

以身體動作為媒介的敘事治療團體工作藍圖

以藥癮戒治治療性為例

國立暨南國際大學 輔導與諮商研究所

博士生 洪瑩慧

## 目錄

<b>楔子</b> .....	<b>3</b>
一、與毒品故事接觸的開始.....	3
二、與「藥癮戒治治療性社區」的交會.....	3
三、身體敘事治療的工作概念.....	4
四、回應「看到、經驗、渴望」.....	5
<b>藥癮戒治的樣態</b> .....	<b>5</b>
一、毒品相關議題.....	5
二、毒品發展的脈絡.....	6
三、台灣的毒品國度樣貌.....	8
四、社會建構下理解「吸毒的人」.....	10
五、台灣毒品戒治的演變.....	14
<b>治療性社區</b> .....	<b>17</b>
一、治療性社區的發展及核心概念.....	17
二、治療性社區在台灣的發展及相關研究.....	23
三、人在「治療性社區」中之我思.....	26
<b>身體敘事治療的哲學與實踐版圖</b> .....	<b>28</b>
一、從身體到心理治療的版圖.....	28
二、敘事治療與後現代、社會建構主義的同盟關係.....	29
三、「身體敘事治療」與「毒癮戒治」交會前的對話.....	31
四、小結.....	32
<b>參考文獻</b> .....	<b>43</b>
表一 藥國常使用的術語.....	10
表二 治療性社區方案模式必備要素.....	19
表三 類比表.....	30
圖一 治療性社區戒癮歷程.....	22

## 一、楔子

### (一)、與毒品故事接觸的開始

在我的世界裡，毒品的議題只是報紙、電視、電影裡面的事，從沒有切身的關係。自 1987 年在隸屬衛生署之中部某精神專科醫院從事職能治療工作開始，偶而遇見因為吸毒產生瞻望、幻想而住院的個案，每當個案跟我談起他過往的生活，聆聽那與吸毒相關的故事，總覺得毒品離我遙遠，因為畢竟眼前的他已住入精神科慢性病房，沒有戒斷症狀，沒有毒品可以用。而後，醫院成立成癮治療科，陸續開設美沙冬（Methadone）替代療法、治療性社區（Therapeutic community. Leon, 2000），針對毒癮戒治提供更多元的醫療服務。因著工作職責分配，並沒有機會參與毒癮戒治工作，僅有的接觸是科會上同事的工作會報，對於毒品的議題，仍覺得遙遠而艱深。

隨著時序推轉，從職能治療進入諮商與輔導博士班研讀，理解毒品議題在台灣，已經越來越受到諮商領域的關注。除了新聞屢屢報導藥癮所帶來的治安議題之外，關注社會正義、心理健康、以及社區心理衛生的博士班訓練，更多聚焦於個人的心理機轉以及處遇之討論，形成我對成癮及處遇議題的好奇，因而有機會進入醫院「毒癮戒治治療性社區」，由親身經驗，理解由文字堆砌出來的知識底下那鮮活的生命樣貌。

### (二)、與「藥癮戒治治療性社區」的交會

「治療性社區」本身便是一個治療模式，一個「drug free」沒有藥物、沒有司法強制性的居住性治療機構。針對「離開監獄、戒治所之吸毒犯或毒品成癮者，在結束司法機構之戒癮處遇或門診、住院治療後，以自願方式入住。社區生活相當規律，治療目標是透過結構性及非結構性的活動，促使物質成癮者改變其認知、態度及行為，學習及內化社會規範，發展更有效的社交技巧，以重新建構其人生觀及價值觀，具備不再用毒品之後的社會生存能力（2010 年反毒報告書；江惠民，2007；薛瑞元，2007）」。

開始進入社區，沁入社區生活作息，每日從上午八點至下午四點，隨著居民參與例行晨會、各種課程、團體、用餐，亦參與工作人員的讀書會、醫療團隊會議。漸漸地，發現過往我價值觀中所當然認為「是的」，在與居民互動的歷

程中成為了「不是」。例如對我來說毫無可議的規定，對居民來說，不僅充斥著不合理，還被邀請加入陣營，為他們所認為的不合理對管理者發聲。在許多次的對話過程，感到虛實難辨，經常有一種需要選邊站的感受，似是而非的道理，彷彿置身一個道德觀錯置的世界。此時，Leon(2000)所說的「藥物成癮者思考錯誤 (thinking error)」的詮釋出現在我思考中，驚覺我亟需用一種解釋讓自己安在，形成了我省視自身道德價值觀的樣貌，也嘗試用書寫呈現「我所看到、所經驗、所渴望」的實務工作樣貌。

「看到、經驗、渴望」意味著一個人需要清晰的檢視著自身與人交會的思緒脈絡，並理解這脈絡的形成。透過實際參與與閱讀，我初步的理解了「治療性社區」是一個共構的社區，用 24 小時共同生活的團體動力，以及富含治療性因子的課程和生活，期待促成個體改變。共構的因子除了居民精采的生命故事之外，居民對於社區的態度、以及社區工作人員的思維及方法都佔據很大的比重，其間互動產生的張力確實織成一張綿密的網。我想，參酌各國治療性社區實施模式後的模式轉移，需要體會台灣文化下，被毒品影響的生命經驗圖像，理解人們受地方性知識 (local knowleg)、主流社會價值觀挑戰的生命故事，體會非主流與主流共構的生活型態。於是我的「看到、經驗、渴望」架構在帶著以「敘事治療 (narrative therapy)」、「身體心理 (body-center psychotherapy)」整合出「身體敘事治療 (embodiment narrative therapy)」工作取向的我，經由閱讀相關書籍、期刊及文獻後的討論與書寫，沁入社區與人相處的經驗形成的思維藍圖。

### (三)、身體敘事治療的工作概念

「身體敘事治療」延伸自「敘事治療 (narrative therapy)」以及「身體心理治療 (body-centered psychotherapy)」的思維及方法，重視身體當下的直接經驗，透過身體語言與聲音語言同為精緻的對話媒介與方式，陪伴人們解構、探索並豐厚有力量生命中有力量支線故事 (洪瑩慧, 2006)。

「敘事治療」提供一個平台，帶領人們透過聲音語言訪問，解構並重寫自己生命故事；除了聲音語言之外，重視身體訊息的心理治療師，都同意身體語言和聲音語言整合後將使表達更完整，也會加深當下對自身所敘說的體會 (Hong & Wu, 2008; 洪瑩慧, 2006; 洪瑩慧, 2010)。因為我們經由身體和世界連結、經驗並表達喜怒哀樂等情緒，「身體就是我們 (the body we are) (Caldwell, 1997)」，所以人們的一舉一動都蘊含豐富訊息，尤其在充滿困難的口語表達中，

身體可以直接傳達因為思考而阻斷的言說，為溝通與表達開啓一個空間（Johnson & Grand, 1998; Shaw, 2003; 洪瑩慧，2006）。至此，身體所指涉的不止是一種現象，更是具體的動作型態與意義！

Caldwell（1996）專注在與成癮者的身體心理治療（body psychotherapy）工作，她發現多數成癮者都會說他們憎恨且不信任自己的身體，對身體沒有任何感受，事實上卻是身體的自衛系統，因為生命中發生一些無處容身的經驗而所啟動的說法，她認為當人們得不到自己的渴望時，便遠離身體感官的覺知（Shaw, 2003; Caldwell, 1996）。「身體敘事治療」便是用「敘事是種永遠流動的狀態」來包裹起傾聽，相信每一次敘說，都是存在當下的真實，每一次說的故事並不同於永久、持續不變的「生命故事」，人可以在不斷的敘說中，創造生命故事的不同版本。以敘說自己的現在或過去，為未來尋找可能性以及可以著力的行動，讓故事有新發展（Freedom & Combs, 1999），讓人們朝自己渴望的自我認同靠近，建構有力量的生命故事繼續接受生活中的挑戰。

#### （四）、回應「看到、經驗、渴望」

看到，是指沁入的體會；經驗則是帶著自身在精神職能治療、敘事治療、舞蹈治療專業訓練的我；渴望，是帶著這樣的視野，回應「被毒品的影響」所綑綁的生命故事。所以，本篇文章將透過文獻的整理，敘說帶著「身體敘事治療」哲學觀與主流文獻的對話，期待開啓另一種閱讀生命故事的視野。

## 二、藥癮戒治的樣態

接下來將透過敘事的視野作文獻整理，以期能夠理解既有的知識、論述、現象，並展開對話，開展更多理解的可能性。以下以認識毒品文化、「毒癮戒治」在台灣的脈絡以及「身體敘事治療」的哲思與實踐藍圖作為本文的三節。

### （一）、毒品相關議題

人類服用精神刺激物質（psychoactive substance）至少有上千年的歷史，這些精神刺激性物質，幾乎都來自植物。在農業社會時代，這些藥物被使用在與祭祀、驅鬼、驅邪治病相關的事件上，有濃濃的地方性文化特質。直至工業時代、

甚至商業時代來臨，商業利益成為人們思考的主要導向，「賺錢」目的漸漸與藥物用途開始連結。賺錢手段、國庫收入、殖民政策、和國力擴張等開始對此產生影響（朱欣，2002，引自 Courtwright, 2001），於是咖啡因、酒精、煙草等精神刺激性物質變成全球性的消費商品，至於大麻、海洛因、鴉片，演變成「氾濫」全球的毒品議題，就像海嘯、地震、火山爆發般，沒有國界之分、沒有貧富之別，席捲而來成為一發不可收拾的危機，使每一個國家莫不使出全力來因應（Courtwright, 2001；楊士隆，2008）。

本節先回到毒品的本質—精神刺激性藥物在人類社會變遷過程中的樣貌，進而理解台灣社會主流價值觀對吸食毒品者的評斷。

## （二）、毒品發展的脈絡

毒品在人類進化史的早期，是泛指「精神刺激物質」。Courtwright（2001）以他豐富的藥物歷史教授的身分，將精神刺激性物質演變進化為違禁藥物—也就是本文所稱之毒品—的歷程侃侃道來：當人類仍處在農業社會階段時，人們自植物上萃取這些精神刺激性物質，製作成藥物，作為治病、宗教或消遣之用，從那時起，藥物已經跟我們的生活緊密相依。早期用作醫療或娛樂性質的精神刺激性藥物，有許多都相當珍貴而且具有療效，然而當人們發現，這些藥物能帶來快感、改變意識狀態之後，這些藥物便脫離了醫療範疇，邁入大眾消費領域，甚至引動政治的介入（Courtwright, 2001；蔡學貞，2005）。

只是許多藥物最初都受限於地理因素無法輸出，只能在固定地域內盛行；但隨著全球化的腳步，藥物的流通已經有了全球性的網路。這些藥物在不同的國家、社會不同階層、對不同年齡的人，以不同的方式存在。尤其某些經過提煉的藥物如海洛因、大麻、古柯鹼除了會改變人的精神狀態外，還容易上癮，加上銷售利潤極大，漸漸對人類的社會生態造成了極大的負面影響。

濫用藥物對於社會和個人造成的影響非常廣，舉例來說，在美國使用海洛因或其他違禁藥物上癮的人，通常會因為雇主不願意雇用，而長期處在失業的狀態中，因為多數雇主認為使用違禁藥物的人與失竊、意外事故、法律糾紛等事件關係密切，因而避之惟恐不及！而遭受這樣待遇的人，找不到工作，絕望之餘再度吸食毒品，甚至去販毒。這是一個負向的循環架構，然而連帶效應似乎不只如此，在許多國家低下階層違禁藥物使用者一直都是販毒

零售的主力，也因為這交易形式不被法律允許，於是漸漸形成了一個模糊的次文化。研究指出，大麻（cannabis）在美國是被廣泛使用的藥物，亞洲國家則以安非他命和海洛因居多（林建陽等人，2009），除此之外古柯鹼（cocaine）也在世界各地被廣泛的濫用（蔡學貞，2005）；除了上述例子之外，還有施打藥品共用針頭，而產生愛滋感染，也成為社會的公共議題。這些狀況引起了許多注意、爭議、警惕以及政治的干預，許多國家紛紛訂定政策管制毒品的動向，卻也因此，毒品在世界各地都是既危險又賺錢的產品（Courtwright, 2001）。

關於「毒品」一詞的界定，本文中是介紹從「精神刺激性物質」開始後的演變，知道其後來有「藥物」和「物質」之稱。具體來說，「毒品」從字面上的定義，可以用「有毒的物品」來理解，然在本研究中則根據台灣的「毒品危害防治條例」更清晰的指向，毒品是具有成癮性、濫用性及對社會危害性麻醉藥品與其製品、影響精神之物質及其製品。實質上便是涵蓋在 DSM-IV-TR 診斷手冊中所指安非他命、大麻類、古柯鹼、幻覺劑、吸入劑、尼古丁、鴉片類、鎮靜劑、催眠劑、或抗焦慮劑、苯環利定等等（孔繁鐘編譯，2007）。這些藥物依其成癮性、濫用性及對社會危害性分為四級：第一級，海洛因、嗎啡、鴉片、古柯鹼及其相類製品；第二級，罌粟、古柯、大麻、安非他命、配西汀、潘他唑新及其相類製品；第三級，西可巴比妥、異戊巴比妥、納洛芬及其相類製品；第四級，二丙烯基巴比妥、阿普唑他及其相類製品。但是毒品的種類似乎隨著科技的進步，在多元的變化著。從行政院「毒品之分級及品項」自民國一百年起至六月便有兩次的修正，而且修正的內容都是新增毒品種類來看（全國法規資料庫 a，2011），便可分曉。在本研究中，理解毒品的分類以種類、俗名（如海洛因亦又稱四號、白粉）的演變為主，是增加與研究參與者相處時的共通語言，嘗試透過理解靠近使用毒品時的經驗。

至於條文中所書「成癮性」是指個人因長期使用藥物，形成日常生活不可或缺之習慣，造成定時的需要，而影響生活穩定性及情緒之安定；而「濫用性」則是指使用者在非醫療目的及未經醫師指示下服用藥物的情形，或者雖經醫師指示，但服用過量，而形成強迫性之習慣與依賴，若不使用，將造成心理上或生理上之不適感；「社會危害性」則是指使用者長期過度且強迫使用某種藥物的結果，已經嚴重影響個人的人際關係、家庭生活、職業或課業等，為滿足己身藥物之需求，甚至淪落竊盜、搶奪、賣淫等犯罪行為，嚴重危及社會秩序。

顯見精神刺激性物質已然脫離其植物的風貌、地域文化的限制，進入化學物質形成的風暴圈，激起化學作用之後，漫向每個角落，也漸漸與犯罪行為開始糾葛。

### （三）、台灣的毒品國度樣貌

根據上述毒品的定義，發現毒品與犯罪行為之間的糾葛甚深。根據台灣法務部 100 年 1-5 月的統計報告，各級法院審理毒品案件裁判確定移送檢察機關執行有罪人數為 1 萬 5,148 人，較上年同期增加 8.8%。增加的數據是否意味著，在毒品的國度中，仍然有人前仆後繼的進入「藥國」。在過去幾十年中，毒品濫用的現象不斷成長（丁嘉琳，2008；法務部 a，2010），令人擔憂的是進入者的年齡層有逐漸下降的趨勢（法務部 b，2011），這些數據難免令我思考台灣年輕人吸食毒品的脈絡，以及藥國文化特質何在。

台灣的毒品文化，可追溯到民國三、四十年代，美軍駐台時引進的迷幻叛逆文化；到了六十年代，吸食強力膠後的醞陶陶醉感，成為當時青少年叛逆的象徵，當時引起政府極大的關注，介入「強力膠」的製作，要求在成分中添加有惡臭的芥子油，才讓這股風潮受到抑制；化學藥品既然開始取代植物的刺激特質，兼之可以自行製造，「速賜康」、「紅中」、「白板」成為接替而起的主角；到了民國七十八年，安非他命以令人精神振奮、情緒亢進、充滿衝勁等異於以往藥品令人迷糊、飄飄欲仙的特質，掀起另一股風氣，此時政府介入，將其列為管制藥品，才讓這股風潮漸漸平緩（蔡學貞，2005）。時至今日，台灣藥品管制條例中的危禁藥品已經超過上百種（全國法規資料庫 b，2011）。但這些物品已經脫離早期植物種植的範疇，全然進入化學物品製造、或從植物萃取的技術，毒品的種類、取得的管道，更勝於以往了。

毒品就像腦內的巫師，在腦部產生刺激、改變意識型態、產生快感，在社交上也佔有相當強的影響力；在社會習俗、朋友聚會的過程中，毒品是文化的一環，也是許多人第一次接觸毒品的情境（王一芝，2002）。例如以大麻能夠增強享用食物和音樂時候的快感（Courtwright, 2001）來說，2009 年高屏警方在南台灣一年一度的音樂盛事「春天吶喊」結束前夕，查獲了大批 K 他命、搖頭丸、一粒眠等藥品，並且逮捕了正準備將被將這批毒品運往現場的二十多位販毒集團成員，以及正預購買的搖頭族（張碧雲，2009），這是一個偏離正軌的享樂次文化，吸毒之後的快感又成為增強下一次吸毒行為的感



受（胡萃玲，1997；張嫚純、丁志音，2006；江振亨，2011；Courtwright, 2001）。

關於這個現象，關注的焦點除了享樂文化之外，研究開始關心吸毒年齡下降的趨勢，且進一步指出藥國人口年輕化的原因。從法務部的統計來看，十四歲以下使用毒品的人數的確在增加中（法務部 b，2011），研究則認為此一現象與這兩年許多新型三、四級毒品，吃起來高興、簡單、便宜有關，而且許多使用的青少年並不認為使用這些藥品會上癮（張碧雲，2009；李易蓁，2011），在特定的娛樂環境下使用，純粹是同儕在情境中的享樂行為。不過因為藥物濫用而導致的偏差行為，如販賣、暴力犯罪、傳染疾病等涉及公共衛生、社會治安的議題，已在許多社會報導以及研究中被論證。必須重視的是青少年藥物濫用的行為，極可能持續到成年時期（李易蓁，2011；Hawkins, Catalano, & Miller, 1992），對個人及家庭的影響不可小覷，這些論述也顯示了毒品成癮對行為影響的複雜性與持續性。於是吸毒之後的社群生活，也成關注焦點之一，同儕既是青少年接觸毒品的關鍵之一，研究指向一旦吸毒之後，社群關係逐漸縮小，漸漸形成「毒友」或「藥友」圈的次文化，這些次文化便與社會治安議題中的黑社會組織文化、監獄文化、賭場文化、情色交易文化等等相關（安辰赫，2003；Courtwright, 2001）。於是，對毒品文化在台灣有了橫向與縱向的理解，縱向是指年齡、橫向是每一個年齡層擴展出去其同儕社群的關係。

同儕、社群，指向的便是人在環境、互動中所形成的文化。此研究關注上述「藥國」次文化中，人沁在環境中所使用的語言及其所形塑的生命故事，相信每一個文化中慣用語彙，都是該文化共同經驗的表徵，因此對於此文化中使用的「行話」、「術語」產生好奇。張嫚純和丁志音（2006）針對藥癮文化的研究便指出，「藥國」是使用毒品成癮者對於自己所處情境的稱呼，對於一起吸毒的朋友，會稱為「藥友」、「毒友」，若從毒友之間的談話時「獨有」的術語來理解語言中文化的意涵，將會發現其中的確有許多隱蔽、複雜的關係型態。

這些稱呼之下意味著此一國度令人羈心絆意、易進難出的特質，還有「除非你吸過毒否則不會懂那勾魂攝魄、致命吸引力量」的共同經驗。意味使用毒品後的感覺令人難以忘懷，那種感覺，只有身在藥國的人可以理解與體會。儘管如此，身在藥國文化底下的人，卻因為毒品種類眾多、成份各異，每一位販售毒品的人所販售的毒品成份、價錢都不相同，導致在此國度中人與人的關係還牽涉到買賣時的利益糾葛，對於情感依附帶來影響；於是

藥友之間的情感性支持儘管不緊密，在工具性上彼此的需求緊密度卻超乎我們的想像（張嫚純、丁志音，2006）。

茲將「藥國」中對毒品的稱呼、使用方式的表達、用藥之後的感受，所使用之特定的語彙列於下表，這語彙通常以台語發音，可以嘗試描繪這一個社會主流文化不見容的異（次）文化國度（張嫚純、丁志音，2006）。

表一 藥國常使用的術語（整理、改寫自張嫚純、丁志音，2006）

表一

藥國常用的語彙	代表的意涵
藥、藥仔	成癮藥物、毒品
安仔	安非他命
四號、號仔、四號仔	海洛因
走水、落水	注射血管或皮膚
開桶	注射鼠蹊部
蹬菸、攆菸	將成癮藥物攆成菸狀吸食
追龍	放在鋁箔紙上燒、烤後吸食
水車	安他命吸食具
藥頭	販售毒品的人
筆	注射針具
啼	戒斷症狀出現時的難過

#### （四）、社會建構下理解「吸毒的人」

藥物成癮者—吸毒的人，是一般人很不願意接觸的一群人，社會大眾對於這群人抱持著很深的負面觀點，除了不願意去看見他們之外，電影或媒體報導也不斷賦予吸毒者一種不人不鬼、心神喪失、價值錯亂、為了毒品出賣生命與靈魂的形象，這些充斥於大眾媒體的語彙，充滿了標籤化與排除的作用力。這些報導讓我更關注「吸毒的年齡日漸下降」的議題，因為報導藥頭運用年輕人在校園販毒事件層出不窮，透過媒體報導的推論，讓我想像吸毒問題在台灣越來越普遍的狀態，也更關心身邊年輕人對於毒品世界的認識，更希望沒有人再變成「吸毒的人」。這樣或許過於鄉愿，卻是我最深層的渴望。

在我的概念中，「成癮」不單是一種個體的行為而已，還包含社會文化對「成癮」意涵的建構，建構影響人看待成癮這件事並賦予價值意義，但對個人而言，「吸毒—成癮」可能是自我追求及不滿現實的一個過程。不論是從個人信念或是心理動力來看，都包含了建構自己及建構與世界互動的眼光，

形成看待自己「吸毒成癮」的定義，讓自己與「吸毒的人」牢牢綑綁，卻無法透視「吸毒的人」這四個字背後建構的意涵。

吸毒成癮的人被視為是心理治療領域中的困難個案（莊葦，2007），從事藥癮戒治的人都知道改變、復原的歷程漫長且充滿挑戰，用毒的人更知道戒毒乃是一輩子的事（蕭水銀等人，2008），「一日沾毒，終生戒毒。」、「戒毒是一輩子的事。」熟悉藥癮戒治經常聽見的話，令人深深的感受到每個想要戒毒的人，都難以掙脫受毒品控制的宿命感（蔡學貞，2005）。

毒品相關的議題，的確錯綜複雜，投入心力關注的人，從醫學、藥學、法律、心理學、社會學等各個角度建構對於這個國度的理解論述。例如美國精神醫學會試圖透過「耐受性」、「戒斷症狀」以及「角色責任」/「社會功能」毀損的概念，漸漸將成癮的議題朝向個體化歸因。因為從這幾個範疇來論述吸毒行為，可以理解使用毒品除了直接對個人身體心理健康造成損害、對家庭造成解組，與犯罪行為、道德等也有密切的關係（蔡鴻文，2002；張伯宏，2007）。

從個體歸因的角度來看，因為毒品具有成癮性、持久性、一旦吸食戒斷不易（林健陽等人，2008），精神醫學認為毒品對人帶來精神層面的影響，一旦對「毒品」依賴甚至上癮，容易出現瞻望、幻覺等等現象。依據1952年美國所公佈的「精神疾病診斷與統計手冊」第一版（DSM-I）將此類問題稱為「藥物成癮（drug addiction）」，於1968年的第二版診斷標準（DSM-II）中又稱之為「藥物依賴（drug dependence）」，到了1980年的第三版診斷標準（DSM-III）則改稱為「物質使用違常（substance use disorders）」，而到1994年第四版診斷手冊（DSM-IV）整合了更多元的觀點，將此類疾病稱為「物質關聯疾患（substance-related disorders）」。

物質關連疾患分成兩大群：物質使用疾患（物質依賴及物質濫用），以及物質誘發之疾患（物質中毒、物質戒斷、物質誘發之瞻望、物質誘發之持續性痴呆、物質誘發之失憶症疾患、物質誘發之精神病性疾患、物質誘發之焦慮性疾患、物質誘發知性功能障礙與物質誘發之睡眠性疾患）（孔繁鐘編譯，2007）。根據上述分類，可以發現使用這些作用在中樞神經的物質對人可能產生的精神疾患其實非常的多，長期使用藥物會讓報償系統的構造與功能發生變化，這會讓成癮者在停藥後數年甚至數十年後仍回頭用藥，就像電腦檔案「建檔」，一搜尋關鍵字就會出來一樣，極淺的動機與勾子就足以讓他們重蹈覆轍。毒品最可怕的，是會「綁架」腦中的酬償中樞（reward center），

讓酬償的因果關係被扭曲（蕭水銀等，2008），也就形成戒癮不易的緣由，因此對於生理造成的影響不可小覷。

因此從病理觀的角度，吸毒的人一旦出現上述症狀，就會被定義成為「病人」；再則因為法律的關係，台灣的毒品犯罪防治條例，視吸毒者為「犯人」；然而在法律政策變遷除罪化的過程中，漸漸演變成「病犯」的角色（陽士隆等人，2008；蔡鴻文，2002；張伯宏，2007；吳秀貞、林珊汝，2007）。除此之外，也有部分研究直接將吸食毒品這群人與犯罪做因果的連結（江惠民，2007；林佳璋，2008；丁嘉琳，2008），認為這群人信念系統（belief system）受損、有著容易推卸責任、挫折忍受度低、逃避現實等等特質，對於外界事物的看法、往往是錯誤、甚至是扭曲的，對人的信任度低...（胡萃玲，1997；江振亨，2000；安辰赫，2003；江振亨，2003；蔡學貞，2005；江振亨等人，2006；莊莘，2007；顏旻秀，2010），「吸毒的人」這個名詞背後的註解開始現身。

Khantzian (1980) 也指出近代精神分析學家認為物質濫用者是一種自我匱乏的症狀，使用藥物可以保護自己免於直接面對不可抗拒的焦慮、罪惡感等等心理狀態的防衛機轉（引自陳妙平，2004），犯罪社會學家 Reckless 於 1967 年提出抑制理論(Containment Theory)，探討生長在高犯罪率地區的青少年，假如他們有很正向的自重感，則可阻絕犯罪的發生，而其中最重要的就是正向的自我意向和自我強度。其主張外在拉力、內在推力及外在壓力是導致個人吸毒犯罪的原因，而外在抑制力和內在抑制力則是阻絕、抑制個人犯罪的力量。一個人如有良好之自我觀念，則生活在一個誘導犯罪的社會環境中，亦能排斥外在不良社會環境之誘導（蔡德輝、楊士隆，2006）。個人如擁有強而有力的內在抑制力，即使外在社會快速變遷及解組，亦能隔阻於犯罪之外。

很多研究和臨床發現成癮者的心理現象或人格特質包括好奇心及冒險傾向較強、缺乏因應壓力能力、消極的自我概念、缺乏自信及自我肯定、缺乏成就動機、生活空虛、感到孤獨、僥倖心態、認知扭曲與充滿非理性的想法（如選擇性地注意藥物優點）、消極情緒、人際關係不成熟、低度挫折容忍力、不能適當的表達情緒、衝動、焦慮、憂慮、環境適應能力差等（江振亨，2002）。

當研究者認同個人挫折忍受、信念系統（belief system）是受損的，意思是研究過程中將有固定的價值觀，認為吸毒的人對於外界事物的看法、往往是錯誤、甚至扭曲，而且，對人的信任度低（胡萃玲，1997；安辰赫，

2003)。隨這些論述，再次將這群人標籤為「自我匱乏」、「自我觀念不佳」、「缺乏內在抑制力」、「缺乏適應能力」.....等等的人。

不論國內外，標籤式的分類來自許多研究的總結：林建陽（2009）綜括國外學者 Cox（1985）、Craig（1987）、Lang（1983）、Nathan（1988）、Deleon（1994）的研究結果，認為藥物濫用者之主要心理特質有缺乏自尊、挫折容忍力偏低、缺乏自信及自我肯定能力、缺乏成就動機、對性衝動與攻擊衝動無法自我控制、對壓力缺乏因應能力、好奇心太強、冒險性及求刺激傾向太高、動機延緩實現能力太差、對他人及環境充滿焦慮與敵意、社會技巧太差，人際關係不成熟、情緒管理能力太差、性角色及自我認同錯亂、認知扭曲，對外界情境有太多非理性思考、現實感太低或常逃避現實、自我孤立、退縮、社會疏離、內向憂鬱、性的不成熟、容易說謊、常有詐欺行為、價值觀扭曲、生活適應困難、具有反社會人格疾患或反社會傾向、具有邊緣型人格疾患等二十八項特質。

在上述的研究中，似乎看見主流研究論述，以「問題」解決為導向，期待歸因出吸毒者的特質，予以協助及矯正，因此亦有許多研究提出「矯治」「問題」的有效方法（安辰赫，2003；江振亨，2011；江振亨，1999；江振亨，2002；江振亨、林瑞欽，2000；李宗憲，2010；李俊宏、唐心北、張達人，2007；胡萃玲，1997；陳妙平，2004；蔣凱若等人，2005；薛瑞元，2007；江振亨，2007）。其中尤以認知行為治療的療效，更是被普遍認同（江振亨，1999；江振亨，2002；江振亨、林瑞欽，2000；李宗憲，2010；李俊宏等人，2007；2010 反毒報告書）。

台灣與毒品相關的研究、媒體報導共同指出，吸毒人數起伏跌宕、年齡層下降、毒品的種類增加的事實，「吸毒的人」有極龐大的主流研究證明，儘管他們有各種個別的生物社會心理問題，但大部分人有其共通性（Leon, 2000），其人格特質、家庭關係、人際互動等等多需要治療及矯正，而矯正的方式似乎來不及應付這些跌宕起伏的數據。因此，吸毒的人，在這麼多主流論述影響下生命故事將如何形塑呢？「物質濫用」/「過度依賴」的成癮機制論述、咎責於個體「偏差化」/「入罪化」的因由，是否正如林耀盛（引自 Courtwright, 2001）所說，是因為對於成癮現象的過多了解，產生過多被外塑的、編譯了的了解所填滿呢？是否有機會還原吸毒的人原貌，讓外在建構的理解剝落瓦解呢？這亦是研究者將在研究中致力的方向。

## （五）、台灣毒品戒治的演變

在成癮後談戒治，像事後諸葛，因此各國為了要遏止如毒猛獸般而來的毒品氾濫，在毒品問題防治上用盡心力，期待能降低毒品對個人、社會、國家帶來的問題（吳秀貞、林珊汝，2007）。然而如同個人心理戒治模式的探究，不論再如何重視，策略再如何隨著社會變遷而制定、查緝人員更努力掃蕩毒品，從上述種種資料仍發現毒品如水銀洩地般滲入台灣各階層，本節將聚焦於台灣毒品戒治的演變。

2007年法務部針對新店、及台中戒治所的人數統計，再犯率數字已明顯下降（法務部，2007）；但是2008年行政院의統計，發現台灣每天平均有28人因為毒品犯罪入監；當年甫上任的法務部長王清峰發出喟嘆：「台灣在毒癮戒除工作上，說真心話，就是沒有效果（丁嘉琳，2008年9月10日報導）。」根據當年的數據推估，台灣毒品防治與戒治消耗的費用成本驚人，吸毒者的戒治（包括勒戒所、戒治所與監獄），一年需要的費用將近五十一億，占法務部年度預算近五分之一；煙毒犯的回監率高達八成，走出矯治機構的四個人當中，就有三個人會再回來，這些數據顯示這龐大的預算，會重複的用在某一部分人身上，當時衍生出的結論是：『戒治成效不彰』（丁嘉琳，2008）。

每天翻開報紙新聞，不論是動態、靜態，與毒品相關的議題一樁接著一樁，吸引目光的盡是「犯罪方法」、「家庭破滅」等等報導，的確令人無法忽略「藥國」的勢力範圍。儘管也有關於戒癮成功的故事，無法忽略的事實是「毒癮戒治」要消耗龐大經費，要達成效果真的不容易！

時序進入2011年6月，聯合新聞網報導著「監察院調查發現，去年（2010）我國毒品緝獲量創歷史新高；國內毒品犯再犯率高，年齡也提高呈青壯化」；同一天的人間福報新聞網也提到「監委尹祚芊提到受高等教育吸毒人數有增加的趨勢」。法務部2011年1月-5月份的統計數據，亦呼應著媒體的報導。所以毒品累犯、受刑人再犯數據的浮動，是毒品成癮的指標，也是毒品防治的指標（顏旻秀，2010）。

我國政府對於毒品議題的關注，自1993年5月正式向毒品宣戰，2006年6月提出反毒新策略：「拒毒」、「戒毒」、「緝毒」、「防毒」。「拒毒」指防止新的毒品人口增加；「戒毒」針對減少原有使用毒品人口努力；「緝毒」則是致力減少毒品供應；「防毒」則為管控原為合法用途之先驅化學原料或製品及藥品，避免被轉製成毒品。之後，隨著世界的反毒聲浪，2006年成立「行政院毒品防治會報」機制，整合地方社政、醫療、警政、勞政、教育、司法保

護等政府資源，從預防著手，辦理拒毒宣導、毒品戒治、心理復健、追蹤輔導（江惠民，2007），希望透過各種資源的整合，減低毒品議題所帶來的傷害。而聯合國世界衛生組織也將毒品成癮者視為病人，與世界各國取得共識，同意毒品濫用不僅殘害自我身心健康，也會讓個人、家庭、學校社會都付出及慘痛的代價（吳秀貞、林珊汝，2007），呼籲所有人一起反毒、掃毒、協助戒毒。

毒品防治策略演化的內涵，除了用「斷絕供給、減少需求」為戒毒政策的主軸外，開始將藥物成癮定義成慢性且易復發的疾病，認同戒治需要透過醫療的協助，訂定有效的治療計畫。而有效的治療計畫除了要含括個人施用毒品議題，還要結合觀護、更生、警察、衛生醫療及民間戒毒團體，提供成癮者綜合性連續性的戒治醫療服務，如生理勒戒、心理戒治、追蹤輔導，並配合加入職業訓練、道德與宗教輔導以及行為訓練等措施，以協助其適應環境復歸社會（2010年反毒報告書；吳秀貞、林珊汝，2007）。

在法務部所執行的毒品戒治處分執行的方式上，透過多年來各個研究及每年的反毒報告書後進行修正，開始重視心理治療是毒品防治、戒治中重要的一環，專業心理治療與醫療的處遇必須置入戒治體系內。因此在戒治所內開始納入各種心理治療模式。台灣因毒品犯罪進入戒治所接受矯正處遇，其過程分為調適期、心理輔導期及社會適應期三階段；三個階段皆是針對個人生理及心理的準備，如調適期處遇重點在培養受戒治人之體力與毅力，增進其戒毒信心；心理輔導期之處遇重點在激發受戒治人之戒毒動機及更生意志，協助其戒除對毒品之心理依賴；社會適應其則著重重建受戒治人之人際關係及解決問題能力，協助其復歸社會。處遇模式透過認知、教育、矯正的概念，希望受戒治期間，能與受戒治人一起面對毒品議題，此政策回應政府反毒的決心（2010年反毒報告書；楊士隆等人，2008；李俊宏等人，2007；蔣凱若等人，2005）。

近年來針對戒治所內實施的團體心理治療的研究證實，認知行為治療團體治療對於受戒治人（成癮者）有一定的成效（楊士隆等人，2008；蔣凱若等人，2005；李俊宏等人，2007）。不過楊士隆（2008）等人進一步指出，許多戒治課程，用單向的衛教方式，無法深入毒癮者內心，欠缺雙向溝通模式也較難深入處理毒癮問題。研究者在實務工作中，也曾遇過成員針對平日在戒治所、山莊的上課內容感到吃力與無趣的說法，而多份研究也有相似的評論（蔣凱若等人，2005；李俊宏等人，2007）。

綜觀而論，與毒品相關造成的犯罪行為對社會及國家造成極大的威脅（王一芝，2002；2010年反毒報告書），所以除了以打擊犯罪行為、緝毒為主要的行動之外，開始回歸到造成毒品問題的「人」，提醒人們更要專注在身體的健康議題，期望能夠以更多元，或是找到更貼近核心的方法去因應毒品議題。

在這樣的脈絡之下，2006年9月12日法務部與衛生署立某精神療養院簽訂作契約，辦理「毒癮戒治暨社區復健計畫—法務與醫療合作模式」。針對離開監獄、戒治所之吸毒犯或毒品成癮者，脫離司法機構戒癮處遇、或是結束門診、住院治療後的自願者，提供無藥物及司法強制性的居住性治療環境，透過結構性及非結構性的活動，促使物質成癮者改變其認知、態度及行為，學習及內化社會規範，發展更有效的社交技巧，建構其新的人生觀及價值觀，具備不再用毒品之後的社會生存能力。實施至今，漸有報告說明治療性社區在台灣實施之正向成效（2010年反毒報告書；薛瑞元，2007；江惠民，2007；李宗憲，2010）。

總之，隨著社會現象的變遷，當代社會的多樣性、異質性、混種性與社群性，已然跨越種族、階級、性別藩籬。毒品成癮議題，已經無法再單純以偏差化、入罪化的觀點看待（林耀盛，2002，引自 Courtwright, 2001）。從前一旦涉及毒品就是「犯人」的單一視框，已經發展到從「生理—心理—社會（biopsychosocial）」來看待吸毒的人成癮、犯罪的因素，進而採取更多元的因應策略，協助人們戒除毒癮。

近年台灣在毒品議題上開始透過法務、警政、衛政、社政等系統不遺餘力合作，認同此一議題用單一方式執行無法有效；個人成癮亦無法用單一的理論來解釋。不可否認個人是系統中的核心，吸毒者與毒品的關係，對於政策的執行有一定影響。

雖然研究認為認知行為治療可協助人檢查自己的行為和思考模式，對於戒毒有一定的成效（蔣凱若等人，2005；江振亨，1999；楊士隆等人，2008；李俊宏等人，2007）。但是成癮的因素複雜，呈現出來的問題也多元，每一個人成癮的起因皆不相同，個人和環境的互動，會導致多變的結果，物質成癮是一個系統動態變化的結果（陳妙平，2004）。人一旦從環境中學習到因應事件的方法，便會透過反饋系統成為其面對事物的思考模式，也會產生其應對的方法（蔣若凱等人，2005）。所以毒品戒治不僅需要關注政策的轉變，也需要理解戒癮不僅僅是戒除生理上的「身癮」，還需要重視心理層面的



「心癮」的思維（王一芝，2002；蔡學貞，2005；江振亨，2011）。台灣由政府推動成立的治療性社區，便是整合了上述概念的一個嘗試。

### 三、治療性社區

「治療性社區」(therapeutic community) 戒癮模式，在毒癮戒治的選項中，越來越受到重視（2010年反毒報告書；薛瑞元，2007；江惠民，2007；李宗憲，2010；湯宜朗，1997）。其模式有別於監獄或戒治所，不是單純的「管理」，而是富含治療性因子的課程或生活，期待透過24小時共同生活的團體動力，來促成個體的改變（Leon, 2000）。核心在團體生活中「同儕的影響力」，所以強調的並非是控制藥物的依賴所產生的生理狀態，更重要的是透過「社區的生活」對人進行「改造工程」。

#### （一）、治療性社區的發展及核心概念

治療性社區的發展可追溯到1921年基督教路德教會以恢復純真、聖潔生活為宗旨成立的「牛津團體 (Oxford group)」，1935年 Bill Wilson 和 Bob Smith 兩位受了牛津團體的影響，創立了戒酒匿名會 (Alcoholics Anonymous, 簡稱 AA)，讓想要戒掉酒精成癮的人每天有可以聚會的地方；而後，1958年 Charles E. Dederich 延著 AA 的方式於加州創立 Synanon，除了針對酒癮，也發展藥癮者的戒治方案，因而成為現代治療性社區的前身，1963年 William B. O'Brien 在紐約創立了 Daytop，其性質與 Synanon 類似，至今仍提供許多的毒癮戒治課程，也發展出專業的訓練（安辰赫，2003；Daytop, 2011; Leon, 2000；）。不論是以宗教、哲學、精神醫學及社會行為科學為其核心宗旨，社區是為了讓成癮者走向健康之道的治療（Leon, 2000）。

基礎在經由物質濫用同儕組成的社區來治療這個人(whole person)，然後再擴展到家庭、教育、職業訓練、醫療、及精神健康服務，原本接受戒治的居民，逐漸轉變成工作人員，也視社區發展的狀況逐漸增加精神健康、醫療、教育人員比例，配合其他輔助性專業人員一起提供治療。但在 Leon (2000) 所提出的治療性社區模式中，對於專業人員或工作人員的專業訓練，提出一定的準則，尤其希望透過精神醫學、心理治療、及社會工作三個面向專業的合作，讓接受戒治的人朝向全人的改變。

治療性社區模式根據 Leon(2000)的論述，是由個體組成的共同利益團體，涵蓋硬體及軟體兩個層面：硬體是指生活、活動、治療等等活動空間；軟體則為課程、生活的規劃，如個別會談、團體治療、家族治療、活動治療、晨會、晚會、社區居民大會、獎賞制度、進階制度、生活規範（餐聽禮儀、就寢時間、教室使用規範....）、外出購物、金錢使用規範等。社區中個人的企圖、信仰、資源、偏愛、需求、危險等等因子，都影響社區中個體的特質以及團體及凝聚的程度。所以其模式便是讓居住在社區中生活的人，透過硬體結構、治療計畫、社會組織、日常生活，改變個人在生活型態及自我認同，助其展開沒有毒品的生活。

這樣的治療模式，另外的關鍵點是居住的時間。傳統治療性社區，居住期間由起初規劃 2—3 年，現今修正為 6—12 個月，近期針對居民的特性、臨床現實、及費用考量下，發展出修正模式，時間可以為 3、6、12 個月，以及治療性社區之日間治療(TC-oriented day treatment models)。因此在研究者的理解中，治療性社區重視居住者的個人經驗與參與程深度，需要透過足夠的時間內，讓來自個人的復原經驗與知識得以傳遞（Leon, 2000）。

就治療性社區的觀點來看，吸毒是一個全人的問題，會影響一個人大部分甚至全部功能。最典型的是影響認知行為的功能，思考可能會不切實際或混亂，價值感混亂、甚至是反社會人格。吸毒的人通常會出現語言、閱讀、寫字或行銷技巧的缺陷；從宗教的角度來看，道德靈魂破產很明顯，而且對自己或他人出現傷害性的行為。使用藥物是症狀，不是問題的所在，所以要治療的除了濫用的藥物與濫用的方式之外，更核心的是使用者的行為、態度、價值生活方式。所以治療性社區的立論承認，居在在社區的居民，多數家庭關係存在問題（如家庭暴力、小孩忽略與虐待）、脫離主流社會生活模式、個人有輟學經驗、犯罪行為、對他人使用暴力、工作障礙、不安全性行為、漠視健康等等狀況；他們在進入毒品世界之前，生活上可能遭逢困境，如社會經濟的不利、家庭失調、無效養育、負面角色、偏差社會學習、早期對抗性的人格特質，一旦成癮之後，上述原因成為他們認定自己使用毒品的理由（Leon, 2000；安辰赫，2003）。

Leon 進一步指出，當成癮者使用上述事實合理化物質使用的原因、及解釋自己成癮的因由，希望藉此得到寬容的對待時，其實是被尋找藥物及使用藥物給控制住了。因為他們內心認為造成藥物使用的原因是外界無情的現實。於是在這些歸因之下，吸毒的人開始喪失自我，對生活失去熱誠。所以在治療性社區的可成安排中，居民需要許多發自內在的動力去完成生活所

需，希望從生活的細節開始，讓生命有重新經驗的機會（Leon, 2000; Morgen, & Kressel, 2010）。

居住在社區的人，對於毒品還是有渴求的慾望，尤其在社區生活過程中，人際互動的張力，可能會成為觸發吸毒慾望的媒介（Leon, 2000），但也因此，社區鼓勵居民去面對渴求，並在各個課程中與渴求對話（安辰赫，2003）。因為增加自我的覺察、反應生命真實的經驗，也是治療性社區中強調的第一步。

另外治療性社區也非常重視個人責任，以及對社區活動、課程的參與，因為社區本身就是一個治療媒介，所以如果居民完全參與社區中所有角色與活動，則對於個人的改變將有助益（安辰赫，2003）。因為這個概念相信，許多時候從與人相處的互動或課程中，便可以聽到、學習到與正確生活的訊息和方法。而且當個人願意將危險因素坦白與他人分享、承認自己的弱點，那麼會產生一種新的情緒經驗（emotional experience），並增加個人對自己處境的了解（Leon, 2000）；如果居民真誠的遵守每天作息規範，則穩固

（consistency）的習慣與表現會發展出來；如果居民百分之百的努力於他的工作以及其他社區的義務，那麼他們的工作與任務一定能完成；如果居民追求諮商、傾聽與應用所聽到的，那麼同儕與工作人員的諮商將有助於自我改變。居民一旦積極參社區活動，人透過人際互動的張力，對治療上與教育上的衝擊便會開展。

從上述幾個「如果」可以見到，治療性社區視居民參與方案與涉入社區的程度是改變過程的動態元素，從選擇性參與（engagement）、完全投入（immersion）、減少參與社區內活動轉而多參與外社區外活動（emergence），為三個層次。也藉此描繪出個人由一個階段到另一個階段的改變過程，每個階段的參與符合社區期待深化了個人涉入社區的層次，也因此強化了進一步參與多面向的改變。

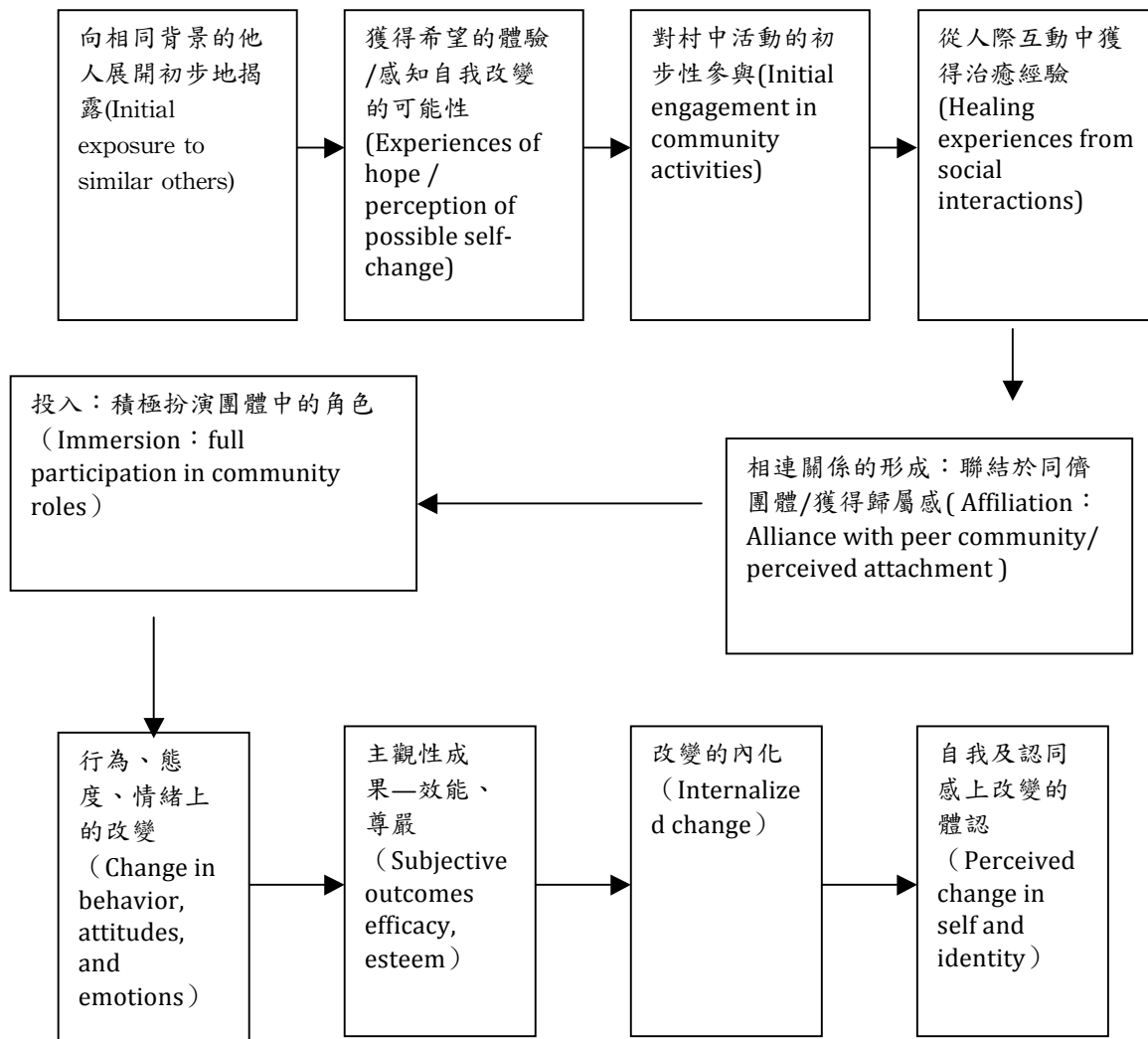
總結歸納，治療性社區的方案模式的要素，及其治療歷程確有其核心概念及層次，茲整理如下：

表二 治療性社區方案模式必備要素（Leon, 2000）

要素	內涵
社區分離	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ 每一個治療性社區都有自己的名字，經常是由個案想出來的且坐落在和其他機構或單位，和藥物有關的環境分離。</li><li>➤ 入住後，和外界隔離幾個月，接下來開始可以短期外出。</li><li>➤ 治療性社區取向的方案，「環境」為其重要因素。</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 成員逐漸疏遠舊的網絡並與和方案中不使用藥物的同儕建立關係。</li> </ul>
<b>一個社區環境</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 設施的內在環境是為促成一種團體感覺與集體活動空間。如，團體，聚會。</li> <li>➤ 以簡潔有力的詞彙張貼社區哲學標語，增強正確生活與復原的訊息。</li> <li>➤ 以白板或告示版公開所有參與成員的姓名，年資，工作功能。</li> <li>➤ 以白板告示每日的課程。</li> <li>➤ 這些可看到的呈現了與個體可以關聯與理解的方案的組織圖像，以促進聯繫。</li> </ul>
<b>社區活動</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 為了有效的被利用，治療或教育的服務必須在同儕社區的背景提供。</li> <li>➤ 因此，除了個別諮商，所有的活動都採用集體的形態。</li> <li>➤ 這些包括，至少一次每日的用餐由所有成員準備，提供，分享。</li> <li>➤ 每日的團體課程，聚會與研討會；團隊工作功能；休閒活動；慶典儀式（譬如，生日，階段結業，等）</li> </ul>
<b>工作人員的角色與功能</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 工作成員組成包括康復者與其他專業人員（譬如，醫療，法律，衛生，與教育）</li> <li>➤ 兩者必須整合在 TC 觀點與社區取向的基本概念下交叉訓練。</li> <li>➤ 專業技術定義職員的功能（如，護理，醫師，律師，教師，行政人員，個案管理者，臨床諮商師）。</li> <li>➤ 不論專業的訓練或功能，所有職員的一般性角色都是社區成員。</li> <li>➤ 以合理的權威，催化者，與自助社區方法的指引者，取代提供者與處置者。</li> </ul>
<b>同儕作為角色模範</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 成員表現出預期行為與反映出社區價值的可視為角色模範。</li> <li>➤ 社區的強度和角色模範的數量與品質有關，是社會學習的背景。</li> <li>➤ 期待所有的社區成員都可成為角色模範—室友；年長與年輕居民；資淺，資深與主管職員。</li> <li>➤ 社區需要這些多重角色模範來維持社區的統整性與確保社會學習</li> <li>➤ 效果的延伸。</li> </ul>
<b>結構的一天</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 課程結構和治療性社區觀點有關聯，尤其對人與復原的看法。</li> <li>➤ 有秩序、例行的活動，對抗個案的吸毒時期病態特性生活，並且遠離負面思考與無聊，那些會誘發物質濫用的因素。</li> <li>➤ 社區結構性的活動會催化個體在時間管理、計畫、設定與滿足目標上，學習自我規劃與結構。</li> <li>➤ 每天有一個正式各種治療與教育活動的課表，包括清楚格式，固定時間，與程序。</li> </ul>
<b>工作作為治療與教</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 符合自助的取向，所有個案都要負責每日的設施管理（如，清潔，課程，用餐準備與提供，維持，採購，安全，課程協</li> </ul>

育	<p>調，團體準備的雜事，聚會，研討論活動等)。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤各種工作角色調節教育與治療的效果。</li> <li>➤職業功能是透過參與、提供技巧發展的機會，強化與課程的連結，並透過完成挑戰與計畫內的責任來促進自我檢視與個人成長。</li> <li>➤職業功能的廣度與深度取決於計畫的設施與個案資源</li> </ul>
階段的形 式	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤治療計畫與教育活動都被組織成階段反映改變過程的發展觀點。</li> </ul> <p>一、強調每一個階段增加學習，個體一步一步的往復原的階段走。</p>
治療性社 區的概念	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤以正式與非正式的形式教導「治療性社區」模式觀點的課程，尤其自助復原概念與正確生活的觀點。</li> <li>➤有關的概念，訊息，與課程在各種團體，聚會，研討會，與同儕互動，讀書會，標語，個人書寫中不斷重覆。</li> </ul>
同儕面對 團體	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤社區或治療性的團體是「面對」。</li> <li>➤如果需要的話，在治療性，教育性，與支持性團體的其他形式下加入「面對」。</li> <li>➤同儕面對最小的目標—提高個人對於需要修正的態度與行為型態的覺察。</li> <li>➤面對過程會因指導程度與強度而不同，這取決於個案的次團體（如，青少年，監所，雙重診斷個案）。</li> </ul>
覺察的訓 練	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤所有治療性與教育性介入包括提高個體對她們的型危與態度對她們自己與社會環境的影響的意識。</li> <li>➤透過其他人的態度與行為覺察自己受社會環境影響的歷程。</li> </ul>
情緒成長 訓練	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤透過人際與社區生活的要求，教導個體如何辨識感覺，適當的表達感覺，與建設性的管理感覺，達成個人成長與社會化的目標。</li> </ul>
計畫性的 治療期間	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤計畫適當的長度需要符合復原的目標與改變過程的發展觀點。</li> <li>➤個體在計畫中需要停留多久取決於他們復原的階段。</li> <li>➤治療性社區的療效有最短時間居住的要求（3—6個月）。</li> </ul>
持續性的 照顧	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤後續照顧是必要的成分。</li> <li>➤後續照顧的觀點與取向必須與治療性社區中主要的治療有連貫性。</li> <li>➤正確生活、自助復原與使用同儕網絡是必要的。</li> <li>➤增強適當的職業訓練、心理衛生教育、社會資源連結能力。</li> </ul>



圖一 治療性社區戒癮歷程 (引自安辰赫, 2003)

## （二）、治療性社區在台灣的發展及相關研究

2006年以前，治療性社區在台灣接由民間機構辦理，尤以宗教機構為主。晨曦會是協助吸毒者以治療性社區模式戒毒的先鋒機構，除了晨曦會之外，國內還有「沐恩之家」、「主愛之家」兩個透過基督教信仰來幫助藥癮者戒毒治療性社區。其中晨曦會福音戒毒村有13個據點，影響較為人知，因此國內的戒毒治療社區相關研究，多是以晨曦會為研究場域進行，而本研究以法務部與衛生署合作辦理之治療性社區之居民為研究對象。因此下面分別介紹兩個機構及其相關研究。

### （一）晨曦會

晨曦會戒毒工作始創自香港美門浸信會陳保羅牧師。劉民和在香港晨曦會戒毒成功之後，1984年與妻子及教會弟兄夫婦來台，開始從事台灣的福音戒毒工作。1989年成立財團法人基督教晨曦會，目前在台灣有十三個據點。接受晨曦會輔導之戒毒者須在該會戒毒村居住一年半，過程分四個輔導階段，以身、心、靈性及職能訓練等全方位復健為輔導內容（安辰赫，2003）：

第一階段：斷癮。目標：適應家生活，身體恢復健康。

第二階段：康復。藉著農場式的生活方式，輔導男學員人格重建，鼓勵學員自己種菜養畜；女學員藉著家庭生活，由工作中操練責任，產生良性的團隊默契及自我肯定。

第三階段：靈性。輔導學員在思想更新中建立人我互動的關係。

第四階段：紮根。賦予戒治穩定的學員責任照顧新學員，擬訂出村/家後之生涯規劃（引自晨曦會網站；安辰赫，2003）。

安辰赫（2003）對於基督教輔導的歸納，晨曦會傾向以基督教救贖人類的勸戒式輔導，希望人要有「認錯與悔改」的觀點，在神面前悔改，並憑藉著愛遵行神的律法，來到到戒毒的目標。

## （二）法務部及衛生署合辦之治療性社區

此為台灣唯一由政府部門跨部會合作的戒毒治療性社區。由於承辦單位為衛生署立某精神療養院，因此機構的工作人員均是來自由精神醫療的專業人，包括成癮治療專科醫師、護理師、職能治療師、臨床心理師、社工師等。目前僅收男性，經過評估入住著的居民，以個案管理方式，與其個案師討論治療性計畫、告知山莊守則，分配房間、值日生工作，開始加入社區生活。

事實上，此社區建構模式是以 Leon (2000)所著「The Therapeutic Community: Theory, Model, and Method」為藍本，執行概念亦沿著其理論架構開展，但在課程設計、生活管理、以及重視的內涵，則傾力置入本土的文化。近年來執行效果報告，多由政府機構執筆，以整體的效益評估為主（2010年反毒報告書；薛瑞元，2007；江惠民，2007；李宗憲，2010），至於課程內容或居民復原歷程的研究則尚未見到。

其運作的模式以及居民入住的條件如下：

### 一）、基本精神

治療哲學在於「全人的改變」，強調完全戒除（abstinence）的觀念，除了本身不再使用毒品外，擁有處理生活上各種問題的處理技巧及能力也是課程核心。社區在治療的過程完全不使用藥物，以「drug free」的環境為主，治療媒介就是「社區」，精準的說是「在社區生活」。在生活中以結構性及非結構性的互動方式，影響原本與物質有關的態度、感知與行為，促成改變（黃耀興，2009）。

因此，治療方式中的活動、團體治療、個別心理諮商是治療的縱軸，時間則是橫向軸。構築於這兩個面相中的交會值，則為提昇自我效能、內化社會規範價值觀的認知與行為，交織成為居民離莊後可以持續過遠離毒品生活的織錦。

### 二）、收案來源及入住條件



除了自願前來求助之外，也接受醫療、司法、宗教等等機構轉介，例如以地檢署、法院觀護人轉介。

治療性社區的入住條件，包括了：

- 成癮行為者（毒品、酒精、賭博）
- 需要完成急性解毒治療者（已停止用藥、無戒斷症狀），經過團隊評估後，適合入住者（評估包括動機、重大心理疾病、藥物使用檢測呈陰性，並且排除縱火犯、有自殺企圖、嚴重精神疾病患者、需要每天服精神科藥物者）

### 三）、相關研究

台灣以治療性社區為主題的研究，有兩篇：

胡萃玲（1997）以晨曦會受訪者進行的「藥癮復原者的藥癮歷程及相關因素分析研究」。深度訪談三位出自晨曦會的藥癮復原者，結果發現「晨曦會」本身做戒癮治療模式提供的功能有：1.成功的希望。2.可資學習的戒癮復元者楷模。3.具保證與管理的戒癮環境。4.真實而無條件的愛與關懷。5.生活的鍛練與重建。6.教導體系完整的人生觀（基督教信仰的教義及思想）7.漸進的工作磨練與自信心。8.成功經驗的自我肯定和鼓舞。宗教信仰為戒癮所提供的治療功能有：1.透過信仰中真實的特殊體驗使受訪者產生「相信」。2.信仰的慈愛與救贖使靈性復甦而罪惡感釋放。3.信仰中「無條件的愛」使個體重獲自我價值及安全感。4.信仰提供一套完整的人生解釋、價值及人倫規範。5.信仰賦予了重要的生命意義感。6.信仰中的經典章句帶來支持和指引。7.信仰中固定的靈修生活具有提昇內省力的功能。8.信仰團體提供工作與社會適應的資源。9.信仰中的教友聚會及友伴網絡提供歸屬感與社會支持。10.信仰指引了人生目標的確立與定向。

安辰赫（2003）「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」則是近期以治療性社區為主的碩士論文。研

究者以自身進入晨曦會做為期 32 天的實際參與生活，完全融入戒毒村成員之生活，最後以十一位晨曦會苗栗戒毒村中，接受戒治輔導的成年男性藥癮者為受訪者，以深度訪談探索治療社區中促成復原之改變因子，並論述因子出現的脈絡。其結果發現戒癮的歷程可分為「排毒期」、「戒毒期」、「維持期」等三個時期，並且包含三方面更新關係的脈絡；此外，戒癮歷程中按照時間的進展，呈現出「身體復原」、「心理復原」、「靈性復原」等復原特徵。

晨曦會之治療社區戒毒模式，藉由特殊的環境管理，以及福音戒毒的信仰體系，在每日生活安排中，靈修、主日崇拜、晚禱為其主要的課程活動，讓成員產生「更新與自己的關係」、「更新與他人的關係」、「更新與神的關係」等三方面關係上的改變；有三十六個改變因子，其中「與環境隔離」、「簡樸生活」、「同質團體」、「同儕約束」、「嚴謹管理」、「過來人榜樣」、「他人借鏡」與治療性社區的立論相符，我想，透過 24 小時的共同生活，卻有其效益。其他的因子，則與宗教、福音較為相關，顯示福音藥癮戒治治療性社區，確能使成員或獲得身心靈的全人改變。

### （三）、人在「治療性社區」中之我思

治療性社區強調人與人從互動、學習到改變的概念，因此除了日常非結構是的生活外，團體課程亦是重要媒介。在以精神醫療團團隊為主的治療性社區中，團體心理治療是重要的核心課程。此時團體領導扮演著重要的角色，一位團體領導者的哲學觀、世界觀對於治療有極大的影響（Yalom, 1995; Corey, 2005）。在成癮團體治療的相關研究中，少數提到認知行為治療團體，領導者多使用「面質」、「衛教」等較為直接、或教育的對話方式（李俊宏等人，2007），至於團體帶領者個人風格，如何影響團體療效，在研究中並未提及。

治療性社區，運用認知行為治療概念演化出晉級模式，用以鼓勵居民盡到所有義務後，以獲得更多的權力（薛瑞元，2007）。這樣的作法，在實習時經常感受到社區內生活的張力，也趁此機會反思自己的感受從何而來？隨著社會在資訊傳遞、交通運輸、家庭結構、以及近年天災頻傳等等的變遷之下，生活情境的轉變，比人適應能力快很多，常令人來不及因應。用敘事治療的概念來說，就是我們需要不斷解構原本的建構的認知概念，才得以在變遷迅速的社會中安身。研究者受 Gregory Bateson (1904 – 1980)、Michel Foucault (1926–1984)、Harlene Anderson、以及敘事治療創辦人 Micheal White (1948–2008) 的影響下，對於人與控制論的關係，期待自己擁有更寬廣的詮釋空間，對人的理解能有多元的視野。因應這個變遷中的時代所產生的後現代取向的心理諮商、治療模式，重視多元文化及生態系統等等的概念，引領思索方向，以如何與治療性社區核心概念合作為核心，透過身體敘事治療的方式進行團體，提供受「問題」綑綁的人們，看見綑綁住的繩結，發展自我覺察以及對話的能力，遇見生命故事中許多隱而未現的努力，找到自身改變的力量（White, 2007；White & Epston, 1990）。進入改變第三階段（emergence）、離開治療性社區之後，能夠清晰知道自己的改變歷程，在巨系統的生活下，還能為自己的無毒生活把關。

Leon (2000) 長期投入成癮治療社區的實務工作、是一個方案推動者、工作者訓練者以及成癮治療社區的研究者。在他的觀點中，認為需要承認吸毒的人的失序是一種全人的失序（a disorder of the whole person）。人在吸毒之後不僅造成情感和行為上的問題，與社會的連結也完全崩潰，社會功能瓦解，嚴重扭曲的價值觀讓人際溝通和生活功能的退化，導致生活的全面失序，這是一種道德和靈性的崩潰（moral and spiritual bankruptcy）。但是對吸毒的人抱持此種觀點的工作者，要清晰的知道，問題不在於藥癮的症狀或外顯行為，而是這個「人」本身，因此主張以長期隔離的同儕團體的生活形式，來改變藥癮者的思考、行為、人際技巧以及生活方式的重建（Leon, 2000）。

至於治療社區的復原歷程的部份，Leon 認為治療社區戒癮工作模式已經發展了三十多年，目前已經有許多研究，傾向證明治療社區的模式對藥癮者有正面的影響，並且影響力比其他的戒癮模式來得高；但是，關於這個影響的內涵，也就是治療社區內的歷程和治療因素方面的研究，在台灣尚無研究論述。研究者選擇這在台灣仍算年輕的毒癮戒治治療性社區作

為研究對象選擇的機構，雖是基於實習階段的觸動、以及本身在療養院工作的經驗，但是經過上一個敘事治療團體的執行，確實隱約見到山莊提供了一個穩定的物理空間、與寬廣的心理空間，讓居民在毒海浮沈的日子中，找到靠岸的港口。

因此，本研究雖然以居民在「身體敘事治療團體」中的經驗為主體，不可否認生活經驗對在人的故事中佔有很大比重，相信研究文本中，亦可見到治療性社區與居民交互影響的足跡。

#### 四、 身體敘事治療的哲學與實踐版圖

「身體敘事治療」是研究者從事精神臨床職能治療工作多年後，對於自己所受訓練運用在臨床工作的整合，因此在台灣相關論文還很有限，因此在文獻的論證上，研究者將以整合基礎之「敘事治療」、「舞蹈治療」、「身體心理治療」為主軸，兼之敘述整合的脈絡。

##### （一）、從身體到心理治療的版圖

Yalom (1989)曾經說，心理治療過程中，重要的是行為，不是話語，從事團體心理治療的人，會理解在團體中沈默的張力對人的影響。反之，對於以身體作為心理治療媒介的治療師來說，身體隨時隨地充滿了語言，姿勢 (shape)、動作質地 (movement effort)，都是訊息的來源 (劉美珠，2001；洪瑩慧，2006；Chace, 1975; Caldwell, 1996; Caldwell, 1997; Bartenieff, 1980; Chunhong, 2005)。

吳英璋 (引自李宗芹，2001) 認為身體與動作潛藏著豐富且多樣的情緒、語言和思考的訊息，所以善於表達和溝通的人也善於使用身體動作。事實上，身體心理治療便是透過身體，陪伴人一起尋找思考未曾覺察、聲音語言無法表達的心理困擾、衝突、憤怒等受壓抑的感知 (Dychtwald, 1998; Caldwell, 1997)。

在心理治療中，有許多治療師非常重視身體訊息，在他們的治療方式中，重視身體訊息的傳遞，也帶領人們重視自己對「身體—心理」訊息整體的覺察 (洪瑩慧，2005；李宗芹，2009；Caldwell, 1997)，相信身體語言總是先於聲音語

言，身體動作更能直接對內在訊息的反應，而且從不說謊（Dragon, 2008; Navarro & Karlins, 2009），只是因為身體在被物化的過程中，忘記了身體其實是一個不斷改變的有機體（劉美珠，2003；張郁婷，2009）因為認為有覺察才有覺醒（Caldwell, 1996），認為身體訊息是通往治療的道路，專注於身體記憶，為無法言說的情緒找到表達進而轉化的道路。

另外身體在此處指的是由希臘文起源的 Soma 一詞，意指身體為一個完整的生命體，不僅可向外展現動力、表達、完成日常生活所需，還可以透過更細緻的覺察，而發現自我感知世界的方式（Hanna, 1983）。也就是身體動作自有其深層意涵，可以反應「我是誰」、「我有何需求」、「我如何掌握自己」等等內在的盼望也是一種存在當下當刻的自我感知、自我體察和自我調整後的狀態。換句話說，Soma 所指涉的身體是有心性的，富含不同情緒感受、動態和流動的身體，所以人可以透過覺察身體訊息，與真實的自我相遇，並能學習享受當下每一刻的自我覺察（林大豐，2001；張玉佩，2005；柯婉真，2008；Minton, 2003）。

## （二）、敘事治療與後現代、社會建構主義的同盟關係

將敘事治療的思維方式、對話方法作為聆聽身體訊息以及轉譯的媒介，因為敘事治療植基後現代解構思維，允許多元的訊息在同一個空間中存在，重視當下的創造（White, 2007）。

敘事治療創始人之一 Michael White 受到傅科（Michel Foucault，1926/10/15－1984/6/25）思想對現代歷史和哲學分析的影響，就其「知識與力量」（knoledge as power）觀點之下，發現在生活中當知識成為唯一的真理時，人的思考與模式都會受其影響，社會中的主流思考、生活模式於焉而生，知識成為人類生活唯一的技術。於是人常常因為生活在地方性知識的建構下，對於自己生命經驗到的故事和主流知識下的故事互相矛盾時，對自己不同於主流文化的經驗產生疑問，形成充滿問題的生命故事（肖凌、李燄，2010；White & Epston, 1990）。

在「敘事治療」的光譜下，會見到許多後現代主義影響的足跡，包括看見個體被主流論述所壓制的故事、重視每個人生命的獨特性、讓人不直接等於他所陳述的問題故事等（吳熙瑛，2006；張君玫譯，1999；White & Epston, 1990），

「敘事治療」透過對話，在人與問題之間開啟一個可以工作的空間，讓改變可能產生（洪瑩慧，2006）。

從社會建構的角度來說，人們習慣透過將自身經驗以類比的模式來理解，因此會不斷建構一個可以依準的類比表，對於身處世界賦予意義。類比的概念習慣為「現象」建構「問題」資料庫，然後再建構問題的解決方法。White 和 Epston（1990）認為人們總是透過類比的方式檢查世界，建構自己理解世界的方式，而且人的類比思維總是受意識型態與主流（大多數人認同、習以為常）文化影響。不同的類比有其特性、自有的意義，當人們採取某一特定的類比詮釋世界，便會發展出其獨特的效應。

White 和 Epston（1990）提出他們所理解的類比建構，試圖呈現社會科學理解人們的類比模式：

表三 類比表（引用自 White & Epston, 1990, p.8）

類比典範	建構之社會組織樣態	建構出來的問題	建構出來的解決因應方式
實證論物理科學	社會像是精密的機器，由和水力建造機械	崩潰、不足、逆轉、傷害	將原因分離，準確分析、修復、重建、矯正
生物科學	似生物體	表示潛在的問題，是一種機能，具有功用，實在的	辨識病理、修正診斷，操做與演練病理
社會學	遊戲理論	認真的遊戲	策略、動作
	戲劇	起居式戲劇	角色、劇本、演出
	儀式過程	成年儀式	轉移一分離，在中間的，再結合
	文本	行為文本	演出主流的，壓制性的故事或知識
			競賽、反制、策略
			修正角色、選擇他種戲劇形式
			定位，找出位一和位二之間的特性
			為新故事的寫作打開空間

從上述的類比表，令人再一次跌入類比模式中。在類比模式底下，人豐富的生活經驗會因此被淹沒在社會建構樣態、問題及解決模式底下；若經驗的存在，可以被看見，被跳脫視框的創造，因此，類比表成為一個參考架構，讓經驗產生

或重生出不同的經驗意義。在敘事治療的概念中，每一個生命都是努力面對問題的主角，重視經驗意義再創造的過程（White & Epston,1990）。

於是以「敘事治療」為取向的實務工作者，開始帶領著人們看見自己與主流論述、社會建構的關係，進而攜手解構、創造並重寫自己生命故事的歷程（林杏足等人，2009；彭信揚，2009）。並且透過理解敘事治療的哲學思維、精緻語言的運用方法，讓研究者得以理解人們（包含自己）在社會建構下所產生的自我認同脈絡。

閱讀物質成癮相關文獻時，感受到龐大的主流價值觀撲天蓋地而至，經常無法書寫，卻也反見自我淪陷於主流論述、被論述者相處經驗間的衝突，陷入困頓狀態。White（2007）置身於敘事治療實務工作時曾說，每一位治療師帶著敘事治療地圖，進入一個新領域時，都需要花上一段相當長的時間，才能感到熟悉並游刃有餘；而訣竅只有一個：練習、練習、再練習。一個解構舊有建構的歷程著實不易！

「戒毒」者與進入「藥癮戒治」領域者，都需要時間接近「藥國」地方性知識，與自身價值觀交涉，理解人們受影響的脈絡。對於雙方來說，都是一個嶄新的經驗與學習。

敘事不是神奇棒，只因其相信外化人與問題關係，解構相信人們因社會建構產生的問題故事，不用一般的量尺來看待每一個人是重要的。而將敘事的思維與對話方式與身體工作整合，將更增加語言訊息的豐富性、增加對話的創造空間。

### （三）、「身體敘事治療」與「毒癮戒治」交會前的對話

這一節，稱之為「身體敘事治療工作者」與「毒癮戒治者」交會前的對話，是一個研究者進入研究場域前先備知識的整理。閱讀毒品相關的文獻，感覺在看一部社會寫實影片，「藥國」文化的種種，一幕幕在眼前播放。總彙上閱讀到「毒品氾濫和藥物濫用已經是席捲全球的問題。它的禍害，好像毒蛇猛獸再地球上到處肆虐...（朱迺欣，引自 Courtwright, 2001，p.3）」時，深沈的呼吸以及沈重的身體。

這些感受，總會在回到書寫敘事治療、身體心理工作時得到慰藉，好像內在衝突被轉化了，遇見自己建構的烏托邦領域正在漸漸的拓展，開始可以溶解我的

衝突，漸漸感受到自我書寫的效益。也覺察到在我所建構的世界中，「安和樂利」是生活本質，這一個社會教我要避開暴力，感受自己心靈和行為的秩序，將暴力與不安交給更大的國家機器去傷神，寄望警力、寄望人心的道德力量，我只要好好的守著我的心靈秩序，我就可以回到「安和樂利」的生活本質。於是我著手建構我生命故事的規範，對於身邊的暴力、毒品事件報導，好像報導完了事件就會消失，在自己的故事中安在。一直到直接進入「藥國」，報紙、媒體的世界活生生的躍入眼簾、直搗我建構的城牆，或許此時，我進入了另一個真實的世界，兩個世界，正在漸漸形變中。

在研究開始之前，透過先導經驗、文獻閱讀，開始穿梭於不同的現實之間，經驗了轉化，或許此時轉化的面貌尚未清晰，但我知曉：

當人開始敘說自己的故事的時候

他顯示了自己，

並使他開始能從經驗中理解自己。

（余德慧，2010）

陳妙平（2004）在探究成年男性藥癮復發歷程的研究中提到，生活在這個世界的人，都無法忽視個人與環境互動的必然性（陳妙平，2004）。重視當下經驗的身體心理工作與敘事治療呼應著這個說法，嘗試與吸毒者探索建構生命故事的脈絡，試圖理解當我們用「類比」的概念透過語言捕捉「自我」時，「自我」便開始改變，而我們能做的是將過去的經驗，與此時此刻的經驗連接（余德慧，2010）。

#### （四）、小結

在文獻中，與毒品相關聳動駭人故事、毒品與犯罪的數據和國家使用多少資源做毒品查緝、毒癮戒治等資料，似乎不論從社會背景、人口學資料以及國家政策，莫不指向毒品嚴重氾濫的狀態。造成此狀態的「人」，有「販毒的人」、「吸毒的人」以及「因為吸毒而販毒」的人。這些人，被以心理學典型的臨床表徵來看待，背負一種生理、心理健康問題和社會危機的標籤，當他們自己透過類比，



認同主流社會給予的問題故事，讓自己等於犯罪的人、行為偏差的人、逃避現實、不負責任....。

背負這些定義，叫人無法直視生命中想要規避的故事。因此想要戒毒、離開「藥國」，如同治療性社區的警示標語「一日吸毒，終身戒毒」，漫長而艱辛！所有從事這個領域工作的人們都知曉，這是一個非常艱難的工作（莊葦，2007）。

身體敘事治療，相信身體蘊含記憶與訊息，透過覺察身體的律動、姿勢，直接與身體對話，開啟一個承接與創造新故事的空間。「毒癮戒治治療性社區」在台灣正給出一個整合的環境，此社區模式了解身處藥國者各種特殊需求，理解他們的社會偏差與犯罪的「外貌」下，還有可以啟動的內在改變動機社（Leon，2000）。社區中貼著「有心，一定會成功」的標語，希冀透過依據治療性社區理論設計的居住環境、作息、課程，讓戒毒的人遠離每天被藥物支配的生活，遠離毒品及藥友的新環境，重新練習承擔責任與義務，重新感受自己、接觸社會，讓戒毒成功。

## 五、 研究方法與過程

本研究參與者為七位居住在台灣唯一一個由法務部與心理衛生司所屬精神科醫院辦理「毒癮戒治治療性社區」之居民。居民的生命經驗中，均因吸食毒品被裁定戒治、或因犯罪而有入獄服刑經驗。在觀護人或家人的鼓勵下自願或半自願入住。招募階段，研究者至社區，公開說明「身體敘事治療團體」的方向及執行方法，邀請有興趣的居民自願參與。初步確定參與意願後，進一步說明團體的內容、形態、進行方式以及目標，在確定參與意願之後，填寫同意書。

內容說明重視，參與者必須了解自己的參與，不只參與一個團體治療課程，同時也參與了研究。身在其中，不是一個「被治療者」，而是透過團體治療中的互動，成為自己和他人改變的見證者。

邀請參與者時，研究者希冀透過「公開」動機、以及可能創造的療癒力量，並傳遞「尊重」的態度，邀請參與者帶著「自己將從團體中，獲得戒毒力量」的期待共同創造；而在研究的層面上，參與者也必須理解，自己是「被邀請進入現象場貢獻故事的人」，研究文本將被公開，資料收集過程自己所說的話將被以攝影集錄音的方式記錄，最後自己的經驗可能被以「化名」的故事公開，也就是自己將從文本上讀到自己曾經說過的話、以及經過的事，其在團體中的經驗以及團體歷程將

在團體結束後，透過研究者的文本轉譯被發表，而且文本將有機會被有興趣關注這場域的人繼續討論。

### (一)、研究參與者的流失及觸動

研究原本預計邀請八位，參與八次團體。自願加入的研究參與者，共有七位。團體進行到中後期，因各種個人因素，剩下三位成員。成員的流動，亦形成團體中討論的核心議題，契合生命道路中的選擇議題。

每一位團體成員，都帶著自己的歷程，交織在團體動力中。團體在前進、生活也在前進。有不同的方式因應過去生活中類似的挑戰，是團體心理治療重視一環，然而，團體心理治療終究只是生活中的一個小點，隨著成員的轉變，我理解到，團體始終只能開放一個空間，有意識、有目的的拓展經驗，對於改變的影響，我將它視為一顆種子，團體創造出「經驗種子」，在生命中如何綻放，終究需要由生命主人的灌溉與施肥而定。

想起第二次團體結束前的分享，龍冒說：「…人都會被自己過去的經驗束縛住呀! (A2300) …」團體中的他，總是搖擺、旋轉，回應他說他說自己就是喜歡喝酒後茫茫（台語，昏昏、飄飄欲仙之意）的感受。雖然在他參與的五次團體力成，沒有能好好的訪問他的故事，但也隱隱感受到他對自己生命將去向何方有自己的想法。在那次團體結束時，我寫下了：「…活著的我們在探索著…活著的視野是什麼…進入主流規範，會感受到不穩定，只會觀看到自己的格格不入；當進入靈魂，體驗到活著的視野，或許就會感受到力量，或許有機會轉變，但要貼近自己的靈魂自由的活著，不容易吧! (手札 1203191)」，他終究用他的方式展開屬於他的生命歷程，退開了與我們交會的可能。

他在團體中幾次談到自己總是沈浸在酒精中的經驗，身體動作經常有種「醉拳」的影子，腳步虛浮、恣意旋轉、並樂於其中。他的離去勾起我初次在山莊工作時的經驗，一位在團體中談話深刻、對生命有許多反思的同學，在農曆年其間，因為過度注射海洛因意外身亡對我帶來的震撼。冒的無故離席，讓我腦海浮出唐朝詩人李白「將進酒」的詩句：「…人生得意須盡歡，莫使金樽空對月。天生我才必有用，千金散去還復來。…與爾同消萬古愁。」

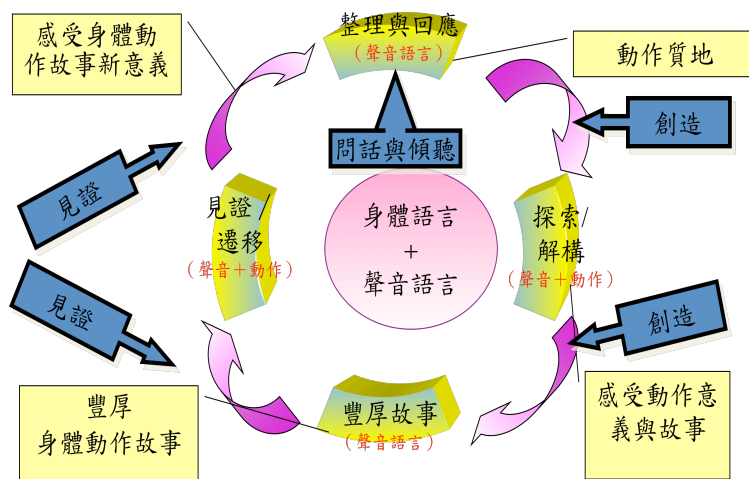
研究者再多的善意、再有反思，都需體會生命總有自己的去向與去處，他人的生命許多時候無法於預計中前行。

Yalom(2002)從不諱言他受惠於與個案共同面對生命極度黑暗過程的學習，他形容自己是一個「同遊者(fellow travelers)」，自己總是與案主共同經歷一場發現之旅。在團體成員由七位變成三位之後，我深深地感受到，敘事治療「每一個人都是面對自身問題的專家」的深意。理解，讓擔心轉為祝福。

## (二)、團體歷程

身體敘事治療團體內涵，從「覺察」、「外化」、「解構」、「豐厚」、「見證」地向度展開創造。團體並沒有既定的方向，就是透過當下的動力捕捉，與成員進入舊經驗、創造新經驗的歷程。

團體的過程以表二的核心概念為依準，專注傾聽語言所闡述的故事，整理所聽見的故事給出回應，並準備進入「以身體演繹或探索」的階段，身體探訪階段；最後再回到團體討論，透過彼此見證進入轉化與遷移階段（圖二）。



圖二 身體敘事治療取向運用於此研究場域之基本思維

哲學思維的部分為承接整個團體進行的核心，將此和新思維轉換成問話的部分運用在「問話與傾聽」、「整理與回應」、「探索與解構」、「豐厚故事」即「見證與遷移」中；另外「創造」與「見證」是針對身體動作展現

的樣態，透過動作繼續的探索或創造，帶領人們更深刻地覺察並與自己身體經驗聯結。

而這兩個部分的整合便是「身體敘事治療」取向中，重視以「身體語言＋聲音語言」表達，進入覺察與轉化的企圖。每個部分的意涵（參酌表二支核心概念）說明如下：

方法編號	內涵（參酌表二）	探訪方向（意圖）
A 問話與傾聽	外化對話	探訪目前狀態
B 整理與回應	外化對話 重寫對話	外化式、整理過的（重寫）回應，讓人成為自己故事的傾聽與凝視者
C 解構與探索	探訪支線故事	凝視舊有故事對自己的影響，並探訪似曾相識經驗
D 豐厚故事	豐厚特殊意義事件的對話	在新故事上停留，讓新經驗樣貌清晰，具體化經驗
E 見證與遷移	定義式儀式、見證人及遷移	探訪關係的力量 將探訪出的力量與生活重新連結
E 創造	身體部位 身體動作質地 空間、時間 互動模式	拓展動作、增加動作經驗、連結動作經驗與生命故事

### （三）、分析方法—拉邦動作分析

拉邦動作分析（Laban Movement Analysis, 簡稱 LMA）是由有現代舞之父之稱之 Laban Ludof Von (1879-1958) 創立，為紀錄動作以及動作中心理意涵的發展有極大的貢獻。其基本核心為身體（body）、動力（effort）、外形（shape）以及空間關係（space），在舞蹈領域中，成為動作的語言符號；運用在舞蹈治療中，則成為探索身體動作之心理意涵的參考值（Bartenieff & Lewis, 1980; 王雲幼，2009）。目前美國舞蹈治療中，拉邦動作分析也屬於必修學分。

團體由兩大部份組成，一為敘事治療問話的概念及脈絡，第二部分為身體動作元素。透過影片、逐字稿以及團體紀錄，歸納動作向度及心理意向之關係。

研究者曾於研讀碩士期間休息拉邦動作分析學分、亦曾於某機構辦理之工作坊以及赴美參與舞蹈治療研習期間，參與拉邦動作分析工作坊。除此之外，碩士論文之動作分析亦以此為主。在教學中、帶團體歷程，均帶著 LMA 之基本概念感受團體成員的動作，也經常意經常使用 LMA 之概念。在此分析的歷程，亦請協同領導給予回饋。有足夠的經驗使用此動作分析方法。

例如：動作描述：「手掌心貼在胸口的動作」與「敢做敢當的感覺」

分類	內涵
Body	手掌、胸口
Effort	重的、停頓的、直接的、快速的
Shape	向內的、跟自我對話的
Space	獨立於空間中

#### 意涵萃取與整合

語言：「敢做敢當」萃取得意義為「責任」

動作：思考明確、自我意識清晰，有強烈的內在動機、積極或有力量的決定、謹慎地採取行動

#### 運用方向

需要發展支線故事、豐厚支線故時，可運用此相近之動作

## 六、 結果

當人們能像別人完全坦露自己的生命故事

仍能得到全然誠懇地接納

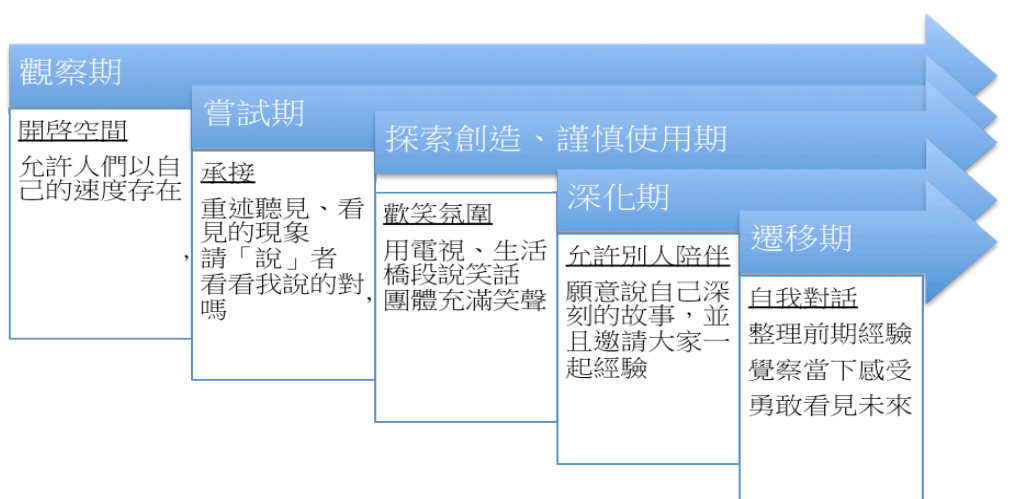
就會是治療上重大的助力

~Yalom(2002)

促成團體產生一股明確的動力靠近「戒毒」這名目標。動力，有這目的，每一次的團體都清晰的現身，讓團體每一次的探索與創造，都有更具體的目標與方向（t02）。

團體是共創的，是由大家身在其中對話產生動力而前進。因此名天在團體中的階段經驗，同時也是團體中多數人的經驗。名天團體中的五的階段，同時也是團體前進的階段，只是過程中每一個人擁有自己獨特的生命故事與節奏。而每一個階段的前進，都需要有一個「滿」的感覺，就像發電廠的概念一般，水一直留、有一個地方蓄水，用以發電供應民生必須，水滿了得釋放，得以繼續承載新流進來的水。「滿」是一種動力，「滿載」而得以流瀉。

對我來說，團體亦如此。團體前進的歷程總會有「滿」而得以前進的時刻，也就是團體總會找到一個動力前進。在這個團體的五個階段，每一個階段都有當時最需要的，回應著團體的需要，並且促成團體轉化與前進，而發展出的重要元素，也會在每一次團體中出現，成為此團體最獨特的需要。整理如下：



### (一)、團體元素與運用方向

接下來說明每一個階段的「滿」中的成分。也就是團體中元素以及促成演化元素的歷程。

團體結束後，我回望這八次的團體歷程、以及成員們在團體過程中的轉化，深感毒品對人生重大影響的故事，需要被不帶批判、指責，就是好好、細細地陪伴，因為有解構的視野，所以不害怕傾聽每一個問題故事；因為有創造的行動，所以不放過「有力量支線故事」的任何線索；因為團體本

身就是「見證團隊」，不放棄豐厚每一個有力量的支線故事。團體每一次的主題，都是因著團體動力發展，在每一次的團體之後，透過討論看見團體的主題（如表）。回到研究者的身份，反覆觀看影片、逐字稿，漸漸歸納出「介入元素及方法」以及「團體階段」。

進一步提取「介入元素」，發現有一個大的背景圖樣是敘事治療的概念與語言運用，在此大背景下則有「身體動作質地」、「敘事問話」以及「兩者集合式」三種方式交織其中（如圖）。

本研究團體並未收集每一個成員入住、以及過去生命史，純粹以團體當下所有的媒材作為資料，因此，第一次團體成為團體關係建立的關鍵期。人一向生活在關係中，因此關係亦是許多治療師看重的治療元素，在這團體中無可否認關係是關鍵元素之一。由於成員平日生活在一起，自然有其固有的關係形態，對於外來的我與協同領導者來說，關係建立自然需要一些時間。

團體在關係建立初期，對話需要在「一問一答」模式中進行，多數是針對問話回應的「單一語詞」，例如：「沒有」、「對呀」、「一樣啦」、「我不知道怎麼說」。也經常出現需要一再核對的用語，例如「會暈」、「身體的形態：坐在椅子上的時間，肩膀多數向內縮、雙手交叉於胸前、整個人靠向椅子、翹腿（腿經常有抖動的狀態），眼神多是斜視、或望向地板，有時抬下巴、眨眼當作向人說話的意思。

除此之外從逐字稿及反思記錄中，我看見當語言配合上抬下巴或飄眼睛的動作，我總需要深呼吸，讓自己努力從「懷疑」、「不信任」、「有沒有晃我」的懸崖轉向，自己經過了「覺察」到「選擇」的歷程，回到熟悉「好奇」，繼續探訪可能性。

開始活動身體時，習慣做「國民健康操」、「運動伸展操」、在原地觀看、晃動身體眼睛看窗外。空間移動時，多數沿著空間的外圍緩慢移動。「身體敘事治療團體」分別由身體語言及聲音語言組合而成，研究者再將身體語言分為靜態的「身體姿勢」與動態的流動。因此下列分別說明團體歷程中成員展現出的狀態。歸納如下表：

媒材	形態	內容	意涵
聲音 語言	一問一答 單一 少	沒有 對呀 我不知道...	草率承接： 趕快問一下一個 (過去法庭的經驗?)
身體 姿勢	單一 向內	肩膀向內縮、雙手交叉於胸前、眼睛斜視說話者、眼神沒有焦點(或看向窗外、或望向地板、或看自己搖動的雙腿)...	閃躲： 不要問我最好(沒有交集，就不會太快被發現)
身體 動作 質地	輕 向外 散	國民健康操、運動伸展操 原地觀看、沿著教室外圍、同一方向(繞圈式) 緩緩移動	習慣： 自然地反映無需思索 (無法重新覺察當下狀態)

## (二)、介入元素分析與運用

介入元素分為「身體動作質地」、「敘事問話」以及「兩者集合式」運用。當研究者進入資料分析階段時，浸吟在八次的影片、錄音以及逐字稿中，提取意義進行分類，在進出的過程中，意識到這些細緻地分析，需要一個統整的概念，進行文獻探討時，感受到在進行團體心理治療中，「整合身體訊息」為研究者意欲提出之想法，於是以「完全敘說」名之。

在分析提取「身體語言」和「聲音語言」兩個概念時，發現身體語言涵蓋表情、靜態身體姿勢、以及動態身體動作三部分；聲音語言則分為以靜態對話時敘事治療主要的問話形態以及引導身體動作時用語。

每一次團體中，我盡力關注上述「完全敘說」概念中的每一個元素，感受團體多數人呈現出來的相似樣貌繼續前進。然而，儘管只專注某一特定成員對話，其他人亦會被團體影響而生自己的內在對話，進而成為團體的見證資源。事實上，當「說」和「動」都是被聆聽、創造及見證的歷程，對於參與團體的研究參與者、協同帶領者和擔任團體帶領者的我來說，都深深地受到「完全敘說」的震盪。



### (三)、結論

敘事治療是台灣近來非常受到重視的心理諮商方法，研究者相信加入身體語言將讓人更具體的探索以及表達生命經驗，也能讓生命更完整，有力量與問題並存 (Hong & Wu, 2008)。

吸毒會帶人遠離身體感官的覺知，失去生命存在的感受 (Shaw, 2003; Caldwell, 1996; Hong & Wu, 2008; 洪瑩慧, 2006; 洪瑩慧, 2010)。本研究參與者為受毒癮問題影響的人，根據 Caldwell (1996) 的研究，多數成癮者因為負荷不了生活中太多挫敗經驗而關閉，長期處在身心分離的狀態，並且不信任自己的身體。加上台灣男性其文化下，重視威嚴、不善表達感情，平常就已經讓感官知覺與情感表達產生鴻溝。

敘事治療與身體動作都是帶領人們回到自己為主體的方法，強調人是自己面對問題的主人，本身具有的療癒能力。本研究以身體動作為敘事治療媒介，在台灣唯一由政府機構承辦之毒癮戒治治療性社區邀請七位戒毒的男性居民，進行八次團體治療課程。以團體動力為主，引導成員舞動身體、探訪身體動作觸動的記憶，並透過敘事治療理論，創造並豐厚新故事中的身體動作。結果發現，1.) 透過身體動作，說出有力量的故事，可以強化戒毒信念；2.) 身體動作，可以鬆動網綁已久的負向自我認同，讓人們找到有力量的自己；3.) 舞動身體過程，提供一個具體可感的經驗，讓想法與作法整合產生更具體的計畫。

本研究屬於原創性及先驅性研究，其價值在 1.) 整合身體動作與敘事治療，成為一種治療模式；2.) 為台灣第一個在毒癮戒治領域以身體動作為主的心理治療團體；3.) 為唯一探討台灣男性戒毒者的身體型態以及療癒過程之研究。在研究過程看見戒毒者生命故事中的挑戰，就像佈滿荊棘的道路，要劈荊斬棘前進，真的要練就一身功夫。而身體動作為媒介之敘事治療的模式及運用方法，確實提供了一個空間，讓參與者可以被接納，並開展自己的另外一條道路。

然而從事毒癮戒治工作多年，仍必須謙卑的理解，這只是一小段歷程，每一個人都是生命的主人，我只是提供一個方法，讓人們在劈荊斬棘的歷程，多一個參考的方式。

## 參考文獻

- 丁嘉琳 (2008)。政府動員，為什麼攔不住毒癮潮？**天下雜誌**，405。取自  
<http://www.cw.com.tw/article/article.action?id=5002337>
- 孔繁鐘編譯 (2007)。**DSM-IV-TR 精神疾病診斷準則手冊 (四版)**。台北市：合記。
- 王一芝 (2002/2)。台灣戒毒者的天人交戰。**經典雜誌**，52。取自  
<http://taipei.tzuchi.org.tw/rhythms/magazine/content/52/3/taiwan.htm>
- 全國法規資料庫 a：行政院公告：修正「毒品之分級及品項」部分分級及品項  
2011/07/05 取自  
<http://law.moj.gov.tw/Law/LawSearchResult.aspx?SelectType=E1&p=A&t=E1F1A1&k1=「毒品之分級及品項」&TPage=1>
- 全國法規資料庫 b：毒品危害防制條例。2011/07/05 取自  
<http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawSearchContent.aspx?PC=C0000008&K1=「毒品之分級及品項」>
- 安辰赫 (2003)。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。國立台灣師範大學教育心理與輔導研究所碩士論文，未出版，台北市。
- 江振亨 (2007)。多元戒治整合模式戒治方案之規劃與實施。2007 全國戒治業務研討會論文集，頁 117-145。主辦單位：法務部、臺灣新店戒治所。
- 江振亨 (2011)。犯罪矯治團體諮商實務。**諮商與輔導月刊**，302，2-7。
- 江振亨 (1999)。認知行為團體療法對濫用藥物者輔導成效之研究。國立中正大學犯罪防治研究所，碩士論文。嘉義市：未出版。
- 江振亨 (2000)。抽絲剝繭--談藥物濫用者認知自我表露下的內言。**犯罪矯正雜誌**，14，31-42。
- 江振亨 (2002)。讀書治療對濫用藥物者處遇效果之研究。**犯罪學期刊**，10，1-32。
- 江振亨 (2003)。吸毒者用藥循環歷程之研究。**彰化師大輔導學報**，25，25-62。

- 江振亨(2004)。藥物濫用受刑人生涯發展歷程之研究。**教育與心理研究**，27(3)，527-554。
- 江振亨、林瑞欽(2000)。認知行為團體療法對濫用藥物者輔導成效之研究。**犯罪學期刊**，5，277-310。
- 江振亨、黃秀瑄、林瑞欽(2006)。男性安非他命濫用者之性格特質、用藥非理性信念、用藥渴求與復發意向之研究。**犯罪與刑事司法研究**，7，35-80。
- 江惠民(2007)。我國之毒品問題防治及對策。**研考雙月刊**，31，6，14-24。
- 何粵東(2005)。敘說研究方法論初探。**應用心理研究**，25。
- 余德慧(2010)。**生命宛若幽靜長河**。台北市：張老師文化。
- 吳秀貞、林珊汝(2007)。國際社會之毒品問題防治發展趨勢。**研考雙月刊**，31，6，p.3-13。
- 吳熙瑁(2006年4月)。**敘事治療：探訪豐厚生命故事的力量**。中區醫療網心理衛生人員繼續教育課程，草屯療養院。未出版講義。
- 宋文理(2002)。敘事語意是：另一個對話的位置。**應用心理研究**，16，157-165。
- 李宗憲(2010)。**我國毒品犯戒癮治療政策之評估研究**。國立中正大學犯罪防治研究所博士論文。嘉義市：未出版。
- 李易蓁(2011)。高風險用藥少年戒癮防治處遇之實務探討。2011/7/6 取自 <http://refrain.moj.gov.tw/public/Data/13112363971.pdf>
- 李俊宏、唐心北、張達人(2007)。減害計畫中愛滋帶原之海洛因成癮者團體心理治療：團體個案報告。**中華團體心理治療**，13(3)，5-19。
- 肖凌、李焰(2010)。敘事治療的西方哲學淵源。**心理學探新**，30(5)，29-33。
- 阮凱利(2007)。**敘事觀點的教學再概念化**。國立臺北教育大學課程與教學研究所博士論文。
- 林大豐(2001)。探索與體驗身體智慧的學問--身心學(Somatics)。**東師體育**，8，42-47。

- 林杏足、李華璋、釋宗白、姜兆眉（2009）。性侵害倖存者的敘事治療歷程分析—以安置機構少女為例。《亞洲家庭暴力與性侵害期刊》，5（2），281—304。
- 林健陽等人（2008）。新犯毒品施用者施用行為及毒品取得管道之研究。法務部 97 年度委託研究計畫成果報告。2011/07/05 取自  
<http://refrain.moj.gov.tw/public/Data/13112301671.pdf>
- 林健陽等人（2011）。我國當前毒品戒治政策之省思與建議。  
2011/3/1<http://refrain.moj.gov.tw/public/Data/13112374571.pdf>
- 法務部（2007）。新店及臺中戒治所業務觀摩報告。  
<http://www.moj.gov.tw/public/Attachment/710241725468.pdf>
- 法務部 a（2010）。99 年反毒報告書。台北：法務部。
- 法務部 b（2011）。毒品案件統計。法務最新統計資料 100 年 1-5 月。取自  
<http://www.moj.gov.tw/site/moj/public/MMO/moj/stat/new/newtxt5.pdf>
- 南方朔（2004）。《語言之鑰》。台北：智慧田。
- 柯婉真（2008）。身心療法的哲學基礎：以瑜伽經驗為例。台北醫學大學醫學院醫學人文研究所碩士論文。
- 洪瑩慧（2005）。《地下室手記：舞蹈治療於慢性精神分裂病之應用》。2005 國際學人舞蹈講座暨全國研究生舞蹈學術研討會議論文集。2005 年 6 月 25-26 日。台中市：國立台灣體育學院。
- 洪瑩慧（2006）。《鑲嵌憂鬱的身體敘說：一位中年喪偶女性與舞蹈治療的交會》。台北市立體育學院舞蹈研究所碩士論文。
- 洪瑩慧（2010）。《身心覺醒的療癒力量：一位中年喪偶女性與舞蹈治療的交會》。《身心教育研究論文集》。台東市：台灣身心動作教育學會。
- 胡萃玲（1997）。《藥癮復原者的藥癮歷程及相關要素之分析研究—以晨曦會受訪者為例》。國立台灣大學教育心理與輔導研究所碩士論文。
- 范信賢（2005）。期待一種帶有續性質的敘說研究方法論。《應用心理研究》，26，19-21。

- 莊芊（2007）。台北市藥癮個案管理經驗分享。愛之關懷季刊，60，39-42。
- 張玉佩（2005）。「身體智慧」之開發-淺談「身心動作教育」與「動作教育」。學校體育，86（15），121-126。
- 張郁婷（2009）。身心學(Somatics)身體教育觀之探討。中華體育季刊，23（3），69-76。
- 張嫻純、丁志音（2006）。成癮藥物使用情境脈絡與 HIV 感染關聯之初探。臺灣公共衛生雜誌，25（6）。462-473。
- 張碧雲（2009）。“一試、蝕一生”..由家庭系統觀點探討青少年新興毒品濫用行為。諮商與輔導，286，40-47。
- 晨曦會網站：<http://www.dawn.org.tw/Introduction.asp>
- 許育光（2000）。敘說研究的初步探討—從故事性思考和互為主體的觀點出發。輔導季刊，36(4)，17-26。
- 陳妙平（2004）。成年男性藥物成癮者復發決定因素之探究--以臺北戒治所為例。輔仁大學社會工作學系碩士論文。
- 陳俊生（2009）。教育改革論述中的教師主體建構及其身分認同之探究—後結構主義取向。國立臺北教育大學教育政策與管理研究所博士論文。
- 陳增穎（2009）。負傷的心理師--受苦生命經驗的轉化與實踐之敘說研究。國立臺灣師範大學教育心理與輔導學系博士論文。
- 彭信揚（2009）。以敘事治療在網路諮商中陪伴故事主人重寫生命藍圖。中華輔導諮商學報，26，203-207。
- 黃馥珍、卓紋君（2009）。敘說研究的探索從三本敘說分析研究的比較。輔導季刊，45（3），49-64。
- 黃耀興（2009）。台灣藥癮治療先驅性計畫-治療性社區「茄萇山莊」建構經驗分享。管制藥品簡訊，38。
- 董智慧（2009）。外遇後婚姻關係變化歷程。國立彰化師範大學輔導與諮商學系所碩士論文。

劉美珠 (2001)。揮汗中的祈禱--「舞蹈」是...談蘿絲(Gabrielle Roth)的靈性舞蹈/ The Endless Wave。東師體育，8，48-57。

劉美珠 (2003)。身心學的意涵與發展之探究。台東大學體育學報，創刊號，249-272。

潘慧玲 (2003)。社會科學研究典範的流變。教育研究資訊，11 (1)，115-143。

蔡德輝、楊士隆 (2006)。犯罪學增訂四版。台北：五南。

蔡學貞 (2005)。藥物成癮者的自我概念、世界觀及心癮歷程之研究。國立中正大學犯罪防治研究所碩士論文。

蔣凱若、陳采蕙、陸汝斌、周桂如 (2005)。物質濫用患者之認知行為治療。長庚護理，16 (2)，182-189。

聯合新聞網 (2010)。工程師毒犯增 監委：非常可怕。2010 年 6 月取自  
<http://udn.com/NEWS/SOCIETY/SOC1/6401777.shtml>

聯合新聞網 (2010)。工程師毒犯增 監委：非常可怕。2010 年 6 月取自  
<http://udn.com/NEWS/SOCIETY/SOC1/6401777.shtml>

薛瑞元 (2007)。發展本土戒治醫療專業處域分案—社區追蹤治療模式與社區藥癮復健治療模式之比較。研考雙月刊，31 (6)，49-59。

顏旻秀 (2010)。毒品累犯受刑人再犯危險因子之研究。國立中正大學犯罪防治所碩士論文。

Anderson, H. (1997). *Conversation, Language and Possibilities : A Postmodern approach to Therapy*. 周和君譯 (2008)。合作取向治療—對話、語言、可能性。台北：張老師文化。

Caldwell, C. (1997). *Getting in touch: the guide to new body-centered therapies*. Quest Books: Wheaton, IL, U.S.A.

Caldwell, C. (1996). *Getting our body back: Recovery, healing, and transformation body-centered psychotherapy*. 廖和敏譯 (2004)。身體的情緒地圖。台北：心靈工坊。

- Chace, M. (1975). *Marian Chace, her papers*. Columbia: American Dance Therapy Association.
- Chunhong, W. (2005). Rich choreography in five elements and the Zang Xiang system. *American Journal of Dance Therapy*, 27(1), 27.
- Clandinin D. J. & Connelly F. M.(2000). *Narrative Inquiry : Experience and Story in Qualitative Research*. 蔡敏玲、余曉雯譯 (2003)。質性研究中的經驗與故事。台北：心理。
- Courtwright, T. ( 2001). *Forces of Habit: drug and the making of the modern world*. 薛絢譯 (2002)。上癮五百年。台北市：立緒文化。
- Crossley, L. M. (2000). *Introducing narrative psychology : self, trauma, and the construction of meaning*. 朱儀羚等譯 (2004)。敘事心理與研究：自我、創傷與意義的建構。嘉義市：濤石文化。
- Leon, G. D. ( 2000 ) . *The therapeutic community: Theory, model, and method*. New York: Springer Publishing Company.
- Dragon, D. A., (2008) .*Toward embodied education, 1850s--2007: Historical, cultural, theoretical and methodological perspectives impacting somatic education in United States higher education dance*. Temple University, Dissertation of the Degree of Doctor Philosophy.
- Dychtwald, K. (1998). *body mind*. 邱溫譯 (1998)。身心合一。台北：生命潛能。
- Freedam, J. & Combs, G. (1999). *Narrative therapy: The social construction of preferred realities*. 易之新譯 (2000)。敘事治療—解構並重寫生命故事。台北：張老師。
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.
- Hong, Y. H. & Wu, C. Y. ( 2008 ) . *Embodied Narratives of Depression: A Middle-aged Widow Going through Dance-based Therapy*. 43rd American Dance Therapy Annual Conference. Austin, Texas, U.S.A.
- Johnson and Grand (1998). *The body in psychotherapy*. North Atlantic Books : California



- Minton, S. C. (2003). *Dance, mind and body*. U.S.A.: Human akainetics
- Morgen, K., & Kressel, D. (2010). Motivation Change in Therapeutic Community Residential Treatment. *Journal of Addictions & Offender Counseling*, 30(2), 73-83.
- Navarro, J. & Karlins, M. (2009). *What every body is saying: An Ex-FBI Agent's guide to speed-reading people*. 林奕伶譯 (2009)。FBI 教你讀心術。台北市：大是文化。
- Saw, R. (2003). *The embodied psychotherapist : the therapist's body story*. NY: Routledge:
- Speedy, J. (2007). *Narrative inquiry and psychotherapy*. 洪瑛琳譯 (2010)。敘事研究與心理治療。台北市：心理出版社。
- White, M. & Epston, D. (1990). *Narrative Means to Therapeutic Ends*. 廖世德譯 (2001)。故事、知識、力量－敘事治療的力量。台北：心靈工坊。
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. 洪孟嬌譯 (2008)。敘事治療的工作地圖。台北：張老師。
- Daytop 網站：  
[http://www.ugproi.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=66&Itemid=76&lang=en](http://www.ugproi.com/index.php?option=com_content&view=article&id=66&Itemid=76&lang=en)

