藥癮媽媽與毒寶寶：家庭中心式處遇服務的理念與反思

張琪*

* 東海大學社會工作學系博士生。通訊地址：台北市文山區木柵路二段 18 號。電子信箱：chi0920@gmail.com。連絡電話：0971-815-920。

收稿日期：113 年 1 月 20 日；同意刊登日期：113 年 6 月 17 日。

摘要

「毒寶寶」是指藥癮媽媽所懷之胎兒及生產後的幼兒。毒寶寶從懷孕前期、懷孕期間、生產前後、後續發展的各個階段，在身心發展上都會出現複雜問題，更重要的是毒寶寶的人權是身為社工所不能漠視的議題。

實務上，女性藥癮者透過懷孕逃避刑期，產下的毒寶寶多被安置。藥癮媽媽能否成為照顧者，發展出適合的處遇方法。透過爬梳理念與理論框架，期能印證實務工作。

介紹美國對女性藥癮者與毒寶寶家庭處遇的模式，並嘗試梳理比較台灣桃園地區的工作，期能呈現目前服務樣貌的異同。藥癮媽媽與毒寶寶家庭中心式處遇服務的可能性。

身為社工，關心藥癮媽媽與毒寶寶的權益，期待透過反思，回應家庭中心式的處遇服務是否為可行的方法，在服務過程中各單位串接成為鏈結，是重要關鍵。

關鍵字詞：毒寶寶(Infants or babies born exposed to drugs)、家庭中心式處遇、藥癮媽媽

Mothers with drug addiction and their babies-The concept and reflection of family-centered treatment

作者英文名

Abstract

" Infants or babies born exposed to drugs " refer to fetuses and young children were born from mothers with drugs addition. They will have complex problems in their physical and mental development from the early stage of pregnancy, during pregnancy, before and after delivery, and in subsequent development. Furthermore，the human rights of those Infants or babies are the most important issue that social workers cannot ignore.

In practice, mothers with drug addiction evade prison terms by getting pregnant, and most of the Infants or babies are placed in residential care. Can those mothers with drug addiction become caregivers and develop appropriate treatment methods? By organizing documents through concepts and theoretical frameworks, we hope to confirm practical work.

This article introduces the American model of dealing with family - centered treatment for women(mothers) with drug addiction, and attempts to compare the work in Taoyuan, Taiwan, hoping to show the similarities and differences in the current service appearance. Possibility of family- centered treatment for mothers with drug addiction and their babies.

As a social worker, I care about the rights of those infants or babies, and hope to respond through reflection that family-centered treatment is a feasible method. In the service process, the connection of various units to form a link is an important key.

Keywords: Infants or babies born exposed to drugs , Family-centered treatment, Mothers with drug addiction

前言

美國成癮醫學學會在 2011 年定義「成癮」（Addiction）是大腦獎勵、動機、記憶力和相關迴路的一種慢性疾病（美國成癮醫學學會網站，2024）。美國《精神疾病診斷與統計手冊》第五版（DSM-V）在 2013 年出版，成癮重新定義為物質使用疾患（Substance Use Disorder，簡稱 SUD）（美國精神醫學會網站，2024），泛指包括菸、酒、非法藥物及造成「成癮」的各種物質。在美國藥物濫用和心理健康服務管理局網站（簡稱 SAMHSA）及國家藥物濫用研究所（簡稱 NIDA）使用 SUD 定義（美國藥物濫用和心理健康服務管理局網站，簡稱 SAMHSA，2024），Drug Addiction（藥物成癮）（NIDA 網站，2024）或 Drug Abuse（藥物濫用）（O'Brien, 2006; Carroll & Onken, 2005; Karch, 2019）等用法也同時被使用。在台灣，對於非單次性使用非法藥物，稱為藥癮（Drug Addiction），對於非單次使用非法藥物的人稱為藥癮者。女性藥癮者，正值生育年齡（20-39 歲）占全數的比率為 63.78%（法務部，2018），在此階段的女性藥癮者極有可能在未預期下懷孕、生產而衍生出現毒寶寶難以照顧的問題，此外，女性藥癮者還能透過懷孕五個月即可無須入監服刑的政策而產下「毒寶寶」以逃避服刑的狀況。此現象關係兒童權益、教養及未來發展等多重複雜的問題，需要以整體家庭系統的觀點介入，藥癮媽媽與毒寶寶家庭中心式處遇服務或可提供可行的模式。

一、 毒寶寶家庭有複雜的照顧議題

本篇所指藥癮媽媽，是指在育齡階段的女性，持續使用非法藥物（國內一般稱為毒品）而懷孕及生產。而「毒寶寶」意指藥癮媽媽所懷的胎兒及生產後的幼兒。截至目前為為止，並沒有具體統計數據可供參考，但其因涉及人權、教養與後續發展議題，是不容忽視的。更是以尊重所有人與生俱來的尊嚴和價值，且促進不可剝奪的權利為已任的社會工作者所不能見的。

毒寶寶從胎兒期透過胎盤吸收非法藥物而造成在發育過程中的傷害，除了使生產增加風險外，胎兒在離開母體後也會出現「戒斷症狀」增加照顧的風險與困難，高出一般小孩的 3.9 倍。此外，毒寶寶出生後伴隨的症狀包含四大類：包括中樞神經系統方面，像是異常的哭鬧、過度驚嚇反射、顫抖、 抽搐；腸胃系統方面，則呈現餵食狀況差、嘔吐、腹瀉；呼吸系統方面出現氣喘、呼吸抑制、發紺等現象；自主神經系統方面則有發燒、盜汗、打噴嚏、打哈欠等難以照顧的現象（莫澤儀，2019），長期的影響則包括發展遲緩、學習障礙、情緒躁動或憂鬱、過動或自閉症狀等現象（江明洲，2022）致使毒寶寶的照顧議題相當複雜。

毒寶寶之所以無法預防的部分原因是婦產科在懷孕婦女做定期檢查期間並不會發現是否有非法藥物的使用，而當女性藥癮者沉溺於非法藥物的同時，通常會因為忽略腹中胎兒健康、恐懼擔心

因為產檢被發現、擔心未來嬰兒的照顧議題、嬰兒未來的監護權…等諸多問題（Frazer et al., 2019）而逃避不做檢查，致使無法及時發現嬰幼兒已暴露在非法藥物環境中。儘管新北市於 2018 年提出「婦女藥物濫用醫療支持服務」計畫，是由個管員提供藥癮孕、產婦女所需醫療支持及關照，每一名婦女的醫療補助視需求最高可達 5 萬元。醫療服務包含避孕方式指導、避孕器及結紮生育保健、孕程產檢、產後母嬰醫療照護與傳染病防治等（新北市衛生局網站，2024）。近年來，在衛福部的推動下，在各個縣市均先後開辦藥癮孕產婦的服務方案，但仍需要這群藥癮媽媽能夠克服自身的障礙，才能夠使用相關服務。

除了出生時的戒斷症狀讓新生兒難於照護外，嬰幼兒後續成長過程中因使用藥物的不同而出現發展上的各樣照顧議題，包括因藥癮媽媽未能具備照顧幼兒成長相關知識與技能導致照顧上的風險、因使用藥物而出現照顧上的疏忽、成長中的幼兒遭受到虐待或暴力、不一致的養育方式都是在孩子成長過程中可能發生的問題（Werner et al., 2007）。而在成長過程中遭受虐待和忽視更增加一個人以後使用藥物的風險（Feely, 2021），在未來面臨可能出現世代複製的現象，身為媽媽的女性藥癮者在其中扮演關鍵性的角色，而毒寶寶在出生到成長過程中都會因為照顧議題可能面對安置或寄養家庭適應與離開母親等創傷經驗（Feely, 2021），都是亟待正視的問題。本篇嘗試以藥癮媽媽（女性藥癮者）與毒寶寶的視角，梳理毒寶寶的家庭議題。

二、　在實務工作上的困擾

（一）懷孕成為逃避服刑的工具

監察院在 2019 年啟動一調查，有女性藥癮者，為逃避入監服刑，15 年生下 10 個新生兒。因政策允許在監懷孕之女性藥癮者不需服刑。這些被釋放的女性藥癮者中，有高達 78.21%的比例回到原來熟悉的環境與親人中，更有 8.97%的比例是直接釋放，去向不明難以追蹤（監察院調查報告，2020）。女性藥癮者若回到用藥的環境，將不會顧及胎兒的健康；毒寶寶成為女性藥癮者逃避刑期的工具，而他們在成長歷程中需要面對的議題其實比想像中的更為嚴重。監察院在 2020 年公布調查報告指出，未來要確保女性藥癮者與兒童權利與福祉，以落實「兒童福利公約」（監察院調查報告，2020）。毒寶寶議題在監察院啟動調查並已做成報告回應，但對於政策與實務工作的幫助仍然有限。

（二）女性藥癮者更加隱藏的特性

根據 2023 年法務部統計資料顯示，因違反「毒品危害防治條例」而起訴之女性為 3,252 人（法務部全球資訊網站，2024）。另，透過法務部的快速分析年報中顯示，女性使用以第二級安非他命為最主要的藥物類型，占比為 64.6%，一級的海洛因占比為 25.3%（法務部全球資訊網站，2024）。在法務部性別統計分析數據中顯示的年齡分布情形，以育齡女性年齡區間 20-50 歲間的分布情形為：使用第一級海洛因有 97.3%落在此區間（分別為 20-30 歲 28%、30-40 歲 53%、40-50 歲 16.5%）。使用第二級安非他命有 93.7%（分別為 20-30 歲女 34.2%、30-40 歲 42.8%、40-50 歲 16.7%）。換言之，2023 年進入司法系統被起訴在案之女性藥癮者逾 3,200 人，而其中有 90%以上的占比是在育齡階段的女性。另，還有經檢察官裁定緩起訴而進入醫療或社區多元處遇的女性藥癮者，依據 2023 年地檢署緩起訴統計資料顯示，2023 年新裁定緩起訴處分有 40,938 人（行政院全球資訊網，2024），其中以 15%為毒品案件計算，在毒品案件中之 17%為女性藥癮者（法務部全球資訊網站，2024），在比例換算下也逾千人。

至於有更多隱藏在社區裡的女性藥癮者，她們尚未進入司法或檢察系統進行緩起訴處分，有所謂黑數的問題，實際使用非法藥物的女性可能是呈現數據的數倍之多（呂淑妤，2008）。當她們沉溺用藥狀態下，人際網絡僅侷限於共同使用藥物的人，且為躲避不讓人發現而常搬家遷徙或更換聯絡方式的特性，致使連家人都難以尋找。她們更可能因沒有一技之長而以身體換取非法藥物的行徑而出現在未預期下懷孕而產下毒寶寶的問題。

（三）服務觸及層面多元複雜

藥癮媽媽與毒寶寶家庭的問題是多元且複雜的。從女性藥癮者懷孕開始，對於是否向任何人披露她們在懷孕期間使用非法藥物的情況，存在著明顯的緊張關係，包括在懷孕期間使用非法藥物的原因和方式是基於害怕、羞恥、內疚與被人判斷（Paris et al., 2020），所以她們多半是保密與迴避的態度面對懷孕，致使無法及時發現毒寶寶的問題。另外從文獻也發現，大多數婦女認為她們的孩子以及作為媽媽和照顧者的責任是接受服務的重要動力（Adams et al., 2021），但同時身為媽媽的身份也是接受服務的障礙，因為她們擔心因披露藥物使用情況而失去孩子的監護權，而且少有藥癮安置單位提供藥癮媽媽和孩子共同居住（Frazer et al., 2019）。

實務工作的經驗與文獻發現結果相符。藥癮媽媽多在非預期情況下懷孕，且懷孕期間用藥導致不願產檢的迴避狀況，對於孩子出生後也沒有具體的養育知能或規劃，讓孩子極有可能在出生後就被安置到機構。另藥癮媽媽以懷孕為規避司法處遇的方法，孩子成為工具與犧牲品，均是實務工作中的現象。而毒寶寶出生後的照顧相較於一般嬰幼兒更顯困難，出現戒斷症狀包括情緒躁動、身體也因為可能早產出現體重不足、腸胃系統不好、溢奶、嘔吐等狀況（大愛電視台網站，2024）。中長期的影響則包括毒寶寶未來可能出現發展遲緩、後續在成長過程中身心發展及教育的各種議題，

每一個環節都需要不同領域的專業共同介入服務。除了安置機構、寄養家庭到收養家庭外，藥癮媽媽在過程中是否有可能被賦能成為一個照顧者，擔負起母職的責任。是否有共通運用的理論架構，能否歸納出適切的整合式的處遇模式是值得社會工作者關注的。

（四）服務斷裂下的藥癮媽媽與毒寶寶

女性藥癮者在懷孕的整個過程出現恐懼的理由，還有一個重要的議題是在社會期望所產生的羞恥內化所造成的情緒而迴避服務（Choi et al., 2022）。在過程中，處遇可能的路徑包括醫療機構、社會服務機構、刑事司法機構、社區組織和她們的雇主，在這些單位中所遇到的工作人員成為服務能否持續的促進或阻礙因素（Choi et al., 2022）。除了接受戒癮的治療或處遇外，藥癮媽媽還需要重新建構保護的社會支持網絡、親職教育等相關的服務，目前還沒有整合式的服務，當藥癮媽媽因擔心而拒絕服務時，更是難以持續推展。

毒寶寶的安置處遇多透過社會局轉介至特定機構，機構專門照顧嬰幼兒並不會與藥癮媽媽或毒寶寶家庭做任何聯繫。毒寶寶進入寄養家庭也有相同的經歷，而兩年之後又需要重新適應新的家庭或可能回到藥癮媽媽身邊重新適應，對於毒寶寶的照顧與成長，確實不容易。

三、　本文目的：比較美國 SAMHSA 與台灣經驗

台灣在藥癮工作方法上多借鏡 SAMHSA（Substance Abuse and Mental Health Services Administration 之簡稱，美國藥物濫用和心理健康服務管理局）、NIDA（National Institute on Drug Abuse 之簡稱，國家藥物濫用研究所）的實證研究，SAMHSA 針對女性藥癮者家庭中心式處遇已發展完整的服務框架，本文嘗試梳理其架構、理論、制度和實務操作，以批判性的引介美國 SAMHSA 模式。同時本篇試從桃園地區實務經驗作為對比。希望從中找到可行的方法。以回應毒寶寶的基本人權、教養與後續發展議題，是工作者最關心的。

壹、　家庭中心事處籲服務的理念

一、　家庭中心式處遇的理念

Laird 等學者（1995）指出，以家庭為中心的模型是「讓人們在家庭的脈絡與當前的親密關係網絡下被最佳地瞭解與協助。」（Laird et al., 1995）。避免各服務單位只看到個人問題，而忽略個人問題是多面向、多成因的，其中家庭的問題、教養與支持能力，往往是決定個人問題之所以無法解

決的關鍵（林萬億，2021）。家庭中心式處遇（Family- centered）服務在社會工作的歷史上發展，最初使用在早期介入之兒童照護（李曼曲，2016）或身心障礙的領域（陳秀倩、蔡佳玲，2003；鄭茹謙、朱思穎，2021），其目的是提供家庭支持與強化家庭功能（Bemister et al., 2014），相關的研究多集中在兒少及護理專業領域（邱啟潤、王秀紅，2004；徐宜瑩，2012）。在 Epley 等學者在 2010 年的一篇「家庭中心式服務的特徵與趨勢概念化」文獻中定義，自社會工作、健康護理與教育等相關學科領域中嘗試從 120 多篇評議文章中的 28 個定義內容分析得出：模式以協作方式組織協調，根據家庭需求與優勢，以整體家庭為評估與干預的焦點（Epley et al., 2010）。

二、 家庭中心式處遇的運用

家庭中心式處遇服務逐漸運用在各個領域。在非法藥物成癮的領域中，運用在藥物成癮領域，自家庭支持起始，國內外文獻均指向藥癮者家庭系統愈完整、家庭功能愈健全、家庭支持程度愈高者，其投入戒癮治療處遇意願的動機也就愈強；相關研究也同樣支持家庭系統的重要性（蔡震邦、鍾孟惠.，2019）。而針對藥癮媽媽與毒寶寶家庭，從懷孕生產到教養與未來成長需要跨領域、以家庭中心式處遇以整合服務，在國內仍在起步的階段。

貳、 家庭中心式處遇服務的政策比較

國內外針對成癮相關處遇方式，從過去以監禁矯治進展至醫療戒癮的觀點，並逐步拓展至今以「生理－心理－社會的整合模式」。試就相關政策進行闡述。

一、 美國的「家庭毒品法庭」（Family Drug Courts）政策

美國的毒品法庭誕生於 1989 年佛羅里達州的邁阿密，隨後逐步演變為一個由聯邦司法部提供財政支持的遍及各州的項目。現為全美各州均設立毒品法庭（劉仁文，2011），為因應家庭整體的需要推動發展「家庭毒品法庭」，關注家中兒童的福利福祉，近年來在美國各地實施。依據研究指出，家庭毒品法庭被視為最有前景的干預措施之一，強化家庭毒品法庭的實施和拓展，並強調為兒童福利系統中藥物成癮的照顧者提供服務（Zhang et al., 2019）。「家庭毒品法庭」為主要推動以家庭中心式處遇，並結合兒童局的相關各項服務，串接鏈結形成整體服務。

二、　台灣目前的政策

在台灣並沒有設立毒品法庭。近年來，隨者法令的修訂，除了司法、公衛醫療的投入外，開始關心藥癮者如何能夠在社區中健康生活，從以個人為中心的服務，拓展至社區及家庭，其中包括家庭支持系統的修復或建立等服務，並將藥癮者相關服務納入社會安全網系統，包括在各縣市政府的衛生局、毒防中心、社會局的兒少科與救助科及民間單位。在社會安全網體系下，並沒有如美國有所謂的主責單位，雖以家庭為中心為名，但對應到實際服務上呈現無法串接，服務在不斷轉介之下出現斷裂。雖已開始逐漸重視藥癮媽媽與毒寶寶服務與處遇的議題，但處遇仍以安置為主，家庭中心式處遇仍停留在政策討論階段。

相較於美國的政策在家庭毒品法庭之下，推動以家庭中心式的處遇模式，台灣並沒有設置家庭毒品法庭，家庭中心式處遇模式在沒有主責單位進行串接的工作，在推動上較為困難。

參、 家庭中心式處遇服務的理論框架

根據 SAMHSA 針對女性藥癮者家庭中心式處遇所發展的完整服務框架與理論，反思實務工作中所運用的理論，嘗試整理如下：

一、　美國 SAMHSA 的理論架構與處遇原則

藥癮媽媽與毒寶寶家庭所運用的理論架構，參考美國 SAMHSA 的處遇原則，是在各階段交互使用可成為實務運用的原則與理論。

在 SAMHSA 的文獻《Family-centered Treatment for Woman With Substance Use Disorders: History, Key Elements and Challenges》在 P.12-13 指出家庭中心式處遇的基礎與原則，是一種獨特的服務模式。

> ……家庭中心式的處遇是全面的……，處遇側重在健康的依附和父母、孩子間的關係，以及女性與他人的關係，……服務的目標、干預、頻率……因家庭成員的優勢與需求而異。
>
> ……服務是必須具備性別與文化敏感度的……，維持創傷知情和創傷敏感度的服務與處遇環境至關重要。處遇也必須支持建立健康的家庭系統。……

在 p.33 指出

> ……維持創傷知情環境以及創傷服務，是家庭中心式處遇計畫的關鍵特徵，大多數的女性藥

癮者在孩提時都經歷過身體、性、語言與情感虐待……，他們自己的孩子也可能經歷會引發不利康復的創傷反應。……

在 SAMHSA 的工作方法，家庭中心式處遇的原則（圖 1），是側重在健康的依附和父母、孩子間的關係，特別處理女性在關係上的議題（Werner et al., 2007），也必須具備性別與文化敏感度，維繫創傷知情和創傷敏感度的服務。處遇也支持建立健康的家庭系統。依此為家庭中心式的處遇服務與針對女性藥癮者服務所運用的相關理論。

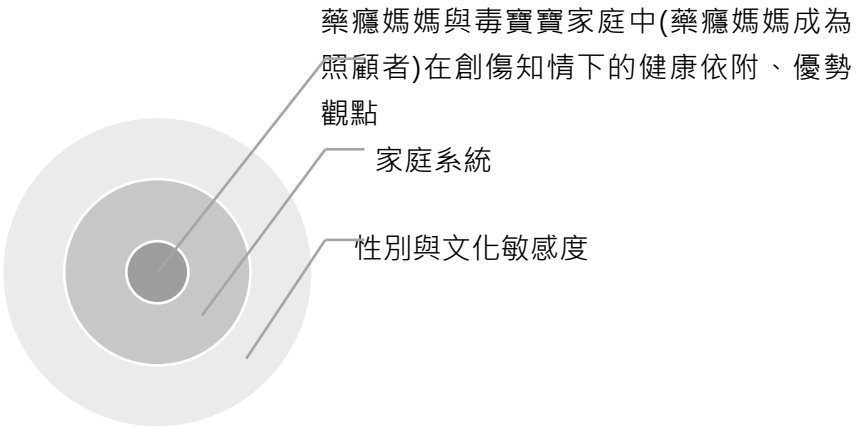


圖 1 SAMHSA 家庭中心式處遇模型（資料來源：作者整理繪製）

二、 反思運用在實務工作中

藥癮媽媽自身的核心議題為自原生家庭起伴隨多重創傷經驗，到了成人階段形成對「關係」的不健康依附，形成扭曲的人際互動基模（顏玉如等，2023），更甚者，女性在親密關係暴力所產生的創傷經驗不容忽視（劉珠利，2016），且女性角色也會處在風險高又特殊的行業中，在這樣的生態環境中生存的議題，讓女性更容易依附在物質或不穩定的關係中。在情感長期扭曲下更容易依附物質或不穩定的關係中。而 SAMHSA 的處遇架構是工作人員在創傷知情下恢復藥癮媽媽與毒寶寶的健康依附關係。此外，能夠在服務的過程中尋找藥癮媽媽的優勢並賦能，增進藥癮媽媽的能力。

藥癮媽媽進入家庭系統中，除了孩子之外的家庭成員也影響藥癮媽媽與毒寶寶家庭，根據 Lander 等學者（2013）指出，當家中有藥癮者，整個家庭都會受到影響，家庭系統理論和依附理論是為理解藥癮者影響家庭提供框架論模型，此外，了解一個家庭目前所處的發展階段也有助於評估創傷和確定適當的處遇。社會工作者可透過多種方式協助家庭（Lander et al., 2013）。而家庭系統理

論中的關鍵概念是反饋、穩定平衡的狀態與邊界（Lander et al., 2013），家庭成員對於家中成癮者的態度和信念很重要，因為會影響個人試圖清醒的過程，也影響處遇的效果；家庭中一個人開始改變行為時，會影響整個家庭系統（Lander et al., 2013）。

而台灣社會在傳統華人文化的影響下，仍是以父系傳承與階序結構的（楊國樞，1998），在父權之下男尊女卑的兩性不平等結構長久以來一直存在（陳秉華、游淑瑜，2001）。對於藥癮者而言，國內研究指出，女性藥癮者面對找不到工作、遭受不公平待遇和歧視與家人不能接納等困境（胡純茹等，2020；賴擁連等，2021）。此外，在社會支持方面，客觀支持和對支持的利用度，男性高於女性（姚斌等，2005）。女性藥癮者重要議題包括：人際行為中人際重心轉移、承擔風險與污名化之影響、自殺與濫用合法物質、母職角色⋯等（呂淑妤，2008）。國外研究也顯示，女性成癮者也不易受到家庭或伴侶的支持，有更多的社會烙印、社會汙名導致社會排擠，增加復發率（Becker et al., 2016）。對於工作者而言，需要理解性別與文化敏感以因應藥癮媽媽及毒寶寶家庭的特殊性。

肆、 藥癮媽媽與毒寶寶家庭中心式處遇服務模型－美國 SAMHSA 為例

2002 年美國成立國家藥物濫用和兒童福利中心（NCSACW），結合兒童局與藥物濫用的領域（包括家庭毒品法庭的投入），推動家庭中心式的服務，此處遇模式已趨成熟，頗值得參考。根據 SAMHSA（2007）的報告指出（P.1）：

> .....家庭中心式的取向運用在藥癮家庭中有兩個主要原因。首先，研究顯示：關係，尤其是與家庭和兒童的關係，對女性藥癮者在復元的處遇及復發過程中是重要的。其次，進入處遇的女性藥癮者中，有 70%都有孩子.....。在這些家庭中的兒童極有可能遭受虐待、暴力和忽視，發育問題以及青少年物質使用的問題等，當以整個家庭都得到服務與處遇時，每個成員都會得到改善.....。

在美國毒品法庭的實務工作中也有實證研究，依據 National Drug Court Institute（2017）文獻中指出，在佛羅里達等三個州成立「家庭中心式處遇」的「家庭毒品法庭」，開始採用 SAMHSA 所提供的架構進行，一項研究發現，與傳統的成人毒品法庭相比，家庭中心式處遇的再犯減少了 65%，成本節省了 52%（Werner et al., 2007）。另一項美國國家毒品法庭的研究顯示（NDCI Report, 2017），除了父母康復外，採用全面家庭中心式處遇的方法來滿足兒童和家庭的特定需求，家庭的幸福感就會得到改善（NDCI Report, 2017）。依據此框架，服務是一個連續的綜合體，其中包含五個逐步強化的服務級別（如表 1），從級別 1 是對藥癮孕產婦或藥癮媽媽做個別的處遇開始，包括對於家庭教育與諮詢等服務；級別 2 是藥癮媽媽可以帶著自己孩子，但沒有針對孩子的處遇，僅是在一起，

為的是支持媽媽能夠安心地接受服務；級別 3 是藥癮媽媽帶著孩子一起接受服務，而孩子也有處遇服務；級別 4 是其他家庭成員也可以一起參與支持藥癮嬤媽與孩子；級別 5 是藥癮媽媽、孩子與其他家庭成員一起參與並訂定整體處遇計畫，以家庭為單位在溝通與決策上共同支持的服務。到級別 5 的階段，就是家庭成員共享一個家庭計畫，結果顯示包括個人、關係與系統（社會）不同層次都能從服務和資源的重度使用者轉變為有成效、積極的貢獻者。

表 1 毒癮媽媽與毒寶寶以家庭為基礎的連續五個逐步強化的服務級別

Table 1. Family-Based Services Continuum for Women with Substance Use Disorders

Family involvement → Family-based treatment

Level	1	2	3	4	5
What	**Women's Treatment With Family Involvement**	**Women's Treatment With Children Present**	**Women's and Children's Services**	**Family Services**	**Family-Centered Treatment**
Who	Services are provided to women including pregnant women and women with or without children. Individual is the focus of intervention. Services are offered in context of family relationships. Women may have limited family education, counseling, or visitation.	Women are at center of treatment but have children with them. Program provides for child care and basic needs but no service plan for children. Children's presence is primarily to support women's participation in treatment.	Women bring children to treatment. Women and each child have case plans and receive services. Parenting support and parenting skills provided. Some children and other family members may be excluded.	Programs provide women's and children's services with some other family members' services to support women's recovery. Women and children have case plans, but fathers and other family members do not.	Women, children, fathers, and other family members all participate and all have case plans. Family unit is supported in communication and decision-making.
Outcomes	▪ Improves outcomes for women compared with programs without family context. ▪ Allows women whose children have been removed to meet court requirements. ▪ Improves birth outcomes over programs without family context.	▪ Allows for visitation. ▪ Allows for parent/child attachments to continue. ▪ Provides for safety of children. ▪ Having children helps motivate mothers toward recovery. ▪ Increased reunification.	▪ Improved treatment retention/outcomes for women. ▪ Early screening/intervention for developmental delays. ▪ Increased reunification. ▪ Improved child outcomes. ▪ Improved parenting & family functioning.	▪ Improved treatment retention/outcomes for women. ▪ Further improved child outcomes. ▪ Limited improved outcomes for other family members. ▪ Further improvements in parenting & family functioning.	▪ Family transformation (improved parenting and increased family functioning). ▪ Improved treatment retention/outcomes for women. ▪ Improved outcomes for all family members. ▪ Increased percentage of families remaining intact. ▪ Further improved child outcomes.
As more members of the family are present and able to access services, the potential for improved short- and long-term outcomes for all members involved increases.					
Fathers	Men's treatment with some family groups and family issues addressed in treatment.	Fathers and their children with them but no therapeutic services or case plans for children.	Fathers and their children receiving services.	Fathers and their children with some other family member services to support the fathers' recovery.	Whole family services with male who abuses substances as center of family.

11

資料來源：Family-Centered Treatment for Woman With Substance Use Disorders: History, Key Elements and Challenges. P.11(Werner et al., 2007)

一、 SAMHSA 家庭中心式處遇定義

如前述，家庭中心式處遇是一綜合的策略，卻又高度個別化、性別與文化敏感的處遇方法，基於性別反應在創傷知情、優勢與增能的觀點（Evans et al., 2017; Grella et al., 2009），針對女性藥癮者處遇還包括需與他人建立健康的關係，尤其是與孩童和其家庭成員間的健康關係。也有助於家庭整體發揮作用，服務目標等細部計畫會因家庭成員的優勢和需求而不同。

家庭是動態的，因此處遇需要是動態的，也是一個漸進的過程。處遇需要解決不斷變化的家庭參與，多重的衝突或危機也是常態。滿足複雜的家庭需求是需要跨系統的協作，協作可以防止目標衝突，為家庭成員提供最佳支持。

服務將具有文化脈絡的考量嵌入服務、價值觀與經驗中。需要一系列專業人員相互尊重和共享的環境，並維持創傷知情和創傷敏感的服務是處遇環境中很重要的（Werner et al., 2007）。

二、 家庭中心式處遇模式內涵

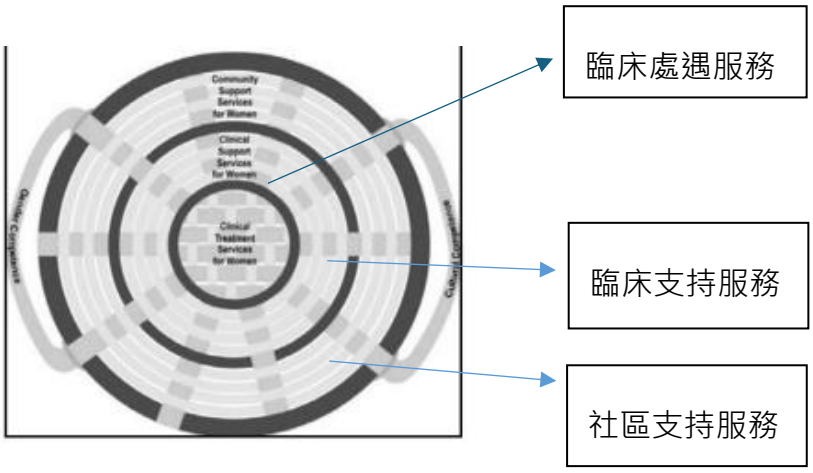


圖 2 針對藥癮媽媽與毒寶寶家庭具文化能力的綜合模型

資料來源：Family-centered treatment for women with substamce use disorders:history,key elements and challenges.P.13(Werner et al., 2007)

如圖 2 中核心為「臨床處遇」被定義為解決藥癮媽媽與成癮相關的醫療和生理、心理與社會問題；「臨床支持」則逐步擴大，定義為在特定場域（在特定的機構）對藥癮媽媽進行生活技能、育兒和兒童發展與教育的支持；而「社區支持」服務，則定義在社區中，在居住、交通、托育……等資源的連結上持續服務藥癮媽媽與毒寶寶家庭。

毒寶寶在發展過程中除了家庭本身可能功能不佳，還可能遭遇與教養環境的變遷（安置或是寄養），發展中的問題可能被忽略，在學前不易被發現和治療，也會造成後續兒少保護的相關議題。所以發展讓懷孕之藥癮媽媽共同參與的新生兒篩檢評估、醫療保健服務與居住服務等臨床處遇；提供預防服務、育兒服務之臨床支持服務，也是 SAMHSA 的工作重點。

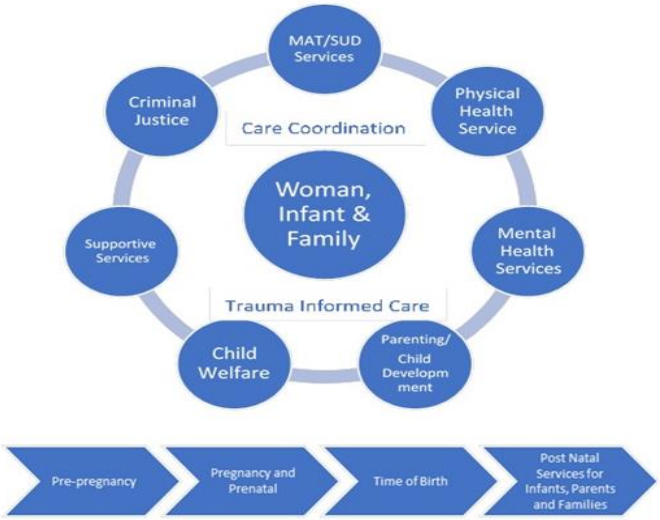
三、 整體家庭服務

家庭中心式處遇提供整體家庭服務，以家庭成員的優勢為基礎，處遇過程為家庭提供一個互動結構，協助成員發展創建健康家庭生態系統所需的溝通、界線與角色，並為家庭提供一系列家庭支持系統與維護的服務。全面的家庭計畫鼓勵家庭成員以結構化的方式聚集，設定家庭目標，並以優勢與充權的方法發展康復技能。

四、 是連續的執行鏈

根據 U.S Department of Health & Human Service（美國衛生與公眾服務部（HHS））網站發表的

一篇關於藥物濫用家庭中心式處遇在的文獻中指出，越來越多的證據表明，保留母嬰二元照護的照護對母親和嬰兒都有益處（Casper et al., 2014）。母嬰服務同一地點也為母親提供了接受哺育教育和支持的機會。顯示如圖 3，處遇是以家庭中的藥癮媽媽和家中的嬰孩為核心（如圖 3 鏈結內的核心），以創傷知情照護與照護協調統整成為鏈結（如圖 3 鏈結內運用的方法），並持續在從懷孕前、懷孕期間、生產與產後的家庭支持服務四個階段（如圖 3 下方藍色箭頭），一系列在身體健康、心理健康、教養發展、兒童福利、支持服務、刑事司法與戒癮服務等方面進行服務（如圖 3 鏈結的部



分）。家庭中心式的照護也是全面的，強調與社區支持服務的連結，如居住、交通、就業和兒童保育，由提供了一個服務框架（Seibert et al., 2019）。

圖 3 州政策下的家庭中心式處遇服務鏈結 State policy levers for expanding family-centered medication-assisted treatment

資料來源：ASPE 網站

在 SAMHSA 所提供的框架中，具體干預措施和處遇發生在四個階段，形成連續執行鏈，在各個階段與各領域中從門診住院的服務、照顧身體與心理健康與住宅服務的社區支持處遇，同時需要關注家庭暴力的相關問題，所以在社區中更需要組織間協力服務，各個單位的服務執行環環相扣。

伍、 毒寶寶家庭中心式處遇服務－以桃園為例

研究者過去曾經執行在台灣桃園地區的藥癮家庭支持服務，也因為桃園有女子女監，故桃園地區的特色是以女性藥癮者居多，有別於其他縣市的狀況，故擬以桃園地區為例。分析在台灣女性藥癮者與毒寶寶以家庭中心式處遇之可行性。過去，桃園地區展現多元資源共同投入與機構合作的可能性，在桃園療養院的成癮防治科中設有女性藥癮者的門診與住院治療服務，是結合醫療、衛政、社政與民間單位形成跨領域的轉介與合作的服務持續在進行。不過，因為專業領域的不同，各自處

遇的方式與概念不盡相同，能否運用理論架構中的概念執行需要進一步的了解與釐清。

一、 桃療相對應於臨床處遇與臨床支持服務

根據桃園療養院女性藥癮者服務的資料顯示，門診中女性藥癮者所擁有的家庭支持很少，如果還必須照顧孩子，針對她們的服務是非常困難的。在處遇計畫中提供情感（包括童年創傷）或性創傷處遇，針對女性藥癮者的特質在難以結束與其他藥癮者的關係（尤其是親密關係中的配偶與伴侶）、女性藥癮者在懷孕時所遇到的困難等（衛福部桃園療養院網站，2019）。在資源的連動性來看，桃園療養院女性藥癮門診的定位正可以對應圖 3 的 SAMHSA 家庭中心式處遇模式內涵。遇到藥癮孕產婦，可透過醫療轉介到桃園醫院婦產科，尋求關於胎兒（毒寶寶）健康問題以支持藥癮孕產婦。在孩子生下後，還可以對於持續有發展遲緩疑慮的毒寶寶，轉介到桃療兒童精神科進行評估，是一個頗為連貫的系統。在桃園的服務看到了美國 SAMHMA 的處遇模式的雛形在臨床處遇（門診）與臨床支持（相關的轉介服務），也有明確的運用理論進行處遇和彈性運用資源轉介的各項服務。

表 2 桃園地區針對藥癮媽媽與孩子家庭中心式處遇相對應表 1 之相關服務

階段(級別)服務 / 桃園地區共同服務的單位	級別一- 臨床處遇 僅服務藥癮媽媽(或家中的藥癮者)	級別二- 臨床支持 有托育服務，孩子可以一起參與	級別三- 臨床支持 藥癮媽媽與孩子有不同的處遇	級別四- 社區支持 其他家庭成員一起參與	級別五- 社區支持 家庭為整體，所有家庭成員共享處預計畫
桃療成癮防治科門診與住院(其他醫療需求進行轉介)	針對女性藥癮者/孕產婦與藥癮媽媽	透過醫院心理師帶領之戒癮團體	X	X	X
桃園女子監獄	監禁方式	在親子園地的處遇	X	X	X
衛政系統-心衛中心	轉介醫療服務	心衛中心辦理團體	轉介民間單位	轉介民間單位	轉介民間單位
社政系統-家庭服務中心 保護性服務(危機家庭) 脆弱家庭服務	轉介醫療服務 轉介民間單位	在社會安全網下轉介民間機構，由民間機構承接服務	在社會安全網下轉介民間機構，由民間機構承接服務	在社會安全網下轉介民間機構，由民間機構承接服務	在社會安全網下轉介民間機構，由民間機構承接服務
民間中途安置處所	提供女性藥癮者居住服務	X	X	X	X
民間機構承接	提供社區資	辦理親職教育/	除針對藥癮媽	邀請家庭中其	邀請其他家庭

家庭服務計畫	源，如就業與職訓機會	支持性團體	媽辦理相關團體外，也針對孩子辦理不同屬性的活動與團體	他成員了解藥癮媽媽與孩子的狀況	成員一起參與計畫，共享家庭處遇計畫

資料來源：作者自行整理

二、 社區支持服務的鏈結情形

由表 2 顯示，在桃園除了在桃療的女性藥癮門診與住院治療與司法有關的桃園女子監獄外、女性中途之家、桃園設有各區的家庭服務中心承接保護性業務如危機家庭服務（社會安全網的服務範圍），也有社會局補助辦理脆弱家庭服務與成人藥癮家庭支持等社區支持服務。服務機構間可以相互轉介，以聯繫會議為聚集各單位共同討論的機制。根據過去實際經驗，社會局的家庭服務中心服務脆弱兒少，民間機構則承接家庭支持服務，兩個單位都以家庭為服務單位，究竟是否是重複開案（對於家庭而言）或是共同合作協助一個家庭，在實際服務中造成不少困擾，故亦發展出「一主責多協力」的服務概念，但此概念下是需要主責單位對於家庭有多方了解後，再透過多個單位能夠彼此協作，共同服務。雖可以透過討論，確有不少案例可以找到對家庭共同的處遇方向，協助整個家庭穩定，但也有出現各單位各自服務，就會在過程中產生服務對象和處遇內容可能界定模糊甚至相互牴觸的現象，多個工作人員同時服務一個家庭，分工很難劃分明確，就會出現不同的處遇方式讓案家混淆，最終拒絕服務的狀況。各個單位沒有形成服務鏈結，反而在服務中出現無法真正對家庭工作，致使服務斷裂。在各樣計畫中執行的工作人員的態度也成為這個連續的執行鏈運作能否順暢的原因，也或者形成實務工作中的困擾。

三、 實務工作上的經驗

以過去實際的服務狀況來看，2021 年筆者在藥癮家庭支持服務上，曾經嘗試將有 0-12 歲、13-18 歲孩子的藥癮家庭分流進行服務，透過系統的串接，服務孩子也服務家庭主要照顧者，特別針對有 0-12 歲孩子的家庭，辦理親子一起參與的支持團體及活動，藥癮媽媽（女性藥癮者）與孩子的需求都能夠被照顧，在過程中發現藥癮媽媽和孩子的問題可即時進行處遇，主動連結資源是頗具效能的服務系統，且因為孩子得到好的照顧後能夠穩定女性藥癮者持續復元的狀態，符合在 SAMHSA（2007）所建構的藥癮媽媽與孩子的家庭中心式處遇的五個級別的服務內涵，也出現藥癮媽媽與家庭結構相對穩定的成效。但在各方合作上，仍出現包括服務對象究竟是孩子還是大人，在服務歷程中出現權責劃分不清楚的問題，在每一環節的服務窗口或主責人員顯得非常重要，最終因

為合作與轉介流程上的不順暢，在 2022 年開始恢復為各自服務的樣貌，民間單位與社政系統的協作角色在串接的服務鏈中斷裂；對一線工作者而言，感到非常遺憾可惜。

陸、 美國與台灣經驗的比較與反思

美國以女性藥癮者為核心發展出之家庭中心式的處遇服務，重要的是一個執行的鏈結。根據圖 3 的框架，反思桃園地區的服務，亟需有主責單位統籌發展出鏈結的服務是重要的關鍵。試比較如下：

表 3 美國毒寶寶家庭中心式處遇之執行框架與桃園地區執行之比較

框架元素/ 比較	美國	台灣 - 桃園為例	台灣 - 桃園為例的 執行內容	異同
毒品法庭	由家庭毒品法庭法官整合後續服務	沒有毒品法庭 由檢察官裁定緩起訴、觀察勒戒或入監服刑	裁定後交由醫療院所或監所執行	政策與制度不同，處遇也不同
藥物成癮相關治療	醫療院所之臨床處遇	桃園療養院	針對女性藥癮者門診、住院治療	同樣有針對女性藥癮者設立門診 但台灣在文化上差異，女性藥癮者多隱藏不願求助
身體健康	醫療院所之臨床處遇	桃園醫院	桃園醫院相關兒科、婦產科	有類似的處遇
心理健康	醫療院所之臨床處遇	桃園療養院精神科，兒童精神科	桃療精神科相關門診轉介心理治療	文化上的差異，台灣傾向隱藏自身狀況
父母與兒童育兒相關	特別針對毒寶寶家庭與女性藥癮者有臨床支持服務	醫療院所 社會局委託民間單位	無特殊針對女性藥癮者做育兒指導	不同

兒童福利	國家藥物濫用和兒童福利中心(NCSACW)	社會局兒少科 民間相關福利單位	中央為社家署辦理相關服務	不同
支持服務	社區各單位之連結服務	民間單位在社區中服務	家庭支持服務由民間單位進行	類似 有分工但合作仍有挑戰

資料來源：作者自行整理

針對藥癮媽媽與毒寶寶家庭的家庭中心式處遇，在桃園地區各單位已開始看到家庭的需求，也出現多個單位協力的可能性，但仍有許多挑戰。身為社會工作者要維護與生俱來的尊嚴、人權，毒寶寶家庭的工作實在需要大家一起共同努力。本篇試提供可能的比較與反思，以回應在台灣執行家庭中心式處遇需要努力的面向：

一、 回應毒寶寶複雜的照顧議題，整合服務需要有主責單位

如同本文介紹的美國的家庭毒品法庭所扮演的角色。在台灣要執行家庭中心式的處遇，需要有主責單位，目前針對藥癮戒治的部分，有裁定觀察勒戒、入監服刑等司法處遇或附條件緩起訴處分，是各地方檢察署到醫療院所或監所，也就是由檢察官、司法機關或醫療院所扮演整合的角色，串聯各相關單位合作，建立服務執行鏈，處遇服務的輸送才能夠不致出現斷裂。

二、 回應實務上的困擾，發展實務理論的運用與培訓

在台灣執行家庭中心式處遇需要多元與跨專業領域的各個單位共同努力。在執行鏈的各單位的專業知能，能整合成實務與理論作持續系統性的培訓。毒寶寶發展的每一個階段也需要穩定的專業人員，服務才能累積並發展出連續性的服務。

三、 回應家庭中心式處遇服務的工作方法

各單位間協作成為彼此的協助，並串接成為鏈結。在台灣目前的狀況，有做到分工，但因為跨專業領域間彼此對話與合作，也就是鏈結間的合作卻是不足，致使各單位間有斷鏈的現象，除了相互理解彼此的專業外，建立以相互尊重並合作的機制是極為重要。

四、 藥癮媽媽無疑是在家庭中心式處遇中的關鍵角色

在台灣，女性藥癮者所遭遇到可能的負面刻板印象、標籤化與社會汙名⋯⋯等因為文化上的因素而更加明顯。相對於恢復，需要面對的挑戰也更大。如何讓藥癮媽媽對於自己的母職有意願承擔責任而讓孩子回到身邊，成為藥癮媽媽賦能的力量，這是未來在研究上還要繼續努力的。

柒、 家庭中心式處遇服務的挑戰

在服務上確實不容易整合，研究者想要了解國外是否遇到類似的挑戰，回到 SAMHSA 文獻，對照台灣桃園地區的服務，建立家庭中心式處遇所面臨的挑戰包括了：

一、 連貫動態處遇的挑戰

因為家庭成員間的互動是一動態的變化，家庭成員間的互動會相互影響形成群體動力的變化是在服務上的困擾。例如：家庭中的藥癮媽媽可能因為孩子有改變動力，但若是家中的其他成員為同為藥癮者，在家中的互動間用藥甚至在藥癮媽媽面前使用藥物，藥癮媽媽就很可能忘記了先前的決定要好好照顧孩子，可能在用藥的瞬間整個家庭動力就會改變。這是家庭動態的樣貌，至於動態處遇，也就是需要保有極大的應變與彈性以因應家庭成員間的動力隨時有變化，此外，在 SAMHSA 的文獻中，家庭的定義是由家庭中女性來定義，至於家庭中的哪一位成員是主要的服務對象，確實在服務中難以界定。在台灣，也出現在服務對象界定上的困擾，且各部門仍處於較僵化的概念下，曾經開始的多方合作模式，也因為在界定上的困擾，在執行一年後暫停。

毒寶寶的照顧與後續成長是動態的歷程，也就是隨時在改變中的。身為照顧者的女性藥癮者在其成長過程中的互動，面對不同階段的衝突與困難，以孩子的成長歷程作為階段的區分：在毒寶寶剛出生的階段，會因為戒斷症狀的出現，新生兒的照顧成為藥癮媽媽的困難，當孩子持續在成長階段，隨之而出現的發展問題，包括各式在身體上、在心智上到整體發展上出現的發展遲緩、注意力不集中、過動、學習與情緒障礙等現象會伴隨成長歷程出現，藥癮媽媽需要面對孩子在醫療、幼兒園、學校等在成長過程中所需要接觸到的環境，與環境中的人的互動，而產生在適應上的衝突與困難。

在服務方的社工需要回應家庭在不同階段所出現的不同需求而做相對應的服務，這是一動態式的處遇，社工不僅止於對於藥癮媽媽或孩子，更是對整個家庭的處遇，也會因為家庭成員間的動態變化而改變。藥癮媽媽在孩子成長過程中所面對各式不同的適應問題，成為社會工作者需要協助的部分。若是藥癮媽媽仍持續經歷創傷或暴露在暴力環境下的狀態就更複雜了。是一個長期的何時

與如何讓家庭成員參與，且邀請家庭成員參與的難度是很高的。在實務工作，家庭反常是復發的場域，面對家庭成員間的反覆與變化，常令社工沮喪而難以持續服務。

二、　行政程序上的挑戰

（一）主責單位的角色與工作人員需要大量的培訓與督導

家庭中心式的處遇需要有主責單位承擔各單位間的協調連結工作，因為這樣的服務是需要跨領域的團隊一起共同努力協助家庭。同時，也非常需要具備多元跨領域的知能，人員配置本身就是一個很大的挑戰，培訓、督導、個案研討等會議都需要時間配合。在 SAMHSA 的文獻指出，家庭中心式處遇需要對培訓和督導進行大量的投資，不僅是對於處遇模式的建立、理念和方法運用需要培訓，又因涉及的領域廣泛，交叉培訓更是建立不同學科及不同領域間的尊重、理解和協作。建構定期反饋與持續溝通的結構很重要。台灣目前的狀況，在培訓上顯得不足，不同領域間無法形成團隊，整全的督導機制無法在過程中建立。

（二）達到服務鏈結的關鍵是合作

沒有明確的主責單位之影響下出現缺乏協調的平台，機構之間的溝通不順暢；跨機構間無法共享信息或授權不清；協作不只是「發生」，也極需要投入時間，才能克服在服務執行鏈接的障礙。在台灣的實務工作的經驗上，整合各單位的服務確實是有困難的，實際運作上，各個機構與不同的工作人員都有沉重的工作壓力，確實無法穩定的投入共同的時間來克服在合作時所遇到的問題。

三、　需要資源的投入

開發以藥癮媽媽與毒寶寶的家庭中心式的處遇，依照美國的經驗，在建置的過程中需要大量的人力、人才培育和訓練協調都需要時間、各單位的建置與資金的投入，這也在 SAMHSA（2007）的研究中指出的挑戰。特別是女性藥癮者的工作本身就是一個長期的歷程，若再加上孩子從出生到成長的每一個階段所需要的資源與合作，不論是在美國或是台灣，藥癮媽媽與孩子的家庭極有可能是經濟弱勢，就業與照顧議題的衝突也很可能會持續困擾藥癮媽媽，且需要工作人員的投入。

捌、 結論

家庭中心式處遇在實證研究顯示，不僅為藥癮媽媽能夠持續復元、毒寶寶能夠得到適當的照顧與健康的成長。更可以為社會帶來降低代際循環的好處，是頗值得借鏡的工作模式（Werner et al., 2007）。在台灣，也有合作的模式雛形出現，但由於沒有政策的推動、各單位之間因人員的流動、社工面對藥癮媽媽與毒寶寶家庭多元複雜的議題而無法持續進行合作，致使家庭中心式服務沒有繼續落實在實務工作中。試就觀察發現提出下列幾項建議：

一、 政策推動發展藥癮媽媽與毒寶寶家庭服務

服務的串接透過跨領域的合作，國內雖已將藥癮服務領域納入社會安全網系統，但礙於不同單位有不同的方案與計畫，各單位執行所屬計畫，藥癮媽媽和毒寶寶家庭的服務被切割而難以整合或共同合作。亟需要在政策上針對藥癮媽媽和毒寶寶家庭推動家庭中心式的處遇服務，亦需要從政策端明定主責單位（如家庭毒品法庭的設置），以統籌串接各項服務，將藥癮媽媽與毒寶寶在照顧上的複雜議題以合作方式協助完成，並解決在實務工作中服務被切割無法落實的困擾。

二、 提升工作人員相關能力以因應複雜的照顧議題

工作人員如何能夠理解與辨識藥癮媽媽與毒寶寶的特殊且複雜議題，進而能夠促進服務的串接，提升對於藥癮媽媽與毒寶寶的服務，專業人員不僅要有創傷與藥癮相關的專業知識外，還需要理解藥癮媽媽和毒寶寶的照顧議題。期待未來能夠辦理相關的專業培訓，甚至推動不同領域間共同的研討，提升在實務工作中的專業與服務深度。

三、 深化藥癮媽媽與毒寶寶家庭實證研究與本土模式發展

藥癮媽媽與毒寶寶家庭中心式處遇是一個相當複雜的處遇過程，需要本土實證研究的支持，也才能倡議藥癮媽媽與毒寶寶的家庭需求及發展出服務策略，國外經驗顯示，SAMHSA 結合家庭毒品法庭已有厚實的實證研究基礎。在台灣，藥癮媽媽與毒寶寶的服務議題仍在倡議的階段，若能夠在此階段透過各縣市政府鼓勵朝向實證研究發展、基礎資料收集與建構，在實證基礎上發展藥癮媽媽與毒寶寶家庭中心式處遇服務。期許能夠在未來能夠發展出本土模式，更加深入並精準的落實在實務工作與服務中。

參考書目

江明洲（2022 年 4 月）。〈從醫療面談毒品危害嬰幼兒之基本知能〉,「毒寶寶的照顧與預防專題教育演講研討會」,新北。

呂淑妤（2008）。〈女性與藥物濫用〉,《刑事犯罪論文集》,11(9),189-210。

李曼曲（2016）。〈以家庭為中心的早期療育發展沿革〉,《國教新知》, 63(4),46-54。

林萬億（2021）。《當代社會工作：理論與方法》。台北：五南。

邱啟潤、王秀紅（2004）。〈以「家庭為中心的照護」本質之思辯〉,《護理雜誌》,51(3),53-58。

姚斌、韓衛、吳朝俊、蔣東升（2005）。〈毒品依賴者社會支持與心理健康的相關分析〉,《中國臨床心理學雜誌》,13(2),219-220。

胡淳茹、吳慧菁、賴擁連、郭倩宜（2020）。〈女性藥癮更生人社區復歸服務系統之現況分析〉,《藥物濫用防治》,5(2),25-54。

徐宜瑩（2012）。《反轉的家庭照顧角色與經驗？－以兒少家庭照顧者與被照顧之成年家屬為例》。國立暨南國際大學社會政策與社會工作學系碩士論文。

莫澤儀（2019）。〈母親藥物（毒品）濫用對嬰兒健康的影響〉,《長庚醫訊》,40(6),13-14。

陳秀倩、蔡佳玲（2003）。〈運用 「以家庭為中心」理念於一位受虐兒童家庭之照護經驗〉,《護理雜誌》,50(6),9-86。

陳秉華、游淑瑜（2001）。〈台灣的家庭文化與家庭治療〉,《亞洲輔導學報》,8(2),153-174。

楊國樞（1998）。《楊國樞文集第五冊》。台北：華藝。

劉仁文（2011）。〈美國毒品法庭參訪記 〉,《觀察與思考》,10,56。

劉珠利（2016）。〈融入照顧創傷原則的親密關係暴力實務工作〉,《社區發展季刊》,156,223-239。

蔡震邦、鍾孟惠（2019）。〈家庭系統保護因子對於成年藥癮者復原歷程作用之探討〉,《矯政期刊》,8(2),279-304。

鄭茹謙、朱思穎(2021)。〈臺灣以家庭為中心早期療育服務之文獻回顧〉,《身心障礙研究季刊》,

19(3)，199-210。

賴擁連、吳慧菁、蔡田木（2021）。〈女性毒品收容人釋放後生活關注議題以及尋求協助需求之初探〉，《藥物濫用防治》，6(2)，37-60。

顏玉如、韓意慈、張祺（2023）。〈司法系統中女性成癮與精神共病者的需求：美國處遇經驗對附條件緩起訴之啟發〉，《刑事政策與犯罪防治研究專刊》，36，139-191。

Adams, Z. M., Ginapp, C. M., Price, C. R., Qin, Y., Madden, L. M., Yonkers, K., & Meyer, J. P. (2021). "A good mother": Impact of motherhood identity on women's substance use and engagement in treatment across the lifespan. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *130*, 108474.

Becker, J. B., McClellan, M., & Reed, B. G. (2016). Sociocultural context for sex differences in addiction. *Addiction Biology*, *21*(5), 1052-1059.

Bemister, T. B., Brooks, B. L., Dyck, R. H., & Kirton, A. (2014). Parent and family impact of raising a child with perinatal stroke. *BMC Pediatrics*, *14*, 1-11.

Carroll, K. M., & Onken, L. S. (2005). Behavioral therapies for drug abuse. *American Journal of Psychiatry*, *162*(8), 1452-1460.

Casper, W. J., Allen, T. D., & Poelmans, S. A. (2014). International perspectives on work and family: An introduction to the special section. *Applied Psychology*, *63*(1), 1-4.

Choi, S., Rosenbloom, D., Stein, M. D., Raifman, J., & Clark, J. A. (2022). Differential gateways, facilitators, and barriers to substance use disorder treatment for pregnant women and mothers: A scoping systematic review. *Journal of Addiction Medicine*, *16*(3), 185-196.

Epley, P., Summers, J. A., & Turnbull, A. (2010). Characteristics and trends in family-centered conceptualizations. *Journal of Family Social Work*, *13*(3), 269-285.

Evans, E. A., Grella, C. E., & Upchurch, D. M. (2017). Gender differences in the effects of childhood adversity on alcohol, drug, and polysubstance-related disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *52*, 901-912.

Feely, C. (2021). *Family-centered treatment in residential substance-use programs for women and their children: A systematic literature review on associated child outcomes*. Doctoral dissertation, Icahn School of Medicine at Mount Sinai.

Frazer, Z., McConnell, K., & Jansson, L. M. (2019). Treatment for substance use disorders in pregnant women: Motivators and barriers. *Drug and Alcohol Dependence*, *205*, 107652.

Grella, C. E., Karno, M. P., Warda, U. S., Moore, A. A., & Niv, N. (2009). Perceptions of need and help received for substance dependence in a national probability survey. *Psychiatric Services*, *60*(8), 1068-1074.

Karch, S. B. (Ed.). (2019). *Drug abuse handbook*. CRC press.

Laird, P. W., Jackson-Grusby, L., Fazeli, A., Dickinson, S. L., Jung, W. E., Li, E., Weinberg, R. A., & Jaenisch, R. (1995). Suppression of intestinal neoplasia by DNA hypomethylation. *Cell*, *81*(2), 197-205.

Lander, L., Howsare, J., & Byrne, M. (2013). The impact of substance use disorders on families and children: From theory to practice. *Social Work in Public Health*, *28*(3-4), 194-205.

O'Brien, C. P. (2006). Drug addiction and drug abuse. *Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics*, *11*, 607-627.

Paris, R., Herriott, A. L., Maru, M., Hacking, S. E., & Sommer, A. R. (2020). Secrecy versus disclosure: Women with substance use disorders share experiences in help seeking during pregnancy. *Maternal and Child Health Journal*, *24*, 1396-1403.

Price, S. J., Price, C. A., & McKenry, P. C. (2010). Families coping with change. *Families and Change: Coping with Stressful Events and Transitions*. CA: Sage.

Seibert, J., Stockdale, H., Feinberg, R., Dobbins, E., Theis, E., & Karon, S. L. (2019). State policy levers for expanding family-centered medication-assisted treatment. *Washington, DC: Office of the Assistance Secretary for Planning and Evaluation*.

Werner, D., Young, N. K., Dennis, K., & Amatetti, S. (2007). Family-centered treatment for women with substance use disorders: History, key elements and challenges. *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*.

Zhang, S., Huang, H., Wu, Q., Li, Y., & Liu, M. (2019). The impacts of family treatment drug court on child welfare core outcomes: A meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, *88*, 1-14.