

## 校園毒品防制之核心能力：ADDICT 模式

黎士鳴

國立雲林科技大學通識教育中心

李昆樺

清華大學教育與諮商心理學系

蔡宗延

成功大學醫學院附設醫院斗六分院分院精神暨長期照護部

吳晉祥

成功大學醫學院附設醫院斗六分院家庭醫學科

張維紘

成功大學醫學院附設醫院精神醫學部

毒品氾濫的背後有極複雜之因素，包含新興毒品的偽裝、黑市毒品的暴利等（崔宇華、龐麗君，2020），面對當前校園毒品氾濫的問題，除了法律的規範以外，如何增進校園反毒人的專業能力將是一項重要的任務。在能力取向的教育風潮中，本文邀請國內的教育學者、藥酒癮專家與第一線醫療人員來來建構校園反毒人士須具備的六大核心能力-ADDICT 模式，透過核心能力的增能讓校園反毒工作更加貼近專業。ADDICT 模式是以成癮行為（Addictive Behavior）預防與治療為基礎所發展的核心能力模式，不只適用於毒品防制，亦可用於菸害、酒害以及網癮等校園常見之成癮問題，對於未來建構無毒、無害校園具有前瞻性與務實性。以下分述校園毒品使用現況、ADDICT 模式簡介、ADDICT 模式應用以及對校園反毒的建議。

### 一、 校園毒品使用現況

依國內衛生福利部食品藥物管理處的毒品分類為：第一級毒品為海洛因、嗎啡、古柯鹼等；第二級為安非他命、大麻、MDMA 等；第三級為 K 他命及未含二級毒品的咖啡包；第四級為佐沛眠與麻黃鹼等。楊士隆等人（2017）調查了台灣 2270 名國高中職生，發現當今最常使用的毒品為 k 他命（41.46%）、咖啡包（21.95%）、安非他命（19.51%）、搖頭丸（9.76%）、迷幻藥（4.88%）以及吸入劑（2.44%）呈現出青少年毒品使用的多樣性。根據內政部 2009 年的報告，青少年主要使用毒品的原因在於好奇、無聊、趕流行等追求快樂之因素佔全體的 64%，其次為放鬆自己、解除壓力等排除痛苦之因素則佔 21%，另外人際壓力因素如不好意思拒絕佔 14%（宋宥賢，2018），可以發現使用毒品的原因來自於基本人性本能趨吉避凶以及青少年的發展特性群體歸屬感。在使用場域中，校園是青少年最常涉毒之場所（23.1%），其次是自宅（15.4%）與娛樂場所（宋宥賢，2018），因此如何提升校園反毒人員之毒品防制能力備受重視。

### 二、 ADDICT 模式簡介

本節整了 2019-2020 年台灣藥癮研究相關專家學者的意見（包含：一場學會

會議及兩場藥癮專家會議），參照成癮心理治療相關書籍（黎士鳴，2013；Miller, Forchimes & Zweben, 2019）與美國成癮醫學里程碑計畫（The Accreditation Council for Graduate Medical Education [The ACGME], 2019），以歸納法彙整出六大核心能力：知識力（Academic Knowledge）、評估力（Doing-assessment）、改變力（Doing-behavior）、整合力（Integration）、文化力（Culture）與轉化力（Transformation），以第一個英文字母合併稱之為 ADDICT 模式。

對照 Magaletta 等人（2020）調查了戒治所心理師之核心能力（包含：評估力，改變力、整合力、轉化力與溝通力），其中評估力（assessment）與改變力（intervention）是最重要的能力，也就是說如何正確評估學生的藥癮或毒品問題並且找出解決之方案為矯正學生問題的重要關鍵。ADDICT 模式除了強調了評估力與改變力兩個實務能力（Doing）以外，還融入了知識力、整合力、文化力以及轉化力等輔助能力。透過知識力來增加衛教宣導之效能、整合力來連結醫療資源進入校園、文化力來融入高風險家庭與青少年次文化，最後透過轉化力來為教師充能。ADDICT 模式除了可改善學生問題之外，亦可建立無毒無害校園。以下分述核心能力之校園實踐之方向：

#### （一）A 知識力（Academic Knowledge）

當你失眠時使用安眠藥是治療失眠，當你不快樂的時候，使用快樂丸呢？藥物/毒品的使用一直都是個兩難的課題，失眠者也會擔心安眠藥成癮，藥癮者也會煩憂毒品蠶食生活。為何青少年會使用毒品影響其生活呢？這是教師、家長等相關人員所重視的問題，透過我們對於毒品藥理學與藥癮相關知識的認知越多，越能夠理解與找出陪伴青少年度過毒品危害的歷程。

趨吉避苦是人的天性，個體在遭遇到人生苦難時，會採用一些策略來避開痛苦，K 他命與鎮定劑的使用也是其中之一；相對的，當我們在生活中找不到快樂的方法時，搖頭丸與安非他命則是一種另類的選擇。透過藥理與成癮心理理論的知識增能，可以讓相關人員更能夠理解青少年的困境與藥癮的痛苦，從中來找到更適切的解決方法。更進一步，新興毒品的增加，如：咖啡包、神仙水、死藤水等等，相對的知識力增能更是需要強化，目前校園反毒教育多數與認識毒品及其傷害為基礎，因此相關教育人員或反毒人員需要更新毒品相關專業知識，以進行有效的反毒教育。表 1 彙整了幾個主要成癮物質的身心作用，提供相關人員之參考。透過增加藥理學與成癮心理學的知識，有助於相關人員對於青少年毒品使用之認知，透過藥癮新知的更新來與時俱進地提供防制策略。

表 1 青少年常見成癮物質之正負向作用

藥物	藥學分類	正向作用	負向傷害	神經傳導物
香菸	鎮定劑	生理：放鬆 心理：愉悅 人際：連結	生理：肺部 心理：成癮 社會：二手煙	尼古丁
酒精	鎮定劑	生理：放鬆 心理：愉悅 人際：催化	生理：肝功能 心理：腦功能 社會：酒駕	4-氨基丁酸
安非他命	興奮劑	生理：減重 心理：興奮愉悅有精神 人際：親密與性慾提升	生理：血壓增加 心理：多疑幻覺 社會：經濟問題	多巴胺
搖頭丸	興奮劑	生理：感官知覺強化 心理：幸福感提升 人際：開放心胸	生理：脫水 心理：憂鬱 社會：性行為	血清素
K 他命	麻醉劑	生理：放鬆、麻痺 心理：愉悅感 人際：冒險	生理：腎臟系統 心理：焦慮情緒 社會：危險駕駛	多巴胺

資料來源：作者整理

## (二) D<sup>A</sup> 評估力 (Doing-Assessment)

傳統的毒品使用檢測採用是驗尿、驗毛髮等法務系統的做法，這是一種篩檢出問題的策略之一。從教育的立場，如何讓學生有自我覺知的內控會比外控的影響來的更重要，因此，黎士鳴（2013）彙整了長年服務 K 他命與藥癮者的經驗，發展了紅綠燈評估法（表 2），透過紅綠燈的隱喻來進行成癮行為與健康行為得自我檢視與評估，透過這樣的評估，增加個案的藥物使用問題的自我覺察，並且也可以提升改變動機。進一步透過整體性的評估，紅燈者轉介臨床心理師進行藥癮的心理治療、黃燈者轉介諮商心理師進行心理諮商及功能提升、綠燈者由校方協助減害與心理健康生活型態的建立。

表 2 紅綠燈評估法

	紅燈	黃燈	綠燈
鎮定劑	影響工作	身體不適	需要減量
興奮劑	過度開銷	廢寢忘食	想戒念頭
新興毒品	憂鬱症狀	人際困擾	健康生活

資料來源：修正自黎士鳴（2013）

除了紅綠燈法外，學校老師也可以從幾個風險指標來找出高風險的學生，提供關懷與保護因子，來減少毒品的危害。重要指標如：(1)中輟逃家、(2)吸菸喝酒、(3)課後打工、以及(4)焦慮憂鬱等四項指標（王彥喬，2016），面對高風險的孩子可用療癒（healing）取代說教與處罰，例如：黎士鳴與蔡宗延（2018）所發

展的青少年復元力團體可用來強化青少年的復原力以及正向心理功能，藉此提供健康的趨吉避苦策略，來減少毒品使用的危機。

(三) D<sup>B</sup> 改變力 (Doing-Behavior)

改變階段理論以吸菸行為為例，將戒菸的行為改變分成：(1) 懵懂期、(2) 沉思期、(3) 準備期、(4) 行動期、(5) 維持期等五大階段 (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992)，在國內學者李昆樺等人根據個體所處的改變階段，來提出不同的改變策略，包含提升動機之動機式晤談 (Motivational interview)、強化正念之正念戒癮模式 (Mindfulness based intervention) 以及生活改變之心理健康生活型態 (Mental health lifestyle)，簡稱 3M 戒癮模式 (圖 1)，這說明了要改變成癮行為，需要循序漸進地採用適切的策略，才能達到效能 (Lee, Hsieh & Li, 2020)。

改變階段	懵懂期	沉思期	準備期	行動期	維持期
3M 模式	<-----動機式晤談法----->				
	< - - 正 念 戒 癮 模 式 - - >				
	<-----心 理 健 康 生 活 型 態----->				

圖 1 3M 模式 (修正自 Lee 等人 2020)

(四) I 整合力 (Integration)

誠如崔宇華與龐麗君 (2020) 所言，毒品防制需要跨部會與專業的整合: 家庭與社區居民需要對於毒品相關知識的了解、教育單位能夠選取適切性的評估與篩選高風險機制、醫療與心理健康相關單位能夠提供有效能且親近的治療模式、社政單位可以整合相關資源給予個案適切的服務、次文化的同儕系統可以提供正向的社會支持、警政單位對於法規的推展能夠與時俱進的修正予以治療取代處罰之方式，讓毒品問題趨緩 (表 3)。透過多個單位的整合服務，提供同學整體且系統性的網絡服務 (圖 2)。另外，面對誤食新興毒品處死之案例漸增，校園與醫療系統的整合力更是當務之急，透過校園與醫療系統的合作，請醫療人員對於學生進行相關衛教與緊急醫療協助之方式，以減少誤食毒品之傷害。

表 3 成癮行為跨專業合作-ADDICT 模式

單位	ADDICT 模式	核心任務	毒品防制
A 家庭社區	知識力： 成癮知識的提升	社區化藥癮知能宣導	減少社會大眾對於 藥癮者的汙名化
D 教育單位	評估力： 問題辨識與轉介	相關高風險因素之辨識	增加關懷高風險族 群之能力
D 醫療院所	改變力： 有效能的治療	系統性治療模式發展	提供藥癮者親近的 療育策略
I 社政單位	整合力： 安全網的整合	整體性服務模式建立	社福資源適切的提 供
C 同儕系統	文化力： 次文化的融入	次文化的理解與融入	同儕支持系統的正 向功能強化
T 警政單位	轉化力： 以改變代替處罰	新世代執法態度的修正	除罪化與治療化的 推展

資料來源：作者自製



圖 2 整體性的網絡服務

(五) C 文化力 (Culture)

藥國的生活重心，就是「藥」。從藥國人民的口中發現，接觸過藥（尤其是海洛因）的人，那種無法忘懷的「感覺」就如同魔咒，讓人愈陷愈深，難忘的欣快感是促使一個人繼續使用的重要原因（林式毅，2004）。自民國 87 年公布毒品危害防制條例，首次嘗試將治療勝於處罰、醫療勝於司法的意識型態引入，但是我們對藥癮等同犯罪思維仍然根深蒂固。或許正因為這樣，為了藥癮者所量身訂作的資源或處遇一直處於匱乏的狀態（張嫻純，2007）。了解次文化有利於對於特定族群的服務，特別是針對藥癮者的次文化之熟悉以及當前青少年的陣頭



文化，有利於為他們打造量身定做的預防教育。在文化力上涵蓋四個層面：

1. 覺知 (awareness)：覺知個人自身文化與次文化的差異。
2. 態度 (attitude)：理解且尊重次文化。
3. 認知 (knowledge)：知道次文化與自身文化的差異、特性。
4. 技能 (skills)：與次文化合作的技巧 (Brottman, et al.,2020)。

以青少年陣頭文化為例，毒品防制人員需覺知自身主流思維與陣頭文化的差異，透過理解 8+9 的文化意涵、認識 17（義氣）的重要性以及願意成為 8+9 的社會支持系統，透過體現 8+9=17 的文化意涵等多層面來提升自身的文化力。

#### (六) T 轉化力 (Transformation)

面對青少年毒品問題，不論是個案與家長、師長及醫療人員都是一場與心魔對抗的辛苦抗爭，如何在其中轉化個體生理、心理與社會之能量是個重要的專業課題，心理韌性或稱復原力 (resilience) 提升可作為個體轉化內在負面能量之策略，Graham (2018) 彙整了身體、情緒、認知、人際與內省等方面 135 項復原力提升策略，透過這些策略的使用可幫助青少年、教師、教官、社工、心理師、法務人員等相關人士的負能量之轉化力，表 4 彙整幾個有效的轉化力提升策略。

表 4 轉化力提升策略

心理韌性 層面	轉化力策略		
	初階	進階	深化
身體	自然呼吸 5-10 次	擁抱枕頭或寵物 30 秒	放鬆全身肌肉或瑜珈嬰兒式
情緒	辨識當下情緒	體會他人感受	親近自然感恩生命
認知	找 10 個優點	看到他人優點	發現生命價值
人際	與朋友分享心情	與家人共進晚餐	參與社區活動
內省	靜坐片刻	創造改變	反思人生

資料來源：作者整理

目前有關毒品防制相關能力為美國成癮醫學里程碑計畫 (The ACGME, 2019)，該計畫是採用醫療人員之六大核心能力 (包含病人照護力、醫學知識力、系統融入力、學習成長力以及專業素養力) 衍生成成癮行為之專業能力。而 ADDICT 模式為參照醫療人員六大核心能力以及矯正心理師之專業能力 (評估力、治療力、整合力、溝通力與轉化力)，經由藥癮專家的建議而對照出知識力、評估力、改變力、整合力、文化力與轉化力等六大核心能力，作為在地化校園毒

品防制之核心能力。

### 三、ADDICT 模式應用

校園反毒策略是以拒絕毒品為基礎，透過認識毒品、拒絕毒品等方式來進行反毒教育，聚焦的群體多為未接觸毒品的孩子。而目前校園毒品氾濫，面對毒品問題不能只是站在藥癮者的對立面來反毒，更要從藥癮者的角度來作全面性的反毒。面對藥癮問題的三段預防包含初段預防的毒品衛教、次段預防的心理諮商以及末段預防的心理治療，在初段預防主要目標是讓學生減少接觸毒品的機會，透過認識毒品與建立心理健康生活型態來讓學生遠離毒品之危害；次段是針對高風險之族群提供心理諮商減少毒品傷害，透過正念減壓以及心理諮商的策略來解決青少年之困境；末段是針對有藥癮的學生族群提供心理治療，透過 3M 模式來循序漸進地改變青少年之成癮問題與建立心理健康生活習慣。在 ADDICT 模式中，針對三段預防相關人員提供增能之方向（表 5）。

在初段預防中，主要是衛教宣導，宣導人員在知識力上要能夠更新毒品知識、在評估力上能夠評估風險因素協助單位進行適切轉介、在改變力上可推廣心理健康生活型態來增進聽眾的心理健康、在整合力須要走入社區、在文化力中需要尊重次文化以及轉化力上可應用心理韌性之策略減少耗能。

在次段預防中，是針對高風險族群提供心理諮商或輔導服務，對於輔導老師或諮商心理師，在知識力上需要認識成癮行為之新論述、在評估力上要能夠進行個案篩選來轉介或提供適切的服務、在改變力上採用熟悉得心理諮商策略來協助個案度過難關、在整合力上需要整合校園相關資源、在文化力上需要認識藥癮次文化以及轉化力上強化自身轉化情緒之策略並教導個案相關技能。

在末段預防中，避免藥癮問題惡化讓個案透過治療慢慢回歸學校或社會，主要負責為學諮中心或者是心理健康中心之臨床心理師，在知識力上需要認識藥癮問題之新理論、在評估力可用紅綠燈法來強化個案自覺、在改變力上採用熟悉的心理治療策略或 3M 模式來協助個案、在整合力上需要整合社會資源讓個案回歸社會、在文化力上需要理解與同理藥癮次文化以及轉化力上應用轉化技巧來與個案一起轉化負能量，提升心理韌性。

表 5 ADDICT 模式之三段預防應用

預防階段	A 知識力	D 評估力	D 改變力	I 整合力	C 文化力	T 轉化力
初段預防	認識毒品	評估風險	心理健康	走入社區	尊重文化	心理韌性
次段預防	理解成癮	篩選個案	心理諮商	整合校園	認識文化	學習轉化
末段預防	了解藥癮	紅綠燈法	3M 模式	融入社會	同理文化	應用轉化

資料來源：作者自製

#### 四、結論與建議

本文彙整了專家意見與相關文獻，整理出毒品防止人員所需的六大核心能力：知識力（Academic Knowledge）、評估力（Doing-assessment）、改變力（Doing-behavior）、整合力（Integration）、文化力（Culture）與轉化力（Transformation）（簡稱 ADDICT 模式），透過 ADDICT 模式提供校園反毒人員在三段預防的增能方向與工作任務。

由於青少年毒品問題非處罰入罪即可改善，透過 ADDICT 模式多元的整合協助，讓我們的服務能夠更加親近學生，提供更有效的服務。以下提供幾個建言：

1. 在知識力上，可透過醫療系統定期提供毒品及藥癮相關新知。
2. 在評估力上，可建立以個案中心及轉介服務為基礎之評估策略。
3. 在改變力上，可發展多元改變策略以因地制宜地提供專業服務。
4. 在整合力上，可強化當前毒危中心與校外會之資源整合功能。
5. 在文化力上，可培育同儕教育員成為主流文化與次文化的橋梁。
6. 在轉化力上，可定期辦理培力營讓反毒人員充電與轉化負能量。

長久以來，我們認為用藥是一種犯罪行為，必須對用藥者施以嚴刑峻法政策，透過刑罰監禁的手段，阻止他們繼續使用，並將他們隔絕於社會之外，杜絕其接觸成癮藥物的機會，毒品問題並未因為法規與刑罰而減少。如同 Ted 短片：「你對上癮的所有認知都是錯的」，讓我們反思過去的犯罪處遇模式是否離現實問題越來越遠。面對青少年毒品防治，需要家庭、社區、校園與社會等多層面的服務，本文透過第一線的藥癮專業服務人員所彙整 ADDICT 模式，從個案與實務的角度出發，來提供未來校園毒品防制人員繼續教育與能力培育之新方向。

#### 參考文獻

- 王彥喬（2016年3月28日）。你知道孩子在學校吸毒嗎？當校園變成毒窟吸毒年齡降到國小。風傳媒。取自<http://www.stirm.mg/article/94609>
- 林式毅（2004）。海洛因的健康影響，第四期文獻回顧研析計畫報告書，台北：國家衛生研究院。
- 宋宥賢（2018）。台灣校園毒品防制之現況、困境與因應：實務現場觀點反思。New Society for Taiwan, 57, 68-79.



- 張嫻純（2007）。藥癮文化及其對愛滋感染之影響。社區發展季刊，119，182-192。
- 楊士隆、曾淑萍、戴伸峰、顧以謙、陳瑞旻（2017）。2016青少年藥物濫用盛行調查研究-以新北市、台中市、高雄市為例。藥物濫用防制，2，1-12。
- 崔宇華、龐麗君（2020）。提升掃毒層級-成立總統府毒品防制委員會，預防新興毒品入校園。臺灣教育評論月刊，9(2)，103-108。
- 黎士鳴主編（2013）。放下執著：成癮心理學理論與應用。台北：麗文文化。
- 黎士鳴、蔡宗延（2018）。青少年復元力團體之建構。臺灣教育評論月刊，7(7)，68-74。
- Brottman MR., Char DM., Hattori RA., Heeb R. & Taff SD.(2020). Toward cultural competency in health care: a scoping review of the diversity and inclusion education literature. *Academic Medicine*, 95, 803-813.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. and Norcross, J.C. (1992). In search of how people change—applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Graham L. (2018) 。 *Resilience*. Malaysia: Big Apple.
- Lee, K.H., Hsieh, C.H., Li, S.M. (2020). Three “M” approaches for treating addictive behaviors. *Taiwan J Psychiatry*, 34:1-2.
- Magaletta, P.R., Perskaudas, R. & Heigel, C. (2020). Take it from the chiefs: the gold standards for correctional psychologist competency and development. *Psychology: Research and Practice. Advance online publication*. <http://dx.doi.org/10.1037/pro0000289>.
- Miller, W.R., Forcehimes A.A. & Zweben, A. (2019). *Treating Addiction: a Guide for professionals*. New York, NY: Guilford.
- The Accreditation Council for Graduate Medical Education (2019). *The Addiction Medicine Milestone Project*. New York, NY: The Author.