

目錄

1. 澳門青少年吸食大麻現狀以及相關因素探究.....	李德 熊若杉 夏一巍等	1
2. 澳門常見藥物濫用的識別評估和急診處理.....	李文俊 何澄幫	11
3. 氯胺酮濫用者和苯丙胺類興奮劑濫用者社會人口學特征及毒品使用特征比較.....		
.....	范妮等	15
4. 海洛因依賴脫毒治療期間伴急性上消化道出血 1 例.....	張勁夫 郭夢肖	21
5. 116 名男性強制隔離戒毒人員涉麻情況調查.....	賈東明	23
6. 探討香港「專上院校」學生吸食大麻的預防及輔導工作之經驗.....	張耀基	29
7. 香港濫用咳藥水問題的源頭.....	蔣秀珠 陳倩盈 倫智偉等	33
8. Analysis of ARTM's New 12-Month TC Programme for PWUDs: A Cox's Regression Model	Cheung Lik Hang	39
9. Drug-Related Attentional Bias in Drug Abusers and Rehabilitated Drug Abusers: An Eye-Tracking Study	Chi Hung Leung Chac Kei Chao Hiu Fai Chan	52
10. 澳門濫藥者感染愛滋病防治工作面臨的挑戰.....	許璇珊	64
11. 綜合緩害心理治療法初探.....	李景輝 張力珩	70
12. 澳門青少年合成毒品的使用和侵犯行為.....	熊若杉 李德 夏一巍	77
13. 「綜合認知行為治療」於戒毒輔導之應用及成效.....	黃富強 庄曉宇 陳文浩等	84
14. Trauma-Informed Integrative Treatment for Substance Misuse		
.....	Timothy Lam Cora Lau Esther Cheung	91
15. 冰毒緩害在本地推行的可行性.....	黃小華 孟芷欣 張嘉彤	98
16. 青少年學生預防濫藥教育工作－從政策到實踐，從校園到跨專業協作.....		
.....	馮紫華 黃健安	103
17. 2010-2018 澳門街頭青少年藥物濫用模式－前線外展工作經驗分享		
.....	黃慧珍 吳樹華	107
18. Drug Prevention Work at Schools and Community	Be Cool Project	128
19. 澳門在學青少年物質濫用與心理疾病共病性之研究.....	王殿璽 李德 劉子瑄等	137
20. 以反毒情境桌遊加強青少年的拒絕毒品態度之初探研究.....	陳盈秀 陳昭秀	147
21. 捨我其誰！如何帶動更多人進入防治研究領域？	袁巧仙 曾夢兒	153
22. 探討 SEN 的禁毒教育服務需要.....	袁巧仙 劉葆淇 李穎心等	160
23. 路環監獄在禁毒及預防重吸工作之現況.....	林錦美 嚴燕楓	168
24. 澳門高危濫藥青少年之休閒活動需求調查.....	方韻	177
25. 探討曾有用藥媽媽的用藥經驗、需要及介入可能性		
.....	柯麗珊 李紫婷 郭穎茵等	183

26. OH 投射卡团体辅导对女性戒毒者预防复吸作用研究.....	毛丹 陳淑真 羅文苑等 189
27. 女性新型毒品强戒者基本特征及儿童期虐待调查研究.....	覃颖 刘燕菁 赵静雯等 193
28. 多物质使用伴阵发性室上性心动过速 1 例.....	李靜 198
29. 丁丙诺啡、纳洛酮联用戒除美沙酮依赖 1 例.....	李靜 王文甫 201
30. 海洛因依赖患者脱毒治疗期间伴胃穿孔 1 例.....	李靜 張勁夫 203
31. 利培酮致恶性症状群 1 例.....	王文甫 李靜 205
32. 苯丙胺类兴奋剂所致精神病性障碍与精神分裂症共病 1 例.....	王文甫 王延峰 207
33. 濫藥孕婦住院式戒毒康復服務：香港戒毒會的經驗.....	梁美香 209
34. 「有戒無類」為非華裔濫藥人士提供全方位適切的戒毒康復服務.....	李國亮 盧月卿 陳燕翎等 215
35. 家庭团体心理治疗对强制隔离戒毒人员家庭功能和戒毒动机的影响.....	廖艷香 袁榮親 鄭詠心等 221
36. 基于萨提亚和情绪取向的综合家庭治疗在甲基苯丙胺依赖患者中的应用效果评价.....	田明 劉輝 曾軍莉等 227
37. 提升濫用藥物父母的親職能力：簡介《健康家庭親子樂—面談指引》.....	吳維江 吳彬彬 232
38. 家心總動員 - 為隱蔽吸毒者而設的進深家庭計劃應用「FIDA 家庭介入卡」於華人社會的戒毒輔導經驗分享.....	周鈺山 239
39. 運用篩查、精簡介入、轉介治療（SBIRT）模式應用於跨專業戒癮治療的合作：以社區健康檢測先導計劃為例.....	鄭耀達 247
40. 澳門特別行政區司法制度下的戒毒措施 2019.....	社會工作局社會重返廳 253
41. Introduction of ARTM Residential Treatment for People Who Use Drugs (PWUD):Therapeutic Community with Bio-Psycho-Social Model	張力珩 梁嘉賀 郭婉婷等 259
42. 以樂洗心：福音詩歌運用於戒毒康復輔助治療——以《不完美的禮物》與《恩曲》為例.....	陳家燕 265
43. 正念太极拳对强制戒毒人员动作能力的促进作用研究.....	匡明开 隋东 江象郁等 273
44. 跨理论取向团体治疗对男性戒毒人员的干预研究	匡明开 隋东 江象郁等 281
45. 虚拟现实(VR)治疗对强制隔离戒毒人员情绪调节能力的影响.....	廖艷香 袁榮親 楊燕等 287
46. 强制隔离戒毒人员心理干预模式的实践与探索.....	廖艷香 黃海輝 余葉明 291
47. 中药济泰片对海洛因稽延性戒断症状评分的影响.....	許莎莎 韓梅 韓星敏 296

48. 冰毒的中醫藥治療探索性研究總結.....	劉浩泉	302
49. 治療動物如何促進戒毒輔導.....	王詠暉 黃艷華 何美君	312
50. 探討曾濫藥的更新人士的生涯發展需要及介入可能性.....	柯麗珊 梁雪君 李寶佩	317
51. 戒毒康复人员复吸因素研究（中山市坦洲镇为例）.....	文麗瓊 劉秀芳	323
52. 一例社区戒毒（康复）人员复吸案例分析与反思.....	胡钟鳴 夏霞	323
53. 文化禁毒在禁毒宣传教育中的建构——以佛山市文化禁毒实例为视角.....	羅羚尹	335
54. 社區戒毒治療小組的治療因素之研究.....	蘇子強 陳綺華	343

澳門青少年吸食大麻現狀以及相關因素探究

李德、熊若杉（澳門大學）

夏一巍（西南財經政法大學）

李傑楠（澳門大學）

【摘要】

大麻是澳門在學青少年最廣泛使用的非法藥物，這一問題已逐漸成為學術界和禁毒部門關注的重點。根據教養方式視角和差別接觸理論，本次研究利用 2018 年在澳門地區搜集的大型有代表性的數據，調查了澳門地區在學青少年吸食大麻的情況，分析了家長監督、吸食大麻朋輩、危險性生活方式、以及大麻的接受程度對他們吸食大麻的影響。研究結果顯示：男性和高年級在學青少年吸食大麻的概率高於女性和低年級學生；家長監督可以有效抑制青少年與吸食大麻朋輩的交往並減少危險性的生活方式，從而降低青少年對大麻的接受程度和吸食大麻的概率。基於此結論，本文針對如何預防澳門地區在學青少年吸食大麻提出了若干針對性的建議。

【關鍵詞】大麻 家長監督 危險性生活方式 在學青少年

一、前言

作為一種娛樂性非法藥物，大麻的使用可能主要受社會環境和文化的影響。早在1953年，著名的美國社會學家貝克爾就提出大麻的愛好和使用是由一系列的社會經驗造成的（Becker, 1953）。貝克爾與來自各種社會背景的大麻吸食者進行了50次訪談，發現朋友的影響是吸食大麻的直接原因。從未使用過大麻的新手往往是從吸食過的朋友那裏學到如何吸食大麻、如何辨識吸食大麻所產生的“high”的感覺、以及如何享受那份感覺（Becker, 1953, p.242）。後來的研究顯示除朋友的影響之外，很多其他社會因素也會影響大麻的吸食行為（Hoffmann, 1995; Keyes et al., 2011）。但這些研究大多是國外進行的，尚不確定包括澳門在內的大中華地區是否也存在著同樣的情況。

大麻是澳門青少年中最廣泛使用的非法藥物，澳門特別行政區政府社會工作局在2018年主辦的在學青少年與藥物調查數據顯示，澳門在學青少年最常使用的非法藥物為大麻，盛行率為1.48%（李德等, 2019），高於其他非法藥物。根據“澳門藥物濫用者中央登記系統”2018年全年報告的數據顯示，在21歲以下青少年呈報個案中，使用大麻情況較2017年有所上升（澳門社工局，2018）。因此，澳門青少年吸食大麻問題越來越值得學術界和實務界的關注。

吸食大麻除了會對個人健康構成嚴重的損傷之外，還會帶來一系列與青少年發展相關的問題，其中最為嚴重的包括顯著增加吸食其他毒品的風險、增加監禁的概率（Jacobus et al., 2009; Stuart & Green, 2008）。在眾多與物質濫用相關因素中，與藥物的朋友交往、對吸食大麻的接受程度、以及家庭因素、包括家長監督，是青少年藥物濫用的重要預測因素（Dishion, Capaldi, Spracklen & Li, 1995; Forehand,

Miller, Dutra & Chance, 1997; Mason et al., 2017)。其中，家長監督對青少年藥物濫用的影響可能不是直接的，而是通過一系列的機制間接影響青少年使用非法藥物風險。例如，家長監督可以有效減少青少年與藥物濫用同伴的接觸(Urberg, Luo, Pilgrim & Degirmencioglu, 2003)、降低其選擇危險的生活方式的幾率(See, 2016)，從而影響青少年對非法藥物的接受程度，減少青少年吸食大麻的風險。

儘管先前的研究探索了社交網絡、個人認知、以及家庭因素對青少年物質濫用的影響，但是較少文獻將濫藥朋友、認知和家庭因素的影響與青少年自身的生活方式融合在一個框架中去系統地探討青少年物質濫用特別是大麻使用的成因。大麻作為一種典型的娛樂性藥物，其使用很可能受一系列環境因素的影響，特別是吸食大麻的朋友以及自身危險性的生活方式，而青少年朋友的交往模式與生活方式的選擇往往是由家庭教養方式塑造形成的，但至今還缺乏研究證實這些因素是如何互相影響，共同決定青少年的大麻使用。此外，大規模具有代表性的藥物濫用研究在大中華地區特別是澳門地區是缺乏的，這限制了將現有的研究結果推廣到更大群體的可能性。本研究將彌補先前研究的不足，利用2018年在澳門的近50所中小學及中專院校搜集的大型具有代表性的數據來探討家庭監督、對大麻使用的態度、濫藥朋友的交往、以及青少年自身的危險性的生活方式如何共同影響澳門在學青少年的吸食大麻的行為。

二、文獻回顧

（一）吸毒的朋輩、危險的生活方式、大麻接受程度與大麻的使用

從影響藥物濫用的社會因素來看，同伴犯罪通常被看作非常重要的理論變量(Hoeben et al., 2016)。與貝克爾的觀點一致，薩瑟蘭所提出的差別接觸理論也非常注重同伴與個人犯罪之間的關係。在薩瑟蘭的理論中，青少年犯罪的發生通常是因為青少年與那些進行違法行為或者能夠傳播違法觀念及技巧的他人交往而導致的(Sutherland, 1947; Sutherland & Cressey, 1955)。薩瑟蘭和克雷西(1955)認為，同伴通過教授犯罪技巧，並使犯罪行為合理化，從而影響個人的行為。大量的研究結果表明，同具有不良行為的同齡人交往與眾多負面行為呈顯著相關性(Pierce et al., 2015; Kreager et al., 2011; Sanchagrin et al., 2014)。同時，同伴犯罪與藥物使用之間也存在一定關聯。Brook (1998)的研究指出，同伴因素與青少年吸食大麻的行為之間有直接的聯繫。Gallupe和 Bouchard (2013)的研究結果顯示，若青少年身邊有更多的朋友喝酒或吸食大麻，而且數量越多，其自身就越容易濫用毒品。另一方面，薩瑟蘭認為人們會根據自己所處的環境、接觸的人員而把自己歸化到不同的文化理念當中，而這些不同的文化理念，會進一步影響到人們對犯罪的態度及犯罪行為(Sutherland, 1947)。也就是說，同伴因素不僅會直接對青少年犯罪行為產生影響，也會通過影響青少年對待犯罪的態度，從而進一步影響其行為。已有大量的研究對贊同違法觀念的內容進行考察。這些研究表明，贊同違法的觀念與參與犯罪和青少年犯罪的趨向的增長具有聯繫。Mason (2017)等人的研究證明與支持使用大麻的同齡人進行更多的接觸，會逐步改變對使用大麻的態度，最終會達到自身使用大麻的程度。Barnes (2002)等人指出，若一個人對藥物使用的態度更多地呈現出同伴導向，同時其同伴具有酗酒等行為，那麼其更容易出現酗酒等偏差行為。

（二）家庭監督與吸毒的朋輩、危險生活方式

家庭監督的概念來源於Baumrind (1971) 的研究。Baumrind (1971) 將父母的教養行為劃分為回應(responsiveness)和要求(demandingness)兩種主要教養類別。

“回應”指父母對孩子需求的回應，對孩子關心和愛護的程度(Baumrind, 1991)。

“要求”指家長對其子女的行為進行控制和監督的程度，“要求”一個重要的方面便是家長監督(Baumrind, 1991; Baumrind, 2005)。家長監督是指父母對孩子的日常活動、與人交往的觀察及意識的程度(Larzelere & Patterson, 1990; Mounts, 2002)。研究表明家長監督對青少年的行為會產生重要影響，當青少年所受到的家長監督較強的時候，青少年會克制自己以一種親社會的方式行事，因為他們覺得家長在監督他們，並且希望他們遵循規則；相反，當父母監督較弱的时候，青少年覺得他們的行為未被監督，他們也就更可能讓自己的喜好來引導自己的行為。

Dishion 和Loeber(1985)的研究發現，沒有受到父母監督的青少年會有更多的機會與吸毒和反社會行為的同齡人群交往；相反受到父母密切監督的青少年與吸毒的青少年接觸的機會較少。同樣，Urberg et al., (2003)的研究也發現高質量的父母監督會顯著減少孩子選擇跟藥物濫用的同齡人交朋友的概率。大量研究表明，父母監督會直接減少青少年與不良群體在一起的非結構化時間(Abar & Turrissi, 2008; Pardini et al., 2005; Van Ryzin et al., 2012)。

研究發現父母監督也會對青少年的生活方式產生重要影響。父母監督較強的青少年選擇危險生活方式的幾率較小。例如：Li (2011) 的研究發現以高強度的父母監督為特徵的有效的教養方式下成長的青少年較少出現飲酒的行為問題；Wang 等人 (2019)對中國青少年樣本的分析也發現了在父母監督與青少年危險的生活方式之間存在顯著的負相關，這些危險的生活方式包括吸煙、飲酒、夜晚外出，即父母的監督力度越大，青少年選擇吸煙、飲酒、夜晚外出的生活方式的概率越小。

根據以上的文獻回顧，我們提出以下研究假設：

假設1：吸食大麻的朋友越多，青少年使用大麻的概率越大。與吸食大麻的朋友的交往對吸食大麻的行為的影響由兩部分組成：(1) 與大麻朋友的交往會直接增加吸食大麻的概率；(2) 與大麻朋友的交往會通過增加對大麻的接受程度，從而間接增加吸食大麻的概率；

假設2：介入危險的生活方式的頻率與吸食大199508

麻的概率呈正相關。這組關係也由兩部分組成：(1) 危險的生活方式會直接增加吸食大麻的概率；(2) 危險的生活方式會通過增加對大麻的接受程度，從而間接增加吸食大麻的概率。

假設3：家庭監督能夠減少青少年與吸食大麻的朋友的交往，從而間接地抑制吸食大麻的行為。

假設4：通過減少青少年介入危險的生活方式的頻率，家庭監督能夠間接地降低吸食大麻的行為。

三、研究方法

(一) 數據

本次研究使用的數據來自澳門社會工作局資助，亞洲藥物濫用研究學會執行

的《澳門在學青少年與藥物 2018 調查》專案。該次調查目標群體為澳門所有在校學生。在抽樣方面，本地調查首先根據澳門堂區和學校類型劃分抽樣層，並根據 PPS 抽樣的方式從抽樣層中選取學校，然後從每個學校中被選取年級中隨機抽取兩個班作為樣本。最終獲得高小有效樣本 2375，初中 3426，高中 3041。問卷設計上，本次研究涵蓋了被調查的學生的人口學資訊，家庭監督情況，生活習慣，物質濫用等多個方面。

考慮到問卷資訊過於豐富，為了減少被訪學生的填答強度，在保留了基本人口學資訊和藥物濫用相關資訊作為公共模組的前提下，製作出 A、B 兩卷。其中 A 卷包含朋友影響、越軌行為等問題，而 B 卷包含生活習慣，心理健康等問題。在發放問卷時，被選班級隨機選擇問卷類型。對本次研究而言，為了研究家庭監督、大麻使用同伴、危險生活方式對大麻使用的作用，我們僅選取了回答 B 卷的個體。最終，在排除無效填答和缺失數據之後，分析的樣本量為 3548。

（二）測量

1.吸食大麻朋友

對於大麻使用朋友而言，本次研究詢問被訪者的朋友中有多少使用過大麻。選項設置從 1 “沒有” 到 5 “全部”。

2.危險生活方式

本次研究使用了三個問題測量危險生活方式。分別是吸煙頻率、飲酒頻率和每週夜晚外出次數。對於吸煙頻率而言，我們將選項編碼為如下形式：0 “沒有吸煙”，1 “每日少於 5 根煙”，2 “每日大於等於 5 根煙”。類似的，我們將飲酒頻率編碼為：0 “沒有飲酒”，1 “1-2 次飲酒”，2 “3 次及以上”。而對於每週夜晚外出次數我們則編碼為：0 “無外出”，1 “兩個小時以內”，2 “大於兩個小時”。最後，我們將編碼後的三個問題予以加總，形成對危險生活方式的測量。

3.大麻接受程度

對大麻使用而言，我們詢問被訪者對偶爾和經常吸食大麻的態度。選項設置從 1 “非常不贊成” 到 5 “非常贊成” 共 5 個選項。兩個問題的均值形成被訪者對大麻的整體的接受程度的測量。

4.家庭監督

本次研究使用兩個問題測量家庭監督，兩個問題分別詢問被訪者每天“獨自在家的時間”以及“沒有成年人監督下度過的時間”。而對兩個問題的回答選項分別從 1 “沒有” 到 6 “4 個小時及以上”。兩個問題的均值反應了被訪者家庭監督的程度。為了讓被操作的概念和實際回答保持方向一致，我們對結果進行了反向編碼，值越高表明家庭監督越強。

5.大麻吸食行為

最後，我們使用一個二分變數測量被訪者是否曾經吸食過大麻。0 代表沒有吸食過，1 代表吸食過。

6.控制變數

年齡，性別和自我控制為本次研究的控制變數。自我控制變數的測量方式來自 Hirschi (2004)。

(三) 研究方法

本次研究使用描述性統計和推論性統計兩種分析方式。首先、我們將對整個樣本中大麻使用的分佈進行簡單描述以瞭解大麻使用的整體情況。其次、我們將對本次研究使用的 3548 樣本的關鍵變數進行描述性統計分析。其三、我們進一步呈現關鍵變數的相關表，從而探究變數之間可能的相關關係。最後、我們將使用路徑分析驗證本次研究的若干假設。考慮到本次研究的因變數大麻使用是二分變數，使用路徑分析時我們將使用 Logistic 回歸估計其他解釋變數對大麻使用的影響，而其他部分則使用傳統的線性回歸分析。Mplus 8.3 將作為路徑分析的主要工具。

四、實證分析結果

為了對澳門青少年整體的大麻使用情況進行一個簡單的瞭解。我們計算了大麻吸食率在性別，年級和出生地上的分佈，見表 1。結果顯示，男性比女性更容易吸食大麻。此外，被訪學生的年級與大麻吸食率也呈正相關關係：高年級學生的大麻吸食率普遍高於低年級學生。最後，出生地與大麻吸食率也存在關聯，出生於澳門、中國內地和香港的被訪學生大麻吸食率比較接近，均在 1% 上下浮動，但是出生於其他地區的被訪學生大麻吸食率高達 6.88%。

表 1 大麻吸食行為的分佈

		百分比	有效樣本
性別	男	0.82%	4628
	女	2.07%	5016
年級	高小	0.62%	2252
	初中	1.14%	3346
	高中	1.90%	3002
	大學	3.32%	1083
出生地	澳門	1.40%	7218
	中國內地	1.13%	1865
	香港	0.95%	315
	其他	6.88%	247

表 2 展示了本次研究 3548 樣本的主要變數的描述性統計結果。根據此表我們可以發現，樣本中 47% 為女性，平均年齡為 13.67 歲。家庭監督和自我控制兩個大麻吸食的保護因素的平均得分處於或接近中間水平。但是，在吸食大麻朋友，危險生活方式和大麻接受程度上被訪者的得分遠遠低於中間水平。而對於本次研究的因變數而言，觀察到僅有約 1% 的被訪者彙報曾經吸食過大麻。

表 2 描述性統計

變數	N	均值	標準差	極小值	極大值
人口學變數					
女性	3,548	0.47	0.50	0	1
年齡	3,548	13.67	2.52	9	21
解釋變數					
吸食大麻朋友	3,548	1.03	0.27	1	5
危險生活方式	3,548	0.92	1.04	0	6
接受大麻	3,548	1.18	0.40	1	4
家庭監督	3,548	3.08	1.54	0	6
自我控制	3,548	3.51	1.84	0	8
因變數					
大麻吸食	3,548	0.01	0.09	0	1

表 3 彙報了主要解釋變數和因變數之間的零階相關情況。可以看到，變數之間的相關係數均達到統計學顯著 ($P < 0.01$)。吸食大麻朋友和危險生活方式不僅與個人的吸食大麻行為呈正相關，也與大麻接受程度呈正相關。與預期一致，大麻接受程度也與大麻吸食呈現顯著的正相關關係。另外，家庭監督既與大麻吸食呈負相關關係也與其他大麻吸食的風險因素呈現負相關關係。

表 3 變數零階相關

變數	1	2	3	4	5	6
1 吸食大麻朋友	1.00					
2 危險生活方式	0.19***	1.00				
3 接受大麻	0.24***	0.16***	1.00			
4 自我控制	-0.06**	-0.20***	-0.15***	1.00		
5 家庭監督	-0.05**	-0.21***	-0.06***	0.24***	1.00	
6 大麻吸食	0.51***	0.22***	0.31***	-0.08***	-0.05**	1.00

注：*, $P < 0.05$; **, $P < 0.01$; ***, $P < 0.001$

為了進一步檢驗本次研究的假設，我們使用了路徑分析以探索大麻使用朋友、危險生活方式和如何通過改變個體的大麻接受程度從而影響大麻吸食行為。如圖 1 所示，大麻使用朋友和危險生活方式一方面提升了大麻接受的程度 ($\beta = 0.23$, $P < 0.001$; $\beta = 0.13$, $P < 0.001$)，另一方面增加了大麻吸食的風險 ($\beta = 0.18$, $P < 0.001$; $\beta = 0.36$, $P < 0.001$)。另外，大麻接受程度與大麻吸食行為也呈現顯著正相關 ($\beta = 0.21$, $P < 0.001$)。最後，家庭監督顯著降低了與吸食大麻朋友的交往 ($\beta = -0.04$, $P < 0.05$) 和危險生活方式 ($\beta = -0.14$, $P < 0.05$)，並通過這兩個變量以及大麻接受程度間接地影響大麻吸食行為。

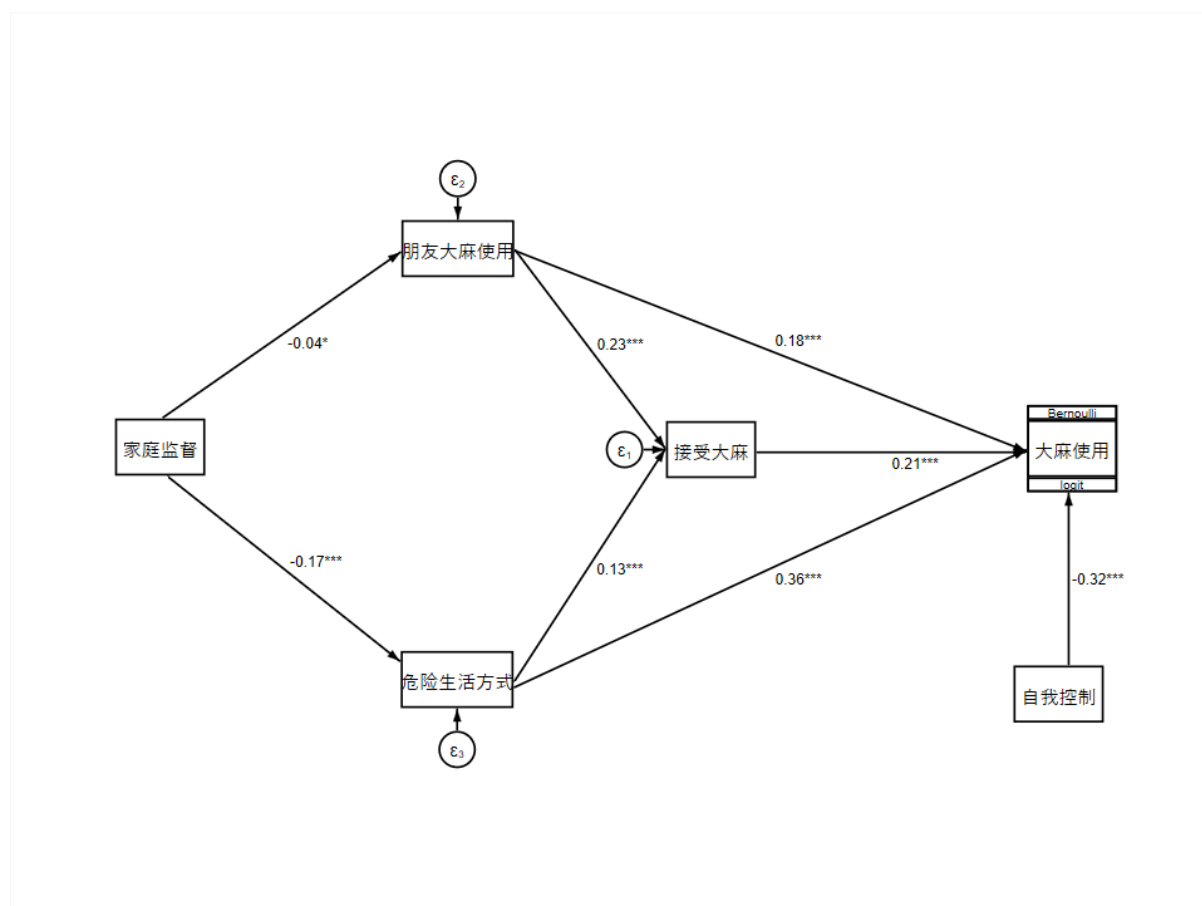


圖 1 路徑分析圖

注：1. 圖中係數為標準化回歸係數。2. *, $P < 0.05$; **, $P < 0.01$; ***, $P < 0.001$

表 4 進一步分解了家庭監督，大麻使用朋友和危險生活方式對大麻吸食行為的直接和間接效應。首先，與吸食大麻朋友的交往不僅能直接提升大麻吸食的風險，而且還能通過影響個體的大麻接受程度，從而間接提高大麻吸食的風險。其次，類似地，危險生活方式不僅直接作用於大麻吸食，也能通過影響個體的大麻接受程度，從而間接提高大麻吸食的風險。最後，家庭監督雖然沒有直接影響大麻使用，但是其效應通過一系列仲介變數最終作用於大麻吸食行為。具體來說，家庭監督可以通過影響大麻使用朋友的接觸和危險生活方式最終作用於大麻吸食行為，不僅如此，由於吸食大麻朋友的交往和危險生活方式均能顯著提升大麻接受的程度。因此，家庭監督還可以進一步通過間接改變大麻接受程度的方式抑制大麻吸食行為。值得一提的是“家庭監督→危險生活方式→大麻吸食”這一路徑解釋了家庭監督對大麻吸食總效應的約 83% ($-0.063/-0.076=82.89\%$) 的變異，因此這條路徑是家庭監督對大麻吸食路徑的主要機制。

表 4 直接、間接和總效應

	β	標準誤	P
大麻使用朋友->大麻吸食			
直接效應	0.180	0.018	0.000
間接效應			
大麻使用朋友->接受大麻->大麻吸食	0.048	0.005	0.000
總效應	0.228	0.018	0.000
危險生活方式->大麻吸食			
直接效應	0.364	0.036	0.000
間接效應			
危險生活方式->接受大麻->大麻吸食	0.028	0.004	0.000
總效應	0.392	0.037	0.000
家庭監督->大麻吸食			
直接效應	-	-	-
間接效應			
家庭監督->大麻使用朋友->大麻吸食	-0.007	0.003	0.019
家庭監督->危險生活方式->大麻吸食	-0.063	0.009	0.000
家庭監督->大麻使用朋友->接受大麻->大麻吸食	-0.002	0.001	0.020
家庭監督->危險生活方式->接受大麻->大麻吸食	-0.005	0.001	0.000
總效應	-0.076	0.011	0.000

注：*, $P < 0.05$; **, $P < 0.01$; ***, $P < 0.001$

五、討論

隨著西方社會大麻合法化的推進，將大麻作為娛樂性物質使用的人越來越多。與此相應，大麻在澳門也變得越來越流行，已成為在學青少年吸食最多的非法藥物（李德等，2015；李德等，2019）。結識使用大麻朋友對青少年大麻濫用行為的影響已得到廣泛的認識，相比之下，關於其他社會及心理因素對大麻使用行為的影響的研究還比較少，這類研究在大中華地區尤其罕見。本研究代表了我們為填補了這一空白做出的努力。通過分析從澳門不同類別的學校中收集的大型數據，本文核實了結識吸食大麻朋友與青少年個人吸食大麻行為的顯著關係，同時也發現個人的危險生活方式、對大麻的接受程度、家庭監督、乃至自我控制能力都可能影響大麻吸食行為。這些知識為全面地瞭解導致澳門青少年的娛樂性吸食大麻的社會和心理機制奠定了一定的基礎。

很多從事藥物濫用防治工作的專業人士早就開始注意大麻的流行，同時也在探討降低大麻濫用行為的策略。我們希望本次研究的結果能夠幫助藥物濫用防治領域中的政府和非政府機構制定有效地降低大麻濫用行為的對策。基於研究中的發現，我們認為預防大麻濫用工作應該盡量提升家長監督在大麻濫用方面所起的抑制作用和減少吸食大麻朋友、危險生活方式、大麻的接受程度對大麻吸食行為所起的促進作用。研究結果顯示，家庭監督通過影響與吸食大麻的朋友交往和危險的生活方式這兩個中介變數來間接地影響青少年大麻吸食行為。而與吸食大麻的朋友的交往和危險生活方式均能顯著提升大麻接受的程度，因此，家長監督還可以進一步通過間接改變大麻接受程度抑制大麻吸食行為。這一發現啟發我們青少年大麻濫用的預防需要從家庭著手，開設一些家庭教育課程，提高家長對青少

年交友、生活方式監督的意識。良好的家庭監督對青少年交友的狀況、生活方式的選擇有重要影響，而這些因素不僅可能減少青少年對大麻的接受程度，而且可能直接或間接地降低青少年吸食大麻的概率。

值得一提的是“家庭監督->危險生活方式->大麻吸食”這一路徑是家庭監督對大麻吸食路徑的主要機制，解釋了家庭監督對大麻使用總效應的約 83% 的變異，這說明危險的生活方式對家庭監督和青少年大麻使用起到了主要的中介作用。家庭監督主要是通過影響青少年的生活方式來間接影響其大麻的使用。鑒於此，家長監督應著重放在對青少年生活方式的監督上，盡量避免青少年選擇危險性的生活方式，如：減少夜晚外出、抽煙、飲酒行為，從而可以減少其吸食大麻的可能性。

另外也應該看到，家長監督並非影響青少年社交和生活方式的唯一的社會機制，社區和學校對青少年的社交網絡的建立和生活方式的形成也能起到重要的影響。因著重點不同，本文沒有具體測量社區和學校項目的影響。但在制定大麻濫用的政策和策略時，有關機構也應該充分利用社區和學校的作用，在這些領域中開展的相應的預防活動，全方位地幫助青少年減少與吸食大麻人士的接觸、遠離不健康或危險的生活方式，以此降低他們濫用大麻的可能性。

本研究也有一些不足之处，由于此研究采用的是橫向設計，所以無法證實文章中的關係是否為因果關係；第二，本次研究的樣本僅限於澳門地區的在學青少年，研究結果是否能推論至澳門的所有青少年群體還有待進一步的探索。

參考文獻

- 澳門社工局 (2018)。澳門藥物濫用者中央登記系統 2018 年報告。來自：
http://www.antidrugsgov.mo/anti/web/cn/downloads/cr_report_2018.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 年調查報告》，澳門：澳門大學。
- 李德、熊若杉、蔡天驥、夏一巍、劉子瑄、王殿璽、盧思靜、李傑楠 (2019)。《澳門在學青少年與藥物：2018 年調查報告》，澳門：亞洲藥物濫用研究學會。
- Abar, C., & Turrisi, R. (2008). How important are parents during the college years? A longitudinal perspective of indirect influences parents yield on their college teens' alcohol use. *Addictive Behaviors*, 33, 1360-1368.
- Barnes, G. M., Welte, J. W., & Hoffman, J. H. (2002). Relationship of alcohol use to delinquency and illicit drug use in adolescents: Gender, age, and racial/ethnic differences. *Journal of Drug Issues*, 32, 153-178.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental psychology*, 4, 1.
- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *The Journal of Early Adolescence*, 11, 56-95.
- Baumrind, D. (2005). Patterns of parental authority and adolescent autonomy. *New directions for child and adolescent development*, 2005, 61-69.
- Becker, H. S. (1953). Becoming a marihuana user. *The American Journal of Sociology*, 59(3), 235-243.
- Brook, J. S., Brook, D. W., De La Rosa, M., Duque, L. F., Rodriguez, E., Montoya, I. D., & Whiteman, M. (1998). Pathways to marijuana use among adolescents: Cultural/ecological, family, peer, and personality influences. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 759-766.
- Dishion, T. J., & Loeber, R. (1985). Adolescent marijuana and alcohol use: The role of parents and peers revisited. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 11, 11-25.
- Dishion, T., Capaldi, D., Spracklen, K., & Li, F. (1995). Peer ecology of male adolescent drug use. *Development and Psychopathology*, 7, 803-824.
- Forehand, R., Miller, K., Dutra, R., & Chance, M. (1997). Role of parenting in adolescent deviant behavior. Replication across and within two ethnic groups. *Journal of Consulting and Clinical*

- Psychology*, 65, 1036–1041.
- Hoffmann, J. (1995). The effects of family structure and family relations on adolescent marijuana use. *Addiction*, 30(10), 1207–1241.
- Gallupe, O., & Bouchard, M. (2013). Adolescent parties and substance use: A situational approach to peer influence. *Journal of Criminal Justice*, 41, 162–171.
- Jacobus, J., Bava, S., Cohen-Zion, M., Mahmood, O., & Tapert, S. F. (2009). Functional consequences of marijuana use in adolescents. *Pharmacology, Biochemistry, and Behavior*, 92, 559–565.
- Keyes, K., Schulenberg, J. E., O'Malley, P., Johnston, L. D., Bachman, J. J., Li, G., & Hasin, D. The social norms of birth cohorts and adolescent marijuana use in the United States, 1976–2007. *Addiction*, 106(10), 1790–1800.
- Kreager, D.A., & Haynie, D.L. (2011). Dangerous liaisons? Dating and drinking diffusion in adolescent peer networks. *American Sociological Review*, 76, 737–763.
- Larzelere, R. E., & Patterson, G. R. (1990). Parental management: Mediator of the effect of socioeconomic status on early delinquency. *Criminology*, 28, 301–324.
- Li, S. (2011). The religious context of parenting, family processes, and alcohol use in early adolescence. *Journal of Drug Issues*, 41, 619–648.
- Macao Statistics and Census Service. (2019). Yearbook of statistics 2018. Macao, China: Government of Macao Special Administration Region Statistics and Census Service.
- Mason, W. A., Russo, M. J., Chmelka, M. B., Herrenkohl, R. C., & Herrenkohl, T. I. (2017). Parent and peer pathways linking childhood experiences of abuse with marijuana use in adolescence and adulthood. *Addictive Behaviors*, 66, 70–75.
- Mounts, N. S. (2002). Parental management of adolescent peer relationships in context: The role of parenting style. *Journal of Family Psychology*, 16, 58–69.
- Pardini, D. A., Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (2005). Developmental shifts in parent and peer influences on boys' beliefs about delinquent behavior. *Journal of Research on Adolescence*, 15, 299–323.
- Pierce, J., Schmidt, C., & Stoddard, S. A. (2015). The role of feared possible selves in the relationship between peer influence and delinquency. *Journal of Adolescence*, 38, 17–26.
- Sanchagrin, K., Heimer, K., & Paik, A. (2014). Adolescent delinquency, drinking, and smoking: Does the gender of friends matter? *Youth & Society*, 49, 805–826.
- See, S. G. (2016). Parental supervision and adolescent risky behaviors. *Review of Economics of the Household*, 14, 185–206.
- Stuart, E. A., & Green, K. M. (2008). Using full matching to estimate causal effects in nonexperimental studies: Examining the relationship between adolescent marijuana use and adult outcomes. *Developmental Psychology*, 44, 395–406.
- Sutherland, E. H. (1947). *Principles of criminology* (4th ed.). Chicago: J. B. Lippincott.
- Sutherland, E. H., & Cressey, D. R. (1955). *Principles of criminology* (5th ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Urberg, K. A., Luo, Q., Pilgrim, C., & Degirmencioglu, S. M. (2003). A two-stage model of peer influence in adolescent substance use: Individual and relationship-specific differences in susceptibility to influence. *Addictive Behaviors*, 28, 1243–1256.
- Van Ryzin, M., Fosco, G., & Dishion, G. (2012). Family and peer predictors of substance use from early adolescence to early adulthood: An 11-year prospective analysis. *Addictive Behaviors*, 37, 1314–1324.
- Wang, Y., Tian, L., & Huebner, E. S. (2019). Parental control and Chinese adolescent smoking and drinking: The mediating role of refusal self-efficacy and the moderating role of sensation seeking. *Children and Youth Services Review*, 102, 63–72.

澳門常見藥物濫用的識別評估和急診處理

李文俊、何澄幫（澳門鏡湖醫院）

【摘要】

目的: 探討澳門地區常見藥物濫用的情況、藥物種類、臨床表現特點、早期識別評估及急診初步處理。**方法:** 通過搜集國內外文獻數據、澳門禁毒網資料，以及結合近年在澳門鏡湖醫院急診室有關可能存在藥物濫用病例的臨床類型和特點，進行回顧分析和探討總結。**結果:** 通過本次分析發現近年來藥物濫用問題日益嚴重，特別是青少年吸毒人數較以往有逐漸上升趨勢。濫用藥物種類多樣化，新型毒品已漸漸取代傳統毒品。不同種類的藥物濫用臨床表現上各有特點，，潛在後果嚴重。研究亦發現近年濫藥情況呈隱蔽化，加上普遍前線臨床醫護人員對藥物濫用者缺乏警惕性，對早期辨識濫藥者和防治濫用毒品知識有所不足，導致臨床工作中較難早期發現有藥物濫用習慣人士並給予適當轉介輔導及醫療跟進。**結論:** 藥物濫用和吸煙飲酒潮流越來越普及化、低齡化，對個人自身、朋輩、家庭及整個社會各階層都會造成嚴重不良的影響。大部份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，造成青少年濫藥者往往輕視毒品對身體器官機能和精神健康影響，亦誤信少量吸食毒品可自我控制而不會染上毒癮的歪理。前線臨床醫護人員和家庭醫生，都應要需俱備藥物濫用及依賴的相關知識，認識各類濫用藥物患者的臨床表現和特點，提高早期辨識濫藥人士和臨床治療處理的能力。目標希望為濫藥者能做到「預防為先、盡早發現、及早介入、減低傷害、盡早接受適當治療」。

【關鍵字】 藥物濫用; 臨床表現特點; 早期識別評估;

藥物濫用對社會的影響

藥物濫用為全球性社會問題，根據 2018 年世界毒品問題報告顯示，2016 年全世界大約有 2.75 億人至少使用過一次毒品，約占全球 15 至 64 歲人口的 5.6%。據世衛組織報告，2015 年大約有 450,000 人因吸毒死亡。在這些死亡病例中，有 167,750 例與吸毒病症直接相關（主要是吸毒過量）。其餘死亡與吸毒間接相關，包括因不安全注射做法而感染愛滋病毒和丙型肝炎所致死亡。^[1]現在社會上由於各種各樣複雜的原因，包括焦慮抑鬱、工作壓力、混亂家庭環境、兒女缺乏關愛、網絡潮流、朋輩影響、社交應對能力等等，人們開始濫用酒精、煙草、藥物、甚至是毒品等物質，特別是青少年濫藥人數有上升趨勢，我院急症室同事在臨床工作中亦間中會接觸到上述懷疑有濫藥習慣相關人士求診，藥物濫用、酗酒及吸毒會對精神心理及身體健康造成直接損害，影響判斷感知力及行為自主控制能力，亦會和意外傷害、自殺行為、婦幼健康、癌症率、死亡、肝炎及愛滋病傳染散播等有密切相關性。此外，部份酗酒及濫藥人士更會參與盜竊犯罪、販毒、家庭暴力和性侵犯等罪行，有研究顯示藥物濫用者參與非法活動的可能性是不濫用酒精或其他毒品的人的 18 倍，許多暴力犯罪與影響思維方式的毒品作用有關，超過 75%強姦案件與毒品或酒精的影響有關。^[2]這都將會嚴重危害社會安定及損害社會經濟發展，最終被送往監獄服刑而導致前途盡毀。顯然若此情況未能遏制而進

一步惡化，我們的社會將會付出了巨大沉重的代價和承擔高昂的社會成本。

澳門地區常見藥物濫用的情況、藥物種類、臨床表現特點

近年來國際社會濫用毒品資料中顯示使用海洛因、可卡因等藥物的情況有所減少，但使用其他藥物如大麻、甲基安非他命（冰）和迷幻劑類藥物的情況有所增加，而處方藥的非醫療使用也日益增加。根據“澳門藥物濫用者中央登記系統”資料顯示，2017 年整體呈報的濫藥人數為 462 人，按人次統計，吸毒者濫用最多的毒品為冰毒，佔 35.1%；21 歲以下吸毒青少年中，吸食甲基苯丙胺(冰毒)的比例達到 52.2%。數據顯示冰毒是本澳最常被濫用的毒品。司法警察局在常見毒品送檢個案亦以冰毒為主，佔全年總個案數量的 44.9%，其次為氯胺酮及可卡因，分別為 14.7%及 13.8%。自 2015 年起，冰毒、氯胺酮及可卡因連續三年成為本澳送檢個案數量首三位。2017 年檢獲大麻草的數量亦有大幅上升，新型毒品方面，送檢個案中發現有包括咖啡粉(或稱“開心粉”)、卡西酮的衍生物，以及手卷煙包裝內含合成大麻素類物質。^[3]

澳門地區常見藥物濫用主要有以下幾類：^[4]

- 1) 甲基安非他命（也稱為冰）：甲基安非他命是一種強有力的興奮劑，可增加警覺性，降低食慾，並帶來愉悅感。亦會導致脫水、筋疲力盡、失眠、抑鬱、心臟及腎臟衰竭、中毒性精神病，出現幻覺或妄想。戒斷經常導致抑鬱，腹部痙攣和食慾增加。其他長期影響包括偏執，幻覺，體重減輕，牙齒破壞和心臟損傷。
- 2) 氯胺酮（也稱為 K 仔）：這是一種可以口服或注射的麻醉劑。氯胺酮（Ketalar）會損害記憶力和注意力。表現為說話迷糊、記憶力衰退、較高劑量可導致健忘症，偏執和幻覺，抑鬱、肺部及心臟機能受損，會形成耐藥性及心理依賴。
- 3) 可卡因（也稱為 可樂，可可精）：是一種強有力的興奮劑，可以吸食或注射使用，帶來愉悅感和提高警覺性。亦會導致激動不安、被迫害感覺、幻覺、幻聽、感覺扭曲、嚴重抑鬱、情緒偏執、影響記憶力、破壞鼻腔組織、心臟衰竭或中風、心律不齊和甚至死亡。
- 4) 大麻（又稱為 草）：屬於迷幻劑的一種。近年吸食大麻人數亦有上升趨勢，大麻煙霧內含有的四氫大麻酚（THC）會刺激肺部，帶來放鬆和愉悅感，亦可導致記憶受損和舉止失常、判斷力失準、內分泌紊亂、支氣管炎、結膜炎、譫妄、癲癇發作或中風等。
- 5) 海洛因（也稱為 白粉）：屬於麻醉鎮痛劑，帶來的影響包括嗜睡、愉悅感和呼吸減慢。戒斷可能很激烈，可能包括嘔吐、腹部絞痛、腹瀉、精神錯亂、疼痛和出汗。過量可能導致呼吸減少到呼吸停止和死亡。由於海洛因通常是用針筒注射的，因此使用該藥會引發其他健康並發症，包括心臟瓣膜病變、破傷風和肉毒桿菌中毒、以及愛滋病毒或肝炎等感染風險。
- 6) 鎮靜劑系列：安定 Diazepam(Valium)、咪達唑侖（藍精靈）Midazolam(Dormicum)、三唑侖(白瓜子)Triazolam、氟硝西泮(十字架)Flunitrazepam(Rohypnol)

- 7) 止咳藥 Cough Medicine：可待因(止咳水)Codeine，可導致成癮，壓抑呼吸、便秘、食慾不振、暈眩和中毒性精神病等。
- 8) 有機溶劑 Organic Solvents (膠水、天拿水、打火機油)：可導致昏昏欲睡、知覺受損、失去協調及判斷力、壓抑呼吸及腦部受損。
- 9) 酒精 Alcohol(含酒精類飲品如：啤酒、香檳、葡萄酒、白蘭地、威士忌等)
酒精過量會抑制大腦，令人反應緩慢、四肢動作不協調、判斷力失準，甚至昏迷。長期濫用會導致酒精中毒及成癮，令肝臟、腦部及心臟機能受損。酒精的戒斷症狀可導致焦慮、心律不齊、震顫、癲癇發作和幻覺。酒精濫用亦是肝衰竭、消化道出血及胃癌的最常見原因。

藥物濫用的早期識別評估及急診處理

目前社會在防治藥物濫用的工作上，關鍵是以「預防為先，盡早識別、及早介入、減低傷害、盡早接受適當治療」。絕大部份濫藥人士都不會主動向他人表示有藥物濫用習慣，而且吸食毒品場所亦都較為隱蔽，一般普通外人是難以識別，但其身邊的親密朋友和家庭成員可能是最先識別出其有藥物濫用跡象的人群，能在生活中發現濫藥人士有以下的特征，例如：放棄過去喜愛的活動、經常與新相識朋友一起出去玩、成績突然下降、結膜充血、言語混亂、健忘、情緒煩躁或行為發生重大變化、經常感覺沮喪、自殺念頭或行動自私、經常表示貴重物品遺失、經常說謊並要求借錢、頻繁宿醉、酒後駕車、停學曠課、房間除臭劑和熏香的使用、吸毒用具（如袋子，小盒子，管子和捲紙）等。^[2]

大部分藥物濫用者會因濫用藥物衍生的健康及精神問題前往醫療系統就醫，此時醫護人員是發現藥物濫用者的最好時機，在日常醫院運作中，濫用藥物到急症室求診的病人並不罕見，根據香港某研究資料指出，8248 位急症患者接受問卷篩查，76 人（0.9%）表示曾經有藥物濫用情況，其中 35 人被篩選出來發現有中度或以上的藥物濫用問題。^[5]但實際中若果濫藥者並沒有主動公開他們濫藥病史的話，急診臨床前線醫護人員要在短暫就診期間內早期辨識出來會面對一定困難。根據國內外臨床經驗及資料發現病人以「不明原因意識改變或抽搐癲癇發作」或「創傷」為主因到急症室求診者，或者出現以下相關症狀者，包括有：頭暈、欣快感、混亂或幻覺、持續悲傷或抑鬱感覺、精神錯亂、自殘行為或傷害他人、心悸、心跳加快、呼吸困難、肢體麻木震顫、皮膚感覺異常、虛弱、四肢動作不協調、嚴重腹痛、排尿困難、異常膀胱刺激、行為異常、結膜充血、皮膚異常抓痕及瘡疤等，前線醫生均需要考慮患者懷疑存在有藥物濫用情況，必須進行尿液麻毒藥物檢驗以作排除診斷，其中以 18 至 40 歲年齡群組的男性患者更為多見^[2]。上述有關涉及吸食毒品的急診求診病人在我院急症室中來說屬於極少數，曾經有個別案例到急症室以不同痛症作借口要求醫生注射阿片類止痛藥(度冷丁 Dolantin、嗎啡 Morphine)。在我院急症室較常見的個案主要是藥物濫用和酒精濫用，根據我院急症室就診的中毒個案資料統計分析，個案平均年齡在 31 歲±15 歲；濫用藥物中毒的佔 53%，其中涉及毒品的佔 12%，其次是酒精中毒的佔 18.2%，這兩類個案已佔我院急診中毒個案的 70%以上。^[8]我院較常見的藥物濫用個案是使用鎮靜類藥物的自殺患者，服食安定 Diazepam、阿普唑侖 Xanax、白瓜子 Triazolam、唑吡坦 Stilnox 等安眠藥，濫藥者多以中青年女性為主，部份伴有精神心理性疾

洗胃、胃管內注入活性炭吸附、對症支持治療等，若病情嚴重或陷入昏迷，需行氣管插管作呼吸支持，避免嘔吐物誤吸發生，同時轉入 ICU 監護及血液淨化治療。根據我院急診室統計數字顯示，另一類較常見是與濫用酒精相關的個案，每年約有 100 例左右，多以青壯年男性為主，往往常伴隨著外傷跌倒、暴力打鬥、醉酒駕駛等因素，小部份甚至同時合併有吸食毒品。根據國外文獻資料顯示因意外受傷事件到急診就診的人數中，使用濫用藥物比例可能高達 30-40%。^[6]而因打鬥而受傷在急診室接受治療的人員中，高達 75% 的患者可能涉及飲酒或麻毒藥檢測呈陽性反應，酒精與有意和無意傷害密切相關。調查亦發現將近 70% 的 18 歲青少年承認曾經至少喝過一杯酒精類飲品，大約 8% 青少年們承認曾有喝酒後開車，飲酒亦會增加暴力傾向、不安全性行為和其他危險行為的風險，同時影響正在成長的青少年的大腦發育。^[2]有鑒於此，澳門社工局與澳門基督教新生命團契在 2019 年 6 月合辦國際禁毒日的首項大型活動「酒出成癮」禁毒專業交流會，探討酒精成癮、酒精合併使用毒品的危害性，通過結合政府部門和專業團體、以及跨專業協作和聯合社會力量，共同應對及關注酒精成癮帶來的危害，從而提升業界處理酒精成癮問題的知識和能力。

總結

飲酒及毒品潮流越來越普及化、低齡化趨勢，政府未來應加強對青少年就有關酒精及毒品危害的社區宣傳，要讓年輕人真正了解毒品對身體造成的嚴重危害後果，繼續加強透過與學校和社區服務團體合作，展開講座和心理輔導活動，引導青年人積極尋求正向人生觀，建立良好生活習慣。不過，最重要的核心環節還是家庭教育，作為家長更要以身作則，堅決遠離酒精和毒品，關心和留意子女的生活行為，增加與子女之間的溝通，多與孩子談論毒品和酒精的危害。

毒品的防治絕對是預防勝於治療，期望目標做到「預防為先、盡早發現、及早介入、減低傷害、盡早接受適當治療」。根據《2015 年澳門醫護人員對藥物濫用的認知情況調查》顯示，發現普遍前線醫護人員對藥物濫用基礎知識薄弱、對藥濫者缺乏警惕性、亦對藥濫者的轉介機制了解不足，亦期望澳門政府未來能加大社區藥物濫用防治的宣傳力度，繼續加強對前線醫護人員及私家醫生有關藥物濫用防治的培訓，提高醫護人員對藥物濫用者的警惕性、在臨床工作中早期辨識出懷疑濫用藥物人士，並能及時正確提供適當處理和轉介社工及相關戒毒部門，儘早接受戒毒及康復治療服務，協助藥物濫用人士走出困境及重返社會，發展正向生活，從而減少藥物濫用對個人及社會的危害。最後，期望通過各方面藥物濫用的防治環節，努力營造健康無毒的社區環境。

參考文獻

- [1] 2018 年世界毒品問題報告, 聯合國毒品和犯罪問題辦公室
- [2] Roxanne Dryden-Edwards, MD: Substance Abuse
- [3] 2017 年澳門禁毒報告書, 澳門特別行政區社會工作局
- [4] 澳門禁毒網 www.antidrugs.gov.mo
- [5] 香港急診科患者中識別隱蔽的危害精神毒品吸食者行政摘要
- [6] 陳文鍾: 藥物濫用在急診-建立濫用藥物警示通報系統, 國立台灣大學
- [7] 2015 年澳門醫護人員對藥物濫用的認知情況調查
- [8] 澳門鏡湖醫院急診中毒患者 181 例流行病學分析

氯胺酮滥用者和苯丙胺类兴奋剂滥用者 社会人口学特征及毒品使用特征比较

范妮、安丽娜(广州医科大学附属脑科医院)

曾莞勇(广州白云自愿戒毒医院)

何红波、张敏玲、宁玉萍、周燕玲、欧玉芬、柯晓殷
(广州医科大学附属脑科医院)

【摘要】

目的: 调查和比较氯胺酮滥用者和苯丙胺类兴奋剂滥用者的社会人口学特征和毒品滥用情况。**方法:** 使用病例报告表采集氯胺酮滥用者和苯丙胺类兴奋剂滥用者的社会人口学特征和毒品滥用情况。**结果:** 对 319 名氯胺酮滥用者和 294 名苯丙胺类兴奋剂滥用者比较分析显示, 氯胺酮滥用者的年龄更年轻, 吸食持续时间更长、使用剂量和频率更高。氯胺酮滥用者受教育的程度也更高, 更多人有工作。**结论:** 氯胺酮滥用者有更严重的毒品滥用问题, 但引起社交/功能障碍的证据却不足。这种差异提示需要关注不同毒品和吸食剂量对功能的影响。

【关键词】 氯胺酮; 苯丙胺类兴奋剂; 社会人口学特征; 毒品使用特征

Profiling the Socio-Demographic and Drug Use Characteristics of Ketamine Users and Amphetamine Type Stimulants Users

【Abstract】

Objective: This study aimed to investigate and compare the socio-demographic and drug use characteristics of ketamine users and users of amphetamine-type stimulants (ATS). **Method:** A case report form (CRF) was used to collect information about socio-demographic characteristics and patterns of drug use. **Results:** Data from 319 ketamine users and 294 ATS users showed ketamine users were younger but with more lifetime years of drug use, used higher doses of their drug and more frequent drug use. They were nevertheless better educated and less likely to be unemployed. **Conclusions:** The results suggested that ketamine users had more severe drug problems but less evidence of social/functional impairment. This discrepancy raises questions about impact of drug choice and intensity of use on functioning.

【Key words】 Ketamine; Amphetamine-type stimulants; Socio-demographics; Drug use characteristics

1. 背景

在中国传统阿片类毒品滥用在很大程度上得到了控制, 但新型毒品的出现却带来了更多的问题^[1]。自 20 世纪 90 年代以来, 随着几种新型毒品的出现, 毒品滥用控制有了更大的挑战^{[2, 3][4]}。新型毒品主要包括苯丙胺类兴奋剂 (ATS) 和氯胺酮。2016 年数据显示吸毒人群中有 54.8% 的吸毒者吸食新型毒品, 其中吸食 ATS 者占 87.4%, 吸食氯胺酮者占 4.5%^[5]。

尽管人们对新型毒品的关注有所增加, 但对氯胺酮依赖者和 ATS 依赖者社会人口学特征和毒品使用特征的差异了解甚少。我们通过探讨氯胺酮依赖者和 ATS

依赖者的人群特征和毒品使用特征，以期找出反映使用这些毒品的内在行为后果和社会背景的差异，以期为更好防治这些毒品滥用提供依据。

2. 对象与方法

2.1 样本及数据采集

被试来自广州市白云自愿戒毒医院和广州市脑科医院物质依赖科住院治疗的氯胺酮依赖者和 ATS 依赖者。用资料收集表 (CRF)，记录社会人口学和毒品使用特征。入组标准：(1) 自愿到以上医院住院治疗；(2) 诊断符合美国精神障碍诊断与统计手册第 4 版 (DSM-IV-TR) 物质依赖的诊断标准，除氯胺酮或 ATS 以外，没有其他物质依赖(烟草除外)；3) 被试者使用氯胺酮或 ATS 超过 6 个月；排除标准：(1) 有其他精神和神经系统疾病；(2) 有任何器质性疾病和严重躯体疾病。该研究获得伦理委员会批准，被试者签署书面知情同意书。

2.2 社会人口学特征及毒品使用情况

采用 CRF 表记录被试社会人口学特征，包括性别、种族、年龄、婚姻状况、与父母/配偶的关系、受教育年限和就业情况。毒品使用情况包括首次使用毒品的年龄、毒品使用的持续时间、平均每日吸食剂量、每周使用的频率、合并使用香烟和酒精以及其他多种成瘾物质的情况。

2.3 数据分析

采用 SPSS 18.0 统计软件进行统计分析。采用 t 检验对两组滥用者的年龄和受教育年限进行比较。毒品使用特征不符合正态分布，采用非参数检验进行数据分析。计数资料采用卡方检验和 Bonferroni 事后检验。

3. 结果

3.1 氯胺酮滥用者和 ATS 滥用者的社会人口学特征

共入组氯胺酮滥用者 319 名及 ATS 滥用者 294 名。其社会人口学特征见表 1。氯胺酮和 ATS 的滥用者多为男性，氯胺酮滥用者较 ATS 滥用者年轻，差异有显著性($t = -3.004$, $p = 0.003$)。与 ATS 滥用者相比，氯胺酮滥用者受教育程度更高，受教育年限更长($t = 3.758$, $p < 0.001$)。氯胺酮滥用者与 ATS 滥用者两组间的婚姻状况有显著差异($\chi^2 = 7.047$, $p = 0.029$)。氯胺酮滥用者的就业率明显高于 ATS 滥用者($\chi^2 = 6.394$, $p = 0.011$)。

表 1. 氯胺酮滥用者和 ATS 滥用者的人口学特征

	氯胺酮滥用者 (n=319)	ATS 滥用者 (n=294)	t/ χ^2	p
性别, n(%)			1.026	0.311
男	299(93.7%)	281(95.6%)		
女	20(6.3%)	13(4.4%)		
年龄 (岁)	26.68 $\pm$ 5.0	27.99 $\pm$ 5.78	-3.004	0.003
受教育年限 (年)	10.57 $\pm$ 2.75	9.74 $\pm$ 2.73	3.758	<0.001
受教育程度, n(%)				
文盲	1(0.3%)	—		
小学	17(5.3%)	34(11.7%)		
初中	127(39.9%)	133(45.7%)		
高中/中专/技校	120(37.1%)	95(32.6%)		
大专/高职	41(12.9%)	22(7.6%)		
本科	12(3.8%)	7(2.4%)		

民族, n(%)			0.519	0.471
汉族	315(98.7%)	292(99.3%)		
其他	4(1.3%)	2(0.7%)		
婚姻状况, n(%)			7.047	0.029
未婚	167(52.5%)	127(43.5%)		
已婚	140(44.0%)	145(49.7%)		
其他(离异、再婚)	11(3.5%)	20(6.8%)		
工作情况, n(%)			6.394	0.011
无业	78(24.7%)	99(34.0%)		
有工作	238(75.3%)	192(66.0%)		
企事业单位的行政管理	30(9.5%)	11(3.8%)		
干部及办事人员				
专业技术人员	11(3.5%)	7(2.4%)		
个体经营	100(31.6%)	72(24.7%)		
娱乐场所从业	2(0.6%)	—		
交通运输人员	11(3.5%)	20(6.9%)		
自由职业	6(1.9%)	5(1.7%)		
企事业单位职工	44(13.9%)	68(23.4%)		
农民、临时工	3(0.9%)	5(1.7%)		
在读学生	4(1.3%)	—		
家庭主妇	2(0.6%)	1(0.3%)		
其他	25(7.9%)	3(1.0%)		

3.2 氯胺酮滥用者和 ATS 滥用者的毒品使用特征

如表 2 所示, 氯胺酮滥用者首次吸食氯胺酮的平均年龄明显小于 ATS 滥用者首次吸食 ATS 的平均年龄($P<0.001$)。氯胺酮组吸食毒品时间比 ATS 组更长($P<0.001$), 每天吸食氯胺酮的平均剂量和使用频率明显高于 ATS 组($p<0.001$)。与 ATS 滥用者相比, 有更多的氯胺酮滥用者合并吸食除氯胺酮以外的其他成瘾物质($\chi^2 = 47.394$, $p < 0.001$)。

表 2. 氯胺酮滥用者和 ATS 滥用者的毒品使用情况

	氯胺酮滥用者 (n=319)	ATS 滥用者 (n=294)	Z/ χ^2	p
首次吸食毒品年龄 (岁)	20.05 ± 5.00	23.71 ± 6.00	-8.077	<0.001
吸食毒品时间 (月) ^a	83.17 ± 40.49	52.23 ± 37.49	-9.356	<0.001
平均每天吸食剂量 (g)	3.04 ± 2.35	0.75 ± 0.78	-16.026	<0.001
每周吸食毒品的频率 ^b	6.04 ± 1.71	5.08 ± 2.29	-5.281	<0.001
吸烟情况			1.083	0.298
经常吸烟 ^c	293(92.4%)	276(94.5%)		
不经常吸烟 ^d	24(7.6%)	16(5.5%)		
饮酒情况			0.475	0.491
经常饮酒 ^e	91(28.7%)	76(26.2%)		
不经常饮酒 ^f	226(71.3%)	214(73.8%)		
使用其他精神活性物质情况 ^g			47.394	<0.001
从未合并使用其他毒品	112(35.1%)	185(62.9%)		
合并使用多种毒品	207(64.9%)	109(37.1%)		
氯胺酮	—	64(21.8%)		
甲基苯丙胺 (冰毒)	81(25.4%)	—		
3,4-亚甲二氧基甲基苯丙胺	174(54.5%)	—		
可待因	37(11.6%)	21(7.1%)		
海洛因	7(2.2%)	19(6.5%)		
大麻	57(17.9%)	10(3.4%)		
可卡因	6(1.9%)	1(0.3%)		

计量资料以均数 ± SD 表示; 计数资料以病例数 (%)表示。

^a 从第一次使用毒品到现在总共多少个月。

- ^b 最近一个月使用毒品的频率。
- ^c 每周吸烟不少于 3 天。
- ^d 包括戒烟、每周吸烟少于三天和从不吸烟。
- ^e 每周饮酒不少于 1 次。
- ^f 包括戒酒、每周饮酒少于 1 次和从不饮酒。
- ^g 使用其他精神活性物质，烟酒除外。

3.3 氯胺酮滥用者与 ATS 滥用者的社会家庭关系特征

如表 3 所示，与氯胺酮滥用者相比更多 ATS 滥用者独居 ($x^2 = 8.748$, $p=0.003$)。两组滥用者与父母的关系差异有统计学意义($x^2 = 7.699$, $p= 0.021$)，Bonferroni 事后检验显示，更多的氯胺酮滥用者与父母关系一般 ($p=0.011<0.05/3$)。两组间与配偶、兄弟姐妹的关系无显著性差异($p >0.05$)。

表 3.氯胺酮滥用者与 ATS 滥用者的社会家庭关系特征

	氯胺酮滥用者 (n=319)	ATS 滥用者 (n=294)	x^2	p
独自居住			8.748	0.003
是	14(4.4%)	31(10.7%)		
否	304(95.6%)	259(89.3%)		
与父母居住	167(52.5%)	110(37.9%)		
与兄弟姐妹居住	4(1.3%)	5(2.1%)		
与配偶居住	121(38.1%)	127(43.8%)		
与朋友居住	7(2.2%)	12(4.1%)		
其他	5(1.6%)	4(1.4%)		
与父母的关系			7.699	0.021
好	213(67.8%)	214(73.8%)		
一般	86(27.4%)	54(18.6%)		
差	15(4.8%)	22(7.6%)		
与配偶的关系			1.136	0.567
好	99(69.2%)	110(73.8%)		
一般	31(21.7%)	25(16.8%)		
差	13(9.1%)	14(9.4%)		
与兄弟姐妹的关系			0.287	0.866
好	206(78.6%)	190(79.2%)		
一般	50(19.1%)	43(17.9%)		
差	6(2.3%)	7(2.9%)		

4. 讨论

我们的研究显示，氯胺酮滥用者和 ATS 滥用者的多为受教育程度较低的年轻男性。与 ATS 滥用者相比，氯胺酮滥用者更年轻，且吸食毒品时间更长，吸食毒品剂量更高，更频繁。但是，氯胺酮滥用者的受教育程度更高，失业率则更低。

我们发现氯胺酮和 ATS 的滥用者主要是受教育程度较低的年轻人，这与之前的研究结果一致^[5, 6]。传统阿片类毒品滥用者的年龄一般在 40 岁以上，未婚，无工作，新型毒品的滥用者往往更年轻化^[6, 7]。有研究表明，初次接触毒品的年龄阶段通常在青春期和成年早期^[5]。我们的研究显示，首次吸食氯胺酮和 ATS 的平均年龄都在 25 岁以下。当停止吸食毒品后，患者会出现焦虑、手抖、出汗、渴求等症状，但相对无严重的躯体戒断症状^[8, 9]。由于没有明显的躯体戒断症状，人们便更加倾向于使用新型毒品，认为是一种时尚的生活方式，追求梦幻般的状态^[9-11]。

我们发现氯胺酮滥用者首次吸食毒品的年龄比 ATS 滥用者更年轻, 而且他们吸食氯胺酮的时间更长。氯胺酮首次吸食年龄主要在 20 岁以下, 而 ATS 首次吸食年龄集中在 21-40 岁, 这与之前的一些研究结果一致^[12]。然而也有研究发现, 人们首次使用的毒品种类更倾向于摇头丸, 其次是氯胺酮, 然后是甲基苯丙胺^[13]。因此, 我们应针对青少年人群, 加强宣教, 控制和减少年轻人群 ATS 和氯胺酮使用。

我们的结果显示, 有一半以上的氯胺酮和 ATS 滥用者有工作。这与之前的 62.8% 的新型毒品吸毒人员没有工作的报告不一致^[5]。部分原因可能是因为我们的研究对象都是住院患者而造成的偏倚。值得关注的是, 我们发现氯胺酮滥用者吸食氯胺酮的时间更长、剂量更高, 但他们的就业率却比 ATS 滥用者高, 这表明氯胺酮滥用者的社会功能相对较好。这种差异提示需要关注和研究毒品选择和吸食剂量对社会功能影响的问题。

与 ATS 滥用者相比, 氯胺酮滥用者受教育程度较高。人们误认为吸食氯胺酮不会导致上瘾, 一部分较高受教育程度的人吸食氯胺酮, 这可能是造成两组间差异的原因^[12]。因此, 要加强毒品知识的宣讲, 提高公众对吸食氯胺酮危害的认识。

氯胺酮滥用者每日吸食氯胺酮的平均剂量高于 ATS 滥用者每日吸食 ATS 的平均剂量。就氯胺酮来说, 滥用者一般吸食的剂量比医用麻醉剂量低 10%到 25%^[14]。啮齿类动物口服氯胺酮的 LD₅₀ 剂量约为 600 mg/kg, 而 MDMA 的 LD₅₀ 剂量范围为 160 mg/kg~325 mg/kg^[15,16]。这可以部分解释为什么氯胺酮的吸食剂量会高于 ATS。

我们发现, 许多滥用者曾合并吸食其他毒品, 这与之前的研究结果一致, 表明新型毒品经常与其他精神活性物质混合使用^[17]。本研究结果显示, 氯胺酮滥用者合并使用其他毒品的人数比 ATS 滥用者多。摇头丸是氯胺酮滥用者合并吸食最多的毒品, 这与已有的研究结果相一致^[18,19]。我们的研究结果显示, 大多数新型毒品依赖者与他人一起生活居住, 尤其是和父母或配偶。在我们的被试中有 46.49% 的新型毒品依赖者已婚。另外, 只有 10% 的被试与父母或配偶的关系不好。家庭因素可能是让吸毒者参与治疗最重要的因素之一, 家庭成员可能是鼓励吸毒者接受治疗并保持积极态度的最有力的资源^[20]。因此, 我们应该加强对家庭成员的宣传教育, 引起家庭成员的关注和支持。

最后, 本研究存在一些局限性。本研究的研究对象均是住院患者, 群体的代表性受限, 所以, 进一步研究需要在其他场所招募被试者, 如社区等场所。

5. 结论

氯胺酮滥用者和苯丙胺类兴奋剂滥用者在社会人口学和毒品使用特征上有许多差异。氯胺酮滥用者的氯胺酮使用情况更严重, 但对社会功能损害证据却较少。这种差异提示需要对毒品选择和吸食剂量对社会功能影响有更多关注。迫切需要提高青少年及其家庭对氯胺酮和苯丙胺类兴奋剂使用危害的认识。

参考文献

- [1] Li J, Ha TH, Zhang C, Liu H. (2010). The Chinese government's response to drug use and HIV/AIDS: a review of policies and programs. *Harm Reduction Journal*, 7:4.
- [2] Bao YP, Liu ZM. (2009). Current situation and trends of drug abuse and HIV/AIDS in China. *Hiv Therapy*, 3:237-40.

- [3] FANG YI, WANG YB, Shi J, LIU ZI, LU L. (2006).Recent trends in drug abuse in China. *ACTA PHARMACOL SIN*, 27:140-4.
- [4] Kulsudjarit K. (2004).Drug Problem in Southeast and Southwest Asia. *ANN NY ACAD SCI*, 1025:446-57.
- [5] 国家食品药品监督管理局.《国家药物滥用监测年度报告（2016 年）》，北京，2017
- [6] 国家食品药品监督管理局.《国家药物滥用监测年度报告（2012 年）》，北京，2013
- [7] 李冠军, 李娜, 郑雯慧, 王清亮. (2011). “新型毒品”与“传统毒品”滥用者的心理和行为特征比较研究. 中国药物依赖性杂志, (2), 126-130.
- [8] Morgan CJ, Curran HV. (2012). Ketamine use: a review. *ADDICTION*, 107:27-38.
- [9] Critchlow DG. (2006). A case of ketamine dependence with discontinuation symptoms. *ADDICTION*, 101:1212-3.
- [10] Mayock P. (2002). Drug pathways, transitions and decisions: The experiences of young people in an inner-city Dublin community. *Contemporary Drug Problems*, 93:325-8.
- [11] Adlaf EM, Smart RG. (1997). Party subculture or dens of doom? An epidemiological study of rave attendance and drug use patterns among adolescent students. *Journal of Psychoactive Drugs*, 29:193-8.
- [12] Ding Y, He N, Detels R. (2013). Circumstances of initiation into new-type drug use among adults in Shanghai: Are there differences by types of first new-type drug used? *Drug & Alcohol Dependence*, 131:278-83.
- [13] Halkitis PN, Palamar JJ. (2008). Multivariate Modeling of Club Drug Use Initiation Among Gay and Bisexual Men. *SUBST USE MISUSE*, 43:871-9.
- [14] Jansen KL. (2000). A review of the nonmedical use of ketamine: use, users and consequences. *Journal of Psychedelic Drugs*, 32(4):419-33.
- [15] De SI, Kelly JP, Harkin AJ, Leonard BE. (1997). An appraisal of the pharmacological and toxicological effects of a single oral administration of 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA) in the rat. *Pharmacol Toxicol*, 80:207-10.
- [16] Gable RS. (2004). Acute toxic effects of club drugs. *Journal of Psychedelic Drugs*, 36:303-13.
- [17] Lenton S, Boys A, Norcross K. (1997). Raves, drugs and experience: drug use by a sample of people who attend raves in Western Australia. *ADDICTION*, 92:1327-37.
- [18] Lankenau SE, Clatts MC. (2005). Patterns of polydrug use among ketamine injectors in New York City. *SUBST USE MISUSE*, 40:1381-97.
- [19] Dillon P, Copeland J, Jansen K. (2003). Patterns of use and harms associated with non-medical ketamine use. *Drug & Alcohol Dependence*, 69:23-8.
- [20] CL R. (2012). Family therapy for drug abuse: review and updates 2003-2010. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38:59-81.

海洛因依赖脱毒治疗期间伴急性上消化道出血 1 例

张劲夫、郭梦肖（武汉华佑戒毒医院）

【关键词】海洛因依赖；脱毒治疗；上消化道出血。

病例简介：明某，女，55 岁，离异。因“反复滥用海洛因 20 年”于 2019-05-24 日入院。患者 1999 年 4 月因好奇在朋友引诱下开始吸食海洛因，初始量不多、只几口，吸食后出现恶心、呕吐、头晕等不适症状，当时并无舒适、欣快感，在反复吸食数周后上述不适症状消失，随之出现欣快舒适、精神愉悦、睡眠增多等现象，且用量不断增大，最多每天 1 克左右。数月后减少或停止吸食海洛因 6-8 小时后，即出现烦躁不安、流泪、打哈欠、多汗、四肢酸痛等不适症状，再次吸食后上述症状迅速缓解，不得不定时定量使用海洛因并伴有强烈的渴求感。患者于 2010 年为寻求更大的刺激开始静脉注射海洛因，注射部位主要为双上肢，最大日用量：1.5g(400 元/g)。末日均使用海洛因量：静脉注射 0.3g(600 元/g)。患者于 2019-05-23 22:00 静脉注射 0.3g 后，昨日由当地派出所抓捕后行尿吗啡检测呈阳性送入我院。近一周，饮食、睡眠尚可，大便干结、小便无异常，体力稍下降，体重无明显减轻。既往有“高血压”病史 20 余年，近 2 月未服用降压药治疗；2008 年在当地医院诊断为“丙型肝炎”，未予治疗；2015 年在当地医院诊断为“肝硬化”，2016 年 3 月出现腹水，在武汉市第六医院治疗 9 天，好转出院后长期服用利尿剂治疗(具体情况不详)，2016 年 4 月再次出现腹水伴腹痛。个人史，无血吸虫等疫水接触史，烟龄 30 余年，15 支/日。婚育史离异，育有一子，体健。家族史无特殊。体格检查：体温：36.7℃；脉搏：80 次/分；呼吸：20 次/分；血压：140/80mmHg 皮肤未见黄染，无皮疹、无瘀点瘀斑、出血点。巩膜无黄染，颈静脉无充盈。腹部：腹部膨隆，腹壁静脉曲张，可见多个蜘蛛痣。腹平软，右上腹压痛(+)，肝脏触及不满意，脾肋下约四横指；移动性浊音(+)；双下肢可见轻度凹陷性水肿。移动性浊音阴性，无肝肾区叩击痛。肠鸣音 3-5 次/分，未闻及血管杂音。双侧上肢沿静脉走向处皮肤见新鲜及陈旧性穿刺针痕，穿刺部位无红肿硬结。神经系统无异常。病理反射：未引出。

专科检查：意识清晰，定向力完整，接触尚可，问话能答，思维连贯，未引出幻觉、妄想等，注意力集中，情绪稳定，记忆力稍有下降，问答切题，自知力正常。辅助检查：2019-5-24 日武汉市汉口医院 尿成瘾物质检测：吗啡(+); 腹部超声结果示：1.符合肝硬化声像图改变，2.腹腔积液；血常规结果示：白细胞数目 $2.2 \times 10^9/L \downarrow$ ，中性粒细胞数目 $1.5 \times 10^9/L \downarrow$ ，淋巴细胞百分比 19.80%，血小板数目 $96 \times 10^9/L \downarrow$ ，红细胞数 $3.4 \times 10^{12}/L$ ，血红蛋白浓度 64g/L；红细胞压积 22.8% $\downarrow$ 。尿常规示 1.尿亚硝酸盐(+)；维 C(++); 心电图示 1.窦性心律。

入院后辅助检查：血常规示白细胞数目 $1.07 \times 10^9/L \downarrow$ ，血红蛋白浓度 55g/L $\downarrow$ ，红细胞压积 21.1% $\downarrow$ ，血小板数目 $64 \times 10^9/L \downarrow$ ，中性粒细胞数目 $0.62 \times 10^9/L \downarrow$ ；肾功能示尿酸 584.2 $\mu\text{mol}/L \uparrow$ ；电解质示钾 2.83mmol/L $\downarrow$ ；尿常规、肝功能、血糖、心肌酶谱正常；HCV(+); TPPA(-); HIV(-)。入院诊断：1、海洛因依赖综合征；2、丙肝；3、肝硬化失代偿期：肝腹水；4、脾大；5、脾功能亢进；6、高尿酸血症；7、低钾血症。

上消化道出血诊疗过程：

患者入院后给予美沙酮替代递减治疗，首次美沙酮剂量为 25ml,治疗过程平稳。于 2019 年 6 月 3 日起患者于 10:00 突发呕吐鲜红色胃内容物，量约 20ml，并伴有腹痛，急查血压：110/70mmhg，呼吸：20 次/分，脉搏：98 次/分，听诊心率 98 次/分，律齐，未闻及早搏及杂音，呼吸音稍粗，未闻及湿性啰音，腹平软，上腹部有明显压痛，未见明显反跳痛，肝区无压痛，脾肋下约四横指；移动性浊音(+)，双下肢可见轻度凹陷性水肿。予以氨甲苯氨酸及酚磺乙胺注射液静脉滴注，建立静脉通道，10:15 患者再次呕出大量鲜红色鲜血，量约 800ml 左右，立即拨打 120 急救中心，于 10:43 分由 120 急救中心送至武汉东西湖人民医院重症监护室予以药物止血、输注成份血、维持电解质平衡等对症支持治疗一天后，上消化道出血得到控制，患者强烈要求出院，于出院当晚在家再次出现呕血，量约 1000ml，因送诊不及时在家死亡。

讨论：

海洛因滥用患者，特别是静脉注射患者感染乙肝、丙肝比例很高，特别是丙肝感染率高达 70%^[1-3]。丙肝病毒感染人体后，主要在肝细胞内不知不觉的反复复制，慢性进行性发展，损害肝细胞，引起肝细胞的炎症、变性、坏死、修复、增生和纤维化，最后 50-80%可发展为肝硬化，5%可发展成肝癌。是一种高致命性肝脏疾病，对患者的健康和生命危害极大，已成为严重的社会和公共卫生问题。当然，海洛因中掺的杂质也可对肝脏造成直接损害。

该例反复滥用海洛因已 20 年，滥用方式为静脉注射，入院前在他院已确诊患有丙肝、肝硬化、腹水。在戒毒临床中，可能会经常遇到这类患者，我们在戒毒工作要予以注意：1、脱毒过程平稳：药量要足，减量要慢；2、其他躯体疾病要同时治疗，防止互相影响，如高血压的治疗。3、告知患者饮食要清淡、不要进食有刺激性的、粗硬食物，细嚼慢咽、将食物变成食糜方可吞下，防止刺破扩张的食道下端曲张静脉引起出血。4、要密切观察患者有无腹痛，有无消化道出血迹象及出血量，一旦出现，在积极处理的同时，迅速联系转院治疗。病情控制后，一定多观察一段时间，不要急于出院，防止再次出血失去抢救机会。

参考文献

- 1.杜新忠主编，实用戒毒医学，第 2 版，北京，人民卫生出版社。2015,2: 594-598
- 2.张艳辉，鲍宇刚，孙江平等，我国 15 个城市吸毒人群 HIV、梅毒螺旋体、丙型肝炎感染现状.中华预防医学杂志.2010,44（11）:969-974.
- 3.王岚，李东民，葛琳等.2009-2012 年中国艾慈病哨点监测人群丙型肝炎感染状况分析.中华流行病学杂志，2013,34（6）:543-547.

116 名男性强制隔离戒毒人员涉麻情况调查

贾东明（浙江警官职业学院）

【摘要】

目的: 了解该地区大麻类毒品流行的趋势, 加强当前形式下的青少年毒品预防教育成效以及探讨改进戒毒人员戒治工作措施。**方法:** 以强制隔离戒毒人员为对象, 采用口述实录方法获取资料, 并对资料进行整理分析。**结果:** 116 名对象中, 46 岁以下占 83.6%, 汉族 91.4%, 高中以下文化比例为 76.7%, 娱乐业所占比重最高 39.7%, 混吸占比 89.7%, 单一吸食仅占 10.3%, 大麻的来源, 国内占 94%, 吸食大麻的部位, 大麻叶和大麻花苞比例分别为 75% 和 70.7%; 吸食大麻历史 5 年以上比例为 86.2%; 搭配吸食占 47.4%, 随机性吸食占 42.2%, 目的性吸食占 10.4%; 获取大麻的途径主要集中在娱乐场所, 占 76.7%, 其次为“搭送”方式, 占 40.5%; 涉麻的诸多原因中错误认知比例最大, 占 72.4%。**结论:** 全社会应当认清大麻的危害性, 国家继续强化打击力度, 同时采取科学的禁毒宣传教育手段。

【关键词】 戒毒; 大麻; 口述; 康复

Investigation on 116 Male Compulsory Isolated Drug Addicts Suspected of Using Cannabis

JIA Dong-Ming^{1,2}, JIANG Zu-Zhen², YUAN Cun-Feng³, XU Ding⁴, GUO Song⁵

(1.Zhejiang Police Vocational College, Hangzhou 310018; 2. Drug Detoxification and Rehabilitation Research Center of The Central Institute for Correctional Police, Baoding, 071000; 3.Drug Rehabilitation Administration of the Chinese Ministry of Justice Hainan; 4. Shanghai Drug Rehabilitation Administration, Shanghai 200003; 5.Zhejiang Gongchen Isolation Detoxification Rehab, Hangzhou 310010)

【Abstract】

Objective To understand the epidemic trend of cannabis in this area, strengthen the effectiveness of drug prevention education for adolescents, and explore the measures to improve the treatment for drug addicts. **Methods** With the drug addicts in compulsory isolation places as the objects, oral recording methods were used to obtain data, and then the data were collated and analyzed. **Results** Among 116 subjects, 83.6% were under 46 years old, 91.4% are male, 76.7% were below senior high middle school, 39.7% were in the entertainment business, 89.7% were mixed use, 10.3% were single use, 94% were originated in China, the cannabis use of sites, leaf and flower buds were 75% and 70.7% respectively, 86.2% were using for more than five years, 47.4% were concomitant use, random use accounted for 42.2%, purposeful for 10.4%. Entertainment places were mainly accessed to cannabis, accounting for 76.7%, followed by the "free ride", accounting for 40.5%. Among many reasons, misperception accounted for the largest proportion, accounting for 72.4%. **Conclusion** The whole society should recognize the harmfulness of cannabis, and the state should continue to strengthen efforts to combat it. Meanwhile,

scientific methods of propaganda and education on drug control should be adopted.

【Keyword】Drug detoxification; Cannabis; Dictating; Rehabilitation

[中图分类号] R749

大麻是目前世界上使用最为广泛的传统毒品。国内大麻具有产地属性，新疆、甘肃、陕西等地特殊的地理环境和历史原因，吸食大麻的问题由来已久，而东南沿海省份，吸毒人群吸食的毒品主要是冰毒、海洛因、摇头丸和麻古等。近些年，随着互联网、物流行业的高速发展，网络社交、购物、信息收集等条件的便利，增加了接触毒品的风险，同时受国际毒品局势的影响，如乌拉圭、加拿大等国家相继对大麻“娱乐”及“医用”合法化政策的出台，使得大麻滥用呈现泛滥兴起的态势。中国作为亚洲经济最具活力的国家（特别是东南沿海地区）将面临这一压力与挑战。

为了了解该地区大麻类毒品流行的趋势，加强当前形式下的青少年毒品预防教育成效以及探讨改进戒毒人员戒治工作措施，本文以口述实录的方式调查整理我国某省份的男性戒毒人员吸食大麻情况。

1 对象与方法

1.1 对象

所有访谈对象均为强制隔离戒毒场所内曾经有过吸食大麻经历的男性戒毒人员（以下简称戒毒人员），精神无异常，能正常交流回答问题，共计 116 名。

1.2 方法

人口学特征通过翻阅档案进行汇总，口述记录内容则主要包括吸食大麻原因、获取途径、吸食时间、吸食大麻种类、吸食后的反应等项目。

1.3 统计学分析

使用 Epi data3.1 A 建立数据库并录入数据，数据经过检验后使用 SPSS 20.0 进行相关数据整理和统计分析。

2 结果

2.1 人口学信息

此次调查对象共 116 名，通过对资料整理，发现戒毒人员使用大麻的主要年龄层在 46 岁以下（83.6%），汉族占绝对数量（91.4%），高中以下文化多见（76.7%），娱乐业所占比重最高（39.7%），其次为个体经营者（29.3%），详见表 1。

表 1：涉麻类戒毒人员人口学基本信息

项目	分类		对象数（人）	占比（%）
年龄	青少年	13~18 岁	0	0
	青年	19~24 岁	8	6.9
	成年	25~35 岁	47	40.5
		36~46 岁	42	36.2
		47~57 岁	17	14.7
		58~68 岁	2	1.7
	老年	69~99 岁	0	0

民族	汉	106	91.4
	维吾尔	6	5.2
	回	1	0.85
	苗	2	1.7
	布依	1	0.85
文化程度	小学及以下	24	20.7
	初中	45	38.8
	高中	44	37.9
	大学及以上	3	2.6
戒毒前职业情况	无业	15	12.9
	个体经营	34	29.3
	娱乐业	46	39.7
	打工（含打零工）	21	18.1

2.2 涉麻基本情况

绝大部分吸食大麻的戒毒人员以混吸为主（89.7%），只有少部分戒毒人员单一吸食大麻一种毒品的情况（10.3%），且大多数是出国后染上吸食大麻的恶习，回国后继续吸食（66.7%），新疆籍维吾尔族戒毒人员（33.3%）在户籍所在地有吸食大麻的习惯；大麻的来源绝大多数是国内种植、流通（94%），只有极少部分是国外走私（6%）；吸食大麻的部位为大麻叶（75%）和大麻花苞（70.7%）；吸食大麻的“毒龄”，5年以上（86.2%）；吸食大麻的方式大多是搭配吸食（47.4%），随机性吸食也较为多见（42.2%），目的性吸食的比例较少（10.4%）；获取大麻的途径主要集中在娱乐场所（76.7%），其次为“搭送”方式（40.5%）；在娱乐场所内获取（使用）大麻制品（76.7%），自行种植（11.2%），同时还存在走私、地下非法购买等获取情况（10.3%），详见表2。

表2：涉麻基本情况

涉麻情况		对象数（人）	占比（%）	备注
吸食情况	混吸	104	89.7	不是单一吸食大麻，大麻与其他毒品（特别是合成类毒品）混合吸食 只是单一吸食大麻 国外染上吸毒大麻的毒瘾，回国后继续吸食
	单吸	12（合计）	10.3	
		8	66.7	
大麻来源	国产	4	33.3	新疆维吾尔族籍人员，有吸食大麻传统 国内流通、种植 国外非法途径走私输入
		109	94	
		7	6	
吸食部位（多选）	叶子	87	75	大麻植物的叶子晒干制成，俗称“叶子”，吸食行为俗称“飞叶子” 大麻植物枝干的晒干制成 大麻植物花干燥制成， 大麻的果实和花顶部分经压搓后渗出的树脂制成
	枝干	24	20.7	
	大麻花	82	70.7	
	大麻脂	14	12.1	
吸食年限	≤1 年	0	0	
	1-2 年	5	4.3	
	3-4 年	11	9.5	
	5-6 年	46	39.6	
	≥6 年	54	46.6	
吸食方式	偶尔	49	42.2	偶然性的吸食大麻 在吸食某种毒品时混合吸食大麻 每次都是以吸食大麻为主要目的 吸食大麻固定群体之间的互助式吸食
	搭配吸食	55	47.4	
	目的性吸食	12	10.4	
获取途径	毒友提供	35	30.1	

(可多 选)	“搭送”	47	40.5	購買某種合成毒品時，送大麻或者是配 套購置大麻
	娛樂場所	89	76.7	娛樂場所專人出售大麻以及相關制 品，借以“提高”現場氣氛
	自行種植	13	11.2	自行種植，供自用或售賣
	其他	12	10.3	走私、“黑市”購買等

2.3 首次涉麻原因

首次涉麻的諸多原因中錯誤認知比例最大(72.4%)，其中主要體現在五方面；好奇心也有較大的比例(61.2%)；周邊環境影響(31%)；部分戒毒人員中吸食大麻是為了提高性功能(38.9%)，詳見表3。

表 3：首次涉麻原因

原因	對象數 (人)	占比 (%)	分類
錯誤認知	84	72.4	①吸食大麻不會上癮； ②吸食完大麻後沒有稽延性戒斷症狀； ③刺激大腦，激發靈感，調節氣氛 ④大麻可以恢復(調節)吸食合成類毒品帶來的副 作用(不良體驗) ⑤外國都放開了，國內傳統還把這當毒品
好奇心	71	61.2	大麻可以試試看？和香煙差不多吧？
同伴影響	34	29.6	①新疆籍戒毒人員存在吸食大麻的傳統 ②一起共事或是娛樂的朋友吸食，且沒有看到“副 作用”
周邊環境影響	36	31	①新疆周邊吸大麻的很多 ②周邊吸食大麻(特別是在國外)都沒有問題， 又可以獲得“精神的享受”
其它	45	38.9	提高性功能等

3 討論

3.1 大流通、大交流的發展趨勢為其“蔓延”提供了便利

由於受特殊的地理、氣候環境和歷史因素的影響，原本吸食大麻人群處於一個比較小眾範圍內（在中國主要集中在新疆等區域吸食），隨著互聯網和物流行業高速發展，從南到北，從東到西已經是“二十四小時活動圈”，加之大麻偽裝性較強（傳統的是製成卷煙狀，現在是製作成大麻衍生產品，如大麻蛋糕、大麻餅乾、大麻茶葉、大麻巧克力等大麻類食品），使得吸食大麻情況開始出現在我國其他省份，如出現在全國發達經濟帶的沿海省份，新疆籍的戒毒人員涉麻的比例是 100%，漢族戒毒人員僅為十分之一左右，這與聯合國與中國政府禁毒報告中的相關表述相一致。同時，隨著我國與世界各國交流的加強，特別是隨著對外文化交流的擴大和便捷，越來越多的年輕人前往國外求學、經商、旅遊甚至是定居，在國外的環境中感受到了與國內不同的禁毒政策和生活環境，特別是大麻較為寬松的部分國家，很容易被誘使染上吸食大麻的惡習，回國後繼續吸食，或是黑市上購置或是自行種植，進一步加大的吸食大麻風氣的蔓延。

大麻在我國屬於嚴厲打擊的毒品範疇。由於大麻具有很強的偽裝性，其地下黑市的流通也一直沒有間斷過，從現狀看國內外有二條大的輸入途徑，一條是國內新疆地區的大麻流向內地和沿海地區，另一條是國外走私的方式流向沿海地區，所以落實“打防結合”的措施，必須要貫徹禁種、禁制的工作，對於

快递和邮寄的途径要强化安检措施，对于新出现的各类滥用潮流，要提高警惕，特别是涉及大麻类的周边产品要强化溯源，坚决打击。

3.2 大麻特有的生物属性导致对其认识“暧昧”

我国最早的药学专著《神农本草》中已经有了大麻内含有精神活性物质的记载。大麻是一种具有成瘾性且兼具致幻作用的毒品，又被称做“迷幻烟”、“通向天国的向导”和“给可怜人的慰问品”等。大麻活性成分主要作用于人体神经系统，引起欣快感，也具有强烈的麻醉性，使人的神经由兴奋而转入抑制，药用大麻可作狂躁、癔病、神经痛的镇静剂。大麻是否具有生理依赖性尚无定论，但可以肯定的是对于生理的副作用是已知毒品中最低的，戒断相对也较容易，所以长期以来一直存在是否将其列入毒品的争议，也有人称其为“软性毒品”。甚至已有部分国家和地区将其从毒品目录中撤除，这就直接导致了人们对其毒品属性的认知程度有所下降，甚至认为这是我国禁毒措施“用力过猛”，这导致了对吸食大麻违法性存在诸多的错误认知。

虽然国外（境外）部分国家和地区对于大麻的相关政策是较为宽容的，但我国《刑法》明确规定，大麻属于毒品，吸食大麻是违法行为。大麻的成瘾性也不容小觑，已有的医学研究发现使用大麻频率越高、首次使用大麻年龄越小，成瘾的可能性越大，对中枢神经系统危害也越严重。所以我们对大麻的危害性要有清醒的认知，绝对不能知法犯法。

3.3 禁毒教育存在缺陷导致对其认知“模糊”

目前的禁毒宣传教育（特别是青少年毒品预防教育）形式还是较为粗放，宣传内容缺乏新颖性，对新型的毒品，如 NPS 以及不同毒品成瘾机制和戒断症状叙述不详或是宣传较少，缺乏针对性，与实际脱节，甚至还有错误的地方，导致青少年对禁毒工作的内容认识片面，对毒品的危害性也缺乏深刻的理解，一味过分强调毒品带来的可怕后果，反而增加了青少年对毒品的好奇心，盲目自信，识毒、防毒、拒毒意识单薄，特别是对大麻的错误认知，使不少吸毒人员在面临大麻诱惑时，为追求刺激、好玩，缺乏抵制力和自制力继而出现吸食的情况。

3.4 错误的减压方式导致了其进一步“蔓延”

当今社会是一个充满竞争的社会，特别是一部分青年刚踏入社会，感到压力巨大，对于如何减压和调节情绪，缺乏应有的正确应对措施，会选择通过吸食大麻，感受情感变化，精神活力增加，心境改变等“超凡脱俗”的体验，这部分人错误认为可以通过此“简单有效”（吸食大麻）的方式进行减压和缓解不良症状，实际上这种做法是暂时的逃避，对于问题的解决是无济于事的，现实中的压力和各种情况还是真实存在的，所以当面临困境时，只有选择再次去吸食，去逃避，如此往复形成恶性循环。

3.5 “吸毒亚文化”的影响导致其不断“恶化”

新型合成类毒品以及第三类毒品 NPS 的副作用，诸如躯体透支疲劳、全身乏力、疲倦感或昏睡、周身不适、心烦意乱、空虚感强、情绪低落、易激惹等逐渐显现，使得不少吸毒人员开始关注自身的“身体健康”问题，他们开始尝试利用大麻特有的“功效”（镇痛、缓解精神症状等）来中和吸食新型合成毒品

及第三类毒品 NPS 带来的副作用，并感觉似乎得到了一定的“效果”，这一联合吸食的方式逐渐“流行”起来，并形成了一个专有的吸毒亚文化名词，称之为“清脑”，导致混吸大麻的人群数量越来越多。

总之，青少年毒品预防教育是我国禁毒斗争的第一道防线，2018 年毒品形势报告，指出中国现有吸毒人员占全国人口总数的 0.18%，首次出现下降，青少年毒品预防教育工程，有效减缓了新吸毒人员滋生。本文通过对我国沿海某省男性强制隔离戒毒人员这一特殊群体涉麻现象进行调查研究，希望能有后续全国各地域更为详实的大麻男、女性使用情况数据，为全社会正确认识大麻，以及大麻对个体和社会的影响研究提供参考，为我国毒品问题治理工作提供借鉴。

参考文献

1. 王继芬. 大麻毒品滥用与检验[M]. 中国人民公安大学出版社, 2009.
2. 施洛瑟艾里克 施洛瑟. 大麻的疯狂[M]. 北京: 社会科学文献出版社, 2006.
3. 张靓颖, 吴倩影, 赵敏, 杜江. 大麻临床应用的研究新进展[J]. 神经疾病与精神卫生, 2018(2):133-137.
4. 杜新忠. 实用戒毒医学 [M]. 人民卫生出版社, 2014 年第二版.
5. 田骅, 刘坚, 伊其忠, 朱炎, 欧缙安. 吸食大麻后的生理和心理学反应[J]. 中国法医学杂志, 2003, 18(4): 230-232, 237.
6. 王天宇. 新疆青少年吸食大麻现状、原因与对策研究[J]. 中国人民公安大学学报(社会科学版), 2017, 33(3):152-156.
7. 郝伟, 李锦, 李建华. 国际麻醉品管制局视角下全球毒品形势以及相关挑战与应对[J]. 中国药物滥用防治杂志, 2018, 24(1):1-9.
8. 旺堆, 旦增旺扎, 汪荀. 简述大麻毒品的社会危害性及其利用 GC/MS 检验大麻成分的分析技术[J]. 西藏科技, 2015, (4):19-20.
9. 韩向前, 韩丹. 新型毒品滥用者强制戒毒期间抑郁状况调查[J]. 临床心身疾病杂志, 2009, 15(2):106-108. DOI:10.3969/j.issn.1672-187X.2009.02.003.0106-03.
10. 米靖安. 禁毒教育工作面临的主要问题及对策分析[J]. 法制博览, 2018, (14):132.
11. Gunnar Stolsvik, Eve de Coning. Current Legal Developments United Nations Office on Drugs and Crime[J]. International journal of marine and coastal law, 2013, 28(1):189-204.

探討香港「專上院校」學生吸食大麻的 預防及輔導工作之經驗

張耀基（香港青少年服務處）

【摘要】

對青少年來說充滿著神秘感，令好奇的青年人想親身嘗試。他們對毒品仍有不少謬誤，尤其於某些地方合法的大麻。根據前線經驗，不少青少年認為大麻是天然，對身體無害，這顯然對毒品認識不足，輕視大麻對身體的禍害。研究指大麻對認知及心血管有一定的影響，但未必如其他毒品一般有明顯徵狀。而大麻可自行種植，並多以捲煙方法吸食，隱蔽性相對更高。根據階段理論，大麻的普及無疑增加吸毒者使用其他毒品的機會。因此絕不能忽視青少年吸食大麻的上升趨勢。

為提升青少年對吸食大麻的關注，並為吸毒者提供全面的介入。預防教育是不可或缺的，過往禁毒教育多集中於中小學。而本文則探討大專院校的禁毒教育。以有趣新穎的逃脫活動及禁毒大使訓練，提升青少年對大麻的認識及危機意識。而網上媒介推廣、科技元素，如虛擬實境等，令參加者更能了解吸毒禍害，增加內容的吸引力，提升學生對大麻的危機意識。

【關鍵字】大麻、草、420、大專生、高危青少年、真實脫出遊戲

一、香港青少年吸食大麻的現況

根據香港禁毒處藥物濫用資料中央檔案室(下稱檔案室)之毒品統計數字顯示，2019 年首季本港的吸毒情況，被呈報的整體吸毒人數較 2018 年同期下降，但被呈報的 21 歲以下青少年吸毒人數和吸食大麻的人數上升，與去年同期比較由 38 人上升至 67 人。而警方數字顯示，2019 年首 3 個月共有 141 人涉嫌管有或販賣大麻被捕，當中 26 人為 21 歲以下。加上，在某些國家，如烏拉圭及加拿大將大麻合法化，以及美國有 17 個州對小量持有大麻從寬處理的情況下，可能導致某些人覺得吸食大麻的警覺性減低。

現時香港不難發現在不同的平台，都有很多眾多人士都在討論大麻合法化（如神之沙律、食大麻得天下、HKCA420、香港大麻協會、HK420、華文大麻網、大麻城、麻·凡、蘑菇魂大爆炸、Jacob's 園藝實驗室、支持香港藥用大麻合法化、420Taiwan、Mr. Weed 大麻先生等），他們均主張大麻不是毒品、大麻不是罪犯、大麻在拯救生命、大麻法例在殘害生命、食/種大麻是基本人權與自由，亦有人認為大麻與中草藥無異，既然中草藥可合法服用，為何大麻不可？因此我們不難想像到，在這個資訊科技發達的年代，青少年很容易接觸到不同的資訊，如果他們未經思考，在耳濡目染的情況下誤信朋友及網上錯誤的資訊，或受到不法份子的利用，便很容易墮入陷阱中。

二、「專上院校」大麻禁毒宣傳工作的需要

（一）專上院校吸食大麻情況

現時，「健康校園計劃」為主流中學的學生提供禁毒教育及建立良好生活習慣和正面人生態度的活動。然而，在「專上院校」的禁毒宣傳工作方面，根據禁毒處 2014/15 年的學生服用藥物情況調查，吸食大麻的專上學生數目由 2011/12 年 3280(64.2%)上升至 2014/15 年的 3610(73.1%)，非主流中學的學生吸食大麻的情況令人關注，亦有上升的趨勢，可見於非主流中學的禁毒宣傳工作亦不容忽視及更須加強。香港的預防濫藥政策多針對年齡層較低的中小學生，如健康生活教育、健康校園計劃、中學禁毒教育講座等等，而專門針對專上學生的濫藥預防措施很少，而有關於專上學生藥物濫用狀況的資料調查及專門的預防資訊也缺乏。然而，專上學生的生活模式大多都已脫離家庭管教，很容易受同伴及社會上其他不正之風氣所影響，加上學習壓力大等各方面的綜合原因，專上學生的藥物濫用問題更需要關注。此外，專上學生多數已達刑事責任年齡，他們對是非當然有自己的標準，但也不可忽視外界對他們的價值觀和行為選擇的影響。

（二）專上學生對大麻的認識未夠全面

不少專上院校的學生仍然對大麻仍有誤解，包括：「認為大麻是植物、一種藥草、農產品、安全、天然、沒問題」、「這是某些藝術工作者所謂的「靈感」來源」等，都將吸食大麻合理化。當他們習慣性吸食大麻，由「習慣每天晚上飄飄然，不抽就不太正常了」，到因身體慢慢接受其效力得不到「快感」轉而尋求其他更刺激、更重口味的毒品，以致於無法翻身，從此墜入吸毒的深淵。因此，從使用毒品的階段理論（stage theory）來看，大麻普及化，無疑是增加吸毒者使用其他毒品的機會。此外，大麻在眾多毒品中得到最強的「正面信念」在不同的國家倡議大麻合法化及有醫療價值的討論下，大麻在香港確實是廣為青少年人濫用但往往掉以輕心的毒品之一。但由於青少年對其害處認識不深，更對大麻產生「正面信念」，因此需要透過與青少年共同協作，找出、繼而挑戰及減低對大麻的「正面信念」，並找出當中的「負面信念」，從而使他們作出行為上的轉變，遠離大麻及其他毒品的荼毒。

（三）未有求助的大麻吸食者之隱憂

從大麻的使用特性而言，一旦吸食之後，其創造出的認知扭曲，即飄飄然的興奮感，很容易會讓人上癮，但這正是由於大麻刺激腦部掌管思考、行為控制、食慾調節和記憶形成的區域。在不同的醫學研究顯示，比起吸食大麻的人，近期吸過大麻的人在工作記憶的認知領域、資料處理速度和高層次的執行能力明顯表現較差，除了腦部影響，大麻跟也跟心血管疾病有關。另一方面，大麻與其他毒品不同，它並非消耗性的毒品，可從大麻草中抽取種子自行栽種，加上近年的吸食方法出現變化，可將大麻精及大麻油，放於香煙一同吸食，令人不易察覺。因吸食大麻的隱蔽性高，所以不被察覺。

三、「專上院校」大麻禁毒宣傳工作的手法

（一）「醫社合作」實證指出大麻對青少年的禍害

要提升有服用大麻的專上學生之求助動機，需要從醫學的角度去了解現時香港吸食大麻的健康狀況。透過精神科評估、職業治療師等的專業評估，就大麻對中樞神經系統及精神健康的破壞，到判斷力、注意力、記憶力等的影響，甚至幻覺和精神病的出現的情況加以整理，推動業界對大麻禍害的討論，引起專上學生的關注。

（二）探究創新及科技手法推行有效禁毒教育

現時香港的禁毒教育宣傳手法是以「過來人身分分享濫藥禍害」及「醫學角度解釋濫藥對身體健康的影響」為主要，而這種手法往往是單向性，互動不足，學生（尤其是專上學生）也開始對這些手法失去學習趣味。有學者及前線的同工認為禁毒教育應着重互動手法，一些創新及有科技元素的手法，會讓經歷多年慣常接觸的講座手法會較有新鮮感及深刻。

1. 「真實脫出遊戲 in 香港」 Real Escape Game in Hong Kong (香港リアル脱出ゲーム)

在香港中小學的禁毒活動離不開不同的講座、工作坊及過來人分享等，每年總會有一至兩次這些類型的禁毒活動。而在專上院校的學生而言，若仍然保持此類型的活動，學生會覺得乏味及對活動產生強烈的抗拒感，而引入創新的活動手法是必要的。在日本，具有近 10 年歷史的原創真實脫出遊戲(Real Escape Game)，是以隊制形式在不同的地方發現線索和提示，用各種方法解開謎團，例如使用平常的常識、腦筋急轉彎、數學方程式以及一些語言的小運用作解難。在日本的真實脫出遊戲更會運用著名的日本動漫卡通人物，包括：金田一等的故事做骨幹，透過播放動漫及真人的角色扮演，帶領參加者進入真實脫出遊戲的情景當中。真實脫出遊戲的形式結連禁毒訊息進行活動，除了讓學生深入了解毒害外，同時培養他們對解難推理的興趣，提升其同理心及解難的能力。並透過日藝人搞笑組合「木哥」與「杏子」拍攝大麻的禍害宣傳影片及介紹日本為何嚴厲打擊大麻的分享，提升學生對大麻禍害的認識，好好保護自己的認知能力。

2. VR (Virtual Reality) 虛擬實境的技術

引入 VR (Virtual Reality) 虛擬實境的技術方面，特別是應用在 VR 實境遊戲中。這潮流亦慢慢延伸至青少年當中。社福界因為資源及人才的限制，未能充分地普及應用，但考慮到資訊科技已融入了 E 世代的年青人生活當中，故在服務上使用創新科技，的確是能夠吸引到他們的目光及參與。另一方面，這次透過 VR 虛擬實境的技術，提供不同的場景，令參加者能夠以第一身的角度，去體會以往曾經歷過或未經歷過的事情，讓他們覺得自己好像真的在參與當中，並去反思行為背後所帶來的影響。

3. 建立大麻的禍害媒體網絡宣傳平台

面對大麻合法論術的挑戰，找尋一些表現健康及並沒有不良嗜好的 YOUTUBER 及藝人拍攝短片，以輕鬆的手法澄清大眾對大麻的誤解，亦是可探索的方向，並在專上院校的禁毒活動及網絡平台播放。

4. 以大專生的身份在大專院校提供禁毒教育活動

透過招募大專院校的社工學生及教大學生，連同過來人，提供禁毒大使訓練班，使他們認識毒品，特別是大麻的知識、了解吸毒者的心態等，以他們大專生的身份為大專院校提供預防及教育活動。同時，配合網絡上對大麻合法化的論述，大使以網絡短片等的形式建立另一大麻禍害的網絡平台。這讓抗毒活動得以在專上院校及社交網上平台進行。

四、總結

在推行專上院校的大麻預防教育過程中，無疑是困難的。大多專上院校的學生認為大麻是潮流文化，在世界各地大麻合法化的趨勢下，成了推行大麻預防教育的一大挑戰。然而，以不批判態度跟他們討論吸食大麻的故事是重要的，在一些有吸食大麻的學生而言，他們普遍都承認大麻會影響情緒及記憶力，但同時也認為吸食大麻而導致身體出現嚴重損害的案例不多，如：思覺失調，未具阻嚇性。因此，業界需要提供準確的醫療證明來澄清他們的誤解。而就專上學生表示吸食大麻是為追求生活態度，建立自我形象而言，需要遊過不同的活動項目及輔導，去尋找他們的身份認同、生活的意義感、健康生活及活在當下的態度。

參考文獻：

1. 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。
https://www.nd.gov.hk/tc/statistics_list.htm
2. 顏紅宇：《中國大麻育種歷史進程、現狀與未來發展方向》，現代園藝, 2014
3. American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington, D. C.: American Psychiatric Publishing.
4. Legalization trend forces review of marijuana's dangers.ScienceNews)(May 30, 2014)
5. Obama: Marijuana No More Dangerous Than Alcohol. The Huffington Post (January 19, 2014)

香港濫用咳藥水問題的源頭

蔣秀珠、陳倩盈、倫智偉、劉嘉玲
(香港藥學服務基金、明愛容園中心)

【摘要】

戲言道，摺機乃七大武器之首，它可以藏在民居之中，隨手可得，還可以坐著它來隱藏殺機。咳水，亦然。濫用者是否輕易購買得到？他們的濫用情況是怎樣？現時相關法例對此問題何等程度上是無補於事？現時法例規定，含有 0.2%或以上可待因濃度的咳藥水，有若干的購買管制，例如：購買人要出示有效的醫生處方，並須在有註冊藥劑師監管下購買；至於可待因濃度為 0.1 至 0.2%的咳藥水，雖然毋須醫生處方，但卻需記下購買人的姓名、身分證號碼、購買用途等資料。不過，究竟有多少社區藥房會依法例出售咳藥水呢？藥房執法鬆緊，對於濫用咳水情況又有多大程度影響？社工提供戒毒輔導，關注濫用藥物人士的精神健康問題；藥劑師熟知藥物知識，關注社區人士用藥的安全性。社工與藥劑師，將攜手探討社區裡面的咳水濫用問題。

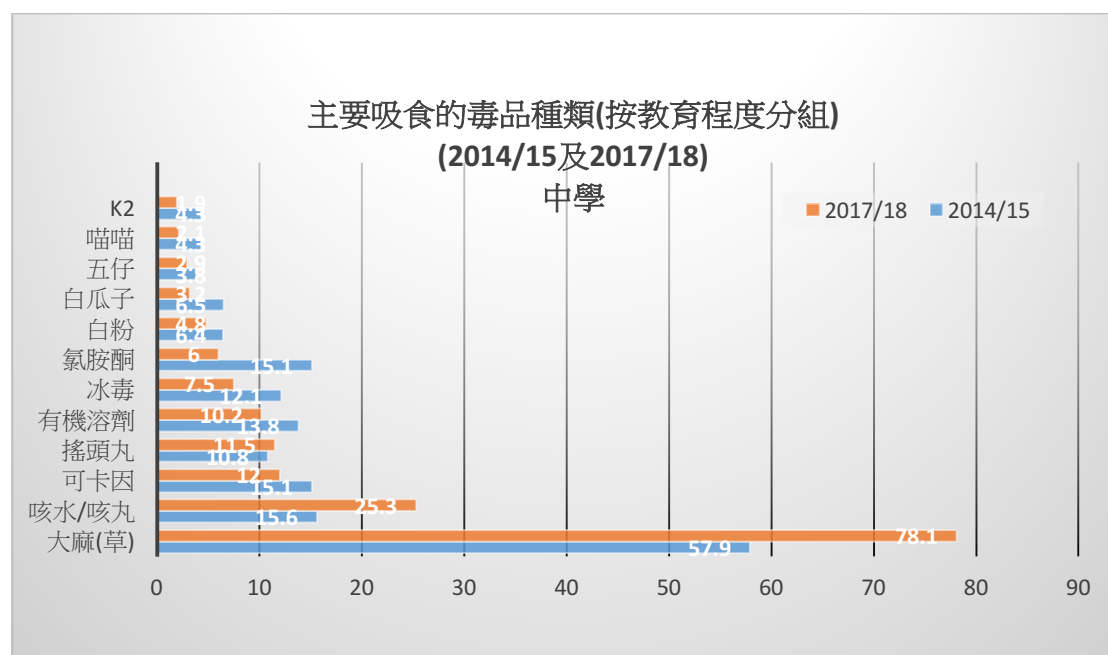
【關鍵字】毒品法例、咳水、危險藥物條例、藥劑業及毒藥條例題、可待因

1) 咳水問題定義

咳水，可以說是本港其中一個濫用毒品的問題。而這種藥物之所以成為被濫用的藥物，是因為它含有可待因成份，而可待因在自 60 年代有《危險藥物條例》以來，便已列入危險藥物的列表之中。自 90 年代起，官方已有數字統計濫用咳藥人士的數目，濫用數字在 2004 至 2008 期間到達了高峰後，有持續下降之趨勢。



但根據 2018 年禁毒處藥物濫用資料中央檔案室數字指出，不同學歷組別青少年濫用咳水的情況較 2014/15 年度統計嚴重，當中中學生濫用咳水的情況於 4 年間更上升高於 10%。



若從濫用藥物的角度來看，咳水從來不是香港最受關注的毒品問題，當 2006 年咳水濫用人數到達頂峰，但該年毒品問題的焦點卻是氯胺酮和派對場所。而戒咳水出現的斷癮症狀，包括出現肚痛、肚瀉、失眠和肌肉抽筋等症狀，並會為濫用者帶來較大的肉體痛楚，如出現骨頭及肌肉刺痛，與停用海洛英出現的症狀類近，令使用者容易出現復吸情況，亦曾有醫生指出戒咳水較戒氯胺酮及搖頭丸更難，可見濫用咳水問題不容忽視。

咳水，也可以是一個社區藥物安全問題。它的可待因成份，也同時受《藥劑業及毒藥條例》及《危險藥物條例》管制，意即含有可待因的咳水，若沒有規管的話，對市民會造成潛在威脅。

2) 了解與咳水的相關法例和管制措施

於香港法例當中，對於含有可待因成份的咳水，同時受《危險藥物條例》及《藥劑業及毒藥條例》管制，並劃分為四個級別，詳見下表：

可待因濃度	法律分類	購買管制	非法販賣之最高刑罰
0.5% 或以上 (0.5% 等於 5mg/mL 或 25mg/5mL)	醫生處方藥物 及危險藥物	- 購買人須出示有效的醫生處方 - 購買人須在有 Rx 標誌的社區藥房並在註冊藥劑師監管下購買 - 有效的醫生處方必須包括以下資料： - 以書面開出，由醫生簽署及註明日期 - 醫生的姓名及地址 - 病人的姓名及地址 - 指明服食或施用的劑量 - 藥物的總供應數量 - 危險藥物醫生處方的額外要求：必須用墨水書寫或以其他不能去掉的方法書寫，並要有病人的身分證號碼	可處罰款 \$5,000,000 及 終身監禁

0.2% 至 少於 0.5%	醫生處方藥物	• 購買人須出示有效的醫生處方 • 購買人須在有 Rx 標誌的社區藥房並在註冊藥劑師監管下購買 • 有效的醫生處方必須包括以下資料： ◦ 以書面開出，由醫生簽署及註明日期 ◦ 醫生的姓名及地址 ◦ 病人的姓名及地址 ◦ 指明服食或施用的劑量 ◦ 說明藥物的總供應量	可處罰款 10 萬元及監禁 2 年
多於 0.1% 至 少於 0.2%	第一部附表 1 毒藥 (管制較嚴格的藥劑師藥物)	• 毋須醫生處方 • 購買人須在有 Rx 標誌的社區藥房並在註冊藥劑師監管下購買 • 須填寫毒藥冊，資料包括： ◦ 銷售日期 ◦ 出售毒藥的名稱及數量 ◦ 購買人的姓名 ◦ 購買人的身分證號碼 ◦ 購買人的地址 ◦ 購買人的業務、行業或職業 ◦ 購買人所述的購買該毒藥的用途 ◦ 購買人的簽署 ◦ 註冊藥劑師的簽署	
0.1%或以下	第一部毒藥 (藥劑師藥物)	• 毋須醫生處方 • 購買人須在有 Rx 標誌的社區藥房並在註冊藥劑師監管下購買	

由此可見，即使藥房出售不同可待因濃度的咳水，其判處罰輕重則亦截然不同。0.5%是一個明顯的分界線，藥房被控的罪名不同，懲處亦有很大的分別：「販運毒品」和「違規出售受管制藥物」，字眼上已有天淵之別，前者有道德上的犯錯，後者給人印象是技術性違規。現時的有可待因成份的咳水，可待因大多只有 0.2%，遠遠離 0.5% 有一大段距離，但論上癮和斷癮症狀而言，0.2% 亦足以是一種可被濫用的危險藥物，而事實上，一般濫用咳水的人士，他們平日在藥房購買的咳水，可待因含量正正就是只有 0.2% 以下的。所以，用 0.5% 作為一個分界線，在預防濫用藥物或處理毒品的角度來看，是收不到效果的。

3) 從屯門某地區的情況看咳水實際出售情況

我們嘗試在屯門區某一區域，訪查這區域內所有獲授權毒藥銷售商藥房，違規出售含有可待因成份咳藥水的情況，從而讓讀者和大眾去推算全港情況是怎麼樣。



這個區域有 20,000 人口，裡面有 13 間獲授權毒藥銷售商藥房。這裡先說明何謂「獲授權毒藥銷售商」。簡單來說，就是有「Rx」標誌的藥房；而「Rx 藥房」與「藥行」又有什麼分別呢？兩者當然都可以出售一般成藥，例如傷風感冒成藥；但最大的分別是，「Rx 藥房」是有駐店藥劑師當值，可售賣藥劑師藥物及配發由醫生處方的藥物。而有可待因成份的咳水，若每毫升中含有 2 毫克或以上可待因的話，購買者就要出示有效的醫生處方，並在駐店藥劑師的監管下方可購買得到。

我們在 2019 年 5 月期間，查看這區域內的 13 間「Rx 藥房」，有多少間會違規出售咳藥水。結果是：有 6 間藥房在顧客沒有通過正規手續，例如沒有填寫毒藥冊的情況下，出售有可待因成份為 9mg/5mL 的咳水；另有一間聲稱有膠樽裝咳水，來源及成份未明，估計有可能是自行調配的咳水。

六間違規出售咳水的「Rx 藥房」中，主要有出售三款牌子的咳水成藥，分別是「Marsedyl Elixir」、「Dhasedyl」及「Procodine Syrup」，價錢由\$95 至\$110 不等。以上三款牌子的咳藥水可待因都是 9mg/5mL，濃度屬於法例所指的多於 0.1% 至少於 0.2%，屬第一部附表 1 毒藥，並同時含有麻黃素 (Ephedrine) 及異丙嗪 (Promethazine)。麻黃素是通鼻塞藥物，但由於結構上與冰毒類似，所以它同樣能產生興奮劑的效果；異丙嗪用作收鼻水，服藥後可使人昏昏欲睡；另一間聲稱只出售膠樽裝咳水，它是否是自行將有可待因成份的咳水成藥溝稀調配，我們未能再作調查。所以，簡單來說，這區域裡面，有近五成「Rx 藥房」會違規出售咳水。

4) 現實出售情況與法例規定的落差

4.1 現實的落差

六間「違規」出售咳水的藥房，它們的出售咳水的情況是：第一，所出售的咳水是第一部附表 1 毒藥，可待因成份於少於 0.2%；第二，購買人在購買過程中沒有藥劑師在場；第三，購買人並不需要簽署或紀錄任何資料在毒藥冊上。

換句話說，在禁毒界來看，咳水是一種常被濫用的「毒品」，但同時亦是唯一一種可以用合法途徑出售及購買的「毒品」；從藥劑業的角度看，咳水是一種受管

制的「毒藥」，法例訂明要有約干的規管；從現實的角度來看，不論咳水是「毒品」也好，「毒藥」也好，購買人或濫藥者也可以輕易購買得到，無需暗語無需閃避無需鬼祟。

若從「毒品」的角度看，社區需承受極大的後果，包括：一）本港社區最輕易讓市民，甚至未足 18 歲的青少年仍可「合法」獲取的毒品；二）在多種毒品裡面，出售者被捕風險最低。

4.2 查找法例的原意

香港法例第 138 章《藥劑業及毒藥條例》，背景與英國的 “Pharmacy and Poisons act 1933” 有著很大關係。立例的原意，是要保障藥物能安全地供應給市民，而特別類別的藥物在藥劑師的監管下出售，就是其中一項重要措施。1943 年，英國有一個案例，有一家藥房向藥學會檢查員出售藥物，但當時藥劑師處身於藥房樓上的儲物室中；法庭最後裁定該次藥物出售並非在藥劑師的監管下進行。這可反映，法例對特定類別藥物的出售方式和對藥劑師的要求，均是十分嚴格的。

再者，醫生處方要列明病人的身份證和所需的藥物數量，明顯是預防冒充病人得到藥物，和避免購買人出現濫用藥物的情況；亦有措施要購買人填寫毒藥冊，相信目的是確保購買人是有醫療需要才使用藥物，而且紀錄個人資料亦有一定阻嚇作用，在需要時可追尋購買人的下落，確保社區人士的健康。

基於上述的法例精神，再套用現時咳水違規出售的情況，便有約干的疑問了：一，法例是保障藥物能安全地提供予市民，但相關措施對濫用咳水問題，有沒有效用？二，藥劑師對濫用咳水的問題上，有何等程度上的重要性？三，現時有藥房違規出售咳水，有什麼誘因存在？四，藥房違規出售咳水，對本港濫用咳水問題，有何等程度上的因果關係？五，若然現時相關的管制措施徹實執行，又會否立即能遏止本港的濫用咳水的問題？六，相關的法例在應用上，有否存在技術上的困難？七，全面管制咳水的售賣，又會否促使咳水成為黑市的交易，與冰毒、可卡因無異？

5) 咳水潛在風險

5.1 詳列可待因和麻黃鹼的藥理

可待因是鴉片類藥物，作用為壓抑咳嗽和止痛。但由於它除了止咳和緩解疼痛外，還會令大量多巴胺被釋放，產生愉悅感、快感及官能上的滿足，因此成為被濫用的藥物之一。一旦成癮，停用鴉片類藥物會令濫藥者出現嚴重的斷癮症狀，包括肌肉疼痛、失眠、焦躁、腹瀉和嘔吐、發冷等，濫藥者必須不斷飲咳水才能壓制以上的斷癮症狀，這亦是為何鴉片類藥物戒斷如此困難的原因。

短期內，鴉片類藥物可以止痛，更能讓人感到放鬆和快樂，但它的副作用包括昏昏欲睡、精神混亂、噁心、便秘，甚至是呼吸緩慢，從而導致缺氧、昏迷、永久性腦損傷或死亡。大量服用咳水，會令人焦慮不安，並令小部份濫藥者有精神失常的症狀，例如幻覺，妄想，胡言亂語等。最後，濫用咳水還有一個害處，就是口腔衛生惡劣，由於咳水含有大量糖漿，容易造成蛀牙和口臭，嚴重影響濫用者的儀容。

除了可待因，一部分被濫用的咳水還含有麻黃素。麻黃素結構上與冰毒類似，所以它能產生興奮劑的效果，例如快感和變得健談。

5.2 上癮和治療的困難

我們很難直接比較咳水與其他毒品令人上癮的程度，不過，從我們接觸的咳水濫用者的經驗發現，咳水是一種高度容易上癮的藥物，斷癮症狀明顯而強烈。就以上文提及過的「Marsedyl Elixir」、「Dhasedyl」及「Procodine Syrup」三款咳水為例，除了含有可待因之外，還有麻黃鹼，雖然加起來能醫治咳嗽及通鼻塞，但在濫用藥物的角度上，它們是兩種不同的物質，各會帶來不同斷癮症狀，即濫藥者要克服兩種不同的斷癮症狀，戒毒困難加倍。

一般情況下，濫藥者入住醫院接受戒毒治療最少需時一個月；同時，出院後的復吸危機亦相當高。原因正正是因為濫藥者太容易會再次接觸到咳水，畢竟藥房處處皆是，若全港有四至五成藥房會違規出售咳水，在違規如此普遍的情況下，管制形同虛設，復吸機會自然提高。

6) 建議

第一，政府部門需要加強社區藥房的巡查和執法，確保社區藥房謹守法律要求和藥劑師專業操守，只售賣咳水給真正有需要的病人。現時空有法規監管藥房，實際的巡查和執法卻不足，令部份藥房不按法律出售咳水也不用承受法律責任。執法不足亦帶來兩大方面的影響：一方面令顧客習慣不用通過任何手續就能購買咳水，當這些顧客去到完全守法的藥房，被要求出示醫生處方或填寫毒藥冊，反而令顧客感覺麻煩和侵犯私隱；另一方面，這也令藥房東主為了生意而對藥劑師施壓力，要求他們對咳水售賣問題「隻眼開隻眼閉」。

第二，醫療界及藥業界應教育市民並推廣成癮性較低的咳藥水。可待因咳藥水並不是唯一一種有效止咳藥。醫生或藥劑師會視乎病人的症狀推介不同的咳藥水，針對敏感咳、痰咳的咳藥水根本不含可待因；就算病人需要鎮咳藥水舒緩乾咳，可待因亦不是香港市面上唯一選擇。例如 Pholcodine 咳藥水雖同屬鴉片類藥物，但成癮性較低，跟可待因一樣能有效止乾咳。總括而言，現時市面上不乏經濟、有效而且成癮性低的可待因咳藥水替代品，究竟社區是否有如此大量病人需要自行購買高濃度的可待因咳藥水？這個答案，政府應該要知道。

香港濫用咳藥水問題源頭牽涉法律、執法、藥房風氣、市民健康知識等多個因素，我們必須認清問題源頭，各個界別攜手合作，才能有效杜絕咳藥水濫用問題。

參考資料

1. Lexi-Tox. (2019). Opioids, Blood, Codeine, Therapeutic (Lab Tests and Diagnostic Procedures).
2. Olson, K., Anderson, I., Benowitz, N., Blanc, P., Clark, R., & Kearney, T. et al. (2018). Poisoning & Drug Overdose, 7e. New York, N.Y.: McGraw-Hill Education LLC.
3. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Drugs of Abuse. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/drugs-abuse>
4. Institute of Mental Health, Castle Peak Hospital. (2019). Mental Health Tips: Cough Syrup. Retrieved from http://www3.ha.org.hk/cph/imh/mhi/article_03_04_chi.asp
5. Kimergård, A., Deluca, P., Hindersson, P., & Breindahl, T. (2016). How resistant to tampering are codeine containing analgesics on the market? Assessing the potential for opioid extraction. Pain and therapy, 5(2), 187-201.
6. All England Law Reports: Law Reports 1936 – 1999 1943 Volume 1 Roberts v Littlewoods Mail Order Stores Ltd [1943] 1 All ER 271.
7. https://hk.lifestyle.appledaily.com/nextplus/magazine/article/20060719/2_6136054
8. Case Law: Pharmaceutical Society of Great Britain V Boots Cash Chemists (Southern) LD.

Analysis of ARTM's New 12-Month TC Programme for PWUDs: A Cox's Regression Model

Cheung, Lik Hang (Erick)

【Abstract】

ARTM provides residential treatment for people who use drugs (PWUD) since 2000. With integration of the Bio-Psycho-Social Model on Therapeutic Community, ARTM keeps evolving on the treatment programme(s) to best fit the needs of PWUDs in Macau and eventually introduced a new 12-month TC programme since 2016 July moving to the Ká-Ho Treatment Centre under assistance of Social Welfare Bureau, R.A.E.M. The article tries to compare the treatment effectiveness of the new TC in terms of duration in treatment and evolution phases. The Cox's Regression Model is implemented for the statistical analysis of the comparison, and various factors from PWUDs are also included to compare against the improvement resulting from the new programme.

【Key words】 Residential Treatment; Therapeutic Community; Bio-Psycho-Social Model; Treatment Effectiveness; Duration Model; Cox's Regression Model

Introduction

The ARTM's new 12-month Therapeutic Community with Bio-Psycho-Social Model (張 et. al, 2019 in press) was introduced since 2016 July when ARTM moved the Treatment Centres into the Ká-Ho Treatment Centre. However, ARTM did not only start the evolution of the programmes until then but rather a continuous improvement to satisfy the various needs of People Who Use Drugs (PWUDs). This article will assess the results from such programmes and statistically analyze whether PWUDs has explicitly benefitted from those evolutions in terms of increasing their *Duration in Treatment (DoT)* and promoting their advancement in *Therapeutic Phases (Phase)*.

Methodology

Cox's Regression Model (Cox, 1972), one kind of duration model (Miller, 1998), is adopted in the current analysis. The *DoT* and *Phases* of the PWUDs are taken natural logarithms and different impacts from various programmes: the *Probation Programme (Prob)*, the *Methadone-To-Abstinence-Residential Programme (MTAR)*, the *New 12-month TC Programme (NewTC)*, are compared with control on demographics: *Sex*, *Age*, *Year of Admission*, *Referral Source*, and *Types of Addiction*.

In brief, the Cox's Regression Model has the form:

$Y_i = \beta_0 e^{(\sum_{j=1}^k \beta_j X_{ji})}$; $i = 1, 2, \dots, n$; $j = 1, 2, \dots, k$; where Y_i denotes the duration of the i^{th} sample staying in the current treatment, β_0 as the coefficient of influences without any treatment or under any factor, and β_j as the coefficients of the influences from the j^{th} among k treatments or factors denoted by X_{ji} on the i^{th} sample. Notice that the duration staying in the current treatment could be taken natural logarithms, and resulting into the following form:

$\ln Y_i = \ln \beta_0 + \sum_{j=1}^k \beta_j X_{ji} = \alpha + \beta_1 X_{1i} + \beta_2 X_{2i} + \dots + \beta_k X_{ki}$; suggesting a linear

relation between the natural logarithms of the duration staying in the current treatment with respect to different treatments offered and under different factors.

In the current analysis, the duration in the current treatment is measured through both DoT and Phases that PWUDs completed in the treatment, while taking into consideration of different programmes and demographics, resulting into the following forms:

$$\ln DoT_i = \alpha + \sum_{p=1}^l \beta_p Programme_{pi} + \sum_{q=1}^m \beta_q Demographics_{qi}; \text{ and}$$

$$\ln Phase_i = \alpha + \sum_{p=1}^l \beta_p Programme_{pi} + \sum_{q=1}^m \beta_q Demographics_{qi};$$

In addition, to evaluate the effectiveness of the NewTC programme, the regression becomes:

$$\ln DoT_i \text{ or } \ln Phase_i =$$

$$\alpha + \sum_{p=1}^{k_1} \beta_p Programme_{pi} + \sum_{q=1}^{k_2} \beta_q Demographics_{qi} + \beta(NewTC) + \sum_{r=1}^{k_3} \beta_r (NewTC) * (Programme \text{ or } Demographics)_{ri}$$

as illustrated in Table 1.

Table 1. Illustration of Variables

Programmes (Dummies)		0	1
Prob	Probation Programme	No	Yes
MTAR	Methadone-To-Abstinence-Residential Programme	No	Yes
Prob&MTAR	Probation & MTAR Programme	No	Yes
Demographics			
Sex (Dummies)	Male or Female	Female	Male
Age	Numerical values when admission		
Years of Admission	Numerical values minus 2008		
Referral Sources (Dummies)	ARTM Harm Reduction Department (HR1)	No	Yes
	Social Welfare Bureau (IAS), R.A.E.M.	No	Yes
	Health Bureau (SSM), R.A.E.M.	No	Yes
	Walk-In/Self-Referral	No	Yes
	Court	No	Yes
Types of Addiction (Dummies)	Heroin	No	Yes
	Methamphetamine	No	Yes
	Ketamien	No	Yes
	Alcohol	No	Yes
	Others (Cannabis, Benzodiazepines, Gambling, etc)	No	Yes
	Polysubstance	No	Yes
NewTC (Dummies)	New 12-month TC Programme	No	Yes
Interacting Effects	NewTC*Variables		

Thus, comparing the two regressions, we can compare the two models with a restriction of $\beta = \beta_r = 0$ such that F -test could be carried out to test if NewTC and all interactions are having impacts on the current treatment. The F -Test (Theil, 1971) takes

the form of:

$F = \frac{(RSS_R - RSS_{UR}) / (k_3 + 1)}{RSS_{UR} / (n - (k + 2))}$; where RSS stands for the residual sum of squares of the models with and without restrictions, i.e., where NewTC and its interaction are included or not; $(k_3 + 1)$ stands for the number of linear restrictions from $\beta = \beta_r = 0$; $(n - (k + 2))$ stands for the number of observation minus the number of parameters in the unrestricted model.

Hence from the F -test the first hypothesis of the current analysis would be:

$H(1): F = \frac{(RSS_R - RSS_{UR}) / (k_3 + 1)}{RSS_{UR} / (n - (k + 2))} > F_{\alpha, (k_3 + 1), (n - (k + 2))}$; which suggests that adding the variables including NewTC would be significantly improve the prediction of the current model.

And from $H(1)$, another hypothesis could also be derived based on the unrestricted model:

$H(2a): \ln DoT_i = \alpha + \sum_{p=1}^{k_1} \beta_p Programme_{pi} + \sum_{q=1}^{k_2} \beta_q Demographics_{qi} + \beta(NewTC) + \sum_{r=1}^{k_3} \beta_r (NewTC) * (Programme \text{ or } Demographics)_{ri}$;

$H(2b): \ln Phase_i = \alpha + \sum_{p=1}^{k_1} \beta_p Programme_{pi} + \sum_{q=1}^{k_2} \beta_q Demographics_{qi} + \beta(NewTC) + \sum_{r=1}^{k_3} \beta_r (NewTC) * (Programme \text{ or } Demographics)_{ri}$;

where at least one of $\beta_p, \beta_q, \beta, \beta_r \neq 0$ with

$F = (ESS/k) / [RSS / (n - (k + 1))] > F_{\alpha, k, (n - (k + 1))}$

On top of $H(2)$, we would also expect that NewTC has a significant improvement on DoT and Phase of the PWUDs, which leads to the following hypothesis:

$H(3): \beta > 0$ in both cases of $H(2a)$ and $H(2b)$, which could be assessed by the t -Test (Student, 1908):

$t = \hat{\beta} / se(\hat{\beta}) > t_{\alpha, n-1}$; where $\hat{\beta}$ stands for the sample estimate of β , the coefficient of relation from NewTC, and $se(\hat{\beta})$ stands for the standard error of this sample estimate.

Hopefully we would expect the interactions having same significance, following:

$H(4): \beta_r > 0; r = 1, 2, \dots, k$ in both cases of $H(2a)$ and $H(2b)$, which implies that:

$t_r = \hat{\beta}_r / se(\hat{\beta}_r) > t_{\alpha, n-1}$; where $\hat{\beta}_r$ stands for the sample estimate of β_r , the coefficients of relation from NewTC*Variables, and $se(\hat{\beta}_r)$ stands for the standard error of these sample estimates.

In addition to the effects from the NewTC, the current analysis would also look into the effectiveness of the other programmes, leading to the following hypotheses:

$H(5): \beta_p > 0; p = 1, 2, \dots, k_1$ with respective t -Tests that: $t_p = \hat{\beta}_p / se(\hat{\beta}_p) > t_{\alpha, n-1}$ where $\hat{\beta}_p$ stands for the sample estimate of β_p , the coefficients of influences from respective programmes, and $se(\hat{\beta}_p)$ stands for the standard error of these sample estimates.

Finally, we would expect that *Sex*, *Age*, *Year of Admission*, *Referral Source*, and *Types of Addiction* should not significantly differ the outcomes of the treatments, leading to the final set of hypotheses:

$H(6): \beta_q = 0; q = 1, 2, \dots, k_2$ with respective *t*-Tests that:

$$-t_{\alpha/2, n-1} < t_q = \frac{\hat{\beta}_q}{se(\hat{\beta}_q)} < t_{\alpha/2, n-1} \text{ where } \hat{\beta}_q \text{ stands for the sample estimate of } \beta_p,$$

the coefficients of influences from respective programmes, and $se(\hat{\beta}_p)$ stands for the standard error of these sample estimates.

However, we should never take it for granted that the relationship follows a lin-log model and the following tests are applied to ensure the regression does not violate the assumptions of Classical Linear Regression Model (Gauss, 1821; Gujarati, 2003): the Jacque-Bera Test (Jarque & Bera, 1987) for normality of disturbance terms, the White Test (White, 1980) for heteroscedasticity, the Ramsey RESET Test (Ramsey, 1969) for specification bias, and the Breusch-Godfrey Serial Correlation LM Test (Godfrey, 1978; Breusch, 1978) for autocorrelation. Unless otherwise specified, all significance levels of the current analysis take the chance of committing Type-I Error, α , at .05 level, e.g., $P[\beta > \hat{\beta} + t_{.05, n-1} se(\hat{\beta})] = 1 - \alpha = .95$.

Results

Demographics

428 entries are recorded since 2008/01/01 until 2018/12/31, respectively 348 are from ARTM Male Treatment Centre and 80 from ARTM Female Treatment Centre. 133 entries are collected from the NewTC since 2016 July (111 male, 22 female) and 295 entries are collected under the previous treatment (237 male, 58 female), showing no significant difference on sex from both samples (χ^2 -test: $p = .444$). *Table 2* illustrated some demographics for the current samples. It is observed from the sample that there is a significant difference in residents ratio deduced from the NewTC among the following variables: males under Probation programme (χ^2 -test: $p = .008$), residents under MTAR programme (χ^2 -test: $p = .000$), males (χ^2 -test: $p = .000$) and females (χ^2 -test: $p = .000$) under MTAR programme, residents who used heroin (χ^2 -test: $p = .000$), males (χ^2 -test: $p = .000$) and females (χ^2 -test: $p = .000$) who used heroin, residents who used methamphetamine (χ^2 -test: $p = .000$), males (χ^2 -test: $p = .000$) and females (χ^2 -test: $p = .000$) who used methamphetamine, residents (χ^2 -test: $p = .041$) and males (χ^2 -test: $p = .024$) who used ketamine, residents (χ^2 -test: $p = .001$) and males (χ^2 -test: $p = .001$) who used alcohol, males (χ^2 -test: $p = .004$) and females (χ^2 -test: $p = .000$) who engaged in other kinds of addiction, females who engaged in more than 1 kind of addiction (χ^2 -test: $p = .003$), females self-referred through walk-in (χ^2 -test: $p = .004$), males (χ^2 -test: $p = .013$) and females (χ^2 -test: $p = .011$) who were referred from IAS, residents referred from SSM (χ^2 -test: $p = .000$), males (χ^2 -test: $p = .000$) and females (χ^2 -test: $p = .019$) referred from SSM, residents (χ^2 -test: $p = .000$) and males (χ^2 -test: $p = .000$) referred from HR1, males referred from court (χ^2 -test: $p = .038$). *Table 3* shows the Retention numbers and rates deduced from the NewTC: the distribution of Retention (χ^2 -test: $p = .001$) and respectively that of males (χ^2 -test: $p = .020$) and females (χ^2 -test: $p = .018$), residents (χ^2 -test: $p = .013$) and males (χ^2 -test: $p = .032$) stayed

until 6 months, residents stayed until completion (χ^2 -test: $p = .000$), males (χ^2 -test: $p = .001$) and females (χ^2 -test: $p = .038$) stayed until completion. These comparisons have shown, although very roughly, a possibility supporting the hypothesized model in which the effects of NewTC is interacting with each of the variables, as shown in the forms:

$$H(2a): \ln DoT_i = \alpha + \sum_{p=1}^{k_1} \beta_p Programme_{pi} + \sum_{q=1}^{k_2} \beta_q Demographics_{qi} + \beta(NewTC) + \sum_{r=1}^{k_3} \beta_r (NewTC) * (Programme \text{ or } Demographics)_{ri};$$

$$H(2b): \ln Phase_i = \alpha + \sum_{p=1}^{k_1} \beta_p Programme_{pi} + \sum_{q=1}^{k_2} \beta_q Demographics_{qi} + \beta(NewTC) + \sum_{r=1}^{k_3} \beta_r (NewTC) * (Programme \text{ or } Demographics)_{ri};$$

which will be examined further through F -Test in the next paragraphs from the current sample, while the descriptive statistics of these numerical variables together with age are shown in *Table 4*, where the females in NewTC seems to have a lower age of 40.27 instead of 45.38 years in the old model (t -test: $p = .022$).

Sex Differences

Apart from the demographics, differences are observed in *Table 2* between biological sexes of the samples, including: Probation programme in NewTC (χ^2 -test: $p = .009$), MTAR programme in NewTC (χ^2 -test: $p = .027$), used heroin overall (χ^2 -test: $p = .002$) and in NewTC (χ^2 -test: $p = .043$), used methamphetamine overall (χ^2 -test: $p = .000$), used alcohol overall (χ^2 -test: $p = .010$), engaged in other kinds of addiction overall (χ^2 -test: $p = .000$) and in NewTC (χ^2 -test: $p = .000$), engaged in more than 1 kind of addiction in NewTC (χ^2 -test: $p = .024$), self-referral through walk-in in NewTC (χ^2 -test: $p = .006$), referred from IAS in NewTC (χ^2 -test: $p = .002$). In addition from *Table 3*, the retention overall for 3 months (χ^2 -test: $p = .023$), retention respectively in the old model (χ^2 -test: $p = .011$) and in the NewTC (χ^2 -test: $p = .007$) are observed to have significantly diverged. These sex differences, together with the limitation of sample size from females, might or might not induce influences on the regression analysis and corresponding statistical tests, e.g., F -Test, are adapted to examine if the influences exist and interrupted with the regression estimates.

Table 2. Demographics distinguished by Old/NewTC and by sexes

TC	Old	New	Total	TC	Old	New	Total	TC	Old	New	Total
N	295	133	428	N	295	133	428	N	295	133	428
Sex				Types of Addiction				Referral Sources			
Male	237	111	348	Heroin	234^	69^	303	Walk-In	18	8	26
Female	58	22	80	Male	194^	64^*	258*	Male	18	5*	23
Programmes				Female	40^	5^*	45*	Female	0^	3^*	3
Probation	59	37	96	Methamphetamine	29^	64^	93	IAS	62	36	98
Male	46^	36^*	82	Male	15^	44^	59*	Male	48^	36^*	84
Female	13	1*	14	Female	14^	20^	34*	Female	14^	0^*	14
MTAR	141^	27^	168	Ketamine	25^	20^	45	SSM	16^	32^	48
Male	110^	26^*	136	Male	21^	19^	40	Male	13^	27^	40
Female	31^	1^*	32	Female	4	1	5	Female	3^	5^	8

Probation&MTAR	39	8	47	Alcohol	11^	16^	27	HR1	187^	55^	27
Male	35	8	43	Male	11^	16^	27*	Male	149^	43^	192
Female	4	0	4	Female	0	0	0*	Female	38	12	50
Admission				Others	51	21	72	Court	51	21	12
New-Admission	159	73	232	Male	14^	17^*	31*	Male	9^	0^	9
Male	127	65	192	Female	37^	4^*	41*	Female	2	1	3
Female	32	8	40	Poly	170	66	236				
Re-Admission	136	60	196	Male	133	60*	193				
Male	110	46	156	Female	37^	6^*	43				
Female	26	14	40								

[^]=significant difference between Old and NewTC at $\alpha=.05$; *=significant sex difference at $\alpha=.05$

Table 3. Retention numbers and rates distinguished by Old/NewTC and by sexes

Retention	Detox (7 days)		3 months		6 months		Completion (12 months)		Total
	N(%)		N(%)		N(%)		N(%)		N(%)
Old	264 (89.49)		129 (43.73)		80 (27.12) [^]		39 (13.22) [^]		295 (68.93) [^]
Male		208 (87.76)		95 (40.08)*		61 (25.75) [^]		32 (13.50) [^]	237 (80.34)
Female		56 (96.55)		34 (58.62)*		19 (32.76)		7 (12.07) [^]	58 (19.66)
NewTC	115 (86.47)		63 (47.37)		52 (39.10) [^]		38 (28.57) [^]		133 (31.07) [^]
Male		96 (86.49)		52 (46.85)*		41 (36.94) [^]		31 (27.93) [^]	111 (83.46)
Female		19 (86.36)		11 (0.50)*		11 (0.50)		7 (32.82) [^]	22 (16.54)
Total	379 (88.55)		192 (44.86)		132 (30.84)		77 (17.99)		428 (100.00)
Male		304 (87.36)		147 (42.24)*		102 (29.31)		63 (18.10)	348 (81.31)
Female		75 (93.75)		45 (56.25)*		30 (37.50)		14 (17.50)	80 (18.69)

[^]=significant difference between Old and NewTC at $\alpha=.05$; *=significant sex difference at $\alpha=.05$

Table 4. Ages, DoT, Phases distinguished by Old/NewTC and by sexes

	Age (years)		#DoT (days)		#Phases (1,2,3,4,5)	
	Mean (SD)		Mean (SD)		Mean (SD)	
Old	42.84 (10.77)		140.87 (171.79)		2.74 (1.22)	
Male		42.04 (11.47)		135.58 (175.05)		2.67 (1.24)
Female		45.38 (8.61) [^]		162.35 (157.40)		3.00 (1.11)
NewTC	42.56 (11.55)		207.80 (242.09)		3.02 (1.48)	
Male		43.01 (12.04)		194.65 (231.92)		2.98 (1.47)
Female		40.27 (8.56) [^]		269.77 (285.84)		3.18 (1.56)
Total	42.75 (11.00)		161.46 (198.44)		2.82 (1.31)	
Male		42.47 (11.44)		154.42 (196.60)		2.77 (1.32)
Female		43.98 (8.84)		191.89 (204.76)		3.05 (1.24)

[^]=significant difference between Old and NewTC at $\alpha=.05$

*=significant sex difference at $\alpha=.05$

#= χ^2 -test nor t -test performed at this stage but in regression

Hypotheses Testing

$H(1): F = \frac{(RSS_R - RSS_{UR})/(k_3+1)}{RSS_{UR}/(n-(k+2))} > F_{\alpha, (k_3+1), (n-(k+2))}$. Firstly we obtain the RSS of the restricted model from the equation:

$$\ln DoT_i = \alpha + \sum_{p=1}^l \beta_p Programme_{pi} + \sum_{q=1}^m \beta_q Demographics_{qi} \text{ and}$$

$$\ln Phase_i = \alpha + \sum_{p=1}^l \beta_p Programme_{pi} + \sum_{q=1}^m \beta_q Demographics_{qi}; \text{ where}$$

$RSS_{R, DoT} = 929.97$ and $RSS_{R, Phase} = 83.53$; then we obtain the RSS of the unrestricted model from the equation:

$$\ln DoT_i =$$

$$\alpha + \sum_{p=1}^{k_1} \beta_p Programme_{pi} + \sum_{q=1}^{k_2} \beta_q Demographics_{qi} + \beta(NewTC) + \sum_{r=1}^{k_3} \beta_r(NewTC) * (Programme \text{ or } Demographics)_{ri}$$

and

$$\ln Phase_i = \alpha + \sum_{p=1}^{k_1} \beta_p Programme_{pi} + \sum_{q=1}^{k_2} \beta_q Demographics_{qi} + \beta(NewTC) + \sum_{r=1}^{k_3} \beta_r(NewTC) * (Programme \text{ or } Demographics)_{ri};$$

where $RSS_{UR, DoT} = 864.19$ and $RSS_{UR, Phase} = 77.95$; thus

$$F_{DoT} = \frac{(929.97-864.19)/(17)}{(864.19)/(392)} = 1.76 > F_{.05, 17, 392} = 1.65 \text{ and}$$

$$F_{Phase} = \frac{(83.53-77.95)/(17)}{(77.95)/(392)} = 1.650 > F_{.05, 17, 392} = 1.648. \text{ Thus } H(1) \text{ is empirically}$$

supported that the NewTC is significantly increasing both days that residences staying in the treatment and also their promotion in the therapeutic phases.

$$H(2a): \ln DoT_i = \alpha + \sum_{p=1}^{k_1} \beta_p Programme_{pi} + \sum_{q=1}^{k_2} \beta_q Demographics_{qi} + \beta(NewTC) + \sum_{r=1}^{k_3} \beta_r(NewTC) * (Programme \text{ or } Demographics)_{ri}$$

and

$$H(2b): \ln Phase_i = \alpha + \sum_{p=1}^{k_1} \beta_p Programme_{pi} + \sum_{q=1}^{k_2} \beta_q Demographics_{qi} + \beta(NewTC) + \sum_{r=1}^{k_3} \beta_r(NewTC) * (Programme \text{ or } Demographics)_{ri}$$

. With the support of $H(1)$, we then proceed to the analysis of the coefficients of NewTC influencing the effectiveness of the treatment. *Table 5* shows the correspondent results from both hypotheses.

Table 5. Cox Regression Model of DoT and Phase on Programmes, Demographics, and NewTC

Variables	ln DoT						ln Phase					
	β_s	SD	t	p	F	3.879	β_s	SD	t	p	F	3.237
Constant (HR1)	3.291	0.669	4.917	.000	Significance	.000	0.669	0.201	3.329	.001	Significance	.000
Programmes					R^2	.249					R^2	.216
Probation	1.726	0.535	3.224	.001	Adjusted R^2	.184	0.505	0.161	3.141	.002	Adjusted R^2	.149
MTAR	0.981	0.232	4.231	.000	RSS	864.1863	0.262	0.070	3.761	.000	RSS	77.945
Probation&MTAR	1.690	0.481	-3.512	.001	JB Test		-0.414	0.145	-2.861	.004	JB Test	
Types of Addictions					F	6.252					F	2.741
Heroin	1.150	0.475	-2.423	.016	p	.044	-0.263	0.143	-1.844	.066	p	.254
Methamphetamine	0.385	0.400	-0.961	.337	White Test		-0.104	0.120	-0.869	.385	White Test	
Ketamine	0.026	0.515	-0.051	.959	F	1.374	0.082	0.155	0.529	.597	F	1.314
Alcohol	0.286	0.645	-0.444	.657	p	.086	-0.120	0.194	-0.620	.536	p	.120
Others	0.324	0.272	-1.192	.234	$\chi^2 - test$	.093	-0.069	0.082	-0.846	.398	$\chi^2 - test$	.126
Poly	0.483	0.231	2.094	.037	BG Serial Correlation LM		0.070	0.069	1.006	.315	BG Serial Correlation LM	

Referral Sources					<i>F</i>	0.046					<i>F</i>	0.244
Walk-In	0.194	0.422	-0.459	.647	<i>p</i>	.830	0.057	0.127	0.449	.654	<i>p</i>	.783
IAS	0.016	0.467	-0.038	.647	$\chi^2 - test$	.823	-0.017	0.130	-0.134	.365	$\chi^2 - test$	.766
SSM	0.214	0.432	0.458	.970	Ramsey RESET Test		0.127	0.140	0.907	.893	Ramsey RESET Test	
Court	0.046	0.600	0.077	.939	<i>F</i>	3.596	0.023	0.180	0.126	.899	<i>F</i>	0.549
Demographics					<i>p</i>	.059					<i>p</i>	.459
Age	0.027	0.010	2.705	.007			0.008	0.003	2.605	.010		
Sex	0.257	0.285	-0.902	.368			-0.086	0.086	-1.009	.314		
Year	0.010	0.047	-0.219	.827			-0.006	0.014	-0.444	.657		
NewTC	6.305	1.815	3.473	.001			1.788	0.545	3.279	.001		
Interaction of NewTC												
Probation	1.111	0.765	-1.452	.147			-0.364	0.230	-1.586	.114		
MTAR	0.819	0.512	-1.599	.111			-0.265	0.154	-1.726	.085		
Probation&MTAR	0.790	0.900	0.878	.380			0.344	0.270	1.273	.204		
Heroin	0.190	0.659	-0.288	.773			-0.128	0.198	-0.648	.517		
Methamphetamine	0.401	0.553	-0.734	.464			-0.099	0.166	-0.599	.550		
Ketamine	0.389	0.732	0.532	.595			0.085	0.220	0.386	.700		
Alcohol	0.359	0.803	0.447	.655			0.104	0.241	0.433	.665		
Others	0.252	0.446	0.564	.573			0.098	0.134	0.732	.465		
Poly	0.890	0.425	-2.115	.035			-0.208	0.128	-1.631	.104		
Walk-In	1.208	0.733	-1.647	.100			-0.441	0.220	-2.003	.046		
IAS	0.870	0.613	1.183	.391			0.232	0.184	1.051	.131		
SSM	0.526	0.736	-0.859	.238			-0.278	0.221	-1.512	.294		
Court	3.367	1.664	-2.024	.044			-0.621	0.500	-1.243	.215		
Age	0.016	0.018	-0.884	.377			-0.006	0.005	-1.157	.248		
Sex	0.663	0.543	-1.222	.222			-0.063	0.163	-0.385	.701		
Year	0.400	0.152	-2.632	.009			-0.107	0.046	-2.343	.020		

Both hypotheses are supported empirically from which $H(2a): F = 3.879, p = .000, R^2 = .249$, adjusted $R^2 = .184$; $H(2b): F = 3.237, p = .000, R^2 = .216$, adjusted $R^2 = .149$. In addition, $H(3)$ is also supported in both $H(2a): \hat{\beta} = 6.305, t = 3.473, p = .001$ and $H(2b): \hat{\beta} = 1.788, t = 3.279, p = .001$. $H(4)$ is not fully supported with only significance shown in some of the variables, and we will re-visit how these interactions is acting on DoT and Phase of the residences in Discussion part, shown in Table 6. $H(5)$ is supported in both $H(2a): \hat{\beta}_{Prob} = 1.726, t = 3.224, p = .001$; $\hat{\beta}_{MTAR} = 0.981, t = 4.231, p = .000$; and $H(2b): \hat{\beta}_{Prob} = 0.505, t = 3.141, p = .002$; $\hat{\beta}_{MTAR} = 0.262, t = 3.761, p = .000$; with cautions that $H(2a): \hat{\beta}_{Prob\&MTAR} = -1.690, t = -3.512, p = .001$ and $H(2b): \hat{\beta}_{Prob\&MTAR} = -0.414, t = -2.861, p = .004$. $H(6)$ is only partly supported in $H(2a)$ with the exceptions of residents using heroin ($\hat{\beta}_{heroin} = -1.150, t = -2.423, p = .016$), residents with poly-addictions ($\hat{\beta}_{poly} = 0.483, t = 2.094, p = .037$), and age ($\hat{\beta}_{age} = 0.027, t = 2.705, p = .007$); while nearly fully supported in $H(2b)$ with the only exception of age ($\hat{\beta}_{age} = 0.008, t = 2.605, p = .010$). These factors would be explored together in

Discussion with aid of *Table 6*. Although overall satisfactory in the hypotheses testing, it is found that in *H(2a)* some of the linear assumptions are violated (Jacque-Bera Test: $F = 6.252, p = .044$; White Test: $F = 1.374, p = .086$; Ramsey RESET Test: $F = 3.596, p = .059$; Breusch-Godfrey Serial Correlation LM Test: $F = 0.046, p = .830$), suggesting a problem might exist in the distribution of disturbance terms, heteroscedasticity, and specification bias of the model. While the same pattern does not exhibit in *H(2b)* regarding these assumptions (Jacque-Bera Test: $F = 2.741, p = .254$; White Test: $F = 1.314, p = .120$; Ramsey RESET Test: $F = 0.549, p = .459$; Breusch-Godfrey Serial Correlation LM Test: $F = 0.244, p = .783$), it is suspected that the distribution differences shown in demographics, especially sexes, might provide a possible insight that male and female samples might exhibit differently on days staying in a treatment respectively. To verify preliminarily, *F*-Test on sex differences based on both sexes on the Cox Regression Model is examined.

Sex Differences

To examine the sex differences on the Cox Regression Model, the same variables are run on DoT and Phase respectively, excluding the factor of sex, on male and female samples. It is notable that there is a smaller sample size of the females, which leads to a problem of insufficient sample in estimating the parameters of the current model. Instead of the original model, a modified yet identical model is run respectively on both sexes to demonstrate a rough and empirical suggestion of the resulted differences in DoT displayed in *Table 7*.

Table 7. Reduced Cox Regression Model of DoT (male and female) on Programmes, Demographics, and NewTC

In DoT	Male						Female					
	β s	SD	t	p	F	5.231	β s	SD	t	p	F	1.275
Constant (HR1)	2.930	0.522	5.612	.000	Significance	.000	4.678	2.127	2.200	.032	Significance	.232
Programmes					R^2	.271					R^2	.365
Probation	1.536	0.520	2.952	.003	Adjusted R^2	.220	-0.953	1.765	-0.531	.598	Adjusted R^2	.079
MTAR	1.151	0.240	4.802	.000	RSS	717.117	-0.556	0.579	-0.961	.341	RSS	99.704
Probation&MTAR	-1.578	0.447	-3.531	.001	JB Test		-1.167	1.050	-1.112	.271	JB Test	
Types of Addictions					F	2.525					F	0.971
Heroin	-1.517	0.333	-4.553	.000	p	.283	0.855	0.878	0.974	.335	p	.616
Methamphetamine	-0.545	0.468	-1.166	.245	White Test		0.470	0.659	0.712	.480	White Test	
Ketamine	-0.060	0.366	-0.163	.871	F	1.583	0.437	1.109	0.394	.695	F	0.902
Alcohol	--	--	--	--	p	.045	--	--	--	--	p	.596
Others	-0.253	0.323	-0.783	.434	$\chi^2 - test$	.109	-1.590	0.812	-1.957	.056	$\chi^2 - test$	.994
Poly	0.469	0.235	1.993	.047	BG Serial Correlation LM		1.429	0.867	1.639	.107	BG Serial Correlation LM	
Referral Sources					F	0.056					F	1.377
Walk-In	--	--	--	--	p	.946	--	--	--	--	p	.262
IAS	0.421	0.376	1.118	.265	$\chi^2 - test$	.941	1.372	1.699	0.807	.423	$\chi^2 - test$	.136

SSM	0.019	0.488	0.039	.969	Ramsey RESET Test		0.185	1.207	0.153	.879	Ramsey RESET Test	
Court	0.162	0.679	0.239	.811	F	0.885	-1.318	0.920	-1.432	.158	F	0.284
Demographics					P	.348					P	.597
Age	0.032	0.010	3.274	.001			0.005	0.045	0.115	.909		
Year	-0.001	0.049	-0.021	.983			-0.170	0.150	-1.132	.236		
NewTC	5.520	1.787	3.089	.002			1.756	6.212	0.283	.779		
Interaction of NewTC												
Probation	-0.378	0.479	-0.789	.430			2.872	2.319	1.238	.221		
MTAR	-0.844	0.446	-1.893	.059			0.453	2.732	0.166	.869		
Probation&MTAR	--	--	--	--			--	--	--	--		
Heroin	--	--	--	--			--	--	--	--		
Methamphetamine	-0.089	0.598	-0.149	.882			-1.935	2.431	-0.796	.430		
Ketamine	--	--	--	--			--	--	--	--		
Alcohol	--	--	--	--			--	--	--	--		
Others	-0.213	0.486	-0.439	.661			2.175	2.475	0.879	.384		
Poly	-0.818	0.406	-2.013	.045			-2.763	2.347	-1.177	.245		
Walk-In	-0.434	0.750	-0.579	.563			-3.491	1.489	-2.344	.023		
IAS	--	--	--	--			--	--	--	--		
SSM	-0.409	0.596	-0.686	.493			.078	1.457	0.053	.958		
Court	--	--	--	--			--	--	--	--		
Age	-0.025	0.017	-1.451	.148			0.030	0.061	0.483	.631		
Year	-0.357	0.160	-2.227	.027			0.003	0.483	0.006	.995		

Together with the analysis of the reduced model ($F = 5.030, p = .000, RSS = 893.513$), we might compute the following Chow Test (Chow, 1960): $F = \frac{[(RSS_R - RSS_{UR})/(k)]}{[(RSS_{UR})/(n_1 + n_2 - 2k)]} \sim F_{k, n_1 + n_2 - 2k}$; where

$RSS_R = RSS, RSS_{UR} = RSS_{male} + RSS_{female}, k = 23, n_1 = 348, n_2 = 80$. Putting the respective numerical values into the Chow Test we obtain $F = 1.559, p = .050$ (round off from .0496). Hence the sex difference is shown in this demonstration, although not in the original model, that we might need to develop different analytical arithmetic for analysis of the two sexes, which might also be supported by the White Test that ($F = 1.810, p = .013$) heteroscedasticity might occur once sex is not controlled.

Discussion, Conclusion, Limitation & Implication

As mentioned in the Results, we would start with Table 6, trying to give explicit images of how residents from different groups might differ once they adapted the NewTC, using the equation of $DoT_i = \gamma e^{[\delta_1(Age) + \delta_2(Year)]}$:

Table 6a. Comparison of DoT from Old/NewTC

Days Staying in Treatment		Old: $DoT_i = \gamma e^{0.027(Age_i) - 0.010(Year_i)}$										NewTC*: $DoT_i = \gamma e^{0.009(Age_i) - 0.410(Year_i)}$									
		Walk-In		IAS		SSM		HR1		Court		Walk-In		IAS		SSM		HR1		Court*	
		F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Null	Heroin*	7	5	8	6	11	8	9	7	9	7	43	17	342	136	85	34	143	57	5	2
	Methamphetamine	5	4	6	4	7	6	6	4	6	5	20	8	156	62	39	15	65	26	2	1
	Ketamine	5	4	6	4	7	5	6	4	6	5	28	11	224	89	55	22	94	37	3	1
	Alcohol	3	3	4	3	5	4	4	3	4	3	30	12	241	96	60	24	101	40	3	1
	Others	3	2	3	2	4	3	3	2	3	2	28	11	224	89	56	22	94	37	3	1
	Poly*	4	3	5	4	6	5	5	4	5	4	19	7	149	60	37	15	63	25	2	1
Probation*	Heroin*	39	30	47	36	59	46	18	37	50	39	199	79	1589	633	393	157	666	265	23	9
	Methamphetamine	27	21	32	25	40	31	33	25	34	26	73	29	586	234	145	58	246	98	8	3
	Ketamine	26	20	31	24	39	30	32	25	33	26	233	93	1858	740	460	183	778	310	27	11
	Alcohol	20	15	23	18	29	23	24	18	25	19	243	97	1939	773	480	191	812	324	28	11
	Others	14	11	17	13	21	16	17	13	18	14	203	81	1621	646	401	160	679	271	23	9
	Poly*	23	18	27	21	35	27	28	22	29	23	43	17	344	137	85	34	144	58	5	2
MTAR*	Heroin*	19	14	22	22	28	22	23	18	24	18	94	38	754	301	187	74	316	126	11	4
	Methamphetamine	13	10	15	15	19	15	15	12	16	13	35	14	278	111	69	27	117	46	4	2
	Ketamine	12	10	15	14	19	14	15	12	16	12	110	44	882	351	218	87	369	147	13	5
	Alcohol	9	7	11	11	14	11	11	9	12	9	115	46	921	367	228	91	386	154	13	5
	Others	7	5	8	8	10	8	8	6	9	7	96	38	770	307	191	76	322	129	11	4
	Poly*	11	8	13	13	16	13	13	10	14	11	20	8	164	65	40	16	69	27	2	1
Prob&MTAR*	Heroin*	19	15	23	23	29	23	24	18	25	19	98	39	782	312	194	77	328	131	11	5
	Methamphetamine	13	10	16	15	20	15	16	12	17	13	36	14	289	115	71	28	121	48	4	2
	Ketamine	13	10	15	15	19	15	16	12	16	13	114	46	914	364	226	90	383	153	13	5
	Alcohol	10	7	12	11	15	11	12	9	12	9	119	48	954	380	236	94	400	159	14	5
	Others	7	5	8	8	10	8	8	7	9	7	100	40	798	318	198	79	334	133	12	5
	Poly*	11	9	14	13	17	13	14	11	14	11	21	8	170	68	42	17	71	28	2	1

* = significant at $\alpha = .05$

Table 6a shows different combination and the corresponding estimates of duration a resident stayed within the treatment. For example, if a 38-year-old male who used Methamphetamine was admitted into Probation programme by the Social Welfare Bureau in 2013, his expected duration staying in the treatment in days would be equal to $25e^{0.027(38) - 0.010(5)} = 66$ days, while if he was admitted in 2018, his expected duration staying in the treatment would be equal to $301e^{0.009(45) - 0.410(10)} = 6$ days. Such calculation, however, considers also the effects from insignificant factors and hence hindered the effectiveness of the NewTC. Thus, Table 6b hereby shows the computation without insignificant factors:

Table 6b. Comparison of DoT from Old/NewTC

Days Staying in Treatment		Old: $DoT_i = ye^{0.027(A+B)}$										NewTC*: $DoT_i = 1000ye^{-0.410(Year)}$									
		Walk-In		IAS		SSM		HR1		Court		Walk-In		IAS		SSM		HR1		Court*	
		F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Null	Heroin	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	46.6	46.6	46.6	46.6	46.6	46.6	46.6	46.6	.16	.16
	Methamphetamine	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	14.7	14.7	14.7	14.7	14.7	14.7	14.7	14.7	.51	.51
	Ketamine	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	14.7	14.7	14.7	14.7	14.7	14.7	14.7	14.7	.51	.51
	Alcohol	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	14.7	14.7	14.7	14.7	14.7	14.7	14.7	14.7	.51	.51
	Others	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	14.7	14.7	14.7	14.7	14.7	14.7	14.7	14.7	.51	.51
	Poly	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	23.8	23.8	23.8	23.8	23.8	23.8	23.8	23.8	.82	.82
Probation	Heroin	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	26.2	26.2	26.2	26.2	26.2	26.2	26.2	26.2	.90	.90
	Methamphetamine	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	82.6	82.6	82.6	82.6	82.6	82.6	82.6	82.6	2.85	2.85
	Ketamine	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	82.6	82.6	82.6	82.6	82.6	82.6	82.6	82.6	2.85	2.85
	Alcohol	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	82.6	82.6	82.6	82.6	82.6	82.6	82.6	82.6	2.85	2.85
	Others	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	82.6	82.6	82.6	82.6	82.6	82.6	82.6	82.6	2.85	2.85
	Poly	245	245	245	245	245	245	245	245	245	245	13.4	13.4	13.4	13.4	13.4	13.4	13.4	13.4	4.62	4.62
MTAR	Heroin	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	12.4	12.4	12.4	12.4	12.4	12.4	12.4	12.4	.43	.43
	Methamphetamine	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72	39.2	39.2	39.2	39.2	39.2	39.2	39.2	39.2	1.35	1.35
	Ketamine	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72	39.2	39.2	39.2	39.2	39.2	39.2	39.2	39.2	1.35	1.35
	Alcohol	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72	39.2	39.2	39.2	39.2	39.2	39.2	39.2	39.2	1.35	1.35
	Others	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72	39.2	39.2	39.2	39.2	39.2	39.2	39.2	39.2	1.35	1.35
	Poly	116	116	116	116	116	116	116	116	116	116	63.6	63.6	63.6	63.6	63.6	63.6	63.6	63.6	2.19	2.19
Prob&MTAR	Heroin	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	12.9	12.9	12.9	12.9	12.9	12.9	12.9	12.9	.44	.44
	Methamphetamine	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	40.7	40.7	40.7	40.7	40.7	40.7	40.7	40.7	1.40	1.40
	Ketamine	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	40.7	40.7	40.7	40.7	40.7	40.7	40.7	40.7	1.40	1.40
	Alcohol	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	40.7	40.7	40.7	40.7	40.7	40.7	40.7	40.7	1.40	1.40
	Others	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	40.7	40.7	40.7	40.7	40.7	40.7	40.7	40.7	1.40	1.40
	Poly	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	65.9	65.9	65.9	65.9	65.9	65.9	65.9	65.9	2.27	2.27

Recomputing the previous example, the resident would be expected to stay $151e^{0.027(38)} = 213$ days in the old programme and $82600e^{-0.410(10)} = 1,369$ days in the NewTC. Such calculations show more consistent with the previous hypotheses yet need attention in handling the expectation from statistical analysis due to variation in individual differences and the risks of committing Type I and Type II error.

In conclusion, the above analytic procedures show the effectiveness of the NewTC and other programmes as hypothesized, with satisfactory increase both in the days staying in a voluntary setting where the residents might ask for discharge anytime. In addition, it is shown that the NewTC is fair over different kinds of residents with an insignificant difference over the types of addiction and referral sources. However, it is also empirically shown that sex difference might exist in the current model, which might be a consequence of limited number in female sample (N=80 while N=22 for NewTC), as a result of multicollinearity problem without enough sample size for the estimation, or might suggest that males and females might exhibit different patterns in staying in residential treatment (e.g., females stayed longer in treatment setting even if they completed the programme, while there is no such effect observed when all residents who completed the 12-month programme being considered as Complete in analysis of Phase).

As suggested above, it is yet limited to estimate the effectiveness on female residents of the current model, while satisfactory results have been shown that the NewTC is having big impact in increasing the duration staying in treatment for addictions in ARTM. It is recommended to develop more precise measurements, e.g., psychometric ones, instead of merely duration in treatment, to act as the parameters for revealing treatment efficacy. Last but not least, statistical analysis of services will be kept going to secure the evidence-base of ARTM services.

References

- Breusch, T.S. (1978). Testing for Autocorrelation in Dynamic Linear Models. *Australian Economic Papers*, 17, 334-355.
- Chow, G.C. (1960). Tests of Equality Between Sets of Coefficients in Two Linear Regressions. *Econometrica*, 28, 3, 591-605.
- Cox, D.R. (1972). Regression Models and Life Tables (with discussion). *Journal of the Royal Statistical Society, Series B (Methodological)*, 2, 34, 187-220.
- Gauss, C.F. (1821). *Theoria Combinationis Erroribus Minimis Obnoxiae*, Parts 1, 2, and Supplement. *Werke*, 4, 1-108.
- Godfrey, L.G. (1978). Testing Against General Autoregressive and Moving Average Error Models when the Regressor Include Lagged Dependent Variables. *Econometrica*, 46, 1293-1302.
- Gosset, W.S. aka Student. (1908). The Probable Error of a Mean. *Biometrika*, 6, 1-25.
- Gujarati, D.N. (2003). *Basic Econometrics*. 4th Edition, pp. 65-76. McGraw-Hill/Irwin, NY: USA.
- Jarque, C.M. & Bera, A.K. (1987). A Test for Normality of Observations and Regression Residuals. *International Statistical Review*, 55, 163-172.
- Miller, R.G. Jr. (1998). *Survival Analysis*, pp. 119-141. John Wiley & Sons, NY: USA.
- Ramsey, J.B. (1969). Tests for Specification Errors in Classical Linear Least Squares Regression Analysis. *Journal of the Royal Statistical Society, Series B*, 31, 350-371.
- Theil, H. (1971). *Principles of Econometrics*, pp. 43-45. John Wiley & Sons, NY: USA.
- White, H. (1980). A Heteroscedasticity Consistent Covariance Matrix Estimator and a Direct Test of Heteroscedasticity. *Econometrica*, 48, 817-818.
- 張力珩、梁嘉賀、郭婉婷、吳穎琪、謝佩琪. (2019 in press). Introduction of ARTM Residential Treatment for People Who Use Drugs (PWUD): Therapeutic Community with Bio-Psycho-Social Model. 2019 年全國藥物濫用防治研討會（澳門）.

Drug-Related Attentional Bias in Drug Abusers and Rehabilitated Drug Abusers: An Eye-Tracking Study

Chi Hung Leung, Chac Kei Chao

(Integrated Centre for Wellbeing, The Education University of Hong Kong)

Hiu Fai Chan

(Cheer Lutheran Centre, Hong Kong Lutheran Social Service (LC-HKS))

【Abstract】

Objective: The study combined explicit questionnaires with implicit measures [i.e. Colour Stroop Task, Implicit Association Task (IAT), Dot Probe Task and Eye Tracking Paradigm]. This methodological triangulation was able to evaluate the effectiveness of measuring attentional bias. **Participants:** 36 rehabilitated drug abusers and 16 inpatient rehabilitees who were about to participate in the Wecycle docent & volunteer training programme. 8 active drug abusers and 32 undergraduate students as baseline. **Results:** Individuals who had experience with drug abuse exhibited stronger influence by drug related words than baseline in the Stroop Task. In addition, reaction time between rehabilitated drug abusers and baseline was relatively close comparing to other drug abusers. Also, IAT and eye tracking results showed more problematic drug dependence (i.e. more attracted to drug related items) in active drug abusers than rehabilitated abusers. Active abusers also exhibited slower reaction time than others in the Dot Probe Task. **Conclusion:** Wecycle trainees indicate strong motivation to fully rehabilitate from drug abuse even before the programme started.

【Key words】 Attentional bias; Eye-tracking study; Implicit and Explicit cognition tests

Introduction

Several psychological processes have been studied in relation to substance use. The biggest focus has been on the role of psychological craving (e.g., Wise, 1988). Many studies have reported that self-reported craving is a predictor of treatment outcome and relapse (see McKay, 1999). However, not all studies have demonstrated this, and its apparent role seems to depend on how craving is measured (Rosenberg, 2009; Sayette et al., 2000). Other studies have examined the association between self-reported attitudes toward substances and substance use behavior, and have yielded mixed findings in clinical samples.

According to previous theoretical models (Franken, 2003), craving and attitudes are examples of explicit (or controlled) cognitive processes. Explicit cognitions are controlled, slow processes and can be measured via self-report (Wiers & Stacy, 2006). However, self-report measures are limited by the reporter's level of insight and by other biases such as social desirability (Marissen, Franken, Blanken, Hendriks, & van den Brink, 2005). By contrast, implicit (or automatic) cognitive processes are automatic, fast processes that can be measured indirectly using behavioral measures, usually timed tasks such as the speed of automatic responses to certain stimulus. An advantage of

using implicit measures is that participants are generally unaware of the purpose of the assessment, providing a relatively objective indicator of internal processes (e.g., Fazio & Olson, 2003).

In addition research, attentional bias toward drug related stimuli is often assessed with the drug Stroop task, in which participants are required to classify the colors of drug-related and neutral words; slower responses on the former indicate an attentional bias toward drug-related stimuli (Cox, Fadardi, & Pothos, 2006).

The second task for measuring implicit attentional bias is the Dot Probe task (MacLeod, Mathews, & Tata, 1986). Attentional allocation to threat is measured indirectly by the reaction times to a dot on a screen: fast reactions to dots that appear in the position of threat words, and slow reactions to dots that appear in the position of neutral words, indicate attentional bias toward threat (MacLeod et al., 1986).

The third task for measuring attentional bias is the Implicit Associations Task. Drug abusers usually associate drugs with more positive attributes (e.g., happy, good, satisfy, successful) than non-drug abusers, and this implicit association task is used to examine people who may be addicted to drugs (Marhe et al., 2013).

Although our study focused primarily on implicit measures of attributional biases, we also collected participants' self-reports. Even it has limitations, it was also important in this study to cross-validate the results based on implicit measures with results based on participants' experiences.

Several studies have examined the prospective association between implicit attentional bias and substance use or relapse. It has been reported that attentional bias predicts initial substance use and relapse in nicotine dependence (Janes et al., 2010; Powell, Dawkins, West, Powell, & Pickering, 2010; Waters et al., 2003), alcohol abuse (Cox, Pothos, & Hosier, 2007), and heroin or cocaine dependence (Carpenter, Schreiber, Church, & McDowell, 2006; Marissen et al., 2006). In nonclinical populations it has been reported that implicit attitudes predict use of alcohol (e.g., Wiers, van Woerden, Smulders, & de Jong, 2002), cigarettes (McCarthy & Thompson, 2006), and cannabis (Ames et al., 2007).

This line of research has also examined attentional bias in relation to temptation to use. Attentional bias and positive implicit attitudes at temptation episodes were prospectively associated with relapse in Marhe's study (2013). Early and late relapsers did not report more temptation episodes than non-relapsers. However, early relapsers exhibited higher levels of attentional bias toward drugs at temptation episodes than relapsers did. The association between attentional bias at temptation episodes and relapse provides support for theoretical models that posit a relationship between attentional bias and relapse (e.g., Franken, 2003). Marhe's study (2013) also revealed that individuals with more positive implicit attitudes to drugs during temptation were at risk for early relapse. This finding is consistent with data from nonclinical populations.

Tiffany's model of drug urges

Theory of Automaticity

The theory of automaticity (Schneider, 1977) defines an automatic process as a relatively permanent sequence of tightly integrated associative connections stored in long-term memory, which becomes active in response to a particular input configuration. In this model, automatic processing is considered to be independent of

attention, fast, stimulus bound, and somewhat beyond the individual's control. In addition, automatic processes could be activated in parallel with one another and in parallel with a controlled process.

Characteristics of Nonautomatic Processes

Nonautomatic processing is typically described as having characteristics opposite those assigned to automatic processes. The cognitive processes subsumed under the descriptor "nonautomatic" vary across authors. Posner and Snyder (1975) described nonautomatic processes as strategic operations under the conscious control of the subject. Others have noted that nonautomatic processes could be described as executive systems that function to coordinate activities in circumstances in which automatic processes are not adequately developed to control responding (e.g., Logan, 1985; Sternberg, 1985).

The first objective of the present study was to use eye tracking data to validate the implicit data, and the explicit self-reported questions were collected after completing all implicit tasks. The second objective was to examine what other factors affect drug abusers and rehabilitated drug abusers' drug-related cognition. Finally, the data were used to identify individual differences in the automatic and nonautomatic process factors toward drug related cognition among different participants.

The research questions are as below :

1. Can the attentional bias data from the implicit task measures and eye tracking be cross validated ?
2. What are the factors affecting drug abusers' and rehabilitated drug abusers' drug related attentional bias ?
3. Are there individual differences in the automatic and nonautomatic process factors that predict to drug-related cognition among different participants ?

Method

Participants

Fifty-eight male and thirty-four female native Hong Kong participants aged between 18 and 53 were recruited who were well-informed of the details of the study before signing the consent form. Written consents were obtained before the experiment.

Group 1 ($n = 32$). Undergraduate students (11 male, 21 female; age Mean=21.9, SD=2.45) , the comparison group were recruited through the Education University of Hong Kong iWork website and flyers posted on the university campus. Selected applicants were then contacted to arrange for the experiment. After the experiment's completion, each student received a \$50 supermarket cash voucher as "incentive" before the study.

Group 2 ($n = 36$). Wecycle trainees who were rehabilitated drug abusers (24 docent training; 12 volunteer training; 26 male, 10 female; age Mean=34, SD=8.22). All of them were rehabilitees who had histories of psychotropic substance abuse and had completed a rehabilitation programme or treatment. Wecycle is an anti-drug project developed by The Cheer Lutheran Centre of Social Service which aims at encouraging rehabilitees to live a healthy lifestyle through sport intervention therapy and vocational training, improving and promoting social acceptance of drug rehabilitees. Professional bicycle docent (guided bike tour) training and community service training are provided

to the rehabilitees. Before being admitted into the training programme, potential trainees were interviewed by social workers. During these interviews, the training programme was adequately explained to them, and they were asked verbally if they agreed to participate in the study.

Group 3 ($n = 16$). Wecycle trainees (all male; age Mean=34.19, SD=3.92) who were inpatients at Shek Kwu Chau Treatment and Rehabilitation Centre. All of them were rehabilitees who were still in the residential drug rehabilitation programme, either voluntarily or compulsorily. Although the rehabilitation programme might be compulsory, participation in the Wecycle training programme and the current study was completely voluntary. Those who were interested in joining Wecycle were interviewed by social workers at the Cheer Lutheran Centre of Social Service, then admitted into the programme (same as Group 2).

Group 4 ($n = 8$). Active drug abusers (5 male, 3 female; age Mean=36.75, SD=10.25). All of the members of Group 4 had a psychotropic substance abuse problem and were receiving psychiatric medical treatment and taking prescribed psychiatric drugs. Social workers at Cheer Lutheran Centre introduced the research project to them, and asked if they were interested in participating. Upon completion, each participant received a \$100 McDonald's cash voucher which could attract more active drug abusers participants.

This study was reviewed and approved by the Human Research Ethics Committee, The Education University of Hong Kong. Funding was provided by the Beat Drug Fund, Narcotics Division, Security in cooperation with Cheer Lutheran Centre.

Settings

The experiment was carried out in well-lighted, quiet and air-conditioned rooms in various locations. For Group 1 participants, the experiment took place in the Integrated Centre for Wellbeing, The Education University of Hong Kong. For Group 2 and 4 participants, the experiment took place in Cheer Lutheran Centre of Social Service. Group 3 participants' experiments were conducted in Shek Kwu Chau Treatment and Rehabilitation Centre, The Society for the Aid and Rehabilitation of Drug Abusers.

Materials

Implicit Cognition Tasks

Cognitive Task I: Color Stroop Task

In each trial, participants were asked to fixate on a cross that was shown in the middle of the screen for 500ms. Next, a two-character Chinese word was presented in 4 different colors (i.e., red, yellow, blue, green) for 1500ms. The participants were asked to identify the color of the word and to ignore the meaning of the word, then respond as fast and accurately as possible by pressing the corresponding key on the keyboard (i.e., “d”, “f”, “j”, “k”). The word was one of four word types (neutral, drug related, positive and negative); there were 18 words of each type. These words were chosen based on a pilot word rating task completed by 35 undergraduate students who were not involved in the study. Moreover, word frequencies, character frequencies and number of strokes were also matched using the SUBTLEX-CH Chinese Word and Character Frequencies database (Cai & Brysbaert, 2010). Participants were asked to complete 16 practice trials to familiarise with the colours and keys before completing the 288 trials in the experiment.

Cognitive Task II: Implicit Association Task (IAT)

Drug abusers usually associate drugs with more positive attributes (e.g., happy, good, satisfying, successful) than non-drug abusers do, and the Implicit Association Task assesses a person's associations to drug-related stimuli (Marhe et al., 2013). Participants were first asked to press a button if the word shown on the screen was a positive attribute and to press another button if the word shown was a negative attribute (e.g., sad, bad, failure). In the second stage, participants were asked to press a button for drug-related words (e.g., pills, needle, marijuana) and to press another button for words not related to drugs (e.g., sports, music, computer). In the 3rd stage (drug-compatible trials) participants were asked to press one button for drug-related words or positive attributes and to press another button for negative attributes or non-drug items. In the 4th stage (drug-incompatible trials), participants were asked to press one button for drug-related words or negative attribute words and to press another button for words related to non-drug items or positive attribute words. Participants were expected to perform differently (in either direction) in terms of speed in the drug-incompatible trials in stage 4 when compared with the drug-compatible trials in Stage 3. The difference in speed between the compatible and incompatible trials (i.e., IAT effect) is proportional to the severity of drug addiction, with a larger difference meaning stronger addiction.

Cognitive Task III: Dot Probe Task

The participants needed to fixate their eyes on a center fixation point. Then two pictures appeared at the same time for a several seconds period, with one on each side of the fixation point. After the pictures disappeared, a cross “+” then appeared on either the left or right side of the screen and the participants were asked to press the corresponding “left” or “right” button to indicate the location of the fixation cross. The pictures were either drug-related items (e.g., pills, needle, marijuana), or non-drug related items (e.g., basketball, musical instrument, books). There was equal probability that the “+” would appear on the same side or other side of the picture.

Eye tracking paradigm: Visual world paradigm

During the dot probe task, the participants were asked to fixate their eyes on a center fixation point. When a pair of pictures (positive valence, negative valence, neutral, drug-related item) appeared on the screen, the participants' eye fixation patterns were recorded.

The experimenter first launched the preview screen on the Tobii Pro Eye Tracker Manager software, participant's eyes were detected in the form of 2 white dots on the screen. Next, the calibration process was conducted in which the participant had to gaze on different points of the screen. The task then started only until the calibration was successful. It took 3-5 minutes.

Explicit Cognition Questionnaire

Chinese Drug Involvement Scale (C-DIS)

This 22-item assessment tool was developed by Lam, Ng & Boey (2002) to the context of Hong Kong Chinese community. C-DIS is a scale which evaluates the subjective views and beliefs on substance use/abuse. The ratings scale from 1-6 (e.g. strongly disagree, somewhat disagree, disagree, agree, somewhat agree and strongly agree). In terms of scoring, seven items were reversely scored by subtracting from seven. A higher total score would indicate more severe issues in views and beliefs of substance abuse.

Hardware and Software

All cognitive tasks and questionnaires were programmed and presented using Inquisit

Software (Millisecond Software LLC, Seattle, WA) on a Dell Latitude E7470 laptop computer with a 13-inch 1920*1080 pixel color monitor. The eye-tracker used was a portable Tobii Pro X3-120 with a 120Hz sampling rate. It was used together with the Tobii Pro External Processing Unit to increase stability.

Procedures

Participants arrived at the testing site and were given the information sheet and consent form to sign. Next, they were asked about their eyesight (e.g., colour blindness) and which Chinese character type (i.e., Traditional or Simplified) they preferred. All participants then completed the dot-probe task first, which took approximately 10 minutes. After that, participants from Groups 2, 3 and 4 completed the drug Stroop task and IAT task; of the 61 participants in these three groups, 28 completed the drug Stroop task first, while 33 of them completed the IAT task first. For Group 1 participants, 4 of them completed both tasks, 14 of them only completed the drug Stroop task and the other 14 only completed the IAT task. After completion of the experiment tasks, participants were asked to provide some personal information, like demographic variables (age, gender, occupation, and so forth) and the C-DIS before they left.

Results

Invalid data was ruled out based on the following criteria: 1) Self-report visual impairment (e.g. colour blindness); 2) Technical issues during experiment (e.g. noise, programme crash); 3) Unable to complete the task according to the instructions; 4) Low task accuracy based on 80% of mean accuracy set by Van der Elst et al (2006), or 50% of mean accuracy in the compatible and incompatible blocks (Greenwald, Nosek & Banaji, 2009), the mean RT under 150ms (Egloff & Hock, 2002), and outliers identified in the exploratory data analysis.

Color Stroop Task

16 invalid data were excluded from the analysis based on the above criteria. 62 valid data were remained in the analysis.

Between subject analysis showed a significant difference among the groups in Reaction Time (RT) when responding to drug related words $F(3, 58)=2.78$, $p < 0.05$. Duncan post-hoc tests showed that, when compared to non-drug abusers (Groups 1 and 2), drug abusers (Groups 3 and 4) had slower color naming speed for drug-related words, while there was no significant difference in the color naming speed for neutral words between the groups $F(3, 58)=2.19$, $p < 0.01$. Moreover, Group 2 showed more similar RT to the comparison group than to the other drug abuser groups.

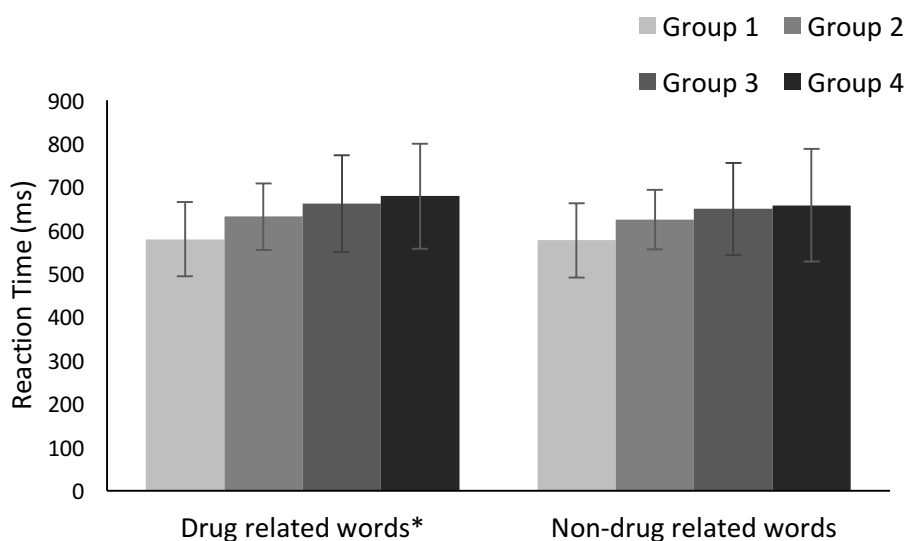


Figure 1. Mean reaction time in the Colour Stroop Task. Mean Latency when choosing the colour of the drug related and non-drug related words for the four groups. (* $p < 0.05$). Notes : Group 1: Undergraduate students. Group 2: Rehabilitated drug abusers. Group 3: In-patient rehabilitees. Group 4: Active drug abusers.

IAT

9 invalid data were excluded from the analysis. 65 valid data were remained in the analysis.

The task accuracy in compatible and incompatible trials between the groups were significantly different [$F(3,65)=3.84$, $p < 0.05$, $F(3,65)=8.62$, $p < 0.01$ respectively], however, their RT were not significant [$F(3,65)=1.23$, $p > 0.05$, $F(3,65)=2.27$, $p > 0.05$ respectively], nor in the post hoc test. As mentioned earlier, the difference of RT between drug compatible and incompatible trials was known as the 'IAT Effect'. The difference in speed was calculated: 'compatible RT' minus 'incompatible RT'. Between subject analysis has shown significant differences among the groups [$F(3,65)=2.94$, $p < 0.05$]. Duncan post hoc comparison has shown group 2 was significantly lower compared to group 4 in IAT effect.

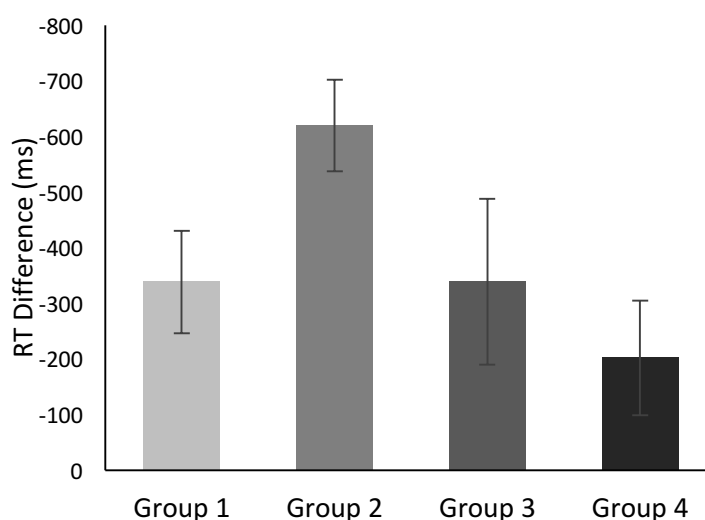


Figure 2. Mean Reaction time difference between drug compatible & incompatible trials. (Numbers are shown in minus).

Dot Probe Task

Two invalid data were excluded from the analysis: 1 with visual impairment and 1 could not finish the task. Also, incorrect trials and trials with RT less than 100ms or over 1000ms were also excluded (Duka & Townshend, 2004). Finally, 90 valid data were received.

One way ANOVA has shown significant difference between the groups in congruent trials [$F(3,86)=10.9$, $p<0.01$], and incongruent trials [$F(3,86)=8.12$, $p<0.01$]. Group 4 had significantly longer RT than other groups in both congruent and incongruent trials, as shown in Duncan post hoc comparison. On the other hand, it has not shown any significant difference between group 1, 2 & 3 ($p>0.05$) (see Figure 3).

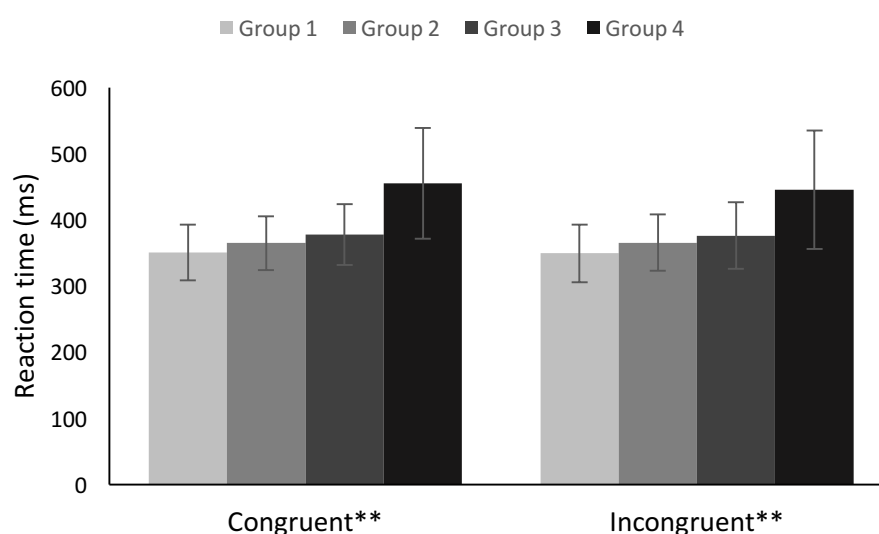


Figure 3. Mean reaction time in Dot Probe task. (** $p<0.01$).

Eye Tracking Paradigm

Raw eye tracking gaze data was recorded in 120 hz and in the format of X & Y axis of the focus gaze in each frame (i.e. focuspixelx & focuspixely). Areas of Interest were the two presented images in the following coordinates, Left: $880 > X > 378$ and $705 > Y > 375$, Right: $1541 > X > 1039$ and $705 > Y > 375$. In each trial, gaze points were assigned to “Left”, “Right” or none according to their X Y coordinates, hence identified which images were presented.

In this study, two eye-tracking matrices were examined: 1) the percentage of trials with first fixation on drug related images and 2) the proportion of fixation time spent on drug related images. One-way ANOVA has shown significant differences between the groups in both first fixation and fixation time [$F(3,86)=5.73$, $p<0.01$, $F(3,86)=3.11$, $p<0.05$]. Duncan post hoc comparisons have shown group 1 & 2 not significant of first fixation on drug ($p>0.05$), while group 3 & 4 were not significant ($p>0.05$). Group 3 & 4 had their first fixation on drug related images more than group 1 & 2. Similar results was also found in the proportion of time fixated on drug (see Figure 4).

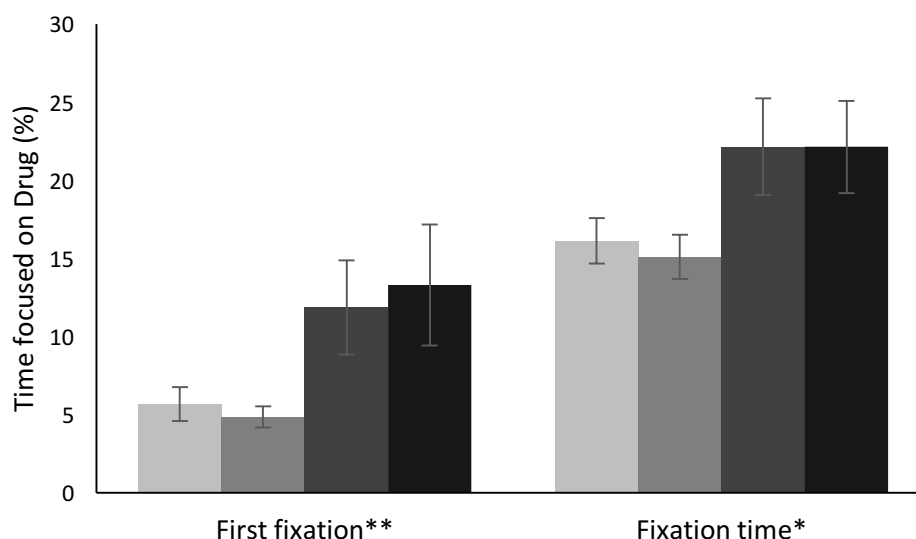


Figure 4. Percentage of trials with first fixation on drug related images & Proportion of time fixated on drug related images. (* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$).

C-DIS

C-DIS mean scores for the four groups are shown in Table 2. One way ANOVA was carried out and found significant difference between the groups [$F(3,88)=10.495$, $p < 0.01$] (see Table 3). In addition, Duncan post hoc comparison indicated group 1 mean scores was significantly lower than the other groups, meaning less problematic in thoughts and views of drug abuse.

Discussion

Validation of triangulated data

The implicit cognition data from the Stroop Task, Dot Probe Task, Implicit Association Task, and eye tracker are cross-validated. The results of both the Stroop Task and Implicit Association Task showed that the Wecycle trainees who were rehabilitated drug abusers (Group 2) and undergraduate students (Group 1 comparison group) were similar. The results of the Dot Probe Task were not significantly different, but the reaction time of the active drug abusers (Group 4) was significantly slower than that of Groups 1, 2 and 3. This may imply that the active drug users were affected by the drug and medical treatment.

Motivational factors

In Vroom's theory of expectancy, expectancy is the belief that one's effort (E) will result in attainment of desired performance (P) goals. Instrumentality is the belief that a person will receive a reward if the performance expectation is met. Valence is the value an individual places on the rewards of an outcome, which is based on their needs, goals, values and sources of motivation.

Motivational Force (MF) = Expectancy x Instrumentality x Valence

Therefore, the Wecycle trainees who were rehabilitated drug users (Group 2) have a high expectancy of attaining their desired performance, believe strongly in receiving a reward for the performance, and highly value the rewards received. These may be the motivational factors driving them to join the WeCycle program and avoid relapse from drug use.

Controlled factors

According to the hedonic principle, our emotional experience can be thought of as a gauge that ranges from bad to good and our primary motivation is to keep the needle on the gauge as close to good as possible. The results indicated that the active drug user with medical treatment tends to show more positive feelings and less negative feelings, and reacts faster to drug-related stimuli. This shows attentional bias in the active drug abusers group. This is consistent with Tiffany's model of drug urges. The controlled processes and automatic processes in active drug users may be hedonic emotion and feelings. On the other hand, the controlled factor of the nonautomatic processes may be the motivational force of the WeCycle groups.

Limitations

Unbalanced data distribution

There were only eight participants in the active drug abuser group, a much smaller number than were recruited in other three groups. The results related to the active drug abuse group may be less reliable than those related to the other groups.

Generalizability

The findings may not be generalizable to other groups such as younger or older persons and abusers of other substances, such as alcohol. In larger samples, control variables such as age, years of drug addiction, family members with drug addiction, and peer networks could help isolate the effects of attentional bias on drug use.

Implicit Task Design

Regarding the Dot Probe Task, it seems necessary to analyse whether variations in the probability of the dot appearance, such as dot up or down, produce equivalent results.

Conclusion

It is concluded that the eye tracking measure and the implicit data cross validated the drug-related cognition. The implicit and eye tracking data were not influenced by the explicit self-reported questions, which were administered at the end of the experiment. The motivational factors of the Wecycle trainees who were rehabilitated drug users, namely expectancy of the desired reward, receiving expectation of a reward from performance, and expectation of a highly valued reward, may be the driving force behind showing less sensitivity to drug related cognition. This is also said to be the controlled factor of the nonautomatic processes in the two WeCycle groups. The hedonic factor may also be the controlled factor in automatic processes in the active drug group. Both the motivational factors of the rehabilitates and the hedonic factor of the drug abusers are suggested to further investigate in future study. Suggestions are also given for recruiting active drug abusers and controlling the confounding variables in order to make the findings more generalized.

Acknowledgement

The authors would like to acknowledge the contributions made by the staff of the Cheer Lutheran Centre, Mr. Cheung Pak Shun, Ms. Leung Kam Yin, and Ms. Chan Suet Ying.

References

1. Ames, S. L., Grenard, J. L., Thush, C., Sussman, S., Wiers, R. W., & Stacy, A. W. (2007). Comparison of indirect assessments of association as predictors of marijuana use among at-risk adolescents. *Experimental and clinical psychopharmacology*, 15(2), 204-218.
2. Carpenter, K. M., Schreiber, E., Church, S., & McDowell, D. (2006). Drug Stroop performance: relationships with primary substance of use and treatment outcome in a drug-dependent outpatient sample. *Addictive behaviors*, 31(1), 174-181.
3. Cox, W. M., Fadardi, J. S., & Pothos, E. M. (2006). The addiction-stroop test: Theoretical considerations and procedural recommendations. *Psychological bulletin*, 132(3), 443.
4. Cox, W. M., Pothos, E. M., & Hosier, S. G. (2007). Cognitive-motivational predictors of excessive drinkers' success in changing. *Psychopharmacology*, 192(4), 499-510.
5. Duka, T., & Townshend, J. M. (2004). The priming effect of alcohol pre-load on attentional bias to alcohol-related stimuli. *Psychopharmacology*, 176(3-4), 353-361.
6. Egloff, B., & Hock, M. (2003). Assessing attention allocation toward threat-related stimuli: A comparison of the emotional Stroop task and the attentional probe task. *Personality and Individual Differences*, 35(2), 475-483.
7. Fazio, R. H., & Olson, M. A. (2003). Implicit measures in social cognition research: Their meaning and use. *Annual review of psychology*, 54(1), 297-327.
8. Franken, I. H. (2003). Drug craving and addiction: integrating psychological and neuropsychopharmacological approaches. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 27(4), 563-579.
9. Greenwald, A. G., Nosek, B. A., & Banaji, M. R. (2003). Understanding and using the Implicit Association Test: I. An improved scoring algorithm. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 197-216.
10. Janes, A. C., Pizzagalli, D. A., Richardt, S., Chuzi, S., Pachas, G., Culhane, M. A., ... & Kaufman, M. J. (2010). Brain reactivity to smoking cues prior to smoking cessation predicts ability to maintain tobacco abstinence. *Biological psychiatry*, 67(8), 722-729.
11. Lam, C. W., Ng, H. Y., & Boey, K. W. (2002). Measuring drug abuse: the development of the Chinese drug involvement scale in Hong Kong. *Research on social work practice*, 12(4), 525-533.
12. Logan, G. D. (1985). Executive control of thought and action. *Acta Psychologica*, 60(2-3), 193-210.
13. MacLeod, C., Mathews, A., & Tata, P. (1986). Attentional bias in emotional disorders. *Journal abnormal psychology*, 95(1), 15-20.
14. Marhe, R., Waters, A. J., van de Wetering, B. J., & Franken, I. H. (2013). Implicit and explicit drug-related cognitions during detoxification treatment are associated with drug relapse: an ecological momentary assessment study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 81(1), 1-12.
15. Marissen, M. A., Franken, I. H., Blanken, P., van den Brink, W., & Hendriks, V. M. (2005). The relation between social desirability and different measures of heroin craving. *Journal of addictive diseases*, 24(4), 91-103.
16. Marissen, M. A., Franken, I. H., Waters, A. J., Blanken, P., Van Den Brink, W., & Hendriks, V. M. (2006). Attentional bias predicts heroin relapse following treatment. *Addiction*, 101(9), 1306-1312.
17. McCarthy, D. M., & Thompson, D. M. (2006). Implicit and explicit measures of alcohol and smoking cognitions. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20(4), 436-444.
18. McKay, J. R. (1999). Studies of factors in relapse to alcohol, drug and nicotine use: a critical review of methodologies and findings. *Journal of Studies on Alcohol*, 60(4), 566-576.
19. Posner, M. I., & Snyder, C. R. R. (1975). Attention and cognitive control. In R. L. Solso (Ed.), *Information processing and cognition: The Loyola symposium* (pp. 55-85). New York: Wiley.
20. Powell, J., Dawkins, L., West, R., Powell, J., & Pickering, A. (2010). Relapse to smoking during unaided cessation: clinical, cognitive and motivational predictors. *Psychopharmacology*, 212(4), 537-549.
21. Rosenberg, H. (2009). Clinical and laboratory assessment of the subjective experience of drug craving. *Clinical psychology review*, 29(6), 519-534.
22. Sayette, M. A., Shiffman, S., Tiffany, S. T., Niaura, R. S., Martin, C. S., & Schadel, W. G. (2000). The measurement of drug craving. *Addiction*, 95(8s2), 189-210.
23. Sternberg, R. J. (1985). *Beyond IQ: A triarchic theory of human intelligence*. New York: Cambridge University Press.

24. Tiffany, S. T. (1990). A cognitive model of drug urges and drug-use behavior: role of automatic and nonautomatic processes. *Psychological review*, 97(2), 147-168.
25. Underwood, G. (1982). Attention and awareness in cognitive and motor skills. In G. Underwood (Ed.), *Aspects of consciousness: Vol. 3. Awareness and self-awareness* (pp.111-145). New York: Academic Press.
26. Van der Elst, W., Van Boxtel, M. P., Van Breukelen, G. J., & Jolles, J. (2006). The Stroop color-word test: influence of age, sex, and education; and normative data for a large sample across the adult age range. *Assessment*, 13(1), 62-79.
27. Waters, A. J., Shiffman, S., Sayette, M. A., Paty, J. A., Gwaltney, C. J., & Balabanis, M. H. (2003). Attentional bias predicts outcome in smoking cessation. *Health Psychology*, 22(4), 378-387.
28. Wiers, R. W., & Stacy, A. W. (2006). Implicit cognition and addiction. *Current Directions in Psychological Science*, 15(6), 292-296.
29. Wiers, R. W., Van Woerden, N., Smulders, F. T., & De Jong, P. J. (2002). Implicit and explicit alcohol-related cognitions in heavy and light drinkers. *Journal of abnormal psychology*, 111(4), 648-658.
30. Wise, R. A. (1988). The neurobiology of craving: implications for the understanding and treatment of addiction. *Journal of abnormal psychology*, 97(2), 118-132.

澳門濫藥者感染愛滋病防治工作面臨的挑戰

許璇珊（澳門工會聯合總會工人醫療所）

【摘要】

本澳近十年申報新增本地居民感染愛滋病病毒個案大增，2016 年升至歷年以來最多的三十宗，至 2017 年本澳發現的愛滋病病毒感染個案（包括愛滋病人）有六百九十六人。根據監測系統所收集的數據，在 1986 年至 2018 年期間，共有 297 名本地居民感染 HIV，以男性為主，男女比例約 4:1，至於傳播途徑，主要是經不安全性行為而感染。自 2015 年起，同性及雙性接觸取代異性接觸，成為本地居民的主要傳播途徑。自 2005 年引入美沙酮替代治療後，本地居民經靜脈注射吸毒感染的比例大幅下降，2015 年至今，每年均未錄得任何新增經靜脈注射吸毒感染個案。澳門藥物濫用者中央登記系統顯示 2014 至 2018 年，首次吸毒年齡年輕化為 26.7 歲，學歷水平上升至高中佔 31.1%，吸食毒品種類以冰為主佔 48.2%，2018 年以靜脈注射方式以人次計算與 2014 年比較減少超過一倍。

本文研究目的是透過分析澳門濫藥者調查問卷濫藥人群的濫藥行為和特徵、對愛滋病認知及高危行為的監測結果，以瞭解目前澳門濫藥者感染愛滋病及性傳播疾病之趨勢，為應對澳門濫藥者愛滋病感染風險的醫療干預及公共衛生的防控工作提供科學依據。澳門濫藥者是感染愛滋病病毒和性病的高危人群，傳播途徑的預防干預，不但控制高危人群中流行，更重要的是防治從高危人群向一般人群蔓延，保護廣大群眾的生命安全及社會穩定。因此，瞭解本澳濫藥者所處環境及其決定和影響因素，為改變他們的高危行為採取有效、可行的預防干預措施，是控制愛滋病流行最有效的辦法。吸食新型毒品，刺激中樞神經系統，並產生異常的興奮、增強性慾，同時降低對性衝動的克制力，自我約束力下降，提高與他人發生性行為的可能。大量研究表明，愛滋病感染者合併感染性病時，精液和陰道分泌液中 HIV 排出的數量明顯高於未合併感染性病的人，從而增加了愛滋病傳播的危險。

【關鍵詞】濫藥者 愛滋病 高危行為 防控新型毒品

一、愛滋病在中國的流行歷史與現狀

愛滋病（Acquired Immunodeficiency Syndrome, 簡稱 AIDS）是由人類免疫缺陷病毒（Human Immunodeficiency Virus, 簡稱 HIV）感染所導致的一種病死率極高的慢性傳染病，正在全球肆虐。據世界衛生組織（WHO）和聯合國愛滋病預防規劃署（UNAIDS）公佈的數字，全球已累計逾 3540 萬人死於 HIV/AIDS 相關疾病。截至 2017 年，全球共有 3690 萬愛滋病病毒攜帶者，其中 3510 萬為成年感染，180 萬為 15 歲以下的兒童。截至 2018 年 9 月底，中國內地存活感染者約為 85 萬，估計新發感染者每年約 8 萬例，性傳播是主要傳播途；香港地區感染者的總數為 9,543 例，從 1984 年至 2018 年 10 月 31 日，台灣地區感染者總數為 37,602 例。男男性行為人群感染 HIV 的風險是普通人的 27 倍；注射吸毒人群感染 HIV 的風險是普通人的 23 倍；女性性工作者感染 HIV 的風險是普通人的 13 倍；跨性別女性感染 HIV 的風險是普通人的 12 倍。防愛抗愛在未來一段時間里，

應向更多高危人群提供暴露前預防和暴露後預防用藥，進而減少新發感染者的數量。在中國，愛滋病在 1985 年傳入，經歷輸入散發期、局部流行期和廣泛流行期，至 1980 年代末，愛滋病疫情處於散發狀態；1985 年首宗死亡個案後不久，在 1982 年自美國進口的血液製品中發現 HIV，相關血液在 1983-1985 年共輸給 19 名患者，進一步化驗顯示其中四名血友病患者受到 HIV 感染。1995 年以來，愛滋病的傳播逐步擴大，毒品注射引起的 HIV 感染在雲南一省流行。據中國疾控中心、聯合國愛滋病規劃署、世界衛生組織聯合評估，截至 2018 年底，中國估計存活愛滋病感染者約 125 萬。與其他國家相比，中國愛滋病疫情處於低流行水平，但疫情分布不平衡；性傳播是主要傳播途徑，2017 年報告感染者中經異性傳播佔比為 69.6%，男性同性傳播為 25.5%，靜脈吸毒人群仍是主要的愛滋病病毒感染人群，佔累積病例報告的 45%；經性途徑感染和傳播愛滋病病毒的情況逐年有明顯上升，其中大部分有婚外同性和異性不安全性行為。

二、愛滋病在澳門的流行歷史與現狀

本澳自 1986 年首次發現外地輸入的愛滋病毒感染個案，同年開展 HIV 的檢測工作，根據監測系統所收集的數據，在 1986 年至 2018 年期間，共有 297 名本地居民感染 HIV，以男性為主，男女比例約 4：1，累計愛滋病病例和死亡個案分別為 129 例和 57 例。在本地居民 HIV 感染個案中，確診年齡以 30 至 39 年齡組最多，佔 31%；其次為 20 至 29 歲，佔 24%；對比 2015—2017 年工作報告，確診年齡以 30 至 39 年齡組有輕微下降 1-3%；20 至 29 歲年齡組有輕微上升 1-2%，工作報告顯示本地居民 HIV 感染個案有年輕化趨勢可能。本地居民 2019 年 1 月至 5 月共錄得 11 例本地居民感染愛滋病病毒的申報個案，10 男 1 女，當中 6 例因同性或雙性性接觸而感染，其餘 5 例經異性性接觸傳播，全部個案已轉介到公營醫院作醫療跟進。關於澳門吸毒者感染愛滋病毒/愛滋病(HIV/AIDS)的情況，澳門社會工作局 2005 年起提供美沙酮維持治療服務，協辦民間戒毒外展服務中心，為戒毒求助者安排各類醫療檢查效果理想，各項傳染病之感染情況穩定，本地居民經靜脈注射吸毒感染的比例大幅下降，自 2015 年至今，每年均未錄得任何新增感染個案，HIV/AIDS 在吸毒人群當中的感染及傳播情況得到有效防控；1986 至 2017 年本地居民經靜脈注射吸毒感染 HIV 個案累積共 48 例，HIV 感染個案的感染途徑中佔 48.18%，排第三位。社會工作局與衛生局自 2002 年起合作，為濫藥者以及戒毒工作者免費提供全面之傳染性疾病檢查措施，以加強監控及預防各類傳染性疾病在高危群體當中擴散；在 2017 年接受身體檢查之個案，以針筒注射方式吸毒的有 53%。而注射組別感染傳染病情況遠超於非注射組別，當中以丙型肝炎感染最為明顯。2018 年戒毒康復處沒有發現感染個案，此外，根據衛生當局資料，2018 年沒有因共同針筒新感染個案，HIV 病毒在吸毒人群中擴散之情況目前受到控制。（1986 至 2018 年澳門陽性個案主要感染途徑及人數詳見下表 2-1）

1985 至 2018 年澳門本地居民 HIV 陽性感染人數及主要感染途徑(n=297)

	異性性接觸	同性/雙性性接觸	注射吸毒
1985-2018	118	100	48

表 2-1 數據來源：防治愛滋病委員會工作報告

三、澳門濫藥人群感染愛滋病的影響因素

一以 2016 年澳門社會工作局戒毒康復處 172 份高危行為問卷分析為例

(一) 人群分布

(1) 性別分布：172 位受訪者中，141 名為男性，31 名為女性，男女比例接近 5:1。大多數受訪者為本澳居民及中國籍人士。

(2) 年齡分布：青少年組(29 歲以下)佔 27.3%，其中 25-29 歲佔 14%、壯年組(30-49 歲)佔 52.3%，其中 35-49 歲佔 14%、中老年組 (50 歲以上)佔 19.8%，其中 50-54 歲佔 9.3%，0.6%拒答。受訪者首次吸毒中位數為 20 歲，平均吸毒 5.8 年才開始求助。

(3) 學歷分布：受訪者學歷水平以中學、小學為主，分別有 95 人（佔 55.1%）、71 人（佔 41.2%），平均教育程度為中學。

(二) 濫藥者主要吸食毒品種類

毒品種類	人數	所占百分比 (%)
海洛英	67	34
氯胺酮	36	18.3
冰毒	36	18.3
酒精	12	6.1
可卡因	12	6.1
大麻	9	4.6

表 3-1 受訪者主要六種濫藥種類統計表

根據高危行為問卷分析結果，受訪者濫用最多的毒品為海洛因（白粉）、氯胺酮（K 仔）及冰毒。其中，青少年組(29 歲以下)以吸食冰毒及 K 仔為主，分別為 39.5%及 57.9%，吸食三種毒品佔 10.6%。青少年組(29 歲以下)、壯年組(30-49 歲)、中老年組 (50 歲以上)使用超多一種毒品的情況佔 40.4%。根據“澳門藥物濫用者中央登記系統”2013 年吸毒者濫用最多的毒品為海洛因（白粉）及氯胺酮（K 仔），分別佔 37.1%及 35.7%。其中，21 歲以下的青少年吸毒者有 65 人，較 2012 年減少 11 人，冰毒首次取代氯胺酮（K 仔）成為青少年主要吸食的毒品。2018 年全年報告的資料顯示，整體呈報的吸毒人數共 424 人，較 2017 年減少了 8.2%。其中，青少年有 24 人，佔總人數 5.7%。吸食毒品種類仍以冰毒最多，按人次計佔 48.2%，有顯著上升；吸毒地點在家、朋友家及酒店吸毒超過七成；在 21 歲以下青少年呈報個案中，使用大麻情況較 2017 年有所上升。

(三) 濫藥者性伴侶數目

性伴侶數目	受訪人數	百分率
0人	34	19.8%
1人	82	47.7%
2人	13	7.6%
3人	9	5.2%
4人	2	1.2%
5人	4	2.3%

6人	2	1.2%
7人	1	0.6%
表3-2 受訪者一年內性伴侶數目		

受訪濫藥者中一年內多於 1 名性伴侶的占 20.9%，33%沒有使用安全套；單一性伴侶受訪濫藥者有 51%沒有使用安全套，16%與性工作者有性行為；1%有同性性經驗；有 30 位受訪濫藥者在珠海有跨境高危行為，20 位受訪濫藥者同時有跨境吸毒及性行為。性伴侶數目與性頻率有直接正比關係，有否使用安全套及是否感染性病，都對經性傳播感染愛滋病有顯著影響。在不同的性行為方式下，HIV 經性傳播幾率差異很大，可以通過減少不安全性行為來降低被傳染愛滋病的可能性，如何減少濫藥同時性行為的動機和有利環境條件或杜絕不安全性行為就是預防愛滋病經性傳播的關鍵。

（四）濫藥者對愛滋病知識認知

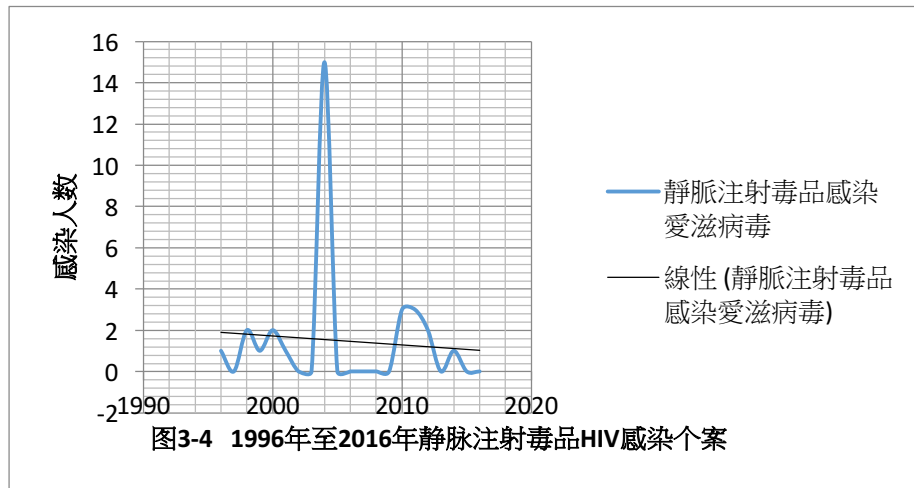
編號	知識題目	答對人數	構成比 (%)
1	你認為愛滋病感染者能從外表看出來嗎？	151	87.8
2	與愛滋病感染者共餐會感染愛滋病嗎？	157	91.3
3	與愛滋病感染者握把或擁抱會感染愛滋病嗎？	162	94.2
4	與愛滋病感染者無套性交會感染愛滋病嗎？	170	99.4
5	與愛滋病感染者共用針筒會感染愛滋病嗎？	170	98.8
6	一個人會因為被蚊蟲叮咬而感染愛滋病嗎？	170	70.9
7	只和專一（沒有其他性伴侶）的非感染者有性關係是可以降低感染愛滋病的機會？	143	83.1
8	每次性交均全程和正確使用安全套是可以降低感染愛滋病的機會？	166	96.5

表 3-3 愛滋病基本知識作答

調查問卷中又發現受訪者表示在過去一年曾經接受愛滋病及戒毒服務情況，見表 3-3 反映戒毒求助者對愛滋病雖有一定程度認知，但對單一性伴侶感染傳染病包括 HIV 之風險仍部份缺乏有關知識。

（五）靜脈注射毒品

受訪濫藥者中有 49%一個月內有注射毒品，7%受訪者有重複使用針具經驗；52.3%受訪者表示在接受問卷調查的期間，願意接受愛滋病病毒的檢測，陽性檢出率為 0。



2004 年本澳感染愛滋病毒出現小規模爆發，共錄得 30 新發個案，其中因靜脈注射毒品感染個案占一半，詳見圖 3－4。自 2005 年 10 月引入美沙酮於戒毒綜合服務中心，鼓勵吸毒者接受美沙酮維持治療及停止共用針筒，對有效減少因共用針具而感染愛滋病的人數及減低街頭濫藥者的犯罪行為，均有明顯的幫助；政府與民間團體合作，至 2015 年底共回收污染針筒逾 28 萬支，2015 年至今未有發現注射毒品感染 HIV 個案。

四、澳門濫藥者是感染愛滋病病毒和性病的高危人群

（一）新型毒品成為主要濫藥種類

根據高危行為問卷及澳門藥物濫用者中央登記系統，近年青少年濫用藥物種類以冰毒最多，化學名稱甲基安非他命 Methamphetamine，全名是 *N-methylamphetamine*，低劑量服用會產生欣快感、提振警醒度、專注力和精神及降低食欲、減輕體重。第二次世界大戰期間，美國、德國等交戰國家把冰毒作為軍事用藥，用來強化士兵的行動、消除士兵的疲勞和保持長時間的警惕性。日本則將殖民地韓國作為冰毒的生產基地，大量生產冰毒片劑和針劑，作為軍需品供軍隊使用，以至戰場上出現過“神風特攻隊”的瘋狂表現。

冰毒可以通過口服、鼻吸、卷在香煙中或靜脈注射的方式進行吸食。高劑量服用則會引起中樞神經刺激劑引起的精神病、橫紋肌溶解症、全身癲癇、和顱內出血；刺激中樞神經系統，並產生異常的興奮、增強性欲，同時降低對性衝動的克制力，自我約束力下降，提高與他人發生性行為的可能。冰毒濫用者濫用冰毒的目的是為了捕捉和感受一種短暫的快感和興奮，這種體驗對濫用者的覓藥行為起著強化作用，導致藥物的依賴性和耐受性。

（二）社交網路成為濫藥者吸毒／性行為之媒介

近年社交網路交友及邀請男男同性／異性不安全性行為，以及“Chemfun”¹ (Chem 是指 Chemicals，即毒品；Fun 是指性愛玩樂)之玩意，在虛擬世界內，邀約及交易更不受限制，販毒途徑更容易逃過法律制裁，當前性亂行為和性病的大幅上升，也為 HIV 進一步傳播流行提供了有利條件；全球各地的研究均指出

¹ 香港大學社會學系博士劉凱亮認為冰毒成為 chemfun 使用的主要毒品可追溯至 2009 年，與手機交友程式的興起有關。歐美用 chemsex，即精神科藥物或毒品與性有關的行為。

藥物使用是愛滋病病毒(HIV)感染的主要傳播途徑，當中男男性接觸者(men who have sex with other men, MSM)是屬於高風險社群²。部分吸毒者早期吸毒的原因為增強性欲，在婚前或婚外的性行為有被感染 HIV 的可能，靜脈注射毒品、不安全性行為則使其傳染他人並在吸毒群體中迅速傳播，靜脈注射毒品是造成 HIV 傳播的危險因素，加強對靜脈注射毒品濫用群體的疫情監測，並在戒毒機構進行常規的血液 HIV 抗體檢測是不可缺少的。

(三) 正視青少年吸毒的原因

青少年吸食毒品的原因，不少學者做了相應研究，宏觀角度方面，在主觀原因、家庭結構以及社會因素三個方面分析了青少年吸食毒品的原因。有學者從微觀角度，將青少年吸毒原因概括為：好奇心驅使、家庭環境影響、個人交友不慎、精神空虛等。在毒品犯罪日益猖獗的今日，預防青少年吸食毒品顯得愈發重要，難度也日益增長³。對此應當深入分析青少年吸毒的原因，通過不同層次原因的劃分，有針對性地開展預防工作。

(四) 正視性病及其它傳染病在濫藥人群中傳播

吸毒是 HIV、HCV 等經血傳播的多種傳染病的主要危險因素，主要通過靜脈吸毒共用注射器具、不安全性行為等造成感染。此外，因感染 HIV 病毒免疫功能缺陷，性接觸傳播性傳染性疾病如 HPV、支原體、衣原體、淋病、尖銳濕疣等，呼吸道疾病如肺結核等，一定程度影響社區公共衛生環境及增加疫症的風險。按照血源性疾病的流行特徵和傳播方式，一旦有吸毒者感染愛滋病病毒，既可快速地引起其大規模擴散和蔓延，吸毒者使用針具大大增加丙肝感染率，如吸毒者或其性伴侶缺乏性病愛滋病知識，對於愛滋病感染風險的認識不足，容易引起疾病在社區擴散。由於社區吸毒者一般比較隱蔽，因此，如何在吸毒者和感染愛滋病的高危人群中開展有效的健康教育和預防干預一直是國內外研究專家、學者關注的重點；在澳門，愛滋病傳播仍然呈低流行水準，愛滋病高危行為的發生比例相對較低，但由於人口結構改變、老齡化、外來人口增加、人口流動等因素，本澳居民仍然受到很多傳染病流行性的風險，在吸毒者愛滋病防治工作中，除了與禁毒部門合作，衛生部門，教育部門，社區心理治療部門，社區性病／傳染病有關部門，根據吸毒者的行為特徵及具體情況開展針對性的干預措施，以減低青少年吸毒行為和動機、吸毒者的不安全注射行為，協助提升及衛教高危人群愛滋病／性病的認知，從而減少愛滋病的流行。

參考文獻

- [1] 鐘堅, 愛滋病高危人群預防干預[J]. 中國藥物濫用防治雜誌, 2019 年第 20 卷第 2 期
- [2] 殷方蘭, 石國政, 袁紅, 社區吸毒者 HIV、HCV、梅毒檢測及高危行為特徵分析[J]. 中國熱帶醫學, 2009 年第 9 卷第 11 期
- [3] 劉建強, 解析冰毒濫用的歷史沿革及危害[J]. 中國藥物濫用防治雜誌, 2008 年第 14 卷第 5 期
- [4] 高永明, 曲琳, 楊景元, 等. 傳統和新型毒品吸食者愛滋病相關知識行為分析[J]. 中國公共衛生, 2016 年 6 月第 32 卷第 6 期
- [5] 徐鵬, 韓琳, 曾剛, 等. 我國預防控製經性途徑傳播愛滋病的政策變遷及趨勢分析[J]. 中國衛生政策研究, 2013 年 7 月第 6 卷第 7 期

² 香港男男性接觸者愛滋病風險及流行情況調查 2017, 香港衛生署衛生防護中心, 2018 年 5 月

³ 林洋, 論青少年吸毒原因及預防措施, 華東政法大學, 青少年犯罪問題, 2016 年 2 期

綜合緩害心理治療法初探

李景輝

張力珩（澳門戒毒康復協會男子中心）

【摘要】

綜合緩害心理治療法 (Integrative Harm Reduction Psychotherapy, IHRP)創自美國著名緩害心理治療師安德魯·韃坦斯基博士 (Dr. Andrew Tatarsky)，是一個專門協助酗酒及濫用藥物人士（特別是曾受創傷經驗影響人士）循序減少濫藥和其他風險行為，並逐步建立健康生活方式的心理治療法。其特色是融合關係精神分析、認知行為治療、身心靈介入及社會介入等多種手法，因應每一位濫藥人士的個別需要而設計介入計劃。澳門戒毒康復協會在 2017 年 11 月邀請韃坦斯基博士到澳門親身為當地戒毒康復工作者提供訓練，而香港亦有社工參與該次訓練。本文簡介綜合緩害心理治療法的理念（包括心理－生理－社會觀點、多重意義觀點及全人觀點）和具體操作方法（七項治療任務），並分享這個治療模式對澳門及香港兩地戒毒康復工作帶來的啟示。

【關鍵詞】綜合緩害心理治療法；濫用藥物；創傷經驗

從“緩害”到“緩害心理治療”

“緩害”即“緩減傷害”(Harm Reduction)，亦常被稱為“減低危害”或“減低傷害”，泛指“協助當事人減低物質濫用或其他風險行為引致的傷害，而不要求當事人完全停止該行為的一套哲學或介入方法”(Alan Marlatt, 1998)。近年倡議“緩害”的機構將其定義延伸到批判禁毒政策和禁毒法例本身可能對個人健康和社會整體造成負面影響 (Harm Reduction International, 2019; Wolfe and Csete, 2015)。傳統的“緩害”方法，有美沙酮代用治療、針筒交換計劃、處方成癮藥物、大麻合法化等。近年較進取的“緩害”方法，則有為濫藥者提供藥物過量急救藥劑、毒品質量檢測、甚至“濫藥安全屋”等。

在美國將“緩害”概念應用於心理治療協助濫藥者的代表人物包括 Alan Marlatt (已故), Andrew Tatarsky, Scott Kellogg, Patt Denning, Jeannie Little 等。澳門戒毒康復協會 (ARTM) 在 2017 年 11 月邀請美國“綜合緩害心理治療法”(Integrative Harm Reduction Psychotherapy, 以下簡稱 IHRP)創始人 Andrew Tatarsky 到澳門舉辦兩天訓練工作坊，共有 17 名澳門和 3 名香港戒毒康復工作者參加。本文簡介 IHRP 的理念和操作，並回顧這次訓練對澳門和香港濫藥工作的一些啟示。

IHRP 創始人 Andrew Tatarsky 行誼

Andrew Tatarsky (以下簡稱 Tatarsky)，美國臨床心理學博士，1982 年執業於紐約一間醫療機構。他注意到濫藥者是一個多元化的組群：部份人有完全戒斷的動機，部份人卻因未能處理早期創傷經驗和目前生活困境而繼續透過酒精和藥物自我麻醉。然而，當時業界信奉“疾病模式”(addiction-as-disease)，強調只有完

全戒斷(abstinence only)才是唯一可接受的治療目標。完全戒斷的目標門檻過高，亦忽略當事人濫藥以外的其他生理、心理和社會問題。Tatarsky 估計當時近一半酗酒者和濫藥者從來沒有向治療機構求助，或在初次面談後便中止治療。

1987 年 Tatarsky 轉到另一間醫療機構私人執業，他選擇為那些未決定完全戒斷的酗酒者和濫藥者（所謂“低動機”個案）提供服務，而他的個案接受治療後也能夠“節制用藥”(moderate use)和減少濫藥引致的傷害。1994 年美國著名物質濫用治療專家 Alan Marlatt 高度評價 Tatarsky 的心理治療手法充分展現“緩害”的理念。在 Alan Marlatt 的鼓勵和啟發下，Tatarsky 更細緻地整理自己的工作理念和方法。2002 年他編輯《緩害心理治療》(Harm Reduction Psychotherapy)一書，和其他理念相同的治療師發表十宗案例。其後，他在多份學術期刊發表文章。2010 年，Tatarsky 在紐約成立“優化生活中心”(The Centre for Optimal Living)，除了為物質濫用者提供服務，更透過寫作及巡迴國際舉辦專業培訓課程，積極推廣 IHRP。

IHRP 的理念和操作

IHRP 融合“關係精神分析”(Relational Psychoanalysis)、認知行為治療、身心靈介入、醫療及社會介入等多種手法於一身。“關係精神分析”著重治療師和病人的互動，視治療師為促進病人自我省察和矯正病人早年負面情緒經驗的媒介，強調“治療聯盟”的重要性。“關係精神分析”認為病人存在“多重自我狀態”(multiple self-states)，治療師不批判濫藥者負面的自我狀態（如沉溺享樂、自我放縱、自我放棄的部分）而是連結濫藥者正面的自我狀態（如自我照顧、自我愛惜、健康成人自我的部分）以促進其改變動機。而認知行為治療及身心靈介入等方法則能夠有效提升病人的自我管理能力。

IHRP 對濫藥行為的理解，主要有三個觀點：(1) 全人觀點：傳統觀點或認為濫藥是當事人的道德缺失，或認為濫藥本身是一個疾病，於是歸咎當事人的所有問題都是濫藥做成的，不先解決濫藥問題，就不能協助濫藥者處理其他問題，包括精神病症狀問題。IHRP 則採用全人觀點，認為不是當事人的所有問題都是濫藥問題做成的。當事人本身有很多問題，濫藥是其中一個問題。除了濫藥，也要同時處理其他問題。(2) 心理－生理－社會觀點：上述濫藥者的諸多問題，可以用“心理－生理－社會”架構來分類，例如 Tatarsky 治療的一位 R 女士(Tatarsky and Kellogg, 2010)，生理問題方面她患有糖尿病、酗酒、濫用大麻、不依時服藥導致昏迷和發生車禍。在治療過程中，她逐步揭露心理問題包括童年被父親冷漠對待和被母親虐待，創傷經歷做成她對人猜疑不信任。社會問題包括在學校與同學、在事業中與同儕、在親密關係中與伴侶、在治療中與醫生都不能夠建立信任關係。這種種問題又反過來令她感到人生徹底失敗，做成自毀傾向，更無節制地酗酒濫藥，而且不依時服食糖尿病藥物。(3) 多重意義觀點：上述眾多的心理－生理－社會問題，造成濫藥行為對當事人來說有重要的功用(functions)和意義(meaning)。濫藥對當事人來說好像有一種難捨難離的關係。舉例來說，一位性格怯懦的女士，濫藥後有勇氣和對自己不公平的人吵架爭取自己的權益，這是濫藥對她的其中一種功用。但原來她童年時被父親性侵犯，跟男朋友離家出走後被他出賣，結果淪落風塵。她藉著濫藥後迷糊的精神狀態，麻醉她被信任的人侵犯和出賣的創痛，及對自己出賣肉體的自我憎恨，這又是濫藥行為對她一個更深層次的意義。

基於上述三個觀點，IHRP 從當事人的處境出發，與當事人衷誠合作，透過協商和當事人一起制訂個人化的治療計劃。在這個過程中，治療師的工作可以概括為“七項治療任務”，內容包括：

(1) 建立治療聯盟(Therapeutic Alliance)：“治療聯盟”的定義是治療師和病人有共同的目標、任務和連繫(Goals, tasks & bonding)。要建立“治療聯盟”，治療師要從當事人的角度探討其求助之原因。透過聆聽、情感反映、尊重和接納，令濫藥者感到安全和得到支持。然而，濫藥者成長背景普遍非常複雜，在後續治療中，仍很容易和治療師出現意見衝突和關係破裂，但妥善修補關係裂痕(ruptures)亦能促進當事人改變。為提高治療師的自我覺察和處理“反移情”(countertransference)的能力，IHRP 認為治療師除了需要接受督導，本身亦要定期接受支持性的輔導或心理治療。

(2) 透過關係療癒(The therapeutic relationship heals)：濫藥者普遍在成長過程中遭遇過很多負面人際關係互動和創傷經驗。良好的治療關係為濫藥者提供安全感，有助減低焦慮和引發自省能力。讓他們有空間去反思濫藥造成的傷害，了解自己深層次的感受、願望和需要，學習用新的方式表達和關顧自己。治療師以身作則的良好人際互動和情緒承載能力，有助矯正濫藥者早期負面情緒經驗、提高其自我價值感、重建對旁人的信任。

(3) 提高自我管理能力(Enhancing self-management skills for positive change)：IHRP 認為濫藥反映當事人的自我約束有所不足。為此，Tatarsky 結合靜觀、身心鬆弛和正面自我對話等技巧，設計了一套“覺察及鬆弛訓練”(Awareness and relaxation training)，以提高濫藥者的自我覺察和情緒耐受力。

(4) 寓治療於評估(Assessment as treatment)：IHRP 認為評估既是治療的開始，也是貫穿治療的核心。IHRP 的評估不是對濫藥者的問題提供一個“專家意見”，而是引發濫藥者的好奇心，連結其“健康成人形態”，邀請濫藥者自我評估，增進其自我了解，所以評估本身就有治療的作用。IHRP 評估的範疇包括當事人濫藥的嚴重程度、濫藥行為與其心理—生理—社會處境的關係、濫藥對當事人的多重意義、當事人處於哪個改變階段、當事人的其他生活問題、想改變的優先次序等。除了開放式對話和提供反饋意見(Feedback)，IHRP 也會運用“行為記錄”(Charting)和“微觀分析”(Micro-analysis)等認知行為治療手法具體地了解濫藥者在某一時段或某一天的行為細節。

(5) 修通矛盾(Embracing ambivalence)：濫藥會對當事人帶來長期的傷害，但同時亦帶來某些短期正面效果和意義。濫藥者往往既想改變，又抗拒改變，如何處理矛盾可以說是戒毒康復工作的核心工程。“動機晤談法”(Motivational Interviewing)認為在面談中引導濫藥者多談改變(Change talk)，少談不變(Sustain talk)，較能促成當事人戒藥的決心。但亦有其他理論提出探討濫藥行為的功用和建立取代方法很重要。而 IHRP 的介入宗旨則是“擁抱矛盾而予以修通”，兼聽當事人濫藥和停止濫藥兩方面的考慮因素，而加以協調。除了使用認知行為治療的“決策損益表”(Decisional balance sheet)，更會使用“空椅子”方法(Transformational chairwork)，促進濫藥者的內在自我對話。

(6) 設定緩害目標(Harm reduction goal setting)：IHRP 一方面尊重濫藥者的選擇，另一方面提倡“優化生活”(Optimal living)。設定緩害目標採取“漸進主義”(Gradualism)，濫藥者的目標選擇可以從“維持濫藥，減少傷害”、“節制用藥”

到“完全戒斷”不等。治療師和濫藥者透過討論“理想用藥計劃”(Ideal use plan)，探討如何將濫藥帶來的傷害減到最少，正面效益增到最大，從而剖析濫藥者內心的想法和需要。IHRP 更鼓勵濫藥者採取“實驗精神”(Experimental attitude)，透過行為實踐驗證這個“理想用藥計劃”是否真的可行，容許自己從錯誤中學習，逐步修正治療目標。

(7) 學習積極改善策略(Action strategies for positive change)：這部份屬於處理心癮和預防復用藥物的方法。例如透過“與心癮滑浪”(Urge surfing)的冥想練習，找出引發心癮出現的外在事件和內在思維，繼而嘗試修訂想法、看到選擇、採取行動紓緩濫藥的衝動。此外，Tatarsky 亦融入其他認知行為技巧以預防濫藥者復用藥物。

IHRP 對澳門戒毒康復工作的啟示

澳門戒毒康復協會(ARTM) 2017 年 11 月 13 至 14 日藉 IFNGO 國際會議之機會邀請 Tatarsky 於澳門舉行一場為期兩日之 IHRP 培訓。除 ARTM 外，澳門社會工作局及香港同工亦有參加是次培訓。是次培訓不但簡介 IHRP 理念及操作，更嘗試以澳門已有之戒毒康復治療服務揉合，加強港澳之戒毒康復治療服務效用及效率。

澳門之心理輔導/治療發展尚處起步階段，未有如鄰近地區/國家如香港、中國、台灣等有比較成熟之心理輔導/治療服務，IHRP 於心理治療之應用尚未普及，僅有少數臨床心理學家及心理輔導員應用其至日常服務之中。然而，自 2004 年起澳門開始提供美沙酮維持治療(Methadone Maintenance Programme)，更於 2009 年起提供針筒交換計劃(Needle Syringe Programme)。一連串緩害服務及措施，令澳門更容易融合 IHRP 於緩害服務及戒毒康復治療中。

以 ARTM 為例，該會之住院戒毒康復治療(Cheung, 2019 in press)採用揉合身心社模式(Bio-Psycho-Social Model)之治療社區(Therapeutic Community)，而此模式能有效地容納 IHRP 理念及操作於治療當中。ARTM 之住院戒毒康復治療雖然是治療社區，但於身心社模式卻同時強調每名學員(residences)都是獨特之個人(unique individuals)並以多維評估(multi-dimensional assessment)將學員之各種不同狀況納入治療計劃中之考量。同時，ARTM 與學員由此多維評估建立之治療計劃並不一定以完全戒斷(total abstinence)為唯一目標，反而將學員本身之安康(well-beingness)視為量度治療進度之指標。由此，ARTM 得之將 IHRP 中“設定緩害目標”作為制定個人治療計劃之起點並透過恆常之治療會議(therapeutic meetings)令學員能“寓治療於評估”。另一方面，ARTM 治療社區鼓勵“建立治療聯盟”，與學員協作規劃其治療目標及營運安全而富有治療性之環境，並由此發展出治療社區內“透過關係療癒”。ARTM 治療社區內含一系列之治療會議、治療活動、以及各種工作坊，如重吸預防(relapse prevention)、情緒及壓力管理(stress & emotions management)、個人心理輔導(individual counseling)、團體會議(group meetings)、放鬆會(relaxation meetings)等，多樣化地培養學員“提高自我管理能力”及“學習積極改變策略”。有別與傳統治療社區，ARTM 保留了治療社區規範化生活培養但同時對學員之反饋、意見、及行動抱持較開放態度，更多時以每日早會(morning meetings)與學員共同商議及改善治療社區，對學員面對治療社區內之困難，如動機不足、擔憂改變、實行困難等信念(beliefs)作同理及治療性介入，從而令學員達致“修通矛盾”。

ARTM 的緩減傷害部門 (Harm Reduction Department) 與 IHRP 理念及操作有極高的相容性。其中，將服務使用者視為獨立的個人 (unique individual)、並不以完全戒斷為唯一目標 (serve not only for total abstinence)、聚焦於服務使用者現況 (focus on the here-and-now)、強調改變過程而非結果 (process-oriented)、明確而又同理之緩害服務 (specific tasks of empathetic harm reduction services) 等理念，雖未將 IHRP 系統化地以心理輔導/治療的形式表現於服務中，卻仍然一定程度地將 IHRP 理念及操作融入到 ARTM 各項服務之中，並希望由此推動澳門成癮工作思維及政策上之轉變及改進。

IHRP 對香港戒毒工作的啟示

本文共同作者在 2017 年 11 月參加 ARTM 舉辦的 IHRP 兩天訓練後，開始在督導戒毒康復社工的個案工作上運用 IHRP 的觀點及技巧，並先後於 2018 年 2 月及 2018 年 11 月在香港舉辦的兩個公開講座介紹 IHRP，參加者共 91 人，包括社工、臨床心理學家、醫生和護士。以下綜合個案督導經驗及與兩次講座參加者的意見交流，提出一些 IHRP 對香港戒毒康復工作的啟示：

香港吸食傳統毒品（海洛英）的人數持續下降，目前戒毒康復工作最大的挑戰是濫用甲基安非他明(冰毒)和大麻的人數持續上升，以及隱蔽吸毒問題（由初次濫藥到被發現呈報的時間中位數為 4.7 年，見保安局禁毒處 2019 年 3 月 26 日新聞公告）。保安局禁毒處在《香港戒毒治療和康復服務三年計劃 2018 至 2020 年》的其中一個建議是“禁毒界可留意有關吸食危害精神毒品的緩減毒害措施在其他地方的發展。應討論和全面評估個別措施在本港環境是否可行和適用。”作為其中一個在外國推行的重要“緩害”工作模式，IHRP 傳入香港正是識逢其時。

吸食冰毒引發精神病症狀的情況很普遍，持續使用冰毒者停止吸食時更會出現情緒低落和無力感等斷癮症狀，並伴隨強烈心癮。暫時仍沒有藥物可作冰毒成癮者的代用治療（美沙酮代用治療只適用於鴉片劑類毒品），大部份吸食冰毒個案都需要同時接受精神專科治療和輔導服務。IHRP 的“全人觀點”和“心理－生理－社會觀點”能為醫護人員、臨床心理學家、社工、職業治療師等多種專業人士提供一套理解個案的共通語言，有助促進跨專業合作。而 IHRP 提供多種方法協助濫藥者在社區內逐步減少藥物劑量，對香港戒毒康復工作有很高參考價值。

《2017/18 學生服用藥物情況調查》發現，香港中學生和專上學生最常吸食的毒品為大麻，而超過八成曾濫藥的學生表示自己從未向他人求助，因為不覺得自己已經上癮。嘗試說服這些“消遣性藥物濫用正常化”（Cheung and Cheung, 2006, 2018; Cheung, 2012; 張越華, 2014）的濫藥青少年接受“完全戒斷”的治療目標，往往適得其反。而且過分著眼於濫藥行為，亦容易忽略了他們濫藥背後的心理－生理－社會問題。香港一項對濫藥者的縱貫研究(Cheung and Cheung, 2018)發現，最能影響濫藥行為的社會心理因素是對藥物濫用的認可態度、是否找到人生目標及生活滿足。IHRP 一方面“緩害”，一方面促進“優化生活”，其介入方向符合上述研究發現。

除了青少年外，香港成人濫藥個案背景亦日益複雜。少數族裔濫藥者、男男性接觸濫藥者、懷孕濫藥女性、濫藥父母等特殊組群人數日增，他們各有不同的成長挫折和社會困境，IHRP 的“多重意義觀點”有助深入探討濫藥行為背後的因素，為他們提供個人化的治療。

“建立治療聯盟”和“透過關係療癒”在處理濫藥家長個案方面效果特別明顯。濫藥削弱家長照顧子女的動機、能力和時間，濫藥者普遍被視為“不稱職的家長”。如果家長濫藥問題嚴重影響子女安全和身心發展，香港家庭服務社工基於保護兒童考慮，很可能轉介其子女接受寄養服務。然而“骨肉分離”往往刺激濫藥父母的創傷經驗，激烈反抗社工的建議，令彼此難以達成共同目標和合作關係。有一宗經常缺席產前檢查並持續濫藥的孕婦個案，社工接觸她時並沒有痛陳濫藥對胎兒的傷害和責難她不負責任。而是首先表達希望以“母子平安”為目標，引發濫藥孕婦的共鳴。繼而訂立兩項任務：盡快安排產前檢查了解胎兒的安全狀況，及接受藥物代用治療。社工一直留意和孕婦的關係連結及預防關係決裂。孩子出生後，在留院期間和濫藥母親及家人討論如何令醫生、社工、家人和她自己都有信心孩子回家是安全的。這個手法在建立治療關係和取得濫藥母親合作方面的幫助很大。

IHRP 提出治療師須具備修補“關係決裂”(Rupture)的能力，這點對戒毒康復工作者來說尤其重要。同工在面對之前進度良好的濫藥者缺席約會、虛應其事、沒有依從治療計劃行事、進度停滯、復用藥物，甚至莫名其妙地向同工發脾氣、無理指責或投訴同工時，一般的反應都是感到委屈和挫折，覺得濫藥者故態復萌、冥頑不靈、天性頑劣，以為他們之前一直虛偽演戲，欺騙戒毒康復工作者。然而，IHRP 提醒我們這些行為可能源於濫藥者以往的成長挫折和創傷經驗。尋且，成功修補“關係決裂”往往是促進濫藥者作出奇妙及長遠改變的契機。為此，我們應該欣然面對“關係決裂”，沉著地進行“關係修補”的工作。因為這是背景複雜個案在心理治療過程中的必經階段，而不是治療進展的倒退。

“寓治療於評估”引申出一個重點：是當事人戒毒，不是工作人員戒毒。我們無法代替當事人作出行為改變，所以在評估過程一定要濫藥者本人的積極參與，否則任何所謂客觀、全面的評估最後也是無法執行的。而“修通矛盾”則提示了我們要正視濫藥行為的功用或意義，並相信濫藥者的“健康成人自我形態”是協助當事人修通矛盾的關鍵。至於“提高自我管理能力”和“學習積極改善策略”兩項，IHRP 提供了一系列的方法讓社工和濫藥者予以選擇運用。

然而，要在香港推廣 IHRP 亦不無障礙，例如“設定緩害目標”一項，在兩次講座的參加者中，從事社區為本輔導服務的同工普遍認為很有用，但戒毒康復院舍的同工則認為個案入院後已經完全戒斷，如果在討論治療目標時提供其他選擇，會令濫藥者無所適從。其次，香港政府部門和社區基金撥款支持戒毒康復服務時，大部份仍以“完全戒斷”為基本服務表現指標，“節制用藥”的個案通常仍被視為失敗個案，或會影響日後撥款。

再者，如果濫藥者的家人和學校師長知道社工和濫藥者討論“理想用藥計劃”和“實驗精神”，可能會誤會社工是“教人吸毒”，違反專業操守。究其原因，香港主流文化始終是傳統華人社會文化，看待濫藥問題時，很難擺脫“道德缺失”和“家長式”觀點，強調“只管說不”(just say no)。西方社會文化則強調“要說知道”(just say know)，認為當事人知悉雙邊利害後有選擇的權利，所以較易接受 IHRP 的工作手法。

無論如何，所謂“要協助別人佈置家居，你首先要獲准進入其居所”，在邀請濫藥者心甘情願參與評估和治療方面，IHRP 的確提供了很多選項讓香港戒毒康復工作者參考。

最後，IHRP 強調綜合運用不同的治療理論，兼容性強，可以預見這個模式仍有不斷發展的空間。以 Tatarsky 的“優化生活中心”舉辦的訓練課程為例，最近又邀請到“社區強化方法”(Community Reinforcement Approach)專家 Robert Meyers 和其他藥理學專家講解他們最新的研究和工作方法，可見這模式能因應濫藥概況轉變而不斷豐富其治療配套。

總結

Tatarsky 是美國緩害心理治療專家，他創立的 IHRP 是一套既博學且深入的心理治療模式，ARTM 在 2017 年 11 月邀請他到澳門親身為地區內的戒毒康復工作者提供兩天密集訓練，實在是一件很難得的事。以我們所知，IHRP 暫時仍沒有中文譯著，本文簡介 IHRP 的“三個觀點”和“七項治療任務”，並報告 IHRP 對澳門和香港戒毒康復工作的啟示屬於初探性質，期望能夠對華人社會緩害工作的發展，起到拋磚引玉的作用。

最後，我們用 Tatarsky 在一個訪問中親身分享的一段說話作為本文的總結：“透過巡迴國際的教學經驗，我發現儘管不同地區存在文化差異，但作為人類我們畢竟有著很多共同點。物質濫用行為的核心，是一個人內心在享樂和自主之間的掙扎和衝突。而在教學中我一次又一次地發現綜合緩害心理治療法在不同的社會有其廣泛的適用性。”(White, 2016)

參考文獻

- 張越華. 2014. 〈兩代毒品兩代人：香港藥物濫用的新挑戰〉於趙永佳，蕭新煌，尹寶珊編。《一衣帶水：台港社會議題縱橫》。香港：香港中文大學香港亞太研究所。
- 保安局禁毒處。《香港戒毒治療和康復服務三年計劃 2018 至 2020 年》
https://www.nd.gov.hk/tc/three_year_plan_2018_2020.htm
- 保安局禁毒處《2017/18 學生服用藥物情況調查》(https://www.nd.gov.hk/tc/survey_of_drug_use_17-18.htm)
- 保安局禁毒處。26.3.2019. 〈被呈報的整體吸毒人數下降但毒品問題仍需關注〉。
(<https://www.info.gov.hk/gia/general/201903/26/P2019032600322.htm?fontSize=2>)
- Cheung, L. H. (2019 in press). Introduction of ARTM Residential Treatment for People Who Use Drugs (PWUD): Therapeutic Community with Bio-Psycho-Social Model. 2019 全國藥物濫用防治研討會，澳門。
- Cheung, N.W.T. and Cheung, Y.W. (2006). “Is Hong Kong experiencing normalization of adolescent drug use? Some reflections on the normalization thesis”, *Substance Use and Misuse*, 41(14): 1967-90.
- Cheung Y.W. and Cheung, N.W.T. (2018). *Psychoactive drug abuse in Hong Kong: Life satisfaction and drug use*. Singapore: Springer.
- Harm Reduction International. (2018). What is harm reduction? Posted at www.hri.global/what-is-harm-reduction
- Marlatt, G.A. (1998). *Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high risk behavior*. New York: Guilford Press.
- Tatarsky, A. (2002). *Harm reduction psychotherapy: A new treatment for drug and alcohol users*. Northvale, N.J.: Aronson.
- Tatarsky, A. & Kellogg, S.H. (2010). Integrative harm reduction psychotherapy: A case of substance use, multiple trauma, and suicidality. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 66 (10), 123-135.
- White, W. (2016). Bridging the worlds of harm reduction and addiction treatment: An interview with Dr. Andrew Tatarsky. Posted at www.williamwhitepapers.com.
- Wolfe, D. and Csete, J. (2015). *Harm Reduction*. New York: Open Society Foundations.

澳門青少年合成毒品的使用和侵犯行為

熊若杉、李德（澳門大學）

夏一巍（西南財經政法大學）

【摘要】

合成藥物的濫用在青少年群體中日益成為一個嚴重的問題，其帶來的危害最為常見的是青少年的暴力和侵犯行為。儘管已有大量研究證實了藥物濫用與青少年侵犯行為的關係，但合成毒品與不同類型的侵犯行為關係的研究還較少，這類研究在大中華地區尤為罕見。本文旨在彌補這一研究的不足。本研究利用 2018 年在澳門地區搜集的大型有代表性的數據，調查了澳門在學青少年合成毒品的吸食情況與其主動型和反應型攻擊行為的關係。研究結果顯示：在控制了年齡、性別、自我控制和不良同伴交往這些有可能影響物質濫用和侵犯行為的關係的變量之後，吸食合成毒品依舊能顯著增加青少年的主動型侵犯行為，而其對反應型侵犯行為則無顯著影響。基於此結論，本文對預防和介入與合成毒品使用相關的侵犯行為提出了若干針對性的建議。

【關鍵詞】合成毒品，青少年，侵犯行為，澳門

一、背景

進二十年來，合成毒品在中國逐漸蔓延，合成藥物的濫用日益成為一個嚴重的問題。因為新型毒品較常在娛樂場所出現，所以又被稱為“俱樂部毒品”，其“娛樂性”的假像在很大程度上掩蓋了其“毒”的本質，成為其蔓延的重要原因。在澳門青少年群體中，合成毒品的吸食問題也越來越嚴峻。根據澳門2018年中央登記系統的統計報告顯示，青少年吸食最多的毒品是冰毒，所佔比例為31%（澳門社工局，2018）。社工局最新的調查報告顯示，2018年在學青少年各類合成毒品的吸食比例都比2014年顯著上升（李德等，2019）。合成毒品的使用會導致包括健康、精神疾病等一系列問題，其中最常見的是暴力和侵犯行為（Conway et al. 2013; Mason & Windle, 2002; Moss et al. 2014）。

侵犯行為是青少年發展過程中存在的一個重要問題，大量研究一致發現藥物濫用是導致青少年的侵犯行為的重要因素（Epstein-Ngo et al., 2013; Tomlinson, Brown & Hoaken, 2016; 李德等，2019）。Goldstein（1985）提出的心理藥理學模型認為，長期或短期攝入包括興奮劑在內的非法藥物會導致個體變得容易激動、非理性，並可能表現出侵犯和暴力行為。研究者將侵犯行為分為主動侵犯行為和反應侵犯行為兩大類（Dodge, 1991）。主動侵犯是為了達到預期目標而採取的一種故意的、強制性的行為，而反應侵犯是對挫折或挑釁的報復或防禦反應。根據此分類，我們有理由相信合成藥物的使用對青少年的主動型侵犯行為影響更大。雖然先前研究證實了物質濫用與青少年侵犯行為的相關性，但大多數僅專注於單一類型的物質使用如飲酒或吸食大麻，合成毒品與特定類型的侵犯行為關係的研究還較少文獻所涉及到（Fite, Schwartz & Hendrickson, 2012; Tomlinson, Brown & Hoaken, 2016）。此外，藥物濫用與侵犯行為的研究大部分是在國外進行的，包括

澳門在內的大中華地區還缺乏大型具有代表性的數據去證實合成毒品的吸食與青少年侵犯行為之間的關係。

本研究將彌補先前研究的不足，利用澳門特別行政區政府社會工作局在2018年主辦的全澳在學青少年與藥物調查的大型數據，探討合成毒品的吸食對澳門在學青少年主動型侵犯行為與反應型侵犯行為的影響。

二、文獻回顧

（一）藥物濫用與侵犯行為

心理藥理學模型認為，物質濫用和暴力行為是通過心理藥理機制相聯繫的。不論是短期的還是長期的物質濫用都會使人變得激動、易怒、表現出非理性的特徵，並容易產生侵犯和暴力行為 (Goldstein, 1985)。Goldstein認為與侵犯和暴力行為最為相關的物質濫用行為包括飲酒、興奮劑類非法藥物的使用。大量研究都證實了飲酒、興奮劑類物質的使用與侵犯和暴力行為的顯著相關性(Tinklenberg, 1973; Virkunen, 1974; Gerson & Preston, 1979)。

Jessor & Jessor (1977)提出的問題行為理論指出，表現出問題行為或任何冒險行為（如酗酒、吸毒、犯罪等）的青少年被稱為具有問題行為綜合征（PBS）。研究表明，即使青少年只表現出一到兩種問題行為，隨著時間的推移，其出現更多問題行為的可能性是確定的。患有 PBS 的青少年比沒有 PBS 的青少年更加可能會出現藥物濫用問題、學業成績不佳、失業、犯罪以及侵犯和暴力行為。因此根據問題行為理論，我們可以推測吸食合成毒品的青少年患有問題行為綜合征，其出現侵犯行為的可能性較未吸食合成毒品的青少年高。

先前的大量文獻都表明了藥物濫用會增加侵犯行為的風險。例如：Taylor 和 Chermack（1993）的研究發現當人們受到非法藥物的影響時，侵犯行為出現的頻率會顯著增加；Dawe 等人（2009）發現非法藥物例如一些興奮劑類的藥物會影響人的執行功能，過度使用可能會導致偏執、易怒和反應性；利用縱向數據，Temple 等人(2013) 的研究發現發現服用烈性毒品和酒精都能預測男性和女性青少年的侵犯行為。

（二）主動型侵犯和反應型侵犯行為

藥物濫用對主動侵犯和反應型侵犯行為可能有不同的影響。Dodge(1991)認為，反應型和主動型侵犯行為是侵犯行為的兩種不同類型，產生於不同的社會經歷，並獨立發展。反應型侵犯的概念源 Berkowitz(1962)的挫折-侵犯模型，該模型認為反應型侵犯是對他人的威脅或故意挑釁行為做出的反應(Dodge & Coie, 1987)。相反，主動型侵犯是指以實現預期目標為導向，由外部獎勵驅動的有計畫的侵犯行為，其作用是幫助個人獲得期望的目標(Dodge, 1991; Dodge & Coie, 1987)。主動型侵犯根植於社會學習理論(Bandura, 1973)。

關於藥物濫用對主動和反應型侵犯行為影響的研究較為有限，在對300多名精神科轉介的青少年樣本分析中，Connor等人(2004)發現物質濫用與其主動型侵犯行為相關，而與反應型侵犯行為不存在相關性。同樣，Miller & Lynam (2006)的研究也發現，青少年物質濫用會顯著增加其主動型侵犯行為，而不會影響其反應型侵犯行為。Connor等人在2003年的研究則發現藥物使用與男性和女性青少年的主動型侵犯行為呈正相關，但僅與男性青少年的反應型侵犯相關(Connor et al., 2003)。

Fite 等人(2012)通過回顧現存的六篇對物質濫用與主動型和反應型侵犯行為的研究，發現越來越多的證據表明非法藥物使用與主動侵犯行為的關係比反應型侵犯行為更強。該研究還指出有可能只有特定藥物的使用才會導致主動和反應性侵犯行為的風險增加，因此對還需要更多的研究去探索特定藥物如合成毒品、處方藥與青少年主動和反應性侵犯行為的關係(Fite et al., 2012)。近幾年隨著合成毒品使用的不斷增加，瞭解這一類藥物對青少年侵犯行為帶來的影響對預防和介入與合成毒品使用相關的侵犯行為至關重要。

根據理論以及文獻回顧，我們提出以下研究假設：

吸食合成毒品與青少年的侵犯行為呈正相關，其對主動型侵犯行為的影響要強於對反應型侵犯行為的影響。

三、研究方法

(一) 數據

本次研究的數據來自澳門特別行政區政府社會工作局主辦、亞洲藥物濫用研究學會執行的《澳門在學青少年與藥物之跟進調查 2018》項目。該項目的研究對象為澳門在學青少年，採用隨機抽樣的方法，首先根據澳門堂區和學校類型劃分抽樣層，並根據概率比例抽樣方法（PPS）從抽樣層中選取學校，然後從每個學校選取年級，從每個年級中隨機抽取兩個班作為樣本，最終獲得有效樣本高小 2,375 個，初中 3,426 個，高中 3,041 個，大學 1,237 個，共計 10,079 個樣本。該研究對學生的個人、家庭、社會以及物質濫用等方面進行了問卷調查。

為了減少被訪學生的填寫負擔，調查問卷分為 A、B 兩類，兩類問卷保留了基本人口學信息以及物質濫用等基礎模塊，各自增加了不同的內容。A 卷則增加了自我控制、侵犯行為等問題，B 卷增加了心理健康、生活習慣等問題。在實際發放問卷時，被抽樣班級隨機發放一類問卷（詳見 李德等，2019）。對本次研究而言，侵犯行為來自於問卷 A，因此我們選取了回答問卷 A 的樣本。在排除無效填答和缺失數據之後，本次研究的有效樣本量為 3,548。

(二) 測量

本研究的自變量“合成毒品的使用”的測量是詢問被訪者曾經是否（0=否，1=是）使用過氯胺酮、搖頭丸、冰毒、丸仔和開心水。使用過這些物質中的至少一種編碼為 1，都沒使用過編碼為 0。

本次研究的因變量“主動/反應型侵犯”的測量來自 Raine 等人(2006)開發的“主動/反應型侵犯問卷”（Reactive-Proactive Aggression Questionnaire）。該問卷由 23 個問題組成，12 個問題詢問被訪者的主動型侵犯的程度，剩餘的 11 題詢問反應型侵犯的程度。被訪者要求回答侵犯行為出現的頻率（0=從不，1=有時，2=經常）。12 和 11 道題目的總分分別構成反應性主動型侵犯和反應型侵犯的測量，兩者得分的範圍分別為 0-24 和 0-22。

為了控制其他可能的因素對合成毒品和主動/反應型侵犯關係的影響，本次研究還控制性別、年齡、自我控制(Hirschi, 2004)和不良同伴交往變量。

(三) 分析方法

本研究首先使用描述性統計分析的方法對各變量的均值、標準差和極值進行

了描述。為了進一步探究合成毒品使用是否對動/反應型侵犯產生影響，本研究還使用了 T 檢驗以區分和比較使用合成毒品與否的個體在各個變量的平均值的差異。最後，本研究使用線性回歸的方法估計合成毒品使用與主動/反應好鬥性的淨相關。

四、實證分析結果

表 1 顯示的描述性統計分析發現，本次研究的樣本中女性約佔 46%，平均年齡約 13.67 歲。樣本個體匯報的自我控制處於中等偏下水準（均值為 3.49），與不良同伴交往程度並不密切（均值為 1.32）。曾經使用過合成毒品的個體占全體樣本的約 2%。主動型和反應型侵犯的均值分別為 2.09 和 4.30，兩者都處於較低的水準。

表 1 描述性統計

變量	N	均值	標準差	極小值	極大值
性別=女	3,685	0.46	0.50	0	1
年齡	3,685	13.67	2.52	9	21
自我控制	3,685	3.49	1.85	0	8
不良同伴交往	3,685	1.32	0.48	1	5
合成毒品使用	3,685	0.02	0.13	0	1
主動型侵犯	3,685	2.09	5.01	0	24
反應型侵犯	3,685	4.30	4.70	0	22

表 2 比較了曾經使用過和未使用過合成毒品的被訪者在各個變量的平均值的差異，結果表明曾經使用和未使用過合成毒品的被訪者在年齡、性別、自我控制、不良同伴交往以及主動/反應型侵犯方面均存在顯著差異。具體而言，使用合成毒品的個體多為男性且年齡較小。此外，這些個體自我控制水準更低，與不良同伴交往的交往也更加密切。最後，使用過合成毒品的個體無論是主動型還是反應型侵犯的程度均顯著高於未使用合成毒品的個體；其中主動型侵犯行為的均值差異大於反應型侵犯行為，這說明合成毒品使用可能與不同類型的侵犯行為的相關性存在差異。

表 2 曾經使用和未使用過合成毒品個體比較

	均值		均值差異 T 檢驗
	未使用合成毒品 N=3592	使用過合成毒品 N=62	
性別=女	0.46	0.24	0.22***
年齡	13.68	13.05	0.63*
自我控制	3.50	2.71	0.79***
不良同伴交往	1.31	2.15	-0.84***
主動型侵犯	2.01	6.32	-4.31***
反應型侵犯	4.27	6.27	-2.01***

注: ***p<.001；**p<.01；*p<.05

為了進一步探究合成毒品的使用與主動型和反應型侵犯的淨相關，本研究在控制了性別、年齡、自我控制和不良同伴交往的前提下，使用一般線性回歸模型估計合成毒品的使用與主動型和反應型侵犯的關係。根據表 3，合成毒品能顯著

提升主動型侵犯的程度 ($b=2.43, P<0.01$)，換言之，在控制了其他變量的情況下，合成毒品使用與主動型攻擊行為依舊顯著相關：合成毒品的吸食每增加一個單位，主動型侵犯程度也隨之增加 2.43 個單位。然而，合成毒品與反應型侵犯的相關卻並未達到統計學顯著。綜上，回歸分析結果發現，合成毒品的使用僅能顯著增加主動型侵犯行為，對反應型侵犯行為無顯著影響，因此研究假設得到驗證。

表 3 線性回歸

	模型 1：反應型侵犯				模型 2：主動型侵犯			
	b	S.E.	95% C.I.		b	S.E.	95% C.I.	
			Lower	Upper			Lower	Upper
截距	2.36***	0.55	1.29	3.43	2.81***	0.58	1.66	3.95
控制變量								
性別=女	0.10	0.15	-0.20	0.40	-0.06	0.17	-0.39	0.26
年齡	-0.05	0.03	-0.11	0.01	-0.19***	0.03	-0.26	-0.13
自我控制	-0.15**	0.04	-0.23	-0.06	-0.18***	0.05	-0.27	-0.09
不良同伴	2.34***	0.16	2.02	2.67	1.91***	0.18	1.56	2.25
自變量								
合成毒品	-0.09	0.60	-1.27	1.09	2.43***	0.64	1.17	3.69
模型參數								
N		3653				3654		
F		47.90				41.95		
R ²		0.06				0.05		

注: *** $p<.001$; ** $p<.01$; * $p<.05$

四、討論與結論

隨著合成毒品近今年在中國的蔓延，合成毒品對青少年造成的危害逐漸引起了實務界和學術界的關注。青少年正處於生理、心理發育時期，缺乏判斷是非的能力、好奇心強、喜歡尋求刺激、心理防線薄弱，同時自我控制能力差，又易受同輩的影響。因此，青少年最容易成為“俱樂部毒品”的受害者。研究發現，合成毒品作為一種典型的“俱樂部毒品”會給青少年帶來一系列的傷害，在眾多危害中，最常見的是暴力和侵犯行為（Conway et al. 2013; Mason & Windle, 2002; Moss et al. 2014）。雖然之前的研究證實了非法藥物對青少年侵犯行為的顯著相關性，但合成毒品對青少年不同類別的侵犯行為的研究還較缺乏；而且先前此類研究主要是在西方國家進行的，在大中華地區如澳門利用大型數據探索藥物濫用與青少年侵犯行為的研究尤為罕見。本研究彌補了這些研究空白。通過分析從澳門近 50 所小學及中學收集的大型、有代表性的數據，本研究發現：在控制了一系列可能影響合成毒品與侵犯行為關係的變量之後，吸食合成毒品依舊能顯著增加青少年的主動型侵犯行為，而其對反應型侵犯行為則無顯著影響。這一發現為日後全面地探討合成毒品通過什麼機制影響澳門青少年主動型侵犯行為奠定了一定的基礎，並為今後在其他文化背景下探索合成藥物濫用與主動型侵犯行為的研究提供了實證依據。

本研究結果與先前的研究一致，即青少年物質濫用與主動型侵犯行為顯著相

關，與反應型侵犯無顯著相關性(Connor, 2004; Miller & Lynam, 2006; Fite, Schwartz & Hendrickson, 2012)，本文研究假設得到驗證。在控制了年齡、性別、自我控制和不良同伴交往這些有可能影響物質濫用和侵犯行為的關係的變量之後，合成毒品對主動型侵犯行為的正向影響依然顯著，即吸食合成毒品的青少年比未吸食合成毒品的青少年更容易出現主動型攻擊行為。相反，當加入控制變量之後，合成毒品並不會顯著提升青少年的反應型攻擊行為，這說明吸食合成毒品與青少年反應型攻擊行為的關係是虛假的，兩者的相關可能是由自我控制、不良同伴交往所導致的。該研究結果表明了將攻擊行為分類研究對於更好地理解合成毒品的吸食與攻擊行為之間關係的重要性，同時也啟示未來對合成藥物與侵犯行為的研究應將關注點放在青少年的主動型攻擊行為上。

本研究對預防和介入與合成毒品使用相關的侵犯行為也提供了實踐意義。研究結果啟示臨床工作者需要意識到藥物濫用與主動型攻擊行為之間的關係；需要系統地確定青少年侵犯行為的類型，當發現具有明顯主動型侵略行為的青少年時應該及時診斷是否有濫藥合成藥物的情況，做到及時介入和預防。與此同時，應該及時評估有濫藥經歷的青少年是否存在主動型侵犯行為，並幫助他們擺脫對藥物的依賴，從而減少主動型侵犯行為出現的概率。本文提供的這些建議與 Barker 等人（2010）的研究結果相一致，即對侵犯行為的干預措施需要區分侵略行為的類型，某些干預措施對減少特定種類的侵犯行為會更加有效(Barker et al., 2010)。

本研究也有一些局限性值得注意。此研究採用的數據是截面數據，所以並不能推斷文中的關係是否為因果關係；其次，本研究的樣本來自澳門在學青少年，所以研究結果可能不適用於澳門所有的青少年。未來的研究可以採用一些縱向數據來證實合成毒品與青少年主動攻擊行為的因果關係。

參考文獻

- 澳門社工局（2018）。澳門藥物濫用者中央登記系統 2018 年報告。來自：
http://www.antidrug.gov.mo/anti/web/cn/downloads/cr_report_2018.pdf
- 李德、熊若杉、蔡天驥、夏一巍、劉子瑄、王殿璽、盧思靜、李傑楠（2019）。《澳門在學青少年與藥物：2018 年調查報告》，澳門：亞洲藥物濫用研究學會。
- Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. prentice-hall.
- Barker, E. D., Vitaro, F., Lacourse, E., Fontaine, N. M. G., Carbonneau, R., & Tremblay, R. E. (2010). Testing the developmental distinctiveness of male proactive and reactive aggression with a nested longitudinal experimental intervention. *Aggressive Behavior*, 36, 127–140.
- Berkowitz, L. (1962). *Aggression: A social psychological analysis*. New York: McGraw-Hill.
- Connor, D. F., Steingard, R. J., Anderson, J. J., & Melloni, R. H. (2003). Gender differences in reactive and proactive aggression. *Child Psychiatry and Human Development*, 33, 279–294.
- Connor, D. F., Steingard, R. J., Cunningham, J. A., Melloni Jr, R. H., & Anderson, J. J. (2004). Proactive and reactive aggression in referred children and adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 74, 129–136.
- Conway, K. P., Vullo, G. C., Nichter, B., Wang, J., Compton, W. M., & Simons-Morton, B. (2013). Prevalence and patterns of polysubstance use in a nationally representative sample of 10th graders in the United States. *Journal of Adolescent Health*, 52, 716–723.
- Dawe, S., Davis, P., Lapworth, K., & McKetin, R. (2009). Mechanisms underlying aggressive and hostile behavior in amphetamine users. *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 269–273.
- Dodge, K. A. (1991). The structure and function of reactive and proactive aggression. In D. J. Pepler & K. H. Rubin (Eds.), *The development and treatment of childhood aggression* (pp. 201–218). Hillsdale, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Dodge, K. A., & Coie, J. D. (1987). Social-information-processing factors in reactive and proactive

- aggression in children's peer groups. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 1146-1158.
- Dornbusch, S. M., Lin, I.-C., Munroe, P. T., & Bianchi, A. J. (1999). Adolescent polydrug use and violence in the United States. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 11, 197-219.
- Epstein-Ngo, Q. M., Cunningham, R. M., Whiteside, L. K., Chermack, S. T., Booth, B. M., Zimmerman, M. A., & Walton, M. A. (2013). A daily calendar analysis of substance use and dating violence among high risk urban youth. *Drug and Alcohol Dependence*, 130, 194-200.
- Fite, P. J., Schwartz, S., & Hendrickson, M. (2012). Childhood proactive and reactive aggression: Differential risk for substance use? *Aggression and violent behavior*, 17, 240-246.
- Gázquez, J. J., Pérez-Fuentes, M. D. C., Molero, M. D. M., Martín, A. B. B., & Sánchez-Marchán, C. (2016). Drug use in adolescents in relation to social support and reactive and proactive aggressive behavior. *Psicothema*, 28, 318-322.
- Gerson, L. W. & Preston D. A. (1979). Alcohol consumption and the incidence of violent crime, *Journal of Studies on Alcohol*, 40, 307-312.
- Goldstein, P. J. (1985). The drugs/violence nexus: A tripartite conceptual framework. *Journal of Drug Issues*, 15, 493-506.
- Hirschi, T. (2004). Self-control and crime. In R. F. Baumeister & K. D. Vohs (Eds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (pp. 537-552). New York, NY, US: The Guilford Press.
- Jessor, R., & Jessor, S. L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. New York: Academic Press.
- Kandel, D. B., Davies, M., Karus, D., & Yamaguchi, K. (1986). The consequences in young adulthood of adolescent drug involvement. *Archives of General Psychiatry*, 43, 746-754.
- Mason, W. A., & Windle, M. (2002). Reciprocal relations between adolescent substance use and delinquency: A longitudinal latent variable analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 63-76.
- McCormick, R. A., & Smith, M. (1995). Aggression and hostility in substance abusers: The relationship to abuse patterns, coping style, and relapse triggers. *Addictive Behaviors*, 20, 555-562.
- Miller, J. D., & Lynam, D. R. (2006). Reactive and proactive aggression: Similarities and differences. *Personality and Individual Differences*, 41, 1469-1480.
- Moss, H. B., Chen, C. M., & Yi, H.-Y. (2014). Early adolescent patterns of alcohol, cigarettes, and marijuana polysubstance use and young adult substance use outcomes in a nationally representative sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 136, 51-62.
- Pulkkinen, L. (1996). Proactive and reactive aggression in early adolescence as precursors to anti- and prosocial behavior in young adults. *Aggressive Behavior*, 22, 241-257.
- Raine, A., Dodge, K., Loeber, R., Gatzke-Kopp, L., Lynam, D., Reynolds, C., ... Liu, J. (2006). The reactive-proactive aggression questionnaire: Differential correlates of reactive and proactive aggression in adolescent Boys. *Aggressive Behavior*, 32, 159-171.
- Reyes, H. L. M., Foshee, V. A., Bauer, D. J., & Ennett, S. T. (2011). The role of heavy alcohol use in the developmental process of desistance in dating aggression during adolescence. *Journal of abnormal child psychology*, 39, 239-250.
- Taylor, S. P., & Chermack, S. T. (1993). Alcohol, drugs and human physical aggression. *Journal of Studies on Alcohol, Supplement*, 11, 78-88.
- Tinklenberg, J. (1973). Drugs and Crime, in National Commission on Marijuana and Drug Abuse, *Drug Use in America: Problems in Perspective*. Appendix, Volume I, Patterns and Consequences of Drug Use. Washington, DC: United States Government Printing Office.
- Tomlinson, M. F., Brown, M., & Hoaken, P. N. (2016). Recreational drug use and human aggressive behavior: A comprehensive review since 2003. *Aggression and violent behavior*, 27, 9-29.
- Virkunen, M. (1974). Alcohol as a factor precipitating aggression and conflict behavior leading to homicide, *British Journal of the Addictions*, 69, 149-154.
- White, H. R., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., & Farrington, D. P. (1999). Developmental associations between substance use and violence. *Development and Psychopathology*, 11, 785-803.
- Workowski, E. (2003). Criminal violence and drug use: An exploratory study among substance abusers in residential treatment. *Journal of Offender Rehabilitation*, 37, 109-121.

「綜合認知行為治療」於戒毒輔導之應用及成效

黃富強、庄曉宇（香港大學）

陳文浩、李少翠、彭子晴、黎淑芬（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 2016 年推行「Project RADAR—隱蔽吸毒及干犯毒品罪行輔導計劃」，為全港 10 至 35 歲隱蔽吸毒青少年、潛在或干犯毒品相關罪行青少年，以及其家人提供即時危機介入、評估及輔導服務。

計劃與香港大學社會工作與社會行政學系黃富強教授合作，共同研發全港首個本土化的「青少年毒品罪行風險綜合評估工具」，提供全面及科學化的風險評估。工具將受評估的青少年劃分為 4 個不同風險程度的群組，同時根據他們在 8 個風險因素的評估結果，社工可以作出針對性的介入。

另外計劃亦與香港大學共同建立一套有系統和具實證的「綜合認知行為治療」輔導工具，專門為吸毒青少年及其家人而設，並將理論和實務技巧製作成「綜合認知行為治療輔導手冊」。香港大學為相關介入方法進行了成效評估，結果顯示被隨機分配到實驗組的青少年在毒品相關罪行的「重犯率」、「使用毒品的情況」、「復吸應對能力」及「治療需求」有顯著的改善。在六個月後的追蹤調查亦發現所有介入效果均能維持。

【關鍵詞】：綜合認知行為治療 戒毒輔導 隱蔽吸毒 毒品罪行 評估工具

（一）計劃簡介

香港青年協會青年違法防治中心得到禁毒基金贊助，推行「Project RADAR – 隱蔽吸毒及干犯毒品罪行輔導計劃」，為全港 10-35 歲隱蔽吸毒青少年、潛在或干犯毒品相關罪行青少年、以及其家人和社區人士提供服務。「R」「A」「D」「A」「R」五個英文字蘊含著本計劃的五大服務目標，以下詳述服務設計及工作手法如何達致服務目標：

“R”- Rapid 快速介入

本計劃透過法庭外展服務，由社工主動接觸干犯毒品相關罪行青少年及其家人，提供即時支援。另外，青少年面對審訊的階段可視為正視毒品問題的契機，社工藉此把握當中的介入時機，加強他們遠離毒品的決心及能力。

“A”- Alliance 跨界別結盟

本計劃與全港 8 間醫院、新界北警區、社會福利署、海關、律師樓及學校等合作，透過各部門的前線人員直接轉介有需要的服務使用者至本服務，讓這群低動機的青少年及早與服務接軌，達至及早辨識和介入的計劃目標。

“D”- Detection 及早偵緝

為社區人士(特別是娛樂場所從業員及在職成年人)舉辦工作坊，提升他們對青少

年毒品相關罪行的辨識及處理能力，強化社區戒毒的預防教育工作。

“A”- Awareness 提升危機意識

為了提升計劃的專業性及學術性，計劃與香港大學合作，研發出全港首個本土化的「青少年毒品罪行風險綜合評估量表」及編製「綜合認知行為治療手冊」，不但為有需要青少年提供專業有效的評估及輔導服務，亦為社工業界提供具參考性及有系統的治療模式。

“R”- Redirection 重新定位

除個案輔導，計劃亦為青少年提供技能訓練及醫療支援，包括與葵涌醫院合作，快速轉介個案至精神科醫療服務，目標是讓個案重新為自己生活定位，並盡快轉介至其他合適的服務，協助個案得到「落腳點」。

(二) 研究內容及結果

2.1 研究目標

計劃與香港大學共同進行了兩項研究，第一項的研究目標是編制並驗證「青少年毒品罪行風險綜合評估量表」，第二項的研究目標則是開發一套「綜合認知行為治療」輔導介入工具，並評估相關介入方法在減低青少年毒品相關行為的有效性。

2.2 編製及驗證「青少年毒品罪行風險綜合評估量表」

在編製評估量表初期，研究團體根據已驗證的量表來編制一個綜合的題目列表。由大學教授、研究員、前線社工等組成的評委對入選的題目進行篩選。最後收集得到的數據是取自110位有濫用毒品/或毒品相關罪行的青少年及130位沒有任何毒品問題的青少年。

經過統計學檢驗，本評估量表將受評估的青少年劃分為 4 個不同風險程度的群組，分別為較低（0-14）、中等（15-40）、較高（41-76）及極高（77 或以上）。工作人員同時可根據他們在八個風險因素的高危程度，作出適切的介入。量表評估範疇的概述見下表：

表 1 「青少年毒品罪行風險綜合評估量表」的評估範疇及例子

評估範疇	例子
違法紀錄 (6 條)	犯罪或被逮捕的次數？ 0 沒有 1 一次 2 兩次 3 三次 4 四次或以上
學校/工作 (13 條)	你是否曾經有過被開除或停學的經歷？ 0 沒有 1 一次 2 兩次 3 三次 4 四次或以上
休閒活動 (6 條)	你有多經常去網吧/機鋪消遣？ 0 從沒有 1 很少 2 偶爾 3 經常 4 總是
人際關係 (10 條)	你的朋友（們）在過去的一年中有多經常參與販毒的活動？ 0 從沒有 1 很少 2 偶爾 3 經常 4 總是
家庭歷史 (6 條)	你是否有被父母或監護人打或傷害？ 0 絕對不是 1 不是 2 無意見 3 是 4 絕對是
精神健康 (5 條)	過去一個月中，你有多經常感受到悲傷的情緒（例如：哀愁、抑鬱、沮喪、絕望等）？ 0 從沒有 1 很少 2 偶爾 3 經常 4 總是
自我控制 (5 條)	我會做令我在當下快樂的事情，即使將來可能出現負面的結果。 0 絕對不是 1 不是 2 無意見 3 是 4 絕對是
親犯罪態度 (6 條)	為了生存而去販賣毒品是可以理解的。 0 非常不同意 1 不同意 2 無意見 3 同意 4 非常同意

由於評估題目經過本土化的編製過程，例如加入有關本地青少年潛藏危機工作種類的問題，包括「睇場」或「代幣兌換」等，所以更貼近香港青少年的生活形態。加上評估工具已被驗證出有良好的信度及效度，因此，評估工具能有助青年工作者更清晰地了解青少年的需要和所面對的風險因素，從而更準確地對青年作出評估及提供介入方向。

2.3 「綜合認知行為治療」於戒毒輔導之應用

本計劃將認知行為治療介入的模式應用於有毒品相關罪行的青少年群組中，希望可以透過明確的框架更切實地幫助他們減少毒品相關的犯罪行為。

早期的戒毒輔導介入模式主要分為四種，包括十二步驟、行為或認知行為治療、家庭為本治療，以及社區治療。每一種介入模式對青少年吸毒的原因、維護及解決方案都略有不同 (Bukstein, 1995; Winters, Latimer, & Stinchfield, 1999)。近年較為普遍採用的是綜合方法，包含各種有助青少年減少吸毒的關鍵因素。相關的理論基礎著重於人的行為轉變歷經不同的階段，當中涉及多種治療方法和技巧。根據 Prochaska, DiClemente, and Norcross (1992)所提出的跨理論模式，改變一種行為需要經過五個階段 (例如戒毒)，包括：前思考期、沉思期、決定期、行動期及維護期。

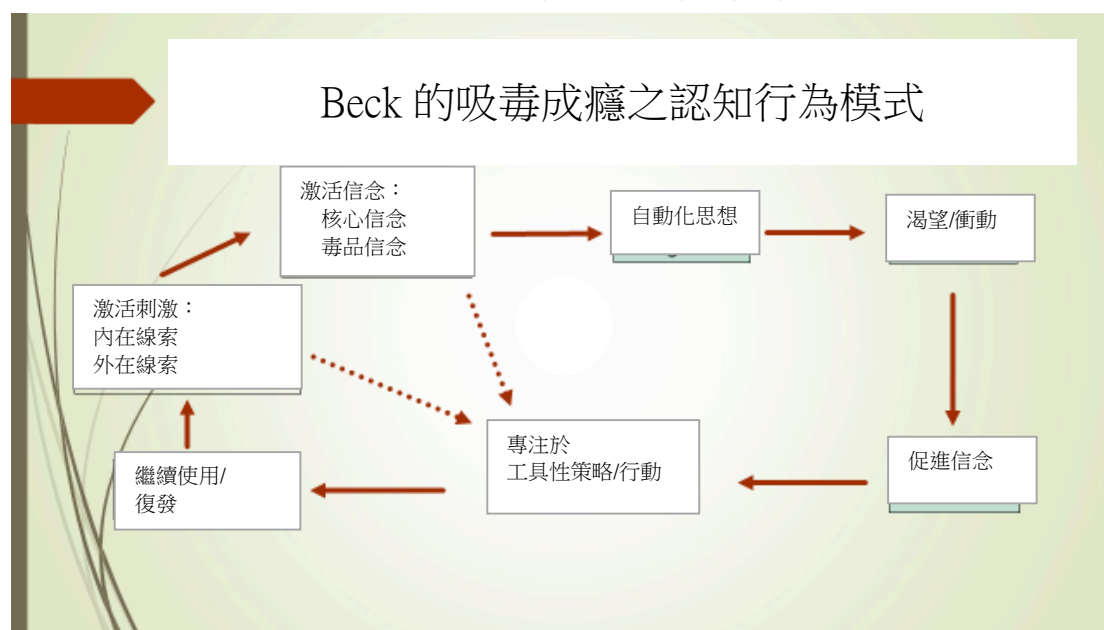
在前思考期，加強吸毒者的戒毒動機尤其重要，因為他們戒毒或接受服務的動機一般較低 (DiClemente, 2003; Huang, Tang, Lin, & Yen, 2011)。Hogue et al. (2014)在一項系統性的評估中提出，動機式訪談應作為認知行為治療的先導介入手法。因此，非對抗性的動機式訪談有助於提升個人對其吸毒行為作出改變的預備程度，同時有助於工作人員與正在就毒品問題感到掙扎或繼續吸毒的青少年建立初期的關係。早期的研究顯示加強青少年接受治療的動機能有助增加他們改變的動力，減少成癮行為的嚴重性並延長他們停止吸毒的時間 (Dennis et al., 2004; Sellman, Sullivan, Dore, Adamson, & MacEwan, 2001)。

此外，根據認知行為治療，吸毒相關的行為是從不同經驗中學習累積而來，因此能通過改變認知與行為的過程中而作出改變。同時，負面思想、消極情緒、不良行為及生理反應之間的相互影響會促成吸毒的形態及模式。因此在沉思期、決定期及行動期，幫助青少年了解吸毒的誘因及對毒品的渴望是相當重要，同時讓他們認識到促使他們繼續吸毒的認知與行為因素。認知行為治療的知識和技巧對促進吸毒者轉變是相當有用的，它適用於所有與信念有關的思維，包括期望、許可及核心信念。故此，認知行為治療對吸毒者的介入重點在於協助他們改寫有關對自己、他人、早期生活經歷、對毒品的接觸以及最終依賴毒品的個人信念 (Beck et al., 2005)。

關於以認知行為治療處理吸毒的方法由三個核心部份組成：(1) 預防重吸-讓吸毒者學習識別高風險情況以及有效的應對方法 (例如：毒品拒絕技巧)、加強遠離毒品的能力及自我效能感 (例如：自信心)；(2) 認知行為治療-處理與吸毒相關的信念 (例如：「沒有比吸毒的感覺更好」)、理解導致對毒品產生強迫性渴望的外在觸發點 (例如：生活上讓其受到壓力的事件)及內在觸發點 (例如：消極情緒) (Najavits, Liese, & Harned, 2005)；(3) 行為學習-介入的主要目的是協助吸毒者以更具適應性的反應取代舊有且無效的行為，包括理性回應 (Najavits et al., 2005)。根據以上三個核心部份，Beck, Wright, Newman, & Liese (2011) 提出七個引致青

少年吸毒的潛在風險因素，可作為治療介入的方向。這些範疇包括：(1) 高風險情況，包括外在（例如：人、地點及事物）及內在（例如：負面情緒）因素；(2) 有關毒品、自我及其與毒品關係的偏差觀念；(3) 增加吸毒意圖及激發性的自動化思想；(4) 生理上對使用毒品的渴望；(5) 吸毒者將吸毒合理化的許可信念；(6) 使用毒品相關的習慣及一般行為策略；(7) 失效或不良心理反應而引致惡性循環 (Beck et al., 2011)。Jhanjee (2014)就認知行為治療對一系列成癮性問題的效用提出了大量證據，其中相關問題包括酗酒、吸食大麻、安非他命、可卡因、海洛因以及注射毒品。

圖 1 Beck 的吸毒成癮之認知行為模式



最後在維護期階段，預防重吸是介入的主要焦點，原因是青少年吸毒者的重吸率甚高。Marlatt and Gordon (1985)提出重吸是由即時決定因素（如高風險情況）及隱蔽前置事件（如渴望）所共同引致。因此，預防重吸是重要的過程，讓吸毒者學習一套於高風險情況下管理渴望的方法，同時維護治療的成效 (Carroll & Onken, 2005; Irvin, Bowers, Dunn, & Wang, 1999; Larimer, Palmer, & Marlatt, 1999)。根據 Irvin et al. (1999)的一項整合分析，預防重吸能有效減少吸食毒品並加強心理社交的適應性。該治療對戒毒的效用是特別有效且可靠的。

總括而言，「綜合認知行為治療」於前思考期主要運用動機式訪談，在沉思期、決定期及行動期著重運用認知行為治療，以及在維護期使用預防重吸輔導工具，概述見下表：

表 2 「綜合認知行為治療」於不同階段的介入模式及相關策略

階段	介入模式	介入工具與技巧
前思考期	動機式訪談	● 我的期望 ● 吸毒生涯最痛一刻 ● 吸毒四面睇 ● 均衡生活大拍賣

沉思期、決定期及行動期	認知行為治療	● 阿仁的故事 ● 我的戒毒日誌 ● 著燈排行榜 ● 身心思維自我分表 ● 日常生活事務記表 ● 五常法 ● 吸毒思想陷阱類型 ● 吸毒有關的信念 ● 吸毒惡性循環圖 ● 情緒處理方程式 ● 規條秤一秤 ● 餅圖
維護期	預防重吸方式 (認知行為治療)	● 五常法 ● 活動尺 ● 規條秤一秤 ● 餅圖

2.4 「綜合認知行為治療」於戒毒輔導之成效

2.4.1 研究方法

為了驗證「綜合認知行為治療」的有效性，研究採用隨機等待對照實驗設計，五十名有毒品相關問題的青少年被隨機分配到實驗組（綜合認知行為治療）或者控制組（常規治療）。參加實驗組的成員接受最少六節「綜合認知行為治療」，與此同時控制組的參與者照常接受機構所提供的活動，但活動不包含任何「綜合認知行為治療」的成分。我們在治療開始前，結束後及六個月後的追蹤進行共三次評估，有關評估集中了解青少年在「重犯率」、「使用毒品的情況」、「復吸應對能力」及「治療需求」的改變。

2.4.2 研究結果

除了性別外，兩組參加者在個人基本資料上並沒有分別。實驗組中有64%為男性，而控制組中則有88%為男性。因此，在分析「綜合認知行為治療」對參加者改變的不同成效時，性別是被控制的。而兩組的參加者都有相似的平均年齡（約22歲），大部份是於香港出生（85%）、於新界區居住（70%）及有相似的家庭收入（港幣50,000以下）。

首先，56%的參加者在接受「綜合認知行為治療」後不再干犯毒品相關罪行。而控制組僅有28%的參加者沒有重犯相關罪行。此效果維持到六個月後的追蹤調查。

表 3 不再干犯毒品相關罪行的人數比例

	介入完成	六個月追蹤
實驗組	56%	76%
控制組	28%	32%

另外，28%的參加者在完成「綜合認知行為治療」介入後不再使用毒品，而控制組僅有 12%的參加者完成介入後不再使用毒品，同樣地此效果維持到六個月後的追蹤調查。

表 4 與介入前相比不再使用毒品的人數比例

	介入完成	六個月追蹤
實驗組	28%	20%
控制組	12%	8%

72%的參加者接受「綜合認知行為治療」後，復吸應對能力有所提高，而控制組中只有 56%的參加者得到相同效果。此效果維持到六個月後的追蹤調查，而且成效的差異更為明顯。

表 5 復吸應對能力提升的人數比例

	介入完成	六個月追蹤
實驗組	72%	72%
控制組	56%	20%

最後，48%參加者表示在「綜合認知行為治療」介入完成後其治療需求得到滿足。而控制組僅有 20%的參加者表示有關需求得到滿足。此效果維持到六個月後的追蹤調查，而且相關的差異更達到 60%。

表 6 治療需求得到滿足的人數比例

	介入完成	六個月追蹤
實驗組	48%	84%
控制組	20%	24%

與此同時，國外相關研究的康復率大約為 4%-50%，可見「綜合認知行為治療」介入手法於本港戒毒青少年群組當中具成效。

(三) 總結及建議

除了對毒品相關問題的及早預防工作需要重視外 (Kuehn, 2013)，我們建議香港的青年工作者可以採用一些已完善建立及驗證的評估工具去篩選出有潛在毒品相關罪行的青少年。「青少年毒品罪行風險綜合評估量表」已被確認有良好的信度及效度，利用這項評估工具為青少年作最初的篩選，就能為青少年所面對的風險因素提供豐富的資料參考，亦能幫助到青年工作者為他們的案主提供適切的介入。越來越多證據顯示，治療手法若能針對有關毒品相關罪行的風險因素，能為治療計劃產生最大的效果 (Marlowe et al., 2011)。

另外，研究結果顯示「綜合認知行為治療」可以顯著地減少毒品相關的罪行，滿足參加者的治療需要及提升他們應對復吸的能力。除此以外，介入手法可以配合處於不同改變階段的戒毒者。因此，有關治療介入手法值得於戒毒輔導服務推廣，以應對青少年毒品相關的問題。

參考文獻

1. Arthur, M. W., Hawkins, J. D., Pollard, J. A., Catalano, R. F., & Baglioni Jr, A. (2002). Measuring risk and protective factors for use, delinquency, and other adolescent problem behaviors: The Communities That Care Youth Survey. *Evaluation review*, 26(6), 575-601.
2. Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (2011). *Cognitive therapy of substance abuse*: Guilford Press.
3. Dennis, M., Godley, S. H., Diamond, G., Tims, F. M., Babor, T., Donaldson, J., . . . Funk, R. (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27(3), 197-213. doi: 10.1016/j.jsat.2003.09.005
4. Huang, Y. S., Tang, T. C., Lin, C. H., & Yen, C. F. (2011). Effects of motivational enhancement therapy on readiness to change MDMA and methamphetamine use behaviors in Taiwanese adolescents. *Substance Use & Misuse*, 46(4), 411-416. doi: 10.3109/10826084.2010.501664
5. Irvin, J. E., Bowers, C. A., Dunn, M. E., & Wang, M. C. (1999). Efficacy of relapse prevention: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(4), 563-570.
6. Kuehn, B. M. (2013). Addiction: White House seeks “third way”: Policy emphasizes prevention, treatment, recovery. *JAMA*, 309(21), 2201-2202.
7. Malmberg, M., Kleinjan, M., Overbeek, G., Vermulst, A., Monshouwer, K., Lammers, J., . . . Engels, R. C. (2014). Effectiveness of the ‘Healthy School and Drugs’ prevention programme on adolescents' substance use: a randomized clustered trial. *Addiction*, 109(6), 1031-1040.
8. Marlowe, D. B., Festinger, D. S., Dugosh, K. L., Caron, A., Podkopacz, M. R., & Clements, N. T. (2011). Targeting dispositions for drug-involved offenders: a field trial of the Risk and Needs Triage (RANT)TM. *Journal of Criminal Justice*, 39(3), 253-260.
9. Nowinski, J., & Baker, S. (1992). *The twelve-step facilitation handbook: A systematic approach to early recovery from alcoholism and addiction*: Jossey-Bass.
10. Sellman, J. D., Sullivan, P. F., Dore, G. M., Adamson, S. J., & MacEwan, I. (2001). A randomized controlled trial of motivational enhancement therapy (MET) for mild to moderate alcohol dependence. *Journal of Studies on Alcohol*, 62(3), 389-396.
11. Winters, K. C., Latimer, W., & Stinchfield, R. D. (1999). The DSM-IV criteria for adolescent alcohol and cannabis use disorders. *Journal of Studies on Alcohol*, 60(3), 337-344.

Trauma-Informed Integrative Treatment for Substance Misuse

Timothy Lam, Cora Lau, Esther Cheung

(Counselling Service Centre Division, Hong Kong Lutheran Social Service, LC-HKS)

【Abstract】

Trauma-Informed Treatment is an emerging trend in the practice of psychotherapy, with strong evidence in its effectiveness. The application in substance misuse is an innovative approach, as trauma and distressful experiences are common in substance misuse issues. Professionals working with substance misuse problems are frequently exposed to traumatic information, and susceptible to secondary trauma and compassion fatigue. This therapy approach has a dual focus: care for clients and care for the professionals. It is informed by theories and practices in neurobiology, attachment, memory reconsolidation, affect and experiential transformation. It emphasizes therapist's self-care, the nurturance of therapeutic relationship, and corrective experiences as the key agents of change. Key concepts and intervention strategies of the integrative model will be elaborated and discussed.

【Key words】 Substance Use Disorder; Trauma; Trauma-informed Treatment; Polyvagal Theory; Memory Reconsolidation; Therapeutic Presence.

High Comorbidity of Trauma and Substance Use Disorder (SUD)

Working in busy substance abuse counselling centres (CCPSAs) has given us exposure to a large number of clients having experienced traumas in their life. Often times these distressful experiences were not disclosed by our clients at the beginning. As we walked with them, listened to their struggles and pains, showing our understanding and compassion, building up secure relationships, the sad stories and the hurts buried deep in their life start to reveal.

Research studies have consistently identified a high comorbidity rate between Trauma and SUD (Gielen, Havermans, Tekelenburg, & Jansen, 2012; Ouimette & Read, 2014). Our experiences show that most clients with SUD do not disclose their traumatic experiences at the beginning of therapy. It is because traumas are usually associated with shameful and painful feelings that require deep trust and a strong sense of safety before it can be touched.

It is therefore not surprising that many issues related to trauma are hidden in the process of therapy for SUD, if it is not being given enough attention. Trauma issues are left unresolved even after clients stopped using substances. It is one of the main reasons of a high relapse rate among clients who abuse substances, if substances are the major means for coping with the pain and effects of trauma.

Relationship between Trauma and SUD

How do you feel when you are in touch with the word "Trauma"? It is natural if you have uncomfortable feelings with the word, as it is likely to be associated with negative experiences or being in touch with such accounts in the past. As one encounters unpleasant experiences, it is stored in our memory, and the memory is stored in the

body (Van der Kolk, 1994). When familiar sensory triggers emerge again, the associated emotional memories would surface, and you would recall those images, feelings, body sensations and thoughts associated with the incidents. You would taste a flavor of what you have experienced in the past just like it is happening in the present moment. If an extremely distressful event is experienced or witnessed, causing serious psychological disturbances, it would then be termed as a traumatic event and the person experiencing it may develop the problem of posttraumatic stress reaction (PTSD), as described by the Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM 5; APA, 2013). It means that the distressful experience in the past would be re-experienced again emotionally if the traumatic memory is triggered, causing the person suffering from the traumatic reaction to be hypervigilant to surroundings trying to avoid re-experiencing the pain, and use numbing, dissociating, or defense mechanisms to keep themselves from the pain. Substance is found to be a very common means, which is often considered as a defense mechanism, or self-medication, to cope with the pain of trauma.

If the traumatic incidents are repeated multiple times in one's life, then a condition called Complex PTSD (Cptsd) may be developed (Herman, 1992). Cptsd is often associated with developmental traumas, which are caused by serious neglect, abuse and problems of care in one's childhood years. Research studies have also shown that the comorbidity rate of childhood trauma and SUD is very high (Ouimette & Read, 2014). Clients with Cptsd are often those clients who are also diagnosed with personality disorders, indicating that childhood trauma being a major underlying cause for the problem of PD.

Experienced practitioners in the field of SUD have noted that almost all clients suffering from SUD displayed symptoms of trauma, despite whether they have experienced traumatic events in their past life (Green, 2018). It is because the experience of abusing substance itself is a traumatic experience, by the effects of over-stimulation and withdrawal dysregulating the emotional system.

Trauma-informed Practice for SUD

It is commonly recognized that SUD is one of the most difficult issues to treat. Uncovering its close association with traumas and PDs has provided a hopeful direction in improving the effectiveness of treatment. There have been strong evidences for the effectiveness of a Trauma-informed integrative treatment approach to SUD (Najavits & Hein, 2013). In Hong Kong, such approach is still in its infancy and worth more attention from the profession. Considering such needs for the profession and the community, we have applied for funding in 2018 starting the first project in Hong Kong for trauma-informed integrative treatment for SUD.

Numerous benefits were identified in using the trauma-informed treatments for SUD (Najavits, 2002). The followings are a list of several important advantages that have led us in this direction.

Reducing Stigmatization with SUD

People suffering from SUD have been stigmatized by the community and SUD is one of the most difficult issues to treat with psychotherapy. It is common to find clients with SUD come to therapy disorganized with their life and relationships. They are difficult to engage due to the hidden issues of trauma and the dysregulating effects of the drugs. Such characteristics can easily cause pain and frustrations, not only to their family, but also to professionals who are trying to help them. Understanding and making sense of their symptoms and behaviors in the light of traumatic experience may help to remove

most of these stigmatizations, as we would have more compassion on our clients being able to see beyond the addiction, a seriously hurt and wounded heart. After working with many SUD clients, we consider that acceptance and compassion are the basic attitudes we need in order to be helpful with our clients. They need a corrective relational and attachment experience that can be delivered by the therapist, only if the therapist can hold a genuinely respectful, acceptant and compassionate attitude toward the client.

Improving Efficacy of Treatment and Reducing Relapse

If trauma is at the core of SUD as indicated by strong research evidences, it follows that paying due attention and targeting the issue in treatment would improve efficacy of treatment and it has been supported by evaluations of such practices (Najavits & Hein, 2013). By helping clients not just in stopping the use of drugs, but also resolving the underlying trauma leading to the drug use, can effectively reduce the rate of relapse.

Theories and Concepts of Trauma-Informed Therapy for SUD

We have developed our integrative approach taking references in updated knowledge and theories in neurobiology, trauma, attachment, experiential psychotherapy approaches, mindfulness, focusing, and practices related to therapeutic presence.

Polyvagal Theory

Polyvagal theory was first discovered by renowned neuroscientist Stephen Porges in the 1990s (Porges, 2001). It has then received immense attention from the professional community working with trauma treatment, and it has become one of the most influential theories in traumatology over the past two decades. The theory has answered important questions concerning peculiar observations about trauma, and offers important insights into giving effective intervention to clients suffering from trauma.

According to the theory, as humans we have a neurological screening mechanism that is always active and keeps monitoring the physical environment and our physiological conditions, detecting for threats and dangers, and putting us into one of three physiological states, namely Safe, Dangerous, or Desperate. Porges (2001) created a new term called Neuroception for such screening mechanism, differentiating the process from Perception, as the screening is done automatically at the neurological level without involving the conscious or cognitive parts of our brain. It is an important mechanism that is present in most animals including humans to support their survival. Each state activates different parts of the neural networks to prepare our body for the specific situation associated with what is detected from the surrounding world through the neuroception.

It is important to note that before we are conscious of the changes in our surroundings, and making choices for our reactions, we are already operating in one of the three physiological states. Therefore how we respond to the world is largely colored by the state we are being put into by this automatic neuroception process. In the Safe State, we are geared toward social engagement and connection with other people, mediated by the activation of the smart vagus nerve, which connects our brain stem and our heart, with branches connecting to striated muscles that control our facial expressions and socialization. In the Danger State, the familiar Fight or Flight stress reaction is activated by the sympathetic nervous system, which has its branches connecting to muscles and organs at the upper trunk of our body above the diaphragm, preparing us to face the

challenge or escape from the threat. In the Desperate State, an extremely threatening condition is detected and the person is helpless to have any solution for the threat, the person would be put into a state of shutdown by the ventral vagus nerve, in order to preserve energy and numbing ourselves from any pains resulting from the threat. The three states can be considered as our natural coping mechanism to aid our survival best suited for a specific situation.

Before polyvagal theory, traumatic reaction was thought to be a stress reaction by the fight or flight mechanism of the sympathetic nervous system. Professionals were puzzled at the often observed phenomenon of numbing, dissociation and depressive symptoms in trauma clients. It is the discovery of the desperate or shutdown state in the polyvagal theory that shed light on this missing piece.

Another important implication of the polyvagal theory is that people cannot be socially engaged unless they feel safe and secure. It has long been established that therapeutic relationship being the most crucial factor for the success of psychotherapy. Polyvagal theory resonates with such findings. Engaging clients too early in problem solving before building a sense of safety and trust in the therapeutic relationship is a trap that we can easily fall into, if we are not informed accurately of our internal neurological working model.

Polyvagal theory stimulated the development of practices like therapeutic presence, which aimed at improving therapeutic outcome through the nurturance of safe feelings in the therapist and the clients.

Clients with trauma and SUD need to be stabilized and feel safe before they can open up and be engaged for deeper therapeutic work. Often times, the lack of motivation is a manifestation of trust issue, not feeling safe with the therapeutic process, as these clients often comes with hypersensitivity to rejections and shame, anxiety and negative projection to interpersonal relationships.

Memory Reconsolidation

How to heal trauma? Can fear due to past experiences be eliminated or cured?

In 2000, the discovery of memory reconsolidation provided hopeful answers to these questions. Before 2000, it has been traditionally believed that experiences once being consolidated through stabilized synaptic neural connections into the long term memory cannot be altered. In 2000, Nader, Schafe, and LeDoux proposed that changing the consolidated memory is possible under special conditions. They named such memory changing process as memory reconsolidation and the theory has found strong evidence of support by subsequent researches. Further studies have indicated that the reconsolidation mechanism can be effectively applied in psychotherapy and the treatment of trauma (Ecker, Ticic, & Hulley, 2012).

For memory reconsolidation to happen, the memory to be reconsolidated first needs to be reactivated, such that the neural network associated with the memory becomes malleable within a period of around 5 hours. If a new experience being very different to the original outcome of the previous experience stored in the memory, the neural circuitry can be rewired according to the new experience, and then the new version of emotional memory is stored back into the long term memory, completing the reconsolidation process.

It is important to note that exposure alone (i.e. re-activating the memory) is not sufficient for reconsolidation to happen. A new experience mismatching the original

one needs to be applied after the re-activation, resulting in a different emotional experience leading to altered cognitive understanding to the context associated with the memory. The new experience would then be stored back into memory in its new form. It is similar to the operation of editing a text file on the computer. The original text file stored in the hard disk is first retrieved into the computer's dynamic memory for editing, and then the new version of text is saved back to the computer's hard disk by the "save" command.

Since such memory editing process happens at the neurological level, different psychotherapy models can achieve the same outcome, as long as the conditions for the reconsolidation process are fulfilled. The required conditions are: re-activation, mismatching experience, and the forming of new emotional and cognitive knowledge. Before the discovery of memory reconsolidation, the phenomenon was noted by psychotherapists, and it is named "corrective emotional experience". Some of the well-known therapy approaches found to be capable of such transformation process include: Coherence Therapy, Eye Movement Desensitization Reprocessing (EMDR), Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy (AEDP), Emotion-focused Therapy and Somatic Experiencing.

The difficulty in using memory reconsolidation for the healing of trauma needs to overcome is the highly emotionally charged negative content of the trauma memory. Clients may instead re-experience the trauma without reconsolidation in the process of re-activation. A safe, nurturing and trustworthy therapeutic relational context needs to be in place before starting such process, in order to support the success of reconsolidation of the traumatic memory. As most of the traumas happen in a relational context or affect interpersonal relationship, the success in building a trustworthy relationship between therapist and client would positively reconsolidate important parts of the trauma memory, and lay a solid ground for further processing.

If illicit drugs are used to numb and avoid feeling the pain of hurts and trauma as in the case of SUD, successfully healing the trauma by replacing the painful memory with a more peaceful version through corrective emotional experiences in therapy, would cause the need for the drugs to medicate the pain be naturally and completely removed. The risk of relapse would be significantly diminished.

Stages of the Treatment Model

The treatment model takes a staged approach to suit different needs of clients, integrating theories and concepts of addiction, trauma and therapy. There are 3 stages of treatment.

Stage 1: Assessment and Stabilization

Assessment is conducted with a high priority for relational engagement with the client in mind. Therefore the assessment process is not mechanically going through a list of questions but a process of engagement and developing empathic connection with the client. Assessment for the level of functioning of the client, and the presence of crisis is important as we need to make a decision whether the client's condition is suitable to move onto the next stage, which is the intervention stage. If the client's condition is unstable and functioning is low, he would need to enter the process of case management, which aims to ensure safety and stability in the client's physical condition and living environment.

Stage 2: Intervention

The core principles in the treatment model are safety, compassion, collaboration, and emotional focus. These are consistent to the principles as illustrated by the theories of polyvagal and memory reconsolidation. An integrative experiential approach is taken by integrating skills from different therapy models with the aims of: maintaining the therapist in optimal condition for therapy; establishing secure, engaging and nurturing therapeutic relationship; and corrective emotional experience for the healing of trauma and SUD. After mastering the essential principles and skills with the treatment model, practitioners may integrate their familiar therapy approaches into the treatment to better achieve similar outcomes.

Psychoeducation to clients about trauma and SUD would be provided when the need is indicated in the course of intervention. Helping client to make sense of their addiction problem in the light of non-pathologizing underlying causes can significantly reduce stigma, enhance trust and therapeutic alliances. As it is important for practitioners to be “trauma-informed” and “trauma-knowledgeable”, it is also helpful for clients to have such understanding.

The important concept and approach we adopted in preparing the therapist in an optimal state of being for effective therapy is Therapeutic Presence (TP; Geller, 2017). It is based on polyvagal theory and neurobiological knowledge. TP posits that the therapist needs to feel safe and grounded before she can effectively engage and develop therapeutic relationship with client that is conducive to effective outcome of treatment. The aim of TP is to maintain a compassionate, intimate and nurturing relational connection with the client, by paying attention and working on the condition of the self and presence in the moment of the therapist. Practicing therapeutic presence can improve therapist self-care, increase their resilience when exposed to distressing and traumatic information, and reduce the incidents of compassion fatigue.

For the purpose of mood regulation, and the stabilization of hyper-activation and anxiety, we utilize mind body integration skills like mindfulness, grounding and focusing, providing clients with easy to use and structured skills that can effectively soothe mood disturbances, and enhances a sense of safety and self-connection.

We also draw on concepts and strategies in the AEDP model, which is an emotionally focused experiential short term dynamic therapy approach. The advantage of the approach is that it helps to give corrective emotional experience for the clients in attachment, affect transformation and resilience. AEDP pays due attention to the core emotional experiences. It is based on neuroscientific evidence, and resolves the problem of trauma and SUD by targeting the root causes of emotional dysregulation and maladaptive coping.

Harm minimization, safety and close therapeutic relational bonding are emphasized especially at the initial stage of intervention. We are mindful of the costs in targeting abstinence as the goal of therapy, as direct persuasion of stopping drug use often times negatively affects the building of a deep therapeutic relationship that is conducive to effective treatment outcomes. Drug abuse is conceptualized as a coping or defense mechanism to avoid feeling the underlying psychological pains, and therefore not the cause of the problem, but a maladaptive “solution” to mood dysregulation and life stress. Stopping drug use before healing the hurts and pains of trauma or having a healthy alternative coping, would make clients feeling like taking away their lifeline and their anxiety and resistance to treatment would understandably be heightened. In the language of AEDP, substance abuse is a defense that is best to be “melted”, not challenged or antagonized. It means that showing empathy, understanding and

compassion to clients' maladaptive coping can give them a safe feeling, and enables them to have a clearer picture about the harmful habits. These would prepare the suitable conditions for melting the habit of substance abuse. It aligns the therapists and clients on the same front working collaboratively together for life-changing and long lasting healing.

Stage 3: Relapse Prevention

At this final stage, client would have stopped drug use and most of the issues of trauma resolved. This stage aims to reconnect client with the community and their social networks with the personal transformation they have achieved. Support clients to deal with new stressors and triggers as they come up in their new life. Psychoeducation and trainings on coping skills like mindfulness and focusing can be given to client to support their self-care and maintenance of well-being after treatment completes.

References

1. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub.
2. Ecker, B., Ticic, R., & Hulley, L. (2012). Unlocking the emotional brain: Eliminating symptoms at their roots using memory reconsolidation. Routledge.
3. Gielen, N., Havermans, R., Tekelenburg, M., & Jansen, A. (2012). Prevalence of post-traumatic stress disorder among patients with substance use disorder: it is higher than clinicians think it is. *European Journal of psychotraumatology*, 3(1), 17734.
4. Green, M. (2018). Using experiential dynamic therapy with addicted people. *Transformance Journal*, 8. Retrieved from: <https://aedpinstitute.org/transformance-journal/transformance-journal-vol-8/>
5. Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of traumatic stress*, 5(3), 377-391.
6. Ouimette, P. E., & Read, J. P. (2014). Trauma and substance abuse: Causes, consequences, and treatment of comorbid disorders - second edition. Washington, DC: American Psychological Association.
7. Nader, K., Schafe, G. E., & LeDoux, J. E. (2000). Reply—Reconsolidation: The labile nature of consolidation theory. *Nature reviews neuroscience*, 1(3), 216.
8. Najavits, L. (2002). Seeking safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse. Guilford Publications.
9. Najavits, L. M., & Hien, D. (2013). Helping vulnerable populations: A comprehensive review of the treatment outcome literature on substance use disorder and PTSD. *Journal of clinical psychology*, 69(5), 433-479.
10. Porges, S. W. (2001). The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous system. *International journal of psychophysiology*, 42(2), 123-146.
11. Van der Kolk, B. A. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard review of psychiatry*, 1(5), 253-265

冰毒緩害在本地推行的可行性

黃小華、孟芷欣、張嘉彤（明愛容園中心）

【摘要】

冰毒，是明愛容園中心服務使用者最常濫用的毒品！所以我們十分重視為吸食冰毒人士的戒毒輔導工作。但很多這類吸毒人士因為種種原因而戒毒動機不強，並不能在短期內戒除吸毒的習慣。當他們未開始接受進一步的戒毒治療和康復計劃前，緩減毒害又是否一種可取的介入方法？緩減毒害概念和介入，在香港並非新鮮事，它能否被應用，是在於個別緩害措施對個別種類的毒品問題，是否有立竿見影的效果，以鼓勵濫用人士長遠地能進入接受治療和康復的階段。我們參考了外國 NGOs 對吸食冰毒人士提供的緩減毒害建議和措施，繼而向本地一些曾經或現時是長期濫用冰毒的人士，進行了連續性的訪談和跟進，以用家的角度提出一些建議，嘗試建立一套針對本地長期濫用冰毒人士需要的緩害措施。這些緩害措施在本地環境裡面是否可行和適用，值得進一步探討。

【關鍵字】：冰毒、緩害、冰毒緩害、安非他命

一）冰毒是香港最棘手的毒品問題

冰毒在上世紀九十年代已開始流行於香港，至今超過 20 年，除 2000 年前後派對文化潮流興起搖頭丸及氯胺酮外，冰毒一直是頭三名常被濫用的危毒精神毒品。

我們會界定冰毒是香港最棘手的毒品問題，這不只是主觀的看法。首先，我們明愛容園中心在過去輔導 350 多名吸毒者，40% 是濫用冰毒，是最多個案濫用的毒品；其次是，冰毒會引起的嚴重精神病（例如妄想和偏執及被逼害），有部份人在戒斷期間會出現了很多精神問題，如抑鬱、焦慮、精神恍惚、有自殺傾向等；每種毒品也有耐藥性，但冰毒也有逆耐藥性（reverse tolerance），即濫藥者身體對冰毒變得更敏感，這會導致容易精神病發；還有，只要查找現時各區物質濫用診療所和專為吸毒者而設的精神科病房，當中處理冰毒問題的比率，就會知道以精神健康的角度來看，冰毒問題是相當棘手。

所以，雖然香港近幾年的可卡因和大麻濫用的數字有明顯上升，特別是大麻問題更引起政府的關注；但冰毒在這十年以來卻是一直沒有消失的毒品問題。

二）緩害概念只能限於白粉嗎？

根據香港衛生署定義，緩害是緩減毒害的意思。緩害是一套應用策略，以公眾健康利益為前題，目的是緩減毒品對個人及社會帶來的損害。

香港緩減毒害服務，早見於 1972 開始的美沙酮治療計劃，用來治療海洛英及鴉片的毒癮。香港美沙酮診所現有兩種治療計劃，一個是美沙酮代用治療，吸毒人士每日都服用適當劑量的美沙酮，療程並無時間限制；另一個是美沙酮戒毒計劃，對於有決心的吸毒人士，在一段時間內逐漸減少美沙酮的服量，直至毋須繼續治療為止。值得注意的是美沙酮代用治療，故名思義是服用美沙酮的吸毒人士，短

期內並無停止吸毒的動機和條件。

2002 年，明愛青少年及社區服務展開派對場所藥物教育工作，亦是以緩害概念去應付當時流行的搖頭丸和氯胺酮濫用問題。社工走入跳舞場所，即場為疑似吸毒人士提供簡單的身體檢查，並提供緩害資訊。

兩者同是緩減毒害的介入，但分別相當明顯：前者是應付高癮性的毒品，抑制海洛英毒癮，吸毒人士的就業率少於五成，反映了身體依賴情況嚴重；後者是應付搖頭丸和氯胺酮那股勢不可擋的熱潮，而這類吸毒人士的年齡組群多集中在 20 至 35 歲，就業率較高。此外，前者在公眾健康方面更有另一項重要功能，就是協助遏止愛滋病毒在靜脈注射毒品的吸毒人士之間蔓延；後者隨著跳舞場所的式微，已在 2009 年終止服務。

冰毒，成癮性高，在公眾健康的角度看，它造成的精神健康問題亦不容忽視；對他們的親人及社會醫療體系及治安等方面亦造成不良的影響。但很多這類吸毒人士因為種種原因而戒毒動機不強，並不能在短期內戒除吸毒的習慣。如此情況之下，以緩害為目標的輔導及戒毒政策值得探討和研究。

雖然在香港「零容忍」的政策下，冰毒緩減毒害概念和介入的可行性有待商榷，但是，與其任由吸食冰毒的人士毫無節制地吸食，緩減傷害措施的引入亦不失為一個減少吸毒者對個人及社會傷害的一個良方。關鍵是香港戒毒服務界的取向及對有關措施的認識及成效是否顯然易見。所以緩害概念應用在處理冰毒問題上，短期具體的效果如何及長遠又能否鼓勵吸毒人士進入接受治療和康復的階段，方是重點。

三）外地冰毒緩害的工作

我們參考了不少外國 NGOs 有關冰毒緩害的資料，這裡概略地說明一下：

在澳洲悉尼和墨爾本，著重注射冰毒帶來感染傳染病的危險，同時亦關注一些健康風險，所以會明確提供一些訊息，例如：因應冰毒會令吸毒人士心跳加速、血壓上升，建議隨身帶備一樽水，經常飲水以令身體情狀穩定；同時說明要注意吸毒人士吸收過量液體（即一小時飲多於一公升的液體），可導致腦水腫、痙攣、昏迷，甚至死亡；具體地列出一些藥物過量的身體徵狀，建議一遇到緊急情況，要馬上到醫院；亦有提醒吸毒人士要避免吸食混合毒品。在南澳城市，有人嘗試過提供吸毒人士替代藥物(Placebo/Dexamphetamine)，以減少因為冰毒依賴而帶來的不適。

在美國的三藩市，有 NGOs 提供了一些資訊，大致與上述相若，但它還加添了一點生活上的細節：它留意到吸毒人士吸食冰毒後，會欠缺胃口，特別建議他們選擇食坊間出售的運動能量棒，以快速補充身體所需養份。

在歐洲的捷克，由於注射冰毒的情況相當普遍，曾有 NGOs 採取派發特製膠囊，讓吸毒人士把冰毒放進膠囊內，才服用，這方法減少了他們注射冰毒的習慣。這個概念，相對具體，不流於資訊的提供。

整體上，冰毒緩害的介入，的確能將安全意識加強，減低一些健康風險；但我們卻認為，外國的緩害措施，未必適用於香港，因為各地的冰毒使用方法也有不同：第一，香港注射冰毒的情況，十分罕有，所以注射冰毒的風險資訊，看來不受用；第二，有一些緩害建議，有點不切實際的，例如建議吸毒人士每次使用冰毒後，馬上刷牙，這意識上是正確，但實際可行性不高，因為香港的情況，有一大部分吸毒人士並非在自己家居吸毒。

故此，要以緩害概念的介入，以減少吸毒人士受著冰毒的禍害，必需先要了解他們日常吸食冰毒的習慣，以及掌握他們受到困擾的緩急所需。

四）冰毒使用者的服用情況與處境

我們一共訪問了 10 位人士，三位已戒除冰毒兩年或以上；另外七位仍有維持吸食冰毒。訪問是採取開放性形式，著重探索他們吸食冰毒的每一個細節。而我們最重要的目的，是設法保持吸毒者的生命並保護他們的健康，鼓勵他們在生活中發生積極的變化。健康是最迫切的優先事項。

首先，口腔問題是最令他們感到困擾的。冰毒侵蝕牙齒的琺瑯質，有剝落有蛀牙，也造成了牙週炎的問題。有時候，剛吸食完冰毒後，用牙膏刷牙，口腔和舌頭也會感到赤痛。除了叫他們勤刷牙，以及避免口腔有傷口情況下進行口交性行為，還有什麼資訊可以提供？

第二個困擾是胃口問題。吸食完冰毒後，往往會進入一個兩至三天的周期，期間吸毒人士會缺乏胃口，勉強進食，會反胃；有人曾經試過全身痙攣，相信是因為流失水份和養份，未有及時補充所致。

第三個困擾是精神病和服用過量的問題。他們有人會每天吸食，份量穩定；有人會間中吸食。但一遇上情緒失控和外來引誘，就會容易不自覺地吸食超過平時的份量，加上冰毒禍害深，但吸食者的病適感低，這便會導致急性精神病。有外國 NGOs 建議他們避免長時間不斷吸食，並要有充足的睡眠，但這建議看來是隔靴搔癢。

第四，是火災風險。這從來沒有人提及的，這可能外國吸食冰毒形式與香港的各有不同。有些人習慣在床上吸食冰毒，若有火屑彈出來，便會燒著床舖；另一個容易導致火災的原因，是他們習慣用防風打火機，一按即燃，不用長期用手指按著，火力猛烈，且不會被吹熄；但亦是這個緣故，這容易造成火警，但最壞的是，這會加速他們短時間內吸入高份量的冰毒，容易出現服用過量的情況。

第五，是衛生問題。少數人會著重器具的衛生，用後會清潔；大多數人既不清洗器具，又習慣與友人共用飲管，極易傳播細菌。但這個衛生問題，有部份人是極不注重的。

五）冰毒緩害的可行性措施

基於以上獲得的資料，我們與 10 位受訪者共議了多項針對他們感到困擾的措施。

5.1 口腔問題

冰毒的會影響牙齒的琺瑯質和導致牙周炎，原因是：冰毒本身具酸性和腐蝕性，加上吸食冰毒會導致口乾（Xerostomia），唾液減少便不能中和冰毒的腐蝕性，再加上這班吸毒人士平時已經是少留意口腔衛生，缺乏定期口腔檢查，自然問題嚴重性會加劇。但我們明白到，口腔問題會影響儀容，繼而影響社交和自我形象；口腔問題也影響了咀嚼能力，繼而出現消化和營養問題，而這些連鎖問題，定會增加他們成功戒毒的難度。外國會稱這個問題為「meth mouth」。

刷牙是最簡單直接的方法，不過，若吸食地點不是他們家居，要他們時常帶備牙膏牙刷是有點不便之餘，牙膏也會令他們感到赤痛；咀嚼香口膠，可以增加唾液分泌，這個倒是一個可考慮的建議；但最具體可行的，是嗽口水。本來這是不可行，因為坊間所購買的到的嗽口水是含有酒精成份，這會令剛接觸冰毒的舌頭和

牙肉感到赤痛，但我們發現市面上有一種不含酒精成份的嗽口水發售。有受訪嘗試過，的確沒有赤痛。

所以，第一項冰毒緩害措施，就是向吸毒人士免費派發細樽裝嗽口水，要嘗試叫他們養成吸食冰毒後使用嗽口水的習慣。

5.2 脫水和胃口問題

吸食冰毒後，會有兩三天沒有胃口。要保持最低程度的身體狀態，是一項迫切而需要優先處理的事項。我們想像過，究竟有什麼流質食物或飲品，會適合他們吸食冰毒後的兩三天使用呢？最後，我們發現運動飲品值得考慮。因為坊間出售的運動飲品，含糖份和電解質，能快速補充身體水份之餘，亦可讓人吸取卡路里。

第二項的冰毒緩害措施，是建議吸毒人士吸食冰毒後，如感到欠胃口，可選擇飲用運動飲品；或甚至免費派發運動飲品沖劑，鼓勵他們使用。

5.3 服用過量和火災風險

使用防風打火機，有兩個危險：第一，它一按即燃，不需長按，這會令到本身受著冰毒響神志的人，稍一不留神，便會造成火災。有一位受訪者，就是因為在車上吸食冰後，忘了按停火種而燒毀了一架貨車；第二，防風火機與舊式火機不同，它的火力集中而強烈，燃燒冰毒時，會令吸毒人士在短時間吸取高份量的冰毒，這會增加服用過量的機會。

所以，如使用按式火機，雖然不便，但較安全；其次，如果使用火力較小的火機，會拉長吸毒人士吸食的時間，服食過量的情況也會減少。在外國，有一種火力較小的火機，叫「needle lighter」，在香港則叫「鬼火火機」。

第三項措施，是建議吸毒人士使用「鬼火火機」，以代替現時流行用的防風火機；若再進取一點，就是為他們提供這種火機，並具體說明火力大小與服用過量的關係。

5.4 衛生問題

冰毒器具的衛生問題，一直甚少吸毒人士會注意，我們的十位受訪者裡面，只有兩名會用後清洗；而且，他們多數會共用飲管，完全忽略了傳染病風險的可能。我們沒有證據說明究竟他們染上傳染病的風險有多高，藉以增加他們注意衛生的意識和動機，所以，為他們提供一些實際和具體的清潔工具，就是唯一的出路。

他們從未想過要購買清潔工具的，他們就算知道清潔的重要，也未必會願意付出金錢購買。所以，第四項措施是為他們提供清潔工具，包括可食用的清潔液和微細刷子。

六）採取冰毒緩害措施前要注意的事項

6.1 需具科學根據

緩害措施需要具有科學根據，方能說服吸毒人士採用；而在香港，冰毒緩害未曾有過正式的實踐，更需要有科學化的論據。例如：使用嗽口對預防口腔問題的效用，就有需要邀請對「Meth Mouth」有認識的牙科醫生核實，並尋求進一步的專業意見；又例如「鬼火打火機」，就要加入科學家對這種打火機火種的溫度作出研究，並要量度一下霧化過程中火力、溫度與霧化速度的關係。與此同時，尋求專家的實證之外，吸毒人士自行使用個人化的緩害措施，我們需要持續地作出整理及驗證。

6.2 正視冰毒在實際環境下造成的遺害

要知道冰毒的遺害，是多方面的。除了官方指出冰毒對人體造成的害處之外，我們更要用更宏觀和更微觀地，理解冰毒對社會和個人的影響。宏觀而言，冰毒會加重社會在醫療方面的負擔，包括了一般的健康問題，還有精神健康和口腔健康問題；微觀上，我們亦需留意吸毒人士日常生活上面對的困擾，例如牙患引起的儀容和咀嚼能力的問題。採取緩害的概念和措施，就促使我們進一步了解冰毒對他們的傷害，繼而對症下藥。

6.3 緩害措施未必適合所有類別的吸毒人士

以上的緩害措施，可以應用於每一位吸毒人士，但亦可以只應用在個別吸毒人士上。例如，是否特別適用在有五年以上毒齡的人士呢？用毒齡這個標準，較具體，但毒齡長也不代表該位吸毒人士沒有徹底戒毒的計劃；是否特別適用於長期處於懵懂期和沉思期階段中的吸毒人士呢？用這個標準，需要社工的客觀評估，訂出緩害手法在整個介入計劃中如何被使用。

七）結論：這會否是香港首套和最後一套的冰毒緩措施？

這些年來，我們未曾見過在香港有戒毒服務同工，用緩害手法處理和介入冰毒問題，原因只會有兩個，一是業界覺得不適合，不論是本地文化或對吸毒人士而言；一是個別業界同工有採用緩害手法，但刻意保持低調。

若我們再跟進下去，以上措施成效再經驗證，或再稍加延伸，將會是一套完整的冰毒緩害措施。可是，以香港的「零容忍」的禁毒政策下，冰毒緩害會否觸碰到大眾的禁忌，認為緩害等於間接鼓勵吸毒人士維持吸毒呢？保安局禁毒處的《香港戒毒治療和康復服務三年計劃（2018 至 2020 年）》裡面，這樣寫道：「……禁毒界可留意有關吸食危害精神毒品的緩減毒害措施在其他地方的發展。應討論和全面評估個別措施在本港環境是否可行和適用……」，這當然可解讀為政府是留有空間讓戒毒界涉獵緩害手法；但這亦可解讀為緩害只可停留在討論層面，而非實踐。

過份執著於解讀政府的立場，過份放大社會人士的忌諱，反而會縮窄了我們對冰毒吸食人士的真正需要，以及縮小了戒毒服務的多元發展的可能。且讓我們用一年時間預備這套冰毒緩害的開展，縱使這可能是最後的一次。

參考資料

1. 香港保安局禁毒處。《美沙酮治療計劃檢討報告 https://www.nd.gov.hk/tc/MTP_c.htm
2. 香港保安局禁毒處 https://www.nd.gov.hk/tc/MTP_c.htm
3. 香港保安局。《香港戒毒治療和康復服務三年計劃（2018 至 2020 年）》
https://www.nd.gov.hk/tc/three_year_plan_2018_2020.htm
4. 香港衛生署 <https://www.harmreduction.gov.hk/chinese/2.htm>
5. Mravcik V, Skarupova K, Orlikova B, Zabransky T, Karachaliou K, Schulte B. "Use of gelatine capsules for application of methamphetamine: a new harm reduction approach".
6. The International journal on drug policy. 2011;22(2):172-3. 28. Southwell M MT. "Personal communication with the Gold Standard Team on the Stimulant Harm Reduction Intervention: 2010"
7. Tweaker.org. Harm reduction resources. San Francisco AIDS Foundation: 2015 <http://www.tweaker.org/resources/harmred.html>
8. Degenhardt L, Mathers B, Guarinieri M, Panda S, Phillips B, Strathdee S, et al. "The Global Epidemiology of Methamphetamine Injection: A Review of the Evidence on Use and Associations with HIV and other Harm. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales".
9. Longo M, Wickes W, Smout M, Harrison S, Cahill S, White JM. "Randomized controlled trial of dexamphetamine maintenance for the treatment of methamphetamine dependence".

青少年學生預防濫藥教育工作－ 從政策到實踐，從校園到跨專業協作

馮紫華、黃健安

壹、前言

教育暨青年局秉持“預防為先、教育為重”的原則，一直重視兒童及青少年的身心健康和發展，“毒品與濫藥對青少年的危害”亦是教育暨青年局在德育工作中關注的重要議題之一，並主要透過三大層面進行預防青少年學生濫藥的工作，包括：政策及課程層面工作；建構教育、輔導及支援網絡體系，以及各類群體層面工作。

貳、預防工作

（一）政策及課程層面工作

教育暨青年局把“培養其良好的生理和心理素質，促進其個性的發展，建立正確的價值觀”定為第 9/2006 號法律《非高等教育制度綱要法》的總目標之一。在開展教育工作時，秉持“預防為先、教育為重”的原則，從多個層面推動學校開展品德教育工作。在所訂定的德育政策中，已把“對賭博、毒品、色情及暴力等不良影響的辨識能力和抵禦能力，以及逆境中抗挫折的能力”定為目標之一。而為凝聚社會力量，推動青年全人發展，已把“預防偏差及違法行為”定為《澳門青年政策（2012-2020）》的十項主要措施之一，當中亦列出需“加強青年的認知及辨識能力，以預防青年因賭博、毒品、藥物濫用、網絡陷阱或缺乏關顧等因素引致的偏差和違法行為”等相關內容。

推動課程改革，完善學校的課程與教學，是近年特區政府非高等教育的重點工作，普法教育、認識公民的權利與義務、掌握自我保護技巧等均為學生健康成長的主要內涵。在課程方面，透過訂定《本地學制正規教育基本學力要求》，從小學到中學均具體列明學校需培育學生能“知道濫藥的危害，能夠遠離這些帶來的不良影響”、“認識毒品的危害，並懂得拒絕他們”、“認識生命價值”，以及“能選擇有益身心健康的活動”等基本能力。教育暨青年局亦因應澳門學校和學生的特點，委託出版社製作配套教學資源，編製出版《品德與公民》教材，其中小學側重自我保護、培養知法守法；初中則強調做個守法青年、拒絕及遠離毒品，了解朋輩和不良資訊的影響，高中則著重學生以做個良好的公民為目標，並預防違法犯罪等行為的發生等。

教育暨青年局亦持續參與禁毒委員會及其下設的“關注青少年毒品問題工作小組”及“禁毒法執行及跟進工作小組”，以加強處理本澳青少年毒品問題，推動針對青少年之禁毒預防教育工作，以及完善戒毒治療復康等服務，協助檢視及協調有關禁毒法例之執行情況等工作，致力與相關部門合作為學生營造健康、無毒的安全成長環境。

（二）建構教育、輔導及支援網絡體系

教育暨青年局一方面透過建構學生輔導服務網絡，以及以生命教育為理念，為學生開展各項預防教育與輔導活動，向有需要跟進及支援的學生提供協助；另

一方面，亦與不同部門建立相關機制，為支援學校及學生面對任何校內外涉及與毒品有關等事件上，發揮跨部門協作及支援效用，共同建構保護和支援學生需要的服務網絡。

在建構學生輔導服務網絡方面，青少年學生在成長期需要給予適當的協助及指引，幫助他們跨越障礙及困難，教育暨青年局自 1989 年開始向學校提供駐校學生輔導服務，並持續投放資源支持服務發展。至 2018/2019 學年，透過資助 9 所輔導機構或直接資助學校聘請輔導員（兩所葡語為教學語言的學校）的方式，為全澳所有學校提供學生輔導服務。學生輔導員在校內發揮著重要角色，持續在校內開展各項講座、小組及個案輔導工作，包括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。為持續應對社會環境的變化，以及為學校提供更好的輔導服務支援，教育暨青年局持續優化學生輔導員人力資源安排。2018/2019 學年已資助超過 250 名學生輔導員服務全澳 7 萬 9 千多名學生。

過去五學年教育暨青年局資助學生輔導員人數

學年	2014/2015	2015/2016	2016/2017	2017/2018	2018/2019
學生輔導員人數	214	224.5	230.5	239.5	256

註：數字統計包括駐校服務及離校生輔導員。

在發揮跨部門協作及支援方面，為支援學校及學生面對任何校內外涉及與毒品有關等事件，教育暨青年局透過與治安警察局、司法警察局及衛生局建立的“與學生相關嚴重事件通報機制”，為學生提供即時的協助及心理支援服務，協助尋求相應的社會服務或社區資源以解決其困難。此外，亦透過校園危機處理機制，倘遇學校發生危機事故時，由教育暨青年局有關人員以及 9 所受資助輔導機構所選派的學生輔導員組成的“校園危機事故支援小組”會派員到校提供支援，小組成員主要提供心理急救，以減低危機事故對學校、學生及校內教職員工所造成的傷害和負面影響，以儘快復原。此外，教育暨青年局亦與仁伯爵綜合醫院精神科建立“精神疾患學生個案轉介機制”，協助轉介懷疑因毒品問題或其他原因而引致有精神疾患的學生可儘快就診。

（三）各類群體層面工作

1. 學生層面工作

拒毒預防工作宜以教育、輔導、早期介入的預防藥物濫用為核心開展。教育暨青年局透過資助方式，與機構合作在全澳學校提供學生輔導服務。學生輔導員持續在全澳學校開展以“預防偏差行為”、“建立正向行為”及“建立健康生活模式”為主題的預防性及發展性輔導活動，內容包括：預防濫用毒品、自我保護／拒絕技巧、預防違法與違規、情緒管理、珍惜生命、善用餘暇等，協助學生建立正確的人生與價值觀，提升辨識各樣有害資訊的意識，增強拒絕不良誘惑的意志與能力。

在 2016/2017 學年至 2018/2019（至 2019 年 6 月）學年間，開展上述三項主題的輔導活動超過 6 千 8 百多次，參加學生人次逾 26 萬人次。

除了教育學生認識濫藥行為的即時和長遠影響外，有關行為並不應成為社交風氣或當作潮流玩意，故此需培養學生以堅定意志向毒品說“不”。此外，為讓受濫藥問題影響的學生獲得支援，教育暨青年局持續透過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下，轉介予相關戒毒復康機構作深入治療跟進，同時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。

學生輔導員向社會工作局“澳門藥物濫用者中央登記系統”填報個案

年度	2017	2018	2019(截至 6 月)
經學生輔導員填報濫藥個案	5	2	2

2. 學校人員層面工作

在制定指引方面，校園是學生健康成長的重要場所，不容許校園出現吸毒或販毒事件，建立和諧安全及充實的學習環境是必要的。學校、校長及教師在處理有關問題上，擔當重要角色，因此需要認識毒品，並應掌握處理發現相關事件的技巧。鑑於校園有可能發生懷疑毒品的情況，為使學校能更清晰及有效處理懷疑毒品事件，教育暨青年局透過學校運作指南，訂定“處理在校園內發現懷疑毒品指引”，供學校人員參考及執行。

在教師培訓方面，由於學生在校時間與教師接觸的機會多，因此，加強學校教職人員對懷疑有接觸毒品的學生具備辨識和篩選的技巧及能力，在預防學生濫藥工作上尤為重要。為此，教育暨青年局持續為學校教師、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。每年亦定期與社會工作局合作，為教師舉辦“預防學生濫藥工作坊”，透過講解、影片播放、小組討論、分享等，協助教師辨識吸毒者的特徵及多角度面對青少年濫藥的心態，認識如何處理及跟進在校濫藥的個案；此外，亦會持續因應社會上毒品問題及趨勢可能對學生造成的影響而開展相關培訓。

在學校學生輔導員培訓方面，教育暨青年局每學年為學生輔導員舉辦不同主題的專業培訓，當中亦包括在預防學生濫藥方面，增強其對毒品的認知及提升其對學生吸毒問題的關注，掌握辨識學生吸毒行為及處理技巧，加強教育和輔導的跟進。2019 年因應毒品問題的趨勢，以及為共同應對有國家將大麻合法化所引起的社會關注問題，教育暨青年局與社會工作局合作，加強前線工作人員對毒品危害之預防介入及教育工作，為逾二百名駐校輔導員、機構人員及教師組織預防濫藥專題講座“你知道麻？”。

3. 社區層面工作

青少年學生可能因處於好奇或是在不知不覺的情況下在社區內外不慎接觸毒品，因此，聯動社區各界合力共同開展推動青少年建立健康生活、拒絕毒品的工作至為重要。教育暨青年局透過轄下教育活動中心、青年中心，開展各類有助青少年成長和發展的活動和服務，如推動青年義務工作、青年善用餘暇計劃、暑期活動等。

家庭是培育青少年學生成長的重要基地，父母是他們接觸最為密切的人，親子關係和言傳身教對學生成長起著至關重要的影響。預防吸毒由家庭開始，鼓勵家長認識毒品，多與子女溝通及表達關愛，明白他們的想法，認識子女的朋友，教育子女免受朋友引誘吸毒，如有需要，需尋求協助。教育暨青年局積極開展各項親職教育，促進親子溝通，及早辨識和關注跟進子女尚有的偏差行為。2019 年舉辦的“與家長有約”座談會活動，在開展親職教育講座的同時，亦組織家長參

觀社會工作局轄下預防濫藥教育設施健康生活教育園地，認識有關服務及健康生活的重要。

此外，教育暨青年局亦透過資助方式，如青年社團年度活動資助計劃、關懷青少年成長資助計劃等等，支持不同的教育機構、青年社團及社會服務機構開展各類青少年工作，建立青年的正向生活模式，提升個人心理素質，增加抗逆及解難能力。教育暨青年局亦與多個部門和機構合作，支持和開展各項有助學生認識與毒品有關的法律，提升學生知法守法的意識。2019 年透過關懷青少年成長資助計劃及青年社團年度活動資助計劃，資助本澳社團於本澳社區開展各項預防濫藥的活動。

總結

教育暨青年局在“預防為先、教育為重”的原則下，從多個層面推動學校開展品德教育工作，透過建構學生輔導服務網絡，支援學校及學生面對任何校內外涉及與毒品相關的事件。未來，教育暨青年局將持續致力優化預防教育及宣傳工作，讓青少年學生、家長、教職人員更進一步掌握毒品和吸毒問題的知識；亦會增加資助輔導人員名額，為學生提供更全面的支援，並在學校內加強識毒、抗毒的元素，在學生群體中建立不受毒品污染的文化。而社區和家庭的教育工作對預防青少年濫藥上起重要作用，營造社區抗毒拒毒的氛圍，強化家庭功能，增強青少年學生辨識和拒絕不良誘惑的能力是社會各界共同努力的方向。

2010-2018 澳門街頭青少年藥物濫用模式－ 前線外展工作經驗分享

黃慧珍、吳樹華（聖公會）

【摘要】

文章首先根據澳門社會工作局委託聖公會澳社會服務處 2010、2014、2018 年街頭青少年與藥物濫用研究調查報告調查結果，比較分析曾濫用藥物的街頭青少年之用藥原因、種類、以及場所，發現隨著時間或社會其他因素等有不同程度的演變。同時亦結合澳門的青少年濫用藥物的數據，用以更全面的掌握澳門八年間青少年濫用藥物的趨勢。其次，本文亦想探討外展社會工作人員在應對青少年濫用藥物時，從前線角度的經驗觀察，分享時代轉變下社會工作人員的工作與改變，藉此進行探討。

與此同時，為令本文能更貼近現今澳門青少年濫用藥物模式轉變以及社會工作人員工作與經驗模式的分享，筆者選取了自過往有較長時間持續使用毒品的青少年進行簡短的個別訪問，其次亦邀請近年有接到濫藥個案的社會工作人員進行焦點訪談總結過往至今其工作模式、個案的濫藥行為的轉變。

本文總結兩份本澳的資料發現，大部分的青少年濫藥者他們第一次接觸毒品的時間平均數都在 14 至 16 歲，這與前線外展工作人員分享的情況相接近；其次，濫用藥物的種類較過往有所不一，大麻的使用情況在近年有所上升，K 仔濫用的情況下跌；女性青少年濫藥的問題亦需持續關注；外展的工作模式與服務伴隨青少年的特性、時代、社會的改變而有所不同，以「以人為本，貼近服務使用者的需要」為服務的本質。隨著不同時期之街頭青少年濫用藥物模式上的演變，外展服務隊亦透過不同的手法，為街頭青少年提供預防藥物濫用的活動。

本文嘗試回顧一些過往的工作手法及活動經驗，整理出適用於預防現時街頭青少年藥物濫用的工作模式，從而幫助提升日後預防濫藥工作之成效。

【關鍵詞】澳門街頭青少年、藥物濫用、外展工作

一、名詞定義

（一）「毒品」（Drugs）

毒品在世界各國、各地區、各城市都有不一樣的定義，而且它會隨著時間、空間、地點而有不同的規範跟定義。在中國，根據《中華人民共和國禁毒法》定義：毒品是指鴉片、海洛英、甲基苯丙胺（冰毒）、嗎啡、大麻、可卡因以及國家規定管制的其他能夠使人形成癮癖的麻醉藥品和精神藥品（《中華人民共和國禁毒法》，2007）。而在澳門根據第 17/2009 號法律，關於「禁止不法生產、販賣和吸食麻醉品及精神藥物」的各附表中所載的物質，可視為毒品，當中包括海洛英、大麻、可卡因、氯胺酮、冰毒等（印務局，2009）。

（二）「濫用藥物」（Drug Abuse）

濫用藥物的定義在各個國家、城市及地方都有不一樣的定義，而不同的組織、學者有不同的定義。據蔡德輝、楊士隆（2010）一書同引述美國「全國大麻與濫用藥物委員會」（National Commission on Marijuana and Drug Abuse）指出濫用藥物為

非醫療為目的(Non-medical Purpose)、有過度或超量使用之傾向(Prone to Excess)、形成習慣(Habit Forming)、損害健康(Damage to Health)以及尋求快感(Get High);根據世界衛生組織(World Health Organization, WHO)把其定義為間歇性或連續性使用某種藥物所產生心理與生理依賴及併發或衍發症狀。

在中國和澳門的定義,可引用之文獻不多,參考本地近年的研究調查把濫用藥物一詞作出定義,意指在未經醫生處方或指示下使用藥物,且使用後會對其個人的生理、心理、人際關係、社會各系統及社區安全上出現負面的影響之行為(澳門基督教新生命團契-S Y 部落,2016)。

(三) 「澳門街頭青少年」

據聖公會的調查為此定義,意指澳門的青少年為 10 至 24 歲,持續流連在街上、公園、球場、網吧、快餐店等戶外或公眾地方的男、女青少年。

(四) 「曾濫用藥物受訪者」

據聖公會澳門社會服務處(2014,2018)曾為此定義,該調查中有問及青少年濫用藥物的問題,受訪者若為曾經有濫用藥物行為,於過往或現在曾有濫用藥物的經驗,不論其時間相隔之長度或現在的持續性如何,則定義為曾濫用藥物受訪者。

(五) 「犯罪黑數」(Dark Figure of Crime)

犯罪黑數(Dark Figure of Crime)據蔡德輝、楊士隆(2009)一書解釋為犯罪的未知數,指所有不在各種官方犯罪統計上出現的犯罪數。許春金於(2017)亦曾定義之,所謂「犯罪黑數(Dark Figure of Crime)」係指已經發生的犯罪事件,由於種種因素,未被發現、已發現但未報案或已報案但未為官方所知或登錄的犯罪案件數。換言之,則該犯罪行為未為眾所皆知或未受刑事司法機關所追訴與審判之犯罪,為「隱藏之犯罪」;一般而言,犯罪黑數包括民眾未報案之犯罪案件及已發生但未為警方登錄的犯罪案件。

二. 調查方法

(一) 文獻資料整理

筆者整理了以往服務處受澳門特別行政區社會工作局(下簡稱社工局)委託進行的《澳門街頭青少年與濫用藥物調查》從 2010 至 2018 的數據,以及從澳門社工局進行的《澳門禁毒報告書》(2010-2017)多年的數據歸納出澳門的毒品的使用情況與現況等,從而結合前線工作經驗,比對不同時期澳門街頭青少年藥物濫用的模式及外展工作的情況進行討論。與此同時,更總結服務處轄下之北區青年服務隊為青少年(當中有濫藥青少年)提供的服務,從個案到社區預防濫藥的工作進行整理,以掌握服務現況後與前線工作人員進行討論,以更全面的了解其濫藥模式及預防濫藥工作。

(二) 個案訪談

因是次的調查主要更深入的了解澳門街頭的青少年他們從 2010 年的濫藥模式,同時能結合服務處在過往完成的研究,以及從 2010 年從事社會工作至今的經驗。為了令調查能更深入探索因時代的轉變下,街頭青少年濫藥模式在當中的

轉變為何，因而抽取了幾位過往有濫藥的經驗的街頭青少年進行個案的訪談，簡而精要地總結出他們過往的濫藥模式，更貼近實況。

（三）焦點訪談

與此同事，為更全面地掌握澳門街頭青少年他們的濫藥模式之轉變及社會工作員因應成癮青少年之處遇或預防濫藥之工作模式的轉變，針對個案進行個別的訪談以外，同時亦向服務處從事預防濫藥工作或有濫藥個案的前線工作員進行焦點訪談，總結出目前他們所接到的個案進行一些討論。

三. 澳門街頭青少年與藥物濫用現狀

（一）澳門的毒品問題

本文嘗試從數據上了解澳門的毒品問題現況，據官方的數據顯示由 2010 至 2017 年間，澳門司法警察局每年檢獲毒品及被捕嫌犯人數最多是在 2013 年，毒品被捕嫌犯人數販毒的為 238 人，吸毒的為 249 人，毒品送檢重量亦是多年之冠，特別在可卡因的檢獲量更是高達接近五萬克。近年，2017 年較 2016 年被捕嫌犯（販毒及吸毒）稍微回落，在檢獲的毒品數量亦較 2016 年有所下降（見表 1 及 2）。

表 1：澳門司法警察局拘捕販毒或吸毒的嫌疑人數

被捕嫌犯/性質(人)								
	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年	2014 年	2015 年	2016 年	2017 年
販毒	112	123	101	238	129	126	164	146
吸毒	147	102	175	249	193	162	158	156

*作者自行整理：資料來源：澳門特別行政區政府社會工作局，《澳門禁毒報告書 2010》至《澳門禁毒報告書 2017》

表 2：2010 年至 2017 年毒品送檢重量(克)

	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年	2014 年	2015 年	2016 年	2017 年
大麻	241.08	183.69	131.73	83.68	685.01	84.85	1281.05	245.55
冰	439.39	4261.08	3231.13	2445.75	6655.22	1796.88	1247.73	919.03
氯胺酮	2158.91	1500.21	1859.00	1999.88	8399.01	4264.56	916.67	892.07
可卡因	591.16	5606.36	2119.03	48237.07	3016.07	12188.07	20043.01	3916.75
海洛因	12571.74	13464.04	1963.57	3155.53	3541.07	2015.16	69.53	40.54

*作者自行整理：資料來源：澳門特別行政區政府社會工作局，《澳門禁毒報告書 2010》至《澳門禁毒報告書 2017》

觀澳門檢察院處理有關毒品案件的統計數據上，從立案偵查宗數自 2013 年至 2017 年有逐年下降的趨勢，起訴罪名項目在 2015 增有稍微回升，其後亦有下降趨勢，且 2015 年亦是自 2010 年起至 2017 年起訴罪名項數人數最多之一（見表 3）。

表 3：澳門檢察院有關毒品案件統計

	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年	2014 年	2015 年	2016 年	2017 年
立案偵查(宗)	301	297	361	465	368	319	293	248
起訴罪名(項)	226	283	433	650	634	677	449	438

*作者自行整理：註：資料來源：澳門特別行政區政府社會工作局，《澳門禁毒報告書 2010》至《澳門禁毒報告書 2017》

以上述的數據讓我們能夠從不同的層面了解澳門現時的毒品問題情況，當中檢獲毒品數量數字的起落變化較大，單從數據上而言，2017 年各項的數字都較 2016 年有所回落，但毒品相關的犯罪問題常存在犯罪黑數（Dark Figure of Crime）的問題，且據前線工作人員的觀察及過往的調查研究得知，青少年使用藥物的場所及取得毒品的方式有所改變，可能使毒品犯罪行為更為隱蔽，社會環境的改變與毒品犯罪的數字有相關，後續的章節會更深入的討論。

（二）澳門街頭青少年與藥物濫用現狀

綜觀 2010 年至 2018 澳門街頭青少年與藥物濫用調查的數據得知，從接觸到的街頭青少年中，表示曾經有濫藥經驗的受訪者人數有所下降，2010 年為 20.8%（52 人）、2014 年為 18.7%（47 人）、2018 年為 11.6%（40 人），數字上有持續下降的趨勢，詳見表 4。

表 4：2010 至 2018 年澳門街頭青少年受訪者曾濫藥情況

	2010 年		2014 年		2018 年	
	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比
曾濫藥受訪者	52	20.8%	47	18.7%	40	11.6%
沒有濫藥受訪者	198	79.2%	204	81.3%	304	88.4%
受訪者總數	250	100%	251	100%	344	100%

*資料來源：澳門社會工作局、聖公會澳門社會服務處，《澳門街頭青少年與濫用藥物調查 2010、2014、2018》

而從性別上而言，在 2010 年男女的曾濫用藥物青少年比例相約，2014 年男性曾濫用藥物青少年約為女性曾濫藥者三倍之多，該年男性曾濫藥者人數有見急速上升的趨勢，而觀 2018 年數據指出，男性曾濫用藥物青少年人數有所回落，與女性曾濫藥青少年人數相約，且女性曾濫藥者首次在人數比例上較男性多，見表 5。

表 5：2010 至 2018 年澳門街頭青少年曾濫藥受訪者性別比例之情況

	2010 年		2014 年		2018 年	
	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比
男性濫藥受訪者	27	52.9%	36	76.6%	19	48.7%
女性濫藥受訪者	25	48.1%	11	23.4%	20	51.3%
受訪者總數	52	100%	47	100%	39	100%

*作者自行整理：註：資料來源：澳門社會工作局、聖公會澳門社會服務處，《澳門街頭青少年與濫用藥物調查 2010、2014、2018》

就曾濫藥的街頭青少年而言，在 2010 年的數據顯示，他們的平均年齡為 17.48 歲，2014 年為 18.68 歲，2018 年為 19.10 歲，年齡平均數有上升的情況；此外，2014 年的調查中加入了訪問曾濫用藥物青少年他們第一次的吸毒的一些經驗中得知，他們第一次吸食毒品平均年齡為 14.50 歲，其第一次吸食毒品最小年齡為 10 歲，觀 2018 年調查，曾濫用藥物青少年他們第一次吸食毒品平均年齡為 15.54 歲，第一次吸食毒品最小年齡為 12 歲，見表 6。

表 6：2010 至 2018 澳門街頭青少年曾濫藥受訪者其年齡狀況

項目	2010 年(N=52)	2014 年(N=47)	2018 年(N=40)
平均年齡	17.48 歲	18.68 歲	19.10 歲
第一次吸食毒品的平均年齡	-	14.50 歲(n=46)	15.54 歲(n=38)
第一次吸食毒品最小年齡	-	10 歲(n=46)	12 歲(n=38)

*作者自行整理；註：資料來源：澳門社會工作局、聖公會澳門社會服務處，《澳門街頭青少年與濫用藥物調查 2010、2014、2018》

而觀澳門中央濫藥登記系統的數據顯示，21 歲以下吸毒青少年中數自 2010 年起至 2014 年持續回落，在 2015 年數字有所上升後有回落的趨勢，在 2018 年有稍有輕微回升的情況，但只是個位數的上升，這與聖公會澳門社會服務處（2010、2014、2018）在 2010 年、2014 年及 2018 年的調查情況類似，濫藥青少年在人數上有下跌的情況，而比對人數的數字，服務處之人數於 2018 年的調查結果較澳門中央濫藥登記系統多，兩者間的差異可能是所選取之樣本條件不一所致，因澳門中央濫藥登記系統所呈報之數字為該年仍有吸食毒品之人數，而服務處是以曾經有濫藥經驗的青少年的人數作為分析。

而濫藥者的性別比例而言，在 2014 年濫藥男女比例是多年來差異最多的一年，該年之性別比例約接近 2.5 倍（71.80%：28.20%），自 2015 年後已漸漸接近持半的狀況，顯示女性濫藥者的呈報數字有回升的情況，亦接近與男性濫藥者的呈報數字。比對聖公會澳門社會服務處 2010 至 2018 年每隔四年完成一次的街頭青少年濫藥的性別比例情況類似，只是在 2018 年的調查中，女性呈報自己曾有濫藥經驗的人數較多（女性約五成一，男性約四成九），而澳門中央濫藥登記系統則是男性比例較多，男性濫藥者接近六成，女性則有四成多。兩者間的差異可能是樣本的來源及條件不一所致，澳門中央濫藥登記系統所呈報之數字為該年仍有吸食毒品之數字，而服務處之調查其對象為曾經有濫藥經驗之受訪者且多為街頭便利抽樣之對象，與澳門中央濫藥登記系統的對象不一。

其次，綜觀多年澳門中央濫藥登記系統的數據指出，21 歲以下的濫藥者其第一次吸食毒品年齡，最小是 14.6 歲（2012 年），最大是 15.8 歲（2016 年），這與聖公會於 2014 至 2018 年所完成的兩份調查之數據指出（樣本為 6 至 24 歲），第一次吸食毒品的平均年齡為 14.50 歲（2014 年）及 15.54 歲（2018 年），結果與中央濫藥登記系統之數據相近，詳見表 7。

表 7：2010 至 2018 年澳門中央濫藥登記系統澳門 21 歲以下吸毒者基本資料

年份	澳門 21 歲以下吸毒者										
	吸毒青少年 (人)	佔全年 吸毒人口 (百分比)	男性	女性	12-15 歲 (人)	16-17 歲 (人)	18-20 歲 (人)	平均 年齡	第一次 吸食平 均年齡	未成年 (18 歲以 下)	未到刑事歸 責年齡 (16 歲以下)
2010	174	25.90%	60.30 %	39.70 %	21	66	87	17.4	14.8	50%	12.10%
2011	110	17.40%	62.70 %	37.30 %	9	40	61	17.7	14.7	44.50%	8.20%
2012	76	13%	63.20 %	36.80 %	8	22	46	17.8	14.6	39.50%	10.50%
2013	65	10.20%	56.90 %	43.10 %	7	12	46	18	14.8	29.20%	10.80%
2014	39	3.90%	71.80 %	28.20 %	3	6	30	18.5	15.3	23.10%	7.70%
2015	76	12.30%	50%	50%	8	22	46	18	15	39.50%	10.50%
2016	34	6.20%	55.90 %	44.10 %	5	12	17	17.7	15.8	50%	14.70%
2017	21	4.50%	52.40 %	47.60 %	3	2	16	18.2	15.6	23.80%	14.30%
2018	24	5.70%	58.30 %	41.70 %	1	4	19	18.6	15.7	20.80%	4.20%

從數字上而言，澳門街頭青少年濫藥的人數有所下降，與澳門的毒品現況有所類似，據前線服務的經驗指出，接觸的服務對象在濫藥問題上有隱蔽化的風險，而女性濫用藥物的情況被呈報的狀況亦有持續上升的狀況，首次吸食毒品的年齡從上述之調查得知多集中在 14 歲至 16 歲未滿的階段，正值青春階段青少年較容易受朋輩以及外在環境影響。據前線的經驗指出，現今在街頭接觸到的個案，女性年齡多集中在 12 至 16 歲，男性年齡多集中 13 至 18 歲，且青少年濫藥的年齡亦多集中在此階段，顯示此階段的青少年正是高危的組群。而據持續接觸或曾接觸過濫用藥物個案的社會工作人員表示，現今青少年的濫藥模式亦伴隨著時代改變與科技的發展而越見隱蔽性，下文將會詳述之。

四. 澳門街頭青少年用藥原因、種類、場所的變化

(一) 澳門街頭青少年濫用藥物原因變化

據服務處從 2010 至 2018 年多年的數據得知，曾濫藥受訪者對毒品認知正確，但他們仍然有濫藥行為出現，如果能找到濫藥行為背後原因，或者可以幫助他們停止濫藥行為，亦可以在街頭青少年的預防濫藥工作上作參考。

在 2018 年報告中，曾濫用藥物的受訪者表示其濫用藥物原因依次以「減壓」(48.7%)、「解悶」(46.2%)、「刺激」(41%)、「好奇」(38.5%)、「心思，鐘意

服用後的感覺」(30.8%) 以及「陪 Friend」(30.8%) 為主。較 2010 年及 2014 年的數據有所不同，從數據可見，曾濫用藥物受訪者濫用藥物的原因首五位之順序及種類已與過往不一，以往青少年濫用藥物除了追求個人的感受外，外在環境及受朋友影響繼而使用藥物同時亦是主要原因之一。時至今日，青少年濫用藥物的原因多以個人感受出發且數字上較為平均，陪同朋友用藥的趨勢有所下降（見表 8）。

表 8：2010 至 2018 年曾濫用藥物受訪者濫用藥物原因比較

濫用藥物原因	2010 年 (N=52)		2014 年 (N=47)		2018 年 (N=39)	
	人數	百份比	人數	百份比	人數	百份比
減壓	25	48.1%	16	34.0%	19	48.7%
解悶	27	51.9%	18	38.3%	18	46.2%
刺激	19	36.5%	16	34.0%	16	41.0%
好奇	32	61.5%	25	53.2%	15	38.5%
陪 friend	32	61.5%	24	51.1%	12	30.8%
心思，鐘意服用後的感覺	36	69.2%	18	38.3%	12	30.8%
想減肥	N/A	N/A	5	10.6%	10	25.6%
受派對環境氣氛影響	26	50.0%	19	40.4%	9	23.1%
與家人不和	16	30.8%	5	10.6%	8	20.5%
逃避挫折感	N/A	N/A	8	17.0%	7	17.9%
屋企人有吸食習慣	9	17.3%	0	0.0%	1	2.6%

*資料來源：澳門社會工作局、聖公會澳門社會服務處，《澳門街頭青少年與濫用藥物調查 2010、2014、2018》

結合澳門中央濫藥登記系統的數據持續追蹤 21 歲以下吸毒青少年的現況，發現青少年吸毒的原因多與朋輩相關，其次是以與情緒相關的因素居多，而好奇及尋求刺激亦是他們表示吸食的原因，詳見表 9。這情況與服務處的調查結果相似，綜觀三份調查的數據，顯示青少年他們濫用藥物的原因從過往以受心癮、環境及朋輩因素所影響轉至現今以抒壓及消除鬱悶感為主，可見心理與情緒壓力相關同樣亦是工作員需關注青少年的部分。

表 9：2010 至 2018 年澳門中央濫藥登記系統澳門 21 歲以下吸毒者吸食毒品的原因

年份	澳門 21 歲以下吸毒者
	吸食毒品的原因
2010	朋輩影響(39.1%)、減低壓力/痛苦/挫敗感/苦悶(19.7%)、好奇(15.1%)
2011	朋輩影響(43.2%)、減低壓力/痛苦/挫敗感/苦悶(19.7%)、好奇(16.2%)
2012	朋輩影響(46.1%)、減低壓力/痛苦/挫敗感/苦悶(21.6%)、好奇(9.8%)
2013	朋輩影響(33.9%)、減低壓力/痛苦/挫敗感/苦悶(23.9%)、尋求刺激(12.8%)
2014	朋輩影響(31.5%)、減低壓力/痛苦/挫敗感/苦悶(27.8%)、好奇(11.1%)
2015	朋輩影響(37%)、尋求刺激(19%)、減低壓力/痛苦/挫敗感/苦悶(18%)
2016	朋輩影響(42.1%)、好奇(21.1%)、減低壓力/痛苦/挫敗感/苦悶(17.5%)
2017	朋輩影響(32.4%)、好奇(21.6%)、減低壓力/痛苦/挫敗感/苦悶(18.9%)
2018	朋輩影響(34.2%)、好奇(23.7%)、尋求刺激(13.2%)

*作者自行整理：註：資料來源：澳門中央濫藥登記系統 2010 至 2018

(二) 澳門街頭青少年濫用藥物種類變化

數據可見，2018 年與 2014 年的數據相比，受訪者濫用冰的比例下降，由 23.4% 降至 15%，而濫用 K 仔的比例由 19.1% 下降至 7.5%，兩種藥物均有較大幅度下降的趨勢；反觀吸食大麻的情況較 2010 年及 2014 年有大幅上升的趨勢（1.9%：2.1%：22.5%），從數據中可見青少年在濫用藥物的種類方面較以往有所轉變，從以往主要吸食冰毒及 K 仔這種對身體傷害性較大的毒品，轉至吸食看似傷害程度相對較低的大麻（見表 9）。

表 9：2010 至 2018 年曾濫用藥物受訪者濫用藥物人數及其種類比較

毒品種類	2010 年(N=52)		2014 年(N=47)		2018 年(N=40)	
	人數	百份比	人數	百份比	人數	百份比
大麻	1	1.9%	1	2.1%	9	22.5%
冰(甲基安非他命)	5	9.9%	11	23.4%	6	15.0%
氯胺酮(K 仔)	10	19.7%	9	19.1%	3	7.5%
可卡因	2	3.8%	6	12.8%	3	7.5%
硝甲西洋(Five 仔)	3	5.9%	6	12.8%	0	0%
搖頭丸	3	5.7%	0	0%	0	0%
K2(合成大麻素)	N/A	N/A	1	2.1%	0	0%

*資料來源：澳門社會工作局、聖公會澳門社會服務處，《澳門街頭青少年與濫用藥物調查 2010、2014、2018》

觀澳門中央濫用登記系統的多年數據指出，在 2010 年到 2012 年 21 歲以下的吸毒青少年最常使用的藥物為氯胺酮，及後至今以冰毒為主，氯胺酮居第二位，而值得注意的是，自 2016 年起，大麻的使用量逐漸上升，今年更與可卡因並列前三位，可以大麻的使用量有見上升，見表 10。這情況與 2018 年的街頭青少年的情況相似，大麻在本年的調查中亦是大幅提升。

表 10：2010 至 2018 年澳門中央濫藥登記系統澳門 21 歲以下吸毒者最常濫用的藥物

年份	澳門 21 歲以下吸毒者 最常濫用之藥物
2010	氯胺酮(69.5%)、冰毒(42%)、5 仔(8%)
2011	氯胺酮(75.5%)、冰毒(48.2%)、5 仔(10.9%)
2012	氯胺酮(51.3%)、冰毒(40.8%)、5 仔(9.2%)
2013	冰毒(69.2%)、氯胺酮(47.7%)、搖頭丸(7.7%)
2014	冰毒(48.7%)、氯胺酮(46.2%)、可卡因(17.9%)
2015	冰毒(44.7%)、氯胺酮(26.3%)、可卡因(9.2%)
2016	冰毒(50%)、氯胺酮(17.6%)、大麻(14.7%)
2017	冰毒(57.1%)、氯胺酮(19%)、大麻及可卡因(14.3%)
2018	冰毒(37.5%)、大麻(33.3%)、可卡因(20.8%)

*作者自行整理；註：資料來源：澳門中央濫藥登記系統 2010 至 2018

(三) 澳門街頭青少年濫用藥物場所變化

據聖公會澳門社會服務處（2018）的調查報告指出，從 2010 年至 2018 年曾濫用藥物青少年濫用藥物的地點從過往有六成以上為在內地濫用藥物，至 2014 年，有接近六成在澳門濫藥，至 2018 年有六成五在澳門濫藥，其次在內地，見表 11。

表 11：2010 年、2014 年與 2018 年曾濫用藥物受訪者獲得毒品的地區比較

獲得的毒品的地區	2010 年		2014 年		2018 年(多選)	
	人數	百份比	人數	百份比	人數	百份比
澳門	17	33.3%	28	59.6%	30	65.2%
內地	32	64.7%	19	40.4%	15	32.6%
香港	1	2.0%	0	0%	1	2.2%
總計	50	100%	47	100%	46	100%

*資料來源：澳門社會工作局、聖公會澳門社會服務處，《澳門街頭青少年與濫用藥物調查 2010、2014、2018》

2018 年曾濫藥受訪者濫用藥物的地點主要在「朋友屋企」，其次是「落 D／酒吧」，「自己屋企」佔第三位，整體情況與前兩次研究結果不同，2010 年曾濫藥受訪者濫用的地點主要是「落 D／酒吧」、「K 場」等公共場所，於 2014 年曾濫藥受訪者濫用的地點轉為「朋友屋企」、「酒店／賓館」等隱蔽性更高的地點較多，而今年同 2014 年結果相似，曾濫藥青少年以「朋友屋企」、「自己屋企」等隱蔽性更高的場所用藥較多（見表 12）。

表 12：2010 至 2018 年曾濫用藥物受訪者濫用藥物場所比較

濫用藥物場所	2010 年(N=52)	2014 年(N=47)	2018 年(N=39)
朋友屋企	32.7%	51.1%	56.4%
落 D／酒吧	44.2%	38.3%	35.9%
自己屋企	7.9%	14.9%	28.2%
酒店／賓館	26.9%	44.7%	23.1%
K 場	34.6%	36.2%	23.1%

*資料來源：澳門社會工作局、聖公會澳門社會服務處，《澳門街頭青少年與濫用藥物調查 2010、2014、2018》

而據澳門中央濫藥登記系統 21 歲以下的吸毒者他們吸食毒品的地點主要以澳門為主，在 2016 年、2017 年這兩年更是超過八成表示他們濫藥的地點主要在澳門，而 2018 年澳門仍居首位，但香港為用藥地點首次居第二位，約接近兩成；而觀他們的吸食毒品場所，以往主要以 D 場或 K 場居多，從 2014 年至今，朋友家中漸取而代之成為首位，D 場或 K 場則多居第二位，見表 13。這與曾上段曾濫用藥物的青少年比較情況類似，多以隱蔽性較高的場所用藥。

表 13：2010 至 2018 年澳門中央濫藥登記系統澳門 21 歲以下吸毒者常濫用藥物地點及場所

年份	澳門 21 歲以下吸毒者	
	吸食毒品地點	吸食毒品場所
2010	澳門(51.6%)、內地(47.7%)	D 場/K 場(28%)、朋友家中(22.4%)、酒店(21.1%)
2011	內地(50%)、澳門(48.4%)	D 場/K 場(32.4%)、酒店(24.6%)、朋友家中(23.9%)
2012	澳門(56.1%)、內地(43.9%)	D 場/K 場(36%)、自己家中(18.4%)、酒店(17.5%)
2013	澳門(58.4%)、內地(39.3%)	朋友家中(34.4%)、D 場/K 場(20.8%)、自己家中(19.8%)
2014	澳門(69.2%)、內地(25.6%)	朋友家中(27.5%)、D 場/K 場(25.5%)、自己家中(19.6%)
2015	澳門(58.2%)、內地(32.8%)	朋友家中(35.8%)、D 場/K 場(25.9%)、自己家中(17.3%)
2016	澳門(82.9%)、內地(14.3%)	朋友家中(40%)、自己家中(20%)、酒店(17.8%)
2017	澳門(83.3%)、內地(12.5%)	朋友家中(36.4%)、自己家中及 D 場/K 場(18.2%)、酒店及公園/街角/公廁均佔(12.1%)
2018	澳門(66.7%)、香港(18.5%)	朋友家中及 D 場/K 場(24.3%)、自己家中(21.6%)

*作者自行整理：註：資料來源：澳門中央濫藥登記系統 2010 至 2018

（四）青少年濫用藥物模式的轉變

綜觀上文所述，在街頭青少年濫藥原因、種類及場所的轉變中，都能夠看出不同時期的濫藥青少年有著不同模式。工作人員與幾位不同時期的曾濫藥青少年回顧他們的濫藥經歷後得知，2010 年以前，他們會喜歡與朋輩在 K 場及 Disco 的氣氛下濫藥，後來因為在這些場所濫藥的風險較高，因此轉移到朋友屋企濫藥來迴避風險。在 2011 年至 2014 年間，酒店或賓館成為他們另一個濫藥場所。2015 年至 2018 年間，與朋輩在娛樂場所濫藥情況開始減少，想濫藥時會選擇到朋友屋企用藥。他們描述過往濫藥的狀況與上述的模式比較結果基本相乎。

為了能更深入的探討青少年濫用藥物模式的轉變，筆者亦找尋了五位過往在 2010 年間到 2018 年間持續有用藥情況的六位青少年進行簡短的訪問，他們都已在停藥階段（青少年持續三個月沒有用藥，前線定義停藥，且每三個月定期追蹤跟進）。從個案的首次濫藥的年齡看主要集中在 17 歲，年齡最小的在 13 歲；最長的濫藥年期（又稱藥齡）為 6 年，最短 1 年，主要吸食為 K 仔（氯胺酮）及冰，特別在 2008 年至 2014 年、2017 至 2018（C01、C04、C05）；從前線的經驗指出 K 仔（氯胺酮）、冰及大麻是相對價格便宜且容易服用的藥物，這可能成為青少年較常濫用該些物質的原因，詳見表 14。

表 14：個案訪談內容之基本濫用藥物情況

編號	性別	年齡	濫藥時段	濫藥年期	首次濫藥年齡	主要吸食毒品種類	濫藥狀況
C01	男	24	2008-2010	2 年	13	K 仔、冰	停藥
C02	男	24	2012-2015	3 年	17	冰、白粉(曾試過)	停藥
C03	女	24	2009-2015	6 年	14	冰、大麻	停藥
C04	男	22	2013-2014	1 年	17	K 仔、冰、可卡因	停藥
C05	男	19	2017-2018	1 年	17	K 仔、冰	停藥
C06	男	21	2017	-	19	大麻	停藥

*作者自行整理

其次，筆者為了能更深入了解環境因素對青少年濫用藥物的影響，因此訪談了他們濫藥的原因、其濫藥友伴的狀況、濫藥地區與場所以及他們是否得知當時的預防濫藥工作資訊。就其當時濫藥的因素而言，多與朋輩、家庭關係不良、抒發情緒及緩和情緒有關，這與前述的研究結果相類似，值得關注的是，當中有亦曾濫藥者有為了追求快感、好奇、自認為自控能力好及想與異性發生關係為目的而濫用藥物，而這與前線工作人員的觀察亦相似；而身邊的濫藥友伴多數濫藥的原因與自身相似；主要濫藥的場所主要以朋友家中為主，其次是酒店與 K 場，以是內地為主，自 2013 年起至今較常在澳門本地用藥；而在他們接觸到的預防濫藥工作或宣傳活動上，有兩位近年才有濫藥經驗的青少年表示他們沒有留意到有相關的資訊，其他的受訪者表示多以電視廣告的形式為主，或有文娛康樂表演、微電影比賽，又或與社工接觸因而得知該些活動，詳見表 15。

表 15：個案訪談內容其濫藥因素

編號	性別	當時濫藥原因	其濫藥朋輩之狀況	濫藥場所	濫藥地點	預防濫藥宣傳/活動
C01 2008-2010 年	男	追尋刺激、陪 FD、食女	1. 落 Disco 為左食女、助性、提神； 2. 出大陸珠海食多，擺貨易容同平； 3. 好少自己一個 HIGH 野，會成班出黎一齊玩。	Disco、K 場	內地	社工接觸
C02 2012-2015 年	男	抒緩家庭壓力、與朋友一同用藥、悶	1. 家庭不和、感情問題、心思思想食； 2. 大陸坦洲，想要就會問朋友取。	朋友屋企、酒店	內地、澳門	電視廣告
C03 2009-2015 年	女	抒緩家庭壓力、與朋友一同用藥、悶悶不樂	1. 家庭不和、感情問題、心思思想食； 2. 大陸坦洲度玩，有啲會食唔停，控制唔到	朋友屋企、酒店	內地、澳門	電視廣告
C04 2013-2014 年	男	生活沉悶、逃避挫折感	1. 通常有老細場唔駛錢玩。	朋友屋企、酒店、K 場	澳門	文娛康樂表演、微電影比賽
C05 2017-2018 年	男	悶、工作需要	1. 提神，陪客食，平時就唔多清楚； 2. 唔會一齊玩。	酒店、K 場	澳門	沒有留意
C06 2017 年	男	好奇、陪 FD、覺得大麻唔會上癮同食煙差不多	1. 唔清楚，知會係屋企食。	朋友屋企、屋企	澳門	沒有留意

其次，為更全面的了解濫藥青少年他們的濫藥原因，筆者亦邀請外展服務的社會工作員進行焦點訪談，他們的個案多集中在 16 歲，第一次濫藥的最小年齡在 10 歲；濫用藥物的年期（藥齡）最長的 3 年，最短 1 年；目前仍有 1 位會停藥後會再次服藥的情況（W01），而 W02 的工作員的其中一個個案據其觀察是有可能再次服藥；一般個案的濫藥原因與上文的類似，都以家庭關係不良為主要濫藥的原因，另外多數為輟學學生，在校的表現不佳，主要服用冰毒及可卡因為主，見表 16

表 16：社會工作員訪談內容針對濫藥個案的基本資料分析

工作員編號	個案性別	個案年齡	濫藥年份	首次濫藥歲數	濫藥年期	濫藥現況	家庭、社交及其背景	吸食毒品
W01	女	17 歲	2018	16-17 歲	1 年	-	輟學、與家人關係差、與朋友關係不良	可卡因為主
	男 (新移民)	-	2018-2019	10 歲	-	重食	兼職、與父親關係不良 (有賣白粉經驗)、好友數 4 至 5 位	大麻
W02	女	16 歲	2016-2018	13 歲	3 年	已停用	輟學、家庭原整，家人關係緊張，已離家與男友同住，有穩定工作及感情穩定，過往兩性關係複雜	冰
	女	16 歲	2016-2018	14 歲	2 年	已停用，但有重食可能	輟學、家庭關係惡劣，兩性關係複雜，留有空間有重食可能（離家少女，隔代顧養）	冰、可卡因

*作者自行整理

其次，工作員亦針對他們的吸食經歷進行資料整理，發現原因與外在的環境同樣相關，如「夜場玩樂時『老細』給予毒品、因工作環境影響、老闆提供『落場』（Disco、K 場）一定要食」等價值觀，且免費毒品（據前線社會工作員觀察通常女性用藥都有免費毒品，不論『老細』給予甚或男朋友都會提供），取藥便捷更是大大鼓勵了青少年用藥；吸食的頻率亦算甚頻頻；而他們的吸食因多與朋友相關，詳見表 17。

表 17：社會工作員訪談內容針對青少年用藥的原因

工作員編號	個案性別	濫藥時經歷	濫藥之頻率	濫藥之原因
W01	女	夜場玩樂時「老細」給予毒品		朋友邀請、好奇
	男（新移民）	重食原因因工作環境影響，老闆提供，平時打遊戲時吸食	一星期一至兩支大麻	朋友影響、好奇
W02	女	以往多在酒吧吸食，後於男朋友家、家中較多；以往免費，現在平價在 Wechat 及朋輩能買到	三日或一星期一次	朋友請，陪男友吃，想他戒
	女	去香港可吸食種類較多，跟朋友及自己都會食，落場一定要食	每天都食	朋友關係

*作者自行整理

五. 前線外展預防濫藥工作模式分享

綜觀上文所提及，曾濫藥的青少年在接觸到預防濫藥的資訊方面較為缺乏（詳見表 15），筆者想更深入了解前線工作員的工作模式，才能與過往的工作模式進行比對，因而問及目前其協作濫藥青少年的方式。工作員表示，他們都會了解用藥青少年的濫藥原因、其根本的問題、家庭背景、社交背景、在校情況以及他們對於毒品的心態，才能對症下藥的幫忙青少年重建他們的人生。觀

表 18，可得知男性青少年濫藥者與女性青少年濫藥者的協助工作不一，除了個案輔導工作是基本的服務外，亦會針對個案自身關注的部分進行協助及處理，如一些對毒品錯誤的認知、對毒品的好奇心等，工作人員都會深入的了解現他們的心態及狀態，提供切合他們的服務。

表 18：社會工作人員訪談內容針對濫藥個案的心態總結及其協助工作

工作人員編號	個案性別	心態	協助工作
W01	女	知悉用藥的危機（家人給予資訊）	1. 個案輔導、 2. 戶外活動、體檢（身體狀況、改善儀容） 3. 工作人員表示單獨見個案才能深入探討其歷程與需要。
	男 （新移民）	以為能輕鬆戒掉，工作場所美化濫藥行為，認為身體出現狀況、多人一同吸食毒品才叫上癮，自己可以控制不叫上癮	1. 個案輔導、 2. 職涯規劃、 3. 學習有興趣之事物。
W02	女	原本好奇心下用藥，後期想令男友戒毒才吸食（你不戒我不戒），後期為逃避現實、令其減壓，可感到快樂。朋友圈子都會食，容易買，自己會在家食	1. 個案輔導 2. 兩性關係（濫交） 3. 培養正向動機（讀書及工作） 4. 學習有興趣之事物。
	女	情緒困擾、逃避現實，吸食後感覺較為良好	1. 個案輔導 2. 家庭介入 3. 學習有興趣之事物、 4. 培養正向動機（讀書及工作） 5. 兩性關係（濫交） 6. 體檢（身體出現症狀、儀容有變、婦科問題）。

*作者自行理

外展隊根據過往調查報告書建議，嘗試以不同手法為街頭青少年提供預防藥物工作。有以下幾方面工作，分述如下：

（一）多元服務手法，回應青少年需要

服務由 2000 年開展以來，服務隊緊貼著街頭青少年需要，青少年活動形態的改變，與時並進，以不同的服務手法回應預防濫藥工作上的挑戰。從過往較為傳統的預防教育預防模式演化為多元發展預防模式，由最早期體驗教育營、講座、電影分享會及技能小組逐漸轉化為身體檢查計劃、歷奇活動、短片/電影製作、音樂才藝表演、氣槍射擊、街站等正向活動吸引時下青少年善用閒暇，積極參與並豐富人生，除了從中預防街頭青少年出現濫藥行為及降低濫藥行為帶來的傷害的效益，同時也讓青少年學習增強個人的意志及判斷力，選擇健康的生活模式。

服務隊以緩減傷害的模式，為街頭青少年進行預防濫藥工作，並行也透過提供資訊和個人輔導促進青少年重視自身的健康、引發減少用藥的動機，重塑青少年的生活模式，再進一步增強青少年戒藥的決心。服務隊也為青少年提供能夠展示個人能力的舞台或比賽，鼓勵青少年培養正面興趣，增加他們投入正

面興趣時間，建立健康生活習慣，降低青少年濫藥的可能。

隨著社會科技發展，他們展示才藝地方已不再局限於傳統舞台。預防濫藥工作模式亦進入資訊科技年代，配合朋輩間的影響力，開辦了以預防濫藥為主題的微電影比賽，以濫藥為題，從青少年自身的角度發揮，構想毒品造成的禍害，表達預防濫藥訊息，青少年為個人增加濫藥所帶來禍害的訊息，訊息成為青少年個人價值觀的一部份，為預防濫藥起一定作用。另外，這類型活動能夠透過網絡迅速地青少年間傳播開，對他們身邊的朋輩亦起到預防濫藥的效果。

服務隊認為讓青少年正確認識有關毒品資訊及其造成禍害固然重要，但是如果只強調毒品的禍害，這種靠嚇或污名化的宣傳，只會讓濫藥者拒絕承認濫藥行為，進而增加了前線社工接觸有服務需要之青少年的困難，還有可能讓濫藥行為變得隱蔽化。

（二）青少年個人方面之處遇

從研究報告發現不少濫用藥物的青少年大多受朋輩影響、好奇心、尋求刺激以及藉藥物減低痛苦、壓力、挫敗感而用藥，因此服務隊重視青少年的個人發展。前線經驗濫用藥物的青少年，往往伴隨著的狀況並不單一，多樣與複雜性，甚至涉及兩性及家庭的問題，要讓青少年有正向的轉變必須擴寬他們的生態圈，在朋輩、家庭、工作、學校、個人興趣發展等方面介入，提升青少年的能力感、自我探索，以及統整自我後，才能激發他們解決問題的動機，大大減低青少年的無力感，確定自己有掌控人生的能力，認清自己的需要，並學習如何正向地獲得滿足，才能使街頭青少年，不再單單利用藥物來滿足身、心理的需求，達到預防濫藥的果效。

（三）青少年各生態圈之間共同協作

預防青少年濫藥的工作除了從青少年個人、多元服務介入所述之外，社區、學校、家庭三者的力量也是不可忽視的，服務曾與學校合作舉辦濫藥相關講座，舉辦家長工作坊專場，認識濫用的物質及如何辨識有濫藥行為的子女等，致力一同為青少年打造一個信任、支持、互勉的環境，共同細聽青少年的心底話，讓其感受到重視與關愛，並從中滲透正確的價值觀，讓青少年能夠正面地學習處理人生的壓力與困境，使青少年更能勇於向毒說「不」。

下表為聖公會北區青年服務隊自 2006 年起為預防青少年濫藥及為濫藥青少年、家長所提供的服務及活動的列表，從中可以其工作模式的轉變，除了個的輔導外，針對家長、青少年亦提供不少活動及培訓，能讓青少年多元發展，發掘自己未來多樣化的可能。同時亦因應服務對象的變化、資訊科技的發展，服務與時俱進，與青少年同行成長，詳見表 19。

表 19：2006 至 2019 聖公會北區青年服務隊預防濫藥活動列表

年份	內容	對象	目的
2006	挑戰人生路 2006 活動--三日兩夜營	在學或輟學常在街頭的濫藥青少年	1. 讓青少年對個人的濫藥行為有所反思； 2. 增加參加者的自我能力感； 3. 強化青少年對濫藥的危機感。
	「美麗有方」美容小組	14 至 18 歲的有濫藥女服務對象	1. 增加青少年對個人的美容及營養方面的正面健康知識； 2. 增強女青少年對自我形象的正面認同； 3. 加強青少年反思濫藥行為對個人的害處。
	量性研究	街頭青少年	1. 掌握街頭青少年的濫藥情況； 2. 了解受訪者接觸藥物的機會和程度； 3. 了解受訪者對濫用藥物的態度； 4. 探討家庭關係與青少年濫用藥物問題的關係。
	「經絡測試」身體檢查暨輔導服務	恆常持續濫藥超過半年或以上的青少年	1. 使參加者對濫用藥物產生矛盾心態； 2. 若目的達成，使參加者產生決定減藥或停藥的想法。
	「澳門北區青少年北上內地濫藥情況」研究	現有或曾有北上濫藥的青少年	1. 了解受訪者北上濫藥的模式、危機事件、濫藥習慣的轉變，並藉研究結果倡議配套的服務形式； 2. 推動社會大眾對青少年北上濫藥的關注及討論。
2007	「澳門北區青少年北上濫藥調查」報告書暨新聞發佈會	社區人士、傳媒工作者、教育界人士	1. 讓社會人士關注青少年濫藥現象的情況及趨勢； 2. 探討青少年濫藥問題的服務及配套措施。
	「舞動人生」mini show 活動	青少年服務對象、家長、傳媒	1. 增加女青少年對個人能力的了解； 2. 增強女青少年對自我形象的正面認同； 3. 加強青少年反思濫藥行為對個人的害處。
	「濫藥 Evolution」預防濫藥教育小冊子	1. 社工跟進的組群或個案 2. 在區內接觸的青少年，當中有濫藥經驗的青少年	1. 讓閱覽的青少年/個案能意識到濫用藥物的害處； 2. 協助社工落區推行預防濫藥教育。
	「戲內·戲外」禁毒互動劇場	13 至 18 歲以上，有興趣參與話劇及舞台工作的男女服務對象	1. 讓青少年反思濫藥後的利與弊； 2. 了解濫藥者的心路歷程； 3. 增強青少年對精神科藥物的認識。
2008	同工在職培訓—參觀香港濫藥機構活動	社工	1. 透過參觀香港機構 PS33，讓同工了解香港相關機構的服務及運作；

			2. 透過理論培訓工作坊，讓同工掌握及學習動機式晤談法的輔導技巧。
	飛藥人生歷奇體驗營	展外社會工作人員及程序助理	讓社工學習帶領歷奇輔導的技巧，其後運用歷奇手法傳遞緩減傷害的訊息；青少年體驗過程中，引發高危的青少年對濫用藥物的禍害。
	飛藥人生計劃之「勁爆老友」小組	青少年	1. 提升參加者濫藥的危機意識； 2. 思考濫藥的利弊，加強改變濫藥的動機。
2009	我選擇・我的飛藥人生」09 預防濫藥計劃—「拍出飛藥人生」拍攝短片活動	6-24 歲男女外展服務對象 (曾有濫藥經驗或有濫藥習慣之青少年)及本澳在學學生。	1. 反映現時濫藥青少年的狀況； 2. 反映青少年面對毒品的誘因及處境； 3. 加強青少年對毒品的認識，從而讓青少年了解毒品的禍害； 4. 讓校方關注青少年的濫藥問題，共同宣傳預防禁毒的訊息。
	同工在職培訓—參觀香港濫藥機構活動	社工	1. 透過參觀香港機構 PS33，讓同工了解香港相關機構的服務及運作； 2. 透過理論培訓工作坊，讓同工掌握及學習動機式晤談法的輔導技巧。
	[我選擇・我的飛藥人生]09 預防濫藥計劃—[伴我啟航]歷奇訓練系列活動	有濫藥習慣之青少年組群	1. 提升參加者對正面活動的興趣； 2. 促使參加者建立正面的自我型像。
2010	2010 飛藥人生預防青少年濫藥計劃之勁爆劇場大比拼	曾濫藥或身邊有濫藥朋友的服务對象	1. 培養人與人之間的溝通和聆聽； 2. 培養正面興趣，發展興趣； 3. 建立正面自我形象，增強抵抗毒品的決心。
	超級“正”斗之旅	2011 年預防濫藥服務對象及濫藥青少年	針對 2011 年的預防濫藥服務的對象作初步的預防濫藥工作。透過參觀香港正生書院，使參加者了解正生書院內服務及設備，讓有濫藥的青少年及針對 2011 年的預防濫藥服務的對象加強對毒品的認識、禍害及提升其戒毒的動機。
	藥有所失 2010 年預防青少年濫藥講座活動	12-18 歲之本澳青少年	1. 延續前線社工對青少年濫藥問題的關注 2. 讓青少年對濫藥所產生的影響更多的思考及反思 3. 加強青少年對毒品的認識，從而了解毒品的禍害 4. 與有需要的青少年團體合作，共同推廣預防濫藥的訊息。
	2010 飛藥人生預防青少年濫藥計劃—[家長電影分享會]	服務對象之家長	1. 關注青少年濫藥問題，認識毒品的危害性及澳門相關的民間社團； 2. 灌輸家長識別子女吸毒行為

			的知識； 3. 了解青少年吸毒之誘因和困境，讓家長明白子女的真正需要。
2011	「我選擇・我的飛藥人生」 拒絕濫藥 Say Good Show	外展青少年及社區人士	1. 讓服務對象及社區人士認識濫用藥物的禍害； 2. 讓青少年發揮多元潛能建立他們的正面自我形象。
	「我選擇・我的飛藥人生」 跳舞交流活動	外展青少年及社區人士	1. 透過活動，為青少年提供表演交流的機會，藉此增加青少年的舞台經驗，增加青少年對個人能力和形象方面的自我認同。
	“Don't Drug” 講・遊之旅	有濫藥的青少年及針對 2012 年預防濫藥服務的對象	1. 協助參加者掌握拒絕毒品的 方法(如朋友邀請時的拒絕技巧)； 2. 強化參加者對毒品的認識及 禍害(如身體傷害及相關法律)； 3. 協助參加者反思毒品的對自 身的影響(如運毒、販毒背後的代 價)； 4. 讓參加者提升自信及對正面 活動的興趣。
2012	2012 國際禁毒日之“faith” 同凡響音樂會活動	13-18 歲街頭認識的服務對 象	1. 透過正面的興趣活動，加強青 少年抗毒的意識； 2. 透過音樂/跳舞活動，建立青少 年正面自我形象。
	「我選擇・我的飛藥人生」 <u>預防青少年濫藥服務計劃</u> <u>2012</u>	外展青少年服務對象及其 家長	1. 加強青少年對毒品的認識，提 升青少年正視濫藥成癮的問題； 2. 提升青少年拒絕濫藥的意識； 3. 深化同事服務的專業性； 4. 讓家長了解青年濫藥背後 的原因，提升家庭對濫藥者的支援。
	「藥有所失」電影分享會-家 長篇	服務對象之家長	1. 讓家長關注青少年濫藥問題， 認識濫藥的禍害及其嚴重性； 2. 讓家長了解青少年濫藥的誘 因，明白青少年真正的需要； 3. 協助家長識別子女濫藥的徵 象。
	「藥有所失」電影分享會	<u>13-18 歲；有濫藥行為的青 少年優先</u>	1. 協助參加者掌握拒絕濫藥的方 法； 2. 強化參加者對毒品禍害的認 識； 3. 協助參加者反思毒品對自身/ 濫藥者的影響。
2013	關注澳門青少年濫藥深度研 究工作	由戒毒復康處、新生命團 契 - S.Y.部落、聖公會北 區青年服務隊及街總社區 青年服務隊所服務有濫用 藥物危機的青少年	1. 探索澳門青少年濫用藥物的 現況； 2. 以國際化量表，定期監察青少 年濫用藥物嚴重程度的趨勢及變 化。
	2013 國際禁毒日 FREE 啲 DRUG FREE 禁毒微電影創 作比賽頒獎禮	參賽者、青少年、社區人 士	1. 透過微電影劇本創作比賽，引 導青少年思考吸毒對人生和社會 所造成的禍害，抗拒不良誘惑， 並將抗毒訊息以微電影形式展

			示，宣揚禁毒及健康生活訊息。
	Free 嘢 Drug Free 禁毒微電影劇本比賽活動	全澳市民	1. 透過劇本比賽，將抗毒訊息以微電影形式展示，宣揚禁毒及健康生活訊息； 2. 透過微電影劇本創作比賽，引導青少年思考濫用藥物對人生和社會所造成的禍害。
	「我選擇・我的飛藥人生」預防青少年濫藥服務計劃	有濫藥問題及高危青少年	1. 以青少年感興趣的正面的小組或活動，吸引有濫藥或高危的青少年參與； 2. 透過正面的小組或活動與高危青少年建立互信的關係，了解他們在濫藥行為背後的需要； 3. 透過正面的小組或活動，加強青少年正面的新角色，提升他們拒絕濫藥或戒藥的動機。
	“微・創”電影拍攝比賽	12-20 歲街頭外展青少年	1. 鼓勵青少年運用無限創意，拍攝成為禁毒微電影，宣揚禁毒信息， 2. 為青少年提供培訓及技術支援，提升青少年參加比賽的動機。
2014	「澳門街頭青少年濫用藥物情況」調查 2014 計劃書	是次研究的對象為年齡 14-24 歲的青少年，其中以流連街頭的「外展服務對象」為主。	1. 了解受訪者接觸藥物的機會和程度； 2. 了解受訪者對濫用藥物的態度。
2015	預防濫藥城市定向比賽	外展青少年	1. 希望透過定向活動，幫助青少年確立拒絕毒品的意向； 2. 透過 Check Point 讓青少年了解，本澳預防濫用藥物/戒毒機構，有需要時懂得尋求協助； 3. Check Point 的任務帶出預防濫用藥物的訊息，拒絕毒品的方法。
	Dast20 咭片製作	高危或濫藥青少年	1. 為了優化 DAST20 網站測試結果； 2. 利用咭片宣傳“禁毒資訊站”手機軟件。
	飛「藥」人生之入校講座	澳門北區學校學生	1. 持續向學校推廣預防濫藥講座； 2. 加強對毒品禍害的認識，正視濫藥成癮問題。
2016	醫療(驗身)	有濫藥者	1. 透過檢查讓青少年知道毒品對身體造成的傷害，提升青少年戒毒動機
	健康生活教育講座	北區學校	1. 透過講座，讓學生學習如何在朋輩間拒絕毒品，以及學習健康的生活模式
	健康生活教育園地歷奇活動	外展服務對象或區內青少年	1. 透過歷奇活動，幫助參加者確立拒絕毒品的意向。提升參加者抗逆能力，以拒絕毒品的誘惑。用經驗學習法，學習以積極的態

			度面對生命中的各種挑戰。
2017	醫療(驗身)	有濫藥者	1. 透過檢查讓青少年知道毒品對身體造成的傷害，提升青少年戒毒動機。
	健康生活教育園地歷奇活動	外展服務對象或區內青少年	1. 透過歷奇活動，提升參加者抗逆能力，以拒絕毒品誘惑。
	預防濫藥講座	青少年	1. 濫藥講座，期望青少年除了發揮自己的所長外，還能通過自身去宣傳預防濫藥的信息。講座內容包括毒品禍害、本澳毒品相關法例和拒絕方法等。
	精彩人生大匯演	外展服務對象參與	1. 透過才藝表演，發放正能量，給青少年展示精彩人生的舞台，發放預防濫藥的訊息。
	預防濫藥籃球比賽	外展服務對象或區內青少年	1. 透過比賽帶給青少年緊張、刺激的氣氛，以及在比賽中加入禁毒的訊息。
2018	健康人生 - IPSC 射擊體驗活動	兒童／青少年	1. 鍛鍊青少年的意志及判斷力，培養自律的品格； 2. 鼓勵青少年遠離不良的壞習慣，選擇健康的生活模式。
	生涯卡香港交流及進階培訓活動	使用生涯卡用服務之前線人員	1. 了解香港的輔導卡片運用情況，借鑑 viewer 卡創辦團隊的經驗，以發展本土化的卡片輔導手法； 2. 認識動物治療對戒毒及復康工作的模式，提高前線工作的創新思維於本澳預防濫藥服務上。
	預防濫藥服務-夜場夢多無毒	區點組群	1. 透過活動模擬出真實夜場的環境及可現危機，讓青少年學習遇難時的正確解困之法； 2. 推廣無毒無酒的健康夜場文化，加強青少年在夜場中受朋輩壓力而接觸毒品或依賴酒精的應對技巧。
	預防濫藥服務-玩得精明健康測試活動	區內青少年及新認識的青少年	1. 以濫藥青少年精要輔導手冊為基礎，透過簡單健康測試體驗，了解青少年的生活狀況及消遣模式，從他們對毒品禍害的認識程度，評估他們是否存在濫藥行為或危機，提供健康生活教育作預防濫藥推廣； 2. 簡單健康測試體驗； 3. 預防濫藥推廣：預防濫藥講座及短片分享； 4. 體驗內容：簡單心肺功能測試、體重及體脂測試、膚質及皮膚水分測試、肢體協調測試。
	影像創作夏令營	對影像創作感興趣之青少年	1. 掌握基本的影像製作技巧；2. 發揮他們的興趣及創意，並嘗試

			表達自己
	澳門街頭青少年與濫用藥物調查報告 2018	10-24 歲青少年中心服務對象為主	青少年濫用藥物議題一直備受社會各界關注，前線社工亦一直努力不懈地為有濫藥習慣的青少年提供適切的服務，如據以往數據顯示 21 歲以下青少年濫藥場所持續隱蔽，而且取得的途徑愈來愈便利。為更進一步掌握街頭青少年的實際狀況，本次調查期望： 1.掌握街頭青少年接觸藥物情況及青少年對濫用藥物的態度；2.了解受訪者於濫藥的危機因素及拒絕濫藥的正向因素。就調查之結果，將為未來青少年濫藥服務提供方向及建議。
2019	玩得精明健康教育推廣計劃	社區人士	1. 提升青少年對毒品的認識及其禍害，達致預防效果； 2. 鼓勵青少年遠離不良的壞習慣，選擇健康的生活模式； 3. 掌握現時青少年的濫藥狀況。
	濫藥青少年輔導精要手冊系列計劃	禁毒範疇社工、護士、教師及相關前線工作人員	1. 補充最新毒品情報、輔導工具及技巧； 2. 製作電子版的《濫藥青少年輔導精要手冊》方便前線人員； 3. 製作適合本土化的咭片輔導工具及技巧。
	IPSC 雷霆掃“毒”攤位	IPSC 學員及全澳市民	1. 發揮青少年的專長，協助於「2019 國際禁毒日系列活動 - 全城響應禁毒嘉年華」中舉辦體驗項目「雷霆掃“毒”」攤位活動； 2. 透過活動讓青少年有正面的身份角色，並且獲得他人認同。
	IPSC 射擊體驗及禁毒盃	兒童／青少年	1. 鍛鍊青少年的意志 及判斷力，培養自律的品格； 2. 鼓勵青少年遠離不良的壞習慣，選擇健康的生活模式。

*作者自行整理：資料來源：聖公會澳門社會服務處北區青年服務隊

六. 總結

過往主要知識傳遞的模式，讓青少年正確認識有關毒品嘅資訊、其造成嘅禍害及產生的後果為主，過份宣傳容易讓濫藥者感到「靠嚇」或被「污名化」，只會讓濫藥者拒絕承認濫藥行為，進而增加了前線社工接觸有服務需要之青少年的困難，還有可能讓濫藥行為變得隱蔽化。因此這些年來，服務隊開始以緩減傷害的理念，即不混合使用藥物，注意自己身體警號，當感到不適時盡早尋找協助等，為街頭青少年進行預防濫藥及戒藥的工作。同時，隨著街頭青少年濫用藥物模式的演變，外展隊也緊貼他們的需要，以不同的工作手法作出回應，由傳統的教育模式演化為多元發展的活動模式，服務隊提供了能夠展示個人能力的舞台或比賽，鼓勵青少年培養正面興趣，增加他們投入正面興趣的時間，建立健康生活習慣，降低濫藥的可能；也因應濫藥變得隱蔽化的情況，結合社交通訊軟件，邀請服務對象共同參與發放預防濫藥的相關資訊；也開展更多以發揮青少年多元潛能元素的預防藥物濫用大型社區活動等，及開放更多元的工作手法，以減少街頭青少年出現濫藥行為及降低濫藥行為帶來的傷害，及應對社會及街頭青少年濫用藥物模式的演變。

參考文獻

- 中華人民共和國主席令，第七十九號，2014，09 月，《中華人民共和國禁毒法》，資料來源：
http://www.gov.cn/flfg/2007-12/29/content_847311.htm
- 許春金（2017），《犯罪學》。台灣：台北。
- 印務局（2009），《第 17/2009 號法律：禁止不法生產、販賣和吸食麻醉品及精神藥物》。澳門：澳門印務局
- 聖公會澳門社會服務處（2011，7 月），《澳門街頭青少年與濫用藥物調查 2010 報告書》。澳門：聖公會澳門社會服務處
- 聖公會澳門社會服務處（2015，6 月），《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
- 聖公會澳門社會服務處（2019，8 月），《澳門街頭青少年與濫用藥物調查 2018 報告書》。澳門：聖公會澳門社會服務處
- 蔡德輝，楊士隆（2009）。《犯罪學》。台北：五南圖書。
- 澳門基督教新生命團契-S Y 部落（2016），探討隱蔽用藥者的生活經驗。澳門：澳門基督教新生命團契-S Y 部落
- 澳門特別行政區政府社會工作局（2017）。《澳門禁毒報告書 2017》。澳門：澳門社會工作局。
- 澳門特別行政區政府社會工作局（2013）。《澳門禁毒報告書 2013》。澳門：澳門社會工作局。
- 澳門特別行政區政府社會工作局（2010）。《澳門禁毒報告書 2010》。澳門：澳門社會工作局。
- 澳門特別行政區政府社會工作局防治藥物倚賴廳（2017），《澳門藥物濫用者中央登記系統 2017 全年報告》。澳門：澳門社會工作局
- 澳門特別行政區政府社會工作局防治藥物倚賴廳（2013），《澳門藥物濫用者中央登記系統 2013 全年報告》。澳門：澳門社會工作局
- 澳門特別行政區政府社會工作局防治藥物倚賴廳（2010），《澳門藥物濫用者中央登記系統 2010 全年報告》。澳門：澳門社會工作局

Drug Prevention Work at Schools and Community

Be Cool Project

【Abstract】

Teenagers are in a very risky behavior period as they want to show they are grownups, and are able to make their own decisions, they begin experimenting and adopting grownup behaviors such as smoking and drinking, which sometimes leads to experiment with heavier drugs. We believe most of these students will not use drugs or stop using drugs if we as a community, join efforts and with the proper guidance, give them options to make healthier and positive choices. Instead of punishing them and labeling them as drug abusers, we as a community should try to bring teenagers on the right track.

Our approach and methods vary according to the findings (database) we have from questionnaires we give students during school preventive talks. Every year we revise their answers and work according to the results; most used drugs, methods of use, questions they leave in the questionnaires, etc.

【Key words】 drugs, prevention, risky and protective factors, healthy choices

Introduction

Be Cool Project as a drug prevention center, is focused on the prevention of early use of drugs, alcohol and tobacco among Macau's Portuguese and English-speaking teenagers and their families. Our Preventive actions go from offering individual counseling to having drugs preventive talks for students, teachers and parents and organizing several different activities (sports, music, dance, arts & crafts) where teenagers are free to express their feelings, thoughts and aspirations.

Adolescence is a stage of human development that begins around the age of 12-13 years old, when puberty is reached, i.e., the set of physiological changes that occur in this age and that extends to the age of 17-18 years old. Is the transition from childhood to adulthood.

This is a dynamic period of transition, marked by profound physiological, psychological, instinctual, emotional, intellectual and social changes. Is a time of great discoveries.

There is one subject matter behind all changes experienced, namely the growing self-consciousness of the adolescent, the concern with what he is, with what he will become and with what others think of him.

It is during this quest for his identity that occurs mood changes, ideas, likes and dislikes, which are not always understood.

The onset of puberty, the physical changes, the expectations of society and peer pressure are examples of powerful forces that combine to dominate the teen.

In parallel with this discovery, there is the growing desire of the adolescent to be an active agent in his life, with dreams, aspirations and with more capacity to fight for its fulfillment.

In our view, motivating them to express what they feel, what they think, what choices to make, how to solve problems and negotiate conflicts, improve their self-esteem and self-confidence are central factors which will contribute to prevent drug abuse from occurring and teenagers can grow as better people and happy citizens.

Preventive work

Be Cool Project as a center dedicated to preventing the early use of illegal and legal drugs, provides space and time for teenagers whom are looking for a place to hang out with friends, use the Internet, play board games, musical instruments or study. They also can seek counseling with Be Cool's Staff, or just come for a chat.

If teenagers feel engaged in our preventive endeavor, they will feel they belong, and they are part of their growing process. One way to work on increasing their sense of belonging is to look for ways they are similar with others instead of focusing on ways they are different.

Substance use is considered by many teenagers to be a coming-of age. Teens often engage in experimental drinking and drug use as a way to show their "maturity." Unfortunately, this experimentation often has serious consequences. These kinds of behavior can lead to academic failure, mental and physical health problems, addiction, violence and suicide. That is why prevention for drugs abuse should be look at very seriously.

Our prevention program aims to boost protective factors and eliminate or reduce risk factors for drug use.

Our work with the adolescents goes much further than getting them occupied for recreational motives. The method used, is based in promoting their skills (personal and social) having in consideration themselves, their families and their school. There are many factors considered either risky or protective for drug abuse, such as:

- Home environment (Family)
- Self behavior (Individual)
- School performance (School)
- Peer behaviors and attitudes (Peers)
- Affiliation with other institutions such as sports, church, community centers (Community)

Protective factors in the family include consistent and contingent discipline; a strong parent-child bond; high levels of supervision and monitoring; and parental warmth, affection and emotional support (Hawkins et al. 1992).

Family prevention interventions have successfully used behavioral, affective, and cognitive approaches to target a variety of family behaviors (Ashery, et al. 1998). Different parent-child interaction strategies, communication skills, child management practices and family management skills would be effective in family prevention interventions.

Frustration of aspirations due to poverty, school failure, social disorganization in the community or family, or other such factors are said to have a low commitment to conventional society and more likely to engage in delinquent behavior and substance abuse (Edberg, 2010).

For those who cannot tolerate frustration, the immediate gratifications appear to be essential. That acts as a powerful motivation for initiating the use of drugs since the possible short and long term negative consequences are not considered.

As a method of preventing drug abuse and addiction among teenagers and having in mind that at these ages they are experimenting, trying to fit in or just look tough, we believe most of these kids will not use drugs or stop using drugs if we as a community, join efforts and with the proper guidance, give them options to make healthier and positive choices. Instead of punishing them and labeling them as drug abusers, we as a community should try to bring the kid on the right track.

Be Cools activities are designed to motivate our youth to be better and healthier people. Through the activities we want to show them that is possible to have fun without substances consumption; we intend to teach them that their future is what they make of it and by adopting healthy habits they can accomplish whatever they put their minds into.

We intend to provide them with the necessary tools to face their problems by being strong and resourceful in finding solutions. Through the activities we approach issues that they can relate to, and teach them about ways to solve them.

We feel that this work is only starting, and its continuance is of great importance to maintain ethnic minorities community, engaged in our society by promoting activities and a space where it's easy for them to express themselves and where they can develop personal and social skills.

Most of the foreign teenagers that live in Macau are faced with barriers like language, costumes and traditions. Be Cool is a place where they can meet other teens going through the same problems they are facing, learn about Macau costumes and help them feel more socially integrated with the society they live on.

As the only prevention institution directed to the foreign community, and Macau being a city where different cultures meet, we feel we have a big responsibility in our hands that we embrace with dedication and enthusiasm. Our commitment is full on creating more ways to reach teenagers and their families in order to accomplish our prevention goals.

Be Cool Project activities are all designed to prevent drugs consumption among teenagers by encouraging them to express emotions and feelings, share problems and ideas, interact, cooperate, achieve goals and learn to have fun in a healthy way.

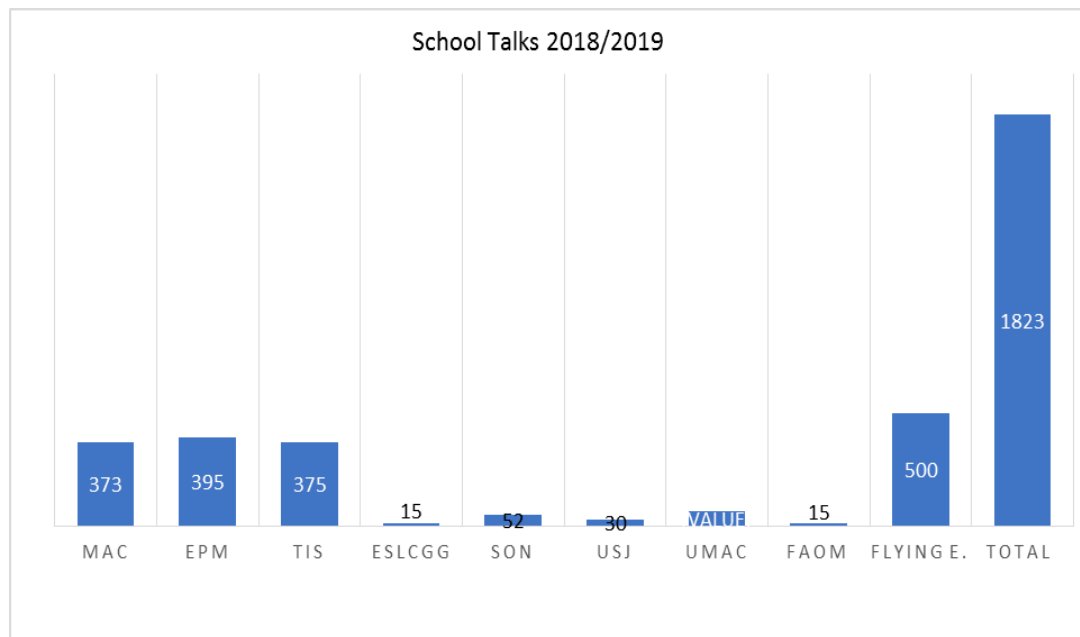
Following we will list some of the activities/actions done between 2018 and 2019, for better understanding of our role as a prevention institution.

1. School talks

In partnership with schools, we conduct talks to raise awareness and provide information about drugs to teens, teachers and parents.

Every year, we go to schools or other associations to provide evidence-based drug preventive talks for students. These talks focus on educating students about the effects and consequences of the most abused drugs in Macau, teach them techniques on how to resist peer pressure and let them know the law.

In the school year of 2018/2019, we had talks for students between the ages 10 to 21 years old, between Primary 5 to year two of college, prefacing a total of 1823 students.

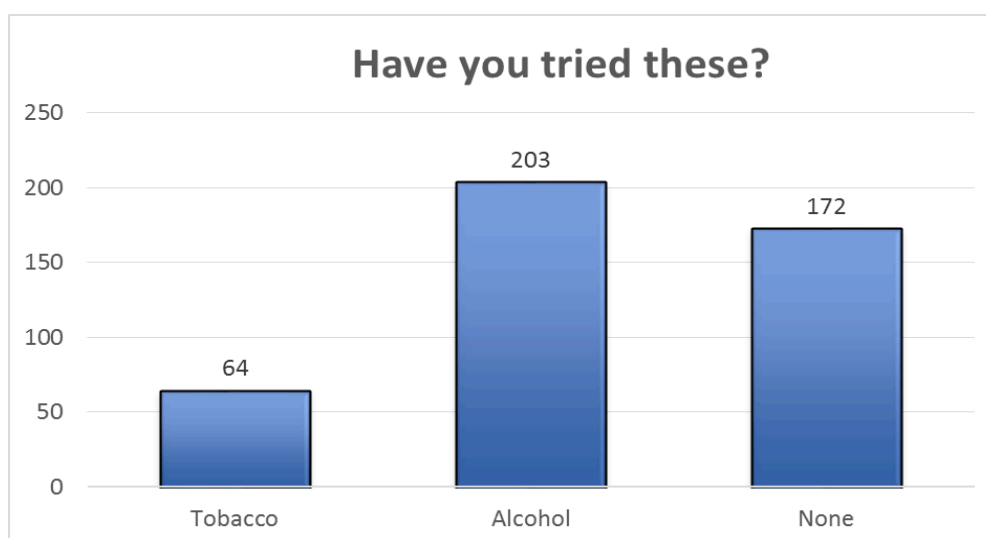


The school talks are a very important means to get to students, to bust some myths they have, caused by things they watch on movies, social media or through music and answer their questions regarding the theme.

On these talks we give questionnaires for students from Form 1 onwards to fill. Some of those results will be shown on this paper. Our talks have the duration that schools gives us, usually 40 minutes, which sometimes makes it hard for us to have time to give them the questionnaires to fill.

The results here presented refer to questionnaires given to students in schools between the ages 12 to 18 years old, from Form 1 to Form 6, from English and Portuguese curriculum schools, during 2019, prefacing a total of 379 questionnaires.

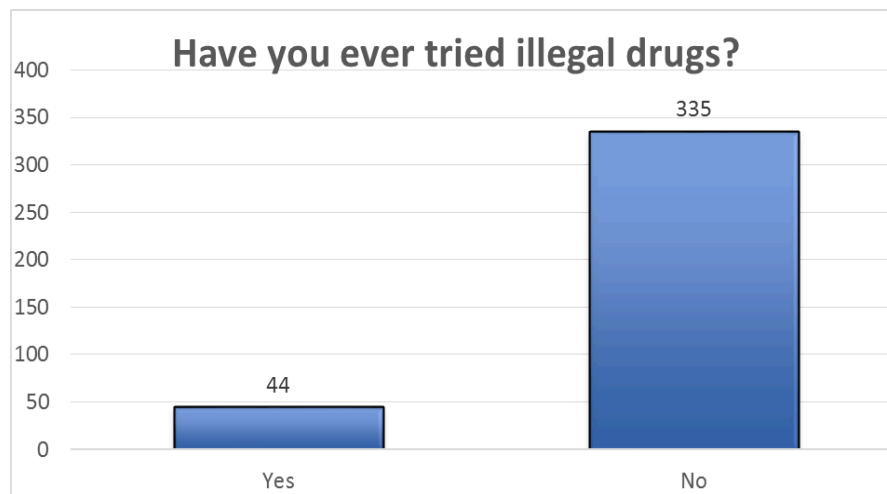
To the question regarding consumption of legal drugs, these were the results:



These results show us that only 45% of students never tried alcohol or tobacco. And that 53% already tried alcohol. These high numbers for alcohol are related to the social acceptance alcohol has, making people (even parents) ignore the harms it causes. Based

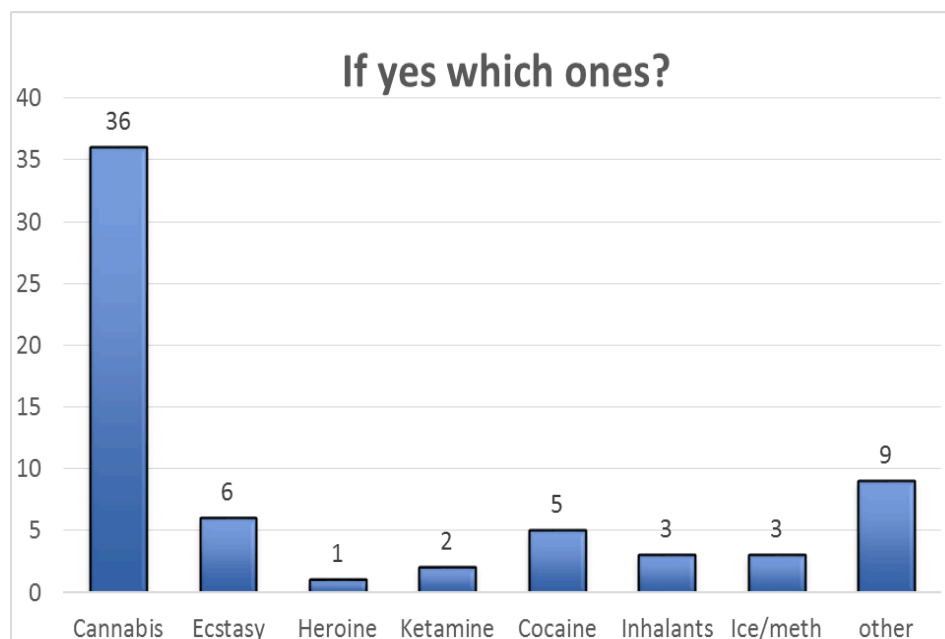
on these results, we already design more activities where alcohol education is incorporated.

When students were asked about illegal drugs, these were the results:



As we can see on the chart 88% of students never tried illegal drugs.

And to the question, which drugs have you tried, these were the results:



As we can see, cannabis is the most abused drug. We believe this happens because of the legalization of cannabis in many countries, and information students get from the internet about this drug. Although, we already started to work on cannabis use prevention, this is a drug we will approach again for the next year school talks.

2. Basketball Tournament

In 2017 we started a Basketball tournament under the theme "Join our Campaign, Leave drugs out of the game". The tournament was designed to last for 3 months, to have games every weekend and the target group are teens between the ages 13 to 18 years old. The tournament has been such a big success between teenagers that we want to

have two separate tournaments. One for teens up to 15 years old and the other one for teens between the ages of 15 to 29 years old.

Engaging young people in sports activities is one of the most successful ways to prevent them from the early use of drugs, alcohol and tobacco, as teens want to be fit and at their best performance to help their team. Also, the sense of belonging to a team, to help each other and face victories and defeats together boosts their resilience to drug use, by improving their self-esteem and self-confidence.

3. Recreational and Social Visits

Because most of times we hear teenagers complain that they are bored, we designed this activity to show kids where to go and what to do in Macau, that can be fun, safe and healthy. A lot of times we find teens saying there's nothing for them to do in Macau, we find it very important to teach them that Macau has a lot more to offer than the casinos and night life. We focus on having a range of options that can be fun, safe and healthy for them to choose.

4. International Day Against Drugs Celebration

To celebrate the International Day Against Drugs & illicit trafficking, we organized an event where we gathered different communities and ask them to think of an anti-drugs message and prepare a dance performance to show in a public area in Macau. We had the Portuguese, Filipino, Indonesian and Vietnamese communities together with ARTM and Be Cool Project creating awareness about drug abuse. It was an opportunity for us to get closer to the communities and learn more about their problems, at the same time we are providing them with information about drugs and where to get help. This is a very important action, because lots of foreigners don't know that these services are also available for them and not only Macau residents.

5. Band Competition

The choice to have this activity relies on the fact that teens are very interested in music and that, sometimes, is easier to express feelings through music.

We live in an age that does not tolerate pain, sorrow and failure, we seek an immediate and effective response for any discomfort. Pain is hidden behind a smile, captured by a selfie, to make others and ourselves believe that everything is ok, avoiding facing and solving problems.

We strongly believe that is very important to find ways for teens to express themselves, their fears, feelings and emotions and through music we can achieve that purpose.

Other advantages we can get from this activity is to promote self-esteem and self-confidence as well as to incentive teens to develop critical thinking, by asking them to perform songs with an anti-drugs message or pass positive and motivational messages.

6. Dance class and competition

Throughout the year we have a Hip Hop dance class and we have a yearly dance competition. Dancing is a way to teach teens to respect their bodies, is a way of workout and it's fun.

It also serves as another means for teens to express themselves through movement, develop creativity and the practice of sports by keeping a healthy lifestyle.

It is very important to have a range of healthy activities available, that teenagers like, for them to choose from. By having these activities and having teens join them we are

able to help them maintain healthy lifestyles and delay or completely remove their desire, curiosity to experiment with drugs.

Another important factor is to increase their self-esteem, if we are able to increase their self-esteem, consequently we are improving their resilience to peer pressure.

7. Camping

With this activity we provide the opportunity of a healthy gathering where teens have to take some responsibilities like cooking, cleaning and organize tasks with their colleagues. For this year's camping, we passed a day in the treatment center, and teens had a workshop about alcohol and checked their health with the help from the nurse from the treatment center. After this, they have a lot of team building and problem-solving games to improve their personal and social skills.

8. Anti-drugs Drawing Contest

The goal of this activity is to have teenagers passing anti-drugs messages to their peers through creative drawings. We award 3 prizes for the 3 winners, and we print the winners' drawings on useful materials (notebooks, posters, folders) that we can give as souvenirs in our preventive talks.

As a preventive center we are always in need of souvenirs to give away to people who visit us or during our activities for the communities, with the drawing competition we have the opportunity to have new souvenirs, thought by the teens participating in the competition.

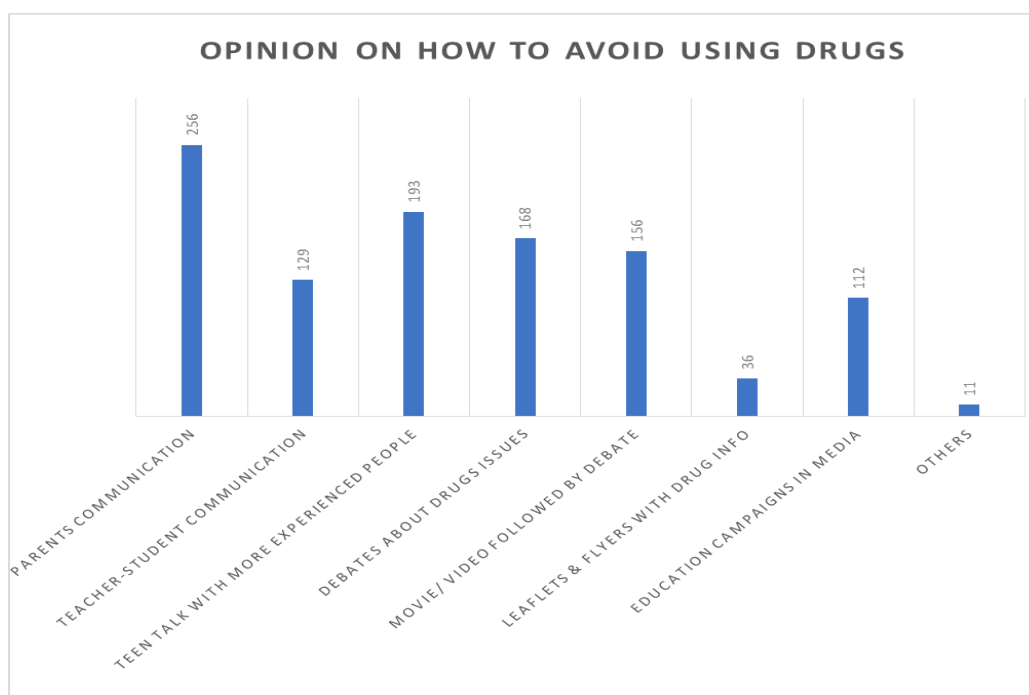
We believe that we might have better results creating awareness of the consequences of using drugs, if teens are the ones thinking in what message and how to pass the anti-drugs message to their own peers.

9. Parents workshops

Despite the social responsibility of community services, parents remain the main agents of education and prevention of risky behaviors associated not only with drug use but also to other emerging phenomena in our society.

The workshops are mainly for parents (but not exclusively) where we try to find themes that interest them and provide information and education about the consequences of drug abuse to Macau's community, parenting skills, prevention of other risky behaviors (gambling, unprotected sex (HIV prevention), domestic violence, Addiction, Alcohol, Macao Law, etc..)

When we asked teenagers what's their opinion on how we can avoid people from using drugs, 256 teens out of 379 think that increasing their communication on the subject with their parents is the number one answer. Representing a total of 67% of the answers.



According to these results, we are already planning activities for 2020 that involve more family bonding, like games, competitions and workshops for parents to join with their children.

According to “International Standards on Drug Use Prevention” UNODC, spending more time with parents reduce the risk of using psychoactive substances, and that’s what we want to promote. Parent/Guardian/Child quality time. Have some team building games as well as to provide information about the harmful effects of using drugs and where to get help.

10. Psychological support/Counseling

We offer free of charge counselling to teenagers and their families that are going through a fragile moment - difficulty managing emotions, adoption of risk behaviors (drug use), changes, losses, etc.

11. Play Around

If kids don’t want to join any activity, they are free to do or play with what they want, always under the supervision of the staff. Since kids already have a lot of pressure from school, here we let them express themselves freely. They can choose what they want to do.

The Play Around area is one of the most important parts of our job. We say Play Around, when teens come to Be Cool just to enjoy the facilities, play the games that we have available, play computer or PlayStation or even just have informal talks with staff members. When teens come to Be Cool just to “Play Around” we play with them, and it’s through this playing that we get to meet them, know about their families, who are their friends, what are they doing when they go out at night. In this informal atmosphere teens are very willing to share their stories, allowing us to know and understand if they are having any kind of risky behavior and allowing us to plan and intervene in specific situations.

Conclusion

We feel that this work is only starting and it's a work that needs to be in constant change and adapting to the needs and interests of teenagers, as trends move on and change in a very fast rhythm.

Adolescence is a movement of individual transformations in interaction. That starting from the biological transformations slowly grows to the transformation of the whole personality, which ends with the conquest of autonomy and integration in society.

It is a unanimous opinion of the theorists that a poor family functioning, is one of the major causes of behavioral disorders, such as family violence, juvenile delinquency and drug use. Based on these facts preventive work methods always need to work not only the teenager, but the whole family and surroundings (school, peers) to be an effective prevention program.

References

- R: Ashery, R. S., Robertson, E. B., & Kumpfer, K. L. (1998). *Drug abuse prevention through family interventions*. Rockville, MD (5600 Fishers Lane, Rockville 20857): U.S. Dept. of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute of Drug Abuse, Division of Epidemiology and Prevention Research.
- R: Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). *Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention*. United State: American Psychology Association.
- R: Edberg, M. C. (2010). *Essential readings in health behavior: theory and practice*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.

澳門在學青少年物質濫用與心理疾病共病性之研究

王殿璽（中國政法大學）

李 德（澳門大學）

劉子瑄（華僑大學）

夏一巍（西南財經大學）

李杰楠（澳門大學）

【摘要】

本研究的目的是探討澳門在學青少年心理健康問題和物質濫用的共病性。本研究隨機抽取澳門 5,628 名在學青少年作為調查對象，以探討澳門青少年心理健康問題和物質濫用的共病性。本研究使用迴歸分析發現，青少年物質濫用者有更高水平的心理健康問題。最近 30 天的飲酒、吸食毒品等物質濫用行為對青少年心理疾病的衍生具有顯著的影響，兩者存在著共病性關係。物質濫用與心理健康問題之共病性會隨著年齡之不同而有差異，年齡對在學青少年最近 30 天飲酒經歷與心理疾病的共病性關係具有調節效應。故，有必要從物質濫用與心理疾病共病性關係的角度，來預防在學青少年心理疾病的發生。

【關鍵詞】共病性；心理疾病；物質濫用；在學青少年；澳門

一、前言

物質濫用經常與心理健康問題同時發生，即為所謂的共病性“comorbidity”。但在臨床上，心理健康問題常被誤會成是物質濫用導致的結果，誤判時，可能使得患者無法得到正確的治療，而導致更嚴重的併發症（Niciu, Henter, Sanacora, & Zarate Jr, 2014）。因此判斷個人是否具有物質濫用與心理健康問題的共病性十分重要。當物質濫用者同時具有心理健康問題，在兩者共同對於個人行為之影響下，可能會進一步引發個人的高風險行為問題（如，暴力犯罪），進而對社會產生危害（Rahimi-Movaghar, Vameghi, 2011; Dolan, Salimi, Nassirimanesh, Mohsenifar, Allsop, Mokri, 2011）。

合併症的精神病患者更常出現嚴重的不良並發症，例如：精神病復發和再次住院的頻率更高，破壞性行為和暴力行為，居住環境不穩定，功能狀態下降，藥物不合規等。從個人的角度看，合併症包括更大的負擔和暴露於健康壓力的人群，而從經濟的角度來看，也可以預期增加的醫療費用和更大的社會負擔。

正值青春期的青少年正經歷身體、心理和社會關係的變化。在歷經重大轉變的時期，青少年正面對生活各個領域的挑戰，其挑戰包括使用非法物質的誘惑等。此外，無法適當因應壓力與挑戰的青少年亦可能會產生心理健康問題。研究發現，許多使用非法物質的青少年同時亦患有心理健康問題，意即青少年具有物質濫用與心理健康問題的共病性。雖然研究已經證明青少年具有物質濫用與心理健康問題的共病性，但許多研究僅針對物質濫用與特定一種心理健康問題的共病性進行研究，例如，物質濫用與焦慮症的相關研究，抑或是物質濫用與抑鬱症的相關研究。

很少有研究者在一篇文章中，探討青少年物質濫用與不同類型心理健康問題的共病性。此外，許多物質濫用與心理健康問題共病性研究，僅針對歐美國家的青少年。而在研究中同時納入青少年性別、年齡等差異的文章更是少數。到目前為止，尚未有任何一篇研究探討澳門青少年物質濫用與心理健康問題的共病性，以及提出對該問題相關的建議。故，本研究的目的在探討澳門在學青少年物質濫用與心理健康問題的共病性，並對該問題提出實質建議。

二、文獻探討

（一）青少年物質濫用與抑鬱症的共病性研究

流行病學數據顯示，抑鬱症和物質濫用症具有高度共病性，其在病理學上有高度重疊（Niciu, et al., 2014）。許多研究發現，與沒有抑鬱症的青少年相比，患有抑鬱症的青少年更有可能有物質濫用的行為，如吸煙、飲酒、使用非法藥物等。研究發現患有抑鬱症的青少年，與沒有抑鬱症的青少年相比，每天吸煙的量較多，並且成功戒菸的可能性也較小（Cook, Wayne, Kafali, Liu, Shu, Flores, 2014; Weinberger, Desai, McKee, 2010）。此外，患有抑鬱症的吸煙者，與沒有抑鬱症的青少年相比，其尼古丁的戒斷症狀較大（Weinberger, Desai, McKee, 2010），部分原因可能是抑鬱症吸煙者，對尼古丁的依賴性更強（Goodwin, Zvolensky, Keyes, Hasin, 2012; Khaled, Bulloch, Williams, Lavorato, Patten, 2011）。同時，研究發現嚴重抑鬱症與酒精依賴的共病症狀，在青春期和成年期最為普遍，且患者容易有自殺風險與較低的社會適應能力（Brière, Rohde, Seeley, Klein, & Lewinsohn, 2014）。另外，Fazel 與 Seewald（2012）的研究發現，重度抑鬱症與藥物濫用具有共病性。綜上所述，抑鬱症的患者，同時也是物質濫用疾患的高風險群。據此，本研究的目的之一即為探討澳門青少年物質濫用與抑鬱症的共病性。而本研究的第一個假設即為抑鬱症與物質濫用具有共病性。

（二）青少年物質濫用與焦慮的共病性研究

許多研究發現患有焦慮症的青少年物質濫用的風險也較高（Roberts, Roberts, & Xing, 2007），且焦慮症與物質濫用具有高度共病性（Magidson, Liu, Lejuez, Blanco, 2012; Toftdahl, Nordentoft, & Hjorthøj, 2016）。研究發現當個人同時患有焦慮症與物質濫用時，其症狀嚴重度較僅患有一種精神疾患，或是僅濫用物質者更高，且有更多的功能障礙，和較長的病程（Grant, Stinson, Dawson, 2004）。除此之外，Pietrzak, Goldstein, Southwick, 與 Grant 於其 2011 年的研究中發現，濫用不同藥物的藥物濫用者，其患有焦慮症的比例亦不相同，例如濫用鴉片類藥物與鎮靜劑者，終身患有焦慮症的比率較濫用其他藥物者更高，其比率約為 60%。

綜上所述，本研究的第二個目的為探究澳門青少年物質濫用與焦慮症的共病性。而本研究的第二個假設即為青少年焦慮症與物質濫用具有共病性。

（三）青少年物質濫用與暴躁情绪的共病性研究

研究發現間歇性狂暴症（Intermittent Explosive Disorder，简称 IED）與物質濫用具有高共病性，通常患有間歇性狂暴症疾患與物質濫用的患者，其間歇性狂暴症疾患的發病年齡早於物質濫用，通常青少年是早發期。間歇性狂暴症疾患的青少年在青春期末期或成年期可能會有物質濫用問題。而間歇性狂暴症疾患患者物質濫用的嚴重程度，顯著高於沒有間歇性狂暴症疾患的个体。值得注意的是，

研究發現，患有抑鬱症的患者，其具有間歇性狂暴症疾患與物質濫用共病性的機率，顯著高於患有焦慮症的患者，但原因尚不清楚(Coccaro, Fanning, & Lee, 2017)。目前，有關青少年物質濫用與暴躁症的共病性研究較少，因此，本研究的目的之一乃為探究澳門青少年物質濫用與暴躁症的共病性。而本研究的第三個假設即為青少年的暴躁症與物質濫用具有共病性。

除此之外，本研究尚檢視物質濫用與心理健康問題的共病性是否因年齡與性別而有所差異。

三、研究對象與分析方法

(一) 研究對象

本研究將在學青少年界定為年齡介於 9 歲到 22 歲的澳門高小學生、中學生以及大學生，因而本次調查的對象為在澳門就讀的全日制學校的高小學生、中學生和大學生。其中，高小學生泛指在澳門就讀全日六年制小學的五年級及六年級學生；中學生泛指在澳門就讀全日制中學校（包括初中和高中）的學生；大學生泛指在澳門全日制高等院校就讀的學生（包括專科生和本科生）。研究生的年齡通常超出這個範圍，因此不包括在本研究當中。

(二) 數據資料

本研究的數據資料來自澳門特別行政區政府社會工作局和澳門大學社會學系主辦的《澳門在學青少年與藥物之跟進調查》。該調查以澳門高小學生、中學生以及全日制高等院校學生為抽樣調查對象，於 2018 年 9 月– 12 月采取匿名問卷調查方式展開，調查內容涉及調查對象的人口學特徵和家庭社會經濟特徵信息、物質濫用情況以及心理健康狀況等在學青少年成長發展的不同方面。

該調查結合澳門居住地區情況，分別針對不同的對象進行多階段分層整群抽樣，共涉及分佈在澳門半島、氹仔、路環的六十九所小學、六十所中學及十所全日制大學。抽樣第一階段按照分佈地區以及學校類型劃分出 21 個層，根據年級各隨機抽一個班，調查最終的樣本學校 50 所學校，包括高小、中學及大學。調查采取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）。根據教育註冊 2016/2017 的資料，澳門小學、中學和全日制大學入學人數比例大約是 13%、40%和 47%。按照等比率以及地區分配樣本。首先，根據堂區和學校類型，將整個抽樣框劃分為 21 層，在每一層中按照概率與規模成比例(Probability- Proportional-to-Size)方式將所有學校排序，選取最大概率的學校作為第一階段抽樣樣本。其次，在被選取的高小和中學裡每一個符合抽樣條件的年級中抽選兩個班級作為最終樣本，本次研究一共抽取了 308 個班級。被選取的大學則根據課程列表按照先前計算的班級數量採取系統抽樣（systematic sampling）方法選取班級。

為了減少被訪學生的填寫負擔，調查製作了兩類問卷，兩類問卷在保留了基礎模組的前提下，各自增加了不同的內容。在實際發放問卷時班級隨機發放兩類問卷時候，被抽樣班級隨機發放一類問卷。

本次調查針對不同調查對象，設計了五個版本的問卷，主要包括小/初中卷一，小/初中卷二，高中卷一，高中卷二和大學卷。首先，根據被訪學生的學籍類型將問卷分為三個不同版本的類型，包括高小/初中問卷，高中問卷和大學問卷。

其次，在保留基礎模塊的同時，將高小/初中問卷和高中問卷進一步分割為卷一和卷二。經由參與學校和學生家長同意，由調查人員攜帶不同版本的問卷進入參與學校，占用課堂時間填寫問卷，問卷填寫完畢後，由調查人員統一當場收回。此次調查共回收有效問卷 10,079 份，其中高小問卷 2,375 份，初中問卷 3,426 份，高中 3,041 份，大學問卷 1,237 份，其中大學問卷中包含了 622 份網絡問卷。對本研究而言，主要利用該調查的小/初中卷二、高中卷二、大學卷以及大學網絡問卷。在排除不適合問卷以及錯誤填圖的樣本，本次研究的樣本量為 5,628。

（三）變量測量

1. 因變量

本研究的因變量為心理疾病狀況。借鑒王極盛等（1997）開發的中學生心理健康自評量表(Mental Health Inventory of Middle-school students, MMHI-60)，本研究採用包括 18 個問題的量表對青少年的心理疾病狀況進行測量，並將其劃分為焦慮、抑鬱、暴躁等三大維度。其中，焦慮包括：我感到容易緊張；我感到坐立不安、心神不寧；我無緣無故感到害怕；我感到心理不踏實；我覺得有心事；我感到心裡煩躁。抑鬱包括：我感到苦悶；我容易哭泣；我感到前途沒有希望；我經常責備自己；我經常無精打采、提不起勁；我經常有自殺的念頭。暴躁包括：我經常發脾氣、無法控制；我經常在叫或者摔東西；我經常與人鬥嘴、爭論；我容易激動和煩惱；有想傷害人或打人的衝動；有想摔東西的衝動。量表中每個問題亦採用 5 級評分法（從無、輕度、中度、偏重、嚴重），心理疾病的得分通過對不同的測量項目取均值得到，測量得分越高表示心理疾病狀況越嚴重，量表的內部一致性 α 系數為 0.93。

2. 自變量

本研究的自變量為在學青少年的物質濫用情況，主要包括最近 30 天內，在學青少年的物質濫用情況。具體而言，最近 30 天內，在學青少年在吸煙、喝酒以及吸食毒品（氯胺酮、搖頭丸、冰毒、白粉、大麻、可卡因、丸仔以及新型混合毒品）等方面的經歷。本研究之所以選取在學青少年最近 30 天內的物質濫用情況，為了更好地觀測在學青少年的物質濫用與心理疾病的共病性關係，從而保證觀測期間的時間同步性。本研究還建立了物質濫用與性別、年齡的交互項，同時納入統計模型進行檢驗。

3. 控制變量

本研究的控制主量包括調查對象的性別、年齡、出生地、年級、居住類型以及父母工作狀況等人口學特徵和家庭社會經濟特徵信息。其中，性別為二分類變量，年齡為連續性變量，而出生地包括本地出生與非本地出生兩個類別，年級包括小學、初中、高中以及大學四個類別。居住類型包括與家人同住以及獨居兩種方式，將父母的職業類別合並為均無工作、一人在工作以及雙方均在工作三個類別。

（三）統計分析方法

本研究採用 Remark Office OMR（Optical Mark Recognition）軟件掃描問卷和建立數據庫，並由專人進行人工核對以及邏輯糾錯，以減少誤差和控制數據質量。運用 STATA14.0 統計軟件進行數據分析，採用多元線性回歸探討澳門在學

青少年的藥物濫用與心理健康之關係。

四、結果分析

（一）描述性統計分析

本研究首先對模型變量進行了描述性統計分析，如表 1 所示。根據表 1，被調查者的平均年齡為 14.79 歲，男性占 51%，女性占 49%。與家人同住的占 86%，獨居學生占 14%，獨居的學生比例較小。出生在澳門的學生占 73%，出生在澳門以外地區的占 27%，本地出生的學生占多數。小學年級的占 21.16%，初中年級的占 29.69%，高中年級的占 27.17%，大學年級的占 21.98%，年級分布相對均勻；父母均無工作的僅占 5.19%，父母雙方有一人在工作的占 23.33%，父母雙方均在工作的占到 71.48%，以雙職工家庭為主。就青少年的物質濫用經歷而言，過去 30 天有過飲酒行為的占 26%，過去 30 天有過吸煙經歷的占 3%，過去 30 天吸食過毒品的僅占 1%。澳門在學青少年的心理疾病狀況平均總得分為 2.19，而從心理疾病的不同維度來看，抑鬱狀態的得分為 2.3，要分別高於焦慮狀態（2.29）和暴躁狀態的得分（2.02）。總而言之，根據描述性統計分析的結果，澳門在學青少年的心理健康水平較理想，而抑鬱和焦慮構成了心理健康風險的主要來源。

表 1 模型變量的描述性統計

變量	頻數	均值/百分比	標準差	最小值	最大值
年齡	4,830	14.79	3.28	9	22
性別=女	5,602	0.49	0.50	0	1
居住類型=獨居	5,060	0.14	0.34	0	1
出生地=本地	5,628	0.73	0.45	0	1
年級			—	—	—
小學	1,191	21.16%	—	—	—
初中	1,671	29.69%	—	—	—
高中	1,529	27.17%	—	—	—
大學	1,237	21.98%	—	—	—
父母工作狀況			—	—	—
均無工作	292	5.19%	—	—	—
一人在工作	1,313	23.33%	—	—	—
雙方均在工作	4,023	71.48%	—	—	—
物質濫用情況			—	—	—
過去 30 天飲酒=是	5,356	0.26	0.44	0	1
過去 30 天吸煙=是	5,266	0.03	0.17	0	1
過去 30 天吸毒=是	5,319	0.01	0.11	0	1
心理疾病狀況					
總得分	5,405	2.19	0.79	1	5
抑鬱	5,402	2.30	0.84	1	5
焦慮	5,401	2.29	0.96	1	5
暴躁	5,404	2.02	0.85	1	5

表 2 給出過去 30 天內，在學青少年的物質濫用經歷與其心理疾病問題發生的 T 檢驗結果，從中可以發現，過去 30 天內是否飲酒、過去 30 天內是否吸煙、過去 30 天內是否吸毒與心理疾病（總得分、抑鬱得分、焦慮得分、暴躁得分）的關係是顯著的，即過去 30 天內，有飲酒、吸煙和吸毒經歷的在學青少年與未有過飲酒、吸煙和吸毒經歷的在學青少年在心理疾病總得分以及各維度得分上具有

顯著的差異。

表 2 過去 30 天物質濫用經歷與心理疾病的 T 檢驗結果

變量	總得分			抑鬱			焦慮			暴躁		
	是	否	差異	是	否	差異	是	否	差異	是	否	差異
過去 30 天飲酒	2.74	2.19	***	2.80	2.30	***	2.70	2.29	***	2.73	2.01	***
過去 30 天吸煙	2.44	2.19	***	2.52	2.30	***	2.49	2.30	***	2.33	2.02	***
過去 30 天吸毒	2.29	2.16	***	2.39	2.27	***	2.40	2.26	***	2.12	1.99	***

注: *** 代表 $p < 0.001$ 。

(二) 模型結果分析

為了分析澳門在學青少年藥物濫用行為與心理疾病的共病性關係，本研究分別以心理疾病總得分、抑鬱得分、焦慮得分以及暴躁得分為因變量，先後建立了主效應模型和交互效應模型，其中表 3 展示了主效應模型的結果，表 4 呈現了交互效應模型的結果。

由表 3，主效應模型的 F 值都是顯著的，說明模型建構的有效性。就控制變量而言，年齡對心理疾病總得分以及抑鬱的影響是顯著的，而對焦慮、暴躁的影響並不顯著。性別對心理疾病總得分以及心理疾病不同維度的影響均是顯著的。居住類型這一變量的影響並不顯著。出生地變量的影響是顯著的，本地出生的在學青少年心理疾病水平要高於非本地出生的。年級變量的影響也是顯著的，初中在學青少年的心理疾病得分最高，其次為小學和高中，而大學的得分最低，說明初中在學青少年的心理健康水平最不理想。父母雙方是否有工作對在學青少年的心理疾病也具有顯著的影響，來自於雙職工家庭的在學青少年的心理疾病水平更低。就主要關心的自變量而言，過去 30 天飲酒與否、過去 30 天吸毒與否對因變量（心理疾病總得分、抑鬱、焦慮與暴躁得分）的影響都是顯著的，而過去 30 天吸煙與否僅對暴躁情緒這一維度的影響是顯著的。具體的解釋是，在過去 30 天內，有過飲酒的在學青少年的心理疾病總得分要比沒有飲酒的在學青少年高 0.12，吸食過毒品的在學青少年的心理疾病總得分也要比沒有吸食過毒品的在學青少年高 0.6，而吸過煙的在學青少年的暴躁情緒得分要比沒有吸過煙的在學青少年高 0.19。這一結果表明，最近 30 天的飲酒、吸食毒品等物質濫用行為與心理疾病的衍生具有顯著的關係，兩者存在共病性關係。綜合而言，主效模型的結果表明，在學青少年的心理疾病水平因性別、出生地、年級以及父母工作狀況而異，性別、本地出生、年級、父母工作與否是澳門在學青少年心理疾病狀況的重要預測因素。最近 30 天的飲酒、吸食毒品等物質濫用行為對青少年心理疾病的衍生具有顯著的影響，物質濫用行為與青少年心理疾病問題存在共病性關係。這一發現在一定程度上驗證的本研究所提出的假設。

表 3 澳門在學青少年藥物濫用與心理疾病關係的主效應模型

變量	模型1 總得分	模型 2 抑鬱	模型 3 焦慮	模型 4 暴躁
年齡	0.04*** (0.01)	0.06*** (0.01)	0.04** (0.01)	0.02 (0.01)
性別=女	0.16*** (0.02)	0.22*** (0.03)	0.19*** (0.03)	0.10*** (0.03)
居住類型=獨居	-0.02 (0.04)	-0.02 (0.04)	-0.07 (0.04)	0.02 (0.04)
出生地=本地出生	0.08** (0.03)	0.09** (0.03)	0.06 (0.03)	0.09** (0.03)
年級=小學	0.38*** (0.10)	0.46*** (0.11)	0.19 (0.12)	0.45*** (0.11)
年級=高中	0.31*** (0.05)	0.39*** (0.05)	0.23*** (0.06)	0.29*** (0.05)
年級=初中	0.45*** (0.08)	0.52*** (0.08)	0.28** (0.09)	0.51*** (0.08)
父母工作=一人工作	-0.18* (0.08)	-0.17* (0.08)	-0.23* (0.10)	-0.15 (0.08)
父母工作=雙方均工作	-0.18* (0.08)	-0.17* (0.08)	-0.23* (0.09)	-0.15 (0.08)
過去 30 天飲酒=是	0.12*** (0.03)	0.10** (0.03)	0.09* (0.04)	0.16*** (0.03)
過去 30 天吸煙=是	0.12 (0.08)	0.06 (0.09)	0.10 (0.10)	0.19* (0.09)
過去 30 天吸毒=是	0.60*** (0.11)	0.53*** (0.12)	0.50*** (0.14)	0.73*** (0.12)
截距	1.34*** (0.23)	1.09*** (0.24)	1.62*** (0.28)	1.36*** (0.25)
R-squared	0.05	0.05	0.03	0.05
F值	15.66	18.40	11.57	15.42
自由度	12	12	12	12
樣本量	3,913	3,912	3,911	3,913

注:括號內為標準誤；*** 代表 $p<0.001$, ** 代表 $p<0.01$, * 代表 $p<0.05$ 。

根據表 4，關於物質濫用與心理疾病的關係，交互效應模型的結果與主效應模型的發現相一致，最近 30 天內的飲酒、吸食毒品等物質濫用行為與心理疾病的衍生具有顯著的關係，即飲酒、吸食毒品等物質濫用行為與青少年心理疾病問題具有共病性。而最近 30 天內的吸煙的影響並不顯著，需要進行更深入的檢驗。關於交互效應，模型 5- 8 加入了性別與物質濫用的交互項，其中性別與最近 30 天飲酒、吸煙、吸毒的交互效應並不顯著；模型 9- 12 納入了年齡與物質濫用的交互項，其中年齡與最近 30 天吸煙、最近 30 天吸毒的交互效應亦不顯著，而年齡與最近 30 天飲酒的交互效應是顯著的。年齡與最近 30 天飲酒的交互效應結果表明，年齡每增加一歲，最近 30 天內有過飲酒經歷的在學青少年與沒有過飲酒經歷的，其心理疾病水平的差距減少了 0.05 個單位，在學青少年的年齡對其最近 30 天飲酒經歷與心理疾病水平的關係具有調節效應。換言之，年齡調節了在學青少年的飲酒行為與心理疾病之間的共病性關係。

表 4 澳門在學青少年藥物濫用與心理疾病關係的交互效應模型

變量	模型5 總得分	模型 6 抑鬱	模型 7 焦慮	模型 8 暴躁	模型 9 總得分	模型 10 抑鬱	模型 11 焦慮	模型 12 暴躁
30 天飲酒	0.13** (0.04)	0.10* (0.04)	0.11* (0.05)	0.16*** (0.05)	0.83*** (0.17)	0.69*** (0.18)	0.67** (0.21)	1.06*** (0.18)
30 天吸煙	0.21 (0.13)	0.19 (0.13)	0.21 (0.16)	0.23 (0.14)	-0.59 (0.51)	-1.02 (0.54)	-1.02 (0.63)	0.14 (0.55)
30 天吸毒	0.62*** (0.16)	0.47** (0.18)	0.46* (0.20)	0.87*** (0.18)	0.80 (0.53)	0.85 (0.57)	0.84 (0.66)	0.73 (0.58)
飲酒*男性	-0.01 (0.06)	-0.01 (0.06)	-0.04 (0.07)	0.01 (0.06)				
吸煙*男性	-0.16 (0.17)	-0.23 (0.18)	-0.20 (0.21)	-0.07 (0.18)				
吸毒*男性	-0.03 (0.22)	0.12 (0.24)	0.09 (0.28)	-0.24 (0.24)				
飲酒*年齡					-0.05*** (0.01)	-0.04*** (0.01)	-0.04** (0.01)	-0.06*** (0.01)
吸煙*年齡					0.04 (0.03)	0.07* (0.03)	0.07 (0.04)	0.01 (0.03)
吸毒*年齡					-0.01 (0.04)	-0.02 (0.04)	-0.02 (0.05)	-0.00 (0.04)
控制變量	是	是	是	是	是	是	是	是
R-squared	0.05	0.05	0.03	0.05	0.05	0.06	0.04	0.05
F值	12.61	14.84	9.351	12.43	13.88	15.68	9.948	14.17
自由度	15	15	15	15	15	15	15	15
樣本量	3,913	3,912	3,911	3,913	3,913	3,912	3,911	3,913

注:括號內為標準誤；*** 代表 $p<0.001$, ** 代表 $p<0.01$, * 代表 $p<0.05$ 。

圖 1 刻畫了澳門在學青少年的年齡與最近 30 天內飲酒行為的交互效應。從圖 1a- 圖 1d，無論是心理疾病的總體水平還是抑鬱、焦慮、暴躁等不同的測量維度，均呈現隨著年齡的增長，最近 30 天內有過飲酒經歷的在學青少年與沒有過飲酒經歷的，其心理疾病水平的差距在縮小，從而表明年齡調節了在學青少年最近 30 天內的飲酒行為與心理疾病之間的關係，年齡在兩者的關係中具有顯著的調節作用。

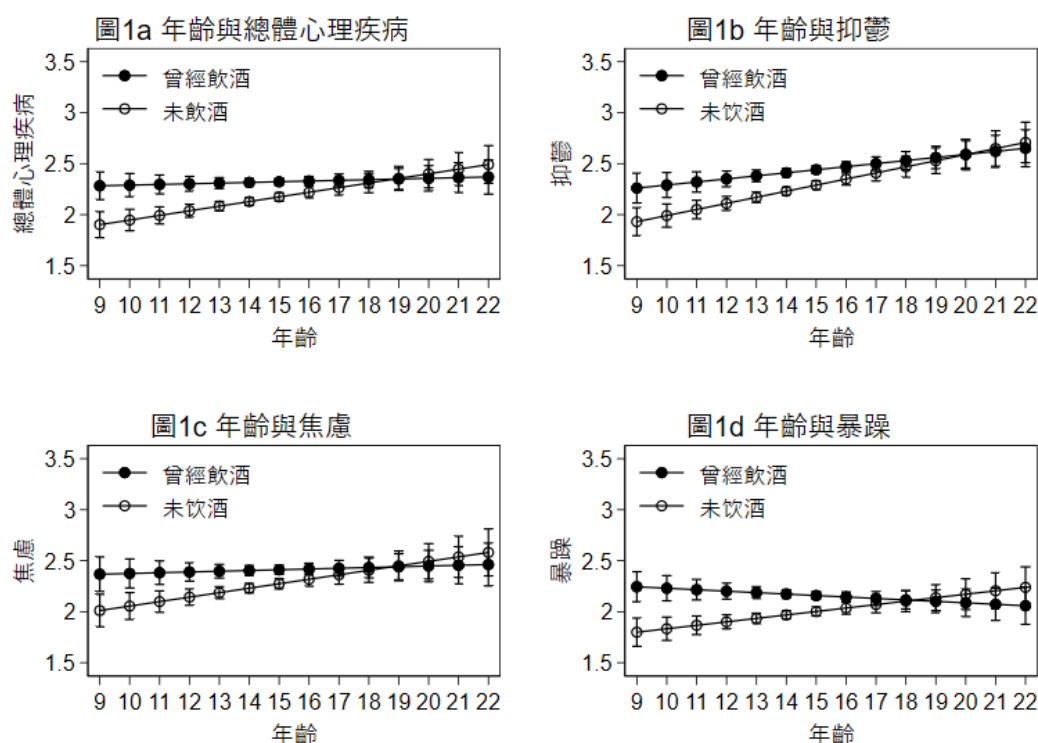


圖1 年齡對在學青少年飲酒行為與心理疾病關係的調節效應

綜合上述統計分析結果，我們可以發現，澳門在學青少年的心理健康水平較理想，而抑鬱和焦慮構成了心理健康風險的主要來源。從在學青少年的人口學特徵和家庭因素來看，在學青少年的心理疾病水平因年齡、性別、出生地、年級以及父母工作狀況而異，體現了生理因素和家庭稟賦因素對在學青少年心理疾病水平的影響。從在學青少年的物質濫用經歷來看，最近 30 天內的飲酒、吸食毒品等物質濫用行為對心理疾病的衍生具有顯著的影響，飲酒、吸食毒品等物質濫用行為與青少年心理疾病問題具有共病性。從交互作用來看，年齡對在學青少年的飲酒行為與心理疾病之間的共病性關係具有調節效應，即隨著年齡的增長，最近 30 天內存在飲酒行為的在學青少年的心理疾病程度要低於沒有飲酒的在學青少年。因此，就青少年心理疾病的預防而言，必須重視生理層面、家庭維度以及不良社會偏差行為等因子的影響，進而從多個維度減少和預防青少年心理疾病的發生。

五、結論與討論

本研究利用《澳門在學青少年與藥物之跟進調查》數據，先後建立了主效應模型和交互效應模型，以分析澳門在學青少年藥物濫用行為與心理疾病問題的共病性關係。主效應統計模型的結果發現，性別、出生地、年級以及父母工作情況等是澳門在學青少年心理疾病狀況的重要預測因素。最近 30 天的飲酒、吸食毒品等物質濫用行為亦對青少年心理疾病的衍生具有顯著的影響，與青少年心理疾病問題存在著共病性關係。主效應統計模型的顯示，年齡與最近 30 天飲酒的交互效應是顯著的，年齡每增加一歲，最近 30 天內有過飲酒經歷的在學青少年與沒有過飲酒經歷的，其心理疾病水平的差距減少了 0.05 個單位，即在學青少年的年齡對其最近 30 天飲酒經歷與心理疾病水平的共病性關係具有調節效應。因而，有必要從物質濫用與心理疾病共病性關係的角度，來預防青少年心理疾病的發生。

本研究在以往文獻的基礎上，討論了澳門在學青少年物質濫用與抑鬱症、暴躁症以及焦慮症三個維度的心理疾病狀況之共病性以及心理健康問題與物質濫用經歷的關係。不僅做到了在同一研究中豐富了疾病類型，而且彌補了澳門地區在該研究方面的空白。同時，研究結果能夠為減少、預防和治療青少年心理疾病與藥物濫用提供方向。但是本研究仍然具有局限性需要在今後的研究中進一步改進。

首先在測量維度方面，有關心理疾病狀況的問題回答者需要回答“當前”是否存在與抑鬱症、暴躁症以及焦慮症相關的症狀，而藥物濫用情況的測量時間則是“一個月內”是否吸食過毒品，因此在測量時間上存在不一致性。其次，該項研究並非縱向研究，不能夠描述青少年心理疾病狀況以及藥物濫用狀況的發展及變化情況。

參考文獻

- 王極盛, 李焰, & 赫尔实. (1997). 中国中学生心理健康量表的编制及其标准化. *社会心理科学*(4), 15-20.
- Brière, F. N., Rohde, P., Seeley, J. R., Klein, D., & Lewinsohn, P. M. (2014). Comorbidity between major depression and alcohol use disorder from adolescence to adulthood. *Comprehensive psychiatry*, 55(3), 526-533.
- Coccaro, E. F., Fanning, J. R., & Lee, R. (2017). Intermittent explosive disorder and substance use disorder: analysis of the national comorbidity study-replication sample. *The Journal of clinical psychiatry*, 78(6), 697.
- Dolan K., Salimi S., Nassirimanesh B., Mohsenifar S., Allsop D., Mokri. (2011). Characteristics of Iranian women seeking drug treatment. *J Women's Health* (2002) 20: 1687-91.
- Fazel, S., Seewald, K. (2012). **Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis.** *Br J Psychiatry*, 200, 364-373
- Goodwin, R. D., Zvolensky, M. J., Keyes, K. M., Hasin, D. S. (2012). Mental disorders and cigarette use among adults in the United States. *Am J Addict*. 21(5):416-23.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. *Arch Gen Psychiatry*. 61:807-16.
- Khaled, S. M., Bulloch, A. G., Williams, J. V., Lavorato, D. H., Patten, S. B. (2011). Major depression is a risk factor for shorter time to first cigarette irrespective of the number of cigarettes smoked per day: Evidence from a national population health survey. *Nicotine Tob Res*. 13(11):1059-67.
- Magidson, J. F., Liu, S. M., Lejuez, C. W., Blanco, C. (2012). Comparison of the course of substance use disorders among individuals with and without generalized anxiety disorder in a nationally representative sample. *J Psychiatr Res*. 46:659
- Niciu, M. J., Henter, I. D., Sanacora, G., & Zarate Jr, C. A. (2014). Glial abnormalities in substance use disorders and depression: does shared glutamatergic dysfunction contribute to comorbidity?. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 15(1), 2-16.
- Lê Cook, B., Wayne, G. F., Kafali, E. N., Liu, Z., Shu, C., & Flores, M. (2014). Trends in smoking among adults with mental illness and association between mental health treatment and smoking cessation. *Jama*, 311(2), 172-182.
- Pietrzak, R. H., Goldstein, R. B., Southwick, S. M., Grant, B. F. (2011). Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: results from Wave 2 of the *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. *J Anxiety Disord*. 25:456-65.
- Rahimi-Movaghar A., Vameghi M. Drug addiction. In: Madani S., editor. *Social situation report in Iran*. Tehran: Rahman Institute [in Persian]; 2011, pp. 265-78.
- Roberts, R. E., Roberts, C. R., & Xing, Y. (2007). Comorbidity of substance use disorders and other psychiatric disorders among adolescents: Evidence from an epidemiologic survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 88, S4-S13.
- Toftdahl, N. G., Nordentoft, M., & Hjorthøj, C. (2016). Prevalence of substance use disorders in psychiatric patients: a nationwide Danish population-based study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 51(1), 129-140.
- Weinberger AH, Desai RA, McKee SA. (2010). Nicotine withdrawal in U.S. smokers with current mood, anxiety, alcohol use, and substance use disorders. *Drug Alcohol Depend*. 108(1-2):7-12.

以反毒情境桌遊加強青少年的 拒絕毒品態度之初探研究

陳盈秀、陳昭秀（交通大學）

【摘要】

過往的青少年藥物濫用防制宣導著重於毒品辨識與拒絕毒品方法教學。缺乏互動性，以及染毒情境的體驗學習。根據情境學習理論設計的反毒情境桌遊，讓青少年在遊戲中模擬人生，並真實感受染毒機率的過程。本論文運用半結構橫向質性研究法，訪談六位資深桌長、以及五位初次接受培訓的桌長。目的為分析情境式反毒桌遊與其它反毒宣導活動的差異，以及此套桌遊對青少年拒絕藥物濫用的宣導效益。結論為反毒情境桌遊相較於其它反毒活動，是當前最適合青少年推廣遠離毒品陷阱的教材。教育桌遊的學習增加青少年的參與動機以及促進人與人的互動溝通。在遊戲中的人生可以重來，但現實的人生選擇錯誤就不能重來。因此青少年在染毒情境的體驗後，能更清楚知道如何避免與拒絕毒品，同時也讓青少年對反毒活動改觀並更加重視樂於參加。

【關鍵詞】反毒桌遊、情境模擬、青少年、藥物濫用預防

一、介紹

依據「107 年全國物質使用調查」結果顯示 12 至 64 歲的民眾中，使用非法藥物的盛行率已高達每 100 人即有 1 人曾接觸過非法藥物。自西元 2008 至 2018 近十年的藥物濫用案件暨檢驗報告書統計結果，青少年使用非法藥物犯案的情形逐年增加，直至去年才稍稍降低，但青少年的犯案人數仍較十年前增加兩千多人次。此外，新興毒品的外包裝多變化，常包裝成一般的糖果、餅乾或咖啡包，而讓國小、國高中學生誤食而不小心染毒，在台灣已經有多起案例發生，以及透過網路通訊軟體傳播速度快又方便，難以監查，因此反毒教育宣導的工作日益重要。面臨毒品氾濫的情形，政府在各級學校皆推行反毒教育的宣導，宣導方式多元化，仍無法獲得青少年的關注，認為毒品與自己生活是遙不可及的，因此學習動機低落。但其實毒品已漸漸入侵校園，發生在同學間糖果、咖啡包的分享中，因此讓青少年瞭解染上毒品的過程與情境十分重要。面臨現階段的反毒宣導困境，桌遊是一項十分適合的教育推廣工具，輕鬆有趣，又能讓青少年直接體驗到染毒與拒毒的情境，學習更加快速。本研究以質性訪談諸位引導反毒情境桌遊的領導者，稱為桌長，以及初次體驗情境桌遊的青少年們，協助瞭解此套桌遊的反毒教育推動成效。

二、背景

於「107 年全國物質使用調查」中，12 至 64 歲民眾中約有 22 萬 4 千人曾使用過非法藥物，使用可指明種類的非法藥物盛行率占 1.15%，若新增使用新型混合式毒品，如毒咖啡包、毒彩虹菸等，則盛行率增為 1.46%，可見混合式的新興毒品是未來急需關注的問題。

我國針對學生藥物濫用的預防訂定三級預防策略，教育部積極推動反毒活動，透過第一級教育宣導、第二級關懷清查及第三級春暉輔導的反毒預防與輔導。本研

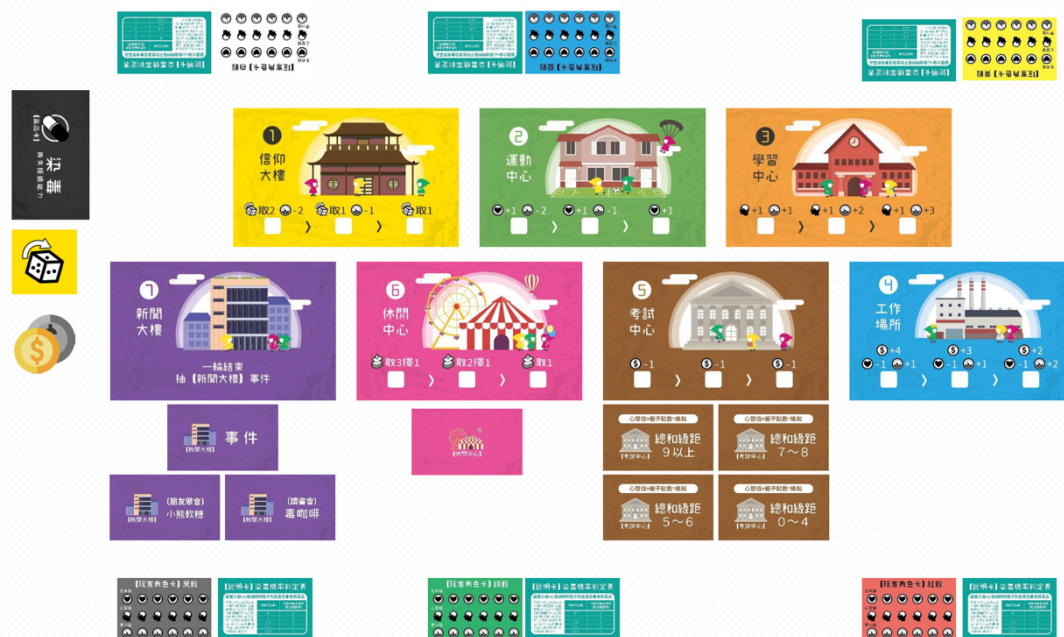
究的情境桌遊是屬於第一級教育宣導的預防範疇，此一級又可分為反毒教育與反毒宣導活動，反毒教育是具有理論依據的課程設計，其設計與實施的教學內容是完整且結構化的（郭鐘隆、朱元珊，2016）；反毒宣導則是以拒絕毒品或認識新興毒品等主題，經由演講、戲劇、舞蹈等多元的方式推廣，並期望學生參與活動後能達到宣傳理解的效果（郭鐘隆、朱元珊，2016）。本研究之反毒情境桌遊是屬於反毒教育活動，並依據情境學習理論設計接近人生遭遇的實境與事件來親身體驗學習，情境學習理論(Situated Learning)(Lave & Wenger, 1991)是讓學習者置身在真實或模擬情境中，透過在情境中的互動過程，達到快速學習與建構知識的成果。在藥物濫用預防方法中，降低危險(Risk)因子和增進保護(Protective)因子都能有效預防青少年吸毒(Hawkins, Catalano & Miller, 1992)，危險因子中環境是相當重要的一部分，網咖、夜店、電子遊藝場等較複雜混亂的場所是容易染毒的地方，亦是毒品陷阱隱藏之處，因此桌遊將這些場所及遭遇的情境事件都設計至遊戲中，並依據新興毒品的糖果偽包裝混入校園的真實事件融入遊戲的情境中。增進保護因子亦是相當重要，多去運動中心能幫助身體健康(Dawkins, Williams & Guilbault, 2006)、信仰中心能讓人有向善的中心思想、在與其它玩家互動中提升自己的人際關係處理與判斷能力，都能幫助體驗者學習保護自己不易接觸到毒品。

桌遊在德國是增進家人或朋友間感情的重要工具，國外學者設計教育型桌上遊戲，一小時的遊戲即可影響青少年對於菸草行業的態度(Gilliam et al., 2019)。本套反毒桌遊同時兼具有趣好玩及反毒教育的意義，因此十分適合在國高中的青少年階段，給予學生正確的遠離毒品陷阱觀念與體會，同時也增加了對反毒教育的信心及參與動機，開始重視毒品問題，或是關心身邊的朋友、家人。本研究是以遠離毒品陷阱這款反毒情境桌遊的推廣成果進行分析探討，於 2018 年 6 月份起，已在桃園各地區舉行此反毒情境桌遊的體驗活動，在許多社區與各國小、國高中班級舉辦。

三、研究方法

（一）反毒情境桌遊簡介

此套桌遊名稱為「遠離毒品陷阱」反毒情境桌遊，共包含七張場所卡、六張角色卡、角色骰子、重擲卡、金錢，桌面的擺放位置如圖一。每個角色的屬性值有生命值、心智值、壓力值等三種，初始的預設值為生命值 3、心智值 2、壓力值 1，是模擬準備進入職場社會新鮮人的經驗值。



圖一、反毒情境桌遊擺設圖

場所的設計包含運動中心、信仰中心是屬於保護因子的環境，休閒娛樂中心是高危因子環境，此外學習中心、工作場所及考試中心都容易增加壓力，是屬於具有隱藏性染毒危險的場所。新聞大樓事件卡的設計依據近年發生的藥物濫用相關新聞，以及新興毒品的傳播途徑與情境模擬，都與真實社會相符合。

遊戲中設計的染毒判定橋段，是當壓力值 $>$ 心智值時，即如同現實社會中，因承受過大壓力，常做出錯誤決定，此時是最容易受人慫恿而吸食毒品的時候。

(二) 半結構式質性訪談受訪者

以半結構式質性訪談 11 位受訪者，6 位女性，5 位男性，其中 6 位是經驗豐富的反毒情境桌遊桌長(表 1)，年齡為 31-50 歲，另外 5 位是初次體驗桌遊的青少年(表 2)，年齡為 11-28 歲，訪談時間約為 30 分鐘。

(三) 訪談大綱

體驗者的訪談問題大綱為瞭解體驗後感受，並比較情境桌遊與過往反毒宣導活動差異，參與後對遠離毒品陷阱的認知與態度是否提升，最後確認再次參與及推廣反毒情境桌遊活動的意願。

桌長的訪談問題大綱為依過往是否曾擔任過其它反毒工作，來比較與反毒情境桌遊教育的差異，在過往帶領經驗中曾遇到的困難、觀察參與者的改變情形，個人主觀認為此套桌遊最適合推廣的年齡，以及對桌遊進行的建議，對於現在反毒宣導資源的觀點與建議。

四、研究目的與討論

對於桌遊體驗者與桌長的訪談內容，將針對下面四項研究目的，進行訪談結果的分析與歸納：

(一) 反毒情境桌遊與一般的反毒教育差異

1. 反毒情境桌遊兼具娛樂性與教育性

由於過去的反毒教育宣導多是深硬知識的傳授，缺乏互動性、真實感及參與感，因此學生的參與動機低，以桌遊型式提高了參與意願，此套情境反毒桌遊也與其它的反毒桌遊差異很大，因結合生活的場景選擇，模擬人生的樂趣亦更能引導與教育青少年思考判斷避開毒品陷阱，加強預防保護的概念。

2. 情境式學習拒絕毒品更簡單易懂

在遊戲的各個場所及事件中，體驗者親身經歷了可能染毒的情境，甚至是染毒後的結果，花錢、傷身、喪失拒絕毒品能力等，讓體驗者能在情境中快速學習，並對於毒品的危害更印象深刻。

3. 增進人與人互動的親近感

在體驗桌遊的過程，有許多人與人互動的交流，包含桌長與體驗者間，體驗者彼此之間的事件模擬互動，在結束時的人生回顧分享，更是拉近教育者與學習者距離，讓反毒宣導成為雙向的溝通。當親子一起體驗反毒情境桌遊時，更能共同學習與互相瞭解彼此個性、生活習慣，除了達到增進感情外，父母也一起參與了孩子的反毒教育過程，富有極深的意義。

（二）體驗者（青少年 / 家長）的反毒教育學習成效

1. 快速建立對新興毒品與傳播、染毒方式的觀念

體驗者在玩過反毒情境桌遊後，皆能深刻瞭解現今毒品的傳播方式，已潛藏在生活一般的零食共享過程，以及新興毒品難辨真偽包裝，而對毒品更加警覺提防。亦在場所情境與事件中，瞭解壓力過大是促成染上毒品的一大起因，並記得染毒過程遭遇的身心嚴重損害。

2. 提高體驗者的參與動機

反毒情境桌遊的特色是能讓體驗者越玩越起勁，並透過桌長的引導，適時地帶動小組氣氛，增加每位體驗者的參與感，當有人中毒時，氣氛會更歡樂，亦增加參與桌遊的動力。

3. 願意分享活動或一起推廣反毒情境桌遊

體驗過桌遊者皆非常樂意推薦朋友、家人一起來參與體驗，有些甚至願意運用自己的空閒時間，一起來擔任桌長幫助更多人瞭解遠離毒品陷阱的重要性。目前最年輕的桌長為一位四年級的男生，是看到父親擔任桌長的專業與對社會貢獻性，因此自己也受訓成為桌長，一起參與反毒教育推廣行列。

（三）最適合推廣反毒情境桌遊的年齡層

由於不同年齡層的理解力、社會歷練不同，許多桌長皆認為在國中生與高中生時期是最適合的年紀，此年紀正值青春期的思考較叛逆與充滿好奇心，以及同儕間的影響力大，容易受騙上當，透過桌遊的方式是青少年較能接受的教育宣導方法，又不失歡樂性；亦有桌長認為國小對毒品的認知雖不熟悉，但越早建立正確的反毒觀念越好，且高年級學生的理解力高、反應快，同時也能訓練他們的思維邏輯，其可塑性高，因此在國小高年級學生推廣也是蠻適合的年紀。

（四）對現階段桌遊活動進行遭遇的問題與改善建議

1. 同桌的年齡層差距應相仿

不同年齡的帶領主軸不同，年齡太小只能帶基本拒絕毒品、拒收來歷不明糖果等觀念，若年齡太大則會遇到因社會歷練豐富，而選擇時間過長或保守不願意冒險，因此當同一桌的年齡相距過大時較難領導，無法確立領導觀念的深入度，因此建議同一桌的體驗者年齡層皆要相仿。若親子共玩時，則以孩子的觀念釐清為優先領導方向。

2. 規劃時間充足，人生回顧是必經過程

一場桌遊至少要進行一小時才較充裕，包含規則講解，以及至少玩三至四輪的遊戲，才能完全理解遊戲規則深入桌遊情境中。建議一定要進行人生回顧分享，才能進行反思與回饋，同時也能經由別人的經驗分享而學習到不同的人生規劃，從染毒者的經驗做為借鏡，成功者的經驗做為榜樣效法。

3. 情境桌遊的反毒知識元素較少，需要由桌長補充

由於情境桌遊的重點著重在瞭解染毒過程與避免染毒方法，對於毒品辨識及其副作用的知識較少，此部分需要由桌長在遊戲進行中做補充說明，加深他們的印象。亦可在體驗桌遊前或後，安排毒品知識講習課程，桌遊能引發青少年的學習動機，因此有助於其吸收效率與專注度提升。

4. 未來新增新世代毒品及傳播管道、新聞事件，或增加規則助於桌遊的更新

新世代毒品的層出不窮，反毒教育宣導亦要時時更進時代，因此可再新增毒品卡或新聞事件卡、監獄場所、特殊角色等，來擴充情境桌遊的更新。

5. 期望政府能給予民間反毒團體更多資源協助

對於反毒情境桌遊的資源協助，急需桌長志工的召募、經費補助等；在政策面，則期望能將反毒情境桌遊納入國小、國高中的反毒教材中，讓各級學校的學生都能學習到反毒情境觀念。

五、總結

國中與高中是青春期的重要階段，因此如何建立正確的思維邏輯與自我價值觀非常重要，反毒情境桌遊能幫助他們避免因好奇或朋友的慫恿而誤染上毒品。在桌遊中，反毒教育不再是單向的宣導與吸收，而是能有互動性的雙向溝通，增進人與人之間的感情連結。情境式的學習也有助於青少年對染毒過程、易染毒場所、毒品散播方式的快速理解，並提升參與反毒活動的動機和拒絕毒品的正向態度。

反毒情境桌遊的洽當安排是在一小時內，講解規則、模擬人生三輪，最後各桌組進行人生回顧分享，反思自己的人生規劃是否洽當，達到平衡。面臨毒販推陳出新的毒品種類，桌長需持續瞭解最新毒品資訊，在桌遊體驗中不時補充說明新世代毒品的介紹與防範方法。未來亦可開發反毒情境桌遊的擴充包，新增新聞事件、監獄管理、特殊角色功能的擴充等配件，或改編桌遊的新玩法，讓桌遊更能適應各年齡層的理解，縮短時間的限制。

反毒情境桌遊於 2018 年開始在全國各縣市推廣，已舉辦三、四十場的反毒情境桌遊體驗活動，累積 3,786 的參與人次，去年 2018 年的藥物濫用案件情形，青少年部分較前年減少近 2,000 人次，毒品犯案率亦減少 4%，未來將持續推動進入各個校園及社區舉辦反毒情境桌遊的體驗活動，幫助更多青少年遠離毒品陷阱。

文獻參考

- 郭鐘隆、朱元珊（2016）。反毒教育或反毒宣導？論兩者之異同及其有效策略與方法。 *刑事政策與犯罪研究論文集*，139-162。
- 衛生福利部（2018）。107 年度「藥物濫用案件暨檢驗統計資料」年報。
- Dawkins, M. P., Williams, M. M., & Guilbault, M. (2006). Participation in school sports: Risk or protective factor for drug use among black and white students?. *The Journal of Negro Education*, 25-33.
- Gilliam, M., Hill, B. J., Jaworski, E., Sparrow, A., Jones, I. B., & Jagoda, P. (2019). Increasing Anti-tobacco Industry Attitudes Among Youth: A Pilot Study of a Multiplayer Educational Board Game. *Games for health journal*, 8(1), 49-54.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological bulletin*, 112(1), 64.
- Lave, J., & Wenger, E. (1991). Legitimate Peripheral Participation. *Situated learning: Legitimate peripheral participation* (pp. 29-43). Cambridge university press.

捨我其誰！如何帶動更多人進入防治研究領域？

袁巧仙、曾夢兒（社區藥物教育輔導會）

【摘要】

防治服務業界普遍認同以「實證為本」的模式推行政策及新服務，但有關濫藥防治研究的培訓卻非常有限。為回應業界所需，本會於 2017 年開展了一項名為「研內助－研究經驗分享平台」的計劃，提供跨專業實證為本專業培訓。計劃深受歡迎，成效理想。參加者涵蓋多個相關專業工作者及準工作者，他們參與踴躍，更提出新的研究題目，反映此專業培訓計劃得以培養研究實力及推動研究發展。

計劃期間，本會進行了一項調查，旨在進一步探討參加者在進行與防治濫藥工作相關的研究時，所面對的挑戰和困難，並檢視以「實證為本」方法推動防治濫藥工作的應對和方法，從中尋找實務智慧，以供分享。調查以質性方式進行，透過網上活動報名表中加入開放式問題，了解參加者在進行研究時所遇到的挑戰，當中包括：(一) 研究設計、(二) 研究執行、(三) 研究彙整、(四) 經驗有限、(五) 資源不足及 (六) 缺乏學術合作伙伴。

為進一步提升業界同工及相關防治工作學系大專學生的研究能力、興趣和信心，以及促進跨界別協作，本會在政策制訂、資源分配和大專培訓三方面綜合資料，提出建議，以供業界參考。

【關鍵詞】社區藥物教育輔導會、實證為本、防治濫藥

一、引言

戒毒預防治療及康復服務普遍認同以「實證為本」的模式制訂政策和推行新服務，在制訂和推行服務時，加入研究和多項評估指標、評估服務需要、以衡量服務對於服務使用者及社會影響成效等。事實上，隨著愈趨複雜的濫藥行為出現，前線預防教育及戒毒治療康復工作者除了具備提供直接服務的知識和技巧外，如能同時裝備以實證為本的取向，進行經驗整理、研究和評估，將有助提升評估需要和服務的效益，確保服務與政策與時並進 (Glasner-Edwards, S., & Rawson, R., 2010)。

在濫藥預防及治療工作上，業界普遍認同實證為本的工作方向，亦付出不少努力，而有關的政策制定亦非常重視這個取向，例如：根據保安局禁毒處 (2015) 所制訂的第七個香港戒毒治療和康復服務三年計劃(下稱「第七個三年計劃」)策略文件中指出，禁毒處透過收集業界及各公共機構呈報毒品相關資料，監察香港的吸毒情況和趨勢，這些資料有助推動具堅實基礎的研究工作，讓當局以實證為本的方式，制定禁毒政策和措施。

在能力建設方面，有關濫藥防治研究的培訓不多。除了在大專本科期間，提供之基本研究知識訓練，少見以防治濫藥研究為主的培訓。有見及此，本會積極推動建立防治研究的能力。

二、計劃簡介

鳴謝禁毒基金，本會於 2017 年開展了一項名為「研內助 – 研究經驗分享平台」的計劃，此項目於 2019 年 2 月完滿結束，故藉此報告與大家分享計劃成果和當中的經驗，以供業界參考。

此計劃提供實證為本的專業培訓，藉此達到三個目的：(1) 掌握解讀及分析毒品相關數據的知識；(2) 學習如何透過研究了解毒品相關現象；(3) 認識以研究方式推動跨界別合作的方法。

(一) 計劃項目：

1. 專題研討會；
2. 朋輩工作員分享；
3. 實地視察研究場地。

(二) 計劃目的：

1. 構建一個跨界別研究經驗分享平台；
2. 推動社福界、教育界及醫護界別各相關持份者，分享跨專業合作研究的成功經驗，推動跨專業實證為本研究工作；
3. 以服務使用者角度回應以實證為本的研究方法如何切合吸毒人士的需要；
4. 探討處理研究過程中面對問題的智慧和解決技巧；
5. 加強支援現有社區內戒毒康復工作實務智慧及能力。

(三) 計劃費用全免，對象包括：

1. 相關專業的大專院校學生；
2. 現職社工、學校教師及前線醫護人員；
3. 從事抗毒工作及與抗毒相關的社區人士。

(四) 計劃內容：

1. 專題研討會

表一：專題研討會題目及講者

題目	講者
1. 以濫藥研究為例探討實務研究方法 及	香港社會服務聯會政策研究及倡議總主任(社會發展)黃子瑋先生
2. 介紹藥物濫用資料中央檔案室及毒品統計數字	保安局高級統計師李若谷博士 及 保安局統計師孔憲恩先生
3. 人類學田野方法應用：香港少數族裔濫藥行為研究	香港中文大學人類學系譚少薇教授 及 香港中文大學人類學系鄧偉文博士
4. 社會學視野：如何以社會變遷與社會資本理解青少年吸毒行為	香港中文大學社會學系鄭慧婷教授
5. 實務研究及評估：有吸毒行為的母親之全人親職輔導及支援服務	香港中文大學社會工作學系陶兆銘教授
6. 本港吸毒及隱蔽吸毒問題	香港城市大學社會及行為科學系盧鐵榮教授
7. 福音戒毒如何協助吸毒人士戒毒	School of Social Sciences and Psychology of Western Sydney University 郭綺雯博士
8. 本港毒品交易及販運情況	香港城市大學社會及行為科學系蘇子強博士

2. 朋輩工作員分享

表二：朋輩工作員分享 - 機構名稱

	機構名稱
1.	巴拿巴愛心服務團
2.	香港晨曦會
3.	明愛容園中心
4.	基督教香港信義會天朗中心

3. 實地視察研究場地

表三：實地視察研究場地 - 機構名稱

	機構名稱
1.	基督教互愛中心
2.	香港戒毒會石鼓洲康復院
3.	基督教香港信義會天朗中心

三、計劃成果

(一) 成果評估

研內助 - 「研究經驗分享平台」於 2017 年 8 月至 2019 年 2 月舉行，共 18 個月，整個計劃完成 6 節專題研討會，共 294 人出席；舉辦 4 節朋輩工作員分享會，共 122 人出席；另外，舉辦 3 次實地視察研究場地活動，共 61 人出席。每一場活動的報名和出席人數較預期人數為多（請參閱表四）。

表四：成果評估

	實際結果
指標一	已舉辦 6 節專題研討會，共招收 381 名參加者，當中共 294 人出席。
指標二	已舉辦 4 節朋輩工作員分享會，共招收 152 名參加者，當中共 122 人出席。
指標三	已舉辦 3 次實地視察研究場地，共招收 75 名參加者，當中共 61 人出席。

總報名人數為 608 人，共 477 人出席；而所有參加者中，大專院校學生為 220 名，社工為 174 名，其他對毒品相關研究有興趣的人士為 83 名。涵蓋的專業背景包括：醫護、社工、研究和教育等。

(二) 成效評估

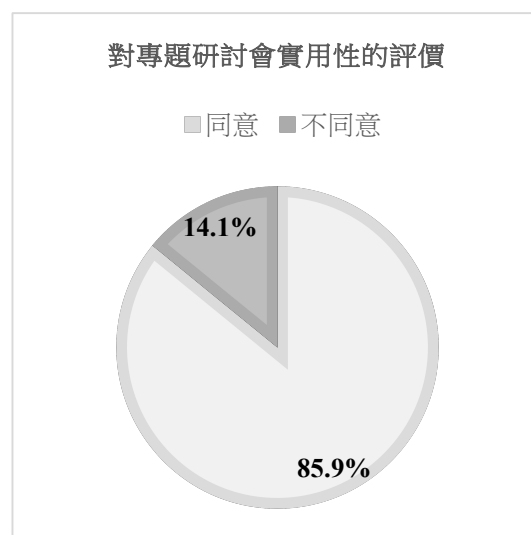
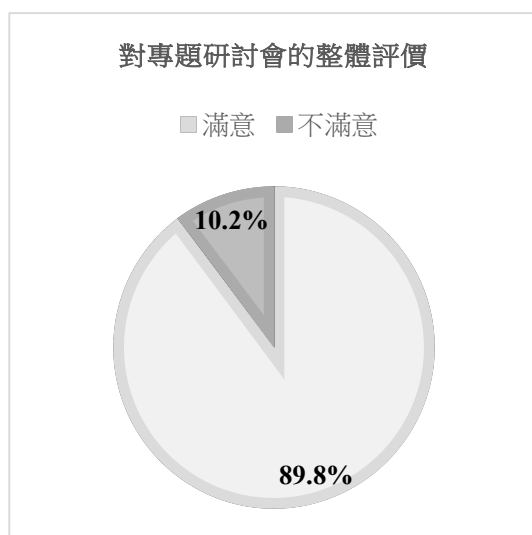
此外，此計劃共有四項成效評估指標（請參閱表五）：(一) 89.8%參加者滿意專題研討會，顯示大部分參加者對專題研討會評價甚高（請參閱圖一）；(二) 85.9%參加者認同專題研討會有實用性，顯示大部分參加者認為專題研討會的內容有助其辨識及推行研究（請參閱圖二）；(三) 87.7%參加者認同專題研討會內容豐富，顯示大部分參加者滿意專題研討會的內容（請參閱圖三）；(四) 95.4%參加者滿意朋輩工作員分享會，顯示絕大部分參加者認為朋輩工作員分享會感到滿意，亦有助了解研究對象（請參閱圖四）。

表五：成效評估

	實際結果
指標一	283 份有效問卷；89.8%參加者滿意專題研討會
指標二	284 份有效問卷；85.9%參加者認同專題研討會有實用性
指標三	284 份有效問卷；87.7%參加者認同專題研討會內容豐富
指標四	109 份有效問卷；95.4%參加者滿意朋輩工作員分享會

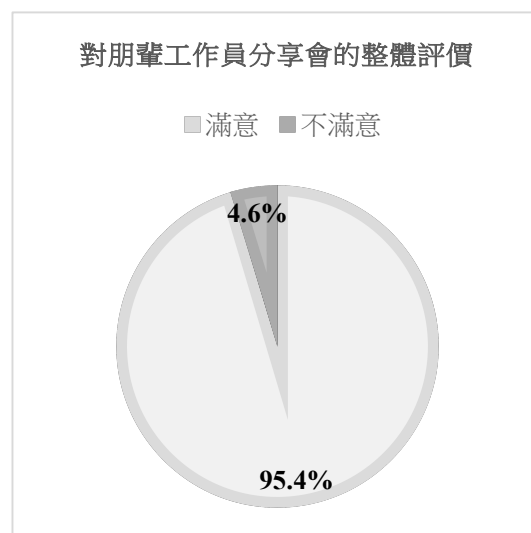
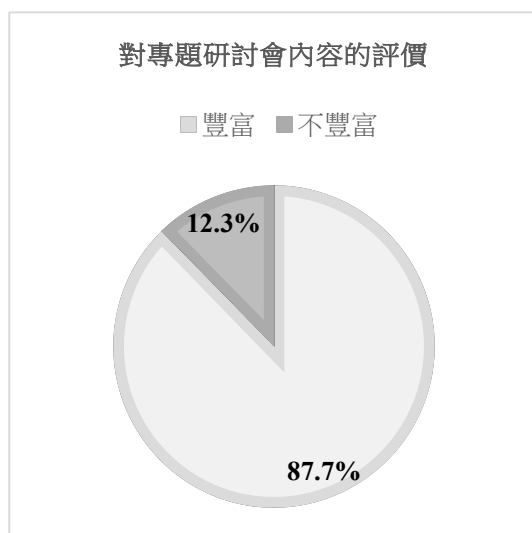
圖一：對專題研討會的整體評價

圖二：對專題研討會實用性的評價



圖三：對專題研討會內容的評價

圖四：對朋輩工作員分享會的整體評價



(三) 引發的研究意念

大部分參加者活動後表示獲益良多，並積極提出了新的研究意念或題目，顯示這次專業培訓計劃有助促進培訓對象對研究的興趣及重視。(請參閱表六)

表六：引發的研究意念

引發的研究意念	
1.	新式戒毒服務
2.	男女吸毒的誘因不同之處
3.	如何找出吸毒人士
4.	不同性別的介入手法
5.	防止濫藥服務的效能及改善
6.	吸毒者家人的自尊心
7.	在「參與觀察」中需要考慮到受訪者的經驗，讓他們對研究過程保持開放，而並不至於被看成為特別人士，這能對研究的真實性產生很大影響，欣賞這份放在研究對象的時間和心思上
8.	可以如何善用朋輩資源
9.	宗教或靈性發展對戒毒人士的影響

(四) 參加者活動後回饋

以下為參加者在參與計劃活動後的心聲：

「研究讓我們不再用傳統方法看待吸毒。」

「一個新的角度去了解青少年吸毒，不再是分對錯，而是按他們的真正想法入手去影響他們。」

「時間控制好，內容非常容易理解」

「教授的資料豐富，分析有條理，很好的實證研究分享。」

「內容清晰，比學院好，可考慮出書/教書」

「講者準備充足，並感到她對青少年吸毒問題是有心人，她的態度對年輕同工有鼓勵作用，是一位很好的講者。」

四、 調查目的

本會在計劃期間進行了是次調查，旨在進一步探討參加者在進行與防治濫藥工作相關的研究工作時，所面對的挑戰和困難，並檢視以「實證為本」方法推動防治濫藥工作的實務經驗，索求當中智慧。

五、 調查方法

是次調查以質性調查的方式，透過網上活動報名表中置入開放式問題，了解參加者在進行研究時所遇到的挑戰。報名表中所收集所得的內容，以一般歸納法的方式，有系統地歸納在不同的範疇當中，以作分析。

六、 調查結果

整合所得，參加者表示他們進行研究時所遇到的難題，大致可分為六大範疇：(一) 研究設計、(二) 研究執行、(三) 研究彙整、(四) 經驗、(五) 資源及 (六) 缺乏學術合作伙伴，詳情如下：

(一) 研究設計

在研究設計方面，有參加者表示他們不知道如何開展及推行研究工作；此外，在訂定研究題目和研究方法時均遇到困難；而值得關注的是，有參加者表示在服務中開展研究項目的最大難題是「研究設計和服務實踐間之協調」，反映業界同工以「實證為本」方式推動防治濫藥工作時所面對的矛盾和限制。

(二) 研究執行

在研究執行方面，有較多參加者提出兩大困難。首先，他們在招募研究參加者時遇到困難，例：難以尋找合適調查對象、進行抽樣等；此外，他們在資料蒐集時亦同樣遇到困難，例：難以蒐集準確數據、分析相關資料等。

在進行以濫藥人士為對象的研究項目時，有參加者遇到以下的難題，包括：「進行前測後測會因服務使用者不穩定出席而未能完成」、「濫藥人士難以出席恆常活動」、「Client with cognitive deficit, e.g. poor short term memory」等。參加者的意見正正反映以「實證為本」方式推動防治濫藥工作時可能會遇到的障礙，值得業界共同探討應對方案。

(三) 研究彙整

在研究彙整方面，參加者所遇到的兩大困難之一是「撰寫報告」，其二是「因應所得數據而作出針對性及前瞻性的討論及建議」。

(四) 經驗

參加者除了上述的研究設計、執行和彙整外，有不少參加者表示進行研究時所面對的最大難題是對研究不認識或缺乏進行研究的經驗。

(五) 資源

此外，業界同工在進行研究時受制於有限的人力資源、資金和時間。

(六) 缺乏學術合作伙伴

有參加者表示難以物識合作伙伴以及與其他機構建立合作關係，而近年以禁毒基金資助的研究均傾向要求有學術機構合作伙伴，造成很大障礙。

七、 建議

本會提出下列重點：

(一) 誰人可推動研究

綜合以上取得的資料，進一步證實一個研究可以推行是由每一個與防治工作相關持份者，包括潛在服務使用者或正在使用服務的人士，參與貢獻和協助推行研究工作，故此若問誰人可協助推行研究？每一個持份者都可以。

(二) 政策制訂層面

本會建議培養防治研究措施，將推動實證為本結合於政策制訂，資助機構規劃關鍵績效指標中，以及鼓勵相關專業人員強化實證為本實踐及防治研究實力。

(三) 資源分配層面

有關政府部門可投放更多資源，持續提供跨專業研究分享平台，加強業界之間分享研究知識和交流經驗，促進跨界別的協作發展。

(四) 大專培訓層面

在相關大專院校學科中，強化實證為本培訓；在實習項目中，鼓勵加入研究元素，例如：文獻回顧、資料蒐集和分析等。

以上建議務求使每位業界同工都可從各方面提昇研究的能力、興趣和信心。

八、 總結

總括而言，面對日趨複雜的濫藥情況，「實證為本」是業界普遍認同的取向。無論是政策制定、資源分配或實務工作，都期望從數據搜集或經驗中取得智慧，支援工作。

「研內助 – 研究經驗分享平台」有效豐富參加者對掌握解讀及分析毒品相關數據的知識，學習如何透過研究了解毒品相關現象及認識以研究方式推動跨界別合作的方法。

計劃切合抗毒研究的培訓需要，得到業界踴躍的參與及正面迴響。同時，啟發業界對研究的興趣，培養研究能力，並推動與毒品相關研究的反思與合作。有鑑於此，此類型計劃值得繼續推行。

本會在政策制訂、資源分配和大專培訓三方面提出重點建議，期望可進一步推動業界同工及大專學生的研究能力及促進跨界別協作。

鳴謝所有提供意見的參加者。

參考資料

1. 保安局禁毒處 (2015) 香港戒毒治療和康復服務三年計劃 (2015 至 2017 年)
2. Glasner-Edwards, S. & Rawson, R. (2010). Evidence-based practices in addiction treatment: Review and recommendations for public policy. *Health Policy*, 97 (2-3), 93-104.

探討 SEN 的禁毒教育服務需要

袁巧仙、劉葆淇、李穎心、曾夢兒（社區藥物教育輔導會）

【摘要】

社區藥物教育輔導會於 2016 年得到禁毒基金支持，為特殊教育需要(SEN)人士(包括 ASD)開辦禁毒教育服務「飛越藍天」計劃。其中包括一項研究，以探討 SEN 學生所面對的吸毒風險因素、了解學校老師或社工對專為 SEN 學生而設的禁毒教育活動觀點和其推行方法的意見。

是次研究以質性研究方式，透過電話訪問，就個人、學校、家庭及社會層面，向受訪者了解所屬學校目前的 SEN 學生狀況、學校現時所提供的禁毒教育服務及 SEN 學生在成長過程中所面對的挑戰等。

總括而言，受訪者普遍認同 SEN 學生在成長過程中面對不同挑戰，學校應提供專為他們而設的禁毒教育活動，而活動方式需要針對其特別需要，以提升 SEN 學生的學習興趣和動機，加強他們面對各項挑戰的能力，保護他們遠離毒品。

【關鍵詞】特殊教育需要學生、SEN、禁毒教育

一、引言

(一) 研究背景

2011/12 至 2015/16 學年，特殊教育需要(SEN)學生人數由 37,516 增至 48,853。現時學校所提供的禁毒教育活動主要以大班教學為主，但有研究指出這方式並不適合 SEN (Snow et al, 2001)，以致有人質疑一般的大班教學能否有效地將健康生活和禁毒訊息傳達至 SEN 學生。根據保安局禁毒處禁毒基金在 1996 至 2015 年間的核准項目，過往並沒有針對 SEN 而設的禁毒教育活動，同時，由於過往較少人在這個範疇作出研究，香港甚至沒有相關方面的探討，故是次研究希望能為相關專業人士提供更切合 SEN 的禁毒教育。

(二) 研究目的

是次研究主要有三個目的：(一) 探討 SEN 所面對的吸毒風險因素、(二) 了解學校老師或社工對專為 SEN 而設之禁毒教育活動的觀點和(三) 探討學校老師或社工對專為 SEN 而設之禁毒教育活動的內容和推行方法的意見。

(三) 研究概念

是次研究主要以「社會控制理論」為基礎理論架構。Hirschi 在 1969 年提出「社會控制理論」，提出當個人與社會的「社會鍵」愈弱，就較容易犯罪或出現偏差行為，而此理論的四大主要因素包括：(一)「依附」即個人與社會之間的連繫 (二)「奉獻」即個人對家庭、學業、社會或團體等的奉獻或投資 (三)「參與」即個人參與合乎社會規範的活動所投放的時間 (四)「信念」即個人對社會價值、規

範和道德標準的信念。

(四) 研究問題

基於上述理論架構，研究團隊提出以下的研究問題：

- (1) SEN 學生面對哪些吸毒風險因素
- (2) 如何設計切合 SEN 學生的禁毒教育活動和方式

二、文獻回顧

(一) 濫用藥物的定義

世界衛生組織定義濫用藥物為：「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。

(二) SEN 所面對的挑戰

個人能力方面，有指 SEN 的自控能力和自信心均較為薄弱 (Ives, 2005)。社交方面，有指 SEN 較容易受朋輩壓力影響 (Ives, 2005)。家庭方面，父母的支持和鼓勵是子女能否健康成長和正面發展的關鍵因素，可是，有指 SEN 學生的家長較常採用專制的管教方式，影響親子關係 (Belcher & Shinitzky, 1998)。

(三) SEN 的濫藥風險

SEN 面對的不同挑戰和困難，減低他們的自信和抗逆能力，繼而增加他們的濫藥風險。亦有部分 SEN 學生因需要定時服藥以控制其徵狀而對使用藥物並不陌生，以致對藥物的角色感到混淆，對藥物使用有較大的接受程度，有更大的耐藥性和對藥物產生依賴。有研究亦發現，70%的特殊學校老師確信他們的學生有濫藥風險，而 60%則表示資源不足令學生無法參與禁毒教育活動，令其濫藥風險增加 (Fowler & Tisdale, 1992)。

(四) SEN 參與販毒罪行的風險

近年，香港有不少與毒品有關的案件均牽涉 SEN 人士，情況備受關注。SEN 人士被捲入干犯與毒品相關刑事罪行有跡可尋。

三、研究方法

(一) 研究方式

本研究以質性研究方式，由四名研究人員負責，於二零一七年七月進行了十五次電話訪問，每次訪問歷時二十至五十分鐘，以不記名方式將訪談內容完整地記錄。

(二) 研究對象

研究採用了隨機抽樣的方法，在本會的服務使用者中抽取十五位受訪者。對象必須符合下列三個條件中的第一項及餘下兩項的其中一項：(一) 受訪者在校內與 SEN 學生有接觸、(二) 受訪者有參與籌備校內健康教育或禁毒活動的經驗或 (三) 受訪者有參與籌備與 SEN 相關的活動。為探討不同工作性質和學校類別的受訪者對 SEN 禁毒教育服務的看法，本研究的對象將會涵蓋主流小學及中學和特殊學校的教師和社工。是次研究共十五位受訪者，分別是五位老師和十位社工，年

資由三年至二十年不等，分別來自五間主流小學、五間主流中學，以及五間特殊學校。所有受訪者在校內均有接觸 SEN，而部分受訪者有策劃健康或禁毒教育活動的經驗，或曾經參與籌辦為 SEN 學生而設的活動。

四、研究結果

(一) 學校現時所提供的禁毒教育服務

所有受訪學校均有為學生提供禁毒教育活動，活動模式亦多樣化，如：禁毒講座、過來人分享、攤位遊戲、藝術活動及禁毒劇場等。值得關注的是，並非所有受訪學校有提供專為 SEN 學生而設的禁毒教育活動，原因包括：不知道有專為 SEN 學生而設的禁毒教育活動、沒有關注到 SEN 學生較其他學生而言有個別的濫藥風險、為 SEN 學生所提供的小組主要針對其本身的個別問題，如：為有自閉症的學生提供社交技巧培訓小組。

(二) SEN 學生在成長過程中所面對的挑戰

1. 個人層面

(1) 自我概念模糊

SEN 學生難以了解自己，特別是個人優點和長處。SEN 學生在自我認識和自我接納兩方面均面對挑戰，他們的自信心亦因此受到負面影響。

(2) 自信心低落

SEN 學生因為學業表現遜色而出現自信心低落的情況。他們會以消極的態度面對挑戰，甚至出現偏差行為。

(3) 情緒管理能力薄弱

SEN 學生會基於不同原因而出現情緒不穩的情況，例如：學業問題和朋輩關係。SEN 學生在管理情緒時傾向採取兩種方法去宣泄情緒，第一種方法是先將情緒隱藏起來，到了忍無可忍的情況才爆發出來。第二種方法是即時將情緒爆發出來，不理會當時環境或場合是否恰當。

(4) 人際關係較差

SEN 學生缺乏社交技巧，例如：溝通能力、理解能力等，加上部分同學配戴有色眼鏡看待他們，以致他們的人際關係普遍較差。良好的人際關係是應付未來工作發展的其中一個主要因素，因此，學生在未來踏入社會工作亦面對相當大的挑戰。

(5) 容易出現偏差行為

SEN 學生危機意識不足，個人認知能力較弱，而且對外間誘惑的認知不足，他們較容易被人利用，甚至可能會為了換取友誼而在朋輩的驅使下做出一些偏差行為。

(6) 金錢價值觀薄弱

SEN 學生的金錢價值觀薄弱，在金錢運用方面，他們普遍缺乏自制能力，擁有金錢時會有胡亂揮霍的情況，不理解儲蓄的重要性，家長亦缺乏技巧教導子女正確的金錢價值觀。

(7) 就業能力較弱

社會為 SEN 學生所提供的就業機會不足，他們個人能力所限，包括：接收能力和處理人際關係方面的能力。SEN 學生所面對的挑戰不只局限於他們的求學階段，而且將會延伸至他們離開校園，步入社會。

(8) 對兩性關係模糊

在兩性關係方面，有受訪者指出 SEN 學生未必懂得處理親密關係，對性方面亦沒有清晰概念，當他們缺乏相關性知識時，SEN 學生傾向容易出現偏差行為，當中包括懷孕。

2. 學校層面

(1) 學生學習能力較弱

SEN 學生的專注能力、讀寫能力和理解能力都較一般學生弱，以致他們在學業上要面對不同的挑戰和困難。

(2) 學生缺乏學習技巧

由於學校主要教授課本上的知識，讀書方法和技巧需要學生自己揣摩，他們亦缺乏答題時所需的多角度思考。

(3) 學生較容易放棄學業

SEN 學生成績普遍較為遜色，亦難以追趕其他同學的學習進度。以學習障礙的學生為例，有受訪者指出，他們與同學比較時會感到挫敗和氣餒，較容易萌生放棄學業的念頭。

3. 家庭層面

(1) 家長對 SEN 的認知不足

家長對 SEN 的認知不足導致父母難以理解子女所面對的困難，甚至對子女產生誤解。子女在得不到家長理解時會感到孤立無援，當子女表現有欠理想時，家長亦會出現負面情緒，甚至採取消極態度面對和子女間的問題。

(2) 家長的管教方式不當

受訪者指 SEN 學生的家長採取「忽視冷漠」的管教方式，令子女缺乏支持，以致他們容易出現偏差行為。有些家長則採用「專制權威」的方式來管教子女，以致他們的獨立思考能力較弱。

(3) 家長對子女的期望過高

由於香港的教育制度著重學生在學術方面的成就，家長普遍對子女存在一定程度的期望。可是，父母的期望過高，忽視 SEN 學生的實際能力，反而會對子女構成負面影響，忽視了子女的個人長處發展。

(4) 家長與子女的關係疏離

有受訪者指出家長和 SEN 子女溝通會出現困難，甚至有衝突發生，以致關係疏離。家長對 SEN 認知不足、管教方式不當和期望過高會導致父母與子女難以溝通，關係因此疏離。

4. 社會層面

(1) 社會期望過高

由於香港的教育制度著重學生在學術方面的成就，在這個社會氛圍影響下，有受訪者表示社會期望過高，令 SEN 學生產生壓力，影響他們的自信心和情緒。

(2) 社會負面標籤

社會對 SEN 學生存在負面標籤，有受訪者指出 SEN 對其他人的說話比較敏感，被標籤不但會影響他們的自信心，更會令他們的表現和想法都較為負面。

(3) 社區支援不足

社會缺乏支援服務，家長在管教 SEN 子女時缺乏專業知識和技巧，令他們容易落入不法分子手中，做出偏差行為。

(4) 學生缺乏認識藥物的途徑

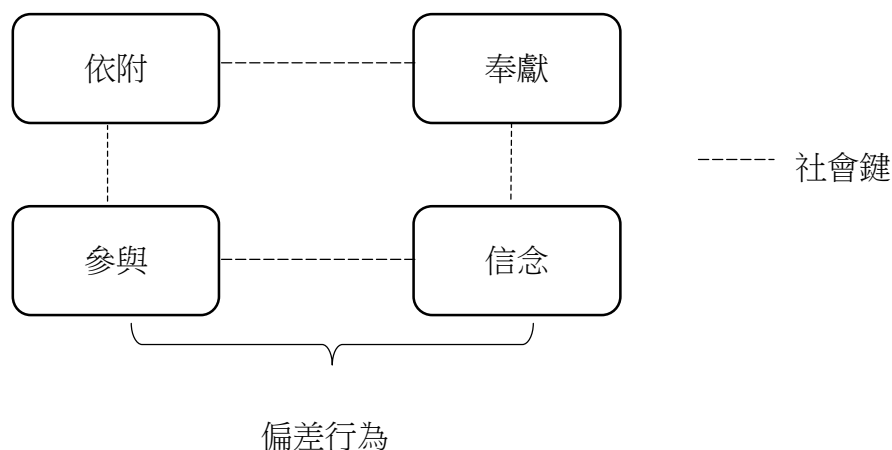
有受訪者指現時學生缺乏途徑認識藥物，電視媒介的禁毒教育節目與學校或社福機構進行的禁毒教育活動應該相輔相承，使學生更深入認識藥物和毒品的禍害。

5. 小結

上述 SEN 學生所面對的四大成長挑戰乃環環相扣。為避免 SEN 學生陷入毒品陷阱，必須在四個層面同步介入，阻止惡性循環發生。

是次研究結果反映 SEN 學生的「社會鍵」薄弱（圖一）。在「依附」方面，SEN 學生的人際關係較差，與父母和同學的關係一般都較為疏離。在「奉獻」方面，由於 SEN 得不到家人的理解和支持，他們對家庭的投入程度會較為抽離。在「參與」方面，由於 SEN 學生的自我概念模糊，他們難以發掘個人興趣。在「信念」方面，由於 SEN 學生期望透過偏差行為獲取友誼和自信心，因此會有漠視社會規範和標準的情況出現。

圖一. 「社會鍵」與偏差行為的關係



(三) 專為 SEN 學生而設的禁毒教育活動建議

受訪者普遍認同學校應該提供專為 SEN 學生而設的禁毒教育活動。活動形式方面，建議以講座、小組、嘉年華、過來人分享、參觀和戶外活動形式進行。以小

組形式進行禁毒教育活動則最容易令 SEN 學生明白活動及學習內容。活動內容方面，建議透過遊戲、影片和圖像作為教育工具，教導 SEN 學生社交方面的技巧、提升他們的個人能力感、建立正面價值觀。人力方面，如活動以小組形式進行，導師與學生比例建議為 2:8。小組或活動以正面名稱包裝，如「健樂大使」等，以減低標籤效果。完成活動後，建議可頒發證書以表揚 SEN 學生參與，亦讓學校老師及同學欣賞 SEN 學生的能力。

五、總結

在融合教育的推行下，部分 SEN 學生會在主流學校接受教育。所有受訪學校均有為學生提供禁毒教育活動，種類亦多元化，反映教育和社會工作者均關注社會的吸毒風氣問題，以及了解預防禁毒教育的重要性。但並非所有受訪學校有提供專為 SEN 學生而設的禁毒教育服務，原因包括：沒有關注到 SEN 的學生較其他學生而言有個別的濫藥風險、不知道有專為 SEN 學生而設的禁毒教育服務等。

綜合受訪者的經驗，SEN 學生在成長過程中面對不同挑戰，包括：個人、學校、家庭和社會四大層面。上述四大層面乃環環相扣，加上他們的「社會鏈」薄弱，反映他們面對一定程度的濫藥風險，有需要為他們提供專門設計的禁毒教育活動。

六、建議

(一) 專為 SEN 學生而設的禁毒教育活動建議

以「結伴同行」締造同行互助，建立「依附」的契機，促進社會對 SEN 學生的接納，以及提升他們對自己的接納程度。其次，以「優勢出發」，即就 SEN 學生的個人才華出發。透過建立他們的個人能力，增加他們被認同和被接受的機會，促進他們「參與」，發展個人成就，增強自信心、減低他們面對失敗時的挫敗感和提升他們的抗逆力。再者，以推動「健樂生活」為宗旨，令家人和同伴可以「奉獻」，促進他們對 SEN 學生的認同和支援。最後，以「宣傳獎勵」為策略，欣賞他們投放的努力，鼓勵他們參與「奉獻」，發揮自己、彰顯自己的才華，以及發揮個人所長。

(二) 未來的研究方向

為了使研究結果更具代表性，建議日後以是次研究結果作基礎，以定量調查的方式，進行全港性的問卷調查，進一步收集更多老師和社工的意見。另外，建議日後可以進行對比研究，分析 SEN 學生是否較一般學生面對著較高的吸毒誘因，以便日後針對性為 SEN 學生制定適切的禁毒教育服務。此外，家庭對子女的健康成長有莫大影響，有見及此，建議日後研究家長的管教方式和 SEN 子女濫藥之間是否存在關係，並探討為 SEN 學生家長提供親職技巧的需要，以促進親子關係和建立和諧家庭。

同時，日後可以結合質性和定量的方式進行更全面探討。在質性研究方面，建議分析過去十年本港牽涉 SEN 學生干犯與毒品相關罪行的新聞，了解他們犯罪背後的動機。同時，建議分析其他國家和地區為 SEN 學生所提供的禁毒教育工作，包括：背後的理念、活動類型和方式等，為未來制定專為 SEN 學生而設的禁毒教育服務提供基礎。總括來說，日後可以結合質性和定量的研究方式，並將研究

對象進一步拓展。除了主流中小學和特殊學校的老師和社工外，亦可以涵蓋 SEN 學生和一般學生，以及其家長，全面地從不同角度探討 SEN 學生的禁毒教育服務需要，令社福界及教育界協力，探討為不同 SEN 學生設計活動的「有效元素」，令活動設計將來有所依據。

附錄一 訪問內容

基本資料

1. 名稱：
2. 性別：男／女
3. 學校名稱：
4. 職位：
5. 年資：
6. 教學/服務範圍 (SEN／健康／禁毒教育)：

1. 學校有沒有 SEN 學生：有 沒有(skip to Q2)
 - a. 種類
 - b. SEN 學生人數
 - c. 全校人數
 - < 5% 5-10% 10-20% 20-30% >30% 其他:
 - d. 比例
2. 學校有沒有為學生舉辦過禁毒教育活動：有 沒有 (skip to Q2e)
 - a. 甚麼活動？(題目、方面...)
 - b. 對象(年級，人數...)
 - c. 形式(例如：講座、小組、遊戲...)
 - d. SEN 學生反應(例如：專注程度、參與動機、合適程度...)
 - e. 為甚麼？有甚麼考慮？
3. 學校有沒有參與專為 SEN 學生而設的禁毒教育活動：有 沒有 (skip to Q3e)
 - a. 甚麼活動？(題目、方面...)
 - b. 對象(年級，人數...)
 - c. 形式(例如：講座、小組、遊戲...)
 - d. 學生反應(例如：專注程度、合適程度...)
 - e. 為甚麼？有甚麼考慮？
4. 你覺得整體 SEN 學生會面對咩挑戰/風險：
 - a. 學習方面
 - b. 行為方面
 - c. 拒絕誘惑方面
 - d. 情緒方面
 - e. 家庭方面
 - f. 其他：_____
 - g. 不知道
5. 你應為學校應否給 SEN 學生提供專為 SEN 同學而設的禁毒教育活動：

應該
不應該(skip to Q6)

 - a. 活動內容(題目、方面...)
 - b. 對象(年級，人數...)
 - c. 形式(例如：講座、小組、遊戲...)
 - d. 地點
 - e. 時間(例如：早上、中午、放學後...)
 - f. 導師學生比例
 - g. 其他：_____
 - h. 為甚麼？_____
6. 你會否採用專為 SEN 同學而設的禁毒教育活動：會 不會

為甚麼？_____

簡稱

中文名稱	英文名稱	英文簡稱
1. 特殊教育需要	Special Educational Needs	SEN
2. 特殊學習困難	Specific Learning Difficulties	SpLD
3. 智力障礙	Intellectual Disability	ID
4. 自閉症	Autism Spectrum Disorders	ASD
5. 注意力不足／過度活躍症	Attention Deficit / Hyperactivity Disorder	AD / ADHD
6. 肢體傷殘	Physical Disability	PD
7. 視障	Visual Impairment	VI
8. 聽障	Hearing Impairment	HI
9. 言語障礙	Speech and Language Impairment	SLI

參考資料

1. 世界衛生組織（無日期）。健康主題：物質濫用。取自 http://www.who.int/topics/substance_abuse/zh/
2. 保安局禁毒處（2017）。獲核准項目。取自 http://www.nd.gov.hk/tc/beat_approved_projects.htm
3. Belcher, H., & Shinitzky, H. (1998). Substance Abuse in Children: Prediction, protection, and prevention. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 152(10), 952-960.
4. Fowler, R. E. & Tisdale, P.C. (1992). Special education students as a high risk group for substance abuse: teachers' perceptions. *The School Counselor*, 40, 103-108.
5. Hirschi, T. (1969). A control theory of delinquency. *Criminology theory: Selected classic readings*, 289-305.
6. Ives, R. (2005). Special Needs and Drug Education. David Fulton Publishers.
7. Snow, P. C., Wallace, S.D. & Munro, G.D. (2001) Drug Education with Special Needs Populations: identifying and understanding the challenges. *Drugs: education, prevention and policy*, 8(3), 261-273.

鳴謝

1. 受訪老師 / 社工
2. 張超雄議員（教育界立法會議員）

路環監獄在禁毒及預防重吸工作之現況

林錦美、嚴燕楓（澳門懲教管理局）

【摘要】

懲教管理局路環監獄 2018 年因觸犯或涉嫌觸犯毒品罪行之宗數佔整體罪案三成，當中觸犯販毒罪佔多數，而已判刑的非澳門居民的入獄人數佔總人數七成，其次自 2016 年起，入獄時報稱曾濫藥在獄人數呈上升趨勢，因應毒品犯罪集團犯案手法呈多面向，路環監獄作為最後一道守護社會秩序的防線，近年亦加強路環監獄內不同範疇的禁毒和預防工作。

在保安方面，路環監獄引進先進儀器檢測進出監獄的信件和物品，並聯同澳門保安司轄下治安警察局定期展開聯合搜查行動，以提高預防和阻嚇毒品流入監獄囚倉區。

另外，在醫療方面，自 2009 年起，路環監獄向曾接受美沙酮戒斷治療計劃的在囚人提供持續戒斷治療，並為有需要的在囚人轉介接受精神康復治療。

至於在教育方面，除提供個案輔導以外，路環監獄亦為有需要的在囚人提供心理輔導，協助在囚人於服刑期間與家庭及社區建立聯繫支援網絡，並與民間機構合作開展講座、工作坊和成長小組等相關活動；此外，路環監獄亦會為曾有多年濫藥成癮的在囚人於出獄前安排轉介服務，以協助他們順利重新適應社會，以提升動機持守不再重吸。

在監獄化的環境裡讓在囚人接受再社會化，推動在囚人在無毒品影響的環境下反思生活取向，以內在裝備和外任支援強化在囚人不再重吸的信心，這將會是路環監獄禁毒工作重要的一環。

【關鍵詞】 禁毒、戒毒復康、健康生活、覺察、連結社區資源

內文

路環監獄作為守護澳門居民和社會秩序的最後一道防線，因著監獄環境及在囚人身份的獨特性，在禁毒及戒毒復康方面與監獄外的社區矯治會有一定的差異。監獄體系具有「懲」與「教」兩個目的，在囚人承擔其違反法律後果的同時，路環監獄也為他們提供犯罪矯治，以使他們在行為、態度及品格上得到改善與成長，提升其改變的動機，由於在囚人所犯罪行及背景經歷各有不同，路環監獄亦針對不同群體提供對應的醫療、培訓課程、講座及治療小組等，以協助其能夠順利重返社會及降低重犯率，這亦成為懲教管理局路環監獄的重要使命。

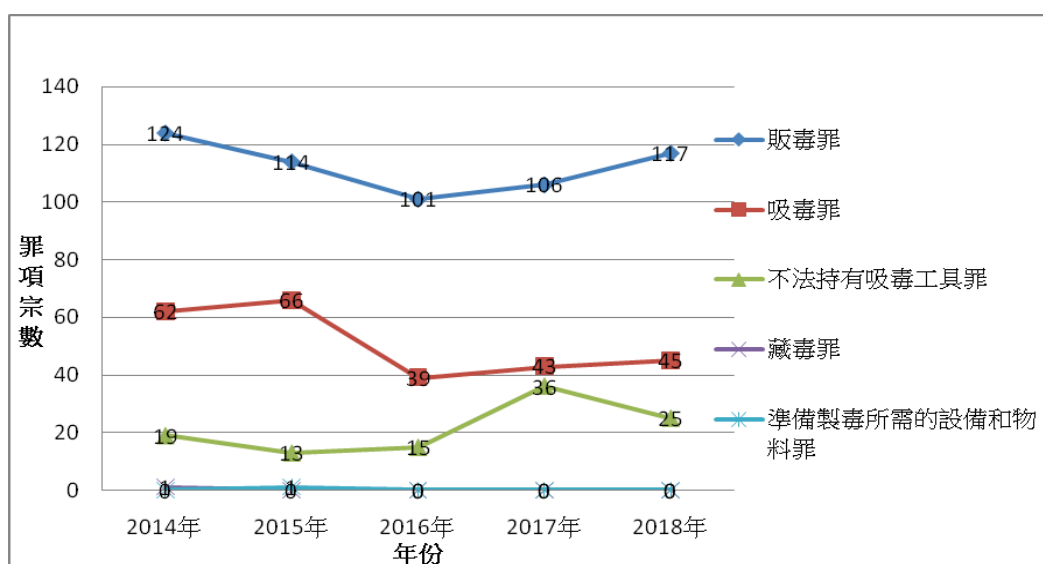
一、路環監獄之現況

路環監獄截至2018年12月31日的資料顯示(見表一)，獄中在囚人（包括服刑及羈押）所犯各類罪行宗數，以販毒罪佔最大多數，位列第一，而觸犯或涉嫌觸犯毒品罪行宗數佔整體罪行宗數之30%，可見本澳的毒品罪行犯罪率不容忽視。

表一. 路環監獄在囚人觸犯及涉嫌觸犯罪行宗數排行表

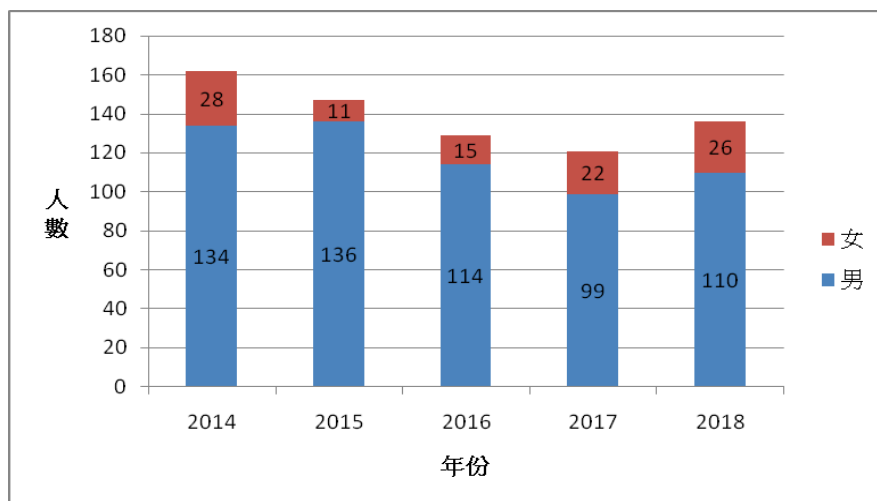
序號	罪項	宗數
1	不法販賣麻醉藥品及精神藥物罪(販毒罪)	499
2	詐騙罪	256
3	盜竊罪	247
4	不法吸食麻醉藥品及精神藥物罪(吸毒罪)	221
5	非法再入境罪	179
6	協助罪	148
7	不適當持有器具或設備罪／不法持有吸毒工具罪	125
8	偽造文件罪	123
9	搶劫罪	84
10	侵犯身體完整性罪、虐待未成年人，無能力之人或配偶又或使之過度勞累	83
11	其他	849
總宗數		2814

其次，從路環監獄2014年至2018年五年的統計數據顯示，因觸犯或涉嫌觸犯毒品罪而入獄的罪行宗數比較（見圖一），販毒罪佔最大宗，觸犯吸毒罪的罪行宗數於2016年明顯減少，但近兩年有逐漸回升的趨勢。



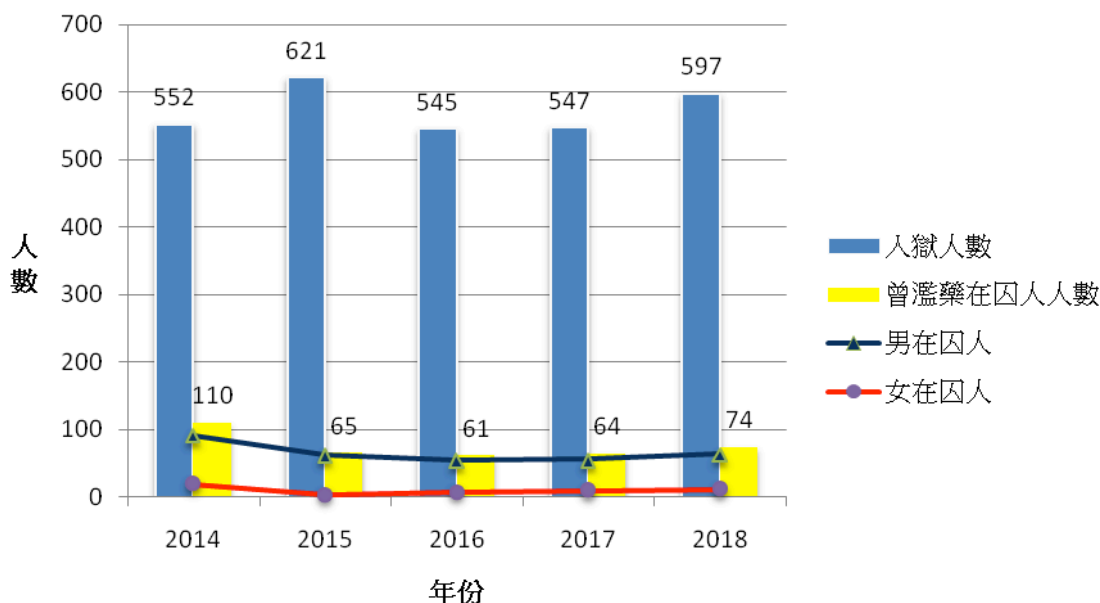
圖一. 2014至2018年入獄在囚人所觸犯或涉嫌觸犯毒品罪之宗數

據圖二的數據分析所得，路環監獄於2018年觸犯或涉嫌觸犯毒品罪入獄的人數中，男性有110人（約佔總人數81%），女性有26人（約佔總人數19%）。於2014至2018年因觸犯或涉嫌觸犯毒品罪入獄的人數，自2014年起按年遞減，但於2018年不論男性或女性的人數均有所回升，這值得關注和檢視。



圖二. 2014至2018年因觸犯或涉嫌觸犯毒品罪而入獄的人數

此外，從圖三的統計資料顯示，**2018年**新入獄之在囚人有**597**人，而根據澳門藥物濫用者中央登記表的統計資料分析，報稱曾濫用藥物之在囚人有**74**人，佔新入獄人數之**12%**，當中男性有**63**人（佔濫藥人數**85%**），女性**11**人（佔濫藥人數**15%**），男、女性濫藥者的人數皆較過往三年上升，尤其女性濫藥者自**2015**年持續上升；與此同時，過去五年報稱曾濫藥的人數一直徘徊在一至兩成之間，自**2015**年開始，按當年入獄報稱曾濫藥的在囚人數與總入獄人數之比率計算，每年有濫藥經驗的人數比有上升趨勢。



圖三. 2014至2018年入獄並報稱曾濫藥的在囚人人數

綜合圖二及圖三的數據比較，發現觸犯或涉嫌觸犯毒品罪入獄的人數比濫藥的人數為多，顯示許多非濫藥的人士可能受到販毒集團的利用，誘使他們觸犯毒品相關罪行以謀取利益。

從上述各圖表數據資料可見，路環監獄在禁毒及預防重吸的工作方面刻不容

緩，有必要以多角度的思維方式向曾濫藥的在囚人提供更多元化的戒毒復康服務和社會資訊，並須向觸犯不同罪行的在囚人推行普及預防教育工作，期望在無毒品影響的監獄環境下，提高個人危機意識及相關法律知識，達致防罪減罪的效果，減低在囚人在重返社會後重犯與毒品相關罪行的機率。

二、路環監獄禁毒工作之相關措施

(一) 保安運作方面

1. 定期及突擊巡查行動

新型毒品層出不窮，對路環監獄管理的禍害甚大，須加強措施預防毒品的流入。路環監獄一直採取嚴格的保安措施，於 2018 年更加大安檢力度，以多方面綜合的手段作預防，包括設立專責巡查小組，每天針對獄內的公用通道及公共空間作分區流動搜查，並於各通道對行經的在囚人進行搜查，預防偷運違禁品，以及提升恆常搜查的密度、加強檢查力度等，以有效提升保安檢查的素質，達到切斷及打擊毒品等違禁物品流入的目的。

2. 與治安警察局展開聯合行動

為針對毒品及精神科藥物的搜查，路環監獄與治安警察局警犬隊合作進行季度及持續性的聯合搜查行動，期間由獄警人員作主導，警犬隊則負責現場支援，搜查地點包括男子倉區、職訓工場及進出綜合檢查站的貨運車輛等，此行動有效預防及阻嚇毒品流入倉區，達致震懾作用。2018 年共進行了四次聯合搜查行動，參與總人數達 87 人次（獄警人員為 56 人次，警犬隊隊員為 31 人次），期間沒有異常發現，而上述的聯合行動將會以持續及季度的形式於路環監獄倉區進行。

3. 持續引進先進的毒品快速測試

現時路環監獄在接收寄予在囚人的信件、郵包、傳遞物品或於搜倉行動檢獲之物件時，倘懷疑藏有毒品或化學品，是採用毒品偵測儀器進行分析，因應近年市面不斷出現新型毒品，加上在囚人數急升導致物品進入量俱增，故獄方於 2019 年亦新購入兩台 Ionscan™600 爆炸物及毒品檢測儀⁴，除可檢測上述物品外，亦能用試紙對新入獄人士身體各處及衣物進行毒品檢測，務求全方位遏止毒品流入路環監獄。

4. 對傳遞物之檢查

為持續打擊及預防違禁品流入監獄，路環監獄不斷更新安檢設備，並於 2018 年購入三台高性能之 X 光機，以取替原有的設備，務求更準確地檢測進入監獄的物品。

5. 加強獄警人員的專業培訓

為提升和更新獄警人員對新型毒品及檢測工具等方面的知識，路環監獄派員到外地觀摩新型檢測產品，亦為前線人員開設相關設備的操作及認識毒

⁴ Ionscan™600 爆炸物及毒品檢測儀屬便攜式檢測系統，其特點為非放射性離子遷移譜電離源，使用廉價的一次性棉簽/試紙作採集微量顆粒樣本，探測的爆炸物和毒品類型廣泛，如苯丙胺、氯胺酮、可卡因、海洛英、搖頭丸、甲基苯丙胺、叔丁啡、四氫大麻酚及其他毒品和爆炸物。

品課程，以提升獄警人員的相關知識、提升獄警人員的警覺性，從而達到加強監獄對檢測違禁品的力度。

6. 對新入獄在囚人之即時搜查及檢驗

新入獄的在囚人在入獄後須即時接受身體及隨身物品搜查，並進行人體掃描檢測。過往曾檢獲新入獄在囚人體內藏有懷疑毒品異物，成功堵截異常物品的流入。此外，亦會不定期每月隨機抽取四十名在囚人之尿液作常規檢驗，2018 年發現有一假陽性個案，先後經醫院及司警檢測及分析，已排除獄中濫藥的情況（個案有服食處方精神科藥物）。

(二) 醫療介入方面

每名新入獄在囚人在入獄後均需接受尿液毒品篩選，若初步篩選結果為陽性，則會把尿液樣本送往仁伯爵綜合醫院檢驗科作確認。

路環監獄從 2009 年 11 月開始與社會工作局及衛生局合作在獄中開展「美沙酮戒斷治療計劃」，主要為入獄前已在澳門社會工作局參與美沙酮維持治療的在囚人提供戒毒治療服務，以緩解他們因戒斷而引起的身心不適，並在醫療支援下安然戒斷毒癮，美沙酮藥液則由衛生局負責提供。該計劃為自願性參與，由醫療人員為有需要的新入獄且面臨戒斷症狀之在囚人提供美沙酮戒斷治療。

從計劃開始截至 2018 年 12 月 31 日，共有 64 名在囚人參加了「美沙酮戒斷治療計劃」，其中男性有 55 名，女性有 9 名；當中 63 名完成治療，1 名接受治療中；而澳門居民佔 93.7%，國內居民佔 4.6%，其他國籍人士佔 1.5%。其中 2018 年有 5 名在囚人參與此項計劃，3 名均為男性，2 名女性，年齡界乎 41 歲至 57 歲。

(三) 預防重吸工作方面

1. 路環監獄復康小組的發展狀況

在上世紀九十年代，澳門有濫藥習慣的在囚人在服刑時雖然已戒除毒癮，但出獄後由於生活環境的特殊性而出現重吸，並導致再犯罪入獄的情況。有見及此，路環監獄於1997年成立「復康小組」，專責協助有濫藥的男性在囚人提供自願性戒毒復康服務，設定為期兩年的住院式課程。

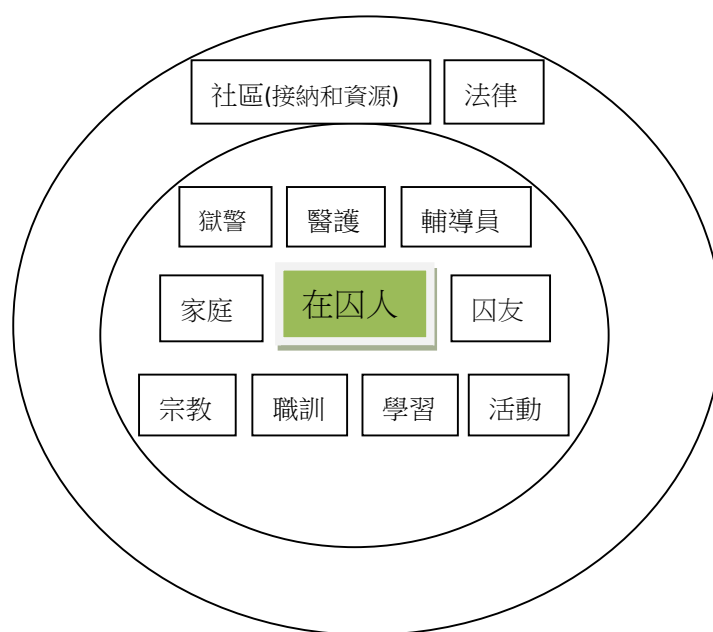
其後，澳門由過往的工業社會發展至今天的國際旅遊城市，跨地域的投資和貿易活動與日俱增，人口流動因此而變得頻繁，加上新型毒品興起，使濫藥的種類及方式更為普及。根據路環監獄 2018 年的統計資料顯示，自 2015 年開始，按當年入獄總人數計算，每年報稱有濫藥經驗的人數比有上升趨勢，呈隱閉性和難於接觸的特性，當中，女性更是新型毒品的高危人群。再者，在工作經驗上得知，年輕的濫藥者認為吸食的新型毒品有別於濫用海洛英者，並非癮君子，故不喜歡與濫用海洛英者一同參與住院式課程，認為會較易被標籤，故當時參與服務的對象變得比較單一；而復康小組的運作模式亦受限於收容空間和課程年期所限，因此，路環監獄於 2012 年開始調整復康小組的運作模式，秉承過往的工作理念並持續深化完善，由過往在路環監獄內設置一地點以住院模式提供戒毒治療，轉營及發展至近年加大擴展與外界合作（包括社會工作局和民間機構），除了向曾濫藥的在囚人提供服務外，服務

對象更擴展到不同屬性的在囚人，以全面推廣健康生活的理念作預防教育，提升覺察意識。

2. 復康小組的基本運作理念

(1) 生態系統理論

美國心理學家 Urie Bronfenbrenner 的生態系統理論 (Ecological Systems Theory) 認為，人的成長發展與個人及環境生態等因素息息相關；為此，路環監獄除了協助在囚人適應監獄生活以外，亦志在強化在囚人想改變的心態及意志力，恢復家庭關係，並協助他們與外在資源建立緊密連繫，以達致恢復其社會功能存在有利條件，有利在囚人重返社會（見圖四）。



圖四

(2) 三級預防理念

為了向在囚人做好預防濫藥和重吸的工作，近年開始以健康生活理念為基礎進行三級預防工作。

第一級預防：向所有在囚人以講座的模式宣導推廣對成癮行為的認識，增進在囚人對毒品禍害的覺察；

第二級預防：推動曾濫用藥物的高風險群參與工作坊及小組活動，並連結社區資源及服務的介入，以達致提升改變動機的效能；

第三級預防：因應成癮者在入獄後的身心狀況出現的強烈精神和軀體依賴性，即時轉介精神科及心理輔導員緊密跟進，有組織地進行脫癮治療和康復，以幫助成癮者擺脫對藥物的依賴。

(3) 正向心理學之引入

正向心理學是心理學的新分支，在傳統心理學研究治療精神疾患以外，

正向心理學研究能使個人和社區繁盛的力量和美德，希望能發現和培養個人的能力，使生活更充實（Compton William C, 2005），從而導向美好、快樂的生活及有意義的人生（Seligman Martin E.P., 2002）。在實際應用上包括協助個人發現自己的長處，並利用它們來增加其自我效能感，監獄對在囚人的矯治工作及復康小組的服務亦以此為核心理念之一。

3. 復康小組進行的工作

因應上述的理念，復康小組以多元化的方式向在囚人推動戒毒復康工作，並以「檢測評估」、「預防教育」及「矯治介入」三個層面進行：

(1) 檢測評估

復康小組將針對濫藥等成癮問題的檢測工作，擴大至每一名新入獄的在囚人。除了解新入獄在囚人的個人、家庭、心理狀況和犯罪背景等資料外，路環監獄社工或心理輔導員亦會初步檢測及評估他們過往濫藥的情況，作為日後監獄輔導工作和澳門政府對藥物濫用者中央登記資料統計之用。

在囚人於服刑期間，個案社工或心理輔導員會定期與他們會面及進行輔導，並共同協商及訂立矯治和改變目標。透過關顧在囚人的生活適應、個案輔導，以及家庭聯繫等，評估曾有濫藥問題之在囚人的情況，了解他們在濫用藥物後對其身體及精神狀況的損害程度，以及毒品對其家庭和社會功能所造成失衡的不良影響等，鼓勵或轉介他們參與復康小組的服務，而所收集到的資料，有助路環監獄為有需要的在囚人提供更合適的復康服務及治療。

(2) 預防教育

為更有效地在獄中推行濫藥復康的工作，社會的接納與支持對在囚人的改變尤其重要，路環監獄加強與相關政府部門和民間機構的合作，深化有濫藥經驗的在囚人對毒品禍害的認識和處理壓力的技巧，提升抗逆力，以達致反思及個人成長，減低在囚人出獄後重吸的風險，建立正向的健康生活模式及重返社區的準備。

此外，為提升在囚人對濫藥行為的認識，復康小組於 2018 年開始以預防教育講座方式向沒有濫藥經歷的在囚人提供推廣教育；為擴大受惠群體，2019 年更籌備以宣傳教育影片的模式，在囚倉內各樓層播放預防成癮行為相關知識的影片，讓在囚人在重返社會前做好個人裝備，減低誤入歧途的機會。

(3) 矯治介入

a. 個人方面

復康小組加入新治療方式和藝術元素，例如敘事治療、講故事劇場和放映澳門曾濫藥人士及釋囚重返社會現況的紀錄片，以協助在囚人自我探索，肯定自己的價值並建立正向思維，著重個人的反思和樂觀面對逆境，從中汲取跌倒重來的經驗，增強他們對毒品的抗誘能力。同時，透過在囚人重新的解讀去建構、重寫和豐富生命的意義，讓他們學習如何建立正面的身份和人生方向，堅毅地面對和創造屬於自己的未來。

其次，使用活動教學模式及模擬情境，有助在囚人對困難事件獲得更深的見解及達致情緒宣洩，提高他們的表達和組織能力，期望透過表演的方式呈現，以真實經驗投射於故事創作中，從而建立自信心及喚起其他在囚人的共鳴和思考。

b. 家庭方面

復康小組過往的住院式課程會透過每週的家庭日活動，協助在囚人修補與家人的關係，後來因運作模式改變及懲教工作的專業發展所需，家庭介入的治療層面不再只針對有濫藥問題之在囚人的家庭，而是拓展至所有在囚人的家庭。自 2017 年開始，路環監獄每年為在囚人舉辦「全心傳意」家庭樂活動，包括父親節、母親節及兒童節活動，透過一系列的小組活動，加深在囚人與家庭成員間的了解和聯繫，活動成效顯著。

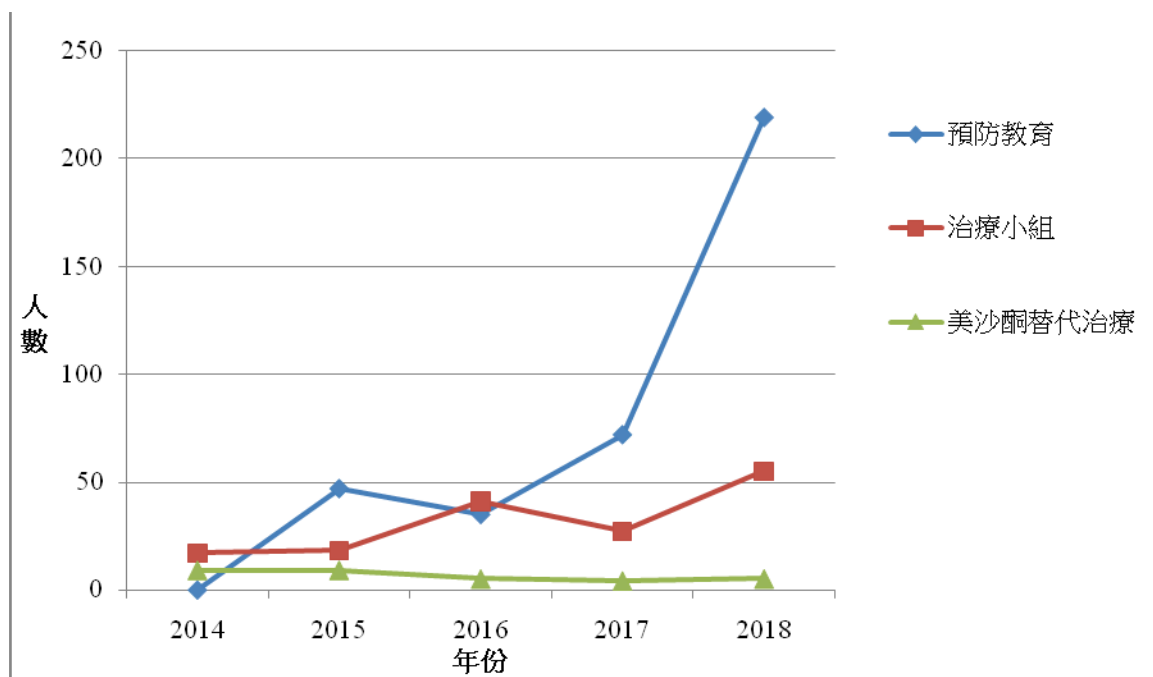
此外，為強化在囚人對預防重吸的持守性，路環監獄與澳門及香港重返部門和民間團體合作，讓相關部門介入於在囚人重返社會的計劃（包括：釋前輔導、獲釋後的支援、戒毒復康服務、協調社會資源及建立互助網絡等）。自 2019 年開始，路環監獄透過「窗外有家」轉介服務計劃，協助有需要且自願參與的本澳在囚人及其家庭處理在外所遇到的各方面困難，包括提供家庭支援、修復家庭關係和協調社會資源等，並提供輔導服務，藉此提升在囚人矯治及家庭修復的成效，為在囚人及其家庭做好回歸家園的準備，以便家庭功能可以有效發揮，從而建立在囚人在經歷人生低潮時的安全網，而非為逃避面對現實而選擇再次濫藥。

c. 連結社區資源，恢復在囚人的社會功能

透過與政府部門（如：社會工作局）和民間機構（如：澳門戒毒復康協會 ARTM、澳門新生命團契和澳門基督教青年會 YMCA 等）合作舉辦活動及輔導小組，不但能協助在囚人改善其濫藥問題及改變自我，透過多元化的活動，讓曾濫藥的在囚人參與其中，除可協助他們認識濫藥的害處，更能為他們提供一系列的社區支援網絡，如 2018 年開始，路環監獄鼓勵參與小組活動的曾濫藥在囚人，透過與民間機構已建立的互信關係，推動他們在小組活動後參與「筆寫·不棄」書信支持計劃及「火柴人朋輩輔導員先導計劃」，讓組員在獲釋前獲得本澳相關服務的資訊，從而增強出獄後的求助動機，與此同時，協助在囚人連結社區亦能夠幫助他們創造新的身份，鞏固停藥後的持守狀態，整理過往停藥經驗及推動他們反思。

其次，根據路環監獄統計資料顯示，截至 2018 年 12 月 31 日止，共有 24.6%（110 人）之已獲判香港地區在囚人觸犯或涉嫌觸犯毒品罪；有見及此，路環監獄於 2016 年開始與澳門社會工作局社會重返廳及香港善導會合作舉辦「港友支援計劃」，為正在路環監獄服刑的香港居民連結社區資源，在獄內為他們舉辦小組活動探討其個人的生涯規劃；而香港善導會社工在取得在囚人之意願後，會聯絡其在香港之家屬，並協助修復家庭關係和功能，甚至為準備出獄之在囚人安排宿舍，以提升其社會重返之適應能力，同時亦會為當中曾有濫藥經驗的在囚人提供出獄回港後的戒毒復康及預防重吸等支援服務。

上述的推行模式冀能從「個人」、「家庭」與「社會」三個層面介入，協助在囚人改過自新，提升自省能力，由獄內開始幫助在囚人逐步適應至最終重返社會，從而在沒有監管的制度下，能夠繼續遠離毒品，建立正確的人生觀並過無毒的健康人生。推行新的運作模式後，參與復康服務的在囚人持續上升（見圖五）。



圖五. 2014 年至 2018 年參與復康服務的在囚人人數

(四) 總結與未來展望

懲教管理局路環監獄的「復康小組」近年由住院模式轉變為以更多元的介入方式運作，使服務受眾人數也因模式之轉變而大幅增加，在囚人在參與活動的過程中表現積極投入，並嘗試與活動機構在獄外保持書信聯繫，從中找到身份認同，可見在獄內禁毒政策的推動和預防重吸的教育方向有正面的推動作用。

在預防教育工作方面，將繼續融入正向心理學的知識、以敘事治療的手法和藝術創作等不同元素，協助他們在監獄化的環境中建立積極正向的人生價值觀、良好的生活習慣及提高守法意識；同時增加他們的社會支援網絡，透過與社區合作拓展良好的環境，鼓勵仍在服刑中的在囚人，為他們重投社會建立紮實的基礎。

在未來工作展望方面，路環監獄將會加大與社區合作的力度，吸納更多的社會資源以強化監獄矯治及戒毒復康的多元服務，同時亦會針對濫藥在囚人的個案管理工作，提供適切的輔導；並持續為職員提供相關的知識培訓和研討交流等，務求以開放及專業的態度為在囚人提供戒毒復康服務。另外，由於獄中報稱濫藥人數與實際觸犯毒品相關罪行人數有落差，顯示可能存在濫藥的隱蔽個案，甚或許多非濫藥的人士可能受到販毒集團的利用，誘使他們觸犯毒品相關罪行以謀取利益，故此，今後之服務對象會持續為非濫藥的在囚人推行更多宣傳教育工作，推廣預防濫用藥物的正面訊息，降低吸毒和觸犯毒品相關罪行的風險，共建無毒社會。

參考文獻

1. 路環監獄 2014 至 2018 年統計資料，澳門特別行政區懲教管理局，2018。
2. 路環監獄禁毒報告書，澳門特別行政區懲教管理局，2018。
3. 路環監獄 2018 年度工作報告，澳門特別行政區懲教管理局，2018。
4. 葉玉君、郭淑儀及吳嘉惠，澳門路環監獄於探測在囚人濫用藥物、預防及治療工作之現況，2018。
5. Urie Bronfenbrenner, *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*, Cambridge, 1979。
6. Comptio, William C, *An Introduction to Positive Psychology*. Wadsworth Publishing, 2005。
7. Seligman, Martin E.p. *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. New York: Simon and Schuster, 2002。

澳門高危濫藥青少年之休閒活動需求調查

方韻（澳門基督教青年會）

【摘要】

目的：本研究針對濫藥態度較開放之青少年，瞭解其休閒活動的需求，並因應研究結果，提出適合這類青少年族群的可行適切的服務建議。

方法：採用量性研究，透過問卷調查方式，以配額取樣方式，共派出 722 份問卷，回收並剔除無效問卷後，共有 698 份有效問卷。各分量表的信度檢定 Cronbach α 值皆為 0.78 以上，顯示此問卷具有良好穩定性。

結果：

1. 本研究對象的年齡為 12 至 20 歲，男女比例各佔 47.9%及 52.1%，初中生佔 40.5%，高中生則佔 59.5%。相較於一般青少年，高危濫藥青少年對各種休閒活動的需求性皆較低（包括社會性、知識性及能力勝任等三個需求層面）。
2. 進一步選取高危濫藥青少年族群共 83 位，男女比例各佔 72.5%及 27.5%，初中生佔 56.6%，高中生佔 43.4%。分析其對休閒活動的需求，發現在避免刺激層面($M=3.26$)的需求度最高，其次依序知識性是 ($M=3.25$)、社會性($M=3.24$)及能力勝任($M=3.24$)；初中生比高中生更著重「能讓我一個人獨處($t=2.178, p<.05$)」；年齡與「能避開生活中的擁擠人群」呈現顯著負相關($r=-.221, p<.05$)；而女性則比男性更著重「能讓自己做些較簡單和容易的工作($t=-2.131, p<.05$)」。

結論：高危濫藥青少年對參與休閒活動的動機較低，參與意願普遍不高，進一步分析其活動需求時，則較為重視是否能夠「避免刺激」及「舒壓」，而年齡或年級愈低的學生，更期望能在休閒活動中滿足「獨處」或「避開人群」等需求。針對本次調查結果，提出數項建議：社會服務必須「主動出擊」，接觸高危濫藥青少年，其次，活動編排應以「由易至難」、「舒壓」為主，而針對年齡較低者，應加強「人際溝通」、「社交技巧」等活動元素，以切合其活動需求。

【關鍵詞】澳門、青少年、濫藥態度、休閒活動需求

一. 前言

澳門藥物濫用者中央登記系統報告指出，本澳青少年濫藥問題於近年呈現隱蔽化的趨勢，平日多留在自己或朋友家中吸食毒品（澳門社會工作局，2018）；而本會從事青少年服務的經驗亦發現，這類青少年甚少參與正向的傳統休閒活動。因此，期望透過本次調查研究，針對濫藥行為的態度較為開放、或高危濫藥澳門青少年，瞭解他們對休閒活動的需求為何，並因應調查結果，提出合適的服務建議，提升其參與動機，以達到「及早介入，及早預防」的目的。

二. 文獻回顧

（一）澳門青少年藥物濫用現況

藥物濫用是指在非醫療目的下，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

(社工局, 2012)。而澳門藥物濫用者中央登記系統(社工局, 2018)顯示, 2018 年被呈報的濫用藥物人數中, 21 歲以下青少年佔 5.7%, 首次吸毒平均年齡是 15.7 歲, 其中男性佔 58.3%, 女性佔 41.7%; 主要吸食冰毒和大麻, 吸毒的主因則是朋輩影響以及好奇使然, 他們大多會選擇在朋友家或 K 場等場所吸食毒品, 而近年數據顯示青少年濫藥隱蔽化的情況有所持續, 他們會選擇在較難被發現的地點吸食毒品, 故儘管數據顯示澳門青少年的濫藥情況並不算普遍, 亦不容忽視被隱藏或未被發現的可能性。

此外, 澳門基督教青年會(2018)曾對本澳青少年濫用藥物態度進行調查, 發現其普遍對於濫用藥物抱持負向態度, 對濫藥的接受程度亦較低, 然而, 仍有部份青少年對於毒品禍害存在一定程度的迷思或誤解, 例如仍有部份青少年認為毒品對外貌影響不大、以及毒品能緩解負面情緒等等, 導致他們輕視了吸毒的害處。

(二) 青少年休閒活動與濫用藥物的關係

法國社會學家 Dumazedier(1974)提出「休閒三步曲理論」, 指出休閒活動屬於個人隨興的事情, 其綜合了輕鬆、多元化及增廣見聞等元素, 同時具有三個相互貫通的功能: 放鬆、娛樂及自我發展; 而休閒活動泛指排除工作、學習、家庭等社會義務以外的活動, 例如運動、教會、欣賞表演、甚至是閒坐在咖啡館等, 都屬於休閒活動的範疇(引自張耿介、陳文長, 2015)。

青少年是處於濫用藥物的高危階段, 是首次接觸毒品的高峰期, 社會控制理論(Hirschi, 1969)指出, 若個人在依附(Attachment)、投入(Commitment)、參與(Involvement)、信念(Belief)等四個關鍵社會鍵的強度愈充足, 則個人愈不會從事偏差行為; 其中「參與」指的是個人參與日常活動的時間, 包括課餘假日的休閒活動等, 認為當參與這些正向活動的時間愈長, 便不會形成偏差行為。

相關研究亦指出, 休閒活動對於青少年的成長具有積極而重要的意義, 透過參與休閒的過程, 能夠協助個人建構「自我定位」, 亦能建立朋輩團體認同感, 故休閒活動在自我與他人間扮演著重要的功能角色(蔡德輝等, 2004), 而偏差行為(如吸煙、飲酒、濫用藥物)青少年對於餘暇社團的參與也較為消極被動, 參加休閒活動的動機亦較低(楊皓程, 2014; 澳門基督教青年會, 2018)。

因此, 瞭解高危青少年的休閒活動需求, 從而提升參加動機及意願, 減低他們接觸有害物質(如煙酒)、或濫用藥物等偏差行為, 是本研究中重要的議題。

三. 研究方法

採用量性研究中的問卷調查方式, 以配額取樣, 以本澳在校中學生為對象, 共派出 722 份問卷, 回收並剔除無效問卷後, 共有 698 份有效問卷。

問卷因應本次研究目的, 根據不同概念參考相關文獻, 共分為三部份, 第一部份是個人基本資料, 第二部份參考 Beard & Ragheb 於 1983 年設計的「休閒動機量表(Leisure Motivation Scale)」, 作為參加休閒活動的需求測量, 包括知識性(即追求新知識)、社會性(建立人際關係, 滿足社交需求)、能力勝任(透過自我挑戰獲得成就感)以及避免刺激(舒緩壓力、獲得放鬆為主); 第三部份則參考澳門基督教青年會(2018)的藥物濫用態度問卷內容, 得分愈高, 表示對濫藥的態度愈開放和接納。除個人資料以外, 其餘分量表皆採用 Likert 5 點量表, 依序為「1

分-非常不同意」、「2 分-不同意」、「3 分-沒意見」、「4 分-同意」及「5 分-非常同意」。

信度檢定採用適合 Likert 量表的內部一致性信度分析，各分量表的 Cronbach α 值皆為 0.78 以上，顯示此問卷具有良好穩定性。

四. 研究結果與討論

(一) 基本資料

本研究對象的年齡為 12 至 20 歲，平均年齡是 15.7 歲，標準差為 1.8；其中男女比例各佔 47.9%及 52.1%，而初中生佔 40.5%，高中生則佔 59.5%。

表 1 整體樣本基本資料 (n=698)

年齡	平均值 15.7	中位數 16	最大值 20	最小值 12	標準差 1.8
性別	男性（百分比） 47.9%		女性（百分比） 52.1%		
學部	初中（百分比） 40.5%		高中（百分比） 59.5%		

(二) 高危濫藥青少年的休閒活動需求

為了解高危濫藥青少年對於休閒活動需求的現況，本次研究以個人對於濫用藥物的態度作為指標，即態度愈開放者，對於濫藥行為的接受程度較高，也較容易成為有機會接觸或濫用藥物的高危族群；因此，依照濫藥態度量表中的分數進行區分，總平均分 2 分或以下者歸納為一般青少年(n=375)，總平均分 3 分或以上則歸納為高危濫藥青少年(n=83)。

1. 高危濫藥青少年的休閒活動需求度，較一般青少年更低

結果發現，一般青少年與高危濫藥青少年對各種休閒活動的需求性有顯著差異，如下表所示，後者的整體休閒活動需求度較低($t=-8.21$, $p<.000$)，其次，在知識性($t=-9.16$, $p<.000$)、社會性($t=-6.20$, $p<.000$)及能力勝任($t=-7.38$, $p<.000$)等三個需求層面的需求度也顯著較低；由此可見，相較於一般青少年，高危濫藥青少年普遍對於休閒活動的需求性不高，尤其是在追求知識、滿足社交需要、自我挑戰或成就感的層面上。

表 2 一般與高危濫藥青少年之休閒活動需求差異檢定 (n=458)

項目	組別	平均值	標準差	T
總平均分	一般	3.67	.41	-8.21***
	高危	3.25	.48	
知識性	一般	3.87	.56	-9.16***
	高危	3.25	.57	
社會性	一般	3.69	.59	-6.20***
	高危	3.24	.60	
能力勝任	一般	3.79	.61	-7.38***
	高危	3.24	.65	
避免刺激	一般	3.33	.63	-.968
	高危	3.26	.55	

$p<.05^*$, $p<.01^{**}$, $p<.001^{***}$

2. 高危濫藥青少年對「休閒活動是否能夠舒緩壓力」的需求度較高

進一步選取高危濫藥青少年族群共 83 位，平均年齡為 16.2 歲，標準差為 1.9，男女比例各佔 72.5%及 27.5%，初中生佔 56.6%，高中生佔 43.4%。

表 3 高危濫藥青少年基本資料 (n=83)

年齡	平均值	中位數	最大值	最小值	標準差
	16.2	16	20	12	1.98
性別	男性（百分比）		女性（百分比）		
	72.5%		27.5%		
學部	初中（百分比）		高中（百分比）		
	56.6%		43.4%		

分析參與本次調查的高危濫藥青少年中，其對於休閒活動的需求度，整體而言，避免刺激層面(M=3.26)的需求度最高，其次依序知識性(M=3.25)、社會性(M=3.24)及能力勝任(M=3.24)，由此可見，即使高危濫藥青少年對於休閒活動的需求感並不如一般青少年強烈，但整體而言，卻較為重視這些活動是否能夠滿足其「舒緩壓力或情緒」等需求；另外，深入針對所有題目進行平均得分計算，發現「製造一些對自己有意義的事(M=3.41)」的平均得分最高，其次依序為「為了休息一下(M=3.39)」、「從活動中學習到新事物和觀念(M=3.34)」、「發展出親密的友誼(M=3.31)」，以及「結交更多的朋友(M=3.30)」；其餘詳細內容如下：

表 4 休閒活動需求各面向之敘述統計 (n=83)

面向	平均值	標準差
避免刺激	3.26	.54
知識性	3.25	.58
社會性	3.24	.60
能力勝任	3.24	.65

表 5 休閒活動需求各題項之敘述統計 (n=83)

題目	平均值	標準差
製造一些對自己有意義的事	3.41	.75
為了休息一下	3.39	.84
從活動中學習到新事物和觀念	3.34	.72
發展出親密的友誼	3.31	.75
結交更多的朋友	3.30	.82

3. 初中生及低齡者較為著重是否能「獨處」及「避開人群」

針對不同年齡及學部進行休閒活動需求的差異分析，結果顯示在「能讓我一個人獨處」此一題目上，初中生和高中生平均分數達到顯著差異($t=2.18, p<.05$)，初中生的平均得分顯著較高中生高；其次，亦發現年齡與「能避開生活中的擁擠人群」呈現顯著負相關($r=-.22, p<.05$)，即年齡愈低者，對於對題項的需求度愈高，此結果與上述初中生的結果相符。

由此可見，相較於高齡的高中生，初中生或低齡青少年更期望能夠透過休閒活動，讓自己避開周遭人群或日常壓力，獲得獨處時間來舒緩煩瑣情緒。

表 6 不同學部高危濫藥青少年之休閒活動需求差異檢定 (n=83)

層面	題目	組別	平均值	標準差	T
避免刺激	能讓我一個人獨處	初中生	3.36	1.01	2.18*
		高中生	2.97	.61	

p<.05*, p<.01**, p<.001***

表 7 年齡與休閒活動需求之相關分析 (n=83)

	年齡
能避開生活中的擁擠人群	-.221*

p<.05*, p<.01**, p<.001***

4. 女性更為著重休閒活動的簡易程度

針對不同性別的青少年，對於休閒活動的需求是否有所不同，在四個層面皆沒有顯著差異，但進一步分析在各題項的分數時，結果顯示在「讓自己做些較為簡單和容易的活動」此一題目上，男性和女性的平均分數達到顯著差異($t=-2.131$, $p<.05$)，女性的平均得分顯著較男性高，可知女性更為著重該休閒活動的難易程度是否適合自己，其餘詳細內容如下：

表 8 不同性別高危濫藥青少年之休閒活動需求差異檢定 (n=83)

層面	題目	組別	平均值	標準差	T
避免刺激	讓自己做些較為簡單和容易的活動	男	3.14	.847	-2.131*
		女	3.59	.854	

p<.05*, p<.01**, p<.001***

五. 結論與建議

高危濫藥青少年對於休閒活動的需求度較低，若進一步瞭解，發現他們對於「逃避壓力」及「舒壓」等面向更為重視，這與一般青少年的需求面向較為不一，是本次調查結果較為特別之處。因應本次調查結果，提出相關結論與建議，未來在推展此類青少年休閒活動時，可作為服務推廣、活動編排或內容規劃之參考，以提升其參與意願及動機：

(一) 社會服務必須「主動出擊」，接觸高危濫藥青少年

根據調查結果發現，高危濫藥青少年的休閒活動需求度普遍較低，他們也較少主動參與各類閒暇活動，導致未能為這類青少年提供有效的服務，因此，社會服務應該主動地出擊，亦即積極地推廣、尋找服務對象，並主動接觸他們，讓其瞭解更多休閒活動內容，提升其參與意願。

(二) 活動編排應以「由易至難」、「舒壓」為主

高危濫藥青少年重視休閒活動是否能夠舒緩或逃避壓力為主，顯示他們在日常生活中存在一定壓力，可能與當時成長階段或環境的改變有關，故活動內容的鋪排上，不應規劃太多競技元素，應先由簡易程度開始，再視個人實際情形進行難易度調整，避免因活動太難而受挫，影響自信心，同時亦協助其發掘個人優點及長處，提升自我價值。

（三）年齡較低者，加強「人際溝通」、「社交技巧」等活動元素

本次調查指出，年齡或年級較低者，更期望能透過休閒活動的過程，滿足「獨處」或「避開人群」等需求，顯示他們可能在朋輩或友誼關係的建立上，出現適應困難，因此，應在活動中著重加強人際、溝通技巧的元素，同時亦避免活動起始時有太多的團體互動，避免其感覺受壓力而退縮，影響參加意願。

參考文獻

- 蔡德輝等（2004）。**建立警政整體預防體系之研究**，台北：內政部警政署刑事警察局。
- 澳門社會工作局(2012)。**青少年禁毒輔助教材**。澳門社會工作局防治藥物依賴廳。
- 楊皓程（2014）。**網咖是青少年沉淪的淵藪論青少年網咖沉迷與偏差行為之關聯**(碩士論文)。國立臺北大學社會學系碩士在職專班，台北市。
- 張耿介、陳文長（2015）。**休閒社會學**。台北：新文京出版社。台灣。
- 澳門社會工作局（2018）。**澳門濫用者中央登記系統**。澳門社會工作局防治賭毒成癮廳。澳門。
- 澳門基督教青年會（2018）。**青少年對濫用藥物知識與對濫藥行為者態度之調查**。澳門。
- Hirschi, T.(1969).*Causes of delinquency*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Beard, J. and M. Ragheb (1983) Measuring leisure motivation. *Journal of Leisure Research*, 15(3), 219-228

探討曾有用藥媽媽的用藥經驗、需要及介入可能性

柯麗珊、李紫婷、郭穎茵、黃廷峰
(澳門基督教新生命團契-S.Y.部落)

一、引言：

本中心是與一些被稱為「高危青少年」、「濫藥青少年」同行，前線經驗讓同工知道，青少年經常面臨未婚意外懷孕方面議題。事實上，曾用藥的少女媽媽，在經歷意外懷孕及生育後困難重重，其所背負的主流論述的弱勢身份下，建構於社會對「濫藥」「未婚意外懷孕」的標籤。使她們的親職身份勝任度低、低自我價值，造成強烈的無力感。筆者認為作為前線工作者必須走進她們的故事，才能懂得如何與其同行，本文將會透過故事訪談的發現，探索她們的用藥經驗及需要，並從中找到介入的可能性，以及面對這群體的需要下針對社會政策及服務的建議。

二、現況分析

根據澳門特別行政區社會工作局（2019）所發佈之澳門青少年濫藥嚴重程度研究 2018 指出，在 63 位有濫藥危機的青少年中，有子女的共 16 人（佔 25.8%）；而本中心自 2012 年至今共服務 47 位用藥年青父母，發現用藥年青父母因意外懷孕，面臨巨大的生活困難及挑戰，在標籤上失敗的父母後而陷入無助的困境，呈現不願向外界的狀態，缺乏社會支援。

其次，從前線經驗瞭解到，個案通常具備未成年懷孕、單親、有用藥、有刑事紀錄、原生家庭與個人本身低社經低位、待學或待業等特性，因此在生育後需要工作收入來支撐家庭，但現時澳門勞動市場中，大多數工種，需要無刑事紀錄、年滿 21 歲，還需要輪班工作，個案因其特性常難以就業。再者澳門的托兒服務只是上午及下午制，並未能涵蓋部分輪班職業的需要。

而澳門現存的社會福利狀況如下：經濟援助所涵蓋的是貧窮人口，但個案多數為近貧狀態，不符合社會補助的條件；還有出生津貼方面，若個案為未成年、或處於待業狀態，則未能符合社會保障受益人的資格，無法在生產時獲得出生津貼；而社會工作局 2019 年 5 月發表之「照顧者津貼可行性研究報告」指出本澳社會對照顧者的定義尚欠充分討論，故推行照顧者津貼政策的基礎及時機尚未成熟（市民日報，2019 年 5 月 30 日）。因欠缺津貼以緩減個案在照顧家庭及經濟匱乏的情況下，促使個案常在經濟收入問題和孩子照顧問題間進退兩難，甚至要被逼取捨其一。

另外根據香港為有吸毒行為的母親提供全人親職輔導及支援實務經驗手冊（2018），調查結果指出，懷孕期或育兒期有用藥行為的家長在親職壓力、親職效能感、親職滿意度和主觀社會支持中面臨諸多挑戰，包括對教養子女的自信心較低，在認識及了解子女的程度較弱，對子女的接納及信任亦較弱，而且獲得較少社會支援。

由於缺少社會支援，及社會主流對問題的個人歸因化，使他們的真正需要常難以被發現。在台灣的研究方面，陳紫凰（2010）曾整理有關女性用藥的研究，指出社會污名化帶給女性用藥者極大的心理壓力，因為承受着歧視與冷漠對待，

往往壓止了她們尋求合理方式協助的勇氣，更遑論願意接受相關的研究了。

三、「用藥」、「年輕懷孕青少年」的問題與需求

3.1 以社會排除理論分析「用藥少女媽媽」在社會處於的位置

以下會以社會排除理論，就經濟、社會福利政策、及社會服務等，分析有「用藥」及「年輕意外懷孕」個案的處境。

「社會排除」(social exclusion) 理論中提出是由於社會問題的性質轉變，社會成員在遭受到一個生活事件衝擊時，因為欠缺具有連通性及有效性的政策介入與社會資源輔助，而使他們的處境更加惡劣，連帶再影響到家庭其他成員，特別是下一代的教育與社會參與，一連串地自消費市場、勞動市場、社會網絡、乃至教育體系中退出，退縮到社會的邊緣角落。(曾薔霓, 2017)

個案想透過不同的方式，去改善自身及家庭的困境。但在勞動市場、政策及福利的排除下，造成支援網絡薄弱，讓青少年生育後陷入多重困境。青少年懷孕後，通常會因學校勸退下停學待產，產後若無法解決小孩照顧問題，則會被逼放棄學業，使其生涯發展的選擇減少。儘管個案有意投入工作以改善家庭環境，亦會因學歷、刑事紀錄及家庭照顧壓力而限制其選擇，從故事訪問中例子可帶出其困境：

「熊貓走過獄中懷孕產子的艱辛，想成為盡責的媽媽，克服傷痛重回正軌，然而找份適合的工作並不容易，加上單親媽媽的生存壓力，出獄後曾在賭場工作過一段時間，後來因為沒有行為紙（刑事紀錄）的關係被辭退了，之後她曾到一些店鋪見工，都因同樣問題而沒有請她。」

個案在多種制度排除下，在社會及家庭也難以找到自身的位置，她們可選擇工作、生涯發展的權利受限，從而無法向上流動，加強困境的延續。當把責任推向個人化，社會資源不會考慮此社群的需求，可獲得的社會福利或資源會更少。在無法從其他社會參與中改變下，難以走出邊緣化的社群中。可見此議題不單是個人取向就能解決，而是出現社會排斥下所導致的惡性循環。

3.2 對「用藥」、「青少年/女懷孕」的主流論述

社會大眾會認為一般濫藥者用藥的原因為：爭取朋友認同，失業失學，應變力低，自我形象低落，缺乏成功感及沒有生活目標等；(楊劍雲、吳日嵐, 2019)而年輕女性意外懷孕，是被認為不適合當母親、未能當好母親的角色，缺乏做母親必需的資源。(香港浸會大學青年研究實踐中心, 2015)根據 Goffman 所提出的污名(Stigma)，希臘文原意指的是肉眼可辨識出、表示身份低劣的一種象徵、烙印。不同的社會身份有不同的角色期待，社會文化中帶有負面、貶低意涵的屬性則為污名。污名會讓社會歧視正當化，進而損害受污名者的權益；即使污名者應享有一些權利及需求，也因其有此一特性而被剝奪。(高夫曼著：曾凡慈譯, 2010)由以上所得，主流論述中傾向視「用藥」及「年輕懷孕」為負面。

對於有用藥經驗的媽媽，被污名化後所造成的影響是：一是把責任歸因個人化作出批判，將責任視為個人問題，繼而使社會就缺乏探討「用藥行為」、「年輕未婚意外懷孕」的多重複雜的原因，無助改善有關狀況；二是忽視問題與社會結構的關係，將問題與個人連結，塑造一種排斥及邊緣化用藥者媽媽的次文化，當

媽媽們難以於主流文化中獲得身份認同，只能在獲得社會聯繫和身份的次文化社群中立足，面臨困難時也不傾向與外界求助；三是影響當事人如何詮釋自身的生命故事，當社會對用藥媽媽有多重污名的情況，只從單薄的主流論述來理解自己，內化負面的身份認同，繼而出現「自我污名」的狀況，從而使個人的知識、技巧、信念和能力都被問題故事遮蔽，妨礙其尋找另類身份、發展潛能及優勢的可能性，難以對生命出現盼望，認定個人是有問題且無法改變。

四、以優勢視角及敘事實踐於實務中的應用

4.1 優勢視角的實務介入

有用藥經驗的青少年/女逐漸踏入父母親階段，在經歷意外懷孕及生育後困難重重，因此中心提供了「萌愛家庭」計劃支援。初時以危機介入、情緒支援、知識及改善家庭關係為主要目標，提供衛教、輔導、家訪、學習照顧技巧等個人支援服務。

但後期逐漸發現，實務工作中最困難的部份，是個案因內化污名，限制自身改變的可能性，個案呈現強烈的無能感，抹殺個人優勢及潛能發展的可能，亦無法從問題故事及困境走出。有見及此，本中心工作手法會以優勢視角出發。優勢視角認為應把焦點放於服務使用者的優勢及能力上，而不是個人的問題及不足。在許多服務機構及專家，常會用社會標籤、刻板印象、及排斥等字眼去歸因服務使用者面臨的問題。而優勢視角著重相信服務使用者本身才是其生活的專家。(簡春安、趙善如, 2008)工作員會透過自我引導，與個案探討污名以外的其他身份的優勢，從信念、態度、知識及技巧等面向，協助其尋找更多的優勢。以個案魚蛋為例，工作員會加強魚蛋發現及的肯定個人優勢：

優勢	內容
信念	深信自己愛女兒的心情是世界上無人能取替的，雖然女兒是臍裂嬰兒，照顧她比一般嬰兒辛勞三倍，常因擔心嬰兒有性命危險而十分焦慮，但仍希望盡自己最大的努力讓女兒能健健康康地成長。
態度	因知道女兒需要她，願意為女兒改變，會堅持停藥、不再犯事。期望要盡力給女兒最好的，因此會努力學習成為媽媽，亦在照顧期間兼職工作。
知識	自學嬰兒生心理發展、學習臍裂嬰兒的醫療知識及照顧方法。
技巧	會加入不同的網上群組，了解嬰兒的需要。因有照顧小朋友的經驗，對嬰兒飲食、照顧等有一定的技巧。

魚蛋在重新檢視個人生活經驗，發現自身在家庭生活上的優勢，而這些原本存在的優勢，在污名下未必能看見。在能力能逐漸提升後，有助其日後面臨其他生活的困境時，魚蛋就能以有能力地應對其生活。

魚蛋在後來訪談中的對話：

「當清楚地知道自己需要什麼的時候，我不會需要它（藥物）。找到了自己的價值，這個世界還需要我，好像現在女兒需要我，現在要把所有積蓄放在女兒身上，我生命中的重要性已經轉變了。」

魚蛋與工作員自我檢視過往的經歷，表示在十年用藥中，用了很多方法都無法停藥。以往單單看到自己不能自控地用藥，但自從發現到生命中能存在更多的可能性，能有不同的發展方向，且成為母親後意識到女兒是需要她後，用藥行為就會停止。因此人尋找到生命的價值、優勢及盼望時，也能令人有更多發展及選

擇。

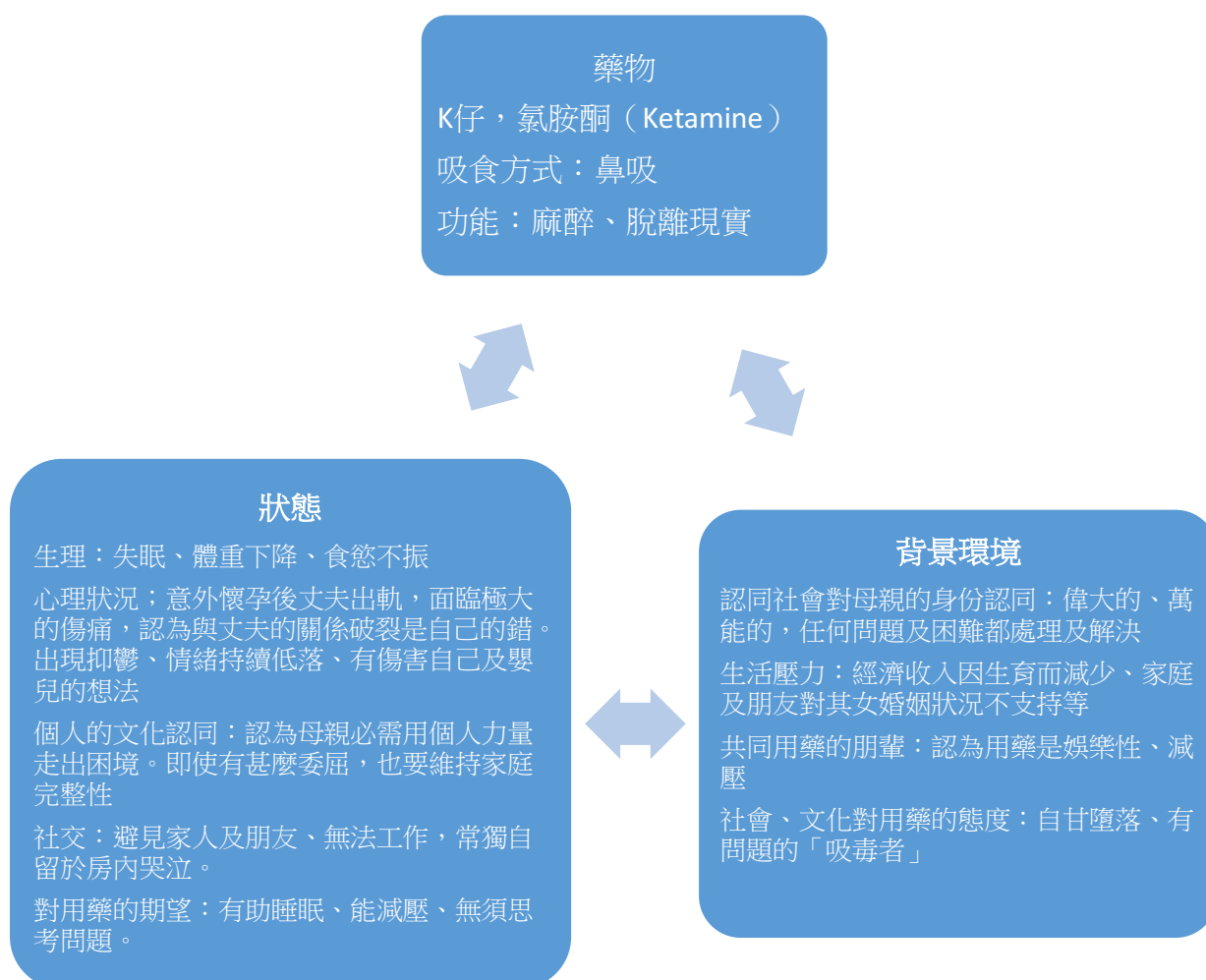
4.2 以敘事實踐的實務介入

優勢視角在理念上是著重個人內在資源，及積極堆動個人參與外在環境。但問題是當社會存在排斥狀況，或個人在主流社會中的弱勢角色時，推動個案參與社會，未必能回應社會結構中，如環境、社會態度、文化等的根本性問題。因此會以敘事實踐應用於個案工作及生命故事集。

根據艾莉絲·摩根（2016）對敘事實踐的概念，敘事實踐中個人所描述的故事中，就是對自己、他人及身處的文化、經濟及社會環境的詮釋，我們在理解自己的生命方式，會受生活文化中的故事所影響，可能是正面、可能是負面，敘事實踐是由單一淺薄的故事情節，透過對話過程中慢慢豐富厚實的生命故事。在敘事實踐的應用上，會與個案共同思考其生命歷程，整合過往經歷，嘗試在主流脈絡以外，不以單薄的描述來定義自我，而是尋找其更多生命中的亮點。透過「外化」及「豐厚的描述」，將人和問題分開，從而為個案詮釋生命時能有更多的選擇及定義。

外化的技巧上，除了為用藥行為命名外，亦會以「藥物、狀態、背景環境」模式（Drug setting），與個案探索用藥的多重意義，協助個案觀照更廣闊的脈絡。用藥行為其實是反映當事人複雜而獨特的生理、心理和社會弱點，及三者之間的互動。人與藥物之間並不是因果關係，更非單一因素所致。（佩特·德寧、珍妮·利特、艾迪娜·葛利曼，2012）。

個案 C 小姐的用藥經驗個案分享：



工作員會以外化打開對話的可能性，主流論述下個案往往認為自己是「有問題的人」。外化的重要性是人和問題一分開，個案的技巧、力量、興趣及能力就更看得見，讓人更容易為曾經主控他們生活的問題故事重新命名，一旦談論自己是受問題影響，而不是本身有問題，就有更多選項可用。（艾莉絲·摩根；陳阿月譯, 2016）C 小姐是產後開始用藥，在面臨因支援網路不足、婚姻關係、經濟及親職等生活壓力，真實地存在巨大的傷痛。個案堅信傾力家庭完整是生命中的核心意義，而社會環境對於母親的態度及家庭完整性觀念，令個案傾向用個人力量走出困境，且認為個人精神壓力及低潮狀態，是基於自己的無能，而此時環境中有朋輩認為用藥是娛樂性、減壓的，因此個案以用藥來排解現實的傷痛，使用後亦發現用藥有助放鬆、睡眠、減壓、無須思考問題等。可見用藥是滿足其面對丈夫出軌時，仍堅持家庭完整性，但無法處理抑鬱情緒時可選擇的出路。但用藥後出現更多的掙扎，如用藥行為與母親身份的衝突。因此，協助個案檢視問題與社會脈絡的關係，減低自我批判及自責後，才能讓其不在被問題故事遮蔽，提供更多出路的可能。

另外，本中心會以生命故事集，去收集有用藥經驗、年輕父母及其家人的故事，目的是尋找豐厚的描述，故事主角在污名以外的生活面貌。訪談中會聆聽及記錄獨特的生命經驗，包括用藥經驗，家庭生活、生活的轉變及對生命的期盼，並撰寫成為個人故事。促使社會嘗試以不同向度認識他們的真實處境。

五、現時面對的挑戰及結語

5.1 如何打破對年輕媽媽的刻板印象

上文提到主流論述下很多年輕媽媽正面對多重的污名，而社會工作者除了為服務對象作個人系統層面介入及連結外在系統資源外，當面對其個人及被邊緣群體被多重污名下，同樣個人會把問題內化，形成自我壓制(麥克懷特，2001)，故此，作為工作人員除了與當事人實踐問題外化外，一同探索獨特結果，重新被探究、被紮根化、被連結和被賦予意義，使替代故事變得更豐厚，把個人的技巧、能力與承諾，使其重新連結其偏好、希望、夢想及信念(艾莉絲·摩根, 2008)，同時工作人員更不能忽略文化脈絡對人的影響，故此，如何把她們/他們的優勢於社會文化中呈現出來也是重要的一環，現時，本中心將整合年輕家長的故事，並期望帶到不同持份者進行對話或進行迴響，認識這群體豐厚的故事以對抗刻板印象帶來的壓迫。

5.2 如何落實提供適切的服務使其順利過渡初期的親職身份

當相信每一位親職也擁有其信念及力量去建構家庭單位，那麼，對於其處於此時此處在現實生活中存有怎樣的需要，家庭是構成社會最基整的單位，在前線經驗中，面對近貧的需要、面對托兒時間限制的需要，以致出現棄養情況，這同樣構成相當的社會成本，故如何確保親職能保持穩定的收入外，同時達致親職親自照顧嬰兒，使其成功順利過渡初期親職的身份，達致往後更穩定地發揮親職的功能，為此，建議盡快落實一些具彈性的緊急措施以配合個別需要，以及盡快進行相關研究工作，及時掌握本澳群體的實際需要。

5.3 怎樣把貼地性教育議題及早介入

本中心的服務多為補救性介入工作，從文中數字只存希未婚懷孕的數字，還有選擇終止懷孕的數字仍未整合呈現在文中，這些個案的確是存有不少挑戰，需要投放相當的人力資源作短期及長期介入，不幸的是前線經驗讓我們知道，青少年對性存有迷思及對親密感的缺失等議題，並未有及早貼地地進行開放探索和討論，以致像禁忌般對性的想像，使其未能擁有足夠能力應對成長中種種的經驗，故此，關於性教育議題應盡快進行探討，適時了解青少年的真實需要，並及地在教育體系中進行介入工作。

參考文獻

1. 市民日報 (2019 年 5 月 30 日)。研究指推照顧者津貼時機未成熟。市民日報。取自 <http://www.shimindaily.net/v1/news/macau/>
2. 艾莉絲·摩根；陳阿月譯(2016)。從故事到療癒---敘事治療入門。台北市：心靈工房文化事業股份有限公司。
3. 佩特·德寧·珍妮·利特·艾迪娜·葛利曼 (2012)。挑戰成癮觀點：減害治療模式。台灣：張老師文化。
4. 香港浸會大學青年研究實踐中心(2015)。攸關青春青年工作的論述與對話。香港：紅出版圓桌文化。
5. 香港中文大學 社會工作學系 (2018)。為有吸毒行為的母親提供全人親職輔及支援 實務經驗手冊。香港：香港中文大學 社會工作學系 2018。
6. 高夫曼著：曾凡慈譯(2010)。污名:管理受損身分的筆記。台灣：群學。
7. 曾薈霓(2017)。社會救助。台灣：洪葉文化。
8. 陳紫凰 (2010)。藥物濫用女性生命歷程發展之探討。
9. 麥克·懷特。(2001)。故事·知識·權力—敘事治療的力量。台北：心靈工作坊事業股份有限公司。
10. 楊劍雲、吳日嵐(2019)。社區精神健康服務與輔導工作。香港：商務印書館有限公司。
11. 澳門特別行政區政府 社會工作局 (2019)。青少年濫藥嚴重程度研究 2018。取自 http://www.antidrugs.gov.mo/anti/web/cn/downloads/Report_2018_190625.pdf
12. 簡春安、趙善如(2008)。社會工作哲學與倫理。高雄市：巨流圖書股份有限公司。

OH 投射卡团体辅导对女性戒毒者预防复吸作用研究

毛丹（广东省女子司法行政强制隔离戒毒所）

陈淑真

罗文苑

袁荣亲（广东省晴朗天心理服务机构）

【摘要】

目的：研究 OH 投射卡团体辅导对强制隔离戒毒人员心理健康状况、毒品拒绝自我效能感以及高危复吸风险的影响。方法：选取广东省女子强制隔离戒毒所 60 名戒毒人员,随机分为两组,每组 30 人,对实验组实施连续 8 周、每周一次的 OH 投射卡团体辅导。辅导前后分别采用一般健康问卷（GHQ-12）、毒品拒绝自我效能感问卷、高危复吸量表对实验组和对照组进行测试。结果：干预后,实验组戒毒人员的心理健康状况、毒品拒绝自我效能感、高危复吸风险较干预前呈现出显著性差异,对照组在毒品拒绝自我效能感上呈现出显著性差异,但在心理健康状况和高危复吸风险上的差异不显著。结论：OH 投射卡团体辅导在改善强制隔离戒毒人员的心理健康状况和高危复吸风险方面有明显效果,适合用于戒毒场所内。

【关键词】OH 投射卡；团体辅导；女性戒毒者；复吸

戒毒人员心理健康水平较低、问题复杂、复吸率高,我国的复吸率高达 90% 以上^[1]。导致复吸的一个重要原因是戒毒人员严重的心理问题,他们在身心未得到充分疗愈的情况下回归社会后极易复吸。大多数吸毒人员的文化水平不高,女性吸毒者过多地使用不成熟防御机制,^[2] 对别人缺乏信任,传统的心理咨询技术常常达不到效果。

OH 潜意识投射卡是近年来兴起的一种新的、特殊的、属于表达性艺术治疗的心理咨询、治疗工具。该工具重视来访者和咨询师的关系的建立和联结,像是精神动力取向治疗的简化版,能绕过心理防御,快速接近和深入潜意识。张家甄等采用了启动效应的范式来探索 OH 卡对情绪的影响,证明了 OH 卡具有情绪启动效应。^[3]

本研究尝试在强制隔离戒毒场所中,以 OH 投射卡团体辅导的方式对戒毒人员开展心理干预,初步探讨其对改善戒毒人员心理健康状况、毒品拒绝自我效能感以及降低高危复吸风险的影响。

一、对象与方法

（一）、研究对象

从广东省女子强制隔离戒毒所选取 60 名戒毒人员,无严重躯体疾病和身体残疾,无既往精神病史,脱毒治疗三个月以上。选择对象年龄为 20~48 岁(31.87±7.69),未婚和离异者占 77%,有子女者占 50%,吸食毒品的平均时长为 9.07±6.02 年,最低吸毒时间为 1 年,最高吸毒年限为 25 年。

随机将该群体分为对照组和实验组，每组各 30 人。实验组参加 OH 投射卡团体辅导，对照组接受一般的体能训练、日常教育和管理。经统计检验，两组年龄、受教育年限、职业、婚姻状况、吸毒时间比较，无显著差异（ $p>0.05$ ）

(二)、研究方法

1.研究过程

为考察研究 OH 投射卡团体辅导对戒毒人员心理健康状况、毒品拒绝自我效能感以及高危复吸风险的影响，对实验组 30 名戒毒人员分两组进行为期 8 周的心理干预，每次干预时间为两个小时。

OH 投射卡团体辅导方案具体内容如表 1：

表 1 OH 投射卡团体辅导活动方案

模块	名称	目标与内容
单元一	团体建立——	1. 团体辅导设置，签订保密协议；
	OH 卡说故事	2. 熟悉卡牌，促进团体成员彼此表达与连接。
单元二	OH 卡/情绪与沟通	1. 通过 OH 卡促进情绪的表达与沟通；
		2. 体验学习情绪管理、沟通表达方面的技能。
单元三	OH 卡/拥抱内在小孩	1. 认识和拥抱自己的内在小孩；
		2. 通过 OH 卡练习与内在深入连接，学会爱自己。
单元四	OH 卡/探索原生家庭	1. 运用探索与家庭成员之间的关系；
		2. 看到自己的期待、渴望，寻找行动的积极资源。
单元五	OH 卡/改善家庭关系	1. 运用 OH 卡思考家庭冲突的解决方法；
		2. 训练积极、资源取向的思维方式。
单元六	OH 卡/应对高危情境	1. 运用 OH 卡了解和学习引起复吸的高危情境；
		2. 总结和归纳应对复吸情境的方法。
单元七	OH 卡/我的荣耀与梦想	1. 我的荣耀时刻、图卡延续绘画、梦想六格漫画；
		2. 提升信心，增强自我力量和价值感。
单元八	OH 卡/重构生命故事	1.运用 OH 卡绘制我的生命线、人生绘图；
		2.重写生命故事、改善自我认同。

2.测量工具

(1) 一般健康问卷（GHQ-12）^[4]

一般健康问卷广泛用于评定心理健康状况，共包括 12 个条目，分为 3 个因子，包括 I 为躯体因素（条目 1、2、3、4），II 为焦虑和担忧（条目 5、6、7、12），III 为抑郁或家庭关系不良（条目 8、9、10、11）。评分方法采用 0-3 级评分，将每个条目相加计算总分（0-36），得分越高提示受试心理状态越差。

(2) 吸毒人员毒品拒绝自我效能感问卷^[5]

自我效能感是了解和预测个体行为的基础，有研究发现，拒用毒品的自我效

能与复吸率显著相关。对毒品的渴求与拒绝毒品的自我效能感也会相互影响，如果毒品拒绝的自我效能感较低，那么意味着成瘾者有着较高的复吸可能。根据量表显示，总量表得分越低，表明个体毒品拒绝自我效能感越强。

（3）高危复吸量表^[6]

由耿柳娜等人编制，用于预测戒毒人员在各种改为因素下复吸的可能性。共 21 个条目，量表总分越高说明越容易复吸。

复吸高危量表分为线索引诱（1、2、4、7、13、16）、强迫性（15、17、19、20、21）、孤独无聊（3、6、8、9、11、18）、含无助感的负面情绪（5、10、12、14）四个维度，采用（1-4）4 级评分，得分越高表示毒品复吸风险越高，该量表有较好的结构效度，整体内部一致性系数为 0.84，重测信度为 0.76。

3.评估方法

戒毒人员自我评价。通过一般健康问卷（GHQ-12）、毒品拒绝自我效能感问卷、高危复吸量表进行测试；每次团体辅导结束后，收集每位戒毒人员对团体辅导内容及收获的反馈信息。

4.统计分析

应用 SPSS20.0 软件包进行数据的录入和统计学分析，进行描述性统计 t 检验。

二、结果

（一）、心理测试结果

1.辅导前实验组与对照组基本情况比较

研究发现，OH 投射卡团体辅导前，实验组与对照组成员在心理健康状况、毒品拒绝自我效能感以及高危复吸风险上得分均无显著性差异。结果见表 2。

表 2 OH 投射卡团体辅导前干预组与对照组量表得分对比（M±SD）

量表	实验组（N=30）	对照组（n=30）	t 值	P 值
一般健康问卷（GHQ）	25.53±3.66	27.20±4.78	-1.52	0.16
毒品拒绝自我效能感问卷	43.63±15.45	48.43±17.03	-1.14	0.47
高危复吸量表	35.43±11.16	40.37±11.14	-1.71	0.89

2.实验组 30 名戒毒人员前后测量表得分的差异

表 3 实验组 30 名戒毒人员前后测对比（M±SD）（n=30）

量表	前测	后测	t 值	P 值
一般健康问卷（GHQ）	25.53±3.66	24.03±4.30	2.27	0.031*
毒品拒绝自我效能感问卷	43.63±15.45	30.40±10.66	5.08	0.000***
高危复吸量表	35.43±11.16	29.30±6.34	3.64	0.001**

注：* $P<0.05$ ，** $P<0.01$ ，*** $P<0.001$

表 3 显示：心理干预后实验组戒毒人员的心理健康水平显著提高（ $p<0.05$ ）；毒品拒绝自我效能感显著增强（ $p<0.001$ ），高危复吸风险显著降低（ $p<0.01$ ）。

3.对照组 30 名戒毒人员前后测量表得分的差异

表 4 对照组戒毒人员前后测量表得分差异（ $M\pm SD$ ）（ $n=30$ ）

量表	前测	后测	t 值	P 值
一般健康问卷（GHQ）	27.20 $\pm$ 4.78	26.27 $\pm$ 5.54	1.12	0.270
毒品拒绝自我效能感问卷	48.43 $\pm$ 17.03	42.20 $\pm$ 13.70	3.27	0.003**
高危复吸量表	40.37 $\pm$ 11.14	36.23 $\pm$ 10.31	2.51	0.018

注：* $P<0.05$ ，** $P<0.01$ ，*** $P<0.001$

从表 4 可以清晰看到：对照组戒毒人员在心理健康水平及高危复吸风险上的前后测差异不显著；毒品拒绝自我效能感前后测得分差异显著。

三、讨论

OH 投射卡是由 Moriz Egetmeyer 和 Ely Raman 发明的一种心理投射工具，由 88 张图卡和 88 个单词卡组成，图卡上象征集体潜意识的原型意义，通过自由联想、积极想象，会有潜意识的内容浮现。其图字内容涵盖了生活中的主要主题和人生命题，能够揭示主要的内在需要和情绪反应。这种方法可绕开被试的自我防御机制，将其情感、态度、思想等表达出来，进而揭示其心理状态和内在需求。

实验组 30 名戒毒人员在经过为期八周的 OH 投射卡团体辅导干预后，心理健康状况有了显著性改善，高危复吸风险水平显著降低，而对照组 30 名戒毒人员并未发生显著性改变，说明实验干预是有效的；在毒品拒绝自我效能感方面，实验组和对对照组前后测数据都发生了显著性变化，说明毒品拒绝自我效能感的变化不是实验干预产生的结果。

四、结论

OH 投射卡团体辅导可以显著改善戒毒人员的心理健康状况，可以降低复吸风险，适用于强制隔离戒毒场所的戒毒康复工作。

参考文献

- [1] 中华人民共和国公安部国家禁毒委员会办公室，编.中华人民共和国禁毒法〔M〕.北京:群众出版社,2008
- [2] 曲洪芳，张蔚，李国海. 女性吸毒者心理防御机制及心理健康状况研究.中国行为医学科学 2005,Vol.14,No.5,414-416
- [3] 张家甄,蒋 欢,等. 阈上/阈下呈现 OH 投射卡的情绪启动效应研究[J]心理学探新 2016,Vol.36,No.4,330-335
- [4] 张杨,崔利军,栗克清,等.增补后的一般健康问卷在精神疾病流行病学调查中的应用.中国心理卫生杂志 22, 189 — 192
- [5] 耿柳娜,韩丹.吸毒人员毒品自我效能感问卷的初步编制[J].中国特殊教育,2008,11:76-80
- [6] 耿柳娜,钱伯建,沈晖.毒品复吸高危量表初步修订.中国临床心理学杂志.2018.vol.18.No.3

女性新型毒品强戒者基本特征及儿童期虐待调查研究

覃颖, 刘燕菁, 赵静雯, 杨勇
(贵州省第二人民医院)

【摘要】

目的:了解贵阳市女性新型毒品强戒者的基本特征、探讨新型毒品滥用与儿童期虐待间的关系。**方法:**采用一般情况调查问卷、儿童期虐待量表对贵阳市某强制戒毒所 71 名女性新型毒品滥用者和 80 名正常人群现场调查。**结果:**新型毒品滥用组与正常组相比,父母婚姻状况具有统计学意义($P=0.028$);新型毒品滥用组儿童虐待总分、情感虐待分值、性虐待分值明显高于正常对照组($P<0.05$);两组躯体虐待、情感忽视及躯体忽视因子之间差别无统计学意义。**结论:**儿童期虐待在女性新型毒品强戒人员中更为明显,通过对儿童期教养方式进行有效引导,可为新型毒品滥用提供新的干预思路。

【关键词】女性;新型毒品;滥用;儿童期虐待;

Investigation on childhood abuse of female new drug compulsory isolation addicts

【Abstract】 Objective: To understand the basic characteristics of new drug abusers and to explore the relationship of childhood abuse among new drug abusers. **Methods:** 71 female new drug compulsory isolation addicts and 80 normal controls in Guiyang compulsory detoxification center were investigated by self-designed questionnaire, Personal Report of Childhood Abuse Scale. **Results:** The marital status of parents in the new drug addiction group had statistical significance ($P_a = 0.028$); The total score of child abuse, emotional abuse and sexual abuse in the new drug addiction group were significantly higher than those in the normal control group ($P < 0.05$); there was no significant difference between the two groups in the factors of physical abuse, emotional neglect and physical neglect. **Conclusion:** Childhood abuse is more evident among female drug addicts, the effective guidance of childhood rearing can provide a new way of intervention for new drug abuse.

【Key words】Female; New drugs; Abuse; Childhood abuse

毒品滥用和成瘾是世界范围的一个社会和公共卫生问题。国家禁毒办 2019 年 6 月 17 日发布《2018 年中国毒品形势报告》^[1]显示,截至 2018 年底,全国现有吸毒人员 240.4 万名(不含戒断三年未发现复吸人数、死亡人数和离境人数),滥用冰毒人员 135 万名,占 56.1%,且“神仙水”、“娜塔沙”、“0 号胶囊”“氟胺酮”等新类型毒品不断出现,全国现有吸毒人员主要集中在 18 岁到 35 岁,该年龄段的吸毒人数达到 141.9 万,占比为 55.6%。我国新型毒品类型多元化、吸毒人群年轻化,毒品滥用情况日趋严重,为戒毒工作带来严峻的挑战。

新型毒品目前尚无有效的戒毒药物,吸食后导致的心理问题严重,戒毒后复吸率高,因此,新型毒品的滥用是一个迫切需要关注的问题。研究发现^[2],童年时期受虐待是一种早期不良应激,它可导致个体轴功能持续亢进,而体内较高水平的糖皮质激素又可以增加个体对毒品成瘾的敏感性,因此儿童期受虐待可能是毒品滥用的危险因素之一。本研究通过对吸毒者的一般情况、儿童期虐待情况的调查,从社会关系及心理影响层面探索新型毒品滥用的相关因素,以期新型毒品滥用提供新的干预思路。

1. 对象及方法

1.1 对象

女性新型毒品滥用者 71 名，来自贵阳市第一强制戒毒所，均为女性，平均年龄 28.90 岁，最大 54 岁，最小 17 岁。对照组为贵阳市近似年龄组的 80 名正常人员，均为女性，平均年龄 24.01 岁，最大 38 岁，最小 17 岁。本研究获得了研究对象的知情同意，并得到了贵州省第二人民医院伦理委员会的批准。

1.2 调查工具

一般情况调查问卷：包括年龄、民族、婚姻状况及父母婚姻状况等内容。

儿童期创伤量表：儿童期虐待问卷是由美国纽约心理学家 BernsteinPD 等在 1998 年编制完成，是目前世界上公认测量儿童期虐待的工具之一。同时，赵幸福等^[3]研究发现儿童期虐待问卷中文版具有较好的信、效度，为评估中国人群儿童期虐待提供了一种比较有效、可信的心理测量工具。儿童期虐待问卷共有 28 个条目，分为 5 个分量表：情感虐待、躯体虐待、性虐待、情感忽视和躯体忽视。每个条目采用 5 级评分：1 分：从不；2 分：偶尔；3 分：有时；4 分：经常；5 分：总是；其中第 2、5、7、13、19、26 和 28 需反向计分，每个虐待分量表在 5-25 分之间，总分在 25-125 分之间。

1.3 实施程序

调查员经过统一培训，对测量表项目解释达到 95% 的一致性。新型毒品滥用组及正常人群组均以小组形式进行测试，10-12 人为一组，调查员先交代指导语，消除被试顾虑，然后将问卷及测量表逐题向被试者解释，确保每一个被试者都能明白各题目含义。而后被试自行笔答，答题结束后交于调查员进行初步检测，以排除漏项及时补给。

1.4 统计学方法

采用 Epidata 3.1 建立数据库，采用 STATA 13.0 (StataCorp LP, College Station, Texas) 软件进行数据分析，量表分值采用均数±标准差表示，均数的比较采用 t 检验或方差分析。率的比较采用卡方检验或确切概率法，统计量和 P 值调整采用 logistic 回归分析。双侧检验， $P \leq 0.05$ 表示有统计学意义。

2 结果

2.1 新型毒品滥用者和正常被试者的一般情况

本研究中，共纳入新型毒品滥用者 71 名，对照组 80 名，均为女性，新型毒品滥用组年龄为 28.90 ± 7.44 岁，对照组年龄为 24.01 ± 4.39 ，两组年龄总体均数差异有统计学意义 ($t=4.91$, $P < 0.001$)。新型毒品滥用者中未婚人员最多，共 48 人 (67.61%)；其次为离异者，共 12 人 (16.90%)；已婚 10 人 (4.08%)；丧偶 1 人 (1.41%)。对照组中同样是未婚人员最多，为 50 人 (64.10%)；已婚其次，27 人 (34.62%)；离异 1 人 (1.28%)。卡方检验结果显示， $\chi^2=17.87$, $P < 0.001$ ，两组婚姻状况总体分布不同。新型毒品滥用者中父母未婚者 0 人，已婚 32 人 (45.07%)；离异 24 人 (33.80%)；单方过世 8 人 (11.27%)；父母双亡 7 人 (9.86%)。对照组中同样未婚人员 0 人，父母已婚者最多为 57 人 (74.03%)；父母离异者 12 人 (15.58%)，父母单方过世者 8 人 (10.39%)，两组经 χ^2 检验得， $\chi^2=17.81$, $P=0.001$ ，差异有统计学意义。新型毒品滥用组父母离异或者单双方缺失情况者占 54.93%，而对照组父母离异或者单双方缺失情况者占 25.97%，可以认为新型毒品滥用组家庭结构残缺率高于正常对照组。详情见表 1。

表 1 兩組人群一般情況

項目	對照組		新型毒品濫用組		χ^2 值 (t 值)	P 值
	人數(均數)	構成比 (標準差)	人數(均數)	構成比 (標準差)		
年齡	24.01	4.39	28.90	7.44	4.91	<0.001
民族						0.257 [#]
漢族	64	81.01%	63	88.73%		
少數民族	15	18.99%	8	11.27%		
婚姻狀況					17.87	<0.001
未婚	50	64.10%	48	67.61%		
已婚	27	34.62%	10	14.08%		
離異	1	1.28%	12	16.90%		
喪偶	0	0.00%	1	1.41%		
父母婚姻狀況						
未婚	0	0.00%	0	0.00%	17.81	0.001
已婚	57	74.03%	32	45.07%		
離異	12	15.58%	24	33.80%		
單方過世	8	10.39%	8	11.27%		
父母雙亡	0	0.00%	7	9.86%		

注:#是指使用 Fisher 确切概率法。

2.2 新型毒品濫用者和正常被試的兒童虐待得分情況

新型毒品濫用者兒童期創傷總分為 61.99±7.92 分，正常對照組為 59.19±6.42 分，t 檢驗結果顯示 $t_b = -2.4$ ， $P_b = 0.018$ ，扣除年齡、家庭平均月收入情況及文化程度的影響後， $t_b = 2.62$ ， $P_b = 0.009$ ，差異有統計學意義。新型毒品濫用者兒童期創傷中情感虐待因子總分為 9.13±4.03 分，正常對照組為 7.66±2.45 分，t 檢驗結果顯示， $t_b = -2.73$ ， $P_b = 0.007$ ，由於一般資料（年齡、民族）在兩組中不平衡，為扣除這些資料的影響，應將一般情況資料納入 logistic 回歸模型進行調整分析。調整後 $t_b = 2.24$ ， $P_b = 0.025$ ，差異有統計學意義。新型毒品濫用者兒童期創傷中軀體虐待因子總分為 7.14±3.05 分，正常對照組為 6.34±2.37 分，t 檢驗結果顯示， $t_b = -1.82$ ， $P_b = 0.071$ ，扣除年齡、民族的影響後，統計量 $t_b = 1.23$ ， $P_b = 0.22$ ，差異無統計學意義。新型毒品濫用者兒童期創傷中性虐待因子總分為 6.11±2.16 分，正常對照組為 5.55±1.23 分，t 檢驗結果顯示， $t_b = -2.00$ ， $P_b = 0.048$ ，扣除年齡、民族的影響後， $t_b = 2.14$ ， $P_b = 0.032$ ，差異有統計學意義。新型毒品濫用者兒童期創傷中情感忽視因子總分為 11.83±5.38 分，正常對照組為 10.48±4.66 分，t 檢驗結果顯示 $t_b = -1.66$ ， $P_b = 0.099$ ，扣除年齡、民族的影響後， $t_b = 0.86$ ， $P_b = 0.387$ ，差異無統計學意義。新型毒品濫用者兒童期創傷中軀體忽視因子總分為 9.27±4.20 分，正常對照組為 9.44±3.47 分，t 檢驗結果顯示， $t_b = -0.27$ ， $P_b = 0.786$ ，扣除年齡、民族的影響後， $t_b = 0.25$ ， $P_b = 0.804$ ，差異無統計學意義。詳情見表 2。

表 2 兩組人群兒童虐待得分情況

項目	對照組 ($\bar{x} \pm s$)	新型毒品組 ($\bar{x} \pm s$)	調整前		調整後	
	n=80	n=71	t_b	P_b	z_a	P_a
兒童虐待總分	59.19±6.42	61.99±7.92	-2.40	0.018	2.62	0.009
情感虐待	7.66±2.45	9.13±4.03	-2.73	0.007	2.24	0.025
軀體虐待	6.34±2.37	7.14±3.05	-1.82	0.071	1.23	0.22
性虐待	5.55±1.23	6.11±2.16	-2.00	0.048	2.14	0.032

情感忽視	10.48±4.66	11.83±5.38	-1.66	0.099	0.86	0.387
軀體忽視	9.44±3.47	9.27±4.20	-0.27	0.786	0.25	0.804

注：表中調整后是指用 logistic 回歸調整了年齡、民族。

3 讨论

此次調查提示我國新型毒品濫用人員呈現出低齡化，這與 Aslund C、蔣和宏、孫經等人的研究^[2,5,11]及國家監測數據^[6]一致。可能與未成年人的人格未健全，明辨是非能力不足，自我調節能力弱，易受朋友影響，對新型毒品的危害認識不深有關，同時該年齡階段人群充滿好奇心，多有尋求刺激、追求享受、錯誤炫富、個性張揚等特點，故較易受新型毒品吸引。這表明青年群體已成為新型毒品濫用的高危區，應當納入新型毒品防治的重點人群。有學者提出可開展以學校為基礎的 CMER^[7]干預模式加強對青少年新型毒品濫用知識的教育，強化其對新型毒品危害的認識，增強其法律意識及社會責任感，幫助其掌握拒毒技巧及提高心理調試技能。

我們在本調查中發現新型毒品濫用組較正常對照組婚姻狀況差，與我國其他研究^[2,8]結果一致，這可能與濫用毒品引起性格改變，自私、缺乏責任感，情感淡薄，長期濫用導致軀體損傷、心理渴求及經濟負擔等影響婚姻關係的維持有關。同時，該研究還顯示新型毒品濫用者家庭殘缺率明顯高於正常人群，與阮惠風等^[9]認為“身處問題家庭及家庭教育問題是走上吸毒道路的社会因素之一”一致。Gruber KJ^[10]等的研究也發現青少年在缺乏情感交流的環境中成長，家庭功能缺失引起長期感情壓抑、情緒不穩定，往往會導致逆反心理，甚至產生反社會等越軌行為，或者是會過早的流入社會去尋求“保護”和“溫暖”，從而被社會上的不法分子勾引、誘騙，進而走上吸毒犯罪的道路^[4]。這可能與家庭結構不健全容易引起青少年情感脆弱、思想偏執、行為逆反，甚至導致性格扭曲，變得孤僻、冷漠、衝動、粗暴，或充滿忌妒心、報復心等特點有關。故建議加強毒品濫用宣傳力度，將相關宣傳教育延伸到青少年的父母或撫養者，使其了解青少年的心理特征，關注青少年心理需求，學會正確教育方式，為青少年提供成長必需的家庭溫暖及社會支持。

本次調查顯示新型毒品濫用者的兒童虐待與正常對照組差異有統計學意義，多項研究發現，兒童虐待是導致吸毒的高危因素^[2,12,13,14]，這與 Gray 等^[15]研究提示兒童虐待者傾向於採取吸毒等冒險的方式緩解生活壓力一致。這可能與童年時期是大腦發育的關鍵時期，這個時期遭受虐待等嚴重應激，會對部分神經內分泌和神經生化系統的正常發育產生負面作用，引起大腦結構和功能永久改變，而這些改變可能會導致一些社會問題甚至是精神問題的發生^[16,17,18]有關。同時，本研究比較新型毒品濫用組童年時期情感虐待、性虐待分量表顯著高於正常對照組，與創傷性動態理論(Traumagenic dynamicstheories)和國外研究^[19,20]一致，這可能與童年時期遭受情感虐待、性虐待者常產生無助感，成年後較易發生重症抑鬱、焦慮、人格障礙、創傷後應激障礙、行為障礙、精神活性物質濫用等有關。故建議相關部門對轄區兒童進行篩查，對存在虐待兒童的家庭進行直接干預，矯正不良家庭關係，引導正確教養方式，給兒童提供正常、健康的成長環境。同時，對新型毒品人員戒斷心癮的臨床治療中，重視對童年時期虐待情況評估，尤其是軀體虐待和性虐待。針對遭受過童年虐待的新型毒品濫用者，可以給予心理健康指導和行為干預，減弱童年創傷帶來的不良影響，以期能及時、有效地幫助他們調整積極的心理狀態，

提高应急事件的处理能力,增强毒品诱惑的抗拒能力,降低复吸可能。

本次调查人群主要来自于强制隔离戒毒机构,不能反映社区来源的新型毒品使用者的特征;本次调查对象全是女性,没有涉及男性,是否存在性别差异有待探索,不能代表全群体;同时我们没有针对影响因素进行充分调查,不能为新型毒品滥用者提供更为全面的预防复吸措施。尽管存在有这些局限性,本研究对今后我国新型毒品滥用问题的干预及进一步的研究仍提供了重要依据。

参考文献

- [1] 国家禁毒办·中国禁毒报告[R]·北京,2018.
- [2] 孙经. 毒品依赖者童年期虐待及相关因素分析[D].郑州大学,2010.
- [3] 赵幸福,张亚林,李龙飞,周云飞,李鹤展,杨世昌.中文版儿童期虐待问卷的信度和效度.
- [4] 郭蕾. 青少年吸毒的家庭因素分析与家庭治疗研究[D].苏州大学,2014.
- [5] 蒋和宏.重庆市使用新型毒品的男男性行为者艾滋病感染状况及影响因素研究[D].重庆:重庆医科大学,2017.
- [6] 国家食品药品监督管理总局.国家药物滥用监测年度报告(2016年)[M].北京:国家食品药品监督管理总局,2017.
- [7] 郭蕊. 高中、中专生非法药物滥用特征及 CMER 干预模式的短期效果评价[D].华中科技.
- [8] 杨朝阳,李灿东,李陵军,等.福州地区吸毒人群高危行为特征和复吸原因调查[J].中国药物依赖杂志,2009,18(2):148-151.
- [9] 阮惠风、徐南、杨光:《云南新型毒品滥用群体家庭因素的实证分析》,《云南警官学院学报》2009 年第 1 期。
- [10] Gruber KJ, Fleetwood TW, Herring MW. In-Home Continuing Care Services for Substance-Affected [J]. Soc Work, 2001, 46(3):267-77.
- [11] Åslund Cecilia, Nilsson Kent W. Social capital in relation to alcohol consumption, smoking, and illicit drug use among adolescents: a cross-sectional study in Sweden [J]. International Journal for Equity in Health, 2013, 12(1): 1-11. Kilpatrick D G, Acierno R, Saunders B, Resnick H S, Best C L, Schnurr P P. Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: data from a national sample. [J]. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2000, 68(1), 19.
- [12] Simpson Tracy L, Miller William R. Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems. A review. [J]. Clinical Psychology Review, 2002, 22(1), 22-77.
- [13] Widom Cathy Spatz, Marmorstein Naomi R, White Helene Raskin. Childhood victimization and illicit drug use in middle adulthood. [J]. Psychology of Addictive Behaviors, 2006, 20(4).
- [14] Gray Calonie M K, Montgomery Marilyn J. Links between alcohol and other drug problems and maltreatment among adolescent girls: Perceived discrimination, ethnic identity, and ethnic orientation as moderators. [J]. Child Abuse & Neglect, 2012, 36(5), 449-460.
- [15] Gilberto Gerra, Claudio Leonardi, Elena Cortese, et al. Adrenocorticotrophic hormone and cortisol plasma levels directly correlate with childhood neglect and depression measures in addicted patients [J]. Addiction Biology, 2008, 13:95-104.
- [16] Heim Christine, Nemeroff Charles B. Neurobiology of early life stress: clinical studies. [J]. Seminars in Clinical Neuropsychiatry, 2002, 7:147-159.
- [17] Alexa H. Veenema. Early life stress, the development of aggression and neuroendocrine and neurobiological correlates: What can we learn from animal models? [J]. Frontiers in Neuroendocrinology, 2009, 30:497-518.
- [18] Alison Shea, Christine Walsh, Harriet MacMillan, et al. China maltreatment and HPA axis dysregulation: relationship to major depressive disorder and post traumatic stress disorder in females [J]. Psychoneuroendocrinology, 2004, 30: 162-178.
- [19] C. Heim, C. B. Nemeroff. the role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies [J]. Biological Psychiatry, 2001, 49: 1023-1039.
- [20] G. Gerra, C. Leonardi, E. Cortese, et al. Childhood neglect and parental care perception in cocaine addicts: Relation with psychiatric symptoms and biological [J]. Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 2009, 33:601-610.

多物质使用伴阵发性室上性心动过速 1 例

李静（武汉华佑戒毒医院）

【关键词】海洛因；冰毒；麻古；阵发性室上性心动过速。**1.病例介绍：**

患者敖某，男，60岁，因“反复滥用海洛因22年余”于2018年1月24日入院。患者于1995年12月首次因好奇以烫吸方式使用海洛因，滥用数次后成瘾，后用量逐渐加大，未使用肌注、静脉注射等方式。近1年有冰毒、麻古使用情况，否认其他物质滥用。入院前海洛因日均用量：0.5g，2-3次/日，烫吸；末次吸食海洛因时间：2018年1月24日02:00，烫吸海洛因0.1g及冰毒少许。入院时患者无戒断不适。患者近期饮食、睡眠一般，小便正常，大便干结。体力、体重无明显改变。既往史：有“高血压”病史10余年，血压最高时达220/120mmHg，不规则使用降压药物治疗，未监测血压；有“慢性胃炎”病史10余年，余无特殊病史。个人史、家族史无特殊。入院查体：P：106次/分，BP 150/88mmHg（入院后1小时复测 BP144/90mmHg，HR 88次/分），神志清楚，对答切题，全身皮肤黏膜无黄染，浅表淋巴结无肿大，双侧瞳孔等大等圆、直径约3mm，对光反射灵敏。双肺呼吸音清，未闻及明显干湿性啰音；HR106次/分，节律整齐，各瓣膜听诊区未闻及明显病理性杂音；腹软，无明显压痛及反跳痛，双肾区无叩击痛。四肢皮肤未见穿刺针痕，双下肢无水肿。辅助检查：尿毒品（三项）检查：吗啡 阳性，甲基苯丙胺 阳性，氯胺酮 阴性；血常规、肝肾功能、电解质及心肌酶谱检查无明显异常；ECG：HR106次/分，窦性心动过速。入院诊断：1.海洛因依赖综合征，2.苯丙胺类物质有害性使用，3.高血压病3级 很高危组。入院后给予美沙酮替代递减治疗，结合物理治疗促进脑功能康复，辅以心理疏导及工娱治疗。

阵发性室上性心动过速的发生及处理：患者住院第4天停用美沙酮，稍感腰痛，无明显戒断症状。于15:00洗衣服后突发心悸、胸闷、乏力，无明显呼吸困难、胸痛、头晕、黑蒙、恶心、大汗等不适；查体：急性病容，呼吸急促，R22次/分，BP150/100mmHg，P138次/分，双侧瞳孔等大等圆，直径约3.0mm，对光反射灵敏；双肺呼吸音粗，心音有力、节律整齐，各瓣膜听诊区未闻及明显杂音；腹软、无明显压痛及反跳痛，双下肢无水肿。急查ECG提示：HR174次/分，心律失常 室上性心动过速。立即给予吸氧、口服倍他乐克 25mg 及舌下含服速效救心丸 5丸，并嘱患者行Vasalva动作（深吸气后屏气，再用力做呼气动作）约15:35转为窦性心律，复查ECG提示：窦性心律，HR96次/分；患者心悸、胸闷症状明显好转。复测 BP 150/100mmHg，给予依那普利片 10mg 降压、降低心脏后负荷处理。追问病史，患者近1年，有类似情况发作2-3次，持续时间30-60分钟不等，休息后可缓解，未就诊。嘱其卧床休息、避免情绪激动、劳累、进食过饱、避免用力大便等，避免额外增加心脏负担诱发心律失常再次发作；后继续给予降压、控制心室率、改善心肌供血等对症处理，监测血压波动在 106-130/62-96mmHg，HR 波动在 84-92次/分，心律失常未再发作，腰痛基本消失，无明显戒断症状。住院第5天，因个人原因出院；告诉患者及家属出院后心血管内科诊治。最后诊

断：1.海洛因依赖综合征，2.苯丙胺类物质有害性使用，3.心律失常 阵发性室上性心动过速，4.高血压病 3 级 很高危组。

2.讨论：

室上性心动过速的发病机理及处理：阵发性室上性心动过速为快速性心律失常，其电生理机制^[1]主要有异位节律点兴奋性升高、触发及折返活动。（一）异位节律点兴奋性升高：心肌细胞在炎症、缺血、感染、药物、毒物及电解质紊乱等病理因素的作用下，兴奋性异常增高发生心律失常。（二）触发活动：异位节律点的形成，心肌细胞离子活动异常有关。a、离子通道蛋白缺陷：导致除极异常，常见长 QT 间期综合征，基因遗传或药物的不良反应出现 QT 间期延长，可诱发心肌后除极（RonT 现象）出现心律失常。b、心肌细胞在感染、缺血、毒物、电解质紊乱等因素下出现离子通道的损害及一过性功能异常，发生后除极，常见原因：低钾、低镁血症时。（三）折返活动：折返是大多数快速性心律失常的发生机制，是指电活动沿着一特定环形通道、周而复始的形成折返性心动过速。沿着折返环路阻断任何一处都可以终止心动过速。（1）主要表现为：心率多>160 次/分，心率规则；发作性心悸，突发突止，可伴有头晕、胸闷、气短、乏力等，少数可引起血流动力学不稳定，低血压、心绞痛、晕厥及心力衰竭；（2）ECG：a、起始突然，通常由一个房早诱发；b、心率 150-250 次/分，节律规则；c、逆行型 P' 波常埋藏于 QRS 波群内或位于其终末部分；d、QRS 波群形态正常，少数伴差传；e、刺激迷走神经可终止心动过速。（3）心动过速发作时的处理^[2]：A、血流动力学稳定者，可先刺激迷走神经（a、颈动脉窦按压；b、Vasalva 动作：即深吸气后屏气，再用力做呼气动作；c、引吐；d、压迫眼球）。B、药物治疗：使用药物时心电监护，当室上速终止或出现明显的心动过缓或传导阻滞时立即停药。①首选腺苷（6-12mg，快速静脉推注）或三磷酸腺苷（ATP，5-20mg 快速静脉推注）；②维拉帕米（首次 5mg，无效时 10min 后再注射 1 次），合并心衰、低血压、缓慢性心律失常或宽 QRS 波群心动过速不宜选用；③普罗帕酮（70mg 溶于葡萄糖液中缓慢静脉注射），无效，20 分钟后可重复注射；④静脉注射洋地黄，因起效慢很少用，适用于伴心功能不全者；⑤其他药物： β 阻滞剂（艾司洛尔）、胺碘酮等，但有效性不高。C、出现血流动力学障碍时（心绞痛、低血压、心衰等）立即电复律，已使用洋地黄者禁用。

患者住院期间活动后突发心悸、胸闷、乏力症状，近 1 年有类似情况发作，持续时间 30-60 分钟不等，休息后可缓解甚至症状消失，结合临床表现及心电图检查，支持“心律失常 阵发性室上性心动过速”诊断，患者无血流动力学不稳定，给予刺激迷走神经及药物倍他乐克治疗后转为窦性心律。本例患者，既往有“高血压病史”多年，ECG 检查无左心室高电压表现，暂不考虑高血压性心脏病所致心律失常；既往无冠心病等器质性心脏病病史，也不考虑为此类疾病所致的心律失常。有多种精神活性物质滥用，特别是合并使用苯丙胺类物质，需考虑心律失常有可能与多种精神活性物质滥用影响有关。

临床工作中成瘾物质滥用者合并使用多种物质现象逐渐增多，如：传统毒品、新型毒品叠加滥用情况，无论使用传统毒品还是新型合成毒品，均会对心血管系统造成影响。海洛因对心血管系统的影响^[3]：心动过缓、传导阻滞、血压下降。苯丙胺类物质对心血管系统影响：直接损害心肌细胞，表现为心肌酶学异常；激动

肾上腺素受体促进去甲肾上腺素释放，激动 α 、 β 受体，出现心肌收缩力增强，心输出血量增加，心动过速和心律失常^[4]。海洛因及苯丙胺类物质滥用患者在戒断过程中均可出现心慌、心率增快，血压升高，可加重心脏负荷。劳累、情绪激动、饱食、用力大便等增加心脏负荷情况下可诱发心律失常的发作，以及心肌细胞损害、心肌离子活动异常均可导致心律失常，出现血流动力学障碍时，可发生心绞痛、心源性休克、心功能不全，甚至猝死。虽然多种物质使用伴阵发性室上性心动过速病例不多见，但仍应引起我们的高度重视：常规行电解质、心肌酶谱检验及心电图检查，及早纠正电解质紊乱稳定心肌细胞膜，密切关注心肌酶学改变及症状发作时心电图动态改变情况，及早干预处理，避免不良医疗事件发生。

参考文献

- 1.王吉耀，《内科学》[M]北京：人民卫生出版社，2013.5，第2版。
- 2.王道文、曾和松，《心血管内科疾病诊疗指南》[M]，科学出版社 2013.10，第3版。
- 3.杜新忠，《实用戒毒医学》[M]北京：人民卫生出版社，2014,第2版。
- 4.国家卫生健康委员会办公厅，2018年12月26日修订《苯丙胺类兴奋剂使用相关障碍诊断治疗指导原则》[J]，中国药物滥用防治杂志，2019,25（2）：63-70。

丁丙诺啡、纳洛酮联用戒除美沙酮依赖 1 例

李静、王文甫（武汉华佑戒毒医院）

【关键词】丁丙诺啡、纳洛酮，美沙酮依赖，治疗效果

我国 2004 年开始进行美沙酮门诊维持治疗试点，至今已有 700 多家。这对维持社会稳定，减少社会犯罪，减少毒品的非法需求，减少因注射毒品传播艾滋病，提高患者的生活质量等方面^[3]，无疑起到了很好的作用；但因种种原因，患者迫切要求解除美沙酮。戒除美沙酮比戒除海洛因难度更大，这已成为戒毒医疗机构和患者的共识，患者往往因顽固失眠、焦虑、肢体疼痛等稽延性戒断症状持续时间长而以失败告终，我们使用丁丙诺啡、纳洛酮联用成功戒除了 1 例美沙酮依赖患者，现予以报道，共同道们参考。

1. 病例摘要：

患者，刘某，男，46 岁，因“反复滥用海洛因 20 年，使用美沙酮 2 年余”于 2019-02-28 入院。自诉于 1998 年 10 月首次因环境影响以烫吸方式使用海洛因，滥用数次后成瘾，后用量逐渐加大，有静脉滥用海洛因 4-5 年。否认其他物质滥用。2017 年 2 月因经济原因在当地社区美沙酮维持门诊口服美沙酮维持治疗 30-40ml/日，自行减量至 10ml/日时，因出现戒断症状，无法再减少美沙酮口服剂量，开始合并滥用海洛因，并逐渐加大剂量至 0.5g/日至今。入院前日均使用海洛因量：0.5g（800-100 元/g）、分 2-3 次烫吸，美沙酮剂量 10ml；末次使用海洛因时间：入院当天凌晨 02:00，烫吸 0.15g，口服美沙酮 10ml；入院时患者无戒断不适。患者近期饮食、睡眠一般，小便正常，大便干结。体力、体重无明显改变。既往史：有“丙型肝炎”病史 7 年余，未予治疗；2015 年行“胃大部切除术”手术史（具体不详），术后恢复可，否认输血史；余无特殊病史。个人史、家族史无特殊。查体：P：66 次/分，BP 110/70mmHg，神志清楚，对答切题，全身皮肤黏膜无黄染，浅表淋巴结无肿大，双侧瞳孔等大等圆、直径约 3.0mm，对光反射灵敏。双肺呼吸音清，未闻及明显干湿性啰音；HR 66 次/分，节律整齐，各瓣膜听诊区未闻及明显病理性杂音；腹软，无明显压痛及反跳痛，双肾区无叩击痛。四肢皮肤未见穿刺针痕，双下肢无水肿。辅助检查：尿毒品（三项）检查：MOR（+），MET（+）KET（-）；血常规、血糖、肝肾功能、电解质及心肌酶谱检查无明显异常；ECG：1.窦性心动过缓（HR 56 次/分），2.ST 段改变。入院诊断：1.阿片类依赖综合征，2.慢性丙型肝炎。

2. 治疗过程及疗效、随访情况：

（1）治疗过程：a.减停美沙酮^[1]：根据患者末周使用美沙酮剂量及是否同时合用海洛因，确定首次使用美沙酮剂量，并根据治疗中反应，在 5-10 天内减少美沙酮剂量至 10ml/日以内。本例因阿片类物质质量比较小，直接使用曲马多过渡也是可行的；当然，在此阶段合并使用洛非西定、罗痛定等药，可使美沙酮减量比较顺利。b.丁丙诺啡、纳洛酮联用：患者在整个治疗过程中比较平稳，美沙酮减至 10ml/日以内，可考虑用丁丙诺啡过渡。在患者停用美沙酮 12 小时出现不适时，一次性给与丁丙诺啡 4mg，若控制不理想，可加用 2mg，戒断症状控制平稳后，含服丁丙诺啡后半小时，静脉滴注纳洛酮 0.4mg，以后每次丁丙诺啡含片减少 0.5mg，纳洛酮剂量不变、2 次/日，直至丁丙诺啡减完，停药观察 1-2 天若出现不适，可重复 2-3 天。c.后期症状处理：经过上述治疗后，根据患者后期症状对症处理。失眠可用罗痛定及镇静催眠类药物，抗焦虑治疗可选用丁螺环酮等药。

（2）疗效评定：患者经上述治疗后、戒断症状消除，除睡眠稍差外，无任何不适，

饮食情况可。患者自评：对治疗过程自评 8 分（0-10 分），对治疗效果自评 9 分（0-10 分）。住院 26 天，临床治愈出院。

（3）随访情况：患者出院后在外旅游 20 余天，作息规律，无明显躯体症状，睡眠改善、每晚可睡 5 小时，体力恢复好，10 天前回到家中，情况稳定、无不适。

3.讨论：

（1）帮助患者戒除美沙酮依赖是我们的职责：长期服用美沙酮替代海洛因患者，从医疗角度看，实际上患者对美沙酮已形成了依赖。而美沙酮依赖患者，因其药物半衰期长，与受体释放慢，故这类病人戒除时间长、后期症状重，戒除难度非常大。这类病人因种种原因，如：外出旅游、出差极不方便、婚后生育、长期服用美沙酮的副反应等诸多因素而迫切要求戒除美沙酮，他们的这些要求是合理、合法的，作为戒毒临床工作者，完全有责任和义务帮助病人摆脱困境。

（2）本治疗方法有何优势：我们报道的这例是成功的，我们曾报道 21 例美沙酮依赖脱毒的临床分析^[2]，取得了很好的效果。目前已完成了 100 多例治疗，均获成功。丁丙诺啡、纳洛酮联用是很好的配伍用药，丁丙诺啡为阿片 μ 受体的半激动拮抗剂，其激动作用可对抗纳洛酮诱发的戒断症状，使患者平稳度过纳洛酮诱发的戒断症状；纳洛酮是阿片受体完全拮抗剂，可刺激脑内内啡肽分泌，使长期滥用外源性吗啡类物质患者脑内吗啡类物质匮乏状态达到新的平衡，从而缩短戒断期，纳洛酮可竞争性占据阿片受体，可将阿片受体上残留的阿片类物质“洗刷”下来，从而消除后期戒断症状。再加上早期使用辅助性药物，使美沙酮减停过程平稳，后期焦虑症状提前干预，使症状变得轻微，且要各步骤掌握到位，病人一般不会出现明显戒断症状。

（3）其他：复吸问题，患者对美沙酮没有明显的心理渴求感，但一定要注意，这类病人以前都是海洛因依赖患者，可能会存在复吸海洛因问题，故建议患者出院后服用一段时间纳曲酮防复发治疗是很有必要的。住院时间问题，时间是保证疗效的基础，因美沙酮半衰期长、释放缓慢、后期症状重，故要完全调理好这些症状，完成整个脱毒全过程，住院疗程一个月是比较理想的。

（4）体会：能否顺利完成脱毒治疗，我们的体会是美沙酮首次使用剂量的确定，这要求病史详细，特别是末周美沙酮使用剂量。在用美沙酮期间是否合用海洛因及计量、滥用方式，使用美沙酮时间、剂量等，早期使用辅助性药物洛非西定、罗痛定、抗焦虑、镇静药等，其可使美沙酮减停顺利。丁丙诺啡过渡时机：丁丙诺啡过渡时机很重要，过早可能会诱发戒断症状，一定要在病人美沙酮量减少至 10mg 左右，在使用丁丙诺啡前还需要使用洛非西定和镇静药半小时后，待丁丙诺啡含服后无任何反应再加用纳洛酮，开始要慢，若出现不适，减慢滴速并及时处理，一般都可平顺通过。从本例的治疗效果、戒断症状量表评估、出院疗效满意度及随访结果来看都是很理想的，是目前戒除美沙酮依赖可选用且比较理想的治疗方法。当然，该法用于其它阿片类药物依赖（海洛因、杜冷丁、止咳水、曲马多等）治疗更为合适。

参考文献

- 1.张锐敏《阿片类药物使用相关障碍 临床诊疗指南》[M]北京：人民卫生出版社，2017.2，第 1 版
- 2.陈银萍、王文甫、裴渝等，美沙酮、丁丙诺啡和纳洛酮联合治疗美沙酮依赖综合征的可行性及疗效评价[J]，中国药物滥用防治杂志，2017,23（4）
- 3.陈懿，美沙酮维持治疗中综合干预的应用情况[J]，中国药物依赖性杂志，2016,25（4）

海洛因依赖患者脱毒治疗期间伴胃穿孔 1 例

李静、张劲夫（武汉华佑戒毒医院）

【关键词】：海洛因依赖；脱毒治疗；胃穿孔。**病史简介：**

杨某，男，55 岁，已婚，反复滥用海洛因 24 年余，2019-05-23 入院。患者于 1995 年 7 月因好奇在朋友引诱下开始吸食海洛因，初始量不多、只几口，吸食后出现恶心、呕吐、头晕 等不适症状，当时并无舒适、欣快感，在反复吸食数周后上述不适症状消失，随之出现欣快舒适、精神愉悦、睡眠增多等现象，且用量不断增大，最高每天吸食 1 克。数月后减少或停止吸食海洛因 6-8 小时后，即出现烦躁不安、流泪、打哈欠、多汗、四肢酸痛等不适症状，再次吸食后上述症状迅速缓解，不得不定时定量使用海洛因并伴有强烈的渴求感。2000 年为追求快感改为肌肉注射，于 2013-2014 年因吸毒被强戒（操守 1 年），出狱后即复吸。否认其他成瘾物质滥用。末次于 2019 年 5 月 22 日 23:00 在家中注射海洛因 0.2g。由当地派出所抓捕后行尿检测呈阳性送入我院。近一周，饮食、睡眠尚可，大便干结、小便无异常，体力稍下降，体重无明显减轻。既往有高血压病史 4 年余，最高血压 206/140mmHg，平素未予治疗。否认消化系溃疡等病史；个人史、家族史无特殊。体格检查：体温:36.6℃ 脉搏:90 次/分 呼吸:20 次/分 血压:156/110mmHg。皮肤黏膜：皮肤未见黄染，无皮疹、无瘀点瘀斑、出血点，无皮肤苍白。头颈部、心、肺、腹、脊柱四肢、神经系统无异常。

精神状况检查无异常。辅助检查：尿毒品检测：尿吗啡检测:阳性；尿甲基苯丙胺检测：阴性；尿氯胺酮检测：阴性。白细胞数目 $10.35 \times 10^9/L$ 。中性粒细胞数目 $8.39 \times 10^9/L$ 。中性粒细胞百分比 81% ↑。淋巴细胞百分比 14.3%。尿常规、肝肾功能、血糖、心肌酶均未见明显异常。腹部 B 超：肝肾胰脾未见明显异常。胸腹部平片：立位胸腹不平片未见明确异常征象。总胆红素 $11 \mu\text{mol/L}$ ↑。γ-谷氨酰转氨酶 49.6U/L ↑。丙氨酸氨基转移酶 54.4U/L ↑。天门冬氨酸氨基转移酶 35.4U/L ↑。肌酐 $121.4 \mu\text{mol/L}$ ↑。尿酸 $407.8 \mu\text{mol/L}$ ↑。染病初筛：HIV (-)、TPPA (-)、HCV (+)。心电图：窦性心律，大致正常心电图。

胃穿孔发生及诊疗情况：

患者入院后给予美沙酮替代递减治疗，首次美沙酮口服 60ml/日，整个治疗过程平稳。患者入院第 10 天（2019-6-2 号），美沙酮剂量为 5ml，当天凌晨 4:00 突发上腹部绞痛，大汗淋漓，无起鸡皮、流泪、肌肉酸痛等不适，体查：血压 160/92mmHg，神志清楚，急性痛苦面容，全身皮肤及巩膜无黄染。双侧瞳孔等大等圆，直径 3.5mm，对光反射灵敏。双肺呼吸音清，未闻及明显干湿性啰音。心率：86 次/分，律齐，各瓣膜听诊区未闻及明显杂音。上腹部压痛、反跳痛、腹肌紧张、板状腹，肠鸣音减少，移动性浊音 (-)，肝浊音界无下移。5 分钟后疼痛加剧，面色苍白，大汗淋漓。上级医师查看病人后认为：患者目前的情况考虑消化道穿孔可能性大，因我院条件有限，立即转至附近东西湖区人民医院进行诊治。东西湖医院 CT 报告单：1.腹腔内游离气体，考虑空腔脏器穿孔，2.十二指肠扩张，建议结合临床复查，3.盆腔内积液 4.腹主动脉钙化。需行急诊剖腹探查手术，术中发现胃前壁穿孔，予以修补。

讨论：

患者反复使用海洛因长达 24 年，既往无胃病史，是什么原因引起的胃穿孔尚待进一步探讨。海洛因依赖者在住院脱毒期间，突发胃穿孔在临床上少见，这应引起临床高度注意。由于阿片类药物止痛作用比较强，主要通过机体抗痛系统的 μ 受体提高痛觉阈值减弱机体对疼痛的感受而发挥止痛作用^[1-2]，所以，临床上使用阿片类药物止痛治疗急慢性疼痛有很好的疗效^[3]，但反过来长期滥用海洛因类物资有些急腹症患者有腹部急症却疼痛反应不明显，易耽误诊断，值得注意。该例患者入院第 10 天，阿片类药物替代递减也基本结束，故腹痛症状能比较明显反应出来，使我们能及时诊断和转院手术治疗。同时也提示我们海洛因依赖患者在脱毒期间一定要仔细观察患者腹部情况，特别是脱毒治疗早期，不要因为阿片类物资的止痛作用而耽误了病情，这应引起临床高度重视。

参考文献

1. 方婷，邓奇坚，张晓洁等。阿片类药物治疗慢性疼痛：挑战与对策。中国药物依赖性杂志[J].2018,27(6):293-297.
2. 郝伟 赵敏 李锦 成瘾医学理论与实践[M]，北京，人民卫生出版社，2016:238-240.
3. 郝伟 赵敏 李锦 成瘾医学理论与实践[M]，北京，人民卫生出版社，2016:260.

利培酮致恶性症状群 1 例

王文甫、李静（武汉华佑戒毒医院）

病例简介：

鲁某某，男，49 岁。因反复滥用麻古、冰毒 6 年，脾气大、疑人害、疑妻有外遇、凭空闻声等 2 年，加重 6 周。患者自诉于 2013 年 4 月因朋友影响首次烫吸麻古，初始量不多，吸食 2-3 口后很快感觉精力旺盛、兴奋话多，不吃不睡，很愉快，伴有头昏、恶心，持续 1 天后觉得乏力并入睡，醒后无不适感。断续用毒 1-2 年后中断烫吸麻古 1-2 天后就出现乏力，精神不振，焦虑不安等并有强烈渴求再吸欲望，吸后这些症状可缓解。为追求快感，开始加量并烫吸冰毒，平均 1 周烫吸麻古、冰毒一次，每次麻古 10 颗(60 元/颗)，冰毒 1g(100-1000 元不等)。近 2 年，家人发现患者脾气变得暴躁，常为一点小事对家人发脾气；敏感多疑、疑人害；疑妻有外遇，只要老婆和异性讲话，即认为老婆对自己不忠，和异性有不正当关系，常因此争吵、甚至出手打人，有时多人在家，患者说有人同他说话，其他人都听不见而感到莫名其妙。2 年前家人将其送至我院住院给予利培酮抗精神病药物治疗 2 个月，好转出院，诊断苯丙胺类兴奋剂所致精神病性障碍。出院后 2 个月即复吸，复吸后上述症状复发，家人在当地精神病医院门诊开药（具体不详）治疗，病情时好时坏，仍间断使用麻古。于 2019-05-12 日用毒后出现凭空对话，下跪向鬼神求饶，听见有人说话及撬门的声音，告诉他有人要害他，故持刀自卫反而砍伤自己十余刀，家人将其送当地医院行清创缝合治疗。在家吵闹、烦躁不安并要求饮酒，不给就摔砸物品、威胁打人。近 1 周来 1-2 天使用 1 次毒品，每次麻古 7-8 颗，冰毒 1g；末次用毒时间为 2019 年 5 月 15 日，烫吸麻古 7 颗，冰毒 1g。家人无法管理，将其强行送入我院治疗，入院时情绪激动，不配合治疗，予保护性约束。近 1 月来患者精神、饮食可，夜眠差，大小便正常，体力及体重无明显变化，无高热、昏迷、抽搐等不适。既往无精神异常病史，两系三代无精神病家族史。体查：体温：36.6℃，脉搏：74 次/分，呼吸：19 次/分。血压：116/72mmHg。头部及四肢可见十余处锐器砍伤缝合伤口，伤口已结痂，无红肿，无渗液，余未见异常。精神状况检查：意识清晰、定向准确、无自知力。有评论性幻听、被害妄想、妒忌妄想、情绪易激惹。辅助检查：尿甲基安非他明检测：阳性，尿吗啡检测：阴性，尿氯胺酮检测：阴性。血常规、血糖、电解质未见明显异常；传染三项：梅毒螺旋体抗体：阴性；丙型肝炎抗体：阴性，HIV：阴性。肝功能：AST 37.9U/L，余无异常；肾功能：肌酐 84.8umol/L，尿素 9.56umol/L，尿酸：460 umol/L；心肌酶：CK 444.5 U/L，CK-MB 54.2 U/L；心电图无明显异常。入院诊断：1、苯丙胺类兴奋剂所致精神病性障碍；2、全身多处皮肤刀割伤清创术后。

恶性症状群（NMS）的发生及处理经过：患者入院后首选利培酮控制精神病症状，入院第六天加至 4mg/日，维持该量第 6 天(即住院第 12 天)，2019-5-30 上午 8 点查房时、患者幻听及嫉妒妄想消失，被害妄想动摇、自知力开始恢复。但当天 10:30 左右，患者开始出现胡言乱语，讲昨天晚上是和爱人一起在宾馆睡觉（其实住在医院），全身出现粗大震颤，碎步样行走（全身肌张力增加），有意识障碍：不知道穿白大褂的是什么人、做什么的；不知道自己在什么地方；分不清上午下午；小便解在裤子上；大汗淋漓，衣服都湿透了。体格检查：T 36.8℃、

R 20 次/分，P 120 次/分，BP：150/90mmHg。神经系统检查肌张力高，全身可见粗大震颤，余未见异常。根据患者目前情况考虑是利培酮所致的 NMS。处理：1.急查心电图示：窦性心动过速(120 次/分)，余未见异常。电解质：钾 3.43mmol/L↓，余无异常。立即停用所有药物，予以地西泮 10mg 肌肉注射，普洛萘尔 20mg 口服，输液加速排泄，维持水、电解质平衡，并监测生命体征变化。2019-05-31 患者意识障碍较前好转，表情茫然，粗大震颤存在，于 22:40 再发大汗淋漓，全身粗大震颤，自言自语，无发热，无抽搐，查体：T:36.7℃，P:82 次/分，R:19 次/分，BP:140/80mmHg；双肺呼吸音稍粗，双肺未闻及啰音；HR82 次/分，律齐，未闻及早搏及杂音，病理征未引出。予以地西泮 10mg 肌肉注射，半小时后症状缓解并入睡，继续予以能量合剂输液加速排泄，纠正水、电解质紊乱等对症处理。于 2019-06-01 又有一次类似发作，但明显减轻。以后上述症状逐步消失，意识清楚，回答切题，自主震颤消失，行走步态正常，病情好转稳定。以后换用奥氮平系统治疗，未再出现类似发作。

讨论：

患者入院时单用利培酮控制精神病性症状，入院第 6 天加至 4mg/日，维持该剂量第 6 天(入院第 12 天)，突然出现意识障碍：时间、人物、地点定向障碍，小便解在裤上；全身肌张力增加：全身粗大震颤，碎步样行走；自主神经功能紊乱：大汗淋漓、心跳加快(120/次)，血压升高等症状。(体温没有升高，可能为发现、处理及时，病情没有进一步发展或症状不典型有关)。发现及处理及时，病情持续 3 天，病情完全缓解，以后换用奥氮平系统治疗，未再出现类似发作。认为该例系利培酮所致 NMS 基本可以确定。

NMS 是抗精神病药物引起的少见的严重不良反应^[1-2]，最常见于氟哌啶醇、氯丙嗪、氟奋乃静等药治疗时，非典型抗精神病药氯氮平、利培酮和奥氮平也可引起。其风险因素包括药物品种更换过快、剂量增减过快、联合用药、脑病患者、紧张症患者、酒、药依赖患者。用药后最快的 45 分钟，一般发生在 1-2 周内。临床特征是：意识障碍、肌肉强直、持续高热和自主神经功能紊乱。若处理不及时，进一步发展，可出现肾功能衰竭、肺功能不全、急性心功能衰竭、弥漫性血管内凝血，甚至死亡。死亡率大约 20-50%。对该症的处理，主要是停用抗精神病药；支持疗法：补液促排、调节电解质和酸碱平衡、吸氧、物理降温、预防感染等；药物治疗：可选用硝苯呋海因、嗅隐亭治疗；加强监护。本例发现和及时处理，故患者病情能在短期内(3 天)恢复，病情没有进一步发展。值得临床重视的是，抗精神病药物引起 NMS 虽然少见，但合成毒品所致精神病性障碍患者使用的抗精神病药物中利培酮和奥氮平使用率比较高[3]，而物资依赖又是引起该症的风险因素，故在使用这些药物期间，必须密切观察有无 NMS 早期症状出现，一旦出现及时处理，避免发生严重后果。

参考文献

- 1.郭田生，陈 列主编.实用精神科医师处方手册[M].1 版.北京:科学技术出版社，2010:115.
- 2.郝伟，于欣主编.精神病学[M].第 8 次印刷，(全国高等院校教材)。北京：人民卫生出版社.2016：232.
- 3.杜新忠主编.实用戒毒医学[M].第 2 版。北京：人民卫生出版社，2015:307-311

苯丙胺类兴奋剂所致精神病性障碍 与精神分裂症共病 1 例

王文甫、王延峰（武汉华佑戒毒医院）

病例简介：

邓某，男，29 岁，离婚。反复滥用冰毒 6 月后出现凭空闻语、疑人害等 4 年，总病期 4.5 年。于 2019-04-11 入院。患者于 2014 年年底因朋友影响首次烫吸冰毒，开始量不大，只几口，吸后兴奋精神好、不睡觉等，以后量不断加大，最大每天冰毒 1 克（200 元/克），每周 2-3 次。2015 年 6 月开始出现耳边凭空听到有人说话的声音；看到有人在一起聊天就感觉他们是在谈论自己，看电视表演的情节也认为和自己有关系；无故感觉有人要害自己，有人要拿刀砍杀自己；感觉自己被一种仪器控制，自己的行为不受自己控制，自己做的事情，过一段时间自己都感觉不理解，自己怎么会做这些事情；2017 年因上述症状加重，患者出现用打火机点燃车子油箱、摔砸物品等行为被送入恩施优抚医院治疗，住院 2 个月左右，诊断“精神分裂症”给予利培酮、喹硫平等药物治疗好转出院。出院后患者因服用药物后整日浑浑噩噩、不能做事等原因未规律服药，患者凭空闻语、疑人害、行为失常等症状时轻时重，严重时患者加大利培酮剂量（每天 4 粒）、喹硫平（具体剂量不详）治疗后症状可明显缓解；无高热、昏迷、抽搐、自残、自伤行为、无情绪高涨和低落情况。近一段时间患者每晚服用利培酮 3 片、苯海索 1 片、喹硫平（具体剂量均不详）；精神症状不见缓解，故来院就诊；近 1 周来患者精神状态一般、饮食睡眠差，大小便无明显异常，体力及体重无减轻。2014 年 6 月份以后未再使用过任何毒品。吸毒前无精神异常情况。个人史无特殊；离婚，育 1 子，体健。二系三代无神经及精神病史。体格检查：体温：36.5℃ 脉搏：78 次/分 呼吸：20 次/分 血压：114/64mmHg。头颈部、心、肺、腹、脊椎、四肢及神经系统无异常。精神状况检查：意识清晰，定向力准确，接触被动，问话可答尚切题，有语言性幻听、被害妄想、关系妄想、物理影响妄想、被控制感。注意力尚集中，情绪较稳定，情感表现尚协调，记忆力下降，生活自理，无自知力。辅助检查：尿甲基苯丙胺检测：阴性，尿吗啡检测：阴性，尿氯胺酮检测：阴性。毛发毒品检测：甲基苯丙胺类物质小于 0.1ng。血常规、尿常规、肝肾功能、心肌酶谱、血糖、电解质等未见异常；传染三项：梅毒螺旋体抗体：阴性；丙型肝炎抗体：阴性，HIV：阴性；心电图无明显异常。入院诊断：1、苯丙胺类兴奋剂所致精神病性障碍 2、精神分裂症

诊疗过程：患者入院后首选利培酮系统治疗，缓慢加至 6mg/日，被害妄想、关系妄想、物理影响妄想、被控制感消失，自知力部分恢复，但幻听一直未消失，患者也认识到，这些声音是不正常的。加用氯丙嗪合并用药，氯丙嗪加至 200mg，利培酮减至 4mg。大约半月幻听完全消失，住院两个月，获临床痊愈出院。

讨论

1. 关于诊断问题：本例有反复连续使用冰毒病史 6 个月，以后出现明显精神病性症状，如幻听、被害妄想、关系妄想、被控制感，无自知力等；根据 ICD-

10 诊断标准^[1]，符合苯丙胺类兴奋剂所致精神病性障碍的诊断。但是患者使用冰毒半年后就一直未再使用过任何毒品，入院时尿甲基安非他明定性检查阴性，特别是头发甲基苯丙胺检测小于 0.1ng，说明患者近半年内未使用过甲基苯丙胺类物质。而精神症状一直未完全消失，使用利培酮治疗，症状有缓解，因一直未规范用药，病情时有波动。根据 ICD-10 诊断标准中停用苯丙胺类物质后，其精神病性症状在一个月内部缓解，6 个月内痊愈；该患者停用冰毒已 4 年，其精神病性症状一直未完全消失，病中无情绪高涨和低落等症状，故考虑该患者与精神分裂症共病诊断，可排除情感障碍的诊断。关于合成毒品所致精神病性障碍与精神疾病共病的诊断应该比较常见，但临床报道不多，值得临床予以重视。

2. 关于治疗问题：合成毒品所致精神病性障碍的治疗，因其与使用毒品有明显因果关系，其精神障碍是一个自限性病程，加上患者从未使用过抗精神病药，应该会有比较好的效果，一旦这些精神症状消失了，只要不再使用该类药物是不可能出现精神病性症状的，所以从理论上讲没有必要长期用药，部分医师在出院后嘱患者坚持使用 1-2 个月抗精神病药以防止患者出院近几个月为复吸高危期，不至于偶尔吸食几次毒品又出现明显精神症状而住院这个角度考虑也是可取的。但是若诊断与精神疾病共病患者则必需按精神疾病系统足剂量，足疗程治疗，症状消失后维持治疗 3 年，若整个疗程病情无波动，可试行停药，若病情复发，立即再用，可能需终身服药治疗。

3. 关于共病诊断的相关问题^[2]：共病是指同时患有某一疾病之外的其他任何已经存在的两种或两种以上的疾病。在精神疾病领域中，共病指多个独立的精神疾病共存的现象。值得临床注意的是，虽然他们是独立的精神疾病，但是，其精神症状确高度一致^[3]，单凭精神症状是无法区别的。精神疾病共患物质滥用的发生率较高，几乎所有精神疾病与物质使用障碍的共病率都高于普通人群。物质滥用患者与精神分裂症、心境障碍、焦虑障碍、睡眠障碍、人格障碍等共病。共病的诊断需要详细的病史资料、体格检查、专科检查、实验室和辅助检查，所以，要求临床医生在收集病历资料时一定要注意滥用毒品与精神症状之间的关系；滥用毒品后多长时间出现精神病性症状；滥用毒品之前有无精神异常；停用毒品后精神症状消失的时间等。在专科检查中，要针对病史中的异常情况确定有无精神病性症状，是哪一种精神症状；要有是否吸食毒品的确实证据，如看见吸毒工具、毒品或亲朋好友提供的信息；实验室检查的结果，如尿毒品定性检查，特别是头发检查结果。为共病诊断提供切实可靠的诊断依据。

参考文献

- 1.世界卫生组织.ICD-10 精神与行为障碍分类[M].人民卫生出版社,1993:59-69.
- 2.郝伟 赵敏 李锦 成瘾医学理论与实践[M],北京,人民卫生出版社,2016:238-240.
- 3.杜新忠 实用戒毒医学[M],北京,人民卫生出版社,第二版,2015:477-479.
- 4.郝伟,赵敏.苯丙胺类兴奋剂相关障碍临床诊疗指南[M],北京,人民卫生出版社 2018,202-210.
- 5.王文甫,梅秀森,陈银萍等.76 例苯丙胺类兴奋剂所致精神病性障碍复吸患者临床分析[J].中国药物滥用防治杂志,2017;23(1):18-21.

濫藥孕婦住院式戒毒康復服務：香港戒毒會的經驗

梁美香

(香港戒毒會區貴雅修女紀念婦女康復中心)

【摘要】

懷孕是一個充滿變化的過程，一般孕婦需要面對身體上的變化及情緒上的起伏；對於濫藥孕婦來說，懷孕期間要面對和考慮的事情更為複雜，她們既要面對自身的濫藥問題，亦會擔心自身濫藥行為對腹中胎兒的影響，因而常被愧疚的情緒縈繞不休。當一般孕婦在懷孕期間會特別呵護腹中胎兒的時候，我們相信懷孕對濫藥婦女來說，也是一個戒毒的契機，為了寶寶的健康，濫藥孕婦接受戒毒治療的動機會因為胎兒而提高；社工在這時候作出介入，有助於濫藥孕婦面對自身的濫藥問題，對成長中的胎兒亦大有裨益。有見及此，香港戒毒會一直為濫藥孕婦提供住院式戒毒康復服務，透過提供 24 小時醫療照顧、社會心理輔導、臨床心理評估、同輩輔導分享等，針對濫藥孕婦的需要，提供多元化服務，為她們重拾母職作準備，與她們一同構建未來。本文總結香港戒毒會於 2016 年 9 月至 2019 年 2 月期間，為 21 名濫藥孕婦提供住院式戒毒康復服務的經驗和反思。

【關鍵詞】香港戒毒會；濫藥孕婦；住院式戒毒康復服務

【內文】

在 2018 年，香港有 1,296 名被呈報的濫藥女性⁵，當中介乎生育年齡的女性達 1,119 人，佔整體被呈報女性的 86.3%。不少研究均指出女性在懷孕期間濫藥會對胎兒造成不同程度的傷害，例如濫用海洛英孕婦的初生兒會出現新生兒戒斷綜合症候群 (Neonatal Abstinence Syndrome)、母親在懷孕期間濫用可卡因的孩子容易出現專注力不足的問題等(Rayns, Dawe & Cuthbert, 2011)。

因此，女性在懷孕期間濫用藥物的問題一直備受關注；母親於懷孕期間濫藥不單對胎兒發展帶來傷害，孩子出生後亦極可能因為母親繼續濫藥而得不到適當的照顧，近年香港社會曾出現多宗因父母濫藥導致子女被疏忽照顧，甚至死亡的事件，引起公眾關注女性在懷孕期間濫用藥物的問題。

服務目的

「懷孕」被視為濫藥女性戒毒的契機，但由於濫藥孕婦在懷孕期間接受戒毒治療，需要緊密的醫療監察和照顧，不少住院式戒毒服務單位考慮到醫療風險的承擔，均未能為濫藥孕婦提供住院戒毒服務，令濫藥孕婦在尋找住院戒毒服務時出現困難；在這情況下，濫藥孕婦縱然有戒毒動機，若戒毒設施未能配合，只會白白浪費了這個契機；因此，香港戒毒會一直以來均為濫藥孕婦提供住院戒毒服務，以填補這個服務缺口。

以往為濫藥孕婦提供的戒毒服務，一般集中處理她們的濫藥問題；然而，我們意識到濫藥孕婦成功戒毒，並不代表她們有足夠能力照顧孩子；因此，香港戒毒會進一步加強為濫藥孕婦提供的戒毒服務內容，針對她們的特別需要，設計適合她們

⁵ 根據香港特別行政區政府保安局禁毒處的「藥物濫用中央檔案室」數據

的治療計劃，期望協助她們處理自身濫藥問題的同時，提升她們在育兒方面的能力，以惠及她們的下一代。

服務內容

醫療照顧

香港戒毒會的區貴雅修女紀念婦女康復中心設有 24 小時醫療照顧，由醫生定時巡診、註冊護士提供 24 小時監察及照顧，為濫藥孕婦提供斷癮治療及基本醫療照顧；中心亦聘有陪月員，陪同孕婦出席產前、產後檢查及其他醫療服務。註冊護士亦會為她們提供保健講座及育兒技巧訓練，協助她們掌握照顧初生嬰兒的技巧。

社會心理治療

中心為濫藥孕婦提供社會心理輔導，每個個案均由一位專業社工負責跟進；由於大部分個案均來自複雜背景，因此，中心亦提供臨床心理學家評估服務，以評估她們的成長經歷對其濫藥問題的影響，與社工合作訂定治療方向，並於需要時轉介個案接受長期的臨床心理輔導服務。

除了個別面談輔導外，社工亦會透過不同的小組訓練，鞏固她們的抗毒能力及提升她們照顧子女的能力，包括自我認識小組、預防重吸小組、親職技巧訓練小組、園藝治療小組等。

家庭支援服務

由於部份個案因濫藥問題導致與家人關係破裂，協助她們重建家庭關係亦是服務的重點，社工透過家庭輔導、家屬小組，協助濫藥孕婦與家人修補關係，以鞏固她們的支援網絡。社工亦會按個別家庭的需要提供轉介服務，協助他們取得所需資源，提升他們支援個案的能力。

同輩輔導

中心聘用成功戒毒女性任前線職員，透過她們分享自身成功戒毒經驗，鼓勵濫藥孕婦完成戒毒治療。

學術課程及職業技能訓練

中心亦為濫藥孕婦提供學術課程，由合資格老師提供基礎教育，藉此加強她們日後照顧孩子學業需要的能力；透過不同的職業技能訓練，有助她們日後重返職場，擴闊她們的職業選擇。

續顧服務

個案離院後由其社工繼續於社區中提供輔導服務，全期服務由入院日計為期一年。

服務成果

2016 年 9 月至 2019 年 2 月期間，區貴雅修女紀念婦女康復中心一共為 21 名濫藥孕婦提供住院式戒毒康復服務，其中 15 名孕婦完成戒毒康復程序，其餘 6 名孕婦入院後因情緒問題及法律問題堅持在未完成戒毒康復程序前離院。

服務經驗總結

我們根據 21 名個案的資料，分別以社會人口特徵、求助行徑、服務需要作出整合，以表列形式闡述如下：

個案社會人口特徵

從(表一)資料顯示，所有個案年齡均屆乎生育年齡，其中 15 人(71.4%)已婚或與伴侶同居，接近四成個案為首次生育女性。她們當中 4 人(19%)有精神病紀錄。

雖然她們當中有六成以上年齡為 30 歲或以下，但多達 18 人(85.7%)於 20 歲或之前開始濫藥，多於一半以上擁有 10 年以上的毒齡，她們主要濫用危害精神毒品，少部分(23.8%)則濫用海洛英。直得留意的是她們大多來自有成員濫藥的家庭，當中 17 人(77.3%)的伴侶現正或曾經濫藥。

表一：個案社會人口特徵

		總數 (N=21)	%
性別	女	21	100
年齡	21-25	5	23.8
	26-30	8	38.1
	31-35	0	0
	36-40	7	33.3
	>40	1	4.8
婚姻狀況	未婚	4	19
	已婚/同居	15	71.4
	離婚	2	9.5
子女數目	0	8	38.1
	1-2	10	47.6
	3 或以上	3	14.3
精神病紀錄	有	4	19
	沒有	17	81
首次濫藥年齡	11-15	8	38.1
	16-20	10	47.6
	21-25	2	9.5
	26-30	0	-
	31-35	0	-
	>35	1	4.8
濫藥年數	0-5 年	1	4.8
	6-10 年	9	42.9
	11-15 年	5	23.8
	16-20 年	2	9.5
	21-25 年	4	19
濫用藥物種類	海洛英	5	23.8
	冰毒	9	42.9
	可卡因	1	4.8
	氯胺酮	1	4.8
	多於一種毒品	5	23.8
家庭成員濫藥紀錄*	沒有	1	4.5
	父母	1	4.5
	兄弟姊妹	3	13.6
	伴侶	17	77.3

*(N=22)其中一個個案的姊姊及伴侶均有濫藥歷史

個案求助行徑

從(表二)資料顯示，大部份個案(90.5%)均經由其他服務單位或感化機關轉介，自行主動申請服務的人數佔不足一成。高於七成個案在懷孕第二甚至第三階段才選

擇住院戒毒康復服務。21 名個案中，12 人報稱入院前曾接受產前檢查，惟值得注意的是她們在社區中均有其他社會服務單位社工跟進，在社工的推動下才出席產前檢查，但出席率往往因濫藥反應而受影響。

表二：個案求助行徑

		總數 (N=21)	%
申請入院渠道	自行申請	2	9.5
	其他服務單位轉介	14	66.7
	感化機關轉介	5	23.8
入院時的妊娠階段	第一階段	6	28.6
	第二階段	3	14.3
	第三階段	12	57.1
入院前接受產檢情況	有	12	57.1
	沒有	9	42.9

個案服務需要

透過分析社工與個案進行輔導面談的資料，21 名個案在基本生活、生理、心理和關係健康狀況、社會功能、經濟獨立能力，及照顧子女服務的範疇上，均有不同的服務需要(表三)。

她們大部份(71.4%)因為同住伴侶的暴力對待或經濟困難而缺乏安全居所。懷孕期間濫藥，增加她們對醫療照顧的需要，特別是婦產科的專科照顧。由於其中 6 名(28.6%)個案濫用海洛英，她們需要以美沙酮協助斷癮，另外，有 4 名(19%)個案需接受精神科治療。

所有個案均面對不同範疇的問題，因此，她們對於個人、小組和家庭輔導均有着迫切需要；當中 3 人因曾經歷創傷事件而需要深入的心理治療。

其中高於一半的個案與原生家庭(57.1%)及伴侶關係欠佳(66.7%)。有 11 人(52.4%)缺乏育兒技巧而有機會影響與子女的關係。

在社會功能方面，其中 7 人(33.3%)因觸犯法例而需要法律支援；4 人(19%)因濫藥問題而失去子女的監護權；濫藥問題亦影響她們獲得的家庭支援(47.6%)和正常的社交網絡(47.6%)。

由於欠缺職業技能(19%)和受藥物的影響，她們的經濟獨立能力亦相對薄弱，當中 13 人(61.9%)需要經濟支援，3 人(14.3%)正承擔債務。

在照顧子女方面，其中 2 人(9.5%)表示上門照顧服務有助她們適應照顧子女的角色；其中 2 名(9.5%)懷孕期間濫用危害精神毒品的個案，在孩子出生後，發現他們的語言發展和小肌肉發較正常遲緩，需接受幼兒發展評估及治療服務。

表三：個案服務需要

範疇	服務需要	總數 (N=21)	%
基本生活	食物及營養	7	33.3
	安全居所	15	71.4
	遠離家庭暴力	4	19
生理健康狀況	婦產科照顧	21	100
	基本醫療照顧	21	100
	藥物協助斷癮	6	28.6
	藥物處理雙重失調精神症狀	4	19
心理健康狀況	個人輔導	21	100
	小組輔導	21	100
	家庭輔導	21	100
	創傷經歷復元	3	14.3
	情緒及焦慮症篩查	1	4.8
關係健康狀況	父母/照顧者濫藥	1	4.8
	兒時受身體/情緒/性虐待	1	4.8
	原生家庭關係欠佳	12	57.1
	婚姻/伴侶關係欠佳	14	66.7
	與異性建立健康關係	4	19
	與未出生孩子關係	2	9.5
	缺乏育兒技巧	11	52.4
社會功能	法律支援	7	33.3
	子女監護權	4	19
	家庭支援	10	47.6
	正常社交網絡	10	47.6
	正常康樂活動	6	28.6
經濟獨立能力	職業技能，求職技巧訓練	4	19
	經濟支援	13	61.9
	債務處理	3	14.3
照顧子女服務	上門照顧服務	2	9.5
	幼兒發展及治療服務	2	9.5

討論

有研究認為懷孕對濫藥女性來說是戒毒的契機，透過對母親身份的認同(Klee, Jackson & Lewis, 2002)和與胎兒的聯繫(Myra, Ravndal, Torsteinsson & Wiig, 2016)，可推動她們決心戒除濫藥習慣。然而，當濫藥孕婦在社區中面對着自身問題和毒品的誘惑下，她們需要經歷對毒品的渴求與保護胎兒健康成長之間的爭戰 (Myra, Ravndal, Torsteinsson & Wiig, 2016)，這對於她們的戒毒動機有着重大的影響，21 名個案中有 15 人在第二至第三階段才入院接受治療，可見我們不能視濫藥女性為胎兒決心戒毒為必然發生的事。作為社工，我們需要把握這個契機，透過輔導和針對濫藥孕婦需要的治療計劃，盡快提升她們對母親身份的認同和與胎兒的聯繫，以加強她們戒毒的決心。有個案表示，她在產檢期間首次從超聲波影像中見到腹中孩子，那一刻的感動，讓她下定決心為孩子徹底戒除濫藥習慣，並學習做一個稱職的母親；結果她現在不單戒掉濫藥習慣，更成為中心的同輩輔導。

有外國研究指出部分濫藥孕婦會因為害怕接受產前檢查期間，被發現濫藥而引起的法律後果，逃避接受產前檢查(Stone, 2015)。在我們的個案中，她們均表示沒有定時接受產檢的主要原因，是因為受到濫藥後的反應影響，未能外出接受產檢服務；相反，她們接受住院戒毒服務後，不再受濫藥反應影響及在職員的陪同下，則

開始定時出席產檢。因此，當濫藥孕婦無法在社區中停止濫藥，推動她們盡快接受住院戒毒服務是保障母嬰健康的重要一步。

縱使濫藥孕婦順利進入院舍戒毒，由於她們背負着複雜的問題，在這些問題未得到處理前，都會影響她們繼續留院戒毒的動機。因此，在她們入院初期，往往需要先處理她們關注的其他問題，例如伴侶濫藥、法律問題、經濟困難等，方能穩定她們的情緒，爭取時間處理她們的濫藥問題。

在 21 個個案中，大部分由社區的社會服務單位轉介，反映社區的社會服務單位與住院戒毒服務單位合作的重要性，社區服務單位社工在辨識濫藥孕婦、推動她們出席產前檢查及接受住院戒毒服務上，擔當着重要的角色。因此，加強社區服務單位與住院戒毒服務單位的聯繫，可更有效地協助濫藥孕婦。

除了為濫藥孕婦提供針對性服務外，由於孕婦濫用危害精神毒品極可能對胎兒發展造成影響，服務提供者還需考慮為她們的孩子提供全面評估、訓練和支援服務，好讓孩子在黃金期內接受治療和訓練；並減低個案因自身濫藥，導致孩子發展受影響的罪疚感。有研究指出為個案提供上門照顧幼兒服務，有助減低個案在照顧子女方面的焦慮(Leung, Cheung & Chan, 2018)，減少她們因照顧子女的壓力而復吸的可能性。

最後，為濫藥孕婦提供全面服務配套，不止在她們懷孕期間的醫療檢查和輔導服務，離院後的續顧服務亦非常重要，有研究指出長期的住院戒毒服務配合離院後的續顧服務，成效更為顯著 (Stone, 2015)。

總結

為濫藥孕婦提供戒毒服務是一項爭分奪秒的工作，因為女性在懷孕期間濫藥，影響的並非只她一人，胎兒留在母體中只有 40 週，期間濫藥孕婦吸收的所有物質，包括毒品均會透過胎盤傳送予胎兒，孕婦濫藥時間越長，對胎兒發展造成的影響越大。懷孕確是濫藥女性決心戒毒的契機，但不能視為理所當然發生的事，作為服務提供者，社工需要抓緊這個契機，針對她們的獨特需要和個人情況，作出適當的介入，協助她們重拾生活正軌及擔當母親的角色。

參考文獻

1. 香港特別行政區政府保安局禁毒處藥物濫用資料中央檔案室 (資料更新於: 26-3-2019)
2. Jones, H. E., & Kaltenbach, K. (2013). *Treating women with substance use disorders during pregnancy: A comprehensive approach to caring for mother and child*. New York: Oxford University Press.
3. Leung, M.H., Cheung, W.S.C., & Chan, S.F. (2018). Service needs of pregnant substance abuse women seeking residential drug treatment in Hong Kong: a practice-based research. *International Journal of Mental Health and Addiction*; Vol. 16, 6: pp. 1302-1311.
4. Myra, S.M., Ravndal, E., Torsteinsson, V. W, & Wiig, E. (2016) Pregnant substance-abusing women in involuntary treatment: Attachment experiences with the unborn child. *Nordic Studies On Alcohol and Drugs*, 33, 299-313
5. Rayns, G., Dawe S., & Cuthbert, C. (2011). All Babies Count: Spotlight on drugs and alcohol. Retrieved June 1, 2019 from the World Wide Web: <http://lfstest.nspxyz.net/globalassets/documents/research-reports/all-babies-count-spotlight-drugs-alcohol.pdf>.
6. Stone, R. (2015). Pregnant women and substance use: fear, stigma, and barriers to care. *Health and Justice*, 3:2. <https://doi.org/10.1186/s40352-015-0015-5>.

「有戒無類」 為非華裔濫藥人士提供全方位適切的戒毒康復服務

李國亮、盧月卿、陳燕翎、楊旭
(香港戒毒會)

根據香港禁毒處藥物濫用資料中央檔案室的統計數字，至 2018 年被呈報的非華裔濫藥人士總人數是 731，約佔整體吸毒人數的 11.1%。另外，非華裔濫藥人士尋求香港戒毒會石鼓洲康復院服務的人數在近十年亦有顯著上升。本會看到非華裔濫藥人士在尋求戒毒服務上較為被動，然而這並不代表其戒毒動機偏低，只是鑑於語言障礙、文化差異、欠缺支援網絡及對戒毒服務認識不足等原因，降低了他們尋求戒毒服務的動機。香港戒毒會作為全港規模最大的自願戒毒機構，一直秉承「有戒無類」以及「全人康復」的理念，為不同國籍、性別和年齡並受毒品困擾人士及其家庭提供「全方位」的戒毒康復服務。本會除了在轄下四所男性和女性住院式康復中心為他們提供戒毒治療康復服務外，本會更與時並進，以嶄新模式增設外展隊，主動到社區接觸非華裔人士並提供禁毒預防教育、及早辨識高危人士並作即時介入和轉介服務；在門診式美沙酮治療計劃輔導服務加設非華裔人士小組；在石鼓洲康復院內更為非華裔人士特設康復社－「機社」以全面回應非華裔濫藥人士的需要，提供及時適切支援，使他們擺脫毒癮，融入社群，重建新生。本論文將分享如何為非華裔人士提供「全方位」戒毒康復服務的經驗和當中的挑戰。

【關鍵詞】 香港戒毒會 石鼓洲康復院 「有戒無類」非華裔濫藥人士
美沙酮治療計劃輔導服務

引言

在本港戒毒康復本身已是沉重的事，對於人在他鄉，文化迥異，語言不通的非華裔人士來說更是艱辛曲折，他們在百般壓力下掙扎的困況悲苦更不足為外人道。尼泊爾、巴基斯坦、越南和印度裔等族群，有著各自語言和不同價值觀，與本地文化迥異，當他們濫藥成癮後，要戒毒再達至「全人康復」，實在不易。總結多年的戒毒服務前線經驗顯示，一位戒毒康復者能承擔正常生活角色和重過正常生活，代表著他已踏上康復的道路。「全人康復」重要原則包括：

1. 遠離毒品，接受戒毒康復治療
2. 重建健康生活模式，培養良好嗜好
3. 樹立正面價值觀，提昇自我效能
4. 學習生活技巧，強化就業技能
5. 改善溝通技巧，鞏固家人支持
6. 了解社區網絡，建立社交支持網絡
7. 助人自助，發揮同輩支援力量

有見及此，香港戒毒會成立外展隊，走進社區深處去接觸非華裔的濫藥高危人士，將「全人康復」的概念推廣至非華裔的濫藥高危人士；此當中的對象更包括露宿者，外展隊提供即時的定點預防教育輔導，並鼓勵他們提起勇氣去尋求美沙酮治療服務及各種住院式戒毒康復治療。外展隊社工亦透過不同小組活動和訓練課程再結合「醫療及社會心理輔導模式」，以多元化手法協助非華裔濫藥人士面對各種困難，發展個人潛力和提昇自我效能，從而令他們踏上全人康復之路。社工亦鼓勵非華裔康復個案入住本會轄下的五所男性和女性中途宿舍，作為重返社會前的短期居所。中途宿舍的功能是提供一個暫時性的半保護環境，以彌補因入住住院式生活環境一段時間後，離院初期對現實社會環境所造成的隔膜或脫節給予緩衝適應時間，同時亦可為非華裔康復個案提供一個融入本地華人社區、可以改善生活技巧和人際關係的場所。

在香港非華裔濫藥人士中，以尼泊爾籍濫藥人數最為多，故以下文章將集中探討尼泊爾籍濫藥人士的情況以及本會如何積極回應他們對服務的需求。

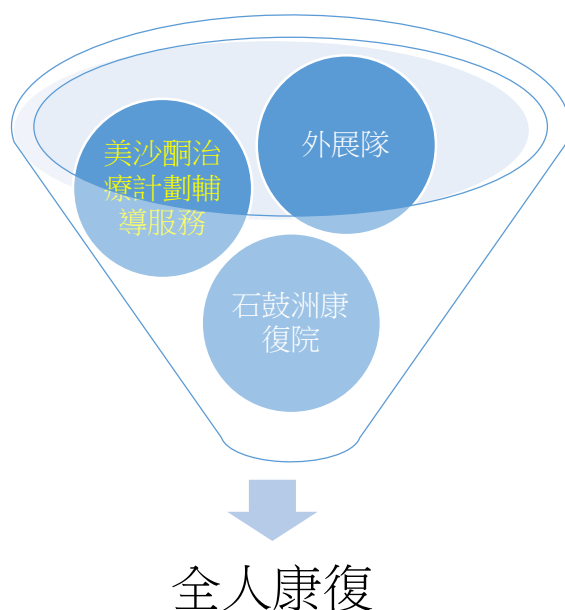
非華裔人士在香港情況

根據二零一六年香港中期人口普查，尼泊爾人口佔全港人口 4.4%，約 25,000 人。大部分尼泊爾人為港英政府時期的外籍英軍，俗稱「啱喀兵」。隨着 1997 年香港政權回歸中國，尼泊爾軍人返回家鄉，但他們的子女部份選擇留港定居。這些尼泊爾年青人在港生活，父母卻居於尼泊爾或外地，他們在香港普遍與親戚或朋友居住；在缺乏有效管教的情況下，加上朋輩影響，或未能適應主流教育等的各種因素下，增加了誤入歧途的機會。

政策二十一有限公司及香港大學公民社會與治理研究中心於 2018 年 3 月的報告指出：非華裔人士較少使用政府服務，其一是他們對本港社會服務資源認知不足，另一方面是基於他們家鄉文化，欠缺使用公共服務的意識；第二個原因是非華裔人士不願意對外求助：認為向外間機構求助有違自己文化，即使非華裔人士獲悉公共服務資源，亦因早期的負面經驗影響，普遍抗拒再次接觸公共服務。

而在尋求戒毒康復服務上，不論是非華裔濫藥人士或其家人，會因濫藥標籤而抗拒向外界尋求協助。根據香港保安局禁毒處的中央資料檔案室的紀錄(CRDA)顯示：雖然香港被呈報整體吸毒人數自 2008 年由 14241 人下降至 2018 年首三季的 5625 人，但首次被呈報吸毒者的「毒齡」中位數卻由 2008 年的 1.9 年上升至 2018 年的 5 年，而當中超過 60.4% 表示在家中或朋友的家裏吸毒，反映隱蔽吸毒者人數增加，情況值得關注。

吸毒問題只是表徵，需要關注的是非華裔人士在香港的處境和困難。



【外展篇】

及早識別、及早介入、建構更包容和接納的社群環境

在香港非華裔濫藥人士中，以尼泊爾人濫藥人數最為多，並有年輕化跡象。非華裔濫藥者九成半最常吸食毒品是海洛英，其次是大麻及咳藥水，情況十分嚴峻。因為認知不足和文化差異，他們往往只向地區家鄉領袖求助，但從我們前線同工經驗了解，地區領袖對戒毒康復服務的認識並不全面。

有見及此，本會於 2017 年 7 月設立「無毒共融、美好社區」- 社區為本少數族裔高危青年禁毒預防外展服務（下稱外展隊）。本會並獲得香港保安局禁毒處禁毒基金贊助，透過外展服務手法，到非華裔人士常聚居的地方，宣傳禁毒信息，識別高危人士並作出轉介服務。

外展隊由社工帶領同輩輔導員（戒毒康復人士）及非華裔同工展開地區工作。外展隊會到不同地區和地點，例如油尖旺區、深水埗區、元朗區的遊戲機中心、公園、酒吧和店舖等接觸非華裔人士，以及早識別受毒品困擾的人士和其家長，為他們提供戒毒輔導服務。成功戒毒的同路人以自身經歷鼓勵濫藥人士關注自己的健康和需要，提升他們戒毒的動機。非華裔同工以其言語文化的優勢協助外展服務擴展到不同群組，與服務受眾建立良好的互信關係和得到他們的信任，特別是能接觸不諳英語的公眾人士，更讓我們把正確的資訊傳遞給公眾，為有需要人士及早提供介入。

除了鼓勵濫藥人士關注自己的健康外，外展隊亦建立地區網絡，致力建構一個更包容和接納的社群環境，以助尼泊爾戒毒人士康復。本隊亦主動接觸非華語商舖，張貼及派發非華語禁毒單張和資訊。又與區內非華裔語團體、宗教領袖，社福機構和學校合作，定期舉辦預防濫用藥物教育工作坊、教導公眾如何識別及處理懷疑家人濫藥情況，增進他們對濫藥的認識和關注。

外展隊成立至今，已提供超過 100 次預防濫藥教育外展工作，已接觸超過 3000 人次，並作出評估和轉介。過去兩年外展隊成功鼓勵及轉介超過 150 人入住本會四間住院戒毒康復服務及美沙酮治療服務。期間又提供超過 100 次面談及電話輔導服務，為有需要的濫藥人士作出支援。在走訪社福機構和中學大學校園，同路人分享和禁毒信息讓超過 150 位年輕人受惠。這些地區工作，成功連繫了非華裔地區人士，令他們對戒毒康復人士改觀，建構一個更包容和接納的社群環境，並大大提升了非華裔濫藥人士的求助動機。

【美沙酮治療計劃輔導服務篇】

緩減傷害、強化社會功能

對於本港非華裔吸食海洛英人士而言，他們或會因工作、健康、家庭或戒毒動機等不同原因未能入住住院式戒毒治療及康復中心，而選擇門診式美沙酮治療計劃服務。美沙酮治療計劃是以門診方式提供美沙酮代用治療或戒毒計劃，以達至「緩慢傷害」的目標，現時全港共有 19 間美沙酮診所提供服務。香港戒毒會自 1993 年開始，已委派全職社工在診所內提供心理輔導工作，藉以讓服藥人士能得到適切治療。按筆者發現，非華裔人士如尼泊爾濫藥人士主要集中在油麻地、元朗及荃灣美沙酮診所，相信這與他們族群的凝聚性強，普通喜歡一起聚居，互相照應有關。

按筆者在美沙酮診所工作經驗所見，以尼泊爾濫藥人士為例，年齡界乎 20 至 50 歲為多，普遍在 10 至 19 歲已開始接觸毒品，在診所服藥人士大部份有工作，已婚及育有子女，他們對於使用美沙酮治療計劃，或如何用美沙酮戒毒均欠缺信心。因此，基於他們的獨特性，本會的輔導工作主要集中在建立互信，鼓勵他們善用美沙酮治療計劃，制訂合適的服藥或戒毒方案，加強社區內支援，建立健康的生活習慣，增加生活滿足感，提升他們的戒毒動機，或轉介到住院式戒毒治療及康復中心服務等。

在 2005 年開始，本會更成立美沙酮治療計劃輔導服務尼泊爾小組(Nepalese Together)，目標為尼泊爾美沙酮服藥人士提供小組輔導服務。近年專注發展不同活動，除釐清他們對美沙酮治療的謬誤，鼓勵他們穩定服藥以及提供預防愛滋病資訊外，也鼓勵他們參與正常康樂活動，重投正常生活。小組活動是逢星期五晚上在油麻地診所舉行，活動包括尼泊爾傳統遊戲(Carrom board)和各種棋類活動，本會也在診所附近的空地或社區中心進行活動，例如樂隊訓練、桌球、籃球活動等。

在加強文化交流上，本會會舉辦節日活動如新年派對，與他們一同製作農曆新年的傳統手工藝品，讓他們認識香港的節日文化。而每年四月是尼泊爾的新年，本會會與他們慶祝尼泊爾新年，預備尼泊爾小食遊戲等，一起分享，讓他們感受被接納及關懷，了解彼此文化，達至共融。

為了加強尼泊爾小組凝聚力，本會成立了尼泊爾義工小組，透過尼泊爾康復人士協助有需要的同鄉，建立支援。義工組會定期到訪各美沙酮診所，宣傳戒毒治療和康復服務信息。此外本會亦設有資訊站，每月定期提供不同的社會資訊，如醫療、就業、公共交通等，協助他們運用公共資源，消滅隔膜。

本會亦聘用尼泊爾籍員和義工，借助「同聲同氣」的優勢，使服務對象感到親切，減少隔膜和標籤效應。診所社工更學習簡單的尼泊爾語，藉此和服務對象打開話題，建立關係，表達對他們民族的友好和尊重。

總的來說，透過社工在地區所在的門診式美沙酮治療計劃輔導服務，為非華裔濫藥人士提供個人及心理輔導，以加強個人自信，積極面對濫藥問題為目標，還藉著不同小組活動增加接觸個案切入點，從中協助他們適應社會，盡快融入社群。

【石鼓洲康復院篇】

全人康復、重返社會

近年非華裔濫藥人士尋求石鼓洲住院式戒毒人數不斷上升。在 2018 年，石鼓洲已為 129 位非華裔人士提供住院式戒毒治療及康復服務，佔石鼓洲入院率近 13%。最年輕的尼泊爾院友只有 18 歲。

鑑於語言、文化、宗教差異，加上社會上欠缺支援網絡，及對戒毒治療和康復服務認識不足，很多戒毒康復服務計劃又未能照顧非華裔人士的獨特需要，故此，大部分的服務使用者都未能完成斷癮期便已離院。有見及此，香港戒毒會石鼓洲康復院提供「以人為本」和「全方位」戒毒治療及康復服務，特別為非華裔院友設立康復社－「機社」，包括在語言、文化、食物、宗教、技能訓練、就業輔導、興趣班和康樂文化活動等方面配合他們的獨特所需，讓他們能安心留院戒毒，接受康復療程。

在飲食文化方面，本院明白尼泊爾院友不習慣中式食品，是以院方會在節日時會安排尼泊爾家鄉菜，消解鄉愁之餘，亦增加他們的歸屬感。

在院內的通告及戒毒資訊方面，本會亦把文字翻譯成中、英文以外的尼泊爾文，讓他們能獲得重要的社會服務資訊。

本院十分重視非華裔戒毒康復員的角色，並已成功培訓兩位由石鼓洲戒毒康復的尼泊爾院友為前線工作人員，作為角色模範。在「同聲同氣」之下，協助非華裔院友摒除語言障礙，增強溝通和互相了解，與他們同行，大大提升非華裔院友的戒毒治療動機，令他們繼續留院，繼續康復。

在社會上無論教育、工作還是居住，少數族裔都面對一定程度的歧視，非華裔人士在港多從事體力勞動工作，而就業對戒毒人士走上康復之路是很重要的。(香港特別行政區政府, 2018) (Yong N.K., 2000)。有見及此，院內開辦了多元化的職業技能訓練課程，包括：水喉班、建築班、電工班、泥水班、實用會話中文班、英語語言班、展台及佈置基礎證書、咖啡沖調、髮造型和化妝設計等，協助他們增強就業謀生的技能，從返社會。在小組輔導上，社工亦著意提升他們的求職技巧，工作態度以及工作間人際關係的難題等。

此外，在輔導過程中，社工亦提供適切的個人和小組輔導，例如：學習人際溝通，預防重吸小組，透過反思，重新整理價值觀，改變其過往壞習慣。更鼓勵他們入住中途宿舍，避免流連於高危地方；住宿有助他學習自理及社交技能，全面遵守舍規與配合宿舍的訓練計劃，使他們過渡到社會能夠居住於安全的環境中，有助增加他們的戒毒決心，重過新生，重新投入社會。

我們在中途宿舍的訓練計劃中，更加入非華裔康復人士為實習生。此崗位為一

個階梯讓康復人士慢慢建立正面價值觀和堅持操守。實習生在工作中除了學習與人建立關係，增加自我認識，更重要的是他們從此崗位上能達至助人自助。

實習生透過鼓勵其他院友，建立友好關係，一起面對康復路上的起伏，互相扶持，既成為其他人的榜樣，亦能自我警惕。實習生亦會向公眾及朋輩傳遞禁毒信息，分享自己的濫藥、戒毒、康復的經歷和讓公眾消除對濫藥康復人士的疑惑和標籤。工作坊及分享會亦是促進社會人士接納康復人士重投社會的平台。

本會亦聯繫不同公司，為非華裔康復人士提供新工作機會。有參加者表示這是個不錯的機會，讓他們嘗試新事物。有私人公司亦願意聘請戒毒康復人士為員工，發揮他們在職業培訓課程所學的技巧和鼓勵他們建立規律、正面的生活。工作員亦會跟進康復員的工作表現，作出輔導和支援，盼與僱主一同支援康復人士重投職場。

總結

縱然非華裔人士與我們的言語、文化、宗教、成長背景不同，但亦無阻我們之間的接觸和提供服務。當社工有足夠的文化敏感度，理解他們的背景和互相尊重，非華裔人士也不是想像中難以接觸和相處。根據前線社工的經驗和觀察，對於非華裔濫藥康復人士來說，種族文化差異、語言障礙和社會融合能力包括社區對他們的接納程度，都會影響他們的求助動機和成功戒毒後堅持健康生活的持久力。

另外，大麻近年在多個國家合法化，更容易成為非華裔人士的「入門」毒品，以致不少非華裔個案在戒毒康復後又很快復吸。因此，「全人康復」理念能全方位地回應非華裔濫藥人士對服務的要求，透過外展服務、門診式美沙酮治療計劃輔導服務、各種住院式戒毒治療康復服務以及中途宿舍和同輩輔導等服務作介入，讓非華裔個案能得到適切的一站式服務，從而降低他們再次濫藥的機會。

香港戒毒會正邁向六十載華誕，面對持續吸毒隱蔽化的形勢以及非華裔濫藥人士在戒毒康復時的種種困難，本會將承先啟後，繼續努力與政府和社會各持份者攜手合作，為受毒品問題困擾的非華裔人士及家庭，提供優質服務，讓他們在關愛共融的社區中踏上康復坦途。

參考文獻

1. 禁毒處(2018)。香港戒毒治療和康復服務三年計劃(2018 至 2020 年)。香港：保安局禁毒處。
2. 禁毒處(2017)。藥物濫用資料中央檔案室第六十六號報告書 (2007 至 2016)。香港：保安局禁毒處。
3. 政策二十一有限公司及香港大學公民社會與治理研究中心 (2018 年)。取自 http://www.hkcss.org.hk/uploadfileMgnt/0_201832312272.pdf
4. 香港特別行政區政府 (2018 年)。2016 年香港少數族裔人士貧窮情況報告。取自 http://www.hkcss.org.hk/uploadfileMgnt/0_201839172351.pdf
5. Yong, N.K.(2000), Integrating Substance Abuse Treatment and Vocational Services, Rockville, MD; U.S. Substance Abuse and Mental Health Services.

家庭团体心理治疗对强制隔离戒毒人员家庭功能和戒毒动机的影响

廖艳香、袁荣亲、郑咏心
(广州市海珠区晴朗天社会工作服务中心)
黄海辉、余业明
(广州市岑村强制隔离戒毒所)

【摘要】

本研究旨在探讨在强制隔离戒毒场所内开展家庭治疗的团体辅导对强戒人员家庭功能评价和戒毒动机的影响, 尝试为毒品成瘾者成瘾行为的戒断及新生活的适应寻找一种新的有效的心理干预手段。

通过初始访谈、问卷调查, 综合评估个体主观参与团体辅导的意愿强度、家庭成员关系、受教育水平以及戒毒动机水平等因素, 筛选出 40 名强制隔离戒毒人员作为研究对象。将 40 名强戒人员随机分为实验组和对照组, 每组 20 人, 对照组进行常规的训练, 实验组除了常规训练外, 采用家庭团体心理治疗, 疗程 8 周。团辅前后通过家庭功能评定量表(FAD)、戒毒动机量表等进行测量。

通过本研究发现, 在进行家庭治疗团辅干预后, 实验组家庭功能评价水平相较于对照组有所提高。在戒毒动机上, 实验组在趋戒外部维度上, 后测显著高于前测($p < 0.05$), 说明在进行家庭治疗团辅干预后, 实验组的戒毒动机水平有所提高。由此可知, 家庭团体心理治疗具有有效地提高戒毒人员的家庭功能和戒毒动机的可能性。家庭治疗是一种有效的戒毒干预方法。

【关键词】家庭治疗; 家庭功能; 戒毒动机; 戒毒人员

1. 研究综述

研究表明, 戒毒人员出所后面临的最大问题来自于缺乏社会支持, 其中影响最大的就是家庭支持的缺乏。多数戒毒人员反映家庭是戒毒的最大动机, 而往往也最容易因为家庭因素而再次复吸(高书林, 2008)。因此有必要在戒毒人员在所强戒期间就对其进行家庭治疗。

家庭治疗(family therapy), 是指针对家庭的心理问题而施行的心理治疗工作。它以一个家庭的心理功能表现为出发点, 当家庭心理功能(包括家庭结构、组织、沟通、情感、角色扮演、成员间联盟关系及家庭认同等)出现异常, 影响其家庭的心理状态, 难由家人自行改善或纠正时, 需由专业人员协助实施治疗, 鼓励和帮助家庭成员调整其行为促进其成长, 解决现有的冲突和问题, 使家庭的功能运作从失常走向正常(蒋玉芝等, 2009)。在戒毒场所中运用家庭治疗主要是通过家庭雕塑等方式帮助戒毒人员理解家庭是一个互动的系统, 从而理解家庭问题是由于不同的家庭互动模式而产生的。通过戒毒人员个人的改变, 可以促进家庭成员互动模式的变化, 从而有效的改善家庭关系, 减少复吸的影响因素。

本研究旨在探讨在强制隔离戒毒场所内开展家庭治疗的团体辅导对强戒人员家庭功能评价、自我价值评价、戒毒动机的影响, 尝试为毒品成瘾者成瘾行为的戒断及新生活的适应寻找一种新的有效的心理干预手段。

2. 研究方法

2.1. 研究对象

研究对象为广州市岑村强制隔离戒毒所的强戒人员, 通过前期的初始访谈、问卷调查, 综合评估个体主观参与团体辅导的意愿强度、家庭成员关系、受教育水平以及戒毒动机水平等因素, 筛选出 40 名强制隔离戒毒人员作为研究对象, 随机

分为实验组 (n=20) 和对照组 (n=20), 全部为男性, 受教育水平为中学及以上文化水平, 年龄跨度为 20-45 岁, 平均年龄为 (32.8±6.09) 岁的强戒人员。两组在人口特征学 (年龄、学历、婚姻状况、子女情况)、吸食毒品类型、吸毒年限以及干预前家庭功能评定和戒毒动机评分比较无统计学差异 (P>0.05), 详见表 1、表 2 和表 3。

表 1. 两组一般资料的比较

组别	实验组	对照组
年龄(岁)	31.65±6.47	33.95±5.62
学历(初中/高中/大中专/本科)	14/5/1/0	16/2/1/1
婚姻状况(未婚/已婚/离异)	13/6/1	10/5/5
子女情况(个)	0.6±0.82	0.55±0.76
吸食毒品种类(新型毒品/传统毒品)	12/8	13/7
吸毒年限(年)	6.95±5.61	9.55±6.92
强戒次数(次)	1.30±0.47	2.15±1.31

表 2. 两组干预前测家庭功能评价的比较(分)

组别	问题解决	沟通	角色	情感反应	情感介入	行为控制	总的功能
总分							
对照组	2.29±0.62	2.34±0.30	2.33±0.36	2.40±0.44	2.37±0.52	2.33±0.38	2.31±0.31
2.34±0.25							
实验组	2.35±0.56	2.34±0.32	2.28±0.23	2.40±0.37	2.23±0.45	2.22±0.21	2.27±0.36
2.29±0.19							
t	-0.312	-0.056	0.474	0.000	0.932	1.149	0.394
0.620							
P	0.757	0.956	0.639	1.000	0.357	0.260	0.696
0.539							

表 3. 两组干预前测戒毒动机的比较(分)

组别	趋戒内部	避吸内部	戒毒信心	避吸外部	趋戒外部	总分
实验组	4.25±0.67	4.19±0.82	4.17±0.75	4.06±0.92	4.04±0.80	4.16±0.73
对照组	4.24±0.78	4.30±0.66	4.19±0.75	4.11±0.78	4.39±0.67	4.26±0.69
t	0.024	-0.450	-0.091	-0.186	-1.493	-0.452
P	0.981	0.655	0.928	0.854	0.144	0.654

注: P>0.05

2.2. 研究工具

2.2.1 家庭功能评定量表

本研究采用修订版的家庭功能评定量表(FAD)测量个体的家庭功能。该量表共 60 道题目,包含问题解决、沟通、角色、情感反应、情感介入、行为控制、总的功能七个因子,采用四级评分,从“非常符合”到“非常不符合”记 1~4 分,得分越高,表明测评结果越差,其相应的家庭功能越差。

2.2.2 戒毒动机量表

本研究采用采用暨南大学武晓艳教授编制的戒毒动机量表(Abstaining Motivation Questionnaire,AMQ)。该量表共 36 条目,包含 5 个因子,即趋戒-内部动机(趋内因子,含 9 个条目)、趋戒-外部动机(趋外因子,含 7 个条目)、避吸-内部动机(避内因子,含 8 个条目)、避吸-外部动机(避外因子,含 5 个条目)、戒毒信心(信心因子,含 7 个条目),采用五级计分,从“完全不符合”到“完全符合”计 1~5 分,分数越高代表戒毒动机越高。

2.3. 研究过程

本研究采用 2(组别:实验组、对照组)×2(前测、后测)等组实验设计。团体辅导方案的制定的理论依据以家庭治疗理论为主,共设计 9 次的连续性团体辅导,每 1 周 1 次,每次时长 90 分钟。团体方案如表 4。

表 4. 团体辅导方案

团辅次数	团辅主题	团辅目标	主体活动
第一次	建立团体关系	认识了解各成员,明确团体规则,说明团体目标。	1. 热身——大风吹 2. 优点轰炸 3. 信任之旅
第二次	认识自我	巩固团体关系,全面认识自我,发现自我潜能。	1. 热身——寻找邻居 2. 分享自我环 3. 排列自我环
第三次	我和我家	打开身体感觉,进一步认识自己,看到自己的家庭,了解家庭对自己的影响。	1. 热身游戏——放大游戏 2. “断”的活动 3. 家庭影响轮
第四次	走进家庭的铁三角	体会家庭铁三角中的角色,体会铁三角中人与人之间的关系,探索铁三角对自己的影响。	1. 热身——身体放大 2. 身体表达——对瓶子表达 3. 绘制铁三角——基本三角关系图 4. 铁三角身体雕塑——角色扮演。
第五次	重新认识你的家庭	认识与理解家庭是一个系统,体会自我家庭中成员之间的关系及互相影响,体会每个家庭成员在其中都有位置。	1. 热身——身体镜像 2. 绘制家庭图 3. 家庭雕塑
第六次	当毒品闯进我的家	探索吸毒事件如何来到了家庭。从家庭维度去理解吸毒事件。重新认识吸毒事件,将吸毒事件与自己本人分离开来。	1. 热身游戏——为什么来我家 2. 回顾团辅 3. 外化吸毒事件
第七次	吸毒事件对家庭的影响	理解家人,理解自己,接纳自己。理解过去,发现新的选择。	1. 热身游戏——身体镜像。 2. 回顾吸毒事件的外化。 3. 吸毒事件角色扮演。
第八次	提高戒毒动机	了解吸毒与戒毒的动机,看到自己的需求,学习为自己的选择承担责任,促进戒毒动机的提高。	1. 热身游戏——搓手掌。 2. 吸毒与戒毒的动机天平。 3. 我的未来。
第九次	告别与祝福	回顾整个团体历程,总结收获,分享感受。处理告别情绪,表达美好祝愿。	1. 回顾团辅三部曲:团体与自我、家庭、吸毒事件。 2. 生命之树——告别与祝福。 3. 结束:合影、总结与反馈。

2.4. 评估方法

采用 SPSS22.0 统计软件,进行数据统计分析,探讨家庭治疗对家庭功能评价、戒毒动机的效果。

3. 结果与分析

3.1. 家庭功能评价

3.1.1 家庭功能评价的组间比较

对实验组和对对照组的家庭功能评价得分进行组间前后测的差异检验(见表 2 和表 5)。结果发现,在前测中,实验组与对照组的家庭功能评价上没有显著差异($p>0.05$),说明在进行团辅干预前,实验组与对照组的家庭功能评价水平相当;在后测中,实验组的家庭功能评价总体上显著高于对照组($p<0.05$),其中,在沟通和角色这两个维度上,实验组显著高于对照组($p<0.05$),说明在进行团辅干预后,实验组对家庭功能评价水平相较于对照组有所提高。

表 5. 家庭功能评价对照组与实验组的后测比较(均值±标准差)

组别	问题解决	沟通	角色	情感反应	情感介入	行为控制	总的功能总分
对照组	2.48±0.48	2.54±0.35	2.50±0.33	2.68±0.44	2.43±0.28	2.53±0.35	2.43±0.48
实验组	2.28±0.60	2.21±0.30	2.23±0.38	2.58±0.41	2.26±0.45	2.35±0.28	2.25±0.33
t	1.164	3.183	2.420	0.748	1.378	1.822	1.368
P	0.252	0.003*	0.020*	0.459	0.178	0.076	0.180

注:* $P<0.05$, ** $P<0.01$

3.1.2 家庭功能评价的组内比较

对实验组的家庭功能评价得分进行组内前后测的差异检验(见表 6),结果发现,在实验组中,后测的家庭功能评价总体上显著高于前测($p<0.01$),其中,在沟通、角色、情感反应和行为控制这四个维度上,后测显著高于前测($p<0.05$),说明在进行团辅干预后,实验组对家庭功能的评价有所提高。

表 6. 实验组家庭治疗功能前后测比较(均值±标准差)

组别	问题解决	沟通	角色	情感反应	情感介入	行为控制	总的功能总分
前测	2.29±0.62	2.34±0.30	2.33±0.36	2.40±0.44	2.37±0.52	2.33±0.38	2.31±0.31
后测	2.48±0.48	2.54±0.35	2.50±0.33	2.68±0.44	2.43±0.28	2.53±0.35	2.43±0.48
t	-1.591	-2.188	-2.765	-2.525	-0.682	-2.370	-1.114
P	0.128	0.041*	0.012*	0.021*	0.504	0.029*	0.279

注:* $P<0.05$, ** $P<0.01$

3.2. 戒毒动机

3.2.1 戒毒动机的组间比较

对实验组和对对照组的戒毒动机得分进行组间后测的差异检验(见表 3 和表 7),结果发现,在前测中,实验组与对照组的戒毒动机上没有显著差异($p>0.05$),说明在进行团辅干预前,实验组与对照组的戒毒动机水平相当;在后测中,实验组的戒毒动机总体上与对照组无明显差异($p>0.05$),而在趋戒外部维度上,实验组显著高于对照组($p<0.05$),说明家庭治疗团辅对在趋戒外部因素上对提高强戒人员戒毒动机有积极影响。

表 7 戒毒动机实验组与对照组的后测比较(均值±标准差)

组别	趋戒内部	避吸内部	戒毒信心	避吸外部	趋戒外部	总分
实验组	4.37±0.64	4.38±0.51	4.14±0.83	4.18±0.61	4.38±0.74	4.30±0.59
对照组	4.15±0.68	4.26±0.59	3.96±0.71	4.00±0.74	3.91±0.61	4.07±0.62
t	1.065	0.644	0.698	0.838	2.163	1.192
P	0.293	0.523	0.489	0.407	0.037*	0.241

注:* P<0.05, ** P<0.01, *** P<0.001

3.2.2 戒毒动机的组内比较

对实验组的戒毒动机得分进行组内前后测的差异检验(见表 8), 结果发现, 在对照组中, 在实验组中, 趋戒外部维度上, 后测显著高于前测($p<0.05$), 说明在进行团辅干预后, 实验组在趋戒外部维度上, 戒毒动机水平有所提高。

表 8 实验组戒毒动机前后测比较(均值±标准差)

组别	趋戒内部	避吸内部	戒毒信心	避吸外部	趋戒外部	总分
前测	4.25±0.67	4.19±0.82	4.17±0.75	4.06±0.92	4.04±0.80	4.16±0.73
后测	4.37±0.64	4.38±0.51	4.13±0.83	4.18±0.61	4.38±0.74	4.3±0.59
t	-0.770	-1.074	0.193	-0.677	-2.272	-1.075
P	0.451	0.296	0.849	0.507	0.035*	0.296

注:*P<0.05, **P<0.01

4. 讨论

要让药物滥用者摆脱毒品, 保持操守, 就要在治疗他们的同时, 帮助他们建立周围的支持系统, 而家庭支持系统占重要地位。不少研究表明, 吸毒者家庭环境或存在的多种缺陷是导致吸毒的重要原因, 如: 父母的药物滥用及对待药物滥用的态度、家庭关系恶化等都与子女吸毒有关(高书林, 2008)。吸毒者的心理康复是一个较为漫长而且艰巨的过程。要使戒毒者降低复吸率, 保持操守, 必须高度重视家庭治疗的作用。

本研究通过家庭治疗团体心理辅导干预发现, 实验组强戒人员在干预前后的家庭功能评价和趋戒外部戒毒动机得分上有显著差异, 而对照组在干预前后的得分则无显著差异。由此可见, 通过家庭治疗团体心理辅导, 戒毒人员的家庭功能评价和趋戒外部戒毒动机水平得到显著提高, 其对家庭功能的评价和戒毒动机得到提升。本研究具有积极的实践意义, 今后的戒毒心理矫治工作可以从这一方面入手, 帮助戒毒人员改善家庭关系, 早日戒除毒品依赖。

5. 结论

家庭治疗的团体干预能够改善戒毒者对家庭功能评价, 构建积极的家庭关系认识、自我价值认识, 并提高戒毒者的戒毒动机。

参考文献

1. 高书林: 科学戒毒应重视家庭治疗作用[J]. 中国药物滥用防治杂志, 2008, 14(3): 181-183. DOI:10.3969/j.issn.1006-902X.2008.03.032.
2. 蒋玉芝, 王晓秋, 刘神毅: 论家庭治疗在戒毒中的运用[J]. 中国药物滥用防治杂志, 2009, 15(5): 296-298. DOI:10.3969/j.issn.1006-902X.2009.05.018.
3. 宋红霞, 安士慧, 夏丽, 等: 康复期戒毒者生活质量及其社会支持的相关性研究[J]. 护理研究, 2010, 24(5): 403-405. DOI:10.3969/j.issn.1009-6493.2010.05.013.
4. 武晓艳, 曾红, 李凌, 等: 戒毒动机的结构与量表编制[J]. 中国药物依赖性杂志, 2010, 29(1): 1-5.

- 志,2008,17(6):465-468.
5. 吴宇棋,钱磊,杨漫欣:毒品成瘾的心理机制探究[J].医学与社会,2012,25(11):81-83. DOI:10.3870/YXYSH.2012.11.027.
 6. Shek, D T. Family Functioning and Psychological Well-Being, School Adjustment, and Problem Behavior in Chinese Adolescents With and Without Economic Disadvantage. *Journal of Genetic Psychology*, 2002, 163(4):497~500.
 7. Walsh F. *Normal Family Processes*(3rd Edition). New York:Guilford, 2003, 514~547.
 8. Beavers W R, Hampson R. The Beavers Systems Model of Family Functioning. *Journal of Family Therapy*, 2000, 22(2):128~143.

基于萨提亚和情绪取向的综合家庭治疗在甲基苯丙胺依赖患者中的应用效果评价⁶

田明（湖北省戒毒管理局）

刘辉（武汉市司法局汉阳强制隔离戒毒所）

曾军莉（武汉市司法局女子强制隔离戒毒所）

丁晓莉（武汉天和心理咨询中心）

潘文胜、刘红玲（武汉市司法局女子强制隔离戒毒所）

别致（华中师范大学心理学院）

余咏梅（武汉市司法局女子强制隔离戒毒所）

王增珍（华中科技大学同济医学院公共卫生学院）

【摘要】

目的：探讨基于萨提亚和情绪取向的综合家庭治疗在甲基苯丙胺依赖患者心理及社会功能康复方面的应用效果。**方法**：采用随机对照试验设计，将纳入研究的 80 名戒毒康复人员随机分配入干预组（ $n = 40$ ）和对照组（ $n = 40$ ）。干预组接受萨提亚与情绪取向家庭治疗（共 8 次，每次 2.5 小时），对照组接受认知行为干预。干预前后采用激惹及抑郁和焦虑自评量表、正性负性情绪量表、戒毒信心量表和新型毒品依赖患者社会适应评估量表进行测量。采用协方差分析对干预效果进行评价。**结果**：接受干预后，干预组的抑郁分量表得分低于对照组（ $P = 0.013$ ），正性情绪分量表（ $P = 0.007$ ）、戒毒信心量表（ $P = 0.001$ ）和新型毒品依赖患者社会适应评估量表（ $P = 0.004$ ）得分均高于对照组。**结论**：基于萨提亚和情绪取向的综合家庭治疗可有效改善甲基苯丙胺依赖患者的抑郁症状，强化其正性情绪，提高其戒毒信心和社会适应水平。

【关键词】 药物依赖；萨提亚治疗模式；情绪取向治疗；社会适应

毒品滥用和依赖不仅危害个体和家人的身心健康，也严重危害着社会和谐与稳定。在 2017 年全国查获的 53.2 万复吸人次中，合成毒品滥用者仍高达 60.1%^[1]。强制隔离戒毒是我国戒毒矫治及复吸预防工作的重要战线^[2]。近年来，湖北省戒毒系统以“三期一延伸”为主线、“五个重建”为核心，探索构建了“351 戒毒模式”，在戒毒患者的复吸预防方面取得了一定的效果^[3,4]。根据“351 戒毒模式”的理论构念，复吸行为与生理、心理、家庭和社会环境等因素密切相关^[3,4]；在患者完成急性脱毒和心理康复之后，家庭和社会环境因素便成为其戒毒成功与否的关键所在^[5]。因此，在戒毒患者处于回归准备期时，应通过家庭治疗等干预技术，帮助其重建自身与家庭和社会的正常心理连结，进而促使其保持操守。

在当前国内外所普遍采用的家庭治疗技术中，萨提亚治疗模式是其中一个重要流派^[6]。该模式以人本主义理论为基础，以家庭系统为干预对象，旨在改善家庭成员之间的沟通方式，提高家庭成员的自我价值感^[7]。目前，已有研究者将萨提亚治疗模式应用于国内毒品依赖人群，在提升患者的内在自我价值感、缓解精

⁶ 司法部 2018 年教育戒治优势项目（Jy1808）

** 通信作者：E-mail: zzhwang@hust.edu.cn

神病理症状等方面均报告出一定的治疗效果^[8,9]。因此,我们拟将萨提亚治疗模式作为戒毒患者回归准备期的主要干预方案。此外,考虑到戒毒患者不成熟的防御机制^[10,11],以及外部支持系统的长期缺乏^[12],其内在情绪可能很难得到合理的表达和有效的处理;而这些长期未得到有效处理的内在情绪又可能会对其自我评价以及家庭关系产生影响。有鉴于此,在萨提亚治疗模式的基础上,我们拟进一步引入情绪取向治疗技术,以帮助患者改善情绪表达,重塑积极的情绪体验。相关研究表明,情绪取向治疗作为一种以情绪为中心的治疗技术,在婚姻家庭关系、抑郁和创伤后应激障碍等方面均有良好的干预效果^[13]。因此,我们推测将萨提亚治疗模式与情绪取向治疗技术有机整合,可以进一步提升对戒毒患者开展的家庭干预效果,改善患者的心理状况,提升戒毒信心和社会适应功能。

一、对象和方法

(一) 研究对象

研究对象为湖北省武汉市强制隔离戒毒机构中的甲基苯丙胺依赖患者。纳入标准:(1)在进入戒毒机构前以甲基苯丙胺(麻果、冰毒等)为主要滥用物质,符合 ICD-10 依赖综合征诊断标准;(2)18-55 岁,武汉市居民;(3)无其它生理或心理严重疾患;(4)具有接受团体辅导的耐心和意愿,具有与他人进行沟通的能力和意愿,具有参与家庭治疗的意愿;(5)在回归社会后有共同居住的家人,且家人愿意一同参加心理辅导活动;(6)患者及其家人愿意提供联系方式,且愿意在患者出所后接受随访;(7)剩余强戒期 1-2 个月。根据纳入标准,本研究在武汉市 2 所强制隔离戒毒机构中招募 80 名甲基苯丙胺依赖患者,并将其随机分配入干预组($n=40$)和对照组($n=40$)。其中,干预组和对照组分别有 4 人和 5 人未在接受干预后提供有效评估问卷,纳入分析时剔除。最终纳入分析的研究对象共 91 人。纳入分析与未纳入分析者的基线特征差异无统计学意义($P>0.05$)。

(二) 干预内容

对照组接受基础干预,即认知行为干预(戒毒技能、情绪技能、生活技能)授课 3 学时。干预组在 3 学时基础干预的基础上,接受为期 4 周的基于萨提亚和情绪取向的综合家庭治疗(共 8 次,每周 2 次,每次 2.5 小时),其亲属接受为期 2 天的帮教技能授课(共 2 次,每天 1 次,每次 2.5 小时)。本次干预方案已获湖北省婚姻家庭研究会伦理委员会批准,并在中国临床试验注册中心进行预注册(注册号:ChiCTR1800020156)。干预开始前已获得所有研究对象签署的书面知情同意。

(三) 评价工具

本研究采用以下心理测试量表对干预效果进行评价:(1)激惹、抑郁和焦虑自评量表(IDA)^[14];(2)正性负性情绪量表(PANAS)^[15];(3)戒毒信心量表(DARCS)^[16];(4)新型毒品依赖患者社会适应评估量表(SARS-NDU)^[17]。

(四) 统计方法

研究对象的基线特征差异采用 t 检验、Fisher 确切概率检验或 Wilcoxon 秩和检验进行比较。经检验,所有量表得分均满足正态性、方差齐性、线性相关性和平行性,因此采用协方差分析对两组研究对象的干预前后各量表得分进行比较。所有数据均采用 SAS 9.4 软件进行分析处理。检验水准设置为双侧 $\alpha=0.05$ 。

二、结果

(一) 研究对象基线特征比较

研究对象的基线特征分析结果显示,两组研究对象的年龄、性别构成、文化、婚姻状况、入所前职业、收入、毒品使用时长、频率等基线特征差异均无统计学意义 ($P > 0.05$),表明两组研究对象的基线特征分布均衡。

(二) 研究对象干预前后各量表得分比较

分别以干预前各量表得分为协变量,组别为自变量,干预后各量表得分为因变量,进行协方差分析。分析结果显示,在校正了干预前各量表得分后,两组患者的 IDA 抑郁分量表 ($P = 0.013$)、PANAS 正性情绪分量表 ($P = 0.007$)、DARCS ($P = 0.001$) 和 SARS-NDU ($P = 0.004$) 得分差异均有统计学意义;而两组患者的 IDA 焦虑 ($P = 0.104$)、内向激惹 ($P = 0.588$) 和外向激惹分量表 ($P = 0.187$)、PANAS 负性情绪分量表 ($P = 0.868$) 得分差异则无统计学意义。见表 1。

表 1 研究对象干预前后各量表得分及协方差分析结果 ($\bar{x} \pm s$)

	干预组 ($n = 36$)		对照组 ($n = 35$)		<i>F</i> 值	<i>P</i> 值
	前测	后测	前测	后测		
IDA 得分						
抑郁分量表得分	4.53±1.93	3.36±2.10	4.94±1.88	4.66±2.10	6.46	0.013
焦虑分量表得分	4.22±2.47	3.50±2.58	4.66±2.51	4.54±2.23	2.72	0.104
内向激惹分量表得分	2.56±2.16	2.50±1.93	2.51±1.79	2.71±2.27	0.30	0.588
外向激惹分量表得分	3.58±1.92	3.28±1.91	3.29±1.89	3.66±1.83	1.78	0.187
PANAS 得分						
正性情绪分量表得分	28.22±8.09	31.72±7.09	29.43±5.61	28.97±5.13	7.68	0.007
负性情绪分量表得分	19.97±6.46	21.50±7.81	19.29±5.15	20.89±5.86	0.03	0.868
DARCS 得分	74.75±10.35	79.86±10.19	74.37±11.19	72.23±12.82	13.17	0.001
SARS-NDU 得分	4.85±0.92	5.60±0.92	5.21±0.80	5.23±0.89	9.11	0.004

三、讨论

本次研究结果显示,接受干预后,干预组患者的 IDA 抑郁分量表得分低于对照组,PANAS 正性情绪分量表、DARCS 和 SARS-NDU 得分均高于对照组。这表明,基于萨提亚和情绪取向的综合家庭治疗可有效缓解患者的抑郁症状,强化其正性情绪,提高其戒毒信心和社会适应水平。这与研究假设基本一致。

本次研究所采用的干预方案系将萨提亚治疗模式和情绪取向治疗技术进行有机整合,引导个体觉察自身内在深层次的自我价值感^[7],在国内毒品依赖患者中已报告有一定的应用效果^[8,9]。相关研究业已表明,情绪取向治疗可以有效改善来访者的家庭关系不良、抑郁和创伤后应激障碍等问题^[13],且干预效果相对更为有效且持久^[18]。相关研究结果表明,萨提亚治疗模式和情绪取向治疗均可有效改善患者的抑郁状况^[8,13]。本次研究也发现了同样的干预效果,即基于萨提亚和情绪取向的综合家庭治疗可缓解甲基苯丙胺患者的抑郁症状。鉴于国内强制隔离戒毒患者往往会因负性生活事件、外部支持系统缺乏、拘禁反应等因素而出现抑郁症状^[19,20],我们认为,基于萨提亚和情绪取向的综合家庭治疗在针对国内强制隔离戒毒患者的干预工作方面将具有较好的应用潜力和前景。

本研究结果显示,基于萨提亚和情绪取向的综合家庭治疗可使患者的正性情绪得到强化。这可能是由于萨提亚治疗模式和情绪取向治疗都可增强个体的情绪调节能力^[21,22]。情绪取向治疗并非采用宣泄、抑制等方式处理负性情绪,而是对适应不良的负性情绪进行“转换性加工”(例如,采用适应性的悲伤情绪替代适应不良的愤怒情绪)^[22]。

本研究还发现,基于萨提亚和情绪取向的综合家庭治疗有效提升了患者的戒毒信心。这可能与患者的内、外部支持系统均得到改善有关。自信属于人格中的自我系统,是个体对自身的肯定程度,是对自身能力和价值进行正向认知与评价的一种特质,在不同情境下具有相对独特的性质^[23]。在物质滥用领域,戒毒信心可认为是患者对于自身远离毒品的能力与资源的信念感^[16]。对于戒毒患者而言,长期经历戒毒失败、家庭变故等负性生活事件,往往容易使其对自身成功戒毒的能力和资源做出消极的评价。本次研究所应用的萨提亚治疗模式和情绪取向治疗技术,不仅在个体内部层面提升了患者的内在自我价值感,使其重塑积极的情绪体验,进而提高其对自我能力和资源的正面评价;同时也帮助患者学会了如何从外部系统(如家庭及其成员)中获取支持。这对于提高患者的戒毒信心而言具有积极的影响。

在本次研究中,我们还发现干预组患者的社会适应能力得到了提升。对于戒毒患者而言,社会适应的过程体现在其是否能够主动接受家庭和社会的监督和帮扶,重新融入正常的家庭和社会环境^[24]。本次干预方案中所采用的萨提亚治疗模式,即可有效帮助患者改善沟通模式、修复家庭关系,这有助于患者获取良好的家庭和社会支持,并主动接受来自家庭和社会的监督和帮扶,进而实现良好的社会适应。

总之,本次研究以萨提亚治疗模式和情绪取向治疗为基础,以处于回归准备期的甲基苯丙胺依赖患者为干预对象,构建了一套综合家庭干预方案。在初步开展的探索性干预研究中,该方案展现出了较好的应用效果,为戒毒患者的戒毒矫治工作提供了参考。

参考文献

- [1] 2017 年中国毒品形势报告[R]. 中国国家禁毒委员会办公室, 2018
- [2] 中央司法警官学院课题组. 强制隔离戒毒工作标准化问题研究[J]. 中国人民公安大学学报(社会科学版), 2011,27(6):116-123
- [3] 余功才. 351 戒毒模式心理干预路径选择及实践[J]. 犯罪与改造研究, 2016(8):49-51
- [4] 余青云, 余功才. 351 戒毒模式心理行为干预路径的思考[J]. 河南司法警官职业学院学报, 2017,15(2):105-108
- [5] 段伟. 强制隔离戒毒人员回归社会的现实困境及其解决路径问题研究[J]. 中国药物依赖性杂志, 2011,20(6):477-480
- [6] 王倩. 家庭治疗及其在青少年吸毒和网络成瘾中的应用[J]. 绥化学院学报, 2017,37(4):5-9
- [7] 陈芳. 萨提亚家庭治疗模式评述[J]. 社会心理科学, 2013,28(2):113-115
- [8] 邓明星, 张霞, 潘晋, 等. 萨提亚模式团体心理治疗对强制隔离戒毒康复期人员心理健康的影响[J]. 精神医学杂志, 2011,24(5):378-379
- [9] 颜艳琼, 史慧颖, 李丹, 等. 萨提亚治疗模式的团体辅导对海洛因成瘾者外显自尊、内隐自尊的影响[J]. 西南师范大学学报(自然科学版), 2013,38(6):150-155
- [10] 傅素芬, 王义强, 赵卫航. 男性吸毒劳教人员防御方式与个性相关研究[J]. 健康心理学杂志, 2000,8(1):90-92

- [11] 李冠军, 李娜, 郑雯慧, 等. “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, 2011,20(2):126-130
- [12] 姚维. 毒品成瘾者戒毒-复吸过程中的社会支持研究[J]. 中国药物依赖性杂志, 2017,26(1):57-62
- [13] Wiebe SA, Johnson SM. A review of the research in emotionally focused therapy for couples[J]. Fam Process, 2016,55(3):390-407
- [14] 袁勇贵, 沈鑫华, 吴爱勤, 等. 激惹、抑郁和焦虑量表(IDA)的信度和效度研究[J]. 四川精神卫生, 2002,15(1):11-13
- [15] 黄丽, 杨廷忠, 季忠民. 正性负性情绪量表的中国人群适用性研究[J]. 中国心理卫生杂志, 2003,17(1):54-56
- [16] 何倩, 王莹, 冯燕, 等. 吸毒患者成功戒毒信心量表的编制和评价[J]. 中国临床心理学杂志, 2008,16(5):465-467
- [17] 陈家言, 王增珍. 新型毒品依赖患者社会适应评估量表的编制[J]. 中国药物依赖性杂志, 2019 待发表
- [18] Beasley CC, Ager R. Emotionally focused couples therapy: A systematic review of its effectiveness over the past 19 years[J]. J Evid Inf Soc Work, 2019:1-16
- [19] 王素林. 海洛因依赖者抑郁症状的临床调查[J]. 中国药物依赖性杂志, 2001,10(3):212-213
- [20] 胡军, 黄鹏翔, 王国永, 等. 518 例男性强制戒毒人员心理状况及影响因素研究[J]. 中华疾病控制杂志, 2012,16(5):428-430
- [21] 张静怡, 刘鹏, 徐超, 等. 萨提亚治疗模式对精神分裂症患者情绪调节及血清炎症因子的影响[J]. 宁夏医学杂志, 2018,40(8):728-730
- [22] 孙俊才, 高增明, 郑信军. 情绪聚焦疗法对病理情绪的理解与治疗[J]. 心理研究, 2014,7(4):3-8
- [23] 车丽萍. 当代大学生自信特点研究[D]; 西南师范大学, 2002
- [24] 殷明. 戒毒人员社会适应性量表的研究与编制[J]. 湖北警官学院学报, 2014(1):164-166

提升濫用藥物父母的親職能力： 簡介《健康家庭親子樂－面談指引》

吳維江、吳彬彬（香港戒毒會）

【摘要】

文獻和前線經驗均反映：部份濫用藥物人士成為父母後，戒毒動機大為增強，甚至為了家庭和子女的長遠福祉而成功戒毒；與此同時，亦有部份濫藥父母因子女出生而更難承受額外的角色要求和生活壓力，以致濫藥問題更嚴重，甚至危害子女的成長需要和基本生命安全。由此可見，為濫藥父母提供戒毒康復治療服務的同時，必須為他們提供親職能力訓練。香港戒毒會在 2017 年 7 月推行「健康家庭親子樂計劃」，協助曾經或目前有濫藥問題的 parents 提升親職能力。我們依據文獻提出影響親職能力的四大元素：動機、知識、資源及機會，設計了一份面談指引，為濫藥父母進行評估面談。這份面談指引從回溯當事人剛得悉自己成為父母的初心（父母心）出發，引導他們分享對子女未來成長的期許和憂慮。繼而邀請他們探討干擾他們維持初心的因素（負能量），和支持他們維持初心的因素（正能量），從而制定個人化的介入計劃。本文分享香港戒毒會運用《健康家庭親子樂－面談指引》的個案經驗及體會。

【關鍵詞】香港戒毒會；濫藥父母；親職能力；《健康家庭親子樂－面談指引》

【內文】

簡介

Magura 和 Laudet (1996, p.196)指出濫藥父母除了原有的濫藥問題外，必定伴隨著育兒的問題。有些濫藥父母在成為父母後，為了子女的幸福，戒毒動機會增強，甚至為了家庭和子女的長遠福祉而成功戒毒；但另一方面，有些濫藥父母無論生理條件、心理狀況及生活環境，都未能適切的符合子女成長所需，造成極大的壓力，利用藥物去減輕壓力，造成嚴重的問題(Parolin & Simonelli, 2016)。文獻指出大約百分六十五的濫藥父母都有不妥善對待子女的情況，包括疏忽照顧及缺乏情緒照顧(Donohue, Romero & Hill, 2006)。因此，除了為濫藥父母提供戒毒康復治療服務的同時，必須為他們提供親職能力訓練，減輕作為父母的壓力及提升自我效能感。

關於《健康家庭親子樂－面談指引》

親職能力主要四大範疇是：1.動機、2.知識、3.資源及 4.機會。**動機**是指成為父母的動機，當事人是否想成為父母；**知識**是指作為父母怎樣照顧子女、管教子女及怎樣跟子女相處溝通；**資源**是指可利用的人或物去協助成為一個良好的父母；**機會**即能夠成為父母的機會，可能因身體欠佳或入獄而未能履行父母的角色(White, 2005)。根據前線同工分享，當時人對於動機、知識、資源及機會概念未能理解及難以表達。另外，前線經驗都指出濫藥父母自信心較低，認為自己不值得當一名父母，影響當事人與社工制訂有效的介入計劃。有見及此，香港戒毒會創立了一份《健康家庭親子樂－面談指引》，就親職能力為當事人制定個人化的介入計劃。整份面談指引主要回溯當事人剛得悉自己成為父母的初心（父母心 Parenting

motivation) 出發，根據當事人對“夠好的父母”的概念為主導。“夠好的父母”的範圍是由最低限度地養育子女至最佳的父母(White, 2005)，以及當事人正嘗試滿足子女基本生理及情感需要(Hoghugh & Speight, 1998)，以這個概念為基礎，引導他們分享對子女未來成長的期許和憂慮。繼而邀請他們探討干擾他們維持初心的因素（負能量 Risk factor），和支持他們維持初心的因素（正能量 Resilience），從而制定個人化的介入計劃。

父母心 (Parenting Motivation)	1. 你最初為什麼決定生下孩子呢? 2. 你期望給孩子一個怎樣的童年呢? 3. 你認為怎樣才算是一位「夠好的父母」呢?為什麼? 4. 你對「夠好的父母」的想法從何而來?
負能量 (Risk Factor)	1. 你認為有些甚麼人和事，會遮蔽你的「父母心」? 2. 這些人和事的干擾，如何影響你成為一位「夠好的父母」呢?
正能量 (Resilience)	1. 你認為有些甚麼人和事，最能幫助你喚醒自己的「父母心」? 2. 你認為有些甚麼人和事，最能幫助你成為一位「夠好的父母」?

*摘自《健康家庭親子樂計劃》個案登記表格內容，見【附件一】

《健康家庭親子樂一面談指引》到親職能力

香港戒毒會自 2017 年中開始《健康家庭親子樂》計劃，社工完成了 24 份《健康家庭親子樂一面談指引》，包括 11 名男性及 13 名女性，年齡由 32 至 62 歲。《健康家庭親子樂一面談指引》主要分為兩大部份，第一部份為評估架構，第二部份為介入目標。整份面談指引是回溯當事人剛得悉自己成為父母的初心（父母心）出發，描述當事對“夠好的父母”的概念，繼而邀請他們探討干擾他們維持初心的因素（負能量），和支持他們維持初心的因素（正能量），從而制定個人化的介入計劃。由於目標是以當事人的父母心開始，故得出的結果會跟親職能力相關，包括：動機、知識、資源及機會四大範疇。

《健康家庭親子樂一面談指引》：模擬案例說明

以下列舉兩個模擬案例，說明《健康家庭親子樂一面談指引》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，並不代表任何個別服務使用者。

【例一】張先生，中年男性，失業，吸食海洛英 20 年，同時濫用海洛英及三唑仑（藍精靈）。他表示間中出現幻聽，遊說他去購買藍精靈，他描述幻聽其實是由他的心癮產生。他過往亦一直在參與違法活動，以致大多數時間於監獄內度過。由於兒子日漸成長，他覺得不能再維持過往生活。社工以《健康家庭親子樂一面談指引》與張先生對談，內容如下：

父母心 (Parenting Motivation)	1. 你最初為什麼決定生下孩子呢? 因妻子懷孕想生下來，故決定順從妻子意願 2. 你期望給孩子一個怎樣的童年呢? 開心的童年，現時兒子開心度大約 5 至 6 分(以 10 分為滿分) 3. 你認為怎樣才算是一位「夠好的父母」呢?為什麼? 抽多一點時間去陪伴兒子，覺得身為兒子的爸爸能夠陪伴在兒子身旁，兒子就會開心。 4. 你對「夠好的父母」的想法從何而來? ● 過往都因參與違法行為而入獄，沒有時間陪伴兒子

	● 自己小時候父母亦沒有陪伴自己成長，覺得很不開心
負能量 (Risk Factor)	1. 你認為有些甚麼人和事，會遮蔽你的「父母心」？ ● 做違法勾當：因經濟壓力以致要參與違法勾當，並被捉拿入獄 2. 這些人和事的干擾，如何影響你成為一位「夠好的父母」呢？ ● 因入獄而缺乏陪伴兒子時間； ● 兒子有特殊學習需要，自己未有能力去應付
正能量 (Resilience)	1. 你認為有些甚麼人和事，最能幫助你喚醒自己的「父母心」？ 兒子及妻子各佔百分之五十，令到自己要成為一位負責任的父親及丈夫，再加上自己的期望：想要一個完整的家 2. 你認為有些甚麼人和事，最能幫助你成為一位「夠好的父母」？ 妻子及善用美沙酮代用治療

從面談指引開始的答案可看到張先生的父母心其實並不強烈，只是因妻子懷孕並想擁有自己的小孩，所以支持妻子生下嬰兒。其後社工根據面談指引再繼續詢問張先生，發覺他其實很想負起作為爸爸的责任。另外，社工反映張先生討論負能量(Risk factor)時，張先生只歸咎於為勢所迫所以鋌而走險及兒子特殊教育問題，並沒有提及自身濫藥問題。但當社工根據面談指引詳細列舉各負面因素時，張先生開始反思問題的根源，繼而想出濫藥是問題的源頭的結論。張先生因已有「夠好的父母」的概念，亦容易想到有甚麼幫助他成為一位「夠好的父母」。

促進共同理解 (Collaborative case conceptualization)	經過以上討論，我們認為： 1. 你現在面對的最大困難是： 我恐怕自己再次沉淪毒海 2. 構成你目前困難的事情是： 嚴重心癮 3. 你現在最想做到／最想見到的是： 自己能夠陪伴兒子及令到兒子開開心心 4. 最阻礙幫助你達到以上目標的是： 剛開始利用美沙酮代用治療，身體未能夠照顧兒子，要依賴妻子 5. 最能幫助你達到以上目標的是： 堅持遠離毒品 你同意以上所說的內容嗎？ 同意
先後次序 (Priority setting)	經過以上討論，你最希望社工能夠幫助你的三件事是： 1. 討論戒毒治療計劃 2. 教導管教兒子技巧 3. 申請公屋 為甚麼？ A. 戒毒治療是必需的，照顧兒子需要足夠體力及平穩的精神狀況； B. 自己學識不足夠，尤其面對兒子的多樣化問題更見吃力； C. 跟老婆正式註冊，申請一間公屋，令到生活更穩定。

時限 (Time Frame)	你期望在何時之前做到這些事： 1. 即時，現在已開始用美沙酮代替海洛英； 2. 即時，參加小組及母嬰健康院課程 3. 遠離海洛英及藍精靈後，估計大約一年為甚麼？ A. 即時是必需的，因為服用美沙酮可以幫助我去代替海洛英。否則，我會很容易就再次參與違法活動而被捕入獄，錯失了陪伴兒子的時間； B. 因兒子有多樣性問題，自己知識不足，需要學習，才可以管教好兒子； C. 因戒毒康復沒有那麼容易，亦要妻子家人接受，所以時間較長。

社工分享當事人根據指引清晰地看到自己的負能量及正能量後，都會容易整理出目標（提升父母心），而跟社工所想的目標亦相差不遠，所以直接地得出共同目標。根據面談指引，當事人想出來的目標都偏向提升親職能力：1.增加陪伴兒子機會；2.管教兒子的知識；3.減輕財政負擔；4.增加（房屋）資源。

【例二】黃女士，中年女性，家庭主婦，吸食海洛英 20 年，從戒毒治療及康復中心完成療程，離院半年，兒子由原本婆婆照顧轉交給黃女士照顧。社工以《健康家親子樂一面談指引》與黃女士對談，內容如下：

父母心 (Parenting Motivation)	1. 你最初為什麼決定生下孩子呢？ 一直都想要一個兒子／女兒，但之前的男朋友都反對擁有自己的小孩，剛好這次懷孕時，現任男朋友就支持生下兒子，所以決定生下。 2. 你期望給孩子一個怎樣的童年呢？ 想兒子開心，兒子快升上小學，怕香港教育制度令到兒子很大壓力，不開心。 3. 你認為怎樣才算是一位「夠好的父母」呢？為什麼？ 要有耐性，因管教兒子需要好大的耐性，但自己受精神病影響，故欠缺耐性。 4. 你對「夠好的父母」的想法從何而來？ 自少開始自己的媽媽都很支持我，很有耐性，故我覺得對小孩有耐性是會給予小孩正面影響。
負能量 (Risk Factor)	1. 你認為有些甚麼人和事，會遮蔽你的「父母心」？ 之前受海洛英影響； 精神病，因之前有幻聽，故一直定期覆診及服用精神科醫生處方藥物。 2. 這些人和事的干擾，如何影響你成為一位「夠好的父母」呢？ 受海洛英及藥物影響會失去照顧兒子能力、精神較呆滯及沒有耐性。
正能量 (Resilience)	1. 你認為有些甚麼人和事，最能幫助你喚醒自己的「父母心」？ 已戒毒，故可以一心一意將兒子放在第一位，之前心智都受濫藥影響，未有顧及兒子生活； 戒毒康復後，發現自己受責任心驅使去盡力照顧兒子。 2. 你認為有些甚麼人和事，最能幫助你成為一位「夠好的父母」？ 家人的支持； 男朋友亦會照顧兒子，兩個人一起照顧，可分擔壓力。

從面談指引開始的答案可看到黃女士的父母心其實非常強烈，只是因多次懷孕都得不到伴侶的支持，覺得自己能力不足，故終止懷孕，難得今次男朋友支持下生下嬰兒，最終成為母親。

促進共同理解 (Collaborative case conceptualization)	經過以上討論，我們認為： 1. 你現在面對的最大困難是： 體力及精神狀況未能完全全日照顧兒子 2. 構成你目前困難的事情是： 精神病 3. 你現在最想做到／最想見到的是： 兒子升上小學後會開開心心，不用感受太大壓力 4. 最阻礙幫助你達到以上目標的是： 自己沒有耐性，學習上幫不到兒子 5. 最能幫助你達到以上目標的是： 男朋友戒毒康復，兩人一起分擔照顧及管教兒子 你同意以上所說的內容嗎？ 同意
先後次序 (Priority setting)	經過以上討論，你最希望社工能夠幫助你的三件事是： 1. 教導管教兒子技巧 2. 跟男朋友討論戒毒治療計劃 3. 工作培訓 為甚麼？ A. 自己學歷不高，面對兒子行為問題，不懂得怎樣應付； B. 男朋友如成功戒毒康復可以分擔照顧兒子的壓力； C. 面來財政壓力，兒子日漸成長，需要更多的金錢去應付家庭開支，計劃尋找工作，增加家庭收入。
時限 (Time Frame)	你期望在何時之前做到這些事： 1. 即時，尋找社工及參加母嬰健康院課程； 2. 即時，勸喻男朋友去見社工，制訂戒毒康復計劃 3. 半年至一年，待精神及身體狀況穩定後尋找工作 為甚麼？ A. 一直以來社工都給予我良好的建議，母嬰健康院課程既實用又免費； B. 因社工協助我完成戒毒療程，相信社工亦可以協助男朋友戒毒； C. 因現時身體狀況不能即時工作，故定下半年至一年目標給自己。

社工分享當事人已有強烈的父母心，但礙於濫用藥物問題，而阻礙她成為好的媽媽。社工分享這份面談指引是在當事人完成戒毒療程後完成的。同樣地，社工利用面談指引得出的目標都偏向提升親職能力：1. 管教兒子的知識；2. 增加收入；3. 增加資源；4. 增加陪伴兒子機會。

討論

本會在運用《健康家庭親子樂—面談指引》時，以當事人成為父母的初心為基準，及如何成為“夠好的父母”為目標。讓濫藥父母以父母的觀點理解自身情況，參與制定計劃，避免了負面標籤自己。

《健康家庭親子樂－面談指引》無論對當事人及社工都簡單易明，避開了以戒毒為前題下的面談，當事人亦樂於分享自己成為父母的觀點、受干擾因素及如何獲得支援等。以父母的正面角色去討論，有助他們整理目前的動機、困擾、矛盾及擁有的資源，例如對一些濫藥多年的個案來說，戒毒康復可能一直是失敗的經歷，但當成為父母後，個案以父母的觀點去看濫藥問題時，視之為一個他成為“夠好的父母”的干擾因素，從而提升戒毒動機。

當我們運用《健康家庭親子樂－面談指引》時需要注意以下事項：首先，“父母心”及“夠好的父母”是源於個案的觀點，不應質疑，這樣當事人才容易分享更多關於自作為父母的干擾及支援；其次，當事人的答案不一定跟濫用藥物有關，以【例一】的個案，社工分享開始時個案只指出經濟問題，逼於無奈地參與違法活動，但經過詳細討論後，個案發現事實上這些干擾都因濫用藥物引致。故《健康家庭親子樂－面談指引》令當事人容易理解及表達，更令他從另一角度自我反省。

總結

本會初步在《健康家庭親子樂計劃》中使用《健康家庭親子樂－面談指引》均取得良好回應，能夠簡單全面地找出當事人成為父母的初心、干擾初心的因素及支持初心的因素。當事人可以容易地描述自身成為父母的動機、困難及支援，制定有效及一致長遠的目標。目前仍在試驗階段，我們期待之後接觸更多個案，與其他機構交流合作，促進《健康家庭親子樂－面談指引》的應用及研究，有效地提升戒毒父母的親職能力。

參考文獻

1. 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
2. Donohue, B., Romero, V., & Hill, H. H. (2006). Treatment of co-occurring child maltreatment and substance abuse. *Aggression and Violent Behaviour*, 11, 626-640.
3. Houghugh, M., & Speight, A. N. P. (1998). Good enough parenting for all children - a strategy for a healthier society. *Archives of Disease in Childhood*, 78(4), 293-296
4. Magura, S., & Laudet, A. B. (1996). Parental substance abuse and child maltreatment: Review and implications for intervention. *Child and Youth Services Review*, 18, 193-220.
5. Parolin, M., & Simonelli, A. (2016). Attachment theory and maternal drug addiction: The contribution to parenting interventions. *Frontiers in Psychiatry*, 7, Article ID 152.
6. White, A. (2005). Assessment of Parenting capacity: Literature review. NSW Centre for Parenting & Research, Department of Community Service.

附件一-面談指引

「健康家庭親子樂」計劃一面談指引

評估架構

父母心 (Parenting motivation)	1. 你最初為什麼決定生下孩子的呢？ 2. 你期望給孩子一個怎樣的童年呢？ 3. 你認為怎樣才算是一位「夠好的父母」呢？為什麼？ 4. 你對「夠好的父母」的想法從何而來？
負能量 (Risk factor)	1. 你認為有些甚麼人和事，會遮蔽你的「父母心」？ 2. 這些人和事的干擾，如何影響你成為一位「夠好的父母」呢？
正能量 (Resilience)	1. 你認為有些甚麼人和事，最能幫助你喚醒自己的「父母心」？ 2. 你認為有些甚麼人和事，最能幫助你成為一位「夠好的父母」？

介入目標

促進共同理解 (Collaborative case conceptualization)	經過以上討論，我們認為： 1. 你現在面對的最大困難是： 2. 構成你目前困難的事情是： 3. 你現在最想做到 / 最想見到的是： 4. 最阻礙你達到以上目標的是： 5. 最能幫助你達到以上目標的是： 你同意以上所說的內容嗎？
先後次序 (Priority setting)	經過以上討論，你最希望社工能夠幫助你的三件事是： 1. 2. 3. 為什麼：
時限 (Time Frame)	你期望在何時之前做到這三件事： 1. 2. 3. 為什麼：

家心總動員 – 為隱蔽吸毒者而設的進深家庭計劃 應用「FIDA 家庭介入卡」於華人社會的戒毒輔導 經驗分享

楊杻英、周鈺山（東華三院越峰成長中心）

【摘要】

東華三院越峰成長中心於 2016 年獲得禁毒基金贊助，推行為期兩年的「家心總動員 – 為隱蔽吸毒者而設的進深家庭治療計劃」，由社工及精神科護士組成的工作團隊，針對隱蔽吸毒問題提供跨專業外展服務。服務包括為有隱蔽吸毒問題的人士及其家庭提供家訪服務，並為他們進行個人及精神健康評估；計劃以家庭治療為介入手法，協助重整家庭溝通模式，改善關係，引發吸毒者走出隱蔽、戒除毒癮的動機。

外國實証研究指出，以家庭治療處理吸毒行為是具有成效的 (Liddle, Dakof, Parker, Diamond & Barrett, 2001)。因此，本計劃採用系統理論 (System Theory) 及結構家庭治療 (Structural Family Therapy) 的概念，特意設計家庭介入卡 (FIDA, Family Intervention for Drug Abusers)，針對中國傳統家庭文化的影響—華人家庭不輕易向他人表達內心真實感受的現象，以簡單的字詞及圖案，讓抽象的感受、期望、處境得以具體地表達，從而提升介入成效。

本計劃共服務了 63 名隱蔽吸毒者及 120 名家庭成員，超過七成吸毒者在吸毒行為上有所改善；八成家庭成員表示在支援吸毒家人的能力上有所提升；在精神健康問題方面，超過八成的吸毒者及家人在「DASS 21」量表的前後對照報告中顯示，在抑鬱、焦慮及壓力方面都有所改善。反映本計劃對隱蔽吸毒人士及其家庭成員均帶來正面幫助。

【關鍵詞】戒毒輔導 隱蔽吸毒 家庭治療 精神健康 輔導工具

一. 引言

根據禁毒處資料顯示，整體社會吸毒人口有所下降，但隱蔽吸毒的問題持續日趨嚴重。此外，吸毒問題不能夠從個人層面作單一理解，把問題個別化更無助於處理隱蔽吸毒問題。有見及此，東華三院越峰成長中心於 2016 年獲得禁毒基金贊助，推行為期兩年的「家心總動員 – 為隱蔽吸毒者而設的進深家庭治療計劃」，由社工及精神科護士組成的工作團隊，針對隱蔽吸毒問題提供跨專業外展服務。服務包括為有隱蔽吸毒問題的人士及其家庭提供家訪服務，並為他們進行個人及精神健康評估；計劃以家庭治療為介入手法，協助重整家庭的溝通模式，改善關係，引發吸毒者走出隱蔽、戒除毒癮的動機。

二. 計劃背景

(1) 隱蔽吸毒情況持續多年

根據香港禁毒處藥物濫用資料中央檔案室資料顯示，自 2015 年起至 2019

年，平均七成被呈報的吸毒人士的吸食地點是家中或朋友家中，反映隱蔽吸毒情況持續不減，需要關注。按前線經驗觀察，毒品對人的影響越趨複雜，毒齡長的隱蔽吸毒者產生各種精神及情緒病患，這造成家庭成員在照顧上面對「吸毒與精神病」的雙重困惑。家庭成員及照顧者是隱蔽吸毒問題下的受害者，受到不同程度的精神困擾，對身心健康產生影響。對隱蔽吸毒者和主動求助的照顧者而言，主動的外展式介入服務可以為他們提供快速到位的支援。

(2)家庭功能失效引致家庭成員未能有效支援吸毒者

外國學者指出吸毒者家庭有六個常見的特徵 (Stanton & Todd, 1992)，包括(2.1) 面對壓力時缺乏建設性的應變能力；(2.2) 不尊重吸毒者；(2.3) 家人感到無能，或者把吸毒者的問題歸因於外在因素；(2.4) 吸毒者的吸毒問題是所有家庭問題的核心；(2.5) 吸毒者通常被家人過度保護，看作是一個無能的人；及(2.6) 毒品被看成是一種無法抗拒的精神力量。從以上六點來看，吸毒者的家庭需要重新釐清毒品與家庭互動的關係，尋找新的出路。

根據中央政策組《青年濫藥與家庭關係的研究》指出，青少年認為不穩定的家庭狀況及喪失家庭功能都是造成「家庭失衡」的狀況，構成吸毒風險，他們表示期望在家庭裡發展有意義的交流。根據前線服務經驗所見，照顧者及家庭成員擁有很高的動機去支援吸毒者，欠缺有效的溝通及互動，以致無法長期有效地支援吸毒者。在青少年戒毒的過程中，他們的家庭關係也不可避免地要經歷一些變化與重整 (Rowe & Liddle, 2003)。

(3)家庭治療在戒毒工作具有顯著成效

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 (Sim, 2007)發現，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，更能夠平靜交談、更能夠明白彼此；第二，家庭治療為家庭帶來新的啟發，使家庭更了解家庭互動對吸毒行為的互為影響；第三，令青少年更能察覺自己的成長需要與及嘗試獨立成長。父母聯合起來一同幫助有吸毒行為的子女，亦避免父母與子女間的不良聯盟關係，以便更有效協助當事人戒毒 (Rowe, Liddle, McClintic, & Quille 2002)。

三. 計劃目標

為回應隱蔽吸毒者及家庭成員的需要，本中心於 2016 至 2018 年間推展「家心總動員—為隱蔽吸毒者而設的進深家庭治療計劃」，目的以家庭治療為介入手法，協助重整家庭溝通模式，改善關係，引發吸毒者走出隱蔽、戒除毒癮的動機。

四. 理論基礎

東華三院越峰成長中心自 2010 年起，應用家庭治療於臨床輔導工作，幫助家庭發掘內在資源，改善關係，使家庭發揮力量，支持家人戒毒。家庭系統理論強調，人的生命註定糾結在一起，而家庭成員的行為大多是彼此互動出來的結果。以系統角度 (Systemic Perspective)而言，吸毒問題的形成和治療都不是個人化的問題，而是系統性的，家庭成員在支援戒毒的路上可以扮演重要的角色。

本計劃採用家庭評估的四步模式作為輔導藍圖，目標是「發現阻撓家庭達成目標的因素，並與家庭共同抱著如何從目前的處境邁向目標的憧憬 (Munichin, 1974)。」同樣地，本計劃期望運用家庭治療，幫助家庭找出家庭互動與吸毒問題

持續的關係，並與家庭成員共同建立新的改變方向（李維榕，2007）。四步模式的步驟包括：(1) 擴展主訴問題（Opening up the presenting complaint），這是挑戰家庭對相信問題存在於吸毒者個人問題的確定性。(2) 突顯維持問題的家庭互動（Highlighting problem-maintaining interactions），探索家庭成員的何種行為，可能導致問題持續存在。(3) 結構取向焦點式之歷史探索（A structurally Focused Exploration of the past），簡短地探索家庭裡成年人的過去，幫助他們理解過去如何影響其價值觀及現時家庭裡的互動。(4) 探索與家人連結的替代方案（An exploration of alternative ways of relating），與家庭檢視令家庭陷入困境的因素，與其一同計劃改變。

五. 計劃內容

破冰階段 (Ice-Breaking Stage, 4 個月)

目標：(1) 為隱蔽吸毒者建立戒毒動機；

(2) 幫助家庭成員認識吸毒者的切實需要，釐清誤解，調整支援策略；

(3) 提升隱蔽吸毒者及家庭成員對精神健康的關注。

內容：由社工及精神科護士聯手提供外展家庭探訪及個人輔導、為隱蔽吸毒者及其家庭成員提供精神健康評估；為計劃參加者舉辦健康生活活動及健康家庭活動。

重整階段 (Restructuring Stage, 8 個月)

目標：(1) 連繫家庭成員，改善家庭互動模式，發揮家庭角色。

(2) 連繫社區資源，幫助戒毒者及家庭得到進深支援。

內容：由社工提供家庭治療、個案輔導及轉介；舉辦「多元家庭治療小組」、健康生活活動、健康家庭活動；舉辦「家心天使」朋輩義工訓練及服務。由精神科護士為隱蔽吸毒者及家庭成員作持續跟進，改善情緒。建立轉介系統，讓計劃的參加者得到地區支援及長期服務。

六. 計劃成果

透過家人主動求助、熱線服務及轉介，本計劃合共服務 63 位隱蔽吸毒者及 120 位家庭成員，並取得以下服務成果：

(1)提升吸毒者及家庭成員對家庭功能的滿意度

以「APGAR 家庭功能快速評估工具」（Smilkstein, 1978）評估家庭的適應度（Adaptation）、合作度（Partnership）、成長度（Growth）、情感度（Affection）及親密度（Resolve）的轉變。當中 89%隱蔽吸毒者及 85%家庭成員在前後對照自評方式顯示有所提升。

(2)改善吸毒者的吸毒成癮行為

以「美國精神醫學會精神疾病診斷與統計手冊（DSM-V）」成癮問卷評估吸毒者的成癮行為，75%計劃參加者在前後對照自評方式顯示有所提升。

(3)為吸毒者建立抗毒意識

以「香港禁毒處禁毒基金第 16 號問卷」評估，80%隱蔽吸毒者在接受服務後

對毒品的抗拒態度有所提升。

(4)改善吸毒者及家庭成員的精神健康狀況

本計劃使用「貝克焦慮量表 BAI 中文版本」(BECK, A.T. & Steer, R.A. 1985)及「DASS 21」情緒自評量表為隱蔽吸毒者及家庭成員進行精神健康評估。就焦慮問題，透過前後對照自評方式，89%隱蔽吸毒及 82%家庭成員在貝克焦慮量表中呈現有所改善。83%隱蔽吸毒及 84%家庭成員在「DASS 21」量表的前後對照報告中顯示，在抑鬱、焦慮及壓力方面都有所改善。

(5)提升家庭成員對支援戒毒者的照顧能力

以「香港禁毒處禁毒基金第 20 號問卷」計估，80%照顧者及家庭成員在接受服務後對同意對吸毒者支援能力有所提升，如「能夠與有吸毒問題的家人心平氣和地作良性溝通」和「能夠應付照顧有毒品問題的家人所帶來的壓力」。

七. FIDA 家庭介入卡於戒毒工作中的應用分享

(1)FIDA 家庭介入卡的設計背景及特色

本卡的對象是協助吸毒者及其家庭成員的戒毒工作者，目的為戒毒工作者提供戒毒參考資訊，及以家庭治療為本的輔導手法提供介入方向與策略。受中國傳統家庭文化影響，很多人不輕易向他人表達內心真實感受，故此，FIDA 家庭介入卡專門回應此狀況而設計，以簡單的字詞及圖案，讓抽象的感受、期望、處境得以具體地表達，從而提升介入成效。FIDA 家庭介入卡的設計團隊包括社工、接受計劃輔導的戒毒人士及家庭成員。本卡亦採用系統理論 (System Theory) 及結構家庭治療 (Structural Family Therapy) 的概念，按本計劃介入程序分為兩個階段，分別為「破冰階段」(Ice Breaking Stage) 及「重整階段」(Restructuring Stage)相輔使用。

(2)破冰階段 — 連繫隱蔽 理解需要

FIDA 家庭介入卡的設計是配合計劃介入階段使用，分為「破冰階段」及「重整階段」使用。在「破冰階段」使用毒品資訊卡、改變之輪卡及吸毒矛盾卡，目的是幫助家庭成員認識吸毒者的切實需要，釐清誤解，調整支援策略。

(2.1) 毒品資訊卡 — 幫助家庭成員認識毒品，減低焦慮

長期的吸毒行為對照顧者帶來不同程度的精神焦慮，在計劃經驗可見，如提升家庭成員對毒品的認識，有助消除家人因為不掌握吸毒者情況而產生的焦慮。有見及此，本卡提供有關可卡因、甲基安非他命(冰毒)、大麻、氯胺酮及咳藥水的基本資訊，包括毒品的形態、吸食工具、吸食後的身體反應、精神反應與外顯行為，並為照顧提供「家人錦囊」，目的是在簡短的家訪面談中建立實際可行的支援方法。

(2.2) 改變之輪卡 — 幫助照顧者準確地回應吸毒者的需要

「我兒子現在是什麼階段？」這是照顧者常常遇到的問題，幫助家人認識改變的歷程，能協助家人認識吸毒者的實際狀況與需要，調整期望與步伐，提升支援效果。改變之輪(The Transtheoretical Model)共分為 6 個階段，每張卡敘述了吸毒者在該階段的外顯行為、感覺、觀點及家人錦囊。

(2.3) 吸毒矛盾卡 — 讓家人得悉吸毒者的內心處境 (A1-A8)

FIDA 家庭介入卡中的 A 卡運用了「動機式訪談」中的矛盾概念(Ambivalence)，吸毒者在戒毒過程中出現過不少內心矛盾，而且是家人並不知道的。吸毒矛盾卡目的就是幫助吸毒者把對毒品的掙扎、對家庭的渴望、對自身的矛盾等的內在矛盾都得以形象化地表達出來，讓家人容易地明白吸毒者的內心需要，消除對吸毒者的誤解及標籤，認識吸毒者的在戒毒路上的處境。同時，為家庭在第二階段(重整階段)建立出良好的治療基礎。

(3)重整階段 — 連繫家庭 改善互動

以系統理論及家庭治療的取向來看，家庭的關係、角色、互動模式及家庭成員如何回應吸毒問題的應對方式，對吸毒者的行為問題都帶來關鍵的影響。

(3.1) 導向卡

導向卡提供 11 個建議問題讓戒毒工作者使用，配合情緒反應卡、家庭角色卡、情境互動卡、希望卡及時光卡，幫助家庭了解僵化的家庭關係與吸毒行為的互相影響。導向問題包括：

1. 面對家人吸毒，你的情緒反應？
2. 面對家人的反應，你的情緒？
3. 談一談，每個家人在家庭的角色。
4. 你期望自己的角色是怎樣的？
5. 談一談，家中常常出現的情景。
6. 家中的溝通模式與吸毒問題的關係是怎樣的？
7. 談一談，你期望改變的現象。
8. 家庭關係改變，吸毒情況會變得怎樣？
9. 吸毒情況改善，家庭會變得怎樣？
10. 談一談，對家庭的盼望。
11. 談一談，我可以做得更好的地方。

(3.2) 情緒反應卡 — 提升家庭成員間的情感連繫

在功能良好的家庭裡，家人互動會明顯帶著溫暖、愉快正面的氣氛，相處時感到愉快舒服(Beavers & Hampson, 2003)。子女的情緒會受到父母間情緒的影響。當家庭成員能夠討論彼此的需求和差異、表達自己的喜與怒，並樂於滿足對方時，關係會容易成長茁壯的。在兩性相處中，男性容易逃避蘊含太多情緒的互動(Gottman & Silver, 1999)，在遭遇危機時，不習慣流露脆弱或悲傷的男性，不但會把自己的情緒封閉起來，更甚轉化成性的需要，甚至以吸毒來掩蓋情緒。因此，以愛包容負面情緒尤其重要。(沈文偉，2014)

在功能不佳的家庭裡，恐懼和不信任的氣氛會藉由批評、責怪和找人做代罪羔羊而持續。情感的表達因此變得高度敏感，內容充滿批評或富有攻擊性。吸毒者的家庭成員面對焦慮的困擾，長年累月地積聚負面情緒，得不到照顧；同時，吸毒者內心深處壓抑著面對種種因家人反應而產生的情緒亦得不到支援(沈文

偉，2014)。設計情緒反應卡的目的正正是幫助吸毒家庭在家庭治療的過程中，讓無助、驚恐、自責、孤單等情緒能夠讓對方明白，以幫助舒緩情緒的困擾。

(3.3) 角色卡 — 還原家庭角色 盡個人責任

家庭角色與權力是密不可分的關係，在吸毒者的家庭裡，我們常常見到各家庭成員的角色混亂，形成權力不平衡的狀態，使家庭未能發揮功能。家庭角色卡目的是運用四步評估模式中的第一及第二步，擴展主訴問題 (Open up the presenting complaint) 及突顯維持問題的家庭互動 (Highlighting problem-maintaining interactions)，讓家庭的焦點由吸毒行為的本身，轉移到家庭系統的潛在問題上。在卡中預設的家庭角色是在「家心總動員」計劃中常見的家庭寫照，包括「傳聲筒」、「一言堂」、「代罪犧牲者」、「千依百順與太上皇」及「歡樂製造者」等。這些家庭角色，未能為吸毒者帶來正面支持，同時形成僵化的互動關係，甚至令吸毒問題更加牢固。在本卡應用時，邀請家庭成員分別形容各人在家中的角色，坦誠交流看法，工作人員向家庭呈現角色模糊、權力錯配、互動僵化對吸毒者吸毒行為的影響，此外，亦要從正面角度邀請家庭成員分享對自己角色上的期望，把責任放回自己角色及能力上，讓家庭成員能夠理解及接納各人對自身角色的期望。

(3.4) 情境互動卡 — 凸顯維持問題的家庭互動

在四步模式的過程中第二步驟是「凸顯維持問題的家庭互動」，介入的基本假設是：「若家庭成員能看到他們有能力幫助被認定的病患，就會願意改變他們之間的互動模式。」(李維榕，2007) 情境互動卡預設了 11 種常見的家庭互動，如「一面鼓勵，一面打沉」、「說放手、又緊緊握著」、「互相指責」及「口不對心」等情境。讓家庭成員理解家庭現在的互動模式是不完備的，亦讓家庭在治療中體驗透過自己轉變，令家庭整體的溝通能夠有所改善。在前線經驗中發現，大多家庭出現糾結 (Enmeshment) 及疏離 (Disengagement) 這兩種互動形態。糾結式的家庭裡，失效的自我區分阻礙個人自主性和行為能力，家長對吸毒者的不信任，不放手，直接令吸毒行為持續下去。本卡期望讓家庭明白「長期失效」的互動無助於吸毒者的行為，並且是吸毒者持續吸毒的原因。透過導向卡的輔助，引導家庭憧憬良好的家庭關係能夠強化吸毒者的戒毒動機及行動。

在治療過程中，另一關鍵就是幫助家庭成員理解現存的互動模式是如何形成的。以四步模式中第三步驟介入，運用結構取向焦點式之歷史探索 (A Structurally focused exploration of the past)，簡短地聚焦在探討父母的過去，幫助他們了解自己如何形成目前受限的自我觀及他人觀。透過探索過去來協助擴展目前的關係模式，也是敘事治療的舊事新看的手法，同時讓吸毒者去學習聆聽家庭成員的成長，明白對方的限制。

(3.5) 希望卡 — 為家庭建立一張有方向性的地圖

當家庭成員能夠理解家庭裡的互動關係，明白到毒品不是個人問題，家庭開始進入四步模式中第四步驟：探索與家人連結的替代方案 (An exploration of alternative ways of relating) 的實際改變的階段。然而，由家庭工作者或戒毒工作人員的身份去為家庭外加一些方向或目標都會被抗拒的。反之，我們與家庭成員一同探索「誰願意改變？」和「要變什麼？」這些實際治療方向。希望卡預設 11 張常見的家庭盼望，如「共處時間」、「開放溝通」、「私人空間」和「放手」等，這

些卡都能夠幫助家庭由簡單的圖像入手，分享個人對改變的意願與行動。與此同時，配合時光卡的運用，幫助家庭成員訂立階段性的時限目標，如一星期、一個月、三個月的時間。

八. 運用 FIDA 家庭治療卡於戒毒工作的啟示

(1) 突破傳統家庭治療的輔導方式

運用家庭介入手法作為處理吸毒問題的成效是不容置疑的，然而，傳統家庭治療一直面對後現代主義的挑戰，特別是近年盛行的敘事治療所提倡的說故事的治療方式。「家庭工作者的眼睛不能只看到問題，同時要看到人的力量，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) FIDA 家庭介入卡的設計是在傳統與現代中尋找新的可能性，保留結構家庭治療中的四步模式，同時以「圖像故事」的形式讓戒毒者與家庭成員在家庭治療中分享自己，一面幫助家庭處理吸毒問題與家庭互動的關係，一面以強項為本 (Strength Based) 的取向幫助吸毒者及家庭成員發掘內在資源，並呈現於家庭成員面前。這手法能夠突破傳統，為傳統的家庭治療添入新元素，豐富了家庭治療的輔導方式。

(2) 填補華人家庭在治療上的限制

華人社會的家庭不善於用言語去表達個人深層思維與感受，包括個人情緒、對家庭的期望、對吸毒者的看法等。在本計劃數據中顯示，過半數的吸毒者及家庭成員都是社會的基層人士，接受教育程度偏低，他們難以用言語去表達自己。本卡的設計是為家庭及戒毒工作者能夠用簡單易明的圖像及文字，幫助吸毒者及其家庭成員容易地去表達自己感受與思想，補足一般華人在接受輔導上的限制。

(3) 隱蔽吸毒問題需由家庭入手 需加強年輕戒毒工作者對家庭工作的信心

隨著毒齡日漸增長，隱蔽吸毒問題漸趨嚴重，求助者以照顧者或家庭成員為主，處理隱蔽吸毒問題需要透過家庭成員去接觸吸毒者，因此，戒毒工作者需要建立出對家庭工作的信心。FIDA 家庭介入卡為戒毒工作者提供基本毒品資訊、家長錦囊、吸毒者改變之輪、以及關於吸毒者處境與家庭關係的圖卡，為戒毒工作者在提供外展式家訪時，提供了具參考性及應用性的家訪工具。

九. 結語

在抗毒工作上，除了專業介入，家人亦擔當不可或缺的角色，他們的參與為戒毒人士提供了正面的支持及積極的動力。近年，毒品對吸毒者所產生的精神問題不斷惡化，家庭的照顧者不但受到長期毒害的困擾，而且要面對吸毒者的精神問題，令照顧者出現不同程度的焦慮與壓力，精神健康直接受損。「家心總動員」一為隱蔽吸毒者而設的進深家庭治療計劃透過跨專業的外展工作團隊，以傳統家庭治療為基礎，加入創新元素，成功幫助吸毒者「走出隱蔽」，為家庭成員「重建精神健康」。回望計劃的成果，我們發現家庭介入不是戒毒的唯一方法，而家庭卻是戒毒者預防復吸的最大動力。

參考文獻

1. Beavers, W.R. & Hampson, R.B. (2003). Measuring family competence: The Beavers systems model. In Walsh, F. (Ed.), *Normal family processes* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
2. Beck, A.T., & Steer, R.A. (1990). *Beck Anxiety Inventory Manual*. San Antonio. TX: The Psychological

- Corporation.
3. 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.
 4. Gottman, J. M., & Silver, N. (1999). *The seven principles for making marriage work*. NY: Three Rivers Press.
 5. 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.
 6. Lee, W. Y., Minuchin, S. & Nichols, M. P. (2007). *Assessing Families and Couples: From Symptom to System*. Boston: Pearson press.
 7. 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.
 8. Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. Harvard University Press.
 9. Rowe C.L., & Liddle H.A. (2003). Substance abuse. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 97-120.
 10. Rowe C.L., Liddle H. A., McClintic K., & Quille, T. (2002). Integrative treatment development: Multidimensional family therapy for adolescent substance abuse. In F.Kaslow & J.Lebow (eds.), *Comprehensive handbook of psychotherapy. Vol. 4: Integrative/Eclectic Therapies* (pp. 133-161). New York: John Wiley and Sons.
 11. Sim, T. (2007). Structural family therapy in adolescent drug abuse: A Hong Kong Chinese family. *Clinical Case Studies*, 6(1), 79-99.
 12. Sim, T., & Wong, D. (2008). Working with Chinese families in adolescent drug treatment. *Journal of Social Work Practice*, 22(1), 103-118.
 13. Smilkstein, G. (1978). The Family APGAR: A proposal for a family function test and its use by physicians. *Journal of Family Practice*, 6, 1231-1239
 14. Stanton MD, Todd TC. Structural strategic family therapy with drug addicts. In: Kaufman E, Kaufman P, eds. *Family therapy of drug and alcohol abuse*. 2nd ed. Boston: Allyn and Bacon, 1992.
 15. 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：《青年濫藥與家庭關係的研究》，香港，2011。
 16. 東華三院：《家心有晴天—多元家庭戒毒治療計劃分享集》，香港，2016。
 17. 李維榕：《我的家庭治療工作》，張老師出版社，2012。
 18. 沈文偉：《中國青少年吸毒與家庭治療》，社會科學文獻出版社，2014。

運用篩查、精簡介入、轉介治療（SBIRT）模式 應用於跨專業戒癮治療的合作：以社區健康檢測先導計劃為例

鄭耀達

（澳門特別行政區政府社會工作局戒毒康復處）

【摘要】

目的：根據濫藥者中央登記系統的資料顯示，近年本澳濫藥問題正面對持續隱蔽化趨勢，前線社會服務機構相較於以往更難於社區接觸濫藥人士，同時隨著濫用新型毒品和精神藥物逐漸取代傳統鴉片類毒品，成為濫藥形態主流，由於身體戒斷症狀不明顯而減低戒毒求助和持續接受治療的動機，均成為了近年從事戒毒治療工作的一大挑戰。方法：社會工作局戒毒康復處自 2017 年與工人醫療所合作開展社區健康檢測先導計劃，期望透過加強與基層醫療單位合作，接觸因濫藥或物質成癮而出現身體及精神症狀的求助個案，運用篩查、精簡介入、轉介治療（Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment, SBIRT）模式，以身體檢查和評估工具進行初步篩查，並結合醫療和動機式晤談等輔導手法，從而提升求助個案的動機。結論：藉著與專科醫療和民間戒毒機構建立轉介協作機制，為求助者提供轉介治療和輔導跟進，從而鼓勵隱蔽或低動機個案盡早進入治療系統，及早獲得適切的戒癮和社會支援服務。

【關鍵詞】 篩查、精簡介入、轉介治療

壹、前言

2016 年，全球約有 3,100 萬濫藥成癮者，由於許多國家或地區仍然未能提供足夠的戒毒治療和保健服務，只有約六分之一濫藥成癮者曾接受治療；在美國，每年涉及酒精濫用導致 88,000 人死亡，涉及經濟成本高多 2,000 多億美元，由於大多成癮者沒有進行初步篩查，只有約六分之一酒精成癮者經由醫療系統獲得治療，反映全球在應對戒癮治療工作上，均面對著沉重的醫療負荷、成本和效益，以及能否確切改善成癮者健康和生活品質等問題。因此，透過有效的公共衛生方法減少對藥物/酒精濫用可能導致的風險和危害，成為了近年各國探討戒癮治療所關注的議題，篩查、精簡介入、轉介治療（Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment, SBIRT）模式是以實證為基礎的方法，近年被廣泛應用於預防和介入藥物/酒精濫用問題，已證實為一項有效提升治療動機、減低醫療成本，以及加強成癮者持續接受治療和依從性的介入方法。

社會工作局於 2010 年開始應用簡易評估工具和輔導手法，結合護士和社工專業提升戒毒治療動機和效果；並於 2014 年與青少年服務機構聯合推出『濫藥青少年輔導精要手冊』實務工具書，透過證書課程、資助民間機構購置和應用簡單評估工具，進一步擴大在社區中的推廣和實踐，截至 2018 年共舉辦 40 場培訓課程，共有 35 間社服機構超過 400 人次前線人員參與，為加強本澳開展跨專業醫社合作建立良好基礎。為進一步鼓勵基層醫療單位參與，並推動跨專業醫社協作力量，社會工作局於 2017 年與工人醫療所合作開展「社區健康檢測先導計劃」，以診所本身提供的醫療評估服務作為基礎，運用篩查、精簡介入、轉介治療模式

為戒癮求助個案提供身體檢查和簡單介入服務，並於 2018 年引入澳門基督教新生命團契參與計劃，為戒癮求助個案提供後續跟進和支援服務，重點加強戒癮服務的跨專業醫社協作，從而建立緊密的戒癮安全網絡。

貳、基本原理

篩查、精簡介入、轉介治療 (Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment, SBIRT) 是一項以實證為基礎應用於辨識、評估和介入藥物濫用人士的治療方案，最早應用於醫院系統中，以應付因為酒精/藥物濫用前往急診求助的病患，以舒緩醫院負荷和提升病患適切治療和跟進的目標，透過標準化培訓和操作流程，為急診護士和社工建立跨專業工作隊伍，隨後亦應用於初級衛生、社會服務、學校/監獄/精神健康等設施。跨專業合作是醫療改革的一部分，透過醫護人員與病患的緊密接觸，提供健康教育和建立正向醫病關係，藉著篩查評估並轉介至社工提供輔導和聯結社會資源，以確保病患取得合適治療、減少重覆就診和提升社會心理支援。

篩查 (Screening)

透過應用評估問卷及早辨識酒精/藥物濫用的個案，利用所得分數與性別、年齡和文化等基本資料進行交叉分析，以判定濫用情況及提出行動建議；常用的評估問卷包括酒精、吸煙和物質濫用篩查量表 (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test, ASSIST)、酒精使用障礙鑑別檢測 (Alcohol Use Disorder Identification Test, AUDIT)、濫用藥物篩查量表 (Drug Abuse Screening Test, DAST) 等。

酒精使用障礙鑑別檢測 (Alcohol Use Disorder Identification Test, AUDIT)		
分數	判定	建議相應行動
0-7	低風險	酒精健康教育
8-19	高風險/有害飲酒	精簡建議、諮詢及持續監測
20-40	酒精依賴	需轉介至專科接受診治

濫用藥物篩查量表 (Drug Abuse Screening Test, DAST)			
藥物濫用危機級別	分數	建議相應行動	ASAM 標準
沒有	0	繼續監控	
低度	1-5	輔導跟進	Level I
中度	6-10	門診(密集式)	Level I or II
深度	11-15	密集式治療跟進	Level II or III
非常嚴重	16-20	密集式治療跟進	Level III or IV

精簡介入 (Brief Intervention)

透過醫護人員或社工利用五至十分鐘時間，向個案提供反饋，運用動機式晤談法 (Motivational interviewing, MI) 與個案進行互動和提升動機、建立行為改變的目標和後續跟進方案，並運用改變輪 (沉思—決定—行動—維繫—復發) 不同階段為個案提供個別化介入方案。

轉介治療 (Referral to Treatment)

經過精簡介入提升個案改變動機後，因應個案情況轉介至醫療專科或其他社福機構作進一步的治療和跟進，透過與機構間建立轉介協作機制，以確保個案在過程中獲得妥善轉介和治療服務。

小結

根據美國物質成癮和心理健康服務部（SAMHSA）曾針對 45,000 名酗酒病人進行一項大型研究顯示，經過篩查、精簡介入、轉介治療（SBIRT）模式介入後，於六個月內在生理、精神和社會健康均獲得正向改善，其中在轉介過程中醫護人員的正面態度能有助減低病人抗拒的心態，透過醫護人員為病人提供健康教育和評估篩查，社工為病人提供輔導、連結社會資源和後續跟進，將有助減少病人重覆就診和醫療成本，反映跨專業合作為實施篩查、精簡介入、轉介治療（SBIRT）模式的重要元素，也是當代醫療改革關注的重要議題。

叁、計劃內容

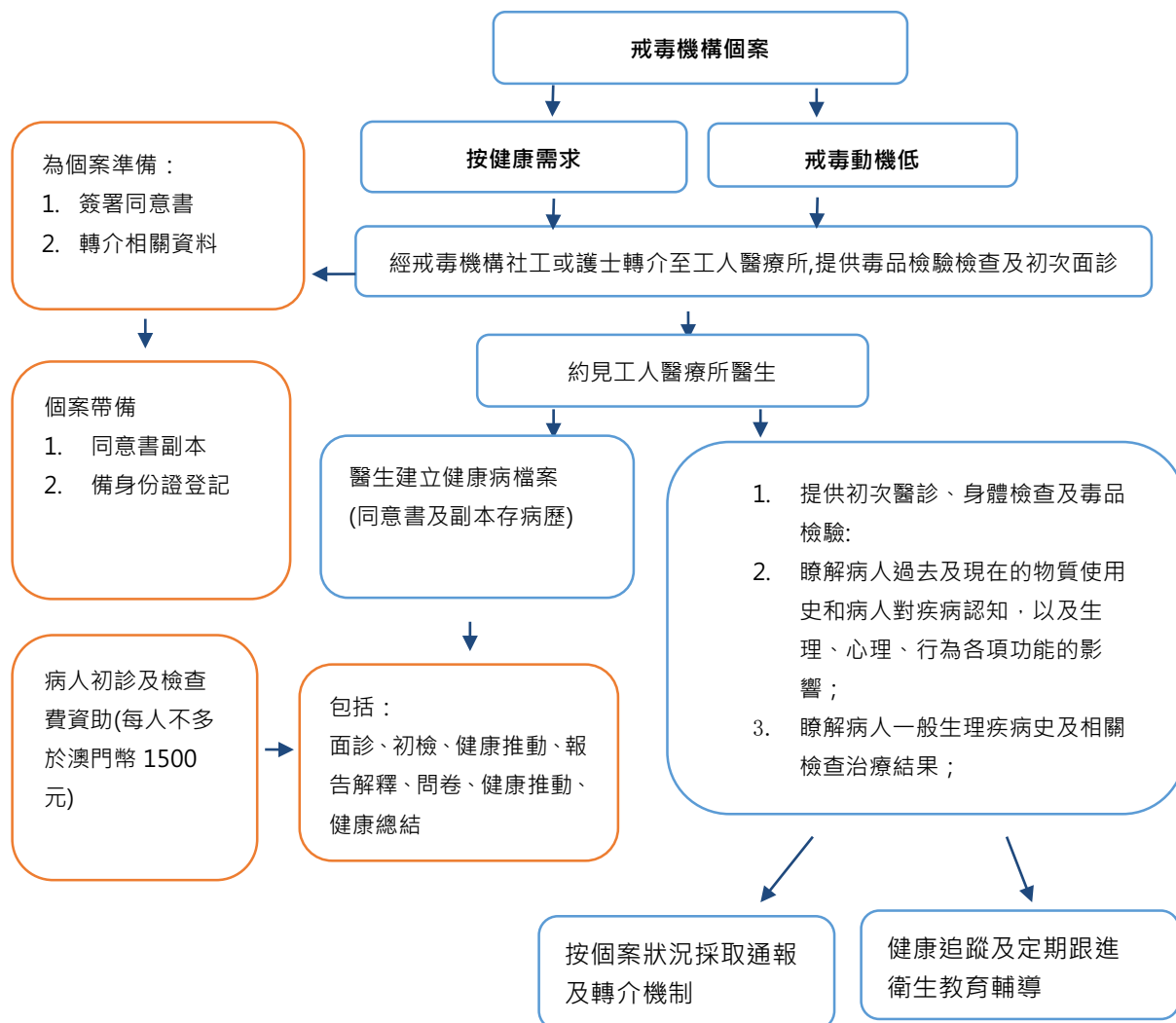
根據澳門健康促進協會於 2015 年開展一項針對本澳醫護人員對濫藥認知情況調查結果顯示，醫護人員對藥物濫用相關知識的總正確率為 14.9%、接近五成醫護人員並不了解本澳防治濫藥機構，反映本澳醫護人員對防治濫藥及相關轉介機制的了解仍有所不足。因此，社會工作局除持續加強與相關醫療單位和學校合作，向前線護人員和學生提供培訓和宣傳教育外，為進一步支援基層醫療單位參與防治濫藥工作，戒毒康復處於 2017 年與工人醫療所合作推行「社區健康檢測先導計劃」，協助基層醫療單位應用篩查、精簡介入、轉介治療（SBIRT）模式，為個案進行健康評估、精簡介入和醫療建議，並進行專科或戒毒輔導轉介。有關計劃分三階段進行，首階段為檢驗儀器進行前期校正測試和人員培訓工作；第二階段加入本澳戒毒機構，向經由戒毒機構轉介的濫藥/高危個案提供健康檢測及毒品輔助評估服務，與戒毒機構共同進行持續健康追蹤；第三階段將有關計劃延伸至基層醫療單位自費項目，向社區自願求助人士、職工組織和企業等，透過基層醫療單位讓濫藥者及早進入次級預防健康網絡及戒毒治療系統，接受專業跟進和治療服務。

時段	內容
第一階段	- 評估儀器及試劑在毒品檢測之穩定度及前期檢驗測試，確定符合戒毒康復處檢驗要求。前期檢驗校正測試項目已於 2018 年 5 月完成； - 定期會議及培訓（包括：濫藥人士辨識、最新毒品資訊、保密原則、介入輔導建議技巧和方法、如何有效轉介）。
第二階段 (現階段)	- 接受戒毒機構轉介濫藥個案，提供健康檢測及毒品輔助評估服務，內容包括：醫生基礎健康評估、健康教育、抽血檢查、毒品檢驗等，建立健康檔案； - 持續追蹤轉介個案的健康情況，接受戒毒機構提供相關個案的尿液樣本，進行輔助評估及尚需要的覆診服務； - 與戒毒機構保持緊密溝通，強化醫社合作關係； - 按個案狀況採取通報及轉介機制； - 定期會議及培訓（包括：毒品專題介紹一大麻及酒精、交流考察） - 定期檢驗校正(QC)工作。
第三階段	- 為社區自願求助人士提供健康檢測、毒品輔助評估服務及轉介； - 為社區人士提供預防濫藥教育； - 與戒毒機構建立恆常和穩定的協作和轉介機制； - 定期會議及培訓； - 定期檢驗校正(QC)工作。

跨專業協作

自計劃開展後，戒毒康復處邀請澳門基督教新生命團契作為首間參與計劃的社會服務單位，透過經由其轄下接觸的高危/濫藥個案轉介至工人醫療所參與計劃，安排醫生進行面診及身體檢查項目（包括基本體格檢查、血液篩檢肝腎功能檢查、心電圖或 B 超、性病檢查、尿液毒品檢測等），並由醫生向個案說明健康報告及醫療建議，機構社工亦全程陪同，以確保醫療人員與社工保持良好的協作和溝通，共同為個案提供合適的治療和跟進方案，包括轉介至醫療專科接受進一步治療，提供社會支援和後續跟進服務等。另外，為提升個案參與計劃的動機，計劃建議在轉介流程中加強資訊互通，並在獲得個案同意下將機構掌握的基本資料轉交醫療單位，而醫療單位亦設有綠色通道和專責醫生應診，以便參與計劃個案無須重覆填寫個人資料，亦能在面診過程中減低個案抗拒和不安的感受。

計劃流程圖



小結

因應濫用新型毒品導致戒斷症狀並不明顯，由於戒藥動機低，濫藥者往往在身體或精神狀況出現嚴重不適時才主動尋求醫療協助，加上吸食毒品本身屬於違法行為，濫藥者大多亦會拒絕透露與毒品有關情況，大大減低治療成效，亦增加了覆

診的機會；因此，應用篩查、精簡介入、轉介治療（SBIRT）模式將有助前線醫護人員及早辨識求助者的濫藥行為，藉著身體檢查和醫療面診鼓勵求助者尋求治療，並與民間戒毒機構保持緊密協作，對於確保求助者持續在治療系統具有一定作用；但參與有關計劃仍需配合相關準則，包括：(1)必需獲得當事人同意；(2)需符合法定成年；(3)具有語言溝通能力；(4)精神狀態良好且並非緊急個案。

肆、執行情況

為配合轉介個案對於身體檢查的需要，以及提升參與計劃的動機，本項計劃分別針對女性婦科需要和濫藥對身體機能的損害設計了專門的體檢項目，包括基本體格檢查、血液篩檢肝腎功能檢查、心電圖或 B 超、性病檢查，以及尿液毒品檢測等，同時配合社工應用酒精使用障礙鑑別檢測量表(Alcohol Use Disorder Identification Test, AUDIT)、濫用藥物篩查量表(Drug Abuse Screening Test, DAST)、抑鬱-焦慮-壓力量表(Depression Anxiety Stress Scales, DASS)以及掌握的基本資料和濫藥史等，利用身體檢查結果和所得分數，與性別、年齡和文化等基本資料進行交叉分析，以判定濫用情況及提出行動建議；期間由醫生向個案說明健康報告及醫療建議，機構社工全程陪同，以確保醫療人員與社工保持良好的協作和溝通，共同為個案提供合適的治療和跟進方案。經過精簡介入提升個案改變動機後，因應個案情況轉介至醫療專科或其他社福機構作進一步的治療和跟進，透過與機構間建立轉介協作機制，以確保個案在過程中獲得妥善轉介和治療服務。

截至 2019 年 6 月，經由本計劃轉介至工人醫療所進行身體檢查的個案共有 32 人，當中 7 人沒有到診，到診率為 78%；男性佔 68%、女性佔 32%，年齡介乎 17 至 48 歲，其中 5 人尿液檢測對毒品呈陽性反應，其餘較多出現泌尿系統（尿支原體陽性、尿酸偏高、尿道感染），亦有部分個案出現懷孕、性病等，反映有關性健康問題值得關注；另外也有個案出現血壓偏高、脂肪肝、糖尿、酒精性胃炎等，其中 16%個案建議複診、28%個案建議需要接受進一步治療；透過診所醫療人員與機構社工的緊密協作，有助個案及早了解酒精/藥物濫用對身體的禍害，同時亦大大提升了個案配合參與社工介入和各項跟進措施。

培訓計劃

為持續加強參與計劃的前線人員掌握毒品知識和相關介入技巧，並能與相關合作單位建立緊密的協作和交流機制，戒毒康復處分別為工人醫療所和澳門基督教新生命團契設計了個別化的培訓計劃，主題包括本澳禁毒政策、濫藥人士辨識、最新毒品資訊、保密原則、介入輔導建議技巧和方法、如何有效轉介和檢驗技術等，並分別安排前往本澳和香港相關機構進行實地考察，以及定期召開工作會議等，跟進計劃執行情況，並提供技術支援和建議；同時，亦鼓勵工人醫療所參與本地和國際會議，藉此分享本澳經驗，推動業界積極參與有關工作。

小結

因應目前處於整個計劃的第二階段，有關檢測、機構間的通報和轉介機制正在建設，因此在目前執行情況中對於基本資料和評估問卷方面的掌握仍有所不足，加上有關個案是均由戒毒康復處或民間戒毒機構轉介，導致在篩查、精簡介入階段仍有較高複診和治療比率；至於在培訓計劃方面，除了需要持續加強酒精或毒品對身體影響的知識外，亦需加強前線人員對於計劃理念和目標、文件程序和個案管理的掌握，以及以證實為基礎開展研習和探討，將有助參與計劃的前線人員進

一步掌握 SBIRT 模式的應用和操作。

伍、結論與建議

面對酒精和毒品依賴的危害，因物質濫用而導致的身體和精神損害將為醫療系統構成極大負擔，因此需要結合各方力量，打破專業壁壘，建立協作轉介平台，為求助個案提供整全和適切的治療方案。

及早預防和及早介入

根據研究發現，透過篩查(Screening)可發現 75-85%病人屬於較低風險，精簡介入處理 15-25%病人，最終只有 5%病人需要接受治療或轉介，反映應用篩查、精簡介入、轉介治療（SBIRT）模式能有助及早評估求助者的健康風險，持續加強與基層醫療單位及民間戒毒機構建立協作網絡，將有助為求助者提供適切的介入和跟進。

整合社會資源

因應物質濫用的趨勢和需求轉變，現時衛生、社工和民間機構均有為求助者提供各類型服務，包括醫療、援助、門診治療、戒毒輔導、家人支援和轉介等，但由於現時資源服務分散，且服務間缺乏恆常協作機制，均影響治療成效，建議持續加強民間機構的整合能力，為求助者提供一站式的資源連結和跟進服務。

重視家人工作

面對求助者因物質濫用導致身體和精神出現症狀、暴力和意外危機、失業失學，以及與家人關係疏離和拒絕尋求協作等情況，均為家人帶來壓力，部分更會出現互累症狀，影響家庭正常功能和不健康的依附關係，建議需重視和加強家人工作，如輔導和小組、家訪，以及建立同儕支援網絡等。

後續支援和持續跟進工作

根據研究和實務工作經驗，持續和有效的後續支援均有助大大減低對物質濫用的復吸率，因此，建議需要為酒精和戒毒康復人士構建整全的支援網絡，如家庭和社區支援、衛教和護理跟進，以及康復短期住宿和家居照顧等服務。

參考文獻

- 李麗萍、黃建彤（2015）。再思有助及早介入濫藥青少年輔導工作的方法與推動社區參與實踐計劃。「**全國藥物濫用防治研討會**」**論文集**。中國四川成都，499-504。
- 澳門健康促進協會（2015）。澳門醫護人員對濫藥的認知情況調查。澳門：澳門健康促進協會。
- 澳門特別行政區政府社會工作局（2017）。**2017 年禁毒報告書**。澳門：社會工作局。
- 聯合國毒品和犯罪問題辦公室（2018）。**2018 年世界毒品問題報告**。聯合國：毒品和犯罪問題辦公室。
- Vicki, B., Mari, J.L., Ann, M.M.(2017). Implementing Interprofessional Alcohol Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment in the Emergency Department. *Advanced Emergency Nursing Journal*, Vol. 39, No. 3, pp. 199-216.
- Massachusetts Department of Public Health (2012). SBIRT: A Step-By-Step Guide.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2012). International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders.

澳門特別行政區司法制度下的戒毒措施 2019

社會工作局社會重返廳

一、禁毒法律內容摘要

藥物濫用的問題仍然是當前世界各地共同關注的一大議題。澳門特別行政區（下稱澳門特區）正面對着一定數量的毒品犯罪問題。在過去的十年，涉及毒品犯罪的個案佔社會重返廳個案中比例較高。因此，實施有效的應對策略仍然是一個挑戰。

按經第 10/2016 號法律及第 4/2014 號法律修改第 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》（下稱：禁毒法），凡製造、運載、出售、持有或使用毒品均屬違法。新的法例(10/2016 號法律)主要修改了以下三點：1.以持有、取得或製造毒品供個人吸食罪，從之前實際徒刑最高 3 個月提升到 1 年；2.不法販賣麻醉藥品及精神藥物，從之前刑罰下限由 6 個月提升至 1 年徒刑，上限則維持在 16 年不變；3.不適當持有器具或設備，從之前實際徒刑最高 3 個月提升到 3 個月至 1 年。從新禁毒法的處罰反映出澳門對於毒品相關罪行是嚴厲執行。

根據「禁毒法」第 19 條及第 20 條，如嫌犯因實施不法吸食毒品或不法持有吸毒器具而被判徒刑，且為藥物依賴者，只要嫌犯自願接受戒毒治療，法官可暫緩執行徒刑，並附隨考驗制度。而附隨考驗制度措施則會交由社會工作局社會重返部門負責跟進，同時法官可附加必須接受戒毒治療的行為守則。

有關的緩刑附隨考驗制度措施（下稱緩刑戒毒措施）是指法官根據禁毒法判予犯罪者（一般是吸食毒品者，其可能同時犯了持有吸毒器具罪及較輕的販毒罪）相關的刑罰，然而給予其暫緩執行徒刑，在緩刑期間必須接受社會重返部門的監管，並脫離毒癮。倘被判刑者未能在緩刑期內成功脫離毒癮，或違反相關的緩刑義務，法官可廢止其緩刑措施，重新執行之前所判的徒刑刑期。

相關的緩刑期在一年至五年之範圍內訂出，例如：倘法官首次判予兩年緩刑期，因應戒毒者的情況，法官可延長其緩刑期。

二、澳門特區司法制度下的戒毒措施

1. 司法措施戒毒個案的執行部門—社會工作局社會重返廳

社會工作局社會重返廳是澳門特別行政區社會工作局轄下的廳級部門，部門分有更生服務、青少年服務及專案矯治服務。更生服務是協助法院執行各種非剝奪自由刑罰，例如假釋、緩刑附隨考驗制度、勞動代替罰金、自願求助等；青少年服務是協助法院執行“違法青少年教育監管制度”的各項措施，包括復和、社會服務令、遵守行為守則、感化令及入住短期宿舍措施；以及於 2018 年設立的專案矯治服務，是為被法院判予各項非剝奪自由刑罰的更生人士和違法青少年，其中涉及嚴重或特殊罪行，例如加重殺人、性犯罪等，提供適切的配套矯治計劃，協助他們矯正行為。社會重返廳透過多元的服務及輔導跟進，以協助個案改過自

新，建立守法和健康的生活。

社會重返廳除了監管及輔導跟進個案外，亦因應個案的需要而提供多元的配套服務，例如再犯風險評估、心理治療、家庭輔導、法制課程、互助小組、中途宿舍等，目的是協助他們適應生活，減低再犯罪的風險。近年社會重返廳的工作方針加強了戒毒範疇的服務，並優化了相關的戒毒工作機制以及配套計劃。

2. 跨部門合作的司法措施個案-戒毒治療計劃合作機制

為了有效執行法院的命令，協助司法措施戒毒個案，當中包括假釋戒毒個案、緩刑戒毒個案等履行戒毒義務，由 2010 年開始，本局社會重返廳、防治賭毒成癮廳、初級法院及一些民間戒毒團體，共同設立了司法措施個案－戒毒治療計劃的工作機制，為該些戒毒個案設計適切的戒毒治療計劃。過去十年間，該戒毒機制的內容及執行規定因應戒毒人士的實際情況而適時作出了修改，每年作出檢討並且持續優化計劃內容，目前治療計劃主要分為兩個級別：第一級別：社區式戒毒治療計劃，分有首階段及次階段；第二級別：院舍式戒毒治療計劃。透過開放式及封閉式屬性作為區分，進一步簡化過去戒毒措施的執行情況，引入民間戒毒機構參與和跟進兩級別的戒毒治療計劃，以提供多元和彈性服務。

3. 戒毒治療計劃的執行模式

第一級別：社區式戒毒治療計劃

由戒毒康復處及民間戒毒機構執行，提供整合尿檢及門診、並結合輔導及小組活動等社區式戒毒治療方案。由社會重返廳向戒毒康復處轉介個案資料，戒毒康復處根據個案年齡及吸食毒品種類進行個案分派：29 歲或以下新型毒品戒毒個案交由澳門基督教新生命團契（S.Y.部落）開展戒毒計劃；30 歲或以上新型毒品戒毒個案交由澳門基督教新生命團契（薈穗社）開展戒毒計劃；任何年齡吸食海洛英戒毒個案均由戒毒康復處開展計劃。由民間機構安排的尿檢均由機構自行採集及化驗，並在有需要時轉交至戒毒康復處進行確定性測試。

至於在執行細節方面，有關計劃維持三方簽署戒毒治療計劃，即由個案、社會重返廳及主要提供戒毒服務的其一單位（S.Y.部落/薈穗社/戒毒康復處）共同簽署相關文件，提供包括尿液檢驗及社工輔導為主，藥物治療（例如：美沙酮、丁丙諾非或其他治療藥物）、護士衛教、身體檢查、講座及小組活動等為輔的整合戒毒治療模式。

因應戒毒個案可能面對復吸問題，本計劃內又分為兩個階段，依循濫藥情況由輕度開始，並假設個案均具有自控能力，首階段個案僅需接受定期尿檢及社工面談（屬於強制性），其他輔助服務（如門診藥物治療、護士衛教、講座、小組活動等）則可選擇性參與；若尿檢測試對毒品呈陽性反應，經評估並未與診病治療處方藥物有關，隨即通知社會重返廳進入次階段，次階段除維持強制尿檢及社工面談外，個案亦需強制參與一定時數的其他輔助服務；如仍然未能處理個案的濫藥問題，又或個案未能配合相關安排，經評估本計劃未能達致戒毒目標，提供服務的主要戒毒單位（S.Y.部落/薈穗社/戒毒康復處）需向社會重返廳提交報告建議採取下一階段治療計劃，即院舍式戒毒治療計劃。

社區式戒毒治療計劃	首階段		次階段	
	強制性	選擇性	強制性	選擇性
尿檢測試	✓		✓	
社工面談	✓		✓	
門診藥物治療		✓	✓	
護士衛教		✓	✓	
講座		✓	✓	
小組活動		✓	✓	
其他輔助服務		✓	✓	

第二級別：院舍式戒毒治療計劃

澳門戒毒康復協會(ARTM)提供不少於一年的院舍式戒毒治療計劃，倘跟進期短於住宿期需由社會重返廳向法院申請合理延長，個案亦可與機構協商自願延長住宿期。

在執行細節方面，有關計劃仍需經過三方簽署計劃開展，由澳門戒毒康復協會(ARTM)院舍、個案與社會重返廳三方簽署有關文件，自院舍式戒毒治療計劃開展後，原為個案提供的社區式戒毒治療計劃的單位（戒毒康復處、新生命薈穗社或 S.Y.部落）與個案的治療關係即時中止，在完成一年或以上院舍式戒毒治療後，將由戒毒康復協會(ARTM)的外展服務繼續承擔離院後社區式計劃，提供尿檢及社工面談，以及選擇性參與其他輔助服務，直至整個跟進期完結為止；如個案未能成功完成院舍療程、在離院後社區式計劃跟進期間出現復吸等情況，本計劃將中止並為最終的治療方案，戒毒康復協會(ARTM)需向社會重返廳提交最後的治療報告。因應個案的意願，個案可以以自願求助形式再次接觸戒毒康復處接受尿檢或社工服務，確保個案在需要下仍能取得戒毒服務。

民間戒毒機構

	服務類別	服務機構
社區式戒毒治療計劃	29 歲或以下新型毒品個案	澳門基督教新生命團契 (S.Y.部落)
	30 歲或以上新型毒品個案	澳門基督教新生命團契 (薈穗社)
院舍式戒毒治療計劃	不分年齡及毒品種類	澳門戒毒康復協會 (ARTM)

三、司法措施戒毒個案的矯治工作

1.加強教育工作，提升個案的守法意識及抗藥力

除了參與戒毒治療計劃及一對一輔導外，社會重返廳為戒毒個案提供相關的配套服務，以預防、互助、回饋等理念為基礎，加強教育改造工作，提升戒毒個案的素質，讓戒毒個案在戒除毒癮後，擁有持續對抗毒害的能力。戒毒個案須在跟進期內接受相關的教育課程及活動，包括互助小組，分享成功戒毒經驗，起到互相扶持的效果；義工活動，透過自

身能力回饋社會，藉著幫助弱勢群體，提升他們的自信心，加強他們抗藥的決心；醫療講座，邀請專家講解成癮的原因，以及毒品對身體帶來的禍害；法制教育課程，深化他們的守法意識，預防再犯罪或再次吸毒等。

茶座分享會



積極人生講座



2. 引入客觀及可靠的評估工具，擬訂適切之輔導計劃

過往輔導的工作經驗，並非所有戒毒個案的需求都與其犯罪行為有直接的關連，跟進期是加強投入資源去輔導戒毒個案重返社會的關鍵期，社工須擬訂適切之輔導計劃，並評估戒毒個案在接受輔導及參與課程後，是否其風險程度有所改變，期間需調整其風險級別及輔導計劃，達至所預定的目標。為此，社會重返廳於 2016 年引入了精密的罪犯風險評估系統「服務水平/個案管理量表」，社會重返廳個案負責人經有系統的訓練課堂及考核，取得使用者資格後，跟進的所有個案均需在接案後首兩個月使用服務水平/個案管理量表作為評估工具，以客觀標準及衡量成效的方法，評估個案的再犯風險及服務需求，因應個案的需要，提供給個案適切的輔導計劃，最後在結案前再次使用評估工具，評估分析戒毒個案的再犯風險的級別，以協助司法機關作審判參考。

服務水平/個案管理量表



4. 拓展戒毒個案就業出路

有安其業，才能釋其心，社會重返廳多年來一直推行“愛心僱主計劃，協助刑釋人士盡早就業。近幾年我們擴展愛心僱主網絡，招攬更多愛心僱主加入計劃，引入更多元的工作崗位，為個案提供更廣寬的就業出路。另外，社會重返廳亦安排僱主進入路環監獄，分享現時就業境況，勉勵在囚人預先裝備好自己，協助他們自力更生，減少誘發重新犯罪的因素。

獄內招聘面試

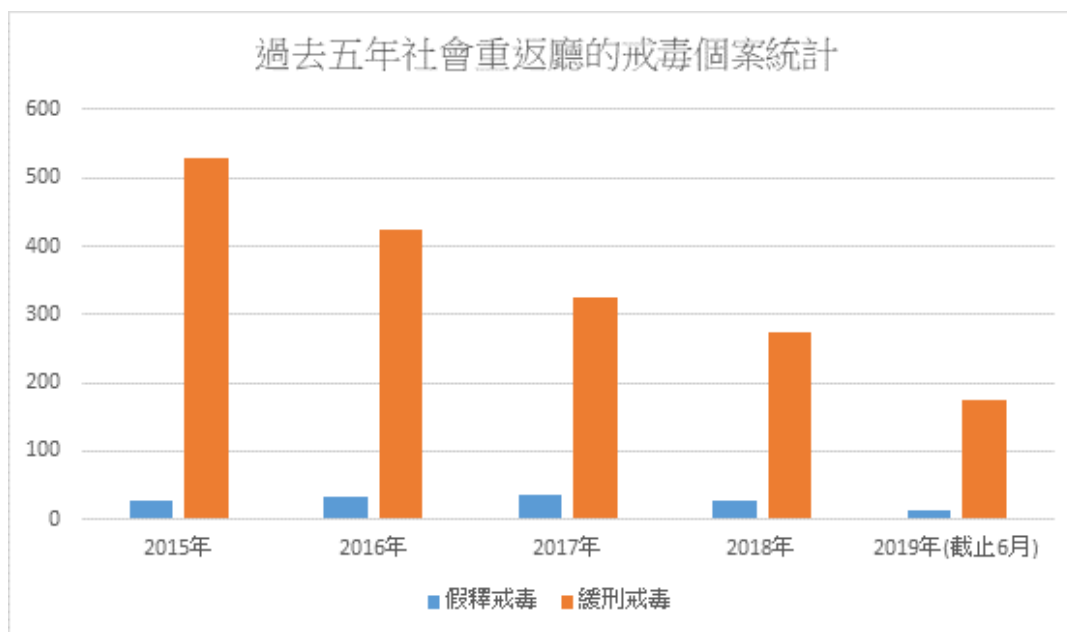


視像招聘面試



四、司法措施戒毒個案統計

年份	假釋戒毒案 (人次)	緩刑戒毒案 (人次)	戒毒案總數 (人次)	總跟進個案 (人次)	每年戒毒案佔總 跟進案百分比(%)
2015 年	27	528	555	1063	52.2
2016 年	33	425	458	926	49.5
2017 年	36	325	361	792	45.6
2018 年	28	274	302	763	39.6
2019 年 (截止 6 月)	13	174	187	516	36.2
總數	137	1726	1863	4060	46%



過去五年，司法措施戒毒個案共有 1863 人，其中假釋戒毒案有 137 人，緩刑戒毒案有 1726 人，可見緩刑戒毒個案佔有大多數；總戒毒案數佔社會重返廳總跟進案數的 46%。另外自 2017 年起即是在《10/2016 號法律》修法後，緩刑戒毒個案數量的趨勢向下，即跟進戒毒個案的數量有所減少。

四、總結

過去在第 10/2016 號法律未生效前，許多戒毒個案認為，長達一年的住院式戒毒治療對他們來說仍然太長，較長的住宿期使他們產生消極想法，他們擔心住院式戒毒讓他們失去自由、工作以及對家庭的經濟支持。因此，有少部份個案寧願選擇判刑，在監獄接受短期的監禁刑罰。

但根據社會重返的信念，短期監禁可能對戒毒個案起不到正面作用。他們往往在監獄中完成短期監禁後，返回社會仍有較高機會再次吸食毒品，對戒毒個案本身以及社會構成再次傷害。重返社會的目的是讓個案擔起對社會負責的方式生活，減少他們再犯罪的風險。

多年來澳門特區政府各個部門緊密合作，還與民間機構攜手共同努力，達到整個社會上下一心，提出各式各樣的應對策略，以期一方面打擊和預防毒品犯罪，另一方面為戒毒人士提供多元而有效的戒毒服務，有效協助戒毒人士脫離毒品，重投正常生活。

-完-

Introduction of ARTM Residential Treatment for People Who Use Drugs (PWUD): Therapeutic Community with Bio-Psycho-Social Model

張力珩、梁嘉賀、郭婉婷、吳穎琪、謝佩琪

【Abstract】

ARTM provides residential treatment for people who use drugs (PWUD) since 2000. With integration of the Bio-Psycho-Social Model on Therapeutic Community, ARTM keeps evolving on the treatment to best fit the needs of PWUDs in Macau. The paragraphs would introduce the process of the treatment and describe the unique model of ARTM with analysis of the treatment effectiveness measured in terms of residence's reintegration into the society and the voluntary treatment length in residential setting.

【Key words】

Residential Treatment; Therapeutic Community; Bio-Psycho-Social Model

Introduction

Association of Rehabilitation of Dependencies of Macau – ARTM has been providing residential rehabilitation treatment for people who use drugs (PWUDs) since 1999 under the supports of Social Welfare Bureau of Macau SAR government (IAS). In 2016, ARTM moved to the new treatment centre in Ka-Ho and started facilitating the residential with the new settings equipped. The following paragraphs illustrate the transition of ARTM into a new, standardized integrative model of Therapeutic Community implementing Bio-Psycho-Social Model and compare the effectiveness of the treatment programmes from 2008 to 2018 in terms of the completion of residences in the treatment programmes along with days of residence in the treatment programmes.

ARTM embeds the Therapeutic Community (TC) model (De Leon, 2000; Vanderplasschen, Vandeveld, & Broekaert, 2014; Dianova Portugal, 2018; Australian Therapeutic Communities Association - ATCA, 2017) since 1999 in the residential treatment setting. Focusing on rehabilitating the residences emphasizing on the interchange of help, self-disciplines, sense of responsibilities, and trainings of life skills, the residential treatment centre offered opportunities for PWUDs to rehabilitate and reintegrate into the community of Macau. Throughout the years of practices, ARTM identifies various unique needs of PWUDs in the local setting and develops accordingly with the needs of the residences. The Bio-Psycho-Social model (Borrell-Carrió, Suchman, & Epstein, 2004; Skewes & Gonzalez, 2013) is thus implemented into the TC model to optimize the rehabilitation of the residences and different standardized treatment programmes are included under such theoretical frameworks.

Macau implements the Methadone Maintenance Programme (MMP) through the Social Welfare Bureau since 2004, mainly due to an outburst of the HIV infection among PWUDs who injects heroin. In 2009 ARTM develops the Methadone-To-Abstinence Residential (MTAR) programme to satisfy the needs of PWUDs who are currently under the MMP. The MTAR allows residences to maintain their MMP, together with the support of ARTM on reviewing their needs and relationship with the usage of methadone. ARTM offers transportation for MMP clients to the methadone clinics of

IAS, ensuring a stabilization of the MMP, and provides education and counseling regarding the concerns of residences over methadone. In addition, in the relatively conservative environment of the Macau community, ARTM serves as the first residential treatment centre allowing for the support of methadone within the residential treatment settings, to facilitate the MMP residences to live under a secured setting for stabilization of MMP and rehabilitation along with the aids of the MMP.

In 2009, Macau SAR passed the Lei n.º 17/2009 (R.A.E.M., 2009) and later the formal procedures for clients under probation due to substance-related crimes are formulated by the IAS. Illicit substance use and consumption is regarded as criminal act against the Laws in Macau and could be resulted into imprisonment. However, due to lack of provision of rehabilitation of treatment in the Prison setting, there arises a need for different programme aiding the PWUDs who are repetitively imprisoned due to the relapse of substance use which are not treated. Cooperating with the IAS as one of the local NGO, ARTM provides the Probation Programme for residences who are under probation offered by the Court as consequences of substance-related crimes. The Probation Programme assures the residences follow the agreement with the Court and the IAS to complete a necessary intervention in terms of residential rehabilitation treatment to ultimately prevention the recurrence of the substance-related crime(s). Throughout the Probation Programme, constant cooperation is facilitated between the residences, ARTM, and IAS for a complete assessment and follow-up of the rehabilitation process to be repeated to the Court, with the requirement of the residences to complete the standardized 12-month residential rehabilitation programme in ARTM.

In 2016 ARTM moves to the new Ka-Ho Treatment Centre with the support of the IAS, receiving a brand new facility with more comprehensive and utilized setting for residences. With such physical enhancement and together with the constant efforts of ARTM in optimizing the treatment models, different treatment programmes are formulated and standardized in terms of therapeutic elements, compositions, durations, and eligibilities to address the different needs amongst the PWUDs under the framework of Bio-Psycho-Social model. Such adjustments bring changes to the traditional TC model where variations are rare, yet bringing benefits to residences in terms of the accuracy and appropriateness in their rehabilitation treatments. Apart from the standardized 12-month residential rehabilitation treatment programme, ARTM also develops short-term programmes varying from 7-day Detoxification, 15-day reunion, 1-month and 3-month short-term residential programmes, Special Care Programme, Outpatient Programme, and Social-Aid Programmes. The various programmes address different needs of PWUDs, attributing to the accurate therapeutic interventions for the specific needs, yet remain cautions within the TC model to formulate the optimized equilibrium for the therapeutic goals of the residences.

The New ARTM 12-month Residential Treatment Programme

The TC model emphasizes on the interchange of help among the residences within the community. The concept of mutual assistance among the residences helps to achieve the common goal of rehabilitation through group-sharing and commitment. In addition, therapeutic roles and responsibilities are diversified among the residences to enrich such therapeutic community as a holistic ways of life skills training. In the new programmes of ARTM, most of the virtues are remained. The therapeutic meetings and activities are collaged into a regular timetable which provides a guidelines for all residences in contributing a regular and healthy lifestyle. Different therapeutic meetings and activities are included and organized jointly by the residences, mainly senior

residences, and staffs, to empower the role of responsibilities and interchange of help among the residences. The Morning Meetings, held every morning among all residences and staffs except the Detox Team, help the residences to express their concern over (1) the residence themselves; (2) the colleagues sharing the community; and (3) the therapeutic community setting itself. These meetings collaborate the residences as a group which aims to facilitate the therapeutic progress of themselves, their colleagues, and the therapeutic community. The Job Functions Meetings maintain the discussion of responsibilities among the residences and review weekly for a regular assessment of the progress. The G.E.S.E. Meetings, on the other hand, provide a personal reflection from the residences over the week through self-reporting and evaluations from the residences and staffs. The 12-month residential treatment programme is divided in six phases: (1) Phase I: Detoxification & Integration, lasting from admission to the 1st month; (2) Phase II: Preparation, lasting from the 2nd month to the 3rd month; (3) Phase III: Action, lasting from the 4th month to the 6th month; (4) Phase IV: Transition & Commitment, lasting from the 7th month to the 9th month; (5) Phase V: Reintegration, lasting from the 10th month to the 12th month; and (6) Graduated: Extension or Reintegration, for residences who need more than 12 months in reintegration or they request to extend the residential treatment. Structurally designed therapeutic meetings are implanted within each of the phases for developmental needs of the residences throughout the therapeutic progress. Detox Meetings and ARTM Missions Meetings help the residences in Phase I to get to know about the therapy in the therapeutic community, to start assessing the changes from stopping substance use, and the recognition of necessity in continuing with the treatment assisted by senior residences who serve as Companions in the Detox Phase and gradually leading the residence into Integration Phase. The 8 Keywords of Rehabilitations remain as virtues from previous TC model, developed among former residences, and review both intellectual, cognitive, and emotional needs of the residences in Phase II. Residences in Phase III are introduced to the Emotional & Stress Management Meetings, preparing for the contingency planning and coping skills against the psychological craving from the addiction. Simultaneously Relapse Prevention Meetings and Family Skills meetings are provided exchangeably in Phase IV and V, as necessary skills for reintegration and relapse prevention when the residences go back to the community. In Phase V and Graduated, residences who are eligible are also invited to discuss with ARTM about his/her reintegration plan, where employment and family reunion are considered core, providing opportunities for residences to work starting the 12th month as reintegration before completion of treatment.

Due to the various needs of residences in ARTM, different professional staffs are recruited for specific aims and developments of the residences. Psychological Counselors/Psychologists and Social Workers are responsible for the therapeutic meetings with assistance from the monitors and senior residences, while Nurses are taking care of the biological recovery and medical follow-ups of the residences. Regular Individual Sessions from counselors help residences to focus within themselves and develop personalized treatment plan and goal within the residential treatment, and tailor-made case management helps to assess and intervene with the specific needs and obstacles within the rehabilitation progress. Due to various medical needs (infectious diseases, psychiatric conditions), both the counselors and nurses work closely with local healthcare providers (e.g., Hospital de S. Janeiro, Psychiatry) to monitor and facilitate the biological recovery of the residences.

Apart from intellectual and cognitive-behavioural interventions, other therapeutic

activities play important roles in enriching the experiences of residences in the therapeutic community. Different Learning Skills, Classes, and Trainings are provided as means to empower residences in vocational skills, physical exercises, relaxation, leisure interests, and self-efficacy. Such trainings include various aspects of developments of the clients, bringing personal and social competences for the residences to prevent developmental risks on relapse of substance use. Apart from the annual regular trainings, different prevention and health-promotion talks and lectures are also included in the treatment programme, empowering residences in various issues, e.g., judiciary, infectious and chronic diseases, family and employment issues, experiences from ex-users, to reach an integrative rehabilitation.

Working closely with different sectors in the local community, the treatment programmes address different needs of the residences and receive various sources of referral from the sectors. Residences with special physiological or clinical needs, e.g., psychiatric and mental disorders, infectious diseases, terminal illnesses, physical disorders, are assessed with the level of distresses and considered with their eligibility of residence included in the programme(s). For residences who might not be eligible currently due to severity of the distress, e.g., persons with tuberculosis, delirium, homicidal or suicidal psychosis, the Harm Reduction Department and After-Care department of ARTM help to address their current status and try to allocate with the eligible sectors who might be a prior need for the persons, and promote referral to the treatment programme(s) whenever eligible after necessary interventions, with close collaboration with the sectors throughout the treatment. Residences with judiciary needs might be referred from the IAS and specific programme is developed upon the needs. Joint evaluation from ARTM, IAS, and the Court provides opportunities for residences to stay in rehabilitation treatment instead of imprisonment under the current local legal frameworks, with tailor-made programme yet voluntarily enrolled by the residences. Some of the residences might face necessities of referral from ARTM treatment programme(s) to other institutions (e.g., temporary hospitalization at psychiatry for stabilization of psychiatric disorders), and some of whom might be hindered by external forces (e.g., imprisonment decided by the Court due to previous crimes which include illicit substance use) their rehabilitation. Constant follow-ups are provided to these residences to ensure that they are not excluded from the treatment programme(s) even if they are physically restricted, and re-admission into the treatment programme(s) is promoted whenever eligible, whilst referral to Harm Reduction Department and/or After-Care Department might be preferred if such referral is terminal. To fulfill such various needs of the residences, the following programmes are developed to allocate the specific needs of the residences in the rehabilitation process.

The New ARTM Short-term Programmes

ARTM provides short-term programmes at 2015, starting with a trial of 6-month residential programmes. After achieving experiences and evaluations from the trial, ARTM re-organizes the experiences into the 12-month programmes, with choice of short-term programmes provided for eligible residences, together with post-treatment follow-ups provided by ARTM After-Care Department. A 7-day Detoxification Programme is provided for residences who are aiming at detoxification of the substance used under a secured setting providing intensive psycho-social supports. Within the 7 days intensive monitoring and companionship from both workers and peers are provided to help residences manage with the withdrawal and craving. After the 7 days of detoxification, residences would be provided with the opportunity to enroll into 12-month rehabilitation programme upon voluntary choice. The eligibility of residences

enrolling into the detoxification programme is largely determined by the physiological distress of the persons, e.g., persons with alcohol withdrawal is not eligible for the detoxification programme due to the possible severe medical conditions associated and would be assessed in the pre-admission for referral to more suitable institutions before entering for other eligible programme(s). Compared to persons whose substance use has developed comparatively severe consequences and distress (e.g., physical withdrawal, disturbances in daily life functions, etc), some persons might be partially or highly functional upon their substance use. However, these persons might consider risks of developing into severe addiction which might interfere with their daily life. The 1-month programme is designed for these residences who are more preferable to enroll into a short-term programme rather than a 12-month residential programme to minimize the interruption of their original life functions. Such residences would focus more on relapse prevention and handling substance craving instead of a full-scale rehabilitation and life skills training compared to the 12-month programme due to their maintained functioning in daily life which is assessed in the pre-admission.

Under the support of IAS, Macau B.I.R. holders (aka permanent residents) are sponsored for their residential treatment within ARTM. However, due to the complexity of Macau population, several needs have been observed from both non-residents in Macau and foreigners from nearby regions. ARTM designs the 3-month programme for those who are not Macau B.I.R. holders according to the average days of visa from nearby regions (e.g., Hong Kong, South-East Asia, PRC, etc). The 3-month programme abides with the 12-month programme and focuses more on cultural-insensitive issues like relapse prevention, handling craving, contingency planning, etc.

The residences completing ARTM treatment programmes, and/or who discharges from the centre before the completion, are referred to ARTM After-Care Department for post-treatment follow-ups and relapse prevention in most cases except for those who might have terminated in extremely short length of treatment (e.g., 1 day). The After-Care referral not only secures the holistic reintegration of residences into the local community but also the developmental follow-up of well-beingness of the residences. The after-care also supports significantly the residences from the short-term programmes and provides Outpatient Programme for community-based interventions. Residences who has discharged from the 12-month Programme might face chances of lapse within their acute phase (e.g., 1st month) of reintegration. To empower these residences who might face risks of developing into relapse, the 15-day reunion programme is provided to offer an intensive residential intervention tailoring the lapse episode and experience of the residences. With such supports the residences would be expected to have made use of the lapse experience in further solicitation of abstinence in the community.

ARTM Special Care & Social-Aid Programmes

PWUDs develop various biomedical, psychological, and social needs across their lifespan. According to different kinds of substance used, different kinds of risks might arise even after the cessation of the usage. However, in local community of Macau it is not common to have integrative institutions providing residential cares for PWUDs or those who possess a substance use history. With respect to this phenomenon, ARTM provides the Special Care Programme since 2017 after moving into the new treatment facility where intensive care for biomedical and psychosocial needs is achievable. Residences with biomedical or psychosocial needs (e.g., cancer, AIDS, homeless, psychiatric recovery) are assessed with their severity of distress, eligibility of residence,

and goal-formulating with ARTM. Close partnership and referral with other institutions, e.g., elderly houses, medical institutions, and social welfare systems are ensured through ARTM between the residences and these institutions. Collaborative interventions are developed within ARTM supports for the residences with special needs and intensive care. In addition to the Special Care Programme for PWUDs, ARTM also develops support for other social welfare issues, e.g., domestic violence, psychiatric recovery, mother-child, and gambling addiction. ARTM provides the residences a temporary shelter and works conjunctly with other institutions in providing developmental aids over challenging moments.

Conclusions, Recommendations, & Implications

In conclusion, the New ARTM Programmes have not only designed to suit better needs of the residence, and also improving the treatment outcomes in terms of treatment length in days, and therapeutic progress in terms of the phases. Such improvements are crucial and sufficient in supporting the voluntary treatment models into more effective and efficient therapeutic measures. Nevertheless, equilibrium is another crucial factor in handling such TC model, balancing the needs of the individuals and the principles of the community. Intensive trainings and supervisions would be expected to secure such flexible yet therapeutic consideration of residences' needs within the TC context, while standardization of the programmes might face difficulties throughout the development. In the future, ARTM would devote into constant development of the treatment models, e.g., by analysis of the treatment effectiveness (Cheung, 2019 in press), implementing harm reduction measures within the TC, expanding collaboration within the local communities, etc, aiming to bring changes in the lives of people who use(d) drugs or on dependencies.

References

- Australian Therapeutic Communities Association (2017). *Australian Therapeutic Communities Association Standard for Therapeutic Communities and Residential Rehabilitation, Second Edition September 2017*. Australasian Therapeutic Communities Association, Australia.
- Borrell-Carrio, F., Suchman, A. L., Epstein, R. M. (2004). The Biopsychosocial Model 25 years Later: Principles, practice, and scientific inquiry. *Annals of Family Medicine* 2, 576–582.
- Cheung, L. H. (2019 in press). Analysis of ARTM's New 12-Month TC Programme for PWUDs: A Cox's Regression Model. 2019 全國藥物濫用防治研討會（澳門）.
- De Leon, G. (2000). *The Therapeutic Community Theory, Model and Method*. Springer Publishing Company, NY, USA.
- Dianova Portugal (2018). Mental Healthcare: Benefits of Addiction Treatment for Individuals, Communities and Governments. Year 12, Ed. 31, 2018, *EXIT*, Dianova, Lisbon.
- R.A.E.M. (2009). Lei n.º 17/2009. *Boletim Oficial da Região Administrativa Especial de Macau – I Série*, 32, 10-8-2009, 1155-1188.
- Skewes, M. C. & Gonzalez, V. M. (2013). The Biopsychosocial Model of Addiction. *Principles of Addiction*, 1, 61-70.
- Vanderplasschen, W., Vandevelde, S., & Broekaert, E. (2014). *Therapeutic Communities for Treating Addictions in Europe: Evidence, current practices and future challenges*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Lisbon.

以樂洗心：福音詩歌運用於戒毒康復輔助治療 ——以《不完美的禮物》與《恩曲》為例

陳家燕⁷

【摘要】

目的：本文介紹澳門戒毒康復群體所傳唱的福音詩歌 (gospel hymn)，從音樂治療的角度出發，分析其作用以及對戒毒者的心靈影響。**方法：**透過闡述 1. 音樂的作用與社群音樂治療 (community music therapy) 相關理論及案例、2. 福音戒毒概念與音樂治療的關係，對兩首為澳門福音戒毒群體所熟悉的福音詩歌進行音樂分析，闡釋其輔助治療功能和作用。**結果：**戒毒康復群體透過福音詩歌的傳唱，有助達到心靈洗滌、勵志向上、成長更新的效果。**結論：**福音詩歌的運用，結合對音樂有更深入的理解、理論的實踐和堅實信仰理念，能輔助戒毒康復者恢復心靈整全。

【關鍵詞】

戒毒歌曲，福音詩歌，音樂治療，社群音樂治療，藝術治療，福音戒毒

一. 內文：

(一) 引言

面對日益複雜多變的藥物濫用問題，現時的戒毒治療趨向運用多元手法，其中，以創造性藝術治療手法介入日漸普及。澳門於 20 世紀 80 年代開始有自願戒毒治療院舍服務，在矯治過程中透過使用詩歌表達和音樂訓練，取得了一定的心靈治療效果。近年各戒毒復康機構更注入其他藝術元素於戒毒治療工作中，如禁毒劇本創作、話劇演練、攝影等。(戒毒復康處 2016, p. 2)

本文從社群音樂治療的角度出發，以這些院舍服務曾使用的福音詩歌為例，通過音樂分析，探討詩歌對戒毒者的輔助治療作用，期望能促進音樂於戒毒康復群體的運用。

(二) 社群音樂治療：福音詩歌用於輔助戒毒康復的理論基礎

1. 音樂的作用與社群音樂治療

音樂對人及社會的功能有：1. 激發人的生理反應、2. 溝通與情感表達、3. 傳遞象徵性意義、4. 反映社會價值、文化及行為基準、5. 作為社會聚結整合力量，及 6. 審美與娛樂 (Merriam 1964, 轉引自 Davis, Gfeller, Thaut 2008, p. 54-71)。音樂對人最顯著的影響在於情緒 (吳幸如、黃創華 2006, p. 7)。音樂帶給人的情感體驗，可對人產生積極的影響，促進審美價值觀的形成，影響其生活方式和生存

⁷ 陳家燕，澳門理工學院音樂學士學位課程 (教育專業) 學生。本文為畢業論文的主要內容，全文可於澳門理工學院圖書館學生論文收藏庫查閱。

目標。有教育家 (K. Swanwick)認為，音樂生活中的所有活動，都內含教育的意圖。

音樂治療即有計劃、有組織地使用音樂，包括運用聽、唱、演奏、律動、音樂創作等活動，以期幫助個體達到生理、心靈、情緒、認知等方面治療的效果 (汪彥青 2003, p. 20-22)。它屬於一種輔助療法。(吳幸如等 2006, p. 7)

社群音樂治療 (community music therapy) 是一門新興的分支學科，研究人們與其所屬社會團體在互動下所產生的音樂與健康之間的關係，以及所帶來的社群性改變。其透過「作樂」活動 (“musicking”) 把人們聯繫起來，造就弱勢群體的自我表達 (Stige & Leif 2012, p. 2-27)。

近幾十年來，有關社群音樂治療的研究趨受關注，不少案例顯示其多元性、社會性和治療性的特質。例如，在 20 世紀 70 年代美國，有一支為問題青少年而組成的歌詠團，學者發現，曾在表演獲嘉許的團員中，學業成績、出勤率、工作習慣和行為表現均有進步 (Ragland and Apprey 1974, 轉引自 Stige et al. 2012, p. 34)。20 世紀 90 年代於挪威，當地為在囚及獲釋人士設置音樂休閒活動自願參與計劃，讓他們培養健康嗜好，提供社交的機會。儘管有參與者仍反覆犯案屢次入獄，此項計劃對其終見成效 (Tuastad & Finsas 2008, 轉引自 Stige et al. 2012, p. 8)。

澳門戒毒康復人士中，有半數患有抑鬱及焦慮症，三成戒毒者難以控制自己的暴力行為及有自殺衝動 (錢明年 2003, 轉引自防治藥物依賴廳 2011, p. 39)。團體音樂活動可作為戒毒後的一種健康休閒活動，能幫助他們轉移焦點。矯治性音樂治療的目標可包括：誘發情緒改變、鼓勵情緒學習、提供對感受、想法和記憶的自我表達方法、減少攻擊性和敵意性行為等。(Davis et al. 2008, p. 138, 311-312)

2. 福音戒毒概念與音樂治療的關係

福音戒毒的信仰精神是藉相信耶穌基督的救贖，帶來人生價值觀的改變，從心思的轉化逐步養成新的行為和習慣模式，脫離毒害活出豐盛人生。從以下幾節聖經經文可理解相關信念：

「耶穌對他們說：無病的人用不著醫生，有病的人才用得著。」(路加福音第 5 章 31 節) 人因察驗自身心靈上的「病」(罪惡本性)，而尋找耶穌的醫治和釋放。福音戒毒的基本立場是先承認個人在行事為人上曾有缺失，需要神的幫助。唱詩能給人空間在靈性上有所感悟。

「主…不願有一人沉淪，乃願人人都悔改。」(彼得後書第 3 章 9 節) 神重視人與祂的關係，特別關心在罪中掙扎的人。對屢受挫敗或被嫌棄的戒毒者來說，詩歌的訊息帶來盼望，因能認識到神接納並饒恕痛悔的心靈。

「若有人在基督裡，他就是新造的人，舊事已過，都變成新的了。」(哥林多後書第 5 章 17 節) 戒毒者可以接受耶穌基督為拯救和幫助，開展新的生活方式。詩歌的歌詞與音樂起伏，能切合人們的心理需要，表達期盼並堅定人的意志。

福音戒毒工作以各樣方式挽回和栽培戒毒者的生命，其中包括常唱詩歌以抒發心聲、認識福音和讚頌上帝。由於群體各成員可對信仰持不同的接受程度，唱詩可視為一種音樂集體活動，借助團體互動以及對音樂、歌詞的感觸達到洗滌心靈的目的。

在音樂治療裡，治療師亦運用歌曲，幫助案主或團體探索信念與因為扭曲思維所

產生的情緒結果 (Bryant 1987, Maultsby 1977, 轉引自 Davis et al. 2008, p. 131)。人們在詮釋特定音樂的意義時，會受過去的經驗、音樂訓練、文化觀點和認知發展等因素影響 (Gfeller 1990c, 轉引自 Davis et al. 2008, p.55)。音樂所具有作用的能量大小，還受音樂本體的客觀因素影響 (如詩歌的適切性、作品質素、表現形式與風格、音響條件)，以及個人狀態的影響 (如心情或專心聆聽程度)。福音詩歌對人心靈治療的作用，較大幅度取決於其信仰：對非信徒來說，歌詞信息所能起的作用會減低 (普凱元 2007, p. 223)。但是，音樂本身是具親和力的媒介，當音樂的氣氛與聽者的心情吻合時，他會覺得被了解和接納 (Leuner 1983, 轉引自章華 2003, p. 132)；音樂能影響腦中司掌情緒的部分，直接引起聆聽者的情緒 (Eldenstien 1985, 轉引自章華 2003, p. 132)。因此，動人心弦的旋律能夠直達人心，增進人們對歌曲的擁護。再者，音樂能引起回憶與聯想，觸動情感的層面 (Leuner 1974 轉引自章華 2003, p. 132-133)，縱使聆聽者未能認同一些歌詞內容，仍能透過音樂中的精神品質勾起情景和意象，引起思考，在不同經歷的人身上投射為不同層次的心靈體驗。

(三) 用於輔助戒毒康復的福音詩歌實例分析

唱詩為福音戒毒團體中各類型聚會的恆常活動之一，所傳唱的有勵志歌曲，也有基督教傳統和當代聖詩。這些歌曲與禁毒流行歌曲並不相同，前者著重對戒毒者心靈層面的觸動，後者是面向普羅大眾以宣傳吸毒的禍害，因此兩者所傳達的信息是有差異的。

澳門福音戒毒群體所傳唱的詩歌為數甚多，數量與本地基督教會所及的相乎。本文選取其中兩首在群體中受歡迎的粵語詩歌作分析，從詞曲、意境方面探討詩歌對他們所起的輔助治療作用。

1. 《不完美的禮物》

此曲於 2013 年由李慧芬所作、周祉澄填詞，是澳門原創音樂作品，原為心理劇《哈姆雷特的抉擇》的主題曲，亦曾在劇場《其實我們 IV》⁸中演唱。該曲近年在澳門福音戒毒群體中頗受歡迎。作曲者的創作意念是：「...希望鼓勵他們生命雖然有黑暗的時候，但認識主[基督]後有不一樣的生命和盼望。如同抬頭看見藍藍的天空，覺得生命再現生機和豁然開朗。」

(1) 音樂分析

歌曲調式為 D 大調，結構是複二部曲式正副歌形式。領唱與副歌的對比如下：

表格 1：《不完美的禮物》領唱(Verse) 與副歌(Chorus) 對比

對比：	領唱 (Verse)	副歌 (Chorus)
音域、旋律線	較狹窄，偏向低沉	較寬廣，較多上行旋律
節奏	穩定，較多重覆性節奏形態	靈活，節奏形態較多樣化

⁸ 風盒子 Wind Box (2014)：《其實我們——不完美的禮物》[EB/OL] 青年挑戰中心學員，青少年關注劇場《其實我們》主題曲
<https://youtu.be/jlcNiOwV1IE>, 2014-08-26 / 2019-01-24

以上因素所引起的 聯覺反應可對應為	兜轉、停滯不前的人生，內心被 困、沮喪的情緒狀態	突破界限、心靈釋放，積極明朗的情 景
歌詞主旨	過去孤單、挫折的人生	受上帝和人間愛的激勵，生命變得美 好

全曲歌詞押韻，和聲基調委婉。前奏重覆動機  與 I – ii – iii 級和聲
行進相配，帶有追憶與沉思的意味。

研究指出，音樂中對立的張力如緊張——放鬆、和諧——不和諧的變化重覆出現時，能宣洩壓抑的情緒使人舒暢 (Sutermeister 1951, Lecourt 1979, 轉引自章華 2003 p. 132-133)。領唱段落中的壓抑情緒，使人在心理上期待釋放，副歌高潮的出現讓情緒得到全然釋放，滿足期待。

歌曲還有以下特點：

1.1. 全曲只有一次出現 $^bV_{II} (C^{sus2})$ 和弦，旋律在重拍上留白 (第一拍休止)，此處連接低沉的領唱到明亮的副歌，效果尤為突出，充滿能量，表徵著人生的轉捩點：

(領唱 Verse 前部分：氣氛低沉)



Copyright © By Lei Vai Fan & Christine Chao @ 2013

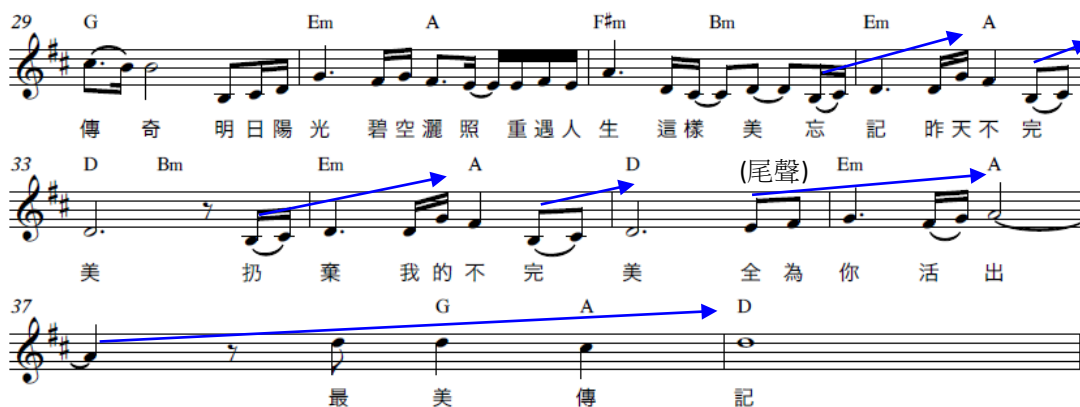
1.2. 歌詞、旋律與節奏形態以排比式並列，回答「誰還愛我像個寶」，強化對重要訊息的記憶：



Copyright © By Lei Vai Fan & Christine Chao @ 2013

1.3. 歌曲高潮位處曲中四分之三的位置，音樂美學上為黃金分割點，符合人們自然的情緒發展規律。

1.4. 副歌後半部（「明日陽光……這樣美」）的緊湊節奏配合歌詞，帶出興奮期盼的情懷。過渡句「忘記昨天…扔棄…不完美」(第 32-35 小節) 為上揚的尾聲伏筆，歌曲在高峰上收束。



Copyright © By Lei Vai Fan & Christine Chao @ 2013

(2) 歌曲《不完美的禮物》的音樂治療功能與作用

音樂具有強化、擴展歌詞訊息的功用，幫助傳達深層的感受如哀慟、振奮，增添歌詞的感染力。戒毒者可藉此曲傳達懊悔和歉意，以健康合宜的方式分享情感，交流心靈。

此曲較滿意地回應人們對審美的需求。美感經驗對於個人價值感或自我實現是重要的 (Maslow 1970, 轉引自 Davis et al. 2008, p.70)，音樂精緻化地展現人們最深層的思想與微妙的情感，促進個人的生活品質；作為娛樂，可使人放鬆，促進心靈健康。(Davis et al. 2008, p. 70)

心理劇《哈姆雷特的抉擇》創作人「人仔叔叔」曾為戒毒學員排練演出，描述他們「敞開心扉，真誠地坦露他們的所思所想、經歷和感受.....把自身經歷轉化為一份『不完美的禮物』回饋社會...」。學員的感受包括：能體驗親友受眾的鼓勵、重新肯定自我價值、在演出中受感動，並學習用心去做事而獲得滿足 (戒毒復康處 2016, p. 17-24)。透過歌曲演繹，戒毒者的心靈獲得更新。

2. 《恩曲》⁹

歌曲由香港音樂創作人兼教師李嘉琦於 1986 年為基督教互愛中心 (福音戒毒機構) 而作，並於福音歌曲媒體發行¹⁰，是港澳地區福音戒毒群體經典詩歌之一。

(1) 音樂分析

曲調與 20 世紀 70、80 年代的香港粵語流行曲相近。歌曲體裁為單二段體正副歌形式，調性為五聲音階 D 宮調式。風格平和樸實，有自在舒懷的平伏感和坦率的特質。

歌曲有如下特點，使之易於記憶，朗朗上口：

1.1. 全曲的旋律線條大致上以五聲音階序列 (D-E-F#-A-B/1-2-3-5-6) 級進呈現，較少跳進。

⁹ Hui Shan Wong (2012)：我們永遠懷念的李嘉琦先生李 Sir！[EB/OL] 李嘉琦、互愛中心 <https://youtu.be/V4GVGrUpYHQ>, 2012-06-23 / 2019-02-28

¹⁰ 參看《互愛詩歌精選》<https://www.youtube.com/watch?v=lmn12N8x360> 及《天地情緣 3》<https://youtu.be/VfhiHNNH5Vw>

1.2. 常出現重覆的節奏型，如：(第 5, 7 小節)、
小節，第 19, 20 小節) 和
小節，第 15, 17 小節)。



1.3. 旋律以「魚咬尾」方式構成，即前一句旋律的結束音和下一句旋律的第一個音相同，使樂句環環相扣：

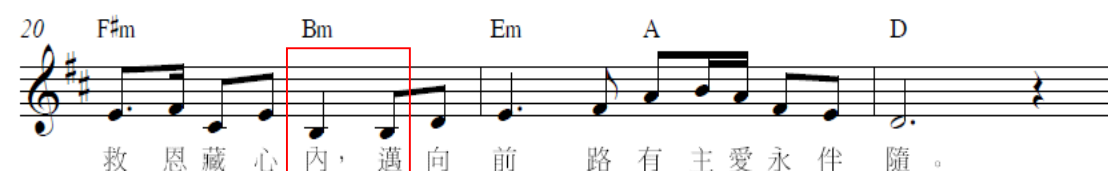
(♩ = 84)

曲/詞：李嘉琦



1. 無

Verse (領唱)



Copyright ©

(2) 歌曲《恩曲》的音樂治療功能與作用

澳門福音戒毒群體以往常於聚會和對外探訪中傳唱此曲。其象徵化的使用，能引起成員間同病相憐、同舟共濟的情感與回憶，同時也成為了群體的象徵性表白。從治療的角度看，音樂的象徵可作為有用的溝通工具 (Davis et al. 2008, p. 66)。

《恩曲》建構於中國五聲音階調式，它反映著基督信仰精神融入本土文化內涵中，象徵性地拉近信仰與「平凡人」的距離，表達出基督信仰文化並非遙不可及而是真實可行的。可見音樂具有承載文化價值的力量；適當的音樂風格能讓人從中探索人生意義，得到助益 (Davis et al. 2008, p. 67)。

歌詞起首：「無數苦惱全隨浪水逝去，樂意高歌心中惡盡除」與貼近大眾文化的曲風相配合，能幫助聽者獲得心理上的慰藉，富含心靈溝通的潛能。歌曲中對往事的覺悟與此刻的立志，具有促使靈性成長的治療意涵。

(四) 結語：唱詩對戒毒復康所起的作用與應用展望

戒毒群體的唱詩活動涉及音樂治療與教育、信仰理念等元素，唱詩可帶來以下作用：

1. 增進心靈治療

以音樂舒展身心，抒發感受；在音樂的時間流裡抽離，獲得啟發而更勇於面對問題，解除憂鬱或危機 (汪彥青 2003, p. 25)。歌唱能讓人擴大經驗世界，藉由歌詞認識其中所表達的未知境界，體驗新的生活方式 (篠田 2004, p. 48)，並有助於認定抽象概念的存在，例如，人們能透過《生日歌》感受到被愛和重視。同樣，戒毒者可藉著唱詩歌認定一些正面、有盼望的思想訊息，使心靈獲得滿足，驅使其在生活中作出正確的抉擇。

2. 促進自我成長

福音詩歌承載的信息，能助人建立正向的自我概念。歌曲的演繹提供人們實現自我、增加自信的機會，也可讓人覺察情緒，表達感受，有助培養適當的社會行為，使個人心智邁向成熟。

優秀的詩歌可以提升人的心靈高度，影響其處世態度。歌詞通過搭配美好的旋律，能促進訊息的接收與記憶，如幼兒透過 ABC 字母歌，更容易學會字母排列。以一

聖靈果子歌

曲: JASONBOY

詞: 加拉太書第5章22-23節

♩=72

F C/E Dm7 F/C Bb C Am7 D7

聖 靈 所 結 的 果 子 ， 就 是 仁 愛 、 喜 樂 、 和 平 、

5 Gm7 C Am7 D7 Gm7 Bb/C C F

忍 耐 、 恩 慈 、 良 善 、 信 實 、 溫 柔 、 與 節 制 。

首粵語短詩《聖靈果子歌》¹¹為例，通過旋律編配，聖經經文變得易記：

在澳門，政府及各民間戒毒與防治藥物濫用機構歷年來透過舉辦禁毒音樂活動、歌曲創作比賽、交流會，以及提供音樂培訓等，為戒毒學員締造音樂學習和演出實踐的機會，表明業內對音樂、藝術元素運用的肯定。在此框架下，本文探討了音樂與福音詩歌所能發揮的作用，讓音樂活動的發起者、工作者和參與者思考明辨音樂教育的路向，更充分認識歌曲傳唱的力量——結合音樂豐富的內涵、知識理論的實踐和堅實的信仰理念——如何能真正助人恢復心靈整全，持續帶來社群性的轉化。有了明確的定位和目標方向，各類音樂項目和計劃更能恰如其分，讓群體對象獲最大得益。

參考文獻

- 中華民國應用音樂推廣協會作者群 (2003)：音樂與治療[C]，台北，星定石文化出版有限公司
- 汪彥青：音樂治療的定義 [A] p. 20-35
- 章華：音樂治療與心理／諮商——音樂治療與心理治療 [A] p. 130-145
- 戒毒復康處 (2016)：心靈沙龍藝術作品集 [R]，第二版。澳門特別行政區政府，社會工作局
<http://www.antidrug.gov.mo/anti/web/cn/ebook/xlsyzpj2016-07-08.pdf>, 2016-05 / 2019-02-07
- 防治藥物依賴廳 (2011)：青少年禁毒輔助教材 [M]。澳門特別行政區政府，社會工作局
- 吳幸如、黃創華 (2006)：音樂治療十四講 [M]。台北：心理出版社。
- 普凱元 (2007)：人是怎樣接受音樂的：談音樂與心理 [M]。北京，人民音樂出版社
- 篠田知璋、加藤美知子主編 (2004)：標準音樂治療入門 [M]，陳美如譯。台北：五南圖書出版公司
- Davis W. B., Gfeller K. E., Thaut M. H. (2008). 音樂治療理論與實務 [M]，吳幸如、黃創華等譯。台北：心理出版社。
- Stige, Brynjulf and Leif E. Aarø (2012). Invitation to Community Music Therapy [M], New York, Routledge.

鳴謝

澳門理工學院藝術高等學校代百生副教授指導論文寫作

梁國成牧師，以及幾位福音戒毒與音樂工作者、康復者提供的協助

歌曲作者／版權持有者 李慧芬 & 周祉澄、李樊道霞 (李嘉琦太太) 及 Jasonboy 允許筆者於本文中引用歌曲作品

¹¹ JasonBoy Guitar Music (2015): 聖經《聖靈果子歌》(粵語) [EB/OL] Jasonboy.
<https://youtu.be/h0q9RCX989U>, 2015-09-29 / 2019-07-20

正念太极拳对强制戒毒人员动作能力的促进作用研究

匡明开、隋东、江象郁（广东省第一强制隔离戒毒所）

袁荣亲、王梦迪（广东省晴朗心理职业培训学校）

李 冉（Springfield College）

周晖、李军、康正煜、侯博文、屈萍（中山大学）

【摘要】

目的：本研究旨在通过探索正念太极拳练习对强制隔离戒毒人员（以下简称“戒毒人员”）的动作能力（粗大动作和精细动作）的干预效果，为减轻戒毒人员的戒断症状和提高戒毒人员的康复效果提供实证依据。方法：以广东省第一强制隔离戒毒所 141 名男性戒毒人员为研究对象，随机将其分为四个组别：正念太极组（36 人）、传统太极组（35 人）、传统正念组（35 人）、对照组（35 人）。除对照组外，其余三组进行均进行为期十周的相关实验干预（每周干预一次，每次 90 分钟），并在干预前后进行动作能力测试。通过采用 4（四个组别） $\times$ 2（测试时间：前测、后测）混合设计多因素方差分析（Mixed-factorial ANOVA）检验三种不同干预方式对于戒毒人员的动作能力的效果。结果：在动作能力测试中，正念太极组的后测成绩显著高于前测成绩（ $P < 0.001$ ），而对照组和正念组的后测成绩显著低于前测成绩，传统太极拳组实验前后无显著变化。结论：正念太极拳对于提高戒毒人员的动作能力具有显著作用，传统太极拳对戒毒人员的动作能力衰退可能存在抑制作用，传统正念疗法对于戒毒人员动作能力无显著作用。

【关键词】正念太极拳；动作能力；强制隔离戒毒人员；正念

1 前言

2019 年 6 月 11 日司法部戒毒管理局与中国体育科学学会签署运动戒毒战略合作框架协议，协议内容确定将运动戒毒作为戒毒康复的常用方法。运动疗法是借助于特定的运动方式来调整患者身心健康和恢复运动能力的一种方法，是现代最社会最受欢迎的重要临床和康复医疗手段之一^[1,2]。

动作能力（Motor Competence，MC）是人类各种身体动作行为的具体表现，它既可以作为反映个体生理健康状况的重要指标（如脑瘫的诊断），又是评定人体运动能力的重要因素之一^[3]。有证据表明，动作能力和健康的多个方面存在正相关性^[4-6]。对于戒毒人员而言，戒毒人员的动作能力表现显然同样与其健康状况有关。Wrotniak（2006）等人认为^[7]更高水平的动作能力会导致人们参与更多不同类型的体育活动，从而使人们得到更多的锻炼量和更高的锻炼强度。由此可以推测，更高水平的动作能力将能在一定程度上促进戒毒人员更频繁地参与不同类型的体育活动，从而增进其健康水平。

太极拳作为中国传统武术的瑰宝，已被证实具有提高老年人的平衡能力^[8]、心肺功能及免疫系统功能^[9-11]的作用。已有研究表明：太极拳运动可提高戒毒人员的身心康复水平，在平衡能力提升、血压稳定和心理健康促进等方面起到了重要的作用^[12-14]，并能在一定程度上降低戒毒人员的复吸率^[15]。由美国心理学家卡巴金根据东方佛教从坐禅、冥想、参悟等禅修方法提出的自我心理调节方法——正念，是指有意识地且不加评判地将注意力集中于此时此刻所呈现出来的体验而涌现

出的一种知觉^[16]。临床证明，正念能提高患者情绪管理能力和疼痛接纳水平，改善患者的生活质量。通过阅读文献发现太极拳和正念的哲学思想均起源于东方哲学，本团队采用学科混合性研究方法，试图将太极拳与正念有机地融合起来，特意邀请多位专家,包括体育科学及心理学博士和全国著名武术老师联合编创了一套正念太极拳《太易镜心拳》，并利用其作为促进戒毒人员身心健康的干预手段和内容，以期能够为发掘太极拳隐含正念元素提供实证。

本研究目的是通过对戒毒人员进行正念太极拳干预，研究正念太极拳对戒毒人员动作能力产生的实际效果，探索将运动康复与心理矫治相结合的新的戒毒康复方法。

2 研究对象与方法

2.1 研究对象

以广东第一强制隔离戒毒所中 141 名完成生理脱毒一个月以上且年龄跨度在 19~50 岁的男性戒毒人员为研究对象，随机将其分为四组，分别为正念太极组（36 人）、传统太极组（35 人）、传统正念组（35 人）以及对照组（35 人）。在实验过程中，因管理需要和戒毒期满及健康问题造成 10 名研究对象流失。研究对象基本信息大致情况见表 1

表 1 研究对象基本信息表

实验组别	实验干预	组别 人数	流失 人数	学历		毒品 类型		
				小学及小学以下	初中及初中以上	海洛因	冰毒	其他药物
正念太极组	正念太极拳	36	3	14	22	19	17	
传统太极组	十六式杨氏太极拳	35	2	8	27	14	21	
传统正念组	正念疗法	35	4	16	19	26	6	3
对照组	无	35	1	11	24	25	10	

2.2 实验干预方案

除对照组外，正念太极组、传统太极组和传统正念组均进行为期十周的各组别相应的实验干预，具体安排为每周干预 1 次，每次时长为 90 分钟。分别于实验干预前后一周对研究对象的动作能力进行测试。

正念太极组干预内容为正念太极拳《太易镜心拳》。传统太极组采用《十六式杨氏太极拳》作为干预内容。传统正念组采用正念课程进行干预。对照组则进行正常的戒毒康复活动。

2.3 动作能力的测试方法

动作能力一般分为两大类：粗大动作和精细动作。粗大肌肉动作是指身体的大肌肉或肌肉群产生的动作，如走，跑、跳、投等；精细肌肉动作是指由身体的小肌肉或肌肉群产生的动作，如画画、书写、使用筷子等^[3]。本研究测定戒毒人员动作能力的方法采用 Hermundur Sigmundsson（2016）等人^[17]提出的“动作能力

测试组合”，其中粗大动作测试项目包含走/跑测试（walks/runs，W/R）和脚跟贴脚尖走测试（heel-toes-walking，HTW），而精细动作能力测试项目包含放积木测试（place bricks，PB）和搭积木测试（build bricks，BB）。Hermundur Sigmundsson 等人验证了“动作能力测试组合”具有较高的信效度。每个测试项目正式开始前允许受试者进行一次练习，每项测试项目均进行 3 次测试，并选取耗时最短的数据用于分析。

2.3.1 走/跑测试（W/R）

要求受试者在起点处开始。在听到开始信号后（开始计时），令受试者以最快的速度绕着两条标记线（标记线为 1 米宽）跑 8 字形。第一条标记线距离起点 1 米、第二条标记线距离起点 5.5 米（两条标记线间距为 4.5 米）。如果受试者从第一条标记线的右侧开始绕 8 字，将会经过第二条标记线左侧，绕过去从第二条标记线右侧继续，然后经过第一条标记线左侧，最后冲过终点。当受试者回到起点时，才可停止计时。受试者可自行选择其跑的方向。

2.3.2 脚跟贴脚尖走测试（HTW）

在地上画一根 4.5m 长的线，令受试者的前脚脚后跟必须贴着后脚脚指头。从 4.5 长的线一端开始行走，测试最快通过 4.5m 线的时间。（后脚脚跟通过终点为止）。

2.3.3 放积木测试（PB）

需要用到 18 块方形乐高得宝积木和一块乐高拼砌板作为测试器材，测试之前，积木横向摆放三排在受试者手的一侧，另一只手拿着拼砌板。受试者坐在测试台前，要求受试者以最快的速度将 18 块得宝积木插放在拼砌板上（无任何排列要求）。正式测试前先进行一次练习。左右手需分开测分别进行测试。

2.3.4 搭积木测试（BB）

需要用到 12 块方形乐高得宝积木作为测试器材，令受试者舒适地坐于测试台前。当测试人员发出开始信号并开始计时，受试者需以最快的速度将 12 块乐高积木一个接一个叠插成“塔”。两只胳膊均不能放在测试台上，积木只能拿在手里，不能放在测试台。当受试者的手离开最后一块积木时计时结束。该测试仅测受试者的惯用手。

2.4 统计学处理与分析

运用 SPSS 21.0（Chicago，USA）统计软件，对采集的数据进行统计分析。采用两组 4（组别：对照组、正念太极组、传统太极组、传统正念组）× 2（测试时间：前测、后测）混合设计多因素方差分析分别检验三种不同干预方式对戒毒人员动作能力的影响。

3 研究结果

3.1 实验结果

如表 3 所示，组别 × 测试时间在精细动作上的交互作用显著（ $F[3, 123] = 12.81, P < .001, \eta_p^2 = 0.24$ ）。图 1 为四个组别在精细动作上的交互作用效果。简单效应检验显示，在基线上，除正念太极拳组（ $M_{\text{正念太极}} = 140.04, SD = 25.21$ ）

显著低于对照组外 ($M_{\text{对照}} = 157.69, SD = 18.21; P = 0.001$), 其他三个组之间无显著差异 ($P > 0.05$); 经过 10 周的干预活动, 虽然四个组在精细动作表现上无显著差异 ($P > 0.05$), 但是正念太极拳组的后测分数显著高于前测分数, 而对照组和传统正念组的精细动作后测分数均显著低于前测分数, 传统太极拳组精细动作前后测得分无显著变化(表 1)。也就是说, 经过 10 周的正念太极拳练习, 正念太极组的精细动作水平有了显著提高, 消除了前测时与对照组的显著性差异。

表 2 干预前后吸毒人员动作能力测试得分情况

动作能力 标准分	测试 时间	对照组		正念太极组		传统太极组		传统正念组	
		均值	标准 差	均值	标准 差	均值	标准 差	均值	标准 差
放积木	前测	108.05	9.91	92.02	20.56	99.54	14.46	103.44	12.42
	后测	96.95	13.19	100.87	10.95	97.24	13.13	95.94	11.29
搭积木	前测	49.64	10.52	48.02	11.39	48.36	10.40	54.12	6.55
	后测	49.11	10.01	51.43	7.47	51.08	7.14	51.34	6.17
精细动作 总分	前测	157.69	18.21	140.04*	25.21	147.90	20.56	157.56	16.43
	后测	146.06 [#]	20.33	152.30 [#]	14.28	148.32	17.57	147.28 [#]	14.59
脚跟贴脚 尖走	前测	50.28	9.74	50.91	8.82	44.90	8.76	54.82	6.48
	后测	48.93	10.62	57.45	6.77	48.73	6.57	46.92	9.53
走/跑测试	前测	47.68	10.77	47.81	9.27	51.48	9.36	52.91	7.61
	后测	44.11	12.29	54.18	4.82	49.87	11.10	53.29	5.64
粗大动作 总分	前测	97.96	14.84	98.71 ⁺	13.50	96.38	14.63	107.73 [^]	12.22 [^]
	后测	93.04 ⁺	17.51	111.64 ^{##}	8.12	98.60	12.20	100.20 ^{##}	12.32

注：*表示与对照组比较， $P < 0.01$ ；#表示与前测比较， $P < 0.05$ ；##表示与前测比较， $P < 0.01$ ；^表示与其他三组的粗大动作前测得分相比， $P < 0.05$ ；+表示与其他三组的粗大动作后测得分相比， $P < 0.05$ ；

表 3 组别和测试时间在精细动作上的混合设计方差分析表 (N = 127)

变异来源	平方和	自由度	均方	F 值	P 值	$\eta^2 p$
组间设计						
组别	1733.27	3	577.76	1.06	0.371	0.03
误差 (组别)	67321.343	123	547.33			
组内设计						
测试时间	337.87	1	337.87	2.18	0.14	0.17
组别×测试时间	5947.192	3	1982.40	12.81 ^{&}	0.00	0.24
误差	19042.17	123	154.81			

注：&表示显著水平达到 $p < 0.001$ ；

表 4 组别和测试时间在粗大动作上的混合设计方差分析表 (N = 127)

变异来源	平方和	自由度	均方	F 值	P 值	$\eta^2 p$

组间设计						
组别	4315.833	3	1438.61	5.72	0.00	0.12.
误差 (组别)	30921.10	123	251.39			
组内设计						
测试时间	28.75	1	28.75	0.27	0.61	0.002
组别×测试时间	4039.22	3	1346.41	12.62 ^{&}	0.00	0.24
误差	13118.84	123	106.66			

注：&表示显著水平达到 $p < 0.001$ ；

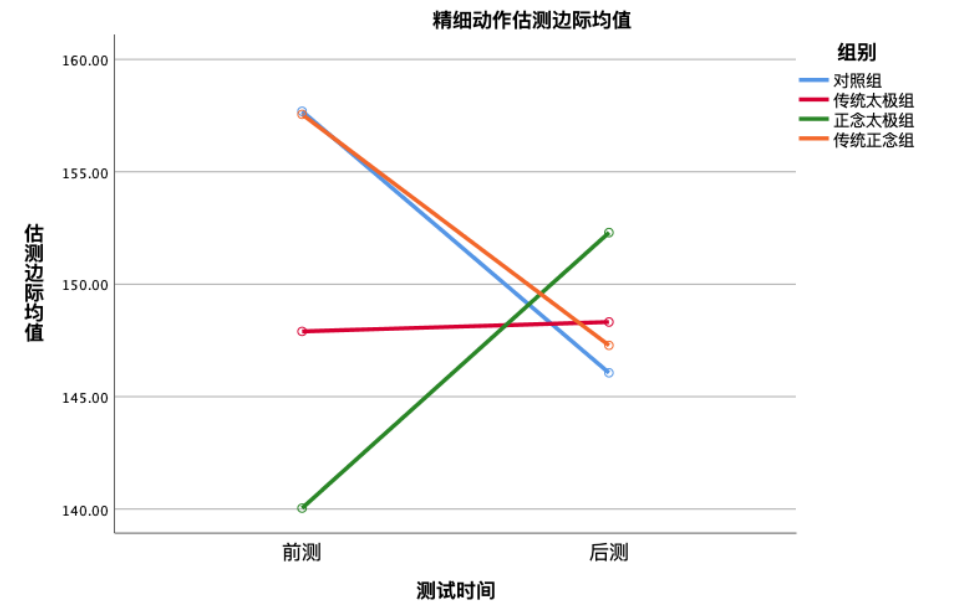


图 1

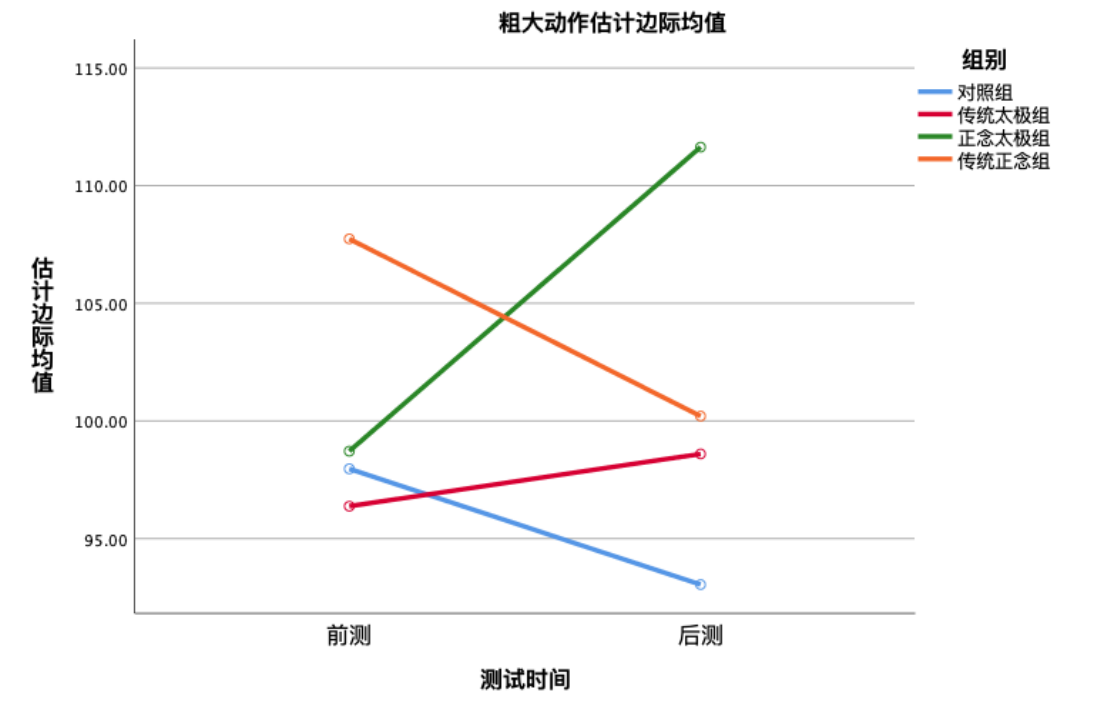


图 2

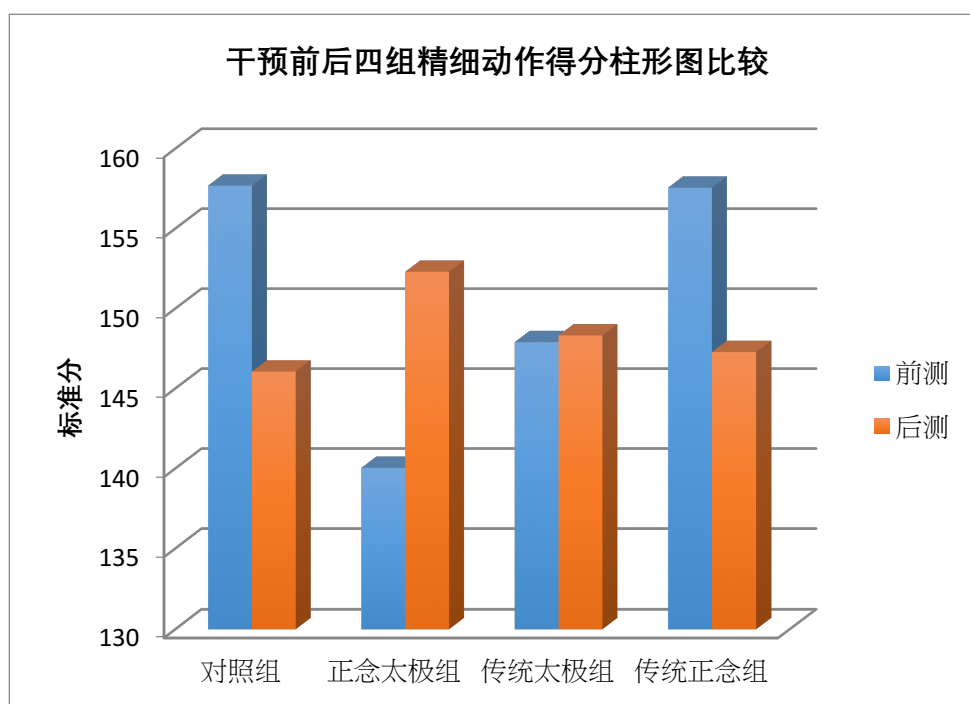


图 3

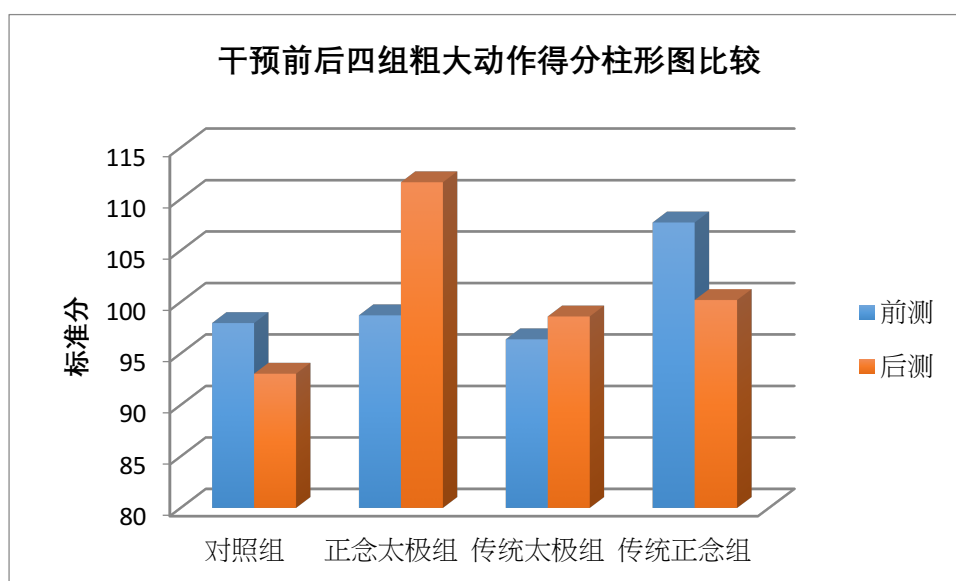


图 4

第二组混合设计方差分析的结果显示，组别 $\times$ 测试时间在粗大动作上也存在显著的交互作用的 ($F[3, 123] = 12.62, P < .001, \eta_p^2 = 0.24$) (表 4)。简单效应检验表明，传统正念组 ($M_{\text{传统正念}} = 107.73, SD = 12.22$) 在基线上显著高于其他三组得分 ($P < 0.05$)，对照组 ($M_{\text{对照}} = 97.96, SD = 14.84$)、正念太极组 ($M_{\text{正念太极}} = 98.71, SD = 13.50$) 和传统太极组 ($M_{\text{传统太极}} = 96.38, SD = 14.63$) 的前测得分无显著差异 ($P > 0.05$)；正念太极组 ($M_{\text{正念太极}} = 111.64, SD = 8.12$) 的后测得分显著高于对照组 ($M_{\text{对照}} = 93.04, SD = 17.51$)、传统太极组 ($M_{\text{传统太极}} = 98.60, SD = 12.20$) 和传统正念组 ($M_{\text{传统正念}} = 100.20, SD = 12.32$) 的后测得分 ($P < 0.05$)，对照组粗大动作后测得分显

著低于其它三组得分 ($P < 0.05$)，传统正念组和传统太极拳组的后测得分没有显著差异 ($P = 0.62$)。另一方面，和精细动作部分分析结果相类似，正念太极拳组的后测得分显著高于其前测得分 ($P < 0.01$)，传统正念组后测得分显著低于其前测得分 ($P < 0.01$)，对照组和传统太极拳组干预前后没有显著差异但后测成绩均出现不同程度下降。

4 分析

4.1 不同运动干预对于戒毒人员动作能力的影响

毒品能导致吸食者神经系统受到损害^[18]，表现之一是吸食后会出现共济失调表现^[19]和躯体功能障碍。王飞 (2015)^[12]研究发现，强制隔离戒毒人员因长期吸食毒品，对脑部产生了严重的损害，常常会出现躯体不适、反应迟钝、运动困难和步态不稳等一系列症状，导致动作能力下降。与此同时，传统正念组、对照组戒毒人员的动作能力下降可能与缺乏针对性运动干预有关。传统太极组的粗大动作能力干预前后无显著性差异，但在粗大动作的部分能力后测得到提高，原因可能是由于太极拳能提高练习者的平衡能力进而影响到其粗大动作能力的提高。本研究中正念太极组的戒毒人员开展正念太极拳练习，由于该拳法中包含有传统太极拳的经典动作，且练习同具太极拳特色运动内涵的新创拳术能提高戒毒人员的平衡能力是得到其他相关研究的实证。研究表明，练习太极拳能提高脑功能和神经对肌肉的控制能力^[20]、协调性和耐力素质^[21]。对于中老年人的研究表明，太极拳能提高练习者的平衡能力^[8,22,23]。耿敬敬 (2016)^[13]等人研究发现太极拳运动能提高女子戒毒人员的平衡能力。练习太极拳能提高人的平衡能力已经得到许多实证研究的证实。Engel-Yeger、Baty (2009)^[24]研究发现粗大动作水平提高对于平衡和姿势控制能力有很大益处。吴升扣 (2014)^[25]等人研究幼儿静态平衡能力与粗大动作发展水平发现，平衡能力越好的幼儿动作发展水平越好，反之亦然。这说明了，平衡能力与粗大动作能力之间具有正相关性。正念太极拳与传统太极拳对于戒毒人员粗大动作能力具有不同影响的原因可能在于，正念太极拳练习过程中要求练习者把注意力集中到当下活动、宁心静气等具有正念元素的功法，使得练习者的注意力高度集中，关注当下的一招一式，在练习的过程中由教授者利用具有正念特点教授方法将《太易镜心拳》中正念效果挖掘出来，使得该拳法对于练习者的锻炼效果达到最大，这是传统太极拳所不具备的。在精细动作表现上，正念太极拳组的后测分数显著高于前测分数，而对照组的精细动作后测分数均显著低于前测分数，传统太极拳组精细动作前后测得分无显著变化。也就是说，经过 10 周的正念太极拳练习，正念太极组的精细动作水平有了显著提高，传统太极拳组的精细动作水平无显著变化，对照组和传统正念组的精细动作水平显著降低。

5 结论

本研究表明，正念太极拳运动干预能够显著提高戒毒人员的动作能力；当缺乏针对性的运动干预手段时，戒毒人员的动作能力出现进一步退化的趋势；单纯进行正念训练，并不能防止戒毒人员的动作能力退化；虽然传统的太极拳练习在防止吸毒人员动作能力衰退上可能存在一定作用，但收效小于正念太极拳带来的影响。由于实验的客观条件，本研究仅探索正念太极拳对于戒毒人员动作能力的作用，并未专门探究正念太极拳对戒毒人员心理健康的影响。本团队也希望在未

来同时从生理和心理两个维度就正念太极拳对戒毒人员的身心健康与身心发展开展进一步的研究,进而佐证正念太极拳改善戒毒人员健康水平的科学有效性,同时也为戒毒人员提供一种更为高效的戒毒康复手段。

参考文献

1. 李善华, 屈红林:《运动医学与运动疗法》,《中国组织工程研究与临床康复》,第45期,沈阳,2007
3. GregPayne, 耿培新, 梁国立:《人类动作发展概论》,人民教育出版社,北京,2008
8. 孙威, 毛德伟, 逢峰:《太极拳和快走练习对老年女性平衡能力的影响》,《中国体育科技》,第5期,北京,2012
9. 梁永文:《太极拳对老年人心肺机能的影响》,《体育学刊》,第4期,广州,2001
10. 郭静如, 洪友廉:《太极拳运动对改善老年人运动功能作用初探》,《天津体育学院学报》,第4期,天津,1966
11. 徐明, 温佐惠:《老年人太极拳运动前后心肺功能的变化》,《成都体育学院学报》,第3期,成都,1997
12. 王飞:《太极拳运动对强制隔离戒毒人员康复效果研究》,上海体育学院,上海,2015
13. 耿敬敬, 朱东, 徐定:《太极康复操对强制隔离戒毒人员的康复效果》,《中国运动医学杂志》,第11期,北京,2016
14. 朱东, 徐定, 戴国斌:《太极康复操对合成毒品成瘾者身心康复的实证研究》,《中国药物依赖性杂志》,第3期,北京,2016
15. 朱东, 徐定, 戴国斌:《太极拳防止女性合成毒品复吸的4年跟踪调查报告》,《中国药物依赖性杂志》,第1期,北京,2018
18. 马俊岭, 郭海英, 潘燕君:《毒品的危害及戒毒方法》,《淮海医药》,第1期,安徽,2010
19. 段曦, 康殿民:《新型毒品滥用的特征与危害》,《中国药物滥用防治杂志》,第6期,北京,2014
20. 权黎明:《长期练习24式太极拳对中年人身体机能的影响》,《中国体育科技》,第5期,北京,2016
21. 唐伟:《24式太极拳对大学生体质健康测试指标影响的研究——以中北大学为例》,《武术研究》,第8期,北京,2013
22. 谢荣华, 燕铁斌, 陈海燕:《太极拳对平衡功能影响的对比研究》,《武汉体育学院学报》,第3期,武汉,2005
23. 金昌龙, 班玉生:《太极拳练习对中老年人静态平衡能力的影响》,《上海体育学院学报》,第1期,上海,2005
25. 吴升扣, 姜桂萍, 张首文:《3~6岁幼儿静态平衡能力特征及粗大动作发展水平研究》,《中国运动医学杂志》,第7期,北京,2014
2. Kremer D, Malkin MJ, Benshoff JJ.(1995). Physical activity programs offered in substance abuse treatment facilities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12(5),327-333
4. Tsang WW, Hui CCJMSSE.(2004).Effect of 4- and 8-wk intensive Tai Chi Training on balance control in the elderly. *Medicine & Science in Sports & Exercise* ,36(4),648-657
5. David S, Stephen L, Mary Ann R.(2009).The association between motor skill competence and physical fitness in young adults. *Res Q Exerc Sport*,80(2),223-229
6. Cattuzzo MT, Henrique RDS, Ré AHN, et al.(2016). Motor competence and health related physical fitness in youth: A systematic review. *Journal of Science Medicine in Sport*,19(2), S1440244014006318
7. Wrotniak BH, Epstein LH, Dorn JM, et al.(2006).The relationship between motor proficiency and physical activity in children. *Pediatrics*, 118(6), e1758
16. Hayes A M FG.(2010).Clarifying the Construct of Mindfulness in the Context of Emotion Regulation and the Process of Change in Therapy. *Clinical Psychology Science & Practice*, 11(3),255-262
17. Sigmundsson H, Lorås H, Haga M.(2016).Assessment of Motor Competence Across the Life Span: Aspects of Reliability and Validity of a New Test Battery. *SAGE Open*, 6(1),1-10
24. Batya EY.(2008).Evaluation of gross motor abilities and self perception in children with amblyopia. *Disability Rehabilitation*, 30(4), 243-248

跨理论取向团体治疗对男性戒毒人员的干预研究

匡明开、隋东、江象郁、袁荣亲、曾汇晶
(广东省第一强制隔离戒毒所)

【摘要】

本研究旨在探讨跨理论取向团体心理辅导对男性戒毒人员拒绝自我效能感和戒毒动机的影响。方法: 研究选取强制隔离戒毒所 60 名戒毒人员为研究对象, 随机分配 30 人为实验组, 30 人为对照组, 对实验组进行 12 场跨理论取向团体辅导干预, 团辅前后分别采用拒绝自我效能感问卷和戒毒动机量表进行测试, 使用 SPSS21.0 对数据进行分析。

结果发现: (1) 跨理论取向团体心理辅导对拒绝自我效能感有显著影响 ($p < 0.01$), 其中干预后环境因素因子 ($p < 0.05$)、负面情绪因子 ($p < 0.01$) 和正面情绪因子 ($p < 0.05$) 皆有显著提高。(2) 跨理论取向团体心理辅导对戒毒动机有显著影响 ($t = p < 0.01$), 其中干预后避吸内部动机因子 ($p < 0.05$) 和趋戒外部动机因子 ($p < 0.05$) 有显著提高。研究表明跨理论取向团体治疗能够有效地提高戒毒人员的拒绝自我效能感和戒毒动机, 是一种行之有效的干预方法。

【关键词】跨理论、团体治疗、拒绝自我效能感、戒毒动机

跨理论模型由美国 Prochaska 和 Diclemente 提出, 最早应用于戒烟活动中, 后开始广泛应用于吸毒、酗酒、减肥和体育锻炼等领域。该理论认为, 人的行为的改变是一个循环、发展性、阶段性、连续动态变化的过程, 包含 6 个共性阶段, 根据不同阶段行为改变的心理特征, 采取相应的策略, 将有效地指导人们进行阶段行为的改变。

目前, 跨理论模式在改善不良行为以及增强健康行为方面的研究, 取得了一定的进展。焦娜娜(2010)在对社区控烟的研究中, 发现经过跨理论模型干预, 吸烟者的每日吸烟量减少, 尝试戒烟次数增加。何志坚等人(2018)对高血压患者的研究中, 发现基于跨理论模型动机访谈有助于提高患者自我效能和自我管理水平, 改善高密度脂蛋白、血压治疗及控制情况和生存质量。高艳敏等人(2014)研究指出, 基于体育锻炼的跨理论模型较为长期的干预, 能强化肥胖小学生减肥意识和动机, 增加其参与并坚持锻炼的主动性。

已有研究表明, 团体治疗在物质滥用领域是一种有效的干预方式, 在针对戒毒人员的研究中, 前人采取过认知治、家庭治疗、人本主义治疗、积极心理学取向治疗、意义治疗等治疗方式, 对于降低戒毒人员复吸倾向和复吸率、培养其积极情绪、改善其不良情绪方面都有积极的作用。曾艳芬(2016)在使用跨理论取向团体治疗对自愿戒毒人员进行干预后发现, 其改善了物质滥用者的人际关系敏感、敌对、抑郁和焦虑水平, 在一定的时间内有效降低了物质滥用者的复吸率和其他问题的出现率。

在强制戒毒所内, 发现许多戒毒人员对毒品危害认识不强, 戒毒动机和信心不足, 缺乏相应拒毒技能, 自我效能感较低, 因此, 寻求有效的提高戒毒动机和拒毒自我效能感的方法, 具有重要意义。本研究采取跨理论模型设计系统团体心

理辅导，探讨其对男性戒毒人员拒绝自我效能感、戒毒动机的影响。

一、研究方法

(一) 研究对象

研究对象为广东省第一强制隔离戒毒所的强戒人员，随机抽取 60 名戒毒人员参与研究。

60 名研究对象随机分为实验组和对照组各 30 名，研究对象纳入标准为：(1) 男性，初中或以上文化水平，年龄介于 18-50 岁之间，有一定的阅读及理解能力；(2) 无重大精神疾病和身体疾病；(3) 能理解并愿意接受团体心理干预；

(二) 研究工具

1.拒绝自我效能感问卷

本研究采取由国内学者耿柳娜、韩丹编制的拒绝自我效能感问卷，主要用于测量个体对自己拒绝使用滥用物质的信心程度。该问卷共 17 个条目，包括环境因素、负面情绪和正面情绪三个因子，得分越高，对自己拒绝使用物质的信心程度越低，反之越高。

2.戒毒动机量表

本研究采取由国内学者武晓艳编制的戒毒动机量表，主要用于测量个体内外部的戒毒动机。该问卷共 36 个条目，包括趋戒-内部动机、趋戒-外部动机、避吸-内部动机、避吸-外部动机和戒毒信心。问卷的每个条目采取五级评分法：完全不符合、多数不符合、不清楚、多数符合、完全符合，评分依次为 1、2、3、4、5。在本研究中，得分越高，代表戒毒动机越高，反之越低。

(三) 团体辅导设计与实施

1. 团体辅导方案

本研究主要目标是提高戒毒人员戒毒动机，增强其拒绝毒品的能力，团体以跨理论模型为基础，针对人行为改变的 5 个阶段：前思考阶段、思考阶段、准备阶段、行动阶段和维持阶段进行干预，设计团体辅导方案，共包含 12 个主题，各主要的目标以及主要内容见表 1。

表 1 跨理论取向团体辅导大纲		
次数	团辅主题	团辅目标与内容
单元 1	关系建立	1、自我介绍，增进彼此认识； 2、建立团体关系，介绍团体规则、目标及形式。
单元 2	改变的开始	1、引入改变阶段模式理论的概念，判断自我阶段； 2、分享我典型的一天，探讨改变的开始。
单元 3	期待和关切	1、分享自我对毒品的期待与想法； 2、发现他人对自己使用毒品时的关切及方式。
单元 4	价值观、利与弊	1、冥想确认自我价值观； 2、讨论价值观与毒品成瘾的行为的矛盾，辨识行为的利与弊。

单元 5	关系与角色	1、描绘自我人际关系环; 2、分享自己的行为对关系造成的影响,以及对自我角色的期待。
单元 6	信心与诱惑	1、讲述最容易被诱惑使用毒品的情况; 2、讨论避免或改变诱因情境的方法。
单元 7	拒绝与奖励	1、练习拒绝技巧的使用; 2、回顾过往的成功经验,指出自我奖赏在保持操守中的重要性。
单元 8	目标与新生活	1、讨论与分享自我目标; 2、找出可以享受的无毒品的新生活的日常活动。
单元 9	沟通与应对	1、学习不同沟通姿态,练习更有效地沟通方式; 2、练习适当地接受他人批评与给予他人有建设性的批评。
单元 10	问题解决与想法管理	1、通过案例探讨问题解决的方式; 2、辨识想法如何诱发个人使用毒品,学习想法管理的技巧。
单元 11	渴望与冲动	1、讨论与辨识自我渴望与冲动的情景; 2、练习渴望与冲动的应对。
单元 12	再出发	1、回顾团体中自我成长与历程; 2、绘制自我生命树,彼此见证、分享与告别。

2. 团体辅导实施

本次团体研究对戒毒人员进行为期 12 场团体干预,每周开展一个团辅主题活动,每个主题分上下午两场,每场活动时间为 90 分钟。团体辅导开展场地为强制隔离戒毒所团体辅导室,由干警在旁协助,每场团辅结束后学员填写反馈表,主测进行回收。

(四) 数据收集与统计分析

本研究共收集两次数据,分别在团辅开始实施前以及团辅结束后各收集一次,60 名研究对象分别填写拒绝自我效能感问卷和戒毒动机量表。数据回收后,使用 SPSS21.0 对数据进行独立样本 t 检验,配对样本 t 检验。

二、结果与分析

(一) 拒绝自我效能感问卷结果

对拒绝自我效能感量表总分及各因子进行实验组和对照组的前后测差异检验,结果发现,实验组前后测得分之间差异显著($t=2.95$, $P<0.01$) (见表 2),拒绝自我效能感后测得分显著低于前测,说明干预后拒绝毒品的能力有所提高。其中环境因素因子($t=2.21$, $P<0.05$)、负面情绪因子($t=2.93$, $P<0.01$)、正面情绪因子($t=2.05$, $P<0.05$)皆呈显著差异,干预后在各因子方面得分显著降低,说明干预后对于在社会影响或压力情境、正面及负面情绪状态下拒绝使用药物的信心提高了。在对照组中,拒绝自我效能感前后测总分得分差异不显著($t=0.33$, $P>0.05$) (见表 3)。

表 2 实验组拒绝自我效能感前后测得分比较 (M±SD)

项目	前测	后测	t	p
环境因素	2.71±0.93	2.46±1.03	2.21	0.03*
负面情绪	2.36±0.99	1.94±1.00	3.01	0.00**
正面情绪	1.53±0.74	1.32±0.57	2.05	0.04*
总分	2.25±0.78	1.94±0.80	3.01	0.00**

注: *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

表 3 对照组拒绝自我效能感前后测得分比较 (M±SD)

项目	前测	后测	t	p
环境因素	3.05±0.67	2.99±0.68	0.55	0.58
负面情绪	2.71±0.71	2.72±0.77	-0.03	0.97
正面情绪	1.78±0.82	1.82±0.69	-0.34	0.73
总分	2.55±0.64	2.63±0.70	-0.60	0.55

注: *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

对实验组与对照组在不同因子及总分上分别进行独立样本 t 检验, 结果如表 4 所示。在团体心理辅导干预前, 实验组与对照组在拒毒自我效能感得分差异不显著 (t=1.65, P>0.05), 在干预后, 实验组与对照组在拒绝自我效能感上得分差异显著 (t=-1.41, P<0.01), 说明干预后戒毒人员对于毒品的拒绝自我效能感的能力得到显著提高。

表 4 实验组与对照组拒绝自我效能感前后测得分比较

项目	前测		t	p	后测		t	p
	实验组	对照组			实验组	对照组		
环境因素	2.71±0.93	3.05±0.67	-1.58	0.11	2.46±1.03	2.99±0.68	-2.20	0.03*
负面情绪	2.36±0.99	2.71±0.71	-1.58	0.13	1.94±1.00	2.72±0.77	-3.35	0.00**
正面情绪	1.53±0.74	1.78±0.82	-1.03	0.30	1.32±0.57	1.82±0.69	-3.05	0.00**
总分	2.25±0.78	2.55±0.64	-1.62	0.11	1.94±0.80	2.63±0.70	-3.52	0.00**

(二) 戒毒动机量表结果

对戒毒动机总分及各因子进行实验组和对照组的前后测差异检验, 结果发现, 实验组前后测得分之间差异显著 (t=-2.95, P<0.01) (见表 5), 戒毒动机后测得分显著低于前测, 说明干预后戒毒动机有所提高。其中, 避吸-内部动机 (t=-2.54, P<0.05)、趋戒-外部动机 (t=-2.35, P<0.05) 呈显著差异, 干预后在这两方面戒毒动机有明显提高。在对照组中, 戒毒动机前后测得分差异不显著 (t=1.10, P>0.05) (见表 6)。

表 5 实验组戒毒动机前后测得分比较 (M±SD)

项目	前测	后测	t	p
趋戒-内部动机	4.12±0.45	4.43±1.27	-1.40	0.17
避吸-内部动机	3.88±0.78	4.16±0.63	-2.54	0.01*
戒毒信心	3.94±0.58	4.10±0.69	-1.72	0.09

避吸-外部动机	3.60±0.77	3.84±0.84	-1.82	0.07
趋戒-外部动机	4.00±0.68	4.21±0.67	-1.82	0.02*
总分	3.94±0.47	4.19±0.67	-3.04	0.00**

注：*p<0.05， **p<0.01， ***p<0.001

表 6 对照组戒毒动机前后测得分比较（M±SD）

项目	前测	后测	t	p
趋戒-内部动机	3.92±0.82	3.77±0.82	0.90	0.37
避吸-内部动机	3.80±0.97	3.71±0.94	0.67	0.50
戒毒信心	3.72±1.09	3.72±1.06	0.02	0.97
避吸-外部动机	3.68±1.02	3.60±1.00	0.37	0.71
趋戒-外部动机	3.81±0.93	3.77±0.91	0.28	0.77
总分	3.80±0.86	3.72±0.86	0.51	0.60

注：*p<0.05， **p<0.01， ***p<0.001

对实验组与对照组在戒毒动机总分及 5 个因子上分别进行独立样本 t 检验，结果如表 7 所示。在团体心理辅导干预前，实验组与对照组在戒毒动机上得分差异不显著（t=-0.74，P>0.05），在干预后，实验组与对照组在戒毒动机上呈显著差异（t=-2.16，P<0.05），说明干预后戒毒人员的戒毒动机有了明显的提升。

表 7 实验组与对照组戒毒动机前后测得分比较

项目	前测		t	p	后测		t	p
	实验组	对照组			实验组	对照组		
趋戒-内部动机	4.12±0.45	3.92±0.82	1.18	0.24	4.43±1.27	3.77±0.82	2.43	0.01*
避吸-内部动机	3.88±0.78	3.80±0.97	0.34	0.73	4.16±0.63	3.71±0.94	2.17	0.03*
戒毒信心	3.94±0.58	3.72±1.09	0.88	0.38	4.10±0.69	3.72±1.06	1.63	0.10
避吸-外部动机	3.60±0.77	3.68±1.02	-0.14	0.88	3.84±0.84	3.60±1.00	1.16	0.25
趋戒-外部动机	4.00±0.68	3.81±0.93	0.78	0.43	4.21±0.67	3.77±0.91	2.11	0.03*
总分	3.94±0.47	3.80±0.86	0.74	0.45	4.19±0.67	3.72±0.86	2.16	0.03*

三、讨论

在物质滥用领域，有研究表明拒绝自我效能感越高，对滥用物质的渴求就会越低，复发的可能性也就越低。此外，戒毒人员戒毒动机对于其预防复吸、操守保持时间来说具有一定的影响。因此，提升戒毒人员对毒品的拒绝自我效能感和戒毒动机，对于预防复发有一定的作用，而探索能提升其拒绝自我效能感的与戒毒动机的方法，则具有重要意义。

戒毒人员在生活中经历了一些重大的负性事件，缺乏有效的应对方式，导致其在意识层面对自我认同感、自我效能感及戒毒动机较低。因此，在阶段改变取向团辅的设计中，针对不同阶段我们引入了自我觉察、认知主题，应对能力训练，渴求应对等主题，以期帮助戒毒人员提升自我认识，正确看待自己，掌握相关的应对方式，提升戒毒信心和自我效能感。同时，在团辅设计围绕个人-家庭-社会

层面针对改变的不同阶段设计相应主题,其中包括建立融洽团体氛围、提升自我价值、社交能力及技巧训练等,在团体中通过人际互动,激发其戒毒动机和信心。

本研究通过系列团体心理干预,发现戒毒人员的拒绝自我效能感水平及戒毒动机水平显著提高,说明跨理论取向团体心理辅导能够引导戒毒人员积极看待自我,提高拒毒水平,激发戒毒动机,是一种行之有效的干预方法。

四、结论

跨理论取向团体心理辅导可以显著提高男性强制戒毒人员对毒品的拒绝自我效能感和戒毒动机。

参考文献

- [1]曾艳芬. 跨理论取向团体治疗对物质滥用者的干预效果研究[D].广州中医药大学,2016.
- [2]孔德华,陆皓,汉瑞娟,李娟,朱鑫华,董鹤.跨理论模型在健康行为改变中应用的研究进展[J].解放军护理杂志,2015,32(13):28-31.
- [3]梁英豪.达州市 232 例强制戒毒者吸毒特征及其心理健康状况调查[J].乐山师范学院学报,2017,32(12):98-101.
- [4]武晓艳,曾红,李凌,陈杨.戒毒动机的结构与量表编制[J].中国药物依赖性杂志,2008,17(06):465-468.
- [5]焦娜娜. 跨理论模型在长沙市社区控烟中的应用研究[D].中南大学,2010.
- [6]庄艳佳,沈勇强.意义治疗的团体辅导对于戒毒者复吸倾向的影响[J].心理科学,2015,38(02):468-473.
- [7]俞晓歆,耿文秀,姜永,张衍.积极心理学在戒毒人员团体辅导中的应用[J].心理科学,2012,35(02):494-497.

虚拟现实(VR)治疗对强制隔离戒毒人员 情绪调节能力的影响

廖艳香、袁荣亲、杨燕
(广州市海珠区晴朗天社会工作服务中心)
黄海辉、余业明
(广州市岑村强制隔离戒毒所)

【摘要】

目的:研究虚拟现实(VR)治疗对强制隔离戒毒人员的情绪调节能力的影响。

方法:采用情绪调节困难问卷筛选出广州市岑村强制隔离戒毒所 12 名戒毒人员,团辅前后分别进行前后测。其中 6 名作为实验组,进行连续 8 周、每周一次的 VR 治疗团体心理辅导,另外 6 名戒毒人员作为对照组,不进行心理干预。

结果:团辅干预后,实验组的情绪调节困难水平相较于对照组有所下降($p<0.01$);实验组在团辅干预前后,总体情绪调节困难水平得到显著下降($p<0.01$),其中在缺乏有效情绪调节策略、难以实施预定的目标行为这两个维度的得分下降较显著。

结论:VR 治疗团体心理辅导能够降低强制隔离戒毒人员的情绪调节困难水平。

【关键词】 团体心理辅导;VR 治疗;戒毒人员;情绪调节困难

多数吸毒人员都存在情绪问题,主要以焦虑、抑郁情绪表现为主。国内学者对男性海洛因成瘾者进行研究发现,渴求程度与焦虑情绪和抑郁情绪呈正相关。国外也有学者指出,一些人会通过渴求大麻来逃避他们的焦虑感,进而他们用大麻来控制焦虑的愿望可能会增加,这些人将成为依赖大麻来缓解焦虑的群体,但事实上,大麻的使用并没有减轻他们的焦虑,反而会增加焦虑。这种对焦虑的错误应对方式正体现了成瘾个体存在的情绪调节缺陷。吸毒人员负性情绪的产生与极端情绪无法进行得当的处理,从而加强了对毒品的渴求,情绪调节困难也成为渴求程度加重的罪魁祸首。而戒毒人员在情绪控制方面的问题是普遍存在的,因情绪问题引起的复吸行为的戒毒人员也不在少数,因此,提高戒毒人员情绪控制能力是目前戒毒心理矫治工作急需解决的现实问题。

对戒毒人员进行心理治疗是帮助戒毒人员提高情绪调节能力的重要手段,而 VR 技术作为一种新兴的治疗技术,突破了以往心理治疗技术的局限性,具有逼真的现场感和趣味性、以及可控的个性化训练环境,在心理治疗中有较强的仿真感同时具有很强的安全性。已有许多研究证明 VR 技术在心理治疗中具有独特和广泛的应用。

所以,本研究利用 VR 干预技术模拟各种生活情景,让强戒人员脱离戒毒场所的限制。针对强戒人员的不同心理问题,创造一个独立、封闭的虚拟环境,对强戒人员进行积极引导,以期在多种场景之下帮助强戒人员舒缓各种症状,降低情绪调节困难的水平,习得情绪管理技能达到降低毒品依赖、提升戒毒信心的效果。

1 研究方法

1.1 研究对象

在广州市岑村强制隔离戒毒所选取无明显影响团辅开展的精神障碍或躯体障碍、受教育水平为中学及以上、年龄 20~45 岁的男性强戒人员 78 人,采用大五人格问卷进行筛查,选择友善性较高的成员,进一步筛选出 12 名强戒人员作为团体心理辅导干预实验组的备选人,平均年龄为 32.42 ± 7.08 岁;平均吸毒年限为 5.17 ± 2.55 年,首进宫人数占比 66.7%,使用传统毒品、新型毒品或混合使用的人数比

例均等,为 33.3%;未婚者占比 58.3%,已婚或离异者占比 41.7%;有子女者占比 75%。再对这 12 名强戒人员进行一对一访谈,了解其参加团辅的意愿,最后筛选 6 名强戒人员作为干预实验组,其余 6 名作为对照组。

1.2 研究工具

1.2.1 情绪调节困难问卷

本问卷采用的是 2008 年冯玉修订的中文版的情绪调节困难问卷(DERES), 具有较理想的信效度。包括 31 个项目,分为“难以意识到自身情绪反应”“不能接纳自身情绪反应”“缺乏有效情绪调节策略”“难以控制自身的冲动反应”“难以实施预定的目标行为” 5 个维度,用累积总分评估个体情绪调节困难水平。采用五点计分,从“1”(完全不符合)到“5”(完全符合),分值越高表明情绪调节越困难。

1.3 研究过程

2018 年 9 月-10 月期间对实验组的 6 名强戒人员进行每周一次,时长 90 分钟,连续 8 次的 VR 治疗团体心理辅导,具体时间及操作内容如表 1:

表 1. VR 治疗团体心理辅导实施内容

团辅次数	团辅主题	团辅目标	主体活动
第一次	建立团体关系	认识和了解团体成员,建立团体关系,明确团体规则,说明团体目标。	4. 信任之旅 5. “七手八脚”
第二次	情绪放松与疏导	认识与体验情绪感受,进行情绪放松训练。	4. 体验情绪:VR 场景—“熔岩管一支手柄”等 5. 放松与疏导情绪
第三次	认知调整 1	理解情绪与认知之间的关系,学习调整认知来改善情绪。	体验情绪与觉察自我:VR 场景-“熔岩管两只手柄”等
第四次	认知调整 2	调整认知,发现资源,改善情绪。	体验认知情景与认知调整:“VR 场景-家居圣诞节模式”
第五次	提高自我价值感 1	发挥自我资源,提高自我价值感,提高自我信心。	体验自我价值情景:VR 场景-“锯木场景”
第六次	提高自我价值感 2	寻找支持、资源,体验自我价值,提高价值感。	提高自我价值感:“VR 场景-寻光”
第七次	情绪调节策略	帮助自我总结与归纳,提高情绪调节能力。	情绪调节:分享与支持
第八次	结束	回顾与总结,强化团辅效果,给予心理支持。	珍珠时刻:“VR 视频-团辅回忆”

1.4 评估方法

每一次团辅结束之后,都会让每位团体成员填写反馈表。此外,还会与大队民警及时跟进,了解参与团辅的强戒人员在所内的表现情况。

1.5 统计分析

使用 SPSS 21.0 进行统计分析,检验实验组和对照组在前后测上的得分差异。

2 研究结果

2.1 统计结果

2.1.1 情绪调节困难的组间比较

对实验组和对照组的情绪调节困难得分进行组间前后测的差异检验(见表 2),结果发现,在前测中,实验组与对照组的情绪调节困难上没有显著差异($p>0.05$),说明在进行团辅干预前,实验组与对照组的情绪调节困难水平相当;在后测中,实验组的情绪调节困难水平总体上显著低于对照组($p<0.01$),其中,在缺乏有效情绪调节策略、难以控制自身的冲动反应、难以实施预定的目标行为这三个维度上,实验组显著低于对照组($p<0.05$),说明在进行团辅干预后,实验组的情绪调节困难水平相较于对照组有所下降。

2.1.2 情绪调节困难的组内比较

对实验组和对照组的情绪调节困难得分进行组内前后测的差异检验(见表 2),结果发现,在对照组中,前后测的情绪调节困难上没有显著差异($p>0.05$),说明在没有进行团辅干预的情况下,对照组的情绪调节困难水平无显著变化;在实验组中,后测的情绪调节困难水平总体上显著低于前测($p<0.01$),其中,在缺乏有效情绪调节策略、难以实施预定的目标行为这两个维度上,后测显著低于前测($p<0.05$),说明在进行团辅干预后,实验组的情绪调节困难水平有所下降。

2.2 团体成员自我评价

在实验组中,有 4 名成员表示“情绪调节策略”这一节团辅活动让自己印象最深刻,对于团辅的收获,有成员认为“只有懂得自己的情绪,才会选择做最正确的事情”,“让我重新思考怎样才能告别过去的自己,成功戒毒,迎接新的开始”。

2.3 大队民警评价

参与团体辅导的成员比较认真,团辅活动结束后把安排的作业完成得较好。团辅成员的情绪比较放松,在人际交往上表现得更容易与他人建立良好关系。

2.4 心理咨询师评价

实验组在开始团体辅导时表现出明显的情绪调整困难,主要表现在面临不良情绪时采取逃避方式,通过物质上的获取来避免自我不良感受。在开展团辅的过程中,实验组在情绪调节困难上有所改变,经过“情绪放松与疏导”“认知调整”的团辅活动,对产生消极情绪的原因有更多认识。再次面临相同不良情绪的困境时,例如感到无聊时,则会对自我为什么感到无聊进行思考,对不良情绪有了更多的接纳。至 8 次团体辅导结束后,实验组最明显的变化在于对不良情绪的关注降低,对自我能够掌控情绪的自信提高。主要表现为面临情绪困境时,能够想到沟通、远离环境等转移注意力等方式对情绪进行调节。

表 2. 情绪调节困难的组间和组内比较(均值±标准差)

维度		对照组(N=6)	实验组(N=6)	t	p
难以意识到自身情绪反应	前测	2.50±0.35	2.92±0.41	1.89	0.09
	后测	2.71±0.29	2.28±0.76	-1.30	0.22
	t	-0.92	1.79		
	p	0.40	0.13		
不能接纳自身情绪反应	前测	2.93±0.60	3.13±0.35	0.70	0.50
	后测	3.10±0.30	2.73±0.58	-1.38	0.20
	t	-1.00	1.14		
	p	0.36	0.31		

缺乏有效情绪调节策略	前测	2.83±0.32	3.23±0.39	1.95	0.08
	后测	3.03±0.32	2.00±0.22	-6.52 ^{***}	<0.001
	<i>t</i>	-1.94	6.78 ^{**}		
	<i>p</i>	0.11	<0.01		
难以控制自身的冲动反应	前测	3.17±0.61	3.65±0.72	1.25	0.24
	后测	3.60±0.24	3.02±0.45	-2.79 [*]	0.02
	<i>t</i>	-1.55	2.01		
	<i>p</i>	0.18	0.91		
难以实施预定的目标行为	前测	2.48±0.33	2.81±0.46	1.44	0.18
	后测	2.69±0.11	2.09±0.33	-4.15 ^{**}	<0.01
	<i>t</i>	-1.36	3.34 [*]		
	<i>p</i>	0.23	0.02		
总体情绪调节困难	前测	2.78±0.34	3.15±0.29	1.98	0.08
	后测	3.03±0.17	2.42±0.29	-4.42 ^{**}	<0.01
	<i>t</i>	-2.02	3.90 [*]		
	<i>p</i>	0.10	0.01		

注: * $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

3 讨论

情绪调节困难是情绪调节能力的损坏,主要表现为对情绪的感知、控制、表达能力以及根据环境需要选择适当策略能力的损坏。药物成瘾会导致一些与情绪调节相关的脑结构和神经系统发生异常改变,而这进一步使药物成瘾个体对负性情绪的调节能力出现异常状况,出现情绪调节困难。例如,海洛因戒断者由于长期的药物成瘾,导致他们产生严重的负性情绪,而他们这种对负性情绪的无法控制和调节会进一步加剧他们药物成瘾,从而产生复吸的恶性循环,更深层次地影响着他们的生理与心理。

本研究通过 VR 治疗团体心理辅导干预发现,实验组强戒人员在干预前后的情绪调节困难得分上有显著差异,而对照组在干预前后的得分则无显著差异。由此可见,通过 VR 治疗团体心理辅导,戒毒人员的情绪调节困难水平得到显著下降,其情绪调节能力得到提升。因此,研究为改善戒毒人员情绪调节能力,进而帮助他们更好地戒除毒品依赖提供了科学的实验数据和理论依据,具有积极的实践意义。今后的戒毒心理矫治工作可以从这一方面入手,帮助戒毒人员提高情绪调节能力,早日戒除毒品依赖。

4 结论

VR 治疗团体心理辅导能够缓解戒毒人员的负性情绪,降低戒毒人员的情绪调节困难水平,提升戒毒人员的情绪调节能力。

参考文献:

- 1.邓平,葛良忠,叶港伟,谢小芳,余建黎:《心理干预对情绪调节困难戒毒人员焦虑和自我怜悯水平的影响》,《心理技术与应用》(11),43-46,2015
- 2.冯玉:《青少年自我伤害行为与个体情绪因素和家庭环境因素的关系》.(硕士学位论文).华中师范大学,2008
- 3.谢璐:《男性毒品戒断者情绪调节自我效能感与情绪体验:情绪调节策略的中介效应》.(硕士学位论文).西北师范大学,2014
- 4.杨玲,王霞,赵鑫:《药物成瘾个体的情绪调节缺陷》,《中国药物依赖性杂志》,23(4),252-258,2014
- 5.周璇:《戒毒人员情绪调节能力与冲动性特质、毒品渴求之间关系及干预研究》.(硕士学位论文).上海师范大学,2017

强制隔离戒毒人员心理干预模式的实践与探索

廖艳香

(广州市海珠区晴朗天社会工作服务中心)

黄海辉、余业明

(广州市岑村强制隔离戒毒所)

【摘要】

目的:研究强制隔离戒毒场所戒毒人员的心理矫治工作实践,探索有效帮助强戒人员解决心理问题,促进戒除心瘾的心理干预模式。**方法:**理论文献研究法、调查法、分析法。基于本研究课题的需要,通过查阅文献来获取所需资料,了解研究问题的历史和现状。并通过调查法,收集更加全面、完整的现实资料。综合运用分析、概括等方法对所获得的各种材料进行分析总结。**结果:**根据强制隔离戒毒人员的心理特点,在场所心理矫治实践中总结出“阶段改变理论”与“CMSDEF 多维度矫治”相结合的成瘾行为“MT”整合性心理干预模式。**结论:**“MT”整合性心理干预模式在帮助戒毒人员处理因吸毒引发的心理问题、开始新生活等方面具有积极作用。

【关键词】强制隔离戒毒场所;强制隔离戒毒人员;心理干预

1 研究背景及意义

1.1 研究背景

《禁毒法》实施以后,强制隔离戒毒场所承担着全国 90%的戒毒工作任务,承担巨大的戒毒工作压力。2018 年全国统一推进“四四五”戒毒模式,即以四区分离为基础、以四式管理为特色、以五大专业中心为支撑的戒毒模式。其中,心理矫治作为对强制隔离戒毒人员(以下简称“戒毒人员”)的五大专业之一,已被提升到重要地位,心理康复对强戒人员具有重要意义。

吸毒人员是一个复杂的个体,吸毒成瘾涉及到医学、心理学、药学、社会学等很多不同的领域。强制隔离戒毒人员在心理特点上也具有其普遍性。第一,首次吸毒多为对毒品危害认识不到,好奇心驱使下引起;第二,负性生活事件对吸毒行为有着较大影响;第三,缺乏对生活的规划和对未来的信心;第四,不会主动寻求戒毒场所的心理服务帮助。这就导致吸毒人员在场所强戒期间会出现较多的心理问题,而强戒人员自我无法解决,进而产生更多的问题,对戒除心瘾有害无利。同时也对场所戒毒工作增加了压力。

而实践经验表明,在强制隔离戒毒场所中,对戒毒人员开展心理干预具有其独特性。一方面表现在在强戒人员的特点上:第一,强戒人员因长期吸食毒品,被害、疑病、幻觉等精神症状问题比较明显。第二,强戒人员无主动求助意愿。第三,强戒人员因逃避强戒处罚具有更多的掩饰性与欺骗性。另一方面表现在场所戒毒工作上,场所实施军事化管理,因强戒人员的特殊性,心理干预需发挥维护场所安全稳定的作用。因此,研究强戒人员的心理干预,具有非常重要的现实意义。

1.2 研究意义

本研究主要探索强制隔离戒毒人员的心理干预模式,其意义体现如下:

一是深入了解强戒人员在强制隔离戒毒期间所产生的心理问题,通过心理干预实践与效果评估,对普遍存在的心理问题进行总结概括,以期对场所强戒人员的心理矫治工作提出建议。

二是加强心理学理论在戒毒人员心理矫治的应用,发挥心理学理论知识的实际运用,以期帮助戒毒人员解决在心理上对毒品的依赖。

2 研究方法

理论文献研究法。基于本研究课题的需要,通过查阅相关文献来获取所需资料,从而更加全面准确的研究课题预的基本理论。

调查法。调查法是综合运用历史法、观察法等方法以及谈话、问卷、个案研究、测验等科学方式,对教育现象进行有计划的、周密的和系统的了解,并对调查搜集到的大量资料进行分析、综合、比较、归纳,从而为人们提供规律性的知识。

分析法。运用归纳和演绎、分析与综合以及抽象与概括等方法,对获得的各种材料进行思维加工,从而能去粗取精、去伪存真、由此及彼、由表及里,达到认识事物本质、揭示内在规律。

本研究在广州市岑村强制隔离戒毒所强戒人员心理干预的实践工作中,结合理论文献,开展调查分析研究,总结出强戒人员心理干预模式。

3 研究内容

3.1 强戒人员心理干预工作的开展情况

广州市岑村强制隔离戒毒所(以下简称岑村所)为广州市最大的强制隔离戒毒场所,收容强制隔离戒毒人员达 2000 人。岑村所重视强戒人员心理矫治服务,自 2015 年底,通过社会购买服务,与晴朗天心理服务机构合作,引入社会专业团队,共同开展所内的心理矫治工作。通过心理测评、心理健康教育、个案心理咨询、危机干预、心理团体辅导等方式开展多样化的心理矫治活动,心理测评达 5323 人次、心理咨询达 761 人次。至 2018 年,岑村所心理矫治工作实现了规范化、常态化、深入化的发展。

3.2 强戒人员主要心理问题及原因分析

3.2.1 入所适应问题

强戒人员普遍存在的心理问题之一为入所不适应。表现为失眠、情绪低落、沉默少语、无法跟上训练节奏、经常出错、冲动性行为。导致入所不适应的原因主要有:第一,戒毒认知错误。认为吸毒是自己的事情,不违法犯罪,对强戒存在不服。第二,环境适应力较差。对管理制度不适应,日常事务的严格要求产生压力。第三,情绪调节能力较差。突然被抓,外界事务未处理,包括家人联系不上、工作未交接等,内心不安。

3.2.2 出所适应问题

强戒人员普遍存在心理问题之二为出所适应问题。表现为情绪波动大、焦虑、

话语增多、纪律性变差。导致出所适应问题的原因主要有:第一,关系修复问题。时隔两年回归社会,对于自己能否被社会、家人接纳产生顾虑。第二,未来发展问题。自我效能感低,被戒毒标签所困住,自信较低,无法规范未来。第三,面临复吸压力。毒友、吸毒环境、心瘾问题反复困扰,陷入死循环。第四,应对压力技能差。压力承受能力差,经常外归因,责怪他人,自我无法应对压力,多以逃避为主。

3.2.3 心瘾难戒问题

强戒人员普遍存在心理问题之三为心瘾难戒问题。表现为主张不想戒毒、主张毒品无瘾、服从安排,得过且过。导致心瘾难戒问题的原因主要有:第一,习得性无助。多次戒毒失败,完全失去信心。第二,社会支持薄弱。家人失望放弃,无工作,无正常人朋友圈,不能体验自我、社会价值感。第三,自我放弃。对自己、未来不抱希望,破罐子破摔心态。第四,环境影响。毒友、复吸环境必定导致复吸,无法摆脱。

3.2.4 精神症状问题

强戒人员普遍存在心理问题之四为精神症状问题。表现为幻觉、被害妄想、疑病、抑郁症、异常言行拜天地,手舞足蹈等。导致精神症状问题的原因主要有:第一,长期吸毒导致。生理改变影响心理异常。第二,个性问题。过于敏感多疑、偏执。第三,重大变故的刺激。在所期间因离婚等重大事件应激产生。第四,环境影响。严格管理环境下,无法自我调节,长期内心压抑。

3.2.5 危机干预性心理问题

强戒人员普遍存在心理问题之五为危机干预性心理问题。表现为情绪冲动、自伤、伤害他人行为。导致危机干预性心理问题的原因主要有:第一,个性原因。经常反应过激,内心敏感脆弱。第二,问题应对方式单一。有自伤经历,多采取同样方式逃避问题。第三,情绪调节困难。冲动性行为,陷入情绪中,无法控制。

3.3 强戒人员主要心理问题及心理干预对策研究

针对在所强戒人员主要存在的心理问题,在阶段性改变理论与 CMSDEF 多维度心理矫治的理论指导下,进行科学精准矫治,在实践工作中总结出成瘾行为“MT”整合性心理治疗模式。心理干预如下:

3.3.1 入所适应问题心理干预对策

主要通过放松治疗与认知疗法,帮助新入所强戒人员疏导情绪、适应场所生活环境。指导强戒人员通过倾述释放压力,指导呼吸放松等技术稳定情绪,在情绪得到充分宣泄后,进行认知调整。促进强戒人员理解与接纳自我,以积极主动的心态解决入所适应问题。

案例:陈某,38 岁,2000 年首次吸毒,吸食毒品类型有海洛因、冰毒,强戒三次。因场所管理严格原因感到不适应,无法接纳强戒事实,内心不服,入所一月以来,情绪敏感愤怒,消极情绪多。

心理干预措施:第一步,通过心理测评发现该强戒人员出现入所适应不良,第二步,进行心理健康教育普及入所适应心理健康知识。第三步,通过心理访谈进一步了解该员入所适应不良的原因为戒毒认知错误,认为吸毒强戒是不合理的事情。通过倾听、尊重,营造人文关怀氛围,指导该员将内心不服之处进行述说,指导放松技术,引导该员管理不良情绪。第四步,通过心理咨询进行入所强戒认知调整,指导

该员意识到对戒毒的错误看法导致消极情绪,影响入所生活,从而主动调整心态,逐渐适应场所生活。

3.3.2 出所适应问题心理干预对策

主要通过家庭治疗、叙事治疗、表达性艺术治疗、情绪管理技能培训、情景剧等方法帮助即将解戒出所的强戒人员通过相应专题的心理训练提高应对出所压力心理素质,做好回归社会的心理准备。

案例:龙某,30岁,未婚,2011年初次吸食冰毒,强戒三次。因认为自己做什么都比不上别人,出现行为退缩。每次强戒均被是被家人举报,涉及家庭关系事件上,情绪波动大。

心理干预措施:第一步,根据行为表现需求进行心理访谈,了解该员在队表现一般,情绪不稳。进一步了解到该员出现心理问题的原因主要是因家庭成长过程中与父母关系差,父亲对其教育方式以打骂等粗暴方式为主,不会进行教育引导。该员无法理解父亲的行为,又无力改变,形成自我效能感低,敏感脆弱的个性品质,应对问题方式以退缩和向内的自我攻击为主。第二步,进行个案咨询,通过叙事治疗,帮助该员发现在父亲粗暴对待下出现的例外情况,该员意识到母亲是爱自己的,只是母亲力量较小,无法给予自己足够的支持。通过发展生命中的支线故事,帮助该员意识到自己的价值与力量。第三步,个案咨询,通过情景模拟进行心理训练,帮助该员在模拟压力环境下经历成功克服压力的过程,获得正性体验,帮助增强自我效能感。

3.3.3 心瘾难戒问题心理干预对策

主要通过认知、动机、技能、脱敏、心理能量、关系多维度心理干预、高危情境训练等方式,帮助戒毒人员认识到戒毒失败的原因,提高应对复吸问题的技能,努力克服心瘾。

案例:何某,36岁,2015年首次吸食冰毒,强戒一次。多次主动戒毒皆因重遇旧友而重新复吸,因担忧出所面临同样的环境无法摆脱复吸诱惑,对未来持消极态度。

心理干预措施:第一步,通过多维度心理访谈了解该强戒人员对未来持消极态度的原因是环境必然会导致复吸发生的绝对化信念。通过认知行为调整,帮助该员发现身边成功克服环境诱惑的事实存在,调整绝对化的不合理信念。第二步,进行专题团体心理辅导通过,重遇旧友的高危情境模拟训练,让该员习得应对环境诱惑的技能,提高拒绝复吸诱惑的能力。

3.3.4 精神症状问题心理干预对策

主要通过人格相对稳定、主客观世界统一、心理活动协调一致的“病与非病”三原则进行精神鉴别,及时送诊。在可行条件下帮助强戒人员稳定情绪,避免突发危机情况。

案例:苏某,44岁,2006年首次吸食毒品,吸食毒品类型有海洛因、冰毒,强戒两次。入所半年后,连续两个月时间行为怪异,出现跪地磕头等异常行为。

心理干预措施:第一步,进行心理咨询,了解该强戒人员行为异常原因是产生幻觉,感到有人要害自己,感到跪地磕头才能安心。该员能够正常交流,主观认识与客观世界不符。第二步,进行二次心理咨询,进一步了解该员心理状态变化,该员无故

感到害怕,内心有被监视感,认为内心想法都会被人知道,经认知调整后无法正确认识自我现状,情绪紧张害怕。第三步,进行三次心理咨询,进一步鉴别该强戒人员精神异常情况,该员因时刻担忧别人加害自己,认为宿舍人员用咳嗽来妨碍自己睡觉,晚上出现失眠,无法维持正常训练,社会功能持续受到影响。

3.3.5 危机干预性心理问题心理干预对策

主要通过机动的危机干预流程,结合相应心理干预手段进行处理,帮助强戒人员稳定情绪,减少冲动,解决心理危机情况。

案例:刘某,28岁,未婚,2008年首次吸食K粉,强戒一次。因吸毒感到拖累家人曾有过自杀行为,因被抓强戒,再次产生自杀念头。

心理干预措施:第一步,通过所内信息共享,明确强戒人员入所强戒后生活适应及自杀情况。第二步,进行危机干预,明确强戒人员自杀念头因吸毒愧对家人的自责心理所引起,确保强戒人员人身安全,提供心理支持,减少自罪感。通过指导替代性方法取代自杀的应对压力方式,引导强戒人员在短期危机出现时寻求身边资源相助。制定计划,帮助强戒人员走出心理困境。第三步,进行心理咨询跟踪,帮助强戒人员及时处理情绪困境,解决心理危机,提高应对危机心理素质,建立戒毒信心。

4 讨论

由于强制隔离管理以及吸毒人员本身具有的复杂性导致在强制隔离场所内开展心理干预工作具有其独特性。本研究通过研究场所心理矫治工作的实践,探索符合场所强制隔离管理戒毒特点的戒毒心理干预模式。在场所心理干预工作实践中,从前思考、思考、准备、行动、维持五个阶段和戒毒认知、动机、技能、脱敏、心理能量、关系六个维度着手进行针对性心理干预,有效解决了强戒人员普遍存在的不良情绪等典型心理问题。但还需继续提高心理干预效果,戒毒人员心理问题有不稳定性与反复性,常因环境的变化或再次受挫而重现心理冲突,因此在强制隔离戒毒环境中,立足于戒毒人员在所心理特点还需进一步加强心理干预,提高戒毒矫治效果。本研究在实践的基础上针对戒毒人员心理特点总结出相应的心理干预方法,可为场所戒毒工作提供参考。

5 结论

场所心理矫治工作具有其特殊性,从阶段性改变理论与CMSDEF多维度心理矫治理论出发,在场所戒毒心理矫治工作实践中形成的成瘾行为“MT”整合性心理治疗模式对于帮助戒毒人员解决因吸毒引发的心理问题以及戒除心瘾具有积极作用。

参考文献

- [1] 董勋伟. (2017). 广东省戒毒人员教育矫治问题及对策研究. (硕士学位论文). 西南交通大学.
- [2] 张松. . 分析心理矫治在戒毒康复工作中的作用. 法制博览. 2017, 03(中):265.
- [3] 曾启尚, 张军. 戒毒工作模式理论研究与实践探索. 中国药物依赖性杂志. 2017, 26(4):277-281.
- [4] 张艳玲. (2016). 强制隔离戒毒人员矫治心理的结构研究. (硕士学位论文). 云南师范大学.
- [5] 陈启. 强制隔离戒毒人员心理矫治初探. 河南司法警官职业学院学报. 2016, 14(2):115-117.

中药济泰片对海洛因稽延性戒断症状评分的影响

许莎莎、韩星敏（郑州大学第一附属医院）

韩梅（北京师范大学）

【摘要】

目的：中药济泰片可以有效缓解海洛因急性戒断反应，但对稽延性戒断反应的调节作用仍具有争议。因此，本研究的目的是评价济泰片对海洛因滥用者在康复治疗阶段的长期调节作用。**方法：**本研究将 51 名海洛因滥用者被随机分为安慰剂对照组和济泰片治疗组，在治疗前以及治疗后 2、4、8、12、16、20 及 24 周进行戒断症状量表评分和中医症候量表评分。并在治疗前及治疗后 1、2、3 及 6 个月进行渴求程度的量表评分。**结果：**在 6 个月的济泰片治疗过程中，济泰片组和安慰剂组在各项指标中的评分并无统计学差异，随着戒断时间的延长，两组各项评分稳定下降，都表现出显著的时间效应（ $p < 0.001$ ）。另外我们还发现女性在戒断症状评分中远高于男性，且恢复缓慢。**结论：**海洛因滥用者在康复治疗阶段的戒断症状方面的缓解作用属于自然消退过程，中药济泰片没有表现出对戒断反应自然缓解过程的加速作用。

【关键词】 海洛因滥用；中药济泰片；戒断症状

长期使用成瘾性药物会损伤大脑正常运行机制，发生一系列适应性变化从而产生一些特殊的精神和躯体依赖症状。一旦停止使用滥用性药物，便会出现一系列戒断症状，如心慌，失眠，烦躁不安等，还会出现不同程度的焦虑和抑郁等负面情感反应。阿片成瘾之所以危害巨大，除了与之相关的高死亡率，最重要的是其极高的复吸率，这也是戒毒治疗方案的难题和重点。据 2001 年孙步青等人对 615 例海洛因滥用者复吸情况及原因的调查研究结果显示，在海洛因脱毒后半年内复吸率达到 93.5%，而一年的复吸率将近 100%。导致复吸率如此高的主要心理因素是难以抵抗对药物的渴求，主要生理因素是脱毒后遗留的身体不适以及失眠、焦虑等稽延性戒断症状[1]。因此，减轻戒断后出现的这些症状是降低阿片类药物复吸的有效方法之一。

阿片成瘾治疗药物多用于缓解药物滥用者在戒断急性期及后续康复期的戒断症状。国际通用的美沙酮也属于阿片受体类药物，以小成瘾替代大成瘾性药物，能够比较好的缓解阿片戒断产生的生理和精神不适。但自身具有成瘾性，后期需要对美沙酮的成瘾性进行继续治疗。而其它非阿片受体类治疗药物也因自身的副作用或病人的低依从性和耐受性，使得阿片成瘾的治疗面临困境。

中药因其多组分、多靶点的整合作用，在治疗阿片成瘾上越来越受到关注。许多中药都可以有效缓解阿片依赖戒断症状，改善患者精神状态，提高机体抵抗力。例如，戒毒中药安君宁，玄夏祛毒胶囊等都表现较好的安全性和较明显的缓解戒断症状的作用。济泰片是 2004 年经 CFDA 批准用于阿片成瘾治疗的中药复方，前期临床研究发现济泰片可以有效控制阿片药物依赖的急性戒断症状，且效果与盐酸洛非西定相当[2, 3]，但是 2015 年王玉红等人的研究却并没有找到济泰片以及联合丁丙诺啡治疗海洛因成瘾者急性戒断症状的有效性[4]。中药济泰片对稽延性戒断症状的治疗作用相关研究报道较少，2007 年李子红等人对 30 例海洛因滥用者脱毒后期稽延性戒断症状的中药济泰片治疗研究结果发现，济泰片能有效控制海洛因成瘾者的稽延性戒断症状，且临床安全性高。但此研究时间较短，仅考察了康复期前五天的治疗情况[5]。2013 年汤翠青等人的研究并没有找到长

期（6 个月）济泰片的治疗对缓解阿片类稽延性戒断症状的有效性[6]。

我们的影像学研究发现济泰片对多巴胺系统的调节作用，尤其是在济泰片治疗 6 个月后可以显著升高大脑纹状体多巴胺转运体的水平[7]。因此，本文旨在评价济泰片对稽延性戒断症状的调节作用。针对急性戒脱毒治疗后进入康复治疗的海洛因滥用者进行半年的中药济泰片治疗，在不同时间点进行稽延性戒断症状，中医证候，以及渴求程度评分，评价中药济泰片对海洛因滥用者康复治疗期间稽延性戒断症状的缓解效果。

1 研究对象与方法

1.1 研究对象

海洛因滥用者符合 DSM-IV 关于海洛因药物滥用者，具体限定为经急性脱毒治疗后在上海戒毒劳教机构进行康复治疗阶段的病例。具体入组标准如下（须同时满足下列条件）：（1）经派出所民警、禁毒社工管理的吸毒患者；（2）完成了急性脱毒治疗的海洛因滥用者；（3）依从性好，能坚持服药并完整记录有关信息者；（4）患者与法定监护人签署 SPECT/PET 影像学检查知情同意书；（5）同意根据实验安排进行不同时间点图像采集；（6）对吸食毒品类型、吸食时间长短有详细记录的患者；（7）年龄 18-55 岁，男女不限；（8）吗啡尿检呈阳性；（9）未吸食除海洛因以外其他毒品。排除标准包括：（1）有严重性精神病史（精神分裂症、躁狂发作、精神发育迟滞），严重器质性疾病，如胃肠道出血患者等；（2）有明显自杀、自伤或冲动倾向，有癫痫病史者（儿童高热惊厥除外）；（3）哺乳期、妊娠或有可能在试验期间怀孕的妇女；（4）目前使用的其他药物对该研究的评估有影响；（5）患者患有恶性肿瘤、白血病、高血压、心脏病、糖尿病、尿毒症、甲亢、甲低、甲旁亢等全身系统性疾病。（6）患者有脑部创伤性疾病如脑外伤、脑出血、脑肿瘤等。试验中止标准：（1）治疗期间出现严重疾病需转院治疗患者；（2）因严重不良事件、已被破盲的患者；（3）患者要求自动退出研究。

1.2 研究方法

1.2.1 分组及治疗方法

本研究是一个随机双盲，安慰剂对照试验。在随机分组前，所有海洛因滥用者要接受至少 15 天的济泰片急性脱毒治疗，以及至少 5 天的药物洗脱期。分组后药物服用方法为：前三个月每天两次每次三片，后三个月每天两次每次两片。在治疗前及治疗后的第 1，2，4，8，12，16，20 以及 24 周分别进行阿片戒断症状评分以及中医证候评定量表评分。在治疗前及治疗后的第 1，2，3，6 个月进行渴求量表评分。

1.2.2 疗效评价

采用五级评分标准，使用 19 项症状清单的阿片戒断评分标准对海洛因滥用者戒断症状的严重性进行评价[8]，使用 17 项症状清单的戒断症状中医证候评分对戒断症状进行评分。心理渴求评分采用视觉模拟量表评分法，0 - 10 线段代表心理渴求程度，从“一点都没有”到“非常强烈”[9]。

1.3 统计方法

海洛因滥用者和健康志愿者人口特征统计学对比：连续变量采用 t 检验法，非连续变量采用卡方检验。两组间各量表评分的对比采用多变量方差分析，组内不同时间点和量表评分的对比采用重复测量方法分析。统计阈值设定为 $p < 0.05$ 。所有统计使用 SPSS 20.0 进行。

2 试验结果

2.1 受试者临床人口统计学特征

本研究共收录 51 名经急性脱毒后的海洛因滥用者。其中济泰片治疗组 27 名（21 名男性和 6 名女性）受试者，安慰剂对照组 24 名（20 名男性和 4 名女性）受试者。受试者统计见表 1 所示，两组海洛因滥用者在性别，年龄，吸毒年长，日平均使用量，末次用量，戒断次数以及吸毒方式进行比较，均未发现显著性差异。说明两组具有可比性。

表 1 两组海洛因滥用者的临床人口统计学特征

	济泰片组 n = 27	安慰剂组 n = 24	t (df = 49)/ chi-square p 值	
男/女 (例数)	21/6	20 / 4	0.25	0.62
年龄 (平均值±标准差)	39.2 ± 9.9	41.4 ± 8.7	-0.85	0.40
吸毒年长(平均值±标准差)	8.12 ± 3.43	8.23 ± 3.56	-0.11	0.91
平均日用量/g(平均值±标准差)	1.28 ± 0.78	1.45 ± 0.77	-0.81	0.42
末次时间/h(平均值±标准差)	29.67 ± 6.12	28.54 ± 7.48	0.59	0.56
戒毒次数(平均值±标准差)	2.67 ± 0.55	2.46 ± 0.66	1.23	0.23
复吸次数(平均值±标准差)	2.33 ± 0.62	2.08 ± 0.78	1.28	0.21
吸毒方式 (烫吸/注射) (例数)	15 / 12	16 / 8	0.66	0.42

2.2 性别对海洛因稽延性戒断症状评分的影响

通过对数据的总体观察发现在治疗前女性海洛因使用者的稽延性戒断症状评分要远高于男性。因此，在分析济泰片对海洛因戒断症状评分的影响之前，我们先对性别进行分组统计。如表 2 所示 10 名女性与 41 名男性对比除了海洛因平均日用量男性高于女性外，其它特征之间均无统计学差异。由于两组男性和女性的戒断症状随时间变化一致，因此，我们将两组数据进行合并分析。将女性与男性在分组前戒断症状及治疗后各个时间点的两组海洛因滥用者戒断症状评分相加进行统计学分析发现，女性戒断症状远远高于男性，并且随时间下降缓慢（如图 1 所示）。男性戒断症状评分随时间显著缓解，呈时间依赖关系。而中医症候，焦虑，抑郁以及渴求评分均未见性别影响。本研究中女性海洛因平均日用量低于男性，因此在戒断症状等评分中应该分值较男性低。但图 1 结果却显示女性戒断症状在半年治疗阶段均未见明显缓解，且远高于男性，这可能是由于女性本身机体原因，因此耐受性差，对同一程度伤痛或刺激较男性来说机体感觉反应较大，因此评分可能较高，但也未必反应其真实戒断症状的反应程度。而且本研究中女性样本量远远小于男性，这也可能会增加统计结果的存伪性。未来还需要更大样本量的研究来探究性别对戒断症状缓解进程的影响。

表 2 不同性别受试者临床人口统计学特征

	女性 n = 10	男性 n = 41	t (df = 49)/ chi-square p 值	
年龄 (平均值±标准差)	37.0 ± 8.4	41.0 ± 9.5	1.23	0.22
吸毒年长 (平均值±标准差)	8.12 ± 3.43	8.5 ± 3.5	1.28	0.21
平均日用量/g (平均值±标准差)	0.91 ± 0.47	1.47 ± 0.80	2.13	0.04
末次时间/h (平均值±标准差)	30.8 ± 6.11	28.73 ± 6.90	-0.87	0.39
戒毒次数 (平均值±标准差)	2.40 ± 0.84	2.61 ± 0.54	0.98	0.33

复吸次数（平均值±标准差）	2.27 ± 0.63	2.00 ± 0.94	1.09	0.28
吸毒方式（烫吸/注射）（例数）	4 / 6	27 / 4	2.25	0.14

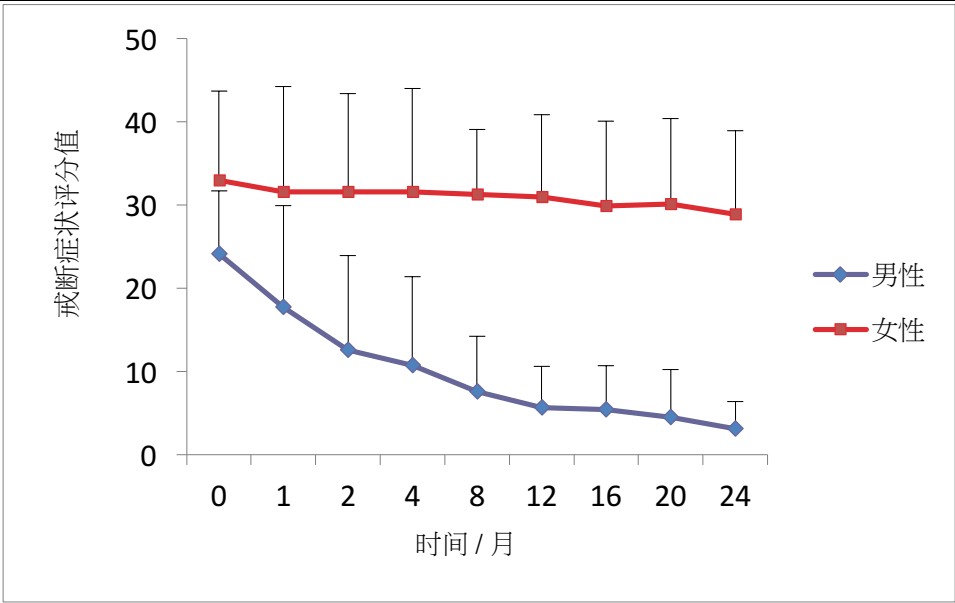


图 1 不同性别的海洛因滥用者戒断症状随戒断时间的变化

2.3 中药济泰片对海洛因滥用者戒断症状的疗效

如图 2 所示，中药济泰片和安慰剂对照组组间对比分析结果显示，两组在各个时间点的稽延性戒断症状评分均没有统计学差异。在 6 个月的治疗过程中，两组海洛因滥用者戒断症状评分值稳定降低，下降趋势一致，均由治疗前的 25 分降低到治疗末的 5 分左右。且 9 个时间点的戒断症状评分进行重复测量统计分析，结果两组都表现出显著的时间效应（济泰片组： $F = 75.8, p < 0.001$ ；安慰剂组 $F = 87.7, p < 0.001$ ）。

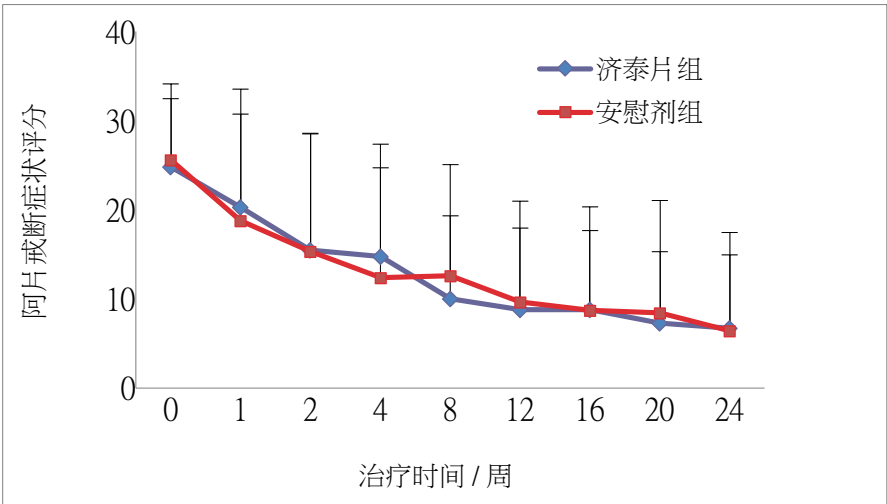


图 2 济泰片治疗和安慰剂对照组受试者戒断症状随时间变化曲线

2.4 中药济泰片治疗对海洛因滥用者中医症候量表评分的疗效

如图 3 所示，中药济泰片和安慰剂对照组组间对比分析结果显示，两组在各个时间点的中医症候量表评分均没有统计学差异。在 6 个月的治疗过程中，两组海洛因滥用者戒断症状评分值稳定降低，下降趋势一致，均由治疗前的 22 分降

低到治疗末的 5 分左右。且 9 个时间点的中医症候量表评分进行重复测量统计分析，结果两组都表现出显著的时间效应（济泰片组： $F = 102.5, p < 0.001$ ；安慰剂组 $F = 54.1, p < 0.001$ ）。

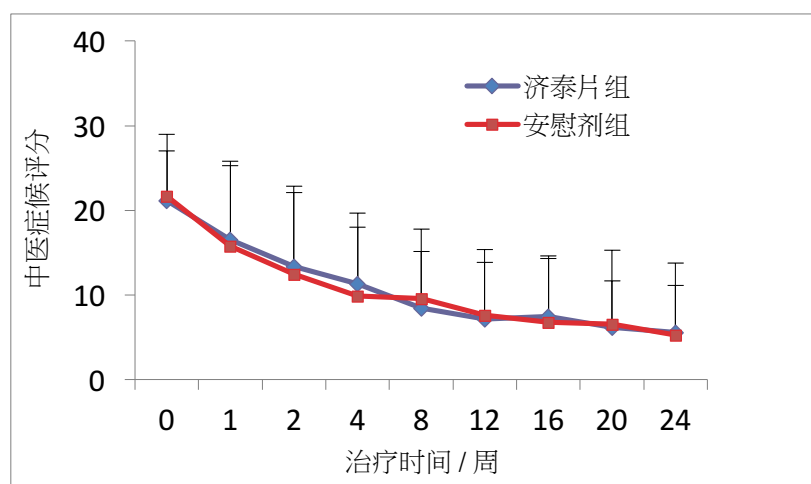


图 3 济泰片治疗和安慰剂对照组受试者中医症候量表评分随时间变化曲线

2.5 中药济泰片治疗对海洛因滥用者渴求评分的影响

如图 4 所示，中药济泰片和安慰剂对照组组间对比分析结果显示，两组在各个时间点的渴求程度评分均没有统计学差异。在 6 个月的治疗过程中，两组海洛因滥用者渴求程度评分值稳定降低，下降趋势一致，均由治疗前的 5-6 分降低到治疗末的 1-2 分左右。且 5 个时间点的渴求程度评分进行重复测量统计分析，结果两组都表现出显著的时间效应（济泰片组： $F = 65.1, p < 0.001$ ；安慰剂组 $F = 57.4, p < 0.001$ ）。

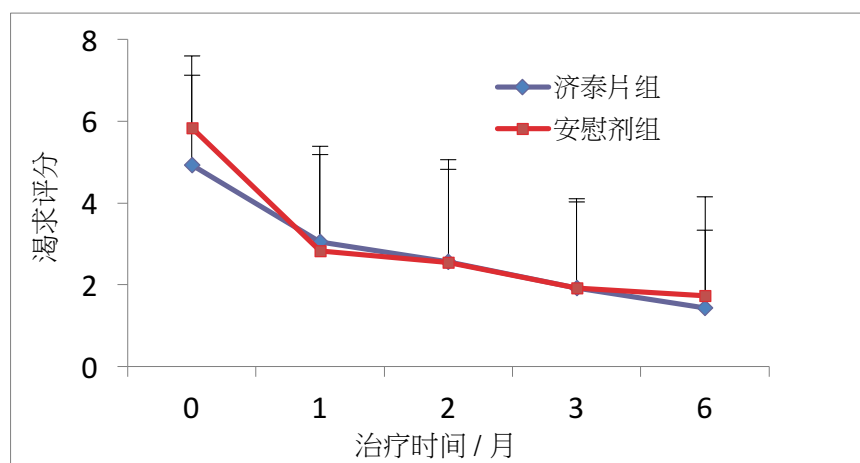


图 4 济泰片治疗和安慰剂对照组受试者戒断症状随时间变化曲线

3 讨论

济泰片是常用的阿片戒毒中药之一，前期临床研究已经发现济泰片对急性戒断症状的良好效果，且可以和西药洛非西定相当[2, 3]。中药济泰片对 30 例海洛因滥用者脱毒后期稽延性戒断症状的疗效研究结果，济泰片能有效控制海洛因成瘾者的稽延性戒断症状，且临床安全性高。但此研究时间较短，仅考察了康复期前五天的治疗情况[5]。我们的研究结果与汤翠青等人的研究结果一致，

均没有找到长期（6 个月）济泰片的治疗对缓解阿片类稽延性戒断症状的有效性[6]，济泰片和安慰剂治疗对阿片戒断症状的缓解效果一致。造成结果不一致性的可能是由于心理暗示对戒断症状表现的调节作用。本研究是随机双盲安慰剂对照研究，受试者不知道自己服用济泰片还是安慰剂，因此可能存在心理暗示，使得评分结果差异性缩小。

济泰片治疗海洛因滥用者稽延性戒断症状以及渴求程度缓解方面均没有表现出有效性。所有症状的消退均为自然消退过程，与济泰片的治疗无相关性。

本研究存在一些不足之处，例如，因为上海市药物依赖研究所的海洛因滥用者中女性较少，因此，本研究存在一定程度的性别偏向性。而且，本研究结果也发现女性的戒断症状要远高于男性，且下降趋势缓慢。因此以后的研究可以在更大样本量且男女比例较为一致的研究对象中展开，进一步确证济泰片对药物依赖戒断后的生理及精神反应的治疗作用。

参考文献

1. 孙步青等：615 例海洛因依赖者复吸原因调查与分析. 中国药物依赖性杂志第 3 期, 2001.
2. 涂前雄等：中药济泰胶囊与洛非西定治疗阿片类戒断症状临床双盲对照研究. 中国药物依赖性杂志第 4 期, 1999.
3. 徐国柱等：济泰片用于海洛因依赖者脱毒治疗 II 期临床随机双盲对照试验研究. 中国药物依赖性杂志第四期, 2000.
4. 王育红等：济泰片治疗轻度海洛因依赖急性戒断综合征随机双盲对照研究. 中南大学学报(医学版)第 2 期, 2015.
5. 李子红等：济泰片对海洛因依赖者脱毒后期稽延性戒断症状的疗效观察. 中国药物依赖性杂志第 4 期, 2007.
6. 汤翠青等：济泰片治疗阿片类急性及稽延性戒断综合征有效性和安全性的随机双盲对照研究. 新乡医学院, 2012.
7. Liu, Y., et al. (2013), Dopamine transporter availability in heroin-dependent subjects and controls: longitudinal changes during abstinence and the effects of Jitai tablets treatment. *Psychopharmacology*, 230(2): p. 235-244.
8. Loimer, N., L. Linzmayer, and J. Grunberger (1991), Comparison between observer assessment and selfrating of withdrawal distress during opiate detoxification. *Drug and Alcohol Dependence*, 28(3): p. 265-268.
9. Sinha, R., et al. (2000), Psychological stress, drug-related cues and cocaine craving. *Psychopharmacology*, 152(2): p. 140-148.

冰毒的中醫藥治療探索性研究總結

劉浩泉（基督教香港信義會天朗中心）

【摘要】

冰毒近年在香港相當流行，特點是會引起較明顯的精神問題，往往因為思覺失調、暴躁而發生傷人或意外，遺害甚大。對應的治療，社工介入外，醫療亦顯得重要。信義會天朗中心嘗試運用中醫藥治療，與香港中文大學中醫中藥研究所（研究所）、中大醫學院精神科、威爾斯醫院濫用精神物質診所合作，並且成功申請禁毒基金，由 2017 年開始進行相關的探索性研究，至今參與的中醫治療者已超過 100 人。治療重點及結果大致如下：

戒癮治療一直是針對斷癮症狀而設計，冰毒的突出症狀有幾方面，包括睡眠失調、倦怠嗜睡、精神情緒不穩等。與研究所商討，訂定了兩個固定中藥顆粒處方，分兩階段給予病人，療程合共八周，並以認可之前後測問題收集數據分析。結果顯示有效改善參加者的睡眠失調問題，以及提高戒毒動機。透過中醫治療的相對靈活可以建立醫社結合的平台，整體加強戒毒成效，亦可用於康復而有效預防復吸。

【關鍵詞】冰毒、甲基苯丙胺、甲基安非他命、戒毒、失眠、焦慮

引言

冰毒近年在香港相當流行，特點是會引起較明顯的神志問題，往往因為思覺失調、暴躁而發生傷人或意外，遺害甚大。對應的治療上除社工介入外，醫療亦顯得重要，以往西醫精神科似是唯一選擇。基督教香港信義會天朗中心則嘗試運用中醫藥治療，特點是中藥在華人社會普遍受歡迎，而且中醫形象較平民化，對吸毒者求助的心理障礙較少，我們亦與香港中文大學中醫中藥研究所、中大醫學院精神科、威爾斯醫院濫用精神物質診所合作，並且成功向禁毒處申請資助，由 2017 年開始進行相關的探索性研究，至今計劃經已終結，效果理想。

治療重點及研究內容

戒癮治療一直是針對斷癮症狀而設計，過往的治療集中處理的多是軀體症狀；而冰毒的突出症狀有幾方面，包括睡眠失調、倦怠嗜睡、精神情緒不穩等，都屬於精神範疇的症狀，而中醫藥在這些方面的調理已有長久的經驗。本研究按中醫理論訂定了兩個固定中藥顆粒處方，分別是天朗中心中醫師自擬交通心腎方及安神沖劑，分兩階段給予病人，自擬交通心腎方服三周，之後改用安神沖劑^[1]服五周，所以療程合共八周，另加上兩周的療程後跟進(圖 0)，整個治療過程均由社工跟進參加者的情緒起伏，以及鼓勵他們服用中藥的進展；而過程之症狀變化均以認可之前後測問題收集數據分析。



圖 0：八周的療程及兩周的跟進

研究流程圖

	入選+中醫師自擬心腎不交方			安神沖劑					停葯后跟進	
	1 周	2 周	3 周	4 周	5 周	6 周	7 周	8 周	9 周	10 周
知情同意	x									
入選標準	x									
自擬方	x	x	x							
安神沖劑				x	x	x	x	x		
ISI	x			x				x		x
FSS	x			x				x		x
ESS	x			x				x		x
Craving	x			x				x		x
HADS	x			x				x		x
BDF	x			x				x		x
不良反應監測				x				x		x

我們使用的國際認可問卷分別針對以下各症狀作出評分：

- 失眠嚴重指數(ISI)
- 倦怠評量表(FSS)
- 日間嗜睡自評量表(ESS)
- 冰需求(Craving)
- 醫院焦慮與憂鬱量表(HADS)
- 思動階梯(BDF)

受試者一般情況

本研究有 56 名參加者能夠完成整個治療療程，男性佔 31 人，而女性有 25 人，他們的平均年齡為 36.9 歲，而平均吸毒時間為 84.4 個月。(表 0)

表 0 受試者一般情況

特徵	N=56
年齡(year)	36.9±10.6 (18-68)
性別	
男	31 (55.4%)
女	25 (44.6%)
身高 cm	165.5±9.1

體重 kg	66.2±11.5 (35.0-93.3)
身體質量指數 BMI	24.1±3.7 (17-36)
血壓(mmHg)	
收縮壓	124±16
舒張壓	80±13
心率	82±14
平均吸毒時間(月)	84.4 (4-240)

統計學分析

採用 SPSS(version 22, SPSS Inc.)進行數據分析。用頻率(%)或平均值、標準差(SD)、最小值、中值和最大值進行數據統計描述。每個量表的所得分計算其數平均值和標準差，進行方差分析(One-Way ANOVA)或配對 t 檢驗(Paired t-test)，對 4 次評估數據進行比較。計數資料分析採用卡方檢驗(Chi Square Test)。統計學顯著性水準為 $P=0.05$ 。

治療結果

(一) 睡眠失調的改善

表 1 失眠嚴重指數 ISI 評分

	服藥前 (n=56)	服自擬方 3 周 (n=56)	服安神沖 劑 5 周 (n=56)	停藥 2 周 (n=27)	P 值 v1 vs. v2	P 值 v1 vs. v3	P 值 V1 vs. v4
入睡困難	1.43±1.22	0.89±1.16	0.63±0.84	0.74±1.10	0.010	0.000	0.008
維持睡眠	1.84±1.32	0.98±1.12	0.71±0.93	0.74±1.06	0.000	0.000	0.000
早醒	1.54±1.40	0.89±1.07	0.68±0.96	0.86±1.06	0.003	0.000	0.012
得分小計	4.80±3.34	2.77±2.80	2.02±2.11	2.33±2.95	0.000	0.000	0.000
ISI 總得分	12.00±6.41	7.38±5.39	5.77±4.37	6.41±5.77	0.000	0.000	0.000
P 值	0.014						

表 1 顯示治療後的評估結果，接受中藥治療（包括自擬交通心腎方和安神沖劑）后，睡眠失調問題有顯著改善($p < 0.000$)。除了整體睡眠有改善外，入睡困難，難以維持睡眠、太早醒等問題均得到改善。停藥二周後跟進則見症狀略有反彈。(圖 1)

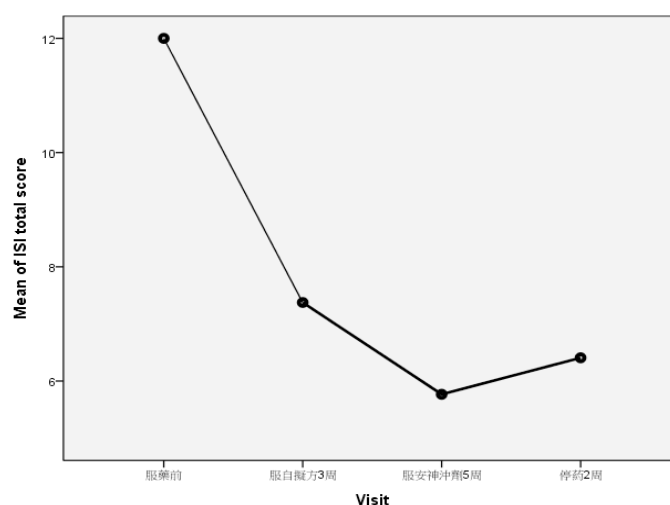


圖 1: 各次探訪的 ISI 得分變化

服中藥后睡眠恢復正常的人數由治療前的 17 人 (30%) 增加至治療后的 40 人 (71%); 有中等程度失眠問題的由治療前的 15 人 (27%) 減少到治療后的 1 人 (2%); 有重度失眠問題的由治療前的 5 人 (9%) 減少到治療后的 1 人 (2%)。(表 2)

表 2 各分數段的人數分佈 (n=56)

	基線 (探訪 1) 服藥前	探訪 2(v2) 服自擬方 3 周	探訪 3(v3) 服安神沖劑 5 周	探訪 4(v4) 停藥 2 周
0-7 分 s 臨床無明顯失眠	17 人 (30%)	32 人 (57%)	40 人 (71%)	18 (67%)
8-14 分亞閾值失眠	19 人 (34%)	19 人 (34%)	14 人 (25%)	7 (26%)
15-21 分臨床失眠(中等嚴重)	15 人 (27%)	3 人 (5%)	1 人 (2%)	1(4%)
22-28 分臨床失眠(嚴重)	5 人 (9%)	2 人 (4%)	1 人 (2%)	1(4%)
N	56	56	56	27
P 值	$X^2=35.532, p=0.000$			

(二)倦怠的改善

倦怠評量表(Fatigue Severity Scale, FSS)

FSS 由 9 個條目組成, 7 個分值點評價, 自 1 分至 7 分為非常不同意逐漸過渡為非常同意, 每一條目圈出一個數字, 總分 ≥ 36 分為存在疲勞。

表 3 FSS 總得分

	基線(探訪 1) 服藥前	探訪 2 服自擬方 3 周	探訪 3 服安神沖劑 5 周	探訪 4 停藥 2 周
FSS 總得分	42.6 $\pm$ 10.4	34.0 $\pm$ 11.8	30.6 $\pm$ 13.3	33.1 $\pm$ 13.8
n	56	56	56	26
*P 值		0.000	0.000	0.001
#P 值	0.020			

* 與基線比較; # 探訪 2 與探訪 3 比較

表 3 顯示治療前後對 FSS 的評估結果。服用中藥 (包括自擬交通心腎方和安神沖劑) 后 FSS 評分都有顯著改善($p<0.001$), 停藥 2 周后略有反彈。(圖 2)

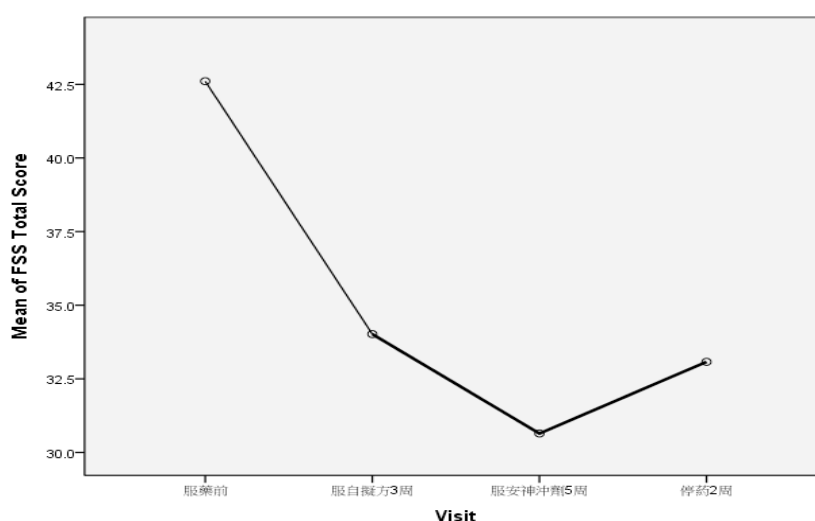


圖 2 各次探訪的FSS 總得分變化

存在疲憊人數由服藥前的 79% 降至服藥後的 38%；不存在疲憊人數則由服藥前的 14% 增至服藥後的 63%。(表 4)

表 4 倦怠人數分佈

	Baseline (v1) 服藥前	Visit 2 服自擬方 3 周	Visit 3 服安神沖劑 5 周	Visit 4 停藥 2 周	P value
< 36 不存在疲勞	12(14%)	29(52%)	36(63%)	11(41%)	0.000
≥ 36 存在疲勞	44(79%)	27(48%)	21(38%)	16(59%)	
n	56	56	56	27	

(三) 日間嗜睡

Epworth 嗜睡量表(Epworth Sleepiness Scale, ESS)評分是國際公認的一種較簡易的嗜睡評估表⁽²⁾。根據嗜睡的積分判斷嗜睡程度：從不出現嗜睡計為 0 分，偶爾出現嗜睡計為 1 分，有時嗜睡計為 2 分，經常出現嗜睡計為 3 分。0~7 分 嗜睡情況正常；8~9 分 嗜睡情況稍多；10~15 分 嗜睡情況明顯；16~24 分 嗜睡情況嚴重。(表 5 圖 3)

表 5 日間嗜睡自評量表(ESS)總分 (mean ± SD)

	基線(探訪 1) 服藥前	探訪 2 服自擬方 3 周	探訪 3 服安神沖劑 5 周	探訪 4 停藥 2 周
ESS 總得分	8.8±5.1	6.0±4.0	5.2±3.7	5.2±4.0
n	56	54	55	26
*P 值		0.001	0.000	0.000

* 與基線比較

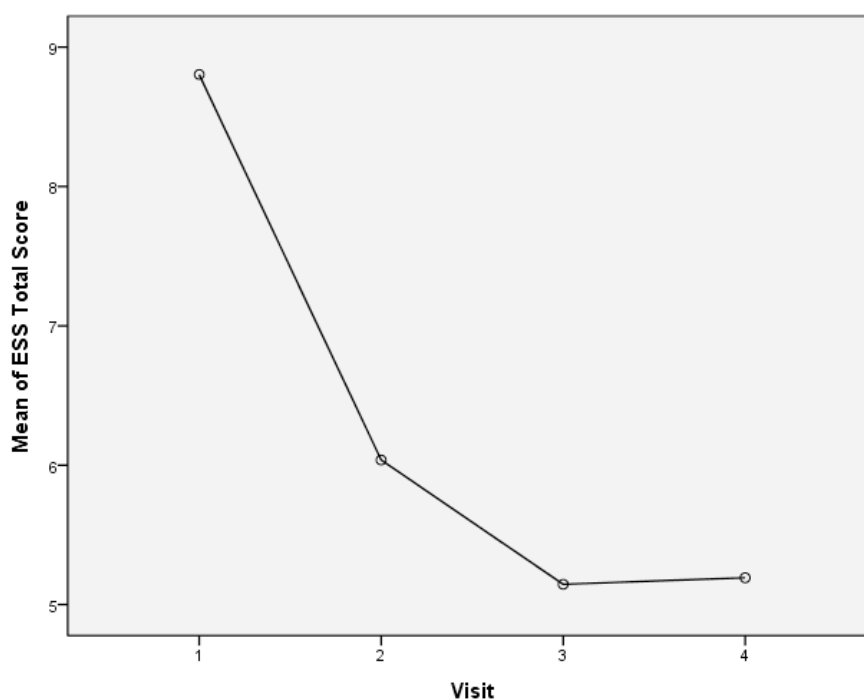


圖 3 治療期間日間嗜睡自評量表(ESS) 總分

中藥治療前後進行評估，至少 72.7%接受治療的冰毒使用者表示治療後日間嗜睡等問題回復正常。(表 6)

表 6 日間嗜睡自評量表(ESS)各分數段人數分佈

	基線(探訪 1) 服藥前	探訪 2 服自擬方 3 周	探訪 3 服安神沖劑 5 周	探訪 4 停藥 2 周	P 值
0-7 分正常	20(35.7%)	38(70.4%)	40(72.7%)	20(76.9%)	0.001
8-9 分稍多	15(26.8%)	6(11.1%)	8(14.5%)	2(7.7%)	
10-15 分明顯	15(26.8%)	8(14.8%)	7(12.7%)	4(15.4%)	
16-24 分嚴重	6(10.7%)	2(3.7%)	0(0.0%)	0(0.0%)	

(四)對冰的需求(Craving)

表7顯示，自擬交通心腎方對冰毒的需求有降，但統計上未算明確(p=0.240); 服用安神沖劑5周后（探訪3）對冰的需求(Craving)比服用前明顯降低(p=0.049)（表7，圖4）

表 7 對冰的需求 (Craving)

	基線 (探訪 1) 服藥前 n=56	探訪 2 服自擬方 3 周 n=56	探訪 3 服安神沖劑 5 周 n=55	探訪 4 停藥 2 周 n=26	P 值
過去 30 天是否吸毒					
有	14	11	9	1	0.135
沒有	42	45	46	25	
吸毒有多頻密					
每日一次	6	2	3	1	0.711
每星期 2-3 日	1	2	2	0	
每星期	3	1	1	0	
每兩星期	2	2	2	0	
每月	2	4	0	0	
過去 24 小時是否吸毒					
有	3	2	4	1	0.162
沒有	11	9	4	0	
有多需要冰毒*	2.7±2.6	2.2±2.1	1.9±1.7	2.0±2.5	0.231
P value#		0.240	0.049	0.169	
P value**		0.036			

*在過去 24 小時裏，你感到有多需要使用冰毒（1 分為完全不需要；10 分為極度需要）

與基線比較； **探訪 2 與探訪 3 比較

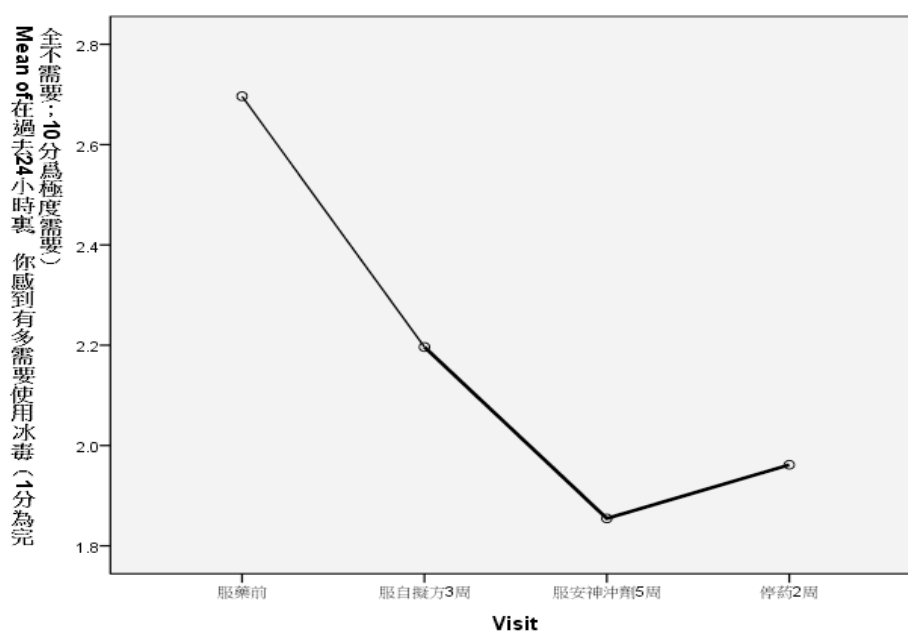


圖 4 在過去24小時裏，對冰毒的需求

(五)焦慮與抑鬱情緒的變化

醫院焦慮與憂鬱量表(Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)

HADS 是一個簡易的自評量表，分焦慮及憂慮兩部份各有七題，分別各自計量分數以 Likert scale 0-3 分計算，兩個量表總分分別是 21 分；總分以 0-7 分表示正常，8-10 分表示有輕度焦慮或憂鬱狀態，大於 11 分則為高度確定有焦慮或憂鬱。(表 8 圖 5)

表 8 HADS 量表得分小計及總得分

	基線 (探訪 1) 服藥前 n=56	探訪 2 服自擬方 3 周 N=56	探訪 3 服安神沖劑 5 周 N=56	探訪 4 停藥 2 周 N=27
HADS 焦慮	8.6±2.5	7.6±2.0	7.6±2.2	6.6±2.6
P 值*	--	0.019	0.024	0.000
HADS 憂鬱	10.6±2.8	11.0±2.6	11.4±2.4	9.9±3.7
P 值*	--	0.454	0.118	0.321

*與基線比較

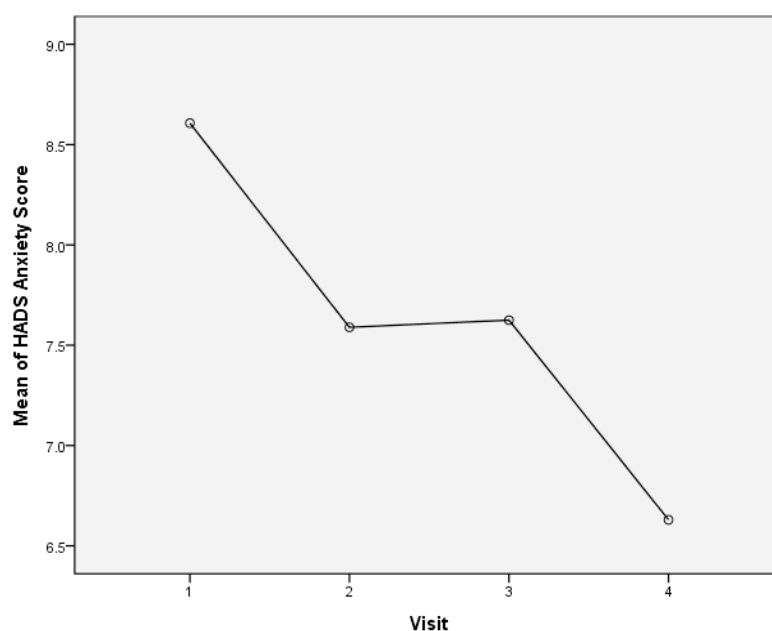


圖 5 醫院焦慮量表 (HADS Anxiety)得分變化

表 9 按 HADS 之總得分的分組

	基線(v1) 服藥前	探訪 2 服自擬方 3 周	探訪 3 服安神沖劑 5 周	探訪 4 停藥 2 周	P 值
HADS 焦慮					0.034
正常	21	31	31	19	
邊緣	22	21	19	7	
不正常	13	4	6	1	
HADS 憂鬱					0.404
正常	9	9	3	5	
邊緣	15	10	13	7	
不正常	32	37	40	15	

從表 8 和表 9 可見，服用中藥后對 HADS 中的焦慮（Anxiety）有明顯的改善；然而，對憂鬱（Depression）則無影響。

(六)思動階梯(Contemplation Ladder, BDF)

思動階梯是將改變階段以形象化模式呈現的量表，包括有 11 層梯級和 5 個代表不同階段的界標（句子 0、2、5、8、10）。選項（0）至（3）屬於前思考期，（4）至（6）代表沉思期，（7）和（8）表示決定期，（9）和（10）則分別代表行動期及維繫期。這是一個簡短的工具去量度求變的積極性或意願，（0）表示最沒有動力而（10）是最積極。

表 10 三次探訪的思動階梯得分變化

思動階梯得分	平均值	SD	P 值(與基線比較)
基線(n=56)	7.86	1.85	
探訪 2(n=56)	8.84	1.22	0.000
探訪 3(n=56)	9.05	1.10	0.000
探訪 4(n=27)	9.26	1.20	0.000

服用中藥后，戒毒動機均有顯著提升（表 10 圖 6）

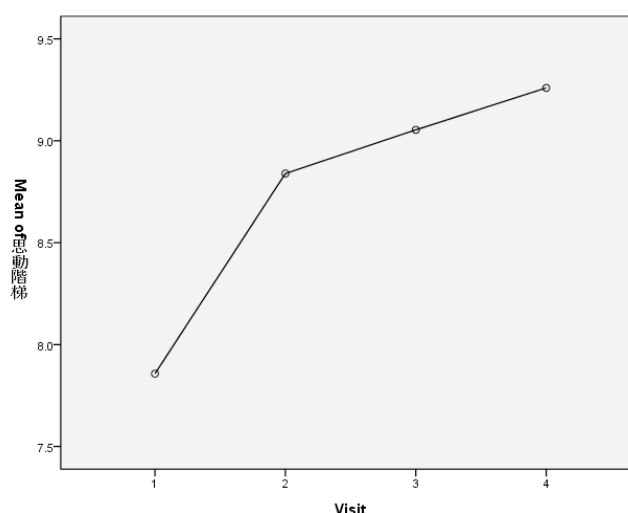


圖 6 思動階梯評分變化

表 11 各階段的思動階梯得分

	基線 (v1) 服藥前	探訪 2 服自擬方 3 周	探訪 3 服安神沖劑 5 周	探訪 4 停藥 2 周	P 值
0-3 前思考期	2	0	0	0	0.001
4-6 沉思期	8	3	2	2	
7-8 決定期	18	7	8	0	
9-10 行動期及 維繫期	28(50.0%)	46(82.1%)	46 (82.1%)	25(92.6%)	

中藥治療后戒毒動機提升的參加者升至 82% ($p=0.001$) (表 11)。

(七) 安全性分析

觀察期間無不良反應發生，僅個別受試者初服中藥時有胃腸不適，反應均輕微，無需處理。

(八) 討論

近十年間本港吸毒形勢不斷轉變。最流行的危害精神毒品已經由氯胺酮變為“冰毒”、可卡因和大麻。香港近年來一個值得關注的現象，就是“冰”毒日漸受吸毒者歡迎。吸食“冰”的人數比率由 2012 年的 15.2%，逐漸攀升至 2013 年 18.3%，而 2014 年更上升至 23%。被呈報的“冰”毒吸毒者由 2012 年的 1 683 人持續上升至 2013 年的 1 858 人及 2014 年的 2 025 人。若有關趨勢持續，“冰”毒會成為本港最流行的危害精神毒品。

與氯胺酮成癮者相比，冰毒成癮對睡眠的影響更為嚴重⁽³⁾，冰毒成癮者雖然軀體戒斷症狀較輕，但失眠、焦慮等精神症狀卻較為突出。長期失眠會對人的健康、生活品質和社會功能產生嚴重影響⁽⁴⁾。因此可能容易導致戒毒者復吸。

藥物濫用的患者可能比普通人群出現睡眠障礙的比率高 5~10 倍⁽⁵⁾。冰毒屬於神經興奮類藥物，對於中樞神經具有較強的興奮作用，長期吸食患者在生理脫毒後仍能保持較長時間的神經興奮性，這是冰毒成癮者戒斷過程中失眠的重要原因之一。因此，解決睡眠障礙是冰毒成癮者戒毒康復階段的重要環節。⁽⁶⁾

目前對於稽延性戒斷綜合征的研究較多，但對於改善睡眠達到提升戒毒動機的臨床研究甚少⁽⁷⁾。冰毒依賴者睡眠品質普遍較差⁽⁸⁾ 本研究用中藥複方對脫毒後的

冰毒依賴者進行干預，探討其對改善睡眠品質及倦怠從而提升戒毒動機的效果進行臨床研究。

本研究所用的兩階段處方分別由天朗中心的註冊中醫師劉浩泉及香港中文大學中醫中藥研究所提供。第一階段處方按明代醫家陳士鐸的歸納，認為神志病的總綱為「心腎不交」。天朗中心中醫師按自己以往經驗、按照心腎不交的中醫理論提出「自擬交通心腎方」。一方面尋求改善睡眠、同時亦尋求改善參加者的情緒。第二階段處方由香港中文大學中醫中藥研究所提供，稱為「安神沖劑」，乃由著名古方「酸棗仁湯」化裁而成。研究結果顯示兩階段用藥均能改善睡眠，同時亦能改善焦慮及抑鬱等戒斷症狀。並且兩階段又能改善參加者倦怠及日間嗜睡，這些戒斷症狀的改善明顯地降低了對冰毒的需求。從臨床觀察可見，冰毒使用者在戒毒之後，往往因為睡眠質素差、日間倦怠無法工作，同時情緒亦長期不穩而影響社交，都成為了他們復吸的重要因素。因此本研究結果顯示，通過中藥改善冰毒成癮者及康復者的睡眠、情緒，對提高戒毒動機以及預防復吸有正面作用，值得進一步研究。

（十）結論

本研究所用的中藥（自擬交通心腎方+安神沖劑）能顯著改善冰毒者因脫離毒癮引致的睡眠失調、日間倦怠、嗜睡問題；減低戒毒斷癮或不適徵狀，提升戒毒決心。

參考文獻

- 1 榮潤國，梁秉中，鄭景輝，方月嫻等 改良酸棗仁湯治療原發性失眠隨機安慰劑對照試驗 中國心理衛生雜誌 2017；31（8）：606-613
- 2 Johns MW.A new method for measuring daytime sleepiness:the EPworth sleepiness scale[J].Sleep,1991,14:540-545
- 3 季樂新 甲基苯丙胺依賴對睡眠的影響 航空航太醫學雜誌 2016；27（1）：104-105
- 4 Rotll T · Insomnia：definition，prevalence，etiology，and consequences[J] · J Clin Sleep Med，2007，3(5 Suppl)：S7—S10 ·
- 5 Mahfoud Y1, Talih F, Streem D, Budur K. Sleep disorders in substance abusers: how common are they? Psychiatry (Edgmont). 2009 Sep;6(9):38-42.
- 6 王思遠，陳宇，蘇岡寧. 右佐匹克隆和音樂治療對甲基苯丙胺依賴者失眠症狀治療的對照研究 [J]. 中國藥物濫用防治雜誌，2017，23(2)；93-95.
- 7 McCann UD, Ricaurte GA. Amphetamine (or Amphetamine-like) related disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2009. p. 1293.
- 8 陶瑩 代謝相關因數與女性甲基苯丙胺成癮者戒斷過程睡眠情況相關研究 內蒙古醫科大學碩士研究生學位論文（2017）

治療動物如何促進戒毒輔導

王詠暉、黃艷華、何美君、劉頡偉、謝惠祺

【摘要】

計劃靈感源自《街角遇上貓》(A Street Cat Name Bob)一書和外國文獻，透過明愛南區青少年外展社會工作隊為期六個月的動物輔助治療(Animal Assisted Therapy)原型計劃(Prototype)驗證，最後有系統地為年輕濫藥者提供服務。計劃服務對象主要為 30 歲或以下、濫用藥物三年或以上，或正在濫用藥物或曾經濫藥之年輕人（下稱對象）。計劃設立了全港首間以流浪貓為主題的治療室，並推行一系列動物輔助治療輔導及相關活動，當中包括個案工作、小組輔導以及義工 / 領養活動。藉與動物互動，對象反思自身情緒，學習新的應對機制 (coping mechanism)，強化自主能力，提昇動機並繼續參與復元活動。更重要的是，透過講述和詮釋流浪動物故事，對象得以打破固有的、充斥著問題 (problem-saturated) 的生命線，並建構「濫藥者」以外的新身份，發掘固有或新的能耐。此外，外展隊亦會自資和香港浸會大學社會工作系合作，進行質性研究以評估輔導成效。

【關鍵詞】動物輔助治療、成癮輔導、戒毒服務、濫藥行為、緩減傷害、復元

背景和相關文獻

很多濫藥者長期處於和藥物拉鋸的狀態，令自己和家人身心俱疲，亦嚴重影響日常生活和社交關係。他們在不斷「戒毒」與「復吸」的循環中無法脫身，每次戒癮失敗也強化了他們「失敗者」的身份和無力感，最後甚至連生活的動力也失去。不少研究指出，濫藥行為與抑鬱或焦慮狀態互為影響，而心理狀況更是導致濫藥者持續使用藥物的重要因素（曲如傑，林霞，王文忠，2006；張佳，2007；Sinha，2001；Weis，Griffin & Mirin，1992；Volkow，2004），當中以女性濫藥者尤其明顯（易春麗，周婷，陳凌雋，崔枕，2008）。

根據前線經驗，我們發現長期濫藥者傾向出現以下狀態：

- 健康及精神問題，例如尿頻、小便赤痛和自我形象低落等；尤其女性對自我身體形象較男性敏感，當濫藥影響身體和容貌時，她們倍感困擾，更因而產生自卑感，影響自我價值；
- 感到孤單、焦慮，情緒低落並瀕臨抑鬱狀態，以至更依賴藥物支撐生活；以及
- 隱蔽家中，和社區割裂：隨著濫藥日子越長，用藥行為由集體變為個人，而且地點多為家中。社交圈子日漸狹小，最後對象生活幾乎和社區完全割裂，濫藥問題難再被發現和處理。

面對以上服務需要，我們受《A Street Cat Named Bob》一書啟發，探索以「動物輔助治療」為主要理論框架，為濫藥者提供一個嶄新的、強調生命故事連結的服務。不少文獻皆指出動物輔助治療能為服務對象帶來不同向度的輔導效果，包括：

- 減少孤獨感和抑鬱情緒 (Chandler, 2012)；
- 恢復和增加社交能力，以及對象和外界的聯繫和溝通；

- 提昇生存和生活動機；
- 協助對象心境感到平靜和放鬆；
- 協助對象化解情緒危機，重過正常生活 (Fine, 2010 ; Kruger & Serpell, 2006)。

作為將動物輔助治療和戒毒個案/小組輔導結合的先導計劃，我們在項目正式開展前進行了一個為期半年的原型計劃 (Prototype)，邀請了十多位服務對象參與，找出並總結有效之輔導元素，以作為的計劃的骨幹。那些元素包括：

- 流浪貓隻本身的經歷充滿故事性和隱喻，能加以運用成為輔導元素；
- 以照顧流浪貓為服務切入點，比以技能培訓為主的寵物工作訓練更能豐富服務使用者的生命經驗，並使她由被助者成為照顧者；
- 與貓的互動、故事和情感連結令服務對象更投入輔導流程；

原型計劃完成後，我們向禁毒基金申請撥款，並獲得贊助推行計劃，服務日期為 2015 年 7 月至 2020 年 6 月，預計為 280 名濫藥者提供以動物輔助治療為主的戒毒輔導服務。

計劃內容

1. 計劃目標包括：

- 改善對象情緒及濫藥情況；
- 提升對象的自主能力，擺脫「濫藥者」的標籤，建構新身份；以及
- 提升對象繼續投入治療及改變的動機。

2. 計劃內容以動物輔助治療為主，當中包括：

- 貓空(Home)：將對冷冰冰的輔導室轉化成一個富有生命力、以人為本的以及家一般的環境，讓對象感覺安全溫暖，能夠放鬆地表達意見。這裡不單是流浪貓的家，亦是對象和貓交朋友的地方。他們透過照顧貓以及與牠們互動，能減低孤獨感和舒緩抑鬱徵狀。這裡亦是一個技能培訓 (如寵物美容)、個案輔導和小組活動的地方。
- 個案輔導：貓的故事是輔導的核心元素和介入媒介。我們記錄了每一隻被我們收養的流浪貓的經歷，並按不同主題邀請對象為經歷注入他們的生命故事、個人情感和意見，從中發掘個人生命中很多被淹沒的重要經驗和啟示。對象會親自挑選一隻與她們自身經歷相近或喜愛的貓建立「治療聯盟」(therapeutic alliance)，並在輔導員引導下，在貓空彷彿如家一般的氛圍中，處理因濫藥而引致的創傷和情緒困擾。
- 小組輔導：透過 12 節規範化的動物輔助治療小組活動，協助參加者整理生命故事，促進組員之間互助，從而舒緩負面情緒，發掘內在資源和強化復康的能力。輔導員和組員一起整合動物的生命故事，再輔以敘事治療遊戲卡，協助後者為流浪動物以及自己編寫生命線，根據不同主題具體分享和回顧濫藥/戒毒歷程中的種種能耐和掙扎，發掘內在和外資源，令本被濫藥問題主導的生命故事變得更為豐厚多元。

3. 「與貓同行」義工/領養活動內容包括：

- 安排參加者為資源匱乏的流浪貓狗舍提供義工服務，並和其他義工單位合作，推動對象重新與社區連結並建立關係；

- 拯救流浪貓狗和被遺棄動物，了解和反思動物掙扎求存的故事，從而反思自己在成長過程中的種種選擇和重要價值，強化自我效能感和增強抗逆力；
- 安排情緒和生活較穩定的對象在貓空(HOME)照顧動物，包括衛生打理、飲食安排和餵藥護理等，藉此加強參加者的責任感，並建立新的照顧者身份；以及
- 安排領養配對，如對象情緒穩定並有一定能力和責任心，以及家居環境適合飼養寵物，她們可領養治療貓回家，成為貓的同行者，彼此互助支援。

4. 有關動物福利的注意事項

動物是計劃的重心，牠們的福利至關重要。為避免輔導過程為治療貓/犬帶來壓力或傷害，治療室和活動的設計皆以動物福利為優先考慮。治療室的日常運作除符合保障動物福利的相關法例外，亦會進一步關顧治療貓的身心健康，為牠們建立一個舒適的居所。此外，工作人員亦需具備關於動物行為和情緒的知識，當發現治療貓/犬在介入過程中出現不適，便會立刻終止輔導。計劃亦制定了一系列動物福利措施和活動指引，同工需嚴格跟從。

成效評估

計劃透過前後測問卷評估參加者情緒狀況及濫藥頻次，問卷包括醫院焦慮抑鬱量表及禁毒基金問卷。有 70 名濫藥對象於 2015 年 7 月至 2017 年 6 月期間接受服務，當中有 75% 表示情緒得以改善，亦減少了濫藥頻次。此外，有七成復元中的參加者表示計劃後「沒有重吸」。本計劃亦進行了一項質性研究，初步評估動物輔助戒毒治療的介入成效，並邀請了 7 名服務對象進行深入訪談。

根據觀察和訪問資料，研究有以下初步發現：

投入治療 (Enhanced Engagement)：參加者認為動物能保守秘密，比人類真誠且不具批判性。很多對象過去身心飽受摧殘或曾被出賣，對人失去了信任；動物不單為輔導過程帶來趣味，亦令對象放鬆心情並更投入輔導或小組活動。

- 「你有時會好會想講一樣野。。。啫係有動物會令人易於…無咁大壓力，咁容易 D 講多 D 內心既說話，同埋一 D 好似難講，或者屈響心度，唔知好講唔講都可以擺埋出黎…」(受訪者 M)
- 「如果有 D 動物響度行黎行去，都精靈 D 啦，如果你用另一個形式就係，將一樣同樣既野轉做一個 power point，大家同學坐響度，我依家就今日為大家講一個 power point，係咁講，可能全部都訓着左囉。」(受訪 S)

舒緩心情和減輕壓力 (Improved Mood and Mental Relaxation)：在安全和放鬆的氛圍下，對象和治療貓互動，過程中感到被聆聽和被明白，讓心情得以舒緩。

- 「總之一唔開心，我一見到佢就會……果種感覺囉。因為次次我一返到黎佢都會，咁叫到佢肯錫你為止，果下其實你已經唔記得晒你唔開心嘅事。」(受訪者 B)
- “佢地響度會覺得安心……我唔開心都會同佢講野，但係，咁佢當然唔會答到我啦，即係我至少可以發洩出黎，講左出黎囉咁…落到黎（貓室）見到有種治愈左你內心既感覺，即係有種好溫馨咁樣囉，即係你會見到好多貓，之後你就覺得，好溫暖囉”(受訪者 M)
- “我覺得佢會 feel 到你既情緒會係點囉，佢會行埋黎，響我隔黎嚟我果 D”(受訪者 Y)

動物經歷作為隱喻，重編生命故事 (Animal Stories as Therapeutic Metaphors):

輔導過程中，我們協助對象與治療貓的經歷產生連結、共鳴和投射作用，使前者透過動物故事，反思自己生命中的種種獨特經歷以及和重要他人 (significant others) 的關係，以及隱藏其中的重要價值、能耐、需要和渴望。一些被遺棄的動物的故事尤其能引起對象的共鳴。

- 「佢 (治療犬) 令到我變得有同理心左囉。。即係諗下如果，其實人同狗都係一樣姐，都係一段感情架嘛，如果當初嗰隻狗我買返嚟好鍾意，咁佢都好開心咁樣將自己條生命俾咗我，同我喺埋一齊生活，到到一日我唔要佢，佢就無人要，可能劈咗出街，做咗流浪狗，做可能比其他狗打添，咁到時點算呢？咁諗返起當初我應承佢會對佢好好，會一路照顧佢嘅時候，咁咪會好難過囉。。。咁我就心諗因為，到我自己做得唔好、做得錯嘅時候，我屋企人都有遺棄我呀，我咁差佢都對我好。」(受訪者 T)

加強責任感 (Stronger Sense of Responsibility): 透過「與貓同行」的動物照顧和領養配對活動，對象能由服務使用者轉化成照顧者，生活變得充實之餘亦更具改變動力，而隨著責任感的一點一滴建立，濫藥行為亦漸漸減少了。

- 「未養悠悠果陣時係有食，果陣時開始就落黎 (貓室)，因為一個人無野做既時間呢就會想去吸毒，當你有野做既時間，就唔會去記得呢樣野 (濫藥)。。。我會 keep 住 everyday 係有野做，就算係做義工，或者去唔知上下果 D 咩堂，去增值下自己，跟住我覺得，之後我就開始覺得，點呢，搵多 D 野俾自己去，唔係話攝時間，要過每一日都好活力既。。。即係要好充實好有生氣咁。」(受訪者 B)
- 「自己會有責任左囉，因為有隻貓響度你點樣都要返屋企，但係如果我無養貓，之前我可能幾日都唔返屋企，但係你有貓，因為我知道可能佢響屋企，姐係好似成日都諗到好慘，姐係呢，我唔響屋企就會無人喂佢食野，我就會好驚佢餓死，跟住我就會返屋企，呢隻貓又嚟食，所以會驚佢會餓死。」(受訪者 Y)
- 「雖然一路都仲食緊 (濫藥)，但係相比起我未領養 (貓) 之前真係食得少左好多……即係至少我響屋企唔會食先。。。因為我以前真係果 D 拚死無大害果 D 黎既，果陣覺得就算出左乜野事都無所謂，依家就覺得，屋企有一個人係好需要你既，一隻貓係好需要你既。」(受訪者 m)

重建家庭關係的夥伴 (Rebuilding Familial Relationships): 動物成為對象與家人溝通的橋樑，協助改善家庭關係。

- 「之前屋企咪好靜囉，我自己之前響屋企都係超靜果 D 黎，姐係我自己困我自己響間房果 D 黎，因為我呀爸關係唔係話特別好，由細到大都唔會咁接觸既，唔會點傾計既，跟住，之後，係唔會點講野囉，通常講都係講，食飯啦果 D 囉，跟住一係就問你食左飯未果 D，之後就無架啦，但係之後有隻貓黎左之後，就多左野會講囉，有時候會講下隻貓果 D，可能會講 er，邊度有 D 好玩 D 既玩具呀，睇落去好似好玩 D，又話貓寶呀果 D，俾隻貓訓果 D，有時都會講下既，有時會嘈……點講呢，有隻貓好似會帶動到個氣氛 D 囉，好似無之前咁靜囉。」(受訪者 Y)
- 「隻貓就係屋企既同我呀媽相處最多既人囉，係好似治療左我呀媽咁隻貓都，但係呢隻貓就治療左我阿哥我同埋我老豆囉，啫係我地……佢好嗲人囉，佢會令到我地會係咁買 D 野俾佢玩，買野俾佢食呀。」(受訪者 M)

總結以上資料，「貓空」計劃運用動物輔助治療能促進對象投入治療、舒緩心情和減輕壓力、重新整理生命故事、加強責任感以及改善家庭關係。

討論

大部分對象來自草根階層，他們的社會經濟地位偏低 (lower socioeconomic status)，自我形象低落之餘加上濫藥者的標籤，令他們築起牢固的自我保護機制 (self-defense mechanism)，對人(尤其是助人專業者)普遍不信任，亦失去融入社區的動力。

初步研究顯示，貓空的動物輔助治療令對象更投入個案或小組活動。他們在過程中和動物互動，學習照顧牠們，並透過工作人員和其他組員的回饋反思人生，建立濫藥者以外的新身分，並以照顧者的角色和動物以至重要他人修補關係。與此同時，由於貓空的動物輔助治療的重點是在參加者的自我反思而非戒毒行為本身，這有助對象從濫藥者的標籤和負面情緒解放出來，在復元過程中發掘固有和新的能耐。

此外，動物作為「同行/陪伴者」不單為對象帶來情緒上的支援，牠們更有助濫藥者完善「自我調節」(self-regulation) 的機制，達至緩減傷害 (harm reduction) 的果效。研究顯示，「自我調節」乃一循環過程，意指濫藥者不斷從個人或他人的用藥經驗學習，從而達至生活上的平衡 (Decorte, 2001)。我們發現很多參與動物照顧和配對領養的對象也會因為責任感的提升而有意識地進行「自我調節」。有對象會停止在家濫藥以避免影響寵物，或多留家中照顧動物，因而達到「緩減傷害」的目標。有對象更因為領養了治療貓而對生命再有盼望，在尋找工作 and 照顧貓的過程中發現新的生活樂趣和意義。

結論

貓空的動物輔助治療能促進對象投入治療、舒緩心情和減輕壓力、重新整理生命故事、加強責任感以及改善家庭關係。進一步將介入內容 (包括個案和小組工作) 規範化，再輔以實証研究支持，將是計劃未來的目標。

參考資料

1. 曲如傑林霖, 王文忠. (2006). 吸毒者心理健康狀況及與復吸原因的關係系. 中國臨床心理學雜誌, 14(1), 55-57.
2. 易春麗, 周婷, 陳凌雋, 崔忱. (2008). 吸毒者與一般對照人群的家庭環境, 羞恥感, 自尊, 社會期望及抑鬱水平的比較. 中國藥物依賴性雜誌, 17(5), 362-366.
3. 張佳. (2007). 吸毒者脫毒後成癮程度與其抑鬱程度的關係研究. 中國藥物濫用防治雜誌, 6, 016.
4. Chandler, C.K. (2012). *Animal Assisted Therapy in Counseling*. Taylor & Francis.
5. Campbell-Begg, T. (1998). *Promotion of transactions during animal-assisted group therapy with individuals who are recovering from chemical addictions*. New York: D'Youville College.
6. Fine, A. H. (Ed.). (2010). *Handbook on animal-assisted therapy: Theoretical foundations and guidelines for practice*. Academic Press.
7. Kruger, K. A., & Serpell, J. A. (2006). *Animal-assisted interventions in mental health: Definitions and theoretical foundations*. *Handbook on animal-assisted therapy: Theoretical foundations and guidelines for practice*, 2, 21-38.
8. Sinha, R. (2001). How does stress increase risk of drug abuse and relapse?. *Psychopharmacology*, 158(4), 343-359.
9. Weiss, R. D., Griffin, M. L., & Mirin, S. M. (1992). Drug abuse as self-medication for depression: An empirical study. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 18(2), 121-129.
10. Volkow, N. D. (2004). The reality of comorbidity: depression and drug abuse. *Biological psychiatry*, 56(10), 714-717.

探討曾濫藥的更生人士的生涯發展需要及介入可能性

柯麗珊、梁雪君、李寶佩
(澳門基督教新生命團契-S.Y.部落)

【摘要】

「人非聖賢、孰能無過、過而能改、善莫大焉」這道理誰都明白，我們做錯事時都渴望得到別人的原諒，但曾濫藥的更生人士即使能知錯能改，前線經驗往往讓看到他們因為背負在囚身份，回歸社會後生涯發展卻是充滿被排斥的，他們在求職上因為案底而未能像以往發展職向，縱使他們擁有相同的技能，卻只能尋找一些廉價回報的工作，可是，卻遺忘了他們怎樣在物價高昂的社會中生存，的確，這種生涯發展路上這種迷惘、不安，也是把其推向復吸或是重犯的路上…。我們都習慣將問題歸咎於個人層面，忽略了個人以外的外在影響著他們的因素。

本中心多年前開始定期進入澳門懲教管理局開展服務，與觸犯刑事案件的青年人同行。在多年經驗中，發現他們無論在工作、家庭、人際關係、生涯發展、自我認同等各方面，均面對著不同大小的困難，然而，作為社會服務如何貼近這群體的需要提供服務？本中心在 2018 年開展「伙柴人同盟」服務，讓曾濫藥之更生人士成為助人者，引導剛出獄的更生人士重組生活目標及適應社會。此外，透過教育、宣傳和公眾參與，推動減低社會對更生人士的標籤。

計劃的開展為他們帶來了新的可能性，但當中也遇到不少困難與挑戰，讓推動者及參與者也難以向前。故此，本文將會就曾濫藥的更生人士在生涯路上所面對的需要、社會服務介入的可能性，及於社會層面上如何落實接納這群人士而作出建議。

本中心為曾有濫藥的更生人士提供的服務

2.1 現時本澳在囚人士情況

根據澳門特別行政區政府社會工作局(2019)有關數據顯示，澳門在囚人士的人口比例一直有上升的趨勢，2008 年的數字由 912 人，直到 2018 年的數字已升至 1458 人。十年間在囚人士比例高升一倍，伴隨的社會問題引起社會關注。

根據 2018 年香港社區組織協會民權教育中心(2018)所發表的《民間監察懲教制度週年報告》指出近年國際社會強調監獄制度現代化，懲教制度除了懲處違法者，同時更著眼於其復康和更生的部分。然而曾犯有關毒品案件的人士，他們除了需要負上刑事的責任外，針對濫藥行為的復康服務同樣重要。

2.2 本中心針對濫藥違法青年提供之服務情況

有見及此，本中心於 2013 年拓展違法青少年支援服務，首要介入獄中進行直接服務，其後更延伸更多相關支援服務。多年來致力推行以下工作重點，參見表一所示：

【表一】

服務	形式	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019/7
獄內服務	講座	--	1 節 30 人	1 節 25 人	1 節 20 人	1 節 36 人	1 節 18 人	1 節 22 人
	小組	4 節 10 人	4 節 10 人	4 節 10 人	14 節 22 人	24 節 18 人	10 節 10 人	10 節 13 人
	筆友	--	--	4 人	8 人	12 人	16 人	20 人
	探監	--	--	--	--	累 積	23 人	次
	尿檢	--	--	--	79 人次	1208 人次	1776 人次	835 人次
社區式戒毒治療計劃	個案	--	--	--	13 人	38 人	58 人	60 人
	累計							
	小組/活動				19 節 166 人次	46 節 338 人次	63 節 310 人次	37 節 159 人次
不惑少年	尿檢 人次	--	--	--	--	194 人次	182 人次	88 人次
	個案 累計	--	--	--	--	21 人	31 人	29 人
	小組 /活動	--	--	--	22 節 156 人次	38 節 94 人次	36 節 67 人次	2 節 35 人次

本中心主要透過充權及敘事治療的手法作服務介入，如敘事治療（Michael White, 1948-2008），以「非中心」的角色，透過「外化、解構和重寫」的歷程，與這些曾違法的青少年一起去探索和豐厚其生命不同的可能性，將個人與問題分開。同時他/她們才是問題的專家，讓個體能夠看到自己擁有能力、知識和態度，同時更看到個人的信念和價值。

從前線工作經驗看到大部分曾有用藥的更新人士重返社會時，仍面對社會不同的污名和壓迫的情況，如主流社會仍普遍對有關「在囚」和「用藥者」等身份界定為「問題」的身份，基於種種既定的刻板印象，這些都過於單薄去理解曾有用藥的更新人士，忽視其個人的能力、知識、信念和價值等，未能理解到他/她們用藥背後的故事和需要。

充權的實踐方面，根據 Solomon 提出「充權」的概念就是要對抗不公平的社會制度，並藉此消除個人與弱勢社群的無助感（趙雨龍、黃昌榮、趙維生 2003）。而根據前線工作接觸這群更新人士的經驗，服務都著重減輕由「囚犯」身份而帶來自我標籤和負面影響，甚至能夠以個人的力量，以生命影響生命，讓其能夠回饋一些有需要的服務對象或社區人士，如組織參加者協助促進社會反歧視的工作及提升政治參與意識，如到不同社區教育活動中之過來人分享，加強推動反映更生人士的需要和重新融入社會計劃的發展，從而促進更生人士獲釋後重投社會，成為奉公守法的市民，同時也加強過來人改過的決心、減輕社會的標籤化，推動社會大眾支持更生人士。

2.3 服務成效：從在囚到釋後支援

2.3.1 獄內開展敘事治療-《乘風破浪》自我認識小組之成效

本中心於 2018 年起運用敘事治療的介入手法於囚內開展自我認識小組，有別於傳統對「問題」歸責於個人責任/能力的理解，以開放的態度與組員一同探索生命中的故事及加以豐厚，及針對被社會標籤為個人問題之事件（如：濫藥行為）進行探索及解構，讓組員解放問題與自我的捆綁，在重組生命故事的部

份加以強化組員的個人信念與價值，讓其從自身經驗中發掘解決困難的能力。從小組的進程工作員看到組員對小組的投入，以及對「問題」的鬆綁，有組員反映「小組能夠讓他們勾起許多遺忘回憶」（看到自己非主流論述下的個人能力）；有組員表示「在小組中翻起了許多回憶，讓其感覺好好多」（對主流壓力的鬆綁）；有組員表示參與小組後「能夠使他認清方向」（信念重構）；有組員表示參與後「能夠了解內心壓抑的問題，不再被社會改變自己」（對主流壓力鬆綁）……可見，以敘事治療的介入模式用於有濫藥行為之在囚人士當中，能夠讓他們進一步看見自己擁有能力、知識和態度，同時更看到個人的信念和價值。

2.3.2 釋後互助小組《伙柴人同盟》之成效

隨著本中心多年積極於獄內對曾用藥之用囚人士進行各種介入工作，在過程中與囚友建立穩定信任的工作關係，其後亦以書信或探監方式持續跟進，鼓勵他們釋後回歸社區也能繼續在本中心接受服務，持守停藥狀態。多年來累積不少更新人士回到中心，工作員看見他們在重返社會的種種適應問題發介入需要，本中心於 2018 年，以充權概念開辦了一項名為「伙柴人同盟」互助小組，為更新人士提供個別化的協助，包括就業轉介、生涯規劃、預防復吸小組、情緒支援等服務，透過不同的配套服務及早得到相應的支援，讓他們盡快融入社區。除此以外，《伙柴人同盟》更期待促成組員成為彼此的支援網絡，減低復吸機會及重犯事的機會，以更正確的態度面對生活及挑戰。

雖然《伙柴人同盟》只開展短短一年，目前已累積 18 位穩定的成員，他們大多期待在小組中能夠運用自己過往經驗來回饋其他同路人，可見身份角色的轉化對更新人士帶來重要的認同，同時，透過組員間的互相支持，讓一些短時間內未能重新建立新的社交網絡之組員能在小組中建立正向的支援網絡；同時因擴大了互助網絡，組員間能夠互相運用彼此的資源，如：工作介紹、情感支援等。

一. 現時服務面對的挑戰

3.1 更新人士生涯路上所面對的困難及需要

根據 Krisberg, Barry and Marchionna, Susan (2006) 發表《The Youth Development and Intervention Framework》，指出在美國九成市民認為對在囚人士給予更生服務，相對懲罰制度更為重要，同時也有八成以上市民認為監獄缺乏職業訓練，是增加了在囚人士獲釋後再犯罪風險。在多年的前線經驗裡，工作員發現不少曾濫藥的更生人士於出獄後，無法配合社會發展個人獨有的優勢及才能，導致自我價值感較低。更強化了使用濫藥來減輕生活壓力的誘因，增加復吸風險，故在囚期間的職涯培訓則相當重要。

懲教包括懲罰和教育的意思（香港社區組織協會，2018），但在「伙柴人同盟」之成員表示亞洲地區的監獄，職訓類別大多為手工及勞動類，相對西方國家較缺乏職涯培訓及有系統的專業技術培訓，圖書館的設施及書籍同樣欠奉，在教育類型、程度、數量、資源分配不符合囚人需要等現象並不鮮有。使他們的工作及學歷經驗在數年至數十年的在囚日子中處真空狀態，嚴重妨礙囚人出獄後的適應能力及競爭力。

而前線經驗中發現他們重返社會時，會因具有刑事紀錄，即「案底」而未能如常尋找職業。根據澳門社會工作局社會重返廳（2016）《更生個案統計調查摘要報告》，指出 36.5% 之更生人士在假釋初期無業，可見他們走

在就業的路途上並不容易。

現時大部份經假釋的更生人士，也接受職業配對的重返社會服務，但他們表示這些職業往往與其原有技能不相關，及其工作薪金與一般工作較低，並未能足夠支持他們生活的開支，故此一旦完成假釋則不會繼續從事該職業，在未能尋找收入相對穩定的工作下，容易導致他們自我形象及價值較低、無法取得家人認同等等……各種的社區壓迫容易令他們將問題內化，形成自我標籤，並再次將他們推向能獲得認同感的犯罪邊緣，最終走上復吸之路，嚴重提升社會成本，亦是前線提供服務時面對的挑戰。

3.2 更新人士在社區面對的壓迫

從前線經驗中不難發現他們即使完成了刑罰，出獄後仍在社區上面對不同的壓迫。正因為濫藥及入獄的經歷，令他們難以重新融入原生家庭、親友關係疏離、難以開展親密關係、被剝削應有待遇的就業情況，下列將以真實案例作說明。

3.2.1 就業方面

曾濫藥更生人士阿文（化名），24 歲，向工作員透露「父母為了為幫自己還債售賣物業，一心希望出獄後賺錢養家，後來成為了愛心顧主的員工，在傢俱店每天上班工作六天，每天工作八小時，但薪金待遇卻只有六千多澳門幣……」

在面對案底歧視，更生人士還有另一項選擇——「愛心僱主」。愛心僱主為一群願意聘用有案底人士的僱主，表面上他們毋須擔心因案底問題被拒絕僱用，但實際愛心顧主同樣反映著案底歧視的現況。一）市場供不應求：社會上並不多僱主願意聘用更生人士，加上沒有公開招募愛心僱主，故參與人數不多，讓更生人士得到工作的機會降低或能夠選擇之工種少；二）待遇與市場條件不符：更生人士因有刑事紀錄而遭到薪酬待遇偏差。似乎在聘用有「案底」人士的意願背後，還是帶有「附加條件」。

3.2.2 生活機能方面

曾濫藥更生人士阿琪（化名），32 歲，向工作員透露「公司需要我提交銀行戶口以便發薪金，豈料銀行職員竟以我曾入獄為由，拒絕我的戶口申請，當刻感到被歧視。」這樣微小至我們認為很理所當然的事也遭遇到阻撓，這就是他們生活的日常。

3.2.3 家庭方面

更生人士能否順利重返社會，家人的接納和支持起了關鍵的作用，有更生人士表示不時被家人查探行蹤，常擔心再次復吸。不被信任的感覺更讓他們產生自我懷疑，難以肯定自我價值。此外，也曾有更生人士表示家人會因其濫藥及入獄的經驗而不願意親近，連家人也對他們貼上標籤，他們又該怎樣認同自己？

社會對違法的主流價值建構得根深蒂固，容易讓人將「曾犯事」與「會重犯」、「壞人」等想法聯結，這主流價值觀嚴重打擊他們的自我形象的建構及自我認同。

香港社區組織協會（2009）發佈了《更新人士就業障礙研究》當中提到“更生人士已為違法行為負上應有的責任，出獄後仍然遭到不同方面的

案底歧視和標籤，變相成為其犯事被法庭判罰與判監以外的「雙重懲罰」。”之言論，為此值得作出反思。

二. 反思/建議

4.1 於獄中及早介入

根據 Alvin Leung(2017)《The Youth Development and Intervention Framework》指出職業生涯規劃是通過啟發參與、認識自我、探索多元出路、生涯規劃及管理來發展、培養、鞏固和實現自我認同的終身過程。

建議讓囚人在服刑期間得到適當的職涯培訓，讓他們真實探討藥物與自身的關係，才能讓他們在重返社會後找到與職業接軌的工作，具良好的社會適應及競爭能力，大大減低需減輕生活壓力及復吸的誘因。

4.2 去污名化及反歧視工作

曾犯有關毒品案件的人士，他們往往伴隨著物質成癮行為，故此，除了需要負上刑事的責任外，更需要關注他們的深層需要，濫藥背後的成因。如果我們要設計一個使毒品成癮問題更嚴重的系統，就是懲罰吸毒者、羞辱他們、留下犯罪紀錄，因為這會讓他們難以回到社會，他們很難找到工作，無法安居樂業，很難與人群重新建立人際關係，讓他們只能再回頭擁抱毒品的慰藉。(Dr. Gabor Maté, 2016)

正因社會對在囚人士的刻板印象，故很少人願意理解他們的獨特故事及行為脈絡，只單薄地描述為自討苦吃的罪犯，這樣不但止強化了「案底」歧視的不良文化，污名化更令他們失去平等待遇，如：平等的工作機會和親密關係的建立。

人類天生最原始的需求就是連結，如果我們因為心裡有創傷或被孤立，或是遭生活壓力擊敗，而無法在人與人之間建立連結關係時，我們就只能將自己寄託於可以安撫、舒緩心靈的物品，包括毒品。(Peter Cohen, 2017)

污名化容易讓他們再次走上復吸之路，故對更生人士不應只圖簡單化的隔離和排斥，建議澳門制定相關政策，規劃政府內部預留一定數量的職位空缺給予更生人士，由政府牽頭給予社會各界正面示範，也容讓社區人士真實認識更生人士，從而打破恐懼和刻板印象，改善其的生涯發展、自我認同、家庭融入、人際及親密關係，才能有效減低重犯率及締造安全社會。

4.3 立案立法保障更生人士就業免受歧視

澳洲聯邦透過制定《1986 年人權及平等機會委員會法令》及《1989 年人權及平等機會委員會規例》在立法上提供保障，禁止由於任何人的犯罪紀錄而作出就業方面的歧視。加拿大卑詩省制訂的《人權法典》第 13(1)條亦規定，任何人均不得因某人的刑事紀錄而拒絕僱用該人。(香港社區組織協會，2009)

為了防止對更生人士就業方面出現歧視，建議參考外國做法，透過三方面的立法工作予以保障：第一，透過制訂反歧視法禁止對更生人士的就業作出歧視性對待；第二，除被社會界定為敏感部門或職位外(仿效外國的界定範圍如：教育、賭博、醫護、警務、交通控制員、保安行業、懲教、法律專業服務外，立法及發出指引禁止僱主向求職者查詢刑事紀錄，尤其是有關「案底」存在與否跟是否合適從事其應徵的工作沒有必然關係。

總結

上述分享均從多年前線經驗中得知，針對他們的需要並未有資源去作有系統的研究。但更生人士面對的各種困境真實存在，可見社會對成癮行為的定型，嚴重受污名化影響，故預防復吸及重犯工作不能只針對個人，需要整個社會共同配合。

參考文獻

1. 澳門行政暨公職局(2019)。澳門特別行政區公共行政人力資源季度統計資料 取自 https://www.safp.gov.mo/wcmpro/groups/public/@safp/@ext/@information/documents/web/wcm_007946.pdf
2. 香港社區組織協會（2009）。更新人士就業障礙研究。立法會 CB(2)832/09-10(06)號文件 取自 <https://www.legco.gov.hk/yr09-10/chinese/panels/se/papers/secb2-832-6-c.pdf?fbclid=IwAR0zfjP14uCSCjeB32zK-uIACX5OVHx4MnI5RnPLLfQPbVdDj4Q1TY-cvw>
3. 香港社區組織協會 民權教育中心（2018）。民間監察懲教制度 週年報告 取自 https://soco.org.hk/wp-content/uploads/2014/10/DRAFT_民間監察懲教制度週年報告_23_5_2019.pdf
4. 消除「案底歧視」助更生人士自力更生（2018）香港 01 取自 <https://www.hk01.com/01%E8%A7%80%E9%BB%9E/177875/01%E8%A7%80%E9%BB%9E-%E6%B6%88%E9%99%A4-%E6%A1%88%E5%BA%95%E6%AD%A7%E8%A6%96-%E5%8A%A9%E6%9B%B4%E7%94%9F%E4%BA%BA%E5%A3%AB%E8%87%AA%E5%8A%9B%E6%9B%B4%E7%94%9F>
5. 區澤光、高劉寶慈(2007)。《個案工作：理論與案例》。中文大學出版社
6. 趙雨龍、黃昌榮、趙維生（2003）。充權：新社會工作視界。五南出版社。
7. 澳門社會工作局社會重返廳(2016)。更新個案統計調查 取自 http://www.ias.gov.mo/wp-content/uploads/2013/10/2016-10-25_170150_5.pdf?fbclid=IwAR0QX1ATnzOX4SrF06B79eFItP3JS48lItxK1v56LfbSNYOUk1jAgKYHU_0
8. 澳門統計暨普查局(2017)。博彩業調查 取自 https://www.safp.gov.mo/wcmpro/groups/public/@safp/@ext/@information/documents/web/wcm_007946.pdf
9. Australian Human Rights and Equal Opportunity Commission, 'On the Record: Guidelines for the prevention of discrimination in employment on the basis of criminal record', November 2005 及 UK Criminal Records Bureau, 'Employing ex-offenders: A practical guide', July 2004.
10. Alvin Leung（2017）。CLAP Models – The Youth Development and Intervention Framework (YDIF). Retrieved from https://www.clapforyouth.org.hk/wp-content/uploads/2017/04/CLAP-Inform-May-10-2017-No.-2.pdf?fbclid=IwAR3wi7CSmZtf1mHScBvhLHQK8_kGzEVzYDRH9RwP7_mWihHzUBIxF3-RFjw
11. Gabor Maté(2016): A new understanding of addiction. Retrieved from <https://networkmagazine.ie/articles/gabor-maté-new-understanding-addiction?fbclid=IwAR3wiPDYm0dYqHlXm6EkJCvi5O07fz6FFj2mlHuiXVOVzHNkWmGSpeTsWMA>
12. Krisberg, Barry and Marchionna, Susan: 2006, 'Attitudes of US Voters toward Prisoner Rehabilitation and Reentry Policies', FOCUS, April 2006.
13. UK Home Office, Breaking the Circle – A Report of Review of the Rehabilitation of Offenders Act, July 2002.
14. Elizabeth Moyer（2017）。Can Human Connection Heal Addiction? Retrieved from https://www.stand-together.org/can-human-connection-heal-addiction/?fbclid=IwAR34KcllMPBuhg35IfOZQ0vfeNbRDxHad_Ens1xjG4io7If_PdFyq0lCw2

戒毒康复人员^{【注释】}复吸因素研究 (中山市坦洲镇为例)

文丽琼、刘秀芳
(中山市北达博雅社会工作服务中心)

【摘要】

预防复吸及维持操守是禁毒工作最为重要的一环，本研究通过对坦洲镇戒毒康复人员复吸因素进行微观层面、中观层面、宏观层面的研究，为毒瘾戒除问题的尤其是戒毒康复社会工作的推行提供依据。

【关键词】戒毒康复人员、复吸因素

一、引言

2013 年中山市北达博雅社会工作服务中心在广东省中山市开展美沙酮药物维持治疗社工服务，2015 年服务延伸至社区戒毒（康复）社工服务，为某镇户籍的社区戒毒人员^{【注释】}、社区康复人员^{【注释】}、强戒所学员、美沙酮药物维持治疗人员等服务对象，提供强戒所服务、无缝接轨服务^{【注释】}、多元化的社区服务等服务内容。

截止 2017 年 12 月，2016-2017 年度开展的重点跟进个案 114 例，个案类型包括无缝接轨、主动求助、公安分局转介、家人求助，外展服务。截止到研究正式开始时，其中维持操守个例数为 90 例，复吸个例数为 24 例，复吸率达 21%。在 24 例已复吸的戒毒康复人员中 6 个月操守期内复吸的有 16 例，占 66.7%。上述数据显示，复吸者在离开拘留所（接受治安管理处罚^{【注释】}）/强戒所（接受强制隔离戒毒^{【注释】}）半年内复吸占 6 成以上。

复吸行为涉及多重因素导致，希望透过本研究对复吸的因素进行本土化的综合性和整体性的研究，深入调研及分析某户籍戒毒康复人员的复吸因素，寻找适用于某本土化的有效预防复吸的措施，为禁毒服务方向的提供相关的研究依据。

戒毒康复人员：泛指在公安管控里记录在册的吸毒人员。

社区戒毒：对吸毒成瘾^{【注释】}人员，公安机关可以责令其接受社区戒毒。社区戒毒的期限为三年。出自《中华人民共和国禁毒法》

社区康复：对于被解除强制隔离戒毒的人员，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。出自《中华人民共和国禁毒法》

无缝接轨服务：在戒毒康复人员解除强制隔离戒毒当天，提供接送其从强制隔离戒毒所内直接回到所居住的社区或家中的服务。

治安管理处罚：吸食、注射毒品的，依法给予治安管理处罚。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。出自《中华人民共和国禁毒法》

二、研究目的及内容

（一）研究目的

- 了解戒毒康复人员复吸的相关经验；
- 探讨影响戒毒康复者的复吸因素；
- 探讨戒毒康复者的戒断因素以及预防复吸的策略。

（二）理论基础

本研究结合社会生态系统理论（查尔斯·扎斯特罗）、以微观系统（Micros system）（包括“变化的阶段”、复吸模式及预防复吸理论、药物使用连续体、风险个体化等）、中观系统（Mezzo system）（包括家庭、朋辈、社会支持、社会资本等）和宏观系统（Macro system）（包括社会文化、政策、法律等）作为本研究的理论基础。

（三）研究方法

本研究采用质性研究从社区及中山市强制隔离戒毒所共抽取 7 名有复吸经历的某户籍戒毒康复者，签署录音同意书，采用访谈录音，然后将访谈录音整理为逐字文稿，就访谈内容进行归类和分析。

（四）研究对象

本研究得到中山市强制隔离戒毒所的支持，选取所内合适的某户籍的戒毒康复者作为部分受访对象开展访谈工作。有 7 名研究对象，1 名受访者（坤叔）筛选自社区，其他 6 名受访者（A 仔、C 叔、B 仔、阿六、阿七）筛选自中山市强制隔离戒毒所。本研究的受访者均为男性，年龄介乎 23-52 岁，他们都曾被判入拘留所/强戒隔离戒毒所的经验，详细的背景如下：

坤叔，52 岁，已婚，20 岁初次吸食，主要使用海洛因，正在接受社工服务。

A 仔，23 岁，离异，13 岁初次吸食，主要使用 K 粉，无接受社工服务。

C 叔，39 岁，离异，14 岁初次吸食，主要使用海洛因，无接受社工服务。

黎哥，43 岁，离异，17 岁初次吸食，主要使用海洛因，曾接受社工短期服务（一年以内）。

B 仔，27 岁，单身，16 岁初次吸食，主要使用 k 粉，无接受社工服务。

阿六，43 岁，离异，25 岁初次吸食，主要使用海洛因，曾接受社工短期服务（一年以内）。

阿七，48 岁，离异，19 岁初次吸食，主要使用海洛因，无接受社工服务。

强制隔离戒毒：吸毒成瘾严重【注释】人员有下列情形之一的，由县级以上人民政府公安机关作出强制隔离戒毒的决定：（一）拒绝接受社区戒毒的；（二）在社区戒毒期间吸食、注射毒品的；（三）严重违反社区戒毒协议的；（四）经社区戒毒、强制隔离戒毒后再次吸食、注射毒品的。对于吸毒成瘾严重，通过社区戒毒难以戒除毒瘾的人员，公安机关可以直接作出强制隔离戒毒的决定。吸毒成瘾人员自愿接受强制隔离戒毒的，经公安机关同意，可以进入强制隔离戒毒场所戒毒。出自《中华人民共和国禁毒法》

三、研究分析

（一）受访戒毒康复者戒毒的经验

本研究的其中一个目的，是了解受访者在戒除毒瘾过程中的经验和所遇到的阻碍，寻求预防复吸的方法。

1.强调戒毒主要靠自己

研究访问的 7 名受访者，认为戒毒是个人的事情，把责任“个体化”（正如社会学家贝克提到的“风险个体化”），把复吸的原因和戒毒的责任归于自己，认为戒毒主要依靠自己的决心。受访者黎哥、阿六的家庭提供良好环境及积极支持帮助他们维持操守，但因复吸的行为，家人的态度转变为失望，而受访者也因此感到内疚，将戒毒失败的责任归于自己。

研究还发现，一些受访者未考虑过或不清楚外来帮助（如社工机构），担忧寻求帮助的过程中可能面临打击和忽视的情形，这让他们打消求助的念头，选择自己处理。

2.依靠自身经验寻找戒毒的替代方式

本研究中的受访者将复吸行为自我归因，利用身边可获取的资讯或以往经验，选择应对措施，如酗酒、赌博、利用相同/不同药效的毒品等替代戒瘾方式，期望减轻对毒品的渴求，短期可以产生期望的效果，但实际上制造出各种高危因素，可能会令他们陷入另一种成瘾行为当中，但这并不表示他们动机弱。

（1）利用酗酒替代

受访者坤叔（52 岁）每天都有三餐饮酒的习惯，每天平均饮用约 400ml 以上，饮用较多是白酒和白兰地，他确信长期喝酒能够防止复吸。然而，阿七酗酒，感到寂寞，回忆起吸毒时的愉悦感，在家中无法入睡，而使用海洛因。

（2）利用赌博替代

本次研究中，当受访者利用赌博的快感替代吸毒的愉悦感，选择赌博填充生活的空余时间，降低复吸的可能性。例如 B 仔表示在赌博期间，除了工作、基本的生存需要，沉迷于赌博时，他没有产生吸毒的念头。然而，受访者会最后容易因赌博输钱产生经济压力而尝试性用药。

（3）利用另一种毒品替代

研究还发现，受访者自行戒毒时由于海洛因强烈的戒断反应而宣告戒毒失败，而听从“朋友圈”里流行“吸食冰毒可戒除海洛因”的说法，因迫切希望戒掉海洛因，例如黎哥铤而走险以身示范，觉得自己吸食冰毒后没有出现吸食海洛因的想法，认为自己成功利用冰毒戒除海洛因，认为吸食冰毒并不会上瘾，也不会长期吸食。然而反观初次使用冰毒至今，黎哥对海洛因仍存在心瘾，也对冰毒产生了依赖。

3.因“吸毒者”身份感到自卑

研究发现，社会歧视和污名化在受访者的日常生活中普遍存在，他们遭到邻

里、朋友的歧视眼光，对戒毒康复者造成社交压力，产生自卑的心理，例如 B 仔在社区生活时，若然让正常的朋友知道他曾有吸毒行为，他觉得朋友说话带有歧视的语气。

当受访者感觉被社区、家庭排斥，宁愿选择逃避，或转向寻求有相似经历的朋友之间的相互支持，更有甚者希望继续接受强制隔离戒毒而感受到平等的氛围，而对执行强戒的措施无所谓。

（二）构成戒毒康复者复吸因子的高危情景

从相关研究显示，成瘾行为受到各种各样的活动或暗示影响，这些影响对试图戒除毒瘾的受访者构成危险的信号，形成受访者复吸的环境。

1. 未能合理管理空闲时间

受访者缺少个人兴趣、技能，或有的受访者曾有份正当职业，但日常有空余的时间，没有健康的生活习惯和爱好消遣，当他产生心理渴求而产生觅药行为，无意识地接触与毒品相关的人、事、物，便更容易娱乐性用药。A 仔每天的闲余时间较多，开始尝试过整天待在家里睡觉，后来选择外出消遣，逐步选择复吸。

2. 身处仍有吸毒行为的朋友圈之中

有研究表明，由于“吸毒者”身份，受访者很难被社会其他成员所接纳和认同，当他们遇到各种困难时，他们会向与他们具有相似吸毒经历的群体求助。出现群体喝酒、吸毒等场合时，若不跟从集体行为，戒毒康复者会产生间接的压力。且他们在封闭的网络中更易获取药物，更易获取购买途径、资金、一同吸食等建议。B 仔最近一次是受到有吸毒行为的朋友邀请聚会，没有规避拒绝讨论吸毒情况，被朋友怂恿一起吸食。

3. 起伏的情绪状态变化

本次访谈中发现，部分受访者身处负面或正面的情绪起伏中，未能察觉到情绪的变化，或不懂得如何调节，产生个人内在压力，引发吸食毒品的渴求。例如 C 叔与朋友饮酒后，无论心情好坏的情绪起伏，都选择吸食毒品。

4. 负面的人际关系处境

研究发现，受访者黎哥因家庭矛盾、家庭冲突等负面处境，并没有更合适的解决办法时，致使情绪低落、心情烦躁，自身没有其他有效地处理家庭关系或自身情绪的方式，转而选择吸食毒品缓解压力。

（三）家人面对戒毒康复者吸毒问题的处理方式

受访者中，吸毒问题出现初期时，家人未必懂得如何处理，尤其是中国传统思想认为家丑不可外扬，为避免受访者或家人被社会负面标签化，家人会对受访者过度操控或过度保护，B 仔的父母选择对外隐瞒吸毒问题，不知不觉助长了他的吸毒行为。

一些受访者因无经济来源吸食毒品后，产生戒断反应，家人虽口头上会说教，不忍心见到这样的情景，选择提供经济来源给受访者吸食毒品或陪同拿毒品，以缓解疼痛。

（四）社会政策及氛围对复吸行为的影响

在宏观层面上，当受访者在维持期，受到与吸毒行为相关的更为广阔的社会和文化环境影响。

1. 社会禁毒氛围影响复吸行为

对于未被抓获并以法律处置过的吸毒者，会因社会的禁毒氛围、执法部门的打击力度，因害怕被送至强制隔离戒毒所，而对自身的吸毒行为有所控制。但对于长期多次被处置过的受访者，这些影响会逐渐减弱。阿七因当时公安捉获严厉而害怕被抓时，就不敢吸食毒品了，但多次强戒后，阿七不再害怕复吸的后果。

2. 严打的毒品价钱上涨转食其他毒品

社会环境上，受到执法部门的严厉打击时，当地的毒品市场受到影响，严打的毒品价格上涨，受访者会选择转去吸食其他相同药效或不同药效毒品。

四、研究总结

预防复吸及维持操守是禁毒工作最为重要的一环，“靠自己才能戒除毒瘾及维持操守”的认知方式，有机会是源自受访者多年来不断复吸的“失败”经验所萌生的无奈想法，也可能是源自对外来的帮助失去信心。此时，受访者容易采取个人可以选择的替代方式，当这样的戒除毒瘾的方法失效时，受访者再次陷入缺少应对措施的情景中，强化“吸毒者”的身份认同，产生自卑的心态，逃避现实生活。但这不代表其戒毒动机低，也忽略家庭、朋辈、社工、社会等对其戒毒成效的正向因素。因此我们需要检视戒毒康复者复吸的原因，寻找合适的方法，让他们重新走进社会。

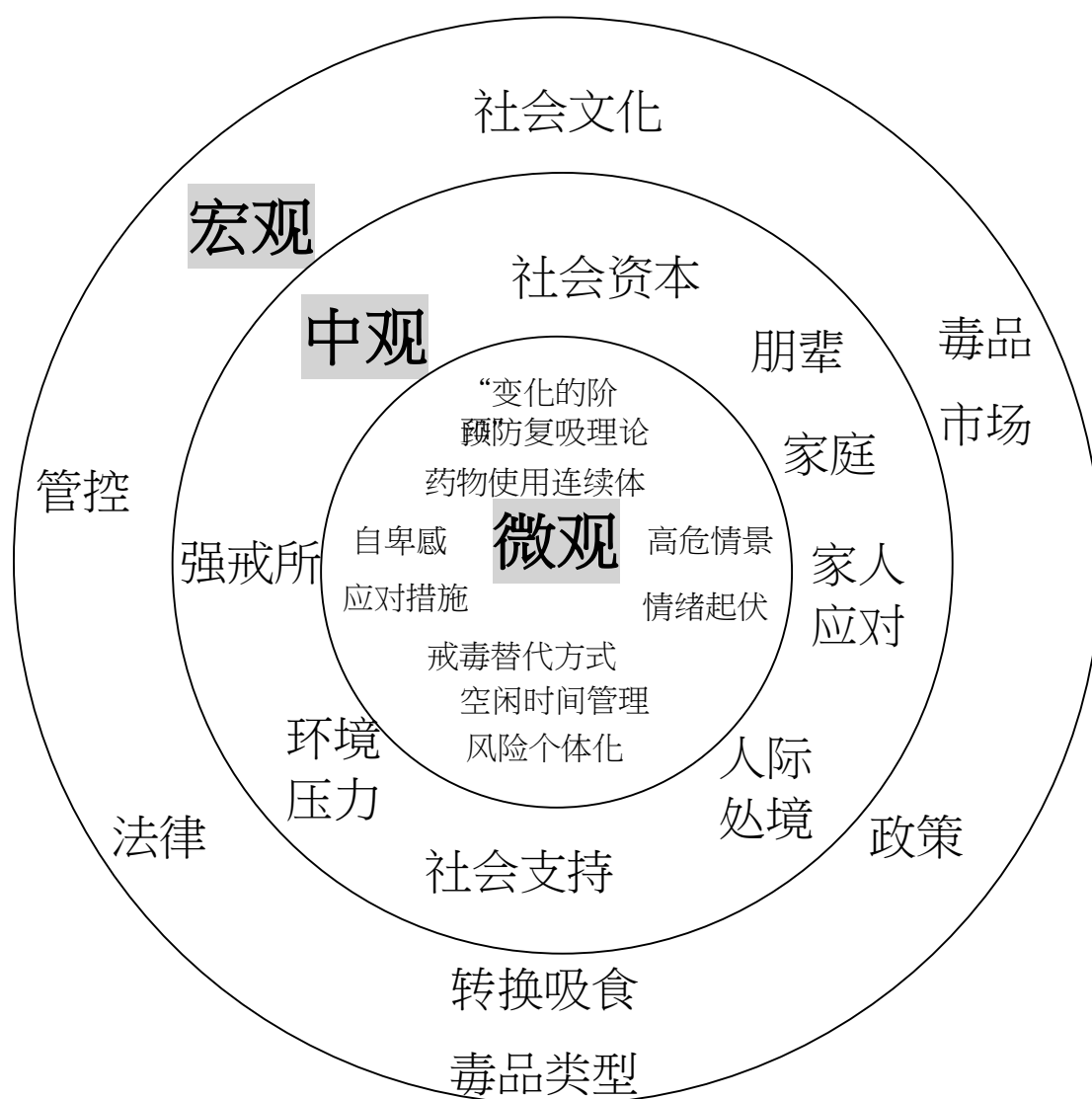


图 1：研究总结架构图

五、研究建议

（一）深入整理潜在的高危情景识别及预防方法

透过社区、强戒所内等服务，根据戒毒康复者成瘾行为的阶段，开展高危情景的应对及预防服务，如认知技巧、行为技巧等训练，拥有平和稳定的情绪状态，培养积极的生活态度，与戒毒者身份做分离，帮助他们重新建立正常的生活方式和朋友圈，增强个人被认同及接纳，强化自我身份和社会角色。

（二）改善家庭关系，教会家人如何有效应对复吸问题

戒毒的过程需要靠戒毒康复者的意志，也需要家人懂得利用不同变化阶段的处理方式，正确应对吸毒行为，掌握与戒毒康复者相处的方式，以正面和开放的态度给予支持及关怀，共同面对毒品困局。另外，家人与社区建立联结，使家人可以得到社区资源及其他有相同经历的家属支援，帮助改变家庭的氛围。

(三) 投放资源在朋辈支援工作，培育同伴教育者

在介入服务过程中，教会戒毒康复者识别“正向”朋友，远离哄其入坑的“损友”，从朋辈中能够获得情感支援，增强相互支持及肯定，正向影响戒毒者维持操守。发掘、培育、发展同伴教育者，从日常禁毒宣传做起，树立个人正面形象，改变社会大众的不良评价，并以榜样效应，帮助其他戒毒康复者成长。

(四) 减少污名化及标签化，倡导健康生活方式

毒品消费是由社会因素导致的社会行为，尽管戒毒康复者的改变是解决问题的必要条件，但却非充分条件，社会问题需要社会更加系统的干预方式。在加大预防禁毒宣传教育时，不仅要宣传吸毒的祸害，同时加强社会大众对戒毒康复者的接纳态度，以倡导健康生活方式作为社会因素中的最终目的。另外，政府部门需关注初次处罚的戒毒康复者，整合社会资源，为戒毒康复者及其家庭提供早期介入服务。

参考资料

1. 杨立红.影响戒毒者复吸的主要因素及对策研究〔N〕.大理学院学报.2017.11(7):76-78
2. 姚维.毒品成瘾者戒毒-复吸过程中的社会支持研究. 中国药物依赖性杂志 2017, 26(1): 57—62
3. 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。
4. James G.Barber.《戒癮社会工作》。华东理工大学出版社。
5. MedMark TREARTMENT CENTERS. What Makes Recreational Drug Use Dangerous? 网站：<https://medmark.com/>
6. Tomori C, Go V, Quan V, et al. Research paper: “In their perception we are addicts”: Social vulnerabilities and sources of support for men released from drug treatment centers in Vietnam〔J〕. Int J Drug Policy. 2014, 25: 897—904
7. Panebianco, D., Gallupe, O., Carrington, P. J., & Colozzi, I. (2016). Personal support networks, social capital, and risk of relapse among individuals treated for substance use issues. International Journal of Drug Policy, 27, 146-153.
8. Coleman, J. S. (1988). Social capital in the creation of human capital. American journal of sociology, 94, S95-S120.
9. Chua, V., Madej, J., & Wellman, B. (2011). Personal communities: the world according to me. The SAGE handbook of social network analysis, 101-115.
10. Coleman, J. S. (1988). Social capital in the creation of human capital. American journal of sociology, 94, S95-S120.
11. Panebianco, D., Gallupe, O., Carrington, P. J., & Colozzi, I. 2016 e.g., Harocopos, Lloyd, Kobra, Jost, & Clatts, 2009; Koram et al., 2011; Latkin, Mandell, Oziemkowska, & Celentano, 1995; Rhoades et al., 2011; Rice, Milburn, & Monro, 2011
12. El-Bassel, N., Chen, D. R., & Cooper, D. (1998). Social support and social network profiles among women on methadone. Social Service Review, 72(3), 379-491.
13. Panebianco, D., Gallupe, O., Carrington, P. J., & Colozzi, I. 2016 e.g., El-Bassel, Cooper, & Chen, 1998; Tyler, 2008
14. Cummings, C., Gordon, J. R. and Marlatt, G. A. (1986) “Relapse: prevention and prediction”, in W. R. Miller (ed.), The Addictive Behaviours, New York, Pergamon Press.
15. López-Torrecillas F, GARCIA J F G. Variables modulating stress and coping that discriminate drug consumers from low or non-drug consumers〔J〕. Addictive, 2000, 25(1): 161-165.
16. Marlatt G. A. Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: Evolution and development of a cognitive-behavioral model. Addiction. 1996;91(Supplement):S37-S49.

一例社区戒毒（康复）人员复吸案例分析与反思

胡钟鸣（浙江警官职业学院）
夏 霞（浙江省良渚强制隔离戒毒所）

【摘要】

防止社区戒毒（康复）人员复吸工作一直以来都是社区后续照管工作的一个重点与难点。调查发现社区戒毒（康复）人群存在着大量的心理问题，部分戒毒（康复）人员还存在精神问题，这与戒毒（康复）人员被毒品伤害直接原因外，还与随时可能出现复吸高危情景、家庭关系破裂、人际关系冲突等问题有关。一旦处理不妥就会发生个案后续照管工作失败——复吸，甚至发生重大危害事件——犯罪。作为社区戒毒工作公益心理咨询师，笔者通过一例失败的后续照管案件，分析了戒毒（康复）人员复吸原因，并反思工作中出现的问题，结合浙江省某些地社区戒毒（康复）工作实践，总结出了社区“1234 心理干预法”思路，即“一介入、二干预、三跟踪、四强化”的针对戒毒（康复）人员心理问题干预工作思路，有针对性的开展心理矫治工作，降低社区戒毒（康复）复吸率。

【关键词】戒毒（康复）人员、复吸、原因分析、措施建议

截至 2018 年底，全国现有吸毒人员 240.4 万名^[1]，实际吸毒人员可能达到 1400 万人^[2]，超过全国总人口的 1%，足以说明我国戒毒工作的巨大压力。《禁毒法》对于戒毒人员管理主要分为“社区戒毒、强制隔离戒毒、社区康复”，本文中我们将社区戒毒人员与社区康复人员合称为“社区戒毒（康复）人员”。由于社区戒毒（康复）力量薄弱、法律地位不明确、资金保障不到位等问题，影响了戒毒人员后续照管工作专业化程度与工作效果。同时戒毒是一个公认的世界性难题，影响戒毒人员复吸的因素较多，多种因素导致戒毒人员回归社会后复吸率保持在 70%以上。面对如此之高的复吸率，我们就需要认真反思我们的戒毒工作，寻找解决问题的办法。

一、戒毒（康复）人员复吸案例分析

与戒毒（康复）人员接触过程中，我们发现导致戒毒人员吸毒的原因有许多，既有原生家庭问题、也有婚姻问题、还有成长问题和生理疾病问题等等。为此，我们对某省属戒毒所某大队 127 名戒毒人员进行了吸毒原因问题调查，主要的吸毒原因概括为以下几个方面，详见表 1：

127 名戒毒（康复）人员吸毒原因调查统计表										（表 1）
原因	好奇心	同伴怂恿	精神空虚	从众心理	被骗吸食	治病减少痛苦	减肥目的	认为不会上瘾	性功能障碍	其他原因
人数（人）	43	21	18	16	8	6	5	4	3	3
比例（%）	33.9	16.5	14.2	12.6	6.3	4.7	3.9	3.1	2.4	2.4

从表 1 中，我们发现影响并导致一名正常社会成员吸食毒品并成瘾的背后，

几乎都存在一个或者数个悲惨的并让人为此同情的故事。这些原因中有些是合理的，有的却是违法的。尤其是新型毒品不仅让吸毒人员产生生理依赖，还产生心理依赖，甚至出现被害妄想等精神问题，以下这个案例最能说明这种现象。

（一）复吸案例描述

陈某，浙江省某市某区人，男，47岁，离异，家里有父母与儿子。陈某从小家庭条件很差，是村里最穷的一户家庭。陈某在别人骂声与欺负中成大，脾气火爆，经常参与打架。后来陈某跟人学厨师，将一家小餐馆经营成大饭店，结了婚，生了儿子。有资本后，陈某从承包一些小工程开始，最后办起了当地最大的筑路工程公司。有钱后的陈某经常参与一些赌博活动，在朋友的诱惑下还吸上了毒品，最终不到三年时间内将工程公司、饭店、二处房产全部赔给了别人。妻子因此与他离了婚。自己搬回到了老家与父母一起住在老房子里。

“破产”后的陈某并没有因此停止赌博与吸毒，与父亲经常发生冲突，于是其父向公安机关举报了自己儿子吸毒的案情。陈某实在想不明白他的父亲会向公安机关举报他吸毒，于是被警察强制带走时，陈某恶狠狠地对父亲骂道：“我出来第一个弄死你”！因为已经被社区戒毒过一次，陈某这次被当地公安机关送到浙江省属某戒毒所强制隔离戒毒。

一年十个月后，陈某从戒毒所回到家，总体情况稳定，也积极参与社区康复活动。201X年2月某日，即农历十二月二十七晚上，很久没有外出与朋友聚餐的陈某应邀就餐，在喝完近一斤酒，四瓶啤酒后，在酒精的刺激下，陈某主动向朋友要了“一点点”毒品，吸毒后的陈某开始“欣快”了，又跳又哭又喊还吐，之后便睡着了。等他醒过来，已经凌晨一点，打牌的朋友们见陈某醒后，脑子也清醒了，就让他自己回家。陈某走到离家二百米距离时，因为路没有走稳，结果摔进了路边的水塘里，还好冬天的池塘水浅，被冰冷的水冻了一下的陈某爬出了池塘后，马上往家里赶，嘴里却不停的骂道：“你个老不死的，之前向公安举报，害得我被关了二年，现在又将我推进池塘，想淹死我呀！”陈某骂的不是别人，正是他的父亲。赶回到家的陈某直接去了厨房，拿了菜刀，冲进父母房间，将刚被响声吵醒，还没完全清醒的父亲砍成重伤。

（二）复吸的心理学分析

陈某从一名家徒四壁的穷苦孩子成长为一名成功的商人，最后由商人堕落为一名吸毒的赌徒，最终沦落为犯罪人员，是什么原因导致了这个结果？我们从戒毒人员心理学和犯罪心理学原理来分析，得出以下几个方面结论：

1、失衡的原生家庭。陈某家庭穷困，也因此受尽了同村人的欺负与嘲笑，这在陈某幼小的心里种下了对他人仇恨的种子。这种根植于痛苦为基础产生的仇恨，会影响他的一生，成为对他人、对社会处世的原则与底线。陈某在仇恨中感到的只有痛苦和对他人不信任，长期处于焦虑状态，防御机制始终处于高度紧张，这样的心理怎么可能没有问题？

2、脆弱的自卑心理。对于长期被人看不起的个体，最希望的就是一次“成功”。因为成功意味着“扬眉吐气”，成功意味着“重拾信心”，而对于陈某来讲，成功更意味着“报复”开始。报复谁？报复社会、报复看不起他的“仇人”、报复社会的各种规则。而这一切，其实就是陈某强烈的“自卑”心理导致的。哪怕后来经商成功也仍然掩盖不了其强烈的自卑心理。

3、不可逆的神经伤害。现代医学已经证明，新型毒品能损坏大脑神经细胞和中枢神经系统而导致的一种行为意识失控、产生一系列精神障碍的表现，这种伤害是不可逆的。通俗一点说法就是脑子被新型毒品烧坏了，人得了神经病。在这种状态下，吸食者是处于失控的状态，很容易产生幻觉幻视幻听、以及被害妄想等精神障碍。本案中的陈某砍伤父亲，是因吸毒导致的被害妄想，支配着他拿刀砍伤亲生父亲。

4、彻底的自我否定。陈某曾经不止一次反问他的父亲，为什么你那么没用？表面上看，这句话是陈某对父亲的不满，但实际上是对自己的不满意。提刀下手那一刻，陈某欲“砍死”的正是自己那不堪回首的过去。对父亲下手，其实是对自己彻底的否定。如果陈某经商没有成功过，也许他会默默度过平凡的一生。但是他成功过，品尝过成功带给他的那种极度的满足感后再次跌落到人生的低谷，那将是对陈某最沉重的打击。他需要向这个“现实”咆哮，于是，因为对父亲举报吸毒这事件，哪怕是亲生的父亲，也成为了他发泄不满的最佳对象。而陈某没有意识到，他真正恨的不是别人，而是他自己。

二、92 份社区戒毒（康复）人员问卷结果的反思

从戒毒人员本身而言，他们理论上都应该自觉自愿戒除毒品，但是在我们现实工作中发现有一些社区戒毒（康复）人员并没有真正想戒除毒品，直到再次被强制隔离戒毒。2017 年浙江省某市从某省属戒毒所解除强隔离戒毒人员共计 844 人；2018 年解除强制隔离戒毒人员共计 656 人。我们对其中 92 名复吸毒品的人员进行了调查，分析出主要导致复吸的原因有以下几类，详见表 2：

92 名社区戒毒（康复）人员复吸原因统计表

表 2

原因	精神依赖	应激事件	躯体问题	心理问题	其他
人数 (人)	39	22	15	10	6
比例 (%)	42.4	16.5	14.2	12.6	6.3

（一）精神依赖

浙江本省籍的吸毒人员中，吸食新型毒品占七成左右。新型毒品与传统毒品相比，除了身体功能受损外，不可逆的神经伤害是主要的，导致精神依赖，也称为心理渴求，或称“心瘾”^[3]。他是指吸毒人员戒除毒品，数年甚至更长时间内，在自身心理非稳定期时遇到高危情景情况下，强烈的吸毒记忆对理性自控能力的破坏性干扰，这些干扰是造成吸毒人员复吸的第一大因素。

（二）应激事件

排在复吸原因第二次是严重的生活事件冲击，即应激事件。我们每个人都不是生活在真空中，成长过程中都会面临重大生活事件影响。戒毒（康复）人员本身心理承受能力不如正常人，当面临亲人离世、父母离异、婚姻变故、下岗离职、自然灾害等事件刺激下，必然打破心理平衡，从而自暴自弃、自甘坠落，在精神极度痛苦情况下，通过使用毒品来寻找那种“破损的心理平衡”来安慰自己。

（三）躯体问题

戒毒（康复）人员身体普遍存在各种疾病，如心血管问题、营养不良、牙齿问题、肺与呼吸问题、皮肤问题、失眠等等。这些疾病不停折磨着吸毒人员，很

多人被疾病折磨出了新的，更大的问题。于是有的人重新吸食毒品，因为毒品暂时起到了一个镇痛作用，从而恶性循环，吸毒人员必然毒品成瘾。

（四）心理问题

心理专家对戒毒（康复）人员长期跟踪发现，戒毒（康复）人员存在着如躯体化、焦虑、抑郁、偏执、强迫、敌对、恐怖人际关系、等严重的心理问题^[4]。心理问题不像躯体问题那么显现，但是对于戒毒人员的康复却有较大的负面影响，其痛苦程度有时甚至比躯体疾病还难治疗。

三、社区戒毒（康复）人员“1234 心理干预法”构思

社区戒毒（康复）人员后期照管工作难度一直较大，那么我们如何解决这个问题？笔者调研了浙江省某市针对社区戒毒（康复）人员开展了一系列工作改革，取得了较好的效果，本文将此总结为“1234 心理危机干预法”思路，即“一介入、二干预、三跟踪、四强化”。

（一）“一介入”指司法行政戒毒场所警力介入社区戒毒工作

与强制戒毒有专业警察介入不同，社区戒毒与康复过程长达六年却主要依靠乡镇（街道）机关司法所、社区工作者、自愿者等管理，这与其工作量和难度大的现实是不相符合。浙江省着手进行了司法行政改革，与地方政府合作，将戒毒所民警派出到当地司法局（所）参与对社区戒毒人员进行管理、教育和矫治的试点，目前各方面反应均较好。

（二）“二干预”指对戒毒（康复）人员和家属开展长期心理干预。

当别人都在关心吸毒人员戒毒有多难时，他们却不知道吸毒人员的家属生活更难。对于戒毒人员干预，主要基于其吸毒行为会导致的心理、生理问题。干预是为了减少他们的痛苦，增加他们戒毒的信心，更好的融入正常的社会生活。而吸毒人员的家庭成员因为家属吸毒而受到的伤害某种程度上更大，所以社区戒毒工作者要加大对家属的关心，开展必要的心理干预。

（三）“三跟踪”指家庭环境重大事件跟踪、重要成长事件跟踪、朋友圈重大事件跟踪。

影响社区戒毒（康复）人员发生危机事件原因有多种，通过分析，我们发现应该从三个方面进行重点跟踪。首先是针对发生在戒毒（康复）人员身上的重大事件进行跟踪，及时有效帮助处理事件对其负性影响，避免出现急性应激障碍（PTSD）^[5]；其次有效跟踪戒毒（康复）人员的成长性事件导致的压力。这些压力虽然不能与急性应激障碍相比，但是长期的，经常性的生活事件影响，其破坏程度同样不容忽视；最后对戒毒（康复）人员朋友圈进行跟踪，经验告诉我们，戒毒首先是“戒”朋友圈，主要是防止朋友圈内个别吸毒人员对戒毒人员在行为与思想上的暗示作用。

（四）“四强化”指强化深入调研、强化宣传教育、强化专业建设、强化转变理念。

开展社区戒毒（康复）工作，还需要强化四个方面工作。第一是强化深入调研，取得第一手资料。每个地区、每个家庭、每个戒毒人员的情况都不一样，只

有掌握具体情况，有针对性解决实际问题；第二是强化宣传教育工作。提高宣传教育工作力度，将禁毒与戒毒工作关口向前移，有效提高群众禁毒与防毒意识，降低因无知而被骗吸毒；第三是强化社区戒毒（康复）专业化建设，包括从社会专业力量的引进和社区自己专业队伍的培养。专业化建设决定了戒毒（康复）工作能否取得成效的关键因素之一，地方政府应该重视并提供必要的财政保障；第四是强化转变戒毒（康复）工作理念。戒毒人员具有违法者、被害者和病人的三重身份，很多戒毒人员也是毒品的受害者，有强烈的希望得到社会医疗技术治疗的渴望。因此，戒毒工作者一定要转变工作理论，不能停留在其违法者身份之上。

结束语

社区戒毒（康复）人员存在着诸多不稳定因素，这也是各级各部门对社区此项工作重视的主要原因。作为社区戒毒（康复）心理工作人员，我们不能仅有工作热情，还需要从事此项工作的专业能力。社区戒毒（康复）“1234 心理干预法”思路，既有心理学、社会学、医学的理论基础，也有社区工作的实践验证，希望对从事此项工作的同仁提供参考与借鉴意义。

参考文献

- [1]《2018 年中国毒品形势报告》，2019 年国家禁毒委员会办公室新闻发布会
- [2]《2014 年中国毒品形势报告》，国务院新闻办新闻发布会
- [3]鞠永熙、史宏灿：《成瘾与戒毒康复：理论与实践》，法律出版社，2017
- [4]<https://www.dupinjiance.com/a-xinlijiankangfenxi.html>,访问时间：2019 年 8 月 5 日
- [5]理查德 K 詹姆斯，《危机干预策略（第七版）》，中国轻工业出版社，2017

文化禁毒在禁毒宣传教育中的建构 ——以佛山市文化禁毒实例为视角

罗羚尹

【摘要】

不断蔓延的毒品亚文化作为一种不良社会意识形态，是引发涉毒违法犯罪行为的一个重要影响因素。因此在禁毒宣传教育工作中，必须构建健康、文明、积极、向上的禁毒文化，发挥主流文化的积极影响作用来消除毒品亚文化的消极影响。以创建禁毒示范城市为抓手，佛山市结合本土民间优秀文化力量和本地广大文化市场资源，打造出一条本土化、多样化的文化禁毒路径，有力推动了“识毒、防毒、拒毒”禁毒意识在民众间传播。借鉴佛山市文化禁毒实例，各地在开展禁毒宣传教育工作中，可以通过结合本地的民俗文化来打造特色禁毒文化，开拓文化市场以创作多种禁毒文化产品，此外，相关禁毒部门也须重视文化禁毒工作并形成常态化工作机制，注重结合热点禁毒主题不断扩充文化禁毒内容，同时开辟多种渠道进行广泛宣传，从而构筑积极正面的文化禁毒环境抵御毒品亚文化侵袭，引导民众在禁毒问题上树立正确的价值观。

【关键词】文化；禁毒；佛山市；宣传教育；毒品亚文化

吸毒人员初次沾染毒品，并不是基于自身的生理需求，除了受内部因素——个体人格缺陷^①的影响外，还受外部因素——毒品亚文化^②的刺激或者诱导。作为一种不良的社会意识形态，毒品亚文化的盛行是毒品之所以屡禁不止的一个重要原因——一般而言，拥有叛逆性、进攻性、敌意性、嬉戏性等人格特点的群体只可能会成为潜在的吸毒者，而诸如“没有什么比吸毒更时尚和潮流”、“吸毒带来的快乐是无与伦比的”、“吸毒可以激发层出不穷的创作灵感”、“吸毒能快速减肥”、“吸毒是身份和地位的象征”等一系列毒品亚文化观念却能降低潜在吸毒者的自我约束能力，引诱其放弃是非判断，纵容自己“越轨”去享受吸毒带来的欣快感，最终坠入毒祸深渊。“剜骨剔髓不用刀，请君夜膝相思膏”^③，毒品给个人、家庭、社会造成的危害是难以估量的，因此抵制错误、片面、消极、畸形的毒品亚文化观念的侵袭就成为了禁毒工作中的必然之举。

“文化”，在《现代汉语词典》中被解释为“在人类社会历史和发展过程中所创造的精神财富和物质财富的总和，特指精神财富，如文学、艺术、教育、科学等”^④，从这一定义中可以看出现代社会的“文化”概念是静态维度的，然而最初古语中的“文化”则是动态维度的“教化”之义——《周易·贲卦》中写到“观乎天文，以察时变；观乎人文，以化成天下”，这里的“人文”、“化成”就是指以

^① 人格缺陷因人而异，表现为性格偏激、暴躁、孤僻，行为异常、乖张，情绪控制能力差等现象。

^② 亚文化（Subculture）是指与主流文化相反的，仅由部分社会群体所接受和持有、与其他文化或社会行为特性相区别的文化现象。亚文化的类型多样，毒品亚文化（Drug Subculture）为其中一种，是指对吸毒有着共同理解和追求的社会群体的特有文化。

^③ “相思膏”即指鸦片。

^④ 罗琦，周丽萍主编.新编现代汉语词典[M].吉林：吉林大学出版社，2003:1214.

礼乐典章为基本内容的文治教化^①，因此“文化”不仅是成为“结果”的社会意识形态，也是作为“过程”的强大的渗透和影响力量。文化有着强大的感染力，而毒品亚文化由于以追求人的天性解放和自由享乐为特点，虽与主流文化背道而驰，却迎合了部分群体崇尚刺激、个性、前卫、狂欢的价值理念，因而对社会潜在吸毒人群的影响作用更甚。为消除毒品亚文化的负面影响，必须充分发挥主流文化的正面引导作用，构建健康、文明、积极、向上的禁毒文化抵制毒品亚文化的侵袭，通过正能量禁毒文化冲击负能量毒品亚文化，在社会群众中间传送禁毒知识、传递禁毒政策、传播禁毒精神，建立起牢固的“识毒、防毒、拒毒”的思想壁垒以远离毒品诱惑，减少涉毒违法犯罪行为发生的可能性。

为全面深化禁毒人民战争，开创新时代禁毒工作新局面，国家禁毒委员会决定在全国范围内组织开展禁毒示范城市创建活动，2018年1月，广东省佛山市被成功列入全国首批“禁毒示范城市”创建名单。由此，以创建禁毒示范城市为契机，佛山市深度挖掘本市丰富文化资源以及广大文化市场，创建多样化和本土化的禁毒宣传教育形式，在毒品问题综合治理实践中探索出了一条结合本地地域特色的文化禁毒道路。

一、因地制宜——佛山市着力打造特色“文化禁毒”路径

佛山是一座历史文化底蕴深厚的城市，作为岭南文化的发祥地，佛山的剪纸、醒狮、龙舟、武术、粤剧、陶塑、木雕等等民俗文化是中华优秀传统文化的重要组成部分。并且保留下来的丰富的民俗文化以多样的形式存在于市民生活中，使当地的市民生活有着更多共享的活动、习惯、乐趣，同时也使市民形成了情感认同，潜移默化地加强了佛山市民的精神凝聚力。正是由于佛山民俗文化在市民中间有着极广的普及度，并且市民对本地特色的民俗文化也有着极高的认同感，因此佛山市在创建禁毒示范城市的工作中深深打上本地特色文化“烙印”，结合佛山近年的毒情形势和特点，利用各种丰富多彩的民俗文化活动传递禁毒教育和理念，发挥佛山特色文化的正面作用服务于禁毒工作。同时，除密切结合佛山本地风土人情外，佛山市还借以当地丰富的文化资源和庞大的文化消费市场条件，创作佛山市禁毒文化产品，打造佛山市禁毒文化品牌，以此向佛山市民们宣传禁毒思想观念，倡导市民积极参与禁毒行为，为创建禁毒示范城市贡献力量。

（一）打造本土化文化禁毒形式，弘扬禁毒精神

1. “龙舟说唱+禁毒宣传教育”——远离毒品，幸福生活

2006年入选第一批国家级非物质文化遗产名录的广东传统曲艺“龙舟说唱”，起源于佛山市顺德区龙江镇，^②与南音、木鱼、粤讴并称粤曲四大曲种，是粤语方言区流传最广、影响最大歌谣之一——“珠江三角洲河涌纵横，人们都喜欢扒龙舟、赛龙舟，而且喜欢听龙舟、唱龙舟。过去，一些被称为‘龙舟佬’的卖唱艺人，手持木雕龙舟，胸前挂着小鼓和小锣，边唱边敲，沿门卖唱，在车站或渡口，亦常可看到龙舟艺人献艺。”^③传统戏曲表演大都是锣鼓喧天中，扮相各色人物的曲艺人在大戏台上依次粉墨登场，唱念做打，而龙舟说唱的艺人过去多行走于村居码头，穿行在乡邻门户，手持一支上端带有木雕小龙舟的长棍为标识，身

^① 王弼注，孔颖达疏.周易正义[M].北京：北京大学出版社，1999:105.

^② 民间传说龙舟说唱是由顺德龙江一破落户子弟通过改变木鱼歌腔调始创而来。

^③ 林振勇、任流、陈春陆：《佛山历史文化辞典》，百花文艺出版社1994年版，第172页。

缠一鼓、手拎一锣，^①不用其它乐器伴奏，仅以敲击锣鼓为节拍，在村口、乡渡、茶楼、铺门等人群聚集的地方徒歌清唱。由于龙舟说唱的听众主要为农村和城镇的平民百姓，其唱词浅白、通俗易懂、明快动听、朗朗上口，因此深受百姓喜爱。通过口语化的唱词、简朴的唱腔和生动的曲调，龙舟说唱的艺人们循循善诱地向普通百姓传递了要孝顺父母、宽和待人、辛勤劳作等正面的处世态度，相比于严肃枯燥的经史说教，“寓劝善于乐”的龙舟说唱更受岭南民众的欢迎，更能潜移默化地影响和打动当地听众。为此，在创建禁毒示范城市的过程中，佛山顺德的龙舟艺人结合岭南百姓喜闻乐见的“龙舟说唱”这一民俗文化形式，将与民众安居乐业切身相关的禁毒宣传也纳入唱本的创作主题中，用通俗的粤语方言编唱沾染毒品后造成家破人亡结果的身边故事，情理合一，以此告诫人们毒品严重危害个人和家庭，劝导人们远离毒品才能有幸福生活。

《毒品害人罪恶多》^②：

（唱）一首龙舟大家唱，锣鼓敲响我开腔，敬请静心细听记在心房。

随着新兴科技互联网，促进社会繁荣上小康，但系有的不法之徒利用电讯来作案，竟然贩毒诈骗实猖狂。

也有部分青少年终日沉迷上网，脱离实际小担当，老少三观不同方和向，导致家庭不幸实彷徨。

曾经周家一对父子是个例案，因为儿子吸毒案一桩，被公安拘留未定案，周叔爱子心切着了忙。

连夜跑到公安部门了解情况，被警察告知案件有待调查叫周叔不用惊慌，次日电话铃声频频响，对方话系公安传话所以周叔无提防。（说白）其实系骗徒作案。（唱）于是周叔听从对方安排落入圈套罗网，结果家财被骗泪汪汪，吸毒害人引发好多罪案，周叔收到双重打击脑溢血病倒在床。

吸毒害人各位勿上当，如果触犯刑法也要入监仓。奉劝吸毒贩毒之人回头是岸，洗心革面做番正行。

2. “行通济+禁毒宣传教育”——拒绝毒品，平安生活

“元宵佳节行通济，岭南风俗共祈福”，年味浓厚的元宵佳节当晚，佛山市民们通常不在家中会亲聚友，而是倾城出动加入一项古老的民俗活动——延续两百多年的“行通济”。“行通济”行的是一座名为“通济桥”的古桥，^③过去的通济桥是佛山的交通要道，水路通四方、陆路达邻乡，因此也成为了佛山对外进行商贸交流的重要通道，众多经商的佛山百姓为求来年生意兴隆，便在春节期间以行通济桥来讨得好意头，后来逐渐发展成为佛山的习俗，形成了一种祈福文化。“行通济，无闭翳”^④，如今“行通济”这一民间习俗的影响力已经扩展到整个

^① 龙舟说唱使用的道具为“一龙两锣三条棍”，“一龙”指木雕龙舟，“两锣”指一锣一鼓，“三条棍”指支撑木雕龙舟的龙舟棍、竹管及敲鼓小棒（叶春生、凌远清：《顺德民俗》，人民出版社2005年版，第156页）。

^② 佛山市龙舟说唱传承人梁永昌结合禁毒宣传工作创作的唱本。

^③ 据《佛山忠义乡志》载，该桥最先是由乡民们集资修建的木质人行桥。明朝户部尚书、乡人李待问回到佛山后，见此桥年久失修，于天启五年（1625年）倡建修桥，翌年建成并取名“通济桥”，寓意“桥以通济名，必通而后有济也”。

^④ “闭翳”是粤语方言，意指忧愁、衰气。

珠三角乃至港澳地区，有越来越多的民众加入每年元宵佳节的“行通济”活动，祈祷来年平安顺遂、幸福安康。

“行通济”是一项民众祈盼生活平安、身体健康的民俗文化活动，而禁毒工作的目的也在于减少毒品对社会、家庭、个人带来的危害，守护国泰民安，实际上两者目的不谋而合。为此，佛山市以举办“行通济”为契机，通过组织开展禁毒宣传活动来倡导市民们远离毒品、健康生活。近年来，佛山市民总能在元宵佳节人流如织的“行通济”徒步人群中发现一支特殊的方阵，这就是由佛山市禁毒委成员单位的公职人员、禁毒社会工作者、禁毒志愿者等组成的禁毒宣传队伍——市民们通过手持寓意“升官发财”的生菜和“一帆风顺”的风车来表达美好生活的祝愿，禁毒宣传方阵也通过手持标有“禁毒正能量，佛山齐传递”、“创禁毒工作示范城，做文明幸福佛山人”等口号的横幅来表达建成“平安无毒佛山”的美好祝愿。此外，禁毒宣传队伍在“行通济”徒步活动中还向广大市民派发禁毒宣传单和纪念品，使禁毒理念进一步深入人心，倡导更多群众提升拒毒防毒意识，加入创建禁毒示范城市的队伍中来。

3. “行花街+禁毒宣传教育”——抵制毒品，美好生活

“年卅行花街”，佛山民众迎春祈福的一个必不可少的年俗活动便是逛迎春花市——由于岭南地区气候湿热，因此其自古以来便成为了花卉的集中产地，岭南民众也热衷于行花街买花赏花，寄情于花、借花表意，逐渐地，逛花市开始与庆祝除夕佳节相结合，发展成为被岭南民众广泛认同的年俗文化活动。在除夕之前，佛山市民通常就早早地开始了“行花街、品花香、解花语”，穿行十里花街，购买寓意“大吉大利”的金橘、意味“花开富贵”的水仙、象征“大展宏图”的桃花等等关联美好祝福语的花木带回家，“春意盎然花烂漫”，为春节增添喜庆的同时也以花载道，希冀来年鸿运当头、平安富贵。

“行花街”迎春祈福，佛山市民们盼的是来年生活能够红红火火，而佛山市创建禁毒示范城市，也是为了全市居民能够远离毒品侵害，拥有健康幸福生活。因此佛山市借以“行花街”这一独具岭南文化特色的年俗活动，利用春节期间迎春花市上人流高峰这一特点开展新年禁毒宣传活动。以往，佛山市民在花市上见到都是熟悉的鲜花、春联、年货等销售摊位，而如今，花市上独特的“禁毒宣传之花”展示区反而更加夺人眼球、惹人驻足——佛山市禁毒部门联合禁毒社工及志愿者组成宣传队伍，通过租用迎春花市特装摊位，举办禁毒公益微讲堂、播放禁毒微电影和公益宣传片、派发禁毒宣传资料、展示毒品和吸毒工具模型、开展禁毒互动游戏、接受群众对禁毒知识的问询、组织群众进行禁毒 VR 体验、义卖禁毒主题春联等一系列宣传活动，为广大佛山市民进行别开生面的毒品预防普及教育，使市民进一步了解毒品危害并增强抵制毒品诱惑的能力，携手为新的一年里创造“无毒”的美好生活环境努力。

4. “赛龙舟+禁毒宣传教育”——阻隔毒品，健康生活

“世界龙舟看中国，中国龙舟看广东，广东龙舟看佛山”，佛山的龙舟文化源远流长又历久弥新。由于地处珠三角纵横交错的水网地带，舟楫成为了佛山先民生产和生活中的重要工具，“龙舟竞渡”也逐渐发展成为一项传统体育运动——佛山先民将舟楫雕刻成龙形，借“龙”内涵的美好寓意以祈祷风调雨顺、除瘟去疾、辟邪迎祥，龙舟劈波斩浪时犹如飞龙在天，则象征着人们奋发向上、勇往直前、自强不息的精神。佛山的龙舟文化盛行古今，并且不断被传播发扬，如今已

经享誉海内外，作为国人团结互助、奋勇拼搏、齐头并进等精神文化的代表传递着影响力。

“赛龙舟”是一项团结群众、有益身心的传统体育运动，而佛山市创建禁毒示范城市也必须依靠人民群众的力量，需要争取更多群众加入禁毒队伍，形成禁毒合力以抵御毒品侵袭，确保人民群众的身心得健康发展。为此，佛山市借着举办龙舟竞赛的契机，组织公安民警、禁毒社工及志愿者，在“赛龙舟”现场开展诸如“龙舟竞渡争风流，全民禁毒我加油”等主题的禁毒宣传活动——通过悬挂印有禁毒标语的横幅、向围观市民派发禁毒宣传手册、展示毒品高仿模型、宣讲毒品危害及禁毒法律法规知识等形式，号召广大的佛山民众积极参与户外活动，用健康运动的生活方式来抵抗不良生活恶习，使“全民健身、全民禁毒”的理念根植群众心中，做到“拒绝毒品，健康生活”。

5.佛山本土化文化禁毒的其他形式

佛山市拥有众多优秀的民俗文化，除上述提及的龙舟说唱、行通济、行花街、赛龙舟外，诸如陶塑、舞狮、剪纸等非物质文化遗产也被佛山市禁毒部门作为紧密联系当地民众、有效开展禁毒宣传教育工作中的文化抓手，通过充分发挥特色民俗文化的正面作用来消除毒品亚文化带来的不良冲击——佛山素有“陶艺之乡”的美誉，石湾陶塑技艺作为国家级非物质文化遗产则是佛山陶艺的典型代表，为使石湾陶艺文化得到传承发扬，石湾古镇唯一一所中学“佛山市第十四中学”落成了佛山市首个校园陶艺美术馆。随着毒品预防教育课程也走进校园后，佛山市第十四中学创造性地将陶艺课与禁毒宣传教育结合在一起，鼓励学生发散思维，通过创作禁毒主题的“石湾公仔”来表达青少年“拒绝毒品、快乐成长”的美好心愿。

此外，佛山独特的剪纸、武术、庙会、粤剧等民间习俗文化已经逐渐被各界人士利用于形式多样的禁毒宣传教育活动的开发中。由于佛山特色的民俗文化与本地市民间有着更为强烈的情感联系纽带，因而在此基础上衍生的禁毒文化将会对个体或群体产生更为积极影响，进而有效抵制毒品亚文化的侵袭。

（二）打造多样化文化禁毒形式，强化禁毒意识

1.禁毒邮票

在青少年毒品预防教育工作中，学校和公安作为责任主体常常是单打独斗，而学生作为教育对象多是被动地接受禁毒知识，较少能主动参与进禁毒知识学习以及禁毒宣传中。为改变传统“说教式”的青少年毒品预防教育模式，佛山市禅城区公安及禁毒办联合区教育局、邮政部门，创新开展了“警邮校”禁毒宣传教育活动，通过举办“全民禁毒，邮你邮我”主题禁毒邮票设计比赛，组织学生以手绘漫画的方式创作禁毒邮票，用作品表达“珍爱生命，远离毒品”的禁毒理念。由于禁毒邮票设计比赛一改以往“被动接受”为“主动学习”教育模式，并且结合了青少年学生们喜爱的美术学科教学特点，因此这一形式充分调动了学生了解毒品知识的积极性。在学生和家长参与评选后，部分创意和寓意俱佳的手绘漫画邮票作品的作者获得了“禁毒小卫士”的荣誉称号，而荣获一、二、三等奖的邮票设计作品则被印刷成了个性化邮票，成为全省首套小学生手绘禁毒主题邮票公开发行，进一步把禁毒理念带进千家万户，呼吁更多民众加入禁毒行列中来。

2.禁毒主题布（人）偶剧

禁毒宣传教育的对象是全体社会公众,但禁毒宣传教育的形式必须因人而异,“对症下药”才能“药到病除”。青少年是禁毒宣传教育的重点关注对象,但传统文字、说教等方式的禁毒宣传并不适宜活泼好动、追求新奇的青少年,为此,佛山市禁毒部门联合社会工作服务机构,针对青少年的喜好专门创作了以禁毒为主旨的布(人)偶剧(诸如《小艾历险记》^①、《熊出没新编之光头强的悔恨》^②等等),跟随毒品预防教育走入校园,通过活灵活现的现场演绎,向青少年传递毒品的危害性,告诫广大青少年远离高危涉毒场所、增强识毒拒毒防毒能力、抵御毒品亚文化的不良诱惑。

3. “法治 online” APP

互联网时代下,禁毒宣传教育活动必须线上线下齐开展,并且当前线下的禁毒宣教活动已成规模时,应投入更多精力研发线上的禁毒宣教模式,尽快实现为群众随时随地提供毒品预防知识及传递禁毒意识理念这一目标。为此,佛山市顺德区人民法院打造出了一款集禁毒、普法、防诈、关艾等诸多功能于一体的线上法治教育基地 APP——“法治 online”,市民及学生可通过手机、电脑等智能工具下载这一应用软件,并且由于“法治 online”的主打对象为青少年群体,因此这一 APP 也以知识竞赛、讲堂、动漫、视频等形式充分调动青少年的“胃口”,寓教于乐,使禁毒、防艾、普法等知识更易于被青少年接收,提升对青少年的生命安全教育成效。

4. 禁毒微信表情包

微信是当前互联网时代中应用率极广的一款及时聊天软件,微信中多种形式的表情包也作为一种网络文化易被民众接受且广泛普及。为此,佛山市公安局禁毒支队结合互联网时代中新媒体的传播热点来打造可视化禁毒元素——佛山市禁毒办围绕“珍爱生命,远离毒品”这一主题设计表情包形象和文字,发布了以缉毒犬为原型的微信表情包“金嘟嘟”供市民下载转发,通过“金嘟嘟”调皮可爱的表情和触动人心的禁毒口号来向广大民众展示毒品的危害,呼吁市民远离和抵制毒品,为佛山创建禁毒示范城市营造浓厚的舆论氛围。

5. 禁毒快递贴纸

随着互联网购物井喷式地发展,寄递物流服务在成为居民日常生活中不可或缺部分的同时,也成为了不法分子进行毒品运输犯罪的渠道。为进一步普及禁毒知识、理念、法规,深化全民禁毒宣传教育工作,同时也为防止毒品犯罪分子利用物流业务进行违法犯罪活动,佛山市禅城区公安与辖区内中通、申通、顺丰等十余家主要物流寄递企业联合启动了“禁毒快递进万家”活动,利用市民常见的快递包裹开展禁毒宣传——禅城区公安给物流企业发放由其设计制作的“禁毒快递贴纸”(贴纸采用蓝、黄、白 3 种醒目的颜色作为色调,上面印有“常见毒品”、“法律法规”、“吸毒危害”和“举报途径”等浅显易懂的禁毒知识提示),快递员在打包、寄递快递时将这一特殊贴纸粘附于包裹显眼处,市民在收到快递的同

^① 《小艾历险记》是佛山市向日葵社会工作服务中心自编自导的五幕布偶剧,通过小艾、小黄两个小学生在假期里遇到中学生大黑,看到大黑因发好奇而吸毒痛不欲生的经历,告诉大家一定要“远离毒品,珍爱生命”。

^② 《熊出没新编之光头强的悔恨》是佛山市向日葵社会工作服务中心自编自导的人偶剧,剧中的人物设置出自动画片《熊出没》,故事讲述了光头强带熊大熊二去寻开心,可光头强喝了“开心水”,最后只能在戒毒所强制戒毒了,并得出了“开心水是骗人水啊”的悔恨。

时就能够注意到贴纸并直观了解到贴纸上图文并茂的禁毒内容,从而扩大了禁毒知识宣传覆盖面,也能引导民众认识和远离毒品,并有力震慑利用物流寄递渠道贩运毒品的违法犯罪分子。

6. 禁毒学校

浮于表面、流于形式的禁毒宣传模式较难切实提升公众识毒拒毒防毒能力,因此为延伸禁毒服务、夯实禁毒基础,佛山市禅城区禁毒办结合毒品预防教育创新形式,打造出具有全市示范意义的禁毒宣传品牌——禁毒学校。禁毒学校作为一个综合培训基地,接受来自社会各方的预约,社区、村居、企业、学校等可以根据自身需求组织人员到校进行参观和培训,禁毒学校将通过综合培训课程,从认识、拒绝和预防毒品等多方面培养、增强学员的禁毒理念、认知,从而切实促进毒品预防教育、提高市民与毒品作斗争的技能、推动全民禁毒工作纵深开展。

7. 禁毒主题文艺作品

别具一格的禁毒文艺作品通常能够给人民群众以更为直观的冲击,从而在民众内心深处敲响禁毒警钟,警戒人们要远离毒品诱惑,避免误入“毒途”。佛山市公安机关制作了一批以禁毒为主题的微电影(《使命与救赎》、《别让毒品侵蚀家庭》、《悬崖》、《失色》、《早餐》、《迷路》、《悔恨》、《等你》)、微动漫(《三打白骨精》、《向毒品 Say No》、《毒祸的诱惑》)、原创歌曲(《同一个梦想》、《生命的色彩》、《远离》)等等不同形式的文艺作品,这些禁毒文艺作品大都以个人和家庭为中心,立意深刻、情节鲜明、警示强烈,以人民群众喜闻乐见的方式反映毒品对个人、家庭、社会的严重危害,进而让广大人民群众学习禁毒知识、了解毒情形势、提高禁毒意识、掌握防毒技能,提升民众拒毒的心理防线。

二、以文化人——建构“文化禁毒”提升禁毒宣传教育成效

禁毒人民战争有诸多的战线,而要打赢这场艰苦卓绝的战争,就必须占领思想文化战线上的阵地,发挥禁毒文化积极引导社会群众的效应和促进社会健康发展的功能,以达到预防和减少毒品违法犯罪行为的发生。在创建禁毒示范城市的工作中,佛山市通过强调禁毒文化中的本土民俗特色、打造多种高质量佛山文化禁毒产品来构建全市禁毒宣传教育新格局,从而提高了禁毒宣传教育工作的实效性和针对性。我国是一个文化大国,各地在抵御毒品亚文化侵袭的禁毒工作中完全可以通过挖掘当地的文化资源和市场,结合本地的禁毒形势和特点来建构深入民心的特色文化禁毒渠道,从而实现禁毒宣传教育成效的提升。

(一) 结合民俗文化,打造特色禁毒文化

中国文化源远流长,各地都有形式多样传统民俗,不胜枚举的传奇人物、故事等,这些民俗文化来源于广大人民群众中间,雅俗共赏,深受民众热衷和喜爱。因此,各地禁毒部门结合本土民俗文化开展禁毒宣传教育,通过打造出有地域特色禁毒文化来传递禁毒意识,能够更好地帮助当地民众通过本土文化的力量抵御毒品亚文化的不良影响。

(二) 结合文化市场,创作禁毒文化产品

文化产品是社会思想价值观传播的纽带,通过文学、音乐、影视、戏剧等各种载体潜移默化地影响人们的思维方式、价值标准和行为取向。现代社会拥有广大的文化市场,结合各地政治、经济、文化背景,发动社会各界打造一批禁毒文

化产品，通过独特的文化禁毒表达形式，能够在民众心中留下深刻印象，敲响禁毒警钟，使得社会大众能够主动抵制毒品诱惑。

（三）部门重视文化禁毒，完善工作机制

构建特色禁毒文化并非易举，禁毒文化的诞生需要各界的积极参与以及平台的充分保障，因此离不开政府的组织、引导、支持。因此，相关政府部门首先必须高度重视禁毒文化的意义，整合社会资源、提供财政保障，来支持多种形式的禁毒宣传活动和禁毒题材的艺术创作；其次必须形成相应的机制作为创建禁毒文化的前提，明确各级禁毒部门在禁毒文化建设中的地位、任务和职责，使禁毒文化建设的理念得到贯彻落实；最终，在形成有效的领导体制和工作机制的基础上，才能通过多种形式的文化活动及艺术产品，把禁毒教育和禁毒理念潜移默化地传达给广大群众。

（四）切合热点扩充内容，加大宣传力度

参考文献

- 1.冯诗涵：《新型毒品亚文化背景下我国禁毒政策反思》，《山西警察学院学报》2019 年第 2 期，太原，2019
- 2.张爱华，韩丹：《亚文化视角下的青少年吸毒行为分析及干预》，《青少年犯罪问题》2015 年第 3 期，上海，2015
- 3.赵文忠，蒋丽华，张文鹏：《论首都特色禁毒文化的构建》，《北京人民警察学院学报》2010 年第 3 期，北京，2010
- 4.曾豪杰，陆金菊：《试论禁毒防艾文化建设》，《云南警官学院学报》2008 年第 4 期，昆明，2008
- 5.曾豪杰，陆金菊：《浅析我国民间文化禁毒模式》，《山西警官高等专科学校学报》2008 年第 1 期，太原，2008

社區戒毒治療小組的治療因素之研究

蘇子強、陳綺華
(香港基督教服務處)

【摘要】

戒毒治療小組一向是戒毒治療及康復服務中一重要及有效的介入方法。香港基督教服務處 PS33—藥物濫用者中心是香港首間以協助濫用精神毒品患者的社區戒毒輔導中心，在小組治療方面，中心應用認知行為小組多年，亦是中心治療模式的重要一環。為要改善中心及同類型社區戒毒服務的小組治療模式，並了解更多如何有效推行戒毒治療小組的知識及證據。中心於 2017 年 2 月至 2018 年 9 月期間，根據 Yalom 提出的十一個重要小組治療因素為基礎，進行了中心戒毒治療小組的治療因素之相關研究。本研究以半結構化的訪談形式成功訪問了 24 名恆常參與中心治療小組的戒毒康復者，發現中心的治療小組中四個最重要的治療因素分別為「小組凝聚」、「發展社交技巧」、「情感宣洩」及「利他性」。本研究同時亦發現朋輩輔導員參與治療小組對戒毒康復者的重要性，戒毒康復者會視朋輩輔導員為戒毒康復過程中的模範。肯定了中心在發展過來人義工參與戒毒治療小組的方向及計劃。

【關鍵詞】戒毒治療、治療小組、治療因素、朋輩輔導

壹、引言

香港基督教服務處 PS33—藥物濫用者中心（下稱 PS33）自 1988 年 3 月成立，是香港首間以協助濫用精神毒品的社區戒毒輔導中心。PS33 的治療模式以個人戒毒輔導，小組治療及配合醫藥治療作介入。在小組治療方面，PS33 應用認知行為小組多年，亦是中心治療模式的重要一環。其中長征小組更有悠長的歷史，協助中心的服務使用者在戒毒初期增強戒毒動機及面對斷癮的困難。於 2010 年 10 月，PS33 深水埗中心成立，長征小組亦由封閉的結構小組，變為開放式小組，同時增加了升呢小組，以協助在長征小組中能成功斷癮的組員面對預防復發及生活重整的問題。此兩層的小組架構貫穿中心的治療模式不同的階段，結合個案工作一同協助服務使用者。隨著 PS33 近年的治療小組模式的改變，中心於 2017 年 2 月至 2018 年 9 月進行了一項 PS33 治療小組的治療因素研究。並期望相關的研究能提供更多知識及證據，改善中心及同類型社區戒毒服務的小組治療模式。

貳、戒毒治療小組治療因素的相關理論及研究

Yalom（1985）及其同儕在研究精神病患者及吸毒人士的治療小組時，識別出 12 個重要的治療因素（therapeutic factors）。此 12 個治療因素，包括：1）情感宣洩（catharsis）；2）小組凝聚（group cohesiveness）；3）人際間學習[付出]（interpersonal learning [output]）；4）明白自我（self-understanding）；5）存在感（existential）；6）普遍性（universality）；7）灌注希望（instillation of hope）；8）利他主義（altruism）；9）人際間學習[接收]（interpersonal learning [input]）；10）指導（guidance）；11）家庭重演（family reenactment）；12）辨認或模仿行為（identification or imitation behavior）。後 Yalom（1995）將人際間學習[接收]及人

際間學習[付出]兩個重要的治療因素合併成為發展社交技巧（development of socializing techniques）因素。

Yalom（1985, 1995）建議治療的改變是一個非常複雜的過程，及需要通過不同人的交流及複雜的互動經驗。而他特別強調小組凝聚是關鍵的治療因素，他界定凝聚力強的小組成員是他/她們能彼此接納，支持及在傾向在小組發展一種有意義的關係（Vinogradov & Yalom, 1989）。不少學者都形容小組凝聚是組員間聯繫的一種形式，是組員能開放及有建設性地努力邁向共同治療目標的證據（Budman et al., 1989）。亦有研究發現小組凝聚與自尊及自我希望有著直接的關係（Marmarosh et al., 2005）。而跟據 Burlingame 及其同儕綜合分析了 40 個研究，檢視小組凝聚與治療結果時揭示了凝聚與結果有相關，其調節變數包括年齡，理論取向，小組時間的長短及小組成員人數（Burlingame et al., 2011）。

Khantzian 與其同儕（1999）在研究戒毒治療的小組治療時發現情感宣洩（catharsis）為最重要的治療因素。Sanaa Ahmed 與其同儕研究埃及戒毒治療小組的治療因素時，發現對吸毒者在小組治療中最有幫助的治療因素包括情感宣洩（catharsis）、小組凝聚（group cohesion）及人際間學習[付出]（interpersonal learning [output]）等三個因素。而研究亦發現接受小組治療的吸毒者比接受其他形式的治療有更佳的成效（Ahmed et al., 2010）。

參、研究方法

此研究分析的資料基於質性訪談，研究由 2017 年 2 月開始至 2018 年 9 月。研究員成功訪談 24 名恆常參加 PS33 治療小組的服務使用者，樣本年齡由 21 至 50 歲，17 名男性及 7 名女性，平均毒齡為 12.25 年，主要濫用毒品種類是冰和 K 仔，只有 3 名受訪者濫用可卡因及 1 名濫用咳水。受訪者在接受訪問日期前的過去一年內，出席治療小組的次數為 16 至 50 次，平均出席次數為 24.5 次。14 名受訪者為已完成長征小組，受訪時為升呢組組員。

另本研究的訪談以結構化的訪談形式進行，訪談問題的範圍包括受訪者的背景資料；濫藥歷史；戒毒動機及經驗；參與中心治療小組的經驗及有效的治療因素等。訪談時間為 1 小時至 1.5 小時，其中 8 個受訪者接受兩次或以上的訪談，其餘的受訪者則只接受一次的訪談。本研究亦採用了研究者三角測定法（investigator triangulation），除研究員外，另邀請一名資深戒毒輔導員及一名資深的朋輩輔導員分析本研究獲得的訪談資料。

肆、研究結果

一、重要的治療因素

在研究社區戒毒治療小組的治療因素上，研究結果發現四個重要的治療因素，包括小組凝聚、發展社交技巧、情感宣洩及利他主義，而小組凝聚是最重要的治療因素。

（一）小組凝聚

小組凝聚是組員間存在彼此信任接納的關係，令組員有足夠的安全感，願意冒險地去自我披露及改變，這歸屬的經驗是培育也是充權。

係歸屬感囉，大家會好信任，好想見吓啲舊朋友（組員）呀，想見吓你㗎（輔導

員)呀。好有呢種感覺囉，想好分享下，或者想睇下人啲嘅分享呀，呢樣嘢好似上咗癮咁...小組裏面大家都話：頂住呀，即係話呢個禮拜頂住呀！喂！下個禮拜聽到你無食咁就最好嘞！但係有時最多數都係聽完人啲經歷嘅時候，咁就跟住你會個心突然好想勉勵佢啲，咁有陣時啲句說話自己都唔用，勉勵人啲嘅說話自己都好想呀，咁係囉大家都係響度話：頂住呀！呢個禮拜，大家都互相頂住呀，互相支持囉。(受訪者一)

每一個星期都嚟(出席小組)，就好似有個節目咁，可以同朋友傾下計，講下啲唔開心嘅嘢，咁就慢慢對個小組有依賴。咁小組入面係好多傾下計呀，大家都暢所欲言呀，係一個好融洽、好交到心的情況，所以個信任就再提升的，個感覺就係咁囉。(受訪者三)

(二) 發展社交技巧

發展社交技巧是組員透過其他組員對其表達的正負向情感反映，增進自我的認識，同時在安全的氣氛下組員勇於嘗試與其他組員建立及維繫良好的人際關係，透過回饋學習，運用在實際生活中。

咁我開始轉變自己嘅社交圈子嘅時候就係響長征開始嘅！即係開始點樣去同其他人傾計呢？點樣同人去溝通呢？點樣同人啲去...接觸人呢？即係我都話我真係有人群恐懼，點樣去面对人呢？點樣去慢慢將自己嘅心解開呢？令到自己有對人咁驚，點樣去同人傾計呢？即係呢啲地方就算講囉「茄話」又好咩都好，都會接納你㗎嘛，係咪先？即係呢度就會重新開始將自己嘅社交圈子，其實就係最基本嘅一點嚟㗎！點樣慢慢，慢慢去擴開佢...喺度學習點樣去認識一啲人，點樣去同人溝通呀。(受訪者一)

好似阿M，佢好多時都會諗到好多新嘅嘢出黎，有陣時我真係唔識得解決，我響小組度講出黎，佢地幫我咁樣。咁佢地成日都話我係為情所困嘅啫每次都係，唔拍拖就有事㗎喇，咁次後冇拍拖...聽下佢地講嘢，又OK啲...好啲啲...自己嘅情緒果啲。又叫我返屋企...同阿爸溝通果啲，教左我好多...點樣溝通同屋企人咁樣嘅嘢。咁又Work啲....。(受訪者十三)

(三) 情感宣洩

情感宣洩是一種真誠的宣洩，組員在凝聚的小組及治療師營造安全的環境下，組員能不受壓制表露自己的感受、想法及情緒，透過自披露的過程中獲得突然的內省，整理個人困擾。

PS33 啲小組呢，始終就有一個好強的背景，因為大家有唔同的工作啦，可以真係係度宣洩到啲壓力。可以傾到，分享到，可以講下以前自己啲嘢囉，講下自己啲歷史。間唔中抽到人啲岩嘅，咁啲講開果樣嘢我又可以講出黎可以分享下。抒發到心情。(受訪者七)

會講到自己啲經歷，每個人拎出黎討論。我覺得將自己個鬱結呢...釋放咗出黎。因為大家唔識，我有理由搵我個Friend同佢呻(訴苦)，心諗我都仲食緊，同我講都有用...。唔會話你開小組，你又講下你經歷乜乜，同埋聽到有人話食啲樣嘢會變成咁㗎。大家響呢度見面㗎啫，乜都講得囉。有時候將自己諗咗啲嘢...咁可能一個腦精兩個腦一靈，當有人同你分析嘅時候就變咗你就可以從唔同角度睇果樣嘢。每個人睇嘢嘅角度都唔同㗎嘛。(受訪者十一)

(四) 利他主義

利他主義是基本上人有意欲去幫助遇上困難的人，受吸毒問題影響的案主傾向專注他/她們自身的困難及很難騰出空間去協助其他有需要的人。小組治療給組員提供了幫助他人及自省的機會，組員肯定自己對其他組員的價值，他/她們的自尊感（self-esteem）會提升及自我有能感（self-efficacy）會獲得支持。

咁有時我想做個版畀其他新人睇囉。分享返自己嘅經驗出嚟，一個榜樣講返畀人聽，share 番自己心路歷程係點呀，其他人都會好留心聽，好尊重你。（受訪者六）

呢個地方可以畀我傾，傾訴或者可能講嘢㗎！同埋覺得啲人有種尊重...即係尊重我㗎，肯聽我講呀...咁我覺得呢樣嘢響呢個長征小組最緊要既嘢。就係...好細心聆聽人㗎呀，可能會代入去人㗎果度去諗呀，真係真心去幫人㗎呀，因為其實當你戒咗毒既時候你就好想去幫一啲吸緊毒既人，因為唔想佢地會又經歷你果啲嘢呀，咁其實，喺長征黎講我覺得最緊要係呢一樣嘢囉。（受訪者八）

二、 朋輩輔導員的重要角色

本研究亦發現朋輩輔導員（包括過來人義工）參與治療小組有很重要的角色，除了能成為組員的模範，並能促進新組員參與和投入小組。

我覺得佢（朋輩輔導員）會令我哋變得更加親密，因為佢係過來人身份，令我哋更加傾得埋...佢會講佢戒嘅時候有啲乜嘢困難，佢做朋輩輔導員都對我哋有一個幫助，可以以身作則。（受訪者四）

朋輩輔導員都重要，佢戒藥過程好緊要，話比我哋聽...佢都係成功個案，可能有五個方法戒，一至五，積木咁砌上黎而成功嘅，唔多唔少都有一定有用。（受訪者十七）

如同科嘅好處？佢畀意見我嘅時候我會 Buy 啲囉。會重視啲囉。你叫其他科同我講嘅我可能...都唔係果科！...如果我係新人伏冰既，我一定搵返個伏冰既，我覺得佢就最明我架嘞！因為大家都伏冰㗎，咁所以好緊要就係話有時我地可能咁多班升呢組走去做義工（過來人義工）咁計喇，果個重要性我覺得其實都幾大，我哋邊種都有（毒品種類）！...種種都有，總之每個人都好似榜樣咁，可能你好似呢個...飲咳藥水㗎，飲咳藥水都有個榜樣響到㗎，咁大家都好似畀人感覺果種正能量我覺得都幾得緊要㗎。（受訪者五）

伍、討論

本研究以 Yalom（1985, 1995）小組治療因素的定義，分析社區戒毒治療小組的重要治療因素。研究結果顯示，四個重要的治療因素中，以小組凝聚為最重要的治療因素，此結果與許多學者的同類研究相同（Vinogradov & Yalom, 1989；Budman et al., 1989；Burlingame et al., 2011）。而且 PS33 的治療小組為開放式的小組，受訪者參與小組的時間長，受訪者參與小組次數平均為 24.5 次，Bulter（1981）的研究結果亦顯示組員越長期留在小組內，組員覺得小組凝聚這治療因素就越重要。在本研究中，小組凝聚的治療因素令社區戒毒治療小組的組員能建立彼此信任的關係，可坦誠及感安全地自我披露和分享，增強對治療小組的歸屬和依附。在戒毒治療的過程中，組員的互相支持和鼓勵，加強了組員的戒毒和

操守動機。

第二個重要治療因素為發展社交技巧（Yalom, 1985, 1995; Ahmed et al., 2010）。不少研究指出門診式治療（outpatient）或有較高功能水平（higher-functioning）的案主會把發展社交技巧此治療因素放在重要位置上（Butler & Fuhrman, 1983; Yalom, 1985; Leszcz, Yalom & Norden, 1985）。本研究的受訪者均為門診式治療的案主，而且能恒常參與社區戒毒治療小組的案主，其功能水平（level of functioning）一般都比較高。不少的受訪者在吸毒的期間都會比較退縮，逃避人群及自我隔離。治療小組提供了一個安全及自然的環境，讓組員練習社交技巧，並開始重新建立自己的社交網絡。

第三個重要治療因素為情感宣洩，根據本文早前的文獻回顧，不少學者均主張情感宣洩是戒毒治療小組的重要治療因素（Yalom, 1985; Khantzia et al., 1999; Ahmed et al., 2010）。本研究的結果顯示治療小組能給予組員一個安全、接納和認同的小組氣氛，讓組員能坦誠地分享自己的想法及洩宣情緒，而此等想法及情緒是不能在其他地方可宣洩或被認同的。

第四個重要治療因素為利他主義，Yalom（1985）亦建議小組凝聚和利他主義此兩個治療因素整個小組生命週期都很重要。但不少戒毒治療小組研究都發現利他主義並非首三、四位的重要治療因素（Khantzia et al., 1999; Ahmed et al., 2010）。分析本研究中利他主義為第四個重要治療因素的原因，主要是 24 位受訪者中有 14 位是在長征小組內成功斷癮三個月或以上，成為升呢小組組員，並每月定期以過來人義工的角色與未斷癮的長征組員分享戒毒經驗。由於組員透過協助新組員的過程，令其提升自尊感及自我有能感。

最後本研究結果亦顯示朋輩輔導員（過來人義工）在社區戒毒治療小組中有很重要的角色，朋輩輔導員（過來人義工）成為組員在戒毒治療過程的模範及支持，亦能加強新組員參與及投入治療（Bassuk et al., 2016; O'Connell et al., 2014; Smelson et al., 2013; Tracy et al., 2011），聯同發現利他主義治療因素在本研究的重要性，研究的結果肯定了 PS33 近年在發展過來人義工網絡和參與戒毒治療小組的方向及計劃。

參考文獻

1. Ahmed, S., Aboulmagd, S., Rakhawy, M., Ergon, S., & Mamdouh, R. (2010). Therapeutic Factors in Group Psychotherapy: A Study of Egyptian Drugs Addicts. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 5, 194-213.
2. Bassuk, E.L., Hanson, Justine., Greene, N., Richard, M., & Laudent, A. (2016). Peer-delivered recovery support service for addictions in the United States: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 63, 1-9.
3. Budman, S.H., Soldz, S., Demby, A., & Feldstein, M. (1989). Cohesion, alliance and outcome in group psychotherapy. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Process*, 52, 330-350.
4. Burlingame, G.M., McClendon, D.T., & Alonson, J. (2011). Cohesion in group therapy. *Psychotherapy*, 48, 34-42.
5. Butler, T. (1981). Level of functioning and length of time in treatment: Variables influencing patients' therapeutic experience in group psychotherapy. *Dissertation Abstract International*, 41, 2749B.
6. Butler, T., & Fuhrman, A. (1983). Curative factors in group therapy: A review of the recent literature. *Small Group Behavior*, 14, 131-142.
7. Khantzian, E. J., Golden, S.J., & McAuliffe, W.E. (1999). Group therapy. In M. Galanter & H.D. Kleber (Eds.), *Textbook of Substance Abuse Treatment* (pp. 367-378). Washington, DC: American Psychiatric Press.
8. Leszcz, M., Yalom, I., & Norden, M. (1985). The value of inpatient group psychotherapy and

- therapeutic process: Patients' perception. *International Journal of Group Psychotherapy*, 35.
9. Marmarosh, C., Holtz, A., & Schottenbauer, M. (2005). Group cohesiveness, group-derived collective self-esteem, group-derived hope, and well-being of group therapy members. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 9, 32-44.
 10. O'Connell, M.J., Flanagan, E., Delphin, M., & Davidson, I. (2014). Enhancing outcomes for persons with co-occurring disorders through skills training and peer recovery supports. Unpublished manuscript.
 11. Smelson, D.A., Kline, A., Kuhn, J., Rodrigues, S., O'Connor, K., Fisher, W., Kane, V. (2013). A wraparound treatment engagement intervention for homeless veterans with co-occurring disorders. *Psychological Services*, 10(2), 161-167.
 12. Tracy, K., Burton, M., Nich, C., & Rounsaville, B. (2011). Utilizing peer mentorship to engage high recidivism substance-abusing patients in treatment. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 37(6), 525-531.
 13. Vinogradov, S., & Yalom, I.D. (1989). *Concise Guide to Group Psychotherapy* (1st ed.) Washington, DC: American Psychiatric Press.
 14. Yalom, I.D. (1985). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy* (3rd ed.). New York, NY: Basic Books, Inc. Publishers.
 15. Yalom, I.D. (1995). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy* (4th ed.). New York: Basic Books, Inc. Publishers.