

作者：蔡震邦 心理師

一、前言

藥物濫用的問題一直是人類難以處理/無法卸責的議題，隨著多元的研究演進，發展出許多過去未啟之鑰。藥物濫用與生物機制息息相關，現在的腦神經科學已逐漸解開成癮的幾個重要的關鍵機轉，不過如同所有精神疾病的神經科學一樣，現在都僅止於「探索與瞭解」階段；藥物濫用與權力利益脫離不了關係，上癮五百年(薛絢譯，2002)清楚而明確的指出，加速人類在藥物濫用問題上失控最主要的關鍵並非生化作用的反應，而是人類——對權力及利益無可抑遏的渴求，導致問題永遠不可能有劃下休止符的一天，只因為人類的慾望(但丁神曲中所謂的七原罪)。

當然，所有人類的行為都離不開心靈的議題，藥物濫用者成癮與戒癮的心理歷程、心理機轉、治療或預防復發的處遇模式，則是臨床工作者孜孜不倦努力去發掘、發展、應用的標的。

對藥物濫用者的處遇從過往的監禁懲罰、50年代起的醫療處遇、到晚近的社區治療與監控的發展趨勢中，我們可以看到對多數藥物濫用者而言，司法和醫療的結合方能發揮戒癮與預防復發的最大綜效，在國外，即便是拿淬松(Naltrexone)的解癮或者是減害計畫中的針頭交換，仍是以此原則來作為基準。

認知行為治療模式廣泛應用於許多的心理疾病，其療效亦已得到實證；在藥物濫用者的部分，也發展出多種認知行為治療取向的治療模式。本文將就此部分的現況，做一綜合性質的介紹。

二、戒癮治療的十三項原則

美國的國家藥物濫用研究所(NIDA)在1999年便依據其長達數十年的藥癮治療研究計畫中，彙整出十三項戒癮治療的主要原則，用以說明如何達成「有效」的目標，而除了藥物協助以外，認知行為療法皆符合其中絕大多數的要件/精神。下面便簡要列出該原則：

- (一)沒有一個治療模式適用於所有毒品上癮者。
- (二)治療必須是能容易取得的、容易應用在生活上的。
- (三)有效治療必須關照毒品上癮者的多重需求，而非僅於藥物協助。
- (四)個別治療計畫必須因應毒品上癮者的需求，同時不斷進行評估改變。
- (五)治療必須穩定持續一段時期(三到六個月)。
- (六)對戒癮而言，諮商、行為療法是治療成功的關鍵因素。
- (七)對毒品上癮者來說，在諮商.行為療法之外，藥物的協助亦十分重要。
- (八)毒品上癮者共存有其他心理疾病時，應同時評估、處理。
- (九)生理解癮只是戒癮的起步，對長期的戒癮歷程來說功效不大。
- (十)非自願的毒品上癮者依然可以有治療效果。
- (十一)治療期間必須監控有無再度使用毒品。
- (十二)治療必須包括其他傳染病的檢查，並協助毒品上癮者預防疾病的擴散。
- (十三)戒癮是需要長期且多種治療來協助介入的歷程。

三、藥物濫用者的認知行為治療原則

Beck(1991)認為使用於藥物濫用者身上的認知行為治療，無論是團體治療或個別治療，其主要的內涵皆以功能分析(functional analysis)及技巧訓練(skills training)兩者為核心架構。前者是指對藥物濫用者在用藥前後的想法、感受和環境因素來進行了解分析，進而評估/發覺其使用藥物的內在信念、無效的因應模式…等；後者則是針對危險情境的辨識、控制渴癮的想法、改善人際疏離、職業能力訓練、拒絕使用毒品的選擇…等技巧的訓練。

認知行為治療模式使用於戒癮治療時，有下列重要的原則/目標(Roynsaville and Carroll, 1992)：

- (一)強化戒癮的動機：對於藥物濫用者戒癮歷程而言，如何強化停止使用毒品的動機，同時讓吸毒者看清自己在使用毒品後的正向/負向效益(損益表)，此為首要之務。
- (二)因應技巧的教導：指讓吸毒者懂得/能夠辨識引發自己使用毒品的高危險情境，同時學習更有效、更多元的因應策略與技巧，來拒絕毒品的誘惑，此為認知行為療法的核心。
- (三)改變增強作用的連結：許多的藥物濫用者除了毒品提供的感受外，已經無法再體會其他不同的經驗，治療可以提供不同的連結，讓藥物濫用者得到其他更持久的、有意義的正向活動與獎賞，來替代毒品所提供的「唯一」的增強作用。
- (四)培養管理負向情緒的能力：技巧訓練同時也能協助吸毒者去辨識/面對使用毒品的內在因素，如提高吸毒者對憂鬱、憤怒的耐受力。
- (五)改善人際功能與增加社會支持：指改善吸毒者的社交能力、擴展社會資源網絡，同時建構一個沒有毒品的人際關係。

四、四種戒癮的認知治療概念

接下來將進一步介紹認知行為治療模式裏，四種最常運用在戒癮治療的認知行為治療的概念：自我效能訓練(self-efficacy)、預期效益(outcome expectancies)、歸因(attributions of causality)和抉擇歷程(decision-making processes)。

概念一：self-efficacy

指吸毒者有無能力去判斷/處理促使他自己去使用毒品的危險情境。高自我效能者的信念會是：「我能有效地處理面對毒品的誘惑」、「我能夠對毒品說不」；低自我效能者的信念會是：「我被毒品控制了」、「沒有毒品的話我過不了今天」。

概念二：outcome expectancies

指吸毒者對從毒品或其所引發的活動中獲得效益的期望。所謂高期望的信念如：「我要讓自己在晚上的聚會中感覺超爽」、「用了毒品後我就不會再如此緊繃」；從

不同的吸毒者對毒品效益的期望來做比較，就能明顯地發現對毒品帶有高期望的吸毒者易於選擇繼續使用毒品或復發。

概念三：attributions of causality

指吸毒者習於將使用毒品歸咎於內在或外在因素。將使用毒品的行為歸因為外在因素的信念如：「住在這附近的人都會變成吸毒者」，或歸因為內在因素的信念如：「如果沒有毒品我會活不下去」；Marlatt(1985)則說明所謂的內在歸因亦可形容為吸毒者本身” lack of will power ”。

概念四：decision-making processes

指無論是使用毒品或復發都是綜合許多抉擇之後的結果。這些抉擇在一開始看來，並不一定直接跟使用毒品或復發有直接關聯，但卻會逐漸使吸毒者走向藥物濫用的高危險情境。如戒毒後在路上碰到吸毒的友伴雖僅止於打招呼，但或許在三個月後吸毒者反而會主動去尋找/使用毒品。

因此，各種不同的認知概念發展出互異的認知行為治療策略。「self-efficacy」著重於強化吸毒者的自我概念來增進其自我效能，在面對渴癮(craving)時進行自我對話的歷程；「outcome expectancies」是教導吸毒者去正視藥物濫用的正向與負向效益，特別是學習將負向效益放入認知評估的歷程中；「attributions of causality」先區分出吸毒者是內在歸因或外在歸因後，再就其個別的歸因模式進行駁斥與再建構；「decision-making processes」則強調吸毒者需要學習辨識自己一連串的抉擇歷程，當面對高危險情境時，從一開始便拒絕選擇走向使用藥物的可能決定。

雖然，從這些認知治療概念發展出無數的治療方案，然而卻同時出現難以整合的窘境；四種認知治療概念皆能處理藥物濫用者不同面向的認知困境，但若能整合出一套蘊含四種概念的認知行為治療模式，相信將能提供藥物濫用者更有效的治療。Beck 從 1976 年起便戮力於整合性的認知治療策略，直到 1993 年為止，Beck 在戒癮方面投注的心力依舊清晰可見。

五、整合性的認知行為治療策略

下面就介紹 Beck(1991)所提出在面對戒癮問題上，整合性的認知行為治療模式所涵蓋的六個重要議題/內涵，並按治療的階段/步驟來依序介紹：

階段一、Coping With Craving：

渴癮是一種非常主觀的經驗，每個人對它的感受及其對戒癮所形成的困境是不盡相同的，所以在認知行為治療的開始階段，吸毒者必須瞭解到有關渴癮的經驗十分容易促使自己再度使用毒品，唯一的因應之道是瞭解它同時找到讓自己可以控制它的方法。

本階段的任務有四項：瞭解吸毒者對渴癮的經驗、瞭解渴癮是一種會正常發生且有時限性的經驗、確認吸毒者引發渴癮的線索與觸動吸毒行為的關鍵因素、教導吸毒者並練習如何控制渴癮/控制衝動的技巧。

階段二、Shoring Up Motivation and Commitment to Stop：

上一階段完成功能性分析後，許多吸毒者就已經開始減少毒品的使用甚至停止吸毒，因此便能正視到毒品對自己生活的影響，並清楚地看到自己對毒品的態度/想法，同時也經常處於想要使用毒品與持續戒癮兩者之間的矛盾衝突。不過，不同吸毒者的狀態/步調並不一致，必須先確認其戒癮的優先目標，再進行修正或調整。

本階段的任務有三項：澄清吸毒者戒癮的目標/優先順序、吸毒者描述自己對使用毒品的矛盾情節、確認情緒/期待上的衝突並開始學習面對毒品的想法/信念。

階段三、Refusal Skills/Assertiveness：

吸毒者面對毒品時的心情是矛盾的，毒品的感受與危害常令吸毒者處於困擾之中；吸毒者的社交網絡通常亦十分狹隘，多數仍在互動的友朋皆與毒品有所關聯；吸毒者也普遍缺乏自我肯定且自我效能偏低，容易導致吸毒者相信自己失去拒絕毒品的能力，因此強化「說不」的技巧、自我肯定訓練就顯得相當重要。

本階段的任務有三項：評估毒品堆吸毒者的效益並設定步驟去戒除、擴展/學習/練習拒絕毒品的有效策略與技巧、辨認吸毒者面對毒品時消極/積極/堅定的反應有何不同。

階段四、Seemingly Irrelevant Decisions：

治療進展至此，吸毒者總是發現自己會不自覺/無可避免地陷入使用毒品的高危險情境，特別是無法排除的因素(無法搬離吸毒者眾的社區)，然而更多的情況是，吸毒者將一些導致自己陷入危險的抉擇予以合理化且輕忽之，而這些抉擇在一開始時並不見得跟使用毒品的行為有直接關聯。辨識和瞭解這些看來無關的抉擇，能夠讓吸毒者開始去接近/處理自己對於使用毒品的核心信念，並可反映出這些信念如何影響著吸毒者的生活；通常此階段需要一些時間的演進。

本階段的任務有三項：瞭解那些看來無關緊要的抉擇是如何導致吸毒者陷入高危險情境、確認/重現上述抉擇的連續歷程、練習做安全的抉擇。

階段五、An All-Purpose Coping Plan：

縱使吸毒者已經做了最大的努力來戒毒，生活中還是有許多不可預料的事情會使得吸毒者再度陷入高危險情境甚至是復發，無論是負向生活事件(失業、離婚、親人去世…等)或者是正向生活事件(中樂透、結婚…等)皆然。所以，另外準備好一個緊急的應變策略，是有其必要性的。

本階段的任務有三項：預測未來會面臨的高危險情境、發展屬於自己的/一般性的因應計畫、一個緊急應變策略。

階段六、Problemsolving：

許多吸毒者以為戒毒後一切的問題將迎刃而解，直到結束治療回歸日常生活後才發現困難重重，尤其是，多數吸毒者本身的問題解決策略十分僵化且理解到的選擇極其有限，甚至在過去，可能把使用毒品當作是處理困境的萬靈丹；所以在最後的這個階段便是希望在結束治療後，吸毒者面對生活上各種不同的問題時亦能有所因應/準備。

本階段的任務有兩項：教導問題解決的基本技巧、不斷練習。

五、結語

誠如美國國家藥物濫用研究所(NIDA)彙整的十三項戒癮主要原則中所揭露的，上述所有的認知行為治療模式都認為必須處理吸毒者多重的問題方能達到戒癮的目標，而非僅關注在停止使用毒品這件事情上而已；認知行為治療模式在戒癮治療

的發展，亦朝著這些原則來演進，顯見此治療模式可帶給吸毒者一個新希望，一個新的生活態度/信念。

當然，認知行為治療亦能融入其他治療計畫/治療模式來進行，像是CRA(Community Reinforcement Approach)、MET(Motivational Enhancement Therapy)、TSF(Twelve-Step Facilitation)、IPT(Interpersonal Psychotherapy)、或者是近來在美國推廣的WRTC(Work-Release Therapeutic Communities)，都可明顯地看到認知行為治療策略所扮演的重要角色。

簡言說，認知行為治療模式之於藥物濫用者，是一種「看的到、摸的到、也用的到」的戒癮治療模式，可以融合在監禁環境的矯正體系中實施，亦能應用於低約束且高復發風險的社區情境裏；至於上述所提及的四種認知行為治療策略（自我效能訓練、預期效益、歸因和抉擇歷程）或者是整合性的方案，究竟要如何來實施？而其詳細的內涵又是如何呢？各位看官若有興趣，咱們就下回再見囉！

六、附錄

(一)參考文獻

孔繁鐘、孔繁錦編譯(1997)：精神疾病診斷準則手冊。台北：合記。

王媣慧(2004)：問題解決模式對毒品受戒治人出所計畫之影響-以台中戒治所為例。東海大學社會工作學系碩士班碩士論文。

安辰赫(2004)：治療社區中成年男性藥癮者戒癮復原歷程之改變因子研究。國立臺灣師範大學教育心理與輔導研究所碩士論文。

吳齊殷、高英美(2002)：看顧台灣的未來-台灣青少年藥物使用相關信念、態度與行為的長期研究。行政院衛生署科技研究發展計畫。DOH-90-NNB-1001

林健陽、陳玉書(2002)毒品危害防治條例實施後毒品犯罪者矯治成效研究(第二年)。行政院國科會專題研究報告。NSC90-2414-H-015-011-SSS

林瑞欽、黃秀瑄(2003)吸毒者認知行為策略戒治成效之研究(I)。行政院國科會專題研究報告。NSC91-2414-H-194-007-SSS。

法務部(2003)：毒品新制五年來實施概況。法務部網站
<http://www.moj.gov.tw/tpms/a92-1.aspx>

柯俊銘(2005)：藥癮戒治的理想模式—談醫療處遇與司法矯正的結合。矯正月刊，153期。

韋若蘭(2003)：成年吸毒者吸毒涉入強度、自我控制、非理性信念與再吸毒意向之關係研究。國立中正大學犯罪防治研究所碩士論文。

張淑英(2004)：藥物濫用者復發歷程之研究。慈濟大學社會工作研究所碩士論文。

詹德杰(2003)：吸毒犯行認知基模之萃取研究。國立中正大學犯罪防治研究所碩士論文。

薛 絢譯(2002)：上癮五百年。台北：立緒文化。

薛雅尹(2003)：我國戒毒政策成效評估之研究。國立東華大學公共行政研究所碩士論文。

Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York: Guilford.

Frances, R. J., & Miller, S. I. (1998). *Clinical Textbook of Addictive Disorders* (2nd ed.). New York: Guilford.

National Institute Drug Abuse Publication. (1999). *Principles of drug addiction treatment - A Research-based Guide* (pp. 3-5). NIH Publication No. 99-4180.

National Institute Drug Abuse Publication. (1991). *A Cognitive-Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction*. (擷取自 NIDA 網站).
NIDA 網站 <http://www.nida.nih.gov/TXManuals/CBT/CBT1.html>

Tucker, J. A., Donovan, D. M., & Marlatt, G. A. (1999). Changing Addictive Behavior. New York: Guilford.

(二)DSM-IV對物質依賴、物質濫用的診斷標準

病名	診斷標準
物質依賴	<p>一種適應不良的物質使用模式，導致臨床上重大損害或痛苦，在同一年期間內出現下列各項中三項（或三項以上）：</p> <p>一、耐受性，定義為下列兩項任選一項：</p> <p> (a) 需顯著增加物質使用量以達到中毒或所欲效果。</p> <p> (b) 繼續原有物質使用量，則效果大幅降低。</p> <p>二、戒斷，表現出下列兩項任選一項：</p> <p> (a) 有此物質特徵的戒斷症候群（參考各特定物質戒斷之診斷準則）。</p> <p> (b) 必須使用此物質（或作用密切相關物質）以緩和或避免戒斷症狀。</p> <p>三、此物質之攝取，常比此人所意願為更大量或更長時期。</p> <p>四、對戒除或控制此物質使用有持續意願，或多次不成功的努力。</p> <p>五、花費了許多時間於取得此物質的必要活動（如拜訪許多不同醫師或長途奔波）、使用此物質（如抽煙一枝接一枝）、或由物質作用恢復過來。</p> <p>六、因物質使用而放棄或減重要的社會、職業、或休閒活動。</p>

	<p>七、縱然已知道自己已有持續或重復發生的身體或心理問題，極可能是物質使用所造成或加重，此人仍繼續使用此物質(如明瞭已有古柯鹼誘發之憂鬱，仍繼續使用古柯鹼；或明知飲酒已使原先胃潰瘍惡化，仍繼續飲酒)。</p>
<p>物 質 濫 用</p>	<p>一、一種適應不良的物質使用模式，導致臨床上重大損害或痛苦，在同一年期間內出現下列各項中 1 項(或 1 項以上)：</p> <p>(1)一再地物質使用，造成無法實踐其工作、學業、或家庭的主要角色責任(如：與物質使用關聯而一再曠工或工作表現不良；與物質使用關聯而曠課、休學，或被退學；疏於照顧子女或荒廢家事)</p> <p>(2)在物質使用對身體有害的狀況下(如因物質使用而功能損害下仍開車或操作機器)，仍繼續使用此物質</p> <p>(3)一再捲入與物質使用關聯的法律糾紛(如因物質使用關聯的不當行為而被逮捕)</p> <p>(4)縱然由於物質使用的效應已持續或重復造成或加重此人的社會或人際問題，仍繼續使用此物質(如配偶爭執有關物質中毒的影響、與人鬥毆)</p> <p>二、症狀從未符合同一物質的物質依賴診斷準則。</p>