1963)。

晨會¹⁸通常於早餐後進行，時長約三十分鐘至六十分鐘，是每天第一個主要的社區活動，目的是於一日之始灌輸正向態度、營造正向氣氛、激勵居民、提升士氣、建立情誼 (camaraderie) 並強化團結；研討會¹⁹是於下午舉行，時長約六十分鐘，由居民或工作人員主持，所有居民將聚在一起，討論主題多與藥癮治療性社區對於復元或正確生活之看法有關，亦有可能包含特別的主題，或與藥癮知識有關的主題，每個人皆可自由表達觀點；晚會²⁰則於晚餐後舉行，時長約三十分鐘至六十分鐘，由資深居民協調，目的在處理社區事務，於此會議中，將透過公開承認正向與負向行為，妥善運用社會壓力 (social pressure)，以促進個人改變；至於全體住民大會²¹僅於必要時召開，時長不限，由工作人員主持，用以解決社區內之負向行為、態度或事件，所有居民與工作人員將聚在一起解決問題 (De Leon, 1986b, 1999b, 2000, 2002, 2010b, 2013, 2014, 2022; De Leon et al., 2021; De Leon & Rosenthal, 1989; Deitch & Drago, 2019; Kooyman, 1993; Perfas, 2003, 2012; Sacks et al., 1997)。居民們將於會議中相互提供支持，並理性地分析正在復元中之居民所遇到的各種問題 (Yablonsky, 1989)，且透過各種會議，使居民獲得對其本身問題之洞察力，並嘗試解決之 (White, 1990)。

¹⁸ 關於晨會之詳細內容，可見 De Leon (2000, pp. 251-256)、Perfas (2003, pp. 51-57; 2012, pp. 52-57)。

¹⁹ 關於研討會之詳細內容，可見 De Leon (2000, pp. 259-264)、Perfas (2003, pp. 84-87; 2012, pp. 94-96)。

²⁰ 關於晚會之詳細內容，可見 De Leon (2000, pp. 256-259)。

²¹ 關於全體住民大會之詳細內容，可見 De Leon (2000, pp. 264-268)、Perfas (2003, pp. 65-68; 2012, pp. 69-75)。

貳、同儕、工作人員與家庭之角色

一、同儕與工作人員之角色

藥癮治療性社區居民之作用與工作人員相當 (Anderson & Harrison, 2004)，是改變歷程中最為重要之媒介 (朱詩馨等, 2023, 頁 18)。有論者指出用藥者往往因藥物使用而被拒於社會之外，故強調社會支持於復元之初之重要性 (Coghlan, 2024)，藥癮治療性社區即為支持之來源，社區中之居民與充滿關懷之工作人員一起生活，且居民們經驗相似，進而促進彼此間之信任 (Broekaert, 2001)。以研究幫派 (gang) 聞名的 Lewis Yablonsky 闡述了對於幫派與藥癮治療性社區之觀察，其指出加入幫派是為了尋求地位、尊重與歸屬感，在幫派中是以毀滅性之方式滿足此些需求；相較於此，藥癮治療性社區則是透過正向之方式而使此些需求得到滿足 (Yablonsky, 1997, p. 150)。於藥癮治療性社區中，居民本身得產生多種正向效果，當有新居民加入時，其他居民將透過作為新居民之榜樣與模範，強化其正向行為 (Kooyman, 1993; 朱詩馨等, 2023)，而若有居民展現出有違社區價值觀之態度與行為，同儕將直面此些居民並試圖說服其改變行為 (Brochu et al., 2018)。若居民不參與他人之復元挑戰，亦不提供支持與反饋，則藥癮治療性社區即無法發揮作用 (Davidson et al., 2023)。另外，友誼鏈 (friendship bonds) 往往得於藥癮治療性社區中建立，且持續一生 (Yablonsky, 1989, p. 162)。居民可能對藥癮治療性社區內之同儕與工作人員產生深刻之人際聯繫，進而將其視為家人，與之建立緊密的關係，故黃柏諭 (2022, 頁 80) 以「擬似性的家庭關係」稱之。李安軒 (2013) 之研究支持此種論述，其於趕路的雁進行參與觀察，並訪談 3 位因酒癮前去求助之學員，該研究發現，趕路的雁之共生環境使居民產生家庭的感覺，透過信仰營造出溫暖之氛圍，形成讓人感受到舒適、被接納之大家庭 (李安軒, 2013, 頁 98-99)。

相關研究呈現同儕所帶來之正向效果。如 Gueta et al. (2021) 之研究訪談 16 位參與藥癮治療性社區之藥癮者，即發現此些藥癮者大多將其得以維持長期復元之原因部分歸功於同儕支持；周子敬 (2006) 訪談 5 位接受晨曦會戒治兩次以上，且曾接受過強制戒治之學員，研究發現於晨曦會中，學員相互幫助戒癮，人際相處互動良好，進而對戒癮較有自信與把握 (周子敬, 2006, 頁 94)；陳玥華 (2019) 訪談 10 位於晨曦會戒癮超過三個月之男性成員，結果發現成員於共同生活期間

相互產生正向影響，自同儕身上發現各自之改變與優點，並學會考量他人之感受；謝美慧（2015）訪談晨曦會 10 位曾使用第一級毒品或第二級毒品且具戒癮經驗者，結果發現成員於團契中相互幫助，不再透過藥物與他人建立關係，並承當彼此之重擔；劉家瑜（2022）進入藥癮治療性社區執行生涯團體，並於團體後與 2 位青少年居民進行訪談，發現社區中之同儕不同於社區外之朋友，同儕間皆有相同之限制與約束，亦會相互牽制與扶持，存有深厚且真切之情感（劉家瑜，2022，頁 94）；朱群芳等（2019）使用問卷調查法對法務部矯正署兩處戒治所與晨曦會五座戒毒村之男性學員進行研究，每位學員接受三次調查，該研究發現，同儕支持對於個人正向成長具顯著影響，且晨曦會組別同儕支持之效果顯著大於戒治所組別，該研究據此推論，應是由於戒毒村學員互相陪伴與照顧，同儕間之連結性較強，更願意與同儕相互討論生活中之大小事或困境，學員間關係較為緊密，由同儕身上獲得之支持感較高，故取得較為顯著之同儕支持效果（朱群芳等，2019，頁 95）。由此可見藥癮治療性社區相當強調同儕支持，並透過同儕之相互協助進而產生正向影響。

除同儕所帶來之正向影響外，充滿關懷的工作人員對於居民之改變發揮重要作用，如 Harvey（2023c）訪談 25 位（包含 16 位男性與 9 位女性）曾完成俄亥俄州（Ohio）之矯正治療性社區計畫並出監至少三年者，結果發現工作人員對於研究參與者之影響甚大，並出現「蝴蝶效應」（butterfly effect），研究參與者可以記住來自工作人員簡單的肯定以及與工作人員面對面之互動，可能是輕拍研究參與者的背、一句真誠的鼓勵，而正是此些微小的動作促使研究參與者改變自己；此外，工作人員亦使研究參與者瞭解他們仍值得被愛，且有能力在一段重要的關係中保持誠實並為之負責。我國之研究亦展現工作人員對於居民產生之正向作用，鄒國儀（2022）訪談 6 位於藥癮治療性社區服務之社會工作者，結果發現社會工作者與居民之關係建立、相處與互動，可促使居民認識人際規範及界線，並學習與他人分享情緒，對居民而言為相當重要之學習歷程（鄒國儀，2022，頁 72）。於柯俞安（2023，頁 63）之研究中，研究參與者則認為，其於成長過程中少有人如工作人員般關心自己，工作人員彌補過往不曾於家人與朋友身上感受到之關懷；另外，工作人員對待研究參與者之方式，亦提供正向人際關係之示範，使研究參與者感受不同人際關係之區別，進而於後續遭遇過往朋友邀約時，更可果斷回絕（柯俞安，2023，頁 64）。

事實上，完成治療之居民有可能留在藥癮治療性社區內進一步成為工作人員。早期藥癮治療性社區之工作人員大多由已復元之前居民組成，偶爾始有受過專業訓練之人士協助 (De Leon, 2005b; Glaser, 1981; Kooyman, 1993; McCarthy et al., 2000; Mold & Berridge, 2010)，而專業工作者之運用亦隨著藥癮治療性社區之演進而逐漸增加，透過專業工作者之協助以應對居民日益複雜之治療需求 (Jainchill, 2006; Yablonsky, 1989)²²。目前藥癮治療性社區之工作人員多由專業工作者與已復元之前居民共同組成，尤其是為特定人群服務之藥癮治療性社區，往往更為依賴專業工作者 (Anderson & Harrison, 2004)。由於當代之藥癮治療性社區並不希望居民永久留在社區內，故工作人員之任務是協助居民以無藥、無犯罪、負責任、高效且自我滿足 (self-satisfying) 之方式生活，進而使居民得順利回到外部社會 (Carroll, 1992)。

已復元之前居民是「經驗治療師」(experience therapist) (Yablonsky, 2000, p. 519)，蓋其經歷過用藥所帶來之短暫快樂，對於藥物所帶來之痛苦與衝突亦有所知悉，「也有過」(“been there”) 那樣的經驗，故具備成為治療師之能力；其亦於藥癮治療性社區中經歷過改變自己行為之複雜過程，學會如何遠離犯罪、藥物與幫派，進而成為負責任之公民 (Yablonsky, 1989, 1997, 2008)。簡言之，作為曾經之藥癮者，由於兼備上癮及復元兩種經歷，於幫助其他藥癮者時具有特別作用 (Johnson et al., 2016)，如對於藥癮者而言更具說服力、更能夠看穿藥癮者之藉口等 (Mold & Berridge, 2010)。同時，已復元之前居民亦是「負傷治癒者」(wounded healer)²³ (Elisha, 2023; O'Brien et al., 2011)。負傷治癒者之概念源於希臘神話中最有智慧的半人馬凱隆 (Chiron)，其精通醫術，然由於意外使凱隆受了無法治癒的傷，卻因是不死之身而無法死去，被迫長期承受痛苦與苦難。能夠治癒他人卻無法治癒自己的凱隆，最終選擇代替普羅米修斯 (Prometheus) 進入冥府 (Hades) 犧牲自己，從而擺脫痛苦的折磨 (Conti-O'Hare, 1998, pp. 71-72)。已復元之前居民作為負傷治癒者，必須認識自身之傷痛，從而得以治癒他人之傷痛 (Deitch, 1997; O'Brien et al., 2011)，加上擁有更多的經驗與知識，使之成為其他藥癮者的榜樣與希望之源 (source of hope) (Elisha, 2023)。根基於上述之經歷，已復元之前居民較熟稔藥癮者之感受、行為方式與思考模式

²² 已復元之前居民與專業工作者之早期論述，可見 Deitch (1971, pp. 134-140)。

²³ 蔡佩真 (2017, 頁 197) 將之譯為「負傷的療癒者」。

(Perfas, 2003, 2012), 亦較容易獲得居民之尊重, 不易受到居民之欺騙 (Yablonsky, 1989, 2008)。這些經驗可用以教導其他居民邁向復元 (De Leon, 1981, 1988d, 1988e, 1990b; De Leon & Deitch, 1985), 並得藉此建立融洽的關係 (rapport) (Yablonsky, 1997)。

據此, 已復元前居民之言行往往對他人而言具有相當之影響力 (De Leon, 1989a), 是可見的榜樣、活生生的復元案例, 展現出更好的、無藥的生活具實現可能, 並印證人得以成功改變之事實 (Carroll, 1992; De Leon, 1981, 1988d, 1988e, 1990b; De Leon & Deitch, 1985), 為希望之化身 (Perfas, 2003, 2012)。陳碧珍 (2013) 訪談 3 位透過晨曦會復元五年以上之前居民, 即有研究參與者指出, 看見晨曦會中過來人之成功, 對其具有鼓勵作用。周政達 (2021) 訪談 4 位於晨曦會戒毒村待滿兩年以上, 具司法、強制戒治、自願戒治之完整經驗者, 研究結果發現, 研究參與者透過與過來人之互動, 建構未來自己作為過來人之樣貌, 同時累積不被看輕的感受、欽佩與感動, 進而成為復元之助力 (周政達, 2021, 頁 134)。於黃柏諭 (2022, 頁 58-59) 之研究中, 其研究參與者表示, 身為過來人之工作人員成為研究參與者仿效與認同之對象, 親眼看見不再用藥之過來人, 使研究參與者相信不用藥尚屬可能。黃亦凡 (2022, 頁 56) 之研究指出, 戒癮成功之工作人員是最好之見證, 使居民對於藥癮治療性社區之戒癮模式保持信心, 並得以繼續下去。安辰赫 (2003, 頁 85) 之研究亦指出, 已復元之前居民幫助他人復元是藥癮治療性社區最為核心之部分, 蓋其關係建立迅速且容易, 同理與接納亦較為深入, 過來人之現身說法與作為榜樣具最大的療效, 新居民得藉此獲得復元之希望與達成復元之具體方法。王伯頌 (2015) 則對於 6 位晨曦會受戒治者進行結構式訪談, 研究結果指出, 受戒治者透過看見過來人之經歷, 不僅希望自己得以改變, 亦希望可以幫助他人。藥癮治療性社區承認「經驗專業知識」(expertise by experience) 之有效性 (Best & Hamer, 2021), 而此種以已復元者之個人知識與經驗幫助同儕自藥癮中復元之方式, Elisha (2023) 將之稱為「犯罪者療法」(convict therapy), 犯罪者療法涵蓋一系列方法與模式, 強調曾犯罪者之優勢與能力, 其願意依本身之知識與(生活)經驗, 自願或有償擔任同儕支持之角色 (Elisha, 2023; Elisha & Shachaf-Friedman, 2023)。

已復元之前居民擔任工作人員對其本身亦有正向影響。Elisha and Shachaf-Friedman (2023) 對於以色列 23 位已復元者進行半結構式訪談, 研究參與者皆

有用藥史，並曾因各種犯罪而入獄，且曾在如藥癮治療性社區等藥癮治療場域中擔任協調者（coordinators）等工作，以幫助其他藥癮者復元。該研究發現，投入此類工作對於其本身好處甚多，包括：透過幫助他人而獲得新的生活意義與目標；獲得自豪感、自信感、滿足感、自我價值感、受到尊重之感受；增強對於復元之承諾；改善家庭關係與社會關係等。於藥癮治療性社區中，藥癮者將遇見與其經歷相似者，並得到理解與愛戴，當其偏離目標時，其他人將拉他一把（Yablonsky, 1986）。

無論背景如何，於藥癮治療性社區中，人人皆是潛在的榜樣（Perfas, 2003, p. 18）。藥癮治療性社區運用「同儕作為榜樣」（peers as role models）以及「工作人員作為理性權威」（staff members as rational authorities）之方式：「同儕作為榜樣」是指表現符合期待並反映社區之價值觀與社區指引者，將被視為社區之榜樣，藉此確保社會學習效果之傳播，藥癮治療性社區期待居民承擔新角色，並為其他居民樹立適當行為之典範，且除同儕支持外，藥癮治療性社區亦著重於同儕壓力（pressure）；而「工作人員作為理性權威」則是工作人員人道地（humane）、有建設性地行使權力，以教導、引導、矯正居民，而非對之懲罰或剝削（exploit），透過管理以及作為榜樣與理性權威，促進居民之自助學習過程（Borkman et al., 2007; Clinkinbeard, 2008; De Leon, 1986b, 1988d, 1988e, 1989c, 1990b, 1994, 1995b, 1999b, 2010b, 2010c, 2012, 2013, 2014, 2022; De Leon et al., 2021; De Leon & Rosenthal, 1989; Perfas, 2004, 2012, 2014, 2018, 2019; Woodhams, 2001）。簡言之，藥癮治療性社區著重於多重榜樣之運用，無論是居民或工作人員，皆須成為他人之榜樣。而居民成為榜樣尤為重要，此具雙重目的：一是使居民認識到其本身具改變之可能；另一則是使居民向他人證明其他居民亦具改變之可能（Whealdon et al., 2023, p. 133）。

綜上所述，藥癮治療性社區仰賴清醒社群（sober community）之社會支持，以及已復元前居民之豐富知識，以促進居民之改變與復元（Császár et al., 2024），證明了同儕為本干預之重要性（Best & Hamer, 2021）。同時，無論工作人員之專業背景如何，所有工作人員既是社區之一員，同時亦是社區即方法之促進者（facilitator），而非單純的治療提供者（De Leon, 2005b, 2019; De Leon et al., 2002）。不過，工作人員必須在干預與自由放任之方法間取得平衡：若工作人員未持續監控與關懷導致居民歸屬感（belongingness）下降，有效性可能將因此受

到影響；相反地，若工作人員過於活躍，則可能減損同儕支持 (Pearce & Pickard, 2012)。

二、家庭之角色

家人關係是藥癮者脫離藥物與犯罪循環之關鍵，亦是主動尋求戒癮之重要動機 (林佳璋, 2007, 2009)，復元需要家人之情感支持 (黃宣瑄, 2023)，負向家庭互動反而是藥癮者復發之危險因素 (黎士鳴等, 2024)。據此，若使家庭成為藥癮者之支持力量，藥癮者重回家庭時將不再受影響，亦不再彼此傷害 (傅仲民, 1995)。相關研究亦展現家庭對於藥癮者復元之重要性，如陳鳴敏 (2018) 訪談已復元之 4 位女性藥癮者，結果發現當研究參與者願意修復與家人之關係時，家人之支持即會轉化為正向力量，而此力量為復元歷程中必備之因子；劉俊良 (2021) 訪談 2 位已持續戒癮五年以上之已復元者，結果發現重新建構良好之家庭關係是使其復元之強大力量；陳冠樺 (2022) 訪談 8 位已復元之酒癮者，結果發現家人之支持與鼓勵、想好好陪伴家人之念頭、對於家人之愧疚感，此三者為維持戒癮狀態之重要因子；龍紀萱等 (2006) 訪談 50 位用藥者，結果發現用藥者成功地持續戒除之經驗，與家人有密切關係，家人亦是最強的支持力量來源，故建議於戒治或治療時可多納入家庭參與功能，使其成為協同之力量以幫助藥癮者 (龍紀萱等, 2006, 頁 64)。

於藥癮治療性社區中，同樣重視居民之家庭支持；然而，藥癮治療性社區並非自發展之始即認同家庭支持之重要性。過往 Synanon 認為應避免、切斷所有家庭關係 (Volkman & Cressey, 1963)，加上家庭成員之接觸或參與有時適得其反，如有父母會偷偷將注射器與藥物帶入社區中給居民使用 (Deitch, 1997)²⁴，故早期美國之藥癮治療性社區認為家庭對於復元並不重要，家庭甚至被貼上是用藥問題其中一環的標籤 (Soyez & Broekaert, 2005)，進而將家庭成員排除於治療之外。不過，隨著觀念改變，藥癮治療性社區逐漸認可家庭應作為治療過程之一部 (Yablonsky, 1989)，故家庭成員於近二、三十年逐漸被運用在藥癮治療性社區中，作為對藥癮者的支持。詳言之，由於早期認為與家人之接觸會對治療產生負面影響，故藥癮治療性社區對於家庭參與 (family involvement) 之看法本是「完全排除」(total exclusion)，而後因相關觀念之轉變，如發現家庭往往是唯一有意

²⁴ 另可見 Yablonsky (1989, pp. 49-50, pp. 69-76) 所舉之例。

義之支持來源、居民離開藥癮治療性社區後將回到其原生家庭等，現在則是「部分包容」(partial inclusion)，對於居民與家人交流之限制大多於藥癮者進入社區之初，通常僅持續兩週至一個月，是為了讓居民適應社區而不受外界之影響，此期間過後大多數之藥癮治療性社區會讓家庭參與居民之計畫，使家庭成為藥癮治療性社區運作不可或缺之「整合要素」(integrated element)(Broekaert et al., 2006; Goethals, Soyez, et al., 2011; Kooyman, 1993; Mullen & Naya, 2017; Ottenberg, 1982; Perfas, 2014)，甚至於治療過程中融入家族治療 (family therapy) (Varma & Muehlbach, 2023)。家庭參與對於青少年居民尤為重要，蓋家庭往往是與青少年居民最為親近者，通常亦為情緒支持與經濟支持之唯一來源，且青少年於治療後終將回歸家庭 (Perfas, 2012, 2014)，因此使之與家庭重建關係有其必要。而不同文化對於家庭之著重程度亦有所不同，如相較於美國之藥癮治療性社區，歐洲之藥癮治療性社區更加強調家庭於治療中之作用 (Goethals et al., 2015)。另外，於制定後續照護計畫時，與居民之家人充分合作，將有助於居民離開藥癮治療性社區後對其生活進行調整 (Carroll, 1992)。

藥癮治療性社區之家庭支持模式應值得持續發展。有論者即呼籲，由於家人對用藥者之支持與互動是戒癮動力之一，故應強化家屬間聯繫工作，擴大家庭參與藥癮治療性社區內之戒癮活動 (周子敬等, 2007)，相關實踐如朝露治療性社區定期辦理之家庭關係培力營或相關課程 (陳政隆、徐森杰, 2022)，以及晨曦會辦理之家屬支持團體 (家庭團契) (蔡佩真, 2017)。陳政隆與徐森杰 (2022) 亦指出，家屬扮演著陪伴者、關懷者、支持者之角色，於居民有需要時適度提供幫助；且藥癮治療性社區透過創造對話之機會，使居民較能正向看待家人之關懷，從而幫助居民邁向復元。另外，家屬與家屬之間亦能藉由此些活動創造連結並相互幫助。蔡佩真 (2017) 訪談 10 位參與晨曦會家屬支持團體之藥癮者父母 (包含 2 位父親、8 位母親)，以瞭解其對於家屬團體之態度與參與經驗，該研究發現，家屬支持團體除提供有關藥癮之正確訊息與觀念外，亦使家屬們得以相互理解，不再感到孤單，喚起其希望感，並得藉此宣洩情緒、相互支持。綜上所述，藥癮治療性社區應與居民之家人協調聯繫，共同協助居民，並給予關懷與心理支持，以強化居民持續戒除之動力 (朱群芳, 2015)，同時使家庭與藥癮者一起改變與成長 (蔡佩真, 2017)。故如何協助家庭修復與建構家庭支持，為藥癮治療性社區發展下相當重要之課題。

第三節 藥癮治療性社區居民之復元歷程

藥癮者之復元乃藥癮治療性社區之重要任務，居民之復元歷程即為本研究所欲探究者。本節將先闡明復元之概念，再介紹藥癮治療性社區之治療階段，最後則針對我國關於藥癮治療性社區居民復元歷程之相關研究進行回顧與整理，期能於資料蒐集前對復元歷程之概念與相關研究具充分之理解。

壹、復元之概念

從藥癮中復元是條漫長且艱難之道路。在許多人之印象中，藥物成癮是一條單行道，一旦上癮便沒有回頭路，終將邁向死亡 (McIntosh & McKeganey, 2000)。然而，事實並非如此。雖然用藥確實可能造成不良後果，然並非所有用藥者皆會上癮，亦非所有藥癮者皆一沉淪而不復返 (McIntosh & McKeganey, 2000)。許多研究及證據表明，縱使擁有漫長的成癮生涯，且多認為成癮是慢性容易復發之疾患，然而，復元仍有可能且並不少見 (Best & Lubman, 2012; Vanderplasschen & Best, 2021)，尤其當藥癮者得於前幾個月保持戒除，並持續參與促進清醒、預防復發之活動時，藥癮者或得自此長期復元 (Salas-Wright et al., 2016)。

復元一詞除運用於藥癮領域外，亦運用於心理健康 (mental health) 領域 (Best, 2012)，如於創傷後壓力症候群 (post-traumatic stress disorder, PTSD) 之相關研究中可見此種用法 (Flint & Ronel, 2023, 2024)。而於藥癮領域中，對於復元之定義莫衷一是。有認為復元是指治療後之生活型態，通常包含持續的支持，以及藥癮者對於自己與藥癮看法之改變 (Carter & O'Connell, 2016, p. 556)。亦有認為，復元是指從不斷使用或上癮到維持戒除之持續過程 (De Leon, 1995b, 1997b; De Leon et al., 2001)。另外，克服藥癮之人常常將其狀態 (status) 稱為復元，他們會說「我在復元中」(“I'm in recovery”) 或「作為一個復元的人」(“As a recovery person”)(Carter & O'Connell, 2016, p. 556)。Brooks and McHenry(2023, p. 51) 則認為復元是個案之成長歷程，始於戒除，並接續認知、情緒、行為與靈性 (spiritual) 態度之改變。而 White (2007, p. 236) 將復元定義為一種經歷 (experience)、過程與持續性 (sustained) 之狀態：承認復元是一種經歷強調復元之個人化；承認復元是過程，代表解決嚴重的藥物與酒精使用問題不僅是單一時點之決定，同時需要長期且持續之努力；承認復元是持續性之狀態則證明了個

人之認同得以改變。於 McIntosh and McKeganey (2000, p. 1503) 之研究中，則使用「正復元中藥癮者」(recovering addict)而非「已復元藥癮者」(recovered addict)或「前藥癮者」(ex-addict)，蓋「正復元中藥癮者」一詞表示復元是個過程而非穩固狀態 (fixed state)。

復元作為一種動態的過程可在諸多研究中得到印證。例如 Dekkers et al. (2020)透過住院機構與門診機構招募研究參與者，並進行九個焦點團體訪談(六個針對已復元者，三個則是家庭成員)，以瞭解復元對於研究參與者之意義。該研究之研究參與者(已復元者)指出，復元感覺就像是一場持續的戰鬥，需要持續保持警覺，而隨著時間推移，此種警覺會逐漸刻入骨子裡。Costello et al. (2020)進行五個焦點團體、一個對偶訪談 (dyadic interview) 以及個別訪談 (包含 26 位研究參與者)，所有研究參與者皆認為復元像是終生且持續進行之過程或旅程，且大多研究參與者並未看見復元有明確的終點。另外，研究參與者亦指出復元歷程之非線性 (non-linear) 本質，許多研究參與者描述復元路上往往起起落落、迂迴曲折，未有直接通往成功之途徑。

雖然關於復元之定義眾說紛紜，但得確定者是，復元與各方面之成長及改變有關，不可僅簡化為戒除 (Collinson & Best, 2022; Hall, 2024; Laudet, 2008; Martinelli et al., 2020; Martinelli et al., 2023; Pettersen et al., 2023)。陳政隆與徐森杰 (2022, 頁 259) 亦持相同觀點，其指出復元不只強調緩解對於藥物之依賴，更強調身心靈社全面之發展，修復個體所遭遇之多重交織困境，使其有足夠能力面對生活。因此，戒除是達到目標之重要手段，但並非目標本身，亦即，復元是「成為一個更好的人」而不僅是戒除 (el-Guebaly, 2012)，屬成長導向 (蔡佩真, 2019b, 頁 80)。復元之理念並非否定 (negate)、否認 (deny) 藥癮者之經歷，而是讓其學會與過去以及己身之不完美 (imperfections) 共存，並找到適合其往正向邁進之步驟 (Drew, 2015, pp. 22-23)。蔡佩真 (2019b, 頁 59) 更進一步指出，社會復歸為復元之具體展現，若藥癮者回歸社區後能獲得家庭與社會之理解及接納，恢復與社會之連結，即可能進一步得到機會以發展其良善本質與自我價值，復元歷程即得由此形成正向循環。附帶說明者是，維持戒除是積極延續改變之動態過程，而非靜止狀態 (龍紀萱等, 2006, 頁 57)，因此無論是復元或戒除，皆為動態、持續之過程。

於犯罪學上，與復元相近之概念是犯罪終止 (desistance)，其是發展與生命

歷程犯罪學 (developmental and life-course criminology, DLC) 中之核心概念。發展與生命歷程犯罪學於 1980 年代後期成為犯罪學之主力，在犯罪學研究中之重要性正迅速增加當中 (McGee & Farrington, 2016; McGee et al., 2015)，並為犯罪學領域中之關鍵問題帶來全新的視角，這些問題包括年齡與犯罪、犯罪之持續與終止、犯罪之軌跡、生命歷程之轉捩點 (turning points) 等 (Laub & Sampson, 2020)。Cullen (2011) 於其榮獲 2010 年美國犯罪學會蘇哲蘭獎之演講中表明，必須承認「生命歷程犯罪學即是犯罪學」(life-course criminology is criminology)，其並非與其他犯罪學理論相互競爭之觀點，而是取代限於青少年期犯罪學 (adolescence-limited criminology)，進而成為研究犯罪因果關係之組織框架。與緊張理論 (strain theory)、社會學習理論、控制理論、社會解組理論 (social disorganization theory) 等經典的犯罪學理論有所不同，發展與生命歷程犯罪學不一定是一種特定之理論或框架 (Piquero, 2023)。而所謂終止，是指曾參與持續犯罪模式者，其長期戒除犯罪 (Maruna, 2001, p. 26)²⁵。復元與終止皆為逐漸遠離犯罪行為／成癮行為之流動 (fluid) 歷程 (Hall, 2024, p. 1)，亦代表生活型態之轉變 (Coghlan, 2024)，且兩者皆非個人得以簡單達成，而是需要他人之參與、協助及支持 (Best, 2019)。詳言之，人能促使自己改變、於逆境中扭轉生活，其本身意義非凡，然僅靠一己之力達成者少之又少，得持續、穩定回歸社會並不單純是個人之決定或選擇，而是複雜之過程，涉及付諸行動之個人、家庭、友伴等，甚至是立法、政策、文化等結構性因素 (Best, 2019)。兩者之比較如下表 2-3-1 所示。

表 2-3-1 終止與復元之內涵與比較

	終止	復元
相同	<ul style="list-style-type: none"> ● 皆是隨著時間推移發生之動態、漸進過程 ● 大多非個人即得簡單達成，需要他人之參與、協助及支持 ● 通常與認同之改變、希望感、意義感、增能感 (sense of empowerment) 等有關 	

(續下頁)

²⁵ 關於終止定義之探討，詳見 Maruna (2001, pp. 22-27)、Maruna et al. (2004, pp. 17-19)。

	● 汙名將對於犯罪終止／復元形成阻礙	
	● 終止犯罪者與復元者除須改變、克服自己之行為外，亦須使朋友、家人、甚至是社會相信其已真正地改變	
相異	● 概念源於犯罪學學科	● 概念源於心理健康學科
	● 多應用於犯罪學與刑事司法領域	● 多應用於藥癮問題與酒癮問題領域
	● 假設人終將不再犯罪，並探討犯罪生涯 (criminal career)、年齡－犯罪曲線 (age-crime curve) ²⁶ 等議題	● 並未假設人終將停止使用藥物，但認為存在可能性
	● 目標在於社會所期望之結果，如不使用非法藥物、不犯罪、就業	● 目標可能隨著對於復元之不同定義而有異

資料來源：整理自 Best, 2019, pp. 8-9, p. 22; Best et al., 2017, p. 2, p. 5; Colman and Best, 2020, p. 3; Colman and Vander Laenen, 2012, p. 6; Hall, 2024, p. 1; Ronel and Elisha, 2022, p. 1007; White, 2007, p. 236。

當然，終止與復元亦可能發生於同一人身上。Colman and Vander Laenen (2012) 對於 40 位已終止用藥之用藥犯罪者 (drug-using offenders) 進行訪談，此些研究參與者皆曾用藥 (一週至少三次) 且犯罪 (五年內至少有五次犯罪)，並已復元且終止犯罪。其中有五分之四的研究參與者認為，其所為之犯罪行為與藥物使用有關，而犯罪行為通常是侵犯財產犯罪 (acquisitive offense)，如透過竊取他人財物以獲得足夠之金錢購買藥物，故此些研究參與者偏向將自己看作是用藥者而非犯罪者，認為犯罪之終止從屬 (subordinate) 於復元，亦即首要目標是復元，用藥之終止將使其不再犯罪。對此些研究參與者而言，犯罪終止並非有意

²⁶ 有論者自生命歷程之角度探討藥癮，並闡述所謂「藥物濫用與反社會行為曲線」(drug-abuse and antisocial-behavior curve)，詳見 Salas-Wright et al. (2016, pp. 160-175)。

識選擇改變之過程，而是新生活型態（即無藥生活）之結果。附帶說明者是，本研究將犯罪終止與復元二者進行概念上之區分，另有論者則以終止概念描述停止藥物使用之歷程，如齊沛瑜等（2018，頁 207）指出終止是持續停止藥物濫用之歷程，具動態性而不僅是某個時間點，呈現正向過程之概念。

貳、藥癮治療性社區之治療階段

一、治療階段之概說

藥癮者之復元是一發展過程，傳統之藥癮治療性社區包含三個主要的治療階段：「引入期」(orientation-induction)（又稱為「初始期」(initial)）、「主要治療期」(primary treatment) 與「復歸社會期」(reentry)，並可能包含額外之階段（De Leon, 1994, 1995b, 2010b, 2013, 2014, 2022；De Leon & Jainchill, 1991；De Leon et al., 2021；Vanderplasschen & Vandavelde, 2018）。引入期約在進入藥癮治療性社區之第一天至第六十天，主要治療期約在進入藥癮治療性社區之第二個月至第十二個月，復歸社會期約在進入藥癮治療性社區之第十三個月至第二十四個月，故總時長約二十四個月，而治療計畫較短之藥癮治療性社區則將對每個階段的時間進行相應之調整，每個階段皆是為下一階段之學習而做準備（De Leon, 1981, 1986a, 1986b, 1988d, 1988e, 1989c, 1990b, 1994, 1995b, 1997b；De Leon & Deitch, 1985；De Leon et al., 2021；Perfas, 2012）。對於經歷多年用藥生活者而言，幾個月的時間通常不足以帶來顯著之改變（Yablonsky, 1989, p. 155），蓋成癮與戒癮皆非一朝一夕所形成之結果，故傳統之藥癮治療性社區有較長之治療時間。同時，每個階段之學習亦促成下一階段之改變，而每個改變皆代表著居民逐漸邁向復元目標（De Leon, 1986b, 1994, 1995b, 1999b, 2010b, 2010c, 2013, 2014, 2022；De Leon et al., 2021；De Leon & Rosenthal, 1989）。居民透過此三個階段之進展，進而產生關於藥物依賴以及與他人關係之改變（Janeiro et al., 2018）。

對於此三個階段，於文獻上有類似之分類。如吳宗怡（2023，頁 12）將之分為「前期」、「中期」、「後期」；Perfas（2012，pp. 98-100；2014，pp. 43-45）所提出之分類則在復歸社會期前有「復歸社會前」(pre-reentry) 之階段，以及在復歸社會期後有「後續照護期」(aftercare) 之階段，故共有五個階段：引入期（約兩

週至四週)、主要治療期(約三個月至六個月)、復歸社會前(約兩個月至三個月)、復歸社會期(約兩個月至六個月)、後續照護期(約六個月至十二個月)。然其內涵與上述三個階段大致相同，僅為更細緻之分類。

須注意者是，雖有此些階段之區分，然居民之復元歷程絕非線性之發展，吳宗怡(2023, 頁 12)即正確地指出，雖不同復元時期之切分得增加理解上之清晰度，然藥癮治療性社區中之復元歷程並非線性、單向地發展，而是在反覆來回退進中逐漸前進。Császár et al. (2024) 對於 10 位於藥癮治療性社區接受治療之新興影響精神物質 (novel psychoactive substances, NPSs) 使用者進行訪談，該研究亦指出復元之旅獨一無二，無從僅被描述為不同階段之線性移動。黃柏諭(2022, 頁 6) 則更進一步認為治療階段不等同復元歷程，而是社區用以界定藥癮者狀態之概念架構。

二、引入期

引入期主要是藥癮治療性社區對於藥癮者進行觀察與評估，以瞭解具體治療需求，以及適應上之個別問題；同時，藥癮治療性社區亦會努力確保藥癮者瞭解社區之目的、規範、運作方式等，使藥癮治療性社區與藥癮者本身皆得衡量此種治療模式是否適合藥癮者。藥癮者將於此時期充分參與社區活動以融入社區，建立起與其他居民及工作人員間之信任感，增加對於藥癮本質之瞭解，並強化繼續下去之動機 (Clinkinbeard, 2008; De Leon, 1981, 1986b, 1988d, 1989c, 1990b, 1994, 1995b, 1997b, 2010b, 2013, 2014; De Leon & Rosenthal, 1989; Mason et al., 2001; National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2020; Ottenberg, 1982; Perfas, 2014; 李宗憲, 2010; 楊士隆、蔡德輝等, 2008)。而引入期亦是藥癮者最容易退出藥癮治療性社區之階段 (De Leon, 2014)。

於歐洲某些藥癮治療性社區則引入所謂「歡迎之家」(Welcomes house, WH)，其大約持續四週至八週，主要是為了讓所有新成員對治療計畫做好準備 (Gosling, 2016a; Tompkins et al., 2017)。Tompkins et al. (2017) 對英國兩個藥癮治療性社區歡迎之家的 13 位工作人員、13 位現任成員以及 9 位前成員進行訪談，其研究結論認為，歡迎之家不應成為藥癮治療性社區之強制階段，蓋並非每個成員皆有此需求，應將每個人對於歡迎之家的需求納入評估程序中，進而將之提供予可從中受益者。

三、主要治療期

主要治療期將透過所有的治療性活動與社區活動促使居民改變，以社會化、個人成長等改變為目標（De Leon, 1988d, 1989c; De Leon & Rosenthal, 1989）。通常於此時期將進行循證行為治療（evidence-based behavioral treatments），包含認知行為治療（cognitive behavioral therapy, CBT）²⁷、動機式晤談（motivational interviewing, MI）等，以促使改變並強化「社區即方法」，主要關注藥癮者之心理目標與社會目標，同時欲滿足藥癮者之社會、教育、職業、家庭與心理需求（De Leon, 1995b; NIDA, 2020; Perfas, 2014）。

居民於此階段之進展可以體現於三個層面：「社區地位」(community status)、 「發展改變」(developmental change) 以及「心理改變」(psychological change)（De Leon, 1986b, 1988d, 1989c, 1990b, 2013）。社區地位意指居民成為榜樣之程度；發展改變是指居民於行為、態度等方面改變之程度，代表居民內化（internalize）藥癮治療性社區觀點之程度，以及對於無藥生活型態之承諾；心理改變則指居民於自尊、洞察力、自我覺察、情緒自我管理等方面所展現之成長程度（De Leon, 1986b, 1988d, 1989c, 1990b）。

四、復歸社會期

藥癮治療性社區將重新融入社會（social reintegration）作為治療之一部份（Zafiridis, 2020），若不強調復歸社會，而是使居民永遠留在藥癮治療性社區中，那僅是以另一種依賴取代對於藥物之依賴（McCarthy et al., 2000），進而可能步上 Synanon 之後塵。於復歸社會期，居民必須強化自主決策（autonomous decision making）之技巧，鞏固自我管理之能力，並減少對於居住結構、理性權威或無處不在之同儕網絡的依賴（De Leon, 1988d, 1989c, 1990b, 2010b, 2012, 2013），從而逐漸脫離藥癮治療性社區，有更多時間接觸現實世界（Perfas, 2003）。

復歸社會期主要包含兩個階段：早期（early）與晚期（late）。早期階段（第十三個月至第十八個月）之主要目標，是為了讓居民與藥癮治療性社區之分離做好準備，居民大多仍住在社區內，可能於社區之內部或外部從事工作，但仍須承擔某些社區責任，居民於此時期亦會為長期之心理、教育、職業等目標制定計畫；

²⁷ 關於認知行為治療與藥癮治療性社區，詳見 Perfas (2014, pp. 113-120; 2018, pp. 46-49)。

晚期階段（第十九個月至第二十四個月）之主要目標則是發展社區內外其他同儕網絡，並強化生活技能，從而成功地讓居民與其他居民分離，此一階段是居住之結束，但非藥癮治療性社區計畫之結束，居民將外出居住，從事全職工作或成為全職學生，與藥癮治療性社區之聯絡逐漸減少，並參與後續照護服務（aftercare services），以幫助居民維持於治療期間所形成之改變（De Leon, 1986b, 1988d, 1989c, 1990b, 1991a, 1994, 1995b, 1997b, 2010b, 2012, 2013, 2014；De Leon & Rosenthal, 1989；NIDA, 2020）。藥癮治療性社區之後續支持方案相當重要，蓋後續支持得預防復發（Vanderplasschen et al., 2013），且由於資金壓力縮短了藥癮治療性社區之治療時間，更凸顯後續照護資源之重要性（De Leon, 2010b, 2013）²⁸。

藥癮治療性社區被視為是微觀社會（microsociety），即每個藥癮治療性社區皆各自形成微型社會（miniature society），並透過前述之治療歷程，使居民為在真實世界此等宏觀社會（macrosociety）中成功地生活做好準備（De Leon, 1988d, 1990b, 2000；Gosling, 2018a），居民亦透過參與此微觀社會而不再因其藥癮者身分被孤立（Kooyman, 1993）。藥癮治療性社區之經驗將促成橫跨一生之改變過程，於治療中所獲得者，是導引居民邁向持續改變道路上之工具，故完成藥癮治療性社區之治療並非結束，而僅僅是個開始（De Leon, 1986b, 2010b, 2013, 2014, 2022；De Leon et al., 2021；De Leon & Rosenthal, 1989）。

參、藥癮治療性社區之復元歷程

藥癮治療性社區運用各種活動與要素等，促進藥癮者於社區內之復元歷程。在對於復元之概念與藥癮治療性社區之治療階段具有基礎理解下，本研究將以研究場域是否為宗教戒癮（我國多使用福音戒毒）之藥癮治療性社區作為探討復元歷程相關研究之區分基礎，雖然非宗教戒癮之藥癮治療性社區內亦可能有宗教活動，然戒癮過程中是否以宗教為主要方法，對於復元歷程之影響與影響程度可能有所不同，故以下區分為福音戒毒之藥癮治療性社區²⁹以及非宗教戒癮之藥癮治療性社區兩者進行說明。

²⁸ 關於藥癮治療性社區之後續照護，詳見 De Leon (1991a)。

²⁹ 龍紀萱等 (2015, 頁 7) 直接稱之為「福音戒毒治療社區」。

一、福音戒毒之藥癮治療性社區

以「福音戒毒」為戒癮方法之藥癮治療性社區，如晨曦會、主愛之家、沐恩之家等藥癮治療性社區為研究場域，乃復元歷程相關研究之大宗。例如，黃柏諭（2022）訪談3位主愛之家的居民，並以現象學為分析方法。該研究指出，居民之經驗可被整合入「經驗的背景」、「經驗的對照」、「成癮者在治療性社區（主愛之家）中的經驗」、「經驗的開展」四者，貫穿此四者之軸線是時間，此四者構成「成癮者在藥酒癮治療性社區中的經驗」之基本結構（黃柏諭，2022，頁83）。其自研究參與者之經驗所得出普遍成癮者之經驗結構如下圖2-3-1所示。在經驗的背景中，普遍成癮者可能會認為進入主愛之家前之生活不能說是生活，可能包含「在不安穩的生活中嘗試毒品」與「遁入毒品世界以從現實解脫」兩個階段，以及「對自己之負向看法」此種經驗主題（黃柏諭，2022，頁72-73）。在經驗的對照中，可能包含「不信任感與無意義感」（不信任醫療機構與認為監獄生活無意義）、「無助感」（反覆出入機構並感到無助）、「懷疑感與頓悟交織」（對於改變之懷疑與頓悟）此三種經驗主題（黃柏諭，2022，頁74-75）。在主愛之家（藥癮治療性社區）中的經驗得區分為三個心理階段：於第一個心理階段，普遍的成癮者可能有「空間所帶來的『安』的經驗」，以及「由工作人員促成的自我轉化：模仿與認同」、「由同儕促成的自我轉化：增進自我覺察」、「由他者促成的自我轉化：他者映照出理想與現實的落差」等經驗；於第二個心理階段，可能有「在面對挑戰中意識到持續改變的需要」、「在參與課程與活動中建立了時間感與得到非認知的新體驗」、「藉由工作建立自我認同」等經驗；於第三個心理階段，則可能有「自我的改變」、「修復原有的或建立擬似性的家庭關係」、「把主愛之家視為提供人際聯繫與情感支持的場所」、「對基督教的想法改變」之經驗（黃柏諭，2022，頁76-80）。最後，於經驗的開展中，戒毒可能作為持續的行動與穩定自我之過程，並於離開主愛之家後，可能選擇持續保持與主愛之家的聯繫（黃柏諭，2022，頁82）。

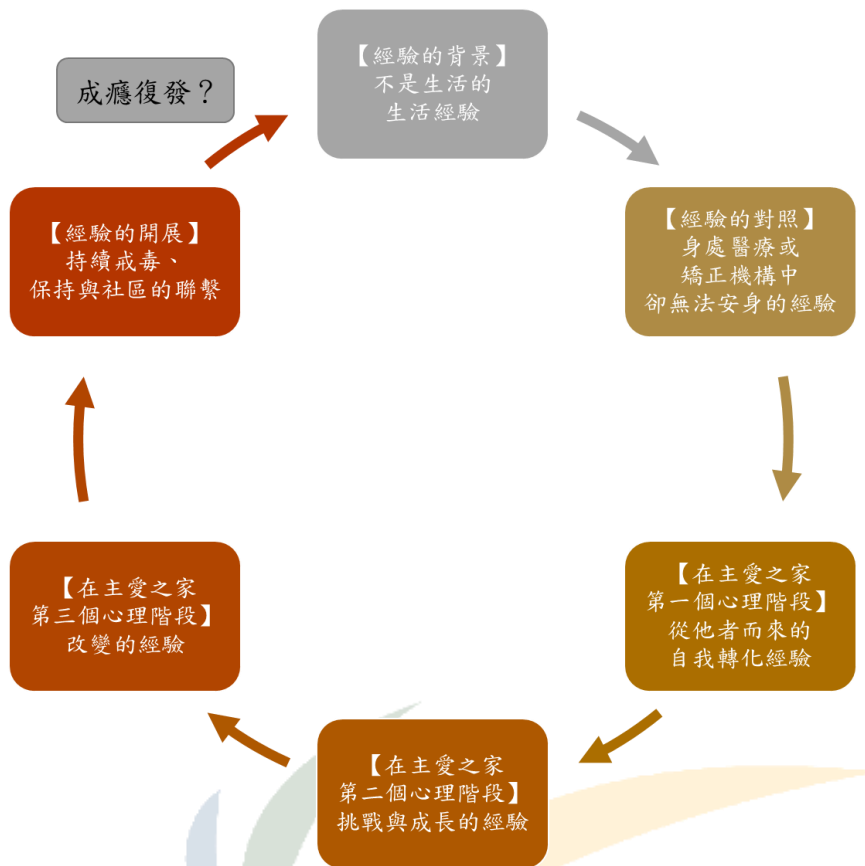


圖 2-3-1 黃柏諭 (2022) 研究中普遍成癮者之經驗結構
 (資料來源：改編自黃柏諭，2022，頁 82，圖 4)

有論者亦採現象學方法進行分析。賴思璇 (2017) 訪談晨曦會 6 位已復元之女性藥癮者、4 位輔導員與 2 位藥癮戒治專家，該研究發現，女性個案復元之歷程，是由起始轉捩點接觸福音戒毒，接著進入內在修復與自我調適階段，並與家人之關係修復好轉，後續出現相關後遺症，面對生活是以正向思考且知足滿意之心態，最後虔誠信仰並忠於服侍上帝 (賴思璇，2017，頁 251)。戒癮成功之因素，包括信仰之支持，以及重要他人之影響 (賴思璇，2017，頁 266-267)。而福音戒毒使女性藥癮者擁有正向之思維與生活態度，與家人之關係亦逐漸修復 (賴思璇，2017，頁 269-271)。

另有論者欲探討晨曦會中男性藥癮者之復元歷程，以及其所經驗之改變因子。安辰赫 (2003) 訪談 11 位晨曦會苗栗戒毒村之居民，並以扎根理論作為研究之方法論。該研究發現三十六個復元成功之改變因子，支持藥癮治療性社區注重藥癮者本身之改變機制 (安辰赫，2003，頁 123)。晨曦會之戒癮模式，是藉由

環境之塑造，使藥癮者產生關係之更新，並逐漸以正向關係取代過去藥物依賴之負向關係，藥癮者於此過程中逐漸戒除藥癮而達到復元，即自藥物依賴之全人違常逐漸轉變為身、心、靈皆復元之全人復元狀態（安辰赫，2003，頁 138）。該研究發現可將藥癮治療性社區之復元歷程分為「排毒期」、「戒毒期」、「維持期」三者，並將其研究所得之核心類別「關係的更新」下之三個次核心類別（即「更新與自己的關係」、「更新與他人的關係」、「更新與神的關係」），以及另一核心類別「環境的塑造」，以此四者為單位納入三十六個改變因子，並對應至改變因子出現之類別與時期，以此呈現改變因子於復元歷程三個時期中出現之順序與脈絡（安辰赫，2003，頁 103，頁 106），所得之復元歷程如下圖 2-3-2 所示。

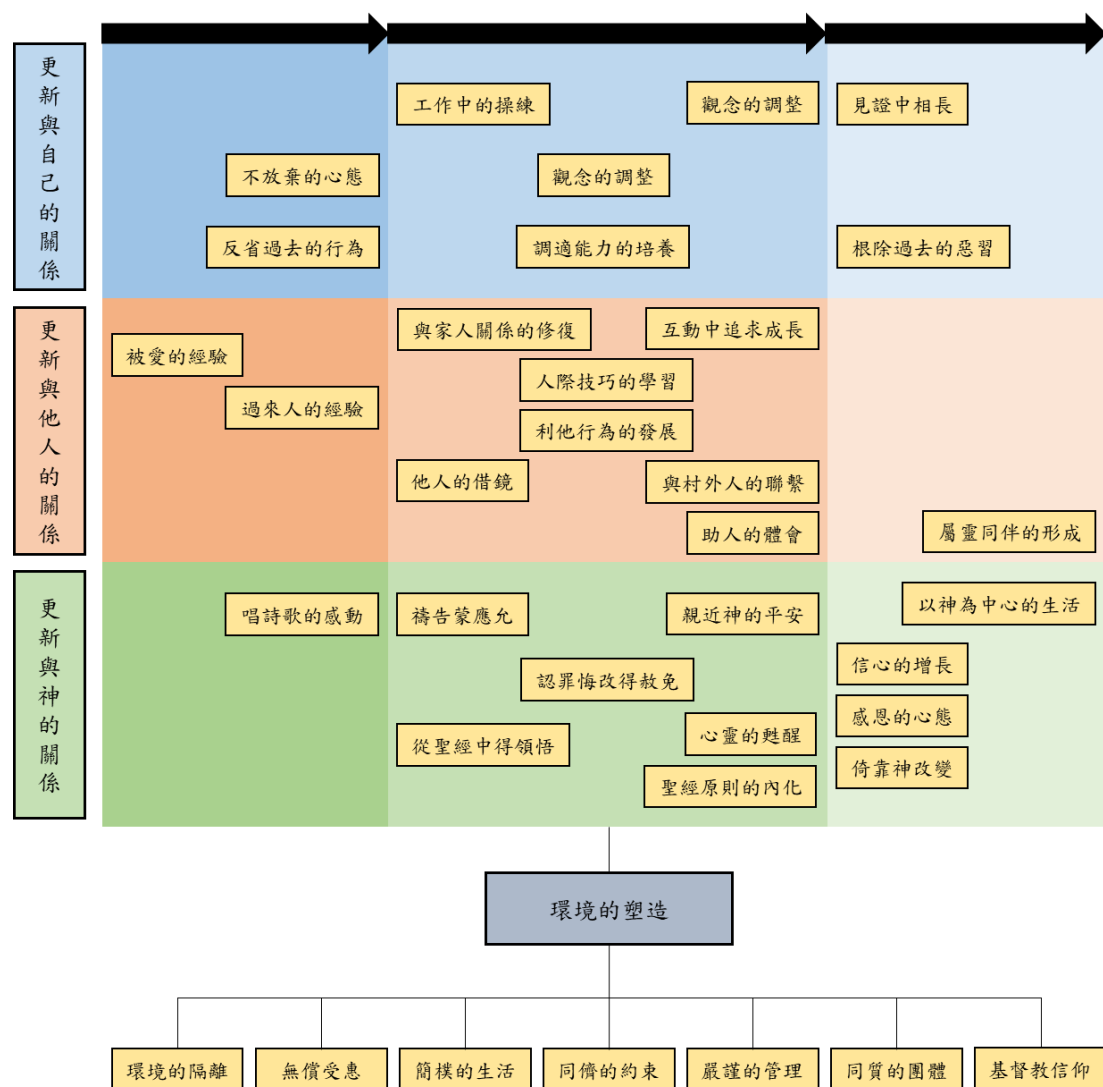


圖 2-3-2 安辰赫（2003）研究中復元歷程之改變因子出現脈絡
（資料來源：改編自安辰赫，2003，頁 108，圖 4-3）

同樣以晨曦會為研究對象者，萬淑民（2022）以質性方法探討用藥更生人於社會復歸中之轉化學習歷程³⁰，其訪談於晨曦會戒毒村完成戒癮且十年不再犯之6位男性學員、2位女性學員。研究結果發現，對於家人之愧疚感與痛苦、自身之反思、重要他人之陪伴是進入晨曦會之動機（萬淑民，2022，頁126-129）。而於戒癮過程中，基督文化為研究參與者帶來新的觀點，在生命之目的、處理人事物之標準等各種層面上，因信仰耶穌而有了許多意義；行為舉止亦因信仰而有所不同，其開始反思與覺察，逐漸自救的觀點解放，並依循新的觀點採取行動（萬淑民，2022，頁132-138）。研究參與者所產生之改變包括：擁有踏實感、脫離自我中心之價值觀、找到生活目標與生命意義、學會和睦相處，以及懂得知恩、感恩與報恩（萬淑民，2022，頁138-141）。

二、非宗教戒癮之藥癮治療性社區

非以宗教戒癮為主之藥癮治療性社區，如茄萇山莊、利伯他茲治療性社區等，對其居民復元歷程之相關研究亦屬有之。趙雅芳（2014）試圖理解藥癮治療性社區居民之改變歷程、心中之想法與感受等，其訪談1位參與茄萇山莊之藥癮者，以及1位參與美沙冬維持治療者，兩位皆參與一年以上且一年內未復發，並採取敘事研究法進行研究。其中關於參與藥癮治療性社區之藥癮者部分，研究結果發現，於藥癮治療性社區中，社區之會議使研究參與者重新學習如何規劃生活，透過與其他居民完成各種活動，感受分享之力量，並於社區中擔任不同角色，學習承擔責任與義務（趙雅芳，2014，頁78-80）。研究參與者亦感受到許多人之幫助，透過自願參與非結構之日常活動，逐漸學習幫助他人，並於社區生活中學習生活自理與感受表達，與其他居民互相檢視並分享感受及行為，分擔彼此之責任，進而共同創造情緒安全之社區環境（趙雅芳，2014，頁80-83）。研究參與者指出，每個治療階段皆有其意義，親身經歷過者會傳承經驗，對於尚未經歷者有社會學習之教育與模仿作用（趙雅芳，2014，頁84-85）。另外，研究參與者認為於社區生活時可在犯錯後被理解與包容，是一種同理心之訓練，並得藉此累積經驗，自錯誤中學習，且於社區中慢慢體驗人與人之界線（趙雅芳，2014，頁85-86）。趙雅芳（2014，頁123）指出，研究參與者是從社區生活之活動與規範中，重新學

³⁰ 該研究雖以探討更生人於晨曦會戒毒村完成戒毒並重返社會後，在晨曦會擔任各項職務或在其他地方工作之社會復歸的轉化學習歷程為研究主要內容，然該研究亦對其研究參與者於晨曦會戒毒村中之復元歷程有所描述，故本研究將該研究納入此處復元歷程之回顧與探討。

習各項生活技能，覺察新習慣與舊習慣之差異，並於社區中培養新的生活規範，而後將藥癮戒除。

另有自修復式正義與控制理論 (control theory) 之角度論述居民之復元歷程。白鎮福 (2014) 採取現象學與詮釋學之方法論，訪談茄荖山莊 1 位居民與 3 位曾接受該藥癮治療性社區治療且已復歸社會一年以上之前居民，並輔以參與觀察法。該研究發現，當藥癮者初入藥癮治療性社區接受治療修復時，將先在較高度之正式社會控制情境下 (如環境之限制、社區內之規範等)，逐漸地學習與接受非正式社會控制之約束 (如醫療管理人員、同儕居民與原生家庭之關愛等)；當非正式社會控制到達某些程度後，亦開始發展內在自我控制；隨著治療時間越久，對於正式社會控制之需要越發減少，受到非正式社會控制與內在自我控制之約束則越發增加 (白鎮福，2014，頁 130)。

最後，有論者自心理學角度檢視藥癮治療性社區居民於復元歷程中之心理需求。吳宗怡 (2023) 對於某都會型藥癮治療性社區進行敘事研究，其訪談 3 位已自藥癮治療性社區畢業復歸社會之藥癮者。該研究發現，由於居民於進入社區初期，多處於關係動盪之狀態，故欲尋求連結感，包含身心安全感、被接納、自我連結此三需求，對於此三需求，藥癮治療性社區透過不同方式回應之。詳言之，藥癮治療性社區透過規律穩定之生活環境、規範及相關課程，以回應居民身心安全感之需求；透過來自社區工作者、其他居民與家人真誠的關懷、尊重、非評價性之態度與行動，以回應居民被接納之需求；透過包容性環境、戒癮復元與心理相關知能及介入，居民得與疏離已久之自己再次展開對話並重建關係，逐漸發展自我反思與瞭解，進而於反思中堅定戒癮意志，回應居民自我連結之需求 (吳宗怡，2023，頁 49-61)。再者，當居民感到自己受支持且安全，並更加瞭解個人狀態時，由於居民本身攜帶過去積累之挫敗與失控經驗，將欲尋求能力感，而有自我效能感之需求³¹，對此，藥癮治療性社區則透過社區與同儕之肯定，以及社區之多元任務，達成居民自我效能感之重建與積累 (吳宗怡，2023，頁 64-69)。此外，隨著居民走入戒癮歷程，其欲尋求價值感，包含貢獻感、意義與價值感之需求。隨著連結感與能力感之積累，居民逐漸能關注外在環境及他人，貢獻感之需求逐漸浮現，藥癮治療性社區透過對於居民連結感與能力感之回應，使居民累積

³¹ 該研究之自我效能感需求，是指居民渴望感知到自己「能夠做到些什麼」，發揮功能而有效地完成某些事，無論是生活事務、人際關係，甚至是復元之任務 (吳宗怡，2023，頁 65)。

感受自己歸屬社區等正向經驗，增長貢獻之動力，並透過社區所重視之互助利他價值，使其於貢獻中獲得支持與肯定之正向回饋，進而回應居民之貢獻感需求；居民亦因開始正視過往生命經歷，並走過一段時間之戒癮歷程，對於其生命意義與價值之疑問容易浮現，藥癮治療性社區則使居民於經歷挫敗後獲得修復性回應，以及使其積累貢獻經驗，以回應意義與價值感之需求（吳宗怡，2023，頁 69-75）。最後，於戒癮之路上，居民面臨復歸社會之任務，害怕因而浮現，有其看見自我韌力³²之需求，藥癮治療性社區則透過使居民增長自我瞭解與肯認、積累正向克服經驗、增長方向感與希望感，以回應看見自我韌力之需求（吳宗怡，2023，頁 75-81）。

第四節 藥癮治療性社區之挑戰

藥癮治療性社區於當代面臨有效性、高成本、留存率不佳等挑戰，此些挑戰屬藥癮治療性社區發展上之重要課題，不容忽視，亦與居民之復元歷程有其關聯。本節將針對較為重要之議題，即有效性、高成本、留存率此三者進行討論，透過回顧國內外之相關研究，期能大致理解藥癮治療性社區之當代困境。

壹、對於藥癮治療性社區有效性之質疑

由於缺乏隨機對照試驗（randomized controlled trial, RCT），因此藥癮治療性社區不時被質疑是否為對於藥癮之循證治療（De Leon, 2010a, 2015；Vanderplassen et al., 2013）；是否能在離開藥癮治療性社區後仍能保持不用藥（White, 1990），亦有疑問。誠然，此類批評並非空穴來風，然藥癮治療性社區之治療確實有效（Carroll, 1992），甚至及於藥癮者本身之犯罪行為。如 Šefránek and Miovský (2017) 對捷克共和國（Czech Republic）四個藥癮治療性社區中 176 位居民進行調查，其中在離開藥癮治療性社區一年後接受結構式訪談者有 137 位（77.8%），研究結果指出，於離開社區一年後，居民對於甲基安非他命（methamphetamine，該國藥癮者主要使用之藥物）、鴉片類藥物、苯二氮平類（benzodiazepines）等藥物之使用相較於進入藥癮治療性社區前顯著減少，犯罪行為亦顯著降低。

³² 該研究之看見自我韌力，是指擁有帶著害怕鼓勵自己往前走之能量（吳宗怡，2023，頁 75）。

Holland (1978) 對位於美國伊利諾州之藥癮治療性社區 Gateway Houses 進行研究，研究參與者為自 1968 年 7 月至 1974 年 6 月曾參與過 Gateway Houses 者，其自 1,420 位居民中隨機抽樣 193 位居民，並分為三組：第一組有 89 位，於前九個月即退出治療；第二組有 70 位，雖治療九個月以上，但被工作人員認為是過早退出者；第三組有 34 位，屬完成治療者。該研究發現，此三組居民在進入 Gateway Houses 前一年，逮捕率未有顯著差異，然於離開或完成治療後一年則有顯著差異：第一組之逮捕率幾乎未有變化；第二組之逮捕率減少 81%；第三組之逮捕率減少 97%。該研究指出，根據其所分析之資料表明，於 Gateway Houses 進行九個月以上之治療者，不問居民之性別、種族或年齡，其犯罪行為皆有所減少。

然而，居民是否於各層面皆有所改善，我國研究呈現較為分歧之結果。黃耀興 (2013) 對某藥癮治療性社區居住三個月以上之 70 位海洛因使用者進行事後回溯研究，發現海洛因使用者進入藥癮治療性社區三個月後，除家庭支持度無顯著改善外，物質依賴嚴重度、拒絕海洛因自我效能、衝動控制以及憂鬱程度四者皆獲得顯著改善 (黃耀興, 2013, 頁 115, 頁 149)。蒲品卉 (2024) 則對某藥癮治療性社區 2010 年至 2021 年間之 39 位非鴉片類藥物使用者進行研究，探究其於初次評估、第三個月、第六個月、第九個月之物質依賴嚴重度等復元因子之差異，以瞭解治療介入後之改變。研究結果發現，藥癮治療性社區居民之物質依賴嚴重度平均分數不減反增 (蒲品卉, 2024, 頁 48, 頁 52)，不過居民之憂鬱傾向於全人結構性之藥癮醫療介入下，有明顯之改善 (蒲品卉, 2024, 頁 54, 頁 60)。

Vanderplasschen et al. (2013) 指出，若藥癮者於藥癮治療性社區內停留足夠時間，且參與後續照護，則藥癮治療性社區得於藥癮者之復元中發揮重要作用。Bunt et al. (2008) 甚至指出，在以社區為基礎之環境中，藥癮治療性社區可能是唯一經證實為臨床有效 (clinically effective) 且具有成本效益 (cost-effective) 之行為治療模式。目前研究之證據仍足以支持藥癮治療性社區之有效性 (effectiveness) (De Leon et al., 2021; NIDA, 2020)，至少是對某些藥癮者有效且具成本效益之方法，特別是重度藥癮者 (De Leon, 2004, 2010a, 2010c, 2013, 2019; De Leon & Unterrainer, 2020)，蓋藥癮治療性社區提供全面之照顧，於較高藥物依賴情形下更為適合 (蒲品卉, 2024, 頁 64)。

時間因素為決定藥癮治療性社區是否有效之關鍵。Dekel et al. (2004) 對以

色列三個藥癮治療性社區之 167 位海洛因成癮者進行研究，探討其離開藥癮治療性社區十五個月後之情形。此些研究參與者於藥癮治療性社區停留一個禮拜至一百個禮拜不等，且有約四分之三（76.6%）之研究參與者於完成為期十三個月之治療前即已退出。該研究發現，約有半數（49.7%）之研究參與者未再使用藥物；且在完成治療之研究參與者中，有 94.9% 未再使用藥物，退出治療之研究參與者卻只有 35.9% 未再使用藥物。此外，與十五個月後再使用藥物之研究參與者相比，十五個月後未再使用藥物之研究參與者於藥癮治療性社區接受治療之時間更長；而在該研究中，只要研究參與者於藥癮治療性社區停留半年以上，停留時間越久，即越有可能於十五個月後未再使用藥物，如下圖 2-4-1 所示。

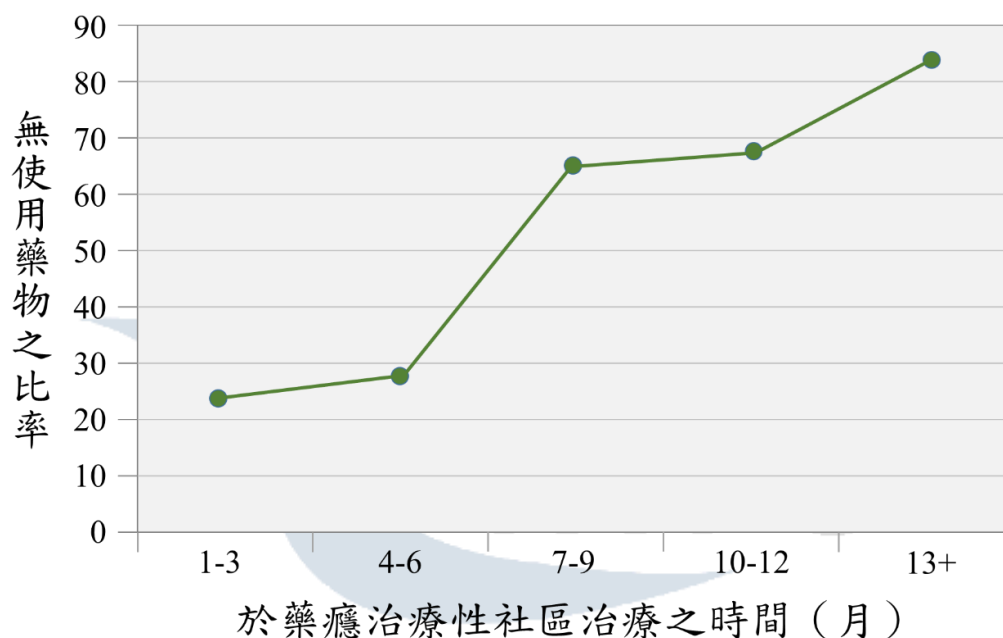


圖 2-4-1 Dekel et al. (2004) 研究中藥物使用與治療時間之關係
 (資料來源：改編自 Dekel et al., 2004, p. 1836, Figure 1)

我國之研究亦呈現類似結果。朱詩馨 (2023) 以及朱詩馨等 (2023) 對茄萇山莊治療天數滿三十天之男性居民 (104 位) 進行回溯型世代研究，以探討人口學、心理社會因子與治療後一年內復發之相關性。該研究發現，再次使用藥物者有 42 位 (40.4%)，而相較於再使用藥物組，未再使用藥物組居住天數較高，居住天數越高未再次使用藥物之比例較高，且居住天數與再次使用藥物具有顯著關係。

時間之影響不僅止於此，除居民於藥癮治療性社區內之長短會影響其治療成效外，藥癮治療性社區計畫本身之長短亦會有其影響。Bleiberg et al. (1994) 研究美國華盛頓哥倫比亞特區退伍軍人管理局醫學中心 (Veterans Administration Medical Center) 中之藥癮治療性社區，該藥癮治療性社區治療時長原為六個月，後於 1986 年調整為一個月，其餘方面大致上未進行調整。該研究選擇 22 位完成六個月計畫者 (六個月組) 與 22 位完成一個月計畫者 (一個月組)，並於研究中進行結構式訪談。44 位總共有 19 位拒絕或無法接受訪談：六個月組有 6 位，但透過詢問或其他資料得知其中 4 位是否 (因藥物而) 被監禁或重新用藥 (4 位有 2 位被監禁，2 位重新用藥)；一個月組有 13 位，但透過詢問或其他資料得知其中 8 位是否被監禁或重新用藥 (8 位有 2 位被監禁，5 位重新用藥，1 位死於用藥過量)。研究結果發現六個月組有 10 位治療成功，10 位治療失敗 (重新用藥或被監禁)，有 50% 之成功率；一個月組則只有 4 位治療成功，13 位治療失敗，僅有 24% 之成功率。據此，Bleiberg et al. (1994) 指出，治療時間較多者有較高成功率之可能原因，包括：使居民有更多時間獲得洞察力，達成情緒與行為之改變，且對於行為形成更強之控制；與工作人員之接觸時間更多，因而有更多機會與正向榜樣接觸；環境使得居民對於舊有之支持系統產生足夠的心理距離 (psychological distance)，且更得抗拒誘惑等。

修正型治療性社區 (modified therapeutic community) 亦有其有效性。於 Sacks et al. (2010) 之研究中，其對有關修正型治療性社區 (收治有精神障礙藥癮者) 之三項研究進行統合分析 (meta-analysis)，研究結果支持修正型治療性社區對於有精神障礙藥癮者之有效性。而不僅是藥癮本身，修正型治療性社區對於藥癮者後續是否再次犯罪亦有影響。Whitten et al. (2023) 對於澳洲之「青少年生活管理計畫」(Program for Adolescent Life Management, PALM) 進行研究，該計畫是提供給 13 歲至 18 歲有酒精或用藥問題青少年之修正型治療性社區，採用全方位 (holistic) 方法，著重於酒精或用藥以外更為廣泛之問題，並為每位青少年量身訂作個人行動計畫。該研究發現，藥癮治療性社區之治療對於具酒精或用藥問題與刑事定罪 (criminal convictions) 之青少年幫助甚大，減少了青少年藥癮者後續再次犯罪，蓋此種模式提供全方位之支持，並解決多層面之需求。藥癮治療性社區提供了重要的干預途徑，將青少年轉移出刑事司法體系，為其提供服務與支持，從而改變未來之生活軌跡 (trajectories) (Whitten et al., 2023)。

對於監獄治療性社區 (In-prison therapeutic community) 之研究表明，雖然其他類型之治療 (如藥物輔助治療、諮商等) 分別於減少再犯或減少復發之部分，單方面勝過監獄治療性社區，但監獄治療性社區是既可有效減少再犯，亦可有效減少復發之干預措施 (Tuck & Stossel, 2019)。Aslan (2018) 針對 2007 年至 2017 年之相關研究進行回顧，發現監獄治療性社區於受監禁藥癮者之復元方面，優於其他藥癮治療。而 Weinrath et al. (2021) 對加拿大草原省 (Prairie Provinces) 之監獄治療性社區進行量化與質化之混合研究，發現接受監獄治療性社區治療之受監禁藥癮者，於再犯率上顯著低於未接受者。Weinrath et al. (2021) 之研究亦發現，參與監獄治療性社區之受監禁藥癮者大多持正面評價與感受，監獄治療性社區為之帶來截然不同的體驗，研究參與者表示學到新技能，並認為監獄治療性社區計畫為其提供改變之機會。同樣於加拿大之研究中，Weinrath et al. (2024) 將監獄治療性社區與其他安全風險分數相當之單位進行比較，研究結果表示監獄治療性社區擁有較低之違規行為率 (misconduct rate)，於監獄治療性社區之受監禁藥癮者似在相處上較為融洽，其所表現出之行為與其他單位有所差異。Vinais et al. (2023) 則對法國監獄治療性社區進行先導研究 (pilot study)，將監獄治療性社區模式與其他方案進行比較，該研究發現，相較於其他傳統方案，監獄治療性社區對於藥癮本身有更為明顯之改善，且其不只關注藥癮本身，亦關注社會復歸，同時顯著改善包含藥癮者自尊在內之其他特徵。

於亞洲國家之研究亦顯示藥癮治療性社區對於被監禁藥癮者之益處。Lee et al. (2014) 分別將南韓兩所監獄中 48 位因藥物使用相關犯罪而被判刑之藥癮者，隨機分配至實驗組 (24 位) 與對照組 (24 位)，實驗組接受藥癮治療性社區之治療，對照組則依其需求提供支持性諮商 (supportive counselling)。該研究發現，實驗組在自我效能部分，於接受藥癮治療性社區干預後顯著提高，問題解決能力 (problem-solving skills) 之部分亦是如此，代表其於解決問題時表現出更強的問題解決信心與面對問題之傾向；至於對照組在自我效能與問題解決能力之部分，皆未顯著提高。

貳、藥癮治療性社區之高成本問題

民主治療性社區存在運作成本相當高之問題 (Newton-Howes & Mulder, 2020)，同樣問題亦出現於藥癮治療性社區 (陳怡青等, 2021)。縱使藥癮治療性

社區得到廣泛地認可，然世界各國之藥癮治療性社區皆面臨資金不足的問題（Bunt et al., 2008；Gosling, 2023；NIDA, 2020）。詳言之，治療時間雖是藥癮治療性社區之治療得否有效的關鍵之一（Anderson & Harrison, 2004），但由於傳統藥癮治療性社區方法所需時間通常為十二個月至二十四個月（Kast & Avery, 2019），此種長時間之治療造成資金上之壓力，導致藥癮治療性社區被迫縮短治療時間，甚至降至得產生正面效果所需時間以下，造成成本效益上之破壞；甚至由此認為藥癮治療性社區無法達到治療效果，最終導致藥癮治療性社區之消失（De Leon, 2019；De Leon et al., 2021；Perfas, 2014, 2019；Yates, 2017a, 2017b）。

監獄治療性社區亦面臨此一挑戰，雖然相較於一般之藥癮治療性社區，於監獄中設置藥癮治療性社區所增加之成本有限（Boyum et al., 2011），蓋藥癮治療性社區主要支出之部分——住房，已由監獄提供（Tuck & Stossel, 2019）。然而，經濟蕭條造成美國各地嚴重缺乏預算，進而阻礙包含監獄治療性社區在內的監獄藥癮治療計畫之推行，且導致許多原有之監獄藥癮治療計畫被迫停止（Wexler & Prendergast, 2010）。如美國加利福尼亞州目前已無監獄治療性社區，僅有些計畫中仍保留些許藥癮治療性社區之元素（Mullen et al., 2019）。

相較於美國，歐洲之藥癮治療性社區資金問題更為嚴重，蓋歐洲之藥癮治療性社區多採用專業人員，而美國因較具自助性質，故專業人員之成本較低（Broekaert, 2006）。對於茄萇山莊之研究亦指出，由於茄萇山莊之運作需要專業資歷較高的工作人員，因而產生高額之人事費用（白鎮福, 2014）。據此，縱使具有成本效益，但資金與成本之壓力對於藥癮治療性社區之推動與經營亦是一大挑戰。

參、藥癮治療性社區之留存率問題

如何提高藥癮治療性社區之留存率（retention rates）是一大挑戰。詳言之，大多數參與計畫者很快就退出（dropout）藥癮治療性社區（尤其是於進入治療之初）³³，此亦是藥癮治療性社區經常招致批評之處（Anglin & Hser, 1990；McCarthy et al., 2000；Yates et al., 2010），蓋藥癮者可能不願意或無法承受嚴格的管理、

³³ 事實上，退出是所有治療模式之常態（De Leon, 1991b, 1999a）。早期相關研究整理，可見 De Leon (1991b)。

乏味的任務等，然此些是治療之基本要素 (McCarthy et al., 2000)。Jones (1984) 認為，強烈的團體認同可能是藥癮治療性社區得以戒除藥癮之主要因子，然而，藥癮治療性社區之高治療強度對於藥癮者而言或許過於沉重，故於藥癮治療性社區初期即退出者之數量往往居高不下。而 Burnett (2001) 訪談於英格蘭東北部的藥癮治療性社區 Phoenix House Tyneside 中之 18 位居民，結果發現大部分居民皆曾考慮離開藥癮治療性社區，原因在於進入之初較難適應高要求之生活規則。陳重叡 (2024) 對於利伯他茲治療性社區之研究中，發現 2020 年至 2023 年 6 月共有 124 位學員離區，包含 74 位消極結案 (原因包括無法適應、重大違規等) 與 50 位積極結案 (原因包括就業、返家等)，其中消極結案之原因以無法適應占最大比例 (占消極結案之 77%)，亦在整體離區原因中占將近半數 (46%)。可見對於藥癮者而言，欲適應藥癮治療性社區之生活與規範有其困難。

Chen et al. (2016) 對以色列的藥癮治療性社區 Retorno 進行研究，訪談 11 位已退出之青少年居民 (包含 5 位女性、6 位男性)，探究其對於退出藥癮治療性社區之看法。該研究發現，青少年居民退出藥癮治療性社區之原因有三：(1) 情緒需求未被滿足，大多數退出之居民指出，其對於工作人員有情緒支持方面之期望，然工作人員未滿足之；(2) 缺乏改變之動機與渴望，有些退出之居民認為自己欠缺真正改變之渴望，亦有認為其有強烈的改變動機，然卻欠缺留在藥癮治療性社區之動機，因而決定離開；(3) 對於治療計畫之不滿意，有些退出之居民對於藥癮治療性社區之治療計畫提出批評，如認為十二步驟計畫未被正確運用，或是某些具懲罰性質之方法未見其效，反而造成負向影響。不過，該研究亦指出，退出不代表於復元上之失敗，有些研究參與者在藥癮治療性社區認識其未被滿足之需求後，繼續尋求其他適當資源以滿足其需求，最終達成生活型態之改變並戒除藥癮。

Haviv et al. (2024) 對 2010 年至 2015 年進入以色列的 Hartuv 居住式治療性社區參與為期十二個月治療計畫之所有男性居民進行分析，該期間有 193 位居民 (57%) 是以該藥癮治療性社區作為監禁之替代性措施 (alternatives to detention)，其餘 146 位居民 (43%) 則是自願進入社區。該研究發現，此二群體於婚姻狀況、國籍、用藥史、年齡、子女數量等變項上皆未有顯著差異。所有居民有 203 位 (60%) 未完成治療計畫，其中自願進入者有 109 位 (退出率 74.6%)，平均留在 Hartuv 居住式治療性社區之時間為 5.54 個月；而以 Hartuv 居住式治療性社區作

為監禁之替代性措施者則有 94 位未完成治療計畫（退出率 48.7%），平均留在該藥癮治療性社區之時間為 8.18 個月。自願進入者於進入 Hartuv 居住式治療性社區四個月後已有 50% 退出，然以該藥癮治療性社區作為監禁之替代性措施者於進入社區四個月後仍有約 70%。Haviv et al. (2024) 自理性選擇理論 (rational choice theory) 之角度解釋兩者之治療決定，理性選擇理論認為，包括犯罪者在內，人皆會出於損益考量而極大化個人利益並減少損失。由於以 Hartuv 居住式治療性社區作為監禁之替代性措施者若退出之，即可能遭到逮捕或監禁，於該藥癮治療性社區所獲得之相對自由將遭剝奪；相較於此，自願進入者若退出該藥癮治療性社區，則可能只是回到社區或重新用藥，故根據理性選擇理論，兩者之損益考量截然不同，由此或可解釋自願進入者為何更容易退出。另外，此研究亦自社區氛圍之角度出發，由於以 Hartuv 居住式治療性社區作為監禁之替代性措施者人數較多，自願進入者則較少，此種人數上之優勢可能會在該藥癮治療性社區中營造出類似矯正機構之氛圍，導致自願進入者感覺不屬於此處，進而退出該藥癮治療性社區。

由於退出治療者之比率較高，藥癮治療性社區常被批評影響有限。誠然，成功完成計畫之人數不應作為判斷計畫是否成功之標準 (Goodman & Nolan, 2001)，然仍應嘗試使居民留在藥癮治療性社區當中，蓋居民必須在藥癮治療性社區中停留足夠長久之時間，始能讓干預發揮作用，展現出治療效果。故如何使大部分居民得持續留在藥癮治療性社區內，是必須關注之重要議題 (Yates et al., 2010)。



第三章 研究設計與實施

本研究之主要目的，在於瞭解藥癮治療性社區中居民之復元歷程。研究方法之選擇上，Goethals et al. (2015) 指出，目前關於藥癮治療性社區治療歷程之研究中，多以量化研究為主，且因其本身治療歷程之複雜性以及概念化此歷程之困難，故建議於治療歷程之研究中納入更多質性方法；國內之研究亦指出，過去國內對於藥物使用議題之研究，以毒品犯罪刑事政策探討為大宗，於研究法上亦以量化研究為主，且團體、方案部分之研究甚少，多以個體或檔案資料為主(施宇峰、范兆興，2010)，故本研究採取質性研究作為研究方法，以補足藥癮治療性社區研究中質性研究之不足，並藉此更深入地瞭解居民之復元歷程。至於質性研究之方法論上，Gosling (2023) 指出，面對藥癮治療性社區此種複雜環境，若研究者欲瞭解當中錯綜複雜之運作，扎根理論是適合之方法論；另有論者建議，研究上可透過扎根理論建構出特定藥物使用族群之用藥機制與歷程(邱獻輝，2017，頁 96)，對此，本研究認為，除用藥機制與歷程外，藥癮者之復元機制與歷程亦值得透過扎根理論形成實質理論，故本研究採用建構主義式扎根理論作為研究之方法論。綜上所述，本研究選擇以質性研究作為研究方法，並以建構主義式扎根理論作為質性研究之方法論，嘗試對藥癮治療性社區之復元歷程進行建構。本章分別針對本研究之本體論、知識論與方法論、資料蒐集方法與研究流程、研究工具、資料分析、研究倫理、研究品質進行說明。

第一節 研究之本體論、知識論與方法論

壹、扎根理論之基礎概念

扎根理論是質性研究的方法論之一，無論何種派別，扎根理論並非僅是一種資料分析方法，而應是方法論之層次 (Flick, 2018a; 潘淑滿, 2022)，所有研究進行階段皆為扎根理論邏輯影響所及之處 (Charmaz, 2020a)。同時，扎根理論為理解研究者所研究世界之途徑，亦是發展理論以理解世界之方法 (Charmaz, 2014a)。扎根理論包括有系統同時不失彈性之準則 (guidelines) 與策略，用以蒐集與分析質性資料，藉此建構出「扎根」(grounded)、植基於資料上之理論 (Birks

& Mills, 2023; Charmaz, 2006, 2008d, 2014a, 2017a; Charmaz & Belgrave, 2012, 2013; 張宏政, 2021; 陳曷麟, 2001; 藍佩嘉, 2015)。理論之發展來自於諸多不同片段資料, 蒐集彼此交互關聯之證據而得(王文科、王智弘, 2020, 頁 398), 其始於歸納(inductive)資料, 並借助來回穿梭於資料與分析間之反覆(iterative)策略、使用比較方法, 且讓研究者與資料、新出現之分析保持互動及參與(Bryant, 2020; Charmaz, 2008b, 2009, 2012b, 2014a, 2014b, 2017a, 2017c, 2020a; Charmaz & Belgrave, 2012, 2019; Thornberg et al., 2014)。而由一位研究者進行質性研究所建立之理論是一種「資料中呈現的理論」、「暫時的理論」, 適合解釋特定情境下之特定社會現象(張芬芬, 2021, 頁 148), 此種暫時的理論得基於資料變動等原因而有所修正(徐宗國, 2008)。

資料是理論之基礎, 研究者對於資料之分析產出研究者所建構之概念(Charmaz, 2014a), 理論必須自資料中產生始具生命力(陳向明, 2002, 頁 445)。扎根理論家試圖瞭解研究情境中發生了什麼、研究參與者過著怎樣的生活、研究參與者如何解釋其所言與所為, 同時, 研究者反問自己能從研究參與者身上獲得如何之分析性意義(analytic sense)(Charmaz, 2014a), 且不同於大多數之質性研究, 除「什麼」(what)與「如何」(how)之問題外, 扎根理論亦使研究者得探究「為何」(why)之問題(Charmaz, 2017a), 建構主義式扎根理論尤其如此(Charmaz, 2008c, 2017b)。至於分析之過程, 扎根理論是透過質性編碼(coding)將研究初期資料分割、分類並整合(synthesize), 以便與後續其他資料進行比較(Charmaz, 2006, 2014a), 並直接從資料中建立抽象之層次, 接著蒐集更多資料以檢查與完善所浮現之分析性範疇(analytic categories)³⁴(Charmaz, 2014a)。於整個研究過程中, 扎根理論家將資料與資料、資料與符碼(codes)、符碼與符碼、符碼與範疇、範疇與範疇等不斷進行比較(Charmaz, 2005, 2008b, 2012a, 2017c), 此種策略被稱為「持續比較法」(constant comparative method)(Charmaz, 2017c)。

Charmaz (2014a) 提醒, 研究者必須以開放之心態看待資料, 始能理解所研究之人與世界。扎根理論是貫穿整個研究之互動方法(interactive method)(Charmaz, 2017c), 作為扎根理論家, 是以資料為起點, 透過觀察、互動並蒐

³⁴ 陳曷麟(2001, 頁 332)、張芬芬(2021, 頁 129)將「category」譯為「類目」; 方偉達(2018, 頁 317)、朱美娟(2021, 頁 9)則譯為「類別」。

集相關材料，以建構所欲分析之資料，並使資料與所浮現之想法保持互動（Charmaz, 2014a, 2020a）。相較於其他質性研究，扎根理論有一特別之優勢——具有明確之準則，告訴研究者如何進行研究，包含資料之蒐集與分析（Charmaz, 2014a; Charmaz & Thornberg, 2021）。而無論是下述哪一派別，所有扎根理論皆提供關於蒐集、管理、分析質性資料之策略（Charmaz, 2014a）。

附帶說明者是，於中文文獻中，大多以「紮根理論」作為中文譯名（採取此用法者，如王文科、王智弘，2020；王守玉等，2012；朱美娟，2021；林本炫，2005；林淑馨，2010；徐宗國，2008；張宏政，2021；張芬芬，2021；陳向明，2002；陳昺麟，2001；黃秀文，2016；萬文隆，2004；賽明成、陳建維，2010；藍佩嘉，2015），強調理論是紮紮實實地把根紮在資料之基礎上（藍佩嘉，2015，頁 66）。然而，按照教育部之《重編國語辭典修訂本》，「扎根」意指植物根部往土裡生長，或用於比喻深入底層，打下基礎（中華民國教育部，2021a）；而「紮」一字除意指軍隊屯駐或作為量詞使用外，另有纏束之意（中華民國教育部，2021b）。畢恆達（2020，頁 137，註 30）指出，使用「紮根」變成是將根部綁起來之意，故其採用「扎根理論」之譯名。本研究出於相同理由亦採取此譯名（採取相同用法者，如方偉達，2018；鈕文英，2024；潘淑滿，2022），以較貼近其植基於資料之意義。另外，扎根理論一詞除可指稱此一方法論外，亦可指稱透過此方法論所產出之研究成果（Bryant, 2020; Charmaz, 2008a, 2008d, 2012a）。於本章中，扎根理論一詞大多用以指稱方法論，然亦有某些地方用以指稱透過扎根理論方法論所產出之研究成果，故必須結合論述脈絡而為判斷（Bryant, 2020），併此敘明。

貳、扎根理論之派別

一、古典扎根理論與 Straussian 扎根理論

扎根理論是由 Barney G. Glaser 與 Anselm L. Strauss 研究醫院中之臨終狀態（dying）發展而來。Glaser and Strauss（1965）所撰之《Awareness of Dying》是歷史上第一個發表之扎根理論研究，而後其又撰寫《The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research》一書（Glaser & Strauss, 1967），詳述此種新興研究方法，並呼籲用扎根於資料上之研究以發展理論，而非從既有理論

演繹出可測試之假說(testable hypotheses)，古典扎根理論(classic grounded theory)由此而生。

兩位扎根理論始祖 Glaser 與 Strauss 分別來自不同領域，Glaser 來自以實證主義為主之哥倫比亞大學(Columbia University)，其接受 Paul Lazarsfeld 嚴格的量化訓練，進而於扎根理論中融入實證主義之邏輯與系統性方法；Strauss 則來自以實用主義與田野研究為主之芝加哥社會學派(Chicago School of Sociology)，其將民族誌研究與符號互動論(symbolic interactionism)帶入扎根理論中(Charmaz, 1996, 2008d, 2009, 2012a, 2014a, 2020a; Flick, 2018b; Thornberg & Charmaz, 2014; 藍佩嘉, 2015)。Glaser 與 Strauss 對於當時社會學研究之主流頗有微詞，其反對多數研究之目的在於對現有理論進行實徵(empirically)檢驗，而非發展新理論；同時，其亦認為當時的民族誌(ethnography)主要是對情境、田野、制度等進行描述，卻未解釋或分析其原因與結果(Flick, 2018b)。

然而，Glaser 和 Strauss 後續由於看法有異，因此於扎根理論之路線上分道揚鑣。Glaser (1978) 自撰寫《Theoretical Sensitivity》一書以來，始終堅持扎根理論是一種「發現」(discovery)之方法，範疇是從資料浮現而來，並強調理論建構(Charmaz, 2014a, 2020a)。而 Strauss 則是與 Juliet M. Corbin 一起將扎根理論視為一種可驗證(verification)之方法(Corbin & Strauss, 1990; Strauss & Corbin, 1990)，另形成所謂 Straussian 扎根理論(Charmaz, 2014a)。

二、建構主義式扎根理論

於 1960 年代，Glaser 與 Strauss 試圖與當時具主導地位、採實證主義觀點之量化研究競爭；但諷刺的是，直至 1990 年，扎根理論不僅因嚴謹與實用而聞名，同時亦因其實證主義之假設而廣為人知，且時至今日，扎根理論已於混合研究中獲得量化研究者之肯定與採用。因此，自 1990 年代開始，有學者逐漸使扎根理論脫離實證主義之觀點，下述之建構主義式扎根理論(constructivist grounded theory)即為代表之一(Charmaz, 2014a)。

建構主義式扎根理論作為當代扎根理論之一種修正(Charmaz, 2009, 2017a)，已遠離實證主義之根源(Charmaz, 2012a, 2017c)，其採用 Glaser and Strauss(1967)最初主張之歸納、比較、浮現與開放(open-ended)之方法，同時強調方法之靈活性以及整個研究過程中之互動，反對機械性之運用(Belgrave & Charmaz, 2014；

Charmaz, 2008c, 2009, 2014a, 2017c, 2020a)。於本體論 (ontology) 與知識論 (epistemology) 之立場上, 建構主義式扎根理論有別於古典扎根理論與 Straussian 扎根理論 (Charmaz, 2009; van Veggel et al., 2024)。本體論是關於真實本質 (the nature of reality) 之理論, 涉及如何理解何謂真實; 認識論則是關於知識 (knowledge) 之理論, 涉及研究者如何認定知識 (Hampson & McKinley, 2023; 蕭瑞麟, 2020)。建構主義式扎根理論之本體論採取相對主義 (relativism), 認為真實是多重而非單一, 不存在客觀真實; 至於知識論上, 則認為知識根基於社會建構 (social constructions) 之上, 知識或理解是透過將真實之共同知覺構築在一起所主動建構而成 (Charmaz, 2008c, 2009; van Veggel et al., 2024)。據此, 於建構主義式扎根理論之立場下, 研究者與研究參與者共同建構知識, 透過所探索社會過程之不同視角共同構築理解 (van Veggel et al., 2024)。

Kathy Charmaz 選擇「建構主義式」(constructivist) 一詞, 是承認主觀性 (subjectivity) 以及研究者對於資料之建構與詮釋 (Charmaz, 2014a)。不同於古典扎根理論認為要與科學觀察者 (scientific observer) 分離始能從資料之浮現中發現理論, 建構主義式扎根理論認為無論是資料或是理論, 皆非被「發現」, 而是被「建構」, 以此促進研究者對於其行為與決定之反身性 (reflexivity) (Belgrave & Charmaz, 2014; Bryant, 2021; Charmaz, 2005, 2006, 2009, 2014a, 2017c; Charmaz & Belgrave, 2019), 「中立且被動之研究者發現資料與理論」僅屬幻想 (mirage) (Charmaz, 2008d, p. 471)。所謂反身性, 是指記錄與反思研究者個人之信念、價值觀、是怎樣的人 (如性別、年齡等特徵) 等, 包括研究者和研究參與者之共同經歷如何影響研究者和研究參與者於研究中之互動 (Nathan et al., 2019, p. 407), 建構主義式扎根理論促使研究者對其本身與研究之關係進行檢視, 同時對研究者如何使用扎根理論策略以及如何於研究發現上提出主張保持反思 (Charmaz, 2008a, 2020b)。而研究者本身即是所研究世界之一部分, 亦是資料蒐集之一部分, 藉由與過去及現在不同的人、視角與研究實踐之互動及參與, 始能「建構」出屬於研究者自己的扎根理論 (Charmaz, 2006, 2014a, 2020b)。因此, 研究者不必試圖消除 (erase) 其對於分析可能存在的影響 (如研究者先入為主之偏見), 而只需檢驗 (examine) 之, 建構主義之觀點挑戰、甚至粉碎了中立觀察者之概念 (Charmaz, 2006, 2008d, 2014a, 2020a)。

如同 Charmaz (2009) 之比喻, 扎根理論是一把傘, 涵蓋數種派別、重點、

方向以及看待資料之方式。而面對派別之選擇，Flick (2022b, p. 426) 指出，應瞭解每種方法所建議分析材料之工具，藉此知道哪種扎根理論是最適合材料以及自己對於材料之態度。朱美娟 (2021, 頁 14-15) 則指出研究者於選擇派別之前，應先瞭解各派別於本體論、認識論上之差異。而本研究認同建構主義式扎根理論所採之本體論與認識論，認為具有多元真實而無客觀真實，知識是由研究者與研究參與者共同建構，資料、分析與理論亦皆是被建構而來，研究者本身則會影響資料與理論之建構，故本研究採取建構主義式扎根理論之方法論。附帶說明者是，關於「constructivist」一詞，於中文文獻中有不同之譯名，如有譯為「建構主義」（朱美娟，2021）、「建構論者」（鈕文英，2024）、「建構論」（潘淑滿，2022）、「建構主義的」（藍佩嘉，2015）、「建構主義式的」（賽明成、陳建維，2010），而本研究則譯為「建構主義式」。

第二節 資料蒐集方法與研究流程

壹、扎根理論與資料蒐集

扎根理論若要結實 (strong)，有賴於豐富之資料 (Charmaz, 2006, 2014a)。蒐集豐富之資料將會給予堅實之材料 (solid material)，以供建構有意義的分析之用。豐富之資料是詳盡 (detailed)、有焦點 (focused) 且完整 (full) 的資料，同時能顯現出研究參與者之觀點、感受、意圖、行動與其生活之脈絡 (contexts) 及結構 (Charmaz, 2006, 2014a, 2020a)。而基於本研究採取建構主義式扎根理論之方法論，本研究採用「研究參與者」(research participants) 而非「被研究者」或「研究對象」之用語，凸顯資料是研究者與研究參與者之互動所建構而成，研究參與者並非僅是研究者所欲探究或挖掘資料之客體或對象。

扎根理論得增進研究者蒐集資料時之靈活性，蓋其促使研究者跟進正在發生的事，使研究者得以跟著浮現走 (Charmaz, 2014a)；此外，扎根理論亦使研究者得以更為聚焦，蓋研究者自資料蒐集之初即開始對資料進行編碼與範疇化 (categorize)，以利接下來資料蒐集所針對之面向更為集中，避免累積大量籠統且未有重點之資料，進而完善分析 (Charmaz, 1996, 2005, 2014a)。資料蒐集過程具自我修正 (self-correction) 之本質 (Ndam, 2023)，若運用得當，扎根理論將使研究者得以快速地於資料中獲得清晰之焦點，同時亦不會犧牲研究現場之

任何細節 (Charmaz, 2006, 2014a)。透過扎根理論, 研究者可形塑 (shape) 與重塑 (reshape) 資料蒐集、完善蒐集而得之資料, 並增進研究者之知識 (Charmaz, 2014a)。

至於研究者對於研究議題之理解, 或許有利於研究者關注經驗世界 (empirical world) 之某些現象, 然亦有可能因此忽略其他面向, 據此, 研究者固然可以從有既有之專業知識開始進行研究, 但必須時時對於所見所聞保持開放態度 (Charmaz, 2006, 2008b, 2014a)。原有之觀點、概念或理論知識僅是研究上之出發點, 用以形成訪談問題、利於端詳研究資料、助於傾聽研究參與者心聲, 並藉以對資料進行分析性思考, 簡言之, 其應是幫助而非限制研究者發展想法 (Charmaz, 2004, 2006, 2014a)。對於原先之概念與觀點, 研究者必須進行嚴謹的經驗性與分析性審查 (scrutiny), 並可能將其從研究中篩除 (Charmaz, 2014a), 而不應將先入為主之想法與理論強加於資料之上 (Charmaz, 2006, 2008b, 2014a)。

Charmaz (2006, 2014a) 建議, 研究者或許得透過幾個問題檢驗是否已蒐集豐富且充足之資料: 關於人物之背景、過程與環境等資料, 是否足以使研究者回想、理解與描繪 (portray) 研究之整體脈絡? 研究者是否已獲得研究參與者觀點與行動之詳細描述? 資料是否使埋藏於表面下者顯露而出? 資料是否足以顯現隨時間推移而產生之變化? 研究者是否獲得對於研究參與者行動之多重觀點? 所蒐集之資料是否足以使研究者發展分析性範疇? 研究者得以於資料間進行何種比較, 以及此些比較如何產生與提供想法? 等。此些建議本研究於研究過程中時時注意之。

貳、文獻回顧法

於現有知識之基礎上進行研究, 並將研究所得之結果與現有知識進行連結, 是所有學術研究者之重要任務 (Snyder, 2019)。文獻回顧 (literature review) 所得帶來之貢獻遠超想像, 透過整合許多研究之發現與觀點, 進而得解決研究問題 (Snyder, 2019, 2023)。本研究採用文獻回顧法作為研究方法之一, 蓋藥癮治療性社區作為自外國傳入我國之治療模式, 於國外發展已久, 相關研究汗牛充棟, 當前中文文獻較少對此治療模式進行深入之介紹, 於政府著手推展此種治療模式之情形下, 實有必要整理與回顧相關文獻論述, 供學術研究者與實務工作者參考。

故本研究除於第二章進行初步之文獻回顧以利訪談資料蒐集與分析外，第四章更對藥癮治療性社區之相關概念進行詳盡論述，於豐富之文獻中梳理相關脈絡，並納入近年之研究發現，以充實現有之知識，亦可作為未來推展藥癮治療性社區此種治療模式之參考。

至於扎根理論與文獻回顧之關係，於扎根理論領域中，有論者主張應避免先行閱讀關於研究主題之相關研究與理論文獻，若可避免於資料蒐集前閱讀文獻，則得以帶著全新的思維而非先入之見進入研究領域 (Charmaz, 1990)。然而，對於現今大多數研究者而言，若事先不瞭解其研究領域之學術成果，即無法開始進行研究 (Charmaz, 2014a; Thornberg, 2012)，若採取避免閱讀文獻之立場，於未對所研究領域有一定瞭解之情形下，研究者難以主張其所研究者具新穎性 (novelty) 或正當性 (Bryant, 2020, 2021)。簡言之，任何人皆無法如同一片白紙進入研究 (Urquhart, 2023)，且文獻探討應貫穿整個研究過程 (朱美娟, 2021)。因此，本研究之研究者將閱讀關於研究主題之相關文獻，以開放、批判且分析之眼光看待現有概念與理論 (Charmaz & Thornberg, 2021)，並於資料蒐集與分析過程持續補充之。

參、深度訪談法

訪談既是一門藝術，亦是一門科學 (Nathan et al., 2019)，是以人為本之研究取向，試圖進入研究參與者之角度，並以之詮釋所欲研究之行為或現象等 (Patton, 2014; 范麗娟, 2004)。訪談透過研究者與研究參與者間之互動而進行，本質上是一種對話與交談，研究參與者得暢所欲言，亦有決定回答與否之空間 (Babbie, 2020; Yin, 2016; 萬文隆, 2004)。而深度訪談 (in-depth interview) 為質性資料蒐集之有效方法，使研究參與者談論其於研究主題上之個人經歷、感受、意見、態度等 (Charmaz, 2014a; Milena et al., 2008; 林淑馨, 2010; 陳向明, 2002)，以尋求獲得深厚 (deep) 之資訊與理解 (Johnson & Rowlands, 2012)。深度訪談創造互動之空間與情境，研究參與者得於此種空間與情境講述其經驗 (Charmaz, 2014a; Flick, 2022a)，而研究者應以獲得詳盡之回答為目標，挑選具親身 (first-hand) 經驗者作為研究參與者，並透過開放式問題對於研究參與者之經驗與情境進行深度探索 (Charmaz, 2014a; Charmaz & Belgrave, 2012)。而訪談者應持真正之開放態度，傾聽並敏感地觀察，同時鼓勵研究參與者對於問題

予以回應 (Charmaz, 2006, 2014a; Nathan et al., 2019)。

深度訪談之重點在於研究參與者對於其經歷之陳述，包括其如何描繪此種經驗，以及此種經驗對於研究參與者所隱含之意義 (Charmaz, 2014a; Charmaz & Belgrave, 2012)，研究者所提出之問題將要求研究參與者描述與反思其經驗 (Charmaz, 2006, 2014a)。透過深度訪談，討論之主題將更為聚焦，同時提供互動的時間與空間，使研究參與者之觀點與洞見得以浮現 (Charmaz, 2014a)。人運用論述 (discourses) 以主張、解釋、澄清、維持、承認、擴張、限制或否認其觀點與行動，並瞭解及定義世界所發生之一切 (Charmaz, 2014a, 2020b)；然而，此些論述可能多重、零散、矛盾，亦可能連貫且一致，深度訪談之靈活性使研究者得以發現論述，並立即追問訪談中所浮現之想法與問題，研究者得透過訪談以尋找、拼湊或重構論述，進而瞭解研究參與者之情境 (Charmaz, 2014a)。據此，研究者應透過分析型問題 (analytic questions) 導引資料蒐集 (Charmaz, 2007)，藉此引出研究參與者對於特定用語、情境、事件之定義，以及其假設或背後隱含之意義 (Charmaz, 2014a)。此外，研究者應創造允許研究參與者主導對話之環境，並充當良好的傾聽者 (Flick, 2022a)。

若自訪談之結構進行區分，訪談可區分為結構式 (structured) 訪談³⁵、半結構式 (semistructured) 訪談以及無結構式 (unstructured) 訪談 (Brinkmann, 2020; 林淑馨, 2010; 黃秀文, 2016)，本研究採取半結構式深度訪談。半結構式訪談介於結構式訪談與無結構式訪談之間：於結構式訪談中，研究者嚴格按照特定順序提出一系列問題，而相較於結構式訪談，半結構式訪談於問題之回答上更有彈性，得依研究參與者之回應而對問題予以調整，更妥善地利用對話產生知識之潛力，為研究參與者認為重要之角度與議題提供回答及澄清之空間，研究者亦不會躲在訪談指南之後，而是於訪談中成為知識生產之參與者；於無結構式訪談中，研究者得根據研究最終目的選擇任何相關問題，而相較於無結構式訪談，研究者透過半結構式訪談更可關注其認為與研究相關之重要議題 (Brinkmann, 2020; Flick, 2022a; McCrady et al., 2010; 吳嘉苓, 2015; 林金定等, 2005)。維持訪談問題之彈性對於扎根理論尤為重要，蓋難以透過結構式訪談激發研究參與者更為深入之想法，進而無從獲得豐富之資訊 (王守玉等, 2012)。可補充者是，此處所言之結構式與無結構式皆為相對，不存在完全結構式或完全無結構式之訪

³⁵ 結構式訪談又可稱為「標準式訪談」(standardized interview) (Flick, 2022a, p. 64)。

談，縱使是結構最不嚴謹之生命史 (life history) 訪談，僅事先準備一個問題，仍是根據特定之對話規範以確定對話之架構 (Brinkmann, 2020, pp. 435-436)。

於本研究中，研究者預先擬定訪談之大概方向，問題橫跨一系列之主題，並允許新主題之出現，進而根據研究參與者或訪談情境，彈性調整溝通類型、訪談問題之內容與順序等 (Nathan et al., 2019; 鈕文英, 2024)，對每位研究參與者進行至少一次之半結構式深度訪談，視情形增加訪談次數，並使用半結構式之訪談大綱，該訪談大綱僅作為提示，實際訪談時針對訪談情形進行調整，使研究參與者得以自由發揮、暢所欲言，並使訪談內容更貼近於研究主題。

肆、研究參與者與研究流程

本研究之研究場域，為財團法人利伯他茲教育基金會之治療性社區 (樂芙之家)。財團法人利伯他茲教育基金會秉持著「一個都不放棄」之理念，堅持「如果能救一個靈魂，不只他整個家庭蒙受其利，充滿希望，也能讓更多無辜家庭免於受害，社會上多了一份力量」之精神，穿梭於監獄與校園 (生命雜誌編輯部, 2017, 頁 59)，其工作任務之內容，是協助成人和青少年藥癮者及更生人復歸社會 (生命雜誌編輯部, 2017, 頁 61)。當前之服務項目，包含治療性社區示範中心、藥癮成人中途之家、嘉義縣女性藥癮者中途之家「蛻變驛園」、更生受保護人就業輔導、臺北市少年緊急短期安置庇護家園服務 (選擇家園) 等，並開辦社會企業，包含七品聚圓夢餐廳、心聚點人文咖啡小棧、九個菓子銷售工作坊、心聚點烘焙工作坊、五餅二魚古早味，以藥酒癮更生人及司法少年為主要服務對象，透過正職人員與專業課程培訓，輔導個案考取證照，使其習得工作態度與技能，並增加自信 (財團法人利伯他茲教育基金會, 2024a)。

利伯他茲治療性社區收治 18 歲以上自願進入 (可能由相關機構轉介) 之男性藥物使用者，以及司法單位轉介之 18 歲以下青少年非法藥物使用者，治療期程基本為十二個月，期間提供包括醫療、心理、社會、職業等各層面之介入措施或方案，希望藉由長期、穩定、安全之環境，以及基於自助與互助之生活哲學，使藥癮者停止用藥，全面性地促成其復元 (財團法人利伯他茲教育基金會, 2024b)。此外，根據研究參與者 Jennifer (專業工作者) 之描述，利伯他茲治療性社區於設立時雖參考其他藥癮治療性社區之模式，然較為特別者是，其位於都市當中，是所謂都市型治療性社區，此與其他藥癮治療性社區較為不同。

一般的所謂治療性社區，呃，在臺灣啦，就是比較偏遠的地方，然後在山裡面啊……我們等於是都在都會裡面，所以我們想要做一個這樣的嘗試……我們也有一個機會，讓我們可以到紐約去看一看，在紐約的，紐約比較，比較，比較也不是山區，就是比較是都市裡面的社區，治療性社區，我們去參訪，然後就發現，誒，其實是可能的，可以做的，然後我們就回來就逐步的形成，在這裡的一些模式，當然會參考，因為我們不會是，我們不是，一定也會參考一些其他前輩，包括他們，包括茄萣，他們已經，它是一個比較，所謂的公部門唯一的一家，所以比較，會有一些參考他們已經既定的一些，呃，運作的一些方式，我們，我們都有也一併參考。(Jennifer)

本研究之研究參與者，為利伯他茲治療性社區內之工作人員、居民以及已復元之前居民，研究參與者之數量隨資料蒐集過程而滾動調整。其中，若研究參與者為工作人員，其於利伯他茲治療性社區之工作年資應至少一年以上；若研究參與者為居民，須年滿 18 歲以上，並至少須於利伯他茲治療性社區中進行六個月以上之治療；若研究參與者為已復元之前居民，須年滿 18 歲以上，並至少須曾於利伯他茲治療性社區中進行六個月以上之治療，且其離開利伯他茲治療性社區時，是經工作人員評估認定已達成處遇目標者，而非因無法適應或重大違規等情形離開者。

如文獻回顧所述，無論是藥癮治療性社區之居民，抑或是工作人員，皆於居民本身與其他居民之復元歷程中扮演重要角色，Smiley-McDonald and Leukefeld (2005) 亦建議可從個案與工作人員兩者之角度瞭解治療歷程，且國內較少研究納入工作人員之觀點，故本研究選擇工作人員與(前)居民作為訪談對象。同時，鑒於復元程度之不同，居民與已復元之前居民可能有不同之經驗與感受，故本研究對於居民與已復元之前居民進行抽樣時，盡可能涵蓋現尚於利伯他茲治療性社區進行治療之居民、治療後於社區中擔任工作人員幫助他人之前居民、完成治療已離開利伯他茲治療性社區且開展自己生活之前居民，此三群體對於參與藥癮治療性社區之經驗，皆可能因其當前之角色而有不同之理解。

本研究之資料蒐集流程，是先對利伯他茲治療性社區之工作人員發出訪談邀請，進而訪談願意接受本研究訪談之工作人員，每次訪談約六十分鐘至一百二十分鐘左右。如此除得先行瞭解利伯他茲治療性社區之具體運作方法外，亦得藉此調整對於居民或已復元前居民之訪談大綱，避免對其造成傷害。而後請工作人員

介紹適合接受訪談且符合條件之其他工作人員、居民以及前居民，並對之提出訪談邀請，徵求其同意，進而訪談願意接受本研究訪談之工作人員、居民以及前居民，每次訪談約六十分鐘至一百二十分鐘左右。具體之訪談時間、訪談地點由研究參與者決定，研究者則配合之。於訪談前，研究者會先說明研究目的、訪談預計進行方式、研究參與者相關權益等資訊，待取得研究參與者同意後才會開始進行訪談。此外，本研究於蒐集訪談資料之同時，亦持續蒐集、閱讀與整理大量文獻，以形成系統性之論述。本研究整體研究流程如下圖 3-2-1 所示。

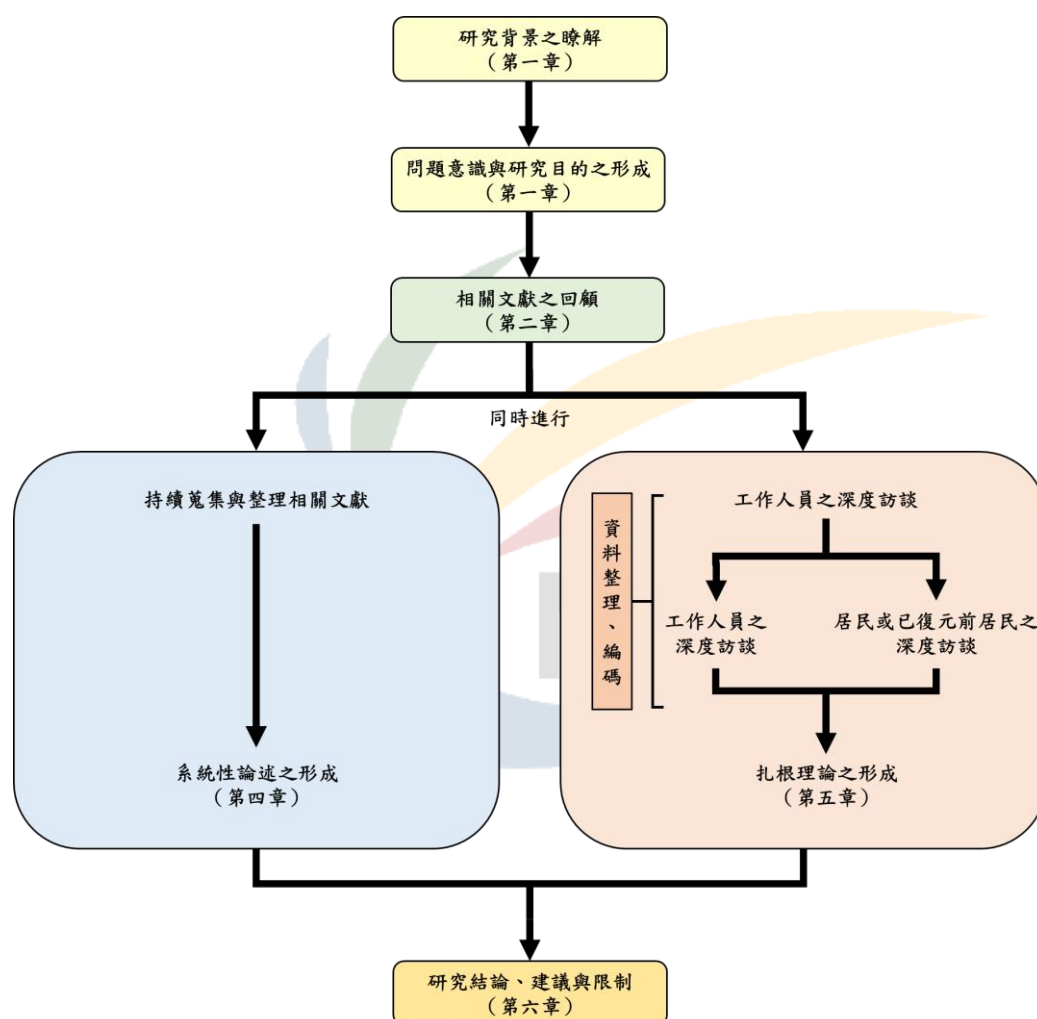


圖 3-2-1 研究流程圖

最終，本研究訪談 10 位研究參與者，訪談進行時間自 2024 年 4 月中旬至 2024 年 5 月中旬，歷時約一個月，訪談地點皆於利伯他茲治療性社區之辦公室，每場訪談所花費時間平均約七十八分鐘。基於研究倫理，研究者以隨機英文名字作為研究參與者之代稱，此些英文名字皆未與研究參與者現實之英文名字對應。

接受本研究訪談之 10 位研究參與者中，其中 5 位為工作人員，包含 Jennifer、Jessica、Elizabeth、Michael、Daniel。鑒於一一列出工作人員之工作職稱，恐不易維持匿名性，故以下僅列出基本資料，包含服務年資（截至 2024 年 5 月）、背景（專業工作者或已復元者）以及約略之工作內容，相關資訊如下表 3-2-1 所示。須注意者是，此處之已復元者 Michael 與 Daniel 是曾具藥癮經歷且已復元者，然兩者皆非於利伯他茲治療性社區完成治療者。

表 3-2-1 接受訪談之工作人員基本資料

	於藥癮治療性社區之 服務年資	背景	工作內容
Jennifer	四年以上	專業工作者	藥癮治療性社區之 發起、規劃、督導
Jessica	四年以上	專業工作者	居民之直接服務
Elizabeth	四年以上	專業工作者	居民之直接服務
Michael	四年以上	已復元者	居民之生活輔導
Daniel	一年以上，兩年未滿	已復元者	居民之生活輔導

另外，本研究訪談利伯他茲治療性社區之居民 3 位，包含 John、William、James；並訪談已完成利伯他茲治療性社區之治療且開展自己生活之前居民 2 位，包含 Robert 與 Andrew。而本研究原欲訪談之研究參與者，包含完成治療後於社區中繼續擔任工作人員幫助他人之前居民，然研究者進行訪談後發現，由於利伯他茲治療性社區成立於 2019 年，根據研究參與者 Elizabeth（專業工作者）之說法，時至今日僅曾有 1 位於完成治療後擔任利伯他茲治療性社區之工作人員，然其後該工作人員復發，因此再度入住利伯他茲治療性社區。本研究進行訪談之當下（2024 年 4 月至 5 月間）則未有完成利伯他茲治療性社區治療之前居民專門於社區內擔任工作人員，此與美國大量運用已復元前居民之情形不甚相同。

我們之前有一個學員就是他待了第二年的時候，對他就是，呃，相

對比較穩定了，他也很熟悉我們的社區規範，所以那時候我們就是，呃，他就變成像是助理的管理員或者是助理這樣子。……後來他就又回來重新申請我們的服務，所以又成為我們的學員，對對對，過去曾經有一個是這樣。不過，……因為我們 108 年才開始啦，所以你說到現在大概四年多五年，我們真的就是很穩定的學員，然後再回來我們這邊工作的相對少啦。(Elizabeth)

雖至目前為止，利伯他茲治療性社區較少運用自該社區中完成治療之前居民作為工作人員。不過，工作人員 Michael 與 Daniel 本身是已復元者，具有復元經歷，類似於自藥癮治療性社區完成治療之前居民作為工作人員，或可提供其復元經歷如何影響居民邁向復元之洞見，因此本研究邀請 Michael 與 Daniel 成為本研究之研究參與者。同時，本研究亦邀請 Elizabeth 所提及之學員成為本研究之研究參與者（即居民 William），蓋其雖是第二次入住，已回歸居民之身分，然其曾擔任工作人員以及復發之經歷亦值深入瞭解。針對接受訪談之 5 位居民與前居民，所列出之基本資料包含其身分(居民或前居民)、年齡、用藥齡、先前曾使用之藥物種類、於進入利伯他茲治療性社區前曾待過之機構或曾接受之其他處遇、(曾)於藥癮治療性社區內之時長（截至 2024 年 5 月）六者，相關資訊如下表 3-2-2 所示

表 3-2-2 接受訪談之居民與前居民基本資料

	身分	年齡	用藥齡	先前曾使用之藥物種類	機構或其他處遇	(曾)於社區內之時長
Robert	前居民	31 歲至 35 歲	一年以上未滿	搖頭丸、K 他命、(甲基)安非他命	強制住院、其他藥癮治療性社區	約九個月
Andrew	前居民	46 歲至 50 歲	二十年以上	搖頭丸、K 他命、安非他命	監獄，無其他與戒癮相關處遇	約一年

(續下頁)

	身分	年齡	用藥齡	先前曾使用 之 藥物種類	機構或 其他處遇	(曾)於社 區內之時長
John	居民	31 歲 至 35 歲	十年 以上 十五年 未滿	安非他命、 搖頭丸、K 他命、神仙 水、RUSH	戒癮門診、 減害團體、 中途之家、 其他藥癮治 療性社區	約一年半
William	居民	41 歲 至 45 歲	十年 以上 十五年 未滿	海洛因、搖 頭丸、K 他 命、安非他 命、大麻	監獄、其他 藥癮治療性 社區	第一次約兩 年十個月； 第二次約一 年一個月
James	居民	41 歲 至 45 歲	二十年 以上	安非他命	強制住院， 無其他與戒 癮相關處遇	約一年 一個月

第三節 研究工具

壹、研究者

研究者是研究工具之一（范麗娟，2004；黃秀文，2016），更是研究之一部分（Charmaz，2006，2014a），蓋研究者與研究參與者之互動會影響資料蒐集之完整度，以及訪談內容之理解與呈現。研究者為國立臺北大學犯罪學研究所三年級之碩士生，對於藥物使用與藥癮治療性社區相關議題有基礎之認識。於進行訪談前，研究者已閱讀相關文獻，包含藥癮治療性社區、藥癮復元、正向犯罪學、修復式正義等相關之國內外著作與期刊論文，以確立研究方向與擬定訪談問題，並藉由深入瞭解藥癮者之處境，避免研究過程造成傷害。研究者於犯罪學研究所曾修習「毒品問題與對策」、「社會科學研究法」、「質性研究」、「被害人學」、「刑事司法體系研究」等課程，以增加對於藥物成癮議題之理解，並具備進行質性研究所需之基本能力。另外，研究者亦接受並通過法務部舉辦之「修復促進者培訓」，

對於溝通技巧、如何採取正向與尊重之表達方式有基礎理解，得避免於訪談過程中可能產生之傷害。

貳、訪談大綱（訪談指南）

若要開始扎根理論研究，需要設計一些廣泛、開放之訪談問題，在訪談時可集中於此些訪談問題，邀請研究參與者詳細討論之。透過開放式之問題設計，可能會浮現出意料之外的陳述與故事（Charmaz, 2014a）。而深度訪談是用以探索（explore）而非訊問（interrogate）（Charmaz, 1991），因此 Charmaz（2014a）建議，訪談指南（guide）³⁶本身應是靈活的工具，應擬定訪談指南，以利思考得以幫助研究者實現研究目標之各類問題，同時避免尷尬、具攻擊性之問題。設計訪談指南尚有其他益處，如建構訪談問題得避免具誘導性之問題，亦有助於研究者覺察存於己身的先入之見（Charmaz, 2020a）。此外，於訪談過程中，研究者得透過訪談指南界定所欲探討之議題，縱使研究參與者不同，亦能更為全面且有系統性地圍繞於研究議題之上，並得於訪談情境中妥適分配時間（Patton, 2014）。

並非所有研究皆須使用十分詳盡之訪談指南（Charmaz & Belgrave, 2012）。然而，當研究者努力創造、修改、微調訪談問題時，研究者即得更好地掌握於特定時機下，如何提出此些問題，縱使訪談時可能不會全然按照指南之問題進行訪談，甚至棄之不顧，但研究者將透過訪談指南設計與修改之過程，牢記精心設計之問題如何形成（Charmaz, 2014a）。據此，訪談指南僅是提醒、提示，無須拘泥於訪談指南中問題之順序與所使用之語言（林淑馨, 2010；陳向明, 2002）。同時，研究者須不斷反思訪談問題，以及此些問題是否適合研究參與者與扎根理論之建構（Charmaz, 2014a），隨資料蒐集與分析而修改、調整之（Charmaz, 2014a；林淑馨, 2010；陳向明, 2002），以新增欲探究之問題，並刪除不相干之問題（Charmaz, 2020a）。若研究者在心中存有問題，有助於研究者在研究參與者提到某個重要問題的答案時，順勢回到該話題上（Charmaz, 2014a）。

針對訪談問題，Hermanowicz（2002）指出訪談問題本身不宜過於籠統，但於訪談進行前難以判斷問題是否過於籠統，故研究者於訪談時若發現問題只能得到籠統的回答時，則須進一步提出更具體之問題。另外，Davidson et al.（2023）

³⁶ 林金定等（2005，頁 124）譯為「訪談指引」。

認為於訪談結束前可加上類似「您還想分享什麼想法？」此種開放式問題，而非「您還有沒有想分享的事物？」此種封閉式問題，蓋此種封閉式問題往往會得到「沒有」的答案，而開放式問題則或許可得到意想不到之觀點。因此本研究於訪談大綱最後加入類似此種開放式問題。

本研究設計之訪談大綱如附錄一所示，針對訪談藥癮治療性社區之工作人員以及訪談藥癮治療性社區之居民或已復元前居民而有不同設計。同時，研究者依照每次訪談所獲得之資料與訪談當下之情形，進行訪談大綱之發展與調整。

參、訪談筆記

對於進行深度訪談之研究者，必須於訪談當下進行相關記錄，並於訪談後檢閱訪談筆記（Babbie, 2020；Nathan et al., 2019），除可找出特別有效與應問而未問之問題，於下次訪談時即可提出此些問題外（Babbie, 2020），亦有助於事後之分析與研究之嚴謹性（Nathan et al., 2019）。Braun and Clarke（2022）則鼓勵研究者於整個研究過程中撰寫反思筆記（reflexive journal）³⁷，以記錄研究者之反思與洞見，同時將寫作之實踐作為深化反身性之工具。

訪談筆記可讓研究者察覺研究方法傾向或個人傾向，並幫助研究者更清楚訪談之情境與脈絡，進而得使研究者清楚構思如何分析資料，亦得作為日後進行訪談之參考與檢討基礎（Yin, 2016）。Nathan et al.（2019, p. 407）指出反思之面向可包括對自己作為訪談者之反思，如：訪談進行得如何？哪些環節有待改進？所發生之事是否有不同之處理方式？研究參與者是否提出於本研究中未曾考慮過之問題或觀點？等；亦包括對於研究參與者以及訪談環境之紀錄，如：訪談環境是嘈雜繁忙或安靜舒適？是否有技術性問題有待解決？等。謝秀芳（2002, 頁 51）則指出可記錄訪談之時間、地點、事物、研究參與者之表情與動作等，以補充訪談過程中之主觀印象與親身感受。本研究依循前述之建議，於每次進行訪談結束後之當天或隔天撰寫訪談筆記進行記錄，以利對訪談過程進行反思與改進。訪談筆記之格式如附錄二所示。

³⁷ 黃秀文（2016, 頁 152）譯為「省思札記」。

第四節 資料分析

壹、扎根理論之編碼

分析 (analysis) 是研究者為形成解釋與賦予意義，對於所蒐集資料進行主動詮釋之過程 (Earl Rinehart, 2021)。「說故事」(telling a story) 與「行論證」(make an argument) 於質性資料分析中尤其重要，所蒐集之質性資料並非不言而喻，必須論證什麼資料重要，以及此些資料代表之意義為何 (Braun et al., 2022)，故如何分析資料實屬重要。扎根理論具有系統性之分析策略，以編碼作為主要方式，兼備明確性與靈活性 (Charmaz, 2008b)。所謂編碼，是指用標籤以命名分段後之資料，如此可同時範疇化、總結並解釋每筆資料 (Charmaz, 2006, 2014a, 2017c, 2020a)。研究者透過編碼定義資料中所發生者，並開始探究其中之意義 (Charmaz, 2005, 2006, 2014a, 2020a, 2021; Tweed & Charmaz, 2012)。Charmaz (2017c) 認為，編碼是種啟發式手段 (heuristic device)，屬研究者定義資料、拓展視野、提出問題之方式，符碼則反映出研究者於特定時間點所定義者，而非固有真理 (inherent truths)，可能有所改變。於扎根理論中，資料蒐集與資料分析兩者相輔相成 (Thornberg et al., 2014)，Charmaz (2014a) 建議於研究初期即對所有資料進行編碼，進而繼續蒐集資料，早期之符碼將有助於迅速確定聚焦符碼，並影響資料蒐集之方向。以下將介紹建構主義式扎根理論之編碼階段，此些階段雖於程序上有其先後，然非線性進程，而是來回進行 (Charmaz, 2014a, 2020a; 藍佩嘉, 2015)。

附帶說明者是，有論者認為若非透過轉錄工具而是親自進行轉錄，則有機會提升對於資料理解上之深度 (depth) 與廣度 (breadth)，因此應盡量親自轉錄內容；縱使使用相關轉錄工具，仍應再次聆聽錄音以檢查準確性，並可同時對於感興趣之部分進行註記 (Thompson, 2022)³⁸。Charmaz (2006, 2014a) 亦指出，透過仔細聆聽訪談之錄音，將有助於探究研究參與者之情感與觀點。同時，訪談逐字稿須逐字謄寫，以忠於研究參與者之原意 (萬文隆, 2004, 頁 21)。詳盡確實之逐字稿不僅可使資料分析接近原貌，更得以瞭解研究參與者意念之來龍去脈 (林金定等, 2005, 頁 132)。

³⁸ 類似建議，可見范麗娟 (2004, 頁 98-99)。

本研究每次訪談後，即先透過軟體 WhisperDesktop 轉錄初步之訪談逐字稿，再親自聆聽訪談之錄音，以盡可能完整逐字稿之內容。完成每一場逐字稿之內容後，本研究馬上進行初步編碼，並依訪談情形與初步編碼結果修改訪談大綱，由此調整下一次訪談之資料蒐集方向。另外，本研究使用質性資料分析軟體 MAXQDA2020，以協助研究者進行編碼與備忘錄之撰寫。須注意者是，軟體僅是用於減輕分析之負擔、減少分析過程所需之時間，無法代替研究者思考、閱讀、編碼、再次閱讀、撰寫備忘錄、再次編碼等仍是研究者須親自進行之工作 (Charmaz & Belgrave, 2012)。

貳、初步編碼

初步編碼 (initial coding) 為建構主義式扎根理論編碼之首要階段。於初步編碼時，須仔細閱讀資料 (Bryant, 2020; Charmaz, 2006, 2014a; Thornberg et al., 2014)，目標是在過程中對於所有可能之理論方向保持開放態度，以探索資料中任何理論可能性 (Charmaz, 2006, 2014a)。初步編碼應緊貼資料，試著理解每個資料片段中之行動，而非將既有範疇應用於資料之上 (Charmaz, 2006, 2014a; Thornberg et al., 2014)。初步符碼是暫時性 (provisional)、可比較且以資料為基礎，研究者須對其他分析可能性持開放態度，必要時改寫符碼以更適切於資料，試圖創造最適合於資料之符碼，並持續蒐集資料以探索與豐富符碼 (Charmaz, 2006, 2014a; Thornberg & Charmaz, 2014)。於初步編碼時，本研究將先進行逐行編碼 (line-by-line coding)，並持續進行比較，逐行編碼將使研究者以新的方法思考蒐集而得之材料，幫助研究者看見日常生活中未被探索之模式、拆解事件並分析之，以深入至現象當中，且此有助於於後續訪談時更為聚焦 (Charmaz, 1996, 2005, 2008b, 2008d, 2012a, 2012b, 2014a, 2020a; Charmaz & Thornberg, 2021)。本研究節錄部分研究者與研究參與者 William 之訪談內容，以及研究者之初步編碼，作為初步編碼之範例，如下表 3-4-1 所示，本研究採取逐行編碼之方式，並盡可能使符碼貼近於訪談內容。

表 3-4-1 初步編碼範例

訪談內容	初步編碼
研究者： 那中間有想過要斷了這個？	
William： 從來沒有。	年少未曾想過戒除
研究者： 怎麼說？	
William： 因為我不覺得它是毒品，那時候我危機意識沒有那麼高，因為我想說我既不販賣，我只是吸食而已，我也不會一次拿很多東西，那我用自己的錢花，買自己想要用的東西，不是，不是什麼很大的問題啦，是不是。這就是問題所在，因為我都給，都給自己吸毒合理化，所以那個時候就想，反正就是，就是不斷地使用、不斷地使用，因為我那時候女朋友有很多，我有非常多女朋友，對啊，然後就滿，滿，也滿風流的啊，對啊，也是因為使用藥物在，在，在那樣的事上會覺得很興奮，非常興奮。	對藥物未有認知 危機意識較低 認為自己適量使用 自掏腰包購買藥物 認為買藥非問題 現在始意識到問題 對用藥合理化 不斷用藥 擁有許多女朋友 擁有許多女朋友 當時處處留情 藥物對性行為帶來興奮感

參、聚焦編碼

聚焦編碼 (focused coding) 是第二個主要階段，用以確定 (pinpoint) 與發展顯著 (salient) 之符碼，此些符碼於初步符碼中出現頻率較高，或較其他初步符碼重要 (Charmaz, 2008b, 2014a, 2020a; Charmaz & Belgrave, 2012; Charmaz & Thornberg, 2021; Thornberg & Charmaz, 2014)。研究者透過處理初步符碼並揀選出聚焦符碼，將其作為分析初期之核心，並暫時移除多餘之內容，研究者進而得使用其對大量資料進行篩選 (sift)、分類、綜整與分析 (Charmaz, 2014a)。於此階段須決定哪些初步符碼最具分析性意義，使研究者得對資料進行清晰且完整之範疇化，可能包括對初步符碼進行編碼 (Charmaz, 2014a; 藍佩嘉, 2015)。聚焦編碼並非簡單地選擇並使用研究者感興趣之符碼，反而是要更加投入瞭解初步符碼所欲表達者，以及進行初步符碼間、初步符碼與資料間之比較，進而構築

與澄清範疇，看見範疇間之關係與模式 (Charmaz, 2014a, 2020a)。與初步編碼相同，聚焦編碼亦是浮現之過程，意想不到之想法會於比較之過程中不斷浮現，兩者皆非將預設之解釋或架構強加於資料之上 (Charmaz, 2006, 2008b, 2014a; Thornberg et al., 2014; 朱美娟, 2021)。本研究再以表 3-4-1 所節錄與研究參與者 William 之訪談內容為例，William 當時用藥是認為藥物是一種可購買與使用之商品，使用此種商品更能於性行為上帶來快感，即 William 當時購買藥物是為以藥助性。對於此處之內容，本研究認為似未有初步符碼相較其他初步符碼重要，故本研究決定對初步符碼進行編碼，以「用藥之價值」作為聚焦符碼，蓋 William 用藥之目的是以藥助性，此種價值之存在使 William 願意以金錢換取藥物，並導致其認為用藥並非問題，故「用藥之價值」較能展現初步符碼所欲表達者。聚焦編碼之範例如下表 3-4-2 所示。

表 3-4-2 聚焦編碼範例

訪談內容	聚焦編碼
研究者： 那中間有想過要斷了這個？	
William： 從來沒有。	
研究者： 怎麼說？	
William： 因為我不覺得它是毒品，那時候我危機意識沒有那麼高，因為我想說我既不販賣，我只是吸食而已，我也不會一次拿很多東西，那我用自己的錢花，買自己想要用的東西，不是，不是什麼很大的問題啦，是不是。這就是問題所在，因為我都給，都給自己吸毒合理化，所以那個時候就想，反正就是，就是不斷地使用、不斷地使用，因為我那時候女朋友有很多，我有非常多女朋友，對啊，然後就滿，滿，也滿風流的啊，對啊，也是因為使用藥物在，在，在那樣的事上會覺得很興奮，非常興奮。	用藥之價值

肆、理論編碼

理論編碼 (theoretical coding) 是於聚焦編碼後精密複雜 (sophisticated) 之編碼層次 (Charmaz, 2006, 2014a)。使用理論符碼之目的在於將資料與聚焦符碼理論化 (theorize) (Charmaz, 2014a)，其將有助於研究者之分析連貫且易懂 (Charmaz, 2006, 2014a)。至於應以何者作為理論符碼，未見定論。Charmaz (2014a) 指出，扎根理論家傾向採用各自學科 (discipline) 內之概念作為理論符碼，或是於學科內無此類概念時借用其他學科之概念。其亦提醒，研究者固可使用理論符碼幫助澄清與加強分析，然應避免以理論符碼強加框架於資料之上 (Charmaz, 2014a)。

伍、備忘錄之撰寫

撰寫備忘錄 (memo-writing) 於完善範疇與分析上扮演重要角色 (Charmaz & Belgrave, 2012; Flick, 2018a)。備忘錄之撰寫應是自然而然 (spontaneous)，而非透過機械性操作產出之 (Charmaz, 2006, 2014a)，研究者將於備忘錄中寫下符碼、浮現之範疇、範疇間之連結、研究中出現之問題與思考等 (Charmaz, 2017c; Thornberg & Charmaz, 2014; Tweed & Charmaz, 2012)，使研究者得對資料、符碼以及浮現之範疇進行檢驗、比較、分析與反思 (Belgrave & Charmaz, 2014; Charmaz, 2006, 2012b, 2014a, 2020a; Charmaz & Thornberg, 2021; Thornberg et al., 2014)，並得將資料與研究者之原始詮釋進行連結，以避免將資料套入現有之理論 (Charmaz & Belgrave, 2012)。備忘錄將反映出符碼間與範疇間之細微差異、研究者之推論等 (Saldaña, 2020)，扎根理論家得透過備忘錄對分析之過程進行闡釋，完善本身之想法，為論文提供撰寫之基礎 (Charmaz, 2014a; Charmaz & Belgrave, 2012)，且得避免被成堆未經消化之資料淹沒 (Charmaz & Belgrave, 2012)。本研究於分析之始即撰寫備忘錄，以利後續資料蒐集與分析之進行。

第五節 研究倫理

壹、研究倫理概說

質性研究中存在倫理問題，包含有易受傷害之研究參與者、研究議題本身存

有之敏感性、使用對情緒造成負擔之訪談問題等 (Potthoff et al., 2023), 故研究倫理之恪守對於質性研究而言實屬重要。與犯罪學相關之質性研究, 亦須考量倫理之相關議題, 更屬毋庸置疑, 蓋犯罪學研究常圍繞在敏感行為, 且研究參與者通常較為弱勢 (Faria, 2023)。而本研究以鈕文英 (2024, 頁 123-145) 所整理對於研究參與者之倫理原則為論述架構, 所遵守之研究倫理如下所示。須注意者是, 有論者反對制式化倫理原則之適用, Wiles (2013) 即指出, 將知情同意、匿名等視為所有研究中必須遵守之基本原則, 事實上扼殺了研究者於其研究脈絡下, 以滿足研究參與者需求之方式進行研究的可能。據此, 本研究雖採用此架構, 然所採之研究倫理, 皆為本研究之研究脈絡下所必要者, 併此敘明。

貳、以誠實且尊重之態度對待研究參與者

研究者須保持誠實的態度公開自己之身分與目的 (鈕文英, 2024, 頁 124), 除非出於正當原因, 否則不得對研究參與者說謊 (Kraska et al., 2020)。於本研究中, 研究者於訪談前皆向研究參與者公開研究者之身分、研究目的、訪談之方向等, 對於研究參與者保持誠實之態度。

研究者亦須尊重研究參與者之權益與差異性, 並信守對其所為之承諾 (鈕文英, 2024, 頁 125)。尊重是一種禮貌, 亦代表承認研究參與者之尊嚴, 無論研究參與者之表達是否與研究者之價值觀相悖, 研究者均應尊重研究參與者 (Hermanowicz, 2002)。由於研究者之目的在於瞭解研究參與者之思考、重視其感受, 故應尊重其對於行為或現象之詮釋, 而非強加研究者自身之觀點於研究參與者之上 (Charmaz, 2004; 范麗娟, 2004); 同時, 研究者之訪談方法、問題、所運用之詞彙, 以及訪談中之互動風格, 皆應尊重研究參與者之傳統與情境 (Charmaz, 2014a)。於本研究中, 研究者對於研究參與者採取開放之心態進行訪談, 並尊重研究參與者之任何價值觀與想法, 而非以鄙視、傲慢之心態進行評價, 且遵守如寄送逐字稿之承諾。

參、尊重研究參與者之隱私及注意保密與匿名原則

研究者須尊重研究參與者之隱私 (Flick, 2018a; Kraska et al., 2020; 林淑馨, 2010; 陳向明, 2002; 鈕文英, 2024; 潘淑滿, 2022), 非出於正當目的不得

侵犯其隱私 (Kraska et al., 2020)。研究參與者有控制他人獲得哪些與其本身相關資訊之權利 (畢恆達, 2015a), 尤其是於訪談問題上, 研究者不應針對不必要之問題進行過多之詢問 (Flick, 2022a)。於本研究中, 研究者於深度訪談時, 盡可能尊重研究參與者之表達意願, 並於每次訪談前強調其有選擇表露或不表露想法之自由, 且於訪談過程中不過問不必要之問題。

研究者亦須注意保密 (confidentiality) 與匿名 (anonymity) 之原則 (Flick, 2018a, 2022a; Goodwin et al., 2019; Miller et al., 2010; Wiles, 2013; 林淑馨, 2010; 陳向明, 2002; 鈕文英, 2024; 潘淑滿, 2022), 此二原則貫穿整個研究過程, 並及於其他研究參與者 (Clapp et al., 2023)。與前述隱私不同者是, 隱私所涉及之對象是人, 而保密與匿名涉及之對象則是資料 (畢恆達, 2015a)。由於本研究之研究參與者除工作人員外, 亦包含曾經用藥者, 故匿名即屬相當重要之措施。Maxfield and Babbie (2017) 提及, 研究者必須認識到, 若研究參與者被要求揭露較為敏感或汙名之行為 (如本研究之用藥行為即屬之), 其可能因此感到不安。事實上, 由於藥物之汙名化加上刑罰之威脅, 使得用藥者被邊緣化, 以致於大多數用藥者不願說出自己的故事 (Whiteacre & Pepinsky, 2002)。Taylor (2015) 亦指出, 於透露敏感資訊或非法行為時可能造成傷害, 尤其是易受傷害之研究參與者, 而匿名則可避免此種情形。因此, 於本研究中, 研究者以英文名字作為代稱之方式於論文中呈現研究參與者之資料, 此些英文名字是由研究者隨機命名, 非研究參與者現實之英文名字。至於資料之部分, 研究者將訪談之原始資料 (錄音、逐字稿等) 妥善保存, 且訪談逐字稿之轉錄、訪談內容之分析等, 均由研究者本人親自進行, 以避免相關資料外洩。

「內部保密性」(internal confidentiality) (Wiles, 2013, p. 47) 亦是本研究所注重者, 若研究參與者可能相互認識, 則於研究中應盡可能保護研究參與者不被他人認出 (Flick, 2018a)。據此, 研究者未向利伯他茲治療性社區內之其他人透漏訪談所得之內容, 如研究者未向工作人員說明自居民、前居民或其他工作人員之處所得之訪談內容, 亦未向居民表示自工作人員或其他居民、前居民之處所得之訪談內容。此外, 於資料分析上, 若涉及對利伯他茲治療性社區或他人之負面評價, 則改以英文字母作為代稱, 透過英文名字與英文字母分離之方式, 使其他研究參與者無法猜測其身分, 同時維持資料之完整性。

肆、避免研究參與者受傷害並使其受惠

研究者應盡可能避免研究參與者受到傷害，此為進行任何研究最為重要之倫理考量 (Faria, 2023; Flick, 2018a, 2022b; Miller et al., 2010; Orb et al., 2001; Traianou, 2020; 林淑馨, 2010; 畢恆達, 2015a, 2015b; 鈕文英, 2024)。應遵從「不傷害」(do no harm) 原則，減少任何可能對其造成傷害之風險 (Clapp et al., 2023; Faria, 2023)，以確保研究參與者之安全與福祉 (Sperling, 2022)，無論如何皆不得不顧及其安全與福祉或犧牲之 (Faria, 2023)。當然，此並不代表因有受傷害之可能即得剝奪成為研究參與者之機會，蓋此家長式 (paternalistic) 之做法反而否定研究參與者之自主權與選擇自由 (Orb et al., 2001)，更可能於無形之中透過研究將邊緣群體排除於外 (Pickering, 2018)。以本研究為例，若因預設藥癮治療性社區之居民過於脆弱而決定不予訪談，未予其機會自己為決定，使其自身經驗無法被知悉，乃變相剝奪其自主權與選擇自由。須補充者是，雖然有些研究倫理要求應完全避免傷害，然潛在傷害之類型範圍與嚴重程度各有不同，完全避免傷害應無可能 (Traianou, 2020, p. 87)。因此，本研究表明盡可能避免之，是出於對避免傷害有其極限之認識。

於本研究中，當研究者要求研究參與者透露其內在想法與行動時，可能使其暴露於某種程度之痛苦當中 (Babbie, 2020)；或是研究者於研究過程中，可能問及使研究參與者困窘尷尬、悲傷痛苦之問題 (Charmaz, 2014a; 黃秀文, 2016)。此時，研究參與者之舒適度應較研究者所能獲得之資料多寡重要 (Charmaz, 2006, 2014a; Charmaz & Belgrave, 2012)。雖然於 Sikweyiya and Jewkes (2013) 之研究中發現，研究參與者可能因回答較為敏感之問題而感到不適與痛苦，但並不代表已對其造成心理傷害 (psychological harm)。然而，訪談問及用藥相關問題，仍可能使研究參與者感到困擾或痛苦 (Allan, 2019; Sperling, 2022)，故研究者應注意研究參與者表達痛苦之不同形式，包括流淚、聲音顫抖、目光呆滯等 (Allan, 2019)。因此，於本研究中，研究者時時注意之，使研究者本身對此等情形有所覺察，並適時提醒研究參與者，可以選擇不予回答。另外，工作人員是有效之守門人 (gatekeepers)，得保護居民免於傷害 (Allan, 2019)。據此，本研究採取先訪談工作人員之方式，再透過工作人員之引薦，介紹適合接受訪談之居民或前居民，使居民或前居民得透過工作人員之把關免於可能之傷害。研究者亦於研究中尊重研究參與者之想法，例如研究參與者認為某些描述、陳述不適合記

錄（錄音、手寫筆記等），或認為不適合呈現於研究結果之書面當中，則研究者會中斷錄音、不予記錄，亦不會將該內容呈現於書面當中。同時，研究者在研究參與者之同意下，將訪談逐字稿寄予研究參與者，使研究參與者得以確認研究者所欲分析之內容是否會造成其傷害，或是否有應修正之處。

此外，研究者應使研究參與者直接或間接受惠（鈕文英，2024，頁 131）。於本研究中，若研究參與者是利伯他茲治療性社區之工作人員或已復元之前居民，研究者予以新臺幣六百元之金錢回饋，以感謝其貢獻，並告知本研究預期之學術與實用價值。須澄清者是，或有認為不應給予藥癮者金錢回饋，否則有使其得以購買藥物而再次用藥之虞，然似無研究證實此種預設之風險終將實現，此想法應屬杞人憂天，反而諸多藥癮者將參與研究視為工作；況且，藥癮者本即有權按己之意願花費參與研究所取得之費用，斷然不給予金錢回饋，是一家長式且不切實際之作法（Pickering，2018）。簡言之，藥癮者應如同其他研究參與者般，因付出勞力與心力參與研究而受惠（Miller et al.，2010）。本研究認為，給予金錢回饋得作為對於藥癮者知識之認可、時間成本之補償，甚至作為其工作形式之一，縱使給予之回饋為金錢，亦應無不妥之處。此外，研究者與工作人員進行討論後，工作人員認為此種形式尚屬妥適。因此，若研究參與者為仍於利伯他茲治療性社區內之居民，本研究亦給予新臺幣六百元之金錢回饋，以感謝其對於研究之貢獻。

伍、取得研究參與者之知情同意

研究者於開始進行訪談前須取得研究參與者之知情同意（informed consent）（Clapp et al.，2023；Flick，2018a，2022a，2022b；Kraska et al.，2020；鈕文英，2024）。知情同意之立論根基是出於對自主（autonomy）之尊重，即研究者應尊重人對其生活為決定之能力與權利（Traianou，2020）。而所謂知情同意，是指應使研究參與者充分被告知參與研究之意義、完整之研究資訊、參與之風險與權益、所蒐集資料之保存與應用等（潘淑滿，2022，頁 405），在未有任何強制、脅迫或不當利誘之情形下（Miller et al.，2010），基於此些資訊而為參與研究之自願同意（Flick，2022b；Goodwin et al.，2019）。換言之，須使研究參與者瞭解：為何要進行研究與所欲達成之目標（研究動機與目的）、研究與何者有關（研究內容）、研究將如何進行（研究步驟）、參與研究所需之時間、研究將如何利用與公開、參與研究之風險與好處、如何處理匿名與保密之問題等（Miller et al.，2010；

Patton, 2014; Wiles, 2013; 余漢儀, 2015; 畢恆達, 2015a, 2015b; 潘淑滿, 2022), 進而使其於瞭解充分資訊之情形下, 擁有同意或拒絕參與研究之權利與機會 (Flick, 2018a; 畢恆達, 2015b)。此不僅關乎研究倫理, 亦將影響資料蒐集之品質 (余漢儀, 2015)。Sikweyiya and Jewkes (2013, p. 1006) 建議, 研究者應利用此過程提醒研究參與者本研究之目的, 並藉此澄清參與研究可能會與不會產生之結果, 包括可能獲得之好處與風險。尤其是於藥癮相關研究中, 應於知情同意書中告知造成痛苦之可能性 (Allan, 2019)。當然, 研究者與研究參與者皆不一定能事先知曉研究過程中可能出現之所有問題 (Wiles, 2013), 然研究者仍應盡其可能, 使其本身對於可能造成研究參與者或其他人之傷害或風險有所認識 (Faria, 2023)。

研究參與者於任何時候皆得撤銷同意並退出研究是知情同意之一部 (Wiles, 2013; 余漢儀, 2015; 潘淑滿, 2022), 代表研究者須確保研究參與者對於參與研究之持續 (ongoing) 同意, 並使研究者本身得敏感地認識到研究參與者所表達退出研究之意願 (Wiles, 2013)。Calman et al. (2013) 於其對癌症患者之縱貫性 (longitudinal) 質性研究中, 即強調同意是持續之過程, 其於第一次訪談前以書面取得研究參與者之同意, 並於後續訪談前皆以口頭確認是否同意進行訪談, 且提醒研究參與者錄音可隨時中斷, 訪談亦可隨時終止。因此, 並非於研究之初獲得同意即一勞永逸 (Goodwin et al., 2019), 而是自始至終皆須得之。

於本研究中, 研究者清楚地告知研究參與者研究之目的、研究之過程 (如深度訪談之次數)、如何處理與呈現研究發現、可能存在之風險 (如某些訪談問題較為敏感, 可能使研究參與者感到困擾或痛苦) 等, 並強調同意是持續之過程, 於研究過程中可隨時暫停、甚至完全終止訪談。而知情同意往往是透過研究參與者簽署知情同意書進行認定 (林淑馨, 2010), 故本研究準備知情同意書, 於告知前述事項、獲得其同意並簽署知情同意書後始進行研究。此外, 於簽署知情同意書時, 研究參與者得就其同意添加具體條件, 如要求定期獲知訪談資料處理之進度等³⁹。本研究綜合研究倫理之各種面向, 並參考 Flick (2018a, p. 88) 列出之建議以及 Flick (2022a, pp. 150-151) 提供之範本, 所設計之知情同意書格式如附錄三所示。

³⁹ 此部分是參考 Sperling (2022) 於其研究中之作法。

陸、確保研究參與者擁有資料及獲知結果之權利

研究者應確保研究參與者擁有資料及獲知結果之權利（鈕文英，2024，頁142）。蓋研究參與者有取得研究資料、得知研究資料之用途、如何處理與保存、檢視所呈現之結果等權利，研究者亦應向研究參與者解釋所呈現之結果，以避免誤解（鈕文英，2024）。而透過此種方式，亦可使研究參與者發現並改正錯誤或不一致之處（Mero-Jaffe，2011），使其更好地表達經歷、感受等，從而建立更為準確之資料以供詮釋（Erdmann & Potthoff，2023）。於本研究中，研究者於訪談前皆詢問研究參與者是否願意收到訪談逐字稿或發表前之論文以供檢視，若願意收到訪談逐字稿或發表前之論文，研究者則會進一步詢問以何種方式進行寄送（如實體郵件、電子郵件、通訊軟體等）。訪談後盡速整理逐字稿，於整理完成後將深度訪談之逐字稿寄予願意收到訪談逐字稿之研究參與者，並於論文完成後，先寄予有意願收到發表前論文之研究參與者，提供其檢視研究結果之機會。若研究參與者發現並反映研究結果有誤或對其不利時，研究者會立即更正，告知研究參與者研究者將如何處理，且消除可能之影響。

柒、適當處理和研究參與者間之關係

於研究過程中，研究者應與研究參與者建立融洽之關係，並覺察與研究參與者信任關係之程度，以保持適當之行為；同時，研究者應建立適當之界線，釐清於研究過程中所扮演之角色，盡量避免角色過於複雜化，並避免透過其角色影響研究參與者之選擇或信念（Sperling，2022；鈕文英，2024）。於本研究中，研究者本身並非利伯他茲治療性社區本身之工作者，對於接受訪談之工作人員較無基於同事情誼而難以拒絕訪談或終止訪談之考量，對於接受訪談之居民或前居民亦無影響服務關係之考量。另外，研究者於訪談進行前對研究參與者進行相關說明，使研究參與者瞭解其可隨時退出訪談，並使其瞭解退出不會造成研究者之困擾或關係上之不利益。

第六節 研究品質

壹、研究品質指標概說

研究品質是所有研究的關鍵之一 (Cypress, 2017), 故對於研究品質指標 (criteria) 之理解尤為重要。然而, 由於質性研究之方法存在多樣性, 故無普遍之標準以評估質性研究之研究品質 (Charmaz & Thornberg, 2021; Hayashi Jr et al., 2019), 且量化研究所使用之品質指標, 亦不適合直接用以作為質性研究之品質指標 (Korstjens & Moser, 2018), 故質性研究者採取不同指標以探討研究品質之問題 (王文科、王智弘, 2010)。其中, 最著名之指標是由 Lincoln and Guba (1985) 所提出之四個標準。根據 Lincoln and Guba (1985) 之看法, 研究之「信實度」(trustworthiness) 是質性研究研究品質問題之核心, 即研究是「值得信賴的」(張芬芬, 2021, 頁 61), 並提出「可信性」(credibility)、「可遷移性」(transferability)、「可依賴性」(dependability)、「可確認性」(confirmability) 四個具體指標 (Lincoln & Guba, 1985)。質性研究者必須於研究設計與研究實施之過程中納入提高信實度之策略 (Noble & Smith, 2015)。然而, 建構主義式扎根理論所採之指標則有別於此, Charmaz 提出四個指標, 即「可信性」(credibility)、「原創性」(originality)、「共鳴感」(resonance)、「實用性」(usefulness) 四者, 並提出相關問題以供參考 (Charmaz, 2005, 2006, 2014a; Charmaz & Thornberg, 2021), 以下分別對此四指標進行說明。

貳、可信性

可信性此一指標, 代表研究者必須蒐集充足之資料, 以利對資料提出精闢的問題, 並於整個研究過程中進行系統性之比較, 進而形成縝密之分析; 同時, 研究者必須於整個研究過程中具備反身性 (Charmaz & Thornberg, 2021)。Charmaz 對此提出數個問題供研究者參考, 包括: 研究者是否熟悉所研究之環境或主題? 資料是否足以支持研究者之主張? 研究者是否於範疇間進行系統性之比較? 所蒐集而得之資料以及研究者之論點與分析是否存有強大的邏輯性連結? 研究是否為研究者之主張提供充足之證據, 使讀者得形成獨立之評斷並同意研究者之主張? 等 (Charmaz, 2005, 2006, 2014a)。

參、原創性

原創性此一指標, 包含不同之形式, 如提供新的見解, 為公認之問題提供新的概念化 (conceptualization), 並建立分析之重要性 (Charmaz & Thornberg, 2021)。

Charmaz 對此提出數個問題供研究者參考，包括：範疇是否新穎？範疇是否提供新的洞見？分析是否為資料提供新的概念性詮釋？研究之理論性意義為何？研究者之扎根理論如何挑戰、擴展或精煉（refine）當代之想法、概念與實踐？等（Charmaz，2005，2006，2014a）。

肆、共鳴感

共鳴感此一標準，代表研究者所建構之概念不僅應表明研究參與者之經驗，同時亦為他人提供洞見（Charmaz & Thornberg，2021）。Charmaz 對此提出數個問題供研究者參考，包括：範疇是否描繪研究經驗之豐富性？研究者之扎根理論對於研究參與者或與研究參與者具相同情況者是否有意義？分析是否提供研究參與者或與研究參與者具相同情況者對其生活或世界更深入之洞見？等（Charmaz，2005，2006，2014a）。

伍、實用性

實用性此一標準，囊括研究所欲達成之多種目標，如澄清研究參與者對其日常生活之瞭解、形成政策與實務應用之基礎、有助於創造新的研究方向等（Charmaz & Thornberg，2021）。Charmaz 對此提出數個問題供研究者參考，包括：研究是否提供人們可用於日常世界之詮釋？分析是否能激發其他實質領域之進一步研究？研究對於知識有何貢獻？研究對於打造更美好的社會與世界有何貢獻？等（Charmaz，2005，2006，2014a）。

建構主義式扎根理論家之目標，是透過一個兼具可信性、原創性、共鳴感、實用性之理論，對經驗現象獲得詮釋性理解（Charmaz，2009）。而每個學科、領域對於研究品質之要求可能有所不同，此四指標將帶給研究者呈現資料、建構理論上之啟發（Charmaz，2014a）。本研究以此四指標作為參考，以提升本研究之研究品質。

第四章 藥癮治療性社區之概念

藥癮治療性社區於藥癮治療領域中歷史悠久，國外犯罪學領域中不乏自犯罪學視角對藥癮治療性社區進行相關研究。本研究第二章已針對藥癮治療性社區之治療模式、運作方法、復元歷程之相關研究，以及當代藥癮治療性社區所面臨之挑戰進行初步說明。然於我國研究中，較少自犯罪學之角度討論此種治療模式，治療性社區之發展歷程、藥癮治療性社區之觀點與類型亦少有系統性之論述。故本研究自正向犯罪學與修復式正義之視角出發，並針對藥癮治療性社區之發展歷程、觀點、類型部分詳加闡明，期能充實國內文獻之論述，並對藥癮治療性社區有更為全面之理解⁴⁰。

第一節 正向犯罪學、修復式正義與治療性社區

正向犯罪學 (positive criminology)⁴¹ 的概念是以 Natti Ronel 為主之學者所提出 (Ronel, 2015a; Ronel & Elisha, 2011)，自不同視角切入看待犯罪者與藥癮者，為犯罪學領域之新興觀點，使社會重新看見犯罪者與藥癮者本身存有之改變潛力與希望。而修復式正義 (restorative justice, RJ)，亦有譯為修復式司法 (如黃富源等, 2023)⁴²、修復正義 (侯崇文, 2020)、修復性司法 (王正嘉, 2004)、恢復性司法 (周懋嫻, 2021a)、復歸式正義 (陳祖輝, 2003a)、回復性司法 (莊忠進, 2003) 等⁴³，已成為國內外近十年來犯罪學與刑事司法領域討論之熱門議題⁴⁴。正向犯罪學與修復式正義兩者皆著重正向之資源與機會 (Ronel & Elisha, 2022)，以充滿希望之角度看待人與偏差行為，為犯罪學領域中之重要觀點。然而，國內過去之研究較少自正向犯罪學與修復式正義之角度探究藥癮相關處遇，遑論以此兩者之視角探討藥癮治療性社區此一治療模式；且相較於修復式正義之

⁴⁰ 本章之部分內容曾以簡報方式於銘傳大學社會科學院犯罪防治學系以及銘傳大學比較刑事司法研究中心主辦之「2024 銘傳大學 AI 與刑事司法國際學術研討會」進行發表 (石嘉程, 2024)，感謝主持人黃蘭嫻副教授、與談人韋愛梅副教授以及與會先進們提供諸多想法與建議。

⁴¹ 不同於「positivistic criminology」(實證犯罪學)。

⁴² 黃蘭嫻與陳怡成 (2024, 頁 241) 指出修復式司法是在刑事司法領域所採行之修復式實踐。有論者則認為修復式正義應與司法之名脫鉤，不宜稱修復式司法，詳見劉育偉 (2023, 頁 72-73)。

⁴³ 「修復式正義」此用語之檢討，可見 Christie (2013) 之論述與 Maruna (2013)、Walgrave (2013) 之回應。

⁴⁴ 修復式司法於國內之發展，可見 Huang et al. (2022) 之論述與評析。

研究，國內正向犯罪學之相關研究與討論仍位於起步階段。據此，本研究於犯罪學領域中選定正向犯罪學與修復式正義，以此兩者對藥癮治療性社區進行深入探討。本節除對兩者之源起及觀點予以介紹，藉此充實國內之文獻外，將更進一步闡明兩者與藥癮治療性社區之關係。附帶說明者是，雖修復式正義被囊括於正向犯罪學之框架中，然由於近年討論修復式正義之研究眾多，實有單獨說明之必要，故承接於正向犯罪學後討論之。

壹、正向犯罪學與藥癮治療性社區

一、正向犯罪學之源起

犯罪被大多數人理解為傷害、不正義 (injustice) 與痛苦的負面事件，也確實如此 (Ronel & Segev, 2015)；刑事司法於本質上似乎亦是全然的負面取向 (Maruna, 2004)。Yablonsky (2008, p. 16) 即表示，目前之司法與監獄體系將存在於不幸之人身上的潛能破壞殆盡；然其亦認為，縱使是行為惡劣之社會病態者 (sociopath)，若使其有機會經歷人本 (humanistic) 之司法過程，則存於其身上之正向火花 (spark) 仍能燃起邁向守法生活型態之熊熊烈火。事實上，人皆有潛在之改變可能性 (周震歐, 2016)，然過往之犯罪學過於著重理解造成偏差或犯罪行為之負向因子，關注犯罪者與非犯罪者間之差異，抑或是個人、團體與社會走向犯罪或偏差之歷程，卻較少從另一方向瞭解使其遠離犯罪之因素，亦未將重心放在探究人如何停止犯罪並長期保持無犯罪之生活 (Ronel & Elisha, 2011)。此種僅關注負向層面之思考，難以使他人瞭解人有改變之可能與希望，或許亦造成大眾不時冀望動用重刑，以此解決社會所認為的犯罪問題。如同論者所質疑：「為什麼生命的意義不能是正面取向而必須是負面取向？」(黃榮堅, 2003, 頁 74)。一個致力於減少苦難與犯罪之社會，有責任為包容 (inclusion) 創造機會 (Amitay & Ronel, 2023)。正向犯罪學作為犯罪學之新興領域，即致力於填補對於正向層面關注之空缺，解決主流論述過度強調處理負向方面與「失敗」(failure) 案例之問題 (Ronel & Elisha, 2011)，蓋過於強調偏差行為成因之負向方面與其影響，除將導致無法更為廣闊地、平衡地看待犯罪者之經驗外，亦忽視長期成功避免犯罪之高風險群體案例 (Ronel & Elisha, 2022)。正向犯罪學之想法源自於 Natti Ronel 等人早期所進行之研究，如 Ronel 曾探究以色列戒毒無名會 (Narcotics Anonymous, NA) 成員所經歷之改變 (Ronel, 1998a, 1998b)。根基於此些研究，

Ronel 等人開始著重於探索所謂「覺察的正向核心」(a positive kernel of awareness)，人在某些情境下，往往會出現犯罪、暴力或成癮行為，而「覺察的正向核心」此種內在的聲音則可能讓一個人於如此情境下做出不同的選擇(Elisha & Ronel, 2023)。

事實上，正向犯罪學之發展與所謂正向心理學(positive psychology)息息相關，受正向心理學轉移關注重心之啟發，Ronel 等人借鑑正向心理學一詞，汲取相關想法，進而開展正向犯罪學之概念(Elisha & Ronel, 2023; Ohayon & Ronel, 2023; Ronel & Elisha, 2022; Ronel & Segev, 2014; Ronel & Toren, 2012)。正向心理學屬於心理學之一部，此種觀點是為了平衡過去心理學只關注病理學(pathology)之做法，蓋心理學之任務除治療精神疾病外，更應讓所有人的生活變得更好，故正向心理學著重於如何提高快樂(happiness)與幸福(well-being)等，並試圖理解為何、如何與在怎樣之條件下，正向情緒與正向特質得以發展(Elisha & Ronel, 2023; Seligman, 1999, 2002; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000)。正向心理學與正向犯罪學之基本前提與目標有其共同之處，皆試圖將學科視角從單純地調查與控制偏差之原因及相關因素，並給予治療，轉向瞭解發展與維持人類優勢力(human strength)、社會資本(social capital)與幸福感之條件，並予以提升；同時，正向心理學之觀點亦影響著正向犯罪學之發展(Elisha & Ronel, 2023; Olson, 2023; Ronel, 2013)。兩者之關係如下圖 4-1-1 所示。

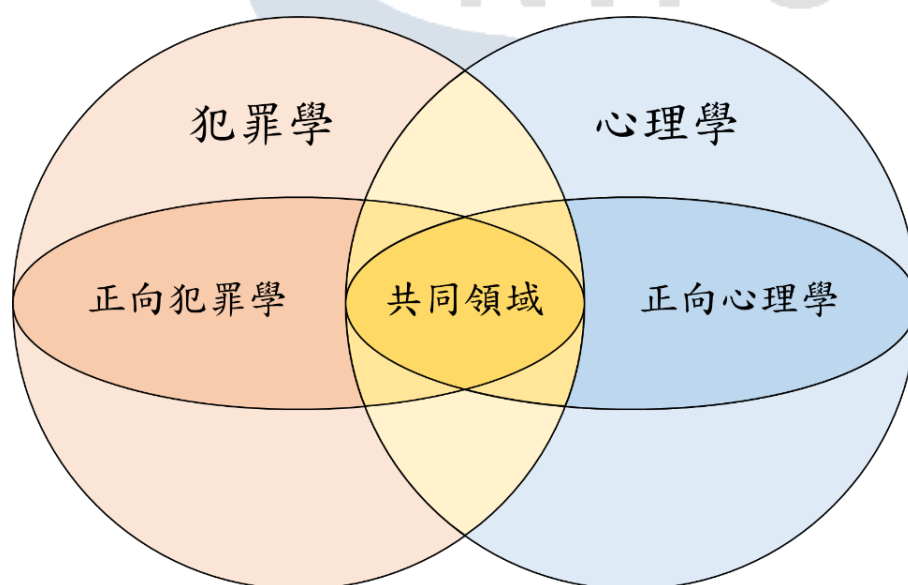


圖 4-1-1 正向犯罪學與正向心理學之關係

(資料來源：改編自 Elisha and Ronel, 2023, p. 13, Figure 1)

然而，正向犯罪學與正向心理學仍存有不同。本研究以表 4-1-1 整理關於正向犯罪學與正向心理學之異同。附帶說明者是，並非所有學者皆滿意正向犯罪學之稱呼，Walgrave (2016) 即指出「正向」兩字或許過於模糊，應找到更有意義之術語，如「信任犯罪學」(criminology of trust)⁴⁵，蓋正向犯罪學方法是以對他人之信任為根基。不過，由於正向犯罪學是借鑑於正向心理學之名稱，且 Ronel 等人尚未改變對於正向犯罪學之稱呼，故本研究仍以正向犯罪學稱之。

表 4-1-1 正向犯罪學與正向心理學之比較

	正向犯罪學	正向心理學
相同	<ul style="list-style-type: none"> ● 於犯罪學／心理學領域為較新之發展 ● 過往之犯罪學／心理學較著重於負向層面，而正向犯罪學／正向心理學之目的不在於取代先前之研究與方法，而是平衡、補充犯罪學／心理學領域之現有知識，試圖為現有之行為科學帶來不同聲音與視角 ● 強調將正向部分納入論述、研究與處遇當中，包含鼓勵、愛、同情、寬恕、社會接納 (social acceptance)，而非僅關注傷痛等消極層面 ● 試圖利用人類優勢力 (如感恩、幽默、希望、寬恕等) 與正向層面，以改善生活品質，並增進身心健康與福祉 	
相異	<ul style="list-style-type: none"> ● 補充之對象為「傳統犯罪學」(traditional criminology)。傳統犯罪學領域關注犯罪之原因與分布，各種計畫是用以減少犯罪行為與再犯，旨在消除負向特質 (negative attributes) 與風險因子 ● 將目標置於有犯罪風險者、希望重新融入一般社會之犯罪者或犯罪事件之受害者 	<ul style="list-style-type: none"> ● 補充之對象為「傳統心理學」(traditional psychology)。傳統心理學領域關注人性 (humanity) 之負向層面，如精神疾病、脆弱、受苦、傷害、壓力事件 (stressful events) 所帶來之不良影響等 ● 目標可能是所有人

(續下頁)

⁴⁵ 關於信任犯罪學，可見 Walgrave et al. (2021) 之討論。

- 憑藉其跨領域 (interdisciplinary) 之本質，融合心理學、社會學、法律、教育、政治等領域之知識
- 採倫理 (ethical) 觀點，並要求絕對道德 (absolute morality)，故犯罪、暴力、成癮、造成傷害大多不可取，因此目標是預防與終止此些行為
- 以心理學知識為主
- 通常不採取道德立場

資料來源：整理自 Elisha and Ronel, 2023, pp. 8-10, pp. 12-14; Ronel, 2013, p. 341; Ronel and Elisha, 2011, pp. 305-306, p. 314; 2022, p. 999, p. 1013; Ronel and Segev, 2014, p. 1390, p. 1393; 2015, pp. 5-6。

二、正向犯罪學之意義與觀點

正向犯罪學是一包含犯罪學、刑事司法、心理學、社會學等學科中現有理論與模式之觀點，對於犯罪者具更為廣泛且樂觀之看法，不被侷限於對危險因子與風險因子之關注，同時認為犯罪者於適當條件下得以改變與復歸 (rehabilitate) (Elisha & Ronel, 2023; Ronel & Elisha, 2022)。透過整合與合一 (unifying) 之力量，以增進「善」(the good)，從而促成犯罪者之終止與福祉，以及被害者之療癒 (healing) (Ronel & Segev, 2015)。正向犯罪學強調人與人間之互動，並著重包容、對話、接納 (acceptance)、尊重、整合 (integration)⁴⁶以及行善 (doing good) (Ronel, 2013; Ronel & Segev, 2014; 陳祖輝, 2019)。同時亦強調優勢力之運用，人的優勢力包含樂觀、希望、信仰、勇氣、誠實、面對挑戰之堅持不懈 (perseverance) 等 (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000)，透過發展犯罪者之優勢力，得幫助其於面對具挑戰性之生活時，能夠建立改變之動力並維持之 (Ronel & Segev, 2014)。Ronel (2015a) 堅信善的潛力，因此不斷尋求在面對犯罪者與被害者時，有別於現行著重負面取向之其他選擇。而正向犯罪學相關實踐之基本原理，包括：提供親密感 (closeness) (支持/接納)、給予利社會模式、

⁴⁶ 許春金 (2022, 頁 492) 則譯為「融合」。

展現對於個人前程 (prospect) 之樂觀與希望、辨別與培養人的優勢與才能、確認與導引通往社會整合之路、提供走出自我中心 (self-centeredness) 之經驗、促使挑戰與成功等 (Ronel & Elisha, 2022, p. 1005)。

對於人為何會犯罪之問題，正向犯罪學認為，威脅感與渴望感是人必須得到滿足之基本需求，人可能因此犯罪；自我中心則被認為與多數犯罪行為有關，代表著一種意識狀態 (a state of consciousness)，個人只關注自己的利益、欲望、風險、憤怒、恐懼、情緒、認知等，而全然地忽視他人。於此種意識狀態下，人會經歷疏離 (alienation) 感或分離 (separation) 感，他人因此被視為「類客體」(object-like)。人不免自私，但在自我中心階段 (phase) 會形成一種強化的狀態，此時自我中心會佔據整個意識，並成為 (犯罪) 行為之主導動機 (Ronel, 2011, 2013; Ronel, Frid, et al., 2013; Ronel & Segev, 2014)。因此，正向犯罪學試圖透過正向經驗帶來改變，包括提升擺脫自我中心之能力，並減少滿足需求之急迫性 (urgency)，以促進個人正向發展、強化個人產生轉變、鼓勵個人終止犯罪 (Ronel, 2013; Ronel, Frid, et al., 2013; Ronel & Segev, 2014)。透過正向經驗之培養，將有助於減少負向情緒、行為與態度，亦有助於減少再犯 (Ronel & Segev, 2014)。當然，正向經驗本身之解釋可能因個人、時間與文化有所不同，不同個人或群體會以不同方式思考何謂正向經驗，例如，對一個人來說有些經驗是正向經驗，但同時可能會對其本身造成傷害 (如用藥)，抑或是對他人造成傷害 (如性虐待)。正向經驗皆為相對，故終止犯罪與避免犯罪行為僅是正向經驗所帶來之理想結果 (Ronel, 2015a, 2015b; Ronel, Frid, et al., 2013)。

簡言之，正向犯罪學有三個核心：(1) 強調自我／個人 (intrapersonal)⁴⁷、社會／人際 (interpersonal)、靈性 (spiritual) 三個層面之全方位整合；(2) 透過正向力量與效果實現此種整合；(3) 相信此些力量與效果得幫助個人或群體避免、停止犯罪或偏差行為 (Chen, 2024b; Ronel & Elisha, 2022; Ronel & Segev, 2015; Ronel & Toren, 2012)。正向犯罪學為犯罪學與刑事司法研究開啟一嶄新觀點與領域，堪稱是犯罪學與刑事司法之綠洲 (許春金, 2022, 頁 492)。必須強調者是，正向犯罪學並非一種理論，而是包含不同觀點、假設、模式與理論之廣泛視角 (Elisha et al., 2013; Ronel, 2015a; Ronel & Elisha, 2011)。正向犯罪學試圖為和平建構犯罪學、修復式正義、再整合性羞恥 (reintegrative shaming)、犯罪終

⁴⁷ 陳碧珍 (2011, 頁 8) 將之譯為「內在個人」。

止、治療性司法 (therapeutic jurisprudence)、美好生活模式 (Good Lives Model, GLM)⁴⁸、正向受害者學 (positive victimology) 等提供一個整體概念，豐富現有知識，進一步發展以犯罪者、受害者與社區為主體之有效干預、預防及矯治方案 (Elisha & Ronel, 2023; Ronel, 2013; Ronel & Elisha, 2011, 2022; Ronel & Segev, 2015; Ronel & Toren, 2012)。此些模式與理論等皆著重於：(1) 整合與優勢力；(2) 有助於犯罪者繼續復元、融入規範性社會 (normative society) 之各種影響 (Ronel & Elisha, 2022)。過往犯罪學研究非無正向之理論與方法，然正向犯罪學提供一個全面性之定義，為學術研究者與實務工作者創造一種共同的語言 (Ronel & Elisha, 2011)。同時，學術研究者與實務工作者可透過正向犯罪學之角度，確定人所存有之各種潛力、資源與優勢力 (Ohayon & Ronel, 2023)。須注意者，正向犯罪學並非傳統犯罪學之替代品，目標不在於否定並取代傳統犯罪學之知識，而是以補充性觀點，共同創造犯罪學與受害者學之全方位科學 (Ronel, 2015a)。

三、正向犯罪學與藥癮治療性社區之關係

藥癮治療性社區著重於社會融合 (social inclusion)，與正向犯罪學之框架相符 (Abdel-Salam et al., 2023)，然兩者具體之關係，有待闡明。Ronel et al. (2015) 對以色列的藥癮治療性社區 Retorno 進行研究，探討正向犯罪學原則如何運用於居民之復元歷程中。Retorno 經營兩個獨立的藥癮治療性社區：其一針對 18 歲以上之成年人，治療平均時間為九個月至十二個月；另一則是針對 14 歲至 18 歲之青少年，治療平均時間為十二個月至十八個月 (Chen et al., 2013, 2016; Ronel et al., 2015)，皆為針對成癮者之猶太 (Jewish) 治療性社區，主要治療對象為成癮之猶太人 (Jews)，而靈性成長是 Retorno 復元歷程中之重要要素，雖非每個居民皆有宗教信仰，但所有居民皆須參加靈性活動，例如團體祈禱 (group prayer)、冥想 (meditation) 等 (Chen et al., 2013, 2016; Ronel et al., 2015; Ronel, Elisha, et al., 2013)。研究參與者為成人藥癮治療性社區中 9 位男性居民與 1 位女性居民，共 10 位居民，於藥癮治療性社區中已有七個月至九個月，該研究對之進行半結構式深度訪談 (Ronel et al., 2015)。研究結果發現三個主題，代表研究參與者整合 (integration) 的三個層面：自我、社會、靈性 (Ronel et al., 2015, p. 128)。

⁴⁸ 朱群芳等 (2020, 頁 60) 將之譯為「優活生活模式」。

此三層面之整合有助於改變藥癮者之分離感、孤獨感與疏離感（Chen & Gueta, 2015）。本研究將以 Ronel et al. (2015) 對此三層面之討論作為主要論述架構，說明正向犯罪學相關概念與觀點於藥癮治療性社區之應用。

（一）自我整合

於 Ronel et al. (2015) 之研究中，研究參與者指出進入藥癮治療性社區前最有問題者為心智狀態 (mental state)，此進而導致其上癮。因此，Ronel et al. (2015) 認為自我不斷整合對於居民而言有其意義，而自我整合反映在「生命凝聚感」(sense of coherence, SOC)、「幸福感」(sense of well-being)、「情緒成熟」(emotional maturity) 三者之上，此三者增加研究參與者之適應力 (adaptability)，並推進其復元歷程。

生命凝聚感是指人有深入 (pervasive)、持久且動態之自信感受，認為所處之內在與外在環境可被預測，且事情很可能按照合理之預期順利發展 (Antonovsky, 1979, p. 123)。生命凝聚感所強調者乃個人之優勢，以及成功調適生活壓力之能力 (Chen, 2024a)。Ronel et al. (2015) 研究中之研究參與者指出，於復元歷程中，其慢慢承認個人問題，並利用 Retorno 所提供之不同方法認真解決之。研究參與者逐漸不再感到迷茫，內心有一絲平靜，生命凝聚感則隨著復元之進展而越發強烈。

幸福感之增加亦是正向犯罪學所關注者。Ronel et al. (2015) 研究中一些研究參與者指出，正向感受與正向知覺之發展 (包含對於自己與他人，如感覺良好、快樂、有希望、感激等) 增加其幸福感，其認為此是源於在 Retorno 所經歷溫暖、接納與不指責 (nonjudgmental) 之方法，從而使之發展出正向態度。

最後則是情緒成熟。正向犯罪學試圖為個人提供正向經驗，以改變對於自己與他人之理解，並提高面對問題與制定解決方案之能力 (Ronel & Segev, 2014)。Retorno 之居民認為由於其他居民的廣大支持 (包括無條件之接納、關懷、認同等)，使其得以有效處理治療歷程中之強烈情緒 (Ronel, Elisha, et al., 2013)。居民經歷了情緒上之改變，得對自己與他人有更深入之瞭解，並願意對生活承擔責任與自我悅納 (self-acceptance)，此些皆為情緒成熟之表現 (Ronel et al., 2015; Ronel, Elisha, et al., 2013)。

（二）社會整合

於 Ronel et al. (2015) 之研究中，研究參與者改變之另一重要層面是與同儕以及家庭成員之社會整合。社會整合可反映於「與他人建立連結」(connecting with others) 與「修復親屬關係」(repairing relationships with relatives) 兩者之上。

與他人建立連結是在藥癮治療性社區中相當重要之部分。於 Dekkers et al. (2020) 之研究中，曾參與藥癮治療性社區之研究參與者指出，於藥癮治療性社區中使其感到建立真正友誼之可能，蓋居民彼此相當熟悉，具有共同之經歷與類似之背景，此些友誼能持續終生，且對復元有所助益。Ronel et al. (2015) 研究中之研究參與者亦表示，由於居民與居民間相互支持與接納，進而建立真正的友誼，此與其過去之人際關係大相逕庭，蓋過去之關係充斥著自利 (self-interest) 與負向情緒。與同儕建立連結並建立有意義社會鍵 (meaningful social bonds) 之能力，是避免犯罪與促進復元歷程之途徑 (Ronel et al., 2015)。

修復親屬關係則受到前述真正友誼建立之影響。Ronel et al. (2015) 之研究指出，研究參與者與同儕、工作人員之友好關係，將對其與父母、配偶、兄弟姊妹等親屬之關係產生正向影響。親屬關係之正向改變表現在更常使用分享、感恩、寬恕等正向要素，而此些正向要素亦有助於親屬關係之修復，可說是正向之飛輪效應 (flywheel effect)：親屬關係越好，所使用之正向要素即會越來越多；所使用之正向要素越多，親屬關係即會越來越好。除受到與他人建立連結之影響外，情緒成熟亦對於親屬關係之修復有所影響，Chen et al. (2013) 對於 Retorno 青少年治療性社區居民之父母進行訪談，研究參與者指出，居民對於父母以及整個世界之態度發生大幅改變，包括更有責任感、更親切友好、更善於分享，並認為此種改變源於居民之情緒成熟。其他研究亦發現親屬關係之正向改變，如陳碧珍 (2005) 訪談 3 位於晨曦會與沐恩之家成功復元且五年內未復發者，結果發現有研究參與者透過信仰看見自己須達成之改變，亦透過實際行動與家人修復關係，如改變說話與對待之方式 (陳碧珍，2005，頁 82-83)；陳玥華 (2019，頁 59-60) 之研究則發現，於戒除藥癮之過程中，晨曦會成員發自內心之想法改變，將影響家人之感受，進而得以修補與家人之關係，或強化家人間之聯絡程度。

（三）靈性整合

於 Ronel et al. (2015) 之研究中，無論是否有宗教背景，有些參與者指出靈

性覺醒 (spiritual awakening) 之經驗，該研究認為此種靈性轉化 (transformation) 源於宗教與 Retorno 治療中之十二步驟計畫，反映在「靈性信念之發展」(spiritual faith development) 以及「減少自我中心」(decreasing self-centeredness) 之上。

關於靈性信念之發展，Ronel et al. (2015) 研究中之研究參與者聲稱，其於 Retorno 內透過宗教與十二步驟計畫獲得新的靈性工具 (如道德價值觀、感恩、謙遜等)，進而喚起其靈性信念。Ronel et al. (2015) 認為此是研究參與者與靈性實體之合一 (unification with a spiritual entity)，此靈性實體可能是「更崇高的力量」(higher power) 或「上帝」(God)⁴⁹，透過居民與靈性實體之整合，靈性價值觀將逐漸取代先前之成癮或犯罪規範。國內之研究亦有類似發現，如蔡佩真 (2015) 對 23 位曾使用海洛因者進行訪談，研究參與者皆曾進入戒毒村進行戒癮並已穩定復元，該研究發現，研究參與者戒癮之內在力量來自於靈性之覺醒，改變之動能是由內在靈性乃至外在改變，以此支撐戒癮之持久與穩定 (蔡佩真，2015，頁 124)；安辰赫 (2003，頁 126) 之研究指出，戒毒村之居民得感受到「神與自己同在」之安定感，而在藥癮治療性社區中或離開後，此為隨時獲得安慰與幫助而保持穩定戒癮之力量；陳碧珍 (2011，頁 21，頁 29) 之研究中，則發現當研究參與者接觸信仰後，其於讀聖經與禱告之經歷中，皆看見自己之不是，並放下自己，向上與上帝締結關係，生命開始逐漸改變，於此歷程中，其在信仰上經歷靈性之重整，除價值觀改變外，亦找到一個力量抗拒藥癮。

減少自我中心於正向犯罪學之觀點中相當重要，蓋自我中心與多數犯罪行為有關，藥癮者本身亦展現自我中心之特質，如蔡佩真 (2015) 研究中之研究參與者即指出，過去因自我意識太強、不願求助、不願承認無法控制等，造成其戒癮失敗；萬淑民 (2022) 研究中之研究參與者指出，用藥使其只想到自己與藥物，完全只有用藥之慾望，且用藥時常常推卸責任，將用藥怪罪於他人之上；陳珮華 (2019) 之研究則發現晨曦會之男性成員於先前用藥時，無視他人之眼光，亦不願接受來自他人之協助。藥癮治療性社區則有助於居民減少其自我中心，如 Ronel et al. (2015) 研究中有些研究參與者即表示，十二步驟計畫中之靈性治療要素或猶太教價值觀幫助其克服自我中心，更好地與他人建立連結，而與過去感到與他

⁴⁹ 陳碧珍 (2011，頁 8) 將「higher power」譯為「至高者」；蔡佩真 (2015，頁 110) 則將「God」譯為「至高者」。為避免翻譯上之混淆，本研究分別將「higher power」與「God」譯為「更崇高的力量」與「上帝」。

人分離、僅著重自我、自怨自艾 (self-pity) 等可能加深藥癮之傾向形成鮮明對比，此種改變使研究參與者得與他人建立更好且更為健康之關係；萬淑民(2022, 頁 139) 之研究亦發現，晨曦會之學員於進入晨曦會後，產生了價值觀之轉變，逐漸開始以神為主，與過往自私自利、凡事以自我為中心有所不同；陳玥華(2019) 之研究則發現，晨曦會之男性成員於戒癮過程中拋卻先前之自怨自艾，開始認真思考自我行為與他人感受間之關係，從尊重他人與愛護自我之立場，對過往偏差觀念與行為進行修正，同時其同理心亦增加，瞭解仍有人會懷著善意與其相處，並學會站在他人立場做出更多角度之深入考量，而非不計後果地放任偏差行為反覆出現 (陳玥華，2019, 頁 65-66)。

貳、修復式正義與藥癮治療性社區

一、修復式正義之源起

刑事司法之首要任務，應是盡可能修復犯罪所造成之傷害、痛苦與社會動盪 (social unrest) (Walgrave, 2013)。然而，於當代社會中，施加懲罰與實現正義被劃上了等號 (黃蘭嫻、陳怡成，2024)，人們往往理所當然地認為，懲罰應對犯罪行為負責者始為面對犯罪問題之正道 (Johnstone, 2017)。傳統刑事司法體系建立於犯罪必須受到懲罰之前提上，此種對立 (adversarial) 性質鼓勵加害者否認或中立化對於犯罪之責任，蓋加害者會將重點置於如何避免更為嚴厲之懲罰，而非瞭解犯罪對於受害者之影響；且傳統刑事司法體系相當注重國家與犯罪者之關係，只對加害者進行懲罰，使受害者被邊緣化，僅能被動接受國家之決定，進而造成無法充分解決受到犯罪影響者之情感或關係需求，加劇加害者與受害者間之衝突。來自懲罰之威脅使人們無法針對所發生之衝突進行交流，無能為力之感受亦造成社會大眾對於犯罪處理之冷漠態度。在刑罰制度過度擴張之脈絡下，修復式正義之相關討論與模式便於 1970 年代以來逐漸興起 (Christie, 2007, 2009; McCold & Wachtel, 2003; Suzuki & Hayes, 2016; Umbreit & Armour, 2010; Umbreit & Carey, 1995; Umbreit et al., 2005; Walgrave, 2011; Zehr, 1990; 2015; 黃榮堅, 2007; 黃蘭嫻、陳怡成, 2024)⁵⁰，甚至被視為對於刑事司法典範根本上之挑戰 (Walgrave, 2008)。

⁵⁰ 修復式正義興起之背後因素，可見 Christie (2007, pp. 368-373; 2009, p. 196) 之論述。

二、修復式正義之意義與觀點

我們皆曾傷害他人，也曾為他人所傷（Maruna，2003，p. 254），而修復式正義展現了對於修復傷害之關注。所謂修復式正義，是一種刑事司法之新方式，亦是犯罪發生後實踐正義（doing justice）之一種選擇，非如同過往以懲罰加害者及對於犯罪行為進行應報作為回應犯罪之手段，而是允許傷害他人者透過對於行為之補償而修復關係，側重於修復加害者對「人」與「關係」（relationships）所造成之傷害，犯罪被視為傷害人與關係之行為，而正義則要盡可能治癒犯罪所造成之傷害，包含受害者、加害者甚至是社區所受之傷害，此些傷害皆為修復式正義所關注之重心（Johnstone，2017；Johnstone & Van Ness，2006；Kirkwood，2022；Maruna，2013，2016；McCold，2000，2004；McCold & Wachtel，2003；Walgrave，2008，2011；Wheeldon，2009；Zehr，1990；王正嘉，2015；許春金，2002a，2022；許春金等，2006；許福生，2018b；黃富源等，2023；黃蘭嫻、許春金，2005）。相較於現今大多刑事司法體系認為犯罪是針對國家而來，國家擁有衝突如何解決之決定權，修復式正義則不再將國家視為主要之受害者，而是認為犯罪所針對之對象是個人與社區（Umbreit & Armour，2010；Umbreit et al.，2005；Umbreit & Zehr，1996），其較著重人民與人民間之合作過程而非國家之強制干預（Walgrave，2016），透過受害者與社區之重新納入，進而將衝突解決方案交還其所有者（Christie，1977）；同時，國家仍保有干預之可能性或監督之責（許春金，2018，2022）。尤其於刑事司法領域中，一改過去將提升被告人權與落實受害者保護兩者視為涇渭分明、甚至是相衝突之看法，而試圖平衡與整合犯罪預防、受害者保護、犯罪者矯治及更生等目標，使司法制度成為對所有人之正義（黃蘭嫻，2017；黃蘭嫻等，2011）。

簡言之，修復式正義旨在修復傷害、促進療癒與重建關係（Sapp，2024），強調加害者、受害者、社區三者之共同解決、決定與回復（周耿生、陳學德，2022；許春金等，2017），以尊重且有利於當事人及利害關係人之方法面對傷害（Van Ness et al.，2022），更能滿足受害者、加害者與社區之需求（Walgrave et al.，2013）。林鳳師（2017）訪談 5 位修復促進者，該研究即發現，修復會議可使當事人在探索自我、情感交流、滿足需求、關係修復之層面上達到相當之療癒功能。修復式正義除提供處理衝突之新興視角外（黃蘭嫻，2007），更啟動了人本之良性循環（許福生，2018b，頁 13）。之所以稱之為「修復式」正義，主要是因其關注於「修

復」(restoration)，包含受害者之修復、加害者守法生活 (law-abiding life) 之修復以及對社區所造成損害之修復 (Marshall, 1999)，而修復一詞帶有「改變」、「朝向未來」之意，故修復式正義雖始於打破加害者侵害受害者原有之平衡關係，然結束時卻遠不止於此 (許春金, 2002a, 2002b)。

修復式正義強調需要為那些受犯罪影響者提供參與修復式程序之平等機會，幫助所有人認識已發生之錯誤，重新界定需求與義務，使犯罪者理解受害者遭受之損失、傷害與痛苦，並以負責任之態度親自面對、盡力承擔犯罪行為所造成之影響，對之進行補償、修復與採取行動 (Bazemore & Maruna, 2009; Braithwaite, 2006; Johnstone, 2017; McCold, 2000; Roach, 2000; Shenk & Zehr, 2001; Umbreit, 1994; Umbreit & Armour, 2010, 2011; Umbreit et al., 2005; 許春金, 2002a; 許春金等, 2011; 陳慧女, 2022; 黃蘭嫻, 2013)。詳言之，修復式正義將人們聚在一起，透過增能 (empowerment) 共同解決、修復犯罪所造成之影響與傷害 (Johnstone & Van Ness, 2006; Umbreit & Armour, 2010; Umbreit et al., 2004)，並努力探尋具建設性之解決方案 (Walgrave, 2011; Walgrave et al., 2013)，使犯罪者深入瞭解行為之後果並為其選擇負責 (Lanni, 2021; Sapp, 2024)，過程中允許所有與衝突相關者參與之，使參與者有發言權，並尊重參與者與集體決策 (collective decision) (Shapland, 2013)，修復式正義可以說是賦予受害者、加害者以及其他利害相關者權利講述自身故事之機制 (mechanism) (Rossner, 2023)。專業人士亦於過程中佔有一席之地，上述進程將由中立之促進者或調解者推動程序進行 (Rossner, 2023; Shapland, 2013)。而承認錯誤並積極參與對於傷害之補償，被認為是治癒所有受該犯罪影響者之最直接方式，只有修復始能有效抵銷犯罪所帶來之影響 (McCold, 2000, 2004)。修復式正義期望自加害者身上看到真心誠意的懊悔 (remorse) 與懺悔 (contrition)，並使受傷害者得到發自內心的道歉與賠償 (Maruna, 2014)，透過認識與理解犯罪所造成之傷害，從而減少加害者之自我中心 (Ronel & Segev, 2014)。

須強調者是，修復式正義並非「對」(to) 加害者進行，或是「為」(for) 加害者進行，而是必須「與」(with) 加害者共同進行 (McCold, 2000)，修復式正義需要給予參與及討論之平等機會 (Shapland, 2013)。此外，雖然修復式正義確實傾向於減少再犯，但減少再犯並非實行修復式正義之主要原因，而是因為受害者之需求必須滿足、加害者應被鼓勵承擔責任、受犯罪影響者應被納入，此為更

佳之方法以實踐正義，減少再犯充其量僅為附帶之效果（Lanni，2021；Zehr，2015），或是在滿足利益相關者（尤其是被害者）需求之前提下，減少再犯可以作為修復式正義之附屬目標（secondary goal）（Choi et al.，2012）。

三、修復式正義之模式與實務

修復式正義於定義上仍存有爭議。有採取所謂「純粹模式」（Purist Model），如 Tony Marshall 所言：「修復式正義是一個過程，於該過程中，與犯罪有利害關係的所有當事人聚在一起，共同商討如何解決犯罪帶來的後果以及其對於未來的意涵（implications）」（Marshall，1996，p. 37；1999，p. 5）。該定義強調「合作」作為修復式正義之界線（boundary）（McCold，2000），認為「合作參與」是修復式正義之關鍵要素（McCold & Wachtel，2003），若要對任何一方皆具修復性，則利害關係人之直接參與須出於自願，自願之程序是修復式正義的實務基礎，若有人被迫參與，其過程即非修復式（Kirkwood，2022；Marshall，1999；McCold，2000；許春金，2003）。Tony Marshall 之定義亦彰顯出，只有走過修復式過程（restorative process）始能產生修復式結果（restorative outcome）（Shapland，2013）。「極大化模式」（Maximalist Model）則採取更為廣泛之定義，當事人之自願參與並非必要條件，只要某個措施或制度是以修復犯罪傷害為目的，且實際上亦達成修復之效果，即可稱之為修復式正義。修復是目標，而自願程序僅是工具之一。採取此種定義之目的是希望盡可能將所有修復犯罪傷害之活動皆網羅至修復式正義之範疇內，以加速擴大修復式正義之影響力，避免因強調自願而造成範圍上之過度限縮（Bazemore & Mara，2004；Bazemore & Walgrave，1999；Walgrave，2011；許春金等，2011；謝如媛，2005）。若將兩者進行比較，純粹模式著重修復式正義之「過程」，即所有關係人能共同、自願地參與並充分討論；而最大化模式則認為修復式正義是一種「選擇」，著重其實質內容，即是否能達成修復之效果（Wood & Suzuki，2016；許春金，2022；謝如媛，2005，2018）。尚有許多對於修復式正義之定義與看法，簡言之，修復式正義是關於在傷害行為發生後應如何處理之爭論（Maruna，2016）。

相較於近幾十年才開始闡明修復式正義之典範（paradigm），修復式正義之實務（practices）早已存在，其歷史甚至比國家之司法還要古老（McCold，2000）。同時，由於修復式正義之定義廣泛，故實務上可有多種方式，本身即具有靈活性

(Marshall, 1999)。關於修復式實務 (restorative practices)，包括家庭團體會議 (family group conference, FGC)、被害人—加害者調解 (victim-offender mediation, VOM)、社區會議 (community conferencing)、和平圈 (peace circle)、對話圈 (restorative dialogue) 等作法 (Doerner & Lab, 2021; Maschi et al., 2014; Umbreit & Zehr, 1996; 王正嘉, 2015; 余青樺, 2011; 周愷嫻, 2021a; 許春金, 2002a, 2003, 2018, 2022; 許春金等, 2006)。而我國目前修復式實務之應用場域主要在地檢署與學校，並偏重加害者與被害人對話之修復形式 (黃蘭嫻, 2017)。

四、修復式正義與藥癮治療性社區之關係

(一) 藥癮與修復式正義

過去關於修復式正義之論述往往以被害人為重，Braithwaite (1996, 1998) 即指出，修復式正義代表被害人之修復，形成一個更加以被害人為中心之刑事司法體系；Umbreit and Armour (2010, p. 4) 亦指出，修復式正義是以被害人為中心之過程，不但將被害人所經歷之傷害置於修復式正義之中心，同時亦提高被害人於決定其修復所需方面之地位。過往刑事司法體系大多剝奪被害人之權利，修復式正義則減少了被害人之恐懼、憤怒等，相較於加害者，對於被害人而言能有更大之助益，同時亦使被害人之聲音得以被聽見，提升被害人於法庭上之地位，而非僅能成為案件之證人 (Braithwaite, 2014; Winslade, 2019)。最高法院 109 年度台上字第 343 號刑事判決亦指出：「『修復式司法』或稱『修復式正義』，旨在藉由有建設性之參與及對話，在尊重、理解及溝通的氛圍下，尋求彌補被害人的損害、痛苦及不安，以真正滿足被害人的需要，並修復因衝突而破裂的社會關係。」上述之論點可見修復式正義與被害人似乎密不可分。基於對被害人之重視，有論者即主張修復式正義之推行應以修復被害人為優先 (黃曉芬、張耀中, 2012)，或於司法程序中發展以被害人為中心之修復式正義 (van Dijk, 2013)。

然而，修復式正義對於被害人地位之強調，反而產生藥癮之相關處遇是否為修復式實務之疑慮。藥物使用常被視為無被害人犯罪 (Chandra, 2019; Rosenblatt & Adamson, 2023; 束連文等, 2014; 周愷嫻, 2013, 2021b; 林順昌, 2009; 張平吾等, 2010; 張淑慧、張文賢, 2019; 程又強, 2013; 楊士隆、蔡德輝等, 2008; 蔡德輝、楊士隆, 2023)，蓋其並無如同暴力犯罪、財產犯罪般擁有明確可識別之被害人，難以將加害者與被害人聚集在一起解決已造成之傷害

(Hine & Wong, 2021; Lanni, 2021), 故此種行為更有可能被認為屬無害行為 (Edwards, 2021)。有論者即指出, 若過度強調受害者之參與, 於藥物使用上可能難以運用修復式正義方案進行處理 (林順昌, 2009)。此種缺少明確受害者之問題, 造成界定某些處遇是否為修復式實務之困擾。而 Paul McCold 與 Ted Wachtel (McCold, 2000; McCold & Wachtel, 2002, 2003) 所提出之修復式實務類型學 (Restorative Practice Typology) 或可解決此種問題。

McCold 與 Wachtel 認為, 「受害者補償」(victim for reparation)、「加害者責任」(offenders for responsibility) 以及「關係和解與重新融入之關懷社區」(the communities of care for relational reconciliation and reintegration) 此三大需求是修復式實務之三大支柱。據此, 其將修復式正義之相關方案分為三類, 包含「完全／全方位修復方案」(fully/holistic restorative programs)、「大部分修復方案」(mostly restorative programs) 與「部分修復方案」(partly restorative programs) (McCold, 2000; McCold & Wachtel, 2002, 2003)。

完全／全方位修復方案是修復式正義之理想模式, 其解決受害者、加害者以及社區之三大需求; 大部分修復方案解決其中兩組需求; 部分修復方案則僅解決其中一組需求 (McCold, 2000, 2004; McCold & Wachtel, 2002, 2003)。另外, 尚有聲稱屬於修復式實務, 卻無法滿足受害者、加害者或社區真正需求之「假性修復式正義」(pseudo-restorative justice), 無論在其他方面有多大幫助, 皆不具有修復性 (McCold, 2000, 2004)。根據此種分類方式, 可將修復式實務建構出如表 4-1-2 之類型。

表 4-1-2 修復式實務之類型

種類	需求組合	實務類型
完全／ 全方位	受害者 + 加害者 + 社區	<ul style="list-style-type: none"> ● 家庭團體會議 (family group conference) ● 和平圈 (peace circle) (即審判圈, sentencing circle) ● 社區會議 (community conferencing)

(續下頁)

種類	需求組合	實務類型
大部分	受害者 +	<ul style="list-style-type: none"> ● 受害者賠償 (victim restitution) ● 受害者—加害者調解 (victim-offender mediation) ● 真相與和解委員會 (truth and reconciliation commissions)
	加害者	
	受害者 +	
部分	社區	<ul style="list-style-type: none"> ● 受害者扶持圈 (victim support circles) ● 治療性社區 (therapeutic communities) ● 受害者除外會議 (victimless conference) ● 正向管束 (positive discipline)
	加害者 +	
	受害者	
部分	受害者	<ul style="list-style-type: none"> ● 受害者服務 (victim service) ● 犯罪補償 (crime compensation)
	加害者	
	社區	
		<ul style="list-style-type: none"> ● 相關之社區服務 (related community service) ● 修復委員會 (reparative boards) ● 青年援助小組討論會 (youth aid panels) ● 受害者警覺性訓練 (victim sensitivity training) ● 加害者家庭服務 (offender family services) ● 以家庭為中心 (family-centered) 之社會工作

資料來源：整理自 McCold，2000，pp. 400-404；McCold and Wachtel，2002，p. 116。

由 McCold 與 Wachtel 之分類可知，修復式實務相當多元。如下圖 4-1-2 所示，修復式正義應是一個從非修復性 (not restorative) 至完全修復性 (fully restorative) 之連續體 (continuum)，而非應報式正義 (retributive justice) 與修復式正義的簡單二分 (Suzuki & Hayes，2016)。亦即，方案之修復性應是連續性，而非絕對 (許春金，2002a，2002b，2022)。此些方案將繼續於修復式正義之框架

下發揮作用，並朝向更全面之修復式實務發展。McCold 與 Wachtel 之類型區隔，實有助於區分修復式方案與非修復式方案，具概念澄清之效果（許春金，2022）。

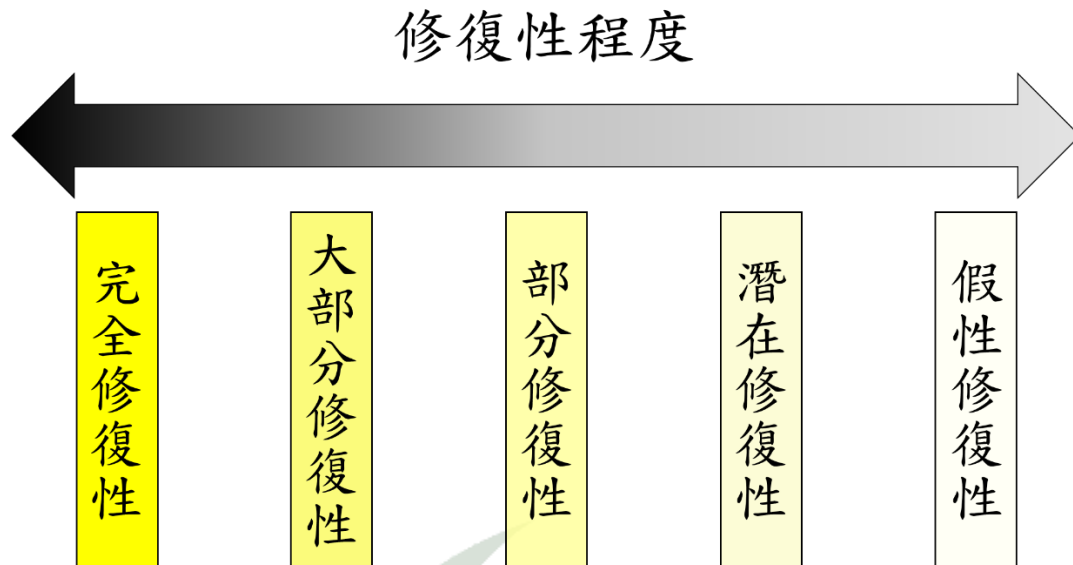


圖 4-1-2 修復式實務之修復性程度

（資料來源：改編自 Zehr，2015，p. 55）

綜上所述，修復式實務並非「是否」、「全有全無」之問題，亦非「非黑即白」之選擇，而是「符合程度」之問題，修復式正義得有不同程度上之實踐。修復式實務不應侷限於某些方案或技術（Rosenblatt & Adamson，2023），並無「唯一」之修復式實務，只有各種符合程度不等、組成元素不同者（Van Ness，2002；Walgrave，2011；周悛嫻，2021a）。因此，縱使未有明顯之被害者，修復式正義仍能幫助犯罪者瞭解其所造成之傷害與受犯罪行為影響者之需求，並覺察修補傷害之機會（Rosenblatt & Adamson，2023，p. 106）。

（二）藥癮治療性社區作為修復式實務

藥癮者可能是傷害之製造者，但其本身亦應得到幫助與關懷（Pickard & Pearce，2013）。修復式正義有助於藥癮之治療，蓋其傳遞愛與關懷以促使藥癮者對生活進行全方位之改變（Braithwaite，2001），而旨在減少藥癮並為藥癮者提供治療之干預措施，可能是一種修復式實務，當干預本質是復元並將藥癮者留在社區時，更是如此（Fulkerson，2009），藥癮治療性社區即是此類型之干預。若根據上述 McCold 與 Wachtel 之修復式實務類型學，藥癮治療性社區被歸類為「大

部分修復方案」，其作為一種修復式實務，解決了加害者責任以及關懷社區此二方面之需求，以修復受損之關係。例如，藥癮者之用藥將傷害其與伴侶、孩子、朋友之關係 (Griffiths, 2005)，尤其會對家庭造成極大傷害 (張淑慧、張文賢，2019)。如李安軒 (2013) 之研究發現，研究參與者酒癮期間之失控與脫序，造成其與家人間親密關係莫大之傷害 (李安軒，2013，頁 65)，而修復此些關係即為藥癮治療性社區之目標，將家庭納入治療當中，除使家庭成為藥癮者復元路上之支持者外，更可修復過往受損之關係，藥癮者與家庭將於充滿關懷之環境中共同成長。當受到藥癮影響者積極參與，以找到強調治癒、和解與團隊合作之最佳方案時，正義始得實現 (Warsino et al., 2020)。雖非純粹 (pure) 之修復式正義，但藥癮治療性社區亦是於無受害者之狀況下具可行性之修復方案 (McCold, 2000)。

同採自助方法之戒酒無名會亦屬修復式實務，Fallon (2014) 即指出戒酒無名會與修復式正義之關係。例如，戒酒無名會要求成員對於曾被其傷害者做出直接之補償，透過會議之方式，受到傷害者發自內心地表達看法，解釋酒癮者如何影響其生活，以此方式直接瞭解行為之後果，而此種形式與修復式實務中之「受害者—加害者調解」存在相似之處，蓋兩者皆鼓勵酒癮者／加害者不僅要看見苦難之真實樣貌 (real face)，亦要聽見苦難背後之真實故事 (Fallon, 2014, p. 111)。於修復式正義之脈絡下，每位參與者之看法應被傾聽，讓其有機會說出發生什麼、受到什麼影響、需要什麼、願意做什麼讓事情變得更好 (Wilcox, 2008)，於藥癮治療性社區中亦有類似之機制。有論者指出，當藥癮治療性社區內發生偏差行為，甚至有居民再次用藥時，便會邀請所有受到事件傷害之利害關係人聚在一起，陳述所受之影響及共同思考如何修復，並預防類似事件再次發生 (白鎮福，2014，頁 73-74；許春金、白鎮福，2015，頁 38)，此即為藥癮治療性社區內實踐修復式正義的方式之一。簡言之，藥癮治療性社區利用各種具修復意義之治療活動，幫助居民改變負面的想法、偏差的價值觀與生活型態 (白鎮福，2014，頁 74；許春金、白鎮福，2015，頁 39)，即不僅藥癮治療性社區本身是修復式實務，社區內各種課程與活動亦具修復性。

於其他層面亦可見藥癮治療性社區存有修復式正義之要素。例如，藥癮治療性社區強調自願，此自 Synanon 時即是如此 (Sabath, 1967)。Sternberg (1963) 指出，與被國家定罪而被監禁之犯罪者不同，居民進入 Synanon 時是出於自願，

自願是 Synanon 有效之關鍵。藥癮治療性社區亦是如此，縱使是監獄治療性社區，亦尊重藥癮者進入與退出之意願，而此要素與修復式正義強調當事人之自願參與（許春金，2002a，2018，2022）並無不同。再者，於人性面上，藥癮治療性社區認為自我本善（De Leon，2000），而修復式正義亦認為人性本善，人可以理解其行為於道德上之對錯（Kirkwood，2022）。另外，Fulkerson（2009）指出，毒品法庭（drug court）之目標是中斷成癮與相關犯罪，使人回歸無藥物與無犯罪之生活，幫助藥癮者為自己之行為承擔責任，並回到家人身邊，使社會更為安全，同時修復用藥所造成之傷害。藥癮治療性社區有與毒品法庭相同之目標，而此些亦是修復式正義之目標。

有論者則強調藥癮並非無受害者犯罪，認為於修復式正義之架構下，藥癮者本身為自我被害之受害者（self-victimizing victims），同時亦是加害者（Febriana et al.，2019；Sonjaya，2020）。類似之看法，如王方濂（1987）與常子薇（2022）皆認為用藥是自傷行為；呂淑好（1998）更進一步指出目前施用毒品者於國內兼具犯者與患者雙重身分，然藥癮者亦可被視為是藥物之受害者。因此，作為受害者之藥癮者需要修復式正義，必須透過醫療與社會協助藥癮者復歸，否則其只會陷入藥癮之循環，甚至進一步成為販藥者（Febriana et al.，2019）。林健陽與裘雅恬（2009，頁 7）亦指出用藥者本身具有加害者與受害者之特質：若自加害者之觀點，其必須承認錯誤、盡可能減少用藥帶來之傷害；若自受害者之觀點，則必須瞭解自身所帶來之實質傷害，回復至未被傷害前之狀態，並尋求復歸所需之社區資源。除藥癮者本身為受害者外，另有論者認為家庭亦是受害者，如蔡佩真（1990）以及蔡田木等（2013）之研究皆指出，用藥者之家庭為實質受害者之一。據此，或可認為用藥行為並非全然之無受害者犯罪。

於藥癮者本身既是加害者、亦是受害者之觀點下，有論者提出特別之看法，其認為藥癮治療性社區內之藥癮者本身即是加害者、受害者、促進者之「三位一體」。如下圖 4-1-3 所示，藥癮者之內在得存在加害者、受害者與促進者三個角色（白鎮福，2014，頁 89；許春金、白鎮福，2015，頁 41）。據此，藥癮治療性社區是一修復平台，運用各種具修復意義之治療活動，促使藥癮者對本身加害者與受害者經驗之洞察力，並激發內在良好之羞恥感與自尊心，以扮演自己之促進者，進而面對用藥所造成之損害，並承諾修復損害與終止用藥（白鎮福，2014，頁 84；許春金、白鎮福，2015，頁 40）。

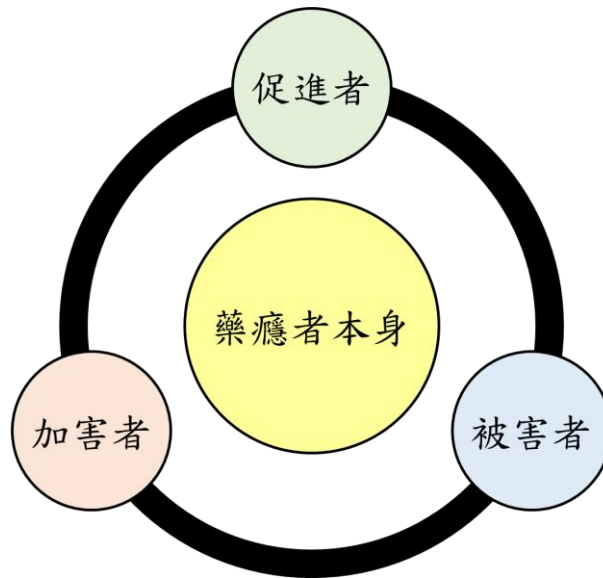


圖 4-1-3 藥癮者之三位一體
 (資料來源：白鎮福，2014，頁 84，圖 4-3-3；
 許春金、白鎮福，2015，頁 41，圖 8)

第二節 治療性社區之發展歷程

藥癮治療性社區發軔於 1960 年代之美國，但事實上「治療性社區」並非一個新的名詞 (Rosenthal, 1991)，由於歷史上之巧合，使用「治療性社區」一詞者，包含針對精神疾患者予以治療之治療性社區 (Kennard & Haigh, 2012)⁵¹。文獻上依治療性社區發展之時間，將其區分為第一代、第二代、第三代之治療性社區，第一代治療性社區為民主治療性社區 (democratic TC, DTC)；第二代、第三代治療性社區則為藥癮治療性社區。本研究依循此一脈絡，將其發展歷程區分為此三者分別介紹之。

壹、第一代治療性社區

第一代治療性社區可追溯至二戰時期之英國，源於由 Wilfred Bion 與 John Rickman 以及 Michael Foulkes、Harold Bridger、Tom Main 在 Northfield (於英國伯明罕) 的 Hollymoor 醫院所進行之兩次實驗，又稱作「Northfield 實驗」，Wilfred

⁵¹ 不過，在名稱之使用上或許並非巧合。在一次訪談中，David Deitch 指出原本使用「人性化社區」(“Humanizing Community”) 以指稱藥癮治療性社區，但後來接受曾受過民主治療性社區培訓之 Efren Ramirez 博士建議，改使用治療性社區一詞 (White, 2010)。

Bion 等人所進行者為第一次實驗，Michael Foulkes 等人所進行者則為第二次實驗；以及約同一時間 Maxwell Jones 開發於精神病院中之治療性社區（Broekaert et al., 2000; Broekaert et al., 2006; Campling, 2001; Haigh, 2015; Vanderplasschen, Vandeveldel, et al., 2017）。這些治療單位大多是為了從第二次世界大戰歸來之男性士兵而設立，因其有戰爭壓力反應、創傷後壓力症候、炮彈震撼症（shell-shock syndrome）等，從而表現出問題行為，對於此些因戰爭而產生問題行為者，Maxwell Jones 等人並未使用傳統之醫療模式，而是提供有別於傳統精神病院（mental hospital）之環境，使生活於治療性社區內之居民得以瞭解目前的問題與病因（Akerman, 2019; Newton-Howes & Mulder, 2020; Perfas, 2003, 2014），以解決其存有之創傷（Willmot, 2023）。

第一代治療性社區設立之目標，不僅是要改善症狀，更希望士兵於治療後得重回部隊繼續投入戰場，而後順利回歸社會，故強調繼續維持士兵之功能，於治療性社區內之訓練是全人的訓練，並以民主開放之精神運作，允許所有成員高度參與決策過程（如關於社區的每個決定應與社區每個居民討論之），資訊亦是高度共享（Kooyman, 1993, 2001; Raimo, 2001; 劉盈君等, 2014）。在第一代治療性社區中，治療之責任不僅限於訓練有素之醫護人員，尚包含其他社區成員（Jones, 1956），病人亦將在決定治療活動時發揮積極作用（Perfas & Spross, 2007）。國內採此模式者，為臺北榮民總醫院玉里分院（前身為玉里榮民醫院）（Lin et al., 2009; 黃媛齡, 2008）。此種治療性社區，又稱為「民主治療性社區」、「精神治療性社區」（psychiatric TC）、「精神分析治療性社區」（psychoanalytical TC）、「環境治療性社區」（environmental TC）、「Maxwell Jones 治療性社區」或「英國模式」（British Model）（Akerman, 2019; Broekaert et al., 2006; De Leon et al., 2002; Haigh, 2015; Perfas, 2012; Richardson & Zini, 2021; Stevens, 2012; Vanderplasschen, Vandeveldel, et al., 2017）。

貳、第二代治療性社區

關於藥癮治療性社區之起源，文獻上多認為此種模式源於 1958 年由 Charles Dederich 所發起之 Synanon 計畫⁵²。Bloor et al. (1988, p. 2)、Blume (2002, p.

⁵² 車煒堅將之稱為「反犯罪的社會組織」（車煒堅, 1981, 頁 29）、「Synanon 犯罪矯治會社」（車煒堅, 1986, 頁 70）與「Synanon 反犯罪會社」（車煒堅, 1986, 頁 70）。

415)、Deitch and Solit (1993, p. 305)、Yablonsky (1989, p. 17; 2000, p. 492) 與丁誼萱 (2024, 頁 28) 皆指出 Synanon 是首個藥癮治療性社區。1950 年代末期之美國，欲尋求治療之藥癮者往往求助無門，醫院與監獄亦無濟於事，Charles Dederich 借助其參與戒酒無名會 (Alcoholics Anonymous, AA)⁵³之經驗，於美國加州成立 Synanon，開創了全新的生活型態，於當時社會普遍認為藥癮無從治癒之觀點下，Synanon 之出現帶來一線希望。Synanon 是一針對海洛因使用者之治療模式，居民們共同生活在一起，並具備相當嚴格之等級結構，新加入之居民必須逐步向上。而由於 1960 年代之美國正處於海洛因危機 (heroin crisis) 當中，海洛因之使用不斷擴大 (尤其是在美國的城市)，因此產生不少犯罪問題，隨著犯罪率上升，大眾對於嚴厲之反毒措施未能帶來改變而感到失望；對於毒品犯罪之最低刑期越來越長，其他方法亦未能帶來戒除之效果，進而催生出包含美沙冬維持療法在內之數種治療模式，受 Synanon 啟發之藥癮治療性社區因此嶄露頭角，迅速傳布至當時的美國各地，如成立於紐約之 Daytop Village 與 Phoenix House、芝加哥之 Gateway House、佛羅里達州之 Concept House、舊金山之 Walden House 以及亞利桑那州之 Amity Foundation 等。此時期之治療性社區即為第二代治療性社區，其保留 Synanon 大部分之治療方法，透過調整藥癮者之生活型態、人際關係甚至個性，專注於社會復歸 (rehabilitation)⁵⁴和持續復元 (sustained recovery) (Batiste & Yablonsky, 1971; Bloor et al., 1988; Davis, 2008; De Leon, 1995b, 2000, 2001a, 2019; Deitch & Drago, 2019; Glaser, 1974, 1981; Haigh, 2015; Henninger & Sung, 2014; Hunt & Xiao Dong Sun, 1998; Jones, 1979; Kooyman, 1993; Mullen & Naya, 2017; O'Brien & Halpern, 1989; Ottenberg, 1982; Perfas, 2014, 2018; Ravndal, 2003; Richardson & Zini, 2021; Vanderplasschen, Vandeveld, et al., 2017; Varma & Muehlbach, 2023; Wexler, 1995; 車煒堅, 1981, 1986, 1990)。附帶說明者是，有論者將此時之治療性社區稱為第一代治療性社區，如 Brown et al. (1996)、Perfas (2019)、周煌智等 (2018)，是對於藥癮治療性社區而言；Kaye (2019) 更進一步認為，以藥癮治療性社區而言，Synanon 是唯一的第二代治療性社區。

⁵³ 朱群芳等 (2020, 頁 59, 頁 61) 將之譯為「匿名戒酒會」；陳碧珍 (2013, 頁 75) 將之譯為「匿名戒酒協會」；周子敬 (2006, 頁 24)、胡萃玲 (1997, 頁 3)、楊靖文 (2019, 頁 41) 譯為「戒酒匿名會」；陳玟如與鄭麗珍 (2022, 頁 275, 頁 282) 則將之譯為「戒酒匿名協會」與「戒酒無名協會」。

⁵⁴ 周震歐 (1993, 頁 8; 2016, 頁 1) 將之譯為「復健」。

1960 年代初期，時任美國參議員 Thomas Dodd 參訪了 Synanon，並將此開創性之藥癮治療模式稱為「海灘上的奇蹟」(miracle on the beach) (Deitch et al., 2002, p. 129)。Synanon 之名稱源自於該組織早期一位新加入之藥癮者，當其試圖說出「symposium」與「seminar」兩個詞彙時，不小心脫口而出「synanon」，「Synanon」之名稱就此誕生 (Yablonsky, 1971, 1989, 2002)。作為當代藥癮治療性社區之雛形，Synanon 提供一個安全的環境，旨在使藥癮者有機會處在致力於消除「犯罪藥癮者」(criminal addict) 之行為模式與價值模式中，藥癮者須遵守 Synanon 之規範 (絕對禁止藥物與肢體暴力)，並學習與使用新的態度及行為規範；同時，藥癮者於 Synanon 內之日常生活相當規律，與前藥癮者一起生活與工作，進而得到此些擁有類似生活經歷者之理解與愛戴 (affection)，共同擺脫藥癮與不斷成長 (Batiste & Yablonsky, 1971; Carroll, 1992; Cherkas, 1965; Schur, 1965b; Sternberg, 1963; Yablonsky, 1971; 1989; 車煒堅, 1981, 1986, 1990)。藥癮者們找到其可認同之社區，亦找到可以表達內心情緒之對象 (Haskell & Yablonsky, 1983)。此外，Synanon 並不依賴精神醫療專業人員，而是透過自助方式幫助藥癮者，由藥癮者承擔治療責任 (Jones, 1984; Sack, 1974; 車煒堅, 1981, 1986, 1990)。簡言之，Synanon 為藥癮者提供了一種部落社會 (tribal society) (MacIver, 1966, p. 186)，具備溫暖、支持、嚴格且具體的程序，以及許多經歷相似的前藥癮者之陪伴 (Sabath, 1967)，展現出團體之治療性力量 (Harvey, 2023a)。Charles Dederich 認為，Synanon 並非治療服務，而是人們學習「正確地生活」(live right) 之學校 (Yates, 2014, p. 100)。而 Yablonsky (1962) 甚至指出 Synanon 有適用於藥癮問題外其他犯罪之可能性⁵⁵。

除心理學、社會學等領域外，Synanon 同樣引起犯罪學家之研究興趣，如美國社會學家與犯罪學家 Donald Cressey 即在《Delinquency, Crime and Differential Association》一書中對於 Synanon 有所討論 (Cressey, 1964)，並指出隨著待在 Synanon 之時間越久，藥癮者離開 Synanon 並重新用藥比率即越低之現象，傾向於印證差別接觸理論 (theory of differential association) 之概念 (Cressey, 1964; Volkman & Cressey, 1963)。作為 Synanon 之倡議者，Donald Cressey 被 Charles Dederich 表揚 (procliam) 為 Synanon 第一個「榮譽藥癮者」(honorary dopefiend) (Janzen, 2001, p. 24; Kaplan & Broekaert, 2003, p. 204)。美國社會學家與犯

⁵⁵ Rosenthal (1989) 對於藥癮治療性社區亦持類似之看法。

罪學家 Lewis Yablonsky 亦於 1960 年自 Donald Cressey 聽聞 Synanon 此一計畫，並自 1961 年至 1967 年間投入大量時間參與 Synanon (Yablonsky, 1989, 1997, 2000, 2002, 2010)。Lewis Yablonsky 將其前五年於 Synanon 之研究成果發表在《The Tunnel Back: Synanon》一書，該書描述 Synanon 作為反犯罪社會 (anticriminal society) 之結構，以及治療藥癮者過程中之突破 (Yablonsky, 1965)。

事實上，藥癮治療性社區之雛形由來已久，相當古老⁵⁶，存於所有形式之社區治療與支持當中，如原始部落之治療儀式、戒酒無名會等 (De Leon, 1985, 1986b, 1987, 1988e, 1995b, 1999b, 2005a, 2005b, 2013, 2014; De Leon & Rosenthal, 1979, 1989; Rosenthal, 1986)。不過，Synanon 確實是許多藥癮治療性社區之原型 (Carroll, 1992; Glaser, 1974; Jones, 1979; Ottenberg, 1982)，最終卻與藥癮治療性社區分道揚鑣。早期之 Synanon 確實希望成員回到社會並保持聯繫，但後期轉變為鼓勵成員居住於 Synanon 中，以終生參與為目標，大多數成功戒癮者將 Synanon 視為畢生事業 (life's work)，仍自願留在組織內，無論是工作或是住所皆然，而未回到原本之社會，蓋 Synanon 使其獲得滿意之社會角色，亦得以幫助他人。如此固然得使成員遠離藥物，卻忽略於治療完成後使其重新融入社會，Synanon 進而成為保護性社會 (a protective society)，此與以使藥癮者重新融入社會為最終目標之藥癮治療性社區大不相同，亦代表 Synanon 於解決藥癮問題上有其極限，蓋 Synanon 使成員繼續留在團體之內，進而造成其用藥者形象仍繼續存在；藥癮治療性社區則使戒癮成功者重新投入社會，進而得消除用藥者形象。而後 Synanon 走向邪教 (cult) 一途，亦因其對於成員之嚴格控制而聲名狼藉，最終於 1991 年解散 (Batiste & Yablonsky, 1971; Borkman et al., 2007; Broekaert et al., 2000; Broekaert et al., 2006; Ciaravino, 2007; Davis, 2008; Deitch & Drago, 2019; Deitch & Zweben, 1984; Goethals, Yates, et al., 2011; Kooyman, 2001; Perfas, 2014, 2019; Sack, 1974; Schur, 1965a, 1965b; Sternberg, 1963; Vanderplasschen, Vandavelde, et al., 2017; Yablonsky, 1971; 1989; 車煒堅, 1990)。《TIME》於 1977 年之報導即指出 Synanon 內發生之種種行為，例如：1975 年 Synanon 內之女性開始剃光頭，拒絕者會遭到排擠；1976 年除 Charles Dederich 外，所有男性被迫接受輸精管切除術 (vasectomy)；甚至於 1977 年開始進行換妻 (wife swapping) ("Nation: Life at Synanon Is Swinging—A once respected

⁵⁶ 藥癮治療性社區更為古老之歷史，可見 Deitch and Drago (2019, pp. 648-649)。

drug program turns into a kooky cult"，1977)。綜觀 Synanon 之歷史，其從最初受戒酒無名會影響之藥酒癮者團體（1958 年 1 月至同年 9 月），至建立成居住式之治療性社區，著重於戒除藥癮（1958 年 9 月至 1968 年），接著擴張成自我宣稱（self-declared）之社會運動，試圖創造一理想社會（1969 年至 1975 年）⁵⁷，最終發展為具有爭議性之宗教（1976 年至 1991 年）（Clark，2017；Janzen，2001）⁵⁸，曾經備受讚揚之組織就此畫下句點。此種演變或許導因於 Synanon 成為過於依賴魅力型領袖（charismatic leader）之封閉系統（Deitch & Zweben，1984）。然而，無法否認其所使用之方法論為藥癮者之治療帶來長遠且深入之影響（Brown，1990；Goethals，Yates，et al.，2011），Synanon 之出現亦改變 1950 年代認為藥癮者無可救藥之觀點（Perfas，2003）。須注意者是，許多藥癮治療性社區都有魅力型領袖，為居民與工作人員之榜樣，然魅力型領袖並非形成改變之主要力量來源（Deitch & Zweben，1984）。

Maxwell Jones（1979）分別將民主治療性社區與藥癮治療性社區稱為「舊治療性社區」（old TCs）與「新治療性社區」（new TCs）⁵⁹，代表出現時序之不同。然而，儘管同樣使用「therapeutic community」，兩者仍於許多方面存在差異，無證據表明民主治療性社區對於藥癮治療性社區之起源與發展有任何直接影響，亦即，歐洲針對精神疾病患者之治療性社區，對於美國以藥癮為重點之治療性社區有何影響，並不清楚（De Leon，1995b，1999a，1999b，2000，2005a，2005b；De Leon & Unterrainer，2020；Perfas，2012，2014；Rawlings & Yates，2001；Rosenthal，1991）。Jones（1979）甚至指出，藥癮治療性社區出現時幾乎不知道民主治療性社區之存在。

民主治療性社區與藥癮治療性社區相同之處，在於皆採用自助方法（Mold & Berridge，2010），以鼓勵居民對自己與他人負責作為行為改變之主要機制（Campling，2001），並運用同儕團體之力量（Jones，1979），工作人員與居民相互合作，成為居民自己、其他居民乃至整個社區改變之參與者（Glaser，1981）。社區居民將負責社區之日常運作，並接受挑戰與支持（Pickard，2011；Pickard &

⁵⁷ 此時對象為對大社會之生活感到不甚滿意的各種人們，Synanon 旨在為其提供另一種生活型態（Yablonsky，1972）。

⁵⁸ 關於 Synanon 之興衰起落，可見 Clark（2017）、Janzen（2001）、Morantz（2015）以及 Ottenberg（1982）之論述。

⁵⁹ 相同用法，可見 De Leon（2012）。

Pearce, 2013), 且皆有定期之會議分享資訊, 居民亦能接受或給予反饋 (Frye, 2004)。但相較於民主治療性社區, 藥癮治療性社區所著重者乃藥癮而非人格違常 (personality disorder) 或精神疾患 (Raimo, 2001; Stevens, 2012), 進而更加注重藥物使用之管理, 以及幫助藥癮者忍受挫折 (tolerate frustration) 或延遲滿足 (delay gratification) (Akerman, 2019)。另外, 民主治療性社區之工作人員皆為專業人士, 傳統之藥癮治療性社區則多為已復元之前居民 (Perfas, 2018; Raimo, 2001), 且由於民主治療性社區將居民作為病人對待, 縱使居民有意願, 亦無法於日後成為工作人員 (Kooyman, 1993), 此與藥癮治療性社區之居民於復元後可留在社區內擔任工作人員之運作方式有所不同。兩個性質相似之治療性社區各自獨立發展 (Kooyman, 1993; Perfas, 2003), 後續歐洲亦出現融合兩者之治療性社區。

參、第三代治療性社區

第三代治療性社區是指 1960 年代至 1980 年代中期於歐洲發展之藥癮治療性社區。1960 年代大麻、安非他命等於歐洲之流行, 以及 1970 年代歐洲新出現之海洛因問題, 使美國之藥癮治療性社區模式迅速傳播至歐洲大多國家, 包括民主治療性社區之起源地英國, 進而適應歐洲文化, 融合各地傳統⁶⁰。隨著最後一批歐洲治療性社區之先驅 (pioneer) 於芬蘭與希臘建立, 第三代治療性社區隨之告終, 而後藥癮治療性社區逐漸成熟並與其他治療方式整合 (Broekaert et al., 2006; De Leon et al., 2021; Kooyman, 2001; Ravndal, 2003)。根據 Vanderplasschen et al. (2014) 之調查, 歐洲共有一千兩百多個藥癮治療性社區, 其中約三分之二位於義大利, 僅土耳其未將藥癮治療性社區作為一種治療方法。大多數歐洲國家之藥癮治療性社區少於五個, 於南歐與部分東歐國家則有多於五個藥癮治療性社區計畫, 如義大利、希臘、西班牙、葡萄牙、立陶宛 (Lithuania)、匈牙利 (Hungary)、波蘭等。附帶說明者是, 雖然藥癮治療性社區於英國有其發展, 然相較之下, 民主治療性社區仍較為常見 (Dawson & Zandvoort, 2010)。

綜上所述, 第一代治療性社區是指二戰時期於英國發展之民主治療性社區; 第二代治療性社區是指於 1960 年代美國盛行之藥癮治療性社區; 第三代治療性

⁶⁰ 藥癮治療性社區於歐洲之發展, 可見 Vanderplasschen et al. (2014, pp. 21-22)、Yates et al. (2021, pp. 16-17)。

社區則指於歐洲發展，承襲美國模式並適應歐洲文化之藥癮治療性社區。隨著各國對於藥癮問題之重視，藥癮治療性社區遍地開花，目前此種治療模式已布及全球（包含歐洲、澳洲、拉丁美洲、亞洲等），為具藥癮之不同人群提供服務（De Leon et al., 2021；Kaloterakis, 2019；Perfas, 2014）；而藥癮治療性社區亦由最初治療海洛因成癮者，擴張至處理其他形式之藥物使用，如酒癮、多重藥物使用等（De Leon, 2003a, 2003b；Glaser, 1981）。治療性社區之發展歷程如下表 4-2-1 所示。

表 4-2-1 治療性社區之發展歷程

歷程	第一代	第二代	第三代
類型	民主 (環境、精神治療、 精神分析)	藥癮 (物質濫用者、無藥、等級、概念、自助)	
起源	二戰時期士兵所需	Synanon	美國治療性社區模式
地區	英國	美國	歐洲

資料來源：整理自 Broekaert et al., 2006, pp. 1-2；Vanderplasschen, Vandeveldel, et al., 2017, pp. 181-182。

第三節 藥癮治療性社區之觀點

每種藥癮治療模式皆有各自對於藥癮之觀點，並透過不同方法對藥癮者產生影響（De Leon, 1981, 1985, 1986b, 1988c, 1988d, 1989c, 1989d, 1990b）。例如，美沙冬維持療法認為，鴉片類藥物成癮是反覆發作（recurring）之疾病，戒除並非其主要目標（De Leon, 1981, 1989d, 1990c）。而關於藥癮治療性社區對於藥癮之觀點，心理學家 George De Leon 博士對之有相當詳盡之論述。George De Leon 為藥癮治療性社區研究領域國際公認之權威（Carroll et al., 2013），對於藥癮治療性社區之發展貢獻良多，相關研究亦是不勝枚舉，故獲得其他藥癮領域專家學者之肯定。如 Vanderplasschen and Vandeveldel (2018, p. 6) 指出 De Leon 是國際治療性社區運動的倡議者之一；White (2010, p. 38) 表示，De Leon 於其

生涯中不斷發表關於藥癮治療性社區之科學研究，並用這些研究導引國際治療性社區運動之演進；Yates (2014, pp. 100-101) 則認為，De Leon 堪謂是藥癮治療性社區領域中最重要的評估者 (evaluator) 之一，亦無疑是最重要的編年史家 (chronicler)。此外，其所撰之《The Therapeutic Community: Theory, Model, and Method》(2000) 一書⁶¹，更針對藥癮治療性社區之各方面進行介紹與剖析，Varma and Muehlbach (2023, p. 158) 即指出該書是對藥癮治療性社區之治療方法、基本原則與實踐探討最為深入者。因此，本節關於藥癮治療性社區之觀點部分，是採納 De Leon 之看法，其認為藥癮治療性社區是透過「違常」(disorder)、「人」(person)、「復元」(recovery) 以及「正確生活」(right living) 四種相互關聯 (interrelated) 之觀點作為指導 (De Leon, 1988e, 1989c, 1995b, 1997b, 1999a, 1999b, 2000, 2002, 2010b, 2010c, 2013, 2014, 2022; De Leon et al., 2021; Tims et al., 1994; Yates et al., 2017)⁶²，本研究以此作為論述架構，並輔以其他文獻闡明相關概念，以下即針對此四種觀點進行說明。

壹、關於「違常」之觀點

一、人而非藥物：強調「全人違常」之概念

藥癮或所謂物質使用疾患 (substance use disorder, SUD) 乃困擾居民之問題，於藥癮治療性社區之觀點下，此非疾病或執法 (law enforcement) 問題，而是被視為各種面向 (dimension) 之「全人違常」(a disorder of the whole person)⁶³，反映了行為、態度、價值觀、情緒管理等方面之問題，如藥癮者本身不僅有明顯的行為或情緒上之問題，亦可能出現毫無章法或不切實際 (unrealistic) 之想法，並存在混亂或反社會之價值觀，且經常表現出語言、閱讀等方面之缺陷，此些問題將導致作為偏差 (deviant) 行為與自我毀滅 (self-destructive) 行為之藥物使用，進而多方面地對一個人產生負面影響，影響所及者包括藥癮者大部分甚至全部功

⁶¹ 有時因其書皮而被稱為「紅皮書」(The Red Book) (Harvey, 2023b; Kaye, 2019)。

⁶² 此四種相互關聯之觀點雖是 De Leon 之主張，不過在其早期之著作中，正確生活之觀點似乎未被強調，可見 De Leon (1986b, pp. 6-9)。另外，Perfas (2004, pp. 19-25) 亦主張大致相同之四種觀點，然第四種觀點並非「正確生活」，而是「用於復元之方法」(the method employed for recovery)。

⁶³ 少數文獻使用「a disorder of the entire person」，如 Morgen (2016, p. 94)；亦有使用「a disease of the whole person」，如 O'Connell et al. (2007, p. 1095)，然其意義應屬相同。關於全人內涵之探討，詳見白鎮福 (2022, 頁 135-146)。

能 (Dawson & Zandvoort, 2010; De Leon, 1981, 1985, 1986b, 1987, 1988d, 1988e, 1989a, 1989b, 1989c, 1989d, 1990b, 1990c, 1994, 1995b, 1996a, 1997b, 1999a, 1999b, 2000, 2001b, 2003b, 2005a, 2005b, 2010b, 2010c, 2013, 2014, 2022; De Leon & Deitch, 1985; De Leon & Jainchill, 1991; De Leon et al., 2021; De Leon & Rosenthal, 1989; De Leon et al., 1993; De Leon & Unterrainer, 2020; Farrell, 2000; Jayamaha et al., 2022; Melnick & De Leon, 1999; Perfas, 2003, 2004, 2012, 2014; Rickel & Becker-Lausen, 1994; Rosenthal, 1991; Whitten et al., 2022; Yates et al., 2017; 洪瑩慧, 2014)。藥癮治療性社區所強調全人違常之概念, 若將其分別解析之, 全人之「全」本身有「系統」與「整體」之意涵 (白鎮福, 2022, 頁 135); 而違常是對於秩序之背離 (divergence), 蘊含心理與行為規範的偏離 (deviation) 之意 (Pickard, 2022a, 2022b)。此種觀點承認藥癮之產生與維持是由個人特質之多種面向構成 (黃柏諭, 2022, 頁 3), 並將使用藥物視為更大且更為深層 (underlying) 違常的一種展現形式 (manifestation) (Mitchell, 2024; 蔡佩真, 2019a)。據此, 藥癮治療性社區不著眼於藥物本身, 而是主張從藥癮者身上找尋問題之根源 (Perfas, 2014), 藥癮者之行為、態度、價值觀、情緒管理等方面之問題始為導致用藥之核心與根本 (Nielsen & Scarpitti, 1997), 故於藥癮治療性社區中, 行為、態度、價值觀、情緒管理等皆為改變之對象 (O'Brien et al., 2011)。

藥癮治療性社區中之居民大多曾使用多種藥物, 尤其酒精往往是主要的入門 (gateway) 藥物 (Carroll, 1992), 且藥物常被居民視為處理情緒不適 (emotional discomfort) 或壓力之手段 (Rosenthal, 1984, 1991)。此外, 身為藥癮者之居民, 進入藥癮治療性社區前往往具有相當多潛在問題 (Anderson & Harrison, 2004; 趙星光, 1998), 例如: (1) 自我否定; (2) 有反社會行為; (3) 社會技巧不足; (4) 缺乏解決問題之知識; (5) 對自己與他人之破壞性行為 (destructive behaviors), 如家庭暴力 (domestic violence)、對他人施暴、企圖自殺 (suicide attempts)、忽視健康等行為, 此與經常使用藥物有關; (6) 有問題之家庭關係; (7) 教育程度低; (8) 遠離主流社會化 (mainstream socialization); (9) 無法維持人際關係; (10) 多種工作問題, 如工作經驗缺乏、曠職、工作表現下降⁶⁴、失業、常換工作等 (De Leon, 2000; Ritvo, 2023; Rosenthal, 1984; 林健陽、黃

⁶⁴ 葉碧翠等 (2023) 訪談 10 位成年持續犯, 研究參與者即指出, 藥物之副作用使其無心力正常工作, 行為判斷能力亦受藥效影響而下降。

啓賓，2002；趙星光，1998）。藥癮治療性社區認為，使用藥物行為僅是此些問題之顯現，藥癮者需要充滿關懷（caring）之社區，在鼓勵與支持下克服此些問題（O'Brien et al.，2011）。

對於部分用藥者而言，生理（physiological）因素可能相當重要；然對於大多數居民而言，主要問題仍在於既存之社會與心理問題，以及持續用藥所積累之行為缺陷（deficit），故藥癮治療性社區強調必須從個人心理狀態與生活型態之脈絡下看待生理成癮或依賴性（De Leon，1981，1986b，1988d，1988e，1989c，1990b，1994，1995b，1999b，2010c）。基本上，藥癮治療性社區所強調者乃藥癮者之社會化不足（undersocialization），或可說是涂爾幹（Durkheim）所稱之「亂迷」（anomie），而成癮是形成反社會模式之過程，導致藥物使用以及更為廣泛之亂迷（Kaye，2019）。因此，無論使用何種藥物以及用藥之模式有何不同，各種程度之多重功能障礙（multiple dysfunction）往往體現於藥癮治療性社區之居民身上，此代表需要治療之問題並非藥物，而是「全人」；同時，不同程度之功能障礙亦將影響居民接受治療之程度（De Leon，2000；Deitch et al.，2002；Perfas，2014）。相較於個人使用何種藥物或其用藥模式為何，藥癮治療性社區更為重視藥癮者本身之行為、態度、價值觀、情緒管理與生活型態，欲透過居民與社區的持續互動而改變之（De Leon，1988d，1989a，1990b，2000，2012；Rosenthal，1984，1991），同時試圖打破居民與藥物間的鍵（bond），而引導居民建立與社區的鍵（De Leon & Unterrainer，2020）。

綜上，藥癮治療性社區強調「人而非藥物」(the person not the drug)（De Leon，1986b，1990c，2000，2010c；De Leon & Rosenthal，1989）。亦即，問題並非出於「藥物」本身，而是在於不成熟（immature）、相對未社會化之藥癮者「個人」，其行為、態度與價值觀才是根本之問題，藥癮僅是違常、更深層個人問題之症狀（symptom）而非本質（essence）（De Leon，1981，1985，1986b，1988d，1988e，1989c，1990b，1990c，1994，1995b，1999a，1999b，2000，2010b，2010c，2012，2013，2014，2022；De Leon & Deitch，1985；De Leon et al.，2021；De Leon & Rosenthal，1989；De Leon & Unterrainer，2020；Farrell，2000；Kooyman，1993；McCarthy et al.，2000；O'Brien & Halpern，1989；O'Connell et al.，2007；Perfas，2012，2014）。一言以蔽之，用藥僅是一種表象與症狀，藥癮者本身始為問題之核心（Woodhams，2001；蔡佩真，1990）。

二、與其他成癮模式之互動

儘管存在豐富的討論，然於當代成癮仍是一個難以掌握的概念（Thurnell-Read & Monaghan, 2023）。關於成癮行為與動機之理論，目前仍爭論不休，尚無放諸四海皆準之答案，大抵上是由兩大陣營所組成：一是認為成癮是道德失敗，成癮者理應為其選擇負起責任；另一則是認為成癮是特殊的腦部疾病，成癮者無從選擇與控制（Pickard et al., 2015; Wakefield, 2017a）。因此，於成癮相關研究上，多集中於探討成癮究竟是一個選擇問題而事關意志力（willpower）與自我控制（self-control），還是一種疾病而屬無法抗拒之病態強迫（pathological compulsion）（Frank & Nagel, 2017）。以下將概述此兩大陣營對於成癮之觀點與相對應之批評，再說明藥癮治療性社區如何看待成癮。

（一）道德模式

成癮之道德模式（moral model）根基於古典（classical）思想，古典思想認為人從事任何行為（包含用藥、賭博等）皆關乎個人選擇（choice），個人選擇則立基於早期古典理論家貝加利亞（Cesare Beccaria）與邊沁（Jeremy Bentham）之理性（rationality）概念（Clark, 2011）。道德模式可自兩層次觀之：第一層次是認為成癮是一種選擇，即使是對已上癮者亦是如此；第二層次則是對於此種選擇之道德非難（／道德譴責，moral condemnation），其採取批判性之道德立場，認為成癮者是意志薄弱、性格頑劣之人，過著享樂主義（hedonism）之生活，不惜代價地追求快樂與逃避（Pickard, 2017, 2020, 2021）。附帶說明者是，部分文獻將「選擇模式」（choice model, CM）作為腦部疾病模式之另一陣營（如 Goldberg, 2020），另有認為道德模式等同選擇模式者（吳建昌, 2020, 頁 167）；本研究則認為，上述道德模式第一層次之主張是選擇模式之主要論點，然選擇模式不盡然採取道德非難之態度，即選擇模式不完全等同於道德模式。

道德模式並不相信成癮是一種疾病，而是將用藥定性為道德問題或罪行（sin）（Brooks & McHenry, 2023），也因成癮存有此種道德性格，故有論者認為用藥是一種「惡習」（蔡墩銘, 1975, 頁 103; 1979, 頁 105），於犯罪學文獻上亦有將藥物使用歸類為道德性犯罪行為（許春金, 1987, 2017）。而部分文獻即採取道德模式之觀點，如有論者認為用藥是用藥者本身不顧傳統的仁義道德，進而形成不良示範（駱宜安, 2000b）。我國早期對於用藥者施以嚴刑厲罰，亦是道

德模式思考下之產物（吳建昌，2020；許春金等，2013），蓋將成癮視為道德失敗，將導致以懲罰作為應對方法，而非預防與治療之（呂興軍、陳政智，2024）。然而，認為藥癮者道德觀念薄弱，於治療方面並無助益（周震歐，1977），且道德模式往往會增加藥癮者之羞恥、罪惡感與汗名感（Marlatt & Witkiewitz, 2010），故有論者認為對於用藥問題，處理上不宜強調道德，而應基於務實態度預防或限制使用藥物之風險及危害（吳秀貞、林珊汝，2007）。

（二）腦部疾病模式

成癮腦部疾病模式（brain disease model of addiction, BDMA）是目前廣為接受（orthodox）之概念（Pickard, 2016a, 2016b, 2018a），主張該模式者認為，若自神經生物學（neurobiological）之角度出發，藥癮是一種慢性的腦部疾病，且就如同高血壓（hypertension）、糖尿病（diabetes）等慢性疾病一樣需要治療⁶⁵（Bahr, 2011；Kuhar, 2023）。與其他慢性疾病相同，治療成功之合理標準是「管理」而非「治癒」（cure）（Leshner, 1997），成癮可被成功地控制（吳景寬，2010）。於此觀點下，一個淺顯易懂的比喻是：藥癮「劫持」（hijack）了大腦⁶⁶，因此藥癮者對於藥物之渴求無從抗拒，使其不計任何後果持續用藥，亦無任何選擇之可能性（Pickard, 2018a, 2021）。一開始用藥可能出於自願，然而，一旦上癮，即無法控制自己的用藥行為（Bahr, 2011），藥癮者無法不用藥，故無須對用藥行為負責（Pickard, 2022b）。腦部疾病模式將藥癮視為強迫性（compulsion）之神經生物疾病，事實上是拒絕接受前述道德模式之第一層面，蓋強迫性是選擇之對立面（Pickard, 2020, 2021）。至於腦部疾病模式之道德非難，則是針對藥物以及從藥物中獲得之愉悅（pleasure），而非藥癮者本身（Pickard, 2020）。支持腦部疾病之看法者，不勝其數（如 Cheron & Kerchove d'Exaerde, 2021；Kuhar, 2010, 2023；Segal, 2022；Volkow, 2020；Volkow & Morales, 2015；吳佳儀等，2021；吳景寬，2010；東連文，2016；東連文等，2014；秦文鎮，2018），然對於成癮機制等議題，腦部疾病論者間仍存有歧見。附帶說明者是，仍有腦部疾病論者認為藥癮者須對自己之行為負責（Kuhar, 2010），且有尋求幫助與持續接受治療之個人責任（Chandler et al., 2009）；白鎮福（2014，頁 8）亦指出，縱使採取藥癮是一種疾病之概念，亦無法免除藥癮者對其成癮之責任。

⁶⁵ 藥癮與慢性疾病之比較，可見東連文等（2014，頁 136）之表格整理。

⁶⁶ 如此比喻者，如 Salas-Wright et al.（2016，p. 200）。

有論者指出，將成癮視為一種腦部疾病，對於治療具有三項重要意涵。首先，若個人患有其無法控制之疾病，則其需要者是治療，而非刑事制裁（criminal sanctions）。許多藥癮者雖然希望停止使用藥物，卻又無法做到，此無關乎態度之改變，蓋成癮是長期使用藥物所引起之大腦變化，用藥對藥癮者而言不再是一個選擇問題（a matter of choice）。其次，要將重點從「治癒」疾病轉向「管理」疾病，蓋慢性疾病無法透過治療而痊癒。第三，若成癮是一種改變大腦功能（alter brain functions）的疾病，則治療可能需要用於改變大腦功能之藥物（Bahr, 2011; Bahr et al., 2012）。

腦部疾病模式將藥癮視為疾病而非不道德（immoral），故於處理藥癮問題時是以病人之角度予以協助，而使藥癮者獲得更好的治療，以醫療逐步取代監禁（Carroll, 1975; 潘俊宏、楊添園, 2022），且縱使藥癮者再次用藥，亦無可厚非，蓋病人再次生病尚屬合理（張智雄、柯雨瑞, 2005; 賴擁連, 2000）。然而，腦部疾病論者勢必面臨一些質疑與挑戰。首先，若真如腦部疾病模式所言，使用藥物、尋求藥物之行為是神經生物疾病之直接後果，則復元、主動戒除藥癮應屬相當罕見；然而，藥癮者復元、主動戒除藥癮不僅可能，亦屬常見，即使對於用藥之渴望相當強烈，但非全然不可抗拒，人仍有可能選擇戒除藥癮（Humphreys, 2023; Peele, 2012; Pickard, 2012, 2024; Reinerman & Granfield, 2014）。如 Day et al. (2024) 調查英國有問題的酒精或藥物使用之復元情形，以知悉於英國人口中解決此問題之盛行率以及有此問題者如何解決，研究結果發現，在曾有酒精或藥物使用問題，然目前已無之研究參與者中，約有一半之研究參與者（49.9%）曾接受過協助，可見有相當比例者是在未使用治療服務下解決其酒精或藥物問題。慢性疾病之觀點往往低估人改變生命之可能（Heim & Monk, 2022），亦與許多藥癮者之經驗有所分歧，蓋其可能認為未曾生病或已然痊癒（Lewis, 2017）。縱使藥癮者聲稱其無法拒卻藥物，但或許非完全不能，而是有其難處，蓋放棄用藥可能成本極大，且用藥仍有其益處（Pickard, 2016a），而須注意者是，此一觀點並不否認戒除藥癮對於藥癮者而言是困難重重且必須付出一定代價。

若單採腦部疾病模式，則有兩種途徑解決藥癮問題：一是透過政策與執法將藥物自社會中完全剷除，打造無藥社會；另一則是僅關注藥癮者之大腦問題（Griffell & Hart, 2018; Hart, 2017）。然而，前者似乎不切實際，毒品戰爭下對於藥物之嚴厲執法不見成效。後者之效果如何則有爭議，有論者認為以目前之研

究而言，無法斷言藥癮即是腦部疾病，亦無法完全區別藥癮者與非藥癮者之大腦（Hart，2017）。神經可塑性（neuroplasticity）⁶⁷為常態而非例外（Lewis，2017），人的大腦本就不斷改變、適應與學習，每個經驗皆會改變大腦（如學習新語言）（Goldberg，2020；Satel & Lilienfeld，2014），縱使是極端的大腦改變，亦不代表大腦出了問題（Lewis，2017），倘若改變大腦的活動皆可被稱為成癮，顯屬荒謬，將腦科學之發現解釋為腦部疾病，似是過於直接之推論（Goldberg，2020）。Griffell and Hart（2018）亦指出，目前並未有資料表明成癮是如同巴金森症（Parkinson's disease）或漢丁頓症（Huntington's disease）般的腦部疾病，以當前之證據而言，應重新評估此一假設。Davies（2018）即認為，腦部疾病模式看似強而有力，僅是因為人們喜歡科學的解釋，並對科學本身有所誤解。縱使認為藥癮是腦部疾病，治療方式之一應為開發用於改變大腦功能之藥物，但藥癮似較難單以藥物進行治療，藥癮並不像是肺炎（pneumonia），以肺炎而言，縱使病人處於昏迷狀態，抗生素（antibiotic）之使用仍得見效；然而，改變藥癮則需要藥癮者努力改變其思考模式與行為模式（Satel & Lilienfeld，2014）。附帶說明者是，Goldberg（2020）雖然提到對於腦部疾病模式之質疑觀點，但其主張對藥癮者採凸顯不同途徑之分類法（taxonomy）可能較為適合，蓋某些藥癮者可能較符合選擇模式提出之觀點，另一些藥癮者則符合腦部疾病之觀點，故在解釋取徑上或許類似於Moffitt（1993）對反社會行為發展之雙途徑理論。

此外，腦部疾病模式聲稱將藥癮視為慢性且容易復發之疾病，得減緩對於藥癮者之汙名（Leshner，1997），蓋大量研究指出，成癮汙名是根基於「成癮是個人選擇，展現了意志力缺乏與道德失敗」此等信念之上（McGinty & Barry，2020；Van Olphen et al.，2009；Volkow，2020）。去除成癮汙名確實有其重要性，腦部疾病模式論者認為應去除汙名之主張尚屬正確（Pickard，2022a），但縱使將藥癮視為一種疾病，或許仍無可避免對於藥癮之汙名化，蓋許多疾病（如愛滋病）被高度汙名，該汙名化與其本身之疾病標籤息息相關（Hammer et al.，2013；Pickard，2020），如此可說是以一種汙名取代另一種汙名（Lewis，2018，2022），故無從由此推論採取腦部疾病之看法即得減緩汙名。

採取腦部疾病模式是否即與道德模式脫鉤，亦值懷疑。對於是否因上癮而存在道德缺失之問題，無法直接自腦部疾病模式導出是或否之答案（Wakefield，

⁶⁷ 秦文鎮（2018，頁39）將之譯為「神經再塑」；吳景寬（2010，頁23）則譯為「神經整塑」。

2017b), 即有無道德缺失與腦部疾病之論述無必然關聯。腦部疾病模式不一定會使大眾對於成癮之態度趨於溫和 (Heather, 2017), 對於藥癮者之道德非難並未因成癮被認為是腦部疾病後隨之消失 (Frank & Nagel, 2017)。亦即, 儘管腦病模式處於主導地位, 但在人們心中並未否定關於藥癮之道德想法, 於許多人內心深處, 可能仍認為無論藥癮是否為一種疾病, 用藥者 (無論上癮與否) 皆不值得被照顧 (Pickard, 2020)。有時政策之嚴厲性亦未因將成癮定調為一種疾病而趨於緩和, 蓋政策制定者常常強調成癮作為一種疾病的恐怖之處, 以正當化懲罰非法藥物使用者之合理性, 然此種政策往往將用藥者推入偏差副文化當中, 進而加劇用藥問題 (Reinarman & Granfield, 2014)。Pickard (2022a, 2022b) 即認為, 應可直接打擊與藥物有關之道德主義, 而非將消除藥癮汙名之希望寄託於腦部疾病標籤之上。

(三) 藥癮治療性社區之成癮觀點

藥癮治療性社區對於成癮之觀點, 與道德模式以及腦部疾病模式不盡相同。Kooyman (1993, p. 13)、O'Brien et al. (2011, p. 543) 以及 Best et al. (2020, p. 91) 皆指出, 藥癮治療性社區認為成癮本身並非一種 (慢性) 疾病。此觀點是藥癮治療性社區與美沙冬維持療法的區別之一: 藥癮治療性社區將用藥視為「違常」(disorder), 美沙冬維持療法則將用藥視為「疾病」(disease) (Brown, 1990, pp. 53-54)。對此, De Leon 進一步指出, 雖然於醫療領域中, 藥癮被定義為一種疾病; 然而, 藥癮治療性社區並未將藥癮視為一種疾病, 縱使於復元歷程中常常復發, 亦不認為藥癮是一種需要不斷接受治療之慢性疾病。藥癮治療性社區對於藥癮是腦部疾病等生物醫學上之發展表達尊重, 卻也保持距離, 此些發展並未改變藥癮治療性社區對於藥癮之基本看法。與糖尿病、高血壓等慢性疾病不同, 藥癮可能得以長期復元 (如往後三十年不使用藥物), 但糖尿病、高血壓則未有此種現象。將藥癮視為慢性健康問題之觀點將產生誤導, 且只是「一日藥癮者, 終身藥癮者」較為婉轉之說法。De Leon 指出, 較為精準之用語應是「脆弱性」(vulnerability) 一詞, 藥癮者重新用藥之風險較高, 但並不代表藥癮即是慢性疾病, 人可以從持續、反覆之用藥中復元, 只是較為脆弱, 有較高之復發風險。如此之看法不僅較為精確, 亦更加充滿希望。雖然生物因素於理解藥癮方面佔有一席之地, 但若將藥癮歸因於特定之生物、遺傳、社會或心理病理 (psychopathological) 因素, 則對於藥癮僅能獲得有限的理解, 同時亦弱化藥癮

者對其本身復元之責任 (De Leon, 1989a, 2000, 2004)。值得一提者是，在結合十二步驟計畫之藥癮治療性社區中可能會認為成癮是一種疾病，如以色列之藥癮治療性社區 Retorno (Chen et al., 2013, p. 1430)。而部分文獻直接將藥癮視為腦部疾病，並與藥癮治療性社區連結討論，或許不夠精確，忽略了傳統藥癮治療性社區並不採腦部疾病模式之觀點。

如同 Satel and Lilienfeld (2014) 所指，若僅瞭解藥癮者之大腦，則對於為何上癮與如何復元無法有全盤理解。Carroll (1978, p. 330) 提出深刻之評論，指出將成癮完全設想為「疾病」，就如同將一隻狗稱為「尾巴」，只因為狗剛好有一條尾巴，雖然 Carroll (2016) 在後期之論述上有使用疾病一詞，但仍反對過度著重於生物醫學層面。事實上，有關成癮之解釋，通常並不是非此即彼，例如支持選擇模式者並不否定關於藥物對於大腦影響之大量研究，但亦未完全接受腦部疾病模式強迫性之觀點，Lewis (2018) 即指出，否定神經生物學之相關發現，既無必要，亦不合理⁶⁸。腦病模式論者亦非完全否定其他因素之影響，Leshner (1997, p. 46) 即提到：「成癮不單是腦部疾病。」(“Addiction is not just a brain disease.”)，此種表述代表腦病模式論者仍承認有其他影響因素存在，僅其他影響因素非其論點之核心 (Goldberg, 2020)，即當代之腦部疾病觀點並未否認社會、環境、發展過程等影響 (Heilig et al., 2021)。Heilig et al. (2021) 正確地表示，選擇模式與腦部疾病模式之概念尤如一枚硬幣的兩面，此兩種觀點皆提供豐富的資訊，並且兩者互補。本研究認為藥癮治療性社區得採類似之看法，於神經生物學之相關證據下，實無須完全拒斥生物學之相關觀點，洪瑩慧 (2014, 頁 33) 亦指出確實無從忽略生理上因用藥所帶來之影響。生物學之觀點與研究固然相當重要，但並非全部，於成癮是否為腦部疾病之問題上，或可如同 Pickard (2022a) 採取不可知論 (agnostic)，認為無從斷言之，然仍應關注相關之論述與研究；而縱使認同成癮是腦部疾病，此亦僅是藥癮的一個特徵、狀態或階段⁶⁹，不影響藥癮者得以選擇，而非全然地被迫用藥。對於藥癮者而言，或許控制不去用藥有其困難，但復元仍屬可能 (Pearce & Pickard, 2010)。無論藥癮是受到大腦或社會之影響，其本質上即是一種苦難的形式 (Clark, 2017)，與道德模式不盡相同，藥癮治療性

⁶⁸ 更為詳細之討論，可見 Goldberg (2020)。

⁶⁹ Snoek (2017) 認為有些成癮會經歷「類強迫階段」(duress-like stage)，此階段得透過多次嘗試而逐步克服之，其並主張用此一概念以取代疾病概念與選擇概念。本研究於此借鑑此一主張，但不否定選擇概念。

社區偏向將成癮視為缺點、缺陷，而非犯罪或罪惡，藥癮者得選擇走向復元之路。此種看法或許呼應了 Pickard (2017, 2020) 對於成癮之看法：用藥是一種選擇（同意道德模式之第一層次），但不代表必須對此立於道德立場進行批判（不同意道德模式之第二層次）。

貳、關於「人」之觀點

一、承擔責任

對於藥癮治療性社區而言，每個人皆有發展、改變與克服藥癮之潛力，以及正確生活之能力，改變與復元之責任在於藥癮者本身 (Broekaert, 2006; De Leon & Deitch, 1985; Perfas, 2012, 2018; Rickel & Becker-Lausen, 1994; Soyez & Broekaert, 2005; 白鎮福, 2014)。藥癮治療性社區之觀點認為藥癮主要源自社會與心理因素，亦認為藥癮者常用各種理由或藉口以合理化 (rationalize) 其對於藥物之持續使用 (De Leon, 2000)。於藥癮者的種種感受與理由之下，所存在者其實是被尋藥 (drug seeking) 與用藥控制之人生，藥癮者不僅否認對於用藥問題之責任，亦未充分認識其於解決用藥問題方面之潛力 (De Leon, 2000)。

成癮的根本原因之一，是藥癮者本身未能對其決定與行動負責。或許藥癮者無須對用藥之生理傾向 (predisposition) 負責，亦或許藥癮者無須對其無法控制之社會與心理影響負責；然而，藥癮者須對其行動與選擇負責，特別是在用藥方面，最初選擇用藥是藥癮者之責任 (De Leon, 2000)。此種看法類似於 Pickard (2017) 之「無責難之責任」(responsibility without blame)，其承認選擇本身於藥癮中之重要性，從而構成責任之前提，即藥癮者選擇使用藥物，故必須負起責任。關於責任與責難之界分，簡言之，責任與他人有關，他人在符合某些條件下始對其行動負責；責難⁷⁰則與我們選擇如何回應他人有關，包含對於那些應就傷害或錯誤負責者之情緒、評斷和行動 (Pickard, 2014)。與責難有關之情緒，包括憎恨、憤怒、怨懟、厭惡、蔑視；與責難有關之評斷，通常是對一個人的性格形成負面看法、長期汙名，或譴責其為壞人、無價值者；與責難有關之行為，則是以各種方式表達前述之情緒與評斷，猛烈抨擊、故意冷落等皆屬之 (Pickard, 2014, 2018b)。我們可以相信藥癮者對於自己的行為有選擇與一定程度之控制，

⁷⁰ 責難之概念與層次，詳見 Pickard (2011, 2013)。

此為負責之必要條件，進而使藥癮者負責 (Pickard, 2011, 2014)；然而，不能使責難影響我們對藥癮者之情緒、評斷與行動，此即為「無責難之責任」意義所在 (Pickard, 2014)，蓋責難對於治療關係具破壞性，當藥癮者被責難圍繞時，即無法對其保持正向關注與關懷 (Pickard, 2018b)。

「承擔責任」(assume responsibility) 代表著藥癮者「自願停止使用藥物」，此亦是復元之必要條件。詳言之，無論藥癮者上癮之成因 (etiology) 為何，亦無論是何種力量促使其做出停止用藥之決定，復元始終是個人之責任，必須是藥癮者自願承擔此種責任，復元始能發生並持續，如此之看法是自助戒除方法 (如十二步驟、藥癮治療性社區) 之根本，藥癮治療性社區將幫助居民學會對自己負責 (De Leon, 1989a, 2000; Kooyman, 1993; Ottenberg, 1982; Perfas, 2014)。於藥癮治療性社區之框架下，居民為發生於己之事負起責任，而其他人士 (無論有無類似遭遇) 則充當治癒性之力量 (healing force) (Deitch & Solit, 1993)。為自己的態度與行為承擔責任是改變之關鍵 (De Leon, 1999b)，對於藥癮治療性社區而言，當居民願意對自己的行為負責時，復元之歷程就此展開 (De Leon, 2000)。

附帶說明者是，根據道德模式，藥癮者有選擇用藥與否之餘地，其本身不僅要承擔上癮之責任，同時亦須受到責難，蓋藥癮者具有反社會價值觀且性格惡劣 (bad character)；而根據腦部疾病模式，藥癮者既無須承擔責任，亦無須受到責難，由於上癮是疾病之結果，而非其得選擇者，故用藥所生之負面後果並非任何人的錯，應受責難者是疾病本身 (Pickard, 2017)。然而，責任與責難非如道德模式認為的全有，或是腦部疾病模式認為的全無，對於藥癮治療性社區而言，居民必須對其行為負責，然不應對之加諸責難。責任概念之採用並非要對藥癮者過去的行為進行道德評價與非難，而是展望未來，承認藥癮者本身的選擇力 (agency) 並與之合作，幫助藥癮者做出不同的選擇 (Pickard, 2017)。必須以關心、尊重之態度使藥癮者負起責任，不應採取汙名化態度，亦須避免將其完全視為疾病下之無助受害者，進而鼓勵藥癮者打破用藥之循環 (Pickard, 2017)。當藥癮治療性社區之居民對於過去行為產生的後果負起責任，並在無藥狀態下生活一段時間後，始能更清楚其所處之境況，並發現在生活中仍有其他選擇 (De Leon, 2000; Perfas, 2003)。

另外，藥癮治療性社區稱其中之居民為「成員」(members)、「參與者」(participants) 或「案主」(clients)，而不會稱為「病人」(patients) (Broekaert,

2001；De Leon，2000；De Leon et al.，2002；Kennard & Haigh，2012）⁷¹。居民並非病人，而是社區的一份子（De Leon，2005b），亦藉此強調藥癮者於社區中積極地改變自己，避免藉由「病」以正當化不負責任之行為（De Leon，2000）。不同於傳統之戒癮機構是由上而下進行管理，藥癮治療性社區則是由藥癮者與工作人員共同維護之（陳重叡，2024）。由此可見，藥癮治療性社區之出現大大地改變過往於傳統機構中區分「我們」與「他們」之類種姓（caste-like）模式，如在監獄中區分「矯治人員」與「受刑人」，或醫院中區分「醫師」與「病人」（Haskell & Yablonsky，1983；Yablonsky，1986，1989，1997，2000）。簡言之，藥癮治療性社區的工作人員與居民之間，不存在如同監獄、精神病院中對於此兩者之二分法（Perfas，2004；Sugarman，1970）。

二、共同之特徵

藥癮治療性社區所服務之對象，大多有長期之用藥史、多重藥物使用、一系列之犯罪行為，並缺乏社會支持系統等（Deitch et al.，2002）；且除藥物使用外，亦經常出現複雜之社會與心理問題（De Leon，2000）。大多數進入藥癮治療性社區者有其共同之臨床特徵（clinical characteristics），包含情緒管理不佳、不負責任、學習能力與溝通能力不足等，於藥癮治療性社區之觀點下，此些特徵之正向改變將影響藥癮者能否穩定復元（stable recovery）（De Leon，1989b，1995b，2010b，2010c，2013，2014，2022；De Leon et al.，2021）。藥癮治療性社區認為藥癮者具有「認知」（cognitive）、「行為」（behavioral）、「知覺」（perceptual）、「情緒」（emotional）、「社會」（social）五個相互關聯之特徵，此些特徵源於不同之生物心理社會（biopsychosocial）因素，且為多數居民所共有（De Leon，2000），以下即針對此五種特徵進行說明。

附帶說明者是成癮人格（addictive personality）之概念，目前之研究對此尚未取得共識，仍待探討，且被認為容易用藥之人格類型亦隨時代改變（Kuhn et al.，2019；楊添圍，2016）。藥癮治療性社區雖然描繪了居民之典型特徵，並不同於成癮人格（De Leon，1989b，1994，1995b，2000）；不過，亦不完全排除成癮人格之概念（De Leon，1989b，2000）。成癮人格之概念仍有待澄清，然對於藥

⁷¹ 但有早期文獻於提及藥癮治療性社區之居民時使用「病人」一詞，如 Anglin and Hser（1990，p. 421）。

癮治療性社區而言，下述之典型特徵代表著居民若欲穩定復元必須做出何種改變（De Leon，1994，1995b，2000）。

（一）認知特徵

藥癮治療性社區之居民往往表現出與藥物使用及生活型態問題有關之認知特徵，通常包含缺乏覺察（awareness）、決策困難、判斷力差、缺乏洞察力與欠缺解決問題之能力。例如，居民往往未意識或未考慮到其行為如何影響他人，或他人之行為如何影響自己（即缺乏覺察）；居民在解決問題、形成決策與評估後果之部分，往往會判斷錯誤；居民無法看見或理解其經歷與該經歷之原因、影響或決定因素間之關係（即缺乏洞察力）；居民不願意面對日常生活中之問題，並傾向於在其思維與行為中逃避此些問題，難以區分感受與事實，亦難以區分欲望與需求（即對現實的認知低落（poor reality testing））（De Leon，1988d，1990b，1994，1995b，2000，2010b，2010c，2013，2014）。上述之認知特徵相互關聯，例如，覺察是判斷力與洞察力之必要條件，故訓練居民覺察到自我、他人與環境是藥癮治療性社區方法之核心（De Leon，2000）。

（二）行為特徵

許多藥癮治療性社區之居民缺乏教育、職業（vocational）、社會、人際（interpersonal）、溝通等技巧；縱使具有這些技巧或能力，亦會受到藥物之阻礙（De Leon，2000，2005a，2005b，2013，2022）。此外，居民往往否認其藥癮問題，不僅可能對他人說謊，亦會自我欺騙（self-deception）（Yablonsky，1989），而由於否認是拒絕現實之方式，故藥癮者可能並非有意說謊，而是真心認為其所言為真（Brooks & McHenry，2023；Twerski，1997）。並非所有藥癮者皆缺乏上述之技巧或能力，某些藥癮者會展現出有效之能力，但主要是在追求用藥生活型態之上。如於確保獲得藥物、使用藥物、銷售藥物等方面，明顯需要計畫、判斷力等能力。然而，此些能力終究會因用藥產生之疲倦（fatigue）與恐懼（fears）而弱化，故於藥癮治療性社區中，藥癮者必須經歷社會化之過程，使其技巧與能力重新導向社會可接受（socially acceptable）之目標（De Leon，2000）。

（三）知覺特徵

藥癮治療性社區認為，居民於如何看待自己的自我價值與如何看待其作為社

會成員之方面存在問題，主要包含低自尊 (low self-esteem) 與負向認同 (negative identity) (De Leon, 2000)。

於低自尊方面，居民往往展現出較少之自我尊重 (self-respect)，且在道德行為與家庭關係方面顯現出較差之自我知覺 (self-perception) (De Leon, 2000)。事實上，在居民長期用藥前，大多已存在低自尊之情形 (如受到童年經歷之影響) (De Leon, 2000)。居民之反社會行為與其低自尊密不可分，而低自尊亦與居民長期用藥且無法發展高效生活型態 (productive lifestyle) 有關。居民難以喜歡或重視自己，蓋其認為自身之自我控制差，同時亦受到他人眼光之影響 (De Leon, 2000)。蔡佩真 (1990) 訪談 35 位晨曦會與主愛之家的居民，研究結果即發現常遭遇挫折困擾之居民具有較自卑、敏感等特質，此些特質曾使居民開始用藥，亦使居民有復發之危險 (蔡佩真, 1990, 頁 89)。

於負向認同方面，居民如何標籤 (label)、感知 (perceive) 與接受自我，來自其本身之藥物使用史。居民之個人認同 (personal identity) 並不穩定，許多居民不瞭解自己是誰，亦不瞭解自己的真實感受、想法、目標與價值觀 (De Leon, 2000)。至於其社會認同 (social identity) 則可能是由內化負面公眾形象而來，此些公眾形象通常是社會偏差者 (social deviant) 與生活受害者 (life victim) (可能是受到個人傷害，即因虐待等所形成之問題兒童；抑或是受到社會傷害，因其缺乏社會機會)，他人之看法與反應具鏡射效應 (mirror effect)，逐漸融入藥癮者之自我概念 (self-concept)，並強化其作為藥癮者之自我形象 (self-image) 與認同 (De Leon, 2000; Yablonsky, 1989)。

(四) 情緒特徵

藥癮治療性社區之居民於處理感受上有其困難，具有諸多情緒特徵，包含無法容忍不適感 (intolerance of discomfort)、具罪惡感 (guilt)、敵意與憤怒 (hostility and anger)、情緒不安 (dysphoria) 與感受喪失等 (De Leon, 1989b, 2000, 2005a, 2005b, 2010b)。

首先，居民之情緒特徵是無法或難以容忍不適感，且衝動控制不良。例如，於感覺到被拒絕、不耐煩、情緒激動或被挑釁時，居民往往難以克制某些形式之負向行為，蓋其無法容忍此些感受，使用藥物便成為有效減少或避免此些不適感之主要管道。藥癮治療性社區認為，無法容忍挫折 (frustration) 與不適感是情緒

管理 (emotional management) 之根本問題，故教會居民「容忍」是學習延遲滿足、衝動控制與有效情緒管理之核心 (De Leon, 1988d, 1990b, 1994, 1995b, 2000, 2010b, 2010c, 2013, 2014, 2022; De Leon et al., 2021)。

其次，居民往往因各種罪惡感而感到困擾，且罪惡感可能是所有情緒中最具破壞性者 (De Leon, 2000; De Leon & Unterrainer, 2020)。負向行為或負向思考會引發罪惡感，使人做出更多負向行為以逃避此些感受，負向行為又會產生更多罪惡感，最終只能透過用藥以解消之 (De Leon, 1988e, 2000; De Leon & Deitch, 1985)，故藥癮治療性社區常用「罪惡感殺人」(guilt kills) 以形容此一惡性循環 (De Leon, 1988e, p. 546; De Leon & Deitch, 1985, p. 223)。

罪惡感之來源可能有四：(1) 對於自我之罪惡感，居民承受著違反個人道德與社會行為規範之痛苦，以及未能實現其抱負 (aspirations) 與生活目標之痛苦；(2) 對於重要他人 (significant others) 之罪惡感，如居民之家人常因居民竊盜與虐待 (如肢體虐待、言語虐待和性虐待) 而受到直接傷害，同時亦因居民之法律問題與健康問題而受到間接傷害，更為不明顯者則是居民對於家人之怨恨與蔑視等，除此些傷害外，居民之行為亦有可能使親人失望，以及使孩子無法獲得照顧與教養；(3) 對於社會之罪惡感，如因暴力、竊盜、搶奪等犯罪行為，進而造成陌生人之傷害；(4) 對於藥癮治療性社區之罪惡感，如居民於藥癮治療性社區內之違規行為，或是違反社區對於態度或行為之期許 (De Leon, 1988e, 2000; De Leon & Deitch, 1985)。上述之行為與造成之傷害，皆有可能使居民產生罪惡感。由於居民會使用藥物以解消罪惡感，故於藥癮治療性社區中，對於罪惡感之自我管理 (self-management) 是復元之關鍵。當居民得識別 (identify) 與區分其所擁有之各種罪惡感、罪惡感產生之條件與哪些行為可改善罪惡感時，居民將學會更有效地管理與處理罪惡感，故教會居民處理罪惡感之方法是藥癮治療性社區的目標之一 (De Leon, 2000)。通常面對罪惡感的最後一步，是承認不可改變之過去，並承諾即將改變之未來 (De Leon, 1988e; De Leon & Deitch, 1985)。

再者是憤怒與敵意，其為用藥者之共同特徵 (De Leon, 1994, 1995b, 2000, 2005a, 2005b, 2010c, 2013, 2014; De Leon & Unterrainer, 2020)。對於許多居民而言，憤怒與敵意是情感表達之唯一形式，使其無須面對或經歷其他可能更令人不快或不適之情緒，如恐懼、失望、悲傷等 (De Leon, 2000)。於藥癮治療性社區中，作為防禦性因應 (defensive coping) 之敵意必須與作為真實情緒表達之

憤怒有所區隔，居民必須學會以有效之方法表達這兩種情緒（De Leon，2000）。

另外，情緒不安與感受喪失亦是重度用藥者常見之情感狀態（affective states）。居民缺乏身體福祉（well-being）與情緒福祉，而藥癮者較高之自殺意念（suicidal ideation）與自殺企圖可能與情緒不安及憂鬱症有關（De Leon，2000）。居民亦可能有失樂症（anhedonia），該症會使居民喪失感受快樂之能力，不再期待曾經讓其快樂之事物（De Leon，2000）。

藥癮治療性社區認為居民難以管理其感受（De Leon，2010c，2022），而只有在居民能理解與用藥行為及其他問題有關之感受，並學會好好地、有建設性地（constructively）表達此些感受時，復元始能穩定（De Leon，2000）。Dekkers et al.（2020）之研究即印證此一主張，該研究之研究參與者（已復元者）指出，於復元之過程中，改變處理感受之方式相當重要，不僅是要認識且真正感受情緒，更要以適當方法表達之，為達此一目標，研究參與者認為需要直面情緒，而非透過用藥壓抑之。故藥癮治療性社區教導居民如何處理其感受，於此些感受導致用藥行為前，使居民學會適當地表達、管理之（De Leon，1988d，1990b）。前提是居民須在保持戒除、不受藥物影響之情形下體驗所有感受，於不用藥之狀態下，將能以一種新的方式體驗情緒與情感（De Leon，2000）。

（五）社會特徵

藥癮治療性社區認為，居民之問題行為與問題態度將打亂與他人，甚至是與世界之社會關係（social relationships）。其中典型之社會特徵包含應得權益感（sense of entitlement）、不負責任（irresponsibility）以及缺乏信任（lack of trust）（De Leon，2000）。

應得權益感是指居民對於其需求與欲望有不現實之期待，常因需求未被滿足所感知到之不公而表現出憤慨（indignation）或退縮（withdrawal）。居民會抱怨未獲得其認為應有且值得擁有者，例如其會抱怨為何必須等待、為何未得到其應得之物、為何於藥癮治療性社區中必須自最低層做起等（De Leon，2000）。應得權益感展現出藥癮者難以區分立即欲求（immediate wants）與真正需求，並無法於等待滿足時管理不耐煩（impatience）與挫折感（frustration），而藥癮者將因應得權益感而難以自力更生（self-reliance）（De Leon，2000）。然而，藥癮者應擁有改變自己之機會，即藥癮治療性社區應提供居民幫助，使其以合法且道德之方式

改善生活並追求欲望 (De Leon, 2000)。

不負責任亦是居民的社會特徵之一 (De Leon, 1989b, 1994, 1995b, 2000, 2005a, 2005b, 2010b, 2010c, 2013, 2014, 2022; De Leon et al., 2021)。詳言之，藥癮治療性社區之居民往往於負責 (responsibility)、一致性 (consistency) 與當責 (accountability) 方面有其問題 (De Leon, 2000; De Leon & Unterrainer, 2020)。負責表示在對自己與對他人之義務 (obligations) 上做出適當之反應，而由於居民之用藥行為，會逐漸變得不負責。當然，其於用藥方面可能是「負責的」，例如投入時間與心力，只為確保獲得藥物，此展現居民雖有能力負責，卻對於與藥物無關之其他義務並不負責 (De Leon, 2000)。一致性代表於履行對自己與對他人之義務時可靠 (reliable) 或可預測，而居民常常於履行對自己或對他人之義務時，會以失敗收場。長久以來居民做事虎頭蛇尾、有始無終，小至家務，大至工作上之任務，且不斷打破對自己與他人之承諾 (De Leon, 2000)。至於當責，則意味著向自己和他人詳實記錄與履行義務相關之活動，強調個人誠信 (personal honesty) 與社會誠信 (social honesty) 之要素。用藥者經常想方設法繞過履行義務之必要步驟，投機取巧，未能向他人如實陳述其所花費之時間與精力，故學習當責，即對於自己的行為絕對誠實，為復元之必要條件 (De Leon, 2000)。於負責、一致性、當責方面之問題既是用藥之原因，亦是用藥之結果，此種不負責任之模式代表對於履行義務之訓練不足，或父母早期之過度縱容，而用藥亦使此種模式得以長存 (De Leon, 2000)。於藥癮治療性社區中，學習負責、一致性與當責代表個人之成長，應使居民習得完成任務之能力、獲得支持履行義務之價值觀 (如相信把事情做好、幫助同儕之重要性)、習慣於誠實交代自己，以及願意順應 (conform) 他人 (如積極考量他人之期望)，以承擔與滿足個人之角色或義務 (De Leon, 2000)。

最後則是缺乏信任。居民之信任問題多源於家暴史、負向之同儕社會化 (peer socialization) 等社會與心理影響 (De Leon, 2000)。對居民而言，信任問題存於多方，其本身既不信任關係與權威，家庭、子女、朋友、雇主等亦對其不甚信任 (De Leon, 2000)。甚且，問題不僅在對於他人或外在世界之不信任，尚包含自我信任 (self-trust) 之問題，居民無法信任本身之感受、想法或行為，蓋其衝動且糟糕之判斷一再造成不良後果；同時，其感受、想法或行為亦不斷地被藥物所改變，而變得不值得信任 (De Leon, 2000)。

參、關於「復元」之觀點

一、復元不僅止於戒除

居民與居民之間存有社會與心理狀況之個體差異，藥癮治療性社區亦會據此修訂具體之治療計畫，然而，復元之目標一致且全面 (global) (De Leon, 1986b, 1988d, 1988e, 1989c, 1990b, 1994, 1995b, 2000, 2010b, 2010c, 2014; De Leon & Rosenthal, 1989)。於藥癮治療性社區之觀點下，復元不僅限於藥癮者從無法克制用藥與不斷否認問題，轉變為穩定戒除與致力維持無藥狀態，更進一步包含生活型態與認同等之全面改變，如此根本性的改變是復元之必要條件 (Bunt et al., 2008; De Leon, 1996a, 1999b, 2000, 2003b, 2010a, 2013, 2022; De Leon et al., 2021; De Leon & Unterrainer, 2020)。張祺 (2018) 訪談 9 位使用安非他命之成年男性，研究結果即發現，研究參與者往往具有紊亂之生活型態，若維持原先之生活型態，後續仍會復發，然若願意重新建構健康之生活型態，則會走向終止 (張祺, 2018, 頁 60, 頁 73)。因此，藥癮者並非透過不使用藥物即能達成復元，而必須創造新的生活型態，使其更容易不用藥，若不改變生活型態，遲早會被那些使其上癮之因素追上 (Melemis, 2015)。於 Dekkers et al. (2020) 之研究中，研究參與者 (已復元者) 亦指出停止用藥可能是復元之第一步，然絕非全部。此理念亦可見於我國之藥癮治療性社區，如莊慧秋 (1988, 頁 61) 指出主愛之家的生活課程不僅是要藥癮者不用藥，更希望整個人徹底改變。簡言之，藥癮治療性設區所強調者，乃改變生活型態與個人成長 (Krisberg et al., 2019)。而解毒 (detoxification) 僅是進入藥癮治療性社區之條件，並非治療之目標 (De Leon, 1988d, 1988e, 1989c, 1990b, 2010c; Perfas, 2018)。

附帶說明者是，於不同脈絡下，「復元」一詞之意義將隨之改變 (Humphreys, 2023)，如是否需要完全且持久之戒除始能稱為復元，存有爭議：戒毒無名會 (Narcotics Anonymous, NA) 將復元定義為戒除藥癮；但亦有將復元界定為「問題解決」而非不使用藥物，如有認為當藥物使用不再造成個人生活上之問題時即是復元 (Hall, 2024; White, 2007)。近期亦有研究指出，復元或許不需要完全停止藥物使用，繼續使用藥物者亦可復元，並於多個生活領域 (如工作、健康、關係等) 得到改善，因此戒除並不足以作為復元與否之單一基準 (Martinelli et al., 2020)。至於藥癮治療性社區之觀點，較偏向認為復元需要完全且持久之戒除。

二、藥癮治療性社區之復元目標

復元往往包含藥癮者之行為、態度、情緒與價值觀之全面改變，由藥癮者承擔其復元之責任 (De Leon, 1985, 1987, 1990c, 2000, 2012)。復元所追求之目標有二，分別為心理目標 (psychological goal) 與社會目標 (social goal)：心理目標方面，其所追求者是改變導致藥物使用之負向行為模式、思維 (thinking) 與感受；社會目標方面，其所追求者是培養與無藥生活型態相關之技能、態度與價值觀，使居民發展出負責任且無藥之生活型態，於離開藥癮治療性社區後得以穩定且自主地生活。穩定復元取決於心理目標與社會目標之成功整合，必須整合行為、情感、技能、態度與價值觀，藉此確保生活型態之持久改變，以及正向之個人與社會認同 (De Leon, 1981, 1986b, 1988d, 1988e, 1989b, 1989c, 1990b, 1994, 1995b, 1999b, 2005a, 2005b, 2010b, 2010c, 2013, 2014, 2022; De Leon et al., 2021; De Leon & Rosenthal, 1989; De Leon & Unterrainer, 2020; Ottenberg, 1982)。由於藥癮治療性社區認為穩定復元取決於心理目標與社會目標之成功整合，且治療重點在於全人，以改變居民之生活型態與認同等為目標，而非僅僅戒除藥癮，故需要多面向 (multidimensional) 之影響與訓練，此種影響與訓練大多得於二十四小時全天候之居住式環境中，透過長期、密集、自助與相互自助之過程而達成 (De Leon, 1986b, 1988c, 1988d, 1989b, 1989c, 1989d, 1990b, 1999a, 2003a, 2003b, 2005a, 2010b; De Leon & Rosenthal, 1989; De Leon et al., 1993; De Leon & Wexler, 2009; Frye, 1984; Melnick & De Leon, 1999)，居民亦因而被認為「沉浸」(immersed) 於社區當中 (Mason et al., 2001)。參與藥癮治療性社區將使藥癮者之復元資本 (recovery capital) 有所增長，同時減少過去認同所帶來之影響 (Best & Aston, 2015)。

須注意者是，與十二步驟團體之復元有所不同，藥癮治療性社區認為完成藥癮治療性社區之治療者，已然是無須再持續待在藥癮治療性社區內或繼續參與十二步驟計畫之「前藥癮者」；十二步驟團體 (尤其是戒酒無名會) 則認為復元僅始於戒除之後，且必須終生投入十二步驟計畫 (Best et al., 2017)。亦即，理想上居民於離開藥癮治療性社區後將不再依賴藥物，同時不需要其他關於藥癮之治療或專業幫助 (Kooyman, 1993, p. 47)。此亦代表藥癮治療性社區與慢性腦部疾病觀點之距離：若認為藥癮是慢性疾病，則治療或干預 (如投入十二步驟計畫) 似是終生之事 (Carroll, 2016)；然而，藥癮治療性社區透過對於居民生活型態與

認同等之改變，使其後續無須透過治療或干預以保持清醒。不過，若以十二步驟團體等干預作為後續照護之一部，對於已完成治療之前居民而言，似是預防復發之可行方法。

三、自助與相互自助

自 Synanon 時起即認為，居民之間日復一日地強化彼此戒除藥癮之意志 (will) 與意圖，是 Synanon 最為重要之工具 (Sternberg, 1963)。藥癮治療性社區所強調者，乃居民本身之自助與相互自助。自助代表居民本身於改變過程中之重要性，即居民對於復元肩負起主要之責任，並對改變過程做出主要貢獻，透過對自己的問題負責，居民可以控制自己的處境，並培養新的自尊心與能力感，且藥癮治療性社區內各種治療要素是否有效亦取決於居民本身；而相互自助則指每個居民亦能於同儕之復元歷程中擔負起部分責任，縱使復元是居民本身之責任，然其他居民於促進改變上亦不可或缺，在社區中居民們相互提供支持與幫助，給予鼓勵與同理，每個人皆有助於他人的改變 (Ali, 2023; Brown et al., 2001; Bunt et al., 2008; De Leon, 1994, 1995b, 2000, 2010b, 2010c, 2013, 2014; De Leon et al., 2021; Ritvo, 2023; Trujillo, 2023; Wexler, 1995; Yates, 2011; 白鎮福, 2014; 李宗憲, 2010; 陳怡青, 2021; 楊士隆、蔡德輝等, 2008)。簡言之，自助代表居民主動尋求治療，對自身改變過程做出主要貢獻；相互自助則代表於改變過程中，每個居民皆會對其他人的改變作出貢獻 (De Leon, 1999b; Perfas, 2018)。

於藥癮治療性社區之治療過程中，改變自己時，亦是在改變他人；幫助自己時，亦是在幫助他人 (O'Brien & Perfas, 2005; O'Brien et al., 2011)。藥癮治療性社區與十二步驟模式皆認為，當居民致力於幫助他人時，亦會增強自己復元可能之信念 (Perfas, 2014)。於復元歷程中，同理 (empathize) 與分擔 (share) 之能力不可或缺，如分擔他人之痛苦或失敗，並伸出援助之手 (Perfas, 2012)。因此，藥癮治療性社區強調互相學習，居民於互動中調整與用藥有關的態度、知覺、行為與價值觀 (Ritvo, 2023; 周煌智等, 2018)，並由此產生顯著之改變 (Einat & Shoshan, 2023)，居民亦於此過程中相互提供情緒支持 (Perfas, 2014)。

居民將作為主動的貢獻者 (contributors) 而非被動的接受者 (recipients) (De Leon, 1988e, p. 544; De Leon & Deitch, 1985, p. 220)，「給予」(giving) 業已成為許多居民之習慣 (Perfas, 2012)。不斷強調所有成員之積極參與，並強調居

民具有應對復元擔負起主要責任之義務，展現出藥癮治療性社區之自助本質（Ottenberg, 1982, p. 157）。而相互自助不僅是復元之必要條件（De Leon, 2004），也確實帶來益處，如 Warren et al. (2013) 之研究即發現，藥癮治療性社區內同儕間之監督與反饋（feedback），有效地鼓勵居民參與利社會行為與助人行為。

四、復元之動機、準備與承諾

自助與相互自助強調是由「社區影響」（如同儕、社會學習環境）與「居民本身」兩者之互動下邁向復元，而於復元歷程中，治療之影響取決於「動機」（motivation）、「準備」（readiness）以及「承諾」（commitment），此三者是特別重要且相互關聯之個人因子（De Leon, 1981, 1988d, 1990b, 2000）。

復元需要改變之壓力，而居民進入藥癮治療性社區尋求幫助之原因各異，可分為外部壓力（external pressures）與內部壓力（internal pressures）。外部壓力包括無家可歸、家庭壓力、害怕入監、雇主之要求、對疾病之恐懼、懸而未決之法律問題等；內部壓力則包括認識到用藥導致生活型態惡化（deterioration）、改變生活之渴望、對於用藥生活型態之厭倦、希望可以成為更好的人等（De Leon, 1981, 1985, 1989c, 1994, 1995b, 2000, 2010b, 2013；De Leon & Jainchill, 1986a, 1986b；De Leon et al., 2001；De Leon & Unterrainer, 2020；Rosenthal, 1984, 1991）⁷²。Perfas (2014, p. 44) 指出，藥癮者往往是因外部壓力而接受治療，並非真正渴望於其問題上獲得幫助或戒除藥癮。而此種動機亦可被稱作負向動機（negative motivation）（Kooyman, 1993, p. 23, p. 101）。基於外部壓力而來之動機，固然可促使藥癮者進入藥癮治療性社區中尋求治療，但治療可能無法長久，蓋於外部壓力緩解且未形成更多內部壓力之情形下，居民往往選擇離開。故無論最初為何踏上復元之路，若欲使居民長期投入復元，必須透過內在動機予以維持。亦即，外在動機無法取代內在動機，故治療應對居民接受治療之內在動機產生影響，必須透過居民對藥癮生活之痛苦，以及美好未來之期望，進而使其願意留在社區繼續治療（De Leon, 1994, 1995b, 1998, 2000, 2013, 2014；De Leon et al., 2001；De Leon & Unterrainer, 2020）。類似之觀點可見 Colman and Vander Laenen (2012) 之研究，其指出外部因素固然可發揮一定效果，然多數研究參與

⁷² 有文獻將動機限縮於因內部壓力而形成者，因外部壓力而形成者則歸類於環境（circumstances），如 De Leon (1986c, p. 34；1994, pp. 33-34；1997b, p. 11)、De Leon and Jainchill (1986a, p. 203；1986b, p. 53) 等。

者亦認為，促使復元者應是內在動機而非外在動機，復元之責任在於己，其終止用藥真正的轉捩點應是出於自我之決定與動機。於黃亦凡（2022，頁 88-89）之研究中亦提及，相較於被迫戒除藥癮，自發地追求健康生活而遠離藥物，其效果更易維持。不過，無論居民是因外部壓力或內部壓力而進入並留在藥癮治療性社區，若欲使居民持續接受治療，則需要源源不絕之改變動機，故如何維持改變動機始終是治療過程中之重要目標與課題（De Leon，1986b，1988d，1988e，1990b，1994，1995b，1999b，2010b，2010c，2013；De Leon & Rosenthal，1989）。

準備亦是藥癮者復元之關鍵，是指居民積極參與改變過程之意願（De Leon，2000；Perfas，2004）。準備可被區分為兩種類型，一是「準備改變」（readiness for change），包含採取行動之意願；另一則是「準備治療」（readiness for treatment），特別是指為達成個人改變而知覺到治療為必要（De Leon，1986c；De Leon & Jainchill，1986a，1986b；De Leon et al.，2001）。De Leon et al.（2001，p. 159）指出，許多文獻未能明確區分此兩種類型：準備改變意指可能選擇治療以外之多種策略者；準備治療則意指選擇治療作為主要改變策略者。居民可能準備改變，傾向於選擇非治療之策略，如透過朋友、宗教等途徑獲得幫助；其亦可能擁有改變動機，然於改變過程中看不到治療之必要性（De Leon & Jainchill，1986a，1986b）。而當居民選擇長期留在藥癮治療性社區中，並放棄或拒絕其他選項時，即展現其已準備治療（De Leon，2000）。

做出承諾與遵守承諾是居民於改變過程中之重要目標（De Leon，2000；Perfas，2018）。承諾是指居民決心或允諾採取某種行為、履行某項義務、執行某項建議、完成某項任務，或是居民接受藥癮治療性社區之指引（teachings）（De Leon，2000）。居民做出承諾展現出對於改變之動機與準備就緒，並代表其接受藥癮治療性社區之期望與改變方法；同時，做出承諾亦是維持動機之一種方式（De Leon，2000）。而承諾有程度之分，從居民願意參加藥癮治療性社區之治療、完全肯認藥癮治療性社區之目標，直至不斷承諾願意留在改變過程當中，其程度各有不同（De Leon，2000）。完成藥癮治療性社區之治療，即代表居民於學習遵守承諾部分有一大進展（De Leon，2000）。另外，同儕間之相互互助，是用以提醒居民過去所失去者、現在所獲得者與未來之可能性，蓋唯有保持對於過去、現在、未來之認知，居民始能維持其承諾（De Leon，2000）。

五、不斷發展之多面向學習

(一) 復元是多面向學習

於藥癮治療性社區中，居民必須重塑 (reinvent) 自己，除放棄用藥外，尚須忘卻過去與藥癮生活有關之習慣或方式 (Perfas, 2004, 2018)，並重新學習與無藥生活有關之必要技巧等 (Ciaravino, 2007; Levinthal, 2023; Perfas, 2004, 2014)。而復元是多面向學習 (multidimensional learning)，此與藥癮治療性社區之全人觀點相符 (De Leon, 2000)，蓋負向行為模式、態度與角色並非單一因素造成，若欲改變之，亦無法透過單一因素達成 (De Leon, 1981, 1988d, 1988e, 1989c, 1990b, 1999b, 2010b, 2010c, 2013; Rosenthal, 1984)。

學習包含「行為學習」(behavioral learning)、「認知學習」(cognitive learning) 以及「情緒學習」(emotional learning)。行為學習是指消除居民之無社會行為 (asocial behavior) 與反社會行為，並使其獲得正向之社會技巧與人際技巧，培養正向行為舉止，促進利社會行為；認知學習是指認識思維中之錯誤與謬誤，並獲得新的思考方式、決策技能與問題解決能力；情緒學習則是指獲得管理與溝通感受所需之技能 (Anderson & Harrison, 2004; De Leon, 2000; Deitch et al., 2002)。藥癮治療性社區必須將行為、認知與情緒三方之改變加以整合，以作為居民復元之基礎 (De Leon, 2000)。而由於居民於藥癮治療性社區內不斷地學習，故有認為藥癮治療性社區更像是一所特殊之學校 (Yates et al., 2021)。

多面向學習是透過不斷地試錯 (trial and error) 而進行，因此於藥癮治療性社區中，「錯誤」並不等於「失敗」，對於居民而言，嘗試即是改變，而失敗是指那些根本不嘗試或直接放棄之行為 (De Leon, 2000)。藥癮治療性社區強調「教導」(teaching)、「幫助」而非「懲罰」(punishing) (Perfas, 2003; Scott & Gosling, 2016)，其將於社區內發生之事件視為自我瞭解之機會，而改變之種子亦就此埋下 (Perfas, 2003)。

於充滿關懷之環境中，大多數居民將逐漸學會控制自己的行為，遵從社區之規範與期望 (Carroll, 1992)。居民之價值觀會更加地利社會，且學會如何穩妥解決人際問題，從而成為有能力解決日常生活問題者 (Anderson & Harrison, 2004)。蔡坤衛 (2016) 訪談 4 位曾居住於晨曦會愛輔村中之愛滋感染者，研究結果發現，

藥癮治療性社區內之團體生活有其規定與人際互動，居民皆將其本身之生活習慣、脾氣、個性進行調整與改變，從而避免繼續違規或發生人際摩擦（蔡坤衛，2016，頁 183-184）。居民將在人與關係之支持下形成認同與生活型態等之改變（De Leon，2010c），縱使完成藥癮治療性社區之治療後，居民不見得會成功地復元，但於社區中之所學將使其走向清醒的道路（Perfas，2014）。

除學習本身之外，復元亦涉及主觀改變，居民必須經歷與行為、認知、情緒相關之經驗（experiences）與知覺（perceptions），經驗與知覺是行為改變之主觀層面（De Leon，1994，1997b，2000）⁷³。詳言之，居民不僅要主動參與所欲改變之行為與態度，亦必須體悟到相關之感受，並瞭解改變之意義與價值（De Leon，1995b，1997b）。此些經驗與知覺會在密切之社區生活中，透過各式各樣的日常互動而產生，對於復元而言至關重要（De Leon，2000）。當居民能有效地（effectively）行為、有建設地思考以及擁有新的社會經驗時，即會以不同之角度看待自己與他人，甚至是世界（Anderson & Harrison，2004；De Leon，2000）。

（二）復元是發展性過程

復元除了是多面向學習外，亦是一發展性過程（developmental process），即復元是經歷各個階段之漸進式（incremental）學習（De Leon，1988d，1990b，1991a，1994，1995a，1995b，1997b，1999a，1999b，2000，2001b，2002，2010b，2010c，2012；Jainchill，2006；Perfas，2018），藉此穩定地改變行為、態度、價值觀等（De Leon，1991a，2002）。De Leon（2000，p. 71）以身體發育為例，指出人類於學會站立前必須先學會爬行，學會走路前必須先學會站立，跑步則是此些技巧之積累。於藥癮治療性社區中亦是如此，每個階段之學習皆是以前階段所習得者為基礎（De Leon，2000）。居民常將其復元描述為人類之「成長」（growing up）：於嬰兒時期進入藥癮治療性社區，直至成年後離開（De Leon，2000）。透過藥癮治療性社區之治療經驗，居民能達到一定程度之情緒成熟（emotional maturity）（Perfas，2014）。

⁷³ 知覺是指居民如何瞭解其所見所聞，或如何對之賦予意義；經驗則是更為複雜之主觀事件，包括感受、知覺以及行為改變（De Leon，1994，p. 50；1995b，p. 1639）。關於居民之經驗與知覺，詳見 De Leon（1994，pp. 34-42；1995b，pp. 1619-1627）。

居民必須認識用藥之誘因 (triggers) 或線索，以及引發渴求之人事時地物；同時，居民亦須認識引發渴求、尋藥以及其他自我挫敗 (self-defeating) 行為與自我毀滅 (self-destructive) 行為之想法、知覺與感受 (De Leon, 2000)。簡言之，居民對於其用藥之外部影響與內部影響必須有所認識，若認識行為背後之影響，則有助於學習如何控制行為，從而強化自我效能感 (De Leon, 2000)。而居民亦須覺察過去之記憶與經驗，此些記憶與經驗形塑了當前之感受、態度、行為與自我知覺。在過去之歷史脈絡下瞭解自己，不僅為其違常之生活與思維提供了些許的理性秩序 (rational order)，亦有助於減輕其自責、羞恥與罪惡感 (De Leon, 2000)。

De Leon (1996a) 以藥癮治療性社區相關之經驗與研究為基礎，勾勒出復元階段典範 (paradigm)⁷⁴。其中包含十個階段：否認 (Denial)⁷⁵、矛盾 (Ambivalence)、外在動機 (Extrinsic Motivation)、內在動機 (Intrinsic Motivation)、準備改變 (Readiness for Change)、準備治療 (Readiness for Treatment)、脫癮 (Deaddiction)、戒除 (Abstinence)、持續 (Continuance)、整合與認同改變 (Integration and Identity Change)。否認、矛盾、外在動機、內在動機、準備改變、準備治療是治療前之階段；脫癮、戒除、持續、整合與認同改變則是與治療相關之階段，每個階段之持續時間因人而異 (De Leon, 1996a)。該十階段之內涵如下表 4-3-1 所示。

表 4-3-1 復元十階段

階段	內涵
● 否認	於此階段，藥癮者對於其用藥問題並無認識或認識不足，例如：根本不承認有任何用藥行為；承認有使用但所報告之使用程度有假；承認使用之程度，然不接受其為有問題之使用；承認其為有問題之使用，然未認識、不承認或不接受用藥與其他生活問題有關；接受用藥與其他生活問題有關，然不認為此些困難或問題須予以重視等。

(續下頁)

⁷⁴ De Leon (1996a, p. 52) 指出，雖然該典範根基於藥癮治療性社區之經驗，然可能得適用於其他藥癮者，蓋藥癮治療性社區內之居民與其他藥癮者未有明顯之不同，故此典範對於其他藥癮者亦有其意義。

⁷⁵ 若藥癮者否認用藥所帶來之負面後果，或可解釋為何縱使有負面後果仍繼續用藥 (Pickard, 2016b, 2018a)。關於否認概念於成癮中所具之作用，詳見 Pickard (2016b, pp. 283-294)。

階段	內涵
● 矛盾	於此階段，藥癮者對於短暫、偶發之問題有所認識，但不會以依賴或上癮描述之，並相信自己可以隨時停止使用，且往往認為用藥有益於情緒與表現。此時，藥癮者大多時候僅看到使用藥物之益處，不相信改變之價值。
● 外在動機	於此階段，藥癮者承認、接受其用藥問題，但並未知覺、承認或完全接受其本身於用藥問題與用藥生活中位居要角，且可能將此些問題歸因於外部影響。藥癮者確實對其法律、經濟、健康、家庭、就業等問題有所恐懼與擔憂，無論類型與程度如何，此皆是外部壓力，進而迫使藥癮者考慮或嘗試改變（無論治療與否）。
● 內在動機	於此階段，藥癮者因內部原因促使其改變，此些原因是基於對自己與其生活選擇之正向知覺與負向知覺。正向知覺與渴望新生活型態、個人成長、實現生命中之美好事物、更良好的家庭關係等有關；負向知覺則與渴望減少或消除罪惡感、自我厭惡（self-hatred）等有關。藥癮者除發現外部因素外，更認識與接受其本身於用藥問題與用藥生活中位居要角。
● 準備改變	於此階段，藥癮者有其內在動機，並開始嘗試改變、停止使用藥物，然尚不認為有接受治療之必要。藥癮者會透過自我管理或非治療之方法，如從地理環境、宗教、工作等著手，不認為治療為必要，或縱使治療於選項內，最終仍被排除之。
● 準備治療	於此階段，藥癮者認為治療是唯一的選擇，其內在動機與在嘗試自我改變上之失敗是尋求治療的主要影響因素。藥癮者承認其他嘗試之不足或無效，並認識到需要改變「自己」，而不僅僅是對於藥物之依賴。
● 脫癮	於此階段，藥癮者主動試錯以學會戒除，是多面向之解毒歷程：生理上中止所有藥物之使用並停止尋藥行為；心理上中止與藥物有關之想法；社會上與藥物有關之人及情境分離。此階段較為動盪，藥癮者可能退出藥癮治療性社區以使用藥物；若是接受其他治療，則可能是於治療期間繼續用藥。

(續下頁)

階段	內涵
● 戒除	於此階段，藥癮者於停止用藥上較為穩定。面對藥物使用之外部線索，藥癮者有所認識，並會透過迴避、分散注意力（distraction）、尋求支持等以抵抗此些線索。同時，藥癮者開始審視導致其用藥之心理因素與內部因素，重組日常生活之計畫，且對於復元網絡產生些許依附（attachment），亦開始修復破裂之關係。
● 持續	於此階段，藥癮者之戒除仍持續，且重點在藥癮者之自我檢視（self-examination）與生活管理。藥癮者對引發用藥行為與用藥思維之因素以及導致社會與心理問題之因素有更為深入之認識，亦於此階段專注於心理目標與社會目標，實行計畫以改善生活、工作、關係、健康，並履行義務與責任，其社會網絡完全由復元中之同儕與其他支持復元歷程者所組成。藥物不再是應對問題或體驗生活之一種選擇，藥癮者亦承認改變的過程是持續的奮鬥，並於熱忱與信心下前進。
● 整合與認同改變	於此階段，藥癮者已將清醒內化，不會有意識地保持清醒。整合是不斷演進之階段，未有明確之終點，藥癮者之持續改變反映了治療過程所生之影響，並對於親身之治療經歷在促進個人成長方面之益處及限制等有不同之認識。生活適應（life adjustment）與自我實現（self-actualization）是本階段之主要議題。至於認同改變部分，於治療後，藥癮者看待自己之標籤發生了變化：從藥癮者至復元中之藥癮者或無藥癮者；從社會偏差者至普通人；從反社會者至利社會者。此些標籤之改變代表態度、價值觀、生活型態之廣泛改變，以及自我知覺之修正。

資料來源：整理自 De Leon, 1994, pp. 45-46; 1995b, pp. 1629-1631; 1996a, pp. 53-57。

復元是不斷向前邁進之過程，雖始於行為之改變，然徒有行為上之改變尚不足以復元，居民必須自我瞭解，包含對於用藥之內外部影響以及過去經驗之瞭解（De Leon, 2000）。瞭解過去之目的，是為了改善現在，人或許無法控制過去的條件，但可以控制現在對於此些條件之反應（De Leon, 2000）。據此，「成長」只有在行為改變且自我瞭解之情形下，始得穩定進行。

(三) 復發之於復元

藥癮者不斷復發似永無根絕之日 (林學銘, 2015), 縱使藥癮者決心戒除藥癮, 仍有可能於完全復元前不斷復發 (relapse)⁷⁶, 此實為復元歷程中常見之現象 (Carroll, 2019; Carroll et al., 2013; 張伯宏, 2007a, 2007b; 龍紀萱等, 2006), 故藥癮常被稱作復發性疾患 (relapsing disorders) (DiClemente & Crisafulli, 2022)。復發意指於戒除一段時間後又重新用藥 (De Leon, 1990c, 1991a, 1996a, 2000)。若更為細緻地區分之, 其有不同之階段, 包含: (1) 情緒復發 (emotional relapse), 此階段藥癮者不考慮用藥, 但對於本身之情緒、心理、生理等照顧不周; (2) 精神復發 (mental relapse), 此階段藥癮者因自我照顧不周並長期生活在情緒復發中, 感到焦躁不安、緊張感上升, 進而開始考慮使用藥物以逃避之; 以及 (3) 生理復發 (physical relapse), 藥癮者再次使用藥物 (Melemis, 2015)。生理復發是「復發」一詞通常指涉之階段, De Leon (1996a, p. 55) 則進一步指出, 與前述復元十階段之脫癮階段時使用藥物有別, 復發最主要是於穩定戒除後之重新用藥。復發亦有不同之模式, 可能只是單一的使用, 可能是短期內高頻率地使用, 亦可能是完全回到進入藥癮治療性社區前之使用情形 (Carter & O'Connell, 2016; De Leon, 1989a, 1990c, 1991a, 1993, 1996a, 2000)。對於藥癮者而言, 復發是常態而非例外 (Carroll, 1992; Carter & O'Connell, 2016; De Leon, 1990c, 1993), Griffiths (2005, p. 195) 即將復發作為定義成癮的要件之一。李宗憲與楊士隆 (2010) 訪談 15 位獨立戒治所專業人員, 研究結果發現, 自專業人員之觀點而言, 復發屬於必然, 但絕非戒治無成效, 且復發亦是再介入處理之契機。藥癮治療性社區居民之復發道理相同, 重新使用藥物往往會浮現出與用藥有關且未獲解決之因素 (De Leon, 1993), 故針對復發之不同情形, 應給予相應之治療 (De Leon, 1989a, 1990c)。

透過藥癮治療性社區, 居民得控制使用藥物之衝動, 並學會如何過上負責任之生活, 然完成藥癮治療性社區之治療無法保證已復元者得成功地面對每個挑戰 (Carroll et al., 1998), 即居民於藥癮治療性社區之治療中、甚至是治療後仍可能復發。於 Costello et al. (2020) 之研究中, 有研究參與者將復發視為挫折, 可能造成復元之旅的終結, 並致使藥癮者須重新接受治療、監禁, 甚至是死亡; 然

⁷⁶ 李思賢 (2008, 頁 97) 將之譯為「復犯」。

亦有研究參與者認為復發是學習之機會。事實上，對於藥癮者而言，復發不一定代表治療失敗，有其正面意義，可能是邁向復元學習過程中之一部(Carroll, 2019; Leukefeld et al., 2001; Perfas, 2018; Tims et al., 2001)。

藥癮治療性社區承認復發於復元歷程中之深遠意義。誠如陳政隆與徐森杰(2022, 頁 264)所指出，於許多藥癮服務中，由於對戒除之過度強調，用藥者將自己是否戒癮成功、是否是一個有價值者等認定建立於「已經多久沒有用藥」之上，復發進而成為不可承受之重。Carroll (1980, p. 57)亦認為，過於強調完全戒除之承諾，導致用藥者將任何治療後之用藥等同於「全然失敗」，此種經歷具誤導性與貶抑性，並減損用藥者於治療中可能獲得之有限自尊；此種經歷亦使其壟罩在絕望與悲觀情緒中，而羞於回到先前之治療機構重新接受治療。因此，須有所認知者是，復發絕非治療或處遇之失敗，反而是提升藥癮者覺察之契機與學習如何成功改變之機會(DiClemente & Crisafulli, 2022; 顏蔚吟、溫敏男, 2018)。對於藥癮治療性社區而言，復發是否會伴隨著與用藥生活型態相關之行為、態度等重新出現，並不一定，故復發不等於退回原點；與之相對者，未實際使用藥物亦不代表穩定戒除，故個人與社區須對於用藥相關之警訊(即與開始用藥有關之態度、行為、情緒)保持警覺，以預防落入用藥之循環(De Leon, 2000)。縱使復發，對於藥癮治療性社區而言，亦是提供了一個學習與改變之新機會，而非戒癮上之失敗，對於該次復發之剖析，即關於復發之情況、誘因、前因後果等深度回顧，可由此得知居民復元之程度如何(Carroll, 2009; De Leon, 1993, 2000; Perfas, 2004, 2018; Trujillo, 2023)。飛機有黑盒子(black box)，此一裝置記錄著駕駛艙之情形以及飛行中之重要資訊，當飛機失事時，即得以此些訊息於事後審視事故發生之原因，找出問題所在，並據此提出解決方案，以降低類似事故再次發生之可能性(DiClemente & Crisafulli, 2022)。復發所蘊含的訊息之於藥癮者，即如同黑盒子之於飛行安全，透過復發相關資訊之檢視，探尋復發之原因與脈絡，以免再次用藥，進一步使藥癮者邁向穩定復元。

事實上，復元並不像是走在筆直的道路上，反而更像是坐雲霄飛車(rollercoaster)(Goodman & Nolan, 2001)。Perfas (2003, pp. 115-116; 2012, p. 123)則將復元與復發比喻為學騎腳踏車，學騎腳踏車是隨人不同之過程，人必須親自去做，且願意開始嘗試。而當一個人掌握騎腳踏車之訣竅時，事實上已經歷過多次的摔車，每次失敗的嘗試皆是學習經驗。此外，若有教練給予指導，

則其可得到客觀的回饋，並共同處理騎車方式上之錯誤。因此，從學習的角度觀之，復發即是復元之一部 (De Leon, 2000)，居民欲保持清醒往往會經歷挫折 (復發)，然當居民復發時，藥癮治療性社區提供正確的態度、支持以及適當的干預，即可將此種復元路上之挫折轉化為正向學習經驗 (Perfas, 2012)。

肆、關於「正確生活」之觀點

一、正確生活之基本概念

藥癮治療性社區強調「正確生活」之觀點，堅持某些共同之假設、信念、準則 (precept) 或價值觀，如對於反社會行為與態度予以制裁 (sanction)、堅持包含誠實在內之正向價值觀等，此些準則與價值觀共同構成健康之生活觀，進而促成並強化藥癮者之復元 (De Leon, 1989c, 1994, 1995b, 1999b, 2000, 2010c, 2013, 2014, 2022; De Leon et al., 2021; De Leon & Unterrainer, 2020)。簡言之，「清醒 (sobriety)⁷⁷是正確地生活 (live right) 之必要條件，然若欲保持清醒則需要正確生活 (right living)」(De Leon, 1994, p. 21; 1995b, p. 1609; 2000, p. 74; 2010c, p. 73)。治療之目標不僅是對於藥物之戒除，更是要過上安全、無藥且負責任之生活 (Perfas, 2014)。此些假設、信念、準則、價值觀等構成了社區指引 (community teachings)，導引著居民於藥癮治療性社區內之治療期間，以及完成治療離開社區後，皆得持續地復元 (De Leon, 2000)。

於藥癮治療性社區中，正確地生活代表遵守社區規則、保持無藥、穩定參與社區之日常計畫 (如會議、工作、活動等)、履行義務、保持整潔與衛生、負責任地行事、樹立正確生活之價值觀等行為 (De Leon, 2000; Ritvo, 2023)。居民此等行為是正確地生活之日常實踐，而隨著時間推移，生活型態與認同等將因此改變，且此些有序生活之經驗可供居民未來離開社區後之參考 (De Leon, 2000)。當居民運用其於藥癮治療性社區中之所學，有建設性地面對外部世界生活之挑戰時，復元將於治療外繼續進行 (De Leon, 2010c, p. 75)。

事實上，藥癮治療性社區持有明確之道德立場 (De Leon, 2000, 2010b; Woodhams, 2001)，道德感 (moral sense) 之養成是戒除藥癮之重要部分 (Perfas,

⁷⁷ De Leon (1996a, p. 56) 指出，「清醒」一詞強調保持與無藥有關之思維與態度；而「戒除」則是指行為上之克制 (restraint) 以不使用藥物。

2014)。藥癮治療性社區對於明確道德準則 (moral code) 之需求源於對人與違常之觀點，蓋藥癮治療性社區認為缺乏道德發展是用藥者之特徵，若缺乏穩固且明確之道德準則，藥癮者之復元將受到影響，亦使藥癮治療性社區不再安全，如可能會有撒謊、偷竊等行為，或縱容此類行為之情形發生 (De Leon, 2000)。定義對與錯之行為與行為準則 (rules of conduct) 是學習個人邊界 (personal-boundaries) 之必要步驟，亦為居民之決策提供了行為基礎 (De Leon, 2000)。

除具有明確之道德準則外，正確生活亦立基於自我本善 (self as fundamentally good) 之觀點。一個人的行為可能有錯，但其本質上仍擁有善良的內在自我 (inner self)，於復元歷程中，當居民透過正確生活改變負向行為，並得到他人之理解與接納時，其善良的內在自我即會浮現 (De Leon, 2000)。藥癮治療性社區相信人性本善，相信人改變之能力，亦相信人的價值 (human values) (O'Brien & Perfas, 2005; Perfas, 2012)。

二、社區指引

藥癮治療性社區試圖使居民們成為不用藥且致力於共同價值觀之團體 (Duncan & Petosa, 1994)，有些具體之價值觀與座右銘導引著正確生活，且適用於所有人、事、物 (De Leon, 2000; Perfas, 2014)。藥癮治療性社區期待居民將此些正向的價值觀與座右銘導加以內化 (Perfas, 2003)，此對社會學習與個人成長不可或缺 (De Leon, 1990b, 2022; De Leon & Rosenthal, 1989; De Leon & Unterrainer, 2020)。以下將先說明藥癮治療性社區基本之價值觀，再介紹社區內經常出現之座右銘。

(一) 主要價值觀

藥癮治療性社區強調「誠實」 (honesty) (De Leon, 1988e, 1989c, 1990b, 1994, 1995a, 1995b, 1999a, 1999b, 2000, 2010b, 2010c, 2013, 2014, 2022; De Leon et al., 2021; De Leon & Rosenthal, 1989; Duncan & Petosa, 1994; Woodhams, 2001)，該價值觀強調在與他人及自我之互動中，誠實地溝通以及直接表達真實感受與反應之重要性 (De Leon, 2000)。Synanon 的某位成員即指出：「真相與誠實是我們治療的一部份。」 (Yablonsky, 1989, p. 23)。不誠實 (dishonesty) 一直是藥癮與負向認同之一部分，故學習絕對的誠實是居民復元之

根本(De Leon, 2000)。無論階級與性別為何，藥癮者往往戴著「硬漢面具」(tough-guy mask)，其多年來往往透過此面具掩飾更深層之不安全感、更敏感之真實自我，若居民欲在藥癮治療性社區中成長，則須摘除此一面具(Yablonsky, 1989)。當居民沒有祕密，並對其他居民分享所有想法時，即能從他人眼中看見自己(Kooyman, 1993)。簡言之，誠實被視為錯誤最少之途徑，不誠實往往會帶來嚴重的後果，且可能導致社交孤立(social isolation)，以及因而積累罪惡感最終重新用藥(De Leon, 2000; Kooyman, 1993)。

其中相當重要者為「分享罪惡感」(guilt sharing)(Kooyman, 1993)⁷⁸。前提及居民之情緒特徵時，已說明罪惡感之重要性與來源。而居民如何因不分享罪惡感而受其影響，或可以「罪惡感循環」(guilt circle)描述之：一個人做了某些負向行為，其感到罪惡、內疚，並否認此種感受、尋找藉口且欲將之合理化，卻無法達成；隨後，其想做些什麼作為補償，但依舊緊張，害怕他人發現自己曾做錯事；進而開始不相信他人，認為別人對自己感到生氣；其對自己之感覺越發差勁，並感到沮喪；接著，模糊(vague)之罪惡感浮現，不再與具體之負向行為有關；當此變得難以忍受時，其他負向行為因而出現，以便得將模糊之罪惡感歸責於顯而易見之行為，罪惡感循環便再次開始(Kooyman, 1993, p. 27)。罪惡感循環之形成，如下圖 4-3-1 所示。

⁷⁸ Kooyman (1993, p. 27) 將誠實與分享罪惡感兩者分開論述，而本研究認為分享罪惡感是在誠實價值觀下之概念，故安排於此討論之。

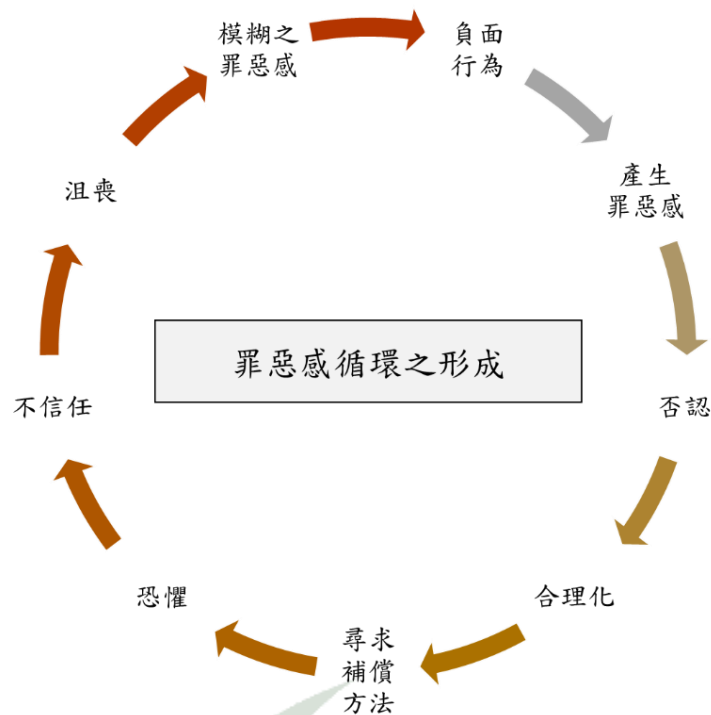


圖 4-3-1 罪惡感循環

(資料來源：改編自 Kooyman, 1993, p. 28, Figure I.3.1)

藥癮者長期以來不斷否認自己之罪惡感，若欲解決罪惡感循環，應透過承認負向行為以分享罪惡感，並面對可能的後果 (Kooyman, 1993)；同時，罪惡感亦可促使居民彌補過去之錯誤，且在未來做出利他之行為 (Frye, 1984)，因此分享罪惡感於藥癮治療性社區中相當重要。而居民除對他人誠實外，更為重要者是誠實面對內在真實之動機、意圖 (intentions) 與恐懼 (Woodhams, 2001)。美國人本主義心理學家 Maslow (1967, 1971) 在 Daytop Village (美國的藥癮治療性社區) 之即席演說中亦指出，於藥癮治療性社區中將獲得真正的坦誠 (straightforwardness)、真正的誠實以及隱含在誠實當中之尊重，誠實不僅對居民有所幫助，對藥癮亦非常有療效。

藥癮治療性社區亦強調「負責任的關懷」(responsible concern) (De Leon, 1986b, 1988d, 1988e, 1989c, 1990b, 1994, 1995b, 1999b, 2000, 2010b, 2010c, 2013, 2014, 2022; De Leon et al., 2021; De Leon & Rosenthal, 1989; O'Brien & Halpern, 1989; Perfas, 2004, 2014, 2018; Woodhams, 2001)，即居民透過真正的人性關懷以面對彼此之負向行為 (Woodhams, 2001)，表達對於他人之關懷亦是社區之價值所在 (Waldorf, 1971)。負責任的關懷代表居民為同儕之復元

承擔一定程度之責任，於他人之復元歷程中，監督、挑戰行為或態度不符合復元目標或社區期望者，並肯定符合目標或期望之其他人，即是對他人之關懷；相對於此，不負責任的關懷（irresponsible concern）則是對與用藥相關之行為或其他負向行為予以縱容（De Leon, 1988d, 1990b, 1999b, 2000, 2014）。如此之做法除強化利他（altruism）外，居民亦透過促進他人之復元，以保持自己之復元，蓋若不中斷社區中之負向行為與負向影響，所有人的復元即會為之破壞（De Leon, 2000）。簡言之，「你的復元就是我的復元」（“your recovery is my recovery”）（De Leon, 2000, p. 78）。

「工作倫理」（work ethic）則是一套相關之價值觀，強調良好的習慣、自力更生、關於努力的承諾等（De Leon, 1988e, 1989c, 1990b, 1994, 1995a, 1995b, 1999a, 1999b, 2000, 2010b, 2010c, 2013, 2014, 2022；De Leon & Unterrainer, 2020）。由於在藥癮治療性社區中，工作是一項兼具治療性與教育性之活動，故藥癮治療性社區教導居民關於工作倫理之價值觀（De Leon, 2000）。透過工作倫理之內化，可以提高居民回到社會時保持穩定工作之能力（Perfas, 2012）。另外，「學會學習」（learning to learn）亦相當重要（De Leon, 1994, 1999b, 2000），復元之經歷將使居民成長，讓居民認識自我、更好地瞭解與表達感受及想法，並學會自我管理（De Leon, 2000）。

（二）復元座右銘

藥癮治療性社區座右銘之內涵皆與改正居民典型之心理特徵有關，包括不切實際之目標設定、挫折、不耐煩、對於失敗之恐懼等（De Leon, 2000）。此些復元座右銘有助於居民形塑新的思考方式（Perfas, 2014），且與正確生活有關之觀點大多蘊含於此些實用的座右銘中。藥癮治療性社區較為重要之復元座右銘如下表 4-3-2 所示。

表 4-3-2 復元座右銘與其內涵

座右銘	內涵
● 堅持到底（“Hang tough”）	居民應於所有逆境中堅持下去。

（續下頁）

- 此時此刻 (“The here and now”)
強調注重當下 (的行為) 而非歷史過往，過去的行為與環境只有在能夠幫助改變之情形下才被討論，且過去亦不能作為當前行為之藉口。居民被鼓勵活在當下，並展望未來。
- 做出樣子來 (“ Act as if”)
居民須表現為其「應」成為者，而非「已」成為者。藥癮治療性社區鼓勵新居民「做出樣子來」，接受藥癮治療性社區之規則，直到此些規則被其內化。例如：居民須表現得不懼怕做某件事、表現得充滿活力、表現得好像瞭解藥癮治療性社區之價值觀、表現得像是想成為的人。「做出樣子來」不僅是一種順從的練習，同時亦是一種強大的機制，使居民產生更完整的心理改變。而「當你做對時，即會明白為何一直做錯」，透過正確地生活，居民將會瞭解為何其一直生活在錯誤中，故縱使居民尚未明白改變對其有何益處，甚至不甚喜歡，亦應先改變其行為。
- 按部就班 (“Step by Step”)
復元與學習有關，學習須循序漸進，前階段所習得者是後續學習之基礎，並非一蹴可幾。
- 船到橋頭自然直 (“One day at a time”)
居民往往急於復元，不斷想著所有未解決之問題與未完成之事項，但其往往低估復元所需之時間，並高估目前所得之進展，從而導致在復元上之挫折，使其易於復發。不過於躁進且活在當下始有助於目標之實現。
- 讓事情保持單純 (“Keep it simple”)
當居民試圖同時處理過多問題時，往往感到不知所措，且試圖同時做太多事情反而容易失敗，故居民每次應只著重於一件事情上。
- 信任你的環境 (“Trust in your environment”)
信任他人之能力對於個人成長與情緒成長相當重要。

(續下頁)

- 種什麼因，得什麼果
（“What goes around, comes around”）
不公與傷害比比皆是，且時常無法阻止。居民一方面必須認識到，不公不義是生活中之常規而非例外，因此需要耐心與寬容；另一方面，某種形式之公平可能會在未來實現，但仍非個人得以控制。
- 若無痛苦，則無收穫
（“No gain without pain”）
接受痛苦對藥癮者相當重要，蓋藥癮者常常逃避各種形式之不適感。於藥癮治療性社區中之復元歷程相當艱難，居民必須延遲滿足、處理人際需求、分享罪惡感、接受過去的自我。而居民將瞭解到，值得擁有者皆值得為之努力。
- 一分耕耘，一分收穫
（“You get back what you put in”）
個人與生活型態之改變取決於居民對改變計畫之堅持。居民應積極參與每一項藥癮治療性社區之活動，終將積沙成塔，達成改變之目標。
- 記住你是誰（“Remember who you are”）
提醒居民應記住其本身具有善良與潛力（特別是在絕望與恐懼之時），且應力行改變而非逃避現實。
- 記住從何而來，始知何去何從（“Remember where you came from to know where you’re going”）
居民應記住過去之問題、痛苦與認同，有助於維持現在的努力與保有對未來目標的承諾。同時此亦強調謙遜之重要，不宜過度自信。復元應是不斷前進的過程，而不會「抵達」終點。
- 天下沒有白吃的午餐
（“There’s no free lunch”）
任何東西皆非無償提供，居民不應期待、亦無權無償取得之。於藥癮治療性社區中，居民必須積極參與社區之工作及活動，始能獲得日常飲食與醫療服務等。
- 理解他人勝於自己被理解
（“It’s better to understand than be understood”）
居民透過傾聽得學習到更多，不能一味覺得他人必須傾聽自己的意見。

（續下頁）

- | | |
|---|---|
| ● 幫助別人，也是幫助自己 (“You can’t keep it unless you give it away”) | 藥癮治療性社區鼓勵居民慷慨地支持與促進他人之復元，盡可能投入時間與付出心力。復元常被視為個人的「所有物」(possession)，是透過自我改變而艱難地獲得。然而，復元應是透過與他人之互動而習得與維持，故復元不僅是個人的所有物，亦是需要給與他人的「禮物」(gift)，幫助他人即是幫助自己。 |
| ● 成長先於地位 (“Growth before status”) | 居民必須展現其具一定程度之成熟，始能勝任某个工作職責 (position of responsibility)。 |

資料來源：整理自 Akerman, 2019, p. 594; Bassin, 1984, p. 52; Broekaert, 2001, pp. 35-36; Carroll, 1992, p. 177; De Leon, 1986b, p. 11; 1988d, p. 87; 1988e, p. 539; 1989c, p. 143; 1990b, p. 1547; 1994, p. 20; 1995b, p. 1609; 1999b, p. 312; 2000, p. 76, pp. 79-83; 2010b, p. 62; 2010c, p. 72; 2014, p. 515; De Leon and Rosenthal, 1989, p. 1382, p. 1387; Jainchill, 2006, p. 316; Kooyman, 1993, p. 26; Perfas, 2003, p. 128, p. 130; 2012, pp. 151-152; 2014, p. 124; 2018, pp. 62-63; Woodhams, 2001, p. 126。

正確生活之文字、概念與思想體現出藥癮治療性社區之理想、規範與價值 (Perfas, 2014)，道德準則、價值觀與復元座右銘是大多數日常交流之內容 (De Leon, 2000; De Leon et al., 2021)，且座右銘會被張貼在居民聚集或會議進行之處 (Perfas, 2014)。每個藥癮治療性社區皆使用座右銘、口號、諺語或歌曲，此些符號 (symbols) 強化了團體之凝聚力 (cohesiveness) 與認同，並確立了團體之行為準則 (Bassin, 1984)⁷⁹。

第四節 藥癮治療性社區之類型

藥癮治療性社區內之居民於用藥經歷、文化、家庭關係等方面皆有所不同 (Hill et al., 2022)，不同群體之藥癮者於治療上可能有不同之需求，所需之干預

⁷⁹ 每個藥癮治療性社區之指引亦各有不同。早期美國不同藥癮治療性社區之指引，可見 Bassin (1984, pp. 54-55)。

與服務為之改變與擴大，藥癮治療性社區之治療模式因而隨之調整與修正（Broekaert，2001；Tims et al.，1994）。以下將先闡明標準型治療性社區與修正型治療性社區不同之處，並介紹各種不同類型之修正型治療性社區，最後再針對治療性社區導向之計畫進行說明。

壹、標準型與修正型治療性社區之區辨

藥癮治療性社區原先是為治療鴉片類藥物之藥癮者而設（Anglin & Hser，1990；De Leon，1989b；Jainchill，2006），然而，隨著藥癮者類型之擴大，不僅影響刑事司法體系與心理衛生系統（De Leon，1990a），亦影響藥癮治療性社區之發展。事實上，藥癮者本非同質（homogeneous）群體（Berg，1992），可能於各種方面皆差異甚大（De Leon & Wexler，2009；Tatarsky & Marlatt，2010），有論者即建議應發展多元治療與符合群體特性之處遇（吳泓機，2019）。由此可知，藥癮者具有多樣化之治療需求，任何一種藥癮治療性社區皆無法完全滿足之（Carroll，1992；Kooyman，1993），故藥癮治療性社區隨之修正與調整，包括必須於更為複雜之環境中，擴大干預與服務，以滿足不同類型藥癮者之需求，諸如加入家庭服務、心理健康服務、十二步驟團體、認知行為療法、動機式晤談、復發預防訓練（relapse prevention training，PRT）等（Broekaert et al.，1999；De Leon，1995a，1997a，1999a，1999b，2001b，2003b，2010a，2010c，2013，2019；De Leon et al.，2021；De Leon & Unterrainer，2020；De Leon & Wexler，2009）。於此，可將藥癮治療性社區分為兩種不同型態：「標準型治療性社區計畫」（standard TC programs）以及「修正型治療性社區計畫」（modified TC programs）（Carroll et al.，2013；De Leon，2010a；De Leon et al.，2021）。附帶說明者是，文獻上所稱之傳統型治療性社區（traditional TCs）與此處之標準型治療性社區意義相同（De Leon，2005a，p. 407）。另外，Broekaert（2001，p. 30，p. 38）似將修正型治療性社區稱為「新治療性社區」（new TCs），然此與前述 Maxwell Jones（1979）對於藥癮治療性社區之稱呼有所重複，再加上此術語無法明確表達其修正之本質，因此本研究主要採用「修正型治療性社區」一詞。

標準型治療性社區計畫，受前述藥癮治療性社區之各種觀點指導，採用「社區即方法」為運作方式，有較長之治療時間，並針對更為嚴重之藥癮者提供服務。修正型治療性社區計畫，仍受前述藥癮治療性社區之各種原則指導，但其是將社

區作為治療特殊人群（如孕婦、患有精神疾病者、青少年、無家可歸者、受刑人等）之方法，或將社區設於特殊環境與機構（如醫院、監獄、中途之家、日間門診⁸⁰等），擴大服務或採用其他干預措施，以滿足藥癮治療性社區不同居民之需求。此種型態之藥癮治療性社區更加強調個體差異，且使用對於特殊人群有效之相關策略，如美沙冬替代療法等。然而，此些修正是為強化而非代替「社區即方法」與藥癮治療性社區之基本要素，縱使進行一些必要之修正，修正型治療性社區與標準型治療性社區所運用之基礎方法仍屬相同（Broekaert et al., 2000; Carroll et al., 2013; Clinkinbeard, 2008; De Leon, 1989c, 1996b, 1997a, 1997b, 1999a, 1999b, 2013, 2014, 2019; De Leon et al., 2021; De Leon & Unterrainer, 2020; Kast & Avery, 2019; Lee et al., 2022; NIDA, 2020; Perfas, 2003; Vanderplasschen, Vandeveld, et al., 2017; Varma & Muehlbach, 2023; Yates et al., 2021）。有許多修正型治療性社區是採取綜合模式治療（multimodality treatment），根據個人之臨床狀況與情境需求，於居住式與非居住式環境中提供服務（De Leon, 1997a, 2019）。此種綜合模式方法之假設有三：（1）並無單一之治療方案即得滿足所有藥癮者；（2）治療應根基於個人之背景與當前情境以切合其需求；（3）個人之治療需求無時無刻皆可能有所改變，故須靈活提供服務（Collier, 1973, p. 10）。而除服務對象、內容與環境之不同外，亦有為因應藥癮者需求與經營成本等挑戰發展出較短治療時間之藥癮治療性社區計畫（Clinkinbeard, 2008; De Leon, 1995a, 1995b, 1999a, 2001b, 2014; De Leon & Wexler, 2009），包括少於九十天之短期（short-term）、六個月至九個月之中期（medium-term）、一年至兩年之相對較短的長期（relatively few long-term）等計畫（De Leon, 1995a, 1997a, 1999a, 2014, 2019）。每個藥癮治療性社區所進行之修正與調整皆有不同，而本研究梳理相關文獻，將修正型藥癮治療性社區分為「女性治療性社區」、「青少年治療性社區」、「具精神相關問題藥癮者之治療性社區」、「監獄治療性社區」、「減害治療性社區」、「宗教治療性社區」六種主要類型，以下即針對此些主要類型以及其他修正與調整分別介紹之。

貳、修正型治療性社區之具體發展

一、女性治療性社區

⁸⁰ 關於藥癮治療性社區方法於門診治療之應用，詳見 Perfas (2012, pp. 174-177)。

過往傳統之藥癮治療性社區多收治白人男性 (De Leon, 1990c), 專門予女性藥癮者之藥癮治療性社區較為少見。早期文獻即指出, 進入藥癮治療性社區之男性人數遠遠超過女性 (Brown et al., 1996; De Leon & Jainchill, 1991)。於 Broekaert et al. (2002) 之研究中亦指出, 自 1980 年代初期至 2000 年初, 歐洲之藥癮治療性社區明顯是以男性導向 (male-oriented) 為主。

女性於戒癮上之需求與困境可能與男性有所不同, 故原適用於男性之治療模式不盡然得全然適用於女性藥癮者。例如, 若居民違反藥癮治療性社區內之規則, 將遭到處罰; 然而, 處罰之策略應因治療對象不同而隨之調整。Einat and Shoshan (2023) 之研究訪談 13 位於以色列的藥癮治療性社區完成治療之女性藥癮者, 其研究結果指出, 於藥癮治療性社區內所使用之各種處罰未考慮到女性藥癮者之特徵與需求, 尤其是女性承受羞辱 (shaming) 之能力, 蓋其過去多具有創傷, 過於嚴格之處罰往往打擊信心, 動搖重新融入社會之能力, 甚至可能造成復發。此外, 若有孩童之女性藥癮者進入藥癮治療性社區, 則須關照孩童之安置問題 (Brown et al., 1996; De Leon & Jainchill, 1991)⁸¹, 使女性藥癮者更有意願且得專注於治療。Eliaison (2006) 即建議應專門為女性開發藥癮治療性社區計畫, 而非繼續適用與修改為男性開發之藥癮治療性社區計畫。

有論者指出, 在對於性別混合有嚴格規範之文化中, 男性與女性往往有不同之藥癮治療性社區, 此種隔離並非出於滿足特定性別之獨特需求, 而是基於道德之原因 (De Leon et al., 2021)。若排除道德原因之考量, 藥癮治療性社區是否應採單一性別, 抑或是混合性別較佳, 亦有爭議。Possick and Itzick (2018) 之研究指出, 於以色列, 幾乎所有藥癮治療性社區於設置上皆為混合性別, 而鑒於男性與女性行為模式間之差異, 混合性別之藥癮治療性社區是否妥適, 恐有疑問。然而, 該研究於第一階段對在藥癮治療性社區之 10 位女性居民進行具開放式問題之問卷調查, 第二階段則對另外 7 位女性居民進行半結構式深度訪談, 研究結果發現, 大多數研究參與者表示, 相較於女性治療性社區, 其更願意接受混合性別之藥癮治療性社區。不過, 亦有研究發現不同之結果, Lee et al. (2022) 研究於韓國之藥癮治療性社區導向日間治療計畫, 該計畫為針對具酒精使用障礙女性之修正型治療性社區計畫, 其中有些研究參與者表示, 相較於混合性別之治療環境, 其認為僅限女性之治療環境更加安全且舒適。本研究認為, 實有必要探究女性藥

⁸¹ 相關考量與調整方向, 詳見 Brown et al. (1996, pp. 41-46)。

癮者於藥癮治療性社區內之戒癮需求，並據此建立適合女性藥癮者或混合性別之藥癮治療性社區。

二、青少年治療性社區

青少年治療性社區 (adolescent therapeutic community, ATC) 為修正型治療性社區的類型之一 (Northam & Magor-Blatch, 2016)，隨著 1970 年代青少年藥物使用呈現爆炸性增長，加上用藥平均年齡大幅下降，青少年治療性社區應運而生 (Deitch & Drago, 2019)。青少年藥癮者與成人藥癮者有本質上之不同，並表現於各種面向。例如，相較於成人藥癮者，藥癮治療性社區中之青少年藥癮者較易沉浸在與藥物相關之生活型態，拒絕相信此種生活型態可能帶來嚴重之生理、情緒或社會後果，且不易因失敗或負面後果之循環而感到倦怠 (De Leon, 1988e; De Leon & Deitch, 1985)。再者，對成人藥癮者而言，使用藥物之負面後果更加嚴重，於金錢、家庭、人際關係方面會有更大的損失；青少藥癮者則常因同儕或家庭支持而免於此些損失 (De Leon, 1988e; De Leon & Deitch, 1985)。此外，對於成人藥癮者而言，內部壓力更為重要；青少年藥癮者則較常因外部壓力而接受治療，缺乏改變之內在動機 (De Leon, 1988e; De Leon & Deitch, 1985; Jainchill, 1997, 2006; Perfas, 2012)。而與時間流逝相關之焦慮，以及用藥生活型態所帶來之疲倦與厭倦 (weariness)，較常使成人藥癮者尋求並繼續治療；青少年藥癮者則較無對於時間流逝、有限生命之意識或焦慮，甚至較少對於殘疾或死亡之恐懼 (De Leon, 1988e; De Leon & Deitch, 1985)。鑒於青少年藥癮者與成人藥癮者存有諸多不同，有論者即建議應區分兩者之處遇模式 (馬躍中, 2017, 頁 80)，個別治療模式上應有所調整，青少年治療性社區便是由此發展而來之治療模式。

是否讓青少年接受藥癮治療性社區之治療須經審慎考慮，應考慮家庭之狀況，而不應輕易將青少年帶離支持性之家庭環境 (Rosenthal, 1984, 1991)。縱使青少年進入藥癮治療性社區，治療過程亦多會納入家庭之參與 (Jainchill, 1997, 2006)。於青少年藥癮治療性社區中，通常包含家族治療⁸²、個別治療、團體治療、十二步驟等治療 (束連文、黃介良, 2023)，尤其家庭之參與可為青少年居民帶來更多的改變 (De Leon & Deitch, 1985)。藉由家庭之參與，將提高青少年居民

⁸² 早期文獻即有建議在青少年治療性社區中納入家族治療者，如 Deitch and Zweben (1976, p. 206)。

繼續留在藥癮治療性社區進行治療之可能，並影響家庭對於青少年居民之態度與行為 (Jainchill, 1997)。

除家庭之參與外，青少年治療性社區強調教育優先，相較於成人之藥癮治療性社區，青少年居民雖有工作要完成，但每天大多時間仍是於教室中進行學習，課堂之經驗既是教育，亦是治療 (Jainchill, 1997, 2006)。必須使青少年接受一定之教育，使其於回歸家庭、學校乃至社會時，得以順利融入其中 (Jainchill, 2006)。此外，青少年治療性社區相當注重安全環境之建構，蓋青少年居民大多曾在街頭、受虐家庭等處擁有糟糕的經歷，本身帶有創傷，故提供身心安全之環境對於青少年居民格外重要 (De Leon & Deitch, 1985; Jainchill, 2006; Northam & Magor-Blatch, 2016; Perfas, 2012; Rickel & Becker-Lausen, 1994)。

部分藥癮治療性社區乃同時收治青少年藥癮者與成人藥癮者，如就我國而言，利伯他茲治療性社區(本研究之研究場域)與茄荖山莊即屬之(丁誼萱, 2024)。有論者指出，於青少年藥癮者與成人藥癮者混合收治之藥癮治療性社區，安全議題尤為重要，蓋青少年居民可能會受到來自成年居民之威脅 (De Leon & Deitch, 1985)。丁誼萱 (2024) 訪談 7 位茄荖山莊之工作者，欲瞭解於藥癮治療性社區面對青少年藥癮者時所遭遇之議題與困境，研究結果發現，青少年居民與成年居民共同相處之模式瑕瑜互見，由於社區有一定之規範，實毋庸擔憂成年居民帶壞青少年居民，反而成年居民可給予較為成熟之指導與建議，然成年居民與青少年居民仍有發生衝突之可能。

生活於藥癮治療性社區中，高度結構化的每一天得以使青少年居民保持忙碌而不會無聊 (De Leon & Deitch, 1985)。除提供青少年居民學習基本生活技巧外，亦使青少年居民認為自己對於家庭、社區是有用且被需要，進而獲得責任，並學會自我管理與自力更生，促使其更加獨立，為重新回到藥癮治療性社區外之世界做好準備 (De Leon, 1988e; De Leon & Deitch, 1985; Obermeier & Henry, 1989)。青少年挫折困頓經驗之解構，需要時間之積累以及正向關注之持續投入(劉家瑜, 2022, 頁 91)，藥癮治療性社區即為形成改變之合適場域。透過藥癮治療性社區，青少年居民將擺脫對於藥物之生理與心理依賴，改變價值觀、態度與行為，幫助其發展出健康的生活型態並實踐之 (Okafor et al., 2023)。

三、具精神相關問題藥癮者之治療性社區

修正型治療性社區較為顯著之發展，是民主治療性社區與藥癮治療性社區之融合，其盛行於歐洲，為治療同時具有精神相關問題藥癮者之方法（De Leon et al., 2021; Yates, 2011）。事實上，用藥者除易發展為成癮疾患外，更有較高之風險與任何一種或多種精神疾病產生共病狀態，如憂鬱症、焦慮症、睡眠疾患、人格違常、思覺失調症（schizophrenia）、情緒障礙症（mood disorders）等（Carter & O'Connell, 2016; 吳佳儀等, 2021; 束連文、王思樺, 2016; 柯志鴻等, 2021; 楊添圍, 2016）。此種藥癮者被稱為精神疾病藥癮者（mentally ill chemical abusers, MICAs）（Carroll, 1990; Carroll & McGinley, 1998; De Leon, 1995a, 1995b, 2005a, 2005b; De Leon et al., 2002; De Leon & Wexler, 2009）。藥癮治療性社區之居民亦有相同情形（Perfas, 2004），如我國之研究指出，於藥癮治療性社區中藥癮者患有重度憂鬱症（major depressive disorder）之盛行率（22.4%）似高於我國一般族群（Chen et al., 2015）。由於在早期藥癮治療性社區對此種類型之藥癮者未有認知，無法提供更為適切之服務，進而導致其選擇或被迫退出治療（Carroll & McGinley, 1998）。然而，若不在藥癮治療中同時對心理健康問題加以處理，有可能造成後續藥癮再度復發（Carroll, 2019）。

隨著時間發展，民主治療性社區與藥癮治療性社區兩者間之分野漸趨模糊（Raimo, 2001），甚至有整合之趨勢（Manning, 1989）。詳言之，民主治療性社區與藥癮治療性社區有許多共通點，如兩者皆有結構化之計畫、較長之治療時間、後續照護之提供等，且皆強調社區作為治療方法（即藥癮治療性社區所強調之「社區即方法」）、自助以及團體與同儕之重要性。此外，兩者之服務對象越來越相近：進入民主治療性社區之居民越來越多有藥癮問題；進入藥癮治療性社區之居民亦越來越多有心理健康問題。基於兩者具有許多共同要素以及服務對象之近似性，於歐洲與澳洲等地試圖發展民主模式與藥癮模式結合之治療性社區，其後亦成功整合兩者各自之優勢，形成治療同時具有精神相關問題與藥癮問題之模式（Broekaert et al., 2000; De Leon, 2013; De Leon et al., 2021; Haigh, 2015; Perfas, 2003, 2014）。此種治療性社區於歐洲之發展尤為明顯（De Leon, 2013）。兩者之關係如下圖 4-4-1 所示。

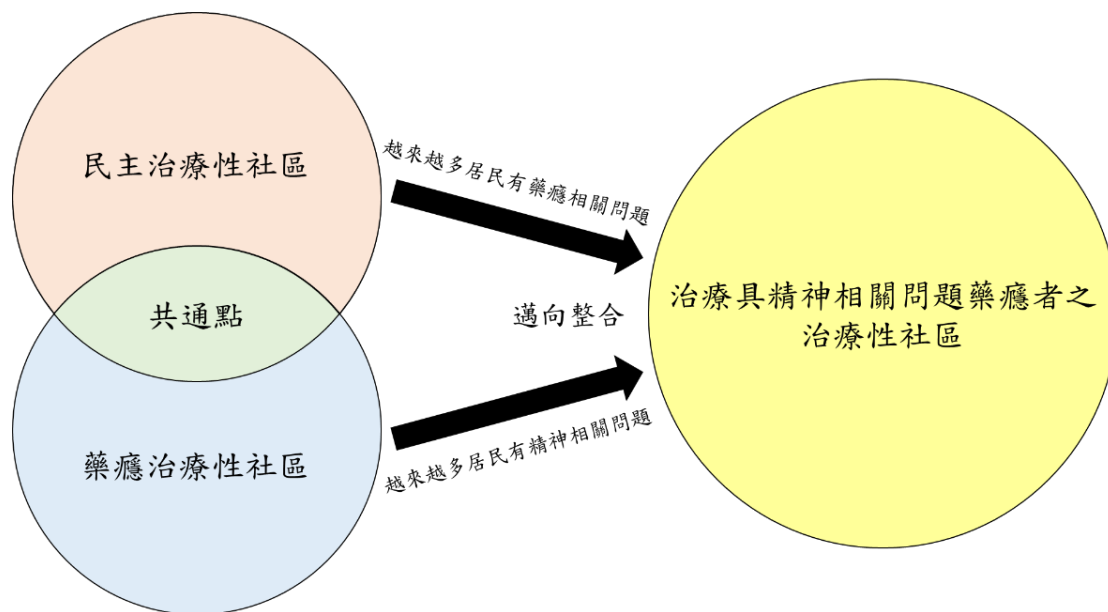


圖 4-4-1 民主治療性社區與藥癮治療性社區之整合

相較於標準型治療性社區，此種修正型治療性社區更加靈活、更加關注個體差異，並回應居民之特殊發展需求（De Leon，1995a，1999a，2005b）。所為之相關調整甚多，例如：(1) 較為強調容忍力訓練（tolerance training），使居民學會管理感受之技巧以及適當的溝通方法；(2) 考量到居民較短之注意力維持度（attention span）以及精神疾病之影響，故減少各種活動之持續時間，使居民有更多休息時間；(3) 引進更多受過傳統心理健康訓練之專業人員；(4) 提供心理治療（psychotherapy）服務與諮商（counseling）服務作為危機處置（crisis intervention）⁸³，並以此幫助居民適應治療性社區（De Leon，2005a，2005b）⁸⁴。而在某些治療性社區中，亦提供相當程度之精神藥物治療（psychopharmacological treatment），以治療此類型之居民（Perfas & Spross，2007）。精神藥物治療之方式屬於減害應用之一種（Carroll，2009），由此可見減害方法與戒除方法之合作。

四、監獄治療性社區

監獄治療性社區（In-prison therapeutic community (ITC)、Prison-based therapeutic community），亦有譯為「機構型之治療社區」（如林健陽，2003a，頁 64；張伯宏，2007b，頁 24；張伯宏、黃鈴晃，2011，頁 234）、「在監獄的治療

⁸³ 周震歐（1993，頁 203）將之譯為「危機調適」。

⁸⁴ 關於調整之詳細內容，可見 De Leon（2005a，pp. 410-418；2005b，pp. 143-151），以及 Perfas and Spross（2007，pp. 74-77）之論述。

性社區」(丁誼萱, 2024, 頁 36), 是指監獄內設置之治療性社區。監獄治療性社區不限於藥癮治療性社區, 亦包括民主治療性社區在內(Cluley & Maruna, 2022; Haigh, 2015; Rawlings & Haigh, 2017; Stevens, 2012; Vandeveld et al., 2004), 兩者之目標皆是處理、解決犯罪行為(Akerman, 2019)⁸⁵。而下述之監獄治療性社區是指監獄內之藥癮治療性社區。附帶說明者是, 相較於監獄治療性社區, 另有所謂「矯正治療性社區」(correctional therapeutic community、Corrections-based therapeutic community), Hiller (2023, p. 88) 指出, 矯正治療性社區一詞, 包含監獄治療性社區以及於社區矯治 (community corrections) 框架下所實施之治療性社區在內。而本研究於此處所介紹者, 多為監獄內所設置之監獄治療性社區, 故較少使用矯正治療性社區一詞。

隨著急遽增加之監獄人口中, 有一大部分是藥癮者, 將刑事司法體系作為治療場域似是無可避免; 且有研究指出, 矯正機構中之治療有助於降低與藥物有關之犯罪, 並提升公共安全(Knight et al., 1997; Lipton, 1996)。Wexler and Prendergast (2010) 亦指出, 監獄內藥癮治療計畫不足, 是造成美國高再犯的原因之一。自另一角度觀之, 對於監獄外之藥癮者而言, 治療或許遙不可及, 監獄可能是藥癮者參與治療以戒除藥癮之唯一機會(Clark, 2024; Edwards & Travis III, 2024), 若不對被監禁之藥癮者進行治療, 將錯過同時改善安全與公共衛生之良機(Chandler et al., 2009), 故迫切需要運用於監獄中之有效治療計畫(Eliason, 2006)。於此背景下, 監獄治療性社區便成為提供治療與支持之方式(Velasco et al., 2019), 此種治療模式於矯正機構中使用甚廣(Mills & Davidson, 2024), 對於再社會化(resocialization)之強調亦符合刑事司法矯治被監禁藥癮者之目標(De Leon, 1988a, 1988b)。監獄治療性社區於各地之發展有所不同, 例如, 在美國, 隨著其藥物氾濫之問題, 藥癮治療性社區於 1970 年代被引入監獄; 而英國則於 1990 年代後期引入, 目前有三個監獄治療性社區, 分別在 Garth 監獄、Wymott 監獄以及 Holme House 監獄(Aslan, 2018; Haigh, 2015; Rawlings & Haigh, 2017; Richardson & Zini, 2021)⁸⁶。

監獄治療性社區是解決用藥問題一種務實且靈活之方法(Tuck & Stossel, 2019)。詳言之, 監獄治療性社區是以社區本身作為改變之主要方法, 成員由工

⁸⁵ 兩者相關發展與比較, 詳見 Vandeveld et al. (2004, pp. 67-76)。

⁸⁶ 其他地區之發展, 可見 Perfas (2012, pp. 171-172)。

作人員與居民（被監禁之藥癮者）所組成，兩者得自由、公開地交流，透過正向同儕壓力，促進在單一環境中之全面性干預，同時使被監禁之藥癮者參與各種工作、教育、治療等活動，鼓勵正向行為，並灌輸利社會價值觀，以支持被監禁之藥癮者於服刑時透過心理社會發展以克服藥癮，進而終止藥物使用與犯罪活動，且順利重返社會（Anderson & Harrison, 2004；Jayamaha et al., 2022；Marlowe, 2013；Mills & Davidson, 2024；Shelton, 2016；Siegel & Worrall, 2018；Wexler, 1986）。透過監獄治療性社區，被監禁之藥癮者將於服刑的同時瞭解自身之藥癮並解決之，最終將影響任何類型之再犯（Brooks & McHenry, 2023）。因此，對於被監禁之藥癮者而言，監獄治療性社區即為在監獄中獲得廣泛採用的治療選擇之一（Murphy, 2015；Tuck & Stossel, 2019；Velasco et al., 2019；Zhang et al., 2009）。

監獄治療性社區之工作人員主要是由前藥癮者所組成，且計畫亦分為引入期、主要治療期與復歸社會期。於監獄治療性社區之治療過程中，被監禁之藥癮者將學習如何管理自己的行為、對自己與他人更加誠實、培養自力更生之能力，以及為自己之行為承擔責任，重點並非藥癮者之成癮行為，而是藥癮者本身。縱使監獄治療性社區之間可能存有差異，但皆有一共同理念：居民間的相互幫助是治療成功之基礎。一般而言，監獄治療性社區保留藥癮治療性社區之大部分方法與要素，如紐約州之 Stay'n Out 監獄治療性社區計畫（始於 1977 年）即是如此（Knight et al., 1997；Kreager et al., 2018；Lipton, 1996；Prendergast et al., 2001；Prendergast et al., 2004；Tuck & Stossel, 2019；Wexler, 1995；Wexler & Prendergast, 2010）。另有特殊之看法認為，可使終身監禁不得假釋（life without parole, LWOP）者成為「經驗治療師」。由於對終身監禁不得假釋者而言，監獄已然成為一輩子的家，而大多數人喜歡生活在和平之環境，故其為監獄治療性社區中之穩定力量，且往往會因過去犯罪行為而感到懊悔與懺悔，許多人亦會努力對未來會離開監獄之年輕受刑人產生正向影響，故終身監禁不得假釋者對於監獄治療性社區相當重要，當其做出正向之調整時，亦將對同儕與監獄產生正向影響（Yablonsky, 2008, pp. 144-145）。

至於在設置上，通常會將藥癮者聚集於監獄之特定區域（Edwards & Travis III, 2024），並將監獄治療性社區之參與者與一般受刑人分開，創造利於治療之環境，使其得以專注於治療，不受監獄環境之負面影響（Clark, 2024；Mitchell,

2024)。此種環境上之隔離實有必要，體現於受監禁藥癮者之經驗上，如 Harvey (2023c) 之研究發現，研究參與者本身之犯罪生活型態與監獄相近，竊盜、詐騙 (con games)、販售藥物、用藥、霸凌等街頭行為同樣發生於監獄中，在監獄中是「生存」(survive)，研究參與者往往將自己包裹在有助於生存之防禦鎧甲中；然於矯正治療性社區之生活經驗與監獄截然不同，此種差異亦導致其行為與認同之改變。

藥癮治療性社區因其本質而有運用於監獄之優勢。監獄是實施全面、長期的藥癮治療計畫之理想場所，而藥癮治療性社區於許多方面皆適合監獄，蓋藥癮治療性社區與監獄皆是高度結構化之組織，對於參與者進行嚴格之控制，此些相似之處為兩者奠定了理解與合作之基礎 (Eliason, 2006; Wexler, 1995)。關於藥癮治療性社區適合監獄之處，Tuck and Stossel (2019, p. 115) 指出以下四個理由：(1) 藥癮治療性社區認為藥癮最好透過發展利社會技巧或價值觀以矯治之，此與矯正體系之復元目標相符；(2) 藥癮治療性社區關注實際之目標，如穩定住房或獲得工作等，此對於受監禁之藥癮者別具價值；(3) 確保藥癮者有住房，通常是藥癮治療性社區最大之開銷，此問題於監獄中則無須煩惱；(4) 通常認為若得於藥癮治療性社區內停留越久，越能見其成效，而典型之監獄治療性社區計畫約持續六個月至十二個月，大多數受監禁之藥癮者亦有充足之時間參與監獄治療性社區。然而，以懲罰犯罪者和保護社會為目標之刑事司法體系，與以幫助藥癮者為目標之藥癮治療體系，兩者如何兼容並蓄，實為一大挑戰 (Chandler et al., 2009)。Clear et al. (2021, p. 367) 即認為將監獄改造成治療性社區有其難度，蓋監獄被定位為貶抑 (degrading)、痛苦且具侵擾性之環境，如何將其轉變為關懷且具支持性之環境，容有疑義⁸⁷。

五、減害治療性社區

除與精神疾病之共病外，藥癮治療性社區之居民亦可能感染人類免疫缺乏病毒 (Human Immunodeficiency Virus, HIV) (Carroll, 1989)。自 1980 年以來，於歐洲各國之藥癮治療性社區逐漸關閉，蓋藥癮治療性社區難以應對後天免疫缺乏症候群 (Acquired Immune Deficiency Syndrome, AIDS, 可簡稱為愛滋病) 之流行，且對於不斷增加之藥癮者以及新型態毒品，亦無法及時提供或調整相關治療。

⁸⁷ 兩者兼容所生之問題與調整，詳見 De Leon (2022, pp. 162-166)。

相對於藥癮治療性社區，包含美沙冬維持療法在內之減害計畫似更能應對上述需求，如此趨勢形成對於藥癮治療性社區模式之挑戰（Broekaert, 2006；Goethals, Soyez, et al., 2011；Soyez & Broekaert, 2005；Vanderplasschen et al., 2013；Yates, 2003）。

對於（海洛因）藥癮者而言，美沙冬維持療法與藥癮治療性社區皆為重要之治療模式（Bale et al., 1980；Glaser, 1981）。雖然 Synanon 反對任何形式（包含美沙冬在內）之藥物治療（pharmacological treatment）（Janzen, 2001）⁸⁸，此種想法擴展至早期之藥癮治療性社區。然而，為因應後天免疫缺乏症候群之流行，藥癮治療性社區開始制定人類免疫缺乏病毒之預防計畫，並將人類免疫缺乏病毒之感染者、後天免疫缺乏症候群之患者納入藥癮治療性社區內，同時制定專屬之計畫，包含教育、人類免疫缺乏病毒檢測前後之輔導等（De Leon, 1996b）。另外，有藥癮治療性社區開始結合美沙冬維持療法，使居民得以口服方式用藥，而非靜脈注射，以降低注射造成人類免疫缺乏病毒擴散之機會，藥癮治療性社區因此不再是「無藥」（Sack, 1974）。

歐洲之藥癮治療性社區即逐步採用一系列減害措施，以解決藥癮復發之問題，並滿足個人與社會免於藥癮危害之需求（Bunt et al., 2008）。例如，位於愛爾蘭（Ireland）首都都柏林（Dublin）之 Coolmine 治療性社區，其早期相當抵制引入美沙冬等藥物，但於後期逐漸嘗試納入美沙冬維持療法，取得相當之成果（Hatton & Harris, 2023）。事實上，越來越多證據表明，與單獨之行為治療相比，將藥物納入治療將獲得更好的結果，故越來越多藥癮治療性社區接受正在進行維持療法之藥癮者，甚至將維持療法納入藥癮治療性社區所提供之治療服務中（NIDA, 2020）。

誠然，戒除服務與減害服務間之有效合作，遠非易事（McKeganey, 2011），但減害治療性社區確實是解決用藥問題之新穎方法（Kaye, 2019）。況且，藥癮治療性社區是建基於平等與尊重之理念上，並持續努力教導無歧視（nondiscriminatory）之信念、行為與生活型態⁸⁹，若持舊有觀念認為美沙冬是對於復元之威脅，此種偏見與汗名反而有悖於藥癮治療性社區之價值觀（Greenberg

⁸⁸ 自 Synanon 起，即認為完全斷絕與藥物之關係是永久戒除之必要條件（Sternberg, 1963）。

⁸⁹ 有論者即指出，藥癮治療性社區是特別的環境，於藥癮治療性社區中不存在對藥癮者之歧視，亦不會有社會排除之現象（白鎮福, 2014；許春金、白鎮福, 2015）。

et al., 2007)。自減害相關研究中亦可見減害對於用藥者之復元有其助益，如 Richert et al. (2023) 對於位在瑞典 (Sweden) 南部之斯堪尼亞省 (Scania County) 22 位進行減害服務之社工進行半結構式訪談，研究參與者強調，減害必須優先考量與採用，只有用藥者在有一定程度之安全、穩定之健康以及穩定之社交情境時，生活型態之改變始有可能。另有研究參與者指出，使用減害方法得減少用藥者之痛苦，並降低用藥之可能，且增加改變長期生活情境之機會，該研究認為，就此而言，減害是復元之必要條件 (Richert et al., 2023)。

於澳洲之非營利組織 WHOS[®] (We Help Ourselves)⁹⁰ 經營數個藥癮治療性社區，其中有兩個計畫是為接受鴉片類替代維持療法 (opioid substitution treatment, OST) 之藥癮者提供治療：一是 OSTAR[®] (Opioid Substitution to Abstinence Residential)，始於 1999 年，位於雪梨 (Sydney)，旨在幫助接受鴉片類替代維持療法且較為穩定之藥癮者逐步戒除美沙冬等藥物，進而過上無藥生活；另一則為 RTOD[®] (Residential Treatment of Opioid Dependence)，始於 2009 年，亦位於雪梨，旨在幫助狀況較為複雜之藥癮者。兩者皆於藥癮治療性社區中提供美沙冬或丁基原啡因 (buprenorphine)，從而使居民逐步邁向復元，個案亦能隨其本身狀況之改變，分別進入不同之社區，以獲得適切之治療 (Stublely & Popple, 2017)。Stublely and Popple (2017) 回顧自 2003 年至 2012 年對於 WHOS[®] 之藥癮治療性社區所進行之研究，結果指出無論是參與無藥之藥癮治療性社區，或是參與提供美沙冬與丁基原啡因之藥癮治療性社區，對於藥癮者皆有所助益。而於我國採取減害方法之藥癮治療性社區則為朝露農場治療性社區 (陳政隆、徐森杰, 2022)。於陳政隆與徐森杰 (2022) 之研究中，其研究參與者指出，減害之服務模式是以漸進式之方法改變用藥行為，因而較符合人性；且由於社區幫助居民建立可行之改變目標，故策略上較其他方法更為務實且具體。

六、宗教治療性社區

宗教信仰為協助藥癮者復元的途徑之一 (黃宣瑄, 2023)，有些藥癮治療性社區即將宗教或習俗整合至社區中 (De Leon et al., 2021; Perfas, 2014; Yablonsky, 1989)，如在伊斯蘭社會，每日五次的禮拜是藥癮治療性社區日常結構之一部 (Perfas, 2014)。在我國，相較於官方之藥癮治療性社區，於宗教熱忱與信仰基

⁹⁰ 該組織將減害策略納入其藥癮治療性社區之歷程，詳見 Dolan et al. (2007) 之研究。

礎下，許多民間宗教團體早已開始發展宗教戒癮之藥癮治療性社區，例如晨曦會、主愛之家、沐恩之家、趕路的雁、亞杜蘭關懷協會等，搭配「福音戒毒」⁹¹之方式，以宗教信仰為本協助戒癮，並透過過來人之帶領以及提供身、心、靈全面教育與重建，增強戒癮動機，達到全人之治療，促使藥癮者邁向全人復元，並得平穩踏實地回歸社會（王伯頌、劉育偉，2016；朱詩馨等，2023；李安軒，2013；周子敬，2006；張伯宏，2007b，2007c；陳怡青，2021；陳冠樺，2022；陳碧珍，2011；程又強，2013；黃亦凡，2022；蔡田木等，2013；蔡佩真，2015；蘇悅中，2016）。須說明者是，此種福音戒毒之方式得否直接劃歸為藥癮治療性社區，容有疑問，如李安軒（2013，頁8）認為晨曦會、主愛之家、趕路的雁等戒癮方式屬藥癮治療性社區之「類似治療模式」；韓意慈等（2021，頁5）認為此等宗教治療性社區「近似於」藥癮治療性社區；陳淑彥（2019，頁18）則直接將其歸類為民間之藥癮治療性社區。而本研究認為，此種治療模式即為藥癮治療性社區的型態之一，故將之劃歸至宗教治療性社區之類型。

此種福音戒毒之方式有其成效，如周子敬（2006）之研究發現，於晨曦會基督教信仰之幫助下，研究參與者對於戒癮之信心增加，並擁有被關心之感受，內在價值觀亦因而轉變，過往恐懼不安之感受隨之消散；謝美慧（2015）之研究發現，晨曦會使研究參與者有動力接受遠離藥物之可能性，而信仰使研究參與者接納過去之自己，嘗試改變並找回生命之意義，同時建立自己之未來；林耿立（2021）訪談5位於晨曦會戒癮後十年未再用藥者，結果發現基督教信仰為協助研究參與者遠離藥癮之關鍵因素；楊靖文（2019）對於財團法人臺灣更生保護會屏東輔導所接受福音戒毒之5位戒治學員進行訪談，研究參與者皆曾進入監獄或戒治所，並進入屏東輔導所兩次以上，研究結果發現，戒治學員均肯定基督教信仰對於戒癮之成效，若得將基督教信仰內化，不僅可使其遠離藥物之誘惑，更可改變價值觀（楊靖文，2019，頁81-82）；潘秋月（2011）對正在某福音戒毒之戒毒村的13位成員以及完成該戒毒村戒治的6位成員進行訪談，結果發現研究參與者逐漸學會依靠上帝，於宗教之影響下改變價值觀與人生觀，學會反省自己，並在基督的愛裡充滿自信，最終成功改變自己；司其瑩（2020）訪談5位進入晨曦會戒癮後五年以上未再用藥者，結果發現研究參與者透過讀經、禱告以及宗教團體生活，

⁹¹ 福音戒毒亦可稱為「福音戒治」（林健陽等，2007，頁73）。關於福音戒毒於我國之發展歷程，可見林美專（2020，頁13-23）之詳盡整理。

從而產生正向之改變，包括獲得自我控制之能力、人生態度之改變、新價值觀之建立等。有論者即認為，由政府贊助經費，使具犧牲奉獻熱忱之宗教團體以福音傳播之方法，讓藥癮者從另一角度思考生命之價值與意義，未嘗不是一可行之戒癮方式（駱宜安，2000b）。

不過，過於濃厚之宗教色彩會讓一些用藥者排斥（李宗憲，2010，頁 159），故此種宗教治療性社區（religious therapeutic community）是否有效因人而異。潘秋月（2011，頁 76）之研究指出，並非所有進入戒毒村者皆為基督徒，故基督教與原來之宗教相互抵觸時將產生排斥感。賴晴蕙（2018）訪談 6 位曾進入福音戒毒之戒毒村者，研究結果發現，雖然有些研究參與者因有所體悟而改變宗教信仰，進而得以維持戒除，然亦有研究參與者表示「聽不懂」或排斥禱告（賴晴蕙，2018，頁 64-65）。另外，Bardi and Garcia（2022）對 28 位曾在巴西聖埃斯皮里圖州（Espírito Santo）的宗教治療性社區接受治療之藥癮者進行半結構式訪談，該研究指出，13 位研究參與者認為藥癮治療性社區於其治療過程中發揮重要作用，且宗教亦對其有所幫助；然而，另外 15 位研究參與者則指出，於藥癮治療性社區內之治療效率不彰，且宗教亦對其治療無所助益。由此可見，宗教治療性社區之治療模式並不適用於所有藥癮者。

七、其他修正與調整

居民、工作人員、環境之不同會形塑出不同之社區（呂元惟、鍾明勳，2012）；同時，藥癮治療性社區一直是創意與新想法之熔爐（crucible）（Gosling & Yates，2020），經常添加不同要素與修正方案使其治療更為適切，藥癮治療性社區之個別特色便由此而生。前述之各種類型主要是針對服務對象或場域所進行之修正，亦有針對服務本身進行之調整。例如，於藥癮治療性社區中接受治療者有相當比例為創傷倖存者（trauma survivors），具有不良生命經歷（adverse life experiences）或創傷，其使用藥物可能是出於應對創傷之需求，而非對於藥物之渴望（Perfas，2019；Yates & Wilson，2001）⁹²，尤其女性創傷與藥癮間之關係更為密切（顏玉如等，2023）。自創傷中所產生之恐懼與不信任，對於建立治療關係以及治療環境中之安全感是一大挑戰，故 Perfas（2019）指出應朝向創傷知情（trauma-informed）治療性社區邁進，重新審視藥癮治療性社區之干預措施、人員配置模

⁹² 關於創傷、創傷後壓力症候群與藥癮之關係，可見 Yates and Wilson（2001，pp. 182-185）。

式以及對成員之管理等，以進行相應之調整（Perfas，2019）。

藥癮治療性社區可以適用於不同國家，進而適應各地之文化（Bunt，2013；Kennard & Haigh，2012），亦會隨著文化不同，而有不同之治療要素與模式。例如，當發源自美國之藥癮治療性社區傳入歐洲時，並未完全複製美國之方法，而是將此種模式融入至歐洲文化中（Broekaert et al.，2006），蓋美國的藥癮治療性社區模式中，某些要素之運用並非其他文化歡迎或著重者。舉例而言，美國強調個人主義（individualism）與個人表達（personal expression），故直接向同儕誠實表達負面或正面感受是藥癮治療性社區之標準做法，然此種要素或許無法適用於其他文化中，蓋在某些文化中此做法並不受歡迎，其他文化較強調家庭價值觀、社區凝聚力與和諧，其重要性高於個人之表達與決心（Bunt et al.，2008；Perfas，2014）。另外，在人員運用部分，美國以外之藥癮治療性社區偏向採用來自不同背景且訓練有素之專業人員（包括精神病學、心理學、社會工作等），而非如美國較具自助性質，由已復元之前居民負責藥癮治療性社區之創立與運作；東方之藥癮治療性社區除使用專業人員外，工作人員之學歷相較於培訓更受歡迎，且藥癮治療性社區較常與宗教有所關連（Broekaert，2006；Broekaert et al.，2000；Broekaert et al.，2006；De Leon et al.，2021；Vanderplasschen，Vandeveldel，et al.，2017）。至於同儕之年齡大小，於西方之藥癮治療性社區中意義不大，但在某些文化中，會依其年齡、資歷（seniority）、社會地位而獲得更大的尊重（Perfas，2014）。簡言之，各國之文化會對藥癮治療性社區之實踐產生重大影響（Perfas，2014）。而除藥癮治療性社區會適應不同文化外，不同藥癮治療性社區本身亦會發展出各自之文化，所有藥癮治療性社區皆會利用其本身之文化以促進復元與正確生活（De Leon，2000）。

參、治療性社區導向計畫

除上述標準型治療性社區與修正型治療性社區外，尚有所謂「治療性社區導向計畫」（TC-oriented programs），此種計畫不受前述藥癮治療性社區之各種觀點指導，亦不堅持採用「社區即方法」，其選擇採用藥癮治療性社區之要素，但主要利用非藥癮治療性社區特定之服務（Carroll et al.，2013；De Leon et al.，2021）。而標準型治療性社區、修正型治療性社區、治療性社區導向之計畫三者之差異如下表 4-4-1 所示。

表 4-4-1 藥癮治療性社區相關計畫之比較

	標準型 治療性社區	修正型 治療性社區	治療性社區導向 之計畫
遵從 各種觀點？	○	○	×
採取「社區即 方法」？	○	○	不一定
不同	<ul style="list-style-type: none"> ● 較長之治療時間 ● 針對較嚴重之藥癮者 	<ul style="list-style-type: none"> ● 適用於特殊之人群或特殊之環境 ● 強調個體差異 	<ul style="list-style-type: none"> ● 主要是利用非藥癮治療性社區特定之服務 ● 選擇性採用藥癮治療性社區要素

資料來源：整理自 Carroll et al.，2013，pp. 112-113；De Leon et al.，2021，pp. 702-703；De Leon & Unterrainer，2020，p. 5。



第五章 藥癮治療性社區之本土個案 復元歷程

本研究訪談利伯他茲治療性社區之3位居民、2位已復元之前居民以及5位工作人員，採用建構主義式扎根理論作為研究之方法論，並於分析過程中納入正向犯罪學與修復式正義之相關思考。分析結果發現，藥癮者進入藥癮治療性社區後，將透過「建立穩定性」、「取代用藥之價值」以及「減少自我中心」此三個改變邁向復元。本章將呈現與說明分析結果，以闡明藥癮治療性社區之本土個案復元歷程。

第一節 建立穩定性

藥癮者進入藥癮治療性社區後，將逐步建立穩定性，使其得穩定地朝向復元邁進，其中穩定性包含「環境穩定性」、「生理穩定性」、「關係穩定性」、「情緒穩定性」四者，環境穩定性與生理穩定性之建立乃進入藥癮治療性社區後即開始實現者，關係穩定性與情緒穩定性則是於具備環境穩定性與生理穩定性之情形下逐步建立者。以下針對此四者之內涵進行論述。

壹、環境穩定性

一、安全

居民於進入藥癮治療性社區前，可能因與家人關係不佳，有家而歸不得，甚至必須流落街頭，無處可去。藥癮治療性社區則提供一安全之環境，使居民有安身之處所，進而得以專注於復元之上，不受其他與用藥有關之因素影響。

在這邊我們就是提供一個家、一個安全的環境，就在這邊你不用擔心你會遇到你的藥頭齣，在這邊你不用擔心你會遇到討債的人來找你齣，那在這邊你可以安心的就是 focus 在你自己的健康上面。

(Elizabeth)

我覺得環境還是很重要啦，如果你身邊的人都沒有人吸毒，然後所有的人都是怎樣，在做社工、在服務這些人，然後，然後，你在這個環境裡面得到尊重、得到照顧、有成就感，當然也會有壓力，也會有挫折，可是永遠都有人可以接著你，永遠都有人可以幫助你，我覺得在這樣子一個很安全的環境裡面的時候，你是不太會再去用藥的啦。(Jessica)

研究參與者 Daniel (具復元經驗之工作人員) 以《聖經》中之「逃城」比喻藥癮治療性社區之定位，強調於社區中將不受藥物之直接侵擾。

我認為社區的角色就是聖經上講的逃城……逃城就是聖經講就是，大衛王在他岳父追殺的時候，然後帶，帶領了一群犯罪的人，很多犯罪的人去投靠他，然後我，我認為社區就像一個聖經上講的一個逃城，在這個逃城裡面是受保護的，是受保護的，但是在這個逃城裡面的每一個人，每一個學員不一定都會以後會有，會變好，會變好，不一定每一個人會變好，但是至少說他在這邊住多久，這段時間他是安全的，他的家人是不用為他擔心。(Daniel)

於此種環境下，因無從與藥物接觸，故可盡情討論用藥相關議題，並與其他正邁向復元者交流之，觸發居民之思考。

這個團體生活也提供了一個，呃，就是，也是在一定的保護下讓我們有機會，畢竟你在原本的生活中很難去跟一般人問說，談你有沒有用藥？那能不能來聊聊？你用藥發生了什麼事？你為什麼會要用藥？之類的，那這些東西變得就可以在這個環境裡面，相對安全地去，去被看見，然後自己消化吸收之後，可能也可以回頭來回答，來解，解，幫自己原本生命中的一些疑問找尋到答案。(John)

二、規律的作息

於進入藥癮治療性社區前，居民往往未有規律、固定之作息，多來自用藥之影響，進而造成生活其他層面之困擾。

藥帶來的生活作息的混亂，或是內心的混亂，就是會拖垮我所有其他建立起來的穩定的部分。(John)

藥癮治療性社區中有規律的作息時間，上課、活動、睡眠等皆井然有序進行，

與過往用藥時混亂的作息有所不同。每天的晨會則會宣布相關行程，使居民知悉當日之規劃。

晨會原則上就是會做一些今天行程的一些布達，然後比如說有沒有，除了這個大家都知道的這個團體的行程，但是我們還會再公告一次。讓大家知道，今天一整天你可能要準備什麼東西，對，還有就是一些個別的行程，比如說有些人要看診啊，有些人要上班啊，有些人要去法院報到啊，或是有一些什麼特殊的，或者是今天有沒有人是安排諮商會談啊，這些我們都會在晨會上面布達。
(Elizabeth)

宣布一下今天有什麼行程，因為我們除了上課之外，我們可能，呃，也會去看醫生，或者是像我那時候還要報到，我可能不能跟課，他就會宣布啊你今天要去報到怎樣怎樣，類似這樣子。(Andrew)

固定的作息得使居民習慣規律生活，甚至將此種規律生活內化。研究參與者 Robert (前居民) 即指出，縱使離開藥癮治療性社區，其仍維持規律之生活作息，且此使其擁有更多時間進行其他規劃。

我後來也是這樣啊，我後來到外面的時候也是這樣，就是維持到，維持到這樣子，對。就好像每天雖然是表定八點半上班，可是我七點半餐廳開我就來了，對，就是一樣維持這個時間。這邊也讓我的 人生，慢慢有時間去做我以前錯過的事情。(Robert)

若不於藥癮治療性社區中擁有固定、規律的作息，則無法養成規畫生活之習慣，當離開藥癮治療性社區後，即有可能重回過往之生活。

我覺得一個規律的生活是，必須要很重點中的重點，因為你沒有，沒有一個規律的生活的話，那以後你要怎麼安排你的，你自己的在外面的一些時間？你自己連你自己的生活都過得不好的話，你要怎麼去安排你的工作？你要去怎麼，你要怎麼安排你的人生？
(Daniel)

如果你連下一個一小時啊兩小時你都不知道要幹嘛的話，那對戒癮，戒癮這件事來說是一個很致命的東西，所以說安排時間讓他們過好生活，對要戒癮的人來說是一件很重要的一個課題。
(Daniel)

對於曾入監者而言，藥癮治療性社區之規律生活與監獄之生活相似，故進入時得更快地適應。

其實因為以前在關的時候就已經很規律了，對，就是，就是幾點要做什麼事、幾點要做什麼事，所以其實說什麼，所以在這邊只是說很習慣這樣子，很習慣這樣子的有按表操課這樣，已經很習慣，並不會覺得說有什麼特別的影響。(Andrew)

三、有典有則

藥癮治療性社區具有社區規範，使居民得以遵循，尤其作為一個無藥之環境，社區嚴禁將藥物帶入其中。

原則上，我們就是依據我們的規範，就是你可以復用，但是如果你把毒品帶回來社區，是嚴格禁止的，對，你可以，你復用了，我們可以理解，因為成癮就是這樣，他是一定會反覆發生的，可是你不能把毒品帶回來社區，對，所以只要帶回來社區，你就必須要離開。(Elizabeth)

社區規範往往使居民難以適應，蓋過往少有如此拘束之生活，用藥生活相對自在。然而，當居民感到不自由時，正是改變之開始。

他變成說他有一個社區規範束縛著，所以變成說他們會覺得綁手綁腳，但是覺得就是，我們常常會跟他講說就是，當你覺得綁手綁腳的時候，你正在改變。(Michael)

當居民適應規範後，不僅能遵從社區之規則，對行為之規制亦改變其內在想法，達成由外而內之改變。

這邊有它的社區規範，然後他是必須要把那個社區規範的那把尺抓得很恰到好處，對我們來說其實很嚴厲，但我現在就覺得相對沒那麼嚴厲，原因是因為我覺得，我現在慢慢感覺到自己，那個，那個自，內控自我，願意自己照顧好自己的動力變強了。(John)

四、開放與接納的態度

藥癮治療性社區是具開放與接納態度之環境，居民可透過特殊事件申請單表達自己之需求，或是在晨會、住民大會上提出，內容可能是對於生活環境或課程之建議，而工作人員將對之進行回應，或給予相對應之處理。

他們可能會反映說啊像最近地震，哦可能會說誼，那哪邊可能有一些損壞，或者是什麼東西沒有了，那他們也會在晨會上面的時候提出，那我們的工作人員就會蒐集這些資料。(Elizabeth)

我們每個月會有一次的住民大會，有時候會有學員提出他們想上什麼課，那我們也會做為參考。(Elizabeth)

隨時只要他想到什麼，他可能馬上就會寫那個特殊事件申請單，因為我們有一個表格叫特殊事件申請單，他可能就會寫出他的需求，然後我們看到，我們每天工作人員會……然後蒐完之後，我就會去回應嘛，然後可能就會看到他們有些人寫了些什麼，那我就會去告訴明天晨會的老師，或是告訴他的主責或是個管。(Jessica)

比如說像你有什麼需求，我們會寫一些特殊事件申請表嘛，那，那隔天他就回覆你這樣子。(Andrew)

此種開放與接納的態度，代表社區對於居民之關懷，欲使其感受到需求有被照顧，並展現以溝通為主之精神，而非透過其他形式（如暴力）解決問題。此與正向犯罪學強調對話、包容、接納之精神不謀而合 (Ronel, 2013; Ronel & Segev, 2014)。

然後學員們也可以透過晨會來反映說社區有什麼不足的地方，比如說電風扇壞掉了、冷氣不涼了、哪裡漏水，還是說廚房的人手不夠，他們也可以透過晨會來做一個反映。當然這只是其中一個管道，還有另外一個就是學員如果有事項要反映的話，可以寫特殊事件申請單，這個也是可以，所以說，我個人認為說，我們社區跟學員的溝通是雙向的，是雙向的，並不是有的就是，上面怎麼說我們下面怎麼做，完全不理會下面的聲音，我們沒有，沒有這個情形。(Daniel)

工作人員本身亦具有此種態度，並體現於工作人員之相處模式中，對於居民而言，屬於一種正向之示範。

社區這個辦公室是一個很和諧的，很和諧的一個社區。為什麼我說和諧？因為我們就是在做這個工作，所以說我們相對的，我們辦公室裡面的同事如果有紛爭的話，基本上都會很和平地化解，幾乎不會有什麼紛爭出來。(Daniel)

開放與接納的態度不僅是針對居民之問題或建議，更是存於居民本身，使居民感到溫暖、幸福，讓藥癮治療性社區更像是一個「家」。

你在這邊有比較多人，就是說難聽點就是被看住了，可是你要往好的地方想，就是有人在顧著你，對，有人顧著你，在陪伴你，往這個地方想的話其實很幸福，對，很幸福，因為在這條街上有辦法這樣包容你，包容你的過去、包容你的過錯、包容你先天的疾病。(Robert)

但是永遠就是，有一個對我而言，如果你以說對我而言的話，就家的感覺，我知道我就算做錯，我還有一個地方可以回家，對，我覺得這對我們而言是很重要的。(Robert)

五、容許復發

藥癮治療性社區並不將復發看作戒癮失敗，而是一種常態，甚至是一個機會，居民得藉此機會更加瞭解自己。此種態度亦隱含藥癮治療性社區認為居民具有改變之可能，即藥癮者於適當條件下得以改變與復歸 (Elisha & Ronel, 2023; Ronel & Elisha, 2022)，故對之抱持不放棄的態度。

你復用了，我們可以理解，因為成癮就是這樣，它是一定會反覆發生的。(Elizabeth)

我都跟他們說復發沒關係，是你最好的老師，因為它就是提醒你，誼你功課沒做好齣，那不要在同一個坑跌倒就好了啦，對不對，我們這一次在這裡復發，那下次可不可以換一個，齣，那下次再換一個，那換換換換換到最後，你是不是就蒐集了所有你復發的理由了，那你是不是就可以避免了，所以每一次的復發都會告訴你一件事

情，勳告訴你一些事情，然後教你一些功課，那你過去的成功經驗也都還在，所以不是說你復發前面就都不算了啦，你沒有前面的成功，你怎麼維持後面的？對不對，所以即便你撐了一年復發，也沒有關係啦，你也不是說，哦你撐了一年了，你現在復發，前面都不算，沒有，這一年還是算，啊你就是奠基在這一年上面再繼續往前走，勳所以你會發現那些人他維持比較久的，他就算再復發，他也可以很快就回來了，對啊，他也可以很快地再站起來，這也是他的優點啦。(Jessica)

正因為此種看待復發之正向態度，使居民不放棄自己，願意不斷嘗試，直至成功復元。

等你醒了之後再重新再來，不用怕說，怎樣，復發不可恥啊。
(Robert)

復發當下你會覺得很爽，但是等到你回到這邊的時候，你的罪惡感什麼時候來，罪惡感來的時候，你還是會覺得很後悔，你為什麼要那個時候，跟人家再去拼一口，再拼一針，對啊，沒有必要啊，然後你的努力都白費掉。但是沒什麼好丟臉的，就是重新再來，就砍掉重練這樣。(Robert)

當然，對於復發雖包容之，工作人員仍希望居民得從中記取教訓，強化復發預防之能力，以避免下一次再次用藥。

雖然說我們是容許他們犯錯，但是我們也不希望他們就是同一件事情上一直犯錯。(Daniel)

我們都知道復發是可能的勳，但是復發是可以避免的，復發也是可以不要發生的，以前我們都說復發是必然的，復發是會發生的，但是我現在都跟他們講說，是，沒有錯，但是復發是可以避免的，因為有人沒有復發……那我們再往回推，去看到底發生什麼事情，那你下一次要怎麼樣注意，當你開始覺得不對勁，當你覺得怪怪，不管是身體的，因為有時候復發也是會，你也會有一些戒斷症狀嘛，渴癮嘛，你可能會有一些不舒服、睡不著、失眠，開始做一些跟安非他命或是毒品有關的夢，那，或是你會開始覺得就是莫名的煩躁，天氣冷也不開心、天氣熱也不開心，這些其實都是啊，嘿啊，這些其實都是渴癮啊，那你要有能力去辨識嘛。(Jessica)

貳、生理穩定性

一、回到正常

藥癮者長時間用藥後，往往形成對於身體之破壞，使身體之各種功能出現問題，因此，當居民進入藥癮治療性社區中，必須停止用藥一段時間，研究參與者們將之稱為「退藥」，退藥使身體回到常態，始能投入藥癮治療性社區之各種活動。

我們很多剛剛入住的學員，他可能剛用完藥，他會需要一點時間退藥，齣就是讓他身體裡面的狀態是可以恢復到一般正常的狀況，然後可能大概都需要一個禮拜齣，如果說他剛剛來的前一刻，他才剛兜完，他有可能會需要大概一個禮拜的時間讓他身體恢復平靜。
(Elizabeth)

過往居民之生活往往圍繞於用藥、買藥等行為上，停用藥物始能讓居民開展人生，找回曾經擁有之生活。對居民而言，停用藥物是一切的開始，若持續使用，則永遠無法脫離之。

那我覺得那個是真正他們要能夠維持停用一陣子之後，開始工作了，開始讀書，或是開始跟家人修復關係之後，他得到了很多的，慢慢得到一些自尊、自信，慢慢得到金錢的回報也算是啦齣，然後他的整個身分的認同的改變之後，他才會願意再維持這個不用藥的身分再久一點。(Jessica)

此外，藥癮治療性社區安排了運動課程，使居民於身體回復常態之過程中，在專業師資之帶領下，穩定、逐步地回復身體機能。

身體要恢復正常的時候它可能會有一種失控，那那個失控是你很難去處理的……對治療性社區的安排來講，運動是必要的。(James)

二、維持健康

退藥後居民必須參與藥癮治療性社區內開設之運動課程與動態活動，目標是讓居民擁有健康的身體，蓋過往用藥已使居民之身體出現異常狀況，故必須使居

民持續運動，維持健康，始有開展生活之基礎。若居民沒有健康，其他發展皆為空談。

我們其實也安排了運動課程，就健身啊，每個月至少會有，每一個禮拜至少有三次健身的課程，對差不多啦，兩到三次啦，然後一次拳擊、一次健身課，然後再來就是戶外的活動，然後騎腳踏車，然後游泳，然後攀岩，對，然後像我們也有泳渡日月潭啊、路跑比賽。
(Jessica)

其實運動課很多，那時候我非常討厭運動課……我覺得我姿勢都做不好或是做不起來，或者，就是都做得很不標準，因為我可能駝背的關係啊，或怎麼樣，所以我就覺得我很排斥做運動，可是沒辦法，你每個禮拜三，就是固定就是要上課，上健身房的課程……後來開始才慢慢有一些變化，有游泳課，然後也有拳擊課。(Andrew)

像那個個人的健康都沒去顧的話，那其實他誰也不會去照顧。
(Michael)

研究參與者 Robert (前居民) 於離開藥癮治療性社區後，曾有復發之情形，造成體重滑落將近二十公斤。其亦將手臂上之傷痕展示予研究者，可見用藥對於居民健康傷害甚深。

我出社區的時候是六十四公斤，就是這一次前兩年的時候……可是我又復用……我在社區的時候，他們把我養到六十四公斤，然後我出去外面不到四個月我剩四十八公斤。(Robert)

就像這些傷痕一樣，這些全部都是安非他命造成的。(Robert)

過往居民因用藥未關照自己的身體，透過運動課程與動態活動，居民將開始與自己的身體對話，瞭解身體的狀態，感受身體帶給自己的訊息，甚至得從中獲得喜悅與成就感。

體育課的部分，其實就是我覺得運動的課程，我覺得是跟自己身體好好溝通的一個課程，可以幫，幫助自己，也許有些人，因為像我本來就是，我本身其實是喜歡游泳但我不太會游泳的，但最近有很多游泳的機會，我就會覺得，誒，我有機會去嘗試瞭解我身體的狀

態這樣。(John)

我們騎 U-Bike 腳踏車從這邊騎到淡水，屁股非常的疼痛，對啊，但是終究我們還是到了，對，然後，就覺得自己，原來我們真的可以成功，我們並不是軟柿子什麼什麼東西的，其實我們是可以做到的……要去日月潭的時候，我本來想說沒辦法，對，真的，我想說沒辦法，然後就開始游了……然後就浮上來發現，誒，我是我們社區的第二名，對，就自己覺得哇原來，原來，原來我這麼厲害，對啦原來我，雖然有年紀我還這麼厲害，就自己還給自己比個讚，就很開心啦。(William)

若自長遠發展而言，運動課程不僅可使居民保持健康，更能養成運動之習慣，使居民於離開藥癮治療性社區後，仍能擁有健康的身體。

為什麼有運動課，就是健康……在過去他們可能就是生活作息紊亂，然後也不一定有健康，就是我們做運動的習慣，所以這我們也希望在這邊的時候是可以培養的。(Elizabeth)

參、關係穩定性

一、居民間關係之建立

過往藥癮者所建立之關係，除家人之關係外，大多與藥物有關，如共同用藥之朋友、藥頭等。孤軍奮戰、靠自己的力量獨自戒除藥癮，所換來者往往是孤獨，若無法克服此種孤獨感，容易再回到過往用藥之生活型態。

當你在轉變的那種孤獨感，因為，可能你從，比如說你從跟，監所出來的以後有沒有，監所出來以後，第一個，你當然知道你不想再跟以前朋友聯絡，但是你沒有跟你朋友聯絡的時候，你會突然發現你沒有朋友，你連一個朋友都沒有，因為我手機一打開大概就是其他的，誒都是一些藥癮者，對，啊為了就是說不想再過以前的生活或是怎麼樣，然後就會開始一直封閉在自，就是說一直，變成說一個人滿孤單的，除了工作以外，再來就是剩你，剩你一個人，對，剩你一個人的時候非常孤單。(Michael)

藥癮治療性社區提供建立友誼之途徑，與 Dekkers et al. (2020) 之研究相同，居民學習如何與同儕建立關係，循序漸境地融入社區當中，感到建立真正友誼之

可能，復元路上不再感到孤獨。

其實我之前的時候我是不會跟人家交際的，我連跟人家講話都很困難。因為我先天我是 ADHD，我是過動，注意力不集中，所以我基本上不太會跟人家相處。但是我是自從來社區之後，來社區之後我慢慢地學，從基本的生活到打掃，然後再到跟人家相處，再到重新出社會這樣子。(Robert)

同儕的力量吧，你會覺得很多朋友在你身邊這樣，你就不會孤單這樣。(Robert)

於復元路上，若能建立正向之同儕關係，除能增強復元之動力外，亦能相互給予建議，幫助彼此。居民對於本身之復元有其責任，對於他人之復元亦有責任。

其實一個人在戒癮的過程，就像，就像在那個減肥，一個人減肥非常痛、非常累、非常痛苦，當一群人在為了共同的目標的話，共同一個目標在進行的話，會比較輕鬆一點，然後再互相提醒，然後再互相陪伴，對，會比較有動力一點，然後對方也知道你目前是經歷，在經歷到什麼樣的狀況，他可以給予即時的一個建議。(Michael)

他們學習怎麼樣為自己負責這件事情在社區裡面是我們一直很強調的，餉就是你要有責任感，不是只是你把你自己事情顧好就好，你同樣也要去兼顧你在社區裡面其他的人，餉其他人的復元也是很重要的，不是你一個人好就好了，你，你自己在好同時，你也要能夠去協助其他社區的居民好，因為我們要一起共好。(Jessica)

除與其他居民為復元而共同努力外，由於藥癮者非同質群體，故進入藥癮治療性社區之居民，其性質亦可能有所差異。而在與其他居民相處、磨合之過程中，居民能感受到其與社會之連結，並學習如何與人共處，而非僅是在自己的世界裡打轉。

就是在這個社區之外，如果我們回到自己的生活裡面，大部分的時間我們很難遇到，我是這樣跟工作人員分享，就是，我覺得這邊就是一個讓我們有機會，一生裡面可能很難有機會，可能除了當兵吧，應該很難有機會就是，接觸到那麼多異溫層的人，對，可能大部分的時間都住在，跟同溫層的人在一起生活，那異溫層的人就會很挑戰你的價值觀到底是怎麼一回事這樣，那我覺得在這個過程中，如

何去捍衛自己的價值觀，然後去肯定自己，但是同時讓人保持跟這個世界、跟外界保持一個平衡，也是一種練習，就是，對我來說這個比任何課程都還讓我有感觸。(John)

資深居民會帶領其他居民，給予關懷與建議，此種溫暖的關懷乃先前用藥時未曾經歷者，往往使居民留下深刻之印象，備受感動。

他那個時候，他帶給我很多幫助，包含我的人際，他教我怎麼跟人家相處……他還有就是我工作上的時候給我安慰，然後跟人交際的時候，他等於是都帶領我，要不然我以前的時候，講真的，不要說啃老族是滿丟臉的，我連掃地都不會掃，也是他教的，對，所以他教，教我很多事情，也教我很多人生的道理。(Robert)

我就跟他講，你對我而言，你是一個很好的父親，因為我住進來社區那一天，第一頓飯，是他拿來四樓給我吃的，也是他帶我去抽菸的，那這個我都記得。我是，過去的時候我在外面，社會上沒有人這樣對我，除了家人那個時候，當然，吸毒的人還哪會想到家人？對。但是他是，他有這樣對我，但是，即便他後來復發、他跌倒，他現在再回來，我看到他我還很尊敬他。(Robert)

共同參與社區活動、創造回憶，對於居民而言是難忘的經驗，更讓其感到人生並非只有藥物，亦非僅處於戒除與復發之循環當中。此與 Ronel et al. (2015) 之研究發現相符，正向感受之發展增加了居民之幸福感。

我覺得有很多，有很多時候是我們其實都有紀念，因為是大家共同在一件事上努力的時候，我覺得這都是我們的回憶，因為可能這輩子我們不可能跟任何人騎腳踏車去淡水，我們不可能去參加泳渡日月潭的玩意兒，我們不可能每次去參加路跑……所以有很多很棒的事情，常常在我生命當中都有很多的，很多的影響……看似我這十年好像都在戒毒，其實我，我有了很多很棒的回憶，嗯，這是實在話。(William)

正向犯罪學認為，正向經驗之培養將有助於減少負向情緒、行為與態度，亦有助於減少再犯 (Ronel & Segev, 2014)。對於居民而言，於藥癮治療性社區之生活乃其人生中為數不多之正向經驗，與其他居民所建立之關係亦是其生命中較為穩定者，此種正向經驗或許無法直接使居民脫離藥癮之循環，但確實讓居民看

見生活不同之可能性。

就是你有那個朋友陪著你這樣。而且大家就是往正向走，雖然說我們不是用過藥，但最少就是彼此是扶持的那種感覺吧。(Robert)

在這邊的生活啦，很無聊，很平安，可是我們有些學員真的離開之後，當他開始又進入到混亂的狀況之後，他會開始想念我之前有過這樣的一段時間，就是我覺得是一個正向的經驗啦，就是讓他們在生活當中是，或者是他們的生命當中，他曾經有一段時間，不管是三個月、半個月，一年、兩年，我曾經有一段時間我是清醒地生活的，很無聊可是我是清醒的，然後我清醒的，我跟著大家一起生活，然後我有周圍的支持，然後我是清醒的，然後我是沒有用藥的狀況，就是在他的可能懵懵懂懂很多用藥年的時光當中，他有這段時間是沒有的。(Elizabeth)

除建立關係外，居民間之包容乃維繫關係所必要者。此尤其體現於成年居民與青少年居民之關係上，由於青少年居民尚未成熟，且較為活潑好動，因此關係之維繫有賴於成年居民對於青少年居民之包容。

每次到六日我們少年就要開始唱歌了，他們就要唱 KTV，我們裡面也可以唱嘛，他們可能就三、四個少年就這樣唱一整個早上，然後那些老歲仔（臺語）就坐在那邊只能夠強迫地聽他們唱歌，就是大家也是互相包容啦。(Jessica)

老學員還是會講，也會跟他們講，那些，那些小朋友也是會聽啦，皮是皮了一點，可能你跟他講正經事的時候，他跟你嘻嘻哈哈的，那些年紀大的一些老學員可能就不高興，就是不高興啊，我現在跟你講正經事，你跟我這樣子有的沒的，會有，會有這些情，情緒出來，但是那些老學員都會忍住，不會，不會當場打槍，除非是太白目了，一而再再而三的才會當場發個脾氣，還是怎麼樣，要不然就是，知道這是，他們知道這個小朋友也，是一個過程，是一個成長的過程，對他們也滿包容的。(Daniel)

然而，同志身分可能對於關係之建立與維繫形成障礙。研究參與者 Andrew (居民) 作為男同志，與異性戀男性互動時常有所顧忌，進而影響關係之建立。

因為我是同志，我覺得同志比較難去跟非同志在，因為我以前的交友圈也都是同志，所以我很少跟異性戀相處，對，那我就覺得說，跟異性戀相處我會覺得很尷尬，很尷尬到，就是不知道該怎麼跟他們相處就對了啦。所以，雖然我以前在外面關過，有這樣的經驗，但是我盡量都會保持距離這樣子，不然我怕，因為其實這邊的人、老師都知道我的傾向，對，我怕他們誤會什麼，我會害怕這樣子，我也怕我自己誤會了什麼這樣子。(Andrew)

二、工作人員之陪伴與帶領

過往居民於用藥時，身邊往往同樣是用藥者，與他人之關係中充斥著自利與負向情緒 (Ronel et al., 2015)。而來到藥癮治療性社區，工作人員使其接觸社會之價值觀，讓居民覺察自己之行為，並對過於用藥時之價值觀產生懷疑。

你終於會知道說原來我們這樣做是不對的，以前用藥的方式，就是，應該是這麼說，我現在在治療性社區才發現，原來外界對用藥的人的看法是這樣子，我以前覺得用藥是很正常，我用我自己的藥，干你什麼事，我也沒有害你，我也沒有，我也沒有怎麼樣，就是，自己做自己受嘛，我覺得我是一個很正常的人這樣子。可是來到這邊上課之後，跟他們的相處之後，就會，才發現原來在他們的眼裡，我們，我們，我們其實是很奇怪的一群人，就是行為舉止啊，或是說話的方式啊，表達的方式這樣子。(Andrew)

正向犯罪學強調對犯罪者提供支持與接納 (Ronel & Elisha, 2022)。對此，藥癮治療性社區之工作人員時常給予居民關心與鼓勵，過往居民於用藥時較少接受此種正向回應，故此舉使居民感到溫暖，並讓居民知道其仍值得他人之關懷。

其實治療性社區的老師，基本上已經快要，就我的感覺，會有點全年無休……你會覺得說在這邊是滿溫暖的啦。(Robert)

有一次，他們兩位老師忘記了，有一次回來，他們突然就對著我大叫說，William！我說幹嘛，你這次一定要成功，我說為什麼？因為執行長，執行長親自跟他們講說叫我一定要成功，然後他們就很，很，反正當下那氛圍讓我覺得他們在替我打氣。(William)

加上我復發之後才發現，原來每個人都會那麼關心我這樣子。(Andrew)

居民對於其本身之進步往往較為無感，較常自我懷疑，而工作人員對於居民本身之努力往往會給予肯定，居民因此獲得復元上之自信。

我覺得，聽過，透過老師分享，你就會知道其實你現在走到哪裡了。比如說，我常常都覺得說我沒有進步，可是人家，這是我自己的感受，可是他就會，他就會用他的角度來跟你講，其實我，比如說，我覺得你進步很多、每個人都有進步啊，那你的進步點在哪裡，他會很明確地告訴你，讓你，讓你會比較有自信一點。(Andrew)

我戒毒了那麼久，這一路來看起來好像沒有什麼成長，但其實每一次我都有把時間拉長，每一次我都有在進步。這○○（工作人員）告訴我的，他說你看你這次是不是比上次更少用了三年，我說對啊，沒錯。(William)

這邊給我很大的幫助跟精神上的慰藉，對。就像我們執行長，我們執行長或者是這邊的老師講的，最少以前的我是不喜歡我自己，我連看，照鏡子我都覺得很討厭，但現在的我是會有信心的，不敢說自己很帥，但最少是對自己是覺得我是活著的，這種感覺是以前不會有的，那這是這個社區拿給我的禮物。(Robert)

居民於藥癮治療性社區中面臨壓力時，不同於過往是透過用藥緩解之，工作人員可作為居民抒解壓力之角色。

就是透過很多，跟老師聊天啊，生輔員啊，他們會去幫你排解，對，有壓力什麼的時候，其實幫助很大。(Robert)

居民會學習工作人員之態度與行為，將工作人員作為榜樣。尤其是具復元經驗之工作人員，其將本身復元之經驗傳授給居民，並給予充足之耐心，居民亦從其幫助自己與他人之過程中看見改變的可能性。

可能就是以我們本身一個復元者，復元者的角色然後去帶領他們往前進，因為在復元的路上每個人都是特別的，但是變成說，他可能會有一些，會有一些可能相同的狀況……就是大概可能會給他一個建議，當初以自己的，自己的角色去跟他講說我當初是怎麼做的，對，讓他們去從中去學習這樣子。(Michael)

你看到一個人是用這樣的方式在幫助學員，因為他自己，他一定也

是明白說我們這樣的人剛進來的心是什麼樣的心，是什麼樣的脆弱，是怎麼樣的，頭腦會想一些什麼事情，想回家、想復用、現在身體難過不想待、想抽菸什麼什麼，我相信他都能理解到……做他，做過的事情我也跟著照做，嗯，等於是 copy 他的方式吧，對啊，因為他教了我很多，以前不會打什麼菜單啊、煮什麼菜啊，我根本就不知道什麼配什麼，完全不懂，因為我不喜歡嘛，但他是，他卻很耐心教我去用 Excel，然後開始設計一些什麼東西、什麼菜單、使用的人數、買菜的數量、禮拜一到禮拜天要吃什麼之類的東西，點點滴滴的，都是他一步、一步、一步在教我。(William)

工作人員對於居民之照顧與管理，對於研究參與者 John (居民) 而言，是一種「重新長大的過程」，此源於過往其與父母關係較為疏離，而工作人員之關懷，反而填補了過去的缺憾，成為其生命中之正向經驗。

我父母以為我不太需要別人管，或是不太需要特別的照顧，所以其實我從小三之後，他們幾乎就沒太怎麼管我，也沒，對我來說後來是有一種很強烈的失落感是，他們也沒再怎麼引導我人生該怎麼走這樣子。所以，現在在這邊這個環境，我覺得這個外控的力量反而有點像是重新讓我經驗一次重新長大的過程，就是有人拉著我，但是是懷著善意去約束我，然後讓我可以去探索我自己。(John)

作為有用藥經驗之工作人員，其於居民與專業工作者間扮演翻譯與溝通橋樑，以過去自身經驗為判準，為居民表達需求，亦使專業工作者更理解居民之狀況。

社區的一些肢體語言或一些眼神的部分，藉由我們可能以前我們常，常也可能，常做過或看過，或者是一個，可能就是會去翻譯給我們可能就是辦公室，他目前是，目前是正在什麼樣的階段，或什麼，對，或是想要做什麼事情，或是說什麼話。(Michael)

居民於其復元歷程中常遭遇障礙，此時即有賴於工作人員之陪伴與關心。首先是居民進入藥癮治療性社區之初，往往較為急躁，此時具復元經驗之工作人員，會以自身之經驗借鏡，藉此安撫居民。

會跟他講解說這不是很急的，這現在不是很急，但是他情緒會起來，可能我們會，可能我們工作人員會有輪流，第一個可能是我們生輔，

生輔員先下去輔導他，然後跟他講說，以我們可能的過來的經歷，應該要怎麼處理……會一直大概一直，在跟他安撫，讓他安心。
(Michael)

其次是居民想要中途離開藥癮治療性社區，第三是居民逃離藥癮治療性社區，第四則是居民復發之時。於此三種情形，專業工作者與具復元經驗之工作人員，其回應模式有別。就專業工作者而言，通常是透過不斷會談之方式與居民討論，使居民理解不讓其中途離開藥癮治療性社區之原因，抑或是其復發之原因，進而說服之。

通常案件沒事之後有沒有，他就開始想要走了，他就開始跟你說，我覺得現在也沒什麼事，我都復元了啦，我已經進來三個月了，我現在都沒有再用，我也不想用啊，我差不多可以回家了，對，那這時候你又要再繼續，可能要繼續跟他會談……如果你今天要提出離區，我們就會一直跟你會談，今天先你跟他談完之後，再換你跟他談，但是這個前提是因為我要先覺得說，他現在這個時間點離開不是好的啦……其實我們都會透過不斷地會談，勸然後讓他知道他現在這個狀況到底適不適合離區，其實有時候談完之後他就會發現，好像跟他想像不太一樣，對，那他就會再去 delay 一下他想要離區的時間……我們會這樣跟他說就是我們會希望你這個決定不是在一個衝動的狀態之下，而是在我們都跟你討論得很清楚完之後，你再離開……就是不斷、不斷說服他，你就是要住越久越好，越久越有效果。(Jessica)

有的時候我們就會安排不同的會談時間，就是可能心理師、社工師就會輪番去跟他討論到底發生什麼事了，對，那也協助他自己去釐清到底怎麼了，我明明就知道回來一定會驗尿，那為什麼我到底發生什麼事情了？對，所以我們會安排這個會談的時間。(Elizabeth)

其實我從去年 11 月自己住滿一年開始，我就有試著跟工作人員、跟主任溝通說我想要離開，但是每一次溝通就發現，談其實我還不是那麼適合，在這個時間我還有很多，還有一些事情是可以在這邊，再幫自己準備好一點，然後再去回到職業生活。(John)

於說服之過程中，專業工作者亦會以鼓勵之方式，使居民盡可能留在藥癮治療性社區中，避免其中途離開穩定的環境。

我就跟他說其實你沒有對不起我們啦，你只有對不起你自己，如果你今天走了，你就對不起你自己了，我說我們為你所做的一切都是心甘情願，餵然後也沒有誰欠誰，因為以後你有能力你可以幫助別人，現在我們幫助你，但是以後你可以幫助別人，餵所以我跟他講說你要撐下去。(Jessica)

同時，居民面臨困境時，工作人員會透過傳訊息、打電話等多種方式表達關懷，而不限於實體之會談。

我有逃跑，就是不敢回來這樣。這邊一直打電話、一直打電話，奪命連環 call 把我 call 回來這樣。(Andrew)

最近的一次也都很最近而已，才 4 月初的事，就是我是差一點就會陷入那個去用藥的狀態裡面……也有一些工作人員有傳訊息給我，所以比較幫我自己踩了一點煞車啦。(John)

我知道他們大家都去開會，去外面開會，所以我就趁那個時間講說我要離園，就是然後○○(專業工作者)就打電話，就是跟我們工作人員，叫他給我聽這樣子，就是一直講到○○(專業工作者)就講到快哭了，所以那時候覺得也很對不起他啦。(William)

至於具復元經驗之工作人員，其所為者仍是對居民表達關懷，然方法較為實際與直接，並會搭配過往其用藥與復元之經驗。

我的做法都是比較實際一點，就是利弊跟他講清楚，我利弊會跟他講清楚。(Daniel)

我們講的就比較，會是說一些可能就是算是成癮者的一些話語吧，就是說我們比較不會去修飾話，我就覺得像，比如說你就是想要用藥，就是說，你就是想要用藥，然後你現在跟我講一些有的沒有或什麼，反正就是講一些比較粗暴有力的話，直接回應他就對了……我就直接，我這邊回答就比較粗暴一點，但是我覺得比較有用，比較有用直接，不要再去跟我拐彎抹角說什麼，可能就是為了某些事情然後怎麼樣，造成我心裡不好，所以心裡不好所以我才會跑去用藥，反正就是一些藉口，我說這個藉口以前我也用過啦，我說我以前也用過啦，把問題都是丟給別人啦，他自己都沒有問題就對了，對啊，這可能就比較粗暴一點。(Michael)

突破他們，有時候就直接把他們，直接把他們噹破了，直接講說啊你就是要幹嘛。(Michael)

研究參與者 Michael (具復元經驗之工作人員) 認為，透過工作人員自身之復元經驗進行勸說，可讓居民深有同感。而在說服居民後，於居民依照社區規範接受處遇時，亦會給予支持與鼓勵。

直接讓他們知道就是說，哦，讓，讓你們知道就是說，哦，其實他們有時候會聽到就是我可能就是，我們這邊所遇到的跟他遇到的竟然是相同的事情，對，然後可能就會比較，像，會比較，會集中，他們會比較就是可能，你說認同嗎，比較有感覺，比較有感覺，比較會有一些感覺的。(Michael)

我們可能就是藉由監視器在那邊看他，然後慢慢地鼓勵他這樣子。(Michael)

無論以何種方式關心居民，對於居民而言，皆是復元路上之溫暖力量，此種關懷與幫助亦有可能於未來形成正向循環。

到治療性社區之後才發現說，世界上還是有溫暖在的，有那麼多諮商師、心理師、○○(工作人員)陪著你，沒有什麼好再覺得孤單的，對。他們不可能二十四小時跟著你，就像我爸媽也不可能，對。但是，當你覺得你很孤單的時候，你自然有那個力量可以給你靠。(Robert)

他們能夠感受在社區裡面，他們也是這樣被幫助過來的啊……是我們提供他一個更新，生命更新的機會，他曾經被人家幫助過，然後他也知道那個被人家幫助過的時候的那個感覺跟感受，這輩子可能沒有人，除了他的家人以外，他家人可能都不相信他了齣，所以這個世界上可能沒有人會願意這樣相信他或給他機會，當他可以開始感受到這些東西的時候，當他有能力的時候，他也會想要把這樣子的給別人啊。(Jessica)

三、與家人修復關係

由於過往居民皆處於用藥之循環當中，家庭關係往往不佳，用藥甚至對家庭關係造成傷害 (Griffiths, 2005)，導致居民於進入藥癮治療性社區前，與家人之

互動中時常充滿摩擦，不被信任。

因為一年半多在戒治機構嘛，啊你突然回家的時候你跟家裡的摩擦就很大，然後就是爸爸媽媽會質疑你，你晚上要去哪裡？他也是會質疑你。(Robert)

藥癮治療性社區會安排家屬團體以及家屬會面等活動，依照居民之等級進行不同活動，使其重新與家庭建立關係。

我在社區，那個時候是，就是漸進式，社區，我們的住民有分等級嘛，就是 CBA 嘛，然後就是慢慢一步一步讓我重新跟家人再接觸。(Robert)

由於居民長期與家人之互動過程不甚順利，居民可能難以表達，無話可說，若斷然與家人對話，容易肇生衝突，因此工作人員扮演著居民與家人間之溝通橋梁，使其關係得循序漸進地修復。

隔週就家屬團體，老師他們會去幫你跟家屬，就是我們家人講話，有的時候我自己我也不太會跟家人講話，都是透過老師去幫我們講。(Robert)

反倒我們自己我也不知道怎麼講，我也不知道怎麼講的時候就是要請老師他們幫忙這樣，對。(Robert)

藥癮治療性社區希望居民與家人得修復過往受損之關係，此展現修復式正義之目標，即要盡可能修復傷害與重建關係 (Sapp, 2024)。於此價值觀下，居民亦認知到家庭關係之重要性。

其實我們來這邊主要都是因為要復元，要復元不只是身體、腦袋的復元，跟家庭也要修復，家庭這一塊非常重要，所以社區都滿支持我們有機會就回家看看、走走，跟家人聊天、陪家人吃飯。(William)

有時居民會於修復關係上遭遇挫折，此時具復元經驗之工作人員會以自身之體悟開導居民。研究參與者 Michael (具復元經驗之工作人員) 於戒除藥癮後，經過約一年八個月始獲得母親之信任，此經驗使其認知到關係修復並非一蹴可

幾，而須持續積累，故其亦將此一觀念傳遞給有意願修復家庭關係之居民。

你覺得說你現在一進來社區，你你你就要讓覺得說家人認同你或怎樣，你好孩子才做幾天而已，你不要有這種設想，對，你要慢慢來，就是說，每天，就是每天會可能跟家人聊天或怎麼樣，就是讓家人知道你，就是說正常的你，其實你這樣子，你回去他們也會怕啦……因為他以前接觸到你的都是壞的一面，你突然好的一面他會覺得說，以前你好的一面的時候一定會出什麼事情，不然就是家裡錢不見，或是車子又怎麼樣，你現在這樣子人家當然會怕，所以你必須做到正常跟家人聯絡。(Michael)

要有時間證明一切的覺悟，對，不管什麼遇到什麼事情，家人的一些，家人的關係或是修復的關係，或者是，只要是關係的聯繫，你一定要時間證明，用時間證明一切的覺悟，你一定要，一定要很長的時間，一定要花很長的時間讓人重新認同你、瞭解你，或是知道你改變了，這是第一，就是家裡的支持的部分。(Michael)

過往居民因用藥相關原因，錯過與家人相處之時間，甚至未能參與家庭之重要時刻，導致留有遺憾。然透過關係之修復，與家人之連結逐漸緊密，縱使留有遺憾，仍能開始新的未來。

我的人生的一個遺憾之外是，在我的姊姊，因為我姊姊結婚的時候沒到，親姊姊結婚沒有到，人在北投，三總北投在強制治療，對，然後，後來之後住到這邊來之後，姊姊其實也知道，然後住到這邊之後，就一次、一次、一次，然後慢慢再跟姊姊小孩接觸、姊姊接觸這樣子，到現在關係很好。(Robert)

藥癮治療性社區作為一個安全的環境，不僅隔絕用藥相關因素，使居民無從接觸藥物，得以保持健康，對於居民與家人之關係而言，更是提供友善溝通之平臺，研究參與者 James (居民) 即以「保持一定的安全距離」形容此種互動之氛圍，彼此之關係亦會由此漸入佳境。

至少開始都已經有開始在慢慢地互動。就是好像，就像我剛剛講的，他們來到這邊是一個安全的，然後來到這邊安全，家長也放心，家長放心的時候可能就是來到這邊的話，可能就不會一見面就開始又劈頭大罵，然後這邊可能就是，就有一些關心啊，然後可能當小朋

友的啊，當家子女的，也有感受到父母態度變了，所以雙方的溝通啊就會變得好，就會變得比較好。(Daniel)

不會選在家屬會面的時間請假，因為我覺得，我後來反而覺得家屬會面是一個很好的時間，讓我可以跟他們見見面，我又可以跟他保持一定的安全距離，我覺得還滿好的說實在話。(James)

透過藥癮治療性社區之幫助，不僅能逐步修復與家人間之關係，居民亦會想起過往家庭帶來之接納與溫暖，並給予相應之回應，且從中開始自我反思。由此亦可見研究參與者之感恩與寬恕，此些正向要素則有助於親屬關係之修復(Ronel et al., 2015)。

最近跟家人比較大的一步進展，就是我跟我媽通話的時候，就是，我有跟他們，就是我不是用問句的問他們，就是我是用肯定句的去跟他們確認說，我覺得我感受到的是，你們這些年來其實都沒有因為我的性向或是其他我發生的事情覺得不接受我這個人，那現在回顧起來反而是，最不能接受我自己的其實是我自己。(John)

肆、情緒穩定性

一、充滿負向情緒

居民於進入藥癮治療性社區前之生活，往往充滿負向情緒，如對人生感到無聊、焦慮、無力、壓迫等，抑或是無法肯定自己，此種情緒往往使居民以用藥解消之，而難以脫離用藥之循環。研究參與者 John (居民) 同時身為基督徒與男同志，成長於保守基督教家庭所形成之價值觀，與其男同志之身分相悖，無法獲得肯定，進而迷失其中，並在藥物之影響下，感到混亂與失落。

我覺得自己也沒辦法完全放棄自己從小的身分認同，就覺得我是一個基督徒，但是我覺得好像我基督徒的身分，跟我性的，同志的這個性向的身分是不容的，所以好像就也沒有覺得自己可以在，嗯，同志身分上獲得，就是可能自己也沒辦法認同這件事，然後也從，從家人或是身邊的人也沒辦法獲得一個很明確的認同……藥帶來的生活作息的混亂，或是內心的混亂，就是會拖垮我所有其他建立起來的穩定的部分，那每一次這樣拖垮，每一次就會覺得說，可能每一次我都會在想說那換環境就好，那我再，或者我再換一份工作

就好，或者因為這份工作不適合我，也許我需要再轉換一個跑道，但其實我做的都差不多啦，就只是在服務業裡面繞不同的類別的服務業這樣。呃，就是到了，但到了一定的程度就越來越覺得說，其實我在工作上，在工作上的人際中，就真的發現自己跟別人落差越來越遠，就是，彷彿就可以看到別人對自己的生活他渴望的是什麼很明確，但是我渴望的東西是很不明確這樣子。(John)

縱使進入藥癮治療性社區，於復元歷程中，仍會受到負向情緒之影響，進而形成復元上之障礙。此種負向情緒之產生，可能源於居民本身之性格，抑或是其他外在影響，如先前案件判決確定後之刑事執行。

我目前個人認為這個，可能就是心魔這個地方，這個心，這個，這個，跟人家相處不好啦，然後脾氣暴躁啦，然後做事衝動啊。
(Daniel)

這種有刑期卡在後面的，通常他的心就開始浮動了。(Jessica)

那個時候就是心情鬱悶，心情鬱悶，然後就是很想要回家那個時候啦，就真的很想要回家。(Robert)

研究參與者 William (居民) 過往有壓力或情緒時，不會選擇以告訴他人之方式抒發壓力，反而選擇使用藥物，包括他人之處方藥、酒精等，以之作為情緒之出口。

我開始有點壓力，我開始有點，呃，有點壓力，就像，他們有看出來，他們有看出來，他們甚至有問我說怎麼回事，我說沒事，因為那時候我的個性屬於不愛講的，不愛講出來的個性。然後，但，可是遇到事情了嘛，總是要，所以一開始我先選擇亂吃藥，對，我亂吃別人的藥。(William)

我覺得酒並不是我真正的問題，但，在當時，的確是造成了我很多情緒上的出口，對，那我用選擇用這樣的方式來表達出我的情緒，所以，就，一而再，再而三。(William)

大多數居民較為悲觀，尤其是復發後，負向情緒會隨之不斷湧出，當居民無法處理此種負向情緒後，可能會放棄復元，中途離開藥癮治療性社區，回到過往之生活。

其實他們大部分的人都還是滿固著的，就是他們的想法都還是滿悲觀的，或是很負向，或是很狹隘。(Jessica)

到最後放棄，沒關係被抓到就被抓到，我就是爛，開始放棄自己。(Michael)

一開始他會覺得滿愧疚感，然後不知道你怎麼想啊，然後通常會開始一直想說，你可能會認為我就是一個爛人，我怎麼講都講不聽怎麼樣，反正把自己講得非常的卑微，對啊，然後看到你的時候，看到你的眼神，他就會開始解讀一些事情，對，然後讓自己更愧疚。(Michael)

二、多種抒發出口

藥癮治療性社區提供居民多種情緒抒發之出口，避免負向情緒影響居民之復元。如工作人員即為抒發出口之一，居民除排解自身之煩惱外，亦可於藥癮治療性社區中獲得專業工作者之建議，或有復元經驗工作者之經驗分享。

心情不好的時候就是這邊，你二十四小時除了這邊辦公室的工作人員，還有生輔員嘛，你可以跟他們聊天這樣子。(Robert)

我個人的建議是完全就是給他們參考，他們每當說有一些不好的情緒出來的時候，然後我就適時地提供意見。(Daniel)

他們在有那個，有很，很多情緒當下，那個當下我基本上不會去跟他們談這些事情，可能就是過了一天、兩天之後，除非他們當下可能就跑掉了，就可能跑掉了就沒話講，那如果說在他們發生衝突，或者是他們坎過不去的時候，基本上我還，還是都有時間可以去跟他們聊聊天。(Daniel)

此外，藥癮治療性社區定期安排實習諮商師與居民會談，居民可針對於社區中生活之大小事進行分享，對於大多數居民而言，可抒發負向情緒，並從中獲得正向之回饋。

我們有安排實習心理師定期跟他們會談，所以他們如果平常有什麼什麼狀況啊，那他們想要有人分享，是有一個，有一個 channel，有一個窗口是可以去做這個分享的。(Elizabeth)

因為我們還有心理，每個禮拜會排一次心理諮商，雖然排了，排給我的的是實習生，可是因為這個實習生對我影響滿大的，因為他，他是從我入住開始就知道我所有的狀況，入住評估開始，所以我很放心地跟他聊，就是在心理諮商的時候跟他聊所有，不管是同志的事情也好，或是生活上瑣碎的事情也好，這點讓我覺得還比較放心的。(Andrew)

我的心理諮商都是把我當週發生的事情講出來，我覺得把它倒出來之後心裡就快，愉快很多這樣子。(Andrew)

對我來說利伯他茲這邊的資源，我最重視的資源是這邊的，呃，就是他們心理師，心理師的這塊，因為，我覺得跟心理師的會談和諮商對我來說是幫助我可以去整理我那些答，自己在過去的不斷地嘗試中都找不到的答案，找不到答案的那些問題，我可以試著從這些對話中去慢慢梳理出一些我的想法或是我真正的感受，從而我可以比較去真實地面對我自己。(John)

然而，並非所有居民皆能將實習心理師之諮商作為抒發管道，有些居民反而因心理諮商產生壓力或負向情緒，未能解決其情緒上之問題。

我覺得每個禮拜抒發一次真的是，心情都會變得比較好，當然有人，當然我也知道有人心情會變得更不好，就是因為他，覺得他，跟他想像的不一樣，就變成他，他這個人可能比較心細一點，他就會覺得心理師又安排一些事情讓他想，他會覺得很複雜，心情會變得很複雜。(Andrew)

有些研究參與者甚至在諮商中感受到被利用，研究參與者 A 對於實習心理師之諮商表達不滿，認為背後所代表者是其本身被工具化，作為他人達成其他目的之工具，進而從中感到忿忿不平。研究參與者 A 之看法亦使本研究反思，當研究者蒐集資料時，是否僅是將研究參與者作為完成論文之可利用客體？研究者與研究參與者互動時，實未抱持此種心態，在訪談當下亦專注於研究參與者之生命故事，然該次訪談確實使本研究對於研究者與研究參與者間之關係進行思考，亦認知到訪談過程中需要注意研究參與者之主體性與情緒需求。

我覺得像實習的諮商師來講，我已經經歷過兩個諮商師了，但是也許他們有稍微地幫助到我……對他們來講，他們的目的只是在做研

究，就類似像你這樣的狀況，所以他不能解決任何的問題，所以呢，這兩點，這種狀況就會造成期待跟，跟，雙方的期待是不同的時候，會造成非常大的落差，我覺得這是一個很大的問題，為什麼？因為如果今天是一個合格的心理師，他已經在執業了，他來這邊幫我們做義務的諮詢服務，他的，他的目的是不一樣的，他是真的想要來幫助我們的，也許他不能幫我解決事情，但是我覺得他做出來的處遇是專業的，但是如果說今天你只是為了要做論文，或者是說你今天只是為了要來做這個實習，對不對，然後你來諮詢了我，那我卻認為你可以解決我的問題，到最後，後來發現其實你只是來做報告的，那這就是為什麼其實後來有很多的學員看清了之後就不想諮詢了，因為我不是，我不是來這邊給你做報告的，我是來尋求你的幫助的，我覺得這點也許社區的人並沒有搞清楚，我覺得這是一個很大的問題，而且我曾經也有跟我諮詢師說，我後來知道這種狀況，我也告訴我自己，其實真正能救我自己的只有我自己，我很感謝你坐在對面聽，花了這些時間也很認真，但是我必須老實講，你有你的目的，對不對？但是，但是我只能講，我也有我的人生要走，對不對？所以我會覺得，是不是這個東西是需要再考量的，我覺得這是很重要的事情……我才會覺得說，哇原來這是一個多好笑的笑劇，每個人都是活生生的人，憑什麼他只是變成你工作中的個案，然後你給他了一個基本的處遇，難道那就是他的人生了嗎？你們會不會覺得你們太厲害了？（A）

除日常工作人員之關懷與實習心理師之諮商外，課程亦提供情緒之出口，藥癮治療性社區內之課程除提供戒癮、人際關係等方面之技巧與知識外，更鼓勵居民練習開口表達想法與感受。研究參與者 William（居民）由於本身之信仰與個性，經常將負面情緒積壓於心中，但經歷復發後，其意識到抒發情緒之重要性，開口表達對其而言能夠產生穩定情緒之效果，進而降低用藥之衝動。

有的時候其實心裡想的東西跟說出來的東西其實是不一樣的，那練習表達出來自己的心情，其實對自己的心情在某些方面也會有一種治癒的效果。（James）

我是一個很不喜歡表達自己情緒的人，我是個不太喜歡說的，說自己過不去的坎那件事情，但是這一次，這一年，我第一次學會了跟人家，因為，因為我的信仰好像就是我如果跟人家講就像在抱怨一樣，所以我以前都不敢去跟人家講，因為覺得他們好像，你來，你來聽我抱怨這樣，類似這樣的事情，我覺得那種有悖，有悖我的信

仰，其實我的想法也不對，他們說有事情就是要講，你不講事情會沒辦法解決。後來我就開始學習著去講，去講我這些事情。
(William)

以前，以前的我是不願意分享這樣的事情，但是現在我願意分享，是因為我覺得很多事我不說出來，我就一定會復發，我就一定會再一次地把自己陷到那種，背負很多事情、背負很多東西，家庭也好，工作壓力也好，甚至紅單的催繳也好，債務協商也好，就很多事情在身上，感覺很累。但是現在我學會了怎麼樣在上課的時候跟大家發言講出我的，我今天所遇到的事情、我的難處、我的難過，我的，我的想法是什麼。(William)

然而，並非所有課程皆得作為抒發情緒之管道，甚至有些課程反而加劇居民情緒之不穩定性。最為顯著之課程乃心理劇，多數學員對於心理劇反應不佳，甚至對之厭惡與反感。研究參與者 A 認為心理劇並不真實，幫助不大；研究參與者 B 與研究參與者 C 雖認為心理劇確實使其回到當下情境，但喚起創傷後未獲處理，使其痛苦萬分，研究參與者 C 亦表達於進行心理劇後被工具化之感受，自己的痛苦似乎只為了成就他人的成功。

因為連我也都沒有去上，其實我是很喜歡上這些課程的，但是其實我並沒有真的很喜歡心理劇，對，因為，因為我覺得演出來也不見得是自己啊，對啊，而且，是真的，我覺得它並沒有對我有什麼樣的幫助啦。(A)

其實心理劇讓我很不舒服，是那個情境讓我會回想到過去，對，所以讓我當，比如當場有哭啊或怎麼樣，所以我，其實我很排斥心理劇。(B)

心理劇讓我非常地痛苦，我一直其實，我長期都在躲心理劇……我一直認為心理劇它是一種，你說幫助嗎？其實不是，它是把你的傷口挖開來，但是它並沒有把你的傷口縫好，它只是把東西呈現出來讓你講出來，那之後呢？我們受的傷害呢？我們所流的淚並不是釋放的眼淚耶，那還是痛苦的眼淚，對阿，那，也許他們心理師不會明白我們這一塊，但是我曾經有跟，他們也是有一個裡面的成員，心理劇的成員，跟他們做這樣分享說，其實我們都，都非常地痛苦，我們比如說事情不願意，如果是淺一點就還好，但如果是到心理很扎根的事情，會讓你覺得你這輩子是從那一瞬間開始不一樣的時

候，對啊，你把傷口挖開來了，但你又不負責，下課結束了，我一樣那麼痛，但我沒有再哭了，對，我一樣就是那麼痛，我沒有辦法……因為我覺得我這個東西被，再一次被，被你喚醒，還要在一些人的眼光下注目著我過這樣的生活的時候，誰能幫我呢？……在心理劇就是這一塊，嗯，唯一的缺點我就是覺得，你把我們傷口挖開了，請你想辦法把，把傷口撫平吧，你不要讓我受了傷回家，然後就覺得你們只是成功地演出了一場心理劇，而事後當我們心在淌血，整天在想這件事情的時候，你們有在替我們著想嗎？你們有真的是為了是學員，我們經歷這樣的事情心在痛苦嗎？……那麼多事情、那麼多東西，一下都湧上來了，我本來都已經淡忘了，但是因為他們的要求，所以我必須回想起這件事情，演出來，然後當我演出來的時候，痛苦萬分。(C)

另外，與宗教相關之事務亦能保持情緒之穩定，就工作人員之觀察，抄佛經、禱告等皆能為居民帶來內心之平靜，對此，工作人員會給予相應之幫助，使居民之情緒不再浮動。

任何宗教都會讓人家比較有平靜，比較平靜一點，聽歌或聽那個佛經或什麼，都會讓自己比較平靜一點，對。(Michael)

你知道同住就會有很多阿雜的事情，然後他可能就會覺得他最近心情很差，那他可能就會跟工作人員反映，那我們就會準備，如果他是，因為我們有些個案是在監所裡面就有在抄佛經的習慣，那我們就說，誒，他可能抄佛經可以協助他獲得平靜，那我們就好，那我們就提供你佛經來抄……其實聖經或是禱告也類似，就是協助他們，讓他們有一個，佛經是很直接嘛，那另外我們像去教會的啦，或者是，呃，有禱告的啦，有時候他們也是，比如說晚上的時候，他們禱告，然後這個也是學員跟我分享的啦，他覺得他，他覺得禱告有用，他覺得好像禱告完之後有一些事情，他本來擔心的事情真的沒有發生。(Elizabeth)

三、自我反思與肯定

藥癮治療性社區中許多居民有情緒控制與衝動控制方面等困難，使用藥物亦往往是在情緒不穩定、一時衝動下所為之行為，而透過藥癮治療性社區所提供之多種管道，居民可於情緒穩定之情形下，開始反思其所作所為，進一步減少後續復發之可能。

我們是希望可以讓他們能夠學習平靜下來地去，因為我們說有時候成癮行為就是一個失控的過程嘛，就開始失去自我控制的能力嘛，因為我已經知道這個東西對我有害，可是我沒有辦法控制自己。那就回到我們希望能夠回到平靜，才能夠回到我們理性思考，回到我要怎麼樣好好管理自己跟控制自己的行為……他們就是用情緒來反應的，來做事，而沒有辦法真的平靜下來去好好地思考，我到底是為什麼那麼生氣？我到底發生了什麼事情呢？我為什麼這樣子？沒有時間去好好思考，然後就直接因為情緒，然後就有行為產生，那這個行為有時候就可能讓人後悔，或者是讓人覺得不舒服，或是傷害到自己、傷害到別人。(Elizabeth)

情緒穩定所產生之思考亦是研究參與者 Michael (具復元經驗之工作人員) 所親身經歷者，當藥癮者情緒穩定後，可重新回顧過去之行為，並由此展望未來。

你在平靜的時候會去思考一些自己的未來，其實必須你要去，我目前知道的是說你必須要回顧一下你的一個生命故事，你要去找到你那時候第一次用藥或者是一些意義的部分……當你在回顧這件事情的時候，你處理的方式，如果當時你改變了哪些方式，你今天就不會，這個事情就不會發生，那你是不是去思考，當時你如果做了哪些事情，今天讓你生氣、讓你情緒高漲的這些事情就不會發生了，那我們再重新去反思這些事情，對，然後再慢慢往前走、往前走。(Michael)

對於藥癮治療性社區而言，穩定情緒後所產生之自我反思是其樂見者，居民得藉由此種反思，形成不再用藥之保護力，並完整對於未來之圖像。

我們的用意會希望可以透過這樣的方式，讓他們不斷地反思，反思自己的行為，反思很多事情，反思自己，反思過去，然後也能夠反思完過去後，就是要現在跟未來，就是我現在要怎麼做，因為有的時候我現在的生活的每一刻，我可能都遇到一些狀況，會讓我失去情緒控制的能力，那我現在我要怎麼處理，那我的未來要怎麼往哪邊去。(Elizabeth)

研究參與者 William (居民) 曾在情緒較為浮動之情形下提出中途離開藥癮治療性社區之請求，並於藥癮治療性社區外復發後重新回到社區當中，此次復發使其重新思考人生之發展，亦成為改變契機之一。

那想必我一定是去復發嘛，對啊所以我就去，我就是用身上唯一的錢，然後去喝了好多的酒，然後最後證件也不見了，悠遊卡也不見了，錢也不見了，然後最後我還是坐計程車回到利伯他茲，然後○○（工作人員）幫我付了計程車費，然後把我扶回到四樓，對。那從那之後，我就很認真的在想，我人生真的要過到這麼慘嗎？就是一輩子沒有辦法好好地生活嗎？（William）

藥癮治療性社區提供之諮商得帶來情緒上之平穩，居民除得思考過去之錯誤與未來之發展外，亦較能處理自身之議題，如研究參與者 John（居民）透過諮商，漸漸地較能肯定自我，接納過去與現在的自己。其經歷情緒上之改變，對自己有更為深入之理解，展現自我悅納之狀態，此乃情緒成熟之表現（Ronel et al., 2015; Ronel, Elisha, et al., 2013）。

心理諮商的這塊資源，因為確實從這邊我可以，我確實慢慢地，至少我在最近比較突破性的一個進展是，現在比較能夠去接受說，呃，其實比較能接受說，就是儘管過去有很多矛盾，但就是我不見得一定要在那些矛盾中，就是我不一定要為了誰而活，或是，我不一定，就是我不必要回應別人的期待，然後從這些理解，然後就是比較，就是相對能夠放下曾經就是自己的價值觀跟自己的性向是很衝突的那個狀態，然後去接受自己現在就是這個樣子。（John）

第二節 取代用藥之價值

對於用藥者而言，用藥有其價值存在，因此周而復始，無法停止。而於藥癮治療性社區中，居民認知到復元為其最重要之目標，並透過多元課程等探尋其他可能性，從而建立其他目標，後續達成目標所獲得之價值與所付出之代價，即取代過往用藥所帶來之價值，成為居民不再用藥之原因。以下將先說明用藥對於居民之價值，再對居民於藥癮治療性社區內建立之目標進行論述，最後則闡明居民為何得透過目標之建立，最終不再用藥。

壹、用藥之價值

社會大眾往往將（非法）藥物與負向效果予以連結，例如，可以想像父母鼓勵孩子運動，蓋運動可強健體魄，使身體更為健康，但難以想像父母鼓勵孩子使

用海洛因，蓋海洛因之副作用將對身體帶來巨大之危害。然而，對於藥癮治療性社區之居民，甚至是大多藥癮者而言，用藥有其各自之價值。當研究者請研究參與者回憶過往之用藥經驗時，大多獲得較為正向之答覆，對於藥物所帶來之快樂給予肯定。

我覺得滿好的啊……那個就是我生活中的一種娛樂而已啊，對不對。(James)

用藥前興奮、緊張啊，用藥當中過癮、享受啊，用藥完之後就是等待下一次的快樂啊。(William)

研究參與者 William (居民) 接觸到藥物是因為其於賭場工作，剛接觸藥物時，藥物能使其提振精神，並有助於性行為之快感，且尚未感受到藥物帶來之傷害，因此不斷地合理化自身之用藥行為，終至難以控制，凡事皆以用藥作為應對方法。

進到賭場，當我進到賭場之後，就開始了，就是好，就很像電影一般演的，很自然地東西給我，我說，這個，這個，使用下去之後你就會很有精神，你就不會那麼累，你就不會白天要陪父親，晚上還來上班，然後我就使用了第一次，使用之後我就發現這真是仙丹啊，這真的是太了不起的東西了，對啊，所以我就沉溺下去了。(William)

因為我不覺得它是毒品，那時候我危機意識沒有那麼高，因為我想說我既不販賣，我只是吸食而已，我也不會一次拿很多東西，那我用自己的錢花，買自己想要用的東西，不是，不是什麼很大的問題啦，是不是。這就是問題所在，因為我都給，都給自己吸毒合理化，所以那個時候就想，反正就是，就是不斷地使用、不斷地使用，因為我那時候女朋友有很多，我有非常多女朋友，對啊，然後就滿，滿，也滿風流的啊，對啊，也是因為使用藥物在，在，在那樣的事上會覺得很興奮，非常興奮，對。所以大概就是，這是我用，為什麼會想要持續用藥，不曾斷過的原因。甚至我爸離開我那一天，就是我接到，接到醫院打來的電話的時候，然後我聽到電話的時候，不好意思你父親死掉了，我接到電話了，我就坐在房間，大哭特哭，一邊哭，一邊吸毒，一邊流淚，沒有辦法控制，完全沒有辦法控制，那時候我才知道我原來被毒品控制了，我沒有辦法自己去，好事我

也吸毒，不好的事情我也吸毒，任何事我都吸毒，吸毒就是我唯一面對事情最好的，最好的捷徑，對啊，所以我那時候沒有想要戒過。
(William)

研究參與者 Robert (前居民) 則因注意力不足及過動症，難以與他人建立關係，最後以藥物作為與他人交友之手段，透過用藥獲取其他用藥者之認同。

我用藥的時候是上班啊、交際啊，然後這樣子的。(Robert)

因為我過動是沒朋友，那那個時候的話，基本上就是用藥在交朋友，就是因為那個世界的人都用藥。(Robert)

研究參與者 John (居民) 則在基督教與男同志身分之價值觀衝突中，欲透過約炮排解寂寞、填補空虛，並尋求自我之價值感。於約炮過程中，炮友提供之藥物成為用藥之契機，用藥與約炮成為尋求刺激、排解空虛之方式。

從比較立即性的反饋來講就是，用藥完，用完安非他命就是，當下就是我會覺得比較平靜。(John)

我其實在家裡的時間都會覺得非常的緊繃和不自在。那，那時候上交友網站去認識同志朋友，就變成是我比較能夠做自己的一個出口，但也就從那時候開始我變得更接受約炮這件事情是自然，就是在我生活中是自然而然的，然後也不小心就是接觸到了安非他命……填補空虛感的方式，對我來說當時最快的方式，或是我唯一知道有效的方式，就是去，在同志約炮中，去找，找一個就算是一時的伴侶也好，就是，就當時我真的也不知道還有什麼其他方法。
(John)

我覺得在那時候，我的生活就有點像分岔成兩個軌道，我一部分想要在工作 and 正常生活的軌道裡面去建立自己的自我價值感，那另外一部分又還是會透過網路交友去找炮友。那偶然間就是也遇到了一些固炮，然後，嗯，就是比較，我不知道該說就是幸運還是不幸，就是，就是因為遇到固炮，固炮當時就是會，通常都會給，給我免費的安非他命使用……所以也不知道自己所接觸到的是怎麼一回事，但只覺得說有一個固定的人可以陪著我，雖然那不是一個，在正常人看起來是一個很健康的關係，但至少對我來說那已經是相對，在我的生活，在我從 17、18 歲，或是在更早就逐漸越來越空

洞的生活裡面，那是一種我覺得，也是某種支持的力量……就我可能會追求越來越刺激的性愛或是用藥的經驗，所以我後來找了，就是從呼煙變成去用注射，然後也嘗試過很多，就是相對是比較複雜的性關係。(John)

研究參與者 Andrew (前居民) 用藥契機是家裡管理過於嚴格，後來找到機會去舞廳跳舞，因而接觸藥物。後續透過參加轟趴之方式持續接觸藥物，亦會以藥助性，進而深陷其中。

其實我們這個族群大概會以藥愛為主，所以，那當然在舞廳不可能，就是很單純，我那時候剛，剛接觸到，覺得，誒，可以好像，好像運動一樣，就是可以跳舞，又流汗，跳完又可以變瘦，所以我就覺得很開心，可以玩這樣子。那後來又接觸到藥愛，就覺得更好玩了這樣子。所以，所以我，所以通常我，我的玩法就是，可能一整天，一整晚啦，一整晚就是跳舞，一直跳舞、一直跳舞，跳到最後面累了，那假如真的可以遇到藥愛的話，我就會玩，這樣子。而且碰到藥愛這邊，我會覺得說可以認識更多的人，這樣子的話我就，誒，也不是說藥愛啦，跳舞也可以，跳舞可能我遇到喜歡的，我可能，想要去接觸、去觸碰他、去抱他這樣子，我覺得這樣可以認識人這樣子。(Andrew)

綜觀研究參與者之用藥原因，包括提振精神、緩解壓力、填補空虛、以藥助性、人際交流等，對於研究參與者而言，用藥對其造成傷害之同時，亦能帶來不同之價值，進而成為其生活中不可或缺之一部。

貳、建立目標

一、復元作為最重要目標

對於藥癮治療性社區之居民與工作人員而言，復元是最為重要之目標，此種認知深植於居民心中。而此種將復元至於首位之想法，亦展現出為行為負起責任之態度，此與修復式正義使加害者為其過去選擇負責之目標不謀而合 (Lanni, 2021; Sapp, 2024)。

希望說他至少走出社區大門的時候是可以光明正大很風光地走出去，這是我們大家一個共同的一個，一個目標。(Daniel)

其實我們來這邊主要都是因為要復元，要復元不只是身體、腦袋的復元，跟家庭也要修復。(William)

我們是吸過毒的人，沒有任何事比我們復元更重要，沒有任何事比我們復元更重要，對，即便是工作，我們沒有身心不夠健康，其實還是應付不來啦……所以是復元，都是復元走在前頭。(Robert)

研究參與者 William (居民) 相當認真地看待復元，此種態度不僅是對其本身，亦及於其他居民，顯現出復元於其心中之重要地位。

我們是來這邊復元的，你不要把這邊當作你的，好像遊樂園一樣，任意地糟蹋，每一個人都在很努力地復元。(William)

研究參與者 Robert(前居民)雖然擁有夢想，但經藥癮治療性社區之治療後，當想到自己的夢想時，復元目標皆會浮現。

因為我以前拍電影的，有沒有那個夢想，還在，還是有那個夢想，但是最少現在都會告訴自己不要急，都會告訴自己說我現在以復元為主，可以不要做那種賺那麼多錢的東西。(Robert)

二、探索不同的可能

除復元之目標外，藥癮治療性社區期望居民建立各自之目標，使居民於藥癮治療性社區中，甚至是離開藥癮治療性社區後，皆能有努力生活之方向。

目標，purpose，就是找到你的 purpose，然後你可以維持一個有意義的每日生活，那我相信這一塊就是，對很多人來說是很困難。(Elizabeth)

對於藥癮治療性社區之居民而言，用藥即佔滿先前之生活，往往處於無聊與用藥中之輪迴中，伴隨其他影響，使其無法追尋其他生命中之意義。

自己會用藥的情境我自己分析大概就是空虛啊、無聊啊、沮喪啊，是比較情緒低落的時候，就很容易去用藥。(John)

吸毒的人最怕就是閒，吸毒的人最怕就是空閒沒事做。(Robert)

當居民停止用藥後，若能使居民有其他可努力之目標，生活即不會只剩下藥物，亦較不易回到先前之生活型態。而藥癮治療性社區使居民建立目標的方法之一，是安排多元之課程與活動，使居民得接觸不同之事物，擁有不同之經驗，或能從中產生不同之影響。

多元另外一方面是希望讓他們體驗，或是讓他們接觸到越多越不一樣的東西……我們盡量多元，當然是希望可以透過這麼多不同的課程的安排，可以協助他們去找到，到底我想要做什麼，我未來可以做什麼，我能做什麼，然後去，去有一個，不能說很明確的 purpose，可是可能有一個方向，就是我開始去找這樣子……我們也希望在這裡他們有機會去 explore 什麼東西是我有興趣的，什麼東西也許未來是，也許是可以變成我的一個職業。(Elizabeth)

透過多元課程與活動所得建立之目標不一定完全明確，然確實使居民看見生命中之不同可能，使居民之生活不再只剩下無聊與用藥，縱使居民離開藥癮治療性社區後，仍有興致與勇氣進行不同之嘗試。

我是覺得每一堂課真的都有它，它的價值在，像運動方面或是比較手，手作啊，就是興趣培養方面的功能，興趣培養方面的課程我覺得就是讓自己嘗試著去發掘自己不同的可能性。(John)

只是我會覺得說，這樣子的，這樣子的安排會讓你發現你不只是只有用藥這樣這個事情而已，你可以，你真的可以去逛街。像我那時候常常去龍山寺，每次放假就會先去龍山寺，拜拜啊、走一圈啊、逛一逛這樣子，甚至深坑我也有去過，自己也會去這樣子。
(Andrew)

隨著時間推移，對於研究參與者 John (居民) 而言，在逐漸得掌握生活之情況下，原視作例行公事之課程變為有意義之日常行程，好好地完成課程成為其生活目標之一。

其實每堂課對我來說都滿有感觸的啊，當然一開始我也很多都，都覺得就只是在做例行公事的感覺，但就是越來越久，當自己的生活越來越，每一件事情都越來越清晰的時候，這些課程都變得，我覺得都很有意義，我現在就是很珍惜每一個時間。(John)

除安排多元之課程與活動外，工作人員亦會為居民訂定過往未達成之小型目標，使居民不致於在復元路上漫無目的地前進。研究參與者 Jessica (專業工作者) 對於想要中途離開藥癮治療性社區之居民，會為其設定存錢之目標，除可為居民本身累積一定資力外，更可使居民有繼續留在藥癮治療性社區中之動力。

有時候會用金錢來跟他們開個玩笑說，那不然你存到十萬再走，那不然你存到二十萬再走，齣因為賺錢就是等於你要累積時間嘛，所以其實就是一個目標，就也會提高他改變的動機。(Jessica)

目標亦可為人生所欲前進之方向。研究參與者 William (居民) 希望自己能獲得長期照顧服務人員之資格，同時亦報名國立空中大學選修班，此二目標是建立於其想要幫助他人之終極目標，欲透過考取資格與修習課程而習得照顧他人之方式與技巧。於工作人員之鼓勵下，幫助他人之終極目標成為 William 復元歷程中穩定前進之動力。

他上次跟我講說，那你，你那時候有答應說要去考長照，但是你到現在都還沒去考到，對啊，那我們現在，如果說你真的想要做幫助人的工作，那你先從讀書開始吧，對，於是我現在很積極的，我有要報名長照的考照班，然後我也要報名空大的選修班，對，就是，現在這兩個是我的重點，就是我可以好好地讀書，然後將來能夠，真的是，懂了一些幫助人的方式。(William)

所以我目前的，目前的目標很明確，非常的明確，就是我要把我的證照考出來，我要去報名空大，我要讀書這一塊事情，他們都知道，老師們都知道，他們也鼓勵我。(William)

參、價值衡量

對於藥癮者而言，用藥與否往往是單行道，只有選擇停下來，或是選擇繼續邁向用藥的深淵。目標設定對於藥癮治療性社區之居民而言，生活中將不再只有用藥，而是有其他可能性，此時於用藥與否之決定上，即有其他可選擇之道路。

因為你有，有一個方向，你有一個目標，你有一個努力的，努力的，努力的一個，一個，一個 direction 好了，一個努力的一個目標之類的，那他就是，我們就會往那邊，那其實復用這件事情，可能就，

或者是我們說使用物質這件事情，也許就不會是在他的人生規劃裡面。(Elizabeth)

工作人員會對居民灌輸設定目標之重要性，蓋對於藥癮者而言，藥癮治療性社區之要求較高，若未有前進之方向，居民容易半途而廢。

這就是我常常跟他們講的，他們要有自覺，你要今天很清楚說你來到社區你想要的是什麼，你才有辦法去接受這些東西。(Daniel)

據工作人員之觀察，當居民生活中開始有其他目標後（如讀書或工作），將不再輕易復發或中途離開藥癮治療性社區。

一旦他們開始有工作之後，相對他們就會比較穩定一點，但是當然工作上也會有工作上面的問題啦，可是我覺得至少他們有去讀書或工作的話，相對都會比較穩定，因為我們現在比較高階的住民，大概都是在工作上面都還算滿穩定的，然後有在讀書的學生也算是還滿穩定的。(Jessica)

使居民選擇不再用藥之原因，除生活中有其他選擇外，更為重要者乃目標本身所具有之價值，此價值不僅是達成目標後所可獲得者，亦包括於達成目標之路程上須付出或犧牲者。用藥雖對於居民本身有其價值，然當居民欲復發時，即會將先前所積累之價值納入考量，達成目標之價值與用藥之價值會被放上天平兩端進行衡量。此與居民進入藥癮治療性社區前之情形大不相同，彼時生活中尚未有其他可能性與目標，自然未有達成目標之價值，故天平往往向用藥一端傾斜；然進入藥癮治療性社區後，各種目標將逐步建立，甚至可能達成復元，斯時若居民選擇用藥，等同前功盡棄、功虧一簣，放棄已積累之各種價值，需要重新來過。因此，當居民有用藥衝動時，其曾經歷價值衡量之過程，不再用藥則有賴於價值之積累，研究參與者 Jessica（專業工作者）即以「珠寶盒」生動地描述此種概念。

當你找到了很多不同的人生的感覺跟人生的價值的時候，你可能就會開始衡量，到底你回去吸毒，要放棄這些價值值不值得？(James)

常用那個珠寶盒形容，齁你現在珠寶盒打開來，裡面空空（臺語），什麼都沒有，齁，所以沒有的話，如果今天失火，你這珠寶盒也不

會帶走，就丟了就算了對不對，就趕快跑，可是如果今天這個你的珠寶盒滿到滿出來了，失火第一件事，哦緊緊抱住它，然後衝啊對不對，你才不會把這個珠寶盒落下對不對，裡面那麼多東西，那你現在就想辦法累積你的珠寶盒，你現在珠寶盒打開都空的，沒有任何東西在裡面啊，沒有意義啊，你留這個空盒子幹嘛，那他們現在每天在這邊做的事情在幹嘛，就要累積珠寶盒裡面的那些珠寶嘛，對，啊三不五十拿出來看一下，哇我這裡面有什麼、我這裡面有什麼這樣，齁，然後每天放一點東西進去，像我們那些住了兩、三年的，他的珠寶盒可能都已經滿到滿出來了這樣子，滿了好幾個珠寶盒，所以現在叫他要去做犯罪，他不肯，為什麼？因為這些東西都是珍寶，他今天犯罪，他就失去一個珍寶、失去兩個珍寶，這些花了這麼多時間建立起來的東西，他不肯為那一口毒品把這些東西全部放棄，可是以前他是沒有這些東西啊，所以吸不吸毒有沒有差？沒差嘛，反正我吸了我也沒這些東西，對不對，那我有吸，我也沒這些東西啊，我根本沒有什麼可以失去的，可是現在不一樣啦，對不對。(Jessica)

這些種種的累積，就是他的珠寶盒裡面的東西越來越多，越來越有價值，越來越珍貴，不是那些塑膠的東西的時候，他就會覺得說，嗯，我覺得我需要繼續 keep 這個身分，這個身分對我很重要。(Jessica)

過往藥癮者與家庭關係通常較為不佳，藥癮治療性社區則致力於修復居民與家人間之關係，使居民看見家庭關係中之不同可能。對於研究參與者 Robert (前居民) 而言，其於進入藥癮治療性社區後始與家人修復關係，若再度用藥，則關係可能再次裂解，甚至無法看見外甥女長大，維持此種得來不易之感情即成為其願意捨棄用藥價值之目標。

你要有寄託啦，後來我的寄託就是我姊的小孩子，因為我不想讓他說他長大的時候，他也面對自己舅舅是一塊神祖牌。(Robert)

除考取資格與修習課程外，研究參與者 William (居民) 亦同樣以維持家庭之關係為目標，過往家人發現其用藥後，便將其送至其他戒毒村並搬離原居住地，William 便在用藥與失去家人間不斷循環，而進入藥癮治療性社區後，考取資格、修習課程以及維繫與家人之感情便成為其生活之重心，於價值取捨上，自然而然會放棄用藥，不再回到過往用藥之生活。

覺得就是把現在的事情放在我要唸書這件事上就好了，就是比較簡單、比較單純一點。(William)

我覺得海洛因，毒品這個東西，如果當我再碰它一次的時候，我的家人就會一個一個不見了，我不要再失去他們了，我已經失去他們很多次了，三次，他每次都是把我丟在那個村，他們就搬家，我不在他們住哪邊，都是用這樣的方式，所以，我希望這一次真的是我最後一次。(William)

研究參與者 John (居民) 則認為找到自己認同之價值為最重要之目標，若一個人未認知到自身之價值，則將不會有其他欲達成之目標，天平永遠會向用藥一端傾斜。

我覺得自控來自於自己知道自己的價值在哪裡，然後來自於自己願意去，為了自己所認同的價值去付出代價，才有可能自控，不然一個人很難長出自控能力，因為如果你沒有價值感，你根本就不會想要去追求任何事情，也不會想要去遵守任何事情，會覺得所有的遊戲規則都 bullshit 這樣，對，那你永遠都會活在被外界影響的環境中，那成癮就是理所當然會發生的事情。(John)

第三節 減少自我中心

過往居民藉由用藥獲得相應之價值，對於他人之付出往往視而不見，亦少有幫助他人之想法。於藥癮治療性社區中，使居民邁向復元之第三個改變，是減少居民之自我中心。提供走出自我中心之經驗是正向犯罪學之基本原理 (Ronel & Elisha, 2022)，於藥癮治療性社區中，居民將擁有兩種經驗，作為達成減少自我中心之途徑：一是藥癮治療性社區中「成為榜樣之訓練」，另一則是居民感受到「被幫助之溫暖」。以下將闡明此二減少自我中心之途徑。

壹、成為榜樣之訓練

藥癮治療性社區如何減少居民之自我中心，其一是社區中成為榜樣之訓練。藥癮治療性社區強調榜樣之重要性，每個人皆為他人之榜樣。利伯他茲治療性社區之工作人員即相當強調之，尤其是資深居民，應作為其他居民之榜樣。

我們說模仿學習嘛，大家都會學，壞的就會學壞的，有好的就會學好的，那身為高階學員，你當然就是一個好的標竿、好的模範，可以讓其他人學習。(Elizabeth)

待比較久的可能會做一個比較領導的動作，會帶領著他們繼續往前這樣子。(Michael)

工作人員對居民灌輸幫助他人之重要性，尤其是對於新進之居民，於工作人員之引導下，資深居民將會主動給予新進居民幫助。例如，新進居民必須到社區四樓退藥，等待身體回到常態，此時，資深居民將會陪伴新進居民度過入住初期身體較為不適之時間。資深居民亦將協助新進居民熟悉社區之規則與文化、分享自身之經驗等，使新進居民得較快適應之。

我們現在的有些，我們現在成人的住民有一些住比較久的了，我覺得住得比較久的人開始多了之後，他就比較能夠穩定整個社區的一個這個運作，所以有些新進來的人來的時候，他也比較能夠跳出來，先去想辦法讓這個新的住民可以適應，讓他不會容易跟別人起衝突，然後讓他知道說我們這裡的文化是什麼……所以他們就會去教，這也是我們告訴他們的，你必須要去協助，你舊生嘛，你是學長，你要去協助學弟啊，你要去協助這些新進來的。(Jessica)

我覺得隨著，如果住民住得比較久的人比較多，那他們因為有學習嘛，也有一些成長了，所以我覺得他們慢慢可以肩負，就很像是這個，我們講的這個高階住民應該要有的角色，他們可以去協助這些剛入住的人，或是協助其他的住民更去適應這個社區。(Jessica)

因為新入住的人都會住在我們的四樓，它是一個隔離套房，就是它是有廁所的，然後有監視器的……我們會有一個資深的學員會，晚上會陪伴在他旁邊就是，反正上面有床啦，我們會有放床墊在上面，他會陪他，那當然資深的學員就會讓他知道說我們這邊的環境是怎麼樣，然後有哪些規範，然後哪些他需要注意的地方，然後也就是聊，因為等於說資深的學員一定也經歷過他現在的狀況，對那他可能就會分享他的，他做一個經驗的分享，那這個也是希望可以協助他們適應得比較快啦。(Elizabeth)

遵守規範一直都是藥癮治療性社區所強調者，對於資深居民而言，更是如此。資深居民被要求遵從社區規範，按照流程行事，藉此成為其他居民之榜樣，其他

居民亦將受資深居民影響，進而形成社區之穩定。

他要能夠作為，就是說，我都有遵守這些社區規範，什麼時間幾點幾分要起床、幾點幾分要做什麼事情，然後我需要這個，我要那個我有怎麼樣，我有，我有用，呃比如說我要寫申請單，我，我有遵守社區的流程去做這件事情，那這些就是資深學員要能夠都做到……那資深學員就是最好的楷模跟典範，就是我得到我想要的，我只要遵守某一些流程、規範，慢慢地我就會得到我想要的，對，或是我們說，我需要的啦，就是他們就是一個前面，有點像前輩啦，然後這樣子我就可以怎樣怎樣，那我就要學模仿他們，或者是我學習他們這樣子。(Elizabeth)

表現良好之資深居民會被工作人員當作範例。例如，當有居民想要中途離開藥癮治療性社區時，研究參與者 Jessica（專業工作者）會以資深居民作為案例，藉此勸說居民繼續留在藥癮治療性社區當中。研究參與者 Michael（具復元經驗之工作人員）則會以各時期之居民為例，使新進居民對於未來於藥癮治療性社區之生活有明確的圖像，亦有努力的目標。

很重要是我們有很多已經住了一年、兩年、三年的人，都還沒有離區的這些人，然後甚至成為我們的工作同仁的，這些人都是最好的例子，我都會拿這些人跟他們講，你看看那個人，他現在都還在這裡對不對，他都已經待了兩年了，對不對，你才來一個月，你才來一年，才來半年就要走，你有像他一樣做到什麼什麼什麼什麼嗎？(Jessica)

你可以注意看他們來三個月了，這個是來三個月的，這個是來六個月的，這個是來一年，他們有不同的狀況，可是他們在看你，你在看他們的時候，你可以看出來三個月以後你就像他一樣，對，就會變成是跟他一樣，然後半年就會跟他一樣，大概是以這樣的導引的方式。(Michael)

除前述工作人員對居民灌輸幫助他人之價值觀、要求遵守規範外，資深居民從具復元經驗之工作人員身上看見未來所欲成為之模樣，因而盡力成為模範，研究參與者 William（居民）即是如此。

那時候也都沒有工作，就是一一直在社區裡面維護這個氛圍，維護社

區的一個秩序，維護社區的一種好像我是個楷模，我做得到的事情你們也要做到，就是有稍微有一點要求，對他們有點要求，因為這也是我從○○（具復元經驗之工作人員）身上看到的東西，那我想，我就沿用這一套東西傳承下去吧。（William）

他（具復元經驗之工作人員）其實他帶著我的時候，其實我從他身上學到很多，他都鼓勵我們說，真的去讀書去試看看，重新讀書在我們這個年紀會有不一樣的感覺，對啊，就是也是鼓勵我去做很多事情，對，但是我那時候，我那時候就想說我想跟你一樣在這邊工作，想要成為跟你一樣的人，對啊，所以你是我的目標啊，對啊。（William）

於努力成為榜樣之過程中，資深居民以行動帶動社區其他居民之行動，透過自身經驗瞭解其他居民之困難，進而給予相應之協助，此與過去自私自利之情形大不相同。過去藥癮者往往被藥物蒙蔽了視野，只看見於用藥過程中快樂的自己，無視用藥行為帶給他人之苦痛。縱使想要改變，最終仍會再次掉入用藥之深淵，進而不斷循環，似永無停止之日。然而，進入藥癮治療性社區後，藥物不再影響居民之思考，並在成為榜樣之訓練中，學會幫助他人與互助，從而逐漸減少自我中心。

我以藥癮者來講，以前藥癮者的心態是自私的，自私的，什麼事情只有想到自己，然後可以為了藥然後棄家人而不顧，為了藥妻離子散的一大堆。所以說來到這邊，我覺得互助也是一個很重要的一個環節，在你有這個能力能夠幫助其他人的時候，你要來幫助其他人。（Daniel）

為什麼他們會從很自私只顧自己，到最後他們會願意幫助別人，是因為他們從這個當中得到被幫助，然後真的改變他們自己……就是改變是可能的，我都可以做到，你也可以，我們是透過這樣子的方式，那我以前也是，我以前比你更慘，可是我都能夠站起來了，那現在你一定也可以，齣那種感覺啦，對啊，然後真的他自己曾經體驗過嘛，所以他當然會知道這件事是可行的，所以他才會願意去做嘛。（Jessica）

研究參與者 William（居民）之思考亦展現出其已成為一位利他主義者，縱使作為較資深之居民，仍對於其他居民平等視之，甚至捨己為群，願意做最不受

歡迎之工作，且在其他居民需要時，能夠成為聆聽者，傾聽他人之煩惱，並給予安慰。

我記得甚至我到 A2 最高等級的時候，我兩年的時候，我還是，倒垃圾的時候我還是拿廚餘筒衝第一個，就是我不會讓新來的人去拿廚餘筒，因為我不覺得我們自己是因為來比較久就可以不用做這樣的事嗎？不是，是我們反而更應該做更多的事情，因為我們有責任，我們有責任做給後面的人看。(William)

所以我必須當個聆聽者，甚至我要懂得方式去安慰他，這是我一直以來我就會的事情。(William)

貳、被幫助之溫暖

作為嘗試復元之藥癮者，居民理解若欲自藥癮之禁錮中解放，談何容易。研究參與者 Robert（前居民）即以跳樓者比喻藥癮者之處境，凸顯幫助藥癮者復元之困難程度。

因為毒品說到底他沒有被害人，被害者是你自己……你如果要救一個溺水的人其實那是很簡單的，你給他一個浮木，一個救生衣，他就浮起來了，你要救一個吸毒的人很難，那感覺就很像是說，你在救一個跳樓的人，而且他已經跳下來了，你不是被他拖下去，就是他靠他自己爬起來，然後我們的每一天的生活就是一樣，對。你有的時候就像，就像我們連作夢的時候，都會夢到吸毒，真的，那個，真的，那個真的是會這樣子。(Robert)

然而，縱使復元之路漫漫，且重新用藥是常態，仍有人願意對居民伸出援手。陳玥華(2019)之研究即發現，晨曦會之成員將瞭解仍有人會懷著善意與其相處。本研究亦發現類似之情形，此構成藥癮治療性社區使居民減少自我中心之第二種途徑，即讓居民感受到被幫助之溫暖。過往尚在用藥時，研究參與者 Andrew（前居民）為了參加轟趴並用藥，無所不用其極，不惜欺騙家人，只為自己之快樂。

幾乎我都是參加轟趴出來的……當然之後因為越玩越上癮了嘛，上癮之後當然就會開始騙家裡說，啊晚上有事情，真的事情，要去上班或幹嘛幹嘛這樣，變成，因為大部分的活動還是在以晚上為主啊，白天真的會比較少，沒有人在白天玩，玩，玩這樣子的東西。

然後，所以我就騙成功之後，就晚上可以出去玩了，那再來就是，就是假日也玩，幾乎我三五六日都在玩藥這樣子。甚至到最後，除了玩藥之外，我還自己，自己開趴，當趴主這樣，玩到這種地步這樣。(Andrew)

而進入藥癮治療性社區並完成階段性之治療後，Andrew 持續於利伯他茲教育基金會服務，然而後續曾經歷復發，最後在藥癮治療性社區工作人員與基金會其他成員之勸說與幫助下，重回工作崗位。經歷此次復發，Andrew 明白他人已竭盡所能給予幫助，不願再次造成他人困擾，故當經歷用藥渴求時，便會設身處地為他人著想。對於曾幫助過自己之工作人員，願意站在工作人員的立場，思考若再次用藥將對之造成的困擾，用藥之衝動最後未轉化為行動。

這邊的生輔員講了一句話，再不回來就要出事了，你可能就會出事了這樣子。因為我心裡想說，對，沒錯，我每次都是，因為以我的個性就是玩下去就一直玩一直玩一直玩，就是這場玩完之後再繼續約，一定要約到就對了，可是那時候其實我已經很危險，我已經很久沒有在，半夜在外面流，流浪，遊、遊蕩這樣子，所以那時候才意識到，唉我怎麼又回到以前的生活？半夜出來這樣子，看到警車都會很緊張，自然而然很緊張這樣子，所以我就覺得說，他這句話提醒了我說，好，好像真的要出事了，所以，那他們又很保證了說，我回來他們會怎麼樣，做怎麼樣的處理，包含我的工作可以讓我繼續做，然後，只是說我可能先，要一段時間回來等把藥退掉，才可以繼續工作，或者說要再做哪些事情來彌補。(Andrew)

我上次復發其實，不單單這麼簡單就是復發，我剛剛有說過嘛，他，他答應我要繼續保有我的工作嘛…就是上面主管為了我也，也吵過架這樣，讓我覺得很不好意思這樣子。所以我這次，到現在目前為止當然就比較好一點了，就是我都會想到後果這樣子，不是我自己的後果，是別人，會造成別人的什麼後果這樣子，對。我自己後果當然很簡單啊，就是頂多最壞打算就是被抓，就再去關嘛，可是其他人影響到，我現在的主管，可能就會影響到我現在的主管或是社區的人，因為社區他們等於就是說是擔保我，擔保我，擔保我的事情，所以讓我可以去工作，他們就是，應該是說我可以工作都是因為社區他們擔保我說，我可以出來了，所以他們才讓我出來這樣子。(Andrew)

具復元經驗之工作人員所帶來的幫助是使居民減少自我中心之重要要素，蓋具復元經驗之工作人員曾經歷過用藥與復元之痛苦，對於居民較能以同理心之角度給予協助，當居民得接受此種具同樣經驗者所帶來之體諒與協助時，便會開始擁有同理心，從自身之經驗出發關照他人。

因為他是一個過來人，所以他可以用一個同理心的角度去告訴我們為什麼要這樣子做……這邊的工作人員給我最大的影響，其實就是像○○（具復元經驗之工作人員）這樣子的角色，或者像○○（具復元經驗之工作人員）、像○○（具復元經驗之工作人員），因為他們都是有經歷過的人，我覺得有經歷過的人的經驗，對我來講影響比較大。（James）

當然你跟我的背景不會是相同的，但生命，讓我們兩個的生命一定是有一些地方是重疊、是一樣的，那就是那個時候的話就有共鳴，對。就像我面對到海洛因的同學的時候，其實他們的困難點在哪裡，是我可以知道的，那很痛苦，哦那真的是很痛苦，那真的很恐怖，他退藥的時候真的是驚死人（臺語），海洛因。那安非他命它，其實後，後續帶來的憂鬱、暴力啊、幻聽幻覺，那個我也經歷過，那個我也經歷過，所以大概也知道，就是比較多包容嘛。（Robert）

然後能夠幫助人就幫助人，不行的話也沒關係，幫不了忙，陪伴、聆聽也是一個很好的方式，這是我現在的生活態度。（William）

此外，幫助並不限於工作人員與其他居民，來自外界社會之付出亦得促成居民減少自我中心。研究參與者 James（居民）目前除參與藥癮治療性社區之治療外，亦同時在利伯他茲教育基金會協助募款相關工作，其於募款之過程中感受到來自社會大眾之支持與關懷，當後續經歷用藥渴求時，便會想到此些曾幫助過藥癮治療性社區之民眾，進而使其停止用藥之衝動，不再復發。

我要去各大的，我要去各大的那個，那個公家機關還是什麼，那邊有很多人，我要去告訴他說我是一個毒癮患者，這邊是更生人，對不對，我們都是該死的人，對不對，但是你們為什麼要幫助我？為什麼我們這個治療性社區有這個存在的必要？為什麼你幫我們去買這個咖啡，我們保護管束青少年的咖啡，你一百包咖啡可以繼續幫助我們的咖啡廳可以繼續營運下去，而他們到最後聽完發現說，誼這個真的是需要支持的時候，他們會來買東西，買完了之後，當

你真的有的時候渴癮發作的時候，你偶爾想想看這些人，他還是願意不計前嫌地願意幫助你，那一種樣子的時候，你就會想，你不應該辜負這些人的好心。(James)

由於接受他人之幫助，感受到來自他人之諒解與關懷，藥癮治療性社區之居民除於快復發前會想到來自他人之善意外，亦逐漸學會關照社區以外之藥癮者，甚至學會感恩，而非如同過往將自己禁錮於用藥之世界中。

那，很可惜的是我朋友每次，他們都是使用完才跟我聯絡，對啊，就滿心疼的。其實我也看過很多弟兄跌倒，每一個弟兄跌倒都覺得，很為他們惋惜，可是，我很慶幸的是他們都還活著，因為我有不少朋友已經打藥死掉了。(William)

要不然以前都我很憤世嫉俗，因為我過去的傷痛沒被解決嘛，對，所以，但現在不會了，現在每一天活著就是很感恩。(Robert)

在工作人員與其他居民，甚至是社會大眾之幫助下，居民不僅改變自私之想法，且不再自怨自艾，更認知到自己是個活生生、獨一無二的人，是具改變潛力者，並與家庭、他人乃至整個社會緊密連結，而非被排除之對象。當居民得對此有所認知時，復元歷程將更加穩定。

讓他開始能夠體會到，他其實是一個人，他不是垃圾，對，他是有名字的，他說他叫某某某，而不是一個代號，叫一二三四，在監獄裡面的一個號碼，對，那他的人生是可以改變的。(Jessica)

我覺得他們比較不會那麼自私啦，就是他們比較會去想到就是復元這件事情不是只是他自己個人的事情而已，而是跟整個家人有關係的，就是他的行為其實會影響到別人的，他們以前可能只會覺得說我吸毒我的事啊，他大不了不要住在家裡面，我根本沒有關係就好了嘛，可是他不知道我們是一個連帶的關係，對不對，但是他們現在就比較能夠去體會就是說，他所做的、說的一切，是怎麼樣去影響到他跟家人的關係，對，然後怎麼去傷害別人，甚至傷害他自己，對，所以他需要，他需要去認錯、悔改、彌補別人的同時，他其實也需要去彌補他自己，或是原諒他自己……很多想法也會不一樣，不會像以前那麼的自私，或是那麼的偏激啦，就覺得全世界對不起我，要不是我爸這樣我也不會去吸毒，要不是我媽這樣我也不會吸毒，啊你自己都沒有責任喔？人家有拿刀拿槍逼你吸嗎？對不對

夠，可是他們現在比較不會這樣想，他們會覺得說，這些都是他自己的選擇啦，對，當然家人可能在這個當中也會有一些貢獻，一定的啊，家人可能照顧不周啊什麼什麼的，但是他們會知道說，這他們也經歷了，對啊，而且他自己也是成年人了啦，其實他還是要為自己的行為負責。(Jessica)





第六章 結論、建議與限制

治療性社區或許外在看到它是一個封閉的、把你關起來的地方，
但實際上它沒有真的把你關起來，能夠去把你自己關起來的
只有你自己，也只有你自己可以把那個門打開。

—— 研究參與者 Robert

有關藥物使用之各個層面將持續改變，出現越發強效之合成藥物（synthetic drugs）已是可預見之未來（Volkow，2024）。面對千變萬化之藥物型態，於政策上除減少獲取藥物管道等策略外，擴展不同治療模式並對各該模式深入瞭解格外重要。本研究所探討者乃藥癮治療性社區之概念，並透過訪談利伯他茲治療性社區之工作人員、居民以及已復元之前居民，嘗試對復元歷程進行建構。本章將先闡明本研究之研究結論，綜整蒐集文獻與分析資料後所得之結果，再根據本研究之研究成果，提出相關之建議，供學術研究者與實務工作者參考，最後則說明本研究之研究限制。

第一節 研究結論

壹、充滿希望的人本治療模式

藥癮治療性社區作為一種藥癮治療模式，採取不同以往之治療方式，其以復元為目標，透過社區本身與居民間之團體動力（Perfas，2014），達成全人之改變。藥癮治療性社區所具備關於「違常」、「人」、「復元」、「正確生活」之觀點，事實上皆圍繞於藥癮者本身：關於違常之觀點強調全人違常之概念，藥癮僅是人各種問題之表現形態（Mitchell，2024），故應將改變之重點置於藥癮者本身；關於人之觀點指出人具有改變之潛力，且應對於己身之所作所為承擔責任（De Leon，2000）；關於復元之觀點著重於人各種面向之改變，包括行為、態度、情緒、價值觀等（De Leon，2000），同時強調居民自助與相互自助之重要性（De Leon，1999b；Perfas，2018），並認為復發並非失敗，而是改善之機會（Carroll，2009；De Leon，1993，2000；Perfas，2004，2018；Trujillo，2023）；關於正確生活之觀

點則提供了健康的價值觀，使居民得以遵從。可以說，藥癮治療性社區就是一種充滿希望的人本治療模式，在認為人有改變潛能之前提下，將治療重點置於居民本身之改變，並試圖透過各種正向經驗，包括來自居民之相互幫助、工作人員之關懷、完成工作之成就感等，使居民於無藥、無暴力之環境中，達成正向之改變，此與正向犯罪學試圖透過正向經驗帶來改變之方式不謀而合（Ronel & Segev，2014）。同時，藥癮治療性社區鼓勵居民承擔責任，並試圖使其與家人等修復關係，故屬解決加害者責任以及關懷社區此二需求之修復式實務（McCold，2000）。

貳、與時俱進之發展

藥癮治療性社區最初發源於美國，以治療海洛因成癮者為主，後續逐步擴張至歐洲，乃至世界各地，並收治其他形式之藥物使用者（De Leon，2003a，2003b；De Leon et al.，2021；Glaser，1981；Kaloterakis，2019；Perfas，2014）。同時，隨著研究與實務之進展，藥癮治療性社區逐步發現藥癮者非同質群體，各有其治療需求（Carroll，1992）。根據本研究之整理，藥癮治療性社區具多種類型，包括女性治療性社區、青少年治療性社區、具精神相關問題藥癮者之治療性社區、監獄治療性社區、減害治療性社區、宗教治療性社區，近年尚有創傷知情治療性社區之倡議（Perfas，2019）。另有諸多修正與調整，如美國之藥癮治療性社區所採用的工作人員多是自藥癮治療性社區完成治療者，歐洲之藥癮治療性社區則偏向採用專業工作者，至於本研究之研究場域利伯他茲治療性社區，則兼採專業工作者與具復元經驗者之方式。可見藥癮治療性社區採取滾動式調整，隨著治療需求而變動治療方式，並以多元之方法幫助居民邁向復元，屬富有彈性之治療模式。

參、本土個案復元歷程之建構

或許就如叔本華（Arthur Schopenhauer）在《作為意志和表象的世界》（Die Welt als Wille und Vorstellung）中所提到：「所以人生是在痛苦和無聊之間像鐘擺一樣的來回擺動著；事實上痛苦和無聊兩者也就是人生的兩種最後成分。」⁹³（石冲白，2016，頁411），深陷藥癮即是於無聊與痛苦間來回之歷程。然而，藥癮治療性社區之工作人員與居民偕同藥癮者前進，開闢復元之路，使藥癮者最終得以

⁹³ 原文：“Sein Leben schwingt also, gleich einem Pendel, hin und her, zwischen dem Schmerz und der Langeweile, welche beide in der That dessen letzte Bestandteile sind.”

擺脫痛苦與無聊之循環。本研究訪談利伯他茲治療性社區 3 位居民、2 位已復元之前居民以及 5 位工作人員，以瞭解藥癮治療性社區之居民如何自上癮到維持戒除，並達成各方面之成長與改變。分析結果發現，居民是透過「建立穩定性」、「取代用藥之價值」以及「減少自我中心」此三個改變以朝向復元邁進。

首先，居民是透過建立穩定性以邁向復元，又穩定性可分為「環境穩定性」、「生理穩定性」、「關係穩定性」、「情緒穩定性」四者，以穩定性稱之，乃相對於過去居民用藥時不穩定之狀態。環境穩定性之部分，於居民願意進入藥癮治療性社區後，藥癮治療性社區本身為安全之環境，與過去之研究發現相同，此種環境使居民無接觸藥物之機會（安辰赫，2003；黃亦凡，2022）。同時，藥癮治療性具備規律之作息、明確之規則、開放與接納之態度，且容許藥癮者復發，從中可見正向犯罪學所強調對話、包容、接納之精神（Ronel，2013；Ronel & Segev，2014），於此種正向環境中，居民之改變可穩定發展。生理穩定性之部分，藥癮者於進入藥癮治療性社區後將先停止用藥一段時間，使生理機能逐步回復，後續透過社區之運動課程，維持己身之健康，甚至得從中獲得成就感。

關係穩定性之部分，居民將與其他居民、工作人員、家人建立關係。居民與同儕建立友誼，復元路上不再孤單，得於社區中相互幫助，並學習如何與他人共處。同時，在與其他居民之關係中，使居民感受到人生不只有藥物，看見生活不同之可能。此與過去研究發現在藥癮治療性社區內之友誼有助於復元的結果相符（Dekkers et al.，2020；Ronel et al.，2015）。居民與工作人員建立關係後，開始接觸不同於用藥之價值觀，在工作人員之回應中感到溫暖與自信，並獲得復元經驗之傳承。至於與家人之關係，則是透過藥癮治療性社區之活動與工作人員之協助，關係逐漸修復，互動漸趨平穩，較不會有衝突與摩擦，此展現修復式正義修復傷害與重建關係之目標（Sapp，2024）。情緒穩定性之部分，過往居民多擁有負向情緒，此往往是用藥之開端。然進入藥癮治療性社區後，開始擁有情緒抒發之出口，如可對工作人員傾訴、與實習心理師諮商等，並在課程中逐漸習得開口表達之方式。於情緒漸趨穩定後，居民將開始反思過去與未來，逐漸能接納自己。此類似於過去研究發現藥癮治療性社區之居民將透過廣大支持面對情緒，進而達成情緒成熟（Ronel et al.，2015；Ronel，Elisha，et al.，2013）。

其次則是透過取代用藥之價值以邁向復元。用藥縱使會帶來傷害，對於居民而言仍有其價值。此與許春金等（2022）之發現類似，其對 42 位核心犯罪者進

行半結構式訪談，結果發現藥物雖帶給核心犯罪者不正常之作息、身高縮減、口腔疾病、肝炎、心理疾病等健康問題，但藥物本身對於核心犯罪者亦有其效用，如緩解疼痛、減肥等功效。而於本研究中，除生理之效用外，用藥亦有緩解情緒、帶來快樂、提振精神、強化性行為快感之效果。藥物對於藥癮者而言蘊含極大的價值(Pickard, 2024)，承認用藥對於藥癮者之價值始能解釋人為何上癮(Pickard, 2021)，亦較能協助其邁向復元。於藥癮治療性社區中，居民將建立復元目標，並透過課程、活動等使居民探索生命之不同可能，從中建立其他努力之方向，進而減少復發之機會，此發現與賴晴蕙(2018, 頁 73)之研究結果相同，其指出若藥癮者得找到生活之目標，便不會再陷入復發之循環。蔡佩真(1990, 頁 96)之研究亦指出，當藥物自生活中去除後，若生活未有其他目標與方向，對於藥物之依賴無法轉移，終將重蹈覆轍。至於當中之機制，乃居民於追求目標時將付出相應之代價，並於達成目標時將獲得一定之回饋，當面臨復發與否之選擇時，居民將對追求目標之價值與用藥之價值進行價值衡量，最終由其他價值取代用藥之價值，進而不再復發。

最後，居民透過減少自我中心邁向復元。此與過去研究所發現者一致，居民於藥癮治療性社區中，將逐步減少其自我中心(Ronel et al., 2015; 陳玥華, 2019; 萬淑民, 2022)。而本研究進一步發現減少自我中心之途徑有二：一是藥癮治療性社區中成為榜樣之訓練，社區相當強調成為榜樣之重要性，資深居民應成為他人之榜樣，於如此訓練下，居民將逐漸學會幫助他人，成為其他居民之帶領者；另一則是居民感受到被幫助之溫暖，居民於藥癮治療性社區中，持續接收來自他人無止盡之關懷，於潛移默化之影響下，逐漸不願辜負他人之幫助，開始擁有同理心，並不再自怨自艾。

綜上所述，藥癮治療性社區之居民將於社區中(1)建立穩定性，包含環境穩定性、生理穩定性、關係穩定性、情緒穩定性；(2)取代用藥之價值；(3)減少自我中心，透過此三者邁向復元。若以時間作為軸線，則其出現之時序應為：(1)建立環境穩定性與生理穩定性；(2)建立關係穩定性與情緒穩定性；(3)取代用藥之價值；(4)減少自我中心。如下圖 6-1-1 所示，當居民自願進入藥癮治療性社區後，將開始逐步建立其環境穩定性與生理穩定性；其後與其他居民及工作人員建立關係，並在社區活動與工作人員之協助下，漸漸地與家庭修復關係，同時工作人員與社區亦提供抒發情緒之管道，使情緒漸趨穩定，情緒穩定性因而

建立；接著認知到復元之重要性，並在社區之課程與活動等接觸生命之不同可能性，逐漸建立其他目標，進而取代用藥之價值；最後則是在逐漸成為資深居民，接受成為榜樣之訓練，以及長期感受到他人之關懷下，減少其自我中心。

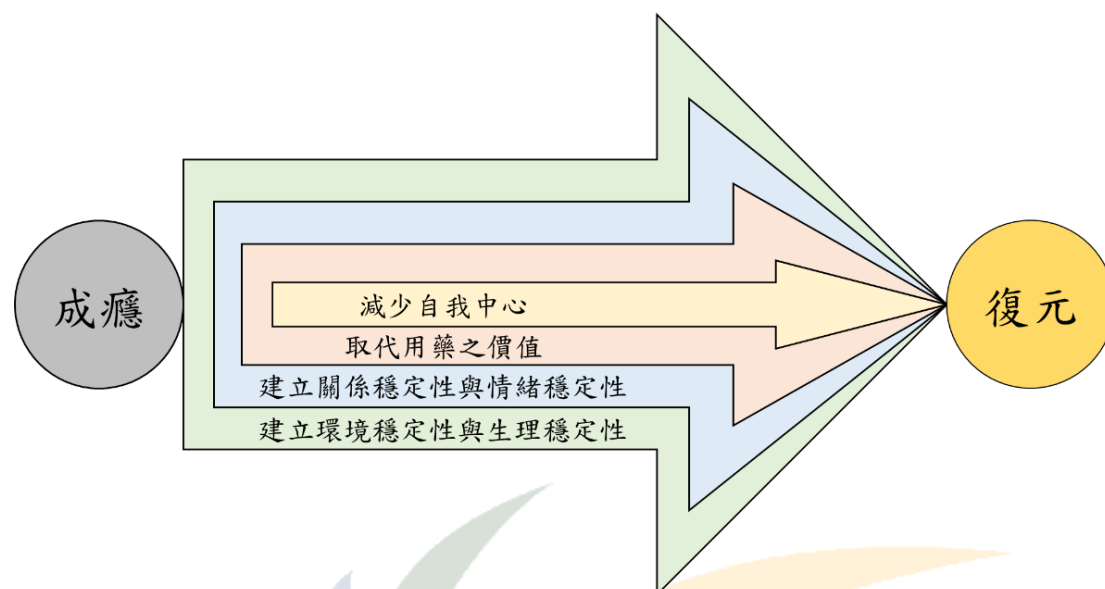


圖 6-1-1 本土個案復元歷程

第二節 研究建議

壹、發展上應因應不同需求而細緻化

如本研究第四章之介紹，藥癮治療性社區具各種類型，如女性治療性社區、青少年治療性社區、減害治療性社區等，究其原因，乃不同群體藥癮者之治療需求各有不同。我國目前之藥癮治療性社區有其各自之特色，如運用福音戒毒、強調減害等，方向上可資贊同。未來於發展上，本研究認為政府應透過相關計畫持續補助，協助未有藥癮治療性社區之民間戒癮相關單位發展此種治療模式，以及鼓勵現有之藥癮治療性發展各自之特色與服務，針對不同群體藥癮者之需求而細緻化。相關研究亦提出類似之看法，如丁誼萱（2024，頁 108）建議未來藥癮治療性社區可依照不同群體之需求，提供相應之服務或治療；陳重叡（2024，頁 84）建議政府應協助逐步發展修正型治療性社區，針對特定族群或需求，如遊民、女性、共病患者、青少年等提供更為精緻與專業之服務。

此外，本研究於訪談過程中，發現青少年居民與同志居民有其特殊之需求。如青少年有其就學需求，且與成年居民相處上有其困難；同志居民則存在藥愛（chemsex）議題，藥愛意指透過藥物以提升性接觸之興奮與愉悅度（吳孟姿，2024），此乃於復元歷程中須著手處理者。近期研究亦針對各種類型之居民提出相關之研究建議，如朱詩馨（2023，頁 58）以及朱詩馨等（2023，頁 48）建議對女性藥癮者於藥癮治療性社區中之相關復元因子進行研究；丁誼萱（2024，頁 107）則建議可針對青少年藥癮者與成人藥癮者是否混合收治進行研究。本研究肯認對於不同群體進行研究之建議，且除女性居民與青少年居民外，本研究認為多元性別族群（LGBTQIA+）之復元經驗與需求亦值得深入探討（類似看法，可見 Martinelli et al., 2023）。因此，未來研究應針對不同群體藥癮者於藥癮治療性社區內之各種議題進行更為細緻之討論。

貳、執行上應注重改變意願之提升

促使藥癮者選擇復元而非持續用藥之原因者眾，如生活變得難以忍受（unbearable）即為原因之一（Chen, 2010），故使藥癮者有意願改變之原因不一而足。相關研究則指出提升改變意願之重要性，如於蔡田木等（2013）之研究中，其研究參與者認為，若欲戒癮成功，則須激發藥癮者自願戒癮之意願；陳冠樺（2022）之研究發現，酒癮者是否有改變之意願，將影響後續戒癮狀態之維持。此外，針對藥癮治療性社區治療成效之研究，結果大多顯示居民於藥癮治療性社區中治療越久，後續復元之效果越好（如 Dekel et al., 2004；朱詩馨，2023；朱詩馨等，2023）。故本研究認為，藥癮治療性社區於執行上應著重於如何提升居民改變之意願，使居民願意持續留在藥癮治療性社區中進行治療。

參、處遇上應強化居民之後續照護與持續支持

藥癮者回歸社會後仍需要延續性之協助與輔導治療（李宗憲，2010），對於藥癮治療性社區之居民而言亦是如此。雖然不同於十二步驟團體，藥癮治療性社區之居民無須終身參與之（Best et al., 2017），然對於初出社區者而言，後續照護與持續支持對其復元仍相當重要。於本研究中，有研究參與者表示，縱使離開社區後，藥癮治療性社區工作人員之定期關懷，對其復元產生莫大之助益。其他研究亦指出後續照護之重要性，如李宗憲（2010，頁 159）之研究即發現，藥癮

治療性社區之居民離開社區後，仍期待可與治療師討論自己的問題，故心理輔導與治療資源之延續是居民認為離開社區後所面臨最大的問題。此外，吳耘嫻與陳心怡（2018）訪談藥癮治療性社區、中途之家、後續追蹤服務型機構之 8 位社會工作者，結果發現藥癮治療性社區之工作者難以繼續進行後續追蹤服務，形成服務中斷之結果（吳耘嫻、陳心怡，2018，頁 29），可見藥癮治療性社區欲提供後續照護、給予持續支持有其困難。據此，本研究認為，未來於實務上應探尋後續追蹤之有效策略，並強化後續照護與持續支持，使居民於離開藥癮治療性社區後，仍得繼續穩定復元。

肆、研究上應納入發展與生命歷程犯罪學以及復元資本之視角

發展與生命歷程犯罪學對於犯罪學與刑事政策思想帶來重大之影響，其認為個人之生活經驗能影響生命趨向或轉折，甚至是影響犯罪或不犯罪（許春金，2007，2008）。除本研究所著重之正向犯罪學與修復式正義觀點外，對於復元歷程之探究而言，發展與生命歷程犯罪學之觀點應值借鑑，蓋得藉此瞭解藥癮者選擇用藥與不用藥之轉捩點、上癮與復元之軌跡等，故未來研究可加入發展與生命歷程犯罪學之視角（如 O'Connell et al., 2007）。除納入發展與生命歷程犯罪學之觀點外，於復元歷程之研究中，亦可加入復元資本之概念（如 Gosling, 2018b），以瞭解於復元歷程中，已復元之前居民如何積累復元資本並以此滿足其需求，以及負向（negative）復元資本如何阻礙正向改變之可能性。復元是漸進非線性之過程，需要積累足夠之資本，以維持最初之改變決定（Collinson & Best, 2022），復元資本之視角即可作為解釋復元歷程之另一取徑。近期對於復元亦有兼容生命歷程觀點與復元資本概念所進行之研究（如 Patton & Best, 2024）。綜上所述，未來對於藥癮治療性社區居民進行復元歷程之探究時，本研究建議可納入發展與生命歷程犯罪學以及復元資本之視角，期能提供更為深入之解釋取徑。

伍、社會上應減少對於藥癮者之汙名

社會大眾對於藥癮者之看法，大多採取批判、非難之態度，然若社會無法停止對於藥癮者之汙名化，則將加劇復發之循環。所謂汙名，是對於被認為屬於不良群體（undesirable group）者之不利態度、信念與政策（Van Olphen et al., 2009）。

正如林正昇等（2013）所提醒，用藥可能是社會排除下用藥者採用「對於拒絕者的拒絕」之生存策略，本研究於訪談後發現，有些藥癮治療性社區居民選擇用藥之原因，是由於不為社會其他群體所接納，從而被迫轉向用藥群體，進而上癮。誠然，過去已無法改變，但人的未來有改變之可能，藥癮者亦是如此，若社會仍排除曾用藥者復歸社會，則已復元者將可能重回用藥之老路，落入永無止盡之復發循環。故社會上應減少對於藥癮者之汙名，創造接納與包容之環境，始能使已復元者重新融入社會，不再投向藥物之懷抱。

第三節 研究限制

壹、研究場域之限制

本研究是以利伯他茲治療性社區為研究場域，其屬都市型藥癮治療性社區，且非宗教導向，此與我國藥癮治療性社區大多位於交通較難到達之處或以宗教導向為主之情形不甚相同，故本研究所得之分析結果與其他藥癮治療性社區之情形可能有相當之差距。事實上，此是必然之結果，蓋每個藥癮治療性社區各有其氛圍與文化，服務對象與運作型態皆有其差異，不可一概而論。據此，本研究建議，未來研究可針對我國各個藥癮治療性社區居民之復元歷程進行研究，藉此充實居民復元歷程之相關討論，並從中瞭解各自發揮治療成效之機制；此外，未來研究可針對我國各個藥癮治療性社區之運作情形進行較為深入之比較研究，如社區文化、居民相處情形、有無宗教之影響等，針對相同與相異之處進行分析，俾使學術研究者與實務工作者對藥癮治療性社區之發展現況具更為全面之理解。

貳、研究參與者之限制

本研究之研究參與者為利伯他茲治療性社區之居民、前居民與工作人員。其中，就居民與前居民而言，本研究設下 18 歲以上之抽樣限制，以成年居民與前居民為研究參與者，然利伯他茲治療性社區中，另有收治 18 歲以下司法單位轉介之用藥者，本研究未以青少年居民為研究對象，無從理解青少年居民之復元歷程以及其是否與成人之復元歷程有所差異，乃本研究之研究限制。另外，利伯他茲治療性社區僅收治男性藥癮者，未有女性居民，故亦無法瞭解藥癮治療性社區

中女性藥癮者之復元歷程。據此，本研究建議未來研究可針對青少年居民與其他藥癮治療性社區之女性居民進行研究，以充實對於青少年居民與女性居民復元歷程之認識。

參、研究方法與時間之限制

本研究對 2 位前居民、3 位居民與 5 位工作人員進行半結構式深度訪談，然復元歷程是動態、隨時間改變之過程，若以縱貫性研究為之，並輔以其他資料蒐集方法，可獲得更為全面之資料。本研究囿於研究時間上之限制，未採取縱貫性研究之方式，故本研究建議未來研究於研究方法上可採取縱貫性質性研究（longitudinal qualitative research, LQR）。縱貫性質性研究相較於普通之質性研究，增加了時間之面向，使用於不同時間點所創建之質性資料，透過多次資料蒐集，以瞭解隨時間發生之變化、研究參與者與此類變化之關係以及研究參與者對這些變化之理解，通常是透過追蹤設計（panel design）而進行（Bennett et al., 2020；Farrall et al., 2016；Lewis, 2007；Vogl et al., 2018）。未來針對復元歷程之研究，可加入縱貫性訪談以及參與觀察法，甚至可納入徵求日記法（solicited diary methods）（Milligan & Bartlett, 2019），以蒐集橫跨復元歷程前後之資料，進而形成更為細緻之理論。

肆、研究討論面向之限制

本研究所著重探討者，乃藥癮治療性社區居民之復元歷程。然如同眾多研究所述，復發為藥癮者之常態，藥癮治療性社區之居民亦不例外，本研究於進行訪談後發現，許多居民有復發之情形。因此，除藥癮治療性社區居民之復元歷程外，本研究建議未來研究或可從另一角度出發，探究藥癮者接受藥癮治療性社區之治療後，其復發之經驗、原因與歷程（類似研究，如陳玟如，2004）。同時，由於非所有藥癮者皆會再次用藥、進入復發之循環（江振亨，2003），故可於探究藥癮治療性社區之居民為何與如何復發後，再與完成藥癮治療性社區之治療且未再用藥者進行比較，藉此瞭解造成復發與否之因素，以利復發之預防。



參考文獻

一、中文部分

- 丁誼萱 (2024)。探勘少年藥癮者在治療性社區處遇之研究 (碩士論文, 國立中正大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。 <https://hdl.handle.net/11296/q889qj>
- 內政部警政署刑事警察局 (2023)。中華民國 111 年中華民國刑案統計。內政部警政署刑事警察局。
- 方偉達 (2018)。人文社科研究方法 (初版)。五南圖書出版股份有限公司。
- 王文科、王智弘 (2010)。質的研究的信度和效度。彰化師大教育學報, (17), 頁 29-50。 <https://doi.org/10.6769/JENCUE.201006.0029>
- 王文科、王智弘 (2020)。教育研究法 (增訂十九版)。五南圖書出版股份有限公司。
- 王方濂 (1987)。從法律觀點談藥物濫用問題。醫事法學, 2 (4-6), 頁 133-135。
- 王正嘉 (2004)。刑事司法上被害人保護及其與犯罪人關係——一個批判的省思。月旦法學雜誌, (110), 頁 125-143。
- 王正嘉 (2015)。修復式司法理念在臺灣之實踐、檢討與展望。載於陳漢文、張克強、黃于玲主編, 更生保護 70 週年論文集 (頁 67-80)。臺灣更生保護會。
- 王守玉、Carol Windsor、Patsy Yates (2012)。簡介紮根理論研究法。護理雜誌, 59 (1), 頁 91-95。 <https://doi.org/10.6224/JN.59.1.90>
- 王伯頌 (2015)。毒品成癮者的生命歷程及戒毒過程初探。軍法專刊, 61 (6), 頁 185-209。
- 王伯頌、劉育偉 (2016)。女性非法藥物濫用及其戒治歷程之實證研究。藥物濫用防治, 1 (2), 頁 27-61。 <https://doi.org/10.6645/JSAR.2016.1.2.2>
- 王孟平、張世強 (2018)。典範轉移：從查禁走向自由化？一個全球毒品政策變遷趨勢的觀察。涉外執法與政策學報, (8), 頁 47-80。
- 王皇玉 (2004)。論施用毒品行為之犯罪化。國立臺灣大學法學論叢, 33 (6), 頁 39-76。 <https://doi.org/10.6199/NTULJ.2004.33.06.02>
- 王皇玉 (2009)。刑罰與社會規訓——台灣刑事制裁新舊思維的衝突與轉變 (初版)。元照出版有限公司。

- 王皇玉 (2010)。台灣毒品政策與立法之回顧與評析。《月旦法學雜誌》，(180)，頁 80-96。
- 王雪芳、王宏文 (2017)。臺灣接受毒品緩起訴戒癮治療者再犯罪之分析。《犯罪與刑事司法研究》，(27)，頁 1-41。
- 司其瑩 (2020)。福音戒毒者生命歷程之研究——以晨曦會會員為例 (碩士論文，玄奘大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。 <https://hdl.handle.net/11296/yzz5n>
- 生命雜誌編輯部 (2017)。魔鬼，滾出我的靈魂——報導財團法人利伯他茲教育基金會。《生命》，(9)，頁 56-69。 [https://doi.org/10.6917/LIFE.201708_\(9\).0012](https://doi.org/10.6917/LIFE.201708_(9).0012)
- 白鎮福 (2014)。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 (碩士論文，國立臺北大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。 <https://hdl.handle.net/11296/dx8gt9>
- 白鎮福 (2022)。邁向全人復元——以建構全人之架構與內涵來反思與突破藥癮者全人復元之困境。《刑事政策與犯罪防治研究專刊》，(33)，頁 127-180。 [https://doi.org/10.6460/CPCP.202212_\(33\).03](https://doi.org/10.6460/CPCP.202212_(33).03)
- 石冲白 (譯) (2016)。作為意志和表象的世界。新雨出版社。(Schopenhauer, A., 1859)。
- 石嘉程 (2024)。藥癮治療性社區：過去、現在與未來。載於 2024 年銘傳大學『AI 與刑事司法國際學術研討會』論文集 (頁 206-233)。銘傳大學社會科學院犯罪防治學系。
- 安辰赫 (2003)。治療社區中成年男性藥癮者戒癮復原歷程之改變因子研究 (碩士論文，國立臺灣師範大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。 <https://hdl.handle.net/11296/tzhy39>
- 朱日僑 (2020a)。藥物濫用之意涵與影響。載於楊士隆、李思賢主編，藥物濫用、毒品與防治 (三版，頁 71-114)。五南圖書出版股份有限公司。
- 朱日僑 (2020b)。藥物濫用之類型與毒害症狀。載於楊士隆、李思賢主編，藥物濫用、毒品與防治 (三版，頁 115-162)。五南圖書出版股份有限公司。
- 朱日僑 (2020c)。藥物濫用治療與處遇成效。載於楊士隆、李思賢主編，藥物濫用、毒品與防治 (三版，頁 447-506)。五南圖書出版股份有限公司。
- 朱美娟 (2021)。紮根理論研究方法：不同陣營之間的比較與選擇。《市北教育學刊》，(68)，頁 1-21。
- 朱惠英、席可欣 (2018)。矯正機關藥酒癮治療處遇之探討：以美國經驗為鏡。載於《刑事政策與犯罪研究論文集 (21)》(頁 55-72)。法務部司法官學院。

<https://doi.org/10.6482/ECPCR.201810.0003>

- 朱群芳 (2015)。幫助更生人找到回家的道路——中途之家的功能及未來發展。載於陳漢文、張克強、黃于玲主編，*更生保護 70 週年論文集*(頁 257-270)。臺灣更生保護會。
- 朱群芳、巫梓豪、李潼蕙、賴苓蕙 (2019)。負面情緒、自我效能、治療同盟與同儕支持對毒癮戒治處遇效果影響程度之探討。*藥物濫用防治*, 4 (2), 頁 75-103。 [https://doi.org/10.6645/JSAR.201906_4\(2\).4](https://doi.org/10.6645/JSAR.201906_4(2).4)
- 朱群芳、蕭其蓁、黃千軍、林季誼 (2020)。建構藥癮者的優質未來：正向概念與正念於毒品戒治處遇之應用。*犯罪與刑事司法研究*, (33), 頁 51-91。
- 朱詩馨 (2023)。藥癮治療性社區戒癮者心理社會因子及生活適應與治療後毒品再使用之關聯性(碩士論文, 亞洲大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/smrr7s>
- 朱詩馨、黃介良、陳瑾樺 (2023)。探討家庭支持、朋友支持、自我效能、生活適應狀況於藥癮治療性社區治療處遇模式之治療成效。衛生福利部草屯療養院研究發展計畫(計畫編號: 112009)。
- 江振亨 (2003)。吸毒者用藥循環歷程之研究。*彰化師大輔導學報*, (25), 頁 25-62。 <https://doi.org/10.7040/GJ.200310.0025>
- 江惠民 (2007)。我國之毒品問題防制及對策。*研考雙月刊*, 31 (6), 頁 14-24。 <https://doi.org/10.6978/YKSYK.200712.0014>
- 余青樺 (2011)。從修復式正義理論構築我國社區處遇制度(二)。*法務通訊*, (2574), 頁 3-4。
- 余岱芬 (2014)。民間機構戒毒中之K他命施用者生命歷程研究(碩士論文, 國立中正大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/276dsk>
- 余漢儀 (2015)。社會研究的倫理。載於嚴祥鸞主編，*危險與祕密：研究倫理*(修訂二版, 頁 1-27)。三民書局股份有限公司。
- 吳秀貞、林珊汝 (2007)。國際社會之毒品問題防制發展趨勢。*研考雙月刊*, 31 (6), 頁 3-13。 <https://doi.org/10.6978/YKSYK.200712.0003>
- 吳佳儀、李明濱、黃名琪、黃三原、蕭斐元、陳錫中、陳為堅 (2021)。臺灣藥物濫用之衝擊與防治。*台灣醫學*, 25 (5), 頁 669-678。 [https://doi.org/10.6320/FJM.202109_25\(5\).0012](https://doi.org/10.6320/FJM.202109_25(5).0012)
- 吳孟姿 (2024)。以藥找愛：藥愛的歷程與復元。*性別平等教育季刊*, (104), 頁 73-76。
- 吳宗怡 (2023)。成癮者在治療性社區復元歷程中心理需求之探究——一個體心

- 理學關鍵C觀點(碩士論文,國立臺北教育大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/656b5q>
- 吳泓機(2019)。藥物濫用成癮與相關的醫療問題。《高雄醫師會誌》,27(1),頁25-29。
- 吳建昌(2020)。成癮、心智科學與刑事責任能力。載於李茂生教授六秩晉五祝壽論文集編輯委員會主編,主體、理性與人權的彼岸:李茂生教授六秩晉五祝壽論文集(一版,頁155-198)。新學林出版股份有限公司。
- 吳耘嫻、陳心怡(2018)。從生物心理社會模式探究實務社工服務毒品戒癮處遇之影響因素。《當代社會工作學刊》,(10),頁38-78。
- 吳景寬(2010)。成癮與大腦。《醫療品質雜誌》,4(5),頁22-25。<https://doi.org/10.30160/JHQ.201009.0005>
- 吳嘉苓(2015)。訪談法。載於瞿海源、畢恆達、劉長萱、楊國樞主編,社會及行為科學研究法:質性研究法(一版,頁63-95)。臺灣東華書局股份有限公司。
- 吳慧菁、賴擁連、陳怡青、胡淳茹(2019)。社區非法藥物施用者照護網絡之現況與芻議。《社區發展季刊》,(165),頁206-219。
- 吳耀宗(2010)。論我國毒品管制之法政策走向——從「戡亂時期肅清煙毒條例」至「毒品危害防制條例」。《月旦法學雜誌》,(180),頁57-79。
- 呂元惟、鍾明勳(2012)。團體分析理論的實務運用——英國人格違常者的治療性社區。《中華團體心理治療》,18(3),頁9-18。<https://doi.org/10.30060/CGP.201209.0003>
- 呂淑妤(1998)。我國藥物濫用問題探討。載於《刑事政策與犯罪研究論文集(1)》(頁279-296)。法務部司法官學院。
- 呂興軍、陳政智(2024)。成癮者復原力和治療成效相關因素之初探。《社區發展季刊》,(185),頁407-423。
- 呂豐足(2005)。台灣地區毒品犯罪與矯治政策之探討。《警學叢刊》,36(1),頁239-260。
- 李世代(1991)。談藥物濫用(上)。《基層醫訊》,6(4),頁8-11。
- 李世凱、林滄耀、邵文娟(2007)。藥物成癮治療與精神衛生護理人員之角色。《精神衛生護理雜誌》,2(2),頁70-78。[https://doi.org/10.6847/TJPMHN.200709_2\(2\).0009](https://doi.org/10.6847/TJPMHN.200709_2(2).0009)
- 李安軒(2013)。基督教內在療癒對酒癮者影響探究——以全人關懷協會趕路的雁為例(碩士論文,中國文化大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/xw327t>

- 李志恒 (2002)。我國藥物濫用防治策略。載於李志恒主編，*藥物濫用：藥物濫用之防制、危害、戒治* (二版，頁 24-32)。行政院衛生署管制藥品管理局。
- 李志恒、施春兆、游雯淨 (2002)。各國藥癮治療模式簡介。載於李志恒主編，*藥物濫用：藥物濫用之防制、危害、戒治* (二版，頁 350-377)。行政院衛生署管制藥品管理局。
- 李志恒、馮齡儀 (2017)。由臺灣戒毒歷史發展軌跡及亞洲鄰近國家戒毒處遇之作為談我國未來戒毒處遇策略。*刑事政策與犯罪防治研究專刊*，(13)，頁 4-14。 [https://doi.org/10.6460/CPCP.201707_\(13\).0001](https://doi.org/10.6460/CPCP.201707_(13).0001)
- 李宗憲 (2010)。我國毒品犯戒癮治療政策之評估研究 (博士論文，國立中正大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。 <https://hdl.handle.net/11296/ha6drq>
- 李宗憲、楊士隆 (2010)。刑事司法戒治處遇制度之問題與困境研究。*犯罪學期刊*，13 (1)，頁 107-141。 <https://doi.org/10.29607/ZHWHGX.201006.0004>
- 李俊宏、王作仁、鄭靜明 (2017)。藥物濫用的健康危害與臨床治療策略。*管制藥品簡訊*，(70)，頁 1-2。
- 李思賢 (2008)。減少傷害緣起與思維：以美沙冬療法做為防制愛滋感染、減少犯罪與海洛因戒治之策略。載於*刑事政策與犯罪研究論文集 (11)* (頁 89-109)。法務部司法官學院。
- 李思賢 (2020)。海洛因成癮者之心理與藥物諮商方案。載於楊士隆、李思賢主編，*藥物濫用、毒品與防治* (三版，頁 507-530)。五南圖書出版股份有限公司。
- 李思賢 (2022)。施用成癮藥物者的復元與復歸社會的挑戰。*中華心理衛生學刊*，35 (2)，頁 111-116。 [https://doi.org/10.30074/FJMH.202206_35\(2\).0001](https://doi.org/10.30074/FJMH.202206_35(2).0001)
- 李思賢、楊士隆、束連文 (2020)。減害趨勢與展望：以荷蘭、瑞士、加拿大、澳洲與臺灣之比較。載於楊士隆、李思賢主編，*藥物濫用、毒品與防治* (三版，頁 583-639)。五南圖書出版股份有限公司。
- 李駿逸 (2009)。「美沙冬 (Methadone)」知多少？。*法務通訊*，(2467)，頁 3-6。
- 束連文 (2016)。物質濫用與成癮概念。載於蔡佩真主編，*物質濫用社會工作實務手冊* (初版，頁 1-15)。巨流圖書股份有限公司。
- 束連文、王昀、何英剛、黃介良、洪崇傑、陳嘉祥、戴東麗、吳泓機、陳志根、黃名琪、唐心北、潘俊宏、周孫元、孫效儒、林滄耀、王聲昌 (2014)。醫療與介入。載於國家衛生研究院政策建言報告書：*藥物成癮防治策略論壇* (第一版，頁 133-188)。財團法人國家衛生研究院。
- 束連文、王思樺 (2016)。物質濫用的防治政策與防治網絡。載於蔡佩真主編，*物質濫用社會工作實務手冊* (初版，頁 16-31)。巨流圖書股份有限公司。

- 束連文、黃介良 (2023)。青少年藥物濫用之戒癮治療。載於楊士隆、郭鐘隆主編，*青少年藥物濫用預防與輔導* (二版，頁 383-390)。五南圖書出版股份有限公司。
- 汪志皇 (2005)。藥物濫用者藥物濫用及再犯原因之探討。*警學叢刊*，35 (6)，頁 257-272。
- 車煒堅 (1981)。犯罪矯治新方法的嘗試。*社區發展季刊*，(15)，頁 28-33。
- 車煒堅 (1986)。社會轉型與少年犯罪 (一版)。巨流圖書公司。
- 車煒堅 (1990)。SYNANON 與互愛中心之比較研究。*警學叢刊*，21 (1)，頁 108-112。
- 周子敬 (2006)。民間戒毒機構戒治成效之研究——以台灣晨曦會為例 (碩士論文，國立中正大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/58kdd8>
- 周子敬、廖福村、洪千惠 (2007)。民間戒治機構中毒品戒治相關因素之探討——以台灣晨曦會為例。*中央警察大學警學叢刊*，38 (2)，頁 27-52。
- 周政達 (2021)。從社會排除到再融入——晨曦會戒癮「者」之生命故事 (博士論文，國立暨南國際大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/eb3q43>
- 周耿生、陳學德 (2022)。當修復式司法走入少年司法。*檢察新論*，(31)，頁 224-246。
- 周懋嫻 (2013)。以風險評估為基礎之新刑罰學。*月旦法學教室*，(124)，頁 52-59。
- 周懋嫻 (2021a)。我國修復司法實踐之商榷。*軍法專刊*，67 (4)，頁 1-19。
- 周懋嫻 (2021b)。偏差與犯罪。載於陳志柔、林國明主編，*社會學與台灣社會* (五版，頁 69-88)。巨流圖書股份有限公司。
- 周煌智、林滄耀、簡以嘉、黃三原 (2018)。非法藥物成癮之治療與復元模式。載於李明濱主編，*藥物濫用對健康與社會之衝擊：問題與對策* (初版，頁 168-197)。國家衛生研究院。
- 周震歐 (1977)。邁向已開發國家的犯罪問題——當代犯罪問題研究論文集 (一版)。幼獅文化事業公司。
- 周震歐 (1991)。從安非他命探討藥物濫用問題。*教師天地*，(51)，頁 4-6。
- 周震歐 (1993)。犯罪社會學 (初版)。黎明文化事業股份有限公司。
- 周震歐 (1999)。犯罪心理學 (新版)。自版。
- 周震歐 (2016)。民國以來犯罪矯治制度評述 (初版)。文史哲出版社。

- 林山田 (1976)。犯罪問題與刑事司法。商務印書館。
- 林山田 (1989)。打壓犯罪要標本兼治。律師通訊, (121), 頁 5-6。 <https://doi.org/10.7030/LN.198910.0003>
- 林山田 (1997)。刑事法論叢 (二)(初版)。台大法律系。
- 林山田 (2000)。論去犯罪化與去特別化。載於林山田主編, 刑事思潮之奔騰: 韓忠謨教授紀念論文集 (初版, 頁 561-591)。財團法人韓忠謨教授法學基金會。
- 林山田 (2005)。刑法各罪論 (下冊)(增訂五版)。自版。
- 林山田、林東茂、林燦璋、賴擁連 (2020)。犯罪學 (修訂六版)。三民書局股份有限公司。
- 林本炫 (2005)。紮根理論研究法評介。載於齊力、林本炫主編, 質性研究方法與資料分析 (二版, 頁 189-218)。南華大學教育社會學研究所。
- 林正昇、劉育偉、許華孚 (2013)。非法藥物濫用者進出司法場域的省察。中央警察大學犯罪防治學報, (17), 頁 141-167。
- 林佳璋 (2007)。受監禁男性海洛因濫用者生活型態影響因素之研究。載於 2007 年犯罪防治學術研討會論文集 (頁 407-435)。中央警察大學。
- 林佳璋 (2009)。男性海洛因濫用者嗑藥生活型態影響因素之研究。中央警察大學犯罪防治學報, (10), 頁 261-288。
- 林佳璋、駱宜安 (2004)。藥物濫用行為之分析。警學叢刊, 35 (3), 頁 1-18。
- 林金定、嚴嘉楓、陳美花 (2005)。質性研究方法: 訪談模式與實施步驟分析。身心障礙研究季刊, 3 (2), 頁 122-136。 <https://doi.org/10.30072/JDR.200506.0005>
- 林春旭、邵文娟、李世凱、林滄耀 (2015)。藥癮治療性社區住民違規率改善措施之效果評價研究。榮總護理, 32 (1), 頁 47-55。 <https://doi.org/10.6142/VGHN.32.1.47>
- 林春旭、邵亞婷、黃惠寬、邵文娟、李世凱 (2014)。改善藥癮治療性社區居民外出外宿飲酒行為方案。精神衛生護理雜誌, 9 (1), 頁 20-29。 [https://doi.org/10.6847/TJPMHN.201410_9\(1\).0003](https://doi.org/10.6847/TJPMHN.201410_9(1).0003)
- 林美專 (2020)。毒品戒治之跨域治理解析——以台灣基督教福音戒毒為例 (博士論文, 國立中山大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。 <https://hdl.handle.net/11296/fhp3jq>
- 林耿立 (2021)。探討基督信仰中的療癒力: 毒品成癮者蛻變為傳道人的心路歷程 (碩士論文, 基督教台灣浸會神學院)。臺灣博碩士論文知識加值系統。

<https://hdl.handle.net/11296/r72d9f>

- 林健陽 (2003a)。毒品犯罪戒治成效影響因素之追蹤研究。載於*刑事政策與犯罪研究論文集 (6)* (頁 59-93)。法務部司法官學院。
- 林健陽 (2003b)。毒品犯罪矯治的省思。*法務通訊*, (2130), 頁 5-6。
- 林健陽、柯雨瑞 (2000)。毒品除罪化及其對「犯罪矯治」之影響。*中央警察大學犯罪防治學報*, (1), 頁 63-112。
- 林健陽、柯雨瑞 (2003a)。毒品犯罪與防治。中央警察大學出版社。
- 林健陽、柯雨瑞 (2003b)。國內外毒品戒治模式分析。*中央警察大學犯罪防治學報*, (4), 頁 75-98。
- 林健陽、柯雨瑞 (2011)。毒品政策與處遇之探討。*中央警察大學犯罪防治學報*, (13), 頁 1-45。
- 林健陽、柯雨瑞、曹麗文 (2022)。毒品政策與處遇。載於許春金主編, *刑事政策與刑事司法 (二版)*, 頁 49-93。一品文化出版社。
- 林健陽、陳玉書、張智雄、柯雨瑞、呂豐足、林澤聰、王秋惠 (2007)。除刑化毒品政策之檢討——論我國毒品犯罪之戒治成效。法務部委託研究。
- 林健陽、黃啓賓 (2002)。毒品矯治與成效策略之探討。*中央警察大學學報*, (39), 頁 291-322。
- 林健陽、裘雅恬 (2009)。毒品施用者緩起訴接受替代療法現況與效果之研究。*中央警察大學犯罪防治學報*, (10), 頁 1-41。
- 林淑馨 (2010)。質性研究：理論與實務 (初版)。巨流圖書股份有限公司。
- 林琬珊 (2019)。持有概念與持有毒品罪——從最高法院 104 年度臺非字第 199 號判決談起。*政大法學評論*, (158), 頁 161-228。
- 林順昌 (2009)。「修復式司法」正名的論辯與實踐——以觀護法制的改革為核心。*中央警察大學法學論集*, (16), 頁 47-94。
- 林滄崧 (2023)。犯罪學與犯罪預防 (初版)。五南圖書出版股份有限公司。
- 林瑞欽 (2006)。成癮者的用藥行為特性與其對違法藥物戒治的啟示。載於*刑事政策與犯罪研究論文集 (9)* (頁 121-144)。法務部司法官學院。
- 林瑞欽 (2019)。非法藥物濫用行為樣態與犯罪行為關係之探究。*刑事政策與犯罪防治研究專刊*, (20), 頁 3-23。 https://doi.org/10.6460/CPCP.201903_02.01
- 林鳳師 (2017)。修復促進者主持修復會議之經驗研究 (碩士論文, 國立清華大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。 <https://hdl.handle.net/11296/va8hhf>

- 林學銘 (2015)。復歸路迢迢——無止盡的毒品路？。《執法新知論衡》，11 (1)，頁 71-94。
- 林鴻海 (2007)。《無毒家園——反毒的另類省思》(初版)。財團法人林心正教育基金會。
- 邱獻輝 (2010)。物質濫用與依賴的基本概念探究。《諮商與輔導》，(289)，頁 38-42。 <https://doi.org/10.29837/CG.201001.0002>
- 邱獻輝 (2017)。俱樂部藥物濫用者的生命敘說探究。《藥物濫用防治》，2 (2)，頁 75-100。 <https://doi.org/10.6645/JSAR.2017.2.2.3>
- 侯崇文 (2020)。校園霸凌與修復正義。載於《四書橄欖枝：校園霸凌與關係修復》(初版，頁 64-79)。國立臺北大學犯罪學研究所橄欖枝中心。
- 姚克明、李蘭、李景美、洪百薰、楊銘欽、鄭泰安 (1995)。成癮藥物濫用防制宣言。《台灣公共衛生雜誌》，14 (3)，頁 213-219。 <https://doi.org/10.6288/CJPH1995-14-03-01>
- 施宇峰、范兆興 (2010)。台灣地區近二十年來毒品犯罪研究之脈絡與趨勢。《警學叢刊》，40 (4)，頁 219-243。
- 施奕暉 (2013)。現行毒品政策之困境與展望：以施用毒品行為除罪化為中心。《軍法專刊》，59 (3)，頁 77-101。
- 柯志鴻、吳泓機、王鵬為、林皇吉、周緯柏、林柏成、殷靖枝、黃璞真、鐘建麟、廖揮原、呂興軍、黃文慧、林欣儀 (2021)。新興影響精神物質之治療模式。載於李志恒主編，林宜靜、柯志鴻、許美智副主編，2021 新興影響精神物質：毒性、防制與政策 (初版，頁 213-244)。高雄醫學大學。
- 柯俞安 (2023)。清醒之時：藥癮者復發後的求助歷程——以治療性社區為例 (碩士論文，國立臺北教育大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。 <https://hdl.handle.net/11296/sp72sc>
- 洪瑩慧 (2014)。身體敘事治療團體之敘說研究——以毒癮戒治治療性社區為例 (博士論文，國立暨南國際大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。 <https://hdl.handle.net/11296/b7gd9v>
- 紀致光 (2014)。緩起訴處分戒癮治療之回顧與展望。《犯罪學期刊》，17 (2)，頁 193-212。
- 紀致光 (2015)。毒品施用者多元處遇政策之展望。載於陳漢文、張克強、黃于玲主編，更生保護 70 週年論文集 (頁 7-23)。臺灣更生保護會。
- 紀致光 (2022)。毒品施用者司法處遇制度之回顧與展望。《政府審計季刊》，42 (3)，頁 3-13。
- 胡萃玲 (1997)。藥癮復元者的藥癮歷程及相關要素之分析研究——以晨曦會受

- 訪者為例——(碩士論文, 國立臺灣師範大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/5z5s5x>
- 胡耀仁(2019)。我國毒品施用防制之法政策發展與檢討——兼論歷次修法內容。中央警察大學法學論集,(37), 頁 215-303。
- 范麗娟(2004)。深度訪談。載於謝臥龍主編, 質性研究(初版, 頁 81-126)。心理出版社股份有限公司。
- 唐心北(2017)。娛樂性藥物的危害。家庭醫學與基層醫療, 32(1), 頁 31-35。
- 徐宗國(2008)。紮根理論研究法: 淵源、原則、技術與涵義。載於胡幼慧主編, 質性研究: 理論、方法及本土女性研究實例(二版, 頁 37-59)。巨流圖書股份有限公司。
- 徐震、李明政、莊秀美、許雅惠(2013)。社會問題(第三版)。學富文化事業有限公司。
- 秦文鎮(2018)。成癮的腦部疾病模式新進展。臺灣醫界, 61(3), 頁 38-41。
- 秦文鎮(2020)。台灣毒品成癮醫療戒治之過去、現在與未來。臺灣醫界, 63(6), 頁 44-48。
- 秦文鎮、蔡曉雯(2017)。是健康問題還是司法問題——毒品成癮治療之理論與實務。臺灣醫界, 60(7), 頁 35-42。
- 馬祖平(2022)。藥癮治療性社區生活規範建立歷程之個案研究(碩士論文, 國立臺北教育大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/r4g9w9>
- 馬躍中(2014)。論毒品犯罪之刑事制裁。軍法專刊, 60(2), 頁 84-109。
- 馬躍中(2017)。毒品成癮者處遇模式之現狀與未來—借鏡德國法—。藥物濫用防治, 2(4), 頁 63-81。<https://doi.org/10.6645/JSAR.2017.2.4.3>
- 馬躍中(2020)。毒品戒癮治療多元處遇及修法動向。月旦醫事法報告,(45), 頁 29-39。
- 馬躍中(2021)。從德國最新的毒品政策檢示台灣毒品犯罪之刑事立法。藥物濫用防治, 6(4), 頁 153-155。
- 高金桂(1987)。藥物濫用之社會學觀點。醫事法學, 2(4-6), 頁 130-132。
- 常子薇(2022)。施用藥物刑事政策及處遇制度之省思——以葡萄牙、哥倫比亞、智利、巴西及烏拉圭之實踐經驗為例(碩士論文, 國立臺灣大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/qew37s>
- 張天一(2003)。釋字第四七六號解釋的遺珠之憾——試論毒品犯罪之相關問題。月旦法學雜誌,(103), 頁 166-181。

- 張天一 (2010)。對重刑化政策下販賣毒品罪之檢討。《月旦法學雜誌》，(180)，頁 97-114。
- 張平吾、黃富源、范國勇、周文勇、蔡田木 (2010)。《犯罪類型學》(初版)。國立空中大學。
- 張伯宏 (2006)。建立本土化戒毒模式之芻議。《警學叢刊》，37 (1)，頁 57-79。
- 張伯宏 (2007a)。我國毒品戒治政策之立法與實務檢討。載於《2007 年犯罪矯正國際研討會論文集》(頁 281-311)。中華民國犯罪學學會。
- 張伯宏 (2007b)。我國毒品戒治政策與成效之研究(博士論文，國立中正大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/a5n3wb>
- 張伯宏 (2007c)。毒品犯罪之相關問題與對策。載於楊士隆、林健陽主編，《犯罪矯正——問題與對策》(五版，頁 189-212)。五南圖書出版股份有限公司。
- 張伯宏、黃鈴晃 (2011)。《毒品防制學》(初版)。五南圖書出版股份有限公司。
- 張宏政 (2021)。《質性研究方法學之理念與實踐——從技職體系研究生之視角》(初版)。師大書苑有限公司。
- 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(碩士論文，國立臺北大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/qjrdn2>
- 張芬芬 (2021)。《質性研究法進階探索：換一副透鏡看世界》(初版)。五南圖書出版股份有限公司。
- 張淑慧、張文賢 (2019)。施用毒品者家庭的社會安全網。《社區發展季刊》，(165)，頁 220-235。
- 張智雄、柯雨瑞 (2005)。毒品強制戒治處遇成效與再犯影響之研究。《中央警察大學犯罪防治學報》，(6)，頁 247-276。
- 張祺 (2018)。成年男性安非他命使用者復發與中止發展路徑及其影響因子研究(碩士論文，國立臺北大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/7xx9yb>
- 張麗卿 (2016)。毒品濫用及其戒治。《月旦法學雜誌》，(258)，頁 116-131。
- 畢恆達 (2015a)。社會研究的研究者與倫理。載於嚴祥鸞主編，《危險與祕密：研究倫理》(修訂二版，頁 29-84)。三民書局股份有限公司。
- 畢恆達 (2015b)。研究倫理。載於瞿海源、畢恆達、劉長萱、楊國樞主編，《社會及行為科學研究法：總論與量化研究法》(一版，頁 37-64)。臺灣東華書局股份有限公司。
- 畢恆達 (2020)。《教授為什麼沒告訴我》(2020 進化版)(再版)。小畢空間出版社。

- 莊忠進 (2003)。論回復性司法。警學叢刊, 33 (4), 頁 55-74。
- 莊慧秋 (1988)。這裏沒有圍牆——主愛之家戒毒中心。張老師月刊, (127), 頁 56-74。
- 許春金 (1987)。非道德犯罪行為之研究。警政學報, (12), 頁 263-292。
- 許春金 (2002a)。修復式正義的理論與實踐。載於甘添貴教授祝壽論文集編輯委員會主編, 甘添貴教授六秩祝壽論文集——刑事法學之理想與探索【第四卷 刑事政策與刑事立法論】(一版, 頁 31-90)。學林文化事業有限公司。
- 許春金 (2002b)。修復式正義理論。載於二〇〇二犯罪問題研究研討會論文集(頁 1-22)。國立臺北大學犯罪學研究所。
- 許春金 (2003)。修復式正義的實踐理念與途徑——參與式刑事司法。犯罪與刑事司法研究, (1), 頁 37-66。 <https://doi.org/10.29861/CCJI.200307.0002>
- 許春金 (2007)。慢性犯罪者與犯罪理論。中央警察大學犯罪防治學報, (8), 頁 1-20。
- 許春金 (2008)。論慢性犯罪者。載於梅校長可望博士九秩華誕祝壽論文集編輯委員會主編, 警政·法治與高教: 梅校長可望博士九秩華誕祝壽論文集(初版, 頁 219-242)。幼獅文化事業股份有限公司。
- 許春金 (2017)。犯罪學(修訂八版)。自版。
- 許春金 (2018)。「修復式刑事司法: 理論、國際標竿探索與臺灣展望」專書寫作計畫。科技部補助專題研究計畫(計畫編號: MOST105-2410-H305-054)。
- 許春金 (2022)。人本犯罪學(修訂三版)。自版。
- 許春金、白鎮福 (2015)。修復式正義在海洛因施用者復歸社會歷程之應用——以茄荖山莊為例。載於陳漢文、張克強、黃于玲主編, 更生保護 70 週年論文集(頁 25-48)。臺灣更生保護會。
- 許春金、呂宜芬、游伊君、謝文彥、黃蘭焜 (2023)。核心犯罪者的生命歷程: 犯罪、健康與被害問題的檢視。載於 2023 年犯罪防治學術研討會〈後疫情時代之犯罪防治與刑事政策〉論文集(頁 21-40)。中央警察大學。
- 許春金、陳玉書、游伊君、柯雨瑞、呂宜芬、胡軒懷 (2006)。從修復式正義觀點探討緩起訴受處分人修復性影響因素之研究。犯罪與刑事司法研究, (7), 頁 141-190。 <https://doi.org/10.29861/CCJI.200609.0005>
- 許春金、陳玉書、蔡田木、洪千涵、白鎮福 (2014)。102 年犯罪狀況及其分析。犯罪防治研究專刊, (3), 頁 3-13。 [https://doi.org/10.6460/CPCP.201412\(3\).0001](https://doi.org/10.6460/CPCP.201412(3).0001)
- 許春金、陳玉書、蔡田木、楊冀華、鄒啟勳、廖秀娟、洪千涵、白鎮福 (2013)。

- 毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究。行政院研究發展考核委員會委託研究（計畫編號：RDEC-RES-101-019）。
- 許春金、黃怡君、謝文彥、洪千涵、王廷瑜、張聖政、陳昭穎、蘇群芳、黃宜湘（2011）。「修復式正義的實踐」論壇。中央警察大學犯罪防治學報，(14)，頁 135-150。
- 許春金、黃曉芬、黃蘭嫻（2017）。報復或修復？建構暴力／財產犯罪加、被害人對話機制之研究（上）。軍法專刊，63（2），頁 1-29。
- 許春金、謝文彥、黃蘭嫻、游伊君、呂宜芬（2022）。「悽苦人生」？不同類型核心犯罪者生命歷程影響因素與防治策略之訪談調查研究。科技部補助專題研究計畫（計畫編號：MOST109-2410-H305-068）。
- 許福生（1999）。無被害人犯罪與除罪化之探討。中央警察大學學報，(34)，頁 287-315。
- 許福生（2017a）。刑事政策學（三版）。自版。
- 許福生（2017b）。臺灣反毒策略之探討。軍法專刊，63（6），頁 1-26。
- 許福生（2017c）。論臺灣少年施用三、四級毒品司法處遇之侷限與契機。中央警察大學學報，(54)，頁 43-64。
- 許福生（2018a）。犯罪學與犯罪預防（修訂二版）。自版。
- 許福生（2018b）。論修復式司法與在臺灣之實踐。中央警察大學法學論集，(35)，頁 1-44。
- 許福生（2021）。論台灣毒品施用者之司法處遇。載於甘添貴教授八秩華誕祝壽論文集編輯委員會主編，甘添貴教授八秩華誕祝壽論文集——刑事法學的浪潮與濤聲《刑事政策·刑事訴訟法》（初版，頁 279-311）。元照出版有限公司。
- 許福生（2022）。毒品危害防制條例所定「3 年後再犯」規定適用觀察勒戒之爭議——評最高法院 109 年度台上大字第 3826 號裁定。軍法專刊，68（1），頁 20-45。
- 郭俊旻（2009）。毒品施用者戒癮歷程成效因素之研究（碩士論文，國立中正大學）。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/cv4q58>
- 陳仟萬（2000）。論毒品的概念與種類。軍法專刊，46（6），頁 29-37。
- 陳正宗（1998）。藥物濫用防治對策。載於刑事政策與犯罪研究論文集（1）（頁 261-278）。法務部司法官學院。
- 陳向明（2002）。社會科學質的研究（初版）。五南圖書出版股份有限公司。
- 陳怡青（2021）。藥癮治療性社區的理念、工作方法與評估。社區發展季刊，(174)，

頁 210-225。

- 陳怡青、吳慧菁、鄒國儀 (2021)。藥癮治療性社區工作評估表單建構。科技部補助專題研究計畫 (計畫編號: MOST109-2410-H030-021)。
- 陳明志、蔡俊章 (2004)。藥物濫用預防與矯治策略之探討。警學叢刊, 35 (1), 頁 69-90。
- 陳玟如 (2004)。藥物濫用者復發歷程之研究 (碩士論文, 慈濟大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。 <https://hdl.handle.net/11296/84bmz7>
- 陳玟如 (2018)。尋找復元的可能——毒品使用者復元資本、復元障礙與復元關係之研究 (博士論文, 國立臺灣大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。 <https://hdl.handle.net/11296/99zdh6>
- 陳玟如、鄭麗珍 (2022)。打造用藥者之社區居住資源——以美國復元家屋為例。社區發展季刊, (177), 頁 273-284。
- 陳玥華 (2019)。男性藥物濫用者戒治前後自我概念及與家人關係之變化——以 10 位晨曦會戒癮者為例 (碩士論文, 南華大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。 <https://hdl.handle.net/11296/348u6k>
- 陳冠樺 (2022)。酒精成癮者維持戒癮之影響因子研究。藥物濫用防治, 7 (1), 頁 27-53。 [https://doi.org/10.6645/JSAR.202206_7\(1\).2](https://doi.org/10.6645/JSAR.202206_7(1).2)
- 陳政隆、徐森杰 (2022)。以服務對象需求出發建構臺灣減害治療性社區的經驗探究。社區發展季刊, (178), 頁 258-270。
- 陳昺麟 (2001)。社會科學質化研究之紮根理論實施程序及實例之介紹。勤益學報, (19), 頁 327-342。
- 陳泉錫 (2008)。建立毒品成癮者單一窗口服務——毒品防制政策之策略規劃建議。研考雙月刊, 32 (1), 頁 66-76。 <https://doi.org/10.6978/YKSYK.200802.0066>
- 陳為堅、陳琦雅、吳上奇 (2018)。藥物濫用者之醫療使用及健康危害。管制藥品簡訊, (74), 頁 1-2。
- 陳重叡 (2024)。運用多元策略管理提升治療性社區學員復元成效之研究 (碩士論文, 聖約翰科技大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。 <https://hdl.handle.net/11296/xjbqh3>
- 陳祖輝 (2003a)。本土性的復歸式正義「和解」經驗建構: 探索性的文本分析研究。犯罪學期刊, 6 (2), 頁 251-298。 <https://doi.org/10.29607/ZHWHGX.200312.0006>
- 陳祖輝 (2003b)。毒品犯罪戒治處遇成效概況之介紹。犯罪學期刊, 6 (1), 頁 229-253。 <https://doi.org/10.29607/ZHWHGX.200306.0008>

- 陳淑彥 (2019)。福音戒毒者成功社會復歸之靈性經驗研究——一個實務工作者的觀察 (碩士論文, 靜宜大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/9bx8jr>
- 陳碧珍 (2005)。回家——藥癮戒治復原者重返家庭的歷程 (碩士論文, 國立嘉義大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/tha8w4>
- 陳碧珍 (2011)。宗教戒毒歷程中生命轉化與家人關係復和的探究。犯罪學期刊, 14 (2), 頁 1-39。<https://doi.org/10.29607/ZHWHGX.201112.0001>
- 陳碧珍 (2013)。出死入生——藥癮戒治者生命轉化的心理動力探究 (博士論文, 輔仁大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/7ue98q>
- 陳鳴敏 (2018)。女性第一二級毒品施用者長期復原歷程的研究 (碩士論文, 國立臺北大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/ygtr58>
- 陳慧女 (2022)。法律社會工作 (四版)。心理出版社股份有限公司。
- 傅仲民 (1995)。國家對藥物濫用防制策略之研究。復興崗學報, (56), 頁 195-216。<https://doi.org/10.29857/FHKAJ.199512.0011>
- 程又強 (2013)。毒品犯罪之社區處遇。載於鄭添成主編, 觀護制度與社區處遇 (初版, 頁 303-323)。紅葉文化事業有限公司。
- 程百君 (1999)。國內藥物濫用現況及防治對策。學校衛生, (35), 頁 69-84。<https://doi.org/10.30026/CJSH.199912.0004>
- 鈕文英 (2024)。質性研究方法與論文寫作 (四版)。雙葉書廊有限公司。
- 黃亦凡 (2022)。中止酒癮影響因子之訪談研究 (碩士論文, 國立臺北大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/yvj9xd>
- 黃秀文 (2016)。質性研究：典範與實務 (初版)。華騰文化股份有限公司。
- 黃俊能、賴擁連 (2018)。毒品犯再犯暴力犯罪之危險因子與社區處遇對策。載於刑事政策與犯罪研究論文集 (21) (頁 153-182)。法務部司法官學院。<https://doi.org/10.6482/ECPCR.201810.0007>
- 黃俊棠、鍾志宏、彭瑋寧 (2021)。機構戒癮處遇的回顧與前瞻。矯政期刊, 10 (1), 頁 97-124。[https://doi.org/10.6905/JC.202101_10\(1\).0004](https://doi.org/10.6905/JC.202101_10(1).0004)
- 黃宣瑄 (2023)。COVID-19 大流行期間對減害服務及藥物濫用者的影響：治療者觀點 (碩士論文, 國立臺北大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/2rp7z7>

- 黃柏諭 (2022)。成癮者在藥酒癮治療性社區中的經驗：以主愛之家三位男性受訪者為例 (碩士論文，國立東華大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。
<https://hdl.handle.net/11296/vmn3r9>
- 黃茂軒、楊凱鈞 (2020)。海洛因成癮的治療策略。《臨床醫學月刊》，85 (5)，頁 271-275。
[https://doi.org/10.6666/ClinMed.202005_85\(5\).0050](https://doi.org/10.6666/ClinMed.202005_85(5).0050)
- 黃富源 (1994)。美國與日本的反毒現況與政策——我國可借鏡之觀點與對策。《警學叢刊》，25 (2)，頁 187-203。
- 黃富源、張平吾、洪文玲 (2023)。受害者學導讀 (初版)。自版。
- 黃榮堅 (2003)。重刑化刑事政策之商榷。《台灣法學雜誌》，(45)，頁 66-75。
- 黃榮堅 (2007)。讎敵社會裡的修復式司法？——刑事法體系中的損害賠償概念問題。《月旦法學雜誌》，(146)，頁 96-119。
- 黃媛齡 (2008)。日久他鄉是故鄉：治療性社區五里模式 (初版)。記憶工程。
- 黃曉芬、張耀中 (2012)。試評臺灣具修復式正義精神之相關制度。《犯罪與刑事司法研究》，(19)，頁 45-72。
<https://doi.org/10.29861/CCJI.201209.0002>
- 黃耀興 (2009)。台灣藥癮治療先驅性計畫——治療性社區「茄荖山莊」建構經驗分享。《管制藥品簡訊》，(38)，頁 1-3。
- 黃耀興 (2013)。海洛因使用者相關心理社會復原指標之改變——治療性社區與美沙冬替代療法之比較 (碩士論文，國立彰化師範大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。
<https://hdl.handle.net/11296/63s687>
- 黃蘭嫻 (2007)。追尋犯罪被害人的正義之路：從福利到修復、從控制到重分配。《社會政策與社會工作學刊》，11 (2)，頁 34-77。
<https://doi.org/10.6785/SPSW.200712.0034>
- 黃蘭嫻 (2013)。犯罪被害人保護與修復式正義。載於許福生、林裕順、盧映潔、黃蘭嫻、張錦麗合著，*犯罪被害人保護之政策與法制* (一版，頁 241-293)。新學林出版股份有限公司。
- 黃蘭嫻 (2017)。修復式正義在我國刑事政策定位之回顧與前瞻。《刑事法雜誌》，61 (5)，頁 1-29。
- 黃蘭嫻、許春金 (2005)。警察機關在修復式正義理論中角色扮演之研究。《中央警察大學犯罪防治學報》，(6)，頁 93-126。
- 黃蘭嫻、許春金、黃翠紋 (2011)。修復式正義理念運用於刑事司法制度之探討。法務部委託研究。
- 黃蘭嫻、陳怡成 (2024)。修復式正義與犯罪被害人。載於蔡德輝、許春金、黃富源、章光明、黃錦秋主編，*刑事司法概論* (初版，頁 239-271)。元照出

版有限公司。

- 楊士隆 (2023)。犯罪心理學 (九版)。五南圖書出版股份有限公司。
- 楊士隆、李宗憲 (2020)。毒癮者的處遇模式。載於楊士隆、李思賢主編，藥物濫用、毒品與防治 (三版，頁 387-415)。五南圖書出版股份有限公司。
- 楊士隆、李宗憲、顏旻秀 (2008)。藥癮戒治之轉向處遇制度與可行性之探討——以藥物法庭為例。行政院衛生署委託研究 (計畫編號: DOH97-NNB-1051)。
- 楊士隆、林瑞欽、鄭昆山、李宗憲、潘昱萱 (2005)。毒品問題與對策。行政院研究發展考核委員會委託研究 (計畫編號: RDEC-RES-094-003)。
- 楊士隆、蔡德輝、張伯宏、李宗憲、莊淑婷、黃天鈺 (2008)。戒治機構內成癮性毒品施用者之管理與處遇模式建構。法務部委託研究。
- 楊士隆、鄭凱寶 (2011)。戒治毒癮政策之成效評估。犯罪、刑罰與矯正研究, 3 (1), 頁 11-29。
- 楊添圍 (2016)。人格疾患、酒癮及物質成癮。載於張如杏、楊添圍、張玲如合著，精神醫療社會工作理論與實務: 兼述心理衛生社會工作 (初版, 頁 99-112)。洪葉文化事業有限公司。
- 楊靖文 (2019)。福音戒毒戒治成效之研究——以臺灣更生保護會屏東輔導所為例 (碩士論文, 國立屏東科技大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/6f46gg>
- 楊冀華、林健陽、陳佑杰、陳玉書 (2020)。毒品施用者司法處遇效能之定群研究。藥物濫用防治, 5 (2), 頁 55-88。[https://doi.org/10.6645/JSAR.202006_5\(2\).3](https://doi.org/10.6645/JSAR.202006_5(2).3)
- 萬文隆 (2004)。深度訪談在質性研究中的應用。生活科技教育, 37 (4), 頁 17-23。[https://doi.org/10.6232/LTE.2004.37\(4\).4](https://doi.org/10.6232/LTE.2004.37(4).4)
- 萬淑民 (2022)。吸毒更生人社會復歸的轉化學習歷程——以參加晨曦會戒毒中心者為例 (碩士論文, 東海大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/3r6u2e>
- 葉碧翠、許春金、賴思宇 (2023)。少年犯到成年犯無法擺脫的犯罪生涯。載於 2023 年犯罪防治學術研討會〈後疫情時代之犯罪防治與刑事政策〉論文集 (頁 175-201)。中央警察大學。
- 鄒國儀 (2022)。社會工作者工作調適之研究: 以民間全日型藥癮戒治機構為例 (碩士論文, 輔仁大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/m2k674>
- 廖育璋 (2019)。以病人為核心的毒品處遇策略。全球科技管理與教育期刊, 8 (1), 頁 1-18。[https://doi.org/10.6617/GTME.201903_8\(1\).0001](https://doi.org/10.6617/GTME.201903_8(1).0001)

- 廖定烈、鄭若瑟、吳文正、黃正誼、陳保中 (2013)。物質成癮及治療：國內臨床服務的十年進展。《家庭醫學與基層醫療》，28 (11)，頁 299-304。
- 蒲品卉 (2024)。探討非鴉片類藥癮門診治療模式與藥癮治療性社區之差異性 (碩士論文，國立中正大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/qyvbb4>
- 趙星光 (1998)。生活型態觀點的毒品濫用及戒治之分析與政策運用。載於《刑事政策與犯罪研究論文集 (1)》(頁 237-260)。法務部司法官學院。
- 趙雅芳 (2014)。藥癮治療性社區與美沙酮維持療法戒治者穩固的完全緩解改變歷程之敘事研究 (碩士論文，國立屏東教育大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/mx2555>
- 齊沛瑜、王炯理、陳心怡、唐宜楨、童伊迪 (2018)。K 他命膀胱炎患者中止物質濫用歷程之探究。《台灣公共衛生雜誌》，37 (2)，頁 206-219。[https://doi.org/10.6288/TJPH.201804_37\(2\).106103](https://doi.org/10.6288/TJPH.201804_37(2).106103)
- 劉育偉 (2023)。檢視修復式正義工作模式對刑事政策之影響——兼論社區化刑事政策的思考。《軍法專刊》，69 (4)，頁 67-91。
- 劉俊良 (2021)。戒毒成功者生活復原歷程之研究。《藥物濫用防治》，6 (2)，頁 61-85。[https://doi.org/10.6645/JSAR.202106_6\(2\).4](https://doi.org/10.6645/JSAR.202106_6(2).4)
- 劉盈君、林千惠、鍾明勳、蔣欣欣 (2014)。全人體驗活動的對話教育。《中華團體心理治療》，20 (4)，頁 17-33。
- 劉家瑜 (2022)。從氣餒到鼓起勇氣——從治療性社區生涯團體看見青少年社群情懷的成長 (碩士論文，國立臺北教育大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/3e4h9b>
- 潘俊宏、黃名琪、郭千哲、陳喬琪 (2021)。從藥癮者的處遇與死亡危險因子檢視毒品危害防制條例。載於《刑事政策與犯罪研究論文集 (24)》(頁 173-196)。法務部司法官學院。<https://doi.org/10.6482/ECPCR.202110.0007>
- 潘俊宏、楊添圍 (2022)。毒品戒癮及治療完成之認定。《月旦醫事法報告》，(66)，頁 30-41。<https://doi.org/10.53106/241553062022040066002>
- 潘昱萱 (2020)。酒精、藥物濫用與暴力行為之相關。載於楊士隆主編，*暴力犯罪：原因、類型與對策* (四版，頁 195-228)。五南圖書出版股份有限公司。
- 潘秋月 (2011)。受戒治者生活重建之研究——以福音戒毒為例 (碩士論文，美和科技大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/8x6v2w>
- 潘韋丞 (2020)。修正毒品危害防制條例之新舊法適用 (下)。《司法周刊》，(1999)，頁 2-4。

- 潘國仁 (2012)。我國藥物濫用戒治處遇作為兼論毒品防制與社會工作。 *青少年犯罪防治研究期刊*, 4 (1), 頁 76-116。 <https://doi.org/10.29751/JRDP.201206.0003>
- 潘淑滿 (2022)。 *質性研究：理論與應用* (二版)。心理出版社股份有限公司。
- 蔡田木、賴擁連、呂豐足、陳信良、苗延宇、陳芊雯、黃琪雯 (2014)。 *女性之藥物濫用原因、預防與處遇對策之研究*。法務部委託研究 (計畫編號：PG10304-0085)。
- 蔡田木、謝文彥、林安倫、連鴻榮 (2013)。毒品防制及戒治成效評估之研究。 *矯政期刊*, 2 (1), 頁 25-74。 [https://doi.org/10.6905/JC.201301_2\(1\).0002](https://doi.org/10.6905/JC.201301_2(1).0002)
- 蔡佩真 (1990)。「宗教戒毒」之探討——以基督教戒毒輔導為例 (碩士論文, 東海大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。 <https://hdl.handle.net/11296/3nm97q>
- 蔡佩真 (2015)。靈性與戒癮：基督教戒毒村海洛因戒癮者的靈性之旅。 *東吳社會工作學報*, (28), 頁 109-137。
- 蔡佩真 (2017)。藥癮者家屬支持團體之運作與經驗探究。載於 *刑事政策與犯罪研究論文集 (20)* (頁 179-202)。法務部司法官學院。 <https://doi.org/10.6482/ECPCR.201711.0008>
- 蔡佩真 (2019a)。邁向復元之路：藥癮康復者的復元與社會復歸。 *晨曦之光*, (204), 頁 8-11。
- 蔡佩真 (2019b)。藥癮康復者復元評估與社會復歸之相關性研究。 *東吳社會工作學報*, (36), 頁 57-85。
- 蔡坤衛 (2016)。 *治療社區成年男性藥癮愛滋感染者治療期間心理調適之研究* (博士論文, 國立高雄師範大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。 <https://hdl.handle.net/11296/3zvwh8>
- 蔡宜家、陳玉淇、黃如琳、顧以謙、鄭元皓、許茵筑、吳瑜、潘宗璿、李佩嫻、蔡宛庭 (2023)。 *中華民國一一一年犯罪狀況及其分析——2022 犯罪趨勢關鍵報告* (初版)。法務部司法官學院。
- 蔡墩銘 (1975)。反社會性之研究。 *臺大法學論叢*, 4 (2), 頁 75-120。 <https://doi.org/10.6199/NTULJ.1975.04.02.02>
- 蔡墩銘 (1979)。 *犯罪心理學 (上)* (初版)。黎明文化事業股份有限公司。
- 蔡墩銘 (2001)。 *社會與法律：廿世紀台灣社會見聞* (初版)。翰蘆圖書出版有限公司。
- 蔡德輝、楊士隆 (2023)。 *犯罪學 (九版)*。五南圖書出版股份有限公司。

- 蔡震邦 (2011)。是復發？還是復原？——藥癮治療的新思維。《輔導季刊》，47(3)，頁 52-64。 <https://doi.org/10.29742/GQ.201109.0006>
- 鄧煌發 (2010)。毒品防治的實際與展望。《師友月刊》，(517)，頁 57-61。 <https://doi.org/10.6437/EM.201007.0057>
- 鄭若瑟、費玲玲、朱兆民、張麗玉、徐森杰、林健陽、劉民和、李志偉、徐傳昊、祝健芳、廖定烈、陳怡青、林滄耀 (2014)。重建與社會接納。載於《國家衛生研究院政策建言報告書：藥物成癮防治策略論壇》(第一版，頁 189-242)。財團法人國家衛生研究院。
- 黎士鳴、孟繁嘉、陳瑞塘 (2024)。家庭心連結——以藥癮家屬課程為例。《臺灣教育評論月刊》，13(4)，頁 162-166。
- 蕭瑞麟 (2020)。《不用數字的研究：質性研究的思辨脈絡》(五版)。五南圖書出版股份有限公司。
- 賴思璇 (2017)。女性藥癮者戒治康復生命歷程——以晨曦會為例 (碩士論文，銘傳大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。 <https://hdl.handle.net/11296/4p3b7e>
- 賴晴蕙 (2018)。藥癮者選擇福音戒毒機構之原因及影響 (碩士論文，世新大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。 <https://hdl.handle.net/11296/kc9s6g>
- 賴擁連 (2000)。台灣地區毒品犯罪者戒治處遇成效之研究 (碩士論文，中央警察大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。 <https://hdl.handle.net/11296/397whd>
- 賴擁連 (2013)。從西方社會成癮性監禁政策檢視我國當前的重刑化刑事政策。載於《刑事政策與犯罪研究論文集 (16)》(頁 43-70)。法務部司法官學院。 <https://doi.org/10.6482/ECPCR.201312.0003>
- 駱宜安 (2000a)。「毒品危害防制條例」評析。《警學叢刊》，31(2)，頁 1-11。
- 駱宜安 (2000b)。毒品、社會與犯罪。《中央警察大學犯罪防治學報》，(1)，頁 45-61。
- 駱宜安 (2000c)。毒品犯罪。載於張平吾主編，《警察百科全書 (四)：犯罪學與刑事政策》(初版，頁 269-292)。正中書局。
- 龍紀萱、李依臻、施勝烽 (2015)。臺灣藥癮者健康行為模式與社會服務取向。《東吳社會工作學報》，(28)，頁 1-44。
- 龍紀萱、賴俊雄、藍先元、馬作鏹、戴志展、何盛榕 (2006)。藥物濫用者藥物認知歷程與成癮行為發展模式之質性研究。行政院衛生署委託研究 (計畫編號：DOH95-TD-M-113-044)。
- 薛瑞元 (2007)。發展本土戒治醫療專業處遇方案——社區追蹤治療模式與社區

- 藥癮復健治療模式之比較。《研考雙月刊》，31(6)，頁 49-59。 <https://doi.org/10.6978/yksyk.200712.0049>
- 謝如媛 (2005)。修復式司法的現狀與未來。《月旦法學雜誌》，(118)，頁 41-51。
- 謝如媛 (2018)。少年修復式司法的批判性考察——從少年的最佳利益到利益衡平？。《政大法學評論》，(152)，頁 125-186。
- 謝秀芳 (2002)。質性研究。《雲科大體育》，(5)，頁 45-53。 <https://doi.org/10.6619/YKDTY.2002.5.1>
- 謝美慧 (2015)。《走出癮與隱的世界：以福音戒毒為例》(博士論文，高雄醫學大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。 <https://hdl.handle.net/11296/4k9gzz>
- 謝瑞智 (1991)。泛論藥物濫用與對策。《法令月刊》，42(1)，頁 17-19。 [https://doi.org/10.6509/TLM.199101_42\(1\).0004](https://doi.org/10.6509/TLM.199101_42(1).0004)
- 賽明成、陳建維 (2010)。紮根理論與質性研究：調和觀點。《問題與研究》，49(1)，頁 1-28。 [https://doi.org/10.30390/ISC.201003_49\(1\).0001](https://doi.org/10.30390/ISC.201003_49(1).0001)
- 韓意慈、張容菱、曾思惟、黃詠琳、李云耀、羅啟軒、陳亮熊、吳明真、游宜樺 (2021)。《社會支持網絡的再建構：探究戒癮治療社區的服務模式與性別差異》。科技部補助專題研究計畫 (計畫編號：MOST107-2410-H158-015-MY2)。
- 簡俊生 (2015)。對藥物濫用者觀點之轉折——改變思維共創無毒家園。《管制藥品簡訊》，(62)，頁 2-3。
- 藍佩嘉 (2015)。質性個案研究：紮根理論與延伸個案法。載於瞿海源、畢恆達、劉長萱、楊國樞主編，《社會及行為科學研究法：質性研究法》(一版，頁 33-62)。臺灣東華書局股份有限公司。
- 顏玉如、韓意慈、張祺 (2023)。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。《刑事政策與犯罪防治研究專刊》，(36)，頁 139-191。 [https://doi.org/10.6460/CPCP.202312_\(36\).0004](https://doi.org/10.6460/CPCP.202312_(36).0004)
- 顏銘漢、薛文傑、林可寰 (2009)。海洛因成癮與戒治。《家庭醫學與基層醫療》，24(4)，頁 131-137。 <https://doi.org/10.6965/FMPMC.200904.0131>
- 顏蔚吟、溫敏男 (2018)。生命轉捩點——淺談毒品戒治新契機。《法務通訊》，(2888)，頁 3-6。
- 藝嵐 (2015)。成癮者的淨土——茄萇山莊。《衛福》，(5)，頁 34-37。
- 蘇悅中 (2016)。物質濫用戒癮者的社區復健模式。載於蔡佩真主編，《物質濫用社會工作實務手冊》(初版，頁 207-228)。巨流圖書股份有限公司。

二、英文部分

- Abdel-Salam, S., Antonio, M. E., Bratina, M. P., & Kilmer, A. (2023). Rapport and Relationship Building in a Therapeutic Community: Examining the Dynamic Between Correctional Officers and Incarcerated Persons. *Criminal Justice Policy Review*, 34(1), 43-64. <https://doi.org/10.1177/08874034211069097>
- Akerman, G. (2019). Communal Living as the Agent of Change. In D. L. L. Polaschek, A. Day, & C. R. Hollin (Eds.), *The Wiley International Handbook of Correctional Psychology* (1st ed., pp. 590-602). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781119139980.ch37>
- Ali, M. O. (2023). Exploring Drug & Substance Abuse Implications 2023. *Scholars Academic Journal of Pharmacy*, 12(7), 199-205.
- Allan, J. (2019). Ethics and Practice of Research with People Who Use Drugs. In P. Liamputtong (Ed.), *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences* (1st ed., pp. 1973-1989). Springer. https://doi.org/10.1007/978-981-10-5251-4_143
- Amitay, G., & Ronel, N. (2023). The Practice of Spiritual Criminology: A Non-Doing Companionship for Crime Desistance. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 67(4), 420-441. <https://doi.org/10.1177/0306624X211066828>
- Anderson, T. L., & Harrison, L. (2004). Therapeutic community drug treatment in the US criminal justice system. In P. Bean & T. Nemitz (Eds.), *Drug Treatment: What Works?* (1st ed., pp. 191-210). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203646595-14>
- Anglin, M. D., & Hser, Y.-I. (1990). Treatment of Drug Abuse. *Crime and Justice*, 13, 393-460. <https://doi.org/10.1086/449179>
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping* (1st ed.). Jossey-Bass Publishers.
- Aslan, L. (2018). Doing time on a TC: how effective are drug-free therapeutic communities in prison? A review of the literature. *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities*, 39(1), 26-34. <https://doi.org/10.1108/TC-10-2017-0028>
- Babbie, E. R. (2020). *The Practice of Social Research* (15th ed.). Cengage Learning.
- Bahr, S. J. (2011). Drug Use, Abuse, and Addiction. In C. D. Bryant (Ed.), *The Routledge Handbook of Deviant Behavior* (1st ed., pp. 290-297). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203880548>

- Bahr, S. J., & Hoffmann, J. P. (2015). Social Scientific Theories of Drug Use, Abuse, and Addiction. In H. H. Brownstein (Ed.), *The Handbook of Drugs and Society* (1st ed., pp. 197-217). John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9781118726761.ch10>
- Bahr, S. J., Masters, A. L., & Taylor, B. M. (2012). What Works in Substance Abuse Treatment Programs for Offenders? *The Prison Journal*, 92(2), 155-174. <https://doi.org/10.1177/0032885512438836>
- Bale, R. N., Van Stone, W. W., Kuldau, J. M., Engelsing, T. M. J., Elashoff, R. M., & Zarcone, V. P., Jr. (1980). Therapeutic Communities vs Methadone Maintenance: A Prospective Controlled Study of Narcotic Addiction Treatment: Design and One-Year Follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 37(2), 179-193. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1980.01780150069008>
- Bardi, G., & Garcia, M. L. T. (2022). Religious therapeutic communities: between salvation by faith and the denial of its principles. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(4), 1557-1566. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.05152021>
- Bartollas, C., & Dinitz, S. (1988). *Introduction to Criminology: Order and Disorder* (1st ed.). Harper and Row Publishers.
- Bassin, A. (1984). Proverbs, Slogans and Folk Sayings in the Therapeutic Community: A Neglected Therapeutic Tool. *Journal of Psychoactive Drugs*, 16(1), 51-56. <https://doi.org/10.1080/02791072.1984.10524465>
- Batiste, C. G., & Yablonsky, L. (1971). Synanon: A Therapeutic Life Style. *California Medicine*, 114(5), 90-94.
- Bazemore, G., & Mara, S. (2004). Paradigm Muddle or Paradigm Paralysis? The Wide and Narrow Roads to Restorative Justice Reform (or, a Little Confusion May Be a Good Thing). *Contemporary Justice Review*, 7(1), 37-57. <https://doi.org/10.1080/1028258042000211996>
- Bazemore, G., & Maruna, S. (2009). Restorative Justice in the Reentry Context: Building New Theory and Expanding the Evidence Base. *Victims and Offenders*, 4(4), 375-384. <https://doi.org/10.1080/15564880903227446>
- Bazemore, G., & Walgrave, L. (1999). Restorative Juvenile Justice: In Search of Fundamentals and an Outline for Systemic Reform. In L. Walgrave & G. Bazemore (Eds.), *Restorative Juvenile Justice: Repairing the Harm of Youth Crime* (1st ed., pp. 45-74). Criminal Justice Press.
- Beaton, B., & Gerber, J. (2023). Drug Addiction and Incarceration: A Call for Research and Transparency Among Prison-Based Substance Abuse Treatment Programs.

- International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 1-16. <https://doi.org/10.1177/0306624x231176003>
- Becker, H. S. (1977). Knowledge, Power, and Drug Effects. In P. E. Rock (Ed.), *Drugs and Politics* (1st ed., pp. 167-190). Transaction Publishers. <https://doi.org/10.4324/9780203792858-10>
- Belgrave, L. L., & Charmaz, K. (2014). Studying Illness and Dying through Constructivist Grounded Theory. In L. Brussel & N. Carpentier (Eds.), *The Social Construction of Death: Interdisciplinary Perspectives* (1st ed., pp. 34-51). Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1057/9781137391919_3
- Bennett, D., Kajamaa, A., & Johnston, J. (2020). How to... do longitudinal qualitative research. *The Clinical Teacher*, 17(5), 489-492. <https://doi.org/10.1111/tct.13203>
- Berg, W. E. (1992). Evaluation of Community-based Drug Abuse Treatment Programs: A Review of the Research Literature. In E. M. Freeman (Ed.), *The Addiction Process: Effective Social Work Approaches* (1st ed., pp. 81-95). Longman Publishing Group.
- Best, D. (2012). *Addiction Recovery: A Movement for Social Change and Personal Growth in the UK* (1st ed.). Pavilion Professional.
- Best, D. (2014). *Strength, Support, Setbacks and Solutions: The Developmental Pathway to Addiction Recovery* (1st ed.). Pavilion Publishing and Media Ltd.
- Best, D. (2019). *Pathways to Recovery and Desistance: The Role of the Social Contagion of Hope* (1st ed.). Bristol University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctvpwhfpp>
- Best, D., & Aston, E. (2015). Long-Term Recovery from Addiction: Criminal Justice Involvement and Positive Criminology? In N. Ronel & D. Segev (Eds.), *Positive Criminology* (1st ed., pp. 177-193). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315796536-15>
- Best, D., Colman, C., Vanderplasschen, W., Laenen, F. V., Irving, J., Edwards, M., Hamer, R., & Martinelli, T. (2020). How do mechanisms for behaviour change in addiction recovery apply to desistance from offending?: Learning lessons from the REC-PATH programme of work. In D. Best & C. Colman (Eds.), *Strengths-Based Approaches to Crime and Substance Use: From Drugs and Crime to Desistance and Recovery* (1st ed., pp. 86-102). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315227221-5>
- Best, D., & Hamer, R. (2021). *Addiction Recovery in Services and Policy: An*

- International Overview. In N. el-Guebaly, G. Carrà, M. Galanter, & A. M. Baldacchino (Eds.), *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives* (2nd ed., pp. 717-731). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-36391-8_50
- Best, D., Irving, J., & Albertson, K. (2017). Recovery and Desistance: What the Emerging Recovery Movement in the Alcohol and Drug Area can Learn from Models of Desistance from Offending. *Addiction Research & Theory*, 25(1), 1-10. <https://doi.org/10.1080/16066359.2016.1185661>
- Best, D., & Lubman, D. I. (2012). The recovery paradigm: A model of hope and change for alcohol and drug addiction. *Australian Family Physician*, 41(8), 593-597.
- Birks, M., & Mills, J. (2023). *Grounded Theory: A Practical Guide* (3rd ed.). SAGE Publications Ltd.
- Bleiberg, J. L., Devlin, P., Croan, J., & Briscoe, R. (1994). Relationship between Treatment Length and Outcome in a Therapeutic Community. *International Journal of the Addictions*, 29(6), 729-740. <https://doi.org/10.3109/10826089409047906>
- Bloor, M., McKeganey, N., & Fonkert, D. (1988). *One Foot in Eden: A Sociological Study of the Range of Therapeutic Community Practice* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429456244>
- Blume, A. W., & Resor, M. R. (2008). Therapeutic Communities for Treatment of Substance Abuse. In B. L. Cutler (Ed.), *Encyclopedia of Psychology and Law* (1st ed., pp. 802-804). SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781412959537>
- Blume, S. B. (2002). Group Psychotherapy in the Treatment of Addictive Disorders: Past, Present, and Future. In D. W. Brook & H. I. Spitz (Eds.), *The Group Therapy of Substance Abuse* (1st ed., pp. 411-427). CRC Press. <https://doi.org/10.4324/9781439807125-23>
- Borkman, T., Kaskutas, L. A., & Owen, P. (2007). Contrasting and Converging Philosophies of Three Models of Alcohol/Other Drugs Treatment: Minnesota Model, Social Model, and Addiction Therapeutic Communities. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 25(3), 21-38. https://doi.org/10.1300/J020v25n03_03
- Boyum, D. A., Caulkins, J. P., & Kleiman, M. A. R. (2011). Drug, Crime, and Public Policy. In J. Q. Wilson & J. Petersilia (Eds.), *Crime and Public Policy* (2nd ed., pp. 368-410). Oxford University Press.
- Braithwaite, J. (1996). Restorative Justice and a Better Future. *The Dalhousie Review*,

- 76(1), 9-31. <https://doi.org/10.4324/9781315200361-15>
- Braithwaite, J. (1998). Restorative justice. In M. H. Tonry (Ed.), *The Handbook of Crime and Punishment* (1st ed., pp. 323-344). Oxford University Press.
- Braithwaite, J. (2001). Restorative Justice and a New Criminal Law of Substance Abuse. *Youth & Society*, 33(2), 227-248. <https://doi.org/10.1177/0044118X01033002005>
- Braithwaite, J. (2006). Doing Justice Intelligently in Civil Society. *Journal of Social Issues*, 62(2), 393-409. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2006.00456.x>
- Braithwaite, J. (2014). Evidence for restorative justice. *Vermont Bar Journal*, 40(2), 18-27.
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). Conceptual and design thinking for thematic analysis. *Qualitative Psychology*, 9(1), 3-26. <https://doi.org/10.1037/qup0000196>
- Braun, V., Clarke, V., & Hayfield, N. (2022). ‘A Starting Point for Your Journey, Not a Map’: Nikki Hayfield in Conversation with Virginia Braun and Victoria Clarke about Thematic Analysis. *Qualitative Research in Psychology*, 19(2), 424-445. <https://doi.org/10.1080/14780887.2019.1670765>
- Brinkmann, S. (2020). Unstructured and Semistructured Interviewing. In P. Leavy (Ed.), *The Oxford Handbook of Qualitative Research* (2nd ed., pp. 424-456). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190847388.013.22>
- Brito, S. G. (2023). *Reconstructing Subjectivities: Dynamics of a Therapeutic Community* (1st ed.). Scientia Scripts.
- Brochu, S., Brunelle, N., & Plourde, C. (2018). *Drugs and Crime: A Complex Relationship* (J. d. Silva, Trans.; 3rd revised and expanded ed.). University of Ottawa Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctt21c4sgp>
- Broekaert, E. (2001). Therapeutic communities for drug users: description and overview. In B. Rawlings & R. Yates (Eds.), *Therapeutic Communities for the Treatment of Drug Users (Community, Culture and Change, Volume 4)* (1st ed., pp. 29-42). Jessica Kingsley Publishers.
- Broekaert, E. (2006). What future for the Therapeutic Community in the field of addiction? A view from Europe. *Addiction*, 101(12), 1677-1678. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01646.x>
- Broekaert, E., De Maeyer, J., Vandeveld, S., Vanderplasschen, W., Claes, C., Colpaert, K., & Walgraeve, M. (2017). Quality of Life in Therapeutic Communities for Addictions: A Positive Search for Wellbeing and Happiness. *Journal of Groups*

- in *Addiction & Recovery*, 12(2-3), 207-221.
<https://doi.org/10.1080/1556035X.2017.1307155>
- Broekaert, E., Kooyman, M., & Ottenberg, D. J. (1998). The “New” Drug-free Therapeutic Community: Challenging Encounter of Classic and Open Therapeutic Communities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15(6), 595-597. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(97\)00310-3](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(97)00310-3)
- Broekaert, E., Raes, V., Kaplan, C. D., & Coletti, M. (1999). The Design and Effectiveness of Therapeutic Community Research in Europe: An Overview. *European Addiction Research*, 5(1), 21-35. <https://doi.org/10.1159/000018960>
- Broekaert, E., Vanderplasschen, W., Temmerman, I., Ottenberg, D. J., & Kaplan, C. (2000). Retrospective Study of Similarities and Relations Between American Drug-Free and European Therapeutic Communities for Children and Adults. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32(4), 407-417. <https://doi.org/10.1080/02791072.2000.10400243>
- Broekaert, E., Vandeveld, S., Soye, V., Yates, R., & Slater, A. (2006). The Third Generation of Therapeutic Communities: The Early Development of the TC for Addictions in Europe. *European Addiction Research*, 12(1), 1-11. <https://doi.org/10.1159/000088577>
- Broekaert, E., Vandeveld, S., Vanderplasschen, W., Soye, V., & Poppe, A. (2002). Two decades of "research-practice" encounters in the development of European therapeutic communities for substance abusers. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56(5), 371-377. <https://doi.org/10.1080/080394802760322141>
- Brook, D. W. (2007). Group and Family Therapy. In G. O. Gabbard (Ed.), *Gabbard's Treatments of Psychiatric Disorders* (4th ed., pp. 313-318). American Psychiatric Publishing.
- Brooks, F., & McHenry, B. (2023). *A Contemporary Approach to Substance Use Disorders and Addiction Counseling* (3rd ed.). American Counseling Association.
- Brown, B. S. (1990). The Growth of Drug Abuse Treatment System. In J. A. Inciardi (Ed.), *Handbook of Drug Control in the United States* (1st ed., pp. 51-69). Greenwood Press.
- Brown, B. S., Kinlock, T. W., & Nurco, D. N. (2001). SELF-HELP INITIATIVES TO REDUCE THE RISK OF RELAPSE. In F. M. Tims, C. G. Leukefeld, & J. J. Platt (Eds.), *Relapse and Recovery in Addictions* (1st ed., pp. 275-302). Yale University Press. <https://doi.org/10.12987/9780300143485-013>

- Brown, V. B., Sanchez, S., Zweben, J. E., & Aly, T. (1996). Challenges in Moving from a Traditional Therapeutic Community to a Women and Children's TC Model. *Journal of Psychoactive Drugs*, 28(1), 39-46. <https://doi.org/10.1080/02791072.1996.10471713>
- Bryant, A. (2020). The Grounded Theory Method. In P. Leavy (Ed.), *The Oxford Handbook of Qualitative Research* (2nd ed., pp. 167-199). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190847388.013.15>
- Bryant, A. (2021). Continual Permutations of Misunderstanding: The Curious Incidents of the Grounded Theory Method. *Qualitative Inquiry*, 27(3-4), 397-411. <https://doi.org/10.1177/1077800420920663>
- Bunt, G. C. (2013). Therapeutic Communities: An International Context. *Canadian Journal of Addiction*, 4(2), 11. <https://doi.org/10.1097/02024458-201305000-00015>
- Bunt, G. C., Muehlbach, B., & Moed, C. O. (2008). The Therapeutic Community: An International Perspective. *Substance Abuse*, 29(3), 81-87. <https://doi.org/10.1080/08897070802218844>
- Burnett, K. (2001). Self-help or sink-or-swim? The experience of residents in a UK concept-based therapeutic community. In B. Rawlings & R. Yates (Eds.), *Therapeutic Communities for the Treatment of Drug Users (Community, Culture and Change, Volume 4)* (1st ed., pp. 138-153). Jessica Kingsley Publishers.
- Calman, L., Brunton, L., & Molassiotis, A. (2013). Developing longitudinal qualitative designs: lessons learned and recommendations for health services research. *BMC Medical Research Methodology*, 13, Article 14. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-13-14>
- Campling, P. (2001). Therapeutic Communities. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7(5), 365-372. <https://doi.org/10.1192/apt.7.5.365>
- Carroll, J. F. X. (1975). "Mental Illness" and "Disease": Outmoded Concepts in Alcohol and Drug Rehabilitation. *Community Mental Health Journal*, 11, 418-429. <https://doi.org/10.1007/BF01419665>
- Carroll, J. F. X. (1978). Viewpoints on Abstinence and Controlled Use. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 5(3), 327-333. <https://doi.org/10.3109/00952997809012633>
- Carroll, J. F. X. (1980). Does Sobriety and Self-Fulfillment Always Necessitate Total and Permanent Abstinence? *British Journal of Addiction*, 75(1), 55-63. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1980.tb00195.x>

- Carroll, J. F. X. (1989). Working with Drug Dependent Residents with AIDS/ARC in a Therapeutic Community. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 5(3-4), 163-189. https://doi.org/10.1300/J020V05N03_11
- Carroll, J. F. X. (1990). Treating Drug Addicts with Mental Health Problems in a Therapeutic Community. *Journal of Chemical Dependency Treatment*, 3(2), 237-259. https://doi.org/10.1300/J034v03n02_11
- Carroll, J. F. X. (1992). The Evolving American Therapeutic Community. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 9(3-4), 175-181. https://doi.org/10.1300/J020v09n03_11
- Carroll, J. F. X. (2009). Concerns About Aspects of Harm Reduction and the Overselling of Evidence-Based Practices in the Treatment of Alcohol/Other Drug Problems. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 27(3), 329-337. <https://doi.org/10.1080/07347320903014271>
- Carroll, J. F. X. (2016). What Constitutes “Success” in Addiction Treatment and How Do We Determine What Works Best? *Alcoholism Treatment Quarterly*, 34(2), 252-260. <https://doi.org/10.1080/07347324.2016.1148516>
- Carroll, J. F. X. (2019). *Straight Talk about Addiction, Treatment, Recovery, and Achieving a Better Quality of Life* (1st ed.). Page Publishing.
- Carroll, J. F. X., De Leon, G., Joseph, H., & Winick, C. (2013). Reflections on the Past, Present, and the Future of the Chemical Dependency Treatment Field: Four Unique Perspectives. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 31(1), 107-120. <https://doi.org/10.1080/07347324.2013.746610>
- Carroll, J. F. X., & McGinley, J. J. (1998). Managing MICA Clients in a Modified Therapeutic Community with Enhanced Staffing. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15(6), 565-577. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(98\)00005-1](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(98)00005-1)
- Carroll, J. F. X., Tanneberger, M. A., & Monti, T. C. (1998). A Tertiary Prevention Strategy for Drug-Dependent Clients Completing Residential Treatment. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 16(3), 51-61. https://doi.org/10.1300/J020v16n03_05
- Carter, T. J., & O'Connell, D. (2016). Dealing with Drug Users: Treatment. In H. H. Brownstein (Ed.), *The Handbook of Drugs and Society* (1st ed., pp. 555-573). John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9781118726761.ch26>
- Chandler, R. K., Fletcher, B. W., & Volkow, N. D. (2009). Treating Drug Abuse and Addiction in the Criminal Justice System: Improving Public Health and Safety. *The Journal of the American Medical Association*, 301(2), 183-190. <https://doi.org/10.1001/jama.2008.976>

- Chandra, E. M. (2019). Victimless Crime in Indonesia: Should We Punished Them? *PADJADJARAN Jurnal Ilmu Hukum (Journal of Law)*, 6(2), 216-232. <https://doi.org/10.22304/pjih.v6n2.a1>
- Charmaz, K. (1990). 'Discovering' Chronic Illness: Using Grounded Theory. *Social Science & Medicine*, 30(11), 1161-1172. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(90\)90256-R](https://doi.org/10.1016/0277-9536(90)90256-R)
- Charmaz, K. (1991). Translating Graduate Qualitative Methods into Undergraduate Teaching: Intensive Interviewing as a Case Example. *Teaching Sociology*, 19(3), 384-395. <https://doi.org/10.2307/1318205>
- Charmaz, K. (1996). The Search for Meanings-Grounded Theory. In J. A. Smith, R. Harré, & L. V. Langenhove (Eds.), *Rethinking Methods in Psychology* (1st ed., pp. 27-49). SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781446221792>
- Charmaz, K. (2004). Premises, Principles, and Practices in Qualitative Research: Revisiting the Foundations. *Qualitative Health Research*, 14(7), 976-993. <https://doi.org/10.1177/1049732304266795>
- Charmaz, K. (2005). Grounded Theory in the 21st Century: A Qualitative Method for Advancing Social Justice Research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The SAGE Handbook of Qualitative Research* (3rd ed., pp. 507-535). SAGE Publications Ltd.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide through Qualitative Analysis* (1st ed.). SAGE Publications Ltd.
- Charmaz, K. (2007). Tensions in Qualitative Research. *Sociologisk Forskning*, 44(3), 76-85. <https://doi.org/10.37062/sf.44.19279>
- Charmaz, K. (2008a). Constructionism and the Grounded Theory Method. In J. A. Holstein & J. F. Gubrium (Eds.), *Handbook of Constructionist Research* (1st ed., pp. 397-412). The Guilford Press.
- Charmaz, K. (2008b). Grounded Theory as an Emergent Method. In S. N. Hesse-Biber & P. Leavy (Eds.), *Handbook of Emergent Methods* (1st ed., pp. 155-170). The Guilford Press.
- Charmaz, K. (2008c). The Legacy of Anselm Strauss in Constructivist Grounded Theory. In N. K. Denzin, J. Salvo, & M. Washington (Eds.), *Studies in Symbolic Interaction (Studies in Symbolic Interaction, Vol. 32)* (1st ed., pp. 127-141). Emerald Publishing Limited. [https://doi.org/10.1016/S0163-2396\(08\)32010-9](https://doi.org/10.1016/S0163-2396(08)32010-9)
- Charmaz, K. (2008d). Reconstructing Grounded Theory. In P. Alasuutari, L. Bickman, & J. Brannen (Eds.), *The SAGE Handbook of Social Research Methods* (1st ed.,

- pp. 461-478). SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781446212165>
- Charmaz, K. (2009). Shifting the Grounds: Constructivist Grounded Theory Methods. In J. M. Morse, B. J. Bowers, K. Charmaz, A. E. Clarke, J. Corbin, & P. N. Stern (Eds.), *Developing Grounded Theory: The Second Generation* (1st ed., pp. 127-193). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315430577>
- Charmaz, K. (2012a). Grounded Theory Methods in Social Justice Research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Strategies of Qualitative Inquiry* (4th ed., pp. 291-336). SAGE Publications, Inc.
- Charmaz, K. (2012b). The Power and Potential of Grounded Theory. *Medical Sociology Online*, 6(3), 2-15.
- Charmaz, K. (2014a). *Constructing Grounded Theory* (2nd ed.). SAGE Publications Ltd.
- Charmaz, K. (2014b). Grounded Theory in Global Perspective: Reviews by International Researchers. *Qualitative Inquiry*, 20(9), 1074-1084. <https://doi.org/10.1177/1077800414545235>
- Charmaz, K. (2017a). Constructivist Grounded Theory. *The Journal of Positive Psychology*, 12(3), 299-300. <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1262612>
- Charmaz, K. (2017b). The Power of Constructivist Grounded Theory for Critical Inquiry. *Qualitative Inquiry*, 23(1), 34-45. <https://doi.org/10.1177/107780041665705>
- Charmaz, K. (2017c). Special Invited Paper: Continuities, Contradictions, and Critical Inquiry in Grounded Theory. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1). <https://doi.org/10.1177/1609406917719350>
- Charmaz, K. (2020a). Grounded Theory: Main Characteristics. In N. Mik-Meyer & M. Järvinen (Eds.), *Qualitative Analysis: Eight Approaches for the Social Sciences* (1st ed., pp. 195-222). SAGE Publications Ltd.
- Charmaz, K. (2020b). “With Constructivist Grounded Theory You Can’t Hide”: Social Justice Research and Critical Inquiry in the Public Sphere. *Qualitative Inquiry*, 26(2), 165-176. <https://doi.org/10.1177/1077800419879081>
- Charmaz, K. (2021). The Genesis, Grounds, and Growth of Constructivist Grounded Theory. In J. M. Morse, B. J. Bowers, K. Charmaz, A. E. Clarke, J. Corbin, C. J. Porr, & P. N. Stern (Eds.), *Developing Grounded Theory: The Second Generation Revisited* (2nd ed., pp. 153-187). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315169170-13>

- Charmaz, K., & Belgrave, L. L. (2012). Qualitative Interviewing and Grounded Theory Analysis. In J. F. Gubrium, J. A. Holstein, A. B. Marvasti, & K. D. McKinney (Eds.), *The SAGE Handbook of Interview Research: The Complexity of the Craft* (2nd ed., pp. 347-365). SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781452218403>
- Charmaz, K., & Belgrave, L. L. (2013). Modern Symbolic Interaction Theory and Health. In W. C. Cockerham (Ed.), *Medical Sociology on the Move: New Directions in Theory* (1st ed., pp. 11-39). Springer. https://doi.org/10.1007/978-94-007-6193-3_2
- Charmaz, K., & Belgrave, L. L. (2019). Thinking About Data With Grounded Theory. *Qualitative Inquiry*, 25(8), 743-753. <https://doi.org/10.1177/1077800418809455>
- Charmaz, K., & Thornberg, R. (2021). The Pursuit of Quality in Grounded Theory. *Qualitative Research in Psychology*, 18(3), 305-327. <https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1780357>
- Chen, G. (2010). The Meaning of Suffering in Drug Addiction and Recovery from the Perspective of Existentialism, Buddhism and the 12-Step Program. *Journal of Psychoactive Drugs*, 42(3), 363-375. <https://doi.org/10.1080/02791072.2010.10400699>
- Chen, G. (2024a). Identity Construction in Recovery from Substance Use Disorders. *Journal of Psychoactive Drugs*, 56(1), 109-116. <https://doi.org/10.1080/02791072.2022.2159592>
- Chen, G. (2024b). Self-Forgiveness and Gratitude in Recovery from Substance Use Disorders. *Journal of Psychoactive Drugs*, 1-10. <https://doi.org/10.1080/02791072.2024.2366172>
- Chen, G., Elisha, E., Timor, U., & Ronel, N. (2013). Parents' Perceptions of Their Adolescent Sons' Recovery in a Therapeutic Community for Addicted Clients. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 57(11), 1417-1436. <https://doi.org/10.1177/0306624X12460226>
- Chen, G., Elisha, E., Timor, U., & Ronel, N. (2016). Why Do Adolescents Drop Out of a Therapeutic Community for People With Drug Addiction? *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 25(1), 65-77. <https://doi.org/10.1080/1067828X.2014.918002>
- Chen, G., & Gueta, K. (2015). Application of positive criminology in the 12-Step program. In N. Ronel & D. Segev (Eds.), *Positive Criminology* (1st ed., pp. 208-

- 220). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315796536-17>
- Chen, V. C.-H., Wu, M.-H., Lin, T.-Y., Ho, Y.-F., Wang, H.-Y., & Gossop, M. (2015). Comparison of socio-demographic characteristics, substance, and depression among male heroin users attending therapeutic community and methadone maintenance treatment program in Nantou, Taiwan. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 10, Article 41. <https://doi.org/10.1186/s13011-015-0037-y>
- Cherkas, M. S. (1965). Synanon Foundation—A Radical Approach to the Problem of Addiction. *American Journal of Psychiatry*, 121(11), 1065-1068. <https://doi.org/10.1176/ajp.121.11.1065>
- Cheron, J., & Kerchoue d'Exaerde, A. d. (2021). Drug addiction: from bench to bedside. *Translational Psychiatry*, 11, Article 424. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01542-0>
- Choi, J. J., Bazemore, G., & Gilbert, M. J. (2012). Review of research on victims' experiences in restorative justice: Implications for youth justice. *Children and Youth Services Review*, 34(1), 35-42. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.08.011>
- Christie, N. (1977). Conflicts as Property. *The British Journal of Criminology*, 17(1), 1-15. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.bjc.a046783>
- Christie, N. (2007). Restorative justice—answers to deficits in modernity? In D. Downes, N. Chomsky, P. Rock, C. Chinkin, & C. Gearty (Eds.), *Crime, Social Control and Human Rights: From Moral Panics to States of Denial, Essays in Honour of Stanley Cohen* (1st ed., pp. 368-378). Willan. <https://doi.org/10.4324/9781843925583>
- Christie, N. (2009). Restorative Justice: Five Dangers Ahead. In P. Knepper, J. Doak, & J. Shapland (Eds.), *Urban Crime Prevention, Surveillance, and Restorative Justice: Effects of Social Technologies* (1st ed., pp. 195-203). CRC Press. <https://doi.org/10.1201/9781420084450>
- Christie, N. (2013). Words on words. *Restorative Justice: An International Journal*, 1(1), 15-19. <https://doi.org/10.5235/20504721.1.1.15>
- Ciaravino, E. A. (2007). Occupational Therapy for Clients with Substance Abuse Disorders. In M. N. Ikiugu (Ed.), *Psychosocial Conceptual Practice Models in Occupational Therapy: Building Adaptive Capability* (1st ed., pp. 345-352). Mosby. <https://doi.org/10.1016/B978-032304182-9.50028-3>
- Clapp, P., Karow, M., Wackernah, R. C., & Zerr, B. K. S. (2023). Ethical issues in

- substance misuse and addiction-related research. In A. D. Kaye, R. D. Urman, E. M. Cornett, & A. N. Edinoff (Eds.), *Substance Use and Addiction Research: Methodology, Mechanisms, and Therapeutics* (1st ed., pp. 71-90). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-98814-8.00014-7>
- Clark, C. D. (2017). *The Recovery Revolution: The Battle Over Addiction Treatment In the United States* (1st ed.). Columbia University Press. <https://doi.org/10.17157/mat.5.1.588>
- Clark, M. (2011). Conceptualising Addiction: How Useful is the Construct. *International Journal of Humanities and Social Science*, 1(13), 55-64.
- Clark, V. A. (2024). Less Is More: The Effect of a Short-term Substance Use Disorder Treatment Program on Recidivism. *Corrections*, 9(1), 91-108. <https://doi.org/10.1080/23774657.2021.2021116>
- Clear, T. R., Reisig, M. D., & Cole, G. F. (2021). *American Corrections* (13th ed.). Cengage Learning.
- Clinkinbeard, S. S. (2008). Therapeutic Communities. In G. L. Fisher & N. A. Roget (Eds.), *Encyclopedia of Substance Abuse Prevention, Treatment, & Recovery, Volume 2* (1st ed., pp. 899-902). SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781412964500.n313>
- Cluley, E., & Maruna, S. (2022). Reimagining Partnerships: A Forensic Democratic Therapeutic Community Model. In L. Burke, N. Carr, E. Cluley, S. Collett, & F. McNeill (Eds.), *Reimagining Probation Practice: Re-forming Rehabilitation in an Age of Penal Excess* (pp. 132-151). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003172031-8>
- Coghlan, M. (2024). Insulation from loss: Exploring the impact of changing relationships in the liminal period between reoffending and desistance, and substance misuse and recovery. *Criminology and Criminal Justice*, 1-17. <https://doi.org/10.1177/17488958241246363>
- Collier, W. V. (1973). A Profile Study on the Residents of Daytop Village. *Journal of Drug Issues*, 3(1), 10-21. <https://doi.org/10.1177/002204267300300104>
- Collinson, B., & Best, D. (2022). Recovery and Identity: A socially focused challenge to brain disease models. In N. Heather, M. Field, A. Moss, & S. Satel (Eds.), *Evaluating the Brain Disease Model of Addiction* (1st ed., pp. 511-521). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003032762-48>
- Colman, C., & Best, D. (2020). Desistance and recovery: Developing an agenda for shared learning. In D. Best & C. Colman (Eds.), *Strengths-Based Approaches*

to Crime and Substance Use: From Drugs and Crime to Desistance and Recovery (1st ed., pp. 3-7). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315227221-1>

- Colman, C., & Vander Laenen, F. (2012). "Recovery Came First": Desistance versus Recovery in the Criminal Careers of Drug-Using Offenders. *The Scientific World Journal*, Article 657671. <https://doi.org/10.1100/2012/657671>
- Conti-O'Hare, M. (1998). Examining the Wounded Healer Archetype: A Case Study in Expert Addictions Nursing Practice. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 4(3), 71-76. <https://doi.org/10.1177/107839039800400302>
- Corbin, J. M., & Strauss, A. L. (1990). Grounded Theory Research: Procedures, Canons, and Evaluative Criteria. *Qualitative Sociology*, 13(1), 3-21. <https://doi.org/10.1007/BF00988593>
- Costello, M. J., Sousa, S., Ropp, C., & Rush, B. (2020). How to measure addiction recovery? Incorporating perspectives of individuals with lived experience. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 18(3), 599-612. <https://doi.org/10.1007/s11469-018-9956-y>
- Cressey, D. R. (1964). *Delinquency, Crime and Differential Association* (1st ed.). Springer Dordrecht. <https://doi.org/10.1007/978-94-011-9015-2>
- Császár, F., Erdos, M. B., Javor, R., & Kelemen, G. (2024). Narrative Means to Recovery Ends. Novel Psychoactive Substance Users in Early Recovery. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress & Coping*, 1-24. <https://doi.org/10.1080/15325024.2024.2319745>
- Cullen, F. T. (2011). Beyond adolescence-limited criminology: Choosing our future—the American Society of Criminology 2010 Sutherland address. *Criminology*, 49(2), 287-330. <https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.2011.00224.x>
- Cypress, B. S. (2017). Rigor or reliability and validity in qualitative research: Perspectives, strategies, reconceptualization, and recommendations. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 36(4), 253-263. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000253>
- Davidson, K. M., Mills, J. M., & Kreager, D. A. (2023). Amplifying Incarcerated Voices: Resident Perceptions of a Prison-Based Therapeutic Community Program. In D. Rudes, G. Armstrong, K. Kras, & T. Carter (Eds.), *Handbook on Prisons and Jails* (1st ed., pp. 171-185). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003374893-15>
- Davies, J. (2018). Addiction is not a brain disease. *Addiction Research & Theory*, 26(1),

- 1-2. <https://doi.org/10.1080/16066359.2017.1321741>
- Davis, C. (2008). Synanon. In G. L. Fisher & N. A. Roget (Eds.), *Encyclopedia of Substance Abuse Prevention, Treatment, & Recovery, Volume 2* (1st ed., pp. 894-895). SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781412964500.n311>
- Dawson, W., & Zandvoort, A. (2010). The Therapeutic Community as a Method of Intervention. In R. Yates & M. S. Malloch (Eds.), *Tackling Addiction: Pathways to Recovery* (1st ed., pp. 96-105). Jessica Kingsley Publishers.
- Day, E., Manitsa, I., Farley, A., & Kelly, J. F. (2024). The UK National Recovery Survey: nationally representative survey of people overcoming a drug or alcohol problem. *BJPsych Open*, *10*(2), Article e67. <https://doi.org/10.1192/bjo.2023.654>
- De Leon, G. (1974). Behavioral Science in the Therapeutic Community: Some Old Issues Revisited. *Journal of Drug Issues*, *4*(4), 435-442. <https://doi.org/10.1177/002204267400400415>
- De Leon, G. (1981). THE ROLE OF REHABILITATION. In G. G. Nahas & H. C. Frick II (Eds.), *Drug Abuse in the Modern World: A Perspective for the Eighties* (2nd ed., pp. 298-307). Pergamon Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-027550-5.50047-X>
- De Leon, G. (1985). The Therapeutic Community: Status and Evolution. *International Journal of the Addictions*, *20*(6-7), 823-844. <https://doi.org/10.3109/10826088509047755>
- De Leon, G. (1986a). ADOLESCENT SUBSTANCE ABUSERS IN THE TC: TREATMENT OUTCOMES. In A. P. Acampora & E. Nebelkopf (Eds.), *BRIDGING SERVICES: Drug Abuse, Human Services and the Therapeutic Community. Proceedings of the 9th World Conference of Therapeutic Communities (September 1-6, 1985, San Francisco, California)* (1st ed., pp. 195-201). Abacus Printing.
- De Leon, G. (1986b). The Therapeutic Community for Substance Abuse: Perspective and Approach. In G. De Leon & J. T. Ziegenfuss (Eds.), *Therapeutic Communities for Addictions: Readings in Theory, Research and Practice* (1st ed., pp. 5-18). Charles C Thomas Publisher.
- De Leon, G. (1986c). THERAPEUTIC COMMUNITY RESEARCH: OVERVIEW AND IMPLICATIONS. In A. P. Acampora & E. Nebelkopf (Eds.), *BRIDGING SERVICES: Drug Abuse, Human Services and the Therapeutic Community. Proceedings of the 9th World Conference of Therapeutic Communities*

- (September 1-6, 1985, San Francisco, California) (1st ed., pp. 29-36). Abacus Printing.
- De Leon, G. (1987). Alcohol Use among Drug Abusers: Treatment Outcomes in a Therapeutic Community. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 11(5), 430-435. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.1987.tb01917.x>
- De Leon, G. (1988a). Legal Pressure in Therapeutic Communities. In C. G. Leukefeld & F. M. Tims (Eds.), *National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series 86: Compulsory Treatment of Drug Abuse: Research and Clinical Practice* (1st ed., pp. 160-177). National Institute on Drug Abuse.
- De Leon, G. (1988b). Legal Pressure in Therapeutic Communities. *Journal of Drug Issues*, 18(4), 625-640. <https://doi.org/10.1177/002204268801800408>
- De Leon, G. (1988c). Program-Based Evaluation Research in Therapeutic Communities. In F. M. Tims & J. P. Ludford (Eds.), *National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series 51: Drug Abuse Treatment Evaluation: Strategies, Progress, and Prospects* (1st ed., pp. 69-87). National Institute on Drug Abuse.
- De Leon, G. (1988d). The Therapeutic Community and Behavioral Science. In B. A. Ray (Ed.), *National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series 84: Learning Factors in Substance Abuse* (1st ed., pp. 74-99). National Institute on Drug Abuse.
- De Leon, G. (1988e). THE THERAPEUTIC COMMUNITY PERSPECTIVE AND APPROACH FOR ADOLESCENT SUBSTANCE ABUSERS. In S. C. Feinstein, A. H. Esman, J. G. Looney, G. H. Orvin, J. G. Looney, A. Z. Schwartzberg, A. D. Sorosky, & M. Sugar (Eds.), *Adolescent Psychiatry, Volume 15: Developmental and Clinical Studies* (1st ed., pp. 535-556). University of Chicago Press.
- De Leon, G. (1989a). Alcohol: the hidden drug among substance abusers. *British Journal of Addiction*, 84(8), 837-840. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1989.tb00750.x>
- De Leon, G. (1989b). Psychopathology and Substance Abuse: What Is Being Learned in Therapeutic Communities. *Journal of Psychoactive Drugs* 21(2), 177-188. <https://doi.org/10.1080/02791072.1989.10472158>
- De Leon, G. (1989c). Therapeutic Communities for Substance Abuse: Overview of Approach and Effectiveness. *Psychology of Addictive Behaviors*, 3(3), 140-147. <https://doi.org/10.1037/h0080571>

- De Leon, G. (1989d). The Therapeutic Community Approach to Rehabilitation: Perspective and a Study of Effectiveness. In S. Einstein (Ed.), *Drug and Alcohol Use: Issues and Factors* (1st ed., pp. 285-293). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0888-9_27
- De Leon, G. (1990a). Substance User Treatment Issues for Research, Practice, and Policy: Introduction. *International Journal of the Addictions*, 25(12A), 1407-1408. <https://doi.org/10.3109/10826089009088551>
- De Leon, G. (1990b). The Therapeutic Community and Behavioral Science. *International Journal of the Addictions*, 25(12A), 1537-1557. <https://doi.org/10.3109/10826089009088559>
- De Leon, G. (1990c). Treatment Strategies. In J. A. Inciardi (Ed.), *Handbook of Drug Control in the United States* (1st ed., pp. 115-138). Greenwood Press.
- De Leon, G. (1991a). Aftercare in Therapeutic Communities. *International Journal of the Addictions*, 25(sup9), 1225-1237. <https://doi.org/10.3109/10826089109081043>
- De Leon, G. (1991b). Retention in Drug-free Therapeutic Communities. In R. W. Pickens, C. G. Leukefeld, & C. R. Schuster (Eds.), *National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series 106: Improving Drug Abuse Treatment* (1st ed., pp. 218-244). National Institute on Drug Abuse.
- De Leon, G. (1993). What Psychologists Can Learn From Addiction Treatment Research. *Psychology of Addictive Behaviors*, 7(2), 103-109. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.7.2.103>
- De Leon, G. (1994). The Therapeutic Community: Toward a General Theory and Model. In F. M. Tims, G. De Leon, & N. Jainchill (Eds.), *National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series 144: Therapeutic Communities and Treatment Research* (1st ed., pp. 16-53). National Institute on Drug Abuse.
- De Leon, G. (1995a). Residential Therapeutic Communities in the Mainstream: Diversity and Issues. *Journal of Psychoactive Drugs*, 27(1), 3-15. <https://doi.org/10.1080/02791072.1995.10471668>
- De Leon, G. (1995b). Therapeutic communities for addictions: A theoretical framework. *International Journal of the Addictions*, 30(12), 1603-1645. <https://doi.org/10.3109/10826089509104418>
- De Leon, G. (1996a). Integrative Recovery: A Stage Paradigm. *Substance Abuse*, 17(1), 51-63. <https://doi.org/10.1080/08897079609444728>
- De Leon, G. (1996b). Therapeutic communities: AIDS/HIV risk and harm reduction.

- Journal of Substance Abuse Treatment*, 13(5), 411-420.
[https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(96\)00118-3](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0740-5472(96)00118-3)
- De Leon, G. (1997a). Modified Therapeutic Communities: Emerging Issues. In G. De Leon (Ed.), *Community As Method: Therapeutic Communities for Special Populations and Special Settings* (1st ed., pp. 261-270). Praeger Publishers.
- De Leon, G. (1997b). Therapeutic Communities: Is There an Essential Model? In G. De Leon (Ed.), *Community As Method: Therapeutic Communities for Special Populations and Special Settings* (1st ed., pp. 3-18). Praeger Publishers.
- De Leon, G. (1998). Commentary: Reconsidering the Self-selection Factor in Addiction Treatment Research. *Psychology of Addictive Behaviors*, 12(1), 71-77.
<https://doi.org/10.1037/0893-164X.12.1.71>
- De Leon, G. (1999a). Therapeutic Communities: Research and Applications. In M. D. Glantz & C. R. Hartel (Eds.), *Drug Abuse: Origins & Interventions* (1st ed., pp. 395-429). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10341-016>
- De Leon, G. (1999b). The Therapeutic Community Treatment Model. In B. S. McCrady & E. E. Epstein (Eds.), *Addictions: A Comprehensive Guidebook* (1st ed., pp. 306-327). Oxford University Press.
- De Leon, G. (2000). *The Therapeutic Community: Theory, Model, and Method* (1st ed.). Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.1891/9780826116673>
- De Leon, G. (2001a). A commentary on "Retention in substance dependence treatment: the relevance of in-treatment factors". *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20(4), 263-264. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(01\)00172-6](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(01)00172-6)
- De Leon, G. (2001b). Therapeutic communities for substance abuse: development in North America. In B. Rawlings & R. Yates (Eds.), *Therapeutic Communities for the Treatment of Drug Users (Community, Culture and Change, Volume 4)* (1st ed., pp. 79-104). Jessica Kingsley Publishers.
- De Leon, G. (2002). Groups in Therapeutic Communities. In D. W. Brook & H. I. Spitz (Eds.), *The Group Therapy of Substance Abuse* (1st ed., pp. 155-172). CRC Press. <https://doi.org/10.4324/9781439807125-9>
- De Leon, G. (2003a). The Research Context for Therapeutic Communities in the USA. In J. Lees, N. Manning, D. Menzies, & N. Morant (Eds.), *A Culture of Enquiry: Research Evidence and the Therapeutic Community (Therapeutic Communities, Volume 6)* (1st ed., pp. 91-108). Jessica Kingsley Publishers.
- De Leon, G. (2003b). THERAPEUTIC COMMUNITIES: RESEARCH-PRACTICE

- RECIPROCITY. In J. L. Sorensen, R. A. Rawson, J. Guydish, & J. E. Zweben (Eds.), *Drug Abuse Treatment Through Collaboration: Practice and Research Partnerships That Work* (1st ed., pp. 17-35). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10491-002>
- De Leon, G. (2004). Commentary on “Self-help Organizations for Alcohol and Drug Problems: Toward Evidence-based Practice and Policy”. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26(3), 163-165. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(03\)00214-9](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(03)00214-9)
- De Leon, G. (2005a). The Addiction Therapeutic Communities for Psychiatric Disorders. *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities*, 26(4), 405-422.
- De Leon, G. (2005b). Modified Therapeutic Communities for co-occurring substance abuse and psychiatric disorders. In R. Stohler & W. Rössler (Eds.), *Dual Diagnosis: The Evolving Conceptual Framework* (1st ed., pp. 137-156). Karger. <https://doi.org/10.1159/000085914>
- De Leon, G. (2010a). Is the Therapeutic Community an Evidence-based Treatment? What the Evidence Says. *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities*, 31(2), 104-128.
- De Leon, G. (2010b). Therapeutic communities in the new millennium. In D. Brizer & R. Castaneda (Eds.), *Clinical Addiction Psychiatry* (1st ed., pp. 61-71). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511782107.008>
- De Leon, G. (2010c). The Therapeutic Community: A Recovery-Oriented Treatment Pathway and the Emergence of a Recovery-Oriented Integrated System. In R. Yates & M. S. Malloch (Eds.), *Tackling Addiction: Pathways to Recovery* (1st ed., pp. 70-83). Jessica Kingsley Publishers.
- De Leon, G. (2012). The next therapeutic community: autocracy, and other notes toward integrating old and new therapeutic communities. *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities*, 33(2/3), 124-132. <https://doi.org/10.1108/09641861211291612>
- De Leon, G. (2013). Therapeutic Communities. In P. Miller (Ed.), *Interventions For Addiction (Comprehensive Addictive Behaviors and Disorders, Volume 3)* (1st ed., pp. 643-653). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-398338-1.00066-X>
- De Leon, G. (2014). Therapeutic Communities. In M. Galanter, H. D. Kleber, & K. T. Brady (Eds.), *The American Psychiatric Publishing Textbook of Substance*

- Abuse Treatment* (5th ed., pp. 511-530). American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9781615370030.mg34>
- De Leon, G. (2015). "The Gold Standard" and Related Considerations for a Maturing Science of Substance Abuse Treatment. Therapeutic Communities; A Case in Point. *Substance Use & Misuse*, 50(8/9), 1106-1109. <https://doi.org/10.3109/10826084.2015.1012846>
- De Leon, G. (2019). Therapeutic Communities: Evolutionary Arc and the Opioid Epidemic. In J. D. Avery & K. A. Kast (Eds.), *The Opioid Epidemic and the Therapeutic Community Model: An Essential Guide* (1st ed., pp. 9-22). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-26273-0_2
- De Leon, G. (2022). Therapeutic communities for substance abusers in correctional settings: The American experience. In G. Akerman & R. Shuker (Eds.), *Global Perspectives on Interventions in Forensic Therapeutic Communities: A Practitioner's Guide* (1st ed., pp. 155-178). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429317460-11>
- De Leon, G., & Deitch, D. A. (1985). Treatment of the Adolescent Substance Abuser in a Therapeutic Community. In A. S. Freidman & G. M. Beschner (Eds.), *Treatment Services for Adolescent Substance Abusers* (1st ed., pp. 216-230). National Institute on Drug Abuse.
- De Leon, G., & Jainchill, N. (1986a). Circumstance, Motivation, Readiness and Suitability as Correlates of Treatment Tenure. *Journal of Psychoactive Drugs*, 18(3), 203-208. <https://doi.org/10.1080/02791072.1986.10472348>
- De Leon, G., & Jainchill, N. (1986b). CIRCUMSTANCES, MOTIVATION, READINESS & SUITABILITY: DO THESE FACTORS RELATE TO TREATMENT TENURE IN THERAPEUTIC COMMUNITIES? In A. P. Acampora & E. Nebelkopf (Eds.), *BRIDGING SERVICES: Drug Abuse, Human Services and the Therapeutic Community. Proceedings of the 9th World Conference of Therapeutic Communities (September 1-6, 1985, San Francisco, California)* (1st ed., pp. 53-58). Abacus Printing.
- De Leon, G., & Jainchill, N. (1991). Residential Therapeutic Communities for Female Substance Abusers. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 67(3), 277-290.
- De Leon, G., Melnick, G., & Tims, F. M. (2001). THE ROLE OF MOTIVATION AND READINESS IN TREATMENT AND RECOVERY. In F. M. Tims, C. G. Leukefeld, & J. J. Platt (Eds.), *Relapse and Recovery in Addictions* (1st ed., pp. 143-171). Yale University Press. <https://doi.org/10.12987/9780300143485-008>

- De Leon, G., Perfas, F. B., Joseph, A., & Bunt, G. C. (2021). Therapeutic Communities for Addictions: Essential Elements, Cultural, and Current Issues. In N. el-Guebaly, G. Carrà, M. Galanter, & A. M. Baldacchino (Eds.), *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives* (2nd ed., pp. 697-707). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-36391-8_48
- De Leon, G., & Rosenthal, M. S. (1979). Therapeutic Communities. In R. L. Dupont, A. Goldstein, & J. O'Donnell (Eds.), *Handbook on Drug Abuse* (1st ed., pp. 39-48). National Institute on Drug Abuse.
- De Leon, G., & Rosenthal, M. S. (1989). Treatment in Residential Therapeutic Communities. In *Treatments of Psychiatric Disorders: A Taskforce Report of the American Psychiatric Association, Volume 2* (1st ed., pp. 1379-1396). American Psychiatric Association.
- De Leon, G., Sacks, S., & Hilton, R. (1993). Passages: A Modified Therapeutic Community Day Treatment Model for Methadone Clients. In J. A. Inciardi, F. M. Tims, & B. W. Fletcher (Eds.), *Innovative Approaches in the Treatment of Drug Abuse: Program Models and Strategies* (1st ed., pp. 125-148). Greenwood Press.
- De Leon, G., Sacks, S., & Wexler, H. K. (2002). Modified Prison Therapeutic Communities for the Dual- and Multiple-Diagnosed Offender. In C. G. Leukefeld, F. Tims, & D. Farabee (Eds.), *Treatment of Drug Offenders: Policies and Issues* (1st ed., pp. 138-148). Springer Publishing Company. Inc.
- De Leon, G., Staines, G. L., & Sacks, S. (1997). Passages: A Therapeutic Community Oriented Day Treatment Model for Methadone Maintained Clients. *Journal of Drug Issues*, 27(2), 341-366. <https://doi.org/10.1177/002204269702700210>
- De Leon, G., Staines, G. L., Sacks, S., Brady, R., & Melchionda, R. (1997). Passages: A Modified Therapeutic Community Model for Methadone-Maintained Clients. In G. De Leon (Ed.), *Community As Method: Therapeutic Communities for Special Populations and Special Settings* (1st ed., pp. 225-245). Praeger Publishers.
- De Leon, G., & Unterrainer, H. F. (2020). The Therapeutic Community: A Unique Social Psychological Approach to the Treatment of Addictions and Related Disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 11, Article 786. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00786>
- De Leon, G., & Wexler, H. (2009). The Therapeutic Community for Addictions: An Evolving Knowledge Base. *Journal of Drug Issues*, 39(1), 167-177.

<https://doi.org/10.1177/002204260903900113>

- Deitch, D. A. (1971). Evolution of Treatment Roles in More Recent Response to Addiction Problems. *Journal of Drug Issues*, 1(2), 132-140. <https://doi.org/10.1177/002204267100100205>
- Deitch, D. A. (1997). Developmental Features of the Therapeutic Community: Imprints—Actions and Discoveries. *Journal of Psychoactive Drugs*, 29(2), 145-148. <https://doi.org/10.1080/02791072.1997.10400181>
- Deitch, D. A., Carleton, S., Koutsenok, I. B., & Marsolais, K. (2002). Therapeutic Community Treatment in Prisons. In C. G. Leukefeld, F. Tims, & D. Farabee (Eds.), *Treatment of Drug Offenders: Policies and Issues* (1st ed., pp. 127-137). Springer Publishing Company. Inc.
- Deitch, D. A., & Drago, L. (2019). The Therapeutic Community for Drug Abuse Treatment: A Journey Yet Unfolding in the Recovery Movement. In B. A. Johnson (Ed.), *Addiction Medicine: Science and Practice* (2nd ed., pp. 648-661). Saunders.
- Deitch, D. A., Koutsenok, I., & Ruiz, A. (2000). The Relationship Between Crime and Drugs: What We Have Learned in Recent Decades. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32(4), 391-397. <https://doi.org/10.1080/02791072.2000.10400241>
- Deitch, D. A., & Solit, R. (1993). Training drug abuse treatment personnel in therapeutic community methodologies. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 30(2), 305-316. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.30.2.305>
- Deitch, D. A., & Zweben, J. E. (1976). The Impact of Social Change on Treating Adolescents in Therapeutic Communities. *Journal of Psychedelic Drugs*, 8(3), 199-208. <https://doi.org/10.1080/02791072.1976.10472014>
- Deitch, D. A., & Zweben, J. E. (1984). Coercion in the Therapeutic Community. *Journal of Psychoactive Drugs*, 16(1), 35-41. <https://doi.org/10.1080/02791072.1984.10524462>
- Dekel, R., Benbenishty, R., & Amram, Y. (2004). Therapeutic Communities for Drug Addicts: Prediction of Long-Term Outcomes. *Addictive Behaviors*, 29(9), 1833-1837. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.01.009>
- Dekkers, A., De Ruyscher, C., & Vanderplasschen, W. (2020). Perspectives on addiction recovery: focus groups with individuals in recovery and family members. *Addiction Research & Theory*, 28(6), 526-536. <https://doi.org/10.1080/16066359.2020.1714037>
- DiClemente, C. C. (2018). *Addiction and Change: How Addictions Develop and*

- Addicted People Recover* (2nd ed.). The Guilford Press.
- DiClemente, C. C., & Crisafulli, M. A. (2022). Relapse on the Road to Recovery: Learning the Lessons of Failure on the Way to Successful Behavior Change. *Journal of Health Service Psychology, 48*(2), 59-68. <https://doi.org/10.1007/s42843-022-00058-5>
- Doerner, W. G., & Lab, S. P. (2021). *Victimology* (9th ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780367816582>
- Dolan, K., Larney, S., & Wodak, A. (2007). The Integration of Harm Reduction into Abstinence-based Therapeutic Communities: A Case Study of We Help Ourselves. *Asian Journal of Counselling, 14*(1/2), 1-19.
- Doucet, M., & Porter, L. B. (2023). WHAT IS THE HARM IN ADDICTION? AUTONOMY, VULNERABILITY, AND THE CASE FOR HARM REDUCTION DRUG POLICY. *The Cambridge Law Journal, 82*(2), 265-291. <https://doi.org/10.1017/S0008197323000193>
- Drew, E. (2015). *The Whole Person Recovery Handbook* (1st ed.). Sheldon Press.
- Duncan, D. F., & Petosa, R. (1994). Social and Community Factors Associated with Drug Use and Abuse Among Adolescents. In T. P. Gullotta, G. R. Adams, & R. Montemayor (Eds.), *Substance Misuse in Adolescence* (1st ed., pp. 56-91). SAGE Publications, Inc.
- Earl Rinehart, K. (2021). Abductive Analysis in Qualitative Inquiry. *Qualitative Inquiry, 27*(2), 303-311. <https://doi.org/10.1177/1077800420935912>
- Edwards, B. D., & Travis III, L. F. (2024). *Introduction to Criminal Justice* (10th ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003342403>
- Edwards, P. (2021). Restorative Justice without a Victim: Rise and the Roads Not Taken. *British Journal of Community Justice, 17*(1), 23-41.
- Einat, T., & Shoshan, O. B. (2023). “Don’t You Understand That We Are Punishing You for Your Own Good?”: Attitudes of Women With Substance Use Disorder to Punitive and Therapeutic Methods in Closed Communities. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 1*-23. <https://doi.org/10.1177/0306624x231188227>
- el-Guebaly, N. (2012). The meanings of recovery from addiction: Evolution and promises. *Journal of Addiction Medicine, 6*(1), 1-9. <https://doi.org/10.1097/ADM.0b013e31823ae540>
- Eliason, M. J. (2006). Are therapeutic communities therapeutic for women? *Substance*

Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 1, Article 3.
<https://doi.org/10.1186/1747-597X-1-3>

- Elisha, E. (2023). Ex-Convicts in an Official Role of Peer-Supporters: Toward Convict Therapy. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 67(15), 1565-1580. <https://doi.org/10.1177/0306624x231159890>
- Elisha, E., Idisis, Y., & Ronel, N. (2013). Positive Criminology and Imprisoned Sex Offenders: Demonstration of a Way Out from a Criminal Spin Through Acceptance Relationships. *Journal of Sexual Aggression*, 19(1), 66-80. <https://doi.org/10.1080/13552600.2011.638145>
- Elisha, E., & Ronel, N. (2023). Positive Psychology and Positive Criminology: Similarities and Differences. *Criminal Justice Policy Review*, 34(1), 8-19. <https://doi.org/10.1177/08874034211065992>
- Elisha, E., & Shachaf-Friedman, E. (2023). 'For the first time in My life, My past is an advantage': the perceived effects of professional peer work on wounded healers in the field of drug addiction. *Addiction Research & Theory*, 1-10. <https://doi.org/10.1080/16066359.2023.2294878>
- Erdmann, A., & Potthoff, S. (2023). Decision Criteria for the Ethically Reflected Choice of a Member Check Method in Qualitative Research: A Proposal for Discussion. *International Journal of Qualitative Methods*, 22, 1-11. <https://doi.org/10.1177/16094069231177664>
- Fallon, A. (2014). Anonymously restored: the natural partnership and mutual instruction of Alcoholics Anonymous and restorative justice. *Contemporary Justice Review*, 17(1), 104-123. <https://doi.org/10.1080/10282580.2014.883842>
- Faria, R. (2023). "Being" Ethical in Research. In R. Faria & M. Dodge (Eds.), *Qualitative Research in Criminology: Cutting-Edge Methods* (1st ed., pp. 229-240). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-18401-7_14
- Farrall, S., Hunter, B., Sharpe, G., & Calverley, A. (2016). What 'works' when retracing sample members in a qualitative longitudinal study? *International Journal of Social Research Methodology*, 19(3), 287-300. <https://doi.org/10.1080/13645579.2014.993839>
- Farrell, A. (2000). Women, crime and drugs: Testing the effect of therapeutic communities. *Women & Criminal Justice*, 11(1), 21-48.
- Febriana, M., Soewondo, S. S., Hamid, M. A., & Heryani, W. (2019). Legal Protection of Narcotic Abusers: A Restorative Justice Perspective. *Journal of Law, Policy*

- and *Globalization*, 88, 64-68. <https://doi.org/10.7176/JLPG/88-09>
- Flick, U. (2018a). *Designing Qualitative Research* (2nd ed.). SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781529622737>
- Flick, U. (2018b). *Doing Grounded Theory* (1st ed.). SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781529716658>
- Flick, U. (2022a). *Doing Interview Research: The Essential How To Guide* (1st ed.). SAGE Publications Ltd.
- Flick, U. (2022b). *An Introduction to Qualitative Research* (7th ed.). SAGE Publications Ltd.
- Flint, T., & Ronel, N. (2023). From Deprivation to Capital - Spirituality and Spiritual Yearning as Recovery Capital from PTSD. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 32(3), 325-345. <https://doi.org/10.1080/10926771.2022.2146557>
- Flint, T., & Ronel, N. (2024). From the bottom to the sublime spirituality in the recovery process from PTSD. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*, 43(2), 234-259. <https://doi.org/10.1080/15426432.2024.2324794>
- Frank, L. E., & Nagel, S. K. (2017). Addiction and Moralization: the Role of the Underlying Model of Addiction. *Neuroethics*, 10(1), 129-139. <https://doi.org/10.1007/s12152-017-9307-x>
- Frye, R. V. (1984). The Therapeutic Community: A Sociobiologic Study. *Journal of Psychoactive Drugs*, 16(1), 27-33. <https://doi.org/10.1080/02791072.1984.10524461>
- Frye, R. V. (2004). Therapeutic Communities: A Therapeutic Bridge. *Journal of Psychoactive Drugs*, 36(2), 265-271. <https://doi.org/10.1080/02791072.2004.10399737>
- Fulkerson, A. (2009). The Drug Treatment Court as a Form of Restorative Justice. *Contemporary Justice Review*, 12(3), 253-267. <https://doi.org/10.1080/10282580903105772>
- Fuller, J. R. (2015). Epilogue: Present to future: a positive direction for criminology? In N. Ronel & D. Segev (Eds.), *Positive Criminology* (1st ed., pp. 339-345). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315796536-27>
- Garland, D. (2018). Theoretical advances and problems in the sociology of punishment. *Punishment & Society*, 20(1), 8-33. <https://doi.org/10.1177/1462474517737274>
- Glaser, B. G. (1978). *Theoretical Sensitivity*. University of California.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1965). *Awareness of Dying* (1st ed.). Transaction

- Publishers. <https://doi.org/10.4324/9781351327923>
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research* (1st ed.). Transaction Publishers. <https://doi.org/10.4324/9780203793206>
- Glaser, F. B. (1974). Some Historical Aspects of the Drug-Free Therapeutic Community. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 1(1), 37-52. <https://doi.org/10.3109/00952997409031906>
- Glaser, F. B. (1981). The Origins of the Drug-Free Therapeutic Community. *British Journal of Addiction*, 76(1), 13-25. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1981.tb00205.x>
- Goethals, I., Soyez, V., Melnick, G., Leon, G. D., & Broekaert, E. (2011). Essential Elements of Treatment: A Comparative Study Between European and American Therapeutic Communities for Addiction. *Substance Use & Misuse*, 46(8), 1023-1031. <https://doi.org/10.3109/10826084.2010.544358>
- Goethals, I., Vanderplasschen, W., Vandeveld, S., & Broekaert, E. (2015). Core characteristics, treatment process and retention in therapeutic communities for addictions: a summary of four studies. *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities*, 36(2), 89-102. <https://doi.org/10.1108/TC-02-2014-0004>
- Goethals, I., Yates, R., Vandeveld, S., Broekaert, E., & Soyez, V. (2011). A Religion too Far: A Historical and Qualitative Study on How Ex-Synanon Members Value Critical Incidents that might Have Led to the Downfall of Their Utopia. *Mental Health and Substance Use*, 4(3), 177-194. <https://doi.org/10.1080/17523281.2011.578582>
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates* (1st ed.). Anchor Books. <https://doi.org/10.4324/9781351327763>
- Goldberg, A. E. (2020). The (in) Significance of the Addiction Debate. *Neuroethics*, 13(3), 311-324. <https://doi.org/10.1007/s12152-019-09424-5>
- Goodman, P., & Nolan, K. (2001). The significance of resettlement support on completion of a drug rehabilitation therapeutic community program. In B. Rawlings & R. Yates (Eds.), *Therapeutic Communities for the Treatment of Drug Users (Community, Culture and Change, Volume 4)* (1st ed., pp. 192-205). Jessica Kingsley Publishers.
- Goodwin, D., Mays, N., & Pope, C. (2019). Ethical Issues in Qualitative Research. In C. Pope & N. Mays (Eds.), *Qualitative Research in Health Care* (4th ed., pp.

- 27-41). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781119410867.ch3>
- Gosling, H. (2016a). ‘All this is about is money and making sure that heads are on beds’: Perceptions of payment by results in a therapeutic community. *Probation Journal*, 63(2), 144-152. <https://doi.org/10.1177/0264550516637241>
- Gosling, H. (2016b). Payment by Results: Challenges and Conflicts for the Therapeutic Community. *Criminology & Criminal Justice*, 16(5), 519-533. <https://doi.org/10.1177/1748895816641997>
- Gosling, H. (2018a). A critical insight into practitioners’ lived experience of payment by results in the alcohol and drug treatment sector. *Critical Social Policy*, 38(2), 244-261. <https://doi.org/10.1177/0261018317695492>
- Gosling, H. (2018b). Recovery Capital: A Framework for the Contemporary Therapeutic Community? *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities*, 39(3), 129-136. <https://doi.org/10.1108/TC-01-2018-0001>
- Gosling, H. (2023). From prison capital to recovery capital. Exploring the context of change from the perspective of people who have resided in a prison-based therapeutic community. In C. Harvey (Ed.), *The Therapeutic Community: Research and Practice* (1st ed., pp. 111-131). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-98816-2.00014-9>
- Gosling, H., & Yates, R. (2020). “Act-as-if you are Infected and Infectious”: What has the Global Therapeutic Community Movement Learnt from COVID-19? *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities*, 41(3/4), 129-135. <https://doi.org/10.1108/TC-07-2020-0017>
- Gottschalk, M. (2023). The Opioid Crisis: The War on Drugs Is Over. Long Live the War on Drugs. *Annual Review of Criminology*, 6, 363-398. <https://doi.org/10.1146/annurev-criminol-030421-040140>
- Gramling, J. R. C., & Johnson, D. A. (2022). Social Support Avail Ability, Psychological Distress Symptoms and Level of Motivation Affecting Thai Addicts' Self-esteem as Moderated by Their Hierarchical Position in an Institutional Therapeutic Community Rehab Model. *Scholar: Human Sciences*, 14(1), 111-137.
- Greenberg, B., Hall, D. H., & Sorensen, J. L. (2007). Methadone Maintenance Therapy in Residential Therapeutic Community Settings: Challenges and Promise. *Journal of Psychoactive Drugs*, 39(3), 203-210. <https://doi.org/10.1080/02791072.2007.10400606>

- Griffell, M., & Hart, C. L. (2018). Is Drug Addiction a Brain Disease? *American Scientist*, 106(3), 160-167. <https://doi.org/10.1511/2018.106.3.160>
- Griffiths, M. (2005). A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, 10(4), 191-197. <https://doi.org/10.1080/14659890500114359>
- Gueta, K., Chen, G., & Ronel, N. (2021). Maintenance of long-term recovery from substance use: a mixed methods study of self- and treatment-changers. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 28(5), 511-522. <https://doi.org/10.1080/09687637.2020.1800592>
- Haigh, R. (2015). Therapeutic Community. In J. D. Wright (Ed.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (2nd ed., pp. 274-280). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.27074-8>
- Hall, L. (2024). *Trusting Recovery and Desistance: The Social Components Model of Recovery from Addiction and Desistance from Crime* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003157472>
- Hammer, R., Dingel, M., Ostergren, J., Partridge, B., McCormick, J., & Koenig, B. A. (2013). Addiction: Current Criticism of the Brain Disease Paradigm. *AJOB Neuroscience*, 4(3), 27-32. <https://doi.org/10.1080/21507740.2013.796328>
- Hammersley, R. (2008). *Drugs and Crime: Theories and Practices* (1st ed.). Polity.
- Hampson, T., & McKinley, J. (2023). Problems Posing as Solutions: Criticising Pragmatism as a Paradigm for Mixed Research. *Research in Education*, 116(1), 124-138. <https://doi.org/10.1177/00345237231160085>
- Hart, C. L. (2017). Viewing addiction as a brain disease promotes social injustice. *Nature Human Behaviour*, 1(3), Article 0055. <https://doi.org/10.1038/s41562-017-0055>
- Harvey, C. (2023a). Introduction. In C. Harvey (Ed.), *The Therapeutic Community: Research and Practice* (1st ed., pp. 1-3). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-98816-2.00020-4>
- Harvey, C. (2023b). Staying faithful to the model: accreditation of therapeutic communities in the united states. In C. Harvey (Ed.), *The Therapeutic Community: Research and Practice* (1st ed., pp. 179-186). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-98816-2.00002-2>
- Harvey, C. (2023c). The therapeutic community experience: from prison to home in Ohio. In C. Harvey (Ed.), *The Therapeutic Community: Research and Practice* (1st ed., pp. 7-54). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-98816->

[2.00009-5](#)

- Haskell, M. R., & Yablonsky, L. (1983). *Criminology: Crime and Criminality* (3rd ed.). Harper & Row, Publishers, Inc.
- Hatton, P., & Harris, A. (2023). The Evolution of Coolmine TC – 1970–2022. In C. Harvey (Ed.), *The Therapeutic Community: Research and Practice* (1st ed., pp. 165-178). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-98816-2.00005-8>
- Haug, N. A., Sorensen, J. L., Gruber, V. A., & Song, Y. S. (2005). Relapse Prevention for Opioid Dependence. In G. A. Marlatt & D. M. Donovan (Eds.), *RELAPSE PREVENTION: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors* (2nd ed., pp. 151-178). The Guilford Press.
- Haviv, N., Kaplan Harel, G., Sternfeld, M., & Wolff, M. (2024). Exploring the impact of coercion and voluntary entry on dropout rates in a therapeutic community for substance abuse rehabilitation: A survival analysis and logistic regression study. *Probation Journal*, 1-19. <https://doi.org/10.1177/02645505231221226>
- Hayashi Jr, P., Abib, G., & Hoppen, N. (2019). Validity in qualitative research: A processual approach. *The Qualitative Report*, 24(1), 98-112. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2019.3443>
- Heather, N. (2017). Q: Is Addiction a Brain Disease or a Moral Failing? A: Neither. *Neuroethics*, 10(1), 115-124. <https://doi.org/10.1007/s12152-016-9289-0>
- Heilig, M., MacKillop, J., Martinez, D., Rehm, J., Leggio, L., & Vanderschuren, L. J. (2021). Addiction as a brain disease revised: why it still matters, and the need for consilience. *Neuropsychopharmacology*, 46, 1715-1723. <https://doi.org/10.1038/s41386-020-00950-y>
- Heim, D., & Monk, R. L. (2022). Recovery is Possible: Overcoming ‘addiction’ and its rescue hypotheses. In N. Heather, M. Field, A. Moss, & S. Satel (Eds.), *Evaluating the Brain Disease Model of Addiction* (1st ed., pp. 144-153). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003032762-17>
- Henninger, A., & Sung, H.-E. (2014). History of Substance Abuse Treatment. In G. Bruinsma & D. Weisburd (Eds.), *Encyclopedia of Criminology and Criminal Justice* (1st ed., pp. 2257-2269). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5690-2_278
- Hermanowicz, J. C. (2002). The great interview: 25 strategies for studying people in bed. *Qualitative Sociology*, 25(4), 479-499. <https://doi.org/10.1023/A:1021062932081>

- Hill, B., Williams, M., Woolfenden, S., Martin, B., Palmer, K., & Nathan, S. (2022). Healing journeys: experiences of young Aboriginal people in an urban Australian therapeutic community drug and alcohol program. *Health Sociology Review*, 31(2), 193-212. <https://doi.org/10.1080/14461242.2022.2091948>
- Hiller, M. L. (2023). Correctional Therapeutic Communities. In P. R. Magaletta, M. Ternes, & M. Patry (Eds.), *The History and Future of Correctional Psychology* (1st ed., pp. 87-121). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-031-37480-7_6
- Hine, J., & Wong, K. (2021). Making a Restorative Criminal Justice System a Reality. *British Journal of Community Justice*, 17(1), 1-3.
- Holland, S. (1978). Gateway Houses: Effectiveness of Treatment on Criminal Behavior. *International Journal of the Addictions*, 13(3), 369-381. <https://doi.org/10.3109/10826087809045254>
- Hood, D. E. (2011). *Addiction Treatment: Comparing Religion and Science in Application* (1st ed.). Routledge.
- Horowitz, V., & Gowan, T. (2023). Feminized Need and Racialized Danger: Punitive Therapeutics and Historical Addict Tropes in a Midwestern Drug Court. *Theoretical Criminology*, 27(1), 23-47. <https://doi.org/10.1177/13624806211060867>
- Huang, L., Sheu, C.-J., Lu, Y.-F., Yu, Y.-C., & Umbreit, M. S. (2022). Restorative Justice (XIU-FU-SHI-SI-FA) in Taiwan: Traditional Practices and Modern Developments. *Asian Journal of Criminology*, 18, 189–208. <https://doi.org/10.1007/s11417-022-09377-4>
- Humphreys, K. (2023). *Addiction: A Very Short Introduction* (1st ed.). Oxford University Press.
- Hunt, G., & Xiao Dong Sun, A. (1998). The Drug Treatment System in the United States: A Panacea for the Drug War? In H. Klingemann & G. Hunt (Eds.), *Drug Treatment Systems in an International Perspective: Drugs, Demons, and Delinquents* (1st ed., pp. 3-19). SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781483328409>
- Jainchill, N. (1997). Therapeutic Communities for Adolescents: The Same and Not the Same. In G. De Leon (Ed.), *Community As Method: Therapeutic Communities for Special Populations and Special Settings* (1st ed., pp. 161-177). Praeger Publishers.
- Jainchill, N. (2006). Adolescent Therapeutic Communities: Future Directions for Practice and Research. In H. A. Liddle & C. L. Rowe (Eds.), *Adolescent*

- Substance Abuse: Research and Clinical Advances* (1st ed., pp. 313-332). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511543968.016>
- Janeiro, L. d. B., Ribeiro, E. M., & Miguel, M. J. L. (2018). What is inside the “black box”? Therapeutic community residents’ perspectives on each treatment phase. *Addiction Research & Theory*, 26(4), 294-305. <https://doi.org/10.1080/16066359.2017.1362693>
- Janzen, R. (2001). *The Rise and Fall of Synanon: A California Utopia* (1st ed.). The Johns Hopkins University Press.
- Jarvis, T. J., Tebbutt, J., Mattick, R. P., & Shand, F. (2010). *Treatment Approaches for Alcohol and Drug Dependence: An Introductory Guide* (2nd ed.). John Wiley & Sons, Ltd.
- Jayamaha, A., Herath, H., Dharmarathna, H., Ranadeva, N., Amarabandu, P., Senanayake, B., Darshana, A., Renuka, A., Samarasinghe, K., & Fernando, S. (2022). Implementing therapeutic community as a rehabilitation intervention for the imprisoned narcotic drug offenders with substance use disorder: special reference to Sri Lanka. *Journal of Offender Rehabilitation*, 61(4), 188-206. <https://doi.org/10.1080/10509674.2022.2062519>
- Johnson, B. R., Lee, M. T., Pagano, M. E., & Post, S. G. (2016). Positive Criminology and Rethinking the Response to Adolescent Addiction: Evidence on the Role of Social Support, Religiosity, and Service to Others. *International Journal of Criminology and Sociology*, 5, 172-181. <https://doi.org/10.6000/1929-4409.2016.05.16>
- Johnson, J. M., & Rowlands, T. (2012). The interpersonal dynamics of in-depth interviewing. In J. F. Gubrium, J. A. Holstein, A. B. Marvasti, & K. D. McKinney (Eds.), *The SAGE Handbook of Interview Research: The Complexity of the Craft* (2nd ed., pp. 99-113). SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781452218403.n7>
- Johnstone, G. (2017). Restorative justice for victims: inherent limits? *Restorative Justice*, 5(3), 382-395. <https://doi.org/10.1080/20504721.2017.1390999>
- Johnstone, G., & Van Ness, D. W. (2006). The meaning of restorative justice. In G. Johnstone & D. W. V. Ness (Eds.), *Handbook of Restorative Justice* (1st ed., pp. 5-23). Willan. <https://doi.org/10.4324/9781843926191.ch1>
- Jones, M. (1956). The Concept of a Therapeutic Community. *American Journal of Psychiatry*, 112(8), 647-650. <https://doi.org/10.1176/ajp.112.8.647>
- Jones, M. (1979). Therapeutic Communities, Old and New. *The American Journal of*

- Drug and Alcohol Abuse: Encompassing All Addictive Disorders*, 6(2), 137-149.
<https://doi.org/10.3109/00952997909007040>
- Jones, M. (1984). Why Two Therapeutic Communities? *Journal of Psychoactive Drugs*, 16(1), 23-26. <https://doi.org/10.1080/02791072.1984.10524460>
- Kaloterakis, P. (2019). Current Therapeutic Communities Around the World. In J. D. Avery & K. A. Kast (Eds.), *The Opioid Epidemic and the Therapeutic Community Model: An Essential Guide* (1st ed., pp. 87-111). Springer.
https://doi.org/10.1007/978-3-030-26273-0_7
- Kaplan, C., & Broekaert, E. (2003). An Introduction to Research on the Social Impact of the Therapeutic Community for Addiction. *International Journal of Social Welfare*, 12(3), 204-210. <https://doi.org/10.1111/1468-2397.00487>
- Kast, K. A., & Avery, J. D. (2019). An Introduction to the Opioid Epidemic and Therapeutic Communities. In J. D. Avery & K. A. Kast (Eds.), *The Opioid Epidemic and the Therapeutic Community Model: An Essential Guide* (1st ed., pp. 1-8). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-26273-0_1
- Kaye, K. (2013). Rehabilitating the ‘drugs lifestyle’: Criminal justice, social control, and the cultivation of agency. *Ethnography*, 14(2), 207-232.
<https://doi.org/10.1177/1466138112457311>
- Kaye, K. (2019). *Enforcing Freedom: Drug Courts, Therapeutic Communities, and the Intimacies of the State* (1st ed.). Columbia University Press.
<https://doi.org/10.7312/kaye17288>
- Kellogg, S. H. (2003). On “Gradualism” and the building of the harm reduction-abstinence continuum. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25(4), 241-247.
[https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(03\)00068-0](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(03)00068-0)
- Kennard, D., & Haigh, R. (2012). Therapeutic communities. In M. Gelder, N. Andreasen, J. Lopez-Ibor, & J. Geddes (Eds.), *New Oxford Textbook of Psychiatry* (2nd ed., pp. 1391-1398). Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/med/9780199696758.003.0175>
- Kirkwood, S. (2022). A Practice Framework for Restorative Justice. *Aggression and Violent Behavior*, 63, Article 101688.
<https://doi.org/10.1016/j.avb.2021.101688>
- Knight, K., Dwayne, S. D., Chatham, L. R., & Camacho, L. M. (1997). An assessment of prison-based drug treatment: Texas' in-prison therapeutic community program. *Journal of Offender Rehabilitation*, 24(3-4), 75-100.
- Kooyman, M. (1993). *The Therapeutic Community for Addicts: Intimacy, Parent*

- Involvement and Treatment Outcome* (1st ed.). Swets & Zeitlinger Publishers.
- Kooyman, M. (2001). The history of therapeutic communities: a view from Europe. In B. Rawlings & R. Yates (Eds.), *Therapeutic Communities for the Treatment of Drug Users (Community, Culture and Change, Volume 4)* (1st ed., pp. 59-78). Jessica Kingsley Publishers.
- Korstjens, I., & Moser, A. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 4: Trustworthiness and publishing. *European Journal of General Practice*, 24(1), 120-124. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375092>
- Kranitz, L. S., & Cooney, N. L. (2013). Treatment Decision Making and Goal Setting. In B. S. McCreedy & E. E. Epstein (Eds.), *Addictions: A Comprehensive Guidebook* (2nd ed., pp. 352-373). Oxford University Press.
- Kraska, P., Brent, J., & Neuman, W. L. (2020). *Criminal Justice and Criminology Research Methods* (3rd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429026256>
- Kreager, D. A., Bouchard, M., De Leon, G., Schaefer, D. R., Soyer, M., Young, J. T., & Zajac, G. (2018). A Life Course and Networks Approach to Prison Therapeutic Communities. In D. F. Alwin, D. H. Felmlee, & D. A. Kreager (Eds.), *Social Networks and the Life Course: Integrating the Development of Human Lives and Social Relational Networks* (1st ed., pp. 433-451). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-71544-5_20
- Krisberg, B. A., Marchionna, S., & Hartney, C. J. (2019). *American Corrections: Concepts and Controversies* (2nd ed.). SAGE Publications, Inc.
- Kuhar, M. J. (2010). Contributions of basic science to understanding addiction. *BioSocieties*, 5(1), 25-35. <https://doi.org/10.1057/biosoc.2009.5>
- Kuhar, M. J. (2023). *The Addicted Brain: Why We Abuse Drugs, Alcohol, and Nicotine* (2nd ed.). Independently published.
- Kuhn, C., Swartzwelder, S., & Wilson, W. (2019). *Buzzed: The Straight Facts about the Most Used and Abused Drugs from Alcohol to Ecstasy* (5th ed.). W. W. Norton & Company.
- Lanni, A. (2021). Taking Restorative Justice Seriously. *Buffalo Law Review*, 69(3), 635-681. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3797755>
- Laub, J. H., & Sampson, R. J. (2020). Life-course and developmental criminology: Looking back, moving forward—ASC Division of Developmental and Life-Course criminology Inaugural David P. Farrington Lecture, 2017. *Journal of Developmental and Life-Course Criminology*, 6(2), 158-171.

<https://doi.org/10.1007/s40865-019-00110-x>

- Laudet, A. B. (2008). The Road to Recovery: Where Are We Going and How Do We Get There? Empirically Driven Conclusions and Future Directions for Service Development and Research. *Substance Use & Misuse*, 43(12-13), 2001-2020. <https://doi.org/10.1080/10826080802293459>
- Lee, H., Shin, S.-K., & Park, S.-Y. (2014). Effects of a Therapeutic Community on Korean Substance Abusers in Prison. *Journal of Social Service Research*, 40(4), 481-490. <https://doi.org/10.1080/01488376.2014.922401>
- Lee, H. S., Engstrom, M., & Petersen, S. R. (2011). Harm Reduction and 12 Steps: Complementary, Oppositional, or Something In-Between? *Substance Use & Misuse*, 46(9), 1151-1161. <https://doi.org/10.3109/10826084.2010.548435>
- Lee, I., Lee, M., & Choi, S. S. W. (2022). Therapeutic community-oriented day treatment program for Korean women with alcohol use disorder: a non-randomized pilot feasibility trial. *Addiction Science & Clinical Practice*, 17, Article 14. <https://doi.org/10.1186/s13722-022-00297-3>
- Leshner, A. I. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, 278(5335), 45-47. <https://doi.org/10.1126/science.278.5335.45>
- Leshner, A. I. (2008). By Now, “Harm Reduction” Harms Both Science and the Public Health. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 83(4), 513-514. <https://doi.org/10.1038/sj.clpt.6100478>
- Leukefeld, C. G., Tims, F. M., & Platt, J. J. (2001). FUTURE DIRECTIONS IN SUBSTANCE ABUSE RELAPSE AND RECOVERY. In F. M. Tims, C. G. Leukefeld, & J. J. Platt (Eds.), *Relapse and Recovery in Addictions* (1st ed., pp. 401-413). Yale University Press. <https://doi.org/10.12987/9780300143485-018>
- Levinthal, C. F. (2023). *Drugs, Behavior, and Modern Society* (9th ed.). Pearson.
- Lewis, J. (2007). Analysing qualitative longitudinal research in evaluations. *Social Policy and Society*, 6(4), 545-556. <https://doi.org/10.1017/S1474746407003880>
- Lewis, M. (2017). Addiction and the Brain: Development, Not Disease. *Neuroethics*, 10(1), 7-18. <https://doi.org/10.1007/s12152-016-9293-4>
- Lewis, M. (2018). Brain Change in Addiction as Learning, Not Disease. *New England Journal of Medicine*, 379(16), 1551-1560. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1602872>
- Lewis, M. (2022). Brain Change in Addiction: Disease or Learning? Implications for

- science, policy, and care. In N. Heather, M. Field, A. Moss, & S. Satel (Eds.), *Evaluating the Brain Disease Model of Addiction* (1st ed., pp. 196-202). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003032762-22>
- Lin, C.-Y., Huang, A.-L., Minas, H., & Cohen, A. (2009). Mental hospital reform in Asia: the case of Yuli Veterans Hospital, Taiwan. *International Journal of Mental Health Systems*, 3, Article 1. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-3-1>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry* (1st ed.). SAGE Publications Ltd.
- Lipton, D. S. (1996). Prison-based therapeutic communities: Their success with drug-abusing offenders. *National Institute of Justice Journal*, 230, 12-20.
- Loftis, C. (2018). Therapeutic Community. In J. S. Kreutzer, J. DeLuca, & B. Caplan (Eds.), *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology* (2nd ed., p. 3455). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-57111-9_2128
- MacIver, R. M. (1966). *The Prevention and Control of Delinquency* (1st ed.). Atherton Press. <https://doi.org/10.4324/9781315134154>
- Maisto, S. A., Galizio, M., & Connors, G. J. (2021). *Drug Use and Misuse* (9th ed.). Cengage Learning.
- Manning, N. (1989). *The Therapeutic Community Movement: Charisma and Routinisation* (1st ed.). Routledge.
- Marlatt, G. A., Blume, A. W., & Parks, G. A. (2001). Integrating Harm Reduction Therapy and Traditional Substance Abuse Treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 33(1), 13-21. <https://doi.org/10.1080/02791072.2001.10400463>
- Marlatt, G. A., & Witkiewitz, K. (2010). Update on Harm-Reduction Policy and Intervention Research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 591-606. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131438>
- Marlowe, D. B. (2013). Criminal Justice Interventions. In P. M. Miller (Ed.), *Interventions For Addiction (Comprehensive Addictive Behaviors and Disorders, Volume 3)* (1st ed., pp. 195-205). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-398338-1.00021-X>
- Marsh, B., & Maruna, S. (2016). Desistance and Restorative Justice: Learning from Success Stories of Northern Ireland's Youth Justice Agency. *Restorative Justice: An International Journal* 4(3), 369-387. <https://doi.org/10.1080/20504721.2016.1243855>
- Marshall, T. F. (1996). The Evolution of Restorative Justice in Britain. *European*

- Journal on Criminal Policy and Research*, 4(4), 21-43.
<https://doi.org/10.1007/BF02736712>
- Marshall, T. F. (1999). *Restorative Justice: An Overview* (1st ed.). Home Office.
- Martinelli, T. F., Nagelhout, G. E., Bellaert, L., Best, D., Vanderplasschen, W., & van de Mheen, D. (2020). Comparing Three Stages of Addiction Recovery: Long-term Recovery and its Relation to Housing Problems, Crime, Occupation Situation, and Substance Use. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 27(5), 387-396. <https://doi.org/10.1080/09687637.2020.1779182>
- Martinelli, T. F., Roeg, D. P. K., Bellaert, L., Van de Mheen, D., & Nagelhout, G. E. (2023). Understanding the Process of Drug Addiction Recovery Through First-Hand Experiences: A Qualitative Study in the Netherlands Using Lifeline Interviews. *Qualitative Health Research*, 33(10), 857-870. <https://doi.org/10.1177/10497323231174161>
- Maruna, S. (2001). *Making Good: How Ex-Convicts Reform and Rebuild their Lives* (1st ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10430-000>
- Maruna, S. (2003). REVIEWS: Restorative Justice: Healing the Foundations of Our Everyday Lives by Dennis Sullivan and Larry Tifft. *The British Journal of Criminology*, 43(1), 252-254. <https://doi.org/10.1093/bjc/43.1.252>
- Maruna, S. (2004). Whats love got to do with it? *Safer Society: The Journal of Crime Reduction & Community Safety* (22), 12-14.
- Maruna, S. (2013). Ten Responses to ‘Words on words’: 4. In Defence of Restorative Justice: The Perils of Promising Less. *Restorative Justice: An International Journal*, 1(1), 47-51. <https://doi.org/10.5235/20504721.1.1.15>
- Maruna, S. (2014). The role of wounded healing in restorative justice: an appreciation of Albert Eglash. *Restorative Justice: An International Journal*, 2(1), 9-23. <https://doi.org/10.5235/20504721.2.1.9>
- Maruna, S. (2016). Desistance and restorative justice: it’s now or never. *Restorative Justice: An International Journal*, 4(3), 289-301. <https://doi.org/10.1080/20504721.2016.1243853>
- Maruna, S., Immarigeon, R., & LeBel, T. P. (2004). Ex-Offender Reintegration: Theory and Practice. In N. Shover, S. Maruna, & R. Immarigeon (Eds.), *After Crime and Punishment* (1st ed., pp. 3-26). Willan. <https://doi.org/10.4324/9781843924203>
- Maschi, T., Leibowitz, G. S., & Mizus, L. (2014). Restorative Justice. In L. H. Cousins

- (Ed.), *Encyclopedia of Human Services and Diversity, Volume 3* (1st ed., pp. 1142-1144). SAGE Publications Ltd.
<https://doi.org/10.4135/9781483346663.n489>
- Maslow, A. H. (1967). Synanon and Eupsychia. *Journal of Humanistic Psychology*, 7(1), 28-35. <https://doi.org/10.1177/002216786700700104>
- Maslow, A. H. (1971). *The Farther Reaches of Human Nature*. Viking Press.
- Mason, P., Mason, D., & Brookes, N. (2001). Therapeutic communities for drug-misusing offenders in prison. In B. Rawlings & R. Yates (Eds.), *Therapeutic Communities for the Treatment of Drug Users (Community, Culture and Change, Volume 4)* (1st ed., pp. 163-177). Jessica Kingsley Publishers.
- Maxfield, M. G., & Babbie, E. R. (2017). *Research Methods for Criminal Justice and Criminology* (8th ed.). Cengage Learning.
- McCarthy, B. R., McCarthy, B. J., & Leone, M. C. (2000). *Community-Based Corrections* (4th ed.). Wadsworth/Thomson Learning.
- McCarthy, C. (2005). *No Country for Old Men* (1st ed.). Picador.
- McCold, P. (2000). Toward a Mid-Range Theory of Restorative Criminal Justice: A Reply to the Maximalist Model. *Contemporary Justice Review*, 3(4), 357-414.
- McCold, P. (2004). Paradigm Muddle: The Threat to Restorative Justice Posed by Its Merger with Community Justice. *Contemporary Justice Review*, 7(1), 13-35. <https://doi.org/10.1080/1028258042000211987>
- McCold, P., & Wachtel, T. (2002). Restorative Justice Theory Validation. In E. G. M. Weitekamp & H.-J. Kerner (Eds.), *Restorative Justice: Theoretical Foundations* (1st ed., pp. 110-142). Willan. <https://doi.org/10.4324/9781843924838>
- McCold, P., & Wachtel, T. (2003, Aug. 10-15th). *In Pursuit of Paradigm: A Theory of Restorative Justice*. Paper presented at the XIII World Congress of Criminology, Rio de Janeiro.
- McCrary, B. S., Ladd, B., Vermont, L., & Steele, J. (2010). Interviews. In P. G. Miller, J. Strang, & P. M. Miller (Eds.), *Addiction Research Methods* (1st ed., pp. 109-125). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781444318852.ch8>
- McGee, T. R., & Farrington, D. P. (2016). Developmental and life-course theories of crime. In A. R. Piquero (Ed.), *The Handbook of Criminological Theory* (1st ed., pp. 336-354). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190264079.013.250>
- McGee, T. R., Farrington, D. P., Homel, R., & Piquero, A. R. (2015). Advancing

- knowledge about developmental and life-course criminology. *Australian & New Zealand Journal of Criminology*, 48(3), 307-313. <https://doi.org/10.1177/0004865815589831>
- McGinty, E. E., & Barry, C. L. (2020). Stigma Reduction to Combat the Addiction Crisis — Developing an Evidence Base. *New England Journal of Medicine*, 382(14), 1291-1292. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2000227>
- McIntosh, J., & McKeganey, N. (2000). Addicts' narratives of recovery from drug use: constructing a non-addict identity. *Social Science & Medicine*, 50(10), 1501-1510. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00409-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00409-8)
- McKeganey, N. (2005). Abstinence and harm reduction: Two roads to one destination? *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 12(4), 251-253. <https://doi.org/10.1080/09687630500090746>
- McKeganey, N. (2011). From harm reduction to drug user abstinence: a journey in drug treatment policy. *Journal of Substance Use*, 16(3), 179-194. <https://doi.org/10.3109/14659891.2011.580228>
- McKeganey, N. (2012). Harm reduction at the crossroads and the rediscovery of drug user abstinence. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 19(4), 276-283. <https://doi.org/10.3109/09687637.2012.671867>
- McKeganey, N., Morris, Z., Neale, J., & Robertson, M. (2004). What Are Drug Users Looking For When They Contact Drug Services: abstinence or harm reduction? *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 11(5), 423-435. <https://doi.org/10.1080/09687630410001723229>
- Melemis, S. M. (2015). Relapse Prevention and the Five Rules of Recovery. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 88(3), 325-332.
- Melnick, G., & De Leon, G. (1999). Clarifying the Nature of Therapeutic Community Treatment: The Survey of Essential Elements Questionnaire (SEEQ). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16(4), 307-313. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(98\)00036-1](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(98)00036-1)
- Mero-Jaffe, I. (2011). 'Is that what I Said?' Interview Transcript Approval by Participants: An Aspect of Ethics in Qualitative Research. *International Journal of Qualitative Methods*, 10(3), 231-247. <https://doi.org/10.1177/160940691101000304>
- Meyers, C. (2022). *Drug Legalization: A Philosophical Analysis* (1st ed.). Palgrave Macmillan Cham. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-17005-8>
- Midgette, G., Scocca, J., & Newell, A. (2023). Criminal Justice Interventions Against

- Drug Use and Harms. In E. Verona & B. Fox (Eds.), *Routledge Handbook of Evidence-Based Criminal Justice Practices* (1st ed., pp. 339-348). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003219286-44>
- Milena, Z. R., Dainora, G., & Alin, S. (2008). Qualitative research methods: A comparison between focus-group and in-depth interview. *Analele Universității din Oradea*, 1274-1278.
- Miller, H. V., & Lopez, K. M. (2022). The Role of the Criminal Justice System in Substance Abuse Treatment. In E. Jeglic & C. Calkins (Eds.), *Handbook of Issues in Criminal Justice Reform in the United States* (1st ed., pp. 559-580). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-77565-0_28
- Miller, P. G., Carter, A., & Hall, W. (2010). Ethical Issues in Alcohol, other Drugs and Addiction-Related Research. In P. G. Miller, J. Strang, & P. M. Miller (Eds.), *Addiction Research Methods* (1st ed., pp. 79-93). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781444318852.ch6>
- Milligan, C., & Bartlett, R. (2019). Solicited Diary Methods. In P. Liamputtong (Ed.), *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences* (1st ed., pp. 1447-1464). Springer Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-10-5251-4_15
- Mills, J. M., & Davidson, K. M. (2024). The prison-based Therapeutic Community: Resident recommendations for program improvement. *Journal of Substance Use and Addiction Treatment*, 163, Article 209404. <https://doi.org/10.1016/j.josat.2024.209404>
- Mincer, W., & Mporfu, E. (2023). The Role of Social Science in Substance Use Disorders and Addiction. In P. Liamputtong (Ed.), *Handbook of Social Sciences and Global Public Health* (1st ed., pp. 1-21). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-96778-9_99-1
- Mitchell, O. (2024). Incarceration-Based Drug Treatment. In B. C. Welsh, S. N. Zane, & D. P. Mears (Eds.), *The Oxford Handbook of Evidence-Based Crime and Justice Policy* (1st ed., pp. 309-325). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780197618110.013.16>
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100(4), 674-701. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.100.4.674>
- Mold, A., & Berridge, V. (2010). *Voluntary Action and Illegal Drugs: Health and Society in Britain since the 1960s* (1st ed.). Palgrave Macmillan. <https://doi.org/10.1057/9780230274693>

- Morantz, P. (2015). *From Miracle to Madness: The True Story of Charles Dederich and Synanon* (2nd ed.). Cresta Publications.
- Morgen, K. (2016). *Substance Use Disorders and Addictions*. SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781071800485>
- Mullen, R., Arbiter, N., Plepler, C. R., & Bond, D. J. (2019). In-prison therapeutic communities in California. *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities*, 40(3/4), 142-158. <https://doi.org/10.1108/TC-06-2019-0007>
- Mullen, R., & Naya, A. (2017). The US therapeutic community 2017. *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities*, 38(4), 206. <https://doi.org/10.1108/TC-10-2017-0031>
- Murphy, J. (2015). *Illness or Deviance?: Drug Courts, Drug Treatment, and the Ambiguity of Addiction* (1st ed.). Temple University Press.
- Narasimha, V. L., Butner, J., Hanafi, E., Farokhnia, M., Bhad, R., Chalabianloo, F., Kouimtsidis, C., Baldacchino, A., & Arunogiri, S. (2022). Harm reduction and abstinence-based models for treatment of substance use disorders during the COVID-19 pandemic: a global perspective. *BJPsych International*, 19(3), 66-69. <https://doi.org/10.1192/bji.2022.1>
- Nathan, S., Newman, C., & Lancaster, K. (2019). Qualitative Interviewing. In P. Liamputtong (Ed.), *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences* (1st ed., pp. 391-410). Springer. https://doi.org/10.1007/978-981-10-5251-4_77
- Nation: Life at Synanon Is Swinging—A once respected drug program turns into a kooky cult. (1977, December 26). *TIME*, 110, 18. <https://content.time.com/time/magazine/article/0,9171,919202,00.html>
- National Institute on Drug Abuse. (2020). *What Are Therapeutic Communities?* <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/therapeutic-communities/what-are-therapeutic-communities>
- Ndame, T. (2023). Grounded Theory. In J. M. Okoko, S. Tunison, & K. D. Walker (Eds.), *Varieties of Qualitative Research Methods: Selected Contextual Perspectives* (1st ed., pp. 203-208). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-031-04394-9_33
- Neale, J., Nettleton, S., & Pickering, L. (2011). What is the role of harm reduction when drug users say they want abstinence? *International Journal of Drug Policy*, 22(3), 189-193. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2010.09.007>
- Newton-Howes, G., & Mulder, R. (2020). Treatment and management of personality disorder. In J. R. Geddes, N. C. Andreasen, & G. M. Goodwin (Eds.), *New*

- Oxford Textbook of Psychiatry* (3rd ed., pp. 1247–1254). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780198713005.003.0122>
- Nielsen, A. L., & Scarpitti, F. R. (1997). Changing the behavior of substance abusers: Factors influencing the effectiveness of therapeutic communities. *Journal of Drug Issues*, 27(2), 279-298. <https://doi.org/10.1177/002204269702700207>
- Noble, H., & Smith, J. (2015). Issues of validity and reliability in qualitative research. *Evidence-Based Nursing*, 18(2), 34-35. <https://doi.org/10.1136/eb-2015-102054>
- Northam, J. C., & Magor-Blatch, L. E. (2016). Adolescent therapeutic community treatment—an Australian perspective. *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities*, 37(4), 204-212. <https://doi.org/10.1108/TC-01-2016-0002>
- O'Brien, W. B., & Halpern, S. (1989). The Therapeutic Community in Retrospect and Prospect. In S. Einstein (Ed.), *Drug and Alcohol Use: Issues and Factors* (1st ed., pp. 295-302). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0888-9_28
- O'Brien, W. B., & Perfas, F. B. (2005). The Therapeutic Community. In J. H. Lowinson, P. Ruiz, R. B. Millman, & J. G. Langrod (Eds.), *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook* (4th ed., pp. 609-616). Lippincott Williams & Wilkins.
- O'Brien, W. B., Piedrahita, J. G., & Francisco (Sebastian) P. Bacatan, J. (2011). The Therapeutic Community. In P. Ruiz & E. Strain (Eds.), *Lowinson and Ruiz's Substance Abuse: A Comprehensive Textbook* (5th ed., pp. 543-550). Lippincott Williams & Wilkins.
- O'Connell, D. J., Enev, T. N., Martin, S. S., & Inciardi, J. A. (2007). Working Toward Recovery: The Interplay of Past Treatment and Economic Status in Long-Term Outcomes for Drug-Involved Offenders. *Substance Use & Misuse*, 42(7), 1089-1107. <https://doi.org/10.1080/10826080701409453>
- Obermeier, G. E., & Henry, P. B. (1989). Adolescent Inpatient Treatment. *Journal of Chemical Dependency Treatment*, 2(1), 163-182. https://doi.org/10.1300/J034v02n01_08
- Ohayon, S., & Ronel, N. (2023). Multi-Dimensional Recovery and Growth Among the Homeless: A Positive Criminology Perspective. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 1-23. <https://doi.org/10.1177/0306624X221144292>
- Okafor, R. A., Abamara, N. C., & Chine, C. B. (2023). REVIEW ON DRUG ADDICTION AND PREVENTIVE MEASURES AMONG ADOLESCENCE.

Nnadiesube Journal of Social Sciences, 4(3), 99-107.

- Olson, D. E., & Lurigio, A. J. (2014). The long-term effects of prison-based drug treatment and aftercare services on recidivism. *Journal of Offender Rehabilitation*, 53(8), 600-619. <https://doi.org/10.1080/10509674.2014.956965>
- Olson, J. (2023). Positive Criminology and Positive Psychology. *Criminal Justice Policy Review*, 34(1), 3-7. <https://doi.org/10.1177/08874034221133727>
- Orb, A., Eisenhauer, L., & Wynaden, D. (2001). Ethics in qualitative research. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(1), 93-96. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2001.00093.x>
- Ottenberg, D. J. (1982). Therapeutic Community and the Danger of the Cult Phenomenon. *Marriage & Family Review*, 4(3-4), 151-173. https://doi.org/10.1300/J002v04n03_11
- Patton, D., & Best, D. (2024). Motivations for Change in Drug Addiction Recovery: Turning Points as the Antidotes to the Pains of Recovery. *Journal of Drug Issues*, 54(3), 346-366. <https://doi.org/10.1177/00220426221140887>
- Patton, M. Q. (2014). *Qualitative Research & Evaluation Methods: Integrating Theory and Practice* (4th ed.). SAGE Publications, Inc.
- Pealer, J. A. (2017). *Correctional Rehabilitation and Therapeutic Communities: Reducing Recidivism Through Behavior Change* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315267531>
- Pearce, S., & Pickard, H. (2010). Finding the will to recover: philosophical perspectives on agency and the sick role. *Journal of Medical Ethics*, 36(12), 831-833. <https://doi.org/10.1136/jme.2010.035865>
- Pearce, S., & Pickard, H. (2012). How Therapeutic Communities Work: Specific Factors Related to Positive Outcome. *International Journal of Social Psychiatry*, 59(7), 636-645. <https://doi.org/10.1177/0020764012450992>
- Peele, S. (2012). ADDICTION MYTHS. *RSA Journal*, 158(5549), 20-24.
- Perfas, F. B. (2003). *Therapeutic Community: A Practice Guide* (1st ed.). iUniverse, Inc.
- Perfas, F. B. (2004). *Therapeutic Community: Social Systems Perspective* (1st ed.). iUniverse, Inc.
- Perfas, F. B. (2012). *Deconstructing the Therapeutic Community: A Practice Guide for Addiction Professionals* (1st ed.). Hexagram Publishing.
- Perfas, F. B. (2014). *Therapeutic Community: Past. Present. And Moving Forward* (1st

- ed.). Hexagram Publishing.
- Perfas, F. B. (2018). *Therapeutic Community: As A Social System* (2nd ed.). Hexagram Publishing.
- Perfas, F. B. (2019). The Modern Therapeutic Community Model. In J. D. Avery & K. A. Kast (Eds.), *The Opioid Epidemic and the Therapeutic Community Model : An Essential Guide* (1st ed., pp. 23-44). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-26273-0_3
- Perfas, F. B., Casin-Romano, S. J., Barcenas, M., Nasol, C., Añonuevo, N., Bongon, R. A. R., & Bragais, J. (2023). An evaluation of therapeutic community in Malinao treatment and rehabilitation center under the Philippine Department of Health. In C. Harvey (Ed.), *The Therapeutic Community: Research and Practice* (1st ed., pp. 71-110). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-98816-2.00012-5>
- Perfas, F. B., & Spross, S. (2007). Why the Concept-Based Therapeutic Community Can No Longer Be Called Drug-Free. *Journal of Psychoactive Drugs*, 39(1), 69-79. <https://doi.org/10.1080/02791072.2007.10399866>
- Pettersen, G., Bjerke, T., Hoxmark, E. M., Eikeng Sterri, N. H., & Rosenvinge, J. H. (2023). From existing to living: Exploring the meaning of recovery and a sober life after a long duration of a substance use disorder. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 40(6), 577-589. <https://doi.org/10.1177/14550725231170454>
- Pickard, H. (2011). Responsibility Without Blame: Empathy and the Effective Treatment of Personality Disorder. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 18(3), 209-224. <https://doi.org/10.1353/ppp.2011.0032>
- Pickard, H. (2012). The Purpose in Chronic Addiction. *AJOB Neuroscience*, 3(2), 40-49. <https://doi.org/10.1080/21507740.2012.663058>
- Pickard, H. (2013). Irrational Blame. *Analysis*, 73(4), 613-626. <https://doi.org/10.1093/analys/ant075>
- Pickard, H. (2014). Responsibility without Blame: Therapy, Philosophy, Law. *Prison Service Journal* (213), 10-16.
- Pickard, H. (2016a). ADDICTION. In K. Timpe, M. Griffith, & N. Levy (Eds.), *The Routledge Companion to Free Will* (1st ed., pp. 454-467). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315758206>
- Pickard, H. (2016b). Denial in Addiction. *Mind & Language*, 31(3), 277-299. <https://doi.org/10.1111/mila.12106>

- Pickard, H. (2017). Responsibility without Blame for Addiction. *Neuroethics*, 10(1), 169-180. <https://doi.org/10.1007/s12152-016-9295-2>
- Pickard, H. (2018a). The Puzzle of Addiction. In H. Pickard & S. Ahmed (Eds.), *The Routledge Handbook of Philosophy and Science of Addiction* (1st ed., pp. 9-22). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315689197-2>
- Pickard, H. (2018b). Rethinking Justice: The clinical model of responsibility without blame. *The Howard League for Penal Reform ECAN Bulletin* (36), 4-10.
- Pickard, H. (2020). What We're Not Talking about When We Talk about Addiction. *Hastings Center Report*, 50(4), 37-46. <https://doi.org/10.1002/hast.1172>
- Pickard, H. (2021). Addiction and the self. *Noûs*, 55(4), 737-761. <https://doi.org/10.1111/nous.12328>
- Pickard, H. (2022a). Addiction and the Meaning of Disease. In N. Heather, M. Field, A. Moss, & S. Satel (Eds.), *Evaluating the Brain Disease Model of Addiction* (1st ed., pp. 321-338). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003032762-33>
- Pickard, H. (2022b). Is addiction a brain disease? A plea for agnosticism and heterogeneity. *Psychopharmacology*, 239(4), 993-1007. <https://doi.org/10.1007/s00213-021-06013-4>
- Pickard, H. (2024). Craving for drugs. *Mind & Language*, 1-29. <https://doi.org/10.1111/mila.12502>
- Pickard, H., Ahmed, S. H., & Foddy, B. (2015). Alternative Models of Addiction. *Frontiers in Psychiatry*, 6, Article 20. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2015.00020>
- Pickard, H., & Pearce, S. (2013). Addiction in Context: Philosophical Lessons from a Personality Disorder Clinic. In N. Levy (Ed.), *Addiction and Self-Control: Perspectives From Philosophy, Psychology, and Neuroscience* (1st ed., pp. 165-189). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199862580.003.0009>
- Pickering, L. (2018). Paternalism and the Ethics of Researching with People Who Use Drugs. In R. Iphofen & M. Tolich (Eds.), *The SAGE Handbook of Qualitative Research Ethics* (1st ed., pp. 411-425). SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781526435446.n28>
- Piquero, A. R. (2023). "We study the past to understand the present; we understand the present to guide the future": The time capsule of developmental and life-course criminology. *Journal of Criminal Justice*, 85, Article 101932. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2022.101932>

- Possick, C., & Itzick, M. (2018). Women's Experience of Drug Abuse Treatment in a Mixed-Gender Therapeutic Community. *Affilia*, 33(4), 493-508. <https://doi.org/10.1177/0886109918766674>
- Potthoff, S., Hempeler, C., & Scholten, M. (2023). Research Ethics in Qualitative Health Research. *International Journal of Qualitative Methods*, 22, 1-3. <https://doi.org/10.1177/16094069231189335>
- Prendergast, M. L., Farabee, D., & Cartier, J. (2001). The impact of in-prison therapeutic community programs on prison management. *Journal of Offender Rehabilitation*, 32(3), 63-78. https://doi.org/10.1300/J076v32n03_05
- Prendergast, M. L., Hall, E. A., Wexler, H. K., Melnick, G., & Cao, Y. (2004). Amity prison-based therapeutic community: 5-year outcomes. *The Prison Journal*, 84(1), 36-60. <https://doi.org/10.1177/0032885503262454>
- Raimo, S. (2001). Democratic and concept-based therapeutic communities and the development of community therapy. In B. Rawlings & R. Yates (Eds.), *Therapeutic Communities for the Treatment of Drug Users (Community, Culture and Change, Volume 4)* (1st ed., pp. 43-56). Jessica Kingsley Publishers.
- Ravndal, E. (2003). Research in the concept-based therapeutic community – its importance to European treatment research in the drug field. *International Journal of Social Welfare*, 12(3), 229-238. <https://doi.org/10.1111/1468-2397.00453>
- Rawlings, B., & Haigh, R. (2017). Therapeutic communities and planned environments for serious offenders in English prisons. *BJPsych Advances*, 23(5), 338-346. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.115.015636>
- Rawlings, B., & Yates, R. (2001). Introduction. In B. Rawlings & R. Yates (Eds.), *Therapeutic Communities for the Treatment of Drug Users (Community, Culture and Change, Volume 4)* (1st ed., pp. 9-25). Jessica Kingsley Publishers.
- Reinarman, C., & Granfield, R. (2014). Addiction is not just a brain disease: Critical studies of addiction. In R. Granfield & C. Reinarman (Eds.), *Expanding Addiction: Critical Essays* (1st ed., pp. 13-34). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203757321-1>
- Richardson, J., & Zini, V. (2021). Are prison-based therapeutic communities effective? Challenges and considerations. *International Journal of Prisoner Health*, 17(1), 42-53. <https://doi.org/10.1108/IJPH-07-2020-0048>
- Richert, T., Stallwitz, A., & Nordgren, J. (2023). Harm reduction social work with people who use drugs: a qualitative interview study with social workers in harm

- reduction services in Sweden. *Harm Reduction Journal*, 20, Article 146. <https://doi.org/10.1186/s12954-023-00884-w>
- Rickel, A. U., & Becker-Lausen, E. (1994). Treating the Adolescent Drug Misuser. In T. P. Gullotta, G. R. Adams, & R. Montemayor (Eds.), *Substance Misuse in Adolescence* (1st ed., pp. 175-200). SAGE Publications, Inc.
- Rigg, K. K. (2023). Justice-Involved Persons With Opioid Use Disorder: Reducing Overdose and Criminal Recidivism. In E. Verona & B. Fox (Eds.), *Routledge Handbook of Evidence-Based Criminal Justice Practices* (1st ed., pp. 330-336). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003219286-42>
- Ritvo, P. (2023). *Addiction & Recovery For Dummies* (2nd ed.). For Dummies.
- Roach, K. (2000). Changing Punishment at the Turn of the Century: Restorative Justice on the Rise. *Canadian Journal of Criminology*, 42(3), 249-280. <https://doi.org/10.3138/cjcrim.42.3.249>
- Ronel, N. (1998a). Narcotics Anonymous: Understanding the “Bridge of Recovery”. *Journal of Offender Rehabilitation*, 27(1-2), 179-197. https://doi.org/10.1300/J076v27n01_13
- Ronel, N. (1998b). Twelve-Step Self-Help Groups: The Spontaneous Emergence of "Grace Communities". *Social Development Issues*, 20(3), 53-72.
- Ronel, N. (2011). Criminal Behavior, Criminal Mind: Being Caught in a “Criminal Spin”. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 55(8), 1208-1233. <https://doi.org/10.1177/0306624X11384946>
- Ronel, N. (2013). From Criminal Spin to Positive Criminology. In K. Jaishankar & N. Ronel (Eds.), *Global Criminology: Crime and Victimization in a Globalized Era* (1st ed., pp. 335-351). Routledge. <https://doi.org/10.1201/b13925-23>
- Ronel, N. (2015a). How can Criminology (and Victimology) become Positive? In N. Ronel & D. Segev (Eds.), *Positive Criminology* (1st ed., pp. 13-31). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315796536-3>
- Ronel, N. (2015b). Why Victimology Should Stay Positive: The Ongoing Need for Positive Victimology. *Temida*, 18(3-4), 5-16. <https://doi.org/10.2298/TEM1504005R>
- Ronel, N., Chen, G., & Elisha, E. (2015). Application of Positive Criminology in Returno—A Jewish Therapeutic Community for People with Addictions. *Journal of Offender Rehabilitation*, 54(2), 122-141. <https://doi.org/10.1080/10509674.2015.1009964>

- Ronel, N., & Elisha, E. (2011). A Different Perspective: Introducing Positive Criminology. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 55(2), 305-325. <https://doi.org/10.1177/0306624X09357772>
- Ronel, N., & Elisha, E. (2022). Positive Criminology: Theory, Research, and Practice. In E. Erez & P. Ibarra (Eds.), *The Oxford Encyclopedia of International Criminology, Volume 2* (1st ed., pp. 998-1020). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190264079.013.554>
- Ronel, N., Elisha, E., Timor, U., & Chen, G. (2013). What do our Clients Say? Residents' Perceptions of Recovery in Return—A Jewish Therapeutic Community. *Addiction Research & Theory*, 21(4), 295-305. <https://doi.org/10.3109/16066359.2012.721145>
- Ronel, N., Frid, N., & Timor, U. (2013). The Practice of Positive Criminology: A Vipassana Course in Prison. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 57(2), 133-153. <https://doi.org/10.1177/0306624x11427664>
- Ronel, N., & Segev, D. (2014). Positive Criminology in Practice. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 58(11), 1389-1407. <https://doi.org/10.1177/0306624X13491933>
- Ronel, N., & Segev, D. (2015). Introduction: 'The Good' can Overcome 'The Bad'. In N. Ronel & D. Segev (Eds.), *Positive Criminology* (1st ed., pp. 3-12). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315796536-2>
- Ronel, N., & Toren, Y. a. T. (2012). Positive Victimology: An Innovation or "More of the Same"? *Temida*, 15(2), 171-180. <https://doi.org/10.2298/TEM1202171R>
- Rosenblatt, F. F., & Adamson, C. (2023). Non-encounter restorative justice interventions – now what? *Contemporary Justice Review*, 26(1), 93-110. <https://doi.org/10.1080/10282580.2023.2216716>
- Rosenthal, M. S. (1984). Therapeutic communities: A treatment alternative for many but not all. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 1(1), 55-58. [https://doi.org/10.1016/0740-5472\(84\)90053-9](https://doi.org/10.1016/0740-5472(84)90053-9)
- Rosenthal, M. S. (1986). THE FUTURE OF THE THERAPEIMC COMMUNITY. In A. P. Acampora & E. Nebelkopf (Eds.), *BRIDGING SERVICES: Drug Abuse, Human Services and the Therapeutic Community. Proceedings of the 9th World Conference of Therapeutic Communities (September 1-6, 1985, San Francisco, California)* (1st ed., pp. 24-27). Abacus Printing.
- Rosenthal, M. S. (1989). *The Therapeutic Community: exploring the boundaries.*

- British Journal of Addiction*, 84(2), 141-150. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1989.tb00563.x>
- Rosenthal, M. S. (1991). Therapeutic communities. In I. B. Glass (Ed.), *The International Handbook of Addiction Behaviour* (1st ed., pp. 258-263). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315542355-53>
- Rosenthal, R. J., & Faris, S. B. (2019). The etymology and early history of ‘addiction’. *Addiction Research & Theory*, 27(5), 437-449. <https://doi.org/10.1080/16066359.2018.1543412>
- Rossner, M. (2023). Restorative Justice in the Twenty-First Century: Making Emotions Mainstream. In A. Liebling, S. Maruna, & L. McAra (Eds.), *The Oxford Handbook of Criminology* (7th ed., pp. 725-746). Oxford University Press.
- Sabath, G. (1967). Some trends in the treatment and epidemiology of drug addiction: Psychotherapy and synanon. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 4(2), 92-96. <https://doi.org/10.1037/h0087942>
- Sack, M. (1974). Therapeutic Community Movement. *Journal of Psychedelic Drugs*, 6(2), 169-171. <https://doi.org/10.1080/02791072.1974.10471826>
- Sacks, S., De Leon, G., Bernhardt, A. I., & Sacks, J. Y. (1997). A Modified Therapeutic Community for Homeless Mentally Ill Chemical Abusers. In G. De Leon (Ed.), *Community As Method: Therapeutic Communities for Special Populations and Special Settings* (1st ed., pp. 19-37). Praeger Publishers.
- Sacks, S., McKendrick, K., Sacks, J. Y., & Cleland, C. M. (2010). Modified Therapeutic Community for Co-Occurring Disorders: Single Investigator Meta Analysis. *Substance Use & Addiction Journal*, 31(3), 146-161. <https://doi.org/10.1080/08897077.2010.495662>
- Salas-Wright, C. P., Vaughn, M. G., & González, J. M. R. (2016). *Drug Abuse and Antisocial Behavior: A Biosocial Life Course Approach*. Palgrave Macmillan. <https://doi.org/10.1057/978-1-137-55817-6>
- Saldaña, J. (2020). Qualitative Data Analysis Strategies. In P. Leavy (Ed.), *The Oxford Handbook of Qualitative Research* (2nd ed., pp. 877-911). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190847388.013.33>
- Sapp, K. (2024). *Revolutionizing Justice in the Pipeline Era: Breaking the Chains* (1st ed.). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-50678-9>
- Satel, S., & Lilienfeld, S. O. (2014). Addiction and the brain-disease fallacy. *Frontiers in Psychiatry*, 4, Article 141. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00141>

- Schuckit, M. A. (2005). *Drug and Alcohol Abuse: A Clinical Guide to Diagnosis and Treatment* (6th ed.). Springer.
- Schur, E. M. (1965a). *Crimes Without Victims: Deviant Behavior and Public Policy : Abortion, Homosexuality, Drug Addiction* (1st ed.). Prentice Hall Direct.
- Schur, E. M. (1965b). Review: The Tunnel Back: Synanon. by Lewis Yablonsky. *American Sociological Review*, 30(5), 800. <https://doi.org/10.2307/2091167>
- Scott, D., & Gosling, H. (2015). Counterblast: Thinking Beyond the Punitive Rationale: Promoting Therapeutic Communities as a Radical Alternative to Prison. *Howard Journal of Criminal Justice*, 54(4), 397-402. <https://doi.org/10.1111/hojo.12140>
- Scott, D., & Gosling, H. (2016). Before Prison, Instead of Prison, Better Than Prison: Therapeutic Communities as an Abolitionist Real Utopia? *International Journal for Crime, Justice and Social Democracy*, 5(1), 52-66. <https://doi.org/10.5204/ijcjsd.v5i1.282>
- Seddon, T., & Stevens, A. (2023). Drug Use, Drug Problems, and Drug Control: A Political Economy Perspective. In A. Liebling, S. Maruna, & L. McAra (Eds.), *The Oxford Handbook of Criminology* (7th ed., pp. 184-200). Oxford University Press.
- Šefránek, M., & Mioviský, M. (2017). Treatment Outcome Evaluation in Therapeutic Communities in the Czech Republic: Changes in Methamphetamine Use and Related Problems One Year After Discharge. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 12(2/3), 68-85. <https://doi.org/10.1080/1556035X.2017.1280718>
- Segal, G. (2022). Addiction is a Brain Disease (But does it matter?). In N. Heather, M. Field, A. Moss, & S. Satel (Eds.), *Evaluating the Brain Disease Model of Addiction* (1st ed., pp. 87-98). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003032762-9>
- Seligman, M. E. P. (1999). The president's address. *American Psychologist*, 54(8), 559-562.
- Seligman, M. E. P. (2002). Positive Psychology, Positive Prevention, and Positive Therapy. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (1st ed., pp. 3-9). Oxford University Press.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- Senjaya, O., Iman, C. H., & Marlina, R. (2022). Implementation Of Assessments In

- Determining Victims Of Narcotics Abuse In Rehabilitation Efforts In Covid-19 Pandemic Conditions In District Of Karawang Indonesia. *Multicultural Education*, 8(1), 32-47. <https://doi.org/10.18535/ijsshi/v8i04.02>
- Shapland, J. (2013). Ten Responses to ‘Words on words’: 7. Participants’ Chosen Words: A Response to ‘Words on words’. *Restorative Justice: An International Journal*, 1(1), 62-69. <https://doi.org/10.5235/20504721.1.1.15>
- Shelton, M. (2016). *Fundamentals of LGBT Substance Use Disorders: Multiple Identities, Multiple Challenges* (1st ed.). Harrington Park Press. <https://doi.org/10.17312/harringtonparkpress/2016.11.flgbtsud>
- Shenk, B. T., & Zehr, H. (2001). Restorative Justice and Substance Abuse: The Path Ahead. *Youth & Society*, 33(2), 314-328. <https://doi.org/10.1177/0044118X01033002009>
- Siegel, L. J., & Worrall, J. L. (2018). *Essentials of Criminal Justice* (11th ed.). Cengage Learning.
- Sikweyiya, Y., & Jewkes, R. (2013). Potential Motivations For and Perceived Risks In Research Participation: Ethics in Health Research. *Qualitative Health Research*, 23(7), 999-1009. <https://doi.org/10.1177/1049732313490076>
- Sinnott-Armstrong, W., & Pickard, H. (2013). What is Addiction? In K. W. M. Fulford, M. Davies, R. Gipps, G. Graham, J. Z. Sadler, G. Stanghellini, & T. Thornton (Eds.), *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry* (1st ed., pp. 851-864). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199579563.013.0050>
- Smiley-McDonald, H. M., & Leukefeld, C. G. (2005). Incarcerated Clients’ Perceptions of Therapeutic Change in Substance Abuse Treatment: A 4-Year Case Study. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 49(5), 574-589. <https://doi.org/10.1177/0306624X05274624>
- Snoek, A. (2017). How to Recover from a Brain Disease: Is Addiction a Disease, or Is there a Disease-like Stage in Addiction? *Neuroethics*, 10(1), 185-194. <https://doi.org/10.1007/s12152-017-9312-0>
- Snyder, H. (2019). Literature review as a research methodology: An overview and guidelines. *Journal of Business Research*, 104, 333-339. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2019.07.039>
- Snyder, H. (2023). Designing the literature review for a strong contribution. *Journal of Decision Systems*, 1-8. <https://doi.org/10.1080/12460125.2023.2197704>
- Sonjaya, A. (2020). Construction of the rehabilitation model for drug abuse in non-

- penal criminal policy perspective. *Open Journal for Legal Studies*, 3(2), 111-124. <https://doi.org/10.32591/coas.ojls.0302.03111s>
- Sorensen, J. L., Deitch, D. A., & Acampora, A. (1984). Treatment Collaboration of Methadone Maintenance Programs and Therapeutic Communities. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 10(3), 347-359. <https://doi.org/10.3109/00952998409001476>
- Soyez, V., & Broekaert, E. (2005). Therapeutic Communities, Family Therapy, and Humanistic Psychology: History and Current Examples. *Journal of Humanistic Psychology*, 45(3), 302-332. <https://doi.org/10.1177/0022167805277105>
- Sperling, D. (2022). "Could You Help Me Die?": On the Ethics of Researcher-Participant Relationship and the Limitations of Qualitative Research. *International Journal of Qualitative Methods*, 21, 1-12. <https://doi.org/10.1177/16094069221105076>
- Stancliff, S., Phillips, B. W., Maghsoudi, N., & Joseph, H. (2015). Harm Reduction: Front Line Public Health. *Journal of Addictive Diseases*, 34(2-3), 206-219. <https://doi.org/10.1080/10550887.2015.1059651>
- Sternberg, D. (1963). Synanon House — A Consideration of Its Implications for American Correction. *The Journal of Criminal Law, Criminology, and Police Science*, 54(4), 447-455. <https://doi.org/10.2307/1140774>
- Stevens, A. (2012). *Offender Rehabilitation and Therapeutic Communities: Enabling Change the TC way* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203101124>
- Stimmel, B. (2009). From addiction to abstinence: Maximizing the chances of success. *Family Court Review*, 47(2), 265-273. <https://doi.org/10.1111/j.1744-1617.2009.01253.x>
- Stinchcomb, J. B. (2011). *Corrections: Foundations for the Future* (2nd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203831588>
- Stohr, M. (2020). Therapeutic Communities in Correctional Institutions. In A. Walsh, J. Wells, & S. M. Gann (Eds.), *Correctional Assessment, Casework, and Counseling* (6th ed., pp. 241-256). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-55226-8_12
- Strauss, A. L., & Corbin, J. M. (1990). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* (1st ed.). SAGE Publications, Inc.
- Stuble, C., & Popple, G. (2017). Providing therapeutic community initiatives for individuals on opioid substitution treatment. *Therapeutic Communities: The*

- International Journal of Therapeutic Communities*, 38(2), 79-86.
<https://doi.org/10.1108/TC-04-2016-0009>
- Sugarman, B. (1970). The Therapeutic Community and the School. *Interchange*, 1(2), 77-96. <https://doi.org/10.1007/BF02214860>
- Suzuki, M., & Hayes, H. (2016). Current Debates Over Restorative Justice: Concept, Definition and Practice. *Prison Service Journal* (228), 4-8.
- Tatarsky, A. (2003). Harm reduction psychotherapy: Extending the reach of traditional substance use treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25(4), 249-256.
[https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(03\)00085-0](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(03)00085-0)
- Tatarsky, A., & Marlatt, G. A. (2010). State of the art in harm reduction psychotherapy: An emerging treatment for substance misuse. *Journal of Clinical Psychology*, 66(2), 117-122. <https://doi.org/10.1002/jclp.20672>
- Taylor, R. (2015). Beyond anonymity: Temporality and the production of knowledge in a qualitative longitudinal study. *International Journal of Social Research Methodology*, 18(3), 281-292. <https://doi.org/10.1080/13645579.2015.1017901>
- Teesson, M., Hall, W., Proudfoot, H., & Degenhardt, L. (2011). *Addictions* (2nd ed.). Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9780203119334>
- Thompson, J. (2022). A Guide to Abductive Thematic Analysis. *The Qualitative Report*, 27(5), 1410-1421. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2022.5340>
- Thornberg, R. (2012). Informed Grounded Theory. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 56(3), 243-259.
<https://doi.org/10.1080/00313831.2011.581686>
- Thornberg, R., & Charmaz, K. (2014). Grounded Theory and Theoretical Coding. In U. Flick (Ed.), *The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis* (1st ed., pp. 153-169). SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781446282243>
- Thornberg, R., Perhamus, L. M., & Charmaz, K. (2014). Grounded Theory. In O. N. Saracho (Ed.), *Handbook of Research Methods in Early Childhood Education: Research Methodologies* (1st ed., pp. 405-439). Information Age Publishing.
- Thurnell-Read, T., & Monaghan, M. (2023). *Intoxication: Self, State and Society* (1st ed.). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-19171-8>
- Tibbetts, S. G., & Piquero, A. R. (2023). *Criminological Theory: The Essentials* (4th ed.). SAGE Publications, Inc.
- Tims, F. M., Jainchill, N., & De Leon, G. (1994). Therapeutic Communities and Treatment Research. In F. M. Tims, G. De Leon, & N. Jainchill (Eds.), *National*

Institute on Drug Abuse Research Monograph Series 144: Therapeutic Communities and Treatment Research (1st ed., pp. 1-15). National Institute on Drug Abuse.

- Tims, F. M., Leukefeld, C. G., & Platt, J. J. (2001). RELAPSE AND RECOVERY. In F. M. Tims, C. G. Leukefeld, & J. J. Platt (Eds.), *Relapse and Recovery in Addictions* (1st ed., pp. 3-17). Yale University Press. <https://doi.org/10.12987/9780300143485-002>
- Tompkins, C. N. E., Neale, J., & Strang, J. (2017). Qualitative study of welcome houses: a recent initiative designed to improve retention in therapeutic communities. *Addiction Research & Theory*, 25(2), 168-175. <https://doi.org/10.1080/16066359.2016.1239082>
- Traianou, A. (2020). The Centrality of Ethics in Qualitative Practice. In P. Leavy (Ed.), *The Oxford Handbook of Qualitative Research* (2nd ed., pp. 86-110). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190847388.013.12>
- Tran, N. T., Baggio, S., Dawson, A., O'Moore, É., Williams, B., Bedell, P., Simon, O., Scholten, W., Getaz, L., & Wolff, H. (2018). Words matter: a call for humanizing and respectful language to describe people who experience incarceration. *BMC International Health and Human Rights*, 18, Article 41. <https://doi.org/10.1186/s12914-018-0180-4>
- Trujillo, M. (2023). Psychosocial Treatments: Psychotherapy, Behavioral, and Cultural Interventions. In W. W. IsHak (Ed.), *Atlas of Psychiatry* (1st ed., pp. 303-360). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-031-15401-0_11
- Tuck, A., & Stossel, L. (2019). Therapeutic Communities and the Judicial System in the United States. In J. D. Avery & K. A. Kast (Eds.), *The Opioid Epidemic and the Therapeutic Community Model: An Essential Guide* (1st ed., pp. 113-132). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-26273-0_8
- Tweed, A., & Charmaz, K. (2012). Grounded Theory Methods for Mental Health Practitioners. In D. Harper & A. R. Thompson (Eds.), *Qualitative Research Methods in Mental Health and Psychotherapy: A Guide for Students and Practitioners* (1st ed., pp. 131-146). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781119973249.ch10>
- Twerski, A. J. (1997). *Addictive Thinking: Understanding Self-Deception* (2nd ed.). Hazelden Publishing.
- Uchtenhagen, A. (2013). Abstinence versus Agonist Maintenance Treatment: An Outdated Debate? *European Addiction Research*, 19(6), 283-286.

<https://doi.org/10.1159/000350373>

- Umbreit, M. S. (1994). *Victim Meets Offender: The Impact of Restorative Justice and Mediation* (1st ed.). Lynne Rienner Publishers.
- Umbreit, M. S., & Armour, M. P. (2010). *Restorative Justice Dialogue: An Essential Guide for Research and Practice*. Springer.
<https://doi.org/10.1891/9780826122599>
- Umbreit, M. S., & Armour, M. P. (2011). Restorative Justice and Dialogue: Impact, Opportunities, and Challenges in the Global Community. *Global Community, Law & Policy Journal: Washington University*, 36, 65-89.
- Umbreit, M. S., & Carey, M. (1995). Restorative Justice: Implications for Organizational Change. *Federal Probation*, 59(1), 47-54.
- Umbreit, M. S., Coates, R. B., & Vos, B. (2004). Restorative Justice versus Community Justice: Clarifying a Muddle or Generating Confusion? . *Contemporary Justice Review*, 7(1), 81-89. <https://doi.org/10.1080/1028258042000212030>
- Umbreit, M. S., Vos, B., Coates, R. B., & Lightfoot, E. (2005). Restorative Justice in the Twenty-first Century: A Social Movement Full of Opportunities and Pitfalls. *Marquette Law Review*, 89, 251-304.
- Umbreit, M. S., & Zehr, H. (1996). Restorative Family Group Conferences: Differing Models and Guidelines for Practice. *Federal Probation*, 60(3), 24-29.
- Urquhart, C. (2023). *Grounded Theory for Qualitative Research: A Practical Guide* (2nd ed.). SAGE Publications Ltd.
- van Dijk, J. (2013). Victim-Centred Restorative Justice. *Restorative Justice: An International Journal*, 1(3), 426-429. <https://doi.org/10.5235/20504721.1.3.426>
- Van Ness, D. W. (2002). The shape of things to come: a framework for thinking about a restorative justice system. In E. G. M. Weitekamp & H.-J. Kerner (Eds.), *Restorative Justice: Theoretical Foundations* (1st ed., pp. 1-20). Willan.
<https://doi.org/10.4324/9781843924838>
- Van Ness, D. W., Strong, K. H., Derby, J., & Parker, L. L. (2022). *Restoring Justice: An Introduction to Restorative Justice* (6th ed.). Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9781003159773>
- Van Olphen, J., Eliason, M. J., Freudenberg, N., & Barnes, M. (2009). Nowhere to Go: How Stigma Limits the Options of Female Drug Users after Release from Jail. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 4(1), Article 10.
<https://doi.org/10.1186/1747-597X-4-10>

- van Veggel, N., Allison, J., Goldspink, S., & Engward, H. (2024). The presuppositional interview as a means of transparent reflexive practice in grounded theory. *Methodological Innovations*, 17(1), 31-40. <https://doi.org/10.1177/20597991231212236>
- Vanderplasschen, W., & Best, D. (2021). Mechanisms and mediators of addiction recovery. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 28(5), 385-388. <https://doi.org/10.1080/09687637.2021.1982521>
- Vanderplasschen, W., Colpaert, K., Autrique, M., Rapp, R. C., Pearce, S., Broekaert, E., & Vandeveld, S. (2013). Therapeutic Communities for Addictions: A Review of Their Effectiveness from a Recovery-Oriented Perspective. *The Scientific World Journal*, 2013, Article 427817. <https://doi.org/10.1155/2013/427817>
- Vanderplasschen, W., & Vandeveld, S. (2018). Background, Current State and Future of Therapeutic Communities for Addictions in Europe. *WEGE AUS DER SUCHT* (108), 6-7.
- Vanderplasschen, W., Vandeveld, S., & Broekaert, E. (2014). *Therapeutic Communities for Treating Addictions in Europe: Evidence, Current Practices and Future Challenges* (1st ed.). European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. <https://doi.org/10.2810/25291>
- Vanderplasschen, W., Vandeveld, S., De Ruyscher, C., Vandeveld, D., & Broekaert, E. (2017). In Search of Evidence-Based Treatment in TCs for Addictions: 40 Years of Research in TC De Kiem (Belgium). *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 12(2/3), 177-195. <https://doi.org/10.1080/1556035X.2017.1312656>
- Vanderplasschen, W., Yates, R., & Miovský, M. (2017). Bridging the Gap Between Research and Practice in Therapeutic Communities (TCs) for Addictions. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 12(2-3), 63-67. <https://doi.org/10.1080/1556035X.2017.1331598>
- Vandeveld, S., Broekaert, E., Yates, R., & Kooyman, M. (2004). The Development of the Therapeutic Community in Correctional Establishments: A Comparative Retrospective Account of the 'DEMOCRATIC' Maxwell Jones TC and the Hierarchical Concept-Based TC in Prison. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(1), 66-79. <https://doi.org/10.1177/0020764004040954>
- Varma, S., & Muehlbach, B. (2023). New York: the advent and evolution of the early American TC. In C. Harvey (Ed.), *The Therapeutic Community: Research and Practice* (1st ed., pp. 149-163). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-98816-2.00011-3>

- Velasco, R. V., Boggs, J. B., Redfield, P. A., Kijanczuk, K. A., Fretz, R. J., Schofield, D. D., & Knight, K. (2019). An Evaluation of an In-prison Therapeutic Community: Treatment Needs and Recidivism. *Federal Probation*, 83(2), 9-14.
- Veseth, M., Svendsen, T. S., Nesvaag, S., Moltu, C., Davidson, L., & Bjornestad, J. (2022). “And then the Rest Happened”—A Qualitative Exploration of the Role that Meaningful Activities Play in Recovery Processes for People with a Diagnosis of Substance Use Disorder. *Substance Abuse*, 43(1), 260-266. <https://doi.org/10.1080/08897077.2021.1941506>
- Vinai, T., Lacroix, A., Gelle, T., & Nubukpo, P. (2023). Effectiveness of the Therapeutic Community Model in Addiction Treatment: A Retrospective Pilot Study in French Prisons. *Healthcare*, 11(11), Article 1523. <https://doi.org/10.3390/healthcare11111523>
- Vogl, S., Zartler, U., Schmidt, E.-M., & Rieder, I. (2018). Developing an analytical framework for multiple perspective, qualitative longitudinal interviews (MPQLI). *International Journal of Social Research Methodology*, 21(2), 177-190. <https://doi.org/10.1080/13645579.2017.1345149>
- Volkman, R., & Cressey, D. R. (1963). Differential Association and the Rehabilitation of Drug Addicts. *American Journal of Sociology*, 69(2), 129-142. <https://doi.org/10.1086/223542>
- Volkow, N. D. (2020). Stigma and the Toll of Addiction. *New England Journal of Medicine*, 382(14), 1289-1290. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1917360>
- Volkow, N. D. (2024). Drugs and Addiction Science: NIDA Celebrates 50 Years of Research and Looks to the Future. *American Journal of Psychiatry*, 181(5), 349-352. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20230880>
- Volkow, N. D., & Morales, M. (2015). The Brain on Drugs: From Reward to Addiction. *Cell*, 162(4), 712-725. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2015.07.046>
- Wakefield, J. C. (2017a). Addiction and the Concept of Disorder, Part 1: Why Addiction is a Medical Disorder. *Neuroethics*, 10, 39-53. <https://doi.org/10.1007/s12152-016-9300-9>
- Wakefield, J. C. (2017b). Addiction and the Concept of Disorder, Part 2: Is Every Mental Disorder a Brain Disorder? *Neuroethics*, 10, 55-67. <https://doi.org/10.1007/s12152-016-9301-8>
- Waldorf, D. (1971). Social Control in Therapeutic Communities for the Treatment of Drug Addicts. *International Journal of the Addictions*, 6(1), 29-43. <https://doi.org/10.3109/10826087109062252>

- Walgrave, L. (2008). *Restorative Justice, Self-interest and Responsible Citizenship* (1st ed.). Willan. <https://doi.org/10.4324/9781843925668>
- Walgrave, L. (2011). Investigating the Potentials of Restorative Justice Practice. *Washington University Journal of Law & Policy*, 36, 91-139.
- Walgrave, L. (2013). Ten Responses to ‘Words on words’: 9. Words on ‘Words on words’. *Restorative Justice: An International Journal*, 1(1), 77-84. <https://doi.org/10.5235/20504721.1.1.15>
- Walgrave, L. (2016). Positive Criminology, Criminology of Trust and Restorative Justice. *Restorative Justice*, 4(3), 424-434. <https://doi.org/10.1080/20504721.2016.1243858>
- Walgrave, L., Aertsen, I., Parmentier, S., Vanfraechem, I., & Zinsstag, E. (2013). Why restorative justice matters for criminology. *Restorative Justice: An International Journal*, 1(2), 159-167. <https://doi.org/10.5235/20504721.1.2.159>
- Walgrave, L., Ward, T., & Zinsstag, E. (2021). When Restorative Justice Meets the Good Lives Model: Contributing to a Criminology of Trust. *European Journal of Criminology*, 18(3), 444-460. <https://doi.org/10.1177/1477370819854174>
- Warren, K. L., Doogan, N., De Leon, G., Phillips, G. S., Moody, J., & Hodge, A. (2013). Short-Run Prosocial Behavior in Response to Receiving Corrections and Affirmations in Three Therapeutic Communities. *Journal of Offender Rehabilitation*, 52(4), 270-286. <https://doi.org/10.1080/10509674.2013.782776>
- Warsino, W., Supanto, S., & Novianto, W. T. (2020). Forensic Examination and Restorative Justice for Drug Abusers: An Alternative in Handling Drug Cases in Indonesia. *Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology*, 14(2), 2554-2559. <https://doi.org/10.37506/ijfmt.v14i2.3502>
- Weinrath, M., Tess, C., & Willows, E. (2021). Are reoffense outcomes consistent with inmate and staff perceptions of therapeutic community practice? A mixed-methods analysis. *Journal of Offender Rehabilitation*, 60(8), 527-546. <https://doi.org/10.1080/10509674.2021.2000548>
- Weinrath, M., Tess, C., & Willows, E. (2024). Prison Misconduct and the Use of Alternative Resolutions by Correctional Officers in Therapeutic Communities and Other Custody Units. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 68(1), 40-61. <https://doi.org/10.1177/0306624x211049196>
- Wexler, H. K. (1986). Therapeutic Communities within Prisons. In G. De Leon & J. T. Ziegenfuss (Eds.), *Therapeutic Communities for Addictions: Readings in*

- Theory, Research and Practice* (1st ed., pp. 227-237). Charles C Thomas Publisher.
- Wexler, H. K. (1995). The success of therapeutic communities for substance abusers in American prisons. *Journal of Psychoactive Drugs*, 27(1), 57-66. <https://doi.org/10.1080/02791072.1995.10471673>
- Wexler, H. K., & Prendergast, M. L. (2010). Therapeutic communities in United States' prisons: effectiveness and challenges. *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities*, 31(2), 157-175.
- Whealdon, J., Warren, K. L., Campbell, B., & Wernekinck, U. (2023). Who is a role model? An analysis of role model nomination networks in two therapeutic communities. In C. Harvey (Ed.), *The Therapeutic Community: Research and Practice* (1st ed., pp. 133-146). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-98816-2.00013-7>
- Whealdon, J. (2009). Finding Common Ground: Restorative Justice and its Theoretical Construction (s). *Contemporary Justice Review*, 12(1), 91-100. <https://doi.org/10.1080/10282580802681774>
- White, J. M. (1990). *Drug Dependence* (1st ed.). Prentice-Hall, Inc.
- White, W. L. (2007). Addiction recovery: Its definition and conceptual boundaries. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(3), 229-241. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.04.015>
- White, W. L. (2010). David Deitch, PhD, and George De Leon, PhD, on Recovery Management and the Future of the Therapeutic Community. *Counselor*, 11(5), 38-49.
- Whiteacre, K. W., & Pepinsky, H. (2002). Controlling Drug Use. *Criminal Justice Policy Review*, 13(1), 21-31. <https://doi.org/10.1177/0887403402131002>
- Whitten, T., Cale, J., Nathan, S., Bista, S., Ferry, M., Williams, M., Rawstorne, P., & Hayen, A. (2022). Hospitalisation Following Therapeutic Community Drug and Alcohol Treatment for Young People with and without A History of Criminal Conviction. *Drug and Alcohol Dependence*, 231, Article 109280. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109280>
- Whitten, T., Cale, J., Nathan, S., Williams, M., Baldry, E., Ferry, M., & Hayen, A. (2023). Influence of a Residential Drug and Alcohol Program on Young People's Criminal Conviction Trajectories. *Journal of Criminal Justice*, 84, Article 102026. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2022.102026>
- Wilcox, A. (2008). Restorative Justice. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*,

- 2(2-4), 162-179. <https://doi.org/10.1080/15560350802080670>
- Wiles, R. (2013). *What are Qualitative Research Ethics?* (1st ed.). Bloomsbury Academic. <https://doi.org/10.5040/9781849666558>
- Willmot, P. (2023). Book review: Global perspectives on interventions in forensic therapeutic communities. *Journal of Criminal Psychology*, 13(3), 254-257. <https://doi.org/10.1108/JCP-08-2023-055>
- Winslade, J. (2019). Can Restorative Justice Promote Social Justice? *Contemporary Justice Review*, 22(3), 280-289. <https://doi.org/10.1080/10282580.2019.1644173>
- Wood, W. R., & Suzuki, M. (2016). Four Challenges in the Future of Restorative Justice. *Victims & Offenders*, 11(1), 149-172. <https://doi.org/10.1080/15564886.2016.1145610>
- Woodhams, A. (2001). The staff member in the therapeutic community. In B. Rawlings & R. Yates (Eds.), *Therapeutic Communities for the Treatment of Drug Users (Community, Culture and Change, Volume 4)* (1st ed., pp. 123-137). Jessica Kingsley Publishers.
- Yablonsky, L. (1962). The Anti-Criminal Society: Synanon. *Federal Probation*, 26, 50-57.
- Yablonsky, L. (1965). *The Tunnel Back: Synanon* (1st ed.). Macmillan Company.
- Yablonsky, L. (1971). Synanon: A Breakthrough in the Treatment of Drug Addiction. *Journal of Drug Issues*, 1(2), 153-159. <https://doi.org/10.1177/002204267100100208>
- Yablonsky, L. (1972). *Robopaths: People as Machines* (1st ed.). Bobbs-Merrill Company.
- Yablonsky, L. (1986). SOME CHARACTERISTICS OF THE SOCIAL STRUCTURE & SOCIAL ORGANIZATION OF THERAPEUTIC COMMUNITIES. In A. P. Acampora & E. Nebelkopf (Eds.), *BRIDGING SERVICES: Drug Abuse, Human Services and the Therapeutic Community. Proceedings of the 9th World Conference of Therapeutic Communities (September 1-6, 1985, San Francisco, California)* (1st ed., pp. 211-214). Abacus Printing.
- Yablonsky, L. (1989). *The Therapeutic Community: A Successful Approach for Treating Substance Abuses* (1st ed.). Gardner Press.
- Yablonsky, L. (1997). *Gangsters: Fifty Years of Madness, Drugs, and Death on the Streets of America* (1st ed.). New York University Press.

- Yablonsky, L. (2000). *Juvenile Delinquency: Into the 21st Century* (1st ed.). Wadsworth/Thomson Learning.
- Yablonsky, L. (2002). Whatever Happened to Synanon? The Birth of the Anticriminal Therapeutic Community Methodology. *Criminal Justice Policy Review*, 13(4), 329-336. <https://doi.org/10.1177/088740302237802>
- Yablonsky, L. (2008). *Gangs in Court* (2nd ed.). Lawyers & Judges Publishing Company, Inc.
- Yablonsky, L. (2010). *Confessions of a Criminologist: Some of My Best Friends Were Sociopaths* (1st ed.). iUniverse.
- Yates, R. (2003). A Brief Moment of Glory: The Impact of the Therapeutic Community Movement on the Drug Treatment Systems in the UK. *International Journal of Social Welfare*, 12(3), 239-243. <https://doi.org/10.1111/1468-2397.00499>
- Yates, R. (2011). Therapeutic Communities: Can-Do Attitudes for Must-Have Recovery. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 6(1/2), 101-116. <https://doi.org/10.1080/1556035X.2011.570557>
- Yates, R. (2014). Recovery Capital, Addiction Theory and the Development of Recovery Communities. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 1(2), 96-112. <https://doi.org/10.15805/addicta.2014.1.2.054>
- Yates, R. (2017a). Drug-free therapeutic communities in Europe. *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities*, 38(4), 205. <https://doi.org/10.1108/TC-10-2017-0029>
- Yates, R. (2017b). The rise and fall and rise again of the therapeutic community. *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities*, 38(2), 57-59. <https://doi.org/10.1108/TC-05-2017-0014>
- Yates, R., Burns, J., & McCabe, L. (2017). Integration: too much of a bad thing? *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 12(2-3), 196-206. <https://doi.org/10.1080/1556035X.2017.1320487>
- Yates, R., De Leon, G., Mullen, R., & Arbiter, N. (2010). Straw Men: Exploring the Evidence Base and the Mythology of the Therapeutic Community. *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities*, 31(2), 95-99.
- Yates, R., Mullen, R., Arbiter, N., & Teltzrow, R. (2021). *Prison-based Therapeutic Communities (TCs): A Handbook for Prison Administrators, Treatment Professionals and Trainers* (1st ed.). Council of Europe.

- Yates, R., & Wilson, J. (2001). The modern therapeutic community: dual diagnosis and the process of change. In B. Rawlings & R. Yates (Eds.), *Therapeutic Communities for the Treatment of Drug Users (Community, Culture and Change, Volume 4)* (1st ed., pp. 178-191). Jessica Kingsley Publishers.
- Yin, R. K. (2016). *Qualitative Research from Start to Finish* (2nd ed.). Guilford Press.
- Zafiridis, P. (2020). The Daytop crisis and its impact on the global Therapeutic Community movement. *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities*, 41(1), 25-35. <https://doi.org/10.1108/TC-10-2019-0010>
- Zehr, H. (1990). *Changing Lenses: A New Focus for Crime and Justice* (1st ed.). Herald Press.
- Zehr, H. (2015). *Little Book of Restorative Justice: Revised and Updated* (2nd ed.). Good Books.
- Zelvin, E., & Davis, D. R. (2001). Harm Reduction and Abstinence Based Recovery: A Dialogue. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 1(1), 121-133. https://doi.org/10.1300/J160v01n01_09
- Zhang, S. X., Roberts, R. E., & McCollister, K. E. (2009). An economic analysis of the in-prison therapeutic community model on prison management costs. *Journal of Criminal Justice*, 37(4), 388-395. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2009.06.006>

三、網路資料

- 中華民國教育部 (2021a)。扎根。重編國語辭典修訂本 (臺灣學術網路第六版)。 <https://dict.revised.moe.edu.tw/dictView.jsp?ID=114626&word=%E6%89%8E%E6%A0%B9>
- 中華民國教育部 (2021b)。紮。重編國語辭典修訂本 (臺灣學術網路第六版)。 <https://dict.revised.moe.edu.tw/dictView.jsp?ID=9456&q=1&word=%E7%B4%AE#order2>
- 法務部矯正署 (2024 年 7 月 19 日)。矯正統計摘要 (113 年 6 月)。法務部矯正署。 <https://www.mjac.moj.gov.tw/4786/4923/4941/1298433/post>
- 財團法人利伯他茲教育基金會 (2024a 年 7 月 26 日)。113 年度工作計畫。財團法人利伯他茲教育基金會。 <https://www.libertas.org.tw/index.php/about-us/annual-plan>

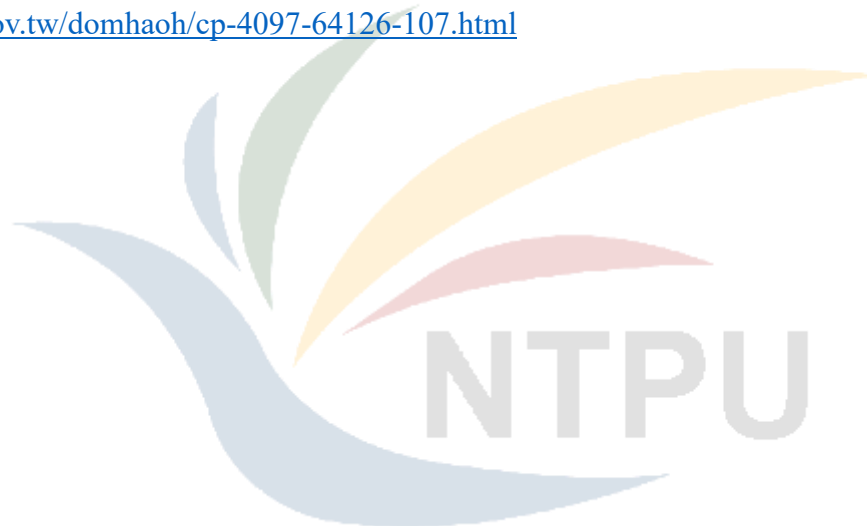
財團法人利伯他茲教育基金會 (2024b 年 7 月 26 日)。治療性社區。財團法人利伯他茲教育基金會。<https://www.libertas.org.tw/index.php/service/therapeutic-community>

陳祖輝 (2019 年 02 月 15 日)。情緒智慧的犯罪矯治：初讀正向犯罪學。司法保護電子報。<https://www.moj.gov.tw/2204/2528/2547/2583/4504/post>

臺灣高等檢察署科技偵查資料中心、統計室 (2024 年 3 月 6 日)。2023 年國內毒品情勢快速分析年報。臺灣高等檢察署。<https://www.tph.moj.gov.tw/4421/4599/4603/749677/937043/>

衛生福利部 (2019 年 5 月 13 日)。108-110 年度「藥癮治療性社區服務模式多元發展計畫」公開徵求。衛生福利部心理及口腔健康司。<https://www.mohw.gov.tw/cp-4262-47582-1.html>

衛生福利部 (2021 年 11 月 24 日)。111-112 年度「藥癮治療性社區服務模式多元發展計畫」公開徵求。衛生福利部心理及口腔健康司。<https://dep.mohw.gov.tw/domhaoh/cp-4097-64126-107.html>





附錄

附錄一 訪談大綱

藥癮治療性工作人員之深度訪談大綱

1、基本資料

- (1) 研究參與者之工作年資
- (2) 研究參與者於藥癮治療性社區內之角色
- (3) 研究參與者之工作內容

2、角色與工作內容之看法

- (1) 藥癮治療性社區本身對於居民之意義與影響？
- (2) 同儕對與其他居民之意義與影響？
- (3) 本身之角色與工作內容對於社區、居民之意義與影響？

3、活動與生活之安排

- (1) 所設計之生活規劃與如此規劃之原因？
- (2) 所設計之活動內容與安排此活動之原因？
- (3) 預期生活與活動安排帶給居民之影響？
- (4) 實際執行之過程、效果與挑戰？

4、復元階段之觀察

- (1) 協助復元歷程中，於不同復元階段居民所生之改變？
- (2) 協助復元歷程中，於不同復元階段居民面對之困境？
- (3) 工作人員如何協助居民面對前述之困境？
- (4) 協助復元歷程中，於不同復元階段工作人員面對之困境？

5、其他

- (1) 還想分享的其他想法？
- (2) 任何意見？

居民或已復元前居民之深度訪談大綱

1、基本資料

- (1) 研究參與者之年齡（10 歲為區間）
- (2) 研究參與者之用藥齡
- (3) 研究參與者先前使用之藥物種類
- (4) （曾）於藥癮治療性社區內之時長

2、藥物使用

- (1) 進入藥癮治療性社區前，曾接受之藥癮處遇？
- (2) 研究參與者進入藥癮治療性社區之原因、自使用藥物至進入藥癮治療性社區之歷程？

3、進入藥癮治療性社區前後之感受與改變

- (1) 曾經／目前在藥癮治療性社區之情形與感受？
- (2) 進入藥癮治療性社區前，研究參與者所期望之改變？
- (3) 自從進入藥癮治療性社區以來，研究參與者之改變（如對於藥物使用之看法、生活技巧、生活型態等）？
- (4) 研究參與者認為這些影響與改變的原因？

4、同儕、工作人員與家庭

- (1) 同儕間人際關係之情形及其帶來之影響？
- (2) 與工作人員之關係及其帶來之影響？
- (3) 與家庭之關係及其帶來之影響？

5、工作與活動

- (1) 於藥癮治療性社區內工作之情形與影響？
- (2) 於藥癮治療性社區之過程中認為有助於復元之事件、活動？
- (3) 對於藥癮治療性社區內各項活動之看法？
- (4) 認為哪些目前所無的活動可以幫助復元？

6、復元之困境

- (1) 復元中所遭遇之困境？
- (2) 如何應對困境？
- (3) 復發之歷程（若有）？
- (4) 藥癮治療性社區如何影響對復發之看法？

7、其他

- (1) 還想分享的其他想法？
- (2) 任何意見？



附錄二 訪談筆記格式

訪談時間與地點		
訪談對象	客觀描述	
	主觀感受	
訪談過程	客觀描述	
	主觀感受	
反思與檢討		

附錄三 知情同意書

研究參與者知情同意書

研究題目：藥癮治療性社區概念與本土個案復元歷程之探討

您好：

我是石嘉程，現為國立臺北大學犯罪學研究所碩士班的研究生。本研究是本人的碩士論文，由國立臺北大學犯罪學研究所許春金教授指導，欲探討藥癮者在藥癮治療性社區中的復元歷程，需要蒐集您的意見、感受與想法。本研究將以訪談的方式進行，訪談內容僅供學術研究分析，不會做為其他用途使用，個人的身分與資料也絕對保密，請您放心。

誠摯感謝您願意參與本研究。

研究者：國立臺北大學犯罪學研究所 碩士生 石嘉程

聯絡方式 (Email)：stonecarl402@gmail.com；s711064113@gm.ntpu.edu.tw

指導教授：國立臺北大學犯罪學研究所 許春金 教授

「研究參與者知情同意書」是本研究的相關資訊與權益，若您有任何不理解或需解釋之處，歡迎您隨時提出。

一、本研究訪談事項

- 1、於訪談前，研究者會先進行自我介紹，並說明研究目的、訪談的主要內容，並於徵得您的同意後始進行訪談。
- 2、原則上訪談一次，訪談時間約 60 分鐘至 120 分鐘，將視您的意願與實際情形調整次數或時間。
- 3、您有權決定是否接受訪談以及訪談的時間。
- 4、為避免資料遺漏或誤解，訪談過程中將錄音，並會製成書面紀錄，錄音、書面紀錄等所有資料僅提供學術使用。若您拒絕錄音，則將以筆記方式進行記錄。若於訪談過程中，有部分內容您認為不適合錄音或筆記，可以隨時告知，研究者將立即停止錄音或筆記。

二、個人資料之保密處理

- 1、研究者將盡力保護您的個人資料以及訪談內容。
- 2、本研究的訪談逐字稿將由本人親自進行轉錄，也將由本人親自進行分析，以避免相關資料外洩。
- 3、您的真實姓名將以代稱的方式呈現，研究資料中不會透露出您的任何個人資料，他人無法從論文中辨識您的身分。
- 4、錄音、逐字稿等相關資料最遲將於論文發表 5 年後刪除。

三、若同意參與研究

- 1、您有權在研究過程中隨時終止參與，也可以隨時提出任何問題。
- 2、您可以在訪談過程中拒絕回答特定的問題。
- 3、訪談中的某些問題較為敏感，可能使您感到困擾或痛苦，再次強調，您可以選擇是否對於問題進行回答，甚至終止研究參與。
- 4、您可以在訪談結束後 14 日內撤回全部或部分同意。
- 5、訪談的錄音經過謄打、分析後將於本人的論文上呈現並發表，您有權決定訪談所得資料在研究中所呈現的內容。
- 6、您是否想收到逐字稿與發表前的論文以供檢視？ 是 否。

四、其他：若您有任何想添加的條件，請在下方空格填寫

若您已瞭解上述內容並同意參與本項研究，請在底下簽名。再次感謝您的參與！

訪談者：_____（簽名） 參與者：_____（簽名）

中華民國_____年_____月_____日

（同意書一式兩份，由研究參與者與研究者各持一份）

著作權聲明

論文題目：藥癮治療性社區概念與本土個案復元歷程之探討

論文頁數：324 頁

系所組別：犯罪學研究所

研究生：石嘉程

指導教授：許春金

畢業年月：113 年 7 月

本論文著作權為石嘉程所有，並受中華民國著作權法保護。

