

衛生福利部嘉南療養院
整合性藥癮醫療示範中心
正念預防復發臨床指引手冊

Mindfulness-based Relapse Prevention Clinical Guidelines Manual

目錄

壹、前言	1
一、成癮問題的嚴重性.....	2
二、成癮治療的多樣化.....	2
三、團體心理治療於成癮治療中的角色.....	3
貳、正念預防復發模式	6
一、正念概念介紹.....	6
二、預防復發模式(relapse prevention model).....	8
三、正念預防復發模式之理論基礎與應用.....	9
四、團體治療課程規劃與設計概念.....	10
參、正念預防發治療模式之演進與治療精神	12
一、正念心理學取向正念方案介紹.....	12
二、正念與自我療癒能力.....	13
肆、治療前的衡鑑與治療成效評估	15
一、衡鑑方法與工具(參閱表 1).....	16
二、療效評估方式與工具.....	18
伍、八週的治療內容與步驟	19
一、治療技術.....	19
二、各週治療目標及架構.....	21
三、各週治療步驟.....	22
陸、流程的適切性困難	35
一、專業運用時機.....	35
二、個案概念化.....	35
三、特殊情況的因應處理.....	36
柒、注意事項	38
一、倫理法律層面.....	38
二、治療關係.....	38
三、結案關係處理.....	38

壹、前言

凡以不正當醫療行為為目的，或未經醫師處方及指示情形，過量且強迫施施用某種藥物，且其程度足以造成個人的健康，及稱之為「藥物濫用」。根據世界衛生組織的估計，全球至少有 1,530 萬人藥物濫用成癮，有 148 個國家有注射非法藥物的問題，其中 120 個國家更報告這些用藥族群有愛滋感染的問題，顯見傷害性飲酒及非法藥物使用對個人身心、社會安全及公共衛生影響甚鉅。世界衛生組織呼籲物質成癮是可治療及預防的疾病，建議各國對物質濫用採取預防及治療措施。另全球 5.4% 的疾病負擔(burden of disease)歸因於酒精與非法藥物的使用；其中傷害性飲酒(harmful use of alcohol)是 200 多種疾病的危險因子，每年造成全球約 330 萬人死亡。

藥物成癮議題成為世界各國重要的社會議題，一方面隨著當代生活壓力的增加及各種新興成癮物質的出現，導致成癮人口不斷增加；另一方面全球化導致之運輸及傳播媒體的變革，也使得跨國成癮物質的管控更加不易。2018 年全球 15-64 歲人口中至少使用過一次成癮藥物者更成長至 2.75 億人(UNODC,2018)；成癮藥物所造成的社會成本本耗損百千億元以上，由於使用毒品者常以犯罪來獲得資金，估計全球毒品相關之組織犯罪金額每年達 8,700 億美元(UNODC,2011)，由此可顯見藥癮問題的嚴重性。

近年施用一級毒品人數雖已下降，惟施用二級毒品(以安非他命、搖頭丸為主)人數卻居高不下，第三級毒品施用人數(以愷他命為主)更於 2010 至 2013 年間逐年倍增，雖這類第二、三級毒品目前並無有效替代治療藥物，但世界衛生組織已指出，心理及社會處遇對於第二、三級毒品藥癮者之復健及再犯預防是有效的，所以開展鴉片類藥物以外的成癮防治資源、健全多元處遇網絡，實刻不容緩。我國法務部法務統計資訊網顯示：逾四分之三以上的藥癮犯有再犯情形，面對如此高的再犯率，如何找到成癮藥物使用的問題癥結並對問題採取有效的戒治作為已是當務之急。我國目前已逐步投入資源發展藥癮個案之心理社會復健服務，但官方認可之處遇機構僅限於醫療機構；採外，囿於缺乏長期、穩定人力與經濟資源挹注，各處遇機構(關)提供之服務各自獨立或片斷，且無有效分工或建立系統性、制度化之合作機制，加上過去較不積極納入心理、社工及研究調查資源，難以發展具實徵、多元且有效之治療模式或處遇方案，專業醫療與處遇服務之便利性與多元性有所不足，難以滿足成癮個案之不同需求。但無論使用何種成癮藥物與其復發，其危險因子有很多與負向情緒、壓力，以及缺乏正向因應壓力的技巧有關，提升成癮者相關的技巧，應可協助其成功戒癮。

有鑑於此，並強化藥癮個案的醫療服務，衛生福利部嘉南療養院致力發展本土化之戒癮心理治療，以「正向心理介入(positive psychology interventions, PPIs)」的概念延伸，藉由去標籤化讓個體認為為無論處於什麼狀態的任何人、任何時刻，皆有能力與機會追求幸福可能有助於成癮者戒癮，依此開辦正念預防復發治療程序(mindfulness-based relapse prevention; MBRP)，透過個體不具評價對覺察的感知，和用接納的方式聚焦(Bishop et al.,2004)將正念減壓與預防復發模式結合而成的介入方案，此方案在於提供戒癮者透過認知或行為方面的因應，降低再度引發成癮藥物使用的可能性。希冀透過專注與覺察力訓練的心智能力，使個人對當下經驗保持時時刻刻的覺察，並對所觀察的現象絕對地接納、不評價，且不加以反應，來達到強化個人正向感覺，有能力因應自身日常的壓力與問題，進而有效戒癮，避免復發再犯。

本院依據過去的經驗，於 107 年開始於門診和矯正機關常設正念為基礎預防復發模式發展之團體及個別心理治療，協助戒癮者必須持續保持覺知狀態，以利其面對引發復發的高危

險情境時能做出適當的因應措施，進而能維持戒癮狀態，亦獲得相當的成效。本臨床指引將依據本院過去的臨床經驗、實證資料深化相關處遇流程，並以正念預防復發模式之概念介紹、治療模式之演進及治療精神、治療前的衡鑑與治療後的評估、治療內容與步驟，及處遇流程適切性的因應與注意事項分述之。

一、成癮問題的嚴重性

藥物濫用及成癮，已成為全世界健康醫療與社會治安的重大課題。人類自古就有利用自然植物改變精神狀態追求快樂與愉悅感，然而由於使用影響精神的藥物在受到管制的前提下，往往必須付出很多金錢來維持，也因而衍生出必須採用犯罪行為如竊盜、詐欺等來取得金錢。這與已開發國家針對毒品的相關研究發現一致，隨著經濟發展與社會繁榮，非法藥物使用問題常常造成個人在法律、健康、家庭、與社會的各種問題(UNDOC, 2009)。依據衛生福利部食品藥物管理署 108 年「藥物濫用案件暨檢驗統計資料」年報，各機關(構)通報藥物濫用個案共計 36,563 人次。其中以海洛因(占通報總人次之 47.8%)為最多，其他依序為(甲基)安非他命(占 38.5%)、愷他命(占 6.1%)；各年齡層使用藥物種類，「19 歲以下」年齡層以愷他命為主，「20 歲至 39 歲」以(甲基)安非他命居多，「40 歲以上」則以海洛因為最多；藥用濫用案件總數雖較前一年減少 7.1%，但甲基安非他命案數卻較前年增加 57.4%。甲基安非他命將影響了腦部單胺類神經傳導物質系統，並且作用在多巴胺再次回收受體上，及造成神經末梢的損害(Ares-Santos, Granado, & Moratalla, 2013)。且該藥物因價格較其他毒品較為低廉且可維持一定藥效時距(Panenska et al., 2013)，儼然成為臺灣年輕人十分流行使用及容易上癮之成癮藥物。

藥物成癮使用者於成癮藥物使用後常有警覺、情緒高昂、興奮、暴怒等情形，同時也會衍生神經毒性、認知障礙、視/聽幻覺、古怪信念等心理症狀問題(Ujike & Sato, 2004)；藥癮問題所造成的失能僅次於憂鬱症(Davidson et al., 2015)，如長期使用成癮藥物(如搖頭丸)將嚴重損害動物及人類中樞神經的血清素系統(Ricourte et al., 2000；Reneman et al., 2006)，且對藥物的依賴的程度也將反映至相關事件相關電位(Wan et al., 2010；Hegerl et al., 2001)。使用者之心緒、記憶功能之損害，及自我控制能力弱化而更易產生暴力攻擊行為，並隨其對成癮藥物的依賴程度或使用時間呈正相關(Reid et al., 2007)。顯示成癮者常合併如心理疾患、暴力問題，及家庭關係不良等處遇需求，因而易衍生諸多社會問題。

此外，因成癮藥物再犯因素相當複雜，除了必須忍受戒斷症狀之外，更必須面對情緒及社會經濟的問題；再加上成癮者於家庭系統中往往得不到溫暖與支持，更容易涉入偏差行為的次文化中；更甚者可能會衍生孩子與青少年受虐或不當管教經驗，導致這些子女過去學習到的壓力處理模式帶到社會並反應在其他非家庭成員上(Colvin, Cullen, & Ven, 2002)，這樣教養方式長大的子女長大後容易成為犯罪的早發者，換言之父母因成癮問題導致對子女疏於管教，將削弱了社區中非正式的社會控制力，增加子女未來犯罪或使用成癮藥物的機率(李思賢等, 2010)。物質成癮不僅傷害使用者生理及心理層面之健康，亦將衍生諸多家庭及社會問題，協助成癮者成功地戒癮刻不容緩。

二、成癮治療的多樣化

成癮治療目前最大的挑戰再於如何協助個案克服極易再犯的衝動；相關研究顯示，成癮

者之所以如此難以完全戒癮，與其大腦機轉所形成的”特定”記憶有關。目前已有研究嘗試以基因缺損，及個體舊有的記憶被喚起不穩定時進行干擾，造成舊有記憶喪失(Tronson & Taylor, 2007)等動物實驗，了解成癮相關記憶與成癮戒除之關係。然而，上述概念仍屬於研究探索之階段，此也意味著現今尚未有適宜的藥物，可以有效地協助戒癮。因此，當代的藥癮治療方案不可缺少心理暨社會處遇/治療(psychosocial treatment)。

於進行治療前，為個案進行詳細的評估、診斷及心理衡鑑，了解其是否因藥物中毒(intoxication)或戒斷(withdrawal)導致認知、情緒或行為上的變化，進而需要對治療內容進行適切的調整，或無法確切的掌握個案的狀態而影響其治療參與度。此外，也需了解個案是否有其他的精神或生理共病，或多重使用不同的成癮物質及其衍生的併發症，以期更全面的照顧個案之需求。鑑此，針對藥物濫用或物質使用障礙症的相關心理治療，除於理論、實務及成效上更關注於標準化的治療模式外，近期於精準醫療的思維下，益發重視個案因治療所產生的改變，及針對其需求發展不同的處遇模式，即成癮治療將朝多樣化的方向發展。這些治療包含維持治療的順從性、因應壓力事件、面對復用的高風險情境、促進人關係或家庭關係的修復，及社會參與和就業準備等。另外，也會處理個案焦慮症憂鬱症及失眠等問題(Kleber et al., 2007)；因此，具體的處遇措施為以行為改變理論為基礎的個案酬賞管理、以促發改變及自我指導為策略的動機增強、以認知行為理論主，增強個案高風險情境及自動化思考，及提升其因應藥癮復發的調適能力，以及以家庭為主體，強化及改善家庭功能的家族治療。

綜合上述，考量成癮個案樣態與需求的多樣性，政府已於 2019 年底修正《毒品危害防制條例》時擴大推動「緩起訴附命戒癮治療」的轉向處遇模式，讓檢察官對毒品緩起訴制度的運用更具彈性，可以整合醫療戒治、監禁或是社區等多元處遇/治療模式，以給予成癮個案最佳的治療效果，並有效降低再犯率。此外，成癮藥物種類的多元且毒品種類多元且推陳出新，其藥理、成癮性、對健康之危害(包含共病)，及成癮之臨床表現、病程、預後可能都不盡相同，專業人才培訓及治療或處遇之多元性不足，難以立即提升治療涵蓋率。因此，聯合國毒品及犯罪辦公室(UNODC)主張藥癮治療需要採取綜合/多學科/結合藥理學和社會心理學干預措施，戒癮治療較成熟的英國、澳洲等國家，大都採多元戒癮治療方式，如戒毒處遇之建議及資訊、清潔針具交換計畫、諮商輔導、心理治療、結構式之日間照護計畫、社區處方藥箋(含替代療法)、住院式之戒毒處遇、固定居住型之康復處遇等；依此，國外亦考量不同成癮階段，並配合患者的個別需求，發展階梯式的治療模式(Wanigaratne, 1996)，來增進處遇方式的豐富性，且無論哪一階段皆包含團體/心理治療(如初階的行為治療取向至高階的深度心理治療)，顯示團體/心理治療於成癮治療中扮演一定的角色。

三、團體心理治療於成癮治療中的角色

藥癮是一種慢性復發的大腦疾病(Leshner, 1997)，相關研究指出古柯鹼、海洛英及甲基安非他命等成癮物質會影響中腦邊緣系統中多巴胺神經傳遞物質於突觸間的回收來改變相關神經網絡之活化。然而，目前除了鴉片類替代療法外，並無大規模的實證支持藥物於成癮治療中具有決定性的療效，實需透過薛學習或教育訓練來改變個案大腦的神經活動，藉由心理治療無疑提供改變成癮者行為及大腦神經活動的可行方式。此外，動機式陪談法的團體心理治療可以增強個案在傳統治療的留存率，並可減低物質濫用(Rosenblum et al., 2005)；運用「資訊-行為-動機」導向的團體心理治療(Information-Behavior-Motivation Model Group therapy)可明顯

降低成癮藥物(如古柯鹼)的使用，亦能減少高危險性行(Avants et al.,2004)。藥癮個案於接受行認知行為導向之團體心理治療，發現不論在社會心理調適、處理憂鬱情緒部分有顯著進步，且就業率亦有改善(Rousaud et al.,2007)。依此顯示團體心理治療對於個案戒癮具一定的效果，相較於其他採用個人處遇或僅使用替代療法的個案，更能減低復發率，或其他物質的使用，進而提升其社會心理功能(李俊宏等，2007)。

於團體心理治療進行前，應為個案進行詳細評估及診斷，考量其是否因為藥物中毒(intoxication)或戒斷(withdrawal)導致認知、情緒或行為上的變化，以能更適切地因應個案狀態調整治療內容，進而增加個案治療參與程度及提升治療效果。此外，亦需瞭解其是否有其他身體或精神疾病，不同的成癮物質或使用途徑會產生不同的併發症，以期能針對個案狀況因應處遇內容。

誠如上述，成癮行為往往由生理、心理、社會因素交錯形成，並考量成癮同儕團體甚至其他的誘發因子產生依附關係，進而不斷形成病態行為的惡性循環，因此提供諸多療效因子以及具同儕互動的團體心理治療便成為相當重要的處遇方式。特別是針對藥癮高度的再犯，藥癮者個人專長、人際支持系統、自我效能等因素與復發風險有顯著的相關(郭文正、鄭安凱，2008)，藥物的再使用與生活適應發展有相當密切之連結，其中人際支持是治療物質濫用的關鍵(鄭曉楓、吳永杉，2018)。依此配合誘發個案主動思考自身成癮問題更能有效使其抑制使用成癮物質(Mathis et al.,2009)。

團體心理治療的效果包括維持治療的順從性、因應壓力事件、預防藥/酒癮復發(relapse)、促進人際關係，甚至是處理焦慮症、憂鬱症或失眠等問題(Kleber et al., 2007)。過去戒癮治療常運用之心理治療包含以促發改變動機及自我指導為策略的動機增強(motivational enhancement)；以認知行為理論為主，協助分析高風險情境與自動化思考，進行調適技巧訓練的預防復發(relapse prevention)；以行為改變理論為基礎，利用酬賞物搭配治療架構增加個案正向行為，減少負向行為的酬賞管理(contingency management)；以家庭為主體，強化及改善家庭功能的家族治療等。上述這些治療旨在為個案及其家人提供支持，以改善生活質量及促進個人健康。

然而，心理治療仍有其限制，美國精神醫學雜誌曾進行有關心理治療的統合分析，發現有三分之一的個案無法完成全療程，顯示在治療當中的留置(retention)是重要的決定因素(Dutra et al.,2008)。然而，目前並沒有一致公認最佳的心理治療理論，若參考論述治療有效性的相關文獻，階梯式照護模式(steped care model)強調治療方法應考量個案的想法、財力及可用資源，針對個案的需求及病情改善情況，因應不同治療密集及內容深度的處遇模式，顯示此照護模式更有靈活性和針對性，及更細緻處理個案成癮問題；治療初期藉由行為的分析、瞭解與建議，讓藥癮個案試著減少藥物使用，調整目前因藥物使用而影響的生活形態，再隨著個體逐漸察覺自身所需面臨的成癮課題，和情緒、認知與行為逐漸改善後，導入認知重構(cognitive reconstruction)，並協助個案辨識高風險情境，增加調適的選擇，使其維持遠離成癮物質的生活，降低復發的可能性(Wanigaratne, 1997)。

目前對於安非他命等非鴉片類醫療服務，尚缺乏有效藥物處遇，因而著重於個人或團體治療，務實而穩健地建構、發展國內成癮藥物治療模式，並評估其療效實刻不容緩。因此，嘉南療養院自 104 年以來就開始透過矯正機關藥酒癮治療計畫，與非鴉藥癮治療補助治療計畫，逐步發展本土化之正念預防復發治療程序(mindfulness-based relapse prevention；MBRP)，MBRP 是將正念減壓與預防復發模式結合而成的介入方案，此方案藉由提供戒癮者於認知或

行為層面對成癮的因應，降低再度引發成癮藥物使用的可能性，至 108 年度已初步建構一套較完整治療程序。依此，將依據本院過往 MBRP 的執行經驗撰寫該治療模式之臨床指引手冊，內容包含正念預防復發模式治療精神、概念及演進，治療前的衡鑑、治療成效評估方式、治療內容及執行細則、治療倫理及處遇流程適切性因應等，作為本院相關處遇流程推廣及治療模式更精進的依據。

貳、正念預防復發模式

正念取向預防復發(Mindfulness-Based Relapse Prevention)以卡巴金博士在 UCLA 所建立的正念取向治療模式為基礎，並加上預防復發的概念，逐漸發展而成(S.Bowen et al.,2014；Witkiewitz & Bowen,2010；Witkiewitz, Bowen, et al.,2013；Witkiewitz, Lustyk, et al.,2013)。以「專注現下」、「自我接納」、「非批判」為核心，協助病患透過正念模式了解誘因(Triggers)、藥物(Substance)、自動化思考(Autonomic thinking)在成癮復發(Relapse)中扮演的角色，並學習辨識高危險情境(圖 1)，利用習得的正念呼吸、進食、行走、瑜伽等方式因應調適，從而重建新的生活型態，近年來有許多文獻顯示正念預防復發在藥癮治療上的潛力。正念預防復發在藥癮者能改善情緒、渴求、對藥物的認知與行為(J. P. Davis et al., 2018；Witkiewitz & Bowen, 2010；Witkiewitz, Bowen, et al.,2013)，與傳統的預防復發相比也有較佳的療效，在一個隨機分派正念預防復發與傳統預防復發的研究中發現，參與正念預防復發組的個案，有顯著減少的用藥天數與較少的法律、醫療問題(Witkiewitz et al.,2014)，而在美沙東替代療法的個案中，也展現了類似的效果(Yaghubi, Zargar, & Akbari,2017)，在臺灣針對矯正機關成癮者進行正念預防復發的研究也發現，處遇後能顯著減少個案的憂鬱與情緒壓力，以降低復發的可能性(Lee, Bowen, & An-Fu, 2011)。惟在臺灣尚無標準化且本土化驗證治療模式，治療師的訓練認證與督導訓練也尚無明確的實證研究，難以適用到不同的治療情境，也難以作為療效比較。故本臨床指引將作為未來相關處遇內容修改的基礎，並依此發展本土化、實證化、標準化，及建構完成訓練機制，以利後續擴展。

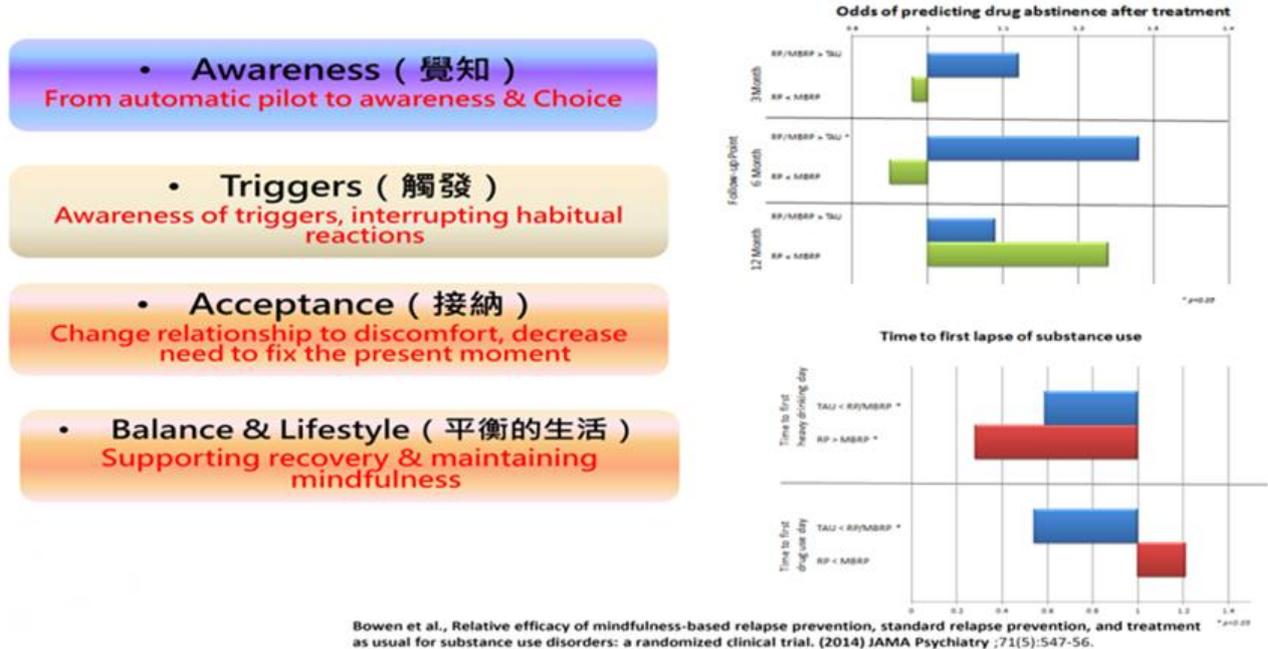


圖 1 正念取向預防復發的治療元素

一、正念概念介紹

正念(mindfulness)的概念都根源於佛禪，其終極目標是助人離苦；屬於佛學八正道之一，希冀透過個人體悟苦集滅道，達成苦的止息。正念為人類普遍的一種覺察，能緩解苦難與提

升悲愍(Kabat-Zinn,2011；Ludwig & Kabat-Zinn,2008；Williams & Kabat-Zinn,2011)，國內亦以內觀或止觀等達此概念；「念」—佛典巴利文為 *sati*，英譯為 *mindfulness* 或 *awareness*，於佛學的概念中，僅偶爾含有回想過去事件的意思，多意指現在或當下(賴隆彥譯，2002)。修習者將注意力當下固定在某個對象，專注的觀察它，就稱為念；即念「覺察」、「注意」或「回憶」，為一種心理狀態。正念練習已是應用在心理治療中最普遍的方法(Walsh & Shapiro,2006)。

雖然正念源自於佛學的背景脈絡，但是它的本質是普遍可被大眾使用的，透過持續練習來幫助自己當下的覺察、以促進身心安適。Kabat-Zinn(2012)認為在華人社會中心智(*mind*)與心(*heart*)是用同一個字，所以正念深層地說是「心念」(*heartfulness*)，含有關愛(*compassion*)自己與對自己仁慈(*kindness*)的涵意，可將正念視為一種有智慧與關愛自己的覺察。依此，正念的兩大核心概念是：(1)個人特殊的注意力：個人透過不強求(*non-striving*)的正念練習而有當下的經驗、(2)一種特殊取向的經驗：此取向的特性是好奇、開放和接納，而不只是專注於對自己有價值與嚮往的經驗。依循此核心概念，正念練習至少有三種方法：(1)專注禪修法(止禪)，強調由靜坐中，專注於一個對象，例如呼吸，以培養定力、(2)正念禪修法(或觀禪)，在日常行住坐臥中，以觀觸、景、呼吸等培養覺察、(3)慈悲禪修法，禪修者重複唸短語，例如「願我和眾生平安、快樂、健康的生活」，養成個人慈悲心(Siegel, Germer, & Olendzki,2009)。此外，透過一整天中有意圖地對當下的覺察也可提升正念，如在和他人交談時專注地覺察自己身體的感覺經驗(Shapiro & Carlson,2009)。

正念是先暫時放下「趨樂避苦」的慣性，接納當下的任何經驗；在臨床心理學領域，正念已和接納密不可分(Siegel et al.,2009)。正念治療強調讓參與者有意識的保持開放的心態與接納心理事件，對於負面或令其感到心理困擾的事件，意即將接納視為規避上述經驗的替代方案(Twohig, Hayes, & Masuda,2006)。此外，正念能養成面對現在的經驗。純粹覺察是讓人養成將注意力只放在「當下」(賴隆彥譯，2002)，進而練習消融自我，使我／他分別心消失(Austin,2009)，並達到是擺脫自我的束縛，達成個人的轉化(Gunaratana,1996)。

正念源於佛學無我觀點，認為自我是因緣的認知歷程，且對他人要無分別心，和一些正向的心理狀態有關聯，包含面對事件不評斷、接納的取向，內心平靜(賴志超、蘇倫慧，2015)。正念練習中要信任的對象是個人的內在自性。正念要教導的不是對治(*curing*)而是培育個人的心理資源，進而有自我療癒力。此資源對身心健康具有莫大的影響(Kabat-Zinn,1990)。正念將協助個體於較深的生命層次中轉化身心，透過發展能夠接納當下一切身心處境的能力，而非僅是解除這些痛苦的方法，幫助處於災難般壓力的人們能適應壓力和能持續成長。正念覺察可引發自我療癒力，長期練習可以養成持久的純粹注意力(*bare attention*)，並就能引發自我療癒力(Epstein,1996)。

因此，正念可視為提升自我療癒力的關鍵因素，屬於一種正向的心理狀態，此不僅是一種認知或作為，更要能把想法放掉，達到寧靜心靈的一種心理狀態；將藉由看清自己當下的心理狀態和情緒，培養面對當下的經驗，可進行深入的心理轉化。鑑此，本治療模式以正念為基礎並結合預防復發概念，提供戒癮者透過認知或行為方面的因應，降低再度引發成癮物質使用的可能性，因為引發再次使用的因素充斥在生活中，該如何找到平衡的生活型態，再回到規律和平靜的生活。

二、預防復發模式(relapse prevention model)

預防復發模式是以認知行為治療為基礎所發展的介入模式，特別是用於處理成癮行為相關議題；該模式包含高危險情境(high risk situations)、自我效能(self-efficacy)、結果預期(outcome expectancy)、破壞戒癮效果(the abstinence violation effect；AVE)、不良的生活型態與渴求反應等元素(圖 2，李昆樺，2018)，以下簡述之：

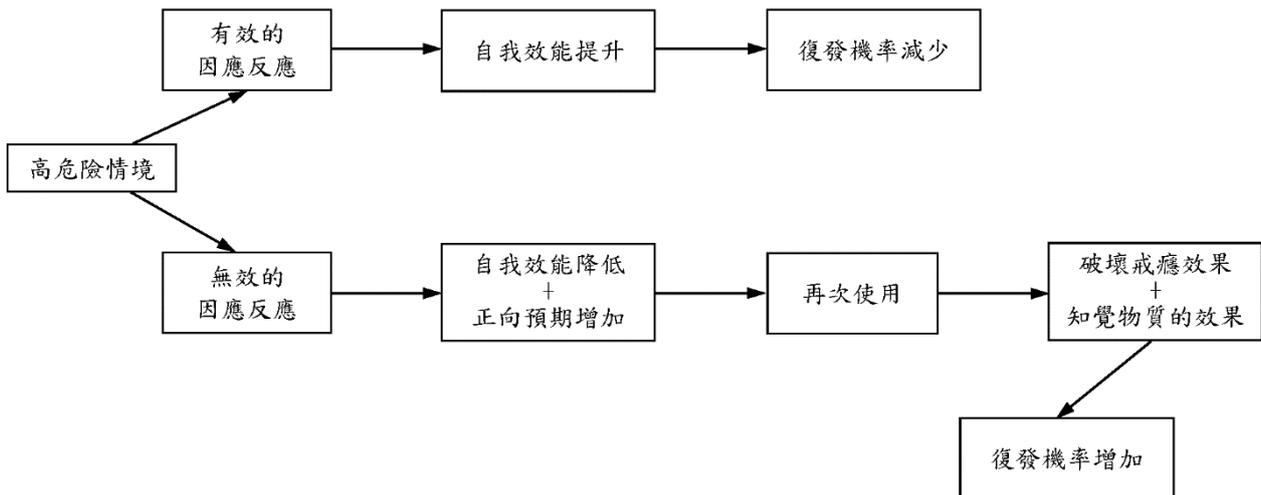


圖 2 預防復發模式 (引自李昆樺，2018)

高危險情境是指當個體在嘗試避免某個特定行為時卻備感威脅的情境(Witkiewitz, & Marlatt,2004)，如戒酒者經過常購買酒之店家、回到自己飲酒熟悉的場域、或在家裡時卻看到一瓶喝到一半的酒瓶時，會感到自己的酒癮將被引發酒癮。高危險情境可歸納出三類；其一為負面情緒狀態：當戒癮者處於如憂鬱、焦慮等負向情緒時，使用物質常常是可意料的行為，戒癮者可能因過去使用物質所帶來的美好經驗促使其復發再次使用成癮物質(Lee, Sarah, Oie, & Yen, 2012; Lee, & Yen, 2018)、其二為人際衝突：對戒癮者而言，主要指與缺乏家人的支持，如有戒癮者因家人不信任自己已經戒除藥物後，在一氣之下，又再度使用。有研究亦支持戒癮者當有情緒困擾時，若缺乏父母的支持情況下，其後再使用成癮物質的機會將明顯增加(Measelle, Stice & Springer,2006)、其三為社交壓力：對於許多物質成癮者而言常因共同使用成癮藥物之同儕邀約或擔心拒絕可能讓友誼無法維持下去，不願意得罪或不想讓朋友失望而再次使用。因此，教導個案如何有效的因應同儕邀請與壓力之技巧是戒癮治療方案中相當重要的一環，若成癮者學會如何拒絕同儕的技巧後，可以有效地降低再度使用物質的情況(MacArthur et al.,2016)。

自我效能定義為在高危險情境下去抵抗或拒絕物質使用的能力程度(Ellickson, & Hays, 1991)，是影響戒癮治療的重要因素之一；藥癮或酒癮個案經常會提到面對高危險情(如朋友邀約或心緒不佳)，容易無法抵擋誘惑而再次破戒陷入成癮的循環中。鑑此，如何提升自信心去拒絕繼續使用成癮物質是治療中相當重要的課題。

結果預期亦是期對於預防復發或戒癮是相當重要的因素之一，被定義為個體期待在經歷一個將來經驗後所產生的效果(Witkiewitz & Marlatt,2004)。依據社會學習理論對環境線索的預期、個人行動後果的預期，以及個人有能力展現某個會影響結果的行為的預期，如自我效能。

當戒癮者在面對容易引發再度使用的危險情境時，會容易受到過去經驗或想像過對成癮物質使用後的正向效果，進而再次使用。因此，預防復發特別強調如何改變戒癮者對成癮物質使用期待之因應策略與技巧。

破壞戒癮效果是指個體在戒除物質一段時間之後，在第一次再度使用後，個體所經驗到的負面認知想法和情緒反應(Curry, Marlatt, & Gordon, 1987)。有些戒癮個案於再次使用成癮物質後，會抱持將錯就錯的心態，或為了消除再次使用愧疚感所衍生內心的壓力和負面情緒，選擇讓自己繼續回到成癮循環。因此，協助戒癮者如何於再次使用後覺察及策略因應，降低一再使用的可能性。

三、正念預防復發模式之理論基礎與應用

正念為基礎預防復發模式是由已故的華盛頓大學心理學系 Alan G. Marlatt 教授與其團隊所發展出的治療模式，是將正念練習與預防復發模式結合而成的介入方案，透過認知或行為方面的因應，降低藥癮者再度使用成癮藥物的可能性，透過該模式可清楚地協助戒癮者需要時時刻刻保持清醒的狀態，讓自己在面對引發復發的高危險情境時，能夠做出適當的因應措施，以讓自己可以繼續保持戒癮的狀態，能夠幫助戒癮者在面對危險情境時，保持平靜的覺知後，思考或運用之前學習過的因應策略，以成功地度過每一誘惑，再度回到平衡的生活型態。換言之，透過正念預防復發模式可培養戒癮者的覺知能力，使其保持清醒並有效地自我調節，若察覺到腦海中正經驗到成癮有關的念頭和感受時，能夠以一種平靜或清明的態度面對及因應進而降低復發的可能性。近年來有許多文獻顯示正念預防復發在藥癮治療上的潛力，如正念預防復發在藥癮者能改善情緒(Davis et al., 2018)、渴求、對藥物的認知與行為(Witkiewitz, Bowen, et al., 2013)。

認知衝動性(impulsivity)被認為於治療成效中具中等效果量的影響(Stevens et al., 2017)，針對成癮個案進行系統性回顧研究亦指出，認知與執行功能(executive function)為影響療效(如治療順從性)及復發的重要因素；這當中個體的注意力(含注意力偏誤)、抑制控制能力、決策與衝動選擇、認知彈性及工作記憶皆顯示與介入成效有一定的關聯性，這意味著神經心理病理作為成癮行為內生表現型的重要因素，亦即神經心理治療(neuropsychotherapy, Grawe, 2007; Walter, Berger, & Schnell, 2009)，作為精準醫療(precision medicine)的介入元素與目標，合宜地進行處遇治療。

正念預防復發模式依循上述的架構，以「專注當下」、「自我接納」、「非批判」為核心，並於團體中不斷強調「專注」、「主動」、「持續」等精神，希冀學員透過相關練習的持續演練來達到提升自我覺察能力的目標；戒癮者將從團體中習得結合「正念」之呼吸、進食、行走、瑜伽等活動來體驗其變化，從而重建新的生活型態。臺灣針對矯正機關成癮者進行正念預防復發的研究已發現，處遇後能顯著減少個案的憂鬱與情緒壓力，以降低復發可能(Lee, Bowen, & An-Fu, 2011)、另有研究指出在接受正念預防復發模式八次課程後之參與者在成癮嚴重度方面，明顯低於未接受課程之藥癮者，且在問題行為嚴重度方面也有顯著的改善，並持續到治療結束後的第四個月(Bowen, et al., 2009)。正念預防復發模式對於合併有情緒困擾之興奮劑藥癮者而言，也有不錯的治療效果，並改善其負向情緒及精神狀態(Glasner-Edward et al., 2017)。

既然正念預防復發模式於戒癮的臨床處遇上可見明顯的效果，探討其如何對戒癮產生效果便是接下來之研究課題；在逐漸練習的過程中，戒癮者的覺知能力和接納能力也逐漸的提

升前額葉的功能，並增加大腦灰質的分布，並透過腦島的影響，提升情緒的穩定度，可能戒癮有效的原因之一(Witkiewitz et al.,2013)。另有研究認為正念預防復發模式介入能改善戒癮者對於成癮物質的依賴程度，其可能機制可以分為兩部分，其一為行動的心理歷程，當個體處在介入過程中，學會行為改變的因素，包括：提升改變現況的自我效能、結果預期的改變和因應技巧之學習與精熟；並且透過禪修的方式，幫助個體學習如何經驗負面情緒、接納因渴求反應所引發的不舒服感受；另一部分是行動的生理歷程，當個體在學習正念練習時，是一種情緒的自我調節歷程，其中心律變異率(Heart rate variability; HRV)會在靜坐或正念練習過程時產生明顯的變化。換言之該模式可能透過改善自主神經系統之功能，進而改善對生活壓力或戒斷症狀所產生的焦慮反應(Penberthy et al.,2015；Li et al.,2017)。正念預防復發模式也被視為有助於練習者認知功能提升(Hölzel et al.,2011)，亦有助於包含注意力控制(attention control)、情緒調節(emotion regulation)、自我覺察(self-awareness)等自我調節能力(Tang et al.,2015)；特別於注意力控制上，對即將發生事件或刺激的準備、從多元刺激中選擇自己所需的訊息，及監控與解決不同訊息與神經衝動間的衝突(此即為執行功能)(Petersen et al.,2012)。相關功能性與結構性磁振造影的研究指出正念將改變與注意力控制相關大區域之神經可塑性，特別是與抑制控制能力相關之組織如前扣帶迴(ACC, Cahn & Polich,2006；Hölzel et al.,2007；Tang et al.,2012b；Tang & Posner,2014)、背外側前額葉(DLPFC, Pagnoni & Cekic,2007；Allen et al.,2012)；經正念練習後之個體，處於靜止狀態時的神經活動高於未練習者(Tang et al.,2009)，在結構上較厚的大腦皮質厚度(Grant et al.,2010)與較健全的大腦白質(white-matter integrity, Tang et al.,2012a)。具社交焦慮症之患者經過正念練習後，背外側前額葉神經活動明顯高於未練習者，且患者社交焦慮的程度亦明顯改善(Goldi & Gross, 2010)；在結構上，正念練習可以減緩背外側前額葉灰質因老化而導致的弱化(Pagnoni & Cekic,2007)，顯示經過正念課程訓練後之學員，其負責自我覺察與情緒直觀經驗的前額葉外側，腦島，體感覺皮質及下頂葉，神經活動皆明顯增加(Farb et al.,2010)。另有研究指出正念正念與執行功能亦呈現正向關聯，個體抑制控制的能力將隨正念練習而增強(粘瑞狄等，2018)。

綜合上述，正念預防復發模式為將正念練習與預防復發模式結合而成的介入方案。此模式為透過正念練習可提升個體注意力控制(含抑制控制)、情緒調節及自我覺察能力的提升，及運用預防復發模式提供戒癮者透過認知或行為方面的因應，降低再度引發成癮物質的可能性，進而幫助戒癮者在面對危險情境時，保持平靜的覺知後，思考或運用之前學習過的因應策略，以成功地度過每個誘惑，再度回到平衡的生活型態。

四、團體治療課程規劃與設計概念

本治療模式將納入動機式晤談法，透過治療技術協助成癮者建立改變動機，如當事人中心治療法、認知治療、系統理論、自我調適等。治療師主要協助成癮者/戒癮者認識到目前潛在的問題，削減矛盾掙扎，邁向改變路程。治療者將以正向態度同理成癮者/戒癮者處境，肯定其為一個有能力者，營造一個對改變有效果的情境。依據 Miller(1983)所提出之五種基本原則：表達同理心、創造不一致、避免發生爭辯、抗拒纏鬥，以及增加自我效能感。將以此作為治療基本應用技巧之核心技術。此外，治療師(以臨床心理師為主)對於成癮相關的神經心理病理，進行此團體治療時個人所掌握的專業能力、專業介入時機，以及團體歷程監控，皆將於每次團體後兩位帶領團體之心理師討論。每月亦透過督導(clinical supervision)與自我歷程檢

核(self-evaluation, self-check)的方式，針對折衷取向採用正念、動機式晤談，以及神經心理取向進行的戒癮治療歷程進行討論與調整，以協助區分當下所進行的理論、衡鑑技術、個案概念化、治療技術，以及治療專業運用時機之作為。

依循上述，本治療模式之課程規劃之設計概念為希冀戒癮者透過團體學習不同的正念練習方式，及期待其因為正念練習時所強調保持覺知，以不評價的態度去接納和感受因渴求反應，所產生的不舒服感受；並在逐漸練習的過程中，戒癮者的覺知能力和接納能力也逐漸的提升，進而於面對生活中所可能有負面情緒和人際壓力，也能逐漸地培養出接納的態度，使自己有能力的選擇適合且有用的因應策略去面對高危險情境。

參、正念預防發治療模式之演進與治療精神

美國國家藥物濫用研究所(National Institute on Drug Abuse, NIDA,2009)認為醫療解毒只是成癮治療的第一階段，需配合後續支持以協助擺脫毒癮，順利社會復歸；在國際戒癮政策與實務上，復元取向愈來愈成為核心特色(Neale et al.,2014)。復元意涵超越戒癮的概念，不再只是聚焦於病理與戒癮，藥癮復元包括個體內在的改變，例如生理的、情緒的、新的知識、價值、思考模式、態度、行為、技能、個人認同(White,2007)，這些內在的改變也是一個持續成長與提升、自我改變與找回自我的過程(Laudet,2007)。對於藥癮者的生活適應，研究已證實無望感與成癮藥物使用、藥物延伸之相關問題皆具有關聯(Metha, Chen, MulVenon, & Dode,1998；Ozgur Ilhan, Demirbas, & Dogan,2007)。此外，對於藥癮者的生活適應，研究已證實無望感與成癮藥物使用、藥物延伸之相關問題皆具有關聯(Ozgur Ilhan, Demirbas, & Dogan,2007)。近年國內以正念融入藥癮心理治療研究逐漸產生，運用正念於自我探索團體監禁中的藥癮者藉由自我抒寫增加正向情緒、強化正向特質，以及提升正向自我概念，且此模式的運用不因監禁環境而限(蔡震邦,2012)。依據上述對本模式的介紹可了解戒癮者需要時時刻刻保持清醒的狀態，讓自己在面對引發復發的高危險情境時，能夠做出適當的因應措施，以讓自己可以繼續保持戒癮的狀態。當戒癮者處在高危險情境時，過去舊有的習慣會被啟動，與成癮物質使用有關之認知和情緒反應，會隨著而來，驅使戒癮者在不假思索的情況下，展現舊有的習慣行為，該歷程稱之為自動導航(auto-pilot)。若能透過正念練習學習有效地自我調節的策略，就能夠幫助戒癮者增加對自己的覺察，進而於腦海中正經驗到成癮有關的念頭和感受時，就能夠以一種平靜或清明的態度面對，並有能力採取適切的因應策略，降低復發的可能性。

一、正念心理學取向正念方案介紹

心理學在疾病模式的架構下致力於修復損傷(Seligman & Csikszentmihalyi,2000)，這當中正向心理學以增進臨床族群和一般人生活滿意與快樂為宗旨(Krentzman,2013)，依此概念延伸所發展之正向心理介入(positive psychology interventions, PPIs)主要目的在增加正向感覺、正向行為或正向認知，強化正向心智狀態和幸福的相關變項；而非改善病理、修正負面想法或調整不良的行為模式(Parks & Biswas-Diener,2013)。與傳統介入(traditional interventions)不同在於，傳統介入目的在消除影響正向成長的阻礙，以提升幸福；正向介入目的是直接強化能增加幸福的因素(Pawelski,2008)。由此，正向介入更帶有去標籤的意味，認為無論處於什麼狀態的任何人、任何時刻，皆有能力與機會追求幸福。

隨著正向心理介入的逐漸發展，Ivtzan 與 Lomas(2016)更架構性地將正向心理介入納入正念(mindfulness)；正念亦可被概念化為一種對自我內在與外在經驗的接納性專注與覺察的「狀態」(Brown & Ryan,2003)，其概念最為廣泛使用的有正念減壓方案(mindfulness-based stress reduction, MBSR)(Kabat-Zinn,1982)與正念認知治療(mindfulness-based cognitive therapy, MBCT)(Teasdale et al.,2000)。其中正念減壓方案廣泛運用於慢性病疼痛(Kabat - Zinn,1982)，緩解壓力、焦慮及憂鬱症狀(Teasdale et al.,2000)，不僅可減緩壓力、焦慮和憂鬱等症狀，亦被證實帶來某些正向改變，如正向情感的增加(Geschwind, Peeters, Drukker, VanOs, & Wichers, 2011)、人際互動能力的提升(Goleman,2006)。就正念來說，直到東倫敦大學(University of East London)的正向心理學家 Ivtzan 與 Lomas(2016)出版「正念在正向心理學」(Mindfulness in

positive psychology)一書，才結構性地將正念與正向心理學結合。

正念方案一開始發展的目的雖用於減緩如壓力、焦慮和憂鬱等變項，但也被證實帶來某些正向改變，包括正向情感(Geschwind et al.,2011)、提升生活意義(Disabato & Begovic,2015)。Shapiro(1992)認為正念源自於佛教自我觀照實踐(contemplative practice)，最初的目的即在發展心理幸福感；有學者便提出以正念三個核心成分「意向(intention)」、「專注(attention)」、「態度(attitude)」(IAA)，「專注」和「態度」是增進正念的方法；前者指完全地專注於每個片刻之間的內在經驗覺察；後者乃練習者專注的品質，包括充滿接納、仁慈及好奇。「意向」則是正念背後個人化的目標與動機，具有正向心理學的精神與特色(Shapiro et al., 2006；Ivtzan & Lomas,2016)，依此能使練習者達到自己原先的目標：若其聚焦於自我調整，實質上自我調整就會啟動；若聚焦在自我探索，自我探索的部分會增加。可見，「意向」除了有助於正念的投入，亦能促進達成目標的正向改變，如同正向心理學強調之有意義的生活。目前雖然尚無單一的理論基礎來說明二者之間的關係，但上述說法間接說明了正念與正向心理學連結的合理性與價值性，並強調「正向正念循環(positive mindfulness cycle)」的概念，即認為正向心理介入與正念會在歷程中彼此影響與強化，提升愉悅與幸福。此外，專注於真實片刻的經驗，會產生高度的幸福感(Killingsworth & Gilbert, 2010)，類似的研究指出正念能增進短暫的快樂(hedonic) (Brown & Cordon, 2009)及長期的幸福(eudaimonic) (Brown, et al., 2007)，此二者亦為正向心理學應用與研究的核心。由此顯示正念的練習與正向心理學的目標具有高度同質性，皆能促進短暫的快樂與長期的幸福。

二、正念與自我療癒能力

佛學提出正念提升七覺支，有助於身心受苦的療癒，此現象於近二十年更是廣泛地引起西方醫學與心理治療學的興趣，也有非常多正念在臨床醫學與輔導的實徵研究。如經過六個月禪修後，長期的胃潰瘍竟不藥而癒；因此正念被認為藉此覺察，即當下的力量，可改善生活品質(Ryback & David, 2006)。換言之，透過正念禪修，培育七「覺支」：即念、擇法、精進、法喜、寧靜、定、捨等七種覺悟的因素。佛學強調持續地修習「四念住」，將會自動而完整地發展七覺支(Pandita, 1995)。此為自我療癒力的關鍵因素，最終可讓人達成「可以有痛，但不苦；可以有苦，但不受苦」的解脫。

療癒(healing)與治病(curing)有差異；療癒指針對全人，解除傷害或疾病苦難的歷程，而治病指醫師消除病患疾病。在治病時，患者的目標是生存與維護。換言之，治病的目標是避免改變；相反地，療癒卻始於改變，改變自己和疾病與自我的關係，察覺到自身的資源是導致個人成長的主要因素(Hutchinson, Hutchinson, & Arnaert,2009)。但在治病時，病患則需依賴於醫師的專業，來對治疾病。

已有研究指出正念是自我療癒重要的關鍵之一(Schmidt,2004)；自我療癒力是調整個人對苦難的關係，是個人苦難超越的轉化歷程(Egnew,2005)。苦難是對於傷害或威脅的不愉快的經驗。當個人突然有病，或個人身份受威脅時，特別感到苦厄，受難者可能會感到孤立、失去控制感和喪失個人生活的可預測性，遭受和面臨苦感到和自己、他人和世界失去了連結感。他們忙於注意未來或過去，正念亦能緩解苦難(Dobkin,2009)。此外，Schmidt(2004)則指出正念、悲愍、愛和內在覺察是自我療癒力的四個關鍵因素；楊淑貞、林邦傑和沈湘縈(2007)亦指出正念、慈悲、安定和覺察為自我療癒力的主要因素。因此，在生命中的壓力或苦難即使無

法避免，可藉由正念於較深的生命層次中轉化身心，培育個人的心理資源；正念治療所訓練的，並不只是解除這些痛苦的方法，而是發展能夠接納當下一切身心處境的能力，使個人可以自在的活在當下。

換言之，透過正念的治療取向，不僅可以協助個案概念化清楚的目標，產生多元的達成路徑，亦激發其更高度的動力，在克服挑戰後達成目標(Lopez et al.,2000)；正念是提升自我療癒力的關鍵因素，自我療癒力比較屬於一種正向的心理狀態，可協助戒癮者的心緒更加安定(如佛學所強調的寧靜)此不僅是一種認知或作為，更要能把想法放掉，達到寧靜心靈的一種心理狀態，進而提升心理適應。

肆、治療前的衡鑑與治療成效評估

過去有許多研究紛紛指出，物質成癮對大腦功能形成各種作用機轉及功能的損害，例如前額葉皮質(prefrontal cortex)、腹側背蓋區(ventral tegmental area)及伏隔核(nucleus accumbens)所形成的酬賞迴路對應於渴癮的影響，以及眼窩前額葉皮質(orbitofrontal cortex)與依核(medial shell)、腹側蒼白球(ventral pallidum)之間訊息連結的損傷與個案追藥行為的關連性；而個案大腦神經心理功能部份，也可能因長期濫用藥物而無法正常的執行各種認知功能，如：前額葉的計劃、執行決策歷程的困難、自我覺察及衝動控制能力不佳、注意力與記憶力的受損等，可能更容易導致個案再次回到濫用藥物的階段，戒癮路上困難重重，因此在臨床上，已將成癮認為是大腦神經功能的缺陷，需要各專業的協助。

物質成癮個案在進入治療前，需要針對個案目前的狀態做全面性的衡鑑及評估，一般來說會從個案的身心社各個層面做評估，以判斷個案動態及靜態危險因子，包括：基本資料，年齡性別及教育程度，過去求學過程中的課業表現、學習上是否有遇到問題，以及是否有注意力缺陷過動症的症狀表現；到目前為止的就業穩定度，以及在工作上與到困難的類型；個案過去生理及心理疾病史，了解是否有精神疾病共病的可能性；藥癮及物質濫用史，包含使用途徑是經口、鼻、吸菸或靜脈注射，以及適用的量及混用與否，可藉此了解個案物質成癮的程度；在家庭背景部分，可了解個案的家族史，親子關係，管教方式是否不一致或疏於照顧，家庭經濟狀況，以及其他家庭成員所提供的情緒或經濟上的支持程度，另外，亦可了解家庭成員當中，是否有物質濫用以及精神及情緒方面的病史；在犯罪史及法律狀態部分，可了解個案、環境中的人事物及家庭成員，是否有危險因子影響個案的犯罪行為，犯罪行為的類型，尤其與物質使用無關的案件，可藉此判斷個案人格特質及認知功能；另外，可進一步評估個案平常的休閒嗜好、生活作息、宗教信仰、人際關係、情緒調節及壓力因應技巧等，判斷個案的生活重心以及社會支持網絡，以及個案在遇到挫折時的忍受度及處理能力，了解個案對環境、相互關係以及自身所持的態度、信念、價值觀及想法，同時可了解個案的物質成癮行為是如何學得、被喚起以及維持或修正。

目前針對物質成癮的治療，除了藥物治療外，許多學者也針對個案神經心理部分做研究，發現衝動性對治療成效具中等效果量之影響，針對成癮患者治療成效進行系統性回顧研究指出，認知與執行功能對於療效的影響佔了重要的角色，因此對於認知與執行功能的評估與介入為腦心智融合正念預防復發團體方案的主軸。

大腦的認知與執行功能包括注意力偏誤、抑制控制能力、決策與衝動選擇、認知彈性、工作記憶等，大多為大腦前額葉的功能之一。前額葉分為腹內側區(Ventromedial prefrontal cortex)及背外側區(Dorsolateral prefrontal cortex)，兩者在大腦中都扮演重要的角色，腹內側區主要功能為個體對於估計獎賞價值、對未來結果的敏感度、達成目標及情緒處理時的抑制控制能力，背外側區主要功能為認知控制、注意力、組織時間、工作記憶及根據複雜資訊做決定的能力。一般日常生活中，問題解決能力仰賴抽象思考、持續注意力、認知彈性及適當的情緒調控，而情緒調控也必須藉由理性的思考與問題解決能力；個體的後設認知能力(能夠覺察與認識自我的認知歷程，意識流動與記憶思考能力)、組織所接收到的訊息並引導行為的產生等，皆與前額葉功能有關；若前額葉功能缺陷則可能產生認知扭曲、情緒調節困難、自我覺察及自我監控能力不佳、卡在某種思考方式(思考固著，缺乏彈性)、運用抽象思考方面有困難、較難記得行為所造成的後果，而不斷重複使用無效的問題解決方式、難以監控其社會活

動、無法遵循社會規範、情緒功能及同理心缺陷、不適宜的社會行動、容易衝動等問題行為的產生，皆是物質成癮患者常見的問題行為展現。

因此腦心智融合正念預防復發團體方案，針對成癮患者常見的前額葉之神經心理功能缺陷部分做評估與介入。

一、衡鑑方法與工具(參閱表 1)

1. 個案經過個管師安排，在就診後可透過初評及半結構式的成癮嚴重度量表(ASI)，以了解個案動態及靜態危險因子及個體因素，綜合評估個案目前成癮嚴重度及危險因子，同時了解個案未來治療介入時的方向及重點。
2. 魏氏智力測驗第三版(WAIS-III)：透過類同、圖形設計、矩陣推理及記憶廣度四個分測驗，可推估個案目前整體的認知功能，在溝通及理解上是否適合進入正念預防復發團體治療，同時可細部了解個案前額葉功能，包括注意力、認知彈性、語文抽象推理、工作記憶及空間概念等，而測驗過程中的行為觀察，則可判斷個案的衝動控制及挫折忍受度。
3. TIPI 簡式性格量表：透過個案自陳式量表可將人格分成五個向度：
 - (1) 外向性(Extraversion)：高分者呈現有自信及樂觀，好尋找刺激的及崇尚冒險精神的；低分者呈現冷淡、愛思考及不好交際的人格特質。
 - (2) 親和性(Agreeableness)：高分者呈現善解人意、友好、大方及樂於助人、順從及謙虛；低分者則呈現較少關心他人、較少同情心，不願意費心去幫助別人及好爭鬥。
 - (3) 盡責性(Conscientiousness)：高分者呈現自律、細心、有條理及三思而後行的傾向，盡責及工作勤奮可靠；但也可能是工作狂、完美主義和強迫行為者；低分者則呈現較為悠哉、較少目標導向，以及較少被成功所驅動的情況。
 - (4) 情緒穩定性(Neuroticism)：高分者情緒較為穩定，雖然情緒仍會受事件有所波動，但來得快，去得也快，所以比較能夠找到適當的因應方式；低分者則容易將小挫折看成絕望，有可能難以控制衝動和延遲滿足，當情緒出現時，會比較難以回到平靜的狀態，通常會不太清楚自己情緒生成的原因，進而影響其生活適應的表現。
 - (5) 經驗開放性(Openness to experience)：高分者呈現活躍的想像力及審美觀，情感豐富以及對知識的好奇心；低分者則觀點和行為方式通常較為傳統，喜歡熟悉的行為模式而不是新的經驗，一般來說興趣範圍較窄。

透過簡式性格量表可判斷個案大致上的人格特質，以期排除可能的人格疾患特質對其他團體成員的影響，進而影響到團體的進行；另外，從個案答題的過程中，也能詢問個案答題時的想法，以判斷個案是否為符合社會期待的答題，而非依據真實的狀況作答。
4. 羅德島大學改變評估量表(The University of Rhode Island Change Assessment Scale；URICA)：為個案自陳式量表，可了解個案目前的治療動積及準備度，可分為四個階段：懵懂期、沉思期、行動期及維持期，用於了解治療動機和準備度，因為 URICA 量表與其他動機量表的不同之處在於，URICA 量表不直接詢問酒精或藥物治療的動機，而是以更一般的方式提出問題，可以使個案在作答時降低防備心，以得到更真實的答案；從個案目前的治療及改變動機，也能使團體領導這以更適切的方式在團體中介入。

5. 簡短抗拒使用信心量表(Drug Taking Confidence Questionnaire-8)：為個案自陳式量表，藉由八個不同的情境，以了解個案在個不同情境中抗拒使用藥物的信心程度，以判斷個案的自我效能感，自我效能感為戒癮動機重要的一環，也可為介入的方向之一。
6. 貝克憂鬱量表(BDI)：為個案自陳式量表，可評估個案目前的情緒狀態，若憂鬱情緒過高者，則可優先處理個案的情緒，以預防負面情緒影響個案在團體中的療效。

表 1 評估所採用的工具

初評
<ul style="list-style-type: none"> ✚ 成癮嚴重度量表(Addiction Severity Index, ASI) ✚ 魏氏智力測驗(WAIS-III)：類同、算術、數符替代、矩陣推理
課前評估
<ul style="list-style-type: none"> ✚ 電腦化持續性注意力測驗(CPT) ✚ 愛荷華賭局作業(IGT) ✚ 魏氏智力測驗 <ul style="list-style-type: none"> -WAIS-III：類同、圖形設計、記憶廣度、矩陣推理) -WAIS-IV：記憶廣度-排序 ✚ 威斯康辛卡片分類測驗(WCST)：48 張版本 ✚ 毒品使用量表 ✚ 貝克憂鬱量表(BDI) ✚ 行為改變評估量表(URICA) ✚ 簡氏性格量表(TIPI)
八次腦心智融合正念預防復發團體
<p>第一次團體及第八次團體</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ 簡短抗拒使用信心量表(Drug Taking Confidence Questionnaire-8)
課後評估
<ul style="list-style-type: none"> ✚ 電腦化持續性注意力測驗(CPT) ✚ 愛荷華賭局作業(IGT) ✚ 魏氏智力測驗 <ul style="list-style-type: none"> -WAIS-III：類同、圖形設計、記憶廣度、矩陣推理) -WAIS-IV：記憶廣度-排序 ✚ 威斯康辛卡片分類測驗(WCST)：48 張版本 ✚ 貝克憂鬱量表(BDI)

二、療效評估方式與工具

近年來有許多文獻顯示正念預防復發在藥癮治療上有很大的幫助，也可協助改善個案的情緒、渴求、對藥物的認知與行為，且隨機分派研究支持可減少用藥天數、法律及醫療問題，台灣矯正機關研究指出，也可減少憂鬱及情緒壓力，以降低預防復發的可能性，但尚無本土化驗證的治療模式，故個案在完成八次腦心智融合正念預防復發團體，評估療效有其必要性。

腦心智融合正念預防復發團體主要針對前額葉功能做介入，進而提升個案的神經心理功能及情緒狀態，故可透過下列測驗工具做評估：

1. 威斯康辛卡片分類測驗(Wisconsin card sorting test, WCST)：本測驗透過四張刺激卡片，讓個案可運用三種分類方式(顏色、形狀及數量)，以評估個案抽象分類、概念形成、概念轉換、彈性思考及從錯誤中學習的能力，可測得大腦中前額葉的功能；因為測驗過程中，施測者只給予「對」與「錯」兩種線索讓個案做判斷，因此從行為觀察中也可以看出個案的衝動控制及挫折忍受度。
2. 電腦化持續性注意力測驗(Conners' Continuous Performance Test, CPT II)：電腦螢幕中會出現英文字母，個案需要判斷是否要做反應，測驗結果可了解個案前額葉功能的集中注意力(focused attention)、持續注意力(sustained attention)、反應時間及衝動控制等能力。
3. 愛荷華賭局作業(Iowa gambling task, IGT)：透過電腦化的選牌作業，個案須在四副牌中挑選能讓自己獲利最多的牌組，以了解個案是否會因為短視近利而選擇壞牌讓自己輸錢，還是可以透過累積較小額度的獎賞得到獲利，可藉此了解個案之情緒在決策能力上的影響程度，同時也可了解前額葉判斷與決策的功能。
4. 中文版「止觀覺察注意量表」：為個案自陳式量表，共 15 題，所有題目均為反向題，可判斷個案注意力與自我覺察的程度，在經過治療後是否有改善，亦為前額葉功能之一。

伍、八週的治療內容與步驟

正念為包含以好奇、不帶批判，更寬廣接納自己的方式，並可使自己察覺瞬間經驗(如身體感覺、自我的情緒狀態或想法、感官知覺及行為表現等)的一種技巧；以正念為基礎的處遇模式為透過引導式協助個體發展或增強其正念技巧，而以正念為基礎的預防復發模式為依此所開辦的團體心理治療，其目的為協助物質成癮患者降低成癮再犯的復發率或成癮嚴重程度，使其恢復至正常的生活狀態。本院之正念預防復發處遇模式為八週內提供八次每週一小時的課程。此外，此治療模式傳統上以”封閉性團體”進行，且每週團體的安排皆有其必要性，不建議學員可以自行選擇部分課程，亦不建議團體進行中允許新學員加入。

標準或傳統的正念預防復發流程對於現實成癮治療規劃不盡契合。首先，標準治療課程為每週兩小時，對於許多學員而言可能太長，因此本院的課程將其縮減為每週一小時；其次為配合課程能以封閉性團體的方式進行，每院的團體開辦需累積一定的學員數才開始進行，導致有些成癮個案須等待較長的時間才能參加此課程。本院正念預防復發處遇流程乃依據上述兩條件規劃完成，亦累積相當的實務經驗與成效，本指引為依據本院過去治療經驗與實證編寫，並將持續依據實務治療情況及團體療效的提升，進行相關處遇或配套措施的優化與滾動式調整。簡言之，本指引乃依據提升學員個體覺察能力，並使其於覺察自身處於高風險情境下有能力因應，進而降低成癮再犯可能性之目標，提供治療者可以針對參與學員個人獨特性及需求，進行處遇方案內容靈活性的調整，以下進一步說明本治療架構及各週治療步驟：

一、治療技術

1. 治療計畫擬定與操作

- (1) 整合個案生活模式、功能條件、環境與司法資源，依據銜鑑結果規劃治療計畫，並依據個案能力建構適當之短、中長期目標。
- (2) 治療計畫架構與方針明確，有明確之治療策略與療效指標，包含各戒癮階段、回歸生態，以及考量未來預防復發的生涯安排。

2. 個別與團體心理治療技術之執行

- (1) 使用基本晤談技巧(建立關係、同理、建立安全感)。
- (2) 能熟練各種治療技術，如：預防復發(relapse prevention)模式、動機增強、正念為基礎的預防復發模式、自我覺察促進，以及神經心理模式與戒癮治療之理論與基本技術。
- (3) 能操作並熟悉團體心理治療的目標、運作歷程、療效的機制與促發技巧。
- (4) 在治療過程中能協助個案形成合宜的自我概念，使用後設認知策略，培養個案規畫後續戒癮生涯發展與方向的能力。
- (5) 能有系統且即時記錄治療進度。
- (6) 熟悉戒癮治療中之心理教育(含神經心理)、高風險情境辨識、危險因子與保護因子評估與促進、認知三角、利弊分析(SWOT)、替代方案，以及戒癮防護網之概念、原理與操作歷程。

3. 特殊團體治療技巧

- (1) 能在團體中使用探問或面質技術。

- (2) 可以儀式性活動(正念呼吸練習)作為團體開始時的暖身與練習，並且引入衛教。
- (3) 論高風險情境引發的情境記憶、渴望(craving)，以及復發行為之關係(例如：無聊、性慾高時是比較容易用藥的時候)。
- (4) 透過討論保護與危險因子，增加個案對於自我 craving 與成功抑制用藥等有關變項的認知，並增加保護因子與試圖減少危險因子之發生。
- (5) 透過認知行為治療模式(CBT)，明確討論各個個案在高風險情境下可能產生的認知想法與行為，增加覺知。
- (6) 透過認知行為模式進行行為的利弊分析(SWOT)，提供個案客觀且具體的判斷依據。
- (7) 能以神經心理、本能模式討論生理渴望(craving)之因素，使用過去團體成員的經驗協助個案發展適應性行為。

4. 監控與療效評估

- (1) 可透過完成治療率、再犯率(尿檢陽性反應)、個案填答量表(中文止觀覺察量表、簡短藥物使用自信問卷(DTCQ-8)、行為改變量表(URICA))、前後測時據資料等客觀量性指標分析介入療效。
- (2) 可透過個案課程回家作業練習狀況的回報(例如：成員回家練習的次數、報告的練習狀態(專心程度、練習感受及自我評分)、回饋內容的具體與詳細度)檢驗介入療效。
- (3) 可觀察到成員團體治療後，能增進分析事情的邏輯與概念(例如：從沒想到，變成有所掙扎)。
- (4) 透過團體中氣氛互動的改變(例如：正念(Mindfulness)之改善注意力效果：成員可從遊魂狀態，到團體中後期開始可有具體回應)檢驗關係與介入的成效。

二、各週治療目標及架構

本治療團體設計共安排八週課程，將以每周進行一次，每次一小時的方式進行，每梯次團體成員數安排以 6-12 人尤佳，並由兩位臨床心理師(帶領者及協同帶領者)帶領團體。帶領者為團體動力及架構的主要掌控者，觀察團體成員反應並給予回饋，協同領導者則在一旁協助團體進行並適時給予成員回饋及補充，兩者相互合作進行。

治療標的	團體階段	周次	治療策略
1. 專注覺察：透過正念體驗與觀察專注之「主動」、「注意」及「持續」。 2. 抑制能力練習。 3. 預防復發(再犯)模式。 4. 計畫與前瞻性記憶練習。	開始階段	1	團體形成：介紹戒癮團體計畫內容與治療師角色，進行動機操作，強化成員治療動機。
		2	透過正念呼吸練習，協助個案透過呼吸將注意力收斂到當下，且此為方便的專注練習方式，可運用此練習調控注意力與增加對自身狀態的覺察。
		3	透過【S→R】刺激反應歷程討論使用藥物之風險情境、危險因子，並討論相對應的因應方式，抑制練習。
	工作階段	4	增加對身體的感受性及連結。簡介身體肌肉分布，身體感受與情緒之關聯性、抑制歷程(決定不反應、不作為)與利弊分析、選擇歷程，以及選擇替代方案或接納之練習。
		5	運用五種知覺歷程(如：視、聽、嗅、味、觸覺)，練習集中注意力於當下，自我覺察練習，並衍伸至用藥渴求之覺察，與當下的不作為(抑制歷程)練習概況，接續討論選擇歷程。
		6	選擇歷程中，加入接納與承諾治療概念，討論能持續練習專注、自覺的練習，以及情緒穩定之關聯；並以「行為活化」作為可行作為、問題解決導向作為，或接納現況的選擇。
	結束階段	7	藉由正念活動協助停下習慣之自動化歷程，接著藉由認知三角之架構學習區辨生理反應、行為、想法與情緒，進而能夠探究或安排自己欲習慣之樣貌(計畫練習)。
		8	回顧正念三個練習重點，與身心渴求相處時的抑制能力展現的生活作為；並探究藉由正念活動協助停下習慣之自動化歷程，以認知三角之架構學習區辨生理反應、行為、想法與情緒，進而能夠探究與安排自己未來想建立之習慣樣貌(計畫與前瞻性記憶練習)。

三、各週治療步驟

1. 第一週：團體形成

單元名稱	團體形成	次數	1	人數	
主要領導者		時間(分)	65	地點	
單元目標	1. 介紹戒癮團體計畫內容與治療師角色，透過使成員認知失調的方式進行動機操作，強化成員治療動機。 2. 體驗覺察個體的內在歷程。				
準備工具	團體前測問卷、課後問卷				
活動名稱	內容	時間	工具		
個案報到		5			
團體簡介	說明計畫目標及簡要架構	5			
團體規則	與成員討論團體規則並簽訂參與同意書	10			
自我介紹	團體帶領者及成員彼此認識	5			
基礎概念導入	簡介大腦、成癮、預防復發、正念概念之關聯 + 大腦、成癮、預防復發(relapse prevention)、正念(mindfulness)概念之關聯 + 人所表現出的行為與其面對的刺激有關【S→R】。邀請成員分享自己的想法及喜好，藉此做為刺激與不同個體反應 + 大腦額葉之功能與角色 + 藥物成癮的個案在大腦中已形成很強的用藥迴路。個案須學習覺察渴求出現時、或即將失控前的線索，藉此能夠注意到自己可能將再落入用藥迴路中，而做出不同以往的選擇，形成新的大腦迴路路線，取代過去的用藥迴路 + 正念係指「專注觀看、覺察自己現在的心情、想法、感覺」，實為一種注意力及覺察力的鍛鍊	35			
團體前測	完成團體前測問卷及課後問卷	5			

2. 第二週：正念呼吸

單元名稱	正念呼吸	次數	2	人數	
主要領導者		時間(分)	60	地點	
單元目標	<p>1. 透過正念呼吸練習，協助個案透過呼吸將注意力收斂到當下，且此為方便的專注練習方式，可運用此練習調控注意力與增加對自身狀態的覺察。</p> <p>2. 正念練習有三要點，分別為「主動」、「注意」及「持續」，亦即需「主動」覺察，將「注意」放在覺察當下的狀態及生理的渴求，並且「持續」的注意。</p>				
準備工具	大腦模型、指導語、課後問卷				
活動名稱	內容	時間	工具		
個案報到	團體暖化、了解個案近況	10			
團體規則	複習團體規則	5			
基礎概念複習	可透過展示大腦模型，再次導入大腦功能與成癮、預防復發、正念概念之關聯，強化成員對此概念的形成。	10			
團體討論(一)	成員初次、習慣性使用藥物之相關情境	10			
正念呼吸	<p>簡介正念呼吸，指導語(參考版本)：</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ 請您輕鬆坐正，身體不要太緊也不要太放鬆 ✚ 以身心平衡即可，維持放鬆與專注的平衡 ✚ 慢慢的將我們的專注放在我們呼吸的地方 ✚ 慢慢且自在的集中於“人中”的位置 ✚ 感受一下吸氣時，空氣經由鼻子吸氣，經過人中的感受 ✚ 感受一下吐氣時，空氣經由鼻子吐氣，經過人中的感受 ✚ 自在且專注的將注意力放在人中上面 ✚ 感覺一下空氣的冷、熱、長、短、深、淺、快、慢 ✚ 隨著越來越清楚自己呼吸的樣貌 ✚ 慢慢的將專注隨著我們的呼吸，進入我們的身體 ✚ 經過我們的鼻子、喉嚨、胸腔，慢慢的進到我們的肚子 ✚ 感受一下隨著每次呼吸身體內部的變化，氧氣在血中的交換，能量的轉換 ✚ 氧氣被血液送往全身上下 ✚ 而後，慢慢的將專注移到我們的聽覺上 ✚ 清楚的聽到現在環境中的聲音 ✚ 人走動的聲音、說話聲音、遠處風吹的聲音 ✚ 清楚的知道現在身體和外面環境的狀態 		10		

	<ul style="list-style-type: none"> ✚ 自在的、慢慢的將專注移回到呼吸上 ✚ 慢慢的睜開眼睛，恢復自己的覺知 ✚ 完成 		
團體討論(二)	正念呼吸分享與討論	10	
回家作業說明	<p>說明回家作業練習方式</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ 每日練習基本3次，一次3分鐘以上，若練習時間達40分鐘以上時對大腦效果最好，可以幫助習慣養成，練習越多次越好 	5	

3. 第三週：身體掃描

單元名稱	身體掃描	次數	3	人數	
主要領導者		時間(分)	60	地點	
單元目標	<p>1. 透過【S→R】刺激反應歷程討論使用藥物之風險情境、危險因子，並討論相對應的因應方式。</p> <p>2. 覺察到生理或心理渴求後，首先要抑制行為(決定不反應、不作為)，接著進行利弊分析，最後依照利弊進入選擇歷程，選擇替代方案或接納。</p>				
準備工具	指導語、課後問卷				
活動名稱	內容	時間	工具		
個案報到	團體暖化，了解個案近況及回家作業討論	10			
習慣建立	正念呼吸練習	5			
團體討論(一)	正念呼吸分享與討論	5			
身體掃描	<p>簡介身體掃描</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ 覺察呼吸是一種將注意力集中在單點的練習，身體掃描則是要練習將注意力移動到身體的不同位置，覺察不同身體部位感受之正念活動。 ✚ 身體掃描的重點是「覺察」現有的(壞)習慣，藉由此一練習也可以讓個體發現原有的習慣。 ✚ 指導語(參考版本)： 找個舒服的地方躺下，然後閉上眼睛。等一下要請你跟著我的引導，把你的注意力移到身體的不同位置，無論感覺到了什麼，注意這些感覺，就讓這些感覺存在。如果在過程中，你發現自己的注意力跑掉了，沒關係，就再把注意力帶回到身體上就可以了。 <p>【右腳】一開始要請你把你的注意力移到右腳的小指頭，注意你右腳小指頭在身體的什麼地方，小指頭的皮膚有什麼感覺，感覺到的溫度如何。接著請你把注意力轉移到你右腳的大拇指，他在什麼位置，大拇指的皮膚有什麼感覺，感覺到的溫度。接著要請你把注意力移到右腳的其他三根腳趾頭，感覺空氣在腳趾頭間流動的感覺，感覺其他腳趾頭的位置，感覺腳指頭的溫度。再來，請你感受一下右腳的腳底板，腳底板皮膚的感覺，(踩在鞋子裡的感覺)。接著，請你繼續探索一下你右腳的腳背及腳踝，骨頭的樣子、皮膚上的感覺，及感覺到的溫度。接著，再請把注意力轉到你的右小腿，感覺一下你小腿的骨</p>		20	指導語	

頭、肌肉、小腿的感受，感覺一下你右小腿與褲子接觸的感覺，或是跟地板接觸的感受。再請你慢慢的把注意力移動到你的右大腿，感覺一下你大腿的骨頭、肌肉、大腿的感受，感覺一下你右大腿與褲子接觸的感覺，或是跟地板接觸的感受。

【左腳】再來，要請你把你的注意力移到左腳的小指頭，注意你左腳小指頭的感覺及形狀，你注意到什麼了？它在身體的什麼地方，小指頭的皮膚有什麼感覺，感覺到的溫度如何。接著請你把注意力轉移到你左腳的大拇指，他在什麼位置，大拇指的皮膚有什麼感覺，感覺到的溫度，他用力的狀況，及在鞋子/襪子內的感受(踩在拖鞋上的感受)。接著要請你把注意力移到左腳的其他三根腳趾頭，感覺空氣在腳趾頭間流動的感覺，很清楚地去感覺三根腳趾頭所在的位置、跟在鞋子/襪子內的感受(踩在拖鞋上的感受)，感覺到的溫度，及其他所有的狀況。再來，請你感受一下左腳的腳底板，腳底板皮膚的感覺，(踩在鞋子裡的感覺)以及感覺到的溫度。接著，請你慢慢地把注意力轉移到你左腳的腳背及腳踝，骨頭的樣子、關節的狀態、皮膚的感覺，及感覺到的溫度。現在請你把注意力轉到你的左小腿，感覺一下你小腿的骨頭、肌肉的緊繃程度、小腿的感受，感覺一下你左小腿與褲子接觸的感覺，或是跟地板接觸的感受。再請你慢慢的把注意力移動到你的左大腿，感覺一下你左大腿所在的位置，左大腿的骨頭、肌肉重量的分佈、大腿的感受，感覺一下你左大腿與褲子接觸的感覺，或是跟地板接觸的感受。

【屁股】接下來，我要請你把你的注意力慢慢地移動到你的屁股，感覺一下你的屁股與椅子/地板接觸的感受，感覺一下屁股接受到來自椅子/地板的支持。屁股感覺到的壓力，及溫度。

【背部】現在要請你把你的注意力向上轉移到你的背部，注意背上的所有感覺，感受一下當你的背部與地板接觸時的觸感，自在地去體驗及感受背部的感覺。

【腹部】接下來，我要請將你的注意力轉移到你的肚子，嘗試去感覺每一次的吸氣及吐氣的時候，肚子會隨著呼吸而有所起伏，清楚地知道肚子的起伏，感覺一下每一次呼吸的時候肚子上的皮膚會擴張或收縮，清楚地去知道你所有的動作。
如果你注意到你的注意力又飄走了，再次溫柔地將你的注意力帶回到你的身體上。

【胸部】接下來，要請你把你的注意力轉移到你的胸部，注意到你的胸部會隨著呼吸而有所起伏，吸氣的時候胸部會膨脹起來且充滿空氣，吐氣的時候，胸部會降下來把空氣吐出去，清楚地知道及感受每一個呼吸的動作及反應。

【右肩膀】現在要請你把你的注意力再向上帶到你的右肩膀，清楚地知道右肩膀所在的位置，去感受一下你肩膀的重量及感受。

【右手臂】接下來請你把注意力轉移到你右手臂，去感受一下你的手臂形狀及樣子。感覺你手臂皮膚與空氣、地板、衣服接觸的感覺，被風吹到的感覺。

【右手掌】接下來請你把注意力轉移到你右手掌，感覺一下你手掌的皮膚、肌肉、手掌的形狀、手掌感受的溫度。

【右手指】再請你繼續去感受每一根手指頭，大拇指、食指、中指、無名指、及小指。每一根手指頭所在的位置、形狀、還有其各自感受的溫度，空氣在各指頭間流動的感受。

【左肩膀】現在要請你把你的注意力再向上帶到你的左肩膀，清楚地知道左肩膀所在的位置，去感受一下你肩膀的重量，感覺一下你肩膀與身體接觸的感覺。

【左手臂】接下來請你把注意力轉移到你左手臂，去感受一下手臂的形狀及樣子。感覺你手臂皮膚與空氣、地板、衣服接觸的感覺，風吹過的感覺。

【左手掌】接下來請你把注意力轉移到你左手掌，感覺一下你手掌的皮膚、肌肉、手掌的形狀、手掌皮膚的溫度、手掌是否有出汗。

【左手指】再請你繼續去感受每一根手指頭，大拇指、食指、中指、無名指、及小指。每一根手指頭所在的位置、形狀、還有其各自感受的溫度，空氣在各指頭間流動的感受。

【脖子】輕輕再將你的注意力轉移到脖子，清楚地知道脖子現在的狀態，肌肉的彈性、緊繃的狀況，以及皮膚的感覺。

【下巴/臉頰】輕輕地將你的注意力轉移到下巴及臉頰，清楚

	<p>地知道你下巴、臉頰的皮膚的感受，肌肉的彈性、緊繃的狀況，以及風吹過的感覺。</p> <p>【嘴巴/人中】再將你的注意力轉移到嘴巴及人中，清楚地知道你嘴巴及人中的感受，每一次吸氣吐氣的感受，現在的感受。</p> <p>【鼻子】再將你的注意力轉移到鼻子，清楚地知道你鼻子的感受，皮膚及現在的感受。</p> <p>【眼睛】再將你的注意力轉移到眼睛，清楚地知道你眼睛的感受，皮膚及現在的感受。</p> <p>【頭部】現在把你的注意力向上帶到你的頭，頭頂，頭後側，清楚地知道你頭部的感受，頭皮與頭髮接觸的感覺，頭部與地板接觸的感覺。</p>		
團體討論(二)	身體掃描分享與討論，與 S-R 模式進行關聯討論：當覺察到生理或心理渴求後，要抑制的歷程(決定不反應、不作為)與利弊分析、選擇歷程，以及選擇替代方案或接納。	15	
回家作業說明	說明回家作業練習方式	5	

4. 第四週：正念伸展

單元名稱	正念伸展	次數	4	人數	
主要領導者		時間(分)	60	地點	
單元目標	1. 增加對身體的感受性及連結。簡介身體肌肉分布，身體感受與情緒之關聯性。 2. 抑制歷程(決定不反應、不作為)與利弊分析、選擇歷程，以及選擇替代方案或接納之練習。				
準備工具	指導語、課後問卷				
活動名稱	內容	時間	工具		
個案報到	團體暖化，了解個案近況及回家作業討論	10			
習慣建立	正念呼吸練習	5	指導語		
團體討論(一)	分享與討論：抑制身心渴求之練習，連結行為抑制與激發系統，情境記憶，當下的認知、情緒、想法、行為鏈之調整歷程。	15			
正念伸展	簡介正念伸展 ✚ 簡介身體肌肉分布，身體感受與情緒之關聯性。 ✚ 練習提醒：個別差異、慢、感覺身體緊、放鬆。 ✚ 指導語(範例) ▶ 脖子動動：左右看、上下看、左右倒 ▶ 手臂轉轉：兩手上舉、轉，放下，再換手 ▶ 手臂延伸：兩手交疊，手心交握，向內轉 ▶ 飛天遁地：兩手合十，向上舉，再往下 ▶ 腰部扭扭：保持核心，用腰轉動 ▶ 膝部運動：兩腳併攏，左至右轉，再反轉 ▶ 大腿後側：坐在地上(菩薩坐)，拉右腳&左腳 ▶ 腳部轉轉：坐在地上，把腳放在手軸關節處，輕轉腳，再轉腳 ▶ 大休息：感受身體哪裡痠痠緊緊的 提醒：避免過度用力拉扯及錯誤施力	15	指導語		
團體討論(二)	正念伸展分享與討論：抑制身心渴求之練習，連結行為抑制與激發系統，情境記憶，當下的認知、情緒、想法、行為練之調整歷程。	15			
回家作業說明	說明回家作業練習方式	5			

5. 第五週：正念飲食

單元名稱	正念飲食	次數	5	人數	
主要領導者		時間(分)	60	地點	
單元目標	1. 運用五種知覺歷程(視、聽、嗅、味、觸覺)，練習將專注力放在當下的生活中，增加自我狀態的覺察。 2. 衍伸討論用藥渴求覺察，覺察慾望後先停下來抑制行為，接著進入選擇歷程。				
準備工具	指導語、果乾(葡萄乾)、課後問卷				
活動名稱	內容			時間	工具
個案報到	團體暖化，了解個案近況及回家作業討論			10	
習慣建立	正念呼吸練習			5	指導語
團體討論(一)	正念呼吸分享與討論：抑制歷程之討論(主動、不反應、不作為)			15	
基礎概念複習	再次導入大腦、成癮、預防復發、正念概念之關聯			5	
正念飲食	簡介正念飲食 🌈 第一顆葡萄乾：請個案依據過去的方式吃葡萄乾，覺察過去的舊習慣。 🌈 第二顆葡萄乾：請個案運用五感並保持新奇的態度吃葡萄乾。 ➤ 視覺：外表、顏色、皺褶等。 ➤ 觸覺(手)：擠壓、滾動、傾聽等。 ➤ 嗅覺：嗅聞、區辨、氣息等。 ➤ 味覺：翻滾、舔拭、唾液、切咬、分離、咀嚼、改變、分泌、位置 🌈 第三顆葡萄乾：請個案自由選擇吃葡萄乾的方式，回到舊有習慣或者是能夠運用五感吃葡萄乾。			10	葡萄乾 指導語
團體討論(二)	正念飲食分享與討論： 🌈 討論面對不同刺激時所產生的生理渴求之反應差異。 🌈 進一步討論用藥渴求之覺察，覺察慾望後能否停下來進行抑制 🌈 而後再接續進入選擇歷程(分析利弊、選擇替代方案或接納)。 🌈 調習慣的養成需要多次的練習(發展/選擇新的替代方案)。			10	
回家作業說明	說明回家作業練習方式			5	

6. 第六週：正念步行

單元名稱	正念步行	次數	6	人數	
主要領導者		時間(分)	60	地點	
單元目標	1. 選擇歷程中，加入接納與承諾治療(ACT)概念，討論能持續練習專注、自覺的練習，以及情緒穩定之關聯。 2. 「行為活化」作為討論替代方案(其他可行的行為)，或問題解決導向的行為，或接納現況的選擇。				
準備工具	指導語、課後問卷				
活動名稱	內容	時間	工具		
個案報到	團體暖化，了解個案近況及回家作業討論	10			
習慣建立	正念呼吸練習	5	指導語		
團體討論(一)	正念呼吸分享與討論，加入選擇歷程之討論，持續練習專注、自覺的練習，以及情緒穩定之關聯。	10			
正念步行	簡介正念步行：腳的動作分解、移動，持續注意的感覺。 🚩 請成員注意自己的整隻腳：大腿、小腿、腳踝、腳掌。 🚩 注意自己腳掌的運作：抬腳、往前移、放置地面。 🚩 注意重心的移動。 🚩 另一隻腳抬腳，重複上述動作。 🚩 持續進行3-5圈的步行練習。 ▶ 大致講解每個人的行走樣態：腳尖下/腳跟下、速度、投入程度。 ▶ 放慢30-50%速度，一步走完再走下一步，試試看全心專注走路可以維持多久。	20	指導語		
團體討論(二)	正念步行分享與討論 🚩 加入ACT治療概念：討論持續運作的過程與情緒穩定之關聯(在前額葉持續運作的當下進行接納)，例如：持續行走的過程中察覺的情緒逐漸平穩，討論將專注投入在當下正在做的事之好處，鼓勵工作時可以進行正念練習，可提升前額葉功能，同時可以避免工傷。 🚩 用藥外的作為之選擇之可能，問題解決導向、轉移注意力至有興趣行為，或者是接納現況(不作為)的練習。	10			
回家作業說明	說明回家作業練習方式	5			

7. 第七週：認知三角

單元名稱	認知三角	次數	7	人數	
主要領導者		時間(分)	60	地點	
單元目標	藉由正念活動協助停下習慣之自動化歷程，藉由認知三角之架構學習區辨生理反應、行為、想法與情緒，進而能夠探究或安排自己欲習慣之樣貌。				
準備工具	Power point、指導語、課後問卷				
活動名稱	內容	時間	工具		
個案報到	團體暖化，了解個案近況及回家作業討論	10			
習慣建立	正念呼吸練習	5	指導語		
團體討論(一)	<ul style="list-style-type: none"> ✚ 正念呼吸分享與討論：抑制歷程之討論(主動、步反應、不作為)。 ✚ 再次導入大腦、成癮、預防復發、正念概念之關聯。 	15			
認知三角	簡介想法、情緒及行為之關係。	10			
團體討論(二)	嘗試區分想法、情緒及行為概念，並進行高風險情境、認知行為為鍊，以及利弊分析之決策歷程討論，訓練參與者之未來計畫能力。	15			
回家作業說明	說明回家作業練習方式	5			

8. 第八週：自我照顧及課程回顧

單元名稱	自我照顧+課程回顧	次數	8	人數	
主要領導者		時間(分)	60	地點	
單元目標	1. 回顧正念體驗之主動、注意，以及持續三個練習重點，與身心渴求相處時的抑制能力展現的生活作為。 2. 探究藉由正念活動協助停下習慣之自動化歷程，以認知三角之架構學習區辨生理反應、行為、想法與情緒，進而能夠探究與安排自己未來想建立之習慣樣貌。				
準備工具	指導語、團體後測評估問卷、課後問卷				
活動名稱	內容	時間	工具		
個案報到	了解個案近況及回家作業討論	10			
習慣建立	正念呼吸+自我照顧練習，自我照顧練習指導語(參考版本) ✚ 現在請你觀想自己身體的樣貌、重量、肌肉的分佈，回想生命中每一個事件對於身體的影響，都是身體在承受。現在，請你「祝它平安，遠離苦難」。 ✚ 接著，請你想像父母的樣子、五官，走路的形態，說話的方式，你跟他們說話的感受、互動的樣子。「祝他們平安，遠離苦難」。 ✚ 接著，請你想像兄弟姐妹的樣子、五官，走路的形態，說話的方式，你跟他們說話的感受、互動的樣子。「祝他們平安，遠離苦難」。 ✚ 接著，請你想像你的朋友，他的樣子、五官，走路的形態，說話的方式，你跟他們說話的感受、互動的樣子。「祝他平安，遠離苦難」。 ✚ 然後，請你想像你討厭的人，他的樣子、五官，走路的形態，說話的方式，你跟他們說話的感受、互動的樣子。「祝他平安，遠離苦難」。 ✚ 最後，將你的慈心與祝福，傳送給世界上所有的生命，「祝他們平安，遠離苦難」。	10	指導語		
團體討論	正念呼吸+自我照顧練習分享與討論：回顧正念體驗之主動、注意，以及持續三個練習重點，與身心渴求相處時的抑制能力展現的生活作為。	10			

<p>課程回顧</p>	<p>回顧這八周的上課內容</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ 大腦、成癮、預防復發、正念概念之關聯：請參考第一周的說明 ✚ 正念覺察目的在於讓成員有意識地覺察自身的自動化歷程，進而有機會做出不同的選擇及行為。 ✚ 探究藉由正念活動協助停下習慣之自動化歷程，以認知三角之架構學習區辨生理反應、行為、想法與情緒，進而能夠探究與安排自己未來想建立之習慣樣貌，最為前瞻性計畫與記憶練習之安排。 	15	
<p>課後回饋</p>	<p>帶領者回饋成員及請成員回饋課程感想。</p>	10	
<p>課程結尾</p>	<p>完成團體後測評估問卷、課後問卷</p>	5	

陸、流程的適切性困難

一、專業運用時機

心理治療乃是運用心理學上研究人性變化的原理與方法，透過專業治療關係的建立與溝通技巧的學習，針對心理疾病患者、生活適應與人際關係困難或情緒困擾者，協助其改善症狀，消弭問題，加強人際關係，並得以提昇個人正向的成長與發展。簡言之，治療者認為藥癮個案需要改變或個案自身想要改變，即可運用心理治療來達此目標。鑑此，評估個案是否適合參加此療程(如個案智力需達一定程度)，及確實評估治療成效便顯得相當重要。因此，治療相當關注所進行的治療是否有預期的成效，或治療如何廣泛的執行已獲得更正向的成果。此外，亦考慮治療是否符合個案的需求。於上述各因素，專業運用時機包含 1.治療目標多面向與前瞻性考量、2.從概念化到治療策略實踐與整合、3.促進自我覺察及 4.特殊團體等各層面，以下分述之：

1. 治療目標多面向與前瞻性考量：
 - (1) 針對個案問題進行整體性思考，對長期戒癮生涯適應做前瞻性思考。
 - (2) 介入能顧及與家庭、人際、司法，以及社會資源的互動，適時的培養個案戒癮適應與生態角色。
2. 從概念化到治療策略實踐的整合與監控：
 - (1) 針對介入操作進行不同角度的廣泛觀察，並適時地納入個案生態化之訊息，進行概念化，並利用生態化經驗增進個案戒癮知能。
 - (2) 可考量個案不同階段所處之功能表現特性，運用彈性技術調整臨床操作或調整介入流程。
 - (3) 可考量個案狀況、需求、支持系統、及現實條件等因素，適時統整各種不同治療策略運用的強度，並對治療活動強度知調整有足夠的敏感性。
 - (4) 針對個案生理慾望部分，透過適當的重建情境技巧，協助個案採取 working。
 - (5) 敏感且能適當的處理突發的緊急情況。
3. 促進自我覺察：
 - (1) 能察覺自身情緒，並自我察覺作為治療師的角色與能力上的限制。
 - (2) 可合宜與適切的進行自我揭露。
 - (3) 能彈性運用技巧(例如：正念釋疑、適當地面質)，促發個案的自我覺察。
4. 特殊團體議題：敏感於特殊議題(HIV+)對團體氣氛、組成，及用藥之影響與因果關係(例如：HIV 對於藥物性愛的成癮，對於團體成員於團體中的安全感之影響)。

二、個案概念化

個案概念化是以精簡有意義的整合描述和解釋案主的問題表現，是一種收斂式的詮釋；可能為一種假設將個案展現的所有問題連接在一起，解釋困境產生的發展途徑，且預測案主的可能狀況。但於實務運作上，並不會有如此清楚的分解運作，有時可試著在衡鑑或晤談前準備，或於衡鑑、晤談後對個案或自我觀察所得資料做省思反芻。個案概念化是動態的，並可分為 3 軸：1.問題整理、2.案主這人、3.未來方向，實際施行可參考以下方式：

1. 開場：從來談議題開始。
2. 資訊的選擇、續問、組織。
3. 對案主這個人的整合性描述與解釋。
 - (1) 選用理論作概念化。
 - (2) 心理狀態無法解釋時。
 - (3) 社會文化的考量。
4. 將整理回饋案主，作確認。
5. 心理師自己的狀態。

此外，依上述目標亦可參考 1.完整資料收集與概念化、2.生理-心理-社會架構，及 3.情緒適應之考量等三面向：

1. 完整資料收集與概念化：
 - (1) 能完整收集個案情緒與思考情況，及疾病發展之相關資料。
 - (2) 統整跨測驗及多元晤談之結果，形成一致的患者全貌。
 - (3) 可全面性思辨個案的功能與狀態，不受先入為主觀念侷限。
2. 生理-心理-社會架構：
 - (1) 可依據生理-心理-社會之架構對個案成癮問題建立完整推理。
 - (2) 能根據多來源的衡鑑結果，給予個案或轉介方清楚有關的回饋，或建立介入計畫。
 - (3) 可結合個案的大腦、心智功能，以及認知行為模式建立個案概念化。
 - (4) 知道個案對物質使用的動機與預期，準備改變、自我效能、衝動和渴望、延後增強之功能對戒癮治療之影響。
 - (5) 可以從額葉失功能為主之行為抑制與認知彈性系統(衝動性與自我控制功能)趨力與本能系統等資料，計畫後續治療之短期與中長期目標。
3. 情緒適應之考量：
 - (1) 能利用多元觀點看個案的情緒適應狀態。
 - (2) 視個案的壓力與適應狀況，適時進行危機評估。
 - (3) 統整個案全面性的功能與社會支持系統，能多元考慮其戒癮中的支持結構。
 - (4) 能熟悉社區、司法，醫院與戒癮防護網之分布，並可納入考量以豐富個案概念化的過程。
 - (5) 敏感於對社會各層面、社經地位之生活者的生態熟悉度及生活經驗。

三、特殊情況的因應處理

1. 團體初期成員容易有抗拒心理且會挑戰團體規則及進行方式。

於首次團體進行時，首先，透過說明團體計畫內容與治療師角色，使個案了解彼此角色定位與責任歸屬，以進行動機操作，強化成員治療動機，當成員同意進入團體後，則可透過每次團體前期的暖化，降低成員的心理抗拒，提高團體參與度。
2. 當團體成員因異常狀況難以配合團體內容進行時。
 - (1) 當個案出現嚴重或緊急身體健康狀況時，如為單一次發生事件，則可請成員於該堂治療團體請假，以身體狀況處理為優先，並於事後擇日進行補課；如為長期身體狀況不佳，則可建議轉介進行個別心理治療。例如：過去曾發生成員於團體途中因身

體不適而有吐血之情形，當下即請該成員暫停團體課程，並由相關醫療人員協助後續聯絡及治療事宜。

- (2) 若成員因肢體狀況難以配合進行部分需肢體之課程內容，可請成員量力而為，並強調正念活動練習之目標非在於肢體動作的標準，而是在於過程中是否有運用到正念的元素、自我感受與覺察。例如：成員可能因腳部開過刀而無法盤腿或席地而坐，可請成員試著伸直腿或以自在的姿勢參與團體，也可透過團體成員討論的方式，選擇大家共同坐椅子；在進行正念伸展練習時，可能因個體差異造成動作難以達到標準姿勢，則可請成員量力而為並自我所能達到的動作程度作停留與感受；在進行正念行走時，如遇成員腿部開過刀或受傷，則可斟酌成員之狀況進行調整，可放慢該成員的行走速度或行走之距離，強調活動進行時之感受與自我覺察。

柒、注意事項

一、倫理法律層面

本國於民國 90 年制定《心理師法》，據民 109 年修訂內容所示，「經臨床心理師考試及格並依本法領有臨床心理師證書者，得充臨床心理師。」在第 13 條條文中明訂臨床心理師業務範圍內容：

1. 一般心理狀態與功能之心理衡鑑。
2. 精神病或腦部心智功能之心理衡鑑。
3. 心理發展偏差與障礙之心理諮商與心理治療。
4. 認知、情緒或行為偏差與障礙之心理諮商與心理治療。
5. 社會適應偏差與障礙之心理諮商與心理治療。
6. 精神官能症之心理諮商與心理治療。
7. 精神病或腦部心智功能之心理治療。
8. 其他經中央主管機關認可之臨床心理業務。

前項第六款與第七款之業務，應依醫師開具之診斷及照會或醫囑為之。中華民國臨床心理師公會全國聯合會（簡稱：全聯會）於民國 100 年代表全體臨床心理師制定「臨床心理師倫理準則與行為規範」，用以引導臨床心理師提升專業價值、維護臨床心理專業的社會信任、促進社會大眾獲得最好的臨床心理專業服務。在內容上主要分為六節：能力、心理衡鑑、心理治療與諮商、委託任務、保密原則、研究、公開聲明與廣告。

二、治療關係

根據全聯會所制定「臨床心理師倫理準則與行為規範」之心理治療與諮商內容，臨床心理師應始終保持對於當事人的專業關係：

1. 不得涉入當事人在心理治療或心理諮商關係之外的財務問題。
2. 不得和有親密關係的人建立心理治療或心理諮商關係。
3. 在心理治療或心理諮商中、及心理治療或心理諮商關係結束後兩年內，不得與當事人發生專業關係以外之情感或性關係。
4. 應避免與兒童產生心理治療或心理諮商關係以外之關係，如：領養、乾親、交易、或親密行為，以免出現角色衝突、影響專業判斷和專業行為。

若當事人原有心理問題未見緩解，或臨床心理師因故無法持續心理治療或心理諮商關係時，應主動與當事人或其法定代理人討論轉介事宜，徵得其同意後採取轉介措施。

三、結案關係處理

治療關係的結束可有兩種情況：中止治療關係與結束治療關係。

1. 在中止治療上，臨床心理師考慮中止心理治療或心理諮商關係時，應了解當事人的看法與需求、並做適當處置。
2. 在結束治療關係上，若當事人不再需要接受心理治療或心理諮商時，臨床心理師應主動與當事人或其法定代理人討論，徵得當事人同意後，停止新以治療或心理諮商關係。