

in Young Adulthood:
ology 29(3): 441-467.

on the Lives of Young

Pp. 222- 249 in
s Mieczkowski.

es of Family
al of Drug Issues

'Critical Overview.'
Thomas

Oaks, CA.: SAGE.

藥物濫用防治對策

高雄醫學院醫學社會學系
陳正宗

摘要

藥物濫用防治工作是一件艱辛整合性之工作，國外九〇年代起即採取增進彈力之防治策略，國內各個單位也都開始啟動，透過各方結合走向民眾，已有初步之成效；藥物濫用必須落實為一項長期基層之工作，當然有效之防治工作會隨著研究而更明確，因此國內目前必須投入更多的人力與物力於研究工作上；目前可以參照國外經驗結合校園、社區與社會公益團體，一方面提供正常年齡層發展上之需要，給予青少年適當的成長空間，另一方面更應確實地開始對已發現之個案做適當的輔導重建工作；下列是一些可以提供父母及老師們去養育更有彈力的下一代：1)對成功能自己多負一些責任；2)協助青少年發掘自己的才能；3)使青少年能將社會之消費者角色變為生命是對社會貢獻的；4)提供真實的讚賞與回饋而非一味地苛責其增加自信心；5)強化與培養世界觀的眼光；6)加強價值教育與技能訓練；7)增進團體解決問題的能力(合作精神)取代競爭與攻擊來解決問題及8)增加對別人之責任與關懷的感覺。各項目前已經開始的工作或宜積極從事之方案工作包括：反毒教育、學前與小學教育、國高中之校園輔導結合對政府、社會及醫療的各項期許，相信我們絕對可以培育足以走入二十一世紀的國民。

第一章 前言

民國 79 年全國各地受到藥物濫用（包括毒物）的侵擾，我們曾經提出一個反毒的模式(李建德，1991)，由多層面之觀點去看安非他命成癮之因素（圖一），其理論基礎是：

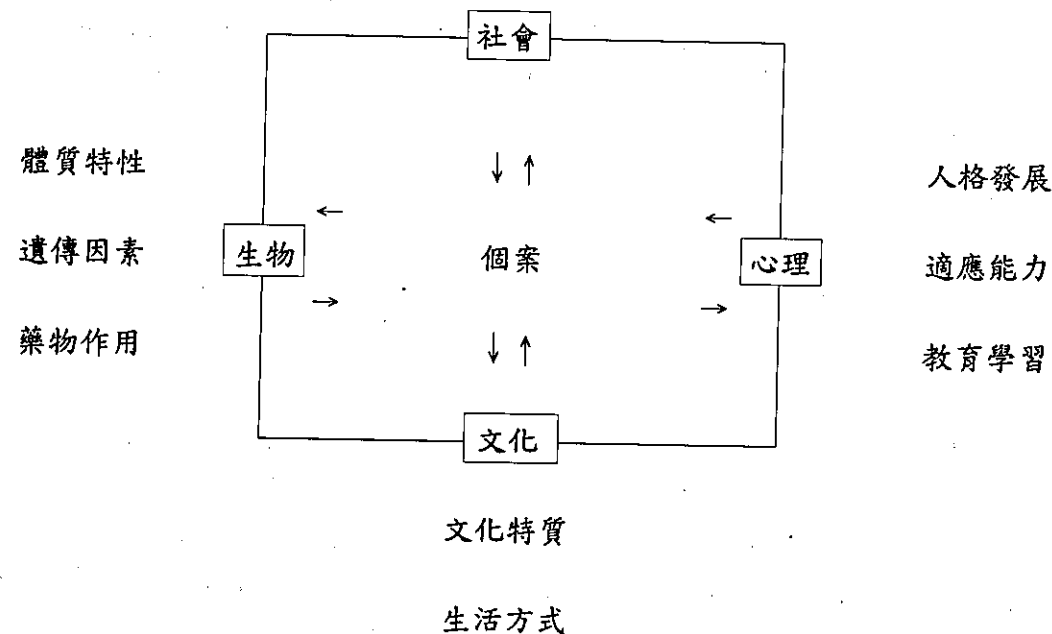
1)從醫學的層面而言，可分三方面來看，(一)、體質特性：因個人的易感性和易損性 (vulnerability)的不同而有所差異，因此對藥物作用的敏感不同，也影響個人的耐受性，這可以解釋何以有些人的易成癮或易出現不良的副作用(如：中毒症狀和精神症狀等)的機轉(李培聞，1992；Goodwin, 1985)。(二)、遺傳因素：目前對藥物濫用的遺傳傾向尚未有任何定論，但從有些個案有藥物濫用的家族史，因此可能有遺傳因子的影響，但仍有待進一步的探討及研究(Kumpfer, 1987; Pihl et al., 1990)。(三)、藥物作用：Federal Drug Enforcement Administration(DEA)1970 提出的藥物手冊，根據藥物在醫療上的實用性(medical usefulness)和濫用的危險性(abuse potential)的程度不同將藥物分為五類(I-V)，I 是屬於高濫用而低醫療用途者，例如：海洛因，而安非他命則被視為II，亦屬於高濫用性，低實用性者。再從其臨床上的短效型作用，及其特殊的生理作用(欣快感，自信心增加等)，為其易成癮性的原因。

2)從心理層面而言，可分三方面來看，(一)、人格因素：人格違常者有藥物濫用的高危險傾向，可能和反社會型和邊緣型人格特質有強烈相關，但是一般濫用者的人格特質則是需要探討的(Hawkins et al., 1992)。(二)、適應能力：個人在生活環境中面對壓力和挫折的調適方式各有不同，適應能力愈差者愈易傾向於藥物濫用，而在安非他命的濫用者中，有更明顯的適應障礙傾向或是因憂鬱反應而使用(Kumpfer et al., 1990)。(三)教育學習：在教育學習過程中，如何去有足夠的防毒或毒害知識；在學習過程中，學習如何去應付壓力及適應，是長期降低學生或教育體系中最為深遠的工作(Gottfredson, 1986)。

3)從社會文化層面而言，可從三方面來看，(一)、社會學習：以目前生長及教育環境易使人在適應不良或壓力下，以快速之方式尋求發洩，此一社會現象易導致只求結果不計成本，易致安非他命及海洛因的濫用。(二)、社會制度：目前法律雖已在安非他命濫用後修訂，但仍未落實，且目前安非他命之取得管道仍在及價格低於其他非法藥物(如：海洛因、嗎啡等)，因此造成已濫用者戒除不易而新嘗試者不斷。(三)、文化特質：以日本戰敗後之濫用安非他命而言，其文化自卑作用，引起興奮劑之濫用，而目前國內處於文化轉承期(包括長期政治環境壓抑)，缺乏強而有力之追求目標，因而以藥物濫用來滿足失落感(陳喬琪等，1982)。

依以上之理由，提出降低安非他命濫用之對策如：教育宣導：以男性青少年為高濫用危險群，加強藥物作用及害處，法律知識及心理衛生教育之宣導；加強落實相關法律之執行，杜絕藥物取得之管道及良好之藥物管理；強化藥物之害處，提供已成癮者良好之戒斷途徑及醫療設施，包括增加心理諮商；提倡正當且健康之社會風氣及休閒活動。

生長環境、相關法令
社會制度、藥物取得



圖一 安非他命濫用之治療模式

第二章 現況

現今社會上在這七年來我們看到各式各樣的「反毒活動」及落實行政院連院長的「向毒品宣戰」，其模式包括：1)大型晚會：在各地陸續推出晚會，包括演唱、毒品介紹、募款等，其活動均屬大型且參與度高的；2)慢跑登山活動：其活動以家庭為主，全家人一起參與的工作，由家庭成員的參與到健康的理念；3)校園內之演講及展覽：以各個學校為單位；以高市為例，在高市教育局之主導下，以各個國中、高中、五專及職校均舉辦校內反毒宣導及展覽；4)醫療單位：積極地參與毒品防治之人員訓練，戒斷毒品之醫療介入，醫療模式之建立與探討，例如：毒癮者應以病人之心來待之，而非先以犯人之態度對之；5)警政法務機構：積極從事修法之毒犯加強法律上整合之程序，設立毒品之專責服務，加強毒犯之處理與

照護；6)教育單位：從事學校輔導及導師之反毒訓練與經驗交流；積極之介入六年輔導計畫專案工作，如：春暉專案、陽光及攜手計劃等都是以個案為主之治療計畫；7)傳播媒體：由衛生署、教育部等單位製作之毒害宣導短片、防毒手勢之推廣，海報之張貼等，均可以在電視，各個單位中出現；8)戒毒機構：以私人醫療單位的戒毒廣告，財團法人之戒癮協會，衛生署評鑑合格之醫療院所等也積極地告訴大眾求治途徑。

以上是在近年來各方人員對防治毒品氾濫之措施，是否解決了問題？是否國內已經沒有毒品？是否毒品已走出校園？

〔案例〕

阿峰是一位14歲之國中二年級男生，由其母親帶來求診，主要問題是阿峰吸食安非他命已有半年，近十天來產生怪現象，如：要打人、罵三字經、體重下降、食慾不振、無法集中精神、失眠、自言自語、脾氣暴躁、自我控制力下降及拒絕上課等；個案在門診兩眼無神、極度不安、疑心重、注意力不集中，無法直接回答問題，體態消瘦、脈膊跳快、血壓上升，在安非他命引起之精神病診斷下，第一步投予抗精神病藥物；在治療兩週後阿峰的症狀已完全消失，即進入第二期之心理諮商治療期；首先在個人史上，阿峰自稱活潑外向，交遊廣闊，此次即是在一群同儕之引介下「吸安」，剛開始吸食時有一種欣快感，令人充滿活力，體能增加，好像吃了強力藥一樣，可以減少睡眠之需求量，也有增加時間讀書及與同伴出遊，充滿興奮，但是此一現象在約一週之使用後即開始減少，並且吸食之次數及間隔也必須增加，開始會有經濟之壓力，也減少與不使用「安」之朋友交往，開始曠課，且隨著同儕們遊盪在不同的遊樂場，編織謊話，欺騙家人；這些與過去的不同行為當然在電視、報紙的宣導下，阿峰也會出現恐懼—「向毒說不」、「吸毒等於自殺」、「我該如何自處？」、「我也曾想戒除，但是那些渴望的慾念及周遭人的刺激，使我越陷越深，難以自拔！」、「我應該找誰？」、「有誰可以接受吸安的國中生？」、「我們一群人也曾在別人辦晚會當晚會面，共同吸那東西來慶祝」、「我也沒有勇氣去面對校方辦的演講，在每一次深夜難以入眠時，也會有一股想戒的衝動，但又求助無門。」

阿峰在家中排行老二，上有一姊姊，父親忙於工作（勞工階級）而母親也必須幫傭來貼補家用；父母對他的期望並非特別高，只希望他完成國民義務教育即學一技之長，所以也未特別在意，更不會去想到自己的小孩竟會是吸安族，姊姊本身讀護理，但因住校而平時少與阿峰連絡，假日回家亦未遇到他；整個家庭並

非融洽，因父親脾氣不好，常會出手打案主，因此案主也少與父親溝通。家族史中並未有精神疾病、酒癮及藥癮者。

〔解析〕

阿峰在第一階段的兩週藥物治療下，即完全沒有精神疾病症狀；在第二階段的心理治療進行八次，積極之輔導策略，包括與導師、輔導室連絡，建立其周圍之新網絡，如同學關係、家庭關係等，而藉著心理治療強化阿峰戒除安非他命的動機，其生活網絡可以支持其外在誘因下之情緒反應，強化他在任何壓力下之支持對象，並建立其在同儕間新的角色、地位及信心，使他在學校之生活更愉快且轉移其動力於學業及正當之課外活動上。

在正常的人生發展中，有兩個期是會出現反抗性的。第一期出現在孩童期三到三歲半，此期之小孩子不會遵從一般的命令，反而選擇相反或類似相反的行為或答案，例如：向東，小孩反而會說向西（小孩不是不知道，而是一種正常的反抗作用）；而這種第一期之反抗約持續半年，它的出現是需要父母親以更成熟的態度來養育，此期出現時之家庭氣氛、教養態度，甚至過久（超過半年）之反抗期等，可能埋下將來之許多個性或個人適應上之障礙，且尚待進一步去探求其因果相關。第二期的反抗期出現在青少年，此一時期之青少年因為認知之更成長，生理趨向成年，社會化的行為增加，同儕間的影響增強，獨立性增加，其反抗期之表現可以千變萬化，經常出現且容易處理的是：頂嘴、拒食等，而嚴重者可以出現攻擊行為、逃家、藥物濫用等行為障礙，而第二反抗期之出現與養育過程、家庭氣氛、父母個性與壓力調適及其周遭同儕之影響，特別是第二期反抗期之出現與消除之主要力量與因素是其周遭之社會網絡及同儕（同學及兄弟姐妹等）間之關係而不容易由師長或父母來出面解決（反抗權威），如同上述阿峰之遭遇，他一旦進入吸安期（反叛），即開始減少他原有的同儕關係，而留下來的都是安伴，所以在宣導或戒除過程中，如何打破此一瓶頸或是重新建立關係均是急待突破之處。另一個反毒的死角是與家庭有關的，如阿峰之父母，雖然耳聞安毒之劇，但「沒想到」自己的小孩竟然是吸安族，這點在宣導上應加強行動教育而非知識教育。

第三章 目前診斷

醫學上依照美國精神醫學會診斷與統計手冊第四版(DSM-IV)最新之防治觀念將其統稱為物質相關障礙(Substance-related disorders)，包括兩大類：1)物質使用障礙(Substance use disorders)包括藥物依賴(dependence)及濫用(abuse)；2)物質引起障礙(Substance-induced disorders)包括物質引起之中毒、戒斷、譫妄、持續失智及失憶、精神病、情緒、焦慮、性功能及睡眠等狀態。

一. 物質使用障礙

(一). 物質依賴(Substance dependence)

1. 一般概念

物質依賴是指即使在物質使用上出現認知、行為及生理症狀下，個體仍持續使用該物質即可稱之，此一種重覆之自食行為常造成耐受性、戒斷症狀及強迫性使用等。

2. 依賴性之定義

一年內不良的使用物質而造成功能失常或困擾，而造成下列至少三項：

(1) 耐受性(二選一)

- a. 為達到中毒或期望效果，使用量顯著地增加。
- b. 使用相同的量，但其效果明顯地降低。

(2) 戒斷症狀(二選一)

- a. 出現物質之戒斷症狀。
- b. 必須用同樣或類似物質來解除戒斷症狀。

(3) 物質使用之量或期限比預期的更多或更久。

(4) 有持續的期望或未成功地去減少或控制物質。

(5) 花相當多的時間在於得到或使用物質或從物質中恢復之活動。

(6) 因使用物質而放棄重要的社會、職業或娛樂活動。

(7) 知道物質會傷害身心仍然繼續使用。

(二). 物質濫用(Substance abuse)

1. 一般概念

物質濫用是指在一年內重覆地使用物質而造成適應不良的行為，這些行為包括個人身體的、法律的、社交或人際關係，濫用不討論成癮、戒斷

或強迫性使用，濫用只強調重覆使用及其所造成之傷害；有些濫用者經過一段時間會變成物質依賴，也有些一直持續濫用而未依賴；濫用之物質並未包括咖啡因及尼古丁；濫用者是傾向於個人行為，因為此物質之使用而中毒或出現該物質有關之症狀，而無法上班、就業或從事家務，濫用者的特徵如：濫用物質而早晨怠勤或工作不力，學生可能逃課、留校察看或開除；若濫用者是中毒之狀態，很可能忽略兒童養育、毆打配偶或置自己於危險環境(如：酒醉開車)；濫用者亦會出現法律問題(如：傷人、攻擊行為等)。

2. 濫用之定義

(1) 使用物質而造成臨床上重要的功能失常或失調，在一年期間內至少有下列一項：

- a. 重覆使用物質而造成工作、學校或家庭中，主要角色及責任之失去(如：因物質而缺席或工作不力，因物質而逃學、留校察看或開除；忽略兒童或家庭)。
- b. 重覆在危害身體之情況下使用物質(如：因物質而無法開車或操作機械)。
- c. 重覆出現使用物質有關的法律問題(因藥物而有行為障礙，導致被捕)。
- d. 即使已有使用物質持續或重覆出現社交或人際關係問題，但仍再繼續使用。

(2) 非屬藥物依賴

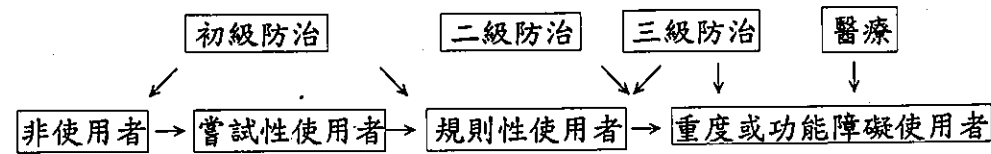
由上述新的診斷準則，我們可以見到幾個不同於過去之觀念，如：物質濫用必須該物質之使用而引發相關問題，而把尼古丁(抽煙)及咖啡因排除於物質濫用之外，更有甚者將咖啡因排除於物質依賴之外，即暗示咖啡因之戒斷症狀不明顯且將來可能會成為正當或社交物質，對於咖啡因之相關問題只留下中毒症狀(intoxication)，引起焦慮與失眠等診斷；而尼古丁雖非濫用之物質，但仍在依賴與戒斷症狀中保留著。依照新的診斷準則與防治對策有相關之物質如表一。

表一 各項與防治策略相關之物質與症狀

	依賴	濫用	中毒	戒斷
酒精	X	X	X	X
安非他命	X	X	X	X
咖啡因			X	
大麻(cannabis)	X	X	X	
古柯鹼(cocaine)	X	X	X	X
迷幻劑(如：LSD)	X	X	X	
吸入劑	X	X	X	
尼古丁(煙)	X			X
X鴉片類(含海洛因)	X	X	X	X
天使塵(PCP)	X	X	X	
鎮靜安眠藥(含FM2)	X	X	X	X
多重物質	X			

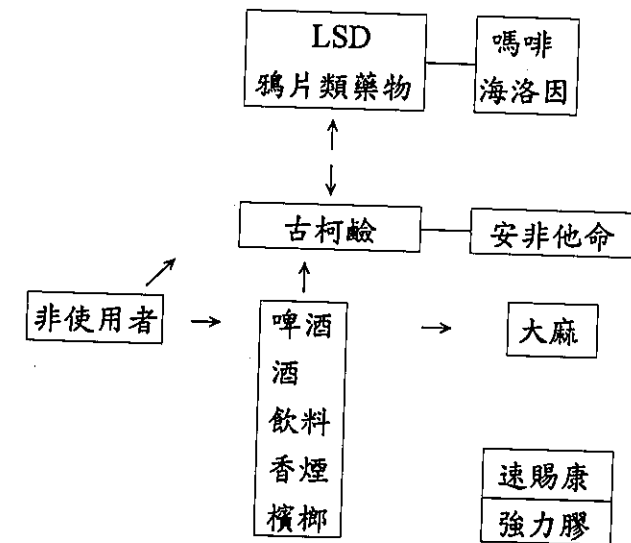
傳統的物質濫用防治採用心理衛生三級預防之模式(圖二)，初級防治是針對非使用者與嘗試使用者，進行教育與輔導；二級防治針對規則使用者之戒斷，並結合三級防治共同對規則使用者，甚至重度或

圖二 傳統物質濫用與依賴之三級防治



功能障礙使用者做矯治與追蹤(包含路倒使用者)。國外亦有一些針對物質使用者之特質之研究指出在嘗試使用物質之過程中，有許多歷程(圖三)，開始使用物質最多者分為兩大類：1)以古柯鹼或相當於安非他命，為開始之物質，此一族群傾向於好奇、誤用成癮，伴隨許多的

圖三 由物質濫用者來分析使用歷程



個人社會成就不足，或其他犯罪因素，也有由中樞神經興奮劑之濫用邁入迷幻藥或中樞神經抑制劑類，此類較少有家庭相關之物質使用障礙。2)以啤酒、酒、飲料或香煙為開始之物質濫用者(包括檳榔)，其中一小部份回到中樞神經興奮劑，而大部份走向大麻、速賜康或強力膠，此群中較多家庭成員有人吸煙、嚼檳榔等，其自小即接受酒、煙及檳榔是正常可使用之物質環境，近日對於以吸食物質之過程為分類者，某些證據顯示亦有其相互可通性。

第四章 物質使用障礙之近代觀

酒精與其他物質之濫用會經由增加愛滋病、暴力犯罪、虐待兒童、車禍死亡與受傷、意外、火災及物質相關疾病(糖尿病、肝硬化、心臟血管疾病、口腔及肺癌等)等而增加整體醫療費用之支出的經濟問題，也是健康相關的問題並會造成嚴重的社會問題(Johnston et al., 1991)；物質濫用本身也有社會心理問題如：家庭糾紛、忽略兒童或虐待兒童(DeMarsh et al., 1985)，社交孤立、反社會行為、犯罪、降低生產力及失業等，例如：Huizinga(1991)等人在長期追蹤研究犯罪行為中，即

發現犯罪、失學、物質濫用及青少年懷孕等有相當多的重疊與共同出現性，他們發現犯罪與物質濫用及早期性活動(尤其是女性)是非常高的相關，他們也就建議同時進行犯罪與物質濫用之處理與預防，其效果會比只單獨進行一項更好。在「預防勝於治療」的防治觀念下，找出病因給予防治才是有效的，可惜其中仍有一些爭議之處(Goodwin, 1991; Peele, 1990)，因此Kumpfer等人(1991)提出防治化學物質成癮之生物—心理—社會(bio-psycho-social)模式來連結如何防治，無論是生物或是社會心理因素都值得防治對策去思考與從事改變的：

1) 生物病因：

雖然醫學工程一直進展，有許多疾病或健康問題逐漸因為遺傳因子的了解與發現，而解決了問題，但是用單一的因子解決複雜社會性的物質濫用，其可能性不高，科學家們仍不斷地努力希望去突破；目前比較傾向於物質濫用是一種多重因子且牽涉到複雜的遺傳、生理及環境互動之結果，即使找到一個俱易損性的基因，也無法完全解釋病程；新近之研究指向不同的基因組合，可能造成生物學上之大差異，以下就以 Kumpfer(1987)及 Pihl 等人(1990)對於酒癮子女與非酒癮子女之比較來說明其特殊性，他們之系列研究指出：1)酒癮子女對飲酒後之舒適感較強(自述較放鬆和壓力緩解)且可測得酒後肌肉張力降低、自律神經反應增強及腦波之改變等；酒後的血中甲醇濃度較高，但較少中毒症狀，意即其腦部之耐受力較好；酒後的一些生理反應較少。2)未飲酒前，酒癮子女之腦部電學有類似於酒癮之反應。3)未飲酒前，酒癮子女之自律神經反應較強烈。4)某些血液中之化學物質之變化與酒癮患者相類似。5)認知功能上亦有某些差異，如酒癮子女的左撇子多(右腦為優勢)或語言缺失多、整體智商較低(源自減法、解決問題及分析等能力下降)及學業成就較低等。6)氣質(temperament)或人格上，酒癮子女較多過動兒(ADHD)、控制力與情緒穩定性較差，且較多之攻擊或反社會性行為。上述酒癮之子女之差異均指向腦部前額葉功能失調(Pihl et al., 1990; Tarter et al., 1990)，而此失調可能源自遺傳、懷孕期之毒物或孕婦之照顧不足，甚至虐待兒童(含頭部外傷)，此一前額葉功能異常也會有神經傳導物質之不平衡，而造成其自行使用酒精或其他物質(濫用或依賴)(Goodwin, 1991)；北歐之一些領養及雙胞胎研究(Cloninger et al., 1981; Goodwin, 1985)均指出酒癮絕對有其遺傳性(尤其是II型或男性)，因此對於女性酒癮及非北歐國家就比較注重環境因素。

2) 環境因素

對於青少年物質使用之環境因素大都指向同儕或家庭共同造成(Kumpfer,

1987; Hawkins et al., 1992)：1)家庭環境因素，包括家庭衝突、不良的養育方式、非預期小孩、沒有長者監督、沒有家庭儀式、家庭溝通不良、身體或性虐待及親子或手足模式等。2)學校環境因素，如因校園氣氛不良導致失學、缺乏參與及鼓勵之機會、不公平之規則及有助於增加物質使用之團體等。3)社區環境因素，如社區連結不好，造成物質使用者增加機會傳遞、沒有社區領袖而社區瓦解、沒有讓青少年正向成長的空間、高度犯罪及物質依賴之鄰居、貧窮和失業等。4)同儕環境因素，如投入反社會同儕團體，此一團體即常使用酒精及物質，並有其他犯罪行為。家庭與學校氣氛會與兒童氣質互相影響，而改變兒童對學校及同儕之適應，而青少年藥物之成癮決定因素指向是否有正向成長及同儕是否使用等兩項，而環境改造可以減少成癮循環之部份負向因素，早期鄰居之共同造築社區意識，藉此減少犯罪及減少引誘物質使用之因素，再加上積極使青少年參與正向社區工作，如透過可以加強家庭組織之父母教育團體、家庭支持、家庭經營技巧及家庭治療等，而可以降低物質濫用之危險群包括：少年犯罪、行為障礙及憂鬱等(Kumpfer, 1989; Kumpfer et al., 1992)；也 酗香糰透過改善學校氣氛之計畫，如 Gottfredson(1985, 1990)及 Kumpfer(1991)之整體改善，均有減少青少年物質使用之功效；亦有同儕拒絕技巧訓練計畫，透過團體學習如何在同儕間拒絕此種壓力之訓練，也可以減少青少年物質使用者(Dielman et al., 1989; Pentz et al., 1989)。

總括來看防治工作應著手進行兩大工程：1)由早期高危險群篩選，並由篩選出來之單位轉介給相關矯治單位處理，並且積極發展可以篩選之工具，目前仍只傾向於家族史是比較易做到的。2)供應降低與要求減少之預防策略之平衡，依據1992年美國之報告指出降低供應策略之效益不如降要求之策略，尤其是對香煙與酒之上市，無法降低供應(含廣告等)，降低供應之策略只控制部份非法藥物而已，Mosher(1983)更明確地指出由改變法律上對購者年齡、販賣處數量、增印警示及稅金等之限制，而來減少煙酒之增產銷售，這些充其量也只是佔整體防治策略之少部份而已，物質濫用之防治仍應以要求減少為主。

九〇年代之防治策略有三大走向：1)增進個人對酒精與其他物質之抵抗力；2)強化家庭、學校、社區及同儕之關係；3)創造讓防治更易成功的安全環境；傳統三級預防之觀點與歷程觀點已於上述，傳統之初級預防觀點是認為“知識可以改變行為”，有研究指出，在正確資訊及個人有動機之情境下，教育之方法是可行的，但是往往外在情境改變時，光是教育一途其效益仍嫌不足；在藥物濫用防治之過程仍有許多經驗，如在未確定高危險群前，陷入“捉迷藏”遊戲或是對象搞錯了而

有"驛馬車"效應，或如在六〇年代流行的情緒教育，主要目的是要增進學生之自我概念與自信，但因缺乏單獨的自信增加及增加自信心與藥物濫用之關係研究，其成效是非常低的；接著吹起一股"不酷"(uncool)之活動風(如：數理班、宗教活動、童子軍及手拉壘等)，似乎對非成癮者有一些角色認同之功能存在；高效能行為反制及抵制同儕誘惑訓練，有效地被運用在反煙害之預防上，但其對酒精及其他物質之預防成效仍不佳(Pentz et al., 1989)或 Dielman 等人(1989)針對酒精濫用所提延緩效益做法，在五年級先接受抵制同儕誘惑訓練，並且每年再加強一次訓練至九年級止，有降低高危險群之作用，但是一般使用者仍在這變化快速之社會中增加。因為教育系統(學校)所做之防治工作均在低危險群，而緞學學生反而會忽略了，因此九〇年代開始美國之防治工作另由一個非教育系統的高危險群青少年防治工作會及社區青年活動計畫共同推行防治工作，因此開啟目前由社區與基金會共同推動社區防治工作的模式。今日進行防治的大部份是整合社區同伴型式之方式進行，其原因為單一方式往往只改變複雜成因中的一點，因此整合計畫包含家庭、同儕、師長、社區人員、宗教、僱主及共同工作者等；這些計畫逐漸了解"仍無單一方法可以解決所有問題，且必須與個案結合，以案主為中心去設計"，案主經由家庭、學校、同儕及社區環境，再加上其體質危險性與易感染性等評估，由專家照會並訓練案主認同及參與計畫，因此成效大為提升；多數的預防策略或計畫也逐漸依循不同文化、發展與地理背景等因素而調整，此一轉化過程中亦靠許多研究來支持，且所給予的預防措施亦更強烈。以社區整合型之防治物質使用障礙，除了可以減少物質濫用者外，並俱有強化家庭、學校及社區之功能，間接亦可以減少青少年犯罪，促進和協且連結良好的社區，居民之教育水準提高，並可以增加生產力。

藥物濫用防治工作，啟動了社區資源並促進環境控制，亦即拋棄傳統分工角色，社區之防治計畫是以目標導向，且增加非專業人員(如：義工)之參與；除了社區之資源結合外也逐漸出現推動某項工作聯盟之趨勢，這種聯盟容易得到政治上之回應並可以由媒體傳播給大眾，以達擴展國民之視野與增加參與感之間接目的，如此地社區動員也可以促進環境控制，如銷售點、消費設施、供應者角色及文化因素等也逐漸由社區運動中建立共識，如此亦可以創造一個減少誘惑之環境；對於煙酒之政策層面而言，防治觀點並非全面禁止，而是供應與需求之規則訂定，並減少危險之後遺症。

第五章 彈力訓練

近日增加許多對於防治酒精及相關問題之研究，其內容主要包含：如何尋找物質濫用之高危險個案，那一種尋找高危險群方法有效及做控制研究高危險群與一般人口何種方法對防治有效等(Hawkins et al., 1992)；再加上新的觀念提出"對於處在高危險環境之青少年，應該加強保護因子與彈力訓練，以預防其變為物質濫用者"，其原因在於研究危險因子的學者提出，青少年有越多的危險因子者，越容易成為物質濫用者(Bry et al., 1982)，意即在防治之觀念上，我們可以說增加保護因子與彈力訓練，使其保護因子大於危險因子，則青少年更不會物質濫用，增進保護因子即可能改變所有防治之概念(Kumpfer, 1990)，藉由在高危險環境下長大而未成癮的人，我們可以找到有效的促進保護因子及彈力訓練之防治方法，Kumpfer(1994)列舉出7種個人因素可以增加青少年彈力之目標：1)樂觀(optimism)。2)同理(empathy)。3)病識(insight)。4)智商能力(intellectual competence)。5)自信(self-esteem)。6)方向或任務(direction or mission)及7)決心與耐性(determination and perseverance)；藉由上述之目標，透過特殊應對或生活技巧，讓青少年經由與環境互動中，增進個人彈力：1)情緒管理技巧(emotional management skills)。2)人際社交技巧(interpersonal social skills)。3)個人反省技巧(intrapersonal reflective skills)。4)學識與職能技巧(academic and job skills)。5)增進自信的能力(ability to restore self-esteem)。6)計畫能力(planning skills)及7)生活技巧及解決問題之能力(life skills and problem-solving ability)；俱有彈力之個人比較有上述七項能力與技巧，他們不一定經由訓練而來，也許在成長過程中即逐漸養成彈力，且至少他們可以抵擋他們的危險因子；上述七項目標中最有趣且重要的是方向或任務，Neiger(1991)之研究指出訂定自己人生之方向或任務，是培養彈力之最要因素，其次依序是解決問題的能力、自信及自我控制能力，其他研究者亦指出正向目的可以協助高危險群青少年在生命成長中創造人生方向、目標與意義，並拒絕誘惑。

對於彈力訓練仍有一段路程要走，即防治專家們仍需努力創造與研究如何在計畫中進行促進彈力之活動並評估其成效，或彈力與保護因子(如何化成防止物質濫用之關係)及促進保護因子的活動如何落實在藥物濫用之防治工作；目前深信個人彈力之養成是一種青少年與環境之互動，不易由單一因素解釋，但有一些證據顯示有彈力的青少年都在其人生之非常早期有一位重要的關鍵人物，可以真正照

料並支持他往正向人生發展，Werner(1986)之研究結果即顯示俱彈力之酒癮子女比較會在意、照顧和同理別人，可能源自其成長之家庭情境需要他們多學習去幫助別人。

第六章 展望與未來

藥物濫用防治的工作是一項全整性的持續工作，過去的工作具有正面的成長效果，勢必要繼續努力，而對於高危險群的預防性工作應該要加強，過去的許多研究指出藥(毒)物的濫用的高危險群包括：某些單親家庭、家庭史中有酒癮、藥癮及反社會性行為者、成就需求未能滿足者、行為問題者等；依陳正宗(1994)之高雄地區精神科急診醫療網之評估研究指出，在高屏地區兩年(1991及1992)求診於精神科急診中，有物質濫用178人(6.4%)、酒精與其他藥物108人(3.9%)及安非他命96人(3.4%)，顯示國內物質相關問題仍然嚴重；我由衷地建議積極從事下列工作：

1)反毒教育：

過去的反毒教育應該繼續，但是將來應該加強反毒的高危險群教育，我們知道吸毒者的高危險群教育是很難進行的，但是吸毒者，特別校園內之吸安者，並不一定靠尿液篩選(昂貴又複雜)，而應由導師及同儕間即可得之訊息，如吸安後脾氣變壞、注意力不集中、曠課、體重減輕、食慾下降等，均是很容易得到之現象，而積極地投入個案工作，建立個案輔導方針，如：舉發者之獎勵、結合社區資源，如與張老師、生命線義工結合，從事戒毒之過程與輔導，由校園走向社區家庭中之完整性輔導，是非常急迫的工作，尤其現階段中可能使用或已成癮者之戒除工作，是需要長期追蹤，以各個不同的人力及方向，做真正地預防及長期性輔導。

2)學前及小學教育：

反毒工作之落實及長期工作應以學前及小學階段之教育與預防為主；首先針對學前、小學中低年級之學生及老師做反毒及高危險群教育；由學生在校之上課情形、自我成就評量、人際關係觀察及家庭結構中篩選高危險群，分類做不同之長期輔導，如：破碎家庭可以由課業輔導開始，尋找義工以每週到家藉課業輔導當觸媒，而行小孩之調適及家庭角色認同之輔導，進而教養這些高危險群小孩之自我調適及培養共同之社會家庭價值體

系，以便將來身體更成長後，減少暴露於高危險群之情境；又如吸毒父母之小孩，也應有一個好的輔導策略，甚至動之以情，由小孩身上發動使父母戒藥之計劃；又於學前及小學階段之受虐兒童，也應擬訂長期之輔導網絡，以預防將來之更大違法等。

3)國高中校園輔導：

此為第二反抗期之出現年齡，同儕間之力量遠大於師長及家庭之力量，輔導策略應以同儕之互助及發揮助人友愛精神為主，戒毒之方式宜以團體(可以參雜使用與非使用者)進行之，特別是打破用毒同儕間的自我肯定尋求模式，並在校園內廣散——舉發吸毒即是幫助同儕的理念，而非將此群使用毒品者孤立，越是孤立或減少其與好的同儕間之互動，便更會化成吸毒之力量；而在此一階段更應開創具有多方易得滿足及成就之活動，並導之以社會之共同價值觀，如：有人以功課為榮，亦有人以工藝、體能等活動為榮，由多方面的成就需求取向來替代傳統的萬般皆下品，唯有讀書高之理念；對於老師們的再教育宜注重於藥物濫用者的特徵及完整性之處理網絡，不要太依靠抽樣或尿液檢查，而應以實務工作為主；老師提出之疑似案例應該給予老師獎勵，代表老師有用心去了解及關懷學生。

4)社會及醫療機構的期許：

在反毒工作中，社會資源是最大的力量，可以整合警政、司法、社教等單位，進行一套提供轉介、處理與追蹤之系統，此一系統當然必須與醫療機構合作，而不同的醫療機構有其不同之特徵與特色，在各個地方進行不同模式之戒癮工作，並定期進行研討及觀摩，以便使此一社會醫療之反毒工作更確實。

5)對於政府的期許：

藥物濫用是萬惡之始，其亦為許多犯罪的開始；近年來我們已逐漸見到煙害防治法之通過，但似嫌不足，尤其對於廣告宣傳之限制不夠嚴謹，對於販售地點亦未區隔，容易誤導或誘惑青少年踏入藥物濫用的第一步；警政單位投入防堵非法藥物之努力是值得肯定，仍應持續並加以設備現代化；司法單位對於藥物濫用之判決宜加強共處病態之概念，而非依法令而一一定述，應加強個案背景了解，並責成相關人員之責任，督促其戒除；衛生署更責無旁貸地必須投入更多人力來協助合法成癮藥物之管制，如：校園FM2(此為一合法管制之安眠藥)流行，既為管制藥物，何來濫用之源？上述所有政府單位更應由各自出發點，投入藥物濫用之相關研究，沒有研究支持之計畫是不容易成功的，並且嚐試跨出自己的領域，互相研討共商

防治大計。

近年來的社會型態與意識均在改變中，而整個大環境的改變容易造成青少年認同、成長及壓力調適上之障礙，藥物濫用所反應出的問題正是提醒我們大家要再次去關心及注意我們的下一代，並提出好的長期策略加以輔導；當然世界潮流或歐美日本等亦曾進入大流行期，如40年代之美國或二次戰後之日本均曾大量濫用中樞神經興奮劑，而這些國家的經驗是值得我們去注意與學習的，其最終之策略即是由教育著手，並以心理衛生為基石，發展校園即是一個社區，而以社區內之共同心理衛生健康去影響每一個個體之心理健康，而在國內除了社區之理念外，宜再加上家庭心理衛生之理念，以我們特有之家庭結構及家庭觀念，去改變每一個個體之健康理念，如此才有反毒成功的一天；身在醫療單位工作者的我，也期望可以早日見到所有從事相關工作者可以反毒成功。

參考文獻

1. 李建德、李培閏、陳正宗、張慧柔、蘇素珍：安非他命之濫用—從醫學及心理學觀點之探討。中華心理衛生學刊 1991；5(2)：125-33。
2. 李培閏、陳正宗、李建德、張慧柔：安非他命中毒與抗膽鹼中毒之臨床研究。中華精神醫學 1992；6(2)143-8。
3. 李培閏、陳正宗、張慧柔、陳順勝：Benzodiazepines 成癮之回溯性研究。中華精神醫學 1992；6(3)178-84。
4. 陳喬琪、佐藤光源：安非他命中毒與精神病之模式。當代醫學 1982；9(12)：28-33。
5. 陳正宗、王雅琴、曾錦花、張明永、鞠青華、龍佛衛、梅當陽、林秀華、陳金柱、郭壽宏：高雄地區精神科急診醫療網之評估。中華精神醫學 1994；8(3)170-9。
6. 張慧柔、陳正宗、李建德、李培閏、吳景寬、柯偉恭：低劑量 Clonidine 在治療鴉片類戒斷之效果—初步研究。1993；7(1)：48-56。
7. Bry B, McKeon P, Pandina R: Extent of drug use as a function of number of risk factors. J Abnorm Psychol 1982; 91: 273-9.
8. Cloninger R, Bohman M, Sigvardsson S: Inheritance of alcohol abuse. Arch Gen Psychiatry 1981; 38: 861-8.

9. Dielman TE, Shope JT, Leech SL, et al: Differential effectiveness of an elementary school-based alcohol misuse prevention program. J Sch Health 1989; 59:6.
10. DeMarsh J, Kumpfer K: Family environmental and genetic influences on children's future chemical dependency. Journal of Children in Contemporary Society: Advances in Theory and Applied Research 1985; 18:1.
11. General Accounting Office: Adolescent Drug Use Prevention: Common Features of Promising Community Programs. Washington, GAO/PEMD-92-2, 1992.
12. Goodwin DW: Alcoholism and genetics. Arch Gen Psychiatry 1985;42.
13. Goodwin DW: Etiology. In Nathan PE, Langenbucher JW, McCrady BS, et al (eds): Annual Review of Addictions Research and Treatment. Elmsford, NY, Pergamon Press, 1991.
14. Gottfredson D: An empirical test of school-based environmental and individual interventions to reduce the risk of delinquent behavior. Criminology 1986; 24:4.
15. Gottfredson D: Changing school structures to benefit high-risk youth. In Leone PE(ed): Understanding Troubled and Troubling Youth. Los Angeles, Sage, 1990.
16. Hawkins DJ, Catalano RR, Miller JY: Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. Psychol Bull, 1992; 64-105.
17. Huizinga D, Loeber R, Thornberry T: Urban Delinquency and Substance Abuse: Technical Reports, vol.,I,II, and Appendices. Program of Research on the Causes and Correlates of Delinquency. Washington, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, US Department of Justice, 1991.
18. Johnston LD, O'Malley PM, Bachman GM: Drug Use Among American High School Students, College Students, and Young Adults: 1975-1990. Rockville, MD, National Institute on Drug Abuse, 1991.
19. Kumpfer KL: Special populations: Etiology and prevention of vulnerability to chemical dependency in children of substance abusers. In Brown BS, Mills AR (eds): Youth at High Risk for Substance Abuse. Rockville, MD, National Institute on Drug Abuse Monograph, 1987.
20. Kumpfer KL: The Cinderellas of prevention want to go to the ball, too. In Rey KH, Faegre CL, Lowery P (eds): Prevention Research Findings: 1988, Prevention Monograph-3, DHHS Publications No. (ADM) 890-1615-221. Rockville, MD, Office of Substance Abuse Prevention, 1989.

21. Kumpfer KL: Safe Haven African American parenting program: First evaluation report. OSAP high risk youth demonstration evaluation grant to Detroit Department of Health, and University of Utah Health Behavior Laboratory. Salt Lake City, 1992.
22. Kumpfer KL, Trunnell EP, Whiteside HO: The biopsychosocial model: Application to the addictions field. In Engs R (ed): Controversy in the Addictions Field. Dubuque, IA, Kendall/Hunt Publishing Company, 55-66, 1990.
23. Kumpfer KL, Tumer C: The social ecology model of adolescent substance abuse: Implications for prevention. *Int J Addict* 1990-1991; 25: 435-62.
24. Kumpfer KL, Tumer C, Alvarado R: A community change model for school health promotion. *Journal of Health Education* 1991; 22: 94-110.
25. Mosher J; Server intervention: A new approach for preventing drinking driving. *Accid Anal Prevent* 1983; 5: 483-97.
26. Neiger B: Resilient reintegration: Use of structural equations modeling (dissertation). University of Utah, Department of Health Education, 1991.
27. Peele S: Does the disease approach provide the best outcome? Presented at the ADAD Prevention Intervention Treatment Conference, April 8-10, Denver, CO, 1990.
28. Pentz MA, et al: A comprehensive community approach to adolescent drug abuse prevention: Effects on cardiovascular disease risk behaviors. *Ann Med* 1989; 21: 219-22.
29. Pihl Ro, Peterson J, Finn P: Inherited predisposition to alcoholism: Characteristics of sons of male alcoholics. *J Abnorm Psychol* 1990; 99: 291-301.
30. Physicians Desk Reference for Prescription Drugs, 1984, Ed 38. New Jersey: Medical Economics Company.
31. Richardson G, Neiger B, Jenson S, et al: The resiliency process. *Journal of Health Education* 1990; 21: 33-9.
32. Tarter RE, Laird SB, Moss HB: Neuropsychological and neurophysiological characteristics of children of alcoholics. In Windle M, Searles J (eds): *Children of Alcoholics Critical Perspectives*, 1990.
33. Wemer EE: Resilient offspring of alcoholics: A longitudinal study from birth to age 18. *J Stud Alcohol* 1986; 44: 34-40.