

臺灣藥癮治療性社區的 經驗對靈性社會工作的 啟示——質性研究

鄭蒲澤、陳怡青

壹、前言

1980年代始，一些具有基督教背景的民間單位，引進國外的戒治經驗，以信仰與生活實踐為導向，對物質使用者及其家庭提供協助，這樣的民間模式一直以宗教助人的形式維持著。1998年《毒品危害防制條例》開始，臺灣大量參照國外的治療模式，發展多元且社區性的治療取向。2017年新世代反毒策略之後，這些民間單位開始銜接政府的「藥癮治療性社區服務模式多元發展計畫」，並在申請政府資源時，接受專業委員的審查。2019年，臺灣共有6家「藥癮治療性社區」承接政府計畫，雖非每一個藥癮治療性社區都是基督教的服務形式，但靈性層次的介入幾乎呈現在每一個藥癮治療性社區的服務計畫中。事實上，靈性工作的介入方法，在藥癮戒治工作上由來以久。Koenig（2012）分析278篇宗教/靈性與藥物濫用相關的研

究，其中240篇（86%）顯示此二個變項呈現相反的關聯性，只有4篇（1%）顯示正相關。Koenig認為，宗教或靈性對藥物濫用者具有保護作用，會影響其生命週期的後續階段。在臺灣的經驗上，少有對靈性社會工作實務實踐的探討。早期許多以宗教理念為宗旨的民間單位，隨著社會工作專業知識與技術的進步，在人員進用、考核評鑑上受到更多的重視，有關靈性實踐的闡述多不復見。臺灣的藥癮治療性社區為數雖然不多，有數家歷經20至40年的經營，仍有濃烈的宗教性色彩；而即使是較晚進的藥癮治療性社區，專業導向為其實務操作的主軸，但也將靈性的思維或多或少的放入工作方法之中。然而，從靈性觀點，如何看待服務使用者？靈性工作如何在藥癮戒治這類高難度的工作上發揮作用？靈性工作對專業介入方法具有啟發性，或有何關聯性？值得加以研究。因此，本研究的目的是在探討藥癮治療性社

區中，專業與靈性工作如何對物質使用者產生影響力，並試圖發現此經驗對靈性社會工作的啟發。在此研究目的之下，本研究的研究問題包括：在靈性與專業上，藥癮治療性社區對物質使用（者）的觀點為何？而藥癮治療社區的實務方法為何？從其工作理念或實踐方法可以見到哪些與靈性有關的啟示？

貳、文獻探討

一、藥癮治療性社區

（一）治療性社區的發展與理論依據

於1950年代美國有大量的施用海洛英之物質使用者，且無具體治療方式可協助，直至1958年，一位酒癮患者Charles Dederich與其同夥成立Synanon，此即為第一個藥癮治療性社區（Avery & Kast, 2019; National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2015）。不同於傳統的專業處遇措施，它主要源自於戒酒匿名會的十二步驟，出發點為將自身的實踐經驗，應用於日常生活。物質使用者長期居住於同一個住所或社區，透過參與決策或其他社區活動等（Avery & Kast, 2019），從中學習與展現自己的角色。他們認可社區的目標，進而改變自身行為，成為社區中的一分子（陳怡青, 2021）。

因為有不少物質使用者確實從中獲得益處，學者開始探究治療性社區的理論

與模型，他們發現在臨床上所依據的理論相當多元，包含運用心理動力學、認知行為理論、社會學習理論和人本主義等。然而，美國物質濫用與心理健康服務局（Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA）所提出的復元觀點，更接近藥癮治療性社區的服務型態（蔡佩真, 2019），「復元」包括10項原則：希望、個人導向、多元路徑、全人、同儕支持、關係、文化、創傷處理、責任和尊重。復元強調個人轉化和成長歷程的整體性，服務使用者主動積極改變自身生活，為追求健康而採取行動（白鎮福等人, 2022; SAMHSA, 2012）。此外，另有一個使用人類學的方式，對最初的治療性社區的進行研究，提出四個重要概念，包含「民主化（democratization）」、「容許（permissiveness）」、「社區性（communalism）」和「現實挑戰（reality confrontation）」，服務使用者進入社區成為居民之前，要先同意遵守社會制度（Avery & Kast, 2019; Rapoport, 2013; The Consortium for Therapeutic Communities [TCTC], 2023）。無論現行的治療性社區與這些理論觀點的一致性如何，都有一個共通點，即治療性社區所關切的，不只是物質戒治的問題，亦包括心理層面及社會層面的改變。

(二) 治療性社區的工作理念

藥癮治療性社區所重視的是「整體」的改變：停止使用藥物，恢復身體與心理健康，進而能夠參與社會。每個「居民」在治療性社區中，分別處於自己的不同階段，個人是一個不斷學習與培訓的過程，學習對自己、他人和團體生活承擔起責任（NIDA, 2015）。在治療性社區中，所安排的處遇活動都具有教育性意義，透過處遇活動參與社區生活，促使學習如何承擔起社會性角色的責任，亦即「社區做為方法（Community as Method）」（陳怡青, 2021；De Leon, 1995; De Leon et al., 2015）。

治療性社區主要由五個結構所組成，缺一不可，也代表著其運作模式，分別是治療的結構、條件、工作人員的角色與功能、生物與心理及社會治療介入，以及治療結果和回饋（Avery & Kast, 2019），詳細內容分述如下：

1. 治療的結構：主要說明社區的組織和治療的過程與方法，如促進新居民融入社區，產生歸屬感等。

2. 治療的條件：建立安全與合適的環境，如在社區中居民應透過自助或互助來營造社區文化，以及遵守、教導社區中的規範和價值觀等。

3. 工作人員的角色與功能：工作人員在社區當中，應促進合作環境的形成，以及維護社區的運作，如工作人員應由跨專

業領域所組成，合理地管理社區中的角色與責任等。

4. 生物、心理與社會治療介入：透過一些策略或活動，如提供醫療服務、提升日常生活能力、重建家庭支持系統等，協助物質使用者學習與發展，促進生理與心理健康，並對他人提供貢獻。

5. 治療結果和回饋：透過研究，收集相關資訊，進而了解目標達成狀況。

二、靈性與靈性社會工作

社會工作專業「人在情境中」與「整體性」的基礎概念，應是可以很接近靈性層次的。但是，系統環境中的信仰、文化、自然與個人靈性的了解，均常在社會工作專業訓練上被忽略。

(一) 靈性的意義

靈性（spirituality）是人類固有的組成部分，具有主觀性、無形性和多維性（Tanyi, 2002）。靈性是一種生命的給予、成為人的動力、生命的熱情。靈性是超越宗教和文化的界限。靈性的特質包括：完整的信仰體系，這是一種願意「相信」的狀態；是一種對生命意義的追尋；是和諧的內在聯結自我、他人、世界、上帝，使人可以在尋找意義的過程中，透過反身性的自我檢驗和成長，觸及終極狀態，以致於自我超越（Delgado, 2005; Dyson et al., 1997; Mok et al., 2010）。

透過靈性的聯結，可以帶來內在的安寧，而與神、靈魂和身體的整合，靈性不同於醫學觀點的治療，卻能帶來一種對病痛的適應或健康狀態 (Delgado, 2005)。

靈性和宗教經常交互使用，但這兩個概念是不同的。靈性涉及人類對生命意義的探索，而宗教則涉及一個有組織的實體，是關於更高權力或上帝的儀式和實踐。有些時候靈性與宗教有關，但有些時候 (例如無神論者)，可能無關 (Dyson et al., 1997; Tanyi, 2002)。

(二) 靈性社會工作

許多專業，嘗試在靈性層次與案主一起工作 (Mok et al., 2010; Pargament, 2007)。對於社會工作者而言，首先需對「靈性」有所認識。林木筆 (2016) 提及，認識靈性的意義不只是對服務使用者而言是有意義的，對工作者而言亦是如此。探索、認識生命意義的學習，使社會工作者有能力與服務使用者建立深層的聯結，經驗其所處的傷痛或快樂。靈性常與信仰有關，靈性提及神聖的、最高的力量或終極的存在，而信仰不僅是對外的聯繫，也是一種對內在的自我聯結，產生自省的、反思的歷程，對痛苦、超越以及生命意義的解釋 (Koenig, 2012)。靈性之於專業工作，即是將專業方法落實在這些議題上，也是在專業實踐上，以更謙卑與尊重的態度，對待服務使用者，陪伴其所經

歷的痛苦，並且一同回應生命的意義。

靈性社會工作可以在幾個層面落實：

1. 社會工作專業需在靈性層次進行評估：包括服務使用者的宗教背景、信仰的支持系統、信仰為服務使用者所帶來的韌力、目前的專業處置方式可能帶來的信仰衝擊等等 (Koenig, 2012)。

2. 面對問題，靈性層次的解釋應被尊重。專業工作者應持中立態度，透過會談提問，以理解其信念。Koenig提醒，挑戰服務使用者的靈性理解，總是會帶來其阻抗，即使他們沒有明說，但若這些靈性上的信念基本上是健康的，支持這些信念有助於其在服務過程中度過難關 (Koenig, 2012)。

3. 在工作方法上，最沒有爭議方法的即是在服務使用者有靈性需求的部分進行轉介，由符合他們期望的宗教類型的專門人員來提供靈性上的支持 (劉珠利, 2009; Koenig, 2012)。除此之外，社會工作者提供靈性服務的情況有二：組織或機構本身就有從宗教的背景，或者社會工作者在直接服務上加入靈性的處遇方式 (劉珠利, 2009)。目前，有一些直接服務的相關理論或工作技術是可以與靈性工作對接，例如：存在主義模式社會工作、正念認知療法、呼吸練習等等。重點是工作者在執行時，需確保服務使用者是在非脅迫、且具有控制感之下才執行 (Koenig, 2012)。

4. 工作者本身若缺乏信仰，或者未曾有靈性方面的訓練，不應冒然執行評估或介入，最好的情況之下，是社會工作者有這方面的訓練，能夠在專業倫理與靈性介入工作有適當的敏感度與辨別力（Pargament, 2007）。

三、治療性社區與靈性工作

如前所述，治療性社區的起源受到戒癮十二步驟的影響很大，在戒癮十二步驟中，建立在幾個核心信念上，包括：人皆有罪、人可以被改變、坦承錯誤是改變的必要條件、改變後的靈魂可以直接觸及上帝、已然改變的人應該去改變其他人。在這個核心信念中，包括界定了人的本質、人的可能性、改變的起始點與目標、人之於他人的責任等等。將這十二步驟置於藥癮治療性社區之中，人必須正視現存的問題，透過救贖、心理行為的操練、社會生活的實踐，來回復生命原本的價值和應有的樣子（康復之友，2012 / 2019）。近期發展的治療性社區，增加了許多專業評估與介入的方法。而臺灣環境信仰的多元性，使得原本的十二步驟中以基督教為核心的價值不一定完整地使用，有些或者以正念之覺察、與內在接觸、不評價與不反應的方式體會心理與生命中的起伏，有些或者以存在主義之接納與承擔生命重量的方式面對生命的缺損。

與其說藥癮治療性社區的發展具有

理論性，還不如說治療性社區的方法是從生活實踐逐漸累積而得獨特方法，而後期SAMHSA在2012年之後所正式提出的復元觀點具有高度的一致性（SAMHSA, 2012）。復元觀點強調希望、創傷處理、關係、全人、同儕支持、責任與尊重等等，反應了對生命存有希望感，正視創傷，持續前行，同儕便可服務同儕等所帶來的意義。這與靈性工作在傷痛中聯結、找尋意義、懷有希望有相當的共通性。自此，「上帝」的位置已然出讓，或者不被明說，而意義、希望、人與人同在的價值仍然存留，復元觀點重視全人服務的部分，恰為治療性社區共通的實踐信念。

參、研究方法

本研究採質性研究，研究目的在於探索臺灣藥癮治療性社區的服務理念，藉以對靈性社會工作帶來啟發。目前臺灣藥癮治療性社區的單位有限，為求反覆的互動過程中，不斷進行思辯，以構築全面性的圖像，故採質性研究（潘淑滿，2022）。而在受訪對象的選取方面，本研究採取典型個案抽樣（typical case sampling）的方法，並參考立意抽樣（purposive sampling）和滾雪球抽樣（snowball sampling）的概念（陳向明，2002；簡春安、鄒平儀，2016；Neuman, 1994 / 2014）。

表 1 受訪藥癮治療性社區一覽表

代號	成立時間	宗教型 ^a / 專業型 ^b	都會型/ 非都會型	服務對象 生理性別	政府經費 比例 ^c	受訪者 代表年資 ^d
A	2000s	宗教型	市郊	男性	< 50%	7
B	1990s	宗教型	市郊、農村	男性	< 50%	2
C	2010s	專業型	都會型	男性	> 50%	10
D	1980s	宗教型	都會、市郊、農村	男性、女性	< 50%	14
E	2010s	專業型	市郊	女性	> 50%	13
F	2000s	專業型	市郊	男性、女性	> 50%	25
G	2010s	宗教型	市郊	男性	< 50%	8
H	2010s	專業型	農村	男性	> 50%	17

註：

^a 宗教型的機構皆為基督教的治療性社區模式，雖為宗教型機構，皆與專業單位或專業人員有聯繫或合作，如特定的醫療院所或醫師，或者雇用專業人員。

^b 專業型的機構意指主要由專業人員主導或專業單位經營。

^c 政府經費比例：是指此治療性社區的方案，政府經費占所有方案經費的比例。

^d 受訪者代表年資：指在此單位服務的時間。

資料來源：作者自行整理。

首先在於將治療性社區單位羅列幾類典型，從其中選取最具有代表性的單位，進行邀請及訪談。本研究對象的選取，首先必須要符合藥癮治療性社區的定義，即以物質使用者為主要服務對象，執行長期、全日型且住宿型的服務方式。其中工作者、居民互為主體，在治療性社區中各有其功能及貢獻，以維持社區的運作。主

要考慮的典型包括宗教型、專業型、都會、農村、性別、依賴政府補助、機構經費自籌等。本研究的對象共有8家，邀請各家主要業務負責人、計畫書撰寫人或資深工作者，代表機構接受訪談（表1）。

如同表1，可從經營理念將治療性社區分為宗教型、專業型兩類。再從治療性社區的經費來源來看，宗教型的治療性社

區對政府資源的依賴恰都在50%以下，而專業型治療性社區，對政府經費的依賴則都在50%以上（事實上，甚至100%依賴政府經費）。高度依賴政府經費，就要對政府的指標，有高度的責信，因此專業型藥癮治療性社區的服務方式於是形成。

本研究的資料蒐集方法採半結構式的深度訪談法，訪談期間為2024年2月至4月，研究者事先擬好訪談大綱，經受訪者同意後，與受訪者約好訪談地點，進行一對一的深度訪談，訪談時間多在1.5至2小時，訪談過程進行錄音，並在訪談後將錄音檔進行轉譯、謄寫成逐字稿，再對逐字稿進行分析。在分析資料方面，本研究採主題分析。首先從文獻或理論框架中，或在閱覽幾份訪談文本後，發展出主題分析的架構。接著再閱覽所有的文本，逐步分類、置入主題，再進行組合，反覆多次之後再精緻化、命名。而分析架構上，先將訪談內容命名，分類，再區分為治療性社區對物質使用者對人的看法，以及實務介入兩大部分。第三，就分析所得的發現回看不同執行單位在一般全人工作與靈性工作的表現，找出其中的意義。整體研究的執行，自2023年9月始，共歷時1年3個月。

本研究執行期間，尊重受訪者的意願，並在資料處理上遵守匿名與保密原則，研究者在執行研究的過程持中立的立場，研究資料分析上多次檢核，以確保資料的正確使用。

肆、研究發現

根據研究問題，本研究的研究發現主要分為兩個部分：在靈性與專業上，藥癮治療性社區對物質使用（者）的觀點為何？而藥癮治療社區的實務方法為何？

一、藥癮治療性社區對物質使用者的看法

如前所述，藥癮治療性社區相較於傳統醫療，前者更重視「全人」的復元，而其對物質使用者的看法，也有別於傳統「診斷系統」的描述，而認為是失去對人生的掌控，以致帶來多層面傷害的狀態。

（一）物質使用者失去對人生的掌控

物質使用者長時間因受到毒品或酒精等物質的控制，而難以過正常的生活，「根本就不是人，是一個活的死人」（A204），以及「他們是比較是找不到生命目標方向……茫然的」（G084），且「沒有辦法想要脫離……脫離不了的」（G078），或者，看似無關的日常生活就會令他又想起使用物質的感受，「你根本也沒有碰……好像就是一種反射性的……很深層的一種的記憶」（D080）。

此外，物質使用者透過使用物質逃避生活現況，「這些成癮者有一個最大的毛病，叫做逃避，我逃避面對家人、我逃避面對自己、我逃避面對我的法律，所問

出的問題、我逃避我身體已經出現狀況」(A107)，或是無法遵從社會規範，「他根本不知道什麼才是符合一般人可以被接納的這個規範嘛」(F077)。上述這些描述他們不在「人生」之中，是一種靈性層次的失落，主要是來自A、G、D是由宗教型單位的見解，而專業型單位F，則是回應了社會期許人生「掌控」的秩序性。

(二) 物質使用者的多層面傷害

對於物質使用者而言，很難將物質使用與其他問題切割，「使用物質只不過是他一個問題的展現而已……它必須要看這個人的一個全人的問題」(F074)。以下分別從身、心、社、靈四個面向，闡明物質使用者所受到的傷害和影響：

1. 生理面向的傷害和影響

生理的傷害包括顯而易見的疾病與不健康的生活。幾乎所有物質使用者，都無法有正常的生活作息，「間接的他就會有一種錯誤的生活模式、生活糜爛、情緒失控……」(A076)，即使想戒毒，身體及情緒也需承受戒斷症況引發的不適，「他停止使用毒品，通常會遭受到睡眠的問題啊」(F080)，有些甚至會造成身體永久性的損傷，「這個病呢，就是要伴隨著你的身體一輩子」(E083)。另受訪對象E更提及女性物質使用者的困境，「生理上……物質依賴會比男性更嚴重」(E075)，「當時的神智行為會造成對

孩子間接上很多的影響，包括她在懷孕期間」(E078)。

2. 心理面向的傷害和影響

物質使用者會去使用物質，有一部分的原因是藉以抒發壓力，獲得短暫的緩解，「……那是他習慣的壓力因應的方式，或是情緒抒發的管道」(C183)，以及「生活上，遇到一些困境或創傷導致於他們需要仰賴這些物質去緩解他們的痛苦，或生活上……他自己無法面對或解決的事情，或情緒、或壓力等」(H103)，或者，循環於創傷的困境及用藥之間，「在他們的生活情境，或是他們的成長脈絡裡面，遇到一些挫折或創傷，我們目前自己來看他們遇到創傷的議題蠻多的」(H102)。而有些人，「因為他們的多元性別導致的創傷」(H104)，而反覆在用藥的情境中。

3. 社會面向的傷害和影響

物質使用以致社會關係受到傷害時有所聞，「……長期使用酒精、毒品往往導致家庭、學業、人際關係破裂，損害職業、學業和生活功能，甚至對社會治安構成危險」(A047)，他們無法或沒有機會擔任起家庭角色，當身為母親「她孩子在出生滿不到一年，她就入監了，她根本跟孩子沒相處，關了五年，孩子在寄養的家庭，根本不想認她，甚至想出養」(E155)；而身為子女「沒有那個機會跟爸爸、媽媽一起……吃早餐、看電視」

(E039)，若是復歸社會後，無穩定工作也容易復發，「如果他出去沒有找到工作的人，……撐不了多久」(B276)。這種孤立也出現在性別不平權的情況，女性物質使用者容易受到男性所支配，「女性在我們臺灣東方人的社會裡面……也是相對弱勢的……比較依賴男性經濟的提供」(E076)，女性使用藥物後更加不符合社會期待，遭受到指責，「社會支持的部分……比較多的指責跟不包容的」(E077)，而性少數群體本就不易為社會接納，若加上使用藥物，「……家庭的不接納或他沒有辦法去跟……別人討論這件事情，或者他在尋求親密關係的過程當中，其實不是那麼的正向」(H104)。

4. 靈性面向的傷害和影響

綜觀上述，物質使用傷害了「生命」，使生活失控，「找不到生命目標方向」(G084)，且生命是痛苦的「需

要仰賴這些物質去緩解他們的痛苦」(H103)，然而這都形成了生活方式上的「不正確」，即「錯誤的生活模式」(A076)。這個不正確是來自於上帝或更高力量的觀點，基督教的治療性社區，將物質使用者視為「罪人」，需要經歷「更新」，因此，學習生命更新或生命本質的覺醒，改變才能發生：

福音機構認為這是一個罪人……罪人的定義就是……活不出，應該要有的樣式……吸毒只是一個內心出問題的外顯行為……把人的內在經過調整跟更新之後，他的這些外顯的東西，自然就會消失。(D064)

生命痛苦的本質，這個痛苦有一部分來自於社會的孤立，而且是跨代的「包容度跟接納度，其實是不夠的……啊彼个著食毒，啊所以伊囤食毒（臺語）」

表 2 專業型及宗教型治療性社區對物質使用(者)的看法：訪談資料次數分析

	專業型治療性社區	宗教型治療性社區
失去對人生的掌控	42% (5/12)	58% (7/12)
對生理、心理、社會的影響	55% (21/38)	45% (17/38)
對靈性的影響	25% (2/8)	75% (6/8)

資料來源：作者自行整理。

(E079)，「他們沒有地方去……沒有人願意幫忙」(D174)，這個生命孤立的苦果，是清醒是要面對的一部分。

從物質多層面的傷害來看，生理、心理、社會面向的傷害，可以是專業性的評估，而在證據的引用上，C、E、F、H等專業型的治療性社區在生理、心理、社會的描述較為清晰，占有引用比例的55% (21/38)。至於靈性上的傷害，則宗教型的治療性社區描述得較為清晰，占有引用比例的75% (6/8)，而對於「失去對人生的掌控」的看法，亦是宗教型治療性社區比例較高(表2)。

二、臺灣藥癮治療性社區的實務方法： 全人的介入

對應於物質帶來的傷害，在治療性社區中，嘗試進行生理、心理、社會的服務和處遇，以達到全人的復元。這些面向是整合的、全人復元的理念。這個全人復元的觀點，是以信仰做為基礎，然後向上發展的，如同訪談對象B提及，「我們覺得人不是要只有信仰，他可能要身體的恢復、心理的健康、社會關係的重建，就是我們講的是這樣全人的發展，而不是只重單一的」(B156)，透過全人的復元，回應物質使用者的生命價值，「他必須要改變他的想法、態度、行為，甚至他的一些價值，那所以他在這邊要去練習沒有毒

品，我該怎麼生活，我沒有毒品啊，我的生活該怎麼過這個樣子」(F075)。以下亦先分別介紹生理、心理、社會、靈性的服務或處遇，並進而做引用分配的比較。

(一) 生理面向復元的服務和處遇

由於使用物質造成身體的傷害相當嚴重，更可能引發合併精神疾病，因此，在物質使用者入住藥癮治療性社區前，多數藥癮治療性社區會與醫療體系合作，「精神障礙的話，如果有一些急性的症狀，……評估或許他現在比較需要的是在醫院的急性的治療的服務，我們可能就會轉介到醫院去」(C166)，使物質使用者的身體狀況先得以緩解。

而在藥癮治療性社區中，對於生理面向的服務和處遇，包括調整物質使用者的生活作息，以及妥善管理物質使用者的個人藥品，避免衍生濫用問題，「健康照顧是在幹嘛？身體的恢復以及調整作息，讓生理回歸至健康的正常狀態，由體態、生理機能、規律作息等建立個人的信心與堅定戒癮意志……陪同就醫看診，保管藥物並按時服藥等工作目標」(A163)，並隨時留意物質使用者的身體狀況，「定期抽血檢查……量體重啊、量血壓，那甚至量血糖」(G092)，以及設計運動課程，「我們認為運動是一個人，很重要恢復的一環」(B083)。

(二) 心理面向復元的服務和處遇

有些治療性社區，運用心理師，「……心理醫師他們來，……他可以馬上丟東西給我，你現在要怎麼做，因為他用他們的區塊、他們的經驗、他們實證去輔導他們」（A076），再交由治療性社區的其他人員，照顧居民的心理需要。

此外，經過設計的特色課程或活動，亦有助於物質使用者心理面向的復元，如訪談對象B，「做皮雕的方式，就是訓練他們的專注力、持續力跟忍耐力」（B086），而訪談對象H利用「心理劇……表達性藝術……可是比如說我們就會跟他們談親密關係」（H130）。

(三) 社會面向復元的服務和處遇

各個藥癮治療性社區在社會面向的復元，主要可分為建立健康的人際關係、嘗試修復家庭關係，以及培養未來就業，使物質使用者在社會面向逐漸復元。

首先，物質使用者於入住期間，需學習與他人相處、互助及合作，進而建立健康的人際關係。一開始先評估其「團體生活裡面的人際關係，……我就會看他，啊他是不是能夠主動的做一些幫忙的事情，會不會耍老大」（D132），「他們的人際和諧度，……他跟大家相處上面，還是他就是很自私、獨善其身、都不管別人死活，也不參與這些公眾事務，那這些都會是我們評估的一個面向……」（C249），

接著藉由團體生活來進行訓練。

在治療性社區中，「同儕工作者」扮演不可或缺的角色，因為其生命經驗和戒癮歷程，能夠共同陪伴物質使用者在戒癮歷程中的困境，「我們秉持著以過來人的自身經歷來陪伴跟輔導……」（A109），並讓藥癮治療性社區的居民對未來有希望感，積極面對挑戰，「透過同儕這種角色的楷模，讓他們相信這件事情是有可能的，他並非不可能，只是他不是一蹴可幾，他必須要經過非常多的……試煉」（C191），這是藥癮治療性社區中，難以取代的角色與能力，是自我訓練，是生命歷程的共同承擔，自己需為自己負責，也需為他人負責。這也回應了前述物質使用者痛苦的失落且孤立狀態，「我們強調的是你成為彼此的堅固」（B190），「然後，我們共同往一個目標前進」（C179）。因為曾經經歷過來人的陪伴，了解必須共同承擔，便是面對生命痛苦的方法，並且從中發現自己的意義。

再者，藥癮治療性社區於物質使用者入住期間，會嘗試修復家庭關係，「家屬會客，這就是社會關係修復的其中一環，或是修復你的家庭…人際關係」（B089），若家屬與物質使用者之間的關係緊密，更是能夠成為復元歷程中的助力，「跟家人講，你要在這方面多鼓勵他……不要急著回家」（D134），或促進彼此更加理解對方，「讓學員看到家屬的

為難，也讓家屬看到學員的改變跟他們遇到的困境」（H192）。此外，家屬的復元也很重要，同儕工作者在此也發揮作用，治療性社區中的過來人或者其他家屬會對正在受苦的家屬提供協助，「家屬就是支持團契，就是過來就很多人的經驗告訴你，你會更有把握知道，你該怎麼拿捏、怎麼陪伴」（G233）。

最後，透過結合多元的課程，培養物質使用者未來就業，「結合很多元的課程……慢慢找到他們的自己各自的興趣，那不管是靜態的、動態的，然後慢慢去培養跟發展他們未來希望他想要做什麼」（C065），甚至訪談對象E提及，針對物質使用者的債務狀況，提供協助，「你只要一進來……我們就全程保護你夠，就包括你的債務清理，只要你工作順利6個月，我會幫你去協商」（E116）。若為就學階段的物質使用者，亦會輔導其完成學歷或職業培力發展，「那我們其實鼓勵他們回學校唸書……他們如果真的沒有心要就學，我們也是鼓勵他往職……職……那叫什麼……職業訓練發展啦」（C264），培養物質使用者的就業能力，使其復歸社會後，經濟狀況能夠穩定。

（四）靈性面向復元的服務和處遇

臺灣藥癮治療性社區的起源，主要是從提倡「福音戒癮」的相關機構開展服務，對於臺灣的藥癮戒治領域具有豐碩經

驗和啟發性。而物質使用者在使用物質的期間，其的生活狀況是相當混亂，「因為原來的生命是混亂的、不清楚的，也沒有目標的……我們就是引導他，讓他就是認識這位……造物主……讓他恢復到他就是該有的位置」（G087），因此，以信仰的介入及引導，使物質使用者重建其內在價值，「透過信仰的方式，來幫助人調整他的內在生命」（D025）。

在實務工作當中的運作，藉由每天不斷地學習聖經的內容，以及透過藥癮治療性社區中的實務工作者引導，進行深入地反思及調整自我狀態，並讓物質使用者重視「此時此刻」的狀態，「我們固定的，每天都有，有讀經，輪流讀經、抄心得……心得包括抄經文都可以，他寫下他今天怎麼過生活」（A057）。

另外，一些「專業型」的藥癮治療性社區，在靈性面向，則會透過閱讀和討論「十二步驟」的書籍，這裡所使用的「十二步驟」已修正原本基督教的核心信仰，擴及到「更高的力量」，讓物質使用者更自由地核對個人的信仰歸屬，藉由宗教信仰的力量，從中深刻地自我反省，更使精神生活面向有所成長，「有十二步驟團體……希望透過這些平常一直不斷的練習……到時候應該可能或許要用什麼樣的方式去因應、面對」（C184），藉此引導物質使用者反思與改變其過往行為。另一個「專業型」的治療性社區提及，其藥癮

表 3 專業型及宗教型治療性社區實務介入：訪談資料次數分析

	專業型治療性社區	宗教型治療性社區
生理、心理、社會層面	43% (23/53)	57% (30/53)
靈性層面	35% (8/23)	65% (15/23)

資料來源：作者自行整理。

治療性社區以「大地療法」為特色的治療方式，「大地也是一種能量……那種日出而作、日落而息的那種概念」（H132），使物質使用者從大自然中學習，「我們是覺得可以透過大自然的生、息去跟他們在一起」（H133），促進個人靈性的成長，大自然的循環、涵容、供應，與個人的勞力貢獻相互呼應，形成一種日常的生活方式。

事實上，由於各藥癮治療性社區具備不同的特性，故在靈性活動的安排與比重也會有很大的差異。宗教型的治療性社區每日均會有大量的宗教性的活動，如前所述讀聖經、詩歌敬拜、寫心得、分享，同儕的互動也會在信仰的基礎下，以聖經為原則來規範互動的方式，同時，也引入生理或心理的專業介入，無論生理、心理、社會層面的介入，都仍應回應到聖經對生命意義的定位上，另即便物質使用者於入住藥癮治療性社區前，不具任何宗教信仰，仍期望其積極參與社區事務（包含宗

教性活動），改變才會發生。而專業型的治療性社區相較而言，靈性層次的工作就不一定這麼明確，而是附加在專業活動之下，例如前述，藉由某一位專業的工作者採取具靈性特性的理論，來進行「治療性活動」，但其他專業工作者並不涉及此方面的討論，或者，不特別教導或討論靈性的議題，但藉由「自然環境」的力量，潛移默化。因此，靈性的介入或深或淺，受到機構特性很大的影響。

若將實務介入區分為生理、心理、社會層面，以及靈性層面，可以發現專業型治療性社區和宗教型治療性社區皆會對生理、心理、社會及靈性層面皆有介入。宗教型治療性社區會進行生理、心理、社會層面的照顧，而專業型治療性社區亦會進行靈性層面的介入，只是宗教型治療性社區，在靈性層面的介入仍較多一些（表3）。

伍、討論與建議

一、需要先是全人的工作，才會是靈性層次的工作

研究發現，在實務介入上，無論是專業型或宗教型治療性社區，生理、心理、社會靈性層面的介入內容相當平衡，宗教型治療性社區並非減少生理、心理、社會性的服務，而專業型治療性社區也會觸及靈性工作。藥癮治療性社區是一個重視「全人復元」的工作模式，既是全人，則不只是疾病的治療，全人包括健康的生活，情緒的管理、社會關係的修復，以及對生命的理解。而社會工作本非只集中於問題解決或社會資源的轉介，而是更深的與個人內在的聯結、與社群的聯結，追求人的意義與價值，林木筆（2016）認為社會工作本身，就可以是靈性層次的工作，本文認為，社會工作需重視「全人」，才有可能成就靈性層次的工作。

二、靈性工作直面問題核心，承認自我的有限

本研究發現治療性社區對其居民的描述為生活失控、逃避生活、無法解決情緒問題、社會功能損壞、活不出人的樣式。此外，De Leon等人也描述社區中生活的物質使用者具有一些特性：對不適和延遲滿足的情況低耐受度、與權威相處有問題、無法妥善管理情緒、衝動控制差、

缺乏對行為後果的判斷力、對自身能力與抱負的評估不切實際、常出現說謊、操弄、欺騙等行為、缺乏責任感、學習能力與溝通能力缺陷等等（De Leon et al., 2015; De Leon, 2000）。在臺灣專業型的藥癮治療性社區，對此方面的描述，更集中在對生理、心理、社會面的影響；宗教型的治療性社區則相對直接出現對人、靈性的描述，呈現人生的茫然、失控與罪性；然而，兩者皆有相當的比例談及「失去對人生的掌控」。宗教型治療性社區直面服務使用者的失控以及失敗，並以自省做為一種工作方法，挑戰物質使用者「不切實際的自我評估」，並相信這是一個長久且全人的工作，能夠留在治療性社區愈長久的人，戒癮也愈顯成效（Vanderplasschen et al., 2013）。研究者認為：直面問題是一種自我責任的承認與承擔。事實上，復元觀點中亦強調責任、轉化、成長歷程，失敗是成熟過程的必經之路（白鎮福等人，2022；SAMHSA, 2012）。物質使用帶來對自己與關係的傷害，接著而來的洗濯、救贖、在天地間尋找感悟或答案，這是屬於靈性層次的工作，但專業若要參與其中，需先在專業工作者個人經驗中，先有此經驗（Pargament, 2007），以此為起點，歷經專業反思的過程，才有專業實踐的空間。

三、在專業靈性工作中，強調「社會性實踐」，有助個案找到人生的意義

如同前述，很少有服務機構，會進用同儕成為工作人員。治療性社區中，個人不需完美才能任事，失誤是正常人生的一部分，而曾經的同儕，對這些破碎的人生處境，能給予最深的陪伴與承擔，而對於機構的需要，也有親身的體悟。在復元的過程中，學習取回控制權（Tondora et al., 2009），為自己，也為他人負責。「同儕工作者」在復元觀點上，即符合同儕支持的理念，而朱群芳等人（2019）發現，同儕支持對於處遇效果之影響程度為最大，這回應了進入治療性社區的目的，個人對社區的貢獻恰恰回應了自己與他人的需求，實現個人的社會性意義，發現自己的生命價值與意義。

四、知情同意是靈性工作的前提

研究發現治療性社區的特性不同，在靈性工作介入的程度會有很大的差異。首先，在宗教型的治療性社區中，基督教的教義成為生活設計及工作方法的主軸，而專業型的治療性社區，靈性的介入則是附屬在專業理念之下。對於服務使用者而言，需對服務機構的特性事先有充分的了解，然後有充分的選擇或中途退出機會（Koenig, 2012）。此外，服務使用者也需有機會知道現有宗教型治療性社區的型態，多是以基督教的教義為主，並非有足

夠的資源可供選擇。

五、以工作者角色來區隔靈性工作介入的方法

本研究發現宗教型治療性社區對人生、靈性看法的表達相對直接，可以提出「恢復到人應有的位置」，而專業型的治療性社區則較少有類似的表示。宗教與專業服務理念不盡相同，專業服務強調正向觀點、內在優勢與多元路徑。在治療性社區中，專業工作者有別於同儕工作者，前者需受到專業訓練與專業倫理的規範，而劉珠利（2009）則認為臺灣社會工作實務界，較適合藉由與宗教人員分工與合作，來完成靈性工作。治療性社區中的同儕工作者角色具有生活服務、陪伴與示範的功能，在靈性經驗的指導或分享上，可以有較高的自由度。

專業學習是一個不斷持續的歷程，本研究**建議**資深的社會工作者增加靈性層次的訓練。首先，從「全人」服務做為起點，除了知識層次之外，專業工作者也需經驗個人的內在聯結、社會關係聯結，並回應到生命意義的層次。第二、建立靈性工作的合作對象，在不違反專業倫理的前提下，進行靈性工作的方法。第三，專業訓練中，對人或問題的正向思考雖為重要的社會工作訓練，然而有時直面服務歷程的黑暗面向，承接無助與無奈亦實為社

會工作的全貌，無論是服務使用者、社會工作者都有面臨需要承接失敗或困頓之時，這也是專業成熟的必經之路，專業發展可參考靈性工作直面問題與承擔的歷程，而非只在績效上追求卓越，並自其中尋回聯結與專業實踐的意義。

（本文作者：鄭蒲澤為衛生福利部草屯療養院成癮治療科社會工作師；陳怡青為輔仁大學社會工作學系副教授）

關鍵詞：物質使用、藥癮、治療性社區、靈性社會工作

📖 參考文獻

- Neuman, W. L. (2014)。《當代社會研究法：質化與量化取向》（第二版；王佳煌、潘中道、蘇文賢、江吟梓譯）。學富。（原著出版年：1994）
- 白鎮福、李宗憲、吳思穎、黃韻儒、李思賢（2022）。〈施用影響精神藥物者之以全人為導向的復元與社會復歸架構：社區服務機構之文本分析〉。《中華心理衛生學刊》，35（2），181-213。https://doi.org/10.30074/FJMH.202206_35(2).0004
- 朱群芳、巫梓豪、李潼蕙、賴荅蕙（2019）。〈負面情緒、自我效能、治療同盟與同儕支持對毒癮戒治處遇效果影響程度之探討〉。《藥物濫用防治》，4（2），75-103。https://doi.org/10.6645/JSAR.201906_4(2).4
- 林木筆（2016）。〈柔思社會工作：理性、藝術、靈性整合的觀點〉。《社會政策與社會工作學刊》，20（2），227-259。https://doi.org/10.6785/SPSW.201612_20(2).0006
- 康復之友（Friends in Recovery）（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。（原著出版年：2012）
- 陳向明（2002）。《社會科學質的研究》。五南。
- 陳怡青（2021）。〈藥癮治療性社區的理念、工作方法與評估〉。《社區發展季刊》，174，210-225。
- 劉珠利（2009）。〈由多元文化主義探討靈性照顧社會工作在臺灣的可行模式〉。《社區發展季刊》，127，172-185。
- 潘淑滿（2022）。《質性研究：理論與應用》（第二版）。心理。
- 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。https://www.airitilibrary.com/Publication/alDetailedMesh?DocID=10264493-201906-201907180009-201907180009-57-85

- 簡春安、鄒平儀（2016）。《社會工作研究法》（第三版）。巨流。
- Avery, J. D., & Kast, K. A. (2019). *The opioid epidemic and the therapeutic community model: An essential guide*. Springer.
- De Leon, G. (1995). Therapeutic communities for addictions: A theoretical framework. *The International Journal of the Addictions*, 30(12), 1603-1645. <https://doi.org/10.3109/10826089509104418>
- De Leon, G. (2000). *The therapeutic community: Theory, model, and method*. Springer. <https://doi.org/10.1891/9780826116673>
- De Leon, G., Perfas, F. B., Joseph, A., & Bunt, G. (2015). Therapeutic communities for addictions: essential elements, cultural, and current issues. In *Textbook of addiction treatment: International perspectives* (pp. 697-707). Springer.
- Delgado, C. (2005). A discussion of the concept of spirituality. *Nursing Science Quarterly*, 18(2), 157-162. <https://doi.org/10.1177/0894318405274828>
- Dyson, J., Cobb, M., & Forman, D. (1997). The meaning of spirituality: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 26(6), 1183-1188.
- Koenig, H. G. (2012). Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *International Scholarly Research Notices*, 2012(1), 278730. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>
- Mok, E., Wong, F., & Wong, D. (2010). The meaning of spirituality and spiritual care among the Hong Kong Chinese terminally ill. *Journal of Advanced Nursing*, 66(2), 360-370. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05193.x>
- National Institute on Drug Abuse. (2015). *What are therapeutic communities?* Retrieved April 11, 2025 from <https://archives.nida.nih.gov/publications/research-reports/therapeutic-communities/what-are-therapeutic-communities>
- Pargament, K. I. (2007). *Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred*. Guilford.
- Rapoport, R. N. (2013). *Community as doctor: New perspectives on a therapeutic community*. Routledge.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2012). *SAMHSA's working definition of recovery: 10 guiding principles of recovery*. https://www.drugsandalcohol.ie/16678/1/SAMHSA_recovery_definition.pdf
- Tanyi, R. A. (2002). Towards clarification of the meaning of spirituality. *Journal of Advanced Nursing*, 39(5), 500-509. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02315.x>
- The Consortium for Therapeutic Communities. (2023). *How TCs work*. Retrieved May 28, 2023 from <https://therapeuticcommunities.org/how-tcs-work/>

- Tondora, J., Miller, R., Guy, K., & Lanteri, S. (2009). Getting in the driver's seat of your treatment: Preparing for your plan. *New Haven, CT: Yale Program for Recovery and Community Health*, 3(11), 1-27.
- 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(1), 427817. <https://doi.org/10.1155/2013/427817>