

主辦單位：

合辦單位：

贊助：



2017年 全國藥物濫用 防治研討會 論文集

實證建防治

緩害有所依

十方建共融

抗毒有成效



目錄

內容	作者	頁數
前言	袁巧仙	4
研討會流程安排		5-8
Effective drug policies: international experiences 實證為本的毒品政策及海外經驗分享	Professor Alex Stevens	9-14
工作坊：緩減傷害		
康復三部曲：漸進式的戒毒康復模式初探	李景輝、葉齊芬、鄭明輝	15-18
應用《自願戒毒求助者高危行為問卷調查》 作介入輔導工具及其實踐經驗	李麗萍、黃嘉欣	19-25
工作坊：及早識別及介入模式		
青少年戒毒多層輔導模式	陳文浩、曾皓謙、陳皓瑾	26-30
預防濫藥多層面介入的工作	周佩玲	31-34
澳門在學青少年的濫藥現狀:中文與 非中文學校學生之比較	李德、夏一巍、 劉子瑄、張小華	35-42
「探討隱蔽用藥者的生活經驗」研究調查	柯麗珊、黃婉琪、 Josselino Lam Pedro	43-47
工作坊：家人支援及家庭為本的介入模式		
探索親情間的慈繩愛索如何有助抗毒－ 親子間的聯繫感對協助子女戒毒的成效	倪美華	48-52
強化家庭功能及抗毒認知訓練	陳文浩、趙金華、陳皓瑾	53-57
再思互累症，調整社工介入定位	黎少媚、吳芷玲	58-60
『家庭的光與影』－揉合「敘事治療」與「表達藝術治療」予重塑戒毒者與親人關係	吳新健、陳家樂、梁健國	61-64
揉合親密關係於戒毒輔導經驗分享	區潔盈、陳詠斯、李芳	65-68
家庭導向模式於藥物濫用預防之探討	黎詩茵、張妙旋、曹嘉璐	69-70
建立以家庭為本的藥物濫用防治模式	周麗輝	71-72
工作坊：跨專業協作及身心靈介入支援		
香港精神科醫院與非政府機構合作介入雙重失調病人新 模式之成效分析	關造之	73-77
推進自願戒毒工作的思考	張薇、徐浩博	78-79
從回顧人生到意義重尋---應用意義治療法於戒毒輔導之 淺談	陳子玲、黃家俊	80-83
綜合身心靈介入手法應用初探	馬如真、黃可青	84-87
工作坊：刑法的發展及實證研究		
影響戒毒個案對緩刑戒毒措施認同程度之相關因素探討	鄭耀達	88-93
治療還是懲罰？監禁與緩刑考驗對物質使用者康復意向 之對比	Cheung, Lik Hang	94-103
中國強制隔離戒毒成效調查與改革構想	程衛東	104-106
Facts and Myths: ICE use in Heroin Abusers	劉卡諾	107-112
工作坊：創新禁毒預防教育手法		
社工創新公益項目嵌入校園禁毒服務的作用-以春暖駐 布吉街道禁毒小組特色項目為例	黃茂磊	113-116

內容	作者	頁數
以魔術作為禁毒教育工具的可行性初探	江永泰	117-119
移動醫療手機 APP 在中國戒毒康復中的可行性研究	韓慧、張靚穎、Yih-Ing Hser、 梁笛、李煦、王嫻嫻、趙敏、杜江	120-124
本澳青少年藥物濫用次級預防工作經驗分享	陸綺彬、方韻	125-127
澳門青少年藥物濫用與預防策略的性別差異研究	唐偉、李德、梁敏	128-134
創新禁毒預防教育手法－「點・揀」禁毒 預防教育應用程式	梁玉娟	135-138
虛擬實境（VR）技術在毒品預防教育中的應用價值、 實踐與構想	朱曉莉、杜永平、陳曉雲	139-142
特別群組濫藥服務的需要		
香港的越南裔吸毒者 HIV 感染風險行為初探	李景輝、戴思韻、范雨	143-148
回應男男性接觸者濫藥行為的經驗分享-『PS33 尖沙咀 中心』與『關懷愛滋』的跨服務合作計劃	劉子進、李啟龍、葉永裕	149-152
Review of Chem Fun, HIV and the MSM community in Hong Kong.	鄭嘉賢、黃文謙	153-158
從印度宗教傳統種姓制度分析港澳地區第二代印度籍 居民吸煙和吸毒的行為研究	Dos Santos、Luís Miguel	159-162
跨專業介入：「新生命・孕記」吸毒孕婦 支援計劃成效評估	尹潔盈	163-169
少數族裔戒毒康復服務 - 朋輩教育員的角色 和培養上的特色及挑戰	劉健宗	170-173
男同志 Chem Sex 濫藥趨勢及介入手法初探	周峻任	174-178
特殊教育需要學生禁毒教育計劃－生活技能 為本小組的成效與經驗	袁巧仙、李穎心、劉葆淇、勵楚欣	179-183
工作坊：重返社會及社區為本介入模式		
淺談運用社區醫療服務資源和倡導參與 禁毒工作(澳門經驗)	李凱笙	184-187
社區戒毒和社區康復工作的問題與對策	王萍	188-191
社區「自」療助抗毒－探討應用靜觀體藝模式於 預防復吸工作的成效	鄭婷婷、吳嘉麗、張耀基	192-195
工作坊：戒毒治療與康復		
藥物－個人－處境綜合分析法：減害心理治療的啟示	李景輝、吳彬彬、林詩	196-199
多元家庭治療小組在香港戒毒服務的應用初探	鍾燕婷、周鈺山	200-204
吸食笑氣所致精神病性障礙一例並文獻複習	藍曉嫦、王達平	205-207
從傳統戒毒中心邁向新時代戒毒模式的服務蛻變－ 明愛黃耀南中心	陳惠忠、鄭國燊	208-211
其他論文		
青少年復吸的環境因素及介入需要	王國俊	212-214
多媒體於社區抗毒教育的應用	劉栢康、黎頌安、陳偉恒	215-217
「心在弦動」網絡頻道計劃：探討應用網絡 來提升社區人士對戒毒人士的認識	陳啟銓、廖麗雯	218-221
『與寶貝同行計劃』－探討年輕吸毒父母的需要 及介入方法	陳盈、劉美詩	222-227
「身心靈健康模式」在開放式戒毒善後輔導宿舍的應用	莫綺蘭、任天恒、陳麗珊	228-231

內容	作者	頁數
Olanzapine for the treatment of acute symptoms of mental disorders induced by amphetamine-type stimulants: a randomized controlled trial with comparison of haloperidol	Xu Chen、Xiaobin Xue、Qiang Fan, Yun Song、Jiyong Tang、Wei Yuan	232-236
思瑞康治療甲基苯丙胺所致精神障礙及精神分裂症療效對比觀察	高尚、王汉文、刘琳 田凤鸣、钟明	237-240
社區戒毒社區康復工作社會化的思考	秦总根	241-244
美國 Matrix 干預模式在強制隔離戒毒所合成毒品濫用者團體心理諮詢中的運用初探	孟怡然、张丽琼	245-249
同伴教育在社區戒毒康復領域的運用	厉济民	250-252
美沙酮聯合福康片戒斷治療阿片類物質依賴病人 2 例	徐浩博、张薇	253-254
從改革社區戒毒工作機制角度談《禁毒法》修改	胡明阳	255-257
推進病殘戒毒人員康復工作的探索與思考	霍燃、王汉文	258-260
社會排斥與社會融合:藥物濫用人員回歸社會困境與對策分析	张静、刘传龙	261-264
社會工作視野下的“一站式”－社區戒毒－社區康復模式	宋红源、郝柱、戴孟丝、李晓兰、 石圆圆、郭月媛、钟娜	265-268
對 M S M 感染 HIV 的對策研究	谢颖妍	269-272
生命教育視域下的戒毒人員教育矯治模式探析	徐猛	273-277
戒毒康復人員回歸社會的途徑和思考－基於標籤理論視角的分析	徐猛	278-282
“海南三亞籍”戒毒人員社會支援體系運行狀況調查及應用研究	龚梓	283-290
戒治與恢復：論三亞社區戒毒（康復）的參與主體	龚梓	291-293
禁毒社會工作社區為本支援的本土化及反思	李健强	294-295
中國大陸社會戒毒醫療機構的問題及完善以陝西省西安市四家機構的調查為例	褚宸舸	296-305
淺談濫藥者家人支援服務	譚國輝	306-308
智能手機應用程式輔助澳門青少年戒除毒癮	溫立文、李麗萍	309-312

前言

自 1999 年首屆研討會以來，中國內地、香港及澳門三地的專家學者及服務提供者，一直透過此研討會就藥物濫用防治問題互相學習與交流，以進一步提高全國藥物濫用防治工作的專業水平。

在過去二十年間，三地乃至全球的藥物濫用問題，一直未有止息。緝獲的違法藥物有增無減，造成對無數生命的損害和在防治工作上的挑戰。面對挑戰，防治工作者沒有氣餒，迎難而上，他們的努力和成果，充份彰顯于本論文集內。

在論文的評審準則上，以實證為本、討論及分析的深度及批判性均為首要，當中結集實踐經驗和深刻的反省。論文涵蓋多個主題，涉及不同層面的預防工作，當中更有創新預防教育手法，防治對象包括不同群組，例如特殊教育需要的學生，由濫藥者、家人以至不同性向及族裔，具備充份的文化敏銳度。在戒毒治療與康復上均有更多元化的發展，例如以跨專業合作、身心靈介入或家庭為本的支援手法。是次會議，更加入刑法角度，令防治觸角更為全面。

全球防治策略的討論，在實戰中不斷反省及發展，從過往認為濫藥者是罪犯、病患，以至濫藥者是需要幫助的人。當中「緩減毒害」的防治政策及措施上具有長足發展，亦為本屆會議主題之一。期望大家在論文集中可深入理解，為未來防治工作，充份裝備。

感謝所有呈交論文的作者，對防治工作的貢獻！也感謝中國藥物濫用防治協會及澳門特別行政區政府社會工作局同工們齊心協力，讓研討會得以順利舉行。

袁巧仙

第十屆全國藥物濫用防治研討會

香港籌委會主席

流程安排

2017 年 10 月 17 日 (第一天)		
時間	內容	
9:00-9:30	登記	
9:30-10:00	開幕儀式	
10:00-12:00	全體大會(一)	
	香港的抗毒工作：經驗與挑戰	陳詠雯女士 (香港特別行政區政府保安局禁毒處禁毒專員)
	國際毒品形勢新趨勢、新挑戰	郝偉先生 (中國藥物濫用防治協會會長)
	澳門全方位的禁毒防治工作	許華寶女士 (澳門特別行政區政府社會工作局防治賭毒成癮廳廳長)
12:00-14:00	午膳	
14:00-15:30	工作坊一：緩減傷害	工作坊二：家人支援及家庭為本的介入模式 (1)
	1. 公共衛生與緩減傷害 (Public Health & Harm Reduction) Professor Alex Stevens (英國肯特大學犯罪司法研究教授社會政策及社會研究學系副系主任)	1. 探索親情間的慈繩愛索如何有助抗毒－親子間的聯繫感對協助子女戒毒的成效 倪美華、吳嘉麗 (香港青少年服務處心弦成長中心)
	2. 康復三部曲：漸進式的戒毒康復模式初探 葉齊芬、鄭明輝 (香港戒毒會石鼓洲康復院)	2. 強化家庭功能及抗毒認知訓練 陳文浩、趙金華 (香港青年協會青年違法防治中心)
	3. 應用《自願戒毒求助者高危行為問卷調查》作介入輔導工具及其實踐經驗 李麗萍、黃嘉欣 (澳門特區政府社會工作局戒毒康復處)	3. 再思互累症，調整社工介入定位 吳芷玲 (明愛樂協會)
15:30-16:00	4. 澳門推行清潔針具計劃與減害工作經驗 Augusto Nogueira (澳門戒毒康復協會 ARTM)	
	小休及茶點	
	工作坊三：及早識別及介入模式	工作坊四：家人支援及家庭為本的介入模式 (2)
	1. 青少年戒毒多層輔導模式 陳文浩、曾皓謙 (香港青年協會青年違法防治中心)	1. 《家庭的光與影》－揉合「敘事治療」與「表達藝術治療」予重塑戒毒者與親人關係 吳新健、陳家樂 (香港基督教服務處 PS33 尖沙咀中心)
16:00-17:30	2. 預防濫藥多層面介入的工作實踐 周佩玲 (教育暨青年局)	2. 揉合親密關係於戒毒輔導經驗分享 陳詠斯、李芳 (香港聖公會福利協會新念坊)
	3. 澳門在學青少年的濫藥現狀：中文與非中文學校學生之比較 李德 (澳門大學社會學系)	3. 家庭導向模式於藥物濫用預防之探討 黎詩茵、張妙旋 (澳門醫護志願者協會)
	4. 探討隱蔽用藥者的生活經驗研究調查 柯麗珊、黃婉琪 (澳門基督教新生命團契 SY 部落)	4. 建立以家庭為本的藥物濫用防治模式 周麗輝 (深圳市點點青少年藥物成癮關愛中心)
18:00-21:00	晚宴	

2017 年 10 月 18 日 (第二天)		
時間	內容	
9:00-9:30	登記	
9:30-12:00	全體大會(二)	
	1. 丁丙諾啡納洛酮舌下片在中國的多中心臨床研究 李靜女士 (中國藥物濫用防治協會副會長) 2. 實證為本的毒品政策及海外經驗分享 Professor Alex Stevens (英國肯特大學犯罪司法研究教授社會政策及社會研究學系副系主任) 3. 氯胺酮和甲基苯丙胺的泌尿並發症 - 從認知到治療 吳志輝醫生 (香港中文大學外科部泌尿外科何善衡中心主任兼教授)	
12:00-13:30	午膳	
13:30-15:00	「真人圖書館」之藥物濫用防治經驗交流	
15:00-15:30	小休及茶點	
15:30-17:00	工作坊五：跨專業協作及身心靈介入支援	工作坊六：刑法的發展及實證研究
	1. 香港精神病醫院與非政府機構合作介入雙重失調病人新模式之成效分析 關造之、劉世立 (香港明愛青少年及社區服務及明愛容園中心) 2. 推進自願戒毒工作的思考 張薇、徐浩博 (山西省 109 醫院藥物依賴科) 3. 從回顧人生到意義重尋——應用意義治療法於戒毒輔導之淺談 陳子玲、黃家俊 (基督教香港信義會天朗中心) 4. 綜合身心靈介入手法應用初探 馬如真、黃可青 (香港基督教服務處 PS33 深水埗中心)	1. 影響戒毒個案對緩刑戒毒措施認同程度之相關因素探討 鄭耀達 (澳門特區政府社會工作局戒毒康復處) 2. 治療還是懲罰？監禁與緩刑考驗對物質使用者康復意向之對比 Cheung, L.H., Erick (澳門戒毒康復協會 ARTM) 3. 中國強制隔離戒毒成效調查與改革構思 程衛東 (廣東省惠州其緣戒毒研究所) 4. Facts and Myths: ICE use in Heroin Abusers 劉卡諾 (香港善導會)

2017 年 10 月 19 日 (第三天)		
時間	內容	
9:00-9:30	登記	
9:30-11:00	工作坊七：創新禁毒預防教育手法(1)	工作坊八：特別群組濫藥服務的需要(1)
	1. 社工創新公益項目嵌入校園禁毒服務的作用-以春暖駐布吉街道禁毒小組特色項目為例 黃茂磊 (深圳龍崗區春暖社區服務中心) 2. 以魔術作為禁毒教育工具的可行性初探 江永泰 (街總社區青年服務隊) 3. 移動醫療手機 APP 在中國戒毒康復中的可行性研究 韓慧、杜江 (上海市精神衛生中心)	1. 香港的越南裔吸毒者 HIV 感染風險行為初探 范雨、戴思韻 (香港戒毒會) 2. 回應男男性接觸者濫藥行為的經驗分享-『PS33 尖沙咀中心』與『關懷愛滋』的跨服務合作計劃 葉永裕 (香港基督教服務處)、李啟龍 (關懷愛滋) 3. Review of Chem Fun, HIV and the MSM community in Hong Kong 劉子進、鄭嘉賢 (關懷愛滋) 4. 從印度宗教傳統種姓制度分析港澳地區第二代印度籍居民吸煙和吸毒的行為研究 Dos Santos, Luís Miguel (澳門海關培訓中心)
11:00-12:30	工作坊九：創新禁毒預防教育手法(2)	工作坊十：特別群組濫藥服務的需要(2)
	1. 本澳青少年藥物濫用次級預防工作 陸綺彬、方韻 (澳門基督教青年會) 2. 澳門青少年藥物濫用與預防策略的性別差異研究 梁敏 (澳門大學社會學系) 3. 創新禁毒預防教育手法-「點·揀」禁毒預防教育應用程式 梁玉娟 (基督教香港信義會天朗中心) 4. 虛擬現實(VR)技術在毒品預防教育中的應用價值、實踐與構思 朱曉莉、杜永平、陳曉云 (福建警察學院禁毒研究中心)	1. 跨專業介入：「新生命·孕記」吸毒孕婦支援計劃成效評估 尹潔盈 (香港路德會社會服務處路德會青彩中心) 2. 少數族裔戒毒康復服務-朋輩教育員的角色和培養上的特色及挑戰 劉健宗 (香港善導會) 3. 男同志 Chem Sex 濫藥趨勢及介入手法初探 周峻任 (香港小童群益會性向無限計劃) 4. 特殊教育需要學生禁毒教育計劃-生活技能為本小組的成效與經驗 勵楚欣、李穎心 (社區藥物教育輔導會)
12:30-14:00	午膳	
14:00-15:30	工作坊十一：重返社會及社區為本介入模式	工作坊十二：戒毒治療與康復
	1. 運用文化藝術於青少年戒毒重返社會的角色和功能 LEI ION CHON 李銳俊 (風盒子社區藝術發展協會) 2. 淺談運用社區醫療服務資源和倡導參與禁毒工作 (澳門經驗) 李凱笙 (澳門特區政府社會工作局戒毒康復處) 3. 社區戒毒和社區復康工作的問題與對策 王萍 (廣西第三強制隔離戒毒所) 4. 社區「自」療助抗毒-探討應用靜觀體藝模式於預防復吸工作的成效 鄭婷婷、張耀基 (香港青少年服務處心弦成長中心)	1. 藥物-個人-處境綜合分析法：減害心理治療的啟示 吳彬彬、林詩 (香港戒毒會美沙酮輔導服務) 2. 多元家庭治療小組在香港戒毒服務的應用初探 周鈺山、鍾燕婷 (東華三院越峰成長中心) 3. 吸食笑氣所致精神病性障礙一例並文獻複習 藍曉嫦 (廣州市惠愛醫院物質依賴科) 4. 從傳統戒毒中心邁向新時代戒毒模式的服務蛻變 - 明愛黃耀南中心 陳惠忠、鄭國燊 (明愛黃耀南中心)
15:30-16:00	小休及茶點	
16:00-17:00	閉幕禮 及 交接儀式	

2017 年 10 月 20 日 (第四天)

機構探訪
路線 1：明愛容園中心 及 香港基督教服務處 賽馬會日出山莊
路線 2：聖士提反會城門之源綜合復康家庭 及 基督教巴拿巴愛心服務團
路線 3：香港路德會社會服務處路德會 青彩中心 及 香港明愛 黃耀南中心
路線 4：明愛樂協會 九龍中心 及 香港善導會綠洲計劃 自力綠洲宿舍 (旺角)
路線 5：香港基督教服務處 PS33 藥物濫用者輔導服務 深水埗中心 及 醫院管理局青山醫院 屯門物質濫用診療所
路線 6：基督教香港信義會靈愛中心 蛋家灣訓練村
路線 7：基督教互愛中心 浪茄男性訓練中心
路線 8：基督教正生會 霞澗男/女性/青少年戒毒及康復中心
路線 9：香港戒毒會－石鼓州康復院
路線 10：懲教署喜靈州戒毒所

Effective drug policies: international experiences

Professor Alex Stevens

Professor in Criminal Justice and Deputy Head of the University of Kent's School of Social Policy, Sociology and Social Research

This paper has two main aims in presenting international experience of drug policy. The first is to provide an overview of the techniques and interventions that are used internationally in addressing drug use and related harms. In other words, how does drug policy work technically? The second is to examine how these efforts relate to the distribution of power, resource and respect. In other words, how does drug policy work politically? This talk will consider the range of interventions that fit the technical definition of drug policy, and the strength of the evidence for their effects. And it will also consider how political questions of drug policy affect our efforts to reduce harms. Specifically, it will argue that politically established inequalities in the distribution of power, resource and respect have more impact on drug-related harms than do the technicalities of interventions that are targeted at users.

Drug policy interventions

The first part of this talk will draw on the work of Alison Ritter and David McDonald (2017; 2008) in their review of taxonomies of illicit drug policy. They used a broad definition of drug policy as ‘any government, non-government, community or individual strategy, response or intervention that we expect to impact on drug use and drug harms.’ They have identified 125 different interventions that fitted this definition. The classification system that they found most useful for categorising these interventions was the ‘four pillar’ approach that has been used in Australia, Vancouver and Switzerland.

The four pillars of drug policy are: law enforcement, prevention, treatment and harm reduction. This classification has proved controversial at the international level, due to its explicit inclusion of the term ‘harm reduction’, with its inherent implication that harm can be reduced even without achieving abstinence. As the panel of experts recently brought together by *The Lancet* (Csete et al., 2016) have noted, this is far from controversial in other fields of public health. For traffic safety, alcohol, violence and sports injuries, very few people think that it is necessary to eliminate the activity in order to reduce its harms. The resistance of several countries to the inclusion of the term in the outcome document of last year’s UN General Assembly Special Session on drugs shows that there is still reluctance to apply this concept to illicit drug use. This reluctance has had interesting consequences for the development of our knowledge on technical effectiveness. Political resistance to harm reduction initiatives has meant that they have often only been allowed to happen in the context of evaluated pilots.

This has been the case, for example, for interventions such as heroin-assisted treatment, supervised injecting sites and the provision of naloxone to injecting drug users to prevent overdose fatalities. Each of these have now been shown to be effective in protecting the health of drug users in repeated, rigorous evaluations (Farrell & Hall, 2015; Giglio, Li, & DiMaggio, 2015; Potier, Laprévote, Dubois-Arber, Cottencin, & Roland, 2014; Strang et al., 2015). Paradoxically, by ensuring that pilots would be thoroughly evaluated, resistance to harm reduction has had the effect of establishing harm reduction initiatives as those that have the best evidence for their effectiveness across the range of drug policy interventions.

This holds especially true if we include other forms of opiate substitution treatment, including methadone and buprenorphine, as both harm reduction and treatment approaches. Such substitution treatment is often politically disparaged, but is the form of drug treatment with the greatest weight of evidence to support it (ACMD, 2016; Amato et al., 2005; Joseph, Stancliff, & Langrod, 2000; Kimber, Larney, Hickman, Randall, & Degenhardt, 2015; Mattick, Kimber, Breen, & Davoli, 2008). There are other promising approaches, such as contingency management – the practice of rewarding drug users with money or other benefits for their progress in treatment – and brief, motivational interventions (Babor et al., 2010; Bahr, Masters, & Taylor, 2012; Stanger, Budney, Kamon, & Thostensen, 2009). The evidence for some treatment interventions, including residential, abstinence-based treatment and the Minnesota Model of 12-step peer support, is relatively weaker (Babor et al., 2010).

The evidence is also mixed when it comes to interventions that are designed to prevent people from using drugs in the first place. We know that the simple provision of information through mass media or education campaigns is not effective. Indeed, some such campaigns have been shown to increase drug use (Ibid). But there are some interventions that have been shown to have good effects in reducing adolescent risk-taking (including drug use), such as skills-based training programmes, whole school approaches and support to

parents and children in the early years of childhood (ACMD Recovery Committee, 2015).

If prevention can be considered the ‘poor relation’ of drug policy, in terms of the money and attention that it receives, then law enforcement is the ‘favoured son’. Money and praise are lavished upon it, even though there is almost a complete lack of rigorous evidence for the effects of specific law enforcement interventions in reducing drug use and related harms. States are so committed to enacting and enforcing such laws that they have not seen much point in evaluating them (a point specifically made by Gordon Brown while UK Prime Minister, who argued that evaluating the approach would be a waste of money, as it would continue whatever the results (Brown, 2010)). Thanks to work done in Australia (Mazerolle, Soole, & Rombouts, 2005) and elsewhere, we do have some systematic evidence on law enforcement initiatives that work. They typically involve partnership with other local agencies, including local government and private actors. These might include landlords, who can help to reduce local drug problems through their letting practices. Or it could involve religious and community groups, who can provide alternatives to drug law offenders who are identified for intervention by the police (Kennedy & Wong, 2009). Simple crackdowns rarely have anything more than a short-term effect. The banning of legal sale and international traffic in illicit drugs probably does have some downward effect on drug use by increasing risk and prices in drug markets (Caulkins & Reuter, 2010), but it also imposes substantial harms on drug users and societies (Global Commission on Drug Policy, 2012, 2013, 2015; Werb et al., 2010). We know that some law enforcement initiatives can be very harmful indeed. One example is Thailand’s national drug initiative, starting in 2001. This involved a huge increase in police activity against drug users and dealers. Hundreds of people were killed by state-supported militia groups. Despite the massive expenditure and abuse of human rights, there seems to have been little long-term effect on levels of drug use (Khruakham & Lee, 2016). Another current example is President Duterte’s murderous campaign against drugs in the Philippines, which has so far included thousands of extra-judicial killings.

Another controversial form of intervention is the compulsory treatment of drug users. This is not very often used in Western countries, but is practiced in some Asian countries, including China, Vietnam, Cambodia and Thailand. As it involves treatment without informed consent, this intervention contravenes several well-established codes of medical ethics. For these and other reasons, it also breaches the International Convention on Civil and Political Rights (Stevens, 2012). So this form of treatment is unethical in itself. It also provides settings in which egregious abuses of human rights, including torture and the imprisonment and abuse of children have been reported. It is also highly doubtful that it is effective in reducing drug use. Very high relapse rates – over 90 per cent – have been reported from compulsory treatment in China. When compared to humane, evidence-based approaches like opiate substitution therapy, compulsory treatment is both more expensive and less effective (Vuong et al., 2016). For this intervention, as for many others, the ongoing use of compulsory treatment has more to do with political support than rational use of evidence.

The politics of drug policy

In many contemporary debates, the main political question that is asked about drug policy is: ‘Should drugs be prohibited or legalised’. This is the question that is obsessively returned to in media and political debates about drug policy. Any attempt to discuss drug policy is immediately framed in these terms when it escapes the world of academics and policy analysts and enters the public domain. In my view, it is probably the least interesting question in the drug policy field. This is partly for the relatively trivial reason there is no such thing as a legal or prohibited drug. These substances are inanimate objects, activated only by the human decision to consume them. It is human action – cultivation, manufacture, transportation, distribution, possession and (in some countries) use – that is subject to legal control. But more importantly, this question is uninteresting because answering it tells us so little. If I say that I think that these activities should be prohibited, this answer is empty of meaning until I answer the logically necessary follow-up questions: which activities; for which substances; under what circumstances; with what mechanisms of enforcement? Similarly, to say that you are in favour of legalisation tells us little more than on what side of the drugs ‘culture war’ you would like to be seen to stand. There are many forms of ‘legality’ for a substance. Arsenic, alcohol and apples are all ‘legal’ substances in most countries, but this tells us nothing about how their production, trade and consumption are differently regulated.

So the more interesting question is: ‘How should we regulate drugs’? It is beginning to break through the repetitive call and response of the prohibition-legalisation debate, thanks to the radical steps that are being taken in Uruguay, Canada and several states of the USA. These jurisdictions are realising – through their own practical experience – that the prohibition/legalisation debate is empty of meaning; all forms of drug policy involve some form of regulation. As Beau Kilmer has written, these can be conceptualised on a spectrum from harshly punitive prohibition to a fully free, commercial market. But very few people would advocate for the actual implementation of either of these extremes. The more interesting questions are about the options in the middle, with the alliterative arsenal of decisions that Kilmer has conceptualised as the ‘10 P’s of mari-

juana legalization' (Kilmer, 2015).

It should also be noted that regulation is not just an action of the state (Braithwaite, 2008; Shearing, 1993). We often think of the state - whether in its national, regional or local levels - as the only body which has the capacity to influence how producers, sellers and buyers of commodities behave. But such markets are built on relationships between private actors. These participants can also influence the scale and harms of such markets. For example, the buyers of illicit drugs on dark net cryptomarkets have a role in regulating the reliability and safety of the products sold through the feedback they provide on sellers' profiles and other internet fora (Aldridge, Stevens, & Barratt, 2017). The insurers of producers and retailers that sell potentially harmful substances can have an important role in encouraging them not to adopt dangerous practices (Seddon, 2014). When thinking about regulation, we need to go beyond both prohibition and the state.

Here I come to the nub of my argument, which is that as well as moving beyond the empty debate between prohibition and legalisation, we also need to move beyond thinking about drug policy as only being about efforts that are targeted specifically at drugs and drug users. We have known for a long time that the harms of drugs are not independent of the environments in which they are used, or the social circumstances of the users (Lindesmith, 1940; Zinberg, 1984). Indeed, the 1961 Single Convention on Narcotic Drugs (as amended in 1972) states 'it happens very often that the deplorable social and economic conditions in which certain individuals and certain groups are living predispose them to drug addiction'. But in talking about drug policy as a technical question of what to do about drugs, we risk forgetting this valuable knowledge.

In order to illustrate this argument, I'd like to show you some of the research about the factors that influence national levels of drug use. First of all, we'll look at evidence on the effects of drug policy, and specifically the effects of different drug laws. Then we'll look at emerging evidence on the effects of other social conditions.

One of the first examinations of the relative effects of drug policy on drug use was undertaken by Reinarman, Cohen and Kaal in 2004 (Reinarman, Cohen, & Kaal, 2004). They looked at two cities that have similar reputations for being their countries' centres of Bohemian culture: Amsterdam and San Francisco. At that time, Amsterdam had a plethora of coffee shops and nobody got arrested for cannabis possession. In contrast, San Francisco still had full prohibition, as data were collected before the arrival of legal medical marijuana dispensaries in California. Plenty of people were getting arrested and locked up merely for possessing the substance. What was the result in terms of drug use? Rates of use were much higher under the relatively repressive policy in San Francisco than they were in Amsterdam.

Of course, it may not be the most rigorous approach just to choose two cities for comparison. Since Reinarman, Cohen and Kaal did their work, more comparable data has emerged from a wider range of countries. One example is the data from the Health Behaviour in School-Aged Children survey. This is a project of the World Health Organisation that has asked about 170,000 fifteen year-olds in 38 countries about their cannabis use. An analysis of this data was published in November 2015 in the journal PLOS ONE (Shi, Lenzi, & An, 2015). These authors used a statistical model that took account of the influence of individual and country characteristics. They concluded that those countries which had 'liberalized' their policies tended to have higher rates of cannabis use than countries which had stuck with 'full prohibition'. This was an intriguing study, as it would have been the first to establish a link between more liberal policy and higher rates of illicit drug use at the national level. So I took a closer look (along with Ole Rogeberg of the Frisch Centre in Norway).

What we found was that Dr Shi and her colleagues had misinterpreted their own numerical results. They reported the effect for girls as if it were the effect for all adolescents. Their model did suggest that girls in 'liberalized' countries had higher rates of cannabis use. But it also suggested that boys in 'liberalized' countries had *lower* rates of use. As the majority of cannabis users are male, this has interesting implications.

When I reanalysed the original data that Dr Shi and her colleagues used, but with more of the data and a better statistical model, I found that there is no statistical association between the type of policy and the rate of adolescent cannabis use across these 38 countries (Stevens, 2016b). This does not prove that there is no effect of drug laws on rates of use. But it is consistent with evidence from other studies which suggest that harsher punishment for possession does not necessarily produce lower rates of use (Babor et al., 2010; Degenhardt et al., 2008; Home Office, 2014; MacCoun & Reuter, 2001; Stevens, 2011).

So if there seems to be so little indication of a link between drug laws and drug use, what about the evidence on the impact of social conditions? This field of research is in its infancy, and we do not have enough good theory or comparable data to provide definitive findings. But we do have some very interesting indications of where to look. For example, interest is growing in the impact of income inequality on rates of drug use and

harms. We can look at the finding from *The Spirit Level* by Richard Wilkinson and Kate Pickett (2008) that drug use – according to an index taken from data provided in the UN *World Drug Report* – tends to be higher in countries that have greater levels of income inequality. This is a simple, bivariate indicator of a relationship that must be more complex in reality. There may be many other social conditions that influence the relationship between inequality and drug use. I recently used the emerging technique of qualitative comparative analysis (Ragin, 2000, 2008) to explore this complex relationship. I used data on adolescent cannabis use from the Health Behaviour in School-Aged Children Survey and the European School Survey Project on Alcohol and other Drugs. I also included data for Australia from the ASSAD survey. I used qualitative comparative analysis to explore which combination of income inequality, urbanisation, national wealth, youth unemployment and welfare support could be considered to be a sufficient cause of high national rates of adolescent cannabis use. The results suggest that it is sufficient for a country to have high rates of *both* income inequality *and* urbanisation for it to have high rates of adolescent cannabis use. There are countries, like Portugal and Greece, which have high inequality but low urbanisation and do not have high rates of cannabis use. And, as the causation of national rates of cannabis use is complex and multiple, there are countries that have high rates of cannabis use without having this combination; there seems to be a distinct, central European path to this outcome which has affected the Czech Republic and Slovenia. But there are no countries that have both income inequality and urbanisation that do not also have relatively high rates of adolescent cannabis use (Stevens, 2016a).

Of course, we are not just interested in the use of drugs, but also in the patterns of harms that are related to drug use. One of the most harmful patterns is use by injecting. And we can create a simple bivariate graph by taking estimates of national rates of injecting drug use from the work of Louisa Degenhardt and her colleagues (Mathers et al., 2008), and comparing it to national rates of income inequality. This gives us a graph which shows a strong relationship between these two indicators; countries with higher rates of income inequality tend to have higher rates of injecting drug use.

The relationship between a country's level of welfare support and its estimated rate of injecting drug use is even stronger. This graph uses the levels of unemployment, sickness and pension benefits as a proportion of the average manual worker's wage to indicate the generosity of welfare provision (Scruggs & Allan, 2006). Countries with more generous welfare provision tend to have lower rates of the most harmful mode of drug use.

These scatterplots can only be indicative of the relationship between social conditions and levels of drug use and harm. More powerful evidence of this relationship has been provided by the work of Samuel Friedman and his colleagues (2016). In a project spanning seventeen years, they looked at the macro-social characteristics of 96 metropolitan areas in the USA, including income inequality, racial segregation, arrests and incarcerations. They summarised their results in the following quote: 'macro-social factors such as income inequality and racial/ethnic residential segregation are associated with higher rates of injection drug use, of HIV among people who inject drugs, and of mortality among PWID living with AIDS, and that drug arrests do not reduce injection drug use but do contribute to HIV and AIDS among PWID'. These are rather stunning findings for those who believe that law enforcement, or even treatment interventions that are focused on individuals are the most important factors in influencing levels of drug related harms. Friedman and his colleagues, found, for example, that cities that had higher rates of income inequality had slower rates of reductions in mortality from AIDS, even after the introduction of a very effective treatment intervention, in the form of highly active anti-retroviral therapy. They found that cities which had higher rates of arrest for cocaine and heroin, far from helping to reduce the associated harms, also had slower rates of reduction in AIDS mortality. In their articles, they are careful to avoid stating that this is definitely a causal effect, as the research field is under-developed and we do not yet have a clear picture of the causal mechanisms involved. But they do note that the income inequality and arrest rates came before the differences in mortality reduction; consistent with causal precedence. It may be that high income inequality directly contribute to the deaths of drug users, and that arresting more of them exacerbates this effect. We need, Friedman et al conclude, to look at the 'bigger picture'.

Conclusion

The work of Friedman and his colleagues reminds us of earlier work on the importance of the social setting of drug use (Zinberg, 1984). It tells us that we should not think of drug policy just in terms of the actions that are explicitly aimed at drug users (and certainly not in terms only of the empty concepts of prohibition and legalisation). As well as paying attention to the evidence on which specific drug policy interventions are both humane and effective, we need to recognise that drug harms are not just drug effects. They are the outcomes of specific configurations of drugs, social setting, public policies and personal circumstances. Economic and social inequality may have much more effect on the levels of drug harms that a country experiences than the specifically drug-focussed interventions it chooses to deploy. This matters because it points us towards more

effective approaches to the reduction of the many types of harms that have been associated with drug use. How we conceive of the problem will affect how we respond to it, and therefore will help or hinder our chances of success. It also matters because it helps us to see that drug harms are not isolated from all the other harms and injustices that are faced by too many citizens; and especially by those who have been rendered vulnerable by dispossession, dislocation and discrimination. I am certainly not arguing that we should not use the evidence on which drug-focussed interventions are technically effective. I am arguing that drug policy is also a political matter, and that the distribution of power, resources and respect should be a central issues in any discussion of how to reduce the harms that are associated with currently illicit drugs. Many drug policy interventions are ineffective. Some are actively harmful. A few have good evidence to support their use. But even these will have their benefits reduced if the social, economic and policy settings in which drug users live produces and sustains harms.

References

- ACMD. (2016). *Reducing opioid-related deaths in the UK*. London: Home Office.
- ACMD Recovery Committee. (2015). *Prevention of drug and alcohol dependence*. London: Home Office.
- Aldridge, J., Stevens, A., & Barratt, M. J. (2017). Will growth in cryptomarket drug buying increase the harms of illicit drugs? *Addiction*. <http://doi.org/10.1111/add.13899>
- Amato, L., Davoli, M., A.Perucci, C., Ferri, M., Faggiano, F., & P. Mattick, R. (2005). An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: available evidence to inform clinical practice and research. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28(4), 321–329.
- Babor, T., Caulkins, J., Edwards, G., Fischer, B., Foxcroft, D., Humphreys, K., ... Strang, J. (2010). *Drug Policy and the Public Good*. Oxford: Oxford University Press.
- Bahr, S. J., Masters, a. L., & Taylor, B. M. (2012). What Works in Substance Abuse Treatment Programs for Offenders? *The Prison Journal*, 92, 155–174. <http://doi.org/10.1177/0032885512438836>
- Braithwaite, J. (2008). *Regulatory Capitalism: How it works, ideas for making it work better*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Brown, G. (2010). Letter to Danny Kushlick. London: Transform Drug Policy Foundation.
- Caulkins, J. P., & Reuter, P. (2010). How Drug Enforcement Affects Drug Prices. *Crime and Justice*, 39, 213.
- Csete, J., Kamarulzaman, A., Kazatchkine, M., Altice, F., Balicki, M., Buxton, J., ... Comfort, M. (2016). Public health and international drug policy. *The Lancet*, 387(10026), 1427–1480.
- Degenhardt, L., Chiu, W.-T., Sampson, N., Kessler, R. C., Anthony, J. C., Angermeyer, M., ... Wells, J. E. (2008). Toward a Global View of Alcohol, Tobacco, Cannabis, and Cocaine Use: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Medicine*, 5(7), e141.
- Farrell, M., & Hall, W. (2015). Heroin-assisted treatment: has a controversial treatment come of age?†. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 207(1), 3–4. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.160986>
- Friedman, S. R., Tempalski, B., Brady, J., West, B. S., Pouget, E. R., Williams, L., ... Cooper, H. L. F. (2016). Income inequality, drug-related arrests, and the health of people who inject drugs: Reflections on seventeen years of research. *International Journal of Drug Policy*, Online early. <http://doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.03.003>
- Giglio, R. E., Li, G., & DiMaggio, C. J. (2015). Effectiveness of bystander naloxone administration and overdose education programs: a meta-analysis. *Injury Epidemiology*, 2(1), 10. <http://doi.org/10.1186/s40621-015-0041-8>
- Global Commission on Drug Policy. (2012). *The War on Drugs and HIV/AIDS How the Criminalization of Drug Use Fuels the Global Pandemic*. Rio de Janeiro: Global Commission on Drug Policy.
- Global Commission on Drug Policy. (2013). *The Negative Impact of the War on Drugs on Public Health: The Hidden Hepatitis C Epidemic*. Rio de Janeiro: Global Commission on Drug Policy.
- Global Commission on Drug Policy. (2015). *Drug Control's Negative Impact on Public Health: The Global Crisis of Avoidable Pain*. Rio de Janeiro: Global Commission on Drug Policy.
- Home Office. (2014). *Drugs: International Comparisons*. London: Home Office.
- Joseph, H., Stancliff, S., & Langrod, J. (2000). Methadone maintenance treatment (MMT): a review of historical and clinical issues.. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 67(5–6), 347–364.
- Kennedy, D. M., & Wong, S.-L. (2009). *The High Point Drug Market Intervention Strategy*. Washington DC: Office of Community Oriented Policing Services, U.S. Department of Justice.
- Khruakham, S., & Lee, J. (2016). A preliminary evaluation on the national drug intervention in Thailand : A time series analysis of crime report. *The Police Journal*, 89(3), 187–197. <http://doi.org/10.1177/0032258X16656325>
- Kilmer, B. (2015). The “10 Ps” of Marijuana Legalization. *Berkely Review of Latin American Studies*, (Spring), 52–57.
- Kimber, J., Larney, S., Hickman, M., Randall, D., & Degenhardt, L. (2015). Mortality risk of opioid substitution therapy with methadone versus buprenorphine: a retrospective cohort study. *The Lancet Psychiatry*. [http://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00366-1](http://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00366-1)
- Lindesmith, A. R. (1940). “Dope fiend” mythology. *Journal of Criminal Law and Criminology*, 31(2), 199–208.
- MacCoun, R. J., & Reuter, P. (2001). *Drug War Heresies: Learning from Other Vices, Times, & Places*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mathers, B. M., Degenhardt, L., Phillips, B., Wiessing, L., Hickman, M., Strathdee, S. A., ... Mattick, R. P. (2008). Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *The Lancet*, 372(9651), 1733–1745.
- Mattick, R. P., Kimber, J., Breen, C., & Davoli, M. (2008). Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (CD002207), DOI: 10.1002/14651858.CD002207.pub3.

- Mazerolle, L., Soole, D., & Rombouts, S. (2005). *Drug Law Enforcement: The Evidence. Drug Policy Modelling Project Monograph 05*. Fitzroy: Turning Point Alcohol and Drug Centre.
- McDonald, D., & Ritter, A. (2017). Innovations in drug policy interventions over the past decade: an overview and assessment. In *11th Annual Conference of the International Society for the Study of Drug Policy*. Aarhus.
- Potier, C., Laprévote, V., Dubois-Arber, F., Cottencin, O., & Rolland, B. (2014). Supervised injection services: What has been demonstrated? A systematic literature review. *Drug and Alcohol Dependence*, 145, 48–68. <http://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.10.012>
- Ragin, C. C. (2000). *Fuzzy Set Social Science*. Chicago: University of Chicago Press.
- Ragin, C. C. (2008). *Redesigning Social Inquiry: Fuzzy Sets and Beyond*. Chicago: University of Chicago Press.
- Reinarman, C., Cohen, P. D. A., & Kaal, H. L. (2004). The Limited Relevance of Drug Policy: Cannabis in Amsterdam and San Francisco. *American Journal of Public Health*, 94(5), 836–842.
- Ritter, A., & McDonald, D. (2008). Illicit drug policy: Scoping the interventions and taxonomies. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 15(1), 15–35. <http://doi.org/10.1080/09687630701204344>
- Scruggs, L., & Allan, J. (2006). Welfare-state decommodification in 18 OECD countries: a replication and revision. *Journal of European Social Policy*, 16(1), 55–72. <http://doi.org/10.1177/0958928706059833>
- Seddon, T. (2014). Drug policy and global regulatory capitalism: The case of new psychoactive substances (NPS). *International Journal of Drug Policy*. <http://doi.org/10.1016/j.drugpo.2014.03.009>
- Shearing, C. (1993). A Constitutive Conception of Regulation. In P. Grabosky & J. Braithwaite (Eds.), *Business Regulation and Australia's Future*. Canberra: Australian Institute of Criminology.
- Shi, Y., Lenzi, M., & An, R. (2015). Cannabis Liberalization and Adolescent Cannabis Use : A Cross-National Study in 38 Countries. *PLoS ONE*, 10(11), e0143562. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0143562>
- Stanger, C., Budney, A. J., Kamon, J. L., & Thostensen, J. (2009). A randomized trial of contingency management for adolescent marijuana abuse and dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 105(3), 240–247.
- Stevens, A. (2011). *Drugs, crime and public health: the political economy of drug policy*. London: Routledge.
- Stevens, A. (2012). The ethics and effectiveness of coerced treatment of people who use drugs. *Human Rights and Drugs*, 2(1), 7–15.
- Stevens, A. (2016a). Inequality and adolescent cannabis use: A qualitative comparative analysis of the link at national level. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 1–12. <http://doi.org/10.3109/09687637.2015.1136266>
- Stevens, A. (2016b). Is policy “liberalization” associated with higher odds of adolescent cannabis use? A re-analysis of data from 38 countries. In *Regional Meeting of the International Society for the Study of Drug Policy*. New York.
- Strang, J., Groshkova, T., Uchtenhagen, A., van den Brink, W., Haasen, C., Schechter, M. T., ... Metrebian, N. (2015). Heroin on trial: systematic review and meta-analysis of randomised trials of diamorphine-prescribing as treatment for refractory heroin addiction†. *The British Journal of Psychiatry*, 207(1), 5–14. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.149195>
- Vuong, T., Shanahan, M., Nguyen, N., Le, G., Ali, R., Pham, K., ... Ritter, A. (2016). Cost-effectiveness of center-based compulsory rehabilitation compared to community-based voluntary methadone maintenance treatment in Hai Phong City, Vietnam. *Drug and Alcohol Dependence*, 168, 147–155. <http://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.09.008>
- Werb, D., Rowell, G., Kerr, T., Guyatt, G., Montaner, J., & Wood, E. (2010). *Effect of Drug Law Enforcement on Drug-Related Violence: Evidence from a Scientific Review*. Vancouver: Urban Health Research Initiative of the British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS.
- Wilkinson, R., & Pickett, K. (2008). *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better*. London: Allen Lane.
- Zinberg, N. E. (1984). *Drug, set, and setting: The basis for controlled intoxicant use*. New Haven: Yale University.

工作坊：緩減傷害

康復三部曲：漸進式的戒毒康復模式初探

李景輝 葉齊芬 鄭明輝

香港戒毒會

【摘要】

濫用藥物對當事人造成複雜的生理、心理和社會問題。為戒毒康復人士提供服務時，需要兼顧當事人的：(1)毒癮嚴重程度；(2)身體、心理和社會困擾；及(3)康復力三大範疇，亦需要邀請當事人積極參與治療過程。基於以上目標，香港戒毒會自 2016 年起，嘗試運用《康復多元評估檢定表》(Addiction Dimensions for Assessment and Personalised Treatment, ADAPT) 這項評估工具，建構出一個漸進式的戒毒康復模式：“康復三部曲”，為戒毒康復人士進行快速評估和協助他們訂立個人化的治療計劃。“康復三部曲”模式初步在社區為本緩害輔導服務及住院式戒毒康復服務兩方面均取得良好效果，能夠快速掌握當事人的生理、心理和社會問題概況，並促進當事人積極參與治療過程。本文報告香港戒毒會的相關經驗。

【關鍵詞】香港戒毒會；康復三部曲；漸進式的戒毒康復模式；康復多元評估檢定表

濫用藥物對當事人造成複雜的生理、心理和社會問題。“物質及成癮疾患”的定義準則包括當事人在過去 12 個月內：(1)使用該物質的份量或時期超過自己意願；(2)曾想過或嘗試減少或控制使用該物質的份量，但不成功；(3)花大量時間去取得該物質；(4)對使用該物質出現強烈的渴求；(5)因為持續使用該物質，影響在工作、學業和家庭方面的角色和責任表現；(6)儘管知道使用該物質會引起社交和人際關係問題，仍繼續使用；(7)因為使用該物質，放棄或減少參與社交、康樂或職業活動；(8)在危險的處境，如駕駛和使用機器下仍繼續使用該物質；(9)儘管知道使用該物質會引起健康和心理問題，仍繼續使用；(10)出現耐藥性，需要增加劑量才能達到預期效果；(11)如停止使用該物質，會出現斷癮症狀，故需要繼續使用該種或其他相關的物質。當事人如果出現上述兩至三個狀況，病情屬輕度失調；出現四至五個狀況，屬中度失調；出現六個或以上狀況，屬嚴重失調 (American Psychiatric Association, DSM 5, 2013)。

研究指出，尋求治療的戒毒康復人士是一個“異質群體”(heterogeneous group)：每個人均有獨特的需要，治療方案應該因人而異(Hser, et al., 1999, Gossop et al., 2003; Grella and Lovinger, 2011)。如何把握每位個案的獨特需要，設計“個人化治療計劃”，卻是一件知易行難的事。2015 年 6 月，香港戒毒會一群社工接受澳洲的 Robert Ali 和英國的 John Marsden 兩位專家來港提供的一項戒毒康復治療及輔導訓練課程。課程中兩位專家介紹了《康復多元評估檢定表》(Addiction Dimensions for Assessment and Personalised Treatment, 以下簡稱“ADAPT”)這項評估工具。社工完成訓練後，將 ADAPT 引入實務工作，建構出一個漸進式的戒毒康復模式：“康復三部曲”。此模式能夠為戒毒康復人士進行快速評估和協助他們訂立個人化治療計劃，以下介紹 ADAPT、“康復三部曲”及本會相關工作經驗。

關於 ADAPT

英國衛生署在 2012 年委託一個專家小組研究“康復為本的戒毒治療服務”，ADAPT 是其中一項研究成果(Marsden et. al., 2014)。這個量表篇幅只有一頁，涵蓋當事人的 14 個健康及行為狀況，包括：(1)耐藥性及斷癮症狀；(2)對毒品的渴求；(3)過量使用毒品的風險；(4)身體健康狀況；(5)精神健康狀況；(6)思想及情緒狀況；(7)人際關係；(8)對自己和別人的風險；(9)居住問題；(10)財務問題；(11)戒毒動機；(12)目標和自我管理；(13)支持網；及(14)技能及社會參與。其中第 1 至 3 項屬毒癮範疇；第 4 至 10 項屬身心社會困擾範疇；第 11 至 14 項屬康復力範疇。

ADAPT 在評估當事人的每個健康及行為狀況時，設計了兩至四句句子讓填表者選擇最貼近當事人處境的描述。例如在評估毒癮時，填表者可以選擇下列句子以便計算出評分，三項得分加起來便反映毒癮嚴重水平（0-1 分為低，2-3 分為中，4-5 分為高）：

耐藥性及斷癮症狀	現時或最近沒有受到耐藥性問題或斷癮症狀困擾。	0 分
	現時或最近受到斷癮症狀困擾。	1 分
對毒品的渴求	沒有使用毒品的衝動，或認為自己已徹底戒除毒癮。	0 分
	有使用毒品的衝動，但能夠控制這種衝動。	1 分
	有強烈使用毒品的衝動，而且無法控制這種衝動。	2 分
	有強烈而持久的衝動使用毒品；並難以自控地使用毒品。	3 分
注射及過量風險	沒有注射方式吸毒；使用過量毒品的潛在危險不大。	0 分
	現有注射或危險使用一種或多種毒品。	1 分

最初設計 ADAPT 時，專家小組邀請了 132 位英國及澳洲的資深戒毒康復工作者，評估 2467 宗個案，並根據他們的毒癮、身心社會困境和康復力狀態，將他們分為三個組群，以測量日後的康復進展 (Marsden et. al., 2014)。Robert Ali 和 John Marsden 在 2015 年的訓練中，主要運用 ADAPT 促進跨專業團隊（醫生、護士、社工）進行個案會議，讓不同專業使用一個共同的架構去評估同一個案，並設計個人化治療計劃。

從 ADAPT 到“康復三部曲”

香港戒毒會在 2015 年底把 ADAPT 翻譯成中文，24 位社工在一個月內用 ADAPT 評估 129 名接受「社區為本緩害輔導服務」¹的吸食海洛英人士（以下簡稱“個案”）狀況，包括 100 位男性及 29 位女性，年齡由 17 至 86 歲，平均年齡為 48.5 年；其中有 13 位尼泊爾裔人士，則採用 ADAPT 英文原稿作評估。本會社工總結是次經驗，在 2016 年中整理出一個名為“康復三部曲”的戒毒康復模式，步驟如下：（一）我們告訴個案，治療目標包括協助他們：(1)減低毒癮；(2)處理身心社會困擾；及(3)提升康復力。這三個目標相輔相成，缺一不可。毒癮嚴重，可以增加當事人的身心社會困擾，並減低其康復力。身心社會困擾嚴重，則會增加當事人對毒品的需求，並減低其康復力；反過來說，康復力高，則有助減低當事人對毒品的需求，增加其處理身心社會困擾的能力。（二）我們邀請個案和社工一起填寫 ADAPT。（三）填妥 ADAPT 後，社工計算個案在毒癮、身心社會困擾及康復力三個範疇的評分高低，並邀請個案進一步解釋其關鍵問題狀況和康復力優勢的具體細節。（四）社工與個案對問題達成初步共同的理解，並邀請個案選擇他／她期望優先處理的問題次序，討論治療計劃和執行計劃的時限。

總的來說，我們使用 ADAPT 的核心步驟，可以用“先量化，後敘事化”來描述。我們發現，這樣能夠讓社工快速而全面地掌握個案（即使是首次接觸的個案）的概況。另外，個案很投入評估過程，十分留心和認真聆聽社工解釋評分結果及其意義，而且非常合作和樂意補充他們處境的具體細節。

2017 年 4 月，我們進一步將“康復三部曲”應用於香港戒毒會石鼓州康復院新德計劃²的個案評估中。

“康復三部曲”：模擬案例說明

以下列舉兩個模擬案例，說明“康復三部曲”的應用方法。為保障個案私隱，我們綜合多宗典型個案的特色寫成這兩個案例，並不代表任何一位服務使用者。

【例一】賈先生，中年男性，職業司機，吸食海洛英 30 年，每天出席藥物代用治療。但每晚放工後，都以“追龍”方式在家中廁所吸食少量海洛英。他認為吸毒只是一個習慣，沒有影響工作能力和夫妻關係，而且住所樓下便有毒品販賣毒品，好像“落街買包煙”般方便，十多年都沒有遇上警察截查。他看不到改變的需要。賈先生經 ADAPT 評估，狀況如下：

¹ 為在社區接受門診式藥物代用治療的吸食海洛英人士提供非住院式戒毒康復輔導服務。

² 專門處理吸食危害精神毒品個案的住院戒毒治療及康復訓練程序

健康及行為狀況		狀況	評分
1	耐藥性及斷癮症狀	沒有	0 分
2	對毒品的渴求	心癮強烈，不易控制自己對毒品的渴求，每天放工念頭一起便在居所樓下買毒品。	2 分
3	注射及過量風險	沒有	0 分
4	生理健康狀況	良好	0 分
5	精神健康情況	良好	0 分
6	思想及情緒	沒有特別問題	0 分
7	關係	和家人（妻子）及工友保持良好關係	0 分
8	對自己和他人的風險	沒有傷害自己或他人的念頭或行為	0 分
9	居所	有穩定居所，環境不錯	0 分
10	財政	沒有問題	0 分
11	動機	對改變與否感到矛盾，但藥物代用治療出席率高	2 分
12	目標及自我管理	生活有規律，對生活有正面期許	2 分
13	社交網絡的支持	是家中經濟支柱	3 分
14	技能及社會參與	工作穩定，收入理想	2 分
各範疇評分		毒癮嚴重程度：2 分，屬中水平；身心社會問題困擾：0 分，屬低水平；康復力：9 分，屬高水平	

ADAPT 的評分，並不代表賈先生情況良好，可以安心繼續有節制地吸毒。社工提出賈先生代用治療出席率高，似乎解釋到他為何一直沒有被妻子發現他吸毒，沒有遇上警察截查，能夠維持工作表現和人際關係。賈先生很同意這點，對社工的心理防衛減低，開始有興趣和社工一起探討其他問題，包括：(1)妻子晚上須輪班工作，兩人甚少時間相聚，他感覺是“有家庭但沒有家庭生活”；(2)和工友關係雖然不錯，但放工後不會一起娛樂活動；(3)強烈的心癮源於放工後生活苦悶；(4)吸毒雖然可以忘憂解悶，但心中感到對不起妻子，清醒時是矛盾內疚的；(5)就算他不被警察截查，毒販也有可能被捕，一旦毒品供應短缺，他可能出現斷癮症狀。總的來說，他發現自己的吸毒行為“沒有危機，但有隱憂”；一旦東窗事發，他以往建立的家庭和工作，可以在一夜間摧毀；他未必能夠時刻保持“身心社會困擾 0 分”的狀態。評估後，賈先生的短期計劃是增加代用治療藥物劑量、減少吸毒次數和改變放工回家的路線以避開毒販，長期計劃是安排多些與妻子和工友一起的活動。

【例二】魏先生，年青男士，服用可卡因 5 年，正在接受住院戒毒服務。魏先生經 ADAPT 評估，狀況如下：

健康及行為狀況		具體情況	評分
1	耐藥性及斷癮症狀	已入住院舍，沒有出現斷癮症狀，入院前沒有越食越多	0 分
2	對毒品的渴求	在院舍內沒有使用毒品的念頭，以往吸毒是增加自信和集中力，及感覺自己有力量	0 分
3	注射及過量風險	沒有	0 分
4	生理健康狀況	良好	0 分
5	精神健康情況	良好	0 分
6	思想及情緒	對別人的行為意圖容易出現負面誤解	1 分
7	關係	前僱主及工友上門追債，家人得悉其吸毒，關係決裂，久未回家及聯絡	3 分
8	對自己和他人的風險	沒有傷害自己或他人的念頭或行為	0 分
9	居所	居無定所，在不同的朋友家中借宿度日或露宿街頭	1 分
10	財政	因吸毒向老闆和工友借錢，造成嚴重負債問題	1 分
11	動機	深感吸毒破壞家庭關係，戒毒動機強烈	3 分
12	目標及自我管理	在院內嘗試改善時間管理，對生活有正面期許	2 分
13	社交網絡的支持	缺乏家庭和友朋支持	1 分
14	技能及社會參與	前僱主和工友知道他吸毒，入院前已失去工作，在院內主動參加職業訓練活動。	1 分
各範疇評分		毒癮嚴重程度：0 分，屬低水平；身心社會問題困擾：6 分，屬高水平 康復力：7 分，屬中水平	

魏先生雖然在住院期間毒癮消減，但出院後受環境刺激心癮很容易捲土重來；他面對較複雜的身心社會困擾，家庭關係決裂、負債等問題並非短時間能夠解決。雖然他有強烈戒毒動機，但復用毒品的風險很高。評估後，魏先生訂下漸進式的康復目標，短期目標為完成住院療程後入住中途宿舍，暫時解決居所問題，在保護性的環境下逐一面對問題，例如找新工作、分期還款予前僱主和工友免他們騷擾家人、透過社工聯絡家人重建關係等。另外，社工在評估中發現魏先生自幼已經和父親相處困難，與兄弟姊妹關係疏離，只有和母親關係較好，但吸毒後與母親關係亦破裂，造成情緒低落，這亦是需要進一步探討的地方。

討論

本會在運用“康復三部曲”時，發現這模式兼備“簡單而清晰”和“具體而全面”兩個優點。“康復三部曲”其實是一個“個案概念化”(Case conceptualization)的過程。個案概念化是一個認知處理過程，社工透過搜集資料，並加以組織連結這些龐雜的資料之間的關係或脈絡，對當事人的困難或問題的根源、發展與維持提供一個詮釋或解說，以便與當事人合作達成治療目標或計劃(Berman, 2010)。然而，對吸毒者進行個案概念化是非常困難的，一方面他們的身心靈狀態受毒品影響，長期處於混亂麻木，對自己的遭遇往往說不出個所以然來；另一方面他們普遍有“化約”(例如：“我這麼多年戒不到毒，只因為我對毒品未死心”)和負面標籤自己的歸因傾向。“康復三部曲”把治療目標界定為減低毒癮、處理身心社會困擾、提升康復力三項，概念清晰明確，讓戒毒康復人士容易理解和參與，有助他們整理目前的困擾、矛盾、掙扎和痛苦，並制定行動計劃去改善現況。

有研究指出“精簡介入法”(brief intervention)能有效促進酗酒者和戒毒康復者的改變動機，甚至實際行為改變(Borsari and Mastroleo, 2013)。“精簡介入法”一般由醫護人員向當事人反映客觀的健康評估結果(以評估生理健康狀況為主)，並提供簡單建議及／或服務轉介。然而，坊間缺乏快速而全面的心理社會評估工具，ADAPT 能夠在 10 至 15 分鐘內對當事人的生理、心理、社會狀況有一個概覽，並可以即時向當事人反映量化結果，具備“精簡介入法”的特色。

另一方面，我們發現在運用“康復三部曲”時需要注意以下的限制：首先，治療目標要“個人化”，不要“理想化”。根據 ADAPT 的評分，當事人最完美的狀態就是“毒癮 0 分，身心社會困擾 0 分，康復力 11 分”但以此為目標其實是不可能的。“戒毒不是求分數”，例如對一個患有長期病的年長個案來說，病情可能終生沒有痊癒的機會，亦未必能夠勝任有薪工作，那麼他在身心社會困擾和康復力方面永遠都沒可能達到完美狀態。其次，ADAPT 的強項是能夠“量化”當事人的健康和行為狀況，我們很容易以為只要定期(例如每三個月一次)為當事人進行 ADAPT 評估，便可以量化當事人的康復進展和服務成效。然而，我們發現有些個案在接受服務的初期，身心社會困擾評分可能不高，原因是他們不會初見面便向社工和盤托出自己的問題，但隨著信任關係建立，當事人會逐步透露自己面對的身心社會困擾，屆時評分反而比接受服務初期更差。另外，有些個案本來居住環境不錯，但租約期滿業主提高租金要求，嚴重影響他們的經濟狀況和居所的穩定性。總括而言，在現階段我們認為 ADAPT 是一項很好的快速評估和個案概念化工具，至於日後能否將之提升為成效評估工具，尚須仔細研究。

總結

本會初步在社區為本緩害輔導服務及住院戒毒康復服務中運用“康復三部曲”均取得良好效果。能夠快速掌握當事人的生理、心理和社會問題概況，並促進當事人積極參與治療過程，制定個人化康復目標。“康復三部曲”目前仍在草創階段，我們期望將來有更多機會與其他戒毒康復機構、醫護專業團隊、大學專家學者及其他地區單位交流合作，促進“康復三部曲”的應用和研究，為更有效地協助戒毒康復人士共同努力。

參考文獻

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5*, Arlington, VA : American Psychiatric Association.
- Berman, P.S. (2010). *Case conceptualization and treatment planning: integrating theory with clinical practice*. Thousand Oaks, California: Sage, 2010, 2nd edition.
- Borsari, B., Mastroleo, N.R. (2013). Brief feedback-focused intervention, in Peter, E.M. (ed). *Interventions for addiction, Volume 3*. Amsterdam; Boston: Elsevier Science, Pp 3-11.
- Gossop, M., Marden, J., Stewart, D., Kidd, T. (2003). The National Treatment Outcome Research Study (NTORS): 4-5 year follow-up results. *Addiction*, 98: 291-303.
- Grella, C.E., Lovinger, K. (2011). Thirty-year trajectories of heroin and other drug use among men and women sampled from methadone treatment in California. *Drug and Alcohol Dependence*, 118, 251-258.
- Hser, Y.I., Polinsky, M.L., Maglione, M., Anglin, M.D. (1999). Matching clients' needs with drug treatment services. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16, 299-305.
- Marsden, J., Eastwood, B., Ali, R., Burkinshaw, P., Chohan, G., Copello, A., Burn, D., Kelleher, M., Mitcheson, L., Taylor, S., Wilson, N., Whiteley, C., Day, E. (2014). Development of the Addiction Dimensions for Assessment and Personalised Treatment (ADAPT). *Drug and Alcohol Dependence*, 139: 121-131.

應用《自願戒毒求助者高危行為問卷調查》作介入輔導工具及其實踐經驗

李麗萍 黃嘉欣

澳門特別行政區政府社會工作局

【摘要】

目的：

《2017 年世界毒品問題報告》估計，全球注射毒品者有 1200 萬人，其中受丙型肝炎危害最大。注射毒品者中，有八分之一、約 160 萬人為愛滋病毒感染者，有一半、約 610 萬人患有丙型肝炎，而大約有 130 萬人同時帶有丙型肝炎和愛滋病毒。在防控傳染病工作策略中，吸毒人士為重點介入人群之一。因此及早介入重點人群，開展預防和治療計劃，是應對毒品問題和傳染病控制的重要方案，需透過便利服務、配套治療、求診者保密、非歧視接納吸毒人士，才能有效實施應對工作。為高風險人群提供度身訂造和綜合式預防服務，讓他們了解自身健康，給予綜合性診斷、社會心理治療和有效藥物治療計劃，是全球防控愛滋病快速通道的綜合目標。澳門方面，因應吸毒人群潛藏不同程度之濫藥問題、並存在不安全性接觸等行為，因此採用高危行為問卷，以訪談形式，一方面可深入了解吸毒人群的高危行為狀況，另一方面，亦讓個案了解自己身體狀況和高危行為問題，期能提升其接受傳染病檢測的意願，開展適合的防治傳染病跟進計劃，以進一步提升個案接受戒毒治療和達致康復的目標。

方法：

自 2011 年起，澳門特區政府社會工作局戒毒康復處以世界衛生組織所提倡之血清及行為監測項目(Integrated Biological and Behavioral Surveillance, IBBS)為藍本，抽取與毒品使用和高危行為相關的內容，整理成結構式問卷，針對自願戒毒者開始進行自願性問卷調查。至 2015 年，更邀請民間戒毒機構共同參與，為所接觸的吸毒/戒毒個案進行高危行為問卷調查，讓問卷收集範圍更廣泛、分析數據更具代表性。此外，並與民間戒毒機構定期進行工作會議和分享會，共研有效的減害輔導手法，並運用動機式晤談法及簡易評估工具等作為介入媒介，以提升介入輔導工作效果。

結果：

2011 至 2016 年期間，共收集 602 份有效問卷。當中問卷數目有逐年增加趨勢、受訪人士所吸食毒品種類由傳統毒品為主逐漸轉向新興毒品。2016 年為問卷數目收集最多的一年，共收集 172 份問卷。從問卷資料分析中發現，仍需要提升吸毒/戒毒人士對傳染病毒檢測的意願、整體受訪者對愛滋病基本知識有所提升、冰毒使用已擴展至不同年齡層、高風險性行為需要關注、多藥濫用普遍存在、接受傳染病輔導和戒毒服務途徑主要來自親友和醫療人員的轉介。

結論：

經過六年時間推行，應用《自願戒毒求助者高危行為問卷調查》，能讓戒毒前線人員深入了解吸毒/戒毒個案存在的高風險行為狀況，並透過問卷作為介入輔導工具，有助提升其對自身健康和高危行為關注和配合接受戒毒治療的意願。本文嘗試從有關問卷調查進行的方式，及歷年工作發展經驗，探討是項計劃所發現的突顯問題及應對策略，並分享在推動有關工作的介入輔導效果。亦期望藉本文分享，供戒毒相關專業同行參考，共同應對吸毒濫藥對個人、家庭和社會所帶來的種種問題。

【關鍵字】 高危行為、愛滋病、減害輔導、安全套使用、多藥濫用、多性伴侶

壹、引言

藥物濫用為全球性社會問題，吸毒與傳染病密切相關，特別是愛滋病毒於吸毒人群間散播問題，毒品不但有損個體身心健康，阻礙自我實現能力，同時亦危害社會安定及損害社會經濟發展。

為全面規劃和推動各項防治愛滋病工作，聯合國愛滋病規劃署制定全球五年策略(2016-2021 年)，確保高風險人群(包括吸毒人群)能獲得包括減害計劃在內的綜合預防服務。為實現 2030 年結束愛滋病流行的目標，聯合國愛滋病規劃署倡議一套快速通道方案(Fast-track strategy)，期望於 2020 年達到下列的里程碑：

1. 全球每年愛滋病新發感染人數少於 50 萬；
2. 確保 90%愛滋病毒攜帶者知道自己的愛滋病毒感染情況，90%知道自己已確診的人士接受治療，90%接受愛滋病治療的人能夠實現病毒載量控制；
3. 任何地方的任何人在生活中免於愛滋病相關歧視；
4. 消除兒童愛滋病新發感染，並保持這一成果。

在全球持續發展方面，聯合國於 2016 年正式啟動所簽署訂定的 2030 年 17 項持續發展目標(Sustainable Development Goals, 簡稱 SDGs)，當中亦包括上述對抗愛滋病持續發展項目。

澳門在防治吸毒人群感染愛滋病工作方面，於 2005 年推出美沙酮維持治療計劃，以及開展對吸毒人士的減害輔導工作，隨後於 2009 年正式開展清潔針具計劃，多年以來，已有效遏止愛滋病毒於吸毒人群中擴散。

至近年，吸食傳統毒品例如海洛因個案已大幅減少，而吸食新興毒品例如冰毒則大幅上升，因此需要改變工作方向和策略。隨著澳門濫藥情況趨向隱蔽化及多藥化，濫藥者除了在生理、精神及社會功能受到毒品的嚴重影響外，因吸毒影響所引發之不安全性行為，亦加大了愛滋病和其他性傳染病感染的機會。

據澳門特區政府衛生局疾病預防控制中心資料顯示，早年靜脈注射吸毒一直為性接觸以外最主要傳染愛滋病途徑，而 2004 及 2005 年期間，靜脈注射吸毒更成為澳門愛滋病最主要傳播途徑。與此同時，世界衛生組織於 2003 年開始提倡綜合性血清學和行為學監測(Integrated Biological and Behavioral Surveillance, IBBS)，透過在同一監測點收集血液樣本和行為問卷，達至監測高危感染者風險行為及血液檢測並行，以利不同地區評估和預測愛滋病流行和發展情況。

鑒於濫藥吸毒人士為愛滋病高危感染人群，故自 2011 年起，社會工作局戒毒康復處受衛生局邀請，參與血清學和行為學監測系統(IBBS)工作，以持續收集濫藥吸毒人士之愛滋病病毒感染情況和風險行為資料。戒毒康復處進行血清學和行為學同步監測系統(IBBS)已有六年，自計劃開展初期，戒毒康復處已發現透過問卷調查的資料收集方式，確有助能深入與受訪者探討濫藥以及與性行為有關的敏感性話題，並有利進行減害輔導，能達到最終提升受訪者進行愛滋病篩查的動機。

貳、自願戒毒求助者高危行為問卷內容

戒毒康復處於 2011 年開始，進行相關問卷調查，以了解澳門自願戒毒求助者對於愛滋病知識、受檢測情況，以及有關吸毒及性行為之高危行為狀況，藉此對個案進行預防高危情況的輔導及相關衛生教育，並為未來澳門禁毒之相關服務措施與政策推行作為參考。

《自願戒毒求助者高危行為問卷調查》之內容設計以世界衛生組織所提倡之血清及行為同步監測問卷為藍本，加入受訪個案有關吸毒行為、性習慣及使用戒毒/性病服務之情況，而設計出適合澳門戒毒服務機構使用之結構式問卷。問卷調查採用不記名方式，題目編排由淺入深，主要考量問卷內容涉及題目較敏感，故由知識測驗作引入，逐步了解個案的愛滋病檢測情況、繼而了解其吸毒習慣以及性生活習慣等，讓個案在問卷填寫的過程中較易接受訪問與減少抗拒感，問卷之六個部分內容依次包括：

- 一、愛滋病知識：愛滋病基本知識共八題，內容涵蓋愛滋病病毒感染者之特徵、傳染方式及預防方法等。以是非題之形式，讓受訪者自由選擇「是/否/不知道」，用以評估個案對愛滋病的知識情況，並從中了解個案對愛滋病及性傳染病的迷思及對性的價值觀；
- 二、愛滋病檢測情況：了解受訪者在過去一年內之愛滋病檢測情況、現時接受檢測的意願及結果，以及是否知悉可以進行檢測的地點；
- 三、濫藥行為及其風險情況：了解個案的首次使用毒品年齡、求助年齡、吸毒年期、使用的毒品種類、注射毒品情況及透過注射毒品所引發的感染愛滋病及其他血液傳染病的風險行為等，以評估個案因濫藥導致之身心健康問題及存在之危機；
- 四、性行為及其風險情況：透過了解個案一年內的性行為、性伴侶人數、安全套使用情況、召妓及同性性行為等性生活習慣，以評估個案因性行為所引發之感染愛滋病及性病的風險情況；
- 五、獲得愛滋病預防及戒毒服務途徑：了解個案如何獲悉所屬監測機構的服務途徑，以及一年內接受愛滋病相關服務之內容或宣傳資訊，以評價機構有關愛滋病服務的使用頻率、服務果效及有效之宣傳途徑等；
- 六、個案基本資料：由於問卷採用不記名方式，故基本資料部分只收集個案之性別、出生年、國籍、婚姻及教育情況等社會人口學資料，並放於整份問卷最後部份，僅用以作為科研分析之用途。

由於問卷涵蓋範圍涉及敏感話題且題目深入，假如由個案自行填寫容易出現拒答及與事實不符之情況，故此戒毒康復處以與個案已建立專業服務關係的工作員作為訪問員(包括跟進社工及護士)，於私隱度高、環境舒適之獨立房間，以一對一訪問形式收集個案資料，以減低抗拒。另一方面，在收集問卷資料過程中，工作員能透過問卷在短時間內了解個案的背景、濫藥、性習慣及檢測狀況，而且在訪問過程中更能打開以往較難與個案深入討論的濫藥與性之話題，並從中發現其高風險行為情況，作即時的介入跟進，透過不同的輔導技巧及衛生教育，讓個案反思其行為，從中加強其戒藥動機及開展減低傷害輔導工作。

參、歷年自願戒毒求助者高危行為情況

此計劃推行至今已六年，2015 年起戒毒康復處更邀請民間戒毒機構加入問卷調查工作。而為了後續研究分，把 29 歲以下受訪者作為青少年組，30 至 49 歲列為壯年組，50 歲或以上則為中老年組，以了解不同年齡層的狀況和特點。

年份	高危行為問卷	戒毒康復處	佔該年個案百分率
	願意受訪人數	戒毒門診接觸個案數	願意受訪者佔總人數的比例
2011	42	478	8.79%
2012	82	548	14.96%
2013	61	609	10.02%
2014	88	616	14.29%
2015	157	636	24.69%
2016	172	573	30.01%

1. 歷年問卷受訪人數與戒毒門診個案數比例

註：上表主要監測願意受訪個案的狀況，以持續鼓勵自願戒毒個案受訪和進行傳染病檢測。

一. 2011 年至 2015 年所收集資料的簡要分析

由 2011 年至 2015 年期間，共收集 430 份有效問卷，受訪者以男性佔多數，男女比例幾乎每年相若，約為 6:1。當中絕大部分受訪者為中國籍本澳居民。2011 至 2015 年之受訪者年齡漸趨年輕化，中老年受訪者大幅減少。教育程度五年來均以中學程度為主，而婚姻狀況則由以已婚人士為主，逐漸演變成近年以單身和已婚人士為主。愛滋病知識方面，受訪者對愛滋病均有一定程度的認識且受訪者愛滋病知識得分均有逐年改善的趨勢；愛滋病檢測情況方面，會在個案完成問卷訪談後，再詢問是否願意進行檢測。由於首二年受訪個案以願意接受檢測的個案為訪談對象，因此比例較高。2011 年有 95% 受訪者願意受測，其後，由於擴大訪問對象範圍，不論是否願意受檢測均為訪談對象，而 2015 年願意受測者佔當年訪談人數的 41%。另外，亦發現部分受訪者反映於以往已進行過相關檢測，顯示受訪者對於愛滋病之檢測時機觀念不正確。濫藥與風險行為方面，受訪者的主要濫藥種類已由 2011 年的海洛因及藍精靈，逐漸演變為 2015 年以氯胺酮及冰毒為主，其中濫用冰毒的數字更逐年增加；而共用針具比率五年間僅錄得零星數字。性行為與風險行為方面，調查發現歷年受訪者有召妓行為之比率為 14% 至 23.9% 不等，而大多數受訪者召妓都有使用安全套。而歷年調查亦接觸到個別同性性行為者或性工作者。在愛滋病預防的宣傳或服務方面，歷年來均有約半數受訪者表示過去一年曾獲得相關宣傳資料或服務，當中以醫護/社團轉介及親友介紹而獲悉戒毒服務為多。

二. 2016 年自願戒毒求助者高危行為特點

因應 2016 年為收集問卷最多的一年，且以最新年度的資料分析，可深入了解最新的情況和發展。

1. 受訪者社會人口學之分佈情形

2016 年共收集 172 份有效問卷，當中包括戒毒康復處及民間戒毒機構之個案。172 位受訪者中，仍以男性受訪者佔大多數，達 82%。受訪者年齡最小為 15 歲，最大為 69 歲，年齡中位數為 39 歲，當中以壯年組佔多數，達 52.3%，其次為青少年組佔 27.9%，中老年組僅佔 19.8%。96% 以上受訪者為中國籍澳門居民，教育程度以中學程度為主，婚姻狀況以單身者及已婚者人數最多，約佔八成。關於受訪者之社會人口學變項資料詳見表 2。

表 2.自願戒毒求助者基本資料總覽表 (n=172)

基本資料		人次	百分率
性別	男	141	82%
	女	31	18%
澳門居民	是	161	96%
	否	11	4%
國籍	中國籍	167	97%
	葡國籍	5	3%
婚姻狀況	單身	57	33.1%
	同居	8	4.7%
	已婚	79	45.9%
	離婚	27	15.7%
	孤寡	1	0.6%
教育程度	未曾就學	1	0.6%
	小學	71	41.2%
	中學	95	55.1%
	大專或以上	3	1.8%
	拒答	2	1.2%

2. 受訪者對愛滋病知識及檢測行為的現況和特點

受訪者對愛滋病知識答題情況詳見表 3。是次調查共 93 名受訪者能答對全部八題知識題目，全對率為 54.1%。大部分問題的答對率為 80%或以上，唯題目「蚊媒是否會傳播 HIV」的答對率顯著較低，僅 70.9%。此外，47.7%受訪者能正確回答可以往哪裡進行愛滋病病毒檢測（詳見表 5）。綜觀歷年來說，受訪者對愛滋病知識答對率均逐年提高，反映戒毒工作員對愛滋病教育及宣傳所付出的努力成果，但部分題目包括「蚊媒是否會傳播 HIV」及「單一性伴侶可否降低感染 HIV」則歷年來均有較多受訪者答錯，反映戒毒求助者對愛滋病雖有一定程度認知，但對部分概念仍存在迷思，且對於單一性伴侶之觀念仍有所懷疑。運用相關因素分析法顯示，受訪者的愛滋病知識高低與其年齡相關，年齡愈大其愛滋病知識愈高 ($r=0.346$, $P<0.01$)；與教育程度則未有顯著差異。提示個案愛滋病知識並非源自學校教育，且年輕一代所受之教育程度雖高但愛滋病知識卻較年老一輩遜色，反映愛滋病社區普及教育的重要性。

在接受愛滋病病毒抗體檢測方面，超過一半之受訪者 (52.3%)表示在接受問卷調查期間願意接受愛滋病抗體檢測，經單因子變異數分析顯示，年齡組別對於是否願意檢測呈顯著差異($F=3.621$, $P<0.05$)，當中檢測意願依次為：中老年組(67%)>壯年組(54%)>青少年組(38%)。而願意受檢者均已進行愛滋病病毒抗體快速測試或確定測試，2016 年未有發現檢測呈陽性之受訪者。另一方面，接近四成受訪者表示於一年內曾於不同地方接受愛滋病病毒測試。當中僅 4 位受訪者因忘記或沒有跟進故表示檢測後不知道檢測結果。此外，亦不足半數受訪者表示知悉提供愛滋病抗體測試服務的地點。

表 3. 自願戒毒求助者愛滋病基本知識答題情況 (n=172)

知識題目	正確答案	答對	答錯	不知道
你認為愛滋病感染者能從外表看出來嗎?	不能	87.8%	5.2%	7%
與愛滋病感染者共餐會感染愛滋病嗎?	不會	91.3%	5.8%	2.9%
與愛滋病感染者握手或擁抱會感染愛滋病嗎?	不會	94.2%	4.1%	1.7%
與愛滋病感染者無套性交會感染愛滋病嗎?	會	99.4%	0%	0.6%
與愛滋病感染者共用注射器會感染愛滋病嗎?	會	98.8%	1.2%	0%
一個人會因為被蚊蟲叮咬而感染愛滋病病毒嗎?	不會	70.9%	13.4%	15.7%
只和專一（沒有其他性伴侶）的非感染者有性關係是可以降低感染愛滋病的機會?	是	83.1%	8.7%	8.1%
每次性交均全程和正確使用安全套是可以降低感染愛滋病的機會?	是	96.5%	2.3%	1.2%
如果你想接受愛滋病病毒檢測，你知道可以往哪裡進行?	知道	47.7%	17.4%	34.9%

3. 不同年齡層濫藥種類變化、多重濫藥及注射用藥的狀況

2016 年受訪者第一次吸毒之年齡中位數為 20 歲。最小年齡 7 歲、最大 52 歲，平均吸毒 5.8 年後才開始求助，情況與歷年狀況相若。以年齡組別來看吸毒習慣，青年組以濫用 K 粉及冰毒為主(分別佔該年齡組別仍有吸毒習慣的 57.9%及 39.5%)，而青年組濫用可卡因及酒精人數亦較往年明顯增多；壯年人士及中老年人士則以海洛因及冰毒為主。多藥濫用方面，以青年組情況最嚴重，使用多於一種毒品的佔該組別 40.4%，而壯年組多藥濫用情況為 16.7%。值得注意的是，2016 年青年組多藥濫用情況愈見上升，而中老年組亦不再只吸食海洛因，部分個案轉吸冰毒。從以上結果顯示，冰毒問題已從年青族群中蔓延至各個年齡層，而濫藥有年輕化的趨勢，且多藥濫用情況嚴重；受訪者平均毒齡 5 年以上才開始戒毒治療，此時毒品已明顯影響個案的身體及精神健康。

在注射毒品方面，40.1%受訪者曾經注射毒品，當中最近一個月仍有注射習慣的佔 49%，平均每天注射毒品 3 次。另一方面，最近一次注射毒品時使用潔淨針具約佔九成，以往曾共用針具者有 30.4%，當中並未發現受訪者在最近一個月內與別人共用針具。雖然近年澳門透過靜脈注射感染愛滋病病毒的情況已大幅下降，但從調查結果反映，澳門濫藥者仍活躍於以注射方式吸毒，而且部分個案仍有重覆使用針具的習慣，顯示透過針具感染血液傳染病的情況仍存在隱憂。

4. 不同年齡層對性行為習慣的差異

2016 年受訪者最近一年之性伴侶主要以 1 人為主(47.7%)，而擁有多於一名性伴侶則佔 20.9%，當中包括固定性伴侶及非固定性伴侶。其中以青少年擁多性伴侶者最普遍，青少年受訪者中有 34%一年內擁多於一名性伴侶，且青少年的性安全意識亦較薄弱，23.4%於最近一次性行為中沒有使用安全套；而壯年組與老年組之多性伴侶比例相若，分別為 13.2%及 17.6%。另一方面，受訪者安全套使用率亦受是否單一性伴侶所影響，調查顯示單一性伴侶者最近一次性行為使用安全套僅有 48%，而一年內多於一名性伴侶者則有 64%有使用安全套。上述結果亦反映青少年濫藥者其性觀念開放、自我保護意識較差。另外，同樣發現單一性伴侶者其安全性行為的意識亦明顯薄弱。

此外，在嫖妓行為方面，2016 年有 20%受訪者表示過去一年內曾與性工作者發生性行為，當中均有使用安全套。而嫖妓情況亦以青少年組所佔最多，表示一年內有嫖妓行為的青少年佔 21%，而壯年組和中老年組比例明顯較少，分別佔 14%及 11%。而 2016 年亦接觸到 2 名男男同性性行為者。

肆、應用高危行為問卷調查的實踐經驗以及介入輔導

技巧重點

一. 發現突顯的高危行為問題

從上述調研結果得知，澳門常用的濫用藥物種類已由早年以傳統毒品為主，演變至現時以冰毒為主，而冰毒正向著不同年齡層肆虐。根據郝偉、趙敏、李錦 (2016)之成癮醫學理論³表明，冰毒不但對個體的皮膚、心臟及牙齒等器官組織造成傷害，更對其精神造成嚴重危害，容易引起幻覺、被害妄想及誘發思覺失調等；而從上述數據顯示，濫藥者往往在濫藥接近 6 年後，才尋求戒毒服務，此時其身心早已受毒品嚴重侵害，突顯近年澳門禁毒工作需在防治吸食冰毒問題、對吸食者盡早介入、以及與社服機構和醫療單位加強合作，變得非常重要。另一方面，澳門青少年濫藥問題亦需高度關注，從調查結果得知，青少年族群佔濫藥人口比例漸增，本澳濫藥有年輕化趨勢。而青少年其多重濫藥及多性伴侶問題相對嚴重、雖較少注射毒品行為但其性安全意識薄弱，安全套執行率偏低、對愛滋病知識不足同時接受愛滋病檢測之意願亦較低。顯示對於青少年的工作，不論在預防濫藥、傳染病知識衛教、安全性行為與性教育及減害措施各方面均為重中之重，需多管齊下。

二. 應用問卷調查作重點式訪談及其效果

透過應用《自願戒毒求助者高危行為問卷》，除了能夠知悉現時澳門濫藥者整體高危行為的現況及發現不同族群的行為特點外，同時戒毒工作者更可利用問卷調查的訪問時機，打開介入輔導的契機。在以往與濫藥個案進行輔導或健康諮詢時，戒毒工作員往往需要相當時間，與個案打開話題，並需透過多次的面談，建立關係，才能了解到個案較具體的濫藥狀況；此外當輔導涉及性傳染病、性健康等話題時，個案亦會因感到尷尬及突兀而難以啓齒。故此在實務操作上，應用《自願戒毒求助者高危行為問卷》作為介入工具，由於問卷

編制已有特定設計、由淺入深，較能讓個案接受相關訪問題目，且適合社工、心理輔導及醫護人員使用，適用人士廣泛，並能讓相關工作人員在短時間內可掌握個案的突顯問題及高危行為，從中對症施法，包括加入運用動機式晤談法、簡易健康評估工具及健康諮詢教具，針對個案之高危行為作進一步之健康檢查及風險評估，並就個案之問卷答案及測試結果與個案一起討論分析，讓個案了解自身健康問題及行為危機，並討論如何改善，從中喚起個案對健康關注，加強其改變自身行為的動機。具體操作如下：

1. 以《自願戒毒求助者高危行為問卷》進行重點訪談，戒毒康復處發現個案在愛滋病知識上存在的錯誤觀念及迷思主要源自身邊親友之道聽途說，以及對性伴侶的不信任感所引起。因此在完成問卷訪談後，視乎個案之文化程度，配合使用不同之愛滋病與性健康相關教材(如投影片及工具書等)，向個案提供健康諮詢，與個案重溫愛滋病的正確知識，並針對個案於問卷中的迷思與謬誤進行深入討論，了解個案的想法，此部分聚焦加強個案正確健康知識、破除舊有觀念並消除其對愛滋病感染者的不實觀感與歧視。衛教諮詢後，大部分個案均能覆述相關題目之正確知識。
2. 在濫藥行為方面，針對個案所使用之毒品種類、吸食方式及毒齡，透過動機式晤談讓個案意識到自身可能出現之健康問題，並配合使用簡易健康評估工具及 DAST-20 量表 (Drug Abuse Screening Test) 作進一步測試。由於問卷調查本身需時，故個案傾向接受需時較短之健康測試，採用儀器包括：血壓、血氧飽和度測試、尖峰吐氣流量計、皮膚水份測試及體脂計算等。透過簡單快速健康測量與個案討論結果，可有助與個案關係建立，同時可加強輔導效果，讓個案關注自身健康。
3. 在性行為習慣方面，使用本問卷能有效打開以往甚難與個案議及的性話題，透過了解個案之性取向、性伴侶人數及安全套使用狀況等，發現部分個案之性觀念存在迷思；此外，在邀請個案透過生殖模型演示如何配戴安全套時，亦發現幾乎所有個案在操作過程中均有錯誤之處。故此，於面談中可配合運用生殖器模型及泌尿系統模型，能以形象化方式讓個案了解自我身體結構及正確使用安全套之方法，並與個案分析其性習慣所帶來的風險，以喚起個案思考其濫藥與高危性行為的關係和關注，從中共同探討預防措施及提升改變動機。
4. 在愛滋病檢測的過去經歷與現時意願之部分，戒毒康復處工作人員發現有相當個案表示，因過去曾做過相關檢測(大約一年前)，且認為自己沒有感染風險故不需要做測試。透過動機式晤談發現此類個案對於自身風險不理解，在分析濫藥與性行為相關部分後，可讓個案清晰理解愛滋病檢測背後的意義，以及個案在濫藥與性行為所存在之風險，並同時向個案介紹有關愛滋病及性病之服務，同時介紹可進行測試之地點，以鼓勵個案定期進行檢測並改變風險行為。

總括而言，應用《自願戒毒求助者高危行為問卷》進行重點式訪談能有助不同範疇之戒毒工作者能在較短時間內了解個案的風險行為；而配合不同健康教具、評估測量及輔導技巧，更能有助個案關注濫藥對身體與精神所造成的問題，提高改變動機；並能使工作人員易於與個案建立關係，讓個案減低對輔導人員之抗拒感，從而提升個案持續與工作人員面談的意願，對於個案持續接受戒毒治療有正面價值。

三. 協調各民間戒毒機構共同推行有效工作

本問卷調查發現個案往往經過數年濫藥時間，才主動向戒毒機構求助。故此，如能及早接觸濫藥人士以提供適切輔導及跟進，將能減低社會危機風險。有見於《自願戒毒求助者高危行為問卷調查》項目取得成效，因此針對問卷研究結果及其輔導果效，於民間戒毒機構中推行有關工作，包括於 2015 年將《自願戒毒求助者高危行為問卷調查》引介至各民間戒毒機構推行，並引用數年的分析資料，與各民間戒毒機構進行會議，制定工作流程和輔導介入的內容。

為使各民間戒毒機構前線人員能更快掌握相關訪問技巧及介入手法，於問卷調查計劃開展前向各受邀機構進行簡介會，包括講解問卷之目的與意義、不同部分訪問技巧及介入手法和相關注意事項；同時每季進行聯合會議，交流當季訪問過程所遇上之特殊事項、難點及後續跟進工作等。此外，為使禁毒工作更具方向性與目標性，戒毒康復處更於每年問卷調查工作完成後，針對不同機構收集之數據情況，進行分析報告解說會議，就報告所得結果和訪談個案的突顯問題，商議和討論應對方案，以讓各機更好規劃工作內容、進行相應人員培訓、制定服務方案，持續推動具專業性和成效性的禁毒工作發展。

伍、總結及工作持續發展

澳門在推行禁毒工作方面，採取包括減低供應、減低需求和減低傷害的三減政策，以應對一切與毒品有關問題。除在戒毒和社區預防工作方面，透過多種不同類型的服務和渠道，期能達到措施的有效推行外，減低傷害政策的推行亦為重要項目。在工作發展方面，需時刻注意毒品濫用趨勢的最新發展，以制定各項應對方案。

1. 愛滋病篩查仍存重大缺口，很多吸毒/戒毒人士對篩查抗拒、延遲檢測，這提供了愛滋病毒在吸毒人群中傳播的機會。根據聯合國愛滋病規劃署報告，2011 至 2015 年接受愛滋病治療較過去 15 年為多，但仍然需要持續開展治療、關懷和支持項目以減少缺口，澳門亦需循此工作方向持續發展；
2. 《自願戒毒求助者高危行為問卷》作為有效的介入工具，特別在減低傷害工作方面，確能發揮有關作用，應持續發展是項工作，並聯合政府相關部門和民間力量，共同全面有效推動有關工作；
3. 針對不同年齡層濫藥人士進行不同輔導減害方案，與戒毒機構共同研究推動，並為戒毒工作人員提供支援，特別在培訓工作方面，讓前線人員能掌握技巧，推動社區中的前線服務單位參與，讓工作推動發揮更大的效果；
4. 與前線醫療單位持續協作以及為醫護人員推動培訓工作，以更早接觸濫藥人士，在非標籤性的環境下，首以減害輔導為介入點，為濫藥個案創設接納關懷的氛圍，以進一步動員其戒毒動機和意願；
5. 澳門吸食冰毒有持續增加趨勢，宜加強有關工作，特別在濫藥後不安全性行為的高危風險，此外亦不能忽視注射毒品的高危行為問題。針對冰毒濫用現況，需制定一套有效的減害輔導方案。根據國際減害聯會的針對苯丙胺類興奮劑的全球減害應對策略（A Global Review of the Harm Reduction Response to Amphetamines: A 2015 Update），針對吸食冰毒引致的營養失調、個人衛生狀況、共用吸食工具導致的傳染病、誘發的精神疾患、注射使用高風險行為等問題，澳門亦需發展針對冰毒的減害輔導介入方案及推行有關工作。

附錄：《自願戒毒求助者高危行為問卷》- 中英版本

參考文獻

- 郝偉、趙敏、李錦 (2016)。《成癮醫學理論與實踐》。中國：人民衛生出版社。
- 澳門特區政府社會工作局戒毒康復處 (2011 至 2016 年)。《自願戒毒求助者高危行為問卷調查數據分析》。澳門特區政府社會工作局未出版資料。
- 澳門特區政府衛生局 (2001 至 2016)。《愛滋病感染情況統計資料》。澳門特區政府衛生局網頁：<http://www.ssm.gov.mo/portal/>
- 澳門特區政府衛生局防治愛滋病委員會 (2016 至 2017)。《澳門愛滋病簡訊》，15、16、17，澳門特區政府衛生局防治愛滋病委員會秘書處。
- Global AIDS Response Progress Reporting 2012 : Guidelines - Construction of Core Indicators for monitoring, the 2011 Political Declaration on HIV/AIDS, UNAIDS. (2012). Retrieved June 2017 from: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/harm-reduction-saves-lives_en.pdf
- Pinkham, S., Stone K. (2015). A Global Review of the Harm Reduction Response to Amphetamines: A 2015 Update. Harm Reduction International Report
- United Nations Programme on HIV and AIDS (2017, June 26). Harm Reduction Saves Lives 2017. Retrieved July 2017 from: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/harm-reduction-saves-lives_en.pdf
- United Nations Programme on HIV and AIDS (2016). On the Fast-Track to end AIDS : 2016-2021 Strategy. Retrieved July 2017 from: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151027_UNAIDS_PCB37_15_18_EN_rev1.pdf
- United Nations Office on Drugs and Crime (2017). World Drug Report 2017. Retrieved July 2017 from: <https://www.unodc.org/wdr2017/index.html>

青少年戒毒多層輔導模式

陳文浩 曾皓謙 陳皓瑾

香港青年協會青年違法防治中心

【摘要】

香港青年協會「青年違法防治中心」於 2015 年獲禁毒基金贊助，推行為期兩年的「Project SIM - 青少年戒毒多層輔導計劃」。該計劃運用由臨床心理學家及青協合作，開發的電子評估系統 - 「青少年行為及精神健康評估系統」，為 947 名青少年提供識別評估服務，當中 370 名年齡介乎 12 至 25 歲的青少年被分流為高危／潛在吸毒（226 人）、初嘗吸毒（88 人）、吸毒成癮（44 人），以及隱蔽吸毒（12 人）。社工按其吸毒階段和特性提供針對性的輔導及支援服務。逾六成以上受服務的青少年對抗毒態度有顯著改善或減少吸毒頻次。本計劃因應青少年的吸毒階段，建立多項新介入手法，包括：「心癮管理」、「職業技巧訓練」、「鼓勵出席治療方案」等，以提升青少年的戒毒動機。

【關鍵詞】戒毒輔導、隱蔽吸毒、心癮管理、精神健康、電子評估、違法防治

(一) 計劃背景及簡介

青少年由當初接觸不良毒品訊息，再而受朋輩或他人影響而嘗試第一口毒品，發展致吸毒成癮，最後被毒癮蠶食致隱蔽吸毒，都依循一定的軌跡而逐漸改變。如果我們可以及早辨識及分流介入，因應他們不同階段的需要提供支援，定可減少他們的吸毒風險，提升他們對毒品的防禦能力。

面對青少年的各種吸毒問題，香港青年協會多年來積極運用跨專業合作協助吸毒青少年。由 2008 年開始，本會與葵涌醫院緊密合作，於「閃亮計劃」、「閃亮計劃 II」及「Project IAPT - 青少年心理輔導普及計劃」等共同研發全面評估吸毒青少年狀況的工具及「活動為本簡短心理治療單元」，運用於個案及小組輔導中，協助青少年處理吸毒的問題。

憑藉過往工作經驗，本會於 2015 年再次獲得禁毒基金贊助，推行「Project SIM - 青少年戒毒多層輔導計劃」。計劃首先利用電子化的評估工具，及早將有需要的青少年分流到相關服務，並因應青少年於四個不同吸毒階段的狀況和需要，運用多項具實證的手法，制訂及提供重點輔導服務，防止吸毒青少年墮入更深的漩渦，加快他們遠離毒禍。計劃亦為社區為本的戒毒及復康服務提供嶄新的介入模式供社會各界參考。

為加強吸毒青少年的社會資本，計劃亦提供職業技巧訓練資助及相關的正向發展活動，讓青少年可以培養正面興趣，發展所長，重投社會，減低他們復吸的機會。計劃更與葵涌醫院臨床心理學家和精神科合作，為有需要的青少年提供快速和詳盡的身體檢查和醫療服務，強化現行醫社合作輔導。

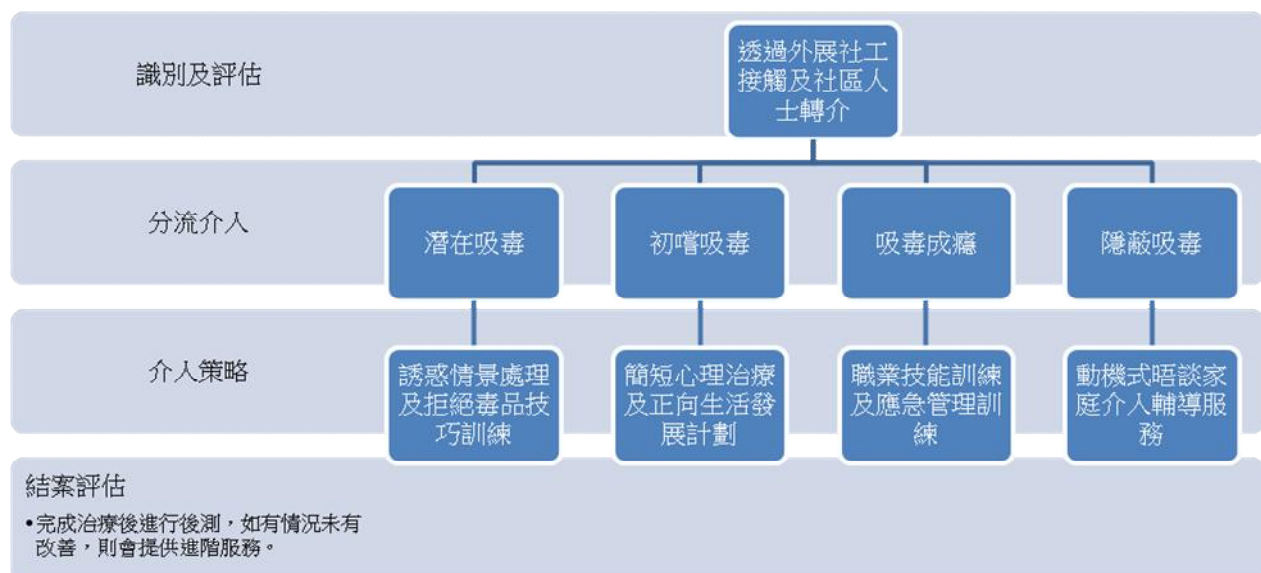
(二) 計劃內容

計劃運用多層介入模式(Stratified Intervention Model)，為處於不同吸毒階段的高危／吸毒青少年提供有系統及實證為本的「戒毒多層輔導服務模式」輔導服務。有關介入策略和內容請參閱下表：

階段	狀況及需要	介入目標	策略
潛在吸毒	<ul style="list-style-type: none">● 對毒品的禍害未必有深入認識● 面對學業、朋輩相處等壓力	<ul style="list-style-type: none">● 加深毒禍認識● 提升拒絕誘惑能力● 減低吸毒機會● 強化抗毒態度	<ul style="list-style-type: none">● 「誘惑情景處理」● 「拒絕毒品技巧訓練」
初嘗吸毒	<ul style="list-style-type: none">● 因好奇、尋求刺激、壓力處理能力不足● 受不良朋輩引誘而嘗試吸毒● 身體開始受到傷害● 開始有脫離社會系統的跡象	<ul style="list-style-type: none">● 了解繼續吸毒的後果● 改善情緒管理、壓力處理等能力● 減低吸毒份量/脫離吸毒行為	<ul style="list-style-type: none">● 「簡短心理治療」● 「正向生活發展計劃」● 「認知行為輔導」

吸毒成癮	<ul style="list-style-type: none"> ● 逐漸脫離社會各個系統 ● 學業/工作情況出現兩極，部份吸毒青少年上學、上班不穩定，甚至失學、失業。部份則依靠正常/非法工作賺取收入吸毒 ● 生理及精神健康出現問題 ● 個人改變或接受服務的動機不穩 	<ul style="list-style-type: none"> ● 了解毒癮對個人身體和精神健康出現影響 ● 逐步減少對毒品的依賴，改善精神健康問題 ● 強化社會資本，與社會重新接軌 ● 加強接受戒毒的持續性 	<ul style="list-style-type: none"> ● 身體及精神健康評估 ● 「職業技能訓練」資助 ● 「應急管理」訓練 ● 「出席治療獎勵方案」 ● 「進階心理治療」 ● 「認知行為輔導」
隱蔽吸毒	<ul style="list-style-type: none"> ● 已吸毒一段日子 ● 脫離社會各系統 ● 曾嘗試自行戒毒，但因健康問題及毒癮難以靠自己力量戒毒 ● 無法正常上學/工作 	<ul style="list-style-type: none"> ● 重建對自己及他人的信心 ● 提升戒毒及求助動機 	<ul style="list-style-type: none"> ● 與警方及社區持分者合作轉介 ● 運用雪球效應，透過吸毒青少年接觸吸毒青少年 ● 「動機式晤談家庭介入輔導服務」

(三) 輔導架構及流程圖



(四) 介入手法及內容

1. 評估識別及分流服務

本計劃與臨床心理學家，因應各種吸毒風險及表徵，共同研發「青少年吸毒風險及需要評估量表」，用以辨識青少年屬於那一層吸毒風險與階段，讓社工提供相應的專業介入。





青少年吸毒風險及需要五大元素

2. 青少年行為及精神健康評估系統

計劃建立一個全新的「青少年行為及精神健康評估系統」(Online Comprehensive Assessment System for Youth Behavior and Mental Health)，將一系列已具有效性(Validity)及可靠性(Reliability)的精神健康評估工具、認知功能篩選評估量表、以及吸毒風險評估，數碼化、流動化，評估結果亦能即時顯示，方便社工與青少年進行識別、評估、分析和解說。平台有雙重密碼保護，確保資料不會外泄。

3. 「誘惑情景處理」及「拒絕毒品技巧訓練」

雖然近年有不少資源投放在宣傳吸毒的禍害，當中包括講座、工作坊及多媒體宣傳，青少年理應得悉吸毒的壞處。唯部分高危青少年仍缺乏堅定拒絕毒品的態度，在不少環境和自我心態影響下，仍然會以身犯險。因此，計劃為提升青少年的判斷力和分析力，提供誘惑情景處理及拒絕毒品技巧訓練，從而強化他們拒絕毒品的能力。

計劃亦運用樂高®認真玩®(LEGO® SERIOUS PLAY®)手法，利用有趣的積木結合體驗學習法(Experiential learning)，讓青少年透過遊戲中的互動情景，作反思及學習判斷。活動以 8-10 人的小組或個人形式進行。

4. 簡短心理治療 (Low Intensity Therapy)

計劃利用本會與本地臨床心理學家，根據英國 IAPT 而發展的一套具實證而標準化的「簡短心理治療」手法，為初嘗吸毒青少年提供六個單元的輔導，內容包括情感管理、人際關係處理、壓力處理、解難能力、提升親密關係管理、以及動機提升。協助青少年加強防禦吸毒的誘惑及正確處理生活問題。

5. 正向生活發展計劃

正向生活發展計劃為吸毒的青少年重建健康日常生活模式，培養自己的興趣和專長，強化其毒品防禦能力。活動內容多元化和跟上社會潮流以配合青少年的需要，包括興趣訓練、就業實習、參觀體驗和職涯規劃等。計劃亦為青少年尋找升學或職向的培訓，加強社會資本，建立生活目標。

6. 心癮管理 (Craving management)

協助吸毒青少年處理對毒品的強烈渴求，是在戒毒過程中其中一個重要工作。計劃社工與臨床心理學家共同開發有系統的心理教育活動處理心癮問題。計劃社工先協助青少年尋找吸毒的觸發點(Identification of craving and its triggers)。繼而協助了解吸毒循環，在不同的介入點尋找應急策略，處理環境和思維因素。最後，按不同情境作應對技巧訓練，達至提升青少年抗拒誘惑(Assertiveness)和延後滿足吸毒衝動 (Delayed gratifications)的能力，加強自我控制的可行性。

7. 職業技巧訓練

部份受吸毒問題困擾的青少年，因為身體、生活或個別狀況，不太合適或有一定困難進行群體班組訓練。本計劃運用彈性方法，設有個別職業訓練津貼，因應青少年的能力及興趣，為他們提供度身訂造的職業技能訓練，並提供津貼包括交通費、課程費、訓練物資等。透過鼓勵參與不同的職業技巧訓練，提升其持續進修或上班的動力，增加社會資本及競爭力。

8. 身體及精神健康評估和醫療服務

計劃與葵涌醫院臨床心理學家和藥物誤用中心精神科醫生合作，為吸毒青少年提供身體及精神健康檢查。計劃亦與私家中西醫務所及牙醫合作，提供評估和治療。透過了解因吸毒而造成的身體及精神問題，讓青少年能夠反思吸毒的傷害，提升戒毒的動機和預防復吸。

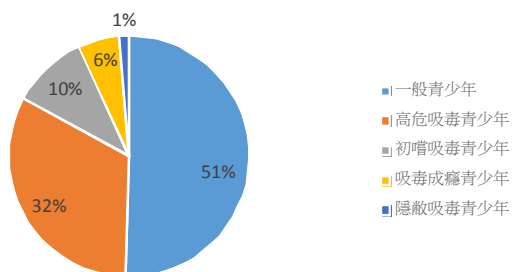
9. 進階心理治療 (High Intensity Therapy)

長時間吸毒讓青少年的精神健康出現不同程度的損害，例如抑鬱症、焦慮症或物質使用疾患症等。計劃安排有需要的青少年接受臨床心理學家的「進階心理治療」，處理精神健康問題。治療內容包括：認知行為治療、預防重犯和提升動機。

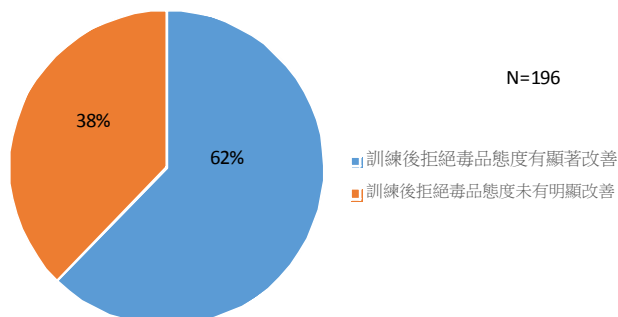
(五) 整體服務成效

「青少年戒毒多層輔導計劃」一共為 947 名青少年進行識別評估，當中 370 名被分流為高危／潛在吸毒（226 人）、初嘗吸毒（88 人）、吸毒成癮（44 人），以及隱蔽吸毒（12 人），並接受各種針對性的輔導及支援。226 名高危／潛在吸毒青少年當中 121 名青少年的拒絕吸毒技巧有顯著改善。120 名「初嘗吸毒」當中 90 名青少年吸毒情況有顯著改善或完全戒毒。55 名「吸毒成癮」青少年當中 36 人（65%）的吸毒情況有顯著改善或完全戒毒。12 名「隱蔽吸毒」青少年當中 8 名（67%）青少年顯著提升其戒毒動機。

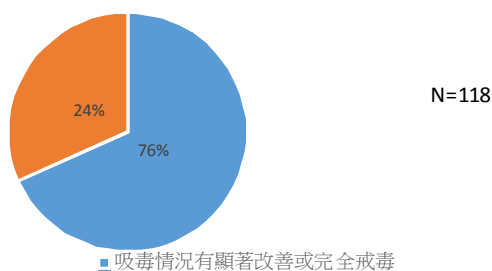
計劃接觸的青少年人數及其分類



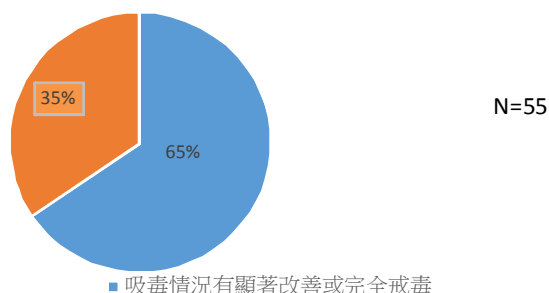
誘惑情景處理及拒絕吸毒技巧訓練成效



初嘗吸毒青少年的介入成效



吸毒成癮青少年的介入成效



(六) 多層輔導計劃運作模式及服務建議

1. 及早辨別和分流，有助減低吸毒風險和提升改變動機

吸毒的青少年於不同的階段的需要各有不同，能針對不同的需要，分流提供適切的協助，有助減低青少年吸毒的風險，以及吸毒的次數。本計劃將吸毒組群分為四大類別，包括潛在吸毒青年、初嚐吸毒、吸毒成癮及隱蔽吸毒。於不同吸毒階段，提供相應重點輔導服務，發展正向生活，改善引發吸毒的相關問題。

2. 靈活訓練和輔導安排，加強出席率

計劃因應不同青少年群組的活動時間，例如下班後，深夜或假期，以及由青少年的喜好和興趣出發，舉辦不同的正向訓練活動和輔導服務，減低他們爽約的機會。透過正面的學習和製造成功的經驗，提升他們的自我價值，建立生活目標，提升戒毒的動機。

3. 以多層輔導服務模式為藍本，推行社區戒毒輔導

社區戒毒可以讓這群青少年在現有生活環境下接受戒毒輔導。此外，出席治療獎勵計劃、心癮管理及正向生活發展活動等輔導，有效提升他們的戒毒動機，逐步減少吸毒頻次。社區戒毒亦有效減低復康青少年因未能重新適應社會步伐而出現的復吸危機。以多層輔導服務模式為藍本，增加社區為本戒毒輔導服務的資源，為有需要的青少年提供多一個可行的戒毒方案。

現今抗毒輔導工作需要有更多創新和具果效的手法，以面對不斷改變的吸毒問題。我們藉此機會透過本文與各青年工作者分享我們的工作經驗，共同為青少年抗毒工作努力。

參考文獻

- Boduszek, D., Hyland, P., Dhingra, K., & Mallett, J. (2013). The factor structure and composite reliability of the Rosenberg Self-Esteem Scale among ex-prisoners. *Personality and Individual Differences*, 55(8), 877-881. doi:10.1016/j.paid.2013.07.014
- Delgadillo, J., Payne, S., Gilbody, S., Godfrey, C., Gore, S., Jessop, D., & Dale, V. (2011). How reliable is depression screening in alcohol and drug users? A validation of brief and ultra-brief questionnaires. *Journal of Affective Disorders*, 134(1-3), 266-271. doi:10.1016/j.jad.2011.06.017
- Delgadillo, J., Payne, S., Gilbody, S., Godfrey, C., Gore, S., Jessop, D., & Dale, V. (2012). Brief case finding tools for anxiety disorders: Validation of GAD-7 and GAD-2 in addictions treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 125(1-2), 37-42. doi:10.1016/j.drugalcdep.2012.03.011
- Gaber, T. A. Z. K. (2008). Evaluation of the Addenbrooke's Cognitive Examination's validity in a brain injury rehabilitation setting. *Brain Injury*, 2008, Vol.22(7-8), p.589-593, 22(7-8), 589-593. doi:10.1080/02699050802132461
- Hogue, A., Dauber, S., & Morgenstern, J. (2010). Validation of a Contemplation Ladder in an Adult Substance Use Disorder Sample. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24(1), 137-144. doi:10.1037/a0017895
- Huang, C.-Y., Li, C.-S. R., Fang, S.-C., Wu, C.-S., & Liao, D.-L. (2013). The reliability of the Chinese version of the Barratt Impulsiveness Scale version 11, in abstinent, opioid-dependent participants in Taiwan.(Report). *Journal of the Chinese Medical Association*, 76(5), 289. doi:10.1016/j.jcma.2013.01.005
- Martin, G. W., Wilkinson, D. A., & Poulos, C. X. (1995). The Drug Avoidance Self-Efficacy Scale. *Journal of substance abuse*, 7(2), 151.
- Miele, G. M., Carpenter, K. M., Smith Cockerham, M., Trautman, K. D., Blaine, J., & Hasin, D. S. (2000). Substance Dependence Severity Scale (SDSS): reliability and validity of a clinician-administered interview for DSM-IV substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 59(1), 63-75. doi:10.1016/S0376-8716(99)00111-8
- Simpson, D. D., Joe, G. W., Knight, K., Rowan-Szal, G. A., & Gray, J. S. (2012). Texas Christian University (TCU) short forms for assessing client needs and functioning in addiction treatment. *Journal of offender rehabilitation*, 51(1-2), 34-56.
- Wong, A., Xiong, Y. Y., Kwan, P. W. L., Chan, A. Y. Y., Lam, W. W. M., Wang, K., . . . Mok, V. C. T. (2009). The Validity, Reliability and Clinical Utility of the Hong Kong Montreal Cognitive Assessment (HK-MoCA) in Patients with Cerebral Small Vessel Disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 28(1), 81-87. doi:10.1159/000232589

預防濫藥多層面介入的工作

周佩玲

澳門特區政府教育暨青年局

【摘要】

教育暨青年局(以下簡稱教青局)對青少年堅持“預防為先，教育為重、家校合作”的理念，並配合青少年的發展需要，在預防濫藥的工作上提供多層面介入的服務，持續透過德育政策、學生輔導、家長教育、社區教育等各層面，開展青少年濫藥的預防教育工作。

教青局在非高等教育範疇推動與德育相關的教育政策，其中特別關注賭博、毒品、色情及暴力等不良環境對青少年的衝擊，並由專責的部門，透過各類專題項目，如“生命教育”、“預防濫藥”等方面舉辦有針對性的教育活動。此外，教青局在學校積極開展多元化的學生輔導服務，提供預防性及發展性的教育及輔導活動；通過輔導員及教師宣傳“預防濫藥、遠離毒品”的訊息，期望藉此及早察覺學生的情況，向有需要的學生提供個別輔導。教青局亦著重向家長提供支援，持續推廣家長教育及社區教育工作，包括透過資助社區團體開辦各類預防青少年濫藥及提升抗逆能力的主題活動，並連同其他職能部門，協力推動預防濫藥及禁毒工作，如為青少年及家長開展以預防濫藥及健康生活為主題的講座、工作坊及活動等，冀望以多渠道宣揚禁毒的信息和教導青少年危機干預的助人自助方法，共同協助學生認識問題、面對問題及走出困境，讓他們能健康成長。

預防青少年吸毒及濫藥的工作，需要與青少年相關各持分者，從毒品源頭、預防教育(學校及家庭)至戒毒治療等各個環節通力合作，通過政府、教育機構、社會服務團體、企業集團、家長以及市民大眾，群策群力，各盡其責，各司其職，努力為青少年營造“無毒社區”的環境。

【關鍵詞】教育暨青年局、青少年、預防濫藥、學生輔導服務。

壹、前言

教育暨青年局(以下簡稱教青局)對青少年堅持“預防為先，教育為重、家校合作”的理念，並配合青少年的發展需要，推行學生輔導服務。有關服務在學校為本，學生為主的基礎上，貫徹生命教育的理念，每學年為不同教育階段的學生開展預防性及發展性的輔導活動，當中包括珍惜生命、情緒管理、生涯規劃、義務工作/社會服務、人際社交及時間管理等，藉此提升學生的抗逆力、情緒管理能力、社交技巧及解難能力，從而建立正確的價值觀及積極的生活態度，活出健康的人生。在預防濫藥的工作上，教青局持續透過德育政策、學生輔導、家長教育、社區教育、專業培訓等不同渠道，開展促進青少年身心健康成長及預防教育的工作。

貳、教青局有關青少年預防濫藥工作之服務開展概況

一、預防工作的服務理念

教青局在非高等教育範疇積極推動與德育相關的教育政策，並安排專責部門，透過各類專題項目，如“生命教育”、“預防濫藥”等方面舉辦具針對性的教育活動。此外，教青局在學校積極開展多元化的學生輔導服務，通過輔導員及教師宣傳“預防濫藥、遠離毒品”的訊息，期望藉此及早察覺學生的情況，向有需要的學生提供適時適切的跟進。

教青局亦著重向家長提供支援，持續推廣家長教育及社區教育，包括資助社團開辦預防青少年濫藥及提升抗逆能力的主题活動，並連同相關職能部門，協力推動預防濫藥及禁毒的工作，包括為青少年及其家長開展以預防濫藥及健康生活為主題的講座、工作坊及活動等，冀望以多渠道宣導禁毒的信息和教導青少年助人自助方法，共同協助學生認識問題、面對問題及走出困境，健康成長。

二、針對青少年濫藥問題的防治工作實施

青少年濫藥是一個社會關注的問題，要預防及遏止青少年濫藥，必須進行普及的預防教育工作，政府、學校、家庭及社區組織必須齊心協力，共同構建青少年安全保護網，遠離毒品。教青局在毒品問題上從多方面進行預防、宣傳及跟進等工作，以協助學生樹立正確的觀念和識別毒品的禍害，具體工作對策及相關跟進工作

簡述如下：

(一) 開展德育工作

為加強學校德育工作團隊的有序建設，教青局自 2008 年開始鼓勵學校成立德育工作小組，並制訂“學校德育工作小組工作指引”，以加強學校的德育規劃，提升學校德育工作者的專業素質。

通過“學校發展計劃”的資助，將“培養學生的品德與公民素養”作為重點資助項目，推動及支持學校進行校本德育工作，以及推動校內學生團體的發展，鼓勵學生參與各類有益身心的課餘活動，從小建立正確的價值觀，遠離賭博和毒品。

在德育教材方面，與專業出版社合作編寫和出版涵蓋各教育階段的《品德與公民》教材，內容包括濫藥和賭博對個人、家庭和社會的危害，提高學生遠離毒品和賭博的警覺性；在面對誘惑時，能主動及堅決拒絕。

(二) 學生輔導服務

教青局的預防濫藥工作，主要以生命教育為理念，透過學生輔導員在校舉辦講座、小組及個案輔導等對學生進行預防濫藥工作，目的為讓學生認識毒品及其禍害，懂得向毒品說“不”，建立健康生活模式，增強抗逆能力及瞭解求助途徑，同時認識與毒品有關的法律，提升學生識法守法的意識。

與此同時，教青局亦透過“預防偏差行為”及“建立正向行為”的主題進行預防及發展性的輔導活動，內容包括：自我保護/拒絕技巧、預防違法與違規、情緒管理、珍惜生命、生涯規劃、善用餘暇等，期望活動能協助學生建立正向及積極的人生價值觀，同時亦透過相關活動向參與的學生帶出預防濫藥的訊息。

學生輔導服務開展工作 (駐校及離校)	2015/2016 學年		2016/2017 學年	
	活動次數	學生人次	活動次數	學生人次
“預防濫用毒品”的輔導活動	97	2,634	142	4,142
“預防偏差行為”的輔導活動	695	17,528	412	15,768
“建立正向行為”輔導活動	1,823	63,019	1,543	55,197
“建立健康生活模式”的輔導活動	401	15,106	334	19,433

教青局透過資助 9 間輔導機構派駐學生輔導員，在各校以多元化的成長計劃、班級活動及個案輔導等，及早辨識懷疑濫藥學生的情況，向有需要的學生提供補救性的個別輔導或轉介，以協助學生走出困境，讓學生可以健康成長。當學生輔導員在接獲懷疑濫藥個案，會對個案作初步評估，篩選及識別高危個案，在跟進有關個案過程中，除為個案提供輔導外，機構的專業督導亦為學生輔導員提供專業支援和跟進建議，並為有特別需要的個案召開跨部門的個案會議，以商討對有關個案的分工及後續跟進方案。

此外，教青局持續透過駐校學生輔導員及離校學生輔導員，收集懷疑有濫藥行為學生的資料，並在徵得當事人及家長的同意，轉介予相關戒毒復康機構作深入治療跟進，同時會於社會工作局統籌的“澳門藥物濫用者中央登記系統”填報，藉此掌握本澳藥物濫用者的整體情況及趨勢。

	2016 年 1 月至 12 月	2017 年 1 月至 6 月
經駐校學生輔導員及離校學生輔導員確實濫藥並填報個案	9	3

(三) 專業培訓

教育局定期為學生輔導員及教師提供培訓，加強其掌握與辨識學生濫藥問題的相關知識及實務技巧，以提升其對預防學生濫藥的敏銳觸覺及跟進工作。

1. 學生輔導員培訓

教育局每學年為學生輔導員安排不同主題的專業培訓，以提升其專業知識及技巧。在預防學生濫藥方面，邀請本地及鄰近地區的導師以及與本澳相關職能部門合作，為學生輔導員舉辦預防學生濫藥工作坊，增強其對毒品的認知及提升其對學生吸毒問題的關注，掌握辨識學生吸毒的技巧及方法，以及強化處理吸毒學生的技巧及方法等，從而為學生提供更實際可行及有效的預防教育和輔導跟進。

2. 教師培訓

教師與學生關係密切，若教師能對懷疑有接觸毒品的學生具備初步辨識及篩選的技巧及能力，對預防學生濫藥的工作能事半功倍。為此，教育局持續為學校德育工作小組舉辦各類培訓、班主任座談會及德育工作交流會，以促進教學人員的經驗交流，提升老師在處理學生偏差行為問題的辨識能力和技巧。此外，教育局定期邀請相關職能部門導師及戒毒復康機構分別為本地及外籍教師，以及相關教學人員進行預防學生濫藥工作坊及講座，目的為加強教師對毒品及相關法規的認識，了解青少年吸毒的成因，掌握毒品及吸毒的情況，從辨識吸毒者的特徵及多角度面對青少年吸毒的心態，探討在校發現/懷疑吸毒個案的處理技巧及求助途徑等，從而及時為學生作出適當的處理及幫助。

(四) 社區合作

青少年在成長期需要師長給予適當的協助及指引，幫助他們領悟生命的意義及訂定人生的目標。為此，教育局一直努力透過轄下的教育活動中心及青年活動中心，開展各類有助青少年健康成長的服務，包括：學生輔導活動、關懷青少年成長資助計劃、善用餘暇計劃、暑期活動及親職教育活動等；此外，教育局亦資助不同的教育機構、青年社團及輔導服務機構為青少年開辦不同主題的活動，期望青少年在參與活動的過程中，學會與他人相處和合作，並學會掌握解決問題的技巧，從而提升其心理素質及抵禦逆境的能力，以應對未來在生命中出現的各種挑戰。

教育局轄下教育心理輔導暨特殊教育中心除定期邀請從事青少年預防濫藥工作的專業導師為教師進行預防學生濫藥工作坊外，考慮到外籍教師的需要，教育局亦資助戒毒康復機構派員為上述教師安排英、葡語預防學生濫藥工作坊，以提高教師識別懷疑吸毒/濫藥學生的能力，從而及時作出適當的處理及幫助，共同建立良好的輔導安全網絡，為有濫藥問題的青少年提供支援服務。此外，教育局亦參與特區政府“禁毒委員會”的工作，為青少年的預防濫藥工作出謀獻策。

(五) 社區宣導

1. 教育局透過與學校進行會議，向學校領導宣導有關預防學生濫藥的訊息，以促進校方為學生進行預防濫藥工作。此外，教育局在每學年發給學校的《學校運作指南》中載有指引，協助學校“處理在校園內發現懷疑毒品”的跟進程序。
2. 教育局透過“關懷青少年成長計劃”，於 2014 至 2017 年間，合共資助 100 個民間機構共舉辦 211 項有關預防偏差行為及品德教育的活動，超過 35,000 人次參與。透過多元及貼近青少年興趣的計劃，向市民宣傳濫藥及吸毒的禍害，建立正向的行為及生活習慣。

3. 教青局亦透過電台節目“澳門青年”的時段，向社區青少年宣導有關預防濫藥的訊息，在 2012/2013 學年至 2016/2017 學年共進行了 7 次有關的主題廣播。

叁、總結

整體而言，預防青少年吸毒及濫藥的工作，必須統整社會的力量，共同協作，從毒品源頭、預防教育(學校及家庭)以至戒毒治療等，由政府、教育機構、社會團體、企業集團、家長以及市民大眾，群策群力，各盡其責，各司其職，共同為青少年營造“無毒社區”環境而努力。

澳門在學青少年的濫藥現狀:中文與非中文學校學生之比較

李德 澳門大學社會學系教授
夏一巍 澳門大學社會學系博士生
劉子瑄 澳門大學社會學系博士生
張小華 廣西警察學院講師

【摘要】

目的：本研究旨在探討澳門在學青少年的濫藥情況，並在此基礎上比較中文與非中文學校的學生在濫藥方面的差異。

方法：本次研究採用多階段分層概率與規模成比例整群抽樣(multi-stage stratified probability-proportional-to-size cluster sampling)方法，抽取了約 8000 名澳門在校中小學生。本次研究擬以日常活動理論(Routine activity theory)模型為基礎，採用 T 檢驗來比較澳門中文和非中文學校的學生在濫藥方面的差異，並在此基礎上通過中介效應模型來解釋兩類學校學生在濫藥方面的差別是否與其日常活動方式、冒險特質和低自控力因素相關。

結果：1.澳門中文與非中文學校的學生在濫藥方面有顯著差異；2.在澳門中文和非中文學校中，學生們在生活方式與冒險特質等相關因素之間有顯著差異；3.澳門中文和非中文學校學生在濫藥方面的差別能夠被生活方式和冒險特質所解釋。

結論：研究發現，相較於澳門中文學校的學生，非中文學校學生的濫藥情況更嚴重。此外，雖然澳門中文和非中文學校的學生在諸多方面有顯著差異，但僅有生活方式和冒險特質能解釋該差異。因此，本文建議，對中文和非中文學校應選擇不同的青少年濫藥幹預和預防措施，從而達到預防和減少他們濫藥的目的。

關鍵詞：澳門、青少年、藥物濫用

壹、引言

澳門因其特殊的歷史背景和特殊的政治經濟因素已成為東西方文化交匯的城市，近年來，澳門地區在學青少年濫用藥物的問題有所改善，但濫藥率似乎仍然略高於周邊其他地區。如何預防以及解決此問題已成為澳門政府刻不容緩的議題（澳門社工局，2015）。

文化與民族的多樣性也影響了澳門的教育體制。據統計，澳門共有 42 所中文中小學、8 所葡文中小學及 3 所國際中小學（澳門教育暨青年局，2017）。因為不同的文化背景，澳門中文與非中文學校的學生在個人特徵、父母教養方式以及日常活動參與類型等方面皆有很大差異。據此，中文與非中文學校學生的濫藥差異可能與這些方面的差異有所關聯。

雖然研究澳門在學青少年濫藥的文章頗多，但它們或缺乏理論指導，或為單一的定性和描述性統計研究，或缺乏代表性樣本，或所用數據舊等（梁建輝、任燕華，2001；趙成正，2000；陳欣欣，2002）。至今，尚無此類研究從澳門獨有的文化背景以及教育方式角度出發。故，本研究旨在比較中文與非中文學校的學生在濫藥方面的差異及其成因，以協助澳門政府更好地開展在青少年濫藥預防矯治及教育工作，並對其他地區的此類工作有所啟示。

貳、文獻回顧

一、日常活動理論對青少年藥物濫用的解釋

Cohen 與 Felson 在 1979 年提出日常活動理論，此理論提出犯罪發生需要三個要件：第一，合適的目標；第二，有動機的犯罪人；第三，缺乏有能力的監護人以防止犯罪的發生。最初此理論用於解釋犯罪受害原因及趨勢。近年來，有研究指出，該理論亦適用於解釋個體偏差及犯罪行為（Osgood, Wilson, O'Malley, Bachman, & Johnston, 1996; Vazsonyi, Pickering, Belliston, Hessing, & Junger, 2002）。大多數關於日常活動和青少年犯罪的研究都集中在青少年時間使用及其如何參與違法等社會活動上。他們主要使用兩種活動來檢驗日常活動對偏差行為的影響。第一類活動為非結構性活動。非結構性活動，意指社會化未完全的青少年，在有能力嚇阻犯罪的監督人不在場的情況下，從事無特定目的的活動，如參加派對、在公園閒逛等活動。研究發現，參與非結構性活動的次數與少年犯罪和偏差行為呈正相關關係（Bartko, & Eccles 2003）。日常活動理論強調：在沒人監督的情況下，青少年在日常生活中花費大量時間與朋友參與非結構性活動會增加他們從事偏差行為的風險（Cohen, & Felson, 1979; Haynie, & Osgood, 2005），這是因為缺乏監督的非結構性活動降低了青少年受社會控制的程度（Osgood, & Anderson, 2004）。因此，青少年在非結構性日常活動中花費的時間越多，其犯罪的機率就越高。第二類活動為結構性活動（如有人監督的傳統活動）。有研究指出：花更多時間參與傳統活動的青少年，其參與非結構性活動的時間將會減少（Bernburg & Thorlindsson 2001）。此外，參與結構性活動的次數與

當然，也有許多研究指出：青少年日常從事的社交活動會影響其藥物濫用行為，因為青少年的生活方式及日常活動會增加其接觸犯罪的機會(Reifman, & Watson, 2003)。藥物濫用的青少年比一般青少年參與更多的非結構性活動（如參加派對和更少的結構性傳統活動（如學習和志願服務等活動）。Jensen 和 Brownfield (1986) 指出，頻繁地參與派對活動、出入酒吧是青少年犯罪與濫藥行為的顯著危險因素。此外，Osgood 等人 (1996) 研究顯示：日常活動與犯罪行為、酒精使用、大麻使用和其他非法藥物密切相關，參與非結構性活動的青少年比參加傳統活動的青少年更容易濫藥。在一項冰島青少年研究中，Thorlindsson 和 Bernburg (2006) 發現，花費較多時間參與結構性活動（如體育和社會俱樂部）的青少年，其濫藥行為較其他花費大量時間參與非結構性活動者較少。這主要是因為：較之其他傳統結構性活動而言，青少年在派對等相關娛樂活動中更容易獲取非法藥物(李德、張小華、唐偉、夏一巍、林建，2016)。Felson (1986) 指出並非所有在日常生活中花大量時間參與非結構性活動的青少年皆會從事偏差行為，違法犯罪傾向才是“有動機的犯罪人”從事違法犯罪的主要原因。Osgood 等人 (1996) 和 Schreck 等人(2004) 進一步將個人特質變量納入日常生活理論中，其研究發現自我控制和冒險特質影響個人的生活方式以及日常活動的選擇。低自我控制與高冒險特質的個人更可能濫用藥物(Osgood, et al; Schreck, & Fisher, 2004)。Hay 和 Forrest (2008) 研究也發現：自我控制低、具有冒險性格的青少年更容易受到非結構化情境活動的影響，進而實施偏差行為 (Gottfredson, Hirschi 1990)。Desmond 等人 (2012) 調查研究指出：日常活動與個人特質會交互影響個人的藥物濫用行為。例如，參與日常的非結構性活動會給青少年提供更多的犯罪機會，這些機會與低自我控制與尋求刺激的特質相互作用就會對青少年的藥物濫用行為（例如飲酒，吸煙和使用毒品）產生顯著影響(Desmond, Bruce, & Stacer, 2012)。Chapple (2005) 指出，自我控制不足的青少年更有可能結交偏差朋友，參與更多的非結構性活動，更頻繁地暴露在犯罪機會中，並在無人監督與人格特質的交互作用下，更容易濫藥或從事其他偏差行為。Gallupe 與 Bouchard(2013) 更是指出：相對於濫藥同儕，活動情景對青少年濫藥的影響更大。參與非結構性活動（如派對）的青少年更容易犯罪，因為他們在此類情境中缺乏監督，道德規則較弱，那些自控力低、冒險特質高的青少年很容易在偏差同儕的誘導下濫用藥物。

二、文化對青少年日常活動以及藥物濫用的影響

許多研究在探討青少年濫藥行為時會對濫藥青少年之族群特徵進行比較（如性別、年齡以及種族等人口特徵）。Kelly 等人 (2006) 研究發現：美國白人大學生比非裔或亞裔大學生更有可能使用迷幻藥或其他俱樂部藥物(Kelly, Parsons, & Wells, 2006)；Oetting 等人 (2000) 的研究也同樣發現亞裔青少年藥物濫用比例較低。Podaná 和 Buriánek(2013) 的研究發現文化背景會影響濫藥行為。在不同的文化背景之下，青少年對濫藥行為的認知、態度與日常參與的活動會有所不同。Ellickson 等人認為，非裔美國青少年比其他族裔的青少年更少濫藥，其原因在於前者參與的日常結構性活動更多（如教會活動）(Ellickson, Rebecca L. Collins, & Bell, 1999)。Vazsonyi 等人發現酒精和娛樂性藥物在不同國家中有著不同的文化意義。例如，荷蘭和葡萄牙將大麻視為合法的娛樂性藥物，但中國卻將大麻列為違禁毒品。這種文化差異會對青少年濫藥的幾率產生重大影響(Vazsonyi Clifford Wittekind, Belliston, & Van Loh, 2004; Vazsonyi, & Killias, 2001)。如 Gottfredson 和 Hirschi (1990) 在《一般犯罪理論》一書中指出：在研究特定犯罪時，應將跨文化差異、犯罪地點、犯罪時間、犯罪人與被害人特性以及犯罪機會納入考慮範圍。

在澳門生活的青少年多半具有不同種族和文化背景的特性。目前，有超過 40 個國家的學生就讀於澳門的國際學校與葡文學校。不同的文化背景使得澳門青少年日常參與的活動差異較大，進而影響其濫藥行為。因此，本研究旨在比較澳門中文與非中文學校的學生在濫藥方面的差異，並找出造成該差異的原因，進而協助政府擬定成效更好的濫藥預防與矯治方案。

綜上所述，本研究提出以下假設：

第一，中文與非中文學校的學生在濫藥方面具有顯著差異

第二，日常活動理論的若干變量（如參加派對活動等），會對中文與非中文學校中學生濫藥之間的差異產生中介作用。

第三，中學生的自我控制能力以及冒險特質，亦會對中文與非中文學校中學生濫藥之間的差異產生中介作用。

為了準確檢驗日常活動理論對青少年濫藥行為的影響，本文採取 Felson(1986)及 Osgood 等人(1996)所提建議，在檢驗青少年濫藥成因時控制了父母依附、學校依附和濫藥朋輩等變量。

參、研究方法

一、數據

本次研究使用的數據來自“2014 澳門在學青少年與藥物”項目。該項目使用多階段分層概率與規模成比例整群抽樣 (Multi-stage stratified probability-proportional-to-size cluster sampling)，抽取超過 9000 名澳門全日制的高小學生 (小五和小六)、中學生 (初中和高中) 和大學生的代表性樣本。本次研究中僅使用其中的高小和中學的樣本。排除無效和錯誤問卷之後，本次分析樣本量為 6508。

調查使用自填式問卷，收集了被訪者的基本信息、就讀學校、日常活動變量、自我控制、冒險特質等信息。調查由經過專門培訓的調查員進入學校收集完成。為了保證問卷填答的真實有效性，老師們給予了回避的配合。

二、測量

本次研究涉及的變量主要有：學校類型、日常活動理論變量、基本信息和其他控制變量。本文根據學生就讀的學校生成學校類型變量，其中 1 為非中文學校，0 為中文學校。本文的日常活動理論變量除納入派對參與外，還依照 Felson (1986) 與 Osgood 等人 (1996) 的建議，納入自我控制和冒險特質變量。對派對參與而言，被調查者回答了其參加派對的頻率，答案結構包括“1.幾乎每天參加”到“5.從不參加”；對自我控制而言，本文採用 Hirschi (2004) 提出的 9 個問題，並將他們虛擬編碼之後加總和。冒險特質的測量問題是：“你喜歡做有點危險的事情”和“你會時不時地做些冒險的事情來考驗自己”。

被調查者還報告了其性別、家庭情況 (是否與雙親共同居住)、父母監督、就讀學校、父母和學校依附、毒品危害認知、毒品接受程度和濫藥朋友。其中對父母監督而言，問卷收集了被訪者父母對其放學後活動、外出同伴、外出地點的知曉程度和週末門禁頻率；對父母依附而言，被訪者匯報了其感知父母的愛、支持、尊重、溫暖和父母對他 (她) 的尊重程度；對學校依附而言，被訪者回答了其對學校、功課和學業的態度；對毒品的危害認知和接受程度而言，被訪者匯報了他們對使用 K 粉、搖頭丸、冰毒等十類毒品的危害認知和接受程度；最後對濫藥朋友而言，被訪學生回答了他們感知到身邊有吸煙、喝酒、使用 K 粉、搖頭丸、冰毒、白粉、大麻和其他毒品的朋友比例。

三、分析方法

本研究使用的研究方法如下：首先，本研究將對所涉及的變量進行描述性統計分析。其次，本研究將區分學校類型對上述變量分別進行描述性分析，並根據不同學校類型，對涉及變量逐一進行兩樣本 T 檢驗，以探究不同學校之間學生的差異。再次，筆者將使用階層負二項回歸模型 (Hierarchical Negative Binomial Model) 逐步放入控制變量，探索哪些因素對學校類型差異起中介作用。最後，本次研究還使用了更為嚴格的中介效應檢驗，進一步計算這些中介變量的作用大小。具體而言，本次研究借鑒了溫忠麟和葉寶娟 (2014) 建議的中介檢驗流程，對結果進行檢驗。此外，鑒於本次研究因變量和自變量的類型特殊，本文還使用了 Valeri 和 Vanderweele (2013) 提議的方法，估計總效應為負二項回歸模型，中介效應為 Logistics 模型的中介效應大小。本研究使用的統計軟件為 STATA14.1。本文採用了 Emsley 等人 (2013) 開發的 STATA 程序包來檢驗中介效應。本次研究以 0.05 為統計顯著標準。

肆、結果

表一列舉了本次研究所涉變量的描述性統計分析，結果如下：一，藥物濫用的均值為 0.51，標準誤為 0.81。這表明：平均而言，澳門被調查學生濫用的藥物不到一種。此外，該變量的標準誤大於其均值，這也為使用負二項回歸模型的使用提供依據。二，本次樣本中 12% 的學生來自英文學校。三，澳門在校學生的自我控制水平較高，但其參加派對的頻率和冒險特質也處於較高水平。四，本次研究的樣本學生性別比基本持平，74% 的學生與父母共同居住。五，其他控制變量而言，樣本學生與父母的親密度和依附程度處於間中水平，受學校的控制程度也處於間中水平。此外，被調查學生有較高的毒品危害認知和較低的毒品接受程度，且其朋輩中濫藥的人較少。

表一 樣本描述性統計

變量	統計量	均值	標準差	最小值	最大值
因變量					
藥物濫用	6508	0.51	0.81	0	11
自變量					
非中文學校	6508	0.12	0.33	0	1
中介變量					
低自我控制	6508	2.09	1.85	0	9
冒險特質	6508	3.29	1.15	1	5
派對參與	6508	2.59	1.00	1	5
基本控制變量					
與雙親居住	6508	0.74	0.44	0	1
性別=女	6508	0.50	0.50	0	1
其他控制變量					
父母監督	6508	3.20	1.45	1	6
父母紐帶	6508	3.19	1.07	1	5
學校紐帶	6508	3.55	0.61	1	5
毒品危害認知	6508	3.97	0.37	1	5
毒品接受程度	6508	2.83	0.40	1	5
濫藥同儕	6508	4.93	0.36	1	5

表二展示了不同學校學生之間的區別。本文使用 T 檢驗對不同學校的學生在如下方面進行了比較，結果顯示：首先，非中文學校學生的濫藥程度普遍高於中文學校，這一結果部分證明瞭假設一。其次，相較于非中文學校的學生而言，中文學校學生的冒險特質更低，參與派對更少，自我控制能力更高。這也部分證明瞭研究假設二和三。最後，就其他變量而言，除了家庭結構和父母監督，其他變量在中文和非中文學校的學生之間均存在顯著差異。

表二 不同學校類型描述性統計結果

變量	非中文學校		中文學校		均值差異
	均值	標準差	均值	標準差	T 檢驗
因變量					
藥物濫用	0.62	0.86	0.49	0.81	***
中介變量					
低自我控制	2.94	1.14	3.34	1.15	***
冒險特質	3.12	1.08	2.52	0.97	***
派對參與	2.48	1.93	2.03	1.83	***
基本控制變量					
與雙親居住	0.75	0.43	0.74	0.44	n.s
性別=女	0.62	0.48	0.49	0.50	***

其他控制變量					
父母監督	3.15	1.41	3.21	1.46	n.s
父母紐帶	3.69	1.01	3.12	1.06	***
學校紐帶	3.70	0.59	3.53	0.62	***
毒品危害認知	3.87	0.62	3.98	0.31	***
毒品接受程度	2.69	0.53	2.85	0.37	***
濫藥同儕	4.88	0.36	4.93	0.36	***

為了進一步檢驗日常行為理論中各變量對學校差異和澳門在學青少年濫藥行為之間相關關係的中介作用，本文通過多階層負二項回歸模型，部分檢驗了此中介效應模型（即研究假設 2 和 3）。具體理論模型有：模型 1.藥物濫用~ 學校類型；模型 2.藥物濫用~ 學校類型+基本控制變量；模型 3.藥物濫用~ 學校類型+基本控制變量+其他控制變量；模型 4.藥物濫用~ 學校類型+基本控制變量+其他控制變量+日常活動。所有四個模型的結果如表三所示。所有四個模型的變量數量依次增加，通過對比學校類型差異在不同模型中的係數差異，我們可以探究這些變量是否對中介了學校類型之間的差異對藥物濫用的影響。模型 1 顯示：非中文學校學生比中文學校學生的濫藥水平高約 24%。模型 2 和 3 表明：當控制了基本變量和其他可能影響到學生濫藥水平的變量之後，其係數的大小和顯著程度無明顯改變。然而，當模型進一步引入日常活動理論的三個變量後（模型四），學校類型這一變量的係數變化很大（從 $b=0.24$ 下降到 $b=0.07$ ），且由顯著變為不顯著。這表明日常活動理論的三個變量極大地中介了不同類型學校的學生在濫藥上的差異。換言之，兩種學校的學生之間的濫藥差異很可能是由於他們在自我控制能力、派對參與頻率和冒險特質方面的差異所引起的。

	(1)	(2)	(3)	(4)
非中文學校	0.24*** (0.05)	0.22*** (0.05)	0.21*** (0.05)	0.07 (0.05)
基本控制變量				
與雙親居住		-0.12** (0.04)	-0.03 (0.04)	-0.04 (0.04)
性別=女		0.17*** (0.04)	0.08* (0.04)	0.07+ (0.04)
其他控制變量				
父母監督			0.07*** (0.01)	0.02+ (0.01)
父母紐帶			-0.02 (0.02)	-0.01 (0.02)
學校紐帶			-0.22*** (0.03)	-0.13*** (0.03)
毒品危害認知			-0.18*** (0.04)	-0.14*** (0.04)
毒品接受程度			-0.15*** (0.04)	-0.10* (0.04)

表三 階層負二項回歸

濫藥同儕			-0.43*** (0.03)	-0.40*** (0.03)
中介變量				
低自我控制				-0.07*** (0.01)
冒險特質				-0.16*** (0.02)
派對參與				0.15*** (0.02)
截距	-0.71*** (0.04)	0.16 (0.13)	3.10*** (0.19)	2.67*** (0.20)
N	6,508	6,508	6,508	6,508
Likelihood	-6008	-5917	-5752	-5627
Pseudo R2	0.00437	0.0195	0.0469	0.0677

注: 括號內為標準誤, *** p<0.001, ** p<0.01, * p<0.05, + p<0.1

當然，階層負二項回歸模型只能間接證明假設三的內容。日常活動理論中涉及的三個變量究竟哪個變量是顯著中介變量？各自的中介作用大小如何？中介作用為否穩健？本文將使用更加嚴格的中介作用模型加以檢驗。具體而言，由於表三已經顯示了日常活動理論若干理論變量的總效應（c）和受控制的主效應（c'）存在差異，本次研究將計算各個中介變量的直接（c'），間接（ab）和總效應（c）¹。如表四所示，自我控制、冒險特質和派對參加均對澳門在校學生的濫藥行為有顯著的間接作用，但只有冒險特質和派對參加有顯著的總效應，即非中文學校的學生具有較高水平的冒險特質和派對參與頻率，他們比中文學校的學生更有可能濫藥。

	直接效應	間接效應	總效應
低自我控制	1.07(0.05)	0.98(0.01)**	1.05(0.05)
冒險特質	1.07(0.05)	1.05(0.01)***	1.12(0.05)*
派對參與	1.07(0.05)	1.07(0.01)***	1.15(0.05)**

表四 中介效應模型結果

Note: 單元格括號外為對數似然比（odds ratio），括號內為標準誤。*** p<0.001, ** p<0.01, * p<0.05, + p<0.1

伍、結論

本次研究發現，澳門中文和非中文學校的學生在藥物濫用方面有顯著差異。不僅如此，本文還比較了兩類學校的學生在自控力水平、派對參與、冒險特質、父母和學校的控制、濫藥危害認知等方面的差異。為瞭解釋中文和非中文學校學生在濫藥方面的差別形成原因，本文根據日常行為理論，提出自控力水平、冒險特性和參加派對活動會中介學校類別與澳門在學青少年濫藥行為之間關係的研究假設。通過統計分析發現：澳門中文與非中文學校的學生在自我控制水平、冒險特質和派對參與頻率上不但有顯著差別，且他們還會中介學校類型差異與澳門青少年濫藥行為之間的關聯。但進一步研究發現：澳門在校學生在這三個方面的差別並不會對他們的濫藥行為發揮顯著中介作用的影響，僅有冒險特質和派對參與會對顯著中介不同就讀學校與澳

¹根據溫忠麟和葉寶娟（2014）提出的中介檢驗模型檢驗流程，研究者應當依次檢驗總效應（c），間接效應（ab）和直接效應（c'）。本文嚴格按照該檢驗流程進行檢驗，但為了行文方便，本文列舉的表格僅呈現了總效應和直接效應的結果

門在學青少年濫藥行為之間有顯著聯繫。換言之，較之中文學校的學生而言，澳門非中文學校的學生在冒險特質和派對參與兩個方面處於顯著更高的水平或頻率，這樣的差異對這些非中文學校學生的濫藥行為存在顯著的正相關關係。這表明：中文和非中文學校的學生之所以有不同的藥物濫用比例，這主要是因為非中文學生自身的一些因素導致的，如他們自控力較低、冒險特質較高和參與派對較頻繁，而不是因為他們身處不同的學校。因此，學者和實務工作者應該從青少年的自身屬性出發，探索預防或矯治他們濫藥的方法，而不是簡單一味地去詬病學校，並錯誤地將學生們濫藥歸因到他們來自不同學校。

總體而言，本文建議澳門相關部分在矯治或預防在學青少年濫藥時，應該：第一，對澳門在校學生提供矯治或預防濫藥的教育時應該從改變他們的日常活動軌跡開始，要竭盡全力減少或避免他們參與派對活動，減少他們暴露在潛在的犯罪機會之下。第二，應當引導澳門在學青少年提高自我控制能力，並學會控制自己的好奇心，讓他們即使暴露在犯罪危險度很高的派對活動中時，也能不受該危險環境和好奇心的影響而冒然嘗試或濫用成癮性精神藥物。針對澳門中文和非中文學校的學生在前述多個方面的差異，本文建議：對澳門中文和非中文學校的學生提供矯治濫藥行為或預防濫藥教育時應該區別對待。對於澳門中文學校的學生而言，濫藥矯治和預防的工作人員應當在家庭、學校對青少年行為的監督和控制、濫藥危害認知、結交濫藥朋友方面著手，提高家長和學校對青少年行為的掌控，增加他們對濫藥的危害認知，並預防他們結識濫藥的朋友，從而減少或預防他們的濫藥行為。對於澳門非中文學校的學生而言，除了要與中文學校的學生預防策略保持一致之外，應該從降低他們的冒險特質和派對的參與頻率上下足功夫，讓他們不要貿然嘗試各類具有依賴性的精神活性藥物。同時，實務工作者也需要在澳門派對娛樂文化發達的背景下給青少年樹立理性參與及消費的理念。

參考文獻

- 李德, 張小華, 唐偉, 夏一巍, & 林建. (2016). 澳門在學青少年合成毒品濫用問題及對策研究. *中國藥物依賴性雜誌*, 25(1), 69-76.
- 梁建輝, & 任燕華. (2001). 藥物濫用成癮機理, 流行病學及防治研究. *中國藥物依賴性雜誌*, 10(1), 2-8.
- 趙成正. (2000). 澳門藥物濫用防治工作考察報告. *中國藥物依賴性雜誌*, 9(1), 68-70.
- 陳欣欣. (2002). 澳門青少年跨境到珠海濫用藥物個案研究. *青少年犯罪研究*, (6), 92-97.
- 溫忠麟, & 葉寶娟. (2014). 中介效應分析: 方法和模型發展. *心理科學進展*, 22(5), 731-745.
- 澳門社工局 (2015)。取自: http://www.antidrug.gov.mo/anti/web/cn/publication/downloads/cn_report2015.pdf
- 澳門教育暨青年局(2017)。取自: http://portal.dsej.gov.mo/webdsejspace/internet/category/teachorg/Inter_main_page.jsp?id=8525
- Bernburg, J. G., & Thorlindsson, T. (2001). Routine activities in social context: A closer look at the role of opportunity in deviant behavior. *Justice Quarterly*, 18(3), 543-567.
- Bartko, W. T., & Eccles, J. S. (2003). Adolescent participation in structured and unstructured activities: A person-oriented analysis. *Journal of youth and adolescence* 32(4), 233-241.
- Cohen, L. E., & Felson, M. (1979). Social change and crime rate trends: A routine activity approach. *American sociological review*, 588-608.
- Chapple, Constance L. 2005. Self-control, peer relations, and delinquency. *Justice quarterly* 22:89 - 106.
- Desmond, S. A., Bruce, A. S., & Stacer, M. J. (2012). Self-control, opportunity, and substance use. *Deviant behavior*, 33(6), 425-447.
- Emsley, R., & Liu, H. (2013). PARAMED: Stata module to perform causal mediation analysis using parametric regression models. *Statistical Software Components*.
- Ellickson, P. L., Collins, R. L., & Bell, R. M. (1999). Adolescent use of illicit drugs other than marijuana: how important is social bonding and for which ethnic groups? *Substance use & misuse*, 34(3), 317-346.
- Felson, M. (1986). Routine activities, social controls, rational decisions, and criminal outcomes. *The reasoning criminal*, 302-327.
- Gottfredson, M. R., & Hirschi, T. (1990). *A general theory of crime*. Stanford University Press.
- Gallupe, O., & Bouchard, M. (2013). Adolescent parties and substance use: A situational approach to peer influence. *Journal of Criminal Justice*, 41(3), 162-171.
- Haynie, D. L., & Osgood, D. W. (2005). Reconsidering peers and delinquency: How do peers matter. *Soc. F.*, 84, 1109.
- Hay, C., & Forrest, W. (2008). Self-control theory and the concept of opportunity: The case for a more systematic union. *Criminology*, 46(4), 1039-1072.
- Jensen, G. F., & Brownfield, D. (1986). Gender, lifestyles, and victimization: Beyond routine activity. *Violence and victims*, 1(2), 85-99.
- Kelly, B. C., Parsons, J. T., & Wells, B. E. (2006). Prevalence and predictors of club drug use among club-going young adults in New York City. *Journal of Urban Health*, 83(5), 884.
- Mahoney, J. L., & Stattin, H. (2000). Leisure activities and adolescents antisocial behavior: The role of structure and social context.

- Journal of Adolescence, 23, 11-127.
- Oetting, E. R., Deffenbacher, J. L., Taylor, M. J., Luther, N., Beauvais, F., & Edwards, R.W. (2000). Methamphetamine use by high school students: recent trends, gender and ethnicity differences, and use of other drugs. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 10(1), 33-50.
- Osgood, D. W., Wilson, J. K., O'malley, P. M., Bachman, J. G., & Johnston, L. D. (1996). Routine activities and individual deviant behavior. *American Sociological Review*, 635-655.
- Osgood, D. W., & Anderson, A. L. (2004). Unstructured socializing and rates of delinquency. *Criminology*, 42(3), 519-550.
- Podaná, Z., & Buriánek, J. (2013). Does cultural context affect the association between self-control and problematic alcohol use among juveniles? A multilevel analysis of European countries. *Journal of contemporary criminal justice*, 29(1), 70-87.
- Reifman, A., & Watson, W. K. (2003). Binge drinking during the first semester of college: Continuation and desistance from high school patterns. *Journal of American College Health*, 52(2), 73-81.
- Schreck, C. J., & Fisher, B. S. (2004). Specifying the influence of family and peers on violent victimization extending routine activities and lifestyles theories. *Journal of interpersonal violence*, 19(9), 1021-1041.
- Thorlindsson, T., & Bernburg, J. G. (2006). Peer groups and substance use: Examining the direct and interactive effect of leisure activity. *Adolescence*, 41(162), 321.
- Vazsonyi, A. T., & Killias, M. (2001). Immigration and crime among youth in Switzerland. *Criminal Justice and Behavior*, 28(3), 329-366.
- Vazsonyi, A. T., Pickering, L. E., Belliston, L. M., Hessing, D., & Junger, M. (2002). Routine activities and deviant behaviors: American, Dutch, Hungarian, and Swiss youth. *Journal of Quantitative Criminology*, 18(4), 397-422.
- Vazsonyi, A. T., Clifford Wittekind, J. E., Belliston, L. M., & Van Loh, T. D. (2004). Extending the General Theory of Crime to "The East:" Low self-control in Japanese late adolescents. *Journal of Quantitative Criminology*, 20(3), 189-216.
- Valeri, L., & VanderWeele, T. J. (2013). Mediation analysis allowing for exposure mediator interactions and causal interpretation: Theoretical assumptions and implementation with SAS and SPSS macros. *Psychological methods*, 18(2), 137.

「探討隱蔽用藥者的生活經驗」研究調查

柯麗珊 黃婉琪 Josselino Lam Pedro

澳門基督教新生命團契－ S.Y. 部落

【摘要】

本研究採用應答推動抽樣方法，為外國較常用於研究一些在社會上較被污名的社群。研究分析有助青年工作者增加對隱蔽用藥群體用藥經驗的理解，同時探索他們實踐減低傷害及自控用藥的經驗，藉此了解本澳現時此群體的需要，並反思前線所提供服務的可能性。

壹、緒論

S.Y.部落近年的外展工作中¹，發現比以往更難接觸到現有用藥的青少年。因應接觸數字的下降，原因之一極可能是用藥文化不斷轉變，根據澳門濫藥者中央登記系統顯示，青少年用藥場所越趨隱蔽，在自己家中、朋友家中和酒店等地方，其總和超過半數。青少年用藥者以吸食氯胺酮(以下稱“K仔”)和甲基安非他命(以下稱“冰”)佔多，吸食冰的人數急劇遞升，甚至已經超越K仔。而吸食種類由較方便服用、不需任何工具的丸仔、K仔，逐漸演變需要工具輔助的冰毒，由前線提供資訊得知內地對毒品的嚴打，吸食地方由以前的Disco，K場等公眾場所，轉變到較私人地方，亦根據一些個案的分享，他們會到酒店和朋友一起用藥，大部分都會留在酒店房幾天才會離開。

現時主要接觸途徑由“滾雪球”²形式及家人求助而來，近年亦有精神科的個案轉介；他們由第一次用藥至接觸中心的間距普遍也有幾年以上，當中有很多因素導致他們不會主動求助於社工，例如：怕資料被洩漏。另一方面，他們往往深信自己的一套自救方法，以致他們求助動機變得更低。有見及此，希望透過此研究調查來初探這群隱蔽用藥者的需要，以對將來的服務更有所啟示。

貳、文獻分析

從外國一些文獻得知某些隱蔽群體，如針筒使用者、感染愛滋病群體，及性小眾等，基於他們涉及社會被監控的行為，故針對此群體的社會網絡情況，可以運用應答推動抽樣的研究方法(Respondent-Driven Sampling, 以下簡稱RDS)，藉以了解他們在社會、經濟、文化及政治等背景(Lansky & Mastro, 2008; Semaan, Santibanez, Garfein, Heckathorn & Des Jarlais, 2009; Scott, 2008)。另外，此研究方法會透過參加者的網絡去招募其他受訪者，透過研究員面試篩選，成為參加者，此計劃名叫“種子”，給予種子搜尋費用，並會使用現金卷分配配額的概念，答謝受訪對象，然而隱蔽群體必須存有此信任關係才會願意分享自身的狀況，故必須透過參加者建立信任關係來作互動招募的抽樣方法(Scott, 2008)。Heckathorn在2002年發表的一篇論文中提出了一種新的抽樣方法—RDS。RDS方法是在社會網路分析方法發展的基礎上將經典的滾雪球等鏈式推舉法(Chain-Referral Sampling)改良而形成的，不僅具有概率抽樣特性，而且能借助社會網路分析方法對研究物件的社會網路特徵進行分析。

參、研究方法

一、研究問題

- 探討本澳隱蔽用藥者的用藥及其他相關經驗；
- 探討隱蔽用藥者如何回應相關經驗；
- 探討用藥人士對本澳戒毒服務的需要。

二、研究對象

一年內未有接觸社工，或未有與社工傾談有關藥物輔導的13至29歲曾有或現有濫用藥物的澳門青年。

³因其中兩位受訪者年齡超出範圍。

⁴因未能透過「種子」邀請受訪者，最後由社工邀請願意接受訪問且符合“隱蔽”的服務對象，故年齡上超出範圍。

三、研究方法

是次研究調查中量性研究部分使用問卷調查，選用 RDS 為調查方法。以下簡要說明是次研究調查中的抽樣方式：

- 招募「種子」過程由中心社工推薦，以身邊依然有用藥者網絡為原則，以不同年齡、用藥類型等因素而選擇對象作為本次研究的「種子」。
- 每位「種子」在調查前，必須完成培訓，以達到基本訪問水平及了解調查目的。完成培訓後，在過程中由「種子」選擇適合的受訪者，在同意用途及保密條件下，由經過培訓的「種子」面對面完成一份問卷。
- 完成問卷後，給予受訪者 3 張聯繫卡鼓勵適合條件的朋友參加調查，如此類推，直至樣本量達到。本次研究中「種子」每完成一份問卷會獲得現金澳門幣 50 元的獎勵，而受訪者亦會收取澳門幣 50 元的酬金。
- 為控制受訪者偏倚，通過規定發放「聯繫卡」的數量而嚴格控制受訪者數量。

本次研究包括量性研究及質性研究兩個部分。量性研究部分共收回 65 份問卷³，有效問卷為 63 份。受訪者年齡介乎於 17-29 歲，主要集中在 20-22 歲，佔受訪總人數 47.6%。受訪者的年齡中位數為 21，平均數為 21.73。

質性研究是在完成問卷收集後，在當中篩選具某些特徵的適合受訪者，例如性別、用藥狀況等；採用個別訪談錄音，以問卷為基礎加以補充，錄音謄錄為逐字文本，然後就訪談內容進行歸類和分析。「種子」如成功推薦問題受訪者成功完成一次面談，「種子」會獲得現金澳門幣 100 元的獎勵，而受訪者會獲得現金澳門幣 150 元的車馬費。受訪者分別為 3 位男性，資料如下⁴：

健仔（化名），25 歲，單身，待業，之後曾任職“沓碼仔”。首次使用藥物年齡 16 歲，現時主要使用藥物 K 仔及冰毒。

阿亮（化名），31 歲，有女朋友，無業，曾靠販毒維生。首次使用藥物年齡 16 歲，現時主要使用藥物冰毒及可卡因。

Aaron（化名），30 歲，單身，曾因用藥導致有精神狀況而住院，受訪時剛從病院離開，現正待業，之前工作是日本餐師傅。首次使用藥物年齡 24 歲，現時主要使用藥物冰毒。

肆、研究發現

一、受訪者基本資料

受訪者當中有 50.8% 有全職工作，其餘的是學生和無業人士，全職人士全部從事服務性行業（主要為賭場工作）。受訪者首次用藥情況中，年紀最輕的是 10 歲，最大的是 25 歲，而大部分集中在 14 至 17 歲。逾半數受訪者的用藥年期為 5-8 年，約兩成二的受訪者用藥 0-4 年，其餘則用藥 9 年或以上，平均數為 6.8 年。

二、受訪者家庭狀況：用藥問題會導致用藥者與家人或伴侶未能建立非常親密關係

大部分受訪者與家人或伴侶居住，七成受訪者的父母仍然在一起，而接近九成的受訪者家人沒有用藥，亦有少數受訪者不知道家人有否用藥。而半數受訪者與父母及兄弟姊妹的關係為一般，約四成半受訪者與伴侶的關係為少許親密。只有兩成八的家人知道受訪者曾嘗試停藥，而家人會以勸喻、陪伴和與受訪者談及大量的毒品壞處等方法來引導受訪者決心拒絕毒品。在訪談中健仔亦表示前女友曾承諾一起停藥，但其後發現前女友復吸，故此決心分手；另一位阿亮亦表示用藥時經常留在房間，亦不願意讓家人打擾，相對停藥時的溝通亦減少了。

三、受訪者用藥經驗：用藥模式隨時間改變

受訪者首次使用的藥物，超過七成半是 K 仔，其次是冰毒，亦接近一成半；最近一次使用藥物的情況剛好相反。受訪者的首次用藥地點約四成八於的士高以及卡拉 OK，只有不夠兩成在家中或朋友的家中；但六成受訪者最近一次於家中及朋友家用藥，這都符合隱蔽用藥的特徵。受訪者首次用藥原因最多為好奇、減壓及朋輩影響；最近一次用藥原因則是因為心癮、減壓及無聊。

四、受訪者停藥經驗：用藥者主動運用減低傷害方法

受訪者停藥的主要原因包括擔心用藥行為會影響他們與父母或伴侶的關係、工作或學業及身體健康狀況。在訪談中受訪者分享過去的停藥經驗，阿亮曾經因為身體不適，形容當時的情況頗為嚴重，出現喉嚨痛

及咳嗽，口腔潰爛，甚至在吞口水時都會感到疼痛，此後每當生病時都會停止吸食藥物，以免再發生類似情況；而他另一個減少用藥的原因是家人影響，家人經常會到訪他的家，他不想讓家人看到自己吸食毒品的樣子，以免令他們失望；同時他亦向弟弟許下停藥的承諾，因此亦提高警覺，令自己能夠遠離毒品。因此，可以看到上述阿健及阿亮的例子，用藥者停藥的主要原因是身邊人的支持及發現身體的影響。

在問卷當中只有三成半曾經想過及嘗試過停藥。曾經嘗試停藥的受訪者中，約四成三曾經使用「不會主動提出用藥」、「用藥份量減少」及「用藥頻率減少」等減低傷害停藥方法。健仔分享到一次經驗，原想與朋友交流近況，但因為朋友的話題都圍繞藥物，最後健仔拒絕與其交談，他亦學會懂得迴避談及藥物相關的話題，並會選擇不去與那些仍然用藥的朋友見面，減低由外在因素引致的復吸風險。

五、用藥過量狀況小結：用藥過量時保命意識不足

在受訪者當中，有八成曾經嘗試用藥過量。四成七受訪者最近一次用藥過量的地方是在家中或朋友家，而夜場佔三成三。七成受訪者在用藥過量時有朋友在身邊；而朋友們在受訪者用藥過量時最常做的是在旁邊等候及旁觀。

阿亮解釋他的朋友相比起他更易用藥過量，是因為他們經常使用高濃度的藥物，更會同時使用幾種藥物。阿亮知道吸食濃度高的藥物及混合使用會對身體帶來大量負面影響，所以他每次只會吸食一種毒品，而且並不會吸食較高濃度，從而減輕對身體的負擔。

六、受訪者對現時生活的看法：用藥問題影響現時身體及精神狀況

自覺健康程度	用藥者自覺現時身體狀況	用藥者自覺現時精神或情緒狀況
類別/分數	人數(%)	人數(%)
最差/1	0(0.0)	0(0.0)
較差/2	3(4.8)	5(7.9)
一般/3	46(73.0)	40(63.5)
較健康/4	11(17.5)	12(19.0)
非常健康/5	3(4.8)	6(9.5)
總計(%)	63(100.0)	63(100.0)

受訪者中，大部份自覺身體狀況及精神狀況一般，只有小部份認為較差；他們也認知到用藥是會影響他們上班、身體健康、飲食習慣及睡眠等情況。在訪談中，阿亮表示自己曾經有吸食 K 仔而引起的尿頻情況，小便時更會感覺到痛楚，他沒有求醫而自行到藥房購買消炎藥服用，服食後痛楚感覺逐漸減輕。可見用藥者對於身體保健的重視。

在訪談中有另一個發現，有兩位受訪者都表示用藥對其精神狀況有影響，例如：情緒容易失控、暴躁。Aaron 曾經試過用冰後之後打碎家中所有的碗，亦發現自己經常在家中發脾氣，而在藥效下降時，心情會突然間急轉直下，由原來興奮的心情變得不開心，情緒變化十分大，而他自己也表示其後發覺自己的性格變得容易暴躁，同時家人也察覺到他在性格及行為上的轉變，阿亮則表示在吸食冰毒後會不能進睡，同時性格會變得容易暴躁。

除了身心狀況外，自我有能感對生活亦有很大的影響，在問卷中我們問到受訪者最想改善的項目，超過七成半的受訪者最想改善個人能力，五成半受訪者希望增加個人興趣，三成半受訪者則希望擴闊社交圈子。受訪者認為若現時的社會服務機構能增加職業培訓、就業或學業轉介及短期經濟援助服務，最能令他們主動尋求相關機構協助停藥。在訪談中，阿亮表示受到自己不穩定的情緒影響，擔心不能與身邊的人建立良好關係。因此，從小至今一直沒有尋找工作的念頭，為免與人發生爭執。

七、受訪者過去不接受或從沒接觸社會戒毒服務的首三個原因

七成半受訪者是「怕麻煩」；而五成表示「認為自己可以控制用藥」；三成半受訪者「不希望讓別人知道」。

Aaron 則表示從未與社會戒毒機構接觸是因為怕被別人知道自己有用藥習慣，特別不想被家人知道。即使家人知道他有如此壞習慣，也不想被家人直接看到自己用藥的樣子，引起不必要的麻煩。

八、其他發現：身邊親密關係人士能令用藥者停藥

在訪談中我們發現了他們有一些減低傷害的方法去讓藥物對他們的影響減低，以下是我們所總結的。健仔提到過去在前女友面前絕不會用藥，甚至連想的動機也沒有。因為過去當他有衝動想用藥，他的前女友都會立刻出言制止，而健仔亦會服從她，從而減低因藥物而吵架的機會。阿亮在用藥後都會認真地清理家中每一個地方，因為他不希望別人知道他在用藥，特別不希望他的女友知道，為了能讓女友在一個舒適及潔淨的環境生活。可見身邊人的支持及包容對用藥者的影響及幫助。

伍、結論及建議

本次研究首次嘗試運用 RDS 方法來了解一些未有接觸社會服務的隱蔽用藥者實際的用藥程度及生活狀況，以及對社會服務的觀感及需要，建議如下：

一、投放資源在針對生涯規劃及多元職業培訓發展項目

用藥者對將來生活願景的無力感，直接影響到他們的生涯規劃及親密關係，更加會影響到他們能否成功停藥的主因之一，以下節錄訪談中其中一段對話：

健仔：「那段時間被人停工之後，就開始有啲頹！咁頹，第一年，個女仔無乜嘢。第二年，係唔係先！再頹落去，人地比機會你，唉！你跌低，人地扶你，你都遞隻手呀！自己唔肯改變，人地都幫你唔到，一個女仔，係唔係先，會失望嘛！」

受訪者普遍都希望個人能力上有更多的發展，如職業培訓等，這與前線接觸青少年的個案相符，特別近年由於賭博業下滑的趨勢，經濟低迷，不少從事博彩業的青少年轉為失業或是不穩定的收入，他們也十分關注前路發展方向，故建議加大資源投入生涯規劃及多元職業培訓發展，讓青少年有具更多職業發展的可能性，伴他們渡過因社會結構轉營以引致的風險。

二、提升用藥者在出現用藥過量時的「保命」意識

由於超過八成受訪者曾有用藥過量的情況，他們發生用藥的地點大多為隱蔽地方，這是會增加其自身的風險，而受訪者表示即使朋友在現場亦只會在旁等候，由此可見他們似乎缺乏考慮及面對用藥時出現風險的方法，如運用一些急救方法，以免嘔吐物引致窒息、叫救護車等，前線經驗中亦發現大多青少年擔心被捕而拖延求助，卻未清楚知道本澳法例對求助者的保障⁵，故此，提升用藥者在出現用藥過量時的「保命」意識是必要的。

三、深入整合青少年的減低傷害方法

從訪談中，可以看到青少年用藥時的具體減低傷害⁶方法，而能維持身體及精神保持較好的狀況，而且這些方法是可以讓他們維持生活能力，但當中方法可能未必正確而做成迷思，亦直接影響到降低他們的求助動機，故值得搜集他們當中的智慧，配合專業人士的正確建議或使用方法，再提供予用藥者參考以使到真正的減低傷害。

四、策略須因應針對隱蔽用藥的人士其隱蔽特色

基於受訪者用藥隱蔽化，以及從數據顯示他們對社會服務反感，在這群用藥者的特色下，尊重他們的用藥經驗，以及減低傷害的模式對他們進行介入，故建議就他們的特色減低披露身份方法，如透過網絡尋找方式，把減傷概念帶到他們當中，以提升他們主動尋找服務。

⁵根據澳門特別行政區第 17/2009 號法律《禁止不法生產、販賣和吸食麻醉藥品及精神藥物》中第三十四條〈藥物依賴的預防及治療〉中所列明的保密義務。

⁶國際減低危害聯盟(International Harm Reduction Association)把“減低傷害”定義為“為了減低由於使用非法或合法精神類刺激藥物帶來的負面的健康、社會和經濟影響而制定的政策、活動或者措施。減低危害並不一定要減少毒品的使用。它不僅有益於毒品使用者本身，也有益於他們的家人及社會。”（李景輝先生，減低傷害心理治療在華人戒毒康復輔導工作的應

五、加強反壓迫的工作

問卷中用藥原因大多為「心癮」、「減壓」及「不開心」。因此，他們的壓力是來自什麼？這都值得去探討，因為這也是驅使他們繼續選擇用藥的原因之一；而根據前線接觸個案的經驗，男性往往是因為在社會上未能找到合適的工作，以致自我形象及自我認同低落而產生壓力，或是工作的時間較為顛倒，以致需要藥物來讓其更有精神去完成工作。

現時主流社會對用藥人士的污名及標籤形成一種壓迫，在這種氛圍下，造成青少年的自我形象低落，對其個人改變用藥的行為並無益處。故此，工作者更應對社會結構和社會情境有深刻反省的批判，對反欺壓有整體性的實踐(黃昌榮、邵家臻，2003)。用藥的青少年的權力必須被受關注，以及有必要在主流社會中建構另外聲音，讓社區人士認識他們的文化及其他面貌是重要的。當文化有所轉變的時候，結構的影響才會減少，甚至才會相對的轉變，反欺壓要從生命實踐達致，就是要從個人走到文化層面(Thompson, 1997)；如何讓社會意識能把用藥行為外化，尊重且信任地其個人，重新由優勢視角去閱讀他們，就是當中他們自愛的經驗；同時讓用藥的青少年給予其充權的平台，在互為主體下與社會文化進行互動，營造更多機會給予他們的發展。

參考資料

- 邱培媛、楊洋、週歡、劉巧蘭、馬驍(2008)。解決難以接近人群的抽樣困境—應答推動抽樣。摘錄自：www.paper.edu.cn/download/downPaper/200810-37。
- 阮師漫、楊慧、朱艷文、趙金扣、王美花(2009)。同伴推動抽樣法在濟南市男男性接觸人群中的應用研究。《疾病監測》，24(6)。
- 同伴推動抽樣法與其他四種抽樣方法在藥物依賴人群中的使用比較(2010)。《中國健康月刊》A版，2。
- 羅琨瑜(2011)。淺談夾心青年的預防藥物濫用工作。摘錄自：<http://www.bjjdxx.com.cn/56/2011-11-10/48048.htm>。
- 楊士隆、李思賢(2012)。藥物濫用、毒品與防治。台北：五南圖書出版股份有限公司
- 澳門特別行政區政府禁毒委員會(2012)。青少年濫藥嚴重程度研究-澳門監測青少年藥物濫用趨勢最新發展。澳門：澳門特別行政區政府禁毒委員會
- 國際藥物政策聯合會(2015)。減低傷害。摘錄自：<http://idpc.net/zh/policy-advocacy/global-advocacy/system-wide-coherence/harm-reduction>。
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*. Washington, DC: Author.
- Heckathorn, D. D. (2002). Respondent-Driven Sampling II: Deriving Valid Population Estimates from Chain-Referral Samples of Hidden Population. *Social Problems*, 49(1), 11-34.
- Lansky, A. & Mastro, T. D. (2008). Using respondent-driven sampling for behavioural surveillance: Response to Scott. *International Journal of Drug Policy*, 19, pp. 241-243.
- Scott, G. (2008). "They got their program, and I got mine": A cautionary tale concerning the ethical implications of using respondent-driven sampling to study injection drug users. *International Journal of Drug Policy*, 19, pp. 42-51.
- Semaan, S., Santibanez, S., Garfein, R. S., Heckathorn, D. D. & Des Jarlais, D. C. (2009). Ethical and regulatory considerations in HIV prevention studies employing respondent-driven sampling. *International Journal of Drug Policy*, 20, pp. 14-27.

探索親情間的慈繩愛索如何有助抗毒－親子間的聯繫感對協助子女戒毒的成效

倪美華

香港青少年服務處心弦成長中心

【摘要】

親子間關係一直對子女戒毒起作用，令他們更有決心堅持戒毒，重過新生。計劃的出現便是了解有關的成效，香港青少年服務處心弦成長中心，致力推行促進親子間的聯繫感活動，協助子女戒毒。在建立家長對自我價值的建立上，藉博域家庭理論介入，家長回顧原生家庭如何塑造人，如陳廷三博士指出「聯繫感是讓家長深入理解子女對自己的重要性，以及對自己生命帶來的意義。當父母明白到孩子與自己獨特而血脈相連的關係時，才會鏗而不捨地照顧子女——自己生命的延續。」使那份陪伴子女戒毒的心更持久，抗逆力更強。

服務至今，約有 36 位家人期望在小組裡繼續接受深化的服務。藉小組建立家人間的聯繫感，重新安排生活的模式，享受新家庭生活的經驗有助家長超越眼前子女吸毒的困境及挫敗和憂慮，在困難中仍建立一份內在的意義和希望的價值感。

【關鍵字】聯繫感；家長；親子

一、引言

許多戒毒服務十分同意戒毒者家人工作的重要，然而，現時濫用精神科藥物者輔導中心的服務裡，家人工作重點卻不全面地包括在主要的服務範圍內。**親子間關係一直對子女戒毒起作用，令他們更有決心堅持戒毒，重過新生。**計劃的出現便是了解有關推行促進親子間的聯繫感活動與協助子女戒毒的成效。過去三年，超過 150 位家長參與家長小組及親子平行小組的活動，家長不單認識子女的需要，並關心其個人的身、心、社、靈的發展，藉以有效地協助子女戒毒。服務至今，約有 36 位家人期望在小組裡繼續接受深化的服務。藉小組建立家人間的聯繫感，重新安排生活的模式，有助家長超越眼前子女吸毒的困境和憂慮，在困難中仍建立一份內在的意義和希望的價值感。

現時社區上，一般為戒毒家人工作的服務，主要在資訊層面的傳遞。然而，家人需要支持及同行，凝聚家人成為助己助家人的戒毒力量。根據 2014 年由禁毒基金贊助舉辦的<心弦有您-社區延續復康計劃>求助家人的回應，「有 19 位求助家人的參加者對同路人團隊（即由一班過來人家人組織的義工團隊）提供的支援服務表示滿意，參加者表示感謝團隊的關心以及分享，讓他們家人們很有共鳴，很明白自身的困難及問題。」

二、計劃目標

- 2.1 重建父母與子女的聯繫感
- 2.2 加強家人的凝聚力，使家人得到足夠的情感及網絡的支援，幫助戒毒者戒毒
- 2.3 讓父母了解子女吸毒背後真正的需要和問題，從而重新調整個人的步伐
- 2.4 以有效的方法幫助子女面對他們成長中的問題和挑戰，並給予空間和耐性給子女成長，陪伴子女跨越戒毒路，幫助子女面對個人成長的任務。

三、理念

3.1 親子間關係聯繫感 (Sense of Connectedness)

陳廷三博士指出「聯繫感是讓家長深入理解子女對自己的重要性，以及對自己生命帶來的意義。當父母明白到孩子與自己獨特而血脈相連的關係時，才會鏗而不捨地照顧子女——自己生命的延續。」¹當家長恢復看重對子女的關係與關愛，便是幫助子女重拾解決問題的力量與方向。

3.1.1 與子女聯繫感的建立

吸毒問題破壞了親子的關係與關愛的傳遞，家長為盡天職忍受不住不勸阻子女戒毒。記得一位母親表示，

¹<家長教育> 陳廷三博士 頁 2 香港中文大學 教育學院 香港教育研究所。

「他食一次我報一次警！」。母親深信個人的堅持能阻止子女吸毒的機會，至少坐監的日子令他不能再食。母親深愛兒子，卻沒有辦法。父母認為「不吸毒」便是陪伴子女戒毒的目標，忽略了自己和子女間的情感聯繫，以致協助子女戒毒的過程中，承受不必要的挫敗感，甚至將子女成為敵人，認為子女不戒毒是與父母作對，不自覺地傷害了自己和子女的關係，令吸毒者再次陷入難處和內疚裡，使他們不斷持續地維持吸毒的狀況，更難脫離吸毒的行為。因此，先讓家人知道自己所做的是否切合他們幫助子女戒毒的果效。此外，重燃父母親對子女骨肉情與愛的連繫感，重新看真子女對自己的重要性和意義，以至排除根本的艱難，向著目標將子女養育成人，並生命延傳下一代。

3.1.2 與自己連繫

在建立家長對自我價值的建立上，藉博域家庭理論介入（Bowen Family Systems Theory），讓家長回顧原生家庭如何塑造自己；原生家庭裡的兄弟姊妹排序等課題。當父母親選擇放下自己的唯一信念，願意聆聽子女吸毒的心聲；看看家庭動態對子女所造成的推拉影響；面對個人的壓力和恐懼；尋回個人愛錫子女的方法，重燃親子間的聯繫感時，才有心力去了解子女吸毒背後真正的需要和問題，並重新調整個人的步伐。以有效的方法幫助子女面對他們成長中的問題和挑戰，並給予空間和耐性給子女成長，陪伴子女跨越戒毒路，面對成長的任務。

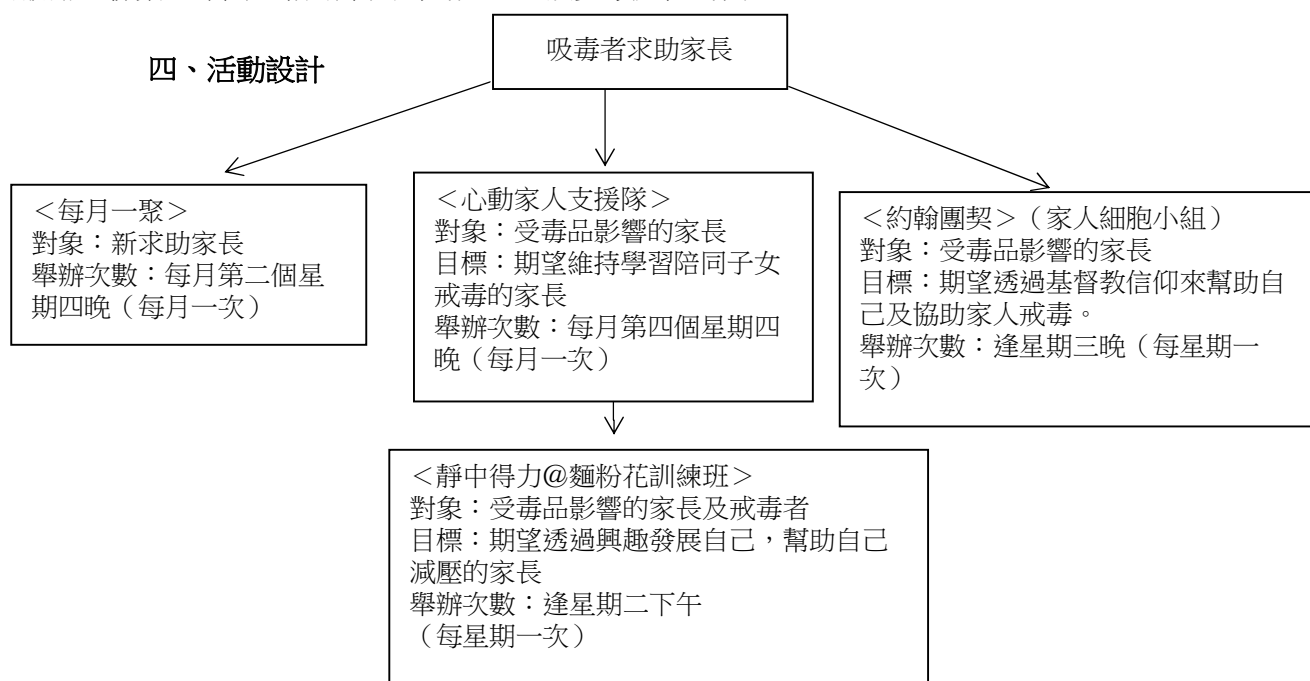
為提升家長的抗逆力，使他們更持久地面對困難，計劃採納了正向心理學「心流」(Flow)²理論，幫助家長建立一種愉悅、忘憂的狀態，即當家長尋回個人愉悅的方法，投入一件事參與時，並達至高度興奮及充實感。計劃藉發展家長久而遺忘的興趣，讓家人的心神能專注令個人愉快的事件上，將個人心神由專注子女吸毒的問題上得到舒緩及緩衝，從新將專注投放在個人興趣發展方向，有助提升個人內在的正能量，來應付及面對難關裡的封鎖。此外，當家長有專注的發展同時，讓子女有空間真正面對個人的問題，更能幫助子女建立獨立成長的方向，幫助家長與子女減低互相依賴的循環，並正視發展家長與子女各人的人生階段成長任務和需要。

3.1.3. 與社群連繫

面對子女吸毒，家長的社群網絡更薄弱，因他們表示「正常」的家庭不明白他們的難處，而「家醜不得外傳」的觀念也影響家長自我封閉，因此，社群支援的建立是幫助家長跳出自我封閉的循環裡，讓家長得到適切的支援才能有能量從孤掌難鳴的狀況裡找到共鳴與支援。因著家長得幫助，子女才有更多支援網絡的幫助，才能跳出毒品的枷鎖裡。

此外，父母的心是「不單想自己孩子好，也想別人的子女好！」。因此，當家長得到社群的支援時，也希望那些在毒海裡受困的家庭與他們一樣，能跳出困境找到適切的資源與網絡支援，將家長生命的經歷彼此分享與激勵，聯繫生命間互相感染共鳴的力量，改變家庭裡的問題。

四、活動設計



² P.36, Csikszentmihalyi, M. (1975). Beyond boredom and anxiety. San Francisco: Josey-Bass.

4.1 家人工作

自 2011 年至今，致力服務吸毒者的家長。為幫助不同階段需要的家長，計劃開設以上不同的小組給予家長，有〈每月一聚〉、〈心動家人支援隊〉、〈約翰團契〉、〈靜中得力@麵粉花訓練班〉。讓家長帶著愛子女求助的心，陪同家長迎向子女戒毒歷程的高低起伏，建立家長與子女間的聯繫感，讓家長建立一份有能感，恢復家長與子女間的情，由一個協助子女戒毒被動者的角色，轉化為主動改變自己及家庭氣氛的角色。從而給予子女面對個人吸毒的問題，並作子女的激勵者，扶持子女戒毒，待適合的時機介入，與不同社區網絡配合，作子女的一扇門連繫不同的戒毒資源。

4.1.1 建立與子女聯繫感

於〈每月一聚〉，除了給予基本毒品知識之外，小組環節先以「友誰共鳴」歌曲分享時段，讓吸毒過來人憑歌寄意分享吸毒者人性內心的渴望與掙紮，讓家長久以遺忘與子女除了毒品以外，人性初衷一面，讓家長重拾與子女那份深厚之情。此外，透過「靜觀覺察時間」，讓家長回顧與子女相處時光，重拾養育子女成長的甜酸苦辣的歷程與情懷。

於〈心動家人支援隊〉邀請了家庭治療師分享「博域家庭系統理論」，讓家人重新檢視為人父母幫助子女戒毒的意義，如何愛而不溺愛，不單戒毒且戒除依賴。

於〈靜中得力@麵粉花訓練班〉，安排戒毒者與家長一起學習，家長第一身感受與吸毒者相處，深入認識戒毒者與普通人一樣有基本的需要和渴望，只要家長給予相應的回應與支持，子女也可以踏出戒毒的路。

於〈約翰團契〉，家人與一班戒毒者一起唱詩歌、分享生活挑戰與感恩，讓家人聆聽、接觸、明白戒毒者持守戒毒路的高低起伏；並認識戒毒過後，子女真正面對的是人生的挑戰和成長任務，家長不單著眼戒毒，而是如何以父母的愛培育子女獨立成人才是更重要。在子女未能戒毒的艱難路途上，家長每星期可得到一班同路人彼此扶持守望，建立愛子女的心如何實踐在家中。

4.1.2 建立與自己的聯繫感

在〈心動家人支援隊〉，透過家庭治療師於小組中的專題分享，讓吸毒者家人與個人成長及價值觀得以回顧及重整，探討「家長在原生家庭中的排行如何影個人的管教」；「家庭動力繪畫評估」；「關心與擔心子女的分別」；「與子女情緒融合的影響」。讓家長回顧養育子女過程的心路歷程，清楚個人的角色與底線，並堅定且溫柔地實踐愛子女的心，讓子女真正面對個人成長的問題，而不是濫用家長的愛。

在〈每月一聚〉，從家長分享得知，許多家長因子女吸毒問題困擾至失眠及抑鬱狀況，以至長期服食精神科藥。透過「靜觀觀察時間」及「靜觀飲食」，讓家長得到安靜、專注、細察個人的身心狀況，將專注力由協助子女戒毒轉移至個人身心健康發展方面，使家長重新覺察，放下透支自己來幫助子女。

於〈約翰團契〉，家人藉尋找個人的信仰，幫助個人在艱難裡找著信念，堅持並渡過難關。

於〈靜中得力@麵粉花訓練班〉，家人將個人心神專注在花藝的興趣發展上，讓家長尋回個人愉悅的方法，提升個人內在的正能量，來應付及面對難關裡的封鎖。

除花藝的興趣外，計劃更舉辦其他興趣的發展，如：茶道與興趣、拉筋伸展運動、剪髮興趣班、園藝治療、蟬繞畫、手工藝製作、野外體驗活動等。讓家長從不同參考中尋找合適個人的興趣建立，藉此讓家人尋回個人愉悅的經歷。

4.1.3 建立與社群的聯繫感

〈心動家人支援隊〉的過來人家長經過裝備及訓練，出席參與〈每月一聚〉，與新求助家長分享與支援，讓個人過去的經歷成為家長間的扶持與激勵。

於〈靜中得力@麵粉花訓練班〉，家長定期製作花藝作品，送給〈每月一聚〉小組的新求助家人，或探訪的家庭，及地區上不同團體。喻表生命力的再展，給予家人及社區人士多一份力量與支持。藉著花藝的贈送，向社區及有需要的家庭分享個人的生命故事，成為彼此激勵，在困難中有愛地分擔與肩並肩扶持地走過。

五. 成效

家長與子女，自己及社群建立聯繫感，使家長對子女深厚的愛得以流露，便減少破壞關係的說話與行為，保護及珍惜親子間獨特的關係，努力不斷去愛和幫助子女戒毒並成長。其次，父母從認識自己到認識子女，與自己建立一份聯繫感確實對子女多一份同理心，讓自己能開放主權給子女，並學習陪同子女面對人生不同挑戰的任務。此外，家長能從關心自己及子女到他人及其子女，與社群建立聯繫感，使家長原本孤單面

對子女吸毒問題，到得著社區資源及過來人的支援，聯繫生命間互相感染和共鳴的力量，發掘家庭的內在資源。

5.1 重建父母與子女間的聯繫感

參加小組的 36 位家長（100%）回應，活動能增進家長對子女的愛。並幫助聯繫感的建立，家長的回應：「協助子女戒毒真正的敵人不是子女，而是毒品！」，「自己行為出於愛子女的心」，「對子女是不離不棄」。認清子女對自己的重要性，調較父母協助子女戒毒的目標，不單只是戒毒，重視子女成長的需要，更要幫助子女有愛且獨立地成長。

5.2 家人看見盼望，更有信心陪伴子女戒毒

藉著吸毒者過來人的分享與相處，36 位家人(100%)均表示「想自己子女像眼前的過來人一樣，可以康復過來。」使家人不會因子女吸毒問題重蹈覆轍而失掉信心，反之，接納子女犯錯的時候，認清陪伴子女戒毒的目標。

5.3 幫助自己及子女減壓，尋回自我肯定的價值

32 位家長表示（90%），「當自己找到個人興趣，找到自己的滿足，也減少了對子女的憂慮和嘮叨，同時，子女也感到自己的改變。」家長發掘了個人的興趣，並投放時間發展它，也成為子女與自己的話題。自己積極開心的參與，也成為子女改變的動力和激勵。

5.4 藉助人的經歷，從新再思如何愛子女

從小組中的分享，32 位家長表示(90%)「以第三者角度看見求助家長的問題，誤以為解決子女的毒癮便是愛他，卻用錯方法去愛子女，增加與子女的矛盾與分歧。」讓家長與社區聯繫，藉助人自助的經歷，再檢視個人的管教歷程如何影響子女的成長，讓家長有機會從新思考如何愛子女。

5.5 與社群及社區的聯繫增多，歸屬感及能力感也增強

有 20 位家人轉介至〈約翰團契〉其中有 10 位家人(50%)已穩定地參與小組每星期的聚會，增強家人間的支援及對團體的歸屬感，使家人有足夠支援予個人的情感支援及資源上的交流。家人表示，當子女遇見上庭、法律等不認識的事情，也有家人陪伴面對，減少個人的無助感。

六、限制與建議

6.1 中國傳統文化的「天下無不是之父母」觀念，影響家長較困難主動作出改變，「父母認為自己沒有問題，需要改變的是子女！」過來人家長的分享確實有力且重要的見證。幫助家長跳出父母是對的想法，才願意接受如何藉著恢復父母與子女間的骨肉情，給予子女在毒品的困局裡一份不滅的力量，鼓勵他們有勇氣、有價值和尊嚴地面對個人的問題，讓他們從毒品困局裡一步步行出來。

6.2 中國人對愛的表達較內斂和間接，「愛」的訊息較近西方的表達。因此，家長對愛的訊息較難消化和實踐。然而，中國人對骨肉之情卻是有共鳴的表達。藉計劃的活動燃點家長與子女獨特的情感與關愛，較多從骨肉之情為介入點，聯繫家長與子女間獨特的關係，有助家長對表達、接收及實踐有關愛的訊息。

6.3 戒毒的過程也需要靠吸毒者的意志，父母處於被動，容易產生氣餒。在吸毒者與求助家長，最大改變的動力便是家長。讓父母感受到改變個人是改變子女的動力，才能讓父母在戒毒路程上，看重改變個人過於改變子女的重要性。其次，家長與自己及社群的聯繫得著一份滋養，能幫助父母堅固個人的盼望，並維持信心和盼望，同時實踐愛己愛人的力量，讓父母生命的改變也感染子女的改變。

6.4 部份家人與子女分開居住，認為與子女也不受自己影響。縱使自己改變，子女也未必能受到直接的幫助。然而，父母的疑問正反應親子間一直的疏離感，父母擔心縱使自己改變也影響不了子女戒毒的問題。因此，需要讓父母看重自己是子女一生的重要他人，父母與子女獨特的一份親情是永遠無法取代的。

七、總結

家長與子女，自己及社區建立聯繫感，使家長對子女深厚的愛得以流露，便減少破壞關係的說話與行為，為的是保護及珍惜親子間獨特的關係，努力不斷去愛和幫助子女戒毒和成長。其次，父母從認識自己到認識子女，與自己建立一份聯繫感確實對子女多一份同理心，讓自己能開放主權給子女，並學習陪同子女面對人生不同挑戰的任務。此外，家長能從關心自己及子女到他人及其子女，與社區建立聯繫感，使家長原本孤單面對子女吸毒問題，到得著社區資源及過來人的支援，聯絡生命間互相感染共鳴的力量，改變家庭裡的動力。

參考文獻

- 吳怡欣，民 87，〈青少年自我尊重模式的驗證〉； Lackovic — Grgin, Dekovic, & Opacic, 1994。
- 蔡馨儀，民 89，**台灣中小企業資訊管系統委外關係之管理** 碩博士論文。
- 陳廷三博士。〈家長教育〉 香港中文大學 教育學院 香港教育研究所。
- Csikszentmihalyi, M. (1975). Beyond boredom and anxiety. San Francisco: Josey-Bass.

強化家庭功能及抗毒認知訓練

陳文浩 趙金華 陳皓瑾

香港青年協會青年違法防治中心

【摘要】

香港青年協會「青年違法防治中心」於 2015 年獲禁毒基金贊助，推行為期兩年的「抗毒家先鋒」計劃，參考了美國、加拿大等地具成效的 "Strengthening Families Program(SFP)" 的家長篇，設計一系列強化家庭功能及抗毒認知的訓練和輔導模式。「抗毒家先鋒」計劃透過互動教育工作坊、強化家庭功能訓練小組、家人外展輔導及支援服務，提升家人管教的危機青少年的信心及預防吸毒問題出現。計劃亦成功協助有吸毒和違規問題青少年的家人，強化其溝通、支援、及管教的技巧，以積極的態度面對子女吸毒問題，令家庭重燃希望。計劃更輔以手機應用程式「空中與你同行－抗毒資訊網」，讓未能接受服務的家人，可以透過網絡媒體，對「管教與溝通」等課題有深入了解的機會。本計劃與超過 30 間學校、機構、地區組織及政府部門合作，為超過 1,000 名家人提供服務，成效達九成以上。

【關鍵詞】家庭功能、抗毒教育、違法防治、青少年、多媒體、管教

(一) 推行強化家庭功能及抗毒認知訓練背景

1. 家庭是及早識別及預防青少年吸毒的重要的關卡

處理青少年吸毒問題，最重要是瞭解青少年出現吸毒行為的原因和風險與防禦因素，從而預防青少年吸毒行為的出現。香港青年協會青年違法防治中心於 2009 至 2012 年進行了數次的問卷調查，包括「西貢、將軍澳區青少年對範毒品的認知」調查及「青少年抗毒防禦及風險因素評估及家庭關係與抗毒因素評估」調查。結果反映，家庭的管理質素優劣、家庭衝突、家庭的親密關係、以及正向參與活動等「防禦」及「風險」因素，與「家庭」和「青少年」會否發生吸毒行為有極大的關係。因此，家人在抗毒工作上擔當了一個相當重要的角色。

2. 家庭功能的重要性與抗毒工作的關係

根據前線社工經驗所得，有違規犯罪和吸毒行為問題的青少年，大部份來自「功能失調」的家庭 (Dysfunctional Families)。因此，強化家庭功能工作十分重要。要有效地發揮家庭對青少年抗毒教育的防禦功能，我們不單需要提升家人對毒品的認知、對青少年吸毒現象的瞭解，以及吸毒青少年的態度和管教方式的認識，更重要的是要掌握與家中青少年溝通和防禦技巧。

3. 高危及吸毒青少年的家庭需要

由於青少年吸毒問題趨向隱蔽性，家人面對的困擾更為嚴重。縱使家人發現家中青少年有吸毒問題，但往往卻求助無門，甚至因擔心影響家中青少年的前途，特別是在學的青少年，而不敢向外求助。亦有部份家人因工作而未有時間尋求協助。因此，我們更需要為這些家人提供上門及到位的展外輔導及支援服務，使家人更容易得到支援及輔導。

香港青年協會青年違法防治中心於 2015 年以 “Strengthening Families Program” 家人篇作為框架，設計一系列強化家庭功能訓練，推行「抗毒家先鋒計劃」(Project ADSF)，以提升家庭對防禦家中青少年吸毒的功能，為高危／吸毒／隱蔽吸毒青少年的家人，提供輔導支援及預防教育工作。計劃其中一個主要部分「強化家庭功能及抗毒認知訓練」是專為家人而設，目的是提升家人的家庭管理技巧能力，從而預防及處理青少年吸毒行為。本文將分享本計劃的內容、成效和相關推行經驗。

(二) 計劃內容

1. 計劃特色

(1) 透過不同渠道接觸有需要及隱蔽性的家人

在青少年抗毒工作中家人擔當了一個重要的角色，然而有很多家人對毒品問題不認識，就算知道家中青少年有吸毒問題，但卻因擔心影響他們的前途而不敢向外求助，以致問題愈來愈嚴重。因此，本計劃透過不同的途徑，包括網上平台、手機應用程式、「家庭功能與抗毒」互動教育講座，以及與社會

服務機構和中小學合作，為家人提供相關資訊及接觸服務的機會，提升家人尋求服務的動機。

(2) 引用 “Strengthening Families Program” 及多元工作手法

本計劃參考 “Strengthening Families Program” 家人篇作為框架，並運用「薩提爾家庭治療模式」、「創意藝術」及「戲劇治療」等手法，設計一系列的強化家庭功能訓練及輔導。在訓練中，更邀請過來人參與教育和輔導，讓參與訓練的家人提升家庭功能和處理吸毒問題的認知及能力。

(3) 處理家人的壓力及困擾

當家人要面對青少年的吸毒或違規行為時，往往會感到困擾及壓力，他們同樣需要支援。本計劃盡量配合家人的生活時間，為有需要的家人提供到位的外展輔導及支援服務，增加家人尋求專業服務的機會。

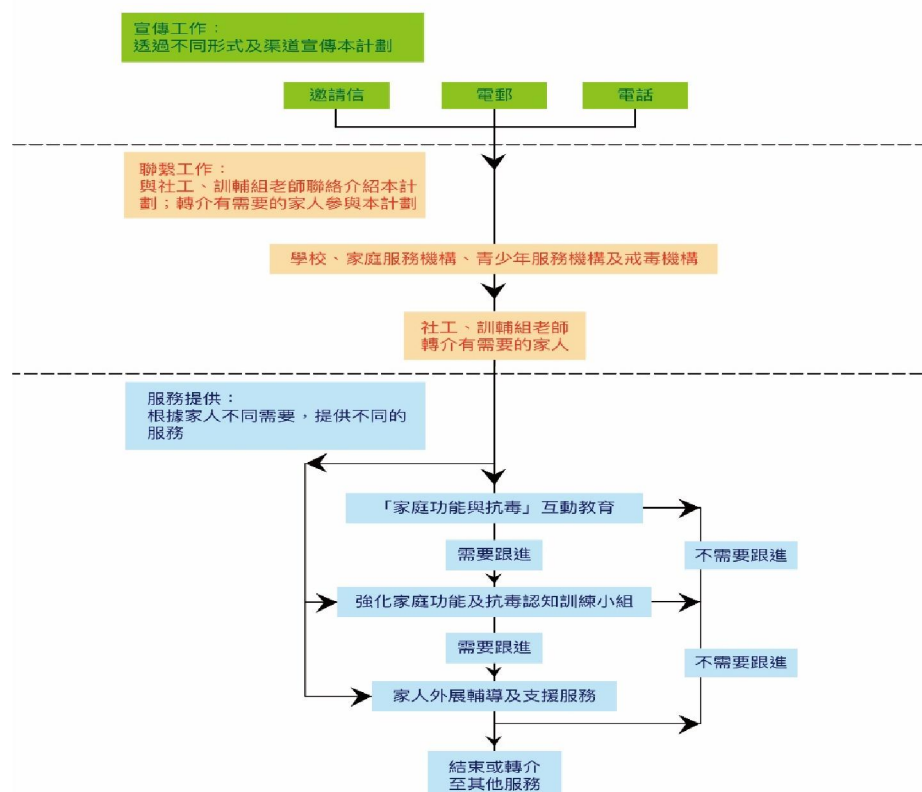
2. 計劃目標

- (1) 提升家人對家庭管理能力
- (2) 增強家庭對青少年吸毒的「防禦」功能
- (3) 提升家人對毒品的認知及辨識能力
- (4) 提升家人處理青少年吸毒問題的能力
- (5) 舒緩家人因高危及吸毒的家中青少年帶來的困擾

3. 計劃架構和服務內容

本計劃以三個層次為有需要的家人提供服務，包括：第一層服務 - 「空中與你同行 - 抗毒資訊網」及「家庭功能與抗毒互動教育」；第二層服務 - 「強化家庭功能及抗毒認知訓練」；第三層服務 - 「家人外展輔導及支援服務」。(圖一)

服務流程



(圖一)

- (1) **第一層服務** - 為家人提供抗毒資訊，增加家人了解家庭功能與抗毒的認知，並提供尋求支援的渠道和動機。

「空中與你同行 - 抗毒資訊網」：透過網頁及手機應用程式，提供不同多媒體的抗毒和強化家庭功能的資訊，當中包括：

- 及早識別家中青少年吸毒的技巧
- 處理青少年吸毒的技巧
- 與高危青少年溝通及相處的方法
- 過來人分享
- 社工網上諮詢服務

「家庭功能與抗毒」互動教育：計劃與學校、青少年服務中心、家庭服務機構及戒毒機構合作，為家人提供一次性的抗毒教育互動活動，讓家人們能及早接觸有關抗毒與強化家庭功能資訊，識別高危/吸毒青少年吸毒。

- (2) **第二層服務** - 為有需要家人提供一系列的家庭技巧及抗毒認知訓練，強化家庭功能，提升處理家中吸毒青少年的能力。

「強化家庭功能及抗毒認知訓練」小組：以“Strengthening Families Program”家人篇作為框架，並配合運用「薩提爾家庭治療模式」、「創意藝術」及「戲劇治療」等多元化手法推行。小組內容包括：青少年的成長特質和面對的壓力；溝通技巧 - 「我訊息」；愛與規範 - 「鼓勵」、「夢想」、「目標」；衝突處理；親子關係建立；毒品認識；辨識及處理高危和吸毒子女技巧。推行形式包括：

- 專題分享：讓家人能掌握不同強化家庭功能課題的基本知識；
- 創意藝術活動：讓家人進一步深化所學，以及了解青少年及自己的深層感受（Feelings of feelings），開放自我；
- 實況劇場：透過互動式的戲劇遊戲，讓家人探索家庭及吸毒問題背後的意義及處理技巧；

①戲劇性遊戲（Dramatic play）



②情景演出（Scene work）



③角色扮演（Role play）



④演出高峰（Culminating enactment）



⑤戲劇性儀式（Dramatic ritual）

- 過來人或過來人家人分享：讓家人可進一步了解家庭功能與抗毒的關係，加強處理吸毒問題的技巧；
- 小組討論及親子日營：加強互動討論、互相分享、共同參與、以及互相支持與協助。

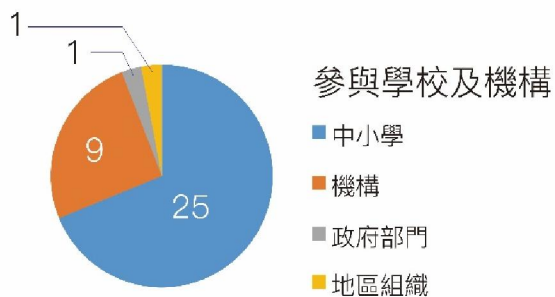
- (3) **第三層服務** - 為隱蔽、高危或吸毒青少年的家人提供支援輔導服務，加強家人處理家中青少年因吸毒帶來的問題，以及提升求助動機

「家人外展輔導及支援服務」：計劃會盡量配合家人的生活時間，為有需要的家人提供情緒輔導，增加家人尋求服務的動機，教授處理子女吸毒或違規問題帶來的困擾及技巧，並轉介至合適的服務跟進。

4. 計劃成效

- (1) **「家庭功能與抗毒」互動教育活動**

自 2015 年 7 月至 2017 年 3 月，本計劃為 25 間學校、9 間機構、1 個政府部門及 1 個地區組織共舉辦 57 次「家庭功能與抗毒」互動教育活動。參與家人人數為 700 人(圖二)。在已收的 653 份問卷中 648 份為有效問卷，當中有 96.1%參加者認為互動教育活動有助他們增加對毒品的認知(圖三)。



(圖二)

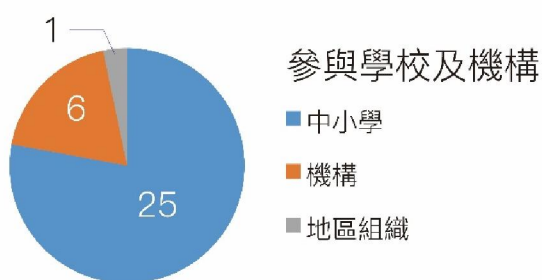


(圖三)

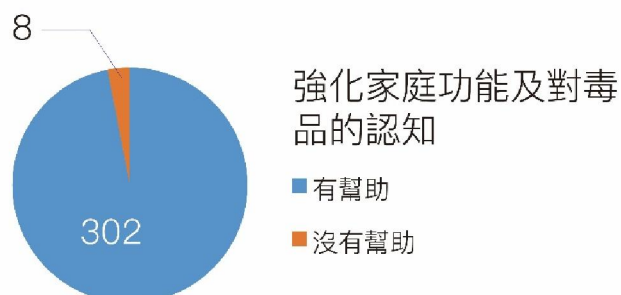
(2) 「強化家庭功能及抗毒認知訓練」

本計劃為 25 間學校、6 間機構及 1 個地區組織共舉辦 61 個「強化家庭功能及抗毒認知訓練」，參與家人人數為 570 人(圖四)。在已收的 310 份有效問卷中 97.4%參加者認為小組有助他們提升強化家庭技巧的能力及對毒品的認知(圖五)。

(圖四)



(圖五)



(3) 「家人外展輔導及支援服務」

本計劃為 30 位家人提供「家人外展輔導及支援服務」。當中協助 13 位家人處理子女的吸毒問題，17 位處理子女的違規問題。在已收的 30 份前測問卷及 28 份後測問卷中，100%家人認為服務能協助他們處理子女吸毒或違規行為問題。

(三) 經驗總結及建議

1. 靈活服務手法，讓更多有需要的家人參加訓練

- (1) 靈活的時間及地點推行訓練及輔導支援服務 - 考慮到家人各項的需要，包括工作、照顧其他家人，會盡量配合他們的工作地點、不同生活時段、以及到其家中，提供輔導及支援服務。兩年計劃中，31%的訓練時間安排於早上 8 時至 11 時、33%在下午 1 時至 4 時、23%在晚上 7 時至 10 時舉行，以方便家人參與。輔導支援服務可於其落場、放工或暫時不用照顧子女的時間，到其工作或住家附近的地方提供，不需要家人一定到中心才能得到服務，增加其參與機會。我們更陪伴家人尋求其他專業意見，如律師及戒毒服務，以舒緩困擾。
- (2) 運用多媒體手機應用程式 - 本計劃為家人提供不同的抗毒網上資訊，讓他們初步了解青少年吸毒及如何與青少年建立良好關係等方法，同時讓家人在小组訓練後重覆訓練內容。
- (3) 安排了解曾吸毒及違規青少年的心聲 - 計劃邀請過來人拍攝故事短片作分享，讓家人意識到過往管教方式的問題並作反思。並安排過來人現身說法，家人可親身提問，加深對青少年的了解。
- (4) 有系統及多元訓練 - 運用多元手法為家人提供一系列有系統的訓練活動，讓他們容易明白家庭功能與抗毒工作的關係，學習正面處理青少年的吸毒或違規行為，協助青少年建立新生活。

2. 良好溝通方法讓青少年更容易感受家人關愛

總括兩年的經驗，我們觀察到家人都是愛自己的子女，然而在成長的過程因為不同的原因，有時青少年未能感受到家人對自己的愛護。家人越是緊張，越不懂得表達，或用了不恰當的說話，令關心變成囉唆、關愛變成埋怨，繼而演變成衝突，以至青少年對家人產生抗拒，影響彼此的關係，使問題更難得到解決。因此，良好溝通方法讓青少年更容易感受家人關愛，有助加強家人對青少年的保護能力。

3. 家人欣賞和鼓勵對吸毒和違規青少年十分重要

我們在過去兩年為有需要的家人提供了不同的強化家庭功能訓練。在訓練中發現到家人與青少年溝通有顯著的問題，他們不會或不懂得表達欣賞及關心，往往只懂批評，忽略他們的感受，因而破壞了彼此間的關係。

要加強家人與青少年的關係，家人除了要學習聆聽及表達外，亦需要懂得尋找青少年的長處，欣賞或讚賞他們的良好行為，特別是在青少年正努力改善自己的行為問題時。偶而他們會重覆犯錯，但切忌只著眼於過失，反而要欣賞他們一直以來的努力，要接受及體諒他們因表現未如理想時所帶來的情緒，以正面和開放的態度給予支持及關懷，更重要是讓他們明白家人是願意與他們一同面對。

4. 吸毒問題的認知

活動反映不少家人對毒品缺乏認知，他們認為吸毒問題離他們很遠，但當經過對毒品的認知訓練和與過來人互動分享後，他們明白到家庭功能與青少年吸毒問題有著頗大的關係。家人增加對毒品的認知，可以讓他們及早識別子女吸毒的問題，並運用所學習的技巧，讓子女明白家人的關心及愛護，共同面對問題，使青少年盡早脫離毒品的禍害。

5. 青少年與家人共同參與訓練和活動的重要

家人的積極參與絕對有助強化家庭的防禦功能。但若要使關係建立更好，青少年參與亦同樣重要，從之前的親子訓練和活動可見，家人和青少年共同參與，讓青少年與家人能有更多溝通和共處機會，互相了解和接納，建立良好的關係，共同面對日後遇到的困境。

參考文獻

- 吳思源、余德淳 (1998)。錄音帶“開心學堂系列-與孩子一同造夢”。香港：福音傳播中心。
- 香港青年協會 (2008)。“重拾親情：親子衝突調解初探”。香港：香港青年協會
- 香港青年協會 (2009)。“2009 西貢、將軍澳區青少年防範毒品的認知問卷調查”。香港：香港青年協會
- 香港青年協會、雅博研究顧問有限公司 (2010)。“西貢區青少年吸毒防禦及風險因素評估”。香港：香港青年協會
- 香港青年協會、雅博研究顧問有限公司 (2011)。“B415 家庭技巧訓練小組-成效評估報告”。香港：香港青年協會
- 香港青年協會、雅博研究顧問有限公司 (2011)。“青少年抗毒防禦及風險因素評估及家庭關係與抗毒因素評估-西貢區及黃大仙區區本報告”。香港：香港青年協會
- 張包意琴 (2001)。“變，從家規著手”。於 2001 年 12 月北京清華大學第一屆華人文化與心理輔導國際學術研討會論文。
- 鄭之灝 (2005)。“青少年次文化與潮流”。取自 www.hkcss.org.hk/cy/T22.pdf
- Barbara M. Newman, Philip R. Newman (2003). “Development through life : a psychosocial approach.” Belmont, Calif. : Wadsworth/Thomson Learning
- Karol Kumpfer; Jaynie Brown (2011) “Strengthening Families Program SFP 7-17 Years Home Use DVD”
- Renee Emunah. (1994) “Acting For Real-Drama Therapy Process, Technique, And Performance.” Taylor & Francis Group
- Virginia S., John B., Jane G., Maria G. (1991). “The Satir Model-Family Therapy and Beyond” . Science & Behavior Books, Inc

再思互累症，調整社工介入定位

黎少媚 吳芷玲

明愛樂協會

【摘要】

本論文展述本會以家庭介入為本的前線經驗所得，剖析互累症的形成及影響。在互累症影響下，吸毒者家人(下簡稱家人)往往過分保護或操縱吸毒者，建立失效的家庭關係，無法提高其戒毒動機，吸毒問題持續惡化，形成互相拖累的狀態。

本會透過接觸超過三百位已識別的互累症家人，理解到互累症並非單單因家中吸毒問題而生，而是由多個家庭系統的互動所形成。家人在原生家庭、夫妻以及親子等系統的互動的影響下，發展出具互累症傾向的互動模式。家人往往跌入情緒漩渦，產生高度焦慮，無法作出理性決定，失去情緒自主的能力，容易被吸毒者支配。家人漸漸將拯救吸毒者變成習慣，慣性將對方的問題當為自己的責任，否定個人身心靈的基本需要，耗盡心力及資源去『拯救』吸毒者，陷入喪失自我及與對方互相拖累的狀態。

本論文強調從由個人化角度轉化為系統角度去理解互累症家人的處境，避免視之為個人化問題，亦同時強調社工須要視互累症家人為主要受助對象，而非單單視之為合作伙伴。本文亦對社工專業有深刻的反思，強調須重視社工在協助互累症家人時的自省能力及情緒承載能力。

認識互累症

一、互累症的徵狀

互累症是一種關係成癮，指家人過度把自己的人生以他人為焦點，迷失自我甚至跟自己的感受與需要脫節，達致一個喪失身份和混淆角色的狀況(明愛樂協會, 2016)。互累症有三大原素，包括焦點外伸、操控他人以及抑己情感(Fischer, Spann.L., & Crawford, 1991)(Knudson & Terrell, 2012)。

焦點外伸是指家人把焦點放在他人的行為和需要上，深受對方的行為影響，藉由與他人的關係中尋求自我定位，將自我價格建立於他人的回應和評價之上。

操控別人是指家人需要被需要的感覺，會強逼性地去負起他人的責任、幫助他人甚至以控制他人去維繫關係，當他人拒絕自己的幫忙時，感受到憤怒甚至感到內在自我被拒絕。

抑己情感是指家人常常難於描述自己的感受，因為他們在助人的過程中，會否認自己真正的感受，塑造一個無私地為別人的福祉而犧牲的形象。

二、互累症與吸毒問題的密切關連

當有互累症傾向的人士與吸毒者建立密切的關係，包括家長、配偶、兄弟姊妹和男女朋友等，便長期承受吸毒者的種種困難，便可能會將互累症的徵狀外顯於與吸毒者的關係之上。其外顯徵狀包括過份把對方之問題當為自己的責任，整個心思意念只有對方，企圖盡一切方法「拯救」對方，以致失去自我和平衡，忽略自己的健康和需要。互累症家人的過份保護亦讓成癮者產生依賴而間接令成家中的成癮問題持續，影響整個家庭的功能(明愛樂協會, 2016)。

三、互累症的影響

互累症對家人的身體、心理以及靈性上的健康均有影響。在身體的疾病方面，家人因長期受壓以及抑壓自己情緒，會使抵抗力下降，較易受感染生病，如哮喘或癌症等病患。在心理疾病方面，互累症家人較大機會有失眠、強迫症、抑鬱和感受麻木之情況，有可能自己發展出沉溺的行為，如酗酒、瘋狂購物等以麻醉自己。在靈性方面，互累症家人可能未能體會上蒼或感受被愛，甚至因為質疑自己的生存價值而產生自殺傾向(程玲玲, 1995)。可見互累症對家人的影響甚深，需要高度關注及適切的介入。

四、介入互累症的需要

本會一直致力以家庭介入手法處理吸毒問題，關注吸毒者及其家人的需要。家庭介入手法著重運用家庭系統中的齒輪效應，相信一個家庭成員的轉變可引發吸毒者作出相應之轉變，視家人為幫助吸毒者的重要資源。

為了發揮家人對吸毒者的正向推動力，本會為家人提供教育、互助及輔導性質的服務超過了二十年。然而，前線的工作人員在從經驗中發現，有一群家人總是持續地處於極度焦慮之中，難以情緒自主，未能與吸毒者建立健康的界線，也未能與社工建立良好的合作關係，讓家中的吸毒問題亦持續惡化。

即使為他們提供傳統的家人支援服務，情況卻未有顯著改善。為了回應這一群家人的特別需要，我們開始鑽研互累症，致力為有互累症傾向的家人提供針對的服務，協助他們從受害者的角色轉化成為改善家中的吸毒問題的重要資源。

從互累症工作實踐中之發現

在 7/2014-12/2016 年期間本會為 300 多名有互累症傾向之家人提供不同程度的服務及介入，舉辦多場『認識互累症講座』以增加家人對互累症成因及影響的認識，並就互累症作初步評估，當中有 326 位家人被辨識為受互累症所影響。

本會繼而為有需要的家人提供更深入的小組及個案跟進，讓家人從自身家庭系統、成長中所經歷的傷痛及失落作出檢視，鼓勵他們接觸自己的感受及愛自己、學習定立健康界線、找出個人強項以增強自信並從互累症康復家人的分享中得到啟發及學習，報告亦顯示超過九成二的服務使用者的互累症情況獲得改善 (明愛樂協會, 2016)。

我們整理以上的前線經驗，對互累症的介入服務作出以下三大要點的調整。

一、再思對互累症個案的評估——由個人化角度轉化為跨代家庭系統角度

互累症家人有很多外顯的個人特質，包括對別人有很強的控制慾，甚少表達情緒，習慣用他人的回應來評價自我價值，不斷地自我犧牲等等。這些外顯的表徵很容易吸引社工的注意力，讓社工片面地理解互累症為家人的個人問題，容易先著眼於如何協助家人處理情緒、改變溝通模式及減少控制行為等等個人化之問題，但仍發現互累症家人的情況不斷地有反覆，互累情況沒有太大改變。

然而，本會從前線經驗中發現到，當社工由家庭介入手法的角度去理解互累症，便會覺察到其形成並非家人的個人性格問題，而是跨代家庭系統影響底下而產生的互動模式 (Cullen & Carr, 1999)。

不少研究指出互累症與失效的原生家庭系統有關，原生家庭若存在以下問題，子女就容易出現互累症傾向，包括不同形式的童年虐待、高控制的管教方式以及缺乏溝通的家庭氣氛等等 (楊雪龍 & 童輝杰, 2010)。

在一個失衡的原生家庭系統當中，家庭的信念與傳統比起家庭成員的個人需要都重要，孩童學習到要犧牲自己的需要和感受去迎合缺乏彈性的家庭規條，以及承傳由上一代或更多代以前所傳流下來的高度焦慮，因而失落了自己內在的真實世界 (Linda J. Arnold, 1990)。例如有一些互累症家人回想到自己的原生父母患有精神問題，於童年已經學習去安撫父母的情緒，而將自己的負面情緒收藏，從少就沒有表達情緒的經驗，於成長的早期已經承擔起照顧者甚至犧牲者的角色，互累症的傾向漸漸形成 (Litchfield & Litchfield, 2008)。

本會在前線經驗之中都覺察到由系統對互累症所形成的深遠影響。

本會曾接觸一位互累症家人” May”，她多年來雖參與不同的小組去學習如何與吸毒女兒相處及學習控制情緒。社工在協助 May 的過程中，May 的情緒仍容易陷入極度焦慮，社工嘗試協助她面對現時生活中大大小小的困難，並鼓勵她學習與女兒相處之技巧及控制情緒的方法 (明愛樂協會, 2016)。可惜，社工留意到 May 仍然不能自控地監控女兒或利用女兒的朋友去查探女兒行踪，焦慮的情緒以及控制的行為仍然未有很大的改善。社工觀察到 May 的介入工作兜兜轉轉未有未變，在自省之中提醒自己以跨代家庭系統角度去理解 May 的行為模式，一同探討家庭系統以及以往成長的經歷對她的行為模式有何影響，避免只在個人層面上嘗試改變 May 的行為模式。

社工採用透過跨代家庭系統角度與 May 檢視在原生家庭成長的經歷，令她明白因媽媽的影響，令她着重別人的意見和感受多於自己，往往將自己的需要放在最後及害怕表達。社工亦以跨代家庭系統角度與她去檢視現有家庭中的相處模式，令她有所醒覺並強化她與女兒保持健康界線的想法。這份醒覺令她整個人放鬆下來，縱使後來面對女兒的重吸，她在情緒自主方面有很大的進步，這份進步令她與重吸的女兒保持正面的聯系，而女兒亦逐步地減少吸毒。

學術上的研究以及本會的前線經驗均指出從跨代家庭系統角度去理解互累症的重要性，為社工的介入定位提供更多的提示。

二、再思對互累症個案的介入定位——由合作伙伴轉化為主要受助對象

在傳統的跟進中，社工往往視吸毒者為主要受助對象，而家人則單純是合作伙伴。但有互累症傾向的家人，其高度焦慮情緒會令他們落入控制及拯救他人的陷阱中，亦間接令吸毒者吸毒情況繼續惡化。當社工將家人視為合作伙伴而非主要受助對象的話，社工在介入中未必有意識或會逃避去深入理解家人受原生家庭系統的影響及一些成長中經歷的創傷及失落，而這些影響及創傷卻是令他們掉進互累陷阱的主因。

從一位家人 “兆曦” 的個案中，社工以往視她為合作伙伴，主力與她探討與女兒相處及溝通的方法，亦

疏導她的情緒，但一直沒有太大效果，她的情緒依然被女兒吸毒問題嚴重地影響(明愛樂協會, 2016)。但當社工視她為主要受助對象時，與她探討成長的經歷及內心感受，她發現自己互累的傾向是多年來一力承擔原生家庭所有事情而培養出來的習慣，而她亦同意自己將習慣延續在自己家庭中，事事要在自己掌握之中，所以當女兒吸毒及失控時，她的情緒亦被女兒牽着走。有了醒覺後，她在小組內她盡情傾訴，醒覺到需要放手才可讓女兒清醒，並立志找回自己心中的寧靜。

因此將家人的角色轉換成主要受助對象，令社工更有意識透過個案輔導去聆聽及明白家人面對的痛苦，協助家人明白原生家庭系統帶給自己的影響，理解及接受成長的傷痛並學習放下，建立愛惜自己的想法，以至在情緒自主及界線處理上有所進步。

可見，社工必須調整互累症家人為主要受助對象，投放更多的資源，透過提供深入的個案輔導以及治療性小組，才可協助他們一步一步遠離互累症的陷阱，提升整個家庭的功能。

三、再思社工的專業——社工的自醒及情緒承載能力

要有效地協助受互累症影響的家人，社工須提醒自己應以跨代家庭系統角度優先於個人角度去理解互累症家人的處境，避免忽略系統對其影響而視之為個人化問題。此外亦要提醒自己要視家人為主要受助對象去理解他們面對的困苦，協助他們作出轉化及放下，才能接受現實及自己的限制，改善與吸毒者的溝通及維持一個更健康的界線。

互累症家人在情緒上有很大的起伏及未能自控的地方，加上操控已成為習慣，社工如沒有足夠的心理準備，很容易對互累症家人產生不理解或出現負面情緒。因此社工應在心靈上作調節及保持積極樂觀的態度，讓自己有一份包容的心，以寬容及接納的態度給予互累症家人安慰及支持。社工亦要緊記自己是系統內之一環，對家人有一定的影響力而且可以樹立正面的模範。

另一方面，社工在協助受互累影響的家人時，亦應好好地檢視一下自己會否有互累的傾向。有不少助人專業中都出現互累的情況(PhD & RN, 2008)，社工應檢視自己是否將協助受助者處理問題成為自己責任，以至助長受助者對社工依賴。此外，亦要留意自己會否將焦點放在別人身上而忽略自己身心靈的需要，畢竟一顆平靜安穩的心才能有足夠的包容去承載互累家人的激烈情緒反應。

本會在前線經驗中察覺到，互累症的介入工作除了對社工的專業知識有要求外，亦要求社工有很強的自省能力與情緒承載能力，才能與互累症家人攜手進入治療關係之中。

總結

本會從多年的家庭介入工作中，了解到到互累症對家人以及吸毒者都有很深遠的不良影響，深深明白適切介入互累症個案的重要性。

控制傾向等個人化之前，必須先了解家人所身處的不同系統之間的互動，理解家人形成互累症傾向的整個過程，並以系統角度去協助家人檢視自己。

在介入定位方面，社工亦須要視家人為主要受助對象，並非單純的合作伙伴才有助社工提高意識去全面理解家人受原生家庭系統的影響及一些成長中經歷的創傷及失落，並提供深入的輔導服務，協助家人改善互累的情況。

基於以上兩個介入方向的調整，提供互累症服務的社工須再提高對自己專業的要求。面對家人的情緒起伏及習慣操控的傾向，社工需謹記保持一份包容的心，以寬容及接納的態度給予互累症家人安慰及支持，並透過與家人健康地互動從而樹立正面的模範。

參考資料

- 明愛樂協會. (2016). 「識除互累」家「停」互累——隱蔽互累症家庭支援站計劃. 香港: 明愛樂協會.
- 程玲玲. (1995). 物質濫用者及其家人的治療策略與初探. 台灣: 行政院國家科學委員會專題研究成果報告.
- 楊雪龍, & 童輝杰. (2010). 共依附研究述評. 中國特殊教育, 88-91.
- Cullen, J., & Carr, A. (1999, 12). Codependency: An Empirical Study From A Systemic Perspective. *Contemporary Family Therapy*, 21 (4).
- Fischer, J. L., Spann, L., & Crawford, D. (1991). Measuring codependency. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 8(1), 86-100.
- Knudson, T. M., & Terrell, H. K. (2012). Codependency, Perceived Interparental Conflict, and Substance Abuse in the Family of Origin. *The American Journal of Family Therapy*, 40:3, 245-257.
- Linda J. Arnold RN. (1990). Codependency Part 1: Origins, Characteristics. *Aorn Journal*, vol. 51, No 5.
- Litchfield, D. B., & Litchfield, N. (2008). *Let's Stand Up Straight: Recovery From Unhealthy People Dependencies*. Gungahlin: Litchfield Family Services.
- PhD, N. D., & RN, K. S. (2008). Self-Reported History of Childhood Maltreatment and Codependency in Undergraduate Nursing Students. *Journal of Emotional Abuse*, 7:1, 37-50.

『家庭的光與影』—

揉合「敘事治療」與「表達藝術治療」予重塑戒毒者與親人關係

吳新健 陳家樂 香港基督教服務處 PS33 尖沙咀中心

梁健國 香港基督教服務處賽馬會日出山莊

【摘要】

在 PS33 過往的臨床輔導經驗中發現，面對戒毒過程的「戒除」與「重吸」，「毒品」問題往往成為戒毒者與親人間相處的焦點，令家庭的正向經驗被忽略，最終破壞雙方關係，更削弱戒毒者所得到的支援。我們相信如能在戒毒輔導中重新發掘那些「被遺忘的正向經驗」，對促進戒毒者與親人的正向關係，及對戒毒者面對重吸或長遠康復將有莫大裨益。

為著讓戒毒者與親人共同參與治療，能夠發揮更大效能而不是糾纏於毒品問題，PS33 聯同賽馬會日出山莊，與香港大學表達藝術治療碩士課程合作，發展出『家庭的光與影』藝術創作計劃，運用「敘事治療」理論作骨幹，深度發掘戒毒者與親人在毒品問題以外的生活軼事，再抽取當中的獨有正向特質，透過表達藝術治療理論作導向，一同以藝術創作呈現這些正向生命故事，達至強化戒毒者與親人的聯繫感，及促進戒毒者實踐戒毒計劃。

【關鍵詞】戒毒者；親人關係；敘事治療；表達藝術治療；聯繫感

前言

傳統的戒毒輔導工作，往往因戒毒者與親人的關係常只聚焦於「毒品」上，導致雙方關係被破壞，家庭正向經驗被忽略，如能發掘這些「被遺忘的正向經驗」，對促進戒毒者的康復及與親人的關係將更有希望及裨益。本文嘗試透過「家庭的光與影」這新穎的介入手法，分享如何協助戒毒者與親人由只著眼於「毒品」問題，廣闊至協助他們發掘及鞏固家庭中被遺忘的正向故事，並以藝術品形式呈現，再透過社區展覽以觸動其他社區人士。

(一) 前線輔導的經驗

不論在社區或住院戒毒模式中，工作員每當需重整戒毒者與親人關係時，不難發現「毒品」一直如夢魘一樣騷擾著他們的相處。當戒毒者能停用毒品一段時間後，戒毒者與親人關係便會好轉，但每當戒毒者的生活平衡被打擾、或親人認為戒毒者有重吸的「端倪」時，戒毒者與親人的關係便會重回毒品焦點中。其次，因毒品問題使大家在過往產生了很多不可彌補的負面經歷，如借貸或爭執等，雙方感受如未曾疏導，負面關係亦會持續。這樣，戒毒者與親人的關係就好像常經歷來回「天堂」與「地獄」之間，最終令雙方感到疲累，破壞關係之餘，更忽略家庭的正向經驗。

另一方面，輔導工作往往著重語言上的溝通，在戒毒者與親人關係「根基未穩」的情況下，容易因言語或態度誤會而在輔導室中發生磨擦。就著這些難題，我們嘗試以個案輔導工作中運用「敘事治療」(Narrative Therapy) 重構戒毒者新生命故事的經驗，轉移深度發掘戒毒者與親人在毒品題目以外的生活軼事。另一方面，我們亦發現藝術創作能脫離「問題導向」、「語言為主」的不足，藝術創作過程更能讓戒毒者與親人就演繹自己的故事，由此產生「充權」(Empowerment) 作用，並一同以藝術創作「重寫」(Re-author) 雙方的正向生命故事，強化戒毒者與親人的聯繫感，及促進戒毒者實踐戒毒計劃。

因應以上觀點，PS33 聯同賽馬會日出山莊與香港大學表達藝術治療碩士課程合作，發展出『家庭的光與影』計劃，當中揉合「敘事治療」與「表達藝術治療」以重塑戒毒者與親人的關係，鼓勵參加者們跳出毒品的「框架」，呈現及欣賞他們重要及具意義的正向生活點滴。

(二) 計劃目標

『家庭的光與影』透過結合「輔導+藝術」，協助戒毒者與親人脫離被毒品影響的主流故事，重新：

1. 呈現及鞏固戒毒者與親人的正向經驗。
2. 強化戒毒者與親人的聯繫感，促進戒毒者實踐戒毒計劃。

(三) 理論基礎

PS33 過去數年一直有在臨床輔導中運用敘事治療 (Narrative Therapy)，協助戒毒者重拾自己已經遺忘的正向經驗，發掘「吸毒問題」以外，不被毒品影響的「另類故事」，幫助戒毒者將毒品問題與自己分開。當中協助他們呈現自己看似不存在、卻隱藏 (absent but implicit) 的意向、知識、價值、信念及能力等，戒毒者從而能進一步建構新的身份，並由此產生新的能力及資源。社工亦會透過「迴響團隊」(Reflecting Team) 手法，以敘說故事 (telling)、重敘 (re-telling)、再敘說故事 (re-telling of the re-telling) 及團體討論等四個階段，更進一步豐厚 (thicken) 戒毒者的新生命故事，並體驗與人連繫的正能量。

表達藝術治療則是表達藝術和心理治療的融合，治療師透過運用視覺藝術、音樂、聲音、舞動、戲劇，故事創作和創意寫作等媒體，促進案主的自我了解、提升自我意識、創造力和自癒能力。「每個人天生對美都有一些共同的感覺，我們稱為『美感經驗』，而藝術本身就能帶給人美的感覺，這種感覺是一種對生命和事物的欣賞，覺得存在的這一刻很美好…這種美感經驗，對正受着苦難、有情緒困擾的人而言非常重要。情緒病如抑鬱症患者很多時會用很『灰』、或很『重』等等此類顏色或肢體感覺來形容自己，但若他能給他看到美的事物，讓他有種『輕』或『發光』的感覺，而這感覺不是其他人灌輸給他，是他自己通過藝術去感受到的話，便會令人從內在產生變化。」(何天虹教授·《心得》雙月刊 279 期)可見表達藝術治療的運作，與敘事治療強調發掘案主生命故事中，那些隱藏在他們心裡的特質同樣有異曲同工之處。

(四) 計劃內容

計劃參加者是於香港基督教服務處接受社區或住院戒毒治療的服務對象，服務單位包括：PS33 尖沙咀中心及深水埗中心、賽馬會日出山莊及元朗區青少年外展工作隊，2 年間共選出了約 15 個家庭故事參與是次計劃。計劃分為 5 個階段：

A. 呈現家庭正向經驗 (為期約 2 個月)

負責社工會先向戒毒者進行面談，收集他們的「正向家庭故事」，運作如下：

1. 社工預先收集戒毒者感到深刻的「與親人的正向回憶」；

提問：你印象中和親人最深刻的美好 (開心／感動／激勵／支持／啟發／接納／溫馨／共患難等) 回憶事件是怎樣的？當時的畫面怎樣？

例子：憶記一年自己生日時，當時女兒只得十歲，她花了 2 小時困在家中廚房為我製作生日午餐，與爸爸一同為我慶祝生日。因她很少下廚，女兒最後於廚房端出炒蛋、烏冬、點心等食物，當中包含的心意，已等如一桌美食。

2. 協助他們豐厚描述其所引發的回憶；

提問：那個回憶給你什麼感覺？

例子：因為自幼都對女兒過予保護，亦很少讓她入廚幫忙，是次經歷令自己感到十分驚訝，及因她為自己的付出而感到高興。

提問：在整個回憶中，那些事情／經過最能引發這種感覺？

例子：女兒花了 2 小時困自己在家中廚房內的心思，不論成品美味與否，當中的心意，背後都帶著一種愛。

3. 協助他們從回憶中找尋與親人的連繫，及那些被遺忘的正向經驗及價值，並建構成新的親人故事；

提問：什麼客觀環境、條件及人為因素會促使這些回憶事件出現呢？每位成員 (包括你自己) 做了什麼？對不同個別／所有成員有什麼貢獻呢？

例子：有時在朋友的聚會中亦會回憶起這個故事及與朋友分享，表達自己當中的感動。同時，我亦相信女兒會因得到認同而感到高興。

提問：還有沒有其他與親人一起的美好回憶事件呢？

例子：憶記女兒就讀小一時，與親人到韓國 5 天旅遊，她善於社交的性格在旅行團內結識了很多小朋友，增潤了其他家庭的旅遊氣氛。更有團友表示欣賞女兒樂觀、愛笑及常開心的性格特質。

提問：從剛才你所分享的事情中，你對你家庭／人／自己有什麼新發現（例如個別親人／整體家庭特質、信念、價值、能力）？另請為這些發現命名。

例子：我以往對女兒一直過份保護，很怕她受傷害；現在學懂了放手，讓女兒跌倒及再爬起身，經自己的生命。這種對她自主的信任，相信她會感受到。這發現我認為是一個「我搵番個女」（與女兒重建關係）的歷程。

社工與戒毒者面談後，再透過所收集的故事與其親人進行面談，引發「迴響」：

1. 社工透過讓親人回應戒毒者的正向回憶，確立「正向親人故事」的存在；

提問：聽了剛才的分享，哪一部分令你最深刻？

例子：看完媽咪的故事，回憶起自己曾為媽咪下廚的畫面。

2. 協助他們回憶「故事」的景象，找尋親人的經驗，引發「共鳴」；

提問：這令你深刻的部分，在你腦海閃出什麼影像？

例子：想起了另一個特別的影像，我曾買了幾朵會閃爍的玫瑰花回家，並將全屋的燈關掉，讓花在閃爍的光下送給媽咪，並一同拍照留念。

提問：這些影像勾起哪些你和他／她的美好回憶？

例子：一同拍照使媽咪很開心，令我想起在她不开心時，她會關起自己在家睡覺；我曾帶她落街散步，期間會牽著她的手同行，那天開始媽咪願意外出不再收埋自己。

3. 協助親人將被引發的「共鳴」成為日後正面方向；

提問：你們這些美好回憶，對你有何啟發？

例子：我覺得媽咪一直為我付出很多，我亦會作出回報；在未來日子我相信大家會有更多快樂回憶。

以上的提問能帶領戒毒者與親人跳出「毒品主導」的相處經驗，一同回憶不受毒品影響的正向時刻，戒毒者能重新與親人建立正面的連繫，並獲得共鳴及支持，這將成為戒毒者在戒毒康復過程中的正能量。

B. 藝術體驗日

當「正向家庭故事」被收集後，表達藝術治療學生（簡稱藝術學生）便會與參與家庭配對，並透過一天的藝術體驗來提升家庭對藝術創作的興趣，從中亦讓藝術學生與參與家庭建立合作關係，為日後共同創作藝術品鋪路。

C. 藝術學生與家庭共同創作藝術品（為期約 3 個月）

對戒毒者與親人來說，表達藝術治療是很新穎的事情，過程中他們需要努力走出以往的「舒適區」（comfort zone），作出新嘗試，並體驗藝術創作當中，由「零」開始的「未知感」及藝術的力量。創作過程會喚醒他們的正面回憶，透過回顧過去細碎的生活事件，以藝術創作將故事串連起來，讓當中的愛呈現。如親人之間的情感礙於尷尬，很少能以言語表達，大家總會藏於心底；共同創作藝術品便能將這難以啟齒的說話演繹出來，真摯、直接地將當中的原諒、盼望、愛護及祝福等情感釋放。

創作中亦可能會遇上困難令他們沒法堅持下去，這時藝術學生便會協助改變他們固有的想法，調整他們的心態，透過持續會面及創作發掘戒毒者與親人的新意念，鼓勵他們一同去實行這個想法，再加上共同的忍耐、同行及鼓勵，一同完成能表達戒毒者與親人正向經驗的藝術作品。

D. 藝術品迴響會

完成藝術創作後，各個參與計劃的家庭及藝術學生將會於「藝術品迴響會」中重聚。活動當天會先進行作品首展，讓所有參與的家庭見面及了解大家的作品。其後，藝術學生與家庭成員會以敘事治療的迴響團隊形式會面，各個家庭逐一分享藝術品所表達的正向家庭故事以及製作的心路歷程，藝術學生及團隊成員會以他們參與表達藝術治療的創作過程中，曾表達的意念作出迴響（re-telling），家庭成員則再對迴響作出回應（re-telling of re-telling），透過局外人（Outsider Witnesses）見證，及彼此間的共鳴，豐厚家庭的正向故事，以啟發及鞏固戒毒者與親人的正向家庭關係。

E. 公眾展覽

戒毒者與親人所創作的藝術品會於社區內展出，並透過收集社區人士對藝術品的欣賞及對家庭故事的感悟，讓戒毒者與親人閱讀，從而鞏固家庭的正向故事及關係，及強化家庭與社區的聯繫感。

戒毒者與親人的「正向故事」在「敘說」、「迴響」及「創作藝術品」的過程已被確立、豐厚及肯定；透過公眾展覽，社區人士能了解到「毒品」並非戒毒者唯一的「主流故事」，毒品以外的新故事、新身份及新方向將更被鼓勵及承認。

（五）工作成果

『家庭的光與影』計劃共舉辦了 2 年，共有 15 個家庭參與，並成功製作了 15 件家庭藝術作品。工作小組亦深度訪問了當中的戒毒者及其親人：

「在完成計劃後，我們意想不到能合作完成藝術品，還可以用作展覽，這經驗使我們相信對方會為著家庭轉變，有能力一起完成家庭任務。」

「太太的分享讓我記起從拍拖，到結婚直至今天的重要回憶，我決定每年也會帶一親人去海洋公園，承諾會保持這傳統，留住家庭開心快樂的回憶。」

計劃亦使戒毒者明白溝通的重要性，製作藝術品的過程，使他們學懂平心靜氣地溝通的重要性。有戒毒者於計劃後表示能與親人商量更多的事情，例如和太太商量協助他減少使用毒品的方法，令他們的衝突減少。

其次，亦有戒毒者表示「回憶正向經驗」，使他能夠重拾「遺忘了」的被接納和信任，及受毒品影響的例外故事：例如在親人聚會前數小時不吸毒避免影響氣氛，希望各人可以玩得開心等；引發了自己希望承傳親人的精神，想做好長輩的角色建立良好形象。戒毒者為此而完成住院戒毒療程，與親人的關係保持緊密，並重返社區維持操守至今。

另外，藝術作品共進行了 5 次社區展覽，展覽均以問卷調查收集社區人士意見，共收回接近 200 份問卷。8 成社區人士非常同意展覽能讓他們思考及整理生命中重要的經驗，及增加他們與親人的連繫感。另外，社區人士亦認為：「展覽的佈局有心思」、「藝術品令人感動及能表達故事」、「作品多元化及具實體感」、「展覽的思考題目及回應製作可令他們有更多反思」，證實活動對社區人士產生了正面的影響。

（六）困難

鑑於毒品問題困擾戒毒者家庭多年，家庭關係早已被毒品磨滅殆盡，當社工向戒毒者提出邀請親人出席面談時，戒毒者往往表現抗拒，又或於面談時陷入家庭成員將責任互相推卸的困局。其次，戒毒者的身體及精神狀況不穩定，或家庭成員面對各式各樣的個人問題，使家庭未能全心全意投入創作，對計劃的推行亦有一定影響。

（七）反思及總結

總結兩年計劃經驗所得，我們看到推動戒毒者與親人憶記「家庭正向經驗」，對戒毒輔導療效有著舉足輕重的影響力。毒品一直在磨滅家庭成員間的信任、聯繫及愛，讓家庭相處的氣氛變得焦躁，『家庭的光與影』計劃為家庭建立正向關係開闢新路徑，讓他們以正向的敘事模式呈現、了解、鞏固及延續彼此關係，對抗被「毒品」侵佔的負面主導故事。

參考書目

表達藝術治療，非語言的心理輔導。《心得》雙月刊 12/2016-1/2017。「心晴行動慈善基金」出版
麥克·懷特, 艾莉絲·摩根 (2008)。說故事的魔力：兒童與敘事治療。台灣：心靈工坊。
列小慧著(2005)。《敘事從家庭開始》突破出版社。
尤卓慧、岑秀成、夏民光、秦安琪、葉劍青、黎玉蓮合編(2005)。《探索敘事治療實踐》，台北：心理出版社。
艾莉絲·摩根 Alice Morgan, 陳阿月譯(2008)。《從故事到療癒——敘事治療入門》(What is Narrative Therapy: An Easy to Read Introduction), 心靈工坊文化。

揉合親密關係於戒毒輔導經驗分享

區潔盈 陳詠斯 李芳

香港聖公會福利協會

【摘要】

本文探討吸毒者親密關係的狀況、需要及揉合親密關係於戒毒輔導的經驗。文中的數據和發現來自 2013 年 8 月至 2017 年 4 月推行的「無「毒」有「偶」戒毒輔導計劃」，共有 100 對戒毒/康復者及伴侶參與計劃。計劃透過增潤兩性關係、釐清吸毒者與毒品及伴侶間的關係、藉不同的配套及跨專業的合作，為戒毒者及伴侶建立健康的關係，強化生活系統及家庭功能，鼓勵吸毒者作出戒毒的決定，減低復吸與增強持守。

計劃採用婚前預備/婚後成長(Prepare/Enrich)的評估工具、家庭治療、社工輔導、醫療支援等作介入以提升吸毒伴侶的親密感。我們把計劃的數據結合觀察，發現戒毒者的伴侶形態及親子關係，往往是戒毒的關鍵。計劃揉合親密關係於戒毒輔導，強調以親密關係作為介入的主軸，加上跨專業的合作，提升戒毒的成效。另一方面，以親密關係及孩子需要作為切入點、多元化的活動手法等，促使戒毒者穩定參與療程，成為改善隱蔽化及提升乏力個案改變動機的策略。有關計劃的手法及發現等的分析，相信對業內的戒毒輔導工作具高度的參考性。

【關鍵詞】戒毒輔導、伴侶工作、跨專業合作

壹、前言

社會普遍認為吸毒者的核心問題在於其毒癮，只要戒除毒癮，所有問題便迎刃而解，事實卻不然。根據香港禁毒處官方數據顯示，香港近年整體吸毒數字似有下降趨勢，但吸毒所引發的家庭問題、子女問題卻不住湧現，當中引身的問題對戒毒者以至家庭構成沉重打擊。故此只處理毒癮未能帶來完滿的結局，伴侶間不單未能破鏡重圓，對下一代更造成嚴重傷害。所以有效改善伴侶關係，不單能處理吸毒問題，亦成為吸毒家庭改變現狀的動力。

有見及此，香港聖公會福利協會新念坊於 2013 年獲香港禁毒處資助，推行為期 3 年多的「無「毒」有「偶」戒毒輔導計劃」，計劃為吸毒／戒毒康復者及其伴侶而設，由二人的親密關係層面介入，結合伴侶、家庭工作手法於戒毒服務，並與不同的專業人士聯盟。透過處理吸毒者的親密關係為戒毒療程的主軸是嶄新的服務理念，這理念在西方國家亦是近廿多年才進行研究。

貳、常見吸毒者與伴侶的親密狀況

計劃邀請 57 對參加者填寫「婚前預備/婚後成長」評估問卷(下稱 REPAIR/ENRICH)，以了解他們的親密關係狀況，當中數據可被視為沒有受到計劃的理念和價值觀影響，數據具高的參考性。PREPARE/ENRICH 是美國一套婚前輔導/婚後成長的心理測試工具，亦是本港不少家庭、婚姻輔導常見的評估工具，透過 195 條問題從多角度評估受訪者婚前或婚後的伴侶關係。

(一) 親密關係形態

根據計劃數據顯示，最多參加者的伴侶型態是「衝突型」佔 61%。相比 2004 年香港的 Prepare/Enrich 數據調查，全港屬衝突型伴侶只佔 29%，吸毒者的伴侶型態屬衝突型的比率明顯較高。衝突型伴侶的特徵是伴侶間較多差異、缺乏溝通及解決衝突的技巧。因此關係的不穩定性較高、離婚率亦比其他的伴侶型態高。計劃中伴侶型態次高的是「乏力型」，佔 17%，與 2004 年香港伴侶數據中的 14.3%較接近。特徵同樣是缺乏溝通及解決衝突的技巧，而且欠缺轉變的期望和動力。這正反映吸毒者的伴侶關係不穩定性極高，彼此關係欠缺穩定的基石，吸毒者經常面對親密關係及婚姻問題。

(二) 復康者處理親密關係的能力

PREPARE/ENRICH 問卷會量度受訪者願意正面處理彼關係的程度。我們加以分後發現，康復者比吸毒人士更不願意正面處理關係上的問題。雖然這項數據的誤差值比統計學建議的嚴緊研究標準 $p < 0.05$ 稍高，脗合我們在計劃的觀察，所以仍具相當參考價值。

吸毒一向被認為破壞個人的社會功能(social functioning)，對個人、家庭及社會造成嚴重影響。因此，社會普遍假設當吸毒者戒除毒癮後，他們的社會功能會有所提高，故此康復者比吸毒者處理親密關係上的能力理應有所改善，然而這次分析結果中卻得出一個令人意外的結果——「康復者比吸毒人士更不願意正面處理關係上的問題」。我們發現吸毒者復康後，處理親密關係的能力不單沒有改善、提升，反而有所降低。而且不少研究指出吸毒者戒除毒癮後的離婚率偏高，尤其是康復後的 3-5 年是離婚、分手的高峰期(Brown and Lweis 1998)。若吸毒者康復後，沒有學會以正面態度處理親密關係，關係問題不但依然存在，甚至因此重吸。

參、毒品於親密關係的角色

一般人提到毒品的禍害時，便聯想毒品對個人身體和精神上的影響，但不少文獻指出毒品破壞親密關係的穩定性（Chris 2004, Fals-Stewart et al. 1999, Haber and Jacob 1997, Halford et al. 1999）。Rolland 以三角關係 (triangulation) 形容毒品介入吸毒者及伴侶關係的狀況，雙方和與毒品的關係遊走於愛與恨的糾結中 (Rolland 1994)。透過計劃，我們發現毒品常以「第三者」、「止痛藥」和「炸彈」在親密關係中出現。

（一）第三者

吸毒者與毒品相處的時間和依附程度往往比伴侶多，毒品彷彿如吸毒者的情人。素兒(化名)與丈夫相識時，彼此都是吸毒者。素兒形容兩人沒有真正的拍拖過程，雙方回家一起吸毒，彼此沒有太多的交談，對話內容都是圍繞毒品。素兒與丈夫不但將相處的時間奉獻毒品，連僅有的收入都交給毒品，彷彿所有喜樂都從毒品而來。雖然兩個人拍拖，但毒品卻彷彿比伴侶更親近自己，各自與毒品談戀愛。

因毒品於他們初相識，感情萌芽前已介入他們的關係，彼此欠缺基本的了解和情感交流，感情基礎薄弱。及後兩人的孩子出生，雖然素兒已戒除毒癮，但丈夫依然未能戒除毒癮。素兒看見丈夫因毒品放下彼此的相處、家庭生活及親子時間，令她感到丈夫對毒品比她這位元配更重要。素兒眼見丈夫與毒品的難捨難離，感到自己才像是親密關係中的第三者。

（二）止痛藥

吸毒者的成長往往充創傷，包括被最親的人虐待、疏忽照顧，在欺凌中成長。根據依附理論，成長中不斷經歷創傷，使他們呈現焦慮不安 (anxious-ambivalent)、焦慮逃避 (anxious-avoidant)、紊亂 (disorganized) 的依附模式 (Shaver & Mikulincer 2002)，成長後不懂正面處理親密關係 (Hazen & Shaver 1990)，令吸毒者往往不善經營親密關係，當他們與伴侶出現問題時，傾向逃避和退縮，毒品就成為了他們逃避問題的「止痛藥」。

計劃的參加者，阿明(化名)分享他最常吸毒的時間正是和太太爭拗後。每當兩人關係緊張，或者他遭太太責備後，他便會以毒品來麻醉自己，令自己可以平靜下來，避免與太太直接衝突。或許在主觀感受上，毒品能令亞明冷靜下來，使他好過一點，但其實毒品只是中斷了阿明與外界聯繫，暫時拖延問題帶來的痛苦，讓他繼續維持這段關係，卻沒有正視及解任何問題，雙方的距離只會越走越遠，對關係的傷害更大。

（三）炸彈

由於毒品大大削弱吸毒者的自我控制、解決問題的能力，成為伴侶相處中的衝突來源，彷彿一枚炸彈，為伴侶關係投下重重的一擊。本港目前雖未有吸毒引致離婚的數據，但吸毒引致的財務、衝突、溝通、信任、生活相處等問題，卻是吸毒者與伴侶婚姻破裂的要因。外地學者 (Amato & Previti, 2003) 指出吸毒是繼不忠和生活上不協調後，第三個令夫婦離婚的原因。毒品為親密關係帶來張力，又削弱吸毒者解決問題及情緒控制的能力，再加上近年盛行情緒失控的冰毒，令家暴警號更易觸發。

毒品在親密關係除以第三者、止痛藥及炸彈形式出現外，更會一同出現，攻擊關係。吸毒者面對伴侶與毒品之間的愛與恨，即使他們努力解決毒品問題，破裂的伴侶關係亦不一定能重圓，而且毒品亦會找機會重返關係帶來更大的傷害。

肆、常見吸毒者與孩子的關係

隨著本港吸毒者年齡上，計劃中超過六成的參加者育有孩子，吸毒者面對孩子往往帶著焦慮、內疚，羞恥與不安，既擔心自己未能戒戒毒，又害怕子女重行自己的舊路，認為自己是失敗的父母。依計劃所見，這些感覺很大程度上成為他們參與戒毒治療的障礙，同時內疚感覺甚至影響著他們照顧孩子的能力 (Cyleste C. C. et al. 2003)。就如他們一方面很著緊子女，但因欠缺有效的親職的技巧，形成他們面對親子關係時出現沉重壓力及焦慮，令權威性的管教和圖以物質的填補愛、內咎和補償心態，經常同步出現。

計劃中，常見親子型態的問題如下：

1. 孩子的基本需要不被滿足或忽視
2. 孩子缺乏界限 (boundary) 和規律的生活

3. 孩子被寄予不切實際的期望
4. 孩子在家庭的角色逆轉(Fleming C.B. et al. 1973)

孩子因吸毒父母而出現的情緒壓力

1. 擔心被遺棄
2. 擔心父母會死亡
3. 害怕父母不愛他們
4. 害怕別人會知道父母吸毒
5. 對父母吸毒這「家庭秘密」感到恥辱，常出現一種「不如人」的自我標籤

計劃中，有四成的吸毒參加者表示他們的父母有吸毒行為。國外的「童年受創經驗研究」中指出，童年時經歷的創傷，將會造成孩童生理上、情感上、心理上的問題，日後轉變成憂鬱、焦慮、心臟病、壓力失調及頭痛等問題，並且很大機會出現成癮以及共依存的症狀(Oriella C. & Jolyon G. 2008.)。我們相信跨代吸毒就是因孩子從吸毒父母身上錯誤學習到以毒品處理困難、逃避負面情緒，令毒品引至家庭各成員的痛苦，循環不息地也成為下一代走向吸毒問題的根源。

伍、揉合親密關係於戒毒工作的啟示

(一) 新視野和角度

揉合親密關係於戒毒工作，突破傳統戒毒服務的介入手法及角度，擴闊戒毒輔導的視野。計劃強調以家庭系統的角度分析吸毒者的處境及困難，再透過親密關係介入，這與傳統戒毒服務把吸毒問題歸因在吸毒者個人上有很大的分野，並且為戒毒工作帶來新方向。揉合親密關係於戒毒工作過程亦揭露吸毒對孩子的影響，不少戒毒者表示以伴侶和孩子作為戒毒計劃的介入點能切合他們的需要，因與伴侶摯親的相處往往比戒毒更難處。透過處理親密關係，不但重燃他們對重建「家庭」的決心，也戒毒及持守的動力。透過將毒品及家庭問題外化，鼓勵摯親與吸毒者一同作出改變，提升各成員的連結，建立一個正向相處模式及健康的家庭關係，令吸毒者在療程並不孤單，大大提升他們在戒毒康復路上的決心。

(二) 跨專業合作

由於吸毒常與各種家庭問題扣連：貧窮、離異、違法、失業、健康等，需跨專業的攜手合作，方能有效作出回應及支援。外國文獻亦指出跨專業合作，尤其是引入伴侶、婚姻治療於戒毒輔導令戒毒成效更顯著(Ron & Henry 2003)。計劃亦有類似的觀察，發現家庭治療師提供伴侶、婚姻治療，社工負責個人輔導、制定戒毒計劃，並按個別需要與醫生、家庭治療師、性治療師及臨床心理學家組成跨專業合作團隊，不但可梳理吸毒者與伴侶的親密關係，令雙方正視關係，更能立體地介入其吸毒問題及進行治療。

(三) 多元化的介入

吸毒者伴侶對參與戒毒計劃及提升彼此親密關係的服務動機程度不一，甚至拒絕參與(Chris 2004)。吸毒者／伴侶除經常面對親密關係問題，亦多受貧窮、親子關係、健康等困擾，因此計劃以親密關係為本，發展不同的工作手法，如：多向度的醫療支援、家庭照、家庭營、展外活動及伴侶興趣小組等，並且針對孩子的成長、情緒及管教的需要，計劃提供子女評估、親子專題小組和活動，這些具孩子元素的活動深受參加者歡迎，不少家庭因而參與計劃，而且提升了吸毒者的戒毒動機。這些專為吸毒者和伴侶以設的手法，不但切合他們的需要，有效地回應訴求，亦吸引一群隱蔽的吸毒者家庭求助，這些家庭過往因不同的「標籤」不敢向外界尋求服務，而計劃讓他們遇上不同的「過來人家庭」，讓他們獲得鼓勵而開放自己，與吸毒者一起尋求服務，打破隱蔽化的困局。

(四) 處理親密關係實非易事

由於親密關係對吸毒／戒毒康復者太沉重和糾結，令他們感到無法面對，故多選擇以不同方逃避，包括放棄戒毒計劃或是復吸。而且處理這些複雜的親密關係，由鼓勵他們面對到跟進，需要投放時間和資源。另方面縱使吸毒者與伴侶多番努力修復關係，但過程充滿困難，約一成的計劃參加者選擇結束關係。不過經過努力以平靜地分開，對吸毒者戒毒及持守的可能更起正面的作用。

（五）更新傳統輔導

傳統的輔導、家庭治療多於中心進行及具時間限制，但吸毒者多來自基層，他們工作時間長，有些甚至從事兩份工作，縱使他們希望參與計劃，已沒有空間接受服務。因此，為顧及他們特殊的需要，計劃按情況安排家庭治療師、社工到參加者的家接受展外輔導服務，而且面談往往因遷就他們放工時間於晚上後段進行，務求爭取面談輔導的機會。故此，我們相信，「展外」及「靈活」的輔導模式將是大勢所趨。

陸、結語

揉合親密關係於戒毒輔導，以吸毒者新建家庭作為介入點，鼓勵吸毒者與伴侶一起參與計劃接受服務，以正面態度面對親密關係，改變彼此相處的負面互動模式，為親密關係加力，鼓勵吸毒者在戒毒持守路途上努力，這一切一點也不易卻能為戒毒者帶來盼望，縱而親密關係未必能修復，但卻可以翻開人生新一頁。確實，揉合親密關係於戒毒輔導是未來戒毒服務的重要方向，並且需要與不同專業協作提供深化戒毒服務，以致打破吸毒跨代性達至截流。因此，除現時「個人化」的戒毒工作不可鬆懈外，為吸毒者伴侶及子女提供適切「家庭為本」服務更是刻不容緩。

參考文獻

- Amator P. R. & Prviti D. (2003). People's Reasons for Divorcing: Gender, Social Class, the Life Course, and Adjustment. *Journal of Family Issues*, Vol. 24 No. 5, July 2003 602-626
- Brown, S., Lewis, V. A. (1998). Developmental Model of the Alcoholic Family. In: Graham, A. W., Schultz, T. K., eds. *Principles of Addiction Medicine*.
- Blakely, T. J. & Dziadosz, G. M. (2003). Community Treatment And Rehabilitation: One agency's model of case management. *Care Management Journals*. 4(3), 129-135.
- Carlson, B.E., Smith, C., Matto, H., & Eversman, M. (2008). Reunification with Children in the Context of Maternal Recovery from Drug Abuse. *Families in Society*, 89(2), 253-263.
- Chris, A. C. (2004). You, Me ... and Drugs - A Love Triangle: Important Counsiderations When Both Members of a Couple Are Abusing Substances. *Substance Use & Misuse*, 39(4): 645-656.
- Cyleste C. C., Christine E. G., & Yih-Ing H., Effects of Gender and Level of Parental Involvement Among Parents in Drug Treatment . *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. Vol. 29, No. 2, pp. 237 - 261, 2003
- Dakof, G.A., Cohen, J. B., Henderson, C. E., Durante, E., Boustani, M., Blackburn, A., et al. (2010). A randomized pilot study of the Engaging Moms Program for family drug court. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38, 263-274.
- Fleming C. B., Brewer D. D., Gainey R.R., Haggerty K. P., Catalano R.F., Parent drug use and bonding to parents as predictors of substance use in children of substance abusers. *J Child Adolesc Subst Abuse* 1997; 6 (4) :75 - 86.
- Fals-Stewart, W., Birchler, G.R., O' Farrell, T. J. (1999). Drug-Abusing Patients and their intimate partners: dyadic adjustment, relationship stability, and substance use. *J. Abnorm., Psychol.* 108:11-23.
- Haber, J. R., Jacob, T. (1997). Marital interactions of male versus female alcoholics. *Fam Process*. 36:385-402.
- Halford, W. K., Bouma, R., McKellu, A., McD, Young, R. (1999). Individual psychopathology and marital distress. Analyzing the association implications for therapy. *Behav. Modif.* 23:179-216.
- Hazan, C. & Shaver, P. R. (1990). Love and work: An attachment-theoretical perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*. 59(2): 270-280
- Ito Akira (2004). 愛，上了癮（廣梅方譯）。台北市：心靈工坊。（原著出版於2000年）
- Karine L., Myriam L. & Karine B., Parenting and Maternal Substance Addiction: Factors Affecting Utilization of Child Protective Services. p.1572-1584. 2010
- Shaver. P. R. & Mikulincer. M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment and Human development*. 4: 155-175.
- Ron B. A. & Henry, I. S. (2003) Substance Abuse Choule Therapy. *Journal of Family Psychotherapy*. 14(3):1-18.
- Rowe, C. L. (2012). Family Therapy For Drug Abuse: Review and Updates 2003-2010. *Journal of Marital and Family Therapy*. 38(1): 59-81.

家庭導向模式於藥物濫用預防之探討

黎詩茵 張妙旋 曹嘉璐

澳門醫護志願者協會

【摘要】

藥物濫用年青化之趨勢乃重要的公共衛生問題，基於以健康為中心的目標，預防策略需由兒童以及青少年時期開始，從而達到減低需求和傷害。當兒童踏入青少年的叛逆時期，可能有機會接觸到不同物質(如煙、酒)或藥物時，父母面臨著特別的挑戰，當他們的角色從決策者轉變為決策促進者時，父母必需持開放的態度有效地和孩子溝通，給予相關建議和指導。在需要指導和幫助決策時，同時制定限制和準則，過多的限制可能導致相反效果，增加藥物濫用風險。以家庭及父母為導向的藥物濫用預防干預措施，透過教育與技術訓練方案，提升家長之角色及責任感、促進親子間之互動溝通，幫助父母改善孩子的行為，從而降低藥物濫用的風險。

壹、前言

青少年濫藥問題日趨嚴重，一直都是社會、學校及家庭所關注的題目。雖然濫藥潮流越來越普及化、低齡化，但他們濫藥背後的原因還是離不開個人因素及家庭因素^[1]。如在青少年時期已開始有濫藥行為，均對生理、心理、社會有所影響，造成傷害。甚至在藥物及其他因素影響下，導致更嚴重偏差或犯罪行為^[2]。濫用藥物、犯罪、肥胖、犯罪等行為導致的健康問題，均被視為青少年的衝動控制障礙(Impulse Control Disorder, ICD)，而在家庭中承受高度壓力和功能失調的父母，容易促進其衝動控制障礙^[3]。

貳、影響青少年藥物濫用的因素

青少年時期是介於兒童與成人間的一個過渡時期。在此期間呈現出明顯的生理、認知與心理上的變化，處於徬徨、矛盾與衝突的情境，不論是經濟上的或是心理上的支持，一方面嘗試脫離父母的保護與約束，試圖呈現自己獨立自主的一面，另一方面卻又仍需依靠父母^[4]。青少年亦容易因為好奇心、朋輩誘惑及潮流文化的影響而誤墮濫藥的陷阱。面對家庭、學業、朋輩等多層面的影響因素下，青少年產生衝動控制障礙(ICD)機會有所增加^[5]。

青少年濫藥問題的主要因素：(1) 如在單親或父母關係差的不完整家庭中，家庭生活不愉快；或父母工作時間過長，缺乏親子間之溝通，疏於關心、陪伴或管教；(2) 受朋輩影響，容易取得毒品；(3) 學業成績不理想，缺乏認同感，自我價值低，引發負面情緒；(4) 父母有濫藥習慣，子女也會容易受到行為或情緒上的影響^[5]；(5) 對藥物濫用及成癮認知不足，誤認為不會成癮或沒有傷害，甚至誤信其他效用(如減肥)，高估了自己對藥物的控制力^[6]。這些因素常常互相影響，一併現出，造成青少年藥物成癮的問題。

參、青少年濫藥與家庭

青少年在成長的過程中，家庭扮演著一個相當重要的角色，且被視為藥物濫用預防的保護因子。不穩定的家庭狀況、缺乏有效溝通及朋輩影響都是促進濫藥行為的風險因素^[7]。所以父母的關愛與支持，以及家庭的關係對青少年十分重要。現今經濟發達，為了增加家庭的經濟收入來源，形成不少家庭都是雙職家長，工作時間長，與子女相處的時間並不多，父母的功能也相對降低，缺乏溝通、關係疏遠^[8]。與父母關係不佳，子女無法感受雙親的關愛、教導或支持，或對雙親有認同障礙；相反，另外父母過度放縱、保護也容易導致青少年的行為偏差，被誘導進入到藥物的世界，從而逃避與家人的問題^[9]。來自破碎家庭、貧窮之青少年，由於缺乏父母關愛或受到更多的輕視，其濫用藥物之動機比一般家庭增加；再者如果父母本身就是濫藥者，塑造了青少年濫藥行為的成長背景^[5]。

家長是青少年最常接觸又親近的人，加強家長對毒品的辨別與危害，提昇判斷子女有否吸毒的技巧，有助察覺青少年藥物成癮的徵候。同時，於預防藥物濫用的話題上，能否與子女展開溝通，關鍵取決於家長對藥物濫用與成癮的認知與預防態度。由於父母對濫藥的認知不足或不善於表達，不只阻礙親子間於預防濫藥話題上的溝通，更使得青少年無法接觸相關的正確訊息，不能使錯誤觀念得到即時糾正^[9]。當父母需要察覺並需要處理子女的吸毒問題，同樣面對很多心理社會壓力，應冷靜思考背後原因，主動尋求藥物濫用預防資源及援助，才能有助處理青少年藥物成癮的問題。

肆、以家庭為導向模式與藥物濫用預防

以家庭為導向模式的藥物濫用預防方案，目的是改善家庭功能結構及成員間的關係，同時強化親職的技能【3】。透過建立及鞏固家庭的價值，增強成員的角色功能及家庭賦權介入(Family Empowerment Intervention)，以消除或降低由家庭引致的風險。家庭對於預防藥物成癮或藥癮戒治上均是個重要的影響因素，利用家庭資源加強家庭功能、親職技巧及成員角色，從而改善成員間的關係，提高解決問題的能力【10】。

家庭干預措施於藥物濫用防治上，同時俱效能及成本效益，透過家庭成員學習和技能練來改善他們的關係，對青年積極正向的發展有著長期及可持續的影響。家庭為導向模式可用於普遍預防應用，也可針對弱勢或高風險的家庭作介入治療。對象是以家庭為單位，這些干預措施的目標及效果不僅對一個對象，而是整個家庭、父母、兄弟姐妹等家庭成員有著積極的好處，交互影響，讓整個家庭系統達到平衡狀態【3】。

伍、家庭干預措施

主要通過適當的教育和技能培訓，加強家庭關係，有效改善溝通，促進積極發展。透過實證為本的家庭干預方法多透過以下方式進行，如父母的認知及行為培訓；家庭技能培訓、家庭結構、功能或行為障礙治療、家庭支持等。提升家長之責任感、親子間之互動、溝通與監督，瞭解青少年進入藥物世界的原因，瞭解其成長背景、發展過程中的障礙及自我特質均應考慮在內，就特質而言，例如衝動性高、自制力弱、追求刺激、自尊心低，這些性格都易於導致濫用藥物的行為。針對家庭有濫藥者、高風險家庭及弱勢家庭，提供毒品、濫藥相關信息和預防技能，希望能從預防及治療上作支持及介入，阻止或延緩藥物濫用之時間【8】。對年幼兒童家庭，較適合行為觀察訓練，家庭障礙治療和行為家庭治療。對於青少年則加強社會和控制技能，可能重點培訓溝通技巧、情緒控制等，改善親子和家庭關係，推動其自我強化、積極參與，以防止偏差或犯罪問題【3】。

青少年的行為問題往往由家庭背景所影響，當父母角色的角色由其重要。從父母的價值觀、態度、溝通方式，以致婚姻關係、情緒管理皆會影響家庭與親子關係，有效的育兒是減少青少年問題行為的最有力的方式【11】。事實上，並沒有一個最好最完美的家庭干預計劃，只有最適合的，故此必須評估對象的特點，考慮其文化水平、背景、年齡、需求、時限等，為其設計針對性的目標及干預方案。由於沒有特定的干預方案，故預防措施可以更廣泛的套用於不同家庭和風險管理，而因應對象的需求，訂立明確而可現實的目標【11】。

陸、總結

藥物濫用乃重要的公共衛生問題，基於以健康為中心的目標，預防策略需由兒童以及青少年時期開始，從而達到減低需求和傷害。家庭為導向模式的干預是青少年在濫藥行為上一個重要環境因素，透過增強家庭的價值觀與功能，建立正向的人生價值，加強保護因子，減低風險因素【7】。

單一的措施無法有效控制毒品問題，必須整合行政、司法、醫療、教育宣傳等多元化措施介入，從而減少供應、減少需求、降低傷害。以家庭為核心，建構強大而完善的支持網絡，才能有效減低藥物成癮的問題，降低濫藥險風，提高藥癮戒治的成功率【12】。

參考文獻

- 【1】林丹華、Xiaoming Li (2010)。青少年吸毒行為預防干預研究述評及展望。《心理發展與教育》，26(6)，665-672。
- 【2】李易羣 (2011)。高風險用藥少年戒癮防治處遇之實務探討。《刑事政策與犯罪研究論文集》，13。
- 【3】K.L.Kumpfer. (2014). Review Article Family-Based Interventions for the Prevention of Substance Abuse and Other Impulse Control Disorders in Girls. *ISRN Addiction*, 1-23. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/308789>
- 【4】高振耀 (2008)。談資優青少年社會情緒問題與發展性團體諮商。《國教之友》，60(1)，45-53。
- 【5】楊士隆、劉子瑄 (2013)。藥物濫用預防模式與國際預防準則之探討。《刑事政策與犯罪研究論文集》，16，85-107。
- 【6】李思賢、林國甯、楊浩然、傅麗安、劉筱雯、李商琪。青少年毒品戒治者與藥物濫用之認知、態度、行為與因應方式研究。《青少年犯罪防治研究期刊》1(1)，998-128。
- 【7】香港特別行政區政府中央政策組 (2011)。青年濫藥與家庭關係的研究。香港大學。
- 【8】藥物濫用與成癮 <http://highrisk.heart.net.tw/drug90.shtml>
- 【9】苗迺芳、李景美、劉美媛、何慧敏、魏秀珍(2007)。高關懷國中生父母的親職教育需求評估－以物質濫用預防為例。《新臺北護理期刊》，9(1)，25-47。
- 【10】施教裕、宋麗玉 (2006)。“高風險家庭關懷輔導處遇實施計畫”執行狀況初探。《社區發展季刊》，114，103~117。
- 【11】Small S, Huser M. (2014). Family-based prevention programs. *Encyclopedia of adolescence*. DOI 10.1007/978-3-319-32132-5_161-2 New York: Springer.
- 【12】潘昱萱(2012)。少年藥物濫用特性、介入策略與處遇現況分析。《社區發展季刊》本 139，238-248。

建立以家庭为本的药物滥用防治模式

周丽辉

深圳市点点青少年药物成瘾关爱中心

【摘要】

【目的】探讨家庭对药物滥用防治的作用。

【方法】文献研究法。

【结果】诸多研究证实家庭与药物滥用的密切联系，改变家庭有助于减少药物滥用。

【结论】建立以家庭为本的药物滥用防治模式，有利于提高药物滥用防治效果。

【关键词】药物滥用 家庭

国家对药物滥用的防治力度不可谓不大，可药物滥用现象仍呈扩大趋势。以往的药物滥用防治模式多集中在个体层面进行干预。事实上，当人们发生药物滥用时，这个问题不仅限于他（她）自己，而且影响其所在的社会系统。同时，这个社会系统对药物滥用问题的维持和解决也施加了影响。众多研究证明与药物滥用关系极为密切的系统就是家庭。家庭极大影响着药物滥用者的治疗效果，不少成瘾防治工作者提出家庭系统本身可以作为改变的最适合目标。

McCrary(2006)回顾了家庭和物质滥用之间相互影响的研究，作出如下解释：

1. 有着酒精和其他药物使用障碍的人生活在家庭和朋友的网络之中……
2. 家庭关系或许能防止酒精和药物滥用的发生……
3. 家庭及与酒精和药物使用者关系密切的人，可能对物质使用障碍行为发生和维持起作用……
4. 家庭及与酒精和药物使用者关系密切的人，能帮助使用者认识到自己的问题并寻求帮助……
5. 家庭及与酒精和药物使用者关系密切的人，对于改变的过程和治疗的成功起重要作用……
6. 家庭及与酒精和药物使用者关系密切的人，能够在维持药物使用者发生改变上起重要作用。

Szapocznik 等人(2003)开展的一项家庭治疗研究项目证实：个体遭遇的社会影响，对于他（她）的行为有着重大影响。这些影响尤其在儿童和青春期的关键时刻更大。如果不理解他（她）不同的生活背景，就不能理解青少年的药物滥用行为。药物滥用行为并不是凭空发生的，它的发生涉及家庭、同伴、邻居，以及由规则、价值观和青少年行为所界定的习惯。家庭是孩子学习和发展的首要背景，也是改变青少年物质滥用和相关行为的重要环境。

Liddle(2002)对吸食大麻人群的多维度家庭治疗研究表明：家庭是形成健康意识和自我发展的首要背景。多维度治疗的改变观点认为以家庭为基础的干预，用新的行为、兴趣和思维模式，取代与成瘾相关的特定行为、情绪和思维模式，同时伴随良好人际和家庭发展。

Fals-Stewart(2006)等人运用伴侣行为咨询的研究证明：把家庭作为改变重点，帮助夫妇建立起改变物质使用的支持，改善交流，增加积极的家庭活动，这些行为都有助于治疗成瘾。大量循证研究结果都支持这种新观点，即个体行为不能脱离家庭系统。因对药物滥用者的干预也离不开家庭的介入。这些研究证据也表明能够进行家庭干预，可以帮助家庭从支持物质滥用，转变为支持健康。

药物滥用，通常是根植于家庭生活，成为药物滥用者家庭应对家庭问题的模式，对于药物滥用者家庭功能而言至关重要，并且成为家庭系统结构中最重要组织因素。这并不意味着家庭“导致”药物滥用，而是家庭可能发展了持续的、可预期的方式来适应药物滥用，正如家庭创建出规则和互动风格以便应对其他问题一样。药物滥用也会是一个方法——可以说是特别无效的——专门应对家庭问题。家庭成员适应了药物滥用，好像它是家庭的一部分。这个家庭就会发展出许多允许，甚至是鼓励药物滥用的方式，整个过程因陷入恶性循环而很难改变。

家庭为本的药物滥用治疗

家庭为本的介入模式，把家庭系统当成一个整体和可以被恰当改变的目标来看待，把药物滥用个体看作是家里的确定的症状持有者，用药物滥用的行为来维持家庭系统的稳定。这样的视角，关注的是药物滥用的行为在家庭单元中起什么样的作用，而不仅仅当成问题。当整个家庭被当作干预对象的时候，治疗目标就会从严格限制在个体的药物使用，拓展到整个家庭系统的健康和功能。这样的目标就要求全方位的理解在干预发生时的家庭状况。具体针对家庭开展工作的方式可以是千差万别的，但要考虑到家庭在药物滥用问题上所处的不同发展阶段和解决阶段。

药物滥用家庭康复的阶段

家庭在不同的康复阶段会有不同的需求。如果干预措施适合家庭系统所处的阶段，干预措施是最有效的。

家庭的改变阶段与个体改变阶段最重要的不同是：不是所有的家庭成员在同一时间都处于同一阶段。这提示家人支持对药物滥用者治疗的重要性，只有家人的全力配合，其他家庭成员在日常角色中发生改变，以适应药物滥用者个体的改变，药物滥用者成长和改变就可能发生。

家庭的改变阶段最先需要考虑两个阶段：（1）做出最初的变化；（2）适应早期的康复。

相对来说，第一个阶段比较容易，整个家庭都愿意一同努力，帮助家庭中的药物滥用者治疗。第二个阶段却是许多家庭，甚至是干预工作者容易忽视的。Carlson 等人发现，当个体的药物滥用减少时，之前习惯的以家庭成员滥用物质为基础的家庭应对事务处理模式会面临危机。当药物滥用的家庭成员摆脱了他（她）的角色时，家庭原有对成瘾的适应行为变得不再恰当。有着刚刚戒除成瘾个体的家庭，需要学习新的应对技能，以适应没有药物滥用问题——原有应对家庭存在药物滥用的方式已经成为家庭习惯，这种习惯模式会成为戒除成瘾后家庭适应的阻碍。改变的需求经常是突如其来的，尤其是因为药物滥用曾经作为家庭问题和冲突解决的一种应对方式。这时候，家庭会发现，以前归咎于药物滥用的问题，即使现在药物滥用戒除了，但家庭的问题依然存在。如果家庭成员坚持他们原有的角色，成瘾者很可能复发以维持家庭系统的稳定。

家庭为本的药物滥用预防

药物滥用永远是“防”大于“治”，避免形成滋生药物滥用的“家庭土壤”，远比治疗药物滥用容易！

郑臻峰（2016）对海洛因依赖者的家庭功能研究表明：（1）海洛因依赖者家庭中信息沟通存在问题，家庭成员间的信息沟通不清晰和直接，任务分担较不明确，对于行为的约束和规范较少而松散；（2）海洛因依赖者家庭气氛偏于沉闷和敌对，家庭成员间情感和行为的分化程度较差；（3）海洛因依赖者的成瘾严重程度与其家庭功能和系统家庭动力的某些方面存在显著相关；（4）海洛因依赖者的家谱图存在扩大家庭较多、亲属中药物滥用的情况较多、父母离异或关系紧张者较多、家族中非正常死亡事件及家族成员的异常离开较多、直系亲属中违法犯罪行为较多等特征。

李德江（2015）对戒毒人员的研究表明：家庭亲密度越低，戒毒者的药物渴求水平就越高。

江妙玲等人（2013）对家庭环境与青少年止咳药水依赖关系的研究表明：止咳水成瘾组的亲密度、情感表达、知识性和组织性得分显著低于非成瘾组；矛盾性和控制性得分显著高于非成瘾组。

上述不同研究侧重点虽不同，但都反映家庭成员关系，家庭成员情感的亲密度对成瘾者的重要影响。这提示预防药物滥用，可以从促进家庭成员间的情感表达，改善家庭互动方式，增进家人的亲密度，营造良好沟通的家庭氛围入手，防患于未然，降低家庭出现药物滥用发生的机率。

家庭为本的药物滥用防复发

药物滥用的高复发率是对药物滥用干预极为头疼的问题。其中，药物滥用者难以重新融入社会，是一个重要原因。家庭的支持可以成为一道安全网，家人的接纳，激发药物滥用者为家人着想的责任等强家庭联结有利于抵御复发的诱惑。同时，家庭为药物滥用者重新融入社会遇到的挫败提供缓冲和支持，有利于药物滥用者坚持走过重新融入社会的“阵痛期”，重新获得社会接纳，避免再次成为“边缘人”而复发。

总结

从系统的观点看待药物滥用，采用家庭文本的模式在药物滥用防、治、防复发工作中进行干预，对家庭而不仅仅是药物滥用者个体工作，能够更好的提高药物滥用防治工作效果。

参考文献

- 郑臻峰（2016）。海洛因依赖者的家庭功能及动力与其成瘾度的相关性研究。广州中医药大学。
- 李德江（2015）。戒毒人员家庭亲密度与药物渴求的关系研究。华中师范大学。
- 江妙玲，谭就维，谢翠芬（2013）。家庭环境与青少年止咳药水依赖的关系及其影响因素。广东医学，34（1），126-128。
- 吴逸民（1999）。预防复发之技巧及策略。中国药物滥用防治杂志，5（22），25-27。
- 赵苓，赵成正（2002）。对复吸的新认识。中国药物滥用防治杂志，17（3），3-4。
- 王贺春，唐己婷（2015）译。成瘾问题心理咨询理论与实入门。军事医学科学出版社。
- McCrary, B. S. (2006). *Family and other close relationships. Rethinking substance abuse: What the science shows, and what we should do about it*. New York: The Guilford Press.
- Szapocznik, J., Hervis, O.E., & Schwartz, S. (2003). *Brief strategic family therapy for adolescent drug abuse*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Liddle, H.A.(2002). *Cannabis youth Treatment Series: Vol.5. Multidimensional Family Therapy for Adolescent Cannabis Users*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Fals-Stewart, W., Birchler, G.R.,& Kelley, M.L.(2006). *Learning sobriety together: A randomized clinical trial examining behavioral couples therapy with alcoholic female patients*. Journal of Consulting & Clinical Psychology,74(3),579-591

香港精神科醫院與非政府機構合作介入雙重失調病人新模式之成效分析

關造之

明愛青少年及社區服務明愛容園中心

【摘要】

背景：

同時有吸毒和被精神科醫生診斷有精神病的人一般可以被稱為「雙重失調」(Dual Diagnosis)病人(下稱病人)。根據《香港康復計劃方案》內的八個殘疾類別，精神病是其中一種殘疾類別，所以這群病人在香港也可以被視為殘疾人士。目前在香港的公營醫療服務中，醫院管理局（「醫管局」）轄下的精神病醫院主要為這群病人提供住院及門診的醫療服務。根據醫管局制訂成年人精神健康服務計劃（2010-2015 年），當中的一個長遠策略目標就是與醫管局以外支持殘疾及復康的非政府機構加強合作。由於吸毒及精神病會互為影響而引申出更多不同的問題，所以這類病人當完成住院脫癮治療離開精神病醫院後，除了出現重吸的問題外，還會出現失學、失業、連續治療失敗、精神病復發及犯法等問題。以上的情況導致他們經常進出精神病醫院，影響他們康復的進度，也對香港公共醫療系統及社會福利服務造成了沉重的負擔。

目的：

香港醫療和非政府機構之間的協作主要是由精神病醫院和濫用精神藥物者輔導中心去推行。前者主力治療病人的精神病，後者則主要提供戒毒輔導及重返社區的康復服務。總結過去二十多年的合作經驗，發現這類病人是較難於在社區內跟進。於是從二零一二年開始，明愛容園中心(濫用精神藥物者輔導中心)與青山醫院物質濫用診療所(精神病醫院)加強合作，針對這類病人及其家人/照顧者提升有關的服務內容和配套。五年間的協作包括為這類病人於住院期間提供心理教育及輔導小組、「動機增強治療法」個案輔導計劃、院友家人及照顧者支援服務以及出院後之支援服務等。透過以上多元化的介入去減低病人重吸的情況，以及改善醫院至社區之間的銜接服務和評估，從而使病人獲得康復的機會提升。

方法：

透過收集服務使用者評檢問卷的資料及回饋，與及社工和醫護人員每年度定期之評檢會議作出成效分析。

結果：

經過連續五年與醫護人員定期的會議去持續評估及檢討服務的成效，結果我們發現有更多的病人能持續接受有關輔導及康復的服務。社工能夠有效跟進病人在社區康復的情況，在數字和質量上都較過去進步；至於醫療人員、社工和病人之間的溝通變更加有效，促使到病人能獲得康復的機會都提升了。

結論：

於五年間緊密的跨專業合作介入患上精神病的吸毒者，除了加強了完成住院戒毒治療至重返社區之銜接服務，並同時具策略和系統地介入病人的個人、家庭、教育或工作及社區等層面，從而能全面及同步地解決他們於社區康復遇到的問題和困難，提升了他們預防重吸的能力。整體來說，從醫院至社區之銜接服務、評估和提供服務上等三方面都得到了實質的改善。最重要的一點是建立了公營醫療和社會服務機構協作的新模式，開創了一個嶄新的服務發展方向和內容。

【關鍵字】 雙重失調、吸毒、精神病、跨專業合作

一、引言

「雙重失調」(Co-occurring disorders) 是指一個人同時出現物質濫用疾患 (Substance use disorders) 及嚴重之精神病 (Severe mental illness) (Stohler, Rössler, 2005)。物質濫用疾患的界定是依據《精神疾病診斷與統計手冊》第五版的定義。至於有關的精神病亦在同一依據下的定義之精神分裂症、抑鬱症、焦慮症、過度活躍症、邊緣人格等等。另外，這類病人是可以被診斷一種或以上的精神病，以及一種或以上之物質濫用疾患。於是有關病人同時被兩種或以上不同卻又有相互影響關係的疾病所影響，涉及個人的身體、心理、社交、和精神等方面。總括來說，「雙重失調」於文獻史上已有三十多年的歷史 (Drake R, Wallach M., 2000)。在發展的歷程中，西方國家對「雙重失調」的用詞隨著時代發展而不斷演變中。英文中之“dual diagnosis”、“comorbidity”、“co-occurring illness”、“concurrent disorder”、“comorbid disorders”、“dual disorder”、“double trouble”、“co-occurring substance related and mental health disorders”等名詞都是在基本的意義上與「雙重失調」是共通的 (Stohler, Rössler, 2005)。事實上，「雙重失調」病人(下稱病人)之年齡層涵蓋面甚廣，由青少年至成年期都會發生。綜合歐美於過去三十多年的研究和調查發現，成年病人比較其他只有物質濫用疾患的戒毒者需要更長的

時間才能完全康復，而且於治療的過程中會對社會及其個人造成了巨大的負擔，這包括連續治療失敗、貧窮、暴力事件發生、愛滋病感染、刑事犯罪及監禁等 (Drake, et al, 1998; Kessler, 2004; O' Brien, et al, 2004)。

二、「雙重失調」的流行情況

在過去十年，有關病人於全世界有日益增多的趨勢。接下來會分別介紹美國和香港的流行情況。

1. 美國

根據美國「濫用藥物和心理健康服務管理」之統計，十八歲以上的成年人有物質濫用病患(Substance use disorder)約有二千零二十萬，有精神病約有三千五百六十萬，有「雙重失調」約有七百九十八萬。有關病人在物質濫用病患的人口佔百分之三十九點一，於精神病的人口佔百分之十八點二，佔美國總人口百分之二點五(Center for Behavioral Health Statistics and Quality, 2015)。

2. 香港

本地對「雙重失調」的研究數量並不多(香港明愛，2015；Leung, 2015)，根據流行病學發現有藥物依賴的個案中約有一半人同時有併發的精神病(Narcotics Division, 2005)。另外根據香港醫院管理局轄下其中一間的物質誤用診所的統計資料顯示，於二零零九年十月至二零一三年六月一共收了逾二千二百名有吸毒的新症病人，當中超過一千二百名(佔整體人數百分之五十三)的病人在入院時已有精神疾患(Yeung, 2013)。從以上的數字分析，「雙重失調」於美國和香港都有一定程度的普遍性。

三、香港精神科醫院與非政府機構合作之背景

根據《香港康復計劃方案》內所分類的八個殘疾類別，精神病是屬於其中一種，所以這類病人在香港也可以被視為殘疾人士(香港勞工及福利局，2007)。目前於香港針對這類病人的戒毒和精神病康復服務，主要是由醫院管理局(下稱「醫管局」)七個醫院服務聯網開辦的物質誤用診所和濫用精神藥物者輔導中心(非政府機構)去推行。前者主力治療病人的精神病及吸毒問題，並提供住院及門診的醫療服務；後者則主要提供戒毒治療轉介，以及社區輔導及康復服務。從一九九六年開始，明愛容園中心(濫精神藥物者輔導中心)和青山醫院屯門物質濫用診療所合作，至今已有二十一年的時間。過去為這類病人於社區的續顧服務(Aftercare services)形式多以個案輔導為主，並且會有輔導小組及其他興趣活動去介入病人和其家人。針對持續上升的「雙重失調」病人，政府和業界都倡議改善目前有關病人服務的水平和質素。根據醫管局制訂成年人精神健康服務計劃，當中的一個長遠策略目標就是與醫管局以外的非政府機構加強合作(醫院管理局，2011)。在這背景下促成本中心從二零一二年開始與青山醫院(精神科醫院)屯門物質濫用診療所加強合作，在全港唯一的戒毒及戒酒的治療病房推行創新的「銜接」服務，服務對象包括病人及其家人/照顧者。五年間的合作內容包括為這類病人於住院期間提供心理教育及輔導小組、「動機增強治療法」個案輔導計劃、家人/照顧者支援服務以及出院後之支援服務等。歷程中建立了香港精神科醫院與非政府機構協作的新模式，同時亦開創了本地同類型服務一個嶄新的服務發展方向。

四、完成住院戒毒治療之病人於社區康復的情況

根據《香港戒毒治療和康復服務三年計劃(2015 - 2017)》中提及雖然現時沒有全面的統計數字顯示香港吸毒者重吸的比率，但很多服務提供者和戒毒康復者都認為吸毒者要徹底戒除毒癮的過程是十分漫長(保安局，2015)。以上的情況反映目前完成住院戒毒治療後重返社區的戒毒者普遍都會出現重吸毒品的問題。至於完成住院脫癮治療的病人離開精神科醫院後除了同樣出現重吸的問題外，還會出現失學、失業、連續治療失敗、精神病復發及犯法等問題，一方面導致他們經常進出精神科醫院而影響到他們康復的進度，另一方面也對香港公營醫療系統及社會福利服務造成了沉重的負擔。總結多年來的服務經驗，不少離院的病人都覺得已經戒除了毒癮，對於繼續接受社區的續顧服務動機其實不高，導致有關個案於社區跟進的流失率也很高。針對這現況，病人要徹底戒除毒癮及怎樣預防重吸是他們重返社區後面對的最大挑戰。經過醫護和社工多次跨專業的會議商討，最終制訂了以下改善服務的新內容。

五、新設服務內容及服務資料

1. 於病房開辦心理教育及輔導小組

精神科醫院戒毒及戒酒的治療病房主要為病人提供脫癮治療，可是不少病人當重返社區後不久又再重吸毒品，於是便重複地入院接受短期脫癮治療多次卻仍未能戒除毒癮。為了實質地幫助這類重複治療失敗的病人，於他們住院期間開辦心理教育及輔導小組，目標是擴闊病人對香港戒毒服務的認識，促使他們反思目前

的處境，從而能及早訂出適合的戒毒治療方案去邁向成功的康復。由於每名病人住院的時間都是由三星期至一個月不等，所以我們每星期會推行一節小組，並連續推行四星期，每年會進行九至十次輔導小組。至於四節小組都會有不同的主題去讓病人表達對戒毒和康復的看法及抒發感受。社工會在過程中澄清他們對戒毒和康復的理解和迷茫，並給予適當的引導和支持去讓他們重拾自信和方向。

2. 「動機增強治療法」個案輔導計劃

根據外國多個研究證實，四節之「動機增強治療法」(Motivational Enhancement Therapy)對成功戒除毒品具有深遠之影響(Holder, H. D., et al., 1991; Miller, W. R., et al., 1995)。本計劃結合了針對性的輔導，透過與醫生和護士合作，這種緊密的團隊溝通模式是有效地協助病人訂立具體可行的戒毒計劃，並讓他們在專業及深入的評估下得到最適切的跟進和服務。對於病人來說，尋找適合的戒毒治療方案是核心關注的問題。這種於本地嶄新介入模式之建立目的除了是加強他們作出戒毒的決心外，更重要的是有效地引領他們訂好初步之戒毒治療方案，並幫助他們怎樣有效地實踐有關戒毒治療計劃。

3. 戒毒者家人及照顧者支援服務

面對親人入院，普遍家人及照顧者都會出現憂慮、生氣和悲傷等情緒。當他們感到彷徨無助、需要尋求協助的時候，社工為剛入院病人之家人及照顧者提供支援服務。服務目標是協助入院病人之家人及照顧者解決因親人入院而出現的問題和困難。服務內容包括為服務使用者提供有關吸毒問題和精神病的資訊、提供諮詢服務、情緒支援及短期輔導等。

4. 出院後之支援服務

在完成戒毒療程後，康復者仍需面對或適應重返社區的生活。故此，出院後支援服務希望透過不同類型的活動，協助他們建立健康的興趣及社交網路，以滿足他們在身理、心理、社交及心靈需要，達至重建健康生活模式。

5. 過去三年之服務資料統計

從二零一四年四月至一七年三月期間，我們一共為超過 200 個病人提供個案及小組輔導服務，總共服務有 700 多人。至於在院友家人及照顧者支援服務方面，總共接觸了 168 人，跟進情緒支持及輔導共有 62 人。綜觀院友們對我們推行的各種服務的支持度是逐年上升的。另一方面，根據有關病人參加小組對我們服務的評估問卷結果，非常喜歡我們小組內容的百分比由 2014 至 15 年度之 25.7%，增加到 2015 至 16 年度之 37.7%，增加了百分之十二，反映我們不斷更新的主題內容是更能切合院友的需要，這亦促使他們更能投入小組的分享和活動。此外，98.4%的院友表示小組能讓他們分享吸毒和戒毒等問題；95.1%的院友表示小組能增加協助他們建立戒毒和康復的方向；96.7%的院友表示小組能幫助他們重新檢視所重視的情對他們康復的意義和影響，以及那些因素會令他們邁向成功康復；95.1%的院友表示小組能幫助他們檢視自身戒毒的需要。整體的數字都在百分之九十五以上，這除了肯定了我們在病房推行的輔導小組有顯著的成效外，也使到我們更能建立有效及牢固的工作關係跟進病人於社區的康復情況

六、相關成效檢討

經過連續五年與醫護人員持續的會議去評估及檢討服務，加強了病人完成住院戒毒治療至重返社區之銜接服務，並同時具策略和系統地介入病人的個人、家庭、教育或工作及社區等層面，從而能全面及同步地解決他們於社區康復遇到的問題和困難，提升了他們預防重吸的能力。整體來說，從醫院至社區之銜接服務、評估和提供服務上三方面都得到了實質的改善。

1. 完成住院治療至重返社區之銜接服務的改善

過去有很多社區續顧服務的提供者(主要是非政府機構)都宣稱有效地跟進重返社區的病人，不過往往在實務介入中遇上流失率高和跟進上的困難，使到服務的效果與原先理念出現落差。另外，大部份完成住院治療的病人多是在接近出院的時間才轉介給社工，這造成了社工大多在他們出院後才開始建立關係和進行評估。事實上，完成住院戒毒治療的病人於社區是並不容易跟進和接受輔導，原因是他們普遍覺得已經戒除毒癮及精神病的病情穩定下來，對於繼續接受續顧服務的動機不高，做成個案的流失率也很高。另一方面，即使病人願意接受服務，社工於建立工作關係上一般比其他戒毒病人需要更長的時間。針對這種情況，我們提供一種嶄新的服務名為「銜接服務」，就是於病人住院期間已開始提供服務，包括了短期個案輔導計劃及小組服務，

並藉此與病人建立初步的工作關係，影響到他們出院後會有較高的動機繼續接受服務，對於評估的深度和介入的效度都能獲得提升。

2. 評估上的改善

普遍病人於社區康復經歷很長時間才能成功康復的主要原因是由於評估上未能做到全面和深入。根據香港明愛青少年及社區服務出版《吸毒、精神病、創傷經歷之千絲萬縷，青少年及年輕成人雙重失調研究計畫中期報告(2015)》的結果反映這群病人皆曾有過各種不同的創傷經歷，例如曾經受過欺凌、身體受虐待及性侵犯等(香港明愛，2015)。於是介入這群病人是需要持續評估其精神病的狀況及吸毒的情況，以及過去發生過之創傷事件和於康復歷程所出現的問題和難關之間的相互關係。再者，整體評估上還需有效回應病人於身體健康、心理、社交、家庭、學業或就業及法律等問題。另一方面，除了評估病人於社區康復會遭遇到的問題外，更重要的是評估他們於康復歷程的需要。根據「美國國家藥物濫用研究所」出版的《藥癮治療原則第三版(2012)》(Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Third Edition))中指出，戒毒者除了停止濫用藥物，治療的目標是他們能回歸於家庭、工作場所和社區中，並能恢復生產力及作出貢獻(National Institute on Drug Abuse, 2012)。於是，評估的內容同時間應該注重病人發展性的需要，這包括健康、心理、社交、家庭、學業或就業及靈性需要等。有鑑於此，本中心以「復元」模式(Recovery model)為發展基礎，找尋病人的需要，並透過各種形式的活動和體驗，配合個人和小組輔導重整其生活模式和價值觀，著重他們的身、心、靈的需要。服務的最終目標是協助他們融入社會，改變他們弱勢的狀況去達成成功康復。

3. 提供服務上的改善

目前對這群病人的治療模式大致可分為三類：「順序」(Sequential)、「平行」(Parallel)和「綜合」(Integrated)服務。「順序」模式是指病人首先接受精神病或戒毒其中一項之治療。當某項治療獲得進展後，才轉介病人接受另一方面的治療。至於「平行」模式則是有關精神病及戒毒同一時間處理，不過卻是由不同的機構提供服務。「綜合」模式是指由一個專門的團隊同時處理有關問題。從以上三種模式中作比較，「順序」和「平行」服務模式都有其不足的地方，「綜合」服務模式則擁有更佳的治療效果，不過在實質運作上有著較高的成本(Drake, et al, 1998)。目前香港的治療模式主要仍是以「平行」服務為主，同時專注處理兩種疾患的機構幾乎是沒有。於是精神科醫院與非政府機構能加強合作是有效地去彌補治療模式上的限制，也透過跨專業(醫護人員、社工)協作的模式去持續改進病人重返社區的續顧服務。過去的續顧服務都是以個案輔導為主，對於家庭介入方面多會以面談諮詢的形式，不過很多時都是由於病人出現重吸的情況，社工才會於家庭方面提供較深入的介入和輔導。根據《香港戒毒治療和康復服務三年計劃(2015 - 2017)》中提及吸毒者由被發現、接受戒毒治療、繼而康復，以至最後不再重吸的整個歷程中，家人所給予的支援都相當重要(保安局，2015)。事實上這群病人與家庭關係中發生的問題和衝突也是累積了一段長時間，問題的複雜性絕對不能出院後幾個月內可以解決。所以，當病人回歸社區後，除了因應他們的需要去提供個案輔導、小組輔導和度身訂做的活動外；同時間以個案及小組輔導的形式去跟進其家人及照顧者也是重要的一環。這種策略性介入的目標是協助彼此重新適應生活，並疏解當中會出現的壓力和相處問題。所以我們邀請了家人參加支援小組，透過已訓練的過來人家長作為義工去支持新加入的家長，並定期於小組內親身分享對病人重返社區常會遇到的問題和解決心得。可以說，服務對於家人及照顧者能同步以個案及小組作介入，處理和疏解彼此間多年來的問題，對於病人減少重吸有積極正面的幫助。續顧服務對於家庭成員作策略性的介入所發揮的作用，是服務發展改革的一個重要新措施。

七、結論

因應病人於社區康復有多方面的需要，一個有效的個案管理系統才能做到有策略和系統性的續顧服務。目前本地不同持份者和社會福利服務界別的人員都是各自跟進病人，針對個案康復和進展的會議是沒有恆常的機制去召開。故此，我們於五年間能定期召開跨專業、跨服務之個案進度會議，實質地對病人出院後的社區照顧及支援服務加強了溝通。總結五年間的服務，我們發現有更多的病人能持續接受出院後的輔導及康復的服務，病人在社區得到支援的情況亦較過去理想。再者，醫護人員、社工、病人及家人/照顧者之間的溝通變得更為有效，提升了病人能獲得成功康復的機會。邁向未來服務的發展，我們認為有效的服務不止是減低病人重吸為目標，更重要是協助他們重新建立一種健康的生活模式和家庭關係，重拾做人的尊嚴和自信。所以，精神科醫院與非政府機構能持續的協作和檢討，對推動服務發展和質素的提升發揮了極其重要的功能。

參考文獻

- 香港明愛 (2015)。吸毒、精神病、創傷經歷之千絲萬縷，青少年及年輕成人雙重失調研究計劃中期報告(2015)。
香港明愛青少年及社區服務。
- 保安局 (2015)。香港戒毒治療和康復服務三年計劃(2015 - 2017)。香港：政府印務局。
- 醫院管理局 (2011)。2010-2015 年成年人精神健康服務計劃。香港：醫院管理局。
- 香港勞工及福利局 (2007)。香港康復計劃方案。香港：香港特別行政區政府勞工及福利局。下載網址：
<http://www.lwb.gov.hk/download/committees/rac/rpp/report/fullreport.pdf> (2015 年 8 月 2 日讀取)
- Center for Behavioral Health Statistics and Quality. (2015). *Behavioral health trends in the United States: Results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health* (HHS Publication No. SMA 15-4927, NSDUH Series H-50). Retrieved from <http://www.samhsa.gov/data/>
- Drake R, Wallach M. (1998). Mental patients' attitudes towards hospitalization: a neglected aspect of hospital tenure. *American Journal of Psychiatry* 145:29-34.
- Drake R, Wallach M. (2000). Dual Diagnosis: 15 years of progress. *Psychiatric Service*, Vol.51, p 1126-1129.
- Holder, H. D., Longabaugh, R., Miller, W. R., & Rubonis, A. V. (1991). The cost effectiveness of treatment for alcohol problems: A first approximation. *Journal of Studies on Alcohol*.
- Kessler RC. (2004). The epidemiology of dual diagnosis. *Biol Psychiatry* 2004; 56: 730 - 737.
- Leung Chi-wah, Jimmy. (2015). Dual psychiatric diagnosis in substance abuse patients. *The Hong Kong Practitioner*, VOLUME 37, December 2015: 135 - 142.
- Miller, W. R., Brown, J. M., Simpson, T. L., Handmaker, N. S., Bien, T. H., Luckie, L. F., Montgomery, H. A., Hester, R. K., & Tonigan, J. S. (1995). What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. In R. K. Hester & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (2nd ed., pp. 12-44). New York: Allyn and Bacon.
- Narcotics Division of the Security Bureau. (2005) *Protocol of Screening and Assessment of Poly drug Abusers 2nd Edition*. Annex 8. The Government of the Hong Kong Special Administration Region.
- National Institute on Drug Abuse (2012). *Principles of drug addiction treatment: A research-based guide (Third Edition)*. National Institutes of Health U.S.; Department of Health and Human Services.
- O' Brien CP, Charney DS, Lewis L, et al. (2004). Priority actions to improve the care of persons with co-occurring substance abuse and other mental disorders: A call to action. *Biol Psychiatry* 2004; 56: 703 - 713.
- Stohler R, Rössler W (eds) (2005). *Dual Diagnosis. The Evolving Conceptual Framework*. Bibl Psychiatr. Basel, Karger, No. 172, p 1-14.
- Stohler R, Rössler W (eds) (2005) *Dual Diagnosis. The Evolving Conceptual Framework*. Bibl Psychiatr. Basel, Karger, No. 172, p 54.
- Yeung Sze Wing. (2013) Quoted in training PowerPoint in Caritas Hong Kong 60th Anniversary International Conference, Tuen Mun Substance Abuse Clinic.

推进自愿戒毒工作的思考

张薇 徐浩博

山西省 109 醫院藥物依賴科

【摘要】

药物依赖一直是全球面临严重社会问题和公共卫生问题，2016 年全国吸毒人员总数仍在缓慢增长，全国现有吸毒人员 250.5 万名，滥用合成毒品人员 151.5 万，占 60.5%。滥用阿片类毒品人员 95.5 万名^[1]。自愿戒毒是药物依赖患者治疗和维持的重要手段之一。但是由于投入不足，戒毒药物未纳入医保等原因，我国自愿戒毒医疗机构严重不足，尤其是公立自愿戒毒医疗机构严重萎缩，治疗缺乏规范化，服务质量不高，自身运转难以为继，无法满足自愿戒毒医疗工作，一时难以推进自愿戒毒，作为一名公立自愿戒毒医疗临床工作一线人员，对此有以下思考。

【关键词】自愿戒毒；措施

1. 存在问题

1.1 自愿戒毒机构投入不足

由于自愿戒毒投入不足，多数自愿戒毒机构靠住院服务收费来维持自身发展，而住院收费的对象为药物依赖患者，他们大多没有正式职业，长期吸毒费用高，自费维持自身住院费用，医疗机构收费只能保持在低收费才有患者资源，但这样造成自身运转难以为继，医疗服务在低水平，医疗服务工作人员也因为待遇问题保持在低水平。

1.2 自愿戒毒机构萎缩和社会需求不匹配

我国当前的戒毒制度，肇始于 2008 年制定的《禁毒法》，并由 2011 年的《戒毒条例》负责细化。在这一制度体系下，形成了自愿戒毒、社区戒毒、强制隔离戒毒和社区康复组成的措施架构。这一体系呈现出“医疗化”特征，《禁毒法》第 31 条规定：“国家采取各种措施帮助吸毒人员戒除毒瘾，教育和挽救吸毒人员。”吸毒人员被认为有病人、违法者和受害人三重身份，强制隔离戒毒全年收戒人员占新查处吸毒人员的 25%左右，大量隐性吸毒人员和未收戒的吸毒人员需要社会化戒毒医疗服务，而严重的自愿戒毒医疗机构萎缩和大量吸毒人员需求医疗治疗不匹配。截止 2015 年 9 月，全国一共只有 66 家自愿戒毒医疗机构，共有床位 3030 张，且床位使用率在 2014 年仅为 52.7%。自愿戒毒和社区戒毒措施几乎虚置，戒毒措施应归属于国家所提供的“福利”其目的在于在一个道且向善的社会当中，将存在社会越轨行为的吸毒者拉回到正常轨道当中，“医疗模式”的诉求逐渐成为共识，而“医疗模式”主体离不开自愿戒毒，希望我国的戒毒制度以及具体措施能有利于自愿戒毒的发展和壮大。

1.3 自愿戒毒医疗机构医疗人员短缺，治疗不规范，服务质量不高。

为贯彻落实《禁毒法》，进一步加强戒毒医疗服务管理，提高戒毒医疗服务质量，规范戒毒医疗服务行为，卫生部、公安部、司法部联合制定了《戒毒医疗服务暂行管理办法》卫医政发【2010】2 号，其中对执业人员资格进行了具体规定，特别是从事戒毒医疗服务的医师要求符合以下条件：（一）具有执业医师资格并经注册取得《医师执业证书》，执业范围为精神卫生专业；（二）现阶段正在从事戒毒医疗服务，执业范围为精神卫生专业以外的专业的医师，其从事戒毒医疗服务不应少于 3 年，并经省级以上卫生行政部门（含省级，下同）指定的机构脱产培训 3 个月以上，考核合格；（三）省级卫生行政部门规定的其他条件。实际工作中，精神科医生在医师群体中比例少，精神科和药物依赖专业，毒品成瘾专业相关性不一致。造成戒毒医疗专业医师队伍很难达到要求，长期从事戒毒临床的专家和学术带头人稀少，并且因为专业方面培训机构少，戒毒病人难管理，收费低，医疗人员待遇低，造成服务质量不高，治疗不规范，特别是公立戒毒机构严重萎缩，私立机构为了生存治疗中更加不能按指南来指导治疗，形成恶性循环，达不到帮助更多患者回归社会目的。

1.4 自愿戒毒服务对象特殊，管理任务重，保安人员要求素质高，实际情况不能满足要求。

戒毒医疗工作不同于监狱、医院、学校，需要更加合理场所布局和安全保障，吸毒人员作为脑疾病并发症患者，心理和躯体、神经不同于常人，管理难度高于常规住院治疗人员和在押人员，戒毒期间务必与外界毒源联系，收治患者经过严格身体检查净身入院，这一任务完成是保安人员，所以保安人员在戒毒医疗机构中保安全权重高，但是实际情况是保安人员多为外聘，他们文化低，工资待遇低，工作的责任感和风险意识低，造

成戒毒医疗的安全不能保证。

目前，国家正在不断加强禁毒工作，药物依赖从治疗的角度考虑，自愿戒毒的发展可以更好推进药物依赖治疗工作，针对以上存在问题，我提出以下措施。

2. 推进自愿戒毒措施

2.1、将药物依赖治疗纳入到医疗保障系统

根据《中华人民共和国精神卫生法》，对药物依赖的治疗应纳入到医疗保障系统中，药物依赖的治疗费用由城镇居民医疗保险或者是新型农村合作医疗比例承担。建议将国际上已证明有效的药物依赖治疗药物，如美沙酮口服液、丁丙诺啡舌下含片、纳曲酮等列入到社保基药名录中，有助于医疗对成瘾行为的介入^[2]。而医疗保障系统的实施是发展自愿戒毒医疗的有利条件，使更多的吸毒患者受益。

2.2 以公共卫生为导向修订《中华人民共和国禁毒法》及相关法律法规。

“毒品成瘾”是一个与社会、生理、遗传、心理、环境等各种因素有关的慢性、复发性脑疾病，也有一些研究认为毒品成瘾是精神疾病^[3]。就应该由专业知识和资质的医疗卫生部门来诊断和矫治，但是强制隔离戒毒的成瘾性认定、诊断评估、日常戒治三个重要环节的执行主体均为公安部门，医疗卫生部门反而处于辅助地位。正如有的学者指出，如果强制隔离戒毒体制仍然靠国家暴力机关的强制力进行戒毒，不改变“重惩罚、轻戒毒”意识，不把重点放在戒毒教育、心理矫正治疗和身心康复上，《禁毒法》立法目的难以实现^[4]。而《禁毒法》更深层的在于重构了我国戒毒措施系统，通过国家基本法律的形式坚持以人为本的理念，体现了“吸毒者既是违法者、又是病人和受害者，对吸毒者要教育和救治相结合”的基本原则^[5]。但是自愿戒毒作为三大基本措施之一，发展出现严重萎缩，出现与《禁毒法》目的相矛盾的现状，希望从立法上能支持这一戒毒模式的发展。

2.3 加强对从事自愿戒毒医疗卫生专业人员人员培训，提高社会地位，提升待遇及职称上升平台，放宽从事自愿戒毒医疗人员专业要求。

由于收入及成就感等方面低于其他医疗卫生专业人员，而且还存在较为严重的专业羞耻感，愿意从事药物依赖治疗领域的合格医疗卫生专业人员稀少，近几年还有不断减少趋势。解决这方面实际问题应该放宽从事自愿戒毒人员专业要求，对其他临床专业在培训的基础上完全可以胜任，对从事药物依赖专业的医疗人员的社会地位的提高，主要从职称评定及待遇提高等方面努力有利于该专业的发展。

2.4 加大政府对自愿戒毒投入

进一步完善多部门与社会组织参与机制，鼓励多部门、多学科、全社会的共同参与，禁毒经费因根据各部门、各机构、各学科、各社会团体、组织以及社会服务机构承担禁毒任务的多少，按照责权利的原则进行资源配置^[2]。自愿戒毒面临严重经费问题，可以根据自愿戒毒对禁毒社会服务的贡献多少来逐年递增政府购买社会服务的经费，调动自愿戒毒这一服务方式发展的积极性。同时自愿戒毒由于经费问题引发的医疗人员短缺和保安人员素质低下问题都会得到缓解。

参考文献

- [1] 国家禁毒委员会办公室. 2016 中国毒品形势报告[EB/OL]. http://www.nncc626.com/2017-03/27c_129519255.htm.
- [2] 李建华, 郝伟, 等. 科学认识吸毒成瘾, 适时调整治疗策略——调整中国药物依赖治疗策略专家建议[J]. 中国药物滥用防治杂志, 2017, 23 (2): 63-65
- [3] 杨玲, 李明军等. 毒品吸戒问题研究[M]. 北京: 科学出版社, 2010:23
- [4] 褚宸舸. 中国禁毒法治论[M]. 北京: 中国民主法治出版社, 2015:173.
- [5] 全国人大常委会法制工作委员会刑法室. 《中华人民共和国》释义及实用指南[M]. 中国民主法治出版社, 2008:22.

從回顧人生到意義重尋——應用意義治療法於戒毒輔導之淺談

陳子玲 黃家俊

基督教香港信義會天朗中心

【摘要】

「參透『為何』，才能迎接『任何』」哲學家尼采一席話，正反映當事人未清晰為何要戒毒，社工便急著提供方案，通常是不得要領。天朗中心自 2008 年開展服務至今，從臨床經驗體會到吸毒者在人生中經歷的創傷及迷失；理解當事人受困於舊有經驗的苦況。故此，天朗中心應用「意義治療學家」弗蘭克 (1983) 的理論，認為「人有尋找生命意義的意志」，當明白生命意義為何，便應懂得「如何活」，當安頓自己人生的經歷，人便能得著力量重尋積極的人生。

本文以天朗中心的「跨網同行 重整人生」計劃中的「生命回顧之旅」為例，從 9 位參加者的「營前會面」、「五日四夜生命重整營」(包含兩日一夜的帆船訓練)、「小組輔導」經驗：藉「生命中的恩人／虧欠的人」、「二人三足」、「童年時」等回顧活動；協助他們透過回顧生命足跡，整頓人生意義。其中有 7 位參加者參與活動後，決心投入戒毒計劃；更有 4 位停止吸毒、與家人復和；2 位尚待進展。計劃施行 9 個月，取得初步成效。

【關鍵詞】人生意義；生命回顧；意義治療

引言

戒毒者面對的不單單是戒毒，他們背負各樣的人生難題和包袱。在輔導過程中，「問題」總是揮之不去，這樣的人生定位讓他們感到十分沉重。究竟怎樣才能讓戒毒者中肯地看待自己的生命，讓輔導員陪伴他們同行，一起重尋生命的意義與動力？意義治療提供了一個方向，使戒毒者與輔導員透過回顧與重整生命的足跡，安頓人生、重尋生命意義。

1. 應用意義治療法於戒毒輔導

1.1 意義治療與戒毒服務之間的關聯

在了解意義治療以先，我們須要先認識始創者維多·弗蘭克的生平。弗蘭克是一名生於奧地利的猶太人，成長於二戰時期。於 1942 年，他和家人都被納粹軍逮捕並送到俘虜集中營，最終他的家人中只有他和妹妹倖存。在集中營的三年間，弗蘭克見證過人命如螻蛄地被宰殺、人性的扭曲、俘虜自我放棄生命等的情境，親身體驗人間心靈苦楚，但最終他都能跨過每一個心理關口，並以觀察者的客觀及當事人的主觀角度創立意義治療法。

意義治療法旨在於把焦點放在「人存在的意義」以及「人對此存在意義的追尋」中，相信人能為著他的理想與價值而生，甚至為此而死。弗蘭克常引用尼采的名言：「參透『為何』，才能迎接『任何』」，因他在集中營裡親眼看到，那些知道自己還有任務等待他去完成的人，最容易活下去。

在戒毒輔導工作，我們常常會問：「如何才讓當事人有動力戒毒？」每一個吸毒者背後也隱藏著大大小小的創傷，這些傷害使當事人一蹶不振，喪失了戒毒的動力，甚至失去活下去的力量。曾經接觸一個成功戒毒的媽媽，當她知道自己懷孕後，便立刻停止吸毒，時至今天，她已超過八年沒有吸毒，改變是源自於她尋回了「為母親」的意義。

由此可見，意義治療法在戒毒工作中，提供一個重要方向，協助當事人尋找戒毒動力，當他們尋見自己的生命意義時，就會報回應：「我該如何珍惜生命？」，是我們作為戒毒服務工作者所在樂見的景象。

1.2 計劃介紹

天朗中心至今已推行三期生命回顧之旅，內容包括營前會面、五日四夜生命重整營和為期三個月的小組輔導。同工重視營前會面，邀約當事人單獨面談，以詳細了解當事人的成長背景，建立彼此信任關係，同時讓當事人了解什麼是生命回顧、對他們生命可能帶來的影響以及他們在過程中所擔當的角色等等。營前作最好的預備，這是他們生命回顧中不可或缺的部份。

生命回顧比喻為一個「整理房子」的過程，計劃中的社工和朋輩輔導員是同行角色，與當事人細味人生的成長經歷，平等地分享當中的生命故事。由於每一個環節也需仔細地探索，所以參加者的人數限於六人或以下，並透過營造安全、互相尊重及互信的氛圍，才能進入深度的生命分享。

2. 從回顧人生到意義重尋

既然人會為自己的存在意義努力活下去，下一步就是協助當事人如何找回其生命意義。本文會以弗蘭克 (1983) 提出的三種導向為主線，並結合計劃中的介入經驗，總結當事人如何從人生回顧之旅中發現生命的意義

- 2.1 藉著創造、工作
- 2.2 藉著體認價值
- 2.3 藉著受苦

2.1 藉著創造與工作

意義治療法是協助個人去發現生命的意義。生命的意義的尋索是投入後的副產物，投入是我們願意過著充滿創造、愛、工作和建設性的生活之一種承諾。五日四夜生命回顧營中，其中的兩日一夜，由中心與生命前線事工合作進行帆船船員訓練，參加者透過擔當船員履行各種任務的機會，是促進他們發現創造與工作的生命意義。



在職業方面，參加者普遍是勞動力工作為主，如運輸、維修技工、麵包師傅等等，由於每天的工作模式刻板，使他們很容易遺忘了工作本身的意義。他們的內心或多或少存在疑問，我該如何發現生命的意義？我該怎麼做，才能發現工作的意義？帆船船員訓練正好讓參加者有機會重新體驗工作的意義。

帆船不能靠個人的能力航行，是一項須靠著團隊力量，按著風勢前行的歷奇活動，讓參加者學習從中接受自己的限制的同時，亦肩負自己應有的責任。航行時他們須分工為舵手、瞭望員和合力拉帆的水手，晚飯時分工合作煮飯，睡覺時分時段在艙板上通宵「守夜」，避免船隻面對外來的意外，如撞船、船隻飄走等等情況。透過兩個小時訓練，參加者開始掌握自己的工作任務，過程中彼此換位和互助。最令人深刻的片段是其中一期參加者主動提出由他們全權負責「守夜」的崗位，讓同工可以好好休息，因他們理解並珍惜這個計劃是為他們而設的，他們希望以當家作主的態度去面對，一改以往消極、被動的生活態度。



一位參加者分享雖然在船上每一個人的力量有限和微小，但只要在細節上用心、樂於投入為團隊付出，就必會看見成果。他更把這個意義帶到工作中。他是一名麵包師傅，每天烘焙同樣款式的麵包，敬業樂業的心使他找回工作對生命的意義。出營後同工曾到麵包店探望他，聽他分享烘焙的過程以及如何鑽研更精細的技術，過程中感受他的滿足和意義。故此，重點不是改變他們的工作模式，而是幫助參加者如何在工作中、細節中創造新的意義。

再者，帆船訓練其中一種風向稱為 No-go Zone（禁區），即帆船不能順風而行，需以「之」字型航行才能前進，雖然迂迴曲折，但為了抵達目的地便別無他法，前行需要多次轉向，每一次轉向，所有參加者要一起拉帆和轉舵，過程重重複複的，不住消耗體力，參加者不單沒有半點埋怨，更樂在其中。最後船長與參加者一起回顧全球定位系統（GPS）上走過的航道時，參加者都為成果感到很滿足。他們發現操作船隻過程，好比生命與工作的歷程，如希望創造新的路向，有些時候明知路是迂迴、不順己意，卻要努力前行，這才是對自己生命負責的態度。



此外，從工作或不同的角色任務中創造成就，在尋找人生意義中佔一個很重要的角色。然而參加者往往被貼上失敗者的標籤。這些標籤會阻礙他們建立成就，原因有兩個：一、受著毒品的副作用所影響，缺乏動力完成生活中角色的責任，往往當參加者分享到自己在家庭中不能擔當到的本份時，充滿自責，他們更想以毒品麻醉自己；二、常常被他人定義為沒責任心，以致彷彿做甚麼也不能擺脫這角色定型，最後自我應驗預言(Self-fulfilling Prophecy)、順著這形象而活。

在營中，參加者與家人、毒品隔離，讓他們先放下原本生活中的標籤和毒品副作用等包袱，透過營中不同

的經歷和任務，重建成就感，學會不再為難自己，避免沉迷或執著在負面意圖。因此所有參加者離營時也表示自己像充滿力量一樣，有力氣面對原本欠勇氣、希望面對的事情，發揮出個人擁有的潛能。

2.2 藉著體認價值

「人生途上，人們通過各式各樣的事情、人物、周遭環境，去體會與確認自身的存在價值，並發現生命意義。」弗蘭克(1983)。在營中，透過以下的體驗活動，引發參加者分享生命故事，從中得到深入的生命發現以及價值確立。

(一) 二人三足活動後：

同工提問：「人生中有什麼人，好像剛才與你被繩綁在一起的隊友一樣，即使腳被繩綁得很痛，但為了支持你，仍舊堅持陪你走下去？」。一位參加者提及他母親過去多年來忍受他吸毒而承受的苦楚，不禁哽咽落淚。他一方面自責，一方面他憶述母親對他不離不棄的愛；從回顧每一個愛的片段中，再一次感受及確認自己是一個被愛、有價值的人，使他再次得力決心戒毒，現時他已成功戒毒半年。誠如弗蘭克提到，若使人醒覺，清晰意識到自己的生命課題，便能激起他的潛能。

故事帶動故事，透過他人的生命故事，也勾起其他參加者生命故事的同感。他亦想起父母為自己付出的點滴，深感自己不懂念親恩，甚至曾為雙親帶來心靈傷害。他更發現一直未能成功戒毒的核心原因是自卑作祟，對未來喪失信心，經常處於自我放棄的狀態。弗蘭克指出隨著信念的喪失，人的精神防線亦告喪失；此後，自然甘心沉淪，這亦是吸毒者所面對的挑戰。

在分享過程中，他認清沒有必要一直抱著自卑放棄的心態，原來自己的存在價值並沒有因為吸毒而喪失，反而一直被家人以更大的愛去接納，肯定自己在他們心目中重要的地位。

(二) 在回憶童年時體驗活動：

一位參加者興奮地分享，發現原來在他心底最難忘、珍惜是與鄰居小孩子結伴嬉戲的時光，也很喜歡當時開朗的自己。這個自己，正好與他吸毒近二十年，形容封閉如活在黑盒子裡發霉的自己，成強烈對比。當他回望過去，有強烈浪費人生的遺憾感覺，欲哭無淚。那一刻，同工尊重他的感受，安靜陪同他去承受那份沉重的感受。誠如弗蘭克(1983)指出，如果治療者希望增長當事人的心理健康，就不必害怕經歷再次探索其生命的意義而增加他的負荷。這次的發現和體會，有助他離營後，積極建立健康社交生活與擴闊生活圈子，他感謝這份遺憾向他說話，告訴他生命的價值。

2.3 藉著受苦

「如果人生真有意義，痛苦自應有其意義，沒有痛苦和死亡，人的生命就無法完整」弗蘭克(1983)。痛苦彷彿是令人難以面對的苦茶，人往往以趨吉避凶的態度來面對人生，最後只會視痛苦成為生命中的裂痕。然而，卻忽略了惡劣的環境能提供充分的機會加深當事人體會生命的真義，跨過困境與否，最終取決於當事人面對的態度。

弗蘭克(1983)指出人總不免時常提起人生曾經的痛苦或光彩，有時將之當作現實生活中的麻醉藥，用以忘卻眼前的痛苦，使現況變得不真實，這種態度是使當事人喪失生命力的一大原因。一旦有了這種態度，任何事物也顯得毫無價值。因此，同工陪同及引導參加者正面地面對過往的經歷，幫助他們窺見痛苦帶來的寶貴價值和意義。

在活動中有兩個很深刻的分享。一位參加者入營前常認為太太管束得太嚴謹，使他很煩厭。當分享到「生命中的恩人」時，他卻發現恩人正是太太；他反省吸毒才導致太太過份緊張，甚至患上精神病，感激她十多年來的不離不棄。感恩使他當晚願意主動致電關心太太，活動完結後，他在婚姻關係上亦有很正面的轉變。這位參加者已經停用毒品超過三個月，太太的精神狀況也不藥而癒。

另外一位參加者分享了「生命中虧欠的人」，他回想到在內地坐牢的弟弟，弟弟因販毒而被判超過十年的刑期；他自責未能戒除毒品，沒有在家中做好大哥的本份，也沒有成為弟弟的榜樣，甚至與他為伍一起吸毒，導致弟弟今天坐牢的結果。他如釋重負，流著淚地表示從來沒有分享這內心世界，這珍貴的過程也讓他學習正視他的痛和苦。

恩人會在苦難中出現，但往往苦難的痛楚卻使我們忘卻了恩人、剩下孤單和自憐。生命回顧透過「講故事」讓參加者接觸、分享自己的生命，學習感恩，表達情緒等不同的生命功課。再者，「講故事」本身已有其的力量，以致最後發到揮參加者的內在動力。當他們能正視生命中的苦與樂，縱然環境沒有改變，卻增加了內在的盛載能力(Holding Capacity)，有更大的空間盛載生命中的苦與痛。最終他們會發現受苦與否並非最重要，重要的是在當中找到受苦的意義。

3. 參加者回饋

以下是他們參加計劃後的心聲：

「沒有毒品影響，終於可以真正靜下來，整個人清醒了，想到什麼人和事，是我真正重視的。」

「很難得可以討論人生，很多人生感覺一直都有，但不懂形容，對自己的人生思考多了，明白錯過了什麼，以及什麼 需要我將來很努力去保護。」

「感覺自己的內心釋放出來了，認識和了解自己更加多；受到啟發和鼓勵後，從以前習慣收藏自己，變為樂於開放自己，主動將自己的事向他人分享；整個人正面了很多，希望以後可保持著這個積極的狀態，與更多人分享我的人生故事，以自身經歷鼓勵其他人。」

「重新找到人生的快樂、感到自己並不孤單，只要不放棄自己，願意信任，身邊一定有人支持。這裡令人感到有希望 與愛，感到溫暖和感動。」

「聽到別人的生命故事，令我想起過往一直不想面對的困難，反省自己真正需要什麼。我變得有目標，最想要的是成功斷癮，不用被毒品捆綁。現在有一班同行者支持，心情輕鬆了，訂了目標向前走，更積極生活。」

4 總結

我們相信每一個人都有回顧人生的需要。分享人生時，在一個被尊重、聆聽、平均發言、保密、同感同在、尋求新發現及彼此接納的環境下，參加者可以很安心投入其中，心境都變得更有勇氣與希望。正如弗蘭克(1983)所言，只要有機會，就該給人們一個活下去的目的，才能夠增強人們忍受任何煎熬的耐力；是次活動讓同工有機會應用意義治療法、與計劃中的參加者共同面對人生的故事、活出生命給予各人的意義。計劃推行至今，在9位參加者中，其中7位投入戒毒計劃；4位已停止吸毒、與家人復和。在此希望意義治療法可以在戒毒服務界別廣泛地應用，讓更多徘徊在戒毒與吸毒之間的生命從自己或別人的生命故事中，重拾人生的意義。

參考文獻

- [1]弗蘭克(1983)。活出意義來-從集中營說到存在主義。光啟文化
- [2]Frankl, Viktor (2000), *Man's Search for Ultimate Meaning*, Cambridge, Mass: Perseus Publishing.
- [3]Frankl, Viktor (1984), *Man's Search for Meaning*, NY: Simon Schuster.
- [4]Simmons, D. D. (1980), Purpose-in-life and the three aspects of valuing, *Journal of Clinical Psychology*, (36), 921-922.
- [5]Crumbaugh, C., Raphael, Sr. M. & Shrader, R. R. (1970), Frankl's will to meaning in a religious order, *Journal of Clinical Psychology*, (26), 206-207.

綜合身心靈介入手法應用初探

馬如真 黃可青

香港基督教服務處 PS33 深水埗中心

【摘要】

根據香港禁毒處在 2016 年的數據，吸毒人士中有 43% 表示其吸毒原因是『解悶/情緒低落/壓力』，而在我們多年的戒毒輔導經驗中，大部份吸毒者都面對不同程度的情緒困擾，負面情緒在整個重吸過程中佔很重要的角色，低落及抑鬱的情緒亦會影響吸毒者接受戒毒服務的動機。如情緒困擾問題得以舒緩，吸毒行為亦會有改善。此外，吸毒高危處境中的『心思』亦是吸毒者最常面對的困難情境。

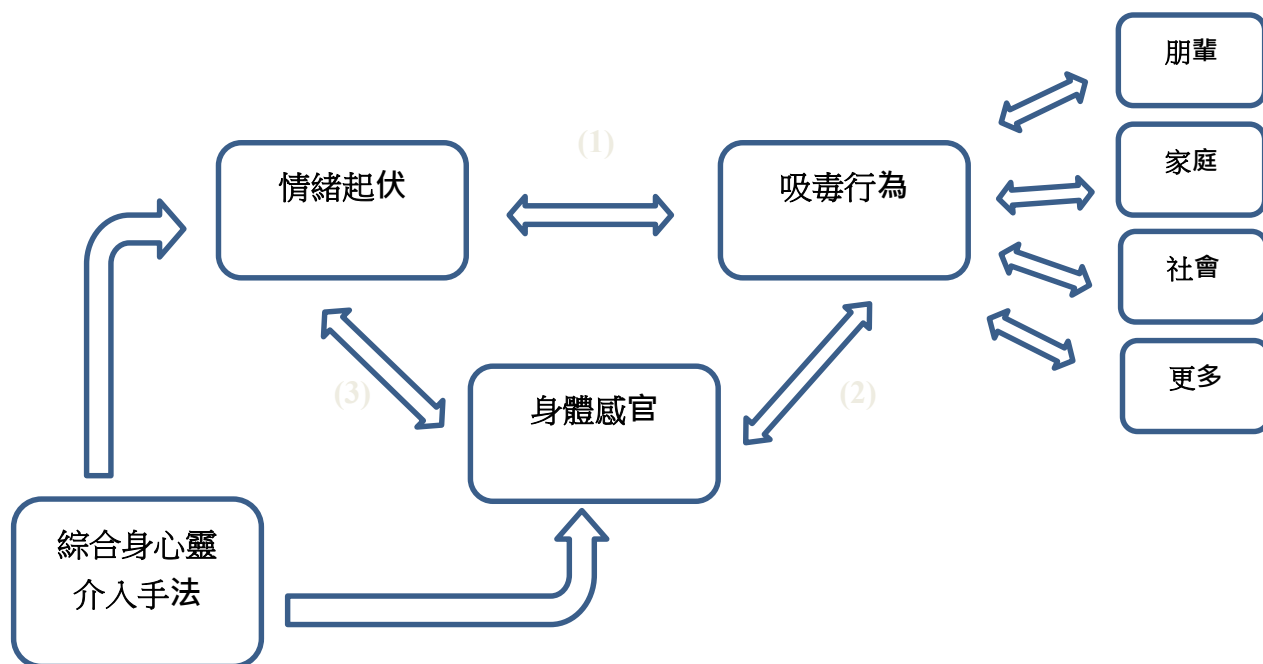
PS33 深水埗中心一直致力探討切合戒毒人士需要的有效介入方法，在認知行為預防重吸模式(Cognitive-Behavioral Relapse Prevention Model)外，亦嘗試各樣能提升戒毒者平衡情緒能力的方法。近年，中心嘗試以綜合身心靈介入手法(Integrative Body-Mind-Spirit)回應吸毒者在面對負面情緒及心思思時的狀況，以助他們提升應對的能力，減低重吸的機會。我們選擇了由身體至心靈層面的介入手法，包括瑜伽、音叉、禪繞及生命自覺，透過整理當中的經驗，檢視介入成效。本文旨在討論在這四種介入手法的應用效果，並探討如何與認知行為預防重吸模式的互相配合，以作戒毒服務之經驗交流。

【關鍵詞】 綜合身心靈介入手法； 心癮處理； 負面情緒； 靜觀； 認知行為預防重吸模式

綜合身心靈介入手法與吸毒行為的關係

本中心的前線戒毒輔導經驗發現吸毒行為與負面情緒息息相關，除環境系統、個人內在及高危處境因素外，吸毒行為與情緒間相生相剋的糾結關係亦是戒毒治療介入上的重要一環；毒品為吸毒者帶來身體的損害，但當中亦有不少好處，如索 K 引致胃痛但又同時可以止痛，要打破這個惡性循環，須從身體層面介入；此外，身體與情緒有密不可分的关系，身體長期受痛症影響，情緒也不會好。相反如身體情況有改善，情緒亦有改善，可見身體層面之介入也有助改變情緒。

認知行為預防重吸模式主要是協助當事人找出個人獨特的吸毒流程，從而在流程中找到可截破的缺口，終止其吸毒行為(Marlatt, 2007)。過程中，輔導員須與戒毒者仔細探索在不同範疇的實際狀況(例如：不平衡的生活狀況、自動出現的思想(Automatic thoughts)、心思思時的身體及情緒反應等)，亦要求戒毒者對身體及情緒有一定程度的認知敏銳度。但因毒品令感官麻木，加上戒毒者不習慣意識身體及情緒的反應，故難以協助戒毒人士建立有效應付渴求的技巧。下圖展示了吸毒行為與情緒和身體感官的三角關係，本中心以綜合身心靈介入手法從情緒及身體感官層面入手，強化在認知行為預防重吸模式上對身體層面(對心思思反應的覺察)及情緒處理上的效益。



介入經驗

本中心自 2015 年開始嘗試應用綜合身心靈介入手法於戒毒治療中，包括瑜伽練習、音叉治療(Tuning Fork Therapy)、禪繞(Zentangle)及生命自覺(Focusing)。以下部份將描述我們的經驗，及這些手法於處理情緒及提升身體感官反應(與身體的連繫)的成效。

瑜伽練習

當向戒毒人士介紹瑜伽，普遍的反應也會是「我的骨頭太硬，伸展不了」或「瑜伽太難做」，往往以「將腳放於頭上」作為練習瑜伽的標準。「瑜伽」其實是來自印度語「yog」，源自梵文「yuj」，是增加、結合、連接、團聚的意思，指將身、心、靈三個層面連結起來。《瑜伽經》(Yoga Sutras)內指出瑜伽的八個分支，其中瑜伽的姿勢(Asana)，亦即普遍人士所認識的瑜伽，只是瑜伽的其中一項，透過體位法的練習助人遠離身體上的病痛和精神上的困擾，達到身、心、靈平衡；而其他分支也包括了自律守戒(Yama)、瑜伽呼吸法(Pranayama)、收回感知(pratyahara)、集中注意(Dharana)、冥想(Dhyana)等(康烈旭, 2013)，所有分支的練習目標也指向將意念放於自身，摒除外界紛擾，透過遵從指導，學習觀察自己，反省及調節身體、習慣、心念和性情等，來達至身、心、靈三方的平衡與連繫。

本中心按戒毒者的程度及對瑜伽的接受性有不同層次的介入，我們先以練習瑜伽的姿勢及呼吸法作介入，再在過程中介紹身心靈介入手法，待戒毒者有一定認識後，會開始在個別指導上加入一些收回感知(約束從外界對五感的刺激，將感官的能量轉移到內在真我)、集中注意及冥想的元素；練習多以開放式小組進行，每當有新加入的參加者，導師也會重新介紹瑜伽的特性及注意事項，調節新參加者的期望及釐清他們對瑜伽的迷思。導師在練習的重點強調(1)透過觀察及放慢呼吸，將意念集中在身體上；進而(2)學習去觀察或感受身體發出的訊息(例如：疼痛、繃緊等)，讓參加者了解平日身體的習性和經常忽略的身體感覺；(3)再透過呼吸去調適身體的感覺(例如：吸氣時，將意念放於身體不適的部位；呼氣時，再給指示予該部位讓其放鬆)；(4)最後，感謝身體的配合，享受身體及心靈的平靜與連繫。每次按以上四個步驟練習，而練習的姿態也會因應導師對參加者的評估及了解而作出調整。

瑜伽與脈輪(chakra)系統息息相關，脈輪在印度瑜伽的觀念中是指身體上不同的能量點，主要有七個脈輪分佈於尾骨至頭頂中軸，各自掌管身心運作，原理與中國的經絡系統相似。導師會按參加者身心能量不平衡之狀況，從而訂定針對該脈輪的瑜伽姿勢。若脈輪過度活躍或封閉即反映身體器官、情緒或心靈健康狀況不平衡(Judith, 2015)。本中心的戒毒者大多在底輪(root chakra)及心輪(heart chakra)上較封閉，表示他們較缺乏安全感，常出現憂慮及難與人建立親密關係的情況。

戒毒者恆常參與練習後普遍能夠自行調適身體的感覺，如以深呼吸法來放鬆肌肉及緊張情緒，或以呼吸來集中意念。在約 20 名參與過瑜伽練習的戒毒者中，九成參加者在參與一至兩次練習後也會感受到身體得到放鬆或整個人覺得輕鬆的經驗，超過一半甚至表示睡眠情況得到改善。可見瑜伽練習對戒毒者在身體及情緒調適上的成效，若再配合針對脈輪的練習，更能調節及平衡身體能量，從靈性層面上增加個人與他人、生命和宇宙的連繫。

音叉治療(Tuning fork therapy)

音叉治療以音叉作治療工具，是聲頻療癒的一種，音叉其實是調音工具，用以調節樂器，而在醫學上，部分音叉，如 C-512Hz 及 C-128Hz 等會用作測試聽力及探測骨裂。音叉療癒的治療原理是由聲波(sound wave)穿過皮膚、器官和組織再進入細胞，身體系統便會因應聲波和振動作出反應，產生共振原理，從而調節細胞的振率，讓身體恢復到一個更健康及平衡的狀態(homeostasis)。在 1998 年，諾貝爾生理醫學獎得主 Dr. Freid Murad 發現音叉能促進細胞釋放一氧化氮(nitric oxide)，他亦證明了一氧化氮對心血管健康、提升抵抗力及消除炎症等有不少益處(Milford, 2014)。在本中心採用 Francine Milford 的音叉治療手法於戒毒治療中，以處理戒毒者的情緒及身體毛病。過程主要使用 Harmonic Set of Tuning Forks(共 8 支)、C-136.1Hz(om 音叉)和 C-128Hz(otto 音叉)並配合前文提及的脈輪系統來作治療。

治療以一對一形式進行，治療師會(1)介紹音叉的治療原理，再請戒毒者平躺在治療床上並指導其進行深呼吸練習，達至初步鬆弛。(2)再以雙耳聆聽 om 及 otto 音叉令戒毒者進入 Alpha 健康波。(3)接著使用 Harmonic set 音叉直接或間接接觸戒毒者的身體(脈輪位置)，利用共振原理調節脈輪能量，平衡身體、情緒

及心靈層面的健康。(4)再以 om 及 otto 音叉撫平及關閉戒毒者的氣場作完結。(5)最後會與戒毒者檢討治療經驗。5 位曾接受音叉治療的戒毒者，全部都表示在治療過程中感到十分放鬆，亦有部分失眠患者在過程中成功入睡，可見其卓越的鬆弛效果。他們都表示起初對音叉的治療成效抱有懷疑，但過程中他們著實感受到音叉放於不同的部位時身體出現發熱的情況，並感到「一股熱氣」隨著音叉的移動而流動及感受到手腳神經的反應。當然並非每個參加者於首次體驗就能感受到這些正面感覺，這須經過多次治療及輔以靜觀訓練，才能提升他們對身體層面上的覺察。全部參加者都長期受失眠困擾，他們都表示完成一次治療後可令他維持兩至三天沒有出現失眠。此外，音叉治療也能治療身體痛症，2 位長期患有背痛及腰痛的參與者表示治療後減低了痛楚，並可維持三至四天。情緒方面，全部參與者都表示其暴躁及焦慮的情緒有所改善。我們初步的經驗可見音叉治療除對身心健康有正面改變外，亦能提升戒毒者對身體感覺的覺察，這對協助戒毒者在了解自己於心思出現時的身體提示有很大幫助，有助提升打破重吸循環的能力。

生命自覺(Focusing)

生命自覺始創於哲學家和心理學家的尤金·簡德林 (E. Gendlin)，是一個帶領自覺者有意識地留意及覺察自己身體的過程，包括身體感覺、感受、想法及情緒。在覺察身體的過程中，自覺者慢慢地透過與身體的接觸及聯繫，學習陪伴及與『自己』相處，從而為生命帶來新的洞見。生命自覺亦有助自覺者學習對自己的不批判及寬心，從而帶來治療效果。生命自覺有幾個核心的要點，當中以「停下來」(pause)及「意感」(felt sense)尤為重要，當人能夠「停下來」去感受一個問題或情況出現時的身體感覺，便有更大的角度與空間去讓自己感受，助其不會困於混亂的思緒中。生命自覺相信只要願意停下來感受，新的資訊或觀點便會來臨，打破舊有的應對模式及循環 (Cornell, 2010)。「意感」並非一個思維上的經驗，而是一個身體上的經驗，感受當問題或情況出現時的身體感覺 (Gendlin, 2007)。

第一步會先向參加者介紹身體、情緒及吸毒行為的相互關係，繼而介紹生命自覺。戒毒者普遍較難表述情緒困擾，易將當下的注意力放於事件上，亦會糾纏在很多的非理性的想法，繼而在負面情緒中打轉。生命自覺是由身體及感覺層面出發，戒毒者表示以非語言方式面對情緒，可幫助他們創造一個空間去感受、認識及面對在負面情緒下的自己，從而帶出新的見解。第二步會教導「臨在語句」，讓他們與負面情緒建立一個距離。界線 (boundary) 往往是戒毒者最需要學習的課題，「臨在語句」可以防止跌入負面情緒的漩渦，亦有效提升面對破誠心理的能力。例如當人感到傷心時，一般都會說：「我很傷心」，而「臨在語句」則會說：「我留意到身體入面有一些東西，有一個部份覺得傷心」。這樣的語句可以助戒毒者與傷心保持距離，鼓勵他們站在一旁留意「傷心」，把傷心外在化。第三步會練習『意感』，提升他們對身體感覺及反應的留意與覺察，並觀察心癮或負面情緒出現時身體及情緒的提示反應。當戒毒者對這些提示多了留意，便可輔以認知行為預防重吸模式的技巧去打破重吸的行為模式。第四步會練習「停下來」及「意感」，提醒自己在面對負面情緒、心思或其他吸毒高危處境時停一停，透過由身體出發的「意感」過程及以「臨在語句」去安撫如洪水猛獸般的吸毒衝動，延遲或阻止吸毒行為。

在應用生命自覺的經驗中，我們發現它是一個有效的介入方法，它能提升戒毒者處理負面情緒的能力、覺察心癮出現時的身心情緒反應及幫助打破舊有的吸毒行為模式。過去一年我們曾將生命自覺應用於 5 位服務對象的個案輔導中，接受生命自覺的戒毒者都受情緒困擾，如抑鬱、焦慮及緊張，透過 IDS-100 問卷及其個人分享都顯示出負面情緒是他們最高危的吸毒情境。5 位參加者在經歷學習生命自覺後，都表示有助其提升處理負面情緒及心思的能力。他們認為「停下來」及「臨在語句」最有效，而在「意感」的過程中能助他們感覺身體，他們表示：「吸食毒品多年，需吸食大量毒品才能令自己有感覺。但在「意感」的過程中，能聽到自己的心跳聲及感受到血液流動的感覺，有很強烈的存在感」。

禪繞 (Zentangle)

禪繞是由 Maria Thomas 及 Rick Roberts 首創，他們發現在繪畫重複而簡單的圖案時能有放鬆、專注及快樂的感覺，甚至進入冥想狀態 (Bartholomew & McNeill, 2012)。當吸毒時，毒品令吸毒者的感官扭曲，與現實抽離；而沒有吸毒時，他們亦受不同的內外問題及心癮困擾，很難體驗內心的平靜及專注當下的感覺。在戒毒者身心靈都處於一個非常不穩的狀態，工作員實在難以介入，此外，不由自主的負面情緒及心思亦令他們陷入重吸的危機。自 2016 年，我們為 20 位戒毒者帶來禪繞的體驗，讓他們：(1) 體驗專注當下及心靈放鬆的經驗及 (2) 成功清空煩亂思緒或忘記毒品的經驗，從而帶來新的處理方法及選擇。

禪繞的繪畫工具簡單易攜，無需任何藝術天份，不求成果亦沒有審美要求，這令自信心較低的戒毒者都可以放膽嘗試。介入多以小組形式進行，先會介紹禪繞的由來，再一步步帶領戒毒者完成他的禪繞畫。繪畫過程約 45 分鐘，完成後大家會分享過程中的經驗及感受，工作人員亦會以「禪」、「平靜情緒」、「專注」及「平伏心思」為討論主題，以讓他們瞭解更多禪繞在處理負面情緒及吸毒行為的作用。

戒毒者對繪畫禪繞的反應都很正面，開始時大部份人會表示自己沒有藝術天份及欠缺耐性，但當開始繪畫時，他們都異常專注及投入，沒有任何一個參加者會中途離開，他們都很驚訝自己能在整整一小時專心地畫畫，而且過程中沒有胡思亂想，只是單一地專注於一筆一劃中。對戒毒者來說片刻的抽離是非常難得的經驗，他們體會到除毒品外，禪繞都是一種可以幫他們快速抽離煩惱及負面情緒的方法。他們全都表示過程中忘卻了對毒品的心思，令他們體驗到能成功延遲或阻止重吸行為發生的經驗。

總結

以上四種介入手法的特色在於由身體層面介入，而非認知層面。戒毒者常因毒品而影響其認知功能，實務經驗中看到有部份戒毒者因其認知功能上的障礙或改變動機較低而不適合認知行為預防重吸模式的介入，綜合身心靈的介入手法正可補足此困難。先由身體層面介入，以非言語及非針對毒品問題的方式為戒毒者製造成功的經驗，運用治療上的正面經驗能提升他們改變的動機，從而再配合認知行為預防重吸模式的介入技巧便可整全地照顧戒毒者在身體、情緒及心靈層面上的需要。

參考文獻

- Bates, D.K. (2012). *Your Personal Tuning Fork: The Endocrine System*. Washington, DC: O-Books.
- Chan, C. (2001). *An Eastern Body-Mind-Spirit Approach. A Training Manual with One Second Techniques*. HK: University of Hong Kong Department of Social Work & Social Administration
- Judith, A. (2015). *Anodea Judith's Chakra Yoga*. USA: Llewellyn Publications
- Milford, F. (2006). *Tuning Fork Therapy Making a Gem Elixir*. UK: Lightning Source UK Ltd.
- 康烈旭。(2013)。印度真瑜伽：從入門到深層修行。台灣：大家出版社
- Bartholomew, S.S & McNeill, S. (2012). *Joy of Zentangle : Drawing Your Way to Increased Creativity, Focus, and Well-being*. United States: Design Originals
- Cornell, A.W. 著。重塑人際關係及個人成長中心譯。(2010)。「生命自覺是甚麼？」。生命自覺操練者貼士 221 期。於二零一七年六月八日取自 http://www.focusing.org/ch/what_is_focusing_ch.pdf h2010/3/23.
- Gendin, E.T. (2007) *Focusing*. New York: Bantam Books.

影響戒毒個案對緩刑戒毒措施認同程度之相關因素探討

鄭耀達

澳門特區政府社會工作局戒毒康復處

【摘要】

目的：分析影響戒毒個案對參與緩刑戒毒措施認同程度的相關因素，檢視澳門現行的緩刑戒毒措施，並為日後持續完善和優化澳門緩刑戒毒政策提供建議。方法：以問卷調查調查方式訪問 114 名緩刑戒毒個案，採用濫藥者中央登記表、藥物濫用篩選量表，以及自編緩刑戒毒措施認同程度問卷進行調查。結果：(1) 參與緩刑戒毒措施的戒毒個案平均吸毒年期為 7.5 年，職業狀況與吸毒地點、原因和濫藥危機程度達顯著水準；(2) 性別、教育程度、職業狀況、緩刑年期、戒毒治療級別和濫藥危機程度均影響緩刑戒毒措施認同程度，尤其在體能、靈性和社會服務層面達到顯著水準；(3) 緩刑年期與靈性和社會服務措施呈顯著正相關，年齡與體能措施則呈顯著負相關。

結論：建議盡早為戒毒個案提供服務，按不同戒毒治療級別設計合適的服務措施，加強關顧緩刑戒毒措施的全人治療和發展。

【關鍵詞】戒毒個案、緩刑戒毒措施

壹、引言

近年，隨著社會經濟發展，毒品問題備受社會關注，跨境運毒、校園販毒、吸毒年輕化及隱蔽化等問題，均成為社會廣泛討論的議題，並期望透過修改禁毒法例，進一步加強毒品罪行的預防和治療工作。目前，澳門主要實施緩刑戒毒機制，以兩級緩刑戒毒方案（社區式治療及院舍式治療）協助經由法院判決三年徒刑以下的緩刑個案，接受為期一年至五年不等的戒毒治療計劃，以緩刑戒毒措施取代監禁措施，強化戒毒個案參與治療的動機和成效。根據社會重返廳於 2016 年公佈的更新個案統計調查發現，以觸犯毒品罪行為主的緩刑個案於結案後一年重犯率為 8.9%，相較 2012 年重犯率為 10.7% 有所下降，反映緩刑戒毒措施能有效處理戒毒個案的毒品成癮行為，透過醫療、教育、職業培訓和福利服務等，加強戒毒個案對自我行為的反思和改變，從而提升戒除毒癮的動機和降低復吸率，協助戒毒個案重返社會。2017 年，社會工作局戒毒康復處聯同民間戒毒機構，針對正在參與緩刑戒毒措施的個案進行調查研究。

貳、研究方法

一、研究對象

本研究以經由社會重返廳轉介戒毒康復處參與緩刑戒毒措施的戒毒個案為研究對象，包括目前正接受由戒毒康復處及民間戒毒機構（包括澳門基督教新生命團契、澳門青年挑戰及澳門戒毒康復協會）提供門診服務、戒毒輔導、外展跟進和院舍服務個案，由 2017 年 2 月至 3 月共發出 120 份問卷，回收有效問卷共 114 份，回收率為 95%。

二、研究工具

（一）藥物濫用者中央登記系統登記表

基本資料包括性別、年齡、居住地區、婚姻狀況、教育程度、職業狀況、首次吸毒年齡、吸食毒品種類、吸食方法、吸毒開支、吸食頻率、吸食地方、吸食地點、吸食原因；因應本研究需要，加入緩刑年期和戒毒治療級別等。

（二）藥物濫用篩選量表(Drug Abuse Screening Test)

分別有 28 題、20 題及 10 題，本研究沿用經中文化 20 題版本。根據 Skinner (1982) 表示，DAST 量表各個版本的可靠性相當高，其中 20 題版本及 28 題版本相關度達 $r=0.99$ ，量表內部一致性 Cronbach's Alpha 係數為 .95，表示量表能有效反映藥物濫用者的情況，從而作出相應治療行動。在本次研究中，DAST-20 中文化量表的 Cronbach's alpha 係數為 .867，表示其內部一致性屬於不錯，與原量表無異。

（三）緩刑戒毒措施認同程度量表

根據現時由戒毒康復處及民間戒毒機構提供的措施服務，分為醫療、心理、社會、靈性、教育、體育和治療時間七個面向共 28 題自評項目，採用 Likert 量表方式填答，填答有四種程度，包括：非常不同意、不同意、同意和非常同意四個選項，由填答者根據主觀感受勾選最合適選項，各選項分數依序為 1 分、2 分、3 分、4 分，每個向度分數愈高，表示受試者愈認同有關緩刑戒毒措施，相反則表示其對相關措施認同愈低。其 Cronbach's

alpha 係數為.932，表示其內部一致性良好。

三、統計分析

採用 SPSS23.0 軟件進行資料分析，包括描述性統計分析、獨立樣本 t 檢定、單因子變異數分析（One-way ANOVA）、卡方檢測（Chi-Square Test）及皮爾森相關（Pearson correlation analysis）和逐步迴歸分析（Stepwise regression analysis）。

參、研究結果

一、戒毒個案基本情況

表 1 戒毒個案基本情況

N=114

項目	資料類別	樣本人數	百分比	有效百分比
首次吸毒年齡	16 歲以下	51	44.7	44.7
	16 至 20 歲	44	38.6	38.6
	20 至 24 歲	10	8.8	8.8
	24 歲以上	9	7.9	7.9
吸食毒品種類	氯胺酮	75	65.8	65.8
	甲基安非他命(冰毒)	27	23.7	23.7
	可卡因/大麻/安眠藥/嗎啡類(海洛英/咳水)	12	10.5	10.5
吸食毒品方法	鼻服	75	65.8	65.8
	追龍	25	21.9	21.9
	其他(靜脈注射/香煙或煙管吸食/口服)	14	12.3	12.3
吸毒開支 (每次)	100 元以下	17	14.9	14.9
	100 至 500 元	77	67.5	67.5
	500 至 1000 元	13	11.4	11.4
	1000 元以上	7	6.2	6.2
吸毒次數 (每週)	1 次以下	75	65.8	65.8
	1 至 3 次	20	17.5	17.5
	3 次以上	19	16.6	16.6
吸食毒品地方	中國內地	46	40.4	40.4
	澳門	68	59.6	59.6
吸毒場所	家中	37	32.5	32.5
	朋友家	17	14.9	14.9
	夜總會/桑拿	8	7	7
	D 場/K 場	50	43.9	43.9
	其他	2	1.8	1.8
吸毒原因	好奇	10	8.8	8.8
	朋輩影響	56	49.1	49.1
	家人影響	2	1.8	1.8
	尋求刺激	2	1.8	1.8
	減壓/痛苦/挫敗感/苦悶	32	28.1	28.1
	避免毒癮起	6	5.3	5.3
	其他	6	5.3	5.3
濫藥危機程度	低度	33	28.9	28.9
	中度	31	27.2	27.2
	深度	41	36	36
	非常嚴重	9	7.9	7.9

由表 1 得知，戒毒個案首次吸毒年齡由 11 歲至 35 歲不等，平均首次吸毒年齡為 18 歲，平均吸毒年期為 7.5 年；吸食毒品以氯胺酮為主，其次為冰毒，平均每週吸毒兩次，每次吸毒開支為澳門幣 544 元，吸食地點主要為 K 場/D 場，吸食原因大多受朋輩影響，濫藥危機程度屬於中度。

二、戒毒個案對參與緩刑戒毒措施認同程度的差異分析

(一) 性別與緩刑戒毒措施認同程度的差異分析

表 2 性別與緩刑戒毒措施認同程度差異分析						N=114
項目	性別	人數	平均數	標準差	t 值	P 值
體能訓練	女性	16	2.89	.74	-2.208*	.029
	男性	98	3.23	.53		

*P<.05

由表 2 得知，性別與緩刑戒毒措施中的「體能訓練」達到顯著水準，表示戒毒個案對體能訓練的認同程度會因為性別的不同而有所差異(P<.05)，男性對體能的認同度較女性高。

(二) 教育程度與緩刑戒毒措施認同程度的差異分析

表 3 教育程度與緩刑戒毒措施認同程度的差異分析							N=114
項目	變異來源	SS	df	MS	F	P	Scheffe 事後比較
宗教靈性	組間	8.733	4	2.183	3.687**	.007	高中>小學
	組內	64.552	109	.592			高中>初中
	總和	73.286	113				

**P<.01

由表 3 得知，教育程度與緩刑戒毒措施中的「宗教/靈性」達到顯著水準，表示戒毒個案對宗教/靈性的認同程度會因為教育程度的不同而有所差異(P<.01)，高中學歷者對於宗教靈性的認同度高於小學和初中學歷者。

(三) 職業狀況與緩刑戒毒措施認同程度的差異分析

表 4 職業狀況與緩刑戒毒措施認同程度的差異分析							N=114
項目	變異來源	SS	df	MS	F	P	Scheffe 事後比較
體能訓練	組間	3.674	3	1.225	4.005**	.010	全職>無業
	組內	33.640	110	.306			散工>無業
	總和	37.314	113				

**P<.01

由表 4 得知，職業狀況與緩刑戒毒措施中的「體能訓練」達到顯著水準，表示戒毒個案對體能訓練的認同程度會因為職業狀況的不同而有所差異(P<.01)，有工作者對體能訓練的認同度高於沒有工作者。

(四) 緩刑年期與緩刑戒毒措施認同程度的差異分析

表 5 緩刑年期與緩刑戒毒措施認同程度的差異分析							N=114
項目	變異來源	SS	df	MS	F	P	Scheffe 事後比較
宗教靈性	組間	9.070	3	3.023	5.179**	.002	2-3 年>1-2 年
	組內	64.216	110	.584			
	總和	73.286	113				

**P<.01

由表 5 得知，緩刑年期與緩刑戒毒措施中的「宗教/靈性」達到顯著水準，表示戒毒個案對宗教/靈性的認同程度會因為緩刑年期的不同而有所差異($P<.01$)，緩刑年期高者對於宗教/靈性的認同度高於緩刑年期低者。

(五) 戒毒治療級別與緩刑戒毒措施認同程度的差異分析

表 6 戒毒治療級別與緩刑戒毒措施認同程度的差異分析

N=114

項目	變異來源	SS	df	MS	F	P	Scheffe 事後比較
社會服務	組間	2.583	3	.861	3.094*	.030	院舍>尿檢
	組內	30.612	110	.278			外展>尿檢
	總和	33.195	113				
宗教靈性	組間	11.979	3	3.993	7.164***	.000	院舍>尿檢
	組內	61.307	110	.557			外展>尿檢
	總和	73.286	113				外展>門診
教育技能	組間	3.520	3	1.173	5.164**	.002	外展>尿檢
	組內	24.998	110	.227			
	總和	28.518	113				
體能訓練	組間	2.610	3	.870	2.758*	.046	門診>尿檢
	組內	34.703	110	.315			外展>尿檢
	總和	37.314	113				

* $P<.05$; ** $P<.01$; *** $P<.000$

由表 6 得知，戒毒治療級別與緩刑戒毒措施中的「社會服務」、「宗教/靈性」、「教育技能」和「體能訓練」達到顯著水準，表示戒毒個案對社會服務、宗教靈性、教育技能和體能訓練均會因為戒毒治療級別的不同而有所差異($P<.05$; $P<.01$; $P<.000$)，戒毒治療級別愈高者(院舍及外展跟進)對社會服務、宗教靈性、教育技能和體能訓練的認同度高於戒毒治療級別較低者(尿檢及門診跟進)。

三、戒毒個案對參與緩刑戒毒措施認同程度的相關分析

(一) 戒毒個案基本資料交叉分析 (X^2)

表 7 戒毒個案基本情況交叉分析 (X^2)

N=114

變項名稱		吸食毒品種類	吸食方法	吸食地方	吸食地點	吸食原因	濫藥危機程度
職業狀況	X^2 值	16.162	16.454	10.518*	24.305	70.849***	27.575**
	顯著性	.707	.422	.033	.083	.000	.006
戒毒治療級別	X^2 值	24.662	24.333*	9.444*	24.265*	16.318	35.262***
	顯著性	.055	.018	.024	.019	.570	.000

* $P<.05$; ** $P<.01$; *** $P<.000$

由表 7 得知，戒毒個案的職業狀況和戒毒治療級別，分別與吸食方法、吸食地方、吸食地點、吸食原因和濫藥危機程度達顯著水準，全職人士傾向在內地(跨境)、因減壓/痛苦/挫敗感/苦悶而吸毒，無業者傾向在本地、受朋輩影響而吸毒，且無業者面對較高的濫藥危機風險；接受尿檢及門診治療者傾向在內地(跨境)、以鼻服方式吸食毒品；接受院舍及外展跟進者傾向在家中、以追龍方式吸食毒品，其濫藥危機程度亦相對嚴重。

(二) 戒毒個案與緩刑戒毒措施認同程度的相關分析 (r)

表 8 戒毒個案與緩刑戒毒措施認同程度的相關分析 (r)

N=114

變項名稱		醫療 服務	心理 服務	社會 服務	宗教 靈性	教育 技能	體能 訓練	治療 時間
性別 (男=1；女=0)	Pearson	.067	-.005	.023	-.079	.009	.204*	.091
	顯著性	.477	.959	.812	.404	.922	.029	.335
年齡	Pearson	.010	-.150	-.128	-.162	-.141	-.234*	-.022
	顯著性	.916	.112	.176	.085	.133	.012	.819
緩刑年期	Pearson	.077	.101	.196*	.244**	.178	.089	.130
	顯著性	.418	.284	.036	.009	.057	.347	.169
吸毒年期	Pearson	-.109	-.166	-.161	-.162	-.133	-.196*	-.053
	顯著性	.250	.077	.087	.085	.159	.037	.574
吸毒開支	Pearson	-.008	-.004	-.115	-.204*	-.120	-.060	-.122
	顯著性	.930	.967	.221	.030	.207	.526	.195
每週吸毒次 數	Pearson	-.166	-.169	.001	-.036	-.069	-.056	.037
	顯著性	.077	.072	.995	.708	.468	.556	.698
濫藥危機程 度	Pearson	-.126	-.079	.011	.109	.020	.065	-.019
	顯著性	.183	.405	.906	.250	.836	.491	.838

*P<.05；**P<.01

由表 8 得知，戒毒個案的「緩刑年期」、「吸毒開支」、「性別」、「年齡」及「吸毒年期」與緩刑戒毒措施中部分服務的認同程度具有相關性，表示對於社會服務和宗教靈性的認同度會因為緩刑期的不同而有所差異，對於體能訓練的認同度會因為性別、年齡和吸毒年期的不同而有所差異，隨著緩刑年期愈長，戒毒個案對於社會服務和宗教靈性內容的認同度愈高；而體能訓練對於吸毒年期較短和年齡較輕的男性較為合適。

肆、結論及建議

一、法院排期審訊的時間長短會影響戒毒個案的吸毒年期

戒毒個案在首次吸毒年齡至進入治療系統接受戒毒服務，平均吸毒年期為 7.5 年，相較於一般自願求助個案的吸毒年期為 4-5 年為高，按照目前法院排期候審時間平均超過一年，部分申請上訴的案件輪候時間更長，期間並未為戒毒個案提供任何協助措施，反映因為吸毒導致的身體和精神損害、家庭和社會功能缺損，以至面對各種傳染病和高危行為、其他吸毒情境（如吸毒次數、吸毒開支和濫藥危機程度）的風險亦相對增加，影響戒毒治療成效。

二、戒毒治療級別能廣泛反映對緩刑戒毒措施的認同程度

戒毒個案在進入緩刑戒毒系統後，一般以階梯方式由較低層級開始參與計劃，依次為尿檢測試、門診治療、院舍治療及離院後外展跟進，設計理念假設戒毒個案對於毒品有自我控制能力，如在參與較低層級計劃仍未能戒除毒癮，便需要參與更高層級的治療計劃。因此參與不同級別的緩刑戒毒措施，能夠有效反映戒毒個案在吸毒情境（如吸毒種類和方法、吸毒地方和地點，以及濫藥危機程度）的情況；至於對緩刑戒毒措施的認同度方面，戒毒治療級別愈高，對於社會服務、宗教靈性、教育技能和體能培訓的認同度愈高。

三、緩刑年期的長短會影響戒毒個案對於社會服務和宗教靈性的認同

戒毒個案經由法院判決緩刑附隨考驗制度後，一般經由社會重返廳轉介至戒毒康復處接受戒毒治療計劃，跟進期由一年至五年不等，期間戒毒個案按照治療情況被安排參與不同的戒毒治療服務，部分屬於強制參與，因此戒毒個案對於服務內容的接納和認同程度有所差異，其中在社會服務和宗教靈性部分較為顯著。戒毒個案的緩刑年期愈長，反映其參與社會服務和宗教靈性措施的時間愈長，其認同程度便會愈高。

四、盡早介入，鼓勵戒毒個案在候審期間進入治療系統

Simpson 等(1984) 研究認為，針對吸毒和犯罪行為的改變，其治療時間愈長，治療成效愈佳，然而吸毒時間愈長，其面對的高危行為和濫藥嚴重程度風險愈高，所需的治療時間亦相對增加，因此鼓勵戒毒個案在候審期間接觸和參與治療計劃，將有助縮短其繼續吸毒的時間，治療時間亦能得以延長。

五、加強職業培訓和就業轉介，提供支援加強工作抗逆力

本次研究針對戒毒個案在基本資料和吸毒情境資料分析後發現，不同職業狀況對於吸毒情境，包括跨境吸毒、吸毒隱蔽化，以至濫藥危機程度等方面均有所影響，無業者相對全職者具有較高的濫藥危機風險，吸毒情境亦相對隱蔽和受朋輩的影響。因此為戒毒個案提供完善的職業培訓和就業轉介服務，將有助其在穩定的工作情境下重建自我效能和社會功能，有助提升戒毒治療成效。

參考文獻

- 香港戒毒會（2004）。澳門濫藥問題概況調查及戒毒康復工作評估研究。澳門：澳門特別行政區政府社會工作局。
- 溫立文（2015）。澳門青少年 2010 至 2013 年濫藥嚴重程度趨勢研究。「全國藥物濫用防治研討會」論文集，中國四川成都，512-515。
- 澳門特別行政區政府法務局社會重返廳（2015）。澳門特別行政區刑法制度下的戒毒措施。「全國藥物濫用防治研討會」論文集。中國四川成都，534-538。
- 澳門特別行政區政府社會工作局（1991-2000）。1991-2000 年禁毒報告書。澳門：社會工作局。
- 澳門特別行政區政府社會工作局（2011）。澳門藥物濫用者中央登記系統 2011 年報告書。澳門：社會工作局
- 澳門特別行政區政府社會工作局（2014）。2014 年禁毒報告書。澳門：社會工作局
- Simpson, D.D.,(1984). National Treatment System Evaluation Based on the Drug Abuse Reporting Program(DARP)follow-up Research. In Drug Abuse Treatment Evaluation: Strategies, Progress and Prospects, edited by Frank, M.T. and J.P. Ludford. Research Monograph 51. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse. *DHHS Publication NO. ADM84-1329*.
- Skinner, H. A. (1982, January 01). The drug abuse screening test. *Addictive Behaviors*, pp. 7, 4, 363-71.

Treatment or Imprisonment: Comparison of Rehabilitation Commitment among Substance Users in Probation, Voluntary Treatment, and after Imprisonment

(治療還是懲罰？監禁與緩刑考驗對物質使用者康復意向之對比)

Cheung, Lik Hang

ARTM – Association of Rehabilitation of Drug Abusers of Macau

Abstract

Illicit substance use is regarded as crime in the legal framework of Macau which might eventually result into imprisonment. Under the Laws No. 17/2009 (modified by Laws No. 4/2014) of Macau SAR, substance users are legitimated to receive opportunity to go for appropriate therapeutic intervention with respect to their severity of substance use. This article would introduce the different options for substance users when such probation measures are taken, with a sample comparing different outcomes on commitment to rehabilitation in terms of willingness to treatment, treatment length, and motivation to change.

Keywords: Reintegration; Rehabilitation; Treatment; Imprisonment; Probation

Introduction

i. Background Information

Illicit substance use has been considered as a crime in the legal framework of Macau (See Lei. N.º 17/2009; Lei. N.º 4/2014; & Lei. N.º 10/2016, Macau SAR Government, 2009; 2014; 2016). However, World Health Organization and the United Nations (WHO, 2017) have called for attention in the discrimination of substance use in a Joint Statement recently:

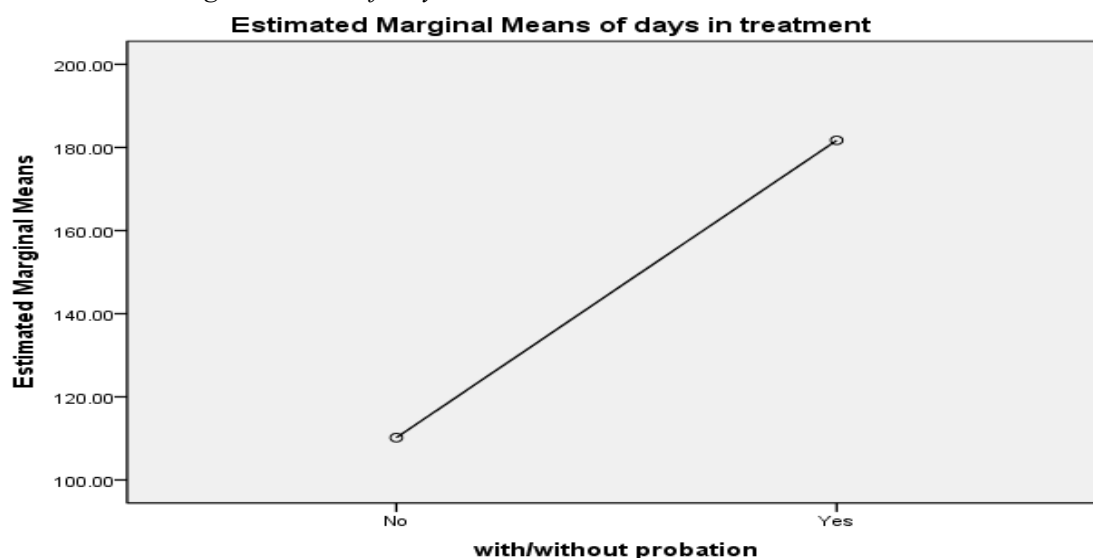
“...Reviewing and repealing punitive laws that have been proven to have negative health outcomes and that counter established public health evidence. These include laws that criminalize or otherwise prohibit gender expression, same sex conduct, adultery and other sexual behaviours between consenting adults; adult consensual sex work; drug use or possession of drugs for personal use; sexual and reproductive health care services, including information; and overly broad criminalization of HIV non-disclosure, exposure or transmission...” (WHO, 2017).

This brings to an interesting question of: “Whether imprisonment itself acts as an effective measures to seize illicit substance use?” in the respective settings in different countries. The United Nations General Assembly of Special Sessions UNGASS (United Nations Office on Drugs and Crime, 2016) have been discussing about different aspects relating to imprisonment, from prevention level to the effectiveness as a therapeutic measures in lowering substance use chances in different countries. Although a consensus of “support, don’t punish” is prompted by the UNGASS, countries remained divergent on the drug policy reforms on decriminalization due to various worries and the respective circumstances in the countries. Thus, various studies would be significant to determine and improve the current intervention systems on the countries, with localized interpretation and adjustment. Hence, this study tries to provide a preliminary test on the effectiveness of imprisonment, semi-involuntary treatment in the forms under probation, and voluntary treatment on preventing substance users from relapse, as one of the main dimension for starting an evidence-based intervention in eliminating the risks of substance use.

ii. Hypotheses

Association of Rehabilitation of Drug Abusers of Macau ARTM has compared since 2009 the difference between residential clients of voluntary and from the probation system. The latest result from 2017 reveals that clients from the probation system stayed a significantly longer treatment compared with the voluntary clients, after controlling for various demographic variables, with an estimated means of 181 days from the probation group and 110 days from the voluntary group ($p < .001$, see Fig. A).

Fig. A. Estimated Marginal Means of Days in Treatment with/without Probation



Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: Gender = .8027, Year of Entry = 2011.8135, referral source = 1.3892

Tables 1 (cont' d). Demographics Compared with IAS (2016) Sample

	Current Study		CRSDAM (IAS, 2016)	
ONSET Age	N	%	N	%
<11	1	2.04%	3	0.55%
11 -15	7	14.29%	84	15.33%
16 - 20	17	34.69%	168	30.66%
21 - 25	7	14.29%	81	14.78%
26 - 30	10	20.41%	85	15.51%
31 - 35	7	14.29%	42	7.66%
36 - 40	0	0.00%	33	6.02%
>40	0	0.00%	30	5.47%
Unspecified	0	0.00%	22	4.01%
Total	49	100.00%	548	100.00%
	Current Study		CRSDAM (IAS, 2016)	
MULTI-substance use	N	%	N	%
1	19	38.78%	423	83.60%
2	20	40.82%	65	12.85%
3	6	12.24%	16	3.16%
4	2	4.08%	1	0.20%
5	1	2.04%	1	0.20%
6	1	2.04%	0	0.00%
7	0	0.00%	0	0.00%
Total	49	100.00%	506	100.00%
	Current Study		CRSDAM (IAS, 2016)	
Types of DRUGS	N	%	N	%
Heroin	38	77.55%	150	24.59%
Cocaine	2	4.08%	20	3.28%
Methamphetamine	12	24.49%	216	35.41%
Ketamine	8	16.33%	133	21.80%
Ecstasy/Yaba	3	6.12%	12	1.97%
Cannabis	5	10.20%	26	4.26%
Depressants	22	44.90%	30	4.92%
Stimulants	0	0.00%	0	0.00%
Hallucinogens	0	0.00%	0	0.00%
Alcohol*	5	10.20%	0	0.00%
Organic Solvent	0	0.00%	0	0.00%
Cough Syrup	1	2.04%	11	1.80%
Others/Unspecified*	0	0.00%	54	8.85%
Total	49	100.00%	610	100.00%

	Current Study			CRSDAM (IAS, 2016)	
CRIME	N	%		N	%
Imprisonment	38	77.55%	Yes	278	50.73%
Probation	33	67.35%	No	173	31.57%
None	4	8.16%	Unspecified	97	17.70%
Total	49	100.00%		548	100.00%

iii Statistical Analysis

With the data collected in chronological order, several statistical analyses are possible to be performed to evaluate the difference of therapeutic outcome in terms of the absence of substance use in the consecutive year right after the measures, i.e. imprisonment, probation measures, and voluntary treatment.

Fisher's Exact Test (Fisher, 1922; Fisher, 1937; Fisher, 1954; Fisher, 1956) is a common test in comparing the difference between two groups of samples, with or without the specific treatment (e.g., Loxley & Hawks, 1994). In the current study, each year since the onset of substance use is counted as one sample space, and input respectively as using substance = 0; abstinence = 1 according to the self-report of the sample. Same procedures applied respectively to imprisonment (imprisoned in the year = 1; without imprisonment in the year = 0), probation measures (probation in the year = 1; without probation in the year = 0), and voluntary treatment (voluntary treatment in the year = 1; without voluntary treatment in the year = 0). These sample spaces are then input into the contingency table (Fig. C) according to the Fisher's Exact Test to determine the probability of significant changes induced by the respective measures.

Fig. C. Fisher's Exact Test Contingency Tables

	x=0; not after X	x=1; After X	Total
y=0; Substance Used	a	b	N-M
y=1; Abstinence	c	d	M
Total	N-n	n	N = a+b+c+d

Where

a =	<i>substance used right after the year without specific measure X</i>
b =	<i>substance used right after the year of specific measure X</i>
c =	<i>abstinence right after the year without specific measure X</i>
d =	<i>abstinence right after the year of specific measure X</i>
N =	<i>total of years since onset of substance use from the samples</i>
M =	<i>total of abstinence years since onset of substance use from the samples</i>
n =	<i>trials of specific measure X</i>
x =	<i>abstinence right after the year of specific measure X</i>
X =	<i>(1) Imprisonment</i>
	<i>(1.1) Imprisonment because of Drug Crime</i>
	<i>(2) Probation</i>
	<i>(2.1) Probation with Outpatient Intervention</i>
	<i>(2.2) Probation with Inpatient Treatment</i>
	<i>(3) Voluntary Treatment</i>
	<i>(3.1) Voluntary Outpatient Intervention</i>
	<i>(3.2) Voluntary Inpatient Treatment</i>

The Fisher's Exact Test computed the hypergeometric function $Hy(x; N, M, n)$ and gives the exact probability of the occurrence of abstinence right after the specific measures.

In the Fisher's Exact Test, Odd Ratios of the contingency tables are computed to determine the critical values of which the specific measures might impact on the substance use/abstinence outcome. Taken significant level at .95, the Odd Ratio would be equal to:

$$OR^{\wedge} = [(a/c)/(b/d)] = (a * d) / (b * c)$$

and the Confidence Interval at 95% would be equal to:

$$CI\ 95\% \text{ lower bound} < \text{Exponential} [\ln(OR^{\wedge}) + (z) * (\text{Standard Error})] < CI\ 95\% \text{ upper bound};$$

$$\text{Where } z = \pm 1.96 \text{ at } p < .05; \text{ and } \text{Standard Error} = \text{Sq. Root of } (1/a + 1/b + 1/c + 1/d)$$

A Chi-Square Test (Pearson, 1900) is also performed, comparing if the contingency tables are significantly different from the expected contingency tables to reject the null hypotheses.

Despite of the Fisher's Exact Test, this study is also interested in whether the instant impact of the specific measures of imprisonment, probation, and voluntary treatments are having and changing the status from substance use to abstinence. In order to explore the possible significant changes, the McNemar's Test (McNemar, 1947; Edward, 1948)

is computed with another contingency tables (Fig. D) recording the years right before and after the specific measures. The *Chi-Square* = $(|b - c - 1|)^2 / (b + c)$ of the contingency tables is compared with the critical value of Chi-Square = 3.84 at significance level $p < .05$. A Chi-Square Test (Pearson, 1900) is also performed to examine the significance of the changes before and after the specific measures.

		AFTER		
		Used	Abstinence	
BEFORE	Used	a	b	a+b
	Abstinence	c	d	c+d
		a+c	b+d	N

Fig. D. McNemar Test Contingency Tables

Results

Statistical analyses are respectively computed for the groups of (1) imprisonment; (1.1) imprisonment for drug crime; (2) probation; (2.1) probation with outpatient intervention; (2.2) probation with inpatient treatment; (3) voluntary treatment; (3.1) voluntary outpatient intervention; (3.2) voluntary inpatient treatment. Such categorizations fit in the local context of substance users receiving various measures in terms of their substance use issues.

(1) Imprisonment & (1.1) Imprisonment for drug crime

The Fisher's Exact Test (see Table 2) revealed that there is hardly any chance [(1): $OR^{\wedge} = .36$, 95% CI 0.21 – 0.60, $P = .000$, $p < .000$; (1.1): $OR^{\wedge} = .36$, 95% CI 0.14 – 0.57, $P = .000$, $p < .000$] for a user to stay significantly abstinent by the means of imprisonment. In addition, there might be a chance that the client might conduct substance use right after the year of imprisonment, ranging from a multiple of 1.65 to 7.24.

The McNemar Test (see Table 3) helps to understand if the measures of imprisonment did bring such negative effects to the substance use/abstinence outcome on the person. The Chi-Square = .033 with a p-value = .86 (Chi-Square Test $p = .15$) for imprisonment and the Chi-Square = 2.4 with a p-value of .12 (Chi-Square Test $p = .26$) for imprisonment for drug crime indicate that the imprisonment did not instantly turn the sample into substance use but rather maintain their pattern of using as they were before the imprisonment.

(2) Probation; (2.1) Probation with outpatient intervention; & (2.2) Probation with inpatient treatment

The Fisher's Exact Test (see Table 2) revealed that there is a very high chance [(2): $OR^{\wedge} = 2.18$, 95% CI 1.31 – 3.62, $P = .999$, $p < .005$; (2.1): $OR^{\wedge} = 2.45$, 95% CI 1.14 – 5.26, $P = .994$, $p < .05$; and (2.2): $OR^{\wedge} = 4.95$, 95% CI 1.87 – 13.13, $P = 1.000$, $p < .000$] for a user to stay significantly abstinent by the means of probation. The effects of the probation measures minimizing the occurrence of substance use range from 7.62% to 87.63%.

The McNemar Test (see Table 3) helps to understand if the measures of probation did bring such positive effects to the substance use/abstinence outcome on the person. The Chi-Square = 7.84 with a p-value = .01 (Chi-Square Test $p = .03$) of probation measures, Chi-Square = 1.78 with a p-value = .18 (Chi-Square Test $p = .05$) of probation with outpatient interventions, and Chi-Square = 6.13 with a p-value = .01 (Chi-Square Test $p = .08$) of probation with inpatient treatment showed a convergence of keeping the person abstinent after the measures.

(3) Voluntary treatment; (3.1) Voluntary outpatient intervention; & (3.2) Voluntary inpatient treatment

The Fisher's Exact Test (see Table 2) revealed that there is no evidence [(3): $OR^{\wedge} = 0.96$, 95% CI 0.59 – 1.56, $P = .486$, $p = .86$ n.s.; (3.1): $OR^{\wedge} = 1.40$, 95% CI 0.63 – 3.12, $P = .853$, $p = .40$ n.s.; and (3.2): $OR^{\wedge} = 0.79$, 95% CI 0.43 – 1.44, $P = .268$, $p = .44$ n.s.] showing a user to stay significantly abstinent by the means of voluntary treatment. The effects of the voluntary treatment measures are shown varied.

However, the McNemar Test (see Table 3) shows a different insights to substance use/abstinence outcome of before-after voluntary treatments. The Chi-Square = 4.35 with a p-value = .04 (Chi-Square Test $p = .01$) of voluntary treatment, Chi-Square = 4.17 with a p-value = .04 (Chi-Square Test $p = .01$) of probation with outpatient interventions, and Chi-Square = .94 with a p-value = .33 (Chi-Square Test $p = .15$) of probation with inpatient treatment showed a convergence of keeping the person abstinent after the measures.

In order to have a clearer picture of how voluntary treatment varies on the outcome of abstinence, a linear regression model was run to provide how might each measures in number and time (years) might affect the total number of years in abstinence the samples might present. After controlling the effects of onset age of substance use, gender, and substance use in number and time (years), significant impacts (adj. $R^2 = .55$, $F = 4.13$, $p < .000$) were shown by imprisonment in number (Beta = 1.00, $p < .05$), voluntary outpatient intervention in number (Beta = -2.18, $p < .05$) and time (Beta = 3.43, $p < .005$), voluntary inpatient treatment in number (Beta = -2.18, $p < .05$) and time (Beta = 3.82, $p < .005$). The preliminary data suggested that voluntary treatments might serve as preventive factors in promoting abstinence in a long run aspect instead as an instant outcome.

Table 2. Fisher's Exact Test Contingency Tables

(1)	After Prison				
OR [^] = .36	NO	YES	Total	P	Chi-Sq Test p
Used	824	99	923	.000	.000
Abstinence	397	17	414	95% CI Lower	95% CI Upper
Total	1221	116	1337	.21	.60
(1.1)	After Prison because of Drug Crime				
OR [^] = .36	NO	YES	Total	P	Chi-Sq Test p
Used	855	68	923	.000	.000
Abstinence	405	9	414	95% CI Lower	95% CI Upper
Total	1260	77	1337	.14	.57
(2)	After Probation				
OR [^] = 2.18	NO	YES	Total	P	Chi-Sq Test p
Used	890	33	923	.999	.002
Abstinence	383	31	414	95% CI Lower	95% CI Upper
Total	1273	64	1337	1.31	3.62
(2.1)	After Probation, Outpatient Intervention				
OR [^] = 2.45	NO	YES	Total	P	Chi-Sq Test p
Used	910	13	923	.994	.018
Abstinence	400	14	414	95% CI Lower	95% CI Upper
Total	1310	27	1337	1.14	5.26
(2.2)	After Probation, Inpatient Treatment				
OR [^] = 4.95	NO	YES	Total	P	Chi-Sq Test p
Used	917	6	923	1.000	.000
Abstinence	401	13	414	95% CI Lower	95% CI Upper
Total	1318	19	1337	1.87	13.13
(3)	After Voluntary Treatment				
OR [^] = .96	NO	YES	Total	P	Chi-Sq Test p
Used	865	58	923	.486	.864
Abstinence	389	25	414	95% CI Lower	95% CI Upper
Total	1254	83	1337	.59	1.56
(3.1)	After Voluntary, Outpatient Intervention				
OR [^] = 1.40	NO	YES	Total	P	Chi-Sq Test p
Used	907	16	923	.853	.404
Abstinence	404	10	414	95% CI Lower	95% CI Upper
Total	1311	26	1337	.63	3.12
(3.2)	After Voluntary, Inpatient Treatment				
OR [^] = .79	NO	YES	Total	P	Chi-Sq Test p
Used	881	42	923	.268	.438
Abstinence	399	15	414	95% CI Lower	95% CI Upper
Total	1280	57	1337	.43	1.44

Table 3. McNemar Test Contingency Tables

(1)	After Prison				
Before	Used	Abstinence	Total	p-value	Chi-Sq Test p
Used	82	15	97	.855	.154
Abstinence	15	6	21	Chi-Square	Critical Value
Total	97	21	118	.21	3.84
(1.1)	After Prison because of Drug Crime				
Before	Used	Abstinence	Total	p-value	Chi-Sq Test p
Used	60	11	71	.121	.263
Abstinence	4	2	6	Chi-Square	Critical Value
Total	64	13	77	2.40	3.84

(2)	After Probation				
Before	Used	Abstinence	Total	p-value	Chi-Sq Test p
Used	20	20	40	.005	.027
Abstinence	5	18	23	Chi-Square	Critical Value
Total	25	38	63	7.84	3.84
(2.1)	After Probation, Outpatient Intervention				
Before	Used	Abstinence	Total	p-value	Chi-Sq Test p
Used	10	7	17	.182	.050
Abstinence	2	8	10	Chi-Square	Critical Value
Total	12	15	27	1.78	3.84
(2.2)	After Probation, Inpatient Treatment				
Before	Used	Abstinence	Total	p-value	Chi-Sq Test p
Used	6	8	14	.013	.077
Abstinence	0	5	5	Chi-Square	Critical Value
Total	6	13	19	6.13	3.84
(3)	After Voluntary Treatment				
Before	Used	Abstinence	Total	p-value	Chi-Sq Test p
Used	51	17	68	.037	.008
Abstinence	6	9	15	Chi-Square	Critical Value
Total	57	26	83	4.35	3.84
(3.1)	After Voluntary, Outpatient Intervention				
Before	Used	Abstinence	Total	p-value	Chi-Sq Test p
Used	16	6	22	.041	.006
Abstinence	0	4	4	Chi-Square	Critical Value
Total	16	10	26	4.17	3.84
(3.2)	After Voluntary, Inpatient Treatment				
Before	Used	Abstinence	Total	p-value	Chi-Sq Test p
Used	35	11	46	.332	.150
Abstinence	6	5	11	Chi-Square	Critical Value
Total	41	16	57	.94	3.84

Discussion, Limitation, & Implication

The results provide interesting preliminary insights on how substance users act upon the completion under different measures. The empirical results provide meaningful discussion on whether imprisonment should be considered with regard to the ineffective outcomes on stopping substance users relapse, both under instant and long-term scales. In addition, the possibility of imprisonment inducing a higher chance of relapse is worth researching in the future, with a larger scale of samples inside the prison population. Despite of the empirical data revealing probation and voluntary measures might be more appropriate and effective measures in enhancing the rehabilitation of substance users, the effectiveness of imprisonment as measures to prevent onset of substance use is not included in the current study. In addition, holistic treatment model in imprisonment setting might also enhance the current reflection of ineffectiveness by imprisonment as stated in the NIDA's Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Population (National Institute on Drug Abuse, 2006), which remains a worthy area of research in the future.

The probation measures are shown to be effectively helpful in lower the probability of relapse both in under instant and long-term scales. It would be requiring further research in how the mechanism of such interventions are contributing to further standardize evidence-based and effective measures in promoting rehabilitation in the community. In contrast, voluntary treatments did not significantly reveal the theoretical effectiveness as it should be. In respect to the local development of rehabilitation service, it might be argumentative to allocate the effectiveness of the treatment regarding the variations on treatment models. Further research based on variations and evidence-based treatment models might be helpful in exploring and developing more concrete, effective therapeutic measures for the substance users in need.

Limited to the design of the current study, more precise evidence might be explored in future. For example, the inclusion of prisoners in the sample to increase representativeness, the objective records of chronological data by longitudinal studies to prevent the ambiguity of self-report, and further qualitative studies in enhancing the understanding of the mechanism of how the effective measures are taken place, are worthy and necessary to provide evidence-based treatment service to reduce the relapse of substance use among the population. Some of the measures might be argumentative, e.g., decriminalization of illicit substance use, harm reduction measures like Needle Syringe Programme, but the evidence are convergent to the statement of “Support, Not Punish” (UNODC, 2009), in which an integrative community is built on.

References & Appendices

- 澳門社會工作局 IAS (2016)。澳門藥物濫用者中央登記系統：2016 年報告書。澳門社會工作局防治賭毒成癮廳。
Retrieved at http://www.antidrug.gov.mo/anti/web/cn/downloads/cr_report_2016.pdf on 30 June, 2017.
- Edwards, A. (1948). Note on the "correction for continuity" in testing the significance of the difference between correlated proportions. *Psychometrika*, **13**, pp. 185–187.
- Fisher, R. A. (1922). On the interpretation of χ^2 from contingency tables, and the calculation of P. *Journal of the Royal Statistical Society*, **85**, 1, pp. 87–94.
- Fisher, R. A. (1937). *The Design of Experiments* (2nd Ed). Oliver and Boyd: Edinburgh.
- Fisher, R. A. (1954). *Statistical Methods for Research Workers*. Oliver and Boyd: Edinburgh.
- Fisher, R. A. (1956). Mathematics of a lady tasting tea. *The World of Mathematics*, 3. In James Roy Newman. Courier Dover Publications.
- Loxley, W. M. & Hawks, D. V. (1994). AIDS and injecting drug use: very risky behaviour in a Perth sample of injecting drug users. *Drug and Alcohol Review*, **19**, 13, pp. 21–30.
- Macau SAR Government (2009). Lei. N.º 17/2009. *Boletim Oficial da Região Administrativa Especial de Macau – I Série*, N.º 32 — 10-8-2009, pp. 1155–1188.
- Macau SAR Government (2014). Lei. N.º 4/2014. *Boletim Oficial da Região Administrativa Especial de Macau – I Série*, N.º 14 — 8-4-2014, pp. 140–144.
- Macau SAR Government (2016). Lei. N.º 10/2016. *Boletim Oficial da Região Administrativa Especial de Macau – I Série*, N.º 52 — 28-12-2016, pp. 3060–3067.
- McNemar, Q. (1947). Note on the sampling error of the difference between correlated proportions or percentages. *Psychometrika*, **12**, 2, pp. 153–157.
- National Institute on Drug Abuse (2006). National Institute on Drug Abuse principles of drug abuse treatment for criminal justice populations: a research-based guide. *NIH Publication*, **11**, 5316.
- Pearson, K. (1900). On the criterion that a given system of deviations from the probable in the case of a correlated system of variables is such that it can be reasonably supposed to have arisen from random sampling. *Philosophical Magazine Series 5*, **50**, pp. 157–175.
- World Health Organization (2017). Joint United Nations statement on ending discrimination in health care settings. *Joint WHO/UN Statement 27 June 2017*. Retrieved at <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2017/discrimination-in-health-care/en/> on 04 July, 2017.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2009). *From Coercion to Cohesion: Treating Drug Dependence through Health Care, Not Punishment*. Retrieved at http://www.unodc.org/docs/treatment/Coercion_Ebook.pdf on 04 June, 2017.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2016). *UNGASS 2016 Special Session of the United Nations General Assembly on the World Drug Problem: Achieving the 2019 Goals – A Better Tomorrow for the World's Youth*. Retrieved at <http://www.unodc.org/ungass2016/en/> on 04 June, 2017.

Appendices A. Survey for the chronological data

1. How many times have you been in Prison? How many of them are related to drugs?

[illegible]

2. Overall, how would you describe your experience in the Prison?

Very Unpleasant		Neutral			Very Pleasant	
-3	-2	-1	0	1	2	3

3. Overall, how would you describe your willingness in quitting substance after the Prison?

It made worse	Nothing changed				It helps a lot
-3	-2	-1	0	1	2

4. How many times have you been under probation and treatment, outpatient and inpatient?

[illegible]

5. Overall, how would you describe your experience in the probation?

Very Unpleasant				Neutral				Very Pleasant
-3	-2	-1	0	1	2	3		

6. Overall, how would you describe your willingness in quitting substance after interventions form the probation?

It made worse	Nothing changed				It helps a lot
-3	-2	-1	0	1	2

7. For how long you are using the substances? (Please indicate the time frames below)

[illegible]

8. What kind of substances were you addicted to?

☐

Heroin

☐

Cocaine

☐

Methamphetamine

☐

Ketamine

☐

MDMA/YABA

☐

Cannabis

☐

Sedatives: _____

☐

Stimulants: _____

☐

Hallucinogens: _____

☐

Alcohol

☐

Organic Solvents

☐

Cough Syrup

9. Are you currently under the following circumstance:

☐

Prison

☐

I am free

☐

Outpatient without probation

☐

Inpatient without probation

☐

Outpatient with probation

☐

Inpatient with probation

10. What is your gender? _____

11. What is your age? _____

Appendices B. Consent of the Study

同意書

Informed Consent

ARTM is undergoing a research comparing different life stories of substance users and rehabilitates. We are honoured to have included you in our research and your participation would for sure help in understanding the progress of the field.

All the information would be held confidential and only used for research purpose. There would be no identifying information from you in any means. In order to facilitate the analytical process, written notes and/or voice recording might be taken in accordance to your preference. However, it might be necessary to share information about with others if it is believed that you are at risk to harm yourself or someone else. All information will be stored at ARTM and destroyed by _____. Please kindly indicate your consent for the collection of related information accordingly:

澳門戒毒康復協會正進行一項有關物質使用者及康復者的研究。我們很榮幸能得到貴閣下之參與，此必令整項研究更能反映業界之現況。

閣下提供之所有資訊將保密及僅作 研究分析用途。為完善數據分析，將以筆記形式記錄並於徵求閣下同意下可能進行錄音。但如獲知有關閣下現時有傷害他人及/或自己之資訊本會有責任通知相關部門。所有之資訊將儲存於本會並於 _____ 後銷毀。請剔選閣下同意之記錄方式：

☐

Audio Recording 錄音

☐

Written Only 只可筆錄

參加者簽名： Signature by Participants:	
研究員簽名： Signature by R.A.	
日期： Date:	
本會蓋章： Stamp by ARTM:	

中国强制隔离戒毒成效调查与改革构想

程卫东

广东省惠州市其缘戒毒研究所

【摘要】

强制隔离戒毒工作开展以来,对减少毒品消费、抑制毒品蔓延和维护社会治安做出重大贡献。但当前我国强制隔离戒毒的成功率却很低。我国强制隔离戒毒成功率低的主要原因是戒毒理论缺失,目标偏离,方法落后。要提高强制隔离戒毒的成功率,使其真正承担起禁毒的社会责任和历史使命,需要对现有理念、体制、结构做深度改革。

【关键词】 强制隔离戒毒 成效 原因 对策

在我国戒毒体系中,80%以上为强制隔离戒毒。因此,强制隔离戒毒对我国减少吸毒人数和毒品消费,巩固禁毒成果有十分重要的意义。但令人遗憾的是,以上连续三年有正当职业、有稳定收入、有健康交往圈的标准,我国强制隔离戒毒的成功率却很低,从专业上对我国禁毒工作的贡献不大。那么,我国强制隔离戒毒的成功率究竟是多少,成功率低的原因有哪些,应该如何改革,这是本文所要探讨的问题?

一. 我国强制隔离戒毒的成效调

1.常态戒毒效果。笔者以广东省惠州市公安局强制隔离戒毒所,湖北省襄阳市强制隔离戒毒所,贵州省安顺市第一强制隔离戒毒所 2011 年出所的学员为对象,对其进行了统计调查。调查方法是:先通过公安网将 2011 年 1 至 12 月出所的戒毒人员统计出来,后输入本市禁毒管控网,进行数据碰撞,找寻复吸人员,进行第一道筛选,然后输入全国禁毒管控网进行第二次筛选。结果是:2011 年,惠州市公安局强制隔离戒毒出所学员 404 人,通过网上筛选,已发现复吸 263 人,初筛复吸率为 65.1%。襄阳市强制隔离戒毒出所学员 504 人,通过网上筛选发现复吸 285 人,初筛复吸率为 56.55%。安顺市强制隔离戒毒出所学员为 173 人,通过网上筛选发现复吸的 129 人,初筛复吸率为 74.5%。三个市当年共出所 1081 人,初筛复吸 677 人,复吸率为 65.63%。要掌握相对准确的复吸数据,还需要走以下细筛程序:1.筛选有涉毒犯罪行为被追究刑事责任的。2.筛选复吸后到自愿戒毒机构戒毒治疗的。3.筛选出所后在接受美沙酮替代治疗的。4.筛选复吸后但有高危病情和传染病不适合强制戒毒的。5.筛选在复吸中死亡的。6.筛选隐性复吸的。

2.非常态戒毒效果。惠州市公安局强制隔离戒毒所在 2010 年 6 月组织民警对出所戒毒学员开展跟踪帮教工作。在 2011 年 6 月创办出所学员“跟踪论坛”,目前已举行了 4 届。经过对参加第一届“跟踪论坛”的 52 名学员调查发现,已经复吸的 41 人,其中复吸后被强制戒毒的 31 人,接受自愿戒毒的 6 人,接受美沙酮替代戒毒的 1 人,吸毒导致死亡的 1 人。在访问甄别中发现复吸的 2 人,拒绝探访甄别的(隐性复吸可能性大)有 1 人,复吸率大于 76.92%,小于 78.85%^[4]。有固定职业和稳定收入,有健康交往圈子的有 11 人,占跟踪帮教人员总数的 21.15%。

据以上调查数据,可以判断我国强制隔离戒毒的成效:复吸率大于 80%.成功率小于 20%.

二. 强制隔离戒毒成功率低的原因分析

(一)制度设计上的局限。我国的强制隔离戒毒工作,是从本世纪初开始的,被称强制戒毒。当时的毒情虽然没有现在这么严重,但与人民群众对毒品危害的承受力也相对较弱,并且禁毒工作与社会治安的联系紧密。笔者在 2008 年 11 月曾对惠州市公安局强制戒毒所的戒毒学员和惠东县看守所的在押犯人做过调查。前者有刑事犯罪记录的达到 30%,后者有吸毒或有吸毒史的占 30%。严峻的社会治安形势决定了强制戒毒的快速诞生,也赋予其参与维护社会治安的使命。虽然在当时的制度和后来的禁毒法中体现了减少供给、减少消费、减少危害“三位平衡思想”,以求通过戒毒来减少毒品消费和毒品危害的目标。但实现这个目标有两个标准,一是对吸毒人员强制隔离后戒掉毒瘾可以实现减少毒品危害的长效目标;二是强制隔离后未戒掉毒瘾也可以产生减少毒品危害的短期效应。从《禁毒法》到国务院《戒毒条例》,从公安部的《强制戒毒管理办法》到司法部的《司法行政机关强制隔离戒毒工作规定》,都没有戒毒成功率的要求,可以看出我们在制度设计时没有或很少考虑第一标准。在实施中,当时从事戒毒的民警多是多数从看守所选调的。戒毒管理模式沿用看守模式。劳教戒毒是对三次或三次以上强制戒毒人员的惩罚。公安强制隔离戒毒划归监管部门管理等,反映的都是以看守为主的戒毒意识和低标准的制度设计。

(二)戒毒理论缺失,思想模糊。在禁毒方面,我们可以找到许多理论,比如减少供给、减少消费“二位平衡说”,“毒品成瘾矫治学”。在这些学说中,戒毒是禁毒体系中减少危害的一个环节。但在戒毒方面我们

能找到的有价值的理论基本上是医学临床方面的研究,关于强制隔离戒毒的成功标准、矫治办法、管理措施等方面的研究文章却是凤毛麟角。目前,戒毒理论仍无法回答毒瘾能不能戒掉,怎样才能戒掉,戒毒成功的标准是什么,是操守年限说,还是回归社会说,或是两者兼具说等问题仍无法认定。强制隔离戒毒的第一目标是安全还是戒毒,怎样认识和处理两者之间的关系,戒毒是不是专业技术工作,属于哪一类专业,从事戒毒的民警职工需要什么资格,怎样提升或考核专业技术等等,这些问题在理论上都有缺失,导致对实践指导的乏力。照搬看守、劳教工作经验运用于强制隔离戒毒,可以说是普遍现象。没有科学的理论依据和正确的指导思想,没有正确的戒毒建设方向和戒断毒瘾的目标,必然会陷入盲目戒毒,形同看守的局面。

(三)目标偏离,标准降低。如前所述,因为设计上的局限和理论上的缺失,也因为基础太薄弱,工作难度太大,所以我们的工作目标基本上锁定在保证安全之上。上级侧重检查的是安全措施,评估的安全设施,处理的是安全事故,没有考虑如何延长戒员戒毒期满出所以后的稳定期和提高戒断率的问题。正是在这种实用主义思想的指导下,大家建围墙、布电网、加监控,有的在劳动车间里再安装铁笼子,有的在戒员饭堂增加了警犬巡逻。如临大敌的气氛给戒员造成高度紧张,结果往往会适得其反。表现之一是,不能忍受的戒员被压抑长了自然想逃避与反抗。这些年强制隔离戒毒场所事故多发,根本原因就在于此;表现之二是,部分能够忍受压抑的戒员则在出所后的第一时间用吸毒缓解。

导致戒毒目标偏离还有短期思维的原因。因为吸毒与刑事犯罪和社会治安存在的联系,不少地方把提高收戒率作为解决社会治安问题的一种措施。如此做法虽然也收到了一定的成效。但如果没有实际的戒毒效果作保证,这种措施只是调整了“危害周期”而不能治本。

(四)忽视戒毒专业技术。戒毒本来是一个复杂的综合治疗过程,囊括心理学、医学、社会学、管理学等知识技术。需要一对一,多对一的诊断,医治、评估、跟踪、巩固等过程。比如,心理行为治疗就包括动机强化治疗、认知行为治疗、行为治疗、社区角色强化等多方面的技术。但从整体上看,队伍的主体大多数是普遍民警和工作人员,专业技术人员少,工作目标主要是看守好,别出事故。戒毒措施除了医疗脱毒以外,再无其他专业技术岗位。这种局面导致的结果往往是用生产劳动代替康复劳动和技能培训,用一般性的谈话代替心理矫治,用最基本的医疗保障代替脱毒治疗。

(五)戒毒部门保障不足。这在公安强制隔离戒毒场所显得尤为突出。近年来,公安强制隔离戒毒所的建设有所加强,但警力严重不足、经费缺口较大仍是公安强制隔离戒毒一直没能解决好的两大难题。以惠州市公安局所辖的两所强制隔离戒毒所(以下简称公安强戒所)与惠州市司法强制隔离戒毒所(以下简称司法强戒所)为例,两所公安强戒所目前在戒人数之和是 2413 人,民警人数之和是 62 人;司法所目前在戒人数是 1590 人,民警有 185 人。如果司法所的警力能够维持正常戒毒工作并作为标准的话,那么公安所的警力缺口是现有警力的四倍以上。近几年,笔者先后到过广东、广西、湖北、云南等地的 11 个强制隔离戒毒所学习调研,看到的是绝大多数欠发达地区的公安戒毒所是靠组织戒员劳动来维持戒毒工作正常运作的。有些所虽然有了新的戒毒意识,也做过心理咨询、技术培训、跟踪帮教的实验,但由于受到人员,技术力量和经费不足的束缚而难以正常开展。

(六)戒毒链条脱落,戒毒成效流失。戒毒是一个系统性的工作,是一个多元干预手段环环相扣的整体,不仅需要在戒毒所内的药物治疗、心理矫治、康复劳动,更加需要出所后的跟踪监督、帮教,需要后继的情感和就业支持。我国《禁毒法》已经明确规定强制隔离戒毒期满后,要接受不少于三年时间的社区康复戒毒,但这一规定在我国很多地区没有很好执行,有许多地方是只挂了牌子没做事。这就导致了戒毒链条的脱落,使期满出所的戒毒学员处于放任自流状态。人的社会属性决定了人要与人交流,刚刚出所的戒毒学员如果没有人组织,没有健康的人群接纳,他们极易受到的社会隔离综合症的干扰,必然会走进以毒友为主的朋友圈。“戒毒链条脱落”极大地削弱了强制隔离戒毒的成效,提高了复吸率。

三、深化我国强制隔离戒毒改革的构想

(一)转变观念,明确强制隔离戒毒的目标任务。我国已有上百年的禁毒思想史。理论核心是要把禁毒作为系统工程,通过禁种、禁运、禁贩和易制毒化学物品的严管来减少毒品供给;通过禁吸、戒毒和宣传教育来减少毒品需求和社会危害。强制隔离戒毒作为禁毒系统工程的组成部分,20 年前确定的短期减少毒品消费和毒品危害的标准是可以理解的,但在今后继续延续这个标准恐怕已不合时宜。解决毒品问题关系人民生命健康,关系社会和谐稳定。中国戒毒工作者要在新形势下承担起新使命,要把“以安全不出事故为目标”的低标准改变为“以不断提高戒断率、延长稳定期为目标”的高标准,实现吸毒人员“可持续”减少。

（二）确认戒毒的专业技术性质，理顺现有管理体制。戒毒是以毒理学工程师为主导的集医学、心理学、社会学、管理学为一体的技术职业，应该按专业技术去设置管理体制和管理制度。我国现有的管理体制是一个戒毒条例、两个执行办法，由公安、司法机关共同管理。针对我国强制隔离戒毒的管理，从长远的体制改革目标来看，应当把强制隔离与戒毒的职责区分开来。警方只在所内派驻警察，负责强制隔离执法，防止暴力，保证安全。戒毒业务应当归属心理和生理疾病治疗业务，应由毒理学工程师、心理咨询师、医生、专业社工来承担。戒毒专业工作者要成为所里的主角，所以强制隔离戒毒工作整体归口到医疗卫生系统管理是个可以探讨的方向。

（三）建立以戒毒质量为核心的激励机制。这需要建立三项配套体系：1.建立完善强制隔离戒毒质量的考核与认证体系。这个体系的核心是健全吸毒人员动态管控系统。现有吸毒人员动态管控系统，虽然能为强制隔离戒毒质量考核提供基本支撑，但却存在明显缺陷——自愿戒毒人员、使用美沙酮替代治疗的人员和被定罪判刑、正常及非正常死亡的吸毒人员还未被纳入该动态管控系统。如果把上述缺陷补齐，上级或被授权部门首先可以通过该系统了解出所戒毒学员的操守期限和复吸情况，确定戒毒成功率，并结合戒毒设施、戒毒队伍和日常管理水平，确定戒毒单位的治疗水平在什么等级，为认定强制隔离戒毒质量提供核心依据。建立这个体系，有利于引导戒毒单位和戒毒工作者积极探索戒毒工作的内在联系，按戒毒规律办事。2.完善毒理学考试与资格认证机制。我国已有了毒理学考试与资格认证制度，但大多数基层戒毒工作者对此缺乏基本了解。要提高戒毒质量，必须培养出足够的有毒理知识的戒毒主力军。这需要政府大力支持并认真组织实施，戒毒工作人员广泛参与，形成浓厚的毒理学习氛围，真正把这种机制建立起来并发挥效益。3.建立与提高戒毒质量相对应的奖惩激励机制。把治疗水平和戒毒成功率与行政级别提升和技术职称提升挂钩并对成效突出的戒毒工作人员提高相应的政治地位和经济待遇，以此激发戒毒工作人员的工作热情。

（四）现阶段要在保障到位的条件下对强制隔离戒毒所进行“转型升级”。1.增加投入，保证基本的戒毒条件。这里包含着基本的生活条件（吃饱、穿暖）、基本的医疗卫生条件（治病、防病和应急措施）、基本的文娱活动条件（调节不良情绪、转移或分散注意力）、基本的安全设施条件（给想逃避的或违法犯罪的设置障碍）。这“四个基本”构成了强制隔离戒毒的基础，这个基础也是人格尊重和心理矫治的基础。2.按实际工作需要配置专业技术人员和警力。其中，小型强戒所戒毒工作者的人数不得少于戒毒学员人数的30%，大中型所不得少于20%。毒理学工程师、心理咨询师、医师和专业社工在戒毒队伍中的比例不得少于60%。只有这样，才能按照戒毒的基本要求完成诊断评估、矫治培训、跟踪帮教的基本任务。3.增加戒毒心理矫治设施。戒毒心理矫治解决的是心理依赖问题。开展这项业务需要专业队伍、专门设施，也需要提高全体戒毒队伍的心理学专业水平。4.创造康复劳动的条件。要实现生产劳动向康复劳动的转变，就需要对每个戒员出所后的就业条件和就业可能进行论证，然后分别开展就业指导、就业培训。这是一项社会性很强的工程，需要政府协调、多员参加和经费支持才能完成。

（五）整合戒毒资源，建立跟踪监督和帮教的机制。1.要贯彻执行《禁毒法》，把社区戒毒康复建设好。要利用我国现已存在的居委会和村委会等基层组织，对戒毒人员开展帮助、教育和监督，这是戒毒社会支撑系统的主体结构。对于强制戒毒接近期满戒员，强戒所应该在所内开展如何增强抵抗毒品诱惑力和减弱社会隔离综合症的心理辅导。2.强制隔离戒毒所要为原决定机关提供戒员出所后是否接受社区戒毒康复和期限长短的依据。3.原决定机关对出所戒员作出社区戒毒康复的决定。4.戒毒所将戒毒学员移交给戒毒康复社区并介绍该员在所表现和出所生理心理检测结果。5.社区围绕帮助戒毒学员回归家庭、就业、生活等给予帮助，同时监督他们执行社区戒毒的规定。对违规者提出警告，对严重违规者提出强制隔离戒毒的意见。6.戒毒所与戒员家庭、戒毒康复社区、当地派出所的定期交流，随时掌握情况变化，共商巩固戒毒成效的方法，形成专业戒毒与家庭支撑、社会支撑系统的无缝衔接。

参考文献

- 中华人民共和国禁毒法.2007
国务院.戒毒条例.2011
公安部.公安机关强制隔离戒毒所管理办法.2011
公安部.司法部.国家卫生计生委.强制隔离戒毒诊断评估办法.2013
司法部.司法行政强制隔离戒毒工作规定.2013
耿柳娜.毒瘾透视—吸毒人群心理研究.安徽人民出版社.2011
施红辉、李荣文、蔡燕强.毒品成瘾矫治概论.科学出版社.2009

Facts and Myths: ICE use in Heroin Abusers

Edison Ka-lok Lau, Bay Suet-man Chan

Research and Development Division, The Society of Rehabilitation and Crime Prevention, Hong Kong

Amy Yuen-chi Mok

Kowloon East Social Service Centre, The Society of Rehabilitation and Crime Prevention, Hong Kong

Yi-lan Mok

Project Oasis, The Society of Rehabilitation and Crime Prevention, Hong Kong

Abstract

“ICE” (crystal methamphetamine) is among the most commonly abused drugs in the 21st century. Research has indicated that this drug have significant negative impact on users. This is more problematic for polydrug abusers – those who abuse ICE and other illicit drug simultaneously. This study aims to explore the issues of ICE use in heroin abusers in Hong Kong and to uncover the pattern of drug cessation in these abusers. Nine local interviewees with the background of ICE and heroin abuse were interviewed. Themes have been identified under three sections; sections included i) the initiation of ICE use, ii) adverse impact of ICE use and iii) factors of drug cessation. Present findings fill the gap of the issues of ICE abuse in heroin abusers. With a better understanding of ICE abuse, policies, prevention campaigns and interventions can be designed and applied.

Keywords: crystal methamphetamine, ice, heroin, polydrug abuse, qualitative

Introduction

The number of ICE (crystal methamphetamine) users has been increasing substantially. This phenomenon is critical not only in the North America, but also in Europe, Oceania, and Southeast Asia (United Nations Office on Drugs and Crime, 2016). With no exception, Hong Kong shows a similar trend. For instance, the 2017 press release from the Narcotics Division, Security Bureau of HKSAR reported that while the overall number of drug abuse has declined by 8%, the use of ICE abuse has increased by 7% as compared to 2015 (The Narcotic Division, Security Bureau of HKSAR, 2017). This tendency may be a consequence of cheap cost, sense of euphoria after consuming ICE and easy access from the peer networks (e.g. Hadland, Marshall, Kerr, Lai, Montaner, Wood, 2012). Previous research has commonly found that peer is often responsible for initiating the use of drugs (Young, Werch & Bakema, 1989; National Institute on Drug Abuse, 2014). Those who attempt to use ICE relied heavily on their peers for advice and information on administering the drug (Sheridan, Butler & Wheeler, 2009). As ICE is highly accessible within the peer network and through witnessing peer’s usage, it is perceived as a norm in some peer groups (Sherman, German, Sirirojn, Thompson, Aramrattana & Celentano, 2008).

ICE is one of the popular illicit psychoactive substance that acts as a central nervous system stimulant, causing chemical structure to resemble adrenaline in the body (Institute of Mental Health, Castle Peak Hospital). The use of ICE can result in high alertness, decreased appetite, sense of well-being and euphoria. Research indicates that the use of ICE has a negative impact on users’ health as well as social relationship (Sommers, Baskin, & Baskin-Sommers, 2006). Long-term usage of ICE can cause psychosis, changes in brain structure and function, weight loss, and like any other drug – dependence. When users do not administer enough quantity of ICE or suspend usage suddenly, psychological withdrawal symptoms will emerge (Mcketin, Kaye, Clemens, Hermens, 2013). Users will appear to be dispirited, lack of liveliness, in more serious cases: insomnia, depression and even suicidal thoughts. ICE users seek for continuous consumption in order to maintain normal psychological functioning (Mcketin et al., 2013).

Other than dependency, ICE also affect a person’s ability to make judgement, which in turn, higher the chance of involving in risky situation. (Mcketin et al., 2013). Some users show violence tendency and violence behaviour (Link & Stueve, 1998). Previous research had found that drugs dealing and violent crime are the more specific crime which has a particular association with ICE use (Ellinwood, 1971; Mcketin et al., 2013). Despite that, crime activities are not a common issue found among ICE users, except heavy ICE users who are more likely to commit crime in order to fund their drug habit. In sum, the prevalence of crime caused by the use of ICE, such as drug dealing, violence tendency and theft, are not eminent comparing with other illicit drug use (Mcketin et al., 2013).

Heroin, a ‘traditional’ opioid powder-form drug made from morphine, enters the brain and causes tolerance and addiction rapidly (National Institute on Drug Abuse, 2017). It has been stated that prolonged use of heroin can cause constipation, stomach cramp, damaged teeth, lung complications, liver or kidney disease and sexual dysfunction (National Institute on Drug Abuse, 2017). Similar to ICE, addicted users will experience withdrawal symptoms without continual use. Nonetheless, their degree of withdrawal symptoms are totally different – ICE is a stimulant drug with mostly psychological withdrawal symptoms (National Institute on Drug Abuse, 2013) whereas heroin is a sedative drug with mostly physiological withdrawal symptoms (National Institute on Drug Abuse, 2017). Physiological withdrawal symptoms of heroin that include – muscle spasms, nausea, sweating, depression and severe craving can be difficult to withstand.

The vast majority of drug-related research are mostly of a specific drug. However, polydrug use is becoming increasingly common, users often use more than one substance to enhance the effects and/or to counterbalance the side effects of the primary drug (e.g. Iudici, Castelnovo, Faccio, 2015). For instance, the combination of amphetamine-type stimulants (i.e. ICE) and opiates (i.e. heroin) among polyusers has been frequently reported in Asia and Europe

(Trujillo, Smith & Guaderrama, 2011; Alam mehrjerdi, Barr & Noroozi, 2013; EMCDDA, 2014). It has been reported that the use of ICE is able to assist users with their opiate dependence and other issues such as depression and poor sexual performance by increasing user's physical energy level and concentration (Shariatirad, Maarefvand, Ekhtiari, 2013).

However, researches in this area is still limited in Hong Kong. The reasons of ICE use in heroin abusers are yet unknown in Hong Kong drug abuse population. In view of this, the present study designed to explore the issues of such phenomenon and the underlying reasons of ICE use in heroin abusers within Hong Kong population. This can bring about effective implications and prevention programmes to help with ICE as well as polydrug use, and educate public the harm of ICE, the most popular drug in the 21st century.

Methodology

In order to understand individual hidden experiences, perspectives and in-depth meaning of the current topic, a qualitative approach of semi-structured interviews was adopted.

Sampling

A convenience sample consisted of local, former drug users who have used both ICE and heroin were recruited from a local non-government organisation (NGO) - the Society of Rehabilitation and Crime Prevention, Hong Kong - to participate in the present study. Former drug users are defined as those who are now free of illicit drug use, and have in the past, been a dependent of an illicit drug.

Data Collection

Prior to the interview, a written informed consent, including a voice recording consent, was given. Once the consent was obtained, the interview began. The present interview included four major sections: 1) demographics, 2) the first drug and ICE use initiatives and experiences, 3) the impact of drug use and 4) the journey of drug cessation. Interview questions were all open-ended. For example, "Can you describe your first ICE use experience?" At the end of the interview, interviewees were debriefed and thanked for their participation.

Data Analysis

Recordings were transcribed and coded. The method of thematic analysis were adopted, that is data was coded and organised into themes and sub-themes. The current analysis stopped at the time when no new themes arose after constant comparison. This analysis method has followed the same approach as the grounded theory which allows the formation of concepts and theory (Grbich, 2013). The current data was coded by a qualitative analysis programme, Nvivo v.11.

Findings & Discussion

A total of nine male interviewees volunteered, aged 33 to 65 with a mean age of 45.88. Interviewees have a history of 6 to over 30 years of drug usage. Only two of the interviewees are currently methadone users and all the others are drug-free. Themes were identified under three sections; sections included i) the initiation of ICE use, ii) adverse impact of ICE use and iii) factors of drug cessation.

The Initiation of ICE Use - Peer Influence & Three Myths

The initiation of drug use refers to the reason of considering drug use for the very first time. Peer influence, the first theme identified under this section, was reported by all interviewees. The significant person who had initiated were either friends, sibling, or a colleague. Eight of the interviewees stated that their peer had introduced them to heroin and one interviewee had MDMA on their first experience. Chuen (pseudo-name), who have twelve years of drug use experience, said: "My friends and I went to disco on my birthday. They offered me MDMA so I said I'll try it."

Similarly, interviewees' initiation of ICE use was found to be related to peer influence. When asked about the interviewees' experience of initial ICE use, interviewees commonly reported "my friend gave it to me" and "my friend taught me how to use it". Fan (pseudo-name), who have twelve years of drug use experience, explained why peer influence was so common:

Peer is definitely an influence, I'm pretty sure that the first drug attempt of every user is always free and it always comes from a friend... It's not like buying a can of beer from 7-11. You need a gateway to gain access to drug.

Nevertheless, interviewees have revealed that there must be other underlying intention which allows the occurrence of peer influence. In terms of ICE, it is found that myths of ICE use were the main underlying intention among the current interviewees. Myths included: 1) ICE is a trendy drug to use nowadays, 2) ICE is non-addictive and 3) ICE is a potential heroin cessation aid.

Myth 1: ICE is a trendy drug to use nowadays. Interviewees commonly reported there was a widespread idea among peer groups that "heroin is out of trend, people use ICE nowadays". Comparing heroin and ICE, heroin is perceived as an 'old' classic drug whereas ICE is the newer, 'trendy' drug mainly for social purposes, particularly social gathering. With opposite characteristics (Trujillo et al, 2011), heroin and ICE also gives users an opposite impression – clean/dirty, sociable/sleepiness. Leung (pseudo-name), who have twelve years of drug use experience, gave his views on the current rise in numbers of ICE use:

Heroin gives the impression of an 'old child' (a nickname given to heroin addicts which describes their skinniness and child-like appearance) and nodding off. At least ICE is at the 'higher end'. If you visit Temple Street,

you'll see shops filled with bongs for ICE use... it attracts a lot of girls who use it for weight loss or just simply for social purposes, it seems nobler... heroin is no longer the trend and ICE is the new trend. Just like everyone is playing Pokémon.

Ming (pseudo-name), who have thirty years of drug use experience, also gave similar opinion: "Unlike heroin, like an old child, dirty and you hardly clean up yourselves. All your habit shows, lazy, not showering, messy hair and won't even give your face a wash. ICE is cleaner, like an obsession of cleanliness." Stan's (pseudo-name) view, who have twenty-one years of drug use experience, added to the point of social purpose: "They tend to invite everyone to join together... have a laugh, like a gathering. They probably just needed something (ICE) as a social embellishment instead of using it for the effects."

Given the contrast of the two drugs, ICE appears to be more desirable and attract others to use simply it is said to be the trend which elicits people's curiosity. Findings also suggest that the trend of ICE use could be a desire for social purposes or simply to meet the peer norm or 'to be part of the peer group' as aforementioned.

Myth 2: ICE is non-addictive. All interviewees in this study reported a false belief that ICE causes no addiction, most likely heard from their peers. Tam (pseudo-name), who have seven years of drug use experience, elaborated:

My friends told me that ICE can help you stay awake for days without sleeping, that's why I tried, because I knew that it doesn't cause any addiction, only a 'mind addiction'. Unlike heroin, you can't stay away from it.

Hung (pseudo-name), who have thirty years of drug use experience, also explained his reason for using ICE after he successfully quit to use heroin: "... I thought it wouldn't matter if I tried since you won't get addicted for trying it once and it won't make me suffer (from withdrawal symptom)."

It is clear that users are more likely to try ICE without contemplation because they believe that it does not cause any apparent addiction. Such tendency may due to the characteristics of ICE - psychoactive properties. Different from heroin, ICE users would not be 'physically trapped' by its symptoms and they were able to return to normal routine effortlessly after the come down of ICE. Tam explained his preference of ICE:

Even if I had no money to buy ICE, I would just sleep through it and rest, it wouldn't be a problem. I wouldn't suffer nor have to go out and desperately search for it. Unlike heroin, I would suffer, wouldn't be able to sleep, sweat and have no strength to get up. With ICE, I have a choice...

Although interviewees have reported that ICE did not cause any addiction, they admitted that there was a 'desire of the mind' that drew them to the continual use of ICE. Nam (pseudo-name), who have thirty years of drug use experience, explained this point: "The physical response is not as severe with ICE, it's just a desire of the mind." This, in fact, is addiction - a kind of psychological addiction like gambling, sex or shopping addiction. As such, even when ICE users acknowledge the negative consequence of using ICE, they cannot control their urge of 'cravings' after drug cessation (Engs, 1987). Such urge is just another type of withdrawal. The present findings suggest that users' desire for continuous ICE use is mainly due to psychological reliance. Thus, the belief that users' holds - ICE does not cause an addiction and will not cause an issue of withdrawal symptoms - should be reformed.

Myth 3: ICE is a potential heroin cessation aid. Interviewees were asked why they had initiated ICE use, most of the responses were "heard that ICE can aid quitting heroin". Chuen explained: "I heard from others that ICE can eliminate withdrawal symptoms of heroin, so I wanted to give it a try and see if it works, I was also curious, so I did." Similarly, Nam also stated: "I thought ICE can cover heroin so I gave it a try... I saw other people mixing the two, taking heroin and then ICE, so I thought it works."

Since majority of interviewees had previously used heroin, their initiation of ICE use was due to a belief that ICE can help relieve the withdrawal symptoms of heroin, alternatively to quit using heroin. However, they eventually discovered that it was only a myth. Wo (pseudo-name), who have twenty-one years of drug use experience, suggested "Heroin cannot be replaced. You'll suffer from heroin withdrawal symptoms after using ICE and you will need to use heroin anyway. I tried, and it doesn't work." With fail attempts, they further suggests that ICE use does not relieve heroin withdrawal symptom, perhaps worsen the symptom. While not all participants had experienced serious effects from the use of both drugs, a few did spoke of memorable experience. Wo described:

At last, I was using both heroin and ICE. It helped me sleep but at the same time, psychologically I was very uncomfortable, my thoughts were a mess and I attempted to hurt myself. The effects of mixing the two drugs were extremely strong.

Once interviewees had realised that ICE could not aid heroin cessation, their intention of ICE use shifted. They have learnt that by using both drugs, it leads to another kind of experience, therefore, their intention went from 'aid heroin cessation' to 'enhance the effect of current drug experience' which led users to continue ICE use for other purposes. For instance, Stan recapped that "for example, if I needed to take a 4-5 hours flight or even 6-9 with immigration, I can't use drugs within this period, then I would use heroin and ICE together to extend the effect."

It is suggested that users commonly have a presumption that ICE can be the new replacement of heroin, due to an arguable belief that heroin and ICE have opposite characteristics and effects - by using ICE, the component 'neutralises' the negative effects of heroin. As one of the users Stan mentioned "We call heroin as 'hot stuff' and ICE as 'cold stuff'. One positive, one negative... ICE causes alertness and heroin causes drowsiness." Furthermore, such presumption may further reinforce the false beliefs that, as aforementioned, ICE 'does not cause an addiction' and that 'it

is the new trend' and norm for social gathering. The responses from this study demonstrated a similar result that ICE does not help with eliminating heroin withdrawal symptoms (Meacham et al., 2015). The outcome experience delivered by interviewees have shown that the belief of ICE use can aid heroin cessation is only a myth. The use of ICE may even worsen heroin withdrawal symptoms and put one at risk of polydrug consumption.

Adverse Impact of ICE Use

Two main levels of adverse impact of ICE use on individuals were identified in this section.

On an individual-level, all interviewees had experienced various mental health issues from their past ICE use. Auditory hallucination of strangers were the most reported one. Interviewees mentioned that voices 'was telling me to die' and 'kept ordering me to do things'. Chuen described hallucinations as 'scary and realistic' and recapped "ICE made me 'tripped' (mental disorientation)... I felt that someone was following me and calling me from afar.... I disrupted everything at home..." As a result, he was admitted to a psychiatric ward after five months of ICE use. Aside from hospitalisation, the hallucinations experienced by users has also led to self-harm attempts due to uncontrollable behaviour. One of the interviewees, Nam, recounted "I felt worms crawling all over me so I cut myself with a cutter. I thought that was the end of my life..." These findings suggest that ICE induced behavioural and psychological changes can be critical.

Interviewees have further mentioned the use of ICE as well as other illicit drugs had caused negative self-conception. They have described themselves as 'weak' and 'regretful'. Furthermore, past drug use has caused users to perceive themselves as a different group from the normalcy, this idea was elaborated by Nam: "drug users, we're a group of people with a different culture, we're at the very bottom even lower than the 'lower class', our lifestyle, eating habit and mindset are also different. We'd never know if there's tomorrow."

The significant impact on interviewees' relationship with family and friends were also emphasised. Interviewees have spoken the harm inflicted onto their family and friends. Nam expressed: "...Family and friends all give-up on you. They won't tell you if they've relocated or changed mobile number... I loss the happiest time in life, missed out on a lot of things, like my son..."

On a societal-level, drug-related crime were discussed. Among the criminal activities reported, the prevalence of ICE-related crime was either at the extreme end of very low or very serious. Interviewees have stated that they 'have a choice to use ICE or not' and hence, do not have to engage in economic-related crime - crime that a user commits to fund their drug habit - due to ICE needs. Nonetheless, most of them were only one step away from economic-related crime. Tam explained "There was a time when I stopped using ICE for about 8-10 days because I had no money. I almost commit crime but I didn't have the courage as I was always caught in the past." In contrast, Tam reported he had a traumatic experience of drug-induced crime - criminal activity as a result of drug use - where he harmed his friend under the effect of ICE:

I was paranoid and out of control... I heard a voice which was telling me that the friend who sat next to me wanted to frame me and record all the conversations to catch me. I thought he was a harm to me so I stabbed him with a scissor.

Consistent with the previous research, ICE use can have different aspects of negative impact on users. It does not only destruct one's physical and mental status, but also damage their psychological status and relationship (Sommers et al, 2006; Mcketin et al, 2013). Even worse, ICE can affect behaviour in ways which are uncontrollable and overpowering which increases the risks of self-harm and harm to others, i.e. drug-induced crime. Therefore, the adverse impact of ICE is indisputable.

Factors of Drug Cessation

Drug cessation refers to the process of drug use being brought to an end and factors which led individual to such process. Majority of interviewees have expressed particular incidents or events which happened at the time of their drug use period that have influenced them to seek drug cessation. Interestingly, those reported incidents or events were all concerns of life threatening situation. Such life threatening situation can either be self-related or significant-other-related. For instance, Hung reported he seek drug cessation because of the fear of uncontrollable thoughts and unintentional self-harm:

I was afraid to continue with ICE after 2 months, I had to stop because I was tripping... I cut my nails to the point it bleeds, I had no sensation because of ICE... I was unaware, that was a sign of tripping...

On the other side, Stan stated the death of his brother due to heroin abuse motivated him to change. Significant incidents and events, especially those life threatening ones, seem to induce one's motivation to quit drug. However, it is noted that not all abuser would experience these events in the course of a lifetime and not all life threatening incidents and events would have the same impact. Thus, it is suggested that significant incidents and events may have a role, as a triggering point, to play in one's drug cessation process. Nonetheless, it may be necessary but surely not sufficient. Stan's view on drug cessation had summed up this point:

I think they (abuser) need to have some sort of strong impact that impulsively hits them in order for them to acknowledge where the problem lies and stimulate them to change, not necessary like what happened to me but I think... for example, a sudden loss of a family member or loved one might make them realise. Of course, it depends on other conditions and how the person would handle it too...

In addition to significant incidents and events, interviewees have also suggested various supportive factors from external sources which they found to be useful in aiding or maintaining the process of cessation. Some interviewees reported that support from significant others was one of the essential supportive factors. For instance, Nam recapped:

I went to Kwai Chung Hospital (quitting drug) to meet peers (former drug users), support each other and have a chat... In the past, my family wouldn't pick up my calls. Now they do and would invite me home for dinner, go to yum cha and have a chat, they've accepted me again.

Apart from that, resources from social welfare is also reported to be very important. Leung stated "Actually NGO helps us a lot, wouldn't know what to do without them, they're a really good platform...when I needed a place to live, they helped me arrange... when I had no job, I seek for NGO staff's help." External factors such as those mentioned above allow an individual to satisfy their basic needs, i.e. love, shelter, work, and gradually discovers the reasons and life meaning which could personally motivate them to drug cessation.

Conclusion and Implications

In line with previous research, this study has revealed the influence of peer and similar reasons of ICE initiation. However, in contrast to suggestion made by Sherman et al. (2008) that peer influence plays an important role during adolescent stage, findings in the present study suggests that peer is an important element among abuser. The study have also made new discovery that underlying intention - myths - related to ICE could be the vital reason of why drug abusers would use ICE or become polydrug users, particularly the combination of heroin and ICE. Moreover, whether a person can successfully achieve cessation requires more than mere strength of determination and control. Likewise, quitting is not as easy as it sounds, it is difficult for abuser to come to terms that it is the time to stop usage. It requires a triggering point - significant incidents and events, supportive factors from external resources in addition to the change of mentality, behaviour and habit. The Society, on the side, acts as a platform to provide services and meet the needs of abusers to support them in the journey of self-discovery. Thus for users to explore the reasons to change and strengthen their determination to walk towards drug rehabilitation.

The generalisability is the main limitation of the present study. Interviewees were all male service users from a local NGO, they were all polydrug users, particularly heroin and ICE user as well as only a small sample size is employed, all these factors limit the current findings to generalise to a wider population. Thus, future research should consider replicating the present study with a wider population to obtain support for current findings. Local research should also recruit ICE user of all age, without previous drug use history, to examine other underlying reason for ICE initiation specifically.

The findings presented in the context suggest numerous implications. With the certainty that peer is the main influence of initiation of drug attempt, social norms regarding drug initiation should be remodified by using peer-level interventions. Meanwhile, the myths that ICE is a trendy drug to use nowadays, non-addictive and a potential heroin cessation aid should be dispelled. Information portraying the harm of ICE should be promoted to educate the public, both existing users and non-users, the risk of ICE to enhance their understanding.

In Hong Kong, physical addiction is usually managed by detoxification programme from treatment centres whereas the management of psychological addiction is rarely recognised. Psychological addiction should not be disregarded nor seen as less consequential in comparison to physical addiction, coping strategies and relapse prevention for psychological addiction should therefore be incorporated into drug rehabilitation services to enhance individuals' ability to quit drug and maintain abstinence.

In line with the above suggestion to enhance individuals' ability to maintain abstinence, the negative aspects of self-confidence and self-esteem as well as supportive relationships with others are also factors which were related to drug abuse and relapse. It is recommended that current services should continue to deliver psychological supportive facilities, they may also consider integrating self-efficacy enhancement strategy programmes to improve individual's belief in their capability to achieve goals – goals such as drug cessation, reestablish relationships with significant people and maintain drug abstinence.

To conclude, the study supports previous research that peer plays a vital role in the initiation of drug use. Individual interviews have offered in-depth understanding of the initiation and impact of ICE use. Suggestions on alternative approach in guiding users to seek drug cessation and maintain drug abstinence as well as the need to correct existing misconception of ICE is recommended. In spite of limited ICE related research in Hong Kong, the current study has filled the gap of the current situation of ICE use tendency. To further reduce the rate of ICE use in Hong Kong, more local empirical research should be developed and ICE awareness campaign should be publicised.

References

- Alam mehrjerdi, Z., Barr, A. M. & Noroozi, A. (2013). Methamphetamine-associated psychosis: a new health challenge in Iran. *DARU Journal of pharmaceutical Sciences*, 21(1), 30.
- Ellinwood, E. H. (1971). Assault and homicide associated with amphetamine abuse. *American Journal of Psychiatry* 127, 90–95.
- EMCDDA (2014), *PERSPECTIVES ON DRUGS Health and social responses for methamphetamine users*, EMCDDA, Lisbon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/pods/responses-for-methamphetamine-users>)
- Engs, R. C. (1987). *Alcohol and other drugs: self-responsibility*. Tichenor Pub.

- Grbich, C. (2013). *Qualitative data analysis: An introduction*. London: SAGE Publications.
- Hadland, S. E., Marshall, B. D., Kerr, T., Lai, C., Montaner, J. S., Wood, E. (2012) Ready access to illicit drugs among youth and adult users. *Am J Addict*, 21, 488-490.
- Institute of Mental Health, Castle Peak Hospital; http://www3.ha.org.hk/cph/imh/mhi/article_03_05_chi.asp (accessed 30 June 2016).
- Iudici, A., Castelnuovo, G., & Faccio, E. (2015). New drugs and polydrug use: implications for clinical psychology. *Frontiers in psychology*, 6.
- Link, B. & Stueve, A. (1998). Psychotic symptoms and the violent/illegal behaviour of mental patients compared to community controls. In John Monahan & Henry Steadman (Eds.), *Violence and mental disorder*. Chicago: University of Chicago Press.
- McKetin, R., Kaye, S. S., Clemens, K. J., & Hermens, D. (2013). Methamphetamine addiction. *Principles of Addiction*, 689-98.
- Meacham, M. C., Armenta, R., Garfein, R., Cuevas-Mota, J., Moreno-Zuniga, P. G & Strathdee, S (2015). Prevalence and correlates of simultaneous heroin and methamphetamine injection in two parallel cohorts of PWID in San Diego, CA, and Tijuana, BC, Mexico. *Drug and Alcohol Dependence*, 156, e102-e148.
- National Institute on Drug Abuse, & United States of America. (2014). *Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research-Based Guide*.
- National Institute on Drug Abuse. (2013, September 19). Methamphetamine. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/methamphetamine> on 2017, June 27
- National Institute on Drug Abuse. (2017, January 30). Heroin. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/heroin> on 2017, June 6
- Shariatirad, S., Maarefvand, M. & Ekhtiari, H. (2013). Methamphetamine use and methadone maintenance treatment: an emerging problem in the drug addiction treatment network in Iran. *International Journal of Drug Policy*, 24(6), e115-e116
- Sheridan, J., Butler, R., & Wheeler, A. (2009). Initiation into methamphetamine use: qualitative findings from an exploration of first time use among a group of New Zealand users. *Journal of Psychoactive Drugs*, 41(1), 11-17.
- Sherman, S. G., German, D., Sirirojn, B., Thompson, N., Aramrattana, A. & Celentano, D. D. (2008) Initiation of Methamphetamine Use Among Young Thai Drug Users: A Qualitative Study. *Journal of Adolescence Health*, 42, 36-42.
- Sommers, I., Baskin, D. & Baskin-Sommers, A. (2006). Methamphetamine use among young adults: Health and social consequences. *Addictive Behaviours*, 31, 1469-1476.
- The Narcotics Division, Security Bureau, the Government of the Hong Kong Special Administrative Region. (2017). Total number of reported drug abusers in decline but certain issues still require attention. [Press release]. Retrieved from <http://www.info.gov.hk/gia/general/201703/23/P2017032300343.htm>
- Trujillo, K. A., Smith, M. L., & Guaderrama, M. M. (2011). Powerful Behavioral Interactions Between Methamphetamine and Morphine. *Pharmacology, Biochemistry, and Behavior*, 99(3), 451-458.
- United Nations Office on Drugs and Crime, 2016. *World Drug Report 2016*. United Nations, Vienna.
- Young, M., Werch, C. E. & Bakema, D. (1989) Area specific self-esteem scales and substance use among elementary and middle school children. *Journal of School Health*, 59(6), 251-254.

工作坊：創新禁毒預防教育手法

社工創新公益項目嵌入校園禁毒服務的作用——以春暖駐布吉街道禁毒小組特色項目為例

黃茂磊

深圳市龍崗區春暖社工服務中心

【摘要】

青少年吸毒已成為一個日益突出的社會問題。中小學生處於成長階段和青春期的時期，好奇心重，辨識能力不穩定，從眾心理強，抵制能力較差，特別容易被外部環境影響。與此同時，校園的文化生活不多，禁毒教育開展不活躍，較難吸引學生們的注意。專業社會工作介入學校禁毒服務，是以拒絕毒品、淨化環境、促進青少年學生健康發展為使命，構建校園毒品問題預防教育網絡和控制體系的重要舉措。

【關鍵詞】青少年 校園 社會工作 禁毒服務

春暖駐布吉街道禁毒社工小組（以下簡稱禁毒小組）於 2013 年 6 月成立，現有專業禁毒社工 4 名，服務布吉街道 24 個社區。他們本着“平等、接納、真誠、尊重”的理念服務大眾。禁毒小組成立之初，在深圳市禁毒委、龍崗區禁毒辦、布吉街道綜治辦的指導下，就致力於提升學生、社區居民及大眾對毒品的認知。通過服務，春暖禁毒社工已與轄區多所學校建立了良好的合作關係，並開展了多期青少年禁毒教育活動，向在校青少年提供禁毒諮詢服務，透過多種形式令其掌握防禦毒品的知識和技巧，同時致力使青少年在身心方面得到均衡的發展，得到了學校、社區的一致好評。隨著今年《全國青少年毒品預防教育工作規劃（2016-2018）》的制定和實施，以及教育部關於新版《中小學守則》的印發，經過在校園開展禁毒預防教育活動的實踐和探索，禁毒小組開發了“花 young 年華·禁毒體驗營”創新公益項目，初步形成了禁毒服務專業化往項目化運作的雛形。

一、在校園開展毒品預防教育的重要性

近年來，受國際毒潮及我國毒品濫用多樣化趨勢的影響，青少年已成為毒品侵害的主要對象。截止 2015 年 6 月，全國累計登記在冊吸毒人員達到 322.9 萬人，其中，35 歲以下青少年有 188.7 萬，占 58.4%。全國僅發現登記的 18 歲以下吸毒人員就有 3.8 萬名，年齡最小的只有 7、8 歲。吸毒人群年輕化成為一個社會性問題，屢戒屢吸、逆反心理、容易被誘導使青少年成癮者成為不穩定因素。

在吸毒人群年輕化的同時，毒品偽裝成新形式潛入校園，吸引著青少年涉毒。有報道指出，深圳一些學生存在濫用止咳水 10 年的歷史，每年光喝止咳水就花費 10 萬元。校園是青少年接觸社會的第一場所，也是青少年聚集的重要場所，學生們對新鮮事物充滿好奇，渴望有趣的校園文化生活，極易受到外界影響，所以校園禁毒教育尤為重要。與此同時，老師的教學任務重，對毒品了解不足，不適宜開展相關工作。

再則，中小學生處於成長階段和青春期的時期，好奇心重，辨識能力不穩定，從眾心理強，抵制能力較差，特別容易被外部環境影響。所以，在中小學年級學生中開展禁毒教育，讓青少年清晰認識到毒品的危害，提高防毒、抵毒的能力，是抓好禁毒防控重要的一項工作。

二、傳統校園毒品預防教育模式及問題

1、傳統校園毒品預防教育形式相對單一，缺乏創新性

在以往的校園禁毒教育中，毒品預防教育形式多以課程宣講、播放視頻、主題班會等相結合的模式開展，可供參觀、教學的基地則以市禁毒教育基地為主，禁毒展板宣傳為輔，當然也是最直接有效的模式，學生們在一定時間內接受的信息亦是最多最廣的。但這期間却没有切合青少年好奇心重、思維活躍、想象豐富等成長性特徵，固化思維的教育模式只會適得其反，更不要說與青少年達成共鳴，消解他們對毒品問題的內心掙扎了。如果能夠加入一些直接的感官體驗式禁毒教育，融合青少年自己的所思所想，透過訓練、構思、完成工作的過程及表現，讓其零距離了解禁毒知識、消除毒品誤區，形成對毒品敬而遠之的心態和心理，成效將會更加顯著。

2、教育深度不足，時間安排不靈活

學校開展禁毒教育活動多半選擇在 6.26 國際禁毒宣傳日或學生德育課時間，其餘時間就極少開展，缺乏預防教育的延續性，也使得青少年在主客觀影響下對參與活動滋生了一定的抵觸情緒。再則，老師對於毒品教學的水平參差不齊，學生往往只能從片面的了解中認知毒品及其危害，而對於毒情形勢、新型毒品的成隱性、染毒危害的程度等了解依然匱乏。

3、“標籤效應”

在校內，吸食毒品不僅是一個敏感話題，更是一個直接影響學校聲譽和學生成長的負面話題。在處理此類事件中，學校往往選擇勸退或轉學的簡單方式懲戒有吸食行為的學生，忽略了問題的根源是青少年成長過程中的一種危機，而並非意味着學校或學生有問題，無形中增強了對“危機青少年”的標籤化。如果能就學校的情況制定具有針對性的禁毒處置預案，做到及時介入、恰當處理，是完全可以將這種成長危機轉化為學生的成長計劃的。

三、春暖駐布吉禁毒小組特色項目運作對校園禁毒的促進

1、整合資源與需求匹配，實現“一營一教育”支援禁毒

通過走訪調研，發現所在轄區共有公立、私立學校 32 所，平安校園作為十六類「平安細胞」工程創建活動的子細胞，是建設平安、和諧社會的重要組成部分。長期以來，街道圍繞“預防為主、重在治本”的方針，堅持以“人防、物防、技防”為抓手，全力打造“平安校園”。故而，在近兩年開展的各類禁毒宣傳活動中，青少年禁毒預防教育活動占到 70% 以上，涉及學校、企業、娛樂場所、車站等青少年聚集場所。社工將服務深入推廣的同時，並挖掘各類可利用資源，包括活動場地、基礎設施等硬件資源，還包括志願者隊伍等“軟實力”資源，且將經費使用最大化。

經過近兩年的經驗積累和工作沉澱，禁毒小組按照“工作活動化、活動項目化、項目品牌化、品牌社會化”的思路，積極探索特色工作和品牌建設。結合當前毒品預防形勢，在項目的設立上，社工以禁毒體驗空間為宣傳陣地，以一名青少年吸毒真實故事為引線，依次展示青少年吸毒案例、吸毒的成因、吸毒後的危害、如何辨別吸毒、戒毒的途徑及生命書（簽名牆），通過直接的感官體驗，讓參與學生了解禁毒知識，消除毒品誤區，形成對毒品敬而遠之的心態和心理。

搭載禁毒體驗空間這一宣傳陣地，禁毒小組還將組織開展“識毒 say no”校內禁毒活動。一是以“無毒我最美”為主題的學生自拍活動，通過相片及無毒宣言，讓參展學生了解與學習毒品的危害。同時，通過展出圖片，讓更多學生認識毒品對身心的影響與危害。二是開展秒殺毒品秘笈系列工作坊活動，讓參與青少年參與討論、體驗在遇到不同毒品誘惑時的情景，並學習如何拒絕朋輩的誘惑。青少年通過嘗試與演練不同的拒絕技巧，增強拒絕毒品的信心，學會如何選擇好的夥伴。三是社工通過歷奇輔導的形式，在學校德育課時寓教於樂，引導學生普及禁毒知識，增加學生對毒品危害的認識，發展學生自覺遠離毒品，積極參與禁毒工作的行動。

此外，針對學生好奇的心理特點，通過與公安、消防、交通、氣象台、戒毒所等部門合作，開展“平安驛站”外展體驗活動，讓學生零距離的接觸到各類安全知識和防范手段，開闊眼界，引發其對生命及生活的新思考，培養他們的“拒絕技巧”和“壓力抵禦”能力，選擇積極的行為方式，從源頭上減少青少年接觸毒品的機會和觸發各類安全事故的發生，推進平安街道、無毒校園的創建工作。

2、“一手抓排查，一手抓宣傳，兩手都要硬”促項目發展

禁毒社工被稱為沒有警服的民間禁毒隊伍，即承擔着禁毒教育者和政策倡導者的角色，同時也擔負着危機評估者和個案輔導者的角色。禁毒小組以濫藥排查和非試點學校宣傳的“兩手抓”方法為導向，一方面對試點學校有成癮隱患的學生進行排查，對吸毒學生進行個案管理，使個案成功戒除毒癮，恢復正常的校園生活，遠離復吸；另一方面向非試點學校輸出禁毒宣傳，從而影響街道片區的校園禁毒氛圍，使全體學生自覺充當禁毒宣傳員。

由於青少年正處在生理、心理發育時期，好奇心重，判斷是非能力不強，抵制毒品侵害的心理防線薄弱，加之對毒品的危害性和吸毒的違法性缺乏認識，最容易受到毒品的侵襲。禁毒小組聯合老師、家長等，及早排查有需要及吸毒高危傾向的學生，建立高危學生檔案。同時，通過培養學生志願者、家長、老師識別青少年藍藥行為的能力，及時給予高危學生支援與輔導，幫助高危學生脫離吸毒的高危環境。

針對排查中發現的藥物濫用或吸毒學生，社工將開展個案管理，建立一套完善的評估系統，了解吸毒學

生的吸毒史、身体状况、心理狀態、家庭支持体系、朋輩關係、價值觀等。針對不同風險因素導致的吸毒行為，採取不同的干預策略与干預重点。同時，通過運用正向心理学及認知行為療法，幫助吸毒學生認清吸毒危害，戒除吸毒習慣，形成正面的價值觀与健康的行為方式，遠離復吸。

此外，在街道內其他學校定期開展“守護梦想天堂”禁毒宣教活動，將服務經驗輸出，展示服務成果，同時聯動各學校形成良好的禁毒氛圍，提升街道內青少年的識毒、防毒意識，降低青少年違法犯罪事件。這些活動及宣傳了項目，推進了服務，又為青少年禁毒預防教育的改善提供了有力保障，將“一手抓排查，一手抓宣傳，兩手都要硬”真正落到了實處，以維護地區平穩。

3、“一路有你”建設三隊禁毒志愿者，大力發展“軟實力”

禁毒志愿者隊伍是社會穩定的潤滑劑；是開展禁毒工作的重要組成部分；是對專業社會服務不足的必要補充。基于“双工聯動”模式，為了推進禁毒志愿者隊伍建設，更好地發揮禁毒志愿者在構建社會主義和諧社會中的積極作用，禁毒小組將分別建立學生、家長、老師的三支禁毒志愿服務隊伍，培養禁毒話劇學生演出隊，禁毒教育家長委員會，禁毒課堂講師隊，促進志愿者內化禁毒思維，支撐校園禁毒教育工作，積極維護校園及社區安全，擴大禁毒戰鬥的成效。

即充分挖掘青少年的發展潛能，排演以禁毒為主題的學生話劇，并在不同的場所中演出，培養一支“我的青春不伴毒”學生禁毒話劇巡演隊。話劇分為表演部分与参与部分；表演部分邀請學生志愿者排練与表演禁毒話劇，讓觀看話劇表演的學生在觀摩學習的過程中，了解毒品的危害，學會如何拒絕毒品；参与部分，在表演部分結束後，通過邀請學生觀眾参与表演話劇的一些情景，讓學生志愿者體驗吸毒的危害，學會如何拒絕毒品技巧讓學生在表演中也可以認識到毒品的危害。

透過“師友計劃”禁毒課堂講師隊的組建，讓老師志愿者参与禁毒課堂，給學講解禁毒知識，提高教師志愿者禁毒教育的能力。同時，通過培養教師志愿者辨識高危學生与吸毒學生的能力，幫助社工了解學習最新的吸毒情況，及時找出有吸毒行為的學生，進行及時干預。借助正向心理学，對於行為偏差的學生給予及時矯正，引導青少年樹立健康生活理念，消除負面行為。

禁毒小組以“家友計劃”為子項目，組建家長参与禁毒委員會，建立“陽光天使”志愿者，通過提高家長對毒品危害的認識，培養家長辨別高危學生的能力。同時，讓家長参与青少年的常識与禁毒知識教育，在父母的正面引導下，幫助青少年建立正面的價值觀和健康的生活方式，學會遠離毒品，拒絕毒品。

四、結語

“花 young 年華·禁毒體驗營”創新公益項目由春暖駐布吉禁毒小組所開發，首次以項目形式進駐校園服務，革新了學校對專業化禁毒活動的不同需求的滿足，為其他區的禁毒社工研發及運營項目提供有效地指引与借鉴。

（一）項目創新性

項目的創新核心是新穎吸引人的基地，并通過直接的感官體驗，讓参与學生了解禁毒知識，消除毒品誤區，形成對毒品敬而遠之的心態和心理。

- 1、體驗式學習：在基地可以體驗式學習毒品的危害知識、禁毒情景劇排練體驗學習如何拒絕朋輩誘惑、開展外展體驗活動讓學生零距離的接触到各類安全知識和防范手段；
- 2、社工、義工聯動：協助學校建立無毒校園文化，促進青少年健康成長；
- 3、跨界参与合作（社工、老師、家長義工（可能是不同職業的）），建立“三級預防”禁毒工作支持系統。

（二）項目可複製性

一是建設的禁毒體驗空間可作為教育基地將來交由義工負責持續運作的，培養的不同的義工也可以持續的發揮作用，并向轄區 31 所非試點學校宣傳推廣，構建覆蓋全街道校園的預防教育網絡，且力求全市縱深推廣；

二是形成三支常態化的志愿服務團隊，可服務更廣的區域及服務更多的群體，有效擴大受益範圍及受益群體，提升項目的社會影響力；

三是形成一套齊整的校園抗毒教育課程及經驗，可以為更多學校、家庭及青少年群體提供不同層面的幫助与支持；

四是以家、校、社的多維度形成的抗毒知識手冊，很好地彌補了校園禁毒預防宣傳內容的不足，從更貼切、更直觀的視角為廣大青少年提供更系統更全面的毒品預防資訊；

五是制定項目標準化服務經驗手冊，為其他區的禁毒社工研發及運營項目提供有效地指引與借鑒。

（三）對於青少年禁毒工作的推動

目前，青少年吸毒越來越成為一個突出的社會問題，社工跨領域介入校園禁毒服務為解決青少年吸毒問題，特別是填補毒品預防教育的缺失、提供禁毒防線前移提供了理論上的可能。禁毒小組針對試點學校學生的生理、心理特點，全方位、多渠道、多形式地開展毒品預防教育活動，改善了學校及社區治安狀況，健全一套校園毒品防范機制，減少校園吸毒、販毒等涉毒案件和安全事故的發生。充分調動社區、學校、家庭的資源，面向校內青少年群體提供多元化的禁毒服務，建立預防校內青少年藥物濫用的三級機制，形成“家-校-社”共同抗毒、拒毒，促進青少年禁毒服務發展的多元網絡格局。實踐證明，探索高效的校園禁毒服務模式，有助於推動青少年毒品預防教育工作的發展。

参考文献

- 【1】香港社會服務發展研究中心 《禁毒社會工作實務手冊》 中山大學出版社 2013 年 6 月版
- 【2】王玥 在大學生中開展禁毒教育的雙重作用 中國禁毒肅毒科普研討會暨健康文明公共衛生教育論壇,2002
- 【3】黃慶林 我國合成毒品的防止現狀及對策研究 2015 首屆全國司法社會工作理論與實務研討會論文集
- 【4】黃耀壯 黃玉敏 青少年禁毒工作中的社會防控 當代學術論壇 2009 年 04 期
- 【5】中國禁毒網 關於印發《全國青少年毒品預防教育工作規劃（2016-2018）》的通知 禁毒辦發〔2015〕1 號文

以魔術作為禁毒教育工具的可行性初探

江永泰

澳門街坊會聯合總會社區青年服務隊

壹、引言

早在三十多年前，國際魔術大師大衛·高柏飛，已經把魔術用在治療醫院的病人身上。而在近年，魔術治療也不只應用人的生理上，它也開始應用在不同類型的輔導工作，因此魔術作為一種媒介，帶來一些訊息，協助推動不同的工作，早已經不是第一日的事情；數學老師可以借由魔術來表達數學原理，教會的牧師也可以利用魔術來傳佈福音，也許魔術也可以作為禁毒教育工作提出另一種可能性。

魔術總是給予人一種神秘的感覺，而且不像一般的表演，好像不是人人都可以學會，很容易吸引人的目光。用作結合以及表達不同的訊息，對於表演者又或者觀眾而言，都會是一個很好的工具。如果有一種媒介可以為青少年，小孩又或是成年人，都可以接收，並且可以應用在不同層面的工作之上，也許魔術會是一種選擇。

把魔術用來成為禁毒教育工作的一種方法，可以把它分成三個層面；分別在個案、小組以及宣傳活動上。根據這三個層面，魔術都可以有不同的演繹，也可以根據不同的需要，便可以有不同程度的訊息介入。在一般的宣傳工作上，把魔術帶入禁毒的元素可以更易讓人去理解、留下印象。而在需要更深入的教育工作上，也可以透過一些魔術的方法，可以更易體驗和表達當中的一些訊息，例如：反應變慢，判斷力的問題，都可以借用魔術來讓觀眾可以更確實的感受到。

貳、不可能的任務：是手比眼快，還是欺騙了你的眼睛

魔術一向給予人一種神秘的感覺，不論大人或是小孩，也都會被它獨有的魅力所吸引。大眾都會認為作為魔術師也都要非常靈活，並不是每個人都可以做到，但這一些都是一般人對魔術的迷思，但同時地也是由於這些迷思，而增加了魔術的吸引力。

魔術師是操縱注意力和知覺的藝術家。他們在我們察覺或者沒察覺到的任何時刻，操縱著我們注意力的焦點和強度。他們能完成這個任務，有部份原因是融合運用了令人困惑的視覺錯覺（如後像）、光學錯覺（如煙霧和鏡子）、特殊效果（爆炸、假裝開槍、準確控制燈光明暗的時機）、靈巧的雙手、秘密裝置和機械製品（暗機關）。

但他們魔法袋裡最厲害的工具，可能是創造認知錯覺的能力。如同視覺錯覺，認知錯覺遮掩了對物理現實的感知，不同之處則在於認知錯覺本質上不是單純發生在某個感官，而是牽涉了注意力、記憶和因果推論等高階功能。(Susana Martinez-Conde、Stephen L. Macknik, 2009)

由此可見，魔術最重要的地方並不是靈活的雙手，更重要的是需要其他不同知識的配合，雖然要花下一些苦功，但其實它的門檻並沒有想像中困難，因此約要使用它作為一個宣傳的工具，也並不會有太大的限制，更可以因人而宜地去教學或宣傳。魔術在娛樂方面適用的範圍很廣。無論什麼地域，無論男女老幼，都可以欣賞，都可以表演這種藝術，具有廣泛的群眾性。因為魔術是一種運用智慧製造幻象的藝術，不同的人可以按照自己的水平，學習並設計魔術節目，以及按照自己的理解來表演(徐秋, 2008)。本文將會透過幾個不同的角度與階段來分析如何把魔術與禁毒教育的元素結合推行，以及它的可實行性與持續性。

參、不只是表演：以魔術在社區宣傳禁毒資訊工作

在面對公眾時的一般宣傳工作，用魔術作為一個宣傳工具可以更吸引人眼球。向大眾宣傳的時候，最少先讓別人留意到，其後方可能讓人記得內容，而魔術正正可以擁有這種效果，可以讓人留下更深刻的印象，而且在面對公眾的時候，我們未必需要有很深入的藥物濫用的知識與技巧，也許一些簡單直接的資訊更容易被接受，可以直接地去宣傳禁毒的訊息，也不需要長篇大論的去說教，只需要讓人留下深刻的印象，當把禁毒資訊與魔術表演效果合二為一時，觀眾便看到的，記住了的，除了是魔術效果外，更有額外的知識。這就好比一些福音魔術一樣，透過魔術與福音結合，去宣揚聖經的故事，讓大眾可以更易理解當中的內容。因為魔術可以同時結合視覺以及聽覺，可以使觀眾更易接收那些訊息。那怕只是簡單地變出一張海報、一份單張、宣傳品等，都可以使用魔術用來做出合乎主題的表演。

而這一些表演的技巧與內容可以把它整理成為小組工作，表演者更可以是一些學習了這些知識的青少年、義工等，我們更可以有幾步的安排與階段，可以宣傳禁毒的資料，更可以教授青少年相關的魔術，讓他們可以掌握魔術的技巧，同時也可以由他們去宣傳禁毒的訊息。

預防濫藥教育宣傳工作要在多元化和多樣性上下足功夫、做好文章。只有堅持多元化和多樣性並進，預防濫藥教育宣傳之路才會越走越寬，越富有生機與活力。根據不同年齡、不同層次的青少群群體的特點，靈活採取切實有效的教育宣傳策略，提高舉措的針對性。(李德唐偉、林建、梁成安，2013。)而魔術這個工具所擁有的彈性，便可以幫助我們更有效地宣傳以及推廣相關的工作。

肆、魔術的學習與教育：小組與個案工作

在這一個部份，我將會在針對青少年的部份有更多的著墨。澳門街頭青少年與濫用藥物調查 2014 報告書也指出，可以刺激青少年思考，以正面、刺激、好玩及創新的元素加入活動當中，提升青少年參與的動機。我們其實可以知道，青少年其實不是不知道藥物有可能對他們出現的影響與傷害，但是他們會去做這個選擇與行為，一定會有其原因，因此與其直接地灌輸他們資訊，倒不如用一個較為間接的做法，在教授魔術技巧的同事，灌輸了他們藥物的知識，並提高他們的動機。

學習魔術的同時，也可以學習與藥物相關的知識，在潛移默化當中，也可以有預防教育的作用。然而透過魔術去作出教育，我們更可以利用魔術的獨有特點，去使參加者更易投入當中；即使有物質濫用的情況，也不一定很快便會出現那一些嚴重的情形，然而透過魔術卻可以把一些感官的狀況讓參加者去體驗；例如反應變慢、判斷力下降、幻覺等等的現象，卻也可以由魔術去展示，加強當中的說服力。如果我們要把魔術教育應用在小組工作當中的時候，我們便可以有更深入的討論，因應其內容也可以有不同的調整。但對於青少年而言，傳統的說教式教育方法，他們未必會接受，甚至更有可以出現反抗的情況，透過魔術去作出教導，也許會是一個不錯的方式。

魔術的其中一個重要技巧叫錯誤引導，也就是把觀眾的注意力引導到魔術師想他們留下印象的地方，而忽略一些不想他們留意的地方，簡言之就是聲東擊西。我們也可以借用這個概念，在個案或者小組工作之中，都可以有更深入的討論；借以討論一些魔術的表達，而去討論藥物的作用，而不是直接告訴他們藥物對他們的影響。在個案工作的時候，工作人員也可以透過魔術作為一個引入點，了解他們的一些想法，從而可以按他們對藥物認知的程度而去進行教育的工作。

在青少年成長的階段當中，朋輩地位對他們有著深遠的影響。青少年由於自身的思想意識不完全成熟，缺乏足夠的判斷力，極易受到損友的影響、教唆而做出越軌行為，諸多研究都證實青少年第一次用毒多為在“損友”慫恿下學習來的，(李德唐偉、林建、梁成安，2013。)而這個做法有另一個好處就是，即使在日常的生活當中，當青少年會表演給他的朋友看的同事，也可以達到禁毒宣傳教育的工作，這樣便可以一個間接的方式，在朋輩之間發揮它的作用。我相信如果青少年會受到朋輩的負面影響，同時也可以受到朋輩的正面影響，以正面的訊息來感染身邊的人，而且當青少年經過學習之後，除了可以展示他們給他們身邊的朋友外，更可以成為表演者，成為推動禁毒教育工作的一份子。

伍、站在舞台上：充權的另一個角度

除了青少年、義工之外，其實對於一些過來人又或者是用藥者，學習魔術可以給予他們另一個身份。很多時候對於一些過來人而言，大部份情況之下，都會以其過來人的身份來做分享，這個做法值得我們去再多想一層。假如我們一直都是付予這個身份給他們，那麼他們也只能與這個身份共同生存，當然，我並不表示這一個做法存在問題，只是我們可以在這個層面上再給予更多的空間。

身份認同還存在第三個層次的意涵，即：「我與其他人如何產生聯繫，以及產生怎樣的聯繫？」人際關係、社群關係毫無疑問是定義我們身份的重要因素，即：身份認同也關乎個人與自身之外的他者如何產生聯繫、與自己群體之外的他者產生怎樣的聯繫，以及自身如何被他者所定義。在這裏，社會上其他人對我們的身份定義往往與我們自己的身份認同存在差異，有時甚至存在鴻溝。身份認同永遠來自於自我認知和他者認知之間的交匯與平衡。(閻小駿，2016)

透過魔術可以讓學習者跳出原有的身份與框框；他們不再只是長者、弱勢社群，當他們站在台上就已經是一個魔術師，他們可以擁有另一個身份。即使對於過來人也是一樣，他們可以不只停留在過來人分享的位置，而且一些分享的內容，都是會以自己的情況為一個出發點，未必可以引起太多的人的共鳴，相反，如果他們以另一個身份出站在舞台上，那麼這又會是另一個光景，他們是舞台上的一個表演者，讓他們可以超越過來人的身份，而透過這樣的一個方式，也可以發揮他們的能力，把焦點放在他們的正向地方，而不只是集中於用藥的問題上，透過這個形式來為他們充權，讓當時人可以看到自己的能力，也可以向外界展示他們的才華，我相信不論對於觀眾或是當時人都會有一定的影響。

陸、總結

作為一個社會工作者，在面對大量資訊充斥以及多變的社會氛圍之下，倘若要找到一種合適的所有人的教育方式，恐怕也不是一件容易的事，而魔術卻可以給予不同的彈性，在不同的對象與條件的情況下作出調整，以配合的不同的需要，而整個過程中也可以不斷地更新以及完善。本文只是一個很簡單以及粗疏的討論，並未提及到一些實際的操作與技巧，本文目的也是希望可以找傳統的禁毒教育工作上，作出一些不同的思考，加入一些新的元素，讓這些知識可以更有效地進行推廣與教育。而同時我們也可以把焦點放在青少年的能力之上，並非以問題為本地去看待他們；即使是用藥者，他們也可以有不同的身份，我相信以魔術作為一種工具，除了更有其吸引力之外，也會讓參與者可以得到持續的學習與成長，我也樂見於日後可以由工作員以及服務使用者一同推出相關的教材套，讓推行這個工作的時候可以有個基本的參考點，並一直可以改進，以配合禁毒教育工作的發展。

參考文獻

- 徐秋(2008)。〈魔術－中國國粹藝術讀本〉。北京：中國文聯出版社。
- 閻小駿(2016)。〈當代政治學十講〉。香港：香港大學出版社，239 頁。
- 賈克·帕傑（Jacques H. Paget）(2007)。〈為什麼魔術表演這麼有說服力？——一位專業律師的成功體驗〉。(林雅芬譯)。台灣：方智出版社。
- 馬蒂內茲－康德（Susana Martinez-Conde）、邁克尼克（Stephen L. Macknik）(2009)〈魔術與大腦，科學人雜誌〉。台灣。載自：<http://sa.ylib.com/MagArticle.aspx?Unit=featurearticles&id=1321>
- 澳門特別行政區社會工作局(2015)。〈澳門街頭青少年與濫用藥物調查 2014 報告書〉。澳門：聖公會澳門社會服務處。
- 澳門特別行政區社會工作局(2016)〈澳門禁毒報告書 2015〉。澳門。載自：http://www.antidrug.gov.mo/anti/web/cn/publication/downloads/cn_report2015.pdf
- 李德、唐偉、林建、梁成安(2013)。〈澳門預防在學青少年濫藥教育宣傳措施成效研究〉。2013 年全國藥物濫用防治研討會。
- 李思賢、林國甯、楊浩然、傅麗安、劉筱雯、李商琪(民 98)。〈青少年毒品戒治者對藥物濫用之認知、態度、行為與因應方式研究〉。台灣。青少年犯罪防治研究期刊第一卷第一期。1-28 頁。載自：<http://web.ntnu.edu.tw/~tonylee/paper/A%20qualitative%20study%20of%20knowledge,%20attitude,%20practice,%20and%20coping%20regarding%20drugs%20amongst%20adolescent%20drug%20offenders..pdf>

移动医疗手机 APP 在中国戒毒康复中的可行性研究

韩慧 张靓颖 Yih-Ing Hser 梁笛 李煦 王姗姗 赵敏 杜江

上海交大医学院附属精神卫生中心

加州大学洛杉矶分校

【摘要】

背景：移动医疗技术能显著提高慢性疾病患者的自我管理能力。但是在中国对于移动医疗在物质使用障碍（SUDs）领域中的研究尚缺乏相关报道。

目的：了解移动医疗手机 APP（Applications, APP）在中国戒毒康复中应用的可行性。

方法：来自上海的 75 名物质使用障碍患者参加了本研究，持续 4 周。50 名被试被随机分配到实验组，25 名被试分配到了对照组。实验组采用基于移动医疗的生态瞬时评估（EMA）技术来评估被试在自然环境下的日常的毒品使用，而对照组每天仅收到手机 APP 上的 2 条简短的健康消息。同时每周都对这两组被试进行尿检和生活经历时间轴（LET）测评以及一个干预后调查。

结果：被试平均年龄是 41.6 岁，其中 70.7% 是男性。在 4 周干预后，记录了 690 个 EMA 调查数据，应答率为 49.3%。4 周的 EMA 和 LET 评估结果显示，两种方式评估的毒品使用结果之间的一致性分别为 66.7%，79.2%，72.4% 和 85.8%。EMA 和尿检之间的一致性分别为 51.2%，65.1%，61.9% 和 71.5%。干预后调查显示相比移动医疗手机 APP，有 45.7% 的患者更愿意接受面对面的访谈。

结论：本研究结果显示了 EMA 数据和 LET 数据之间良好的一致性，但是中国的物质使用障碍者们对移动医疗的接受度并不乐观。需要更多的努力来提高我国对移动医疗的接受。

【关键词】移动医疗；物质使用；移动应用程序；中国

引言

物质使用障碍是一个全球性的严重的公共卫生问题，对于中国而言也是如此[1, 2]。根据联合国毒品和犯罪问题办公室的数据显示，世界上近 2.9 亿人使用过成瘾物质，而其中大麻是全球滥用人数最多的成瘾物质。我国也面临着严重的毒品滥用问题[3]，自 2000-2016 年期间，登记在册的吸毒人员已经从 86 万迅速增长至 251.5 万[4]。尽管近年来我国合成毒品滥用者数量显著上升，海洛因滥用依旧是主要的问题。为了控制海洛因的滥用以及其所引发的艾滋病的感染，自 2004 年以来我国开展了降低危害措施，包括美沙酮维持治疗（MMT）门诊和针具交换项目[6,7]。到 2014 年底，已经有了超过 300 个 MMT 门诊，为 344,254 个成瘾者提供了服务。尽管现有研究证实了 MMT 在降低复吸，控制艾滋病感染方面起到积极作用，但是 MMT 的运作仍然面临许多问题，包括 MMT 的费用，心理治疗的缺乏，和美沙酮剂量的不足。这些问题都导致了 MMT 患者的高脱落率以及高复吸率[9,10]。所有这些情况都显示我们需要发展新的干预策略来面对我国的毒品成瘾的需要[11,12]。

移动医疗服务作为一个新科技，已经在西方国家的医疗健康服务以及物质成瘾治疗中被广泛使用[16]。但是在我国物质成瘾领域尚缺乏相关报道。本研究首次尝试在国内针对物质成瘾者的 APP 使用收集相关资料，探讨 APP 在成瘾领域中应用的可行性。

方法

研究对象和研究流程

被试来自三个 MMT 门诊和自强禁毒总社。入组标准为：（1）年龄 18-65 岁；（2）小学以上文化程度；（3）会使用智能手机；（4）新进加入 MMT 诊所或者社区戒毒，或者在 30 天内有复吸（尿检为阳性）；（5）符合 DSM-IV 对海洛因依赖或者苯丙胺类兴奋剂（Amphetamine-type stimulants, ATS）依赖的标准；（6）同意参加本次研究。本次研究的协议被上海精神卫生中心（No.2012-56C2）和加州大学洛杉矶分校（12-000809）的机构审查委员会（IRB）所批准。

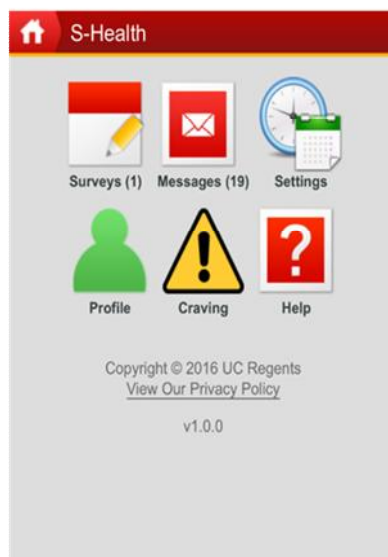
共招募了 75 个被试，58 个海洛因依赖，17 名 ATS 依赖者。被试以 2：1 的比例被随机分布在实验组或对照组。

所有的被试都要求装此手机 APP，并且告知使用方法。要求在实验组的被试 4 周内每天完成 EMA。而对照组的被试期间每天收到两条手机应用程序定时发送的健康消息。基线评估收集一般人口学资料、物质滥用史，以及心理健康状况。

调查

在 APP 程序中内置了两种调查模式，每日调查和自发调查。每 24 个小时会提醒被试完成每日调查。每日调查的问题包括酒精，烟草和毒品使用，渴求程度，诱发因素，情绪，应对策略、以及每日目标进程，大概耗时 1-2 分钟。自发调查是随时都可以进行。自发调查的问题包括渴求程度，诱发因素和毒品使用情况。当被试出现心理渴求时，会完成自发调查，并且获得相应的消息来帮助其降低渴求。

图 1 移动医疗主页界面



数据收据

EMA 数据收集

要求实验组的被试在设定时间每天完成每日调查（例如：毒品使用，渴求程度，应对方式）。每天发送消息提醒被试完成调查。

生活经历时间轴评估

生活经历时间轴（LET）是由加州大学洛杉矶分校（UCLA）研发的，它有良好的信效度[23, 24]。问卷有 20 个项目，用来记录过去一周的 20 个事件（例如：物质使用，情绪，应对方式和渴求）。LET 的两个主要结果包括：一个是显示是否在上周使用过毒品的二分变量和另一个显示使用毒品的天数的持续变量。

尿检

尿检测试板用来测试毒品的使用，包括海洛因，苯丙胺，大麻，可卡因和氯胺酮。要求被试完成基线的尿检以及在研究期间的每个星期完成一次尿检。

干预后调查：

为了测量物质使用障碍者对移动医疗的接受度，要求被试完成以下 6 个题目的测试：1、我很容易理解这些问题；2、在回答这些毒品使用的问题的时候没有感到不适；3、我可以回忆起上周的毒品使用的日子；4、我愿意每年都回答类似同样的问题；5 这个移动医疗的应用程序比较容易使用；6 比起面对面的访谈，我更喜欢使用健康医疗应用程序。

数据分析

所有数据分析使用 SPSS 22.0 版本处理。用 t 检验对实验组和对照组的特征差异的连续量数进行检验，用卡方检验对其中的类型量数进行检验。统计显著性的设定为 $\alpha = .05$ 。卡方检验用来比较 EMA 数据和 LET 数据的一致性。

结果

被试平均年龄为 41.6 岁，70.7% 为男性。实验组中有 76% 是海洛因使用者、24% 是 ATS 使用者，对照组中 80% 是海洛因使用者、20% 是 ATS 使用者。两组在使用毒品种类，年龄、性别、教育程度、婚姻状态、工作状态、

初始吸毒年龄以及主要毒品使用时长上无显著差异（表 1）。

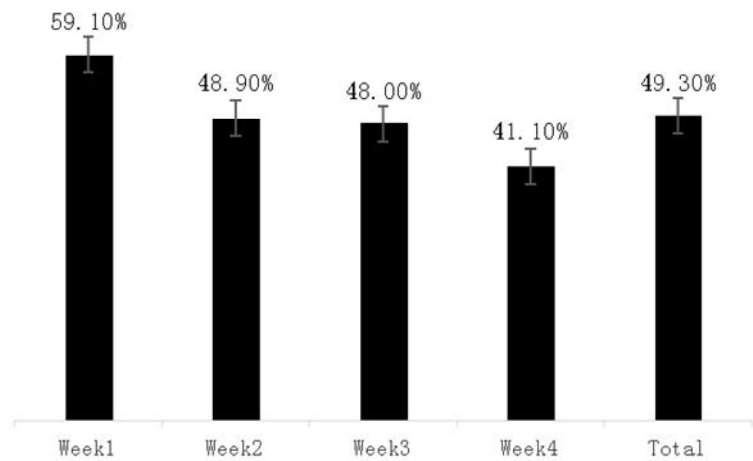
表 1 被试人口学特征及毒品使用情况

	总共(N=75)	实验组 (N=50)	对照组 (N=25)	t/F/Z	P
年龄, mean(SD), 年	41.6(8.0)	41.7(8.7)	41.3(6.8)	0.235	0.815
男性, n (%)	53(70.7%)	35(70.0)	18(72.0)	0.138	0.858
教育程度, n (%)				0.538	0.463
≤中学	32(42.7)	23(46.0)	9(36.0)		
≥高中	43(57.3)	27(54.0)	16(64.0)		
婚姻状态, n (%)				0.001	0.972
已婚	32(42.7)	20(40.0)	12(48.0)		
未婚	43(57.3)	30(60.0)	13(52.0)		
工作状态, n (%)				2.600	0.107
在职	45(60.8)	33(67.3)	12(48.0)		
初始吸毒年龄, mean(SD), 年	26.1(8.9)	25.9(8.8)	26.4(9.2)	-0.211	0.834
主要毒品使用时长, <u>mean(SD)</u> , 月	15.5(6.0)	15.8(6.1)	14.9(6.0)	0.615	0.541

生态瞬时评估（EMA）数据描述

EMA 数据仅从实验组中收集得到。每周预计收集总数为 350 个(50*7)。第一周收到的调查数据为 207/350（59.1%），第二周的数据为 171/350（48.9%），第三周是 168/350（48.0%），第四周是 144/350（41.1%）。平均的应答率为 49.3%（690/1400）。

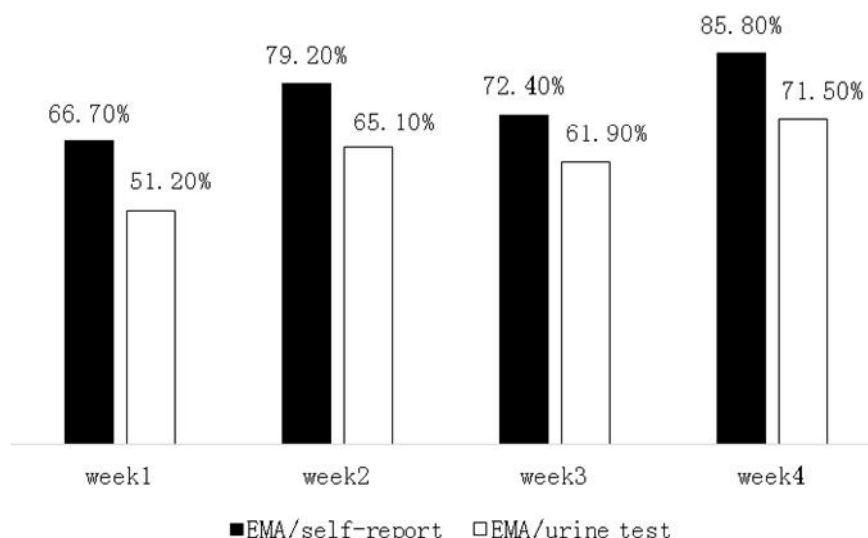
图 2 实验组每周的 EMA 数据



三种毒品测量方法的比较

每周都用三种方法（生态瞬时评估，自我报告生活经历时间轴和尿检）来评估被试每周的毒品使用情况。四周内 EMA 和 LET 之间的一致性分别为 66.7%，79.2%，72.4%和 85.5%。EMA 和尿检的一致性分别为 51.2%,65.1%，61.9%，71.5%（图 3）。

图三 测试结果的一致性



研究结束后对所有被试就其对移动医疗应用程序的接受度进行调查（表 2）。尽管大多数被试（80.3%）认同移动医疗的 APP 是容易使用的，但几乎一半的被试（45.7%）认为相比较移动医疗的数据收集，他们更倾向于面对面的访谈。两组被试在干预后调查结果上没有显著的差异（ $P=0.107$; $P=0.821$; $P=0.520$; $P=1.000$; $P=0.614$; $P=0.193$ ）。

表 2 干预后调查结果

项目	同意	不同意
1.我很容易理解这些问题。	66.7%	33.4%
2.在回答这些问题时，我没有感到不适。	69.0%	31.0%
3.我可以回忆起上周的毒品使用的日子。	59.2%	40.8%
4.我愿意每年回答这些同样的问题。	71.8%	28.2%
5.这个移动医疗的应用程序很容易使用。	71.8%	28.2%
6.比起面对面的访谈，我更喜欢使用健康医疗应用程序。	54.3%	45.7%

讨论

在中国，毒品成瘾通常会被从道德层面加以判断，这会导致患者由于病耻感的原因不愿参加戒毒治疗，因此导致复吸行为的发生。而基于移动医疗技术的数据收集方法在一定程度上能够保护患者的隐私。但是本研究发现患者对 EMA 数据收集的应答率相对较低（平均应答率是 49.4%），并且有一半的被试表示更喜欢面对面的访谈。低应答率的原因在于被试认为基于移动医疗的应用程序并不安全，并且他们担心被警察抓住，因为警察可以通过应用程序知道他们又复吸了。此外，应用程序中的 GPS 功能也让他们感到不舒服，并且大多数的物质使用障碍患者是同社会和亲属所隔离的，他们更倾向于面对面的访谈，把这当作是一种和公众的交流。之前发表的文献也揭示了另外一个原因，年龄。和年长的患者相比，年轻的患者更易接受新技术，例如移动医疗。尽管年龄并没有被提出作为当前研究的障碍，但在未来研究中年龄仍需要被考虑。

另一个本研究的目的是去探索 EMA 数据的准确性。EMA 针对最小化回忆偏差和最大化生态效度，并且可以使研究在真实世界中进行。我们的结果显示了 EMA 和 LET 之间的一致性，EMA 和尿检的一致性一周接一周地上升，未来的研究中 EMA 可以被当作一个有效的方法来收集数据。以前的研究（Lin et al., 2016）[25]已经比较了 EMA 和自我报告方法的精确性，并且报告了标准测量和 EMA 之间的不一致。我们基于目前有限的的数据还不能解释导致上述不一致的原因，但是基于之前的研究报告：性别、年龄和教育程度可能会是影响结果的因素。

本研究的局限包括样本选择可能不能代表中国其它的地区甚至国外。此外，由于技术所限，当渴求出现时，我们可能没有办法提供对被试精确的反馈或者干预。但尽管有着这些局限，本研究对未来移动医疗技术应用于物质使用障碍的可行性提供了一些依据。

结论

手机在中国民众中广泛地使用着,在2016年手机用户就达到13亿,这都为中国移动医疗的发展提供了潜在机会。但是还没有数据支持这种新技术在我国的可行性。目前的研究阐明了在中国EMA数据和LET数据有一个良好的一致性,但是中国物质使用障碍对移动医疗的接受并不乐观。尽可能完善移动医疗应用程序以及提高中国以及其他有相似情境的国家内物质使用障碍对移动医疗的接受需要去做更多的研究工作。

参考文献

- [1] Lord S, Moore S K, Ramsey A, et al. Implementation of a Substance Use Recovery Support Mobile Phone App in Community Settings: Qualitative Study of Clinician and Staff Perspectives of Facilitators and Barriers [J]. *JMIR mental health* 3 (2016).
- [2] Wang Z, Li W X, Zhi-Min L. Similarity and Difference in Drug Addiction Process Between Heroin- and Methamphetamine-Dependent Users [J]. *Substance use & misuse* 1-9 (2016).
- [3] 2016 World Drug Report http://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_english.pdf.
- [4] 2014 China Drug Report http://www.nncc626.com/2015-06/24/c_127945747_2.htm [J].
- [5] Jia Z, Liu Z, Chu P, et al. Tracking the evolution of drug abuse in China, 2003-10: a retrospective, self-controlled study [J]. *Addiction, Suppl* 1,4-10 (2015).
- [6] Li W, Wang Z, Liu Z. Factors associated with illicit opioid use in methadone maintenance treatment clients in 5 Provinces, China [J]. *Environmental health and preventive medicine* 21, 480-486 (2016).
- [7] Wu Y, Yan S, Bao Y, et al. Cross-sectional study of the severity of self-reported depressive symptoms in heroin users who participate in a methadone maintenance treatment program [J]. *Shanghai archives of psychiatry* 28, 35-41 (2016).
- [8] National Health and Family Planning Commission of China (2015). http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/CHN_narrative_report_2015.pdf.
- [9] Li L, Comulada W S, Lin C, et al. Factors related to client satisfaction with methadone maintenance treatment in China [J]. *Journal of substance abuse treatment*, (2017).
- [10] Zhou K, Li H, Wei X, et al. Medication Adherence in Patients Undergoing Methadone Maintenance Treatment in Xi'an, China [J]. *Journal of addiction medicine* 11, 28-33 (2017).
- [11] Tang Y L, Zhao D, Zhao C, et al. Opiate addiction in China: current situation and treatments [J]. *Addiction* 101, 657-665 (2006).
- [12] Zhang L, Chow E P, Zhuang X, et al. Methadone maintenance treatment participant retention and behavioural effectiveness in China: a systematic review and meta-analysis [J]. *PloS one* 8, (2013).
- [13] Tai B, Volkow N D. Treatment for substance use disorder: opportunities and challenges under the affordable care act [J]. *Social work in public health* 28, 165-174 (2013).
- [14] Johnson K, Richards S, Chih M Y, et al. A Pilot Test of a Mobile App for Drug Court Participants [J]. *Substance abuse : research and treatment* 10, 1-7 (2016).
- [15] Leshner A I. Addiction is a brain disease, and it matters [J]. *Science* 278, 45-47 (1997).
- [16] Free C, Phillips G, Galli L, et al. The effectiveness of mobile-health technology-based health behaviour change or disease management interventions for health care consumers: a systematic review [J]. *PLoS medicine* 10, (2013).
- [17] Ford J H, Alagoz E, Dinauer S, et al. Successful Organizational Strategies to Sustain Use of A-CHESS: A Mobile Intervention for Individuals With Alcohol Use Disorders [J]. *Journal of medical Internet research* 17, (2015).
- [18] Capon H, Hall W, Fry C, et al. Realising the technological promise of smartphones in addiction research and treatment: An ethical review [J]. *The International journal on drug policy* 36, 47-57 (2016).
- [19] Shiffman S. Ecological momentary assessment (EMA) in studies of substance use [J]. *Psychological assessment* 21, 486-497 (2009).
- [20] Smiley S L, Elmasry H, Webb Hooper M, et al. Feasibility of Ecological Momentary Assessment of Daily Sexting and Substance Use Among Young Adult African American Gay and Bisexual Men: A Pilot Study [J]. *JMIR research protocols* 6, (2017).
- [21] Businelle M S, Ma P, Kendzor D E, et al. An Ecological Momentary Intervention for Smoking Cessation: Evaluation of Feasibility and Effectiveness [J]. *Journal of medical Internet research* 18, (2016).
- [22] Comulada W S, Lightfoot M, Swendeman D, et al. Compliance to Cell Phone-Based EMA Among Latino Youth in Outpatient Treatment [J]. *Journal of ethnicity in substance abuse* 14, 232-250 (2015).
- [23] Linas B S, Genz A, Westergaard R P, et al. Ecological Momentary Assessment of Illicit Drug Use Compared to Biological and Self-Reported Methods [J]. *JMIR mHealth and uHealth* 12, 101-112 (2016).
- [24] Brown R A, Burgess E S, Sales S D, et al. Reliability and validity of a smoking timeline follow-back interview [J]. *Psychology of Addictive Behaviors* 26, 672-677 (1998).
- [25] Pedersen E R, Grow J, Duncan S, et al. Concurrent validity of an online version of the Timeline Followback assessment [J]. *Psychology of Addictive Behaviors Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors* 4, (2012).

本澳青少年藥物濫用次級預防工作經驗分享

陸綺彬 方韻

澳門基督教青年會

壹、本澳青少年藥物濫用與三級預防模式介紹

一、本澳青少年藥物濫用現況

根據 2012 年澳門社會工作局防治藥物依賴廳出版的「青少年禁毒輔助教材」中對藥物、藥物濫用和毒品的定義可知，在非醫療目的下，未經醫師處方或指示而過度強迫使用某種藥物，其程度足以傷害個人的健康、影響社會及職業之適應，甚至危害到社會秩序，稱為「藥物濫用」，詞義上常與「吸毒」共用。而毒品是指一些具有毒性的物質，服用後會引起精神興奮、抑制或幻覺作用，長期服用會形成癮癖，並被相關法例列為專門管制藥物。

關於本澳青少年藥物濫用的現況，社工局於 2016 年的澳門藥物濫用者中央登記系統中顯示，本澳被呈報的總濫藥人數為 548 人，以 21 歲為青少年分界點，青少年濫藥者總共佔 6.2%，其中男性佔 55.9%，女性則佔 44.1%，比例相均，平均年齡是 17.7 歲，年齡最小者只有 14 歲，主要濫用藥物為甲基安非他命（俗稱冰毒）佔 53.1%、其次為氯胺酮（俗稱 K）佔 18.8%，以及大麻佔 15.6%。而在總濫藥登記人口中，以初中學歷為最多佔 41.2%，其次為小學學歷佔 31.6%和高中學歷佔 18.2%；由此系統登記數據可見，青少年吸毒亦愈來愈隱蔽化，其中無論成年人或青少年，其吸食冰毒的趨勢皆有所上升，同時濫用兩種以上物質的比例，亦比去年增加（澳門社工局，2016）。

二、藥物濫用三級預防模式

美國學者 Brantingham 和 Fausst(1976)曾提出，犯罪預防模式可藉由醫學上公共衛生疾病預防模式來進行，分為初級、次級與第三級預防，以下分為概述（蔡德輝、楊士隆，2012）：

初級預防(Primary Prevention)

以全體社會為對象，消除有可能利於藥物濫用的機會，讓青少年培養健康品格、或正向的休閒和解壓方式，並認知藥物濫用的各種負面影響，增強其拒毒能力為目的。例如各種藥物濫用防治課程、恆常性的健康生活教育和活動、以及大型社區宣傳等。

次級預防(Secondary Prevention)

以高危或高風險藥物濫用傾向、或偶發輕微使用藥物者為對象，進行預防措施，重點在於能夠及早辨識、篩檢出此類族群，並進行適當適切的介入服務，包括介入輔導或評估轉介等，避免其之後出現濫用藥物甚至成癮的問題。

三級預防(Tertiary Prevention)

屬於危機處理階段，針對已有成癮問題之濫藥者，進行司法或相關措施（如醫療戒毒服務），降低其復吸或再犯的可能性，並重新復歸社會。

貳、推動青少年藥物濫用次級預防工作

一、本會青少年藥物濫用預防工作的發展

本會本著「非以役人，乃役於人」的基督精神，一直為本澳之兒童、青少年及其家庭，提供各種預防性及發展性的社會服務，同時亦與現今澳門的社會問題同步關注，貼近青少年的實際需求。於 2001 年得到澳門社會工作局的支持，開展預防藥物濫用的初級預防工作。

在經過多年進行濫藥預防工作之後，初級預防工作已見成效，例如結合社區、學校或家庭等不同體系，向本澳青少年傳遞正確的藥物知識、以及拒絕毒品的價值觀等；同時，在推行期間，亦接觸到一些較為特殊的青少年族群，例如中輟離校生、隱蔽青年、經常接觸或流連於高危場所的青少年等，我們發現僅以初級預防工作模式介入，未能全面滿足這群青少年的特殊需要。因此，本會開始推行雙軌預防工作，一方面繼續發

展及優化初級預防工作，向社區宣傳健康生活的訊息；另一方面，針對高危青年族群，進行及早辨識介入，提升其對抗不良誘惑的能力，建立無毒健康人生。

以下將介紹本會於藥物濫用次級預防工作的推展背景，以及應用於學校層面的多元介入模式。

二、青少年藥物濫用次級預防服務的推展

針對不同的族群可運用不同層級的預防策略，而本澳早年預防藥物濫用工作的特點，大多以健康生活教育（初級預防）或戒毒服務（三級預防）為主；就目標人口而言，初級預防和三級預防的對象較為明確，前者是全澳青少年及社區，後者則是已有藥物成癮問題、需就醫或進入司法程序者，相對於次級預防的潛在高危族群，較易辨識和介入。而高危青少年族群本身具有較多成長需要，即使參加初級預防的服務，卻難以處理其個人的成長問題，例如自我肯定、家庭與朋輩關係或學業問題等，當面對高危濫藥情境時，較容易接觸或使用毒品，故其濫藥危機仍然存在；然而，由於他們尚未達到出現藥物成癮的嚴重程度，因此亦不會進入三級預防的治療性服務流程裡。這群青少年的生活大部份佈滿危險因子，甚至個人或身邊的朋輩皆有高危生活習慣（如吸煙、飲酒等）。因此，本會將上述具有高危濫藥風險的青少年納入為主要服務對象。根據過往實務經驗和相關文獻理論作總結，將個人（如個人自信心或自我控制能力薄弱等）、家庭（如家庭失能或成員間的親子關係差等）、朋輩（如過份依賴和模仿所屬團體等）以及學校（如學習動機低落、對學校歸屬感弱等）四個層面上，具有成長缺失或功能不佳者定義為藥物濫用次級預防工作的服務對象，同時定名為「具有高關懷成長需要之青少年」，以避免產生負面標籤效應。學者 Hawkins(2000)提到，若個人於此階段未能得到切合需求的輔導服務，便很可能誘發更多危險因子，如接觸藥物或違法行為；亦有文獻指出，若能在此階段——即青少年尚未真正進入過多偏差行為之前，能針對個人的高危行為進行篩選辨識，並聚焦於此類高危群體進行介入，增加其生活中的保護因子，便能有效防止其進入下一階段——更嚴重的犯罪或偏差行為（呂紀韋，2008；簡慧娟、余紅柑，2009；林珮君，2014）。

有見及此，本會於 2008 年底起，開始發展藥物濫用次級預防工作，並擬定相對應的工作策略，即在一般的青少年群體當中，直接接觸此類具高關懷成長需要之青少年；同時，為進一步瞭解本澳青少年的生活情形和濫用藥物現況，以便鎖定服務對象和工作目標，本會於 2012 至 2014 年間，進行了「青少年生活情況與習慣」的調查研究，收集全澳 11 間中學、共 1728 份學生資料，當中發現 7.8%承認自己曾經有吸毒行為，21%承認朋輩有曾經吸毒行為，而未曾接觸毒品、但生活（即個人、家庭、學校、朋輩等四面向）中具有危險因子的高關懷成長需要青少年則佔 32.7%，顯示這群為數不少而又處於高危邊緣的青少年實在不容忽視，藥物濫用的次級預防工作有其重要性和必要性，應加大投放相關輔導服務的經費及資源，以強化青少年的保護因子，降低其危險因子；及後，本會亦於 2015 年正式以「有機青年」的中心形式投入運作，為本澳提供更多不同類型、更多元化的次級預防藥物濫用工作。

參、藥物濫用次級預防工作於學校之應用

一、重視保護因子，以學校作為介入平台

在過去，次級預防的輔導策略多聚焦在阻隔高危因子發生，例如禁止出入夜場、酒吧等高危場所，強逼就學或是禁止與壞朋友交往等，反而忽略了在相同生活背景下，保護因子的強大作用力，才是青少年能夠建立健康生活的關鍵；因此，本會期望以強化青少年保護因子的角度出發，跳脫矯正的視框，以理解與發掘潛能的觀點，看待青少年在成長過程中的不同需要，並協助其找到被埋藏的正向特質和能力，發揮生命中獨有的自我價值。

其次，在青少年的成長過程中，學校是青少年行為的重要外在控制因素之一，作為青少年主要的學習、生活場所，學校與青少年之關係相當密切，除了能培養青少年的智力和學術能力，對其品格、社會規範、社會適應力的發展亦有著不可或缺的緊密關係。根據 Hirschi(1969)的社會控制理論(Social Control Theory)指出，個人若能與社會建立高強度的社會鍵（即依附、承諾、參與、信念），社會對其的行為控制力便愈強，個人也較不會從事偏差行為；應用至青少年族群與學校之關係，若青少年能對學校產生強烈歸屬感（即依附），期望能在學業方面獲得成就感和自信心（即承諾），同時也在學校裡花費每天主要的心力、精神和時間（即參與），也認同校規和班規的團體規範（即信念），則其出現偏差行為的可能性便愈低。綜上所述，以學校作為藥物濫用次級預防工作的介入平台，讓青少年能繼續留在學校裡，減少日後發生高危行為的機會，應是目前最適合的預防策略。

二、漏斗型藥物濫用次級預防服務模式

在學校實踐次級預防工作，設立為期六個月的漏斗式的服務計劃，計劃總共分為三階層，以下分為敘述：

第一階層

為漏斗的最上層，此階段與學校合作，以健康生活和藥物知識為主要內容，針對在校學生、教師和家長，進行全面性的主題講座、攤位活動或培訓工作坊等；此階段的主要目的有二點，一方面是從活動中先初步與服務對象建立關係，讓學校師生認識「有機青年」的服務內容，避免對服務產生過多負面標籤或抗拒，另一方面，也能透過各種活動，提升學校師生對濫藥問題和高危青少年的關注，喚起早期預防介入的重要性。

第二階層

為漏斗的中間部份，最重要的工作階段，主要目的是能夠及早辨識出具高危因子之青少年，以提供相對應的服務。參考相關理論和文獻，編製「青少年藥物濫用傾向篩選量表」，並配合學校老師或輔導員的評估，篩選出次級預防工作的服務對象——具有高關懷成長需要的青少年，邀請他們參加為期約一學期的領袖培訓課程，期望透過課程，提升其自信心，找到潛在的優點和長處，肯定自我，另外，為配合現今青少年不同的興趣取向，此課程的主題亦非常多元，包括繩索及戶外歷奇訓練、攝影藝術治療、園藝治療等等。

第三階層

為漏斗的底端，針對第二階段所篩選出的服務使用者，在其完成以上的領袖培訓課程，經評估後，若當中有特殊需要、或較易接觸藥物者，則提供個別跟進和轉介服務，預防他們進一步接觸毒品；而其餘的服務使用者，亦會定期舉辦不同的興趣班、聚會活動等，邀請他們回中心參與，以便進行後續追蹤。

肆、結語

我們相信任何青少年都有其個人潛能及優點，然而，不同的成長生活背景，未必能協助他們成功地發掘長處，找到自己有價值的地方，反而使他們容易因學業、家庭或朋輩適應不良而產生偏差行為，甚至濫用藥物。因此，次級預防工作有其必要性和重要性，本會期望能透過以上三階層的漏斗式校園服務計劃，引導青少年發掘個人潛能和優秀特質，提升自我肯定，強化其內在資源以應對各種不良誘惑；同時加強自我控制與人際溝通技巧，改善與老師和朋輩間的關係，擴展校內正面社交支援網絡，使青少年能有效適應校園生活，繼續留在學校——一個保護力強大的重要外在控制體系，讓學校發揮其保護功能，避免青少年誤入歧途，讓不同生活方式之青少年都能活出自我，貢獻並回饋社會。

參考文獻

- 呂紀章（2008）。《青少年心理健康篩選量表之編製研究》（碩士論文）。中國文化大學心理輔導研究所，台北市。
- 林珮君（2014）。《台灣青少年初次吸菸行為：早期家庭因素的影響》（碩士論文）。國立陽明大學衛生福利研究所，台北市。
- 簡慧娟、余紅柑（2009）。從兒童福利與司法處遇整合觀點—談兒童少年偏差行為防治策略。《社區發展季刊》，128，21-33。
- 澳門社會工作局（2016）。《澳門藥物濫用者中央登記系統報告書》。澳門社工局防治賭毒成癮廳。澳門。
- 蔡德輝、楊士隆（2012）。《犯罪學》。台北。五南。
- Hawkins, J. D., & United States. (2000). *Predictors of youth violence*. Washington, DC: U.S. Dept. of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.

澳門青少年藥物濫用與預防策略的性別差異研究

唐偉 廣東藥科大學

李德 澳門大學社會科學學院

梁敏 澳門大學社會科學學院社會學系

【摘要】

目的：青少年藥物濫用問題在澳門以及周邊地區已引起廣泛關注。澳門特區政府、社區、學校等相關機構採取了一系列預防藥物濫用的教育措施，旨在提高青少年對藥物濫用危害性的認知，降低其濫用藥物的可能性。以往有關青少年藥物濫用的研究顯示，與女性青少年相比，男性青少年對藥物濫用的危害性認知明顯較低，男性青少年濫藥比例顯著較高；同時，不同的濫藥預防措施對不同性別青少年的影響也存在差異。因此，本研究從性別差異角度，探索澳門青少年藥物濫用情況是否存在性別差異，並從藥物濫用的相關預防策略著手，分析其對不同性別在學青少年藥物濫用態度和藥物濫用結果的影響。

方法：文章運用多階段分層概率與模型成比例整群抽樣法（Multi-Stage Stratified Probability-Proportional-to-Size Cluster Sampling），對 15 所小學和 20 所中學的學生進行自填式問卷調查，共收集 8076 份有效問卷。運用結構方程模型以及多組比較結構方程模型來分別分析全部樣本以及男女生具有差別性的預防教育對行為的影響路徑。

結果：1. 參加校內提供的濫藥教育僅對男性青少年的藥物認知的態度具有積極影響，從而降低其濫藥的可能性；2. 而校外機構提供的濫藥教育僅對女生藥物認知的態度具有正面影響，進而減少濫藥的可能性；3. 其他各類在文、康、體方面實施的禁毒活動對在學青少年的濫藥態度沒有顯著影響；4. 通過電視、電臺以及媒體等進行的廣告宣傳的濫藥教育可以同時提高男生和女生對藥物危害的認知，且會對女生的濫藥行為具有直接顯著作用。

【關鍵字】 青少年藥物濫用；澳門；預防策略；性別差異；結構方程模型

壹、研究介紹

近年來，隨著濫藥群體低齡化日趨嚴重，如何有效的預防青少年濫藥問題已經成為各個國家和地區禁毒工作的重要議題。面對嚴峻的毒品趨勢，澳門政府及各社會團體採取了一系列預防藥物濫用的教育、宣傳等措施，以往的研究發現，澳門預防在學青少年濫藥教育宣傳舉措對青少年的藥物態度影響存在差異，由學校/老師開展的濫藥預防教育、媒體宣傳以及社工局在學校開展的講座等活動對在學青少年的藥物態度有積極的影響，而健康生活教育中心對在學青少年的藥物態度反應有消極影響（李德、唐偉、林建、梁成安，2013）。與此同時，青少年藥物濫用的情況依然嚴峻。官方資料顯示 2016 年澳門藥物濫用者中央登記系統的資料顯示，青少年吸毒者的比例為 6.2%，且在整體吸毒人群中，男性約占八成（澳門社工局，2016）。2014 年有關澳門在學青少年吸毒盛行率的調查結果顯示，2.48% 的在學青少年曾經濫用過藥物，且男女生濫藥的比例都比 2010 年度調查結果有顯著上升（李德等，2015）。有關澳門在學青少年藥物濫用的研究也顯示，1.44% 的在學青少年曾經吸食過合成毒品（李德、張小華、唐偉、夏一巍、林建，2016），且男生曾經吸食氯胺酮的比例明顯比女生高（李德、唐偉、夏一巍、張小華，2016）。由此可見，不同性別的在學青少年其濫用的情況存在差異，因此，不同的濫藥預防措施對不同性別的在學青少年的濫藥態度和濫藥行為影響，理論上也存在著差異。為了探索澳門青少年藥物濫用與預防策略的性別差異，本文使用澳門社工局資助澳門大學社會學系進行的“澳門在學青少年與藥物之跟進調查 2014”資料，探索澳門在學青少年藥物濫用情況是否存在性別差異，並從藥物濫用的相關預防策略著手，分析其對不同性別在學青少年藥物濫用態度和藥物濫用行為的影響。

貳、文獻回顧及理論框架

一、社會學習理論與青少年濫藥預防教育

目前對青少年藥物濫用預防方面的研究不計其數，但是實證研究仍然較少。從犯罪學視角出發，Akers（1973）提出的社會學習理論（Social Learning Theory）是用來解釋青少年藥物濫用行為的重要理論之一。社會學習理論以行為主義的觀點為基礎，其基本觀點是青少年的各種行為（包含越軌犯罪行為和傳統行為）都是在社會環境中通過學習（Social Learning）獲得的。社會環境中對青少年影響比較大的因素包含家庭、學校、朋友等；學習的過程主要由模仿（Imitation）、對所學事物的定義（Definition）以及區別性強化（Differential Reinforcement）組成的激勵及制約機制。社會學習不僅僅包含犯罪技巧的傳授，更多的是對犯罪態度的學習；Akers 認為，青少年對某一行為的定義即是對這一行為的態度，對或者錯，好的或者是不好的，想要去做還是不想去做，合理的或者是不合理的，都會直接影響青少年的行為選擇（Akers & Sellers, 2011）。當青少年認為

某種行為是可以接受的，就會選擇用這種方式去解決問題且不認為自己有錯。社會學習理論經常被用來解釋青少年越軌犯罪以及藥物濫用等行為，對青少年進行藥物濫用預防教育可以讓青少年認識到濫藥行為可能帶來的危害和後果，樹立對濫藥行為的正確認知，且通過與藥物濫用預防教育人員的接觸和溝通，對藥物濫用行為產生客觀的認知，這是讓青少年遠離藥物濫用最為有效的辦法和途徑。

二、預防教育通過影響青少年的濫藥態度來影響其行為選擇

在大多數國家，對在校青少年學生進行藥物濫用預防教育是可以減少青少年藥物濫用最為有效的途徑和方法 (Cuijpers, 2002; Tobler et al., 2000)。在大部分西方國家，以學校為單位的藥物濫用預防教育已經成為 12-18 周歲孩子的課堂必修課。但是，有研究表明對於不同地區、不同性別的孩子來說，有些藥物濫用預防教育是沒有效果的。因此，瞭解對青少年有效的藥物濫用預防教育模式尤為重要。此外，以往研究表明大部分藥物濫用預防教育對青少年藥物濫用行為的影響是通過其他仲介作用得以實施的 (MacKinnon & Dwyer, 1993)，其中，最為重要的仲介變數是青少年對藥物濫用的認知。

國內也有研究表明不同機構提供的濫藥預防教育對青少年的影響（李德、唐偉、林建、梁成安，2013）。研究表明，由學校或者授課老師方面開展的濫藥教育、媒體廣告宣傳以及社工局來校開展的一系列講座等活動對在學青少年的藥物認知具有積極的作用，更多的瞭解藥物濫用的危害從而從心理上開始抵禦濫藥行為；反之，健康生活教育中心對青少年的認知和行為均具有消極的作用。此外，國內有研究證明青少年對藥物濫用的反對程度會影響青少年的藥物濫用行為 (張小華, 夏一巍, & 葉嘉茵, 2015)。因此，本文將對藥物濫用行為的接受程度作為濫藥預防教育對青少年濫藥行為的仲介影響因素。

三、國內外有關青少年藥物濫用與預防策略的性別差異研究及結論

部分研究表明不同性別的青少年在對藥物濫用的認知和行為方面具有較大的差異 (Gillham, Hamilton, Freres, Patton, & Gallop, 2006; Stice, Shaw, Bohon, Marti, & Rohde, 2009; 張小華 et al., 2015)，即男性青少年的藥物濫用的頻率會顯著高於女生（張、夏、葉，2015）。此外，由於女生在心理上比男生更加容易產生同情，因此預防教育對女生的抑制效果可能會顯著高於男性青少年。男女在社會紐帶上具有差異，對於女生而言，從社會紐帶方面進行藥物濫用預防教育的效果可能會優於男性 (王麗娟 & 蔡成華, 2005)。本文以此為基礎，在整體分析的基礎上對男女進行比較研究。

簡言之，回顧以往的研究，當前國內在藥物濫用預防方面的研究主要集中在案例分析上，系統的實證研究較少，且針對隨機抽樣樣本的濫藥預防教育通過影響青少年的認知來進一步影響其行為的研究更是少之又少，因此，本文以對不同的濫藥預防教育策略與青少年行為之間的路徑分析為基礎，並進一步探討性別差異導致的影響路徑的差別，在實證分析的基礎上為建立有效的濫藥預防教育機制提供建議。

四、本文的研究假設

根據理論分析和文獻回顧，本文的研究假設主要包含三個部分：

假設一，當前澳門政府主要推行的四種不同形式的藥物濫用預防教育，即自己學校提供的課堂研習、討論，校外機構、人員提供的專題講座，文康體類禁毒活動，宣傳廣告（電視、電臺、傳單、海報、橫幅等）均會顯著減少澳門青少年的藥物濫用行為。

假設二，上述四種濫藥預防教育對青少年濫藥行為的影響可能會通過影響青少年的藥物認知和接受程度來影響其行為選擇。

假設三，男女青少年在接受相同的濫藥預防教育後，可能會產生具有差異性的濫藥接受程度和濫藥行為。

叁、資料及測量

一、樣本和資料

本研究採用的資料來自“澳門在學青少年與藥物之跟進調查 2014”專案。該調查專案由澳門社工局資助，澳門大學社會學系承辦。調查的物件包括全澳地區在讀的高小學生（五、六年級）、初中生、高中生以及大學生，其中大學生的資料不包括在本次分析內。通過使用多階段分層概率與模型成比例整群抽樣法 (Multi-Stage Stratified Probability-Proportional-to-Size Cluster Sampling)，對 15 所小學和 20 所中學的學生進行自填式問卷調查。

調查問卷的設計參考借鑒了美國青少年縱貫調查 (National Longitudinal Survey of Youth, NLSY) 問卷和監測未來 (Monitoring the Future, MTF) 問卷，並結合澳門的確青少年的特點加以修改完善。問卷的內容包括被調查

者的基本資訊、日常活動、在校表現、父母教育方式、對毒品和吸毒行為認知、態度、吸毒預防教育和吸毒經歷等，共約 60 道題目，平均作答時間 30 分鐘。

為了盡可能的保證自填式問卷的真實性和可靠性，調查由經過嚴格培訓的調研人員進入課堂且在任課老師缺席的情況下進行。結果共收集 8076 份有效問卷，其中高小學生 1172 份，初中生 3185 份，高中生 3719 份。

二、變數及測量

（一）藥物濫用情況

藥物濫用作為本研究的因變數，調查中涉及到的毒品種類包括 K 粉、搖頭丸、冰毒、白粉、大麻、可卡因、可待因、丸仔及開心水的使用情況，被訪者分別回答其曾經、過去一年、過去 30 天三個時段的上述毒品使用情況，本文採用曾經吸食毒品的情況來進行分析，答案包括“0 次、1—2 次、3—5 次、6—9 次、10—19 次、20—39 次、39 次”，被重新定義為“0、1.5、4、7.5、14.5、29.5、39”。其數值越大代表被調查者曾經的吸毒的頻率越高。

（二）藥物濫用預防教育

藥物濫用預防教育包括自己學校提供的課堂研習、討論，校外機構、人員提供的專題講座，文康體類禁毒活動、宣傳廣告（電視、電臺、傳單、海報、橫幅等）以及其他有關濫藥教育的經歷。對前述四類濫藥預防教育逐個進行重新編碼，參加過的編碼為 1，無經歷的編碼為 0。

（三）對藥物濫用行為的接受程度

對藥物濫用行為的接受程度是通過“請問你贊成人們做以下事情嗎（包括偶爾和經常使用各類毒品）？”這一問題進行測量，答案結構包括“可以接受、不贊成、非常不贊成和不清楚，不熟悉該物質”，在資料分析時，將“不清楚、不熟悉該物質”定義為介於“可以接受”和“不贊成”之間的值，即 1 代表非常不贊成，2 代表不贊成，3 代表不清楚、不熟悉該物質，4 代表可以接受。最終將對偶爾和經常吸食各種毒品的回答相加取均值，數值越大代表被調查者對藥物濫用的接受程度越高。

（四）人口學變數及其他控制變數

編碼為 0 代表女生，1 代表男生。宗教信仰包含天主教、基督教、佛教、媽祖、其他以及沒有宗教信仰，本文進行重新編碼，選擇前面五項中任意一項的編碼為 1，沒有宗教信仰為 0。每月零花錢包含 8 個選項，分別是沒有，1-500、501-1000、1001-1500、1501-2000、2001-2500、2501-3000 以及 3000¹ 以上，數值越大，表示零花錢數量越大。父親和母親的最高學歷包含小學程度及以下，初中程度，高中程度，大學、大專程度、碩士程度及以上五個維度，數值越大，表示父母的受教育程度越高。

三、資料分析方法

為了驗證本研究的假設，本文通過 STATA 13.1 作為分析軟體，主要使用結構方程模型 (Structural Equation Modeling) 和多組比較結構方程模型 (Multi-group Structural Equation Modeling) 的分析方法。在結構方程模型中，本文將所有中學生（包含初中和高中）作為一個總體，在控制家庭基本因素的前提下，來研究引數，即本校提供的課堂研習、討論，校外機構、人員提供的專題講座，文康體類禁毒活動，宣傳廣告（電視、電臺、傳單、海報、橫幅等）四種不同形式的藥物濫用教育模式是否對青少年的藥物濫用認知具有顯著影響，若有，是如何影響青少年對藥物濫用的接受程度的，同時分析藥物濫用的接受程度如何影響藥物濫用的行為。

在分析整體樣本的基礎上，研究中發現，不同性別的中學生在對藥物濫用的接受程度和藥物濫用行為方面均具有顯著性差異，在此基礎上運用多組比較結構方程模型來進一步探究男女生在接受相同的濫藥預防教育後，不同的教育模式是否對藥物濫用的認知具有不同的影響路徑。

肆、研究結果

一、描述性統計分析

通過表 1 可以看到，男生占總體樣本的 52%，女生占 48%。樣本包含高小、初中以及高中生，因此，平

¹ 本題中所有金額均為澳門元。

均年齡大約是 15 歲左右，這一年齡分佈可以較為全面的代表澳門青少年群體。39%的青少年具有宗教信仰。從調查中可以看出，澳門青少年平均每個月的零花錢數量大約是 500-1000 澳門元。父母的學歷幾乎一致，大約是初中和高中之間的水準。

通過此次調查，我們發現，澳門政府對於不同藥物濫用預防教育的推進比較深入和全面，四類不同機構提供的預防教育的參與情況均在 80%以上，其中，媒體廣告宣傳方面和校外機構提供的一些專題講座和活動均不低於 85%的普及率。澳門青少年對吸毒行為的接受程度和藥物濫用行為方面呈現出較大的個體差異性（接受程度，平均值=21.03，標準誤=8.07；濫藥行為，平均值=1.44，標準誤=15.47）。

表 1. 樣本描述性統計分析

變數	均值	標準誤	最小值	最大值
控制變數				
性別	0.52	0.50	0	1
年齡	14.68	2.49	10	23
宗教	0.39	0.49	0	1
每月零花錢	2.73	1.61	1	8
父親最高學歷	2.57	1.13	1	5
母親最高學歷	2.57	1.08	1	5
因變數				
自己學校提供的課堂研習、討論	0.81	0.40	0	1
校外機構、人員提供的專題講座	0.85	0.36	0	1
文康體類禁毒活動	0.82	0.39	0	1
宣傳廣告	0.87	0.34	0	1
仲介變數				
對吸毒行為的接受程度	21.03	8.07	0	56
引數				
毒品使用情況	1.44	15.47	0	351

二、相關性矩陣和結構方程模型分析

通過相關性矩陣分析，所有變數中，除了年齡，其餘變數均與青少年藥物濫用行為具有顯著的相關關係（見表 2），其中，不同形式的藥物濫用預防教育均與藥物濫用使用情況以及對藥物濫用的接受程度具有顯著的負相關性，假設 1 得到驗證。

表 2. 不同變數之間的相關性分析

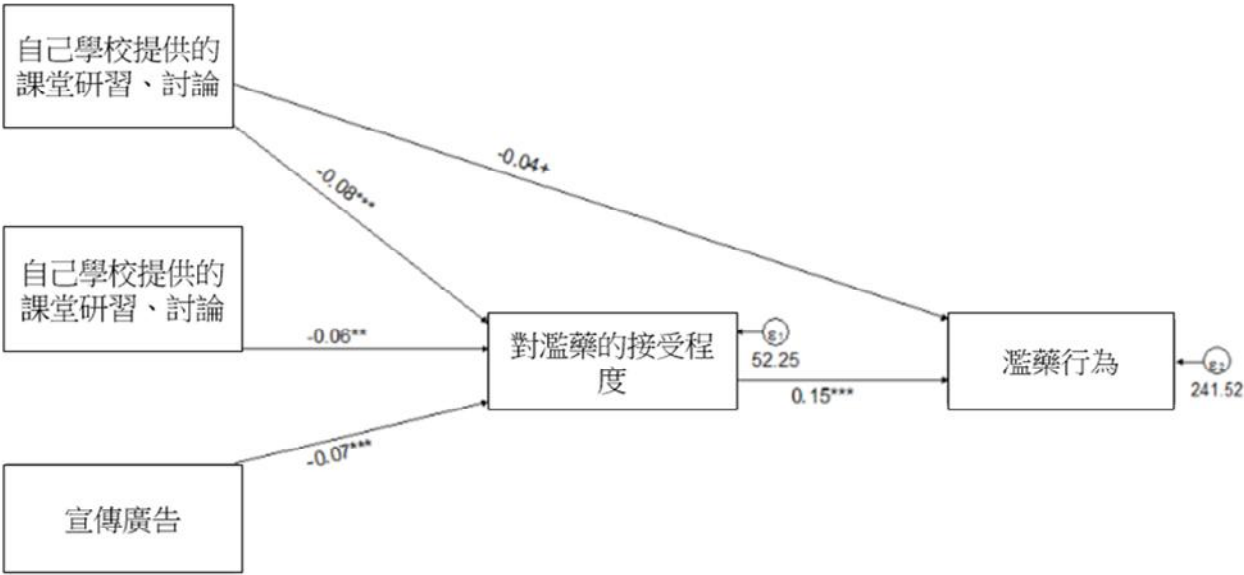
	1.性別	2.年齡	3.宗教	4.月零 花錢	5.父親 教育	6.母親 教育	7.學校 濫藥教 育	8.校外 濫藥教 育	9.文康 體活動	10.媒體 宣傳	11.對濫 藥行為 的接受 程度	12.濫藥 使用情 況
1	1.00											
2	0.08*	1.00										
3	-0.02	-0.05*	1.00									
4	0.06*	0.28*	0.01	1.00								
5	0.06*	-0.17*	0.04*	0.03*	1.00							
6	0.09*	-0.21*	0.03*	0.04*	0.60*	1.00						
7	-0.07*	0.07*	-0.01	-0.01	-0.02	-0.05*	1.00					
8	-0.07*	0.06*	-0.02*	-0.01	-0.08*	-0.09*	0.57*	1.00				
9	-0.07*	0.11*	-0.03*	0.02*	-0.08*	-0.07*	0.55*	0.67*	1.00			
10	-0.08*	0.09*	-0.01	-0.01	-0.05*	-0.05*	0.55*	0.60*	0.63*	1.00		
11	0.10*	0.68*	0.03*	0.12*	0.06*	0.07*	-0.14*	-0.15*	-0.13*	-0.15*	1.00	
12	0.03*	0.01	0.04*	0.04*	0.03*	0.04*	-0.06*	-0.05*	-0.05*	-0.06*	0.14*	1.00

注：*表示 $p < 0.05$ 。

如圖 1 所示，本研究假設的結構方程模型是在控制青少年性別、年齡、宗教信仰、每月零花錢以及父母受教育水準的基礎上，來驗證本校提供的針對濫藥預防教育的研習、討論，校外機構進行提供的關於濫藥教育的專題講座等，各類文康體活動，以及不同形式的媒體廣告宣傳四種不同形式的濫藥教育對青少年群體藥物濫用接受程度和行為的影響。

文章的假設 2 是青少年對藥物濫用行為的接受程度會直接影響其藥物濫用的行為，因此不同形式的濫藥預防教育不僅可能會直接影響青少年的濫藥行為，而且會通過影響青少年對藥物濫用的認知水準（接受程度）來間接影響濫藥行為。

結構方程模型的整體擬合優度（Overall Goodness of Fit）良好（RMSEA=0.000，Pclose=1.000，CFI=1.000，TLI=1.000）。從結構方程模型中可以看到，本校提供的課堂研習、討論（ $\beta = -0.08$ ， $p < 0.001$ ），校外機構提供專題講座（ $\beta = -0.06$ ， $p < 0.05$ ）以及各類宣傳廣告（ $\beta = -0.07$ ， $p < 0.001$ ）均會直接降低青少年對藥物濫用行為的接受程度，且對藥物濫用的接受程度會直接增加青少年的藥物濫用行為（ $\beta = 0.15$ ， $p < 0.001$ ）；即不同部門提供的大多數預防濫藥的教育活動對青少年抵制濫藥行為具有顯著作用。此外，結構方程模型的結果還顯示，除了本校提供的課堂研習、討論（ $\beta = -0.04$ ， $p < 0.1$ ），其他不同方式的濫藥預防教育對青少年藥物濫用的行為均沒有顯著的直接作用（校外機構， $\beta = -0.01$ ， $p > 0.1$ ；文康體活動， $\beta = 0.01$ ， $p > 0.1$ ；媒體宣傳， $\beta = -0.02$ ， $p > 0.1$ ）。



注：1.+表示 $p \leq 0.1$ ，*表示 $p \leq 0.05$ ，**表示 $p \leq 0.01$ ，***表示 $p \leq 0.001$ ；
2.所有係數均是標準化後係數。

圖 1. 總體樣本的結構方程模型結果

三、差異性檢驗和多組比較結構方程模型分析

文獻回顧中提到，男女在接受相同的藥物濫用預防教育也會產生不同的認知和濫藥行為（張、夏、葉，2015），因此本研究中首先對不同性別的青少年對藥物濫用的接受程度和行為進行 T-test 差別性檢驗，從表 3 中可以看出，男女在濫藥的接受程度和行為方面均存在顯著性差異（接受程度， $P \leq 0.000$ ；濫藥行為， $P \leq 0.002$ ）。

變數	濫藥接受程度		濫藥行為	
	男生	女生	男生	女生
數量	4177	3846	4177	3846
均值	21.85	20.21	1.85	0.90
T 值		-9.24		-2.82
P 值		$P \leq 0.000$		$P \leq 0.002$

表 3. 對濫藥接受程度和濫藥行為的性別差異檢驗

為了進一步驗證假設三中男生和女生對不同類型的濫藥預防教育模式具有不同的認知，運用多組比較結構方程模型，在假設控制變數對男女兩個群體的作用保持不變的前提下，分別對男女進行路徑係數的檢驗（結果詳見表 4）。模型的擬合優度良好（RMSEA=0.035，CFI=0.909，TLI=0.769，SRMR=0.012），結果顯示，各類媒體廣告宣傳類教育（ $\beta = -0.09$ ， $p < 0.001$ ）對女生的濫藥行為具有直接顯著的抑制作用，而本校提供的課堂研習、討論（ $\beta = -0.11$ ， $p < 0.001$ ）等對男生的濫藥行為具有顯著的抑制作用。在對濫藥行為的仲介作用上，影響女生對藥物濫用行為接受程度的顯著因素來源於校外提供的專題講座（ $\beta = -0.10$ ， $p < 0.001$ ）和各類媒體廣告宣傳（ $\beta = -0.07$ ， $p < 0.01$ ），而影響男生對藥物濫用接受程度的主要因素是本校提供的研習討論（ $\beta = -0.12$ ， $p < 0.001$ ）以及媒體廣告宣傳類（ $\beta = -0.06$ ， $p < 0.05$ ），男生和女生相同的是對藥物濫用的接受程度對濫藥行為均具有顯著的促進作用（女生， $\beta = 0.17$ ， $p < 0.001$ ；男生， $\beta = 0.13$ ， $p < 0.001$ ）。

表 4. 性別的仲介調節結果

	女生		男生	
	濫藥接受程度 係數	濫藥行為 係數	濫藥接受程度 係數	濫藥行為 係數
引數				
本校提供	-0.03(-0.53)	0.02(0.81)	-0.12(-2.33)***	-0.11(-4.33)***
校外提供	-0.10(-2.20)***	0.01(0.16)	-0.03(-0.73)	-0.04(-1.95)
文康體禁毒活動	-0.01(-0.19)	-0.04(-2.00)	0.03(0.54)	0.03(1.32)
宣傳廣告	-0.07(-1.86)**	-0.09(5.27)***	-0.06(-1.39)*	0.03(1.31)
控制變數				
年齡	0.04(0.12)**	0.03(0.17)**	0.04(0.12)**	0.02(0.15)**
宗教	0.04(0.59)**	0.03(0.83)**	0.04(0.59)**	0.02(0.74)**
每月零花錢	0.12(0.50)***	0.07(0.70)***	0.11(0.50)***	0.07(0.63)***
父親受教育水準	0.01(0.17)	0.01(0.02)	0.01(0.17)	0.01(0.02)
母親受教育水準	0.06(0.40)***	0.04(0.56)***	0.05(0.40)***	0.03(0.50)***
仲介變數				
濫藥接受程度		0.17(0.41)***		0.13(0.26)***

注：1.*表示 $p \leq 0.05$ ，**表示 $p \leq 0.01$ ，***表示 $p \leq 0.001$

2.括弧外是標準化係數，括弧內是非標準化係數。

伍、研究結論及建議

為了探究不同的藥物濫用預防教育模式對澳門青少年的濫藥認知及濫藥行為的作用，本文採取了結構方程模型以及多組比較結構方程模型對“澳門在學青少年與藥物之跟進調查 2014”的資料進行分析，結果顯示，當前澳門政府主要推行的四種不同形式的藥物濫用預防教育模式中，至少三種，即自己學校提供的課堂研習、討論，校外機構、人員提供的專題講座，宣傳廣告（電視、電臺、傳單、海報、橫幅等）都會通過影響青少年的濫藥認知從而顯著減少青少年的藥物濫用行為；此外，女生對濫藥行為的接受程度要顯著低於男生，且男生的藥物濫用行為顯著高於女生，這一結論與以往在的研究結果一致（張小華 et al., 2015）。

具體而言，本次研究主要有以下具體發現，第一，除了文康體類禁毒活動對青少年的濫藥接受程度以及行為的影響沒有達到統計學顯著，其他濫藥預防教育均對不同性別的青少年的濫藥認知和行為具有顯著的抑制作用，即目前澳門政府提供的濫藥預防教育成效較為明顯，也說明了無論男女，通過改變對藥物濫用的認知或者接受程度來改變濫藥的行為是最為便捷和有效的預防路徑。但是具體的措施對不同性別的在校學生影響存在顯著的差異，這也是文章的第二個主要的發現，對男生而言，本校提供的課堂研習、討論對藥物濫用的行為具有直接的抑制作用，同時，這一預防措施還會顯著影響男性青少年對藥物濫用的認知或者接受程度，從而顯著影響其行為；各類媒體廣告宣傳也會顯著降低男生對藥物濫用行為的接受程度，從而降低濫藥行為。對於女生而言，則有所不同，校外機構提供的專題講座和媒體廣告宣傳會顯著影響女生對藥物濫用的接受程度，從而降低濫藥行為；此外，各類媒體廣告宣傳也會直接減少其藥物濫用的行為。

綜上所述，本文的第一條假設中，除了文康體類活動，其餘均獲得了驗證且結果顯著；第二條假設的中介作用不論對男生還是女生，或者是全部樣本都顯著成立，再次證明通過影響青少年的認知去改變行為是行之有效的解決辦法；男生和女生在濫藥的接受程度和行為上顯著差異，對不同濫藥預防教育的接受程度不同帶來的具有差異性的影響路徑均驗證了第三條假設。根據本文的研究結果，學校或者政府部門可以根據性別差異進行有針對性的濫藥預防教育，首先，考慮男生對研習和討論方面的興趣，可以在男生較多的課堂或者將學校的男生聚集起來展開針對藥物濫用或者其他犯罪越軌行為方面的討論活動以及辯論議題等。女生可能更偏向於一些較為深入的專題講座；此外，可以繼續通過媒體廣告宣傳或者公益廣告的方式在日常生活中對青少年進行積極的正面教育也是減少濫藥行為的有效途徑之一。

本文作為一篇系統研究不同濫藥預防教育模式對不同性別的青少年的影響路徑分析，在很大程度上彌補了當前對藥物濫用預防在實證研究方面的不足，且提出對男女生具有差異性的教育模式有利於提高預防教育的有效性。同時，此研究也存在一些不足和有待改進的地方，首先，本研究沒有考慮到家庭因素對青少年藥物濫用態度和行為的影響，例如父母對孩子的監督、定規矩等行為，如果可以考慮上這些，研究會更加完善；其次，本文使用的資料是截面資料，而不是追蹤資料，若能使用具有時間跨度的追蹤資料進行分析，則可以更加全面的瞭解藥物濫用預防教育對青少年行為的影響和抑制作用的大小，進而使得研究更加具有說服力和推廣意義；這些不足都將是本文作者在以後的研究中努力完善的方面和進步的空間。

參考文獻

- 王麗娟, & 蔡成華. (2005). 初次戒毒男女海洛因依賴者應付方式和社會支援狀況比較. *中國藥物依賴性雜誌*, 14(1), 62-64.
- 張小華, 夏一巍, & 葉嘉茵. (2015). 澳門青少年濫藥防控機制分析——以社會控制和澳門預防濫藥教育為視角. *青年研究* (3), 30-38.
- 李德, 張小華, 唐偉, 夏一巍, & 林建. (2016). 澳門在學青少年合成毒品濫用問題及對策研究. *中國藥物依賴性雜誌*, 25(1), 69-76.
- 李德, 唐偉, 夏一巍, & 張小華. (2016). 澳門地區青少年吸食氯胺酮的模式以及相關因素. *中國藥物依賴性雜誌*, 25(1), 124-131.
- 李德、唐偉、林建、梁成安 (2013). 澳門預防在學青少年濫藥教育宣傳措施成效研究。2013 年全國藥物濫用防治研討會論文集，174-189.
- 澳門社工局 (2016)。澳門藥物濫用者中央登記系統 2016 年報告。 http://www.antidrugs.gov.mo/anti/web/cn/downloads/cr_report_2016.pdf
- 李德、蔡天驥、馬岩、張小華、林建、唐偉、葉嘉茵、夏一巍 (2015)。澳門在學青少年與藥物 2014 調查報告。澳門大學出版，第 12 頁。
- Akers, R. L., & Sellers, C. S. (2011). Social learning theory. *The Oxford Handbook of Juvenile Crime and Juvenile Justice*.
- Cuijpers, P. (2002). Effective ingredients of school-based drug prevention programs: A systematic review. *Addictive behaviors*, 27(6), 1009-1023.
- Gillham, J. E., Hamilton, J., Freres, D. R., Patton, K., & Gallop, R. (2006). Preventing depression among early adolescents in the primary care setting: A randomized controlled study of the Penn Resiliency Program. *Journal of abnormal child psychology*, 34 (2), 195-211.
- MacKinnon, D. P., & Dwyer, J. H. (1993). Estimating mediated effects in prevention studies. *Evaluation review*, 17(2), 144-158.
- Stice, E., Shaw, H., Bohon, C., Marti, C. N., & Rohde, P. (2009). A meta-analytic review of depression prevention programs for children and adolescents: factors that predict magnitude of intervention effects: American Psychological Association.
- Tobler, N. S., Roona, M. R., Ochshorn, P., Marshall, D. G., Streke, A. V., & Stackpole, K. M. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of primary Prevention*, 20(4), 275-336.

創新禁毒預防教育手法---「點·揀」禁毒預防教育應用程式

梁玉娟

基督教香港信義會天朗中心

【摘要】

傳統單向形式的禁毒預防講座，欠互動性。「點·揀」禁毒預防教育應用程式突破以上的限制而衍生出來，以創新元素增強與學生的互動、加強學習效果。「點·揀」是一個供教育工作者作為教學工具的應用程式，基於守護動機理論（Protective Motivation Theory, PMT）（Rogers, 1975）而設計，內容以真人真事的吸毒者歷程為藍本，讓參與學生不單掌握毒品所帶來的嚴重影響（Severity），更讓其了解到人們面對毒品的脆弱抵禦程度（Vulnerability），與學生檢視毒品帶來的短暫「好處」（Rewards），讓學生更深理解毒品對人帶來的真正威脅。此外，朋輩輔導的分享亦強化學生的回應效能感（Response Efficacy）及自我效能感（Self-efficacy），使他們更有信心對毒品作出適當回應。

「點·揀」應用程式於 2015 年 10 月 1 日至 2016 年 5 月 31 日期間為本港 58 間中學及機構提供服務，共服務了 11,470 名中學生，當中 10,666 (93%) 名學生表示「點·揀」能讓他們提升抗毒意識，而活動中亦透過投票機（Audience Response System, ARS）收集了學生對毒品的認識和態度，並進行分析，有助規劃更全面的禁毒教育內容。

【關鍵詞】守護動機理論（Protective Motivation Theory, PMT）；「點·揀」禁毒預防教育應用程式；創新；投票機（Audience Response System, ARS）

引言

沒有人會否定禁毒預防教育的重要性，重點是其內容和形式怎樣發揮果效，讓學生決定不會選擇毒品。不難發現傳統的禁毒教育，內容主要環繞毒品禍害，以及拒絕技巧等等；而一般的形式亦較為單向，學生的參與亦顯得被動。本文以信義會天朗中心的「點·揀」禁毒預防教育的應用程式，闡述應用守護動機理論（Protective Motivation Theory, PMT）（Rogers, 1975）於內容設計上的經驗，配以創新的應用程式互動元素，如何能加強學習效果。最後，更檢視活動經驗及收集的數據，如何有助規劃更全面的禁毒教育內容。

1. 禁毒預防教育的重要及革新

根據禁毒處藥物濫用資料中央檔案室的最新統計數字，在 2017 年首季被呈報的二十一歲以下吸毒人數持續下降了 24%，由 178 人下降至 136 人，唯隱蔽吸毒的問題仍需要繼續關注（禁毒處, 2017）。年輕人吸毒數字不斷下降是有一個好消息，唯持續的禁毒預防工作仍不可少、以加強學生面對毒品的抵禦能力、以面對未明朗的隱蔽情況。

在西方國家，學校的禁毒預防教育是十分重視及廣泛地應用（Cuijpers, 2002；Tobler et al., 2000），但大部份的禁毒預防教育活動對於預防吸毒的行為，均沒有效果；只有少數的活動有顯著的成效（Cuijpers, 2002）；而亦有大量的研究針對這些活動的成效進行評估及理解（Cuijpers, 2002；Tobler et al., 2000；Tobler & Howard, 1997）。針對這些的限制，文獻對有關的活動就內容、互動形式、甚至推行的密度及善用朋輩支援也提供了不少的建議（Cuijpers, 2002；Tobler et al., 2000；Tobler & Howard, 1997）。無論如何，禁毒預防工作是在打擊毒品長遠工作上，是不可或缺的防線，但要有效地推行、實在需要革新及不斷的嘗試。

2. 創新的禁毒預防教育應用程式---「點·揀」的內容設計

校園抗毒工作一直都是信義會天朗中心的重點服務，而大部份學校每年均會為學生安排禁毒講座及活動，推行形式多以講座和班課活動為主，而內容則主要由社工提供抗毒訊息、介紹毒品禍害、以及過來人分享親身經歷等等。所以學生對毒品資訊已有一定的認識；然而，傳統單向形式的講座，沒有太多互動性，對預防學生吸毒的情況有什麼程度的幫助、實在存疑。

2.1 應用守護動機理論 Protective Motivation Theory

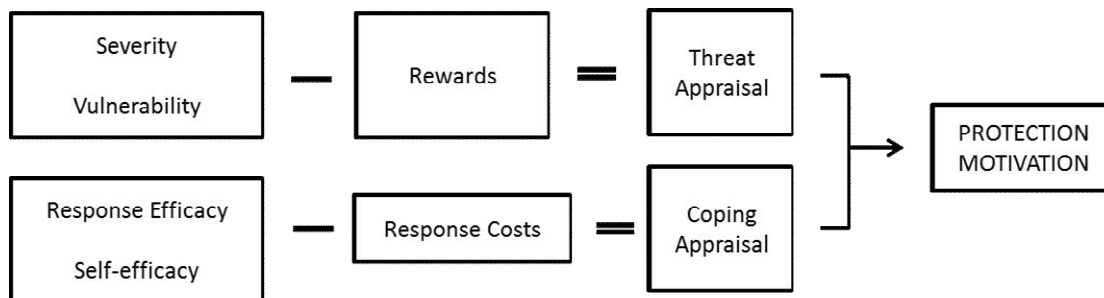
在 2014 年，信義會天朗中心得到香港的禁毒基金贊助下，設計了「點·揀」禁毒教育的應用程式，於中學舉行禁毒教育講座。而為了回應現時推行服務上的限制，「點·揀」禁毒預防教育應用程式，一個教學應用程式，並基於守護動機理論（Protective Motivation Theory, 下稱 PMT）（Rogers, 1975）而設計內容，配以互動形式、於中學進行禁毒預防教育。

PMT 理論亦曾被應用於有吸毒意向的年青人、預防吸煙的研究範疇（Wu et al., 2014；Yan et al., 2014；Pechmann et al., 2003）。簡單而言，PMT 理論提醒我們，人若理解該危難的事或處境的嚴重影響（Severity）及明

白自己難於抵禦其影響性（Vulnerability）；加上協助個人肯定自我效能（Self-efficacy）及回應事件或處境的效能（Response Efficacy），便能有意圖及有能力作出最大保護的選擇(Yan et al., 2014；Pechmann et al., 2003)。

應用 PMT 於「點·揀」禁毒教育程式中，內容主要以真人真事的吸毒者歷程為藍本，讓參與學生不單掌握毒品所帶來的嚴重影響（Severity），更讓其了解到自己面對毒品的脆弱抵禦程度（Vulnerability），並且我們會不忌諱地提及毒品所帶來內在的好處（Intrinsic Rewards）及外在的好處（Extrinsic Rewards），讓學生更理解毒品對人帶來的真正威脅。除此之外，透過成功戒毒人士的親身分享，強化學生的回應效能感（Response Efficacy）及自我效能感（Self-efficacy），使他們更有信心對毒品作出適當回應。再加上社工的解說，令學生明白拒絕毒品也須付出代價（Response Costs），詳見圖 1。整個活動內容設計，主要建立學生掌握如何為別人的吸毒邀請作出威脅評估（Threat Appraisal）及建議對應評估（Coping Appraisal）的方法，最終目標是強化學生的守護動機（Protection Motivation）（信義會天朗中心, 2016）。

圖 1：守護動機理論的機理（Protective Motivation Theory, PMT）（Rogers, 1975）



2.2 「點·揀」具體內容

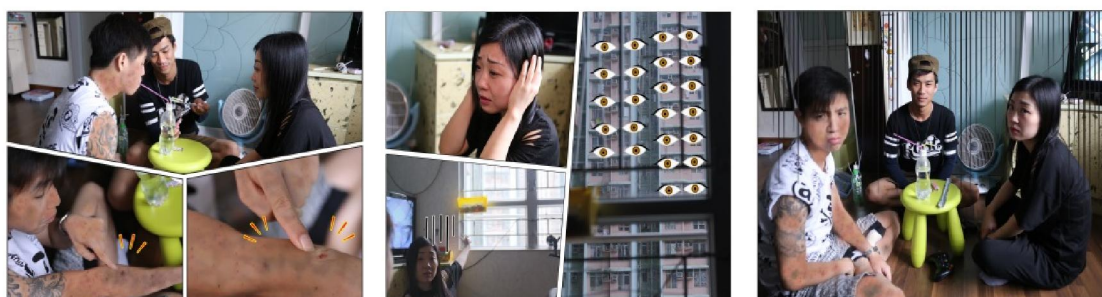
具體應用 PMT 於「點·揀」的內容設計上，例如在吸食毒品的嚴重影響（Severity），見圖 2。主角述說自己及身邊吸毒朋友所遇到的嚴重後果，分別身心受損害:血尿、精神錯亂，關係破損等等。

圖 2: 吸食毒品的嚴重影響（Severity）



而又例如對毒品後遺症的脆弱抵禦程度（Vulnerability），見圖 3。主角與朋友間談論吸毒後遺症，並與學生一起評估自己抵禦毒品後遺症的機會。

圖 3: 對毒品後遺症的脆弱抵禦程度（Vulnerability）



2.3 守護動機理論(PMT)的應用經驗及方向

總結 PMT 理論在禁毒或禁煙的預防教育的重點方向，第一，學生選擇健康行為，除了因為要避免對健康威脅的危機，而且也為了逃避社交及人際關係上的代價或風險(Pechmann et al., 2003)；第二，學生不會純因為認識了吸毒的禍害而加強不去吸毒的意圖，他們只會當認為自己較難抵禦吸毒後遺症，才會加強不去吸毒的意圖(Pechmann et al., 2003)。第三，相對於只不斷重申吸毒的禍害，更大的挑戰是指出學生誤以為吸毒的內外「好處」、作出糾正(Yan et al., 2014)；最後，在整個預防教育的過程中，最重要的元素是提升及強化學生的自我效能感、建立自我保護的健康的行為(Yan et al., 2014)。根據以上的總點方向，以及因應吸毒趨勢及學生們當下的需要，整個「點·揀」禁毒預防教育內容亦隨之作出修訂及改動。

3. 創新的禁毒預防教育應用程式---「點·揀」的互動形式及朋輩輔導員的參與

3.1 互動形式增教育效果

部份研究禁毒預防教育的文獻也指出，互動的形式是最具優勢(Cuijpers, 2012)，有助增加活動的成效，發展學生人際間的相處技巧、讓他們有機會互相接觸及溝通，而且更可交換意見及交流拒絕的方法(Cuijpers, 2012, Tobler et al., 2014)。

為增加「點·揀」應用程式的互動性，活動更配置了投票機(Audience Response System, ARS)，讓學生們在講座或班課活動進行時可即場表態，回應互動劇場中主角所面對的抉擇，讓學生更加投入和專注當中內容。此互動模式不單能提升學習動機，更可藉此收集學生對毒品引誘的各種態度，讓社工能即場回應及解說，加深他們對抗拒毒品的審視認知。再者，更透過 ARS 系統，收集學生對吸毒或拒絕毒品態度的數據，有助日後規劃更全面的禁毒教育內容。

3.2 朋輩參與增同感

相對長輩或成年人帶動的預防教育活動，朋輩帶動的活動往往較有成效(Cuijpers, 2002)。整個「點·揀」應用程式的劇場內容均由社工及一群戒毒成功的朋輩輔導員合力設計及製作而成；朋輩輔導員亦以自身的經歷設計不同的場景故事、與學生分享。故此，在推行禁毒教育過程中，朋輩輔導員亦有高度的參與、增加學生們「同聲同氣」的效果。研究亦顯示，要令朋輩參與的果效更佳，需要延續對他們的培訓、緊密的督導及得到社工或老師在場的支援(Tobler et al., 2000)。

4. 創新的禁毒預防教育應用程式---「點·揀」的成效及數據的分析

「點·揀」應用程式於 2015 年 10 月 1 日至 2016 年 5 月 31 日，期間為本港 58 間中學及機構提供「點·揀」體驗劇場，共服務了 11470 名中學生，當中 10666 (93%)名學生表示「點·揀」能讓他們提升抗毒意識，而且不少學生透過問卷反映「點·揀」讓他們感興趣，使他們更深認識毒品所帶來的禍害，並讓他們更留心在整個活動體驗中。在活動中，我們透過向中學生發問有關毒品知識題和情境題，從而了解他們對毒品的認識和態度；並且發現在 ARS 系統中，收集到的數據是十分有價值，有助規劃更全面的禁毒教育內容。

4.1 「點·揀」數據的分析

4.1.1 對毒品禍害的認知

「點·揀」互動劇場其中一個情境呈現了不同的吸毒禍害，包括：禍及自身健康（血尿）、因幻覺幻聽而傷及家人。即場投票的學生之數據顯示，有 62.1%認為吸毒「絕對會」或「會」導致有關惡果，反映他們認同吸毒會帶來負面的後果，這種對吸毒的認知有助學生抗拒毒品的引誘。相反，有 21.1% 學生表示吸毒絕對不會引致有關負面的後果，更有 14.1% 學生表示「不知道」吸毒是否會帶來有關負面後果，情況值得令人擔心。這反映有近四成學生對毒品禍害的認知不足或低估毒品的危害性，故此，需要加強校園抗毒教育工作，讓學生及早確認毒品的禍害。

4.1.2 糾正對毒品「好處」的謬誤

學生即場回應顯示，有近一半學生認為「非常認同」或「幾認同」吸食毒品之後可以解悶，而且亦有 52.6% 學生表示「非常認同」或「幾認同」主角吸毒後能忘記家庭煩惱。這些回應反映中學生理解毒品有其正面功能，誤以為毒品能舒解沉悶生活感覺及消除煩惱的方法，實屬非常高危。建議禁毒教育工作需提供全面、專業的毒品資訊給學生；也不用忌諱與學生討論毒品的「好處」。

4.1.3 加強自我效能感

學生有機會代入劇場中主角選擇是否接受朋輩的吸毒邀請。回應數據指出有 41.3% 學生表示，他們「不會拒絕」吸食毒品。反映部份學生對毒品的拒絕意識及自我效能感低，在朋輩的影響下或會嘗試吸食毒品，或許他們擔心承擔拒絕朋友邀請的代價及後果。無論是自我效能及回應效能，禁毒教育一方面需再進深了解學生不會拒絕的原因；更需要加強學生拒絕的信心及拆解拒絕的代價承擔。

4.1.4 隱蔽吸毒問題的隱憂

問及學生們身邊有否朋友曾接觸毒品，這項回應率較低(總計有 2,892 名學生回應)，縱然是匿名表態，學生對於此問題也比較敏感及保留。回應數據顯示，有 41.7% 的學生表示「身邊有朋友接觸過毒品」，佔相當高的比例。前文提及禁毒處數據顯示，21 歲吸毒人口持續下降(禁毒處, 2017)。然而，「點·揀」此數據卻有相反的指向，中學生的朋友圈中，身邊不乏吸毒友人、同時大大提高他們接觸毒品的機會。故此，應及早培養學生對毒品正確的價值觀、學習交友之道，以及更重要是協助他們尋找生命的意義及方向、以有「效能」地抗拒任何的引誘。

5. 總結

預防勝於治療，要進行有成效的禁毒預防教育工作實在是有乃業界集思廣益。「點·揀」禁毒預防教育應用程式，首以守護動機理(Protective Motivation Theory)為設計基礎，以創新互動的形式、再配合互動投票機(ARS)及朋輩的參與，建立一創新及互動的禁毒預防教育工具。同時，透過收集學生對毒品態度的數據作出分析及提出具體的建議，有助業界規劃更全面及更有效果的禁毒預防教育內容。

參考文獻

- [1] 禁毒處 (2017), 藥物濫用資料中央檔案室 香港特別行政區, 轉載自 <http://www.info.gov.hk/gia/general/201706/16/P2017061600436.htm>
- [2] 基督教香港信義會天朗中心 (2016) 輔助戒毒復康治療 第二代智能手機程式計劃報告
- [3] Cuijpers, Pim. (2002). Effective ingredients of school-based drug prevention programs: A systematic review. *Addictive behaviors* 27 (6), 1009-1023.
- [4] Pechmann, Cornelia, et al. (2003). What to convey in antismoking advertisements for adolescents: The use of protection motivation theory to identify effective message themes." *Journal of Marketing* 67.21-18.
- [5] Rogers, Ronald W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *The journal of psychology* 91.1: 93-114.
- [6] Tobler, Nancy S., et al. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *The Journal of Primary Prevention* 20.4: 275-336.
- [7] Tobler, Nancy S., and Howard H. Stratton. (1997). Effectiveness of school-based drug prevention programs: A meta-analysis of the research. *The Journal of primary prevention* 18.1: 71-128.
- [8] Wu, Cynthia Sau Ting, et al. (2014). Correlates of Protective Motivation Theory (PMT) to adolescents' drug use intention. *International journal of environmental research and public health* 11.1: 671-684.
- [9] Yan, Yaqiong, et al. (2014). Application of the protection motivation theory in predicting cigarette smoking among adolescents in China. *Addictive behaviors* 39.1: 181-188.

虚拟现实（VR）技术在毒品预防教育中的应用价值、实践与构想

朱晓莉 杜永平 陈晓云

福建警察学院禁毒研究中心

【摘要】

近年来,得益于计算机、通讯与显示技术的高速发展,虚拟现实(VR)技术开始被广泛地应用于多个行业。虚拟现实(VR)具有沉浸感、交互性和构想性三大特征,VR教育的优势在于营造出自主学习的环境,让人置身于虚拟环境中去发现、探索与体验,颠覆了过去常见的“说教+服从式”教育,将之替换为“体验+反思式”教育。本研究从理论上考察了将VR技术应用于毒品预防教育的科学性与可行性,即VR能实现预防教育内容的可视化、形象化,其互动式的教学方式契合了毒品预防教育的根本需要,并能通过将体验者“暴露”在各种特定情景中进行生活技能训练,为识毒、防毒、拒毒能力的形成提供不受时间、空间限制的解决方案。在实践层面,本研究以网龙网络公司的技术团队为支撑,研发出VR毒品预防教育产品,并尝试应用于面向学校和社会的禁毒宣传教育活动,获得的预期成效初步验证了理论假设。在毒品预防教育中应用VR技术的未来构想是,在已有的VR产品基础上,结合互联网、AR、IM、语音识别、全息等技术,在毒品预防教育方面的产品、解决方案进行了进一步的规划与建设。

【关键词】虚拟现实 毒品预防教育 价值 实践 构想

上世纪60年代,人们开始研究虚拟现实,至90年代形成了较为完整的理论体系并进入应用探索阶段。近年来,得益于计算机、通讯与显示技术的高速发展,软硬件成本大大降低,虚拟现实技术开始被广泛地应用于军事、航天、教育、心理治疗、游戏等多个领域。去年,虚拟现实在国内一些禁毒宣传教育活动中现身,成为颇受青少年欢迎的宣传教育手段。将虚拟现实引入毒品预防教育的尝试先后在多地展开,一些虚拟现实领域的企业开始投入力量进行相关产品的研发和应用尝试。

壹、虚拟现实的定义与特征

虚拟现实是许多相关学科和技术分支领域的交叉、协同作用的产物,它不仅涵盖了计算机的运算处理、影像显示、网络、动态捕捉跟踪、传感、反馈和语音控制等技术,还涉及到心理学、人体工程学、制造业等方面的综合运用。维基百科对虚拟现实的定义是:虚拟现实(英语: virtual reality, 缩写VR),是利用电脑模拟产生一个三维空间的虚拟世界,提供用户关于视觉等感官的模拟,让用户感觉仿佛身历其境,可以及时、没有限制地观察三维空间内的事物¹。

虚拟现实具有三个最突出的特征,即“3I”特征:沉浸感(Immersion)、交互性(Interactivity)和构想性(Imagination)。

沉浸感是VR技术区别于三维仿真技术、3D影视、AR增强现实技术的核心特征。由于VR系统可以将使用者的视觉、听觉与外界隔离,因此,用户可排除外界干扰,全身心地投入到虚拟现实中去,获得身临其境的感觉。VR技术根据人类的视觉、听觉的生理心理特点,由计算机产生逼真的三维立体图像。使用者戴上头盔显示器和数据手套等交互设备,便可将自己置身于虚拟环境中,成为虚拟环境中的一员。使用者与虚拟环境中的各种对象相互作用,就如同在现实世界一样:当使用者移动头部时,虚拟环境中人物视角所看到的景象画面也发生变化;拿起物体可使物体随着手的移动而运动,通过多声道耳机还可以听到三维仿真声音。

交互性是使虚拟现实系统中的人机交互成为一种更近乎自然的交互,使用者不仅可以利用电脑键盘、鼠标进行交互,而且能够通过VR眼镜、VR数据手套等用于信息输入输出的传感设备进行交互。计算机能根据使用者的头、手、眼、语言及身体的运动,来调整系统呈现的图像及声音。使用者通过自身的语言、身体运动或动作等自然技能,就能对虚拟环境中的对象进行考察操作。

构想性对于教育方面的应用意义尤为重要。由于虚拟现实系统中装有视、听、触、动觉的传感及反应装置,使用者在虚拟环境中可同时获得视觉、听觉、触觉、动觉等多种感知,可增强学习者对学习内容的感知程度和

¹ 虚拟现实 维基百科 <https://zh.wikipedia.org/wiki/%E8%99%9A%E6%8B%9F%E7%8E%B0%E5%AE%9E>

认知程度,从而使用户深化概念和萌发新的联想,可以说,虚拟现实能够启发人的创造性思维。

贰、虚拟现实技术在毒品预防教育中的应用价值

情境学习理论认为,学习应当是在需要学习的知识、技能的应用情境中进行的,其蕴含的基本原理是:第一,在知识实际应用的真实情境中呈现知识,把学与用结合起来;第二,通过社会性互动和协作来进行学习。虚拟现实(以下简称VR)技术所特有的沉浸感、交互性、想象性三大特征极大地克服了传统教学环境的限制,模拟出不同的应用情境,营造出自主学习的环境,有利于激发学习者的学习动机,增强学习体验,实现情境学习和知识迁移²。目前,在实际的教育应用中,VR技术能支持学习环境的设计,其包括了虚拟仿真环境设计、建构主义活动设计和学习体验设计,同时也能支持技能实训,而这正契合了毒品预防教育的需要。当我们将VR置于毒品预防教育中时,发现其具备的优势可为解决几个重要的问题提供可行的方案。

一、VR技术能实现毒品预防教育内容的可视化和形象化。

毒品预防教育中的基础性内容就是帮助受教育者认识毒品种类了解毒品危害以形成认知,常规的宣传教育方式多采取图片与文字说明、视频解说和仿真品观摩的方式展示毒品、讲解危害,而VR技术则可将毒品的3D虚拟模型呈现出来,学习者可以多视角地观察毒品及其原植物的外观、颜色、包装等特征,获得直观的视觉感受,增强对毒品实物的认识。针对毒品给人体的呼吸系统、消化系统、神经系统等造成损害的内容,文字的表述往往抽象,图片的展示流于表浅,而借助VR设备,学习者可以看到毒品进入人体后多个器官发生的动态病变,并通过触觉、力觉、味觉、运动等多通路感受吸毒后产生的生理与心理上的不适感,加深对毒品危害的理解。VR技术介入所产生的可视化、形象化效果,既能提升受教育者的学习兴趣,又能帮助其感知抽象概念和不可见现象,此优势是其他教育手段所不具备的。

二、VR技术有助于实现毒品预防教育的有效性

联合国毒品与犯罪问题办公室(UNODC)编写并发布的《吸毒预防国际标准》指出,多国研究表明,在毒品预防教育中使用互动方式能产生积极预防的效果,而使用非互动方式(如讲座)则与消极预防效果相关。反观多年来的毒品预防教育,各地普遍采用的讲座、报告会、观看挂图展板、参观禁毒宣传展览等均是单向的、被动的说教式教育学习方式,如何实现双向(或多向)的、自主的参与式学习呢?实践中采用的游戏、情境模拟、角色扮演等都是一中参与式学习方式。VR技术可提供的解决方案是:利用其特有的沉浸感、交互性的特点,将需要学习的内容设计为真实世界中的问题,让学习者通过自身与虚拟环境的互动来获得防毒拒毒的知识和技能。

三、VR技术能支持毒品预防教育中的技能训练

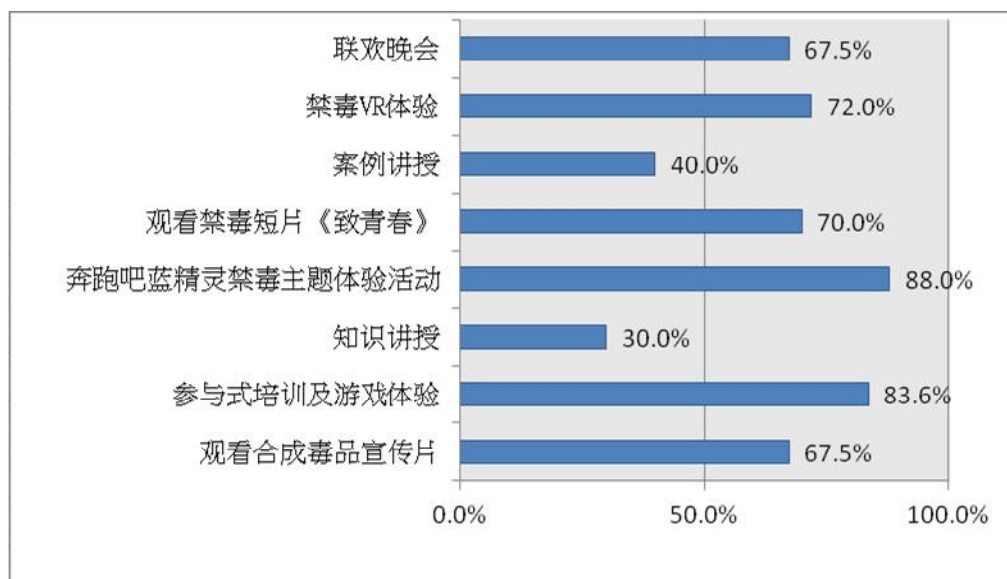
毒品预防教育的目标是使受教育者具备识毒、防毒和拒毒能力,而能力的形成皆需经历“知识习得-认知提升-态度转变-技能掌握-行为改变”的过程,其中的技能是经由反复多次的训练而获得的。长期以来,我国的毒品预防教育多数仍停留在对毒品相关知识的认知提升层面,重识毒能力的强化,轻防毒能力和拒毒能力的训练,即便涉及防毒、拒毒技巧,通常也仅仅将其作为一种知识进行传授,并未真正进入技能训练阶段,因而难以有效达成行为改变的效果。VR技术能提供的解决方案是:将识毒、防毒、拒毒能力分解为多种生活技能,由计算机设计出应用这些技能所需的虚拟环境(如现实生活中可能涉毒的高风险场所),并设计可能被引诱、欺骗、强迫或迫于同辈群体压力而吸毒的情境,让学习者沉浸其中获得与真实世界相似的内心体验,在虚拟场景中通过不断的“试错”反思自身的判断与行为选择。学习者借助VR设备可以进行多次模拟训练,且不受时间和空间的限制,经由反复的不同情境的训练,识毒防毒拒毒的相关技能得以强化。

叁、虚拟现实技术在毒品预防教育中的应用实践

一、虚拟现实技术在毒品预防教育中的应用实践

²刘德建、刘晓琳等(2016,8月)。虚拟现实技术教育应用的潜力、进展与挑战。开放教育研究,(4),25-31。

基于前述虚拟现实技术应用于毒品预防教育的理论假设，网龙网络公司在 2015 年底研发了一款用于毒品预防教育的 VR 课件，开始了利用 VR 技术开展毒品预防教育的应用探索。北京市一场青少年禁毒夏令营活动的调查统计数据显示，由该公司提供的 VR 课件位列“最受欢迎环节”的第三位。



数据来源：《2016 年北京市青少年“蓝精灵”禁毒宣传小教员夏令营调查问卷统计分析》

2016 年 6 月，网龙推出了首辆以 VR 为主题的禁毒宣传大巴，在福建省福州市的火车站、城市广场、学校等地巡回展出，面向社会开展毒品预防教育。此种全新的禁毒宣传教育方式得到公众的普遍认可，尤其获得各年龄段学生的青睐。据活动现场的禁毒民警反馈，许多学生不止体验一次，宣传活动时间也几度延长。随后，其承建的全球首个以互动体验为主，VR、AR、全息为主要表现形式的毒品预防教育基地于 2017 年 6 月在福建省晋江市揭牌，正式对外开放，完成了从单一的 VR 课件到以 VR 为主题的禁毒流动宣传大巴再到落地禁毒宣传教育基地的实践应用过程，其获得的反馈初步验证了理论假设³。



二、虚拟现实技术在毒品预防教育中的应用局限

VR 技术应用于教育的核心是学习模式的改革，它颠覆了过去常见的“说教+服从式”的教育，将之替换为“体验+反思式”的教育。实践中将 VR 技术引入毒品预防教育应谨记此核心，而不是把它们当做摄人眼球的噱头，在宣传时秀秀新技术就宣称将虚拟现实与毒品预防教育相相合了。从理论上说，VR 技术在毒品预防教育中发

³ 华渔推出 VR 禁毒教育系列产品获高度关注 http://science.china.com.cn/2017-07/05/content_9553425.htm

挥的作用是可以预见的,但实际成效还有待客观科学的验证。就已有的应用实践来看,还有几个方面的局限有待突破。

第一,VR设备造价高,以及一人一机的特点使得这样的技术对硬件条件有较高的要求,大规模采购使用的费用高,短时间无法全面推广。目前,在禁毒宣传教育基地配备这样的设备,或一所学校购置几套设备是相对易实现的做法。

第二,VR作为一种技术手段要在毒品预防教育中发挥作用,依赖于庞大的及时更新的资源库。目前,VR毒品预防教育资源库尚未建立。

第三,VR教育的效果取决于知识点在虚拟环境中的植入程度以及虚拟环境对用户交互方式和行为的支持程度,就已经推出的成品来看,大多还是一些简单的三维场景的设计,在呈现实时逼真的虚拟环境方面还需加强技术研发。

第四、使用VR过程中存在的“晕动症”的现象⁴直接造成的后果是VR内容普遍不长、有一部分人群无法或难以进行体验。减轻、杜绝“晕动症”的产生也是VR技术本身亟待解决的问题。

肆、虚拟现实技术在毒品预防教育中应用的构想

毒品预防的干预应当是一个从幼儿-儿童-少年-青年的长期过程,它通过一系列持续的结构化的活动提升个人的生活技能,使得受教育者特别是青少年有能力应对各种挑战和社会影响,选择保持健康的、不沾染毒品的生活方式。青少年是毒品预防教育的最大群体,针对不同年龄段的受众,毒品预防教育的内容需有所区别,讲究科学性、层次性和体系化。同时,VR技术无法包揽所有的毒品预防教育内容,不同知识与技能训练应借助多种手段和形式。因此,虚拟现实技术在毒品预防教育中的未来应用要跳脱单一技术支持的模式,结合互联网、AR、IM、语音识别、全息等技术,在毒品预防教育方面的产品、解决方案进行了进一步的规划与建设。

第一,建立毒品预防教育专家团队,专业人士参与教育资源的设计与研发,以确保各类成品的科学性。

第二,研发系列的学校毒品预防教育课程教材资源。依据中华人民共和国教育部发布的《中小学生毒品预防专题教育大纲》,在此基础上进行创新与细化,大量引入防毒、拒毒技能训练内容,形成小学、初中、高中、中职、大学等五个不同层次的教育大纲,并以此作为课程规划进行开发制作,形成青少年群体易于接受、喜闻乐见的VR、AR、动漫微课、H5互动课件、互动趣味题库等形式的体系化教材资源。

第三,研发易于教师掌握使用的VR编辑器,方便负责毒品预防教育的老师根据教学和训练需求设计相关资源。

第四,在毒品预防教育基地、体验馆等面向社会公众的场所,综合VR、AR、全息等技术,打造“AR吸毒照妖镜”、“VR禁毒科普角”、“毒害全息投影”、“禁毒智能互动桌面”等产品,引入互动游戏,提升公众的识毒、防毒、拒毒能力

第五,充分发挥互联网技术,依托公众普遍拥有的智能手机、平板电脑等通用设备,构建毒品预防教育公众服务网络平台,融合毒品预防教育的系列微课、VR、AR、互动闯关游戏、禁毒知识助手、互动答题等实用性功能与内容,植入游戏化星级元素,利用大数据技术,进行教育过程的量化以及教育效果的评测,拓宽应用的范围。

参考文献

刘蕙、刘蕾(2017,5月)。VR技术在教育领域应用场景研究。电子商务,2017(05),95-96
蔡苏、王沛文等。增强现实(AR)技术的教育应用综述。远程教育杂志,2016(5),27-40。
刘德建、刘晓琳等(2016,8月)。虚拟现实技术教育应用的潜力、进展与挑战。开放教育研究,2016(4),25-31。
Burdea G C, Coiffe P. (1992).Virtual Reality Technology. Presence Teleoperators & Virtual Environments, 12(6): 663-664

⁴ “晕动症”常表现为身体不适、疲劳、头痛、眼睛疲劳、眼睛聚焦困难、唾液分泌增加、出汗、恶心、注意力不集中、头胀、视觉模糊、头晕等症状,以及减弱平衡能力、方向感的副作用。
生活技能又称心理社会技能,是指一个人能有效地处理日常生活中的需求和挑战的能力,是个体保持良好的精神状态,在与他人、社会和环境的相互关系中,表现出适应和积极的行为能力,包括了自我认知、同理心、有效交流能力、人际关系能力、批判性思维、创造性思维、缓解压力能力、解决问题能力、拒绝能力等。

工作坊：特別群組濫藥服務的需要

香港的越南裔吸毒者 HIV 感染風險行為初探

李景輝 戴思韻 范雨

香港戒毒會

【摘要】

根據香港藥物濫用資料中央檔案室數據，越南裔吸毒人士的人數在所有被呈報的非華裔吸毒人士中，一直穩佔第二位，而他們主要吸食海洛英。礙於文化背景和語言差異，越南裔吸毒者甚少主動求助，目前對這一組群的研究文獻甚少。香港戒毒會前線社工留意到，在越南裔吸毒者中，以靜脈注射方式吸毒、露宿街頭等情況普遍，亦有承認自己感染愛滋病毒病毒的個案。為此，香港戒毒會在 2016 年 11 月，招募成功戒毒康復人士擔任訪問員，於越南裔吸毒人士聚集地點，成功接觸及訪問 79 位越南裔吸毒人士，了解他們的吸毒概況。調查發現，30.4%受訪者使用靜脈注射方式吸毒，11.4%受訪者在過去一個月曾經與人共用針筒，30.4%受訪者在最近一次進行性行為時沒有使用安全套，反映越南裔吸毒人士 HIV 感染和傳播風險很高。是次調查是初步探討性質，本會建議日後應就越南裔吸毒人士的情況再作深入訪談和研究。

【關鍵詞】香港戒毒會；越南裔吸毒者；吸食海洛英；HIV 感染風險

在過去十年，香港越南裔吸毒者在所有被呈報的非華裔吸毒者中，人數僅次於尼泊爾裔吸毒者¹。2016 年被呈報的越南裔吸毒者有 202 名，其中 180 人(89.1%)吸食海洛英²，他們大部分有越南難民／船民背景。1970 年代中期，因越南內戰影響，大批越南難民及船民湧入香港，高峰期一年有逾 68000 名難民來港(Chan, 2010)。他們當中部分人士因為有刑事記錄及／或染有毒癮而未能移居海外³。由 1975 年至 2011 年，獲協助移居海外的越南難民有 14 萬，同時，透過遣返計劃返回越南的船民共計約 76000 人。2000 年，香港政府宣佈容許 973 名越南難民和 435 名合資格越南船民申請在港居留⁴，協助他們融入本地社會。

在港的越南裔吸毒者屬於感染愛滋病病毒（以下簡稱“HIV”）高危人群。超過 70%注射毒品人士感染 HIV 的呈報個案為非華裔亞洲人，其中以越南人為主⁵。在 2011 至 2015 期間，非華裔亞洲人佔所有新呈報感染 HIV 個案的 11%，遠高於他們只佔香港人口 5%的比例。在所有非華裔亞洲人新呈報感染者中，越南人佔 12%。2015 年有 10 位新確診的少數族裔 HIV 感染人士吸食海洛英，其中越南人佔了 6 位(60%)，但只有少數正接受 HIV 治療及護理⁶。

香港戒毒會在 2016 年 9 月至 10 月，招募戒毒康復者以外展朋輩教育(peer education)方式前往越南裔吸毒者聚集的地點，為他們提供愛滋病預防教育。但招募越南裔戒毒康復人士比預期中困難，結果 12 位朋輩義工都是華人。他們由香港戒毒會兩位愛滋病專責項目主任提供訓練，內容包括愛滋病資訊、外展服務流程、角色扮演、學習簡單越南問好語、使用圖解教材促進溝通等。

根據《全港無家者人口統計行動 2015 調查報告》，在 372 名被訪無家者中，居於九龍西的無家者佔 52.2% (194 人)，其中居於深水埗的無家者有 130 人。在 372 名被訪無家者中，有 36 名非中國籍人士，以來自越南佔多數(55.6%)。本會駐美沙酮診所社工亦留意到深水埗一處地點有不少越南裔吸毒者聚集，礙於文化背景和語言差異，他們甚少主動求助。他們以靜脈注射方式吸毒、露宿街頭等情況普遍，亦有承認自己感染 HIV 個案，因此我們選擇深水埗區為外展地點。

初步接觸過深水埗區的越南裔吸毒者後，我們在 2016 年 11 月進行一項不記名問卷調查，探討他們的吸毒情況和 HIV 感染風險行為，本文報告這項調查概況如下：

¹ 濫用資料中央檔案室第 65 號報告書(2006-2015)》頁 68。

² 保安局禁毒處《藥物保安局禁毒處網頁 http://www.nd.gov.hk/tc/statistics_list.htm。

³ 香港特別行政區政府立法會參考資料摘要（2000 年）越南難民和船民：未來路向（檔案編號：L/M 1/99 to SRD401/1/C

⁴ 香港特別行政區政府入境事務處（2011）。二零一一年年報第四章《執法及酷刑聲請審理部》，越南難民、船民和非法入境者—「本地收容計劃」，於 http://www.immd.gov.hk/publications/a_report_2011/tc/ch4/index.html。

⁵ 香港愛滋病顧問局愛滋病社區論壇及香港愛滋病服務機構聯盟。(2011).《2012 年至 2016 年香港愛滋病建議策略起草之社區持份者諮詢會議-注射毒品人士環節概要》頁 6。

⁶ 香港愛滋病顧問局。(2017).《香港愛滋病建議策略（2017-2021）》頁 17。

1. 目的

這項調查的目的是探討在香港深水埗區活動的越南裔吸毒者的：(1)人口特徵；(2)吸毒情況；(3)接受戒毒服務經驗；(4)HIV 感染高風險行為概況；和(5)接受 HIV 抗體測試情況。

2. 方法

調查以問卷方式進行，12 位訪問員都是香港戒毒會華人成功戒毒個案，問卷採用中文為語言，並配合圖示補充說明。幸好大部份越南裔吸毒者居港多年，一般可以用廣東話和訪問員溝通，對話後由訪問員填寫問卷。我們另外找到一位越南裔成功戒毒康復個案，願意協助識別和邀請越南裔吸毒者做訪問。兩位項目主任帶領訪問員進行調查，以便提供即場指導及處理突發事故。

訪問於 11 月 2 日、11 月 10 日及 11 月 24 日在深水埗一處越南裔吸毒者活動的地點進行，以便利抽樣 (convenience sampling) 方式邀請 100 位越南裔吸毒者接受訪問，其中 79 位完成訪問，回應率是 79%。

3. 結果

3.1 受訪者人口特徵 (表一)

79 位受訪者中有 71 位男性(89.9%)和 8 位女性(10.1%)。年齡由 25 歲至 61 歲，平均 49.7 歲。男性受訪者以 45 至 54 歲年齡組群人士最多(60.6%)，女性受訪者以 35 至 44 歲年齡組群人士最多(75.0%)。

受訪者居港 1 年至 49 年不等，平均居港 27.5 年。男性受訪者以居港 21-30 年者最多(53.5%)，女性受訪者全部屬於這組群(100%)。

88.6%受訪者持香港居民身份證，10.1%持俗稱“行街紙”的臨時身份證。87.3%男性受訪者持香港居民身份證，女性受訪者全部持香港居民身份證。

64.6%受訪者表示目前或曾經有伴侶⁷，他們的伴侶主要為越南人(78.4%)，亦有香港人(13.7%)和其他地方人士(9.8%)。60.5%男性受訪者目前或曾經有伴侶，女性受訪者全部目前或曾經有伴侶。

50.6%受訪者呈報有工作，49.4%受訪者表示薪金為其主要收入來源，30.4%受訪者正領取綜援，8.9%受訪者領取難民津貼。超過一半男性受訪者有工作(52.1%)，女性受訪者則多數以領取綜援為收入來源(62.5%)。

表一：受訪者人口特徵

	總數		男		女	
	(N=79)		(N=71)		(N=8)	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
年齡						
< 25	0	(0)	0	(0)	0	(0)
25 – 34	2	(2.5)	2	(2.8)	0	(0)
35 – 44	14	(17.7)	8	(11.3)	6	(75.0)
45 – 54	43	(54.4)	43	(60.6)	0	(0)
> 55	16	(20.3)	15	(21.1)	1	(12.5)
沒填報	4	(5.1)	3	(4.2%)	1	(12.5)
居港時間(年)						
< 10	7	(8.9)	7	(9.9)	0	(0.0)
11 – 20	5	(6.3)	5	(7.0)	0	(0.0)
21 – 30	46	(58.2)	38	(53.5)	8	(100.0)
31 – 40	19	(24.1)	19	(26.8)	0	(0.0)
41 – 50	1	(1.3)	1	(1.4)	0	(0.0)
沒填報	1	(1.3)	1	(1.4)	0	(0.0)
所持證件						
香港居民身份證	70	(88.6)	62	(87.3)	8	(100.0)
行街紙	8	(10.1)	8	(11.3)	0	(0.0)
其他	1	(1.3)	1	(1.4)	0	(0.0)
婚姻狀況						
未婚	28	(35.4)	28	(39.4)	0	(0.0)
已婚/同居	34	(43.0)	28	(39.4)	6	(75.0)
離婚	17	(21.5)	15	(21.1)	2	(25.0)

⁷ 「現在或曾經有伴侶」包括：已婚、同居或離婚人士。

工作						
有	40	(50.6)	38	(53.5)	2	(25.0)
沒有（難民身份）	4	(5.1)	4	(5.6)	0	(0.0)
沒有（其他原因）	35	(44.3)	29	(40.8)	6	(75.0)
收入來源						
薪金	39	(49.4)	37	(52.1)	2	(25.0)
綜援	24	(30.4)	19	(26.8)	5	(62.5)
難民津貼	7	(8.9)	6	(8.5)	1	(12.5)
其他	5	(6.3)	5	(7.0)	0	(0.0)
沒填報	4	(5.1%)	4	(5.1%)	0	(0.0)

3.2 受訪者吸毒情況（表二）

受訪者最常吸食毒品種類依次是：海洛英(69.6%)、冰(10.1%)，藍精靈/白瓜子(5.1%)，可卡因(2.5%)。男性受訪者吸食毒品的種類較多樣化，女性受訪者全部吸食海洛英一種毒品。

受訪者最常使用毒品的方式依次為：打高射炮(31.6%)，打針(30.4%)，追龍(25.3%)。男性受訪者最常使用毒品的方式依次為：打高射炮(32.4%)，打針(29.6%)，追龍(25.4%)。女性受訪者最常使用毒品的方式依次為：打針(37.5%)，追龍(25.0%)和打高射炮(25.0%)。

表二：受訪者吸毒情況

	總數		男		女	
	(N=79)		(N=71)		(N=8)	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
曾否濫用藥物?						
有	79	(100.0)	71	(100.0)	8	(100.0)
沒有	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
過去 6 個月內，使用過以下哪種藥物？(可多於一項)						
海洛英	55	(69.6)	48	(67.6)	7	(87.5)
藍精靈/白瓜子	4	(5.1)	4	(5.6)	0	(0.0)
冰	8	(10.1)	8	(11.3)	0	(0.0)
K 仔	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
可卡因	2	(2.5)	2	(2.8)	0	(0.0)
咳藥水	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
海洛英+藍精靈/白瓜子	4	(5.1)	4	(5.6)	0	(0.0)
海洛英+冰	5	(6.3)	5	(7.0)	0	(0.0)
海洛英+可卡因	3	(3.8)	3	(4.2)	0	(0.0)
冰+大麻	1	(1.3)	1	(1.4)	0	(0.0)
其他	2	(2.5)	2	(2.8)	0	(0.0)
過去 6 個月，會使用哪種方法吸食毒品？						
打針	24	(30.4)	21	(29.6)	3	(37.5)
追龍 ⁸	20	(25.3)	18	(25.4)	2	(25.0)
打高射炮 ⁹	25	(31.6)	23	(32.4)	2	(25.0)

⁸ 透過吸入煙霧來吸食毒品的一種方法。

⁹ 將海洛英放入香煙中，點水混合香煙吸食毒品的一種方法。

鼻索	2	(2.5)	2	(2.8)	0	(0.0)
口服	1	(1.3)	1	(1.4)	0	(0.0)
其他	1	(1.3)	1	(1.4)	0	(0.0)
沒填報	6	(7.6)	5	(7.0%)	1	(12.5%)

3.3 受訪者接受戒毒康復服務經驗（表三）

92.4%受訪者目前正參加美沙酮治療計劃。男性受訪者和女性受訪者比率分別為 82.3%及 100%。79.7%受訪者曾經在香港接受住院式戒毒治療，包括懲教署戒毒中心(60.8%)、香港戒毒會(48.1%)，福音戒毒機構(6.3%)。22.5%男性受訪者從沒有在香港接受住院式戒毒治療。

表三：受訪者接受戒毒康復服務經驗

	總數		男		女	
	(N=79)		(N=71)		(N=8)	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
曾否參加美沙酮治療計劃？						
有	73	(92.4)	65	(82.3)	8	(100.0)
曾經有，現在沒有	4	(5.1)	4	(5.1)	0	(0.0)
從來沒有	1	(1.3)	1	(1.4)	0	(0.0)
沒填報	1	(1.3)	1	(1.4)	0	(0.0)
曾否在香港接受住院式戒毒治療？(可選多於一項)						
沒有	16	(20.3)	16	(22.5)	0	(0.0)
懲教署戒毒中心	48	(60.8)	46	(64.8)	2	(25.0)
香港戒毒會	38	(48.1)	38	(53.5)	0	(0.0)
福音戒毒機構	5	(6.3)	3	(4.2)	2	(25.0)
其他	1	(1.3)	1	(1.4)	0	(0.0)

3.4 受訪者 HIV 感染高風險行為概況（表四）

37 位受訪者（46.8%）表示在最近半年曾進行性行為，但只有大約三分一在最近一次進行性行為時使用安全套。64.5%男性受訪者和 66.7%女性受訪者在最近一次進行性行為時沒有使用安全套。

24 位(30.4%) 以打針方式使用毒品的受訪者中的 13 人(54.2%) 表示每次使用新針具，2 人(8.3%)聲稱每次使用已消毒舊針具，9 人(37.5%) 表示曾與人共用針筒，包括 6 男 3 女。男性受訪者共用針筒的對象，包括親人或伴侶(3 人)，吸毒朋友(1 人)和陌生人(2 人)。女性受訪者共用針筒的對象，只限親人或伴侶(1 人)和吸毒朋友(2 人)，不會和陌生人共用針筒。

表四：受訪者 HIV 感染高危行為概況

	總數		男		女	
	(N=79)		(N=71)		(N=8)	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
過去 6 個月，曾否進行性行為？						
有	37	(46.8)	31	(43.7)	6	(75.0)
沒有	42	(53.2)	40	(56.3)	2	(25.0)
最近一次進行性行為時有否使用安全套？(N=37, M=31, F=6)						
有	13	(35.1)	11	(35.4)	2	(33.3)
沒有	24	(64.9)	20	(64.5)	4	(66.7)

過去 1 個月中，曾與以下哪類人士共用針筒？(只限 9 位共用針筒人士)						
親人或伴侶（配偶、情人、家人）	4	(5.1)	3	(4.2)	1	(12.5)
吸毒朋友	3	(3.8)	1	(1.4)	2	(25.0)
陌生人	2	(2.5)	2	(2.8)	0	(0.0)
拾獲來歷不明的舊注射針具	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
其他	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)

3.5 受訪者接受 HIV 抗體測試情況（表五）

超過半數受訪者(69.6%)表示曾接受 HIV 抗體測試，男女受訪者比率分別為 69.1%和 75.0%，測試方法以尿液測試佔大多數(89.1%)。以我們的了解，香港的 HIV 抗體(尿液)測試主要由美沙酮診所提供，一般醫療單位和非政府機構都是採用血液測試。

表五：受訪者接受 HIV 抗體測試概況

	總數		男		女	
	(N=79)		(N=71)		(N=8)	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
曾否進行過愛滋病測試？						
有	55	(69.6)	49	(69.1)	6	(75.0)
沒有	19	(24.1)	19	(26.8)	0	(0.0)
沒呈報	5	(6.3)	3	(4.2)	2	(25.0)
你所使用的愛滋病測試方法是？(N=55, M=49, F=6)						
血液測試	5	(9.1)	5	(10.2)	0	(0.0)
尿液測試	49	(89.1)	43	(87.8)	6	(100.0)
沒呈報	1	(1.8)	1	(2.0)	0	(0.0)

討論及建議

- 這項調查屬於初步探討的性質，由於集中對深水埗區內活動的越南裔吸毒者進行便利抽樣，調查結果不宜推論到其他地區活動的越南裔吸毒者。我們知悉屯門亦有另一群越南裔吸毒者活動，建議將來在其他地區進行問卷調查，以便了解不同區域活動的越南裔吸毒者概況。
- 這項調查的受訪者主要為男性(89.9%)、45 歲以上(74.7%)、居港 20 年以上(83.5%)、持香港居民身份證(88.6%)、主要吸食海洛英(69.6%)的越南裔吸毒者。我們相信他們是 2000 年香港政府擴大本地收容計劃前來港的難民和船民，只有少數為持“行街紙”的新來港難民(10.1%)。接近一半受訪者(49.4%)收入來源主要為工作薪金，30.4%受訪者靠領取綜援過生活，加上吸毒問題，可以推算他們生活處境困難。
- 雖然我們在資料搜集時找到不少傳媒制作的紀錄短片檔案，但香港目前有關在港越南裔吸毒者概況的正式研究甚為缺乏。這項調查的受訪者主要是本地收容計劃前來港的難民和船民，其實和我們一樣也是香港居民。他們一直受吸毒和貧窮問題困擾，難以融入主流社會。我們建議政府應增撥資源，支持學院及機構對在港越南裔吸毒者的研究，比較有系統地掌握這群越南裔吸毒者的需要，協助他們戒除毒癮及融入社會。
- 64.6%受訪者表示目前或曾經有伴侶，伴侶以越南人為主(78.4%)。46.8%受訪者在過去 6 個月曾經進行性行為，但其中 64.9%（所有受訪者的 30.4%）在最近一次進行性行為時沒有使用安全套。越南裔吸毒者安全套使用率只有 35.1%，遠低於香港戒毒會在 2016 年全港問卷調查接觸到的吸毒者（主要為華人）安全套使用率的 75%（香港戒毒會〈2016 濫藥人士對愛滋病的認知與高危行為概況調查報告〉未正式發表的内部文件）。
- 9 位受訪者（所有受訪者的 11.4%）在過去一個月曾經與人共用針筒，兩位男性受訪者更曾經與陌生人共用

針筒，比率為 8.3%，高於香港戒毒會在 2016 年全港問卷調查接觸到的吸毒者（主要為華人）的 6%。兩位受訪者聲稱他們有清潔針筒，我們相信他們只是用清水沖洗針筒，不能預防感染 HIV 和肝炎。

6. 以上數據反映越南裔吸毒者 HIV 感染風險很高，但他們接受 HIV 抗體測試的比率為 69.1%，而且不知他們是否知悉測試結果。香港戒毒會在 2016 年全港問卷調查接觸到的吸毒者（主要為華人）的比率則為 77.0%，而且知悉結果。前文曾經提出，2015 年有 6 位新確診的 HIV 感染人士是越南人，而且只有少數正接受 HIV 治療及護理。我們建議政府增撥資源向越南裔吸毒者推廣安全性行為、教導他們每次使用新針筒、接受 HIV 抗體測試並查詢測試結果，及 HIV 治療及護理的作用。
7. 在戒毒康復治療方面，90%受訪者目前正參加美沙酮治療計劃，但根據我們的前線觀察，越南裔吸毒者出席美沙酮治療計劃的情況一般並不理想，需要加強教導他們每天出席治療和服用足夠劑量的重要性。另外，22.5%男性受訪者從沒有在香港接受住院式戒毒治療。我們建議加強向越南裔吸毒者推廣住院式戒毒康復服務。
8. 這項調查有 8 名女性受訪者，她們全部是已婚、同居或離婚人士，沒有單身人士。75.0%沒有工作，可見她們依附男性伴侶生活的情況很普遍。我們擔心她們在進行安全性行為方面的“議權”(Bargaining power)很低，所以 66.7%進行性行為時沒有使用安全套。我們建議在未來應該特別留意加強對女性越南裔吸毒者的教育和支援。
9. 我們在招募越南裔戒毒康復者擔任朋輩教育義工方面亦遇上困難。越南裔吸毒者難以融入主流社會，他們戒毒後能夠維持良好操守的人數本來已不多，而且需要長時間工作維持生計，很難付出時間做義工。此外他們透露南北越人民因戰爭歷史和文化差異影響，國家於 1975 年統一至今彼此相處仍不融洽，也是減低他們擔任外展朋輩教育義工動機的原因之一。然而，對於少數族裔的戒毒及愛滋病預防工作來說，朋輩教育極為重要¹⁰，我們建議政府增撥資源培訓全職的越南裔朋輩教育人員，包括吸納沒有吸毒經驗的越南人投身朋輩教育工作。
10. 最後，限於語言和文化隔閡，這次調查的問卷設計內容比較簡單，沒有觸及較複雜和敏感的議題。再進行類似調查時，問卷有改進空間，例如可以增加以下問題：他們的伴侶目前是否和他們在一起？他們的居住情況如何？他們的工作種類是甚麼？他們和固定性伴侶、陌生性伴侶和尋求性服務時，使用安全套情況有否不同？他們的美沙酮代用治療出席率如何？美沙酮劑量是否足夠？他們知道 HIV 抗體測試的結果嗎？

總結

是次調查是初步探討性質，本會建議日後應就越南裔吸毒人士的情況再作深入訪談和研究。根據我們初步調查所得，我們建議政府應該增撥資源協助越南裔吸毒者，包括：(1)在其他地區進行越南裔吸毒者問卷調查；(2)支持學院及機構對在港越南裔吸毒者的研究；(3)向越南裔吸毒者推廣安全性行為及教導他們每次使用新針筒；(4)加強教導越南裔吸毒者每天出席美沙酮治療和服用足夠劑量的重要性；(5)向越南裔吸毒者推廣住院式戒毒康復服務；(6)加強對女性越南裔吸毒者的教育和支援；(7)培訓全職的越南裔朋輩教育人員，包括吸納沒有吸毒經驗的越南人投身朋輩教育工作。

參考文獻

- 香港特別行政區政府立法會參考資料摘要. (2000). 〈越南難民和船民：未來路向〉（檔案編號：L/M 1/99 to SRD401/1/C）
- 香港特別行政區政府入境事務處. (2012). 《香港特別行政區政府入境事務處.2011 年年報》。
- 香港特別行政區政府保安局禁毒處. (2015). 《藥物濫用資料中央檔案室第六十五號報告書》。
- 香港愛滋病顧問局愛滋病社區論壇及香港愛滋病服務機構聯盟. (2011). 《2012 年至 2016 年香港愛滋病建議策略起草之社區持份者諮詢會議-注射毒品人士環節概要》。
- 香港愛滋病顧問局. (2017). 《香港愛滋病建議策略（2017-2021）》。
- Department of Health. (2016). *Hong Kong STD/AIDS Update Quarter 2-2016*. 22(2): 4-5.
- K.B.Chan. (2010). “The Vietnamese Boat People in Hong Kong” *The Cambridge Survey of World Migration*, 380-385. United Kingdom: Cambridge University Press.
- UNAIDS. (1999). *Peer Education and HIV/AIDS: Concepts, uses and challenges*. Geneva, Switzerland: UNAIDS.

¹⁰ UNAIDS. (1999). *Peer Education and HIV/AIDS: Concepts, uses and challenges*. Geneva, Switzerland: UNAIDS.

回應男男性接觸者濫藥行為的經驗分享

『PS33 尖沙咀中心』與『關懷愛滋』的跨服務合作計劃

劉子進 李啟龍 關懷愛滋

葉永裕 香港基督教服務處 Project HERO - MSM 支援服務

【摘要】

近年，從愛滋病服務機構轉介到濫用精神藥物者輔導中心的『男男性接觸者』(MSM) 個案日益增加。MSM 普遍透過參與『毒品與性的派對』(CHEM FUN)接觸多種毒品，同時亦因在派對中發生高風險性行為，而增加感染愛滋病病毒(HIV)的風險。根據不同研究結果及前線人員工作經驗，發現 MSM 普遍在成長及性傾向認同過程中，面對著不同程度負面標籤的挑戰。他們雖然從 Chem Fun 得到被愛及肯定，但是更渴求與人連繫及建立正面自我形象。因此，『PS33 尖沙咀中心』與『關懷愛滋』展開一連串合作計劃，以回應 MSM 吸毒者的深層需要。兩間機構亦互相提供職員培訓，藉此增強同工對戒毒輔導及愛滋病管理的掌握，以建構有效回應 MSM 吸毒者需要的介入方案。本文將分享以敘事治療導向的小組介入及機構之間的個案轉介，如何為 MSM 提供與他人建立互信關係之平台，探索被遺忘的正向身份，亦為他們提供整全的戒毒輔導及感染者支援服務，以發揮不同服務之間的協同效應。

【關鍵詞】男男性接觸者 戒毒 愛滋病 CHEM FUN 敘事治療 跨服務合作

前言

MSM 普遍有參與 Chem Fun 的經驗，即兩人或多人在進行性行為過程或之前使用毒品。根據衛生署調查顯示，10.7%的 MSM 曾在過去六個月在性行為以前或正進行期間使用藥物(衛生署，2017)。「關懷愛滋」的數據顯示，2016 年約有 24%的 HIV 感染者曾經或現在於性行為期間使用毒品，是一般 MSM 的兩倍。MSM 從 Chem Fun 場所開始娛樂性吸毒，然後漸對藥物產生依賴，並演變成慣性吸毒。這容易誘發他們的精神病患，感染 HIV 的風險隨之上升(G. Colfax & R. Guzman, 2006)。有見及此，「PS33 尖沙咀中心」(PS33)與「關懷愛滋」(AIDS Concern, 簡稱 AC)於過去一年展開跨服務合作計劃，以回應 MSM 吸毒者的服務需要。

一、臨床的反思

MSM 是被社會邊緣化的社群，作為小眾的壓力讓他們感覺孤單無助(Meyer, 2003)。若自少受著歧視成長、或家人拒絕接納，較大機會形成其自我防衛及沉默的性格。他們渴望真誠的關係，卻對建立關係毫無信心，更甚在面對親密感時會感到不自在(Greenan & Tunnell, 2003)。透過手機交友應用程式參與 Chem Fun 派對，正好讓他們結識面對相同挑戰的人，去回應自己的需要，深入地「與人連繫」(Race, Lea, Murphy & Pienaar, 2017)。雖然毒品有可能為他們帶來強烈性興奮及愉悅感，但當輔導員與 MSM 深度了解他們吸毒的過程，便不難發現他們所追求的是「與人連繫」的需要。在與人關係疏離的情況下，他們容易把使用毒品等同於「與人連繫」，所以在性行為期間使用毒品，去取得「與人連繫」的感覺。不斷尋找性伴侶亦是為著減低自己的孤獨感及對社會的疏離感(D.K. wok, L. Chan & W.T. Chan, 2009)。

同時，MSM 吸毒者背負的負面標籤使他們難以向身邊人訴說自身問題，因為當家人或朋友知道這些身份及事情後，容易因為誤解而關係破裂。他們對身邊人隱瞞，卻更讓他們將問題歸咎自己，視自己為說謊者而造成壓力，持續構成他們負面的身份認同。若他們同時背負著同性戀者、吸毒者及 HIV 感染者三重標籤，他們在社會上將面對更大的挑戰。此外，他們身體容易出現毛病、情緒困擾及精神病徵狀亦對他們造成重大困擾。在缺乏社群支援的情況下，他們難以在生活中脫離毒品，更使他們建立失敗的身份認同(Failure identity)，認定自己充滿問題，遺忘自己珍貴的個人價值。

二、計劃目標

為了讓服務回應社群的需要，PS33 與 AC 於一年多前開展一項合作計劃。期望透過跨服務的協作，達至以下目標：

1. 強化參加者與人的連繫
2. 建立參加者的正向身份與形象
3. 提升參加者的抗毒意識

三、理論基礎

計劃以「連繫」作為介入的核心理念，不同的小組服務以連繫作為主題。首先是應用性格脾性學理論(Personality Temperament Theory)發展的性格透視(Personality Dimension)測驗工具。性格透視提出所有人都與生俱來同時擁有四種性格氣質，並以四色作分類：藍色真我型、金色組織型、橙色多謀型及綠色探究型。此工具可讓參加者了解個人的性格特質與強處，與自我「連繫」，更可學習與不同性格的人相處，促進與人的有效連繫。然後，再應用表達藝術治療(Expressive Art Therapy)理論，使他們能透過不同的表達藝術媒體，例如視覺藝術及舞蹈等，提升自我了解及覺察。過程中，他們能與自己的身體、情緒及思想連繫，並促使個人成長。

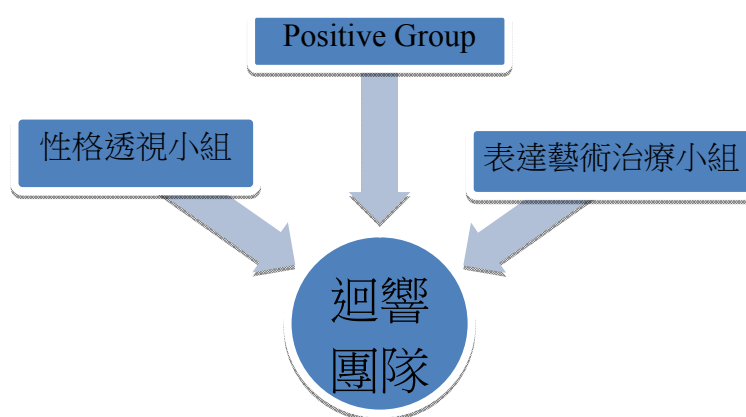
計劃亦應用敘事治療(Narrative Therapy)中解構(Deconstruction)與重寫生命故事(Re-authoring Conversation)的概念，加上生命樹(Tree of Life)和迴響團隊(Reflecting Team)的手法，使他們能與社群及他人連繫。敘事治療強調社會論述、語言及權力影響人建構自我身份，MSM亦普遍從社會脈絡中建立負面的自我身份(McLean & Marini, 2008)。此計劃給予他們空間，可運用自己偏好的語言詮釋「男同志」身份，並分享過去與這身份共存的生命故事，從中發現個人對生活的渴望、希冀，甚至是原則、價值執著以及使命(Morgan, 2000)。此計劃再以生命樹及迴響團隊方式承認(Acknowledge)及豐厚(Thicken)他們的正向故事，建立一個令他們感到正能量的另類身分，並讓他們的正向故事交織在一起，以產生強烈的連繫感。

四、計劃內容

PS33與AC的合作計劃由互相提供培訓開始。首先，PS33為AC同工提供培訓，令對方了解毒品及戒毒輔導的相關知識。當中包括MSM吸毒者吸毒行為與反應、戒毒治療的不同階段與介入，亦簡介PS33沿用的戒毒輔導手法，例如認知行為預防重吸模式(Cognitive Behavioral Relapse Prevention Model)及敘事治療等。AC也為PS33提供HIV病理知識及感染者支援訓練，並介紹與HIV相關服務，例如檢驗服務及預防教育服務等。訓練提升雙方職員在面對MSM吸毒者時的敏感度。

經過三次培訓之後，PS33及AC開始互相轉介MSM吸毒個案跟進，再從合作過程中反思並發現他們與人連繫及建立正向身份的需要。結果，雙方嘗試應用前文提及的理論合辦了一系列小組活動。參加者對象為兩間中心的MSM吸毒個案或潛在個案，所有參加者均為HIV感染者。小組均由兩間中心的工作員同時帶領，以便在戒毒及HIV議題上能即時回應組員的關注。小組可分為兩階段(圖1)，第一階段是性格透視小組、表達藝術治療小組及MSM互助小組(Positive Group)。目的是促進參加者的自我認識，與自身的生命連繫，同時透過小組互動使他們能與他人連繫。第二階段是迴響團隊，讓他們作生命故事的交流，促進彼此連繫。

圖1：兩階段的小組活動



1. 性格透視小組

在性格透視小組中，參加者先完成測驗並得出其性格特質取向，然後透過不同的分組活動體驗自身的性格強處，學習與不同性格的人相處的技巧。AC同工特別設計迎合MSM特性的分組活動，希望能增加他們的興趣和反思。PS33同工亦於小組中加入戒毒輔導元素，與他們探討Chem Fun議題。小組共四節，主要活動內容如下：

(1) 明亮小組(Brightening Group)。組合相同性格的參加者，討論理想家居的佈置，體驗自己最主導的性格特質，並作性格解說

- (2) 混合小組(Mixed Group)。組合不同性格的參加者，設計一項與 MSM 有關的生意，體驗如何與不同性格的人溝通，及
- (3) 如何在不同性格中作自我調節完成性格透視職向問卷，了解職場上的性格特質
- (4) 進行混合減一小組(Mixed Minus One Group)。分組後每組缺某一種特定性格，討論如何與特定性格的 MSM 發展關係
- (5) 吸毒高危處境訓練。討論什麼高危處境最易令他們 Chem Fun。進行角色扮演，分析不同性格在應面對高危處境時的反應及處理方法

2. 表達藝術治療小組

此小組與香港大學表達藝術治療碩士課程合作，由學系之實習治療師聯同 PS33 及 AC 同工合辦共六節的小組。透過藝術創作，參加者可了解自己內心的需要及照顧自己的重要性，與個人身體及生命連繫。活動內容包括：

- (1) 視覺創作及靜觀練習。讓他們練習活在當下及覺察自己的情緒與感受
- (2) 音樂舞動與劇場練習。讓他們表達情緒與探索內在資源
- (3) 分享與解說，建立他們外在資源及支援平台。

3. Positive Group

Positive Group 是一個六節的 MSM 互助小組。應用敘事治療中的解構概念，工作員先與參加者解構社會論述如何塑造 MSM 的形象，以及 HIV、吸毒者和 MSM 的標籤在他們生命中是如何被建構，並以什麼的方式影響他們解構之後，讓他們回顧過去如何與標籤共存，當中有否成功抵禦標籤的獨特事件 (Unique Outcome)，從中發現他們對生活的渴望、希冀，甚至是原則、價值執著及使命，以重寫生命故事。小組嘗試將 Chem Fun 解構，工作員以 Chem Fun 是「一趟旅程」作隱喻，使他們可與濫藥經歷保持的距離，可自如地訴說 Chem Fun 對他們的影響，也請他們評估這些影響。

小組的最後兩節，工作員帶領組員進行生命樹活動。生命樹是敘事治療中的一套集體敘事手法 (Collective Narrative Practice)。工作員以樹作為隱喻，先邀請參加者繪畫屬於自己的生命樹，並於樹的不同部份寫上他們的由來(樹根)、現在的生活(地面)、技巧與能力(樹幹)、希望與夢想(樹枝)、重要的人(樹葉)和可以送給別人的禮物(果實)。然後邀請他們將生命樹貼於牆上，並形成一個樹林，他們可在其他人的樹上寫字，以豐富各人的生命樹。之後，以暴風雨作隱喻，邀請他們分享生命中有什麼事情會破壞他們的樹林，以及過去如何抵禦暴風雨，使他們今日依然屹立不倒。生命樹手法被廣泛應用於曾經歷創傷的個案上，例如曾被侵犯的兒童及愛滋病患者等 (Denborough, 2008)。此集體敘事手法肯定參加者的信念和能力等正向的自我價值，樹林和暴風雨的比喻讓他們安全地透露自身經歷，而不會在治療過程中再受創傷(Re-traumatizing)。例如在 Positive Group 中，參加者將感染 HIV 而被歧視的經歷比喻作暴風雨，各人分享如何處理歧視，例如直接與歧視者對質或找重要的人分擔等。這不但可揭示他們已遺忘的技巧和能力，同時更可令彼此間產生共同感，深深體會自己並不是孤單地面對困境，他們可與人連結在一起。

4. 迴響團隊

合作計劃中曾舉辦兩次迴響團隊聚會，其中一次由一位有易服喜好的人士作分享主角，其他參加者擔任聆聽者。迴響團隊的運作可劃分為四個階段(夏民光，2005)，對話例子如下：

- (1). 敘說 (telling)：輔導員與主角對話，訪問他的經歷。聆聽者只會旁觀而不會參與對話。例子：
 主角：「我第一次易服外出時，旁人會以奇怪目光望向我，就像我做了錯事一樣…我會不斷完善自己的裝扮…如果現在不做自己想做的事，我老了一定會後悔…」
- (2). 重敘 (re-telling)：聆聽者敘說及豐厚主角的故事，主角只作聽眾：
 組員 A：「你的故事令我回憶起自己堅持進修服裝設計的往事…當時家人極力反對我，但我依然靠自己努力賺錢進修…你的故事使我發現自己『很有目標』。」
 組員 B：「你令我回想起當初發現自己性取向時，我如何不斷完善自己，例如努力讀書和工作等…過程中我負出了很多…我努力成為一個有能力的人，原來我『好捱得』。」
 組員 C：「你令我回憶起和媽媽相處的時間。媽媽有儲物癖，而且常會失控罵我。我一直有衝動想放棄她…你提醒我要做自己覺得對的事，不要將來後悔…我想繼續和妹妹努力照顧媽媽。」
- (3). 重敘再重敘 (re-telling of the re-telling)：輔導員與主角再次對談，回應早前聆聽者的故事重敘，此時

聆聽者繼續旁聽：

主角：「大家多次提及『堅持』，你們令我回想起我也是靠這信念生存至今。我試過被工作多年的僱主解僱，當時我正準備結婚，於是我每日做兩份散工…今日分享令我更堅定，做自己想做的事…」

(4). 會合：輔導員、主角與聆聽者直接交談，分享過程中的感受及反思。

迴響團隊除了能豐厚組員在過去活動中對自己的發現，更可將參加者之間的分享題目由同性戀、吸毒和 HIV，轉化到生命中其他故事。這樣可使他們的身份更立體，並揭示生命中不同的可能性，也將他們的生命故事交織在一起。

五、成效與建議

過去一年，PS33 與 AC 合辦一次性格透視小組、表達藝術治療小組及 Positive Group，以及兩次迴響團隊。共有 29 人次 MSM 參加以上小組。在 13 位性格透視小組的組員中，近九成(88.9%)參加者表示小組「『很能夠』及『非常能夠』提升他們的自我認識」，近八成(77.8%)參加者認同小組「可增加他們面對吸毒高危處境的信心」。表達藝術治療小組有 9 位參加者，83.3%參加者認為「『能夠』至『很能夠』增加其自我認識」，所有參加者認為活動「能夠提升與他人的連繫感」。Positive Group 方面有 7 位參加者參加，所有組員均認為小組「可增加他們與人連繫」。

PS33 及 AC 也舉辦一次聚焦小組以收集參加者對活動的意見。綜合對整套合作計劃意見，他們認為活動能提升他們的自我認識，亦覺得活動可供安全的平台，在不需要使用毒品的情況下與他人相處。他們嚮往與沒有發生過性關係的同性戀朋輩作深入交流，這有助他們正面地建立人際網絡。另外，工作人員發現 MSM 吸毒者常會因感染愛滋病毒和吸毒而出現『自我污名化』(Self-stigmatization)。他們常會擔心被人發現其身份而對參加活動感卻步。他們建議每個小組之前可舉辦一次與小組主題相關的講座/工作坊/參觀等，這種活動相對靜態及互動少，有助參加者先感受小組氣氛和增加興趣。他們也建議小組人數維持四至八人，人數過多會減少他們的安全感。他們亦希望完成小組後會有定期聚會，這令 PS33 及 AC 開始探索持續舉行定期 MSM 互助小組的可能性。總括而言，他們從計劃中得到朋輩的支援，這對於他們能夠建立一個無毒的健康生活圈子十分重要。

總結

MSM 吸毒者是有其獨特文化的組群。他們同時面對吸毒、HIV 感染及性傾向身份認同的標籤，自我污名化不單使他們失去與人的連繫及形成負面自我形象，同時更窒礙他們尋求服務。PS33 及 AC 的跨服務的合作除了可增加彼此資訊上的交流，也包括價值觀上的反思及討論，有效建構具同志文化敏銳度的戒毒支援服務，以回應 MSM 與人連繫及建立正向身份的需要。機構的合作可以從服務機構間的培訓開始，增加彼此在不同範疇的敏感度及知識，更重要的是明白到社群的文化及需要，從而可以設計他們所需的服務。

參考文獻

- 尤卓慧、岑秀成、夏民光、秦安琪、葉劍青、黎玉蓮合編(2005)。《探索敘事治療實踐》，台北：心理出版社。
- Denborough,D.(2008). *Collective Narrative Practice: Responding to Individual, group, and communities who have experienced trauma*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- Department of Health (2017, May). HARI S - HIV and AIDS Response Indicator Survey 2016 for Men who have Sex with Men. Retrieved June 14, 2017, from http://www.info.gov.hk/aids/english/surveillance/sur_report/haris2016msm_e.pdf
- D. K wok, L. Chan & W.T. Chan (2009). Evaluation Study of “Project Touch” An Empowering HIV/AIDS Prevention Project for Chinese Gay & Bisexual Youths in Hong Kong. Department of Applied Social Studies .City University of Hong Kong.
- Greenan. D.E., Tunnell. G.(2003). *Couple Therapy with Gay Men*. New York: Guilford Press.
- Mayer, K. H., G. Colfax, & R. Guzman. (2006). Club Drugs and HIV Infection: A Review. *Clinical Infectious Diseases* 42(10), 1463-469.
- Mayer.I.H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychol Bull.* Author manuscript; available in PMC 2007 Nov 9.
- McLean. R., Marini. I.(2008). Working with gay men from a narrative counseling perspective: a case study. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 2:3, 243-257. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1080/15538600802120085>.
- Morgan, A.(2000). What is Narrative Therapy?: An Easy-to-read Introduction. Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- Race.K., Lea.T., Murphy. D. & Pienaar.K(2017). The future of drugs: recreational drug use and sexual health among gay and other men who have sex with man. *Sex Health* 2017; 14:42-50. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1071/SH16080>.

Review of Chem Fun, HIV and the MSM community in Hong Kong

鄭嘉賢 黃文謙

關懷愛滋

According to AIDS Concern's frontline experience, some Men who have sex with Men (MSM) in Hong Kong engage in psychotropic drug use while having sex (known in the community as 'Chem Fun' or 'CF'). Chem fun users seem to make up a significant number of new HIV infections.. AIDS Concern used an online qualitative survey which received 400 responses and 8 in-depth interviews in 2015. In addition 7,148 questionnaires collecting quantitative data were collected during April 2014 to Mar 2017, to review the current situation of Chem-Fun among MSM in Hong Kong.

The quantitative study shows a statistically significant moderate association between chance of HIV infection and methamphetamine use (OR = 3.67, 95% CI: 2.01-6.68) while the qualitative interviews suggested some complex and specific interventions on drug use in the MSM community are needed.

Cross-expert capacity building between the drugs field and HIV/AIDS field, case work collaboration as well as community engagement are recommended to develop a comprehensive service model in order to tackle the drug use issue and its impact on HIV infections.

Key words: AIDS Concern, Men who have sex with Men, Chem Fun, methamphetamine, Capacity Building,

1. Background

AIDS Concern (AC) was set up to provide HIV related services in 1990. In that year, the number of HIV infection in Men who have sex with men (MSM) community in Hong Kong had substantially increased (Department of Health [DH],2017). AIDS Concern has been working to understand the reasons behind the high risk behavior that can lead to more HIV infections. E.g. drug use or alcohol use before sex.

According to the report of central registry of drug abuse (Narcotics Division, 2016) the total number of reported drug users in 2015 was 12,028. Males who reported using methamphetamine had increased from 648 to 1128 between 2010 and 2015. Although there were limited data on the percentage of MSM in Hong Kong who engaged in drug taking, Halkitis et al. 2014 had suggested that around 8-10 % of MSM in the US had used methamphetamine - about 20 times greater than the general population. In Hong Kong quite a number of MSM could be found searching for sex with substance use (described as "Chem-Fun [CF]" or "Chem-Sex" in the MSM community) . E.g. use of methamphetamine, Gamma-Hydroxybutyric acid or Gamma-Butyrolactone (GHB/GBL), Alkyl nitrites (popper) etc. through cyber space or private networks (Lau, 2014). A number of international research studies and reports highlight the link between recreational drug use and growing rates of HIV (Bourne, 2013). From a local study (Lau, 2016), 20.7% of HIV positive subjects stated that they had used methamphetamine, and 68.3% of MSM subjects who had chem fun had experienced unprotected sexual intercourse in their last episode of chem-fun.

Although drug use is not only happening among MSM, AIDS Concern is concerned about drug use among MSM as it has become a clear feature of the local HIV epidemic. In this paper, the current situation of Chem-Fun and the view of MSM towards Chem-Fun will be analyzed. AIDS Concern's responses and suggestions are then further discussed.

2. Methodology

The analysis consisted of both quantitative data and qualitative interviews. Quantitative data was collected by questionnaire through the AIDS Concern voluntary counselling and testing (VCT) service. All the clients who used AIDS Concern's VCT service were asked to fill in a questionnaire. Questions included demographic data, condom use rate, drug use before sex. The data was collected from April 2014 to March 2017 and was analyzed using SPSS. For qualitative data, an online qualitative surveillance was done in Oct-Nov2015 which secured responses from 400 respondents. AIDS Concern also conducted-depth interviews regarding Chem-Fun with 8 MSM in 2015. Among the 8 participants, 4 of them had engaged in Chem-Fun. The interview was semi-structural and gave a platform for community members to share about their views and experience of chem-sex.

3. Result

3.1 Quantitative Data

3.1.1 Demographic details

From April 2014 to March 2017, a total of 7,148 VCT Service questionnaires were collected. The age of clients (M = 30.00, SD = 8.77) ranged from 14 to 77. All of them were men who have sex with men, 81.20%

reported being homosexual, 13.01% were bisexual and others were not clear about their own sexual orientation. The majority of respondents 93.93% were Chinese, 3.57% were Caucasian and 2.34% were non-Chinese Asian.

3.1.2 Drug usage among MSM

In total 9.4% of respondents had used drugs before sex. Chi-square test of homogeneity was performed to check the difference percentages of respondents who use drugs in 2014 to 2015, 2015-2016 and 2016-2017. 190 respondents (9.9%) had drugs use in 2014-2015 compared to 258 patients (9.6%) in 2015-2016 and 224 patients (8.2%) in 2016-2017, no statistically significant difference was found, $p = .226$.

One method ANOVA was used to determine the mean age of chem-fun respondents which was different in 2014-2015 ($n = 190$, $M = 31.98$, $SD = 8.13$), 2015-2016 ($n = 251$, $M = 32.34$, $SD = 7.92$) and 2016-2017 ($n = 224$, $M = 21.96$, $SD = 8.27$). There was homogeneity of variances, as assessed by Levene's test for equality of variances ($p = .675$). The difference between the mean age from these three years was not statistically significant $F(2,662) = .14$, $p = .68$.

Age group	<20	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	>50
respondents	34	159	147	87	56	30	16
	(4.7%)	(8.8%)	(13.6%)	(13.5%)	(12.2%)	(11.3%)	(9.8%)

All the clients had engaged in Chem-Fun were separated according to their age group:

There was a statistically significant difference in the proportion of clients engaged in Chem-Fun in different age groups, $P < .001$. Post hoc analysis involved pairwise comparisons using the z-test of two proportions with a Bonferroni correction. The proportion of people taking drugs in age group 31-35 is significantly higher than age group <20, age group 21-25, age group 26-30 at $P < .05$. The proportion of people taking drug in age group 36-40 is significantly higher than age group <20 and group age 21-26 at $P < .05$. The details are shown in table 3.1.

	Age Group							
	<20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	>50
Count	34	137	159	147	87	56	30	16
Percentage within group	4.7%	6.3%	8.8%	13.6%	13.5%	12.2%	11.3%	9.8%
Z-test of two proportion	a	a,b	a,b,c	d	c,d	c,d	b,c,d	a,b,c,d

Table 3-1 Proportion of client taking drug in different age groups

**Each subscript letter denotes a subset of age group categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the .05 level.

Within client who have Chem-Fun, 48.9% had used a methamphetamine, 27.1% had used G-water, 61.1% had used poppers, 10.4% had used Ketamine, 18.4% had used MDMA (Ecstasy), 6.4% had used cocaine, 9.3% had used cannabis, 6.1% had used 5-MeO-DIPT (Foxy) while 52% had used erectile dysfunction drugs. 59.29% of clients had used more than one drug before having sex. Common combinations include methamphetamine plus poppers (32.86%), methamphetamine plus Viagra (30.89%), methamphetamine plus popper plus Viagra (22.68%), popper plus G-water (20.54%) and methamphetamine plus poppers plus G water (16.25%).

The proportion of clients using different type of drug according to their age group was analyzed. There is no significance difference in the proportion of client taking methamphetamine ($p = .09$), ketamine ($p = .32$), ecstasy ($P = .06$), G-water ($P = .34$), popper ($p = .12$), weed ($p = .07$), cocaine ($p = .08$) and foxy ($p = .63$) in different age groups. There is significant difference in the proportion of client taking Viagra in different age groups ($p < .001$). Post hoc analysis involved pairwise comparisons using the z-test of two proportions with a Bonferroni correction. Results are presented in Table 3.2.

Table 3.2 Proportion of respondents Taking Different Type of Drug in Different Age Group

	Age Group							
	<20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	>50
Meth	29.2%	51.4%	54.6%	56.2%	45.5%	39.6%	38.5%	38.5%
G-water	20.8%	29.5%	24.6%	33.8%	27.3%	25.0%	11.5%	23.1%
Popper	58.3%	73.3%	63.1%	59.2%	59.7%	52.1%	50.0%	46.2%
Ketamine	0.0%	10.5%	10.8%	12.3%	7.8%	14.6%	3.8%	23.1%
Ecstasy	4.2%	17.1%	13.8%	26.2%	23.4%	20.8%	7.7%	15.4%
Cannabis	8.3%	15.2%	7.7%	5.4%	9.1%	16.7%	0.0%	7.7%
Cocaine	0.0%	3.8%	6.2%	3.8%	13.0%	8.3%	3.8%	15.4%
Foxy	0.0%	9.5%	3.8%	6.9%	6.5%	6.3%	3.8%	7.7%
Viagra **	29.2% ^{a,b}	39.0% ^b	44.6% ^{a,b,c}	61.5% ^{a,c}	61.0% ^{a,b,c}	70.8% ^c	53.8% ^{a,b,c}	61.5% ^{a,b,c}

** Each subscript letter denotes a subset of age group categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the .05 level.

3.1.3 Drug use and sexual behavior

A chi-square test for association was conducted between drug use and group sex. All expected cell frequencies were greater than five. There was a statistically significant association between drug use and group sex, $\chi^2(1) = 262.440$, $p < .001$. The association between drug use and group sex was moderate, $\phi = 0.269$, $p < .001$.

The association between drug use and condom less sex was also analyzed by chi-square test for association. All expected cell frequencies were greater than five. There was a statistically significant association between drug use and condom less sex, $\chi^2(1) = 78.224$, $p < .001$. There was also a moderate association between drug use and condom less sex, $\phi = 0.14$, $p < .001$.

3.1.4 Drug use and HIV

A chi-square test for association was conducted between drug use and HIV infection. All expected cell frequencies were greater than five. There was a statistically significant association between drug use and HIV infection, $\chi^2(1) = 120.517$, $p < .001$. The association between drug use and HIV infection was moderate, $\phi = 0.142$, $p < .001$.

A binomial logistic regression was performed to ascertain the effects of taking methamphetamine, ketamine, ecstasy, popper, cannabis, foxy, GHB and viagra with the likelihood that participants have HIV infection. The logistic regression model was statistically significant, $\chi^2(2) = 57.332$, $p < .0005$. The model explained 4.0% (Nagelkerke R^2) of the variance in HIV infection and correctly classified 97.5% of cases. Of the eight predictor variables only 2 were statistically significant: methamphetamine and poppers (as shown in Table 3.3). Taking methamphetamine had 3.67 times higher odds to have HIV infection and taking popper also had 2.03 times higher odds in the likelihood to have HIV infection.

Table 3.3 Logistic Regression Predicting Likelihood of HIV infection based on types of drug taking

	B	S.E	Wald	df	p	Odd Ratio	95% C.I for Odd Ratio	
							Lower	Upper
Meth	1.30	.31	18.04	1	.000	3.67	2.01	6.68
Poppers	.71	.31	5.38	1	.020	2.03	1.12	3.69
Constant	-3.87	.09	1963.73	1	.000	.02		

3.2 Qualitative Interview

3.2.1 The reason people engage in Chem-Fun

All the interviewees explained that the initiation of drug use was a complex matter. For example, interviewee 1 stated that the reasons were: “*dating someone who would take drugs for sex,*” and “*being in a space (especially referring to group Chem-Fun) where I would feel comfortable with other gays and could*

gain a sense of belonging”.

Besides social issues, interviewee 2 suggested “*sexual pleasure*,” as being the main reason for his engagement in Chem Sex. He described the experience as “*something you can never experience without drug*”. The intense sensation of drug use was associated with sexual pleasure. Drugs also provided an environment in which the user can feel safe, relax, or experience excitement. Interviewee 3 had explained that drug helped him in “*escaping from hassles of life events, such as those with family, and partners*.” He reported that it also created an environment where he could be “*going into a space where he can challenge some rules, like committing a crime*.” An HIV positive interviewee explained that he had tried to quit drugs for some time during the management of HIV, however he continued to use drugs because “*HIV positive is isolated group of an isolated group*.”

The use of drugs had linkage to the social context of his life including romance and acceptance. It created a care free environment in which clients can relieve their stress and express their desire, escaping from rules of the real world.

3.2.2 The need for drug information

Interviewee 3 and a few MSM from the online survey explained that “*I don’t know the partner was using meth, I mistaken it as shisha and thought it does no harm*.” Some interviewee also said that they were rather lenient to Poppers because it is perceived to be just “*sniffing from a small bottle*” and be less harmful to the body. This echoes to a non-drug user a comment “*I would recommend putting more emphasis to promote anti-drugs as a number of LGBT lack correct info about the use of drugs for sex*”. One non-drug using respondent of the online surveillance suggested that “*Tell people how bad it is and all the cons*”, “*giving information about the negative consequence of drugs*” is important to reinforce the attitudes of non-drug users. While interviewee 3 and 4 suggested that they were quitting because of negative consequence of drug use, e.g. memory deterioration, sleep disturbance, and hallucinations. Provision of this information for early detection of any negative consequences may help MSM who are engaging in chemsex to review their use from time to time, and would motivate them for changes when necessary. Harm reduction approach was also welcomed as they requested “*Detailed info about each drug. What vitamins and supplements should take before and after the drug use to minimise the damage to our body and system?*”, “*How to use drugs safely during sex? What are the things to do afterwards to reduce body damage?*” These information help them to minimize the negative consequence of drug.

3.2.3 Quitting Chem-Fun

Besides experiencing the negative consequences of drugs, interviewee 1 said that he quit because “*he had graduated and got a new job*” while interviewee 2 also said that “*I had a new partner who did not use drugs*”. Significant life events like graduation, a new job, a new relationship and more other activities could draw their attention and required them to get their life in place again.

Some community member view quitting Chem-Fun was challenging. The online surveillance, subject mentioned that “*An important part is how to de-link sex and chem as the former actually is negatively impacted by the use of chem - not just physiologically but also the gay society doing chem sex seem to be focusing more and more on the chem and the sexual part is left aside*”, since the intense feeling of taking drugs was associated with sexual pleasure, one survey respondent suggested that “*we need to provide something more attractive in exchange for quitting drug*”.

4. Discussion

The published literature and evidence on overall MSM recreational drug use in Hong Kong were scarce. Regular prevalence monitoring was only done by the Department of Health through community survey, but with very brief information. This review helps to provide a more precise picture on the drug use situation in Hong Kong MSM community.

4.1 Chem-Fun as one of the most challenging issues in the MSM community

This review confirmed some characteristics of the MSM with recreational drug use behavior. The results suggest that MSM had a high proportion of self-reported recreational drug use (9.6% in 2015-2016), which in line with the previous community survey results in 2014 (11.1%) and 2015 (11.8%) (DH, 2015; 2016).

MSM, with HIV-diagnosed in particular, having higher proportion of recreational drug use was a universal and multicultural phenomenon in major urban areas with centralized MSM communities (Ruf, Lovitt & Imrie, 2006; Daskalopoulou et al., 2014; Zhao et al., 2016). The reasons for this phenomenon may be complicated, dynamic and cultural sensitive. Among current studies, the reasons could be generally summarized, though could not be fully explained, as: high level of discrimination, violence, and psychological distress

faced by MSM due to any of their minority identity, together with lack of functional social support network on their minority identity, causing generally poor psycho-social health outcomes in MSM community and thus high proportion of recreational drug use (Garofalo et al., 2007; Fendrich et al., 2013; Traube et al., 2013). In the qualitative interview of this review, interviewees supported the view that use of drugs could help them tackle psychological distress, and maintain intimacy with others and own safety feelings.

Meanwhile poly-drug use, which included methamphetamine and/or GHB/GBL, supplemented with alkyl nitrites and erectile dysfunction drugs, has also been observed in this review among MSM drug users. This situation was comparable with other countries (Stuart, 2013), except the use of mephedrone and injection of these drugs which are still rarely seen in Hong Kong. These drugs have a strong positive effect in sexual desire or sexual pleasure, and intentionally using these drugs for facilitating sex has been commonly normalized in MSM, which was not seen in general population (Ruf, Lovitt & Imrie, 2006). The reasons for this normalization was remaining unclear. Still, the strong linkage between these drugs especially methamphetamine, with group sex and condomless sex, has been well studied (Bourne, 2013) and shown in this review. As a result, in addition to being a general health hazard, MSM recreational drug users may possibly face sexual transmitted infections. For HIV, recreational drug users had 3 times more risk of infection than non-users in this review. Other sexual health issues, such as sexual assault, sex addiction or relationship problems, may also be other issues they are currently encountering.

The proportion of drug users in age groups 31-35 and 36-40 were the highest among all the VCT clients. This age spread is consistent with AIDS Concern's outreach observations. Our hypothesis for this was that MSM in these age groups had better social economic status than the younger age group which could help them to provide substances and venue for Chem-Fun. They also had stronger sexual desire than those of older age groups. In AIDS Concern's outreach observations, these groups of MSM had the high bargaining power within the community and strong influence towards the younger age groups.

4.2 Challenges in changing their behavior

Changing their drug use behavior could be a challenging task for MSM drug users. For MSM recreational drug users, feelings of shame were common though normalization of recreational drug use for sex is happening (Stuart, 2013). Stigma on drug use behaviour was still strong within the overall MSM community. They may deny that they are addicted, be reluctant to access support service or disclose their risky behaviour. Due to the stigmatization of drug users, the network of MSM drug users were hidden and closed, therefore workers could not use general method to approach them.

Also, sexualisation of recreational drug use may undermine motivation to change. In this study, many respondents express difficulties finding motivation to quit drug due to the strong sexual positive effect, even though the negative effect of drug use had already caused various life crises such as unemployment, relationship problems, or serious health outcomes.

4.3 The importance of knowledge and understanding of LGBT culture

Familiarity with LGBT culture and knowledge on sexual health are essential requirements for an effective tailored drug support service for MSM, based on the complicity and uniqueness of drug use in MSM (Bourne et al., 2015).

Hence, knowledge and culture sensitivity training for non-LGBT workers can be important to provide LGBT friendly drug support services.

4.4 AIDS CONCERN advantage and future direction

In order to tackle these issues and fulfill the needs of the MSM community, AIDS CONCERN actively initiated collaboration in 2016 with different drug service agencies, to reach out to MSM and/or PLHIV who use drugs and provide preliminary intervention. Having a long history of serving MSM community, AIDS CONCERN had strong network in the community, and in-depth understanding in MSM culture and sexual health. We provided a variety of sexual health services and channels to reach-out to different sub-groups of the MSM community. We have acted as a bridging agent to deliver drug support related information to the MSM community, and assist in tying together connections between drug services agencies and community stakeholders. In 2016 AIDS CONCERN had liaised with 10 Counselling Centre for Psychotropic Substance Abusers in Hong Kong (CCPSA). We provided sharing sessions about MSM culture which covered topics such as, history, skills and knowledge of a MSM friendly worker and our frontline experience in working with MSM clients. We also piloted co-management of 5 individual counselling cases of HIV positive drug users to one of the CCPSAs and had held 2 small group interventions for 16 HIV positive drug users. AIDS Concern will continue to build up MSM friendly drug support services in Hong Kong in the future. Simultaneously, AIDS CONCERN has started to provide risk reduction counselling in 2015, which originally targeted MSM with high risk sexual behaviour to reduce their risk of HIV infection. In the experience in

London recently, MSM tend to share their recreational drug use history with LGBT inclusive sexual health services agencies rather than other settings. We have tried to use this opportunity to use our coverage in MSM community to initiate the conversation on recreational drug use with our service users. Motivational interviewing, which was proven to be one of the most successful techniques used in drug intervention (Irwin, 2006) was used during VCT sessions. We provided a stress free environment for client and service users to have a full review of their drug use behavior. AIDS Concern will provide regular follow up and HIV testing for those clients. Depending on client readiness, we will invite clients to attend the counselling for further follow-up and referral to suitable drug support services agencies based on their needs. AIDS Concern will continue to act as agent for initial assessment and screening in the future.

In order to deal with the increasing amount of hidden drug users, AIDS Concern will continue to expand outreach on social dating apps and through social media. As AIDS CONCERN had strong experience in running social media campaigns and will aim to run Chem-Fun related social media campaigns to reduce stigmatization of the issue, encouraging hidden drug users to seek help or talked to appropriate parties.

4.5 Limitation

This review may have its limitation in data collection procedures. The qualitative data was collected only by a single means through the VCT service of AIDS Concern, so a certain subgroup within the community may not be reached by the service and may not be represented in the data. Future studies may need to include a variety of collection methods to provide a complete picture of the drug use situation within the Hong Kong MSM community.

5. Conclusion

Chem Fun has become a rising issue in the MSM community, leading not only to physical and psychological impairment such as chance of HIV infections and drug induced psychosis, but also lead to higher expenditure of social cost and slower societal development.

The relationship between drug use, unsafe sex and HIV infection is complex and difficult to unravel. Cross-expert capacity building between the drugs field and HIV/AIDS field, case work collaboration as well as community engagement are recommended to develop a comprehensive service model in order to tackle the drug use issue and its impact on HIV infections. In order to provide a MSM friendly drug services network, AIDS CONCERN will continue to expand and deepen our support, outreach, and preliminary intervention.

References

- Bourne, A., Reid, D., Hickson, F., Schmidt, A. J., Weatherburn, P., & Hammond, G. (2013). What constitutes the best sex life for gay and bisexual men? Implications for HIV prevention. *BMC Public Health*, 13(1), 1-22. doi:10.1186/1471-2458-13-1083
- Bourne, A., Reid, D., Hickson, F., Torres-Rueda, S., Steinberg, P., & Weatherburn, P. (2015). "Chemsex" and harm reduction need among gay men in South London. *International Journal of Drug Policy*, 26(12), 1171-1176.
- Daskalopoulou, M., Rodger, A., Phillips, A. N., Sherr, L., Speakman, A., Collins, S., . . . Lampe, F. C. (2014). Recreational drug use, polydrug use, and sexual behaviour in HIV-diagnosed men who have sex with men in the UK: results from the cross-sectional ASTRA study. *The Lancet HIV*, 1, e22-e31.
- Department of Health (2015). HARiS - HIV and AIDS Response Indicator Survey 2015 for Men who have Sex with Men. Retrieved from http://www.info.gov.hk/aids/english/surveillance/sur_report/sur_reportoth_haris2015msm_e.pdf
- Department of Health (2016). HARiS - HIV and AIDS Response Indicator Survey 2016 for Men who have Sex with Men. Retrieved from http://www.info.gov.hk/aids/english/surveillance/sur_report/haris2016msm_e.pdf
- Fendrich, M., Avci, O., Johnson, T. P., & Mackesy-Amity, M. E. (2013). Depression, substance use and HIV risk in a probability sample of men who have sex with men. *Addictive Behaviors*, 38(3), 1715-1718.
- Garofalo, R., Mustanski, B. S., McKirnan, D. J., Herrick, A., & Donenberg, G. R. (2007). *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 161, 591-596.
- Halkitis, P. N., Levy, M. D., Moreira, A. D., & Ferrusi, C. N. (2014). Crystal methamphetamine use and HIV transmission among gay and bisexual men. *Current Addiction Reports*, 1(3), 206-213
- H.K. Narcotic Division, Security Bureau. (March, 2016) CRDA and Drug Statistics. Retrived from http://www.nd.gov.hk/en/statistics_list.htm
- Irwin, T. W. (2006). Strategies for the treatment of methamphetamine use disorders among gay and bisexual men. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 10(3-4), 131-141
- Lau, H. L., (2014) Experiencing risky pleasure : the exploration of 'Chem-fun' in the Hong Kong gay community (Doctoral dissertation). Retrieved from The HKU Scholars Hub. (Accession: <http://hdl.handle.net/10722/206339>). doi: 10.5353/th_b5312350
- Lau, J. T., (2016). HIV and substance use. Unpublished raw data
- Ruf, M., Lovitt, C., & Imrie, J. (2006). Recreational drug use and sexual risk practice among men who have sex with men in the United Kingdom. *Sexually Transmitted Infections*, 82, 95-97.
- Stuart, D. (2013). Sexualised drug use by MSM: background, current status and response. *HIV Nursing*, 13(1), 6-10.
- Traube, D. E., Schrager, S. M., Holloway, I. W., Weiss, G., & Kipke, M. D. (2013). Environmental risk, social cognition, and drug use among young men who have sex with men: Longitudinal effects of minority status on health processes and outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 127(1-3), 1-7.
- Zhao, P., Tang, S., Wang, C., Zhang, Y., Best, J., Tangthanasup, T. M., . . . Tang, W. (2017). Recreational Drug Use among Chinese MSM and Transgender Individuals: Results from a National Online Cross-Sectional Study. *Plos One*, 12(1)

從印度宗教傳統種姓制度分析港澳地區 第二代印度籍居民吸煙和吸毒的行為研究

Dos Santos, Luís Miguel
澳門海關培訓中心

【摘要】

香港和澳門作為多元文化、種族共融的城市，多年來吸引世界各地多國移民定居和就業。兩地作為以華人為主的社會，制定的相關戒煙及戒毒政策有可能偏向以華人價值觀為中心的方向。從 2011 年香港人口統計數據得悉，於香港居住的印度人共有 28,616 人。亦因印度籍的居民人口數字並不顯著，故社會上的少數族裔力量支援主要導向協助人口數字較多的少數族裔人士。

本研究主要從印度宗教傳統的種姓制度角度出發，探討現時兩地年青第二代印度籍居民為何開始吸煙或吸食其他毒品的習慣。研究問題有二：1) 印度宗教傳統的種姓制度如何引發開始吸煙或吸食其他毒品的習慣？2) 從社會的角度出發，膚色、語言或種族等因素如何影響或引發開始吸煙或吸食其他毒品的習慣？

研究結果有助於政府以及相關的非牟利機構更好地制定戒煙、戒毒以及防範吸煙、吸毒政策以及提供相關的支援方法予社會上少數族裔人士。研究數據亦能給予公眾得悉社會上存在的不公平現象，並為相關政府單位提供實用數據以保障社會上不同聲音和人士的利益。

【關鍵詞】少數族裔、印度籍居民、吸煙吸毒、種姓制度

English Abstract

Due to multi-cultural advantage, Hong Kong and Macau attract a large number of international residents and employees. The purpose of this research emphasizes on how traditional Indian caste system influences the smoking and drug taking behaviors of young second generation Indian residents and workers in Hong Kong and Macau. Two research questions are stated: 1) how does the traditional Indian caste system influence the targets to start smoking and drugs taking? 2) From the social perspective, how do skin color, language and ethnicity influence and motivate the targets to smoke and take drugs?

The research outcomes may assist the government and NGOs to establish quitting and pre-caution smoking and drugs policies and related assistances to minorities. The outcomes also allow the public members to understand the real situations in the society and provide real data for minorities' right protections.

Keywords: caste system, drugs taking, Indian residents, minorities, smoking

一、研究背景

香港和澳門作為多元文化、種族共融的城市，多年來吸引世界各地多國移民定居和就業 (Cheng, 1999)。從 2011 年香港人口統計數據得悉，於香港居住的印度人共有 28,616 人。而澳門方面，因近年博彩與旅遊業蓬勃發展的原因，澳門社區方面亦吸引了不少來自世界各地的居民，當中亦包括一定數量的南亞裔人士。

香港和澳門作為以華人為主的社會，制定的相關戒煙及戒毒政策有可能偏向以華人價值觀為中心的方向。亦因印度籍的居民人口數字並不顯著，故社會上的少數族裔力量支援主要導向協助人口數字較多的少數族裔人士，當中包括但不限於菲律賓人、印尼人群體。

從香港的歷史因素角度出發，港英政府於回歸前期曾招攬英屬印度之外僱力量到香港從事治安警察、獄警等職位 (Pluss, 2005)。而上述之印度籍人士因工作機會等關係決定退休、退役後繼續留於香港生活共隨後成為印籍香港人。當時由於香港屬於以華人為主、英人為輔的社區狀態，其他的少數族裔，尤其是較為貧困的群體在香港的地位比其他群體較為遜色。印籍香港人在社會支持不足下，不論在教育、公共衛生、居住、工作機會等因素都未能與傳統的華人群體般獲得相等的對待。故此，不少的第二代印籍香港人在長輩耳濡目染的情況下，對自己作為印籍香港人、生活習慣、語言的使用、宗教信仰等都依然以具高度印度色彩的條件下繼續維持及傳承 (White, 1994)。

而澳門方面，因印度果亞市曾為前宗主國葡萄牙的殖民地，曾有少數的印度籍居民因葡萄牙的關係而前往澳門定居 (Cheng, 1999)。另外，近年博彩與旅遊業蓬勃發展的原因，有一部分的第二代印度籍香港人亦因工作機會的關係而前往澳門工作。故此，現時港澳地區印籍居民人數雖然並不較其他的少數族裔的人口數字為高及顯著，但社會方面亦不能漠視對此少數族裔的支援。

1. 研究的目的和重點

首先，現時居住於港澳地區的印籍人士主要因與華人生活習慣及膚色不同的原因而令社會上對其身份產生歧視和較低微地位的價值觀。另一方面，居住於港澳地區的印籍人士亦因工作機會的關係於早年離鄉前往港澳地區工作以及定居，再加上社會上對此群體的支援不甚足夠，故造成該群體以及其後代皆仍舊主要以印度當地傳統的生活方式繼續於港澳地區生活而未能進一步地融入港澳地區的華人社會當中 (Knowles & Harper, 2009)。

第二，自 1947 年印度從英國獨立成國後，其憲法明確指出種姓制度必須正式廢止。但因種姓制度在印度社會中已被實行超過 3,000 多年，故政府即使多方面從政策方面廢止制度的實施，但亦未能於短短數十年期間內永久性改變從印度人對其身份的認同。另外，印度政府以及社會賢達一般皆來自地位較高的種姓階級，故在為平反較低地位的種姓群體時未必付出應有的態度 (Channa & Mencher, 2013)。

第三，因種姓制度的關係以及未能深入融入於港澳社會當中的關係，雖然不少的第二代印度籍居民能以中等至流利的廣東話口語與其他人對話，但對中文書寫、文字的閱讀、華人文化等因素依然不甚了解 (Knowles & Harper, 2009)。

第四，即使第二代印度籍居民在港澳地區出生，但因其長輩的影響下，不少的年青人依然以印度教作為其唯一的信仰，並視其他的東、西方宗教為不潔和不雅的象徵 (Knowles & Harper, 2009)。

小總結，就上述因素，本研究主要從印度宗教傳統的種姓制度角度以及其於港澳地區生活模式的角度出發，探討現時港澳地區年青第二代印度籍居民為何會染上吸煙或吸食其他毒品的習慣。研究結果有助於政府以及相關的非牟利機構更好地制定戒煙、戒毒以及防範吸煙、吸毒政策以及提供相關的支援方法予社會上少數族裔人士。另外，研究數據亦能給予公眾得悉社會上有可能存在的歧視或不公平現象，並為相關的政府單位提供實用數據以保障社會上不同聲音和人員的利益。

2. 研究問題

為更好地探討上節所提及的社會問題以及提供有效的解決方案，本研究提出兩條研究問題，分別為：

- 1). 印度宗教傳統的種姓制度如何引發港澳地區年青第二代印度籍居民開始吸煙或吸食其他毒品的習慣？
- 2). 從社會的角度出發，膚色、語言或種族等因素如何影響或引發開始吸煙或吸食其他毒品的習慣？

二、研究方法

1. 質性研究的應用

本研究應用了質性研究現象學的研究法收集訪談數據。與量化研究不同，質性研究能在最前線、更具體地收集參與者對上述社會問題的意見以及真實反映這些具高度針對性的問題與答案，其數據為量化研究不可能回應的 (Lichtman, 2013)。

2. 一般歸納法

本次研究主要採納一般歸納法 (Creswell, 2008; Merriam, 2009; Thomas, 2006)。一般歸納法允許研究者從收集回來的數據當中分析結果並建立有意義的主題。研究者在訪問參與者後，從他們口中了解其種姓、宗教、膚色、語言或種族等因素如何影響或引發開始吸煙或吸食其他毒品的習慣。再從參與者的意見歸納出具建議性的意見，從而有助於政府以及相關的非牟利機構更好地制定戒煙、戒毒以及防範吸煙、吸毒政策等支援方法予社會上少數族裔人士。

3. 參與者的資料和背景

由於本研究的參與者需具某特定的要求，故參與者需符合下列條件：1) 在香港或澳門出生的第二代印度籍年青人。

由於需要對各參與者的個人私隱作出保護，故每位參與者皆給予一個化名，從而保護其工作機會、社會地位等問題。本研究於 2017 年中上旬開始收集有效數據，並成功訪問 15 名參與者。參與者的個人資料如下：

名稱 (化名)	年齡	使用藥物習慣	使用藥物習慣的年期	初次使用藥物的年齡
陳先生	18	香煙、大麻	3	15
李先生	20	香煙、咳藥水	5	15
張先生	21	香煙	3	18
黃先生	22	香煙	4	18
何先生	24	香煙、搖頭丸	4	20
區先生	18	香煙	3	16
周先生	26	香煙	10	16
胡先生	27	香煙	10	17
馬先生	29	香煙	15	14
麥先生	30	香煙、咳藥水	12	18
史小姐	21	香煙	4	17
廖小姐	22	香煙	5	17
林小姐	24	香煙	5	19
白小姐	25	香煙	1	24
蔡小姐	26	無	無	無

4. 深入訪談

深入訪談在質性研究中為最常見的其中一種方法。Seidman (1991) 認為社會科學研究項目中，深入訪談不單能協助參與者發表出最深入的個人意見和見解，更能讓研究者從語言中體會上述少種族裔在港澳地區不公平的生活困難以及社會對其的不足夠支援。為達到上述目的，研究者設計了一系列的訪談問題並邀請共 15 名參與者進行一次個人的、獨立的、面對面的、半建構式的深入訪談。每次訪談長約六十至九十分鐘 (Bogdan & Biklen, 2003)。由於深入訪談之內容眾多，故每次訪談過程中均設置了錄音設備以供日後數據分析之用。

三、數據結果和分析

當研究者完成所有深入訪談並將所有錄音數據轉成為書面語文字後便隨即進行歸納並獲得一系列具有高度意義性的主題資料。下列部分將以主題作分類，從而回應上述提出的研究問題。

1、印度宗教傳統的種姓制度如何引發港澳地區年青第二代印度籍居民開始吸煙或吸食其他毒品的習慣

首先，上述所有的參與者的家庭皆來自印度種姓制度中最低級的階級，即「賤民」階級。其家人從印度來華以前，在印度主要從事清理洗手間、屠夫、清道夫、皮革工人、作作等社會上被視為不潔的職業。而因上述「賤民」階級多年來在印度本土從未受到重視，故不少的行為、意識形態信仰、習俗等皆以族群中口耳相傳地流傳至後代。而自古以來吸食煙草產品於上述「賤民」階級中被視為一種精神安慰劑，亦並無任何衛生上的芥蒂，故吸食煙草及香煙的習慣則由其長輩一代代地傳承至所有的參與者當中。除了蔡小姐並無吸食任何藥物的經驗以外，所有的參與者皆表示首次吸食香煙是因為家中長輩耳濡目染的影響。

第二，在印度地位較低的種姓價值觀當中，吸食煙草產品被視為是與神明交流的一種行為。因在其宗教信仰當中，有一名神明熱愛吸食煙草，故不少的印度教信眾認為吸食煙草為膜拜該神明的動作，並無不敬之價值觀。

第三，在印度地位較低的種姓價值觀當中，吸食煙草產品則代表該青少年已經能長大成人，故不少的年青人則以吸食煙草作為成人禮的其中一個步驟。事實上，因吸食煙草產品在近代衛生和醫學驗證下才有相關的文獻支持，故於口耳相傳的族群當中並無因科學文獻而改變其流行吸食煙草的習慣。至於該名青少年往後會否或能否戒煙則為其自身的選擇。

從以上三點數據分析結果總結出從印度宗教傳統的種姓制度的影響下，港澳地區年青第二代印度籍居民開始吸煙或吸食其他毒品的習慣很大機會受其長輩以及宗教因素影響而開始進行。另外，本研究亦發現了一突破性重點為吸食煙草為膜拜神明的行為。上述的參與者皆表示吸食煙草產品對其靈魂以及身心都能產生正面的宗教信仰影響力。故政府相關部門以及非牟利機構需要從這點著手，以長久的價值觀以及生命教育改變以上的思維習慣。

2、從社會的角度出發，膚色、語言或種族等因素如何影響或引發開始吸煙或吸食其他毒品的習慣

首先，染有吸食大麻、咳藥水、搖頭丸的參與者表示皆因工作期間同事或朋輩的影響而染上毒癮。而三位染上吸食毒品的參與者表示皆因其種族及膚色等因素而於多次工作面試時被拒絕，而染上吸食毒品的習慣亦因於其進行敏感工作時意外地染上。陳先生表示：

「因為我的姓氏明顯地跟本地香港人有所出入，即使只是面試一些基本的售貨員工作，但從來沒有收到任何的通知。我亦有嘗試過作出假名給自己以求一次面試的機會。當然，面試機會因我的假名而發生，但是到真正面對面交談時，部門的主管明顯地因我的膚色而面有難色(陳先生)。」

上述陳先生的分享當中，雖然沒有直接指出其種族或膚色與其面試機會有明確的因果關係，但不少的文獻皆指出少數族裔在大城市當中因國籍背景等關係而受到不公平的對待。而這少數族裔人口亦因需要維持生計而擔任一些較敏感的行業。

第二，上述數位染有吸食大麻、咳藥水、搖頭丸的參與者表示曾前往香港或澳門相關的非牟利組織尋找輔導，但兩名參與者使用相關的輔導後皆中止或終止輔導服務。而上述兩位皆異口同聲指出相同的原因：

「我曾在香港參與過一所由宗教團體主辦的戒毒服務。我本身是明白吸毒對自己百害而無一利，故才主動尋求服務。但在參與中心第二次輔導期間，輔導員已不停地嘗試以宗教的手段帶領整套輔導。即使我已多次表明我不會因是次參與的關係而改變自身的信仰，但第三次、第四次的輔導依然以宗教手段入手，故第四次輔導後我就決定停止接受輔導服務(陳先生)。」

「我是一個有強烈宗教信仰的人，任何的外來宗教都不能左右我對自身宗教的信念。我曾使用香港某戒毒輔導服務，雖該中心為宗教團體主辦的機構，但強調不同宗教人士皆可使用其服務。但是在填寫表格起的整段時期，服務人員前後共詢問過我五次可嘗試接受宗教輔導。在對宗教強烈的信念下，我決定不再使用該中心的服務(何先生)。」

上述兩位年青第二代印度籍戒毒者的個人經驗指出，雖現時不少具宗教背景的非牟利戒毒輔導機構皆歡迎任何人士的來訪，但輔導員可能有意或無意之間嘗試將一定程度的宗教理念分享至服務使用者身上。而服務使用者亦可能因宗教反感的關係而終止使用相關的服務。故在優化戒毒輔導整體的質素時，政策制定者可考慮兼顧港澳地區少數族裔以及少數宗教信仰者的實際需要。

四、總結及優化建議

具印度血統的香港人和澳門人雖然在人口統計的比例上並無明顯的佔有率，但香港和澳門作為國際上著名的金融和旅遊城市，不論政府部門、非牟利組織、一般團體和市民應皆需持有開放的態度接受和包容城市中不同人士的權利和服務的使用權。雖然現時社會上少部分人士依然對印度籍市民持有偏見而令少數族裔可能受到較不公平的對待，但在不斷優化和改革發展的社會中，城市中各少數族裔的權利將會愈來愈受到高度的關注。另一方面，在優化現時已有的戒毒服務或任何類型的輔導服務中，本研究報告亦建議機構負責人需持有開放的態度接受城市中不同人士的宗教信仰習慣。雖主辦機構的精神和主旨有很大可能受宗教團體的背景影響，但因宗教信仰習慣亦非一時三刻能改變，故在接見不同宗教和文化背景的使用者時，可降低以宗教和具宗教色彩輔導手法的應用，從而令更多的市民能接受機構提供的高質素和高水平的服務。

參考文獻

- Bogdan, R. C., & Biklen, S. K. (2003). *Qualitative research for education: An introduction to theories and methods*. (4th ed.). New York: Pearson Education Group.
- Channa, S. & Mencher, J.P. (2013). *Life as a dalit: views from the bottom on caste in India*. New Delhi: Sage.
- Cheng, C.M.B. (1999). *Macau: A cultural janus*. Hong Kong: Hong Kong University Press.
- Creswell, J. W.(2008). *Educational research: Planning, conducting and evaluating qualitative and quantitative research* (4th Ed.). New Jersey: Pearson Education.
- Knowles, C., & Harper, D.A. (2009). *Hong Kong: Migrant lives, landscapes, and journeys*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lichtman, M. (2013). *Qualitative research in education: A user's guide*. (3rd ed.). Los Angeles, CA: Sage Publications.
- Merriam, S. B. (2009). *Qualitative research: A guide to design and implementation*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Pluss, C. (2005). Constructing globalized ethnicity: Migrants from India in Hong Kong. *International Sociology*, 20(2), 201-224.
- Seidman, I. E. (1991). *Interviewing as qualitative research: A guide for researchers in education and the social sciences*. New York: Teachers College Press.
- Thomas, D. R. (2006). A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *American journal of Evaluation*, 27(2), 237-246
- White, B.S. (1994). *Turbans and traders: Hong Kong's Indian communities*. Oxford: Oxford University Press.

跨專業介入：「新生命·孕記」吸毒孕婦支援計劃成效評估

尹潔盈

香港路德會社會服務處 路德會青彩中心

【摘要】

香港路德會社會服務處於 2013 至 2015 年推行「新生命·孕記」吸毒孕婦支援計劃。此計劃以家庭為本，透過醫療團隊、社工及陪月員的跨專業協作，服務 104 位在過去一年內有吸毒行為的孕婦或母親、以及其伴侶和照顧者，當中 60% 的吸毒女性是首次接觸戒毒服務。此計劃提供親職技巧及家庭生活指導、戒毒輔導、家庭支援等，協助吸毒者戒毒，同時適應親職生涯所帶來的壓力。計劃透過量性和質性研究評估成效，量性研究採用單組前後測設計，了解參加者在參與計劃後，吸毒頻次、改變動力和負面情緒等三方面之轉變。質性研究則於計劃完成後邀請婦女進行深度面談及聚焦小組。研究結果顯示，81.6% 的婦女在參與計劃後停止吸毒，100% 的婦女能按時帶嬰孩接受母嬰健康院檢查，而超過 70% 的婦女能減低或維持其抑鬱、焦慮、及壓力程度於正常水平。質性研究進一步顯示懷孕過程能推動婦女邁向戒毒之路，而親密關係及家庭的支持則有助婦女戒毒。研究結果肯定計劃的成效，亦顯示出家庭支援對戒毒的重要性。

【關鍵詞】吸毒孕婦、吸毒母親、吸毒伴侶、跨專業合作、家庭為本戒毒、家庭支援

壹、「新生命·孕記」吸毒孕婦支援計劃

一、計劃理念

（一）切合女性吸毒者需要的戒毒服務值得重視

在香港，女性佔吸毒者的比例約兩成左右（保安局禁毒處，2014）。一般而言，她們接受戒毒服務的動機往往較男性低，基於較多社會標籤，例如認為她們濫藥後易遭性侵犯，甚至以性交易賺錢購買毒品等，窒礙了她們求助的意願，使得女性吸毒者成為隱藏的一群（香港路德會社會服務處，2010; Ettorre, 2007; Lex, 1991）。戒毒服務應兼顧女性吸毒者的需要，例如舉行單性別小組能讓她們感覺安全，有利於建立支援網絡（Wright, 2002）。而對於懷孕或育有小孩的女性來說，認識同路人、建立支援網絡、獲得育兒指導和支援等，均是吸引她們持續使用服務和適應母職的重要因素（Klee & Lewis, 2002）。

（二）跨專業介入能把握懷孕所帶來的戒毒契機

懷孕會為女性吸毒者帶來正面改變的動力（香港社會服務聯會，2009）。她們往往基於嬰兒健康和親職意義等原因，產生更大的戒毒動機（Klee, 2002a）。本地調查亦發現，接近八成選擇保留胎兒的婦女表示會因為懷孕而決心戒毒（香港基督教服務處，2005）。戒毒服務若能把握這個重要契機，與醫療專業協作，協助吸毒孕婦增強戒毒動機，面對懷孕和照顧新生命等轉變。

（三）如何面對親職壓力乃關鍵的服務需要

外國研究指出，若吸毒母親未能有效發揮親職功能，會對子女造成負面影響（Barnard & McKeganey, 2004）。社會普遍對於「好媽媽」有一定的期望，一些不符合理想母親的特徵，包括吸毒，都會被負面定型（Lewis, 2002; Barnard & McKeganey, 2004），使得很多吸毒母親都自覺與社會標準相差甚遠（Marshall, 1991; Taylor, 1993）。研究發現，與沒有吸毒習慣的母親相比，吸毒母親受負面情緒（如抑鬱和焦慮）困擾的程度較高（Belt et al., 2009）。這些負面情緒減弱她們的戒毒動機，同時窒礙她們作醫療檢查的意欲（Finnegan et al., 1981）。因此戒毒服務有需要協助吸毒母親處理親職壓力和負面情緒，讓她們重新肯定自己的能力和價值。

（四）伴侶和家人的支持不容忽視

研究指出伴侶的吸毒習慣和改變意願對於吸毒婦女甚具影響力，伴侶改變意願愈高，她們成功戒毒的機會也愈高（Klee, 2002b; 香港社會服務聯會，2009）。同樣地，如果吸毒婦女的照顧者如母親，能夠給予情緒支援和育兒指導，對戒毒婦女亦有很大的助益（Klee, 2002b）。因此，全面的戒毒服務應該積極接觸伴侶和照顧者，提升伴侶的戒毒動機和家人的支持。

基於懷孕或育有小孩的吸毒婦女需要較頻密及深入的輔導及支援，香港路德會社會服務處於 2013 至 2015 年推行了為期兩年「新生命·孕記」吸毒孕婦支援計劃，此計劃以家庭為本，透過跨專業協作，協助在過去一年內有吸毒行為的孕婦或母親、以及其伴侶和照顧者，讓吸毒者戒毒的同時，適應親職生涯所帶來的轉變。計劃目標包括：

1. 協助吸毒孕婦／母親及其伴侶減少或停止吸毒；
2. 提升吸毒孕婦／母親及其伴侶的改變動力；

3. 協助吸毒母嬰定時接受母嬰健康院檢查；
4. 減輕吸毒孕婦／母親的抑鬱、焦慮和壓力程度；及
5. 加強對吸毒孕婦／母親的家庭支援。

貳、評估方法

一、抽樣及資料收集方法

計劃透過量性和質性研究評估成效。量性研究採用單組前後測設計，於接案當刻和計劃結束時，邀請參與計劃的婦女及其伴侶回答問卷，了解他們在濫藥頻次、改變動力和負面情緒三方面之轉變。此外，母嬰健康院的出席紀錄將用作檢視參加者有否定期帶嬰孩接受身心成長發展監察。最後，在計劃結束時也會以問卷形式收集照顧者對計劃家庭支援部份的主觀評價。

質性研究則於計劃完成後，以立意抽樣方法，邀請參與計劃的婦女進行訪問。訪問會以個別深度面談及聚焦小組形式進行，了解她們對計劃的經驗和感受。

二、評估方法及分析

量性評估方面，研究團隊透過文獻回顧採納了一些現存具良好信度和效度的量表，亦有利用問卷收集照顧者對家庭支援部份的主觀評價（見表一）。

表一、量性評估中所採用的量表及工具

量度目標	評估工具	簡介
婦女及其伴侶的吸毒頻次	禁毒基金五號評估問卷（過往一個月內的吸毒頻次） (Narcotics Division, Security Bureau, 2010)	受訪者匯報其在過去三十天內，吸食毒品的次數。 <i>註：為補足由受訪者主觀匯報吸毒情況的信度，受訪者匯報的資料會與其尿液驗毒結果對照，得出問卷準確度達 93%。</i>
婦女及其伴侶的改變階段	禁毒基金十三號評估問卷（思動階段）(Narcotics Division, Security Bureau, 2013)	由受訪者匯報其現正處於的改善階段，由 0 - 10 級，級數愈高代表改變動力愈高。
婦女的情緒狀態	Depression and Anxiety Stress Scale (21 items version; Lovibond & Lovibond, 1995)	由受訪者匯報其在抑鬱、焦慮和壓力的狀況，由 0 - 3 分，分數愈高代表負面情緒愈高。
婦女接受母嬰健康院檢查的頻次	母嬰健康院檢查記錄	負責社工或陪月員檢視出席記錄。
照顧者對家庭支援部份的主觀評價	家庭支援服務調查問卷	由照顧者回應是否認同此計劃能有效協助其處理家庭崗位的轉變及提供支援，分數由 1 - 4 分，分數越高表示越認同計劃成效。

量性分析主要透過敘述統計，比對參加者前後測的濫藥頻次、改變階段、負面情緒程度、接受母嬰健康院檢查的頻次，以及照顧者對此計劃家庭支援部份的主觀評價，從而反映計劃的成效。此外，也利用 Spearman's Rank-order Correlation 檢視婦女的吸毒頻次與其它變項之間的關係，了解推動戒毒的關鍵因素。

質性評估方面，研究團隊為半結構式的個人訪談和聚焦小組設計了一系列的問題（見表二），研究員會根據受訪者的回應作出適當的追問和澄清，以深入了解參加者對計劃的意見。

表二、半結構式個人訪談／聚焦小組部分問題

問題
1. 為甚麼會選擇參加這個計劃？你對此計劃有甚麼期望？
2. 參加完這個計劃，你有沒有甚麼改變？你的伴侶／家人有沒有甚麼改變？
3. 你覺得吸毒孕婦／家長最需要甚麼服務？
4. 整體來說，你對這個計劃有甚麼評價／建議？

參、量性研究結果

一、參加者背景統計

計劃共服務了 104 位吸毒者及其家人（見表三），吸毒孕婦及母親佔 61 人，當中 60% 的孕婦或母親是首次接受戒毒服務。

表三、參加者類別

	服務人數	中途退出人數
吸毒孕婦	41	4
吸毒母親	20	2
吸毒伴侶	27	1
照顧者（非吸毒）	16	0

超過六成孕婦是年輕女性（25 歲或以下），約九成孕婦於懷胎 30 週前進入此計劃。兩成孕婦在接案時表示在過去 30 天內曾經吸毒，而這兩成孕婦最常吸食毒品共有三種，當中最常見的是 K 仔和冰（見表四）。

與孕婦的情況相同，超過六成母親是 25 歲或以下的年輕女性。八成母親進入計劃時育有兩歲或以下的幼兒。約五成母親在接案時表示過去 30 天內曾經吸毒，同樣地，最常吸食的毒品為 K 仔和冰（見表四）。

吸毒伴侶方面，約七成半伴侶是 26 歲或以上，約三成在接案時表示在過去 30 天內曾經吸毒，最常吸食的毒品共有五種，以冰和可卡因是最常見的（見表四）。

表四. 參加者背景

	吸毒孕婦的背景 (n = 36)	吸毒母親的背景 (n = 18)	吸毒伴侶的背景 (n = 20)
	%	%	%
年齡：			
16-20	33.3	16.6	5.0
21-25	30.6	44.4	20.0
26-30	30.6	27.8	35.0
31-35	5.5	5.6	10.0
36 或以上	0.0	5.6	30.0
接案時懷胎週數：			
10 或以下	14.3	/	/
11-20	35.7	/	/
21-30	39.9	/	/
31 或以上	10.7	/	/
接案時幼兒年齡：			
12 個月或以下	/	66.7	/
13-24 個月	/	13.3	/
25 個月或以上	/	20.0	/
接案前 30 天的吸毒狀況：			
沒有吸毒	80.0	52.9	73.7
有吸毒 ¹	20.0	47.1	26.3
（包括下列毒品種類 ² ）：			
氯胺酮／K 仔	66.8 [^]	50.0 [^]	40.0 [^]
冰	33.4 [^]	50.0 [^]	60.0 [^]
可卡因	16.7 [^]	12.5 [^]	60.0 [^]
大麻	0.0 [^]	0.0 [^]	20.0 [^]
白瓜子	0.0 [^]	0.0 [^]	20.0 [^]

註¹：所有參加者均在接案前 12 個月內曾經吸毒。

註²：部份參加者同時吸食超過一類毒品。

[^] 只計算 30 天內有吸毒的人次。

二、計劃成效評估

量性分析結果顯示，81.6%的婦女參與計劃後吸毒情況有正面改變，包括減少(0.0%) 和停止 (81.6%) 吸毒（見表五），而同時亦有。82.8%的婦女參與此計劃後改變階段有正面改變，包括有進步 (31.4%) 和維持高動力 (51.4%)（見表六）。而 Wilcoxon Signed Ranks Test 的結果顯示，婦女在後測位處的改變階段，顯著地比其前測的改變階段為高 ($p < .05$)，反映她們的改變動力有顯著提升。根據個案的母嬰檢查記錄冊，全部婦女 (100%) 都能按時帶嬰孩接受母嬰健康院的身心成長發展監察。77.1%的婦女參與計劃後能減低 (25.7%) 或維持其抑鬱程度於正常水平 (51.4%)；71.4%能減低 (25.7%) 或維持其焦慮程度於正常水平 (45.7%)；76.5%能減低 (35.3%) 或維持其壓力程度於正常水平 (41.2%)（見表七）。

同樣地，93.8%的伴侶在參與計劃後減少 (12.5%) 和停止 (81.3%) 吸毒（見表五），78.9%的伴侶參與計劃後改變階段有正面改變，包括有進步 (52.6%) 和維持高動力 (26.3%)，而伴侶在後測位處的改變階段，顯著地比其前測的改變階段為高 ($p < .05$)，反映他們的改變動力有顯著的提升（見表六）。

另外，計劃亦邀請了 11 位照顧者回應有關計劃成效的主觀評價。照顧者傾向認同計劃能協助其適應和投入擔任嬰孩照顧者的角色 (100%)，以及為家庭崗位的轉變和分工作好準備(100%)，幫助其處理與家人之間對照顧及管教孩童模式的分歧 (90.9%)，並能促進與家人之間的正面溝通及了解 (100%)。整體 91%的回應同意計劃的成效，即同意計劃能有效協助其處理家庭崗位的轉變及得到適當的支援。

表五. 比較參加者參與計劃前後的吸毒頻次

	吸毒婦女 (<i>n</i> = 38)	吸毒伴侶 (<i>n</i> = 16)
	%	%
停止吸毒	81.6	81.3%
吸毒頻次減少	0.0	12.5
吸毒頻次不變	5.2	0.0
吸毒頻次增加	13.2	6.2

表六. 比較參加者參與計劃前後的改變階段

	吸毒婦女 (<i>n</i> = 35)	吸毒伴侶 (<i>n</i> = 19)
	%	%
改變階段進步	31.4	52.6
改變階段維持於 9 分或以上（已停止吸毒）	51.4	26.3
改變階段維持於 8 分或以下（仍有吸毒）	5.8	0.0
改變階段退步	11.4	21.1

表七. 比較吸毒婦女參與計劃前後的抑鬱、焦慮和壓力程度

	抑鬱程度 (<i>n</i> = 35)	焦慮程度 (<i>n</i> = 35)	壓力程度 (<i>n</i> = 34)
	%	%	%
減低	25.7	25.7	35.3
維持在正常水平	51.4	45.7	41.2
維持在輕度水平	2.9	8.6	2.9
維持在中度或以上水平	2.9	5.7	2.9
增加	17.1	14.3	17.7

三、婦女吸毒頻次與其它變項的關係

透過檢視 Spearman' s Rank-order Correlation，發現婦女的吸毒頻次與其他變項在統計學上有着顯著的關係（見表八）。婦女的吸毒頻次與其改變階段有着顯著的負關係，即婦女的改變階段愈高，則吸毒愈少。婦女的吸毒頻次與其抑鬱、焦慮和壓力程度皆有着顯著的正關係，即婦女的抑鬱、焦慮和壓力程度愈高，則吸毒愈

多。抑鬱、焦慮和壓力程度三者之間皆有着顯著的正關係。

雖然婦女的吸毒頻次和改變階段在本研究中並未發現與其伴侶的吸毒頻次和改變階段有顯著相關，但結果顯示婦女的焦慮和壓力程度與伴侶的吸毒頻次有着顯著的正關係，即伴侶愈頻密吸毒，則婦女所面對的焦慮和壓力程度愈高，反之亦然。

表八、婦女吸毒頻次與其它變項的關係

	1. 婦女的吸毒頻次	2. 婦女的改變階段	3. 婦女的抑鬱程度	4. 婦女的焦慮程度	5. 婦女的壓力程度	6. 伴侶的吸毒頻次	7. 伴侶的改變階段
1.							
2.	-.59***						
3.	.44**	-.34*					
4.	.42**	-.26	.73***				
5.	.38*	-.18	.83***	.71***			
6.	-.13	.03	.40	.72***	.61*		
7.	.19	.12	.26	.26	.21	-.28	

$p < .05$ * ; $p < .01$ ** ; $p < .001$ ***

肆、質性研究結果

一、受訪者背景資料

七位受訪者均是育有兩歲或以下幼兒的母親，而所有母親都是於懷孕期間開始參加計劃。大部份受訪者都有五年或以上的毒齡，其中 5 人已停藥（見表九）。

表九、受訪者背景資料

訪問形式	受訪者代號	年齡	婚姻狀況	吸毒年期	吸毒狀況
個人訪談	A	28	已婚	10 年以上	已停藥
	B	32	已婚	10 年以上	已停藥
	C	35	未婚	10 年以上	未停藥
聚焦小組	D	28	已婚	10 年以上	已停藥
	E	21	已婚	6 年	已停藥
	F	41	已婚	5 年	未停藥
	G	19	已婚	3 年	已停藥

二、受訪者對計劃成效的評價

（一）懷孕期的介入能推動婦女反思並邁向戒毒之路

有受訪者形容在懷孕初期，並沒有即時喚醒戒毒，但隨着懷孕的感覺愈來愈強烈，感受到自己與嬰兒的連繫，觸發個人反思，希望讓小孩健康地成長，社工在此時的介入更能推動婦女的戒毒動機，協助其找到方向。

“上天俾個咁好嘅禮物我…其實個女嘅出現係咪叫我要停〔停上吸毒〕呀…我覺得可以再好啲，如果再好啲就係停晒…我唔想個女第時睇住我玩〔吸毒〕呀…”（受訪者 C）

“有第一胎嘅時候，我有食冰嘅習慣…佢〔肚內的嬰兒〕突然問唔郁嗰下我好擔心囉！…好擔心囉…嗰刻好後悔，跟住就會諗，係咪自己衰呢？做咩搞到自己個 BB 咁呢？”“嗰陣時社工打俾我，我就諗住，搵人傾下啦，其實有陣時我都唔知自己可以點做，因為…十幾歲就開始出嚟玩，跟住就無讀書，一路都渾渾噩噩咁過。其實嗰下話生個女我都未有深思熟慮，生出嚟我應該要點樣，我咩都唔識嘅，咁所以就搵佢傾下囉。”（受訪者 A）

（二）家庭介入有助吸毒者改善家庭關係，推動戒毒

計劃中社工的介入也有助加深家庭成員之間的互相了解和體諒，促進婦女與原生家庭的連繫，藉以承托她們的戒毒決心。

“當時個社工有約我同我媽咪一齊，三個人會面，跟住社工可能係擔當中間人個角色，會同我分析番點解媽咪會有呢啲咁樣呀，跟住又會同番我媽咪講其實我係咁樣。譬如我情緒好大，可能係因為毒

品嘅影響個啲咁樣囉，即係好似係中間調解咗我哋咁囉…咁我之後咪了解咗，佢都係緊張我…我阿媽受咗我好多情緒囉，其實我阿媽都好慘… “（受訪者 A）

（三）從「同行者」裡獲得動力面對挑戰

計劃的吸毒孕婦和母親小組出席率一直維持穩定，小組由專業陪月員提供育兒指導，組員之間亦能夠互相交流，協助解難，達至互助的效果。成功戒毒的組員可以成為其他組員的奮鬥目標，她們的成功經驗可鼓勵其他組員。同時小組亦為她們帶來放鬆作用，調節壓力。

“參加小組…起碼會知道其他媽媽都有呢個問題，佢哋會點樣處理，用咩方法…或者有啲溝通，大家就舒緩咗咁囉…好似一件事，有一個方法，有第二個方法，有第三個方法咁囉，唔會好死板得一個方法囉…”（受訪者 B）

“如有時小朋友有啲咩事，我哋都可以打俾佢〔陪月員〕，佢都會教到我哋，咩情況要點樣做。” “呢度識咗好多同行者，好多媽媽，我哋做咗好好嘅朋友，我哋唔開組都會約出嚟食飯…我覺得好緊要，有陣時互相支持係好緊要嘅…其實佢哋〔有些媽媽組員〕無戒…我好想佢哋可以同我一樣戒到囉…我成日同佢哋講，好簡單，我話「你 hi〔吸食〕呢啲〔毒品〕身體一定會好差，如果想睇到啲仔大嘅就戒啦」…”（受訪者 A）

伍、總結及建議

綜合量性和質性研究所得，可總結出此計劃無論對於吸毒孕婦或母親、吸毒伴侶、及照顧者，均能達成其目標成效。研究當中亦反映不少了吸毒家庭的需要。本部份總結出計劃的成功因素，同時討論計劃的限制，提出改善建議。

一、抓緊懷孕觸發契機，跨專業介入提升戒毒動機

數據顯示，60%婦女參加者是首次接觸戒毒服務，90%婦女能在懷孕初期至中期接受此計劃的戒毒服務，可見懷孕提升了女性吸毒者的戒毒動機，愛子之心驅使她們願意為嬰兒的健康，嘗試踏出戒毒的第一步。此計劃透過與醫療專業合作，把握吸毒孕婦到醫院作產檢的時機，抓緊懷孕觸發的戒毒動力，鼓勵她們進入戒毒療程。研究發現，吸毒婦女的改變動力愈高，其吸毒頻次愈低。計劃最終使83%婦女的改變動機提升或維持高水平，並成功協助82%婦女停止吸毒。而在社工、陪月員及醫護人員的同行下，所有婦女都能按時帶同嬰孩接受身心成長發展監察，100%嬰孩能按時完成18個月的疫苗注射，可見吸毒婦女對嬰兒健康的關注程度甚高，亦反映戒毒服務與「兒童身心全面發展服務」的跨專業協作是值得持續推行的。建議各區濫用精神藥物者輔導中心在資源許可下，可考慮建立專責支援小隊與當區醫院及母嬰健康院「兒童身心全面發展服務」合作，把跨專業協作的服務模式推廣至全港，及早介入有服務需要的吸毒家長。

二、全面支援育嬰與親職挑戰，減低復吸危機

親職生涯所伴隨的焦慮和壓力往往是復吸成因之一。數據顯示，超過60%婦女參加者是25歲或以下，當中約30%年僅16-20歲，年輕之故，較難適應懷孕過程及角色轉變。研究亦發現婦女的抑鬱、焦慮和壓力程度愈高，其吸毒頻次也愈高。換言之，若能協助她們處理負面情緒，則有助推動其成功戒毒。此計劃透過一站式戒毒及支援服務，涵蓋她們多方面的負面情緒源頭，包括陪月員提供育兒指導、社工提供個人和家庭輔導，以及吸毒孕婦互助小組等，最終協助超過七成婦女改善或維持其抑鬱、焦慮及壓力程度於正常水平。

深度訪談中，婦女分享戒毒和育兒兩個目標同樣重要，受訪媽媽之所以能夠持守戒毒，因為她們找到做媽媽的意義，體會與子女的骨肉相連感覺。這些連繫感和滿足感，讓她們活得更充實、更有方向。縱然生活壓力未減，但親職意義可以起着緩衝作用，成為抗逆力的保護因素，預防復吸。

三、鼓勵伴侶共同戒毒，減低婦女的焦慮和壓力

伴侶的吸毒習慣也對婦女能否戒毒有重要影響。本計劃積極接觸吸毒伴侶，成功協助94%伴侶減少或停止吸毒。研究發現，伴侶的吸毒頻密度與婦女的焦慮和壓力程度有着顯著的正相關，即伴侶的吸毒頻密度愈高，婦女所面對的焦慮和壓力程度也愈高，可見同步協助伴侶戒毒的重要性。

四、研究限制

由於資源所限及服務需求殷切，量性評估方面未能採納準實驗設計加入對照組，安排部份參加者接受另類的孕婦支援服務，只能以單組前後測設計檢視計劃的成效，故證據等級較低。為此，質性訪談邀請了成功

和未成功戒毒的參加者對服務作出評價並分享主觀感受，以便對量性結果作出更合適的解讀。由於服務受區域限制，建議未來進行全港性需求評估研究，以更全面掌握吸毒家長的需要。

參考文獻

- 保安局禁毒處（2014）。*藥物濫用資料中央檔案室第六十三號報告書*。香港：香港特別行政區政府保安局禁毒處。
- 香港社會服務聯會（2009）。*香港戒毒會關懷媽媽育兒培訓計劃成效評估*。香港：香港社會服務聯會政策研究及倡議。
- 香港基督教服務處（2005）。*濫藥與懷孕的抉擇調查*。香港：香港基督教服務處 PS33。
- 香港路德會社會服務處（2010）。*i-Meta 愛·明白藝術治療計劃：香港女性濫用藥物模式研究*。香港：香港路德會社會服務處路德會青欣中心。
- Barnard, M., & McKeganey, N. (2004). The impact of parental problem drug use on children: What is the problem and what can be done to help? *Addiction*, 99(5), 552-559.
- Belt, R. H., Punamäki, R. L., Pajulo, M., Posa, T., & Tamminen, T. (2009). Transition to parenthood among drug abusing mothers: stressors, supports, coping and mental health. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 24(1), 27-48.
- Colten, M. A. (1982). Attitudes, experiences, and self-perceptions of heroin addicted mothers. *The Journal of Social Issues*, 38(2), 77-92.
- Copeland, J., & Hall, W. (1992). A comparison of women seeking drug and alcohol treatment in a specialist women's and two traditional mixed-sex treatment services. *British Journal of Addiction*, 87(9), 1293-1302.
- Ettorre, E. (2007). *Revisioning women and drug use: Gender and the body*. New York: Palgrave.
- Finnegan, L. P., Oehlberg, S. M., Regan, D., & Rudrauff, M. (1981). Evaluation of parenting, depression and violence profiles in methadone maintained women. *Child Abuse & Neglect*, 5(3), 267 - 273.
- Klee, H. (2002a). Drugs and pregnancy. In H. Klee, M. Jackson, & S. Lewis, (Eds.), *Drug misuse and motherhood* (pp. 78-92). New York: Routledge.
- Klee, H. (2002b). Informal support: Partners and mums. In H. Klee, M. Jackson, & S. Lewis, (Eds.), *Drug misuse and motherhood* (pp. 93-104). New York: Routledge.
- Klee, H., & Lewis, S. (2002). Preparing for motherhood. In H. Klee, M. Jackson, & S. Lewis, (Eds.), *Drug misuse and motherhood* (pp. 47-62). New York: Routledge.
- Lewis, S. (2002). Concepts of motherhood. In H. Klee, M. Jackson, & S. Lewis, (Eds.), *Drug misuse and motherhood* (pp. 32-44). New York: Routledge.
- Lex, B. W. (1991). Gender differences and substance abuse. In N. K. Kello (Ed.), *Advances in substance abuse behavioural and biological research*, vol. 4. London: Jessica.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2nd ed.). Sydney: Psychology Foundation.
- Marshall, H. (1991). The social construction of motherhood: An analysis of childcare and parenting manuals. In A. Phoenix, A. Woollett, & E. Lloyd (Eds.), *Motherhood: Meanings, practices and ideologies*. London: Sage.
- Narcotics Division, Security Bureau. (2010). Beat Drugs Fund Evaluation Question Set No. 5 (Frequency of drug use in the past 30 days) (2010 Second Round). Hong Kong: HKSAR Security Bureau Narcotics Division. Retrieved from http://www.nd.gov.hk/en/beat_questions_2010R2.htm
- Narcotics Division, Security Bureau. (2013). Beat Drugs Fund Evaluation Question Set No. 13 (Contemplation Ladder). Hong Kong: HKSAR Security Bureau Narcotics Division. Retrieved from http://www.nd.gov.hk/en/beat_questions_2010R2.htm
- Taylor, A. (1993). *Women drug users: An ethnography of a female drug using community*. Oxford: Clarendon Press.
- Wright, S. (2002). Women's use of drugs: Gender specific factors. In H. Klee, M. Jackson, & S. Lewis, (Eds.), *Drug misuse and motherhood* (pp. 15-31). New York: Routledge.

少數族裔戒毒康復服務 - 朋輩教育員的角色和培養上的特色及挑戰

劉健宗

香港善導會

【摘要】

過去多年，朋輩教育員在戒毒康復服務上擔當著十分重要的角色，他們利用自身的經歷和經驗去協助吸毒者面對戒毒時所遇到的掙扎和困難及協助適應康復後的生活，並給予戒毒人士及其家人的支持。近年，少數族裔戒毒人士的需要開始得到關注，相關戒毒服務機構亦盡力因應他們文化上的差異而提供協助，從經驗所得，少數族裔朋輩教育員擔當著不可或缺的角色。而如何培養戒毒康復者成為朋輩教育員、及如何運用他們的優勢去推行及發展戒毒服務，本文將會分享過去這方面經驗。

自 2006 年起，香港善導會以文化敏銳度為基礎，開展了少數族裔藥物教育服務，並於 2013 起開展少數族裔戒毒服務，期間透過過來人朋輩教育員分享自身經歷，教育少數族裔社群有關藥物禍害；透過自身網絡連繫及支援吸毒者及各持份者，如：社區人士、社群領袖及宗教人士等。

【關鍵詞】香港善導會；少數族裔朋輩教育員角色；文化敏銳；培養少數族裔朋輩教育員

少數族裔前線工作人員參與的重要性

香港禁毒處的藥物濫用資料中央檔案室的毒品統計數字顯示(1)，過去三年(2014-16)的整體吸毒人數呈報數字持續減少，少數族裔的吸毒人數及佔整體比例卻持續上升，人數由 2014 年 714 人上升至 2016 年的 871 人，比例由 2014 年的 7.9% 上升至 10.8%，這個情況令人關注。而少數族裔當中，以尼泊爾裔及其他南亞裔(即印度裔、巴基斯坦裔、孟加拉裔、斯里蘭卡裔)的吸毒人士數字較多，佔當中超過 60%。雖然部分本地少數族裔吸毒者接觸到不同戒毒服務，如：自願住院戒毒治療服務、社區為本的輔導服務或物質誤用診所等，但從本中心經驗所得及其他戒毒服務同工指出(2)，他們的文化、宗教、語言、背景、友儕影響、戒毒經驗、社群聚集特性等都與華裔吸毒者有著顯著差異，減低他們戒毒動機，增加他們適應戒毒服務的難度。有同工建議(2, 3)，除了工作員自身需具備文化敏銳度外，讓更多擁有相同文化背景的少數族裔朋輩教育員參與，有助建立工作關係、提升戒毒動機、消除文化差異的障礙、及增加社群持分者了解戒毒服務資訊。另外，有研究亦探討少數族裔吸毒情況，並建議注意文化需要及增加少數族裔前線工作人員的參與(4)。

因應少數族裔的吸毒問題及文化需要，自 2006 年起，香港善導會以文化敏銳度為基礎，開展了少數族裔藥物教育服務，並於 2013 年起開展了戒毒康復支援服務，當中過來人朋輩教育員擔當著重要角色。本文將引用中心過去十年的服務經驗，分享他們過去於不同前線工作崗位的參與及角色，還有培養他們成為全職朋輩教育員上所需要的訓練及遇到的挑戰，最後機構於政策上如何配合及發展少數族裔服務及朋輩教育員。

朋輩教育員擔當著不同的前線角色

一直以來，朋輩支援應用於藥物濫用及防治、酗酒治療及精神復康的工作上。擁有相似背景、遇過同樣的困難及經歷的他們，透過自助及互助的形式，對不同群組提供支援或教育。O' Hagan (2011) (5)嘗試整合多個文獻，指出朋輩教育員的角色獨特在於他們擁有真誠互助、非判斷性(non-judgmental)、帶來康復希望、投入、無階級等次的特質，故此適合被安排協助服務使用者處理福利事宜、支援危機處理、鼓勵參加社交及消閑活動等。由此看來，朋輩教育員的角色不只僅限於陪診或活動支援。以下為本服務的朋輩教育員的主要工作。

1). 藥物預防教育工作 — 族裔連繫

1. 大約十年前的觀察所得，本地少數族裔學生對藥物知識相對貧乏，本服務開始到大部分少數族裔學生就讀的中小學推行藥物預防教育工作坊。除了講解吸毒帶來的身體、家庭傷害及刑責外，還有過來人自身經歷分享。雖然相關藥物知識實用及附有真實圖片，但相比之下，過來人的故事分享就更能吸引學生們的注意及帶來正面效果。通常班裏學生有南亞裔、東南亞裔、非洲裔的，為了讓所有學生都能理解當中內容，分享及講解會以英文進行。即使如此，朋輩教育員與學生之間有種族裔連繫，與他們來自相似的生活習性、社會規範、習俗傳統、禮節、禁忌、信仰、宗教儀式、權力、權威等有關，這種連繫使學生感覺『被明白』（即拉近彼此的距離）及理解他們遇到來自友儕的引誘及壓力、對毒品的認知差別（例如：在南亞國家大麻非常普遍，但香港是違法的），建立雙方的信任，使學生更容易接收禁毒信息

及增強毒品的抗逆力。

2) 擔當社群持分者與服務的橋樑

1. 在少數族裔社群裏，有很多由族群裏的有心人成立的自願團體。他們都是義務性質運作，主要協助及支援在港同鄉的社區事務，與他們保持聯繫並了解他們的需要，提供合適的服務及支援，使他們順利在港生活及融入社會，並協助他們取得相關社區資源。除此之外，他們還會舉辦大型文化活動，透過傳統舞蹈及其他文化表演，讓華裔社區人士增加對他們文化的認識。由於少數族裔朋輩教育員都是社群裏一分子，故此經常擔當服務的代表聯繫社區團體，讓他們認識本服務及透過定期資訊和活動交流，邀請他們共同為建立無毒社區的理念出一分力，協助將信息傳遞到社區。除了讓吸毒者或其家人接觸到本服務，並鼓勵他們於有需要時尋求協助之外，還可以讓其他社區人士更了解吸毒人士的困難及需要，增加對他們的支援，並共同建立一個和諧共融環境，支持戒毒康復者重返社區生活工作。

2. 另外，因應本港少數族裔人士的宗教背景多元性，而宗教團體在社區有很大的影響力，朋輩教育員正好發揮充當服務與宗教團體橋樑的角色。信奉印度教和佛教的少數族裔人士多為尼泊爾裔及印度裔，而回教則多為巴基斯坦裔及印尼裔。擁有相似宗教背景的朋輩教育員協助連繫宗教團體，推廣服務，協助設計、籌備及推行提升抗毒意識和關注健康的聯合活動。活動當中，朋輩教育員充當代言人的角色，他們過去改變吸毒習慣的努力正好樹立正面戒毒康復形象，改善社區人士對他們的印象，鼓勵接納戒毒康復者重返社區生活。另一方面，他們亦教育社區人士抗毒知識及介紹求助方法，達致宣傳服務的效果。

3) 戒毒工作 — 更多的角色比重

1. 本服務以外展及早識別少數族裔吸毒者和與他們建立關係，採用健康作為介入點，以個案工作及活動鼓勵他們採用更健康的生活方式，為有需要個案作戒毒服務或精神健康服務轉介，並持續跟進。正如上文提到，為回應少數族裔吸毒者的語言、文化背景及宗教的需要，本服務朋輩教育員的角色更顯得重要。語言方面：輔導工作裏經常需要描述個人情感、過去吸毒經歷及毒癮、與家人的關係等去了解個案的吸毒原因、想法及情感，少數族裔朋輩教育員一方面擔當翻譯角色，促進個案與社工之間的表達及交流，另一方面，由於族裔及語言相近的連繫，使社工更快取得個案信任及建立工作關係。文化背景及宗教方面：少數族裔朋輩教育員憑著過去的戒毒經歷及熟識吸毒者的習性，發揮同行者角色，透過與社工共同跟進個案及帶領互助支援小組，為吸毒者分享不少戒毒持守智慧及帶來希望。另外，當危機情況出現的時候，如：服食過量藥物而被送院或精神錯亂引發的不恰當行為，因彼此信任及語言上容易溝通的關係，通常由吸毒者朋友或家人發現並最先通知朋輩教育員尋求協助。除了即時危機處理支援外，還需要為他們提供即時情緒支援及與社工共同處理日後跟進。

4) 家庭支援 — 文化背景的優勢

1. 大部分吸毒者的家人都是中年或年長一輩，他們自小在自己國家接受教育，長大後才到香港工作，價值觀及文化背景都與本服務的年長少數族裔朋輩教育員相近，這有助了解吸毒者的成長環境及其家人期望或態度。另外，為促進溝通和介入，本服務會安排年長男性朋輩教育員為家人提供支援及協助，這有效善用他們尊敬和重視男性長輩的文化，有助減低羞愧感而抗拒求助。

培養朋輩教育員的經驗

1) 招募過程

1. 現時有三個主要渠道招募合適少數族裔過來人成為朋輩教育員，分別為：

i. 戒毒康復者

本服務建立了一個晉升階梯，為剛完成戒毒治療而有意成為朋輩教育員的人而設。讓他們循序漸進地接受培訓，慢慢建立持守信心和決心，學習各類型工作和人際關係技巧，調整工作及自身期望，重塑健康生活方式及工作態度。社工會鼓勵合適的戒毒康復者由義工開始做起，為免太早讓他們接觸到仍然活躍吸毒的人士而增加重吸風險，他們會被安排協助活動前期預備工作，例如：外展的宣傳品包裝工作，傳送物資等，讓他們重拾工作習慣。當表現及態度良好時，他們會晉升為兼職朋輩教育員，而職責及工作要求亦相應增加。按他們的康復程度，社工會安排較前線工作，例如：為中小學生分享個人戒毒經歷、活動時協助全職朋輩教育員、與社工及全職朋輩教育員一同外展等。最後，當有職位空缺時，他們可按需要或準備程度而申請成為全職朋輩教育員。

ii. 現職朋輩教育員的自身網絡

如有合適人選和空缺時，現職朋輩教育員會去社工推薦。

iii. 公開招募

當有空缺時，本服務會向其他服務少數族裔人士機構宣傳，公開招募。

2) 在職培訓及挑戰

1. 新入職同工簡介

新入職的朋輩教育員會參與機構及單位的服務簡介活動，了解機構的願景、使命和核心價值、不同單位及服務、人事及財務要求等。過程中會有即時傳譯，讓他們可無障礙地獲得相關資訊及融入機構。

2. 行政事宜

i. 撰寫日誌

於新入職初期的朋輩教育員需要每天撰寫日誌，內容記錄當天接受過的訓練、其他服務介紹、獲安排的工作、遇過的服務使用者等。日誌最重要的目的是檢視當天的學習，反思得著和可改善的地方，只有不斷反思才會進步。除了作自身檢視外，這個練習亦可讓上司了解其學習進度，適時提供支援和協助。

ii. 單位及服務簡介

在社福機構工作可能是朋輩教育員的新體驗，所以細節如合適工作服飾、儀容、準時上班下班的重要性、工作應有態度、團隊精神等也要清晰地講解，使他們更快融入工作。

iii. 工作匯報

為確保他們工作安全及了解工作進度，本服務鼓勵他們外出時匯報行程及預計回程時間，和定期匯報工作情況，讓上司適時提供指導及支援。

iv. 數據輸入

電腦操作或會對年長朋輩教育員造成挑戰，故此會提供簡易電腦操作教學，讓他們足夠應付日常工作所需的。

3. 挑戰

i. 曾經有朋輩教育員表示：

因長期吸食毒品而影響記憶力，以上行政工作表現不理想，例如：經常忘記工作細節、活動物資等，為團隊其他成員帶來不便。

ii. 如果用紙筆記錄工作事情、在電話設定提示指令、與其他成員交換工作或可幫助他解決問題。

3) 日常工作、挑戰及支援

1. 日常操守指引

i. 在日常的工作中，朋輩教育員無可避免地面對各種重吸的高危情況，例如：回到熟識社區和以往經常流連的地方，遇見仍活躍吸毒的好朋友等。訂立日常操守指引有助統一各團隊成員的做法，減少與服務使用者不必要的紛爭，配合適時輔導和指導，期望協助朋輩教育員處理高危情況，加強持守的信心及能力。

2. 帶領活動技巧

i. 朋輩教育員會接受各類型訓練，以應付日常工作需要，如：按服務使用者設計活動、帶領活動的技巧、溝通技巧、處理突發情況、收集組員建議等。

3. 團隊合作訓練

i. 本服務強調社工與朋輩教育員的團隊合作，消除文化差異的障礙，提供最合適的戒毒服務予吸毒者。故此團隊合作訓練可讓社工與朋輩教育員增加彼此間的了解，學習表達意見和尊重不同意見，為服務使用者提供最大的福祉。

4. 挑戰

i. 曾經有朋輩教育員表示：

「我有過來人背景及成功戒毒經驗、又熟識社群、又擁有人脈，又有著個人想法及做法，為什麼要聽從華裔、又沒有吸過毒、又經驗淺的社工？」

ii. 或許了解這個想法的背後原因有助解決這個人事紛爭，例如：他是否想測試社工的態度？社工是否真心協助他們？嘗試著眼於共同目標，就是要為服務使用者提供最大福祉，然後釐清工作職責，

增加彼此間了解及建立信任，這對服務及服務使用者都有幫助。

4) 生涯規劃及個人成長

1. 工作發展

朋輩教育員的專長是戒毒康復支援，為應對不斷改變的戒毒需要，他們也需要增長知識和技巧去迎合，例如：危害精神科毒品所帶來的精神健康問題的知識、吸毒父母的子女福利需要、教育吸毒父母的親職技巧等。

2. 生活與工作平衡

i. 曾經有朋輩教育員表示：

「我覺得過去吸毒浪費了很多時間，現在需要追回失去的時間，所以我要寄情工作，為社群出一分力，建立一些事業」

ii. 短期效果：對社群及服務有正面幫助。

長期效果：忽略個人健康、家人及個人發展。嚴重可能出現倦怠(Burnout)情況。

iii. 故此定期檢視工作與生活情況，了解這個生活方式是否健康，能否帶來個人成長，並強調工作不是補償過去時間損失和彌補內疚感覺。

單位及機構配合

建立文化敏銳度基礎

為協助少數族裔朋輩教育員能夠融入團隊，本中心同工將單位內所有通告、信息及文件以英文及中文兩種語言或文字發放，而且大小會議都以英語進行，期望少數族裔同工也可表達意見。不只如此，職員之間的非正式聯繫也以雙文發放，例如：在社交群組裏，同工會將地道笑話翻譯成英文，雖然意思相同卻不再是笑料，但少數族裔同工對此感到被尊重、重視及成為團隊的一分子。另外，單位亦盡量安排房間，滿足有宗教儀式或祈禱需要的少數族裔同工。

機構及政策支持少數族裔發展

先於單位內營造共融氣氛，然後慢慢將這氣氛滲透於機構文化內，例如：當單位內同工與其他單位合作時，會於合適時候提出加入雙語原素，如宣傳品、刊物、通告等。當合作漸多認識漸多時，各同工都會開始以文化敏銳度作基礎去籌備及推行活動或政策。近年，少數族裔同工開始參與職員福利會的工作小組，除了活動上加入少數族裔文化原素讓更多同工認識之外，亦讓更多同工與少數族裔同工共事，建立信任及良好工作關係，減低日後共事或服務合作的抗拒。

政策方面，本機構已於數年前將少數族裔服務加入發展策略及重要表現指標(Key Performance Indicators)，增加資源著力推行少數族裔服務及培養朋輩支援員。行政方面，本機構的重要人事財務文件以雙文發放，讓少數族裔同工也可得到相同的資訊。

結語

本文所分享的經驗或有不足的地方，或有改善的地方，但最重要是期望能夠透過是次平台，與不同提供少數族裔服務之機構進行經驗分享。讓這獨特的服務在不同的服務層面上發揮得更好，更貼近社群真正的需要。

參考文獻

1. Narcotics Division., Security Bureau, Hong Kong Special Administrative Region of the People's Republic of China. Central Registry of Drug Abuse and Drug Statistics. Retrieved on 26 June 2017, from http://www.nd.gov.hk/statistics_list/doc/tc/t22.pdf
2. South China Morning Post., Hong Kong's lack of rehabilitation services leave minority drug addicts with nowhere to turn. Retrieved on 26 June 2017, from <http://www.scmp.com/news/hong-kong/health-environment/article/2047341/hong-kongs-lack-rehabilitation-services-leave>
3. Time out Hong Kong., Drug use on the fringes. Retrieved on 26 June 2017, from <http://timeout-admin-node1.candrholdings.com/big-smog/features/51903/drug-use-on-the-fringes.html>
4. Tam, S. M.(2012)., CUHK Anthropology Department Releases Research Findings on Nepalese Drug Abusers in Hong Kong., Chinese University of Hong Kong. Retrieved on 26 June 2017, from http://cpr.cuhk.edu.hk/en/press_detail.php?id=1234
5. O' Hagan M. Peer Support in Mental Health and Addictions. A Background Paper. Wellington: Kites Trust; 2011

男同志 Chem Sex 濫藥趨勢及介入手法初探

周峻任

香港小童群益會

【摘要】

男同志社群 Chem Sex 濫藥性行為近年日期嚴重。香港衛生署 (HARIS 2016) 一項的研究顯示 11.1% 的受訪男男性接觸者，在過去半年內，發生性行為前曾使用毒品。Chem Sex 跟一般的濫藥不同，事主沉迷的是濫藥性行為所帶來的異常的性高潮。Chem Sex 跟同志的心理壓力、自我身份認同、社群文化、情慾和親密感有緊密關係。要有效介入，同工必須有足夠的文化敏感度，熟悉同志的成長經驗、社群文化以及面對的特殊壓力和創傷。

香港小童群益會性向無限計劃於 2007 年開展性向無限計劃，是目前香港唯一一個全面支援同志青少年及家長的服務。有見同志濫藥情況日漸嚴重，計劃於 2016 年開展先導計劃，為同志社群提供針對性的服務：

在同志交友的手機程式上進行外展，主動接觸濫藥的男同志；

應用表達性藝術治療，幫助有高危性行為的男同志了解其性行為模式背後的內在需要，預防 chem sex ；

結合我們對同志的成長歷程的理解，為戒毒的男同志提供整全性的輔導，預防重吸

本論文將會：

1. 探討香港同志 Chem Sex 的情況；
2. 根據性向無限計劃過去十年的工作經驗，結合外地學者研究，分析同志成長歷程、社群文化跟 chem sex 的關係；
3. 分享計劃針對性的「同志交友程式外展－藥物教育－濫藥輔導」的服務模式；
4. 簡介英國及歐洲針對 Chem Sex 的政策及預防治療模式，並對香港的濫藥策劃作出建議

【關鍵詞】男同志、ChemSex、愛滋病、藥物濫用預防、藥物濫用治療

1. 前言

香港小童群益會性向無限計劃於 2007 年開展性向無限計劃，是目前香港唯一一個全面支援同志青少年及家長的服務。我在計劃工作 10 年，一直深深感受到同志社群面對的困難和掙扎。同志青少年在成長時往往經歷強烈的內化負面標籤，感到隔離和去權，亦由此出現種種精神健康的問題。

近年，男同志社群 Chem Sex 濫藥性行為（在發生性行為時使用毒品以提高性興奮）近年日益嚴重。香港衛生署 (HARIS 2016) 一項的研究顯示 11.1% 的受訪男男性接觸者，在過去半年內，發生性行為前曾使用毒品。香港愛滋病顧問局(2016)估計香港約有 10 萬至 12 萬活躍男男性接觸者，按比例計算，即約有 1.1 萬男男性接觸者過去半年有 chem Sex。數字比禁毒處的藥物濫用資料中央檔案室的全港呈報數字還要高。香港小童群益會性向無限計劃於 2015 年的一項研究亦顯示，有近 20% 的受訪年青男同志曾收過網友的 Chem Sex 邀請，足見 Chem Sex 在同志網上社交平台極為普遍。Chem Sex 在同志圈子中，可以說是容易接觸得到，漸漸變為一種社群的潮流或次文化，情況令人極為擔心。

Chem Sex 跟一般的娛樂性用藥並不一樣，濫藥者濫用特定毒品（冰毒、迷姦水及威而鋼）的主要目的是要提高性興奮 (56 Dean Street, 2015)。大部分的濫藥者只會在發生性行為時用，而不會在自己一個人時服用。濫藥者上癮的不只是藥物，而是藥物加上性而帶來的異常興奮的性經驗。Chem Sex 亦跟同志社群面對的心理壓力、自我身份認同、社群文化、情慾和親密感有緊密關係。要有效介入，同工必須有足夠的文化敏感度，熟悉同志的成長經驗、社群文化以及面對的特殊壓力和創傷。

香港小童群益會性向無限計劃於 2007 年開展性向無限計劃，是目前香港唯一一個全面支援同志青少年及家長的服務。有見同志濫藥情況日漸嚴重，計劃於 2016 年開展先導計劃，為同志社群提供針對性的服務：

- 在同志交友的手機程式上進行外展，主動接觸濫藥的男同志；
- 應用表達性藝術治療，幫助有高危性行為的男同志了解其性行為模式背後的內在需要，預防 chem sex ；
- 結合我們對同志的成長歷程的理解，為戒毒的男同志提供整全性的輔導，預防重吸

這篇論文將會探討同志 Chem Sex 的脈絡、Chem Sex 跟同志成長壓力以及社群文化的關係，並對服務和政策回應作出初步的建議。

2. 香港男同志圈子 Chem Sex 的脈絡

隨着智能手提電話的興起，男同志社群社交和尋找性伴侶的渠道，由酒吧、交友網頁改變為手機程式。這些手機程式通過 GPS 定位系統，讓在同一地點而又裝有此軟件的同志能夠通過此軟件彼此溝通、約會，甚至邀約性伴侶。這些手機程式讓很多本來害怕曝露身份的同志，找到一個安全方法結交；亦令到同志社群內不同的群組連繫度 (connectivity) 大大提高。以往不太容易互相接觸到的群組 (如參與 Chem Sex 的，跟不會參與的) 現在變得很容易就可以互相接觸到。

現時，於香港尋找 Chem Sex 的男同志最常用的交友程式是於 2009 年的 Grindr。打開程式，不難發現不少人會在帳戶中寫明「cf」、「wild Sex」、「chill」等 Chem Sex 的暗示。亦有不少同志表示，在 Grindr 上接觸到的近乎一半的都是有參與 Chem Sex 的。

3. Chem Sex 跟男同志的心理需要

一. 男同志內心的孤單和羞恥感

或許，很多人都難以理解男同志對性的需要。性關係，往往不只是身體的需要，還代表着一份直接實在的親密感和連繫。要了解為何這麼多男同志會沉迷 Chem Sex，就要先了解男同志的成長經驗。

男同志，在成長的過程中，往往會面對過強烈的羞恥感和自我質疑。社會上不斷充斥着同志關係和性是污穢有罪的訊息。這些訊息亦很多時內化到同志的自我形象中。有輔導員這樣說，「男同志成長的時候，被迫將他生命裡所有重要的面向都隱藏起來，因此將珍貴的特質和羞恥感及否認混為一談。這樣的成長經驗被銘刻在心，長久揮之不去。」(大衛·圭南、吉爾·騰列，2005)

在男同志成長的過程中，很多時都是一個相當孤單的過程。由於害怕別人的拒絕和羞辱，同志青少年往往出於自我保護，而戴上面具，壓抑真實的自己 (游玉蘭、周峻任、姚佳樂，2009)。同時建立一個虛假的自我 (false self)，假裝成一個異性戀者，過着雙面人的生活。由於害怕家人或友伴發現自己的秘密後會捨棄自己，同志成長時學會保持距離，切割真實的感情。這種巨大的羞恥感和孤單感模塑着他的性格，留下內心的空洞，同時亦影響着他成年建立親密關係的能力。

正正是這個內心的空洞，讓很多同志強烈渴求親密感跟連繫。然而，這些渴望很多時在同志社群中，亦不容易很到滿足。男同志成長時往往缺乏建立親密關係的模範，以及發展維繫關係能力的機會。而性就變成是最容易得到親密感的方法。很多男同志很容易談性，談慾望，但卻不容易表達自己內心情感、講關係，甚至跟真實的自己很疏離。而同志社群內部亦重覆着很多主流社會的壓迫，如對外貌、身體形象的過份強調，致令很多人在交友、戀愛的過程中受傷。不少同志在成長時，在交友程式上找到的，都是邀約一夜情的，又或在關係中被出賣、受傷。漸漸對親密關係失去信心，而只能在性關係上尋求親密感。

對很多人來說，性可以放下身體的界線，有直接親密的連繫。特別是當一些朋友感覺到孤單時，要拒絕別人的 chem sex 的邀請，並不容易。外在冰的作用下，很多人感覺到可以暫時卸下心防，接近距離，無所不談 (杜思誠，2014)，找到他們一直追求的親密和歸屬感——縱然那是短暫和代價沉重的。

二. Chem Sex：性跟藥的危險結合

男同志發現在性行為時，使用冰，能夠令到性快感大大地提昇。冰能夠刺激腦部大量分泌多巴胺，很多濫藥者會感覺到性慾高漲、身體感官放大，變得敏感，而且性行為往往可以維持到八小時，甚至兩三天。有些朋友會形容 Chem Sex 跟一般性愛相比，就好像是高清高視跟黑白粵語長片。而這種異常的高潮，讓很多濫藥者覺得 Chem Sex 是終極的性愛而上癮，不能自拔。甚至覺得只有用冰，才能找到性滿足。漸漸，性跟毒連在一起；每次有性需要時，就會想到毒。

同時，冰亦會大大減低自我控制，釋放一些過往壓抑的性幻想。用冰後，很多人的性愛會因此變得更加激烈、狂野，如多人性派對、無套性愛、SM 等等。一方面大大增加感染愛滋病及性病的風險。根據衛生署的統計數字 (2016)，超過三分之一的新感染愛滋病的男同志在過去半年曾發生 chem sex。另一方面，很多濫藥者在清醒後會後悔自己的沉瀝，充滿內疚和羞愧感，大大破壞自我形象。

三. 自信心跟擴闊社交圈子

同時，chem sex 的獨特經驗，讓本來缺乏支援網絡的同志朋友，建立起另類的社交網絡。會 chem sex 的人，來自各行各業。我們接觸過的有大學講師、老師、護士，也有失業的。對很多人來說，chem sex 好像開拓了他們的眼界，可以接觸到平日不會接觸到的人 (Lau, 2014)。

有人說，冰是同志的完美毒品 (Fawcett, 2016)。當同志因着長期的負面標籤感覺到羞恥，chem sex 讓人解放所有壓抑束縛，盡情享受一刻的性歡愉。當感覺到孤單，chem sex 提供一個空間，讓人感覺到連繫。當感覺到抑鬱自己沒有價值，chem sex 讓人感覺到自戀，充滿自信。這些都是非常人性的需要。

四. 當 Chem Sex 變成問題

只是很快的，chem sex 也可以帶來沉重的後果。數小時的高潮，伴隨而來的是數天的焦慮和抑鬱；感染愛滋病；工作和生活受到影響。漸漸發現不斷的性接觸，再多的高潮，其實並不能夠填補到心中的空虛。就如我們其中一個個案所說的，「chem sex 係真係好 high 的，但是他漸漸蠶食我的生命。」慢慢很多濫藥者會發現原來在 chem sex 中體驗到的連結、快樂和自信，不過是一種泡沫，卻令他在日常生活中跟其他人更加疏離孤單，更加迷失。

當我們能夠深入了解同志的成長故事，我們可以看到 chem sex，跟同志身份而來的自我形象、社會壓力、親密感的需要、社群文化緊密扣連。要幫助濫藥同志戒除毒癮，我們必須要能夠回應到他們同志身份帶來的壓力，並找到一個健康的方法，回應到內心需要，重建一個健康的同志身份和生活社交模式。

4. 服務模式初探

我們計劃於 2016 年開始，針對同志 chem sex 的教育預防及治療模式，並漸次建立一個服務的方向：

一. 建立健康的自我形象

我們會跟當事人探索他的同志經歷，面對的困難，以及這些跟毒品的關係。我們前的經驗，看到很多同志會 chem sex 是因為他們對自己同志甚至是愛滋病感染身份的不接納，同時又缺乏能夠交心的朋友

我們服務同志的經驗，讓我們敏感於同志身份的掙扎和需要 (游玉蘭、周峻任、姚佳樂，2009)。我們協助當事人去外化社會加諸的負面標籤，重新解讀自己的同志經歷。我們創造一尊重聆聽的環境，讓當事人慢慢接納自己，開始建立一個正向的自我認同。

二. 建立健康的社交網絡

我們服務的一個特別的地方是，跟香港一般的濫用精神健康中心不同，Chem sex 支援計劃是融合在整個同志服務中。性向無限計劃，一直致力創造一個在交友程式、酒吧以外的平台，建立一個同志互相支持的群體。我們既有 chem sex 濫藥者的支援小組，同時亦有一般同志的社交小組、支援小組。在這裏，他們可以找到 chem sex 以外，跟其他同志的連結，找到一班真正願意支持他、認識他的友伴。有了真正的連結，濫藥者才可以有能力不再通過 chem sex 去尋找支持。

通過不同活動，我們亦致力創造一個環境，讓不同的同志可以分享同志面對的困難，如與家人及朋友出、戀愛拍拖以至性關係。通過不同的分享，濫藥者可以看到自己的未來，重塑自己的身份。

三. 針對性的戒毒輔導

處理 chem sex 個案的最重要關鍵，是協助案主把性跟毒品分開，並建立一個健康的情慾跟性。但性經歷，以及背後的內在情感需要，對很多人來說，是一個很大的禁忌，不容易宣之於口。特別是很多時 chem sex 涉及一些極端的性愛。

這些我們重視探索 chem sex 背後反映的同志自我形象和深層需要。chem sex 很多極端、黑暗、沉溺的性經驗背後，往往反映着當事人在性身份上的掙扎和需要。我們初步嘗試應用表達性藝術治療的方法，通過藝術創作，創造一個安全的空間，讓當事人可以探索自己。當當事人能夠看到自己的深層需要時，他的情慾故事就可以有機會重新改寫。同時，當事人的高危處境往往是當遇上性需要，又或者在交友程式上收

到 Chem Sex 邀請時。我們在制定預防重吸計劃時，會特別跟當事人探討他的性需要，以及如何回應交友程式。

四. 交友平台外展

除了輔導工作，我們亦開始社交程式外展及社交平台的教育預防工作。我們在 Grindr 上進行外展，希望可以及早識別 chem sex 的男同志。我們會提供動機式諮詢，提昇當事人對自己濫藥影響的覺察，改變動機，轉介服務並提供緩害意見。

五. 社交媒體預防教育

同時，Chem Sex 亦在同志社群變得越來越高調，漸次成為一種次文化。在一些社交媒體，如 tumblr，不難發現一些同志分享自己 Chem sex 的經驗，甚至短片。同志社群極需要一些針對性的藥物教育。

計劃亦通過拍攝短片、圖像，於 youtube、tumblr、facebook 和同志交友網站上，發放藥物教育的訊息。

5. 政策建議

要有效介入 Chem Sex，我們需要發展一套適切男同志的濫藥預防及治療模式，並進行實證研究。除了發展服務外，我們亦極制定合適的政策回應。以下，我們會先介紹國際社會對 Chem Sex 的回應，並提出一些針對香港情況的建議。

一. 國際社會對 Chem Sex 的回應

同志社群 Chem Sex 可以說是近年一個全球的現象。美國 (Facett, 2016)、澳洲 (ABC, 2016)、英國 (Bourne, Reid, Hickson, Torres Rueda, Weatherburn, 2014)、德國 (Dicht & Graf, 2016)、法國 (Batisse)、台灣，都有研究或報道顯示當地男同志 Chem Sex 的情況嚴重。而值得關注的是，近年男同志性旅遊情況日益普遍，香港男同志會不會因此而引入一些外地的毒品或注射方法（如在倫敦，相當大比例的男同志是以靜脈注射的方法濫用冰；香港過往並不普遍，但前線觀察在過去一年，開始出現個案，估計未來亦可能會漸漸普遍）。

英國藥物政策委員會於 2010 年特別針對同志 chem sex 提出政策文件，當中提出特別提出同志社群對毒品的認識，以及接受服務的程度，較之濫藥的程度來說，很低。同志接受服務的障礙包括很多藥物濫用機構對同志社群缺乏認識和敏感度。委員會特別建議發展針對同志的濫藥預防及治療服務，強調服務必須尊重同志社群，並以充權為本。於 2016 年，在英國召開了首次的歐洲 Chem Sex 論壇，以識別各國趨勢，並分享經驗。

二. 建議政策

參考國際的經驗，我們建議香港政府應該制定針對男同志 chem sex 的防治政策。具體的建議包括：

1. 深入了解 chem sex 的情況，並建立數據收集的系統

我們需要更深入了解 chem sex 的普遍程度、使用者背景、密度、使用原因、模式等資料，以便制定有效的防治政策及服務。香港衛生署特別預防計劃在過去多年來，一直定期系統化收集針對男同志以及其他高危群組的性行為模式，以作愛滋病監測。這個監測系統行之有效，並提供十分有用的資料。禁毒處可以參考衛生署的做法，發展相關 chem sex 的數據收集系統。

2. 鼓勵愛滋病預防及治療服務跟濫藥服務的相互合作

Chem Sex 大大提昇了感染性病及愛滋病的風險。愛滋病預防及治療機構多年來跟男同志社群關係緊密，前線接觸大量的男同志，是 Chem sex 防治的重要一環。特別是經過多年的宣傳推廣，近一半的男同志有定期接受愛滋病測試及輔導。愛我們應該協助愛滋病服務建立提供 chem sex 預防教育及識別濫藥者的能力，並建立愛滋病服務跟濫藥服務間的合作和相互轉介系統。

同時，濫藥服務須要變得更加同志友善，敏感同志社群的需要。很多同志往往因害怕主流的濫藥服務會不接納同志，而迴避接受服務。濫藥服務的同志須要提昇對同志的敏感度和認識。濫藥同工亦須要了解有關愛滋病預防及治療的知識，如預防性投藥 (PrEP)。

3. 累積知識和經驗，發展實證為本的介入方法

Chem sex 是全球的一個新現象，尚待發展實證為本的介入手法。香港的多個機構現在亦正發展 chem sex 的服務模式。我們宜建立溝通的平台，交流前線經驗，收集實踐智慧，並發展實證為本的介入手法。

4. 提供針對同志社群的宣傳教育工作

我們須要發展創新性的手法，應用社交媒體及手機程式，針對男同志社群提供宣傳教育。有關訊息必須要是同志友善，適切同志社群文化。同時，亦應提供緩害的資訊。

5. 提供整全的同志成長服務

雖然，同志成長時面對種種的壓力和困難，研究亦顯示同志社群有較嚴重的精神健康問題。但除愛滋病預防及毒禁外，政府一直未有資助同志服務。同志的 chem sex 問題，正正反映着基礎的支援及發展工作的嚴重不足。我們相信如同志能夠在早期得到支持，能夠建立較健康的自我認同和支援網絡，就不用發生 chem sex。我們希望政府能夠正視同志社群的需要，在發展補救性的濫藥服務的同時，能夠支持整全的同志服務。

參考文獻

香港衛生署 (2016)。HARIS-愛滋病預防項目指標調查 2016 – 男男性接觸者。

http://www.info.gov.hk/aids/english/surveillance/sur_report/haris2016msm_c.pdf 於 30/6/2017 年瀏覽。

香港愛滋病顧問局。香港愛滋病建議策略(2017-2021)。 http://www.aca.gov.hk/tc_chi/strategies/pdf/strategies17-21c.pdf 於 30/6/2017 瀏覽。

香港特別行政區政府保安禁毒處。藥物濫用資料中央檔案室及毒品統計數字。 http://www.nd.gov.hk/tc/statistics_list.htm 於 30/6/2017 年瀏覽。

游玉蘭、周峻任、姚佳樂 (2010)。與同志青少年一起成長—同志青少年的自助組織及充權倡議工作。收於香港社會服務聯會(2010)：社區發服務：承傳、探索、蛻變。香港：圓桌文化。

大衛·圭南、吉爾·騰列(2005)。同志伴侶諮商。台灣：心靈工坊。

杜思誠 (2014)。有關男同志娛樂性藥物性愛的一些工作經驗與思考。台灣：愛之關懷，89: P.17-26。

56 Dean Street. Guidelines for psychosexual therapists who work with issues around Sober Sex. Retrieved 30 June, 2017 from <http://www.davidstuart.org/Guidelines%20for%20psychosexual%20therapists%20who%20work%20with%20issues%20around%20Sober%20Sex.pdf>

Australian Broadcasting Company News (2016). Sex and Crystal Meth: the Rise of Chem Sex. Retrived 30 June, 2017. <http://www.abc.net.au/news/2016-04-14/the-rise-of-chemsex/7326744>

BGCA (2015). Teenage MSM Healthy Survey. Unpublished.

Dicht & Graf (2016). ChemSex across Germany: What's Known and What's not? Retrieved 30 June, 2017 from <https://www.slideshare.net/Checkpoints14/chemsex-across-germany-whats-known-and-whats-not>

Facett, D. (2016). Lust, Men and Meth: A Gay Man's Guide to Sex and Recovery. Wilton Manors: Healing Path Press.

Bourne A, Reid D, Hickson F, Torres Rueda S, Weatherburn P (2014) The Chemsex study: drug use in sexual settings among gay & bisexual men in Lambeth, Southwark & Lewisham. London: Sigma Research, London School of Hygiene & Tropical Medicine. www.sigmaresearch.org.uk/chemsex

Lau, S. (2014). Experiencing Risky Pleasure: the Exploration of "Chem-fun" in the Hong Kong Gay Community. Hong Kong: the University of Hong Kong.

UK Drug Policy Commission (2010). Drugs and Diversity: Lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) communities. Learning from the evidence. Retrieved 29th June, 2017 from www.ukdc.org.uk/reports.html.

特殊教育需要學生禁毒教育計劃 --- 生活技能為本小組的成效與經驗

袁巧仙 李穎心 劉葆淇 勵楚欣

社區藥物教育輔導會

【摘要】

一. SEN 禁毒教育先導計劃

隨著特殊教育需要(SEN)人口增加，SEN 的禁毒教育亦有迫切的需要。社區藥物教育輔導會參考聯合國和世界衛生組織建議，為 SEN 學生提供健樂大使生活技能為本禁毒教育小組。目的是為 SEN 人士建立積極和健康生活概念，發展多元潛能和提昇自信心，從而培養抗毒能力。

二. 成效研究

此項目採用評估研究方式，運用個人與群性發展自我效能量表 24 條題目評估成效，並透過配對 T 檢定(paired-samples T-test)分析 6 個範疇。研究結果顯示個人與群性發展總平均分明顯提升，說明了活動計劃發揮了顯著成效。

三. 結論

活動幫助 SEN 學生掌握生活技能，增強情緒管理、與人相處、抗毒能力、管理金錢、接納自己等重要的自我保護能力，從而提昇整體抗毒能力。這項先導計劃帶來一個重要的訊息：以生活技能為本的禁毒教育有助 SEN 學生促進抗毒能力。在禁毒教育政策上，應融入切合 SEN 學生的生活技能為本禁毒教育。

【關鍵詞】SEN、特殊教育需要、禁毒教育、生活技能

計劃簡介

本計劃為香港保安局禁毒處禁毒基金首次資助有特殊教育需要人士(SEN)的獨立項目。此計劃支援個人、學校、家庭和社區四個層面。第一部份為提高 SEN 學生的生活技能，在學校推行禁毒教育小組，提昇他們的抗毒能力；第二部份是在各職業訓練中心、主流及特殊學校，增加對 SEN 人士的禁毒支援；第三部份是透過親子活動，讓家庭發揮在預防濫藥的支援；第四部份是透過 SEN 學生的藝術創作，促進其推廣禁毒訊息的能力。

本評估研究主要介紹在主流小學舉行的健樂大使小組服務及其成效。

香港 SEN 概況

根據教育局定義，SEN 學生是指在學習上有某些困難並需要特別教育支援的學生。本港 SEN 學生主要分八大類：「特殊學習困難」、「智障」、「自閉症」、「注意力不足／過度活躍症」、「肢體傷殘」、「視障」、「聽障」及「言語障礙」。根據教育局統計，香港現時有 41,559 位 SEN 學生就讀於中小學。當中有 6,795 位就讀於特殊學校，而 33,830 位就讀於公營主流學校。而其文件顯示，本港 SEN 學生有上升趨勢，9 年間增加了 112% (教育局, 2015)。隨著 SEN 學生人數增加，切合其需要的教育急切而必需。

文獻回顧

一. SEN 與濫用藥物

世界衛生組織 (WHO) 把濫用藥物定義為：「任何進入身體後能引致生理或心理上改變的物質。」而持續地使用則對健康引起損害，甚至可以導致藥物依賴。香港近年有不少與毒品有關的案件，當中涉及 SEN 人士。2015 年一名智商偏低及患有過度活躍症的中二學生，為見心儀對象而答應販運 550 克氯胺酮，被判監 4 年 4 個月；同年，一名 22 歲患有輕度心智智能障礙及解決問題能力有限的搬運工人因欠債，販運 2 公斤的冰毒到日本，被判監 14 年 8 個月；2017 年，一名輕度智障，患有專注力不足、過度活躍症及對抗性叛逆症的女子被男友所騙，販運 2.7 千克冰毒到日本。SEN 人士被捲入干犯與毒品相關刑事罪行有跡可尋。

在藥物使用習慣方面，有不少外國文獻提出 SEN 人士與毒品有密切關係。不少 SEN 人士對使用藥物並不陌生，因他們都會服用一些藥物來控制其徵狀。所以，他們會有更大的耐藥性以至對藥物的依賴。例如有研究顯示注意力不足／過度活躍症 (ADHD) 人士有較多的多巴胺轉運體及其衝動特性令他們在成年期間濫用藥物的風險較高，如對尼古丁的依賴是一般人的 3 倍 (Harstad & Levy, 2014; Lee et al, 2011; Brook et al, 2010)。

華盛頓大學醫學院的研究發現，自閉症人士比沒有這種症狀的人更有可能濫用酒精和大麻 (Alwis et al, 2014)。基於他們具重複及偏執行為特徵，如果他們開始使用物質，往往會重複這種行為，提高他們對物質及

藥物的依賴。

社交和情緒方面，SEN 人士亦面對其他困難及危機，如情緒管理不善、社交能力欠佳、與家人關係疏離和學業成績或行為欠佳而經常被老師責罰等等，這些都減低他們的自信和抗逆力。

亦有研究發現，有 70% 特殊學校老師確信他們的學生有濫藥風險，而有 60% 表示資源不足令他們的學生無法參與一些禁毒教育活動，增加濫藥風險。(Fowler & Tisdale, 1992)。

二. 以生活技能為本的禁毒教育

WHO 定義生活技能是適應性強、積極向上的行為舉止所需具備的各種能力，這些能力將使個人能夠有效處理、對待日常生活中的各種情境的需求和挑戰(WHO, 2003)。而生活技能亦指讓個人達到一些健康有益的行為，包括對個人、家庭、學校及社區，使人邁向好生活品質的能力(詹麗貞，2003)。

所以，透過以生活技能為本的禁毒教育，期望提高 SEN 學生的認知技能、人際技巧及情緒因應技能，使其能做正向選擇，增加保護因素，預防濫用藥物，加強其適應力及面對未來各種環境挑戰的信心，而本計劃亦以此為基礎。

健樂大使小組訓練

計劃其中一項服務是為在學(小學、中學及特殊學校)SEN 學生提供以生活技能為本的禁毒教育小組。小組類別為心理教育及發展小組，並以經驗和合作學習法作教學模式。小組目的是為 SEN 學生建立積極和健康生活的概念，培養抗毒能力，發展多元潛能和提昇自信心。小組人數約為 8-10 人，時間為 60-90 分鐘。小組導師(不包括學校職員)為 1-2 人。組員組合，不分 SEN 種類，為自願參與的同學。

小組共八節，主題分為：自我認識、情緒管理、朋輩相處、抗毒百寶、理財之道、自我肯定及培養能力。內容都就同學的認知程度、人際及情緒管理技巧作調整。組員完成活動後成為健樂大使，在校園內舉辦健樂嘉年華活動，鼓勵他們學以致用，向學校老師和同學推廣抗毒訊息，令他們的能力被師長和同儕肯定，培養自信。

研究目的

本評估研究目的包括：1. 分析以生活技能為本為本禁毒教育計劃的成效、2. 提供為 SEN 學生舉辦禁毒教育的技巧及態度的建議。

研究方法

本計劃採用有系統的社會科學研究方式對活動的成效進行分析。由於資源與時間的限制，本計劃以量性的方法為分析途徑。量性評估包括前測及後測的問卷調查，學生需填寫結構性問卷，從而比較他們參與小組前後的轉變。

資料搜集

小組於 2016 年 9 月至 2017 年 5 月間進行，導師分別將前測及後測問卷於小組第一及最後一節予組員填寫。收集樣本後導師以電腦程式試算表進行分析，以描述性統計包括平均數(mean)和 t 統計(t-value)計算各變項(variables)平均數差異檢定得出的結果。

問卷設計

問卷參考 袁文得等(2004)所設計的《個人與群性發展自我效能量表：使用者手冊》，當中抽取了其中 6 種生活技能共 24 條題目，題目以隨機的方式更改了次序。問卷使用李克特六尺度量表，每條題目分為 6 個程度，由非常沒有信心(1)到非常有信心(6)以顯示學生在參與活動前後自我技能的提昇程度。分數愈高代表對自己的技能愈有信心。為配合學生程度，本計劃採用了解與接受自己、明白他人和與人相處、拒絕濫用藥物、酗酒和吸煙、合作與團隊精神、減壓與情緒處理以及理財能力方面，分別選取前測平均值及後測平均值了解參與者的個人與群性發展。

研究對象

是次計劃對象為參加健樂大使訓練小組就讀主流小學的小三至小六的學生，當中包括診斷、或初步懷疑有智能障礙、自閉症譜系障礙、專注力失調/過度活躍症、特殊學習困難(讀寫障礙)。是次計劃共 7 所小學參與，人數 60 人，收回有效問卷共 56 份。

研究結果

本計劃使用成對樣本 t-檢定 (pair-sample t-test) 以檢視個人與群性發展。學生在完成訓練後，於了解與接受自己、明白他人和與人相處、拒絕濫用藥物、酗酒和吸煙、合作與團隊精神、減壓與情緒處理以及理財能力方面均有顯著上升。當中以減壓與情緒處理一項差異最大，由此證明學生在這方面進步最為顯著。

表一 受訪者的個人與群性發展的前後測結果

	前測平均值 n=56 (標準差)	前測 標準 差	後測平均 值 n=57 (標準差)	後測 標準差	t 數值	P 值	自由度
個人與群性發展總分	114.60	0.76	127.68	0.80	-4.25**	0.0001	55
了解與接受自己	4.95	0.99	5.26	0.98	-2.13*	0.0371	55
明白他人和與人相處	4.67	1.11	5.20	1.11	-2.70**	0.0091	55
拒絕濫用藥物、酗酒和吸煙	5.26	0.86	5.74	0.59	-3.86**	0.0003	55
合作與團隊精神	4.70	1.14	5.27	1.01	-3.32**	0.0016	55
減壓與情緒處理	4.44	1.06	5.20	1.06	-3.97**	0.0002	55
理財能力	4.68	0.81	5.25	0.94	-4.07**	0.0001	55

*p<0.05，代表達至統計學上顯著水平，**p<0.01 表達至統計學上顯著水平

討論

一. 把生活技能為本的禁毒教育加以推廣

是次研究顯示透過有系統的訓練，能提升 SEN 學生的 6 種生活技能。過去各種文獻已證實擁有正面的能力，有助個人面對成長過程上的需求和挑戰，從而鼓勵學生培養健康人生價值觀、拒絕誘惑及作出正確選擇。活動結果顯示，學生的人際關係、情緒管理、理財能力、拒絕誘惑及自我肯定有顯著提升，此手法值得加以推廣，讓更多 SEN 學生培訓成為健樂大使，與他人一樣發揮潛能，增加其參與學校活動的機會，提高責任感，增加生活技術能，減低吸毒風險。

二. 增加生活技能實踐機會

文獻列出 SEN 學生一般具有一項或多項學習困難，導致他們較難建立良好的朋輩關係、情緒管理及較低的自尊感，使他們較少機會參與校內活動。於健樂大使訓練當中，本會導師發現配合因材施教的培訓、建立包容和諧的小組氣氛、以互動式學習增加趣味及持續讚賞學生的表現和努力，能逐漸增加學生的自信心。小組設計非常重視導師與學生之互動性，使用角色扮演、小組討論、影片播放，合作遊戲及體現實踐等，增加同學的互動，建立歸屬感、認同感及安全感。參與學校的負責老師/社工表示欣賞計劃當中能製造機會讓學生有實踐的機會，讓學生表現自己/發揮個人才能，加深學生對建立健康及抗毒的概念。

SEN 學生雖然有特別的學習需要，但他們每一個都是獨特的。他們完成小組訓練後，需要在學校舉辦健樂嘉年華，以大使身份，推動學校師生建立健康生活，遠離毒品。當中導師按他們的獨特性，安排崗位。全校師生皆肯定他們的努力，發掘他們於課堂外的優點，加以欣賞。

本會持續檢討活動成效時，發現學校如提供更多機會讓 SEN 學生於校內活動中擔任不同角色會帶來持續正面效果，讓他們建立積極人生觀、認同生活的意義，建立成功感，增加抗毒能力。長遠而言，對整體社會亦能得益。

三. 增加資源，擴展及持續禁毒教育效果

計劃開始時，已有逾 20 間的學校表示有意參加，可見社會上對 SEN 禁毒教育服務有很大需求。推動生活技能為本的禁毒教育訓練，不只增加青少年對毒品的認識、更促進他們發展各方面的生活技能，拒絕毒品，有助其正面成長。

本會留意到社區上涉及 SEN 人士被利用從事販毒等不法工作不斷增加，希望能增加資源，盡快擴展及持續服務，鼓勵社會各界交流、適時了解 SEN 學生與禁毒教育的需要，全面推動服務，並提昇禁毒工作的質與量，以收杜漸防微之效。

小組經驗分享

根據(Meyer, Cahill, 2004)推行禁毒教育的原則，社會上應為不同文化及背景的學生制訂相應的禁毒教育工作 / 活動。健樂大使小組因應各種 SEN 的學習需要，製訂合適的教學策略，提升他們的學習動機及對內容的理解。本會發現以下的策略能促進計劃的成效：

一. 學校的配合

本會發現與校方保持良好合作與溝通、訂立適切學習目標、進行課前課後會議、過程中定期檢討，能讓導師提早了解各組員的能力及特質，以調整教學內容，能為活動成效帶來更顯著的效果。

二. 調整內容以因材施教

是次小組八節內容均環環相扣，導師於每一節都訂立一個可量性的學習目標。在教學方式上每個遊戲均採用循序漸進的方式，增加學生的成功感及積極性，鼓勵他們嘗試及克服挑戰。活動採取遊戲及生活化的情境形式，讓學生透過體驗增加認知。例如：在讓同學認識毒品禍害方面，本會預先使用簡布讓學生認識各種毒品禍害，然後使用遊戲讓學生即時重溫內容，鞏固知識，讓每個學生持續參與，增加他們專注力，避免影響學習過程。

三. 強調使用視覺策略

本會設計教材時，因應 SEN 學生對視覺更敏銳的特質，利用視覺提示如圖咭及使用圖片代替文字以增加參加者的興趣，讓他們理解抽象內容，引導他們表達內心想法及增加互動的機會。例如在拒絕毒品方法一節，本會以腳為速離現場、手為尋求協助等手法，鼓勵學生以動作表達，應用拒絕毒品技巧。

四. 建立和諧合作氣氛

「輸贏不重要，友誼最重要」。大部份 SEN 學生的情緒較易被觸動、多說負面說話及難以道出正面的詞語。導師理解及接納同學的特質，樹立榜樣，鼓勵學生任何一項參與過程的努力、使用多元化的詞彙讚賞學生。同時導師對學生有一定期望，鼓勵他們多說正面說話。以上能有助學生慢慢嘗試，讓他們運用自己能力解決問題，增加抗逆力。

研究限制及相關建議

是次評估局限於小學的 SEN 學生小組，如果有更多資源，可擴闊受惠對象，對不同年齡的學生的需要作進一步探討。若將來政策釐定者能夠在推行服務計劃之中提供額外的資源包括人力、財政及時間，針對 SEN 學生的預防濫用藥物需要進行更廣泛的調查研究，必能對預防介入策略有更深入啟發。

總結

總結上述結果，生活技能為本的禁毒教育在 SEN 學生身上取得了良好的效果，他們於各方面的生活技能均有顯著進步。參與計劃的老師及社工欣賞計劃能使用生活化的教學內容、具創意的遊戲、配合合適的時間和節數，讓同學接納自己、改善人際關係、增加抗毒能力。青少年是我們的未來，希望透過此評估研究以提供適切的禁毒教育，營造一個充滿成功經驗、接納和關愛的學習環境，培育下一代在健康無毒環境成長。

參考文獻

- 袁文得、艾思柏、許錦屏、劉兆瑛、陳茂釗、余文基、梁健文、柯新艷（2004）。《個人與群性發展自我效能量表：使用者手冊》。香港: 香港大學教育學院生活技能發展計劃。
- 詹麗貞（2003）。「修正與支持教學策略」對國小中重度智能障礙學生生活技能學習成效之研究。台中師範學院國民教育研究所碩士論文，台中市。
- 教育局學校教育統計組（2015）教育局 2014/15 學年學生人數統計 (幼稚園、小學及中學程度)。香港: 教育局。
- Alwis, D.D., Agrawal, A., Reiersen, A.M., Constantino, J.N., Henders, A., Martin, N.G. & Lynskey, M.T. (2014). ADHD symptoms, autistic traits and substance use and misuse in adult Australian twins. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 75(2), 211-221
- Brook, D.W., Brook, J.S., Zhang, C. & Koppel J. (2010). Association between attention-deficit hyperactivity disorder in adolescence and substance use disorder in adulthood. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 164(10), 930-934
- Flower, R. E. & Tisdale, P.C.(1992). Special education students as a high risk group for substance abuse: teachers' perceptions. *The School Counselor*, 40(2), 103-108
- Harstad, E. & Levy, S. (2014) Attention deficit/hyperactivity disorder and substance abuse. *Pediatrics*, 134(1).
- Lee, S.S., Humphreys, K.L., Flory, K., Liu, R. & Glass, K. (2011). Prospective association of childhood attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse/ dependence: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 31(3), 328-341.
- Meyer, L. & Cahill, H. (2004). *Principles for School Drug Education*. Australian Government Department of Education Science and Training. Canberra.
- World Health Organization (2003). *Skills for Health: Skills-based health education including life skills: An important component of a Child-Friendly/ Health-Promoting School*, from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42818/2/924159103X_chi.pdf

淺談運用社區醫療服務資源和倡導參與禁毒工作(澳門經驗)

李凱笙

澳門特別行政區政府社會工作局戒毒康復處

【摘要】

任何毒品都會對個人、家庭及整個社會造成傷害是不爭之事實，因此，盡早發現、及早介入、減低傷害、盡早接受戒毒治療仍是戒毒工作政策推行不可或缺的部份。根據澳門情況，近年發現濫藥呈年青化和隱蔽化方向發展，對於成癮未深和未有戒藥動機的個案，在戒毒系統中難有所接觸，但因濫藥而引致的精神和健康問題，讓濫藥個案會首先接觸到醫療單位，故在醫療人員中推動參與禁毒事務，實有助及早接觸到濫藥人士，進行必要的輔導和建議，有助提升對濫藥人士普遍可及的工作發展。本文先簡介澳門戒毒服務及澳門醫療服務現況，接著說明醫療介入對戒毒工作的重要性的原因及理據，並分享戒毒康復處在相關教育推廣上的工作情況，及未來發展工作。

【關鍵字】普遍可及、社區為本、及早介入

一、前言

在這稱為網絡時代的二十一世紀裡，毒品的種類亦不斷地變化著，但無論是任何毒品都會對個人、家庭及整個社會造成傷害是不爭之事實，已有研究顯示藥物濫用危機隨吸毒年期增長而增加(社會工作局，2016)，因此，加快對濫藥人士的接觸，讓其盡早接受戒毒治療為禁毒政策的其中一個重要目標。多年來，各國在推行戒毒服務中運用社區為本的治療理念，需要有效地運用社區資源，提升普遍及可面，減低標籤效應，才能達到應對接觸濫藥者以及能有效接受治療的目標。

在2010年聯合國世界毒品問題報告中，指出全球只有1/5的嚴重吸毒者曾接受過治療，即約有2000萬藥物濫用者沒有獲得治療的機會，這些沒有獲得治療的濫藥者對各地社會造成沉重的負擔，由於供求的關係，讓國際毒販有機可乘。因此，聯合國毒品及犯罪問題辦公室呼籲全球響應「普遍可及」的治療理念，並強調醫療系統應擔當更重要的角色，因為藥物依賴是可以治療及控制的，吸毒者應接受治療，所以，戒毒治療應融入主流的醫療照顧系統中，讓戒毒者平等地獲得治療的機會，才能真正讓大部份隱藏在社區中的吸毒者發生改變。根據世界衛生組織的定義：吸毒成癮是一種發生在大腦的復發性腦疾病，與患有其他軀體性疾病的患者一樣，都是病人。

此外，由於新型毒品已漸漸取代傳統毒品，成為全球最難處理的社會和醫療問題。因此，必須透過社區化的治療系統，讓家庭醫生及社區衛生中心能及早辨識有濫藥習慣的吸毒者，並提供即時的輔導及醫療跟進，才能應對未來的戒毒需要。

所以，濫藥個案盡早接受專業戒毒治療確能減低對各方面所做成的傷害，因此，盡早發現、及早介入、減低傷害、盡早接受戒毒治療仍是戒毒工作政策推行不可或缺的部份。為使上述政策能如實推行，澳門特別行政區政府社會工作局和各相關政府部門及民間機構協作，共同落實執行盡早發現、及早介入的工作。

二、澳門的戒毒服務發展

澳門特區政府社會工作局戒毒康復處就是承擔戒毒治療及康復工作的專責工作部門，為藥物依賴者提供多元化的戒毒康復服務，並向民間戒毒機構/社團提供專業技術及財政援助，以及負責收集、分析濫藥人口及情況之有關數據，評估和發展戒毒康復工作。澳門現時施行自願戒毒模式，由政府集中處理門診求助以及轉介之戒毒個案，而長期住宿形式之戒毒治療康復服務，主要交托給民間戒毒院舍經營。對於緩刑戒毒機制，澳門主要以兩級緩刑戒毒方案(社區式戒毒治療計劃及院舍式戒毒治療計劃)協助經由法院判決三年徒刑以下的緩刑個案，接受為期一年至五年不等的戒毒治療計劃，以緩刑戒毒措施取代監禁措施，強化戒毒個案參與治療的動機和成效。此外，在濫藥吸毒者未有戒毒行動之前，亦透過外展減低傷害輔導工作，減少因濫藥吸毒所導致的個人、家庭和社會的傷害。

澳門戒毒服務體系

在配合『多模式、多管道』之治療理念下，澳門已建立了一套多元化之戒毒服務體系，包括外展工作、醫療評估、生理脫毒、社會心理治療介入、住院康復治療、社會重返、及康復者自助服務等，由政府及民間

戒毒機構合力開展相關工作。此外，近年亦積極與各戒毒機構共同發展濫藥者家人支援工作，提供家訪、情緒支援、講座及小組活動等服務。

及早介入 - 外展服務及社區專業人士推廣

在外展工作方面，現時主要由澳門基督教新生命團契及澳門戒毒康復協會專責進行，前者主要以濫藥青少年為服務對象，後者則主要為成年吸毒人士開展有關工作。外展工作的重點為及早接觸吸毒濫藥人群，提供相關輔導和情緒支援、專業建議和轉介服務，同時亦重點推行減低傷害防治傳染病感染教育，對感染人士開展深入輔導和治療轉介。此外，戒毒康復處亦聯合本澳多個青少年外展服務隊，進行定期會議及推出合作計劃，以加強接觸濫藥青少年的介入輔導工作。

為擴大社區接觸層面及加強轉介輔導治療工作，透過與各政府部門和民間機構協作，務求盡早接觸到濫藥青少年，提供所需的治療與輔導服務。除向社會服務機構人員開展禁毒講座推廣戒毒服務外，亦有見基層醫療單位及前線執法部門可能為最早接觸到濫藥人士及其家人的單位，因此專為醫療和執法人員開展「禁毒專業培訓及戒毒服務推廣計劃」，主要目的為及早辨識濫藥人士，盡早進行必要輔導和治療建議。

門診戒毒服務

門診戒毒治療工作方面，由社會工作局戒毒康復處負責執行，由轄下的戒毒及維持治療中心為有需要人士進行專業的治療診斷及評估服務，提供醫療護理、健康檢查、毒品尿液檢測、社會心理輔導、家庭輔導、社會重返輔助計劃及轉介等服務。此外，戒毒康復處於 2005 年開始推行美沙酮維持治療計劃，對吸食海洛因成癮性較深人士開始維持治療服務。自 2009 年開始，與法院及社會重返廳協作執行緩刑戒毒措施，為有濫藥背景的緩刑個案開展一系列的戒毒輔導治療工作。近年，亦協助民間戒毒機構開展青少年及成人社區輔導服務計劃。

住院戒毒服務

住院戒毒康復治療服務方面，則由澳門青年挑戰及澳門戒毒康復協會負責，為有需要的男女吸毒濫藥人士提供為期約一年的住院治療服務。澳門青年挑戰男院可收容名額為 40 名，女院為 18 名，以濫藥青少年為主；而澳門戒毒康復協會男院收容名額為 50 名、女院為 20 名，成人為主。

重返社會輔助

在重返社會跟進方面，現時各個戒毒機構均有開展相關計劃，目標以加強康復人士的重返社會適應、提供就業輔助及提升康復持守效能為工作重點。

濫藥者家長工作

在有關工作方面，目前各個戒毒機構均有開展濫藥者家長服務，透過諮詢、輔導及小組治療等工作，協助濫藥者家長認識「互累症」問題和走出困局，以及協助其有效處理濫藥家人等的相關輔助服務。

三、澳門的醫療系統綜述

澳門現時有 5 間醫院、719 間初級衛生護理場所，當中私家診所共有 705 間。2016 年，澳門醫生和護士分別有 1,726 及 2,342 名，按年增加 3.1% 及 2.8%。醫護人員與人口的比例，每千人口分別對應 2.7 名醫生及 3.6 名護士，按年均增加 0.1 名。澳門的醫療衛生服務，可分為政府(公立)和非政府(私立)兩大類。(統計局，2016)

政府方面主要有由澳門特區政府衛生局負責管轄的衛生中心和提供專科服務的仁伯爵綜合醫院（俗稱山頂醫院）。提供初級保健的衛生中心設立在澳門各區，全澳居民都可以在自己居所附近享受衛生中心提供的基本衛生保健服務。澳門目前共有 7 間衛生中心及 3 所衛生站，分佈在澳門及離島各區。凡澳門合法居民，前往衛生中心接受服務及由衛生中心轉介到仁伯爵綜合醫院進行輔助檢查，均毋須繳費。

仁伯爵綜合醫院為公立醫院，提供住院、門診、急診及其他專科服務，門診共有 92 個分科。該醫院向以下人士提供免費的醫療服務，包括澳門居民中的孕婦及產婦、10 歲或以下兒童、正規教育之中小學學生、教職員、傳染病患者、濫藥者、惡性腫瘤和精神病患者、囚犯、65 歲或以上人士、持有仁伯爵綜合醫院發出因經濟困難而無能力支付醫療費人士、持有社會工作局發出經濟狀況證明（援助金受益人）者以及持有殘疾評估登記證之澳門永久性居民。（衛生局，2015）

非政府方面，可分為接受政府和團體資助的醫療單位，如鏡湖醫院、科大醫院、工人醫療所、同善堂醫療所、街坊會醫療所、澳門歸僑總會診療所、協同醫務所等，以及各類私人診所和化驗所提供的醫療服務。

鏡湖醫院

鏡湖醫院隸屬鏡湖醫院慈善會，集醫療、預防、教學和科研於一體。鏡湖醫院設有 4 個門診部和 2 個急診部，分佈於澳門半島和氹仔。

科大醫院

科大醫院成立於 2006 年 3 月，其隸屬於澳門科技大學基金會，是一所現代化的綜合性醫院，是澳門科技大學中醫藥學院及健康科學學院的臨床帶教基地。

澳門銀葵醫院

澳門銀葵醫院成立於 2014 年的私人醫院，主要服務範疇包括門診服務、住院服務、健康評估、醫療檢查等。

四、運用社區醫療服務優勢，倡導關注濫藥有關問題和參與相關工作

毒品是指具有成癮性、濫用性、非法性及對社會有危害性的麻醉藥品和影響精神的物質及其製品。世界衛生組織將藥物(毒品, drug)定義為「是指任何一種會造成腦部功能的變異而導致情緒或行為異常的化學物質稱之」(World Health Organization, 1988)。因此，世界衛生組織將藥物依賴定義為慢性高復發性腦病，如糖尿病、高血壓等具有相同治療目標，按照生理－心理－社會醫學模式進行治療和干預。根據資料顯示，醫護人員如在診症過程中能及早辨認濫藥個案，以及提供適當建議，有助對濫藥個案提升戒藥動機以至停藥行為效果。基層醫護人員對濫藥個案的介入輔導已成為鄰近地方及其他國家在戒毒治療專業上的重要政策，從社區為本（Community Base）確有助增加對濫藥群體的接觸面，從而可激發求診者的停藥/戒毒動機。

為瞭解和掌握澳門醫療服務體系、澳門醫療人員對濫藥的認知情況、以及其接觸濫藥者情況，因此社會工作局於 2014 年邀請澳門健康促進協會進行《澳門醫護人員對濫藥的認知情況調查研究報告》，於該年 9 月至 11 月期間，向澳門仁伯爵綜合醫院、鏡湖醫院、澳門半島及氹仔的私人診所派發共 1,100 份問卷，回收 1,003 份，有效問卷 997 份，回收率為 90.64%。997 名醫護人員藥物濫用基本知識得平均分為 3.78 ± 1.45 (總分為 6 分)，當中 44.2% 的醫護人員對藥物濫用相關知識得分低於 3 分，醫護人員藥物濫用相關知識總正確率為 14.9% (社會工作局，2015)。從研究可見，澳門醫護人員對防治濫用毒品知識普遍不足，必需持續加強在醫護人員對相關專業的培訓。

近年濫用毒品隱蔽化情況持續發生，根據澳門藥物濫用者中央登記系統資料顯示，吸毒場所以自己家、朋友家等佔比例較多，對於這類隱蔽場所，外展社工較難接觸個案提供所需的輔導和支援服務。而濫藥者在吸毒初期較少主動求助，根據戒毒及維持治療中心的資料顯示，近年年輕求助病人大多在濫用毒品 5-6 年才主動求助。

根據上述情況，為此社會工作局戒毒康復處在醫療界中大力推動醫護人員對禁毒事務的關注和參與，動員醫療義工網絡、協調醫療服務系統和醫護團體推行各類型的禁毒課程、講座和研討會議等活動。因應近年澳門濫用毒品趨勢轉向以氯胺酮(K 仔)和甲基安非他命(冰毒)為主，因此就吸食此類毒品引致的身體病變和精神疾病等問題，加強與公營和私營醫院的泌尿科、腎科和精神科單位的協調和溝通，以及轉介合作的有關事宜，同時亦加強私家診所的接觸與聯繫，強化協作工作。在禁毒課程和講座等方面，近年加大推廣新興毒品禍害的講解、以及接納濫藥吸毒人士、提供所需的醫療服務、減低對濫藥吸毒者的負面標籤、增加接觸和輔助的可及性。有關工作具有社會危機的補救作用，亦有助禁毒預防工作的發展，同時亦能善用社區醫療網絡資源。

五、動員醫療網絡開展社區參與工作（連結資源，倡導參與）

為擴大社區接觸層面及加強轉介輔導治療工作，透過與各政府部門和民間機構協作，務求盡早接觸到濫藥青少年，提供所需的治療與輔導服務。除向社會服務機構人員開展禁毒講座推廣戒毒服務外，亦有見基層醫療為早期接觸到濫藥人士及其家人的單位，因此為醫療人員開展「禁毒專業培訓及戒毒服務推廣計劃」。

新興毒品對身體造成的傷害或上癮程度在濫藥初期並不明顯，且現時青少年誤將濫用藥物正常化，亦是濫藥者沒有動機參與戒毒服務的原因之一，但透過醫護的參與，從健康關注為取向，將濫藥治療的標籤性減少，將正確預防濫藥及減害知識滲入求診濫藥個案中，使他們更容易接受服務，達到早期介入的目的。

除了進行研究調查外，社會工作局戒毒康復處亦持續透過與不同的醫療團體合作，如澳門鏡湖醫院教研部、澳門鏡湖護理學院、澳門理工學院高等衛生學校、澳門醫務界聯合總會、澳門泌尿外科學會、澳門葡語醫

生協會、澳門醫護志願者協會、澳門健康促進協會等等，開展醫療範疇專業人士的講座和分享會，於 2012 至 2017 年上半年期間，共進行了 34 場共 3,217 總人次的禁毒專場講座、研討會和有關活動，粗略估計對澳門醫護人員的推廣覆蓋率為 60%，每名醫護人員大約參加了相關培訓 0.79 次。

年份 / 人次	2012	2013	2014	2015	2016	2017 年 上半年
醫護診療範疇	435	476	485	560	1,084	177

2012 至 2017 年上半年醫護診療範疇分享人次

除了將防治濫用毒品的知識分享給澳門醫護人員外，並且向他們推廣介紹“禁毒資訊站”手機應用程式、“戒毒錦囊”網頁及“冰毒資訊站”網頁等，讓澳門醫療人員可從電子多媒體工具瞭解澳門現時最新的防治濫用毒品專業資訊。

為讓前線醫護人員瞭解禁毒法律，配合實際臨床工作需要及瞭解最新毒品資訊，因此，並會向他們介紹『醫護前線人員對濫藥病人問題的法律考慮』的資料，以助在醫療界中推廣。同時擔任橋樑角色，組織醫療學術團體參觀民間戒毒機構，安排戒毒個案進行分享活動，藉以讓醫護人員更好地瞭解澳門戒毒服務，實地認識民間戒毒機構運作情況，促進雙方建立合作關係，對於醫護人員接觸到高危或濫藥個案時，起到支援及轉介工作的重要作用。

六、總結和未來發展

濫藥者往往誤信可以自行控制吸食毒品的份量和次數，因此很多濫藥吸毒人士只會當病情極為嚴重或生活工作出現嚴重問題時，才會主動求助，至其時身體機能受損嚴重，戒毒治療及康復便變得更為困難，繼而為醫療系統帶來長遠負擔。所以，擴展及強化醫療人員對戒毒治療工作的認識，應該是由醫療專業學習階段開始，不單單掛鉤在健康生活與健康教育的課題上，而是需獨立成為一課題【物質濫用(慢性高復發性腦病變)】，如同糖尿病、高血壓慢性疾病的學習課題。

在未來發展方面，應重點開展有關工作，建議：

1. 擴大連結網絡：繼續強化與醫療機構/團體合作外，亦深入醫療學習培訓單位，將防治濫用毒品知識盡早給予在學醫護人員知悉，以為前線醫療合作建立長遠根基，對澳門醫療人員培訓覆蓋率達 90% 以上或每位醫護人員至少接受 1 次培訓為目標；
2. 持續進行調查、搜查有關數據：了解醫護人員對毒品和禁毒相關知識，配套開展有關培訓；
3. 運用多媒體及建立資訊互通平台：建立醫護人員溝通平台，利用手機軟件、應用程式、網站等，讓醫護人員快速便捷的收到最新毒品和禁毒資訊；
4. 培訓醫護界禁毒領袖，培養醫護界義工人員：在醫療界別中持續推動和參與禁毒事務；
5. 強化社區醫療參與、增加可及性：擴大面向不同階層人士的禁毒知識推廣，及早接觸到濫藥吸毒人群及濫藥者家人，盡早提供協助。

防治濫用毒品是需要跨專業的輔導及支援，以及全民參與禁毒行動，才能有助患者停止使用毒品，以及能從速治療毒品所造成的問題，願景以助濫藥吸毒人士減低傷害和及早治療，家庭社會能和諧健康發展。

參考文獻

- 澳門特區政府社會工作局 (2016)。摘錄自: http://www.antidrugsgov.mo/anti/web/cn/downloads/Report_2016-170524.pdf
- 澳門特區政府社會工作局 (2015)。摘錄自: http://www.antidrugsgov.mo/anti/web/cn/downloads/Report_2015-170617.pdf
- 統計暨普查局(2016)。摘錄自: <http://www.dsec.gov.mo/Statistic.aspx?NodeGuid=a3a59a8a-d5c3-4583-a472-f5d8ced56d1b>
- 澳門特區政府衛生局 (2015)。摘錄自: <http://www.ssm.gov.mo/portal/>
- 澳門特區政府新聞局 (2017)。摘錄自: http://www.gcs.gov.mo/files/factsheet/Health_TCN.pdf
- 2011 兩岸四地學生輔導研討會蛻變中的你我他論文集 p.78-95
- 禁毒最前線 (2014-14 期)。摘錄自: http://www.nd.gov.hk/pdf/antidrug_forefront_issue14.pdf

社区戒毒和社区康复工作的问题与对策

王萍

广西第三强制隔离戒毒所

【摘要】

戒毒人员管理是当前我国戒毒工作的重要课题。国内外的戒毒工作研究发现,完整的戒毒包括脱毒、社会心理康复、回归社会三个连续的过程。但目前我国许多地区仍一直以传统的戒毒的方法将此连续的过程割裂开来,基本不考虑或不涉及社会回归问题。《中华人民共和国禁毒法》和《戒毒条例》颁布实施以来,戒毒工作从原来的自愿戒毒和强制隔离戒毒扩展到社区戒毒和社区康复。中国特色社区戒毒康复有效模式成为时下探讨热点,在国内一些城市陆续展开,但是我国要实现全面开展社区戒毒康复,还需要构建有效的工作模式和保障对策。

本文基于目前我国社区戒毒和社区康复的现状,分析其存在的问题,并在此基础上提出促进社区戒毒和社区康复有效实施的对策和建议:探索构建社区戒毒康复由政府主导推进、完善体制机制建设,建立强制隔离戒毒与社区戒毒康复无缝对接,通过制度政策和奖惩措施优化社会网络支持群体,并建立专项基金保障和职业培训等制度进行配套完善。

【关键词】社区戒毒;社区康复;社区

引言

目前国内外禁毒戒毒形势严峻,国家对此高度重视。国际上毒品滥用严重,一方面毒品品种繁多,另一方面毒品更新换代迅速,在这种严峻形势下,我国面临的禁毒戒毒任务十分艰巨,统计资料显示,2015年全国登记在册的吸毒人员多达234.5万,可见该群体数目之大。目前司法惩戒手段存在一定的局限性,吸毒人员在解除强制隔离戒毒后缺乏相对的关怀和监督而导致复吸的问题突出,社区戒毒的出现是我们不断探索符合戒毒工作规律,以有利于戒治为目标的一种新的延伸。

社区戒毒社区康复就是指吸毒成瘾人员在社区的牵头、监管下,整合家庭、社区、公安以及卫生、民政等力量和资源,使吸毒人员在社区里实现戒毒。

2008年6月1日,《中华人民共和国禁毒法》正式颁布。社区戒毒和社区康复作为新的戒毒措施被列入禁毒法,至此戒毒措施包括强制隔离戒毒、自愿戒毒、社区戒毒、社区康复四种方式。《禁毒法》赋予社区戒毒和社区康复作为戒毒管理手段的合法地位。这种由强制隔离戒毒的“司法惩戒”模式到戒毒人员在居住地辖区戒毒的“回归社会”模式转变,标志着我国的戒毒策略在治理禁毒戒毒的法治历程上又迈进一步。

我国国内开展社区戒毒康复起步较晚,实际操作中地域差距大,一些地区,社区戒毒康复仍在起步试点阶段,没有正式开展。目前在国内其他省市包括我区开展社区戒毒康复的过程中,收获一定成效的同时也存在包括公众信息认知、康复手段、责任主体以及监管机制等方面的问题。因此,社区戒毒康复在当前仍面临挑战。

一、禁毒戒毒工作的现状

2016年是中国毒品形势发生深刻变化,禁毒戒毒工作任务极其繁重的一年。我国政府高度重视禁毒工作,就加强禁毒戒毒工作作出一系列重大决策部署。6月25日,习近平总书记、李克强总理等中央领导同志会见全国禁毒工作先进集体代表和先进个人,习近平总书记发表重要讲话,充分肯定禁毒工作取得的成绩同时,对做好禁毒工作也提出了新的更高要求。孟建柱、郭声琨等领导同志多次就禁毒工作作出重要指示,有力推动了禁毒戒毒工作深入开展。

一年来,各地区各有关部门认真贯彻落实中央禁毒工作系列决策部署,进一步创新禁毒体制机制,完善毒品治理体系,强化禁毒基础保障,全面掀起禁毒人民战争新热潮。主要体现在:深入开展“6·27”青少年毒品预防教育工程和“8·31”社区戒毒社区康复工程,进一步提升了公众特别是青少年的识毒防毒意识,戒治挽救了一大批吸毒人员,最大限度减少了毒品的社会危害;继续保持“百城禁毒会战”强大攻势,创新“4·14”打击制毒专案机制和“5·14”禁毒堵源截流机制,深入开展网络扫毒专项行动,推动缉毒执法战果创历史新高;《2016年中国毒品形势报告》显示,2015年全国共破获毒品刑事案件16.5万起,抓获毒品犯罪嫌疑人19.4万名,缴获各类毒品102.5吨,同比分别增长13.2%、15%和48.7%。

笔者有幸参与了司法厅戒毒局组织的对2015年至2016年解戒时间为1年的随机抽取的534名戒毒人员

样本进行回访调查工作。其中电话回访 451 人，实地回访 83 人。电话回访中，回访对象家属、本人反映没有复吸毒品保持操守的有 294 人。复吸毒品 46 人，失联 82 人。因违法犯罪收监 29 人。实地回访中尿检结果呈阴性的 41 人，尿检结果呈阳性的 3 人，没有见到本人（外出打工或者拒绝回访）、未能尿检的 39 人。以实地回访尿检结果为准、平均保持操守的解戒人员占调查总数的 49.4%。此次回访调查，与 500 多名解戒人员、近 1000 名解戒人员的家属通过电话或面对面进行了交流。工作中深感到解戒回归吸毒人员进行科学规范的后续照管工作的重要性，更是司法行政戒毒工作向社会延伸的具体体现：让社会民众充分地了解到，司法行政戒毒所从自身职能出发，在做好所内戒毒人员的教育矫治、戒毒医疗、康复训练的同时，应该不断探索符合戒毒的工作规律，以有利于戒治为目标，尝试延伸服务的新创新。

二、社区戒毒和社区康复工作存在的主要问题

（一）公众认知上的信息不对称

由于吸毒贩毒给家庭和社会造成极端恶劣的影响，公众普遍闻毒色变，对吸毒者普遍抱有拒之千里的态度。戒毒康复是一个长期的过程，不是简简单单的生理脱毒，还需要在亲友的关怀帮助下实现心理脱毒。生理脱毒方面，目前主要依靠强制隔离戒毒。戒毒工作在操作上几乎完全由公安机关和司法行政部门承担，警力资源的有限，直接导致戒毒力量的有限性，部分地方为了完成生理戒毒目标，甚至直接采取简单的隔离关押，使戒毒者情绪低落，出现对人生的失望导致戒毒者亲友对强制隔离戒毒的敌对态度。由于心理脱毒阶段没有得到重视，有的戒毒人员从戒毒所返回居住地后，亲人或朋友对其疏远，社区或相关社会志愿团体不能有效参与协助戒毒康复，忽视了戒毒后续康复治疗 and 特殊训练、就业特长技术培训等措施，戒毒人员在心理依赖驱使下容易导致复吸¹；加上由于公众的抵触态度，戒毒人员在戒断后受到社会歧视和排挤，难以重新融入社会生活，很多戒毒人员被迫重新回到毒友中间开始复吸，导致戒毒失败。

（二）戒毒康复手段单一

在我区对吸食传统毒品的戒毒人员采取使用“美沙酮”替代药品进行戒治。对于吸食新型毒品的大部分吸毒人员，由于尚未开发出替代药物，戒毒措施就是简单的脱毒戒治，缺乏药物作用的缓冲期，吸毒成瘾者比较痛苦，自然会出现严重的消极抵抗情绪。强制隔离戒毒一般为两年，少则一年半，这个漫长的时间对于置身隔离区外不了解戒毒进行情况的吸毒人员家人也会表现出一定的不信任和抵触。如果可以对戒毒成效明显的戒毒人员适当压缩强制隔离戒毒时间，增加在居住地社区和家人监管下进行后续戒毒工作，保障总体戒毒时间不变，同时注重康复治疗，调整饮食，保障戒毒人员正常的营养摄取，就更容易为戒毒人员及家人接受²。总体而言，目前戒毒康复手段较为单一。

（三）社会主体责任不明确，衔接管理网络不畅通

《禁毒法》和《戒毒条例》都明确规定，强制隔离戒毒的决定机关可以责令被解除强制隔离戒毒的人员接受三年以内的社区康复，但对这个“可以”的界定并不明确，解除强制隔离戒毒人员是否必须接受社区康复，不接受的后果会怎样，这就成为一些公安机关和社区推诿的借口。《禁毒法》和《戒毒条例》规定，由戒毒人员户籍所在地或现居地的乡镇人民政府、城市街道办事处作为社区戒毒康复的执行主体，而实际执行主体则是乡镇人民政府、街道办事处指定的居委会和村委会等基层组织，特别是我区还存在经济欠发达地区，基层组织力量非常薄弱，再加上人员、经费等条件的制约，使社区戒毒康复工作难以落实到位，导致强制隔离戒毒通过投入大量人力、物力所产生的良好戒毒效果不能有效延伸。

（四）监管工作衔接缺乏有效监督机制

在调研中就我区而言强制隔离戒毒还存在两个问题：一是按照现行《戒毒条例》规定，吸毒人员从被抓捕开始，理论上应该在公安机关监控下进行 6 个月强制脱毒，然后在强制隔离戒毒所管控下进行 2 年强制隔离戒毒，但实践中时有公安机关由于干警管控责任重、压力大等诸多原因在管控期内，就将吸毒人员转移至强制隔离戒毒所进行戒毒，大大增加了强制隔离戒毒工作压力。

二是强制隔离戒毒执行一年后是否提前解除强制隔离戒毒，或转为社区戒毒评估工作将由公安机关进行审批，公安机关应当在规定时间内做出决定并送达被决定人³。在实践操作中，出于种种原因延迟审批时有

发生，加上不予批准的情况使得强制隔离戒毒人员情绪不稳，抵触情绪增加，又无处主张权益，监管工作缺乏有效监督机制。

三、建立完善的社区戒毒社区康复工作保障对策

（一）建立强制隔离戒毒与社区戒毒康复的无缝对接

建立强制隔离戒毒与社区戒毒康复无缝对接工作模式，在强化部门协作基础上明确责任主体，保证每一名戒毒人员都能接受有效管控和帮扶，巩固戒毒治疗效果。

1.以法律为准绳贯彻以人为本的治理理念

按照《禁毒法》相关规定，社区戒毒的一大特点是以人为本，应用帮扶方式取代强制隔离手段实现戒毒目标，本着教育挽救吸毒人员为宗旨，“以人为本、依法管理、科学戒毒、综合监护、全程康复”为原则⁴。在依法治理理念指导下，戒毒工作要上至政府机关，下至社区通力协作，有序配合，全民参与禁毒、戒毒工作。在完善相关政策同时注重正面的舆论宣传，化解更多的人对吸毒、戒毒人群的疑虑和歧视，树立全民参与戒毒认识，动员广大居民尤其是吸毒者亲友积极投身参与禁毒戒毒行动，营造全社会对挽救吸毒人群关怀救助的良好围，创造和谐的社区戒毒康复环境。

2.完善机构建制并明确主体责任

按照《禁毒法》精神要求，社区戒毒康复由城市街道办事处、乡镇人民政府负责。在我区的社区戒毒康复具体操作上，需要细化从市级到社区一级机构设置和工作职责，完善禁毒工作委员会成员单位及其职责范围。在社区、自然村成立社区戒毒康复站，戒毒专职或兼职工作人员进行统一配备，由禁毒委统一招募并培训上岗，对于后期社团参与专项社区戒毒康复服务机构，所属辖区的区(市)级人民政府相关部门要定期、不定期检查，保障社区戒毒工作合法有序推进⁵。

3.强化部门之间协作和工作对接

公安、检察、司法行政机关在职务工作中新发现的吸毒人员，要及时向禁毒工作委员会报告，并及时进行身份核实，如本人愿意且符合社区戒毒康复条件，在禁毒工作委员会办公室与其对应户籍地或经常居住地的社区戒毒康复专项领导小组核实后进入社区戒毒康复环节。

对即将解除强制隔离戒毒者，公安机关要向禁毒工作委员会通报戒毒人员脱毒治疗、身体康复、职业培训、诊断评估等基本信息，并会同禁毒工作委员会办公室联系即将出所的戒毒人员家属，共同开展回归社会前的衔接帮教工作，保证不脱管。根据戒断表现和家庭社会环境，禁毒工作委员会办公室提前联系相对应的辖区社区戒毒康复机构，落实后续社区康复帮教措施，并对生活困难的戒毒人员实行重点帮扶，及时向强制隔离戒毒所反馈，实现信息共享。

此外，社区专职禁毒社工还可以定期走进强制隔离戒毒所，根据帮教需要提前介入了解强制隔离戒毒人员的家庭社会关系、就业意向等信息，结成帮扶对子，保证后续照管更有针对性，实现强制隔离戒毒与社区康复的顺利衔接，确保戒毒回归人员得到有序监管和工作安置、杜绝复吸。

（二）建立社区戒毒康复的动态监控体系与信息反馈通道

1.舆论宣传上要大力倡导关怀和救治

在社会舆论宣传上，相关公安、司法、教育等部门应广泛开展禁毒、戒毒教育宣传活动，让群众在充分认识毒品的危害基础上积极参与挽救吸毒人员，要让他们意识到关怀、挽救吸毒人员就是配合做好社会治安工作，鼓励居民同吸毒人员家属一道积极参与戒毒辅助工作，提升社区戒毒康复社会关注度，畅通吸毒人员、戒毒人员与正常社会生活的交流，反馈戒毒人员戒毒情况和实际需求，以积极向上的社会生活促进戒毒。

2.建立社区戒毒的信息发布途径与公众反馈通道

探索利用同伴教育的模式，在社区戒毒康复中，要积极引导社区发挥典型示范作用⁶。一方面，对参与社区戒毒康复的人员，要进行量化考核，同时鼓励在乡镇(街道)帮扶下，成立以社区戒毒康复成效显著的原吸毒人员为核心的专项互助小组，帮扶后来参与社区戒毒康复的戒毒人员，以减轻新参与社区戒毒康复者心理压力，增加戒断信心，实现良性运作；另一方面，戒毒人员家属中表现突出的，也应积极发挥其帮教作用，鼓励其加入社区戒毒康复志愿者队伍，协助其他戒毒人员、戒毒人员家属开展心理矫正、生活帮扶等辅

助工作。吸毒人员在通过社区戒毒康复后，实现彻底戒毒的，可以以公益岗位的形式，吸纳其进入社区或社团戒毒康复岗位，作为戒毒辅助工作人员参与辅助示范工作，发给劳动补贴和工资报酬，发挥其正面示范作用，不断提升社区戒毒康复在社会中居民关注度，树立公众对社区戒毒康复必胜的信心。

（三）优化社会网络支持服务

1. 扩大社区戒毒康复社会参与程度

社区戒毒康复需要人力财力支持，为保障社区戒毒康复有效并长期开展，首先要变换宣传方式，使社会各界正视戒毒工作和进入社区戒毒康复环节的吸毒者。其次鼓励社会各界捐助，吸毒人员这个群体直接关系着一个地方的长治久安，挽救吸毒人员重返社会，这不仅仅是政府行为，更应引起全社会广泛关注与参与。最后加强政策制度的引导：一方面探索建立参与社区戒毒公益捐助制度；另一方面对社区戒毒康复提供就业支持的企业可以给予税收优惠、贷款等扶持政策。

2. 建立专项基金保障社区戒毒康复人员生活质量

吸毒耗费大量的钱财，除以贩养吸的贩毒者，吸毒群体中相当数量经济上处于贫困，甚至家破人亡，无依无靠，对于他们而言，如何保障生活是一个最基本问题，而戒毒过程中也需要强化饮食营养对抗戒断反应，后续也需要保障正常合理饮食以恢复身体健康，也就是说对吸毒者而言，戒毒康复过程耗资巨大，需将社会捐助、政府投入整合建立社区戒毒康复专项基金，专款专用。另一方面，尝试将参与社区戒毒康复的戒毒人员纳入社会低保行列，加上劳动补贴和工资报酬，保障戒毒人员和戒断者的生活。

3. 完善职业培训提升戒毒人员康复后自主就业能力

戒毒工作最终能否实现，其考核标准不能停留于短期内不复吸，更应该表现为其参与社会劳动实现回归社会生活。在社区戒毒康复后期，需要禁毒工作委员会组织相关部门如民政、劳动就业部门需对其进行职业规划和职业培训。如果条件允许，可以进行集中技能培训，通过政府预留的一部分如交通协勤、夜间值班、环卫保洁等公益性岗位集中吸纳一批彻底戒断毒瘾的戒毒人员。在与正常人同等条件下实现同工同酬就业，不仅有利于戒毒人员戒断后顺利走向工作岗位，在同等岗位上也便于相互精神鼓励支持，甚至可以发挥整体典型示范作用，扩大积极效应。

4. 实施税收优惠政策推进戒毒人员康复后就业

对于戒断人员就业，除完善职业培训外，需要全社会的支持。从政府部门角度，应通过优惠政策为杠杆，撬动摆在戒毒人员康复就业出路门前的绊脚石。除政府公益岗位外，利用企业的逐利性，对于雇用戒毒人员就业的企业给予税收等方面的优惠政策，有效推进戒毒人员进入企业，从事一般性劳动岗位。另外，我区在推进安置帮教工作中探索的工作新思路，如鼓励他们联合起来开展如“果蔬种植合作”等经济联合体项目同样可以适用于戒毒康复人员，笔者认为这种回归自然生态的基础劳作形式更加有助于戒断者实现世界观、人生观、价值观的追求，应通过贷款政策、税收优惠等方式大力推广。

结语

社区戒毒康复在我国乃至世界范围仍然属于一个新生事物，该方面的研究还很欠缺，特别是针对我国国情的戒毒康复工作研究更是凤毛麟角。构建具有中国特色的社区戒毒康复，需要逐步推进，不断总结经验教训，不断反思创新。

参考文献

- [1]孙本良,孙小雅. 强制隔离戒毒、场所戒毒康复与社区戒毒康复衔接机制的探讨[J]. 中国司法,2014,11:78-82.
- [2]徐媛媛. 社区戒毒和社区康复管理机制探讨——以广州市为例[J]. 上海公安高等专科学校学报,2012,01:52-55.
- [3]罗旭,万长智,陈卓. 强制隔离戒毒与戒毒康复、社区戒毒和社区康复的对接机制研究[J]. 中国司法,2016,04:88-90.
- [4]王瑞山. 比较视野下的我国社区戒毒康复工作[J]. 铁道警察学院学报,2016,01:44-48.
- [5]王海琨,王娜. 社区戒毒和社区康复工作的探索与思考[J]. 云南警官学院学报,2015,03:39-43.
- [6]赵雪莲. 社区戒毒康复模式面临的困境及对策研究[J]. 兰州教育学院学报,2015,09:43-45.

社區「自」療助抗毒—探討應用靜觀體藝模式於預防復吸工作的成效

鄭婷婷 吳嘉麗 張耀基

香港青少年服務處心弦成長中心

【摘要】

據前線經驗，大部分戒毒康復者在重投家庭和社會，容易因負面情緒、人際衝突而影響決心，引致復吸。這反映在戒毒治療期間，需要協助他們尋找生活目標、建立職志方向、提升個人抗逆力，好讓他們有能力應付生活的種種挑戰。

為此，香港青少年服務處心弦成長中心以「靜觀體藝」作為介入模式(MAP)，透過 M 靜觀(Mindfulness)、A 藝術(Art)、P 體育運動(Physical)的整合，模式針對戒毒過程的中後期復康的戒毒者提供不同類型的服務，以關懷身心靈健康及抗提升抗逆力為本，幫助他們而能夠活在當下，關愛自己，增進抗逆力，以達致在社區中有效地預防覆吸，避免再次跌入吸毒之輪之中。

本文以 MAP 模式作基礎，加上參加學員訪問，探討應用靜觀體藝模式與預防復吸的關係，增強他們心中的韌力，面對心癮時可以有三分鐘的停留，讓他們更有智慧選擇回應困境的方法，並希望從中找到嶄新的角度和服務模式回應現時香港社區為本戒毒服務的需要。

一、中心服務簡介

心弦成長中心為荃灣及葵青區人士提供預防濫用精神科藥物教育、治療康復、及戒藥輔導服務。中心由專業社工及醫護人員組成，以社區為本位，運用專業社工及跨專業協作手法，例如個案及小組輔導服務、社區資源轉介，協助有吸食危害精神毒品習慣的人士及處身於危機下的青少年停止濫用精神科藥物。中心同時協助吸毒者的家庭處理家庭成員戒毒的問題，亦會透過教育活動為服務對象提供有關毒品的知識，從而提升對各類危害精神毒品的警覺性。透過推行專業培訓及各類定期社區推廣活動，中心支援區內各持份者及專業人員，進行預防教育，並為有戒毒服務需要的青少年及社區人士重建健康社區生活，奏出扣人心弦的生命樂曲。

二、前言

據前線經驗所得，大部分戒毒康復者表示完成戒毒治療後，均會重投社會生活及就業，然而往往因健康困擾、負面情緒、人際衝突、缺乏生活及職志目標等因素而復吸，這反映了戒毒康復者重投社會的過程中，我們需要協助他們重尋個人生活目標及建立職志方向，好讓他們培養足夠能力，以應付生活中種種壓力。

三、服務需要

1. 透過覺察訓練，達致預防復吸果效

從本中心社工接觸的戒毒者中，大部分表示復吸是他們戒毒路上的常見階段。而根據 Breslin, Zack and McMain (2002) 指出，「靜觀為本預防復吸模式」(Mindfulness-Based Relapse Prevention Intervention Model) 可以幫助戒毒者更多覺察那些誘發其心癮而導致復吸的因素，復吸的成因許多時來自生活壓力、工作、感情及家庭關係，當遇上情緒困擾，很多時候他們會自動地用習慣處理問題的模式 - 逃避問題繼而復吸，藉此舒緩內心困擾，但亦只是一個惡性循環。透過靜觀練習，戒毒者在面對情緒困擾或心癮時，他們多了一份停留，最基本是給予自己三分鐘空間，去留意自己心癮對自己的纏繞，自己亦去學習觀察而不作即時反應，增強個人當下此刻的定力，面對心癮消退，這都有助戒毒者延遲復吸之衝動，有另外的選擇去面對復吸的引誘。此外，「靜觀為本預防復吸模式」介入亦鼓勵用心生活的態度(Heartful living attitude)，幫助戒毒者調整一向以來混亂、無目標的生活模式，轉而建立他們過自在快樂、有選擇的生活。事實上過去服務經驗中發現，靜觀介入有效幫助戒毒者提升個人覺察力、意志力、正向思考及減輕對毒品的倚賴。

2. 處理負面情緒

戒毒服務的目標，除了協助戒毒者戒除毒癮，更重要是強化他們如何處理負面情緒。大部分戒毒康復者表示，他們對個人前路感到迷惘因而會導致有負面情緒的出現，原因是吸毒後遺症或個人因素而未能重返以往的生活，心理上因而產生鬱結。此外，未能找到合適工作、欠缺生活目標、未能建立正面的支援網絡、偶遇昔日有吸毒的朋友等，均令他們不能持守下去而復吸。因此透過以「靜觀體藝」為主題的介入服務，幫助他們提高個人能力感、生活掌控感、發掘人生的可能性，這些都對他們戒毒康復之路很有幫助，強化戒毒康復者的意志和決心，鞏固他們的抗逆力，更有效預防復吸。

3. 毒品影響身體狀況

戒毒康復者過去因長期吸食毒品，而引致身體機能受損，縱使他們戒毒好一段日子，他們的身體仍會出現很多後遺症，如失眠、膀胱疼痛、容易疲倦、食慾不佳等。曾有戒毒康復者表示過去因吸毒時經常處於緊張狀態，而且受毒品影響，晚上難以入睡，甚至在戒毒後仍被失眠困擾，晚上難以入睡，以致精神緊張，影響了生活。有見及此，一些健康生活之道如教授按穴、深層肌肉鬆弛、呼吸鬆弛法等對他們來說可以減輕身體的後遺症。

四、計劃內容

我們透過推行禁毒基金資助的「同心弦 - 社區為本生活及職志導向計劃」，運用靜觀體藝模式(M.A.P.)，鼓勵戒毒康復者從靜觀為本，藝術及體育入手重建生活，以減少戒毒康復者復吸的機會，改善精神健康、重整生活、燃點戒毒康復者的意志力及重建個人能力感，並參與社區義務工作及試工體驗，重建新身份以融入社區。

M 是 Mindfulness「靜觀」，引導參加者提升專注力及意志力，並以正向思考，從身心靈方面減輕心癮；當戒毒者未能持守，必先覺察到「自己正在分心」。而「靜觀」有助於將思緒拉回到個人意念上進行的工作；也是一種實際的方式，全心全意地活在當下；與此同時，配合個人及小組輔導，透過不同的靜觀練習，如三分鐘呼吸空間、靜觀進食、身體掃描等，更重要的是靜觀所需培養的態度，如不加批判、耐心、相信自己等，對戒毒更為重要。此外，組員表示學習靜觀能夠讓自己活在此時此刻，不被過去失敗的經驗所拖累，能以接納的態度接受自己的限制，可以為自己提供更多選擇，不用被毒品捆綁，恢復健康人生。

A 是 Art「藝術」，透過不同藝術模式作介入，包括：以麵粉花班、禪繞畫班、布藝創作班、音樂表演班等，讓戒毒者了解每個生命都有缺陷的地方，不同的藝術體驗讓他們要打開眼睛，看見創造的美，以新角度看人、看世界，重新認識自己、建立自己。例如：在禪繞藝術中提到的「呼吸」能夠提醒容易焦急的參加者減緩呼吸、注意吸入和呼氣，這有助於他們的放鬆和關注；「慢一點」則提醒參加者要放慢速度，讓自己有空間可以專注一點，感受多一點。

P 是 Physical「運動」，每做一項運動，仔細在意其中，便會發現到意念、思想、身心準備及肌肉協助等，透過不同運動訓練，讓戒毒者經歷「活在當下，回應當下」的狀況；並強壯他們的體適能，培養自愛、積極的生活態度。此外，小組會定期進行戶外活動暫代運動的活動，如行山及燒烤等活動，讓組員多接觸大自然，感受除了毒品以外，這個世界還有很多值得細心欣賞的事物。

計劃除了主要以「靜觀體藝模式」介入之外，也配合學員的職志導向發展，給予師友配對、工作體驗及經營合作社，提升他們的自我效能感。過去轉介工作實習給戒毒康復者，他們常因為缺乏自信及成功經驗下，重回舊有工種，大都是高危行業，復吸情況很常出現。針對此情況，計劃以師友制度，配合工場形式，讓戒毒康復者重新建立成功工作經驗，過程中幫助他們擴闊職志視野，成為戒毒康復者職志發展、人生態度的學習嚮導。此外，本計劃更從學員的興趣入手，包括唱歌及表演藝術、手作產品及舞台佈景製作，探索他們的職志導向。

五、計劃成效

本計劃已共有 54 人出席「靜觀體藝」小組訓練，其中 18 人可完成 30 節合共提供 201 節小組訓練。為進一步了解靜觀體藝模式的成效，我們從個人層面和小組層面進行深度訪問，從微觀和宏觀兩個面向，更全面探索此模式為中心戒毒服務帶來的影響。

1. 個人層面

受訪個案吸毒希兒(化名)現年 28 歲，女性，吸食冰毒、氯氨酮、咳水 13 年。希兒經社工介紹參與小組，當時仍未戒除毒癮。參與藝術小組一年多，包括藝術治療小組、靜觀禪繞畫小組等。透過藝術創作過程，她增加對自我的發現，發現瑕疵是創作中常見的情況，對於力求完美的她，現在學習接納和欣賞自己的不完美，以接納的態度，面對戒毒的道路。

希兒回憶一次心癮情緒低落時，用界刀在畫紙界出刀痕，隨即用紅色乾粉彩隨意在畫紙繪畫，先後完

成兩幅作品。她稱紅色乾粉彩猶如鮮血，顏料取代刀片，昔日會利用界手發洩，但當下轉移視了線，借助畫畫發洩並舒解當下的鬱悶情緒。每次見到畫作都會作為一個警惕。透過藝術創作，帶給希兒一個平衡情緒的機會，她認識情緒與吸毒的關係，漸漸提高了情緒管理的能力。她以一個比喻：一個注滿水的水杯將水再注入是不可能的，人的情緒都是一樣，藝術就好似將滿溢的負面情緒倒出來，有助平伏情緒，這樣才有空間傾聽他人的意見，接受他人的幫助。

對於藝術與戒毒的關係，希兒在戒毒期間有這樣的一個經歷。有一次受社工邀請繪畫日曆，但不安的情緒和壓力再次來襲，她將思緒拉回到個人意念上，以意志和信心繼續創作取代吸食毒品，將注意力轉移至藝術活動，延遲吸毒。當中獲得的滿足感和能力感更是推動自己操守的重要原因，因為別人對自己的欣賞和有機會展現自己的能力所在，當專注當下，便減少了時間胡思亂想。在個案輔導及小組訓練結合下，她吸毒頻密程度和份量漸漸減少，至今已經戒毒接近一年。從黑洞走出來，藝術就是一個橋樑，希兒透過小組繼續探索自己，連繫他人。對於戒毒路上，她過往只有毒品，現在從創作過程中釋出壓力與負能量，發現自己是有將來，有希望，不想破壞現在擁有的一切是令她不再吸毒的原因。

2. 小組層面

同時，我們將模式應於多個小組之中。「延亮小組」中社工運用靜觀嚮導如覺察呼吸練習、靜觀伸展運動、學習感恩等生活態度於身、心、社、靈四方面，以提升他們戒毒的決心及健康生活發展揭開新一頁，共帶八位組員參加此小組，他們在小組中學習不同的靜觀體驗，面對心癮時可以有所停留的空間，不需以毒品回應自己的負面情緒。此外，「靜中得力—麵粉花小組」，透過靜觀練習及製作麵粉花藝，讓家人可以舒緩因處理濫藥問題而產生的生活壓力，共有六位參加者表示透過分享及製作麵粉花作品，可以學習安靜，不再糾纏於負面情緒中。

五位個案參與的「靜觀為本之預防覆吸小組」，練習主要針對組員的心癮狀態，讓他們認識心癮時的自動導航，意識當下的思維如何影響自己吸毒的行為。活動更能增加組員對自己的觀察，注意自己心癮起時身體各部份的狀態，學習如何與心癮共存，從而作出更好的選擇。

六、幫助及作用

本計劃的靜觀訓練是以由藝術及身體運動入門，但它並非一般的興趣藝術及肌肉體格運動，而是一種生活態度。參與計劃的大部份學員均表示對「靜觀」的認識不多，所以由創作藝術及身體感官入門比較容易。靜觀訓練並不限於感官，較深層次的是觀察內心思維和感受，和將靜觀應用在人際溝通之上。這方面不同的學員有著不同的領悟，對於情緒較不穩定的戒毒康復者而言，透過靜觀覺察，能幫助他們放鬆身心，從紛亂複雜的情緒，轉移至專注當下，然後進行小組及面談，效果理想。參加者普遍認同在引發高危狀況、心癮強烈的時候，多了意識去停下來，靜心觀察身體的感覺、情緒起伏，以及思想的變化，打破你慣性「自動導航模式」的吸食毒品習慣，減低吸食毒品的慾望。

無論導師帶領學員進行靜觀飲食，觀察葡萄乾的大小、顏色、光澤，再用兩邊鼻孔去嗅嗅其味道；在專業唱歌課程中導師會引導學員在唱歌時觀察自己的呼吸，感受吸入時的涼氣和呼出時的暖風、聲帶的震動以及腹部的收縮和擴張；又或是在縫紉香薰包時留意衣車縫合布料時手指跟布料的觸覺、聆聽衣車的聲響及薰衣草的香味等。這些由五感出發的靜觀體藝訓練，參加者都表示非常深刻及非常適合的，參加者回饋認為靜觀練習能夠有效幫助他們。

七、限制及建議

1. 復吸出現後的危機介入

戒毒的過程中，復吸是常見的情況，也是危機介入的好時機，若成功幫助戒毒康復者從跌倒中得到反思，覺醒自己的軟弱、內心需要以及處遇困難的好與壞方法，他們便能吸收經驗，有心理準備，抵抗下一次復吸。因此，須要先與他們建立深入的互信關係，讓他們知道只要願意求助，我們會無條件接納他們，這樣會加強他們即時求助及尋求治療的動機。但在復吸的同時，戒毒康復者會缺少動力來中心參與活動或繼續治療，以致失去治療好時機。

2. 藝術運用的動力

我們視藝術為一個重要的介入媒介和載體，透過非語言的幫助，強化戒毒者的戒毒動機。然而，當戒毒者精神不振或情緒處於低點，往往是缺乏動力展開藝術活動，特別對於患有嚴重情緒病和重性精神病的人士更具考驗。因此，我們在活動設計時，需要考慮如何引發他們參與的外在動力，例如製作屬於個人的回憶錄、展覽等，目的是讓他們透過一點一滴的參與，協助其回顧個人的成長與轉變，並從中肯定戒毒者的付出與貢獻，觸發內在的參與小組的動機。

3. 運動上的發展

戒毒康復者過去因長期吸食毒品，而引致身體機能受損，縱使他們戒毒好一段日子，他們的身體仍會出現很多後遺症，故此，我們發展以運動為主題的小組其出席率不高，可見運動對剛剛戒毒的服務使用者來說未必適合，他們的身體未必能夠應付大量的運動量。因此，小組會定期進行戶外活動暫代運動的活動，如行山及燒烤等活動，讓組員多接觸大自然，除了毒品以外，這個世界還有很多值得細心欣賞的事物。讓他們在充實而緊湊的生活中，不但能忘卻因為戒毒而產生的身體不適，還因此養成正確的生活習慣、態度，並懂得去從事有益健康的休閒活動，更重要的是發覺自己的興趣和長處，提升自我形象。

4. 靜觀體藝模式續後的發展

綜觀參與小組的組員情況，我們發現靜觀體藝模式對戒毒狀況穩定者更具成效，無論從出席率及積極性都較戒毒中的人士理想。在學員的出席率可見，停止吸服毒品超過 6 個月以上的學員超過八成，而戒毒中或 6 個月內仍有吸服毒的學員出席率不足五成，因為操守期的人士在身心社靈的四方面較有能力和信心運用此模式面對心癮和高危環境。對於曾經參與小組的過來人，利用他們的專才，例如藝術、運動上，培肯他們成為專才朋輩輔導員，更堅定面對自己戒毒的成果。此外，透過職業導向服務，為戒毒康復者提供度身訂造、深入的職前培訓以及不同行業之親身工作體驗機會，幫助他們提高個人能力感、生活掌控感、擴闊職業眼界、發掘人生的可能性，這些都對他們戒毒康復之路很有幫助。

八、總結

在過去一年的經驗中，本中心看到戒毒康復者不同面向的需要和成長，而在靜觀體藝的戒毒服務實踐上也累積了寶貴經驗。我們希望讓戒毒康復者從新覺察他們一貫對毒品引起的心癮及慾望的自動回應行為。由他們通常就引起心癮慾望的原因、狀況及其後果，沒有充分的覺察意識及作出適切的行為回應，到踏出他們這個自動導航(Automatic pilot)的模式，停一停及更有意識地注意自己的狀況而作出「回應行動」，都是靜觀體藝 MAP 的小組的訓練重點。而在職志導向方面，先由師友合作，分享知識技術，建立良好的關係過後，再由導師帶領學員進入他們感興趣的行業，都能提升他們工作考勤的情況及職場的工作態度，導師的經驗分享及對學員的認同，也能提升學員的自我效能感。我們相信，有效的戒毒輔導服務，非只是著眼於面前的毒品問題或戒除毒癮，而是全面地照顧及實踐個人生命的平衡發展、改變和成長，才能達致滿足個人的成長需要、得到幸福、以及以正面態度面對生命中的困難和挑戰。

參考文獻

- Bowen, S., Chawla, N., & Marlatt, G. A. (2011). Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: A clinician's guide. Guilford Press.
- Davis, D. M., & Hayes, J. A. (2011). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy*, 48, 198 -208.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice*, 10 (2), 144-156.
- Witkiewitz, K., Marlatt, G. A., & Walker, D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(3), 211-228.

藥物—個人—處境綜合分析法：減害心理治療的啟示

李景輝 吳彬彬 林詩

香港戒毒會

【摘要】

吸毒者在成長歷程中，普遍遭遇過重大的成長挫折及/或創傷經驗，對毒品的麻醉作用有強烈需求，所以難以完全戒斷毒品，治療後復用毒品的情況非常普遍。吸毒問題貫穿當事人的整個生命歷程，而不只是其生命中的個別事件。流行的戒毒康復輔導模式，較著重吸毒者目前生命的橫切面，而減害心理治療的“藥物—個人—處境綜合分析法”則兼顧當事人在：(1) 毒品／物質使用；(2) 濫用／倚賴程度；(3) 處方藥物使用；(4) 吸毒動機及預期；(5) 當事人提出的目標；(6) 改變階段；(7) 自我效能感；(8) 治療歷史；(9) 精神及健康狀況；(10) 成長歷程；(11) 吸毒地點／氛圍；(12) 工作人員關注事項；和(13) 支援系統等十三個範疇的概況，對吸毒者的整個生命脈絡有全面和縱貫的了解。本文報告香港戒毒會應用這個模式的經驗和反思。

【關鍵詞】香港戒毒會；藥物—個人—處境綜合分析法；減害心理治療

吸毒者在生活中經常面對逆境，包括心理創傷。調查發現大約有 67-90% 尋求治療的酗酒者和吸毒者，在一生中曾經歷心理創傷事件，25-48% 曾經出現創傷後壓力症候群。在一般成年人和青少年中，經歷心理創傷事件和出現創傷後壓力症候群的比率則是 33-60% 和 4-7% (Ford, 2013)。有一項追蹤 471 位吸食海洛英人士 33 年的研究發現：(一) 治療後最初 16 年，樣本中只有 9% 完全停止吸食毒品，32% 逐漸減少使用毒品，59% 一直頻密使用毒品。(二) 一直頻密使用毒品的人士，和完全停止吸食毒品人士相比，更年輕時便開始他們的吸毒生涯。(三) 長期吸毒造成的失業、違法和精神健康問題，令一直頻密使用毒品人士更難戒除毒癮。這項研究指出吸毒者普遍需要長期的照顧和服務。一直頻密使用毒品的人士，成長背景非常複雜，加上他們在生命的黃金年華，受毒品影響錯過了建立“社會資本”的機遇，要重新融入社會更感困難 (Hser et. al., 2007)。

吸毒者普遍在治療後容易復用毒品，因為他們面對複雜的生理、心理和社會困擾，對毒品的麻醉／刺激／迷幻作用有強烈需求。在生理層面，毒品可以抑制病患帶來的疼痛、醫治失眠、減肥或提高性能力。在心理層面，毒品發揮“自我治療”作用 (Khantzian, et al., 2008)，例如舒緩痛苦的情緒、隔離創傷的回憶、對抗或逃避自我批判、填補心靈的空虛死寂、得到日常生活中無法經驗到的快樂和歡愉、處理憎恨、舒緩抑鬱、減輕焦慮等。在社會層面，不少吸毒者社會地位較低，本身可能面對貧窮、失業、作為少數族裔或其他被污名化的處境，他們相信甚少機會改變他們面對的困境，於是利用毒品來減少社會現實帶來的傷痛或獲得些許能力感。對於一些難以於主流文化中獲得身份認同的人，在吸毒的次文化社群中比較容易獲得社會聯繫和身份 (Tatarsky and Kellogg, 2011)。

總括而言，吸毒問題貫穿當事人的整個生命歷程，而不只是其生命中的個別事件。流行的戒毒康復輔導模式，如預防復用毒品模式 (Relapse Prevention Model)、動機晤談法 (Motivational Interviewing)、社區強化方法 (Community Reinforcement Approach) 等都較著重吸毒者目前生命的橫切面，聚焦當事人目前的思想、情緒和行為容易取得短期效果，但較少深入探討吸毒者的整個生命成長經歷。香港戒毒會社工團隊多年來致力尋求一個縱貫而全面的介入模式，去協助一些成長背景較複雜，康復進展欠理想的個案。本文三位作者在 2013 年全國藥物濫用防治研討會發表〈減低傷害心理治療在華人戒毒康復輔導工作的應用〉一文，提出“減害心理治療”的“多重個人意義”、“毒品和當事人的關係”、“關係療癒”，“與當事人建立共同目標”等核心概念 (李景輝等, 2013)。然而當時我們對“減害心理治療”的掌握仍未夠具體，香港亦無學者專門研究、應用和教授“減害心理治療”。我們透過研讀“減害心理治療”專家 Patt Denning 和 Jennie Little 的著作，嘗試將她們的“藥物—個人—處境綜合分析法”應用於個案分析 (Denning, 2000; Denning and Little, 2012)。

關於“藥物—個人—處境綜合分析法”

Norman Zinberg 在 1980 年代力排眾議，提出“藥物—個人—處境理論” (Drug, Set, and Setting)。他主張生理依賴並不是令人沉溺毒品的必然因素。他觀察到在醫院因病被處方高劑量嗎啡的病人，出院後並不會變成一個吸毒者。越戰期間，美軍使用高劑量嗎啡止痛減壓的情況普遍，但大部份退伍軍人回國後沒有繼續吸毒。Zinberg 發現當事人的思想系統、置身的環境因素，與其嘗試吸毒、間歇吸毒或不能自控地吸毒的行為有著密切關連，影響甚至比毒品本身大得多。

在 2000 年，Denning 創立一個“多元評估架構” (Multidisciplinary Assessment Profile, 簡稱 MAP)，當時已經包含 Zinberg 的“藥物—個人—處境理論”。到 2012 年，Denning 和 Little 更嚴謹地把“藥物—個人—處境理論”融入“多元評估架構”，本文將之稱為“藥物—個人—處境綜合分析法”。

“藥物一個人一處境綜合分析法”是透過深入面談，評估當事人在藥物、個人和處境三個層面的 13 個範疇的狀況。這 13 個範疇包括：(1)毒品／物質使用；(2)濫用／倚賴程度；(3)處方藥物使用；(4)吸毒動機及預期；(5)當事人提出的目標；(6)改變階段；(7)自我效能感；(8)治療歷史；(9)精神及健康狀況；(10)成長歷程；(11)吸毒地點／氛圍；(12)工作人員關注事項；和(13)支援系統。

Denning 和 Little 強調，全面的評估建基於當事人和工作人員之間的信任關係，評估過程中須活用“動機晤談法”技巧，讓當事人能夠在一個不批判的氣氛下訴說自己的內心矛盾和掙扎。一個完整的評估，需要多次面談去完成。在過程中，當事人向治療師訴說他們的生命故事，包括令他們最感痛苦和羞恥的經歷。治療師以同理心提供支持、理解和整合，所以評估就是治療。“藥物一個人一處境綜合分析法”不是將當事人的經歷割裂為 13 個部份，而是深入了解當事人在不同範疇的具體情況，從而找出吸毒對當事人的“多重個人意義”和“毒品和當事人的關係”，再與吸毒者共同訂立治療目標和計劃。

“藥物一個人一處境綜合分析法”：模擬案例

以下列舉一個模擬案例，說明“藥物一個人一處境綜合分析法”的應用方法。為保障個案私隱，我們綜合多宗典型個案的特色寫成這個案例，並不代表任何一位服務使用者。

模擬案例為一名中年女性，吸毒 20 年，單親媽媽，育有一名 18 個月大兒子，與母親同住，與兄弟姊妹關係破裂。與社工進行五次評估面談後，她的 13 個範疇狀況如下：

	評估範疇	狀況
1	毒品／物質使用情況	<ul style="list-style-type: none"> ● 海洛英（注射方式，每日一次，每次花費港幣\$100） ● 鎮靜劑（注射方式，每日一次，每次花費港幣\$60） ● 煙（每日 10 枝） ● 酒（沒有）
2	濫用／倚賴程度	<ul style="list-style-type: none"> ● 海洛英（停用時有斷癮症狀） ● 鎮靜劑（有強烈渴求使用） ● 煙（可以控制用量）
3	處方藥物使用	<ul style="list-style-type: none"> ● 美沙酮（醫生處方，40 毫克，每周只出席兩次） ● 抗抑鬱藥（醫生處方） ● 止痛藥（私營藥房買成藥，胃痛時服）
4	吸毒動機及預期	<ul style="list-style-type: none"> ● 吸毒可止胃痛、入睡、自我放鬆、解寂寞 ● 吸毒可忘記煩惱（要找工作，謀生計） ● 吸毒後好像時光倒流，眼前重現與初戀男友一起的甜蜜日子
5	個案提出的目標	<ul style="list-style-type: none"> ● 申請住院戒毒服務 ● 當一位無毒稱職的母親 ● 戒毒後成為家庭支柱，照顧母親和兒子
6	改變階段	● 準備期(Preparation stage)
7	自我效能感	<ul style="list-style-type: none"> ● 願意再嘗試自願住院戒毒服務，有信心完成療程 ● 相信自己只要用心學習，能夠成為一位好媽媽
8	治療歷史	<ul style="list-style-type: none"> ● 曾接受強迫戒毒，出院後保持短時間操守 ● 曾申請自願住院戒毒，未完成療程提早出院
9	精神及健康狀況	<ul style="list-style-type: none"> ● 抑鬱（有精神科醫生跟進） ● 胃痛（從沒求醫）
10	成長歷程	<ul style="list-style-type: none"> ● 父親管教嚴厲，常打罵，後因病早死 ● 跟初戀男友吸毒，與兄弟姊妹關係破裂，只和母親保持聯絡 ● 男友知悉她懷孕後不顧而去，後來流產 ● 與另一男子結婚後懷孕，兒子出世後卻發現丈夫有外遇，離婚，搬返娘家住 ● 成長經歷造成她害怕被遺棄、自卑、討好 ● 在院舍偽裝服從，但爭取不到想要的安排時表現激烈個性
11	吸毒地點／氛圍	● 獨自在公廁吸毒
12	社工關注事項	<ul style="list-style-type: none"> ● 吸毒造成財務困擾影響精神健康和情緒 ● 美沙酮劑量不足 ● 長期胃痛沒求醫 ● 如康復無進展，兒子或被政府部門安排接受寄養服務
13	支援系統	<ul style="list-style-type: none"> ● 母親（支持她，但心態感疲累） ● 家庭服務社工（不太信任她勝任做好母親）

以上資料反映這案例：(1) 用不適當的方法（服食成藥和毒品）處理健康問題（長期胃痛）。(2) 海洛英、鎮靜劑、美沙酮都屬中樞神經抑制劑，如果她再飲酒則倍加危險，須教導她預防藥物過量的風險。(3) “吸毒的多重個人意義”：處理痛症、安眠、逃避現實、追求一刻寧靜、重溫與男友一起的日子。(4) “當事人和毒品的關係”：毒品好像一位不會背叛和離棄她的親密的愛人，儘管她明白吸毒令她財政拮据、連累母親、失去尊嚴、討厭自己。她滿意這個關係嗎？她想和毒品維持這個關係，更親密些，還是疏遠些？她回答希望和毒品即時斷絕關係，但改變一個關係不是一朝一夕的事，她需要有計劃地建立好其他關係，才能疏遠或脫離這種關係。(5) 她有戒毒動機、人生目標和計劃及自我效能、亦依從抗抑鬱治療，有不少強項。(6) 透過交流“個案提出的目標”和“社工關注事項”達成“共同目標”：在藥物層面，減少使用海洛英和鎮靜劑的次數和份量、增加美沙酮代用治療出席率和劑量，求醫處理胃痛；在個人層面，加強自我省察，建立毒品以外的其他重要關係（兒子和母親）和滿足感；在處境層面，申請住院戒毒服務、主動向母親和家庭服務社工交代自己的計劃和目標等。

反思

回顧我們的工作經驗，我們相信以下六個體會將有助社工在實務中應用“藥物一個人—處境綜合分析法”：

1. 在整個評估過程中，社工要“成為戒毒康復者旅程中的同行者”。我們由衷感謝個案信任，和我們分享他們生命中最隱秘的故事。生命故事始終是當事人的主觀經驗，有時部份情節可能會矛盾、誇張、有所保留、或與他們家人提供的資料和見解南轅北轍。但很多時當事人並不是想對我們說謊，而是他們的主觀經驗扭曲了。我們不必判斷事情對錯，只需要耐心地發問和澄清一些矛盾之處，便可以協助當事人重新檢視他們的主觀經驗。
2. 如果說“動機晤談法”的精粹是“聆聽矛盾”(Ambivalence)，那麼“藥物一個人—處境綜合分析法”的精粹便是要我們進一步深入到“聆聽掙扎”(Struggle)和“聆聽痛苦”(Suffering)。有位女性個案最初表示自己性格懦弱怕事，吸毒後卻有勇氣向不公平對待她的同事據理力爭。表面看我們已找到毒品對她的正面意義，但原來她童年時被同住親人性侵犯，離家出走又遇上不可靠的男朋友，迫她從事性工作賺取金錢，吸毒最大的作用是麻醉她的傷痛和對自己出賣肉體的憎恨。
3. 探索吸毒對當事人的核心意義殊不容易。我們會直接詢問當事人通常在吸毒的迷糊狀態中，會出現些甚麼幻覺和幻想。有位個案分享他吸毒後出現的幻覺是“我們一家人坐在一起吃飯，有說有笑”，但現實生活中他卻是和家人關係決裂多年。由此可見，當事人透過毒品，追求真實生活中得不到的東西，有時可能只是一個非常卑微的願景。發掘到吸毒對當事人的核心意義，引領他重新確認珍視的東西和目標，對制定治療計劃有很大幫助。
4. 當事人和毒品的關係往往密切如“忠誠的朋友”和“最親密的戀人”，要他們放棄這段關係，真是談何容易？我們建議的步驟是：先將這個關係由“人格化”（毒品就是我初戀男友）到“特質化”（初戀男友對我很溫柔，他會擁著我情話綿綿），再“人格化”（現在你身邊，誰最能夠給你一點點這種窩心感覺呢）。當事人可能會告訴你那個人竟然是她還未學懂說話的年幼兒子，這個小生命在絕望中燃起她的希望。
5. 探究“成長歷程”的目的是連結當事人一些重要的成長經歷如何塑造其核心性格特質。這些特質和其吸毒行為之間有何關係？與當事人尋求治療時的正面和負面反應又有何關係？我們從中可以看到當事人如何重複演出自己預設的“生命腳本”(life script)，例如：“我從出生到現在都是一個徹底失敗的人，將來也沒有例外”，如果不處理，這個“生命腳本”將一直影響他在治療中的負面行為表現。
6. 我們認為“與當事人建立共同目標”不是一個“妥協”的過程，不是一種“循循善誘”的技巧或手段，而是確認“人類是有其多樣化和主體性”。是當事人要改變，不是我們，所以當事人有權決定改變(change)或維持現狀(sustain)、改變多或少，及如何改變。除非他們的決定會傷害自己或他人，否則我們都應予以支持。即使他們並不打算完全戒毒，但肯為自己的健康和家人減少使用毒品，也是重要的契機。

總結

我們致力尋求一個縱貫而全面的介入模式，去協助一些成長背景較複雜，康復進展欠理想的個案。然而，繁重的個案量是社工在實務中應用“藥物—個人—處境綜合分析法”的最大障礙，這模式對社工付出的時間、耐性、知識、經驗和技巧各方面要求都很高。一般來說，每位個案都需要經歷四至五次深入面談，才完成整個評估過程。差不多所有個案，在每次面談中面對自己塵封多年的創傷經驗，都會痛哭飲泣，不過，我們看到在每次釋放情緒的過程中，個案都會有所成長。他們其實都是一群受苦的人，儘管面對繁重的個案量，我們仍會邀請這些個案進行“藥物—個人—處境綜合分析法”。雖然我們的深入協助，不足以保證他們能夠在有生之年成功戒除毒癮，但我們深信，為他們提供一種高品質的人文關懷，本身就是一種療癒的工作和希望的開始。

參考文獻

- 李景輝、李昌誠、林詩、吳彬彬 (2013) 〈減低傷害心理治療在華人戒毒康復輔導工作的應用〉，澳門：《2013 全國藥物濫用防治研討會論文集》。
- Denning, P. (2000). *Practicing harm reduction psychotherapy: an alternative approach to addictions*. New York: Guilford Press.
- Denning, P. and Little, J. (2012). *Practicing harm reduction psychotherapy: an alternative approach to addictions*. New York: Guilford Press, 2nd edition.
- Ford, J.D. (2013). PTSD and substance abuse treatment. In Peter, E.M. (ed). *Interventions for addiction, Volume 3*. Amsterdam; Boston: Elsevier Science, Pp. 187-194.
- Hser, Y.I., Huang, D., Chou, C.P. and Anglin, M.D. (2007). Trajectories of heroin addiction: growth mixture modeling results base on 33-year follow-up study. *Evaluation Review*, 31(6): 548-563.
- Khantzian, E.J. and Albanese, M.J. (2008). *Understanding addiction as self medication: finding hope behind the pain*. Lanham: Rowan & Littlefield Publishers.
- Tatarsky, A. and Kellogg, S. (2011). Harm reduction psychotherapy. Marlatt, G.A., Larimer, M.E. & Witkiewitz, K. (ed.) *Harm reduction: pragmatic strategies for managing high-risk behaviors*. New York: Guilford Press, 2nd edition. Pp.36-60.
- Zinberg, N.E. (1984). *Drug, set, and setting: The basis for controlled intoxicant use*. New Haven; London: Yale University Press.

多元家庭治療小組在香港戒毒服務的應用初探

鍾燕婷 周鈺山

東華三院越峰成長中心

【摘要】

本文討論「家庭治療」及「多元家庭治療小組」在社區戒毒服務之本土經驗。外國實證研究指出，以家庭治療處理吸毒行為具有成效(Liddle, Dakof, Parker, Diamond, & Barrett, 2001)。本地研究(Sim, 2007)，發現顯示接受過家庭治療的青少年與家庭成員的互動模式有所改善、治療為家庭帶來新的啟發、更令青少年更能察覺自己的需要與嘗試獨立成長；父母積極參與戒毒治療，能夠適當地發揮父母的管教功能，提升家庭保護因素。

東華三院越峰成長中心得到禁毒基金贊助，於 2014 至 2016 年推行「家心有晴天·多元家庭戒毒治療計劃」，以家庭為本的介入方向為吸毒者及其家人提供「三層介入」，包括提供個人及家庭面談、舉辦多元家庭治療小組、及提供多元化跟進服務。本計劃合共向 76 名吸毒者及 127 名家庭成員提供個案及家庭輔導服務，當中 40 個家庭曾參與多元家庭治療小組。接受服務後，89.5%吸毒者表示減少吸毒情況；96.5%吸毒者表示對毒品的態度有所改善；98.5%吸毒者家人表示面對家人吸毒問題的能力有所提升。

近年外國有不少運用多元家庭治療模式協助家庭處理吸毒問題的例子，當中治療師整合不同的治療理論於多元家庭治療小組(Multiple Family Therapeutic Group, MFTG)當中，包括結構性家庭治療、尋解導向精要治療(Springer & Orsbon, 2002)、歷奇為本治療(Swank & Daire, 2010)等。本計劃引入上述工作手法，結合家庭治療和小組工作的嶄新介入模式，透過小組互動，協助成員發掘內在資源去解決困難；並促進家庭間的互相聯繫，發展為支援網絡。

前言

毒品與家庭的關係總是密不可分。根據特區政府中央政策組於 2011 年委託香港大學發佈《青年濫藥與家庭關係的研究》內容指出，吸毒涉及多種因素，不同因素是彼此互動和相連的系統，當中家庭因素是重要的一環。「對家庭生活感到快樂」或「與父母有良好關係」都是有助防止濫用藥物的保護因素；相反，年青人認為不穩定的家庭狀況、喪失家庭功能、家庭成員工時長及低收入情況，這些情況造成「家庭失衡」的狀況，構成吸毒的一種風險因素。

外國有大量的實證研究指出，以家庭治療處理吸毒行為具有成效(Liddle, Dakof, Parker, Diamond & Barrett, 2001)。本地研究發現(Sim, 2007)，接受過家庭治療的青少年與家庭成員的互動模式有所改善，使雙方更能平靜交流和互相明白；為家庭帶來新的啟發，使雙方更了解家庭互動對吸毒行為的互為影響；及令青少年更能察覺自己的成長轉變與嘗試獨立成長。父母聯合一起積極參與子女的戒毒治療，更有效協助當事人戒毒(Rowe, Liddle, McClintic & Quille, 2002)，在父母、子女與毒品的糾纏關係中尋找新出路。

為回應受毒品問題影響的家庭需要，東華三院越峰成長中心在禁毒基金支持下，於 2014 年 8 月至 2016 年 7 月推行為期兩年的「家心有晴天」多元家庭戒毒治療計劃，集合同樣面對共同困難的家庭，透過有系統的家庭面談，及優化多元家庭治療小組在本地服務的應用，協助家庭改善溝通，令家庭更有能力去支持戒毒者戒除毒癮。

多元家庭治療小組背景

多元家庭治療小組(Multiple Family Therapeutic Group, MFTG)於 1960 年代在美國應用在精神病院內的長期病患者以及其家人(Kaufman & Kaufmann, 1992)，協助精神病分裂症患者及照顧者面對疾病，幫助他們康復。Laquerur 發現把困難相近的家庭連結一起，可以產生互動的能量，能夠幫助家庭更變對原有問題的看法，更能為家庭的角色及行為帶來新的啟示，改善家庭的情況和關係。多元家庭治療小組期後發展至不同範疇，包括多重問題的家庭、學校、患有厭食症的青少年及其家人(Asen, 2002)，亦有應用於吸毒及酗酒人士及其家庭成員當中(Schader, 2008)。治療模式各有不同，包括以整天活動形式或以小組形式進行(Asen, 2002)。早期運用多元家庭治療小組的治療師認為這種手法的發展是建基於實際需要，而非來自理論架構，這亦說明了多元家庭治療小組可以多樣化地在世界各地發展起來(Dennison, 2005)。

多元家庭治療小組在吸毒者家庭的應用

近年外國有不少運用多元家庭治療模式協助家庭處理吸毒問題的例子，當中治療師整合不同的治療理論於多元家庭治療小組當中，包括結構性家庭治療、尋解導向精要治療(Springer & Orsbon, 2002)、歷奇為本治療(Swank & Daire, 2010)等。關於戒毒治療的實證研究顯示：「家庭治療是最有效處理青少年吸毒問題的途徑。」(Ozechowski & Liddle, 2000) 多元家庭治療小組突破傳統輔導系統進行介入，為戒毒者在轉變過程中，與家庭及社會建立有效的關係系統，透過家庭間的互動來互相學習、互相回饋、及各自應用新的相處模式，讓家庭體驗更多轉變的可能性。本計劃引入上述工作手法，結合家庭治療和小組工作的嶄新介入模式，透過小組互動，協助成員發掘內在資源去解決困難；並促進家庭間的互相聯繫，發展為支援網絡。

多元家庭治療小組在香港的應用

多元家庭治療小組在香港的發展較晚開始。Lau (1998)為分居或離婚後的家庭舉辦 MFTG；Chien & Chan (2004)以多元家庭治療小組為患有精神分裂症患者及其家屬提供輔導；Ma, Wong Wan & Wong (2011)以多元家庭小組協助親職困難的家庭。越峰成長中心於 2011 年至 2013 年推行「家心·動力」家庭及社區社本之短期戒毒治療計劃，應用多元家庭治療小組並結合結構性家庭治療為有吸毒行為的青少年及其家人提供戒毒康復治療服務。2014 至 2016 年「家心有晴天」進一步將多元家庭治療小組的模式整理成為有系統的本土化介入手法。

「家心有晴天」多元家庭治療計劃介入模式

本計劃目的為改善吸毒者及其家庭成員的關係、提升家庭對於處理吸毒問題的效能感，幫助吸毒者減少或停止吸毒，及提升吸毒者對抗毒的正面態度。本計劃提供家庭面談、個別輔導、多元家庭治療小組及其他支援服務。計劃招募 35 歲或以下及在過去 12 個月內有吸毒行為人士及其家庭成員，家庭成員可以是父母、兄弟姊妹或伴侶等。

「家心有晴天」計劃結合「家庭面談」及「多元家庭治療小組」的介入手法，分三個階段提供具連貫性的服務：

第一階段：向吸毒者及其家庭提供兩節家庭面談，目的是評估家庭狀況、與吸毒者及家庭成員建立關係、提升家庭成員及吸毒者參與家庭治療的動機、了解以及找出維持吸毒問題的互動模式，以及對影響吸毒問題的家庭互動模式建立初步的假設。

第二階段：開展四節多元家庭治療小組，在小組中透過活動及對話呈現家庭溝通模式，為各個家庭提供平台，體驗新的溝通方法，重新檢視家庭的固有常態能否有效為家人戒毒帶來預期的幫助，幫助家庭找出更有效協助家人戒毒的方法。在此階段，工作員分別在第二節及第四節小組完結後安排家庭面談，與家庭檢視在小組中的看法與得著，評估家庭應用新方法的狀況，並標示出既有或已改變的有效溝通模式，鼓勵家庭整合經驗以應用於日後的戒毒及生活困難。

第三階段：為完成首兩階段的家庭提供四節持續支援服務，亦即參與多元家庭治療小組的第二階段，運用小組的互助元素，繼續強化家庭之間的凝聚力，鼓勵家庭持續互相支援。

多元家庭治療小組結構及介入模式

小組結構

本計劃按男性吸毒者及女性吸毒者分別舉行多元家庭小組。男性與女性在家庭中的角色和崗位都有不同，吸毒經驗與模式都有很大差異，分別為男性與女性戒毒者分別舉行小組，有利家庭運用其相似性來交流經驗與方法。吸毒者本人以及至少一位具有影響力的家庭成員參與小組，能夠為家庭帶來理想的治療效果。除了原生家庭成員外，吸毒者與伴侶一同參與小組亦是常見的家庭組合。

小組運作

本計劃的多元家庭治療小組合共四節，安排於兩天進行，一般是連續兩個週末或週日舉行，以免弱化小組效果及冷卻家庭的參與動機。在兩個小組日之間，工作員進行家庭面談或個別面談，深化家庭成員參與小組的經驗，並跟進不適合在小組中處理的家庭問題。由外國及本港的經驗可見，多元家庭小組多於舒適放鬆的環境舉行，例如郊外營地、大學校園及醫院的戶外花園等。在中心舉行小組需要留意兼顧使人集中和讓人放

鬆的環境氣氛，工作人員的歡迎、熱身遊戲、確立小組守則及設立自由的茶點空間，對建立安全感與凝聚力十分關鍵。

介入模式

在計劃中，我們邀請幾個類似面對相同問題的家庭集合一起，運用以下的小組介入模式，增加家庭資源，嘗試幫助處理個別及家庭之間的問題(Dennison, 2005)。多元家庭治療小組組成元素包括：一) 引入結構家庭治療(Structural Family Therapy)的四步模式，幫助工作人員有系統地持續評估家庭狀況，四步模式包括：淡化主訴問題及病人身份、探索問題持續存在的家庭互動、探索主要家庭成員從過去帶到現在的影響及重新定義問題。二) 強調家庭能耐(Family Strength)及家庭抗逆(Family Resilience)的觀念，即重視家庭成員的內在潛能，相信家庭本身擁有從困難中重新振作的 ability，並能夠學習忍耐、自我調節及成長(Walsh, 2002)。三) 小組會把家庭問題情境化(Contextualize)，即把個人問題放在家庭系統及其他外在系統裡(Asen & Scholz, 2010)，讓家庭成員以較闊的視野去理解問題。四) 小組引入歷奇為本輔導(Adventure Based Counseling)，以遊戲的方法幫助每個家庭把牢固的溝通模式立體化地呈現出來，並提供平台讓家庭在遊戲中經歷有改善的溝通及互動，體驗溝通的有效性，提升家庭在組後面對困難的抗逆力。五) 小組亦引入敘事治療中的「局外見證人」(Outsider Witness Group)的概念(Michael White, 1997)，透過把家人及吸毒者分成兩組，內圈的吸毒者分享工作人員指定的主題，如「我曾使用的戒毒方法」，讓圈外的家人聆聽吸毒者的經歷，使家庭成員更了解吸毒者的痛苦與掙扎而產生新的啟迪，繼而將這上即時的感受及啟迪向吸毒者作出回饋。當雙方有了新的啟迪後，家庭會採納新的角度去面對困難，並且促成家庭間的互動相處模式，有效地尋找不同方案去解決問題。

計劃成效

為吸毒者家庭提供渴望的安全感和同行感

在中國文化的影響下，對於面對吸毒問題的家庭，他們傾向「家醜不出外傳」，較難向家庭以外的地方尋求支援。家庭成員難以面對親友訴說家中的吸毒問題和吸毒問題所帶來的困難和情緒。家庭成員亦常抱有一個觀念，認為即使向其他親友傾訴，對方不會明白自己的難處和感受，對於改善家中吸毒問題並沒有顯著幫助，所以選擇不向其他人尋求情緒支援。在這些文化及觀念影響下，面對吸毒問題的家庭容易感到孤單，令他們在故有的處境中不斷糾纏、循環，家庭缺乏新的動力和啟發去應付吸毒問題。然而，本計劃幫助吸毒者家庭建立「同坐一條船」氣氛，在安全及保密的情況下，提供支援的平台，讓他們能夠分享平日未能傾訴的說話、感受，在得到其他人理解的同時，透過他人的分享，吸收新的意見、能量，以重新面對家中的吸毒問題。

減少吸毒 提升吸毒風險意識

本計劃以家庭為本的介入方向為吸毒者及其家人提供「三層介入」，包括個人及家庭面談、多元家庭治療小組、及多元化跟進服務。本計劃合共向 76 名吸毒者及 127 名家庭成員提供個案及家庭輔導服務，當中 40 個家庭參與多元家庭治療小組。本計劃在家庭介入以外，同時為吸毒者提供個別輔導，與其同行，幫助他們建立戒毒動機，訂立治療計劃，接受由社工、醫護人士及家人共同建立的保護網。本計劃以前測及後測問卷作成效檢討，結果發現接受服務後的吸毒人士，89.5%參加者表示減少吸毒情況及 96.5%吸毒者表示對吸毒的風險意識有所提高。測試問卷顯示，參加者在「在毒品的影響下，可能會向至愛的人說出傷害對方的說話」及「在毒品的影響下，很容易衝動地做出將來會後悔的蠢事」兩題選項上呈現最顯著的轉變。

突破無助困局 提升家人能力感

除了吸毒者，本計劃亦十分重視其他支持者的參與，如吸毒者的父母、兄弟姊妹、伴侶等。計劃所邀請的家庭成員是由吸毒者提名的，吸毒者能夠按自己的感受、想法及意願，邀請哪一位家庭成員陪同自己參與計劃，作為支持者，並參與其戒毒的過程。吸毒者在參與計劃的過程中感到被尊重、可信賴及安全，參加者回饋這些因素可提昇其戒毒的動機。家庭成員的參與能夠為吸毒者提供支援，包括於戒毒過程中鼓勵及參與他們的戒毒計劃。同時，家庭面談或多元家庭治療小組讓家庭成員對吸毒行為有更深入的理解；計劃促進吸毒者和家人對彼此的理解，提昇家人對於處理家中吸毒問題的自我效能感。

經過介入後，98.5%吸毒者家人表示面對家人吸毒問題的能力有所提升。在評估問卷中反應，家人在「我能夠與有吸毒問題的家人心平氣和地作良性溝通」、「我有信心鼓勵有吸毒問題的家人求助」、「我了解及體諒戒毒者重吸背後有各種原因」及「我有信心可以為有吸毒問題的家人提供有效的支援」的問題上具有顯著提升。本計劃引用的家庭治療能夠突破個人輔導的局限性，創造深層溝通的平台，讓家庭體驗坦誠對話的經驗。

工作員充當治療師，促使家庭成員重搭家庭結構與重建新的溝通模式。家庭治療中的「即席互動」(Enactment)幫助家庭檢視其現行的溝通姿態，反思其溝通的有效性而重新訂定更多可接受的溝通方式。家庭介入最大功用，一方面是讓家庭固有結構與常態被呈現出來，另一方面又讓家庭表達到他們對家庭、對關係、對某成員、對事件的真正感受，把心底話呈現，把家庭牢固的結構進行拆毀的第一步，然而讓他們感受這個家庭在溝通上的有效性，使家庭重新充權成為「能夠」、「可以」、「做到」的新常態，並以新常態，一家人重新面對「毒品」這個在家中的「外人」。

啟示及結語

吸毒對個人和家庭都帶來種種影響，在傳統的個人戒毒輔導和家長支援工作外，「家心有晴天」引入家庭治療，聯合家庭成員「一家人，坐低傾」，建立更多有助戒毒的保護因素。戒毒是一輩子的功課，家庭接納與支援同樣是一生的作業。然而，牢固的家庭結構和溝通模式不去革新，家庭的固有問題只會一次又一次地因著不同的受理事件而再次產生。本計劃嘗試直接重新鋪搭「吸毒、家庭、問題」三者關係，在效果上不但只是處理吸毒對家庭所帶來的個人或整體影響，而且為家庭共同轉化其結構及溝通常態，以致家庭能夠在未來更有資源與能力去應對更多毒品以外的家庭問題。

多元家庭治療小組所發揮之功能確實對戒毒者和家長都有不少裨益，治療小組讓每個接受服務的家庭都重新發掘他們相處上的可接受性，溝通上的有效性，讓他們重新檢視自身家庭對「毒品」所擁有的內在資源和應對能力，在同一條船上分享能量，一同見證成長，仿效借鏡，對吸毒家庭來說，就是重新被社會接納的一個機會。因此，在戒毒服務中，家庭工作者的眼睛不能只看到問題，同時要看到人的能量，人的創意，最重要的，是在千萬網綁中看到出路，看到希望，看到新的可能性。(李維榕，2012)

參考文獻

- 香港大學香港賽馬會防止自殺研究中心、香港大學社會工作及社會行政學系(2011)《青年濫藥與家庭關係的研究》。香港：作者。
- 馬麗莊、黃美菁、溫淑芬、王定茹(2011)〈千帆並舉：社會工作小組新貌〉。《第八章。多元家庭小組如何協助親職困難的家庭：香港經驗》，頁 217-240。香港：策馬出版。
- 李維榕 (2012)。《我的家庭治療工作》。香港：張老師文化。
- Asen, E. (2002). Multi Family Therapy: An Overview. *Journal of Family Therapy*, 24:3-16 USA: Blackwell Publishers.
- Chien, W.T., & Chan, S.W.C. (2004). One-year follow up of a multiple family group intervention for Chinese families of patients with schizophrenia. *Psychiatric Service*, 55(11), 1276-1284.
- Fisher, C. J., & Griffiths, H. (1990). Family therapy with problem drinkers and drug takers: A pilot follow-up study. *Journal-of-Family-Therapy*, 12(2), 183-188.
- Joanning, H., Thomas, E., Quinn, W & Mullen, R. (1992). Treating Adolescent Drug Abuse: A Comparison of Family Systems Therapy, Group Therapy, and Family Drug. *Education, Journal of Marital and Family Therapy*, 18: 345-356.
- Kaufman, E. and Kaufmann, P. (1992) Multiple family therapy with drug abusers. In Kaufman, E. and Kaufmann, P. (eds) *Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse (2nd ed)*. New York: Gardner Press.
- Laqueur, H. P., La Burt, H. A., & Morong, E. (1971). Multiple Family Therapy: Further Developments. In J. Haley (Ed.), *Changing Families*, New York: Grune & Stratton, pp. 82 -95.
- Lau, Y.K. (1998) A cultural challenge: Multiple family group for post-separation and post-divorce families in Hong Kong. *Social Work with Groups*, 21(1/2), p77-87.
- Lee, W. Y., Minuchin, S. & Nichols, M. P. (2010). *Assessing Families and Couples: From Symptom to System*. Boston: Pearson press.
- Liddle, Dakof, Parker, Diamond, Barrett, Tejada M. (2001) Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: results of a randomized clinical trial *American Journal of Drug and alcohol abuse*. p651-88.

- Ma, J.L.C., Wong, M.C., Wan, E.S.F., Wong, T.Y., (2011). An alternative way of helping Chinese parents with parenting difficulties: Learning from the participants feedback on Multiple Family Groups in Hong Kong. *Social Work with Groups*. Retrieved from: http://web.swk.cuhk.edu.hk/uploads/research/experiencing_multiple_family_groups_in_a_chinese_context1.pdf on 13 Jun 2011
- Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. Harvard University Press.
- Nichols, M. P., & Schwartz, R. C. (1998). *Family Therapy; Concepts and Methods. (4th ed.)*. Needham Heights, MA.: Allyn and Bacon.
- Ozechowski, T.J., & Liddle H.A. (2000) Family Based Therapy for adolescent drug abuse: Known and unknown. *Clinical child and family psychology review*, 3, 269-298.
- Schafer, G. (2008). Multiple Family Group Therapy in a Drug and Alcohol Rehabilitation Centre: Residents' Experiences. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*. 29(2):88-96
- Sim, T. (2007). Structural family therapy in adolescent drug abuse: A Hong Kong Chinese family. *Clinical Case Studies*, 6(1), 79-99.
- Sim, T., & Wong, D. (2008). Working with Chinese families in adolescent drug treatment. *Journal of Social Work Practice*, 22(1), 103-118.
- Springer D.W., & S.H. Orsbon (2002). Families helping families: implementing a multifamily therapy group with substance-abusing adolescents. *Health & Social Work*, 27(3), 204-207
- Stanton, M.D., & Todd, T.C. (1992) Structural-Strategic Familty Therapy with Drug Addicts. In E. Kaufman & P.Kaufmann (Eds.), *Family therapy of drug and alcohol abuse* (pp. 46-62). Boston: Allyn & Bacon.
- Swank, J.M, & Daire, A.P. (2011). Multiple Family Adventure-Based Therapy Groups: An Innovative Integration of Two Approaches. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*. 18(2) 241-247. SAGE Publications.
- Howard A. Liddle , Rosemarie A. Rodriguez , Francoise A. Marvel (2002) Multidimensional Family Therapy (MDFT): An Effective Treatment for Adolescent Substance Abuse Center for Treatment Research on Adolescent Drug Abuse, University of Miami Miller School of Medicine

吸食笑气所致精神病性障碍一例并文献复习

蓝晓嫦 王达平

广州市惠爱医院物质依赖科、广州医科大学附属脑科医院、
广州市药物依赖治疗康复研究所

【摘要】

目的：总结滥用笑气所致精神病性障碍患者的临床表现、实验室检查的特点。

方法：回顾性分析一例 22 岁男性滥用笑气所致精神病性障碍患者的临床资料，并结合文献进行复习讨论。

结果：患者吸食笑气 1 年半，导致精神萎靡、肢体麻木、思维迟缓，并出现被害妄想等精神病性症状。心电图示窦性心动过缓，窦性心律不齐。头颅磁共振检查发现双侧额叶白质脱髓鞘改变。

结论：长期滥用笑气可以导致躯体不适及精神障碍，有成瘾倾向，需引起临床及监管部门重视。

【关键词】笑气；滥用；精神病性障碍

笑气，化学名一氧化二氮(N_2O)，是一种无色有甜味的气体，由约瑟夫·普利斯特里在 1772 年发现的，由于它吸入后能使人丧失痛觉，但仍然可以保持意识，医学上作为一种分离性麻醉剂使用，尤其在牙医领域和妇产科领域应用广泛。近年来，国内外均有报道笑气在青少年中滥用的情况，但国内未发现有关的临床病例报道，今结合文献，报道我院收治的一例因吸食笑气导致精神病性障碍的病例如下，旨在提高临床医生对这类疾病的认识水平及引起相关监管部门对滥用笑气这一问题的重视。

1 对象和方法

2017 年 6 月 7 日至 2017 年 6 月 16 日在广州市惠爱医院住院的一例吸食笑气后出现精神病性障碍的患者，根据笑气滥用史，其临床表现与吸食笑气密切相关等，有确切理由推断是由使用笑气所致的精神病性障碍。作者详细分析患者的临床资料并进行有关文献复习。

2 结果

2.1 临床资料

患者卢某某，男性，22 岁，未婚，大学文化，因“吸食笑气 1 年半，精神萎靡、多疑 10 个月，紧张、呆滞 2 天。”于 2017-06-07 第一次入院。患者 3 年前独自到美国读大学，1 年半前开始因无聊在朋友影响下吸食笑气，开始时偶尔吸食，每次一支到数支“气弹”不等，吸食笑气后与家人视频交流减少，未出现其他明显的情绪、行为异常，家人未予重视。10 个月前患者的母亲在与患者视频聊天时发现其表现精神萎靡，随后到美国照顾患者，当时发现患者精神差，身体虚弱，走路不稳，反应慢，有不安全感，不敢一人独处，认为有朋友要害他，夜间睡眠差，当时无法继续上学，曾服用“褪黑素”治疗。期间患者未再吸食笑气，后精神逐渐改善，未再有不安全感。但其母亲回国后患者又复吸笑气，吸食量逐渐增加，多时每天一箱（一箱中有 50-100 支，每支仅能吸食一次）。9 个月前有一次在大量吸食笑气后昏睡，次日出现左侧肢体麻木无力，无法起床，接受针灸、中药治疗 1 个多月，期间停吸笑气，肢体无力情况逐渐缓解。半年前患者再次吸食笑气，量及频率不定。半个月前患者再次出现言行异常，询问母亲“我娶两个老婆好不好”，称隔壁房间有练法轮功的人，称有人要害他、曾感觉好像见到鬼一样，存夸大言语，称自己在上海律师事务所有股份（实无），之后患者突然未再与母亲联系，直至 6 月 5 日自行回国，家人在机场接到患者时发现其精神恍惚，表现与之前吸食笑气后的情况类似，当晚难入睡，焦虑、紧张，坐立不安，连续抽烟。次日家人发现患者眼神呆滞，反应迟钝，对家人问话要很久才能回答。6 日下午患者曾踏上阳台的凳子上，家人发现并呼叫患者，患者则自行返回屋内。当晚晚饭后患者表现烦躁、坐立不安，走出阳台吸烟，随后患者突然爬到阳台上并翻过栏杆欲跳楼，被家人发现及时制止，晚上仍难入睡，表现紧张，坐卧不宁。回国两天患者均表现缺乏安全感，要求与母亲在同一张床上睡觉。起病以来，患者无高热、昏迷、抽搐，无冲动伤人行为，无持续情绪低落、兴趣下降或情感高涨表现，进食尚可，大小便正常，体重下降。最后一次吸食笑气为 6 月 5 日。

既往史：吸烟史 4 年，20-40 支/天，间有饮酒。既往间断吸食过 K 粉、摇头丸、大麻，患者自称使用量及频率均很少，在使用上述物质后未出现躯体不适或精神异常。

个人史：第一胎，幼时生长发育正常，父母离异，去美国读书前一直跟母亲和外婆一起生活。病前性格外向、好交际。

家族史：无特殊。

入院体查：神清，消瘦，面色苍白，余未发现异常。

入院时精神检查：意识清，定向力完整，精神恍惚，注意力不集中，经常需要重复提问才能回答，未引出明确的幻觉、妄想。患者承认从1年前起有“打气球”（吸食笑气）的情况，称开始是跟着朋友在无聊的时候才吸食，后来发展到一个人在家也玩，多的时候每天可吸约100支。患者称自从吸食笑气后感觉和思想都被“放大化”，多疑，称会觉得身边的人说话可能是在说关于他的事情，称想东西会变多，例如看到“福”字会想出10个关于福的东西，称会变得特别想家，特别想念母亲。情绪尚稳定，患者呈称吸食笑气之后有时会出现心情差，感觉悲观，但这种感觉会自行消失，否认有持续的情绪高涨或情绪低落。意志活动减退，患者称近1年逐渐变得很“宅”，更多喜欢一个人呆着。对于在家中爬出阳台栏杆的情况，患者称只是想爬出去感受一下，否认有自杀的想法，称当时感觉“并不是自己来的”。患者自述近大半年经常入睡困难，晚上经常做噩梦。自知力缺失，对疾病无认识。

2.2 实验室检查

血常规无异常。血清胆碱脂酶 4212 ↓ U/L；血常规、肝肾功能、离子、甲状腺功能未发现异常，乙肝两对半、肝炎三型、梅毒二项、尿滥用物质筛查均阴性。

2.3 影像学及其他辅助检查

头颅MRI：双侧额叶白质少许脱髓鞘改变(图1) 心电图示窦性心动过缓，窦性心律不齐。胸片、肝胆脾及双肾彩超无异常。

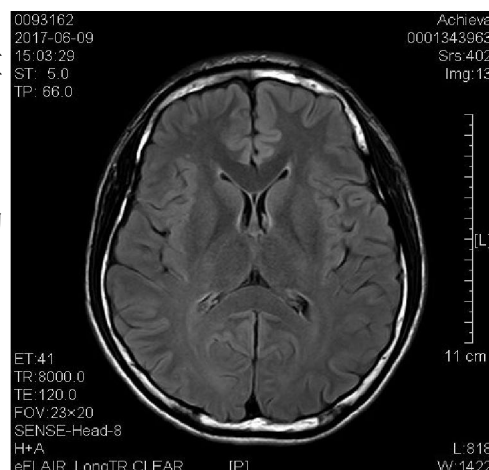


图1：头颅MRI

2.4 特殊脑电图检查

特殊脑电图：两侧出现短至长程 8.5-10Hz α 节律，波形欠整，调幅欠佳，混有稍多低波幅 β 活动。 α 节律基本抑制，过度换气无特殊，闪光诱发未见异常（图2）。

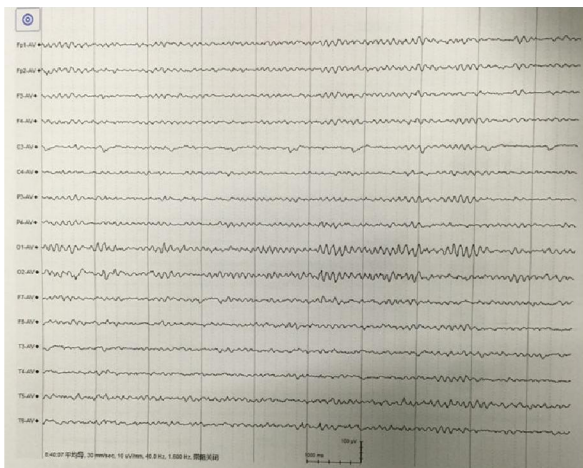


图2：特殊脑电图

2.5 心理测量

韦氏记忆测验：量表分88，记忆商数（MQ）83。提示边缘记忆水平。韦氏智力测验：语言智商83，操作智商79，总智商80。提示临界智商。备注：患者在测试过程中反应迟缓，注意力欠集中，不排除受症状或其他因素影响测试。

2.6 治疗经过及出院时情况

入院后观察发现患者在开始的3~4天表现情感迟钝，面部表情少，谈话时轻描淡写，缺乏安全感，常要跟着母亲，入院后予奥氮平5mg/d口服，滴注曲克芦丁脑蛋白水解物注射液对症支持治疗。病情渐好转，呆滞、反应迟钝等渐缓解，未引出幻觉妄想，未见异常言行，但对于入院前的思维状态不愿深入暴露，称是精神不太好。

3 讨论

笑气(N₂O)，主要抑制下行的神经通路，像去甲肾上腺素，所以它具有轻度麻醉和愉悦心情、减少焦虑的作用，是青少年娱乐性使用或者滥用的主要原因。N₂O除了作为麻醉剂使用外，日常生活中还有多种用途，例如在汽车竞赛中，作为助燃剂，可以提高引擎燃烧率，增加速度；还可以用作火箭氧化剂。在食品加工行业 N₂O 作为生发奶油和烹饪喷雾的气溶胶喷射剂。这些非处方的家庭用品是 N₂O 娱乐用途的主要来源。

近年来，吸入笑气作为一种娱乐使用正变得越来越流行，据报道 2014 年全球药物调查显示笑气是一种常见的使用药物，特别是在英国和美国(终身患病率分别为 38.6%和 29.4%)^[1]。也有报道称在英国，笑气是仅次于大麻的第二大休闲药物。近年来，国内的娱乐场所也发现了滥用笑气的情况^[2]。笑气通常是通过充气气球来吸食，在一次吸气之后会产生兴奋、愉快感，有时会产生快速的迷幻效果，通常在几分钟内消失^[3]。笑气的副作用包括瞬间眩晕、离解、迷失方向、失去平衡、心律失常、缺氧、代谢性酸中毒、记忆力和认知能力受损、身体虚弱等，大量或持续使用 N₂O 灭活维生素 B₁₂，导致功能性维生素 B₁₂ 缺乏，并导致肢体麻木，这可能进一步导致周边神经病变和巨细胞性贫血^[4-5]。Stockton^[6]等报道了一例 22 岁男性因长期吸食笑气后导致手脚麻木、步态不稳，该患者血清维生素 B₁₂ 水平正常，但同型半胱氨酸水平升高，脊柱的核磁共振成像(MRI)显示了 C1 到 T5 的脊柱异常 T2 超强度，与亚急性脊髓联合变性一致，在停止使用一氧化二氮的同时，也开始补充 B₁₂，从而显著改善了临床症状。Nitin K^[7]等也报道了一名 33 岁男性滥用笑气的患者出现幻觉妄想，检查发现患者体内维生素 B₁₂ 水平低于正常，而甲基丙酮酰基和同型胱氨酸水平升高，作者认为 N₂O 会导致功能性维生素 B₁₂ 缺乏，而维生素 B₁₂ 缺乏导致了精神病错乱。维生素 B₁₂ 是维生素 B 复合物的一种，它在血红细胞的形成和维持健康的神经系统中扮演着重要角色。缺乏维生素 B₁₂ 除了可能导致巨细胞性贫血外，还可能导致神经系统损害，引起斑块、弥漫性神经脱髓鞘，从而出现精神抑郁、记忆力下降、震颤等神经精神症状；维生素 B₁₂ 缺乏还可能引起同型半胱氨酸血症，可促使心脏病发作和周围血管阻塞。也有学者用实验证明了在牙科患者中使用 40%N₂O/O₂ 作为麻醉对认知功能的损害^[8]。一氧化二氮(N₂O)被认为是有滥用潜力的，Garakani 等^[9]学者对滥用 N₂O 的病例文献进行回顾分析，显示滥用 N₂O 可以导致神经、精神及其他医学不良后果，包括包括脊髓神经病变和亚急性退化、精神病、维生素 B₁₂ 缺乏、肺炎和冻伤等。此外，滥用笑气还可能导致中毒死亡^[10]。

本例患者在美国求学期间开始吸食笑气，吸食笑气后出现精神萎靡、身体虚弱、步态不稳、肢体麻木等，同时存在思维迟缓、被害、夸大等思维障碍，认知功能受损，脑成像检查及脑电图检查也发现异常，这些躯体及神经精神的异常与上述文献报道结论基本一致。本例患者在吸食笑气后曾出现一侧肢体麻木无力，无法起床等情况，考虑可能与维生素 B₁₂ 缺乏有关，但遗憾的是未能取得维生素 B₁₂ 的监测结果以及当时脊髓 MRI 检查结果。此外，从本病例可看出笑气是有成瘾倾向的，本例患者从开始的偶尔吸食发展到每天吸食一箱，有耐受性增加表现，即使因为吸食笑气出现了严重的精神异常和躯体不适，戒治后仍反复吸食，行为失控，符合成瘾的行为特征。在此报道本病例，希望对国内笑气滥用预防和治疗提供一些信息，希望引起临床及有关监管部门的重视。

参考文献

- [1]. Stephen J Kaar^{1,3}, Jason Ferris^{2,5}, Jon Waldron, et al. Up: The rise of nitrous oxide abuse. An international survey of con temporary nitrous oxide use[J]. Journal of Psychopharmacology 2016, 30(4):395-401.
- [2].成都夜场流行“吹气球”实为“笑气”超量能致命. [EB/OL].新华网, http://news.xinhuanet.com/legal/2016-06/28/c_129096578_2.htm.2016-6-28/2017-6-18.
- [3]. Jan van Amsterdam a, *, Ton Nabben b, Wim van den Brink. Recreational nitrous oxide use: Prevalence and risks[J]. Regulatory Toxicology and Pharmacology 2015, 73: 790-796.
- [4].van Amsterdam JI, Nabben T2, van den Brink W. Recreational nitrous oxide use: Prevalence and risks[J]. Regul Toxicol Pharmacol. 2015, 73(3):790-796.
- [5]. Stockton L1, Simonsen C1, Seago S. Nitrous oxide-induced vitamin B12 deficiency[J]. Proc (Bayl Univ Med Cent). 2017;30 (2):171-172.
- [6].Stockton L1, Simonsen C1, Seago S. Nitrous oxide-induced vitamin B12 deficiency[J]. Proc (Bayl Univ Med Cent). 2017;30 (2):171-172.
- [7]. Nitin K. Sethi, MD, Paul Mullin, MD, Josh Torgovnick, MD, et al. Nitrous Oxide “Whippit” Abuse Presenting with Cobalamin Responsive Psychosis[J]. Journal of medical toxicology. 2006;2(2):71-72.
- [8].Samur Ergüven S1, Delilbaşı EA2, İşik B3, et al. The effects of conscious sedation with nitrous oxide/oxygen on cognitive functions[J]. Turk J Med Sci. 2016, 46(4):997-1003.
- [9]. Garakani A1,2,3, Jaffe RJ1, Savla D, et al. Neurologic, psychiatric, and other medical manifestations of nitrous oxide abuse: A systematic review of the case literature[J]. Am J Addict. 2016 Aug, 25(5):358-369.
- [10]. Potocka-Banas B, Majdanik S, Dutkiewicz G, et al. Death caused by addictive inhalation of nitrous oxide[J]. Hum Exp Toxicol 2011, 30 (11): 1875-1877.

從傳統戒毒中心邁向新時代戒毒模式的服務蛻變 – 明愛黃耀南中心

陳惠忠 鄭國燊

明愛黃耀南中心

【摘要】

目的：明愛黃耀南中心是一所為 30 歲以下男性青少年提供治療康復服務的戒毒院舍。因應近年的青少年吸毒問題愈趨複雜，加上呈現隱蔽性的現象，中心除了以 Fred Zackon(1996)提出的“全人復康模式(whole person recovery)”理念為建立服務的核心外，亦在服務提供上作出了重大改變，確立了四大特色，與時並進，以迎合服務上的需要。

方法/特色：

- 1) 跨專業支援----社工為學員訂立獨立的康復計劃、醫生及護士提供身體及精神上適切的治療、導師教授學員生活上的技能，以及成功的戒毒過來人以身教方式感染戒毒者。以跨專業方式讓戒毒者身、心、靈上也可以有改變。
- 2) 跨界別協作----與不同界別的團體建立緊密合作伙伴關係，如社福界、醫療、教育、體育、商界及教會團體等，務求戒毒者在戒毒康復路上獲得更全面的照顧和支援。
- 3) 具彈性服務----因應申請人住者的需要及背景、轉介者的建議等方向，為入住者彈性地訂立一至九月的訓練服務
- 4) 持續多元化的訓練----開辦專業補習班計劃，令學員考取不同認可證書及培養可持續發展興趣。並為戒毒者提供為期最少一年的善後輔導服務，以協助戒毒者維持操守。

結果/成效：

這些服務上的改善令我們可以更準確地為戒毒者定立康復計劃，同時亦可以豐富戒毒者的內涵，亦為他們日後康復的路上建立更穩健基礎及可持續發展的方向。

結論：

改善固有的服務模式、注入嶄新的服務元素已成為大勢所趨。明愛黃耀南中心期望在這次研討會中與同業分享及檢視近年改變上的果效。

隨著毒品問題日新月異，新的戒毒模式會是怎樣呢？明愛黃耀南中心由 1999 年開始至今，面對不同毒品的出現，為應對不同的需要，模式也隨著修改及變化，成為一個着重多元化、跨專業界別支援及彈性服務的新時代戒毒模式，本文會比較以往及現在提供的戒毒服務，詳述這三部份的特色以便其他戒毒中心作為借鏡。

明愛黃耀南中心於 1999 年成立，一直以“全人復康模式”(Zackon, F. 1992)的理念協助男性青少年吸毒者康復。“全人復康模式”強調有效的專業戒毒治療服務須為吸毒者在脫癮期(Detoxification)提供密集的照顧和監督，以幫助他們安全和成功脫癮。此模式亦強調在康復期間須透過為戒毒者安排規律的生活(Routine Daily Schedule)和提供全面的教育(Education)和訓練(Training)，以及藉著個人，小組，家庭及就業的深入輔導(Counseling)以預防戒毒者復吸毒品，並全面發展及建立他們的人格，發揮他們的潛能，以及為自己的未來作計劃及準備。“全人復康模式”也強調須為戒毒康復者重返社區生活提供持續性的善後支援輔導服務(Follow-up Care)，協助他們重建正常生活。在“全人復康模式”的基礎下，中心一直秉持以專業醫療照顧，社工輔導和過來人支援團隊的協作模式協助戒毒學員。中心在過去接近 20 年間幫助不少曾沉淪於毒海的青少年重過新生，亦幫助很多家庭重拾溫馨。

然而，隨著濫用藥物現象，趨勢和模式的轉變，包括由吸毒者過往主要以吸服海洛英，發展到近 10 年間以吸服可卡因、冰毒、氯胺酮、5 仔等危害精神毒品為主。吸食的種類和模式亦由過往服用單一毒品，而轉變為濫藥種類的多樣化及混合使用不同毒品。加上相對於過往吸毒者以服用海洛英為主，吸服危害精神毒品引致的精神問題，以致生理心理的影響亦令衍生的問題變得更複雜。而吸毒人士的年齡愈趨年輕化，濫藥狀況變得更趨隱蔽，以及濫藥者心態的轉變等，均對戒毒服務模式及手法帶來很大的挑戰。因應吸毒現象的轉變和發展趨勢而在戒毒服務作出轉變和創新發展對支援戒毒者康復顯得甚為重要。而本港近 10 多年為戒毒人士提供的資源和服務亦有增加和發展，以配合戒毒者的需要。例如禁毒熱線的推行以為吸毒者提供及早介入的支援，又或增強對濫用危害精神毒品的教育和預防工作，成立和增加濫用精神藥物者輔導中心及醫院管理局轄下的物質誤用診所之數目，以及禁毒基金撥款資助創新性的戒毒支援服務等，也能達到預防教育及康復治療的果效。

明愛黃耀南中心結合醫療，社會服務及成功戒毒過來人的團隊，配合和外間不同界別及不同專業的協作，因應服務對象的境遇和獨特需要，彈性地為每一位入住學員提供個別化及度身訂造的服務。並銳意協助學員

過度由中心重返社區的生活適應，持續支援他們的操守生活。

全人康復(1999) vs 多元訓練方式(2017)

根據明愛黃耀南中心年度統計資料，在 1999 年開辦初期，明愛黃耀南中心的受訓者以吸服海洛英(白粉)為主，當中有接近八成以上的數目。他們面對問題較明顯，主要是脫癮為他們帶來的阻礙。大部分的受訓者需要經過十天的脫癮過程，過程中非常辛苦，需要有專業人士（醫生及護士）長時間看管他們的身體康復情況。而他們到中心訓練也主要是為解決白粉對他們身體煎熬。故在脫癮後，他們大多只會接受簡單的預防重吸和自我認識小組，以及重新建立家人關係後，他們就會急不及待地離開中心。

近 10 多年，吸毒者主要已是吸食危害精神毒品為主，當中以冰毒、可卡因、大麻、咳藥水、氯胺酮為主。身體脫癮的過程雖然不及以往白粉難受，但在精神及情緒的損害上比以往嚴重，身體康復時間也較長，加上現今年青人成長上有更多複雜的問題，所以明愛黃耀南中心必須做到多元化訓練才可以配合社會上的實際需要。

首先，除了過往的預防重吸及自我認識小組外，中心新設了情緒、溝通、性格透視、思考、兩性關係、家人關係、抗逆力、自信心訓練、敘事治療及寬恕及預防重吸高階小組，務求令學員在訓練時可以做到全面的反省及改善，建立正面生活態度、責任感等個人質素。

同時，近年中心亦得禁毒基金的支持，應對服務使用者職業訓練的需要，為學員推行了專業補習班計劃，讓學員在住宿中心期間能增值自己，為自己未來的發展作準備。計劃內容包括興趣和技能培訓，如麵包蛋糕製作、剪髮訓練、拼貼皮革製作、中文打字及影片製作訓練等。亦包括認證課程，如急救，考取駕駛執照，體適能證書及平安咭等，這些培訓和考核對學員建立積極的學習態度和習慣，對他們發展興趣和發揮潛能，以及這些職業技巧對他們日後的就業也很有幫助。專業補習班計劃內有不少訓練學員工作技巧及態度的課堂，以及參觀各職業培訓機構的機會，中心更與職業治療師合作為戒毒年人青提供職業導向課堂及跟進，這不單令戒毒中的年青人在住宿訓練期間可以培養出更多不同的就業技能，同時亦擴闊他們的視野，培養更多正面的興趣，而且各導師在其專業中已有多年工作經驗，可以與戒毒年青人分享工作中的實際情況，甚至為他們提供就業學徒機會。這令完成住宿訓練的年青人在畢業後可以有更多職業上的選擇。而這些學習和成長經歷並不止於住宿中心期間，而是會延伸離院後的善後輔導的階段。如有學員會繼續在音樂上發展，社工會鼓勵他們參加善後輔導的音樂訓練和表演，如有學員期望能參與無家者世界盃，社工除了會鼓勵他朝理想進發，同時亦會為他們建立足球及音樂等興趣小組為他們的興趣安排鍛鍊的機會。更有學員也成功實現往外國參與工作假期的目標，又或繼續進修，為將來而努力。

明愛黃耀南中心近年銳意加強學員的品德培養和健康生活的建立，包括不容許學員在中心生活期間抽煙及講粗口等，同時亦鼓勵學員建立正面面對問題和困難的態度，也要求學員尊重和遵守規則，並建立自律和負責任的生活態度和習慣。這些更高的價值觀和態度對戒毒者維繫操守生活甚有幫助。而中心亦會一直跟進和支援年青人在重返社區生活的適應，包括就業，住宿，家庭關係，也會推動學員實踐生活目標。持續性的多元化服務對學員戒毒操守生活提供了適切的支援，對年青人重投社會，重過新生及重建生命中均有很大幫助。

中心內部專業支援(1999) vs 跨專業及界別支援(2017)

明愛黃耀南中心於開院初期以內部專業支援為主，中心內雖然有醫生，護士，社工及舍監配合及支援提供服務，但當時的中心絕少與外界合作或配合，因為我們相信自己有一套訓練的方式，再加上不想外界人士騷擾中心內受訓人士的情緒，故在訓練內容中也甚少參考外界人士的意見，更甚不會邀請合作伙伴一起協作提供服務。

到今天中心的服務方向已有銳變，如在評估個案的精神狀態上，院內的精神科醫生及護士會不定期地與外界物質誤用診所的醫生及社康護士交流跟進情況上的變化，令用藥上可以準確及跟進上可以更全面。而社工更會全面與感化官，濫用精神藥物者輔導中心，以及地區青少年外展社會工作隊的社工交換意見及訓練發展情況，務求令跟進個案上可以更全面。如因干犯罪行而入住中心的學員，感化主任會對戒毒者的犯事背景，家庭和成長情況，法令要求有全面掌握，同時在感化期間嚴格監督學員不能重吸毒品，以及建立正確正常生活，對戒毒青少年脫離毒海，重建生活非常重要。而濫藥者輔導中心社工，外展社工等均和案主有深厚的關

係，以及對學員於社區生活的處境及面對的引誘和困難有充足的瞭解，也具備獨有的專業知識和能力，這些均對學員堅持戒毒的路途及重返社區的操守生活起著關鍵作用。物質誤用診所及社康護士在學員精神健康上的照顧和支援，對戒毒學員的康復也甚為重要。明愛黃耀南中心的個案社工與這些持份者及協作夥伴保持緊密的聯繫，溝通，協作和配合，這可以讓學員入住中心後，社工更具效率去了解他們生活上的問題，如有需要更會與會臨床心理學家合作，務求更準確評估他們的需要，以及更具體地去設計改變計劃，以更貼合他們的實際需要。而在介入過程中個案社工也會一直和協作夥伴緊密聯繫。而畢業離院的學員需要進行離院會，會議會邀請協作夥伴，家人或照顧者一起參與，為學員離院後的康復計劃給予意見和達致共識。而學員離院後彼此亦會保持緊密聯繫，支援學員維繫操守生活，改變和成長。

除了和社福機構及醫療團隊合作外，明愛黃耀南中心也致力和社會上的慈善團體，體育組織，以及商業機構等合作，讓青少年戒毒者有更多學習和體驗機會，去發展自我，發揮潛能，回饋社會，成長改變。中心會和長者中心及其他慈善團體合作，讓學員參與義工服務，包括服務長者，肢體殘障人士等，在過程中讓他們發揮才能，建立正面自我形象。中心亦和專業藝術工作者，音樂人士，影音製作工作者，甜品及蛋糕製作師傅等合作，培養年青人的興趣，積極的學習和生活態度，並發展及發揮才能。中心亦致力發展體育事工，包括與車路士足球學校合作舉辦課堂，這令學員在中心訓練期間可以接受更專業的足球培訓，培養健康的體魄，及學習團隊合作精神。過去，不少學員因接受這些專業培訓後提升了他們對足球的興趣，在畢業後繼續參與中心善後輔導組舉辦的足球組訓練課程，更有學員繼續努力，參與無家者世界盃的選拔，更有學員能成功入選，代表香港出外和其他國家比賽。明愛黃耀南中心正正希望成為一個平台，把社會中各優良的服務帶給戒毒者，這令他們在戒毒路上有更好的基礎。

內部服務支援上，明愛黃耀南中心亦因吸食危害精神毒品會益上升，衍生出不同類型的問題，而特意加強中心內不同專業團隊支援上配合，包括結合醫生及護士的醫療團隊，專業社工團隊，教師團隊，以及成功戒毒過來人舍監團隊。中心會為每一位入住的年青人安排一位專業社工作個案管理服務。在住宿期間，以致離院後的一年內提供輔導支援。社工會評估年青人的需要及問題，為他們設計獨立及個別化的康復計劃。在介入及康復過程中，亦會配合中心內的醫療團隊為學員提供準確的醫療診斷及醫護照顧。根據禁毒處濫用藥物中央檔案室資料顯示，近年吸食危害精神毒品的青少年人數持續高企。而服用這些毒品，包括冰毒，可卡因，咳藥水等，往往在脫癮至康復期間都會有精神困擾和情緒不穩的情況出現。而入住明愛黃耀南中心戒除吸食危害精神毒品，尤其是吸食冰毒習慣的年青人亦佔接近五成，而更有三成以上的年青人習慣吸食超過一類毒品。他們在入住時的精神狀況往往非常不穩定，會較容易突然出現不同的情緒反應，例如會在與其他學員相處時突然因小事而激動，發生衝突，甚至有襲擊他人的事件。又或情緒會突然變得非常低落消沉。由於學員每天廿四小時也在中心居住和生活，中心同工因而能清楚掌握及熟知他們的情況，中心的精神科醫生也可以根據個別學員平日的情況為他們對症下藥，處方藥物及建議跟進安排。而用藥後護士也會廿四小時當值跟進學員服藥後的情況和進展，從而令醫生可以適時調校藥物，幫助學員在精神和情緒上改善及復原。而改善了的平穩情緒及精神狀態反過來會有助學員面對中心的學習和訓練，同時讓個案社工可以更有效和戒毒年青人面談，掌握他們的康復情況，為他們訂立和調整介入計劃上的目標，從而使計劃可以更貼近戒毒者的實際需要。加上由教師教授的倉頡，英文，數學，電腦等學術課程，均可以磨練出年青戒毒者更正面的性格及堅毅的生活態度。而過來人舍監與戒毒年青人一起生活，舍監在生活中會把他們過往戒毒路上的困難及經驗和中心內的年青人分享，以及舍監團隊的寶貴經歷支持學員及成為他們戒毒路途上的參考和生活上的榜樣，這份生活態度上的感染可以令到在中心訓練的年青人有更多正面的幫助。而正由於在明愛黃耀南中心內有不同專業團隊的協調，令立志戒毒的年青人可以更明白自己過往的錯誤和問題，亦可以在訓練中更認清自己的目標及方向。

固定服務(1999) vs 彈性服務(2017)

開院時，中心只接受 25 歲以下的男性青少年入住為期一個月的訓練計劃（除個別要求才會加增至三個月）。而每位受訓者在入院前必須處理所有債務及案件，才可以到中心受訓。每一位受訓者也需要接受固定的訓練，完成後中心會有一年善後輔導，而內容主要以驗毒及個別面談為主。

發展到現在，中心的入住年齡已提升至三十歲以下（我們期待在不久的將來上調入住的年齡），中心已由一個月加增至九個月，會因應服務對象的境遇和獨特需要，彈性地為每一位入住學員提供個別化及度身訂造的訓練。而受訓者更可以彈性地選擇入住時限。其實要年青吸毒者離開熟習的環境和居所，前往陌生的戒毒

院舍接受住宿訓練絕不是一件容易的事。故此，中心對有決心處理自己的吸毒問題，但未能完成較長住宿期的年青人提供維期最少一個月的短期住宿康復療程。這即表示戒毒青少年可以先到中心接受一個月的訓練，在適應中心規律，身體及精神狀態逐漸好轉，並開始體驗到無毒生活的好處後，大部分入住的戒毒青少年已能適應和接受中心的訓練節奏，並願意及有信心地繼續接受長期的住宿康復療程。如學員完成了一個月的訓練後選擇離開中心，中心亦會為他們提供維期一年的善後輔導服務，透過社工的專業輔導和驗尿測試等服務，以及和協作夥伴及家人配合，令戒毒青少年畢業後仍能得到各方的支援，繼續維繫其操守生活。

與以往不同，明愛黃耀南中心在學員入住前已提供介入輔導服務，中心社工會和申請者進行最少兩次面見，一方面是瞭解他們的濫藥背景及對住宿戒毒服務的需要，另一方面也讓申請者認識中心的服務，讓他們心理上有好一點的準備和適應，以提升他們成功完成康復治療的機會。社工更會和轉介者緊密聯絡和溝通，聽取轉介者意見，如有任何刑事案件、精神康復等問題，社工亦會在入院前開始跟進問題。近年，明愛黃耀南中心更積極鼓勵和推動將要面對刑事起訴的年青吸毒者盡快先入住中心接受訓練，這可助吸毒者的問題盡早得到介入，協助吸毒者脫離困境。當年青人面對刑責這危機時，他們除了會開始思考過往自己吸毒的問題，卻往往會因未能面對內心的壓力和不安而放任自己繼續不停地吸食毒品，從而麻醉自己逃避現實的問題。明愛黃耀南中心把握這危機作出介入，嘗試找緊年青人這時候忐忑的心情，勸喻他們到中心嘗試進行住院式戒毒服務，直到他們需要上庭的日子由中心社工陪同年青人一起到法庭應訊，把他們已選擇入住住宿性戒毒中心進行戒毒康復治療，以及一直在中心接受訓練的表現向法庭表述，這可以令戒毒者自願入住中心並承擔自己的責任，亦有助提升法庭考慮以感化令的形式繼續在戒毒院舍接受治療形式處理的機會。加上年青人已經在中心住宿了一段時間，他們已適應中心的訓練節奏，故在上庭後他們決心留在中心繼續住宿訓練的動機亦會增加。

在完成服務後，中心更加增不同的跟進計劃提供給各位受訓者，如學徒計劃，宿舍訓練計劃等，亦有不同的興趣訓練班給予畢業的戒毒者，令他們的生活可以變得更健康及規律。

總結

明愛黃耀南中心因應轉變中的吸毒現象和趨勢的轉變，在服務上不斷作出創新和蛻變，與時並進，精益求精，從而更有效協助青少年吸毒者戒除毒癮，康復成長。中心由創院時著重身體(身)、心(心理)、社交(社)，的全人照顧，發展至更全面的身、心、社、靈(靈性)更全面的照顧，而當中在身、心、社、靈方面亦因應戒毒者的需要而有更多元化介入和深入的輔助。而除了繼續於中心內提供跨專業的協作，並在服務上更臻完善外，中心亦和社會各界和團體建立緊密的協作夥伴關係，透過跨界別和跨專業協作支援青少年戒毒者戒毒康復，維繫操守及創造更美好明天。我們相信，每人均應有改變的機會，亦相信人有改變的能力，只要我們能用真心，並透過更多協作，提供適切的支援，將能幫助正在處於人生低谷的青少年，脫離毒海，為他們自己，家人和摯愛重新開始，重建豐盛的生命。

明愛黃耀南中心的新戒毒康復模式，為迎合新的危害精神科的戒毒人士而製定，希望能成為其他戒毒中心的例子，有效地處理現有戒毒者的問題，提供適合的戒毒模式及程序。

參考資料

Zackon, F. (1992). Manual on addiction: Rehabilitation programming (1st version).

International Labour Office: Geneva.

明愛黃耀南中心年度統計資料 1999-2017 年

青少年復吸的環境因素及介入需要

王國俊

香港青少年服務處

【摘要】

目的：本篇文章將透過案例，探討導致青少年復吸的環境因素，以及復吸者重新進入戒毒服務所需要的支援。透過深入探討復吸青少年的個案，我們期望能對復吸的青少年有更多了解，並提供更有效支援復吸青少年的做法。

方法：從外展個案及社工認識的青少年中，選取曾有復吸經驗的個案，進行個案研究，從年青人的故事中重組復吸的因素及所需要的支援。

結果：從復吸個案的故事中所了解，幾位年青人復吸的因素源自就業及財政、家庭、生活環境及生活模式幾項因素。年青人未能脫離原有的生活方式，成為重新接觸毒品的主要原因。而年青人在復吸期間，部份人由於慚愧、自我放棄、懷疑自己能力等心態，求助及戒毒動機比之前更低。他們需要感受到即使再次犯錯仍然能得到接納，而且自己仍然有能力改正錯誤。

結論：復吸對一個戒毒者的影響，有時更甚於他首次吸食毒品。如果復吸人士得不到適當的支援，可能導致他們濫藥及生活情況更加惡化，成為一個惡性循環。在戒毒服務上，有需要了解復吸者的需要，以縮短他們停留於復吸循環中的時間，並鼓勵他們盡快重新接受戒毒服務。

壹、前言

外展隊在過去多年介入有濫藥習慣的青少年，當中有不少成功個案，部份年青人更於戒毒後能勇於和其他人分享自己的故事，讓家長、老師、其他青少年等能更了解毒品的影響。然而，戒毒工作永遠不只是一條直線。在為數眾多的戒毒個案中，亦有不少年青人會再次接觸毒品，徘徊於復吸及戒毒的階段。

貳、導致青少年復吸的環境因素

工作員從訪問有復吸經驗的個案中，歸納出幾項導致年青人復吸的環境因素：

一、就業及財政

「到了外面工作，真的是不同的世界，很辛苦。」

「有時同事都會問我要不要一起玩，我盡量都拒絕，盡量吧。」

外展社工的青少年中，普遍學歷較低及缺乏人脈，能選擇的職業較少，很多時集中於一些低學歷及技術的行業，如理髮、廚房、跟車、裝修等。當中不少職場環境屬高危吸毒的環境，年青人長期暴露於這些高危環境，同時身邊的同事也參與吸毒行為的情況下，再次吸毒的機會亦大大提高。

另外，部份青少年會因為工作收入低所造成的財政壓力，以及工作上的適應困難，而誘發再次吸食毒品。

二、家庭

「我爸爸一向都不在家，只有我和我爺爺……那班朋友說沒有地方，要來我家玩，他們都帶著毒品。」

對很多戒毒者來說，家庭是重要的支援因素，不少過來人的故事都提及到家人永不放棄的態度成為他們戒毒的動力。相反來說，對部份年青人而言，家庭中的問題，如家人關係，家人對他的看法及期望，家人本身的個人問題等，成為他們的壓力及復吸的原因。青少年面對這些家庭問題，通常都因為無法解決而感到無力，因而衍生逃避行為。

三、生活環境及模式

「從小到大都是一起玩，很難完全斷絕來往。」

「其實我本來也不打算找他們，不過他們打電話到我家……」

「話劇之後，大家好像失去目標，不知道要做什麼。」

外展青少年除了資源上較貧乏外，社交網絡亦較狹窄，年青人本身亦難以對自身環境作出很大的轉變，例如搬到另一區居住。年青人一方面難以完全斷絕過往的社交網絡，另一方面亦難以建立新的支援網絡。因

此，年青人在遇到挫折、壓力或失意的時候，仍會有機會退回到過往讓他覺得安穩的社交網絡，受朋友影響下再次接觸毒品。

另外，年青人在接受戒毒服務時，戒毒成為其生命中最大的目標，配合戒毒服務的其他活動，有時年青人以及旁人都會有一種錯覺，認為年青人生活已經完全改變，生活上有目標及充滿健康的活動等。然而，如果在接受戒毒服務期間，年青人未能順利把活動所學轉化到實際生活，如尋找生活目標，適應社區及工作環境等，服務結束後年青人有可能對生活感到迷失，而以毒品作為逃避。

叁、介入復吸者的需要

一、被接納：即使這次戒毒失敗，仍然會得到支持，重新振作

「尤其是面對一些信任自己的人，更加開不了口。怎樣面對他們？……中間是有一種矛盾，很想被幫助，但又不知怎樣面對他們。」

「他們幫了我那麼多，怎對得住他們呢？……越是親近的，越是不敢面對。」

在社工介入的濫藥個案中，有不少成功例子，在戒藥期間表現良好，身邊的人都以為他從此過新的生活。然而，越是成功的例子，在他們復吸的時候，往往面對更大的困難。因為從一開始他們對自己復吸一事已經難以接受，對自我的感覺十分抗拒。而他們心目中亦認為，其他人得知他們復吸一事的話，一定會十分失望及不能接納。因此部份復吸者即使心目中希望得到其他人的支援，他們仍會放棄求助。

其次，復吸行為的出現常常伴隨著復吸者對自我的負面感覺。他們可能會對自己感到忿怒、失望、沮喪、哀傷等。這些負面情感不單妨礙康復程序再次展開，同時增加了繼續復吸的動機。

工作人員在介入復吸者的第一步，便需要讓復吸者感受及明白到，即使他們在戒毒過程中失敗，仍然會被接納及支持。作為一個曾經有成功經歷的戒毒者，他們需要接受自己仍會有不完美的一面。而接受自己這部份的不完美並重新開始過往的努力，正是復吸者再次踏上戒毒旅程的第一步。

二、明白無論失敗多少次，人還是有改變的可能

「那時候已經沒有再想自己能否戒毒，或者自己也在逃避去想，覺得自己不可能再做得那麼好。……之前這麼努力都失敗了，我還會再有改善嗎？」

工作人員常常聽到過來人說的一句話：「一生戒毒。」然而部份的戒毒個案，可能只明白或記得當中的部份意思，即需要花一生的氣力去遠離毒品，卻忘了這句話還有另一部份的意思：在這一生的過程中，毒品還是有機會來到他們身邊，而他們也有機會再次失敗。

對於很多復吸個案來說，由於之前已經歷過一翻努力，甚至戒毒已是人生的一項成就。在戒毒失敗的同時，他們不免懷疑是否還可以為自己帶來改變。他們眼中的改變通常有如單程路，即犯錯 à 改正 à 脫離過錯的路線，而沒有意識到改變其實可能是一個又一個由犯錯至改正的循環。

工作人員有需要幫助復吸者理解，復吸亦是戒毒循環的一部份，而事實上大部份的戒毒人士，都不是一次戒毒就能成功。復吸代表著復吸者仍有需要學習的地方，例如如何去面對困難和壓力、定立人生目標等。復吸並不是標誌著個人的失敗或復吸者就是壞人，而是他仍未完成整個戒毒程序，需要繼續學習和改進。只要他們亦願意繼續努力，一定可以找到改進的空間。

三、以能力為本

「那時候希望有人陪著，做一些開心的事，因為內心的掙扎真的很辛苦。」

「可以做一些他會有興趣做的事。」

復吸者常常會纏繞於自己的失敗經歷，尤其對於自身受到其他人的幫助後，仍不能完全戒毒一事，他們

會集中於怪責自己的無能。一方面，這種傾向令他們忘卻或忽視環境因素對他們的影響，過份重視個人的選擇和能力。另一方面，他們對自己的能力失去自信，失敗經歷充斥個案對自己的敘述(problem saturated stories)，無疑令復康程序更難以展開。

面對這種情況，工作人員於更需要避免讓復吸者持續怪責自己過往的失敗經驗。事實上，復吸者作為一個戒毒人士，已經比其他初戒毒的人多了一份戒毒經驗。從過往的經驗中找尋個案的能力，以及從中學習能改善的地方，可以讓個案對復吸的觀感有所改變。復吸的經歷成為一份能繼續建立上去的經驗，而非一個拖垮自我的污點。

再者，從復吸人士的能力著手，亦有助復吸者從一個被問題充斥的故事中釋放出來，而去找尋自身更多不同的故事(alternative stories)。在過往一年中，工作人員就曾遇過一位復吸的年青人，在復吸後他接近放棄了一切活動及工作，情緒低落，甚至需要精神科醫生的藥物協助治療。情況直至他再次停藥一段時間仍然持續，年青人形容自己每天只是盡力分散自己注意力，遠離可以接觸毒品的地方，就像被毒品追逼一樣，而他自己是無力招架的。後來年青人受鼓勵下再次開始參與不同的唱歌活動，雖然他的心情和精神狀態依然反覆，但是他覺得自己找到了自己可以做的事，而且是自己有興趣，會主動去做的事。他的身份在那個時間開始便不再是被動地被毒品逼迫的人，而是以他自己的能力去開拓自己故事的身份。

四、從過往經驗中學習

「有時都覺得自己只是重複做同一件事，最終自己都是不能成功。」

復吸的經驗既是復吸者重要的能力，亦提供他們再次開始康復過程的重要資源。綜觀每個人的復吸原因眾多，如果每一次失敗後都需要「從零開始」地再進行康復程序，對復吸者而言無疑會覺得自己沒有進步。正如上文所述，復吸是學習過程的一部份，在檢討中個案可能了解到需要學習新的解決問題和壓力的方法，或是改變和別人相處的模式等。通過和個案檢討過往方法的成功及需改進之處，可以讓個案了解自己並不是原地踏步。同時，對過往經驗的檢討，亦提醒復吸者需要繼續進步，避免讓復吸者誤會並以「復吸是康復過程的一部份」為再次吸食毒品的藉口。

肆、總結

復吸的情況一向是無可避免，而且在香港的戒毒服務中並不罕見。期望各界亦能一起合作，鼓勵復吸者盡快開始康復程序，更順利地回到健康的生活。

參考文獻

艾莉絲·摩根（2008）。從故事到療癒：敘事治療入門。台北市：心靈工坊文化事業有限公司。

多媒體於社區抗毒教育的應用

劉栢康 黎頌安 陳偉恒

香港青少年服務處

【摘要】

根據香港禁毒處 2017 年首季的最新統計數字，被呈報的整體吸毒人數雖較 2016 年同期下降，但首次被呈報的吸毒者的「毒齡」中位數為 3.2 年，隱蔽吸毒的情況仍然令人擔憂。而根據外展隊的前線觀察，青少年吸毒形態轉為隱蔽，高危青少年亦不多以陀地形式聚集，增加前線社工識別上述青少年的困難。另外，社會經濟形態亦產生較多的雙職家庭，致使家長更難以面對面的形式接收抗毒教育資訊。因此我們希望透過多媒體的應用，將抗毒和求助信息快捷及到地位傳遞予社區內的家長、高危青少年及隱蔽吸毒人士。

外展隊曾透過 whatsapp 向約 200 位地區持份者和家長提供抗毒媒體資訊，發現部份接收者在收到信息後，會識別到身邊受毒品問題困擾的人士，而主動作出轉介或求助；另外，前線社工亦透過 Facebook 或 Instagram 等社交媒體，在網上成功識別潛危青少年和濫藥人士；再者，外展隊拍攝的禁毒微電影及所舉辦的「二次創作」短片比賽，亦有約 100 名中小學生和戒毒康復者參加，有趣的多媒體創作活動讓社會各年齡層更主動及容易認識抗毒資訊。

網絡及多媒體的應用乃當前社會的大趨勢，我們展望深化多媒體抗毒的介入，能持續提升社區抗毒的意識及針對處理隱蔽吸毒的現象。在善用多媒體的同時，我們更要認識相關風險管理，而使此手法更能在專業守法前提下開展。

【關鍵詞】多媒體、隱蔽吸毒、社區抗毒教育、禁毒微電影、二次創作

一、多媒體抗毒教育計劃背景

(1) 整體吸毒青少年數字下降但漸趨隱蔽化

根據藥物濫用資料中央檔案室（檔案室）的統計數字（禁毒處, 2017），二零一七年首季被呈報的整體吸毒人數較去年同期下降 18%，而被呈報的二十一歲以下吸毒人數亦下降 24%。檔案室的最新統計數字亦顯示，首次被呈報的吸毒者「毒齡」（即由初次吸毒至被檔案室呈報機構發現的時間）中位數為 3.2 年，而二零一六年的中位數為 4.6 年。而根據前線同事外展觀察，近年無論是日間外展還是深宵外展，亦發覺區內的高危青少年較少以陀地形式聚集，而五、六年前在街頭肆無忌憚地吸毒的情況亦已消失。觀乎檔案室的數據及外展同事的前線觀察，全港吸毒問題好像呈下降及緩和的趨勢。但在前線接觸的經驗中，同工們發覺不少高危青少年仍然受著毒品禍害的影響，不同的青少年均曾向同工表示身邊有朋友正在吸毒，但因部份毒齡長的吸毒者會把毒品視為提神劑來應付工作或處理負面情緒，他們多選擇在家中或工作場所吸食毒品，較少在街頭聚集，以致同工不容易以街頭外展的手法接觸此類隱蔽的吸毒組群。同時，同工亦認為檔案室數字只是冰山一角，年輕吸毒者及隱蔽吸毒者的數量遠超數字，故同工希望以新媒體的手法接觸此類組群。

(2) 多媒體資訊與青少年生活息息相關

根據香港統計處二零一五年出版的資料顯示（香港統計處，2015），全港有 79.0% 的住戶家中有個人電腦接駁互聯網，可見電腦科技的普及性非常高。而本處賽馬會麗城綜合青少年服務中心於二零一四年成功訪問了 945 名荃灣區中三至中四的學生（香港青少年服務處，2014），以了解他們使用智能手機的情況。調查發現，近九成學生擁有智能手機，83% 更認為這在生活中不可或缺。另有 66% 人及 40% 人平均每半小時或每 10 分鐘或以內就查看手機一次。從以上數據可見，青少年習慣使用手機進行溝通，而網上資訊繁多，青少年容易因接觸錯誤資訊而減低對毒品的警覺性。因此，本處同工認為要有效推行禁毒工作，須配合青少年現時的社交模式，利用多媒體及社交平台來成為有效接觸青少年的方法。

二、多媒體抗毒教育的特色、內容及計劃參加者的初步反應

(1) 舉辦禁毒短片創作比賽

本處在 2015 年 6 月至 2016 年 11 月期間，與北區醫院合作舉辦了一個名為「重燃生活希望」短片創作比賽的活動。活動的目標有四項：（一）透過採訪及錄影片段，協助戒毒者回顧及整理自己的成長經歷，讓戒毒者從敘述中認識自己更加多。從回顧錄影片段過程，康復者見證到自己的改變，並了解社區中有不同的支援服務協助他們戒毒，以鞏固他們改變的動機，重燃對生活的希望；（二）透過短片創作過程，中學生能從真實的採訪故事，更深入及立體地了解吸毒者的成長經歷，從而加深對毒品在身體、情緒、家庭關係、工作發展

各方面的傷害。加強中學生對毒品禍害的認識；(三) 藉參與現時的社區戒毒服務，加深對現時社區戒毒服務的認識。從而加強中學生關心戒毒康復人士的需要；(四) 透過短片創作比賽的網頁，鼓勵參賽者運用社交平台網絡推廣禁毒訊息，動員朋輩的支持，以提升青少年對毒品禍害的關注。

計劃與北區醫院合作，由醫護人員轉介戒毒人士接受本處同工的錄像採訪，採訪以追蹤訪問形式進行，以協助戒毒者回顧及見證自己的轉變。而禁毒短片創作比賽則是將戒毒人士的追蹤錄像訪問，交予比賽的參加者，讓他們發揮創意，運用後期製作的技巧，如剪接及加入特別效果，重新演繹戒毒者轉變的過程及經歷。而參賽作品則交由不同專業人士組成的評審小組，選出得獎作品後將作品上載網頁供市民觀看，作為社區禁毒教育用途。

是次活動共訪問了 25 位由北區醫院轉介而來的戒毒人士，協助他們整理自身的戒毒經歷。而短片創作比賽共有 120 位中學生或康復中人士報名參加，短片創作比賽嘉許禮則有 115 位中學生、戒毒康復者、高危青年、及社區人士出席，嘉許禮上播放了各參與者作品中的精彩片段，亦播放了季軍、亞軍及冠軍的足本作品。活動中亦有 1735 位中學生觀看短片及參與禁毒講座，另有 169 位中學生參與「重燃生活希望」分享會，及有 100 名高危青少年觀看短片及完成藥物教育配套。在向參與「重燃生活希望」分享會的中學生收集的 169 份問卷中，結果顯示當中 72% 參加者認同禁毒短片或活動有效推廣禁毒訊息。而在向觀看短片的 100 名高危青少年所收集的 100 份問卷中，結果顯示當中 81% 參加者對毒品禍害或危機意識有所增加。

另外，創意短片中參賽人士的口頭意見認為活動過程有助他們更明白戒毒人士由吸食、上癮、戒毒及持守行為過程內的心路歷程，亦更能了解他們吸毒的原因和毒品做成的禍害。觀看短片人士則認為參賽作品創意十足，能以嶄新手法有效表達抗毒訊息，令社區人士更能明白毒品禍害。

(2) 以 Whatsapp 發放抗毒資訊予社區持份者

正如上文所言，互聯網及智能手機的滲透率在香港十分高，同樣地，手機通訊程度 Whatsapp 在香港的使用率亦無用置疑。根據流動裝置數據研究公司 Onavo 在 2013 年發表數據顯示，Whatsapp 在香港的滲透率 96%，故此本處的馬鞍山青少年外展社會工作隊在 2014 年開始透過 Whatsapp 進行提升社區禁毒意識的教育活動。

活動的對象為社區的持份者，主要為區內的議員、地區組織人士及家長，以他們為對象的原因為：(一) 他們會接觸區內不同的社區人士；(二) 部份在日常的工作中會接觸不同受子女成長或家庭問題困擾的家長；(三) 當他們接收到有關的求助，會按需要轉介予外展隊跟進或諮詢有關意見。從前線的經驗總結可見，家庭對子女的成長需要的了解程度及抗毒意識，均有助家長及相關人士提供抗毒教育予青少年，再加上 Whatsapp 的滲透率及它的轉發功能，社區人士可按需要轉發相關抗毒信息予區內其他有需要人士，因此本處以區內社區人士為對象，並以 Whatsapp 為載體發放抗毒信息，以提升社區的抗毒意識。

發放的抗毒資訊圍繞青少年成長需要、吸毒的成因、有關吸毒者的識別技巧、與青少年溝通的技巧、求助方法等，當得到社區人士的同意後，外展隊會透過 Whatsapp 發放上述內容予既有的社區持份者網絡，以提升他們的抗毒意識，達致預防教育的成效。

除上述外，以往透過街站或發佈刊物的形式進行上述教育活動，容易令社區人士對抗毒信息有初步的印象，故本處相信再加上 Whatsapp 的推動，使他們在街站後，可持續接收最新的抗毒資訊，以提升教育活動的成效。因此本處嘗試於大型街站活動中設置「接收抗毒媒體資訊登記站」，發現社區人士均會主動登記接收上述資訊，反映社區人士對於抗毒資訊的接收存有一定的需求。

在發佈有關抗毒教育的 Whatsapp 後，本處接收到部份家長的求助，懷疑自己的子女受毒品問題困擾；亦有部份社區持份者轉介其他家長的求助，希望社工協助處理有關家庭所受的管教子女或懷疑吸毒的疑惑。縱然上述求助或轉介不全是圍繞毒品問題，但有部份亦涉及潛危或有服務需要的青少年，如生涯規劃、精神健康等，而這些青少年成長困擾亦是有機會導致吸毒的原因，故從預防抗毒教育的角度而言，社區人士在接收相關的抗毒媒體資訊後，會因進一步認識青少年成長需要、吸毒者識別技巧、求助方法等資訊及知識，而嘗試向社工求助或轉介有需要的服務對象。

(3) 在社交媒體帳戶開展網上禁毒外展工作

同工以外展社工的身份，在網上社交平台 facebook 和 instagram 開啟工作用帳戶。現時因社交媒體發達，年青人很多時都會將他們的最新個人狀況或情緒狀態更新於社交帳戶中，所以當社工追蹤所認識年青人的個人帳戶時，很多時候也能掌握年青人的最新動態。而根據同工經驗，很多時候，年青人因毒品問題而受情緒困擾也不會第一時間和相熟的社工求助，他們會將相關狀況於社交媒體上展現出來。例如在 instagram 寫上字句：「咁點解仲要有人行翻我條路，為左飲汽水？就係因為呢樣野搞到我咁人唔似人，鬼唔似鬼」這個時候，社工便可第一時間給予年青人關心，在他們戒毒動機高的時候予以介入。

在開展在社交媒體帳戶上的禁毒外展工作後，社工試過在工作帳戶上分享抗毒訊息或文章的時候，隨了有年青人會回應文章，他們更會分享文章到自己的帳戶中，令更多的高危或濫藥年青人獲得抗毒的資訊。而在社交媒體開展抗毒工作，有時候更會有一些意外的收獲，同工曾經在分享抗毒文章後，年青人把朋友的帳戶標註在回應當中，社工從他們的對話中，有較大的機會評估到他們是否有吸毒狀況或接觸毒品的經驗，從而開展網上外展的工作。同工亦試過在濫藥年青人的貼文，從文章回應中辨識到有吸毒情況的年青人，其後透過社交帳戶內的溝通工具，與不相識的年青人介紹自己，並最終成功提昇他們戒毒動機至接受醫療介入。

三. 結語及展望

社區抗毒教育的成效有賴於社區抗毒的意識及風氣的提升，而多媒體的特性在於高滲透率及使用率，致使各年齡層人士均不會在日常生活中抗拒及易於從網上媒體接收資訊，因此應用多媒體於社區抗毒教育可持續為社區注入抗毒的意識。本處展望在本來的時間可深化多媒體教育於提升社區抗毒意識的認用，包括：擴闊接收社區抗毒資訊的網絡、與地區不同持份者及服務單位合作提供以多媒體為本的抗毒教育活動等，以及早接觸受毒品困擾的青年人及其家長，以提升他們的抗毒動機及進行更全面的社區抗毒教育。

參考文獻

- 香港青少年服務處(2014)。「好面睇行動」，香港：香港青少年服務處。
- 科技新報(2014)。7張圖讓你瞭解全球IM版圖。取自2014，2月，<http://technews.tw/2014/02/21/report-of-im-app/>
- 政府統計處(2015)。《個人電腦和互聯網的普及程度》。香港：政府統計處。
- 禁毒處(2017)。藥物濫用資料中央檔案室。取自2017，6月，http://www.nd.gov.hk/tc/statistics_list.htm

「心在弦動」網絡頻道計劃：探討應用網絡來提升社區人士對戒毒人士的認識

陳啟銓 廖麗雯

香港青少年服務處心弦成長中心

【摘要】

「戒毒了，我一定要好好努力工作，給我一個機會吧！」、「每個人都曾經犯錯，請給我一個機會吧！」每個人都需要別人給自己機會的。在現今社會，戒毒人士重返社會仍遭到不少歧視及不公平待遇情況。戒毒人士重投社會時，往往因缺乏信心及良好的表達能力，因而影響表現，故此助戒毒人士融入社會是一項非常重要的工作，除了提供輔導、技能訓練、融入社群及協助他們過回正常穩定的生活外，還要幫助戒毒人士面對被歧視的心態，教育社區人士除下「有色眼鏡」，這對他們減少復吸機會大有幫助。

有見及此，香港青少年服務處心弦成長中心計劃了「心在弦動」網絡頻道計劃，期望透過互聯網向社會不同界別人士傳遞與戒毒人士共融的訊息，於社區凝聚接納及尊重戒毒人士的環境，並讓戒毒人士透過管理網絡頻道的訓練，從中建立信心及重整過去生活經歷，開展人生的新一頁。

此計劃讓戒毒人士運用自身經驗，並透過互聯網不同平台資訊的分享，讓社會人士能摒除對戒毒人士的誤解，提升他們獲得公平的機會。此外，透過管理網絡頻道及製作相關短片的活動，如網台說話訓練、短片製作等，提升戒毒人士重投社會之信心，並讓社區人士一同見證戒毒人士的能力，達致雙贏的局面。

一、目標

1. 透過建立網絡節目頻道的技能訓練，增強參與計劃之組員（下稱：組員）的可僱能力、操守及自信心，藉以提升他們的自尊感及學習的動力。
 2. 能夠讓戒毒人士的心聲、社會對戒毒人士的支持等，透過網絡短片的形式，向社會傳遞助更生的訊息。
 - 藉此 3. 讓社會人士能更明白戒毒人士的需要，為他們在戒毒路上帶來正面的效果。
- 建立戒毒人士及社區人士之間的互動平台，達至多接觸、減偏見的效果，改變社區人士對戒毒人士的負面評價。

二、推行策略

1. 邀請過來人參與

為了讓社區人士能對戒毒人士有更全面的了解，是次計劃邀請了 9 位戒毒人士一同參與，協助他們整理生命故事，並一同策劃短片，從而讓社區人士了解他們的心聲。

2. 跨專業合作

要讓戒毒人士的聲音能夠在社區傳遞，與團體合作是不可或缺的。有見及此，是次計劃邀請了香港知專設計學院的學生帶領組員進行短片策劃及製作，透過計劃中的合作機會，讓青年人對戒毒人士有多一份了解及包容。計劃中亦邀請了青年義工協助擔任演員，讓青年義工於角色扮演時能對戒毒人士多一份體會。

除了青年人的參與外，計劃亦邀請了醫護人員及社工一同參與，透過他們的專業分享，讓社區人士更明白戒毒人士面對改變時所碰到的困難。

三、計劃內容

1. 為戒毒人士建立網台所需的技巧培訓活動

1.1 網絡頻道製作訓練班

組員在當中學習到不同的技巧來建立網絡頻道，包括攝影技巧、說話及演講技巧、電腦錄音及短片剪接程式應用等。而當中亦邀請到朋輩輔導員參與，陪同組員學習不同的技巧，從而分享其成功經驗，從成功經驗中提升組員的自我認同及信心。

1.2 更生故事整理

小組設計內容是參照敘事治療(White, 2005a, 2005b, 2007)的概念，讓組員在分享自己的故事當中，重新解構、建立及鞏固自己新的生命故事，也為自身的故事重塑新的意義及方向。整理故事後組員便將所建構的新故事寫成不同劇本，組員在各短片也有其訊息想向自己及社區人士表達的，內容及訊息如下：

短片名稱	內容及訊息
「心在弦動」網絡頻道計劃 https://youtu.be/YGIYfNVwlfU?list=PL5LCo3Dcyi-2MFcopXm_MYS4UbmNDu_ac	由中心社工及朋輩輔導員共同製作，以行動來鼓勵戒毒人士要信念堅定及有信心來參與短片創作，同時亦透過短片對戒毒人士給予關心與支持。
「心在弦動」友弦人鬼故事 https://youtu.be/35ySuoQDhzo	「房燈自動開關？」、「後樓梯驚現怪手？」、「對戒毒骨寒毛豎？」短片嘗試以鬼故幽默地表達吸毒中幻覺的禍害，讓社區人諒解戒毒人士所面對的困境，從而給予支持及鼓勵。
「心在弦動」友弦人故事第一集 https://youtu.be/T1ET_OczSf8?list=PL5LCo3Dcyi-2MFcopXm_MYS4UbmNDu_ac	由過來人及年青人一同創作，在短片中反映了戒毒人士重返社會時所面對的心理壓力，鼓勵社區人士能夠對戒毒人士多點包容與接納，讓戒毒人士有更大的勇氣面對自己及社會。
「心在弦動」友弦人故事第二集 https://youtu.be/atomyyIc6nU?list=PL5LCo3Dcyi-2MFcopXm_MYS4UbmNDu_ac	「從小到大，有誰在聽我的心聲」是短片中的開場白，反映著戒毒人士需要我們聆聽他們的心聲，讓社區人士能夠從中反思戒毒人士的需要，適切給予他們關心與鼓勵。
「心在弦動」友弦人故事第三集 https://youtu.be/yKcbQynYiV8?list=PL5LCo3Dcyi-2MFcopXm_MYS4UbmNDu_ac	故事以真人真事改編而成，組員嘗試親自編劇及拍攝。主角因長期服用 K 仔(氯胺酮)導致膀胱受損及有血尿狀況，情緒更日漸低落。慶幸得到醫生的治療、戒毒所的服務及朋友的陪伴，她的健康、情緒在鼓勵下日漸改善。從短片看見戒毒人士的改變需要有人鼓勵與陪伴。
「心在弦動」友弦人故事 - 「勤」奮好學 https://youtu.be/lpJ0rWSKHvw	故事以真人真事改編，由戒毒人士與青年人拍攝及參演。主角在逆境中成長，認識了吸毒朋友並開始有吸毒的習慣。而短片著眼點放於主角經歷在懲教服務後能得以建立，並重拾「勤奮好學」的生活。藉以讓社區人士關注如何給予戒毒人士重生的機會才能助他們更生。
「心在弦動」同路人學校 https://youtu.be/zeZcUi3jrl	在葵涌醫院藥物誤用中心的戒毒人士，曾歷經高山低谷，得著過來人及醫護人員的支持，現在有如毛蟲破繭而出，蛻變新生，漂亮的在人生路途上振翅高飛。藉以表達只要對戒毒人士多一份支持，他們便能夠蛻變而出，在社會發光發亮。

2. 向社會人士宣傳助更生的訊息

2.1 「心在弦動」頻道播放

由組員所設計及創作的短片主要透過主流網絡平台，包括 YouTube 頻道、Facebook 專頁、WhatsApp 及中心網頁進行上載及轉載。讓社區人士能了解戒毒人士的個人經歷，讓他們對戒毒人士多一份認識及關注，藉此提升戒毒人士融入社會的機會。

2.2 「心在弦動」頻道啟動日

組員組織及策劃「心在弦動」頻道啟動日，透過短片播放、攤位遊戲及音樂分享平台宣揚助更生訊息，讓社區人士認識戒毒人士，提升他們融入社會的機會。

2.3. 社區教育活動

中心亦積極推廣社區教育活動、中學抗毒服務、家人支援服務等，按活動的主題播放合適的創作短片，讓參加者汲取正確的危害精神毒品知識，對毒品禍害及戒毒人士的爭扎及需要也有更具體的了解，有助減低 標籤效應，給予戒毒人士正面的支持及鼓勵。

四、成效

1. 網絡平台宣傳成效：

此計劃共製作了 7 段的短片並上載到 YouTube 及 Facebook，由 1/2015 至 5/2017 上載到 YouTube 頻道的短片共觀看了 1413 次，而與短片相關的帖子在 Facebook 專頁的接觸率更高達 9008 名，透過接觸率、讚好量、留言，可見短片帶來互動的成效，亦讓社區對戒毒人士有更全面的了解。參與創作之戒毒人士看見其成效也給予自己鼓勵和肯定，讓他們更有信心於社區、學校、中心服務中分享自我成長的經歷，以生命影響生命。

2. 社區教育宣傳成效

社區人士對戒毒者有多角度的了解，有助去標籤化，故此我們著重推廣社區教育，於區內舉辦大型活動、家人支援小組、教師專業培訓工作坊等，讓參加者對戒毒人士有正確的了解，也體會如何給予戒毒人士適切的關心及支援。而戒毒人士在當中嘗試構思內容、型式、短片及訊息分享等，從中能給予他們在社區人士前有更多自我表達及發揮，他們分享在當中能建立健康正面的形象，而社區人士對他們的接納及讚賞也能肯定他們的自我價值。以往較常用傳統的手法，以攤位遊戲作社區抗毒教育，而戒毒人士打破一貫的作風，改以創新的手法設計迷宮體驗活動，讓參加者學習如何面對朋輩壓力及利益誘惑下拒絕接觸毒品。而過程中配合創作短片播放，更能讓參加者代入情景，讓參加者能在更真實的情景下反思如何面對朋輩壓力及更深刻體驗毒品所帶來的禍害。

3. 入校服務宣傳成效：

與學校合作推廣預防教育及對高危學生及早的辨識及介入，亦為不容忽視的一環，於 7/2015 至 5/2017 期間，與荃葵青區共 31 間中學合作向學生推廣抗毒活動，而這系列的創作短片能豐富活動的內容，讓學生對危害精神毒品的禍害更為深刻，也有助他們反思正向生活、關注精神健康及建立自我保護因子的重要性。而按著學生的特性及需要會選取合適的短片分享，在互動過程中有助觀察學生的反應，從而開拓與毒品危機及禍害的相關話題，有助識別較高危之學生，與學校計劃進深的介入服務。

4. 個案介入宣傳成效：

短片創作由組員構思，他們亦期望能用於現時戒毒個案上，故構思短片訊息時亦有參照動機式晤談法(Miller & Rollnick, 1991, 2012)，來引發個案改變的動機，推動其行為改變。而組員從以往戒毒經驗亦了解到處於改變之輪(Wheel of change)的不同階段(Prochaska & DiClemente, 1982)需要不同元素訊息介入及啟發，故設計了不同訊息的短片。前線經驗所得，按著個案不同行為改變階段而選取合適的短片，有助推動個案改變的動機。而短片運用於懵懂期及沈思期效果較為顯著，透過真實個案經驗於短片上呈現，能讓個案更了解持續吸食藥物對自身造成的影響及後果，有助提高個案對問題的自覺；而短片也會提及戒毒人士所面對的掙扎及維持戒毒與改變的出路，給予個案對戒毒正面的想法及嘗試改變的可能性，均有助提升戒毒動機推動個案工作。而戒毒人士得知透過短片分享個人經歷能誘發個案的共鳴，激發他們產生改變，也提升戒毒人士的身分認同及自我價值，確立寶貴成長經歷的意義，繼續發揮同行者的精神。

5. 個別活動成效：

5.1 網絡頻道製作訓練班及更生故事整理

訓練班聘請了前無綫電視導演為導師，他亦是一名過來人，有助組員在學習過程中得到共鳴。組員們亦運用了他們的心思及學習，製作了第一段友弦人宣傳短片「友弦人鬼故事」，並於往後的計劃中協助拍攝了 4 段的友人故事。從訓練班中給予戒毒人士運用網絡來重新整理自己的經驗成為故事分享，讓戒毒人士的聲音能以另類形式表達。

在入校服務當中，學生與組員能有更多的交流，而學生亦擔當了迴響團隊的角色(Anderson, 1987)。學生所給予組員的迴響也再次肯定組員在改變中所付出的努力，組員每一次的分享也獲到很大的鼓勵，他們也看到自己的生命影響了年輕的一代，令他們反思生命的可貴及珍惜親人的重要性。不論在學校、社區或不同的團體合作中，組員也能感受到社區人士能從新角度認識戒毒人士，而與社區人士的交流當中也能讓組員見證去標籤化的果效，也激勵他們繼續透過短片及個人經歷分享助更生的訊息。

5.2 「心在弦動」頻道播放及啟動日

7 段短片成功邀請了不同的社區團體一同參與。包括葵涌醫院、威爾斯親王醫院、香港知專學院學

生、社工、義工及青少年一同參與。從合作中能夠發現學生、義工、青少年對戒毒人士有很多的誤解，正好這次合作讓他們能夠聆聽戒毒人士的故事與心聲及一同創作短片。

另外，短片的故事情節及表達形式均由組員自由創作，他們能夠有勇氣地自由表達他們的心聲及想法，讓他們感到被信任及肯定。雖然當中只用簡單的拍攝手法，但這份簡單已經能夠讓他們再次感到被關心與接納。

五、困難及建議

1. 技術支援不足

由於本中心也是初嘗試與戒毒人士創作短片，小組亦由社工統籌，而義工們亦只能參與部分的教學及協助，故是次編劇、拍攝及後期等製作只能以有限資源及技術製作。當中拍攝效果、劇情發展的鋪排、後期製作等技術也有待改善，才能吸引更多的社區人士觀看。

2. 資金來源不足

是次計劃由區內基金贊助，剛足夠支持拍攝運作。如能獲批更多的款項，相信能創作更具吸引力的短片，吸引不同類型的網民觀看。亦能聘用專業拍攝團隊及導演為組員進行教學及指導，傳授短片製作技能，提升組員的能力感。

3. 組員私隱管理

由於短片故事內容來自組員本身，而部分組員也會擔心出鏡對他們的影響。為保障他們的私隱，並顧及他們的感受，故邀請青年義工參與角色扮演，但扮演過程也未能飾演得傳神，有礙短片的質素及其感引性，故組員也盡力與義工們交流，改善扮演技巧。

六、總結

多媒體作品能把戒毒人士想表達的訊息以更具體更全神的方式演繹出來，而影音效果也能給予觀眾有更深刻的印象，有效提升社區人士對戒毒人士有正確的認識，也能了解他們的心聲，從而給予肯定與支持，扶助他們堅守新生活。而網絡確是一個有效宣傳的渠道，讓抗毒及助更生等訊息能無界限傳揚，有助推動建立共融社會。

參考文獻

- Andersen, T. (1987). The reflecting team: dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Family process*, 26(4), 415-428.
- Miller W. R. and Rollnick S. (1991) *Motivational Interviewing: Preparing People to change Addictive Behavior*
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change*. Guilford press.
- Prochaska J.O. & DiClemente C.C. (1982) Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-288.
- White, M. (1999). *Reflecting Teamwork as Definitional Ceremony revisited*.
- White, M. (2005a). Definitional ceremony and outsider-witness responses. In *Michael White Workshop Notes*. Retrieved from <http://www.dulwichcentre.com.au/michael-white-workshop-notes.pdf>, accessed 4 May 2017.
- White, M. (2005b). Statement of position maps 1&2. In *Michael White Workshop Notes*. Retrieved from <http://www.dulwichcentre.com.au/michael-white-workshop-notes.pdf>, accessed 4 May 2017.
- White, M. (2007). *Map of Narrative Therapy*. Adelaide, South Australia: Dulwich Centre Publications.
- Speedy, J. (2008). *敘事研究與心理治療* (洪嫻琳譯)。台灣：心理出版社股份有限公司。
- White, M. (2008). *敘事治療的工作地圖* (黃孟嬌譯)。臺北：張老師文化事業股份有限公司 [White, M.(2007). *Maps of narrative practice*. New York, NY: Norton.].

蘇子強 (2011) *青少年濫藥：成因、評估與治療*。香港：基督教文藝出版社有限公司。

『與寶貝同行計劃』- 探討年輕吸毒父母的需要及介入方法

陳盈 劉美詩

香港青少年服務心弦成長中心

【摘要】

據香港青少年服務處 心弦成中心前線社工的個案數字，發現近年吸毒父母個案有上升的趨勢，而吸毒父母面對新生兒的來臨，他們既驚又喜，驚是擔心吸毒問題會影響子女的健康及成長發展；而喜則是能夠擁有與自身血脈相連的『寶貝』。然而，吸毒父母往往缺乏照顧子女的能力感及技巧，於育兒路上倍感挫敗。

根據鮑比(John Bowlby,1982)所提出的依附理論，照顧者的能力及精神健康與子女成長的心理及社交能力有直接的影響，而子女依附模式亦與照顧者的互動關係相關。

有見及此，本會社工於 2016 年與醫院兒童及身心發展服務協助，展開名為『與寶貝同行計劃』，期望透過醫院、社工及跨專業團體及社區的協助，為吸毒父母提供一系列支援性的服務，包括社工與過來人的家庭探訪、親子平衡小組及 BB 按摩班、透過遊戲治療模式進行的親子小組及親子溝通工作坊等服務，藉以提升吸毒的媽媽作為照顧者的親職能力及戒毒的決心。

本文會以依附理論為基礎，加上參與『與寶貝同行計劃』聚焦小組的數據分析，探討年輕吸毒父母的需要及介入方法，並希望從中找到合適服務模式回應現時香港年輕吸毒父母趨勢。

一、計劃背景

根據香港青少年服務處 心弦成中心 2017 年統計中心個案所得的數據，育有 12 歲以下子女的個案數目佔中心總個案數目五分之一，當中育有三歲或以下子女的個案佔整體八成，可見不少吸毒者已漸漸踏入適婚及組織家庭的階段，吸毒問題亦開始為下一代帶來影響，有機會引致跨代吸毒問題出現。不少吸毒父母對親職責任意識薄弱，吸毒行為更會對子女造成風險，因此香港青少年服務處展開名為『與寶貝同行計劃』，為吸毒母親提供一系列支援性的服務，當中包括：親子平衡小組、嬰兒按摩、遊戲治療(Play Therapy)、治療遊戲(Therapy)、親子旅行等活動，藉此增強吸毒母親與子女的親密關係、提升吸毒的母親作為照顧者的親職能力及戒毒的決心。

二、吸毒父母的特質

就中心個案數據分析，發現現時吸毒母親有以下共通特質：

(1) 意外懷孕

近八成吸毒母親對新生命的來臨都是意料之外，因他們對於安全性行為認知薄弱，經常會使用錯誤方法避孕，以致意外懷孕。因此在身心都缺乏準備下，他們都採取見步行步的態度去面對突如其來的新生命，亦因此欠缺親職的能力及信心。儘管如此，大部份的吸毒母親都認為新生兒的來臨是生命上的一份祝福、希望，一個給予他們改變的機會。

(2) 非已婚人士

中心數據顯示，近五成吸毒母親的婚姻狀況大多為單身、同居、分居或離婚，數字比已婚人數為多，當中更以分居或離婚的個案為主。數據反映初生嬰兒大多於非婚生家庭下長大，更多是於單親環境下成長，吸毒母親更承受比一般媽媽更大的壓力，而在缺乏完整家庭支援下成長的幼兒，其身心發展更需要更多的支援。

(3) 伴侶曾經或現有吸毒背景

據中心數據顯示，近五成吸毒母親的伴侶是曾經或現有吸毒背景，情況反映子女於成長過程中有很大機會接觸毒品，而父母親亦會因著毒品的問題而影響照顧子女的能力，對於子女的身心成長都會造成極大傷害。

(4) 經濟不穩定

此外，中心數據顯示，超過四成吸毒母親常面對經濟不穩的情況，例如拖欠租金、需要問朋友借錢應付日常生活、捱餓及申請破產等，情況的確令人擔憂。吸毒母親在經濟不穩下照顧子女，容易引致子女健康問題，更甚是使子女出現營養不良的情況，情況令人擔憂。

(5) 親職責任意識薄弱

不少吸毒母親對親職責任意識薄弱，輕視吸毒行為對腹中胎兒或家中子女的影響，以致部份吸毒父母會

持續吸食毒品，漠視胎兒或子女的成長健康，有兩成吸毒父母表示於照顧子女時曾發生家居意外，更甚是令幼兒接觸毒品，情況令人擔憂。而在照顧家中子女時，初為母親的吸毒者因缺乏照顧子女經驗及技巧及家庭的支援，在育兒路上亦倍感挫敗及無助。

三、計劃目標

- 評估吸毒父母照顧子女的能力，以保障子女的安全
- 提升吸毒父母作為照顧者的親職責任感
- 提升吸毒的父母的戒毒決心
- 加強吸毒父母與其子女的親密關係
- 發展跨專業協作服務模式，結合不同專業的力量，例如：醫生、教會等建立有系統及有效率的轉介及介入

四、計劃理念

前線工作人員深信子女能為吸毒母親帶來希望，吸毒母親起初會對新生命的來臨感到徬徨無助，但子女始終是與母親骨肉相連，不少母親在懷孕開始感受到新生命為他們帶來的轉變，萌生起決心戒毒的念頭。雖然這個念頭可能一閃即逝，但工作人員相信若能與吸毒父母抓緊這個念頭，便有機會為家庭帶來轉機。計劃的對象起初以吸毒母親為主，因她們於懷孕時與胎兒的聯繫，促使她們的求助動機較大，然而，及後因應服務實際需要，也逐漸將服務對象擴展至吸毒父親。計劃理念源於依附理論及經驗學習法，將吸毒母親與子女關係連繫同時，亦讓吸毒母親透過成功經驗去建立親職責任。

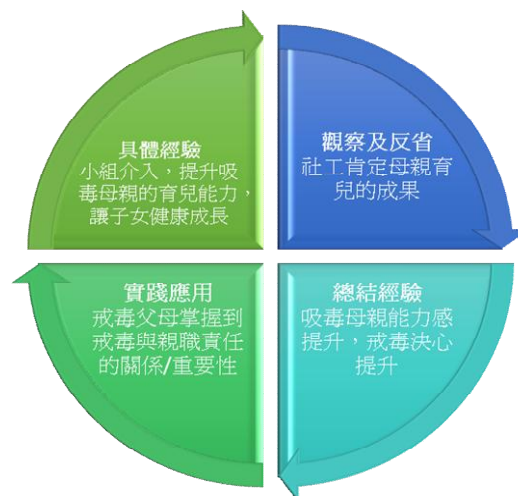
(1) 依附理論

根據鮑比(John Bowlby,1982)所提出的依附理論，依附是指子女會與其照顧者產生強烈的情感連繫，這是一種愛的連繫，而照顧者的能力及精神健康與子女成長的心理及社交能力有直接的影響。前線工作人員相信若能幫助吸毒母親及其子女建立一個良好的情感連繫，即是建立一個愛的連繫，有助燃起吸毒母親對其子女的親職動力，對其子女日後的心理或社交成長必有幫助。

因此，工作人員於計劃中會設計一些親密活動，從中增加母親與其子女間的連繫，而並非母親單向式吸收育兒的知識，例如：透過嬰兒按摩、以治療遊戲(Theraplay)原則的活動，從中增加子女與母親的連繫及親密感，讓吸毒母親感受到骨肉相連的感覺，從而化成親職動力，促使吸毒母親因著對子女的愛而放棄吸食毒品。

(2) 經驗學習法

計劃透過經驗學習法去為吸毒母親製造照顧子女的成功經驗，提升母親照顧子女能力感，從而更有信心去承擔親職的責任。經驗學習法的理論(Kolb,1984)主要有四大元素：具體經驗(Concrete experience)、觀察及反省(Observation & reflection)、總結經驗(Forming abstract concepts)及實踐應用(Testing in new situations)。計劃希望為吸毒母親及其子女製造一個正面積極的學習循環，讓吸毒母親明白到戒毒與親職責任的重要性。



具體經驗

吸毒母親於小組內透過專業人士學習育兒資訊，社工及導師透過小組中的觀察，從中指導母親與子女相

處技巧，並鼓勵母親應用於日常親子相處當中。

觀察及反省

社工及導師們與吸毒母親檢視曾於小組內學習的親子技巧，並肯定母親們所學習的成果，為她們製造成功經驗。

總結經驗

成功經驗讓吸毒母親們親職能力感提升，讓她們理解到即使新手母親亦可讓子女健康地成長，從而加強她們停止毒品的決心。

實踐應用

吸毒母親掌握到戒毒及親職責任之重要性，其子女會成為母親的推動力，繼續履行親職責任及持守停止毒品，為子女提供一個健康無毒的成長環境。

五、推行策略

如上述數據所說，大部份的吸毒父母都是在缺乏計劃下而懷孕，他們不論於身心及其他方面等都未有足夠的預備去迎接作為父母親的責任及困難。再者，加上自身吸毒的問題及社會上對於吸毒父母的負面標籤，更令他們難以向外求助。因此，社工於區內難以接觸及介入，往往及至不幸意外發生後，社工才能有機會介入個案。有見及此，社工認為及早識別吸毒父母及介入，對於孩子的成長及吸毒者至為重要，因此『與寶貝同行計劃』採取以下三方面的策略，及早辨識吸毒父母及其需要。

策略一 運用與醫院/社區的網絡及協作，從而及早識別及介入

社工一般難以於社區中接觸及發掘吸毒父母，然而透過與醫院及社區的合作及聯繫，能夠增加接觸他們的機會。另外，社工以外展的形式來接觸吸毒父母，更能切合他們的需要。

1. 社工與醫院的兒童身心全面發展服務發展轉介個案模式，並定期召開個案及服務會議，以跟進個案情況。
2. 社工與區內服侍吸毒者的教會合作，及早識別懷孕的吸毒婦女及其家人。
3. 社工會以外展及家訪形式來接觸吸毒父母，並主動到醫院接觸有需要的媽媽及陪同覆診。

策略二 發展跨專業協作模式

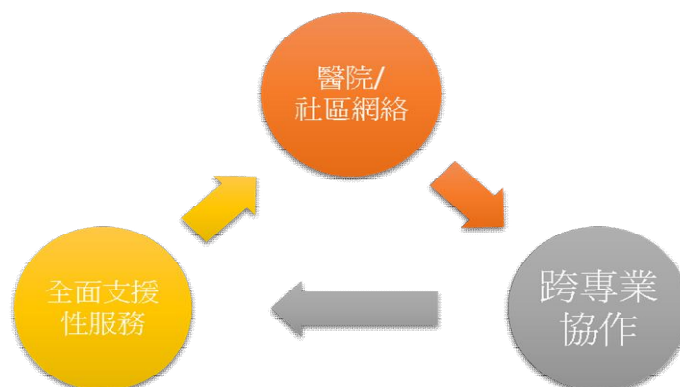
吸毒母親於懷孕及生產後所面對的問題日漸複雜及增多，因此不同專業的合作及交流，對於回她們及其幼兒的需要有著重要的位置。

1. 社工與兒科醫生、助產士定期的服務及個案跟進會議。
2. 社工與護士進行家訪，為懷孕及生產後婦女提供相關育兒指導及嬰兒按摩指導。
3. 社工與遊戲治療師及現職小學老師合作，為吸毒母親提供有關管教子女的工作坊。
4. 社工與綜合家庭服務中心及保護家庭及兒童課單位合作，為其家庭提供更適切的家庭援助，更為初生嬰兒提供適切的安全評估及照顧安排。

策略三 建立全面性的支援服務系統

由於吸毒父母所面對的問題繁多，單靠一個單位的社工不足以回應吸毒父母及其幼兒的需要，因此需要社區內的不同單位的配合，方能有效回應他們的需要。

1. 聯繫社區上不同的資源網絡，如教會等團體的協作，為吸毒母親於地區上獲得適切的支援，包括育兒指導、就學問題等。



六、計劃內容

計劃以三個層面作為介入點，分別為案主個人、案主與他人關係及案主所身處環境等三個層面提供適切的介入服務，而服務內容包括：

(1) 案主個人層面

1.1 過來人家訪

計劃透過過來人的分享及家訪來支援吸毒母親於生產前後的情緒困擾，從中勉勵吸毒媽媽於整個懷孕過程中戒除毒品，並於生產後繼續持守。

1.2 情緒支援及陪診服務

社工會於案主的生產前後提供適切的輔導及陪診服務，鼓勵計劃參加者關注自身及嬰孩的健康，並從中強化吸毒者作為媽媽的角色。

1.3 遊戲治療媽媽組

遊戲治療師透過不同的活動，讓參加者能夠學習照顧自己的感受及整理過去經歷，並了解自己的需要，避免將過去的傷害傳遞於下一代。

(2) 案主與他人的關係

吸毒者與家人的關係，往往於他們的戒毒路上扮演著重要的角色，因此計劃亦透過以家庭為單位的活動，為吸毒者及其家人提供體驗家庭樂的機會，促進及重建濫藥者與家人的聯繫。

2.1 嬰兒按摩班

嬰兒按摩班對象主要為 12 個月以下的嬰兒及其家人，按摩班增加吸毒母親與嬰孩的聯繫及親密感，從而提升案主作為媽媽角色的認同感，計劃分別以私人上門及班組形式進行，以切合他們的需要及特性。

2.2 『治療遊戲』(Therplay)原則推行的親子小組

『治療遊戲』(Therplay) 親子小組對象主要為 2 歲至 4 歲的小童及其家人，透過以『治療遊戲』(Therplay) 為原則的遊戲，鼓勵母親與幼兒享受親子時間，並與孩子一同學習及成長，提升參加者的照顧及管教幼兒的信心及能力。

2.3 親子平衡小組

親子平衡小組對象主要為 2 歲至 4 歲的小童及其家人，參加者與其子女將會有部份時間一同參與親子活動，而小組另一部份則是以平衡形式進行，小朋友則參與由專業老師帶領的小組，而父母親則參與管教子女工作人員及與過來人傾談有關育兒之道。

2.4 家庭照拍攝及旅行日

透過家庭拍攝日，讓參加者及其家人能體驗與過往不同的家庭樂，強化案吸毒者與家人的聯繫。

(3) 案主環境層面

計劃透過與社區不同的團體協作，如教會、食物銀行及 playgroup 機構等，讓計劃使用者能夠認識及享用社區資源，改變吸毒者所身處的環境，及支援案主與其家人的需要。

3.1 透過與區內教會合作為吸毒者父母提供正向管教小組，及提供正面群體的支援網絡。

七、成效及評估

整個計劃由 2016 年 3 月開展至 2017 年 5 月，社工提供的外展及家訪服務次數共 83 次，接觸人次共 135 次。起初計劃主要服務對象為吸毒媽媽，及後因應實際的服務需要，因而擴展至吸毒爸爸、吸毒的伴侶等。而是次計劃的成效評估，以聚焦小組的形式進行，並透過前線同工的觀察及參加者的回應進行評估：

1. 提升吸毒父母作為照顧者的親職責任感

活動共有 13 人曾參與『遊戲治療小組』，參與小組的家長都表示於小組中能反思更多作為父母親的責任及對自身作為父母的期望。而共有 13 位家長曾參與管教子女工作坊，參加者都表示擁有較大信心於管教子女上，有著更大的動力去承擔作為父母角色的責任。

2. 提升吸毒的父母的戒毒決心

計劃的每項活動中都有過來人的參與，期望透過過來人自身的經歷來勉勵參加者戒毒的動力。經評估後，約六成的參加者於參與活動後能仍能持守無毒的生活，決心為子女提供無毒的成長環境。

3. 加強吸毒父母與其子女的親密關係

於計劃中，親子/管教遊戲小組共舉行十二節，當中小組出席率達七成以上，參與人次 96 次，參加者除吸毒母親外，亦有其伴侶參與其中。於小組完結後，參加者都表示享受與子女親密的時光。

而於嬰兒按摩的活動中，由於只適合 12 個月以下嬰兒參與，過去一年只舉辦一次活動，五位參加者表示與初生嬰兒有著更親密的感覺，增添了母親與子女之間的親密時光。

八、計劃困難

1. 求助者動機低

吸毒父母因各種原因而求助動機較低，同工付出較多的時間鼓勵及陪同吸毒父母參與活動，甚至需經常提供家訪服務作關心及關顧。計劃嘗試利用證書頒發制度等方法來推動參加者參與小組。

2. 活動出席率不穩定

由於吸毒父母所面對的問題的複雜性較一般的吸毒者為多，家庭支援較一般家庭薄弱，於他們身處的環境中亦常有不同的突發事件，如幼兒生病、經濟問題、伴侶重吸及家庭暴力等，以上種種情況亦影響他們參與活動的穩定性。

3. 參加幼兒需要不一致

由於中心吸毒母親的子女年紀不一，而不同年歲的幼兒需要亦不一樣，同工於活動中要招募足夠而有合適的參加者常感到困難，而同工們所舉行的活動亦需按照他們的成長年紀而更改，因此同工們經常面對活動欠持久性及招募困難。

4. 與參加者建立信任關係

由於部份參加者經由其他家庭服務中心轉介至中心跟進，因此他們認為計劃是用於監察他們的行為，及將他們與子女分離，因此同工需花較長的時間與參加者建立信任的關係。

5. 缺乏空間

由於計劃的參加者包括三歲以下的幼兒，因此對空間的安全性及範圍的需求也增多，然而中心原本的設計並未設有幼兒活動的空間，因此於計劃初期，同工需面對空間有限及安全性的問題。

(九)未來發展方向

是次計劃實行至今只開展了一年，服務仍處於初部發展階段，然而隨著前線同工的觀察及參加者主動的意見，計劃於將來將繼續向以下方面發展：

1. 兒時創傷處理

據前線社工所觀察，大部份的吸毒父母於兒時都有創傷經歷，而這些創傷經歷伴隨著他們至今，並影響他們與子女相處及管教模式，因此同工亦期望於未來能透過家庭治療為本的小組與參加者處理過程的創傷。

2. 工作實習計劃

於是次計劃的後期，同工開始與區內的 playgroup 僱主合作為已戒毒的媽媽，提供工作實習計劃，讓她們能從實習中學習管教子女的技巧及於社會上工作的經驗，從而提升其自我形象及能力感，並強化親職的能力。

3. 情緒管理支援

據大部份的參加者表示，他們於管教子女上承受沉重的壓力，而家人或社會上對他們的標籤及期望也成為壓力來源之一，再加上自身吸毒的問題，吸毒父母往往於生產後再次重吸，因此同工認為情緒管理支援，有助於吸毒父母於戒毒路上繼續持守。

4. 中心專業同工支援

透過同工們的觀察及參加者的意見，由朋輩輔導員與社工一同進行家訪，更能有效地與低動機之吸毒母親取得聯繫及共鳴，因此中心將有意發展有興趣的朋輩輔導員成為陪月員，為吸毒母親生產後提供家訪及相關支援。而因應吸毒母親的需要，中心的護士亦會持續提供上門教授有關嬰兒按摩的課程。

十、總結

計劃命名為『與寶貝同行』，是因為計劃的同工們都深信天下的兒女都是父母眼中的『寶貝』，不論是否吸毒者，他們都有著期望將『最好的』送給他們最愛的寶貝，以一生之久陪同他們成長。在過去一年的計劃中，同工們亦親身體會到每一個『寶貝』的出現，都是燃起吸毒者戒毒決心的源頭，為他們生命帶來新開始的希望。縱使，計劃與參加者一樣，當中亦經歷不少困難及挫折，但當中靠著各方面專業的支援，同工們與參加者都一同學習克服困難及成長，猶如吸毒者的戒毒路程一樣。同工們明白服務仍處於初部發展階段，當中仍有許多改善的空間，因此同工們都期盼是次計劃只是一個起點，日後仍能配合吸毒父母的需要而發展更多的配套服務，與吸毒者及他們的『寶貝』同行一生中最重要的一段階段。

參考書籍

- McLeod, S. A. (2007). Bowlby's Attachment Theory. Retrieved from www.simplypsychology.org/bowlby.html
- Kolb, D. A. (2014). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. FT press.

鳴謝合作團體

瑪嘉烈醫院兒童身心全面發展計劃

宣道會基蔭堂

KIDDIE GARDEN (HK) LIMITED

「身心靈健康模式」 在開放式戒毒善後輔導宿舍的應用

莫綺蘭 任天恒 陳麗珊

香港善導會 香港賽馬會社區資助計劃 - 綠洲計劃

【摘要】

香港善導會 香港賽馬會社區資助計劃 - 綠洲計畫 白普理綠洲宿舍，一直為已完成脫癮治療之戒毒人士提供善後輔導宿舍服務，幫助戒毒人士有更好的操守。

在 2016 年得到香港賽馬會的支持下，白普理綠洲宿舍得以進行翻新裝修，除了大大改善了宿舍的居住環境，亦為宿舍添加了不少提升舍友福祉的設施及器材，為舍友提供更好的環境以助其康復並保持操守。在考慮如何提升舍友福祉時，本計劃參考了身心靈健康的理論，透過增添設施及舉行活動，幫助舍友培養身體、心理及精神靈性的健康。

吸毒人士成功戒毒後，雖然暫時脫離了毒癮，但過往在毒海的經歷及生活仍有機會對他們有不良的影響。計劃除了以一貫的「治療為本」介入方法，更以身心靈綜合介入的手法幫助舍友：1. 學習關注及鍛練自己身體；2. 自由表達情緒，及增強人際關係以提升心理健康；3. 討論及轉化過往經驗，學習接納自己，昇華為生活動力。透過以上的介入，照顧舍友的全人健康，最終達至保持操守。

本文將闡述身心靈健康模式介入方法，如何應用在白普理綠洲宿舍。並透過舍友分享及社工的觀察，探討以上方法對舍友的幫助及影響。

「身心靈健康模式」

濫用藥物可以被當作是精神疾病的一種，在 DSM 內亦有詳細列出其病徵。部份人認為，完成戒毒的療程就等於成功戒毒，事實上不少吸毒者參與戒毒療程後不久就重吸，吸毒可算是其中一種覆發率極高的精神疾病；完成戒毒療程，只是戒毒過程其中一個階段，日後如何保持毒品操守才是難題，更有不少戒毒者形容是「終身事業」。而吸毒者吸食毒品的日子，毒品成為了人生的意義及生存目標，對身心健康亦有深遠的影響，造成不少傷害；所以成功戒毒後，如何回復他們身心靈的健康，成為重要的課題。

身心靈來自於東方/華人的哲學，有別於西方醫學，心理、輔導等的理論，把生理、心理、社交等視為分割的部份，華人社會講求「整體」的概念，世界是一個系統，系統中各個部份都有關聯並互相影響，所以身心靈是一個整體並互為關聯的系統，透過身、心、靈三方面的介入，促成整體的健康。

東方的哲學有多個門派，例如陰陽理論、儒、道、佛等，Mo, Chan, Ng & Leung (2009)指出對部份門派的整合，對改變有著以下的看法：

1. 世界及生命會不斷改變及進化：陰陽講及流轉，「變幻原是永恒」，跟優勢觀點相似(Strength perspective)，無論是什麼問題，憑著長處及資源都會改變。成長及健康沒有終點，改變只是過程，亦不會批判任何力量或特質。
2. 一元論：世界是一體，互補及互相關聯，陰陽的理論指出，陰及陽缺一不可，我們必需對整個情境了解，透過經驗，才能建構意義。
3. 中庸之道：所有東西都無分好與壞，中庸之道講求不同甚至相反力量的平衡，不永遠把持一種信念或特質，健康講求的就是平衡。
4. 超越世俗的依戀：道家指的見素抱樸，佛家指的斷七情六慾，都是發現人對控制生命是有限制的，追求慾望是無益的，放開能令人活在當下，達至和諧。

從以上可見，東方的哲學不少講求相互關係，互補不足及平衡，透過對身心靈介入，可以促進三方面的互為及整體健康，而陳麗雲、樊富珉、梁珮如等(2009)認為身心靈介入大致的內容如下：

身：改善身體狀況，如建立健康的飲食習慣、多做運動、呼吸練習等，亦需要對自己身體多認識，接受身體的限制

心：提升心理或情緒健康，做冥想練習，學習表達好與壞的情感，多分享多支持，令自己心境平和，精神放鬆，建立和諧的人際關係，接納正負面情緒，建立自信心

靈：建立靈性生活，探討生命意義，學習感恩、包容、寬恕，與大自然融合，透過討論確立人生目標，培養積極的人生態度

源自東方的身心靈健康模式，跟近代西方流行的正向心理學有不少相似的地方，例如正向心理都講求追求意義、良好的人際關係、關注情緒等(Martin, 2011)，雖然目標的境介有所不同，但都可算是人生追求。對於吸毒者，活躍吸毒期間健康離他們很遠，戒毒後透過身心靈介入，除了提升/促進他們身心的健康，亦投入靈性的追求，期望達至整體的和諧及平衡，給予更多力量予他們對抗毒品的誘惑。

香港賽馬會社區資助計劃 - 綠洲計劃簡介：

綠洲計劃於 1998 年成立，隸屬於香港善導會，自 2005 年起獲香港賽馬會慈善信託基金撥款贊助。本計劃的服務對象為藥物濫用者，計劃主要協助他們處理濫藥問題，戒除不良習慣，預防違法行為，重整生活，發揮個人在社會的功能，給予機會他們回饋社會，服務社群。

在戒毒者加入綠洲計劃後，社工們會為他們評估整體需要，如有合適個案會轉介予葵涌醫院作醫療檢查，或到其他相關服務接受戒毒療程，並與個案共同訂立個人治療及康復計劃，提升他們的改變動機和決心。針對康復者，社工亦會安排一系列小組和活動，讓他們適應沒有毒品的生活，保持操守。

綠洲計劃設有一個社區康復宿舍 - 白普理綠洲宿舍，接收一些已完成戒毒療程的男性戒毒者，提供最長一年的善後輔導跟進。例如生活重整、預防重吸、情緒及壓力管理、職業，家庭，朋輩輔導、興趣發展、康樂及社交活動等。

白普理綠洲宿舍：

白普理綠洲宿舍，簡稱綠洲宿舍，專門收納一班已經完成戒毒治療的男性戒毒者，共有宿位 16 個，最長住宿期為一年。住宿期滿後社工會安排他們重返社區生活，因此，綠洲宿舍實為一道給予戒毒者重返社區的橋樑，鞏固他們操守的決心。

身心靈模式於綠洲宿舍的應用：

作為一道給予戒毒者重返社區的橋樑，綠洲宿舍在 2017 年 3 月裝修完畢，顧及到各位舍友於身心靈各方面的健康與平衡，因此，由宿舍的設施，日常舉辦的活動，生活模式等，都根據著身心靈三個方向發展。

身：

就著改善身體狀況，宿舍於翻新工程時特意擺放跑步機、按摩椅等設施，讓戒毒人士可根據自己身體情況作出調整，選擇適合自己的設施使用。例如一般舍友多從事體力勞動工作，在完成工作，回到宿舍之後，便可透過使用按摩椅，讓繃緊的肌肉得以放鬆。如有舍友因長久以來吸食毒品，以致身體虛弱，亦可透過使用跑步機重建體能，讓機能回復到應有水平。另外，宿舍亦備有身體檢查的基本器材，定期為舍友們檢查身體，讓他們時常掌握自己的情況。

香港是一個繁榮的城市，宿舍座落於最旺的地區一旺角之中，食肆林立，要解決一日三餐固然不難，然而要食得健康，卻非容易之事。由於綠洲宿舍設有廚房，社工們都會鼓勵舍友們煮食，建立健康飲食習慣。同時，社工亦安排了義工到舍，與舍友們一同煲煮時令湯品，就著當時的氣候濕燥，熬煮相應食品，讓身體吸收所需營養，達致平和。

心：

在提升心理、情緒健康方面，宿舍於裝修擺設上亦下了一點心思。宿舍有一個讓舍友可以安靜獨立的空間，放置了各類顏色筆、畫簿等工具，當舍友希望自己一個人安靜下來的時候，可以到小角落裡閱讀、寫作或作畫。除此以外，宿舍亦擺放了一些盆栽，要求舍友們加以照顧，加強他們與大自然之間的連結，從而得到內心的平靜。宿舍內亦掛上一些題材與自然相關的裝飾，例如雀鳥、樹木等，讓舍友置身於宿舍環境中，亦能取得平靜的能量。

同時，為了提升舍友們的專注力和保持心境平和，宿舍亦舉辦了靜觀小組，從中學習如何專注於當下的呼吸、身處的環境、細味食物的味道，學習讓自己平靜、放空。在宿舍的小組活動中，無論是靜觀小組、恆常聚會或是教會活動，我們都是非常重視舍友的意見和表達，同時透過小組活動，加強舍友與舍友之間的連繫、連結，建立同路人互相支援的氣氛。

靈：

靈所指的是建立舍友們的靈性生活、探討生命的意義，學習感恩、包容。宿舍定期會邀請教會組織到宿舍分享，平日社工亦會透過面談輔導去釐清舍友們於戒毒後的人生目標，找出個人方向和合適的道路去實踐。同時讓舍友們接受自己的弱點，明白到人與人之間相處的限制，建立感恩包容的態度。

共訪問了 16 位曾入住服務對象，他們的回應如下，已刪減相同意見：

身：

對宿舍環境的回應：『舒服衛生；似屋企、環境靚、開心舒服；舒適、清潔；乾淨；happy；過得去』

對宿舍生活模式，定時入睡、清潔；健康器材設施的回應：

『宿舍定時睡眠時間，令以往夜入睡、要家人喚醒起床返工或曠工、定時作息自己能安定返工；good；個個做、一齊住負責任』

『放工回宿舍用按摩椅舒服些；有用過跑步機、不錯；硬件，非常合適；健康；舒服；身體檢查，對每月的情況能更清楚』

對宿舍煮飯及煲湯的回應：『健康咗、方便、非常合適；非常之好；不用去街食；外賣多味精、不同款式多些不同營養；參與煮飯、發揮所長』

心：

對義工/教會到訪是表示歡迎，以往生活圈子狹窄、無話題，他們的回應：

『義工到訪可以舒解我地情緒；好有愛心；可以分享大家的心得；有俾人關心感覺；good；學習與人相處；溝通，社交，開放自己；無隔膜，開心；好像一家人咁親切；接觸不同人建立正面；玩遊戲的自己精靈些』

『教會到訪可以幫我認識神；關心別人；感覺大家都係弟兄姊妹；OK；分享、人生；跟我們分享信仰；有助於思考個人生命上的處理，提供多一個方向作參考；與教友分享自己經歷、增加自信心』

對宿舍種植的回應，有參與服務對象從中體會：

『從每日安排淋水、了解自己狀態及責任、認為是行為訓練』

『每日早晚淋水、看著植物健康成長、能解悶、有助放下壓力、安靜』

『自己喜歡安靜、看著植物長大、生命有力』

在恆常聚會，小組/講座：『夏季調節冷氣開關時段；加強 wifi 讓舍友與社會聯繫；收集喜好活動』

『能安靜呼吸；學習健康知識；靜化、思想不亂；忘記部份內容』

靈：

曾分享自己的經歷或義工服務有的回應：『分享有助提醒自己曾做錯的事；分享自己，增強自信心』
『覺得自己有用，有目標』 『鼓勵人、鼓勵自己』

對人與人相處，他們覺得改變舊習慣、放下自己，被訪服務對象願意有超過一半分數(0-10)學習調較自己：

『學識包容；有得談、沒有談、就不談；群體生活可以忍讓； good friend ；彼此學習、互助；大部份都可以，個別舍友出現的問題總是難免的；欣賞別人』

對別人及自己感謝：『多謝善導會、社工、耶穌；多謝差佬； thank you so much』

『多謝自己真心改過；多謝自己決心改過；多謝自己選擇行返正路； 有人放棄自己、但我自己都未放棄自己；努力、不放棄自己； 選擇自己行第二條路；多謝自己真心行正路；遠離左毒品，需要時間；多謝自己搵善導會幫助自己重建生活；自己是應該；自己這樣是正常』

社工與服務對象在開案時訂定不同階段目標，明白戒毒後操守，安頓住處及生活成為他們首要重點；除協助適應宿舍生活外，內在需要/渴求在入宿後持續探索及整理，可能是與家人重建關係；有操守穩定後建立家庭；從助人或信仰找尋生命意義；又或者是他們經歷很多創傷，需訂定長遠跟進治療方案等。

反思：

身心靈三者是有著互動互倚的關係；例如：從不同團體到訪彼此互動有助學習與人相處、被關懷外；從中有助以往自己生活圈子狹窄，增進對自我反思；服務對象喜歡種植，除有助穩定情緒外，對植物雖弱小、頑強亦脆弱生命有不同體會，人生亦然；這樣是促進服務使用者身心靈三者的良性發展關係，以實現全人健康的目標。

在開放式宿舍透過多樣性的身心設施/活動，價值意義探索、使服務對象在身體、心理及靈性上多方面有成長或增進康復、他們的回應確能促進其身心平衡及和諧；簡單如定時作息、煲湯煮飯已能學習建立健康生活，按摩器材令他們感宿舍體貼需要，感窩心。

除宿舍硬件設施外，亦提供不同活動，宜有持續性、或以不同形式深化，變成習慣。

我們發現願意入住宿舍的服務對象，有時也未必能即時適應宿舍環境及生活，原因有服務對象因以往吸食精神科藥物，以致出現暫時性精神病徵，對提供入住宿舍服務之前，需要與不同專業醫護合作，使服務對象得著專業診斷、治療及意見。

還有，因著他們每位均有自己獨特故事，濫藥問題只是表徵行為，背後是由不同經歷活至今天；故此，社會運用輔導理論或技巧、包括『動機晤談』、『減低危害』和『預防重吸』為物質濫用輔導之基礎上，亦需裝備其他，例如：認知行為治療、正向心理學、沙維雅模式等，以面對不同服務使用者需要。

參考文獻

陳麗雲、樊富珉、梁珮如等(2009)。〈身心靈全人健康模式 - 中國文化與團體心理輔導〉(頁 27-36)。北京：中國輕工業出版社。

Mo Yee Lee, Cecilia Chan, Siu-Man Ng, and Pamela Leung (2009). Integrative body-mind-spirit social work : an empirically based approach to assessment and treatment (p.5-26). New York : Oxford University Press

Martin E. P. Seligman (2011). Flourish : a visionary new understanding of happiness and well-being (p.5-29). New York : Free Press

Olanzapine for the treatment of acute symptoms of mental disorders induced by amphetamine-type stimulants: a randomized controlled trial with comparison of haloperidol

Xu Chen^{1*}, Xiaobin Xue², Qiang Fan³, Yun Song⁴, Jiyou Tang⁴, Wei Yuan¹

¹ Department of Substance Abuse, Shandong Mental Health Center, China

² Department of Substance Abuse, Qingdao Mental Health Center, Qingdao, China

³ Department of Substance Abuse, Ningbo An Kang Hospital, Fenghua, China ⁴ Department of Neurology, Qianfoshan Hospital Affiliated of Shandong University, Jinan, China

*Corresponding author:

Xu Chen

Department of Substance Abuse, Shandong Mental Health Center, China

Abstract

Introduction: This study aimed to compare olanzapine and haloperidol efficacies in the treatment of acute psychiatric symptoms due to amphetamine-type stimulants.

Methods: The Zelen's II design method was used; 124 patients with acute mental disorders due to amphetamine were randomly divided into olanzapine group (n=63) and haloperidol group (n=61). Then, a four-week open-label medical therapy was performed. Clinical Global Impression Scale Item 2 was employed to evaluate the onset time; meanwhile, Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) was used at baseline and at post-treatment weeks 1, 2 and 4. Moreover, adverse reactions during the treatment were recorded.

Methods: Onset time in the olanzapine group was significantly earlier than in the haloperidol group; BPRS scores in the olanzapine group were significantly lower than haloperidol group values at 1 and 2 weeks of treatment. The overall effective rates had no statistically significant difference.

Discussion: Short-term olanzapine and haloperidol treatments had equivalent efficacies in the treatment of acute symptoms of mental disorders due to amphetamine-type stimulants; however, olanzapine administration resulted in relatively earlier disease onset, with less adverse reactions.

Keyword: Olanzapine; Haloperidol; Amphetamine-type stimulants; Mental disorder

1. Introduction

With economic development in China, new drugs related to traditional drugs, such as opium and heroin, emerge in an endless stream. Due to the characteristics of new drugs, including relatively low physical dependence, severe psychological dependence, and strong hallucinogenic and excitatory effects, there is a tendency that they would replace traditional drugs. The monitoring data on domestic drug abuse in 2014 showed that amphetamines count among the most important drugs, accounting for about 36.8%, and top new drugs abused, accounting for 70.5% [1]. Harms due to amphetamines show a high incidence trend [2]; the induced mental disorders not only result in personal health damage, but also affect social security, such as 'drug driving'. The common symptoms of mental disorders due to amphetamine include agitation, aggressive behavior, delusions, hallucinations, anxiety, and depression [3, 4].

Currently, treatment of mental disorders due to amphetamines is generally symptomatic, with no potent medication available. In China, the revised version of 'The guidelines of Amphetamine Drug Dependent Diagnosis and Treatment' published in 2009 clearly proposed that antipsychotics could be used to treat psychiatric symptoms, pointing out that psychological treatment is a therapeutic option [5]. Meanwhile, studies found that repeated transcranial magnetic stimulation and electrical shock can also be used for the treatment of mental disorders [6, 7]. A review by Glasner-Edwards describes in great detail the important role of antipsychotics in the treatment of psychiatric symptoms due to amphetamines, while emphasizing the importance of psychotherapy and social rehabilitation [2].

The treatment principle of the Chinese guidelines clearly points out that olanzapine and haloperidol can be used when psychotic symptoms, such as hallucinations, delusion, excitement, and agitation, occur in patients abusing amphetamine [5]. Relevant clinical studies both in China and abroad have confirmed that atypical antipsychotics, including olanzapine, aripiprazole, risperidone, quetiapine and clozapine, show better efficacy in the treatment of mental symptoms [3, 8-12]. Indeed, Leelahanaj found that olanzapine and haloperidol have better therapeutic effects on psychotic symptoms during a 4w observation [8]; Yap CY also confirmed that olanzapine has higher effects in emergency treatment for controlling excitatory symptoms [9]. Relevant basic studies demonstrated that olanzapine has neuroprotective and therapeutic effects in an amphetamine-mediated psychotic animal model [13, 14].

This study aimed to compare the onset times and therapeutic effects of olanzapine and haloperidol in the treatment of psychosis induced by amphetamine-type stimulants, enriching clinical treatment experience.

2. Subjects and Methods

2.1 Subjects

Patients hospitalized from January 2013 to December 2013 in the hospital were enrolled as study subjects. Inclusion criteria were: age between 18 and 60 years, with positive methamphetamine urine test; meeting the diagnostic criteria for mental disorders due to amphetamine-type stimulants as defined by the *American Society for the Diagnosis and Statistics of Mental Disorders* (4th edition) (DSM-IV); Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) > 35 points at baseline; signed informed consent (by the patients or their guardians). Exclusion criteria were: dependence on other non-amphetamine-type psychoactive substances; suicidal behavior or serious suicidal tendency; combined with serious physical illness; a history of mental illness; serious impulse and self-injury behaviors; antipsychotic treatment prior to enrollment; allergic reactions to olanzapine or haloperidol; pregnancy or lactation in women. Treatment termination criteria were: serious adverse reactions; informed consent withdrawal; abnormalities in laboratory or specific examinations, with the clinician deciding the unsuitability of the case to continue; lack of treatment response or disease aggravation after 2 weeks of treatment; suicide thoughts or other serious diseases. This study was reviewed and approved by the ethics committee of the participating units. Informed consent was obtained from all individual participants included in the study.

Complete data for a total of 124 patients were collected, including 63 cases in the olanzapine group (42 males and 21 females), and 61 in the haloperidol group (44 males and 17 females). There was no statistically significant difference in gender composition between the two groups ($\chi^2 = 0.44$, $P > 0.05$). Average ages in the olanzapine and haloperidol groups were 29.5 ± 5.2 years and 31.2 ± 6.8 years, respectively; mean disease courses were 16.4 ± 3.9 months and 17.1 ± 5.1 months, respectively, indicating no statistically significant difference ($t = 1.29$, 1.10 , $P > 0.05$).

2.2 Methods

2.2.1 Design

In this study, the Zelen's II design method was used [15]. Through drawing from previous study results [10, 11], the EpiCalc2000 software was used to preliminarily estimate the sample size of no less than 108 cases. Consecutive subjects who met the inclusion criteria were assigned to groups based on a randomized number table. Then, consent for olanzapine therapy was obtained from enrolled subjects of the study group. The medication is open-label.

2.2.2 Medication

The study group was administered olanzapine (Olanzapine Tablets, Jiangsu Hanson Pharmaceutical Co. LTD, H20052688) therapy; the initial dose was 5 mg/d, increased to 10 mg/d at 7d, with a dose range of 5~20 mg/d. The control group received haloperidol (Haloperidol Tablets, Ningbo Dahongying Pharmaceutical Co. , LTD, H33020585) therapy, with an initial dose of 2 mg/d, which was increased to 5 mg/d at 7d, with a dose range of 2~12 mg/d. The dose was gradually increased according to the tolerance of patients during the treatment period; the dose could be adjusted at any time. Moreover, the patients were administered twice daily (noon and night). The patients were not treated with antipsychotics, antidepressants, mood stabilizers, and non-specific anxiolytics. Clonazepam at 1~4 mg/d was co-administered at night with sleep disorder not improving; benzhexol at 2~6 mg/d was supplemented in case of extrapyramidal reactions; propranolol at 20~60 mg/d was used for tachycardia or akathisia; vitamin B6 at 30~60 mg/d should be added for gastrointestinal reactions.

2.2.3 Evaluation of efficacy and adverse drug reactions

The therapeutic effects were evaluated by BPRS. Efficacy was determined by the rate of BPRS reduction 4 weeks after treatment, and reduction rate $\geq 60\%$ reflected a significant effect; reduction rate $\geq 30\%$ was considered to indicate effectiveness. Clinical Global Impression Scale Item (CGI-SI) 2 was used to evaluate the onset time, as follows: 0, no evaluation; 1, very obvious improvement; 2, obvious improvement; 3, improvement; 4, no changes; 5, slight degradation; 6, obvious degradation; 7, very obvious degradation. All evaluations were performed based on the changes of clinical symptoms. Onset time was assessed by the required time to achieve CGI-SI evaluation as 'improvement'. Serious adverse events and abnormal results in

auxiliary examinations with clinical significance were timely recorded, and their correlations with medicine assessed by clinicians. For patients with abnormal auxiliary examination results but without clinical significance, or those with abnormal auxiliary examination results and clinical significance but with approval from guardians, treatment could be continued. Evaluations were performed by 6 psychiatrists with training regarding the experimental procedure and scale. At the end of the training, the consistency of BPRS score was $r=0.92$; that of CGI-SI was $K_w=0.89$.

2.2.4 Statistical methods

SPSS14.0 was used for analyses. General data were assessed by Chi-square test; group-wise comparison was performed by independent samples t test; inter-group comparison used t test for matching samples. Determination of normality and variance homogeneity was performed before t test; non-parametric test was performed for data with heterogeneity of variance. Data of the patients who did not receive olanzapine therapy in the study group were included. $P<0.05$ was considered statistically significant.

3. Results

3.1 Efficacy

The average onset time was 6.31 ± 1.74 d and 9.42 ± 2.08 d in the study and control groups, in the acute phase (within 4w), respectively. Onset occurred in the study group before controls ($Z=4.31$, $P<0.05$). At 4 weeks after treatment, total effective rates (BPRS reduction $\geq 30\%$) were 96.1% and 91.5%, in the study and control groups, respectively; the difference between the two groups was not statistically significant ($\chi^2 = 1.12$, $P>0.05$).

3.2 BPRS scores before and after treatment

Total BPRS scores and scores of various factors at 1, 2 and 4 weeks after treatment in the study group decreased compared with baseline values, with statistically significant differences ($P<0.05$).

In the control group, the score of activation factors at 1 week after treatment decreased compared with baseline ($P<0.05$). Except the lack of activation factors, total BPRS scores and scores of various factors at 2 weeks after treatment decreased compared with baseline values ($P<0.05$). The total scores and those of various factors at 4 weeks after treatment decreased compared with baseline values ($P<0.05$).

Group-wise comparison found that the total BPRS score and scores of anxiety and depression, as well as the lack of activation factors at 1 and 2 weeks in the study group were all reduced compared with control values ($P<0.05$). At the end of week 4, scores of anxiety and depression, lack of activation factors and thinking disorders were lower in the study group than control values ($P<0.05$) (Table 1). Changes of total BPRS scores are shown in Figure 1.

Table 1. BPRS scores at different time points in the study and control groups

Groups	BPRS					
	Anxiety and depression	Lack of vitality	Thinking problems	Activation	Hostile suspicion	Total score
The study group (n=63)						
Baseline	13.9 \pm 3.5	6.8 \pm 2.7	13.2 \pm 3.0	9.4 \pm 1.7	17.4 \pm 4.1	60.7 \pm 6.4
At the end of week 1	9.5 \pm 4.2*	5.1 \pm 1.9*	11.5 \pm 4.2*	7.1 \pm 1.5*	14.7 \pm 5.8*	47.9 \pm 8.2*
At the end of week 2	6.5 \pm 3.0*	3.7 \pm 2.1*	9.2 \pm 2.9**	5.1 \pm 1.9*	11.5 \pm 4.6*	36.0 \pm 6.7*
At the end of week 4	4.8 \pm 1.0*	2.2 \pm 1.4*	4.1 \pm 3.1*	4.0 \pm 1.2**	7.2 \pm 3.3*	22.3 \pm 5.2*
The control group (n=61)						
Baseline	14.2 \pm 3.9	6.6 \pm 2.4	13.0 \pm 2.7	9.1 \pm 2.1	16.5 \pm 3.7	59.4 \pm 9.4
At the end of week 1	12.6 \pm 2.8 ^Δ	6.5 \pm 2.9 ^Δ	11.2 \pm 3.9	7.3 \pm 1.9*	14.1 \pm 4.9	51.7 \pm 10.5 ^Δ
At the end of week 2	10.5 \pm 4.3 ^Δ	5.4 \pm 1.8 ^Δ	10.1 \pm 1.9*	5.4 \pm 2.1**	12.8 \pm 5.7*	44.2 \pm 8.0 ^Δ
At the end of week 4	7.5 \pm 3.8 ^Δ	3.3 \pm 1.5 ^Δ	5.2 \pm 3.7 ^Δ	4.2 \pm 1.2*	7.5 \pm 3.5*	27.7 \pm 5.7*

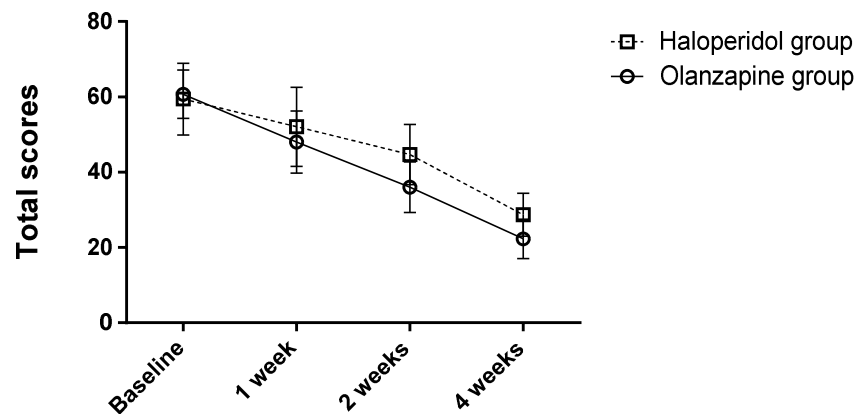


Fig1. BPRS scores change between olanzapine vs. haloperidol

3.3 Adverse reactions of antipsychotics

The data are summarized in Table 2. During the four-week treatment period, there was no serious adverse drug reaction in the two groups. However, the incidence rate of adverse drug reactions in the study group was comparatively lower than that in the control group, with a statistically significant difference ($P < 0.01$).

4. Discussion

This study found that olanzapine and haloperidol effectively improved psychotic symptoms due to amphetamines in a short term. The onset time of olanzapine was earlier, with lower incidence of adverse drug reactions compared with haloperidol values. Meanwhile, olanzapine was superior in improving anxiety and depression, lack of vitality, and thinking disorders.

Mental disorders due to amphetamine-type stimulants (ATS) are widespread in the abuse population with psychotic symptoms as the main concern [16]. ATS has broad effects on the central nervous system, which has an effective role in the dopamine (DA) system [17]. ATS may confer to drug abusers a sense of strong pleasure by increasing the release of DA in some areas of the cerebrum; meanwhile, DA dysfunction in long-term abusers may directly cause other psychotic symptoms [17, 18]. In the clinical diagnosis and treatment of ATS abusers, studies [19, 20] have revealed that ATS drugs produce effects similar to schizophrenia. In addition, ATS has significant interference on the 5-HT system in the brain [21]. Mood changes in patients with acute poisoning or long-term smokers are correlated with 5-HT dysfunction. Relevant basic research [22] has demonstrated that ATS causes anxiety and depression, emotional indifference in humans, and the corresponding behavioral changes in animals.

Olanzapine is used as an atypical antipsychotic; its functional receptors are mainly 5-HT₂ and D₂ receptors, and its affinity to 5-HT₂ is greater than that to D₂. Related studies found that olanzapine is more effective in schizophrenia patients with anxiety and depression [23]. This study also confirmed that olanzapine had better effects in improving emotional symptoms such as anxiety and depression at the early stage of treatment. These effects were better than those of haloperidol, which may be related to the 5-HT receptor. Olanzapine more pronouncedly improves psychotic symptoms due to ATS, which is consistent with previous findings [8, 24]. Moreover, it exerted good antipsychotic effects with few extrapyramidal adverse reactions (EPS) and better adherence; this may be related to the affinity of D₂ receptor of 60%~80% [25]. Meanwhile, blockade of olanzapine to M and H₁ receptors may explain the presence of excessive sedation and constipation.

Haloperidol is a D₂ receptor blocker with simple action. This study found that haloperidol was ideal in improving psychotic symptoms, but did not significantly improve anxiety and depression, which may be related to its simple action on D₂ receptor. However, with the improvement of psychotic symptoms, clinical signs secondary to psychotic symptoms were gradually alleviated. This difference with olanzapine may be related to the singularity of its receptor. Meanwhile, we also found that early beneficial effects of olanzapine on factors such as anxiety and depression may be correlated with its impact on the 5-HT_{2A} receptor.

In addition, adverse reactions of olanzapine were significantly fewer than those of haloperidol, which made olanzapine more easily accepted by the patients despite related excessive sedation and weight gain. This study did not include more detailed and quantified horizontal comparisons for medical doses and de-

degrees of adverse reactions; meanwhile, this trial was also limited by the short observation time. These limitations will be addressed and improved in future studies.

Figure legends

Fig1. Comparison of BPRS total scores between olanzapine group and halperidol group

Table 1. BPRS scores at different time points in the study and control groups

Note: inter-group comparison: * $P < 0.05$, and group-wise comparison: $\Delta P < 0.05$.

Table 2. Adverse drug reactions in the study and control groups

Note: * $P < 0.01$

References

1. <http://www.sda.gov.cn/WS01/CL0051/128740.html>.
2. Glasner-Edwards S, Mooney LJ. Methamphetamine psychosis: epidemiology and management. *CNS Drugs* 2014;28:1115-1126
3. Zarrabi H, Khalkhali M, Hamidi A, Ahmadi R, Zavarmousavi M. Clinical features, course and treatment of methamphetamine-induced psychosis in psychiatric inpatients. *BMC Psychiatry* 2016;16:44
4. Pasic J, Russo JE, Ries RK, Roy-Byrne PP. Methamphetamine users in the psychiatric emergency services: a case-control study. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2007;33:675-686
5. <http://www.nhfpc.gov.cn/zwgkzt/wsbyjsj/200912/45283.shtml>.
6. Gorelick DA, Zangen A, George MS. Transcranial magnetic stimulation in the treatment of substance addiction. *Ann N Y Acad Sci* 2014;1327:79-93
7. Ziaaddini H, Roohbakhsh T, Nakhaee N, Ghaffari-Nejad A. Effectiveness of Electroconvulsive Therapy in Persistent Methamphetamine Psychosis: A Pilot Study. *Addict Health* 2015;7:14-23
8. Leelahanj T, Kongsakon R, Netrakom P. A 4-week, double-blind comparison of olanzapine with haloperidol in the treatment of amphetamine psychosis. *J Med Assoc Thai* 2005;88 Suppl 3:S43-52
9. Yap CY, Taylor DM, Knott JC, Taylor SE, Phillips GA, Karro J, et al. Intravenous midazolam-droperidol combination, droperidol or olanzapine monotherapy for methamphetamine-related acute agitation: subgroup analysis of a randomized controlled trial. *Addiction* 2017
10. Verachai V, Rukngan W, Chawanakrasaasin K, Nilaban S, Suwanmajo S, Thanateerabunjong R, et al. Treatment of methamphetamine-induced psychosis: a double-blind randomized controlled trial comparing haloperidol and quetiapine. *Psychopharmacology (Berl)* 2014;231:3099-3108
11. Farnia V, Shakeri J, Tatari F, Juibari TA, Yazdchi K, Bajoghli H, et al. Randomized controlled trial of aripiprazole versus risperidone for the treatment of amphetamine-induced psychosis. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2014;40:10-15
12. Seddigh R, Keshavarz-Akhlaghi AA, Shariati B. Treating methamphetamine-induced resistant psychosis with clozapine. *Case Rep Psychiatry* 2014;2014:845145
13. He J, Xu H, Yang Y, Zhang X, Li XM. Neuroprotective effects of olanzapine on methamphetamine-induced neurotoxicity are associated with an inhibition of hyperthermia and prevention of Bcl-2 decrease in rats. *Brain Res* 2004;1018:186-192
14. Abekawa T, Ito K, Nakagawa S, Nakato Y, Koyama T. Olanzapine and risperidone block a high dose of methamphetamine-induced schizophrenia-like behavioral abnormalities and accompanied apoptosis in the medial prefrontal cortex. *Schizophr Res* 2008;101:84-94
15. Zelen M. A new design for randomized clinical trials. *N Engl J Med* 1979;300:1242-1245
16. Glasner-Edwards S, Mooney LJ, Marinelli-Casey P, Hillhouse M, Ang A, Rawson R, et al. Clinical course and outcomes of methamphetamine-dependent adults with psychosis. *J Subst Abuse Treat* 2008;35:445-450
17. Miyazaki M, Noda Y, Mouri A, Kobayashi K, Mishina M, Nabeshima T, et al. Role of convergent activation of glutamatergic and dopaminergic systems in the nucleus accumbens in the development of methamphetamine psychosis and dependence. *Int J Neuropsychopharmacol* 2013;16:1341-1350
18. Anneken JH, Angoa-Perez M, Kuhn DM. 3,4-Methylenedioxypyrovalerone prevents while methylone enhances methamphetamine-induced damage to dopamine nerve endings: beta-ketoamphetamine modulation of neurotoxicity by the dopamine transporter. *J Neurochem* 2015;133:211-222
19. Paterson NE, Vocci F, Sevak RJ, Wagreich E, London ED. Dopamine D3 receptors as a therapeutic target for methamphetamine dependence. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2014;40:1-9
20. Hsieh JH, Stein DJ, Howells FM. The neurobiology of methamphetamine induced psychosis. *Front Hum Neurosci* 2014;8:537
21. Chiu HY, Chan MH, Lee MY, Chen ST, Zhan ZY, Chen HH. Long-lasting alterations in 5-HT2A receptor after a binge regimen of methamphetamine in mice. *Int J Neuropsychopharmacol* 2014;17:1647-1658
22. Jang CG, Whitfield T, Schulteis G, Koob GF, Wee S. A dysphoric-like state during early withdrawal from extended access to methamphetamine self-administration in rats. *Psychopharmacology (Berl)* 2013;225:753-763
23. Hershenberg R, Gros DF, Brawman-Mintzer O. Role of atypical antipsychotics in the treatment of generalized anxiety disorder. *CNS Drugs* 2014;28:519-533
24. Misra LK, Kofoed L, Oesterheld JR, Richards GA. Olanzapine treatment of methamphetamine psychosis. *J Clin Psychopharmacol* 2000;20:393-394
25. Raedler TJ, Knable MB, Lafargue T, Urbina RA, Egan MF, Pickar D, et al. In vivo determination of striatal dopamine D2 receptor occupancy in patients treated with olanzapine. *Psychiatry Res* 1999;90:81-90

思瑞康治疗甲基苯丙胺所致精神障碍及精神分裂症疗效对比观察

高尚 王汉文 刘琳 田凤鸣 钟明

黑龙江省公安厅安康医院

【摘要】

目的：对比观察思瑞康治疗甲基苯丙胺所致精神障碍及精神分裂症的临床疗效。

方法：采用回顾性研究方法，收集应用思瑞康治疗甲基苯丙胺所致精神障碍及精神分裂症的患者各 40 例临床资料，用药前后均采用简明精神病评定量表(BPRS)评价效果。

结果：甲基苯丙胺所致精神障碍组总有效率 95.00%，精神分裂症组总有效率 85.00%。

结论：思瑞康治疗甲基苯丙胺致精神障碍者及精神分裂症疗效相当，但两者在药量、疗程、副反应等方面存在显著差异。

【关键词】 思瑞康；甲基苯丙胺；精神分裂症；疗效对比

The comparative observation of the clinical effectiveness of the amphetamines -induced mental disorders and schizophrenia with seroquel

GAO Shang WANG Hanwen LIU Lin TIAN Fengming ZHONG Ming
(The An Kang Hospital of Heilongjiang Province Public Security Department)

【Abstract】 Objective: we aim to observe the clinical effectiveness of the amphetamines -induced mental disorders and schizophrenia with seroquel

【Method】: A retrospective analysis were used, collect each 40 clinical datas of amphetamines -induced mental disorders and schizophrenia with seroquel treated..Used Brief Psychiatric Rating Scale(BPRS)to assess the clinical effectiveness in the before and after medication.

【Result】: The effective rate of the amphetamines -induced mental disorders was 95.00% and that of the schizophrenia group was 85.00%.

【Conclusion】: The treatment effect of seroqueland in amphetamines -induced mental disorders and schizophrenia showed equivalent, however, there were significant differences in the amount of medicine, treatment, and side effects.

【KEYWORD】 Seroquel; Amphetamines; schizophrenia; clinical effectiveness

甲基苯丙胺, 俗称冰毒, 近些年来在我东北地区的滥用趋势愈发凶猛, 该物质不仅能损伤人体的中枢神经系统, 产生焦虑、烦躁、失眠等戒断反应, 而且可导致严重精神病性症状, 对吸毒人员的自身及家庭具有极大的破坏性, 严重的危害着社会治安及稳定。本文运用回顾性研究方法, 对我院近两年内所收治的应用思瑞康治疗甲基苯丙胺所致精神障碍及精神分裂症患者疗效、用量、疗程、副反应等作以对比和总结, 以供戒毒医务人员参考借鉴。

资料与方法

1. 诊断标准:

参照《ICD-10 精神与行为障碍分类临床描述与诊断要点》^[1]精神活性物质所致精神病性障碍(F1x.5)的诊断标准:(a)可在自我报告、尿样、血样等的客观分析或其他依据的基础上明确所使用的精神活性物质。(b)应用该类物质期间或用后立即(往往是 48 小时内)出现精神病性障碍。参照《ICD-10 精神与行为障碍分类临床描述与诊断要点》^[1]精神分裂症(F20)的诊断标准(略)。

2. 纳入和排除标准:

2.1 纳入标准

符合《ICD-10 精神与行为障碍分类临床描述与诊断要点》精神活性物质所致精神病性障碍(F1x.5)的诊断标准, 经尿检苯丙胺类物质(冰毒)阳性, 并经过简明精神病评定量表评定分数大于 35 分以上者。符合精神分裂症(F20)的诊断标准, 并经过简明精神病评定量表评定分数大于 35 分以上者。

2.2 排除标准:

- (1) 全身性疾病如疼痛、发热、咳嗽、手术等，以及外界环境干扰因素引起者。
- (2) 合并有心、肺、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病者，以及严重精神疾病患者。
- (3) 妊娠或哺乳期妇女，以及对治疗药物过敏者。
- (4) 心电图，生化全项，血细胞分析有明显异常的。
- (5) 精神分裂症、情感性精神障碍、脑器质性精神障碍等。

3.一般资料

从我院 2014.1-2016.1 确诊的甲基苯丙胺所致精神障碍及精神分裂症，并应用思瑞康治疗的患者中，筛选出符合纳入标准的共 80 人，其中男 52 人，女 28 人；年龄 19-53 岁，平均（37.2 ± 8.7）；吸毒史或病史 1-10 年，平均（3.7 ± 2.1）；职业：无业 34 人，个体 15 人，农民 4 人，企事业单位 27 人。采用回顾性研究方法，筛选出符合纳入标准的甲基苯丙胺所致精神障碍患者与精神分裂症患者各 40 例，两者在性别，年龄，吸毒史，职业等方面并无显著差异， $P>0.05\%$ 。两组患者均无明显的躯体疾病，心电图，生化全项，血尿常规等均未见明显异常。

表 1 两组患者年龄、性别、病程分布

	年龄（岁）	性别	吸毒史或病史（年）
甲基苯丙胺所致精神障碍组	37.0 ± 10.0	男;29 女: 11	3.5 ± 2.2
精神分裂症组	37.5 ± 7.2	男 23 女: 17	3.8 ± 2.0

经 t 检验，甲基苯丙胺所致精神障碍组和精神分裂症组年龄、性别、病程 $P>0.05$ ，无统计学意义。
甲基苯丙胺所致精神障碍组及精神分裂症组均给予富马酸喹硫平[生产厂家：美国阿斯利康制药有限公司；批准文号：进口药品注册证号 H20130039]50 毫克，每日早晚两次口服起，根据患者耐受情况，酌情加减，一周内可加到最大治疗量 300-400 毫克，每日两次口服。
2 组均以 4 周为一个疗程，一个疗程结束后评价疗效。

4.统计学方法

测定数据用均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，组间资料比较应用独立样本 T 检验，原始数据整理后用 SPSS16.0 软件进行方差检验， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

结果

- 1.疗效判定标准： 依照《临床疾病诊断与疗效判断标准》^{〔3〕}，并以简明精神病评定量表（BPRS）减分率为评价标准，减分率<25%为无效，减分率 25%-50%为有效，减分率 51%-75%为显效，减分率>75%为痊愈。
- 2.两组效果比较：
甲基苯丙胺所致精神障碍组总有效率为 95.00%，精神分裂症组总有效 85.00%， $P>0.05$ ，两组对比无明显统计学意义。

表 2 两组患者临床疗效比较

	无效	有效	显效	痊愈	总有效率
甲基苯丙胺所致精神障碍组	2 (5.0%)	3 (7.5%)	31 (77.5%)	4 (10.0%)	95.00%
精神分裂症组	6 (15.0%)	5 (12.5%)	24 (60.0%)	5 (12.5%)	85.00%

注：与精神分裂症组相比， $P>0.05$

表 3 简明精神科量表 (BPRS)

	治疗前		治疗后	
	甲基苯丙胺所致精神障碍组	精神分裂症组	甲基苯丙胺所致精神障碍组	精神分裂症组
BPRS 总分	61.5 ± 15.3	61.8 ± 11.3	27.3 ± 13.1	27.1 ± 7.5
焦虑抑郁因子	11.9 ± 3.0	11.3 ± 3.8	6.2 ± 2.3	7.6 ± 5.8
缺乏活力因子	7.9 ± 4.0	11.8 ± 3.4	5.3 ± 2.8	7.0 ± 2.5
思维障碍因子	16.7 ± 4.9	15.8 ± 5.1	6.3 ± 13.5	6.6 ± 1.8
激活性因子	10.5 ± 6.0	9.7 ± 3.6	4.8 ± 3.2	3.5 ± 0.9
敌对猜疑因子	14.6 ± 02.9	13.1 ± 5.2	4.2 ± 2.3	4.4 ± 1.2

经 t 检验，甲基苯丙胺所致精神障碍组 BPRS 各项得分及总分在治疗前后 $P<0.05$ ，有统计学意义；精神分裂症组 BPRS 各项得分及总分在治疗前后 $P<0.05$ ，有统计学意义；甲基苯丙胺所致精神障碍组和精神分裂症组 BPRS 各项得分及总分在治疗前 $P>0.05$ ，无统计学意义；甲基苯丙胺所致精神障碍组和精神分裂症组 BPRS 各项得分及总分在治疗后 $P>0.05$ ，无统计学意义。

讨论

甲基苯丙胺 (MA)，长期使用可出现认知功能损伤，亦可出现激惹，暴力行为，类精神分裂症样表现，其发病机制可能是“由于大剂量的苯丙胺引起的多巴胺堆积，并缺乏相应的转化酶，破外神经末梢，导致尾状核多巴胺耗竭有关。”^[4]。精神分裂症的发病机制可能为“中枢多巴胺亢进、5-HT 代谢障碍、中枢谷氨酸功能不足有关”^[5]，对于甲基苯丙胺所致精神障碍及精神分裂症，我院主要选择思瑞康等药物进行治疗，其中“思瑞康对 5-HT₂、D₁ 和 D₂ 受体有着高度亲和力”^[4]。对精神病性阴性症状、阳性症状改善的均较明显。在副反应、安全性及依从性等方面上，思瑞康治疗的 40 例患者中，除 3 例出现明显发胖，少数人出现口干、头晕，困倦外，其余均未出现明显不适，服药前后血细胞分析及肝肾功检查亦未见异常；思瑞康治疗精神分裂症 40 例中出现较严重的头晕、困倦 12 人，肝功异常 3 人，白细胞计数降低 2 人，其他人中均存在不同程度的口干、便秘等，此种情况下根据病情需要及综合患者身体状况等多方面因素多给予对症或减药处理，此情况的发生与精神分裂症患者服药量过大密切相关，患者服药依从性差。对于药物的治疗剂量，笔者发现急性中毒的患者，虽然精神病性症状很严重，但是治疗量往往只能达到同样严重程度精神分裂症患者 1/3-1/2，比如：思瑞康量达到 200 毫克每日，即可很好的控制症状，超过此剂量患者往往出现严重的副反应，此机制并未有相关文献报道，笔者认为可能与毒品在体内代谢相关，对于长期大量吸食伴有精神病性症状的慢性患者，治疗方案可同精神分裂症，但治疗剂量亦不宜过大。在治疗的疗程方面，急性中毒一般 2-4 周即可控制症状，需继续小剂量维持治疗 1-2 个月即可，而精神分裂症患者首次发病需要不间断服药 2 年以上，再次发作需不间断服药 5 年以上，再反复发作需终身服药。慢性中毒服药时间需延长，治疗方案可参考精神分裂症。另外在治疗的过程中，心理疏导及其 MECT、经络磁刺激等理化治疗手段配合应用，常能收到良好的效果。

综上所述，思瑞康对于甲基苯丙胺类所致精神障碍及精神分裂症疗效确切，但在用药的剂量、疗程、副反应等方面存在显著差异，戒毒医疗同行可参考借鉴，本研究虽取得一定成效，但尚有不足之处，当在以后的工作中采用更为科学的试验方法设计，进一步加大样本量进行深入研究。

参考文献

- 【1】范肖冬等. ICD-10 精神与行为障碍分类[M]. 北京:人民卫生出版社, 1993.
- 【2】杜新忠. 实用戒毒医学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2007.
- 【3】王蔚文. 临床疾病诊断与疗效判断标准[M]. 北京:科学技术文献出版社, 2010.
- 【4】刘吉成. 精神药理学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2009.
- 【5】郝伟. 精神病学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2004.

社区戒毒社区康复工作社会化的思考

秦总根

广东警官学院

【摘要】

（目的）社区戒毒（康复）是一项事关禁毒工作全局的基础性、源头性工作，对于戒治挽救吸毒人员、推进毒品治理、促进社会稳定都具有十分重要的作用。（方法）利用在某市挂职期间，对社区戒毒（康复）的调研。（结果）发现当前社区戒毒（康复）还存在认识不到位、专业服务缺乏、服务资源短缺、合力尚未形成等问题。（结论）需要加强领导落实责任、打通政府之间的通道、实现社工的科学管理、加强民间资源的培育、充分挖掘利用社会资源，使社区戒毒（康复）工作走向社会化，才能更有效地发挥社区戒毒（康复）应有作用，更好地服务于吸毒人员，促进社会和谐稳定。

【关键词】社区戒毒（康复），社会化，无缝连接

Exploration on the socialization of community-based drug treatment and rehabilitation

Qin Zong-gen

(Department of Investigation, Guangdong Police Officer College)

Abstract: The community-based drug treatment and rehabilitation is basic work related to the overall anti-drug. It plays an important role in the rescue of drug addicts, the promotion of drug control and the promotion of social stability. However, there exit some problems in knowledge, professional services, service resources and resultant force for it. It is necessary to strengthen the leadership responsibility, open up the channel among the government, carry out the scientific management of social workers and make full use of social resources. Only in these methods can the better service for drug addicts and social harmony be reached.

Keywords: community-based drug treatment and rehabilitation, socialization, Seamless connection

社区戒毒、社区康复是一项事关禁毒工作全局的基础性、源头性工作，是新形势下创新吸毒人员管理服务的具体要求和加强禁毒基层工作的重要举措。开展社区戒毒社区康复工作，是对我国长期戒毒工作的经验总结，是《禁毒法》和《戒毒条例》推出的重大举措，是整个戒毒体系的重要组成部分。社区戒毒社区康复工作事关禁毒工作全局，事关社会和谐稳定，事关人民安居乐业，对于深入推进禁毒人民战争、实现禁毒斗争形势持续好转具有重要意义。当前，全国上下正在力推社区戒毒社区康复工作，取得了可喜的成绩，呈现出良好的发展势头。正如很多新鲜事物在启动阶段都会存在或出现这样那样的问题一样，当前的社区戒毒社区康复工作也不例外，要进一步推进社区戒毒社区康复工作，挖掘其蕴藏的潜力，使之更好地服务于吸毒人员，社区戒毒社区康复工作需要进一步社会化，与社会实现更紧密的无缝连接。本文欲就此作一探讨，以期对社区戒毒社区康复工作起到一定的抛砖引玉作用。

一、当前社区戒毒社区康复工作存在的问题

当前，各地区、各有关部门按照国家禁毒委员会的部署要求，积极开展社区戒毒社区康复工作，初步建立了工作网络，形成了工作机制，积累了工作经验，取得了一定成效。但受种种因素影响，当前社区戒毒社区康复工作仍存在一些突出问题，成为整个戒毒工作中的一个薄弱环节，特别是在与社会无缝连接方面尤为突出，主要表现在：

（一）认识不到位

一些地方政府对社区戒毒社区康复工作不够重视，组织领导不到位，没有认识到自己的这项工作的主体，仍然认为是公安一家的事情，政府听听就足够了，可以坐视不管，经费保障不落实，致使这项工作发展滞后。有些乡镇、街道等基层政府组织没有认真履行社区戒毒社区康复工作职责，缺乏相应的工作机构和工作人员，有的甚至长期没有正常工作，致使社区戒毒社区康复工作措施执行不力，社区戒毒社区康复人员超期未报到、严重违反协议和脱管失控问题突出，严重影响了法律的严肃性和戒毒的实效性。

尽管也有些地方政府十分重视社区戒毒社区康复工作，然而他们中的一些官员还停留在“管理”的思维，缺少服务意识。

（二）工作合力未形成

社区戒毒社区康复是一条完整的、无缝的链条，需要在政府的领导下，与之有关的部门各负其责，形成一

股强大的合力共同面对、解决问题。然而，我国当前社区戒毒社区康复工作并没有进行链条化运作，而是被认为的切成一段一段的“香肠”，各部门各自为政、相对独立做自己本份的工作。这些社区戒毒社区康复链条中的一段一段间隙、断裂，很容易被别有用心的人所利用，而成为再次复吸的机会。

（三）社区服务资源短缺

社区戒毒社区康复工作需要政府部门、非赢利机构、志愿者团体、民间组织等多形式的机构为戒毒康复人员提供相应的社会帮助与服务。近年来，我国在建立社区戒毒服务机构方面进行了探索，如以“政府购买社会服务”的方式向乡镇村居、街道社区派驻禁毒社会工作者。但目前，大多数村居、社区的社区戒毒社区康复工作还是主要依靠街道（乡镇）、派出所等组织开展工作，一方面这些组织并不是专门的戒毒服务机构，专业化水平较低，职业化程度不高；另一方面，这些组织的资源有限，能为戒毒者所使用的资源就更少，加之各部门间缺乏协调，易造成有限资源的浪费或空置。我国针对戒毒人员的专业社会服务机构的发展，与西方国家和港台地区相比还处在起步阶段，现有的机构和组织远不能满足社区戒毒人群的需求，还缺乏为不同康复阶段的戒毒者提供专门服务的福利机构。而实践中，我国尚未形成完善的社区戒毒基层组织，党团组织、职能部门、群众组织和志愿者队伍没有形成有效的联动机制；社区文化教育资源利用率低，人力资源专业化、规模化不足；戒毒被普遍认为是公安机关的事情，因而其他职能部门积极性不够，普通居民则更是避而远之。

（四）专业意识与知识缺乏

现阶段，社区戒毒社区康复工作主要由街道（乡镇）司法所工作人员、村居社区工作人员以及专区民警等来完成，街道（乡镇）司法所主要以指导居委会具体的安置帮教工作为主，较少进行直接服务；社区民警主要对戒毒人员进行监管，受角色与职责限制，较难与戒毒人员建立互信关系；村居社区工作人员与戒毒人员接触较多，较能注意戒毒者的多方面需求，但他们日常工作繁杂，人力、物力相对有限，难以深入开展工作。社区戒毒社区康复工作重“管理”轻“服务”，较少关注戒毒人员心理情绪的疏导和社会功能的康复。村居社区的工作人员缺乏社会工作专业背景，工作理念落后，工作随意性大，工作效果不理想。戒毒人员对社区工作人员的认可与接受程度较低。专业意识与知识的缺乏，也就难以提供专业化的服务。

另外，目前社区帮扶帮教体系还不够完善，帮扶工作常常出现流于形式，致使一些社区戒毒社区康复人员生活无保障，就业无出路，无事可做，精神空虚，一些区戒毒社区康复人员不由自主的走上复吸毒品的老路。

二、对社区戒毒社区康复工作社会化的建议

社区戒毒社区康复工作社会化的目的就是要将戒毒工作的各个环节实现有效的、无缝连接，转变政府职能，充分发挥社会的作用，将社会问题放回到社会中去解决，从而有效提升戒毒的成效。

（一）加强领导、落实责任

开展社区戒毒社区康复工作，关键在领导重视，核心是责任落实。这就需要切实加强组织领导，落实工作责任，整合资源、统筹力量，努力构建党委政府统一领导、有关部门齐抓共管、乡镇街道具体实施、社会力量广泛参与的工作格局。一要加强经费保障，把社区戒毒社区康复工作所需经费分别列入各级财政预算，并建立动态增长机制。健全工作机制、完善考评办法，进一步强化考核、监督、检查，建立责任追究制度，推动各项责任措施落到实处；二要强化主体责任。乡镇、街道是开展社区戒毒社区康复工作的主体，确保有吸毒人员的乡镇、街道全部成立工作领导小组，建立办事机构，明确建设标准、制度规范和职责功能。要在社区配备禁毒工作专职干部，配齐配强禁毒社工，发展禁毒志愿者队伍，发挥社区网格员的作用，共同开展社区戒毒社区康复工作；三要落实各职能部门的职责，各司其职、各负其责，密切配合、通力协作，综治组织要把社区戒毒社区康复工作作为社会治安防控体系建设的重要方面，把社区戒毒社区康复人员纳入特殊人群服务管理范畴。公安机关要做好吸毒人员的检测、登记和管控工作，做好与社区戒毒社区康复工作机构的信息交换，协助其加强日常管理，做好相关信息的录入和维护工作。卫生计生部门要支持做好有关戒毒治疗、心理康复和常规医疗服务。民政部门要将社区戒毒社区康复工作纳入基层社区建设重要内容。司法部门要做好与社区戒毒社区康复工作机构的衔接。人力资源社会保障部门要加强社区戒毒社区康复人员的就业扶持和技能培训工作。工会组织要加强对吸毒职工的法制教育和帮扶救助。共青团组织要加强青年禁毒志愿服务项目建设。妇联组织要做好吸毒人员家庭的关怀教育。各部门之间要加强沟通和衔接，形成工作合力，共同做好社区戒毒社区康复工作。

（二）打通政府之间的通道

为了更有效实施社区戒毒社区康复工作，需要在乡镇街道、村居社区里构建民生服务平台，将村居社区的主要工作如计生、民政、综合治理、社区戒毒社区康复工作等都纳入其中，打通社区和公安、民政、卫生计生等部门的数据通道，并将其作为乡镇街道与村居社区干部的工作平台，由乡镇街道、村居社区指定专人负责，做到“换人不换岗”。在确保安全的前提下，通过技术手段实现了公安警综平台和民生服务平台之间的数据交换，公安机关在为吸毒人员办理社区戒毒社区康复以后，可以将相关文书直接传输到办事处禁毒专干的平台

上，在吸毒人员报到后，再由禁毒专干分配至村居社区，由村居社区工作人员与网格员进行日常管理，管理过程全部录入平台。在管理过程中，对于严重违反戒毒康复协议的人员会自动流转至公安机关，由公安机关进行查处，整个流程完全在网络上流转，乡镇街道、村居社区到网格员的每日、每月、每季度的社区戒毒社区康复各项工作一目了然，实现了全过程、高效率、可核实的社区戒毒社区康复工作模式。同时依托民生服务平台，获取了包括综治、民政、计生在内的等各类政府信息资源，打通政府之间的通道，为开展社区戒毒社区康复人员的日常管理工作提供了有力保障。

（三）科学管理，纵深发展

开展社区戒毒社区康复工作的指导原则是“政府主导、多部门合作、全社会共同参与”。在加强政府的主导地位的前提下，需要各部门的协调配合、社会共同参与，才能确保社区戒毒社区康复工作深入开展和全面落实的要求。而民间组织和社会团体的参与是做好社区戒毒社区康复工作不可或缺的一环。第一，推进政府购买服务。要通过政府购买服务等方式，推动将适宜由社会力量承担的禁毒社会工作服务纳入政府购买服务范围 and 目录，带动发展禁毒社会组织和专业机构，开展专业化禁毒服务。要坚持专群结合，依靠群众、发动群众，充分发挥好人民团体、群众组织、社会组织的优势，完善参与机制，形成工作合力；第二，创造良好政策制度空间。要帮组民间组织（或社会团体）建立健全自律机制、奖励制度、财务公开制度和财务监督制度；利用在培训方面的资源优势 and 条件，帮助民间组织（或社会团体）加强人员的业务能力培训，进而提高社会服务水平；引入竞争机制，以竞争促进服务，以竞争促进发展。第三，加大资金扶持力度。建立公共财政投入机制，改进政府购买服务的方式。将社区戒毒社区康复工作纳入市级财政预算，并指导区县财政部门进一步加大财政投入。制定政府购买服务合同的示范文本，提高政府购买服务资金的使用效率。各区县要结合自身实际，量化工作项目，规范发包流程，落实配套资金，便于社团操作、政府考核，确保政府购买服务的每一笔资金，都能产生实实在在的效果。第四，扶持社工组织的发展。要出台加强禁毒社会工作者队伍建设的意见，合理制定禁毒社工工资标准并建立动态调整机制，支持禁毒社工参加专业教育、继续教育和全国社会工作者职业考试，对取得证书的纳入专业技术人员管理范围，聘任技术职务或发放津贴；第五，建立健全监督评估体系。在开展社区戒毒的工作中，市一级政府可委托市级禁毒办建立与政府购买服务绩效相适应的服务、评估标准。并指导各区、县级市禁毒办制定适宜本辖区社区戒毒工作的服务标准和评估办法。在对提供社区戒毒工作服务的民间组织（或社会团体）评估中，乡镇街道、区县禁毒部门是主体，可以直接组织开展，也可以委托社会第三方。根据掌握真实情况，客观公正地开展评估工作，对于考评等级优秀的民间组织（或社会团体）、社工要给予适当奖励，提高他们的积极性。对社工的考评，主要由民间组织（或社会团体）来进行，考核的结果报各级禁毒办备案，并作为社工聘用和任职资格晋升的重要依据。

（四）加强民间资源的培育

戒毒人员复归社会所需的社区资源是他们顺利走向社会、防制复吸的一个重要的抓手。在鼓励民间戒毒社会资源发展的同时，要通过训练、委托办理、委托经营的方式，积极地扶植、培育相关的社区资源发展，具体为：第一，投入充裕的预算：以采购方式，购买社会福利团体的服务项目，例如个案管理、安置收容、各类型辅导方案、咨商与团体治疗等，扩大市场需求，对符合政策的企业要按规定给予税收优惠和社会保险补贴，以引导、吸引提升市场供给能力。同时，要支持社区戒毒社区康复人员自主创业，运用现有政策，制定各种优惠措施，对符合条件的按照有关规定给予税费减免、信贷发放、社会保险补贴等支持；第二，发展与培训协助戒毒人员戒瘾治疗或社会复归的专业技能，以训练、培植民间团体与专业人员，积极帮助社区戒毒社区康复人员戒除毒瘾、融入社会；第三，以公办民营方式，购置硬件设施，委由民间经营治疗性社区、中途之家、治疗中心等机构，并予以监督考核。

（五）充分挖掘利用社会资源

社区戒毒社区康复工作只依靠专业禁毒工作人员是远远不够的，还必须动员、组织居民群众积极参与禁毒工作，吸收村居社区内综合素质较高、责任心强、在当地有影响力的热心禁毒工作的社会帮教志愿者、禁毒社会工作者、治安积极分子及吸毒人员家属等组成群众自治组织，如社区里的老干部、老战士、老专家、老模范、老居民。扩大组建禁毒志愿者队伍，最大限度地凝聚禁毒力量。通过社区禁毒联络专员与社区禁毒委员会及政府性禁毒组织协同作战。向社会招募专业人才志愿者，特别是医学、心理、教育等方面专业人士，提高教育矫治水平。同时要注意发挥吸毒者家人、亲属的帮教作用，他们的支持参与可起到事半功倍的作用。通过社会各界对戒毒人员在人格上尊重、精神上鼓励、生活上关心，使他们较快融入社会、回归社会，增强家庭和社会责任感，过上正常人的生活。

（六）构建无缝连接的缓冲地带，实现精准戒毒

戒毒人员从戒毒机构出来，一方面他们对变化了的社会出现不适应，难以较快的融入社会，另一方面，社

会对戒毒人员不可避免存在偏见，难以被社会接纳。为此，可以借鉴台湾的经验，在戒毒机构与社会之间专门设置中途之家、庇护工厂、治疗中心，对表现良好且有戒瘾意愿的戒毒人员提前假释进入中途之家、庇护工厂、治疗中心，由司法部门负责戒护安全与外围管理，将特定治疗方案需求委托民间机构办理，例如专业评估、职业训练、心理辅导、团体治疗等，接受持续性的戒瘾治疗或心理辅导，以作为机构内与社会复归的衔接，提升个案接受社会复归服务的意愿与配合度、自我改善意愿，同时亦促进民间机构的参与，发展民间机构的专业服务，在戒毒人员与社会之间建立缓冲地带，使戒毒机构与社会实行无缝连接，有效的促进了戒毒人员平稳的走向社会。

为预防复吸，应广泛结合医疗资源共同办理心理咨询团体或治疗团体，依靠由专业化、系统化的小团体治疗模式，在精神科医师、心理师、社工师等专业人员带领下，适时运用团体力量，增强社区戒毒康复人员自我认知及重新学习适应社会行为技巧，以助其稳定适应社会生活。此戒瘾模式将结合毒品危害防制中心进一步办理毒品犯团体咨商治疗。另外，在社区戒毒社区康复期间内，提供个别心理咨询、艾滋防治卫教倡导，艾滋病筛检、就业等辅导，以深化吸毒犯心理辅导效能，协助成功戒毒，并配合加强采验尿液等外在监督措施，从而达到预防再犯的目的。

另外，整合人员信息、现实状况、家庭背景、社会活动等资源，构建贯通公安网、政务网、互联网的信息系统，建立综合服务平台，真正实施网格化社会管理体系，以利于监督社区戒毒工作、为社区戒毒康复人员的戒毒和就业提供良好的服务。开发移动终端，为禁毒社工实时录入、采集数据提供便利，实现实时信息的动态维护，保证社区戒毒社区康复工作的真实性、有效性。要强化信息资源的综合应用，运用大数据、云计算等信息技术，围绕社区戒毒社区康复人员打造“数据围栏”，根据社区戒毒社区康复人员的染毒程度、经历、个人特点、生活和家庭环境等情况，建立自动分析模型，推行积分预警，研判生成个性化、差异化的管控帮教方案，实现“一人一策，精准戒毒”。

社区戒毒社区康复工程是一项系统工程，无法一蹴而就，在该项工作的社会化工程中，需要步步为营，久久为功，踏踏实实工作，努力使该项工作实现系统化、规范化、制度化、常态化，社区戒毒社区康复工作社会化才会日益彰显。

参考文献

- 栾莉舒（2017）。社区戒毒模式及相关问题的探讨。山西青年, (2), 207-208
- 谢伦（2015）。社区戒毒社区康复委托管理的实践探索。中国司法, (7), 87-91
- 杨良（2014）。中国社区戒毒和社区康复模式理论与实践。中国药物滥用防治杂志, (3), 125-143
- 王利荣, 张凯伦（2013）。社区戒毒康复机制研究。中国人民公安大学学报。2013, (1), 113-118
- 杨士隆, 李思贤, 朱日乔, 李宗宪（2015）。药物滥用毒品与防治（第二版）。台北：五南图书出版股份有限公司

美国 Matrix 干预模式
在强制隔离戒毒所合成毒品滥用者团体心理咨询中的运用初探
孟怡然 张丽琼
云南省药物依赖防治研究所

【摘要】

本文通过介绍美国 Matrix 门诊干预模式的背景、内容和特点，以及将该模式中的团体治疗部分尝试性地运用到强制隔离戒毒所内处于即将出所阶段和康复初期阶段的两个合成毒品滥用者的团体心理咨询之后的效果和反思，目的在于探讨该模式运用到国内合成毒品滥用者的心理行为干预中的可行性。团体结束后经过治疗师与团体成员一对一访谈，发现团体成员对团体形式、主题和内容的接纳程度较好，融入程度高。虽然 Matrix 门诊干预模式要完全运用到国内合成毒品滥用者的心理行为干预中需要更多实证和疗效的研究支撑，且存在一些“水土不服”的部分，但它在对强制隔离戒毒所的合成毒品滥用者的心理行为干预以及促进其更好地回归社会生活和康复方面仍具有其优势。

【关键词】 合成毒品滥用者 团体心理咨询 干预模式

壹 引言

合成毒品的滥用问题在我国日趋严重。截至 2016 年底，全国现有吸毒人员 250.5 万名。全国登记在册的吸毒人员中，滥用合成毒品人员 151.5 万名，占 60.5%，滥用规模居所有毒品的首位，合成毒品使用人员呈现不断上涨的趋势^[1]。无论是显性还是隐性的合成毒品滥用者都存在治疗需求，但目前国内机构治疗对象以治疗阿片类物质滥用者为主^[2]，针对合成毒品滥用者缺乏有效的治疗药物及干预和治疗手段，相关的综合性心理行为干预模式研究也相对欠缺。

一、国内针对海洛因和合成毒品滥用者干预治疗模式现状

针对海洛因滥用者，肖杨^[3]等人运用动机-技能-脱敏-心理能量模式对强制隔离戒毒所内海洛因成瘾的 98 名男性学员进行干预对照研究，发现学员的抑郁情绪、对毒品的渴求度和冲动性均有改善，且后续一年操守率较好^[4]。但该模式还没有运用到合成毒品滥用者中的相关研究。

国内针对合成毒品滥用者的干预研究主要集中在以合成毒品所致精神障碍、情绪障碍的对症治疗和个体心理干预上^{[5][6]}，这些干预措施对于滥用者的精神症状、认知和情绪有一定改善效果；另外还有以特殊方法为基础的干预，如音乐治疗^[7]、汉式团体心理咨询^[8]、团体辅导加运动^[9]、太极康复操^[10]等，对于滥用者的身心康复、情绪改善也有一定帮助。一些文献指出，针对合成毒品滥用者，心理行为干预的方式应该更加多元化，尤其要注重动员滥用者家庭、社会支持的力量，才能促使其更好地康复并回归社会^[11]。

贰 美国 Matrix 模式简介

Matrix 模式源于 20 世纪 80 年代，美国加州等地区可卡因成瘾较为严重的时期^[13]。随着临床经验的不断积累，针对可卡因、甲基苯丙胺等兴奋剂滥用者，可以精准归纳出实证疗效、易于操作、涵盖内容全面的治疗方法体系也随之诞生。这是一套以临床实证为基础的，整合了认知行为治疗、预防复吸技术、动机强化治疗、心理教育、家庭治疗、12 步骤法等的一系列治疗项目。

从治疗体系来划分，该模式可以分为团体治疗（团体类型包括早期康复技能、预防复吸、家庭教育和社会支持）以及个体/家庭治疗，这些项目集中在 16 周之内，同时伴随每周一次的尿检来监控病人的药物使用情况，详见表 1。

周一	周三	周五
早期康复技能团体 (1~4 周)	家庭教育 (1-12 周)	早期康复技能团体 (1~4 周)
预防复吸团体 (1~16 周)	社会支持团体 (13-16 周) 16 周后均可继续进行	预防复吸团体 (1~16 周)

表 1 治疗日程范例表

从内容上看，早期康复技能团体主题主要有 8 个：停止恶性循环、学会辨识内外部触发点、介绍 12 步骤法或互助小组活动、康复中身体的化学变化、早期康复中的常见挑战、情绪，想法和行为、12 步骤法的优势。预防复吸团体主题包括 32 个，涵盖了滥用者在康复过程中与其日常生活紧密相关，且往往会遇到的问题，如酒精使用、情绪触发点、康复的动机、工作与娱乐、人际关系与信任等。

一、Matrix 模式特点

（一）治疗频率密集，强度大

参与者在 16 周的治疗计划中，每周有三天全天时间都需要参与不同形式和内容的团体治疗，必要的时候还会穿插有个体治疗/评估和家庭治疗。

（二）指南详细，高度结构化，可操作性强

目前 Matrix 模式的干预指南相关书籍已由美国物质滥用和心理健康服务中心（SAMHSA）出版，国内还没有中文译版。指南对每一次个体干预、团体干预的主题以及操作流程都做详细说明，新手咨询师易于操作。

（三）干预形式多元化，从不同方面给予滥用者支持，治疗过程注重滥用者如何更好地回归社会和正常生活

Matrix 模式书籍包含了针对咨询师、兴奋剂滥用者、滥用者家人的指导手册，以及专门针对女性兴奋剂滥用者的指南，目的在于让滥用者尽可能多通过不同渠道获取支持。

二、Matrix 模式效果

从 1985 年起，有关 Matrix 的疗效评估研究已经跨越近三十年^[14]。目前包括美国、西班牙、南非、新西兰、日本、泰国^{[18][19]}在内的 21 个国家已有该模式的培训和认证项目。许多研究已证明，Matrix 模式的参与者在使用药物和酒精方面有统计学意义的减少，心理指标得到改善，与 HIV 传播相关的高危性行为也有所降低^[17]；对比参与常规住院治疗、普通门诊治疗项目的滥用者，其康复的状况更好，复吸率更低^[15]。但也有研究指出 Matrix 模式在一些收入水平一般的发展中国家或不发达国家的实证运用研究非常欠缺^[16]；另外对于缺乏各种资源支持的病人来说，他们很难长期留在该治疗模式中^[15]。目前国内尚未出现运用 Matrix 模式针对合成毒品滥用者的系统研究。

三、Matrix 模式在强制隔离戒毒所合成毒品滥用者团体心理咨询中的运用

为了探索 Matrix 模式中的团体治疗部分能否运用到强制隔离戒毒所的团体心理咨询中，2016 年 5 月至 9 月，在昆明市某强制隔离戒毒所筛选出两组成员参与团体心理咨询。

一、团体设置（见表 2）

团体类型	即将出所团体	康复初期团体
入组条件	（1）入所前单纯使用或混合使用合成毒品； （2）即将出所，离出所时间还有 3~4 个月； （3）文化水平为初中及以上；（4）排除严重的精神疾病和身体疾病；（5）经过咨询师一对一的访谈，主观上愿意参与团体心理咨询。	（1）入所前单纯使用或混合使用合成毒品；（2）入所一年左右，已经度过戒断期；（3）文化水平为初中及以上；（4）排除严重的精神疾病和身体疾病；（5）经过咨询师一对一的访谈，主观上愿意参与团体心理咨询。
成员人数	8	8
团体形式	封闭式、半结构化	封闭式、半结构化
团体频率/时长	每周 2 次 每次 60~70 分钟	每周 2 次 每次 60~70 分钟
团体次数	8	12
团体目标	为学员出所后融入社会和正常生活做准备，掌握一些预防复吸的知识技巧和生活技能	针对学员进入早期康复阶段后可能会面临的问题，探讨物质成瘾给自己生理和心理带来的影响，熟悉与康复相关的话题
团体主题	①初次沟通②情绪管理之一（情绪触发点）③情绪管理之二（管理负性情绪）④高危情境应对⑤修复人际关系⑥信任⑦管理未来生活和金钱⑧学会寻求帮助	①初次沟通②认识自我与定位③学会辨别内外部触发点④停止恶性循环⑤酒精⑥康复的动机⑦情绪、想法和行为之间的关系⑧人际关系与信任⑨应对无聊⑩控制愤怒情绪⑪减轻压力⑫沙盘体验与团体告别

表 2 团体设置

两个团体的主题均从 Matrix 模式中选取，除去家庭治疗、社会支持团体、12 步骤法团体、每周尿检等不适宜或无法在强戒所内实施的项目，团体进行流程与 Matrix 指导手册上基本一致。团体流程：（一）成员回顾上次团体主题和内容，团体暖场；（二）咨询师引出本次团体讨论的主题，对一些特殊概念做出解释；（三）成员分享与主题相关的经历、体验和感受或进行一些小练习；（四）成员完成主题相关的评估量表或书面资料；（五）布置家庭作业，咨询师提前告知或成员共同提出下一次团体主题。

肆 运用经验及反思

团体的后续评估采用咨询师与团体成员一对一半结构化访谈的形式，目的在于了解成员对于 Matrix 模式中相关主题、团体形式的接纳程度，认知和行为方面的改变意向。

根据团体成员的访谈内容提取原始关键词句，由出现频率从高往低往下排列，结果见表 3。

访谈大纲	访谈结果/原始关键词句	人数	百分比
参与团体的整体感受	好	13	81.3%
	有帮助	6	37.5%
	放松	4	25.0%
	期待	2	12.5%
	紧张	2	12.5%
印象最深刻/最想谈论的话题	人际关系、家庭	10	62.5%
	信任	8	50.0%
	戒断办法	5	31.3%
	情绪	4	25.0%
	情绪、想法和行为	2	12.5%
对团体形式和内容的接纳程度	好	14	87.5%
	可以接受	10	62.5%
	有些内容不实际、不知道该怎么做	4	25.0%
团体发挥作用的途径	咨询师的引导	15	93.8%
	成员互相学习交流	9	56.3%
	成员要说真话	3	18.8%
团体带来的最大帮助	了解戒毒知识	13	81.3%
	学习戒断方法	8	50.0%
	心情得到放松	6	37.5%
	想以前不会去想的问题	4	25.0%
	能说出自己的烦恼和心里话	3	18.8%
团体缺陷和需要改进之处	咨询师给的指导建议太少	6	37.5%
	团体次数少，时间短	5	31.3%
	讨论的内容要等出所了才知道怎么办	3	18.8%

表 3 访谈反馈表

访谈过程中，所有成员都能够完整地回忆起团体的大多数话题，并表示其中一些话题对自己的固有认知产生了影响，如酒精使用是可能导致复吸的危险触发点。多数成员都表示在今后的日常生活中愿意去尝试在团体中学到的预防复吸和康复技能。但对于即将出所团体成员来说，讨论一些现实话题让他们的焦虑感增强，因为团体迫使他们不得不去考虑这些问题，在此之前他们可能一直对此处于逃避状态。

一、讨论

(一) 团体成员对主题接纳度和关注度都较高,认为团体主题贴近自身现实处境;团体主要在咨询师引导下来展开话题,这使成员对咨询师的依赖程度较高;

(二) 团体所讨论的主题对成员的原有认知产生了一定影响,改变了他们对于戒断和康复的一些错误信念及偏见;

(三) 团体成员所处的隔离环境决定了其无法及时将在团体中学到的预防复吸和康复有关的技能运用到实际生活中去,但团体心理咨询效果的显现本身也存在延迟性,成员出所之后的行为改变、保持操守和康复状况能否得到延续有待考证。

伍 可行性分析

一、Matrix 模式在强戒所团体心理咨询中运用的优势:

(一) 主题明确,针对性强,自成体系,有利于强戒所内心理咨询师更加规范化地实施团体心理干预;

(二) 结合了认知行为疗法、心理教育、行为管理、预防复吸等多种心理行为干预手段,干预模式具有综合性。

由于强戒所的这两个团体参与人数少,没有设置对照组,且主要通过访谈方式进行评估,没有对学员参与团体前后的心理行为特征变化、出所后回归社会生活和康复情况进行后续追踪,因此 Matrix 模式的实际干预效果有待进一步深入研究。

陆 结语

作为一种强化治疗模式,Matrix 模式中虽然有 12 步骤法团体、讨论精神生活与信仰意义、性与康复等有可能不适用于国内滥用者的话题或形式,且过于密集的治疗频率可能会影响到滥用者的正常生活,但这种模式对于合成毒品滥用者的心理行为特征却更有针对性。合成毒品滥用者的躯体戒断症状不明显,主要表现为心理依赖;在心理和行为方面呈现出易激惹、焦虑、空虚无聊、敏感、烦躁、药物使用行为与情绪改变密切相关等显著性特点;在认知上,他们更倾向于认为合成毒品对身体的伤害不大,并且成瘾性也没有海洛因强^[12]。而该模式的核心在于帮助病人建立康复的积极认知,重塑良好的生活模式,习得个体化的危机应对方式,并获取多方面的支持系统。因此,针对强戒所内处于不同阶段、不同心理特征的合成毒品滥用者,运用 Matrix 模式开展团体心理咨询具备一定可行性,未来也需要进一步做严格和系统的效果评估。

参考文献

- [1] 中国国家禁毒委员会办公室, 2016 年中国毒品形势报告, 2017 年 3 月。 http://www.nncc626.com/2017-03/27/c_129519255_2.htm
- [2] 张锐敏. 我国药物滥用防治工作现状分析及未来策略思考[J]. 中国药物滥用防治杂志, 2013, (02): 68-71+75.
- [3] 肖杨, 王冬明, 丁芳, 韦威全, 余金聪, 顾红, 钟瑞琳, 王增珍. 动机-技能-脱敏-心理能量干预模式对海洛因依赖者戒毒后操守率的影响[J]. 中国药物依赖性杂志, 2013, (04): 307-310.
- [4] 肖杨, 顾红, 丁芳, 钟瑞琳, 韦威全, 余金聪, 王增珍. 动机-技能-脱敏-心理能量模式对戒毒人员慢性渴求和抑郁的干预效果[J]. 中国药物依赖性杂志, 2012, (03): 211-215.
- [5] 梁昌权, 凌稔喜, 唐京雄, 郭美萍, 陈雁迁, 李启洪. 心理干预对合成毒品所致精神障碍患者的情绪及自知力影响[J]. 国际精神病学杂志, 2016, (04): 655-657.
- [6] 葛琳. 心理干预对新型毒品所致精神障碍患者焦虑情绪的影响[J]. 中国药物滥用防治杂志, 2013, (06): 351-353.
- [7] 张刃, 吴丽花. 鼓圈音乐治疗对新型毒品女性滥用者心理干预的研究[J]. 中国药物依赖性杂志, 2014, (06): 443-447.
- [8] 林信洁. 汉式团体心理咨询在吸食新型毒品戒毒人员中的应用[J]. 中国药物滥用防治杂志, 2016, (04): 194-197.
- [9] 郑志军, 倪志惠, 沈伟霞. 团体心理辅导加运动综合干预方案在苯丙胺类滥用者戒断期间的应用研究[J]. 中国药物依赖性杂志, 2016, (05): 468-471.
- [10] 朱东, 徐定, 戴国斌, 耿敬敬. 太极康复操对合成毒品滥用者身心康复的实证研究[J]. 中国药物依赖性杂志, 2016, (03): 284-290.
- [11] 徐猛, 李艳峰, 霍艳. 国内新型合成毒品滥用者心理测量与临床诊治的文献回顾[J]. 中国药物依赖性杂志, 2016, (06): 500-504.
- [12] 李冠军, 李娜, 郑雯慧, 王清亮. “新型毒品”与“传统毒品”滥用者的心理和行为特征比较研究[J]. 中国药物依赖性杂志, 2011, (02): 126-130.
- [13] Rawson RA, Shoptaw SJ, Obert JL et al. (1995 Mar-Apr). An intensive outpatient approach for cocaine abuse treatment. The

Matrix model. *J Subst Abuse Treat.* 12(2):117-27.

[14]S, Shoptaw, R A, Rawson, M J, McCann, J L, Obert (1994). The Matrix model of outpatient stimulant abuse treatment: evidence of efficacy. [J]. *Journal of addictive diseases*, 13(4):129-41.

[15]Obert, J., McCann, M., & Rawson, R. A. (2015). Development and Dissemination of the Matrix Model, of Intensive Outpatient Treatment. *Springer Milan*.

[16]Pisarnsin, W., Nuengsaeng, U., & Prabsagnob, C. (2010). Introduction and development of an addiction rehabilitation program in bangphli hospital, samut prakan province. *Journal of Health Systems Research*.

[17]Alice Huber, Russell H. Lord, Vikas Gulati, Patricia Marinelli-Casey, Richard Rawson, & Walter Ling. (2000). The CSAT methamphetamine treatment program: research design accommodations for “real world” application. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32(2), 149.

[18]Esquitino, J. M., Crespo, J. L. C., Arnau, I. C., Ruíz, A. M. G., & Sánchez, R. M. G. (2012). Psychosocial addictions treatment based on matrix model in a public center: a pilot study. *Salud Y Drogas*, 12(2), 253-272.

[19]Chai Jirawison, & Nuntapanich, C. (2012). Promotion of community participation on the matrix intensive out patient program in public health region 3 . *ResearchGate*, 26(3)81-106.

同伴教育在小区戒毒康复领域的运用

厉济民

上海市自强社会服务总社

【摘要】

上海市自强社会服务总社积极探索戒毒康复帮教服务的新方式,充分发挥戒毒康复情况良好并有助人意愿的戒毒成功人员的榜样示范作用,尝试将同伴教育的理念与方法运用到社区戒毒和社区康复服务领域,通过精心实施同伴辅导员培训计划,开展同伴个别辅导、同伴互助小组、组织同伴参与社会公益活动等形式多样的同伴教育活动,并将同伴教育与戒毒人员过渡性就业、艺术戒毒康复等相结合,已取得了良好的成效,初步形成了上海戒毒康复领域同伴教育服务模式。本文着重介绍了上海戒毒康复领域同伴教育服务模式的形成过程、同伴辅导员培养计划及开展同伴教育活动的主要形式,阐述了戒毒康复同伴教育的重要意义及启示。

【关键词】 上海自强;戒毒康复;同伴教育;实践运用

同伴教育(Peer Education),亦称为同伴教学、朋辈咨询、同辈辅导或者朋辈辅导,是指具有相似年龄、背景、生理、经历、体会、社会经济地位及相同性别等具有共同语言的人在一起分享信息、观念或者行为技能,同伴教育者易唤起身边同伴的心灵共鸣,以实现教育目标。^{〔1〕}同伴教育起源于澳大利亚,流行于西方国家,被广泛应用于艾滋病预防等领域。同伴教育在我国起步较晚,但是发展较为迅速,同伴教育形式在我国多被运用于艾滋病关怀等方面,香港戒毒机构在戒毒康复领域开展了“朋辈教育”。

为了发挥戒毒成功人士的榜样作用,组织正在戒毒康复的人员开展互助教育活动,影响、鼓励、帮助尚未戒断毒瘾的同伴保持操守、成功戒毒康复、恢复社会功能,上海市自强社会服务总社早在成立之初,就尝试将同伴教育的方法运用到社区戒毒和社区康复服务领域。经过近十四年的探索与实践,已初步形成了上海戒毒康复领域同伴教育服务模式。

一、上海同伴教育服务模式的简况

(一)积极探索戒毒帮教服务新形式

上海市自强社会服务总社(以下简称“自强总社”)的社工在戒毒帮教服务实践中发现,一些戒毒康复情况良好、愿意帮助他人并参加公益性活动的戒毒人员,可以成为正在戒毒康复人员的榜样示范力量。于是,他们突破了“戒毒人员宜散不宜聚”防止交叉感染的传统观念,将同伴教育的理念和方法运用到社区戒毒康复领域,以社会工作理论中的小组工作方法开展同伴教育活动。例如,针对在家庭、婚姻、年龄、吸戒毒经历有相似之处的女性戒毒人员,原上海市闸北区彭浦镇自强社工组织部分女性戒毒人员开展“女子戒毒沙龙”活动,通过成功戒毒的同伴讲述自己如何坚定戒毒意愿、坚持不复吸、最后成功戒毒的艰难过程,增强了沙龙成员戒断毒瘾的信心;通过组织参观活动和举办就业技能培训等,帮助她们丰富生活、建立自信,掌握就业技能,融入主流社会。参加沙龙活动的16名成员,成功就业的有14名,戒断毒瘾三年以上的占85%;又如,上海市静安区自强社工经过周全细致的策划,招募了有戒毒愿望但信心不足、寻求支持的戒毒人员,组建了“静安同伴自助小组”,通过开展形式多样的团康小组活动,使参加小组成员减少了孤独、无聊等情绪,增强了归属感;通过戒毒成功同伴交流康复过程,对尚未戒断毒瘾的小组成员强化了戒毒意愿,提升了戒毒信心。

(二)精心实施同伴辅导员培养计划

同伴教育要获得成功,关键是要选好、培养好同伴教育的示范员——同伴辅导员。2009年,自强总社以“涅槃重生同伴教育辅导计划”为申请项目,积极参加“上海社区公益创投大赛”并竞标成功。该项目通过个案辅导、家庭探访、同伴教育培训等方法,进一步拓宽同伴互助平台,组建一支同伴辅导员队伍,协助社工开展提前介入、个案辅导、社区宣传等工作,帮助更多的戒毒人员康复,回归健康的生活状态。自强总社制定了严格的同伴辅导员入选标准,要求个案社工从日常帮教工作中注意发现符合条件的戒毒康复人员成为同伴辅导员的候选人,然后由总社通过面试、考察确定为准同伴辅导员开展培训。培训辅导设立了同伴教育的理念、提升自我效能感、同伴辅导技能(包括沟通技巧、演讲训练、访谈记录)等课程,通过参加小组活动、同伴示范演讲、接听戒毒热线、协助社工开展个案帮教等形式,对准同伴辅导员进行培训。经过一年的辅导培训和严

格的评估考核，最后有 10 名准同伴辅导员被正式聘为同伴辅导员。该项目也被国家民政部评为“首届全国专业社会工作服务项目一等奖”。随后，总社又举办了三期准同伴辅导员培训班，共培养了 47 名同伴辅导员。

（三）形式多样开展同伴教育活动

总社和各工作站充分发挥同伴辅导员的作用，让他们牵手更多的正在戒毒康复的同伴，开展形式多样的同伴教育活动。

一是开展同伴个别辅导。由一线社工在个案工作中物色有较强戒毒意愿并有求助愿望的服务对象，由同伴辅导员以“一对一”的牵手形式，协助社工对其开展个案辅导帮助。在个案辅导中，发挥同伴辅导员有相同经历、便于与牵手同伴沟通的优势，强化其戒毒的意愿，提升他的戒毒信心，并协同社工帮助其解决戒毒康复过程中可能出现的困难和问题。

二是开展同伴小组活动。在社工的指导下，发挥同伴辅导员或准同伴辅导员的榜样作用，牵手更多的戒毒人员加入同伴教育小组，通过同伴辅导员或准同伴辅导员戒毒经验的交流分享、榜样引领以及开展健康向上的各类活动，小组成员之间互相学习、互相帮助、互相鼓励、互相督促，既使他们融入正常的朋友圈，接受正能量的教育和影响；又使他们在小组成员之间的互动中，增强戒毒康复的信心，学习借鉴防复吸、戒断毒瘾的方法与技巧。

三是参与社会公益活动。通过建立“同伴信箱”、“热线电话”、“海星同伴演讲”等同伴辅导员活动平台，为同伴辅导员和准同伴辅导员报恩社会、奉献爱心、参与社会公益活动搭建“重构生命意义”的舞台；同时，在社工的支持与指导下，他们还组织牵手同伴到社会福利院为孤老和智障儿童等提供各类帮助。同伴辅导员在参加社会公益活动中，进一步激发了对社会的责任感，提升体现自己生命价值的自我效能感。

四是多种方式相互结合。在戒毒成功人士老王创办的企业建立过渡性就业基地-“同济康复驿站”，聘请老王担任同伴辅导员，以其成功戒除毒瘾、艰苦创业的事迹激励戒毒康复同伴，将过渡性就业与同伴教育相结合，取得了良好的效果；将有艺术潜能的同伴组织起来，在有艺术特长的社工和同伴的辅导下，学习篆刻、书画、手工艺术品等技巧，组织歌舞、时装秀等表演，培养他们的兴趣，转移他们的“心瘾”，最终达到戒毒康复、健康生活的目的。

二、戒毒康复同伴教育的意义

通过多年来的探索与实践，同伴教育已成为上海禁毒社会工作的一个品牌服务项目。开展戒毒康复领域同伴教育的重要意义，可归纳为以下四个方面：

一是能够使戒毒人员脱离毒友圈。分析复吸的一个主要原因，戒毒人员走出戒毒场所、回归社会后，如果没有相应的组织和人员来关心、帮助、支持他们戒断毒瘾，很有可能又会去找原来的毒友，导致复吸，因为他们也需要有朋友圈。所以，对回归社会的戒毒人员，除了社工与他们建立专业帮教服务关系外，还应该动员更多的戒毒人员参加同伴教育活动，接受同伴辅导员积极向上、坚持戒毒康复的正能量教育和感染，感受同伴教育小组成员之间相互支持、帮助和鼓励的氛围，从而能够有效地阻止他们回到原来的毒友圈中去。据统计，能够坚持参加同伴教育小组活动的服务对象，保持操守率可达 80% 左右，有效地减少了复吸率。

二是能够帮助戒毒人员增强戒毒信心。现代医学研究证明，吸毒成瘾是一种慢性易复发的脑疾病，戒毒人员在生理上戒毒并不困难，戒毒难，难就难在毒瘾难戒。所以，绝大多数的戒毒人员认为“毒戒不了”，对戒断毒瘾丧失信心。因为同伴辅导员都是“过来人”，在开展各种形式的同伴教育活动中，他们以自身戒毒康复的亲身经历和体验告知同伴有效的戒毒方法，传递“我能做到，你也能戒掉”的信心；告诉同伴什么阶段是稽延性戒断症状反应最强烈、最难受的，但只要坚持下去，“毒”还是能够戒掉的。从而帮助尚未戒断毒瘾的同伴增强戒毒的信心，鼓励他们不断努力、保持操守。

三是能够促进同伴辅导员健康成长。通过开展同伴教育活动，培养和培训了一支同伴辅导员队伍。在帮助同伴戒毒的过程中，促使同伴辅导员不仅自己保持操守、成功戒毒，而且提升了与人沟通、助人方法和演讲技巧等自身的能力，并参与禁毒宣传等社会公益活动，增强了自我效能感，实现了自身价值。上海已有 5 名同伴辅导员被评为上海市优秀禁毒志愿者，同伴辅导员带头人叶雄被评为上海市三八红旗手；经过严格的考核和考试，同伴辅导员小金已成为一名与自强总社签约的专业禁毒社工。

四是能够营造良好的戒毒康复环境。在开展同伴教育服务的过程中，自强总社坚持“自助、助人、助社会”的理念。同伴辅导员和准同伴辅导员在本人保持操守、帮助同伴戒毒康复的同时，表达“要积极参与禁毒志愿

服务、回报社会各方关心”的意愿。自强总社和市禁毒志愿者协会吸纳他们为禁毒志愿者，并在他们的带领下，不少牵手同伴也加入了禁毒志愿者行列，现在全市共有同伴禁毒志愿者 200 余名。通过同伴禁毒志愿者深入社区开展禁毒演讲宣传和参加其他公益活动，逐步消除社会上人们对这个群体的歧视，获得社会对他们的接纳、关心、帮助、支持和鼓励，从而为戒毒人员创造一个良好的社会康复环境。

三、戒毒康复同伴教育的启示

上海戒毒康复同伴教育服务模式已经历了十余年的探索实践，回顾走过的历程，笔者有以下四方面的启示：

一是坚持“以人为本、科学戒毒”的理念。国务院颁布的《戒毒条例》在总结多年来探索积累戒毒工作有效经验的基础上，明确了戒毒工作坚持“以人为本”的原则。这个原则转变了我国以往把戒毒人员单纯看作是违法者，偏重于处罚与管控的传统观念，倡导树立以人为本、科学戒毒的理念，把戒毒人员真正当作一名特殊的病人，给予他们更多的关怀与救助。上海戒毒康复同伴教育服务模式充分体现了“以人为本、科学戒毒”的理念，将以往单纯管控与说教的单一戒毒帮教方法，改变为多种方法相结合，尝试以戒毒成功同伴的榜样示范作用来激励、帮助、引导尚未戒除毒瘾的戒毒人员，由此对戒毒人员产生的影响更大、更直观，收效更好。

二是同伴教育需要政府和社会支持。上海的同伴教育服务模式并不是纯粹由戒毒同伴自发组织开展活动，而是在政府政策支持、社工机构主导、高校专家指导、社工引导、同伴辅导员和戒毒同伴积极参与下开展的。政府部门除了以项目的形式给予经费上的支持和保障外，更重要的是法律、政策层面的保障机制，使戒毒人员合法权益得到有效保障；并广泛动员相关部门、禁毒志愿者和戒毒康复人员家属参与戒毒康复同伴教育活动，提供相关的帮助，为戒毒人员提供一个良好的戒毒康复环境。

三是同伴教育活动的形式多样化。上海的同伴教育活动形式并不是单一的、单纯说教，而是与艺术治疗、家庭治疗、过渡性就业和参加社会公益活动相结合。根据戒毒同伴的需求和特殊情况，设计和策划形式多样、有利于戒毒康复的各类活动，使他们增强戒毒意愿，接受正能量教育，帮助他们尽快戒断毒瘾。

四是同伴教育是社工重要服务方式。上海戒毒康复同伴教育服务实践证明，同伴教育是社工开展戒毒帮教服务的重要方法。一线社工结合个案帮教服务，动员和鼓励戒毒意愿较强、愿意接受戒毒帮教的服务对象积极参加同伴教育小组活动，从中发现有助人愿望、具备一定的沟通表达能力、戒毒康复达到一定期限并有时间参加同伴教育活动的服务对象，通过同伴辅导知识专门培训，逐步将他们培养成为准同伴辅导员和同伴辅导员。社工充分发挥准同伴辅导员和同伴辅导员的作用，吸纳他们参与个案辅导、禁毒宣传活动等，指导他们牵手更多的同伴参与各类同伴教育小组活动，不断提高他们的助人能力水平和自身素质，在助人的过程中坚持操守，不断提升自己；在助社会的过程中不断改变自己，重建生命的意义和价值。

参考文献

- 【1】朱小曼.关怀德育论【M】.北京：人民教育出版社，2005:107.

美沙酮联合福康片戒断治疗阿片类物质依赖病人 2 例

徐浩博 张薇

山西省 109 医院

【关键词】美沙酮口服液；福康片；海洛因依赖

1 临床资料

1.1 病例 1

王某，男性，48 岁，已婚，大学本科学历，私营企业总经理。因间断吸食海洛因 5 年于 2015 年 9 月 6 日入院，9 月 21 日出院。海洛因使用量为每次 0.2 克，每日 2-3 次，使用方式为烫吸。患者体格检查未发现异常。精神检查患者意识清，未发现幻听、妄想等症状。患者强烈要求完全戒断海洛因，治疗使用美沙酮联合福康片脱毒 4 日，单纯福康片脱毒 11 日，尿吗啡检测 5 日后转阴性，15 日后每天福康片 2 片维持治疗，30 日后每晚 1 片福康片维持治疗，1 年后停药。对患者定期电话回访，家人对患者尿检监督，患者至 2017 年 6 月未发现复吸，工作生活状态正常。自诉服用福康片期间无明显心理渴求，亦无睡眠困难，全身肌肉、四肢关节疼痛，自主神经功能紊乱，胃肠道不适等稽延性戒断症状。患者具体用药治疗情况见表 1。

表 1 患者美沙酮和福康片使用情况

疗程（天）	美沙酮用量	福康片（早）	福康片（中）	福康片（晚）
1	60ml	3 片	3 片	3 片
2	40ml	3 片	3 片	3 片
3	20ml	3 片	3 片	3 片
4	10ml	3 片	3 片	3 片
5	0	3 片	3 片	3 片
6	0	3 片	3 片	3 片
7---15	0	2 片	0	2 片
16---30	0	1 片	0	1 片
30 以后	0	0 片	0	1 片

1.2 病例 2

高某，31 岁，已婚，中专文化程度，退伍军人，企业职员。因间断吸食海洛因 6 年，在我院门诊口服美沙酮 30ml/日，维持治疗 2 年后要求进一步治疗。患者原海洛因使用量为每次 0.2g，每日 2 次，使用方式为烫吸。在维持治疗期间患者仍有间断烫吸海洛因行为。2017 年 1 月患者强烈要求完全戒断美沙酮和海洛因，并且要求门诊治疗，经多次与患者沟通后患者拒绝口服纳曲酮抗复吸治疗，同意美沙酮联合福康片脱毒治疗，福康片维持治疗。治疗前患者体格检查未发现明显异常。精神检查未发现幻视、幻听和妄想等症状。美沙酮每周减量 5ml 速度，同时口服福康片 2 片减轻戒断症状，期间睡眠质量和烦躁，心理渴求有缓解，39 天后完全停用美沙酮，单纯福康片 4 片和 3 片每日分别脱毒一周后，改为福康片维持治疗，同时电话回访，患者复诊时进行心理疏导，家人至少每周尿检 1 次。患者一般情况好，期间未发现复吸行为。目前仍在维持福康片 1 片每天的治疗中。患者自诉脱毒过程中戒断症状不明显，福康片维持治疗中无明显的心理渴求和稽延性戒断症状。患者具体治疗经过见表 2。

疗程（天）	美沙酮用量	福康片（早）	福康片（中）	福康片（晚）
1--7	25ml			2 片
8--15	20ml			2 片
16--23	15ml			2 片
24---31	10ml			2 片
32--39	5ml			2 片
40---47	0	2 片		2 片
48---55	0	1 片		2 片
55---62	0			2 片
63 以后	0			1 片

2 讨论

目前为止,海洛因依赖患者脱毒主要有美沙酮、复方丁丙诺啡等药物,这些药物广泛应用于临床,但其具有局限性。美沙酮脱毒控制急性戒断症状好,但对心理渴求疗效欠佳,所以治疗期间患者仍有偷吸毒品的可能。本研究中的病例 2 就在美沙酮维持治疗过程中仍在间断吸食海洛因。中药在脱毒治疗中的应用具有其独特的效果,中药的复方作用体现在多层次,多靶点的功能效应性。传统美沙酮脱毒后有明显稽延性症状是患者复吸的重要原因之一。中成药福康片具有解毒止痛、扶正祛邪、清心除烦等功效,不仅可显著控制阿片类物质急性戒断症状,脱毒效率高,而且具有治疗的时效作用特点,对于缓解患者稽延性戒断症状仍有疗效,在适宜的剂量范围内不良反应轻,用药安全^[1]。一般的急性戒断症状主要表现为焦躁不安、兴奋、失眠、流涕、流泪、出汗、震颤、呕吐、血压升高等。稽延性戒断症状可有全身乏力、四肢关节和肌肉疼痛等,其治疗可使用具有缓解戒断症状的中成药^[2]。福康片中含有洋金花、制川乌、牛黄、黄连等中药成分,研究显示,洋金花内含有多种莨菪烷类生物碱,以东莨菪碱为主,可使大脑皮层及皮层下某些部位抑制,随着剂量的增加依次产生镇静、催眠、抗惊厥、抗癫痫和麻醉作用^[3]。有研究显示洋金花能明显阻止连续应用吗啡出现的镇痛耐受性的发展,恢复小鼠对吗啡痛作用的敏感性,具有良好的镇静作用,用于戒毒,洋金花可针对性地治疗吗啡类毒品的戒断症状,如恶心、呕吐等^[4-5]。同时洋金花生物碱有抑制呼吸道腺体分泌,松弛支气管平滑肌的作用,对于改善戒断症状具有一定作用^[6]。制川乌内含乌头碱类,具有一定的镇痛作用。牛黄具有中枢系统抑制作用,具有镇静、抗惊厥、解热镇痛作用,同时研究显示牛黄具有抗炎、抗心律失常、保肝利胆、增强免疫力、清除氧自由基等诸多效果,可以减轻对心、脑组织的损害,有利于改善患者的戒断症状^[7]。关于复吸中医认为,吸毒成瘾与复吸的机制固然不明,而“证”是可见的,可以根据中医理论来设计复方和辨证施治^[8-10]。《戒烟快乐奇书》中还专设“戒烟调理方”治疗稽延性症状,稽延性戒断症状属于中医断瘾后诸症或断瘾诸症范畴,加强戒断后调理,治疗断瘾后诸症是中医学治疗阿片毒瘾的一个重要特色,中药复方的多靶点作用有助于这一特殊而复杂问题的解决^[11]。福康片为纯中药制剂,不含阿片类成分,根据已有的基础学研究结果推测,纯中药福康片控制阿片类物质依赖急性戒断症状及稽延性戒断症状的机理除因其含有能针对性地缓解某些戒断症状的中药成分外,主要在于其依据辨证施治的中医理论,合理组方,着重调整提高机体的整体机能。即从整体水平提高机体功能,使患者在戒断毒品时的体内生化环境迅速接近恢复正常状态^[12]。福康片治疗后能明显缓解稽延性症状。中西药联合脱毒,其后中药维持治疗的疗效和优势就显的尤为突出。

参考文献

- [1] 王有德,王欣. 福康片对阿片类戒断症状疗效的研究[J]. 浙江中西医结合杂志,2001,04:9-11.
- [2] 张锐敏主编.阿片类物质使用相关障碍临床诊疗指南[M].人民卫生出版社,2017:43-44.
- [3] 孙超, 于海食等.洋金花的现代研究[J].中国医药指南,2013,11(26):48-49.
- [4] 李花.洋金花的药理作用及临床应用[J].现代医药卫生,2012,28(19):3001-3002.
- [5] 刘燕,张显强.戒毒药物洋金花研究进展[J].贵州化工,2010,4(2):24-26.
- [6] 姜文燕, 马小春.洋金花研究进展[J]. 现代医药卫生,2012,28(16):2500-2503.
- [7] 赵艳红, 阮金秀.牛黄及其代用品的药理作用及临床应用[J].军事医学科学院院刊, 2007,31(2): 175-178.
- [8] 宋树立.阿片类药物依赖稽延性戒断症状中医证候学及其计量诊断研究[D].北京: 北京中医药大学, 2003.
- [9] 臧镭镭. 稽延性戒断综合征中医证候特点及其神经生物学机制研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2007.
- [10] 王莉. 张震研究员学术思想总结及稽延性戒断综合征中医证候特点的研究[D].云南, 云南中医药大学, 2011.
- [11] 杜欣忠.《实用戒毒医学》[M].第2版.北京: 人民卫生出版社,2015年2月第2版第1次印刷,471.
- [12] 王有德,张爱民. 中药福康片的戒毒机理初探[J]. 中国药物滥用防治杂志, 1996, 03:8-10.

从改革社区戒毒工作机制角度谈《禁毒法》修改

胡明阳

云南大学法学院

【摘要】

自愿戒毒、社区戒毒、强制隔离戒毒以及社区康复本应是毒品戒治工作中分工明确的四部分，但在对昆明部分戒毒场所进行走访调研后，可以发现与强制隔离戒毒工作压力与日俱增相反的，却是以社区戒毒为代表的戒治工作的萎缩，形成了强制隔离戒毒一家独大且效果不佳的局面。为解决强戒工作的弊端，为提高社区戒毒在毒品戒治工作中的地位，经过项目参与、个案分析与座谈交流等工作，发现昆明社区戒毒工作面临着机构萎缩、人员不足、社会力量参与度低等困境，社会组织存在着难以提供完整有效的戒毒工作体系、社会服务效率偏低等问题。针对以上突出问题，可以此次《禁毒法》的修改为契机，以立法定基调、促改革。可通过立法要求各地改革社区戒毒工作机制，如要求基层政府设立专项经费用以持续购买社会服务，进而探索以社会组织为主要力量的社区戒毒模式，在保障医疗机构、社会工作者、志愿者工作权利的同时，更注重对吸毒成瘾者社区戒毒权利的保障。

【关键词】 社会参与；药物依赖；社区戒毒；禁毒法

立法先行是我国法治工作的一贯方针。出于禁毒工作的重要性，十届人大常委会第三十一次会议于 2007 年 12 月 29 日通过了《禁毒法》，并于 2008 年 6 月 1 日起正式实施。在现行的禁毒法当中，关于社区戒毒的规定较少，在法条方面仅集中于第四章。如第三十四条：城市街道办事处、乡镇人民政府负责社区戒毒工作。城市街道办事处、乡镇人民政府可以指定有关基层组织，根据戒毒人员本人和家庭情况，与戒毒人员签订社区戒毒协议，落实有针对性的社区戒毒措施。公安机关和司法行政、卫生行政、民政等部门应当对社区戒毒工作提供指导和协助。城市街道办事处、乡镇人民政府，以及县级人民政府劳动行政部门对无职业且缺乏就业能力的戒毒人员，应当提供必要的职业技能培训、就业指导 and 就业援助。可以说，现行《禁毒法》对社区戒毒只做了一些框架性的规定。

近年来，戒毒工作社会效果不佳，其中社区戒毒存在的问题尤其突出，因此修改禁毒法的呼声也越来越高。面对禁毒工作的新形势、新问题，国家禁毒办也组织了有关人员在各地进行《禁毒法》修改调研工作。

一 《禁毒法》修改应关注的问题

（一）禁毒工作的重点应是戒毒

现行的禁毒工作过程中，往往会出现过分倚重定罪处罚，过分强调强制隔离戒毒的情况。而禁毒工作的重点应该是戒毒，因戒毒工作开展难度较大，成果显现不强，使得参与各方，尤其是公安、司法机关将禁毒工作的重点导向了打击毒品犯罪和强制隔离戒毒。

诚然，每次被媒体报道的打击毒品犯罪案件，收缴焚毁毒品活动都彰显了公安机关禁毒工作的成果。对于这样见效快、社会影响力大的工作，公安机关也是不遗余力的。但有市场需求，就会有供给。毒品市场需求的不断增高，新型毒品的不断面世，禁毒工作的难度似乎更大了。而伴随着吸毒人数的不断增加，复吸率的居高不下，禁毒工作也似乎走入了困境。

（二）戒毒工作的重点在于戒治而非管理

本应成为禁毒工作重点的戒毒工作，同样集中在公安、司法机关之中。随着劳教制度的废除，许多劳教所在以往的工作基础上转变为了强制隔离戒毒机关，从管理模式上，各地强戒所也多多少少受到劳动教养管理模式的影响。强制隔离戒毒尽管在法律意义上属于行政强制措施，但两年的强制隔离戒毒期限同样达到了准刑罚的社会效果。这其中最为社会所诟病的，便是在实际工作中，强制隔离戒毒程序的不严谨，缺乏检察机关的监督，在一些地区，甚至出现为完成强戒目标，到美沙酮诊所去抓病人、钓鱼执法等违法行为，严重影响了戒毒工作的实际效果。

此外，许多被送至强戒机关的吸毒人员，行政救济权利难以得到保障，强戒所内更是鱼龙混杂，很多吸毒人员甚至找到了“伙伴”，拥有了更宽的毒品来源渠道。出所后由于社会歧视和孤立，很容易与一起戒毒的“伙伴”走到一起，并重新拾起毒品。

从医学角度解读吸毒成瘾概念，一般采用药物依赖的提法。很多医疗工作者经研究认为，药物依赖一种复

杂的脑疾病，该脑疾病具有慢性、易复发的特点。药物依赖除了会对神经系统造成严重损害以外，更是会让依赖者产生心理依赖，而由此产生的一系列社会问题、心理问题同样是十分棘手的。而在强戒所内，干警更多的是做管理药物依赖者的工作，将救人的想法寄希望于干警，本身就存在着悖论。

（三）社区戒毒严重萎缩

目前我国社区戒毒机构严重萎缩。就走访的社区戒毒场所，如昆明某社区为例，该社区所在街道办事处登记在册的药物依赖人员有二百余名，常见人员 56 名，其中 HIV 感染者的情况也是由疾控中心掌握。可以说，街道办事处对该社区药物依赖人员的情况掌握不佳。该社区针对药物依赖人员的尿检工作由当地派出所负责。其频率是社区戒毒第一年，每月一次；社区戒毒第二年，每一季度一次；社区戒毒第三年，每半年一次，由于该工作由派出所民警负责，执行力较强，工作开展情况也较好。

该社区为针对社区戒毒工作，设立了禁毒专干职位，但只有一名工作人员，且缺乏专业技能。据该社区戒毒工作负责人介绍，政府曾计划招聘 500 名禁毒专干，但计划最终并未落实，目前禁毒专干工作开展不佳，且该职位酬金少，人员流动性大。同时，该社区目前有 10 名禁毒志愿者，但都是临时工作，工作内容也仅限于走访宣传，且人员不固定，该社区的部分保安也兼任禁毒志愿者。

该社区位于昆明市中心，周边基础设施较为完善，但工作开展效果不佳，这同样也是我国社区戒毒的缩影。对吸毒人员情况掌握不完整，政策落实不到位，禁毒志愿者及禁毒专干工作开展效果不理想，这些也是我国社区戒毒工作中普遍存在的问题。相比戒毒工作开展的不顺利，该街道办事处关于戒毒工作设置的办公机构与社区却相对完善，然而管理人员却缺乏戒毒专业素养，倾向于通过公安司法等行政机关和手段管理吸毒人员，弱化了自身在戒毒工作中的地位，更影响了社区戒毒工作的开展。

（四）社会组织参与社区戒毒的困境

对于戒毒工作尤其是社区戒毒而言，因其复杂性而强调多部门合作。故在此基础上，社会组织确有参与的必要性，法律也理应为它们参与相关工作建立渠道、提供保障。但在参与戒毒康复项目过程中，深刻体会到的一点便是不同社会组织同样不能避免站在自身角度看待问题，并因此产生局限性，此外最大的问题便是就如何开展社会服务，并未能提供较为合理可行的行动方案。吸毒人员主要被管理于各地的强制隔离戒毒所内，社区戒毒的萎缩也导致社会力量参与其中的空间较小，再加上社区戒毒工作机制的不完善，使社区购买社会服务的工作更是难以开展。

二 对《禁毒法》修改的建议

（一）完善顶层设计

为了促进药物依赖者身心的全面康复，从源头上降低复吸率，将戒毒工作做好，很多社会力量便呼吁对禁毒制度的顶层设计进一步完善。此次《禁毒法》的修改应将戒毒工作提至与打击毒品犯罪同等重要的地位。可由国务院统一协调管理禁毒工作，国家禁毒办的组织机构可从公安部移至国务院，或者将减少毒品需求的工作从现行禁毒工作体系中分离出来，由卫生计生委、教育部、公安部、司法部等多部委共同承担。在此基础上，鼓励社会力量的广泛参与，各部门各团体间根据所承担的禁毒任务及实施的社会效果，合理分担禁毒经费等配置资源。

（二）保障社区戒毒工作的开展

强戒所内工作人员的工作压力同样巨大，既要求他们做管理者，又要求他们去治病救人，这是不现实的。戒毒人员数量的居高不下，强戒所在医疗、心理、法律方面有限的水平，导致戒毒所内干警工作超负荷。面对戒毒工作面临的困境，面对社区戒毒工作萎缩的现状，《禁毒法》的修改工作不能坐视不理，可以通过立法支持各地探索社区戒毒，以解决问题为导向，平衡各方利益。

《禁毒法》可要求各地社区戒毒机构根据自身特点，承担戒毒人员重新融入社会的工作，并要求政府大力支持，设立专项经费，保障医疗机构、社会工作者、志愿者发挥自身作用。对于参与其中的医疗机构，给予专项经费；对于以社工为中心，以志愿者为团队的服务组织，同样给予资金支持和社会实践认可，鼓励各地结合自身情况探索科学合理的社区戒毒方式。

同时可要求各地充分利用现有的社区戒毒办公设施，更新工作理念，建立持续的购买服务体系，鼓

励由社会力量主导社区戒毒工作，以取代现有的管理模式。

社会力量参与禁毒工作，较为重要的一点便是可减少甚至消除戒毒人员在戒毒成功后的社会孤立感和社会耻辱感。为保障戒毒人员的经济来源，《禁毒法》还可要求各地政府制定指导性文件，鼓励企业招收戒毒成功的人员，对于这些企业采取减税、奖励等做法。

从事社区禁毒工作的志愿者，在禁毒宣传教育工作中，往往注重普及毒品预防、宣传禁毒法律法规、增强公民禁毒意识，展示禁毒工作成果等方面的宣传。而对于如何正确看待吸毒成瘾者，如何消除社会歧视和社会孤立，则工作投入较少。此次《禁毒法》修改可要求各地工作机构更新工作理念，摒弃陈旧的观点，同时鼓励禁毒志愿者宣传戒毒人员的正面事迹，倡导友善的社会氛围。

三 结语

通过强调戒毒工作的地位，尤其是社区戒毒工作在禁毒工作中的重要性，以及通过探索新型社区戒毒模式，鼓励社会力量广泛参与，帮助戒毒人员重新走向社会，这些都需要《禁毒法》在修改的过程中予以考虑。同时当戒断人员重新步入社会时，除了家庭的影响因素，就社会层面而言，理应帮助解决戒断人员的就业问题，尤其是在戒毒人员医保和低保措施不完善的情况下，更应鼓励社会力量广泛参与社区戒毒，积极接纳戒断人员。

禁毒工作的复杂性决定了《禁毒法》必然是一门跨部门、跨学科的法律制度，而《禁毒法》实施的目标当然应该是解决日益猖獗的毒品犯罪问题和居高不下的吸毒问题。禁毒工作需戒毒与打击毒品犯罪并重，戒毒工作需重戒治而非管理，戒治工作需强调社区戒毒的重要功能。在此基础上，更需更新工作理念，加强工作人员专业素养，强调社会力量参与，如此重新探索社区戒毒模式，方能遏制居高不下的复吸率，才能使禁毒工作的社会效果得以实现。

参考文献

- 周传欣、杨伟（2017,4月）。社区戒毒(康复)人员安置帮教后续照管机制探析。中国司法，04，92-95。
- 赵振虎、范文勇、肖洁（2017,1月）。关于开展戒毒一体化工作的几点思考。中国药物滥用防治杂志，01，44-46。
- 罗旭、万长智、陈卓（2016,4月）。强制隔离戒毒与戒毒康复、社区戒毒和社区康复的对接机制研究。中国司法，04，88-90。
- 曾启尚、万长智（2016，1月）。司法行政系统指导协助社区戒毒社区康复的实践探索和理性思考——以湖南省司法行政戒毒系统探索实践为例。中国司法，01，89-92。

推进病残戒毒人员康复工作的探索与思考

霍燃 王汉文

黑龙江省公安厅强制隔离戒毒所

【摘要】

近年来,因受场所条件、医疗能力等多方面因素的影响和制约,一些患有艾滋病、心脏病、传染病等严重疾病以及吞食异物自伤自残吸毒成瘾严重人员^[1]没有被收入强制戒毒所,致使大量病残吸毒人员流散社会,影响了社会和谐与稳定,成为社会的顽疾。为此,国家禁毒委等八部委联合制定出台了《关于加强病残吸毒人员收治工作的意见》(以下简称《意见》)。

黑龙江省公安厅强制隔离戒毒所认真执行《意见》要求,集中开展了病残吸毒人员收戒收治工作。以省公安厅2016年度“1号、2号禁毒专项行动”为例,我所承担了全省病残吸毒人员的收戒、收治任务,累计收治病残人员达300余人。期间,我所克服了场所医疗条件有限、警力紧张等实际困难,变压力为动力、化挑战为机遇,针对我省病残吸毒人员收戒、收治工作中面临的问题,多措并举改进收戒方法、提升医疗服务能力、构建集教育、体能、劳动一体化衔接的康复机制,取得了一定效果和经验。

【关键词】病残;吸毒人员;问题;措施

壹、当前病残吸毒人员收戒以及收治工作面临的问题

一、群体较大,病情复杂^[2]

目前我省病残吸毒人员呈现群体总体大、病残种类分布广、疑难杂症多等特点。以2016年度禁毒专项行动收戒成果为例,全年共收戒病残吸毒人员317人,占收戒人员总数的53.4%,其中以患躯体疾病(高血压、糖尿病、心脏病、脑梗死为主)、传染类疾病(肺结核、乙肝、艾滋病、梅毒为主)、残疾(盲聋哑为主)、精神障碍、吞食异物自伤自残等为主。

二、以往办案单位所抓获需要强制隔离戒毒人员,先由拘留所执行行政拘留后再到强制隔离戒毒所执行强制隔离戒毒。遇有较重外伤、吞食异物、患有严重躯体疾病、传染病的戒毒人员很难让拘留所接收,这给办案单位的投送工作带来了困难。

三、以往戒毒所在对收戒吸毒人员进行健康体检时,若查出吸毒人员患有急性传染病、吞食异物自伤自残或其他严重疾病均将暂不执行强制隔离戒毒。

四、曾经因病残或吞食异物未能执行行政拘留或强制隔离戒毒处罚的吸毒人员,因此有恃无恐、无视法律、变本加厉、肆无忌惮的吸食毒品。一旦被强制隔离戒毒所收戒,就表现出强烈的抵触情绪和抗拒管理等行为。

例如戒毒人员方某某曾经因为患有艾滋病逃过一次法律的打击,此次入所,自恃患有艾滋病,拒不接受戒毒矫治,不服从管教,不遵守监规,还向民警挑衅,口出脏话,气焰嚣张,甚至以割腕、剖腹相要挟,并扬言与戒毒所管教同归于尽等等。究其原因主要有两个方面:一是对疾病的恐惧,担心自己时日不多;二是以此逃避强制隔离戒毒,实现早日出所的目的。

五、由于设备缺乏、医护人员不足、医疗条件有限等现实困难,以往我所的医疗服务管理工作主要是针对强制隔离戒毒人员的健康检查、脱毒治疗和急性戒断症状的处置,其中包括一些常见病、多发病的诊断治疗。遇有病情复杂、疑难杂症、严重疾病的戒毒人员,只能转出就诊,这给所外安全监管工作带来了隐患,也给为逃避打击小病大养、无病呻吟的戒毒人员有了可乘之机。

六、大多数病残戒毒人员存在心理问题。受疾病的影响,家人、朋友的远离和抛弃,社会的冷落和歧视,使得大多数病残戒毒人员如梅毒、肺结核、肝炎、艾滋病患者存在压抑、恐惧、悲观绝望等心理问题。

貳、解决问题的办法和推进病残戒毒人员康复工作的措施

一、应对收戒，多措并举

（一）依法应收尽收

严格按照《意见》要求，三种情况不收，即法律不准许的不收、危及生命的不收、生活不能自理的不收，其余情况应收尽收。并在开展入所教育工作时，对新入所的病残戒毒人员讲明应收尽收政策以及发生吞食异物等自伤自残行为的严重后果，使他们在内心深处真正认识到这种方法根本不可能达到预期目的，并教育鼓励他们端正戒治态度，通过评估的手段实现早日出所的目的。

（二）开辟了 24 小时办理收戒绿色通道

应对我省积极开展的“1 号、2 号禁毒专项行动”，因拘留所不接收患有严重躯体疾病、传染病以及吞食异物自伤自残等吸毒人员，为了便于一线办案单位及时送戒和解决其投送难题，本所开辟了 24 小时办理收戒绿色通道，并将作出行政拘留处罚决定但是无法被拘留所接收的病残吸毒人员代为执行行政拘留处罚，实行行政拘留和强制隔离戒毒一条龙服务。2016 年全年共计代为执行行政拘留处罚 77 人。

（三）以人为本，保障病残吸毒人员的权益

1. 努力为病残吸毒人员戒毒康复和医疗救治创造良好环境^[1]

根据收戒病残吸毒人员的不同病种分别设立了艾滋病、肺结核、性病等传染性疾病专区专室，不断完善其生活居住、诊疗病房、教育矫治、健身锻炼、安全防范等功能建设。配备了治疗、检查、化验、护理、消毒等设备，配齐了安全防护、隔离、视频监控、应急救护、违禁品检测等设施。此外，还为管教民警、医护人员提供了必备的隔离工作服、防护眼罩、检查用手套、一次性医疗器械、消毒用具等医疗防护用品，严防所内感染和职业暴露。

2. 制定特色管理制度确保病人安全

建立三级管理制度。根据病残戒毒人员的病情及心理健康状况将其分为三个等级管理，对重点患者要侧重监护，严密观察，立足于防；建立医、护、管三方联勤制度。即医务人员对病残戒毒人员开展体格检查、巡诊、发药等医疗服务时，管教民警必须陪同监护；制定有别于普通戒毒人员的奖励处罚、日常考核、诊断评估办法，调动病残戒毒人员的矫治积极性，鼓励他们通过良好表现实现评估提前出所的目标。

3. 制定了“紫罗兰爱心帮扶计划”

紫罗兰象征爱、美德、健康与希望，该计划主要包括以下两个方面：

（1）生活帮扶方面：

登记确立困难帮扶对象，按月、按季度对困难戒毒人员发放洗漱、手纸、卫生巾等日用品；减免医药费；针对到期出所的困难戒毒人员，给予路费补助以及物质帮助；针对无人管又有严重疾病的到期出所人员，安排专人专车护送其回家或是其指定住所。

（2）情感救助方面：

对无人探访、无人关怀、无经济来源的病残戒毒人员，给予重点关怀和救助。要求管教民警在日常工作中对这类戒毒人员要重点观察，多一些关心、细心、热心与耐心，勤交流常沟通，并通过打电话、家访等方式积极帮助他们联系家人，化解矛盾，修复亲情关系，使他们重获家人支持，重拾生活信心。

二、创新医疗工作机制

（一）推行医疗社会化模式

与具有“三甲”资质的黑龙江省农垦总医院以及哈尔滨市第一专科医院（精神、心理专科医院）签署协议确立医疗服务协作体系，积极争取协作医院开辟戒毒人员救治绿色通道，确保突发疾病的戒毒人员能及时得到医治，并定期邀请协作医院专家来所进行业务技能指导。此外，定期或不定期邀请市疾病预防控制中心医护人员对新收戒毒人员进行 HIV 等血样检测。

（二）建立心理干预机制

我所设置了心理治疗室，并配备了专门心理治疗师团队。对新入所、入所三个月及满一年的戒毒人员特别是病残戒毒人员开展常规心理测评，并依据测评结果制定心理治疗方案。针对出现重大家庭变故、父母等直系亲人病危、离婚、工作单位辞退、法律纠纷等问题的戒毒人员以及因患有艾滋病等传染性疾病而出现恐惧心理、

自卑心理、甚至是反社会心理的戒毒人员，由心理治疗小组及时介入，给予一对一心理危机干预，并将情况告知主管医生和管教民警，对其进行重点看护和劝导，有针对性的做好各项防范工作。此外，俗话说“解铃还须系铃人”，戒毒人员自我调节、自我救赎是心理干预的基石，因此为了帮助戒毒人员普及心理知识，打牢心理基础、防患于未然，戒毒所定期组织邀请精神、心理专科医院专家教授来所开展心理知识讲座及心理健康辅导。

（三）业务技能培训常态化

采取“请进来”与“走出去”相结合的方式，经常性邀请医疗专家团队来所进行指导教学和定期组织戒毒所医护人员外出专科进修，提高医技水平和临床处置能力，并为一线管理队伍开展吸毒检测、应急处置、卫生防疫、职业暴露防护、心理矫治等方面的培训，最大限度减少送戒收治病残吸毒人员带来的各种风险。

三、构建教育、体能、劳动一体化衔接的康复机制

戒毒人员的康复工作是一个复杂的综合矫治过程，与普通戒毒人员相比病残戒毒人员的康复工作更为困难。为此，我所构建了集教育、体能、劳动一体化衔接的康复机制，尝试性开展了一些康复工作，期间有经验也有教训，现将取得的经验及注意事项总结如下：

（一）教育康复工作的两个转变

1. 教育手段上实现了以往由强制性等刚性手段运用过多向引导、感化等柔性、人性化手段转变。

戒毒人员是违法者，但同时也是受害者和病人，因此对他们的教育只凭以往简单生硬的说教是不行的，应把他们看成是“特殊的学生”、“特殊的病人”、“特殊的朋友”，用科学引导的讲话方式拉近与他们的距离，运用一定的心理学技巧，谈话要有艺术性，让他们真切感受到我们是真心诚意的教育他们、帮助他们、关心他们，从而取得他们的信任和尊重；

2. 教育康复格局上实现了由戒毒所单打独斗的执行模式向以戒毒所为主体，以戒毒人员家属为重点，专家学者、社会团体、志愿者、新闻媒体、网络等广泛参与的多元化、多样化、多层次化的康复工作格局。

具体做法是：通过邀请国学大师、法律讲师、医学专家等专家学者向包括病残戒毒人员在内的全体戒毒人员开展传统文化学习，普及法律、伦理道德、毒品常识、艾滋病及卫生防疫等知识，营造学习文化氛围，激发其内在改造动力与热情；定期举办警营开放日活动，通过邀请戒毒人员家属开展座谈会、汇报戒毒成果、联欢会、亲情帮教会等形式，实现了戒毒人员与家属之间的零距离接触，修缮了亲情关系，建立了家庭系统支持，为出所奠定基础。

（二）体能康复工作应注意的几点事项

1. 心理疗法的运用。一些病残戒毒人员存在自卑、自暴自弃等心理问题，需要运用心理疗法，帮助他们打开心结，培养他们坚强的意志力，并引导他们进行心理上的自我调节，燃起生活信心，积极主动参与到体能康复训练中来；

2. 体能锻炼最好是在空气清新、通风良好和安静的环境中进行。要注意季节变化，夏季要避免太阳暴晒，寒冷有风的季节则注意保暖，建议改为室内锻炼；

3. 运动项目的选择和运动量的掌握要因病情而异，安全优先，量力而行。可组织病残戒毒人员开展健身操、日常生活活动能力训练、治疗性游戏训练及音乐歌舞训练等康复活动。

（三）康复劳动的分层管理

劳动生产是戒毒康复过程中一种有效的手段，但是由于病残戒毒人员生理、心理的特殊性，因此在组织他们进行康复劳动时要有针对性的进行分层管理，区别对待。处于发病期的戒毒人员不宜安排康复劳动；对易兴奋病残戒毒人员可以适当安排简单的劳动，帮助其稳定情绪；对情绪消沉的病残戒毒人员可适当安排集体劳动，帮助其释放生理和情绪压力，分散注意力，树立生活信心；对于恢复期的病残戒毒人员可组织参加适量的复杂程度相对较高的劳动，以利于其社会功能的恢复^[2]。

参考文献

[1] 国家禁毒委员会办公室，公安部，卫生计生委，发展改革委，民政部，司法部，财政部，人力资源社会保障部（2015，10月）.《关于加强病残吸毒人员收治工作的意见》.百度文库.

[2] 陈玉海.病残戒毒人员分层管理模式探索与思考.中国司法，2015（2），83-86.

社会排斥与社会融合:药物滥用人员回归社会困境与对策分析

张静 刘传龙

深圳市龙岗区彩虹社会工作服务中心、深圳市众力社会工作发展中心

【摘要】

药物滥用人员戒断药物后再次滥用药率非常高,其中一个重要的原因就是药物滥用人员在回归社会的过程中,遇到了诸多的社会排斥问题,成为其回归社会的困境。为促使药物滥用人员更好地融入社会,本文结合笔者自身在一线禁毒社会工作实务中的案例,尝试从政治、经济、文化三个角度分析药物滥用人员面临的社会排斥问题,并分析应对这些排斥问题的对策,包括政治层面:保障药物滥用人员获得平等的法律权利和其他公民权利;经济层面:参与劳动力市场竞争,获得正常的物质生活水平;文化层面:获得对个人或药物滥用群体的社会地位和社会身份的肯定性的评价。目前,关于药物滥用人员社会排斥与社会融合的研究较少,期望本文能够为禁毒工作者、相关法律政策调整提供相关参考。

【关键词】 药物滥用人员 社会排斥 社会融合

一、研究背景及问题提出

根据国家禁毒委办公室发布的《2016 年中国毒情形势报告》,截至 2016 年底,全国现有药物滥用人员 250.5 万名(不含戒断三年未发现重新滥用人员、死亡人数和离境人数),参照国际上通用的药物滥用人员显性与隐性比例,我国实际药物滥用人员已超过 1400 万,药物滥用形势严峻。近年来,国家相关政策、历届领导人都对禁毒打击工作给予了高度关注,1991 年在第一次全国禁毒工作会议上,国家禁毒委员会提出了“三禁并举,堵源截流,严格执法,标本兼治”的禁毒工作方针;1999 年,国家禁毒委员会在全国禁毒工作会议上,将禁毒工作方针调整为禁吸、禁贩、禁种、禁制“四禁并举”;2004 年,胡锦涛专门就禁毒问题做出重要批示和指示,要开展一场禁毒人民战争,有效解决毒品问题;2014 年,习近平强调,要强化重点整治,严厉打击各类毒品犯罪活动,坚决遏制毒品问题蔓延势头。但不断增加的药物滥用人员数据证明,仅仅依靠打击是很难杜绝药物滥用现象的,而且,我国药物滥用人员存在难以戒断或复吸率高的特点,这一方面与药物所带来的生理、心理依赖等有关,但另一方面,药物滥用人员回归社会时所遭遇到的社会排斥问题,也阻断了他们的康复之路。

因此,本文着重研究两个方面的问题:一是药物滥用人员回归社会的困境分析,即药物滥用人员社会排斥的具体表现;二是分析应对药物滥用人员社会排斥的对策,促进其社会融合。

二、重要概念界定

(一) 药物滥用人员

药物滥用(drug abuse)一词是 60 年代中期国际上采用的专用词汇,在我国一般称之为“吸毒”,它与我们平常所说的“滥用抗生素”“滥用激素”等滥用药物中的“滥用”概念截然不同,是指非医疗目的反复、大量使用具有依赖性特性或依赖性潜力的药,为的是体验该药物产生的特殊精神效应,并由此导致精神依赖性和躯体依赖性。药物滥用具备以下四个特点:一是不论是药品类型,还是用药方式和地点都是不合理的;二是没有医生指导而自我用药,这种自我用药超出了医疗范围和剂量标准;三是使用者对该药不能自拔并有强迫性用药行为;四是由于使用药物,而往往导致精神和身体危害、社会危害。关于哪些药物属于易滥用药物的范围呢?在此参考我国《刑法》第 357 条的规定,主要是指鸦片、海洛因、甲基苯丙胺(冰毒)、吗啡、大麻、可卡因、以及国家规定管制的其它能够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品,药物滥用人员即滥用国家规定管制药物的人。

(二) 社会排斥

社会排斥(social exclusion)概念是随着 20 世纪 70 年代经济危机发生而流行起来的,但是对于其定义至今仍有很大的不确定性,一般认为是法国人首先提出来的。最早是雷纳尔(Lenoir)在他 1974 年出版的一本书里首先提出了“社会性地排斥(socially excluded)”这一概念,大意指在法国社会中还有一些个人或群体没能够被传统的社会保障体系所覆盖,他指出,受排斥人口占法国人口的十分之一,这些受排斥者包括精神和身体残疾者、自杀者、老年患者、受虐儿童、药物滥用人员、越轨者、单亲父母、多问题家庭、边缘人、反社会的人和社会不适应者。

因此，根据雷纳尔的界定，药物滥用人员属于遭受社会排斥者范畴，笔者在文中将“药物滥用人员”划归“社会脆弱群体”，将社会排斥定义为：社会脆弱群体因为自身生理心理因素、社会政策及制度安排等原因，缺乏参与一些社会普遍认同的社会活动，被边缘化或隔离的系统性过程，这个过程具有多维度的特点，并表现为被排斥者政治、经济、文化等方面的长期匮乏。

（三）社会融合

18 世纪到 19 世纪中期，西方世界工业化和城市化进程加快，社会矛盾日益凸显，自杀率一致居高不下，法国社会学家 Durkhdm 在《自杀论：社会现象的研究》中首次提出了社会融合的概念，其认为社会融合是导致自杀的重要原因，良好的社会融合水平，可以有效控制自杀率，但是他并没有给社会融合下一个清晰的定义。此后，社会融合研究一直在继续，但始终没有一个统一的定义，如欧盟（2003）在关于社会融合联合报告中认为：社会融合是这样一个过程，它确保具有风险和社会排斥的群体能够获得必要的机会和资源，通过这些机会和资源，他们能够全面参与经济、社会和文化生活，享受到正常的社会福利；加拿大莱德劳基金认为，社会融合不仅仅需要消除壁垒和风险，还需要对产生融合的环境的投资和行动，他的社会融合具有五个维度：受到重视的认同、人类发展、参与和介入、亲近和物质丰足；森认为共融社会或融合社会是这样一个社会，在那里的成员积极而充满意义地参与，享受平等，共享社会经历并获得基本的社会福利，因此，融合是一个积极的过程，它推动了人类发展并确保机会不会对每一个人错失。

本文参考《社会政策导论》（第二版）（杨伟民，2010）中社会融合的定义来确定所要研究的药物滥用人员社会融合内涵：即减少或消除对药物滥用人员的社会排斥，使其有参与市场和其他社会、政治、文化活动的资源和权力，具体包括：（1）获得平等的法律权利和其他公民权利；（2）参与劳动力市场竞争；（3）对社会地位和社会身份拥有肯定性的评价。

三、药物滥用人员社会排斥分析

一个完整的摆脱药物依赖的必须包括三个阶段：生理脱毒、心理康复、回归社会，生理脱毒指脱瘾后恢复身体的机能。心理康复则是使药物滥用人员的心理状态取向积极乐观向上，能够处理好自身的不良情绪。回归社会则包括药物滥用的社会功能能够得到恢复，包括就业/就学、娱乐休闲、人际沟通、社交、独立能力、独立表现、社会参与等七个向度，最后达至与社会融合。在许多人看来是非常不容易的事情，其实这是一种误解，脱毒是很容易完成的阶段，也有很多的方法和手段，包括使用药物辅助、住院治疗等，实际上，真正困难的是后面两个阶段，药物滥用人员社会排斥就是阻碍其顺利“过关”的坎。本文在分析药物滥用人员社会排斥时通过政治、经济和社会三个层面进行分析。

（一）药物滥用人员政治层面的社会排斥

政治层面的社会排斥是指人们参与政治时权利的不足或被剥夺，这种排斥通过明确的法令制度规定不同的人享有不同的政治权利。药物滥用人员在政治层面的社会排斥更多的表现在人身自由、各种权利的被剥夺，具体体现在：

1、动态管控对人身自由的限制。在我国，动态管控是一种用于监控特殊人群的手段，与身份证绑定，药物滥用人员一旦被行政拘留或者强制隔离戒毒 1 次，就会进入国家动态管控系统，乘坐飞机、火车等交通工具、开房、银行办卡等需要用到身份证的时候，都会自动连接公安系统的报警装置，会由民警带走进行尿样检测。因此，已经进入动态管控系统的药物滥用人员，在现今走到哪里都需要身份证的社会，是没有人身自由可言的，并且动态管控暂无取消的规定，也就是说动态管控是终身的。

2、在国家机关、事业单位、国企等就职的权力的剥夺。众所周知，能够进入国家机关、事业单位、国企等就职，是一件较为光荣的事情，但一般要进入这些国家机关、企事业单位，需要经过层层选拔，到最后还需要经过政审，在政审标准中，有不法行为的，视为考核不合格，而我国也明确规定，药物滥用是非法行为，因此，药物滥用人员是无法进入这些机关、企事业单位就职的。假如你已经入职，一旦发现有药物滥用行为，也会面临立即被开除/辞退。

3、受教育权利的剥夺。我国登记在册的药物滥用人员中，不满 18 岁的有 4.3 万名，占 1.8%，笔者因工作需要，接触过不少学校德育处负责老师，在与他们交谈的过程中，也会经常向他们了解学校对于学生药物滥用的处理措施，得到的答复统一为劝退/开除，因为要考虑到其他学生的安全。

4、财产权的剥夺。以深圳为例，改革开放后，经济快速发展，深圳转型为商业为主的城市，社区股份合作有限公司纷纷成立，原住民开始享受到分红，发展好的社区居民一个月分红接近 6000 元。但许多深圳户籍药物滥用人员，都遭遇过分红被扣，有的甚至扣接近 20 万元，后虽陆续有追讨，但成功的很少。

5、其他权利，比如报考驾照等。根据我国《机动车驾驶证申领和使用规定》，三年内有药物滥用行为的或解除强制隔离戒毒未满三年的，或药物成瘾未戒除的，不得申领机动车驾驶证，并且对于已有驾驶证，但发现药物滥用行为的，一律吊销驾驶证。当然，此举措是为了有效遏制毒驾，保护社会大众安全，但在实际执行过程中，也不乏“一棍子全部打死”的现象。

（二）药物滥用人员经济层面的社会排斥

经济层面的社会排斥是指人们在获取劳动生活资料的过程中所遭遇到的不公平对待，其最直接后果就是造成贫困。药物滥用人员在经济层面上的社会排斥主要体现在劳动力市场上的排斥，不能公平参与劳动力市场竞争。例如，Z 先生，从事珠宝设计工作已有多年的经验，近期跳槽至一家更有发展前景的珠宝公司，并获得了更高的待遇。但入职不到一个星期，公司因为其曾经药物滥用的经历而将其辞退，全然不考虑他的优秀能力及多年的工作经历，令到 Z 先生非常苦恼同时又担心，自己能否再找到新的工作。

（三）药物滥用人员文化层面的社会排斥

文化层面的社会排斥是指以自己或本民族的文化为标准或中心来衡量其他人群或其他民族，它不一定是持有不同文化的民族之间才存在这种排斥，同一民族中不同文化观念的群体也会排斥自己的群体。文化排斥最常见的表现形式在于“污名化”，或者“标签化”。标签理论关于越轨行为的基本观点是：“在人们变成越轨者并持续作为越轨者的过程中，给人们贴上越轨者的标志是一个关键因素。”（杰克 D、道格拉斯、弗兰西斯、瓦克斯勒, 1987）。在我国，由于相关法律明确规定药物滥用是一种违法行为，因此，对于药物滥用人员，社会公众往往会给其贴上“越轨者”的标签，并形成了对药物滥用人员“标签的刻板效应”。这种标签的刻板效应表现在三个方面：第一，药物滥用是一种罪恶的行为；第二，药物滥用者是坏人，第三，药物成瘾无法戒掉。久而久之，药物滥用人员自己也会接受社会所贴的这些“标签”，认为自己是垃圾、社会的包袱，并持续滥用药物。

四、药物滥用人员社会融合应对策略分析

药物滥用人员在融入社会过程中，遇到诸多社会排斥，极易导致其产生报复心理，重新违法犯罪，或者放弃自身，继续保持滥用药物习惯，所以，这也能够较好地解释药物滥用复吸率高的原因。笔者提出消减药物滥用人员社会排斥，促进其社会融合的对策。

（一）政治层面：保障药物滥用人员获得平等的法律权利和其他公民权利。在我国，药物滥用人员有三重身份：违法者、病人及受害者。违法者身份是药物滥用人员社会排斥的主要原因，对比烟、酒，我们不难发现，烟、酒也具有成瘾性，但社会大众对于烟瘾者、酒瘾者却不会有药物滥用人员那样的排斥，原因就在于这种行为是否符合法律规定。针对此，我们可以尝试去借鉴欧美国家的经验——部分药物滥用非罪化，比如在荷兰，大麻滥用人员不会受到法律的惩罚，而是在医生的指导下较为合理的使用；或者香港，药物滥用不违法，持有管制药物才是违法，这样的话，只有在“抓现行”的情况下才可以处罚，而且是以非法持有管制药物的名义处罚。

除此之外，还可以通过以下措施来保障药物滥用人员的权利：1、动态管控取消机制完善，2011 年《戒毒条例》已有明确的规定，参加社区戒毒/社区康复满三年未复吸者，可以申请取消动态管控，但目前具体如何取消，如何有效证明未复吸等亦有待完善；2、保障就业/就学的权力；3、完善药物滥用人员及其家人救助制度；4、鼓励、支持戒毒医疗机构、相关戒瘾社会组织的发展，保障药物滥用人员接受治疗的权力。

（二）经济层面：参与劳动力市场竞争，获得正常的物质生活水平。主要是加强药物滥用人员职业技能方面的培训，提升其就业竞争力；其次鼓励企业接受符合条件的药物滥用人员就业，如给予税收优惠或者补贴。

(三)文化层面：获得对个人或药物滥用群体的社会地位和社会身份的肯定性的评价。可以尝试从三个方面入手：1、药物滥用人员自身的努力。实际上，社会大众对于药物滥用人员所贴的“标签”，非空穴来风，确实也有部分药物滥用人员如标签所描述的那样，因此，药物滥用人员应该通过自身的努力，去改变社会大众的不良的评价，比如，参与义工活动，承担社会责任；2、大众传播媒体的正面报道；3、开展社会倡导活动，呼吁减少/消除对药物滥用人员的社会排斥，帮助其顺利回归社会。

参考文献

- 杨伟民（2010）。《社会政策导论（第二版）》。北京：中国人民大学出版社。
- 赵敏、张锐敏（2010）。《戒毒社会工作基础（第一册）》。北京：军事医学科学出版社。
- 赵佩瑛（2010）。《药物滥用者的社会排斥——以金山区为例》。复旦大学。
- 林少真（2015）。《制度排斥与社会接纳:吸毒人员回归社会的困境与出路》。贵州社会科学第5期。
- 王嘉顺、林少真（2014）。《社会排斥与另类的生活空间：青年吸毒行为的影响机制分析》。东南学术第4期。
- 时秋娜（2015）。《我国“毒驾”的现状及其管控对策研究》。广西警官高等专科学校学报第5期。
- 钟莹（2010）。《建构主义视角下的吸毒者与社会“双向排斥”机制及解决策略》。福建论坛（人文社会科学版）第5期。
- 胡鹏、张昱（2014）。《基于戒毒者行为逻辑的戒毒法律制度完善研究》。甘肃政法学院学报第6期。
- 周林刚（2004）。《论社会排斥》。社会第3期。
- 景晓芬（2004）。《“社会排斥”理论研究综述》。甘肃理论学刊第2期。
- 彭华民（2003）。《社会排斥概念之解析》。中国社会工作研究第3期。

社会工作视野下的“一站式”社区戒毒 社区康复模式

宋红源 郝柱 戴孟丝 李晓兰 石圆圆 郭月媛 钟娜
深圳市龙岗区彩虹社会工作服务中心

【摘要】

为了进一步完善国内社区戒毒社区康复的流程,增强社区戒毒社区康复的作用和成效,发挥禁毒社会工作的功能,探索一套更具个性、科学的社区戒毒社区康复模式,我们采用文献法、访谈法以及观察法,梳理分析国内,特别是深圳地区的社区戒毒社区康复的现状,对比境外社区戒毒社区康复模式,发现国内现行的社区戒毒社区康复存在的问题:社区戒毒社区康复的无缝对接机制不完善、部分社区戒毒社区康复人员未能在规定期限内到执行地报到、社区禁毒工作小组功能失调、社区戒毒社区康复服务感受差等问题。所以我们从社会工作的视野提出建立“一站式”社区戒毒社区康复模式,把“以社区戒毒社区康复为本”的治疗模式转向“社区戒毒社区康复人士为本”的心理—社会的模式,实现一站式社区戒毒社区康复。

【关键词】 一站式 社区戒毒 社区康复 社会工作 无缝对接

一、国内社区戒毒社区康复现状

3月27日,国家禁毒办发布《2016年中国毒品形势报告》称全国吸毒人员总量仍在缓慢增长,截至2016年底,全国现有吸毒人员250.5万名(不含戒断三年未发现复吸人数、死亡人数和离境人数),同比增长6.8%。其中,不满18岁2.2万名,占0.9%;18岁到35岁146.4万名,占58.4%;36岁到59岁100.3万名,占40%;60岁以上1.6万名,占0.7%。2016年,全国吸毒人员中,以海洛因为主的阿片类毒品滥用人数量增势放缓,以冰毒、氯胺酮为主的合成毒品滥用人数量增速加快,滥用新精神活性物质有所发现,呈现出传统毒品、合成毒品和新精神活性物质叠加滥用特点,毒品滥用结构发生根本变化。2016年上半年,全国查获吸毒人员44.8万人次,责令社区戒毒10.4万人次、社区康复2.5万人次;正在进行社区戒毒人员19万名、社区康复人员9.2万名,执行率60.1%。

二、境外社区戒毒社区康复模式

由于不同国家或者同一国家不同地区的风俗文化、法律法规的差异,禁毒法律法规的内容、社区戒毒社区康复的方式就不一样。英国将吸毒规定为违法行为,但是吸毒者可以选择拘留变更执行方式,到戒毒机构接受治疗;加拿大、澳大利亚、荷兰全境、西班牙部分地区和美国的个别州吸大麻是合法的,但对于吸食如海洛因、可卡因和安非他明等硬毒品是违法行为;我国香港特区认为吸毒行为是犯法,但作为吸毒者本身是不违法,假如某人公开承认他是没有犯法,警察是不能单以他是吸毒者便可作出逮捕及检控,但如果他进行吸毒行为或持有可供吸毒的器具,这些都是犯法,警察可以做出拘控。社区戒毒起源于美国和英国,目的是教育挽救吸毒时间不长、成瘾程度不深、本人有戒毒意愿且具备家庭监护条件的吸毒人员,境外许多国家或地区采取自愿戒毒为主,以我国澳门特区为例,澳门在1990年停止强制戒毒服务,并以自愿式门诊戒毒代之,已初步建立了一套具“多模式,多管道”戒毒服务体系,包括外展工作、个案医疗评估、生理脱毒、社会心理治疗介入、社会重返、长期康复院舍治疗及自助组织等,澳门特区戒毒复康服务主要以自愿戒毒为主,本着官民合作,共同分担的精神,澳门的戒毒服务主要由政府及民间机构共同承担,政府方面主要由社会工作局戒毒复康处执行,以提供短期生理脱毒、门诊治疗、社会心理辅导及社会重返跟进为主,而民间机构则以承担长期康复院舍、外展工作、互助组织等方面。政府透过社会工作局对从事上述工作之团体,提供财政资助及技术支持。

三、国内社区戒毒社区康复问题

《中华人民共和国禁毒法》从2008年6月1日施行以来,各级领导对社区戒毒、社区康复的工作比较重视,组织社区、公安等工作人员进行业务培训,许多社区设立专门的戒毒办公机构,并配备禁毒工作人员,使得社区禁毒的效果较以往有了很大改善。2015年12月15日,国家禁毒委员会办公室、中央综治办、公安部等十一个部门联合发布《全国社区戒毒社区康复工作规划(2016—2020年)》,指出通过五年努力,实现社区戒毒社区康复工作体系全面形成,社区戒毒社区康复专职工作人员队伍全面建立,各项戒毒康复措施全面落实,

社区戒毒社区康复执行率稳步提高的目标,设置 2020 年社区戒毒社区康复执行率保持在 97%以上的具体目标。2016 年我国的社区戒毒社区康复工作达到了规划要求的“全国有吸毒人员的乡(镇)人民政府、城市街道办事处全部成立社区戒毒社区康复工作领导小组,社区戒毒社区康复执行率达到 60%以上”的目标。但与此同时也出现一些新的问题:

(一) 社区戒毒社区康复的无缝对接机制不完善

被责令社区戒毒社区康复的人员应当由责令单位直接通知到被责令人及责令执行地社区戒毒社区康复工作小组,并且由责令单位出具函件给到责令执行地予以接收被责令人。但是现实情况是被责令人有时隐瞒被责令事实,而禁毒社工有时在相关机构查验被责令人责令信息时也受阻。例如社区戒毒来源主要是拘留所,即公安在查获吸毒人员之后,认定为吸毒成瘾,责令社区戒毒,但实际执行中很多拘留所没有禁毒社工,深圳部分拘留所设有禁毒社工,但没有查询拘留人员动态管控平台信息权限且拘留所没有固定专人提供核对信息,判断因吸毒被拘留的人员是否已属于社区戒毒人士主要通过面谈,偶尔因为拘留人员撒谎而无法及时转介社区禁毒社工无缝对接;社区康复主要来自强制隔离戒毒所,但大部分强制隔离戒毒所也没有社工,强制所出来后责令社区康复的信息反馈不及时,社区禁毒社工与强制隔离戒毒所无缝对接机制不健全。生理脱毒后回归社区的戒毒和社区康复对象很可能重蹈覆辙,再次复吸。

(二) 部分社区戒毒社区康复人员未能在规定期限内到执行地报到

虽然公安机关对发现的每一名吸毒人员都按照“谁发现、谁登录”的原则,及时将其基本信息和依法采取的措施等录入吸毒人员数据库。对被责令社区戒毒而拒不到执行地报到的吸毒成瘾人员,一旦再次查获并在数据库中查到相应动态信息,并可对其作出处理。这在一定程度上解决了被责令社区戒毒社区康复人员的报到监督问题。但在实际工作开展过程中也发现,很多戒毒人员特别是非户籍的由于流动性很大,管控比较困难。特别是那些不愿戒毒的成瘾者,他们在拘留所出来后就会立马换一个隐蔽的地方继续吸食,只要不刷身份证,且刻意的避开公安机关,被发现的机率就会变得很小。

(三) 对社区戒毒社区康复工作重视不够,经费保障不落实,社区戒毒社区康复工作发展滞后

部分社区领导对于社区戒毒、社区康复工作的认识及重视不足,甚至对戒毒人员失去信心、认为戒毒工作属于公安等。同时,社区戒毒、社区康复工作缺乏相应的考机制,导致社区戒毒、社区康复工作难以开展。另外,经费保障不到位,专业人员不足、协调管理机制缺乏,社区戒毒、社区康复需要整合家庭、社区、公安、卫生、民政等多个部门的资源,部门间配合不默契、部门职责不明确、机制不健,再加上部分部门对社区戒毒工工作不重视导致社区戒毒、社区康复工作难以有效开展等问题。甚至部分地区长期没有正常开展工作,导致戒毒/康复人员主动报到时,却不知如何开展工作。社区戒毒社区康复人员想申请变更执行地,考虑到监管责任和经费问题等出现拒绝接收社区戒毒社区康复人员。由于工作措施执行不力,社区戒毒社区康复人员超期未报到、严重违反协议和脱管失控问题突出,严重影响了法律的严肃性和戒毒的实效性。

(四) 部门社区戒毒/康复人员违反社区戒毒社区康复协议,特别是非户籍人员脱管问题严重

《戒毒条例》第十九条规定,社区戒毒社区康复人员应当根据公安机关的要求,定期不定时接受尿检。但在执行过程中,社区戒毒社区康复人员如果重新吸食、注射毒品,害怕尿检检验出来将承担严重的法律后果,往往会寻找各种借口逃避尿检。非户籍的戒毒/康复人员,由于流动性比较大,且认为定期不定时的尿检带来诸多的不便,并对于违反协议的法律后果不够重视,因此中途不再参与尿检,甚至在不知会社区戒毒(康复)小组的前提下,搬离固定场所,导致失联。对于未能按时报到或未能找到的非户籍吸毒人员,有关部门甚至可能删除其数据。

(五) 社区戒毒社区康复工作片面单一,禁毒专业工作人员能力有限

完整的戒毒过程包括三个阶段:生理脱毒、康复治疗、回归社会。生理脱毒主要是在医务人员的指导下帮助戒毒人员减轻或消除戒断症状,顺利度过急性戒断期,这可为将来进一步实施行为矫正、心理治疗奠定基础。但在实际工作中,缺乏专业医务人员的指导,社区戒毒人员想选择痛苦程度较低的生理脱毒,在经济情况较好的情况下,一般会选择自愿戒毒医疗机构。但大部分社区戒毒人员因经济状况不佳,只能被动的选择自然脱毒,但自然脱毒是一个伴有严重躯体戒断症状和强烈情绪活动的过程。戒毒者很难承受一系列的戒断症状,因此中途放弃的人员比例很高。即使迫于各种压力坚持脱毒,但戒毒者的逆反心理很强,只要寻到合适的机会就有可能复吸。

(六) 社区禁毒工作小组功能失调,社区戒毒社区康复服务感受差

社区禁毒工作小组包括专职人员、社区干部、民警、社工、医生等,但实际上期间沟通协调主要是社工

在跟进，其他成员的权责不明、无奖惩措施，工作积极性和主动性较差，社工协调工作难度较大。社工定期不定时给社区戒毒社区康复人士尿检的同时，可能会遇到公安未提前通知社工的不定期抽检，导致社区戒毒社区康复人士面临重复检测，从而引发他们的不满及对社工工作的怀疑，影响社工形象。另外，由于一个街道有多个警务室且位置分散，加上部分社区警务人员对社工工作不了解、不配合，导致社工需要给社区戒毒社区康复人员建档、查档、尿检以及提交资料时出现多处奔跑和联络，服务对象服务感受不好，影响戒毒/康复信心。

（七）解除社区戒毒社区康复程序繁琐、吸毒人员动态管控系统更新不及时

在执行社区戒毒社区康复的三年期间（含社会面有吸毒史未满三年人员），该人员将被列入禁毒系统中的吸毒人员动态管控系统，在该系统中登记的人员将被列入管控人员警情预警平台，当社区戒毒社区康复人员在以下场所（主要有银行、火车站、汽车站、机场、宾馆酒店、正规网吧等场所）使用身份证时就会在该场所辖区内公安预警平台出现报警情况，在得到报警信息后，辖区公安派出所将通知该场所的路面民警去核实该吸毒管控人员情况，并做好毒检（即尿检）工作。

在社区戒毒社区康复人员期满后，并符合解除条件时，根据解除社区戒毒社区康复要求和程序给予解除，并由公安系统上传相关解除资料，在解除后（指公安系统上传资料后），该管控人员信息将不再出现在管控系统中，也不会出现在警情预警平台，故该管控人员在使用身份证入住酒店等场所时公安的预警平台将不会出现报警情况。以深圳为例，在深圳上传解除资料后该管控人员信息将不会出现在预警平台，根据公安部文件要求是每日一刷的更新，但实际操作中，有些地区可能没有及时刷新管控人员信息，所以就出现社区戒毒社区康复人员在执行地解除社区康复后，在外地使用身份证时依旧会出现报警的情况。这些情况会重重打击社区戒毒社区康复人士的自尊，严重影响前期已取得的成效。

四、建立“一站式”社区戒毒社区康复模式

（一）模式优势及意义

我国现行的社区戒毒社区康复虽然在形式上已经有了很大的突破，但在成效上还是属于重视戒毒康复、重视执法而忽视人的心理需求的功能主义，是“控制”和“施与”型的，即戒毒和社区康复对象回到社区就像一个物品在流水线上滚动，登记、分类、帮教、尿检、解除、回归社会，这种禁毒理念，把社区和社会分成了两个世界，社区戒毒和社区康复对象仍然没有主动性，心理空间原型没有变，其感受与强制戒毒戒毒所的戒毒人士感受一样，只是初步实现了生理脱毒，没有质的变化。我们提出建立“一站式”社区戒毒社区康复模式，最大的突破在于该模式发挥社会工作的人文主义，把“以社区戒毒社区康复为本”的治疗模式转向“社区戒毒社区康复人士为本”的心理—社会的模式，即社区戒毒社区康复应该基于“人”而不是人的“毒瘾”，如张三、李四都是吸毒成瘾，责令社区戒毒，但社区戒毒的方法则是因人而异，现代医学也持相同的观念，即一个人的‘病’源，有着很多主客观原因，有生理的、心理的因素，还有社会的、人文的、环境的因素，应当从客观的角度，用理性的办法来处理和疾病。

（二）模式内容

该模式主要内容包括一是注重社区戒毒社区康复人士的服务感受，首先在拘留所和强制隔离戒毒所设置社工岗位，实现社区戒毒社区康复社工与拘留所、强制隔离戒毒所的无缝对接，其次在地理位置上在每个街道设置不少于一个戒毒康复站，每个社区康复站匹配尿检或者发丝验毒设备，社区民警定期在社区办公进行尿检和信息核对，提高社区戒毒社区康复人士的便利性，使得被动戒毒康复变为主动戒毒康复。二是发挥社区禁毒工作小组的重要关键环节作用，进一步明确工作人员的权责、考核机制以及奖惩措施，甚至有必要将本绩效成绩列入街道及社区领导考核的关键指标。三是注意尊重和发挥社会工作专业性，鼓励和支持社工在个案、小组以及社区工作等工作手法的应用，为社区戒毒社区康复人士提供个性化服务，包括改善家庭关系、增强戒毒/康复动机、促进社会融合等。四是采取积分制，对于日常按时报到、准时帮教、尿检阴性等依次有积分，让服务对象有更强的社区戒毒社区康复的动机，达到一定积分的可以优先安排工作或者其它鼓励措施，对解除社区康复的要及时及时刷新管控人员信息，让已解除社区康复的人士真正回归社会，像正常人一样生活与工作，让他们看到希望。社工在社区戒毒社区康复各环节的主要角色和定位如下：

1. 查获认定成瘾阶段

社工主要是需求预估、服务转介以及无缝对接服务。

（1）在查获吸毒人员之后，有关部门要严格按照公安部和卫生部在 2011 年 4 月 1 日施行《吸毒成瘾认定

办法》为依据，充分利用利用尿检和毛发验毒技术，增强吸毒成瘾认定的科学性。

(2) 拘留所和强制隔离戒毒所设立专业禁毒社工岗位，或者成立拘留所和强制隔离戒毒所与各区社工无缝对接的机制，及时转介到社区禁毒社工无缝对接，进行需求评估并了解其在社区戒毒社区康复的具体困难和问题，提供更具个性化的服务。

2.责令街道报到阶段

社工主要提供建档、签订社区戒毒社区康复协议、制定全人发展的社工服务方案，相关部门信息及资源对接。

出了有关部门要依法加强对于 15 天内未报到的社区戒毒社区康复人士的法律法规的惩罚措施，增强法律权威性和威慑力之外，社工及时跟进被责令社区戒毒社区康复人员，告知街道戒毒康复站报到时间及未按期报到的严重后果；同时介绍准时报到、按时尿检和帮教的相应积分奖励，实现法律执行和社工服务的“软硬兼施”，鼓励社区戒毒社区康复人士积极参与社区戒毒或社区康复。对于当地派出所不愿接收的非户籍人员，社工采用个案工作为主，促进户籍所在地和当地派出所配合调档变更，引导本地派出所接收或回归户籍管辖地进行社区戒毒社区康复或者自愿戒毒康复。

这阶段社工主要为强化社区戒毒社区康复人士的戒毒/康复的动机，了解其基本需求，为社区戒毒和社区康复对象建档、签订社区戒毒社区康复协议、相关部门信息及资源对接，根据服务对象的个别化需求，为服务对象提供身心灵社的全人服务方案。

3.社区戒毒社区康复阶段：

社工主要协调社区禁毒工作小组联动、协助（阿片类）美沙酮治疗、定期尿检以及提交信息、定期帮教面谈，强化社区戒毒社区康复动机的个案、小组以及社区等禁毒社会工作服务。

社区禁毒工作小组是社区戒毒社区康复的关键环节，必须进一步明确专职人员、社区干部、公安、社工、医生等的权责以及奖惩措施，建议增设组长、明确组员，定期沟通和考核，甚至有必要将本绩效成绩列入街道及社区领导考核关键指标。社工主要发挥自己资源协调以及与服务对象的专业关系，通过协调社区禁毒工作小组联动、协助（阿片类）美沙酮治疗、定期尿检以及提交信息、定期帮教面谈，强化社区戒毒社区康复信心的个案、小组以及社区等禁毒社会工作服务，使得社区戒毒社区康复能顺利开展。

4.解除社区康复阶段

社工主要协助提交解除社区戒毒社区康复的资料，提供促进社区戒毒社区康复人士融入社会的个案、小组以及社区服务。

政府应加大投入，保障经费落实到位，在地理位置上在每个街道设置至少一个戒毒康复站，进一步完善各街道戒毒康复站设施，增设尿检设备或者发丝验毒设备，各派出所安排一名警务人员定期到各康复站进行尿检和信息核对，减少社工及康复人士来回奔波，实现一站式社区戒毒社区康复。社区戒毒社区康复期间，社工要提供促进社区戒毒社区康复人士的家庭接纳服务对象、提升服务对象就业能力等融入社会的个案、小组以及社区工作服务。对符合解除社区康复条件的服务对象，要积极协调解除社区戒毒社区康复，并建议有关部门及时刷新管控人员信息，让所有社区戒毒、社区康复人员真正看到社区康复后回归社会的希望，并有更多的勇气融入社会，成为社会大众中正常的一份子。

当前我国社区戒毒社区康复工作任务十分繁重，大力加强社区戒毒社区康复工作仍是主要旋律，“一站式”社区戒毒社区康复是新形势下整合基层资源，依靠人民群众的一种模式，是政府、民间组织以及社会大众一起建设平安中国、法治中国的一种新的探索。

参考文献

- 1 中国国家禁毒委员会办公室（2017）.2016 年中国毒品形势报告. *中国禁毒网*.http://www.nncc626.com/2017-03/27/c_129519255.htm
- 2.杨茜（2016 ）.全国社区戒毒社区康复工作在贵阳召开. *中国新闻网*.<http://www.chinanews.com/sh/2016/08-17/7975930.shtml>
- 3..韩卫（2003）.澳门特区戒毒服务之现况与发展. *中国药物滥用防治杂志*. 03.32-35、64
- 4.张薇（2015）.浅析社区戒毒、社区康复现状. *中国药物滥用防治杂志*. 03.154-156
- 5.王瑞崑（2009）.从“以病为本”到“以人为本”——访清华大学建筑设计研究院国家一级注册建筑师刘玉龙. *中国医院建筑与装备*.2.43-46

对 MSM 感染 HIV 的对策研究

谢颖妍

云南大学法学院

【摘要】

截至 2014 年底，中国报告现存活艾滋病病毒感染者和病人 50.1 万人（其中艾滋病病毒感染者 29.6 万人，艾滋病病人 20.5 万人），报告死亡 15.9 万人。经性传播所占比例从 2006 年的 33.1% 上升到 2014 年的 92.2%，其中男男性接触者传播比例从 2006 年的 2.5% 上升到 2014 年的 25.8%。男男性接触者基于其自身的心理因素、高危的性行为方式等综合原因致使其成为了艾滋病感染的高危人群。为有效遏制住该群体极高的流行率，笔者主要从几个方面提出对策：通过同伴教育，提高安全套推广使用、艾滋病检测咨询及性病服务等综合干预；科学有效的宣传教育，形成良好的社会和舆论氛围；积极提升 VCT 门诊咨询质量，不仅要实时监测群体变化，也要努力降低其高流行率，达到防治结合有效抑制的良好效果。

【关键词】MSM；现状；原因；对策

一、当前中国 MSM 群体感染 HIV 形势

截至 2014 年底，中国报告现存活艾滋病病毒感染者和病人 50.1 万人（其中艾滋病病毒感染者 29.6 万人，艾滋病病人 20.5 万人），报告死亡 15.9 万人。经性传播所占比例从 2006 年的 33.1% 上升到 2014 年的 92.2%，其中男男性接触者传播比例从 2006 年的 2.5% 上升到 2014 年的 25.8%。中国艾滋病疫情的第四个特点是经性传播为主要传播途径，男性同性性传播增加明显。历年报告病例中经男性同性和异性性传播的构成比均呈逐年上升趋势。

2017 年第一季度全国 HIV 感染者/AIDS 病人 691 098 例，报告死亡 214 849 例。现存活 HIV 感染者 420 866 例，AIDS 病人 288 232 例。本季新发现 HIV 感染者 / AIDS 病人 32 083 例，既往 HIV 感染者本季转化为 AIDS 病人 4073 例。本季报告死亡 5693 例中，本季死亡 3941 例，既往死亡 1752 例。本季新发现的 HIV 感染者 / AIDS 病人中，HIV 感染者男女之比为 3.5:1，AIDS 病人男女之比为 4.2:1；15 岁以下 HIV 感染者 150 例，AIDS 病人 28 例。本季新发现的 HIV 感染者 / AIDS 病人中，同性性传播 8103 例（25.3%）。

二、MSM 感染 HIV 的因素

（一）社会学因素

AIDS 在 MSM 中的传播、流行受社会影响，大众对这一人群的认识仍处于由“道德化”向“疾病化”过渡的层面。公众对 MSM 的偏见，使他们容易受到歧视、排斥，许多 MSM 无法向最亲密的家人告知自己艾滋病感染情况，他们脆弱而敏感，这也使得男男性接触者往往存在并行性性伴，即使在有固定性伴的 MSM 中，彼此忠诚度也较低，且有相当比例的 MSM 还与陌生人或是不熟悉的同性发生一夜情。大众的片面认识影响了 MSM 群体对艾滋病防治工作的信任和支持，MSM 对自身的身份觉得彷徨、迷茫，觉得没有依靠，感到没有安全感，更害怕将自己暴露在人群之中，易遭社会甚至亲朋好友的议论、唾弃，给他们的生活和工作带来诸多不便。

（二）合成毒品加剧 MSM 群体感染

合成毒品提供了一个社交的经历和情绪的释放，帮助他们在社交活动的中心场所（如迪厅）开放自己，还能使人产生欣快感和自信感，增加 MSM 在长时间舞会中的体力和耐力；合成毒品可以使一些人产生性唤起，削弱性抑制力，获得更多的性动力和持久力，MSM 中使用程度很高；在研究男同性恋者的群交行为时发现，合成毒品被广泛地用于提高性刺激和性。¹多种合成毒品合用会更进一步增加发生无保护性肛交等高危性行为的可能性，加大艾滋病的传播概率。²MSM 与临时性伴在性行为之前或过程中使用合成毒品后易发生无保护

¹ [1] 夏国美，杨秀石，李骏等. 新型毒品滥用的成因与后果[J] 社会科学, 2009(3): 73-81.

性的肛交，尤其是H I V阳性的M S M，这加速了H I V的感染和传播。使用合成毒品的M S M在迪吧、宾馆等公共场所易发生群交。对M S M群交行为的研究发现，滥用合成毒品使H I V感染率再度呈上升趋势。³

（三）高危性交方式

首先，M S M的多样化性交方式，包括：接吻、口交、肛交、指交、手淫、工具交、口腔—肛门接触(吻肛)的性行为方式等,其中肛交与口交是M S M所采取的最普遍的方式。据有关研究表明，在无其他影响因素的情况下,通过性行为传播HIV的危险性由大到小的次序为：肛交接受方>肛交插入方>口交的接受方>口交的进入方⁴。

其次，特定的文化氛围与心理变化形成的低安全套使用率也使该群体实行高危的性交方式。由于M S M对安全套的防艾滋病功能认识不足,认为使用安全套会减少快感,怕使用安全套使性伴对自己产生不信任,在公厕、公园、浴池等不易得到安全套的地点发生性行为和自身心理等原因,使安全套的使用率一直较低。另外，在发生口交这一性行为时，口交套的使用率比肛交时还要低。这些使艾滋病病毒（HIV）可直接通过血液、精液进行交换、传播。而大量研究证明,安全套的使用率在人群中维持在90%以上才能真正起到预防性病艾滋病流行的效果⁵。由此可见,男同性性行为中缺乏安全套的保护而进行性交行为也是导致HIV病毒传播的又一诱因。

最后，多性伴、性伴不固定，也使M S M成为HIV传播的桥梁人群。在中国，同性之间的性行为不为社会所理解和认可，所以多数M S M会结婚，组建家庭，一方面与女性发生关系，另一方面这其中的一部分人会仍旧与同性保持关系，使其成为传播HIV的桥梁人群；此外，大量男性性工作者(money—boy，MB)的存在、偶遇性性行为也加剧这一因素的作用，尤其是一些不法网站的出现，私下里是提供商业性性服务，由此给M S M这一群体提供了便利而隐蔽的交友平台。国外研究发现，超过80%的M S M曾在网络上找过男性发生性关系，接近40%的人访问同性恋网站的主要的目的是寻找性伴⁶，发生一夜情。

（四）艾滋病预防知识匮乏

很多调查对象对艾滋病的感染方式、感染时间、为什么要使用安全套的理解不深入，知识来源匮乏。有人认为共用餐具、泳池、厕所、鱼缸，甚至握手拥抱会传播艾滋病病毒；而超过三分之二的受访者（68.31%）表示其发现感染艾滋病病毒是在最近4年内。超过五分之一（22.9%）的受访者表示其发现感染时间是在最近一年,只有不到7%的受访者表示发现感染艾滋病病毒超过10年⁷；知识来源主要通过大众传媒单一的知识宣传，对如何进行安全性性交来保护自己、远离艾滋病一无所知，有的人认为无症状的HIV感染者不会把艾滋病传染给别人。

（五）VCT 服务质量有待提高

AIDS的VCT(voluntary counseling and testing)指求询者经咨询后能对是否做AIDS检测做出自我选择的过程，鼓励有危险行为者进行自愿而不是强制性的AIDS检测，并在检测前后为受检者提供咨询以及相应的支持和转诊服务。虽然目前，我国的VCT服务已覆盖全国，但由于各种因素的作用,人们对VCT的接受程度是不同的，主动寻求咨询检测的比例仍非常低。现有咨询点绝大多数设在疾病控制机构，地点首先受到了限制。其次，开展的检测咨询活动较少，人们对该服务的关注了解也就相应少了，使主动上门进行检测的人数也较少，覆盖

²Yu G, Wall MM, Chiasson MA, et al. Complex drug use patterns and associated HIV transmission risk behaviors in an internet sample of U. S. men who have sex with men [J]. Arch Sex Behav, 2015, 44(2): 421—428.

³夏国美，杨秀石，李骏等.新型毒品滥用的成因与后果[J]社会科学,2009(3): 73-81.

⁴林鹏，何群，万卓越·艾滋病预防与控制[M]·广州：广东科技出版社，2004：64-65·

⁵熊杨，王红红，李现红.男男性行为人群（M S M）艾滋病防治策略的研究进展[A].2014—7

⁶Balding G, Activism, Potsherd, et al. Use of gay Internet sensitivities about online health promotion among men who have sex with men [J]. Aids Care, 2004, 16(8): 993—1001

⁷联合国艾滋病规划署.中国艾滋病病毒感染者歧视状况调查报告[R].2013

范围较小；初筛虽免费，但确证试验还无法做到免费，这使很大部分初检对象失访；服务人员流动性大、自身素质偏低，更有透露感染者隐私的情况；有些 VCT 服务中心不能独立的进行检测，且该服务用时较长。

三. 男男性行为干预对策与建议

（一）充分发挥网络平台的宣传和行为干预作用

互联网的高度普及使之正在成为 M S M 群体交友的重要平台。然而互联网是一把双刃剑，它为许多男同性性行为提供了隐蔽的场所，加大了掌控艾滋病疫情的难度，但其实也为我们的宣传提供了帮助。在 M S M 人群中开展 HIV 防治，以网络为平台，通过开设咨询邮箱、发送宣传广告至邮箱，或是由专业人员进行角色扮演进入 M S M 人群聊天室，进行艾滋病防治宣传或心理疏导，在线上发挥同伴教育作用。还可采用该人群更乐意去接受的方式，比如建立 M S M 活动 QQ 群、微信群开展健康教育和行为干预，并组织开展以 QQ 群为基础的线下干预活动。此外，浴池、酒吧等常规场所，也需要继续加强行为干预，加大宣传力度。

（二）提升 VCT 服务的有效性

随着我国防艾工作的不断向前推进，越来越多的人开始主动寻求自愿咨询检测，然后更多的人对艾滋病患者这一人群的理解还停留在保守，甚至可以说是无知的状态，使求询者常常担心自己暴露在公众的视野里受谩骂、歧视。因此加大对 VCT 服务的宣传力度，提高公众对其的认知水平，扩大 VCT 服务的覆盖面，提高服务质量，是强化开展 VCT 服务工作的必由之路。将咨询与检测服务结合，使求询者及时得到反馈信息；开发优质快速的检测试剂，不论何时，不论何地，提高对 VCT 的利用率；推广适宜的低价筛查试剂，降低费用，使更多感染者及时得到国家的免费治疗；对医务人员进行专门培训，提高其专业素养，不管是检测还是咨询工作，思想上不能有歧视，严格遵循 VCT 服务原则，真诚的与求询者进行沟通，并具备一定心理学知识以进行必要的心理疏导。

（三）倡导安全性行为，推广安全套使用

从 M S M 人群低安全套使用率来看，我们应该具体问题具体分析。如针对 M S M 认为使用安全套降低了快感，生产厂家和政府应当提供更轻薄的安全套以满足消费市场需要；对于安全套可及性的问题，我们可以在室外，每隔一定距离设置投币安全套箱，对娱乐场所、酒店、浴室等室内公共场所也应该推广 100% 安全套使用，保障安全套的可及性；提供口交套、多型号安全套、高质量国产润滑油也是对 M S M 性工作者的保护；多渠道宣传，使公众对安全套树立正确意识，认识到能够大大降低患性病、艾滋病等传染性疾病，从而降低高危行为发生率，保护自己，保护他人。

（四）加强志愿者队伍建设，发挥同伴教育作用

鉴于 M S M 群体的隐秘性特点，在该群体中开展艾滋病防治工作不能只从外部进行，而应该打入内部，进行内外结合。由此，发展 M S M 群体中的志愿者，开展同伴教育工作势在必行。我们可以从该群体中寻找能为我们所用的文化素质较高，学习能力强，最重要是在该社群中有一定威望或影响力的核心同伴教育宣传员 (Popular Opinion Leader, POL)，通过对 POL 的系统培训，使他们树立正确观念，了解防治艾滋病的基础知识，比如说传播途径、方式，如何正确使用安全套、口交套及其意义，积极接受 VCT 检测，有效开展预防工作。这样一来，不仅使他们自身具有了良好的素质，更有利于将艾滋病的防治知识在 M S M 群体中进行进一步的推广，他们身先士卒，起模范带头作用，而使其他 M S M 耳濡目染，渐渐促成他们的行为改变。下一步晋升不断壮大志愿者队伍，调动该队伍的主观能动性，使他们成为在 M S M 中开展艾滋病防治的中坚力量，与其他措施相互促成防治工作的开展，更好的为 M S M 群体服务。

大众对 M S M 人群的认知还处于比较封闭的状态，一方面是对其性取向的歧视，视其为异类；另一方面，单纯的认为同性恋就基本上都患有艾滋病，生活不检点，认为他们的危险性极高，渐渐的，使 M S M 成为一个及其边缘化的群体。歧视随着社会的不断向前推进，人们的物质文化素养不断提高，我们应该明白同性恋并不是一个道德问题，它与道德没有一点关系。它不过是性取向的多元化，是一种亘古以来就存在的社会现象，只不过现代社会人们自身素质不断提高，开始发现自我，使更多的 M S M 暴露在我们面前，它是我们必须正视及

重视的社会现实。庞大的社会群体使他们中涵括了各界社会知名人士，当然也有我们身边的普通人。此外，同性恋并不当然等于艾滋病。虽说目前经过性传播传染艾滋病的比例已越过 90%，同性传播比例更是不断上涨，但更多的是这个社会给了他们太多的压力，他们害怕、惶恐、自卑、甚至仇视、报复。当前，我国不断的向法制化迈进，更加注重人权的尊重和保护，国民的维权意识和能力都在不断的上升，因此我们更不能忽视 MSM 的权利要求，加强对 MSM 这个边缘人群权利的保障有其特殊的必要性。以宽容、理解的态度去接纳他们，让每个人受到平等、公正的对待，才是我们当今这个大社会每个人需要去做到的。

参考文献

- [1]王俊，林菲菲，蔡晓峰，等.上海市男男性行为者心理健康状况调查 [J].中国健康教育，2015，31(7):631 — 633.
- [2]张万宏，石萍，石卫东，等.男性双性性行为者性取向及群体行为特征分析 [J]. 华中科技大学学报(医学版)，2012，41(3):375 — 378.
- [3]李彩霞,贾曼红,马艳玲,等.固定性伴和多性伴男男性行为人群指长比的研究[J].中华预防医学杂志，2015，49（11）： 940-944.
- [4] 胡晓松,陈芳,丁凡,等.中国三城市 HIV 阳性男男性行为人群接受随访与抗病毒治疗服务状况及其影响因素分析[J].中华预防医学杂志，2015，49（11）： 945-949.
- [5]吴尊友 . 艾滋病检测咨询实用手册[M].北京: 人民卫生出版社，2013: 1.
- [6]叶振森，王大勇，赵丽娜，等.温州市主动求询男男性接触者人群 HIV 感染状况和影响因素分析[J].中国预防医学杂志，2014，15(5):180 — 183.
- [7]王毅，李六林，张光贵，等.男男性行为者婚姻状况及其艾滋病相关行为特征调查[J].实用预防医学,2012,19(12): 1772-1775.
- [8] 邱阳阳. HIV/AIDS 压力量表的跨文化调试及应用研究[D]. 长沙:中南大学, 2015.
- [9] 刘艳, 杨国莉, 龚环宇, 等. MSM 人群中 HIV 感染者歧视感与心理状况及性行为的相关性研究[J]. 中国现代医学杂志, 2014, 24(6):51-55.

生命教育视域下的戒毒人员教育矫治模式探析

徐猛

海南省琼山强制隔离戒毒所

【摘要】

通过开展戒毒人员生命教育,帮助他们重新认识生命、发现生命的意义和价值,做到思想上意识到生命的珍贵,行为上践行珍爱生命,可以促进其心理的健康和人格的完善,最终增强其戒毒信心和戒治效果。实施戒毒人员生命教育,也是创新防御戒毒人员自残、自杀的新路径,内容包括生命意识、生命责任、人与自身、他人及社会的关系和心理健康教育;可通过开设专门的生命教育课程、开展丰富的体验式生命教育活动、不定期举办生命教育专题讲座、融合心理健康教育和生命教育等途径实施,从而有效消解戒毒人员隐性自杀意念及自残、自杀等自我毁灭性行为,全面提高戒毒人员的教育矫治质量。

【关键词】 戒毒人员; 生命教育; 教育矫治

戒毒人员自杀率的高低是反映戒毒人员教育矫治质量好坏的重要指标之一。戒毒人员的自杀行为体现了生命意识的淡漠。“夹控”和“暗控”对预防自杀有较好的效果,但并不十分理想。通过生命教育引导戒毒人员敬畏生命、珍惜生命,加强对生命意识、价值和意义的认识与领悟,实现生命的整体协调发展,才是治本之策。

一、生命教育的概念和内涵

生命教育(Life Education)产生于20世纪60、70年代,逐渐发展为一种教育思潮。到上世纪90年代,许多国家和地区已在大中小学阶段实施生命教育。冯建军教授认为,基于文化传统的差异以及实施生命教育时的社会缺失和需求,不同国家和地区的生命教育取向有“身心健康取向、生死取向、伦理取向、宗教取向和社会取向。”中国大陆的生命教育是伦理教育、社会教育、心理健康教育的综合体,涉及生命与健康、生命与安全、生命与成长、生命与价值、生命与关怀等教育主题^[1]。生命教育就是要让受教育者从认识人与自然生命的特征入手,去体会自我之生命,意识到人的生命必须在社会中孕育和成长,从而处理好自身与他人、自身与社会的关系,达到自身与他人、社会、自然的和谐境界^[2]。其内涵主要是教人认识生命、保护生命、珍爱生命、欣赏生命、探索生命的意义,实现生命的价值,或者说通过有目的、有计划、有组织地进行生命意识熏陶、生存能力培养和生命价值升华,最终使其生命价值得以充分展现,其核心是珍惜生命、注重生命质量、凸显生命价值^[3]。可以看出,生命教育是一种价值追求,包含了体认生命教育、统整生命教育、提升生命教育三个方面,引导个体在体验生命、认识生命的基础上,逐渐感知自身生命的独立性和整体性,进而主动追寻和实践自我生命的价值与意义^[4]。有人认为生命教育的四个核心理念是“悦纳自我、珍爱生活、探寻意义、走向卓越”,强调以善待生命、悦纳生命、关怀生命和超越生命为基本的价值取向,整个实施过程中体现人性的关怀、温暖、滋润和感化^[5],目标是关注生命,尊重生命,珍爱生命,欣赏生命,成全生命,敬畏生命^[6]。综上所述,生命教育旨在培养个体积极、乐观的心理品质,促进个体人格的健全发展和潜能的充分发挥,帮助个体追寻生命的意义和价值,提升生命的意义感和幸福感。

二、开展戒毒人员生命教育的理论基础和现实需求

(一)对戒毒人员开展生命教育有其天然的理论根基。1968年,美国的杰·唐纳·华特士针对当时青少年的吸毒问题,在加州创建阿南达学校,首次提出、倡导和实践生命教育思想。1974年,澳大利亚的特德·诺夫斯(Rev.Ted Noffs)牧师针对普遍存在的青少年吸毒且致死这一问题,提出了“生命教育”,开展以提高孩子们的

¹注释:体认生命教育是使个体通过体验获得生命的真相,由此而获得真实的体验,从而建立起生命的存在感,包括以情境体验和当下体验为形式的生命体验,以及以科学认知和人文认知为内容的生命认知;统整生命教育包括四个方面:统整物质生活与精神生活,统整科学精神、道德精神与审美精神,统整理性与非理性(即认知与情感),统整个体与社群(引导自然生命走进社会生命,从而形成独立生命);提升生命教育体现为两个方面:一是通过人文生命教育引导生命发展的方向,二是通过生命意识教育建构生成的动力。

生命质量为依托的教育活动，并于 1979 年成立了第一个旨在“预防药物滥用、暴力与艾滋病”的“生命教育中心”——LEC (Life Education Centre)^[7]。英国的生命教育中心创始于 1986 年，也旨在防治药物滥用。可以看出，西方国家生命教育的提出和实施本就和毒品泛滥与防控有关。在实施生命教育的国家和地区，生命教育的重要组成部分之一就是防治药物（毒品）滥用，为了让青少年远离毒品、暴力和艾滋病，爱护身体和生命，积极健康的生活。因此，开展戒毒人员生命教育是可行的，具有天然的理论基础。

（二）毒品滥用者较高的自杀率是开展戒毒人员生命教育的现实需求。有报道认为吸毒者的自杀率远高于一般人群，达 20 倍^[8]。有研究发现强制戒毒者近 1 个月自杀意念的发生率为 33.3 %和 38.00%^[9,10]。美国国家家庭药物滥用调查中心的报告中指出，具有吸毒行为的青少年的自杀风险是普通人群的 2.5 倍^[11]。

1.戒毒人员自杀的原因分析

戒毒人员自杀原因如下。第一，戒毒时间较长，长期失去人身自由带来不适感；戒治生活封闭又单调，与社会生活高度疏离；高压力的心理状态导致抑郁、焦虑等不健康心理或心理障碍。第二，人际关系不良，与其他戒毒人员不能和谐共处，不服从民警教育和管理，缺乏及时的社会帮助和支持；不能正确面对家庭危机，如离婚、亲人去世、亲人疏离等，导致思想崩溃、悲观厌世。第三，戒毒人员生命意识的缺失是其自杀的根本原因。一方面是缺失自我主体性认识，缺乏对自身生命的起源和归宿、对自身存在的价值和意义的思考；另一方面，是对“人与己”、“人与物”、“己心与己身”、“己与物”的关系认识模糊。不知生命对自身、家人和朋友、社会等的价值和意义，导致他们消极看待所遇到的挫折与困难，最终采取自杀的极端手段^[12]。

2.戒毒人员自杀的危害分析

第一，个体的生物生命消亡，生命意义和价值消失，体现了戒毒人员对个体生命的漠视和无所谓。第二，戒毒人员自杀身亡会为其家人、朋友带来悲伤和痛苦，尤其会给父母、妻子或丈夫、儿女带来严重的心理伤害和创伤，产生极大的负面影响和不良情绪，并会持续多年，最终影响整个家庭的后续发展。第三，严重干扰和破坏了戒毒场所的正常管理秩序，危及场所安全和稳定。比如有些自杀身亡者的家属聚集众多亲属朋友拉横幅围观戒毒所施压，造成恶劣的社会影响，加深公众对党的戒毒工作方针和政策的误解，严重影响了社会的稳定与和谐。

三、开展戒毒人员生命教育的必要性及重大意义

（一）是维护戒毒场所安全稳定的需要。

戒毒人员的生命是戒毒场所的首要工作和第一要务，是戒毒康复工作的前提和基础。通过对戒毒人员开展生命教育，引导其积极面对和处理生活中面临的困难和无奈，启发他们珍惜、热爱自己和他人的生命，增强生命意识，降低甚至杜绝戒毒人员自杀行为，才能营造一个安全、稳定的戒毒场所。

（二）是建设社会主义和谐社会的客观要求

戒毒场所的安全、和谐与稳定是构建社会主义和谐社会的重要组成部分，深刻影响着社会的和谐、安全与稳定。《戒毒条例》规定戒毒工作的原则是“以人为本、科学戒毒、综合矫治、关怀救助”，这与建设和谐社会提倡的“以人为本”的理念是一致的。开展戒毒人员生命教育是以人为本理念的最鲜明体现，可以教会他们处理好与自己、他人、自然、社会之间的关系，使他们之间的关系变得更加和谐，从而杜绝自杀的诱因。

（三）有利于健全戒毒人员人格，增强戒治效果

大部分戒毒人员的文化水平较低，他们对生命的起源、意义和归宿等问题认识不清。吸毒、贩毒和自杀等行为说明了他们对生命的漠视与践踏，反映出不爱惜生命的特征。因此，通过对戒毒人员开展“生命教育”，帮助他们重新认识生命、发现生命的意义和价值，做到思想上意识到生命的珍贵，行为上践行珍爱生命，可以促进其心理的健康和人格的完善，最终增强其戒毒信心和戒治效果。

首先，生命教育的首要意义在于肯定和重视生命的价值，把生命的价值摆在至高无上的地位。吸毒是一种反生命的行为，是漠视生命的一种表现。通过生命教育，可以强化戒毒人员的责任感、生命的意义感和价值感，使其更好的认识自我，保持乐观的生命态度，形成积极健康的精神追求，有效提升戒毒人员的整体心理素质，增强防毒拒毒、回归社会、适应社会的能力。

其次，开展生命教育可以引导戒毒人员树立正确的世界观、人生观和价值观，从而实现对自我生命认知

的升华。通过独立人格方面的生命教育,可以让戒毒人员摒弃“拜金主义”,注重内心的幸福和自我价值的成长;通过自我实现方面的生命教育,引导戒毒人员认清生命的真正价值,放弃以吸毒的方式放纵身体纵情享乐的思想,远离不健康的生活方式和消极的吸毒亚文化。

第三,开展生命教育可以培养戒毒人员正确的自我意识和自我评价,以及应对生命挫折的坚强意志。教会其应对生命危机的技巧和方法,帮助其建立良好的情绪、情感调控能力和抗压能力,以及良好的身体健康意识和心理健康意识,不断提升适应外界环境变化的自我调节能力。

最后,通过开展体验性的生命教育实践活动,使戒毒人员在不同形态的丰富的情感体验中不断扩建心理世界和能量,实现对个体的激发,并通过长久的扩建过程而强化个体内部对自我的要求,塑造个体积极的人格特质。积极的体验式生命教育可以使戒毒人员不断经历各种真实情境,获得不同的体验,丰富对情境的认知与感悟,有机会不断修正对情境的评价,进而获得积极力量,构建积极心态,感悟到主观幸福[13]。

总之,开展生命教育能够让戒毒人员从生理、心理和伦理三方面进行全面、系统、科学的生命教育学习,培养戒毒人员积极的人格,获得用健康的方式来应对生活的能力,感悟到生命之可贵,并珍视生命,最终达到人格的完善,增强戒治的效果。

四、戒毒场所开展生命教育的内容和途径

开展戒毒人员生命教育,要从认知、实践和情感三个方面着手,涵盖生命意识教育、生命责任教育、人与他人和社会关系教育以及心理健康教育,突出人的自我意识在生命教育中的积极作用。

(一) 戒毒场所开展生命教育的内容

1. 生命意识教育

生命意识是指每一个现存的生命个体对自己生命的自觉认识,其中包括生存意识、安全意识和死亡意识等。戒毒人员自杀的根源问题在于其生命意识的薄弱、生命意义的匮乏和生命价值的丧失。生命的珍贵之处在于它只有一次,一旦失去永不复生。因此,敬畏生命、尊重生命、善待生命应成为每个人坚守的最基本底线。生命意识的教育,首先是珍惜生命教育,乃生命教育的第一个层次,是基础和首要前提。主要是在思想上认识生命之可贵,珍惜生命之存在,欣赏生命之美好,体悟生命之乐趣,磨炼生命之魅力,面对挫折,要有积极的心态;其次是寻求生存的意义和价值,包括自我的幸福、自我的追求、自我人生价值的实现及对社会、人类的贡献;生命教育在最高层次上,就是要教人超越自我、超越功利和世俗,达到与自身、他人、社会、自然和谐的境界^[14]。

2. 生命责任教育

生命责任教育主要从对自我的责任、他人的责任和社会的责任三个方面着手。首先,培养对自我负责的意识,珍爱自身生命;其次,培养对他人负责的责任意识,关爱他人的生命,乐于助人,救人于危难;再次,培养社会责任意识,关心社会,关爱自然,增强社会责任感、使命感^[15]。还要有意识地引导戒毒人员正确看待困难和挫折,把困难和挫折当成生命的必要组成部分。即使身处逆境,也要坦然面对并学会接受,培养自信、乐观的耐挫折能力,愈挫愈勇,发挥生命的强大力量,战胜挫折,承担起自身的责任。

3. 人与自我、他人及社会关系的教育

人是社会的人,总是生活在关系中,包括人与自我、他人及社会的关系。人与自我关系的教育,即“知己”。教育戒毒人员认识自己的生命,了解自身身心发展的规律,掌握促进身心健康的方法,形成良好的生活方式和行为习惯,并能规划自己的职业生涯,实现自己的人生价值^[16]。

与他人关系的教育侧重于教导戒毒人员人际交往沟通的技巧,培养人际交往的能力,从而与他人共融共在,拥有健康、和谐的人际关系,得到更多的社会支持和帮助。人与社会关系的教育主要在于完善戒毒人员的社会化。社会化就是要使个体学习和适应既定社会的要求,按照既定的规范行事,使其思想意识、行为方式符合社会的要求,培养他们的社会责任感、使命感和对社会的关怀^[17]。引导戒毒人员懂得生命的真正价值不仅仅是个体生命的价值,更是对己、他人和社会的意义。因此,人与自我、人与社会、与他人关系的教育,应成为生命教育的重要组成部分。

4.心理健康教育

心理健康是生命意义与价值实现的内在要求和前提条件,只有心理健康的个体才能真正体验到生命的意义,才能主动追求生命价值的完整实现;心理健康状况直接影响到其生命存在和生命成长,心理健康和生命的完整成长息息相关,心理的健康发展是生命成长内涵的应有之义^[18]。大多数研究发现,强制戒毒人员总体上的心理健康水平较低,显著低于全国平均水平,存在较严重的心理问题和广泛的心理障碍。如果没有良好的心理健康状况作为支持和基础,其戒毒过程难以继续,所以,心理健康教育应成为生命教育的重要内容。

(二)戒毒场所开展生命教育的途径

1.开设专门的生命教育课程,营造积极的教育戒治环境

首先,要抓好生命教育课程师资建设。师资的配备要坚持三个原则,其一,要热爱生命、生活态度积极;其二,自愿报名,热爱本职工作;其三,热爱教育,喜欢钻研,有一定的文化知识储备。师资力量的好坏决定着课堂效果的优劣,优秀的师资是开展生命教育的基础和前提条件,必须优中选优,只有这样才能确保生命教育达到预期的效果。

其次,在教育日开设专门的生命教育课程,组织编写针对戒毒人员的生命教育教材。生命教育教材的编写应该从戒毒人员的行为和对生命的态度着手,通过创设具体案例分析,使戒毒人员认识到消极生命态度对吸毒行为的影响,产生认知上的不协调,进而产生改变的内驱力^[19]。最后,想方设法营造生命教育的环境和氛围。第一,可以利用黑板报、墙报、所报、宣传栏等媒介宣传生命教育的有关知识,便于戒毒人员随时随地都能受到影响。第二,通过举办生命教育知识竞赛、宣讲、座谈、情景表演、生命叙事、读书演讲、团体游戏、讨论等形式,开展丰富的生命教育主题活动。第三,管教民警要善于发现戒毒人员中亲生命的行为,在每天的讲评中结合工作实际重点强调,加深印象。要多层面、全方位宣传生命教育的重要性,引起戒毒人员的广泛关注,吸引其积极参与。和谐的生命教育氛围会减少消极情绪的影响,带来积极的情绪体验,助其保持美好心情,促进积极人格品质的形成。

2.避免空洞的理论讲解,开展丰富的体验式生命教育活动

生命教育中必须重视对戒毒人员自我教育的引导,发挥其在生命教育中的主体性作用,从提高认知、加强体验、磨炼意志入手,从培养改变习惯到改变心理定式、优化行为,将好的原则与固定的习惯相结合,促进主体的生命成长^[20]。生命教育的关键在触动情感,带来发自内心的感动,产生强烈的心灵震撼,才能体验到生命的律动与活力、意义与价值。因此,生命教育应该注重体验为主,把体验式活动作为生命教育的主要教学方式,它可以直接带给戒毒人员丰富的生命体验感受,更好的提升其生命意识。在开展生命体验活动的过程中,对生命教育活动的主题选择要以生活化为主,注重引导戒毒人员体验、思考和分享自身的经验。比如在有关生命的影片欣赏或书籍阅读活动之后,他们互相分享彼此的心得和感受,发表自己的看法等,从而使他们从中体悟出生命的可贵,展现对生命积极的关怀,形成正确的生命认知态度。

3.不定期举办生命教育专题讲座,助力常态化教育

开展生命教育专题讲座,要注意两点。其一,时间和频率的选择。每年3到4次为宜,过多易造成思想疲劳,过少不易引起戒毒人员的重视。时间应选择重大节日期间或者之前,比如6.26国际禁毒日等。其二,主讲者和主题的选择。可以邀请一些知名的医生,毕竟他们见证过太多的生与死,对生命与死亡会有更深切的体味;还可以邀请一些生命教育方面的专家学者,他们的权威性能带来更多的认同;还可以邀请“感动中国”候选人、各种道德模范、见义勇为模范、公益组织、志愿者代表等,他们亲身经历并实践着爱惜生命、善待生命的行为,他们出现在生命教育的课堂上,会带给戒毒人员更深刻的心灵触动;还可以邀请一些身残志坚终有所成以及历经苦难最终成功的知名人士,他们的现身说法会更好的激励戒毒人员克服困难、面对挫折,积极生活,重新开始。邀请的人士可以结合自身经验按不同的主题,从“生死、生命责任、爱与关怀、意义与价值、失败与成功、奉献与收获”等不同的角度开展讲座。

4.重视生命教育教学研究,融合心理健康教育和生命教育

有条件的戒毒所可以成立“生命教育中心”,专门开展有关戒毒人员的生命教育研究。要确保和充实稳定

的生命教育教学的师资力量,保证生命教育的延续性和完整性。生命教育与心理健康教育具有共同的出发点与目标,都是教导个体建立心理危机预防机制,正确面对和处理所遇到的难题和困扰,更加珍惜生命。在实际工作中可以加强心理矫治中心与生命教育中心的合作,更好的发挥二者的教育合力,达到更好的效果。

首先,加强生命教育课程与心理健康课程或心理团体辅导课程的互相浸润与融合,以生命教育为主线,将心理健康教育的课程系统地串联起来。其次,是师资的融合,培养兼通心理健康教育和生命教育的“专业化”教师,以合作、交流、互助的方式提升生命教育的水平和教育质量。最后,不断整合教育资源,创立具有人文关怀、生命特色的心理教育模式,激发强烈的生命情感。不断拓展心理健康教育领域,彰显戒毒人员的生命价值。坚持做到以课程教学作为促进戒毒人员生命认识的主要渠道,以心理咨询作为解决戒毒人员生命困扰的基本途径,以心理危机预防及干预作为保护生命安全的重要手段,从而构建成熟、完备、有效、关怀的戒毒人员心理健康教育和生命教育融合体系^[21]。

参考文献

- [1]冯建军.生命教育的内涵与实施[J].思想理论教育, 2006,(21):25-29.
- [2]郑晓江.关于“生命教育”中几个问题的思考[J].福建论坛(社科教育版), 2005,(9):4-6.
- [3]冯建军.生命教育的内涵与实施[J].思想理论教育,2006,(21):25-29.
- [4]胡宜安.论生命教育的内涵及本质[J].教育评论, 2010,(6):35-37.
- [5]潘子彦.生命教育视阈下的大学生心理健康教育[J].中国成人教育, 2015,(23):81-82.
- [6]肖川.生命教育的三个层次[J].福建论坛(社科教育版),2006,(03):53-55.
- [7]黄志成.国际教育新思想新理念[M].上海:上海教育出版社,2009:245-246.
- [8]翟书涛.危机干预与自杀预防[M].北京:人民卫生出版社, 1997 :239-240.
- [9]刘连忠,汪再兴,陈国幸等.强制戒毒者自杀意念研究[J].临床心理医学, 2004,14(4):236.
- [10]王萍,陈淑英.强制戒毒者 100 例自杀意念调查和护理对策[J].全科医学临床与教育,2011,9(4):473-474.
- [11]Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Substance use and the risk of suicide among youths [R]. National household survey on drug abuse report, 2002.
- [12]韩述钦.和谐社会视野中的罪犯生命教育[J].中国监狱学刊,2011,(1):96-99.
- [13]杨绿.积极心理学视域下台湾学校的生命教育及启示[J].中小学教师培训,2016,(12):75-78.
- [14]冯建军.生命教育在于唤醒人的生命意识[J].河南教育,2006,(12):6.
- [15]胡利娜,李莎,张素蕙.地方高校生命教育内容构成与发展对策分析[J].内蒙古师范大学学报(教育科学版),2014,27,(11):67-69.
- [16]冯建军,武秀霞.生命教育:研究与评论[J].中国德育,2008,3(8):27-32.
- [17]冯建军.生命教育与生命统整[J].教育理论与实践,2009,29(8):8-11.
- [18]董炯华.生命教育视野下大学生心理健康教育长效机制的构建[J].学校党建与思想教育,2014,(11):83-85.
- [19]杨昭宁,陈大国,黄宁生.男性罪犯生命态度的特点与分类研究[J].犯罪研究,2015,(6):35-40.
- [20]褚惠萍,庄蕾.论大学生生命教育四元模式[J].黑龙江高教研究,2015,(11):125-128.
- [21]李巧巧.大学生心理健康教育与生命教育融合的实现途径研究[J].高教探索,2015,(2):121-124.

戒毒康复人员回归社会的途径和思考

——基于标签理论视角的分析

徐 猛

海南省琼山强制隔离戒毒所

【摘要】

标签理论认为个体变为越轨者的主要原因是社会给其贴上了越轨行为的标签,个体最终被标签为越轨者是其与社会互动的产物。笔者假设该理论适用于戒毒康复人员高复吸率的解释,以海南省某戒毒所 520 名具有二次戒毒与三次戒毒经历的男性戒毒人员为研究对象,采用问卷法和访谈法开展实证研究,以验证该理论,并根据研究得出结论,提出建议。

【关键词】戒毒康复人员; 标签理论; 回归社会

一 前言

标签理论(Labeling theory),又成为犯罪标签理论,是以社会学家莱默特(Edwin M. Lemert)和贝克尔(Howard Becker)的理论为基础而形成的一种社会工作理论。该理论起源于符号互动理论,即从符号互动论的角度探讨越轨行为,认为越轨是社会互动的产物,解释了越轨行为的产生和发展。它形成于二十世纪五十年代的美国,六、七十年代开始流行,后来逐渐式微。

莱默特将越轨划分为“初级越轨(primary deviance)”和“次级越轨(secondary deviance)”,把越轨行为的形成看成是由“初级越轨”向“次级越轨”再向“习惯性越轨”逐步发展的过程,突出了标签张贴的社会催化作用,形成了标签理论的雏形。莱默特还认为,每个人一生中几乎都会有越轨行为,但绝大多数行为都是轻微的、短暂的、试探性的、容易隐藏的。初次越轨行为是指首次发生的、虽违背公认的社会规范但当事人和它人并不这样认为的越轨行为。比如,一个人由于好奇而吸毒、偶尔发生的漏税行为等,这些行为并没有引起很多人的注意,行为者本人也不承认自己是越轨行为者^[1]。但是,这样的行为一旦被有意义的他人——父母、朋友、上司或政府机构等发现并贴上标签后,当再次越轨行为出现时,周围的人便开始认为某人是吸毒者、小偷、骗子等,并据此标签对他做出种种反应,如歧视、轻蔑等,久而久之,初级越轨者便无意中接纳该标签,甚至认同别人的看法,便形成新的自我概念——越轨者,然后就进入了次级越轨。所谓的次级越轨,是指卷入违犯社会规范的行为,并被其他人标签为越轨而且越轨者本人也这么接受了^[2]。次级越轨导致其自我形象和自我角色逐渐发生转变,他们开始被隔离于原先的社会生活环境,为了寻求精神支持和心灵安慰,他们被迫与其他越轨行为者为伍,最后以越轨行为者自居,不断的重复越轨行为,逐渐演变为“习惯性越轨”,最后进入“越轨生涯”(deviant career)。因此,莱默特认为,将某种行为贴上再次越轨行为的标签反而会助长这种行为^[1]。

贝克尔在《局外人》(The Outsiders)一书中系统、深入的阐述了该理论。他认为越轨的核心内涵在于越轨是被社会创造出来的,但这并不是人们通常理解的那样认为越轨发生的原因是出于一些特定的社会情境或社会因素,而是说社会群体通过制定规范使那些不符合此规范的行为成为“越轨”,并通过对规范的实施和执行将“违规者”标签为局外人。以这种观点来看,越轨不取决于一个人行动本身的性质,而是他执行规范和判断的结果。因此,越轨者是被他人成功贴上越轨标签的人,越轨行为也是指被冠以类似标签的行为^[3]。

他认为必须将越轨以及被贴上标签的局外人视为两个群体互动的结果,个人行为是否属于越轨,取决于人们如何看待它,对它采取怎样的反应;当越轨者的行为曝光之后,人们的反应也会导致越轨行为的进一步发生。不加区分的将一个人定义为越轨者会引起行动者在越轨道路上进一步的自我实现,而且公众的意见和对这一行为的反应也会孤立行动者。比如,一个人由于某次越轨行为而被捕的经历会使他日后更有犯罪嫌疑或是在其他方面受到排斥;吸毒者的吸毒行为一旦被公司发现就会导致失去工作,然后可能因为找不到正当职业而不得不去做抢劫、偷盗等违法勾当。综上所述可以看出,社会的反应(尤其是公开地贴标签)才是越轨行为发生的成因。“局外人”从“初级越轨”向“次级越轨”,再向“习惯性越轨”的过程中中,被逐步界定为“越轨者”,是社会互动的产物和“被社会建构”的结果。

根据标签理论,笔者假设戒毒康复人员原先因为某种原因开始了偶尔的吸毒行为(初次越轨),他本人并不以为然,然而由于被家人发现或被公安机关抓获,结果变得众所周知,于是被贴上“吸毒者”、“罪犯”或者“瘾君子”等标签,被认为“道德品质败坏”,并和“小偷”、“艾滋病”对等。公众对他们的态度使其丧

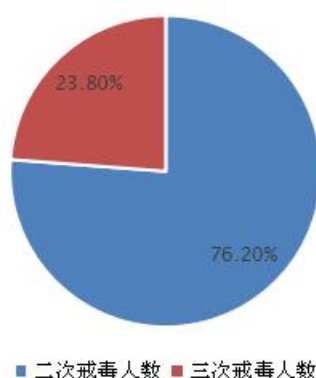
失了与其他社会成员一样的正常生活，虽然吸毒者尝试戒毒的动机往往出于想要让一些他们重视的人改变对自己的不好的看法，但是往往他们会沮丧的发现，即使在成功戒毒之后，人们仍然会将他们作为吸毒者来对待^[3]。结果他们就以吸毒者自居，慢慢偏离正常的社会圈子（次级越轨），陷入不断复吸的怪圈（习惯性越轨），因此标签效应才是阻碍戒毒康复人员回归社会或者导致其不断复吸的关键原因。如果此假设成立，那么，去标签化就成为他们顺利回归社会、融入正常社会生活、避免复吸的关键。基于以上理论假设，笔者要做的第一步工作就是通过问卷法和访谈法展开实证研究，研究该假设成立。

二 研究对象和方法

（一）研究对象

以海南省某强制隔离戒毒所 520 名具有二次戒毒与三次戒毒经历的男性戒毒人员为研究对象，年龄跨度为 27--46 岁。具体情况如图：

海南省某戒毒所520名戒毒人员二次戒毒和三次戒毒比例



（二）研究方法

问卷法。自编《强制隔离戒毒人员背景资料问卷》，主要包括年龄、婚姻状况、文化程度、吸食毒品类型、有无固定工作等内容，实发 520 份，有效问卷 500 份。《他人对吸毒人员态度问卷》^[4]，包括人际交往、不安全感、角色认定和信心 4 个维度，共 12 道题目，选取海口市琼山区 120 名居民为调查对象，有效样本 100 份。《自尊量表》^[5]主要用来评价个体关于自我价值和自我接纳的总体感受，共 10 道题目，采用 4 级评分，实发 520 份，有效问卷 500 份。

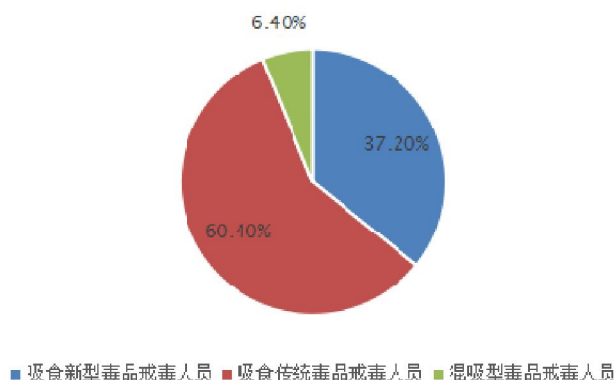
访谈法。主要有两部分，一是从 520 人中挑选具有二次戒毒和三次戒毒经历戒毒人员各 20 名，逐个进行深度访谈和回顾性研究。内容包括：人际交往、不安全感、角色认定、就业情况、复吸原因和自我接纳等；二是电话访谈 40 名戒毒人员的家人，以和戒毒人员的访谈相互佐证。

三 结果

（一）戒毒人员基本情况

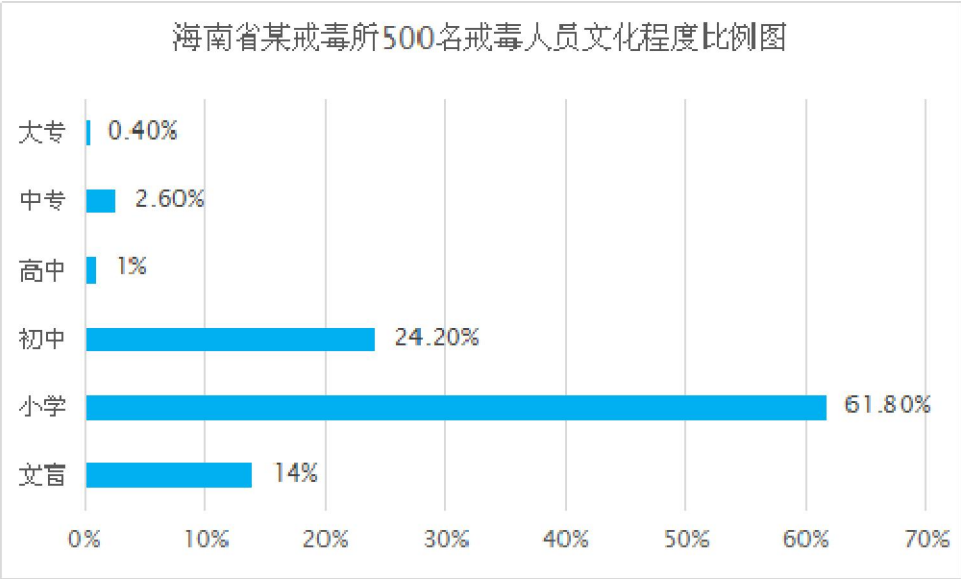
500 名戒毒人员的平均年龄为 38 岁，复吸间隔时间为 2-52 个月，平均间隔时间为 9 个月。237 人已婚，占 47.4%，其余为未婚和离异者。问卷统计吸食毒品类型分布如下图：

海南省某戒毒所500名男性戒毒人员吸食毒品类型比例图



上图显示，吸食毒品类型仍以海洛因等传统毒品为主，吸食新型毒品者急剧上升，并呈现新旧毒品混吸的特点。

500 名戒毒人员文化程度分布情况如下图：



上图可知：戒毒人员文化程度整体偏低，初中以上文化水平的仅占 4%，大部分缺乏稳定的工作和家庭等社会支持，443 人出所后无业，占 88.6%。

（二）戒毒人员的社会认同状况

120 名海南省琼山区居民对戒毒人员的态度调查

角色认定	信心	人际交往	不安全感
罪犯： 82%	会复吸： 81%	不愿借钱： 100%	道德败坏： 90%
正常人： 10%	能戒断： 10%	不愿做朋友： 78%	传染艾滋病： 94%
病人： 8%	不清楚： 9%	不愿谈恋爱/结婚： 100%	伤害自己： 95%

上表显示，98%的人认为戒毒人员不能戒掉毒瘾； 100%的人不愿意借钱给他们； 94%的人认为他们会传染艾滋病； 82%的人认为他们是罪犯，把吸毒看作犯罪而非违法行为。而 40 名接受电话访谈的人中，32 人认为他们是罪犯，访谈中人均 5 次谈到“坐牢、犯罪或罪犯”。较两次戒毒人员的家属，三次戒毒人员的家属表现出更多的“不能戒断，不愿意探访，不信任”。可见，社会对戒毒康复人员的歧视、排斥、不接纳、不信任等，不自觉地给戒毒人员贴上了标签。

（三）戒毒人员的自我认同状况

对 40 名戒毒人员的访谈得知，34 人认为吸毒是犯罪，如“因为犯罪被抓，坐牢没有自由”、“吸毒肯定是犯罪行为，警察要抓的”； 31 人认为毒瘾不能戒断，如“找不到工作，被别人看不起，只有和毒友玩，怎么可能戒掉”、“吸食毒品是唯一感觉‘爽’的时候”；所有未婚者认为不会成立家庭，“没人愿意嫁给吸毒仔”。这些结论与社会认同情况基本一致。从自尊量表结果看，大部分人比较自卑，担心被别人看不起，自我价值感较低。他们被贴上“吸毒仔”标签，经努力改变仍不能去除后，便自我降格顺应标签，合理化吸毒行为，导致复吸一再发生。

（四）戒毒人员对标签的抗逆力情况

抗逆力是个体面临生活逆境时，能起到帮助个体抵御逆境并走出逆境的内部保护性因素与外部保护性因

素的总和。内部保护性因素，主要是指个人的心理能力，自信心、乐观感等；外部保护性因素，主要是指来自个体外部的支持，家人朋友的支持、环境的容纳等^[6]。

访谈中发现，复吸间隔时间在一年以上的戒毒人员内部保护性因素较好，如“理解别人的有色眼睛，相信我是个好人”，“路是自己走出来的，怨天尤人没有用”；也有良好的外部保护性因素，如“父母相信我会变好，不能让他们失望”，“老婆孩子都希望我好好戒毒，不能再对不起他们了”，由此可见，较高的自我评价、好的家庭背景、和谐的家庭关系和婚姻等增强了对抗负面标签的能力。而复吸间隔时间在 15 天到 6 个月之间的戒毒人员的内、外部保护性因素较差，如“别人看不起我，找工作也不要我”；“父母也不相信我了，都不愿意来看我”；“老婆要和我离婚，很烦”；“正常人都不愿意和我玩，只有找以前的朋友”；“坐火车、住宾馆都会被查”。可见，自卑、悲观、敏感脆弱的他们缺乏家人朋友、社区、就业的支持，削弱了对抗负面标签的能力，很快复吸。

四 结论和建议

（一） 标签导致的社会排斥成为戒毒康复人员回归社会的主要障碍

不利的社会处境是高复吸风险的诱发因素^[4]。虽然他们是由于自身犯错而被贴上标签，看似罪有应得，但是并不意味着他们不想改正错误。具有社交属性的他们回归社会后，由于被贴上“吸毒者”的标签而受到社会的排斥，逐渐被正常的社会环境所隔离，于是在与社会的互动中，自我界定的社会角色不断改变，新的自我形象——吸毒者——慢慢形成。由于较少感受到社会的支持和接纳，他们的价值感、幸福感、安全感、认同感和归属感较低，威胁感、不信任感、无助感和自我分离感较强^[4]，正常回归社会受阻。

针对这样的情况，戒毒康复人员回归社会后，政府需加强后续照管和帮扶，帮助其降低和消除标签效应，为其正常回归社会营造良好的环境。首先，政府应加强戒毒宣传，在全社会树立戒毒人员是“受害者”和“病人”，是“违法者”而非“罪犯”的理念。引导公众理性看待戒毒康复人员，勿随意张贴标签，勿谈“戒毒人员”色变，相信他们有向善的愿望，有合理的融入社会、重新开始的心理需求，从而在全社会营造包容、支持、关怀戒毒康复人员的氛围，减轻他们在婚恋、就业、交友等方面的压力，为其回归主流社会、避免复吸创造优良环境。其次，加强社会戒毒（康复）指导站的建设，充分发挥其帮助戒毒康复出所人员的作用。比如定期组织戒毒康复人员和家人以及所在居（村）委会负责人一起参加帮教辅导，做好对其就业、创业的指导。最后，地方政府和社区戒毒（康复）指导站要做好戒毒康复人员的动态把控，详细掌握辖区内历年戒毒康复人员的情况，有针对性的进行帮助和指导。比如对于戒断三年以上的戒毒康复人员，建议由公安机关消除其吸毒记录，恢复其正常人身份。

（二） 戒毒人员的自我认同状况较差

戒毒人员的自我认同情况不理想，大部分表现出自卑，有的甚至是破罐破摔，这可能与他们童年时期或生活中遭受过较深的“心灵伤害”有关，这样的人被贴上吸毒的负面标签后，尤其难以摆脱。他们在社交互动中不断体味到这种标签带来的负面效应，容易把标签内化成自己的标志，结果就偏离主流社会。

因此，提升戒毒人员的自我认同水平能帮助他们更好的对抗标签的负面效应。一方面，戒毒场所在日常管理和教育上，要摒弃过时的权威观念，尊重他们的人格，进行科学化、民主化管理，切实贯彻以人为本、综合矫治的戒毒理念；另一方面，管教民警要避免对戒毒人员张贴标签，避免“吸毒仔”等标签化的称呼；同时要避免“一日吸毒，终身戒毒”等标签化的戒毒宣传教育，营造毒品能戒掉的环境，提升他们的戒毒信心。

（三） 个人的抗逆力是影响戒毒康复人员复吸与否的重要因素

调查显示，复吸间隔时间越短的戒毒人员，其抗逆力能力越差，提升戒毒康复人员的抗逆力有利于他们顺利回归社会。个体如果具备抗逆力，即使身陷明显的压力和困境中也不会发生诸如物质滥用、精神不健康、犯罪等问题；加拿大学者迈克·安戈尔（Michael Ungar）运用后现代心理治疗中的叙事疗法和建构主义视角，来帮助高危青少年挖掘和唤醒自身潜在的抗逆力，以预防青少年犯罪和青少年心理失调的发生，取得较理想的效果^[7]。

提升抗逆力一方面需要用心理学的方法对戒毒人员进行认知干预和人格修正，提升内部保护性因素。另外一方面还需要关注其家庭、朋辈群体、政府和社会环境等外部支持系统，改善外部保护性因素。

首先，运用个案工作方法来改变他们在面临压力时所产生的负面情绪以及由此导致的行为；其次，采用小组工作方法开展社区戒毒（康复）小组活动，通过小组工作的理念和技巧，形成小组动力，启发组员自我反省，

走出认识上的误区，促进社区戒毒（康复）人员抗逆力的培育；再次，在社区层面开展有关戒毒康复人员回报社会的宣传和教育，提升社区接纳程度，并为戒毒康复人员联结可以利用的社区物质资源、信息资源、福利资源等，构建抗逆力网络支持资源，促进良性互动^[8]。

外在保护性因素的完善会促进内在保护性因素的提升，内在保护性因素的提升又会促进个体外在保护性因素的增强，二者紧密联系，互相影响，互为促进，共同决定着抗逆力的强弱。只有整合并激发各种内外保护性因素，促进其抗逆力的培养和成长，才能为其顺利回归社会保驾护航。

参考文献

[1]贾春增,主编.《外国社会学史（修订本）》[M].北京:中国人民大学出版社,2000:340-341.

[2]叶至诚（台湾）,编著.《社会学概论》[M].台湾：永大书局,1996:263-264.

[3][美]霍华德.S.贝克尔著,张默雪译.局外人:越轨的社会学研究.[M].南京:南京大学出版社,2011:8-31.

[4]杨玲，李鹏程.吸毒者回归社会的过程：归属与认同的剥夺[J].心理学探析，2007，27（2）：91-95.

[5]汪向东，王希林，马弘.心理卫生评定量表手册（增订版）.中国心理卫生杂志，1999(12).

[6]张丽芬.社会工作于戒毒人员回归社会——一个基于抗逆力视角的分析[J].甘肃社会科学，2015（5）:126-129.

[7]邓玮.社区为本：农村留守青少年犯罪风险的社工干预策略[J].西北农林科技大学学报（社会科学版），2014,14（5）：84-90.

[8]杨彩云.社区服刑人员抗逆力的结构、机制与培育[J].理论月刊，2014，（12）：88-91.

“海南三亚籍”戒毒人员社会支持体系运行 状况调查及应用研究

龚 梓

海南省三亚强制隔离戒毒所

【摘要】

根据海南省三亚强制隔离戒毒所第6期“海南戒毒”¹模式集中教育班60名“海南三亚籍”戒毒人员社会支持体系运行状况调查统计分析,其社会支持体系主要来自以家庭为基础的亲缘层面社会支持系统,以政府主导的正式社会支持体系未能发挥应有作用,无法有效满足“海南三亚籍”戒毒人员回归社会后精神与物质层面社会保障需求;因此司法行政戒毒机关要深入挖掘戒毒人员家庭为基础的社会支持因素,循证对戒毒人员的戒治方法,同时加强与三亚市政府其他职能部门沟通合作,建立与三亚市政法委、三亚市禁毒委协调机制,构建司法行政戒毒机关社区戒毒(康复)工作指导体系,做好“海南三亚籍”戒毒人员回归社会后续照管工作。

【关键词】戒毒人员 社会支持 戒毒机关 社区(戒毒)康复指导

当今戒毒问题俨然成一世界难题,难题背后是强制隔离戒毒人员(以下简称:戒毒人员)回归社会后复吸率居高不下。根据国际禁毒相关组织统计数据“全球戒毒的巩固率只有9%,即使是戒毒技术比较先进的美国等发达国家,其戒毒人员的复吸率也高达90%以上,在戒毒工作颇有成效的新加坡,其复吸率也70%-80%”²;而戒毒人员高复吸率结果背后往往是基于多种社会原因的综合结果,但是民众对政府戒毒工作成效期待与戒毒人员复吸率成正比,戒毒工作艰巨性由此可见。国务院2011年6月22日公布施行的《戒毒条例》第四章“强制隔离戒毒”部分之“第二十七条”³解决并明确了2008年6月1日施行《禁毒法》中强制隔离戒毒管理机关不明确问题,“公安机关和司法行政部门对于强制隔离戒毒场所的管理权博弈”⁴就此终结,2013年6月1日起正式施行《司法行政机关强制隔离戒毒工作规定》(司法部令第127号)进一步细化对戒毒人员管理教育的执行程序,为认真贯彻落实《禁毒法》、《戒毒条例》,进一步规范强制隔离戒毒诊断评估工作,切实保障戒毒人员合法权益,公安部、司法部、国家卫生计生委于2013年9月2日共同制定印发了《强制隔离戒毒诊断评估办法》,应该说强制隔离戒毒制度的法律管理依据相对完善了。但在实际执行过程中,司法行政戒毒机关作为戒毒人员诊断评估后出所回归社会最后一道关卡,在面对戒毒人员出所后高复吸率问题压力巨大——随着收治的戒毒人员人数不断增加,财政承担的社会管理成本也在逐年增高,而戒毒人员实际毒瘾戒断效果有限,导致社会和民众对司法行政强制隔离戒毒场所戒毒职能履行实效性的质疑,造成司法行政戒毒机关在依法履行戒毒管理职能,社会管理创新大背景下对吸毒成瘾这类特殊人群管控既存性的尴尬。

¹ “海南戒毒模式”是海南省司法行政戒毒管理机关在强制隔离戒毒工作实践中,综合运用治疗康复、优秀传统文化教育、心理矫治、职业技能培训、后续帮教等矫治措施形成的以戒除心瘾为核心内容的戒毒流程和戒毒方法的统称。该模式以中华优秀传统文化、心理健康知识等的内化为手段,通过对戒毒人员进行精神重建、道德重构、行为重塑,帮助戒毒人员产生主动戒毒的内驱动力,戒除心瘾,达到防止复吸目的。参见:司法部戒毒管理局课题组:“海南戒毒模式研究”,载《中国司法》2014年第3期P72—P78。

² 姚建龙:“对劳教戒毒制度的五点反思”,载《中国司法》2001年第8期。

³ “国务院2011年6月22日公布施行的《戒毒条例》第二十七条规定:“强制隔离戒毒的期限为2年,自作出强制隔离戒毒决定之日起计算。被强制隔离戒毒的人员在公安机关的强制隔离戒毒场所执行强制隔离戒毒3个月至6个月,转至司法行政部门的强制隔离戒毒场所继续执行强制隔离戒毒”。根据《戒毒条例》总则第4~5条的规定,戒毒体系中的主要权力配置是:(1)公安机关享有对涉嫌吸毒人员检测权、对吸毒人员登记和动态管控权、责令社区戒毒权、决定强制隔离戒毒权、责令社区康复权、强制隔离戒毒场所和戒毒康复场所的管理权。(2)司法行政部门享有强制隔离戒毒场所与戒毒康复场所的管理权。(3)卫生行政部门享有戒毒医疗机构监督管理权。(4)乡(镇)人民政府、城市街道办事处享有社区戒毒、社区康复执行权。”参见:姚建龙著,《禁毒法与戒毒制度改革研究》(法律出版社2015年6月第1版)P72-P73。

⁴ 王海琨:“《禁毒法》实施以来戒毒工作遇到的主要问题及对策研究”,载《云南警官学院学报》2010年第1期。

一、“海南三亚籍”戒毒人员社会支持体系之问题提出

在现行戒毒管理体制⁵背景之下,面对上述问题在考量强制隔离戒毒制度内执行问题同时,就不得不去挖掘执行对象戒毒人员本身存在的社会问题。强制隔离戒毒制度以保卫社会公共安全为其法理基础,对于“查处的吸毒成瘾人员处以两年强制隔离戒毒处罚期限”;但是在实际操作和执行过程中,强制隔离戒毒机关往往与戒毒人员形成事实上的对立面,一方面出于维护监管场所稳定、保卫社会公共安全底线需要,一方面就不得不对戒毒人员予以相对严厉管控即限制人身自由并进行强制性康复劳动;进而无论是公安机关还是司法行政部门所属的强制隔离戒毒场所对戒毒人员一般采取的都是纯自然戒断法。“国外又称其为“冷火鸡法”或者“干戒法”,具体做法就是直接地强行中断吸毒者的毒品供给,使其戒断症状随时间的推移自然消退,同时给吸毒者予以单纯身体安全的照管。这种方法优点是经济投入小,无需产生费用,戒毒者对痛苦经历印象深刻,对复吸有一定心灵威慑作用,缺点是成瘾严重的戒毒者会难以承受戒毒过程的痛苦,致使戒毒者常常自伤、自残”,而对于戒毒人员自杀、自残及时有效干预大多数情况下出于维护戒毒场所安全稳定,保卫社会公共安全之迫切需要,没有在日常戒毒管理中发挥戒毒医疗、戒毒矫治教育和心理危机干预应有预防作用,没有考虑戒毒人员这些极端行为背后深层家庭及社会原因。戒毒人员最终回归流向还是其原来既定的社会生活环境,生活基础还是立于其入所前和出所后的社会支持体系运行状况,而社会支持体系运行状况好坏直接关系到戒毒人员在解除强制隔离戒毒后回归社会心理康复、后续照管实际效果。

由于强制隔离戒毒场所封闭性和维护社会公共安全兜底功能价值归属,对强制隔离戒毒群体研究也多偏重于从心理学角度以心理测试量表来考察其场所内心理和行为特征,忽略了其解除强制隔离戒毒处罚前,临界回归社会心理和行为反应。然而,这些心理测试数据往往是受戒毒人员戒毒前生活的社会环境影响的,如果其出所后,以原有社会支持体系为基础社会环境发生恶化,相对于强制隔离戒毒场所,社会管控相对松散,其心理和行为特征更易发生恶性变化,因为戒毒人员“回归社会后的照管情况、生存状况和个人心理状态等都是决定复吸率高低的关键因素。”

因此针对上述问题,结合三亚市禁毒、戒毒工作严峻形势,通过对参与学习“海南三亚籍”戒毒群体社会支持体系的现状考察,了解该“海南三亚籍”戒毒群体回归社会依靠对象、面临实际生活困难问题与对社会公共服务需求,立足三亚本地戒毒形势,以司法行政强制隔离戒毒场所内为视角“循证戒治”⁶工作,激发“海南三亚籍”戒毒人员的戒毒动力,提出改进对“海南三亚籍”戒毒人员戒治方法和完善其回归后社会环境建议。

二、研究对象和方法

(一) 研究对象

选取在海南省三亚强制隔离戒毒所六大队接受“海南戒毒”模式集中教育班的“海南三亚籍”男性戒毒人员60例。

(二) 研究方法

参考江苏省委党校韩丹教授所著《城市毒瘾——吸毒行为的社会学研究》(东南大学出版社2008年12月第

⁵ “《禁毒法》实施之前,我国强制隔离戒毒体系由两个方面组成:一是公安机关实施的强制戒毒,二是由司法行政部门实施的劳教戒毒。劳教戒毒主要收容经过强制戒毒后又复吸的吸毒成瘾人员。强制戒毒由公安机关具体管理,是公安机关组织实施的行政强制措施。劳教戒毒是劳教戒毒的组成部分,由司法行政部门统一管理。《禁毒法》把强制隔离戒毒与劳教戒毒统一整合为“强制隔离戒毒”措施,实施《禁毒法》的首要任务是建立统一的强制隔离戒毒的管理体制,使得国家戒毒资源整合,且有效规范政府行政权的行使。《戒毒条例》在制度设计上保留了强制隔离戒毒管理的双轨体制,《戒毒条例》第四条规定,县级以上地方人民政府公安机关管理公安机关的强制隔离戒毒场所、戒毒康复场所,设区的市以上地方人民政府司法行政部门负责管理司法行政部门的强制隔离戒毒场所、戒毒康复场所。”参见:褚宸舸著:《中国禁毒法治论》(中国民主法治出版社2016年1月第1版)P165-P167。

⁶ 循证矫正是发达国家最新流行并经实证认为有效的囚犯矫正模式。其基本寓意在于,通过证据的矫正措施(循证矫正),有效减少囚犯重新违法犯罪的概率。随着循证矫正工作在司法领域的推进,循证矫正的理念和方法已经逐渐得到认可,并对罪犯矫正工作的发展起到不可估量的作用。将循证的理念引入到强制隔离戒毒工作中,我们称之为“循证戒治”。循证戒治方案的设计同样要遵循风险-需求-反应性原则:通过风险评估确定戒治对象,可根据复吸风险对强制隔离戒毒人员进行分类,明确戒因性需求以确定戒治目标,以能够解决戒治对象犯因性需求的最佳证据为依据来选择戒治方案。循证戒治既是一种矫正理念,也是一种可操作的实践框架。未来需要开展大量高质量的相关研究,寻找有效的循证戒治的最佳方案,提供可供参考的最佳证据;要研究制定清晰可行的操作指南或手册,为循证戒治提供可以遵循的范本;将通过验证证实有效的戒治研究成果收录进库,建立循证戒治的有效数据库。”参见:张晶:“循证矫正的中国话语——以循证矫正的原则为观察视角”,载《刑事法评论》2013年第32卷P570—P582。赵辉、张卓:“国内外循证戒治的发展及其应用前景”,载《2014年全国心理学学术会议》P1374—P1375。

1 版)、《吸毒与艾滋病问题的社会学研究——以江苏吸毒人群为例》(中国社会科学出版社 2011 年 11 月第 1 版)、上海社会科学院社会学研究所研究员夏国美、人类健康与社会发展研究中心客座研究员杨秀石合著《社会学视野下新型毒品》(上海社会科学院出版社 2009 年 6 月第 1 版)、上海政法学院刑事司法学院院长姚建龙教授所著《禁毒法与戒毒制度改革研究》(法律出版社 2015 年 6 月第 1 版)、西北政法大学行政法学院褚宸舸副教授所著《中国禁毒法治论》(中国民主法制出版社 2016 年 1 月第 1 版)社会支持体系相关内容,制订“海南三亚籍”戒毒人员社会支持体系调查问卷。采取匿名问卷调查,个案访谈、在册戒毒人员档案以及精神戒毒班《弟子规》、《了凡四训》、《太上感应篇》和心理团队辅导等授课内容进行回顾性统计(使用 EXCEL 办公统计软件)分析。

三、统计结果

(一) 60 例“海南三亚籍”戒毒人员基本信息

60 例“海南三亚籍”戒毒人员的基本情况: 60 例“海南三亚籍”戒毒人员都为男性,其中城市 23 例,农村 37 例,凤凰镇回族 2 例;农村年龄主要集中在 20-40 岁之间,20-29 岁 16 人,30-39 岁 40 人,40-50 岁 4 人;文化程度普遍较低,文盲 1 人,小学 13 人,初中 37 人,高中(含中专、技校)9 人;婚姻状况:未婚者居多,共 38 例,占被调查人数的 63.3%,已婚(初婚和再婚)共 17 例,占被调查人数 28.3%,离婚 5 例,占 8.4%;过去三年职业状况以无业人员为主,固定工作 11 人,临时性工作 18 人(主要是个体工商户 7 人、赌场服务生 5 人、农民 6 人),其余 31 人(占 51.7%)在无业或者待业状态;多数家庭经济状况一般(34 例),良好(11 例),差(15 例);身体有纹身 31 例,其中大面积纹身 19 例;被强戒次数或者劳教戒毒次数平均在 2 次以上,其中有 4 例因贩毒被刑事处罚过;多数都吸食传统毒品海洛因(45 例,占 75%);曾戒断保持情况,1 年以下 37 人,1 年以上 4 人,2 年以上 11 人,3 年以上 8 人。

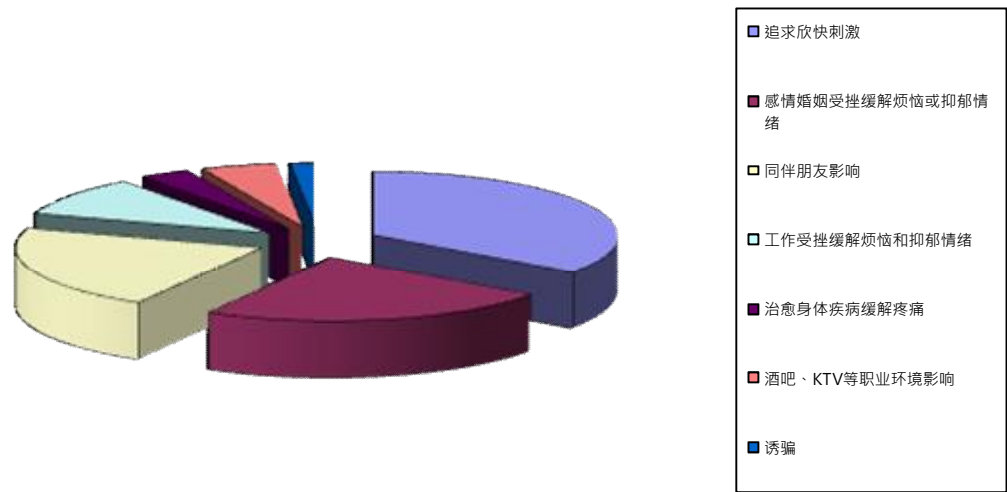
表 1 调查对象基本信息表

		人数	百分比(%)
户籍信息	城市户口	23	38.3%
	农村户口	37	61.7%
年龄	20-29 岁	16	26.7%
	30-39 岁	40	66.7%
	40-50 岁	4	6.6%
文化程度	文盲	1	1.7%
	小学	13	21.7%
	初中	37	61.7%
	高中(含中专、技校)	9	14.9%
婚姻状况	未婚	38	63.3%
	已婚(初婚和再婚)	17	28.3%
	离婚	5	8.4%
就业状况	固定工作	11	18.3%
	临时性工作	18	30%
	无业或者待业	31	51.7%
家庭经济状况	一般	34	56.7%
	良好	11	18.3%
	差	15	25%
纹身情况	有	31	51.7%
	无	29	48.3%
吸食毒品类型	传统毒品海洛因	45	75%
	新型毒品	15	25%
曾戒断保持情况	1 年以下	37	61.7%
	1 年以上	4	6.7%
	2 年以上	11	18.3%
	3 年以上	8	13.3%

（二）初次吸毒原因

对于诱发戒毒人员初次吸毒原因统计分析，按照统计 N（N=60）值大小排列顺序依次为：满足好奇感，追求欣快刺激（21 例）、感情婚姻受挫缓解烦恼或抑郁情绪（14 例）、同伴朋友影响（13 例）、工作受挫缓解烦恼和抑郁情绪(6 例)、治愈身体疾病缓解疼痛（2 例）、酒吧、KTV 等职业环境影响（3 例）、诱骗（1 例）。说明诱发戒毒人员初次吸毒与其生活工作环境或由社会环境造成的挫折以及接触的不良人群有着密切关系。

表 2 调查对象初次吸毒原因统计表



（三）社会支持状况

社会支持指的是可以为个体所利用的重要外部资源，根据美国著名社会学家林南（N. Lin）将社会支持定义为：“由社区、社会网络以及可信任的他人所实际或想象中可能提供的物质和精神上的帮助。分为（1）社会支持包括实际和期待的两个方面；（2）社会支持可以是物质的，也可以是精神的，两者可能单独提供，也可能同时被提供；（3）社会支持可以由不同社会层次提供。这种层次按支持提供者与支持接受者关系划分，可以是信任的他人如配偶、父母或者子女是与支持接受者最近的一层，然后是社会网络如同事、同行，最后是社区、政府等；（4）社会支持可以分为正式的和非正式的，正式的社会支持由官方机构提供，非正式的由民间机构提供”⁷四种。本次调查以（3）和（4）种分类作为调查重点。

1.不同社会层次的社会支持调查结果

戒毒人员按照不同社会层次社会支持关系的亲疏程度依次分为父母、子女、兄弟姐妹、其他亲属、朋友以及社区邻里等。

第一，家庭及亲属关系

此次调查的“海南三亚籍”戒毒人员至少平均 2 次以上强制戒毒，有的戒毒人员甚至 6 次以上，加上之前劳教戒毒有 8 次之多，因此其吸毒行为对家人的伤害和打击是巨大的。在调查“现阶段你与父母家人关系如何”近一般人（29 例）选择“一般”；同时问道“你觉得容易复吸最主要原因是”多数人认为“个人意志薄弱”（22 例）、“家庭关系紧张、亲友不信任”（14 例）；由于戒毒人员身份特殊性，社会角色扮演错位和社会福利保障机制的不健全，多数戒毒人员回归社会后在个人情感和实际生活上一般首选自己的家庭，在自己一无所长，饱受社会歧视会更加依赖于家庭，因为家庭提供的精神、物质和情感支持良性因素也往往是其戒除毒瘾，不复吸的主要动力之一；调查中发现多数家庭完整（51 例，占 85%），父母一方逝世（4 例，占 6、67%）；由于未婚戒毒人员 38 例，多数戒毒人员戒毒期间多接受父母在情感和实际生活帮助，经常给其汇款依次是父母（41 例，占 68、3%）、配偶\伴侣（10 例，占 16、7%）、和兄弟姐妹（5 例，占 8、33%）、子女（4 例，

⁷于阳：“西方犯罪学社会支持理论研究及其借鉴意义”，载《犯罪研究》2012 年第 5 期。

6、67%)；亲情探望也多为父母、配偶\伴侣、兄弟姐妹，与汇款比例相一致；调查“从戒毒所出来，家人对你的态度是”，多数戒毒人员选择“给予接纳、关怀、帮助和鼓励”（55 例，占 91、7%），极少数选择“态度冷漠不接纳”（3 例，占 5%）；在调查“你认为现阶段你回归社会坚持戒毒不复吸动力最大因素”，几乎 100%戒毒人员选择“父母家人的关爱和监督”（58 例，占 96、7%）；相比较“出去后你能和家人有效沟通吗？”，12 名戒毒人员选择不能（12 例，占 20%），选择能有 37 名戒毒人员（37 例，占 61、6%），选择“一般”（11 例，占 18、3%）；总体来说 60 例戒毒人员与家庭关系还算正常，社会支持体系中家庭支持完整。

第二，朋友及社区邻里关系

调查显示，大多数戒毒人员认为与朋友关系一般（43 例，71、7%），需要指出的是此类朋友指的是不在“吸毒亚文化群体”⁸中的“朋友”，其原因在于戒毒人员吸毒行为本身使得之前正常朋友圈子遭到破坏，也破坏包括了在吸毒过程中认识的正常社会朋友；基于主流社会的排斥心理，戒毒人员正常朋友圈子越来越小，相反在这个过程中他们会更加认同自己在吸毒亚文化群体中成员身份，而这类非正常群体在价值观和需求上具有高度的一致性，以毒品为纽带，往往极富亲和力，从而依靠相互吸毒习惯隆合，形成亚文化氛围，保证参与者能共享毒品，从而戒毒人员与之前正常朋友圈子的人不自觉的彻底“决裂”，从理论上讲，与之前正常朋友保持良好人际关系能帮助戒毒人员康复和回归社会正常生活，但调查发现初吸受“同伴朋友影响（13 例，占 21、7%）”，加上吸毒朋友圈子越来越大，戒毒人员回归社会后还继续将不自觉或被动与之前吸毒的朋友保持联系，调查也表明了戒毒人员容易复吸的原因在于“摆脱不了吸毒圈子和之前朋友（19 例，31、7%）”。

戒毒人员最终还是要回归社会，接受强制隔离戒毒是暂时性限制人身自由措施，良好的社会邻里关系有利于帮助其顺利回归社会，找到社会最基本归属感，但在社会转型期的当今中国，城市化步伐加快同时也走进了一个陌生人社会，人情淡漠，使得邻里关系冷漠；即使在相对纯净的农村，也出现类似的问题，尤其在三亚农村，一个人吸毒往往能带动几个同村人吸毒，因而被带进去吸毒人的亲属往往仇恨带其亲属吸毒的人，戒毒人员的吸毒行为破坏原本就很脆弱的邻里关系，调查发现邻里关系“差”和“说不清”总共 27 例，占 45%。

2.正式和非正式社会支持调查结果

社会支持可以分为正式的和非正式的，正式的社会支持由官方机构提供，非正式的由民间机构提供，这种是从社会结构上划分的。

“正式社会支持一般指的是政府或社会组织为个体提供的社会支持，其主体具有特定功能、正式规则和程序，对人们获得帮助和服务的资格有明确的判断标准，为人们提供帮助时有一套标准的程序，提供帮助或服务的人是经过专业培训的专门人员”⁹，“海南三亚籍”戒毒人员回归社会后正式社会支持体系包括三亚市各区所辖基层司法所、派出所、街道办事处、社区（村委会）等；非社会社会支持主要民间自发的义务服务，如青年志愿者、高校大学生、戒毒社工、慈善机构等，这种社会支持形式较松散，由于海南三亚城市社区网络建设不很完善，“社会工作者群体较少”¹⁰，社会工作平台也多为自发形式，缺少政府支持。

⁸ “吸毒亚文化群体”：是指两个或两个以上的吸毒者，在相同或相近的吸毒亚文化基础上，按照某种互动方式而结合在一起的松散共同体。群体中的成员主要因为有着共同的吸毒文化、习俗和价值观念而形成的相互依靠于信赖的关系，他们对群体中每个人行为都有共同而确定的目标和期望，是吸毒者参与、构成，其价值、行为游离于社会主流文化之外的一个松散群体。参见：韩丹著：《城市毒瘾——吸毒行为的社会学研究》（东南大学出版社 2008 年 12 月第 1 版）P184-185 页。

⁹ 钟莹：“女性戒毒群体的社会支持状况与社会福利需求”，载《河南社会科学》2007 年 11 月第 15 卷第 6 期。

¹⁰ “海南省社工组织不仅数量少，而且规模小。据省民政厅统计，2013 年至今，我省仅有 8 家社工机构，每家社工机构拥有专业社工多的不过 10 余人，少的只有 2 至 3 名。海南政法职业学院、琼州学院、三亚学院设立社工专业，每年约有 200 名社工专业人才毕业，但由于社工机构的匮乏导致社工毕业生难以就业，所以社工机构和社工专业人才队伍之间形成一种恶性循环。社工机构作为一个非盈利性的社会组织，其运行依靠政府出资购买服务和社会慈善捐助来完成。目前，我省尚未建立起稳定的支持社会工作发展的财政制度，购买社会工作服务的数额少，范围小，而且社工机构能够获得的社会慈善捐助十分有限，这直接影响了社工机构的生存，如从事儿童社工服务等活动的三亚普爱社会工作服务社于 2014 年 7 月成立，由于工作资金缺乏，普爱社的员工纷纷跳槽离开，仅剩一名实习人员。”参见：金昌波：《我带着上万名社工的心声来参会》，《海南日报》数字报刊 2015 年 2 月 8 日。

调查显示,“你觉得社区(村委会)在帮助你戒毒和防复吸方面是否做了努力”,大多数人选择“没有帮助只有歧视”(29例,占48.3%),17例(占28.3%)选“歧视多帮助少”,14例(占23.4%)选“提高了一些帮助”;“你最希望三亚市政府和社会给你提供的帮助”也多集中在“提供就业机会、给予社会保障(住房、医疗、失业保障)、不歧视我们、扫除毒瘾净化社会环境”;相反“当你出所遇到困难,你一般会向那些人寻求帮助和倾述?”,一大半(44例)戒毒人员选择“父母、配偶、关系密切朋友”,没有人选择“社区和村委会工作人员”。表明戒毒人员对三亚市各区所辖基层司法所、派出所、街道办事处、社区(村委会)等正式社会支持部门信任度和求助意愿缺乏。

(四) 社会支持状况调查结果分析

受资源、体制和观念的限制,我国政府主导的社会正式支持体系多偏重于社会管理,服务意识较差,对于社会问题过多使用社会控制手段,在过多强调社会控制同时往往忽略了社会正式支持体系建立和完善;以强制隔离戒毒制度为例,就是以戒毒人群成瘾复吸为假设前提的,忽略了戒毒人员有给予社会支持的利他性和接受社会支持的需要;强调了对于戒毒人员的社会控制和自我被动控制以降低复吸率的作用,却忽略了社会正式支持对吸毒戒断率的直接影响。以回归社会就业为例,戒毒人员生活方式定型化如同一种内退力,这种推力的指向就是让自己被动与主流社会群体隔绝,由于自身明显或潜在内隐的“烙印感”¹¹,以戒毒人员纹身为例,身上有纹身共31例(占51.6%),其中大面积纹身19例(占31.7%);这些都在其回归社会就业过程中遭到歧视,社会的排斥致使他们愤怒和绝望,长期处在这种情绪下的戒毒人群,必会产生许多反社会倾向,而这些情绪又在有限的社会保障机制下成为他们复吸的诱因和动机,让原本就处在社会边缘的戒毒弱势群体顽固的成为社会无法“改造”地症结。

因此现阶段正式社会支持体系在戒毒人员回归社会社会保障(住房、医疗、就业)力度有限,同时我国政府对此类人群的管理偏重于社会控制,欠缺主动服务意识,缺乏对此类人群的正向引导和政策落实,同时基于其他社会原因,我国正式社会支持体系未能发挥出对戒毒人员回归社会良性作用,三亚市亦然。

四、“海南三亚籍”戒毒人员社会支持体系运行状况调查结论

调查显示,目前我国对戒毒人员正式社会支持体系还不是很完善,相关帮扶和后续照管机制仅停留在书面原则性概述,具体可操作性法律实施细则还未出台,主要表现为以下几个问题:1、正式社会支持体系构成单一,以政府主导,在对戒毒人群管理侧重社会控制,忽略正式社会支持体系构建,在鼓励和引导非正式社会支持体系上参与戒毒人员回归社会工作服务上有待加强;2、正式社会支持体系专业化程度较低,戒毒社会工作服务平台滞后,缺乏民间社会组织和福利慈善机构参与。在正式社会支持体系无法发挥更好作用情况下,戒毒人员只能依赖家庭层面以亲缘关系为基础最近社会支持体系,从而获得情感和物质方面的帮助,但我们需要看见的是这种支持本身也很脆弱,许多家庭由于戒毒人员的吸毒行为影响了与其正常亲情关系,亲缘关系也在日益疏远,另一方面戒毒人员家庭本身也是需要正式社会支持的帮助对象。

因此可以得出:“海南三亚籍”戒毒人员社会支持体系主要来自以家庭为基础亲缘层面的社会层次,以基层社区和三亚市政府主导的社会支持层次较远,无法有效满足“海南三亚籍”戒毒人员回归社会后精神与物质层面社会保障需求。

五、“海南三亚籍”戒毒人员社会支持体系运行状况应用建议

戒毒人员社会支持体系状况调查的核心价值在于启示司法行政戒毒管理机关和三亚市政府、三亚市政法、

¹¹ 烙印感又或耻辱感、病耻感、羞耻感(stigma)等。最初在希腊语中是指烙在罪犯或叛徒身上的标记或记号(mark)。在现代社会,广义上烙印是指遭到集体非难的感觉和针对某个特定人、某种特定个性、状况或生活风格的一堆消极看法。烙印感是由于个体或群体具有某种社会不期望或不名誉的特征,这些特征包括不被他们所属文化接受的属性、品质、特点或行为,从而被他们所属的社会打上烙印,使他们产生了指向自我的羞愧、难堪、耻辱、痛苦等体验,甚至产生了犯罪感,并导致了社会对他们的不公正待遇。当个体知觉到他人对自己的某种行为或性格或疾病等有消极评价时,或是意识到自己违背了社会道德规范、伦理学标准、社会习俗、法律法规时,都会产生烙印感。烙印感的核心问题是歧视与排斥。媒体的引导对公众在某些方面的态度取向有着举足轻重的影响。同时,烙印感还涉及了家庭、社会支持、社会环境、法律、政府决策等更加广泛的社会系统。参见:陈立成:“狱内司法精神病学鉴定存在的问题及对策”,载《中国监狱学刊》2010年第5期P100—107页。

三亚市禁毒委等相关机构要注意深入挖掘提高“海南三亚籍”戒毒人员戒断率微观层面有利因素,通过激发微观层面积极因素,有效防控由于社会环境因素造成的吸毒反复性,从而尽可能降低本市戒毒人员违法犯罪率。因为光靠自我良好操守无法满足自身戒毒需要,戒毒人员只有与家庭为代表的亲缘层面社会支持体系和政府主导的宏观层面正式社会支持体系形成良性互动才能使自己、家庭、社会得到彻底救赎。

基于此,本文从循证戒治工作实际出发,以更好戒治戒毒人员为原则,以其顺利回归社会不复吸为目标,提出以下建议:

(一) 挖掘社会支持体系中家庭因素, 提高戒毒效果

统计结果表明 60 例“海南三亚籍”戒毒人员与家庭关系还算正常,社会支持体系中家庭支持完整。这些恰好是场所内戒毒矫治工作中需要提取和利用信息,如家庭支持戒毒方法。家庭支持构成是戒毒人员最基本、最深刻的内在动力,家庭关系构成也是戒毒人员最具决定性的社会支持网络,因为“层次越近,实际的或期待的支持,特别是精神上支持越大,其作用也越强”,如实践中上海亲子平行戒毒小组。在“海南戒毒”模式集中教育班将《弟子规》亲情内容与心理团队辅导衔接(调查中“你认为戒毒所在坚定戒毒信心,增强抗复吸方面采取教育最有效方式:精神戒毒班《弟子规》等传统文化教育 38 例、心理矫治及团队辅导 30 例”),让他们明白对家人伤害,内心得到忏悔,唤醒其对自身人性优点关注;同时在家庭支持体系完整的“海南三亚籍”戒毒人员中邀请家人定期亲情帮教,修复原本被破坏的亲情关系,恢复其原本脆弱的社会支持体系,激发其戒毒动力,更好使其回归社会。

(二) 循证戒治,注重“海南三亚籍”戒毒人员筛查质量

科学制订调查量表,循证戒治对象,加大筛选工具在“海南(精神)戒毒”模式中开发和应用。制订参加“海南戒毒”模式的戒毒人员筛选标准量表,运用筛选工具如家庭支持调查表、社会支持与复吸风险评估表及心理诊断量表,提高对“海南三亚籍”戒毒人员科学分类水平,甄别出易戒断、筛查出家庭社会支持系统完整戒毒人员组成“海南戒毒”模式集中教育班,同时细化戒毒人员社会环境与适应能力诊断评估标准,提高“海南戒毒”模式戒治教育有效性和针对性,提高戒断率,降低“海南三亚籍”戒毒人员回归社会复吸率、违法犯罪率。

(三) 引入社会志愿力量, 购买戒毒社工服务政策

社会志愿者从事的社会工作服务能弥补司法行政戒毒机关硬性管教和康复劳动的缺陷,因此有必要争取三亚市政府、三亚政法委支持,在三亚市引入社会志愿服务力量,成立戒毒工作志愿者组织,构建戒毒社工平台,形成“高校、专业、社区、公益资本”四级渐进梯度戒毒工作志愿者网络¹³,提高所内戒治社会化水平,帮扶可改变“海南三亚籍”戒毒人员。如司法行政戒毒机关可以充分考虑“海南三亚籍”戒毒人员就业实际需要,主动与三亚市政府相关组织和非政府组织合作,给年轻成瘾性弱“海南三亚籍”戒毒人员购买职业技术学校(海南省三亚市技师学院)美容美发、烹饪、电工等课程,立足三亚经济发展就业需求,向社会进行就业推介,帮助“海南三亚籍”戒毒群体回归社会能够自立、就业,充分利用社会资源,实现最优配置。同时充分发动热心企业,引导社会慈善资金向戒毒人员创业、就业倾斜,发挥三亚创业孵化基地项目品牌作用,设置专门针对戒除强戒“海南三亚籍”戒毒人员创业孵化基地项目,以资金、技术、信息等形式,实施社会援助,帮助“海南三亚籍”戒毒人员回归社会就业、创业。戒毒社会工作服务是“海南三亚籍”戒毒人员回归社会过渡有效帮助力量,针对“海南三亚籍”戒毒人员本身破裂的社会支持结构,戒毒社工介入是有必要的;因此司法行

¹² 于阳:“西方犯罪学社会支持理论研究及其借鉴意义”,载《犯罪研究》2012 年第 5 期。

¹³ “2014 年 6 月 25 日,三亚戒毒工作志愿服务队是由海南省三亚强制隔离戒毒所整合社会资源,依托共青团海南省委志愿者协会的平台,与三亚市相关单位、部门合作而组建。参与志愿服务队的志愿者主要以琼州学院、三亚学院、三亚航空旅游职业学院等学校的学生(社工专业)为主,其次还有海南省农垦三亚医院、三亚市疾病预防控制中心等 8 家单位合作,初步构建的了以“高校、专业、社区、资本”四级戒毒工作志愿者网络,下设 6 个专业服务分队。成立戒毒工作志愿服务队,是适应三亚禁毒戒毒工作形势,构建涵盖司法行政戒毒所、社区、医院、高校、公益资本等各行各业有志人士参加的社会戒毒帮扶体系,弥补封闭性环境下强制隔离戒毒工作的缺陷,为戒毒工作的有效开展创造良好社会环境。通过让社会力量参与戒毒工作,构建对强制隔离戒毒人员有效和完善的戒毒工作社会化机制,提高戒断率,降低复吸率。”,参见:孙显炬:《三亚戒毒工作志愿服务队成立》,《三亚日报》2014 年 6 月 26 日。

政戒毒机关应指导和建议三亚市政府尽早出台三亚市购买戒毒社会工作服务的相关政策，利用海南省三亚强制隔离戒毒所与三亚市天涯区、崖州区政府成立的天涯区金鸡岭路社区戒毒（康复）工作站（2014年12月31日成立）、崖州区大蛋村社区戒毒（康复）工作站（2015年6月26日成立）平台，从政府财政资金或者福彩公益金中列支购买戒毒社会工作服务项目资金，以项目审批代购买戒毒服务，启动戒毒社会工作服务项目，提供公共和公益用房，由三亚市财政提供租金支持，或者将需要购买的戒毒社会服务项目清单和经费开列到每一个三亚社区、街道或每一个管理“网格”，由已经设立的社会工作机构在经过相关专家团队进行资格确认的前提下，根据自身能力和专长，认领或“承包”三亚某几个社区的戒毒社会服务，帮助“海南三亚籍”戒毒人员回归社会巩固戒断。

（四）完善“海南三亚籍”戒毒人员正式社会支持体系

由于戒毒群体的特殊性，其权利主体身份往往被忽略，缺少相应的政策保护，2008年6月1日实施的《禁毒法》第五十二条规定“戒毒人员在入学、就业、享受社会保障等方面不受歧视。有关部门、组织和人员应当在入学、就业、享受社会保障等方面对戒毒人员给予必要的指导和帮助”。因此司法行政戒毒机关要做好“海南三亚籍”戒毒人员回归社会后的调查工作，了解其回归社会面临实际困难，加强与三亚市公安、工商、税务、民政、人力资源与社会保障等政府部门协调沟通，推进“海南三亚籍”戒毒人员国家社会保障和救助体系建设，同时向三亚市地方人大和政协提交立法建议，推动针对海南省戒毒人员回归社会保障性市级立法机构地方政策法规的出台，建立健全“海南戒毒”模式后续帮教板块，完善“海南三亚籍”戒毒人员正式社会支持体系。

（五）健全三亚市社区戒毒（康复）指导运行机制

协助社区完善社区戒毒和社区康复工作执行体系。司法行政社区戒毒（康复）工作指导站要加强与三亚地方政府尤其是乡镇、社区和各职能部门的对接协调，协助建立较为完整的社区戒毒和社区康复工作执行体系。一是完善组织构架。以政府文件的形式下发由司法行政戒毒机关和三亚市公安局、三亚市司法局共同起草的社区戒毒和社区康复工作实施方案，明确规定社区戒毒和社区康复工作的组织领导、主要任务、工作流程、工作推进措施和各成员单位、试点指导站的主要职责；明确将社区戒毒和社区康复工作办公室设在司法局，统筹推进社区戒毒和社区康复工作。二是加强各部门之间的协调配合。建立司法、公安、省三亚强制隔离戒毒所等职能部门之间的定期协商机制，促成三亚政法委、三亚公安局、三亚市司法局、省三亚强制隔离戒毒所召开社区戒毒和社区康复工作联系会议，为工作顺利开展提供有力的支持。三是构建全覆盖的工作网络。为社区戒毒和社区康复工作站配备专门的办公场地和设施、专职工作人员，在选择社区建立工作联系点，形成我所负责业务指导，司法局负责统筹协调，乡镇、社区负责具体实施，各职能部门联动配合的工作网络。三是结合三亚经济实际情况，加强对“海南三亚籍”戒毒人员回归社会困难帮扶，积极为符合条件的戒毒人员申请低保、临时困难救济和医疗救济，解决基本生活保障；积极推进就业安置，采取集中就业安置、提供公益岗位，为戒毒人员提供就业机会；在社区卫生服务站建立医疗绿色通道，由三亚民政部门提供一定数额的医疗补助金，为部分重症吸毒人员减免医疗费用，定期提供免费体检等。

戒治与恢复：论三亚社区戒毒（康复）的参与主体

龚梓

海南省三亚强制隔离戒毒所

社区戒毒（康复）是一种对吸毒成瘾人员的开放式戒治和社会管控的帮扶机制措施¹，更是一种以关怀、戒治、监控和引导为目标的专业社会工作。它是一种有计划的介入活动，坚持利他主义原则，与强制隔离戒毒制度有根本区别。后者是政府行政执法行为，主要偏重于社会公共管理，因此社会服务意识较差，对于吸毒成瘾问题过多使用社会控制手段。在过多强调对戒毒人员社会控制同时，司法行政戒毒机关限于资源、观念、体制等深层次原因，往往忽略而又无法有效关注戒毒人员利他性和接受社会支持的需要，因此在保证所内戒治效果实现的同时，戒毒人员回归社会后会因“吸毒域场”因素而将所内戒治效果抵销，导致戒毒人员回归社会后复吸率居高不下。

相反在禁毒法律体系中社区戒毒（康复）工作是一种具有法治契约式的管理和社会服务过程，强调社区戒毒（康复）人员戒治工作的个别化原则，社区戒毒（康复）过程强调戒毒社工和社区戒毒（康复）人员之间的信任关系，强调社区戒毒（康复）人员的自觉和参与、自助和他助相结合，注意个体需要也注意戒毒环境培育和营造。没有社会参与的社区戒毒（康复）工作开展是不健全的，难以发挥禁毒法律制度预设的法律效果和社会效果；社区戒毒（康复）制度区别于强制隔离戒毒，最大特色就是戒毒参与的广泛性和多样性。鉴于戒毒过程本身的长期性、专业性、易感性、反复性和不确定性，我省司法行政戒毒机关始终着眼于继续健全戒毒制度、完善程序和创新方式方法，相继在海口、三亚、万宁成立司法行政社区戒毒（康复）工作指导站，初步建立起社区戒毒（康复）工作指导组织网络，为我省社区戒毒（康复）工作更深发展提供了智力支持和机制保障。

现代社会中警察的职能主要包括打击违法犯罪、行政执法和社会服务三种，其中打击违法犯罪越来越需要后两种职能的改善，吸毒作为一种社会问题，治理吸毒越来越需要社会环境的改善，而不是简单依靠禁毒、戒毒警力的增加，其中社会服务功能恰恰处于日益增进的发展趋势。鉴于此，司法行政戒毒机关应该是这种社会服务功能的组织者和指导者，因此有必要厘清社区戒毒（康复）工作参与主体，调动各方面主体积极性，对于推动此项工作具有积极意义。

一、精神与情感动力：家庭

在中国社会中，家庭作为最重要的人际关系载体的重要性是不可替代的；家庭作为社区戒毒（康复）工作的参与主体，可以起到基于理性支配基础之上的契约型社会法律所不可替代的戒治功能。亲情间的相互关怀是每个人最重要的内在心理和精神需要，家庭成员的正常交流能够唤起被毒品消弭的个体德性重建，进而对戒毒人员公民身份意识觉醒和无毒社区建设都有积极意义。因此家庭的感性参与和监督对戒毒人员更加具有针对性，更加符合情、理和法的统一。作为以开放性戒治为特征的社区戒毒（康复），戒毒人员与家人的关系不再被隔离，需要的是恢复和改善。家庭参与社区戒毒（康复）工作可以最大限度地实现社区戒毒（康复）人员的归属感和自身价值，减少对毒品的依附。社区戒毒（康复）人员可以在戒治期内相当大的时间空间中与家人保持密切联系，可以组建家庭，继续赡养老人、抚养孩子，结合自己在强戒期间职业技能培训掌握的技能去务工、创业和从事一些家庭经济活动，未成年吸毒人员可以在父母情感关心照顾下继续接受教育完成学业，然而这一切基本只要符合社区戒毒（康复）规定的约束性行为和行政纪律范围之内，并完成相应法律服务即可自由安排和计划。通过积极的戒毒行为，在有限能力范围内为家庭及其成员创造物质价值和财富，这种努力可以极大地获得其他家庭成员的理解和认可，对于戒毒人员重新融入家庭具有直接的建设作用。需要强调的是，家庭参与社区戒毒（康复）工作必然伴随相应的法律和行政责任，这种责任既是家庭作为法律主体应当承担的公共安全义务，也是社区戒毒（康复）人员与原本被毒品侵蚀家庭关系逐渐恢复的约束性保证，正是这种义务弥补了司法行政戒毒机关作为国家法治惩戒工具的不足。

¹ 《禁毒法》第三十三条规定：对于吸毒成瘾人员，公安机关可以责令其接受社区戒毒，社区戒毒期限为三年；第四十八条规定：对于被解除强制隔离戒毒人员，强制隔离戒毒的决定机关可以责令其接受不超过三年的社区康复。社区康复参照社区戒毒的规定实施。

二、社区戒毒（康复）人员温馨港湾：社区

我国的社区建设明显区别于西方发达国家主要依靠公民、非政府性的社会组织 and 地方精英力量来积极推动的情况，政府是社区建设的规划者和推动者。从三亚地区构建的司法行政社区戒毒（康复）指导组织体系看，社区建设正推动着基层社会组织、管理和服务体制的创新和变革，基层组织形态正从“群众性组织”向“社会性组织”转变，社会服务功能得到不断增强，组织性质开始从生产共同体向生活共同体转向，村（居）民自治从“自我管理”和“自我服务”向“公共服务”转变，城乡通过协作共同从事社会管理和提供公共服务，从三亚市撤镇建区看，基层组织与管理体制开始从“城乡分离”走向“城乡一体”，由此，社区戒毒（康复）工作环境也逐渐获得改善和支持，这是司法行政戒毒机关必须认真考虑和利用的执法资源。就目前三亚社区戒毒（康复）工作运转情况看，社区对社区戒毒（康复）认同感还很不足，尤其是对社区戒毒（康复）人员的组织机制、工作方式方法尚未构建完整，社区对社区戒毒（康复）工作开展处于被动应付或承担的局面。这其中有多重原因：首先，从劳教戒毒开始传统的惩罚思维仍然主导着社区居民思维，大多数人认为将吸毒人员投入强戒所或监狱是最好的，吸毒人员的存在只会让他们感觉安全性更差。其次，社区组织还未认识到社区成员资源对社区本身的重要性，多数人认为有吸毒史人本身是负价值，是对社区有限资源浪费和侵蚀，社区没有义务承担对其接纳、教育和美沙酮戒断维持治疗。最后，社区组织往往不但认为自身对社区戒毒（康复）人员管理经验匮乏，而且担心由于日常社区事务没有精力去顾及这类特殊人员，担心社区戒毒（康复）人员由个体成瘾复吸向社区群体扩散，危害社区治安。总之，对于社区戒毒（康复）工作而言，存在社区认可度不高和社区戒毒（康复）制度化机制不完善两个问题。解决这两个问题，首先，必须赋予社区作为参与社区戒毒（康复）组织之一的法律地位，明确社区的权利、义务和责任，将社区戒毒（康复）各项职能实施制度化、规范化，从行政和法律层面予以确认。其次，必须改善社区作为准熟人的社会关系群落的内涵建设，丰富戒毒人员回归社会后的公共生活，通过仪式化承认其社区成员资格，给予其平等的安全和福利为表征的社会服务。最后，改善戒毒体制中政府承担过多现状，政府公共财政预算中应单列社区戒毒（康复）社会公共服务资金；根据戒毒一体化法律执行程序设计，厘清司法行政戒毒机关与公安戒毒各段职能，建设好警务服务购买的监督机制，有效整合国家和社会在公共服务领域提供的法治环境；大力培育和扶持戒毒社会工作组织，将戒毒社工引入到日常社区戒毒（康复）工作中，改善社区力量在社区戒毒（康复）被动应付和承担局面。

三、专门职业力量有效补充：非政府组织、社工及志愿者

社会力量参与社区戒毒（康复）工作的实践证明，在社区戒毒（康复）人员的帮扶救助、巩固戒断方面取得了很好的效果，相比于过去司法行政机关单一的安置帮教具有更加直接有效的效果，如北京厚德社会工作事务所、广东联众戒毒社会工作服务中心、广州德心戒毒社会工作服务中心、上海自强社会服务总社等。从运行来看，戒毒社会工作目前主要集中在一二线城市的城市社区中，三四线城市的城市社区社会组织和社会工作者参与社区戒毒（康复）工作还是明显的不足，农村几乎还没有实践的报告；这其中根本原因还是源于各地社会整体发展水平的差异，但从大趋势来看，海南省购买戒毒社工公共服务，引入到社区是必然的。作为一种非限定人身自由开放式戒毒制度的社区戒毒（康复），正是社会参与从根本上改变和弥补了政府强制隔离戒毒管理的单一管控方式、隔离性质和劣势意义；这种制度除了司法行政、公安、卫生行政等政府机关履行戒毒职能以外，非政府组织和社会工作者及志愿者将承担大量的行政性戒治工作。一般来说，社区戒毒（康复）作为一项公共事务，是由一系列的从宏观到微观的责任组成的，在宏观职责和微观职责之间是一个连续统一体。作为社区戒毒（康复）的工作主体，从政府到非政府组织、社工及志愿者，各自的职责分工也是一个连续的统一体。政府的职能主要集中在宏观方面（如社区戒毒（康复）法规政策的制定、扶持和选好参与社区戒毒（康复）工作的社工组织等），而社工组织则集中在有针对性地开展社区戒毒（康复）对象的服务和帮扶、巩固戒断效果工作，了解社区戒毒（康复）对象的日常动态。但这里并不是说司法行政、公安等政府部门完全不参与微观的社区戒毒（康复）人员的戒治工作，而是强调政府与社工组织之间应有一个边界，在边界之内充分发挥各自的作用。由此，在政府与社工组织之间，形成了社区戒毒（康复）这种公共物品供给中的伙伴关系。对于社区戒毒（康复）工作的基础部分，政府仍然集安排者和生产者于一身，而对于社区戒毒（康复）工作的附属部分，政府在承担安排者责任的同时，通过签订合约和设立淘汰竞争的形式，委托给戒毒社工组织这种非政府、非市场的第三方部门来承担，从而使得社区戒毒（康复）工作的部分环节上实现安排者和生产者的分离。但从现有的戒毒社工组织和社工及其志愿者参与社区戒毒（康复）工作质量来看，也存在不少问题：第一，政府购买戒毒社会公共服务的基本机制不健全，司法行政与公安机关社区戒毒（康复）工作指导权模糊，司法行政戒毒机关作为戒毒社会服务功能的组织者和指导者立法确认缺失，缺乏相应可操作性的权威性约束规范；第二、戒毒社工组织参与戒毒社会工作法律保障机制不足，社会组织和工作者的主动性激发缺少激励平台；第三，部分戒毒社工是基于谋生的需要而从事社会工作的，缺乏社工应有的责任感、使命感，缺乏相应的社工工作经验，专业水平严重不足，如三亚市召集一部分事业编制的社会人员或者大学生志愿者，或者从每年的大学生村官中选派一些兼职，在一定程度上制约了社工组织“助人自助”的使命实现，影响到了社区戒毒（康复）工作效果。因

此应从地方立法层面明确司法行政戒毒机关和公安机关在戒毒管理一体化格局中职能分工，公安机关专司涉毒违法犯罪打击和侦查，确认司法行政戒毒机关是戒毒社会服务功能的组织者和指导者，为社区戒毒（康复）工作提供更专业指导。要转变保守的戒治理念，发展戒毒工作志愿者队伍，创造机制环境，扶持专业的戒毒社工组织，招聘海南热带海洋学院、三亚学院、海南政法职业学院等社会工作专业背景大学生，形成“社会协同、公众参与”的社区戒毒（康复）工作局面。规范政府戒毒社会服务的购买、监督、规范专业服务与社区戒毒（康复）制度衔接。

总之，强制隔离戒毒制度强调通过对戒毒人员的社会隔离加强教育戒治，但是戒毒人员最终还是要回归社会，因此有赖于社区戒毒（康复）各参与主体积极性发挥，帮助戒毒人员与社会接触融合。社区戒毒（康复）是在不与社会隔绝的开放性环境下实现对戒毒人员教育戒治，防范和降低戒毒人员回归社会复吸风险；通过社区民主监督管理、公益和社工组织和志愿者（高校、专业、社区、资本）参与管理、家庭学校和司法行政戒毒机关的指导等方式建设，更加关心戒毒人员回归社会戒治环境改善。所以我省司法行政戒毒机关在指导参与社区戒毒（康复）工作中有必要厘清家庭、社区、非政府组织、社工及志愿者各参与主体功能和界限，从而更好实现社区戒毒（康复）工作在禁毒法律体系设计效果。

禁毒社會工作社區為本支援的本土化及反思

李健強

廣州市北斗星社會工作服務中心

【摘要】

本文以廣州地區的社區戒毒社區康復社會工作為研究基礎，結合社區為本模式的理念，內地社區禁毒政策、廣州禁毒社工實踐社區為本的經驗和角色三個維度，探索廣州社工在社區為本的支援及介入模式、介入成效。

【關鍵字】社區為本 本土化 廣州經驗

一、社區為本的理念

社區為本的禁毒社會工作的理念：社區為本的禁毒社會工作，強調社會工作者協助戒毒人士實現戒毒康復和重新融入社會，在社區去標籤化基礎上的給予戒毒人士以正常的社會人對待，根據其人格狀況、人際關係、家庭和社會環境的調查評估，制訂出對其有針對性的專業幹預計劃，動員其積極參加到戒毒活動中來，從而改變其人格行為、人際關係、家庭和社會環境，使其更好地康復和整合到社會。

根據上述理念，禁毒社會工作需要同步關注社區裏不同社區組織、社區環境及社區關係對戒毒人士的影響，可參考禁毒工作中的重要理論“個人—家庭—社區”模式，對社區為本的實務工作提供框架指導。“個人—家庭—社區”模式融合了“人在情境中”、“生態系統理論”、“全人概念”等理念元素，以整合的視角關注人與社會環境的互動^[1]。通過評估各種社區要素對個體吸毒以及戒毒所發揮的不同功能，社會工作者應用個案管理模式，充當個案經理的角色立足社區，統籌適切的社區資源，向戒毒人士傳輸適切的禁毒社會工作服務。

二、我國社區戒毒康復工作規劃中的工作體系

我國為認真貫徹落實《中共中央國務院關於加強禁毒工作的意見》（中發〔2014〕6號），深入推進社區戒毒社區康復工作，進一步完善戒毒治療、康復指導、救助服務相結合的戒毒康復體系，提高對吸毒人員的服務管理水準，最大限度減少毒品社會危害，依據《中華人民共和國禁毒法》、《戒毒條例》等有關法律規定，制定《全國社區戒毒社區康復工作規劃（2016—2020年）》，該政策對社區戒毒組織以及資源配置作出了系統性規定。從組織管理層面，各地禁毒委員會要指導鄉（鎮）人民政府、城市街道辦事處根據工作需要建立健全社區戒毒社區康復工作領導小組，由分管領導任組長，綜治、公安、衛生計生、民政、司法行政等有關部門負責人為成員，依法履行社區戒毒社區康復工作職責；從執行實踐層面，社區戒毒社區康復工作領導小組負責組織開展社區戒毒社區康復工作，推動鄉（鎮）人民政府、城市街道辦事處為社區戒毒社區康復工作提供辦公用房、活動場所等工作環境，落實辦公設備、辦公經費等必備條件。毒情嚴重地方要按照有辦公場所、有工作經費、有專職社工、有宣傳櫥窗、有管理制度、有責任制度、有工作效果的要求，建立集動態管控、戒毒治療、心理矯治、幫扶救助、就業指導、宣傳教育等“六位一體”功能的社區戒毒社區康復服務中心，實現建設標準化、工作規範化、功能項目化、服務精細化、效能優質化；從人力保障和能力建設層面，各級禁毒委員會要推動轄區有吸毒人員的鄉（鎮）人民政府、城市街道辦事處根據實際需要，配齊社區戒毒社區康復專職工作人員。2016年，國家禁毒委員會辦公室會同民政部等有關部門制定加快禁毒戒毒社會工作專業人才隊伍建設的意見，出臺禁毒戒毒社工錄用招聘、報酬待遇、培訓教育等制度規範，力爭通過兩至三年努力，到2019年底禁毒戒毒社工占社區戒毒社區康復專職工作人員比例達到30%以上。2016年，各地禁毒委員會要結合當地實際，制定出臺禁毒戒毒志願者隊伍建設規劃，原則上對每名社區戒毒社區康復人員應當至少發展2名志願者，在工作人員帶領、指導下，對社區戒毒社區康復人員開展宣傳、幫教工作^[2]。

三、廣州禁毒社工實踐社區為本的探索經驗

廣州市白雲區為強化社區戒毒康復工作，提高社區戒毒工作的專業性和成效，自2016年起開展創新性的社區戒毒康復社工服務項目，其中，將黃石街、石井街兩個街道分別設為廣從片區及廣花片區項目，負責各自片區轄內十一個鎮街的社區戒毒康復工作，接受鎮街禁毒社工項目轉介輔導難度較大的戒毒康復人員，提供深度個案輔導服務，統籌與整合轄區內的禁毒資源，以個案管理的模式傳輸適切服務。由此，廣州市白雲區在全國率先實行片區式戒毒康復，構建了社區戒毒康復新模式。

廣州市白雲區社區戒毒康復社工服務項目在實踐中，協調了戒毒人士家庭、社區服務資源、公安部門、司法部門及公共衛生部門等力量，幫助吸毒人員在其日常生活的社區裏實現生理脫毒、身心康復，幫助社區

戒毒（康復）的人員鞏固已有戒毒成果，恢復身心健康，協助其改善窘迫狀況和重返健康的社會生活，目標是更好地幫助戒毒人員實現在生理脫毒、身心康復和重返社會三個階段順利轉變和重生。社區戒毒康復社工深度服務專案的服務內容包括常規服務及深度服務兩個層面。在常規服務層面，常規禁毒社工項目對本社區康復戒毒人員提供個案心理輔導、社區資源連結、家庭關係調適等服務，強調緊密跟進戒毒人士在本社區的戒毒過程；在深度服務層面，深度禁毒社工項目負責接受轄內的十一個鎮街的常規禁毒社工項目轉介複雜疑難個案，即對服務難度較大、隱蔽性強、戒毒康復意願不高的社區戒毒康復人員提供深度服務。以白雲區廣從片區為例，廣從片區深度禁毒社工專案位於黃石街，同時對黃石街、永平街、新市街、雲城街、棠景街、景泰街、三元里街、同和街、京溪街、太和鎮、鐘落潭鎮 11 個鎮街的常規禁毒社工專案提供轉介服務。

白雲區社區戒毒康復社工深度服務專案在上述服務模式的指導下，對實務進行探索實踐，建構了多部門聯動的禁毒社會工作服務體系。

1. 片區深度禁毒項目與社區常規禁毒項目建立分工明確的個案管理合作機制，為社區戒毒康復人員提供不同層次的社會工作服務。個案管理(Case management)指的是“由社會工作專業人員為一群或某一案主統整協助活動的一個過程。過程中，各個不同機構之工作人員相互溝通協調，以團隊合作方式為案主提供所需之服務，並以擴大服務之成效為主要目的。當提供案主所需之服務必須經由許多不同專業人員、福利機構、衛生保健單位或人力資源來達成時，個案管理即可發揮其協調與監督之功能。”在實踐過程中，常規禁毒社工專案更多面向具備較強戒毒意願，社會支援網路較好的戒毒人員提供服務，如對定期尿檢的戒毒人員作尿檢後談話，協助回歸社會等發展性服務；深度禁毒社工項目則向輔導難度較高、改變意願較低、資源貧乏乃至隱蔽性強的社區吸毒人員提供服務，通過更資深的社工團隊提供深度治療性服務，如動員社區隱蔽的吸毒人員參與社區戒毒康復計畫。

2. 片區深度禁毒項目與社區優勢幫教戒毒資源建立更廣泛的聯繫，為戒毒康復人員提供更多元化的資源平臺。戒毒康復人員作為社會弱勢人群的一員，掌握的社會資源較少，自我改善的效能感亦較差，難以主動、合理的方式爭取資源，難以實現“生理脫毒—心理康復—回歸社會”的目標。而常規禁毒社工專案只依託本社區，禁毒資源亦相對有限，較難充分跨區域連結資源。相對於戒毒人士個體和常規禁毒項目，深度禁毒社工項目負責多個社區的禁毒服務，面向更廣泛區域，對接籌措更豐富的社區禁毒資源，包括各種政府部門、企事業單位、醫療機構等社區部門以及社區組織。例如，白雲區黃石街轄區內有白雲區美沙酮門診可提供藥物維持替代治療，而三元里街轄區有正規的白雲區人力資源市場，其他鎮街的常規禁毒社工專案需付出更多服務成本才能對接上述資源，而深度禁毒社工專案則可牽頭作出對接，並將美沙酮門診和人力資源市場介紹到其他十一個鎮街的常規禁毒項目，從而節省常規禁毒項目逐一對接跨社區資源的服務成本。

3. 深度禁毒專案負責轄區廣泛，通過對眾多服務物件的深入接觸，可以整體地瞭解到不同街鎮、不同社區活躍的吸毒社交圈子、朋輩文化及歧視情況等實務資料，更好地瞭解調研社區對毒品抵禦能力和對戒毒人士的接納度。根據需求調研及積累大量的一線服務資料，深度禁毒社工專案能夠不斷優化服務，常規禁毒社工項目的支援愈加精準。如廣州市白雲區某鎮的社區戒毒康復人員人數較多，戒毒人員圈子相對複雜，常規禁毒專案禁毒社工人力相對不足，深度禁毒專案的社工團隊派遣工作員到該鎮與當地社工合作開展服務，共用該地區服務物件的圈子和亞文化資訊。

綜上，廣州市白雲區社區禁毒工作是社區為本模式下的本土化探索，通過深度禁毒專案整合多樣化的社區資源，常規禁毒項目緊密跟進戒毒人士，兩者協同合作相互轉介，使整個社區禁毒資源以個案管理方式得到高效的利用。

參考文獻

- [1] 趙芳.社區戒毒社會工作模式的探索與實踐[J]. 社會工作與管理,2015,15(5):5-13.
- [2]全國社區戒毒社區康復工作規劃（2016—2020 年）

中国大陆社会戒毒医疗机构的问题及完善——以陕西省西安市四家机构的调查为例*

褚宸舸

西北政法大学中华法系与法治文明研究院、行政法学院

【摘要】

中国大陆的戒毒医疗机构可以分为监所戒毒医疗机构和社会戒毒医疗机构两类，后者包括戒毒医院和戒毒药物维持治疗门诊。通过对西安市四家社会戒毒医疗机构的调查，发现戒毒医院数量逐渐下降，相关专业人才缺乏，美沙酮门诊病患数量减少，门诊覆盖面不够，管理难度大。社会戒毒医疗机构总体发展状况堪忧。现实问题背后凸显出顶层设计的不足，相关政策、法律体系需要完善。社会戒毒医疗机构作为国家救治责任的载体，应对其功能准确定位。建议《禁毒法》《戒毒条例》修改时，第一，应完善并明确地方政府对社会戒毒医疗机构的政策性投入，尽快修法明确病患权利限制的方式与程度。《禁毒法》虽然授权戒毒医疗机构有检查权、采取临时保护性约束措施的权力，但是在《戒毒条例》中用戒毒协议这一制度性形式表现显属不当，临时保护性约束措施的规定也落空且违反法理。第二，应创新社会戒毒医疗机构的管理。将自愿戒毒、戒毒药物维持治疗的医疗机构与社区戒毒、社区康复制度有机结合。同时有效提升医护人员的待遇和职业荣誉感。

【关键词】自愿戒毒；戒毒药物维持治疗；西安市；社会戒毒医疗机构；《禁毒法》

目次

一、对西安市社会戒毒医疗机构的调查

（一）戒毒医院的基本情况

（二）美沙酮门诊的基本情况

（三）社会戒毒医疗机构目前存在的主要问题

二、中国大陆自愿戒毒和戒毒药物维持治疗制度的政策法律体系

（一）自愿戒毒制度的政策法律体系

（二）戒毒药物维持治疗制度的政策法律体系

三、完善社会戒毒医疗机构的建议

（一）准确定位社会戒毒医疗机构的功能

（二）创新对社会戒毒医疗机构的管理

四、结语

按照《戒毒医疗服务管理暂行办法》第2条第2款的规定，戒毒医疗机构是指经省级人民政府卫生行政部门批准从事戒毒医疗服务的戒毒医院或设有戒毒治疗科的其他医疗机构。中国大陆的戒毒医疗机构可以分为监所戒毒医疗机构和社会戒毒医疗机构两类。前者如各地监狱、看守所、强制隔离戒毒开办或附属的医疗机构，其上级通常是司法行政机关或公安机关中的监管部门，例如各地的安康医院，均带有强制医疗的属性，诊疗对象具有特定性。后者包括戒毒医院（包括戒毒专科医院与综合医院中的精神科或戒毒治疗科）和戒毒药物维持治疗门诊（后文简称美沙酮门诊），诊疗对象是普通社会公众，带有相当的自愿性。有些美沙酮门诊由监所戒毒医疗机构面向社会开办，有些则由戒毒医院或基层社区医疗机构开设。社会戒毒医疗机构承载着中国大陆戒毒体系中对戒毒人员救治的基础性功能，是实现中国大陆自愿戒毒、药物维持治疗制度的重要专业机构平台。

2017年2-3月，笔者指导学生深入陕西省西安市的四家社会戒毒医疗机构，采用半结构化访谈形式对医护人员及戒毒者进行深度访谈，了解戒毒医疗机构的基本情况。通过医疗机构的视角，观察中国大陆自愿戒毒和戒毒药物维持治疗制度工作中存在的问题，并以此反观相关政策法律体系的不足，提出进一步完善与发展社会戒毒医疗机构的政策、法律建议。

* 版权说明：本文尚未公开发表，仅用于会议交流，请勿引用。若要公开发表本文观点，请先征得作者授权。

基金项目：陕西省教育厅陕西高校社会科学重点研究基地西北政法大学刑事法律科学研究中心研究项目“禁毒政策制度的理论和实践研究”（项目编号：16JZ086）。

二、对西安市社会戒毒医疗机构的调查

截至 2017 年 6 月, 陕西省现有登记在册吸毒人员 6.2 万人(不含戒断三年以上未复吸者), 开设有九家戒毒医疗机构, 其中八家集中在省会西安市, 一家在铜川市, 地域分布不均。在这九家中同时含有门诊及住院部的戒毒医疗机构有五家, 拥有床位 250 张左右。陕西省开设 36 个美沙酮门诊, 累计有 2.47 万名吸毒人员进行维持治疗, 现在正在进行维持治疗的有 0.7-0.8 万人。总体来看, 面对日益增长的吸毒人员数量, 社会戒毒医疗机构反而有所萎缩。因此, 2017 年 3 月 10 日, 陕西省禁毒办专门召开全省禁毒工作部署会议, 明确强调要加强自愿戒毒场所建设, 提高医疗戒毒工作水平。

笔者调研的两家戒毒医疗机构分别为西安民乐戒毒康复医院(下文简称“民乐医院”)、新安戒毒康复中心(下文简称“新安中心”)。这两所戒毒医疗机构具有一定典型性和代表性。其中民乐医院是民营戒毒医疗机构, 2004 年经陕西省卫生厅、陕西省禁毒办批准成立。新安中心与陕西省新安中心医院平级, 是公立戒毒医疗机构, 行政上隶属于省司法厅。调研的两家美沙酮药物维持治疗门诊分别为西安民乐戒毒康复医院下设的美沙酮门诊部(下文简称“民乐美沙酮门诊”)和西安莲湖戒毒专科医院下设的美沙酮门诊部(下文简称“莲湖美沙酮门诊”)。民乐美沙酮门诊成立于 2006 年, 虽然挂靠在民乐医院名下, 但在业务管理上是独立的, 2008 年被国务院防治艾滋病工作委员会办公室评为全国优秀美沙酮门诊。西安莲湖戒毒专科医院属于民营戒毒医疗机构, 两年前关闭住院部, 只保留美沙酮门诊部。其门诊部始建于 2007 年, 独立于医院运营。

需要说明的是, 因经费、时间等客观条件所限, 笔者未能对全市的八家戒毒医院和大多数美沙酮门诊进行普遍性的调查。因此, 后文主要采用窥斑见豹的归纳方法, 并选择笔者认为重要的问题进行研究。

(一) 戒毒医院的基本情况

1. 人力资源

本次调查的医生群体中, 主治医生虽然均通过执业考核具有从业资质, 但专业程度层次不齐。民乐医院中有医生 9 名, 精神科专业医师仅 5 名, 4 名来自心内科、五官科等非对口专业科室。新安中心的 5 名医生专业基本对口。两所医院均实行轮班制, 医生三班倒, 每班八小时。护理人员方面, 民乐医院有 6 名, 新安中心有 10 名。后勤人员方面, 民乐医院有 2 名, 新安中心有 3 名。

两家医院中, 新安中心有 2 名在编在岗的心理治疗医生, 系通过转岗考试取得心理治疗资质的司法干警, 心理治疗不收取费用。民乐医院有 1 名兼职心理咨询师, 收费偏高。

医院的收入决定从业人员薪资待遇, 民乐医院医生收入由医院自行承担, 薪资相对不稳定且偏低。新安中心主要靠国家财政供养, 人员待遇参照司法系统人民警察工资标准执行, 比较稳定。

2. 硬件设施

两家戒毒医院均拥有与戒毒相关的基本治疗科室, 无其他专业科室。民乐医院住院部病房为 2-4 人间, 共 80 张床位, 一般需求在 60 张左右。病房配有电视、电脑等设备。新安中心住院部病房为 2-3 人间, 共 8 个病房, 20 张床位(最多可增加至 30 张), 一般需求在 15 张左右。两家医院地理位置均紧靠综合性医院(民乐医院隔壁是新城区中医医院民乐分院, 新安中心紧靠陕西省新安中心医院), 能够利用其他医院的科室资源弥补戒毒过程中出现并发症的治疗问题。两家医院均设有保卫处, 保安 24 小时在岗, 住院部都有两道门禁, 有电子监控。新安中心安保措施实现全自动化, 全监控覆盖。

3. 业务开展

第一, 病患收治方面。两家戒毒医院主要收治对象均为吸食海洛因的群体。民乐医院收治少量冰毒吸食者。新安中心接收酒精依赖等活性物质依赖病患。戒毒人员中外地人(甘肃、青海等西北地区)占比较大, 多反复治疗者, 年龄多为三四十岁, 收入状况参差不齐, 大部分都有亲友联系。病患数量方面, 民乐医院的病人数量维持在 60 人, 新安中心病人数量维持在 15 人左右。

第二, 管理措施方面。两家戒毒医院为运营便利和方便患者, 均建有网站和微信公众号。笔者在民乐医院调查了一对来自甘肃的夫妇, 他们是通过周围朋友介绍, 在网上了解到戒毒医院相关信息后, 电话预约的床位。对于外地的戒毒患者, 医院通常会通过电子数据或者快递方式给其开具住院证明, 帮助病患在就医途中向公安机关证明自愿戒毒的意愿。在决定入院治疗之前, 医院和患者签订的自愿戒毒协议中的保密条款成为患者和医

生之间的信任纽带。在入院前，戒毒医院对戒毒人员进行严格的安检。笔者在新安中心调研中了解到，患者带进去的一包烟都要拆封检查，并且只允许穿戴住院服入院。

第三，治疗方法方面。病患入院以前，医院都会对其进行全面体检，治疗方法以服用美沙酮等药物为主，搭配中药等。治疗期间，戒毒人员和陪护人员均不得外出。戒毒过程中戒毒人员若出现并发症，戒毒医院因为没有其他专业科室，一般会把患者转诊到综合性医院。整个治疗过程中医生都会对戒毒者进行心理引导和鼓励，但并非专业性的心理治疗。民乐医院提供专业的心理咨询服务，但因为费用较高，几乎没有人付费进行心理治疗。

第四，治疗费用和效果方面。整个治疗时期在 10-15 天。一个疗程费用大概 2000-3000 元，各医院差异不大，都需要提前预付清。身体中的毒素排出，尿检呈阴性，基本就可以出院。治疗效果会因为戒毒人员不同而产生较大差异，既有通过治疗而顺利回归正常生活的戒毒患者，也有反复治疗而无法戒除毒瘾的患者。

（二）美沙酮门诊的基本情况

1. 人力资源与财务状况

两个门诊均采用 8 小时工作制（工作时间 8：30-17：30），周末轮休调休。民乐美沙酮门诊有医生 2 人，辅助人员 4 人（出纳 1 名、药房 2 名、看服 1 名），莲湖美沙酮门诊有医生 3 人，护士 2 名，管理杂物人员多名。

美沙酮门诊属于国家财政支持补贴项目，一年有 6 万元的补助。除此以外，门诊的利润主要通过售卖美沙酮获得（政府统一定价 10 元一支），国家给美沙酮门诊一年 6 万元补贴。利润因服药人数不稳定而存在季节性波动，如重大节假日大部分吸毒者往往会离开居住地。所以，依靠售药收入维持运营较为困难。美沙酮门诊需要负担医护人员工资、安保设施、房租、水电等不菲的经营成本，常常处于亏损状态。所以两所门诊都通过外部力量的支持，并依附其母体医院或住院部而生存。民乐美沙酮门诊财务状况一般，主要依靠医院住院部的收入。莲湖美沙酮门诊依靠大兴医疗集团的公益性补助，财务状况困难，门诊最高月收入只有 5 万元。

2. 业务开展

第一，登记备案。2011 年《戒毒条例》规定实行登记注册制度。因为相关规定对 2011 年 6 月以前的人员并没有要求重新登记，或者剥夺其服药资格，所以美沙酮门诊实行“老人老办法，新人新办法”。因为老病患没有重新登记，其住址和联系方式会经常更换，甚至病患有时提供虚假住宅信息，这就导致门诊的随访制度难以落实。2011 年 6 月以后参加美沙酮维持治疗的戒毒人员，由本人申请，提交的材料有申请证明以及体检报告，证明上必须有辖区派出所和市禁毒支队的两个公章，这直接导致服用美沙酮的人员大幅度减少。门诊给登记合格的服药人员发放有专门的社区治疗卡。

第二，信息联网。根据给患者发放的社区治疗卡信息及专属卡号，政府建立起信息联网制度，该制度旨在方便异地就医，帮助患者进行不同地区的转诊。但是，由于陕西省美沙酮门诊普及率不高，较多患者仍被禁锢在当地，也有患者不顾外地有无治疗点任意出行的情况。

第三，诊疗措施。门诊治疗主要以服用美沙酮为主，没有其他相关药物治疗。有医生认为，即便引入一些先进药物，但成本太高也无法在基层普遍使用。

关于治疗方案，一般是刚开始服药从最低的 30 毫升开始，两三天后加量，然后调整到一个没有戒断症状的合适的量。根据患者身体体质差异，引入期大概为一至三个月不等。

两所美沙酮门诊在疾控中心指导下定期对戒毒人员进行传染病检查（如艾滋病、梅毒、丙肝），并对其吸毒状况进行监督。通常一个月进行一次尿检，半年进行一次抽血检查。各个门诊具有对疾病检查的具体期限的自主决定权。

第四，脱失措施。针对戒毒人员在一定期限内没有坚持到门诊服药的问题，两所美沙酮门诊都采取相关措施处理。具体是：先规定一个固定期限（民乐美沙酮门诊规定 7 天，莲湖美沙酮门诊无固定天数规定），对超过这一期限不来服药的人员，医生有权直接将其退组。如需继续接受治疗，则需要重新“引入”，即重新进行身体检查，对其症状重新诊断、开药。再规定一个更长固定期限（两所门诊均规定一个月），对超出该期限

的人员有权要求其重新申请登记,并且将其信息上报给公安部门备案,但是对备案以后仍不来治疗的人员未有任何强制性规定。

(三) 社会戒毒医疗机构目前存在的主要问题

1. 戒毒医院存在的主要问题

第一, 医院数量逐渐下降。调查了解到, 造成此种现象的主要原因是:

首先, 病患不愿意去诊治。公安部门对吸毒人员实行动态管控制度, 出于维护社会治安的需要, 公安部门会要求戒毒医院定期提交戒毒人员的个人相关信息。患者出于自身各方面利益的考量, 宁愿放弃自愿戒毒, 也要保证自己不被登记在案纳入管控。近年来, 政府更依仗强制隔离戒毒制度收容戒毒人员, 在加大收戒的背景下, 公安机关有时会给民警下达指标, 有部分民警会在戒毒医院门口蹲点违法抓人。

其次, 医院的医疗和管理成本高, 医疗机构开办者不愿意办。戒毒医疗机构需要符合《戒毒医疗服务管理办法》中对场所、人员、设施的标准(戒毒医疗机构在床位、科室设置、人员资质、医疗用房、设备设施等方面都比其他科室要求高), 又要引入心理治疗, 社会工作等柔性干预方式, 医疗成本高。医院和戒毒人员之间很容易产生医患纠纷。对戒毒人员的管理是医院进行戒毒治疗的基础, 因为管理状况的好坏直接影响着戒毒医院的生存。但是, 院方和医护人员作为管理者, 只能依据戒毒协议, 缺乏采取强制措施权力, 有时候还受制于数量不足的医护安保人员。

再次, 政府尚未将治疗毒瘾的费用纳入医保范围。吸毒人员因为吸毒行为的影响, 其本身经济状况较差, 反复长期的治疗费用加起来是一笔不小的数目, 相当一批戒毒者无法承受高昂的戒毒费用。

再次, 住院治疗时间过短, 疗效不稳定, 随访回访制度没有落实。戒毒医院的治疗期间大都 10-15 天, 往往仅限于生理脱毒。缺乏后续的康复治疗, 无法巩固戒毒效果。病人出院后还需用药物继续治疗。但是按照中国大陆药物管制的规定, 又禁止让病人将药物带回家。病人出院后因为无法继续服药, 很有可能选择复吸。在采访中, 有一位反复戒毒者毒龄 30 年, 前后共进行 20 多次治疗, 时间长达七八年。因为随访回访操作性不强且方式单一, 以及戒毒医院的非强制性, 加之患者提供的信息不实, 而且戒毒人员出院后, 社区和医院缺乏对接, 对戒毒人员的操守也缺乏有效监督, 从而导致治疗工作出现断档。

第二, 相关专业人才缺乏。两家戒毒医院普遍面临招聘难以及人才流失问题。整个戒毒医疗行业专业人才培养机制存在问题, 政府对禁毒、戒毒学科建设重视不够, 相关的专业培训较弱, 药物依赖专业医生人才梯队出现断层, 缺乏造血功能。所以, 大部分戒毒医院的主治医师专业化程度不高, 很多医师是从其他医疗科室转行过来的。戒毒工作对医生专业水准要求高、口径宽。因为吸毒人员染上性病、肝病、肾功能损伤等其他疾病的情况极为普遍, 而且还需要心理医生。

调研发现: 首先, 医生待遇相对较差。无论民营的还是公立的戒毒医院, 法律都将其定性为非营利性医院, 这就使得机构的收入无法像其他民营综合医院那样丰厚。私立医院几乎没有得到政府直接有效的财政支持, 也没有社会组织、个人的捐赠。随着戒毒人员的减少, 戒毒医院的自身收入也出现了下滑, 这加剧了其在资金方面的困窘。在上述财务条件下, 医护人员的待遇当然不会很高, 两家医院的医生都认为自己的工资收入与付出不成比例, 这样自然难以聘请到专业的医师团队。

其次, 医护人员职业压力大, 缺乏职业成就感。社会普遍对吸毒人员存有偏见, 这些观念阻碍了很多从事戒毒医疗工作。不仅如此, 由于大众对戒毒医疗的误解, 使得相关的医护人员面临着来自外部的压力。造成医护人员缺乏职业成就感的原因是多样的: 一是, 部分戒毒人员多次复吸, 使医护人员感受到了戒毒治疗的无力感, 挫伤了其对戒毒医疗工作的信心。二是, 医患关系的紧张。很多戒毒者因为对成瘾医学知识不了解也不理解, 往往对戒毒效果抱有较高期望值。而且戒毒医疗的对象大多为情绪不稳定的吸毒者, 部分人存在严重精神障碍、心理问题, 有些人不仅不配合治疗, 还态度蛮横, 故意刁难医护人员。三是, 专业晋升有困难。由于戒毒属于精神病学下面的药物滥用这一“冷门”, 卫生部门并未在技术职称的评定上为其设立专门的晋升标准。医生晋升职称只能到精神科评定, 这样难度很大。

2. 美沙酮门诊存在的主要问题

第一, 病患数量减少。服药登记制度使一些患者对药物维持治疗望而却步。该制度规定戒毒人员必须先要到居委会开证明, 后到辖区派出所、市禁毒支队盖章, 并同时填写社区药物维持治疗个人申请表、美沙酮维持

治疗协议书，最后才能进行体检、许可服药。有些在社会上有身份地位的吸毒者，希望通过美沙酮维持治疗能够开始正常地工作、生活。而且，有些地方只要美沙酮门诊一开，治安立刻好转。美沙酮门诊虽然有利于吸毒成瘾者重新回归社会。但是，因为戒毒医院和公安并网，药物维持治疗者并不希望其信息被公安部门获得。对于那些想要自愿戒毒，但还没有被公安机关登记在册的隐性吸毒者来说，服药登记无疑使其成为显性吸毒人员，存在被纳入管控体系的风险，这种风险最终使大部分人员放弃了接受美沙酮药物维持治疗的意愿。

第二，美沙酮门诊覆盖面不够，患者外出时服药困难。虽然中国大陆规定地区吸毒在册人员满 500 名就要建设美沙酮门诊，但因种种实际因素限制，通常只有市一级的地区能够保证有美沙酮治疗门诊，在区县一级的地区就难以保障。陕西省目前的美沙酮门诊数量和覆盖面难以满足患者服药的需求，笔者在莲湖美沙酮门诊调查时得知，每隔两三天就会有来自距离其 130 公里外的大荔县的患者前来服药。

第三，管理难度大。美沙酮门诊仍存在以下管理问题。首先，存在患者赊账现象。患者有时会因为经济状况不好向门诊赊账，按照《戒毒药物维持治疗工作管理办法》第 41 条，门诊也可以给予体检、维持治疗费用的减免。但是，当患者不偿还费用的时候，门诊也无法强制要求其偿还。长此以往，给门诊正常运转造成困境。其次，服药人员脱失后，门诊会将患者信息上报给公安机关，但是公安机关对脱失者并没有采取实质性的强制性措施。

二、中国大陆自愿戒毒和戒毒药物维持治疗制度的政策法律体系

（一）自愿戒毒制度的政策法律体系

自愿戒毒在整个戒毒制度体系中起着重要的补充作用。2008 年 6 月 1 日《禁毒法》实施之前，自愿戒毒的规范依据只有 1995 年 1 月 12 日国务院发布的行政法规《强制戒毒办法》，该《办法》第 20 条规定，吸食、注射毒品成瘾人员有不宜被收入强制戒毒所的，应当限期在强制戒毒所外戒毒。第 21 条规定：“医疗单位开办戒毒脱瘾治疗业务，须经省、自治区、直辖市人民政府卫生部门按照有关规定批准，并报同级公安机关备案。医疗单位开办的戒毒脱瘾治疗业务，应当接受公安机关监督。任何个人不得开办戒毒脱瘾治疗业务。”

1996 年 5 月 30 日公布实施的《公安部关于贯彻执行〈强制戒毒办法〉有关问题的通知》（公通字[1996]34 号）第 4 条第 6 款规定：各省、自治区、直辖市公安厅、局应当及时将经批准开办的戒毒医疗单位情况通报有关地方公安机关，以便当地公安机关依法进行监督。各地公安机关均不得与医疗单位联合开办戒毒治疗场所或收取戒毒医疗单位报酬后强行送吸毒人员到该单位进行戒毒治疗。公安机关设立的安康医院，经省、自治区、直辖市公安厅、局批准，并经卫生厅、局按照卫生部制订的《戒毒医疗机构验收标准》审验合格后开展自愿戒毒治疗业务的，应参照卫生部的有关规定制订健全各项管理规章制度。公安机关在安康医院开设强制戒毒所的，按照强制戒毒所的管理规章制度进行管理。

1996 年 6 月 5 日《卫生部关于加强戒毒医疗机构管理工作的通知》（卫药发[1996]第 35 号）规定：鉴于戒毒医疗工作属于精神卫生工作领域，为此，戒毒医疗工作原则上应在各地精神病院内设立戒毒治疗部。新建戒毒医疗机构应按《医疗机构管理条例》的规定办理。该通知同时规定：关于民政和公安部门设立的精神病院及军队医院开办戒毒医疗工作亦应按照通知所附的《戒毒医疗机构验收标准》组织检查、验收。

2000 年 4 月 17 日公安部颁布规章《强制戒毒所管理办法》，其第 47 条规定：强制戒毒所可以接收自愿戒毒人员，但必须同强制戒毒人员分开管理，并建立相应的管理制度。

上述规范性文件虽然因为《禁毒法》的通过已经失效或变更，但对当时中国大陆自愿戒毒事业的规范发展影响巨大且至今延续：第一，形成了中央颁布统一标准，省级卫生部门批准，以卫生部门业务管理为主，公安机关进行监督的管理模式。第二，确定了自愿戒毒的医疗属性，即必须是医疗机构实施的，拒绝个人开办戒毒脱瘾治疗业务。第三，确认开办主体的多样化。既允许公安系统的安康医院及各地精神病院内设立戒毒治疗部，也同意民政和公安部门设立的精神病院及军队医院开办戒毒医疗业务。在上世纪末本世纪初，中国大陆戒毒医疗机构得到了长足的发展。但是，上述规范性文件也存在明显的问题。例如，立法层级比较低，而且没有直接明确的规定自愿戒毒制度的性质、法律关系。又如，现实中，因为戒毒医疗利润高，各地戒毒医疗机构出现了一哄而上且管理不善的问题，而且效果差、复吸率高，甚至成为吸毒者逃避强制戒毒的避风港，病患和公安机关意见较大。

2008 年 6 月 1 日以后，《禁毒法》通过法律形式继续确认自愿戒毒制度的合法性。《禁毒法》确认自愿

戒毒制度的原因，一方面是自愿戒毒可以引入社会资源，能减少维持强制隔离戒毒的公权机关的开支。另一方面是因为自愿戒毒依靠医疗康复等柔性力量，有利于形成公私协力的戒毒体系。而且，隐形吸毒人员、有精神症状和躯体问题的吸毒人员更多愿意选择自愿戒毒。

《禁毒法》第 36 条、第 37 条明确规定了自愿戒毒制度。第 36 条规定：“吸毒人员可以自行到具有戒毒治疗资质的医疗机构接受戒毒治疗。设置戒毒医疗机构或者医疗机构从事戒毒治疗业务的，应当符合国务院卫生行政部门规定的条件，报所在地的省、自治区、直辖市人民政府卫生行政部门批准，并报同级公安机关备案。戒毒治疗应当遵守国务院卫生行政部门制定的戒毒治疗规范，接受卫生行政部门的监督检查。戒毒治疗不得以营利为目的。戒毒治疗的药品、医疗器械和治疗方法不得做广告。戒毒治疗收取费用的，应当按照省、自治区、直辖市人民政府价格主管部门会同卫生行政部门制定的收费标准执行。”该条明确规定，第一，自愿戒毒的定性，即吸毒人员自行到具有戒毒治疗资质的医疗机构接受戒毒治疗。第二，设置戒毒医疗机构的实质条件（授权国务院卫生行政部门具体规定）和批准备案主体。第三，授权国务院卫生行政部门具体规范戒毒治疗及监督检查。授权省级价格主管部门会同卫生行政部门制定收费标准。第四，明确戒毒治疗的非营利性。

《禁毒法》第 37 条规定了医疗机构的特殊权力和义务。权力有检查权、采取临时保护性约束措施的权力：“医疗机构根据戒毒治疗的需要，可以对接受戒毒治疗的戒毒人员进行身体和所携带物品的检查。对在治疗期间有人身危险的，可以采取必要的临时保护性约束措施。”义务是向公安机关报告：“发现接受戒毒治疗的戒毒人员在治疗期间吸食、注射毒品的，医疗机构应当及时向公安机关报告。”

《禁毒法》第 62 条针对过去公安机关在自愿戒毒医院门口蹲点抓人的做法做了相关规定：“吸毒人员主动到公安机关登记或者到有资质的医疗机构接受戒毒治疗的，不予处罚。”

2009 年 11 月 13 日，卫生部颁布《戒毒医院基本标准（试行）》或《医疗机构戒毒治疗科基本标准（试行）》。同年 11 月 26 日，卫生部对 1993 年发布的《阿片类成瘾常用戒毒疗法的指导原则》和 2002 年发布的《苯丙胺类兴奋剂滥用及相关障碍的诊断治疗指导原则》进行修订，正式印发《阿片类药物依赖诊断治疗指导原则》和《苯丙胺类药物依赖诊断治疗指导原则》。

2010 年 1 月 5 日，原卫生部和公安部、司法部联合颁布实施《戒毒医疗服务管理暂行办法》，该《办法》属于《禁毒法》配套实施的规章，其同时宣布 1996 年《卫生部关于加强戒毒医疗机构管理工作的通知》和 1999 年《卫生部关于戒毒医疗机构须报禁毒机构审批的通知》废止。《办法》比较详细的规定了机构资质认定与登记、执业人员资格、执业规则、监督管理，无论是对医疗机构还是执业人员，都比过去的规定更加严格。《办法》明确规定，强制隔离戒毒医疗服务管理办法和社区药物维持治疗门诊基本标准和管理办法另行制订。其第 48 条还规定，办法施行后 6 个月内，县级以上地方卫生行政部门对辖区内已经开展戒毒医疗服务的医疗机构进行审核评估。对不符合要求的，责令停止开展戒毒医疗服务并限期整改，整改期满后复查仍不合格的，注销其《医疗机构执业许可证》或相应的诊疗项目。

随着《戒毒医疗服务管理暂行办法》的实施，特别是近年来各种严管措施的到位，戒毒医院存在萎缩消亡的危机。2010 年卫生部委托医师协会进行资质核查后，2011 年全国的综合医院戒毒治疗科室、戒毒专科医院已经萎缩到 141 家。截至 2016 年底，全国共有 69 家自愿戒毒医疗机构，床位 3030 张，年均接诊 87.1 万人次。[1]

2011 年 6 月 22 日公布实施的国务院行政法规《戒毒条例》对自愿戒毒制度也做了细化和新的规定。第一，第 4 条第 4 款规定戒毒医疗机构的监督管理主体是县级以上地方人民政府卫生行政部门，而且其还有会同公安机关、司法行政等部门制定戒毒医疗机构设置规划，对戒毒医疗服务提供指导和支持的职责。第二，《戒毒条例》第二章《自愿戒毒》用 9 至 12 条 4 个条文专门规定了自愿戒毒制度。第 9 条明确：“国家鼓励吸毒成瘾人员自行戒除毒瘾。吸毒人员可以自行到戒毒医疗机构接受戒毒治疗。对自愿接受戒毒治疗的吸毒人员，公安机关对其原吸毒行为不予处罚。”第 10 条规定：“戒毒医疗机构应当与自愿戒毒人员或者其监护人签订自愿戒毒协议。”该协议属于一种特殊的医疗服务合同，应当载明戒毒方法、戒毒期限、戒毒的个人信息保密、戒毒人员应当遵守的规章制度、终止戒毒治疗的情形、戒毒疗效、戒毒治疗风险。还有学者认为，还应当对《禁毒法》第 37 条规定的临时保护性约束措施做出约定。[2]第 11 条规定了戒毒医疗机构的义务。特别强调了对自愿戒毒人员开展艾滋病等传染病的预防、咨询教育以及依法加强药品管理的义务。

（二）戒毒药物维持治疗制度的政策法律体系

按照 2006 年 3 月 1 日实施的国务院的行政法规《艾滋病防治条例》第 63 条对戒毒药物维持治疗的定义：“在批准开办戒毒治疗业务的医疗卫生机构中，选用合适的药物，对吸毒成瘾者进行维持治疗，以减轻对毒品的依赖，减少注射吸毒引起艾滋病病毒的感染和扩散，减少毒品成瘾引起的疾病、死亡和引发的犯罪。”戒毒药物维持治疗制度并不是戒毒制度，而是在戒断毒品有困难的情况下，减轻危害的做法。

2004 年中国广东省较早试点“美沙酮替代治疗”，后从试点到全面铺开，逐渐发展完善并降低“门槛”。《艾滋病防治条例》第 27 条第 2 款规定，省、自治区、直辖市人民政府卫生、公安和药品监督管理部门应当互相配合，根据本行政区域艾滋病流行和吸毒者的情况，积极稳妥地开展对吸毒成瘾者的药物维持治疗工作，并有计划地实施其他干预措施。此规定初步建立了戒毒药物维持治疗制度的法规依据。

2006 年 7 月，卫生部、公安部、国家食药监局印发《滥用阿片类物质成瘾者社区药物维持治疗工作方案》。方案提出，该工作实行分级管理。中央成立国家级工作组（目前工作组成员单位有国家卫计委疾控局、公安部禁毒局、国家食药监总局药化监管司、云南省药物依赖防治研究所、北京大学中国药物依赖性研究所，秘书处设在中国疾病预防控制中心性病艾滋病预防控制中心），开展维持治疗工作的省、自治区、直辖市成立省级工作组，开展维持治疗工作的医疗机构所在地成立地市级工作组，组织实施维持治疗工作。维持治疗机构必须是非营利性医疗机构。

2008 年的《禁毒法》以法律的形式规定了戒毒药物维持治疗制度。《禁毒法》第 51 条规定：“省、自治区、直辖市人民政府卫生行政部门会同公安机关、药品监督管理部门依照国家有关规定，根据巩固戒毒成果的需要和本行政区域艾滋病流行情况，可以组织开展戒毒药物维持治疗工作。”

《戒毒条例》第 12 条也规定了戒毒药物维持治疗制度：“符合参加条件的戒毒人员，由本人申请，并经登记，可以参加戒毒药物维持治疗。登记参加戒毒药物维持治疗的戒毒人员的信息应当及时报公安机关备案。戒毒药物维持治疗的管理办法，由国务院卫生行政部门会同国务院公安部门、药品监督管理部门制定。”因为立法者将该条置于《自愿戒毒》一章，按照体系解释，可以理解为是将戒毒药物维持治疗归入自愿戒毒的范畴，因此戒毒药物维持治疗的机构也属于戒毒医疗机构。

《戒毒条例》授权国务院卫生行政部门、公安部门、药监部门制定相关管理办法。2014 年 12 月 31 日，国家食药监总局、国家卫计委、公安部联合发布《戒毒药物维持治疗工作管理办法》。2015 年 4 月 9 日，国家卫计委办公厅（国卫办疾控函[2015]287 号文）印发《戒毒药物维持治疗机构基本要求》《戒毒药物维持治疗延伸服药点基本要求》《戒毒药物维持治疗方案》。

截至 2016 年底，全国共设立 789 个戒毒药物维持治疗门诊（含 29 辆流动服药车）、600 余个延伸服药点，在治人员 16.2 万人。[2]

三、完善社会戒毒医疗机构的建议

自愿戒毒制度和戒毒药物维持治疗制度有很多问题值得详细讨论，其政策、法律、制度仍需要进一步完善，本文限于篇幅，只立足医疗机构的角度进行阐述，并提出两方面的建议。

（一）准确定位社会戒毒医疗机构的功能

《禁毒法》第三十一条第 1 款规定，国家采取各种措施帮助吸毒人员戒除毒瘾，教育和挽救吸毒人员。该条明确戒毒工作的义务主体是国家。社会戒毒医疗机构是国家救治责任的载体，国家责任是通过国家医疗机构实现的。应该明确自愿戒毒不等于自费戒毒，就像对待教育机构一样，不论其是民办还是公办，国家均应投入一定的经费予以扶持，使自愿戒毒、药物维持治疗和强制隔离戒毒、社区戒毒、社区康复等均衡发展。在目前全国社会戒毒医疗机构萎缩的情况下，国家自然也不能坐视不管，因为支持、鼓励自愿戒毒是国家的应尽义务。

基于上述考虑，笔者建议未来《禁毒法》《戒毒条例》修改时，在法律规范层面，应明确以下两个问题：

第一，明确并完善地方政府对社会戒毒医疗机构的政策性投入。

首先，对于戒毒医院和美沙酮门诊，国家财政补贴的力度需要进一步加大。政府应在政策、经济上对戒毒医院予以鼓励支持、倾斜照顾。地方政府应尽快加大对美沙酮门诊的财政补贴力度。按照《戒毒药物维持治疗工作管理办法》第 40 条的规定：“符合规划设立的维持治疗机构所需设备购置等必要的工作经费纳入同级财

政预算安排，中央财政给予适当补助。”据了解，部分经济发达省份目前已经通过对门诊增加补贴费用实现对美沙酮药品费用的全部减免，但包括西安市在内的欠发达地区还对药物维持治疗者收取 10 元/次的费用。

其次，建议各地将戒毒治疗项目纳入医保。中国大陆有个别省份已经将自愿戒毒、社区戒毒、社区康复期间因戒毒产生的戒毒诊疗费用纳入医疗保障体系。如《广西壮族自治区戒毒条例》第 54 条规定：“县级以上人民政府及其有关部门应当将戒毒治疗项目纳入公共卫生医疗保障体系。参加城镇职工基本医疗保险、城镇居民医疗保险或者新型农村合作医疗的戒毒人员，在自愿戒毒、社区戒毒、社区康复期间产生的戒毒诊疗费用，符合基本医疗保险基金支付范围的，按有关规定从基金中支付。”如果不将戒毒治疗项目纳入医保，病患因戒毒住院期间，一些并发症也不能通过医保报销。当然，将自愿戒毒、社区戒毒、社区康复治疗费用纳入医保，在法理上也有争论。目前中国大陆所有商业保险都将吸毒和自杀、自伤列为同类，不予理赔。这是因为，除了一些受诱骗被动吸毒者，大多数吸毒者在初次吸毒时都有自由意志，这种自损行为带来的利益损失要由国家和社会整体来承担，现实中是否会纵容吸毒这种不法行为，有很多人提出疑问。

第二，尽快修法明确病患权利限制的方式和程度。

首先，中国大陆没有把戒毒和精神病的法律政策综合统一起来。吸毒行为属于违法行为，精神病并不属于违法行为，精神病人只有肇事肇祸才会引起法律责任。戒毒问题按照《禁毒法》《戒毒条例》处遇，精神病问题依据《精神卫生法》等处理。但是，在医学上，毒瘾属于药物依赖，却是精神病（脑病）范畴，毒品成瘾者在医学上被视为精神病患者。所以，在自愿戒毒治疗和程序方面，医学界基本是比照精神病的治疗和程序进行设计的。

其次，对戒毒者的治疗和管理应该带有一定的强制性。这是因为，戒毒要达到效果，必须预防一些危险因素尤其是毒品的流入，在技术和药品上进行严格管理。所以，封闭管理是最佳的选择。在封闭式的自愿戒毒过程中，戒毒者的个人自由和严格的监管必然发生冲突，并且登记注册制度也存在保密（按照戒毒协议）和信息上报（公安机关）的矛盾。

再次，病患在享有权益的同时也应有一定限制。病患固然有诸多权利。例如，平等的获得基本医疗保健的权利、人格受到尊重的权利、知情同意权、隐私权、自主权、拒绝治疗权、获得社会资助的权利、对医疗机构的批评建议权、因医疗事故所造成损害获得赔偿等权利。但是，戒毒者在享有这些权利时，通过什么形式限制甚至强制，限制或强制到什么程度，都需要法律规范来明确。特别是，按照医学伦理学的共识，在病人自愿治疗原则的前提下，当他没有意识确定自己是否应该接受治疗时，应该有动态指令（例如替代同意）。所以病患住院后，建立完善、科学、动态的评估体系非常重要，2013 年 9 月 2 日，公安部、司法部、国家卫计委发布实施《强制隔离戒毒诊断评估办法》，但是针对自愿戒毒、社区戒毒、社区康复中的诊断评估制度尚未建立。

最后，《禁毒法》第 37 条授权戒毒医疗机构有检查权、采取临时保护性约束措施的权力。对“临时保护性约束措施”的具体内涵、外延，因为在《戒毒条例》和相关规章中并未具体化。经查中国大陆全部的法律、行政法规、规章、地方性法规、规章，只有公安部两个规章提及“保护性约束措施”一词，只有最高人民检察院的一个司法解释提及“临时保护性约束措施”。两个规章分别是 2012 年 12 月 14 日实施的《拘留所条例实施办法》第 46 条第 3 款（被拘留人毒瘾发作或者出现精神障碍可能发生自伤、自残或者其他危险行为的，拘留所应当及时予以治疗，可以采取保护性约束措施）和 2013 年 1 月 1 日实施的《公安机关办理行政案件程序规定》第 42 条第 2 项（办理行政案件时，可以依法采取下列行政强制措施：……对违法嫌疑人采取保护性约束措施、继续盘问、强制传唤、强制检测、拘留审查、限制活动范围等强制措施）。其中后者将“保护性约束措施”定性为行政强制措施的一个具体种类。最高人民检察院 2013 年 12 月 19 日《关于审查起诉期间犯罪嫌疑人脱逃或者患有严重疾病的应当如何处理的批复》规定：“犯罪嫌疑人患有精神病或者其他严重疾病丧失诉讼行为能力不能接受讯问的，人民检察院可以依法变更强制措施。对实施暴力行为的精神病人，人民检察院可以商请公安机关采取临时的保护性约束措施。”毋庸置疑，《禁毒法》关于“临时保护性约束措施”的规定不仅落空，而且显然违反行政法原理，因为行政强制措施的实施主体只可能是公权力机关，没有授权戒毒医院的道理。

姑且不论“临时保护性约束措施”的规定有无疏漏，仅就《禁毒法》这一授权在《戒毒条例》中用“戒毒协议”这一制度性形式表现出来的事实，就显属不当。这是把限制戒毒者权利的行政行为由公法关系（行政强制措施）转变为私法关系（医疗服务合同）。而且如前文所述，现实中医院、美沙酮门诊想要通过“戒毒协议”约束住病患，难度很大。同样因为缺乏强制性手段，戒毒医疗机构管理中很容易出现纰漏，一旦管理方面出现问题，卫生行政机关、公安机关对医疗机构更严格的监管措施就会纷至沓来，问责和处分也随之而来，戒毒医疗机构进退失据、左右为难，所以处境堪忧。

（二）创新对社会戒毒医疗机构的管理

政府和社会戒毒医疗机构管理方法创新的目标是既要打消戒毒人员对自愿戒毒信息入网的顾虑，又能够对其予以必要的管理。

第一，应将自愿戒毒和戒毒药物维持治疗的医疗机构与社区戒毒、社区康复制度有机结合。目前，社区戒毒、社区康复的主要掣肘之一是基层缺乏专业医疗资源和技术的支持。此外，严重制约自愿戒毒的问题是病源减少，管理难度大。将社会戒毒医疗机构的专业性和基层政府的强制力相结合，可以取长补短。面对脱失问题，建议在戒毒人员脱离治疗一个月时，由公安部门根据掌握的具体登记信息进行绝对管控。

按照政府的要求，戒毒药物维持治疗机构和社区戒毒、社区康复工作机构要进行对接。《戒毒药物维持治疗工作管理办法》第8条第2款的规定：“维持治疗机构应当与社区戒毒和社区康复工作机构相互配合，对正在执行社区戒毒、社区康复的治疗人员，开展必要的心理干预等工作。”2016年8月19日，国家卫计委办公厅、公安部办公厅、司法部办公厅联合下发《关于加强戒毒药物维持治疗和社区戒毒、强制隔离戒毒、社区康复衔接工作的通知》（国卫办疾控发〔2016〕934号）。该文件提出：各地要将维持治疗工作作为依法处置和管理吸毒人员的重要措施，纳入禁毒工作考评内容。建立健全由公安、司法行政、卫生计生部门及相关社区戒毒、社区康复工作机构、维持治疗机构参与的维持治疗和社区戒毒、强制隔离戒毒、社区康复衔接工作机制，明确联系人，并根据本地和本系统实际情况，细化衔接工作内容、工作程序和考核要求，进一步提高吸毒人员管控效果。文件要求加强宣传转介，扩大维持治疗覆盖面。社区戒毒、社区康复工作机构（即基层政府）要主动为自愿申请参加维持治疗的人员（含强制隔离戒毒出所人员）提供维持治疗机构联系信息，并通过适当形式（电话、邮件、社区禁毒专职人员、禁毒社工或社会组织陪同转送等）将其转介至维持治疗机构。

建议进一步建立“医社合作”模式，自愿戒毒医疗机构和社区戒毒、社区康复工作相结合。建议落实戒毒医院的回访随访机制，使戒毒医院后续治疗工作与社区戒毒、社区康复共同构建联动机制。自愿戒毒医疗机构可以通过政府购买服务等公私协力形式，可以参与到社区戒毒、社区康复工作中，成为后者的医疗支持资源，以解决经费和病人不足的问题。这方面，基层政府需要搭建有效的信息和工作平台，由戒毒医疗机构和社区戒毒机构（基层政府）共同对戒毒患者进行不同层面的管理，避免患者脱离维持治疗和复吸。

第二，有效提升医护人员的待遇和职业荣誉感。首先，拓宽戒毒专科医生的晋升渠道，提供较广阔的职业发展空间。国家和地方禁毒委禁毒先进工作者的评选，应给社会戒毒医疗机构部分名额。其次，改善医护人员的薪资待遇，结合戒毒医疗工作的特殊性，制定相适应的绩效考核制度与福利保障制度。再次，要祛除污名化的做法，引导大众对戒毒人员采取科学、客观、包容的态度。

四、结语

综上所述，通过对四家医疗机构的调研，发现社会戒毒医疗机构存在问题：第一，从戒毒医院方面看，一是医院数量逐渐下降，二是相关专业人才缺乏。前者主要是因为病患不愿意去诊治，医院的医疗和管理成本高，医疗机构开办者不愿意办，政府尚未将治疗毒瘾的费用纳入医保范围，住院治疗时间过短，疗效不稳定，随访回访制度没有落实等。后者主要是因为医生待遇相对较差，医护人员职业压力大，缺乏职业成就感。第二，从美沙酮门诊方面看，主要是病患数量减少，门诊覆盖面不够，患者外出时服药困难，管理难度大。总之，社会戒毒医疗机构发展状况堪忧，整个行业萎靡不振。上述问题需要认真面对，积极并尽快地解决。

现实问题背后也凸显出立法和制度建设等顶层设计的不足。自愿戒毒在整个戒毒制度体系中起着重要的补充作用。自愿戒毒获得立法认可始于《强制戒毒办法》。《禁毒法》通过法律形式确认自愿戒毒制度的合法性。之后，《戒毒条例》《戒毒医疗服务管理暂行办法》等行政法规、规章进一步对该制度予以规范和完善。为了应对艾滋病问题，戒毒药物维持治疗制度在2004年开始试点，其法律规范依据始于《艾滋病防治条例》，其后的《禁毒法》也明确规定该制度。《戒毒条例》将戒毒药物维持治疗归入自愿戒毒范畴，并通过《戒毒药物维持治疗工作管理办法》等规章予以细化。自愿戒毒制度和戒毒药物维持治疗制度有很多问题值得详细讨论，其政策、法律、制度仍需要进一步完善，本文立足医疗机构的角度进行阐述，并提出了两方面的建议。

第一，应准确定位社会戒毒医疗机构的功能。自愿戒毒和戒毒药物维持治疗的医疗机构是国家救治责任

的载体，不论其是民办还是公办，国家均应投入一定的经费予以扶持，使自愿戒毒、药物维持治疗和强制隔离戒毒、社区戒毒、社区康复等均衡发展。建议未来《禁毒法》《戒毒条例》修改时，在法律规范层面，应明确：首先，完善并明确地方政府对社会戒毒医疗机构的政策性投入。对于戒毒医院和美沙酮门诊，国家财政补贴的力度需要进一步加大。建议各地将戒毒治疗项目纳入医保。其次，完善并明确病患权利限制的方式和程度。中国大陆没有把戒毒和精神病的法律政策综合统一起来。对戒毒者的治疗和管理应该带有一定的强制性。病患在享有权益的同时也应有一定限制。《禁毒法》虽然授权戒毒医疗机构有检查权、采取临时保护性约束措施的权力。但是对“临时保护性约束措施”的具体内涵、外延，在《戒毒条例》和相关规章中并未具体化。而且因为行政强制措施的实施主体只可能是公权力机关，所以《禁毒法》“临时保护性约束措施”的规定，不仅落空而且违反法理。同时，《禁毒法》对医疗机构的授权在《戒毒条例》中用“戒毒协议”这一制度性形式表现，也显属不当。

第二，对社会戒毒医疗机构应创新管理方法。首先，应将自愿戒毒、戒毒药物维持治疗的医疗机构与社区戒毒、社区康复制度有机结合。将社会戒毒医疗机构的专业性和基层政府的强制力相结合，可以取长补短。建议尽快健全完善“医社合作”模式，鼓励社会戒毒医疗机构通过政府购买服务等公私协力形式，参与到社区戒毒、社区康复工作中，成为后者的医疗支持资源，以解决经费和病人不足的问题。其次，还要有效提升医护人员的待遇和职业荣誉感。

参考文献

- [1]国家禁毒办.2017 年中国禁毒报告[R]:39
- [2]莫关耀.《戒毒条例》释义[M].中国人民公安大学出版社,2011:23.

淺談濫藥者家人支援服務

譚國輝

澳門基督教新生命團契-薈穗社

【摘要】

藥物濫用是人類歷史長久以來的問題，由古時人們吸食鴉片到近代白粉（海洛英），以至近年流行的搖頭丸、K 仔及冰毒。都造成個人、家庭及社會極大的傷害。

談到傷害，濫藥者的家人定必是直接的受害者，除非他們與濫藥者完全分離，否則，無論彼此之間關係密切還是疏離，他們仍要每天朝夕相對。即使彼此分開了，心中亦因種種經歷感受而充滿糾結。

濫藥問題一直深受人們關注，過去大部份文獻研究及探討有關濫用藥物者的個性、行為、用藥原因以及治療方法等，期望能幫助他們脫離毒癮。因似乎濫藥者才是整個戒毒工作的核心。

近年，亦有不少文獻提及濫藥者家人的需要，也有不少鄰近地區針對濫藥者家人而開展的服務，可見濫藥者的家人需要受到重視，同時反映濫藥者家人支持工作的重要性。

澳門基督教新生命團契-薈穗社于 2016 年成立，為澳門 30 歲或以上的藥物濫用者提供社區戒毒輔導服務，亦為其家人提供支援服務。本文通過查找參考文獻等方式，先對濫藥者家人的困難與需要進行了分析，並在此基礎上，探討協助濫藥者家人之實務工作。

【關鍵字】濫藥者；濫藥者家人；互累症；跨代濫藥

壹、引言

家庭就像一片孕育的植物生長的土壤，如果土地肥沃，自然能促進植物茂盛地生長。相反，土地貧瘠，缺乏養份的話，要種出植物也不容易。俗語有雲：「家和萬事興，家衰口不停」，維琴尼亞·薩堤爾認為問題家庭有自我價值感低、溝通是不清、不坦誠、規則僵破、與社會的聯繫是懼怕的、討好的和責備等特徵。(維琴尼亞·薩堤爾，2012，P.4)由此可見，家庭對一個人的影響有多大。不少有關濫藥者濫藥成因的調查研究顯示，濫藥者濫藥成因是朋輩影響，無可否認這的確是一個主要成因，但朋輩影響可能只是一個觸發點，真正主要導致個人接觸毒品的原因往往是問題家庭，在不少濫藥個案中，不難發現個案的家有薩堤爾所提及的問題家庭特徵。

另一方面，當家庭出現一個有濫藥行為的成員，往往會出現上述更明顯的家庭特徵。日覆一日，濫藥者與家人之間張力不斷增加，導致關係破裂，彷彿找不到出路。然而，不少濫藥家庭因著濫藥者與家彼此努力而重修關係。

因此，家庭在戒毒工作中有其重要角色，很值得深入探究，使戒毒工作更有效地推展。

貳、濫藥者家庭所面對的困難

近年有一項研究¹針對家庭干擾、烙印、愧疚、照顧者緊張及案主依賴等五個因數，分析濫藥者家人所面對的壓力。結果顯示「烙印因數」和「照顧者緊張」在照顧藥癮者的過程中較常發生。另一方面，該研究顯示大多藥癮者主要照顧者傾向中度負荷以上程度，累積百分比為 92.6%，反映照顧家中濫藥者之家人承受著沉重的壓力。

澳門關於濫藥者家人的調查主要是一些民間戒毒機構向其服務使用者進行的調查。根據澳門基督教新生命團契 S.Y.部落 2014 年度活得健康身體檢查計畫調查報告指出，普遍受訪者濫藥後與家人關係變差，最大影響是父母，平均數由 3.4 下降至 2.6，其次為伴侶，平均數由 3.8 下降至 2.9。另外，接近 8 成受訪者表示經常與家人/伴侶因藥物問題而發生爭吵，有近 7 成受訪者表示因濫藥出現經濟問題。

濫藥者家人往往扮演著照顧者與支持者，而在這過程中產生了失衡的關係，在情感上受濫藥者的情況所影響，把所有的精神時間放在濫藥者身上，以至忽略自己的需要及重視的東西。又會對濫藥者過度操控或過度保護，甚至不知不覺助長了濫藥者的濫藥行為。而根據澳門青年挑戰中心的一項調查顯示 23% 呈現“互累症”症狀(許康植，梁國成，2015)。

¹郭玟蘭·王振宇 藥癮者家屬負荷量初探 臺灣：衛生福利部及社會家庭署 網址：
<http://www.sfaa.gov.tw/SFAA/Pages/Detail.aspx?nodeid=192&pid=1744>, 2011

我們可以明白濫藥問題對家人所帶來的影響。在前線工作經驗中，濫藥行為可引發的問題包括：身體及精神、輟學/失業、經濟、家庭暴力、疏忽照顧、法律.....等問題。而這些問題可以是同時出現，這些問題亦不單只影響濫藥者個人，同時亦成為家人的壓力。然而作為家人面對上述種種問題，往往很難找到抒發途徑，尤其是中國傳統思想認為家醜不出外傳，為了不想被社會負面標籤化，大部份家屬會選擇把問題隱藏，獨自承受著問題。

叁、本澳濫藥者家人支援情況

一、非正規支援

澳門是一個很細小的地方，但人與人之間的關係比較密切。《澳門特別行政區家庭狀況及家庭服務發展研究報告》指出，遇到生活上的困難，受訪者一般大都會透過向親屬(包括直系和非直系)尋求意見或協助，而很少會第一時間向正規社會資源系統如政府部門及社會服務機構等尋求協助。另一個發現是，朋友是受訪者除了家人和親屬以外構成個人資源網路的另一重要組成部份。這項研究雖然沒有針對濫藥家庭作分析，但這研究結果可以推論到濫藥者家庭，值得注意的是朋友作為協助者的角色，在前線工作經驗中，不少濫藥者是由朋友勸說到社會服務機構求助，而在濫藥者求助社會服務機構之前，往往朋友就成為他們的重要支持角色，雖然與濫藥者沒有親屬關係，但卻是他的「重要他人」。

二、正規支援

澳門戒毒服務一直以來都十分著重濫藥者與家人的關係，以筆者機構為例，宗旨是為他們重建家園，還有其他戒毒機構也各自提供支援濫藥者家屬的服務，然而，早期濫藥者家人服務是偏向以「客體」形式存在，即是服務機構的服務物件主要是濫藥者，而「家人」是被視為輔助濫藥者戒毒及預防復吸的介入方法之一，主要是維繫與修補濫藥者與家人的關係。

到近年，濫藥者家人支援服務有了變化，最主要是濫藥者家人由以往「客體」變成「主體」，戒毒機構明白家人在戒毒過程中的重要性同時，開始把濫藥者家人看成獨立個體，他/她們有獨特的需要，社會投入更多的資源來推行濫藥者家屬服務，例如：有戒毒機構成立獨立部門，跟進濫藥者家人。

肆、何為濫藥者家人？

今天社會對濫藥者家人更關注，就需有更廣闊之視野。在濫藥者家人服務中，都比較著重濫藥者的父母，可能近年青少年濫藥問題比較嚴重，所以濫藥者的家人主要是父母。在不少文獻中，提及濫藥者家人大都是指父母。然而，很多時忽略了濫藥者家庭中的其他成員，包括：兄弟姊妹、配偶/伴侶、子女、甚至其他重要他人(如：朋友)，他們都可能因著濫藥者的濫藥行為而面對形形色色的問題。時至今日，成人以至中壯年濫藥人數比較也不少，就本澳《藥物濫用者中央登記系統 2016 年報告書》顯示，31-40 歲的濫藥者已經有 26.8%²，而已婚及有子女的數字亦有上升趨勢。面對今天複雜多變的社會，這群步入中壯年的濫藥者面向的家人不只是父母，還有其配偶及子女，雖然今日社會開放，離婚率高，有些濫藥者配偶選擇離婚，但離婚卻不一定能解決問題，甚至影響下一代，可能引申另一些社會問題。

陳維中(陳維中，2015)表示吸毒或曾經吸毒的家長經常遇到教育兒女或親子關係欠佳等問題。如不正視，可能又會造成另一社會問題，在前線經驗中，有不少吸毒父母，子女也曾有吸毒行為，甚至因吸毒被捕。將毒品問題延伸至下一代，形成誇代濫藥。

伍、濫藥者家人出路

一、家庭為本的介入策略

近年，前線工作者發現到中心求助的人士中，除了濫藥者的父母外，亦有不少是濫藥者其他親屬、配偶，還有朋友等，這些人都希望能幫助濫藥者，而他們亦是濫藥者康復路上的很大資源。另一方面，成人濫藥者亦會有下一代，這些兒童或青少年是很多濫藥者戒毒的動力源頭，然而，有時濫藥者亦缺乏正確管教知識與技巧，因此，為了全面協助濫藥者康復，需要更立體地看他們，協助濫藥者之余，亦應加大資源協助他們身邊的“家人”。

² 澳門社會工作局防治賭毒成癮廳《藥物濫用者中央登記系統 2016 年報告書》P.7

二、加大接納，去社會標籤化

今天社會大眾對濫藥者仍存在很大偏見及錯誤認知，濫藥家人在這種氛圍下，往往感到羞愧、自責、無力感、孤獨和絕望，要協助濫藥者家人首先是要保護家人，避免二度傷害(蔡佩真，2016)，社會在加大預防濫藥宣傳教育時，不單只要宣傳吸毒的禍害，同時要加強社會大眾對濫藥者的接納態度，使濫藥者家人有更大的情緒抒發出口。

三、開展有關濫藥者家人的研究

濫藥者群體隱蔽性很高，他們的家屬亦一樣。因此，社會對他但狀況的瞭解甚少，他們亦很少被關注，然而他們亦有很大需要，只是他們背負著不為人知的壓力。為了能更有效地支援他們，應該進行有關更多濫藥者家人的研究，瞭解他們的狀況及需要。

陸、總結

家庭是社會重要的次系統，每個家庭功能能得以發揮，有助社會發展。濫藥問題很可能是家庭功能失能所衍生出來的問題，同時，濫藥問題亦以已失能的家庭功能更不堪，作為濫藥者家人有時亦有口難言，濫藥問題不單是個人問題，亦不單是家庭問題，與社會環境也有很大的關係，在濫藥問題預防工作上，家庭亦有其重要角色。因此，協助濫藥者家人，為他們提供更適切之服務，不但是說明家人，同時也是協助濫藥者康復。

參考文獻

- 蔡佩真 等 (2009)。家人吸毒怎麼辦。臺灣：財團法人基督教晨曦會。
- 蔡佩真主編 (2016)。物質濫用社會工作實務手冊。臺灣：巨流圖書股份有限公司。
- 維琴尼亞·薩提爾 (2012)。家庭如何塑造人。臺灣：張老師文化事業股份有限公司
- 郭玟蘭、王振宇 (2011)。藥癮者家屬負荷量初探。臺灣：衛生福利部及社會家庭署。社區發展季刊，134，567-575。
- 陳維中 (2015)。香港戒毒治療及康復服務的總體方向。2015 全國藥物濫用防治研討會論文集。
- 許康植，梁國成 (2015)。戒毒後重返社會的掙扎與曙光。2015 全國藥物濫用防治研討會論文集。
- 澳門特區政府社會工作局防治賭毒成癮廳 (2016)。澳門藥物濫用者中央登記系統 2016 報告書。澳門：特區政府社會工作局。
- 澳門特區政府社會工作局 (2004)。澳門特別行政區家庭狀況及家庭服務發展研究報告。澳門：特區政府社會工作局。

智能手機應用程式輔助澳門青少年戒除毒癮

溫立文 李麗萍

澳門特區政府禁毒委員會關注青少年毒品問題工作小組

【摘要】

近年澳門青少年吸毒呈報數字有明顯下降，但同時本澳禁毒同工在日常工作中發現青少年吸毒模式漸趨隱蔽，社工更難於社區發現吸毒青少年並提供協助。在禁毒輔導方面，國際上亦已開始在醫療及成癮行為上運用智能手機輔助治療計劃(Becker et al., 2013; McTavish, Chih, Shah, & Gustafson, 2012)。

因應澳門青少年吸毒模式的轉變，且智能手機及互聯網已經成為年青人日常生活的重要工具。澳門青少年每天使用 5 小時以上智能手機，手機已成為接觸青少年的重要平台。因此澳門特區政府社會工作局自 2014 年起與禁毒同工共同研發“禁毒資訊站”手機應用程式，強化澳門禁毒教育並透過各參與團體跟進家長、老師及社區人士的禁毒服務需求。2017 年更聯同澳門各民間社會服務團體，開發“iTips”程式支援前線社工進行成癮行為及戒毒輔導工作。社工透過使用有關手機應用程式結合對受助者的輔導計劃，為受助年青人訂立戒癮目標及跟進實施進度，有關程式已完成測試並將投入服務。本文將介紹“iTips”的功能與及如何結合青少年戒毒輔導計劃並強化有關成效。

壹、背景

預防青少年吸毒一直是港澳青年工作的重點之一，近年澳門藥物濫用者中央登記系統數據反映，整體吸毒人數有下降的情況，而 16 至 20 歲青少年吸毒的比例由 2009 年吸毒人數的 30.5% 下降至 2016 年的 5.6%，青少年吸毒數字明顯下降(社會工作局，2017)。但同時本澳禁毒同工在日常工作中發現青少年吸毒模式漸趨隱蔽，社工更難於社區發現吸毒青少年並提供協助(Wan, 2014, 2017; 龍土有，2017)。此外，聯合國世界最新毒品報告指出，雖然全球濫用毒品形勢呈穩定狀態，但新型精神物質的濫用情況在過去十年大幅增長，在 2015 年全球有近 500 種新型精神物質在毒品市場出現(UNODC, 2017)。在大量新型毒品湧現的情況下，再加上青少年吸毒隱蔽化，青少年禁毒工作者需要尋求更有效的工具並掌握最新出現的各種新型毒品的資訊，以協助他們在青少年群體中推行禁毒工作。

貳、對應隱蔽吸毒模式的新路向

因應澳門青少年吸毒模式的轉變，再加智能手機及互聯網已經成為年青人日常生活的重要工具。從 2011 年港澳青少年網絡成癮調查顯示，澳門青少年每天平均使用 5 小時以上智能手機，手機已成為接觸青少年的重要平台(Wan, 2011)。在禁毒輔導方面，國際上亦已開始在醫療及成癮行為上運用智能手機輔助治療計劃(Becker et al., 2013; McTavish et al., 2012)。因此透過手機平台進入青少年群體，成為禁毒機構接觸隱蔽吸毒者的一個可行方法。

基於以上原因，社會工作局自 2014 年起與禁毒同工共同研發“禁毒資訊站”手機應用程式，強化澳門禁毒教育並透過各參與團體跟進家長、老師及社區人士的禁毒服務需求。社會工作局透過有關應用程式，向全澳門青少年禁毒工作者發放各種新新型毒品特性、本地有關法例及禁毒活動等資訊。此外亦藉有關應用程式協調及組織澳門青少年禁毒輔導團體，共同關注澳門青少年吸毒最新動態。2017 年更聯同澳門各民間社會服務團體，開發“iTips”程式支援前線社工進行成癮行為及戒毒輔導工作。社工透過使用有關手機應用程式結合對受助者的輔導計劃，為受助年青人訂立戒癮目標及跟進實施進度，有關程式已完成測試並將投入服務。本文將介紹“iTips”的功能與及如何結合青少年戒毒輔導計劃並強化有關成效。

參、“禁毒資訊站”手機應用程式的功能

本應用程式為關注青少年吸毒問題的人士提供一站式禁毒資訊，內容包括澳門常見毒品圖片、毒品特性及對吸毒者身體機能的損害。此外系統亦提供了使用者吸毒危機自評測試，應用程式使用國際上普遍使用的 DAST20 問卷，有關量表由斯金納博士開發並於 2013 年中文化，透過 20 條問題評估使用者吸毒危機及提供即時跟進治療建議(Skinner, 1982; Wan, 2014)。應用程式更可按地區為使用者提供澳門禁毒輔導機構聯絡方法，並可透過電子郵件直接向有關機構求助。

禁毒資訊站更提供最新本地有關毒品的新聞、相關法例、以及個案短片分享，透過多媒體讓使用者全面地了解吸毒的影響與及如何拒絕毒品引誘。各參與機構更可透過此程式宣傳預防吸毒及禁毒輔導活動，社會

工作局更可透過後台資訊管理系統直接推送有關動態訊息到用戶手機，為澳門各禁毒輔導機構及同工提供更有效及即時的聯繫。



各種新型毒品資訊



DAST20 吸毒危機自評測試



個案短片分享



禁毒活動推廣

肆、“iTips” 戒毒輔導手機應用程式

2014 年澳門人均流動電話帳戶已達到每人 3.23 個，青少年使用智能手機十分普及 (World Bank, 2015)。因此針對青少年吸毒者，我們特別設計“iTips”戒毒輔導手機應用程式，程式內容及設計盡量使用非標籤化的字眼，作為輔導手段幫助青少年戒除毒癮。程式設計以戒除不良習慣為主，包括吸煙、酗酒，及其他成癮行為。輔導人員可以透過程式與青少年設定戒癮目標，由青少年每日評估和紀錄其行為表現，並可由智能手機作出提醒。程式亦會有個案短片分享，為青少年提供可參考的戒癮方法和成功經驗。在戒癮輔導過程中，社工人員可根據有關資料紀錄與青少年一起調整輔導計劃，強化輔導成效。由於有關戒癮資料較為敏感，為保



障使用者的私隱，資料只會保存於使用者手機內並以密碼保護，如遺失密碼有關紀錄將會自行銷毀。“iTips”經測試後已於2017年9月推出，並於10月於澳門戒毒輔導機構提供培訓及試行。

伍、總結

藉以上方法希望能提供更多途徑讓社區上有吸毒習慣的青少年戒除毒癮。此外，由於吸毒群眾漸隱蔽，即使在前線社工未能第一時間直接與他們接觸，上述的手機應用程式亦可為猶豫中的吸毒青少年，在不曝露個人身份的情況下獲得可靠及安全的戒毒資訊和求助途徑，增加他們自救或求助的機會。此外，“禁毒資訊站”更可以為前線社工或禁毒工作人有效地掌握最新毒資訊和推薦最合的禁毒活動給青少年。雖然澳門青少年吸毒人數持續降，我們期望透過手機應用程式結合現有服務網絡，為隱蔽吸毒者手人提供強而有力的戒毒輔導支援。

參考文獻

- Becker, S., Kribben, A., Meister, S., Diamantidis, C. J., Unger, N., & Mitchell, A. (2013). User profiles of a smartphone application to support drug adherence—experiences from the iNephro project. *PLoS One*, 8(10), e78547.
- McTavish, F. M., Chih, M.-Y., Shah, D., & Gustafson, D. H. (2012). How patients recovering from alcoholism use a smartphone intervention. *Journal of dual diagnosis*, 8(4), 294-304.
- Skinner, H. A. (1982). The drug abuse screening test. *Addictive behaviors*, 7(4), 363-371.
- UNODC. (2017). *World Drug Report 2017*. United Nations.
- Wan, L. M. (2011). *Survey report on Internet addiction among teenager in Hong Kong and Macao (in Chinese)*港澳青少年網絡成癮調查報告 Hong Kong: Hong Kong Playground Association.
- Wan, L. M. (2014). 2013 Study on the intensity of adolescent drug abuse in Macao(in Chinese) 澳門青少年濫藥深度研究 (pp. 29). Macao: Macao SAR Government, Social Work Bureau.
- Wan, L. M. (2017). 2016 Study on the intensity of adolescent drug abuse in Macao(in Chinese) 澳門青少年濫藥深度研究 (pp. 31). Macao: Macao SAR Government, Social Work Bureau.
- World Bank. (2015). World Development Indicators: Power and communications. <http://wdi.worldbank.org/table/5.11#>
- 社會工作局(2017)。2016 Macao Drug Abuse Central Registration System Report(Chinese only) 澳門藥物濫用者中央登記系統2016年報告書 (pp. 48)。Macao: 社會工作局 防治賭毒成癮廳。
- 龍士有 (2017)。澳門去年呈報吸毒人數大幅減少五成半。中國新聞網。

香港社會服務聯會

香港灣仔軒尼詩道15號 溫莎公爵社會服務大廈13樓

電話：(852) 2864 2929

傳真：(852) 2866 0863

電郵：council@hkcss.org.hk

網址：<http://www.hkcss.org.hk>

出版日期：2017年10月

版權所有 轉載及引錄 請註明出處