

# 帶領酒駕受刑人重新上路： 酒後駕車二級防治團體課程之設計與實施經驗

## Leading Drink- Driving Prisoners Back on the Road: Experiences in Designing and Practicing A Secondary Prevention Group Program for Drink Driving

劉乃瑛、陳婕依、朱春林

*Nai-Ying Liu、Chieh-Yi Chen、Juno ChunLin Ju*

### 摘 要

酒後駕車是置自己與他人生命安全於不顧的危險行為，資料顯示酒駕行為有緩降趨勢，然再犯率卻不降反升。為杜絕酒駕行為，貫徹酒駕零容忍之政策，相關配套措施不斷修改，如納入醫療處遇以處理酒駕行為的深層原因。近期酒駕受刑人在獄中必須接受衛教團體輔導，如何利用此機會修正酒駕行為之認知偏誤，建立酒後不開車的行為相當重要。本研究分享酒後駕車二級防治衛教認知輔導團體課程設計與實施兩梯次的經驗。在獄中進行課程有較多限制，與成員建立關係有較大挑戰，不過尊重與同理仍是關鍵。雖然極短的團體時數難以根除心癮，藉著專業介入可以與成員建立良好關係，關心其福祉，也能運用團體動力降低酒駕行為，催化戒癮的動機與準備。

**關鍵詞：**酒後駕車、酒駕防制、二級預防衛教團體、酒癮

### 壹、前言

飲酒是古今中外合法的社交文化之一，然酒精也降低認知警戒與反應速度（Hernández & Vogel-Sprott, 2010），酒

後駕車（以下簡稱酒駕）因此容易肇事而造成自己與他人的人身及財物損失。在消防員賴文莉事件、葉少爺事件與反酒駕聯盟的大力鼓吹（王皇玉，2014），酒駕在 1999 年正式被訂為公共危險罪，不再只依〈道路交通管理處罰

條例〉處以罰鍰。在 2014 年使用酒精濃度標準值作為是否違規酒駕的客觀判定標準。歷年來酒駕法規愈趨嚴謹，2019 年新增連坐條例，一併處罰未盡提醒責任之乘客；隔年三月又新增酒駕後重新考取駕照者於考照後須安裝為期一年之酒精鎖、考照前則經過酒駕防制教育或酒癮治療，希望藉重罰來嚇阻酒駕行為。

隨著 1999 年的修訂刑法第 185-3 條，檢察官對酒駕初犯且其酒精使用情形自填式篩檢問卷（CAGE）未滿 2 分者可處以緩起訴，當事人須提供悔過書、繳納緩起訴處分金或義務勞務，並接受法治教育六小時。若初犯但在 CAGE 量表有 2 分以上，或五年內二犯、或五年後三犯者通常會處以提供悔過書、繳納緩起訴處分金與自費酒癮治療一年（黃珮瑜，2019）。

雖有嚴刑峻罰，酒駕被逮人數雖在 2014 與 2015 年後有下降趨勢，但再犯率卻逐年攀升，到 2019 年高達 86.4%（法務部統計處，2019；鄒啟勳等人，2020），顯然酒駕行為並不單純。隨著世界衛生組織呼籲道路交通傷害是未受重視的公共健康與社會公平議題（World Health Organization, 2004），國內學者與主政者漸漸接受酒精使用除了社交文化功能還有醫療議題牽涉其中，尤其是酒駕累犯的酒癮問題（陳玉書等人，

2019）。因此對酒駕受刑人除施以刑罰，也愈來愈加強衛教醫療與醫療處遇。

法務部矯正署於 2018 年基於公共衛生三級預防概念開始在酒駕受刑人入監、在監及出監三階段辦理分級處遇，依據矯正署規定初級預防層次（發展性預防）採普及、全體性之宣導及教育機制，以增強收容人適應能力與自主健康管理知能，防止未來發生酒駕行為；二級預防層次（高風險預防）針對不能安全駕駛罪名受刑人及酒精成癮高風險族群進行認知輔導教育課程，設定主題為醫療衛教（含自主健康管理）、生命教育、法治教育（含修復式司法）、性別平等（含家暴及暴力行為預防）及家庭支持五場次，以提高收容人對酒駕之法律、生活、健康與刑責等影響的認識；三級預防層次（介入性預防）則對已有酒精成癮症狀或病史者進行專業矯治諮商及身心復健，並配合就業暨職涯發展課程使其戒癮後能順利復歸社會。

本研究分享酒後駕車二級防治衛教認知團體之方案設計與帶領兩梯次的經驗，作為準備帶領類似團體方案者的參考。

## 貳、文獻探討

酒精使用可以是合法與健康的，非

建設性的使用就會有醫療與法律層面的問題。酒精使用造成問題在醫療上的定義可依據美國精神醫學會的精神疾病統計與診斷準則第五版文字修訂版（DSM-5-TR）來界定。DSM-5-TR 將成癮物質分為十大項，分別是酒精、咖啡因、大麻、迷幻藥、吸入劑、鴉片、鎮靜劑、興奮劑、菸草及其他。酒精使用是為醫療問題必須表現出在過去 12 個月中不用就難受，千方百計想要使用的依賴現象；或愈來愈能喝，需要更多酒精才會醉的耐受現象；或真無法使用就出現生理脫癮徵象的戒斷現象；與因為酒精使用而丟了工作或人際問題等損害重要生活功能的現象；而這就是一般人所謂的酒癮。DSM-5-TR 依據當事人的症狀符合二至三個、四至五個、六個以上診斷準則分別界定為酒精使用疾患輕、中、重度（American Psychiatric Association, 2022）。

Carnes（1983）提出成癮過程始於信念系統（belief system），上癮者常常以扭曲的信念系統來應對所處世界或生活的壓力。Gorski（1995）亦認同藥毒癮的成癮迴圈從壓力開始，慣性以藥物來解決壓力，卻忽視藥物即壓力來源之一，所以使用藥物讓壓力一直存在；為解決使用藥物帶來的壓力，需使用更多藥物，周而復始輪迴下去。

除了心理的渴望與依賴難以根除，

已有許多研究證實物質濫用會影響腦部功能及神經迴路，一來可能和多巴胺受器的變化有關連，二來也有學者用操作制約之機制來看待生理癮：使用物質提高了腦部酬賞系統中神經遞質濃度，因而帶來快樂、精力充沛或平和等正增強情緒（Nestler, 2000）；當戒斷症狀出現時，使用物質成為逃避痛苦的出口，進入負增強迴圈。目前研究文獻大多探討酒精使用疾患與前額葉受損的關係，而前額葉又與短期記憶、規劃能力、問題解決能力、衝動控制及動機低落有關（Krans & Maki, 1997）。

酒癮難根除的原因包含酒精十分容易取得，文化的接受度高，民眾對酒精的生心理負面危害理解不足，例如需要大量體力與精神負荷來搬運重物的工人以酒精飲料來幫助自己完成工作。

Beck（2011）主張個體對事件的評價是建構認知最重要的部分，且認知的特色是主觀、個體差異極大。周文生與王玉玲（2013）以酒駕認知行為問卷了解國人對酒駕的心態與想法，發現知行不一，因此吊銷駕照與罰鍰對民眾較有阻斷酒駕的力量。李俊珍等人（2017）發現大約有兩成的受刑人有酒癮問題，但酒駕入監刑期很短，因此如何利用在監時期妥善運用機關資源及如何進行輔導是一大難題。該研究亦建議受刑人出監後能有社區酒癮的延續治療，以根除

酒癮。綜上所述顯示酒駕防制從教育著手比較是釜底抽薪之道，否則酒駕者回歸社會後依然是交通安全的未爆彈。

## 參、酒後駕車二級防治衛教 認知團體方案設計

### 團體架構

依據矯正署所訂方案目標及五大主題與文獻探討，酒後駕車二級防治衛教認知團體（下稱酒駕團體）採封閉式小團體形式進行。團體催化者為臨床心理碩士生兩人，兩位臨床心理師督導擔任團體觀察員。共進行兩梯次，團體成員為酒精成癮高風險族群之不能安全駕駛受刑人 15 名，兩梯次成員不同。

酒駕團體第一梯次五節課，每週一節課，第一梯次每節課程 1.5 小時，合計 7.5 小時；第二梯次每節課 2 小時，合計 10 小時。方案內容與進度見表 1。

## 肆、結果與討論

### 一、課程實施之限制與困境

在監獄環境中進行小團體課程有一些限制，就外在限制來說，會客、就診與移監之特殊情況會使部分成員無法完成全部課程。另外，課程中途有時會因獄方進行秩序管制（如需要點名統計人

數）而打斷課程進展節奏與干擾成員之專注力。

在內在限制方面，成員在團體初期論及酒駕相關議題時非常容易出現抗拒、否認、淡化或不願深談之防衛行為，無法順利深入核心議題。其次，某成員陷入被害情節時可能影響其他團體成員，連帶波及團體動力。最後，收容人易輕忽自己的飲酒行為嚴重度，例如在施測〈改變階段自評表〉時自評身處改變階段之維持期（長期自律，未碰酒精），卻「忘了」他的入監原因是三至六個月前的酒駕行為，易對自己飲酒行為的現實感失真。

### 二、省思與團體帶領建議

以下分五個部分說明帶領酒駕團體的反思與建議。

尊重個別差異。由於成員的職業與生長背景各有不同，所擁有的價值觀與詮釋生活經驗的角度可能與團體催化者非常不一樣，催化者應敏於自覺與妥善管理自己的價值觀，太快的指導式建議容易引發對立與隔閡。宜代之以肯定某些良好行為或心態，引導成員回溯事件歷程，並導入所有成員一起商討其他解方與不同的結果。同時催化者不需要把成員的抗拒與挑戰個人化，成員把催化者看成批判酒駕行為的代表或象徵是很自然的，催化者能不因成員的挑戰而動

表 1 酒後駕車二級防治衛教認知團體進度與內容

週次	課程主題與目標	第一梯次課程內容	第二梯次課程內容
0	前測：與團體成員建立關係並建立評估指標基準線	〈蒙特利爾認知評估量表〉(MoCA)、〈羅德島大學改變評估量表〉、〈改變階段自評表〉和基本資料蒐集。	〈羅德島大學改變評估量表〉、〈改變階段自評表〉和基本資料蒐集。
1	法治教育：與成員建立關係，以法治教育介紹為媒介，瞭解成員對酒駕行為的看法	介紹不安全駕駛條例演變史、酒後駕車相關判決案例、酒精鎖原理及使用方法，探討預防酒駕方法、酒後代駕的費率計算與專線資源。另外在討論中帶到修復式司法，以介紹酒駕防制社會關懷協會作為收尾。	
2	醫療教育：強化與成員之關係連結、協助成員檢視自己的健康及提供成員求助管道，以埋下改變動機之種子	討論危險飲酒標準及過度飲酒對身體健康之影響。計算每次飲酒之酒精當量，比較其與適量飲酒建議量的差異。討論如何適量飲酒或減低飲酒量／頻率。提供各地區酒癮治療醫療單位聯絡方式，以及臺灣戒酒無名會等資源。	討論危險飲酒標準及過度飲酒對身體健康之影響，計算每次飲酒之酒精當量，並換算需要代謝時間。討論如何適量飲酒或減低飲酒量／頻率。討論 DSM-5-TR 中有關酒癮之診斷準則並提供各地區酒癮治療醫療單位聯絡方式，及臺灣戒酒無名會等資源。
3	性別平等教育：協助成員自我覺察與深化成員改變動機	邀請收容人填寫〈酒精使用疾患確認測試〉(AUDIT)作為暖身，也藉此使成員能夠正視自己的飲酒問題。討論職場的飲酒文化與飲酒的性別差異。藉由海龜湯的遊戲與成員討論性別刻板印象及性別三法的發展。	
4	家庭支持：透過分享與家庭成員的相處方式和經驗，增加成員投入團體程度，持續增強成員之改變動機	延伸性別教育到成員與其家人相處模式。討論黃湯下肚後可能的家暴樣態及因應方式。介紹家庭暴力法律之相關規定。	從性別教育延伸至家庭分工、與家庭成員相處溝通之模式，討論面對衝突要如何因應，並在討論中帶入家暴樣態、家庭暴力、工作權益相關法律之介紹。
5	生命教育：總結團體內容及成員回饋、催化成員改變之動機化為動力。珍重道別，並於團體後檢討方案成效	播放酒駕防制相關影片，其內容將串聯前面四次課程。並運用學習單回顧團體課程印象深刻之學習內容。省思對重要他人的感謝之情與對自己的期勉。	延續上次課程未完之溝通課程，與成員實際演練因應衝突之方式。重點摘要前面四次課程學習內容，並運用學習單省思對重要他人的感謝之情與對自己的期勉。
6	後測：透過五次課程的關係建立，成員透露真實飲酒習慣的意願增加	進行〈羅德島大學改變評估量表〉、〈改變階段自評表〉和基本資料蒐集。	

怒就在以行動讓成員慢慢接受催化者是個公正的獨立個體。另外，在安排教材時可使用較具溫暖正向、開放性的內容，而非恐嚇、批評、指責。除成員接受度會較高之外，亦能提升成員參與程度，願意發言並對建立關係較有幫助。

貼近成員程度。絕大多數團體成員之教育程度與社經地位低於平均水準，催化者要挑選淺顯易懂的教材，運用與他們貼近的語言和風格來與其溝通及互動。如此才易消除雙方的位階隔閡，建立關係，讓成員能夠接受催化者提供的團體內容。另一方面，從經濟補助或罰鍰的角度切入課程主題，引導成員仔細計算成本效益，將更能集中團體成員注意力，加強與其生活經驗之連結，也自然打破諸如使用代駕很花錢的迷思。

建立共同情感。把握成員分享切身議題的機會，喚起其他成員相似經驗，提升參與團體的程度，增加所有成員彼此間的支持與情誼。除此之外，須檢視課程內容是否有過多的指責性，否則易引發對立。理解包容成員的生活困難與有心無力，反而比較能誘發改變動機。團體成員若是對自己的飲酒狀況失去現實感或美化酒精使用情形，可藉由澄清入獄歷程並引發其他成員之客觀回應來使他正視現狀。

固化學習成效。團體進行中應強調課程重點與酒駕防制之關聯，不論談及

任何內容都必須將其與當次團體預設課程重點以及酒駕行為掛勾，使團體成員逐次固化認知理解或情感頓悟。另也可透過課程中途進行隨堂小測驗，或結束前來個課程總結回顧重點內容，以促進成員投入團體，也反覆浸淫在酒駕防制課程所提供的各項教育資訊與情感連結。

改變成員組合。因成員差異性大，在組織團體成員時可依照其使用酒精方式進行分組，分組方式可依翁栢萱（2018）整理學者之建議分為三組，分別是酒駕累犯但未達酒精成癮標準、酒精成癮及其他原因而致酒後駕車組，如此一來可依不同組別提供相對應之教育內容，更容易提升課程效益。

## 伍、結論

本研究依據矯正署既定課程大方向，基於相關研究與理論設計並執行兩梯次酒後駕車二級防治衛教認知團體，除分享團體方案設計內容與實施經驗，並據以提出以下提醒與建議。首先，在監獄帶領酒駕團體不是容易的事，因為一來成員剛開始的心理抗拒一定很高，對催化者的挑戰也會很高；二來，心癮是個難度極高的議題，不是幾小時或五週的課程可以馬上解決的。不過催化者與團體成員建立良好關係是最關鍵的第

一個目標，心法已於前敘及。關係建立後其阻抗於後期就會逐漸減少，隨之也能提高成員參與的程度。第二，監獄內此團體課程時數太少，好不容易打好基礎卻無法乘勝追擊，使效益不易發揮，一梯次應至少有 20 小時。第三，政府應集結與善用各項資源向全民推廣酒駕防制教育，讓「酒駕零容忍」之觀念深植大眾心中。例如利用各項集會場合加強宣導酒駕危害，或列入各機關企業、專業人員繼續教育必修課程等。第四，因為收容人太多，各監獄的專職人力吃緊，可以處理酒駕防制團體的人力極缺。依據〈精神衛生法〉第三條，藥酒癮問題屬精神疾病，建議矯正署可以鼓勵各監獄與所在地附近學校產學合作，引進臨床心理研究生在監獄臨床心理師的督導下帶領酒駕防制團體，不但協助培養下一代專業人員投入矯治工作，減輕目前專職人員的工作壓力，提升監獄的工作績效，服務使用者的回饋也很好，並能促進產學雙方教學相長，善盡企業社會責任。

## 致謝

本研究的實施感謝法務部矯正屬桃園監獄與銘傳大學心理系臨床心理碩士班的產學合作。

## 陸、參考資料

- 王皇玉 (2014)。2013 年刑事法發展回顧：酒駕與肇逃之立法與實務判決。《臺大法學論叢》，43 (S)，1227-1264。doi:10.6199/NTULJ.2014.43.SP.09
- 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。http://dx.doi.org/10.6905/JC.201707\_6(2).0003
- 周文生、王玉玲 (2013)。酒後違規者對酒駕行為認知之研究。《交通學報》，13 (2)，153-178。
- 法務部統計處 (2019)。酒駕案件統計分析。《刑事政策與犯罪防治研究專刊》，20，52-59。
- 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。doi:10.6645/JSAR.201912\_4(4).1
- 翁栢萱 (2020)。酒駕生命教育法制化研析。《立法院議題研析》，編號：R00928。https://www.ly.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=6590&pid=192529
- 黃珮瑜 (2019)。酒後駕車之法律責任。臺灣臺北地方檢察署。取自

- <https://www.tpc.moj.gov.tw/292885/292897/661783/662745/>
- 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。《矯政期刊》，9 (2)，4-35。DOI: 10.6905/JC.202007\_9 (2) . 0001
- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* fifth edition text revision (DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). Guilford.
- Carnes, P. (1983). *Out of the shadows: Understanding sexual addiction*. Comp Care.
- Gorski, T. T. (1995). *Relapse prevention counseling workbook: Managing high-risk situations*. Herald House/Independence Press.
- Hernández, O. H., & Vogel-Sprott, M. (2010). Alcohol slows the brain potential associated with cognitive reaction time to an omitted stimulus. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71(2), 268-77. doi:10.15288/jsad.2010.71.268.
- Krans, M. F. & Maki, P. M. (1997). Effects of amantadine hydrochloride on symptoms of frontal lobe dysfunction in brain injury: Case studies and review. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 9, 222-230. doi:10.1176/jnp.9.2.222
- Nestler, E. J. (2000). Genes and addiction. *Nat Genet*, 26(3), 277-281. doi: 10.1038/81570.
- World Health Organization (2004). *World report on road traffic injury prevention*. Author. <https://www.who.int/publications/i/item/world-report-on-road-traffic-injury-prevention>

# Leading Drink-Driving Prisoners Back on the Road: Experiences in Designing and Practicing A Secondary Prevention Group Program for Drink Driving

*Nai-Ying Liu, Chieh-Yi Chen, Juno ChunLin Ju*

Drink driving puts self and others in imminent danger. The statistics show that drink driving behaviors displayed a slow decline tendency in recent years, however the recidivism rate increased instead of dropped. In order to prevent drink driving and implement the zero tolerance policy of drink driving, relevant assistant measures have constantly been revised, such as introducing medical interventions into the policy. Recently, drink-driving prisoners are required to receive a secondary prevention group program for drink driving. It's a critical chance to correct target group member's cognitive biases and establish anticipated behaviors regarding drink driving. The current study shares a secondary prevention group program designed for drink driving prisoners, as well as the experiences of implementing the program. Conducting group therapy in prison is restricted, and establishing alliance with members is challenging. Nevertheless, respect and empathy are the keys. It's hard to get rid of psychological addiction via several hours of group intervention, and yet through professional intervention we can not only build good relationships with members, express caring for their well-being, but also reduce drink driving behaviors, facilitate motivation for abstinence even sobriety by means of group dynamics.

**Keywords:** drink driving, drink driving prevention, secondary prevention group program, alcohol addiction

---

Corresponding author: Juno ChunLin Ju, Associate Professor, Department of Counseling and I/O Psychology, Ming Chuan University, Suite 310, No. 5, DerMing Rd., GuiShan District 33348, TaoYuan City, Taiwan, ROC.  
Email: doctorjunoju@yahoo.com