

施用影響精神藥物者之以全人為導向的復元與社會復歸架構：社區服務機構之文本分析

白鎮福 李宗憲 吳思穎 黃韻儒 李思賢

研究目的：本文目的是以美國物質成癮與心理健康服務部(SAMHSA, 2011)針對施用毒品者「復元」(recovery)所提出的定義、四大復元面向與十個指導原則為基礎，建構出以全人為導向的復元/社會復歸架構(whole person-oriented recovery and social recovery framework)，來整合復元/社會復歸概念的實質內涵，並以其檢視台灣社會復歸服務機構對於施用影響精神藥物者復元/社會復歸的理念、目標與工作現況，做為未來政府與民間機構在建置施用影響精神藥物者的多元化復元與社區復歸服務網絡之參考。**研究方法：**針對2020年度18家接受衛生福利部「藥癮者社區復健方案布建及服務品質提升計畫」補助之民間機構的申請計劃書、結案報告書與實地訪談內容進行文本分析。**研究結果：**SAMHSA對於復元的工作定義與各項指導原則可以在18家機構中找到相對應的服務與工作內容，但對於復元的定義、機構本身在個案復元過程中的角色定位與提供服務策略，缺乏前後邏輯連結與品質確認，使得服務內涵與社會復歸的目的連結不明確、導致難有合適的效果評估。**研究結論：**本研究也針對建構施用影響精神藥物者復元政策與社會復歸服務機構提出相關建議。

關鍵詞：成癮、毒品、復元、社會復歸、藥癮服務機構、復元/社會復歸架構、全人復元

白鎮福：國立臺灣師範大學中國信託成癮防制暨政策研究中心研究員；澳洲格里菲斯大學犯罪學暨刑事司法學院博士候選人；專長領域與研究興趣主要為人本犯罪學、本土化犯罪學、社會心理學、成癮復元科學

李宗憲：國立臺灣師範大學中國信託成癮防制暨政策研究中心執行長；國立中正大學犯罪學博士；專長領域毒品與藥物濫用、青少年偏差行為與輔導、體驗教育與探索輔導、社區處遇與經營管理、刑事司法與刑事政策

吳思穎：國立臺灣師範大學中國信託成癮防制暨政策研究中心副研究員；國立臺北護理健康大學生死與健康心理諮商碩士；專長領域與研究興趣為青少年發展、物質使用及成癮諮商、憂鬱、失落與悲傷輔導。

黃韻儒：美國北德州大學諮商博士班；美國賓州州立大學諮商教育碩士；專長領域與研究興趣為創傷治療、物質濫用諮商、創傷知情照料、諮商督導。

李思賢：國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系特聘教授、國立臺灣師範大學中國信託成癮防制暨政策研究中心主任；美國賓州大學心理與教育學博士；專長領域與研究興趣主要為社會與健康心理學、成癮防制、諮商與心理治療、心理健康促進。(通訊作者；E-mail: tonylee@ntnu.edu.tw)

收稿：2021年12月22日；接受：2022年2月14日

airiti

一、緒論

施用或是濫用影響精神藥物（在台灣，因為毒品危害防制條例為國家法律，因此下文稱毒品），對於個人的生理、心理、人際與經濟造成極大傷害，對社會安全與公共衛生亦產生負面且全球性的影響 (UNODC, 2020)。政府與學術研究對於如何從毒品施用造成的傷害中復元 (recovery) 與社會復歸 (social recovery) 有緊迫需求。有研究指出提升個案全人健康 (health and wellness)、整體生活品質和職業活動，與復元之間存在正向關係 (Best et al., 2017; Best et al., 2015)，尤其建議以全人復元 (whole person recovery) 為核心思維 (De Ruyscher et al., 2017; SAMHSA, 2011)，參與以復元為導向 (recovery-oriented) 的社會網絡 (Ashford et al., 2020; Kidd et al., 2011)，來增強毒品施用者的個人和社會復元資本 (recovery capital)，以減少或中止施用毒品、復歸社會。

雖然台灣的反毒政策與實務上，仍然較著重於司法的矯正懲戒，並非協助毒品施用者參與以復元為導向的處遇 (楊俊樂, 2020)。為提升施用毒品者的醫療及處遇涵蓋率，以及推動施用毒品者個別化處遇與評估 (李思賢等, 2019)，行政院於 2017 年開始陸續推動新世代反毒策略行動綱領與新世代反毒策略，且於 2019 年 12 月，為擴大戒毒治療處遇之適用範圍，通過毒品危害防制條例第 24 條修正，使施用毒品者的緩起訴處分附命戒癮治療，不僅可在醫療機構進行戒治，亦可利用司法與醫療機構外之社區處遇，協助施用毒品者減少或中止藥物濫用。

心理疾病與物質使用障礙 (或稱成癮) 的復元是個人改善全人健康的改變過程 (SAMHSA, 2011)，所以提供成癮個案生理與心理的醫療相關服務，可以是幫助個案接觸藥癮復元 / 社會復歸 (recovery and social recovery) 相關服務的一個入口，然而，當個案生理與心理健康功能逐漸恢復後，需要建構社區復歸服務網絡，以提供個案長期的支持與服務，使其重新建構社會生活功能，能在復元 / 社會復歸的歷程中能長期穩定走下去，這是本文將復元 / 社會復歸兩個概念連結在一起的主要原因，希望施用毒品者的社會復歸能與其生理、心理治療一樣受到重視。

要建構完善的施用毒品者社區復歸服務網絡，需要以系統觀的高度來檢視與整

airiti

合現有的社會資源。系統是機制性、相互依存且多面向的實體，並因系統內的個體間共同工作，來產生穩定且可預測的結果。社會性的複雜系統更是需要整合多方力量、意識形態和機構的目標，以產生一個完整的生態系統 (McDaniel et al., 2020)。藉由完整的生態系統，不只可以幫助機構與毒品施用者了解完整的個別化復元過程，並可評估與定位出適合個案復元的起始點，機構也可以更清楚自己在復原生態系統中的位置與功能，以確定機構自己的優勢、方法與適合的服務類型。施用毒品者大部分是在自己所成長的環境中開始參與復元 / 社會復歸相關處遇 (President's New Freedom Commission on Mental Health, 2003)，這表示如果能夠提供施用毒品者可近性高的 (accessible)、可接受的 (acceptable) 長期性復元服務 (Simoneau et al., 2018)，以及正向的社區復歸文化，減少對施用毒品者的負面標籤與烙印 (Corrigan et al., 2017; Jacobson & Farah, 2012)，對於物質使用障礙者的復元將能產生較大的效益。

在 2005 年，美國物質成癮與心理健康服務部 (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA) 與美國藥物濫用治療中心 (Center for Substance Abuse Treatment, CSAT) 為了促進施用毒品者在生命歷程中能夠復元 / 社會復歸，以及幫助社區建構更完善社區復歸服務網絡，召開全美復元高峰會議來提倡以復元為導向的照護系統 (Recovery-Oriented System of Care, ROSC) (Sheedy & Whitter, 2009)，希冀能建構「以個人為中心的社區服務與支持協調網路，並藉由個人、家庭與社區的優勢與韌性 (resilience)，幫助有酒精和藥物濫用問題風險的人終止濫用行為，並改善全人健康和生活品質 (SAMHSA, 2010, p. 2)」。ROSC 的特色是要建構一個「照護系統 (system of care)」來協調地方現有的多元社會資源，並針對施用毒品者個人在復元 / 社會復歸的需求，來幫助施用毒品者啟動復歸的歷程與持續給予全面性的支持 (SAMHSA, 2010, p. 2)。

許多研究證據已證實個人成癮與風險的嚴重程度受到成癮物質種類 (Gable, 1993; Nutt et al., 2007)、個人特徵 (Gossop, 2013; Martin & Otter, 1996)、情境脈絡 (Becker, 1953; Zinberg, 1986) 等因素影響而有差異，因此，顯示在學術與實務上，更需建立適當的個案評估機制，對個人特徵、成癮程度、施用的毒品種類與社會脈絡相對應之需求，進行分流、多元處遇 (李思賢等，2014；李思賢等，2019)，以協助國家政

策朝向多元處遇的方向發展。

為了建立適當的個案評估機制、發展系統性的多元社區復歸服務網絡與幫助個案有意義地復歸社區生活，必須先思考復元與社會復歸對於毒品施用者的意義與實質內涵是什麼 (Ashford et al., 2019; SAMHSA, 2016; SAMHSA, 2011)。然而，在台灣毒品防制的學術與實務領域，一方面，面對於 recovery, social recovery 或 rehabilitation 在字詞翻譯與這些概念在服務工作的內涵上尚未有共識，例如在精神醫療體系使用以生理治療為導向的「復元」與醫療機構內的「社會復健」，但在法務與社區體系習慣使用以復歸社會為導向的「復原」與「社會復歸」。另一方面，雖然對於相關毒品施用者復元的理論架構與工作服務規劃上，大多是採以「全人」為取向，但對於身體/生理、心理/理性、精神/靈性與社會/文化（簡稱「身心靈社」）四個面向的整合討論與研究卻是稀少。此外，除了上述基本內涵尚未建立共識外，在國家政策與實務上，視毒品施用者皆為成癮病人的觀點，更是傾向著重在醫療機構的生理治療，且因受到成癮專業訓練不足與健保制度的影響，使毒品施用者心理相關的諮商與治療未能落實，更遑論有多少個案能真正接受到社會復歸的相關服務。

不同的社會系統會藉由建立與執行各種價值觀、規範與期望來影響在社會中個人的行為、態度與信念 (Kuan et al., 2014)，且個人在與社會系統的互動過程中，會同時受到支持與限制 (Shelton, 2018)，所以施用毒品者的復元/社會復歸，除了要依賴多面向的社會系統，包括家庭、教育、社區支持、職涯發展等，提供施用毒品者復元/社會復歸的服務機構更需要能夠清楚認知、釐清及表述其核心理念、服務目標與內涵、所能提供的資源類型、規範，以及在施用毒品者復元歷程中的角色定位 (Ashford et al., 2019; Prendergast & Podus, 2000)。本研究以 SAMHSA(2011) 所界定出的復元定義、四大復元面向與十個指導原則為基礎，但因原文以條列式的方式呈現，無法看出定義、復元面向與指導原則間的關係，因此本研究將其階層化，而提出以全人為導向的復元/社會復歸架構 (whole person-oriented recovery and social recovery framework) (參閱圖 1)，以釐清每個面向與指導原則在復元過程中的位置。以下為以全人為導向的復元/社會復歸架構的建構脈絡。

2011 年 SAMHSA 以身心靈社的「全人復元」為主張，公布對心理健康與物質

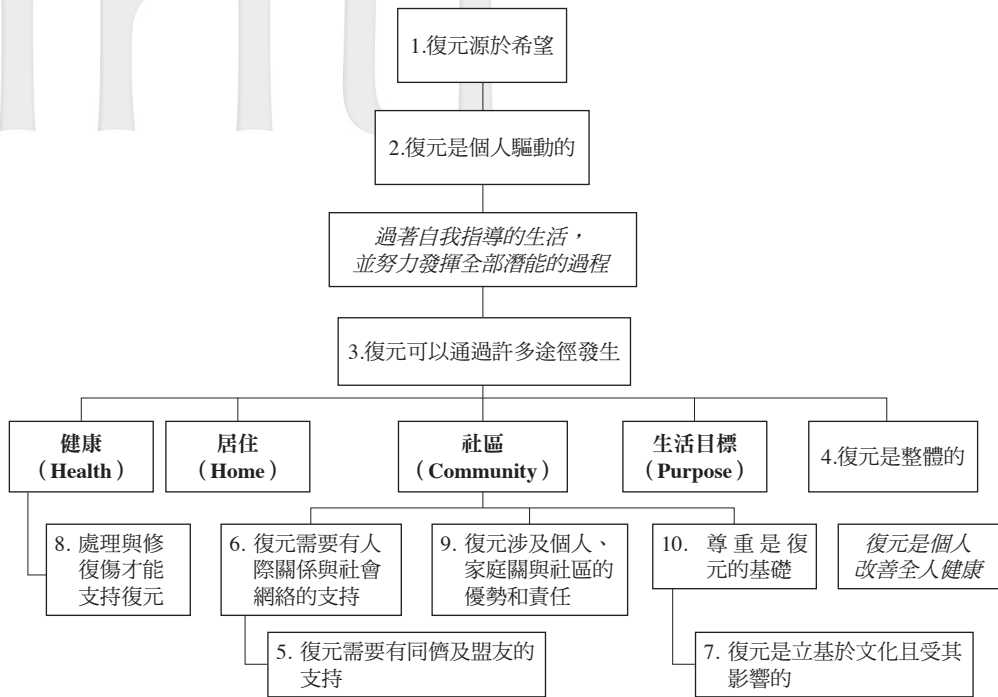


圖 1 以全人為導向的復元 / 社會復歸架構

註：斜體字為SAMHSA(2011)提出復元的定義
 粗體字為SAMHSA(2011)提出復元的四大面向
 1-10為SAMHSA(2011)提出復元的十個指導原則
 詳細內容請參閱(SAMHSA, 2011)

使用疾患復元的工作定義為「個人改善全人健康，過著自我指導的生活，並努力發揮全部潛能的改變過程 (SAMHSA, 2011, p. 1)」，同時提出應要包含四大面向與十個指導原則，換言之，SAMHSA 確立復元的內涵是整體性的個人轉化與成長歷程，強調復元中的個案是改變自我生活與追求健康潛能的積極行動者，而非只是被動的服務接受者，並可以通過多種途徑實現，從而擁有更好的生活。

在復元過程中，個案會遭遇失敗與挫折，但失敗與挫折是個人生命的一部分，所以幫助提升個案的韌性也是其復元的關鍵。因此，SAMHSA 在復元指導原則中，即開宗明義提出「復元源於希望」；「希望」是個人內在對於復元實現的渴求，可

以催化個案自我驅動的意志來啟動與維持復元行動，主動建立自己的優勢與韌性，使其能夠克服挑戰與挫折，以重新獲得對其生活的控制權。

以個人為復元主體的定義與指導原則很重要，Aristotle(384-322 BC) 在其著作 *The Metaphysics* 中用「潛能 (potentiality)」與「實現 (actuality)」來說明事物變化的過程都是由潛能走向實現；實現是事物的內在目的，而還未實現的稱為潛能，僅代表有實現的可能性 (Aristotle, 1991)。由此觀之，SAMHSA 的定義與指導原則 2 強調每個個案都有實現全人健康的潛能，且在復元 / 社會復歸的過程中，處於潛能的狀態，可以自我要求逐步朝向更高層次的「實現」努力，培養自己，使自己具備更好的復元資本，反之，如果復元 / 社會復歸的定義只侷限於復歸某個機構，可能使機構在制訂規範與管理上殖民化，只以機構利益的角度來機構化個案 (White & Sanders, 2008)，不僅容易使個案過於依賴機構，無法賦權個案為自己的復元努力，更可能因為對於復元系統過於老練，而產生適得其反操弄資源的負面效果。儘管正向的社會化是個案在機構中轉化社會認同的過程之一，可以幫助個案生活在有正式支持的社會中，改變其價值觀與不正常的生活作息 (Ashforth & Mael, 1989)，但社區與機構還是必須以個人多元性與整體性的觀點來尊重個案，以避免機構化與殖民化。

SAMHSA 的定義與指導原則 3 明確表示復元是人類固有的動態發展過程，讓個案復元的起始點、途徑與目標 (如減害、維持療法等) 可以更多元與具有包容性，而不是只有戒毒成功或復發失敗等二元對立的結果，如 CSAT(2005) 即以完全戒斷為復元的必要標準之一。當然如果個案最後能夠達成完全戒斷，也是本文樂見的理想目標之一。Ashford 等 (2019) 強調允許與承認各施用毒品者間與各提供藥癮戒治服務的機構間存在著差異，不但可以幫助單一機構以個案為主體的態度協助其完成某段的復元歷程，也有助於評估這階段的個別化復元歷程。因此，SAMHSA 為支持施用毒品者的多元復元策略，提出復元應該包含四大面向，分別為健康 (Health)、居住 (Home)、社區 (Community) 與生活目標 (Purpose)，而本研究以 Maslow(1987) 的需求層次理論 (hierarchy of needs) 來繼續論述這些面向間可能的關係。

首先，在需求層次理論中，Maslow 就以維持身體生存作為最基本的需求 (physiological needs)，此可呼應「健康 (Health)」這復元面向，SAMHSA 強調需要幫

airiti

助個案克服或管理生心理的疾病或症狀，以身心理健康的狀態生活，特別是物質使用障礙與心理疾病常存在共病的關係 (Brunette et al., 2004)，也常有兒時的強迫性行為、暴力攻擊等創傷 (Lee, 2006)，所以在指導原則 8 才會建議為維持復元，需要治療性侵害、家庭暴力、情感虐待或其他任何的創傷。

第二，在居住 (Home) 面向，個人的生心理對於健康的需求被滿足後，對於能有一個安全、穩定的棲身處所非常重要，是因人類想要能夠生活在有規範、能預測與可以控制的環境當中，而主要是以家庭與社區來滿足這些「安全需求 (safety needs)」 (Maslow, 1987)。SAMHSA(2020) 在 2019 年度協助無家可歸者方案 (Projects for Assistance in Transition from Homelessness, PATH) 的報告中，即指出當年度的參加者共有 39% 是長期無家可歸，且有 40% 是共病物質使用疾患，可見不論無家可歸持續多久，對當事人的生活來說都是創傷事件會帶來重大的生存壓力，因此，為了施用毒品者的復元，為其創造無酒精、無非法藥物的居住環境是不可或缺的。

第三，人類是因著關係與歸屬而存在的 (Gergen, 2009)，所以當生理與居住安全的需求被滿足後，將渴望著愛與被愛，即有希望能屬於某群體的愛與親和需求 (love and belongingness needs)，渴望成為特定群體中的一員，相互關心和照顧，實踐社會角色該有的功能 (Maslow, 1987)，因此，在社區 (Community) 面向，需要協助施用毒品者發展能夠提供支持、友誼、愛與希望的人際關係與社會網絡，而這樣的社會網路應包含從家庭、社區、機構到政策，以個案為中心的復元 / 社會復歸就緒的生態系統模式 (recovery ready ecosystems model) 來建置 (Ashford et al., 2020)，也回應了指導原則 6，復元需要有人際關係與社會網絡的支持。復元在很大的程度上是一個利社會 (pro-social) 與再社會化的過程，個案需要藉由與生活環境中的他者互動，來同化正向的價值、思想與信仰 (Humphreys, 2003)，甚至是重獲公民權 (citizenship) (Best & de Alwis, 2017)，在這樣的關係互動中，不但與他者產生良好的互利互惠，更可以建立與穩定復元所需要的多元社會資本與發展多元的復元途徑 (Ashford et al., 2019)。此外，藉由觀察施用毒品者與自己、與他者、與機構、與社區、與社會文化系統，甚至是與超越 (transcendence) 的關係，才能更準確的評估其身心靈社一全人的健康狀態。

在機構內，藉由互助自助團體的社會學習，施用毒品者間可以分享復元的經驗、知識與技能，在復元的過程中起了很大的作用 (SAMHSA, 2011)。Aristotle(1991) 解釋每個事物的存在都有變化是因為事物的潛能本身「缺乏」實現，因此會自然朝向完滿的實現狀態進展；希望是復元歷程中的催化劑，亦是個人內在的對於滿足「缺乏」的動機，可以由同儕、家庭、服務提供者激發或培育。機構需讓個案體驗相關復元的真實資源，尤其是復元 / 社會復歸的榜樣或過來人，從而相信自我復元的真實性，因只有透過實現才能理解潛能，如果個人不能知覺實現，只談潛能，根本無法理解潛能，所以 SAMHSA 的指導原則 5 指出「復元需要有同儕及盟友的支持」，擁有經歷過類似挑戰並成功渡過的同儕，能夠為處於復元過程中的個案提供希望與支持，以及一個能夠參考與學習的模式，進而激發其往復元實現的動力，以面對內在與外在的各種挑戰與阻礙。

在機構外，各種系統（包括家庭、醫療、刑事司法和社會服務系統等）提供施用毒品者各種控制性或支持性的服務，可能提高個人復歸社會的機會 (Ashford et al., 2020)，且各系統間也在某種程度上相互結合與承擔部份管理個案的責任 (Babor et al., 2008)。誠如指導原則 9 復元涉及個人、家庭與社區的優勢和責任，指出雖然很多研究強調施用毒品者要藉由對自我賦權 (self-empowerment)，來促使個人主動負起責任來為復元而努力 (Jacobson & Farah, 2012; Jacobson & Greenley, 2001; Sheedy & Whitter, 2009)，但不只個案本身，連家庭與社區都有潛能、力量與資源，可以作為復元的基礎。因此，與此同時，也應對家庭與社區賦權，特別是對於本身可能就是造成個案施用毒品的原生家庭，社會也應該幫助其父母可以負起責任，且有能力採取行動為子女創造更美好的未來 (Jacobson & Farah, 2012)；對於社區，除了要積極的建構整合型的施用毒品者社區復歸服務網絡，更有責任來提供更多的資源解決對施用毒品者與其家屬歧視的問題，並促進社會包容與復元。有些文獻也指出社會對於施用毒品者的負面與消極影響不只是在個人層次上，連其整個家庭也會受到污名化的負面影響，進而造成個案復元過程中的阻力與障礙 (Jacobson & Farah, 2012; Leamy et al., 2011)。

也因此，SAMHSA 在指導原則 7 與 10 分別指出復元是立基於文化且受其影響的，以及尊重是復元的基礎。施用毒品者個人經歷對其復元很重要，且這些經歷會受個人生活環境（包括其文化）的影響，所以不管對於個案採取什麼樣的處遇，皆必須考慮其個別的生命經歷與文化背景，以適用與滿足每個人的復元需求。而機構、社區與整個生態系統更應建立起積極、正向的復元文化來保護個案的公民權與消除對其在復元歷程中的歧視，並尊重每個個案都有潛能利用各種資源、技能和動機來專注於自己的優勢，以朝著更和諧的方向改變生活 (Rapp et al., 1994; Saleebey, 1996)。

最後，在生活目標面向，SAMHSA 強調個人必須過著有意義的日常生活，如工作、就學、志願服務、家庭照顧或創造性的活動，並能擁有獨立性、收入與資源來參與社會。「有意義的生活」即個人是否能夠理解自己的日常生活，甚至是生命存在的意義，而理解必須以自由做基礎，如果人的生活毫無自由，又能有多少理解的可能性。施用毒品者的生活是處於失去自由般的不受控制和衝動的行為狀態，以及由於這種狀態引起的各種複雜身心靈社的困難，甚至可能失去個人生命存在的意義 (Mohammad Nia & Mashhadi, 2018; Nicholson et al., 1994)。如同對於機構內的過來人來說，通過幫助他人與回饋社區，不但讓自己有別於過往，能在機構、社區中成為有價值的社會角色，且有了歸屬感、成就、支持性的關係與尊重。Maslow(1987) 就強調尊重需求 (esteem needs) 被滿足後，個人才能對自己充滿信心，體驗到自己活著時候的價值，而對社會充滿熱情與責任。所以如果要以人本為中心來發展復元的途徑，不只是一定要幫助個案在生活與經濟上能夠自立，更勢必要以全人的觀點來幫助個案從各種限制與障礙中解放出來 (Ashford et al., 2019; McDaniel et al., 2020)。此觀點，呼應了指導原則 4- 復元是整體的，強調雖然復元可以通過許多途徑發生，可以就某個或某些面向來幫助個案啟程在個人復元的路途上，但人是個整體包含身心靈社，且一生包含各個層面的問題，需要以「整體 (holistic)」的觀點來處理，才能為長久的復元歷程扎根，包括身體、心理的健康、居住、教育、信仰，以及健全的社區網絡來整合和協調一系列可適用的服務和支持等。也唯有努力幫助每個人到達自我實現 (self-actualization) 的層次，將其的潛能發揮到最大的程度，為人的生命意義與價

airiti

值才得以實踐，而 Maslow(1971) 提出為滿足自我實現的途徑亦是因人而異的與多元的，每個人都可以努力使自己越來越成為所期望的人，此乃支持本研究的主張要建置以個案為中心、更整合性的施用毒品者社區復歸服務網絡，來管理個案與促進、維持其在復元的歷程上。

想要推動復元與社會復歸的非機構處遇政策，必須針對提供毒品施用者復元 / 社會復歸服務的機構釐清其服務理念與內涵，並盤點其服務現況，以瞭解目前台灣是否有足夠的量能來落實政策與達成政策目標，但台灣仍缺乏足夠的文獻與實徵資料來探究。因此，本研究基於身心靈社四個面向的全人發展與國內研究缺口，以 SAMHSA 所提出以復元為目的之定義與指導原則 (SAMHSA, 2011)，來建構以全人為導向的復元 / 社會復歸架構，說明毒品施用者復元 / 社會復歸的定義與實質內涵，並依據 SAMHSA(2011) 的四大支持毒品施用者復元面向 - 健康、居住、社區與生活目標來分析台灣 18 家提供施用毒品者社會復歸服務之機構的工作現況，以及反思社區機構執行方案的現況。希望藉由本文對於復元 / 社會復歸概念的實質內涵提出倡議，能凝聚學術界與實務界對於該概念的實質內涵產生共識，最後，並提出相關意見以供後續學術研究、政府單位與民間資源完備施用毒品者的多元化復元與社區復歸服務網絡之參考。

二、研究方法

本研究目的是探究台灣施用毒品者復元 / 社會復歸服務機構的工作內涵與協助服務對象復元 / 社會復歸的計畫，研究經國立臺灣師範大學研究倫理審查委員會審核通過 (案件編號：202110ES003)。本研究採取文本分析，因為透過文本可以關注社會現象如何受到社會結構或制度所影響 (Garfinkel, 2002)，符合本研究聚焦於施用毒品者的復元 / 社會復歸是需要受到社會結構、環境影響與互動而形成的社會現象 (Cruwys et al., 2020; Debaere et al., 2017)。本研究採用文本來源為「衛生福利部藥癮者社區復健方案布建及服務品質提升計畫」補助之 18 家民間機構，協助民間團體提供毒品施用者社區復歸與復元服務方案。18 補助機構包含了中途之家、自立生活方

案，以及其他非居住型社區復健服務方案三種服務類型（5 家非居住型機構與 13 家居住型機構；分布北部 10 家、中部 3 家、南部 5 家；13 家信仰型機構；參閱表 1），不同方案的區分與定義如下：

1. 中途之家：針對離開醫院、矯正機關或無家可歸之個案，提供團體生活之過渡性支持環境及安置處所，於一定期間內(如小於12個月)透過結構性生活作息安排、系

表 1 樣本機構基本資料表

機構代碼	方案類型	在台灣分布地區	是否為信仰型機構
A	中途之家 自立宿舍	南部	基督宗教
B	中途之家 自立宿舍	南部	否
C	中途之家 自立宿舍	北部	基督宗教
D	中途之家 自立宿舍	北部	基督宗教
E	中途之家 自立宿舍	北部	基督宗教
F	中途之家	北部	基督宗教
G	中途之家	北部	基督宗教
H	中途之家	北部	基督宗教
I	中途之家	中部	基督宗教
J	中途之家	中部	基督宗教
K	中途之家	中部	否
L	中途之家	南部	基督宗教
M	中途之家	北部	基督宗教
N	非安置型	北部	否
O	非安置型	北部	否
P	非安置型	北部	佛教
Q	非安置型	南部	基督宗教
R	非安置型	南部	否

統性復元處遇方案設計，及住民間之相關支持等，協助個案習得一技之長，為重新融入一般社會及獨立生活做準備。

2. 自立生活方案：針對有獨立生活能力，惟待業或社會支持系統薄弱、工作未穩定或社會資源不足等之個案，為降低其復發風險，藉由協助租屋或提供自立宿舍，安定其基本生活，並輔導及強化個案自我生活作息安排，培養健康生活型態，提升壓力調適與因應能力，確保得自立生活，順利復歸社會。
3. 其他非居住型社區復健服務：整合或連結網絡資源，依個案需求，提供各項協助，以增進其生理、心理及社會功能、加強人際支持，促使個案維持復元的生活並減少復發。

衛福部期待藉由補助民間團體發展施用毒品者的社區復健服務方案，並未限定特定的服務方式、理念內涵或服務架構。本研究團隊因承接衛生福利部「109 年度藥癮者社區復健服務計畫之計畫管理」計劃，與專家學者實際走訪前述 18 家民間機構，並與其主管、員工與居民訪談交流互動，了解各機構提供施用毒品者的服務情形。基於服務計畫書、成果報告書應該是各民間機構對於服務內涵、服務價值的明確陳述，故本文以各機構補助申請計畫書及結案報告書為依據，輔以機構訪談確認其服務理念與方案，分析各機構對於提供施用毒品者社區復歸服務，試圖釐清藥癮服務工作實務界對施用毒品者復元 / 社會復歸的概念架構。

本研究以允許使用理論架構且易於理解的主題分析 (Thematic Analysis) (Clarke & Braun, 2017) 與 NVIVO 12 質性分析軟體來整理、分析樣本資料。編碼與分析程序如下：首先，由第一作者與第二作者通過獨立閱讀所有樣本資料並就潛在主題產生初步想法來熟悉文本，然後，由通訊（責任）作者指導以依 SAMHSA(2011) 所提倡的復元定義、指導原則與四個支持毒品施用者復元的主要生活面向—健康、居住、社區與生活目標為分析架構，先針對 6 間機構樣本進行編碼與找出相對應的服務資源，以對編碼過程達成共識。其餘樣本由其中一名作者編碼，然後由另一位進行交叉檢查。在下一步中，所有作者進行四次討論，以確定樣本資料中的相應四個面向的服務資源與主題，生成的主題、服務資源與原始樣本資料進行相互核對，並反覆細緻化，直到達成共識。之後，再一起討論主題結構與相對應四個面向的服務資源

的一致性，然後確定的主題與相對應四個面向也與文獻進行了比較，並再次透過 SAMHSA 對復元的定義與指引來檢視。這項研究的結果是針對台灣施用毒品者復元 / 社會復歸服務機構，將質性研究轉移到不同的環境可能很困難，可能需要更廣泛的背景，因此，讀者的判斷和未來研究者的發現將最終決定本研究結果的可轉移性。最終確定相對應四個面向的服務資源在下一章呈現。

三、研究結果

(一) 社區復健服務機構執行方案資源盤點

本研究依據 SAMHSA(2011) 四個支持毒品施用者復元面向 - 健康、居住、社區與生活目標為架構，分析 18 家施用毒品者社區復健服務機構的服務計畫書與結案報告書，表二是彙整、盤點各機構的服務內容，整體而言，SAMHSA 對於復元的工作定義與各項指導原則，是可以在 18 家研究樣本中找到相對應的服務資源。以下以四個主要面向來說明各項服務資源。

在健康的面向，SAMHSA 強調要幫助個案克服或管理生理疾病或症狀，以支持在身體上與情緒上能健康的生活。15 家機構 (83%) 顯示為支持個案能有健康的生活條件來專心實踐復元 / 社會復歸，會提供維持基本食衣住行生活需求的相關服務，如提供其生活空間、各項生活必需品與伙食，甚至提供個案與其家庭經濟上的資助以協助穩定經濟狀況。接著，為處理與修復個案的創傷，以及提升個案心理功能與穩定情緒，來幫助個案在面對復元路途上的各種挑戰，所有的機構 ($n = 18, 100%$) 都會提供個案心理相關的治療與會談，包含個別諮商輔導、團體諮商，以協助他們產生復元動機，以及處理生活適應、情緒穩定等社會心理問題。最後在生理疾病管理上，有 3 家機構 (17%) 會提供藥物協同治療，特別是指協助個案使用美沙冬、丁基原啡因等治療藥癮相關的維持療法或輔助療法。相較於心理治療，機構提供藥癮相關治療比率較低的可能原因是本研究的樣本是社區復健服務計畫之輔助機構，並非醫療單位，是以幫助個案社區復健為主要服務目的，如果個案有任何生理狀況需要醫療相關服務，機構都能轉介連結其他醫療機構提供相關服務。再者，機構在個案篩選

表 2 18 家台灣施用毒品者復元 / 社會復歸服務機構的服務資源盤點

健康(Health)

維持基本食衣住行的需求， $n = 15$ (83%)

藥物協同治療， $n = 3$ (17%)

心理相關的治療與會談， $n = 18$ (100%)

居住(Home)

中途之家， $n = 13$ (72%)

自立宿舍， $n = 5$ (28%)

非安置型， $n = 5$ (28%)

社區(Community)

機構內

自我生活管理、生活型態學習與重建， $n = 13$ (72%)

社會角色職能訓練、事工訓練， $n = 13$ (72%)

培育有管理職責的過來人與同工， $n = 6$ (33%)

提供內部員工專業訓練與督導機制， $n = 18$ (100%)

機構外

家庭關係修復重建， $n = 18$ (100%)

資源網絡建置及轉介， $n = 18$ (100%)

社區參與， $n = 12$ (67%)

生活目標(Purpose)

就業服務， $n = 18$ (100%)

預防復發、提升戒毒及復元的概念， $n = 12$ (67%)

生命教育， $n = 13$ (72%)

復元是整體的

個案管理， $n = 18$ (100%)

個人化社會心理行為模式評估， $n = 18$ (100%)

airiti

的開案評估時，已經排除有合併藥癮相關維持療法、輔助療法需要的個案，所以未結合相關機構提供藥癮相關藥物協同治療，特別是本研究中有 67% 是基督宗教為背景的機構，福音戒毒強調毒品施用者是生活在充滿靈性不確定性的環境之中，以藥物為暫時逃避或抒解問題的手段，強調「不靠藥物，不憑己力，只靠耶穌」的戒毒定則（劉民和、莫少珍，2016, p. 30），這樣的意義可能顯示出雖然近年多數福音戒毒機構因為收治越來越多患有精神相關共病的個案，已逐漸調整成針對有精神疾病之個案可以接受協同相關精神藥物的治療，甚至建構與精神醫療機構合作的模式，然而，福音戒毒主要強調信仰、福音治療本身的功效與力量大於藥癮相關的維持療法或輔助療法，因此較會將藥癮相關的藥物協同治療排除，但在 SAMHSA 全人復元的觀點下，可能會有些缺失，特別是藥物成癮是慢性、容易復發的大腦疾患 (Leshner, 1997)，也共病其他生理與心理的疾患或症狀 (NIDA, 2008) 需要先被治療與處理。

在居住的面向，SAMHSA 指出施用毒品者需要一個安全、穩定的棲身之處，有 13 家能提供中途之家 (72%)，其中 5 家能額外提供自立宿舍 (28%)，其餘 5 家雖然非安置型機構 (28%)，但也能提供生活上的經濟資源或協助申請相關的經濟補助，顯示社區機構希望藉由幫助施用毒品者在安定、安全的生活中，透過適當的管理機制維持個案健康生型態與作息，確保順利自立生活，協助賦歸社會。

幫助施用毒品者復健於社區是社會復歸機構的核心服務目標，所以機構的資源佈建也特別集中在相關「社區」面向中。以 SAMHSA 的觀點，「社區」是能提供施用毒品者支持、友誼、愛與希望的人際關係與社會網絡，而研究樣本中有 13 家居住型的機構 (72%)，在機構內，除了運用結構性的生活作息與社會角色職能訓練，來重建能夠自我管理的生活型態與有社會功能的人際關係，為社會生活做準備外，更因機構的生活環境，使有相同藥癮經歷的同儕可以互助相扶，彼此建立良善的友誼，以達互相扶持、激勵、關愛之團體生活，其中又有 6 家機構 (33%) 會栽培有志獻身戒毒輔導工作之同儕個案，成為社會中的施用毒品者的希望與橋樑，以有管理職責的過來人之身份，協助其他個案走向新生。在機構外，所有 18 家機構 (100%) 皆會針對施用毒品者的需求，如安置、經濟、醫療、司法、就業、人身安全等，提供福利訊息或其他機構辦理的活動訊息，必要時協助進行轉介相關資源，但轉介的服務著重在醫療、司法與就業三大部分，這可能顯示出醫療、司法與就業服務需要更專

業的人員來提供協助。所有的機構(100%)也透過提供家庭支持團體、溝通、教育與輔導等各項服務，讓家屬了解基本成癮概念與讓施用毒品者清楚理解家屬之心情與壓力，提升施用毒品者與家屬互動品質。更有一家非居住型機構以重建與維繫施用毒品者家庭關係為服務核心，從藥癮收容人還在監內就進行家庭相關議題之種種討論，讓施用毒品者在監內時便可透過社工引導逐漸找到自己於家庭中的角色定位，提升對家庭照顧之責任，且針對即將出監前三個月的個案，則密集入監與其討論返家規劃，並同步傾聽家屬的想法與意見，協助雙方對於施用毒品者返家規劃能達成共識，並於出監後持續服務、追蹤至少六個月，適時給予資源協助，以有效提升施用毒品者社會復歸。這樣的結果顯示出機構如果有清楚的服務理念、社會復歸策略與個案標的，並能為個案建立合適的社會資源連結，即使機構只提供特定的專業服務，而無法提供全方位一條龍的社會復歸服務，也能幫助個案在復元的路途上穩定前進。有 12 間機構(67%)為協助施用毒品者與一般社區建立友善合作關係與減少社會大眾對施用毒品者之污名化，定期舉辦施用毒品者復歸社會成功案例發表會、社區或校園反毒宣導、公益服務與社區參與等。在回應 SAMHSA 的指導原則 7 強調尊重是復元的基礎上，所有研究樣本(100%)皆能提供內部員工專業訓練與督導機制，這結果顯示機構的服務能包含人員的專業維護，不但能提升人員尊重施用毒品者的專業知能，也能穩固組織服務個案復歸社會之社區處遇量能。

在生活目標的面向，SAMHSA 重視協助個案能擁從事有意義的日常活動，如工作、就學、志願服務、家庭照顧或創造性的活動等，為了幫助施用毒品者能擁有獨立性、收入與資源來維持自我與家庭的生活與服務社會，所有的機構(100%)都能提供施用毒品者就業相關服務，其中包括就業前訓練、提供社會企業場域或轉介友善協力廠商、就業輔導站等，除此之外，機構也能提供施用毒品者教育與正確知識、訊息、價值觀來增加正向的自我價值與戒毒的信心，其中包含 12 家機構提供預防復發、戒毒及復元的相關課程(67%)、13 家機構提供生命教育相關課程(73%)，而這 13 間皆是有宗教信仰背景的機構，所以提供的生命教育課程都與信仰教育、宗教靈性有關，這也再次呼應福音戒毒強調個人靈性的復元，讓施用毒品者有足夠的自我控制，來面對藥物的誘惑，因此研究樣本中大部分的福音戒毒機構都會先提供居住

型的服務來穩定他們的生活，再藉以信仰教育來協助他們從信仰中找尋自我生命的意義與價值，來強化其內在控制的力量，並努力實踐自己的人生價值與復歸社會。

最後且最重要的是本研究強調每個機構都可以本身的服務優勢來提供個案服務，但以 SAMHSA 復元指導原則中的整體觀點，人是由身心靈社所構成，因此，機構不能期待只提供特定的治療服務就能幫助個案復元，而是需將個案視為一完整的個體來給予協助，而本研究的 18 家機構 (100%) 皆有提供個案管理的相關服務，包括評估個案的個別化需求與生心理狀態、資源媒合與轉介、醫療戒治、復歸追蹤等，顯示這 18 家機構皆重視個案復元的整體性以因應個案復歸需求之變動性。

(二) 對台灣社區復健服務機構執行方案的反思

本研究以 SAMHSA 針對施用毒品者的復元提出定義與指導原則來解析反思 18 家台灣的施用毒品者復元 / 社會復歸服務機構的服務現況，通過主題分析過程形成了三個主要主題：1. 大部分的機構對於復元的定義、機構本身在個案復元過程中的角色定位與服務策略不清楚；2. 工作目標和社會復歸策略與個案的復元 / 社會復歸連結不明確；3. 對於個案問題與需求的評估，以及相關處遇或服務方案的評量不明確。以下描述了每個主題，以及使用匿名的引述。

1. 機構對於復元的定義、機構本身在個案復元過程中的角色定位與服務策略的邏輯結構不清或描述不夠詳盡

SAMHSA 除了針對施用毒品者的復元提出定義與指導原則外，也針對建置復元之家 (recovery housing) 提出十個明確的原則以供參考或依循，其中第一條原則即強調對於復元之家的運作有清楚的定義 (SAMHSA, 2018)，每位毒品施用者的身心靈社的問題、復元與復歸社會的狀態與需求都不同，所以為了提供個案最合適的復元服務，機構應該要能清楚知道與說明本身在施用毒品者社區復歸服務網絡中的定位與服務內涵，然而，本研究在以樣本文本分析施用毒品者社區復健服務機構所提供的服務內容時，發現大部分的機構對於復元的定義、機構本身在個案復元過程中的角色定位與服務策略的邏輯結構不清或是描述不夠詳盡，特別是提供居住型的服務機構，普遍以「戒癮治療」的概念來含括服務的理念或價值觀，對於成癮的問題觀、

airiti

個案的未來發展狀態等，而缺乏一個完整與清楚的理念、邏輯或策略脈絡，因此專業發展與服務專業無法聚焦，且在專業人員或社福團體所組成的團隊中，常成為服務資源的提供或福利服務例如：

透過專業醫療團隊，提供……藥癮者生心理健康評估，並協助規劃……藥癮者個別的治療與輔導方向，提供社會生活規範重建、家庭關係修復、職業訓練及就業輔導等服務(K- 計劃書)

而具有宗教背景的團體，更常單純以特定過來人自身復元經驗來複製服務模式，甚至形成為生活管理，不但較少回應重視方法多元化與個案個別化的政策或施用毒品者社會復歸的處遇內涵，也影響了機構服務的發展性與可複製性，例如：

過去以來，我們一直以志工的身分，本著「一個都不放棄」的理念，堅持「如果能救一個靈魂，不只他整個家庭蒙受其利，也能讓更多其他無辜的家庭免於受害」的精神，一步一腳印的穿梭在各大監所及校園……深深體悟藥癮患者在人格特質上的缺陷，尤其對自己高度的缺乏自信，遂從各方邀集戒毒成功人士，跟我們一起進監分享他們自身的奮鬥歷程。(D- 計劃書)

也有一些機構較能清楚的說明機構本身在個案復元過程中的角色定位與相關的服務策略來因應對毒品施用者社會復歸的內涵，例如機構(N- 計畫書)能清楚的指出毒品施用者不良的家人關係是使其難以復歸社會的主要原因，而該機構也針對該原因提供相關服務策略：

以「罪不及妻孥」之理念服務收容人家庭……許多家人陳述到受刑事件時，表達已經記不得收容人入監次數，也對於收容人一再犯錯的行為感到失望、無奈、傷心……等負面情緒。此狀況使得收容人與家人間的互動關係漸行漸遠，最後甚至難以修復。然而，家庭是收容人在服刑完畢後修復社會關係的一個最重要因素……本[機構]多年服務經驗發現，藥癮收容人在入監期間與其家屬聯繫越頻繁、關係越緊密，其出監後之家庭與社會適應較為順利，反之，再犯比例則較高。本會多年來將服務重點放在家庭關係維繫與重建，期待透過一系列輔導與活動，能建立起藥癮收容人與其家人溝通橋樑，協助收容人順利返家，降低再犯機率。

2. 工作目標和社會復歸策略與個案的復元/社會復歸連結不明確

SAMHSA(2018)強調除了需要評估個案的潛在需求以及機構是否可以滿足其需求，更重要的是復元需要多面向的支持。在復歸的過程中，機構需要能同時處理可能影響個案復元/社會復歸的議題，如未處理的失落或創傷、家庭失能、情緒不穩定、缺乏生活技能等，但由於許多機構對施用毒品者的社會復歸普遍缺乏完整的理念、邏輯或策略脈絡，因此服務的工作目標也顯得與個案的社會復歸連結不明確，服務的工作目標應該是以朝社會復歸邁進為目的來協助個案處理核心的問題脈絡與提升問題的處理能力，以利後續服務方案的銜接，然而，機構中的工作人員常成為個案的問題解決者，或只處理表面的問題，而無法回應個案的問題脈絡，例如經濟的問題，大部分的機構，除了債務協商解決既有的問題，以及協助個案就業外，為了幫個案存錢以利社會復歸，通常也會協助金錢管理或保管金錢，例如機構(A-計畫書)提供「金錢運用管理」的課程以「輔導個案金錢運規劃，能朝未來復歸社會之準備」，讓個案在回歸社會時有更充分的資金，但個案對於金錢的運用，通常與個案的價值觀、生活目標或生活重心、生涯發展、延宕滿足等內在議題/狀態相關，也與個案的資源，如就業能力、職涯發展等相關，亦即金錢管理應為社會復歸的階段性工作目標，也需要與其他的面向的工作相配合，但卻常常成為唯一目標，最後單一機構變成是個案社會復歸的核心或維持者，而使得個案的社會復歸連結網絡合作不夠多元與不足，機構外的連結也多集中在司法(主要是與監獄間的連結)、醫療、職業訓練上，例如：

強化社區復健服務系統，與……醫院及法務部矯正署……監獄合作，建立藥癮醫療服務體系及司法處遇系統連結轉銜機制，使藥癮個案具健全連續性藥癮服務網絡。(G-計畫書)

有少許機構能清楚說明自己的服務脈絡與流程，且能提出明確相對應的服務，例如：

本[機構]協助藥癮者家庭會有幾個階段：1. 協助家庭經濟狀況穩定：讓藥癮者瞭解本會服務對其家庭的實際協助，進而信任本[機構]、2. 藥癮者與其屬關係修復：

airiti

透過讓家屬了解基本成癮概念及讓成癮者清楚理解家屬之心情與壓力，提升成癮者與家屬互動品質、3. 藥癮收容人出監前的準備與討論：協助藥癮收容人與家屬進行雙向溝通，讓彼此對於返家後之規劃及期待能達成共識，讓藥癮者能順利復歸家庭與社會、4. 藥癮更生人社會復歸之陪伴與協助：從藥癮收容人在監服刑階段即開始建立關係，提供情緒支持與資源連結，一路陪伴至藥癮收容人出監之社會復歸，提供完整與連續性的服務。(N-計畫書)

3. 機構對於個案問題與需求的評估，以及相關處遇或服務方案的評量不明確

個案的評估與處遇方案的擬定、執行、評量，是處遇或服務提供的重要基礎與嚴正以待的議題，每一個實務工作都應以證據為基礎 (evidence-based) (SAMHSA, 2018)，不但要被謹慎且有意識的結合進去居住方案中，也受到服務機構的核心理念或價值觀所影響，雖然機構的服務方案普遍都會將開案評估，以及個別化的處遇計畫擬定納入服務流程中，並以個案管理為核心的概念，來執行處遇計畫與相關的成效評估，以及後續的追蹤輔導，但因為機構普遍有前述服務理念、社會復歸策略模糊的問題，因此對於個案問題與需求的評估，以及相關處遇或服務方案的擬定、評量也就顯得空泛不明確，在專業人員或社福團體所組成的團隊中，例如機構(O-計畫書)的需求評估單中僅以「毒品使用評估、家庭關係、經濟/就業/學歷/專長、社會支持系統、生理疾病、主要需求項目」層面與相關概括的試題來評估個案的狀況，並提出相關服務例如「醫療戒治、心理衛生、家庭關係修復、就業媒合、居住/安置、福利服務」處理表層的外顯行為，而較忽略 SAMHSA 以個案為主體，對於個案的問題脈絡、社會復歸歷程中的相關議題，或社會復歸歷程的描述或討論、規劃，並強調內在復元動機的指引內涵。而部份機構更只有評估個案接受機構服務意願與相關心理社會問題的開案評估，而忽略復元過程中每個階段的復元評估。

有少許機構除了能針對自己的服務目標，清楚說明成效評估與指標，例如機構(N)的計畫書中，即針對「使藥癮收容人能在工作坊中清楚進行自身生命經驗的整合」的目的，提出「藥癮收容人能清楚釐清過往吸食毒品、復發的背後原因與需求」、「參與家屬確實透過工作坊了解到成癮收容人使用毒品背後的原因與需求」兩個成

效指標，並以「80% 參與者自覺與問卷回饋」為評估指標，這樣讓機構提供的服務的目標與定位被更清楚的界定，也使服務方案與個案能被有嚴謹的評估，才能依據改善個案或服務本身，以有效促進個案的復元。

四、討論與結論

本研究依據 SAMHSA 對於復元的定義與指導原則以及各補助機構之計畫書來分析機構各項工作項目之執行情形，雖然有研究方法與資料來源的限制，但在本文綜合理以上結果與討論後有一些很重要的研究貢獻與建議需要再次說明。

第一，台灣制訂相關反毒政策的機關與提供施用毒品者復元 / 社會復歸服務的機構，需要釐清以復元為核心的社區復健服務的工作定義與內涵。從我國相關毒品防制的刑事政策轉變來看，從原本的矯正懲戒到醫療戒治，再到社會復歸的穩定生活。但當聚焦在政策或實務工作的社會復歸目標時，卻是以提供個案福利服務與協助就業為主，基本上所考量的只是個案離開機構回到社會後，其食衣住行與生理的需求。不是說這個工作目標不行，而是以全人復元的觀點來看，這不能夠回應復元身心靈社全人健康與個人生而為人的生命價值。因此，需要將毒品施用者復元 / 社會復歸的工作目標提升至「如何成為人」的社會與文化價值層次，意即復元 / 社會復歸的目標應是從暖衣飽食轉化成安居樂業與安身立命，幫助個案找到自我存在與對社會的價值。本研究以 SAMHSA 所提出針對毒品施用者復元的工作定義，包括對復元工作的四大面向與十個指導原則，來建構出以全人為導向的復元 / 社會復歸架構（圖 1），就是針對目前學界與實務界對於復元 / 社會復歸等相關概念之實質內涵未有共識或不明的現況，提供了一個相當完整的思考脈絡與工作原則。

第二，提供復元 / 社會復歸服務的機構需要確認自己在個案整個社區復歸服務網絡中的定位。如同指導原則 3- 復元可以透過許多的途徑發生，意思是每個施用毒品者可以從不同的途徑開始啟動自己的治療模式，這正是李思賢等 (2014) 推展評估、分流與多元處遇的精神，所以機構應該幫個案找到一個面向切入啟動治療，有的機構可以從服務施用毒品者的家庭開始，或先處理其內在創傷，或可能從重建其社會

生活型態的路徑開始，再逐步激發其欲復元與改變的動機，也因此本研究主張單一機構可以小而精緻，能夠在施用毒品者社區復歸的供應鏈及個案改變階段歷程，依據清晰的服務核心與長處強化其定位，在施用毒品者社區復歸服務發揮更多元的效益、並提供服務需求者更自主的選擇與有明確的個案篩選、評估與管理機制，在進入服務或方案前，有初步的晤談或評估方法，評估機構提供的服務是否符合個案的需求，以及是否有能力服務該個案；在個案進入服務後，在服務過程中的不同階段性的服務評估機制，若機構無法提供個案相對應的服務時，能夠轉介個案合適的資源；在方案結束後，也能有後續追蹤之評估機制 / 面向及資料分析方式。

第三，雖然 18 家台灣提供施用毒品者社會復歸服務的機構所提供的服務資源都能相對應 SAMHSA 對於復元的工作定義與各項指導原則，然而，施用毒品者的復元是個過程與整體的，不只是開始切入的面向，還需要繼續往下一個階段邁進與復元，也唯有走完社會復歸的過程，才能說復元是整體的，也因此本研究強調以個別機構來說，除了要釐清機構本身在於以全人為導向的復元 / 社會復歸架構（圖 1）中的定位外，更需要連結其他相關資源，以協助個案完成復元 / 社會復歸的流程。

因此，本研究在政策上建議，第一，權責成癮治療的衛生福利部與提供相關施用毒品者復元 / 社會復歸服務的機構，能以全人為導向的復元 / 社會復歸架構為思考社區復健服務方案的核心，不僅是可確立相關保護扶助與轉介服務等工作的目標，並協助機構重新釐清其服務的核心理念、價值觀與社會復歸策略。第二，政府在規劃藥癮者社區復健方案相關補助計畫時，應協助機構建立對復元 / 社會復歸的邏輯概念、有明確的角色界定、有清楚的網絡配置和資源串聯，以及有在服務過程中的不同階段性的服務評估機制，並納入評估機構成果的品質指標。第三，在我國毒品防制政策基於「降低需求」的前提下，需要建置一個可以聯繫整合各個機構的平台，如先前提及的以復元為導向的照護系統，建構以個案為主體的社區服務與支持協調網路，幫助各個機構的轉介、聯繫，並為個案量身訂做方案搭配。每個機構都可以有各自不同的角色定位與合適的個案類型，所以這個平台除了協助各機構的定位外，並要將這些社區機構與醫療、司法系統整合起來，幫助個案在走不同的路徑時，指引方向，個案才能透過不同的途徑與方式，來走自己復元 / 社會復歸的道路。每個人

都有自己的道路，我們不應該要求復元 / 社會復歸的道路都只有一條，而且這樣的觀點，也能夠呼應學者李思賢等 (2019) 積極推動之分級、分流與多元處遇，多元處遇的政策實行不是佈建多元的機構，卻將施用毒品者責附單一機構，並要求該機構幫助個案完成所有的復元面向與社會復歸的歷程。走向多元的復元處遇應似愛滋病的雞尾酒療法，從國家資源佈建的策略觀點，國家應該有能力提供不同的復元方案，且各類型的服務資源仍是整體藥癮防治工作所需，這個個案需求的是 A、B、C 方案，而另個個案需要的是 B、C、D 方案，唯有在個案管理與評估上能夠從個人的需求與狀況來協助量身訂做其復元 / 社會復歸的歷程，才有可能使得多元處遇與多面向的途徑可以同時發生。第四，國家應建立機構服務的最低標準，對於各項指標落實程度良好的機構，或具有發展潛力的機構，給予更多的輔導與扶植，鼓勵、扶助其擴展服務資源，以加速社區資源網絡之佈建。

在未來的研究建議上，第一，研究團隊承認 SAMHSA 的復元 / 社會復歸定義與指導原則在適用於台灣毒品施用者復元 / 社會復歸的環境時，存在文化差異，如在美國科學實證主義與現今復元科學 (recovery science) 的脈絡下，在施用毒品者的復元實務上，不管在做什麼樣的處遇 (美沙冬維持治療、治療性社區、行為治療等)，包含教育與評估已是必須的且自然的一件事 (Brown & Ashford, 2019; McDaniel et al., 2020)，很少有機構特別強調自己處遇方案包含教育與評估，但在台灣的脈絡下，開案個案的評估、提供個別化的衛生教育、治療與執行後成果的評估，在機構服務的實務上是欠缺的 (李宗憲等，2021)，且在毒品施用者多元復元的觀點下，本研究並未主張學界與實務界一定要接受本研究與 SAMHSA(2011) 所採取的「全人復元」立場，而本研究以 SAMHSA(2011) 的架構為基礎，建構「以全人為導向的復元 / 社會復歸架構」的目的，即是在倡議對於復元 / 社會復歸的過程與實質工作內涵，也需要更多的學者與實務工作者一同來研究與討論如何去定義這些不同的相關詞彙？需要坐落在什麼樣的脈絡上去理解，才能讓台灣這些社區機構知道自己在什麼的位置上做什麼樣子的服務、想達成什麼樣的目標？也才能針對這個目標有更好的評估，並期待能夠達成一些共識；而這也是本研究最大的重點與價值。

第二，台灣相關藥癮的醫療、心理、社工、政治、醫療保險系統等背景的發展差異很大，這些差異都會影響到台灣社會應該如何來幫助、服務這些毒品施用者，

airiti

希冀在未來能夠有更多研究者與研究團隊能夠借鏡他國對於毒品施用者復元 / 社會復歸的立場與觀點，針對這些背景問題與多元觀點的差異，進行全盤的考量與比較，接續做相關研究。

第三，現今在復元科學中非常重視的施用毒品者的認同轉化 (identity transformation)，其理論強調透過在以復元為核心的社區文化脈絡下與他人互動，來轉化或重塑施用毒品者的個人認同與社會認同是促進復元的主要機制之一 (Best et al., 2017; McDaniel et al., 2020)，以這樣的觀點來看，在不同的文化下，對於個人或社會的認同本來就存在著不同的詮釋，在個人主義的文化脈絡來說，認為個人是理性的動物有自由意志，治療必須一定要是個案自我驅動的，如果個案選擇不接受治療，可能就要自己去為自己的行為後果負責，但在關係主義的脈絡下，個案會去接受治療可能都是因為到外在環境壓力所迫使，如司法強制治療或家人強迫等。然而，文化思維、單一個案復元 / 社會復歸的改變歷程與治療方案實際執行的落差並不是本研究要強調的重點，我們未來會從理論建構或是實徵研究的角度，來探究文化差異或機構殖民化對於個別施用毒品者復元 / 社會復歸之影響。

研究限制

本研究雖然以多位專家、學者與機構負責人針對於復元 / 社會復歸在執行上的定義、工作流程、想達成的目標與評估的方法等進行訪談、交流做三角查證，以檢核資料的一致性與可信性 (Erlandson et al., 1993; Marshall & Rossman, 2016)，但本研究的結果無法完全回應各機構實際的服務內涵與服務品質，主要的原因是本研究針對各機構實際的運作狀態、工作內涵分析與資源盤點僅依據樣本機構所提供的服務計畫書與結案報告書等文本內容判斷，本身已是一種主觀編碼的狀態，特別是各機構撰寫服務計畫書與結案報告書主要是為了申請藥癮者社區復健服務計畫之補助，所以可能會針對衛福部特定的指標性服務，而撰寫特定的內容與評估標準，亦或是一般機構不會論述或不知道要論述其工作內涵，因此，不一定代表機構對藥癮者所提供的全部服務內涵，可能造成文本分析解讀上的限制。

雖然在研究方法上有這些限制，在此需說明以服務計畫書與結案報告書為分析文本也是有其重要的優點，因為當機構為了要申請政府單位的相關補助時，必需要撰寫服務計畫書與結案報告書，所以不管是主動或被動都需要去認真思考、討論、整理該機構目前的服務模式、如何執行、落實與評估他們的理念與目標；過往可能基於對社會問題與需求的反應，抱持的理想與愛心去執行，工作運行的樣態可能未經過縝密討論、沉澱與整理，所以反而是為了要撰寫服務計畫書與結案報告書，機構才需要去認真思考如何比較完整呈現其目標與服務的理念。當然，本研究亦建議未來可以增加參與觀察法，來探究機構實際的運作狀況。

參考文獻

- 劉民和、莫少珍 (2016)。福音戒毒的深度與實際。基督教晨曦會。
- 李宗憲、白鎮福、束連文、吳思穎、黃韻儒、林毓恩、顧以謙、李思賢 (2021)。建置毒品施用者之復原與社會復歸：介紹美國物質成癮與心理健康服務部的定義與反思台灣現況。《藥物濫用防治》，6(2)，1-14。https://doi.org/10.6645/JSAR.202106_6(2).1
- 李思賢、楊士隆、楊浩然、吳慧菁、廖文婷、林依蓁、林依蓁、鄭凱寶、Festinger, D.、Dugosh, K.、Seymour, B. L. (2014)。毒品再犯風險與醫療需求分流處置評量工具之研究 [Translating and Validating a Chinese Version of the Risk and Needs Triage in Taiwan]。《犯罪防治研究專刊》，2，2-13。https://doi.org/10.6460/CPCP.201410_(2).0001
- 李思賢、徐倩、蔡孟璋 (2019)。分流處遇模式的提出與推行：以高雄毒品犯緩起訴分流處遇為例。《藥物濫用防治》，4(2)，57-74。https://doi.org/10.6645/JSAR.201906_4(2).3
- 楊俊樂 (2020)。施用毒品除罪化之研究—從治療模式觀點出發 [Research on the decriminalization of drug use-From Treatment Model Perspect]。《藥物濫用防治》，5(2)，89-116。https://doi.org/10.6645/JSAR.202006_5(2).4

Aristotle. (1991). *The metaphysics* (J. H. McMahin, Trans.). Prometheus.

Ashford, R. D., Brown, A., Brown, T., Callis, J., Cleveland, H. H., Eisenhart, E., Groover, H., Hayes, N., Johnston, T., Kimball, T., Manteuffel, B., McDaniel, J., Montgomery, L., Phillips, S., Polacek, M., Statman, M., & Whitney, J. (2019). Defining and operationalizing the phenomena of recovery: a working definition from the recovery science research collaborative. *Addiction Research & Theory*, 27(3), 179–188. <https://doi.org/10.1080/16066359.2018.1515352>

Ashford, R. D., Brown, A., Ryding, R., & Curtis, B. (2020). Building recovery ready communities: The recovery ready ecosystem model and community framework. *Addiction Research and Theory*, 28(1), 1–11. <https://doi.org/10.1080/16066359.2019.1571191>

Ashforth, B. E., & Mael, F. (1989). Social identity theory and the organization. *The Academy of Management Review*, 14(1), 20–39. <https://doi.org/10.2307/258189>

Babor, T. F., Stenius, K., & Romelsjo, A. (2008). Alcohol and drug treatment systems in public health perspective: mediators and moderators of population effects. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 17(S1), S50–S59. <https://doi.org/10.1002/mpr.249>

Becker, H. S. (1953). Becoming a marijuana user. *American Journal of Sociology*, 59(3), 235–242. <https://doi.org/10.1086/221326>

Best, D., Andersson, C., Irving, J., & Edwards, M. (2017). Recovery identity and wellbeing: Is it better to be ‘Recovered’ or ‘in Recovery’? *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 12(1), 27–36. <https://doi.org/10.1080/1556035X.2016.1272071>

Best, D., Bird, K., & Hunton, L. (2015). Recovery as a social phenomenon: What is the role of the community in supporting and enabling recovery? In N. Ronel & D. Segev (Eds.), (1 ed., pp. 194–207). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315796536-14>

Best, D., & de Alwis, S. (2017). Community recovery as a public health intervention: The contagion of hope. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 35(3), 187–199. <https://doi.org/10.1080/07347324.2017.1318647>

Best, D., Irving, J., Collinson, B., Andersson, C., & Edwards, M. (2017). Recovery networks and community connections: Identifying connection needs and community linkage opportunities in early recovery populations. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 35(1), 2–15. <https://doi.org/10.1080/07347324.2016.1256718>

Brown, A., & Ashford, R. (2019). Recovery-informed theory: Situating the subjective in the science of Substance Use Disorder recovery. *Journal of Recovery Science*, 1, 1–15. <https://doi.org/10.31886/jors.13.2019.38>

Brunette, M., Mueser, K., & Drake, R. (2004). A review of research on residential programs for people with severe mental illness and co-occurring substance use disorders. *Drug and Alcohol Review*, 23(4), 471–481. <https://doi.org/10.1080/09595230412331324590>

Center for Substance Abuse Treatment. (2005). *National Summit on Recovery Conference Report* the National Summit on Recovery, Washington, D. C.

Clarke, V., & Braun, V. (2017). Thematic analysis. *The Journal of Positive Psychology*, 12(3), 297–298. <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1262613>

Corrigan, P., Schomerus, G., Shuman, V., Kraus, D., Perlick, D., Harnish, A., Magdalena K., Kane-Willis, Kathleen K., Sang, Q., & Smelson, D. (2017). Developing a research agenda for understanding the stigma of addictions part I: Lessons from the mental health stigma literature. *The American Journal on Addictions*, 26(1), 59–66. <https://doi.org/10.1111/ajad.12458>

Cruwys, T., Stewart, B., Buckley, L., Gumley, J., & Scholz, B. (2020). The recovery model in chronic mental health: A community-based investigation of social identity processes. *Psychiatry Research*, 291, 113241–113241. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113241>

- aiririti
- De Ruyscher, C., Vandeveld, S., Vanderplasschen, W., De Maeyer, J., & Vanheule, S. (2017). The concept of recovery as experienced by persons with dual diagnosis: A systematic review of qualitative research from a first-person perspective. *Journal of Dual Diagnosis, 13*(4), 264–279. <https://doi.org/10.1080/15504263.2017.1349977>
- Debaere, V., Verhaeghe, P., & Vanheule, S. (2017). Identity change in a drug-free Therapeutic Community: a Lacanian interpretation of former residents' perspectives on treatment process and outcome. *The International Journal of Therapeutic Communities, 38*(3), pp.147–155. <https://doi.org/10.1108/TC-01-2017-0004>
- Erlanson, D. A., Harris, E. L., Skipper, B. L., & Allen, S. D. (1993). *Doing naturalistic inquiry: A guide to methods*. Sage Publications.
- Gable, R. S. (1993). Toward a comparative overview of dependence potential and acute toxicity of psychoactive substances used nonmedically. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 19*(3), 263–281. <https://doi.org/10.3109/00952999309001618>
- Garfinkel, H. (2002). The central claims of ethnomethodology: Working out Durkheim's aphorism. In A. W. Rawls (Ed.), *Ethnomethodology's program: Working out Durkheim's aphorism* (pp. 91–120). Rowman & Littlefield.
- Gergen, K. J. (2009). *Relational being: Beyond self and community*. Oxford University Press.
- Gossop, M. (2013). *Living with drugs*. Taylor & Francis Ltd. <https://books.google.com.au/books?id=rCa6f85k9SoC>
- Humphreys, K. (2003). *Circles of recovery: Self-help organizations for addictions*. Cambridge University Press.
- Jacobson, N., & Farah, D. (2012). Recovery through the lens of cultural diversity. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 35*(4), 333–335. <https://doi.org/10.2975/35.4.2012.333.335>

- Jacobson, N., & Greenley, D. (2001). What Is Recovery? A Conceptual Model and Explication. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 52(4), 482–485. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.4.482>
- Kidd, S. A., George, L., O'Connell, M., Sylvestre, J., Kirkpatrick, H., Browne, G., Oduyungbo, O., & Davidson, L. (2011). Recovery-oriented service provision and clinical outcomes in assertive community treatment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 34(3), 194–201. <https://doi.org/10.2975/34.3.2011.194.201>
- Kuan, K. K. Y., Zhong, Y., & Chau, P. Y. K. (2014). Informational and normative social influence in group-buying: Evidence from self-reported and EEG data. *Journal of Management Information Systems*, 30(4), 151–178. <https://doi.org/10.2753/MIS0742-1222300406>
- Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C. L., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445–452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Lee, T. S. H. (2006). Sexual violence victimization and condom use in relation to exchange of sexual services by female methamphetamine prisoners. *Taiwan Journal of Public Health*, 25(3), 214–222. <https://doi.org/10.6288/TJPH2006-25-03-05>
- Leshner, A. I. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, 278(5335), 45–47. <https://doi.org/10.1126/science.278.5335.45>
- Marshall, C., & Rossman, G. B. (2016). *Designing qualitative research* (6 ed.). Sage Publications.
- Martin, C., & Otter, C. (1996). *Locus of control and addictive behaviour*. In A. Bonner & J. Waterhouse (Eds.), *Addictive behaviour: Molecules to mankind: Perspectives on the nature of addiction* (pp. 121–134). Palgrave Macmillan UK. https://doi.org/10.1007/978-1-349-24657-1_8
- Maslow, A. H. (1971). *The farther reaches of human nature*. Viking Press. <https://www.slideshare.net/imbangjtrenggana/abraham-h-maslow-the-farther-reaches-of-human-nature-penguin-nonclassics-1993>

Maslow, A. H. (1987). *Motivation and personality* (Robert D. Frager, James Fadiman, Cynthia McReynolds, & R. Cox, Eds. 3 ed.). Longman.

McDaniel, J. M., Brown, A. M., Thompson Heller, A., Johnston, T. W., Bergman, B., Bohler, R., Brown, T., Eisenhart, E., Finch, A., Harper, K., Hart, C., Kimball, T., Rabolt, T., Speciale, C., Whitney, J., & Ashford, R. D. (2020). Interdisciplinary expansions: Applying recovery-informed theory to interdisciplinary areas of recovery science research. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 38(4), 457–469. <https://doi.org/10.1080/07347324.2019.1701598>

Mohammad Nia, S., & Mashhadi, A. (2018). The effect of meaning of life on the relationship between attitude toward substance abuse and depression [تأثیر [افسردگی و مخدر مواد مصرف به نسبت نگرش بین رابطه در زندگی معنای]. *The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam*, 6(3), 43–51. <https://doi.org/10.29252/shefa.6.3.43>

National Institute on Drug Abuse. (2008). Comorbidity: *Addiction and other mental illnesses*. <https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/rrcomorbidity.pdf>

Nicholson, T., Higgins, W., Turner, P., & James, S. (1994). The relation between meaning in life and the occurrence of drug abuse: A retrospective study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 8(1), 24–28. <https://doi.org/10.1037//0893-164X.8.1.24>

Nutt, D. P., King, L. A. P., Saulsbury, W. M. A., & Blakemore, C. P. (2007). Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *The Lancet (British edition)*, 369(9566), 1047–1053. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60464-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60464-4)

Prendergast, M. L., & Podus, D. (2000). Drug treatment effectiveness: An examination of conceptual and policy issues. *Substance Use & Misuse*, 35(12–14), 1629–1657. <https://doi.org/10.3109/10826080009148235>

President's New Freedom Commission on Mental Health (US). (2003). Achieving the promise: *Transforming mental health care in America*. <https://sprc.org/sites/default/files/migrate/library/freedomcomm.pdf>

Rapp, R. C., Kelliher, C. W., Fisher, J. H., & Hall, F. J. (1994). Strengths-based case management. A role in addressing denial in substance abuse treatment. *Journal of Case Management*, 3(4), 139–144.

Saleebey, D. (1996). The strengths perspective in social work practice: Extensions and cautions. *Social Work*, 41(3), 296–305. <https://doi.org/10.1093/sw/41.3.296>

Sheedy, C., & Whitter, M. (2009). *Guiding principles and elements of recovery-oriented systems of care: What do we know from the research?* HHS Publication No. (SMA) 09-4439. Center for Substance Abuse Treatment(US), Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US). https://www.naadac.org/assets/2416/sheedyckwhitterm2009_guiding_principles_and_elements.pdf

Shelton, L. G. (2018). *The Bronfenbrenner primer: A guide to develecology*. Routledge.

Simoneau, H., Kamgang, E., Tremblay, J., Bertrand, K., Brochu, S., & Fleury, M.-J. (2018). Efficacy of extensive intervention models for substance use disorders: A systematic review. *Drug and Alcohol Review*, 37, S246-S262. <https://doi.org/10.1111/dar.12590>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US). (2010). *Recovery-oriented systems of care resource guide*. https://www.samhsa.gov/sites/default/files/rosc_resource_guide_book.pdf

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (US). (2011). *SAMHSA's working definition of recovery*. https://www.naadac.org/assets/2416/samhsa_working-definition_of_recovery.pdf

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2016). What individuals in recovery need to know about wellness. <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma16-4950.pdf>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US). (2018). *Recovery housing: best practices and suggested guidelines*. <https://www.samhsa.gov/sites/default/files/housing-best-practices-100819.pdf>

airiti

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US). (2020). *PATH annual report for FY 2019*. https://pathpdx.samhsa.gov/Content/preGen/national/24/PATH_Annual_Report_For_FY_2019.pdf

UNODC. (2020). *World drug report 2020*. United Nations publication, Sales No. E.20.XI.60. https://wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_Booklet_2.pdf

White, W. L., & Sanders, M. (2008). Recovery management and people of color: Redesigning addiction treatment for historically disempowered communities. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 26(3), 365–395. <https://doi.org/10.1080/07347320802072198>

Zinberg, N. E. (1986). *Drug, set, and setting: The basis for controlled intoxicant use*. Yale University Press.

A Whole Person-Oriented Recovery and Social Recovery Framework for Individuals Who Use Psychoactive Drugs: A Content Analysis of Community Recovery Service Providers

CHEN-FU PAI, TSUNG-HSIEN LI, SZU-YING WU,
YUN-JU HUANG, TONY SZU-HSIEN LEE

Purpose: In 2011, the Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) proposed a definition, dimensions, and guiding principles of recovery. We applied their concepts to construct the whole person-oriented recovery and social recovery framework, and used this framework to examine the contents of recovery service providers in Taiwan. **Methods:** We used thematic analysis to analyze annual reports from 18 service providers participating in a recovery project funded by the Taiwan Ministry of Health and Welfare in 2020. **Results:** Overall, the services and resources provided by the 18 providers fell under SAMHSA's working definition of recovery. However, there exists a lack of clear insight into the definition of recovery, roles of providers, and service strategies among the majority of the 18 providers. A blurred understanding may create dissonance between targeted services and goals for social recovery, and add to the difficulty in assessing the outcomes of a service program. **Conclusions:** Implications and future recommendations for recovery service providers and government regulations are discussed.

Key words: addiction, drugs, recovery, social recovery, recovery service providers, recovery and rehabilitation framework, whole-person recovery

Chen-Fu Pai: Research Fellow, CTBC Center for Addiction Prevention and Policy Research, National Taiwan Normal University, Taiwan; Doctoral Candidate, School of Criminology and Criminal Justice, Griffith University, Australia; <https://orcid.org/0000-0002-4858-0409>

Tsung-Hsien Li : CEO, CTBC Center for Addiction Prevention and Policy Research, National Taiwan Normal University, Taiwan.

Szu-Ying Wu: Associate research fellow, CTBC Center for Addiction Prevention and Policy Research, National Taiwan Normal University, Taiwan.

Yun-Ju Huang: Doctoral Student, Department of Counseling and Higher Education, University of North Texas; <https://orcid.org/0000-0001-5664-3214>

Tony Szu-Hsien Lee: Distinguished Professor, Department of Health Promotion and Health Education, National Taiwan Normal University. (Corresponding author, e-mail: tonylee@ntnu.edu.tw)