

靈性健康與藥癮復元—— 靈性取向藥癮治療性社區 之處遇成效探究

蔡佩真

壹、前言

一、物質使用者的靈性需求

這則故事來自我的研究對象，一位海洛因重度成癮者反覆入監多次，為了應付母親的苦心安排，他出獄後進了一間以信仰為主的戒毒村，初期生活格格不入，村中禁煙酒、禁手機、禁髒話和打架、禁網路，還需要讀經禱告唱詩歌，住了一年多之後，他的改變潛移默化：

……我以前在找的都找到了，我找的是人的「根」，以前自己常一個人被關在閣樓中戒毒，心裡想才三十歲就一輩子要這樣嗎？三分像人，七分像鬼！可是我現在好快樂，好充實，多讀神的話，和別人講話就很有內容和題材，喜歡想事情，也喜歡有意義的分享，能多學習。

言猶在耳的是從他嘴裡說出的那幾個

字，「找、人的根、像人、快樂、充實、有意義、分享」，這些概念是屬於靈性層次，戒癮這件事不是關乎毒品的問題，不只是生活的外在現象，而是關乎物質使用者對恢復生命價值與尊嚴的渴望，能活的像個人。

怎樣算是活的「像個人」，單單從精神醫療系統、社會福利系統、司法矯治系統，能否讓物質使用者感覺自己像個「人」一樣的活著？我們以Maslow的理論來理解戒癮所需涉及的層面，Maslow將人類需求分為生理、安全、愛與隸屬、尊重、自我實現，他晚年提出「自我超越」（self-transcendence）的需求層次，指出人可能超越個人、關注更高的價值，致力於服務他人、連結宇宙更大的整體，不僅追求內在成長，也追求社會連結、價值實踐、靈性關懷與意義追尋（Tekke, 2019），這些都是人之所以為人的靈性需求，然而物質成癮往往嚴重扭曲和阻礙人

類需求的滿足，迫使人的身心靈均受到毒品的痛苦折磨，Maslow理論提醒我們在協助物質使用者時，不僅要滿足他們的基本需求，也需要關注他們被忽略的心靈需求。

二、研究目的與假設

行政院提出的「新世代反毒策略」政策之一是「戒毒處遇：多元、具實證且連續之處遇服務」，多元是鼓勵發展多樣的戒癮模式，實證是指藥癮處遇要具有科學實證根據，以提升藥癮服務的品質，能幫助物質使用者及其家庭得到有用且有效的服務。李志恆與馮齡儀（2017）也建議應該建立以實證研究為基礎的戒毒模式，針對國內不同戒毒模式進行深入探討分析，並能透過實證研究評估其成效。

本研究的緣起是因為作者協助一家靈性取向的戒癮機構，協同主持與執行衛福部藥癮治療性社區計畫，這個戒癮機構其所屬戒毒村據點遍佈全臺灣，包括苗栗、田中、芬園、臺南、屏東、美濃、三峽、臺北、臺東。作者協助機構在2024年進行服務成效研究，基於文獻回顧基礎，加上機構的服務宗旨強調信仰的力量與靈性，因此本次的成效研究目的是聚焦於探究靈性健康與藥癮復元的關係，同時探討了停留時間與學員復元效果的相關性。研究假設如下：

（一）靈性健康狀況越好的學員，其

復元量表的表現比較好。

（二）住在治療性社區的時間越長的學員，在「藥癮復元評估量表」與「靈性健康量表」兩項評量的表現也會較好。

貳、文獻回顧

一、國際政策與研究對靈性健康的重視

許多研究證據支持靈性對物質使用與成癮的改善具有的正向作用。靈性與宗教對成癮復元的影響包括賦予生命意義與目的、提供社會支持與歸屬感和重塑自我認同與價值（蔡佩真，2015），成癮行為常被視為個體在生命意義虛空時尋求填補的方式之一（Iswardani et al., 2022），而靈性與宗教能提供一套意義體系，使戒癮者將自身經歷重新詮釋。靈性也已被證實影響人體的神經系統、心血管系統、荷爾蒙與免疫系統等多項生理功能（Chirico, 2016）。

一項針對物質使用者接受靈性與宗教處遇治療效果的系統性文獻回顧與隨機對照試驗（RCT）之統合分析，該研究定義的靈性處遇內容如聖經學習、祈禱、正念、靜觀、AA戒酒無名會（Alcoholics Anonymous）十二步驟的聚會、冥想、教會支持團體等，文獻搜尋範圍為1995年至2018年間發表的量化研究成果，該研究結果發現以靈性和宗教為基礎的介入對戒癮

者的助益具有統計顯著性，可有效減少物質使用頻率，但處遇效果異質性高，並非對所有族群均有效（Hai et al., 2019）。

靈性與宗教性為相關但非重疊概念，處遇效果應分開探討，Kelly與Eddie（2020）針對美國2002位成癮康復者的調查顯示在酒精與物質成癮復元的影響方面，靈性的幫助效果顯著比宗教性更大，而且，靈性對女性的助益顯著大於男性，靈性與宗教性是康復歷程中的資源，但其作用因人而異，並受到性別、族群影響，對白人的正向影響偏高，對非裔族群的康復助益偏低。

以色列一項對宗教性質的治療性社區的研究指出戒毒者初期可能對嚴格的宗教規範感到掙扎，需要輔導者予以協助，但另一方面，宗教文化可成為靈性資源，透過寬恕與救贖的理念為個體提供新的意義感和社群支持，而這並非要求戒癮者對信仰更加虔誠，只要善加運用宗教元素即可產生處遇效果（Pagis et al., 2024）。

由於靈性對健康具有正向作用，國際組織均在健康政策與藥癮治療政策上制訂與靈性有關指引。世界衛生組織在1984年將「靈性」納入健康的概念中，於第37屆世界衛生大會通過了WHA37.13號決議，鼓勵各國於初級健康照護政策中納入靈性面向，正式將「靈性向度」列為會員國健康策略的一部分（Chirico, 2016），後續世界衛生組織也制定生活品質評估量表

（WHOQOL），增訂了「靈性、宗教與個人信念」（SRPB）構面，反映出國際組織對人們靈性健康的重視。

在藥癮戒治領域，世界衛生組織（WHO）與聯合國毒品和犯罪辦公室（UNODC）於2020年共同發布的《物質使用障礙治療國際標準》也明確提及物質使用者的靈性需求，該治療標準以全人照護為原則，建議藥癮治療計畫需考量患者身心社會以及靈性健康需求，鼓勵戒癮者參與靈性活動，追求生命目的，將宗教與靈性視為復元資本的一，鼓勵鞏固個人及社會資源，鼓勵物質使用者積極參與自助團體、宗教或其他支持團體，以維持長期的戒癮動機與復元成果。

二、靈性取向的藥癮治療性社區

靈性取向的戒癮模式源自於AA戒酒匿名會十二步驟，AA戒酒匿名會向來是以信仰、靈性、康復者、同儕互助為主要的處遇元素。國內外多數的治療性社區是以信仰為基礎，也是多數在AA重視靈性的模式基礎上繼續發展，藉由信仰的力量以及諸多戒癮伙伴的互助，將戒癮社區視為改變的媒介，分享與傳遞戒癮經驗。

靈性取向的治療性社區大多由戒癮穩定之康復者負責社區生活管理以及提供戒癮輔導，臺灣俗稱戒毒村，多數遠離城市喧囂，社區日常活動包括生活輔導、基礎課程、信仰輔導、心理成長、生命教育、

勞務分工、運動休閒，這類治療性社區的設施簡單，無保全人員，每日靈修課程重視個人靈修時間。目前這類的機構包括：主愛之家、晨曦會、沐恩之家、亞杜蘭、新生命戒癮協會等，治療性社區對申請者入住期間的要求多數為一年半，期滿可以結業返家，也可以繼續留在機構的進階培訓系統與職涯培訓系統。

靈性取向的藥癮處遇是藉由信仰啟動由內而外的改變機制，認為處遇的根本應從人們的心靈開始，在面臨物質誘惑時，才有較佳自我效能與內控能力。因此，重視啟動內在的復元，當物質使用者能找到價值與生存的意義，他的心理韌性就會培養出承受責任與挫折的能力，有如Frankl（1967）所提的意義治療法，認為身心與靈性是相互作用的整體，找到生命意義，人們才有動力忍受挫折和超越苦難。藥癮復元不只是處理病症，而是包括內在改變，追求情緒穩定、尋找生命意義、靈性成長、新的知識、價值、思考模式、態度、個人認同（White, 2007），這些內在改變是一個持續成長的過程，導向安適的狀態與轉化，系統性的改變就會啟動，並帶來外在行為、就業、關係、生活品質的改善，人類尊嚴的恢復才具有可能性。

復元是怎麼被啟動的，從文獻中發現到信仰與靈性一直都是人們最佳的復元資本，是提供情緒支持與心理穩定的資源（Laudet, 2008），許多研究結果均認

為靈性關懷可以改善藥癮困擾以及健康狀況，靈性與宗教有助於藥癮者的康復（Wiklund, 2008；Chu et al. 2012）。

三、處遇期間與處遇成效的關係

好的處遇結果取決於充足的處遇長度，美國國家藥物濫用研究所（National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2018）提出處遇原則，其中「停留在處遇中一段充足的時間是至關重要」，所謂適當而充足的持續時間取決於案主的問題和需要的類型和程度，研究表明大多數戒癮者需要至少三個月的治療來顯著減少或停止他們的物質使用，一般來說對於居住型的處遇或門診的治療，參與少於九十天的治療效果有限，為了保持正向的處遇結果，NIDA（2018）建議延長治療時間。由於戒癮者經常過早的離開處遇系統，所以處遇計畫應該努力地鼓勵案主參與並維持治療。

關於治療性社區的成效，過去的諸多研究顯示：治療性社區的成功與「持續治療時長」呈高度相關（Bleiberg et al., 1994; Christie & DeBerry, 1994; Marcus, 1998），美國國家治療改革評估研究（the National Treatment Improvement Evaluation Study, NTIES）發現：矯治時間每多一個月，戒癮者可以減少9%的高風險行為（轉引自Wolf-Branigin & Duke, 2007）。同樣地，Vanderplasschen（2013）系統性地回顧文獻也指出在治療

性社區「住越久，效果越好」，然而靈性取向的治療性社區的藥癮復元模式是否也是這樣？究竟要住多久，靈性取向的戒癮效果才會出來？這都有待透過研究來加以檢視。

參、研究方法

一、研究設計

本研究為前實驗設計，採單組後測設計（one-shot case study），純粹是讓受試者接受處遇，再測量受試者的反應，性質上是屬於描述性的研究設計。採單組後測研究設計的原因之一是因為戒毒村學員常常中途離村，個案流失難以進行處遇方案的前測和後測，因此單組後測設計是現實上可行性較高設計。

本研究的施測對象是某基督教治療性社區2024年之學員，收回有效問卷176人，含苗栗一村、苗栗二村、姊妹之家、臺東村、臺南更生輔導所、田中更生輔導所、屏東更生輔導所、愛輔一村、愛輔二村、中途之家、門訓、職門訓。在研究倫理上，由於藥癮者前往機構求助戒癮，特別需要保護與尊重其自主性，維護其權益，降低身心及社會風險，本研究尊重受試者參與測量的自主意願，無論參不參加研究，均確保受試者的權益不會受到任何傷害與不良影響。

二、研究工具

根據研究目的所選用的測量工具為「靈性健康量表」與「藥癮復元評估量表」。

（一）靈性健康量表

使用蕭雅竹與黃松元（2005）所發展的量表，有良好信效度，感謝蕭雅竹教授同意授權使用。該量表包括建構靈性涵蓋的義涵，例如存在目的、宗教寄託、人際締結、超越逆境、生命意義等，用以表示靈性健康狀態。

（二）藥癮復元評估量表

由於復元取向與研究執行機構的處遇的理念大致吻合，均重視戒癮者的內在心靈復元與恢復人的尊嚴與價值，進而恢復生活品質與希望感，因此本次成效評量採用「藥癮復元評估量表」作為評量工具，因過去研究發現復元評估量表對於藥癮者的社會復歸具有解釋力，復元評估量表可作為評估工具與處遇指引（蔡佩真，2019）。

藥癮復元評估量表與靈性健康量表的整體信度均顯示為非常高的水準，特別是靈性健康量表的 α 值高達0.945，顯示極佳的內部一致性。兩量表均適合作為心理與行為研究評估工具（表1、表2）。

表 1 靈性健康量表之信度分析表

評估面向	Cronbach's α	量表整體Cronbach's α
與人締結	0.823	
活出意義	0.929	
超越逆境	0.863	0.945
宗教寄託	0.929	
明己心性	0.885	

資料來源：研究者自製表格。

表 2 藥癮復元評估量表之信度分析表

評估面向	Cronbach's α	量表整體Cronbach's α
個人信心與想望	0.824	
目標感與成就感	0.843	
尋求協助的意願	0.865	0.922
不受藥癮狀況支配	0.815	
信任他人	0.626	

資料來源：研究者自製表格。

肆、研究結果

一、資本資料

本次施測機構是某基督教戒癮治療性社區，施測對象是該機構2024年居住於該社區中之學員，受試者分布於該機

構十二個村家（其中包括二處藥癮愛滋村、一處女性戒癮的姊妹之家），受試者共176人，男性164人（93.2%）女性12人（6.8%）。在年齡方面，受試者的年齡居於18-75歲之間，平均是41.21歲。受試者入住治療性社區的天數部分，以180天

(半年)為一組，共分四組，其中入住天數1-180天者共42人，入住181-360天者共28人，入住天數361-540天者共28人，入住天數541天(18個月)以上者共77人，總平均天數為822.05天。

治療性社區是以社區為處遇的媒介，戒癮者長期居住在治療性社區共同生活，每日安排固定的課程與活動，藉由日常互動來把握機會教育戒癮者改變想法、態度、行為，學習社交技巧，重建價值觀。本研究機構是以基督教信仰為靈性輔導基礎，輔以許多戒癮康復者擔任生活輔導員，並有同樣是藥癮康復者擔任神職人員，為學員提供兼具信仰與同儕互助的生活環境，每日有固定的課表學習基礎知識與信仰課程，每日有個人靈修祈禱與閱讀、心得反思的時間，也有藥癮復發預防團體。成員也分工整理內務如烹飪、清

理、維修、種植，分擔團體責任也學習在日常中自我負責。

二、戒治者在靈性健康與藥癮復元量表的表現

靈性健康量表的表現上，整體平均分數為3.9858，五個面向的平均分數相對集中(3.7970至4.2647)，標準差適中(0.7234至0.8535)，戒治者在「宗教寄託」面向得分最高，其次是「活出意義」的面向，顯示戒治者相對較高依賴宗教寄託來獲得心靈安慰和支持，靈性取向介入措施對於提升戒治者的生命意義感和靈性支持具有較高的效果。最低的面向是「超越逆境」，顯示部分戒治者在面對逆境時，其目前靈性的成長狀態尚難以因應與克服逆境(表3)。

復元評估量表共有五個面向包括個人

表 3 戒治者在靈性健康量表內各評量面向之敘述統計表 (N=176)

評量面向	M	SD	中位數	最小值	最大值
與人締結	3.9290	0.7857	4	1	5
活出意義	4.0222	0.7234	4	1	5
超越逆境	3.7970	0.8390	4	1	5
宗教寄託	4.2647	0.8530	4	1	5
明己心性	3.9162	0.8535	4	1	5

資料來源：研究者自製表格。

信心與想望、尋求協助的意願、不受藥癮狀況支配、目標感與成就感、信任他人。量表為五分量表，分數越高代表復元狀況越好。戒治者在藥癮復元量表整體平均分數為3.8367，接近Likert量表的「同意」水平，各面向的中位數均為4，表明超過半數的受測者對評估項目給予「同意」或「非常同意」的評價。藥癮復元評估量表的五個評量面向中，高分項目包括「目標感與成就感」面向和「尋求協助的意願」面向。而「不受藥癮狀況支配」面向最低，低於量表整體平均分數，次低的面向是「信任他人」，顯示在藥癮復元過程，「不受藥癮狀況支配」與「信任他人」是較難以立即展現效果（表4）。

三、靈性健康與藥癮復元的關係

進行皮爾森係數與簡單線性迴歸，分

析結果如下。

（一）二者高度正相關

藥癮復元評估量表（ $M=84.8958$ ， $SD=11.7484$ ）與靈性健康量表（ $M=95.3542$ ， $SD=12.8173$ ），在相關性檢定中，Pearson相關係數為0.788（ $p<0.001$ ），達顯著強的正相關，藥癮復元評估量表、靈性健康量表有顯著高度正相關，靈性健康越高的學員，其藥癮復元表現越好。

（二）簡單線性迴歸分析

以靈性健康量表（ X ），藥癮復元評估量表（ Y ），得知相關係數 $R^2=0.620$ ，調整後之相關係數 $R^2=0.618$ ，且預測模型如下： $Y=16.052+0.722X$ 。簡單線性迴歸模型顯示靈性健康可顯著預測藥癮復元，

表4 戒治者在藥癮復元評估量表內各面向之敘述統計表（ $N=176$ ）

評量面向	M	SD	中位數	最小值	最大值
個人信心與想望	3.8833	0.8264	4	1	5
目標感與成就感	4.0955	0.7809	4	1	5
尋求協助的意願	3.9157	0.8248	4	1	5
不受藥癮狀況支配	3.6207	1.0851	4	1	5
信任他人	3.6686	0.9292	4	1	5

資料來源：研究者自製表格。

表 5 藥癮復元評估量表的簡單線性迴歸估計結果與摘要表 (N=176)

藥癮復元 評估量表	未標準化係數		β	T	p
	B	Se			
(常數)	16.052	4.119		3.897	0.000
靈性健康量表	0.722	0.043	0.788	16.864	0.000
整體模型			$R^2=0.620, \Delta R^2=0.618$		
			F (1,174) =284.405, p<0.05		

資料來源：研究者自製表格。

其中靈性健康得分每提高一分，藥癮復元得分增加0.722分（表5）。

靈性健康顯著高於停留時間較短者（ $p < 0.05$ ）。

四、戒治者停留時間與復元效果的關係

（一）戒治者在治療性社區停留時間與靈性健康的關係

進行單因子變異數分析得知不同入住天數的組別在靈性健康量表的得分有顯著差異（ $F(3,171)=4.342, p<0.05$ ）。進一步進行事後比較，經使用Scheffe法進行事後比較，發現「1-180天」與「541天（18個月）以上」兩組之間達顯著差異（ $p<0.05$ ）。

進行皮爾森係數與簡單線性迴歸分析結果，停留時間與靈性健康得分存在顯著相關，屬於弱的正相關（ $r = 0.19, p < 0.01$ ），迴歸模型顯示 $R^2 = 0.036$ 。住滿18個月（541天）以上的戒治者，其

（二）戒治者在治療性社區停留時間與藥癮復元的關係

本次進入治療性社區戒癮至今天數（X），藥癮復元評估量表（Y）為變數，進行皮爾森係數與簡單線性迴歸分析。結果發現停留時間與藥癮復元得分存在顯著相關，屬於弱的正相關（ $r = 0.166, p < 0.05$ ），迴歸模型顯示 $R^2 = 0.028$ 。住滿18個月（541天）以上的戒治者，其藥癮復元得分顯著高於停留時間1-180天者（ $p < 0.05$ ）。這在實務的啟示上，住滿18個月以上，對靈性健康與藥癮復元具極重要意義，戒治者在治療性社區停留時間對藥癮復元具有意義，雖然影響程度較弱。似乎除了處遇天數，藥癮復元

的成果可能與其他因素有關。

伍、結論與建議

本研究針對臺灣一所以基督信仰為靈性導向的治療性社區進行成效研究，探討靈性健康與藥癮復元之關係，以及戒治者停留時間對處遇成效之影響。研究結果支持靈性健康有助於藥癮復元的文獻論點，並提出下列主要結論：

首先，受試者整體靈性健康與藥癮復元之平均表現均處於中上水準，尤以「宗教寄託」與「活出意義」為高分面向，顯示機構的處遇在宗教信仰與生命意義的建構上展現良好成果。然而「超越逆境」與「不受藥癮支配」則為相對較低分，反映戒治者雖具復元動機與靈性支持，但在行為控制與逆境應對能力上，較有難度，仍需更長期且深層之陪伴與介入。

其次，統計分析顯示靈性健康與藥癮復元間存在顯著強烈之正相關，且靈性健康可有效預測藥癮復元表現，本研究結果支持靈性健康在藥癮復元歷程中具有正向的影響，戒治者的靈性狀態的提升可促進其藥癮的復元。

第三，本研究也發現戒治者在治療性社區停留時間與其靈性健康與藥癮復元均具統計上之正向關聯性。住滿18個月以上的藥癮戒治者在靈性健康與復元量表上的得分顯著高於停留時間較短者，這

個研究發現與過去的研究一致，治療性社區的成功與「持續治療時長」呈高度相關（Christie & DeBerry, 1994; Marcus, 1998）。

最後本文根據研究成果提出的實務建議如下，面對物質使用者複雜的需求，藥癮處遇須採取全人觀點，將靈性層次納入評估與服務之中，全人評估應包含靈性健康的理解，在評估物質使用者時，除了掌握其生理、心理、社會需求外，應留意服務對象的靈性狀態、價值觀及人生意義感、目標感等面向。運用靈性相關的量表為評估工具以評估服務對象的靈性功能，包括正向靈性資源或可能的負向靈性困擾，如罪惡感與絕望。透過靈性評估，工作者能適時提供協助。此外，助人者如能具備靈性敏感度，能尊重並理解不同文化信仰對服務對象的意義，可以協助善用靈性資源成為復元資本。

建議藥癮處遇計畫納入靈性的關照，靈性取向的治療性社區展現其內在復元的成果，因此制訂藥癮戒治的服務計畫時可考慮關照靈性需求。例如教導靜坐與覺察，教導學習靜心呼吸以減輕焦慮和衝動，與個案討論生命中有意義的人事物、協助他們發現人生的意義，在尊重案主意願與專業倫理的前提下為有需求的個案提供深度而有意義的靈性支持。

(本文作者為國立暨南大學社會政策與社會工作學系教授)

關鍵詞：靈性健康、藥癮復元、治療性社區

📖 參考文獻

- 李志恒, 馮齡儀 (2017)。〈由臺灣戒毒歷史發展軌跡及亞洲鄰近國家戒毒處遇之作為談我國未來戒毒處遇策略〉。《刑事政策與犯罪防治研究專刊》，3，4-14。
- 蔡佩真 (2019)。〈藥癮康復者復元評估與社會復歸之相關性研究〉。《東吳社會工作學報》，36，57-85。
- 蕭雅竹、黃松元 (2005)。〈靈性健康量表之建構及信、效度考驗——以護理學生為題〉。《實證護理》，1 (3)，218-227。 <https://doi.org/10.6225/JEBN.1.3.218>
- Bleiberg, J. L., Devlin, P., Croan, J., & Briscoe, R. (1994). Relationship between treatment length and outcome in a therapeutic community. *The International Journal of the Addictions*, 29(6), 729-740.
- Chirico, F. (2016). Spiritual well-being in the 21st century: It's time to review the current WHO's health definition. *Journal of Health and Social Sciences*, 1(1), 11-16.
- Chu, D. C., Sung, H. E., & Hsiao, G. Y. (2012). Religious conversion and treatment outcome: An examination of clients in a faith-based residential substance treatment program. *Journal of Drug Issues*, 42(2), 197-209.
- Frankl, V. E. (1967). Logotherapy and existentialism. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 4(3), 138.
- Hai, A. H., Franklin, C., Park, S., DiNitto, D. M., & Aurelio, N. (2019). The efficacy of spiritual/religious interventions for substance use problems: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Drug and Alcohol Dependence*, 202, 134-148. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.04.045>
- Iswardani, T., Dewi, Z. L., Mansoer, W. W., & Irwanto, I. (2022). Meaning-Making among Drug Addicts during Drug Addiction Recovery from the Perspective of the Meaning-Making Model. *Psych*, 4(3), 589-604. <https://doi.org/10.3390/psych4030045>
- Kelly, J. F., & Eddie, D. (2020). The role of spirituality and religiousness in aiding recovery from alcohol and other drug problems: An investigation in a national US sample. *Psychology of Religion and Spirituality*, 12(1), 116-123. <https://doi.org/10.1037/rel0000295>
- Marcus, M. T. (1998). Changing careers: Becoming clean and sober in a therapeutic community. *Quali-*

- tative Health Research*, 8(4), 466-480. <https://doi.org/10.1177/104973239800800403>
- National Institute on Drug Abuse. (2018). *Principles of drug addiction treatment: A research-based guide* (3rd Edition). <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/acknowledgments>
- Pagis, M., Elbaz, A., & Ben Yair, Y. (2025). The different faces of religion in therapy: An exploratory qualitative study of a religion-based therapeutic community for addiction recovery in Israel. *Journal of Religion and Health*, 64, 64-81. <https://doi.org/10.1007/s10943-024-02152-y>
- Tekke, M. (2019). The highest levels of Maslow's hierarchical needs: Self-actualization and self-transcendence. *Journal of Qualitative Research in Education*, 7(4). <https://doi.org/10.14689/issn.2148-2624.1.7c.4s.17m>
- Vanderplasschen, W., Colpaert, K., Autrique, M., Rapp, R. C., Pearce, S., Broekaert, E., & Vandeveld, S. (2013). Therapeutic communities for addictions: A review of their effectiveness from a recovery-oriented perspective. *The Scientific World Journal*, 2013. <https://doi.org/10.1155/2013/427817>
- Wolf-Branigin, M., & Duke, J. (2007). Spiritual involvement as a predictor to completing a Salvation Army substance abuse treatment program. *Research on Social Work Practice*, 17(2), 239-245. <https://doi.org/10.1177/1049731506294373>
- World Health Organization & United Nations Office on Drugs and Crime. (2020). *International standards for the treatment of drug use disorders: Revised edition incorporating results of field-testing*. <https://iris.who.int/handle/10665/331635>