

# 男性酒駕累犯「酒癮者」的敘事分析

DOI : 10.6905/JC.202407\_13(2).0005

A Narrative Analysis of Male Drunk Driving Recidivism  
among Alcoholics

**林郁真**

財團法人台灣省私立高雄仁愛之家  
附設慈惠醫院社工師、  
高雄醫學大學醫學社會學與社會工作學系研究所

**林東龍**

高雄醫學大學醫學社會學與社會工作學系教授  
(通訊作者)

DOI : 10.6905/JC.202407\_13(2).0005

## 摘要

林郁真、林東龍

在媒體熱衷於採訪事故現場和帶有情緒的播報渲染下，酒駕者被型塑成殘忍與萬惡不赦，社會輿論亦對酒駕行爲感到憤怒。同時，酒駕累犯者也可能在檢察官要求接受精神醫療評估下，成為「酒癮者」。然而，酒駕累犯「酒癮者」對於自身被診斷具酒癮且需進行治療而感到委屈。明顯的，酒癮者在台灣司法與精神醫療體制去脈絡化和個人歸因的理解方式下，其聲音在現行體制是不被聽見的。因此，本研究從酒駕累犯「酒癮者」自身觀點出發，依其生命歷程來理解其使用酒精之路和對自身酒癮，及緩起訴附命戒癮治療之看法，期待對實務工作者如何與酒駕累犯「酒癮者」一同工作提供建議。

本研究採取敘事分析法（narrative analysis），針對三位男性酒駕累犯「酒癮者」深度訪談，蒐集其個人飲酒的生命故事，並輔病歷紀錄、地檢署轉介單等進行分析。研究發現有四：1. 酒駕累犯「酒癮者」的飲酒歷程，總共分為五個階段，分別為「第一杯黃湯下肚」、「走上持續飲酒的道路」、「失序的風暴」、「想做清醒的酒鬼 - 選擇減 / 戒酒原因」、「控制飲酒之路」；2. 酒駕除了是因自認能控制飲酒量、心存僥倖等個人因素外，亦受同伴酒駕的從衆效應影響；3. 相較於門診治療，團體心理治療較能讓他們彼此互相分享與同理，促使減 / 戒酒意願；4. 酒駕累犯「酒癮者」否認酒癮的標籤，且多不認同緩起訴以戒癮為目標，而是應將目標訂於避免酒駕。

研究建議有三：1. 酒駕罰則應針對個人與情境進行調整，而非僅依據一致性的罰則；2. 緩起訴附命戒癮治療應審視酒駕累犯「酒癮者」實際需求，提供支持與陪伴，並多開辦團體心理治療，增進戒癮動機與預防酒駕再犯；3. 助人專業者應審視自身對於酒駕累犯「酒癮者」態度和處遇視角，考量其生命經驗與社會脈絡，進行全方面評估與處遇。

**關鍵字** | 酒駕累犯「酒癮者」、緩起訴附命戒癮治療、酒癮治療、敘事分析

## A Narrative Analysis of Male Drunk Driving Recidivism among Alcoholics

### *Abstract*

*Lin Yu-Jen, Lin Dong-Long*

Drunk driving recidivism is frequently described as cruel and unpardonably vicious particularly when the media are keen on interviewing victims at the accident scene and announcing their pathetic situation with emotional and dramatic exaggeration; hence, the public is angry about drunken drivers. Meanwhile, drunk driving recidivism should require prosecutors to carry out a psychiatric examination that defines offenders as "alcoholics". However, drunk driving recidivism among alcoholics occurs where they subsequently feel wronged by their actual diagnosis with alcohol use disorder. Apparently, under the decontextualization and personal attribution of the judicial and psychiatric systems, the voice of drunk driving recidivism among alcoholics is not heard in the current situation. Accordingly, this research investigates drunk driving recidivism from the point of view of alcoholics, and bases evidence from their life course to enable them to self-actualize their path to alcohol use while viewing their own addiction to alcohol and subsequent treatment via deferred prosecution. The authors anticipate providing suggestions for practitioners in working in this field of drunk driving recidivism among alcoholics.

This research adopts narrative analysis, conducts in-depth interviews with three male drunk driving recidivism cases among alcoholics to collect their life stories of personal drinking, and then analyzes their medical records and referral forms from the office of the district prosecutors. Four key takeaways were discovered : 1) the alcohol drinking process of drunk driving recidivism among alcoholics includes the first time drinking, continual drinking, loss of control, the reason for choosing drinking, and control of drinking; 2) in their opinion, in addition to controlling their drinking capacity in risk-taking (for driving a vehicle mainly), the bandwagon (social desirability response set) effect of drinking and driving among drinking companions also produces impact; 3) compared with outpatient treatment, group psychotherapy can better allow them to share and empathize with each other and promote their reduction/quitting drinking; and 4) drunk driving recidivism among alcoholics tends to deny the stigma of alcohol addiction. The majority disagree with deferred prosecution that aims toward helping the addicted quit drinking; additionally, deferred prosecution aims toward avoiding drunk driving.

This research suggests three points : 1) drunk driving policies should be adjusted to the individual and the situation, rather than according to consistent punishment; 2) addiction treatment via deferred prosecution should examine the actual requirement of drunk driving recidivism among alcoholics through providing support and companionship through group psychotherapy to increase motivation for addiction recovery and prevent drunk driving recidivism; and finally 3) helping professionals should examine their own attitudes, expectations and perspective of treatment in consideration of the offenders' life experience and social context, thereby conducting comprehensive and appropriate assessment and interventional treatment.

**Keywords** : drunk driving recidivism, addiction treatment via deferred prosecution, treatment of alcohol addiction, narrative analysis

## 壹、前言

酒精在日常生活中，舉凡超商、大賣場與雜貨店，都可以購買到酒精，取得方便性高。柳永青、傅幸梅(2007)提及，酒精的特性使駕駛者的資訊處理速度變慢、損害駕駛者短期記憶能力、高估與道路重要物件的相對距離、對道路突發狀況反應遲緩等。因此酒精影響了行車安全，並容易造成自己與他人的死傷事件。酒駕傷亡經媒體渲染酒駕者殘忍的犯行和與受害人貧苦形象加以對比，形塑了酒駕者不可饒恕的形象（張蕙，2015）。媒體為了博取版面，都會使用聳動標題與文字，將酒駕者描繪的萬惡不赦，也讓輿論對於酒駕者與酒駕行為感到憤怒。

為了預防酒駕發生，政府制定相關法律，目前對於酒駕者之處罰，主要為罰鍰（金）、吊扣（銷）駕照與入獄服刑。若是酒駕累犯多次，地檢署檢察官會篩選酒駕累犯進行醫療評估，評估是否達到酒精成癮，後續接受醫院治療或者社會處遇，以減少再犯機率。

研究者任職於精神專科醫院擔任社工師，任職醫院承接地檢署委派酒駕緩起訴附命戒癮治療之評估與治療。地檢署請精神專科醫師評估酒駕者是否已達酒精成癮，並進行門診治療與團體心理治療。當酒駕累犯經醫師評估為酒精成癮時，又增加了一個標籤，成為酒駕累犯「酒癮者」。

在此方案中，研究者負責聯繫酒駕累犯來院進行酒精成癮評估與治療。他們往往表達出對來院治療的無奈、委屈，認為酒精使用狀況輕微、沒有成癮，不需要進行治療。酒駕累犯「酒癮者」之酒後不良行為，使他們成為社會中的邊緣人，無人了解他們滿肚的心酸與為何走向喝酒之路。明顯的，酒駕累犯「酒癮者」對於自身經驗的看法，與社會和文獻對酒駕者刻板印象有所落差。

因此，本研究從酒駕累犯「酒癮者」自身觀點出發，從其生命歷程來理解其使用酒精之路和對自身酒癮，及相關處遇政策之看法，了解其問題與苦惱，並期待對實務工作者如何與酒駕累犯「酒癮者」一同工作，提供相關建議。

綜上所述，本研究目的如下：

- 一、從酒駕累犯「酒癮者」觀點來看自身飲／戒酒的歷程與經驗。
- 二、探討形成酒駕累犯「酒癮者」的主流論述和相關處遇／治療計畫之關係。
- 三、思考與反省助人專業者在協助酒駕累犯「酒癮者」戒酒過程應有的專業角色與處遇視野。

## 貳、文獻探討

### 一、司法體制中酒駕的「犯人」

#### (一) 當酒駕「變成」犯罪行為 - 越趨嚴格的酒駕規定與罰則

酒駕造成的傷亡事件上升，大眾對於酒駕者的道德恐慌，更表現在對於肇事後的輿論反應，也促成司法體系對於酒駕罰則的多次修法（李佳玟，2013）。酒駕修法包括加重罰鍰（金）、有期徒刑與吊扣駕照年數、致人死傷刑責等，使酒駕者需付出更多後果。特別是，幾次重大酒駕傷亡事件，促成大幅度修法。酒駕肇事件後，大眾紛紛指責酒駕者，政府受到輿論的壓力，而加重相關刑責，期待能喝止酒駕事件發生。

#### (二) 酒駕重罰具成效？

我國酒駕事件因行政裁罰與刑事處罰加重，在警政統計通報中，發現近五年，汽機車與其他交通車種，酒駕遭取締次數逐年下降，2017年酒駕取締事件為103,670件，2022年酒駕取締事件下降至62,403件；在酒駕肇事件數方面，2017年酒駕肇事件數為9,718件，2020年酒駕肇事件下降至7,863件（內政部警政署，2023）。

表 1 酒駕取締件數、肇事件數、肇事之死傷人數

	酒駕取締總件數	酒駕肇事件數	酒駕肇事之死傷人數
2017年	103,670	9,718	13,161
2018年	101,202	9,122	12,700
2019年	91,620	8,893	11,901
2020年	82,626	8,647	11,541
2021年	59,454	8,647	11,202
2022年	62,403	7,863	10,143

資料來源：警政統計通報（2017年-2022年）



圖1歷年酒駕取締件數折線圖



圖2歷年酒駕肇事件數、肇事之死傷人數折線圖

經過歷年酒駕修法，雖降低酒駕肇事件數和死傷人數，但無法達到零酒駕，仍會有無辜民衆於酒駕事件中死傷。換言之，在嚴格與重罰下依舊無法有更大阻嚇效果。而嚴刑重罰效果有限的主因在於，道路交通管理處罰條例第三十五條規定，吐氣所含酒精濃度達每公升0.15毫克或血液中酒精濃度達百分之0.03以上，才算是酒駕，這讓駕駛者認為不要喝超過，其實還是可以上路，因此雖有酒駕之事實，卻無酒駕之責（林書慶，2017）。酒駕者認為自己喝得較少，認為自己沒有超標，貿然上路，而易造成交通事故發生。明顯的，現行法規無法讓駕駛人達到「喝酒不開車，開車不喝酒」的政策目的，對於酒駕零容忍、零檢出的社會輿論中，仍有許多需要改善的空間（詹昀姍等，2022）。

### (三) 從處罰到治療：酒駕問題的醫療轉向

相關研究指出，無論是酒駕初犯或累犯者，均有相當高比率屬於酒精使用疾患或更為嚴重之酒精成癮者（張祐銘等，2019；楊添圍，2021）。國外多篇研究亦指出，比起單一處罰機制，酒駕預防措施與戒癮治療，更能有效減少酒後駕車發生率(Shults,2001；Miller,2015；Osilla,2017)。因此，如歐洲與澳洲等先進國家，已發展出強制酒癮治療相關政策，認為司法介入酒精治療有其必要性，強迫酒癮者接受治療，減少酒後肇事次數(Vuong,2022)。

我國法務部亦推動酒駕防制司法與醫療合作處遇模式，透過司法外在的約束力，監督酒駕者接受戒酒治療，改善因酒癮問題所造成的酒駕再犯事件（法務部，2019）。酒駕緩起訴附命戒癮治療為其中一方案，意即所犯為公共危險罪之刑事案件且為三年以下的輕罪，另附帶處分為須進行酒癮治療。緩起訴附命戒癮治療適用條件於刑事訴訟法中未有明確規定，只提及檢察官認為合適者，可予以戒癮治療，無論涉及酒駕之初犯或累犯（楊添圍，2021）。

不過，法律未明訂酒駕緩起訴附命戒癮治療的條件，目前由各地檢署自行擬定執行流程。以高雄地檢署為例，收案標準包含酒駕三犯、緩起訴期間再犯者，由檢察官評估後，開立附命戒癮治療說明會，分配酒駕者到合作醫療院所，進行醫療評估。當醫師診斷為酒精成癮者才正式進入附命戒癮治療。酒駕累犯「酒癮者」一年期間須於合作醫院進行12次門診治療與10次心理治療，並由醫院須開立完成證明，才正式完成緩起訴處分。

雖然立意良善，然而附命戒癮治療實際運用上比率偏低。地方檢察署酒駕案件緩起訴處分附命酒精戒癮治療統計發現，2021年緩起訴處分人數為11,501人，僅有90人進行酒精戒癮治療。這是因為附命戒癮治療只是其中一種緩起訴附帶處分，其他附帶處分類型還包括緩起訴處分金、義務勞動、法治教育等。陳運財（2018）研究亦指出，檢察官對於未肇事的酒駕事件，在緩起訴中附帶處分選擇中，以緩起訴處分金為第一考量，酒精戒癮治療則是落於最後，酒精戒癮治療遭受忽視，反映於酒精成癮治療執行面成效的問題。

緩起訴附命戒癮治療比率偏低原因可能有三，治療費用太高酒駕累犯無法負擔、納入規定嚴格、酒駕累犯案件較少進入緩起訴處分（陳運財，2018；張蕙，2015）。簡言之，雖然司法單位設定附命戒癮治療流程，期待能從治療，減少酒駕再犯，但因治療費用、符合標準人數少、檢察官的評估與判斷等因素，造成使得附命戒癮治療人數比率低，難以達到所預想的目標。

#### (四) 忽視酒駕行為的情境因素

目前緩起訴附命戒癮治療期望酒駕者經過治療後就可以不再犯，但是忽略其他造成酒駕的因素。理性選擇理論主要探討犯罪人犯罪的決定與過程，主張犯罪行為是犯罪人分析了個人（自身需求）與情境因素（當下人事時地物，是否可以進行犯罪），並評估犯罪風險、懲罰的嚴重性，以及犯罪所帶來的價值，才決定進行犯罪（賴擁連，2005）。而酒駕同為犯罪行為，因此，在進行酒駕防治時，除了針對酒駕者個人的處遇與罰則，應須著重於酒駕情境之預防。

研究指出，酒癮與酒駕有因果關聯，因此期待酒駕者接受緩起訴附命戒癮治療，就可以降低再犯發生率。但卻忽視了造成酒駕情境的因素，需同時進行個人與情境層面之處遇，才能有效預防酒駕再發生。

### 二、醫療體制中的酒駕累犯「酒癮者」

#### (一) 去脈絡化的酒精成癮

由地檢署轉介酒駕累犯進行酒精成癮評估，醫師該如何診斷酒駕者是否有酒精成癮？在 DSM-5 中酒精使用障礙症為酒精使用問題型態導致臨牀上顯著苦惱或減損，至少在 12 個月期間出現十一項診斷內容中的兩項，即達到精神醫療中酒精成癮的定義（台灣精神醫學會，2014）。另一個評估指標為酒精使用疾患確認檢測（AUDIT）量表，著重於飲酒習慣與酒精對日常生活的影響，該量表總分達 8 分以上者則為酒精使用障礙症。當酒駕者符合診斷，就被視為酒癮者，醫師會建議酒駕累犯「酒癮者」進行醫療處遇，而填寫醫療評估結果書後，檢察官進而處分酒駕累犯「酒癮者」必須強制接受治療，否則將撤銷緩起訴資格。

然而，在短暫一次的醫療評估，醫師無法了解酒駕累犯整體樣貌時，就將酒駕

累犯貼上酒精成癮的標籤。去脈絡化即不將現象與行為放回個人生命歷程與其身處的環境之中，不重視行為發生的脈絡，僅看待該行為的事實。在醫療評估中，僅考量是否符合診斷條件，未看待酒癮者的生命歷程與所身處的環境對其之影響，因此為去脈絡化的評斷方式。

## (二) 以個人為主治療方式的限制

醫療處遇包括十二次門診治療、十次個別或團體心理治療。門診治療包含藥物治療、血液檢查、心理衡鑑和社會生活功能等，其中藥物治療主要協助酒駕累犯「酒癮者」減少酒精的攝取；心理治療則協助酒駕累犯「酒癮者」減少對酒精的依賴。然現行治療模式，都為個人取向的治療方式，需要個人去進行改變，如酒癮者使用藥物後，不再使用酒精；酒癮者經過心理治療後，能夠了解自己的問題與內在，來戒除酒癮。

不過，飲酒也需在人際互動脈絡中被理解。酒精在社交互動中，具促進社會或種族團體成員間凝聚與團結的功能 (Zhou,2018)；酒精可以讓自我揭露的溝通型態變得更容易，並增加社交性微笑，強化人際間的信任感，撤除自我界限 (陳怡青，2011；Sayette,2012)。當團體成員是以酒精來凝聚團體，雖然戒除酒精對身體有益處，但戒除後也影響對團體的歸屬感與認同感，甚至會失去原本人際社交網絡 (林東龍，2014)。因此，我們需去識別個人其實擁有社會與心理的需求，飲酒能滿足個人需求，若我們一味僅要求酒癮者個人改變，卻忽略戒酒將影響其日常生活，將無法有效協助酒癮者戒酒。

再者，戒癮治療目的在於提供強化酒駕累犯「酒癮者」自我控制與減害途徑，減少監禁等社會成本，增強酒駕者自我控制的能力，提供其社會復歸的可能，而最大的目標為減少社會的危害 (楊添圍，2021)。然而，在台北地檢署與聯合醫院松德院區合作之酒駕案件醫療介入計畫，發現未完成治療者再犯酒駕案件比率為 25%，完成治療者再犯酒駕案件比率為 10%，然有 23% 酒駕累犯未完成治療 (法務部，2019)。

究其原因，可能因治療費用被排除在補助外，以及治療多於平日等因素無法完成處遇。首先，我國全民健保制度將酒癮與藥癮均列為健保不予給付的疾病類型 (陳

喬琪，2009)。近年雖有衛生福利部酒癮治療費用補助方案，卻被認為配合法律規定之酒駕累犯「酒癮者」是因犯案才接受治療，故未符合補助資格，除擁有中低收入戶或低收入戶才予以補助，將大部分酒駕累犯「酒癮者」排除於補助計畫。其次，酒駕累犯「酒癮者」未符合福利身分下，需支付大筆治療費用，另外也需要在平日時間請假進行治療，戒酒治療成為工作不穩定或無工作酒駕累犯「酒癮者」一沉重負擔(張蕙，2015)。如林書慶(2017)指出，酒駕且達公共危險罪者職業多為技術工、機械操作工、組裝工、非技術工和體力工者等藍領階級，工作較不穩定且經濟較差，因此，影響酒精治療意願。

另外，酒駕累犯「酒癮者」為司法端轉介之非自願性案主。王行(2007)指出，非自願性案主不認為自身有過錯，在強烈的衝突反應下，使得專業人員與其處於情緒對立狀態，以及處遇成效不彰。

### 三、酒駕累犯「酒癮者」的再認識：聽他們說飲／戒酒故事

依據上述以個人為主治療模式的限制可發現，我們需跨越個人視角，來看待屬於酒駕累犯「酒癮者」的故事。酒癮處遇介入方式多元，但大多僅針對某一方面進行探討與處遇，未以脈絡化來看待酒駕累犯「酒癮者」，忽略酒精成癮形成原因間的相互作用也導致理論未被整合，專注於單一因素的處遇。Kassin 和 Hanson(1982)提出該以全方面的視角來看待酒癮者，與單一酒精處遇模式不同，強調於酒精成癮的誘發和促發因素，均包含為生理、心理和社會因素。這三大因素影響了酒癮者的成癮歷程，三個因素像是順序卻又同時影響了酒癮的發展和過程。因此，需了解每個因素對於酒精成癮的影響，才能有效制定酒精成癮處遇。

Kassin 和 Hanson(1982)研究整理出酒精成癮四種歷程階段，可以運用下圖瞭解酒癮者處於歷程中的何種階段，並釐清酒癮者的生理、心理和社會問題，以利後續的處遇規劃。四種階段分別為一是誘發因素，分為生理、心理和社會，酒癮者會因各層面的壓力導致飲酒行為；二是促發因素，受到心理與社會危機影響，而逐漸對酒精產生心理依賴；三是耐受性與生理依賴，對於酒精產生心理依賴後，大量飲酒後有耐受性與生理依賴；四是完全酒精成癮，酒精成癮後則對生理、心理和社會造成影響。生理、心理和社會三種因素影響了飲酒行為，但非單方面的作用，飲酒後也會影響身心社因素，飲酒到酒精成癮的過程是動態式的循環。

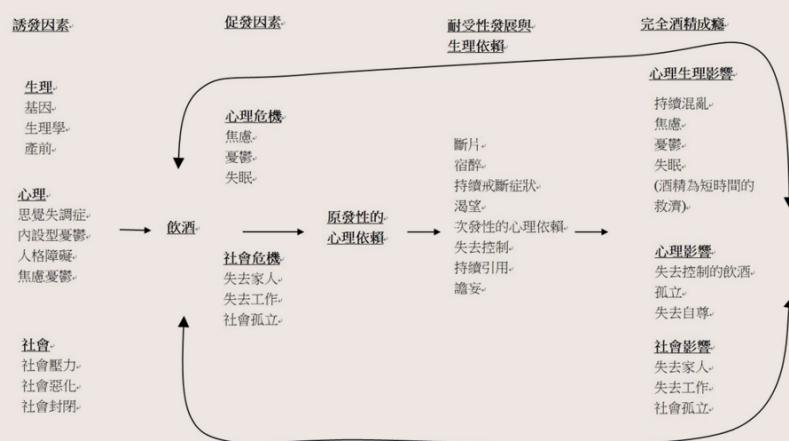


圖 3 酒精成癮之循環圖

資料來源：Kassin&amp;Hanson(1982)；研究者自行翻譯

Kassin 和 Hanson(1982) 亦統整酒精成癮的進程，如圖4，歷程順序為一開始的社交性飲酒、大量性飲酒、問題性飲酒，最後則是酒精成癮。這些階段非僅有單向性，而是會因生理、心理和社會因素而回復到過往的階段，但若成為酒精成癮，會因耐受性與生理依賴，就難以回復問題性飲酒。

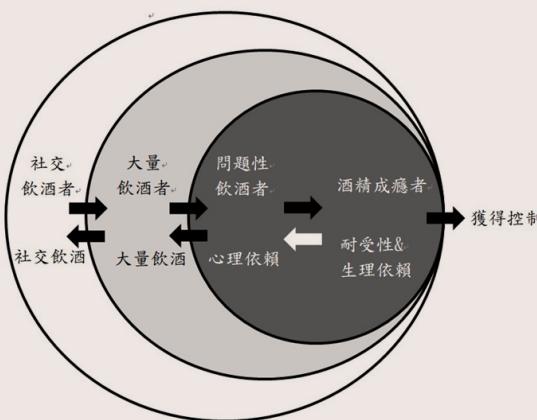


圖 4 酒精成癮的進程圖

資料來源：Kassin&amp;Hanson(1982)；研究者自行翻譯

下方將融合圖3與圖4，介紹有關酒精成癮者飲酒的動態歷程。第一階段為社交性飲酒，大部分酒癮者飲酒原因為社會層面使酒癮者開始社交飲酒，而體會

到酒精的美好。第二階段為大量性飲酒，當遇到生理心理與社會等壓力事件時，使用酒精進而大量飲酒。第三階段為問題性飲酒，酒後出現心理、社會危機，並對酒精產生心理依賴。第四階段為酒精成癮，對酒精出現耐受性與生理依賴，而酒癮也影響了其生理、心理和社會層面，生理出現焦慮、憂鬱與失眠等，心理出現孤立、失去自尊，社會則出現家庭與朋友支持度不佳、工作不穩與無業等影響(Kassin&Hanson,1982)。

酒精成癮為相互作用的現象，並且在發展過程中以多種形式、多個變項的影響下運作，社會、心理與生理因素對於不同酒癮者而言，會在不同時間點、不同環境中而有差異。需了解每個因素，才能準確認識酒癮者與評估其目前狀況。而在每位酒癮者的成長背景、生命所經歷的事件不同，也影響各自的成癮歷程，因此每位酒癮者的成癮歷程具有獨特性。酒癮者所面臨到的問題各有不同，片段性了解則無法釐清事件的整體。

因此，本研究希望從酒駕累犯「酒癮者」的經驗出發，試圖以他們的主觀經驗及個人故事中找到酒駕與酒癮之脈絡化的解釋，探究從個人為主的處遇目標與實際執行的落差並提出建議，讓受到社會脈絡的酒駕累犯「酒癮者」的經驗能夠被理解，進而納入後續服務與政策，期待能給予再次認識酒駕累犯「酒癮者」的可能性，打造一個協助酒駕累犯「酒癮者」的服務模式。

## 參、研究方法

### 一、研究設計

本研究以探討酒駕累犯「酒癮者」的生命經驗為主要焦點，需要了解他們的成長過程，才能了解酒駕累犯「酒癮者」在生活中碰觸到酒的歷程，因此使用質性研究方法。

質性訪談是社會科學中廣泛運用的收集研究資料的方法之一，主要著重於受訪者個人的感受、生活與經驗等陳述，藉著與受訪者互相的對話，研究者得以獲得、了解及解釋受訪者個人對於社會事實的認知(林金定等，2005)。質性研究也如一本歷史書，分析問題是如何產生與演化，研究者可以分析歷程，了解事情的脈絡，

並觀察過去與現在事件跨越時空的關聯，研究者方可理解一個現象的全貌（蕭瑞麟，2020）。

本研究運用敍事分析法（narrative analysis）來分析資料。敍事方法可將被貼上負面標籤之族群，經過生命經驗的統整與分析，可使這些族群能獲得希望，期待未來能不受到這些標籤的阻礙，並能重視自己仍需負起責任，並建立一個新的未來旅程。

敍事可以讓受訪者在訪談中，就將生命所經歷過的事件統整。因為研究者無法參與受訪者過往的經驗，因此受訪者所描述的故事，成為研究者了解受訪者的重要媒介，能去釐清酒精於受訪者過往生命歷程的重要位置與影響力，同時也希望受訪者能夠省思，並且協助他們朝向復原之路，因此選擇使用敍事分析法。

## 二、受訪者

本研究為立意取樣的方式選取受訪者，研究條件為需年滿二十歲、曾由精神專科醫師診斷為酒精成癮，並為酒駕累犯者。

研究者親自面談，說明研究目的，並約定訪談日期與時間，同時將訪談大綱事先提供給受訪者準備。本研究訪談三位男性酒駕累犯「酒癮者」，受訪者暱稱由受訪者自行命名。

本研究以受訪者的方便為原則，於每月門診治療時，於本院會談室進行訪問，在徵得受訪者同意並簽署同意書後進行錄音。每位受訪者接受四次訪談，訪談時間約30至45分鐘。

表2受訪者基本資料統計表

暱稱 (代碼)	性別	年齡	婚姻 狀況	職業 工作	教育 程度	酒駕 次數	來源	訪談 次數
阿財	男	48	離婚	自來水營造工	國中	7	酒駕緩起訴	4
阿奮	男	60	已婚	水電工	國中	4	酒駕緩起訴	4
洪大俠	男	63	已婚	工廠保全	國中	4	酒駕緩起訴	4

### 三、研究工具

#### (一) 研究者

至今我擔任了七年精神醫療社會工作者，在這之中，遇到不少酒癮者，我對於酒癮者的心態也隨著時間而改變。戒癮之路不易，酒癮者戒除一段時間後，多數再次飲酒。過往的我會想幫助酒癮者，花費許多時間，討論與媒合相關資源，但換來的是，酒癮者出院後當天或隔天繼續飲酒。我逐漸因為實務經驗和所身處的社會脈絡，給予酒癮者一個負面標籤，也不再與酒癮者深談，認為我所做的努力是白費功夫，他們仍會繼續飲酒。

近年因醫院與地檢署的合作進行緩起訴附命戒癮治療，我擔任了與地檢署接洽的窗口，此處分的用意為期待酒駕累犯經過治療後，減少再犯機率，然他們的醫療配合度不高，不願前來接受治療。會談過程中，酒駕累犯「酒癮者」講述自己除了酒駕，他們未有其他不良行為，故不認為酒精造成困擾，且飲酒是為了生計和社交等不得不飲酒的狀況。我開始思考為何戒酒對他們來說如此困難？他們看似自願變成「酒癮者」，但實際上可能是因為被迫所致，逃脫不了酒精的深淵。那我還能使用過往的病理視角看待他們嗎？我還能認為他們自找苦吃，怎麼不會改變嗎？我應該去了解酒駕累犯「酒癮者」，試圖去理解整體環境脈絡，對他們產生的影響。

#### (二) 訪談大綱

本研究焦點於以訪談方式收集酒駕累犯「酒癮者」的酒精使用歷程與生活經驗，如分享成長過程、何時飲酒與飲酒原因、喝酒對自身的意義、戒酒經驗、戒酒治療的經驗、酒駕歷程與對酒駕法規的看法。

### 四、資料分析

Lieblich et al. (1999) 針對敍事研究的文本分析與資料閱讀的方式，提出四個取向的分析模式，分別為整體（holistic）與類別（categorical）、內容（content）與形式（form）兩大類。將上述四個取向互相交錯後，形成敍事研究的四種分析類型，整體 - 內容、整體 - 形式、類別 - 內容、類別 - 形式分析法。

本研究將了解酒駕累犯「酒癮者」之生命故事，亦即酒駕累犯「酒癮者」如何開始接觸酒精，酒精於他們的人生歷程，並進一步釐清社會脈絡如何影響著酒癮者。希望能透過敍說和聆聽的互動，了解其心理歷程，並進一步理解酒精對於酒駕累犯「酒癮者」的獨特意義。故研究者將採取「整體 - 內容」分析法，來呈現酒駕累犯「酒癮者」的生命故事。

## 五、研究嚴謹性

本研究參酌鈕文英 (2020) 敍事研究之品質指標，以「契合度」、「說服力」，及「交互性」等三項，確保質性研究嚴謹性，茲分述如下：

- (一) 契合度：指研究資料（如訪談紀錄）需契合敍事者表達內容，同時，分析解釋需契合研究資料。研究者完成訪談紀錄謄寫後，均邀請每位受訪者針對訪談紀錄進行檢核，藉以修正錯誤和提供更多資訊。
- (二) 說服力：亦即廣度和逼真性，指提供充分多元的研究資料做為證據。本研究透過兩位不同研究者的三角檢證，檢核彼此之間對於訪談資料理解和分析的一致性。
- (三) 交互性：指研究者坦承面對自己的主觀性和經驗，如何影響對受訪者經驗的理解，且描述研究者和受訪者間的現場經驗。研究者透過書寫反思日誌，持續檢視專業和病理視角對理解受訪者飲酒歷程的障礙。

## 六、研究倫理

為避免產生研究關係中權勢不均情形，研究者採行受訪者保護的措施包含：  
1. 研究執行前，通過高雄醫學大學附設中和紀念醫院人體試驗審查委員會審查 KMUHIRB-E(II)-20220044；2. 恪守尊重自主原則，邀請受訪者接受訪談；3. 為避免訪談地點和研究者身份仍可能將研究者與受訪者限制在既有專業關係和權威框架下，因此，訪談時研究者不著白袍，亦不在診間會談，而選擇醫院外部會談空間。

## 肆、研究發現

### 一、受訪者飲酒歷程

酒駕累犯「酒癮者」因為酒精的作用，逐漸失去控制飲酒能力，並出現不良行為，造成社會大眾感到唾棄，因此戒癮過程，也是找回控制飲酒的能力，朝向復原之路 (Tønnessen,2023)。復原是一種人生過程，因此是動態的歷程，有時候有搖擺不定、前進後退，甚至退步回原點，然後再重新開始的迂迴曲折路線（宋麗玉、施教裕，2009）。

本研究分析出受訪者飲酒歷程共分為「第一杯黃湯下肚」、「走上持續飲酒的道路」、「失序的風暴」、「想做清醒的酒鬼 - 選擇減 / 戒酒原因」、「控制飲酒之路」等五個階段。

#### (一) 第一杯黃湯下肚

初次接觸酒精為社會層面居多，本研究受訪者因學校同學與職場同事邀請而使用第一杯酒精。

##### 1. 國中同學邀約

受訪者因社會脈絡而開啟第一杯酒精的使用之路，阿財、洪大俠都是在國中時期飲用第一杯酒。但他們對於當時脈絡較無印象，只有印象使用酒精後，能讓他們感到快樂、輕鬆，並且能達到青少年重視的同儕互動，快速推展人際關係。如阿財說，「和朋友一起喝酒就快樂啊，大家在一起一定會喝，然後聊天，越來越多人(聚在一起)」。

##### 2. 工地師傅邀請

相對於阿財、洪大俠兩位受訪者學生時期接觸酒精，阿奮則較晚接觸，第一次飲酒是在工地擔任學徒時，師傅飲酒提神時，要阿奮一起喝一杯。他說，「就來高雄做水電，師傅很多，之前就是維士比、保力達，師傅就說你去買保力達、維士比」。因師傅相對之下權力地位較高，阿奮擔心若拒絕師傅之邀請，可能會讓師傅不願教導阿奮，故決定飲酒，飲用後也發覺喝酒不錯，而持續使用。

## (二) 走上持續飲酒的道路

本研究受訪者提到，飲酒除可促進與朋友交往與滿足心理需求外，更重要的是能使工作順遂，因而持續大量飲酒。

### 1. 心情愉快並促進人際交往

阿財自國中開始便持續飲酒，工作時期更是大量飲酒，阿財享受飲酒時光，與朋友共飲，使阿財感到快樂，沉浸於酒精世界。他說，「不會累，喝酒很好玩。那要跟朋友在一起聊天啊，就是唱歌喝酒」。

### 2. 使工作順遂

除了與朋友快樂相聚外，阿奮因為工地文化，每日需要飲酒，來提神，若未飲酒還會被同事勸說飲用，為了談及公事方便，阿奮選擇持續飲酒。他說，「因為都是團體生活，不可能你一個人在做而已，那個一棟大樓，哪有可能自己一人。也要認識綁鐵、板模。我不喝也可以，但大家揪一揪，你又不喝，沒有什麼意思」。洪大俠則因自行開業而開始飲酒應酬，期待能夠讓工作更順遂。他說，「我就出來自己開，因為一些工人，多多少少會喝，要應酬，而且那邊山地人又多。這樣我拜託他們的事，他們比較會配合」。

## (三) 失序的風暴

飲酒衍生出生理、心理與社會危機，使得受訪者無法維持日常生活，如本研究受訪者因為酒精影響工作穩定度，甚至因身體不適而住院治療。

### 1. 工作持續度不佳

阿財與阿奮都會因為大量飲酒，無法每日工作，造成經濟危機。阿財表示，因喜愛飲酒，酒後無法立即工作，導致工作穩定度不佳，一日捕魚，三日曬網，「剛開始愛喝的時候，做一天然後休兩天，幾乎就是去拚酒了」。

### 2. 身體出現問題

長期性大量飲酒，亦容易造成身體不適。洪大俠長期飲酒後，出現肝指數不佳

與胃出血，並曾在兩次朋友來訪時大量飲酒，而住院治療。他說，「朋友來了兩次，我喝兩次都住院。(住院時醫生)就說胃潰瘍，也有一次胃出血」。

#### (四) 想做清醒的酒鬼 - 選擇減 / 戒酒原因

酒精造成生活危機，但酒癮者較無法及時發覺，都需要一些契機才能適時認知到嚴重性。如本研究受訪者因受訪者們各因為自己所注重的議題，而選擇減 / 戒酒，如對重要他人的承諾、身體健康不佳，以及法律約束力等，決心減 / 戒酒。

##### 1. 對重要他人的承諾

阿財過往薪水都花在酒局，但與女友交往後，承諾要協助女友開店，因此決定存錢、減少開銷，也導致減少酒局，來實現對女友的承諾。他說，「我之前一個月賺十萬，但都拿去喝酒。直到我認識她，我答應她，給我一年的時間，我就開一間店給她，我一年就拚一間水果飲料店那種的。就想說省錢來開店，就少喝一點了啊」。

##### 2. 身體不適

洪大俠大量飲酒後住院，並發現飲酒讓自己的身體更為不適，洪大俠認為，「我身體不好，不能再繼續飲酒，不然會越不舒服」。

##### 3. 法律約束

阿奮酒駕多次，並繳納巨額罰金達數十萬，阿奮也因此經濟吃緊，不願意再酒駕，並選擇減酒來避免酒駕再發生。他說，「第一次酒駕罰了七萬多，監理所就四萬五固定的、法院就再判幾個月，一天一千，我就知道七萬多，就快要哭出來。總共加起來十幾萬啊，這次我真的沒什麼錢了，是她(太太)幫忙繳，我真的很感謝她。現在罰那麼多，誰敢再酒駕？我就喝少一點」。

#### (五) 控制飲酒之路

受訪者出現危機後，也嘗試想修正回正常軌道，採用的策略如分散注意力、調整飲酒時間，及拒絕飲酒等，使受訪者能夠逐步控制酒精，並找到減少酒駕的方法。

法，以及找尋到人生的目標與未來方向，朝向復原之路。

### 1. 分散注意力

當受訪者認為自己飲酒已經造成生活上的困擾，他們選擇自己減少飲酒，而他們也有學習控制飲酒的秘訣，如阿財提到，「我之前大量喝啊，無聊就想喝，現在我會玩手機轉移，玩手機就會忘了想喝酒」。

### 2. 調整飲酒時間

阿奮因酒駕議題，而想減少飲酒，並調整飲酒習慣，來預防酒駕再發生。他說，「因為罰款太多，之前就下午喝一、兩瓶啤酒，回家路途臉紅，就被警察攔啊。所以我就想早上喝就好，我就下午不要喝」。

### 3. 拒絕飲酒

洪大俠過去都與朋友一同飲酒，然而近年因酒精致身體出現問題後，洪大俠就會直接拒絕聚會邀約。他說：「當別人員工的時候，同事下班去喝一杯，大概一個禮拜喝了三天，後面我身體不好，下班後就回家了，就不會想要喝。我就說我要回家了，他們也不會怎樣」。

## 二、受訪者對「酒癮者」身份和附命戒癮治療的看法

本研究受訪者同時具酒駕累犯與「酒癮者」的雙重身份，他們是如何看待這些標籤，以及相關處遇的成效，整理如下。

### (一) 對「酒癮」身份的看法

受訪者皆不認為自己為酒精成癮，因為受訪者否認自己具有「酒癮者」的特質，如未飲用高濃度酒精，以及能自我控制。

#### 1. 未飲用高濃度酒精

阿奮雖上班日飲酒，但不是飲用高濃度酒精且並非每日都需飲酒，因此否認為酒精成癮。他說，「我是看那些人（酒癮者）一大早就開始喝了，喝到整天整夜，

酒精中毒應該都是喝厚酒。我這種就是工地喝一喝，喝啤酒而已就沒有再喝，自己一個人不會喝，不會像他們都喝厚的」。

## 2. 能自我控制

受訪者認為酒精成癮是無法控制飲酒量，自己則是能控制飲酒量，因此否認自己是酒精成癮，如洪大俠提及，「我會控制飲酒量，快要酒醉就知道了，差不多了，要回去了，你不讓我走，我就會偷跑。我覺得我上路是清醒的、安全」。

### (二) 對附命戒癮治療的看法

#### 1. 逃避被關的另類選擇

阿財未曾接受過戒酒相關處遇，不清楚檢察官的裁定含義，當時只想著不要入獄。阿財說，「就是檢察官說什麼，我就說好。我也不知道緩起訴是什麼，我就只知道說好。(我覺得)不用關就好」。

#### 2. 治療影響到生計

同時，阿財亦對於接受緩起訴並到醫院進行戒酒治療，覺得很浪費時間，要跑多處地方進行課程，工作也受到影響。他說，「判緩起訴已經是很忙碌，一個月要請很多天假，要跑來跑去，就像瘋子一樣。要去地檢署和醫院上課，還要做勞役」。

#### 3. 治療有部分成效

##### (1) 門診治療較無效果

門診治療通常以藥物為主，但受訪者皆拒絕醫師開立戒酒藥。洪大俠認為自行可以戒酒，「醫生說要吃藥還是幹什麼，我都說不用，我自己可以(戒)，我就已經戒了，為什麼要吃藥？」。阿奮也說：「我自己有吃保肝的藥，我也有跟陳醫師講，你不行再開藥給我吃，你開給我吃，我也不會吃」。如此一來，也使得洪大俠和阿奮認為門診治療無效。

##### (2) 團體心理治療效果較佳

除門診外，受訪者也需參與團體心理治療，在參與課程後，阿財就改變了早上飲酒習慣，因此認為團體心理治療有所成效。他說，「來這邊上課，上了一陣子後，就想說我早上不要喝試試」。洪大俠也認為團體心理治療也能讓受訪者抒發心情，以及吸收正確知識。他說，「我認為上課真的有用，成員彼此分享一些平常的生活上的，還有別人酒駕的經驗、喝酒的經驗。也會宣導一些戒酒的，還是有用」。

## 伍、研究討論

### (一) 被忽視的飲酒社會脈絡

從受訪者生命歷程可以發現，對他們而言，使用酒精不只是因為自己，還包含同儕的相處、職場的迫使。然而，在大眾眼中，飲酒是自己的意願，因此認為個人可以隨時拒絕飲酒，卻忽略了酒精已經具有功能性的意義，他們特殊的社會脈絡，形塑了使用酒精的偏好。在青少年人際社交與營造業工作脈絡中，酒精主要就是與他人建立與親近的媒介物。

雖然受訪者皆了解飲酒過量，會導致身體的負擔，但在社會脈絡中可以發現，造成受訪者飲酒過量的原因。青少年時期最在意與同儕之間的互動，出社會後注重的是工作的穩定性，倘若拒絕飲酒，可能會破壞原先的生活型態，造成危機。因此，受訪者在面對是否飲酒時，考量了社會脈絡所作出的選擇。

過去文獻，主要關注於酒精成癮與濫用，以及所引起的生理、心理與社會問題（張祐銘等，2019；李俊珍，2017），並將飲酒歸因於個人，去脈絡化忽略了社會結構和個人所屬團體對酒精的特殊作用。這造成大眾認為個人就可以戒除酒精，而一味責怪酒癮者，使酒癮者的心聲無人知曉，也無法有效協助酒癮者戒除酒精。

### (二) 酒駕行為的情境脈絡與對罰則看法

受訪者酒駕因素大同小異。在個人心態方面，包含自覺能控制酒量、過往無肇事、僥倖心態，如阿財表示：「還沒立法前，我（酒駕）很多次阿，我都沒有（發生事故），還好吧。自己騎車比較省錢啊！」。洪大俠則提及：「我會控制飲酒量，我快要酒醉就知道了，我覺得我上路是清醒的，可以安全。」此部分發現與過去文獻一致，酒駕者心態包含缺乏交通安全的道德觀念、守法精神不足、風險認

知不足，並且有僥倖投機的特質（吳金白，2011；陳玉書等，2019；詹昀姍等，2022）。

然而，除了個人因素，還有情境與環境亦會影響酒駕行為。甚至情境脈絡的影響力，遠大於個人決定層面、非個人可控制。如阿財表示：「好的朋友知道我酒駕，就會勸啊，要我不要再開車騎車，我也有聽進去。但因為我局很多，偶爾會與那種比較不認識一起喝，只會說下一攤要去哪裡喝，大家就一起酒駕啊」。受訪者雖知悉酒駕是違法行為，然而倘若一起共飲的朋友同樣酒後駕車，受訪者亦會酒駕。群體一起酒駕的狀況下，就給予受訪者同儕壓力，使得受訪者不得不從，受訪者受到壓迫下，做出酒駕的決定。不過，目前政策仍以強化個人層面責任居多，較少有關情境預防之策略。

Cornish 和 Clarke (2001) 藉由理性選擇觀點解釋犯罪行為，認為犯罪者考量個人與情境因素，評估有成功可能性，才進行犯罪（引自鄒啟勳等，2020）。但在犯罪人決策時，受到時間、認知能力，以及資訊掌握的限制，因此雖稱為理性，但實則為「有限的理性」（周愫嫻、曹立群，2007）。酒駕行為受到酒精的影響，其有限的理性更加受到限制，因此，理性選擇觀點著重於立即的情境因素，需要針對情境與環境進行預防，才能夠阻斷酒駕行為（許明耀、楊曙銘，2017）。

另一方面，從內政部警政署（2023）統計資料顯示，歷年酒駕修法確實能降低酒駕取締總件數、酒駕肇事件數與酒駕肇事之死傷人數，因此酒駕罰則仍是有嚇阻酒駕事件的發生。然而，在本研究發現，每位受訪者在意的處罰方式不同，目前雖有多元酒駕處遇，但若司法體系將每位酒駕者一視同仁，給予相同的酒駕罰則與處遇，就會「雖有處罰，但無效力」的狀況。因此，建議須了解每位酒駕者的生命經驗與社會脈絡，給予個別化的酒駕罰則與處遇，才能有效預防酒駕再犯。

### （三）對酒癮身份看法與戒酒動機

三位受訪者皆不認為自身為酒精成癮。如阿奮雖上班日飲酒，但自認不是飲用高濃度酒精且並非每日需都飲酒，因此，否認酒精成癮。

醫療主流論述希望「酒癮者」能夠了解自身狀況、有病識感 (Insight)，並主動尋求醫療協助。同時，也認為大部份「酒癮者」缺乏對其疾病的病識感，導致逃

避治療 (Probst, 2015)。「酒癮者」的病識感與精神疾病者的病識感相同，在精神醫療中，因為精神疾病病人缺乏對於自身疾病的認識，並不願意接受治療，就稱該病人病識感 (Insight) 不佳。

然而，病識感前提為「疾病」，疾病本身的判定，往往是牽涉到醫病之間複雜的知識與權力關係，以及在病識感的產生過程會因文化價值觀、社會文化歷程和權利地位的因素影響 (李舒中, 2010)。而醫療團隊想要使「酒癮者」能夠順從醫療，並持續強加壓力，希望「酒癮者」能夠接受自己的疾病，以利醫療能夠順利達到醫療團隊的目標。但在這個強迫他們接受其有酒精成癮的問題，是否有必要，還是只讓醫療團隊能夠更有效率處理事情？

建立病識感在「酒癮者」中極為困難，「酒癮者」病識感非短時間可以形成，既然無法讓他們接受自己為「酒癮者」，那病識感的建立是否一定需要，或者使用其他模式，達到醫療想達到的目標。

#### （四）再探多元酒癮治療策略的成效

本研究也發現受訪者雖為醫療團隊認定之「酒癮者」，卻未曾經受過精神醫療。但緩起訴附命戒癮治療，強制要求酒駕累犯「酒癮者」一年內須完成十二次門診，以及十次個別或團體心理治療，本研究之醫院採團體心理治療。

門診醫師除了酒癮評估與治療，也需要看診其他精神疾病病人，酒癮評估與治療僅佔在少數，但因需顧及全部，門診醫師僅能花費短暫時間來治療「酒癮者」，在醫師與病人互動時，針對於症狀的近況，較缺乏對病人日常生活問題，以及疾病之相關心理、社會的解釋 (余漢儀, 2015)。醫師僅能看診約五到十分鐘，甚至更少的時間，無法進行心理治療協助戒除酒癮，受訪者覺得門診治療效果有限。

再者，本研究受訪者認為自己能自行控制飲酒，因此拒絕服用戒酒藥物。在大眾心中，醫師開藥後，病人服用藥物讓症狀穩定，看診才會有成效。然本研究受訪者拒絕醫師給予藥物，這也讓受訪者認為看診無成效。

受訪者對於團體心理治療則有較高的評價。在團體心理治療中，能吸收知識、了解更多關於酒駕的法規，以及立法原因，使得受訪者加深了自己戒酒的決心。團

體心理治療除了治療師準備相關課程資料，主要團體過程中，受訪者可以聽到與自己相同處境成員的分享，並且一起討論關於酒駕與酒精議題，以及吸收新知，可以從中獲得心理支持（黃志中等，2005；邱獻輝，2017）。

### (五)附命戒癮治療之目標 - 完全戒除或減害治療？

酒精成癮被視為酒駕的發生因子之一，專家學者建議酒駕累犯可以同時進行戒癮治療，來達到預防酒駕。然而，酒駕累犯「酒癮者」與醫療對於治療目標不一致，這也導致附命戒癮治療的成效不佳。本研究受訪者並不都認同附命戒癮治療目標、認為戒酒才可以完全避免酒駕，反而認為因酒駕而前來進行治療，只要不酒駕即可，因此仍可以飲酒。不過，受訪者們皆認為一定不能再酒駕。

除了受訪者對於附命戒癮治療目標持有不同看法外，實務中地檢署與醫院合作關於緩起訴附命戒癮治療時，未簽訂相關合約，並缺乏相關規範，使得各地檢署的做法不一（張蕙，2015）。醫院亦不清楚酒駕緩起訴附命戒癮治療的治療目標，醫院的職責是治療酒精成癮，還是減少酒駕的再發生？或者兩者都需要顧及？各個醫院內部需各自討論治療目標與規劃執行模式，這也使得各醫院所治療的模式不同。

我國制定緩起訴附命戒癮治療是源自於2008年於毒品減害的理念，使毒品使用者透過社區處遇及治療等措施，來達到減少愛滋感染的目的（紀致光，2014）。附命戒癮治療後續大量運用於一二級毒品使用者中，並以借鑒到酒駕案件中，期待能夠戒除酒癮，來達到減害。

為了達到減害的目的於，19世紀末時發展出減害心理治療，這個另類的治療挑戰了原先的權威式治療。減害心理治療學派認為戒癮並非「全有或全無」，以及治療對象非一定需要承認自己為成癮者。他們使用了減害治療，來協助藥酒癮者減少物質產生的問題。減害心理治療目的不在要求酒癮者完全不使用酒精，而在幫助酒癮者了解酒精的特性與為何飲酒的原因，來幫助酒癮者找回控制酒精的力量（Denning,2003）。

承接緩起訴附命戒癮治療方案時，研究執行之醫院內部進行討論與規劃，制定出治療的目標有二，第一，為酒駕累犯「酒癮者」的特殊身份，是因酒駕才被要

求來院治療，因此治療目標為預防酒駕再犯；第二，醫療團隊曾治療多名「酒癮者」，能理解酒駕累犯「酒癮者」戒除酒精與建立病識感之困難，為了貼近他們的看法，使他們能夠配合治療，故不強求戒酒，因此治療目標為減少飲酒。

原本醫療迫使成癮者接受其為酒精成癮，但效果有限，減害心理治療則是提供了醫療另一種方式，挑戰了原先病理觀點，更有彈性且貼近成癮者。過往的病理觀點，要求酒癮者需要建立病識感，才會有改善的動機，但在本研究中，受訪者經過治療後，指出情感的支持與討論分享，使他們能有減酒的決心，並支持他們往戒酒之路。

## 陸、建議

### 一、對酒駕罰則的建議

酒駕罰則逐年嚴峻，雖然研究與相關分析中，顯示罰則提高能夠降低酒駕的發生率，但非每種罰則都為良法，能夠使犯罪者有所警惕。從受訪者資料可以發現，每位受訪者對於酒駕罰則的看法不同，酒駕一致性的罰則模式，是無法有效預防酒駕。

大眾認為發生酒駕是個人因素居多，亦使得酒駕罰則著重於個人，期待個人能夠透過罰則進行改變。然而，本研究發現酒駕當下的情境亦是影響酒駕發生的重要因素。因此建議：

- (一) 針對個人進行罰則的調整與規劃，而非以化約方式，僅期待一致性的處罰模式，可以遏止酒駕再犯。
- (二) 加強關於酒駕情境的預防，以遏止受到同儕煽動下，而產生的酒駕行為。如在酒瓶外、餐飲店家前與外，寫下適合標語，如「群體酒駕，錯誤在自身」；國中、國小進行酒駕預防宣導時，加強宣導拒絕酒駕的重要性。

### 二、對緩起訴附命戒癮治療的建議

在緩起訴附命戒癮治療中，司法單位無明確的目標，導致各地檢署的執行模式

不一，以及承接的醫療院所需要自行設定執行目標，使地檢署、醫院與受訪者各自設定目標，無法有效達到預防酒駕之目的。

過往在治療酒癮者時，多使用藥物與心理治療，但會因為酒癮者再次飲酒，而不願再次前來治療。經過此次研究，受訪者提出長期的陪伴與情緒支持，以及團體心理治療的分享與鼓勵，才能夠增加戒癮決心。因此建議：

- (一) 司法單位應與各醫院討論規劃緩起訴附命戒癮治療之目標，並明訂相關規定與雙方職責，才能夠讓目標與成效一致。
- (二) 專業人員提供長期陪伴、同理與傾聽，並討論未來期待與規劃，尋找其優勢與增進其復原力，增加戒癮動機。
- (三) 建議多開辦團體心理治療，促使酒駕累犯「酒癮者」能夠多抒發情緒，並能夠從團體中獲得同理、支持與回饋，進而增加戒癮動機與預防酒駕再犯。

### 三、對於助人專業角色與關係的建議

從受訪者資料中，可發現他們不認為自己為酒精成癮，亦不願被視為「病人」，對於前來治療感到不滿、否認及疑惑。身為助人專業者，我們需審視自己對於酒駕累犯「酒癮者」的處遇視角，考量人在情境中，其生命經驗與社會脈絡，成為能夠去除標籤化，以及使用正向的角度看待酒駕累犯「酒癮者」的社會工作者。因此建議：

- (一) 在酒精成癮相關教育訓練時，增加酒癮的成因與相關可能之社會脈絡，接納酒癮與酒駕的多元詮釋，了解社會層面對酒精成癮與酒駕的影響，社會也需要減少酒癮與酒駕的責任，而非僅是使用權力壓迫酒駕累犯「酒癮者」改變。
- (二) 身為助人專業者需檢視自己所在的主流脈絡中，並能夠重新思考專業的價值與角色，需去除服務對象的污名、標籤化，審視環境對服務對象的影響，並能運用相關資源，使得服務對象能被充權與同理，逐步減少酒精使用量與降低酒駕再犯。

## 柒、研究限制

- 一、受限於地檢署轉介之個案，受訪者皆為男性，無收集女性酒駕累犯「酒癮者」的生命故事，局限於單一性別，無法比較性別間對於酒駕與酒癮之看法，並影響了訪談的深度。
- 二、本研究受訪者都為藍領階級，且對於酒駕都針對中下階級而感到不滿。然而，本研究尚無法釐清不同社會經濟地位之酒駕累犯，對於酒駕處遇是否有不同看法，需於未來進一步探究。
- 三、本研究以敍事分析法，探究受訪者飲酒歷程的社會脈絡，未特別針對兒童時期創傷經驗、大腦運作，及酒癮關連性進行分析（Maté，2012），此議題亦有待未來進一步探究。

## 附錄 三位男性酒駕累犯「酒癮者」的生命故事摘要

### 一、浪子回頭以及遵守承諾的阿財

他名字最後一字為財，因此決定使用阿財當作其代號。阿財是一位四十八歲的自來水營造工人，有七次酒駕紀錄，地檢署要求阿財來醫院評估是否符合酒精成癮，經醫師評估後，診斷為重度酒精使用障礙症，並建議阿財進行十二次門診治療與十次團體治療。

阿財個性大方、幽默，談話中經常會開一些玩笑。阿財工作忙碌，除了門診與團體治療，較無法前來醫院，因此我都於看診當日與其會談。阿財雖會以開玩笑的態度，勉強同意參加會談，但實際上阿財都會努力詳述自己的故事。

阿財自從國中開始飲酒多年，從過往的豪邁飲酒，導致工作持續度差、兩次離婚收尾，以及多次酒駕，阿財沉浸在酒精世界中，也認為酒精讓自己感到快樂，因此過往收入花費於酒局中。直到認識現任女友，讓阿財想要遵守對女友的承諾，學著存錢讓女友開店，因此逐漸減少參與酒局。若有參與酒局，女友也會接送，不讓阿財酒駕。然此案則是女友因故無法接送，而導致酒駕發生。

阿財過往酒駕多次，也接受過相關處遇，但阿財就不以為然，認為制式的處遇對其飲酒與酒駕較無協助，仍然會因飲酒的優點而選擇繼續飲酒，甚至酒駕。阿財酒駕因素為成功經驗、便利性，以及從衆行為。阿財認為緩起訴附命戒癮治療之團體心理治療，讓其能協助減少飲酒。阿財認為減／戒酒仍需要靠自己，以及目前已經擺脫酒癮。

## 二、職責就是賺錢養家的阿奮

朋友對他的暱稱為阿奮，故在此研究中，他選擇阿奮當作其代號。阿奮是一位六十歲的水電工人，因有四次酒駕紀錄，地檢署要求阿奮來醫院評估是否符合酒精成癮，評估後，醫師診斷為輕度酒精使用障礙症，並建議阿奮來院進行十二次門診治療與十次團體治療。

阿奮是個個性爽朗的男子，說著流利的台語，也會開一些玩笑，只要我與阿奮預約時間前來會談，阿奮都同意前來赴約。

阿奮成長於單親家庭，父親因為賭博在外躲債，因此只有母親獨自養家，阿奮在國中畢業後選擇到外縣市工作，減輕家中經濟負擔。到工地後，工地師傅要阿奮喝一杯，因此開啟往後四十幾年的飲酒之路。阿奮結婚前期，飲酒量增加致不務正業，以及與妻子發生衝突，經過後續妻子的勸說，以及自己的思考下，決定回歸工作與減少飲酒，並為家中經濟支柱。但仍會受限於工地文化，而在工作中飲酒。

阿奮過往酒駕多次，先前曾被處以罰款與吊銷駕照，因為酒駕罰款持續增多，快要無法負擔下，使阿奮感到焦慮，並表示不會再犯。但是吊銷駕照對阿奮而言，因為平時仍需騎車工作，不得不挺而走險，無照駕駛。阿奮酒駕因素為相信自己、同事勸說以及一同酒駕。阿奮認為緩起訴附命戒癮治療之團體心理治療能與相同處境之成員互動，能夠學習與互相分享。阿奮認為自身非酒癮者，自己僅飲用啤酒，酒癮者都是飲用酒精濃度高之酒精。阿奮認為減／戒酒需要主要靠自己的意志力，以及專業人員在旁陪伴，才能夠有效戒酒。

## 三、自覺能控制飲酒的洪大俠

他為人豪爽，二十多歲時朋友就稱其為洪大俠，故選擇用洪大俠當作此研究的

代號。洪大俠是一位六十三歲的工廠保全，因有四次酒駕紀錄，地檢署要求洪大俠來醫院評估是否符合酒精成癮，評估後，醫師診斷為輕度酒精使用障礙症，並建議洪大俠來院進行十二次門診治療與十次團體治療。

洪大俠是一個沉靜誠懇的人，能準時前來參與治療與會談。洪大俠的妻子從一開始的評估到治療，都會陪同其前來醫院，因兩人來自花蓮，對高雄地理位置不熟悉，因此都結伴外出。在訪談過程中，洪大俠回應較為簡短，需要我多次詢問，才願意多說兩句。

洪大俠成長於農村大家庭，家中兄弟姊妹衆多，因為經濟狀況，洪大俠選擇到外縣市工作補貼家用。後續結婚生子，為了提升收入，選擇自行開業，也為了讓工作順利而學習飲酒。雖然自行開業賠錢收場，回歸原職場後，洪大俠逐漸習慣下班後與同事飲酒，進而大量飲酒，並造成身體疾病。

洪大俠過往酒駕多次，曾被處以罰款、吊銷駕照與勞役，因為罰款經過修法逐漸增多，也讓洪大俠感到壓力，並表示不會再有酒駕行為。吊銷駕照與勞役對於洪大俠而言，較無警惕。酒駕對於洪大俠而言，主要是因從衆行為、相信自己、未深思熟慮。

對於接受戒酒處遇看法，洪大俠認為緩起訴附命戒癮治療之團體心理治療，能夠與成員們彼此分享、學習新知，能夠鞏固戒酒決心。洪大俠過往能自行戒酒，卻因為朋友來訪而失敗，他認為戒酒要靠仍是以自身意志力，外在僅能提供部分支持。

## 參考文獻

## 一、中文文獻

- Denning P., Little J., Glickman A. (2007)。挑戰成癮觀點：減害治療模式（謝菊英、蔡春美、管少彬譯）。台北市：張老師。（原著出版於2003年）
- Lieblich A., Tuval-Mashiach, R., & Zilber, T. (2007)。敘事研究：閱讀、詮釋與分析（吳芝儀譯）。台北：心理。（原著出版於1999年）
- 內政部警政署 (2023)。106年至111年警政統計查詢網(酒後駕車)。引自：<https://ba.npa.gov.tw/statis/webMain.aspx?k=defjsp>
- 王行 (2007)。文化與政治下的權力與暴力：輔導被認定的施虐者之思辨敘事。應用心理研究，34，229- 252。
- 台灣精神醫學會 (2014)。DSM-5精神疾病診斷準則手冊。新北市：合記。
- 余漢儀 (2015)。精神科初診的醫病相遇：醫師會說些什麼？。東吳社會工作學報，29，1-23。
- 吳金白 (2011)。酒後駕車肇事再犯危險因子之研究 [碩士論文，國立中正大學]。臺灣碩博士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/7rp3ep>
- 宋麗玉、施教裕 (2009)。優勢觀點：社會工作理論與實務。台北：洪葉。
- 李佳玟 (2013)。治酒駕用重典—一個實證的考察。月旦法學雜誌，223，147-158。
- 李俊珍、黃詠瑞、熊建璋 (2017)。酒駕受刑人心理健康、拒酒自我效能與酒癮嚴重程度之研究。矯政期刊，6 (2) ，45-68。
- 李舒中 (2010)。精神疾病「病識感」(insight) 的社會分析：一個民族誌的觀察。考古人類學刊，(73)，101-147。
- 周愫嫻、曹立群 (2007)。犯罪學理論及其實證，台北：五南。
- 林東龍 (2014)。從男子氣概分析男性口腔癌存活者的韌性形成過程。臺大社工學刊，30，139-186。
- 林金定、嚴嘉楓、陳美花 (2005)。質性研究方法：訪談模式與實施步驟分析。身心障礙研究季刊，3 (2) ，122-136。
- 林書慶 (2017)。酒後駕車之情境犯罪預防對策。犯罪學期刊，21 (1) ，29-62。
- 法務部 (2019年7月10日)。法務部持續推動酒駕防制司法與醫療合作處遇模式。法務部新聞發布。<https://www.moj.gov.tw/2204/2795/2796/58966/>
- 邱獻輝 (2017)。融入戒酒處遇的親密暴力強制諮商團體成效研究。臺灣諮商心理學報，5 (1) ，151-175。
- 柳永青、傅幸梅 (2007)。酒精對駕駛行為與認知工作執行績效的影響研究。人因工程學刊，9 (1) ，75-83。
- 紀致光 (2014)。緩起訴處分戒癮治療之回顧與展望。犯罪學期刊，17 (2) ，193-212。

- 胡幼慧、姚美華（1996）。質性方法的信度與效度。載於胡幼慧（主編），質性研究：理論、方法及本土女性研究實例，141-158。台北：巨流。
- 張祐銘、陳亮妤、范瓊月、郭彥君、楊添圍、鄭婉汝、黃名琪（2019）。台北市成年酒駕初犯者的酒精使用型態、酒癮及酒駕行為之相關性。台灣公共衛生雜誌，38（2），150-162。
- 張蕙（2015）。酒癮者之酒駕再犯防治對策—以社會復歸為中心〔碩士論文，國立政治大學〕。臺灣碩博士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/u94wxu>
- 許明耀、楊曙銘（2017）。從理性選擇理論探討防制員警酒後駕車策略。藥物濫用防治，2（3），63-89。
- 陳玉書、林宜臻、廖秀娟（2019）。酒駕犯罪特性與酒駕情境的影響力。藥物濫用防治，4（4），1-31。
- 陳怡青（2011）。從社會環境與文化價值的觀點談飲酒與家庭暴力—以一個參與「家庭暴力加害人戒酒教育團體」的成員來論述。亞洲家庭暴力與性侵害期刊，7（1），1-12。
- 陳喬琪（2009）。成癮不成癮，大有問題！。台北：臺灣商務印書館。
- 陳運財（2018）。刑事司法交易化的檢討——以緩起訴、量刑協商及刑事免責為中心。科技部。
- 黃志中、吳恩慈、陳筱萍、周煌智（2005）。家庭暴力加害人處遇之「無酒害教育團體」方案。社區發展季刊，109，500-513。
- 鈕文英（2020）。質性研究方法與論文寫作。台北：雙葉。
- 楊添圍（2021）。酒駕違法行為之醫療處遇—現有刑事司法制度之因應與未來展望。刑事政策與犯罪研究論文集，4，151-171。
- 詹昀姍、尤素娟、蔡偉德（2022）。酒駕重罰下，「喝酒不開車，開車不喝酒」？酒駕政策效果的評估。運輸計劃季刊，51（2），117 – 142。
- 鄒啟勳、陳玉書、林健陽（2020）。單純酒後駕車刑罰政策之德菲調查研究。矯治期刊，9（2），3-35。
- 蕭瑞麟（2020）。不用數字的研究：質性研究的思辯脈絡。台北：五南。
- 賴擁連（2005）。理性選擇理論與其犯罪防治對策之探討。中央警察大學警學叢刊，36（2），191-208。

## 二、英文文獻

- Cornish,D.B.&Clarke,R.V.(2003).Opportunities, precipitators and criminal decisions: A reply to wortley's critique of situational crime prevention. *Crime Prevention Studies*, 16, 41-96.
- Kissin,B. H.M. (1982). The Bio-psycho-social Perspective in Alcoholism. *Alcoholism and Clinical Psychiatry* ,1-19.
- Litt,M.D.,Kadden,R. M., Cooney, N. L.(2003).Coping Skills and Treatment Outcomes in Cognitive–Behavioral and Interactional Group Therapy for Alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,71(1),118-128.
- Maté, G. (2012). Addiction: Childhood trauma, stress and the biology of addiction. *Journal of Restorative Medicine*, 1(1), 56-63.
- Miller P.G., Curtis A., Sonderlund A., Day A., and Droste N.(2015). Effectiveness of interventions for convicted DUI offenders in reducing recidivism: a systematic review of the peer-reviewed scientific literature. *Am J Drug Alcohol Abuse* ,41,16-29.
- Osilla KC, Kulesza M, Miranda J.(2017). Bringing alcohol treatment to driving under the influence programs: Perceptions from first-time offenders. *Alcohol Treat Q*,35(2),113-129.
- Probst C., Manthey J., Martinez A., Rehm J.(2015). Alcohol use disorder severity and reported reasons not to seek treatment: a cross-sectional study in European primary care practices. *Subst. Abus. Treat. Prev. Policy*, 10, 32.
- Sayette, M. A., Creswell, K. G., Dimoff, J. D., Fairbairn, C. E., Cohn, J. F., Heckman, B. W., Moreland, R. L. (2012). Alcohol and group formation: A multimodal investigation of the effects of alcohol on emotion and social bonding. *Psychological Science*, 23, 869–878.
- Shults R.A., Elder R.W., Sleet D.A.(2001). Reviews of evidence regarding interventions to reduce alcohol-impaired driving. *Am J Prev Med* ,21, 66-88.
- Tønnessen,S.H. (2023). The meaningfulness of challenging the controlled drinking discourse. An autoethnographic study. *Qualitative Social Work*, 0(0).
- Vuong T, Gillies M, Larney S, Montebello M, Ritter A. (2022). The association between involuntary alcohol treatment and subsequent emergency department visits and hospitalizations: a Bayesian analysis of treated patients and matched controls. *Addiction*, 117(6),1589-1597.
- Zhou J, Heim D, Monk R, Levy A, Pollard P.(2018). Allocating under the influence: Effects of alcohol intoxication and social identification on in-group favoritism. *Exp Clin Psychopharmacol*,26(3),268-277.