

國立臺灣師範大學教育學院教育心理與輔導學系

碩士在職專班

碩士論文

Continuing Education Master's Program of Educational Psychology and Counseling

Department of Educational Psychology and Counseling

College of Education

National Taiwan Normal University

Master's Thesis

Bowen 家庭系統理論運用於酒精使用障礙者心理教育團體之

成效初探

A Preliminary Study on the Effects of a Psychoeducational  
Group Based on Bowen Family Systems Theory for Individuals  
with Harmful Use of Alcohol

林昱玟

Lin, Yu-Wen

指導教授：張世華 博士

Advisor: Chang, Shih-Hua, Ph.D.

中華民國 114 年 6 月

June 2025



## 謝詞

這篇論文主題的起頭，是在精神科病房工作期間與那位病友的相遇：每一次都是在病房或是門診碰面，而過量的飲酒問題及失序的情緒困擾是我們接觸的交集，在病房中嘗試了解喝酒的理由和原因時，我們的討論彷彿站在死路面前，「沒有理由，就想喝酒」，這句話的語氣是有種既深又濃的無奈讓我至今無法忘懷，讓我覺得，這背後一定有著什麼，會讓一個性格溫和且細心的人在某種狀況之下選擇飲酒避苦。最後我們不再糾結於喝酒話題，直到談到了也看到了他與他的母親的相處互動及關係，讓我彷彿在無頭緒問題之中看見一絲解釋的線索與可能，即使他因為健康問題而離世，我想在這邊感謝他：因為你生命中的困頓，讓我能依循前進找出可能的解答，因為你，才有了這篇論文的開端，謝謝你。在後來的工作中不斷遇到飲酒者及其家屬在面對失控飲酒問題行為時的痛苦，且對於精神醫療資源及藥物治療的有限性下過度期待給予問題能瞬間解決的神奇藥丸，讓身處在因酒而相遇的所有人都被眼前難纏的酒精巨怪給束縛著，謝謝接觸到 Bowen 理論為這個難題提供不同的解題方式的可能。

這一路上有太多人的陪伴與支持，謝謝我的父母，包容著有別於一般人的步調的我；謝謝我的弟妹，面對著陷入矛盾和執著的我，能用幽默和盲目的肯定給我力量；謝謝我的先生，讓我能在助人專業上有大把的時間學習和摸索；謝謝世華老師一路的陪伴和支持，不斷告訴我這份研究的價值與意義，讓我能在隧道中看到前進的那盞燈，謝謝正昌老師及以安老師的指導；更要謝謝研究團體的所有成員們，因為有您們願意分享，才有這份重要且珍貴的成果；謝謝一路上曾給我鼓勵的每一位朋友，至少在這條孤單的路上沒那麼寂寞。

最後，謝謝我自己，請記得相信自己，繼續當一個有彈性及好奇心的人類。

2025.06



## 中文摘要

本研究旨在探討 Bowen 家庭系統理論運用於酒精使用障礙者之心理教育團體的成效初探。本研究混合研究之嵌入式設計，主要以量化研究探討本團體對於酒精使用障礙者於降低焦慮、提升其自我分化程度及減酒態度之成效，並輔以質性研究探討本團體對酒精使用障礙者之幫助和其團體經驗。本研究團體以 Bowen 家庭系統理論自我分化等概念為基礎，設計為八次，每次二小時，共計十六小時之心理教育團體方案。

本研究之研究參與者為 9 位酒精使用障礙成年男性，其年齡介於 20 歲至 50 歲之間，平均年齡為 40 歲，且其在酒精使用疾患確認檢測量表 (The Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT) 之分數皆大於 8 分。本研究於團體前後進行研究量表施測，以情境特質焦慮量表、中文版自我區分量表及羅德島大學行為改變評估量表蒐集研究參與者量化資料，並於團體結束後一週進行個別訪談。本研究量化研究資料以單一樣本相依  $t$  檢定進行分析，質性資料則以現象學研究取向的反思性主題分析進行研究分析。

本研究量化分析結果顯示，該研究團體於降低酒精使用障礙者之焦慮程度、提升其自我分化程度及減酒態度無顯著之立即性效果。本研究質性資料主題分析結果則顯示，本團體對成員之幫助和其團體經驗包括：看見飲酒行為的複雜成因、看見焦慮的系統、飲酒在系統的功能性，以及思考改變計劃等主題。本研究結果發現，Bowen 家庭系統理論運用於酒精使用障礙者之心理教育團體的成效和幫助在於成員能以系統觀點看待飲酒行為，並了解到飲酒行為的複雜成因進而觸發思考改變計畫。最後，本研究綜合討論量化與質性研究結果與發現，並對未來相關團體研究和減酒治療實務工作提出若干建議。

**關鍵詞：**Bowen 家庭系統理論、心理教育團體、酒精使用障礙、減酒態度



# **A Preliminary Study on the Effects of a Psychoeducational Group Based on Bowen Family Systems Theory for Individuals with Harmful Use of Alcohol**

Lin, Yu-Wen

## **Abstract**

This preliminary study aimed to explore the effects of a psychoeducational group based on Bowen family systems theory for individuals with harmful use of alcohol. The study used a mixed method embedded design, in which the quantitative approach served as the primary approach, complemented with the qualitative approach to enrich the understanding of participants' experiences. Quantitative data were collected and used to examine the effectiveness of the group on reducing participants' anxiety, enhancing their levels of differentiation of self, and improving their attitudes toward alcohol reduction. Qualitative data were also collected and used to explore participants' subjective experiences and perceived benefits of the group.

The psychoeducational group was designed based on the main concepts of Bowen family systems theory such as the concept of differentiation of self. It consisted of eight 2-hour sessions with a total of sixteen hours. Participants in this study were nine male adults with harmful use of alcohol, and their ages ranged from 20 to 50 years old with a mean age of 40 years. All of them scored above 8 on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Quantitative measures included the State Trait Anxiety Inventory (STAI), the Chinese Version of the Differentiation of Self Inventory (C-DSI), and the University of Rhode Island Change Assessment (URICA) were administered

before and after the group intervention, and individual interviews were conducted one week after the group ended. Paired sample *t*-tests were used to analyze the quantitative data of the study, and a reflective thematic analysis based on a phenomenological approach was used to analyze the qualitative data of the study.

Quantitative results of the study indicated no statistically significant immediate effects of the group intervention on reducing participants' anxiety, enhancing their differentiation of self, and improving attitudes toward alcohol reduction. However, qualitative results of the study revealed several main themes including participants' understanding the complex causes of their drinking behaviors, gaining insight into the systemic anxiety, recognizing the functional role of alcohol within the systems, and contemplating change. Findings of the study suggested that the psychoeducational group based on Bowen family systems theory might benefit participants with a systemic perspective on their drinking behaviors, help them recognize the complexity of their alcohol use, and facilitate their thinking of change.

Finally, the implications of findings from the study and the group intervention based on Bowen family systems theory for individuals with harmful use of alcohol as well as suggestions for future research were further discussed.

*Keywords:* Bowen family system theory, psychoeducational group, harmful use of alcohol, attitudes toward alcohol reduction

# 目次

謝詞 .....	i
中文摘要 .....	iii
英文摘要 .....	v
目次 .....	vii
表次 .....	ix
圖次 .....	xi
第一章 緒論 .....	1
第一節 研究背景與動機 .....	1
第二節 研究重要性 .....	5
第三節 研究目的與研究問題 .....	6
第四節 名詞釋義 .....	8
第二章 文獻探討 .....	13
第一節 酒精使用障礙之成因與相關因素 .....	13
第二節 團體治療模式運用於酒精使用障礙之成效初探 .....	20
第三節 Bowen 家庭系統理論於酒精使用障礙之概念 .....	27
第四節 小結 .....	33
第三章 研究方法 .....	35
第一節 研究設計 .....	35
第二節 研究參與者 .....	39
第三節 研究團隊 .....	40
第四節 研究工具 .....	41
第五節 團體方案設計 .....	48
第六節 研究程序 .....	51

第七節	研究資料處理與分析 .....	56
第八節	研究倫理 .....	61
第四章	研究結果 .....	63
第一節	Bowen 家庭系統理論心理教育團體對酒精使用障礙者於降低其焦慮程度、提升自我分化程度及減酒態度之成效.....	63
第二節	Bowen 家庭系統理論心理教育團體對酒精使用障礙者之幫助與其團體經驗.....	67
第五章	討論與建議 .....	83
第一節	Bowen 家庭系統理論心理教育團體對酒精使用障礙者於降低焦慮程度、提升自我分化程度及減酒態度之成效.....	83
第二節	Bowen 家庭系統理論心理教育團體對酒精使用障礙者之幫助與其團體經驗.....	86
第三節	研究建議與限制 .....	88
第四節	研究結論 .....	97
參考文獻	.....	99
中文部分	.....	99
西文部分	.....	102
附錄	.....	121
附錄 1	以收容人為研究對象之研究倫理自律審查評估表 .....	121
附錄 2	研究團體知會同意書 .....	122
附錄 3	羅德島大學行為改變量表中文版 使用同意書 .....	125
附錄 4	個別訪談大綱 .....	126

## 表次

表 3-1-1	本研究單組前後測之準實驗設計 .....	37
表 3-2-1	團體成員背景資料 .....	39
表 3-5-1	團體單元目標與摘要 .....	50
表 3-6-1	研究程序 .....	52
表 3-6-2	研究團體時間與出席狀況 .....	54
表 3-7-1	本研究之編碼與摘要舉例 .....	57
表 3-7-2	編碼與主題歸類舉例 .....	58
表 3-7-3	本研究質性資料主題的意義、目的與範圍 .....	59
表 4-1-1	研究參與者在各研究量表前後測分數之描述性統計摘要表 .....	64
表 4-1-2	研究參與者在「情境特質焦慮量表」前後測之單一樣本相依 $T$ 檢定分析摘要表 .....	65
表 4-1-3	研究參與者在「中文版自我區分量表」前後測之單一樣本相依 $T$ 檢定分析摘要表 .....	65
表 4-1-4	研究參與者在「中文版自我區分量表」各分量表前後測分數之描述性統計摘要表 .....	66
表 4-1-5	研究參與者在「中文版自我區分量表」分量表之單一樣本相依 $T$ 檢定分析摘要表 .....	66
表 4-1-6	研究參與者在「羅德島大學行為改變量表」單一樣本相依 $T$ 檢定分析摘要表 .....	67
表 4-2-1	本研究團體對酒精使用障礙者之幫助與其團體經驗之主題與編碼 .....	67



## 圖次

圖 3-1-1 嵌入式混合研究設計 .....	36
圖 3-7-1 本研究質性分析之主題地圖 .....	60
圖 4-1-1 研究參與者在各研究量表前後測平均分數變化折線圖 .....	64





# 第一章 緒論

本章主要探討本研究之背景與目的，共分為四節，第一節敘述研究背景與動機；第二節說明研究重要性；第三節為研究目的與研究問題；第四節為名詞釋義。分述如下：

## 第一節 研究背景與動機

### 一、不當飲酒所衍伸的社會成本

世界衛生組織（World Health Organization [WHO], 2013）早先指出，不健康飲食、缺乏運動、不當飲酒及吸菸是非傳染疾病的四大危險因子，其中不當飲酒與使用酒精是加重全球疾病負擔的重要因素之一，而不當飲酒造成的疾病負擔和傷害主要包括有道路交通碰撞，以及不當飲酒引發的暴力傷害和自殺等。2018 年世界衛生組織的調查發現，全球估計有 2.37 億男性和 4,600 萬名女性患有酒精使用障礙，全球每年超過 300 萬人死於過量飲酒，包括事故傷害（28%）、消化性疾病（21%）、心血管疾病（19%）、傳染性疾病（12.9%）及癌症（12.6%）等，約占全球死亡人數的 5.3%，表示每 20 人就有 1 人因不當飲酒而死亡（WHO, 2018）。衛生福利部國民健康署在 2017 年國民健康訪問調查報告指出，國人 18 歲以上人口過去一年飲酒率為 45.7%、過去一個月暴飲率為 5.4%；不當飲酒行為每年則導致約 4,500 人國人死於不當飲酒行為，每天平均有 11 人因此死亡，另有超過 4 萬人因飲酒而生病，衍生的整體醫療資源損失約新臺幣 35 億元，經濟損失更高達近 549 億元（衛生福利部，2018）。

2020 年臺灣的道路事故統計資料顯示，道路交通事故中有 2% 是因酒駕所導致之死傷，平均每月有 23 人因酒駕意外身亡（內政部警政署，2020）。先前王邦安（2010）的研究指出被查獲一次之酒駕行為人中有 38.2% 有過量飲酒問題，被查獲

二次以上者，有酒精使用障礙症的比例高達 60%以上，顯示酒駕累犯確實存有酒精使用障礙問題。衛福部心健司曾表示酒駕累犯若經過完善治療後，一年後酒駕再犯率可從 20%降至 8%（臺灣酒駕防制社會關懷協會，2024）。依目前臺灣酒駕防制政策，酒駕二次以上視為累犯，得至醫療機構接受一年至少 12 次的酒精障礙評估治療，取得治療完成證書後才可以重新考領駕照（「酒駕防制教育及酒癮治療實施管理辦法」，2024）。

此外，衛生福利部保護服務司 2021 年家庭暴力加害人處遇之統計資料顯示，法院於 2020 年裁定家暴相對人的執行處遇計畫項目共 5,333 人次，其中家暴相對人處遇項目中與飲酒問題有關之處遇計畫裁定（含戒酒癮治療、認知教育輔導的戒酒教育）共有 1,049 人次，由此可知有兩成的家庭暴力案件與不當飲酒有關。從以上政府相關單位統計資料，可見因不當飲酒所產生之酒駕及家庭暴力等嚴重問題和傷害，小至個人健康與家庭關係，大至社會安全甚至國力皆有極大的危害。

## 二、酒精使用障礙症（Alcohol use disorder, AUD）

依據精神疾病診斷準則手冊（美國精神醫學會，2022/2024）中的物質相關障礙症包含十大類藥物，酒精即為其中一項，為酒精相關障礙症（alcohol-related disorders）。酒精相關障礙症依酒精使用型態和生理、精神狀態分成二組：因酒精使用的問題模式導致臨床顯著功能減損的「酒精使用障礙症（alcohol use disorder, AUD）」，及酒精引發中毒、戒斷、精神問題的障礙症，包含「酒精中毒（alcohol intoxication）」、「酒精戒斷（alcohol withdrawal）」及「其他酒精引發的障礙症（alcohol-induced mental disorders）」等精神疾病診斷。而酒精使用障礙症的診斷標準是由 12 項症狀組成，可歸類為「失去對酒精的控制」（如：酒精常被攝取過量、持續渴望或無法順利將酒精減量）、「社會功能受損」（如：反覆喝酒導致無法完成工作、學校或居家的重要角色義務）、「反覆危險使用」（如：儘管知道喝酒恐引起反覆的生理或心理問題，仍持續喝酒）及「藥理學作用」（如：耐

受性與戒斷)等四大類，患者的酒精使用問題模式需有顯著的生理與社會角色功能減損和苦惱，且在12個月期間至少出現二項症狀，並根據出現的症狀數量，區分酒精使用障礙的嚴重程度(精神疾病診斷準則手冊，2022/2024)。因此，酒精使用障礙症是個體清楚自身持續的飲酒行為會有持續的負面結果，且在社會角色功能及人際關係因飲酒行為產生困擾時，仍強迫使用酒精或無法停止此行為的精神疾病。

長期過量飲酒者的大腦神經傳導物質在酒精長時間干擾下處於過量失衡，大腦以代償性反應維持神經活性，其實已喪失自動調節神經傳導物質之功能，一旦飲酒者突然停止飲酒，大腦在已失去調節能力又缺乏有外來酒精進入體內替代神經傳導物質時，就會讓飲酒者出現不適的生理心理反應，如焦慮、失眠、易怒、噁心、心悸及血壓上升等症狀，更甚者可能出現精神矇眊的精神與認知的混亂狀況(黃力剛、董志偉，2016)，此時便需以藥物及住院治療處理酒精戒斷引起的急性生理問題，在急性期治療過後，仍需面對大腦對酒精的渴求與生活壓力調適之覺察與練習，避免再度復發。因此，林為慧(2015)將酒精使用障礙症治療分為三階段，第一階段為急性戒斷處理的藥物治療，第二階段為復發的處理，包含非急性的症狀治療、疾病衛教、心理諮商及第三階段的清醒保養，目標為維持健康生活習慣及參與社會團體等。因此酒精使用障礙症如同慢性疾病，全面性的酒精使用障礙治療計畫應包括停止傷害、復健及預防復發，透過結合藥物及心理治療與社會支持，從生理、心理及社會三大面向著手制定個別化治療計畫，以提高治療效果(林為慧，2015；Witkiewitz et al., 2019)。

### 三、酒精使用障礙症處遇的困難和挑戰

酒精使用障礙症的治療歷史可追溯至18世紀末美國 Benjamin Rush 醫師描述飲酒失控的情況，並提出多種治療方法，包括實踐基督教、體驗罪惡感和羞恥感、將酒精與嫌惡刺激配對，以及培養其他生活熱情和完全戒酒等(Levine, 1978)。

19 世紀到 20 世紀初，由於美國社會經歷快速都市化和工業化的同時引發的許多社會問題，而酒精的濫用被認為是家庭暴力、貧困、犯罪及各種社會問題的根源，因此美國憲法第 18 條修正案，即為禁酒令（prohibition），宣告全面禁止酒類飲料的製造、運輸及銷售，是以美國社會將過量飲酒視為道德敗壞的行為，飲酒問題是道德問題的觀念也深植人心，而當時將過度飲酒視為道德缺失的觀念仍影響現今社會對於過量飲酒行為的負面標籤及氛圍，也持續且深刻影響個案願意主動尋求治療的意願（Witkiewitz et al., 2019）。此外，美國約於 1930 年左右出現同儕互助性質團體：戒酒無名會（Alcoholic Anonymous）及 1942 年由 Jellinek 編輯出版的《Alcohol addiction and chronic alcoholism》提出現代酒精使用障礙的疾病概念，開始為現代的酒精使用障礙的治療概念奠下重要基礎（Alcoholic Anonymous, 2025; Witkiewitz et al., 2019），之後學者們也針對酒精使用障礙症陸續提出相關成因，並認為酒精使用障礙問題並非突然出現，而是在生命中逐漸開展而來的，係個體在面對生活重大壓力事件時承受的痛苦，透過使用酒精進行自我安慰或是自我調節的方式之一（麥特，2010/2020；Khantzian, 1985, 1997）。

因此，在酒精使用障礙症治療過程中，除了透過藥物治療處理生理戒斷急性期之症狀外，同時也需協助患者正視其因長期過量飲酒所導致的大腦變化，特別是獎賞神經迴路與壓力反應系統對外在刺激與壓力變得高度敏感的情形，進而學習因應渴望與壓力的技巧，並在日常生活中與此疾病和平共處，故行為與心理治療模式之介入日漸在成癮治療中成為為重要的一環（Koob & Volkow, 2016; National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA], 2025）。目前已有研究（Anton et al., 2006; Imel et al., 2008; McCrady et al., 2014; Miller & Wilbourne, 2002; Witkiewitz & Marlatt, 2011）支持以行為與心理治療運用於酒精使用障礙症在達成減酒目標之成效，這些方式和取向包括：簡短介入處遇（brief interventions）、操作制約取向（operant conditioning approaches）、認知行為治療（cognitive behavioral treatments）、正念取向（acceptance- and mindfulness-based approaches）、十二步

驟 (twelve-step facilitation)、傷害降低治療 (harm reduction treatments)、夫妻和家庭治療 (couples and family therapy) 等。

然而，實證研究雖支持上開戒酒無名會以及酒精使用障礙藥物治療結合行為與心理治療可有效達到減酒的目標，但酒精使用障礙症在藥物結合行為與心理治療上仍有許多挑戰和困難。Litten 等人 (2015) 認為酒精使用障礙症的異質性 (heterogeneity) 會使不同的患者呈現出不同的症狀組合及嚴重程度，而不同類型的患者可能對特定治療方式反應不同，更難以找到單一的療法，因而增加臨床實驗評估治療效果的複雜性。再者，由於行為與心理治療研究可能無法像其他如藥物治療研究實施雙盲設計或安慰劑組別對照，更難以確實評估治療效果。Magill 等人 (2015) 發現多數運用於酒精使用障礙症的行為與心理治療方式之間的效果差異不大，且治療效果可能受到治療師的個人特質和支持性關係等因素影響，而難以區分治療成效是特定治療模式亦或是治療師風格之影響。另外，酒精使用障礙症具有復發的病程特性，復發的原因涉及生理、心理和環境等多重複雜因素，許多患者在接受藥物結合行為與心理治療後仍有高度復發的可能，使得長期維持戒酒或減少飲酒成為一大挑戰 (Koob, 2003; Mirijello et al., 2015; Skinner et al., 2014; WHO, 2018)。

## 第二節 研究重要性

在美國國家酒精濫用與酒癮研究所 (NIAAA, 2023) 說明酒精使用障礙症治療模式的影片中指出，酒精使用障礙症是生理、心理及社會環境等因素交錯影響構築的疾病問題，因此需要藥物治療、行為和心理治療或互助團體等多元的治療方式。許多國外研究亦提及酒精使用障礙者所處的社會環境系統是影響及驅動個體使用成癮物質此類行為反應的重要因素之一，並強調成癮行為與家庭環境互動的關聯性 (麥特, 2010/2020; Stoltz et al., 2007)。根據 Thorberg 與 Lyvers (2006) 的研究指出，物質使用障礙者者常呈現出不安全的依附風格、對親密關係的恐懼

及較低的自我分化程度，這些特質可能與物質使用行為息息相關。此外，Calatrava 等人（2022）進一步指出，自我分化程度與個體的身心健康狀況具有正向關聯，顯示提升自我分化程度可能有助於改善物質使用者的整體適應能力與健康狀況。

目前臺灣對於酒精使用障礙的治療模式是以精神專科醫師評估飲酒問題及精神狀況，提供藥物協助生理戒斷或情緒問題，並配合個案管理追蹤及視患者意願搭配行為與心理治療，協助患者逐步降低飲酒量及改善酒精對健康及人際的傷害（臺灣戒酒暨酒癮防治中心，2025；鄭琪霖等人，2017）。在臺灣現有的行為與心理治療相關實證研究中，主要以認知行為治療、動機式晤談取向及優勢觀點取向協助患者調整面對酒精之渴求以及調節面對壓力之想法和行為反應（行政院衛生署科技研究發展計劃，2001；周于力等人，2008；蔡均棠、張淑菁，2011；鍾世明，2011），尚未見運用探索家庭系統互動與物質使用關聯性之相關實證研究。

是以，本研究團體欲發展以 Bowen 家庭系統理論為基礎的心理教育團體模式，初步探討運用 Bowen 家庭系統理論設計酒精障礙心理教育團體，對酒精使用障礙在降低焦慮、提升自我分化及減酒態度之成效及團體對其之幫助與經驗。

### 第三節 研究目的與研究問題

根據上述研究背景、動機與重要性之敘述，本研究目的與研究問題如下：

#### 一、研究目的

本研究在探討運用 Bowen 家庭系統理論於酒精使用障礙者之心理教育團體之成效。為了解以 Bowen 家庭系統理論設計之酒精使用障礙心理教育團體在酒精使用障礙者於降低焦慮、提升自我分化程度及減酒態度之立即性變化，及酒精使用障礙者參與心理教育團體之幫助與其團體經驗，故以量化資料為主，輔以質性資料之嵌入式混合研究設計進行研究。該研究設計在團體前後蒐集研究參與者的焦慮程度、自我分化程度及減酒態度變化等量化資料，而在團體後進行個別訪談，

蒐集質性資料探索團體對研究參與者的幫助與經驗，再將量化及質性資料分開整理並分析後，合併解釋以回答研究問題（Creswell, 2014/2015）。

為上述之研究目的和設計，本研究將提出混合研究問題，以及量化和質性研究問題，如下：

### （一）混合研究問題

Bowen 家庭系統理論認為家庭系統成員會以互動反應其所處系統中的焦慮感受，而飲酒行為為其反應焦慮的行為之一，當飲酒行為成為系統中僵化及慣性的互動反應模式，會使系統陷入因飲酒產生焦慮，又因焦慮再次飲酒的惡性循環。若要改善問題行為則先需透過降低個人焦慮反應，提升自我分化程度，才能不以飲酒反應個人在系統的焦慮，而有其他的選擇。因此，本研究將以 Bowen 家庭系統理論為設計心理教育團體的基礎，以混合資料探討 Bowen 家庭系統理論之心理教育團體對酒精使用障礙者的幫助及經驗為何？

### （二）量化研究問題

1. Bowen 家庭系統理論運用於酒精使用障礙者之心理教育團體，是否能立即有效降低酒精使用障礙者之焦慮程度？
2. Bowen 家庭系統理論運用於酒精使用障礙者之心理教育團體，是否能立即有效提升酒精使用障礙者之自我分化程度？
3. Bowen 家庭系統理論運用於酒精使用障礙者之心理教育團體，是否能立即有效提升酒精使用障礙者之減酒態度？

### （三）質性研究問題

1. Bowen 家庭系統理論運用於酒精使用障礙者之心理教育團體，對酒精使用障礙者之幫助為何？

2. Bowen 家庭系統理論運用於酒精使用障礙者心理教育團體，對酒精使用障礙者之團體經驗為何？

#### 第四節 名詞釋義

##### 一、Bowen 家庭系統理論心理教育團體 (psychoeducational group base on Bowen family system theory)

本研究以 Bowen 家庭系統理論為設計酒精使用障礙者之心理教育團體方案。研究者參考 Bowen 理論相關文獻(吉爾伯特, 1992/2016, 2004/2013; 柯爾, 2019/2020; Kerr & Bowen, 1988) 並與 Bowen 理論專家共同討論設計團體方案，應用 Bowen 理論之核心家庭情緒系統 (nuclear family emotional system)、自我分化 (differentiation of self)、三角關係 (triangles)、家庭投射歷程 (family projection process)、多世代傳遞歷程 (multigenerational emotional process)、以及手足位置 (sibling position) 等重要概念，協助研究參與者學習與認識情緒反應模式以及飲酒行為與家庭成員互動之關係，探索情緒反應模式如何承襲於原生家庭及影響心理健康和行為，藉由團體課程內容協助研究參與者練習降低焦慮與思考系統的運作和關係模式，認識自身在家庭互動中的位置及可改變的選擇和責任，學習區分自我與他人的感受與想法，減少在情緒反應下的焦慮飲酒行為 (柯爾, 2019/2020; McKnight, 1998)。

##### 二、酒精使用障礙 (harmful use of alcohol)

根據精神疾病診斷手冊 (美國精神醫學會, 2022/2024) 酒精使用障礙症定義，酒精使用障礙症由 11 項診斷準則組成，患者至少在 12 個月期間出現二項症狀，再根據出現的症狀數量，分為酒精使用障礙輕度、中度和重度。精神專科醫師依據精神疾病診斷手冊中的酒精使用障礙症診斷準則，評估患者之飲酒量、酒精的

渴求感、飲酒後對社會角色功能之影響程度、酒精對生活及健康造成傷害但仍有強迫性使用之情況及生理戒斷反應等面向，透過經神疾病診斷性會談及生理數值相關檢查評估其飲酒行為是否已達酒精使用障礙症。

酒精使用障礙症之疾病診斷僅限於精神科醫師性使用診斷性會談及生理數值相關檢查評估是否達疾病診斷之標準。然而飲酒問題之篩檢可能需要快速、簡短又有彈性的篩檢工具，而精神疾病診斷性會談的使用僅限於精神專科醫師，因此目前許多國家於不當酒精使用篩檢工具主要以 2001 年世界衛生組織設計之國際通用酒精使用疾患確認檢測量表 (Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT)，用以評估個人的飲酒量及對健康與生活之影響程度，做為酒精使用障礙之篩檢工具 (Tsai et al., 2005)。本研究使用中文版酒精使用疾患確認檢測量表確認研究參與者之飲酒問題已達酒精使用障礙，並採國內 Tsai 等人 (2005) 之計分建議，男性以中文版酒精使用疾患確認量表總分 8 分以上做為酒精使用障礙之切截點，作為本研究認定團體成員為酒精使用障礙之標準。

### 三、焦慮 (anxiety)

焦慮 (anxiety) 與焦慮症 (anxiety disorders) 在心理學的認定並不相同。在日常生活中的焦慮表現，是指個人受到外在某種壓力刺激，在主觀認知、心理上所引發的反應，並伴隨著心跳加速、肌肉緊繃、呼吸困難、出汗、腹部緊繃和注意力不集中等生理反應，而這些焦慮情緒乃是暫時性的情緒，並非心理異常現象 (張春興，2013)。因此，「焦慮」 (anxiety) 指個人在面對生存威脅時的適時情緒反應，而「焦慮症」則是非具體情境引發，而是心理作用使然，且此狀況維持一段持續時間，並使患者在社交、學業、職業或其他重要領域的功能出現顯著的減損與苦惱 (張春興，2013；精神疾病診斷準則手冊，2022/2024)。

Bowen 理論認為焦慮有兩種型態，急性的 (acute) 與慢性的 (chronic)，急性焦慮在人類的日常中隨處可見，當個體在生活中遇到壓力或是危險時，體內腎

上腺素激增提供個體對當下情境有適當回應立即性危險的可能；慢性焦慮則源自早年原生家庭的經驗，這些模式與目前生活未必相關，然而因早年家庭生活環境所建立之情緒模式已成為個人神經系統所編排的情緒劇碼之一（吉爾伯特，1992/2016，2004/2013；柯爾，2019/2020）。此外，Bowen 家庭系統理論認為人類家庭的基本驅力與模式是以「情緒系統」為基礎，此驅力不只影響個人內在運作，也會表現在關係系統中，情緒張力或是「焦慮」在家庭系統中的流動是無形的，但可以透過它對家庭成員情緒功能的影響推斷其存在（柯爾，2019/2020；Bowen, 1974）。因此焦慮有三個特性，分別為：1. 流動的特性：焦慮可以在家庭系統或群體中不同的個體流動與傳遞；2. 累加的特性：當個體焦慮累積到負荷過重時，則個體有可能產生身體、心理、或社交等症狀；3. 自動化反應的特性：焦慮通常不在個體的意識之內而以自動化的反應做為因應（吉爾伯特，1992/2016，2004/2013；Bowen, 1974）。

基於上述 Bowen 家庭系統理論對焦慮的定義，本研究以「中文版情境特質焦慮量表」評估研究參與者於團體前後的焦慮程度變化，了解研究參與者是否透過團體活動中學習家庭關係模式互動與焦慮之關聯而降低自身個人焦慮狀態。

#### 四、自我分化（differentiation of self）

自我分化為 Bowen（1974）提出的重要概念，Bowen 理論中的自我（self）可分為功能性自我（functional self）及堅固自我（solid self）。自我分化能力來自於堅固自我（solid self）程度多寡，堅固自我（solid self）是不需要任何支持，是在互動關係中肯定、不會動搖且不容妥協的部分；功能性自我（functional self）則以回應周遭環境需求所發展出的生存姿態，若系統中的焦慮升高，功能性自我的部分會進行妥協，甚至放棄自我而在關係中與他人融合（吉爾伯特，1992/2016）。

「分化」一詞僅適用於堅固自我，堅固自我分化程度較高的人，對於是否按照理智系統引導或情緒系統引導有比較多的選擇，他們較能區分理智系統及情緒

系統這兩種功能；而堅固自我較少的人，理智和情緒引導系統融合在一起，很難或完全無法區分這兩個系統，使得情緒全然駕馭理智而做出衝動性反應，而飲酒行為就是因個體較低的自我分化在焦慮的互動系統的情緒行為反應（吉爾伯特，1992/2016；柯爾，2019/2020；Kerr & Bowen, 1988）。自我與系統之界線滲透程度則根據自我分化程度之高低而不同，分化程度高的人，堅固自我界線較難滲透，意指其可透過思考來引導自身的行動，降低情緒性環境的反應模式（吉爾伯特，2004/2013；柯爾，2019/2020）。

根據 Bowen 家庭系統理論的自我分化概念和定義，本研究以「中文版自我區分量表」（林靜雯、陳蘇陳英，2010）評估研究參與者於研究團體前後的自我分化程度之變化。「中文版自我區分量表」由情緒反應、情緒割斷、與家庭融合、與他人融合及自我立場共五個分量表組成，分數越高代表，全量表平均分數越高，表示自我分化程度越高。

## 五、反覆酒駕

依據《道路交通安全法規則》（2024）第 114 條第 2 款：汽車駕駛人若飲用酒類或其他類似物後，其吐氣所含酒精濃度達每公升零點一五毫克或血液中酒精濃度達百分之零點零三以上，不得駕車。若酒駕上路則依照《道路交通管理處罰條例》（2025）第 35-1 及 35-3 條，駕駛汽機車經測試酒精濃度超過規定標準，汽車駕駛人需繳付罰鍰並吊扣駕駛執照；若汽車駕駛人吐氣所含酒精濃度達每公升零點二五毫克若血液中酒精濃度大百分之零點零五以上，將依據《刑法》第 185-3 條，處三年以下有期徒刑，得併科三十萬以下罰金。

反覆酒駕者為依照《道路安全交通管理處罰條例》（2025）第 35 條第 3 項規定，汽機車駕駛人於五年內三次違反第一項規定者，依其駕駛車輛依第一項所訂罰鍰最高額處罰之。因酒駕新聞頻傳，法務部於 2013 年針對反覆酒駕統一發監標準，反覆酒駕者五年內三犯原則上不准予以易科罰金，只能「入監服刑」或「社

會勞動」，以此期避免酒駕者心存罰錢了事的僥倖心態，進而達到遏止酒駕目的，避免反覆酒駕之發監標準寬嚴不一。若酒駕者依法吊銷駕駛執照，若需重新考照則依照《酒駕防制教育及酒癮治療實施管理辦法》（2024）第 2 條，應於重新考領駕駛執照前一年完成酒駕防制教育訓練，使得報考。

故本研究參與者因違反《道路交通管理處罰條例》（2025）之五年內酒駕三犯而執行入監服刑，並在服刑期間需配合監所安排參與與酒精使用障礙相關課程或治療者。

## 六、減酒態度 (attitudes toward alcohol reduction)

本研究的減酒態度，是依據 Prochaska 與 DiClemente (1982) 建構戒癮階段所提出的跨理論模式 (transtheoretical model)，該理論認為戒癮為一動態的行為改變過程。跨理論模式認為個體改變成癮行為會經歷五個階段：懵懂期 (precontemplation)、沉思期 (contemplation)、準備期 (preparation)、行動期 (action) 及維持期。為了能具體評估個體在行為改變的階段及歷程，McConaughy 等人 (1983) 根據跨理論模式的五個階段歷程架構編制羅德島大學改變評估量表 (University of Rhode Island Change Assessment, URICA)，用以評估各種成癮行為的歷程與改變動機程度，了解物質使用障礙者是否準備好改變其問題行為 (DiClemente et al., 2004)。本研究將以郭文正 (2012) 翻譯編制之「羅德島大學改變評估量表中文版」瞭解團體參與者於研究團體介入前後在減酒態度變化，以評估研究團體介入之效果。

## 第二章 文獻探討

本章旨在探討酒精使用障礙之成因、酒精使用障礙的團體治療模式與成效，以及 Bowen 家庭系統理論對於酒精使用障礙之解釋與運用。全章分為以下三節：第一節為探討酒精使用障礙成因與相關因素；第二節為團體治療用於酒精使用障礙之成效初探；第三節為 Bowen 家庭系統理論於酒精使用障礙之運用。此三節分述如下：

### 第一節 酒精使用障礙之成因與相關因素

根據當代神經心理社會模型，酒精使用障礙是慢性復發性的大腦疾病，此疾病涉及大腦獎賞系統功能與壓力反應過度活化等生物神經問題，有效治療不僅依賴藥物緩解急性戒斷，還須導入行為與心理治療以協助患者因過量飲酒造成生理神經功能障礙及社會心理困擾，以降低復發風險（Donato & Ray, 2023; NIAAA, 2025; Yang et al., 2022）。以下將分別從生物神經、心理與社會環境三大層面，探討目前相關研究對酒精使用障礙症成因之解釋。

#### 一、生物神經因素

Olds 與 Milner (1954) 透過動物自我注射模型的實驗發現，當實驗老鼠被置於一個設有兩個按壓槓桿的實驗箱中，分別連接含有成癮藥物與生理食鹽水的輸液裝置時，老鼠傾向頻繁按壓可注入藥物的槓桿，以獲取藥物所帶來的愉悅感。即使在實驗過程中研究人員移除了藥物輸液的裝置，老鼠仍持續按壓原本連接藥物的槓桿，顯示其對該刺激具有高度渴求。此外，該研究也發現若對實驗鼠腦內特定網狀結構施以電刺激，曾短暫接受該刺激的老鼠會傾向反覆回到接受刺激的位置，彷彿該刺激部位具有某種吸引力，引發老鼠主動尋求刺激的行為，此一實驗結果揭示，大腦中某些區域與獎賞系統密切相關，並與成癮行為的產生具有關

聯。後續 Roberts 與 Koob (1997) 試圖有系統的探測腦中神經功能區域，該研究發現實驗鼠會尋求自我電擊刺激的大腦區域位置，進一步描繪出腦區的「愉快」中樞分布圖，高頻率自我電刺激見於外側下視丘 (lateral hypothalamus) 前腦內側神經束 (medial forebrain bundle)，可見大腦在獲得愉快感受的酬賞 (rewards) 和強化 (reinforcement) 的功能在成癮過程中是形成因素。再者，有研究發現 (Gilpin & Koob, 2008; Koob & Volkow, 2016; Witkiewitz et al., 2019) 酒精會刺激大腦神經系統增強對酒精的渴望，因酒精會刺激大腦邊緣系統神經元分泌多巴胺及  $\gamma$ -氨基丁酸， $\gamma$ -氨基丁酸為抑制型神經傳導物質，可抑制大腦活動帶來酒後放鬆、鎮靜的感覺，而大量的  $\gamma$ -氨基丁酸會刺激多巴胺神經元分泌更多的多巴胺造成欣快感，讓患者在喝酒過程中感受到放鬆及愉悅，也使患者為了再獲得欣快感及放鬆感而強化其飲酒行為。同時間酒精會降低大腦中主要的興奮劑神經傳導物質麩胺酸 (glutamate) 的活性，酒精還會與腦中的麩胺酸 (glutamate) 一起競爭 N-methyl-D-aspartate (NMDA) 受器，NMDA 受體於長期飲酒導致大腦神經重組扮演重要角色，可能與導致酒精戒斷期間的過度興奮及對於酒精的渴求關有密切的關係 (Donato & Ray, 2023; Gilpin & Koob, 2008; Pulvirenti & Diana, 2001)。另外，人體會自行生產可強效緩解生理與情感上痛苦的神經鴉片系統 (opioid systems)，為內源性鴉片 (endogenous opioids)，在此機制中具有神經傳導介質的內源性鴉片類藥物分為三類：腦內啡 (endorphin)、腦啡肽 (enkephalins) 和強啡肽 (dynorphins)，其透過鴉片受體互相發揮作用。鴉片劑受體機制帶來愛與愉悅的感受，並緩解痛苦，讓生物產生情感連結以此獲得維持生存的基礎 (麥特，2010/2020)，Roberts 等人 (2000) 研究證實酒精會活化大腦內源性鴉片系統途徑，飲酒時所獲得的正增強行為與大腦釋放內源性鴉片類藥物 (endogenous opioids) 有關，致使飲酒者的大腦在受到酒精物質影響下各式神經傳導物質的過量刺激下獲得愉悅、放鬆及鎮靜的感覺，且持續被強化的酬賞獎勵神經迴路讓飲酒行為開始走向過量的問題。

然而，飲酒初期帶來的欣快感並無法長時間維持，因大腦會透過減少可配合多巴胺運作之受體數量以保持大腦中多巴胺濃度之平衡，持續使用酒精會影響大腦控制動機之神經迴路及多種神經傳導物質失衡，腦中的壓力系統也會變得更敏感，神經迴路的改變也影響著長期飲酒者之酒精耐受性及戒斷症狀 (Donato & Ray, 2023; Gilpin & Koob, 2008)。當長期過量飲酒者突然戒酒時，由於酒精長期增強  $\gamma$ -氨基丁酸的作用，同時抑制 Glutamate 此興奮性神經傳導物質，在飲酒行為停止時，大腦中  $\gamma$ -氨基丁酸的抑制作用減少，而興奮性神經活動未能立即恢復及其它神經傳導物質失衡，會出現焦慮、情緒低落、失眠、孤立等感受，嚴重者可能還會有精神瞻妄及癲癇發作之風險，此感受可能又是驅使飲酒者再度出現飲酒行為 (黃力剛、董志偉，2016；Cohen et al., 2022; Gilpin & Koob, 2008)。有研究發現直接將多巴胺受體注入會攝取酒精的實驗鼠腦中的伏隔核 (nucleus accumbens)，以此人工方式供應多巴胺受體，會飲酒的小鼠則大幅減少酒精攝入量，但在植入的多巴胺受體隨時間自然損耗失去作用，實驗鼠的飲酒行為又會逐漸復發 (Hodge et al., 1997; Rassnick et al., 1992)。由此可知飲酒行為初期因從獲得酒精提供的正向感受，但在長期透過外部刺激物獲得大腦神經迴路所提供的愉悅感、安全感，神經適應性 (neuroadaptation) 已改變腦中的化學傳導和細胞信號傳導平衡機制，並破壞大腦的認知功能、情緒調節及行為控制等腦區，再加上耐受性和戒斷的影響，驅使使用者不得不使用更多酒精來抑制不適的生理症狀 (Koob & Volkow, 2016)。此外，行為復發亦是治療酒精使用障礙棘手的一環，在 Kalivas 等人 (1991) 早期的動物實驗研究發現，在實驗鼠養成自我施藥的行為過程中配對某些環境線索 (如燈光或聲音提示)，即使後續進行消除訓練停止給予藥物，只要環境線索再度出現，即可重新引發動物的尋藥行為。Witkiewitz 等人 (2019) 則進一步指出，成癮行為復發涉及複雜的神經機轉與環境互動，因此在實務戒癮工作中，除了生理層面的干預，也需納入對神經敏感性與環境觸發因素的系統性理解與處理。

此外，有研究確定酒精使用障礙與基因位置的關係，如在家族與雙胞胎研究一致顯示，酒精此用障礙具有中高程度的遺傳性，遺傳率估計介於 50% 至 70%，

仍無法完全解釋酒精使用障礙複雜的發病原因 (Agrawal & Lynskey, 2008; Enoch & Goldman, 2001)。因此個體雖帶有成癮相關基因，並不表示其必會有成癮行為，先天基因與後天環境並非簡單相加，而是在個體的成長過程中與環境的互動的經驗而觸發成癮基因不同的表現方式 (Crabbe, 2002; Gibney & Nolan, 2010)。

## 二、心理因素

先前 Khantzian (1985, 1997) 提出「自我藥療 (self-medication)」假說，認為成癮行為源自個體以物質來應對無法處理的情緒困擾，當個案遭遇重大生活壓力事件或情緒困擾時，所累積的心理痛苦往往超出其自我調適能力，這時他們可能會使用中樞神經系統的抑制劑或興奮劑，如酒精或其他藥物，作為一種暫時舒緩或自我藥療的方式。Bolton 等人 (2009) 與 Robinson 等人 (2009) 的研究則發現，憂鬱症及焦慮症患者分別有接近四分之一的族群以飲酒或藥物作為對抗情緒困擾的方法，這顯示酒精與藥物在心理痛苦下扮演了自我調節與逃避功能的角色，使用物質成為個案處理內在焦慮與情緒的可能選項。

相關研究指出，長期使用酒精會導致下視丘-腦垂體-腎上腺皮質軸 (hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis, HPA 軸) 功能紊亂，長期暴露於酒精之下，HPA 軸會發生適應性改變，包括皮質醇基線升高，壓力功能反應失調，導致使個體對於壓力反應更為敏感，更易促使個體再度以飲酒排解壓力感受 (Stephens & Wand, 2012; Kiefer et al., 2006)。Gilpin 與 Koob (2008) 認為飲酒習慣的養成是個體從事該行為的經驗過程中其反應與行為不斷受到強化而形成，此強化過程受正增強 (positive reinforcement) 與負增強 (negative reinforcement) 的驅動，酒精帶來的放鬆感可以舒緩焦慮情緒因而增加個體再度飲酒的正增強因子 (positive reinforcement)，然而在未喝酒情況下出現焦慮、煩燥、痛苦的負面情緒感受時，此負向情緒刺激促使個體再度飲酒來減少負向情緒之影響，此為飲酒的負增強因子 (negative reinforcement)，而正負增強從開始飲酒到過量使用的階

段有不同程度的影響。莎拉維茲（2016/2018）則指出，從習慣發展為成癮是一個漸進且需經歷時間累積的過程，當中包含三個關鍵要素：首先，飲酒行為通常具有特定的心理目的，例如緩解焦慮、煩躁或情緒低落等負面情緒，接著，飲酒行為為透過特定的神經學習迴路逐漸變得自動化與具強迫性，最後，當該行為已不再符合個體的適應性需求時，卻仍難以自行終止。此一成癮過程會干擾大腦的決策功能，逐步削弱個體的學習與改變能力，並改變其對價值的判斷方式。

在 Shedler 與 Block（1990）長期探討個人特質與物質使用風險之關係的追蹤研究發現，發現男性傾向於衝動、大膽及新奇尋求等特質，自我控制行為能力較低，會提高其成癮行為之風險；而女性則常與悲傷、壓抑或焦慮等情緒困擾有關，傾向以物質使用作為「自我治療」的因應方式。心理動力取向則認為因個體的自我功能缺陷（ego function deficits）及自戀缺陷（narcissistic deficits），影響其自我調節（self-regulation）、自尊、自我照顧以及與他人互動之能力，因而經常感受到無望（helplessness）及無能力（powerlessness），並透過藥物或酒精因應負面感受，而此行為可視為個體的透過使用物質進行自我調節（self-regulation）以獲得自我掌控感（Dodes & Khantzian, 2004）。學者 Khantzian（1985, 1997, 2012）指出，不同心理狀態的個體可能傾向使用不同類型的物質作為自我調節的方式，以酒精使用為例，因於內在深層對親密的恐懼與自我脆弱感，個體可能使用酒精以應對人際關係壓力與情緒痛苦。是以 Khantzian 認為酒精使用障礙是個體在自尊、滿足感、人際關係與自我照顧層面嘗試進行心理調節與自我修復卻失敗的表現，這些心理脆弱性與功能障礙構成成癮行為的關鍵背景，同時也是心理治療的核心目標。以上從個人特質及心理動力取向等觀點和研究結果，成癮行為的心理成因可能來自於個體藉由使用物質，以達到自我穩定或因應負向人際關係的自我調節功能。

再者，國外研究（Heffernan et al., 2000; Kendler et al., 2000; WHO, 2025）發現創傷經驗亦是酒精使用障礙的危險因子之一，個體遭遇重大創傷事件後，可能使用物質以舒緩或逃避創傷事件的恐怖、焦慮、害怕等負面感受。也有相關研究

(Brady et al., 2000; Driessen et al., 2008; Gielen et al., 2012) 發現物質使用疾患和創傷後壓力症候群之間存有共病關係。

由上述可知，成癮行為並非突然出現的，而是經歷一段時間逐漸發展而成的心理歷程。個體往往在面對無法自行調節的情緒困擾或生活壓力時，轉向使用物質作為一種自我調節的工具，以紓解焦慮、煩躁或痛苦感受。隨著時間推移，這些行為在神經系統中經由正負增強歷程逐漸強化並產生強迫性，進而形成難以戒除的成癮問題。此外，個體的心理脆弱性、自我功能缺陷、創傷經驗及人格特質等，皆可能使其更易依賴酒精作為心理調適之方式(麥特, 2010/2020; WHO, 2025)。

### 三、社會環境因素

家庭是個體最早接觸的社會系統，隨著成長過程而推展出同儕與社會環境系統。個體為獲團體接納可能利用飲酒提升自己在團體中的觀感，相關研究(丁德天, 2014; 洪兆嘉, 2009; Borsari & Carey, 2001, 2006; Brown et al., 2008; Maxwell, 2002) 指出在青少年會因同儕飲酒而提高其飲酒行為的可能。再加上目前多元媒體平台、廣告影視等商業傳播內容對於酒精影像的大量放送及便利的獲取酒精的生活環境，使飲酒行為被認為是可接受的行為而獲得模仿，大幅提高青少年飲酒行為(Anderson et al., 2009; Dal Cin et al., 2009; Grenard et al., 2013)，若個體在生命階段中越早接觸酒精，之後其形成酒精使用障礙的機率也越高(DeWit et al., 2000; Grant & Dawson, 1997; Hingson et al., 2006)。

再者，早期的成長經驗與家庭功能同樣是影響成癮行為的重要因素。研究顯示，童年期間若曾遭遇創傷經驗、虐待或長期慢性壓力等不利環境，將可能削弱個體面對壓力與情緒的調適能力，進而提升其日後使用酒精等成癮物質的風險，甚至發展為酒精使用障礙(Sinha, 2008; Stoltz et al., 2007)。Brady 與 Back (2012) 指出，許多成人期的心理健康問題可追溯至童年的創傷經驗，包括酒精使用障礙與衍生之行為困擾。麥特(2010/2020)亦說明，早期長期暴露於壓力情境的孩童，

其腦部對壓力的反應系統會發生變化，形成高度敏感卻調節能力受損的狀態。這樣的神經生理特性可能促使其傾向採取能快速緩解壓力卻忽略長期後果的因應方式，如使用酒精等物質。其他研究亦指出，若個體成長於具有藥物或酒精濫用、家庭暴力或情感忽略等不良家庭背景，其日後罹患物質使用障礙的風險亦顯著高於一般族群（Johnson & Leff, 1999; Kunitz et al., 1998; Langeland & Hartgers, 1998; Leza et al., 2021）。

以上所提到的是個體處在不適當的環境中，可能因學習主要照顧者的情緒因應方式或關係中的互動模式而影響其成年後使用物質之可能原因。Bowen 家庭系統理論認為家庭是一個情緒單位，一個情緒單位的概念表示任何一個家庭成員的情緒功能改變，另一個家庭成員必然受到影響且自動出現行為反應，而驅動此歷程主要是情緒，並非是理性的想法或認知（柯爾，2019/2020），在不穩定的關係當中，焦慮於系統之間傳遞流動互相影響身處系統當中的每一個人，這種慢性和急性焦慮各有不同的來源，但讓個體經驗到的都是不適或痛苦，進而產生了相對應的行為來降低焦慮的影響。因此 Bowen 家庭系統理論認為，酒精使用障礙表示飲酒者所處的家庭中關係不良的訊號，飲酒者的行為可以在其所處的關係系統脈絡中得到理解，尋找過量飲酒症狀的關係意義有助於理解飲酒者的行為問題（吉爾伯特，1992/2016；柯爾，2019/2020）。吉爾伯特（1992/2016）認為在家庭關係模式中會有不同因應系統中的焦慮的方式，這些模式沒有所謂的好壞，它們是自發性的，唯有當中某個模式變成焦慮的唯一出口，並且周而復始回到系統中大家都束手無策之處時，焦慮才變成問題，而問題可能以生心理疾病的症狀呈現，包括成癮或偏差行為，這些症狀又引發更多的焦慮，導致這些症狀更容易成為系統中的焦點所在，在系統中反覆傳遞著焦慮影響著系統內所有人的身心健康。家庭成員的情緒若無法針對具體事件做出合理反應，反而因為過去的經驗或是想像出的問題引發過度的情緒焦慮反應時，導致焦慮蔓延在家庭關係當中進而影響家庭成員的互動及功能表現，此時家庭成員因為無法負荷系統的焦慮情緒，透過使用成癮物質來降低面對過度焦慮的家庭關係的痛苦的行為可能大幅增加。

由上述相關研究和家庭系統觀點可知，家庭系統和社會環境與個體生理及情緒相互影響，此可能為個體飲酒和成癮行為形成的重要及影響因素。

## 第二節 團體治療模式運用於酒精使用障礙之成效初探

由於酒精使用障礙具有生物、心理與社會多重成因，治療方式亦需採取多層面介入，團體治療被認為是治療酒精使用障礙者的常用且有效方式之一（Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2015）。團體治療提供一個結構化且安全的環境，使成員能分享經驗、獲得支持並發展因應策略，進一步處理酒精使用相關問題。對許多酒精使用障礙者而言，人際互動常伴隨著自尊低落、情緒調節障礙與缺乏自我照顧能力等困難，這些特質往往在團體互動中具體呈現（Flores, 2001）。在團體治療歷程中，成員可透過與他人經驗的共鳴產生「普同感」（universality），進而減輕孤立與羞愧感（亞羅姆，1983/2001）。此外，團體亦模擬現實人際情境，使成員有機會觀察、覺察並練習新的互動方式。團體凝聚力（group cohesion）對於建立安全的人際連結與促進成員改變具有關鍵作用，特別對於人際疏離、自我價值感低落或習於自我防衛的個體而言，凝聚力可降低其戒心，提升參與與情感投入，這些歷程是個別治療較難提供的（亞羅姆，1983/2001；Burlingame et al., 2018）。

Wendt 與 Gone（2017）針對美國 566 位臨床人員之調查研究中發現，臨床實務現場在協助物質使用障礙症（包括酒精使用障礙症）的服務中有九成以上以團體治療為主要治療形式，其中包含了教育心理團體、復原技巧訓練、人際互動歷程團體、動機式團體及特定主題之團體，且團體治療在降低飲酒頻率、復發及提升留治率等結果並不亞於個別治療，甚至成本效益優於個別心理治療。在高負荷的臨床環境中，團體治療能以較低成本提供與個別治療相當的療效，實為於酒精使用障礙治療中重要且需要的發展項目。

在酒精使用障礙行為團體治療介入的相關研究中，已有認知行為治療

(cognitive-behavioral therapy, CBT)、動機式增強治療(motivational enhancement therapy, MET)，以及十二步驟治療取向(twelve-step facilitation, TSF)等理論概念的團體治療方式。以下將針對目前有較多實證研究之認知行為取向、十二步驟治療取向及婚姻與家庭治療取向說明理論模式和團體研究成效。

### 一、認知行為取向團體(cognitive behavioral approaches)

認知行為取向治療認為個體對於生活事件的理解及解釋，如想法、感受及期望，會影響其對於回應環境的行為表現，因此認知行為治療著重修正錯誤思考(erroneous thoughts)及不適應的信念(maladaptive beliefs)，協助個體辨識在行為層面上對酒精的不當認知，並找出觸發使用酒精的原因以改變問題行為，著重在協助參與者培養辨識與管理導致飲酒的誘發因素，增進預防復發與維持戒酒的能力(Kadden et al., 1992; Monti et al., 2002)。治療內容涵蓋個人與人際層面，在個人層面上以聚焦於幫助個案理解其飲酒與情緒、認知及環境刺激之間的關聯，例如：發展因應酒精渴求的策略、學習情緒調節技巧、辨識自動化負面思維、參與正向活動、提升問題解決與決策能力、以及為高風險情境預先擬定行動計畫。在人際層面則透過團體歷程練習如何拒絕他人邀飲、處理人際衝突與批評、強化社會支持資源，並與重要他人練習溝通與壓力因應技巧。整體而言，治療核心目標在於協助成員釐清飲酒背後所欲滿足的心理需求，進一步探索並練習可取代飲酒行為的替代因應方式，藉此打破過往以酒精應對壓力與情緒的惡性循環(Orchowski et al., 2012)。立基於認知行為理論衍伸出的許多的治療模式，如：問題解決訓練(coping skill training, CST)、暴露療法(cue exposure treatment, CET)、預防復發(relapse prevention, RP)等。

在研究以認知行為治療取向介入用於個別治療與團體治療的效果，Epstein 等人(2018)以診斷為酒精使用障礙症之女性個案隨機分配於個別認知行為治療及團體認知行為治療，發現個別治療與團體治療於治療期間的前 6 周的飲酒天數及

大量飲酒天數均有顯著下降，治療期間的焦慮、憂鬱、人際問題也皆有顯著改善，然在其餘治療時間後 12 個月後的追蹤中則未見顯著差異，但其自我效能及社交依賴狀況仍優於基準線，研究認為團體及個別治療在治療效果上並無差異。

在 Allsop 等人 (1997) 研究中以診斷為酒精使用障礙症的 60 住院男性，隨機分配參與共八次，每次一小時的預防復發團體 (RP Group) 及一般治療模式進行治療處遇，結束後於 6 個月及 12 個月的追蹤飲酒量發現，有參與預防復發團體 (RP Group) 的患者在 6 個月的追蹤時發現，維持戒酒的時間及再度復發的時間長於一般治療模式者，但在 12 個月的追蹤中發現，兩者於維持戒酒天數並無顯著差異。

Peng 等人 (2022) 針對 128 名符合 ICD-10 中酒精依賴診斷且有強烈戒酒動機之男性，隨機分配至 8 周認知行為治療團體及常規治療之對照組，結果發現參與認知行為團體的成員後續於疾病知能、自我認知 (包括問題解決能力、自我管理效能、正向反應、社交功能)、治療遵從性顯著高於對照組，且在 6 個月及 12 個月的復發率亦遠低於對照組。

Connors 與 Walitzer (2001) 以每週有過量飲酒行為但排除有嚴重酒精依賴診斷之女性，隨機分配於生活技巧團體 (life skills, LS)、強化課程團體 (booster session, BS)、生活技能和強化課程團體 (LS-BS) 及僅教導飲酒技能 (drinking skills only)，在 18 個月的追蹤發現，所有團體成員的酒精使用量皆有下降，對於重度飲酒者而言，生活技能團體 (LS) 和生活技能強化團體 (LS-BS) 有助於改善飲酒狀況，而輕度飲酒者而言，生活技能團體 (LS)、強化課程團體 (BS) 或生活技能和強化課程團體 (LS-BS) 並未有顯著差異，而 30 個月追蹤結果發現，參與生活技能強化 (LS-BS) 團體之重度飲酒者仍可持續維持減酒，而在飲酒問題有改善者亦無惡化之情形 (Walitzer & Connors, 2007)。

國內在酒精使用障礙症個案的戒酒成效研究中亦有類似發現，參與認知行為治療個案的戒酒效果優於未進行認知團體治療者，可知團體行為心理治療於酒精使用障礙症治療計畫中之必要性及效果，可有效協助個案維持戒酒行為 (行政院衛生署科技發展計畫，2001)。

綜合上述研究結果可知，認知行為治療理論發展出多元的團體治療模式，並在減少酒精使用行為方面展現成效。相關研究指出，個案參與以認知行為取向為基礎之團體治療後，於半年至一年之追蹤中，飲酒行為有明顯改善（行政院衛生署科技發展計畫，2001；Allsop et al., 1997; Connors & Walitzer, 2001; Walitzer & Connors, 2007）。

## 二、十二步驟治療取向（12-step facilitation therapy）

1935年威廉·威爾森(William Griffith Wilson)與羅伯·史密斯醫師(Dr. Robert Holbrook Smith)創立戒酒無名會(Alcoholic Anonymous, A.A.)，其治療步驟來自牛津團體(oxford group)為主要基礎。牛津團體是在20世紀初期反宗教革命浪潮下的宗教革新，以教會為首但不受制度約束，團體成員在家中或是旅館聚會，互相分享及交流彼此的信仰，此團體沒有組織的官僚，而是依賴「臣服」於上帝旨意的人來執行「上帝的管理」，團體強調需要臣服上帝、懺悔、對已經造成的傷害做出補償、祈禱，以及試著透過改變他人的信仰來服務人群（莎拉維茲，2016/2018；Alcoholic Anonymous, 2025），為了幫助更多酒精使用障礙者，Wilson與Robert於1939年發表《Alcoholics Anonymous》一書，並建立起十二步驟治療取向的生活與治療實務架構（康復之友，1995/2019；Alcoholic Anonymous, 2025）。十二步驟治療取向的核心在於「接納」(acceptance)與「臣服」(surrender)。接納，意指個案需要認知並接受自身所面對酒精使用障礙症是一種慢性且持續的疾病，這種疾病會使人逐漸失去控制飲酒的能力，目前尚無有效根治的方式，因此唯一的康復途徑就是完全戒酒；而臣服則是強調個案必須承認自己在對抗酒精上已經無能為力，需放下對控制的執著，相信有一股高於個人意志的更高力量(high power)能夠協助其走上復原之路（康復之友，1995/2019；Alcoholic Anonymous, 2025）。根據此核心精神，十二步驟治療方法延伸出認知、情緒、行為、社交與精神等五個工作面向，在認知面向上，協助個案反思自身生活如何受到酒精破壞，

並面對所有與飲酒相關的負面後果；情緒面向上，鼓勵覺察某些情緒狀態可能引發飲酒行為，學習以其他健康方式處理情緒；行為面向則是接受酒精會全面主導自己的生活，需透過持續參與戒酒無名會，運用同儕支持獲得戒酒資源；社交面向以在團體中與成員建立真誠關係，學習在人際互動中取得支持與理解；精神面向則強調信仰與靈性在康復歷程中的重要性，包含承認過往行為對他人造成的傷害與品格上的缺失，需逐步進行檢討及修復(康復之友,1995/2019;Mattson, 1994)。社區支持、同儕互助及道德自律是十二步驟的核心價值，透過社區支持和戒酒無名會團體成員的互助，幫助酒精使用障礙者減少孤獨感及隔閡，增加其尋求康復的動機，並在長期參與戒酒無名會團體中幫助成員維持戒酒行為，同時間在此長期支持的同儕關係有助於減少復發的風險(Kelly et al., 2020)，戒酒無名會的運作機制融合了心理機轉、社會影響、社會學習及行為理論等觀點，透過同儕支持系統，不僅提供戒酒者更強的行動動機與生活意義，也能透過觀察他人成功復原的經驗，提升自我效能感，進而學習維持戒酒的策略，並擴展其社會支持系統(Kaskutas, 2009)。根據 Kelly 等人(2020)對十二步驟取向團體的研究回顧指出，參與十二步驟團體的成員在維持戒酒天數方面的表現與接受認知行為治療者相當，甚至在某些研究中表現更佳，其出席頻率與維持戒酒的天數之間亦呈現顯著正相關，顯示長期參與此類同儕支持團體能協助個體改變原有的生活環境，強化應對技巧，並建立具支持性的社會資源網絡，有助於降低復發風險並持續維持戒酒行為。

### 三、婚姻與家庭治療 (marital and family therapy)

Davis 等人(1974)提出「飲酒的適應性結果」(adaptive consequences)概念，認為酒精使用行為在個體及其所處的家庭或社會系統中，可能扮演著暫時維持穩定與平衡的功能，在家庭或夫妻互動中，酒精的使用可能被系統容許甚至默許，以維持原有互動模式與家庭動態的穩定性，這種「維持系統穩定」(maintenance

of homeostasis) 雖在短期內具保護作用，實則長期而言會強化並固定飲酒行為，進而發展為酒精使用障礙。Mulford (1979) 則認為若將酒精使用障礙問題視為社會互動的產物，那麼從酒精使用障礙當中復原的過程也是社會互動的產物，因此改變問題的目標不單單僅有飲酒行為，還有飲酒者所涉及的互動系統。

Sisson 與 Azrin(1986)提出社區強化與家庭訓練 (community reinforcement and family training, CRAFT)，旨在透過酒精使用障礙者身邊之重要他人 (如：配偶、父母或成年子女) 參與酒精使用障礙者的治療計劃，協助家屬面對與飲酒者互動之挑戰，並提升自我照顧與因應策略。Miller 等人 (1999) 的隨機對照研究發現，社區強化與家庭訓練 (CRAFT) 相較於十二步驟家庭疾病模式與家庭會議，在提升飲酒者的治療動機及就醫意願更有成效，與 Sisson 與 Azrin (1986) 的研究結果相同，顯示家庭介入可促進飲酒者更有意願進入治療。是以婚姻與家庭治療取向是將家庭成員納入戒癮治療計劃當中，尤其當飲酒者本人尚不願意面對飲酒問題及尋求協助時，婚姻與家庭治療可協助家屬應對自身的情緒困擾，並專注於自己的改變動機，而非試圖要求飲酒者改變，相關研究發現當家庭成員功能改善後，飲酒者的治療意願亦可能提升 (Bischof et al., 2016; Copello et al., 2009; O'Farrell & Fals-Stewart, 2000)。

在飲酒者願意並開始進入治療後，在婚姻與家庭治療取向可分為伴侶行為治療 (behavioral couple therapy, BCT) 與家庭系統治療 (family systems therapy, FST)，伴侶行為治療延伸於認知行為治療取向，該治療方式讓飲酒者與其伴侶一同接受治療，飲酒者透過伴侶之陪伴及鼓勵以維持其戒酒目標與意願 (O'Farrell & Fals-Stewart, 2000)；而家庭系統治療則專注於家庭互動層面，透過邀請伴侶或家庭成員共同參與治療，藉由治療影響家庭內部的互動模式，以改變與飲酒有關的家庭互動模式達戒酒之目的 (Rohrbaugh et al., 1995; Steinglass, 1976)，以下將分別介紹這兩種治療取向之相關研究成果。

研究指出伴侶行為治療在介入後的六個月至一年追蹤期間，對於協助親密關係中的飲酒者減少飲酒量、降低飲酒問題的嚴重程度，並提升關係品質具有顯著

效果 (McCrary et al., 1999; O'Farrell et al., 1992; O'Farrell et al., 2010)。然而，Walitzer 與 Dermen (2004) 的一項隨機對照研究顯示，與僅針對個別飲酒者進行治療相比，納入伴侶參與雖可降低酗酒的頻率，但也可能出現輕度飲酒日數增加的情形，顯示伴侶參與雖具幫助，其影響機轉仍可能受多重因素干擾而呈現複雜樣貌。Powers 等人 (2008) 及 O'Farrell 與 Fals-Stewart (2000) 也指出，伴侶行為治療能有效降低關係衝突、增進支持性互動，從而降低復發風險並促進長期戒酒的穩定性。整體而言，McCrary 等人 (2009) 綜整多項研究後指出，伴侶行為治療對於改善飲酒行為與伴侶關係具正向效果，其可能的治療機制包含三個層面：第一，提升伴侶間的關係品質，進而強化個案維持戒酒的動機；第二，透過伴侶的實際參與，增加行為改變過程中的支持與合作；第三，同步處理酒精問題與伴隨的生活壓力，有助於整體復原歷程的穩定推進。O'Farrell 等人 (2016) 進一步以伴侶行為治療為基礎，將多對伴侶組成的伴侶行為團體治療取代每次僅與一對伴侶工作的標準伴侶行為治療，比較伴侶行為治療團體與標準伴侶行為治療之效果，研究結果並未發現伴侶行為治療團體與標準伴侶行為治療的等效性，且在治療後 12 個月的追蹤期的最後 6 至 9 個月中，參與團體伴侶行為治療者在酒精使用及關係結果上顯著差於標準伴侶行為治療。

在運用家庭系統治療取向的相關研究，Karno 等人 (2002) 在比較伴侶行為治療及家庭系統治療效果的研究發現，在 4 至 5 個月的治療期間，接受伴侶行為治療的個案在減酒效果上優於接受家庭系統治療的個案，但在 Kuenzler 與 Beutler (2003) 研究治療模式對酒精使用障礙者及其伴侶的成效中發現，在 4 至 5 個月的治療期間，飲酒減量結果是家庭系統治療優於伴侶行為治療，伴侶整體功能則是伴侶行為治療優於家庭系統治療，而在自陳的精神症狀方面兩者治療方式均顯示有改善且並無差異。而在 Slesnick 與 Zhang (2016) 針對物質濫用母親與 8 至 16 歲子女進行家庭系統治療的研究中發現，後續追蹤接受家庭系統治療的母親在酒精及藥物之減量效果優於僅進行疾病衛教者。

綜合以上研究可見，伴侶行為治療與家庭系統治療在戒酒成效、促進伴侶或家庭整體功能穩定方面各有其優勢，尚無明確證據支持單一取向為最具效益的治療方式。然而，目前多數婚姻與家庭治療的實務與研究仍以伴侶或單一家庭為單位進行，較少探討由多個家庭所組成的團體治療形式，顯示婚姻與家庭治療取向在團體治療應用上的研究仍屬有限，尚待進一步發展與實證支持。

### 第三節 Bowen 家庭系統理論於酒精使用障礙之概念

Bowen 家庭系統理論認為家庭是一個情緒單位，此情緒功能的基本單位並非過往所認為的個人，而是核心家庭。家庭情緒單位是家庭成員之間互相產生情緒及行為，個體面對家庭系統中的焦慮傳遞出現不良之適應行為或症狀因應家庭系統的焦慮情緒，行為是隨著其他成員的狀態做出反應，所以家庭成員間的行為是具有功能性的（functioning）並且也有互相補償（compensatory）的功能（Bowen, 1974），在處理症狀或不良適應行為須了解系統中焦慮的傳遞、原生家庭及代間在面對焦慮的關係互動模式，進而學習面對系統中的焦慮如何不再以慣性的模式反應，學習在焦慮系統中的自我分化，提升面對系統焦慮的能力。Bowen 家庭系統理論認為，若個體可提升自我分化降低面對系統焦慮的情緒反應，較不會有身心健康問題，而自我分化從個人練習起，透過個人的行為改變亦會同步影響家庭的互動關係。同樣以家庭治療概念為主，但與伴侶行為治療取向不同之處在於不需全部家庭成員的參與，可從個人的自我分化著手改變，此與需要家庭成員共同參與的家庭治療取向為最大的不同。

以下將闡述 Bowen 家庭系統理論概念解釋家庭系統與過量飲酒行為之互動歷程概念。

## 一、核心家庭情緒系統 (the nuclear family emotional system)

家庭系統是一個錯綜複雜但會自行維持平衡的有機體，成員之間互相回應並轉移情緒以維持整個系統的平衡 (McKnight, 1998)。「焦慮」是 Bowen 家庭系統理論的核心概念：焦慮是指當個體知覺到真實或是想像中的威脅時，即引發個人的情緒系統凌駕於認知系統之上，使行為導向自動化或無法控制的情緒性反應，家庭核心單位會以更緊密關係融合 (fusion) 處理系統中的焦慮，關係融合 (fusion) 意味著系統中的個體提交「自我」(self) 以獲取安全感、歸屬感及被認同感，此融合模式的解決方式同時帶來焦慮，融合是系統中自發性處理焦慮之方式，但並非有效解決問題之方案 (吉爾伯特，2004/2013；柯爾，2019/2020；Kerr & Bowen, 1988)。

## 二、自我分化 (differentiation of self)

個體自我分化程度取決於孩童時與父母分化程度及成年早期時與父母的未解決情緒依附模式 (Bowen, 1974)。Bowen 家庭系統理論中的「自我」(self) 是由堅固自我 (solid self) 與功能性自我 (functional self) 所組成，個體自我分化程度取決於堅固自我 (solid self) 的高低。「堅固自我」在關係中不會參與自我借貸或是失去自我，它保持應有的客觀，基於事實作決定和判斷，與會受系統情緒壓力而改變的不一致功能性自我 (functional self) 是不同的。「功能性自我」是受關係系統影響所產生，且在關係系統中可以協商及交換的，是自我中不成熟、自動化、不假思考的反應，其功能在於當焦慮從關係系統中滲入，而透過關係融合中的功能性自我的交換獲得連結與安全 (吉爾伯特，2004/2013；Bowen, 1974)。自我分化程度越高，就會存在越多的堅固自我，越不需要將自身情緒依附於他人，亦表示其可在情緒系統中保持開放的接觸 (吉爾伯特，1992/2016)。

人際關係常被視為個體建構穩定自我的途徑，當個體的「堅固自我」尚未從原生家庭成功分化出來，僅具備部分分化能力時，會傾向透過與他人的關係進行

融合，以彌補內在的不穩定與焦慮感（Bowen, 1974）。此種融合的關係模式通常是無意識運作的，個體會試圖在親密關係中獲得支持或依附來滿足過去未被滿足的需求。當自我分化程度皆不足的雙方進入婚姻關係時，便容易發展出「假自我」（pseudo-self）相互融合的關係，形成情緒化的「我們」（we-ness），導致彼此功能角色不平衡（Kerr & Bowen, 1988）。在這種情緒融合的關係中，伴侶會透過「衝突」來拉開距離，並發展出高低功能角色互動模式，高功能者主導並維繫表面穩定，低功能者則以「無自我功能」（a functional no-self）回應，這種角色模式固定容易使低功能一方累積慢性壓力與無力感，進而出現身心困擾，包括焦慮、憂鬱、社交退縮，或以酒精使用等方式調節情緒（吉爾伯特，1992/2016）。

從系統理論的觀點來看，酒精使用行為可能在這樣的家庭互動中扮演維持系統穩定的角色（Davis et al., 1974）。Bowen（1974）認為自我分化程度低的個體在面對壓力時容易透過症狀（如飲酒）處理系統焦慮，尤其當家庭系統傾向維持原有穩定狀態（homeostasis）時，飲酒行為可能成為緩衝系統張力的一種「適應性結果」（adaptive consequence）。

### 三、三角關係（triangles）

三角關係是所有情緒系統的分子或基本組成單位，也是最小的穩定關係系統。當二人系統的焦慮增加時，將最脆弱的第三者拉近二人關係形成三角關係稀釋關係中的焦慮，當三角關係中的第三位成員的緊張程度過高時，就會再牽扯其他人進入三角關係，形成一系列且連鎖的三角關係，三角關係是面對兩人關係問題中，逃避的方式之一（吉爾伯特，1992/2016；Kerr & Bowen, 1988）。核心家庭情緒系統中常見的三角關係多以聚焦於小孩的形式開始，父母長期藉由關注小孩的狀況解決夫妻關係問題與焦慮，而孩子會發展出身體、心理或是行為的症狀（symptom），而症狀的發生勢必增加父母的焦慮，而此份焦慮也增加孩子的焦慮而同時強化症狀的表現，接下來就是焦慮於系統中穿梭的惡性循環。

根據 Bowen (1974) 的家庭系統理論，當家庭面臨高度焦慮與情緒壓力時，成員傾向透過建立「三角關係」來緩解焦慮。成癮行為，尤其是過量飲酒會被納入這樣的三角關係中，成為系統中焦慮的承載者與表現形式。飲酒行為不只是個體的問題，而是整個家庭系統為維持情緒平衡所產生的「症狀」。

在這樣的系統中飲酒者的行為成為家庭互動焦點，其他家庭成員透過對飲酒者的擔憂、控制、指責或協助等方式參與其中，形成一種穩定但失功能的互動模式，這種互動模式使得焦慮得以暫時轉移，卻同時強化了飲酒行為在系統中的角色。當飲酒行為導致系統焦慮再次升高時，家庭成員會以原有的因應方式回應，進一步加深系統的情緒張力與惡性循環。Bowen (1974) 指出，在這種慢性焦慮與情緒融合的狀態下，飲酒者的症狀會逐漸惡化，最終可能導致整個家庭系統的崩潰，或成為一種長期慢性化的失功能模式。在這樣的過程中，家庭中每位重要成員都以不同方式參與並維繫著這個失能循環，顯示成癮行為實際上是家庭系統共同建構與維持的結果。

#### 四、情緒截斷 (emotional cut-off)

因為處在未解決的依附關係（融合或未分化）所產生的焦慮令人不適，所以情緒截斷是個體適應系統中長期或急性的強烈焦慮所發展出的因應方式，用以解決情緒融合、關係緊張的不適。截斷的關係模式會出現其中一方以拒絕溝通、過度工作、物質濫用或是離婚等方式逃避關係，關係截斷雖在表面上雙方拉開距離讓情緒暫時獲得冷靜，但內心卻密切關注對方及關係，長久以來必然使情緒與症狀更加嚴重。關係截斷模式發展到極致，就是情緒切割，主要特徵是否認原生家庭中未解決的情緒依附，在行為或心理上佯裝出更為獨立的樣貌，藉由內在機轉或物理距離來保持情緒疏離（吉爾伯特，1992/2016；Bowen, 1974）。情緒切割因為情緒系統範圍較狹窄，所擁有關係情緒也較為緊繃，因此個體若與原生家庭情緒切割，在其他入際關係系統中都會受到影響（吉爾伯特，1992/2016）。

Bowen (1974) 認為「情緒截斷」(emotional cutoff) 是指個體因無法健康地處理與原生家庭，特別是與父母之間未完成的情緒依附，而選擇與家庭保持距離，藉以降低內在焦慮與情緒張力。然而，這種情緒上的斷裂並不表示真正的獨立，反而常伴隨假性獨立(pseudo-independence)或過度依賴的情感模式，這些都可能成為過量飲酒行為的潛在風險因子。一類過量飲酒者表面上展現高度獨立與責任感，努力扮演對家庭與工作高度負責的角色，他們透過超過實際能力的付出獲得他人的依賴與認可，卻否認自身對他人的情感需求，這樣的否認與過度承擔，最終導致內在情緒枯竭與孤立感，當情緒壓力無法紓解時，便可能以飲酒作為釋放與逃避的方式；另一類則呈現出與分化不良的原生家庭，特別是與母親之間的情感融合，他們在缺乏明確自我分化的狀況下，過度依附母親卻又同時否認這份依賴，試圖以飲酒來迴避內在對親密的需求與矛盾感。飲酒在此成為情緒隔離與關係逃避的一種機制，使個體在尋求獨立的同時，也不自覺地強化與原生情緒牽連的焦慮模式。Bowen 認為這些未解決的依附與情緒截斷，不僅影響個體與原生家庭的互動，也會延伸到親密關係與自組家庭之中。在已婚的過量飲酒者身上，常可觀察到與伴侶之間的情緒孤立與疏離，而伴侶也可能在其飲酒行為中獲得某種隱性的功能性好處，進一步鞏固了失功能的互動模式。

## 五、家庭投射歷程

家庭投射歷程是在父母與小孩此三角關係中運作，因父母的自我未分化的不成熟狀態的焦慮情緒及互動模式傳遞給子女，此投射歷程的強度對於子女的影響程度不同，但這樣的投射歷程或多或少皆存在於所有家庭之中(Bowen, 1974; Kerr & Bowen, 1988)。子女因受到父母不同程度的關注，而影響子女的自我分化程度，當父母對某位孩子的擔憂或是關注多於其他孩子時，孩子感受到越多焦慮的傳遞，而形成越多的子女自我與父母之關係融合，融合越多，自我分化程度也就越低。因某個孩子吸收家庭中最多的焦慮，其他的孩子就較少受到家庭情緒歷程的

影響，也就是吸收較少的焦慮，也比較不會融合在家庭自我團（family self-amalgam），因此也影響手足間有不同功能程度的差別。

個體都有選擇如何處理焦慮的能力，而非將焦慮透過團體三角關係不斷傳遞，再度激起系統內更多的焦慮。家庭投射歷程是以更大的圖像去理解家庭情緒歷程，透過觀察家庭情緒歷程，可以了解個體的反應及行動如何作用其中。

## 六、多世代傳遞歷程

手足間的自我分化程度不同的情形，是家族中各家系分化程度上升或下降的源頭，手足在成人階段時會與相同分化程度的伴侶結婚，帶著其在原生家庭中的自我分化程度進入下一段關係並持續運作。此過程是在沒有覺察下的自發性行為，透由代間的教導與學習，或是已將情緒反應及行為變成自動化反應，將互動關係模式代代傳遞下去，形塑下一代的「自我」。隨著情緒歷程在多個世代不斷重複，各家系的自我分化差異便會越來越明顯（柯爾，2019/2020）。

當多世代傳遞過程持續發生時，個體在面對壓力與情緒困境時傾向使用既有的反應方式，若缺乏更多的自我分化所發展出的應對策略，就容易複製早年在家庭中學習到的因應行為，例如將飲酒作為舒緩焦慮或維繫關係距離的手段。因此，過量飲酒可能不僅是個人的選擇，更是一種在多代情緒歷程與家庭模式中被強化及重複的行為結果（吉爾伯特，1992/2016；柯爾，2019/2020）。

## 七、手足排行位置

根據 Bowen 家庭系統理論，個體的出生序、父母的出生序及手足間性別的組合，會對其角色功能與人格特質的發展產生深遠影響（Bowen, 1974）。這些家庭內部的位置安排塑造不同的家庭經驗與功能期望，進而影響個體對壓力與情緒的反應方式。手足位置經驗也與家庭焦慮的投射歷程相關，當家庭中存在高度的情緒融合與分化程度低落時，父母更容易將未解決的焦慮與期待投射至某些手足，

進而造成角色功能傾斜的情形（吉爾伯特，1992/2016，2004/2013）。Bowen（1974）認為，手足位置的影響程度取決於家庭系統的融合程度與個體自我分化程度，當家庭系統情緒融合程度高，自我分化程度低時，個體越容易被手足角色所限制，並自動地將這些功能角色延伸至成人的人際關係中，這些角色延續與互動模式，也可能成為個體形成或維持酒精使用行為的系統性原因之一。

#### 第四節 小結

目前臺灣對於酒精使用障礙的治療主要採用神經生理取向的藥物治療，並輔以認知行為取向的心理與行為治療，以協助個體改善其飲酒問題在，臺灣現有的行為與心理治療相關實證研究中，主要以認知行為治療、動機式晤談取向及優勢觀點取向協助患者調整面對酒精之渴求以及調節面對壓力之想法和行為反應（行政院衛生署科技研究發展計劃，2001；周于力等人，2008；蔡均棠、張淑菁，2011；鍾世明，2011）。整體治療架構聚焦於個人層面的飲酒行為改變，著重於辨識與避免可能誘發飲酒的環境與事件，此類取向多以因果線性思維出發，強調個體對事件的反應與改變，較少納入家庭或社會互動系統中的動態因素進行探討。

國外不少研究已提及婚姻與家庭治療取向於酒精使用障礙之效果，但國外在婚姻與家庭治療取向團體模式之使用僅限於以認知治療取向為基礎之伴侶行為治療團體，並無以家庭系統治療取向的團體研究，而國內於婚姻家庭取向之團體治療研究資料亦付之闕如，因此希望透由本研究初探家庭系統治療取向運用於酒精使用障礙者之心理教育團體成效。



## 第三章 研究方法

本章說明研究方法，分別針對研究設計、研究參與者、研究工具、研究團體方案設計與形成、研究流程，以及研究倫理等六節說明。分述如下：

### 第一節 研究設計

本研究旨在探究 Bowen 家庭系統理論運用於酒精使用障礙者心理教育團體的成效，以量化研究設計探討 Bowen 家庭系統理論心理教育團體對酒精使用障礙成員在降低其焦慮、提升其自我分化程度及減酒態度之效果，並透過研究團體後之個別訪談蒐集質性資料，探討本研究團體對成員的幫助和其團體經驗，希冀透過量化與質性資料的蒐集及分析，能補充了解 Bowen 家庭系統理論運用於酒精使用障礙者之心理教育團體的效果。

故本研究採用混合研究設計之嵌入式設計（embedded design），以量化研究設計了解團體成員的焦慮程度、自我分化程度及減酒態度在研究團體前、後的差異，並在質性研究設計上運用現象學之概念，透過個別訪談團體成員蒐集質性資料，探討本研究團體對成員在降低其焦慮、提升其自我分化及減酒態度之效果，與研究團體對成員的幫助和團體經驗，並綜合量化及質性研究結果提供整合性的研究資料回答本研究混合問題。

#### 一、研究取向：混合研究設計

混合研究是指在單一或多個研究中，同時或依序的採用質性和量化的方法，以形成研究問題、蒐集資料、分析資料或詮釋結果（宋耀廷、潘佩妤，2010）。混合研究主要有多重檢核、互補、奠基及闡明四個功能，透過多重檢核可針對同一個探究現象，將質性及量化這兩項研究結論加以比較、互相檢核，避免單一方方法所產生的的偏誤，互補則是透過質性和量化研究方法各有其優勢與局限，將兩

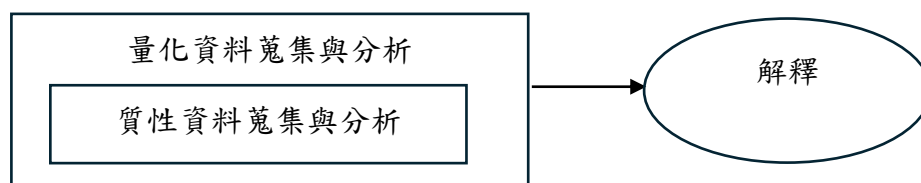
者資料整合後從不同面向深化對現象的理解，提升研究的完整性與解釋力，當研究按階段進行時，前一階段的研究成果可謂後續研究提供理論或實務的基礎，引導研究設計與資料處理的方式，最後，混合研究也可用於釐清或補充前一階段未能深入呈現的部分，近一步豐富整體研究的內容與信效度（宋耀廷、潘佩妤，2010）

Creswell 與 Clark（2007）將混合研究設計依據資料蒐集順序時機（timing）、研究方法權重（weighting）與混合階段（mixing）三項分類，將混合研究分為以下四種類型：多重檢核設計（triangulation design）、嵌入式設計（embedded design）、解釋性設計（explanatory design）及探索式設計（exploratory design）。而嵌入式設計通常在量化的實驗設計方法中，嵌入質性研究，以蒐集與主要研究有關但回答不同題目的資料，其優點為可在研究介入的脈絡中，呈現研究參與者的主觀經驗以增進對研究結果的了解（Creswell & Clark, 2007; Creswell, 2014/2015）

本研究欲探討運用 Bowen 家庭系統理論於酒精使用障礙者心理教育團體對研究參與者在研究團體前後之焦慮程度、自我分化程度及減酒態度之變化與差異，另也探討研究參與者在參與團體後對其的幫助及團體經驗，因此，單純使用單一量化研究或質性研究都無法充分回答本研究之研究問題。故本研究採取嵌入式混合設計，期能運用量化與質性兩種研究方法各自的優點彌補彼此的限制，將以量化實驗設計為主要研究，以考驗研究參與者於研究團體前後之焦慮程度、自我分化程度及減酒意願的立即性差異，同時以質性資料說明研究參與者在經過研究團體後對其之幫助與團體經驗，如圖 3-1-1：

**圖 3-1-1**

嵌入式混合研究設計



註：引自《研究設計：質性、量化及混合方法取向》（頁 253），Creswell，2014/2015，學富文化。

## 二、量化研究設計

本研究量化設計採前實驗設計 (pre-experimental design) 中的單組前後測設計 (one-group pretest-posttest design)。本研究之自變項為 Bowen 家庭系統理論心理教育團體，團體每週進行兩次，每次 2 小時，共 8 次 16 小時之心理教育團體。本研究之依變項則為研究參與者於研究團體後之焦慮程度、自我分化程度及減酒態度，其中，焦慮程度為研究參與者於研究團體前後填寫之「情境特質焦慮量表」得分，自我分化程度則是研究參與者於團體前後填寫「中文版自我區分量表」之得分，戒酒意願則是研究參與者於研究團體前後填寫「羅德島大學改變評估量表」之得分。

本研究在研究團體正式開始前進行團體前說明會，確認研究參與者瞭解並同意參與本研究之團體實驗及研究資料之蒐集後，向研究參與者進行「情境特質焦慮量表」、「中文版自我區分量表」及「羅德島大學改變評估量表」之前測。本研究在 8 次研究團體結束後，再對研究參與者進行「情境特質焦慮量表」、「中文版自我區分量表」及「羅德島大學改變評估量表」之後測，本實驗之設計與進行方式可見下表 3-1-1。

**表 3-1-1**  
本研究單組前後測之準實驗設計

前測	實驗處理	後測
O1	X	O2

註：O1：焦慮程度、自我分化程度及戒酒意願前測。X：八次 Bowen 理論研究團體。O2：焦慮程度、自我分化程度及戒酒意願後測。

## 三、質性研究設計

本研究欲瞭解研究參與者在參與 Bowen 家庭系統理論心理教育研究團體對其之幫助及團體經驗。因此，在質性研究設計中以現象學為基礎，運用反思性主題

分析方法 (reflexive theme analysis)，探討研究參與者在研究團體中認識家庭系統概念及關係互動意義後，對其之幫助及參與研究團體的經驗。

本研究以現象學概念作為蒐集與分析質性資料之架構，研究者須暫時擱置預設立場與判斷，專注於參與者主觀經驗的呈現，從意識層面探究研究參與者對現象的感知，目的在於深入理解研究參與者在研究團體中的主觀經驗與意義，了解其對家庭互動之體會進而呈現其經驗背後的本質 (高淑清, 2008)。而本研究將個別訪談所蒐集之文本資料以反思性主題分析 (reflexive theme analysis) 進行分析，Braun 等人 (2019) 為避免主題分析的過程在「主題」、「編碼」等核心概念定義及分析程序的差異而混淆研究程序導致無法回應研究問題，因此將主題分析依照分析概念、資料編碼方式與定義主題及分析程序提出三種主題分析方式，反思性主題分析即為其中方式之一。反思性主題分析的目的並非在於精確地歸納數據結果，因此不會刻意降低研究者在分析過程中的主觀參與，此方法強調情境脈絡、意義的多元性、主觀詮釋與深層理解，旨在探索資料中隱含的複雜意義，故研究者的主觀性與積極參與被視為研究過程中的重要資源與核心工具，透過研究者詮釋性的實踐傳遞研究參與者的經驗，並將知識與理論融入現實脈絡與意義建構的歷程中，最終，研究者藉由系統性整合與分析資料，結合個人理解與理論觀點，呈現出具有深度的研究成果 (Braun et al., 2019; Braun & Clarke, 2023)。

因此，本研究採用以現象學為基礎的反思性主題分析作為質性研究架構，旨在探究研究參與者於團體歷程中的主觀經驗與感受。透過研究參與者對其團體經驗的具體敘述，呈現其所感知之意義與經驗的本質，研究者在分析過程中將擱置原有的預設立場與判斷，於無先入為主的前提下，深入蒐集並理解參與者的主觀經驗樣貌 (高淑清, 2008)。同時，研究者亦為本研究團體之帶領者，結合其對研究參與者互動的觀察及對 Bowen 家庭系統理論的理解，進行反思性主題分析，研究過程強調研究者在詮釋資料中的積極參與，透過其理解與詮釋進行系統性的整合與分析，以呈現團體介入對參與者的影響及其經驗內涵 (Braun et al., 2019; Braun & Clarke, 2023)。本研究於研究團體結束後一周，邀請研究參與者以個別訪

談形式瞭解其參與團體的經驗及感受，本研究之個別訪談採半結構訪談進行，為兼顧訪談目的、個別研究參與者之生活脈絡與主觀經驗的不同，研究者在訪談前事先擬定訪談大綱做為回應研究目的與問題指引，在實際訪談過程中以開放與直覺性的探問鼓勵研究參與者能自由表達個人在參與研究團體的經驗，在過程中留意非語言和語言訊息，依據研究參與者的回應進行彈性調整，詳細分析步驟見本章第七節。

## 第二節 研究參與者

本研究之研究參與者為五年內三犯酒駕而入監服刑者，由監所心理師協助公告本研究團體招募訊息，並以推薦及邀請的方式，鼓勵願意探索家庭互動關係、符合本研究的酒精使用障礙標準，且排除認知障礙診斷以及有自殺風險之服刑者參與研究團體。本研究在監所心理師公告招募訊息及邀請下，共有 10 名成員有意願參與研究團體。研究者與監所心理師確認每位報名者可全程參與團體和相關資格後，其中有 1 位報名者雖符合團體研究參與資格，但會於團體進行期間出監而無法全程參與，因而予以排除，最後篩選出 9 位成員符合研究參與條件並確認參與研究團體。本研究 9 位研究參與者暨團體成員均為男性，年齡介於 20 至 50 歲之間，平均年齡為 40 歲，參與研究團體之個人背景資料如表 3-2-1。

表 3-2-1  
團體成員背景資料

代號	年齡	教育程度	職業	親密關係與狀態	AUDIT 分數
A01	51	國中	工	交往中	24
A02	30	高中肄	工	已婚	19
A03	46	高中肄	環保	離婚，交往中	19
A04	31	高中肄	醫護	婚姻中	18

(續下頁)

表 3-2-1

團體成員背景資料 (續)

代號	年齡	教育程度	職業	親密關係與狀態	AUDIT 分數
A05	48	小學	粗工	離婚	17
A06	49	國中	工	離婚	10
A07	26	國中	服務	離婚，交往中	33
A08	23	高中肄	商	交往中	14
A09	52	國中	工	已婚	13

### 第三節 研究團隊

本研究之研究團隊包括團體帶領者及團體督導，以協助研究團體之進行及資料分析，如以下說明：

#### 一、團體帶領者

本研究團體由研究者擔任團體帶領者，研究者除了於國立臺灣師範大學教育心理與輔導研究所在職班就讀中，同時於精神專科醫院及綜合型醫院精神科擔任精神科社工師一職逾 11 年。研究者於身心科病房在職期間帶領及觀察門診酒癮團體之相關經驗共 120 小時以上，同時接受醫院內資深臨床心理師之督導提升團體帶領之能力，具有物質成癮個案與團體工作經驗。因對家族治療的濃厚興趣，研究者主動參與相關婚姻與家族治療之工作坊及課程共計 120 小時，並實際進行伴侶治療工作，並持續接受資深精神科社工師之家族伴侶治療督導。於研究所讀期間有兩學期修習 Bowen 家庭系統理論相關課程。

基於上述團體工作及家族伴侶治療的專業度及實務經驗，本研究團體帶領者在 Bowen 理論專家協助下，具備掌握 Bowen 家庭系統理論的精神與帶領本研究團體的能力。

## 二、Bowen 理論督導

為確保本研究團體之理論運用符合 Bowen 理論之基本架構與精神，本研究團體由國內在 Bowen 理論教學與實務經驗豐富之諮商心理師擔任 Bowen 理論督導。在研究期間提供 Bowen 理論的專業意見、參與團體方案設計與修正，並在研究團體進行期間每周提供團體帶領者專業督導，協助團體帶領者可以清楚掌握團體歷程，了解團體成員之狀況隨時應變及處理。

### 第四節 研究工具

本研究透過以下工具分別蒐集量化與質性資料，量化資料工具包括：酒精使用疾患確認檢測量表、情境特質焦慮量表、中文版自我區分量表及中文版羅德島大學改變評估量表；質性資料工具則是個別訪談大綱，以下分別詳述之：

#### 一、量化資料研究工具

##### (一) 酒精使用疾患確認檢測量表 (Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT)

在本研究中採用「酒精使用疾患確認檢測量表」評估準研究參與者是否有危險性飲酒之行為符合參與團體之標準。此量表之內容與計分方式、信效度將說明如下：

##### 1. 量表內容與計分方式

世界衛生組織在 1980 年設計一種國際通用的酒精使用疾患確認檢測量表，稱為 Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)。酒精使用疾患確認檢測量表主要目的是用來評估個人的飲酒量是否會對健康造成危害，該量表共有十個題目，其中 1 至 3 題是關於一天酒精的攝取量是否會對身體造成危害，4 至 6 題則是

測試是否已經有酒精依賴性，7 至 10 題則是詢問飲酒是否已經對有對生活造成不良影響。填答方式為四點量尺，依據飲酒量、飲酒頻率及酒後狀態作答，零分代表「從未」，四分代表「幾乎每天」。分數計算方式為將選項前的數字加總，即為酒精使用疾患確認檢測的得分，男性於量表總分若大於等於 8 分即視為其飲酒行為已達酒精使用障礙之程度。

## 2. 量表信度與效度

中文版酒精使用疾患確認檢測量表由 Chen 等人 (2004) 翻譯而成並使用於研究當中，在診斷酒精使用障礙的兩組研究族群分別使用酒精使用疾患確認檢測量表與臨床神經精神評估表 (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry)，中文版酒精使用疾患確認檢測量表在分數切點於 5、6 分時的敏感度達 100%，特異性達 84%。並於一周後再進行試測，其再測信度為 .95。另外，Tsai 等人 (2005) 的研究中，中文版酒精使用疾患確認檢測量表內容效度在五名專家組成的審查中為 .95，內部一致性為 .86，故該量表具有高度敏感性及中度特異性，並依照世界衛生組織於酒精使用疾患確認檢測量表總分以 8 分作為問題性飲酒之切截點，發現 8 分切截點之設定亦適用於臺灣之問題飲酒篩檢。

本研究以中文版酒精使用疾患確認檢測量表篩選研究參與者之飲酒行為是否達酒精使用障礙程度以符合參與研究團體之資格，依照量表總分 8 分以上為飲酒行為已達酒精使用障礙之標準。

### (二) 情境特質焦慮量表 (State Trait Anxiety Inventory, STAI)

本研究採用「情境特質焦慮量表中文版」，以評估研究參與者在研究團體前後，其焦慮程度之變化情形。此量表之內容與計分方式、信度與效度說明如下：

## 1. 量表內容與計分方式

情境特質焦慮量表常用於評估個體在一般或臨床情境中所經歷的主觀焦慮感受。該量表分為兩部分，各含 20 題，分別測量當下所感受到的焦慮，即「情境焦慮」，以及個體在日常生活中習慣性出現焦慮反應的傾向，即「特質焦慮」。其中，情境焦慮反映的是一種瞬時且會隨時間波動的情緒狀態，通常與緊張、不安與憂慮等主觀感受及自律神經系統的活化有關；而特質焦慮則是相對穩定的個性特質，指的是個體面對潛在威脅時傾向感到焦慮的頻率與強度，代表其對焦慮經驗的長期敏感度與反應模式（王國川、鍾鳳嬌，2016）。

本研究所採用的「情境特質焦慮量表」係由鍾思嘉與龍長風（1984）依照 Spielberger 等人（1970）共同編製的「情境特質焦慮量表」，經由中英文雙向翻譯修訂完成。Bowen 家庭系統認為個體身處家庭系統的慢性焦慮的狀態會影響其情緒歷程及行為反應，故使用情境特質焦慮量表的特質焦慮量表評估受試者的焦慮程度。特質焦慮量表共有 20 題，其填答方式為四點量尺，依據受試者的特質焦慮程度作答，四分代表「幾乎都是」，一分代表「幾乎沒有」，量表大部分採正向計分，其中第 1、6、7、10、13、16、19 題為反向題，採反向計分，量表分數得分越高代表焦慮程度越高。

## 2. 量表信度與效度

鍾思嘉與龍長風（1984）修訂後，曾以 259 位國中學生進行信度與效度分析。在信度方面，間隔七天的再測信度為 .74、.76，而內部一致性信度分別為 .90、.86；在效度方面，發現兩個量表具有良好的同時效度。

### (三) 中文版自我區分量表 (Chinese Version of the Differentiation of Self Inventory, C-DSI)

本研究採用「中文版自我區分量表」，以評估研究參與者在研究團體前後，其自我分化程度的變化。此量表之內容與計分方式、信度與效度說明如下。

#### 1. 量表內容與計分方式

本研究採用之中文版自我區分量表 (Chinese Version of the Differentiation of Self Inventory)，是由學者林靜雯與陳蘇陳英(2010)依據 Skowron 與 Schmitt (2003) 的「自我區分量表」修訂版 (Differentiation of Self Inventory-Revised, DSI-R) 進行翻譯及效度測試，修訂出適合華人文化使用之量表。原始量表 (DSI-R) 分為四個分量表，分別為情緒反應 (emotional reactivity, ER)、自我立場 (I-position, IP)、情緒切割 (emotional cutoff, EC)、與他人融合 (fusion with others, FO)，共有 46 個題，量表採六點量表計分。

林靜雯與陳蘇陳英 (2010) 翻譯並修訂的中文版自我區分量表 (C-DSI)，為六點量表，共有 40 題，依照更符合華人文化分為五個分量表，如下：「情緒反應」(emotional reactivity)，反映個人對環境刺激的情緒高漲度或過敏度、「情緒割斷」(emotional cutoff)，反映個人在親密關係中感受到的威脅及在人際關係中過度容易受傷的感覺、「與家庭融合」(fusion with family)，反映情感過分投入父母或家庭成員生活的程度、「與他人融合」(fusion with others)，反映情感過分投入於他人生活的程度及「自我立場」(I-position)，反映清楚確立自我的程度。本量表採六點量表計分，六分代表「非常正確」，一分代表「非常不正確」。除「自我立場」(I-position) 分量表 10 題外，其餘量表題目皆為反向計分，計分方式是以各量表與全量表的平均分數，當研究參與者在每個分量表之平均分數越高，代表研究參與者有較低的「情緒反應」、「情緒割斷」、「與他人融合」及

「與家庭融合」，在關係中有能力表達「自我立場」，整體而言自我分化程度較高。

## 2. 量表信度與效度

Lam 與 Chan-So (2015) 為平衡樣本來源故以多管道招募成年受試者，收到 401 份有效問卷，對象分別來自於小學老師、學校研究生及學生、社福單位，其皆為 25 歲以上之成年人。研究結果顯示內部一致性 Cronbach  $\alpha$  值為 .87，各分量表的 Cronbach's  $\alpha$  值分別為：「自我立場」分量表為 .81、「情緒反應」分量表為 .80、「情緒割斷」分量表為 .72、「與他人融合」分量表為 .76 及與「家庭融合」分量表為 .68。重測信度為 .78，各分量表的 Cronbach's  $\alpha$  值的範圍為 .63 至 .75，均達顯著水準( $p < .01$ )，並發現量表及分量表可分辨臨床組與非臨床組，且與一般滿足量表 (General Contentment Scale, GCS) 有顯著相關性，相關係數範圍介於 .40 至 .90 之間，表示中文版量表具有建構效度與區辨效度。

學者 Chang (2018) 取得該量表之授權，以臺灣地區大學生為樣本進行施測，發現全量表之 Cronbach's  $\alpha$  值為 .89，在大學生的樣表中全量表之 Cronbach 值為 .89，分量表之 Cronbach's  $\alpha$  值介於 .66 至 .84，顯示本中文量表具有良好之內部一致性。

### (四) 中文版羅德島大學改變評估量表 (University of Rhode Island Change Assessment, URICA)

本研究採用「羅德島大學改變評估量表中文版」之準備改變程度分數評估研究參與者於研究團體前後在改變飲酒行為之態度變化程度，此量表之內容與計分方式、信度與效度說明如下。

## 1. 量表內容與計分方式

Prochaska 與 DiClemente (1982) 針對戒癮階段之建構提出跨理論模式，指出戒癮係為一種行為改變模式，為動態的行為過程。跨理論模式認為個體在改變成癮行為會經歷五個階段，分別為懵懂期 (precontemplation)、沉思期 (contemplation)、準備期 (preparation)、行動期 (action) 及維持期。McConaughy 等人 (1983) 根據跨理論模式的五個改變歷程架構編制羅德島大學改變評估量表，用以評估各種成癮行為的歷程與改變動機程度，以了解成癮者是否準備好改變其問題行為。

羅德島大學改變評估量表共 32 題，量表的計分方式採 Likert 五點計分法，計分方式如下：非常不同意計 1 分、不同意計 2 分、沒意見計 3 分、同意計 4 分、非常同意計 5 分。總量表由四個改變階段分量表組成，包括懵懂期 (pre-contemplation)、沉思期 (contemplation)、行動期 (action)、維持期 (maintenance)，每個分量表有 8 題，四個分量表內部一致信度 Cronbach's  $\alpha$  為 .69、.75、.82 和 .80，建構效度與預測效度良好 (DiClemente & Hughes, 1990)，顯示羅德島大學改變評估之分量表具有良好的預測性，且與受試者的行為階段有明顯的關聯 (引自郭文正，2012)。原始量表中的問題行為泛指個案想改變的各種類型行為 (如：抽菸、喝酒、吸毒)，因此，實務工作者與研究者可根據其需要，定義想探究的問題行為。

目前國內使用羅德島大學改變評估量表於藥癮研究者有黃雅宣、王鵬為、顏正芳，分別研究安非他命、海洛因、搖頭丸 (引自郭文正，2012)，因上述使用者的使用對象不同，故翻譯後的量表題目亦有所出入。本研究使用之羅德島大學改變評估量表中文版由郭文正 (2012) 為了能適切運用於監所的物質使用障礙者，在取得 DiClemente 博士同意後進行翻譯及改編，羅德島大學改變評估量表中文版總量表由四個改變階段分量表組成，包括懵懂期 (pre-contemplation, PC)、沉思期 (contemplation, C)、行動期 (action, A) 與維持期 (maintenance, M)，每項分量表有 8 題，量表共 32 題。量表計分方式採用五點量尺，五分表示「非常同意」，

一分表示「非常不同意」，計分有兩種計算方式：1. 計算各次量表分數，了解受試者改變階段，各次量表分數越高者，表示其狀態越符合該階段之態度或行為；2. 計算準備改變分數（readiness to change, RTC），計算方式如下：準備改變分數 =  $C/7+A/7+M/7-PC/7$ 。準備改變分數可對之後行為做預測，分數越高表示填答者對改變態度或行為越支持，準備分數低於 8 分者，代表處於「懵懂期」；分數為 8 至 11 分代表為「沉思期」、分數為 11 至 14 分代表處於「準備期」與「行動期」（郭文正，2012；DiClemente et al., 2004）。在本研究對於研究參與者減酒態度採第二種計分方式。

## 2. 量表信度與效度

國內學者郭文正（2012）取得羅德島大學改變評估量表作者 DiClemente 之授權後進行翻譯及改編後完成專家效度檢視，並以臺灣北區兩間戒治所之受戒治人進行預試和進行全臺灣戒治所共 900 名受戒治人的正式研究後，全量表內部一致性 Cronbach  $\alpha$  係數為 .835。懵懂期、沉思期、行動期、維持期各次量表之 Cronbach  $\alpha$  分別為 .758、.773、.780、.798，顯示整體量表具有適當信效度（郭文正，2022）。

## 二、質性資料研究工具

### （一）個別訪談大綱

為更深入瞭解研究團體對研究參與者之幫助及團體經驗，研究者於團體結束後一週內邀請研究參與者進行個別訪談。個別訪談大綱依本研究目的、閱讀相關文獻及與指導教授進行討論後擬定完成（見附錄 4）。訪談時研究者採半結構的形式，以訪談大綱為主要架構，同時秉持現象學的精神，將主觀理解擱置，依研究者與研究參與者之互動反應，以自由及探索的方式進入受訪者的主觀世界，使其經驗能真實還原，更貼近研究參與者的個人主觀經驗與生活脈絡。

## 第五節 團體方案設計

本研究針對有酒精使用障礙之成年個案，參考 Bowen 家庭系統理論相關文獻（吉爾伯特，2004/2013，1992/2016；柯爾，2019/2020），設計八次，每次 2 小時，共計 16 小時之心理教育團體。本研究之團體目標為：1. 協助研究參與者對家庭情緒系統和關係互動模式之覺察，認識家庭互動模式對其飲酒行為之關係；2. 協助研究參與者覺察和降低個人在關係中的焦慮，練習表達感受與想法，提升自我分化程度；3. 透過系統觀點認識個人行為反應模式及可能成因，提升研究參與者之減酒態度。

本節將分別說明 Bowen 家庭系統理論運用於研究團體之架構概念及團體方案內容，分述如下：

### 一、Bowen 家庭系統理論運用於酒精使用障礙者心理教育團體之設計架構

#### （一）家庭關係互動模式

Bowen 家庭系統理論認為家庭互動模式的形成為家庭成員在個體性（individuality）與連結性（togetherness）的兩大驅力中尋找平衡點的過程，個體性趨力會使個體將他人推開以此界定自我；而連結性驅力則使個體轉向他人，尋求依附、歸屬與認同，而這種在個人情緒和自我的流動將傳遞著焦慮，此則視為情緒單位的互動模式基礎（吉爾伯特，1992/2016）。為了維持家庭系統的平衡，個體在長期在家庭互動中以衝突、三角關係、情緒截斷或高低功能等反應模式「交出堅固自我」，以回應家庭系統中的焦慮與壓力，當個體過度吸收系統內的焦慮，且缺乏足夠的自我分化能力時，便容易以功能性自我進行應對，而非基於穩定的堅固自我做出反應，在這樣長期以焦慮為驅動的互動模式中，個體可能逐漸產生心理健康困擾，如罹患身心疾病、出現憂鬱情緒或積累憤怒等問題（McKnight, 1998），因此家庭互動模式本身並非問題，而是當某個互動模式變成因應系統焦

慮的唯一方式和出口時才是問題（吉爾伯特，2004/2013）。從 Bowen 家庭系統理論的觀點來看，個體的症狀並非孤立存在，而是其與核心家庭、伴侶及伴侶原生家庭互動歷程中的產物。這些症狀具有功能性意義，反映家庭系統為維持整體穩定所形成的動態平衡機制。當家庭中出現物質濫用、憂鬱、飲食障礙或婚姻衝突等問題時，這些困難往往與家庭關係互動模式密切交織。有症狀的家庭成員雖可能帶來新的問題，卻同時也扮演緩解家庭失衡的一種調節角色（McKnight, 1998）。

因此，本研究團體設計將運用 Bowen 家庭系統理論探索家庭系統代間關係互動模式，認識自身的家庭投射歷程及核心家庭情緒系統，了解飲酒行為在家庭情緒系統中的因應焦慮的功能性意義，將問題行為置於家庭系統內了解行為的脈絡，以第三者的探索眼光觀察焦慮系統的互動模式，了解選擇因應焦慮的行為反應才是造成飲酒問題的主因。

## （二）降低焦慮程度和提升自我分化程度

自我分化是 Bowen 家庭系統理論的重要概念之一，其包括個體在個人自我認知上區分情緒反應與理性思考，以及在人際上可區分自己和他人的能力（柯爾，2019/2020）。Bowen 家庭系統理論認為個體的分化可由個人不受情感所影響的程度來展現，自我分化程度低的人幾乎無法將思考和情緒做區隔，因此無法分化自己與他人的關係，因此其治療目標強調協助個體將低於系統中的焦慮反應與提升自我分化（Bowen, 1974; Kerr & Bowen, 1988）。

Bowen 家庭系統理論強調透過觀察家庭的情緒歷程，注意焦慮如何在三角關係系統中的流動與變化，提升觀察自身所處系統的情緒歷程之能力，看見自身在系統中如何受到焦慮影響及如何反應，且此反應又如何影響系統成員，若可以持續觀察系統成員的情緒流動，且在情緒保持不涉入，就可以有效管理自身焦慮，進而降低在家庭互動中所承受的焦慮，並提升個體自我分化程度（吉爾伯特，1992/2016）。其中，「家系圖」的繪製是一項核心工具，研究者透過與研究參與者進行一對一的訪談，了解研究參與者與家庭成員間互動與焦慮傳遞的資訊，幫

助研究參與者釐清自身在多世代家庭情緒投射中的位置與角色，從而建立對自身飲酒問題的系統性理解。此一歷程有助於研究參與者發展出更高的情緒覺察與區辨能力，能夠選擇以較為客觀與有意識的態度回應系統焦慮（吉爾伯特，1992/2016；McKnight, 1998）。

## 二、研究團體單元目標及內容

每次團體進行大致依據「暖身活動」、「主要活動」、「統整本次團體學習」等架構進行。「暖身活動」以正念靜心及對於前次團體內容之回顧及簡短討論；「主要活動」視研究參與者的情緒狀態及對於團體內容理解程度做彈性調整，以確保研究參與者了解團體內容及參與其中。本研究團體在團體歷程中，團體初期透過團體領導者之示範及鼓勵，引導研究參與者融入團體氣氛，並營造安全信任之氛圍，同時，團體領導者亦維持團體動力之情緒穩定，藉此逐步降低研究參與者之焦慮及情緒性反應，於團體中後期之認識個人核心家庭系統可提升思考系統運作，以理性冷靜的狀態探索核心家庭與親密關係互動影響。本研究團體方案設計架構如表 3-5-1：

**表 3-5-1**  
團體單元目標與摘要

次數	單元名稱	單元目標	活動內容與摘要
一	相見歡	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 促進成員彼此認識及互動，建立團體信任感及凝聚力。</li> <li>2. 說明團體目標及進行方式，訂定團體規範及了解成員期待。</li> <li>3. 認識 Bowen 家庭系統觀點，探討家庭互動與飲酒問題的關聯性。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 規則說明及自我介紹。</li> <li>2. 飲酒腦力激盪。</li> <li>3. 製作家庭關係滿意度與飲酒量曲線圖。</li> <li>4. 總結回饋。</li> </ol>
二	當男人戀愛時	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 探索自身在親密關係的角色功能。</li> <li>2. 檢視及認識反應焦慮的因應方式。</li> <li>3. 認識關係系統的連鎖反應，及飲酒行為在此模式的功能性。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 規則說明及自我介紹。</li> <li>2. 飲酒腦力激盪。</li> <li>3. 製作家庭關係滿意度與飲酒量曲線圖。</li> <li>4. 總結回饋。</li> </ol>

(續下頁)

表 3-5-1

團體單元目標與摘要 (續)

次數	單元名稱	單元目標	活動內容與摘要
三	歡喜冤家	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 放鬆練習減輕焦慮。</li> <li>2. 運用家系圖探索核心家庭互動經驗，覺察自我在原生家庭關係中的角色與位置。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 暖身活動。</li> <li>2. 核心家庭關係探索。</li> <li>3. 總結回饋</li> </ol>
四	家庭心風暴	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 放鬆練習減輕焦慮。</li> <li>2. 運用家系圖探索原生家庭互動經驗，認識父母互動模式與自身反應模式之關聯。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 暖身活動。</li> <li>2. 原生家庭關係探索。</li> <li>3. 總結回饋。</li> </ol>
五	少年的奇幻旅程	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 放鬆練習減輕焦慮。</li> <li>2. 運用家系圖看見焦慮反應模式，此模式對親密關係及飲酒行為之關係。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 暖身活動。</li> <li>2. 個別訪談探索家系圖。</li> <li>3. 團體成員回饋與討論。</li> <li>4. 總結回饋。</li> </ol>
六	漫漫回家路	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 放鬆練習減輕焦慮。</li> <li>2. 運用家系圖看見焦慮反應模式，此模式對親密關係及飲酒行為之關係。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 暖身活動。</li> <li>2. 個別訪談探索家系圖。</li> <li>3. 團體成員回饋與討論。</li> <li>4. 總結回饋。</li> </ol>
七	當幸福來敲門	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 放鬆練習減輕焦慮。</li> <li>2. 運用家系圖看見焦慮反應模式，此模式對親密關係及飲酒行為之關係。</li> <li>3. 練習自我界定。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 暖身活動。</li> <li>2. 個別訪談探索家系圖。</li> <li>3. 練習自我界定及反應。</li> <li>4. 總結回饋。</li> </ol>
八	陽光普照	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 放鬆練習減輕焦慮。</li> <li>2. 運用家系圖看見焦慮反應模式，此模式對親密關係及飲酒行為之關係，並練習自我界定。</li> <li>3. 帶領成員整理回顧團體經驗。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 暖身活動</li> <li>2. 個別訪談探索家系圖。</li> <li>3. 練習自我界定及反應。</li> <li>4. 回顧並統整團體歷程之學習。</li> <li>5. 結束團體。</li> </ol>

## 第六節 研究程序

本研究程序分為研究準備階段、研究執行階段、資料處理分析階段、討論與報告撰寫階段，下表 3-6-1 為整體研究階段，以下將依序說明：

**表 3-6-1**  
研究程序

階段	工作內容
一、研究準備階段	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 蒐集文獻資料與研究主題架構形成。</li> <li>2. 蒐集研究工具。</li> <li>3. 團體方案形成與修訂。</li> </ol>
二、研究執行階段	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 進行團體研究參與者招募及篩選。</li> <li>2. 進行研究團體之量表前測。</li> <li>3. 研究團體進行。</li> <li>4. 研究團體後測與訪談。</li> </ol>
三、資料處理與分析階段	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 量化與質性資料整理</li> <li>2. 量化與質性資料之分析。</li> </ol>
四、討論與報告撰寫階段	完成研究結果與結論

#### 一、研究準備階段

研究者透過閱讀國內外關於酒精使用障礙成因、酒精使用障礙之團體治療取向、Bowen 家庭系統理論等相關文獻，與指導教授共同討論後形成研究主題、研究目的，同步蒐集測量團體成效適合之量表工具，擬定研究團體方案。

研究者於研究團體正式開始前，將研究團體計劃書、研究團體知會同意書等研究相關資料遞交矯正署之研究倫理委員會，完成並通過研究論理審查，確保研究內容和方法對研究參與者無傷害之虞後才開始進行正式研究。

## 二、研究執行階段

### (一) 招募研究對象

研究團體正式開始前，研究計畫已完成並通過法務部矯正署以收容人為研究對象之研究倫理自律審查評估（附錄 1）。因場域具有特殊性，無法由研究者親自於北部看守所進行宣傳及招募，故研究者將團體目的、內容及收案對象向監所心理師說明，由監所心理師協助篩選符合收案標準之個案並詢問個案參與意願，招募時間為兩周。研究者依據報名者之酒精使用疾患確認檢測量表分數達本研究之酒精使用障礙程度、有無自殺風險、認知障礙，及是否能全程參與等條件進行篩選。篩選後的報名者將受邀參與研究團體說明會，由研究者協助研究參與者充分瞭解團體研究之目的、進行方式、潛在風險及相關權益與義務，並確認研究參與者目前的身心狀態，並無認知障礙及自殺風險等狀況。研究參與者在理解研究團體內容及其之權利義務後親自簽署研究團體知會同意書，研究者並將同意書副本交予研究參與者備存。本研究在兩週招募期間，共有 10 名成員符合研究團體資格及有參與之意願，但因其中 1 名成員因出監日期無法全程參與研究團體，最後共有 9 名研究參與者進行團體研究。

### (二) 進行團體研究與資料蒐集

研究者確認研究參與者符合本研究之條件後，且研究參與者充分知情及同意下親自簽署「研究參與同意書」後，即於團體說明會最後進行「情境特質焦慮量表」、「中文版自我區分量表」及「羅德島大學改變評估量表」之前測。

本研究團體在團體說明會後一週開始正式進行，每周兩次，每次兩小時，共計八次。團體時間與狀況如表 3-6-2：

表 3-6-2

研究團體時間與出席狀況

團體次數	日期	時間	團體成員人數	實到成員人數
1	2022/10/20	9:00—11:00	9	8
2	2022/10/27	9:00—11:00	9	7
3	2022/11/01	14:00—16:00	9	9
4	2022/11/03	9:00—11:00	9	9
5	2022/11/08	9:00—11:00	9	9
6	2022/11/10	9:00—11:00	9	7
7	2022/11/15	14:00—16:00	9	7
8	2022/11/17	9:00—11:00	9	9

研究者在每次團體結束後撰寫團體歷程紀錄，檢視團體動力與個別成員狀況，並於每次團體結束後與團體督導討論，以調整各次的團體方案與進行方式更貼切團體成員之需求及狀況。團體出席狀況於第 1、2、6、7 次團體因 covid 疫情影響成員有隔離需求及成員有出庭需求等不可抗力之因素，其餘團體時間成員均全數出席。團體結束後第一週完成「情境特質焦慮量表」、「中文版自我區分量表」及「中文版羅德島大學改變評估量表」之後測。另於研究團體結束後第二周邀請每位成員進行為時一小時的個別訪談，並取得錄音檔，以蒐集研究參與者的團體參與經驗之質性資料，訪談過程中研究者採取開放與互為主體的狀態進行，依據研究參與者自發性回應，研究者再依研究參與者的回應進一步探問、澄清及摘要，以確認受訪者之原意。

### 三、資料處理與分析階段

#### (一) 量化資料處理與分析

本研究量化研究設計採單組前後測準實驗設計，以單一樣本相依  $t$  檢定檢驗研究團體前後於「情境特質焦慮量表」、「中文版自我區分量表」及「中文版羅德島大學改變評估量表」之得分是否有差異。

量化資料處理上，研究者先檢查所有研究參與者在各量表的填答情形，所有量表皆有完整填答，故研究者將各量化資料進行編碼並鍵入 SPSS 進行分析。

#### (二) 質性資料處理與分析

在質性資料之處理，本研究採反思性主題分析法 (reflexive themes analysis) 進行分析，從文本中發現蘊含的主題與解釋之深層意義，反覆循環不斷進出文本中，透過多次的對話、整理及反思，直至以貼近的文字詮釋意義。詳細步驟說明詳見本章第七節。

### 四、討論與報告撰寫階段

研究者將資料分析完畢後，依量化及質性資料分析結果撰寫結果與發現，再與過去文獻對話，提出後續研究建議及未來方向，期以此增加酒精使用障礙心理教育團體於學術及實務之貢獻。

## 第七節 研究資料處理與分析

### 一、量化資料處理與分析

本研究量化研究設計採取前實驗設計中的單組前後測設計，以單一樣本相依  $t$  檢定檢驗在團體前後於「情境特質焦慮量表」、「中文版自我區分量表」及「中文版羅德島大學改變量表」之得分是否有顯著差異。

### 二、質性資料處理與分析

本研究質性資料運用反思性主題分析法 (reflexive thematic analysis) 進行分析，將訪談文本進行編碼與主題，以了解研究參與者在參加研究團體後，對其之影響與團體經驗，作為成效評估之一部分。本研究綜合學者 Braun 等人 (2019) 提出的反思性主題分析的六項步驟進行質性資料分析，各步驟依序說明如下：

#### (一) 熟悉資料 (familiarization)

研究者在此階段將訪談錄音檔轉騰為逐字稿，並確認逐字稿內容與錄音檔一致。研究者將逐字稿形成初步編碼，原則為：1. 研究者對將九位受訪者以 A01 至 A09 為代號去個人化，以 L 為研究者代號；2. 受訪者接受訪談的第一句發言，編號為 A01-01，代表 A01 受訪者的第一句發言，以此類推。研究者反覆閱讀並熟悉逐字稿，不僅只了解研究參與者發言內容的表面語意，更關注於進入研究參與者的經驗位置所表達的潛在語意，透過研究者有意識的注意文本中細節進行摘要或紀錄心得，這些註解及資料將形塑研究問題及提供研究資料中更廣泛的面向。

## (二) 生成編碼 (generating codes)

研究者在閱讀訪談逐字稿後，先去除研究者的提問問題，保留受訪者的說話內容，將逐字稿中的語句劃分出意義單元、進行編碼。編碼的原則以該句能完整表達其概念為主，研究者直觀的對重要訊息加以標註、編碼與註解，從中決定編碼，分割其重要概念以利於後續的主題歸納。本研究之編碼原則為：1. 以 A01 至 A09 代表九位研究參與者；2. 以兩位數作為研究參與者在訪談中意義單元的流水號。如：A04-22-01 即為 A04 受訪者在第 22 句發言中的第一個意義單元。意義單元與摘要舉例說明如下表 3-7-1：

表 3-7-1

本研究之編碼與摘要舉例

逐字稿	意義單元	摘要	省思
A04-22：參加這團體就是讓我知道，其實面對一個家庭的話不可怕，可怕的是自己的心防突破不了。之前在社會上別人只要跟我談到家人的事情，我就二話不說直接走人，嚴重一點的話就會拳頭相向。	A04-22-01：看見系統互動脈絡後對家庭不同的理解，願意面對家庭。	跳脫情緒互動的因果模式，釋放對家庭的情緒，較能看清楚問題點。	對 A04 而言，參加團體前對家庭是矛盾、混亂且不安的，但在團體後能透過系統角度看待互動而釋放對家庭的情緒。
	A04-22-02：團體前面對家庭的矛盾情緒。	參與團體前對家庭的感覺是矛盾且混亂的。	

## (三) 建構主題 (constructing themes)

研究者完成編碼與摘要，了解受訪者的核心概念，從細節部分回到整體文本，從資料、研究者經驗和主觀性及研究問題之交匯處建立主題。研究者檢視意義相

似或重疊的編碼並完成歸類並形成候選主題。編碼與候選主題的歸納舉例於下表 3-7-2：

**表 3-7-2**  
編碼與主題歸類舉例

形成編碼的內容（意義單元）	編碼	主題
A04-92-02：這團體的幫助是可以讓我重新檢視家庭，讓我重新釋懷我的家庭。	拓展問題視角	飲酒行為的複雜成因
A05-46-01：團體前我認為家庭關係是家庭關係、喝酒是喝酒，兩者是沒有關係的…… 後來的討論喝酒行為的出現和家裡有關係，應該是跟我爸有點關係……	看見飲酒與互動的關係	飲酒行為的複雜成因
A09-165-01：團體之前沒有看到酒在自己和人相處上是為了讓自己放開一點，之前就是看到酒和工作兩件獨立的事情而已。		

研究者將編碼歸納成候選主題後，再次檢視相似或重疊的編碼完成歸類，並校對逐字稿文本內容是否支持主題，逐步歸納出各項主題。

#### （四）修正與定義主題（revising and defining themes）

在此階段研究者仔細評估候選主題，確認編碼及訪談內容是否能支持候選主題，確認整理出的文本資料中的相關概念，研究者並再次確認每個候選主題的所有編碼資料，確認資料與核心概念有關，反覆確認、修正與定義主題，為每個主題建立清晰的定義，明確其範圍與核心概念，助於釐清每個主題的本質和範圍。本研究質性資料分析後主題定義如下表 3-7-3：

表 3-7-3

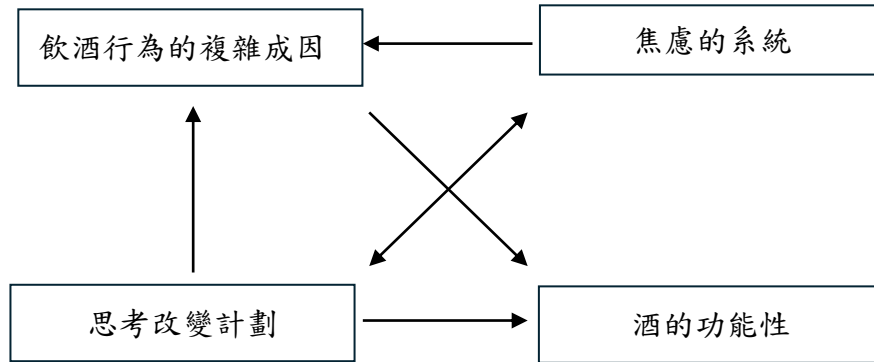
本研究質性資料主題的意義、目的與範圍

主題	目的、意義與範圍
飲酒行為的 複雜成因	<p>該主題主要呈現研究參與者在團體過程中拓寬看待問題的視角。研究參與者在研究團體前對於飲酒行為的認識僅限於個人嗜好及飲酒對生理的影響，不認為與家庭互動模式有關。在研究團體後研究參與者看見飲酒行為的環境脈絡及個人與環境中慢性焦慮交互作用的反應結果。</p>
焦慮的系統	<p>藉由繪製及討論家系圖、系統中慢性焦慮的影響與傳遞，看見家庭系統互動全貌。從原生家家庭、親密關係的結構和互動模式（高低功能、衝突與迴避）認識家庭系統中的焦慮及自身在家庭系統的角色位置、反映焦慮的慣性模式。</p>
酒在系統的功能性	<p>從系統脈絡中看見關係互動模式，飲酒行為在關係互動中的功能，如在關係衝突及切斷的焦慮、轉移人際相處中的焦慮及自我內在面對孤單的焦慮。</p>
思考改變計畫	<p>分化具內在心理（intrapsychic component）及人際（interpersonal component）兩部分。內在心理是區分情緒及想法，而人際部分可以區分人我界線。在認識飲酒行為在系統關係的脈絡及個人面對慢性焦慮的反應模式，學習區分情緒與想法及人我關係，釋放對家庭系統因果關係的負面情緒及思考，在關係系統中設立自我界線及學習不受焦慮情緒驅動行為，重新思考面對焦慮時除了飲酒之外的其他反映方式及避免涉入引發焦慮的情境。</p> <p>也在看見系統傳遞的焦慮對自身的影響後，能放下對家庭及自己的憤怒與指責，重新思考及調整自己在家庭或人際系統的角色位置及反應方式。</p>

研究者再以主題地圖 (thematic maps) 視覺化主題之間的關係，檢驗主題是否重疊及關連性。本研究之主題地圖如下圖 3-7-1：

圖 3-7-1

本研究質性分析之主題地圖



在此階段，研究者再次仔細評估先前的候選主題，並為每個主題建立清晰的定義，明確其範圍與核心概念。研究者檢視所有編碼資料，確保其與主題的核心概念相關，同時釐清各主題之間的關係，運用主題地圖來檢視主題間的關聯性。

#### (五) 命名主題 (naming themes)

在研究者定義主題的意義和範圍並完成主題定義後，研究者需要為每個主題命名。理想的主題名稱應簡潔的傳達主題的內容，以吸引讀者深入閱讀。

#### (六) 撰寫報告 (producing the report)

研究者依據完成核對之主題結構，重新檢視研究問題、筆記、編碼列表和主題定義，確保最終主題與資料緊密相連，並將研究結果與現有文獻連結融入研究中，從而對分析有更深入的理解。研究者撰寫分析敘述時，可以進一步修改主題的內容、結構和名稱，確認最終的主題與原始資料緊密連結以提升分析的深度，以有效回答研究參與者在參與酒精使用障礙心理教育團體後對其之影響。

## 第八節 研究倫理

本研究之研究參與者為因反覆酒駕而入監之成年男性，其在參與本研究團體之過程中，透過探討家庭成員互動經驗，協助其瞭解家庭系統中焦慮之存在與互動關係慣性焦慮反應，進一步瞭解其飲酒行為在關係系統中的功能性，並提升其自我分化程度以降低受情緒驅使之飲酒行為，能嘗試選擇以不同方式因應系統焦慮（吉爾伯特，1992/2016；McKnight, 1998）。由於團體成員在團體進行過程中探討之內容涉及個人隱私與家庭生活脈絡，為保護研究參與者之福祉，研究團體通過法務部矯正署之研究倫理審查，由三位專家確認研究團體內容及研究工具之安全性及不傷害性，本研究所涉之研究倫理原則及維護和確保研究參與者權益之確切作法，如下說明：

### 一、完成和通過研究倫理自律及人體試驗審查

研究者於研究前先與矯正署看守所中負責酒駕再犯團體業務之心理師聯繫，說明本研究之目的、程序及研究團體招募之規劃。在初步取得所方之同意後，研究者遞交團體研究計畫書，並由三位分別為醫學、心理領域的專家審閱團體研究計畫書以完成收容人為研究對象之研究倫理自律審查（附錄1），方使進行本研究團體之招募。

在正式進行研究之前，研究者先進行一場研究團體說明會，向研究參與者清楚說明研究內容暨研究知會同意書（附錄2），包含告知研究背景簡介、研究目的、研究之主要納入與排除條件、研究程序、資料運用及研究參與者權益等，讓研究參與者了解須於研究團體過程中配合之項目，且其有中止參與研究團體之權利，及研究團體過程中可能之風險及造成損害之處理措施。研究者確認研究參與者在完全自願且充分理解本研究內容的情況下，由研究參與者親自簽署研究同意書後才正式進入研究團體，並提供研究參與者親簽之研究團體知會同意書副本予研究參與者備存。

## 二、匿名及保密

為維護研究參與者之權益，其在本研究中所填寫之量表結果及訪談資料，於資料分析與呈現過程中，皆隱匿足以指認出其個人身份的資料，並以代號取代姓名。此外，所有研究參與者之資料，僅有研究者及指導教授得以接觸，均進行保密處理以避免外流，並在研究結束後三年將研究資料全數銷毀。

## 三、避免傷害並維護研究參與者之權益

為保障研究參與者之權益及安全，在進行研究團體之前，研究者充分告知其自主權及免受傷害權利等相關資訊，包括：在研究過程中，其有中止參與研究的權利；研究者誠實提供本團體研究之相關說明，並在其有疑慮時，予以詳實解釋；在研究過程中，若研究參與者出現自傷或傷人之危機可能性時，研究者得以轉介相關專業單位予以協助，並中止其繼續參與研究團體，以維護其身心安全與福祉。本研究所有研究參與者於研究團體進行過程中無發生中止研究參與，及因情緒危機需轉介相關專業單位之狀況發生，其全數完成研究團體之參與。

## 第四章 研究結果

本章主要說明本團體研究量化與質性資料分析結果，共分為二節。第一節為量化分析結果之呈現，探討 Bowen 家庭系統理論運用於酒精使用障礙者心理教育團體於降低其焦慮程度、自我分化程度及減酒態度之成效；第二節為質性研究分析結果，探討 Bowen 家庭系統理論心理教育團體對酒精使用障礙者之幫助與其團體經驗。

### 第一節 Bowen 家庭系統理論心理教育團體對酒精使用障礙者於降低其焦慮程度、提升自我分化程度及減酒態度之成效

本節將呈現研究參與者在團體前後於「中文版自我區分量表」、「中文版情境特質焦慮量表」與「羅德島大學改變評估量表中文版」分數之平均數與標準差，並以單一樣本相依  $t$  檢定評估本研究團體的介入對研究參與者在降低其焦慮程度、提升自我分化程度及減酒態度之立即性效果，以回答本研究量化問題，詳細內容如下：

#### 一、Bowen 家庭系統理論心理教育團體對研究參與者在降低其焦慮程度、提升自我分化程度及減酒態度之效果

##### (一) Bowen 家庭系統理論心理教育團體對酒精使用障礙者於「情境特質焦慮量表」、「中文版自我區分量表」及「羅德島大學改變評估量表中文版」前後測得分數比較

研究參與者在「情境特質焦慮量表」、「中文版自我區分量表」及「羅德島大學改變評估量表中文版」之前後測平均分數中，如表 4-1-1 所示，其在「情境特質焦慮量表」後測平均分數 ( $M=2.5, SD=.59$ ) 高於前測平均分數 ( $M=2.45, SD$

= .42)；在「中文版自我區分量表」中，後測平均分數 ( $M = 3.47, SD = .69$ ) 低於前測平均分數 ( $M = 3.56, SD = .58$ )；在「中文版羅德島大學改變評估量表」後測平均分數 ( $M = 7.82, SD = 2.45$ ) 高於前測評高分數 ( $M = 7.62, SD = 3.49$ )。從各量表前後測平均分數之變化，如圖 4-1-1，可見焦慮程度分數略增，自我分化程度分數略降，而減酒態度略增。

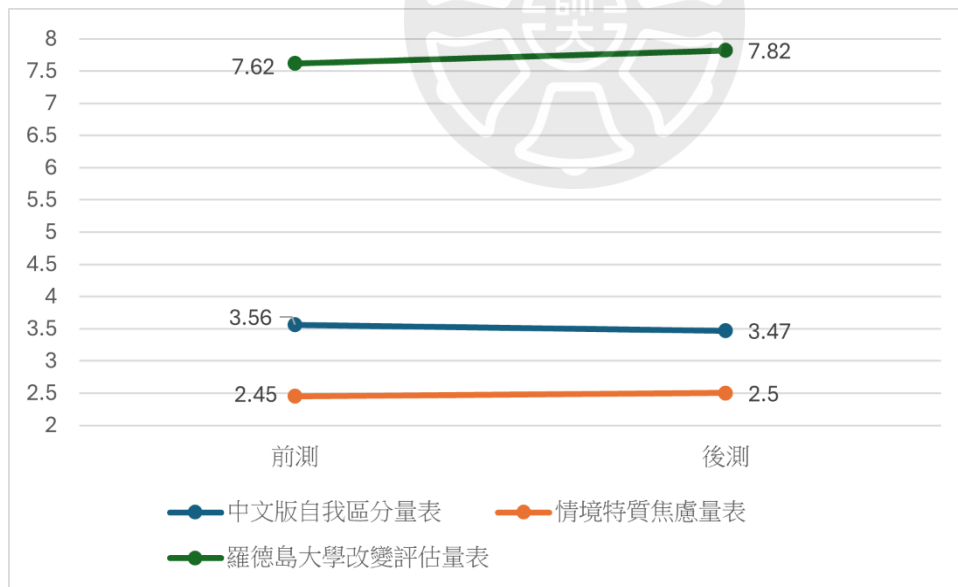
**表 4-1-1**

研究參與者在各研究量表前後測分數之描述性統計摘要表

量表	N	前測		後測	
		M	SD	M	SD
情境特質焦慮量表	9	2.45	.42	2.5	.59
中文版自我區分量表	9	3.56	.58	3.47	.69
中文版羅德島大學改變評估量表	9	7.62	3.49	7.82	2.45

**圖 4-1-1**

研究參與者在各研究量表前後測平均分數變化折線圖



## (二) Bowen 家庭系統理論心理教育團體對研究參與者在降低焦慮程度之立即性效果分析

如下表 4-1-2，研究參與者在「情境特質焦慮量表」的焦慮程度平均分數之後測分數 ( $M=2.5, SD=.59$ ) 略高於前測分數 ( $M=2.45, SD=.42$ )，然在單一樣本相依  $t$  檢定結果中未見顯著差異 ( $p>.05$ )。

表 4-1-2

研究參與者在「情境特質焦慮量表」前後測之單一樣本相依  $t$  檢定分析摘要表

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
量表前測	9	2.45	.42	8	-.39	.71
量表後測	9	2.5	.59			

\* $p<.05$ .

## (三) Bowen 家庭系統理論心理教育團體對研究參與者在提升自我分化程度之立即性效果分析

如下表 4-1-3 所示，研究參與者在「中文版自我區分量表」的自我分化程度後測平均分數 ( $M=3.47, SD=.69$ ) 低於前測分數 ( $M=3.56, SD=.58$ )，然在單一樣本相依  $t$  檢定結果中未達統計分析之顯著差異 ( $p>.05$ )。

表 4-1-3

研究參與者在「中文版自我區分量表」前後測之單一樣本相依  $t$  檢定分析摘要表

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
量表前測	9	3.56	.58	8	.67	.52
量表後測	9	3.47	.69			

\* $p<.05$ .

另外，如下表 4-1-4 所示，研究參與者在「中文版自我區分量表」五個分量表之前後測分數，「情緒反應」分量表後測平均分數 ( $M=3.33, SD=.94$ ) 低於前測平均分數 ( $M=3.37, SD=.71$ )，「情緒割斷」分量表後測平均分數 ( $M=3.63, SD$

= .56) 低於前測平均分數 ( $M = 3.71, SD = .68$ )，「自我立場」分量表後測平均分數 ( $M = 4.22, SD = 1.04$ ) 低於前測平均分數 ( $M = 4.31, SD = 1.06$ )，及「與家庭融合」後測平均分數 ( $M = 2.11, SD = .46$ ) 低於前測平均分數 ( $M = 2.48, SD = 1.17$ )，而「與他人融合」後測平均分數 ( $M = 3.56, SD = 1.07$ ) 則略高於前測平均分數 ( $M = 3.51, SD = .87$ )。

**表 4-1-4**

研究參與者在「中文版自我區分量表」分量表前後測分數之描述性統計摘要表

量表向度	N	前測		後測	
		M	SD	M	SD
情緒反應	9	3.37	.71	3.33	.94
情緒割斷	9	3.71	.68	3.63	.56
與他人融合	9	3.51	.87	3.56	1.07
自我立場	9	4.31	1.06	4.22	1.04
與家庭融合	9	2.48	1.17	2.11	.46

然而如下表 4-1-5 所示，研究參與者於「中文版自我區分量表」各分量表之前後測分數，以單一樣本相依  $t$  檢定之分析結果均未達顯著差異 ( $p > .01$ )。

**表 4-1-5**

研究參與者在「中文版自我區分量表」分量表之單一樣本相依  $t$  檢定分析摘要表

		N	M	SD	df	t	p
情緒反應	前測	9	3.37	.71	8	.15	.88
	後測	9	3.33	.94			
情緒割斷	前測	9	3.71	.68	8	.44	.67
	後測	9	3.63	.56			
與他人融合	前測	9	3.51	.87	8	-.19	.85
	後測	9	3.56	1.07			
自我立場	前測	9	4.31	1.06	8	.45	.66
	後測	9	4.22	1.04			
與家庭融合	前測	9	2.48	1.17	8	.99	.35
	後測	9	2.11	.46			

註：分量表統計顯著水準為  $.05/5 = .01$ 。

\* $p < .01$ .

(四) Bowen 家庭系統理論心理教育團體對研究參與者在提升減酒態度之立即性效果分析

Bowen 家庭系統理論心理教育團體對研究參與者在減酒態度之效果，如下表 4-1-6 所示，研究參與者在「羅德島大學行為改變量表」的減酒態度後測平均分數 ( $M = 7.82, SD = 2.45$ ) 高於前測分數 ( $M = 7.62, SD = 3.49$ )，以單一樣本相依  $t$  檢定結果中未達統計分析之顯著差異 ( $p > .05$ )。

表 4-1-6  
研究參與者在「羅德島大學行為改變量表」單一樣本相依  $t$  檢定分析摘要表

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
前測	9	7.62	3.49	8	-.44	.67
後測	9	7.82	2.45			

\* $p < .05$ .

第二節 Bowen 家庭系統理論心理教育團體對酒精使用障礙者之幫助與其團體經驗

本研究根據反思性主題分析法完成個別訪談逐字稿的整理與分析，發現此研究團體對成員的幫助與其團體經驗可分為四大主題，如下表 4-2-1 所列，本節將依據四項主題之意義與內容分別依序詳述。

表 4-2-1  
本研究團體對酒精使用障礙者之幫助與其團體經驗之主題與編碼

主題	編碼	成員代碼
	拓展問題視角	A03、A04、A06、A07、A09
看見飲酒行為	飲酒與家庭互動之關係	A02、A03、A04、A05、A09
的複雜成因	透過家系圖看見反應模式及系統中的焦慮傳遞	A02、A03、A04、A07、A08

(續下頁)

表 4-2-1

本研究團體對酒精使用障礙者之幫助與其團體經驗之主題與編碼 (續)

主題	編碼	成員代碼
看見焦慮的 系統	成員在家庭的角色關係	A03、A06、A07、A09
	焦慮的家庭關係	A03、A04、A05、A06、A07、A08、 A09
	焦慮的自我	A01、A02、A03、A06、A09
	面對焦慮時的慣性反應	A02、A03、A04、A05、A06、A07、 A08、A09
飲酒行為在 系統的功能性	飲酒行為在自我的功能	A01、A06
	飲酒行為在關係的功能	A01、A02、A03、A04、A05、A06、 A07、A09
	處理表達想法的焦慮	A01、A02、A03、A04、A07、A09
思考改變計畫	思考設立自我界線	A03、A04、A05、A06
	釋放對家庭的負面情緒，區 分情緒與想法	A01、A02、A03、A04、A09
	思考因應焦慮的其他方式	A02、A03、A04、A09

### 一、看見飲酒行為的複雜成因

研究團體基於家庭系統理論概念介紹並認識家庭互動、情緒反應及飲酒行為之關係，拓展成員看待飲酒行為及家庭關係等議題的單一視角，以不同的角度看待問題及習以為常的日常，引發團體成員對家庭對自身行為影響的好奇與看見，能帶來不同的想法及未來行動的可能性。以下依照該主題之編碼依序說明：

## （一）拓展問題的視角

透過系統觀看見飲酒行為背後可能的關係及脈絡，也看見問題成因的多元及複雜，拓展問題視角能減少問題單一解釋的互相指責、自我懷疑：

「坦白說一剛開始我是排斥進來團體上課的，但後來上完這些課之後，我會覺得這些課還不賴，還蠻好玩的，可以對酒的看法增加不同的觀點（A04-117-01）。」、「來這個團體讓我了解更多關於酒和家庭的關係，因為我每次下班回家就是喝酒、睡覺，然後再起床去上班，回來就又是酒……整天就是這樣的模式，來團體讓我看見不一樣的原因（A06-188-02）。」、「這個團體討論內容可以繼續帶，因為可能有些人還是不知道自己在幹嘛，不知道喝酒的目的在哪裡……喝酒在家庭的功能性這部分可以多讓人知道，我是覺得蠻支持繼續推廣的（A07-161-01）」。

因為看見問題成因的多面向，更能接納自己的懷疑及矛盾，對於認識自我及問題解決提供建設性的方向：

「來到這個團體，我覺得我經歷了一些我不曾想過的事情和不同以往的經歷。過去從沒有想過酒、家庭和工作與自己回應的態度上，原來都是互有關連性的（A03-89-01）。從家庭互動討論飲酒是可以有一個方向，起碼有一個方向，讓我們知道說，為什麼要喝酒的原因有很多層面而來的，不單單只是喝酒這樣而已（A03-135-01）。」、「對我的幫助是可以了解喝酒的原因，也看到每個人喝酒的狀況不一樣（A09-181-02）……可以發現自己為什麼喝酒，因為畢竟自己在喝酒，通常都不曉得為什麼會喝酒，在團體中至少會看見喝酒的可能原因，不是說幫助很大，但是至少會發現一些可能性（A09-208-02）」。

## (二) 飲酒與家庭互動的關係

在團體之前，所有成員一致認為飲酒與家庭互動是兩件相互獨立的事件，但在團體之後，有 5 名成員提到看見自身飲酒習慣在家庭互動的關聯性：

「團體前是沒有想過喝酒與家庭的關係，團體之後覺得這兩件事情的關係應該有是一半一半，一部分跟家庭有關係，一部分是自己的問題 (A02-50-01)」，「團體前覺得飲酒與家庭是沒有關係的。一開始就覺得喝酒是一件自己很隨興的事情，那家庭是個有責任、有包袱的東西，所以應該是兩件獨立的事情 (A03-51-01) ……上完團體之後，飲酒行為與家庭互動是有關係的，因為喝酒的時候會變成麥克風 (團體課程中對互動模式的比喻) 去和家人大小聲，我就是面對事情的時候都會先憋一陣子，之後受不了就會一次爆出來，都是有這樣的累積過程 (A03-53-01) ……來這邊上課的時候，我才知道原來很多事情都是息息相關的，就是有那個因才有那個果 (A03-59-01)。」，「團體前不認為飲酒和家庭互動有關，團體後覺得這兩件事情真的是有非常大的關係 (A04-95-01)。」，「我在團體前認為家庭關係是家庭關係，喝酒是喝酒，兩者是沒有關係的 (A05-46-01) ……後來覺得喝酒行為的出現和家裡的關係，應該是跟我爸有一點關係…… (A05-79-01)」。

也看見飲酒行為與原生家庭世代間的互動與情緒反應的關聯性：

「上完團體之後，我觀察團體裡面的 9 位同學大概有七成，喝酒都是因為家庭引起的，很大一部分的喝酒跟家裡都有關係，都是為家庭啦……想要保護這個家…… (A05-157-01)。以我們那個年代，我這樣看下來……裡面大概有 5 個像我這個年紀的 (50 多歲)，他們都是應該有受過家庭

關係摧殘到... (A05-176-01)」、「從傳遞焦慮毛線球的課程之後，那時候我才知道原來爸媽兩個人可能當下的行為是自己的焦慮而互丟皮球，導致那個焦慮傳到我這邊來……也因為這樣才知道，有些狀況其實是上一代的問題延續下來的 (A04-38-01) ……比較清楚知道自己內心對家人的矛盾……因為之前對家裡的看法都是負面居多，來到上完這課程之後，就會覺得說……我自己也有做錯事，而不能完全去責怪別人 (A04-98-01)。」。

也看見自身在面對焦慮家庭系統是有感受存在的，然會以飲酒方式轉移或否認感受：

「可能是我用酒這個東西來躲避自己心理對家的那種不平衡和負面的感覺 (A04-57-01) ……我覺得自己的家庭就是缺少溝通吧，因為當時我還沒有正式酒癮的時候，是用逃家、翹課或者是對家裡視而不見，到後面才開始用喝酒的方式…… (A04-69-01)。」、「團體之前沒有看到酒在自己和人相處上是為了讓自己放鬆的功能，之前就是看到酒和工作兩件獨立的事情而已 (A09-165-01)。」

### (三) 透過家系圖看見慣性反應

團體中透過帶領成員繪製家系圖及討論家系圖，成員具體的看見焦慮在家庭系統中傳遞及反應，也更能具體理解抽象的焦慮真實流動在關係中的現象及影響：

「從討論家系圖的時候看到，我喝酒的原因、我現在這份工作與跟媽媽的關係。我覺得好像會因為工作，疏遠了與家人的關係……例如每當面對小朋友在學校適應的問題，然後我就容易因此跟兒子關係緊張，就像團體中討論傳遞焦慮的那條繩子一樣影響著我和家人 (A03-40-02)。」、

「在團體中有玩代表焦慮傳遞的毛線球，那時候就是看到這樣子，才會知道說，其實我爸媽給我的困擾不是只在於我自己的問題，他們自己的焦慮傳遞到我這邊來了……（A04-32-02）。」、「對團體最印象深刻的是畫家系圖，讓我回推到小時後發生的事情，讓我可以重新檢視一次……在討論家系圖過程中的重新檢視，讓我覺得我之前對家裡的恨和批評是很愚蠢的（A04-29-02）。」、「老師（Leader）從家系圖的細節中看到一些關於我都不知道的狀況，這部分讓我印象深刻（A07-42-01）。」。

團體過程中透由繪製家系圖及團體領導者依循家庭系統互動脈絡詢問及回饋，讓成員從不同的角度看待家庭互動、自身在家庭系統中的功能位置及看到自己從未發現的樣貌，觸發對自己的好奇及思考的意願：

「當每一個同學分享自己的家庭環境，讓我看到其實每個家庭都有自己的狀況……剛好這次了解到所有的家庭互動之後，和聽到很多同學的故事，我覺得我是幸福的，在這個家庭算是幸福的，還好有來上課，不然對家裡的心結可能到終老我都還沒有發現（A04-32-01、A04-71-02）。其實看完妳們的回饋……我那天真的哭了，想說我都不相信自己是這樣的人，但就是靠旁人的幫忙，才會有我們進步的一天（A04-125-01）。」、「我自己平常覺得沒甚麼事，可是妳們可以從家系圖的細節中看到一些關於我都不知道的狀況，這部分就比較印象深刻一點……（A07-42-01）。」、「我不覺得我喝完酒後比較可以聊天，因為我習慣了，但就像妳說的喝酒對我在人際互動上的功用，我就覺得好像有點對……（A09-212-01）。」。

## 二、看見焦慮的系統

依據 Bowen 理論，焦慮會在系統中傳遞，家庭成員以衝突、迴避、切斷及三角關係等模式反應系統中的焦慮。當家庭反應模式失去彈性時，面對持續不斷的焦慮，飲酒過量問題行為開始出現，成為另外一種嘗試消化系統焦慮的模式之一，但此行為持續增加系統中的焦慮。以下針對該主題之編碼內容依序說明：

### (一) 成員在家庭的角色關係

與 9 位研究參與者的個別訪談中，成員 A03、A07 提到在親代關係失衡導致其以高功能角色回應家庭結構的反應模式：

「因為我是老大，媽媽很早就結婚當家庭主婦，所以沒有甚麼社會經驗和經歷，當父親過世之後，我一個人做 3 份工作，一天睡 2 個小時…… (A03-62-01)。過去有父親做給你看，但之後我要做給別人看，問題是我根本沒有懂那麼多，這時候該怎麼辦？根本沒有人可以討論，但是我是老大，就得要負責做給別人看 (A03-62-02)。」、「我聽我媽說，他們 (父母) 以前常常吵架，個性不合才離婚。我看到我爸爸 (不負責任) 那樣子……甚麼都做不好的樣子，我不想成為他那樣的人，所以我就變得更獨立了 (A07-141-02)」。

成員 A03 及 A09 亦提及以高功能回應關係系統時的不滿及無奈，但對家庭依舊有著羈絆的矛盾：

「因為爸媽很早就離婚了，那時候只靠媽媽一個人養 4 個小孩，所以我也很早就獨立出去工作賺錢。那時候的看法就是只要工作就好，畢竟家也不完整了，也不想再回去了……回去也沒有用了，已經沒有團圓的感

覺了……也會羨慕其他親戚好像都可以團圓的感覺（A09-85-01）……因為媽媽還在，所以偶爾還是會回去，但就待一下就走了，不知道怎樣我們家兄弟姐妹就是無法好好聚在一起……我們其實也沒有什吵架（A09-95-01）。」、「我覺得我雖然在家中和工作上負責發號司令的人，但有時候覺得壓力很大也想要閃躲（A03-60-01），當你要負責管這麼多事情，人家也未必願意配合，如果他們沒有做到的話，我又會不滿意……（A03-60-02）。」

## （二）焦慮的家庭關係

不穩定的家庭結構、親代關係（衝突、離婚及外遇）及親子教養方式都會為家庭系統中帶來焦慮。成員提及家庭的互動狀況可觀察到系統中因結構、關係與事件所引發的焦慮與不安，每個人都在受關係中的焦慮影響著。從親代關係不佳、夫妻關係、養育及家庭任務等工作無法有效討論，以衝突、迴避反應，此反應中充斥著焦慮，也影響著下一代的互動反應：

「我爸媽兩個人根本沒有辦法溝通，我爸就選擇喝酒，根本每天就是在用高粱漱口……（A03-71-01）。」、「我爸媽當時面對照顧新生兒的責任上是互丟皮球……我媽可能再生我的當下，因為我爸在當兵，她覺得沒有去陪她生產，所以她就不要這個小孩（我）……或者是說他們那時候年紀小就有了我，但都沒有人想要照顧我，我就被交給爺爺奶奶照顧，但這件事讓我到 18 歲之前都無法釋懷……（A04-35-01）。小時候就是覺得他們不要我，到底為什麼要把我生下來……（A04-36-01）。」、「爸媽兩個人在家庭角色上面就是會分工合作，但每次面對意見不一的時候就是迴避，各做各的都不講話，然後我自己也會躲到房間去，避免衝突（A06-83-01）。」。

親子管教方式充滿情緒張力，以權威、體罰方式與親代互動：

「我爸的觀念就是不好就打，不好就是吊起來打，他不管說甚麼，就是要聽、要服從（A05-71-01）。」。

### （三）焦慮的自我

生活的壓力、孤單或是無聊也是焦慮的來源，這些焦慮帶來的是對堅固自我的考驗。當堅固自我是穩定的，意味著清楚自身的狀況及狀態，能夠明白、誠實與安然的面對環境挑戰及自我的限制，選擇合適的行動反應。相反的，當自我無法清楚區分情緒及想法時，焦慮的感覺就驅動個體的情緒性反應，以不適宜的回應處理內在焦慮的不適感。有 5 名成員有提及到生活中內在焦慮的不適，有成員提及在工作之後面對生活的孤單寂寞，會感受到焦慮，為避免焦慮的不適，選擇飲酒反應：

「一直都覺得生活是孤單、寂寞的……當工作停下來時候就會感覺到孤單寂寞，也會感覺到那股黑色的毛線球（團體活動中代表焦慮的具象物品），我就會拿酒來喝了（A1-93-01）。」。

另外，在面對生活壓力事件無法清楚表達自我時，也會有焦慮的不適，例如在無法與同為工作夥伴的另一半討論工作分配、或是在結束一段關係之後的憤怒、失落等情緒，在這些生活事件中的焦慮感，個人的內在難以涵容及忍受：

「生活上的問題能處理我就會自己去處理，不能處理的話我就迴避，選擇不講話……但就會去喝酒，一個人喝悶酒（A02-101-01）。」、「我和另一半一起合夥開公司，但很多事情她不擅長處理就丟給我，我就覺得我一個人能做多少事情，但又無法和她溝通，我就會不爽，不爽的話我

就喝酒 (A03-42-03)。」、「習慣任何事情都不會說出來，但即使沒說，心理還是會有不舒服的感覺，就選擇用喝酒的方式忘掉這個感覺...但隔天起來這個感覺還是在…… (A06-137-01)。」、「我記得其實開始喝悶酒就是在剛和老婆離婚的時候開始的…… (A06-118-01)。」。

#### (四) 面對焦慮時的慣性反應

面對家庭系統的焦慮互動模式時，迴避衝突及切斷關係是回應焦慮的反應模式之一，成員們提及到在關係中，「迴避」及「切斷」是常見的反應模式：

「每次面對家裡的衝突，我就是迴避，然後自己跑出去喝酒 (A02-99-01)。」、「家人會丟那個象徵焦慮的繩子給我，可是我又不想去承接和面對，我就會用工作去逃避這個焦慮的感覺 (A03-42-01)。」、「從原生家庭到後來的婚姻關係，都不會把事情和想法說出來，但心理都會有不舒服的感覺，這種感覺就會用喝酒的方式去忘掉 (A06-137-01)。」

在個體未有足夠自我分化的堅固自我時，面對焦慮的系統出現自我存在的否定感，也在焦慮驅使下出現「衝突」的反應行為。訪談中有 3 位成員提及到以衝突的方式回應家庭問題：

「父母小時候就離婚，把我丟給祖父母照顧，小時候他們給我的感覺就是不要我，我就會想說幹嘛把我生下來…… (A04-36-01)。」、「18 歲的時候外祖父母有來跟我解釋母親為什麼不照顧我，解釋完後有釋懷一點點，好像對她沒有這麼恨，但是 20 幾歲的時候，只要有人提到我家或是我媽，我還是會去跟對方吵架，甚至動手打人…… (A04-26-02)。」、「因為父親太過份的權威和體罰，我就透過喝酒來和我父親對幹 (A05-71-02) ……用這個方式反抗父親 (A05-85-01)。」、「在國中的

時候知道父親外遇就開始跟他吵架，可是那時候我才國中……其實甚麼都不懂，但就是還是和他吵架，亂吵一通（A08-75-02）。」

### 三、飲酒在系統的功能性

Bowen 系統理論認為家庭系統中的所有成員會以不同的互動模式回應系統中的焦慮，飲酒行為也是轉移系統焦慮的情緒反應，也具有調節家庭關係親疏遠近的功能。當家庭焦慮程度過高就會出現過量飲酒的狀況，當焦慮程度越高，家庭成員的反應越強烈，會焦慮地做更多他們已經在做的事情，然而透過飲酒緩解焦慮的過程，但卻因飲酒行為再度增加系統的焦慮，此過程的循環成為一種慢性模式。從研究參與者的訪談中可見到飲酒對其身處焦慮系統中的功能性，以下針對該主題及編碼依序說明：

#### (一) 飲酒在自我的功能

2 名成員提及面對生活中的孤單、無聊時，會透過飲酒來排解孤單與無聊所帶來的不適：

「每天生活中有無聊和孤單的感覺就都會想喝酒（A01-31-01）。感覺到孤單、寂寞時，那團焦慮的毛線球就會出現，那時候就是拿酒來喝（A01-93-01）」、「平常沒有甚麼對象可以讓自己安心講話，所以就喝喝酒，就是跟酒聊天啦（A06-95-01）」。

#### (二) 飲酒在關係的功能

3 名成員提及會以喝酒來轉移關係的衝突：

「會喝酒通常一方面是工作壓力大，然後跟家人吵架才會去喝酒（A02-53-01）。」、「酒精……可以幫我忘記一些工作壓力、親子教養、伴侶溝通和家庭互動這些事情吧，暫時忘了這些事情獲得放鬆……（A03-94-01）」、「小時候累積太多人的困難或者是他們的抱怨，全部堆積在自己身上之後，回家就會和家人大吵或者和另一半大吵，然後靠酒來麻痺自己（A04-87-01）。喝酒對我而言應該是用來壯膽和逃避問題吧，因為像我這次結婚，出所之後可能會走到離婚吧……因為我次我跟她都是吵架居多……吵完之後就會去喝酒（A04-94-01），有時也是透過喝酒躲避吵架或是一些爭端（A04-53-01）。」。

### 3 名成員提及飲酒能緩解人際相處時的焦慮：

「和朋友聚餐一定要喝酒，不然大家坐在一起乾笑很尷尬，一定要找酒來陪（A01-44-02）。」、「喝酒對我而言是跟家人親近一點的方式，這樣大家相處在一起的時候比較放鬆（A07-32-02）。」、「我在喝酒之後比較放得開，跟同事相處起來才比較容易一點……（A09-126-01）。」。

有 1 名成員表示，為了表達對父親在管教、過於權威的家庭位置的不滿，藉由飲酒激怒父親，以此反應憤怒也轉移父親對於母親及其他手足的情緒化暴力行為：

「我會開始喝酒，就是為了反抗我父親……而且他越生氣我喝越多……（A05-85-01）。」。

### (三) 處理表達想法的焦慮

表達自身的感覺及想法是件令人焦慮的事情，透過酒精的抗焦慮功能緩解表達自我的焦慮，有 5 名成員提及透過酒精才有表達內在想法及感受的機會：

「其實會透過喝酒壯膽，才能表達出自己的心情 (A01-31-02)。」、「我後來才知道我是被領養的，我會很想要知道我的親生父母在哪裡，但是這件事情在家裡不太可能提，是在喝了酒之後，會跟爸媽吵想要知道親生父母親在哪裡……只有這時候才敢講出來希望帶我去找他們 (A02-53-02) ……就喝了酒之後比較敢講出自己想講的話…… (A02-55-01)」、「就像其他幾位同學說的，喝酒真的可以讓人壯膽，能夠讓自己去說出一些平常不會說但是很想說的事情…… (A03-48-01)。」、「喝酒主要可以壯膽，或者是說可以讓我躲避一些不必要的爭端或是吵架 (A04-53-01)。」、「我媽也會喝酒，通常我媽對我可能也有一些不諒解的地方，都是要在喝酒之後才會跟我說…… (A07-20-01)。」

### 四、思考改變計劃

Bowen 家庭系統理論強調「回家」概念，以觀察自身在原生家庭系統的互動模式，可以瞭解家庭系統與焦慮的反應模式在自身受焦慮系統的影響，與自身對此的反應行動的連動關係，進一步練習區分情緒及想法，以看見焦慮但能「選擇」合宜的行動以提升自我分化。經由家庭系統觀點拓展看待酒精使用障礙問題的視角之後，成員開始重新檢視自身面對關係互動的慣性反應，甚至了解的飲酒行為在關係系統及回應焦慮的功能性後，能重新思考飲酒行為的必要性及其他的替代方式，以下依照該主題之編碼內容依序說明：

### (一) 思考設立自我界線

共有 4 位成員開始思考自我界線，並嘗試設立自我界線來降低系統中焦慮情緒對自身的影響：

「家人如果繼續將不是我該負的責任丟給我，我還是覺得可以接受，但是能幫忙我就幫忙，如果真的沒辦法，就會尋求他人的幫忙了 (A03-111-01)。」、「當家人只要開始在講話時出現酸言酸語的時候，就會覺得可能需要迴避一下，或是該其他方式來處理自己的情緒，排除喝酒的選擇的畫，就會找朋友唱歌、健走、露營爬山之類的 (A04-83-01) ……出去之後也會離開喝酒的朋友圈，適時的遠離他們了 (A04-93-01)。」。

也開始願意接觸自我感受，及從環境上著手嘗試自我照顧：

「如果感覺到又有說不出來的感覺時，會想找個替代酒的方式，在監所這段時間開始接觸到看書，覺得看書是個還蠻不錯的方法 (A06-166-01)。」、「出所之後有在想說可能要換工作了，讓自己不要這麼累，也可以不用在工地裡容易接觸到酒的環境 (A05-133-02)。」。

### (二) 釋放對家庭的負面情緒，區分情緒與想法

成員看見自身的行為反應與家庭系統焦慮傳遞的關係，釋放對原生家庭的情緒，增加思考行動的能力：

「我之前的心房是在於，我爸我媽不要我，然後我爸才會再跟另外一個阿姨在一起生 3 個妹妹，然後我會覺得說他們之前都是在於說不要我的

狀態下……對，可是來上完這堂課之後就讓我對於他們兩邊的之前的觀念都改了（A04-34-01）。」、「團體幫助我重新檢視家庭，也讓我重新釋懷這個家庭（A04-92-01）……所以上完課之後回去有在想就是……出去之後，要怎麼彌補他們，而不會想說要怎麼去恨他們（A04-76-01）。」

看見行動背後的受焦慮情緒的影響，對於未來的行動開始在事件上思考自身情緒及面對事件的反應方法，區分情緒反應及處理事件的方法，減少因焦慮情緒所驅動的反應去處理事件：

「在討論家系圖的時候，聽到每一個同學的家庭，同時間也跟來病舍找我的心理師聊，再加上我爺爺來會客時講的那一些話，及上團體課的時候就會聯想到那些事情……拼拼湊湊起來就會覺得說我應該是要把這個家庭重新檢視一遍，所以上完課之後回去有在想就是……出去之後，要怎麼彌補他們，而不會想說要怎麼去恨他們（A04-76-01）。」、「來團體有幫助的就是，看到家庭互動的狀況後，其實不一定要用喝酒的方式去面對（A02-80-01）。」、「在討論喝酒和家庭互動之後，覺得其實需要在理智的狀態上去處理家庭的事情，不能和自己的情緒混在一起（A03-52-01）」、「之前不知道自己喝酒是在有孤單和寂寞的感覺時，團體討論後才有看到這個部分。還是需要想一下有甚麼替代的方式來處理這個感覺（A01-107-01）」。

### **(三) 開始思考其他因應方式的可能**

開始思考以飲酒反應問題的必要性，及思考其他替代方式的可能：

「看到家庭互動的狀況後，其實不一定要喝酒去面對事情（A02-80-01）。」、「上完課之後，我要好好學習在沒有酒的狀態下，

要如何面對與家人的相處（A03-98-01）。」、「在上完這堂課，和之前的酒精介紹課，就會覺得說應該是不能再用喝酒處理家裡的事情，應該是可以再用其他的方式來面對這些狀況；上完之後就會覺得說，我覺得這種課也不錯啊，至少讓我們知道說以後出去怎麼面對家裡，而不是說常常跟家裡的人吵架（A04-87-03、A04-114-01）。」、「上完課之後是有在想，和同事、人互動的時候可以直接放開一點，不要喝酒……但是可能做不太到，因為從小到大我都是這樣，不會主動去和別人接觸（A09-147-01）。」。



## 第五章 討論與建議

本研究旨在探討 Bowen 家庭系統理論運用於酒精使用障礙者之心理教育團體的成效初探，以瞭解 Bowen 家庭系統理論運用於酒精使用障礙心理教育團體在酒精使用障礙者於降低焦慮、提升自我分化程度及減酒態度之立即性變化，及酒精使用障礙者參與心理教育團體之幫助與其團體經驗。

故本章依據第四章的研究結果與發現及過去相關文獻進行綜合討論，進一步提出本研究之建議與限制，以供未來團體研究與實務工作參考。本章分為四節，第一節討論 Bowen 家庭系統理論心理教育團體對酒精使用障礙者於降低其焦慮程度、提升自我分化程度及減酒態度之成效；第二節討論 Bowen 家庭系統理論心理教育團體對酒精使用障礙者的幫助與其團體經驗；第三節根據以上研究發現，針對戒酒心理教育團體提供實務工作之建議，並依本研究之限制提出建議提供未來研究之參考，第四節則說明本研究結論。

### 第一節 Bowen 家庭系統理論心理教育團體對酒精使用障礙者於降低焦慮程度、提升自我分化程度及減酒態度之成效

本研究量化結果顯示，研究參與者的焦慮程度、自我分化程度及減酒態度在研究團體結束後無統計上的顯著差異。在質性結果方面，Bowen 家庭系統理論心理教育團體對研究參與者之幫助與其團體經驗可分為四大主題：1. 看見飲酒行為的複雜成因，包括拓展問題視角、飲酒與家庭互動之關係、透過家系圖看見反應模式及系統中的焦慮傳遞；2. 看見焦慮系統，包括成員在家庭的角色關係、焦慮的家庭關係、焦慮的自我及面對焦慮時的慣性反應；3. 飲酒在系統的功能性，包括飲酒行為在自我與關係的功能、處理表達想法的焦慮；4. 思考改變方式，當中包括：思考設立自我界線、區分情緒與想法，釋放對家庭系統的負面情緒、開始思考其他因應方式的可能。

本研究質性結果的發現與量化結果不同，從質性分析結果中的四大主題：看見飲酒行為的複雜成因、認識焦慮系統、飲酒在系統的功能性及思考改變計劃，反映出研究參與者擴大看待飲酒問題的視角，看見焦慮在家庭系統中的存在及飲酒行為與反應焦慮的關係後，可促發思考改變想法，如同學者 McKnight (1998) 認為將飲酒行為置於系統互動過程，是有助於擴展對問題行為的理解。本研究細究每位研究參與者個別在焦慮程度、自我分化程度的前後測分數變化中，當中有 3 位研究參與者的焦慮程度低於前測，同時其自我分化程度於後測分數上也高於前測，該 3 名研究參與者在質性分析四個主題中皆各有一個共同重疊之編碼項目，分別為「看見飲酒行為複雜成因」中的「拓展問題視角」；「看見焦慮的系統」的「焦慮的家庭關係」及「面對焦慮時的慣性反應」；「飲酒行為在系統的功能性」中的「飲酒行為在關係的功能性」及主「思考改變計劃」的「思考設立自我界線」。研究者初步推論研究參與者藉由 Bowen 家庭系統理論之學習看見焦慮的家庭關係及自身在面對焦慮時的慣性反應，而了解到自身飲酒行為在此關係系統中的功能及意義後，開始思考以其他的方式因應焦慮反應，包括透過設立自我界線不讓自己受焦慮的系統影響，因此研究團體在降低研究參與者之焦慮程度、提升自我分化程度有其影響效果存在。然而，雖可見此 3 位研究參與者在降低焦慮及提升自我分化程度上呈現一致的變化，但在減酒態度上，變化方向則不盡相同，當中有 2 位研究參與者的減酒態度有提升，但有 1 位的減酒態度則是下降，顯示提升自我分化程度與減酒態度之變化的關聯性仍尚有待進一步討論釐清。其餘 6 位研究參與者在焦慮程度與自我分化程度的變化上，其中 3 位呈現焦慮分數上升、自我分化程度下降的狀況，這可能與團體過程觸及家庭相關議題所引發的焦慮有關，因受限於團體時間與次數，無法充分協助成員發展合適的回應方式，導致整體量化結果呈現焦慮提升與自我分化下降的現象，除了上述因素，研究參與者也可能在團體中獲得對飲酒問題的新視角，卻尚未具備在真實關係中實踐的能力，引發額外焦慮：另一方面，團體結束後即將出監、返回原本情緒張力高的家庭系統，也可能造成情緒波動與焦慮升高。有 2 位研究參與者不約而同

提及對於出監回到原有的生活關係後，對於能否將團體中看見自身飲酒行為在關係系統的功能反應，再遇到相同狀況時是否能選擇非慣性的情緒性反應方式因應感到不確定，也不敢想像在沒喝酒時與家人互動的模樣，這也呼應 McKnight(1998)認為飲酒行為常在焦慮的親密關係中作為調節距離的因應方式，使飲酒者暫時獲得情緒緩衝，當飲酒行為成為維持家庭連結的慣性模式後，戒酒將動搖原有的平衡，引發更深層的焦慮。在飲酒者開始減酒過程中，其必須學習為自己負責，減少對他人或酒精的依賴，並在情緒系統中持續練習自我負責與自我界定，正如 1 位研究參與者所言：「持續思考是一件累人的事。」，可見在關係系統中維持意識與思考是提升自我分化的起點，然而，對於長期習慣以情緒反應行動並依賴飲酒來因應自我獨立需求與人際連結的飲酒者而言，這樣的轉變確實不易。因此，基於本研究團體經驗，若欲提升團體成員自我分化程度，在規劃團體次數之安排上需要團體帶領者進一步思考之部分。

本研究在研究參與者之減酒態度變化的量化結果顯示，研究參與者在減酒態度的前後測的分數上雖略有變化，從前測 7.62 分略增為後測的 7.82 分，但未達統計顯著效果，本研究質性分析結果則可見到與減酒態度想法改變有關的一個主題：思考改變方式，當中包括：思考設立自我界線、區分情緒與想法，釋放對家庭系統的負面情緒、開始思考其他因應方式的可能。細究研究參與者在減酒態度量表之個別變化，有 6 位成員的減酒態度是後測高於前測，然而在提升減酒態度之成員們中，其於焦慮程度及自我分化程度的分數變化上未見一致的方向，初步推論團體介入能初步促發研究參與者對飲酒行為在系統中的功能性，成為改變減酒態度，然而其影響因素可能除了焦慮程度及自我分化之外，尚有其他變項影響其中，亦需要再進一步的研究。

因此，綜上研究結果回答本研究問題，本研究團體對於酒精使用障礙者於降低其焦慮程度、提升自我分化程度及減酒態度無立即性效果，但可透過認識飲酒行為在系統脈絡中的成因及關係互動中的功能，開始思考飲酒行為的必要性及其他因應焦慮的方式。

## 第二節 Bowen 家庭系統理論心理教育團體對酒精使用障礙者之幫助

### 與其團體經驗

本節將以質性資料分析結果，探討 Bowen 家庭系統理論心理教育團體對研究參與者的幫助與其團體經驗，並與相關研究文獻進行討論。

#### 一、覺察原生家庭的關係互動模式

本研究質性資料顯示，研究參與者在原生家庭關係與親密關係中的互動模式具有高度相似性，與 Bowen 家庭系統理論所提出的「多世代傳遞歷程」概念相互呼應 (Bowen, 1974)，多位研究參與者在童年面對衝突或是離婚的父母關係時，傾向以獨立、高功能的姿態來應對焦慮的家庭系統，以壓抑需求、避免情緒表達及問題題解決的反應模式穩定原生家庭的焦慮情緒，這樣的回應正如 Bowen (1974) 對酒精使用障礙家庭的觀察所描述：酒精使用障礙者往往以否認依附及獨立的姿態處理與父母（尤其是母親）之間的關係，傳遞出「我不需要你，我可以靠自己」的訊息。此外，多數研究參與者提到在青少年階段在完成義務教育後即離家獨立生活與工作，並迅速進入婚姻關係，最終多以離婚收場。由此可知，當個體離開原生家庭的強烈情緒場域後，往往又與自我分化程度相近的他人建立親密關係，試圖在核心家庭中尋求連結。由於雙方對情感親密的需求程度相近，卻仍難以在情感連結與自我獨立間取得平衡，最終使得原生家庭中未解決的情感模式在成年親密關係中重複上演 (McKnight, 1998)。

#### 二、飲酒行為於關係系統中的功能性

本研究質性資料顯示，研究參與者多數在家庭中擔任過度負責之角色，以此解決家庭問題並維繫家庭功能，其在努力維持家庭角色卻未與為家庭成員討論自身的能力範圍，甚至家人對其亦有高度的依賴，然而個體在面對成年後更多的關

係系統（親密關係、親子關係及工作人際關係）的壓力，卻長期忽略自身的能力範圍與情感需求，最終因無法負荷而以飲酒轉移焦慮，「飲酒行為」就如同症狀般開始出現在關係系統中（Bowen, 1974）。飲酒行為初期可能不會對家庭系統造成明顯的影響，隨著飲酒行為頻率與強度的增加，特別是在產生酒駕等法律問題後，原先由飲酒維繫的不穩定平衡將被打破，導致系統功能崩潰或轉為慢性症狀持續維持不平衡的系統運作（Bowen, 1974）。在此狀況下，飲酒行為不再僅是個人的選擇，而是一種系統中有功能性的因應方式，Bowen 家庭系統理論認為飲酒行為並非他人所引起（cause）的，而是源自個體在低自我分化程度下，於關係中面對高度焦慮時所出現的情緒反應及應對行為（McKnight, 1998）。本研究發現，飲酒行為在個人內在系統與關係系統確實有調節焦慮的功能性，有成員表示在其還未有嚴重飲酒問題前，其家庭中早已有喝杯酒會讓聚會氣氛較好的習慣，亦有成員表示在喝酒之後才有辦法透露對家人的需求及期待，顯示飲酒在調節關係中親近與疏離之間的功能（Bowen, 1974），亦可呼應學者 McKnight（1998）認為能改變情緒狀態的物質，如酒精，可在個體感受到不適的情緒經驗時，提供身體上的功能性支持，個體能藉由飲酒得以與感受不適的情感上保持距離，藉此達成暫時隔離或避免情緒感受的目的。

在研究團體介入歷程中，透過繪製家系圖與觀察家庭系統互動，協助研究參與者重新理解飲酒行為的脈絡與功能意義，使其逐漸覺察飲酒行為所反映的焦慮來源與情緒需求，如同 Bowen 所強調的「回家」，將團體工作焦點從個人問題轉移到家庭關係的背景與過程的討論，透過好奇及觀察的眼光認識其飲酒行為的形塑脈絡，能降低研究參與者面對被要求改變問題行為之阻抗，也能使工作者與飲酒者的互動關係進入更有建設性的階段（Bowen, 1974; Janzen, 1978; McKnight, 1998）。

### 三、理解行為脈絡到改變動機的歷程

本研究協助研究參與者重新理解飲酒行為的脈絡與功能，使其逐步覺察飲酒行為所反映的情緒需求及焦慮來源，有研究參與者表示看見系統的焦慮傳遞及飲酒在關係中的功能性後，其開始思考選擇其他方式回應關係互動的可能性，與其在團體初期認為飲酒行為是無法改變的習慣，在心態上有明顯的轉變，其改變動機轉為來自內在的覺察與選擇，亦呼應吉爾伯特（1992/2016）所指出，當個體能在思考與感覺系統之間做出選擇，其情緒成熟度將有所提升，對他人情緒及關係之外的壓力較不會做出反射性反應，對關係與外在外力的反應亦將更具彈性。也有研究參與者反應在看見自身飲酒行為的系統脈絡及慣性焦慮反應後，釋放了對家人及自己的指責，能清楚思考符合自身需求的改變計劃。

本研究團體於促進研究參與者觀察家庭系統的情緒歷程及飲酒行為之關係層面具有實質意義，本研究結果亦與林郁真與林東龍（2024）之研究建議相符，現行多數戒酒治療模式往往將飲酒視為個人的選擇與意願，忽略酒精在關係中所具有的功能性意義，難以真正協助飲酒者改變行為，若專業人員能以系統觀點協助飲酒者理解自身在情緒與家庭互動中的位置與反應模式，將更能降低其對改變的抗拒，進而提升改變的可能性。

### 第三節 研究建議與限制

本節依前述之研究結果與綜合討論，分別針對一般場域及監所場域以 Bowen 系統理論帶領酒精使用障礙者心理教育團體實務工作之建議，並根據本研究之限制，提出對未來相關研究之建議。

## 一、對酒精使用障礙之團體實務工作之建議

### (一) 對進行 Bowen 家庭系統理論團體之建議

#### 1. 發展持續且多元的社會心理處遇模式

酒精使用障礙是影響健康、社會角色功能且有復發可能的慢性疾病，本研究發現酒精使用障礙的行為是系統互動之結果，在提供酒精使用障礙之治療及邁向減酒的復原過程中，除了藥物調整生理神經面的成癮問題之外，需要在戒酒過程中提供社會心理治療處遇，協助飲酒者能夠了解慣性反應的脈絡，更有意識的在自身情緒系統中練習自我界線的反應方式。在目前的酒癮治療工作中，與飲酒者的工作是主以認知治療取向為主，著重於修正錯誤認知與不良信念以改變行為的方式以減少飲酒問題行為，在家屬服務工作上則以情緒支持及提供資源的為主。若能透過系統理論拓展飲酒者與家屬在雙方共構的關係中有新的角度及理解，以此為基礎練習降低焦慮反應，與有意識的選擇行動，以擺脫自動反應的情緒螺旋結果，如同 Bowen (1974) 認為能以個人自我分化程度與飲酒的關係作為預測治療效果有用的方式，而非飲酒問題的強度。也許能為目前僅在認知層面及情緒支持的治療方式提供不同的可能，並整合以家庭系統為單位及了解復元過程中系統面臨的關係的挑戰提供階段性適合的處遇服務。

本研究發現飲酒行為是家庭系統焦慮的反應訊號，減酒同時也會影響家庭系統原以衡定的情緒平衡系統，而出現系統情緒波動。因此在戒酒治療工作中，能有系統觀點理解行為脈絡及提供治療工作原則，能讓著重在於物質使用與否決定治療成效的成癮工作上，是否有急性期及非急性期的治療模式提供不同的角度，重新思考戒癮工作歷程方向與評估方式。治療者透過系統觀點管理自身情緒反應，不涉入案家的家庭情緒系統削弱其面對問題的能力，能提供家庭看見彼此反應及互動，擁有更多行動選擇的方向，避免掉入以專業解決家庭問題的高功能陷阱；同時，治療師能了解個體行為反應與關係系統互動之關係，及酒精使用障礙

行為在關係脈絡中的功能性，不受酒精使用障礙者慣性互動反應模式的影響或捲入其互動系統中，以支持且客觀的教練角色提供看待問題的不同視角，示範於關係中設立界線但持續接觸的自我分化的表現，讓酒精使用障礙者能透由飲酒行為看到自身在關係系統中的慣性反應，看見自身行為在關係中過度承擔家庭責任以此維持自我功能程度，討論自我需求為何，及滿足需求的其他方式，學習控制焦慮及焦慮性反應，練習思考個人實際需求並鼓勵與家人接觸，減少情感隔離降低焦慮，促發其好奇進而增加願意改變的內在動機及自主選擇的能力。

因此，若在戒酒過程中能有一穩定的支持系統（如：支持團體、戒酒無名會等）能持續協助戒酒者降低對家庭情緒反應的練習，逐步從為了保護自我而從充滿情緒的問題中退縮，練習在問題中界定自我及對問題的看法並做出持續的行動，是在戒酒過程中重要但是在目前治療服務上被忽略的部分。

## 2. 團體事前準備工作及團體次數

團體過程中以家系圖為觀察家庭互動反應模式，但有團體成員對於在團體中透露家庭互動、家庭關係與家庭事件表達抗拒及拒絕。可能原因是華人文化中家庭關係被視為「私領域」，不習慣在團體中透露家庭太多的訊息，尤其在男性當中更少會提及家庭關係互動困擾，因此在探索家庭關係互動類型團體中，對於男性成員參與者建議於團體前之準備工作盡量說明清楚團體過程中可能之反應及狀況，以減少成員在團體中的衝擊及不適。依據 Bowen 理論架構，在觸及焦慮議題後需要同步練習自我分化的思考及持續行動，因此就本研究僅有 8 次的研究團體設計中，在看到焦慮的家庭系統及慣性反應後，而未再就新的反應及選擇繼續協助探索及練習，而導致焦慮的持續，故建議在設計此類型團體時，能以中長期的團體規劃為優先考慮，以協助團體成員能有具體的不同方法回應原有的焦慮系統及互動。

### 3. 團體帶領者在引導團體成員觀察家庭事件的中立角色

在透過家系圖認識情緒互動歷程會碰觸到家庭重大壓力事件，團體帶領者須以中立客觀的態度陪同成員觀察自身在系統互動中，須熟悉 Bowen 系統理論所強調區分感受和想法，才能藉由提問引導成員看見事件中的反應模式而不會落入事件的情緒漩渦。

### 4. 不同媒材之使用引導表達感受及看見自我

本次研究觀察到研究參與者長期習慣以迴避、疏離等反應模式回應關係互動，長期隔離自身的情感需求，故在邀請討論自身感受及想法時，其多以「不知道」、「沒想法」為常見回應。但透過家系圖及具像化媒材，如：以毛線球代表焦慮及焦慮在家庭傳遞的概念、動物特質代表關係互動模式概念，或以關係樹呈現家庭成員的互動位置，成員可以在此媒材協助下將抽象的概念具象化後能說出經驗及感受，此表示其實成員對於生活事件有其感受但在語言使用及表達上的不熟悉而無法清楚講述自我感受與經驗，故建議可運用具體媒材或教具協助成員接觸自身的感受及想法，並透過媒材的具象化練習表達自我感受與需求。

## (二) 於監所進行 Bowen 家庭系統理論酒精使用障礙心理教育團體之建議

### 1. 可增加社會心理層面的心理教育團體

本研究發現，當團體帶領者與團體成員之互動關係不過度聚焦於飲酒行為的錯誤，及團體成員必需矯正及停止此錯誤飲酒行為的態度，藉由家庭系統觀點讓飲酒者從不同的角度看待問題，可降低飲酒者自身受社會眼光對飲酒行為的不友善所引起的羞恥感與防備態度，能增加繼續探究或改善飲酒問題之意願，進而透過了解行為背後的關係互動脈絡，幫助飲酒者及其家人找到面對家庭問題互動模式的新方式。如 Janzen (1978) 認為與酒精使用障礙者工作之目標是教導他們能直接清楚的表達自己的需求，而不是通過飲酒方式來轉移或是稀釋關係互動中的

焦慮，透由社會心理層面的認識及探索能認識自己與環境互動的關係，以賦權個案在系統中的選擇反應。

## **2. 增加團體總次數，提供練習「我立場」的練習機會**

Bowen 家庭系統理論強調自我分化的提升是需要長時間的觀察及改變，然而，本研究團體次數因需配合監所及成員們的服刑時間而受限，內容僅有共八周每次兩小時，共計十六小時的團體時間，在了解原生家庭情緒系統與飲酒的關係後，無法進一步討論及練習自我界定。是以，建議實務工作者若以 Bowen 家庭系統理論設計非短期的團體方案，於團體中探討原生家庭關係議題後能在團體中練習自我界定，將可能更有助於團體成員於家庭情緒系統的改變。

## **3. 結合「家庭日」，漸進式嘗試在家庭系統中的不同反應**

Bowen 家庭系統理論強調，個體須看見自己在關係中受系統焦慮與未解決依附所產生的慣性反應模式，並透過返回原生家庭的持續互動以練習提升自我分化的能力。儘管團體成員因被監禁於監所內，實際與家庭互動的機會有限，但可嘗試於團體期間配合監所既有的家庭日或會客安排，讓成員在與家人短暫接觸的過程中，有機會觀察自身在關係互動中所產生的焦慮反應，並透過書寫自我的感受與反應紀錄，於下次團體中進行分享與討論，為提升自我分化程度持續鍛鍊區分情緒與想法及建立人我界線的能力。

## **4. 留意高功能飲酒者的角色矛盾與家庭互動模式**

本研究發現團體成員的社會角色功能與一般認知飲酒者的不負責任的形象有所落差，其開始有固定飲酒行為的年齡段也都在有更多責任及壓力的中年時期，此與 Bowen 家庭系統理論認為飲酒問題與家庭和關係互動模式有關的觀點一致，個體在僵化的高功能家庭位置，可能因不合理自我期許及要求的壓力轉向飲酒行為以降低焦慮，但最終導致生活功能崩潰或成為慢性症狀繼續維持系統平衡

(Bowen, 1974; Kerr & Bowen, 1988; McKnight, 1998)。團體帶領者需留意並正視團體成員在其家庭系統中高功能為的關係和行為模式，避免成員因酒駕問題成為千夫所指的心理矛盾所激發的防衛反應，團體帶領者需提供安全、尊重及接納的心理空間，尊重成員在系統中所做的努力，陪同其看見在原有系統中的慣性反應及飲酒在其當中之功能，進而討論選擇不同反應之可能。

家庭的情緒反應模式可能與家庭重大事件有關，如：家庭暴力。在團體中因需練習觀察自身的情緒反應模式的過程中，可能使成員觸及到創傷事件，因此團體帶領者需要留意和關注成員的情緒反應及行為的變化，並能與網絡中的工作人員合作以協助成員處理因應可能的負面情緒影響。

## 5. 團體帶領者需留意語言使用習慣與成員生活文化的貼合度對團體運作及動力的影響

研究者在帶領研究團體的操作性活動過程中發現，研究成員對於描述家庭關係的詞語陌生，如：家庭氣氛、家庭重大事件、家人互動關係等，在此部分需要更具體的舉例和說明，推測可能因為成員的學歷程度或生活背景（此次研究參與者以藍領階級佔大宗）與團體帶領者生活背景差異，而有使用語言習慣的落差，觀察此部分的差異會影響關係建立及團體成員對團體的投入程度，建議在語言使用上能選擇更淺白又精準的方式貼近成員文化背景，減少因語言表達落差所帶來的困惑及不解而影響團體進行過程的開展。

## 二、 研究限制

### (一) 研究對象限制

本次研究探討酒精使用障礙者之飲酒行為與家庭互動模式之關係，提升自我分化及減酒態度。原以有酒精使用障礙行為且正於伴侶關係中者為招募對象，但因研究參與的諸多條件而願意參與的成員有限，因此正有伴侶關係探討調整為曾

有伴侶關係者，不受限目前是否正處於伴侶交往關係中，而無法針對特定的背景條件進行研究分析，而招募成員之場域於僅有男性之看守所中，故九位成員在團體中獲得的幫助與經驗，未必全然適用於其他具有酒精使用障礙之成年男性，亦無法涵蓋女性飲酒行為與家庭互動關係之探討分析。

## **(二) 研究者身兼多重角色之限制**

研究者身兼團體帶領者、訪談者及資料分析者等多重角色，在團體進行階段雖可以充分掌握團體成員狀態及團體動力，有助於團體方案及內容之調整，但難免受到研究目的之影響，而過度專注於團體成員的特定方向，而忽略團體歷程之其他影響可能。在同時身兼訪談者時，訪談中可能難以完全客觀的角度來了解成員的團體經驗，無法排除團體成員可能因為訪談者同時為團體領導者，在訪談中表現討好行為而無法說出對於團體實際的感受及想法。

然而，在研究團體後的個別訪談中清楚說明訪談目的，也著重於團體成員的口語與非口語表達，在訪談過程中，研究者觀察到團體成員相較於團體前在表達與分享自我經驗有別於團體前之表現，較願意分享自身的想法及感受。

## **(三) 研究團體場域限制，無法將所學同時運用於日常關係中**

Bowen 家庭系統理論主張在關係系統中練習控制焦慮以提升自我分化，並強調與家庭成員保持接觸之重要。本次研究場域限制，研究參與者無法於每次團體後返回關係系統當中觀察及練習，使其理解於後續實踐及執行狀況無法持續於每次團體中討論。

## **(四) 無法追蹤飲酒量的變化**

過量及危險的飲酒行為是團體成員目前共同的問題，然在此次研究團體中因其在封閉式環境中沒有接觸酒精的機會，故在研究團體的過程中無法了解研究團

體之介入與其實際於關係系統及飲酒行為上之關聯性。

### 三、對未來研究之建議

#### (一) 以成員的出監時間納入參與團體之條件

建議未來研究可將成員預計出監時間納入參與團體的條件之一。因心理教育團體主要以透過團體帶來的療效因子促進個人的自我成長及能力，以預防未來的困難，個案即將出監返回原本的環境系統可能面對更多的壓力及焦慮，更需要提前做社會心理準備，或許也會有更高的動機投入於團體討論及學習。故若能以即將出監作為主要成員，或許透過團體之學習運用於面對返回社會之準備，並能減少時間因素影響團體療效。

#### (二) 追蹤自我分化、焦慮程度及飲酒狀況

建議未來研究可增加團體後一個月與三個月追蹤測驗，了解研究參與者於團體後返回個人家庭系統後，在焦慮程度、自我分化程度及飲酒量之變化，飲酒量之追蹤可以首次飲酒時間及首次過量飲酒時間作為飲酒狀況之紀錄，完整了解研究團體於焦慮程度、自我分化及飲酒量之成效。

#### (三) 質性資料蒐集順序及內容

建議可於團體前、中、後蒐集團體成員之參與經驗、學習與感受，可以較具體及清楚看見成員在不同的團體主題中的變化，進而依此調整 Bowen 家庭系統理論的團體主題及討論速度，也能看見在此理論中的何項概念對成員的助益與幫助。

#### (四) 運用不同的量表或構念評估自我分化程度及改變態度

本研究發現以 Bowen 家庭系統理論運用於酒精使用障礙者心理教育團體在提升減酒態度上雖無顯著，但仍有些微提升。不過，減酒態度在自我分化及焦慮兩個變項關係未見一致的方向，可能有其他因素影響團體成員的減酒態度。

自我分化程度之概念包括情緒反應、情緒切割、與家庭融合、與他人融合及自我立場，而在本研究質性研究在思考改變計畫的主題中發現研究成員開始學習區分內在心理的情緒與想法，及人際互動中的人我界線，逐漸有堅固自我的模樣及立場，此部分與學者們 (Reilly et al., 1995; Rychtarik et al., 1992) 認為自我效能可視為物質濫用者於復發情境中的保護因子，而 Nikmanesh 等人 (2017) 認為自我效能可被視為影響治療成功的重要心理因素之一，主要功能為個案對於自我狀態的認知及瞭解，當面對壓力時，自我效能可使個體發會適當的反應能力，若能納入自我效能作為評估自我立場及戒酒態度之研究架構，或許更能了解 Bowen 家庭系統理論團體於戒酒行為之成效。

#### (五) 視團體目標增加團體次數

團體成員在接觸到不同看待問題及家庭的新工具，面對新工具的態度透露疑惑、懷疑的態度，需要隨著團體次數及時間的推進，才會慢慢熟悉新的工具看待問題的視角及方式，在此質性及量化的研究結果中，完成 8 次團體之後團體成員已接受飲酒行為與家庭互動之關聯性的認知，但尚無落實於行動當中的自然環境。在 Bowen 理論的治療歷程中以「我立場」實踐於關係中非常需要透過練習及累積，故建議針對不同的團體目標，如：僅提供不同觀點的認知學習，或是行為改變，視不同目標擬定團體方案及次數。

## (六) 增加控制組

建議未來研究能增設控制組，以等待實驗處理或以不同理論取向介入的方式，比較酒精使用障礙者參與 Bowen 家庭系統理論心理教育團體與未參加心理教育團體之差異，或是使控制組接受不同治療取向的團體，比較不同取向團體在成效上的差異。增設控制組有助於更了解團體介入的成效，較可確實推論成效來自於理論取向之差異及成效。

## 第四節 研究結論

本研究旨在探討運用 Bowen 家庭系統理論於酒精使用障礙者之心理教育團體對之成效。本研究團體依據 Bowen 家庭系統理論設計共八次，每次二小時，共計十六小時之酒精使用障礙者心理教育團體。本研究採嵌入式混合研究設計，於研究團體前蒐集量化資料，於團體後再蒐集量化與質性資料，並於討論階段整合分析以回答混合研究問題。量化研究以單一樣本相依  $t$  檢定檢驗本研究團體於降低酒精使用障礙者其焦慮程度、提升自我分化程度及減酒態度之效果；以反思性主題分析探討本研究團體對酒精使用障礙者之幫助與其團體經驗。

本研究對象為 9 位酒精使用障礙者之成年男性，其年齡介於 20 歲至 50 歲之間，平均年齡為 40 歲。整合量化與質性研究資料結果和討論，提出本研究的整體結論，本研究量化分析結果顯示，本研究團體於降低酒精使用障礙者之焦慮程度、提升自我分化程度及減酒態度無顯著立即性效果；本研究質性分析結果顯示，Bowen 家庭系統理論有助於研究參與者覺察其飲酒行為與家庭互動模式之關聯性，理解飲酒行為為因應焦慮的關係反應模式，並藉由系統觀點看見飲酒行為的複雜成因與功能性，研究參與者得以透過拓展看待問題的視野鬆動現行因果的思維，釋放對原生家庭的負面情緒及內在自我衝突，並開始反思情感連結與自我獨立的需求，進而思考飲酒的必要性及其他因應方式。

綜上所述，本研究驗證家庭系統中的情緒互動模式與飲酒行為的關聯性，顯示 Bowen 家庭系統理論可協助酒精使用者認識關係系統中的慣性焦慮反應模式，進而在提升自我分化後增加減酒態度之潛力，為成癮治療領域提供不同社會心理處遇模式。研究者期待未來能有更多第一線與飲酒者工作之專業人員能關注家庭系統在成癮行為中的角色，進一步探索其潛在的治療效益，促進個體及家庭的健康與福祉。



## 參考文獻

- Creswell, J. W. (2015)：《研究設計：質性、量化及混合方法取向》（林正昌譯）。學富文化。（原著出版年：2014）
- 丁德天（2014）：《利用社會網絡探討精神作用性物質使用之心理社會與行為因子》（未出版博士論文），國立臺灣大學。  
<https://doi.org/10.6342/NTU.2014.10969>
- 王邦安（2010）：〈酒醉駕車決意歷程與預防對策之研究—高雄地區為例〉。《日新司法年刊》，9，101-114。
- 內政部警政署（2020）：《109年1—12月A1類道路交通事故酒駕肇事死亡及受傷人數統計表》。  
<https://www.npa.gov.tw/ch/app/data/list?module=wg073&id=2299>
- 王國川、鍾鳳嬌（2016）：中文版「情境—特質焦慮量表」之多元因素效度探討。《測驗學刊》，63(4)，287-313。
- 中華民國刑法（2025年5月28日）。  
<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=C0000001&kw=%e5%88%91%e6%b3%95>
- 中華民國法務部（2013年6月19日）：〈統一酒駕再犯發監標準，避免執行不公〉。  
<https://www.moj.gov.tw/2204/2795/2796/56543/>
- 世界衛生組織（2018年9月21日）：〈有害使用酒精每年導致300多萬人死亡，其中多數是男性〉。  
<https://www.who.int/zh/news/item/21-09-2018-harmful-use-of-alcohol-kills-more-than-3-million-people-each-year--most-of-them-men>
- 吉爾伯特（2016）：《解決關係焦慮：Bowen 家庭系統理論的理想關係藍圖》（田育慈、江文賢譯）。張老師文化。（原著出版年：1992）

- 吉爾伯特 (2013) : 《Bowen 家庭系統理論之八大概念：一種思考個人與團體的新方式》 (江文賢等人譯)。臺灣婚姻與家庭輔導學會。(原著出版年：2004)
- 宋耀廷、潘佩妤 (2010) : 〈混合研究在教育研究的應用〉。《教育科學研究期刊》，55(4)，97-130。
- 周于力、楊政議、曾雯琦、林彥如 (2008) : 〈運用認知行為治療於酒精依賴合併重度憂鬱症個案之護理經驗〉。《長庚護理》，19，129-139。  
[https://doi.org/10.6386/CGN.200803\\_19\(1\).0013](https://doi.org/10.6386/CGN.200803_19(1).0013)
- 林郁真、林東龍 (2024) : 〈男性酒駕累犯「酒癮者」的敘事分析〉。《矯政期刊》，13，155-186。[https://doi.org/10.6905/JC.202407\\_13\(2\).0005](https://doi.org/10.6905/JC.202407_13(2).0005)
- 林靜雯、陳蘇陳英 (2010) : 《「自我區分量表」中文版 (C-DSI) 之效度測量研究報告》。香港國際社會服務社。
- 林為慧 (2015) : 《沒救嗎：給幫助者的酒癮、毒癮康復指南》。無花果文教。
- 亞羅姆 (2001) : 《人際互動團體心理治療—住院病人模式》 (陳登義譯)。桂冠。(原著出版年 1983)
- 洪兆嘉 (2009) : 《從社會認知理論探討青少年的飲酒行為及相關因素》 (未出版博士論文)，國立臺灣大學。<https://doi.org/10.6342/NTU.2009.01547>
- 美國精神醫學學會 (2024) : 《DSM-5-TR 精神疾病診斷準則手冊》 (張富舜、陳泰宇、楊子清、羅羿凡、蔡楚蕙、李嵩濤、林奕萱、戴澄純、李方齡、鄒黃龍譯)。合記。(原著出版年：2022)
- 柯爾 (2020) : 《炸彈客，沒有那麼簡單。家族成員情緒失控釀災，包溫端出救火新概念》 (張美惠譯)。張老師文化。(原著出版年：2019)
- 柯慧貞 (計畫主持人) (2001) : 《酒癮的戒癮治療模式之探討：Naltrexone 與心理治療之結合》 (計畫編號：D0H90-TD-1180)。研究報告，行政院衛生署。  
<https://nckur.lib.ncku.edu.tw/bitstream/987654321/95716/1/7013600203007.pdf>

酒駕防制教育及酒癮治療實施管理辦法（2024年2月21日）。

<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?PCODE=K0040075>

高淑清（2008）：《質性研究的18堂課：揚帆再訪之旅》。麗文文化。

郭文正（2012）：《藥癮者社會支持、壓力知覺與戒癮改變階段之模式建構》（未出版博士論文），國立臺灣師範大學。

郭文正（2022）：〈戒治時期藥癮者戒癮改變動機之影響因素探討〉。《矯正期刊》，11，3-30。[https://doi.org/10.6905/JC.202207\\_11\(2\).0001](https://doi.org/10.6905/JC.202207_11(2).0001)

康復之友（2019）：《十二步驟的療癒力：擺脫成癮，啟動轉化》（丁耕原、張富美、葉俞均、羅時揚譯）。心靈工坊文化。（原著出版年1995）

張春興（2013）：《現代心理學：現代人研究自身問題的科學（重修版）》。臺灣東華。

黃力剛、董至偉（2016）：〈酒癮與戒斷症候群〉。《家庭醫學及基層醫療》，31，335-342。

道路交通安全規則（2024年9月30日）。

<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=K0040013>

道路交通管理處罰條例（2025年5月28日）。

<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=K0040012&kw=%e9%81%93%e8%b7%af%e4%ba%a4%e9%80%9a%e7%ae%a1%e7%90%86%e8%99%95%e7%bd%b0%e6%a2%9d%e4%be%8b>

莎拉維茲（2018）：《成癮與大腦》（鄭谷苑譯）。遠流。（原著出版年：2016）

麥特（2020）：《癮，駛往地獄的列車，該如何跳下？》（高子璽譯）。新自然主義。（原著出版年：2010）

臺灣戒酒暨酒癮防治中心（2025年）：〈酒精成癮者指引手冊〉。

<https://www.mmh.org.tw/departmain3.php?id=244#ss796>

臺灣酒駕防制社會關懷協會（2024年1月31日）：〈『打擊酒駕 平安回家』警、醫共同防制酒駕年度宣導記者會〉。臺灣酒駕防制社會關懷協會。

<https://tadd.org.tw/news571.htm>

衛生福利部（2018年1月30日）：〈飲酒傷身，酒駕傷人 拒絕酒駕，安全回家〉。

<https://www.mohw.gov.tw/cp-16-39404-1.html>

衛生福利部國民健康署（2017）：《民國106年國民健康訪問調查》。

<https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=364&pid=13636>

衛生福利部保護服務司（2021）：《家庭暴力通報案件統計》。

<https://dep.mohw.gov.tw/DOPS/lp-1303-105-xCat-cat01.html>

衛生福利部保護服務司（2021）：《家庭暴力加害人處遇》。

<https://dep.mohw.gov.tw/DOPS/lp-1303-105-xCat-cat01.html>

蔡均棠、張淑菁（2011）：〈優勢觀點應用於團體心理治療之初探：以住院酒癮患者為例〉。《臨床心理學刊》，5，59-59。

[https://doi.org/10.6550/ACP.201106\\_5\(1\).0040](https://doi.org/10.6550/ACP.201106_5(1).0040)

鄭琪霖、張玉立、謝偉倫（2017）：〈淺談酒精使用疾患〉。《家庭醫學與基層醫療》，32，141-147。

鍾世明（2011）：〈酒癮心理治療－認知行為治療與動機式晤談法的結合：個案報告〉。《臨床心理學刊》，5，54-54。

[https://doi.org/10.6550/ACP.201106\\_5\(1\).0035](https://doi.org/10.6550/ACP.201106_5(1).0035)

鍾思嘉、龍長風（1984）：〈修訂情境特質焦慮量表之研究〉。《測驗學刊》，31，27-36。

Agrawal, A., & Lynskey, M. T. (2008). Are there genetic influences on addiction: Evidence from family, adoption and twin studies. *Addiction*, 103(7), 1069-1081.

<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02213.x>

Alcoholics Anonymous. (2025). *The start and growth of A.A.* General Service Office of Alcoholics Anonymous. <https://www.aa.org/the-start-and-growth-of-aa>

- Allsop, S., Saunders, B., Phillips, M., & Carr, A. (1997). A trial of relapse prevention with severely dependent male problem drinkers. *Addiction (Abingdon, England)*, *92*(1), 61–73.
- Anderson, P., De Bruijn, A., Angus, K., Gordon, R., & Hastings, G. (2009). Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: A systematic review of longitudinal studies. *Alcohol and Alcoholism*, *44*(3), 229–243.  
<https://doi.org/10.1093/alcalc/agn115>
- Anton, R. F., O'Malley, S. S., Ciraulo, D. A., Cisler, R. A., Couper, D., Donovan, D. M., Gastfriend, D. R., Hosking, J. D., Johnson, B. A., LoCastro, J. S., Longabaugh, R., Mason, B. J., Mattson, M. E., Miller, W. R., Pettinati, H. M., Randall, C. L., Swift, R., Weiss, R. D., Williams, L. D., & Zweben, A. (2006). Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: The COMBINE study: A randomized controlled trial. *JAMA*, *295*(17), 2003–2017.  
<https://doi.org/10.1001/jama.295.17.2003>
- Bischof, G., Iwen, J., Freyer-Adam, J., & Rumpf, H. J. (2016). Efficacy of the community reinforcement and family training for concerned significant others of treatment-refusing individuals with alcohol dependence: A randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, *163*, 179–185.  
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.04.015>
- Bolton, J. M., Robinson, J., & Sareen, J. (2009). Self-medication of mood disorders with alcohol and drugs in the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Affective Disorders*, *115*(3), 367–375.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.10.003>
- Borsari, B., & Carey, K. B. (2001). Peer influences on college drinking: A review of the research. *Journal of Substance Abuse*, *13*(4), 391–424.  
[https://doi.org/10.1016/s0899-3289\(01\)00098-0](https://doi.org/10.1016/s0899-3289(01)00098-0)

- Borsari, B., & Carey, K. B. (2006). How the quality of peer relationships influences college alcohol use. *Drug and Alcohol Review, 25*(4), 361–370.  
<https://doi.org/10.1080/09595230600741339>
- Bowen, M. (1974). Alcoholism as viewed through family system theory and family psychotherapy. *Annals of New York Academy of Sciences, 233*(1), 115–122  
<https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1974.tb40288.x>
- Brady, K. T., & Back, S. E. (2012). Childhood trauma, posttraumatic stress disorder, and alcohol dependence. *Alcohol Research : Current Reviews, 34*(4), 408–413.
- Brady, K. T., Killeen, T. K., Brewerton, T., & Lucerini, S. (2000). Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry, 61*(Suppl 7), 22–32.
- Braun, V., Clarke, V., Hayfield, N., & Gareth, T. (2019). Thematic analysis. In P. Liamputtong Editor (Ed.), *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences*. (pp.844–857). Springer Nature Singapore.
- Braun, V., & Clarke, V. (2023). Toward good practice in thematic analysis : Avoiding common problems and be(com)ing a knowing researcher. *International Journal of Transgender Healthcare, 24*(1), 1–6.  
<https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2129597>
- Brown, S. A., McGue, M., Maggs, J., Schulenberg, J., Hingson, R., Swartzwelder, S., Martin, C., Chung, T., Tapert, S. F., Sher, K., Winters, K. C., Lowman, C., & Murphy, S. (2008). A developmental perspective on alcohol and youths 16 to 20 years of age. *Pediatrics, 121*, S290–S310.  
<https://doi.org/10.1542/peds.2007-2243D>
- Burlingame, G. M., McClendon, D. T., & Yang, C. (2018). Cohesion in group therapy: A meta-analysis. *Psychotherapy, 55*(4), 384-398.  
<https://doi.org/10.1037/pst0000173>

- Calatrava, M., Martins, M. V., Schweer-Collins, M., Duch-Ceballos, C., & Rodríguez-González, M. (2022). Differentiation of self: A scoping review of Bowen family systems theory's core construct. *Clinical Psychology Review, 91*, Article 102101. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102101>
- Chang, S. H. (2018). Testing a model of codependency for college students in Taiwan based on Bowen's concept of differentiation. *International Journal of Psychology, 53*(2), 107–116. <https://doi.org/10.1002/ijop.12271>
- Chen, C. H., Chen, W. J., & Cheng, A. T. (2004). Prevalence and identification of alcohol use disorders among nonpsychiatric inpatients in one general hospital. *General Hospital Psychiatry, 26*(3), 219–225. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2004.01.001>
- Cohen, S. M., Alexander, R. S., & Holt, S. R. (2022). The spectrum of alcohol use: Epidemiology, diagnosis, and treatment. *The Medical Clinics of North America, 106*(1), 43–60. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2021.08.003>
- Connors, G. J., & Walitzer, K. S. (2001). Reducing alcohol consumption among heavily drinking women: Evaluating the contributions of life-skills training and booster sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(3), 447–456. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.69.3.447>
- Copello, A., Templeton, L., Orford, J., Velleman, R., Patel, A., Moore, L., MacLeod, J., & Godfrey, C. (2009). The relative efficacy of two levels of primary care intervention for family members affected by the addiction problem of a close relative: A randomized trial. *Addiction (Abingdon, England), 104*(1), 49–58. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02417.x>
- Crabbe, J. C. (2002). Genetic contributions to addiction. *Annual Review of Psychology, 53*, 435–462. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135142>

- Creswell, J. W., & Clark, P. V. (2007). *Designing and conducting mixed methods research*. SAGE Publications.
- Dal Cin, S., Worth, K. A., Gerrard, M., Gibbons, F. X., Stoolmiller, M., Wills, T. A., & Sargent, J. D. (2009). Watching and drinking: Expectancies, prototypes, and friends' alcohol use mediate the effect of exposure to alcohol use in movies on adolescent drinking. *Health Psychology, 28*(4), 473–483. <https://doi.org/10.1037/a0014777>
- Davis, D. I., Berenson, D., Steinglass, P., & Davis, S. (1974). The adaptive consequences of drinking. *Psychiatry, 37*(3), 209–215. <https://doi.org/10.1080/00332747.1974.11023803>
- DeWit, D. J., Adlaf, E. M., Offord, D. R., & Ogborne, A. C. (2000). Age at first alcohol use: A risk factor for the development of alcohol disorders. *The American Journal of Psychiatry, 157*(5), 745–750. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.5.745>
- DiClemente, C. C., & Hughes, S. O. (1990). Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse, 2*(2), 217–235. [https://doi.org/10.1016/s0899-3289\(05\)80057-4](https://doi.org/10.1016/s0899-3289(05)80057-4)
- DiClemente, C. C., Schlundt, D., & Gemmell, L. (2004). Readiness and stages of change in addiction treatment. *The American Journal on Addictions, 13*(2), 103–119. <https://doi.org/10.1080/10550490490435777>
- Dodes, L. M., & Khantzian, E. J. (2004). Individual psychodynamic psychotherapy. In R. H. Frances, S. I. Miller & A. H. Mack Editor (Eds.), *Clinical textbook of addictive disorders* (pp.457–459). Guilford Press.
- Donato, S., & Ray, L. A. (2023). Neurobiology and the treatment of alcohol use disorder: A Review of the evidence base. *Substance Abuse and Rehabilitation, 14*, 157–166. <https://doi.org/10.2147/SAR.S409943>

- Driessen, M., Schulte, S., Luedecke, C., Schaefer, I., Sutmann, F., Ohlmeier, M., Kemper, U., Koesters, G., Chodzinski, C., Schneider, U., Broese, T., Dette, C., Havemann-Reinecke, U., & TRAUMAB-Study Group (2008). Trauma and PTSD in patients with alcohol, drug, or dual dependence: A multi-center study. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 32(3), 481–488. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2007.00591.x>
- Enoch, M. A., & Goldman, D. (2001). The genetics of alcoholism and alcohol abuse. *Current Psychiatry Reports*, 3(2), 144–151. <https://doi.org/10.1007/s11920-001-0012-3>
- Epstein, E. E., McCrady, B. S., Hallgren, K. A., Gaba, A., Cook, S., Jensen, N., Hildebrandt, T., Holzhauer, C. G., & Litt, M. D. (2018). Individual versus group female-specific cognitive behavior therapy for alcohol use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 88, 27–43. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.02.003>
- Flores, P. J. (2001). Addiction as an attachment disorder: Implications for group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51(1), 63–81. <https://doi.org/10.1521/ijgp.51.1.63.49730>
- Gibney, E. R., & Nolan, C. M. (2010). Epigenetics and gene expression. *Heredity*, 105(1), 4–13. <https://doi.org/10.1038/hdy.2010.54>
- Gielen, N., Havermans, R. C., Tekelenburg, M., & Jansen, A. (2012). Prevalence of post-traumatic stress disorder among patients with substance use disorder: It is higher than clinicians think it is. *European Journal of Psychotraumatology*, 3, <https://doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.17734>
- Gilpin, N. W., & Koob, G. F. (2008). Neurobiology of alcohol dependence: Focus on motivational mechanisms. *Alcohol Research & Health*, 31(3), 185–195.

- Grant, B. F., & Dawson, D. A. (1997). Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: Results from the national longitudinal alcohol epidemiologic survey. *Journal of Substance Abuse, 9*, 103–110. [https://doi.org/10.1016/s0899-3289\(97\)90009-2](https://doi.org/10.1016/s0899-3289(97)90009-2)
- Grenard, J. L., Dent, C. W., & Stacy, A. W. (2013). Exposure to alcohol advertisements and teenage alcohol-related problems. *Pediatrics, 131*(2), 369–379. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-1480>
- Heffernan, K., Cloitre, M., Tardiff, K., Marzuk, P. M., Portera, L., & Leon, A. C. (2000). Childhood trauma as a correlate of lifetime opiate use in psychiatric patients. *Addictive Behaviors, 25*(5), 797–803. [https://doi.org/10.1016/s0306-4603\(00\)00066-6](https://doi.org/10.1016/s0306-4603(00)00066-6)
- Hingson, R. W., Heeren, T., & Winter, M. R. (2006). Age at drinking onset and alcohol dependence: Age at onset, duration, and severity. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 160*(7), 739–746. <https://doi.org/10.1001/archpedi.160.7.739>
- Hodge, C. W., Samson, H. H., & Chappelle, A. M. (1997). Alcohol self-administration: Further examination of the role of dopamine receptors in the nucleus accumbens. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 21*(6), 1083–1091. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.1997.tb04257.x>
- Imel, Z. E., Wampold, B. E., Miller, S. D., & Fleming, R. R. (2008). Distinctions without a difference: Direct comparisons of psychotherapies for alcohol use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors, 22*(4), 533–543. <https://doi.org/10.1037/a0013171>
- Janzen, C. (1978). Family treatment for alcoholism: A review. *Social Work, 23*(2), 135–141. <https://doi.org/10.1093/sw/23.2.135>

- Johnson, J. L., & Leff, M. (1999). Children of substance abusers: Overview of research findings. *Pediatrics*, *103*(5 Pt 2), 1085–1099.
- Kadden, R., Carroll, K., Donovan D., Cooney, N., Monti, P., Abrams, D., Litt M., & Hester, R. (2003). *Cognitive-behavioral coping skills therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence*. Department of health and human services publish health service national institutes of health.  
<https://www.niaaa.nih.gov/sites/default/files/match03.pdf>
- Kalivas, P. W., & Stewart, J. (1991). Dopamine transmission in the initiation and expression of drug- and stress-induced sensitization of motor activity. *Brain Research. Brain Research Reviews*, *16*(3), 223–244.  
[https://doi.org/10.1016/0165-0173\(91\)90007-u](https://doi.org/10.1016/0165-0173(91)90007-u)
- Karno, M. P., Beutler, L. E., & Harwood, T. M. (2002). Interactions between psychotherapy procedures and patient attributes that predict alcohol treatment effectiveness: A preliminary report. *Addictive Behaviors*, *27*(5), 779–797.  
[https://doi.org/10.1016/s0306-4603\(01\)00209-x](https://doi.org/10.1016/s0306-4603(01)00209-x)
- Kaskutas, L. A. (2009). Alcoholics anonymous effectiveness: Faith meets science. *Journal of Addictive Diseases*, *28*(2), 145–157.  
<https://doi.org/10.1080/10550880902772464>
- Kelly, J. F., Humphreys, K., & Ferri, M. (2020). Alcoholics anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *3*(3), CD012880.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD012880.pub2>
- Kendler, K. S., Bulik, C. M., Silberg, J., Hetttema, J. M., Myers, J., & Prescott, C. A. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: An epidemiological and cotwin control analysis. *Archives*

*of General Psychiatry*, 57(10), 953–959.

<https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.10.953>

Kerr, M. E., & Bowen, M. (1988). *Family evaluation: An approach based on Bowen theory*. W. W. Norton & Company.

Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *The American Journal of Psychiatry*, 142(11), 1259–1264. <https://doi.org/10.1176/ajp.142.11.1259>

Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231–244. <https://doi.org/10.3109/10673229709030550>

Khantzian, E. J. (2012). Reflections on treating addictive disorders: A psychodynamic perspective. *The American journal on addictions*, 21(3), 274–279.

<https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2012.00234.x>

Kiefer, F., Jahn, H., Otte, C., Naber, D., & Wiedemann, K. (2006).

Hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis activity: A target of pharmacological anticraving treatment? *Biological Psychiatry*, 60(1), 74–76.

<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.11.023>

Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: A neurocircuitry analysis. *The Lancet. Psychiatry*, 3(8), 760–773.

[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00104-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00104-8)

Koob, G. F. (2003). Alcoholism: Allostasis and beyond. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 27(2), 232–243.

<https://doi.org/10.1097/01.ALC.0000057122.36127.C2>

Kuenzler, A., & Beutler, L. E. (2003). Couple alcohol treatment benefits patients' partners. *Journal of Clinical Psychology*, 59(7), 791–806.

<https://doi.org/10.1002/jclp.10171>

- Kunitz, S. J., Levy, J. E., McCloskey, J., & Gabriel, K. R. (1998). Alcohol dependence and domestic violence as sequelae of abuse and conduct disorder in childhood. *Child Abuse & Neglect*, 22(11), 1079–1091.  
[https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(98\)00089-1](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(98)00089-1)
- Lam, C. M., & Chan-So, P. C. (2015). Validation of the Chinese version of Differentiation of Self Inventory (C-DSI). *Journal of Marital and Family Therapy*, 41(1), 86–101. <https://doi.org/10.1111/jmft.12031>
- Langeland, W., & Hartgers, C. (1998). Child sexual and physical abuse and alcoholism: A review. *Journal of Studies on Alcohol*, 59(3), 336–348.  
<https://doi.org/10.15288/jsa.1998.59.336>
- Levine, H. G. (1978). The discovery of addiction. Changing conceptions of habitual drunkenness in America. *Journal of Studies on Alcohol*, 39(1), 143–174.  
<https://doi.org/10.15288/jsa.1978.39.143>
- Leza, L., Siria, S., López-Goñi, J. J., & Fernández-Montalvo, J. (2021). Adverse childhood experiences (ACEs) and substance use disorder (SUD): A scoping review. *Drug and Alcohol Dependence*, 221, Article 108563.  
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108563>
- Litten, R. Z., Ryan, M. L., Falk, D. E., Reilly, M., Fertig, J. B., & Koob, G. F. (2015). Heterogeneity of alcohol use disorder: Understanding mechanisms to advance personalized treatment. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 39(4), 579–584. <https://doi.org/10.1111/acer.12669>
- Magill, M., Kiluk, B. D., McCrady, B. S., Tonigan, J. S., & Longabaugh, R. (2015). Active ingredients of treatment and client mechanisms of change in behavioral treatments for alcohol use disorders: Progress 10 years later. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 39(10), 1852–1862.  
<https://doi.org/10.1111/acer.12848>

- Maxwell, K. A. (2002). Friends: The role of peer influence across adolescent risk behaviors. *Journal of Youth and Adolescence*, *31*(4), 267–277.  
<https://doi.org/10.1023/A:1015493316865>
- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, *20*(3), 368–375. <https://doi.org/10.1037/h0090198>
- McCrary, B. S., Epstein, E. E., & Hirsch, L. S. (1999). Maintaining change after conjoint behavioral alcohol treatment for men: Outcomes at 6 months. *Addiction (Abingdon, England)*, *94*(9), 1381–1396.  
<https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1999.949138110.x>
- McCrary, B. S., Epstein, E. E., Cook, S., Jensen, N., & Hildebrandt, T. (2009). A randomized trial of individual and couple behavioral alcohol treatment for women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *77*(2), 243–256.  
<https://doi.org/10.1037/a0014686>
- McCrary, B. S., Owens, M. D., Borders, A. Z., & Brovko, J. M. (2014). Psychosocial approaches to alcohol use disorders since 1940: A review. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs Supplement*, *(17)*, 68–78.  
<https://doi.org/10.15288/jsads.2014.s17.68>
- McKnight, A. S. (1998). Family system with alcoholism: Case study. In P. Titelman Editor (Ed.), *Clinical applications of Bowen family system theory* (pp. 263–298). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315809717>
- Miller, W. R., Meyers, R. J., & Tonigan, J. S. (1999). Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: A comparison of three strategies for intervention through family members. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *67*(5), 688–697. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.67.5.688>

- Miller, W. R., & Wilbourne, P. L. (2002). Mesa grande: A methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*, *97*, 265–277.  
<https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00019.x>
- Mirijello, A., D'Angelo, C., Ferrulli, A., Vassallo, G., Antonelli, M., Caputo, F., Leggio, L., Gasbarrini, A., & Addolorato, G. (2015). Identification and management of alcohol withdrawal syndrome. *Drugs*, *75*(4), 353–365.  
<https://doi.org/10.1007/s40265-015-0358-1>
- Monti, P. M., Kadden, R. M., Rohsenow, D. J., Cooney, N. L., & Abrams, D. B. (2002). *Treating alcohol dependence: A coping skills training guide*. Guilford Press.
- Nowinski, J., M.A., S., & Carroll, K. (1994). *Twelve step facilitation therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence*. Department of health and human services publish health service national institutes of health.  
<https://www.niaaa.nih.gov/sites/default/files/match01.pdf>
- Mulford, H. A. (1979). Treating alcoholism versus accelerating the natural recovery process; a cost-benefit comparison. *Journal of Studies on Alcohol*, *40*(5), 505–513. <https://doi.org/10.15288/jsa.1979.40.505>
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2025, February). *Treatments of alcohol problems: Finding and getting help*. NIAAA.  
<https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/treatment-alcohol-problems-finding-and-getting-help>
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2023, January 23). *Short takes with NIAAA : What are the treatment options for alcohol use disorder?* [Viedo]. NIAAA.

<https://www.niaaa.nih.gov/news-events/videos/short-takes/short-takes-with-niaaa-what-are-treatment-options-alcohol-use-disorder>

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2025, January). *Understanding alcohol use disorder*. NIAAA.

<https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/understanding-alcohol-use-disorder>

Nikmanesh, Z., Baluchi, M. H., & Motlagh, A. A. P. (2017). The role of self-efficacy beliefs and social support on prediction of addiction relapse. *Int J High Risk Behave Addict*, 6(1), e21209. <https://doi.org/10.5812/ijhrba.21209>

O'Farrell, T. J., & Fals-Stewart, W. (2000). Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(1), 51–54.

[https://doi.org/10.1016/s0740-5472\(99\)00026-4](https://doi.org/10.1016/s0740-5472(99)00026-4)

O'Farrell, T. J., Cuter, H. S.G., Choquette K. A., Floyd F. J., & Bayog, Rogelio. D. (1992). Behavioral marital therapy for male alcoholics: Marital and drinking adjustment during the two years after treatment. *Behavior Therapy*, 23(4), 529–549. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80220-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80220-5)

O'Farrell, T. J., Murphy, M., Alter, J., & Fals-Stewart, W. (2010). Behavioral family counseling for substance abuse: A treatment development pilot study. *Addictive Behaviors*, 35(1), 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.07.003>

O'Farrell, T. J., Schumm, J. A., Dunlap, L. J., Murphy, M. M., & Muchowski, P. (2016). A randomized clinical trial of group versus standard behavioral couples therapy plus individually based treatment for patients with alcohol dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(6), 497–510.

<https://doi.org/10.1037/ccp0000089>

- Olds, J., & Milner, P. (1954). Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brain. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 47(6), 419-427. <https://doi.org/10.1037/h0058775>
- Orchowski, L. M., & Johnson, J. E. (2012). Efficacy of group treatments for alcohol use disorders: A review. *Current Drug Abuse Reviews*, 5(2), 148-157. <https://doi.org/10.2174/1874473711205020148>
- Peng, W., Zhang, H., Yang, J., Wang, J., Kang, J., Zhu, R., Pan, W., & Xu, B. (2022). Group cognitive behavioral therapy as an effective approach for patients with alcohol dependence: A perspective study. *Medicine*, 101(36), e30459. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000030459>
- Powers, M. B., Vedel, E., & Emmelkamp, P. M. (2008). Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28(6), 952-962. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.02.002>
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(3), 276-288. <https://doi.org/10.1037/h0088437>
- Pulvirenti, L., & Diana, M. (2001). Drug dependence as a disorder of neural plasticity: Focus on dopamine and glutamate. *Reviews in the Neurosciences*, 12(2), 141-158. <https://doi.org/10.1515/revneuro.2001.12.2.141>
- Rassnick, S., Pulvirenti, L., & Koob, G. F. (1992). Oral ethanol self-administration in rats is reduced by the administration of dopamine and glutamate receptor antagonists into the nucleus accumbens. *Psychopharmacology*, 109(1-2), 92-98. <https://doi.org/10.1007/BF02245485>
- Reilly, P. M., Sees, K. L., Shopshire, M. S., Hall, S. M., Delucchi, K. L., Tusel, D. J., Banys, P., Clark, H. W., & Piotrowski, N. A. (1995). Self-efficacy and illicit

opioid use in a 180-day methadone detoxification treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(1), 158–162.

<https://doi.org/10.1037//0022-006x.63.1.158>

Robinson, J., Sareen, J., Cox, B. J., & Bolton, J. (2009). Self-medication of anxiety disorders with alcohol and drugs: Results from a nationally representative sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(1), 38–45.

<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.03.013>

Rohrbaugh, M., Shoham, V., Spungen, C., & Steinglass, P. (1995). *Family systems therapy in practice: A systemic couples therapy for problem drinking*. In Bongar B.M., & Beutler L.E. Editor (Eds.), *Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice* (pp. 228–253). Oxford University Press.

Roberts, A. J., McDonald, J. S., Heyser, C. J., Kieffer, B. L., Matthes, H. W., Koob, G. F., & Gold, L. H. (2000). Mu-Opioid receptor knockout mice do not self-administer alcohol. *The Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 293(3), 1002–1008.

Roberts, A. J., & Koob, G. F. (1997). The neurobiology of addiction: An overview. *Alcohol Health and Research World*, 21(2), 101–106.

Rychtarik, R. G., Prue, D. M., Rapp, S. R., & King, A. C. (1992). Self-efficacy, aftercare and relapse in a treatment program for alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 53(5), 435–440. <https://doi.org/10.15288/jsa.1992.53.435>

Shedler, J., & Block, J. (1990). Adolescent drug use and psychological health. A longitudinal inquiry. *The American Psychologist*, 45(5), 612–630.

<https://doi.org/10.1037//0003-066x.45.5.612>

Sinha, R. (2008). Chronic stress, drug use, and vulnerability to addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1141, 105–130.

<https://doi.org/10.1196/annals.1441.030>

- Sisson, R. W., & Azrin, N. H. (1986). Family-member involvement to initiate and promote treatment of problem drinkers. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 17(1), 15–21.  
[https://doi.org/10.1016/0005-7916\(86\)90005-4](https://doi.org/10.1016/0005-7916(86)90005-4)
- Skinner, M. D., Lahmek, P., Pham, H., & Aubin, H. J. (2014). Disulfiram efficacy in the treatment of alcohol dependence: A meta-analysis. *PloS One*, 9(2), Article 87366. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0087366>
- Skowron, E. A., & Schmitt, T. A. (2003). Assessing interpersonal fusion: Reliability and validity of a new DSI fusion with others subscale. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(2), 209–222.  
<https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2003.tb01201.x>
- Slesnick, N., & Zhang, J. (2016). Family systems therapy for substance-using mothers and their 8- to 16-year-old children. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 30(6), 619–629.  
<https://doi.org/10.1037/adb0000199>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *STAI manual for the Stait-Trait Anxiety Inventory (“self-evaluation questionnaire”)*. Consulting Psychologists Press.
- Steinglass, P. (1976). Experimenting with family treatment approaches to alcoholism, 1950—1975 : A review. *Family Process*, 15(1), 97–123.  
<https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1976.00097.x>
- Stephens, M. A., & Wand, G. (2012). Stress and the HPA axis: Role of glucocorticoids in alcohol dependence. *Alcohol Research : Current Reviews*, 34(4), 468–483.
- Stoltz, J. A., Shannon, K., Kerr, T., Zhang, R., Montaner, J. S., & Wood, E. (2007). Associations between childhood maltreatment and sex work in a cohort of

drug-using youth. *Social Science & Medicine*, 65(6), 1214–1221.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.05.005>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2015, September).

*Substance abuse treatment: Group therapy quick guide.*

<https://library.samhsa.gov/sites/default/files/sma15-4024.pdf>

Thorberg, F. A., & Lyvers, M. (2006). Attachment in relation to affect regulation and interpersonal functioning among substance use disorder inpatients. *Addictive Behaviors*, 31(4), 728–739. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.05.050>

Tsai, M. C., Tsai, Y. F., Chen, C. Y., & Liu, C. Y. (2005). Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Establishment of cut-off scores in a hospitalized chinese population. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 29(1), 53–57. <https://doi.org/10.1097/01.alc.0000151986.96710.e0>

Walitzer, K. S., & Connors, G. J. (2007). Thirty-month follow-up of drinking moderation training for women: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(3), 501–507.

<https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.3.501>

Walitzer, K. S., & Dermen, K. H. (2004). Alcohol-focused spouse involvement and behavioral couples therapy: Evaluation of enhancements to drinking reduction treatment for male problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 944–955. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.6.944>

Wendt, D. C., & Gone, J. P. (2017). Group therapy for substance use disorders: A survey of clinician practices. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 12(4), 243–259. <https://doi.org/10.1080/1556035X.2017.1348280>

Witkiewitz, K., Litten, R. Z., & Leggio, L. (2019). Advances in the science and treatment of alcohol use disorder. *Science Advances*, 5(9), article eaax4043.

<https://doi.org/10.1126/sciadv.aax4043>

Witkiewitz, K., & Marlatt, A. (2011). Behavioral therapy across the spectrum. *Alcohol Research and Health*, 33(4), 313–319.

World Health Organization. (2013). *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable disease 2013–2020*.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>

World Health Organization. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>

Yang, W., Singla, R., Maheshwari, O., Fontaine, C. J., & Gil-Mohapel, J. (2022).

Alcohol use disorder: Neurobiology and therapeutics. *Biomedicines*, 10(5),

Article 1192. <https://doi.org/10.3390/biomedicines10051192>





## 附錄

附錄 1 以收容人為研究對象之研究倫理自律審查評估表

第二部分學者專家審查意見資料	
審查項目	審查意見
壹、研究計畫、過程或成果發表方面	
一. 該研究是否屬於有損健康之醫學（科學）實驗。	<input checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，說明_____。
二. 涉及個人資料保護法相關規定，已有合法妥適之研究設計及資料分析方法。	<input checked="" type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合，說明_____。
三. 研究計畫資料檢附： 1. 研究計畫書。 2. 受測(訪)者同意書。 3. 受測者問卷或訪談重點摘要。	<input checked="" type="checkbox"/> 完整 <input type="checkbox"/> 不完整，說明_____。
四. 受試(訪)者同意書： 1. 明確載明研究單位、研究者姓名及聯絡電話。 2. 明確載明受試(訪)者權益。 3. 明確載明受試(訪)者隱私和個人資訊安全保護措施。 4. 明確載明受試(訪)者施測中可能產生危害說明。 5. 明確載明受試(訪)者有權在任何理由情況可隨時要求終止參與是項研究案。	<input checked="" type="checkbox"/> 明確 <input type="checkbox"/> 不明確，說明_____。
五. 研究計畫之研究方法、過程及成果發表皆有完整倫理評估及措施，對於受測(訪)者之隱私和個人資訊有充分不可辨識之資訊保障。	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，說明_____。
六. 研究計畫之研究方法、過程或結果有完整評估及措施，對於受測(訪)試者無直接或間接的危害性。	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，說明_____。
七. 研究計畫所蒐集之錄音、錄影、影像資料或個人資料等已有完整資料保密措施。	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，說明_____。
八. 研究計畫對受試(訪)者之安全及權益皆符合研究倫理之要求。	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，說明_____。

## 附錄 2 研究團體知會同意書

### Bowen 家庭心理治療之飲酒減量研究團體暨研究知會同意書

本研究目的主要為運用 Bowen 家庭系統理論和治療方式於酒癮者治療團體，探討此酒癮治療團體改善酒癮者控制情緒反應、改善伴侶關係與飲酒問題的成效。酒癮成因複雜橫跨生理、心理及社會環境三大面向，除了透過藥物治療、住院治療協助生理戒癮，心癮戒除亦是相當重要的一環。

美國精神科醫師 Murry Bowen(1913-1990) 在其臨床實務和研究中發展了家庭情緒系統理論和治療方式，其認為個人身心症狀(包括酒癮問題)與家庭情緒系統和功能有關，亦即家庭間每位成員的一言一行都牽動著彼此的情緒，當家庭系統出現壓力和緊張焦慮的情緒時，身為家庭一份子的您多少都會被影響到，而有因應焦慮的情緒反應和行為，而這些用來處理情緒的各種方式，也與原生家庭中所學習到的因應方式有關，並影響您與伴侶和其他家庭成員的相處互動模式與生活型態，同時也會導致各種問題，包含飲酒問題、身心健康和家庭關係等。

感謝您願意參與此研究團體，以下將向您詳細說明研究團體相關內容，保障您的權益。

國立台灣師範大學教育心理與輔導學系 副教授 張世華

在職碩士班 林昱堯 敬上

e-mail : [REDACTED] , 電話 [REDACTED]

#### ◆ 研究團體之主要納入與排除條件

##### 1. 研究對象

- (1) 研究參與者為已婚之異性戀伴侶。
- (2) 研究參與者單身，但有親密關係交往經驗意願探索家庭互動關係之異性戀者。
- (3) 研究參與者自陳有飲酒問題困擾，酒精使用疾患確認檢測量表(AUDIT)總分男性 $\geq 8$ 分，女性 $\geq 4$ 分。
- (4) 研究參與者不限男女性別。

2. 排除條件：排除認知障礙診斷、失現實感及人格疾患、嚴重酒精中毒及戒斷症狀者、因自殺行為或家暴行為正有衛政或社政單位介入服務者。

#### ◆ 研究方法、程序及研究參與者應配合事項

##### 1. 研究方法與程序：

本研究主要邀請酒精使用疾患確認檢測量表(AUDIT)總分男性 $\geq 8$ 分，女性 $\geq 4$ 分者，期望改善飲酒問題與家庭關係之個案參與此團體治療研究。

本團體研究預計招募8-10名成員暨研究參與者，治療團體將一週進行二次，每次2小時，共4週16小時。本團體研究正式進行前會向成員暨研究參與者說明治療團體和研究進行的方式，研究參與者於正式團體開始前及團體結束後皆須填寫有關焦慮程度、關係中自我分化程度及飲酒狀況等研究問卷，每次填寫問卷約20-30分鐘。此外，本研究於團體結束會再邀請研究參與者進行訪談，以了解研究參與者之經驗和看法。

2. 研究期間：西元2022年10月01日 至 西元2023年05月31日

3. 預計收案人數：8-10人

<p>4. 參與者需配合事項：</p> <p>您參與本治療團體暨研究無須付費。</p> <p>因研究分析需求，研究參與者同意於團體期間接受錄音，研究結束後相關研究資料將全部銷毀。</p> <p>5. 採集檢體說明：無</p>
<p>◆ 研究進行中研究參與者應配合之事項</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 為確保團體和研究參與者之福祉，成員需同意遵守團體保密以及承諾全程參與團體等規範，且不得於團體外與團體成員有私下聯絡行為。</li> <li>2. 研究期間不得有暴力及自傷行為，違者需配合研究主持人之評估接受必要治療、通報相關單位並退出研究計畫。</li> <li>3. 研究團體進行期間，如因不可抗之因素需調整團體進行方式(如：防疫規定)，則將在團體中討論替代之方式。</li> <li>4. 若需要請假，可在該團體日至少兩日前以簡訊、語音留言或電子郵件告知團體帶領者完成請假。若是因緊急狀況不克前往，亦可以電話、簡訊或電子郵件告知團體帶領者。</li> </ol>
<p>◆ 研究預計效應</p> <p>本團體研究預期能協助研究參與者認識自身面對伴侶與家庭關係焦慮的情緒反應，以及個人因應焦慮的關係模式和行為反應如何影響伴侶與家庭成員的互動關係和行為，藉此覺察並控制情緒反應和行為，進而改善伴侶關係與飲酒問題之其他選擇。</p>
<p>◆ 研究對象之權利與義務</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 參與研究的補助：無</li> <li>2. 研究參與者不需負擔任何與研究相關之費用。</li> <li>3. 如果您現在或於研究期間有任何問題或狀況，請不必客氣，可與林昱堯 社工師聯絡(E-mail：[REDACTED]、電話：[REDACTED])。</li> </ol>
<p>◆ 個人資料保護</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 研究過程中將會以錄音、量表施測取得研究參與者的相關資料，但除研究者、協同研究者、指導教授等相關人員以外，錄音檔、量表資料等相關文件均受到嚴格保管及保密，並於研究完成後銷毀，研究資料除作學位論文之用途，不另作他用。團體與訪談中的部分對話將引用以支持研究結果，唯任何足以辨識個人身分之資料皆會經過匿名處理，研究主持人及研究有關人員承諾絕不違反研究參與者身分之機密性。</li> <li>2. 研究結果即使發表，您的身分仍將保密。</li> </ol>
<p>◆ 研究同意之撤回</p> <p>您可自由決定是否參加本研究；研究過程中也可隨時撤回同意，退出研究，不需任何理由，以上情況皆不會引起任何不愉快或影響您的正當權益。研究主持人亦可能於必要時中止或終止此研究之進行。</p>
<p>◆ 可預見之風險及造成損害時之補救措施</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 可預見之風險： <p>本團體研究進行過程中，研究參與者可能會因為探索家庭關係和問題以及面對個人和關係互動模式改變時的焦慮或抗拒反應和行為，如家庭成員衝突、飲酒量增</p> </li> </ol>

加、情緒起伏等。

2. 造成損害時之補救處理措施：

- (1) 請研究參與者於研究期間留意飲酒量及情緒狀況，若過程中自身發現有情緒狀況不穩定或有其他內科問題，經由精神專科醫師及團體帶領者評估有住院治療介入必要時，則立即停止並退出研究團體配合醫師治療。
- (2) 若研究過程中知悉研究參與者出現施暴同住家人行為時，將於團體中了解研究參與者狀態及行為緣由，並討論及練習適切的因應方式。同時依照家庭暴力防治法第 50 條之規定由團體領導者通報社會局家庭暴力暨性侵害防治中心，提供專業資源協助。研究主持人、團體帶領者、北所心理師及社政社工需討論評估受試者繼續參與研究團體的適當性及必要措施。
- (3) 若研究過程中研究參與者被同住家人施暴，將於團體中了解研究參與者狀態及討論安全計畫，並由團體領導者依照家庭暴力防治法第 50 條之規定協助通報社會局家庭暴力暨性侵害防治中心，提供專業資源協助。研究主持人、團體帶領者、北所心理師及社政社工討論評估繼續參與研究團體的適當性及必要措施。
- (4) 若研究過程中知悉研究參與者出現自傷意念及自殺行為，將於團體中了解研究參與者狀態，並由團體領導者依照自殺防治法第 11 條之規定協助通報衛生主管機關，提供專業資源協助，並由研究主持人、團體帶領者及北所心理師討論評估繼續參與研究團體的適當性及必要措施。

◆ 個人資料之保存

您所提供之生物檢體、其衍生物或個人資料，保存負責人為林昱廷 社工師。聯絡方式有 E-Mail：[REDACTED]，電話：[REDACTED]

◆ 研究材料於研究結束後或保存期滿後之運用規劃

您所提供之研究材料將保存至本研究終止或結束，或繼續保存\_3\_年，之後即全部銷毀。

研究主持人或其研究人員已完整說明本研究之性質、研究方法與目的，可能產生的風險與利益，以及其他有關事項，而且已回答您有關本研究的相關問題，若您同意參加本研究，請您在本研究參與者同意書簽名。本同意書一式二份，在本研究執行前，會將已簽名之同意書副本交給您。

團體研究參與者簽名：\_\_\_\_\_

研究主持人簽名：\_\_\_\_\_

中華民國 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日

### 附錄 3 羅德島大學行為改變量表中文版 使用同意書

#### 授權同意書

茲同意 授權 國立臺灣師範大學 教育心理與輔導  
學系碩士班研究生 林昱廷 使用本人所編譯之「羅德  
島大學改變評估量表」(中文版)以從事學術研究。羅德島大  
學改變評估量表係翻譯自 Carlo C. DiClemente 之「University  
of Rhode Island Change Assessment, URICA」。

本人同意 林昱廷 得於非商業用途及學術研究之目的  
下使用本問卷，並得以各種方法重製。

原量表之使用同意權不在此授權中。

請求授權者：林昱廷

授權者(簽章)：郭文正

中華民國114年 3月10日

## 附錄 4 個別訪談大綱

1. 您覺得參加這個團體，對您的家庭關係有何幫助？
2. 參加團體後，在您與伴侶的關係互動上有何改變？
3. 參加團體後，您對自己的飲酒行為，有哪些不同的看法？
4. 參加團體後，您對於飲酒在您與家庭的互動上扮演何種功能？
5. 參加團體後，您覺得您對您個人與家庭關係有哪些幫助？
6. 您對於此團體的看法為何？團體內容或進行方式是否有不足，或是可以改變的地方？
7. 對日後進行此團體的建議？

