

高風險用藥少年戒癮防治處遇之實務探討

嘉南藥理科技大學社工系助理教授 李易蓁

目 次

- 壹、青少年用藥問題剖析
- 貳、處遇社區高風險用藥少年之必要性
- 參、國內現行青少年戒癮防治實務處遇之剖析
- 肆、他山之石：國外相關實務作法探討
- 伍、處遇高風險用藥少年之需備治療內涵
- 陸、結論與建議

摘 要

我國青少年藥物濫用問題正趨於惡化，據法務部統計資料顯示，兒童及少年毒品案犯罪人數，較去年同期增幅高達 84.00%，居各類犯罪類型第二位（法務部，2009）。2008 年學生施用第三級毒品的人數相較於 2004 年亦呈現十倍增加，並以使用 K 他命、FM 一粒眠居多，之後依序為安非他命、搖頭丸和海洛因（教育部、法務部、外交部、衛生署，2009）。其次，用藥少年多面臨特定身心困擾、犯罪之虞、家庭失能、社會支持欠佳、不良同儕關係等多重困境，濫用藥物僅是其待協助的困擾之一而已，實須有更積極、多元化服務之介入。

國內雖對青少年戒癮防治有一定程度重視，並確立以三級預防理念投注相當資源，但多侷限於針對一般青年的教育宣導與高危險群的尿液篩檢，較屬二、三級預防之深度治療性個別、團體處遇與長期性社會心理處遇模式則仍待擴展，以致成效不彰顯，並因少年求助和改變動機偏低，更增戒癮處遇困難。本文聚焦統整剖析國內外為因應青少年濫用藥物問題，較常應用之實務處遇策略與臨床工作技巧，進而提出處遇高風險用藥少年之實務建議。

【本文】

我國用藥人口年輕化趨勢，已漸使藥物進入校園，衝擊青少年犯罪率，甚至部份少年用藥者已變身為販賣者，公然在校園販售 K 他命或其他毒品給校學生或他校學生，且藥物濫用的學生竟然有三分之二是國中學生，其中近四成更已由吸食者升級為販賣者（林熙祐，2004）。青少年又是起始和維持藥物使用的重要

階段 (Won, Choi, Gilpin, Farkas, & Pierce, 2001)，若未及時介入協助高危險群停止用藥，則一旦成癮後，因毒品會有改變感官知覺、意識混亂作用、並催化犯罪行為，勢必導致更嚴重社會問題。

國外研究並早已論證青少年藥物濫用極可能持續到成年，並會增加未來成為上癮者或從事其他犯罪的機會 (Willians et al., 2000)，但只要能提供適當的治療即可有效預防復發再犯 (Andrews, Zinger, Hoge, Bonta, Gendreau, & Cullen, 1990)。所以只要有適切之青少年戒癮臨床處遇策略，及時介入斷絕危險因子，則將可有一定成癮防治效益，若可戒癮防治與預防偏差非行雙重效益。有鑑於此，本文除探討青少年用藥問題，主要聚焦剖析國內現行實務作法，介紹國外治療模式，進而統整介入社區高風險用藥少年之可行社會心理處遇策略，以作為實務應用參考。

壹、青少年用藥問題剖析

學生藥頭、青少年轟趴、幫派以毒品吸收學生、少女為換取毒品從事性交易等社會新聞層出不窮，突顯我國青少年濫用非法藥物問題正持續惡化，不僅用藥人數增加、用藥年齡降低，「喵喵」等新興毒品興起，我國並已首見 15 歲少女因吸毒而感染愛滋病 (李樹人，2008)。根據法務部 2009 年 1 至 7 月之少年兒童犯罪概況分析顯示，毒品案犯罪人數，較去年同期增幅達 84%，居各類犯罪類型犯罪人數第二位 (法務部，2009)。且 2008 年學生施用第三級毒品的人數相較於 2004 年呈現十倍增加 (教育部、法務部、外交部、衛生署，2009)。凡此均顯示青少年吸毒問題不再只是濫用藥物而已，更已涉及販賣、暴力犯罪、傳染疾病等更複雜之公共衛生、社會治安議題。

其次，青少年用藥多以三、四級毒品為主，多濫用新興毒品、俱樂部用藥。教育部 97 年學生濫用藥物種類統計即顯示在學學生以使用 K 他命、FM2、一粒眠居多，之後依序為安非他命、搖頭丸和海洛因 (教育部等，2009)。此濫用三、四級毒品少年具有偶發性、短暫性、好奇心及輕微性使用毒品等特性 (賴盈黛、許瑋倫，2005)，並對藥物存有好奇心，普遍缺乏俱樂部用藥會成癮的認知，且多採取退縮、逃避的壓力因應策略，易在心情不好或同儕相聚時，被藥頭所引誘，而將藥物視為解悶工具，亦多採取遊樂為主的生活型態 (李思賢，2007；曾信陳，2008)。顯見，用藥少年多忽略藥物危害，缺乏健康休閒活動，即使尚未有主動求藥行為，但易漠視上癮危機，且有藉藥物紓解情緒、排遣無聊之傾向。

再其次，原本即有特定身心困擾的少年亦屬用藥高危險群，此包括會因濫用藥物而衍生精神疾病共病現象，或有藉由濫用藥物療癒自我挫敗創傷之傾向。也就是說，看似偏差非行的藥物濫用往往是反應青少年目前正面臨情緒障礙、壓力調適困難和人格偏差等困擾。尤其是情緒障礙，包括憂鬱症、焦慮症、甚至自殺、自傷和嚴重精神疾病 (林志堅，2008)。且曾使用非法藥物之青少年，精神疾病之共病率更較未曾使用者高 (楊浩然，2007)。另外有些人則可能是因為原本即

患有雙極性精神疾病，因自認未得有效治療，故而為求調適情緒，促使激發濫用藥物動機與行為 (Klein, Elifson, & Sterk, 2003)。所以，濫用藥物似乎是這類少年藉以解決個人心理困境的因應策略之一，這突顯青少年仍有求改變的正向動機，只是用錯方法，導致身心健康更為惡化。

相關研究並已論證用藥少年多面臨低自尊、家庭失功能、學習低成就、情感失落等多重困境。譬如：用藥少年會經歷失愛成長、衝突離家、追求刺激、重新建構、正途謀生等生涯發展歷程，並有家庭變故、無愛滋潤、家庭經濟困難、個性衝動、惹事遭學校排斥、非法取財或從事特種工作、以遺忘處理痛苦等生涯特色 (楊惠婷, 2001)；且越有錯誤用藥態度少年，其性格越傾向豪邁直爽、暴躁倔強、狡詐卑鄙、追求感刺激 (呂宗翰, 2007)。並鮮少有自尊、勸告或引導、經濟物質和親密社交等社會支持之提供，與正式和非正式機構的互動亦均存有諸多問題 (余育斌、許華孚, 2005)。誠然，用藥少年不僅在自我人格特質上仍顯不成熟，亦缺乏正式和非正式社會支持，以致一旦遭逢困境，易陷入社會孤立。

用藥同儕則為青少年藥物來源的重要媒介，研究指出有八成之少年藥物來源為朋友 (鄭翔仁, 2005)。當中同儕藥物使用與提供、同儕對藥物的態度、同儕壓力、模仿同儕、非正式同儕團體成員及同儕自尊，亦為促使青少年隨同儕用藥之重要原因 (顏正芳, 2003)。並可能因個人施用會怕孤單、缺乏安全感，團體享樂之氣氛勝過個人而參與毒品轟趴 (施富山, 2010)。亦即用藥少年多交往亦是使用藥物之同儕，並會漸遠離未用藥友伴，此等同身陷用藥高風險情境，以致容易取得藥物，且易被鼓勵使用藥物。

Gordon(2003)亦指出許多青少年並未在試驗用藥後即上癮，上癮者則在偶發用藥後仍持續使用，主動尋找藥物，成癮少年並會認同用藥同儕，衍生其他衝動、危險行為。用藥少女亦多呈現「家庭變故離家、中輟 → 依附朋友或男友 → 順應對方用藥 → 社交孤立，缺乏情緒支持 → 融入用藥次文化」之藥癮發展脈絡 (李易蒸, 2009)。故而，青少年藥物濫用其實是漸進惡化歷程，且傾向會由單純用藥問題，進而衍生其他更嚴重偏差或生活困境，亟需相關單位及時介入矯正，否則不僅將影響少年未來社會適應，整體大眾亦會因此付出更大社會成本。

可以想見，青少年在身心發展尚未健全時，就開始使用非法管制藥物，不僅危害自我生理、心理健康，並可能因而受不良份子操控、脅迫，導致更嚴重偏差行為。綜合上述討論並可發現，用藥少年多面臨特定身心困擾、犯罪之虞、家庭失能、社會支持欠佳、不良同儕關係等多重困境，濫用藥物僅是其待協助的困擾之一而已。故而，相關戒癮防治，不僅要聚焦於激發青少年拒絕用藥認知，並需思及可能觸發青少年藥物濫用動機之危險因子與因濫用藥物所衍生困境之因應。

貳、處遇社區高風險用藥少年之必要性

鑑於毒品使用年輕化趨勢，目前國內各相關單位，特別是教育和刑事司法矯正體系均已針對青少年藥物濫用議題提出相關對策。我國在 2006 年就將反毒工

作重點區分為「防毒監控」、「拒毒預防」、「緝毒合作」、「毒品戒治」、「國際參與」等反毒五大組，期待藉此跨專業整合發揮最大成效。當中「拒毒預防」組明訂落實高危險群之管制與篩檢為工作重點之一，並強調需針對可能涉及使用毒品或藥物濫用之學生，予以追蹤輔導，即時提供必要協助（教育部等，2009）。現行政策立法則更為加重罰則和強制輔導戒治，毒品危害防治條例對意圖販賣、強暴脅迫和引誘未成年者使用毒品之成年人加重刑罰，藉以嚇阻成人誘使未成年者使用藥物。

少年事件處理法並規定，應視有吸食、或施打煙毒、或麻醉藥品的少年為觸法之虞，令入相當處所實施禁戒；若被評估無繼續施用毒品傾向者而不付審理，亦須交付家長或福利教養機關予以適當輔導。2009年通過的「毒品危害防治條例」修正案，也就較常被青少年濫用之一粒眠、K他命等三、四級毒品的吸食及持有懲處一萬元以上，五萬元以下罰鍰，且須限期令其接受四小時以上、八小時以下的毒品危害講習。另外，因施用第一級或第二級毒品經裁定交付保護管束少年，若於保護管束期間拒絕採驗尿液，得強制採驗，且警察機關採驗尿液時，應一併通知少年的法定代理人。

再者，教育部在2005年即訂有「防制學生藥物濫用三級預防實施計劃」，規範需將藥物濫用防治工作列為各校「友善校園」執行項目；2008年為遏止毒品進入校園，再訂有「防制毒品進入校園防治策略」。此以學校為主要戒癮防治實施場域之策略和目標的建構均是應用三級預防觀念，聚焦於減少危險因子、增加保護因子，針對特定高危險群學生尿液篩檢，以早期發現、早期治療。並擬定充實教師藥物濫用防治相關知能、強化宣導措施、辦理正當育樂活動、妥善照顧高關懷學生、完善中輟生回歸校園安置就學措施、強化清查與篩檢功能，且結合社區心理衛生服務與地區醫療院所，治療藥物濫用學生等防範策略。

綜觀上述相關政策規範，可以發現我國對青少年藥物濫用之戒癮防治作法較傾向藉由教育宣導毒品危害、增進拒絕藥物誘惑知能、重罰嚇阻、強化家庭管教責任、司法機構矯正處遇、充實學校教育功能等多管齊下，並主要聚焦於干預藥物濫用行為。然而誠如前文所言，用藥少年會面臨多重困境，藥物濫用僅是其危機之一，他們需要的是多元協助。研究也指出相較於我國仍將反毒宣導及尿液篩檢列為青少年藥物濫用防制重心，國際間早已轉向為藉由促進青少年身心健全發展來減低用藥風險（楊士隆、吳志揚、李宗憲、陳竹君、林秣楨，2009）。此突顯現行戒癮防治措施可能存有盲點或落實有限，以致成效並不彰顯。或許也正因如此，以致即便投入相當多資源，並看似有完整政策規劃，但青少年施用毒品人數仍居高不下。

其實，相較於學校和矯正機構，街頭和一般社區情境才是用藥高風險群真正主要的活動場所。根據陳為堅（2006）所進行之「全國青少年非法藥物使用調查」發現男、女國中生曾使用非法藥物之粗盛行率分別為0.65%和0.6%；男、女高中生分別為0.82%和0.31%；男、女高職生則分別為1.36%和1.15%，但曾有上

課時間於街頭遊蕩經驗的青少年中，使用非法藥物之粗盛行率會提高到男生 10.44% 和女生的 4.31%。且非學生、最大翹課天數或性伴侶愈多之青少年，具有較高使用非法藥物危險性(周齡智, 2003)。顯見，相較於正常就學的青少年，曾翹課、逃學少年之用藥危險會增加將近十倍，且這類少年不僅有濫用藥物行為，尚有學習低意願、兩性關係紊亂等其他問題。更因較少到學校去，以致難以接觸到相關藥癮防治宣導和輔導措施。

筆者在臨床處遇用藥少年用藥實務工作中亦發現，這類邊緣少年或曾有嘗試性用藥、或多交往吸毒友伴之高危險群少年雖多屬非自願案主，並多對權威有一定抗拒，傾向拒絕專業協助，然一旦信任關係建立，則多半會願意主動坦承自己曾接觸藥物的經驗和感受。筆者也觀察到這類高危險群對於被老師轉介認定須接受諮商輔導或被要求規律上學或就業，多不以為然，且認為是大人們「老古板」、「大驚小怪」、「自己只是玩玩」、「海洛因才會上癮、拉 K 又沒關係」等，甚至認為自己能在街頭生存、曾用過非法藥物、或者拿得到藥物是「很屌」的，以致在建立以拒絕藥物為處遇目標的共識上，就需花費更大心力。尤其，若在未有法律強制性的情況下接觸少年，由於其就學不穩定，又不一定每日返家，光是要穩定與其接觸互動就是很大需克服之難題。

以此觀之，現行多以在學學生及已進入司法體系觸法少年為主要介入對象之相關處遇策略，顯然過於忽略處遇此類社區高風險用藥少年。也就是說，通常在其慣性用藥或被司法逮捕之前，這類邊緣少年早已身處用藥高風險情境，但卻缺乏相關援助，不易被納入處遇對象。的確，相較已因慣性用藥而接受司法處遇或已被暫時隔離之觸法少年，以及未有接觸藥物機會之正常就學的一般少年，仍生活於社區情境，並多於街頭遊蕩的未升學、未就業、翹課，甚至翹家的邊緣少年，因缺乏學校約束、規律生活重心與家庭照顧關懷，本即容易接觸不良友伴，不管是接觸藥物或復發用藥的危機均顯增高，其戒癮防治應更刻不容緩。

其次，Airi-Alina 與 Mikko(2002)亦提醒應區辨藥物成癮者(drug addicts)與娛樂性藥物使用者(recreational users)之使用藥物頻率、種類和往來同儕的差異，兩者會呈現不同用藥次文化。故而，處於不同用藥階段少年，用藥機制亦各有獨特性，臨床處遇之實務應用勢必亦應考量此個別差異。且在嘗試用藥時期，少年雖有家庭功能不健全、學校弱依附與輟學、重大負向經驗、早期偏差行為與接受感化教育等問題，但仍多與傳統生活尚有聯繫，未有明顯犯罪行為(李佳璋, 2008)。若能早期發現、早期介入，因問題仍未明顯惡化，將顯事半功倍。尤其，當落實篩檢和辨識機制，找到用藥高風險群時，第一線面對這群待協助青少年的相關工作者，應該採取哪些臨床處遇策略和技巧，方真正能達到追蹤輔導或治療的成效，更是需關注的焦點。

參、國內現行青少年戒癮防治實務處遇之剖析

基本上，現行國內青少年戒癮防治策略，多是應用公共衛生三級預防概念，

並對於已成癮或慣性用藥者，有一系統化之以生理解毒、心理復建、追蹤輔導為原則的戒癮體系。但在因應處於不同危機程度與成癮機制差異的青少年時，各體系並未採取一體適用之社會心理處遇模式，較多是各機構及輔導工作者根據自己所奉行之理念，各自採行特定處遇策略。以下先統整我國現行青少年戒癮防治體系相關內涵，再進一步剖析實際進行戒癮處遇時，曾被相關工作者採用之社會心理取向處遇策略。

一、青少年戒癮防治體系

以下茲區分為刑事司法、學校、社政與醫療體系分別說明：

（一）刑事司法體系：

刑事司法體系主要針對已有觸法或觸法之虞的青少年進行強制介入之矯正處遇，當中除了觀察勒戒、強制戒治是針對濫用非法管制藥物少年提供聚焦於戒癮防治之特定處遇外，被裁定保護管束或監禁於觀護所、矯正學校、少輔院等矯正機構的觸法少年雖有一定比例亦有濫用藥物行為，鄧秀珍、劉瑞厚、黃美涵、張智雄（2006）之調查即顯示少年觀護所之收容少年的用藥盛行率達 29.83%，但因所輔導個案觸犯之罪行十分多元，相關矯正處遇措施均大抵均一致，主要強調規律生活作息、多元活動規劃。

（二）學校體系：

學校一向被視為青少年戒癮防治的重要據點，除了定期辦理藥物防制宣導、培訓反毒種子教師、成立反毒學生社團外，亦會針對有中輟之虞、返校就讀的中輟生以及有行為、情緒困擾之高關懷學生提供諮商輔導或成立類似慈暉班、中介班等設計特殊課程。此類高關懷學生通常雖亦屬用藥高危險群，但因個別差異極大，學校所提供之相關輔導措施通常僅能針對共同需求與困擾予以介入，並較強調穩定就學、增進學習動機。另外，學校體系之處遇因資源限制，通常較難觸及協助高關懷學生的家庭問題，若有此需求，則學校亦可能會代為轉介通報至社政體系。

（三）社政體系：

街頭外展、司法轉向安置機構、中途學校、少輔會等以非行青少年為服務對象之相關社福機構，均很容易會在服務過程中接觸到有濫用藥物行為之青少年。當中，安置機構、中途學校通常會有一定程度的強制行為管制，主要將已進入司法體系之觸法少年或從事性交易少女，安置於社區式的居住機構中或住宿型的學校，由機構和學校提供較長期且全天候的生活照顧，並銜接就學，給予社交技巧和獨立生活練。但由於上述機構服務對象所呈現問題十分多元，可能尚涵蓋處於弱勢、情緒困擾、受虐等困境之少年，且機構屬性並非主要服務藥物濫用者，故而較屬營造避免接觸毒品機會之生活情境，而非聚焦發展特定戒癮處遇模式。另外，部份宗教福音戒癮機構，亦會將青

少年用藥者納入服務對象。

(四) 醫療體系：

通常會前往醫療體系就醫之青少年用藥者，多已成癮或已因而衍生精神疾病或有明顯身心困擾。故此精神醫療體系之介入除協助生理解毒之外，亦可能會針對其他疾病症狀提供藥物或心理社會治療。

二、現行社會心理戒癮防治之處遇策略應用

筆者統整實務工作觀察以及國內近十年有關青少年戒癮處遇介入方案之應用性研究，歸納現行處遇策略應用主要以矯正機構和學校為工作場域，並區分個別、小團體心理處遇以及認知宣導教育二類型，唯因多屬實驗性方案介入，故雖已發展出特定治療模式，但多在實驗性研究方案結束後，即未能延續相關處遇介入。統整如下：

(一) 個別、小團體心理處遇：

此個別、團體心理處遇通常是針對已有濫用藥物行為之青少年進行較深度、聚焦拒絕用藥相關認知及技巧之強化，以下分別說明：

張學嶺、王維蒂(2002)以桃園少輔院 30 名有藥物濫用史的個案進行為期 3 個月，共 12 次的認知行為互動團體治療，聚焦於改善再度使用藥物、使用藥物嚴重度、社會適應狀況。

蕭同仁(2003)以台中戒治所受戒治少年為對象，聚焦於改善學習戒毒、生活規律、承擔意願等戒癮防治議題，實施現實治療團體處遇。共計對 8 名實驗組成員施行每週兩次，每次九十分鐘，共計 18 單元之團體處遇。

黃雅萱(2006)針對強制觀察勒戒的青少年進行三次短期動機式晤談，評估動機式晤談對其準備改變使用安非他命和搖頭丸行為的動機程度之介入成效。其研究對象包括 94 位因使用安非他命或搖頭丸而接受觀察勒戒之青少年，介入組(46 人)接受三次短期動機式晤談介入會談，對照組(48 人)僅接受衛教講義。此治療策略應用主要期待增進少年戒除藥物動機，評估結果顯示接受個別動機晤談處遇之少年改變動機高於僅接受衛教者。

(二) 認知宣導介入

此部分相關應用性研究依據干預對象，可區分為家長、一般國高中、觸法少年和社區大眾，主要關注對特定族群需求，開發適切藥物防制教材，進而以大團體形式提供短期預防濫用藥物認知教育。相關內涵分述如下：

① 以受觀察勒戒少年為介入對象

顏正芳、鄭桂萍(2006)針對已有使用二級毒品經驗之受觀察勒戒少年，開發反毒宣導教材及書面教育資料，並評估宣導介入之成效。其以 30 位使用搖頭丸和 30 位使用安非他命之少年為介入實驗組，提供反毒教育宣導；另外 30 位使

用搖頭丸和 30 位使用安非他命之少年為對照組，僅提供書面教育資料。研究結果顯示，個別教育有利提申對藥物相關正確知識，但無法改變態度；而教育宣導則有助增強拒絕使用毒品之傾向和提升處理初次使用海洛因情境之自我效能。

②以一般國小、國中、高中生及家長為對象

顏正芳（2004）針對未有使用新興毒品經驗和已有使用經驗之青少年開發兩套多媒體教材，並以某高中 6 個班級學生以及 18 位曾有使用搖頭丸經驗之受觀察勒戒少年觀看反毒教材，藉以檢驗是否有助提升處理復發危機信心。研究結果顯示，觀看教材組較有拒絕使用俱樂部濫用毒品的把握、較具毒品危害相關知識及降低好奇使用搖頭丸傾向。而受觀察勒戒少年則在觀看教材之後，對於處理「社交壓力」和「引發正向情緒」之復發危機上，信心有顯著提升。

李蘭、洪百薰（2004）以高職生為對象，應用社會學習理論與藥物濫用進階理論，發展六個單元的藥物濫用預防活動活動，包括自我認識、認識環境、溝通與壓力因應、拒絕技巧、用藥知識與態度、及生涯規劃，並由大學生擔任團體領導員，進行班級教學。

李景美、魏秀珍、苗迺芳、何慧敏（2005）以高關懷青少年的家長為對象，發展親職教育方案以預防物質濫用和其他問題行為預防，此方案主要聚焦情緒管理、增進溝通互動知能與拒絕成癮物質，並實際進行 8 位高關懷學生和 8 位家長之親職教育介入。

劉潔心（2004、2005）以 484 國中生為研究對象發展戲劇教育之「校園遠離藥物行動劇團」，另以 82 位學生家長為研究對象開發「家長藥物濫用防治手冊」與「家長成長團體工作坊」，據以建構整合性學校藥物濫用防制介入計劃。

牛玉珍、劉潔心、陳嘉玲、洪惠靖、林姿伶（2008）針對 385 名一般國中生為研究對象，發展適用國中青少年之藥物濫用預防自學手冊，並以單組作前後測的比較考驗國中生在閱讀後之預防用藥成效。研究結果顯示，國中生在閱讀完此手冊之後，在「預防藥物濫用知識」、「預防藥物濫用態度」和「預防濫用藥物行為意向」等變項上有顯著差異。

李璧甄（2006）以某國中 31 位七年級學生為研究對象，進行四週，計八節課之「青少年物質濫用預防教育課程」，聚焦教導腦部構造、腦與成癮物質間的關係、成癮物質基礎知識與法律規範、拒絕技巧與態度訓練、學生問題解決能力發展，堅定學生遠離成癮物質決心等用藥相關認知與因應。

黃雅文、姜逸群（2009）針對國小學生開發 9 次共 27 節課之預防藥物濫用教學活動，且設計藥物濫用預防遊戲、動畫、媒體導覽、益智教學光碟等教材教具。同時於實驗學校中選取八班學生實際應用上述教學活動與教材進行藥物濫用防治宣導。

郭鍾隆、陳富利、龍芝寧（2010）開發以生活技能為基礎之藥物濫用防制課程，此於 12 所學校進行之 10 週課程期待藉由強化學生問題解決、建立社會支持等生活技能，進而增進藥物防制成效。

李明憲、呂正雄（2010）以國中生為對象，設計以預防藥物濫用為主題、生活技巧為教學內容之多媒體遊戲教材，並建構初版教師使用手冊。期待藉由多媒體遊戲，讓學生從複合科目中習得拒絕藥物濫用技能。

③以整體社區為介入對象建構支持性社區為目標

李景美等人（2009）針對臺北市都會型社區，發展社區青少年藥物濫用預防介入計畫。主要藉由社區組織結盟，進行「陽光少年—學校預防計畫」和「無毒家園—社區行動計畫」（包含愛心媽媽培訓、反毒愛心商店、及社區媒體宣導等），讓社區與學校共同參與，建構預防用藥社區網絡，期能減少社區的危險因子，增加社區的保護因子，進而協助青少年抗拒成癮藥物的誘惑，拒絕使用搖頭丸及其他俱樂部藥物。

三、國內實務處遇策略綜合評析

綜上，相關體系對於用藥少年及高危險群之介入，除了觀察勒戒、強制戒治等刑事司法體系主要針對戒癮防治需求進行處遇外，其他體系均因服務對象問題多元，藥物濫用僅是所介入問題之一，故較未能聚焦戒癮防治特殊性，專注處遇青少年用藥問題。而觀察勒戒、強制戒治、中途學校及安置機構等屬有一定行為管制之體系，則多強調全天候照顧、多元活動安排及截斷接觸毒品機會之穩定生活環境營造。當中，除了社工街頭外展模式是屬主動接觸、挖掘高危險群之外，其他體系運作通常是青少年問題已惡化至一定程度或觸法之虞，方有機會連結相關輔導措施，此不免會錯失戒癮防治契機。

且綜觀上述實務作法，可發現國內較偏重對一般青少年之反毒認知教育宣導，鮮少對已用藥少年或高風險族群發展具治療性的戒癮防治實務處遇策略，並多聚焦以強化藥物危害知識、生活技能及拒絕用藥教導、增進改變動機為改變媒介，並多屬於片斷、零散性之處遇介入。而少數較深度、長期之心理社會處遇則多運用認知行為、生活技巧訓練以及動機晤談等社會心理處遇之治療取向，唯在實務應用上仍十分有限。特別即便已針對各類族群累積研發一定品質和數量之特定教育宣導教材，並經實證研究論證有一定成效，但似乎均未能落實及廣泛、持續性推廣運用。此其實亦是資源浪費，實屬可惜。

其次，除了顏正芳（2004）、顏正芳與鄭桂萍（2006）曾針對用藥少年開發宣導教材和課程，其他多是以一般學生為主要介入對象，據以發展的一般性宣導教材。此則突顯忽略對已有接觸或使用藥物經驗之高風險族群的特殊性，研究已論證青少年用藥者會誤認可藉用藥獲得認同，且促進同儕社交互動，並傾向認為用藥可放鬆心情和助興（吳齊殷、高美英，2001；林瑞欽、黃秀瑄、潘昱萱、莊淑婷、李諭文，2004）；而未用藥少年本就傾向會認為藥物是有危害且具成癮性的（潘昱萱、林瑞欽，2008）。以此觀之，強調毒品危害之教育宣導應已具一定成效，但是宜偏重用藥非理性信念的再澄清的高危險群之認知教育則待擴展。

肆、他山之石：國外相關實務作法探討

相較於國內針對青少年族群戒癮防治之社會心理處遇仍待擴展，國外介入對象及臨床處遇模式方面顯較多元發展，傾向會聚焦針對一般少年，濫用特定物質譬如香菸、大麻之已用藥或高危險群少年、或家長分別實施較深度長期之個別、團體、居住型方案或社工街頭外展介入。在治療模式應用上則涵蓋居家關懷、多元戒癮干預、認知行為治療、心理認知教育、12 步驟戒癮處遇、家族與認知行為整合治療、動機晤談、行為改變技巧教導等，並以預防偏差行為、強化受教育及就業狀態、強化社會功能與生理健康、增強戒癮自我效能、促進親子溝通、教導拒絕藥物與情緒控制技巧為改變媒介，且會考量應強化接受處遇動機與追蹤輔導等。茲統整如下：

一、以藥物濫用少年為對象實施處遇

Whitmore, Mikulich, Ehlers 與 Crowley (2000) 以在結束住院治療後，被轉介接受 60 院外處遇之 60 位合併藥物濫用和行為偏差之少女為對象，檢驗其在出院一年後之處遇成效。總計每位少女在出院後平均會接受 16 週之院外處遇。研究結果顯示少女在犯罪行為、偏差行為、注意力缺損以及受教育、工作職業狀態有顯著改善，然在藥物濫用和憂鬱情況上改善不明顯，並多有危險性行為。

Spooner, Mattick, M.Psych 與 Noffs (2001) 安排 61 位藥物濫用少年，居住於機構參與多元戒癮方案，此為介入組；另以 60 位僅接受居家關懷之藥物濫用少年為對照組。結果顯示，接受居住型戒癮方案者和對照組在藥物濫用、犯罪行為、社會功能、精神壓力、生理健康以及感染愛滋危險行為等六層面之改善成效上雖趨於一致，但介入組之優勢高於對照組，且不合適之方案與中斷處遇會影響處遇成效。

Burleson 與 Kaminer (2005) 將 88 位青少年藥物濫用組隨機分配為參與認知行為治療和心理教育團體兩組。而接受認知行為治療團體組少年之處遇目標主要在於增強因應高危險用藥情境信心之自我效能，並在完成處遇當下及第三和第九個月後、予以追蹤比較兩種處遇模式之戒癮成效。研究結果顯示增強因應高危險用藥情境信心之認知行為團體處遇有助強化接受處遇期間之禁絕用藥，且可藉由過去用藥狀況預測自我效能。

Winters, Stinchfield, Latimer 與 Lee (2007) 比較 159 位參與 12 步驟戒癮處遇之用藥少年、62 位列為等待名單團體之用藥少年和 94 位社區控制團體青少年之用藥情況。研究結果顯示參與 12 步驟治療之青少年，其涉入用藥程度明顯低於等待名單之青少年，但藥物使用程度高於社區控制團體少年，且能完成 12 步驟處遇和接受後續輔導有助成效提升。

二、讓藥物濫用少年及其家長同步接受處遇

Latimer, Winters, D’Zurilla 與 Nichols (2003) 將 43 位有藥物濫用少年及其父母隨機分配為兩組，分別接受整合性家族與認知行為治療或僅接受藥物濫用危害課程，進而追蹤比較兩組少年在完成處遇後之第 1、3、6 個月後的戒癮成效。研究結果顯示參與家族與認知行為治療之少年相較於僅接受藥物濫用危害課程者，較能減少藥物濫用、改善社會心理危機和保護因子，參與家族與認知行為治療組的父母亦較能與其子女溝通。Latimer, et. al. 進而建議整合性家族與認知行為治療對於藥物濫用少年之處遇十分適切。

Martin, Copeland 與 Swift (2005) 針對 73 位使用大麻之少年及 69 位家長提供短期個別會談。此個別會談涵蓋一次動機式晤談和三次行為改變技巧和策略教導。研究結果顯示有 78% 的參與者在 90 天的追蹤期中自陳減少或停用大麻，17.8% 則自陳完全禁絕使用；另外在 6 個月後予以追蹤成效，發現參與者在用藥頻率和劑量上仍有顯著減少。

Waldron, et. al. (2007) 先針對 42 位有青少年子女濫用藥物之家長提供 12 次社區增強及家庭訓練 (community reinforcement and family training)，以協助家長能支持子女參與個別戒癮處遇、改變行為及增進家庭功能；進而成功促使當中 30 位家長之濫用藥物子女願配合參與 12 次個別認知行為治療以處理戒癮相關問題。

三、以高危險群少年為處遇對象

Griffin, Botvin, Nichols 與 Doyle (2003) 檢驗以學校為基礎的預防濫用藥物方案是否有助避免已交往用藥同儕和屬低學習成就之用藥高危險群學生之藥物防治。研究發現實驗組成員在一年的追蹤期內自陳減少抽菸、喝酒、使用吸入劑和多重用藥情形。顯然此方案對於少數族群、低社經地位之少年有一定戒癮防治成效。

Dino, Kamal, Horn, Kalsekar 與 Fernandes (2004) 比較分別接受簡短 10 分鐘自助戒煙干預和參與 10 週戒煙方案之兩組少年戒癮成效。研究結果顯示處遇的深度與成效和改變階段有關，參與參與 10 週戒煙方案較僅接受 10 分鐘講習的個案抽菸頻率較低，且改變進展明顯較佳。

Schinkes, Noia 與 Glassman (2004) 檢驗以電腦為媒介之干預方案對預防藥物濫用和暴力之成效，研究對象為經濟弱勢之高危險群少年。當中，實驗組成員運用電腦當媒介，控制組成員則以傳統方式教導認知行為技巧，進而比較兩種模式之介入成效。研究結果顯示兩組成員在體認大眾對藥物濫用者之認知、避免惹麻煩之策略、情緒控制等均達一定成效，然而在拒絕藥物技巧上，則是傳統介入模式成效較佳。

四、居住型方案與社工外展服務

香港與台灣同屬華人文化，其亦面臨青少年吸毒問題惡化，進而早已建構學校社工及藉外展服務藥物濫用少年為主軸之相關機構、與戒毒學校，以期專責處遇用藥高危險群並進行教育宣導。此廣泛應用社區處遇模式，且強調全人關懷介入的模式與台灣多以機構處遇、教育宣導為主之介入頗有差異，而以街頭外展模式主動接觸青少年和被動接受求助或司法轉介，相較之下因互動情境不同，可以想見青少年的抗拒心態亦會有所差異，鑑於香港與我國同屬華人文化，有一定同質性，故以香港為例說明其針對社區用藥高風險青少年所實施之戒癮防治居住型方案與社工外展服務內涵。

正生書院是香港唯一一間居住型戒毒學校，成功幫助諸多用藥少年戒癮並重返社會早已備受肯定。其主要應用「生命意義輔導治療」之福音戒毒模式，讓少年感化院或醫院轉介曾有濫用藥物之少年寄宿三年，且接受學校教育及全面性的生活再教育。設置在香港大嶼山的正生書院，生活環境十分克難，週遭環境均是由老師和青少年協助建設。唯其並無特定戒毒措施，較屬提供無毒環境讓曾用藥少年接受學科和技能等混合課程的特殊學校。期待學生在此進修之後，可養成謀生技能或返回一般學校就讀（正生書院，2006）。

另以累積 30 年服務邊緣少年經驗的香港小童群益會為例，其以社工為主要服務提供者，社工會在分別在白天或深夜進入青少年聚集場所，主動接觸、關懷在街頭遊盪之邊緣少年，主要以類似同儕友伴的角色與少年軟性互動、建立關係。若發現有藥物濫用傾向者，則會依據少年接觸毒品之危機程度區分為尚未有吸毒行為、臨吸毒邊緣及有機會受不良影響、初次或偶發吸毒者，及已成癮及慣性吸毒者四大組群，再據以針對特定需求實施不同處遇內涵。當中，針對尚未有吸毒行為與臨吸毒邊緣及有機會受不良影響者，強調維持和強化抵抗毒品能力之認知教育。針對初次或偶發吸毒者，則除了藉由讓這群少年接觸吸毒過來人以激發改變動機，鼓勵參與健康休閒外，亦會對少年本身及家長分別提供心理諮商和親職教育。而對於慣性用藥少年則著重連結醫療資源，先安排學生接受身體健康檢查，進而藉由此檢查報告讓少年體認吸毒已對身體造成健康危害，並提供戒毒配套服務（香港小童群益會，2010）。

伍、處遇高風險用藥少年之需備治療內涵

誠如前文所言，用藥少年會面臨特定身心困擾、犯罪之虞、家庭失能、社會支持欠佳、不良同儕關係等多重困境，濫用藥物僅是其待協助的困擾之一，所以青少年戒癮防治不僅是增進拒絕藥物知能、協助戒除藥癮及預防復發而已，尚需涵蓋整體生活重建之相關配套措施。Kathryn Joan (2002) 曾指出戒癮康復需包括認知、生理、靈性、情感的全面性發展；且有效之資源和因應技巧可以調和情緒、壓力、社會結構的負面影響（Castellani, Wedgeworth, Wootton, & Rugle,

1997)。因而戒癮處遇內容宜多元化設計，並考量個別化需求與健全身心發展方可盡其功。

多數藥物濫用青少年來自互動極冷漠，缺乏楷模和認同家庭（王鐘和，2004），且童年曾受身體虐待亦與藥物濫用有高度相關（Kerr, et. al., 2009），曾濫用毒品與其創傷程度、憂鬱狀況與壓力狀況等有顯著關聯，少年自認「重視支持和關懷」是處理藥物濫用問題成效之最佳方式（鄧秀珍等，2006）。顯然，高危險群少年之戒癮防治亦須關注其情緒、壓力困境與身心創傷等療癒，以及處遇過程需與少年有一定情感交流所傳遞之心理支持。

Golub 和 Johnson（2002）進一步指出有效戒癮防治策略應將青少年所處社會生活情境的差異性納入考量，致力於改善情境中之危險因子，以促使藥物濫用者經營健康生活方式。而 Gordon(2003)也認為會由偶發用藥漸演變為成癮主因藥物容易取得，與社會的可接受性。輔以，少年藥物濫用屬漸進式發展歷程，呈現四連續階段發展（Muisener, 1994）：（1）試驗性使用：藉使用藥物學習改變心情、情緒；（2）社交性使用：為尋求同儕認同與接納而用藥；（3）操作性使用：因期待特定效果而主動使用藥物；（3）依賴階段：成癮行為已是生活重心之一。這提醒相關工作者在發展社會心理處遇策略時需將其用藥機制和與用藥危機程度差異納入考量。當中，不僅涉及青少年所處濫用藥物階段，尚牽涉能取得藥物之難易程度及是否被鼓勵用藥。

以此觀之，已被長期隔離安置於司法機構、中途學校等接受矯治處遇之少年，則等同已生活於「無毒環境」，故較可在無誘惑、即使有心使用亦難以取得藥物的情境下，接受全人式較多元化的輔導處遇。在此當下拒絕用藥知能與技巧的教導似乎不是那麼實際，因為他們在短期之內均不可能接觸藥物，此時期，更重要的應該是讓少年體驗和養成健康生活習慣，並致力於增進社會適應復原力。就如同，香港正生書院，即使無特定戒毒措施，但亦可藉由學科與技能訓練達到戒癮防治效益。筆者在實務工作中亦發現，在機構處遇中接觸之少年對於談及過去用藥史，多顯興趣缺缺。因為對他們而言，現在自己已無濫用藥物問題，更迫切的是如何適應機構生活及日後生涯規劃或身心困擾之紓緩。反之，針對仍生活於一般情境或裁定接受社區處遇之高風險用藥少年，因身處易取得藥物之情境，則有關拒絕用藥知能及戒癮動機的強化，則會更為迫切。

除了針對藥物濫用知識、危機情境因應技巧等相關戒癮知能介入，以及考量整體生活重建、經營健康生活所需之全人關懷外，也需考量青少年對參與處遇所可能衍生之抗拒、改變動機之激發。因為一般而言，青少年接受治療處遇動機較低（Kaminer & Slesnick, 2005），且接受專業處遇會讓少年承受家庭、學校、雇主或司法系統之外在壓力（Battjes, Onken, & Delany, 1999）。此雙重負擔致使青少年在接受處遇過程中難免衍生抗拒，甚至會有中途退出或不合作言行，進而減損處遇成效。針對此，Waldron、Kern-Jones, Turner, Peterson 與 Ozechowski（2007）提醒當青少年初期參與處遇時，治療者即應採取增進其參與動機和促使獲益之實務策略，以促使少年持續接受處遇。

關於激發改變動機，動機式晤談法為最常被應用於克服成癮行為戒除前心理衝突的臨床處遇策略，也被論證具一定成效（Miller, & Rollnick, 1995）。然而這較屬個案已接受治療之後的強化動機。在此之前，如何讓少年願意被納入輔導處遇對象更是很重要的課題。筆者曾在 2008 年與澳門從事青少年藥物防治工作之社工單位經驗交流，得知當該單位社工在街頭外展過程中接觸到疑似藥物濫用的青少年時，社工會先邀約少年們玩橋牌，並在引導少年在玩橋牌的過程中，發現自己似乎有手抖、難以專心等身心健康問題情形出現，進而再暗示少年這可能是因藥物濫用引起，且鼓勵並安排少年接受更詳盡之全身健康檢查，藉由此具體之「證據」，激發少年體認藥物危害與激發戒癮停藥動機。這突顯在將高危險少年納入處遇過程中，其實需要許多貼近少年生活經驗之精緻化操作，這絕非談話性治療或教育性宣導可達成的。

不僅個別處遇非自願個案時須有特殊處遇策略之運用，應用團體處遇模式時，更是如此。Garvan（2000）指出在帶領「非自願」團體時，除須注重法律問題、告知同意，並讓成員理解其被設限之法律規範，以及團體進行、運作方式之外，也須盡可能提供成員多重選擇、尊重其拒絕權利和改變權利、激發覺察自我學習能力，且促使成員將團體視為自我改變機會，體認團體成員每個人均屬獨特個體，協助成員免於不當壓力，並敏感於潛在團體成員之既存團體動力本質。綜上，青少年本即處於較為叛逆、反抗權威之發展階段，輔以屬被要求參與團體，故而臨床處遇之介入，應考量此非自願特性之影響，據以採取特定工作策略，強化參與，以確保治療可持續、成效較可顯現。

其次，認知行為治療及社交技巧訓練均廣泛被應用於青少年戒癮防治之臨床處遇。當中認知行為治療主要以減少導致使用藥物的因素及避免再復發為介入目標（Winter, Fiorella, Timineri, Filipink, Helsley, & Rabin., 1999）。社交技巧訓練，則強調一般性個人和社交技巧教導（Botvin, et al., 2000）。凡此均涵蓋涉及用藥相關之拒絕用藥技巧、或情緒、壓力管理技巧，以及同儕人際互動等的教導，以及考量藥物濫用者在認知上存有諸多非理性信念，及認知扭曲的想法主導其跨越拒絕用藥界線（江振亨，2005），少年普遍缺乏俱樂部用藥會成癮之認知（李思賢，2007）等相關錯誤認知的再重建。

國外研究並已證實，雖目前青少年社會心理處遇模式呈現多元化發展，但是仍以認知行為取向成效最佳，且以團體工作模式介入會較個別治療成效更佳。Vaughn 與 Howard（2009）曾經針對 1928 個於 1988 年到 2003 年間實施之行為取向、家族取向、生活技能方案、12 步驟、心理教育取向等屬少年藥物濫用治療的隨機控制臨床實徵研究，予以比較各實驗方案之成效，研究結果發現團體認知行為治療的品質被評定為 A，不僅最具臨床治療效果，亦具有大量降低藥物使用及延續的效果。另外，國內研究亦已證實對藥物具正向效果期待、失去對成癮控制的認知與非理性的思考模式是導致青少年復發用藥的主要導火線（潘昱宣、黃秀瑄、潘虹妮、林瑞欽，2008），故應用認知行為治療實可聚焦上述不成熟思考認知，予以澄清並認知重構。

綜上，臨床處遇高風險用藥少年時，需將少年濫用藥物行為以外之多元困境亦納為干預目標，著重整體生活重建之相關配套措施。且須因應少年用藥階段、成癮機制、接觸藥物危機程度、易被鼓勵用藥危機程度、改變動機、實施場域等個別差異發展獨特處遇策略。同時，面對接受治療動機不高、多屬非自願個案之青少年族群，更需開展切合其生活經驗與認知發展之化解抗拒、建立關係工作策略。並需關注澄清用藥非理性認知、教育正確用藥知識、教導學習正向社交技巧及問題解決因應，以達成行為改變。

陸、結論與建議

基本上，以三級預防理念實施青少年戒癮防治已是主流，國內並已據此概念提出諸多具體干預策略。然若進一步比較前文國內外實務處遇之討論可以發現，國外在臨床實務上多是針對藥物濫用少年實施較深度、長期多元化心理處遇，且亦已論證多元戒癮干預、認知行為治療、12 步驟戒癮處遇、家族與認知行為整合治療等個別或心理深度社會心理處遇，均較僅接受認知教育者宣導者成效更佳。相較之下，國內目前針對青少年族群之戒癮防治方案，僅張學嶺與王維蒂（2002）、蕭同仁（2003）、黃雅萱（2006）實施較深度心理處遇。其他實務作法多聚焦實施單次或簡短戒癮防治認知教育，此雖對一般社區大眾、學生和家長有一定宣導教育成效。然僅聚焦於認知行為層次之知識傳遞和因應技巧訓練，顯然難以激發較深層次情感交流與解決個別身心困境。此國內外青少年戒癮實務運作狀況之比較如下表 1-1 所示。

國內其實亦已累積一定品質之戒癮防治教育宣導教材及處遇用藥少年之相關實務經驗，然似乎均未能實質推廣運用及經驗交流傳承，此形同各自單打獨鬥之缺乏橫向連結，實屬可惜。而且相關實務作法明顯較著重一般教育宣導及已涉及司法處遇個案之戒癮防治，此呈現對屬二級預防之高危險族群的忽略以及對成癮少年臨床治療的有限性。相關社福、學校體系又因多非屬專注處遇藥物濫用議題，亦顯難以凸顯成效、或發展特定工作模式。特別前文已然提及，用藥高危險群或已用藥少年普遍面臨多重困境，故實需更深度、長期之介入，方可深入其用藥機制，據以內化處遇成效。而相較於被收容於矯正機關用藥少年，社區高危險群用藥少年生活於社區情境，更受用藥危險因子干擾，並因尚未有明顯成癮行為，故也不宜一概論之。

其次，國內目前在青少年戒癮防治之實務運作上雖仍有更健全政策規範、落實現有工作策略成效之必要性，但是在實際輔導處遇這類個案時，臨床處遇技巧及服務方案之有效運用更是能確實發揮戒癮防治成效的關鍵。在這部分若參考國外作法則亦已有居住型方案、社工街頭外展、認知行為治療、社交技巧訓練、增強動機策略等治療模式可觀摩，這類治療模式之應用與本土化模式建構實須有一定程度且長期性之人力、物力投注。同時，國內目前須擴展的是能執行深度社會心理處遇之戒癮專業人才，且相關工作者除了解成癮機制外，並需對如何與非自

表 1-1：國內外青少年戒癮實務運作狀況比較表

	國外實務處遇策略	國內實務處遇策略
核心工作	健全青少年身心發展，並協助弱勢少年社會發展與適應	反毒宣導與尿液篩檢
實施期程	長期性之追蹤輔導	短期、片斷性之方案介入，
實施對象	<ol style="list-style-type: none"> 1. 一般少年 2. 濫用特定物質譬如香菸、大麻之已用藥或高危險群少年、或其家長 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 多針對一般青少年之反毒認知教育宣導 2. 少數針對已用藥少年或高風險族群 3. 家長之教育宣導
工作模式	<p>以藥物濫用少年為主要服務對象專責專人進行干預之社區處遇</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 教育宣導 2. 個別處遇 3. 治療性團體 4. 居住型方案 5. 社工街頭外展介入 6. 親職教育方案 7. 戒毒中途學校 	<p>除司法戒治屬專人專責實施戒癮防治，其他多屬僅將藥物濫用少年屬干預對象之一，並以機構、司法處遇為主</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 教育宣導 2. 個別處遇 3. 治療性團體 4. 街頭外展 5. 中途之家
改變媒介	<ol style="list-style-type: none"> 1. 預防偏差行為 2. 強化受教育及就業狀態 3. 強化社會功能與生理健康 4. 增強戒癮自我效能 5. 促進親子溝通 6. 教導拒絕藥物與情緒控制技巧 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 強化藥物危害知識 2. 生活技能訓練 3. 拒絕用藥技巧教導 4. 增進改變動機 5. 強化親職功能
社會心理處遇之治療取向	<ol style="list-style-type: none"> 1. 居家關懷 2. 多元戒癮干預 3. 認知行為治療 4. 心理認知教育 5. 12 步驟戒癮處遇 6. 家族與認知行為整合治療 7. 動機晤談 8. 行為改變技巧教導 9. 追蹤輔導 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 教育宣導之心理認知教育 2. 認知行為 3. 生活技巧訓練 4. 動機晤談

願個案建立關係、激發改變及接受處遇動機等特定治療策略有一定熟悉度。因為再好的處遇計畫若未能取得個案配合認同，則勢必無法發揮預期成效。

Peele (1999) 在十年前即曾對美國戒癮資源提出批判，他認為美國治療模式和機構已經夠多了，只是都過於強調經驗的治療而忽略生活結構重整。這或許也可以給我們一點省思，既然眾多研究都已論證青少年用藥是個人生理、心理和社會因素交互作用所促成，那麼戒癮防治當然也須多管齊下。楊士隆 (2008) 分析規劃我國毒品防制政策時，也指出我國毒癮戒治專業性與網絡尚未形成，且以反毒宣導與尿液篩檢為青少年戒癮防治核心，勢必難以發揮成效，主要需提供青少年身心發展所需要的輔助與社會資源，並對弱勢與社會適應不良的青少年族群應予以輔助，協助其社會發展與社會適應。

Roberts (2007) 則認為以學校為基礎之戒癮防治課程應掌握持續連貫性、明確指出學生自我和社區價值觀、與確認學生需求等原則，並需因應學生成長背景獨特性而採取不同計畫，且強調應用於在已有使用藥物行為的目標團體。對照 Roberts 的論述，則現行國內學校體系多以一般學生之教育宣導為主，並將藥物濫用行為視為高關懷少年的危機之一，進而將之與屬其他情緒、行為困擾者安置於中介班或一起接受輔導的作法，顯然有值得商榷討論空間。當中，尚涉及一些屬非濫用藥物學生，可能會因被安排和用藥高危險學生一起接受相關輔導，而有了取得藥物的管道，徒增藥物濫用風險。

但是，一般學校無法特別針對青少年用藥者或高危險群實施特定處遇，其實亦是因資源有限的權宜作法，因為國內並未如處遇未成年性交易問題一樣，成立中途學校將具藥物濫用同質性問題者集中就學，學校也缺乏要求高危險群集中住宿、集中接受管理，或禁止其接觸他同校學生之法律強制性，且社區高危險用藥少年散居各校，某些學校可能僅是有零星學生出現危機行為，若要求每個學校都應針對用藥高危險群發展獨特處遇模式或給予特殊課程規劃，不盡然符合經濟效益。尤其，學校又未編制有專人專責輔導處遇藥物濫用學生，在未能提供學校相關後勤資源的情況下，一味期待其發揮成效，似乎強人所難。

具體言之，戒癮防治亦應針對特定族群需求及實施場域之差異各有獨特考量，並須實施長期、深度處遇方可因應用藥高危險群之多元困境。且現行戒癮治療較重視分類處遇，需針對個別藥物濫用者之特殊性作最適切評估以決定適合的處遇方式 (Hepburn, 1994)。所以實務戒癮處遇也需多元化創設，才能滿足青少年不同用藥階段、成癮機制、接觸藥物危機程度、易被鼓勵用藥危機程度、改變動機等個別差異。茲統整前文相關討論，提出強化替代家庭功能之資源網絡、擴展社工街頭外展工作模式、培植心理衛生戒癮專業人才、慎思成立戒毒中途學校之可行性、慎思學校社工之建構與角色功能等五項處遇高危險用藥少年之社會心理實務策略建議：

一、強化替代家庭功能之資源網絡

強化家庭功能、增進親子溝通有助避免青少年用藥雖是無庸置疑的，但是用

藥高危險群多來自弱勢或失功能家庭，方間接促成其濫用藥物危機更是實務上常見之狀態，實務上也會觀察到有一定比例少年是隨其他家人用藥的。也就是說，這些家庭通常是無能力、或根本很難提供正向支持與適當管教以引導少年回歸正途，而家庭功能的修復和重建是須非常長期的輔導干預方可見其效，在這家庭仍屬失能狀態期間，少年實難擁有家庭支持，為避免其陷入孤立無援，甚至受家庭負面影響，應更健全、強化中途之家、寄養家庭或弱勢家庭關懷等社福體系之建構，藉此暫時替代或補充服務，強化高危險群少年之身心發展與適應

二、擴展社工街頭外展工作模式

鑑於青少年本即屬抗拒、叛逆之發展階段，且研究已論證用藥少年接受處遇動機較低，所以若僅是被動等待少年求助或待其被司法逮捕方介入，均顯緩不濟急，也將錯失治療契機。而屬主動至青少年出沒地點，以類似同儕互動方式與危機青少年互動，漸進式紓緩其抗拒之社工街頭外展服務模式，有助於化解這樣的僵局。國外也常以街頭外展模式實施青少年戒癮防治，街頭更是高危險群真正最常活動場所。惟在國內除了台北市較有推展青少年社工街頭外展服務之外，其他縣市均因受限於人力、物力而鮮少使用。故政府部門應資助、鼓勵相關機構擴展此服務，以早期發現、早期介入。

三、培植心理衛生戒癮專業人才

人力資本才是相關社會心理戒癮防治處遇能否落實，並發揮成效的關鍵。我國毒癮防治的專業性尚未能建構，有很大的原因來自於能執行深度個別、治療性團體之戒癮防治人才有限。以致即使發現高危險群或已用藥少年，卻不盡然能達預期處遇成效，甚至很容易流失個案。此心理衛生戒癮專業人才的培植不僅是強化專業課程之教授，更包括完善督導制度、示範和演練臨床處遇技巧之實際工作技巧與治療策略的靈活應用，這是需要接受長期訓練方可累積的實務知能。

四、慎思成立戒毒中途學校之可行性

就國外經驗而言，中途學校與治療性社區都有一定成效，特別有助於讓少年在「無毒環境」中，接受全方位的生活教育、專業學科或技能訓練。而就我國而言，觀察勒戒、司法戒治均屬一至六個月的短期隔離，在如此短的時間內就想修復已累積許久之多重困境，本屬不切實際。而其他少年矯正機構雖有較長期之輔導隔離，但是因少年問題多元，很難聚焦戒癮防治特殊性，且過早進入司法體系也有衍生負面影響，也易被標籤化。目前國內針對從事未成年性交易者已成立多所專責中途學校，以對於家庭無能力管教或問題較嚴重者，施以具司法強制性的長期寄宿就學管理，並實施多元化輔導，這樣的模式推展應用於藥物濫用少年，應是可以考慮的，類似中途學校也可以作為一般學校輔導用藥學生的後勤資源，並解決現有學校體系慈暉班因缺乏司法強制性，以致若學生脫逃或拒絕接受，即

難以順利提供相關處遇的困境。

五、慎思學校社工之建構與角色功能

學校一向被視為青少年戒癮防治的重要實施場域，但是輔導老師多非專職，且須處理之學生問題復雜多元，所培訓之反毒種子教師也會因專業性有限，以致僅能做到辨識或關懷高危險群，在校園染毒日益惡化的情況下，實須編制專人、專責處遇相關問題。針對此，編制學校社工為可行之道，這尚因為每個高危險用藥少年背後均隱含家庭困境或成長創傷，部分少年之偏差非行其實是受家庭問題衝擊所導致，所以臨床處遇目標也應延伸至其家庭，進而以整體家庭為待協助對象。而社會工作訓練強調的是「人」與「環境」雙重工作焦點的介入，不僅會關注少年個人身心發展議題，也較能敏感於其所處生活情境的危險因子，並善於聯結相關社會資源，此正可切合用藥少年之處遇需求。

參考文獻

中文文獻

- 牛玉珍、劉潔心、陳嘉玲、洪惠靖、林姿伶（2008）。「青春不搖頭」藥物濫用預防手冊教材發展與研究。學校衛生護理，20，1-21。
- 王鐘和（2004）。青少年藥物濫用問題的處理與因應，學生輔導，88，70-77。
- 江振亨（2005）。認知取向戒治策略對安非他命濫用者之戒治成效研究。國立中正大學犯罪防治研究所博士論文。未出版，嘉義。
- 李樹人（2008）。15歲少女 吸毒染愛滋。2009年9月10日取自http://city.udn.com/52340/1452430?tpno=258&cate_no=55996
- 林瑞欽、黃秀瑄、潘昱萱、莊淑婷、李諭文（2004）。犯罪少年用藥盛行率與社會及心理危險因子之探討。行政院衛生署九十三年度科技研究成果報告。（報告編號：DOH93-NNB-1011），未出版。
- 李景美、魏秀珍、苗迺芳、何慧敏（2003）。高關懷青少年家長親職教育介入研究---物質濫用及問題行為預防（II）。國科會九十二年度委託研究成果報告。（報告編號：NSC92-2413-H003-028），未出版。
- 李蘭、洪百薰（2003）。預防高職學生使用成癮藥物之活動手冊與光碟製作。國科會九十二年度委託研究成果報告。（報告編號：NSC92-2516-S002-014），未出版。
- 李璧甄（2006）。國中生癮物質教學計畫介入成效之研究 - 以屏東縣某國中為例。國立中正大學犯罪防治所碩士論文。未出版，嘉義。
- 李思賢（2007）。青少年毒品戒治者之認知、態度、行為與因應方式之質性研究。行政院衛生署九十六年度科技研究成果報告。（報告編號：DOH96-NNB-1014），未出版。
- 李佳璋（2008）。藥物濫用與犯罪關聯性之質化研究。中央警察大學警學叢刊，38（4），57-90。
- 李景美、李淑卿、苗迺芳、徐美玲、張鳳琴、張瑜真、廖淑慎、廖瑢如、林世華、陳映廷、徐孟君、羅錦萍（2009）。陽光少年計畫——社區青少年藥物濫用預防介入模式研究。2009年全國反毒會議學術研討會手冊，73-79。
- 李易蓁（2009）。少女藥癮歷程發展及其相關要素分析。98年全國反毒會議學術研討會手冊。教育部、法務部、外交部、行政院衛生署編印。
- 李明憲、呂正雄（2010）。國中七大學習領域「預防藥物濫用」多媒體主題統整教材開發計畫（二）。行政院衛生署九十九年度科技研究成果報告。（報告編號：DOH99-FDA-6121），未出版。
- 余育斌、許華孚（2005）。藥物濫用少年與其社會網絡之互動要素分析：以明陽中學收容少年為例。犯罪學期刊，8（1），65-98。

- 吳齊殷、高美英 (2001)。看顧台灣的未來：台灣青少年藥物使用相關信念、態度與行為的長期研究。行政院衛生署九十年度科技研究成果報告。(報告編號：DOH90-NNB-1001)，未出版。
- 徐秋君 (2008)。青少年非法藥物使用行為防制策略管理之研究—以宜蘭地區為例。佛光大學管理學系研究所碩士論文。宜蘭，未發表。
- 周靈智 (2003)。台北市街頭外展所接觸之青少年的非法藥物使用：與翹課和性經驗的關係。台灣大學流行病學研究所碩士論文，未出版。
- 施富山 (2010)。青少年毒品轟趴派對特性與聚合過程之研究。台北大學犯罪學研究所碩士論文，未出版。
- 曾信陳 (2008)。少年施用三、四級毒品成因之實證研究。中央警察大學犯罪學研究所碩士論文，未出版。
- 陳為堅 (2006)。全國青少年非法藥物使用調查。行政院衛生署九十五年度科技研究成果報告。(報告編號：DOH95-NNB-1012)，未出版。
- 楊惠婷 (2001)。藥物濫用青少年生涯發展歷程與生涯建構之研究。高雄師範大學輔導研究所碩士論文，未出版，高雄。
- 楊浩然 (2007)。保護管束青少年非法藥物使用之追蹤研究：用藥型態、疾病率、共病率及心理社會因子之探討。行政院衛生署九十六年度科技研究成果報告。(報告編號：DOH96-NNB-1012)，未出版。
- 黃雅萱 (2006)。動機式晤談對於提升青少年安非他命和搖頭丸使用行為準備改變動機程度之影響。高雄醫學大學心理學研究所碩士論文。未出版，高雄。
- 黃雅文、姜逸群 (2009)。藥物濫用預防模式教材教具及其實驗介入研究 (三)。行政院衛生署九十八年度科技研究成果報告。(報告編號：DOH98-NNB-1018) 未出版。
- 孫碧霞、劉曉春、邱方晞、曾華源譯 (2000)。Garvin, C. D. 原著 社會團體工作。台北：洪葉文化。
- 教育部、法務部、外交部、行政院衛生署 (2009)。98 年反毒報告書。教育部、法務部、外交部、行政院衛生署編印。
- 楊士隆 (2008)。毒品防制政策整體規劃報告。行政院研究發展考核委員會委託研究報告。(報告編號：PG9711-0025)，未出版。
- 楊士隆、吳志揚、李宗憲、陳竹君、林秣楨 (2009)。青少年藥物濫用防制政策研析。行政院研究發展考核委員會委託研究報告。(報告編號：PG9808-0205)，未出版。
- 郭鐘隆、陳富莉、龍芝寧 (2010)。以生活技能為基礎之藥物濫用防制課程之再研發、推廣與長期追蹤I&II (一)。行政院衛生署九十九年度科技研究成果報告。(報告編號：DOH99-FDA-61209)，未出版。
- 張學嶺、王維蒂 (2002)。青少年藥物濫用治療模式研究。行政院衛生署九十一年度科技研究成果報告。(報告編號：DOH91-TD-1122)，未出版。
- 鄧秀珍、劉瑞厚、黃美涵、張智雄 (2006)。特殊青少年毒品濫用及相關因素探

- 討。行政院衛生署九十五年度科技研究成果報告。(報告編號：DOH95-NNB-1015)，未出版。
- 賴盈黛、許瑋倫(2005)。「毒害青春」藥物濫用少年之相關法令與服務措施之探討。兒童及少年福利期刊，9，81-108。
- 顏正芳(2003)。青少年使用安非他命研究：濫用與復發預測因子之調查。高雄醫學大學醫學研究所博士學位論文，未出版，高雄。
- 顏正芳(2004)。預防青少年初次和重覆使用新興毒品之多媒體教材開發計劃。行政院衛生署九十三年度科技研究成果報告。(報告編號：DOH93-NNB-1016)，未出版。
- 顏正芳與鄭桂萍(2006)。預防青少年從使用低階毒品進展為使用高階毒品的教育宣導計畫。行政院衛生署九十五年度科技研究成果報告。(報告編號：DOH95-NNB-1016)，未出版。
- 潘昱萱、林瑞欽(2008)。一般少年、犯罪少年即用藥少年對三、四級藥物認知信念之差異比較。2008年暴力與毒品犯罪心理與矯治國際學術研討會。新竹：玄奘大學社會科學院。
- 潘昱萱、黃秀瑄、潘虹妮、林瑞欽(2008)。海洛因濫用者復發與康復歷程研究。中央警察大學學報，45，P227-257。
- 蕭同仁(2003)。現實治療團體對少年藥物濫用者處遇效果之研究。靜宜大學青少年兒童福利學系研究所碩士論文，未出版，台中。
- 劉潔心(2004)。整合性學校藥物濫用防制介入計劃-同儕教育、網路社群及社區家長成長團體策略之運用(第一年)。行政院衛生署九十三年度科技研究成果報告。(報告編號：DOH93-NNB-1017)，未出版。
- 劉潔心(2005)。整合性學校藥物濫用防制介入計劃-同儕教育、網路社群及社區家長成長團體策略之運用(第二年)。行政院衛生署九十四年度科技研究成果報告。(報告編號：DOH94-NNB-1015)，未出版。

西文文獻

- Airi-Alina, A., & Mikko, L. (2002). Recreational drug use in Estonia: the context of clubculture. *Contemporary Drug Problems*, 29, 183-189.
- Andrews, D.A., Zinger, I., Hoge, R.D., Bonta, J., Gendreau, P., & Cullen, F.T.(1990).Does correctional treatment work? A clinically-relevant and psychologically-informed metaanalysis. *Criminology*, 28, 369-404.
- Battjes, R. J., Onken, L. S., & Delany, P. J. (1999). Drug abuse treatment entry and engagement : Report of a meeting on treatment readiness. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 643-657.
- Botvin, G. J., Griffin, K. W., Diaz, T., Scheier, L. M., Williams, C., & Epstein, J. A. (2000). Preventing illicit drug use in adolescent : Long-term follow-up from a

- randomized control trial of a school population. *Addictive Behaviors*, 25 (5) , 769-774.
- Burleson, J. A., & Kaminer, Y. (2005). Self-efficacy as a predictor of treatment outcome in adolescent substance use disorders. *Addictive Behavior*, 30, 1751-1764.
- Castellani, B. ; Wedgeworth, R. ; Wootton, E. & Rugle, L. (1997). A bi-directional theory of addiction : examining coping and the factors related to substance relapse. *Addictive Behavior*, 22, 139-144.
- Cox, E.M., & Klinger, E. (2002). Motivational structure relationships with substance use and processes of change. *Addictive Behaviors*, 27, 925-940.
- Dino, G., Kamal, K., Horn, K., Kalsekar, I., & Fernandes, A. (2004). Stage of change and smoking cessation outcomes among adolescents. *Addictive Behaviors*, 29, 935-940.
- Golub, A., & Johnson, B. D. (2002). The misuse of the “Gateway Theory” in US policy on drug abuse control : A secondary analysis of the muddled deduction. *International Journal of Drug Policy*, 13, 5-19.
- Gordon, S. M. (2003). Teen Drug Abuse. *Behavioral Health Management*, 23 (5) , 25~30.
- Griffin, K. W., Botvin, G. J., Nichols, T. R., & Doyle, M. M. (2003) . Effectiveness of a universal drug drug abuse prevention approach for youth at high risk for substance use initiation. *Preventive Medicine*, 36, 1-7.
- Hepburn, J. R. (1994). *Classifying Drug Offenders for Treatment. Drugs and Crime, Evaluating Public Policy Initiatives.* Edited by Mackenzie D.L. & Uchida C. D.CA : SAGE publications.
- Kathryn Joan, S. (2002). *A grounded theory of volition in recovery from substance abuse.* The university of Nebraska-lincoln phd dissertation.
- Kerr, T., Stoltz, J., Marshall, B., Math, C. L., Strathdee, S.A., & Wood, E. (2009). Childhood trauma and Injectin drug use among high-risk youth. *Journal of Adolescent*. 45, 300-302.
- Klein, H., Elifson, K. W., & Sterk, C. E. (2003). Perceived temptation to use drugs and actual drug use among women. *Journal of Drug Issues*, 33 (1) , 161-191.
- Latimer, W.W., Winters, K.C., D’Zurilla, T., & Nichols, M. (2003). Integrated family and cognitive-behavioral therapy for adolescent substance abusers : a stage I efficacy study. *Drug and Alcohol Dependence*, 71, 303-317.
- Martin, G., Copeland, J., & Swift, W. (2005). The adolescent cannabis check-up : feasibility of a brief intervention for young cannabis users. *Journal of Substance abuse treatment*, 29, 207-213.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1995). *動機式晤談法：如何克服成癮行為戒除前的心*

- 理衝突 (Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior (楊筱華譯)。台北：心理出版社。
- Muisener, P. P. (1994). Understanding and treating adolescent substance abuse. SAGE.
- Strack J.(1994). Drug and drinking --- What every teen and parent should know.
- Myers, M. G., Brown, S. A. & Kelly, J. F. (2000). A cigarette smoking intervention for substance - abusing adolescents. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 64-82.
- Peele, S. (1999). *Diseaseing of America : how we allowed recovery zealots and the treatment industry to convince us out of country*. New York : Lexington Books.
- Roberts, G. (2007). Best practices in school-based drug education for grades 7-9. Canada : Province of Nova Scotia. Retrieved April 20, 2009, from [http : //www.gov.ns.ca/hpp](http://www.gov.ns.ca/hpp)
- Spooner, C., Mattick, R. P., M.Psych, & Noffs, W. (2001). Outcomes of a comprehensive treatment program for adolescents with a substance-use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20, 205-213.
- Schinkes, S. P., Noia, J. D., & Glassman, J. R. (2004). Computer-mediated intervention to prevent drug abuse and violence among high-risk youth. *Addictive Behavior*, 29, 225-229.
- Vaughn, M. G., & Howard, M. O. (2009). Adolescent substance abuse treatment: a synthesis of controlled evaluations. In M.G. Vaughn, M. Howard & B. A., Thyer(Eds.) (pp.171-187) *Readings in Evidence-Based Social Work*. Sage publications.
- Waldron, H. B., Kern-Jones, S., Turner, C. W., Peterson, T. R., & Ozechowski, T. J. (2007). Engaging resistant adolescents in drug abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32, 133-142.
- Whitmore, E. A., Mikulich,S.K., Ehlers, K. M., & Crowley, T. J. (2000). One-year outcome of adolescent females referred for conduct disorder and substance abuse/dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 59, 131-141.
- Winter, J. C., Fiorella, D. J., Timineri, D. M., Filipink, R. A, Helsley, S. E., & Rabin, R. A., (1999). Serotonergic receptor subtypes and hallucinogen-induced stimulus control. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 64, 283-293.
- Winters, K. C., Stinchfield, R., Latimer, W. W., & Lee, S. (2007). Long-term outcome of substance-dependent youth following 12-step treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33, 61-69.
- Won, S., Choi, E. A., Gilpin, A. J., Farkas & Pierce, J. P. (2001). Determining the probability of future smoking among adolescents. *Addiction*, 96, 313-323.

網路資源

李樹人 (2008)。15歲少女 吸毒染愛滋。2009年9月10日取自 http://city.udn.com/52340/1452430?tpno=258&cate_no=55996

正生書院 (2006)。正生書院分享會與友誼賽。2010年10月5日取自 [http:// www.cch.edu.hk/pdf/06-07/school_12.pdf](http://www.cch.edu.hk/pdf/06-07/school_12.pdf)。

香港小童群益會 (2009)。青少年吸毒問題。2010年8月5日取自 [http:// www.bgca.org.hk/bgca06/main/press.asp?lang=C&id=653](http://www.bgca.org.hk/bgca06/main/press.asp?lang=C&id=653)

