

從強制戒治到社區醫療： 新世代藥癮治療處遇策略的挑戰與因應

王聲昌

財團法人國家衛生研究院神經及精神醫學研究中心
助研究員級主治醫師

一、前言

近來的神經科學研究證據表明，物質成癮是一個慢性、易復發的腦部疾病。毒品（成癮物質）藉由調控各類神經傳導物質，影響施用者的覺知、情緒或思考，從而誘發施用者產生興奮、愉悅、專注或放鬆等不一而足的感受與思想。然而，反覆施用終究造成腦部功能性與結構性的改變：一方面改變神經傳導物質的耐受性，使得施用者必須增加成癮物質的用量與頻率，以維持誘發感受的強度，並降低藥效來去之間的落差所引起的生理與心理戒斷不適；另一方面則改變施用者的記憶、學習、情緒調控與決策能力等重要腦功能，進而影響其行為與價值信念等，導致個人生活結構、人際關係及職能表現之缺損障礙，亦即表現為部分學者所比喻的「被成癮物質劫持的腦」。在極端的案例中，嚴重之偏差成癮行為甚至導致觸法犯紀，影響層面更將超越個人，而擴及家庭與社會。

神經科學的證據與知識不只更新我們對於物質成癮的成因、機轉與歷程的理解，也啟發諸多對於成癮問題介入、治療與復元的新思維。依據科學實驗證據與臨床實務經驗的積累，對於物質成癮問題的治療處遇原則，目前已歸納以下的基本共識：反覆施用成癮物質所造成的腦結構改變與功能缺損，透過治療來促進復元是可能而且必要的；成癮治療是一個複雜的過程，對於施用者的成癮狀況與全方位的生活需求面向進行評估，是開始治療的第一步；成癮治療內容的設計與執行

必須根據成癮物質的種類、成癮嚴重度、合併身心共病狀況，及考量心理、社會及職能等諸多面向的治療需求，提供相應且足夠強度與期程的處遇方案；成癮者往往受到主、客觀條件影響進入治療的意願，介入處遇方式應該結合具有行為科學實證基礎的動機促進方案，提升成癮者維持治療的意願，並合理考量交通、時間與經濟等因素，提升治療的可及性；對於沒有治療動機與意願的成癮者，適度地結合家庭、職場甚至司法系統等外部強制力量，不失為協助成癮者進入治療或維持治療的有效方式；接受治療的復元歷程與成效往往因人而異，重要的是，提供介入處遇的專業人員應該根據不同復元階段的成效指標，評估並調整治療處遇方案；復發是成癮者復元過程難以避免的現象，不應視為唯一的評估指標，專業人員面對成癮者的復發，應該檢討並修正治療執行方式，而不是將復發視為治療失敗。

不只於此。對於成癮問題與其治療處遇方式的實證研究結果，也正逐漸影響社會大眾面對成癮問題的態度，更具體反映在當前政府的成癮防治政策擬定與執行。蔡英文總統就任後，不只一次宣示「將毒品使用者視為需要協助的病人」。在行政院發佈的「新世代反毒策略」中，由衛生福利部主政的各項戒毒處遇規劃中，便將成癮治療的核心理念貫注於各項施政目標，包括「提升藥癮治療處遇涵蓋率」、「建置整合性毒(藥)癮醫療示範中心」、「增設藥癮治療性社區與中途之家」、「推動美沙冬替代治療跨區給藥服務及強化偏鄉替代治療可近性」、「將地方毒防中心主政機關由法務部改為衛福部，深化地方毒防中心的醫療戒治與輔導功能」及「評估法務部矯正署戒治所轉型及建置以醫療及復歸社會服務為核心，戒護為輔的戒治模式」等。另一方面，法務部近年來也大力推動「科學實證之毒品犯處遇模式」，根據美國國家藥物濫用研究所建議的十三項藥癮處遇實證原則，在矯治機構建構七個面向個案管理課程，涵蓋「戒毒成功人士經驗」、「成癮概念及戒癮策略」、「家庭及人際關係」、「職涯發展與財務管理」、「毒品危害

及法律責任」、「衛生教育及愛滋防治」與「正確用藥及醫療諮詢」，連結矯正、社政、衛政與勞政等四大政府部門資源，達成遠離毒害的唯一目標。

綜合以上，當前國內成癮的防治，從概念到實務，正在經歷一個處遇典範變革的過程，不只成癮物質施用者的身分由「犯人」、「病犯」而逐漸過渡為「病人」，各類治療介入處遇的方案與執行場域，也因應成癮者不同復元階段的多元需求而進入社區建置發展。同時，在司法矯治體系中，也針對收容人的藥癮問題研擬諸多措施，大幅提升專業處遇的量與質。然而，檢視目前國內成癮專業治療處遇的服務現況，無論在社區機構或司法矯正體系，是否已經做好準備，根據成癮者復元需求，秉於科學精神，善用實證研究成果與經驗，建立新世代成癮處遇模式？本文將摘要自衛生福利部委託國家衛生研究院辦理之「106 年度發展本土實證的成癮治療模式」¹與「107 年度法務部所屬戒治所毒品施用者處遇服務檢視案」²，透過檢視當前藥癮處遇專業人員養成，及各類處遇機構，包括醫療院所、民間團體及法務部所屬戒治所等執行業務概況，探討國內藥癮處遇發展所面臨的挑戰。

二、成癮處遇人員的專業發展

成癮醫學在國內的發展起步甚晚，反映長期以來主流醫學與相關專業領域對成癮問題的忽視；究其根本，在於國內向來將施用成癮物質視為犯罪，而由司法矯治系統介入成癮者的處遇，成癮者的司法身分也阻卻其主動尋求治療的動機。影響所及，提供藥癮處遇的專業人

¹本計畫執行「成癮防治專業人員服務提供意願與動機焦點團體」共 3 梯次 13 名專業人員，涵蓋醫師（1），社工師／員（5），諮商師（5）及公共衛生師（2）。

²本計畫訪視法務部所屬新店、台中、高雄及台東戒治所，計個別訪談受勒戒／戒治人（18）、心理師（4）、社工師／員（15）、輔導員（5）及管理員（4），並執行專業人員焦點團體 2 梯次，包括心理師（5）及社工師／員（5）。

員，即使具備醫學、心理或社工等專業證照，但在取得學位的養成過程中，成癮專業學習多半附屬於特定課程的局部章節或單元，極少建立有系統的課堂講授、見習乃至臨床實習的培訓過程。因此，成癮防治專業的養成時機，多數是在投身實務工作以後，邊做邊學，但可能因而會受到服務機構的屬性、處遇對象與方案內容的限制。除此之外，多數處遇機構會在不影響既定工作的前提下，安排或鼓勵所屬專業人員參與講習或工作坊形式的在職訓練，內容以成癮領域的新知，國內現況經驗分享、相關法規研討或特定治療處遇技巧為多。此外，近年來部分成癮處遇服務機構逐漸引入督導制度，反映了對於成癮業人員與機構成長的重視；然而督導型態仍以團體或工作團隊督導為重，對於個人專業成長至關重要的個別督導，則普遍欠缺，反映現階段國內成癮治療領域理論與實務人才不足的現象。

投入成癮防治領域的動機，也是影響專業人員學習成長，並提升處遇品質的重要因素。矯正機構與部分長期投入藥癮防治領域的民間機構，由於宗旨與任務目標明確，專業人員在應聘到任之前，無論是理想、興趣或心態，多半已有準備或調適，相對表現出更高的學習動機與投入意願。然而，因應國家強化成癮治療處遇服務的政策目標，近幾年有許多原非成癮處遇機構，尤以醫療機構更為明顯，轉型投入承辦相關業務方案。這些機構受限於經驗及相關專業人才儲備，往往面對既有編制的專業人員並無強烈意願學習或投入此一新興業務的狀況。為改善過渡時期的專業人員需求，機構通常權衡既有人力與資源，設計各式措施：(1) 招募專業人員從頭開發相關業務，(2) 以獎勵措施提升參與動機，或(3) 輪調或指派既有人員參與相關業務等。各種促進方案固然可以短期解決專業人力需求，但長期而言，也不乏專業人員在輪調派任結束後，不願繼續承接，或獎勵制度無以為繼，而使已建立的成癮處遇服務漸次萎縮的案例。

專業處遇人員的養成過程中，除了建立並維持動機，嫻熟相關的理論、法規制度與處遇技巧，如何熟悉處遇對象的背景與文化，進而掌握其服務需求，更是建立照護關係的入門關鍵。復元中的成癮者，或「過來人」，以其成癮歷程與復元經驗的分享，除可以協助建立專業人員與處遇對象的溝通，並可積極參與處遇方案的設計與執行。部分民間機構依其服務屬性與對象，高度仰賴「過來人」或復元中的成癮者在其處遇系統中擔任示範榜樣、訓練或管理等核心角色。另外有些機構，雖因處遇方案性質，或培訓管理等現實考量，並未納入「過來人」參與實際的防治處遇任務，但仍會借重「過來人」的經驗分享與反饋，補強專業人員對真實世界的成癮概況及處遇對象族群的理解。相形之下，多數醫療機構處遇方案的設計與執行皆以專業人員為主要核心，較無納入「過來人」功能性角色的考量。

三、成癮處遇執行概況

甲、醫療機構

隨著成癮問題的醫療模式日漸普及，以及醫事主管機關對於發展國內成癮醫學的重視，近年來有越來越多的醫療機構投入成癮治療領域。目前普遍的治療模式略述如下：(1) 藥物輔助成癮治療門診：以海洛因成癮患者為主要對象，藉由開立口服長效類鴉片製劑如美沙冬或丁基原啡因等，緩解生、心理戒斷不適，達到減用或戒除非法海洛因的治療目標，2) 合併精神共病的門診或住院治療：針對各類成癮患者常見合併的情緒、睡眠障礙或精神病等，提供一般精神科門診或住院診療，及(3) 成癮疾患特別門診或特殊心理治療：對於甲基安非他命或愷他命成癮等無藥物輔助治療的成癮疾患，或合併的心理社會問題，通常安排為期數周到數個月，每周一次到每月一次不等的特別門診、個別或團體心理治療，或家族治療。除了上述治療模式，

先進國家針對不同階段處遇需求及處遇延續性為概念所發展的模式，諸如急性戒斷期的住院治療，以成癮核心問題為治療標的的密集門診（每周至少 9 個小時）或住院治療，或中、長期的居住治療方案等，除少數的試辦模式外，普遍並未發展。

就接受醫療處遇的成癮者樣態而言，以施用第一、二級毒品，經緩起訴附命接受戒癮治療者為最大宗，顯見結合司法刑事系統的強制作為，是當前推動成癮者尋求專業協助的主要力量。然而，面對成癮者的問題樣態與多元需求，是否建立分類標準與分流機制，並設計相應的處遇方案與評估流程是影響緩起訴附命戒癮治療成效的重要關鍵。除此之外，主動尋求醫療協助者僅佔少數，除歸咎於成癮者治療動機不足的根本原因，成癮是疾病，需要治療的概念也有待普及推廣。

乙、民間機構

民間機構基於本身成立宗旨或使命，通常有其核心服務對象，例如施用成癮物質的青少年、甫離監之成癮者或合併感染愛滋的成癮者等；處遇服務內容，也依據宗旨目標或對象的特定需求而建立，例如戒毒村（治療性社區）、中途之家、就業輔導或社會企業等。相較於醫療機構專注於成癮及相關身心疾患的治療照護，民間機構的服務方案則涵蓋更為多元的成癮者需求面向。然而，基於設置標準或經費限制，多數民間機構高度仰賴志工、更生人或過來人等非專業人員從事管理或輔導工作，其執行基礎則多依據個人或組織的經驗傳承，而處遇成果的呈現方式多側重個案的現身說法，少有針對處遇方案整體程序與成果的分析與評估。整體而言，民間機構依其信念與熱忱投入成癮防治服務，固然對於建構完整的成癮防治體系極有貢獻，但如何依據經驗，建構可操作與驗證的方案，同時整合既有的成癮防治理論與

實證研究成果，是現階段國內民間機構強化成癮防治服務品質所必須面對的。

近年來，建立成癮專業處遇的理念確實也正影響部分民間機構的規劃與營運，並開始增聘專業人員投入處遇服務。然而，資源的籌措也增加營運負擔。承接公部門的成癮防治相關計畫是許多民間機構實踐理念，並且爭取經費挹注的重要途徑。實務上，主管機關規劃短、中期程的委辦計畫案，固然有助於掌握執行績效，並依據政策需求，調節後續規劃方向，但對於資源有限的民間機構而言，並不利於深化處遇內容與協助專業人員累積經驗等長期目標，從而影響機構的專業特色與定位。此外，為求稽核管考執行成效，主管機關通常針對方案的執行期程、頻次與成果等，訂立明確查核指標；承辦機構或專業人員為求達成目標，往往排除複雜或嚴重的處遇對象，以免無法如期結案，影響執行績效。如何檢討並建立民間機構承辦政府計畫的規範與機制，也是主管機關鼓勵民間機構投入成癮處遇業務的同時，必須處理的課題。

丙、矯正機關

近來法務部矯正署積極倡導毒品／成癮物質的戒治必須依據科學立論設計與執行處遇方案，轄下所屬各矯正機構也配合政策目標，優化處遇課程的形式與內容，除了成癮物質濫用的核心議題，更擴及攸關成癮戒治收容人復元及賦歸社會的重要議題，包括心理健康、法律、職涯、家庭關係、財務管理、傳染病防治及衛生教育等。以戒治所針對強制戒治成癮的處遇方案為例，除了多元處遇的精神貫穿戒治期間的課程設計，內容安排也依受戒治者不同階段需求而調整，並建立考核機制評估受戒治者是否達成階段處遇的目標。

但就現實情況而言，戒治處所作為監所體系的一部份，提升成癮防治專業處遇執行品質的過程，仍受到國內現行監所環境諸多體制與結構之間環環相扣的限制，例如專業人員的編制與服務量能的合理規劃，專業處遇方案的設計及執行與監所管理原則之間的協調，專業成癮處遇方案的處遇目標、執行強度、成效評估與修正回饋之間的具體連結，及外部處遇資源（民間機構與醫療機構）與戒治體系的分工與合作等。值此科學實證毒品處遇模式於矯正機關大力推動之際，如何對戒治處所的體制與結構進行調整與變革，以利於實證處遇模式的落實是提升處遇成效的真正挑戰。

四、結論與建議

科學研究證據與臨床實務經驗正在改變我們對於成癮現象的理解；成癮問題的介入處遇策略也面臨變革，處遇的設計與執行必須正視成癮物質施用者在不同場域出現的多元需求，並整合不同領域的專業共同投入。在這個成癮處遇典範轉型的時刻，專業人員的育成與相關法規制度的修訂是支持並推動轉型的根本，並有深遠的影響。但是，無論是人才育成與法規的檢討修訂，都是耗時費事的艱鉅任務，加上社會氛圍對於表象成效的關注，都會影響這些基礎建置。藥癮防治的相關主管機關、執行機構與專業人員都有責任，盤點檢討既有工作，凝聚改變目標，並建立策略，推動改革。

針對前述成癮治療專業處遇人員養成與各類型處遇機構執行業務的概況，本文擬提供以下建議：

甲、強化成癮專業處遇人員的培訓養成：

各領域專業的相關課程設計應該適度導入成癮的疾病概念，並強

調專業處遇對於處理成癮問題的重要性，將有助於學習者激發興趣，產生動機，投入成癮防治的相關工作。各處遇機構除了透過系統性的課程，建立專業人員的核心知識與基本處遇技巧之外，並應該透過實務督導機制，提升個人與機構的處遇品質。友善的職場環境與專業發展空間，對於鼓勵專業人員持續投入這個新興並充滿挑戰的領域是基本而重要的。

乙、精進成癮處遇方案的設計與執行：

成癮處遇方案應該建立在理論或實證的基礎之上。透過訂定明確的介入處遇目標、執行方式與施行對象的條件，將有助於檢視處遇方案的執行成效，並作為精進與推廣的參考。成癮處遇方案也應該考慮成癮者的照護需求，主管機關應該盤點各類處遇的需求，並積極籌措資源，依處遇的需求程度謀求補強，並應該透過個案研討、專題研習或是跨專業的先導試辦等機制，改善當前因為各處遇機構之間聯繫不足，而對成癮者持續照護的影響。