

宣教應用

「信仰」與「治療社群」的聯繫在問題賭博治療的角色

莫陳詠恩博士 莫玉蘭 潘仁智

簡介

工業福音團契的問題賭徒復康中心（簡稱「工福戒賭中心」）是香港首間治療問題賭徒的非政府機構，為問題賭徒提供多元性復康的治療模式。根據服務近四千多名問題賭徒及家人的經驗，工福戒賭中心已建構其獨特的戒賭治療模式；以信仰與多元性輔導服務結合為介入點，着重助人自助的小組支援系統，並特別強調以「全戒」為目標的小組支持系統。

工福戒賭中心採用集個人、家庭及小組的共融治療模式。問題賭徒及其家人在治療過程中，會被建立為一個互相支持的復康性群體；參與社群治療聚會，互助小組、治療小組及接受個別輔導與家庭治療。社群治療聚會在逢星期五晚上舉行，是以慶祝活動為主，包括詩歌、戒賭的正面經驗講述、分享和信仰宣講等。信仰宣講的內容主要以召喚賭徒及其家人把生命的主權降服於「上主」(higher power)、即基督教那位神。互助小組(self-support group)在逢星期五晚上舉行，是有相同經歷的求助者一起聚會，互相分享及鼓勵。戒賭治療小組在逢星期二及三晚上舉行，由專業輔導員及社工主領，結合基督徒價值觀及專業輔導技巧，對問題賭徒提供有系統及持續的小組治療服務。治療社群同時對問題賭徒提供義務社會工作服務機會、群體體育及康樂活動，活動集中於星期四晚上、星期六下午或星期日下午舉行。工福戒賭中心亦設有牧靈事工在逢星期一晚上及星期日下午舉行，實踐身心靈全人治療，認識基督福音，分享主愛大能。

經過五年多的運作，工福戒賭中心的社群治療聚會每周約有一百四十人參加，其中半數同時參加每週的戒賭治療小組。大概 7%求助者成功完全停止賭博超過三年。中心專注建立一個治療社群，當中包括有輔導員、社工、牧師、義務專業人員、問題賭徒及其家人。總而言之，工福戒賭中心的戒賭治療定位是折衷的，其着重以社群支持及基督教愛與盼望的信息作為改變的動力。本研究是探討信仰 (spirituality) 與治療社群 (therapeutic community) 的聯繫在問題賭博治療的角色。

「信仰」與「社群」的聯繫與治療

至 1970 年代起，信仰的聯繫已開始逐漸普及於濫用藥物及酗酒的治療過程。Neff et al(2005)曾經應用行為改變的模式去理解信仰的聯繫在濫用藥物治療過程中的角色，發現信仰在個人層面的轉化作用是建基於一個社會性處境中，包括朋輩的影響(peer influence)、角色的典範(role modeling)及社會性強化作用(social reinforcement)。

問題賭博像其他的癮好一樣，是由社交消閒娛樂開始，其後發展成為失控的自我破壞性行為。Bilt et al(2004)發現年長成年人的社交是導誘他們賭博行為的因素。基於大多數人是在社交處境中開始賭博，問題賭徒的康復也應針對受助者社交的需要。因此在不同治療技巧如個人輔導、家庭輔導、認知行為治療和藥物治療等以外，世界各地亦廣泛使用支持小組作治療。Katz(2003)嘗試闡釋互助支持小組(self-help social groups)成效的基本因素。首先，社群的歸屬感在急速的都市化中已被蠶食，互助支持小組可填補家庭和鄰近地區互助支緩的衰落。其次，基於受助者對專業的介入有延長倚賴的傾向，朋輩非正式的幫助反而可賦予受助者更大的自助動力。其三，支持小組內組員第一身經驗分享能建立經驗性知識(experiential knowledge)的蓄藏庫，這是專業服務所缺乏的。最後，透過在成為朋輩扶助者(peer helper)過程中重新回顧復康的過程，深化對自己的理解、加強覺悟性、產生更好的警惕作用，這也是一種治療。

互助小組能填補傳統社會支持的不足，加強參予者的自強能力，提供經驗性知識，給予朋輩互助者治療價值。Laudet et al(2004)在精神病患及濫用藥物者的互助小組研究，部份發現亦支持 Katz 的分析。Laudet et al 發現維持高度的社交支持(social support)，能令小組對停止濫用藥物產生效用。Humphreys and Noke(1997)針對濫用藥物互助小組的研究，發現參與者在小組建立新的友誼能取代從前濫用藥物的朋友。這社交建立是帶來改變的重要因素。

最普遍的互助性社交支持形式是「十二步」互助小組(12-step group)。在 1930 年代中期，英國匿名戒酒會開始使用十二步作為戒酒治療模式；這十二步是取材於 1908 年 Frank Buchman 在英國牛津大學開始的基督徒復興小組「牛津小組」，這小組就是孕育出匿名戒酒會的組織。Morgernstern et al(1997)指出匿名戒酒會成員的行為改變是基於自我效能感(self-efficacy)及動機(motivation)的維持，並提升積極解決問題的能力(coping efforts)。在他們有關互助計劃的討論項目中，Chappel and DuPont(1999)強調信仰作為這些小組所採用的主要觀念的重要性。

Magura et al(2003)發現十二步互助小組成功運作的四個可能性因素：1.內控信念(internal locus)、2.社交性(sociability)、3.信仰性(spirituality)、4.希望注入(installation of hope)。前兩項是在其他治療形式同樣會採用的普遍因素，後兩項只適用於十二步互助小組的兩個獨特因素。在十二步的模式中，組員透過對從上主的倚靠能獲得自我效能感，及透過從那些已改變組員成功經驗的分享而得到重建希望。Magura et al 認為十二步互助小組成功運作並非單純依靠社群之間的互動，更是基於上主作出的干預而產生的改變，為社群之間的互動注入未來可見的新希望。

若小組聯繫有其治療的價值，那又應如何量度呢？其中一個可行方法是透過問卷問題發問，如「參加十二步小組聚會對你有多重要？」及「你是否經常參加十二步小組常規聚會以外的聯誼活動？」有關十二步小組聯繫在青少年酗酒及濫藥問題的評估工作中，Kelly, Myers and Brown(2002)發現出席率與聯繫性有高度的線性關係(high collineraity)。換句話說，經常出席者也是積極投入的，所以出席率是量度聯繫緊密度一個良好的指標。本研究亦採用類同的量度指標。

研究方法

受訪對象

研究按二大原則挑選受訪對象：

1. 受訪者在 2004 年 4 月至 8 月間曾到中心註冊。
2. 在報名參與中心任何活動前，問題賭徒已接受面談及完成一份包含南奧克斯賭博評估(SOGS)的問卷。

本研究以電話聯絡了八十二位受助者，他們接受了一項持續約二十分鐘的電話問卷調查。因為當時沒有足夠的女性受助者可以作有意義的性別比較，只訪問了男性受助者。在這八十二位受訪者中，有二十位未能聯絡上，十位拒絕參與，及五十二位成功接受訪問。

受訪過程

訪問採用結構性的訪談程序(structured questionnaire)，問題包括三方面：

1. 現時的 SOGS 得分。
2. 現時家庭、信仰聯繫、就業、收入、債務等狀況。
3. 對工福群體的認知聯繫。

資料處理和分析

本研究訪問了 五十二位於 2004 年 4 月至 8 月間接受工福戒賭復康服務的人士。按一份結構性問卷，評估在接受戒賭服務十二個月後，受訪者賭博行為的改變與他們的信仰及在治療性群體聯繫的關係。研究假設了治療性群體聯繫會對治療有正面的果效。根據受訪者問卷所得的資料作進一步處理，得出三方面的數據：1. 過去一年賭博行為的量度比較、2. 賭徒對工福的態度、3. 賭徒與工福的接觸時數。

本研究採用南奧克斯賭博問卷作評估工具，比較受訪者是次研究的 SOGS 得分與在十二個月前所得的 SOGS 分數，作為對賭博行為治療成效的評估。認知聯繫以兩個態度性的項目(attitudinal items)作量度。參加者在中心所記錄的社群聚會、互助小組聚會、戒賭治療小組聚會及個別與家庭輔導的出席率資料，被抽出及轉化成接觸時數的變數。SOGS 差額、態度、接觸時數將成為結果分析的三個變數。

經過分析所得的訪問數據後，有八位接受電話調查訪問的參與者，被邀請加入一個聚焦小組中，在聚焦小組中進一步了解他們戒賭成效的因素。在持續兩小時的聚焦小組討論中所得的資料，再作詳盡演繹和分析。

研究結果及討論

五十二位受訪者問卷調查的結果

(一) 賭博行為明顯減少

以雙樣本 t 測試(a paired-sample t test) 五十二位受訪者的結果，顯示過去十二個月的 SOGS 得分明顯下降，SOGS 得分的平均值由 13 分下降至 3.8 分(在 0.01 水平)。(表一)

(二) 信仰與賭博行為減少幅度有相關性

以雙樣本 t 測試(a paired-sample t test)五十二位受訪者的結果，顯示有基督教信仰者較沒有基督教信仰者，SOGS 得分有顯著較大的減幅。有基督教信仰者 SOGS 得分減幅的平均值為 10.6 分，沒有基督教信仰者 SOGS 得分減幅的平均值為 7.9 分($p < 0.05$)。(表二)

(三) 出席率與聯繫性有相關性

一個簡單的相關性矩陣(simple correlation matrix)顯示出 SOGS 差額、認知聯繫(態度)、出席率(接觸時數)三個變數有高度相關性。局部相關性

(partial correlation)顯示 r 在 0.01 水平是有效。(表三)

(四) 社群接觸時數與賭博行為減少有相關性

一個簡單的皮爾森(Pearson)相關性矩陣亦顯示社群接觸時數與賭博行為減少有相關性($p < 0.05$)。

(五) 聯繫性與賭博行為的關係

階梯式多元迴歸分析(stepwise multiple regression)顯示，認知聯繫(態度)與賭博行為減少有輕微的取決性，但與社群接觸時數有較強的取決性(表四)。認知聯繫(態度)與賭博行為的關聯性較弱，可能基於樣本數目較少而令階梯式多元迴歸分析的系數不穩定所致。

總結上述結果，大多參與者在加入工福後的賭博行為有不同程度有效的控制。結果顯示南奧克斯分數的差距與受訪者對工福的正面評價、戒賭療效、接受個人輔導次數及參與聚會和治療小組的次數具顯著的相關性。多元迴歸分析方法亦顯示對工福療效的評價是 SOGS 分數差距的主導性指標。Humphreys and Noke(1997)針對濫用藥物互助小組的研究，發現參與者在小組建立新的友誼能取代從前濫用藥物的朋友。這社交建立是帶來改變的重要因素。綜合結果顯示賭博行為的減低同時與社群接觸的時數和對社群的認知聯繫有相關性。

八位接受聚焦小組參與者的結果

聚焦小組成員被提問以下兩個問題：1. 過去十二個月有甚麼改變？2. 你會怎樣描述在工福的社群支持？所有組員都積極地參與討論。由於所有組員在過去四個月一起參加工福的治療計劃，所以他們彼此熟悉而沒有任何一位是對聚焦小組參與者感到陌生。聚焦小組提供了有關組員主觀認知(subjective perceptions)的豐富人類行為學資料(ethnographic details)。總結他們過去十二個月的改變如下：

(一)賭博行為的改變

過去十二個月的賭博行為有明顯改變。五成(50%)人已完全停止賭博，另外五成(50%)人的賭博行為及賭注明顯地大幅減少。

(二)生活模式的改變

賭博行為的改變伴隨生活模式也有相當大的改變。他們表示已停止夜生活和下班後很早便回家，以避免晚間應酬及飲酒宴會可能會誘使他們參與賭博的機會。現在會參與其他活動，如在工福學習彈結他及星期日返教會去取代以前花在賭博的時間。過半數參與者表示最明顯的生活模式改變是參加義務工

作，如探訪病人、協助老弱、協助社區教育活動、探訪社區的賭徒家庭。

(三)情緒狀況的改變

生活模式改變後，精神較為輕鬆，減少憤怒情緒，整體自信心增強。

(四)價值觀的改變

行為改變不單令情緒改變，基本生活的取向也有改變。有過半數參與者表示參與義務工作令他們體會「助人自助」。一些參與者表示在以前嗜賭的日子中會認為，家人有責任滿足自己的需求，但是現在開始感覺自己對家人應有責任，更多照顧及關心家人。現在星期日多與子女共聚而非去參與賽馬賭博活動。他們更確認需要有積極的人生價值觀去取替過往的貪婪。

(五)社交上的改變

參與者發現在社交關係上主要有兩方面的改變。他們遠離從前促成賭博的社交朋友圈子，並與在康復過程中，與支持他們的家人的距離拉近。另外，減少賭博亦表示有更多時間可與家人相處。

工福社群上的支援是改變的因素

所有參與聚焦小組研究參加者均指出，在治療群體中得到群體上的支援，是他們作為改變的重要因素。工福社群上的支援有兩方面：(一)友誼、(二)家庭。友誼是指朋友上的支援，參與者一致認同透過聆聽別人的經驗有助增加對自身問題的警惕。成功的經驗可為他們帶來希望，新加入者的爭扎經驗可提醒組員賭輸追數的沉重壓力，及警惕參與者不可再翻賭。支持小組的討論可加深互相友誼，使他們感到被了解和接納。超過半數的參與者表示即使在工福以外，他們會定時致電工福的朋友互相提醒遠離賭博及作適時的輔導。另外過半數參與者的家人(包括配偶、父母、兄弟姊妹)都活躍參加工福的社群。參與者皆肯定和欣賞家庭的支持及監察對他們有正面的影響，他們與家人關係亦有改善。

信仰是改變的因素

研究亦發現信仰是他們減除賭癮的強力療劑。有信仰的支持，可以減少賭博意慾及更有效地作出改變。大部份參與者認為信仰是他們改變的強大動力。過往曾經有多次失敗，現今的成功是歸因於獲得信仰中上主力量的幫助去減少賭博的心癮。對大部份參與者來說，上主的力量是指「基督教」的神。參與者表示會在社群內互相分享信仰，有部份亦常與朋輩交換聖經金句。對於信仰作為對問題賭博治療上的影響，Gerald May (1988)嘗試透過以心理動力的概念結合神經病學對癮好的認知作為解說；May 提出恩典和默觀禱告的結合可以有效地治療癮好。至於認

知行為治療提倡的控制力，May 反而強調「放手」才是復完最重要的過程。這方面與十二步模式中上主力量的概念一致；賭徒必須承認他們的不足及對於控制自己的生命是徹底的失敗，透過對上主的降服而重新獲得對自身行為的控制。本研究的結果引發出將來更多專注研究有關信仰因素作為對問題賭博行為改變的機制。

本文章的貢獻

因為賭博復康服務在香港是較新近的發展，應用在本地處境有關治療成效的研究仍缺乏。雖然本研究已盡力勘探，唯仍強調香港華人社會中復康性社群對問題賭博行為改變有正面成效。這個研究能激發進一步探討，互助小組可如何作增補單一專業賭博治療服務的不足。

研究的限制

這只是針對問題賭博的復康性社群聯繫與信仰在治療果效角色的勘探性研究。本研究一個主要的限制在於電話訪問回答的可靠性，但是必須強調本研究的受訪者都較為合作，因他們已是社群的成員而非陌生人，聚焦小組成員曾經表示社群成員間都已習慣用電話對談。目前香港其他非政府社會服務機構就有關賭博的研究，大部份亦是採用電話訪問的形式。第二個限制是拒絕回應受訪及拒絕被邀參加聚焦小組的人，他們的回應可能與願意接受訪問者有明顯的差別，這也是同性質調查所共有的問題。第三個限制是本研究只訪問男性賭徒，所得資料未必可應用於另一性別，社群互動的影響對女性賭徒可能分別很大。第四個限制是本量性研究所收集的樣本相對較少，可能影響多元迴歸分析的結果及穩定性。最後，本研究並沒就參與者的社交技巧和動機作任何量度，這是人際交往有力的因素，可能會影響治療的成效。

研究對研究方法的啟示

性別差異的治療性群體聯繫是一個值得繼續研究的領域。在社群內的女性求助者不合比例地稀少，顯示她們可能需要以不同的模式運作。另外有關信仰的聯繫可能要作進一步分析，以決定那一方面的信仰元素對賭博行為的改變是重要。

結論

本研究可作幾方面的結論。首先信仰的聯繫有助參與者減少賭博行為；第二，

復康性社群的聯繫有助參與者減少賭博行為；第三，聯繫性可以從聚會及輔導面談的出席率來衡量；第四，復康性社群除有助賭博行為的改變外，也可促進生活模式、情緒狀態、價值觀及關係的改變。最後，社群的支持及信仰價值的尋獲是改變的重要因素。

附錄

〈表一〉 賭博行為的減幅

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〉 信仰與賭博行為減幅的相關性

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〉 出席率與聯繫性的相關性

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〉 聯繫性與賭博行為的關係

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

參考資料

- 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（著）、何秉光（編）。（2006）。《脫癮 - 華人戒賭治療十二步》。香港：工業福音團契。

本文曾刊載在工業福音團契 2007 年出版【化危為機——香港賭博的問題與契機】。承蒙余妙雲總幹事供稿，謹此致謝。

《環球華人宣教學期刊》第廿四期，2011 年4月。