

宣教应用

「信仰」与「治疗社群」的联系在问题赌博治疗的角色

莫陈咏恩博士 莫玉兰 潘仁智

简介

工业福音团契的问题赌徒复康中心（简称「工福戒赌中心」）是香港首间治疗问题赌徒的非政府机构，为问题赌徒提供多元性复康的治疗模式。根据服务近四千多名问题赌徒及家人的经验，工福戒赌中心已建构其独特的戒赌治疗模式；以信仰与多元性辅导服务结合为介入点，着重助人自助的小组支持系统，并特别强调以「全戒」为目标的小组支持系统。

工福戒赌中心采用集个人、家庭及小组的共融治疗模式。问题赌徒及其家人在治疗过程中，会被建立为一个互相支持的复康性群体；参与社群治疗聚会，互助小组、治疗小组及接受个别辅导与家庭治疗。社群治疗聚会在逢星期五晚上举行，是以庆祝活动为主，包括诗歌、戒赌的正面经验讲述、分享和信仰宣讲等。信仰宣讲的内容主要以召唤赌徒及其家人把生命的主权降服于「上主」(higher power)、即基督教那位神。互助小组(self-support group)在逢星期五晚上举行，是有相同经历的求助者一起聚会，互相分享及鼓励。戒赌治疗小组在逢星期二及三晚上举行，由专业辅导员及社工主领，结合基督徒价值观及专业辅导技巧，对问题赌徒提供有系统及持续的小组治疗服务。治疗社群同时对问题赌徒提供义务社会工作服务机会、群体体育及康乐活动，活动集中于星期四晚上、星期六下午或星期日下午举行。工福戒赌中心亦设有牧灵事工在逢星期一晚上及星期日下午举行，实践身心灵全人治疗，认识基督福音，分享主爱大能。

经过五年多的运作，工福戒赌中心的社群治疗聚会每周约有一百四十人参加，其中半数同时参加每周的戒赌治疗小组。大概 7%求助者成功完全停止赌博超过三年。中心专注建立一个治疗社群，当中包括有辅导员、社工、牧师、义务专业人员、问题赌徒及其家人。总而言之，工福戒赌中心的戒赌治疗定位是折衷的，其着重以社群支持及基督教爱与盼望的信息作为改变的动力。本研究是探讨信仰 (spirituality)与治疗社群(therapeutic community)的联系在问题赌博治疗的角色。

「信仰」与「社群」的联系与治疗

至 1970 年代起，信仰的联系已开始逐渐普及于滥用药物及酗酒的治疗过程。Neff et al(2005)曾经应用行为改变的模式去理解信仰的联系在滥用药物治疗过程中的角色，发现信仰在个人层面的转化作用是建基于一个社会性处境中，包括朋辈的影响(peer influence)、角色的典范(role modeling)及社会性强化作用(social reinforcement)。

问题赌博像其它的瘾好一样，是由社交消闲娱乐开始，其后发展成为失控的自我破坏性行为。Bilt et al(2004)发现年长成年人的社交是导诱他们赌博行为的因素。基于大多数人是在社交处境中开始赌博，问题赌徒的康复也应针对受助者社交的需要。因此在不同治疗技巧如个人辅导、家庭辅导、认知行为治疗和药物治疗等以外，世界各地亦广泛使用支持小组作治疗。Katz(2003)尝试阐释互助支持小组(self-help social groups)成效的基本因素。首先，社群的归属感在急速的都市化中已被蚕食，互助支持小组可填补家庭和邻近地区互助支援的衰落。其次，基于受助者对专业的介入有延长倚赖的倾向，朋辈非正式的帮助反而可赋予受助者更大的自助动力。其三，支持小组内组员第一身经验分享能建立经验性知识(experiential knowledge)的蓄藏库，这是专业服务所缺乏的。最后，透过在成为朋辈扶助者(peer helper)过程中重新回顾复康的过程，深化对自己的理解、加强觉悟性、产生更好的警惕作用，这也是一种治疗。

互助小组能填补传统社会支持的不足，加强参与者的自强能力，提供经验性知识，给予朋辈互助者治疗价值。Laudet et al(2004)在精神病患及滥用药物者的互助小组研究，部份发现亦支持 Katz 的分析。Laudet et al 发现维持高度的社交支持(social support)，能令小组对停止滥用药物产生效用。Humphreys and Noke(1997)针对滥用药物互助小组的研究，发现参与者在小组建立新的友谊能取代从前滥用药物的朋友。这社交建立是带来改变的重要因素。

最普遍的互助性社交支持形式是「十二步」互助小组(12-step group)。在 1930 年代中期，英国匿名戒酒会开始使用十二步作为戒酒治疗模式；这十二步是取材于 1908 年 Frank Buchman 在英国牛津大学开始的基督徒复兴小组「牛津小组」，这小组就是孕育出匿名戒酒会的组织。Morgernstern et al(1997)指出匿名戒酒会成员的行为改变是基于自我效能感(self-efficacy)及动机(motivation)的维持，并提升积极解决问题的能力(coping efforts)。在他们有关互助计划的讨论项目中，Chappel and DuPont(1999)强调信仰作为这些小组所采用的主要观念的重要性。

Magura et al(2003)发现十二步互助小组成功运作的四个可能性因素：1.内控信念(internal locus)、2.社交性(sociability)、3.信仰性(spirituality)、4.希望注入(installation of hope)。前两项是在其它治疗形式同样会采用的普遍因素，后两项只适用于十二步互助小组的两个独特因素。在十二步的模式中，组员透过对从上主的倚靠能获得自我效能感，及透过从那些已改变组员成功经验的分享而得到重建希望。Magura et al 认为十二步互助小组成功运作并非单纯依靠社群之间的互动，更是基于上主作出的干预而产生的改变，为社群之间的互动注入未来可见的新希望。

若小组联系有其治疗的价值，那又应如何量度呢？其中一个可行方法是透过问卷问题发问，如「参加十二步小组聚会对你有多重要？」及「你是否经常参加十二步小组常规聚会以外的联谊活动？」有关十二步小组联系在青少年酗酒及滥药问题的评估工作中，Kelly, Myers and Brown(2002)发现出席率与联系性有高度的线性关系(high collineraity)。换句话说，经常出席者也是积极投入的，所以出席率是量度联系紧密度一个良好的指标。本研究亦采用类同的量度指标。

研究方法

受访对象

研究按二大原则挑选受访对象：

1. 受访者在 2004 年 4 月至 8 月间曾到中心注册。
2. 在报名参与中心任何活动前，问题赌徒已接受面谈及完成一份包含南奥克斯赌博评估(SOGS)的问卷。

本研究以电话联络了八十二位受助者，他们接受了一项持续约二十分钟的电话问卷调查。因为当时没有足够的女性受助者可以作有意义的性别比较，只访问了男性受助者。在这八十二位受访者中，有二十位未能联络上，十位拒绝参与，及五十二位成功接受访问。

受访过程

访问采用结构性的访谈程序(structured questionnaire)，问题包括三方面：

1. 现时的 SOGS 得分。
2. 现时家庭、信仰联系、就业、收入、债务等状况。
3. 对工福群体的认知联系。

数据处理和分析

本研究访问了 五十二位于 2004 年 4 月至 8 月间接受工福戒赌康复服务的人士。按一份结构性问卷, 评估在接受戒赌服务十二个月后, 受访者赌博行为的改变与他们的信仰及在治疗性群体联系的关系。研究假设了治疗性群体联系会对治疗有正面的果效。根据受访者问卷所得的数据作进一步处理, 得出三方面的数据: 1. 过去一年赌博行为的量度比较、2. 赌徒对工福的态度、3. 赌徒与工福的接触时数。

本研究采用南奥克斯赌博问卷作评估工具, 比较受访者是次研究的 SOGS 得分与在十二个月前所得的 SOGS 分数, 作为对赌博行为治疗成效的评估。认知联系以两个态度性的项目(attitudinal items)作量度。参加者在中心所记录的社群聚会、互助小组聚会、戒赌治疗小组聚会及个别与家庭辅导的出席率资料, 被抽出及转化成接触时数的变数。SOGS 差额、态度、接触时数将成为结果分析的三个变量。

经过分析所得的访问数据后, 有八位接受电话调查访问的参与者, 被邀请加入一个聚焦小组中, 在聚焦小组中进一步了解他们戒赌成效的因素。在持续两小时的聚焦小组讨论中所得的资料, 再作详尽演绎和分析。

研究结果及讨论

五十二位受访者问卷调查的结果

(一) 赌博行为明显减少

以双样本 t 测试(a paired-sample t test) 五十二位受访者的结果, 显示过去十二个月的 SOGS 得分明显下降, SOGS 得分的平均值由 13 分下降至 3.8 分(在 0.01 水平)。(表一)

(二) 信仰与赌博行为减少幅度有相关性

以双样本 t 测试(a paired-sample t test)五十二位受访者的结果, 显示有基督教信仰者较没有基督教信仰者, SOGS 得分有显著较大的减幅。有基督教信仰者 SOGS 得分减幅的平均值为 10.6 分, 没有基督教信仰者 SOGS 得分减幅的平均值为 7.9 分($p < 0.05$)。(表二)

(三) 出席率与联系性有相关性

一个简单的相关性矩阵(simple correlation matrix)显示出 SOGS 差额、认知联系(态度)、出席率(接触时数)三个变数有高度相关性。局部相关性(partial correlation)显示 r 在 0.01 水平是有效。(表三)

(四) 社群接触时数与赌博行为减少有相关性

一个简单的皮尔森(Pearson)相关性矩阵亦显示社群接触时数与赌博行为减少有相关性($p < 0.05$)。

(五) 联系性与赌博行为的关系

阶梯式多元回归分析(stepwise multiple regression)显示, 认知联系(态度)与赌博行为减少有轻微的取决于, 但与社群接触时数有较强的取决于(表四)。认知联系(态度)与赌博行为的关联性较弱, 可能基于样本数目较少而令阶梯式多元回归分析的系数不稳定所致。

总结上述结果, 大多参与者在加入工福后的赌博行为有不同程度有效的控制。结果显示南奥克斯分数的差距与受访者对工福的正面评价、戒赌疗效、接受个人辅导次数及参与聚会和治疗小组的次数具显著的相关性。多元回归分析方法亦显示对工福疗效的评价是 SOGS 分数差距的主导性指针。Humpheys and Noke(1997)针对滥用药物互助小组的研究, 发现参与者在小组建立新的友谊能取代从前滥用药物的朋友。这社交建立是带来改变的重要因素。综合结果显示赌博行为的减低同时与社群接触的时数和对社群的认知联系有相关性。

八位接受聚焦小组参与者的结果

聚焦小组成员被提问以下两个问题: 1. 过去十二个月有甚么改变? 2. 你会怎样描述在工福的社群支持? 所有组员都积极地参与讨论。由于所有组员在过去四个月一起参加工福的治疗计划, 所以他们彼此熟悉而没有任何一位是对聚焦小组参与者感到陌生。聚焦小组提供了有关组员主观认知(subjective perceptions)的丰富人类行为学资料(ethnographic details)。总结他们过去十二个月的改变如下:

(一) 赌博行为的改变

过去十二个月的赌博行为有明显改变。五成(50%)人已完全停止赌博, 另外五成(50%)人的赌博行为及赌注明显地大幅减少。

(二) 生活模式的改变

赌博行为的改变伴随生活模式也有相当大的改变。他们表示已停止夜生活和下班后很早便回家, 以避免晚间应酬及饮酒宴会可能会诱使他们参与赌博的机会。现在会参与其它活动, 如在工福学习弹结他及星期日返教会去取代以前花在赌博的时间。过半数参与者表示最明显的生活模式改变是参加义务工作, 如探访病人、协助老弱、协助小区教育活动、探访小区的赌徒家庭。

(三)情绪状况的改变

生活模式改变后，精神较为轻松，减少愤怒情绪，整体自信心增强。

(四)价值观的改变

行为改变不单令情绪改变，基本生活的取向也有改变。有过半数参与者表示参与义务工作令他们体会「助人自助」。一些参与者表示在以前嗜赌的日子中会认为，家人有责任满足自己的需求，但是现在开始感觉自己对家人应有责任，更多照顾及关心家人。现在星期日多与子女共聚而非去参与赛马赌博活动。他们更确认需要有积极的人生价值观去取替过往的贪婪。

(五)社交上的改变

参与者发现在社交关系上主要有两方面的改变。他们远离从前促成赌博的社交朋友圈子，并与在康复过程中，与支持他们的家人的距离拉近。另外，减少赌博亦表示有更多时间可与家人相处。

工福社群上的支持是改变的因素

所有参与聚焦小组研究参加者均指出，在治疗群体中得到群体上的支持，是他们作为改变的重要因素。工福社群上的支持有两方面：(一)友谊、(二)家庭。友谊是指朋友上的支持，参与者一致认同透过聆听别人的经验有助增加对自身问题的警惕。成功的经验可为他们带来希望，新加入者的挣扎经验可提醒组员赌输追数的沉重压力，及警惕参与者不可再翻赌。支持小组的讨论可加深互相友谊，使他们感到被了解和接纳。超过半数的参与者表示即使在工福以外，他们会定时致电工福的朋友互相提醒远离赌博及作适时的辅导。另外过半数参与者的家人（包括配偶、父母、兄弟姐妹）都活跃参加工福的社群。参与者皆肯定和欣赏家庭的支持及监察对他们有正面的影响，他们与家人关系亦有改善。

信仰是改变的因素

研究亦发现信仰是他们减除赌瘾的强力疗剂。有信仰的支持，可以减少赌博意欲及更有效地作出改变。大部份参与者认为信仰是他们改变的强大动力。过往曾经有多次失败，现今的成功是归因于获得信仰中上主力量的帮助去减少赌博的心瘾。对大部份参与者来说，上主的力量是指「基督教」的神。参与者表示会在社群内互相分享信仰，有部份亦常与朋辈交换圣经金句。对于信仰作为对问题赌博治疗上的影响，Gerald May (1988)尝试透过以心理动力的概念结合神经病学对瘾好的认知作为解说；May 提出恩典和默观祷告的结合可以有效地治疗瘾好。至于认知行为治疗提倡的控制力，May 反而强调「放手」才是复完最重要的过程。这方面

与十二步模式中上主力量的概念一致；赌徒必须承认他们的不足及对于控制自己的生命是彻底的失败，透过对上主的降服而重新获得对自身行为的控制。本研究的结果引发出将来更多专注研究有关信仰因素作为对问题赌博行为改变的机制。

本文章的贡献

因为赌博复康服务在香港是较新近的发展，应用在本地处境有关治疗成效的研究仍缺乏。虽然本研究已尽力勘探，唯仍强调香港华人社会中复康性社群对问题赌博行为改变有正面成效。这个研究能激发进一步探讨，互助小组可如何作增补单一专业赌博治疗服务的不足。

研究的限制

这只是针对问题赌博的复康性社群联系与信仰在治疗果效角色的勘探性研究。本研究一个主要的限制在于电话访问回答的可靠性，但是必须强调本研究的受访者都较为合作，因他们已是社群的成员而非陌生人，聚焦小组成员曾经表示社群成员间都已习惯用电话对谈。目前香港其它非政府社会服务机构就有关赌博的研究，大部份亦是采用电话访问的形式。第二个限制是拒绝响应受访及拒绝被邀参加聚焦小组的人，他们的响应可能与愿意接受访问者有明显的差别，这也是同性质调查所共有的问题。第三个限制是本研究只访问男性赌徒，所得资料未必可应用于另一性别，社群互动的影响对女性赌徒可能分别很大。第四个限制是大量性研究所收集的样本相对较少，可能影响多元回归分析的结果及稳定性。最后，本研究并没就参与者的社交技巧和动机作任何量度，这是人际交往有力的因素，可能会影响治疗的成效。

研究对研究方法的启示

性别差异的治疗性群体联系是一个值得继续研究的领域。在社群内的女性求助者不合比例地稀少，显示她们可能需要以不同的模式运作。另外有关信仰的联系可能要作进一步分析，以决定那一方面的信仰元素对赌博行为的改变是重要。

结论

本研究可作几方面的结论。首先信仰的联系有助参与者减少赌博行为；第二，复康性社群的联系有助参与者减少赌博行为；第三，联系性可以从聚会及辅导面

谈的出席率来衡量；第四，复康性社群除有助赌博行为的改变外，也可促进生活模式、情绪状态、价值观及关系的改变。最后，社群的支持及信仰价值的寻获是改变的重要因素。

附录

〈表一〉 赌博行为的减幅

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Current SOGS	3.7500	52	3.37740	.46836
	Former SOGS	12.9423	52	3.38632	.46960

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Current SOGS - Former SOGS	-9.19231	4.73634	.65681	-10.51091	-7.87370	-13.995	51	.000

(t = -14.0**)

〈表二〉 信仰与赌博行为减幅的相关性

Group Statistics

		Christian vs non-Christian	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SOGS difference	Christian		25	10.6000	4.04145	.80829
	non-Christian		27	7.8889	5.02558	.96717

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
SOGS difference	Equal variances assumed	1.683	.200	2.133	50	.038	2.71111	1.27111	.15801	5.26421
	Equal variances not assumed			2.151	49.070	.036	2.71111	1.26046	.17822	5.24401

(t=2.13*)

〈表三〉 出席率与联系性的相关性

Correlations

		SOGS difference	Attitude	Contact hours
SOGS difference	Pearson Correlation	1	.365**	.311*
	Sig. (1-tailed)	.	.004	.012
	N	52	52	52
Attitude	Pearson Correlation	.365**	1	.449**
	Sig. (1-tailed)	.004	.	.000
	N	52	52	52
Contact hours	Pearson Correlation	.311*	.449**	1
	Sig. (1-tailed)	.012	.000	.
	N	52	52	52

** . Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (1-tailed).

Correlations

Control Variables			Attitude	Contact hours
SOGS difference	Attitude	Correlation	1.000	.379
		Significance (1-tailed)	.	.003
		df	0	49
Contact hours	Contact hours	Correlation	.379	1.000
		Significance (1-tailed)	.003	.
		df	49	0

〈表四〉 联系性与赌博行为的关系

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	5.128	.310		16.526	.000
	Contact hours	.008	.003	.371	2.865	.006
	SOGS difference	.060	.031	.250	1.930	.059

a. Dependent Variable: Attitude

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	5.313	.325		16.368	.000
	SOGS difference	.087	.031	.365	2.775	.008
2	(Constant)	5.128	.310		16.526	.000
	SOGS difference	.060	.031	.250	1.930	.059
	Contact hours	.008	.003	.371	2.865	.006

a. Dependent Variable: Attitude

参考数据

- Bilt, J.V., Dodge, H.H., Pandav, R., Shaffer, H.J., & Ganguli, M. (2004). Gambling participation and social support among older adults: a longitudinal community study. *Journal of Gambling Studies*, 20(4), 373-389.
- Chappel, J., and DuPont, R.L. (1999). Twelve-step and mutual-help programs for addictive disorders. *Addict Disorders* 22(2), 425-446.
- Humphreys, K., and Noke, J.M. (1997). The influence of posttreatment mutual help group participation on the friendship networks of substance abuse patients. *American Journal of Community Psychology*, 25(1), 1-16.
- Katz, A.H. (2003). Fellowship, helping, and healing: the re-emergence of self-help groups. *International Journal of Self Help and Self Care*, 2(1), 21-33.
- Kelly, J.F., Myers, M.G., & Brown, S.A. (2002). Do adolescents affiliate with 12-step groups? A multivariate process model of effects. *Journal of Studies of Alcohol*, 63 (3), 293-304.
- Laudet, A.B., Cleland, C.M., Magura, S., Vogel, H.S., & Knight, E.L. (2004). Social support mediates the effects of dual-focus mutual aid groups on abstinence from substance use. *American Journal of Community Psychology*, 34(3/4), 175-185.
- Magura, S., Knight, E.L., Vogel, H.S., Mahmood, D., Laudet, A.B., & Rosenblum, A. (2003). Mediators of effectiveness in dual-focus self-help groups. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29(2), 301-322.
- May, G. (1988). *Addiction and grace*. New York: HarperCollins.
- Morgenstern, J., Lobouvie, E., McCray, B.S., Kahler, C.W., and Frey, R.M. (1997). Affiliation with Alcoholics Anonymous after treatment: a study of its therapeutic effects and mechanisms of action. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, Vol 65(5), 768-777
- Neff, J.A. & MacMaster, S.A. (2005). Psychiatric Severity and Spirituality, Helping, and Participation in Alcoholics Anonymous During Recovery. *American Journal of Drug and Alcohol abuse*, 30(3), 577-592.
- 潘仁智（着）、何秉光（编）。（2006）。《脱瘾 - 华人戒赌治疗十二步》。香港：工业福音团契。

本文曾刊载在工业福音团契 2007 年出版【化危为机----香港赌博的问题与契机】
• 承蒙余妙云总干事供稿，谨此致谢。

《环球华人宣教学期刊》第廿四期，2011 年4月。