輔導服務中心組
香港路德會社會服務處
Counselling Service Centre Division
Hong Kong Lutheran Social Service, LC-HKS

主辦

禁毒基金 BEAT DRUGS FUND

贊助

Project C60 Trauma-Informed Integrative Substance Misuse Treatment and Professional Support

Project C60解創導向綜合戒毒治療與專業支援計劃

BDF 170049

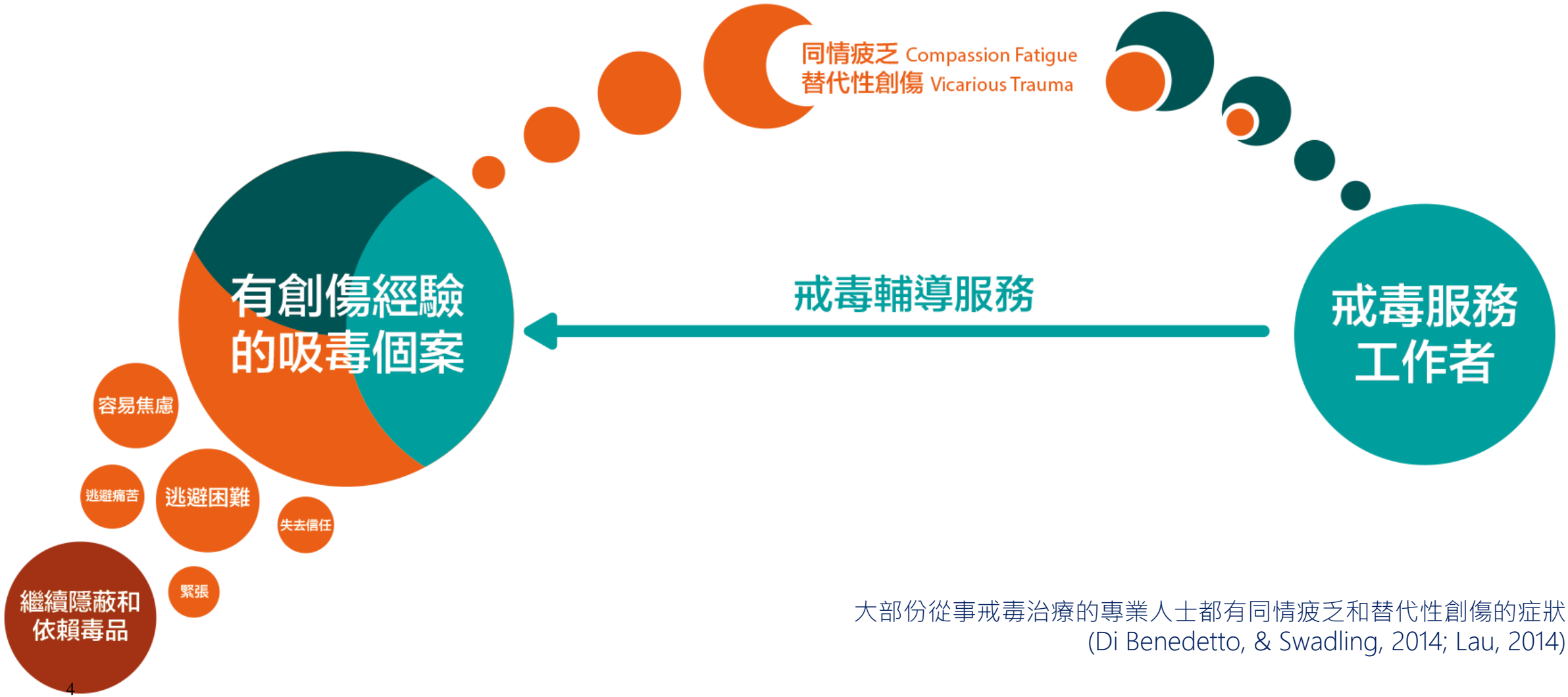
計劃推行日期：2018年8月至2020年7月

講員：區月顏女士

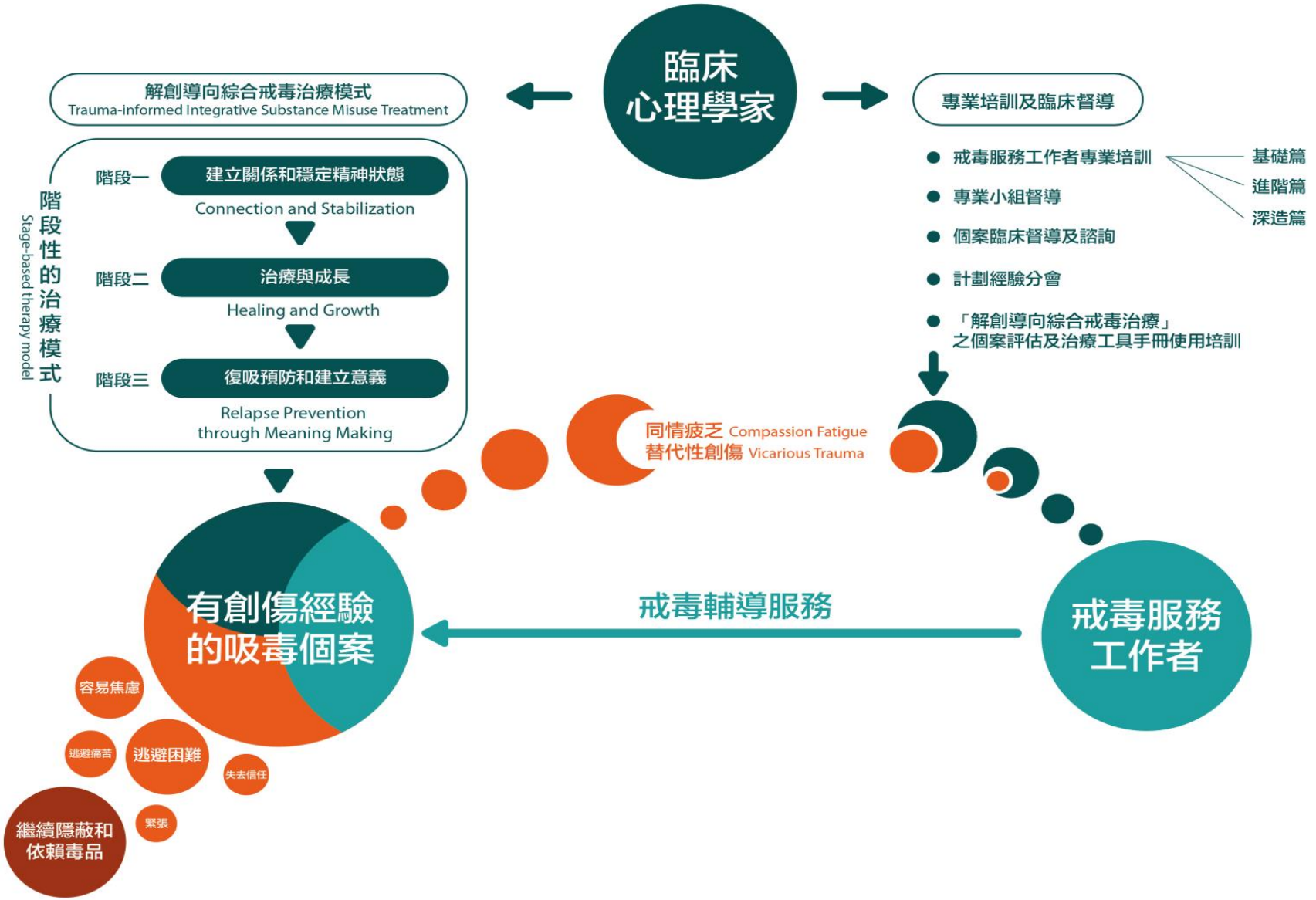
路德會青怡中心　副中心主任

- 外國研究估計約有20%到33%接受戒毒治療的服務使用者同時符合創傷後遺症(PTSD)的診斷。
- 女性吸毒者同時患創傷後遺症的比例是30%到59%，差不多是男性的兩倍。
- 研究發現吸毒者患創傷後遺症的機會是非吸毒者的4到10倍。

- 本機構三所CCPSA的統計中，約有30%個案曾經歷不同程度心理創傷。當中包括被侵犯、被欺凌、被遺棄、受虐等創傷經驗。
- 越來越多研究顯示吸毒問題和心理創傷有著密不可分的關係。
- 戒毒治療中最難處理雙重失調問題，即同時有精神問題和吸毒問題(Dual Diagnosis)的個案，最常見是心理創傷現象/心理創傷後壓力症。



大部份從事戒毒治療的專業人士都有同情疲乏和替代性創傷的症狀
(Di Benedetto, & Swadling, 2014; Lau, 2014)


臨床心理學家
解創導向綜合戒毒治療模式
Trauma-informed Integrative Substance Misuse Treatment
階段性的治療模式
Stage-based therapy model
階段一 建立關係和穩定精神狀態
Connection and Stabilization
階段二 治療與成長
Healing and Growth
階段三 復吸預防和建立意義
Relapse Prevention through Meaning Making
專業培訓及臨床督導
戒毒服務工作者專業培訓
基礎篇
進階篇
深造篇
專業小組督導
個案臨床督導及諮詢
計劃經驗分會
「解創導向綜合戒毒治療」之個案評估及治療工具手冊使用培訓
同情疲乏 Compassion Fatigue
替代性創傷 Vicarious Trauma
戒毒輔導服務
戒毒服務工作者
有創傷經驗的吸毒個案
容易焦慮
逃避痛苦
逃避困難
失去信任
緊張
繼續隱蔽和依賴毒品

- 以創傷治療為導向，集治療介入與專業培訓於一體的計劃，針對同時具有創傷經驗和精神疾病的吸毒個案，設計相應治療模式和戒毒服務專業人員的培訓。

- 「創傷治療導向戒毒輔導治療模式」（Trauma-Informed Integrative Substance Misuse Treatment）能有效提高吸毒人士接受治療的動機和戒毒的成效，創傷的康復也能大大減少對毒品的依賴和復吸的風險。

計劃內容

以「**創傷治療**」**導向綜合戒毒治療模式**應用於有創傷經歷的個案，提升治療果效。

透過一系列的**培訓**、**個案臨床督導**及**小組督導**裝備前線工作者的個案處理技巧，同時加強自我照顧的覺察。

綜合臨床知識、技巧和前線服務經驗，編寫和出版**治療工具手冊**，並提供有關工具手冊的使用培訓，供業界參考。

累積前線經驗，透過分享會向業界分享**服務經驗**及**服務啟示**。

計劃推行前預備

- 搜集及研讀外國相關研究/文獻作為參考
- 物色適合臨床心理學家/治療師組成專業團隊
- 磋商轉介機制及服務流程

困難及解決方案

困難	解決方案
前線同工面對有創傷經歷個案的不穩定性	組成專業團隊作分工及支援
參與培訓對象來自不同年資及經驗	➢ 就培訓內容設定不同程度主題 ➢ 按同工年資分組，並邀請臨床心理學家/資深導師支援
多參考外國實踐經驗，未能完全切合本土個案需要	累積及整合本地臨床經驗，發展適合本土的治療模式

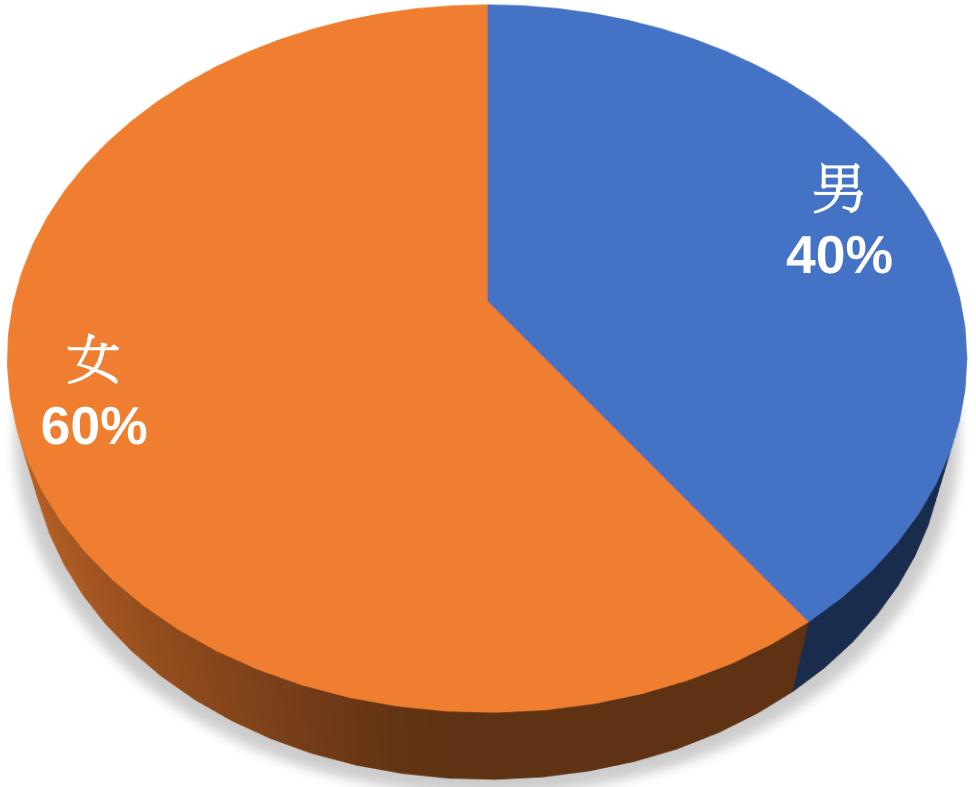
成果評估

	預期成果	實際成果
為創傷經驗個案提供心理評估及治療	60人	62人
為戒毒及相關服務工作者提供戒毒服務工作者專業培訓工作坊	144人	354人
為戒毒及相關服務工作者提供專業小組督導	36人（90小時）	39人（90小時）
為戒毒及相關服務工作者提供個案臨床督導及諮詢	20人（80節）	25人（97節）
戒毒及相關服務工作者參與計劃經驗分享會	50人	100人
戒毒及相關服務工作者參與個案評估及治療工具手冊使用培訓	50人	100人

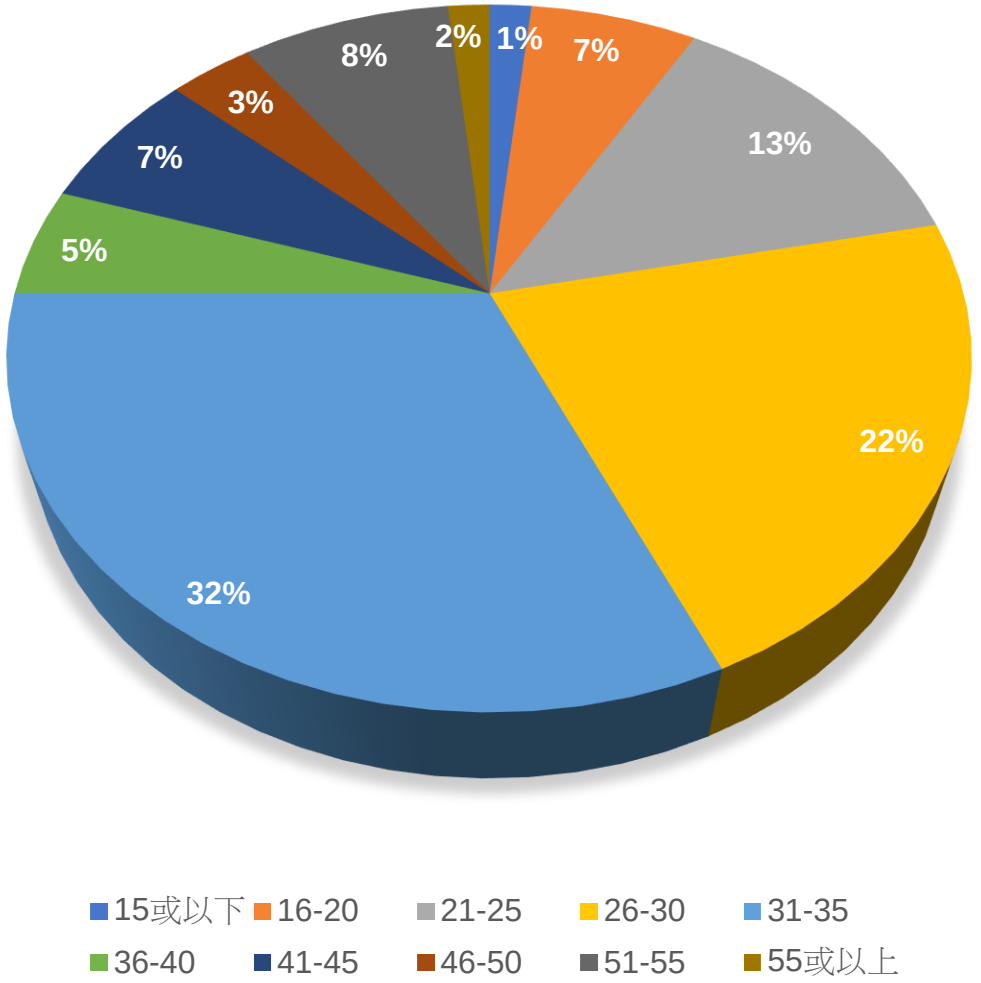
成效評估

	預期成效	實際成效
戒毒者過往一個月內的吸毒頻次有所減少	70%吸毒者過往一個月內吸毒頻次有所減少	收回有效問卷51份 - 44人在前測表示有吸毒，其中95.45%參加者過往一個月內吸毒頻次有所減少 - 7人在前測表示未有吸毒，其中100%參加者避免復吸
吸毒者改善了其創傷壓力或創傷癥狀減輕 (配對樣本t 檢定 (paired t-test) 顯示吸毒者的創傷壓力或創傷徵狀有顯著減輕)	70%吸毒者的創傷壓力或創傷癥狀有所減低	收回有效問卷50份 96%吸毒者改善了其創傷壓力或創傷徵狀減輕
專業培訓參加者對培訓的整體評價	80%參加者對專業培訓感到滿意	收回有效問卷300份 98.7%參加者對專業培訓感到滿意

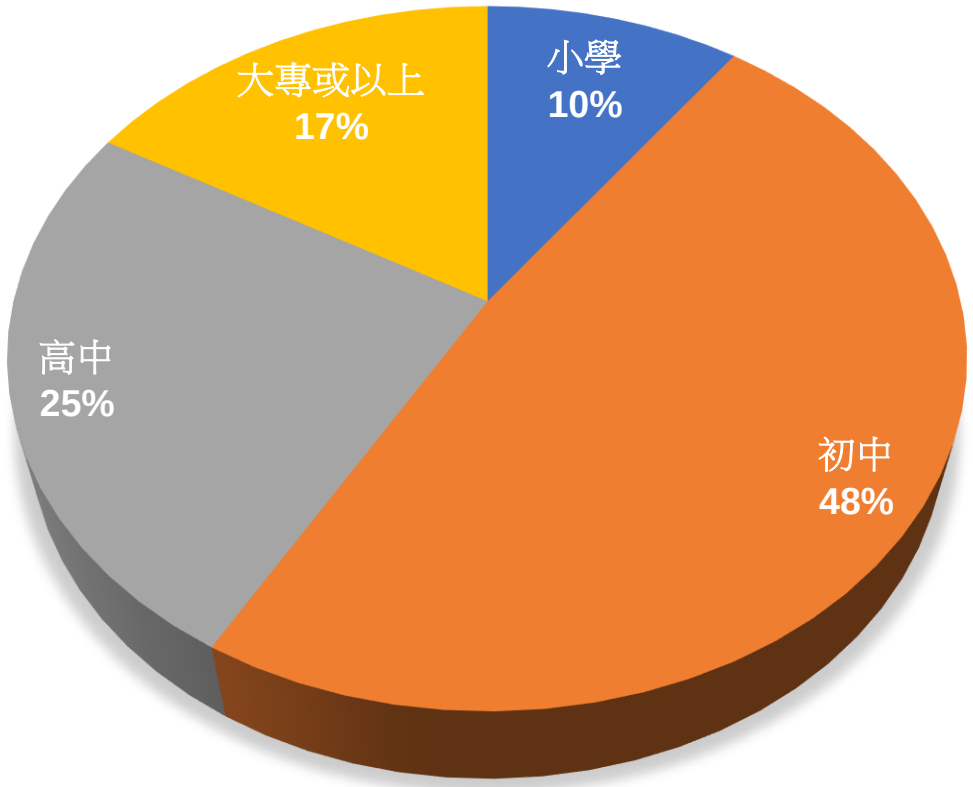
男女比例



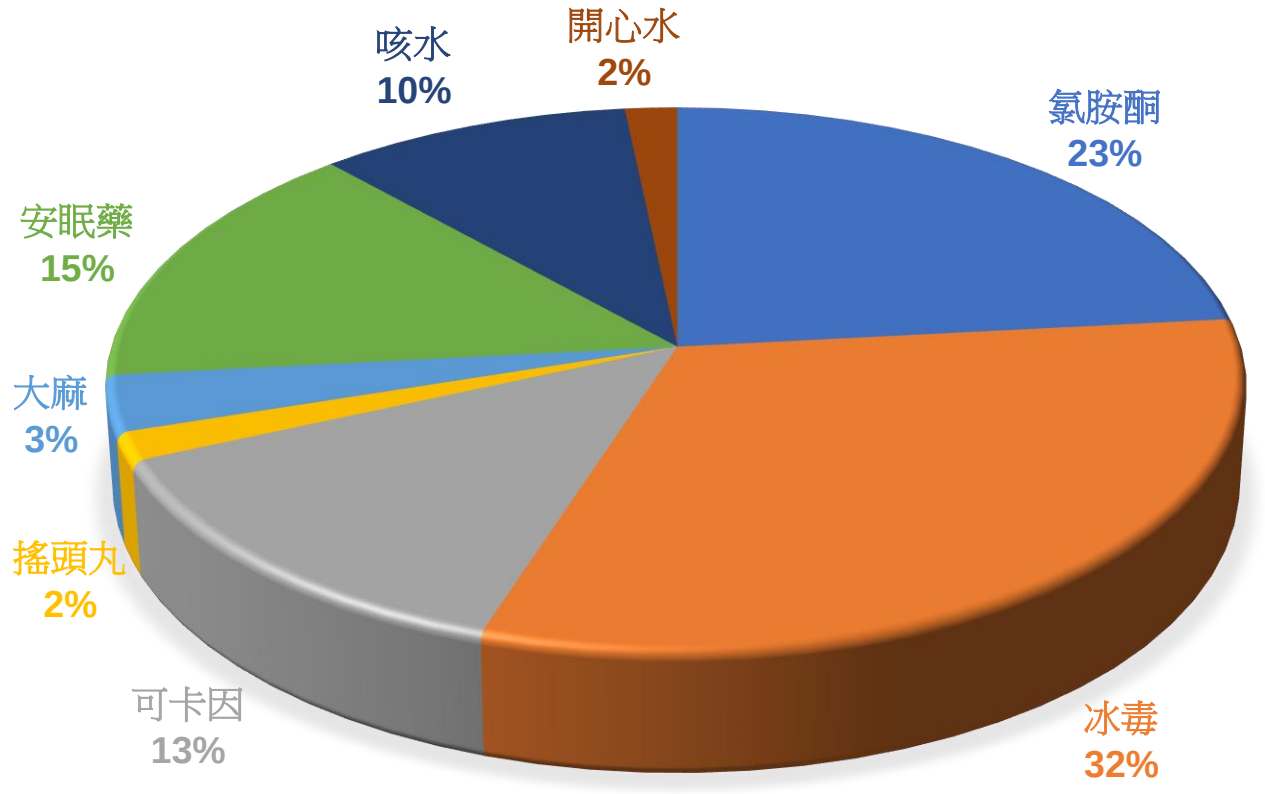
年齡層分佈


1%
7%
13%
22%
32%
5%
7%
3%
8%
2%
15或以下
16-20
21-25
26-30
31-35
36-40
41-45
46-50
51-55
55或以上

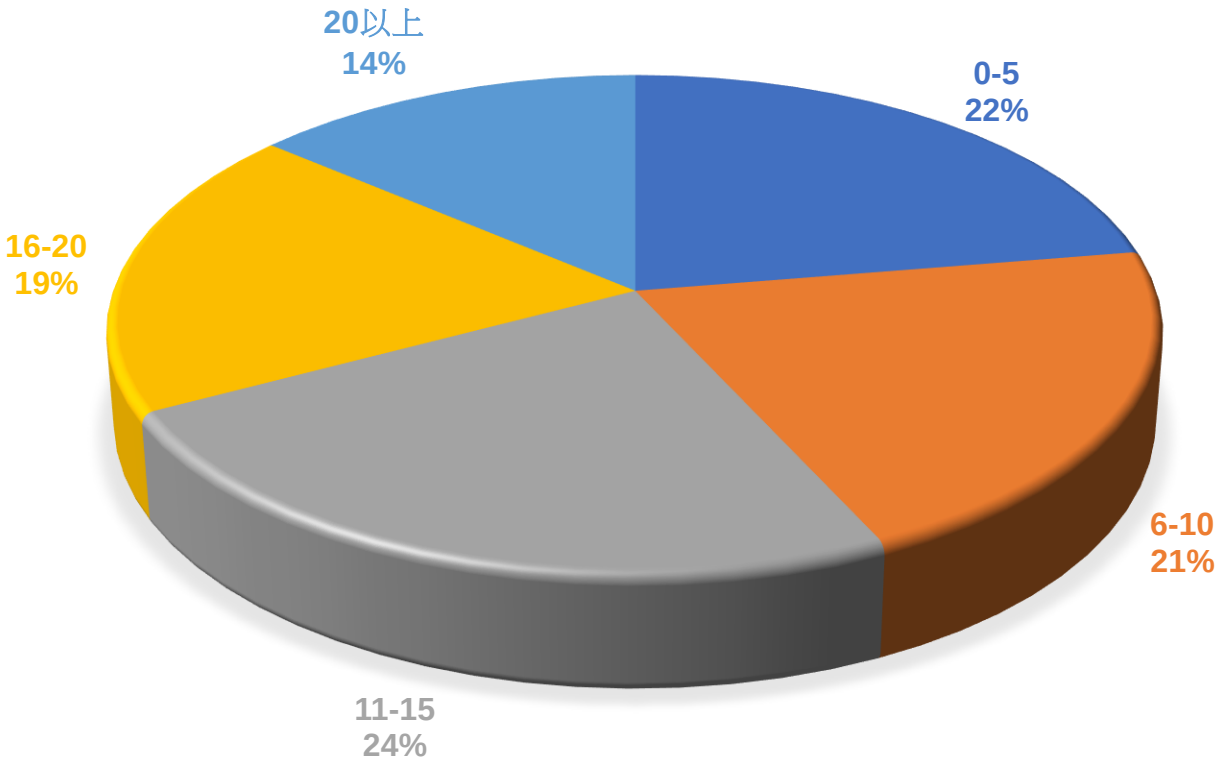
學歷



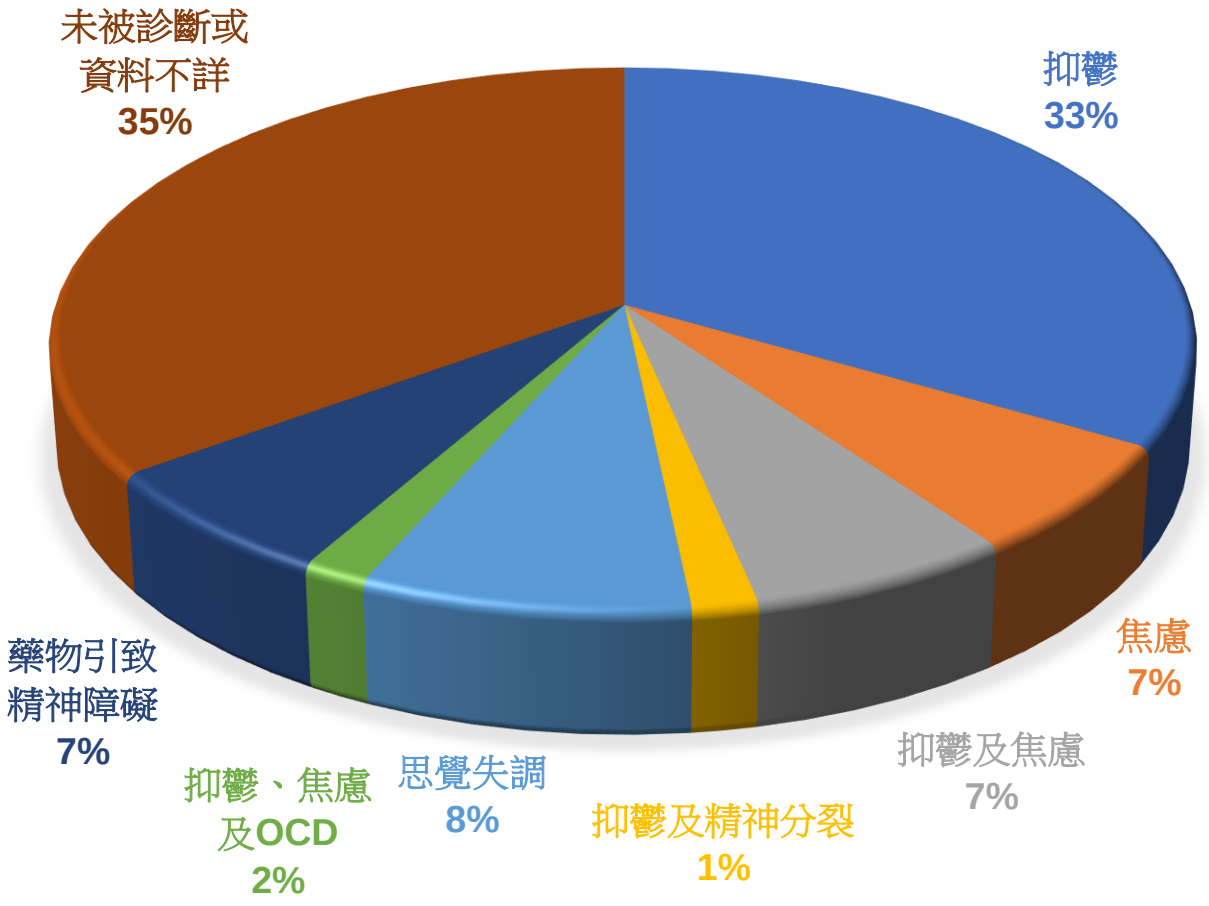
吸食毒品種類



吸毒年期

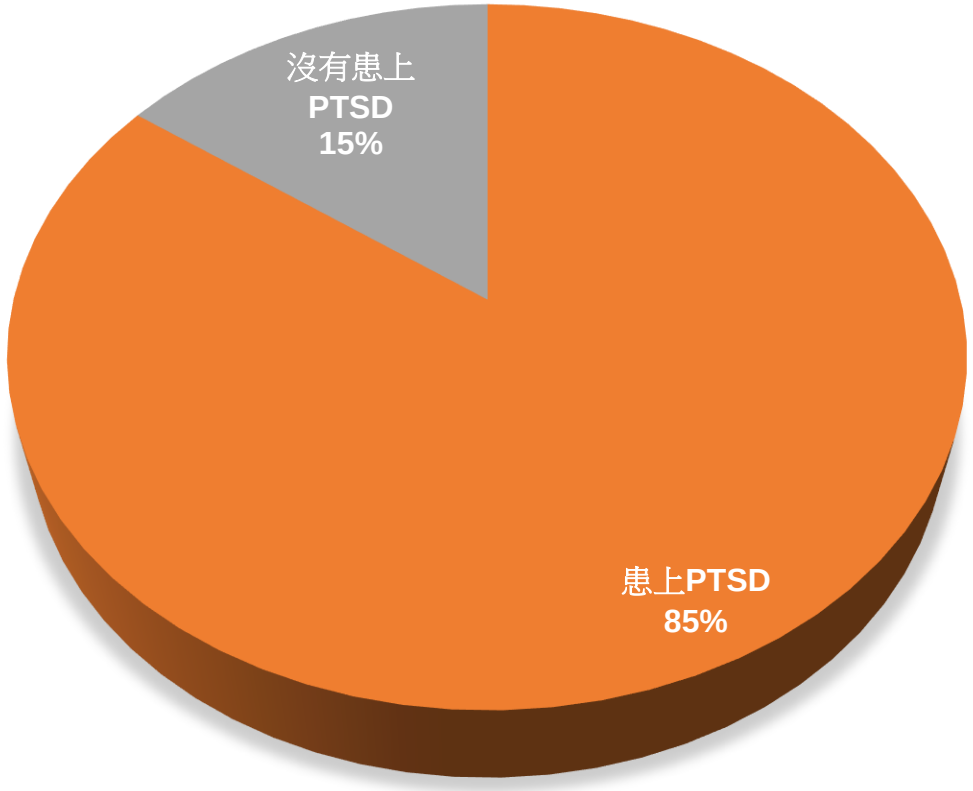


被診斷的精神病


未被診斷或
資料不詳
35%
抑鬱
33%
焦慮
7%
抑鬱及焦慮
7%
抑鬱及精神分裂
1%
思覺失調
8%
抑鬱、焦慮
及OCD
2%
藥物引致
精神障礙
7%

創傷後壓力症候群

PTSD checklist for DSM-5 (PCL-5)



PTSD checklist for DSM-5 (PCL-5)

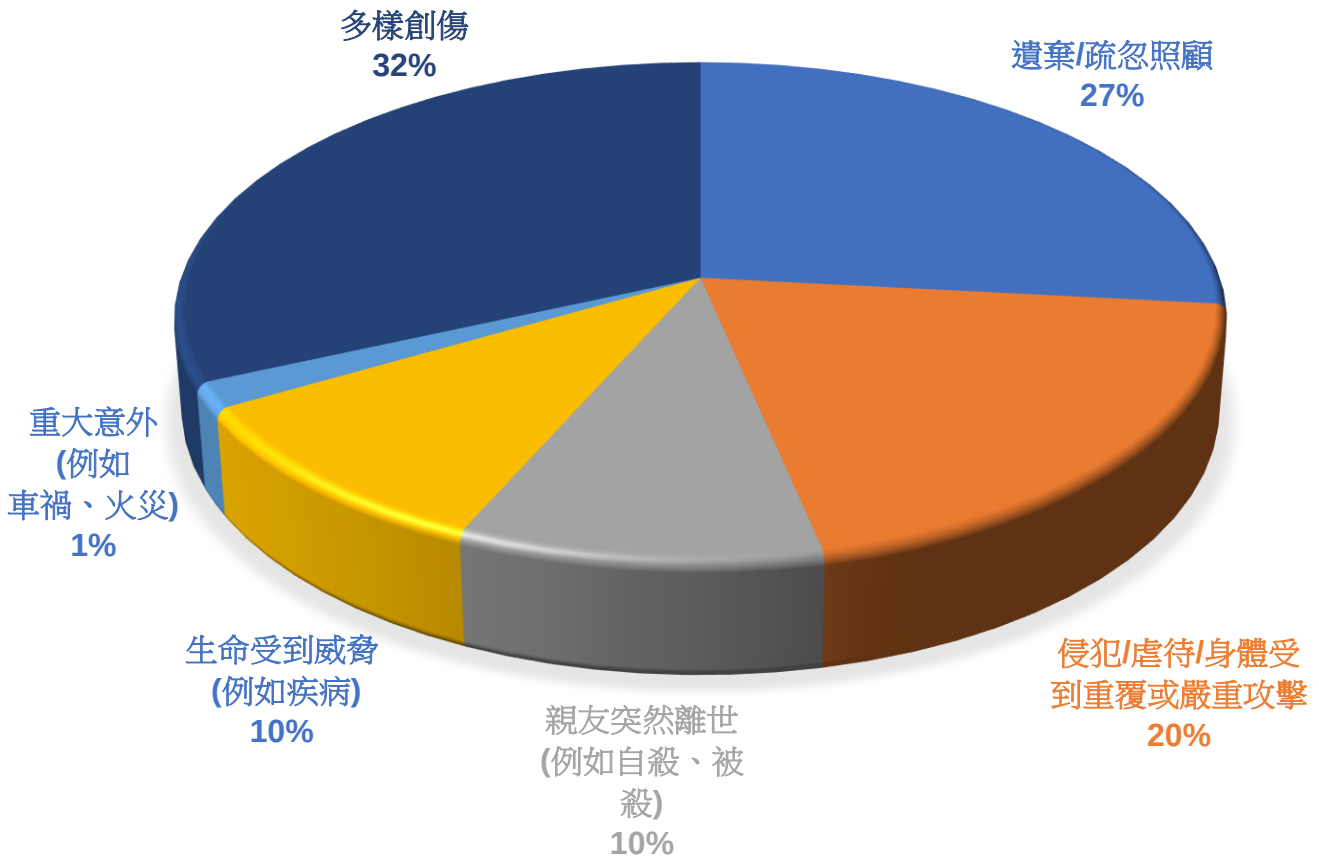
創傷後壓力症候群量表 - 第 5 版（PCL-5）

在過去幾個月中，以下情況困擾您的嚴重程度有：	*完全沒有*	*有一點*	*中等*	*相當嚴重*	*極度嚴重*
1. 出現重複性、令人感到不安且不想要的壓力事件的回憶？	0	1	2	3	4
2. 重複夢到令人感到不安的壓力事件？	0	1	2	3	4
3. 突然感覺到或經歷到該壓力事件，仿佛又實際的上演一遍？*（如同自己確實又回到當下並重新經歷一次）*？	0	1	2	3	4
4. 當某些事讓你想起該壓力事件時會感到非常沮喪？	0	1	2	3	4
5. 當某些事讓你想起該壓力事件時，會有強烈的生理反應 *（例如：心跳加速、呼吸困難、流汗）*？	0	1	2	3	4
6. 想逃避跟該壓力事件有關的回憶、想法或感受？	0	1	2	3	4
7. 想避開會讓你想起該壓力事件的外在事物 *（例如：人、地點、對話、活動、物品或情況）*？	0	1	2	3	4
8. 無法順利回憶起該壓力事件的重要內容？	0	1	2	3	4
9. 對自己、其他人或這個世界有強烈的負面看法 *（例如產生下述的想法：我很糟糕，我有嚴重的問題，沒有人值得信任，這個世界只有危險）*？	0	1	2	3	4
10. 對於該壓力事件或其後續影響，責怪自己或其他人？	0	1	2	3	4
11. 有像是害怕、恐懼、憤怒、罪惡感或羞愧等負面感受？	0	1	2	3	4
12. 對過往喜愛的活動失去興趣？	0	1	2	3	4
13. 希望跟其他人保持距離或疏遠往來？	0	1	2	3	4
14. 無法順利體驗正面的感受 *（例如：無法獲得幸福感或對親近的人無法有愛的感覺）*？	0	1	2	3	4
15. 會有舉止急躁、暴怒或帶侵略性的行為？	0	1	2	3	4
16. 從事風險過高的行為或做出會傷害自己的舉動？	0	1	2	3	4
17. 變得「過於警戒」或處處提防或處於戒備？	0	1	2	3	4
18. 感到神經過敏或容易受驚嚇？	0	1	2	3	4
19. 無法順利集中注意力？	0	1	2	3	4
20. 不易入眠或睡不好？	0	1	2	3	4

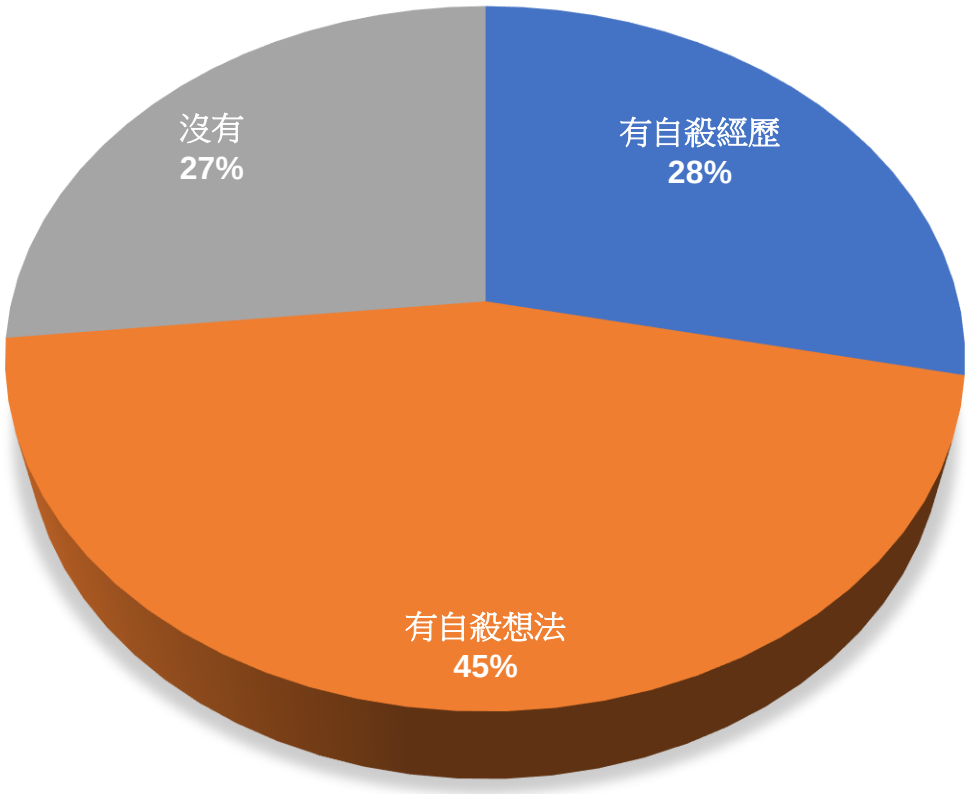
創傷後壓力症候群量表 - 第 5 版（PCL-5）（2013 年 10 月 3 日）威瑟斯（Weathers）、麗茲（Litz）、基恩（Keane）、帕米雷耶（Palmieri）、馬克斯（Marx）舒諾斯豐（Schnurr）— 美國國家創傷後壓力症候群中心。

創傷經歷

Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5)

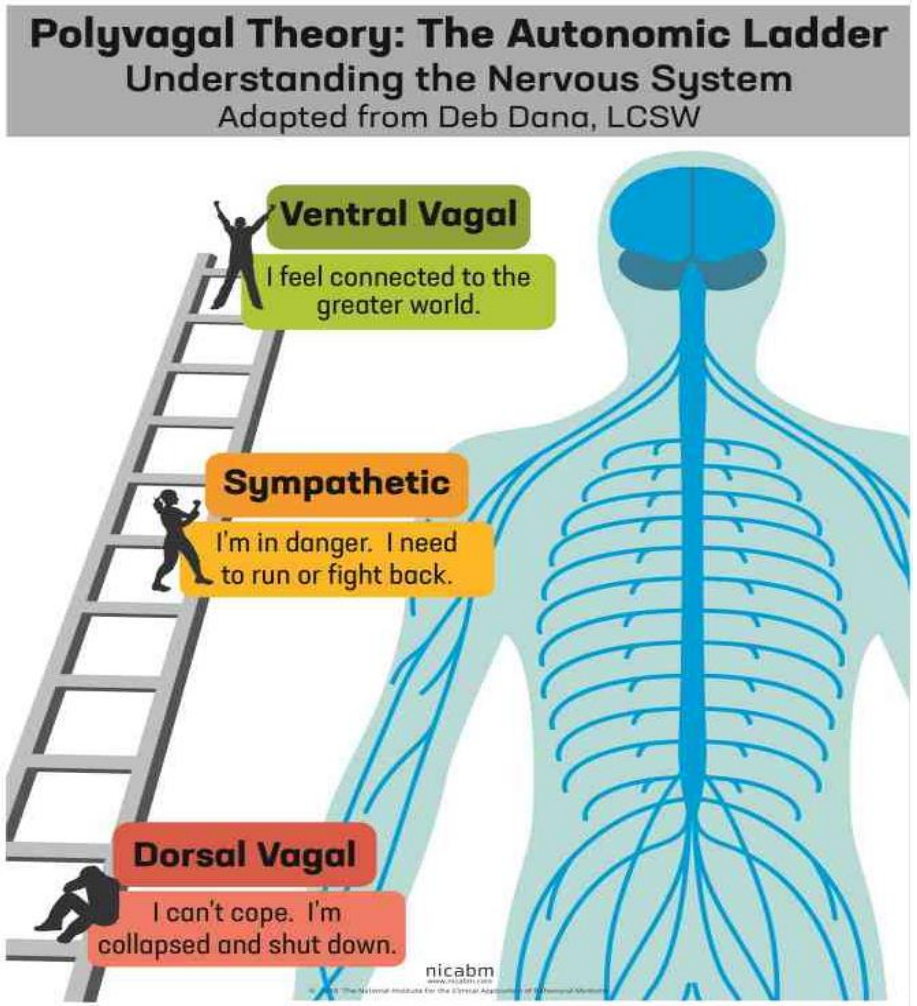


自殺經歷或想法



服務啟示

- ✓ 加強應用和整合腦神經生物學理論 (Neurobiology) 及心理感官治療技巧 (Psychosensory) 到戒毒輔導及治療工作上。
- ✓ 外國研究發現，通過針對性的身體動作和感官刺激，能在短時間有效穩定案主情緒和改善適應功能，這些方法被稱為心理感官治療技巧，外國近年更多應用在創傷治療上。

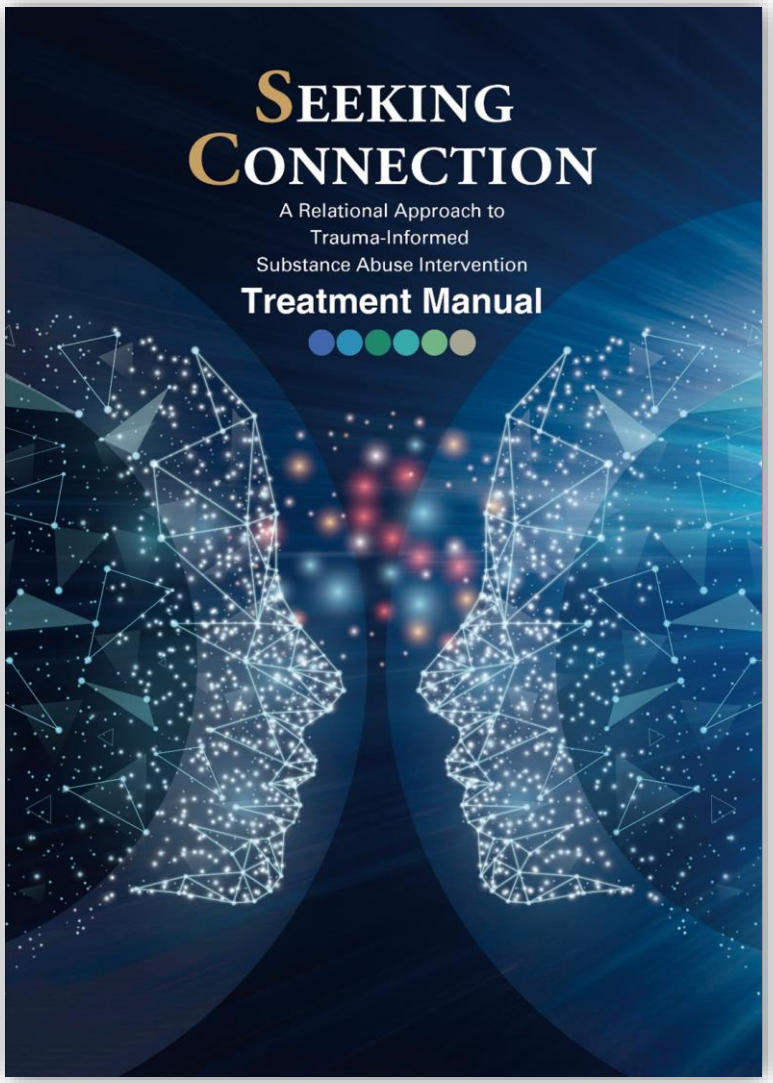


服務啟示

- ✓ 提昇處理有創傷經驗吸毒個案的專業能力，預防前線戒毒服務工作者出現同情疲乏或替代情創
- ✓ 為提供專業培訓，達致Train the Trainer的效應，使更多前線專業人員能在戒毒工作中具備綜合處理創傷和雙重診斷的能力。
- ✓ 將新的治療元素整合成自我關顧的方法和技巧，支援戒毒服務工作者，提昇自我關顧和自我運用的覺察及專業能力。

服務啟示

- ✓ 由豐富經驗臨床心理學家及治療師組成專業團隊，提供培訓、諮詢、出版治療手冊和文獻
- ✓ 發展更完善和切合本地使用的戒毒工作治療模式，將有關經驗及技巧編制「解創導向綜合戒毒治療」工具手冊，供戒毒服務業界更多不同人士使用。



Seeking Connection

Treatment Manual

A relational Approach to Trauma-Informed Substance Abuse Intervention

thank you

References

Ecker, B., Ticic, R., & Hulley, L. (2012). Unlocking the emotional brain: Eliminating symptoms at their roots using memory reconsolidation. Routledge.

MacLean, 1990. *The triune brain in evolution: Role in paleocerebral functions.* New York, NY: Springer.

Nader, K., Schafe, G. E., & LeDoux, J. E. (2000). Reply—Reconsolidation: The labile nature of consolidation theory. Nature reviews neuroscience, 1(3), 216.

Porges, S. 2006. The polyvagal perspective*. Biological Psychology 74*, pp116–143.

Schäfer, I., & Najavits, L. M. (2007). *Clinical challenges in the treatment of patients with posttraumatic stress disorder and substance abuse.* Current Opinion in Psychiatry *, 20*(6), 614-618.

References

Brown, P. J., Recupero, P. R., & Stout, R. (1995). PTSD substance abuse comorbidity and treatment utilization. *Addictive Behaviors, 20,* 251–254.

Cottler, L. B., Compton, W. M., Mager, D., Spitznagel, E. L., & Janca, A. (1992). Posttraumatic stress disorder among substance users from the general population. *American Journal of Psychiatry, 149*, 664-670.

Najavits, L. M., Weiss, R. D., Shaw, S. R., & Muenz, L. (1998). Seeking Safety: Outcome of a new cognitive-behavioral psychotherapy for women with posttraumatic stress disorder and substance dependence. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 437-456.

References

Dom, G., De Wilde, B., Hulstijn, W., & Sabbe, B. (2007). Traumatic experiences and posttraumatic stress disorders: Differences between treatment-seeking early- and late-onset alcoholic patients. *Comprehensive Psychiatry 48*(2), 178-185.

Najavits, L. M., Norman, S. B., Kivlahan, D., & Kosten, T. R. (2010). Improving PTSD/substance abuse treatment in the VA: A survey of providers. *The American Journal on Addictions, 19*(3), 257-263.

Triffleman, E., Carroll, K., & Kellogg, S. (1999). Substance dependence posttraumatic stress disorder therapy: An integrated cognitive-behavioral approach. *Journal of Substance Abuse Treatment, 17*(1-2), 3-14.