

精神醫療與靈性照顧的交織—— 酒癮個案的復原與社會復歸

李依蓁

壹、前言

酒精成癮長期以來為全球公共衛生的重大議題之一。根據世界衛生組織（World Health Organization [WHO], 2024）報告：2019年全球約有260萬人死於與酒精使用有關的因素，當中男性占200萬人、女性則為60萬人。估計全球約有4億人（占15歲以上人口的7%）罹患酒精使用障礙（Alcohol Use Disorders, AUD），其中超過2億人符合酒精依賴的診斷標準。酒精亦是20至39歲族群過早死亡與失能的主要風險因素，占該年齡層所有死亡原因的13%。酒精使用與超過200種疾病與健康問題密切相關，包括肝病、心血管疾病、各類癌症，以及憂鬱與焦慮等精神疾患。2019年，全球約有4.4%的癌症確診病例與超過40萬例癌症死亡可歸因於酒精攝取。酒精所造成的危害也不限於飲酒者個人；根據同年度統計，全球因

酒駕死亡者高達29.8萬人，其中15.6萬人死於他人飲酒所致的事故。此外，酒精濫用亦與家庭暴力、性侵害、親密關係暴力、自殺與失業等多項社會問題交織，對社區與家庭帶來廣泛影響。

就臺灣而言，根據衛生福利部國民健康署（2024）調查：2021年18歲以上人口中有24.4%曾於過去一個月內飲酒，另有3.9%出現一次飲酒超過六杯以上的暴飲行為。林忠穎等人（2014）研究指出臺灣青壯年及中年族群可能酒癮則分別為2.40%及2.27%。心理健康司（2025）指出長期飲酒會影響多個身體系統，包括神經、心血管、消化、內分泌及生殖系統，並可能對胎兒造成不可逆的損傷，如胎兒酒精症候群等。

本文以筆者於精神醫療體系中的實務經驗為基礎，探討一位長期以酒精應對壓力與孤寂、缺乏戒酒動機之個案。在社會工作介入下，透過動機增強、資源銜接與

基督教戒癮安置機構的轉介，結合靈性照顧模式，協助其逐步脫離酒癮並重建生活意義。

本案例強調精神醫療、社會工作與靈性照顧三者之整合潛能，展現跨專業合作於復原歷程中的關鍵價值。期盼本實務經驗能對從事精神醫療、社區復原與戒癮工作的專業人員提供具體參考與反思。

貳、酒精使用疾患之診斷、治療與社會工作介入綜述

一、酒癮定義與診斷標準 (Alcohol Use Disorder, AUD)

「酒精使用疾患 (Alcohol Use Disorder, AUD, 俗稱酒癮) 是根據《精神疾病診斷與統計手冊》第五版修訂版 (美國精神醫學會, 2022) 所定義的一種精神醫學診斷標準。本研究採用該標準作為理解個案狀態的依據，因其為國際通用的診斷準則，便於跨專業團隊建立共同語言，也利於社工師在實務評估、介入與資源轉銜上的應用。

DSM-5-TR將酒精使用疾患定義為：於連續十二個月內，因持續或反覆飲酒導致生活功能明顯受損，且符合以下十一項準則中至少兩項者，即可診斷為酒精使用疾患。準則包括：

(一) 經常飲酒量超出預期，或飲酒時間延長。

(二) 多次嘗試減少或控制飲酒但未成功。

(三) 花費大量時間取得酒精、飲酒或恢復醉酒狀態。

(四) 渴望或強烈要喝酒的慾望或衝動。

(五) 飲酒影響工作、學業或家庭責任履行。

(六) 即使因飲酒引發人際問題仍持續飲酒。

(七) 為飲酒而放棄或減少重要的社交、職業或休閒活動。

(八) 在會傷害身體的情境下反覆喝酒。

(九) 明知酒精損害身心健康仍持續飲用。

(十) 耐受性增加 (需喝更多才能達到相同效果，或相同量效果變差)。

(十一) 出現「戒斷症狀」，或為了減輕這些症狀而再度飲酒。

此診斷標準提醒——酒精使用疾患是一種生理、心理與社會多層面交織的複雜現象。實務上，藉由此標準，社工師能更清楚辨識個案需求，並結合醫療、心理及靈性等多元照護資源，協助個案朝向生活重建與復原邁進。

二、精神醫療的優先介入：酒癮個案的整合性治療需求

研究指出，酒精成癮不僅涉及生理層面的依賴，更與心理健康高度相關。根據臺灣醫學會（2022）統計，超過七成的酒癮個案合併至少一種精神疾病，常見為焦慮症與憂鬱症，顯示精神醫療介入在酒癮治療中的必要性與迫切性。

依據國軍桃園總醫院與臺中榮總（2025）衛教資訊，酒精戒斷症候群（Alcohol Withdrawal Syndrome, AWS）為長期飲酒者在突然減量或停止飲酒後，因中樞神經對酒精的適應所產生的生理與心理症狀，其典型臨床表現如下：

- （一）輕度戒斷症狀：焦慮、失眠、手抖、心悸、噁心、盜汗。
- （二）酒精性幻覺：通常在停酒48小時內發生，可能出現視幻覺或聽幻覺。
- （三）戒斷性癲癇：通常在停酒24至48小時內出現，可能導致全身性抽搐。
- （四）震顫性譫妄（Delirium Tremens, DT）：約在停酒48至72小時後發生，症狀包括意識混亂、妄想、定向感障礙、激躁不安及幻覺，若未適當治療，死亡率可達20%。

治療方式包括：

- （一）支持性療法：如監測生命徵

象、補充維生素B1與電解質，以及提供營養支持。

- （二）藥物治療：常使用苯二氮平類（Benzodiazepines）減緩戒斷症狀，輔以抗焦慮藥物與鎮靜劑，協助情緒穩定與改善睡眠品質。

三、動機式晤談（Motivational Interviewing）：促進戒癮動機的心理介入工具

除生理治療外，酒癮復原歷程同時需重視心理與社會層面的重建。精神科臨床實務常運用動機式晤談（Motivational Interviewing, MI）、認知行為治療（Cognitive Behavioral Therapy, CBT）與團體心理治療等方式協助個案強化戒酒意願與行動計畫。研究指出，上述介入顯著提升個案的戒癮成功率（臺灣醫學會，2022）。

MI源於Miller（1983）對跨理論行為改變模式（Trans-theoretical Model）的延伸與實踐，主張治療者與個案以合作方式對話，引導其探索內在動機、覺察改變的可能性，進而提升行為改變的意願與自我效能（Levensky et al., 2007; Miller & Rollnick, 2002, 2013，引自林君屏等人，2019）。

MI四大核心精神包括：

- （一）表達同理心（Expression of

Empathy)：理解個案感受與價值觀，營造接納氛圍。

(二) 創造不一致 (Development of Discrepancy)：協助個案覺察飲酒行為與其生活目標間的衝突。

(三) 克服阻抗 (Rolling with Resistance)：尊重個案節奏與意願，同時持續幫助個案自我探索與解決矛盾。

(四) 支持自我效能 (Support of Self-Efficacy)：強化個案對成功戒酒的信心與能力。

行為改變的歷程可分為六個階段 (林君萍等人, 2019)：

(一) 懵懂期：未認知飲酒為問題，亦無改變動機。

(二) 沉思期：開始意識問題存在，但對是否改變猶豫不決。

(三) 決定期：形成明確改變意圖，計畫具體行動。

(四) 行動期：實踐改變行動。

(五) 維繫期：鞏固行為改變，預防復發。

(六) 復發期：重新出現飲酒行為，需重新評估與介入。

四、精神科急性病房中的社會工作師角色：整合資源與支持復原的專業實踐

在急性病房中，社會工作師是連結醫療、家庭與社會支持的重要橋樑。根據蔡佩真 (2016) 的彙整，精神科社工師在臨床實務中經常提供以下服務：

(一) 醫療費用評估與補助轉介：針對因經濟困難影響就醫的個案，進行初步評估後，協助申請慈善基金或急難救助金。

(二) 法律通報與諮詢服務：針對涉及家庭暴力、性侵害等責任通報的個案，提供法定通報說明，並協助被害人連結相關保護與資源。

(三) 家庭與婚姻議題介入：針對個案出院後可能面臨的家庭衝突，安排個別或家庭會談，必要時轉介婚姻與家庭治療門診。

(四) 戒癮機構轉銜：說明戒癮治療歷程，協助與福音戒癮機構或其他社福單位聯繫。

(五) 安置與社會福利連結：若個案無固定照顧者或住所，協助進行功能與預後評估，並媒合合適的安置機構。

透過多專業整合，包括精神科醫師、護理師、臨床心理師、職能治療師與社會

工作師的協作，建立全人照護模式，得以同步處理酒癮個案的身心需求，強化其戒癮復原的可能性與持續性，最終促進其社會功能恢復與生活品質提升。

參、靈性照顧：基督教戒癮安置服務的影響與機制

臺灣宗教型戒癮安置服務的萌芽可追溯至三、四十年前，這些服務主要基於福音戒癮模式，並採取自願參與的形式。安置期間平均約一年至一年半，相關費用多依賴募款或宗教組織資助。福音戒癮模式強調透過耶穌的愛與信仰力量，使戒癮者得以重塑心理狀態，進而更新意念與改變生命（莫少珍、李文茹，2014，引自韓意慈，2021）。

根據蔡佩真（2016）的彙整，臺灣現有的基督教戒癮安置社區包括：財團法人台灣基督教主愛之家輔導中心（Agape House Christian Counseling Center）、財團法人基督教晨曦會（Operation Dawn）、沐恩之家、歸回團契、社團法人中華民國恩福會、蘆葦營等。

韓意慈（2021）研究發現，這些基督教戒癮安置社區的服務模式涵蓋以下幾個面向。

一、建立內部新連結

無論戒癮者是否完全自願，進入安

置社區後必須暫時遠離既有的人際網絡，以重塑心理與行為模式。社區內透過宗教信仰課程及規範建立內部支持系統，並藉由同期戒癮夥伴的互助機制，加強個案社交適應能力。此外，透過觀察日常衝突經驗，社區可深入理解個案的內在需求，提供適切的心理支持。

二、重塑家庭舊連結

家庭關係在個案戒癮歷程中扮演關鍵角色。安置機構協助個案重新認識家庭責任，並透過資源支持提升安置意願與停留時間。同時，藉由辨識家庭動力及溝通介入，幫助個案重塑穩定且有助於戒癮的家庭關係。

三、增進外部連結

安置機構不僅提供個案職能訓練，使其具備復歸社會的基礎能力，亦積極協助規劃離開社區後的社會支持系統。這些支持多以教會網絡為主，促進個案長期穩定適應社會環境。

四、連結同儕工作者與非過來人經驗

戒癮社區內的同儕工作者通常為曾有藥酒癮經驗者，他們經過長期復原歷程及信仰訓練，最終成為戒癮服務提供者。這類工作者不僅有助於社區管理，也能使專業工作者更深入理解戒癮者的生活處境。透過與非過來人專業工作者的互動，個案

得以在多元社會情境中逐步適應一般社會。

肆、精神醫療與靈性照顧運用於酒癮個案工作

一、個案簡介、病史與此次入院原因

阿華（化名）、40歲、國中畢業、離婚男性，育有一子（13歲）。個案無穩定工作，主要依賴短期零工維生。過去十年酒精使用頻率逐漸升高，近五年來成癮行為顯著惡化。自離婚後，個案社交孤立，並在兩年前因對案子照顧能力不足，由社會局評估後安置。自此，個案情緒低落、無助感加劇，逐漸呈現重度酒精使用模式，伴隨睡眠障礙、食慾減退、社會功能受損，生活型態逐漸轉變為街頭流浪。

個案主要飲用米酒，日均攝取酒精量顯著超過高風險標準，曾嘗試自行戒酒，但因酒精戒斷症狀（自主神經亢進、焦慮、失眠）而復飲。

入院前數日，個案因衝動行為至雜貨店偷取米酒兩次，事後因強烈內疚感自行赴警局自首。個案在警局表達持續性自殺意念，包括對自身存在價值的否定、計畫性自殺念頭，警方通報後，經救護車送至急診進行精神評估。精神科醫師綜合判定個案自殺風險高，且酒精使用嚴重影響身心功能，遂安排住院治療。入院時診斷為酒精使用疾患（Alcohol Use Disorder）合

併鬱症（Major Depressive Disorder），並伴隨酒精相關社會適應困難。

二、個案家庭狀況

個案自幼家庭支持系統薄弱，父母早逝，缺乏主要照顧者，由祖母撫養長大。個案25歲時祖母過世，孤獨感增加，後經網路交友認識前妻，26歲結婚一年後育有一子。因經濟壓力及家庭衝突，個案於35歲離婚，獨力照顧當時8歲的兒子。然而，由於個案長期酒精使用與工作不穩定，其照顧功能受損，兩年前經鄰居通報後，由社會局介入安置案子（11歲）。安置後，個案社會孤立加劇，無穩定住處，主要流連公園或街頭，生活模式與街友相似。

三、社會工作介入與戒癮復原計畫

個案入院後，待酒精戒斷症候群緩解，社工師開始探視並進行初步心理社會評估。個案表達對案子的強烈思念，情緒波動顯著。社工師聯繫兒少保護二線社工師，經取得同意後，安排電話連絡，以協助個案重建親子關係並穩定其情緒。

住院期間，社工師透過動機式晤談（Motivational Interviewing, MI）與個案建立信任關係，聚焦於其戒酒動機的強化。評估結果顯示，個案最大動機為與案子共同生活。然而，鑑於其社會支持系統薄弱、就業不穩定，若直接出院，復發風

險極高，可能回歸原有遊民式生活模式。

為提供適切的復原支持，社工師與個案討論長期戒酒計畫，並邀請基督教戒癮安置社區至醫院進行機構簡介說明，涵蓋安置環境、戒癮課程、行為規範、收住流程，以及職業技能培訓計畫，以協助個案順利銜接職場訓練。

此外，社工師與兒少保護二線社工師協調後達成共識：若個案展現戒酒決心，兒少保護二線社工師將安排其案子定期至戒癮安置社區探視，透過漸進式家庭功能重建，協助親子關係修復，並評估未來親子同住的可行性。

四、宗教戒癮安置社區中的復原歷程與社會適應

個案入住基督教戒癮安置社區後，初期表現出社交退縮與低度互動，性格沉默寡言，但願意配合機構安排的戒癮課程與日常活動。社區社工師觀察到，個案每日依循機構規範進行晨間讀經與禱告，並積極參與團體活動，如晨間登山運動、宗教信仰課程等。此外，機構特別安排同儕支持機制，指派生命歷程相似的男性工作者陪伴與指導，使個案在適應社區生活的過程中能建立安全感與情緒支持。隨著時間推移，個案逐漸融入集體環境，展現較為開朗的社交表現，並主動參與社區活動。

在安置四個月後，社工師接獲兒少保護二線社工師來電回饋，表示個案整體生

活適應能力提升、生理與精神狀況改善、體態恢復至正常範圍。個案於此期間自願表達信仰承諾，決定接受基督教洗禮，並積極準備受浸儀式，機構安排於兩週後舉行正式儀式。二線社工師與案子共同前往觀禮，筆者亦陪同參與，進一步促進家庭互動與情感修復。

洗禮當日，個案積極向到場參與者介紹機構生活環境，並於受浸現場分享個人復原歷程，闡述信仰對戒癮與心理重建的影響。透過宗教信仰介入，個案表達其生活目標與未來計畫，並藉此深化親子關係修復過程，與案子共進午餐、交流近況，討論未來生活安排與就學狀況，展現積極復歸社會之態度。

五、酒癮個案的社會復歸歷程：職業訓練、親子修復與社區支持

個案於基督教戒癮安置社區安置期間（共一年半），積極參與職業培訓計畫，透過機構提供的技能訓練課程提升職場競爭力，最終成功取得丙級中式廚師證照，展現高度職能復原動機。職業資格考取後，個案逐步適應職場環境，進入社區餐飲業就業，工作穩定，具備獨立生活能力。

此外，兒少保護二線社工師持續進行漸進式家庭功能重建，定期安排親子探視機會，以促進親子關係修復。經過長期情感建立與支持介入，個案最終成功恢復親

子共同生活模式，並建立穩定的家庭照顧功能。

個案離開基督教戒癮安置社區，除職場適應外，亦主動參與社區教會聚會，保持社會支持網絡的連結，強化復原歷程的持續性。此外，個案偶爾返回基督教戒癮安置社區探訪，分享個人戒癮經驗，形成同儕支持正向循環，增強其長期社會適應與復原穩定度。

伍、對社工實務的展望

隨著酒精成癮問題日益受到社會關注，社會工作在戒癮復原及社會融合中的角色正逐漸擴展與深化。酒癮問題不僅關乎個人的心理與生理健康，更涉及家庭支持系統、社區穩定性與整體公共衛生。因此，社工師的介入必須從單純的個案管理，進一步拓展至跨領域合作、社會資源整合以及政策倡議，以促進更加全面的戒癮與復原支持體系。

一、跨專業協作的深化：精神醫療、社會工作與靈性照顧的整合

酒癮復原是一個高度個人化且充滿挑戰的歷程，需要不同專業領域的緊密合作。精神科醫療團隊能提供個案生理與心理層面的評估與治療，社工師則在會資源銜接與家庭關係修復上發揮關鍵作用，而靈性照顧則能在個案尋求生命意義與價值

的過程中，提供心理與情感支持。未來社工師實務應更進一步發展跨領域（醫護社心職）合作模式，建立涵蓋身心靈整合的復原支持架構。

二、動機式晤談與復原導向社工實踐

動機式晤談（Motivational Interviewing, MI）是一種在戒酒個案介入中具有良好成效的方法，能夠幫助個案從抗拒改變的階段，逐步過渡到更願意行動的階段。未來，社工師可以持續運用此方法，以支持個案在復原過程中建立穩定的生活模式。在介入時，社工師除了提供基本的心理支持與個別會談，也可以考慮導入其他社會資源，例如同儕支持團體、戒癮者分享會以及職業培訓計畫，以幫助個案更全面地適應生活變化。

此外，社工師在運用動機式晤談時，需注意依據個案的不同復原階段調整介入方式。例如，對於仍處於抗拒狀態的個案，可先以建立信任關係為優先目標；而對於已有戒酒意願的個案，則可協助其擬定具體的復原計畫，以提升行動的可行性。

三、靈性照顧的發展與應用

靈性照顧逐漸受到社工實務界的關注，特別是在戒癮與復原過程中，其對個案的心理支持與情緒安定具有潛在影響。未來社工師可考慮如何將靈性照顧概念納

入日常實務，例如結合宗教團體的支持服務。

四、社區支持與社會融合

復原不僅是個案自身的歷程，更是社區接納與支持的結果。社工師未來可推動社區參與模式，例如建立「社區戒癮支持網絡」，使過去的戒酒者能夠成為新個案的支持夥伴，透過分享復原歷程來促進社會融合。此外，社工師可進一步倡議政府政策，例如改善社區戒癮資源的可及性、推動戒癮友善職場、以及設計酒癮者復工計畫，以減少個案復發率並提升其社會適應能力。

五、強化戒癮服務與社工教育體系

社會政策對戒癮服務的影響深遠，社會工作者在實務中應積極推動政策倡議，

以確保酒癮個案獲得足夠的支持與復原資源。除了提升戒癮服務的可及性，社工教育體系亦需補足精神醫療領域的專業知能。目前，社工師培訓課程對精神疾病的認識仍有不足，應進一步納入戒酒復原的專業訓練，使社工師能更全面理解酒癮復原歷程，並提供更具整合性的介入策略，以促進個案的長期復原與社會適應。

（本文作者為高雄醫學大學附設中和紀念醫院精神醫學部社會工作師）

關鍵詞：酒精使用障礙、動機式晤談、精神醫療介入、靈性照顧與戒癮、跨專業合作

參考文獻

- 心理健康司（2025）。〈酒癮衛教宣導專區〉。2025年5月25日檢索自<https://dep.mohw.gov.tw/domhaoh/fp-4102-43385-107.html>
- 林君屏、施雅雯、洪翠妹、鄒淑萍（2019）。〈運用動機式晤談法於一位酒精成癮個案之護理經驗〉。《精神衛生護理雜誌》，14（1），34-32。
- 林忠穎、陳光宏、張新儀、曾芳儀、陳娟瑜（2014）。〈台灣地區酒精使用型態與醫療使用行為之關係探討〉。《台灣公共衛生雜誌》，33（2），197-208。
- 美國精神醫學會（2022）。《DSM-5-TR精神疾病診斷準則手冊》（張復舜、陳泰宇、楊子清、羅羿凡、蔡楚葳、李嵩濤、林奕萱、戴澄純、李方齡、鄒黃龍譯）。合計。

國民健康署（2024）。〈18歲以上國人每4人有1人飲酒拒絕勸酒5招巧妙適當運用〉。2025年5月25日檢索自<https://www.mohw.gov.tw/cp-16-78675-1.html>

國軍桃園總醫院（2025）。〈酒精戒斷症狀〉。2025年5月25日檢索自<https://www.aftygh.gov.tw/%E9%85%92%E7%B2%BE%E6%88%92%E6%96%B7%E7%97%87%E7%8B%80/>

臺中榮總（2025）。〈認識酒精戒斷症候群〉。2025年5月25日檢索自<https://www.vghtc.gov.tw/UnitPage/RowViewDetail?WebRowsID=d10287db-89b2-4177-a9d0-9226e32a25fb&UnitID=354c8bce-5177-4406-9fc7-dc9ccc1b622d&CompanyID=e8e0488e-54a0-44bf-b10c-d029c423f6e7&UnitDefaultTemplate=1>

臺灣醫學會（2022）。〈酒癮問題：從公衛到精神治療〉。2025年5月25日檢索自<https://www.fma.org.tw/2022/II-1-1.html>

蔡佩真（主編）（2016）。《物質濫用社會工作實務手冊》。巨流。

韓意慈（2021）。〈社會支持網絡之再建構：民間宗教型戒癮安置服務內涵的質性分析〉。《臺大社會工作學刊》，44，45-84。

Health Promotion Administration. (2024). *Binge drinking reported by 4% of adults*. Retrieved from Taipei Times. <https://www.taipeitimes.com>

World Health Organization. (2024, June 28). *Alcohol*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>