

行政院所屬各機關出國報告
(出國類別：參加會議)

參加新加坡「第一屆亞洲太平洋地區成癮機構研討會」報告

服務機關：行政院衛生署管制藥品管理局
出國人 職 稱：組長
姓 名：柳家瑞
出國地點：美國
出國期間：自 93 年 5 月 29 日至 6 月 1 日
報告日期：中華民國 93 年 7 月 27 日

J0/
C09302805

系統識別號:C09302805

公務出國報告提要

頁數: 18 含附件: 否

報告名稱:

參加新加坡「第一屆亞洲太平洋地區成癮機構研討會」報告

主辦機關:

行政院衛生署管制藥品管理局

聯絡人/電話:

翁銘雄/02-23975006-2332

出國人員:

柳家瑞 行政院衛生署管制藥品管理局 篩檢認證組 組長

出國類別: 其他

出國地區: 新加坡

出國期間: 民國 93 年 05 月 29 日 - 民國 93 年 06 月 01 日

報告日期: 民國 93 年 07 月 27 日

分類號/目: J0/綜合(醫藥類) J0/綜合(醫藥類)

關鍵詞: 藥物濫用防制,成癮戒治

內容摘要: 第一屆亞洲太平洋地區成癮機構研討會(九十三年五月三十日至六月三日)於新加坡舉辦,包括二天大會議程以及三天9項專題課程,主題為「成癮戒治能成功!預防、治療及復健新趨勢」。由新加坡精神醫療院IMH (Institute of Mental health)的社區成癮管理計畫 (Community Addictions Management Programme, CAMP) 主辦,世界衛生組織西太平洋地區辦公室協辦,邀請來自8個國家多位世界級專家與會,二天大會議程共作19人次的專題演講,三天各項專題課程中,亦有一場一天的口頭論文報告,並均安排中午的專題演講;參加者數百人,以亞太各國醫療戒治相關機構人員最多,並有14國家人員發表39篇壁報論文,及相關戒治機構、出版公司、支持團體、國際及政府機關、藥廠的參展。本項會議成功提供學習交流成癮戒治專業的機會,研討亞太地區成癮相關政策、研究及治療最新發展及有效策略,各國參加人員彼此交換成癮相關經驗及觀點。

本文電子檔已上傳至出國報告資訊網

摘 要

第一屆亞洲太平洋地區成癮機構研討會(九十三)年五月三十日至六月三日於新加坡舉辦，包括二天大會議程以及三天 9 項專題課程，主題為「成癮戒治能成功！預防、治療及復健新趨勢」。由新加坡精神醫療院 IMH(Institute of Mental health)的社區成癮管理計畫 (Community Addictions Management Programme, CAMP) 主辦，世界衛生組織西太平洋地區辦公室協辦，邀請來自 8 個國家多位世界級專家與會，二天大會議程共作 19 人次的專題演講，三天各項專題課程中，亦有一場一天的口頭論文報告，並均安排中午的專題演講；參加者數百人，以亞太各國醫療戒治相關機構人員最多，並有 14 國家人員發表 39 篇壁報論文，及相關戒治機構、出版公司、支持團體、國際及政府機關、藥廠的參展。本項會議成功提供學習交流成癮戒治專業的機會，研討亞太地區成癮相關政策、研究及治療最新發展及有效策略，各國參加人員彼此交換成癮相關經驗及觀點。

參加新加坡「第一屆亞洲太平洋地區成癮機構研討會」報告

目 錄

第一章：目 的.....	3
第二章：行 程.....	4
第三章：內 容.....	5
第四章：建 議.....	15
附錄一：大會演講者講題.....	17
附錄二：酒癮匿名者組織的 12 步驟.....	18

第一章：目的

由新加坡精神醫療院 IMH(Institute of Mental health) 社區成癮管理計畫 (Community Addictions Management Programme, CAMP) 主辦，WHO 協辦之第一屆亞洲太平洋地區成癮機構研討會於本(九十三年)五月三十日至六月三日於新加坡舉辦，研討亞太地區成癮相關政策、研究及治療，主題為「成癮戒治能成功！預防、治療及復健新趨勢」，邀請來自八個國家多位世界級專家與會，介紹最新成癮相關研究發現及亞太各國戒治預防現況趨勢。

東南亞地區各國成癮藥物問題及趨勢極為類似，新加坡離台距離及國情相近關係密切，CAMP 屬於新加坡精神醫療院為其衛生福利部支持成立，願景為成為本區域領先的成癮治療、教育及研究中心，主辦單位新加坡 IMH 顧問暨 International Center for Health Concerns 機構總裁 Dr. David J. Powell 曾於四月二十八日來局拜會，力邀本局參加該項會議。管制藥品管理主要目的之一即為預防成癮問題發生，為加強業務知能及促進國際交流，簽奉核准增加本項出國計畫。

第二章：行 程

<u>日期</u>	<u>時間</u>	<u>內容</u>
0529	1420-1830	台北至新加坡（華航 CI 661）
0530	0800-1700	報到及議程 亞洲藥物及酒精濫用流行病學 成癮：一種疾病 認知成癮是腦疾病的重要性 亞洲各國酒及藥物濫用政策 成癮的神經生物學模式
0531	0830-1800	大會議程 有效的預防策略：藥物濫用預防有效的 模式及文化原則 酒癮者聚會作為治療計畫的資源 平衡的生命 成癮個人特質 有效的治療方法 與家庭共事 社區為主的方法
0601	0810-1235	新加坡至台北（華航 CI 662）

第三章：內 容

由新加坡衛生福利部支持於 2001 年成立的社區成癮管理計畫 (Community Addictions Management Programme, CAMP) 屬於精神醫療研究所 (Institute of Mental Health, IMH) 木橋醫院 (Woodbridge Hospital) 的一部份,主辦本次第一屆亞洲太平洋成癮機構研討會(1st Asia Pacific Institute of Addictions),於五月三十日至六月三日於新加坡 Novotel Apollo 大飯店舉辦,包括二天大會議程、三天的各項專題課程研討會,會場並有相關廠商、出版商展示、39 篇分批壁報論文發表、以及一天口頭論文發表。

較特殊的幾個展示機構及單位有酒精成癮者匿名組織 (Alcoholics Anonymous World Servies, Inc.)、藥物成癮者匿名組織 (Narcotics Anonymous World Servies) 及酒精成癮者親友匿名組織 (Al-Anon Family Groups),為藉由同伴彼此鼓勵支持協助分別該類成癮者解決其問題的國際組織。

在二天的大會議程中,第一篇亞太地區酒精濫用流行病學由美國 University of Connecticut 的 Thomas F. Babor 教授報告,首先指出酒精濫用為重要疾病問題,導至意外傷害、慢性疾病,產生依賴性則與導致慢性疾病、急性與慢性的社會問題有關。根據 WHO 的 2000 年比較各國 15 歲以上每人每年消耗的純酒精量數據,以俄國、德國、法國及英國最高超過 12 公升,在亞洲則以澳洲、日本較高超過 8 公升,在中、菲、越則約為 5 公升,在孟加拉及印度最少約為 2 公升。但是 40 年來有些國家如中、菲、越增幅大。亦有研究比較韓、泰、中、印、馬個人飲用酒精量指出前三國增加速度快,尤其韓國最快。飲酒有性別差異,男性較女性多,在已開發國家性別差異較小,但隨角色差異減少,有的國家如中國女性飲酒者增加率更高。近年有許多國家作過調查,以已開發國家美、德、法、英酒精依賴比率高達 5%,亞洲以澳、日較高達 2%。酒精對於健康危害可由比較各國造成疾病的 12 項主要危險因子來看,在高死亡率的開發中國家酒精排名為第 11,但是在低死亡率的開發中國家以及已開發國家,酒精造成疾病排名分別為第 1 及第 3;世

界銀行估計酒精導致全球約疾病壽命損失 4%，亞洲國家約 2%，拉美及已開發國家則為 10%。其結論為亞洲多個國家及中國酒精消耗量持續增加，南韓甚致已接近高消耗國如歐洲及北美的水準，除日、韓以外，亞洲飲酒主要仍集中於男性。酒精依賴與消耗量有關，酒精導致的死亡及受傷以西歐最高，回教及非洲國家最低，中國約中等，但隨其消耗增加，依賴問題及受傷、疾病將會增加。

哈佛大學的 George Vaillant 教授以酒精成癮疾病為專題演講題目，提出他從事多年酒精成癮追蹤研究的看法，認為酒精損害免疫系統、腦部，導致離婚及憂鬱症；酒癮者住院時間為非酒癮者的三倍，加上如失業的丈夫，家庭暴力，反社會性格的子女眾多社會成本，應以政策管制提高酒品價格以及採用減少傷害策略做法。在治療方面，以飲酒頻率或量判定酒癮者並不恰當，而個人的成熟度或意志力也非戒治預後的良好指標，生理解毒及諮商成效頗低，反而是督導、替代物、新交的好朋友以及加入心靈團體的會員才是有效的預後指標。如有研究追蹤八年比較參加匿名酒癮者聚會(Alcoholic Anonymous) 100 次以上者與以下者，戒酒的人比例前者高於後者。

來自美國德州大學 Austin 的 Dr. Carlton Erickson 強調成癮是一種疾病的觀念，而目前「成癮」指病或問題定義不明，依據 DSM 及 ICD 標準，「濫用」：指因叛逆、金錢、無聊、實驗、追求刺激、絕望、自行用藥造成，用教育、強迫、處罰、改變環境、成長、受壓力停止及生命事件加以減少。「依賴」：指因遺傳基因、腦部化學敏感性以及環境影響因子造成，需治療以正面影響不正常的腦功能以減低藥物需求。「依賴」並非個人意志力喪失的問題，因為藥物與潛意識相關的 Medial Forbrain Bundle 腦區有關，其中造成對 Frontal Cortex 的問題導至作決定的能力受損。目前已有的治療方法包括傳統的十二步驟戒癮法（附件二）、住院門診或追蹤的談話諮商方法、受到誤解的減少傷害方法、新的簡短動機諮商方法 CBT, MET, SO-involved therapy, couchers、新藥物加強戒癮如抗渴求藥，美沙冬，疫苗，減少戒斷藥物等。

藥物濫用政策的亞洲經驗一節安排了中、馬、泰、澳、紐及美國代表報

告，北京大學的 Yu Xin 從酒、鴉片與文化的關連談起，大陸目前藥物濫用以靜脈注射、女性、年輕人及 ATS 成長最快，他認為在經濟優先的情況下藥物濫用防制不受重視，藥物使用者被視為罪犯，再用預防作的少，對於 ATS 的研究以及特定族群的支持計畫缺乏。

馬來西亞的 Dr. Philip George 指出馬國對於酒並無管制政策，可能因宗教不許可飲酒的原因，但評估 1995 年全國有 2 萬人酒精成癮，藥物濫用以海洛因、嗎啡、Ganja 為主，用 MDMA 者有約 1.2%。1983 年開始推動針對年輕人，社區及公眾參與的提供不同選擇的預防措施、加強查緝，減少供應的立法及執行監測，全國設有 28 個治療中心，進行機構及社區的復健，及國際合作監測、有減少傷害的工作小組，以及以 Buprenorphine 作為替代治療用藥方法。

Dr. Walter Ling 報告泰國花費相當大資源用於藥物濫用防制，有相當成功的 HIV/AIDS 防制計畫。澳洲 Dr. Ann Roche 認為他們以實用的態度採取 Harm Minimization based 有效的方法，酒精濫用的情形以產品促銷挑戰大，治療方面可採用替代療法。Mr. Jere Bunn 報告在紐西蘭有人推動大麻合法化，酒精也是重要問題，近五年來 ATS 成為問題。紐西蘭政策較落後，酒駕曾是大問題，最近經廣告大力宣導有效降低比率。

美國 Connecticut 大學 Dr. Thomas Babor 引用 WHO 所作的 15 國社會學者從 500 餘篇政策論文整理的報告：「酒並非一般商品：研究與政策」，指出酒的價格與飲用量成反比，即使對飲用量大的人也適用，因此提高價格與稅率將可減少酒精導致的問題，因此加稅不僅可提高政府收入且降低酒精導致的傷害，其副作用有走私及私酒問題。管制酒精的可近性如限制銷售時間及地點可減少酒精導致的問題；以法律限制飲酒的年齡，違反者處罰可減少酒精導致年輕人的問題。改變環境如對已醉者不提供銷售如可吊銷執照則有效，政府專賣亦可有效限制。對酒駕的規定長期可減少酒精導致的問題 5%-30%，如隨機抽樣作呼吸檢測可減少逮捕人犯，即使有人持續犯行但對其他人及整個社會均有正面效果，而制訂血液酒精標準證明可有效減少酒

駕。在教育及宣導方面，可以改變知識及態度但是對於行為改變的效果有限。以法律限制酒的廣告，或如業者自我約束公約，除非有強制性不然效果不佳。近年流行的 Brief intervention 可減少飲酒行為及問題。至於治療及早期介入服務，不論介入的種類均有顯著的效果，但是均昂貴。結論認為許多政策選擇可用均有效果，需整體考量應用以減少酒精問題。

德州 Austin 大學的 Dr. Carlton Erickson 以成癮的神經生物模式為題，概述最近對於成癮原因的神經生物學研究，首先介紹該校相關資訊的網站 University of Texas Addiction Science Research and Education Center,

(www.utexas.edu/research/asrec)，他指出有此種病的人受到歧視、被孤立、心理受到永久性的傷害、疾病研究經費不足、而且造成的原因不明。認為藥物成癮 (Addiction) 以及酒癮 (Alcoholism) 的名詞已喪失科學及臨床使用價值。依據 DSM-IV：物質濫用指對藥物使用判斷不足導至過量用藥，因為物質濫用者對社會經濟影響大。物質依賴則指對於藥物使用控制力受損，可能由於腦部欣快路境功能不正常造成，是一種病需要克服。依據累積的科學研究結果來看，對於「濫用」是否會造成「依賴性」：根據五年追蹤 1300 人的研究，有 3% 濫用者符合依賴性的標準。雖然一般認為許多人從濫用發展為依賴，但有些人使用的第一年即變成依賴，有些人使用的立刻變成依賴，有些人長期使用卻從不發展為依賴。依據全國調查 8100 位 15-54 歲人的數據，用古柯在 10 年內會有 15-16% 發展為依賴、酒精 12-13%、大麻 8%。其它研究使用者成為依賴比例的有包括尼古丁：32%、海洛因：23%、古柯：17%、酒精：15%、大麻：9%。至於所謂對於藥物分依賴性高低的仍為主觀意見還在改變中，大多所謂高依賴性藥物均為研究較多的藥物如海洛因、尼古丁、古柯及酒精。症狀與腦中依賴性有關區域神經傳導物質問題有關，如 Dopamine, Serotonine, Endorphins, GABA, Glutamate, Acetylcholine。成癮藥物與不正常的傳導系統似有彼此配合的現象，依個案嚴重性程度不同，為慢性疾病，以美沙冬及尼古丁維持療法即證明有些人需要化學物質壓制不正常的傳導系統。因此問題為腦部對於藥物有弱點，而非藥物本身有問題。在十年

前大家反對減少危害的作法，因為認為應以戒除不用才對，但目前對一般民眾宣導酒駕危險，對於街頭共用針頭注射海洛因者則提供美沙冬口服計畫，以及交換針頭計畫，不只降低危險性，還有關心的意義，並保持聯絡管道，可安排如中途之家及教育等，使用尼古丁貼片或美沙冬是社會容許的一種個人選擇。

Flinders 大學的 Ann Roche 是澳洲全國成癮教育及訓練中心的主任，她談到有效的預防措施模式，提出藥物使用與其他人類行為一樣，基本上是複雜且多因素導致。要釐清原因及目標很重要，目標受到因不同的藥物、不同的環境及文化、以及不同的年齡而有不同影響，至於預防的目標是什麼？防止影響精神物質的濫用？防止規律的使用影響精神物質？防止任何使用？或防止使用某特定藥物？影響精神物質的預防目前仍是基於簡略的意識型態模式：集中於少數非常有限的因素並太過依靠個人負擔防制的作為，因此必需擴大對於預防的想法，且要超越個人，例如包括社會、經濟、地理及政治因素，對於藥物的可近性、機會及動機的影響。社會影響對於初次使用行為十分重要，而心理因素則對於持續用藥行為更為重要。邏輯的對於藥物的認知會影響預防措施的選擇，如認為使用藥物是因為缺乏影響精神藥物危險性的知識，則會應用教育使用影響精神藥物的效應，常以道德觀點及應用偏頗的資料。如認為使用藥物是因為個人的問題，則會使用個人發展計畫；如認為使用藥物是因為同儕壓力，則會選擇訓練如何拒絕同儕壓力；如認為使用藥物是因為缺乏社會技巧，則會選擇訓練社會技巧；如認為使用藥物是因為缺乏畏懼的心理，則會選擇恐嚇的措施。依據 WHO 2003 年的報告，發現學校的反毒宣導教育計畫最受重視但成效普通，其實自 1970-1990 年的研究顯示，僅三分之一測量計畫完成之後的行為改變，目前在加拿大有更多的 12-17 歲學生，吸大麻的比吸菸多，許多年輕學生認為大麻煙並無香菸煙所含的有害化學物質。預防性介入有普遍性的、選擇性的以及 indicative 的，但是從過去經驗得到嚴厲的教訓，預防策略不當會導至更大的危害，目前作法應減少個人的弱點，減少使用造成的危害，以及減少問題的持續發生，及早介入，

以及採取全面觀照性、完整及系統性的作法。原則應包括有證據依據、有協調性的合作、負責任的、考慮效能及效果的、經濟的措施，而非基於意識型態、一廂情願、觀念不清及輕忽從事的作法。目前仍然缺乏的包括與心理社會問題的關聯，預防模式的廣度不足，增加可接受效能的標準，以及繼續發展其有效性。她提出焦點應放在系統而非個人的改變，而系統改進並非技巧缺乏。健康與人類發展的決定因子相關知識的整合是困難但重要的工作，她提出公共衛生系統的模式，澳洲於去年開始應用，預防內容包括健康快樂的社會及結構影響因素、發展途徑、停止及途徑的模式、避免危險的架構、以及社會發展的模式。與用藥關係明確的危險因子包括學校成績不好、缺乏宗教信仰、有心理疾病、偏差行為、追求刺激、早期即開始飲酒、與父母關係不良、有朋友用藥、有長輩用藥；與用藥關係明確的保護因子包括父母的愛護、父母的注意、父母與子女相處的時間、父母的態度、父母教育的一致性。十項主要來源有遺傳、家庭、同儕及家庭、適應性及社會技巧、學校、社會聯繫、創傷事件、社經條件、環境因子及特殊族群。主要的觀念為完整性、長期性、針對特定年齡、以知識經驗為基礎、同時評估正面及負面影響。因此應幫助家庭及學校建立規矩，各優先項目依當地情形決定，如澳洲最近針對酒駕努力。原則上由社區領頭，加強社區及個人的力量，以證據作為介入的基礎，並注重以結果為導向。

Dr. George Vaillant 就酒癮戒治方面提出報告，指出酒癮者感覺失敗、無助及無力改變，要改變除了要去除症狀也需要建立希望，而酒癮者的飲酒習慣強固，以訴諸理性、威脅及意志力均難以克服，如同所有不良習慣的改變，必需改變個人信仰系統並保持之。如酒癮者匿名組織此類機構的特性包括為團體接受，有助情緒的共同的儀式，以及共同的信仰系統。他指出此類治療體系最大的弱點，在於尤其在初期無法提供足夠的支持克服剛參加時的壓力，因此成癮者前期應及早發現及治療，然後再由參加如酒癮者匿名組織或其他組織強化自然痊癒的過程。共同的儀式包括對於疾病現象的解釋的認知學習過程。界定酒癮與飲酒頻率及量不一定有關，而與其控制情形、不當行

為及生理症狀有關，生理解毒期應有精神及生理方面的治療，在之後要改變飲酒習慣則需要注意四要素：監督以提醒即使一杯酒也會造成痛苦及再發，提供非酒精依賴替代品，新好朋友以修復其社會及醫療損失，以及加入心靈團體會員以回復其自信心。他並認為酒癮者匿名組織可同時提供上四項功能因此有效。他也強調治療的重點包括維持希望、及早正確診斷、治療早期不要求速效、避免要求絕對不可碰酒、同時不要因病人失敗而失望憤怒、最後則是如任何慢性病，持續追蹤很重要，作者曾作 50 年追蹤 200 位酒癮者研究，其中 66 位達到戒酒五年以上者，平均參加過 140 次酒癮者匿名組織會議，而 74 位從未戒酒成功持續濫用酒精達平均 21 年的人，則只平均參加過 6 次酒癮者匿名組織會議。

Danya 公司的 Dr. Jeffrey Hoffman 也是「平衡的生活 (Living in Balance)」一書作者，以「平衡的生活—從成癮者到恢復的生活」提出戒治方面報告，歷史發展有所謂道德模式、醫學模式、心理模式、社會文化模式、心靈模式、最近的則是生物社會心靈模式，道德模式認為成癮者違反行為準則，故意的行為是因為缺乏個人紀律，因此應予處罰，以個人意志或處罰以達成戒治。醫學模式認為成癮是慢性及會繼續發展的疾病，重視生理原因、遺傳基因、及神經化學的變化，戒治則需醫療及自我幫助。心理模式認為成癮有早期創傷的防禦機制造成如否認，希望死亡或自我毀滅，因此有精神症狀，戒治需要治療潛在的問題。社會文化模式重視社會化過程，文化因素及環境因素，戒治則需環境改變。心靈模式有所謂心靈覺醒十二步驟，認為個性缺陷及心靈空需，較不著重原因，戒治則需更高的力量以及精神途徑。最近的生物社會心靈模式認為所有上述模式均有部份正確，成癮者受到所有生物心理社會精神的危險因素影響，戒治需要全面完整觀照平衡及精神性的生活型態，以及預防復發的技巧。本模式認為動機因子導至思想，以至渴望再去使用。因此需教導成癮者瞭解其清醒及復發的過程，復發為決策過程的一部份，復發警告癮照，以及其治療需要。由壓力與情緒關連的科學證據顯示，教導成癮者瞭解壓力的機制，生物心理社會對於壓力的反應，降低壓力的技巧，以及

降低壓力有助戒治。由負面情緒影響的科學證據，教導成癮者瞭解憂鬱與罪惡感的本質，與成癮的相關。由憤怒及溝通的科學證據，幫助成癮者瞭解憤怒的生物性、憤怒的心理面、以及新的表達方式。由快樂的科學證據，幫助成癮者增進營養、運動、睡眠、身體及牙齒清潔、及戒菸。在戒治亦可使用藥物幫忙，但缺乏心靈面導致的風險包括使用菸酒者較多、酗酒較多、使用非法藥物及大麻較多。心靈充實可增進健康、減少疾病及死亡。

Mr. Crag Nakken 是私人開業家庭治療師並在國際講學及大學任教，著有多本有關藥癮戒治的書，他以成癮個性為題作專題報告，先說明他的題目指的是藥物成癮導至的廣泛個性特質。如同酒癮者匿名組織的大書所言：「我們覺得停止飲酒只是開始」，當成癮者停止飲酒或用藥，所剩餘的即是成癮個性。人自然的滿足情緒、親密關係及心靈的方法是由家庭朋友、自我關係、心靈關連、及社區歸屬，構成所謂的人類社會的保護牆。在成癮者則以藥物取代，造成病態的與藥物的關係，經過內在改變、生活型態改變、最後生活解體。

Dr. Scott Miller 是研究及顧問機構 Institute for the Study of Therapeutic Change 的創立者之一，他談到有效的治療方法，並先介紹網站 www.talkingcure.com，他指出治療模式自 1960 年代的 60 多種到現在超過 400 種，結果導至無法依顧客需求整合應用。許多比較研究結果顯示不僅各種治療模式效果無差異，而且平均接受治療的病人較 80% 的未接受治療的病人為佳，反而誰及在那裏治療比使用那種模式重要，應以結果而非程序為重，職業治療師應採取醫療模式，顧客的評估及其主觀意見是預後的好指標，Dr. Scott 的顧問工作為評估治療是否有好關係好結果，再回饋給治療師，如此即時反應的作法發現可以提高治療效果。

貝蒂福特中心的兒童計畫主任 Mr. Jerry Moe 談到與家庭一起工作的經驗，使用圖畫等工具，目標為瞭解疾病、一起努力通過否認期、走向接受、增加溝通、及發展長期照護計畫，包括自我選擇、承擔參加持續恢復計畫如 12 步驟會議、個人諮商、婚姻/配偶/家庭治療、門診治療、研討會以及兒童

計畫。12 步驟會議共同特性有均依據酒癮者匿名會議的 12 步驟會議來的，過程中由會員分享個人經驗力量及希望，主要目的為支持彼此過正常的生活型態，加入會員的唯一要求為改變的意願。WHO 西太平洋地區辦公室 Wang Xiaangdong 談預防的目的地及目前有八項計畫進行中。WHO 的報告有 Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence，作法包括推動、建立能力、政策及合作。

最後一項演講由 CAMP 的主任 Dr. R.M. Winslow 談社區為基礎的治療方式，報告在新加坡 640 平方公里，卻有 400 萬人口，包括 76.8%的華人、13.9%的馬來人、7.9%的印度人。賭風興勝，飲酒量則居全球第 45 位尚低，藥物濫用 2002 年個案有 3393 件、新個案 911 件均較 1994 年降低。CAMP 最近研究有 60%的苯二氮平藥物依賴者曾為非法藥物濫用者，因為許多人會在嚴刑及合法藥物間加以選擇。藥物濫用防制政府單位包括健康部、社區發展及運動部、及內政部，由各種資源如 SCORE (Singapore Corporation of Rehabilitation Enterprises)、監獄、CARE 網絡、CAMP、信仰、健康促進委員會、中途之家、社區發展委員會、及社區諮商中心等，期望在協調所有力量，有足夠的經費，共同為明確的方向努力，從家庭、同儕及社區加入，並有多領域團隊組合，共同為複雜的問題投入各種資源。CAMP 的願景為建構成癮治療、教育及研究的區域中心，許多計畫已開始，包括門診病人的密集日間照護、社區計畫、針對有家庭暴力的酒癮治療，並幫助社區建立十二步驟計畫、提供酒癮者匿名組織、藥癮者匿名組織、酒癮者家庭匿名組織等會面空間及群體。一年內有 2115 位門診病人次，較前一年增加約一倍，成癮部門並擁有 24 床位。社區計畫自 2002 年開始，包括門診病人的密集日間計畫、提供結構良好的治療環境，自計畫開始約有 200 位病人參與。在教育方面包括發展對於醫、護、心理、社工等課程、教材，公共游說包括大眾教育、關鍵者的顧問以及組織發展，在社區推動研究發展，合作及領導。目前與澳洲、北京大學及泰國已有合作計畫。

會場海報數目不多，可提供作者與讀者充分溝通時間，其中成功大學柯

慧貞教授亦為發表作者。另有相關圖書出版公司、藥商、治療諮商機構的攤位，其中較特殊的有酒癮匿名者組織、酒癮者親友匿名者組織、及藥癮匿名者組織攤位，提供宣導及活動資訊，並於會議當晚舉辦聚會活動，參加的酒癮匿名者組織當晚聚會吸引了約 30 位參加者，聽到一位英國酒癮者分享其飲酒歷程，從倫敦到澳洲到新加坡，十年間一路走來經歷家庭破碎、數次失去工作，最後在新加坡參加酒癮匿名者組織，真正戒除酒癮，建立了新家庭並保有工作，仍參加聚會與朋友相互支持鼓勵；另亦有似為與會各國人士，包括一名來自大陸以中文發言由他人翻譯者，也有新加坡本地人，各自分享其為酒癮者的故事，並認為是來新加坡意外的收穫，會後仍彼此熱烈交談，顯然雖大多為第一次見面卻有共通的經驗而有非常親切的感覺，我能藉參加會議的機會親身體驗本項聚會，也感覺頗有收穫。酒癮匿名者組織 12 步驟亦為藥癮組織應用，其效能頗受本次會議戒治學者肯定，其內容翻譯於附錄二，應對於國內酒藥癮戒治有應用參考價值。

第四章：建 議

- 一、藥物成癮及戒治牽涉生理、心理、社會多種複雜的因素，目前各國科學研究、社會認知及政策反應均屬於摸索發展階段，國內能投入的資源不足，短期內只靠國內資源難有顯著的成效。但是由於藥物成癮屬於國際共通的問題，借重其他國家已有的經驗及研究知識，將可減少重復投入及嘗試錯誤浪費金錢時間，各國不同政策、防制策略及實施結果成效，更是最後的參考案例，應建立機制，加速引進國外專業人士及戒治專業機構，應用於台灣藥物濫用防制及成癮戒治政策制定。
- 二、新加坡精神醫療院 IMH 社區成癮管理計畫 (CAMP) 主辦之第一屆亞洲太平洋成癮組織研討會邀請多國成癮戒治及宣導專家學者參加，介紹成癮戒治及預防最新的研究與亞太地區各國的現況情形，內容豐富足以為業務參考。該計畫自 2002 年開始，邀請許多國外專家加入工作，擁有多位國外顧問，並推動相關研究及國際合作，希望成為本地區的成癮戒治的研究及聯絡中心，本局及本署應可加強聯繫交流就近引用其資源，當可有助儘速建立國內藥癮戒治及預防專業業務。
- 三、成癮被認為近似高血壓及糖尿病等慢性需長期維持性治療的疾病，如同此類病，環境及生活習慣更是重要影響因子，親友及社區支持都有極大的效用，尤其此次會議中為專家所分析討論的酒癮者匿名組織，無任何其他藥物使用卻有維持戒治的效果為人稱道，類似的藥癮者匿名組織亦是國際性組織，在各國均有分支機構有多年歷史，似可評估在台灣的應用及需求性，有必要時可鼓勵藥癮者匿名組織在台灣各地成立集會團體，發揮支持協助戒治者降低再犯功能。
- 四、聯合國毒品及犯罪辦公室 (UNODC) 於今 (93) 年 6 月 25 日—國際反藥物濫用及違法藥物走私日，公布「藥物成癮：治療有效」的年度宣傳主題，並提供各項資料包括「治療成功案例」、說明單張、治療的政策方式文件、及 WHO,UNODC,UNAIDS 共同發表對於鴉片依賴者替代療法的聲明文件，顯示國際已有共識—藥癮者應加以治療且會對社會家庭及

個人有整體性成效，台灣對藥癮者醫療投入是否足夠？如何加強戒治效能？在整體緝毒拒毒戒毒的資源配置是否妥適？其實需要跨部會整體規劃及各部會一致的努力。建請本署加強戒治領域的發展，另一方面加強跨部會聯繫，促進整合相關毒品防制政策。

- 五、毒品防制屬於跨人文及科技應用性研究領域，歷年科技研究規劃以提到跨領與整合性研究的需求，為發揮研究成效，有必要建立整合機制，以充分顯示需求，再反映於整合性研究項目，則不僅對於成癮戒治有益，可及於其他防治措施達成較大效能。

附 錄 一

大會講者講題

1. Thomas F. Babor, Department of Community Medicine & Health Care, University of Connecticut School of Medicine, Epidemiology of Alcohol Abuse in Asia and the Pacific.
2. George E. Vaillant, Addiction : A Medical Disease.
3. Carlton K. Erickson, College of Pharmacy, The University of Texas, Austin, Texas, The Importance of Knowing Addiction as a Brain Disease
4. Thomas F. Babor, Department of Community Medicine & Health Care, University of Connecticut School of Medicine, Global Issues in Alcohol Policy.
5. Carlton K. Erickson, College of Pharmacy, The University of Texas, Austin, Texas, The Neurobiological Model of Addiction.
6. Ann M. Roche, National Centre for Education and Training on Addiction, Flinders University, Australia, Prevention Strategies that Work: Effective Models and Cross Cultural Principles.
7. Allan Y. Cohen, Pacific Institute on Research and Evaluation, Universal Principles of Prevention Theory
8. George E. Vaillant, Harvard Medical School, AA as a Resource for Treatment Programs
9. Jeffrey A. Hoffman, Danya International, Inc., Life in Balance
10. Craig Nakken, NSW, The Addictive Personality
11. Scott D. Miller, Institute for the Study of Therapeutic Change, The Heart and Soul of Change
12. Jerry Moe, Director of Children's Programs, Betty Ford Center, Working with Families
13. R. M. Winslow, Head, CAMP, IMH, Community Based Approaches for Addiction in Singapore

附 錄 二

酒癮匿名者組織的 12 步驟

酒癮匿名者組織由希望能解決其酒癮問題並幫助他人戒除酒癮，共享經驗、力量及希望的個人組成，停止飲酒的意願是成為會員的唯一條件，無會費並不收費用，會務由個人捐獻自給自足，主要目標為保持清醒並幫助其他酒癮者達成清醒，與其他機構組織、政治、宗教、紛爭均無關係。

酒癮匿名者組織的 12 步驟

1. 我承認無力控制飲酒一個人生活已經失序。
2. 我相信有超越個人本身的力量可以使我恢復清明。
3. 我已決定將個人意志及生活交付我所認知的神明照顧。
4. 我已無懼的檢討個人道德問題列出清單。
5. 向神明、本身及另一個人承認自己錯誤的本質。
6. 已經準備好請神明去除所有個性上的缺陷。
7. 謙卑的請求祂去除個人的缺點。
8. 列出所有曾傷害的人的清單，並且願意補償所有的這些人。
9. 儘可能直接補償，除非如此做會傷害他們或其他人。
10. 繼續紀錄個人行為清單如果犯錯則即刻承認。
11. 沉思及祈禱以增進與所知的上帝有知覺的接觸，祈禱僅在於祂支持我們繼續努力的力量。
12. 由以上步驟得到精神啟發的結果，我們將此訊息帶給有酒癮者，並於各項事務身體力行這些原則。