

安非他命濫用者團體心理治療的運作方式與效益之文獻回顧

楊政議¹、李麗紅¹、張克士²、吳佳慧³、廖艷雪⁴

大葉大學 護理學系¹、員榮醫院 心臟科²、員榮醫院 護理部³、員生醫院 護理部⁴

摘要

安非他命是目前世界各國最常濫用的毒品之一，近幾十年來，安非他命的濫用已經在世界上的許多國家包含台灣，造成嚴重的公共衛生問題。長期使用安非他命除了對個人造成生理、心理以及社會層面的衝擊，對家庭及社會治安也造成嚴重的危害。然而，目前並沒有藥物可用來幫助戒治病人。證據顯示，團體心理治療模式可做為安非他命戒癮的主要方法之一，本文期能透過文獻回顧的方式，先介紹我國現行的安非他命緩起訴戒癮治療相關法規、再瞭解目前國內外廣泛運用在安非他命濫用者的團體心理治療方式，例如矩陣模式（Matrix Model）、跨理論模式（Transtheoretical Model, TTM）、權變管理（Contingency Management, CM）、認知行為治療（Cognitive Behavioral Therapy, CBT），以及動機式晤談（Motivational Interviewing, MI），簡述其治療運作方式及治療效益檢測結果，藉此提供重要的資訊，作為醫療機構及醫護人員安非他命戒癮的治療與照護參考。（澄清醫護管理雜誌 2021；17（1）：49-55）

關鍵詞：安非他命、藥物濫用、團體心理治療

通訊作者：楊政議

通訊地址：彰化縣大村鄉學府路168號

E-mail：ciyang@mail.dyu.edu.tw

受理日期：2020年3月；接受刊載：2020年7月

前言

安非他命是目前世界各國最常濫用的毒品之一，近幾十年來，安非他命的濫用已經在世界上的許多國家，例如：美國、澳洲、日本及台灣造成嚴重的公共衛生問題[1]，根據聯合國毒品暨犯罪辦公室（United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC）所發布的2016世界毒品年度報告顯示，全世界的人口中，每20個成年人中就有1個使用過至少一種毒品，亦即是15至64歲的人中有2.5億人接觸過毒品。其中安非他命是世界上僅次於大麻的第二常用毒品[2]。在台灣，安非他命的氾濫情形同樣嚴重[3]，根據行政院衛生福利部食品藥物管理署2019年12月的「藥物濫用案件暨檢驗統計資料」顯示，在18,047個濫用藥物尿液檢體案件中，安非他命的陽性數佔最高（2,610件）[4]。安非他命造成嚴重的公共衛生健康問題，是目前世界各國政府及衛生單位在防治以及治療時的艱難挑戰，值得政府、社會各界以及醫療相關單位積極介入處理[5]。然而，目前沒有藥物可治療安非他命成癮，也沒有像海洛因可運用美沙冬等作為替代性療法（Methadone Maintenance Treatment, MMT），來逐步減少個案對藥物的依賴[6]。所幸國外經驗顯示，至少有數種團體心理治療模式或介入措施可用於幫助安非他命成癮者戒癮。本文期能透過文獻回顧的方式，先衡量我國現行的戒癮相關法規、再瞭解安非他命濫用者團體心理治療的運作方式與效益，藉此提出建言，提供國內醫療單位戒治此類患者之參考。

安非他命與緩起訴戒癮治療

在台灣，安非他命的戒治涉及法律與醫療兩個層面，被列為二級毒品，台灣的法律將藥物濫用（例如：安非他命）視為一種犯罪行為，犯罪者必須接受法律刑責。但在精神醫療觀點上，藥物成癮是一種複雜的腦部障礙，包含多重的生理、心理、社會因素，交織出複雜的現象與問題，需要接受治療[1]。台灣於2002年1月18日修正刑事訴訟法時，增訂緩起訴處分制度[7]，在毒品危害防制條例中的第二十四條，明訂戒癮治療之緩起訴處分，並在毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準中，認定戒癮治療之方式包含：藥物治療、心理治療以及社會復健治療[8]。「緩起訴處分第二級毒品戒癮治療」是指將醫療模式導入檢察官偵辦施用第二級毒品者之處遇，亦即由檢察官運用緩起訴處分之偵查作為，命施用第二級毒品之被告接受醫療專業上的戒癮治療，而不影響其家庭及生活之人性化的司法處遇措施[8]。依照相關規定，二級毒品戒癮治療緩起訴處分計畫的實施對象是施用安非他命等第二級毒品且年滿20歲（未滿20歲者，須經法定代理人同意），願意自費並定期前往醫療機構接受戒癮治療者[9]。目前台灣醫療機構所提供二級毒品緩起訴團體心理治療在治療的週次與時間上大同小異，多為每兩週1次，約10-12次，為期約5-6個月的團體心理治療課程，但團體心理治療運作模式可能就不盡相同。以中部某醫學中心為例，由臨床心理師與護理師分別擔任團體帶領者及協同帶領者，其治療活動依據Transtheoretical Model (TTM)的行為改變階段 (Stages of Change) 合併精神動力模式進行，共設計10次活動，治療目的在於透過團體活動，幫助二級毒品成癮者對自我認識及使用非法物質的期待、增加其戒癮動機以及學習面對生活危機與壓力管理技巧。團體活動主題則依據治療目而設定，例如第一次為「認識改變的階段」。至於目前國內各家醫院所提供的緩起訴戒癮治療成效，仍有待進行嚴謹的評估。

依據現行法規，在治療過程參與的團員可以被允許有3次的缺席機會，但若個案出席率過差（缺席超過3次）、另有犯罪行為、威脅或攻擊治療者、決定要去坐牢、使用或販售安非他命，或者在

門診發現使用其他非法藥物等，則會被要求退出治療課程，且須面對個人法律刑責[1]。另一方面，台灣的安非他命使用人口依據衛生福利部所提供的台灣地區醫療院所歷年通報常見藥物濫用種類統計，2011年的安非他命通報個案為4,595人次，占通報總人次22.3%，至2019年已增加至13,038人次，占通報總人次45.5%，有增加之趨勢[4]。此外，依據法務部資料顯示，2008年的二級毒品施用者附命戒癮治療僅26人，至2017年已增加至5,412人[10]，可以預期未來進入安非他命的緩起訴團體心理治療的個案勢必增多。然而，目前在安非他命緩起訴個案的戒治，大幅度的仰賴各醫療機構精神科醫護人員的幫忙，但政府相關單位並沒有提供具體的安非他命緩起訴戒治團體的運作模式，於是各醫院安非他命的緩起訴團體心理治療課程，多半依據負責執行的專業人員（例如臨床心理師）個人專長與經驗自行規劃，也極少針對個案參與醫療機構緩起訴課程的團體心理治療後之成效探討。

安非他命團體心理治療運作模式

國外經驗顯示有數種團體治療模式可用於幫助安非他命成癮者戒癮，其中比較著名者包含：一、矩陣模式 (Matrix Model)；二、跨理論模式 (Transtheoretical Model, TTM)；三、權變管理 (Contingency Management, CM)；四、認知行為治療 (Cognitive Behavioral Therapy, CBT) 及五、動機式晤談 (Motivational Interviewing, MI) 等[11-17]，簡述如下：

(一) 矩陣模式

此模式是16週的系列套裝療程，包含36次認知行為治療團體，12次家庭教育團體、4次社會支持團體、4次個別諮商、每週檢測尿液毒癮反應，以及鼓勵個案每週挑選一天晚上到治療中心聚會 (12-Step Program)。所有的治療活動都在一種非批判性、非爭論性的氣氛下進行，以強化個案的行為改變[17]。矩陣模式主要是以結構式的團體心理治療方式進行，重點在早期的康復技巧團體、預防復發團體、家庭及教育團體、社會支持團體，主要治療者執行個別及團體治療並且負責整體計畫，其範例及課程如表一[18]。早期的康復技巧團體主要在於治療的第一個月執行，每週兩次，教導個案如何停

止使用毒品或酒精。預防復發團體則持續16週，每週兩次，是整個治療最重要的部分，重點在行為改變，改變個案認知情緒傾向，並促使個案能每週有一天晚上能到治療中心聚會。12週的家庭及教育團體則利用多元教學方式、影片或團體討論，教導個案及家屬有關藥物成癮對於身體、心理、人際關係、家庭、社會負面影響等，12週之後則改以社會支持團體接續[18]。

(二) 跨理論模式

跨理論模式由Rhode Island大學的Prochaska等人提出，利用行為改變分期來發展有效的介入措施模式，以提升健康行為，是一個意向式的改變，並將行為的改變分為五個階段，包含：思考前期、思考期、準備期、行動期以及維持期[15]。思考前期指個案並不想改變，多採取逃避及抗拒的心態，此期被認為有阻力、沒動機、未準備好做改變。思考期，表示個案有意圖想改變，但仍猶豫不決。準備期指個案即將開始計畫行動，會主動參加相關介入課程，行動期指過去六個月曾參加過治療活動，需觀察行為改變到足以降低危險，維持期的重點在避免復發，著眼點在幫助個案提昇更多信心，以持續個案行為的改變[19]。此外，行為改變成效也涉及到個案的自我效能（Self-Efficacy）、被誘惑的程度（Temptation）、以及個案在行為改變過程中權衡各項利弊得失（Decision Balance）之策略[19]。現實情境中，藥癮病人的行為改變極其複雜，但若個案能有強烈的治療動機，或者戒癮的準備度，則個案能夠與治療者建立信任關係，治療活動的出席率較高，比較能順利的進入下一階段，而且行為改變的動機也較高[15]。

(三) 權變管理

權變管理又被稱為情境處置管理，其融合了物質濫用戒治、認知行為治療、檢驗追蹤技

術等[11]。特別是利用行為治療理論中的正增強（Positive Reinforcement）、負增強（Negative Reinforcement）及懲罰（Punishment）等技巧，來調整個案行為，其目標是減少及停止個案的藥物濫用行為[20]。例如：在治療過程中，當個案出席活動時藉由給予禮券或消費券的方式（正增強），鼓勵個案減少藥癮行為[21]。在衛生福利部「二級毒品使用者臨床治療參考指引」中，有學者建議可仿效美國經驗，在藥物濫用個案每次完成階段性治療目標（如尿液藥物篩檢陰性、規律出席治療活動）後，酌量發放禮券或消費券。以Higgins等人的研究[22]為例，在個案接受相同治療的狀況下，高額度消費券組（每個階段目標達成發放5-20美元消費券；上限1,995美元），相較於低額度消費券組（每個階段目標達成發放1.25-5美元消費券，上限498.75美元），戒用Cocaine的週數較長，其效果並可持續24週以上。學者認為，累積一定數量後，折抵部分緩起訴金，對於鼓勵個案參與治療、維持戒斷狀態應該會有相當助益[20]。然上述內容只是學者依據美國經驗所提出之建議，至於是否適用於台灣現行法規、精神科治療哲學與原則、台灣民情觀感以及實質效益都需要再進一步討論以及檢驗。

(四) 認知行為治療

認知行為治療是在60年代由Beck所提出，為目前應用最廣泛的心理治療方法之一。有三個基本主張，包含：認知活動會影響行為、認知可以被監測和改變，以及透過認知的改變可以期望行為被改變[23]。其理論就建立在個人的認知會影響本身的情緒與行為，當個體受到刺激（例如：生活壓力事件），個人對該刺激所產生的知覺和想法，就會影響後續的情緒與行為[24]。此模式被認為能有助於個案在高風險情境中，對於用藥更自制，可以減少購買或使用藥物，同時認知行為治療也可幫助毒癮

表一 矩陣模式

時間	星期一	星期三	星期五
治療活動	早期康復技巧團體 (第 1-4 週) 預防復發團體 (第 1-16 週)	家庭及教育團體 (第 1-12 週) 社會支持團體 (第 13-16 週)	早期康復技巧團體 (第 1-4 週) 預防復發團體 (第 1-16 週)

者學習更多技巧與策略，面對毒癮的因應技巧，維持行為改變等[13,25]。

（五）動機式晤談

是一種協助藥物濫用個案達到行為改變的諮商方式，主要用來瞭解個案的觀點，透過非對抗性的方式來避免阻力，並且增加個案的自我效能，以及知覺到他們行為與目前或者長遠目標之間的不一致[14]。這種短期的治療性諮商，可發展成1-5次的治療活動，包含：評估（Assessment）、回饋（Feedback）、提供資訊（Information）、建議（Advise）及提供自助媒材（Providing Self-help Materials）等[14]。在類似的治療模式，例如：動機強化治療（Motivational Enhancement Therapy, MET）則可用於藥癮者的動機強化，提供藥癮者在治療早期就具備行為改變的準備度[15]。

安非他命戒癮團體心理治療的成效驗證

Rawson等[17]曾在美國8個提供安非他命的治療機構進行一個實驗性研究，每個治療機構招收150人，隨機將個案分成兩種治療方式：實驗組部分運用矩陣模式（16週的系列套裝療程，包含36次認知行為治療團體，12次家庭教育團體、4次社會支持團體、4次個別諮商等），對照組運用原有的一般性的治療方式（每週1-13小時，4-16週不等的個人、家庭或團體諮商治療課程，課程內容依據個案需要而彈性調整）。結果顯示，矩陣模式的治療讓個案有更高的參與率、治療存留時間長、在尿液中檢驗出安非他命的結果比較少、戒癮的時間也維持得比較長[17]。Matsumoto等[16]曾運用認知行為治療團體方式，幫助監獄中的安非他命毒癮罪犯戒癮，該團體治療是每週一次，每次90分鐘，共進行12次。研究結果顯示，認知行為治療團體有助於監獄中的安非他命毒癮罪犯，讓他們更加瞭解自己毒癮的相關問題，同時對於毒癮問題的處理，也更具有自我效能。在台灣，Wang等[1]檢視252個參與安非他命緩起訴課程的個案，瞭解其完成團體治療的預測因子。團體的運作模式主要是參考跨理論模式中的行為改變階段，用以增加安非他命成癮個案的行為改變。結果發現，只有141位個案（56%）完成團體治療（參與12次中出席9次以上）。運用多因子邏輯回歸統計，顯示婚姻狀態、毒品吸食途徑（吸入）、

自我袒露程度、沒有毒癮刑責、尿液檢測陰性、最能夠有效預測個案是否能夠完成團體治療。

在各種治療方法的成效比較中，Baker等在澳洲針對214位規則使用安非他命的個案，進行一個隨機分組的研究（Randomized Control Trial, RCT）。實驗組除了使用澳洲國家藥酒癮中心所出版的自助手冊外，另外參與4次以簡短的認知行為治療為主的治療性活動，包含：動機式晤談以及認知行為治療。對照組只有自助手冊，測量時間有前側、後側以及六個月後的追蹤。結果發現，參與兩次以上的治療介入措施，有助於減少對於安非他命的使用，其效果在六個月後亦同[12]。

另有研究者比較權變管理和認知行為治療的療效，在研究中將171位被診斷為Cocaine或安非他命的毒癮個案隨機分配到三組：1.權變管理組（CM）、2.認知行為治療組（CBT），以及3.CM+CBT組，所有的治療活動持續16週共48次團體，每週三次，每次90分鐘。結果證實，CM組對於減少毒品使用的成效，明顯高於CBT組，CM特別可增加毒癮者對團體的參與度、團體留任、有效幫助他們節制使用毒品，但CBT的長期效益則較高，而CM+CBT組則沒有顯著不同[21]。另有學者針對安非他命患者的認知行為治療或行為治療模式的成效進行系統性的文獻回顧，結果發現研究者所採用的介入措施以CM及CBT為主。研究同時也發現，患者接受CBT治療，即便治療只有2-4次，仍具有減少安非他命使用，以及其他正向的改變，CM則被發現具有減少安非他命的使用，但其長期效益仍需要被檢驗[26]。

結論

綜上所述，我們得知安非他命對於成癮者個人身體、心理健康、社會危害影響甚大，亟需政府、社會各界以及醫療相關單位積極介入處理。在治療方面，目前沒有直接治療安非他命成癮的藥物，因此在治療上是以心理社會治療為主軸，再輔以藥物治療。非藥物性的團體心理治療，例如：矩陣模式、跨理論模式、權變管理、認知行為治療及動機式晤談等方式，是現今常見被認為戒治安非他命毒癮的有效處置。這些不同理論背景的團體心理治療對安非他命的戒癮效益，包含：可增加治療參

與率、治療存留時間長、在尿液中檢驗出安非他命的結果也比較少、戒癮的時間也維持較長，能夠瞭解自己毒癮的問題，同時提升處理毒癮相關的自我效能，有助於減少對於安非他命的使用等。這些研究多半在國外進行，其研究的個案之個人戒癮準備度、自願性、治療頻率與時間長短和台灣本土緩起訴個案以及醫療機構所提供的治療方式可能有國情上的差異。因此，考量人力、物力、財力以及時間的可行性，是否能直接運用到台灣非自願接受安非他命的緩起訴治療個案尚待商榷。鑑於此，我們的建議是：台灣應自行發展出適合國情的安非他命非自願性個案短期戒癮團體心理治療模式，提供醫療機構及醫護人員安非他命戒癮的治療與照護參考。

參考文獻

1. Wang YC, Tzeng DS, Li TC, et al.: Predictors of completing deferred prosecution program among methamphetamine offenders. *Taiwanese Journal of Psychiatry* 2017; 31(4): 318-326.
2. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report. 2019. Retrieved from https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_chinese.pdf
3. Lin SK, Pan CH: Using quetiapine for the treatment of methamphetamine-induced psychosis. *Taipei City Medical Journal* 2012; 9(4): 388-392.
4. 衛生福利部食品藥物管理署：108年12月藥物濫用案件暨檢驗統計資料。2020。Retrieved from <https://www.fda.gov.tw/tc/site.aspx?sid=10776>
5. 李俊宏、王作仁、鄭靜明：藥物濫用的健康危害與臨床治療策略。管制藥品簡訊 2017；70：1-2。
6. World Health Organization. The methadone fix. 2018. Retrieved from <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/3/08-010308/en/>
7. 台灣橋頭地方檢察署：緩起訴制度簡介。2019。Retrieved from <https://www.qtc.moj.gov.tw/10181/10335/10337/266105/post>
8. 法務部：毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準。2019。Retrieved from <https://mojlaw.moj.gov.tw/LawContent.aspx?LSID=FL047294>
9. 彰化基督教醫院：2級毒品緩起訴戒癮治療計畫：打造無毒城市。2011。Retrieved from http://www1.cch.org.tw/news/news_2_detail.aspx?oid=1537&no=2
10. 蔡田木、吳慧菁、賴擁連等：我國附命完成戒癮治療之緩起訴處分機制與成效之檢討。2018。Retrieved from <https://bit.ly/3hiDQGy>
11. 衛漢庭、陳牧宏：男同志與安非他命使用：文獻回顧與臺灣的挑戰。愛之關懷季刊 2014；88：6-13。
12. Baker A, Lee NK, Claire M, et al.: Brief cognitive behavioural interventions for regular amphetamine users: A step in the right direction. *Addiction* 2005; 100(3): 367-378.
13. Chen YC, Chen CK, Wang LJ: Predictors of relapse and dropout during a 12-week relapse prevention program for methamphetamine users. *Journal of Psychoactive Drugs* 2015; 47(4): 317-324.
14. Goti J, Diaz R, Serrano L: Brief intervention in substance-use among adolescent psychiatric patients: A randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2010; 19(6): 503-511.
15. Huang YS, Tang TC, Lin CH, et al.: Effects of motivational enhancement therapy on readiness to change MDMA and methamphetamine use behaviors in Taiwanese adolescents. *Substance Use & Misuse* 2011; 46(4): 411-416.
16. Matsumoto T, Imamura F, Kobayashi O, et al.: Evaluation of a relapse-prevention program for methamphetamine-dependent inmates using a self-teaching workbook and group therapy. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2014; 68(1): 61-69.
17. Rawson RA, Marinelli-Casey P, Anglin MD, et al.: A multi-site comparison of psychosocial approaches for the treatment of methamphetamine dependence. *Addiction* 2004; 99(6): 708-717.
18. Rawson RA, McCann MJ: The matrix model of intensive outpatient treatment. *Behavior Health Recovery Management* 2005; 3: 1-37.
19. 唐善美、陳彰惠、陳季員：應用跨理論模式於青少年菸害防制之系統性文獻回顧。護理雜誌 2009；56（2）：81-88。
20. 衛生福利部：二級毒品使用者臨床治療參考指引。2018。Retrieved from <https://dep.mohw.gov.tw/DOMHAOH/cp-4097-43400-107.html>
21. Rawson RA, McCann MJ, Flammino F, et al.: A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches for stimulant-dependent individuals. *Addiction* 2006; 101(2): 267-274.
22. Higgins ST, Heil SH, Dantona R, et al.: Effects of varying the monetary value of voucher-based incentives on abstinence achieved during and following treatment among cocaine-dependent outpatients. *Addiction* 2007; 102(2): 271-281.

23. Dobson KS: Handbook of cognitive-behavioral therapies (3rd ed.). New York: The Guilford Press. 2009.
24. Cort E, Moorey S, Hotopf M, et al.: Palliative care nurses' experiences of training in cognitive behavior therapy and taking part in a randomized controlled trial. *International Journal of Palliative Nursing* 2009; 15(6): 290-298.
25. Donovan DM, Wells EA: 'Tweaking 12-Step': the potential role of 12-step self-help group involvement in methamphetamine recovery. *Addiction* 2007; 102: 121-129.
26. Lee NK, Rawson RA: A systematic review of cognitive and behavioural therapies for methamphetamine dependence. *Drug and Alcohol Review* 2008; 27(3): 309-317.

Literature Review of Operation Modes and Benefit of Group Psychotherapy for Individuals Engaging in Amphetamine Abuse

Cheng-I Yang¹, Li-Hung Lee¹, Ko-Shih Chang², Chia-Hui Wu³, Yen-Hsueh Liao⁴

Department of Nursing, Da-Yeh University¹; Department of Cardiology, Yuan Rung Hospital²

Department of Nursing, Yuan Rung Hospital³; Department of Nursing, Yuan Sheng Hospital⁴

Abstract

Currently, amphetamines are among the most frequently abused drugs in various countries globally. In the past few decades, the abuse of amphetamines has caused serious public health issues in many countries worldwide, including Taiwan. Long-term use of amphetamines not only has physical, psychological, and social impacts on individuals, but also results in severe harm to families and the social order. However, presently, there are no drugs available for treatment of amphetamine addiction. Evidence suggests that group psychotherapy models can be used as one of the main methods for treatment of amphetamine addiction. In this paper, by reviewing the literature, we hope to first introduce the current laws and regulations on amphetamine-related deferred prosecution and addiction treatment in Taiwan, and then understand the group psychotherapy methods widely used for amphetamine abuse in Taiwan and the rest of the world, such as the matrix model, transtheoretical model (TTM), contingency management (CM), cognitive behavioral therapy (CBT), and motivational interviewing (MI). We will briefly describe their treatment operation modes and treatment benefit based on the results of the study, so as to provide important information as a reference for medical institutions and healthcare professionals providing treatment and care for amphetamine addiction. (Cheng Ching Medical Journal 2021; 12(1): 49-55)

Keywords : *Amphetamines, drug abuse, group psychotherapy*

Received: March 2020; Accepted: July 2020