

臺中市政府 104 規劃研究設計報告獎助計畫
報告節錄重點

青少年藥物濫用篩檢調查與介入治療計畫

Screening investigation and interventional therapy
program of drug abuse among adolescents

研究人員：陳玟宇

趙麟娟

指導教授：陳秋瑩

學 校：中國醫藥大學

系 所：公共衛生學系

中華民國104年6月

摘要

台灣青少年的藥物濫用問題日趨嚴重，尤其是非法藥物的使用。根據法務部的統計，我國少年兒童毒品犯罪及違反毒品危害防制條例的青少年人數自 2007 年起逐年攀升且至今已有近 3 倍成長，且以 14 歲至 17 歲的少年為主。台中市毒品危害中心列管服務人數的報告，台中市未成年施用二級或三級人數佔總列管人數之比率雖於 102 年之 2.1%(181/8496)降至 103 年之 1.3%(95/7482)，然而併用三級毒品卻有增加的情形，且以 K 他命為主，第一次使用之青少年個案年齡下降，同時三成都是在學生，以台中市太平、大里及北屯區為熱點區域。青少年期若開始使用三、四級的非法藥物如 Ketamine 或 FM2 等，其不僅不易戒除，甚至在成人階段更會發展為一、二級非法藥物的濫用者，對個人、家庭及社會所造成的負面衝擊莫可言喻。早期篩檢有問題的青少年並即時提供適當的介入，是可以降低成癮和物質關聯疾患所造成的社會成本。因此，本研究的主要目的是 1) 發展出一套篩檢青少年藥物濫用和成癮問題的工具，並評估其信效度，且藉此工具進行校園用藥高危險群之篩檢調查；2) 提供有藥物濫用問題的青少年介入治療，並評估這些介入治療的成效。

採用縱貫性的類實驗研究設計(quasi-experimental study design)，針對 12 至未滿 18 歲使用非法藥物(以三級為主，或併用二級毒品者)之青少年進行介入治療。實驗組個案來源主要是地方法院、學校或衛生福利相關單位轉介至醫院進行介入治療，約 40 位，治療模式主要包括認知行為的團體治療、家族治療。對照組為配對實驗組個案之性別，從相同來源選取 1 位未被轉介至醫院接受常規輔導的非法藥物使用者，約 40 位。除醫院之專業介入治療外，另外選取 1~2 所有意願參與篩檢調查和接受簡短介入(brief intervention)措施的學校，召募約 30 位用藥少年實施簡短介入。而從實施篩檢學校中配對選出未進行簡短介入之對照組個案亦為 30 位。在介入前先蒐集基線資料，分別於介入開始後三個月、六個月評估介入治療的結果。各治療模式的成效評估之主要指標包括用藥量和次數減少、尿中非法藥物代謝量下降、藥物依賴程度下降、自我效能(self-efficacy) 提高等，而次要指標為問題行為減少、憂鬱/焦慮症狀減輕、家庭與人際關係滿意度增加。

本研究之結果期望能透過發展一套應用於校園之有效篩檢工具，早期篩檢調查出使用藥物高風險青少年，並透過檢驗在校園中對用藥輕微者實施簡

短介入措施之成效及檢驗對用藥較嚴重者在醫院臨床上實施之各治療模式之成效，提供給司法、教育及衛生社福等相關單位或臨床實務工作者在規劃青少年藥物濫用防制計畫或執行戒治方案之參考。

關鍵詞：非法藥物濫用、青少年、篩檢調查、介入治療

目錄

第一章 前言或研究緣起.....	5
第二章 規劃理念及目標.....	6
第三章 現況分析.....	9
第四章 研究設計.....	13
第五章 規劃工作程序、方法與說明.....	16
第六章 可行性分析.....	24
第七章 結論及建議.....	25
第八章 參考文獻.....	26

第一章 前言或研究緣起

台灣青少年的物質使用問題日趨嚴重，尤其是非法藥物的使用。根據法務部的統計，我國少年兒童毒品犯罪的人數自 2007 年起逐年攀升，自 416 人增至 2011 年的 1061 人，近 3 倍成長，且多為 14 歲以上的少年(註：我國法律上的少年是指 12 至未滿 18 歲者)；2007 至 2011 年間，少年違反毒品危害防制條例的人數也自 602 人攀升至 1349 人，而 2012 年更增至 1655 人。此外，教育部校安中心的通報資料顯示非法藥物侵入校園問題嚴重，2007 至 2011 年間被通報有使用非法藥物的學生人數自 294 人一路攀升至 1810 人，而 2012 年更增至 2432 人。被通報的各學制學生每年的比例，除 2007 年國中生佔 56% 為最多外，其餘各年通報都以高中職生最多，且佔有六至七成多 (1-2)。

根據台中市毒品危害中心列管服務人數的報告，台中市未成年施用二級或三級人數佔總列管人數之比率雖於 102 年之 2.1%(181/8496) 降至 103 年之 1.3%(95/7482)，然而併用三級毒品卻有增加的情形，且以 K 他命為主，第一次使用之青少年個案年齡下降，同時三成都是在學生。其中以高中職生最多 41%，其次是國中生 24%。足見針對 12-18 歲青少年進行毒品危害防制工作，尤其是針對毒品出沒較多的地理區域之校園進行防制工作實為當務之急。如根據台中市毒防中心的報告，台中市太平、大里及北屯區為較高風險之區域，因此防制上應特別關注於這些區域就讀之校園青少年。

物質使用(substance use)是青少年疾病和死亡的重要原因 (3)，而物質濫用與成癮不僅易引發精神疾病問題，也對個人、家庭及社會造成許多不良的後果。根據研究，越早使用物質的青少年，越容易衍生出物質使用疾患(substance use disorder, SUD)和物質關聯問題(substance-related problems)，縱使至成人階段，問題仍然存在 (4,5)。而早期篩檢調查出有問題的青少年，並即時提供適當的介入，可以降低成癮和物質關聯疾患所造成的社會成本 (3,6)。有鑑於此，發展出一套篩檢青少年藥物濫用和成癮問題的工具，並對有問題的青少年提供有效的治療服務或介入措施，實為刻不容緩的要務。

第二章 規劃理念及目標

毒品濫用已嚴重危害青少年的身心健康與人際關係，根據國外研究指出，要有效協助青少年遠離毒品的誘惑，必須從青少年的身心輔導與社會、家庭的支持做起。針對學校聯結反毒網路，並結合地區資源，進行高危險群篩檢並實施介入方案，藉以早期發現，早期介入，預防藥物濫用、成癮或嚴重危害，並提供未成年個案追蹤輔導及宣導，對於有毒癮之學生，結合醫療資源協助，輔導其勒戒，降低危害、有效戒治、預防再用，為一重要課題。

認知行為治療(cognitive behavioral therapy, CBT)常使用於治療成人的藥癮問題，在配合減毒藥物的使用下，許多研究證實其不失為一個有效的介入措施；然而應用在治療青少年的成癮問題是否有效，目前在實證上的研究仍較缺乏。新的或輔助的治療方案在面對日益嚴重的青少年藥物濫用問題是迫切需要的，例如美國幾個有控制組設計的研究，探討針對大麻濫用青少年進行以家庭為基礎的介入(family-based intervention)，稱為「多面向家族治療(multidimensional family therapy, MDFT)」之效果，結果發現比起使用家庭教育、青少年團體治療，使用 MDFT 者有較佳的臨床效果，即不但使用大麻和其他物質的情形減少了，心理社會與行為的問題也減少了。雖然如此，其他的研究也指出，比起 CBT，MDFT 對某些結果是較佳如降低成癮者心理上對物質的渴望，但對其他結果如使用大麻的次數卻不如 CBT 來的好 [7-9]。總之，治療措施的效果可能會受到使用成癮藥物種類和依賴程度的影響，而不同國家的家庭文化如有別於西方社會，東方社會的家庭較保守且成員彼此間較多保留，此點也可能會影響 MDFT 的效果。雖然如此，台灣在少子化的衝擊以及民主教育的薰陶下，家庭的溝通模式也漸趨於開放，所以除了 CBT 的介入外，MDFT 也是可應用的治療方式。

2007 年在美國有超過 20 萬名青少年接受政府贊助的物質濫用治療計畫，其中有半數以上是使用大麻菸者，美國青少使用大麻製品已盛行近半世紀，為防治此危害 1997 年以來美國發展出一些在臨床上的治療模式。例如 5 至 7 週含 5 個課程主題的「強化動機治療或 5 課程之認知行為治療(motivational enhancement treatment/cognitive behavioral therapy-5; MET/CBT-5)」，此治療模式被證實對的藥物成癮青少年有不錯的治療效果，若再合併家庭治療的課程(MET/CBT-7)效果亦然 [10]。有別於歐美國家，台灣

青少年近年來流行的非法藥物主要是三、四級的毒品，尤其是 Ketamine (愷他命)。Ketamine 是一種中樞神經抑制劑，用於人類或動物麻醉的一種快速、全身性的麻醉劑。人體靜脈注射約 30 秒後可以產生麻醉作用，效果約可維持 5-10 分鐘。常見的生理性副作用：心搏過速、血壓上升、震顫、肌肉緊張而呈強直性、陣攣性運動等、部分病人在恢復期會出現不愉快的夢、意識模糊、幻覺、無理行為及及胡言亂語，發生率約 12%，常見的使用方式為鼻吸或菸吸，也有用口服和注射的方式。吸食者會產生興奮感，甚有幻覺，藥效約可維持 1 小時，但影響其感覺、協調及判斷力可長達 16 至 24 小時 會有噁心、嘔吐、複視、視覺模糊、影像扭曲、暫發性失憶及身體失去平衡等症狀。短期內吸食 K 他命後，感覺不出其對身體的危害性，然長期使用會造成腦部智力受損、膀胱萎縮、甚至膀胱壁纖維化變厚，嚴重到得進行膀胱重建手術、腎功能障礙等不可逆的永久性傷害。由於其被認為成癮性較低且為三四級毒品可免刑法罪責，因此也助長 K 他命在青少年間的氾濫，而忽視了此行為對健康所造成的嚴重影響。由於我國青少年盛行的藥物與歐美國家不同，雖然他山之石可以攻錯，但考慮東西方家庭及社會文化之不同，實有必要發展出適合我國青少年藥物濫用的治療模式。

在發展有效的治療模式時，了解用藥者的用藥史及影響治療效果的各個因素是非常重要的⁽¹¹⁾。雖然台灣青少年使用最多的藥物是 ketamine，然實際上他們的用藥行為往往是多種藥物的使用。根據 2009 年一項國內針對日夜間部高中職二年級暨矯正機構少年之非法藥物調查報告⁽¹²⁾，調查對象有多重用藥傾向，回答使用過 ketamine 有 65%、搖頭丸有 50%、安非他命有 38%、大麻和笑氣分別 22%、海洛因 10%及古柯鹼 5%。由於患者間彼此具差異性，吾人認為在探討治療成效上應就常用成癮藥物進行組別間的分析，且在進入治療前應了解研究對象的成癮之嚴重性，在控制成癮嚴重性及其他相關因素包括性別、年齡、家庭社經地位、個人生理及心理健康狀態之影響下，探討不同用藥者在治療成效上的差異。

篩檢高危險群並鼓勵其參加治療方案，是降低藥物濫用的重要途徑之一。以一套具敏感及精確度的篩檢工具、在初級醫療照顧的診間甚至校園或社區中實施篩檢高危險群，即有物質使用行為的青少年，針對這些人實施簡要的介入後，必要時轉介至成癮專科進行正式的治療方案是美國目前在實務工作上應用到的方法，稱為 Screening, Brief Intervention, and Referral to

Treatment (SBIRT)。許多的實證研究指出SBIRT model對酒精濫用者之治療是有顯著的效果，但對於非法藥物或處方藥物的濫用者之成效，證據仍有待加強，但令人鼓舞的是Madras 等人(2009)分析由美國物質濫用與心理健康服務局的物質濫用治療中心[the Center for Substance Abuse Treatment of the Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)]在六個州不同的醫療場所實施SBIRT模式的資料，評估對非法藥物及酒精濫用者的6個月治療成效，結果顯示此大型計畫篩檢了45萬9千599位病人中，有22.7%的人是高危險群，篩檢出的高危險群有七成進行簡短的介入(a brief intervention)，而另有6.9%的人接受較長的專業治療 (brief treatment or specialty treatment)。其分析結果發現，不論在何醫療場所、性別、種族或族群及年齡，SBIRT model實施六個月後，使各項非法藥物(包括alcohol use, marijuana, cocaine, methamphetamine, heroin, and other drugs)的使用者之使用率顯著下降；而在接受較長專業治療的人當中，六個月後也有較佳的治療結果包括自覺健康狀況、心理健康、就業狀況和較少的犯罪行為等⁽¹³⁾。簡短的介入(a brief intervention)在最近的研究中被證實對校園中使用非法藥物但並未達嚴重程度的青少年，可以降低其使用的情形。介入方案包含2~4節的課程，每節約1小時，專業健康人員接受此方案的教育訓練後便可有效實施⁽¹⁴⁾。由於國內較缺乏一套可供廣泛運用的篩檢和介入模式，因此本研究將參考國外的篩檢工具應用於校園或精神科門診醫療的青少年，並對高危險群實施適當的介入措施和治療，並評估半年後的成效。

本研究的結果期望能透過發展一套應用於校園之有效篩檢工具，早期篩檢調查出有使用藥物的高風險青少年，了解青少年藥物使用的情況，提供介入治療方案以改善青少年的藥物使用行為，並檢驗在校園中對用藥輕微者實施簡短介入措施之成效及檢驗對用藥較嚴重者在醫院臨床上實施之各治療模式之成效。

第三章 現況分析

毒品問題對於社會治安的影響很大，耗費的社會成本更是不容忽視，然而毒品種類推陳出新，使得越來越多的年輕人因追求刺激與快感開始接觸毒品，造成各式各樣社會問題。

依 104 年 3 月份全般刑案發生數計 2577 件，其中毒品案件發生 299 件，占全般刑案發生數 11.6%，且毒品犯罪年齡有逐年下降趨勢及第三四級毒品犯罪呈上升趨勢。經分析第三四級毒品犯罪特性，發現涉毒人口年齡偏低，且多發生於未成年及學生族群。而毒品所衍生之治安及危害身心健康之問題層出不窮且時有耳聞，值得關注。

根據 104 年 1-7 月台中市毒品危害防制中心各級服務人數概況統計顯示，103 年總服務人數與 102 年相比，有下降趨勢，其中一二級毒品施用者減少 473 人(8%)、三四級毒品施用者減少 456 人(18%)、未成年新增個案數也減少(85%)，其中青少年主要以二級或三級毒品為主(見表一)。

表一 整體服務各級人數概況

	成人(一二級)	成人(三四級)	未成年(二三級)	總計
102	5649	2564	181	8496
103	5176	2108	95	7482
104.1-7	4033	976	46	5055

依性別的整體概況，台中市毒防中心輔導個案人數分別為男生佔 85%，女生佔 15%，而 103 年與 104 年性別比例並無太大差異，男女比約 6:1。104 年中心輔導個案年齡以 21-30 歲、31-40 歲佔最多(33%)，其次為 41-50 歲佔 17%，第三為 11-20 歲佔 9%(見表二)。

表二 103-104 年整體服務個案之年齡層分佈

	11-20 歲	21-30 歲	31-40 歲	41-50 歲	51-60 歲	60 歲以上
103 年	758(12%)	2439(38%)	1955(31%)	868(14%)	276(4%)	46(1%)
104 年 1-7 月	376(9%)	1341(33%)	1350(33%)	711(17%)	252(6%)	42(1%)

依據列管個案居住區域來看，台中市毒防中心輔導列管居住於台中市有 2810 人，若以行政區分析，列管個案每萬人口比超過 15 人以上之行政區域，前三名依序分別為和平(19.8)、東勢(18.7)、后里(15.9)等區；但若以個案數統計分析，超過 200 人以上者分別為太平(241 人)、大里(237 人)、北屯(223 人)。

從列管個案毒品施用情形(以個案最高施用級別分類)來看如表三所示，針對 102 年 8 月至 103 年 7 月分析系統列管個案毒品使用情形中發現，二級施用毒品比例最多(51%)，其中單純施用者占 91%、併用三級占 9%；其次為一級施用者(44%)，第三為三級毒品僅占 5%。但分析 103 年 8 月至 104 年 7 月系統列管個案中顯示，仍以二級施用毒品比例較高(56%)，且併用三級比例增多，可能與現今新興毒品氾濫有關，亦或是個案開始轉向使用三級毒品逃避刑責、獲得快感，應加強防範毒品的蔓延並提供有效戒癮服務。

依三四級現況分析顯示，毒品施用種類前三名分別為 K 他命、搖頭丸、安非他命。而 99% 因施用 K 他命而受裁罰，1% 為施用四級毒品。個案年輕化，第一次施用毒品的年齡有下降趨勢，當中有三成是第一次施用時是學生身份(國小 6%、國中 24%、高中 41%、大學 29%)，故此教育單位應從小教育，並加強師長對於學生有偏差行為時應及早介入輔導。

表三 毒品施用情形

	一級			二級			三級	四級	
	單純施用	併用二級	併用三級	單純施用	併用三級				
103.8-104.7	39%	67%	30%	3%	56%	75%	25%	5%	0%
102.8-103.7	44%	60%	40%		51%	91%	9%	5%	0%

依台中市毒防中心針對青少年(中輟生)有藥物濫用之情形分析(見表四)：103 年青少年平均收案年齡 17 歲、104 年約 18 歲；當中青少年第一次使用藥物平均年齡 16.3 歲。其中青少年女性用藥比例略為增加，男大於女，約 8：2，104 年男性 139 名(80%)、女性 34 名(20%)，其中女性較 103 年成

長 1.9 倍(增加 16 名)，對此女性青少年用藥問題亦應注意，不能完全偏重於男性中輟生的防制。

表四 103-104 年青少年(中輟生)年齡現況

	未成年	成年	總人數
103	73(66%)	38(34%)	111
104	71(59%)	102(41%)	173

個案因藥物濫用問題轉介至台中市毒防中心以高中職(含進修部)佔多數、其次為國中，但從 104 年轉介年齡中發現成人個案復學人數增多，故此對於毒品入侵校園安全問題更應加強防範(見表五)。

表五 103-104 年青少年(中輟生)學籍現況

	高中職(含進修部)	國中	大學
103	84(76%)	26(23%)	1(1%)
104	135(78%)	37(21%)	1(1%)

表六顯示 103 年與 104 年台中市青少年用藥問題仍以 K 他命為主要，若依 K 他命成長情形分析，104 年較 103 年成長 60%，其次是併用問題，有 13% 過去有施用二級毒品經驗甚至併用三級者，需多加留意偏差行為之個案，並主動介入輔導。

表六 103-104 年青少年(中輟生)施用毒品概況

	K 他命	安非他命	併用二三級	不明
103 年	93(84%)	3(2%)	13(12%)	2(2%)
104 年	149(86%)	5(3%)	17(10%)	2(1%)

毒品濫用已嚴重危害青少年的身心健康與人際關係，根據國外研究指出，要有效協助青少年遠離毒品的誘惑，必須從青少年的身心輔導與社會、家庭的支持做起。然而，面對青少年施用毒品級數是否增加仍須長期觀察；再者，如何防範青少年接觸 K 他命？以及降低併用其他毒品或成癮物質如菸酒之機

會，這將是預防的主要任務。針對學校聯結反毒網路，並結合地區資源，進行高危險群篩檢並實施介入方案，藉以早期發現，早期介入，預防藥物濫用、成癮或嚴重危害，並提供未成年個案追蹤輔導及宣導，對於有毒癮之學生，結合醫療資源協助，輔導其勒戒，降低危害、有效戒治、預防再用，為一重要課題。

第四章 研究設計

一、研究設計與研究對象

為縱貫性的追蹤研究(a longitudinal study)，針對12至未滿18歲使用非法藥物(以三級為主，或併用二級毒品者)之青少年進行介入治療，在介入前先蒐集baseline的資料，分別於介入開始後三個月、六個月評估介入治療的結果。並以類實驗研究設計方式，配對尋找相同介入來源個案為對照組個案，兩組個案同時追蹤結果和相關的資料，實驗組及對照組的人數各約為40人。

(一)介入治療(實驗組)之研究對象來源，包括：

1. 學校春暉小組實施輔導三個月，尿液篩檢仍呈陽性反應者。
2. 警察局少年隊或少年輔導委員會列管輔導施用毒品之少年。
3. 地方法院少年法庭審理中施用非法藥物少年。
4. 地方法院少年法庭施用非法藥物交付保護處分或保護管束之少年。
5. 社會局轉介列管之施用非法藥物高風險少年。
6. 醫療院所門診轉介 (轉介醫院包括：中國醫藥大學附設醫院、中山醫學大學附設醫院、沙鹿童綜合醫院、台中榮民總醫院)。
7. 自行求助之社區施用非法藥物青少年。
8. 其他(經評估有施用之虞或有反覆施用非法藥物青少年)。

(二)治療計畫：

1. 團體治療：應用強化動機及認知行為治療(MET/CBT)對研究對象實施團體治療，奠基於物質使用疾患的社會學習理論，此治療模式將重點放在提升個人對用藥風險增高的情境之辨識、避免和應對之有效技巧。首先透過治療方法手冊化，使治療的專業人員(心理師或醫師)在執行中能有一致性。每週進行 1 節約120分鐘的團體介入，治療期間共為12週(i.e., 共6節)。運用認知行為治療的治療者也須提供有關 傳染HIV 和 HCV 和預防之知識，促進預防感染HIV and HCV的危險行為的討論和練習，包括物質使用的復發，靜脈毒品注射，和危險的性行為及其他危險的行為。團體課程將重點放在如下主題：保護自己免於吸毒的情境和吸毒行為的發生，對於毒品依賴和程引的治療方法，學習和練習“思考--挑戰”技能以因應促成復發的認知/感覺 (e.g. 戒斷症狀)，壓力管理技巧和情感調節(affect regulation)。
2. 家族治療：在一開始進行治療前了解收案青少年的家屬及個案本身是否

有意願進行家族治療，若有者則進行家族治療。家族治療的內容參考 MDFT (multidimensional family therapy) 模式擬定，共有 6 次每次約 2 小時的課程。

3. 團體治療合併家族治療：若於團體治療過程中有個案及家屬願意進行家族治療，則於 5~6 次間可加上至少 2 次之家族治療課程。
4. 個別諮商：收案時經心理師或醫師評估不適合進行團體或家族治療，須進行個別諮商者。

對照組來源：

於介入對象來源中，配對性別以 1 比 1 方式選取未進入本介入計畫且受到常規輔導之有使用非法藥物之個案。

(三) 校園高危險群之篩檢及介入評估：

本計畫將參考由美國兒科學會物質濫用委員會推薦的 CRAFFT (Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble) 篩檢問卷編修而成的篩檢調查表，選擇有意願參予之學校 (1~2 所)，針對在校輔導老師或教官列冊輔導的學生進行篩檢評估，以設計的網路篩檢調查表提供予學生上網填答，篩檢測驗後系統會提供簡單有趣的測驗回饋，此外網路訊息亦提供簡短諮商服務的連絡資訊包括電話專線、郵件帳號等給每位上網受測的學生，並詢問其是否願意參與簡短介入，若願意我們將主動與其接觸並安排實施簡短介入。簡短介入 (Brief Intervention) 由受過訓練之專業人員至學校 (或以電話) 進行最短 5 分鐘的簡短建議或最長 15-30 分鐘的簡短諮商或提供簡短諮商服務的連絡資訊，必要時也可以郵件交談代替。其餘未納入簡短介入的青少年則為對照組。在簡短介入後，如遇有行為問題更嚴重的學生，會邀請其至醫院接受更適當的介入治療方案。學校列管輔導之青少年中的實驗組 (實施簡短介入) 及對照組 (未實施簡短介入) 的人數，各約為 30 人，此部分的追蹤與評估期亦為三個月及六個月後各一次。在此部分除了可評估篩檢工具之信效度外，也可評估簡短介入的成效。

二、研究工具與實施步驟：

(一) 擬定前後測問卷：內容包括基本資料、用藥史、自我效能、憂鬱/焦慮症

狀、問題行為、物質使用情形、家庭與同儕的人際關係等。

(二)經過臨床評估或篩檢調查，將研究對象分成實驗組、對照組及簡短介入組。

(三)實施前測問卷調查及尿液檢測非法藥物代謝量。

(四)針對不同組別的研究對象實施介入治療或常規輔導方案。

(五)三個月和六個月後分別進行兩次後測評估(包括後測的問卷及驗尿結果)。

(六)分析研究數據並撰寫報告。

三、評估介入或治療效果的重要指標包括:

(一)主要結果: 用藥量和次數減少、尿中非法藥物代謝量下降、藥物依賴程度下降、自我效能(self-efficacy) 提高。

次要結果: 問題行為減少、憂鬱/焦慮症狀減輕、家庭與人際關係滿意度增加。

第五章 規劃工作程序、方法與說明

一、學校方面

本計畫將參考由美國兒科學會物質濫用委員會推薦的CRAFFT(Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble)篩檢問卷編修而成的篩檢調查表，選擇有意願參予之學校(1~2所)。本試驗會將受試者分為兩組，一組為實驗組，另一組為對照組，且實施場域為學校。實驗組進行簡短介入 (Brief Intervention)，由受過訓練之專業人員至學校(或以電話)進行最短5分鐘的簡短建議或最長15-30分鐘的簡短諮商或提供簡短諮商服務的連絡資訊，必要時也可以郵件交談代替。在學校中有意願參與篩檢調查後並接受簡短介入的措施，約30位，而對照組從實施篩檢學校中選出未進行簡短介入者，約30位。

本計畫實施前，經參與本計畫之專業人員或學校老師或輔導人員向青少年或其家長說明本計畫的內容和目的，徵得同意並簽署知情同意書後才會納入本計畫中，計畫進行包含三個部分：(1)問卷調查 (2)尿液檢驗 (3)簡短介入之實施與否。整個過程中將會請受過簡短介入訓練之專業人員或受過訓練之訪視人員實施。而問題內容除了包括CRAFFT的篩檢問題外，尚包括前後測問卷之內容(基本資料、用藥史、自我效能、憂鬱/焦慮症狀、問題行為、物質使用情形、家庭與同儕的人際關係等)。

除介入前之基線資料之問卷調查外，於計畫實施期間進行三個月及六個月後追蹤評估，評估簡短介入及無簡短介入的結果(包括檢驗尿液結果是否有不同)。評估之主要結果包括用藥量和次數減少、尿中非法藥物代謝量下降、藥物依賴程度下降、自我效能(self-efficacy) 提高等，而次要結果為問題行為減少、憂鬱/焦慮症狀減輕、家庭與人際關係滿意度增加。

二、醫院方面

本試驗會將受試者分為兩組，一組為實驗組，另一組為對照組，實施場域為醫院。實驗組為在醫院進行介入治療，治療模式主要包括認知行為的團體治療、家族治療及個別諮商等，約40位；對照組指相同轉介來源之個案然未進行介入治療，約40位。

本計畫實施前，經參與本計畫之專業人員或輔導人員向青少年或其家長說明本計畫的內容和目的，徵得同意並簽署知情同意書後才會納入本計畫中，

計畫進行包含三個部分：(1)問卷調查 (2)尿液檢驗 (3)介入治療之實施與否。整個過程中將會請專業心理師或醫療人員或受過訓練之訪視人員實施。

以下述三個階段進行：

(一)在介入之前

訪視員會先蒐集基線資料，實施前測問卷調查，透過問卷蒐集物質濫用的相關問題，問卷內容包括基本資料、用藥史、自我效能、憂鬱/焦慮症狀、問題行為、物質使用情形、家庭與同儕的人際關係等，並收集尿液作為是否使用藥物之檢驗，檢測尿液藥物之代謝量。

(二)介入內容

個案來源主要由警政、司法或衛生福利相關單位轉介至醫院須進行介入治療之用藥青少年。介入治療過程中，由介入的專業者評估介入對個案心理的影響，必要時暫時停止任何介入措施。

醫院治療模式主要包括認知行為的團體治療、家族治療、個別諮商。

1. 團體治療：

應用認知行為治療(cognitive behavioral therapy)對研究對象實施團體治療，此模式是奠基於社會學習理論，治療重點放在提升個人對增高用藥風險的情境之辨識、避免和有效的應對技巧。首先透過「團體治療課程指引」(如下表所示)，使治療的專業人員(心理師或醫師)在執行中團體課程依指引的課程主題、內容和目的等加以進行，且兩週進行1次，每次約有120分鐘的團體介入，治療課程有6次，總計12週，為期約3個月。團體課程將重點放在如下主題：保護自己免於吸毒的情境和吸毒行為的發生，對於毒品依賴和成癮的治療方法，學習和練習“思考--挑戰”技能以因應促成復發的認知/感覺(e.g. 戒斷症狀)，壓力管理技巧和情感調節(affect regulation)。由專業心理師負責帶領，團體治療的地點為中國醫藥大學附設醫院美德醫療大樓1樓的團體治療室。每次治療結束後，心理師會撰寫紀錄並與主責醫師討論個案進展情形，及後續治療方式。團療過程中不定期驗尿2次，最後一次團療會進行後測問卷。

團體課程名稱、節次、主題、內容與目的如下表的「團體治療課程

指引]所示，課表下的備註說明課程的時間進程，計畫實施時會將此課表提供給願意參加的受試者參考。

[團體治療課程指引]

團體課程名稱: 改變和成長		
週次	課程主題	內容與目的
1	<u>團體介紹 & 認識毒品危害</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 團體帶領者與成員自我介紹 2. 介紹團體主要目的和團體規則 3. 認識毒品使用的後果及其對健康之危害
2	<u>如何預防再度使用</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 教導和討論醫療和治療毒品使用的結果，以及預防再度使用的方法 2. 討論使用毒品時的動機、態度、感受和想法，以利引導。 3. 教導如何使用行為技巧已克服想再度使用的慾望。
3	<u>認識壓力與增強調適能力</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 介紹壓力的概念包括壓力的生物學基礎 2. 教導辨識壓力的來源與自我面對壓力的方式是否適當 3. 介紹壓力管理的技巧、進行角色扮演操作練習管理壓力的技巧 4. 認識壓力與自我的情緒的關係、以及與使用毒品間的關聯性

4	<u>自我肯定與承諾</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1.了解使用毒品之後自己生理的反應、身體的症狀、心理的渴望，教導成員去辨認。 2.學習覺察自己的狀態，教導放鬆技巧，降低警覺度。 3.進行自我肯定、強化戒毒的動機和理由，以及進行改變生活型態的自我承諾
5	<u>危險情境的辨認&尋求支持的力量</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1.協助成員澄清是在何種情境脈絡下開始使用毒品，和之前的再度使用毒品是有哪些促成因子(促成因子包括環境、認知/情感的觸發因子)。 2.教導成員家人、朋友或其他社會對其其正向改變的支持力量的重要性，並協助其辨識那些人是其支持的力量，並教導其尋求支持和避免使自己孤立。在此，成癮和復原過程對重要的人際關係的衝擊會被討論。 3.協助成員一起去看使用毒品的循環模式，並教導其使用認知和行為的調適技巧為自身發展一個預防復發的計畫。
6	<u>設定目標改變自我</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1.設定行為改變的目標(包括如何設置合理且可達到的改變)與生活之目標。 2.團體的練習中，將重點放在設定立即，短期和長期的目標，這些目標當然是與毒品的使用是互斥的。 3.改變自我朝向目標前進，包括許多不利健康的行為之改變如菸酒等使用行為的改變，睡眠，飲食，和運動等生活作息的改變。
<p>備註：本課程每次兩小時，每兩週一次，介入6次，總計為期12週(約3個月)。團體組成後便可開始進行課程，期間成員可依其個人意願而停止參加課程。</p>		

2. 家族治療：

在一開始進行治療前了解收案青少年的家屬及個案本身是否有意願進行家族治療，若有者則進行家族治療。家族治療的內容參考多面向家族治療(multidimensional family therapy；MDFT)模式擬定，共有6次每次約2小時的課程。每次治療結束後，需撰寫紀錄並與主責醫師討論個案進展情形，及後續治療方式。

多面向家族治療(MDFT)是一個綜合的、全面的、以家庭為中心，治療青少年藥物濫用和相關的行為問題之治療模式。MDFT針對一系列青少年物質濫用的問題行為，反社會和攻擊行為，學校和家庭問題、情緒的困難等，設計家族治療的內容。此模式可應用於物質濫用和精神健康之治療、兒童福利以及少年司法系統內針對拘留中心和少年法院的問題兒童或青少年實施。多面向家族治療(MDFT)的主要目標是透過協助青少年和家庭選擇健康的生活方式以消除濫用毒品和違法的行為。MDFT可以提高青少年的應對能力，解決問題的能力，以及決策能力等，並能增強家庭之功能。

多面向的家族治療(multidimensional family therapy; MDFT)針對用藥青少年所提供的介入主要是先從評估個案四個主要面向的危險因子和保護因子後，擬定家族治療的實施方針。這四個面向包括青少年本身、青少年的父親或母親(或具有這些親職角色的重要他人)、青少年的家庭環境和與家人的關係、及對青少年有正面和反面影響的家庭外的來源等面向。家族治療的實施基本上是根據以下十個原則: 1) 評估青少年藥物使用與上述四個面向間的關係; 2) 評估與青少年用藥有關的行為問題或身心健康問題，及與這些問題有關的其他家庭成員之問題後，治療師協助參與家族治療的成員，思考哪些機會或措施可針對這些問題加以改善，並藉此共同擬定改變方案; 3) 秉持可以改變和強化改變動機的治療原則: 個案及其家庭成員可能想改變的動機是薄弱的，或一開始動機強但過程中卻停止了原想改變的動機，此時治療師應暫不予勉強，但應針對強化動機進行努力溝通，不應輕易放棄; 4) 和個案及其家庭成員建立重要的工作關係: 透過共同設定短期、中期的具體改變目標，治療師除了提供支持給個案和其家庭外，也協助其向家庭外尋求支持的資源。治療方案的主題是透過一起討論，找出

對青少年個案本身和家庭發展有幫助的項目後，治療師和參與家族治療的成員形成重要的工作夥伴關係，大家一同努力執行討論出來的方案；5)個人化的治療方案：意指每位青少年及其所處的家庭(包括家庭成員及家庭環境等)皆有其獨特性，因此治療方案都是為其量身打造相當個人化的家族治療方案；6) 治療方案並非事先規劃好，過程中就一點都不能有所改變。基本上雖依治療初始計畫而進行，但隨著新的事件發生或期間發現與個案有關的新資訊、在治療過程中治療師可依憑其專業經驗，參考個案或家人的回饋等，對治療方案的內容進行適時的調整的；7) 家族治療過程中治療師將適時地評估改變的結果，並依參與者的動機、態度和回饋進行方案適時的調整。下表列出本計畫的「家族治療課程指引」之課程主題、內容與目的。

〔家族治療課程指引〕

家族治療：我和我的家		
週次	課程主題	內容與目的
1	<u>我和我的家</u>	1.治療師介紹方案之主要目的 2.帶領討論家對成員的意義以及過去曾發生什麼事，有何衝突和甜蜜？包括討論家人間的溝通和互動的情形等
2	<u>尋找家的意義與力量</u>	1.討論有哪些重要的他人和家庭關係是被忽略或是濫用的？並討論哪些是家人間可以互相了解並重新修復關係或重視對方被忽略的需求等議題後，共同找出家對彼此的意義與支持成長之力量 2.承上述討論後，共同擬定出改變的目標並擬定改變的計畫和時程
3	<u>壓力與調適</u>	1.介紹壓力的概念包括壓力的生物學基礎，教導辨識壓力的來源與面對壓力的方式是否適當(個人及家庭的壓力及面對方式)，以及介紹壓力管理的技巧等 2 認識壓力與情緒的關係、以及家人間應如何理

		解彼此調適壓力的方法，並互相給予理解和支持，並藉此強化家人的支持關係，尤其是親子的關係。
4	<u>“戒”不是問題： 肯定與承諾</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1.教導個案與家人了解壓力與行為間的關係，以及精神健康與毒品使用間的關係 2.認識毒品生心理反應和正確的行為改變和治療方式。 3.進行個人和家庭的自我肯定、協助個案戒毒以及進行改變生活型態的承諾，以及家庭正向改變的承諾
5	<u>辨識家庭外的環境： 挑戰衝擊與機會和支持</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1.協助成員澄清家是在何種外部環境下發展的，家人間的關係以及促使青少年個案使用毒品和再度使用毒品有哪些外部環境的促成因子？在這過程中討論出家庭外部環境帶給家庭的負面衝擊是什麼？此外共同分析和討論家庭外的環境有哪些可以尋求的資源和支持的來源？ 2.協助或教導個案和家人善用外部資源使其家庭朝向正向改變，界定辨識外部的支持力量為何？ 3.協助或教導其辨識哪些是外部環境阻擋家庭和個人成長的障礙因子，教導家庭減少或避免這些阻礙正向改變的因子以防止成為孤立無援的家庭。 4.在此，有哪些學校、醫療、社區等資源可以協助個案與家庭成長的資源會被討論。 5.協助成員一起去檢視家庭問題和這些與青少年個案使用毒品的循環模式之關係，並教導其使用認知和調適技巧為自己的家庭發展一項成長和預防青少年個案用藥行為復發的計畫。

6	<p style="text-align: center;">設定目標: 改變我和我的家</p>	<p>1.設定個人行為改變的目標(包括如何設置合理且可達到的改變)、家庭關係改變之目標，以及家庭外部環境正反面因素改變的目標。</p> <p>2.改變朝向目標前進，並評估與共同討論改變的成果。</p>
<p>備註: 本課程每次兩小時，每兩週一次，共計十二週，期間個人可依其意願而停止參與。</p>		

3. 個別諮商：收案時經心理師或醫師評估不適合進行團體或家族治療，須進行個別諮商者。治療時間為每次60分鐘，共6次。每次會談結束後，須撰寫紀錄並與各責醫師討論個案進展情形，及後續治療方式。

(三)介入之後

分別於開始收案後三個月、六個月以問卷進行兩次後測之評估，評估介入及無實施介入的結果(包括檢驗尿液結果是否有不同)。評估之主要結果包括用藥量和次數減少、尿中非法藥物代謝量下降、藥物依賴程度下降、自我效能(self-efficacy) 提高等，而次要結果為問題行為減少、憂鬱/焦慮症狀減輕、家庭與人際關係滿意度增加。

第六章 可行性分析

由於有使用非法藥物的青少年，基本上為易受傷害的研究族群，在研究開始之初皆會向青少年和其家長說明計畫內容，在獲得其同意後才會納入進行研究。除了自台中地檢署轉介須接受治療之個案外，其餘自校園或其他來源皆可能有較少轉介或有較少意願參與之情形，因此本研究將會面臨收案較不易的困難。雖然如此，本計畫將積極尋求台中市教育局、衛生局及其他社福單位包括民間的中途之家等相關單位之協助。

第七章 結論及建議

青少年藥物濫用的問題日趨嚴重，尤其是非法藥物的使用，在青少年時期使用非法藥物，會導致偏差行為問題、憂鬱和焦慮症狀、家庭與人際關係發展等衝擊，若無及時接受介入治療，到了成人時會讓藥物濫用的情形加劇，應該把握青少年治療黃金時期，才能及早遏止種種的負面影響。

藉由早期篩檢有問題的青少年並即時提供適當的介入，發展出一套能篩檢出青少年藥物濫用問題的有效工具，應用公衛三段五級中早期診斷早期治療的觀念，提供青少年介入治療的管道如認知的團體行為治療、家庭治療，讓知改變才能真正改變行為，而家庭督促的力量不容小覷，由個人、家庭、社會的共同努力，及時導正青少年藥物濫用的情形。

由通報的各學制學生每年的比例指出青少年藥物濫用族群大多為高中職生和國中生，期望能透過發展一套應用於校園之有效篩檢工具，早期篩檢出有使用藥物的青少年，提供給司法、教育及衛生社福等相關單位或臨床實務工作者在規劃青少年藥物濫用防制計畫或執行戒治方案之參考，可以降低成癮和物質關聯疾患所造成的社會成本。

第八章 參考文獻

1. 法務部刑事政策與犯罪研究資料庫 (2012)。國內毒品案件最新統計報告摘要分析。
URL: <http://www.criminalresearch.moj.gov.tw/lp.asp?ctNode=27086&CtUnit=8519&BaseDSD=7&mp=301>
2. 教育部(2012)。中等學校校安現況說明與分析。
3. Hingson, RW. Zha W. Weitzman ER. Magnitude of and trends in alcohol-related mortality and morbidity among US college students ages 18-24. 1998-2005 J Stud Alcohol Drugs Suppl. 2009; 16: 12-20
4. Hingson, R.W. Heeren T. Winter RM. Age at drinking onset and alcohol dependence: age at onset, duration and severity. Arch Pediatr Adolesc Med. 2006; 150(7): 739-746.
5. Grant BF. Dawson DA. Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. J Subst Abuse. 1997; 9:103-110
6. Harris SK. Herr-Zaya K. Weinstein Z. et al. Results of a statewide survey of adolescent substance use screening rates and practices in primary care. Subst Abus. 2012; 33(3): 321-326.
7. Hendriks V. Schee E. Blanken P. Treatment of adolescents with a cannabis use disorder: main findings of randomized controlled trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavioral therapy in the Netherlands. Drug and Alcohol Dependence 2011; 119: 64-71
8. Liddle H.A. Rowe C.L. Dakof G.A. Ungaro R.A. Henderson C.E. Early intervention for adolescent substance abuse: pretreatment to posttreatment outcomes of a randomized clinical trial comparing multidimensional family therapy and peer group treatment. J Psychoactive Drugs 2004; 36: 49-63.
9. Rigter et al.: INCANT: a transnational randomized trial of multidimensional family therapy versus treatment as usual for adolescents with cannabis use disorder. BMC Psychiatry 2010; 10: 2-8

10. Godley S.H. Jones N. Funk R et al. Comparing outcomes of best-practice and research-based outpatient treatment protocols for adolescents. *Journal of Psychoactive Drugs* 2004; 36: 35-48
11. Maxwell J C and Spence R. Profiles of club drug users in treatment. *Substance use and misuse* 2005; 40: 1409-1426
12. 李思賢、林國甯、楊浩然、傅麗安、劉筱雯、李商琪。青少年毒品戒治者對藥物濫用之認知、態度、行為與因應方式研究。青少年犯罪防治研究期刊，2009；1(1):1-28。
13. Madras et al. Screening, brief interventions, referral to treatment (SBIRT) for illicit drug and alcohol use at multiple healthcare sites: Comparison at intake and 6 months later. *Drug and Alcohol Dependence* 2009; 99: 280-295.
14. WHO. The effectiveness of a brief intervention for illicit drugs linked to the alcohol, smoking, and substance involvement screening test (assist) in primary health care settings: a technical report of phase III findings of the WHO assist randomized control trial. URL: http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist-technicalreport_phase3_final.pdf. 2008.