

Environ Med, 1986, 57(7): 647-653

[28] HABERMANN J, EVERSMAAN T, ERHARDT F, *et al* Increased urinary excretion of triiodothyronine (T₃) and thyroxine (T₄) and decreased serum thyrotropic hormone (TSH) induced by motion sickness[J]. Aviat Space Environ Med, 1978, 49(1): 58-61.

[29] 廖二无, 超楚生 内分泌学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001 9-38.

[30] FARROW S, MAHAYNI A, BANTA G, *et al*. Metoclopramide does not inhibit atrial natriuretic factor-stimulated diuresis in man[J]. Aviat Space Environ Med, 1996, 67(2): 248-252.

[31] KOCH K L, STERN R M, VASEY M W, *et al* Neuroendocrine and gastric myoelectrical responses to illusory self motion in humans[J]. Am J Physiol, 1990, 258(2): 304-310

[32] OISO Y, IWASAKI Y, KONDO K, *et al* Effect of the opioid kappa-receptor agonist U50488H on the secretion of arginine vasopressin[J]. Neuroendocrinology, 1988, 48: 658-662

(收稿日期: 2004-04-30)
(本文编辑: 王映红)

心理干预在戒毒过程中的应用现状及进展

牛若梅, 祁先秀

(海军广州疗养院, 广东 广州 510320)

[摘要] 回顾了近 10 年来国内有关心理干预在戒毒过程中应用的文献报道。指出戒毒工作面临的棘手问题是解除吸毒者的心理依赖, 降低复吸率, 这是成功戒断的关键, 提出针对患者心理特点开展个体化综合心理干预的戒毒工作方向。

[关键词] 心理干预; 戒毒; 现状; 展望

[中图分类号] R996 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1009-0754(2004)04-0370-03

毒品是困扰全球的社会问题, 一旦吸嗜成瘾会给吸毒者本人、家庭甚至社会带来深重灾难。吸食毒品不仅对吸毒者身体造成很大损伤, 更会使吸毒者在心理上产生依赖。目前, 国内外对解除吸毒者躯体依赖已不成问题, 但对解除吸毒者心理依赖却成为能否成功戒断的关键, 也是全世界戒毒工作共同面临的棘手问题。因为从心理上戒掉毒瘾比从生理上要困难得多。近 10 年来, 有许多文献分析了吸毒者的心理状态及心理治疗、心理护理等心理干预的具体做法。现综述如下。

1 吸毒者在戒毒过程中的心理状态

毒品之所以让吸食者产生心理依赖, 就是通过吸食者的心理缺陷恶化透入生理变化, 以通过生理反映直接作用于人的心理, 并造成吸食者长期的生理、心理依赖与需求^[1]。戒毒, 就是针对人的生理及心理情况, 为改变吸食者的生理依赖及心理需求而实施的一种强制与自愿相结合的治疗行为。

根据吸毒者在戒毒过程中的不同行为表现、心理状态、情绪稳定情况、造成的事件多少, 将其心理状态分为 4 个阶段: 身体主导期、心理主导期、相对

稳定期和反复期^[2]。其心理状态具体表现为: 恐惧感、孤独感、失落感、自卑、说谎、逆反心理和回避心理。吸毒者精神、心理特征的异常, 是妨碍其实现彻底戒毒的重要因素之一。在众多因素中, 自卑心理起着相当大的作用。

2 现阶段戒毒过程中心理干预的具体应用

2.1 心理治疗

2.1.1 中医治疗 戒毒脱瘾后的康复期治疗中, 常用的中医心理疗法有 4 大类: ①心疗。主要是调适心神, 改易心志, 移精变气。心疗的核心是通过转移患者的注意力、情绪, 以改变患者的心理状态。②知疗。主要是言语开导, 改变观点, 提高认识。其核心是认识与行为相结合, 通过语言开导, 使患者端正态度, 解除顾虑, 增强信心, 积极配合, 改变行为。③情疗。又称情志相胜疗法, 是以一种正常的情志活动去调整或改变另一种不正常的情志活动, 使其恢复正常, 以收到治疗效果。情疗又分为喜疗、怒疗、恐疗、悲疗、思疗 5 种。④意疗。其主要方法有感化法: 用行为或事物感动患者, 消除其内心的郁闷; 回避法: 改变导致患者精神损伤的环境条件, 以减少损

伤或冲淡已有的损伤。

2.1.2 厌恶疗法 吸毒是一种习得的条件反射,因此可用厌恶疗法来破坏这种不良条件反射。所谓厌恶疗法,是以恶性刺激与变态反应多次结合,让患者形成一种新的积极作用的条件反射,使之与原来的病态行为相对抗,以致消退。厌恶疗法使吸毒者不仅得不到他们所企求的欣快感,反而会使他们产生十分痛苦的经验。对于那些因药物引起较轻毒瘾的患者,使用厌恶疗法常能收到较好的效果。如在大麻中渗入氨水,这样在吸食大麻过程中就会伴随恶臭,经过多次重复使用后,吸毒者自然会对大麻产生厌恶感。厌恶疗法也可每天定时定点进行数次,以减轻患者心理渴求的程度,帮助其心理康复。

国外曾采用肌肉麻醉剂作为厌恶剂,帮助吸毒者戒毒。据报道,采用此法有80%的吸毒者在经过5次治疗后能保持不吸毒达半年之久^[3]。

2.1.3 正强化疗法 正强化疗法与厌恶疗法相反,是对吸毒者进行正面教育,并在吸毒者偶然出现正确行为时给予关注和奖励。如进行法制教育、戒毒教育、背诵戒毒三字经、戒毒人员行为守则等,逐步使吸毒者养成积极的生活方式,在不断反复的治疗过程中给予正性强化,帮助其抗复吸。

2.1.4 个别心理治疗 主要从两方面入手:①认知结构方面。强化有关毒品方面的知识,起到警醒作用。②支持性治疗。开始就明确提出治疗目标,与患者建立积极的支持性的良好关系。对首次出现急性情绪危象、濒于精神崩溃或企图自杀的戒毒者,必须进行抗精神失常的药物治疗,在此基础上进行一对一的心理治疗^[4]。可采用个别谈话方式,详细了解其发病前后精神因素、个性特点,帮助患者正视及逐步适应强制戒毒的现实,化解急性情绪危象,安定情绪,防止自杀,安心戒毒。

2.1.5 安慰剂的应用 大多数戒毒患者晚上心情焦虑,入睡困难,并且服用大量镇静剂都难以达到好的疗效,所以简单地给一些镇静剂不但起不到治疗作用,相反会加重患者的焦虑心情。这就需要在治疗方案中增加安慰剂和语言技巧的应用。如用药前与患者谈心,取得他的信任,嘱述药物是针对他所配的特效药,服药后深吸气很快就会入睡。

2.1.6 认知行为疗法 认知治疗的主要代表人是贝克,他认为认知过程是行为和情绪的中介,不适应行为和负面情绪可以从认知中找到原因^[5]。埃利斯创立了认知行为疗法。吸毒者认知与行为分离是

该人群病态心理特征之一。强制戒毒用于戒毒者认知行为治疗的总方针是“认识、回避、应对”,治疗的核心是帮助戒毒者认识滥用药物的状态,以及学会采取有效的应对方法。治疗的最终目的是纠正吸毒者反社会行为,提高自我控制能力,以利于抗复吸。

2.2 心理护理

2.2.1 自卑、焦虑、抑郁的护理 ①建立良好的护患关系。吸毒者是特殊人群,他们的精神、心理、人格和行为与常人有很大差别,易激惹,不易与人沟通。对此,医务人员必须采取正确的态度,像对待普通患者一样,对他们采取宽容、祥和、稳重、易接近的行为姿态,为他们保守秘密,对他们在治疗中取得的每一点进步都给予表扬、鼓励,强化他们的戒毒愿望和要求,使其摆脱自卑、受歧视、被鄙夷的思想顾虑。②沟通感情,稳定情绪。多与患者交谈,沟通感情,在信任的基础上,使其明白戒毒的重要性和继续吸毒的危害性,并建立戒毒的信心和决心,稳定情绪,重新树立对今后生活、工作前途的信心。

2.2.2 做好恢复期的心理护理,以防复吸 恢复期患者想到自己在药瘾期的越轨行为,常有自责的表现。这时应及时指出,只要坚持把毒戒掉,对于家人及其他人都是最好的交代^[6];有的患者担心家人、同事、领导今后不信任他们,因此应取得患者单位及家庭的监督和支持,否则疗效不易巩固。此外,出院指导也是护理工作的继续,特别是对戒毒者更为重要。因为毒瘾并非短暂的住院治疗就能完全解决的,单靠生理上解除毒瘾还不行,重要的是要心理康复及预防。多数吸毒者原来都有一种不健康的生活方式或不良的局部环境,如果没有充分的思想准备,出院后会很难抵制引诱而复吸,因此,医护人员应针对患者出院后将遇到的问题进行指导。如向患者讲解一些关于卫生、健康的知识及做人的准则,更新观念,提高自尊、自制、自信的心理素质,引导患者建立社会责任感,认清毒品的危害;要以同情、理解、爱护患者的态度劝慰和提醒,以防复吸。

3 展望

近10年来,人们不断地尝试并应用各种心理干预方法来解除戒毒者的心理依赖,在防复吸方面已取得了一定的效果,但如何降低复吸率依然是戒毒工作的难点。除药物、心理干预之外,是否有更行之有效的干预措施来解除戒毒者的心理依赖以降低复吸率,还有待于进一步探讨和尝试。笔者认为,鉴于吸毒者在戒毒过程中心理状态的特殊性和复杂性,

必须针对不同患者心理依赖特点,综合传统和现代的心理干预手段,做到因人、因地、因时制宜,通过患者个人、家庭、社会共同努力,方能达到预期效果。因此,如何针对患者不同的心理特点,开展个性化综合心理干预方案的研究将是今后的努力方向。

[参考文献]

[1] 尹远明. 吸毒者脱毒后的精神心理特征分析[J]. 中国药物滥用防治杂志, 1999, 21(4): 11.

[2] 欧桂珍, 杨涛. 戒毒综合治疗中应有效运用心理治疗[J]. 贵阳中医学院学报, 1998, 20(3): 7.
[3] 赵敏, 杨德森. 药物依赖的社会心理治疗[J]. 国外医学·精神病学分册, 1998, 15(3): 155-158.
[4] 翟书涛. 认知治疗基础与应用[M]. 北京: 中国轻工业出版社, 2001: 2-3.
[5] 郑洪波, 方少心. 443 例海洛因依赖者戒毒后复吸的心理社会因素分析[J]. 临床精神医学杂志, 1995, 5(1): 29
[6] 曾恒, 王佩贤. 心理干预在戒毒者自尊心培养中的应用[J]. 中国药物依赖性杂志, 2003, 12(3): 235-237

(收稿日期:2004-07-12)

(本文编辑:施 纯)

浅谈糖尿病患者饮食治疗中存在的误区

赵 艳

(解放军第四二二医院, 广东 湛江 524005)

[关键词] 糖尿病; 饮食治疗; 误区

[中图分类号] R589.1 [文献标识码] B [文章编号] 1009-0754(2004)04-0372-02

近年来,国内外糖尿病的患病人数以惊人的速度逐年增多。据估计,目前我国糖尿病患者已高达 3 000~4 000 万。经济增长带来的生活水平提高,生活方式改变,人均寿命延长,肥胖、人口老龄化等因素都使糖尿病患者人数不断增加。近 20 年来,我国糖尿病患病率从 1980 年的 0.67% 上升到 1997 年的 3.2%, 上升了近 5 倍,糖尿病已成为当今危害人类健康和生命的重要杀手。

对糖尿病患者而言,饮食治疗是最基本的治疗。但笔者在临床护理中发现,不少糖尿病患者在饮食治疗中存在不少误区,为此,有必要加强对糖尿病患者的饮食治疗教育,重点是澄清以下四个误区:

1 糖尿病患者有药物治疗不必控制饮食

有人担心糖尿病患者控制饮食会影响健康,也有人怕麻烦,还有人认为有药物治疗就不必控制饮食。

健康人饭后虽然血糖也会升高,但是由于体内胰岛素的正常调节,所以血糖总能维持在一定的范围而不会升得过高,也不会持续太久。糖尿病患者却不然,由于他们体内胰岛素绝对和/或相对不足,如果像健康人一样进食,饭后血糖就会升得很高,高

血糖持续时间也很长,并且会对胰岛组织产生不良影响。糖尿病患者如只图一时痛快,随意吃喝,病情就会恶化,各种并发症就会接踵而来,甚至危及生命。血糖失控一半以上为饮食失控,每位糖尿病患者无论病情轻重,无论是内服降糖药还是注射胰岛素,都应该把合理的饮食治疗、调节饮食结构放在第一位,把它作为控制糖尿病的重要手段,认真掌握,终生坚持。

2 糖尿病患者在饮食中要过严限制含碳水化合物的食物

糖尿病是由于体内胰岛素分泌绝对和/或相对不足,使血中葡萄糖难于转化为肝糖元和肌糖元而引起的以血糖增高为特征的慢性代谢性疾病。糖类也称碳水化合物,所以有人误解只要把饮食中碳水化合物过严限制,就限制了糖的摄入,就不会引起高血糖,其实不然。

碳水化合物是维持人体温度和供给能量的主要来源,人体所有组织都离不开葡萄糖。例如,脑组织所需的能源几乎都由葡萄糖氧化供给,如果供应不足就会引起大脑功能障碍,因此,一旦将患者饮食中含碳水化合物的食物限制过严,不但可能会给患者