

《成瘾行为心理学》教学大纲

杨 波 编写

目 录

前 言.....	1499
第一章 对成瘾行为的理解.....	1500
第一节 概念辨析和相关问题概述.....	1500
一、成瘾及相关概念辨析.....	1500
二、成瘾的特征.....	1501
三、成瘾行为的周期.....	1501
四、成瘾的分类.....	1501
第二节 有关成瘾的理论.....	1503
一、成瘾的遗传学理论.....	1503
二、精神运动刺激理论.....	1503
三、对立过程理论.....	1503
四、成瘾的学习理论.....	1503
五、诱因易感化理论.....	1503
六、成瘾的认知理论.....	1503
第三节 成瘾行为的研究思路.....	1503
一、多元化的研究取向：临床研究、相关研究、和实验研究的结合.....	1503
二、多因素的研究思路：生物心理社会模型.....	1503
三、成瘾行为的心理学研究应注重的其他问题.....	1504
复习思考题.....	1504
拓展阅读.....	1504
第二章 成瘾的生物心理社会模型.....	1505
第一节 成瘾的生物医学取向：成瘾的脑机制和遗传基因观.....	1505
一、成瘾的脑机制.....	1505
二、遗传基因观.....	1505
第二节 成瘾的心理学观点.....	1505
一、心理发展与成瘾.....	1505
二、成瘾的强化理论.....	1506
三、自我价值感与成瘾.....	1506
四、认知过程与成瘾：注意缺陷与成瘾思维.....	1506
第三节 成瘾的社会文化因素.....	1507
一、文化与成瘾.....	1507
二、创伤后应激与成瘾.....	1507
三、家庭的养育与成瘾的关系.....	1507
复习思考题.....	1508
拓展数目.....	1508
第三章 人格与成瘾.....	1509
第一节 成瘾人格的研究进展.....	1509
一、对成瘾人格（addictive personality）的探索大约已有 40 多年的历史 （Nakken, 1988）。.....	1509

二、我国也有几项关于毒品成瘾者人格的研究。.....	1509
第二节 人格的特质论范型与成瘾.....	1509
一、感觉寻求与成瘾.....	1509
二、大三与大五因素模型与成瘾的关系.....	1510
第三节 人格的精神分析范型与成瘾.....	1511
一、人格结构与成瘾的关系.....	1511
二、成瘾者的自我防御机制.....	1511
三、特定的药物矫治特定的情感.....	1511
第四节 人格的学习论范型与成瘾.....	1512
一、成瘾行为的行为主义观点.....	1512
二、班杜拉的社会学习理论与成瘾.....	1513
三、罗特的社会学习理论与成瘾：心理控制源与成瘾.....	1514
第五节 人格障碍与成瘾.....	1514
一、强迫性人格障碍与成瘾.....	1514
二、反社会人格障碍与成瘾.....	1515
三、其它的心理障碍与成瘾.....	1515
复习思考题.....	1515
拓展阅读.....	1515
第四章 成瘾行为与犯罪.....	1516
第一节 药物成瘾与犯罪的关系模型.....	1516
一、药物成瘾导致犯罪行为.....	1517
二、犯罪行为导致药物成瘾.....	1517
三、滥用药物与犯罪行为交互影响.....	1517
四、滥用药物与犯罪行为的关联是不存在的，它同时由其他因素所促成.....	1517
第二节 成瘾与犯罪的评估.....	1517
一、物质成瘾和犯罪的性质和范围.....	1517
二、个体发展中成瘾与犯罪的冒险因素.....	1518
第三节 成瘾型罪犯的矫治.....	1518
一、成瘾型罪犯的改变动机和过程.....	1518
二、成瘾型罪犯的干预措施.....	1518
第四节 毒品成瘾与犯罪.....	1519
一、毒品与犯罪的关系.....	1519
二、毒品罪犯的人格类型.....	1520
第五节 酒精成瘾与犯罪.....	1520
一、酒精成瘾与犯罪的关系.....	1520
二、酒精成瘾犯罪的特征.....	1520
三、酒精中毒性犯罪的生物基础.....	1521
四、酒精成瘾罪犯的预防与矫治.....	1521
第六节 网络成瘾与犯罪.....	1521
一、网络中的暴力信息与暴力犯罪.....	1522
二、网络性成瘾与性犯罪.....	1522
三、网络成瘾导致侵财型犯罪.....	1522

四、网络入侵成瘾与网络犯罪	1522
复习思考题	1522
拓展阅读	1522
第五章 成瘾行为的心理矫治	1523
第一节 成瘾行为矫治的一些基本问题	1523
一、专业术语辨析	1523
二、成瘾者心理咨询风格和技术	1524
三、成瘾行为矫治的伦理问题	1524
四、成瘾行为矫治的程序	1525
第二节 成瘾行为预防和矫治的基本措施	1525
一、危害减少法	1525
二、激励性面谈技术	1526
第三节 成瘾行为的心理咨询	1526
一、治疗社区	1526
二、团体咨询	1526
三、家庭咨询	1526
四、简短咨询	1526
第四节 成瘾行为的心理治疗	1527
一、精神分析动力学疗法	1527
二、合理情绪或合理情绪行为咨询	1527
三、行为矫正疗法	1527
四、认知-行为咨询	1527
五、折衷咨询	1527
复习思考题	1527
拓展阅读	1528
第六章 毒品成瘾	1530
第一节 概 述	1530
一、毒品成瘾的流行病学调查	1530
二、毒品的定义、分类及吸食方式	1530
三、毒品的危害	1531
第二节 毒品成瘾的诊断与评估	1531
一、药物滥用的诊断	1531
二、药物依赖的诊断	1531
三、毒品的戒断诊断标准	1531
四、几种成瘾物质的诊断标准	1531
五、复吸者的确认	1532
第三节 毒品成瘾的矫治	1532
一、毒品成瘾的有效治疗原则	1532
二、药物治疗	1532
三、心理治疗	1533
四、预防复吸的团体治疗	1534
五、预防复吸训练	1534

六、家庭治疗.....	1534
七、治疗社区.....	1534
第四节 我国的劳教戒毒模式.....	1534
一、我国的主要戒毒模式.....	1534
二、劳教戒毒模式.....	1535
三、三期九段戒治法.....	1535
复习思考题.....	1535
拓展阅读.....	1535
第七章 酒精成瘾.....	1536
第一节 概 述.....	1536
一、酒精成瘾的不同观点.....	1536
二、酒精成瘾的分类.....	1536
三、酒精成瘾的特点.....	1536
四、酒精成瘾的危害.....	1536
第二节 酒精成瘾的 BPS 模式.....	1537
一、生物医学模式.....	1537
二、心理学病因.....	1537
三、社会影响因素.....	1537
第三节 酒精成瘾的诊断与评估.....	1537
一、酒精成瘾的诊断.....	1537
二、酒精成瘾的评估.....	1537
第四节 酒精成瘾的治疗.....	1538
一、治疗步骤.....	1538
二、药物治疗.....	1538
三、心理社会治疗.....	1538
第五节 匿名戒酒会 (AA) 简介.....	1538
一、概况.....	1538
二、创立缘起及背景.....	1538
三、性质与原则.....	1538
四、活动方式及组织结构.....	1539
五、成效及评价.....	1539
复习思考题.....	1539
拓展阅读.....	1539
第八章 网络成瘾.....	1541
第一节 网络成瘾概述.....	1541
一、定义.....	1541
二、网络成瘾的类型.....	1541
三、网络成瘾的危害.....	1541
四、国内外问卷调查研究现状.....	1541
第二节 网络成瘾的病因学研究及理论模型.....	1542
一、网络成瘾的病因学研究.....	1542
二、不同理论取向的观点.....	1542

三、3个重要的解释模型.....	1542
第三节 网络成瘾的测评与矫治.....	1543
一、测量工具.....	1543
二、网络成瘾的诊断.....	1543
三、网络成瘾的预防与矫治.....	1543
复习思考题.....	1544
拓展阅读.....	1544

前 言

课程性质：本科选修课

编写目的 明确教学内容和进度

课程简介：

成瘾行为心理学是从社会心理取向的角度出发，并整合生物医学、社会学及其他学科的研究成果，对成瘾行为的形成机制、矫治策略等问题作系统的介绍。主要内容包括：（1）分析界定成瘾行为心理学的相关概念，并讨论成瘾行为的分类、诊断、研究方法等问题。（2）按照生物心理社会模型分析讨论成瘾行为的易感因素与维持因素。（3）从人格的精神分析、行为主义、社会学习等理论取向探讨人格与成瘾的关系。（4）从毒品成瘾、酒精成瘾、网络成瘾等层面讨论成瘾与犯罪的关系。（5）介绍一些切实可行的成瘾行为的矫治方法。（6）分别讨论毒品成瘾、酒精成瘾、网络成瘾等几种重要的成瘾行为。

（二）课程教学目的和基本要求

掌握基本概念、研究方法、并了解成瘾行为重要和典型的研究成果。

（三）课程主要内容及学时分配

	内容	学时
1 st	第一章 对成瘾行为的理解	4
2 nd	第二章 成瘾的生物心理社会模型	4
3 rd	第三章 人格与成瘾	4
4 th	第四章 成瘾与犯罪	4
5 th	第五章 成瘾行为的矫治方法	4
6 th	第六章 毒品成瘾	4
7 th	第七章 酒精成瘾	4
8 th	第八章 网络成瘾	4

教材：人格与成瘾，杨波著，北京：新华出版社，2005年
 教学内容详细介绍

第一章 对成瘾行为的理解

本章教学目的和基本要求：了解成瘾行为心理学的相关概念，并讨论成瘾行为的分类、诊断、研究方法等问题。

学时分配：4

第一节 概念辨析和相关问题概述

一、成瘾及相关概念辨析

（一）有关成瘾的不同观点

成瘾是一个被广泛使用的术语，但并未很好地得到专家的科学界定（Maddux & Desmond, 2000）。历史上，关于成瘾有三种不同的观点，D. L. Thombs（1994）总结了这些观点。

1. 成瘾是一种罪行（addiction as sin）此种观点认为成瘾是对某种伦理或道德规范的拒弃，
2. 成瘾是一种疾病（addiction as a disease）赞同这种观点的人认为药物滥用、过度饮酒等成瘾行为是起始于根本的疾病过程。
3. 成瘾是一种适应不良的行为（addiction as maladaptive behavior）支持第三种看法的人认为成瘾是一种行为的异常，成瘾和所有的人类行为一样，均是由相同的法则加以塑造。所以，成瘾行为基本上是学习而来的。

成瘾（addiction）通常是指强迫性地寻求药物和使用药物的行为，尤其是在面对明显的危害结果时，成瘾者多次努力地去改变，但这些行为依然继续，这个术语现在延伸到强迫性的暴饮暴食和强迫性的赌博，强迫性的性行为以及其它的强迫性行为。这些行为都被维持而不管他们所导致的危害性的结果（Wise, 2003）。

（二）相关概念的界定

就物质成瘾而言，与成瘾相关的概念还有：

1. 依赖（dependence）是一组认知、行为和生理症候群，使用者尽管明白使用成瘾物质会带来问题，但还在继续使用。

传统上将依赖分为躯体依赖（physical dependence）和心理依赖（psychological dependence）。

2. 滥用（abuse）在ICD-10分类系统中称为有害使用（harmful use），是一种适应不良方式，由于反复使用药物导致明显的不良后果，如不能完成工作、学业，损害了躯体、心理健康，导致法律上的问题等

3. 渴求（craving）是指一种内在的对致瘾源的强烈欲求，需要更多的致瘾源才可以满足。

4. 精神活性物质（psychoactive substances）又称物质或成瘾物质（substances）、药物（drug）。考察人格与成瘾的关系，因此还需对人格以及相关概念作简要的界定。

1. 人格（personality）黄希庭（2002）在综合各家的定义后认为，人格是个体在行为上的内部倾向，它表现为个体适应环境时在能力、情绪、需要、动机、兴趣、态度、价值观、气质、性格和体质等方面的整合，是具有动力一致性和连续性的自我，是个体在社会化过程中形成的给人以特色的心身组织。在这个定义中，强调了人格的四个主要方面：整体的人、稳定的自我、独特的个人及具有心身组织的社会化的对象。

2. 个性（individuality）是指一个人区别于他人的稳定的、独特的整体特性。

3. 气质（temperament）是个人生来就具有的心理活动的动力特征，也就是我们平常所说的“禀性”或“脾气”。

4. 性格 (character) 是指个人的品行道德和风格。它是人格结构的一个重要组成部分, 是个人有关社会规范、伦理道德方面的各种习性的总称, 是不易改变的、稳定的心理品质(黄希庭, 2002)。

二、成瘾的特征

(一) 耐受性

耐受性 (tolerance) 是指随着反复使用成瘾药物或行为, 机体对原有剂量的成瘾药物或行为变得不敏感, 此时为了追求快感不得不增加剂量或改变使用途径, 这一现象被称为耐受性。

(二) 戒断综合症

戒断综合症 (abstinence syndrome) 是指成瘾者一旦停止原来的成瘾行为, 就会出现特殊的生理心理症候群。

(三) 明知故犯

明知山有虎, 偏向虎山行。往往多次试图戒除或控制这一行为, 但却无能为力, 屡屡不成功。

(四) 稽延性戒断综合症

稽延性戒断综合症 (prolonged withdrawal symptoms) 是指许多成瘾者在急性戒断综合症消退以后, 仍有各种各样的不适主诉, 常见者为浑身无力、感觉过敏、失眠、食欲低下、胸闷、易激怒、情绪恶劣等, 且可持续数月甚至数年之久。

三、成瘾行为的周期

所有的成瘾行为都有确定的周期, C. Nakken (1988) 把它分为以下几个步骤:

(一) 专注

是指朝思夜想某种成瘾物品。

(二) 仪式化

指成瘾已成为日常的行为和习惯。

(三) 沉溺于成瘾行为

指滥用某种药物。例如, 酗酒者沉醉于不停的饮酒。药物的使用使其产生了放松、兴奋、和控制的感, 而成瘾行为最初能使成瘾者减轻痛苦。

(四) 失望、羞愧和内疚

如果从成瘾行为中获得“极度兴奋”的感觉开始减少, 那么失望、羞愧和内疚的情感就会出现。也有人把药物成瘾行为区分为以下几个阶段 (林汉唐, 1992; 廖荣利, 1993):

1. 起始阶段: 是指在好奇心的驱使下或为解除忧虑痛苦, 开始尝试吸食或注射药物。
2. 继续阶段: 是指周期性或间歇性的继续使用药物, 尚未达到成瘾的阶段,
3. 沉迷阶段: 指以重复使用药物而成为习惯性, 且有部分的心理依赖性产生。
4. 成瘾阶段: 在重复使用药物后, 产生生理、心理的依赖及耐药性情形, 并有持续使用的冲动。

5. 戒断症状: 此阶段为成瘾者最严重的成瘾阶段, 是身体产生药物依赖的直接证据, 此时药物已改变成瘾者的生理状态, 如果不继续用药, 将产生恶心、呕吐、腹泻、流鼻涕、发抖等戒断症状, 危及生命安全。

四、成瘾的分类

广义的成瘾行为可分为两种: 即物质成瘾和过程或行为成瘾。

(一) 物质成瘾

物质成瘾 (substance addictions) 包括海洛因、酒精、烟草、咖啡因以及其他合法或非法的药物用品。

（二）过程成瘾

过程成瘾（process addictions）包括对一些行为的强迫性依赖，如购物、盗窃癖、网络成瘾、大吃、工作、赌博、性、及某些类型的犯罪和其它类型的行为。

根据其药理特性，物质致瘾源可以分为以下几种：

（一）中枢神经系统抑制剂

中枢神经系统抑制剂是指具有镇静、催眠、治疗焦虑、解除肌肉痉挛、控制癫痫发作的一类药物，久用可产生躯体依赖和耐受性。如巴比妥类、苯二氮卓类。

（二）中枢神经系统兴奋剂

中枢神经系统兴奋剂具有中枢兴奋作用，使用后可引起高度警觉、注意力集中、活动增加、睡眠减少等，如咖啡因、苯丙胺、可卡因。

（三）大麻

大麻的主要心理效应是感知功能增强，对声音和颜色的感受能力增强，精神松弛。适量吸入或食用，可使人欣快，增加剂量可使人进入梦幻，陷入深沉而爽快的睡眠之中，主要有效成分为四氢大麻酚。

（四）致幻剂

致幻剂也称迷幻药，能改变意识状态或知觉感受，如麦角酸二乙酰胺（LSD）、仙人掌毒素、苯环己哌啶（PCP）等。滥用后可产生幻觉、错觉、空间定向障碍、情感反应强烈、活动增多、记忆力减退、自我评价能力受损、被害妄想和冲动伤人行为。目前我国尚未见此类药物滥用的报告。

（五）阿片类

阿片类具有镇痛、镇静和致欣快作用，反复使用既可引起躯体依赖，又可引起心理依赖和很高的耐受性，一旦成瘾治疗非常困难。包括天然、人工合成或半合成的阿片类药物，如海洛因、吗啡、阿片、哌替啶、可待因、盐酸二氢埃托菲、美沙酮等。

（六）挥发性溶剂

滥用挥发性溶剂可引起欣快感、话多、夸大、幻觉、言语不清、共济失调、恶心和呕吐。如胶水、汽油、涂改液、丙酮等。

（七）烟草

烟草主要有效成分是尼古丁。尼古丁可使吸烟者自觉喜悦、敏捷、脑力增强、减轻焦虑和抑制食欲，引起躯体依赖。

（八）酒类

少量摄入酒类时，饮酒者自觉轻松、愉快、言语轻度增多，过量就会出现口齿不清、自控力下降、行为轻浮、冲动、好斗和攻击行为，甚至嗜睡、昏迷、死亡。

根据使用环境，可以把物质致瘾源分为：

（一）社交性成瘾物质

社交性成瘾物质主要在社交场合使用，可以在商店里随便买到，如香烟、酒类等。

（二）医用性成瘾物质

医用性成瘾物质主要指可以在医院或药店里买到的处方用药，如哌替啶、司可巴比妥、三唑仑等。

（三）非法成瘾物质

非法成瘾物质指在任何场合下都禁用的药物，如海洛因、阿片等。因为此类物质的成瘾性大，对使用者的心理、身体损害很大，故又称为毒品。

第二节 有关成瘾的理论

一、成瘾的遗传学理论

一种生物医学的观点，认为成瘾的原因蕴含在遗传密码中。

二、精神运动刺激理论

成瘾的精神运动刺激理论（the psychomotor stimulant theory of addiction）是由 Wise 和Bozarth（1987）提出的。

三、对立过程理论

Solomon 和 Corbit（1973）提出了药物成瘾的对立过程理论（opponent process theory），这是一个整体静态运动的模型，其观点是，情绪唤醒刺激伴随着一个标准化的情感动力学模式。

四、成瘾的学习理论

成瘾的学习理论起源于巴甫洛夫的经典条件反射。

五、诱因易感化理论

诱因易感化模型（the incentive-sensitization model）（Robinson & Berridge, 1993）是针对对立过程理论和异常学习理论所存在的问题，并整合有关动物成瘾研究的最新成果而提出并完善的。

六、成瘾的认知理论

S. Tiffany（1990）提出药物滥用是由储存于长时记忆中的自动化行为图式所控制。

第三节 成瘾行为的研究思路

一、多元化的研究取向：临床研究、相关研究、和实验研究的结合

成瘾行为心理学作为一门科学应遵循三种研究传统：临床研究、相关研究和实验研究。每种研究取向都有自己独特的观察途径。每一种研究取向也都有相对的长处和局限性。

临床研究（clinical research）是通过自然出现的行为表现或自然情境中产生的言语报告对个体进行系统深入考察的一种研究取向。

相关研究（correlational research）是使用统计测量来考察并建立个体间已存在差异的度量集之间的联系或相关。

实验研究（experimental research）是指实验者操纵变量已建立因果关系的一种研究取向。：

二、多因素的研究思路：生物心理社会模型

把生物学、心理科学与社会科学结合起来，多角度跨学科地探讨人类的成瘾行为，这是健康心理学的一种主要研究取向，被称为生物心理社会模型（biopsychosocial model，简称 BPS 模型），该模型由George Engel（1977）所倡导，被他自己称为是一种系统理论（Rice, 2000）。

三、成瘾行为的心理学研究应注重的其他问题

- (一) 自陈资料的价值及各测量之间的关系
- (二) 测量的构想效度
- (三) 部分与整体的关系
- (四) 特殊规律研究与共同规律研究
- (五) 发展和变化的本质
- (六) 个人与环境的相互作用

复习思考题

1. (有关成瘾的理论有哪些?)
2. 研讨某种成瘾行为的研究设计。

拓展阅读

1. (美) D. L. Thombs 著, 李素卿译: 上瘾行为导论。台北市: 五南图书出版公司, 1996。
2. Wormer, KV&Davis, DR. (2003). Addiction Treatment, A Strengths Perspective. Brooks/Cole

第二章 成瘾的生物心理社会模型

本章教学目的和基本要求：按照生物心理社会模型分析成瘾行为的易感因素与维持因素。

课时分配：4

第一节 成瘾的生物医学取向：成瘾的脑机制和遗传基因观

一、成瘾的脑机制

（一）成瘾的奖赏回路

动物实验研究已发现脑内存在一个调节药物强化作用的奖赏回路(reward circuit)。把之称为“大脑的欣快中枢”(pleasure center in the brain)(Rice, 1998; Bozarth & Wise, 1984)。

研究发现，脑内最重要的欣快中枢是边缘中脑多巴胺系统(mesolimbic dopamine system, MLDS)，除了 MLDS 以外，还有一些与成瘾药物的强化作用相关的脑区。这些脑区主要有：前额叶皮层(prefrontal cortex, PFC)，外侧下丘脑(lateral hypothalamus, LH)，泛杏仁核结构(extended amygdala)，海马等(Wise & Bozarth, 1987)。

（二）相关的神经递质

多巴胺是MLSD及相关脑区某些神经元轴突末梢所释放的神经传导物质，它在所有的动机行为中都起着关键的作用。

其它与成瘾有关的神经递质还有：5-羟色胺、 γ -氨基丁酸(GABA)、乙酰胆碱、去甲肾上腺素、 μ -内啡肽等。成瘾药物的作用就是增加或降低一定数量的神经递质的有效性(Bozarth & Wise, 1984)。

（三）成瘾的神经适应性变化

成瘾的神经适应性学说(neuroadaptations underlying addiction)认为药物成瘾是慢性反复给药后，脑内多种核团，特别是 MLDS 的相关核团和神经元为对抗药物急性强化作用而发生适应性变化的过程。

二、遗传基因观

认为成瘾的原因蕴含在遗传密码中。

由香港中文大学医学院研究人员完成的一项基因研究显示，中国人比西方人更容易染上毒瘾，原因是更多的中国人具有与海洛因成瘾有关的基因。

成瘾还具有家族的延续性。

第二节 成瘾的心理学观点

这些观点包括有：发展的观点、学习、人格、信息加工缺陷、认知方式与偏差等。

一、心理发展与成瘾

从心理发展的观点来看，成瘾行为是跨生命历程而发生的，可能会与任何一种发展过程中所出现的问题有关(Sher & Trull, 2002)。

研究证明，成瘾的易感期和发作期与个体发展有关。相比成年人和新生儿的大脑，青少年的大脑对成瘾的精神刺激药物更具敏感性，如对可卡因和安非他明等。

根据罗斯（Rose, 1998）的观点，许多人在青少年晚期和成年早期就出现了与酒精和其他毒品相联系的成瘾行为问题。

埃里克森（Erikson, 1963）提出了一个由 8 个阶段组成的心理社会发展理论。在这 8 个阶段中，与成瘾行为相关很高的主要是 3 个阶段，即第 5 阶段：同一性对角色混乱（青少年期，12-18 岁），第 6 阶段：亲密对孤独（成年早期，18-24 岁）和第 8 阶段：自我完善对失望（65 岁到死亡，老年期）（Wormer & Davis, 2003）。

来自儿童认知神经科学的新发现提供了一种科学的解释：大脑的前额叶皮质直到 20 岁才能达到完全成熟（“青少年的大脑”，2000）。而前额叶皮质是与思维判断、感觉寻求和自我意识相联系的。由于这个原因，大多数十几岁的青少年就可能缺乏抵抗同伴压力的能力。

二、成瘾的强化理论

成瘾的强化观（reinforcement theory of addiction）是基于条件反射的基本原理而提出的。成瘾行为的强化机制包括积极强化（positive reinforcement）和消极强化（negative reinforcement）。

（一）积极强化观

指成瘾物质是一种正性的强化物，它们能给成瘾者奖励并产生愉悦，药物使用的主要动机即是寻求药物所致的欣快感觉（McAuliffe & Gordon, 1974），

（二）消极强化观

是指成瘾物质可减轻或暂时免除个体滥用药物后所带来的个体痛苦，使其产生重复的成瘾行为。

消极和积极强化理论并不是相互排斥的。以海洛因成瘾为例，研究发现，最初使用海洛因将导致欣快，但长期的使用就会使药物欣快和积极强化逐步减弱，而撤药后的烦躁不安将会成为维持强迫性药物寻求和使用的主要因素。

三、自我价值感与成瘾

杨波（2004）采用黄希庭编制的自我价值感量表对北京市的160名劳教戒毒者进行了测量，结果表明，与正常成年人相比，劳教戒毒者在总体自我价值感、社会取向的一般自我价值感及其它一些自我价值感的内容量表上的得分明显低于正常成年人，也就是说，总体上，劳教戒毒者表现出低的自我价值感。

杨玲等人（2004）运用自尊量表和背景资料调查问卷对我国甘肃省的242例吸毒女性进行了调查，结果表明：（1）年龄、婚姻状况、文化程度、经济收入等因素与吸毒女性自尊评分无显著相关。（2）人际关系因子对吸毒女性的评分有显著的影响。（3）文化程度不高、无固定的经济收入、失恋或离婚等因素是吸毒成瘾的重要的关联因素。

四、认知过程与成瘾：注意缺陷与成瘾思维

（一）成瘾者的注意缺陷

在很大程度上，注意过程的缺陷在大多数的成瘾行为障碍中都是存在的。

（二）成瘾思维

成瘾行为的咨询者必须了解成瘾认知过程的复杂性。表 2. 1 概述了特韦尔斯基富于创见的观点。

（三）认知失调

认知失调指当两种或两种以上的认知不一致或互相冲突时（如“我要吸烟”，“我想身体健康”，“吸烟有害健康”）所产生的紧张状态。当存在这样一种紧张状态时，人们便被激发去降低这种由失调造成的紧张状态。

第三节 成瘾的社会文化因素

一、文化与成瘾

（一）社会因素与成瘾行为

研究资料均强烈支持许多成瘾行为与社会经济背景特性具有高的相关。根据 Cahalan (1970) 一项早期的研究显示,重度的饮酒行为与年龄、性别、种族、以及社会地位有关。一般而言,年轻的成人、少数民族、男性、与都市的居民对于药物依赖的抵抗力似乎比较薄弱;而造成他们如此脆弱的因素可能由于病态的社会条件所致,例如,贫穷、种族歧视、教育不足、以及就业机会的缺乏等。

（二）物质滥用的社会学功能

第一项功能是它具有促成社会互动的作用。

第二项功能则在于提供使用者从常态的社会责任义务中获得疏解的机会。

第三项功能是酒精与药物滥用能促进社会或种族团体成员的凝聚与团结。

最后一项功能是对中产阶级或“体制”价值的否定。

（三）药物亚文化

1. 海洛因注射的亚文化 期望毒瘾者能以皮下注射的方式自我注射海洛因 (Johnson, 1980)。
2. 酒精滥用亚文化 其行为常规在于期望参与者喝得“无所节制”、“烂醉如泥”或是“醉不归宿”,强调纵情滥饮的消费方式,酒已变成一种药物,喝醉酒是一种蓄意追求的行为
3. 大麻滥用亚文化 大麻亚文化盛行于西方的 20 世纪 70 年代。
4. 多重药物滥用的亚文化 Johnson 已确认以多种药物滥用为主的一种药物亚文化。
5. 可卡因的亚文化 可卡因的亚文化于 1980 年代中期出现于美国。

二、创伤后应激与成瘾

创伤与成瘾的关系是交互的,互为因果的。

根据“韦伯斯特新世界词典”(1990),创伤被界定为两种形式,身体伤害或情绪打击,常常伴有持续的精神作用。

创伤被任何经验或事件所引起,引起创伤的各种事实包括持续的贫困、长期的药物滥用、酒精滥用、恶劣的环境、被忽视、被遗弃、刻板陈腐的生活、物质滥用、公开的性滥交、隐蔽的性滥交、情绪泛滥、智力滥用和精神滥用等。

有研究表明,PTSD 与成瘾行为有着很高的相关 (Masters, 2002)。

三、家庭的养育与成瘾的关系

（一）家庭因素对青少年成瘾问题的影响

许多研究纷纷针对家庭因素与青少年物质滥用之间的关系进行检验。家庭价值看起来似乎与青少年的物质滥用有关。

很多研究所关注的焦点则在于青少年物质滥用与单亲家庭间的关系。

此外,家庭的大小、手足的间隔、与出生顺序等家庭结构变项也被认为与酒精中毒的发展有关。

同时,也有令人信服的研究证据显示,青少年饮酒习惯与父母的饮酒行为产生连接 (Barnes, 1990)。

进入青少年阶段,随着家庭影响力的减弱,我们可以预期到同伴团体对青少年的影响力也随之增加。由于同伴影响力与家庭影响力与青少年成瘾行为有关,许多研究纷纷就此两股影响力之间的

互动进行检验。

Barnes (1990) 认为, 在青少年物质滥用发展研究范围中, 最容易被人忽略的领域便是有关“同胞兄弟之影响力”的研究。

(二) 可能导致孩子倾向酒精成瘾的父母风格

Lawson 等人找出了四种与酗酒有关的父母风格 (parenting styles), 这四种风格是:

1. 酒瘾父母。酒瘾患者的子女可能会通过模仿的过程学习到酒瘾行为 (Lawson et al., 1983)。
2. 禁酒的父母。禁酒的父母不喝酒, 同时也谴责那些喝酒的人 (Lawson et al., 1983)。他们利用各种各样的方式进行反叛。当然, 在美国社会, 青少年惯用的一种反叛方式就是滥饮。
3. 过度严苛的父母。过度严苛的父母往往为孩子设下不切实际的期望。
4. 过度保护的父母。这些父母从不允许自己的孩子有机会发展个人的自我价值感 (Lawson et al., 1983),

复习思考题

1. BPS 模型的实证研究依据?
2. 设计某心理特征与成瘾关系的研究方案。

拓展书目

- [10] 隋南, 陈晶. 药物成瘾行为的脑机制及其研究进展. 心理学报, 2000, 32 (2): 235-238
- [11] Wise R A, Bozarth M A. A psychomotor stimulant theory of addiction. Psychological Review, 1987, 94: 469-492
- [12] White F J, Kalivas P W. Neuroadaptations involved in amphetamine and cocaine addiction. Drug and Alcohol Dependence, 1998, 51: 141-153
- [13] McAuliffe W E, Gordon R A. A test of euphoria among long-term addicts. American Journal of sociology, 1974, 79: 795-840

第三章 人格与成瘾

基本目的和要求：了解人格与健康的关系模型（Rice, 2000），并从人格的特质论范型、精神分析范型、学习论范型等取向了解人格与成瘾行为在多个层面上的密切关系。

课时分配：4

第一节 成瘾人格的研究进展

一、对成瘾人格（addictive personality）的探索大约已有 40 多年的历史（Nakken, 1988）。

简单地推断存在着易于成瘾的人格是不准确的。

也有一些例外，严格控制的实验所获取的数据表明，所谓的“感觉寻求者”、强迫性人格障碍及反社会人格的个体都缺乏对冲动的控制，使他们易于成瘾，并且使康复过程复杂化。

二、我国也有几项关于毒品成瘾者人格的研究。

王登峰、崔红（2003）用自编的中国人人格量表（QZPS）对 285 例吸毒者与相同数量的对照组的人格特点进行全面的调查分析，结果表明，在人格的 7 个维度中，外向性、善良和人际关系 3 个维度上吸毒组与控制组差异不显著，在行事风格、才干与处事态度 3 个维度上吸毒组分数显著低于控制组，而在情绪性维度上吸毒组分数显著高于控制组。吸毒者的人格特点主要表现为“急躁、冲动、活跃”与“安于现状、不思进取”两个相互矛盾的方面，以及男女性别角色与传统性别角色的偏离。文中提出了采用“代币强化程序”进行干预的建议。

宋志一等（2002）调查分析了 192 名吸毒人员的人格特征及类型，研究发现，吸毒人员表现出明显不同于正常人群的人格特征，该研究采用聚类技术，根据吸毒人员内部的人格差异进行分类，获得 4 种类型。社交型吸毒人员、闲散型吸毒人员、独立型吸毒人员、顺从型吸毒人员。

殷素梅等（2005）基于理论构想，以 105 名海洛因戒除者为被试，通过验证性因素分析技术获得了海洛因戒除者依赖性人格概念的 2 维模型，其中海洛因渴求感被界定为海洛因戒除者在特定时限内对海洛因的渴求程度，海洛因戒除效能感被界定为海洛因戒除者相信自己能够维持远离海洛因的操守和戒断滥用行为的自信程度。

黎超雄等（2003）用明尼苏达多项人格量表（MMPI）对海洛因成瘾者的调查研究表明，海洛因成瘾者表现出反社会行为和社会适应障碍，对自己健康过分关注，缺乏对社会环境的归属感，易将自己的问题合理化而归因于别人，并因这些心理特征而增加了复吸率。

上述几项国内的研究共同存在的问题是，研究都是静态的，是对吸毒者人格特征的调查，这些特征可能是吸毒者长期成瘾后所导致的结果，并不一定是成瘾的原因，不能作为成瘾行为的预测因子。

第二节 人格的特质论范型与成瘾

许多成瘾行为的心理学研究都显示，成瘾行为与很多种人格特质之间存在着广泛的相关。

一、感觉寻求与成瘾

（一）感觉寻求是成瘾的高冒险因素

在所有影响青少年药物使用的人格特质中，感觉寻求是首当其冲的一个最重要的特质（Meir,

Zipora & Giora, 1989)。感觉寻求人格特质被认为是与成瘾行为关系最为紧密的社会心理冒险因素 (Bates, White, & Labouvie, 1994; Earleywine & Finn, 1991; Forsyth & Hundleby, 1987; Newcomb & McGee, 1989; Zuckerman, 1979; 1987a, 1987b, 1994)。Donohew, Helm, Lawrence, 和 Shatzer (1990) 发现有 80% 的青少年物质使用者都是高的感觉寻求者。

(二) 感觉寻求的生理基础和遗传特性

边缘中脑多巴胺系统是感觉寻求与药物成瘾共同的脑奖赏机制 (景晓娟、张雨青, 2004)。此外, 由于药物成瘾具有一定的遗传特征, 所以研究者开始寻找与药物成瘾相关的人格特质的生理遗传特点, 其中对感觉寻求特质的研究成果显著。

二、大三与大五因素模型与成瘾的关系

大三模型就是基于神经质/负情绪 (N/NE)、外倾性/正情绪 (E/PE) 和去抑制对强制 (DvC) 这三个广泛的超级因素而提出的。DvC 反映了个人控制水平的个体差异, 去抑制的个体是冲动的, 有一点鲁莽, 主要受即时的感情和感觉支配。相反, 强抑制的个体计划仔细、避免冒险和危险, 其行为受到长远意义的控制 (Watson & Clark, 1993; Watson et al., 1994)。

有一些大三因素与成瘾行为的相关研究。研究证明DvC与物质滥用之间呈高相关, 而N/NE及E/PE与物质滥用之间却缺乏相关。

表3. 1 去抑制和它的物质滥用分量表的相关

样本	DvC	CO	AB
		酒精	
1	0. 46	<u>0. 44</u>	0. 35
2	0. 44	0. 40	0. 33
3	0. 43	<u>0. 41</u>	0. 29
4	0. 35	<u>0. 40</u>	0. 13
		香烟	
1	0. 25	0. 24	0. 21
2	0. 30	0. 26	0. 25
		大麻	
1	0. 40	0. 34	0. 34
2	0. 36	0. 26	0. 38
		迷幻药	
1	0. 32	0. 24	0. 31
2	0. 25	0. 18	0. 27
		其他非酒精物质	
3	0. 24	0. 19	0. 27
		物质滥用相关问题	
1	0. 36	0. 31	0. 35
2	0. 38	0. 27	0. 34

注: DvC, 去抑制对强制; CO, 无忧虑定向; AB, 反社会行为。样本 1, N=638。样本 2, N=827。样本 3, N=197。样本 4, N=115。参见 Watson 和 Clark (1993)。两个分量表之间的差异显著, 要加上下划线。

第三节 人格的精神分析范型与成瘾

一、人格结构与成瘾的关系

在精神分析的观点里，人类的行为源自于人格中三个主要子系统间的交互作用，这三个子系统既是所谓的“本我”（id）、“自我”（ego）、“超我”（superego）。

表 3. 2 醉酒对酒瘾患者与非酒瘾患者人格子系统的影响

子系统	非酒瘾患者		酒瘾患者	
	酒醒状态	醉酒状态	清醒状态	醉酒状态
本我	搏斗	无法控制	渴望	得意狂喜
自我	控制	令人兴奋	焦虑	令人不安
超我	克制	令人脆弱	惩罚	令人分裂

源自：Berry（1988），the Addiction Research Foundation

二、成瘾者的自我防御机制

当代精神分析的观点认为物质成瘾本身是个体的一种防御机制（khantzian, 1980; Wurmser, 1980）。

成瘾者常用的非理性的自我防御机制有：

1. 补偿作用（compensation）是通过对其他快乐的过度沉溺，藉以补偿戒瘾所带来的剥夺感。
2. 否认（denial）通过改变知觉而否认痛苦事实的存在。
3. 替代（displacement）是用一种精神宣泄替代另一种精神宣泄。
4. 幻想（fantasy）藉以想象自己过去嗑药时所拥有的快感，使个人从失去药物和醉酒的兴奋中获得满足。
5. 孤立（isolation）为了不再受到伤害，将自己退缩至被动的状态。
6. 投射（projection）假设他人对某人某事有不好的看法，虽然他们从未有过任何形式的沟通。
7. 合理化（rationalization）试着用合理的论点及解释来为自己的错误或恶行辩护。
8. 退化（regression）将自己退化到早期的发展水平，并作出极不成熟的反应。
9. 解除作用（undoing）对个人已做的愧疚之事表现出赎罪或弥补的行为。

此外，Wallace（1978）从他治疗酒精患者的专业经验中，总结了一个关于酒精患者“偏好的防御结构”（preferred defense structure, 简称 PDS），这套防御结构有：

1. 否认（denial）在 PDS 中，否认是最主要的防御结构之一。
2. 全或无（all-or-nothing）的思考。
3. 冲突的降低与回避（conflict minimization and avoidance）指康复中的酒精患者不喜欢人际上的冲突，并且会尽可能地回避。
4. 自我为中心的选择性注意（self-centered selective attention）
5. 对非分析性思考与知觉模式的偏好（preference for nonanalytical modes of thinking and perceiving）
6. 无法释放的关注焦点（obsessional focusing）

三、特定的药物矫治特定的情感

Wurmser（1980）就曾撰文陈述道：不同药物的选择取向与各种难以驾驭的情绪情感之间显示

出某种相当典型的相关性：麻醉药物（narcotics）与安眠药（hypnotics）通常用于对抗暴怒、害羞、嫉妒、以及特别由这些感觉衍生出来的焦虑；刺激性药物（stimulant）用于抵制抑郁和软弱的感觉；迷幻药（pyschedelic）用于消除无聊感和瓦解幻想；酒精用于掩饰罪恶感、寂寞、与一些相关的焦虑。

阿片剂或是麻醉药物的成瘾者，他们本身往往就是伤害性虐待与暴力的受害者。

镇静剂——安眠药（也包括酒精）的滥用者多属于焦虑与情绪抑制的个人。

可卡因的成瘾患者则被认为是为了振奋活力才选用该物质的，这类人往往在寻求可以帮助他们从抑郁、乏味、与空虚感中解放出来的良方。

第四节 人格的学习论范型与成瘾

一、成瘾行为的行为主义观点

就行为派的角度而言，药物使用的起始与下列三个原因有关：（1）供应的便利性；（2）其他可替代的行为缺乏强化；（3）在试验酒精或其他药物时，缺乏惩罚。物质使用的起始乃是上述三项因素交织混合的结果所致（Thombs, 1994）。

在过去的 40 年中，行为主义的研究者针对物质成瘾的各个层面，发展出一套解释模型。下面作简要的讨论。

（一）成瘾

McAuliffe 与 Gordon（1980）曾经为“成瘾”提出了如下的行为定义：成瘾是一种操作性的条件反射，随着每一次药物使用后所产生之强化的数量、次数以及范围大小的变化，而使该种反应产生增强的倾向。每一个成瘾患者都会经验到一套属于自己的多种强化物组合的方式；根据 McAuliffe 与 Gordon（1980）的观点，强化物组合的方式可区分为三类，分别是（1）亢奋作用；（2）社会变项；（3）戒断病症的消除。强化效果的特定组合方式是驱使不同成瘾行为的重要原因。

（二）紧张降低假说

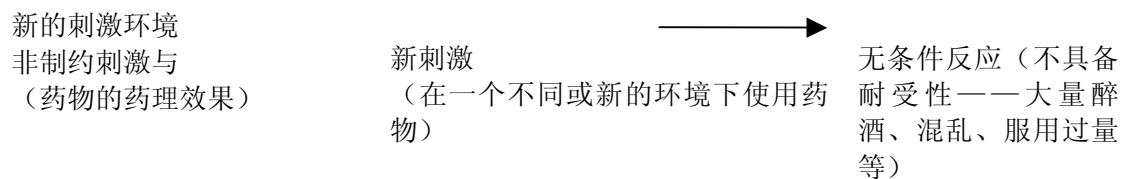
紧张降低假说（tension reduction hypothesis, TRH）所依赖的理论即是操作条件反射的原理。TRH 包含了两个次级假设：（1）在压力出现的情况下，酒瘾患者的饮酒也随之增加；（2）酒瘾患者的压力将会因饮酒而获得缓解（Cappell & Greeley, 1987; Langenbucher & Nathan, 1990）。

（三）行为上的耐受性

耐受性似乎是由生理上的因素（例如，细胞的适应）与非生理上的因素共同创造而成。此外，行为上的耐受性仿佛也是通过反应（Pavlovian）制约与操作制约的过程所学习而得。

表 3.3 耐受性条件学习的巴甫洛夫模式

原始的情境 无条件刺激 (药物真正的药理效果)	—————▶	无条件反应 (强有力的)
与刺激配对出现的情境 无条件刺激与 (药物的药理效果)	—————▶	条件刺激 (经常性的环境：一间酒吧、特殊的吸毒伙伴、仪式、音乐、秘密的帮会用语、个人的工具或行头)
安慰剂的刺激情境 安慰剂与 (药物停止活动)	—————▶	无条件反应（仍然强有力的，但是耐受性渐增）
	—————▶	条件刺激 (经常性的环境线索)
	—————▶	条件反应（强有力——或许有些降低）



“服用过量致死”可能成为一个海洛因成瘾患者所要面临的^{最大}风险之一。实验证明，成瘾患者对海洛因的耐受性有部分是受制于平常服用该药物的情境因素；一旦吸食海洛因的情境发生变化，有许多通过条件学习而来的耐受性便会消失，而成瘾患者更容易服用过量。

二、班杜拉的社会学习理论与成瘾

班杜拉（Albert Bandura, 1925~ ）所倡的这些观点和原理已被用来解释成瘾行为的启动及成瘾行为得以维持的原因。此外，对于成瘾行为再犯的预防，社会学习理论的原理也被当作一个完整的策略来使用。

（一）模仿

从观察楷模所产生的学习里，班杜拉（1977）确认了三种学习方式：

（1）观察学习效果（observational learning effects）指行为是由观察楷模学习而得，例如，在同伴群体中，如学校的乐队里学会了吸烟或喝酒。

（2）抑制—非抑制效果（inhibitory-disinhibitory effects）。

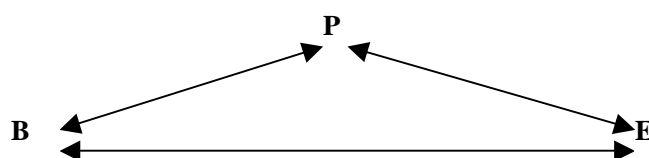
（3）反应促进效果（response facilitation effects）

（二）自我调节

以个体内在的行为标准和期望效果来解释个体有目的行为的过程称为自我调节。

从社会学习理论的观点来看，成瘾患者的情况并不是因为他们本身缺乏自我调节所造成的，而是由于社会（也可能是家庭）的因素才促使他们产生有问题的自我调节方式。

3. 交互作用论



P=Person个人（认知中介的过程）

B=Behavior行为

E=Environment环境

图3. 1 个人、行为与环境间的互动模式

White、Bates 和 Johnson（1990）运用交互作用论的观点，将酒精成瘾以 4 种元素统合到一个模型中。图3. 2 尝试以图解的方式，从社会学习理论的角度来说明酒精成瘾行为。

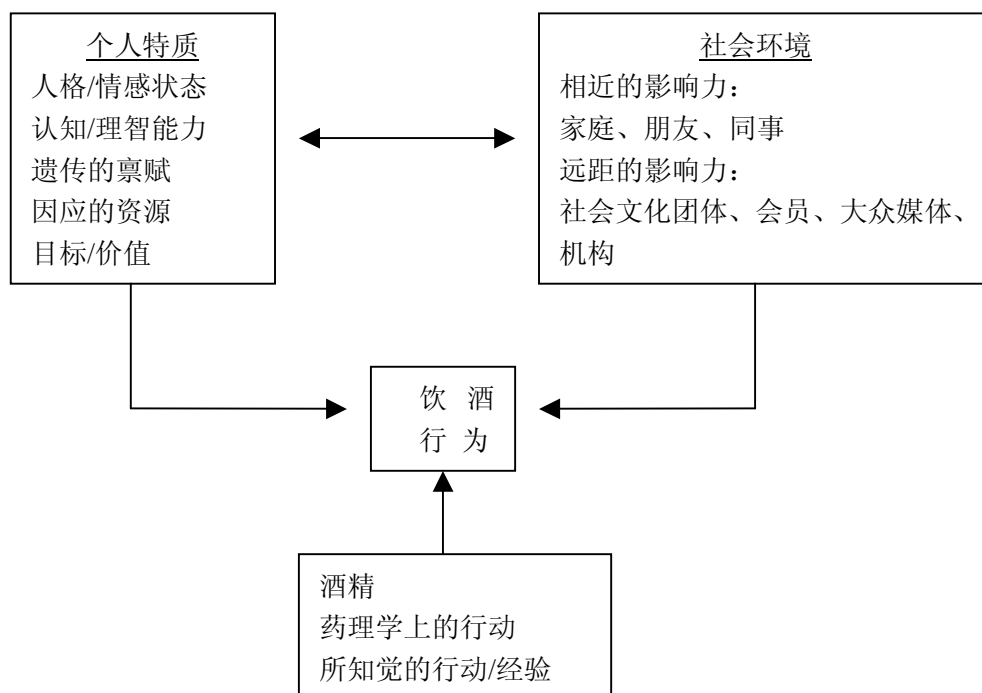


图3.2 个人、环境以及药物变项与饮酒行为之间彼此影响的互动架构

（四）自我效能感

马晓冬、郭本禹（2001）介绍了 G. A. Marlatt 等人提出的自我效能感在成瘾行为中的 5 种类型。在成瘾行为的初级和次级预防阶段包括：

（1）抵抗型自我效能（resistance self efficacy）是指对于还未形成成瘾行为的个体来说，能够抵抗诸如毒品、香烟、酒精等物质的能力的信念。

（2）减少伤害型自我效能（harm-reduction self-efficacy）指人们已经卷入到某种成瘾行为之中，但并没有真正导致成瘾并对此种行为产生依赖时，对自己能够抵抗这种行为的信心。

（3）行为型自我效能（action self-efficacy）指个体对于戒断目标实现的信心。

（4）应对型自我效能（coping self-efficacy）指一种对自己能够克服旧病复发危机的预期能力。

（5）恢复型自我效能（recovery self-efficacy）指在旧病复发之后，对自己能够恢复应对能力的信念。

三、罗特的社会学习理论与成瘾：心理控制源与成瘾

全东明等（全东明、刘珍妮、李刚，1999）采用 IPC 量表对 228 名海洛因成瘾者做调查研究，考察了海洛因成瘾者的心理控制源特点。研究表明，海洛因成瘾者有着较高的外控倾向，他们在很大程度上把成瘾行为的后果归结为自己无法控制的力量，这不利于他们对复吸行为的预防。因此，在对吸毒者进行心理干预时，试图改变其心理控制源倾向是一项不可忽视的工作。

第五节 人格障碍与成瘾

一、强迫性人格障碍与成瘾

研究表明，在物质成瘾和强迫性冲动之间存在着共同的属性。霍尔登（C. Holden, 2001）指出强迫性行为 and 物质滥用在对其加工以获取奖励的过程中存在着很大的相似性。

二、反社会人格障碍与成瘾

反社会人格障碍在吸毒及毒品犯罪人中很普遍（Hare, 1983）；反社会人格特质会促进药物滥用的形成和发展（Brink, 1995；Sher & Trull, 1994；Verheul et al., 1997）。

三、其它的心理障碍与成瘾

人们已经发现患有注意障碍性多动症（attention deficit hyperactivity disorder, ADHD）的男孩明显比没患 ADHD 的男孩的物质滥用率更高（“青少年的饮酒行为”，1997）。

其他精神障碍，例如焦虑症和抑郁症，在青少年阶段都与物质滥用有高度相关。抑郁症在女孩中比在男孩中有更高的物质使用倾向（“女孩中的物质使用”，1999）。自杀行为同样与酒精滥用有高度相关（“青少年的饮酒行为”，1997）。

复习思考题

1. 成瘾人格的研究现状？
2. 感觉寻求与成瘾的研究设计。

拓展阅读

1. （美）L. A. 珀文著，黄希庭等译：人格科学。上海：华东师范大学出版社，2001。
2. （美）L. A. 珀文著，黄希庭主译：人格手册：理论与研究。上海：华东师范大学出版社，2003。
3. （美）D. H. Barlow 主编，刘兴华等译：心理障碍临床手册。北京：中国轻工业出版社，2004。
4. （美）D. L. Thombs 著，李素卿译：上瘾行为导论。台北市：五南图书出版公司，1996。

第四章 成瘾行为与犯罪

本章的主要目的：是考察成瘾与犯罪之间的具体关联，几种主要的成瘾行为与犯罪之间的关系，以及针对成瘾型罪犯的一些具体的治疗方案。

课时分配：4

已有许多成瘾和犯罪关系的研究报告，其中大量的犯罪都与酗酒或成瘾相关（Abbey, Ross, & McDuffie, 1944; Bailey & Taylor, 1911; Bushman & Cooper, 1990; Chermack & Taylor, 1995; Collins & Messerschmidt, 1993; Greenfeld, 1998; Greenfeld & Henneberg, 2001; Moeller & Dougherty, 2001; Parker, 1998; Aylor & Chermack, 1993）。

表 4. 1 州及联邦监狱囚犯在酒精及药物作用下的犯罪情况

自我报告	所有囚犯的百分比	
	1997	1991
药物滥用		
犯罪前数月		
州立监狱	57	50
联邦监狱	45	32
犯罪期间		
州立监狱	33	31
联邦监狱	22	17
酒精滥用		
犯罪期间		
州立监狱	37	32
联邦监狱	20	11
酒精及药物滥用		
犯罪期间		
州立监狱	52	49
联邦监狱	34	25

来源：Mumola, C. P. (1991, P. 1)。

第一节 药物成瘾与犯罪的关系模型

有 4 种不同的观点，如图 4. 1 所示：

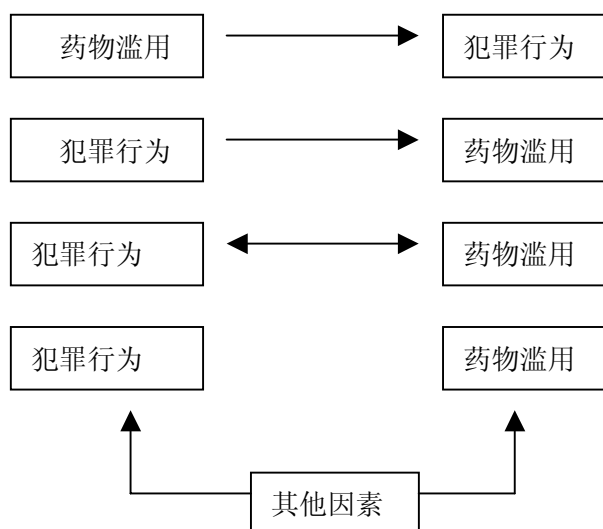


图 4. 1 药物滥用与犯罪行为的关系

资料来源：White (1990)

一、药物成瘾导致犯罪行为

许多药物本身常易刺激中枢神经，导致幻想，甚至激起犯罪的勇气与胆量，或者造成神志不清的状态而引发攻击性的犯罪行为。

二、犯罪行为导致药物成瘾

部分学者认为，虽然滥用药物很可能引发偏差和犯罪行为，然而部分滥用药物的行为却在偏差与犯罪行为开始后才发生。。

三、滥用药物与犯罪行为交互影响

前述两种滥用药物与犯罪行为关联的说法互异，另一派学者则指出，它们之间的关系可能是交互的（reciprocal）。

四、滥用药物与犯罪行为的关联是不存在的，它同时由其他因素所促成

最后一派学者指出，滥用药物与犯罪行为是由第三者（其他因素）所促成，彼此间并未具有因果关系。

第二节 成瘾与犯罪的评估

一、物质成瘾和犯罪的性质和范围

在制订治疗方案时不仅要考虑成瘾物质的性质，也要注重多种药物成瘾问题。

要收集成瘾罪犯的性质与范围所需的信息，需要把访谈法、日记法所获取的材料与官方记录的事实材料结合起来（Mcmurran & Hollin, 1993）。

二、个体发展中成瘾与犯罪的冒险因素

表 4. 2 冒险因素概要

多动亢奋/注意力分散/冲动 不良的家庭教养方式 家庭成员物质成瘾的影响 敌对信念 不良的学校表现 逃学 与少年犯同伴的交往 醉酒对信息加工的影响 物质成瘾与犯罪结果预期的直接联系 犯罪的生活方式 反社会态度

第三节 成瘾型罪犯的矫治

一、成瘾型罪犯的改变动机和过程

得利昂 (DeLeon, 1988) 指出, 在其团体治疗的工作中其患者在他们最终产生内部改变之前须经历 3 个步骤: (1) 依从, (2) 从众, 和 (3) 对改变的承诺。

迁移理论模型 (Transtheoretical Model, TTM)。罗德岛州立大学的改变评估量表 (The University of Rhode Island Change Assessment, URICA) 把改变过程分为以下 4 个步骤:

1. 前预期阶段。
2. 预期阶段。
3. 准备和行动阶段。
4. 维持阶段。

二、成瘾型罪犯的干预措施

表 4. 3 成瘾型罪犯的干预措施

成瘾型罪犯的改变动机	PC/C
反社会态度和敌对信念的改变	C
犯罪伤害的减少	PA/A
改变酒精和毒品成瘾的结果预期	PA/A
情感控制	A
冲动控制	A
增强人际交往能力	A
复发预防	M
生活方式的改变	M

注: PC=前预期; C=预期; PA=准备; PA=行动; A=行动; M=维持

1. 罪犯的激励性面谈

激励性面谈（motivational interviewing）是咨询者通过与来访者的互动交流以鼓励罪犯行为改变的一种矫治方法，是由 Miller 和 Rollnick（1991）提出的。

2. 反社会态度和敌对信念的改变

“犯罪思维方式的心理学问卷”（Walters 1995a, 1995b, 1996）。

3. 犯罪危害的减少

4. 结果预期的改变

5. 药物使用的减少

6. 情绪控制

愤怒控制法的效果是通过行为评定、愤怒的自我报告和“状态—特质愤怒表达量表”来测量的（Spielberger, 1996）。

其他一些情感问题，例如抑郁和焦虑等也同样值得重视。

7. 冲动控制

冲动性的控制可以通过问题解决技能训练得到改善。

8. 增进人际交往能力

通过模仿、排演、反馈等角色扮演的方法可以增进成瘾型罪犯的人际交往能力（Monti, Abrams, Kadden, & Cooney, 1989）。实验证明，在成瘾治疗中人际交往技能训练是一种重要的干预措施。其测量方法包括自我报告、角色扮演评估和观察等（Becker & Heimberg, 1988）

9. 复发预防

其效果评估是情境性自信问卷（Annis, 1992）。有证据表明，当确实出现复发情况时，PR 可以减少复发的严重性，特别对于那些重度受损的物质成瘾者，PR 是相当有效的。

10. 生活方式的改变

社区强化策略，如帮助其就业、婚姻治疗、增进社会支持等都有助于戒瘾及社会适应（Meyers & Smith, 1995）。事实证明，社会整合的就业、休闲活动、交友等因素在建立新的生活方式上都是积极有效的。

第四节 毒品成瘾与犯罪

一、毒品与犯罪的关系

毒品与犯罪的关系是十分密切的。所谓毒品犯罪（drug-related crime）是指非法制造、销售、使用和拥有毒品的行为。毒品与犯罪的关系取决于 3 种因素：

- （1）毒品的药理效果。
- （2）毒品成瘾者的心理特征。
- （3）使用毒品的社会心理条件。

毒品成瘾者进行犯罪的最常见的原因有 2 种：（1）维持毒瘾。（2）使用毒品产生的幻觉、妄想等异常精神状态的作用。

戈尔茨坦（P. J. Goldstein, 1989）从原因的角度出发，识别出了暴力行为中可能涉及的 3 种毒品使用和滥用方式。

（1）在精神药理学暴力中（psychopharmacological violence）中，毒品本身的作用就促进暴力行为。

（2）在经济强迫性暴力（economically compulsive violence）中，维持毒品使用的需要激起工具性犯罪，例如，实施抢劫。

(3) 在系统性暴力 (systemic violence) 中, 毒品分配和销售系统产生了需要用暴力解决的冲突。

二、毒品罪犯的人格类型

在本书的研究思路中, 人格与成瘾、成瘾与犯罪、犯罪与人格都有着交互的关系, 在我国, 与这些问题相关的一项研究就是关于毒品罪犯人格类型的探讨。

张峰、朱海燕 (2002) 以云南省监狱 378 名在押毒品犯 CPI (加利福尼亚心理调查表) 的测验分数为基础, 采用聚类分析技术, 研究了在押毒品犯的人格类型, 获得三种具有显著人格差异的类别, 根据每一类别的人格特征命名为怯弱-不成熟型、独立-不成熟型和可控制-不成熟型。

此外, 张峰、朱海燕等 (2004) 又以云南省监狱 252 名在押女性毒品犯的 CPI 测验分数为基础, 采用聚类分析技术, 探讨了在押女性毒品犯的人格类型, 获得四种具有显著人格差异的类型, 根据每一类型的人格特征分别命名为独立-克制型、依附-冲动型、敏感-退缩型和浮躁-自夸型。

第五节 酒精成瘾与犯罪

一、酒精成瘾与犯罪的关系

事实证明, 酒精成瘾与犯罪之间存在高相关。美国 1980 年的《统一犯罪报告》(Uniform Crime Report) 指出, 当年有 142.6 万人因酒后开车被逮捕, 112.5 万人因在公共场所酗酒而被逮捕, 有 46.3 万人违反了其他有关饮酒的法规。

急性与慢性酒精中毒分别与犯罪有密切关系。

美国犯罪学家哈斯科尔 (Martin Haskell) 和雅布隆斯基 (Lewis Yablonsky) (1983) 认为, 酒精中毒与犯罪的关系有 3 种:

- (1) 饮用酒类直接构成犯罪。
- (2) 酒精中毒间接引起严重犯罪行为。
- (3) 共同致病模式。

不过, 酒精成瘾与犯罪的关系很难被确定为因果关系

二、酒精成瘾犯罪的特征

(一) 总的特征

厄尔·鲁宾顿 (E. Rubington, 1986) 总结了美国的酒精中毒罪犯, 他们比一般的罪犯要老的多, 大部分是土生土长的白种人, 且都独居, 来自较低的社会阶层, 教育程度比一般人稍低, 职业地位偏低, 他们的父辈一般也很少受教育, 职业地位也很低, 宗教信仰主要是基督教。

(二) 人格特征

Cloninger (1996) 曾认为酒依赖的人格特征可能被特异的人格维度所预测。并且发现高感觉寻求、低的危险避免和低的奖赏依赖性的人格特征可以预测 II 型酒依赖 (即发病年龄低, 有明显的酒依赖家族史和反社会的人格特征)。

(三) 行为特征

饮酒过量会引起行为异常, 这种行为异常与 BAC 相关, 大致的关系如表 4.4 所示 (白璐等, 2004)。

表2 BAC与行为异常之间的关系

BAC (mg/100ml)	行为异常
30~50	精神愉快, 精细技巧失灵, 如开车技术
50~100	兴奋, 语无伦次, 喜怒无常, 某些感觉障碍
100~150	语言不清, 激动吵闹
150~200	舌重口吃, 动作不协调
200~300	呕吐, 嗜睡, 可能进入昏迷
300~350	昏迷, 呼吸有鼾声, 有吸入呕吐物危险, 体温下降
>350	深度昏迷, 呼吸麻痹, 有死亡危险

三、酒精中毒性犯罪的生物基础

- (一) 与大脑的关系
- (二) 与5-羟色胺的关系

四、酒精成瘾罪犯的预防与矫治

(一) 酒精成瘾罪犯的预防

预防可分为三个阶段：(1) 早期预防。这一阶段非常重要，主要任务是减少一般人口中酒精中毒的发生率。(2) 中期预防。主要目的是使轻度的酒精中毒不致导致违法犯罪行为，或避免其转化为慢性酒精中毒。主要任务是抓好对酒精中毒的早期发现和早期治疗。(3) 晚期预防。主要任务是阻止晚期恶果的出现，对酒精中毒者进行有效的治疗。

(二) 酒精中毒罪犯的矫治

综合性的治疗方法包括以下方面：

- (1) 解毒。即设法使酒精成瘾罪犯脱离酒精，解决在停止饮酒时产生的种种身心症状，例如，幻觉、震颤、心神不安等。
- (2) 戒酒硫。适用于那些进行冲动性饮酒行为的嗜酒罪犯。
- (3) 厌恶疗法。使用多种厌恶刺激帮助酒精成瘾罪犯控制嗜酒行为。
- (4) 生物反馈。通过测定酒精成瘾罪犯的恶血液酒精浓度，帮助罪犯了解其嗜酒程度，暗示其减少或者停止嗜酒。
- (5) 嗜酒者互诫协会。给愿意戒酒的酒精成瘾罪犯提供相互交流戒酒经验等的机会，提供他们之间的互相帮助戒酒。
- (6) 中途之家 (half-way house) 方法。是治疗社区的一种形式。
- (7) 家庭或者婚姻疗法。由于酗酒严重地破坏了家庭生活，所以要使用家庭疗法或者婚姻疗法恢复这些被破坏的关系，利用家庭或者婚姻的力量帮助嗜酒罪犯进行戒酒。
- (8) 心理疗法。酒精成瘾罪犯往往受到心理冲突、焦虑、自尊等方面的问题的困扰，因此，要使用心理疗法帮助罪犯解决这些问题。

第六节 网络成瘾与犯罪

网络成瘾所引发的犯罪行为可能呈现以下几种关系：

一、网络中的暴力信息与暴力犯罪

据统计，在网上流行的非教育信息中，70%涉及到暴力。网络游戏的成瘾往往导致青少年对正义感与道德规范的漠视。

二、网络性成瘾与性犯罪

网络世界中存在着大量的垃圾文化信息，黄色、成人内容触目惊心，据调查，互联网上的非学术信息中47%与色情有关，每天约有2万张色情图片进入互联网，这些不良信息对青少年产生了严重侵蚀（于艳芳，2005）。

三、网络成瘾导致侵财型犯罪

不少青少年沉迷于网络，为了支付上网的费用，全然抛弃亲情，盗窃亲属朋友的钱财，甚至杀人越货。

四、网络入侵成瘾与网络犯罪

近年来，随着计算机网络的普及与发展，通过网络来实施犯罪的案件日益增多。

复习思考题

1. 怎样理解成瘾与犯罪的交互作用？
2. 毒品成瘾与犯罪的路径关系？

拓展阅读

1. 杨士隆：犯罪心理学。北京：教育科学出版社，2002。
2. 吴宗宪编著：国外罪犯心理矫治。北京：中国轻工业出版社，2004。

第五章 成瘾行为的心理矫治

本章教学目的：

本章主要介绍在成瘾行为矫治中最普遍运用的心理咨询和治疗方法。成瘾行为的矫治有三个层次，第一个层次是成瘾行为矫治最基本的防控和干预措施，包括伤害减少法、动机晤谈法等。第二个层次是比较简单易行、但又切实有效的心理咨询方法，包括团体咨询、家庭咨询、简短咨询等。第三个层次是比较复杂、又很有系统的心理治疗方法，包括精神分析动力学、认知—行为、合理情绪以及行为矫正疗法等。

课时分配：4

第一节 成瘾行为矫治的一些基本问题

一、专业术语辨析

成瘾行为矫治 (treatment for addictive behavior) 是一个比较宽泛的概念，包括有成瘾行为的干预 (intervention)、成瘾行为的矫正治疗 (correctional treatment)、成瘾行为的康复干预 (rehabilitative intervention)、成瘾行为的咨询与治疗 (counseling and treatment) 等含义，是指促使成瘾者的心理和行为发生积极改变的心理咨询、心理和药理治疗以及行为矫正等活动的总称。

成瘾行为的矫治也自己的一些相关术语。如康复 (rehabilitation)、治疗 (treatment)、治愈 (cure) 和来访者 (client) 等术语在成瘾咨询中都有着特定的含义。

1. 康复

我们可把康复定义为“是任何有计划的干预结果，这些干预减少了成瘾者进一步的成瘾活动，而不管这种减少是通过人格、行为、能力、态度、价值观或其他因素为媒介而达成的。”(Sechrest, White, & Brown, 1979)。

2. 治疗

治疗的概念是与19世纪医学模型的发展同步的 (Lehman, 1975)。医学模型提供了一个鉴别、诊断、和治疗成瘾者的框架 (Lester & Braswell, 1987)。

3. 治愈

过去，一般还认为成瘾行为的矫正方法可以治疗并最终治愈成瘾者，换言之，就是可以阻止成瘾者复发。术语矫正 (corrections) 的意思是“惩罚或治愈”，它源于医学模式。

4. 患者

成瘾者可以被看作是患者、被咨询者、来访者、缓刑者、假释者、囚犯、被照顾者、病人，等等。

5. 沟通

咨询者与成瘾者之间的对话、双向沟通、合作性和交互性都是咨询者要遵循的行为准则。

6. 咨询与治疗

术语咨询 (counseling) 和治疗 (therapy) 常常被咨询者交替使用。

表5.1 治疗与咨询的比较

治疗	咨询
过去、现在和未来取向	主要是现在取向
周期长	周期较短
有可能结束	不容易结束
专家	多面手

二、成瘾者心理咨询风格和技术

成瘾者心理咨询风格（style）可以被定义为对成瘾者起作用的一种独特的或典型的行为模式。它包括咨询者在个人或群体环境中对成瘾者的行为倾向性。

成瘾者心理咨询风格依赖于四种要素：知识、训练、经验和人格。

三、成瘾行为矫治的伦理问题

1. 保密性

保密（confidentiality）是一个涉及到来访者隐私权的伦理术语。

1999年美国公共卫生局医务长官报告中列出了3项在心理健康治疗中至关重要的保密性原则（Masters, 2004）。它们是：

- （1）减少因接受治疗而带来的耻辱感，羞愧感和歧视，
- （2）在治疗关系中培养信任，以及
- （3）确保来访者在做出治疗决定时的隐私权。

2. 角色扮演与职业枯竭问题

成瘾行为的心理咨询者要扮演多种角色，并履行很多职责。Schrink（2000）概述了矫正咨询者的职责如下：

- （1）建立并维护来访者的档案。
- （2）给每一个来访者制定治疗计划。
- （3）对照计划，检测每位来访者的表现和进步。
- （4）定期撰写各类报告。
- （5）指导个体和团体咨询活动。
- （6）把来访者推荐给其他社会机构的职员。
- （7）给来访者提供与其治疗、安全等问题相关的建议。

成瘾行为的咨询者要扮演许多具有代表性的角色。它们是：朋友、知己、顾问、教师、学习者、道德引导者、父母和养育者、危机干预者、角色榜样、咨询员、社会影响者、资源经纪人、问题管理者、研究者以及改变代理人等。

咨询者枯竭的一些表现罗列如下（Master, 2004）。

- （1）对来访者丧失客观性。
- （2）相信因过去干预的失效而导致成瘾者从未发生改变。
- （3）相信咨询者的职业和个人生活在将来不会得以改善或发生任何变化。
- （4）相信成瘾行为的矫治对成瘾者不起任何作用。
- （5）由于不能找到对成瘾行为有用的矫治方法而产生无能感。
- （6）对来访者说的是一套做的是一套：例如，不能对来访者贯彻实施矫治计划。
- （7）操控来访者。
- （8）官僚作风以代替主动与来访者交流。
- （9）生硬地解释咨询的法则和条例，以使得没有留后路去与来访者建立有意义的咨询关系。
- （10）超然的、不投入的。
- （11）当咨询者其实已经无心帮助来访者时，仍然在口头上表现出帮助来访者的兴趣和愿望。
- （12）用道歉和其他的方法，以逃避告诉来访者咨询者情愿或不情愿去做的事情的责任。
- （13）利用咨询时间去逗趣找乐，而不是忙于咨询工作。
- （14）当不想做咨询时就声称自己生病；并去度很长的周末。（周五和周一都不去上班）

(15) 消极怠工；不去努力发挥自己的潜能以帮助来访者。

(16) 沉溺于一种自我欺骗的行为，如经常酗酒，有时甚至在工作的时候酗酒。

3. 强制治疗问题

四、成瘾行为矫治的程序

吴宗宪（2004）根据国内外的相关资料，总结了心理矫治工作所要遵循的步骤，这些步骤同样适用于成瘾行为的矫治。它们是：

1. 建立良好的咨访关系
2. 进行准确的诊断评估
3. 选择适当的治疗方法
4. 制定科学的矫治计划
5. 实施确定的矫治活动
6. 跟踪调查治疗效果

D. J. Thombs（1996）在其《成瘾行为导论》（*Introduction to Addictive Behaviors*）总结了成瘾行为的当代理论对成瘾治疗的启示。

1. 生物医学模式
2. 精神分析模式
3. 行为主义理论

酬偿是行为主义理论取向的核心概念。

4. 社会学习理论

社会学习论为我们提供一个了解成瘾行为之认知动力的架构。

5. 家庭系统理论

家庭系统理论将成瘾行为当成一种使家庭单位免于崩解的角色行为。

6. 社会文化观点

在各种理论模式中，对于成瘾咨询的临床实务而言，社会文化观点的应用性可能是最低的一个。

7. 以整合的取向处理再犯

一般而言，专家学者认为成瘾行为在本质上属于“生物心理社会学”的问题；广为众多学者同意的4个领域：

- (1) 成瘾者自我效能的增强（透过技巧的养成）。
- (2) 诱因的使用（以创造及维持动机）。
- (3) 整体性的治疗包裹（holistic treatment packages）（以处理成瘾者的生活型态）。
- (4) 病人—治疗的搭配（patient-treatment）（使治疗策略个别化）。

第二节 成瘾行为预防和矫治的基本措施

一、危害减少法

危害减少模型（MacCoun, 1998）是针对人类偏常行为的一种注重实效的方法。

危害减少的具体措施有：

1. “低开端”策略。
2. 征募曾经使用过药物的人员。
3. 准备毒品教育材料。告诉成瘾者如何降低药物使用的相关风险，为治疗提供支持服务。
4. 降低治疗的经费。因为有些想参加治疗的成瘾者虽不想延误治疗但却存在一定的经济困难，

故要即使派发免费治疗的优惠券。

5. 帮助体系和制度的建立。
6. 改善治疗环境。

二、激励性面谈技术

1. 概念的界定

激励性面谈（motivation interviewing）是由 Rollnick 和 Miller（1995）提出的，是咨询者通过与来访者的互动交流以鼓励来访者行为改变的一种矫治方法。

2. 面谈的方式
3. 提高动机的原则

激励性面谈依据以下原则（Miller & Rollnick, 1999）来提高成瘾者改变的动机：

- （1）表达共情。
- （2）指出差距。
- （3）避免争执。
- （4）减少阻抗。
- （5）增加自我效能感。

第三节 成瘾行为的心理咨询

一、治疗社区

治疗社区（therapeutic community）的概念是由琼斯（Jones, 1968）在英国提出的，在那儿，二战之后，因为缺乏有训练的咨询者，他在一个精神病院环境中发展了这一概念。治疗社区有时也被称为环境治疗（milieu therapy）。治疗社区是社会生活中的一种实验，在刑事司法的矫治机构中（例如我国的劳教所），治疗社区的目的是在矫治机构中创造一种正常的环境，使成瘾者不会在恶劣的条件下被释放。

如果治疗社区的机构较小，并且允许成瘾者在内部的自由活动，布置的工作与外部的的工作相似，治疗社区可能更有效。

二、团体咨询

团体咨询（group counseling）被认为是一种临床工具或形式，可用来处理多种多样的成瘾者问题，包括社会技能缺乏、抑郁、焦虑、压力、痛苦、悲伤、愤怒、成瘾、心理创伤、情绪问题、以及自尊问题等（Lazrus, 1986; Rose, 1986）。

三、家庭咨询

家庭咨询（family counseling）将家庭作为一个单元，或作为一个整体来对待。

四、简短咨询

为了给情绪健康问题的处理和私营咨询机构寻找一种不太昂贵的、短期见效的咨询方式，简短治疗与咨询最近开始流行。它在成瘾行为的矫治背景中也被使用。

简短咨询（brief counseling）是一种压缩的和集中的咨询类型，大概包括 1 至 20 次咨询，通常达 6 至 8 周以下。

第四节 成瘾行为的心理治疗

一、精神分析动力学疗法

精神分析 (psychoanalytic) 和心理动力学 (psychodynamic) 这两个术语经常互用; 然而, 动力学尤指对冲突本质及焦虑动因的理解 (Shore, 1975)。两个术语都是建立在弗洛伊德独创的理论之上的一种治疗形式。

二、合理情绪或合理情绪行为咨询

合理情绪疗法 (rational-emotive or rational-emotive behavioral therapy) 被认为是一种认知发展治疗方法; 是由埃利斯 (A. Ellis, 1973) 创建的。这种助人的认知方法是与智力、思维、逻辑、认知以及语言的发展和有关。

合理情绪咨询提出的问题如下:

1. 情绪问题完全是错误思维和不合理观念的结果吗?
2. 合理的思想比情绪更强烈吗?
3. 情绪问题可以仅仅通过指出成瘾者的不合理思维得以解决吗?
4. 心理咨询者可以过分肯定地攻击成瘾者的逻辑吗?
5. 心理咨询者怎样才能促使成瘾者产生分析思想、情绪与行为之间关系的动机?
6. 合理情绪的咨询者怎样运用这种形式治疗有心理缺陷的成瘾者?

三、行为矫正疗法

行为矫正疗法 (behavior modification therapy) 是指应用操作和经典条件反射原则, 以在一种更适应的方向上改变成瘾者的行为。

在成瘾行为矫治中, 行为矫正咨询者最常用的技术有行为契约、代币制、厌恶技术等, 此外还有饱足、消极练习、叮嘱疗法、系统脱敏、倾注、模仿以及强化时间表等程序和概念也是在成瘾行为矫治环境中常见的行为技术。

四、认知-行为咨询

认知-行为疗法 (cognitive-behavioral therapy, CBT) 是一种建立在把认知和行为理论、心理学、以及技术相结合的基础上的咨询形式。

五、折衷咨询

折衷 (eclectic) 咨询 (也指多样式的或整合主义者的咨询) 是指从多种咨询形式中遴选出一些咨询原理、咨询方法、干预措施和技术并把它们整合起来的咨询方法。

复习思考题

1. 叙事疗法在成瘾行为矫治中的运用?
2. 整合的矫治模型怎样理解?
3. 团体成瘾辅导方案的设计。
4. 个体治疗计划的设计。

拓展阅读

- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Harmondsworth, England: Penguin.
- Bennett, L. A., Rosenbaum, T. S., & McCullough, W. R. (1978). *Counseling in correctional environments*. New York: Human Sciences.
- Berne, B. (1961). *Transactional analysis in psychotherapy*. New York: Grove.
- Corey, G. (2000). *Theory and practice of group counseling* (5th ed.). Belmont, CA: Wadsworth.
- DeAngelis, T. (1996). Psychoanalysis adapts to the 1990s. *APA Monitor*, 27 (9), 1, 43.
- Egan, G. (1990). *The skilled helper: A systematic approach to effective helping* (4th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Ellis, A. (1977). *Reason and emotion in psychotherapy*. Secaucus, NJ: Citadel.
- Harris, T. (1969). *I'm okay—You're okay: A practical guide to transactional analysis*. New York: Harper & Row.
- Hatcher, H. A. (1978). *Correctional casework and counseling*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- James, R. K., & Gilliland, B. E. (2001). *Crisis intervention strategies* (4th ed.). Belmont, CA: Wadsworth.
- Jones, M. (1968). *Beyond the therapeutic community*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Jones, M. (1973). Therapeutic community principles. In L. Irvine & Brelies (Eds.), *Law, psychiatry and the mentally disturbed offender* (Vol. 2, pp. 102-110). Springfield, IL: Charles C Thomas.
- Kepner, B., & Brien, L. (1975). Gestalt therapy: A behavioristic phenomenology. In B. B. Peoples (Ed.), *Correctional casework and counseling* (pp. 317-324). Pacific Palisades, CA: Goodyear.
- Kratcoski, P. C. (1981). *Correctional counseling and treatment*. Monterey, CA: Duxbury.
- Lazarus, A. A (1986). Multimodal group therapy. In G. M. Gazada (Ed.) *Basic approaches to group psychotherapy and group counseling* (3rd ed.). Springfield, IL: Charles C Thomas.
- Lazarus, A. A (1987a). The multimodal approach with adult outpatients. In N. S. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice*. New York: Guilford.
- Lazarus, A. A (1987b). The need for technical eclecticism: Science, breadth, depth, and specificity. In J. K. Zeig (Ed.), *the evolution of psychotherapy* (pp. 164-178). New York: Brunner/Mazel.
- Lazarus, A. A (1989). *The practice of multimodal therapy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University.
- Lazarus, A. A (1992a). The multimodal approach to the treatment of minor depression. *American Journal of Psychotherapy*, 46 (1), 50-57.
- Lazarus, A. A (1992b). Multimodal therapy: Technical eclecticism with minimal integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 231-263). New York: Basic Books.
- Lazarus, A. A (1993). Tailoring the therapeutic relationship, or being an authentic chameleon. *Psychotherapy*, 30, 404-407.
- Lazarus, A. A (1995). Multimodal therapy, In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (5th ed., pp. 322-355). Itasca, IL: F. E. Peacock.

Lazarus, A. A (1996a). Some reflections after 40 years of trying to be an effective psychotherapist. *Psychotherapy*, 33 (1), 142-145.

第六章 毒品成瘾

本章教学目的：了解毒品成瘾的现状、分类、诊断、矫治等内容。

课时分配：4

第一节 概述

一、毒品成瘾的流行病学调查

1996~1997年，湖南医科大学精神卫生研究所联合国内6家单位，对毒品滥用的6个高发地区，即云南的文山、贵州的安顺、山西的西安、甘肃的兰州和广东的广州及重庆的渝中区进行了整体抽样，调查了67319个15岁以上的成人，其中男34755人（51. %），女32564人（48. 4%），男女构成比率接近全国人口抽样资料。

二、毒品的定义、分类及吸食方式

1. 毒品的定义

中华人民共和国刑法第三百五十七条规定：“本法所称的毒品，是指阿片、海洛因、甲基苯丙胺（冰毒）、吗啡、大麻、可卡因以及国家规定管制的其他能够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品。”

2. 毒品的分类

毒品的分类比较复杂，很难达到共识，常常随着各国对毒品的定义不同及各种非法毒品的兴起，而有不同的分类（张学鹗等，1996）。

世界卫生组织（WHO，1964）将毒品分为4类：

- （1）麻醉剂（narcotics），如：阿片、吗啡、海洛因等。
- （2）镇定剂类，如红中等巴比妥剂。
- （3）迷幻剂类，如大麻、LSD等。
- （4）兴奋剂类，如安非他命、古柯碱等。

表 6. 1 依赖药物的类型

依赖类型	精神性依赖	躯体性依赖	耐药性	种 类
吗啡型	强	强	强	海洛因、阿片、吗啡、哌替啶、可待因、美沙酮
喷他佐辛				
酒和巴比妥类等型	较强	强	较强	各种酒类、巴比妥及其他安眠药、甲丙氨酯、地西洋
可卡因型	较强	不明显	不明显	北美大麻、印度大麻、四氢大麻酚
苯丙胺型	强	次强	较强	苯丙胺、右旋苯异丙胺、盐酸脱氧麻黄素等
khat 型	有	不明显	不明显	卡塔叶及其制剂
致幻剂型	有	不明显	较强	LSD-25 及其制剂、南美仙人掌毒碱、色胺类等

摘自：张培琰、吉中孚编著的《精神病诊断治疗学》

3. 常见的毒品

（1）阿片类

阿片类包括海洛因、吗啡、阿片、哌替啶、可待因、美沙酮、盐酸二氢埃托菲等。

4. 吸毒的方式

吸毒方式按毒品进入人体的途径分以下几类：

- (1) 通过呼吸道吸入
- (2) 注射（扎毒）
- (3) 口服
- (4) 黏膜摩擦

三、毒品的危害

根据师建国（2002）的归纳，吸毒的危害主要表现为下面几个方面：

1. 吸毒对国家和社会的危害
2. 吸毒对家庭的危害
3. 吸毒对个人的危害
 - (1) 吸毒导致的急腹症
 - (2) 毒品损害性功能
 - (3) 毒品对胎儿的影响
 - (4) 吸毒易染上艾滋病
 - (5) 海洛因海绵状白质脑病
 - (6) 吸毒致死

第二节 毒品成瘾的诊断与评估

一、药物滥用的诊断

1. 药物滥用行为报告的量化指标
2. 药物滥用的临床诊断标准

DSM-IV（美国精神病学会《心理诊断和统计手册第四版》）中有关药物滥用的诊断标准。

3. 体液检测
4. 随访调查
5. 观察调查

二、药物依赖的诊断

药物依赖者的确认主要以临床诊断为准，辅以体液检测和问卷调查。

1. ICD-10 有关药物依赖的诊断标准
2. DSM-IV 有关药物依赖的诊断标准

三、毒品的戒断诊断标准

1. ICD-10 有关药物戒断的诊断标准
2. DSM-IV 关于药物的戒断诊断标准

四、几种成瘾物质的诊断标准

1. 阿片类物质成瘾的诊断
2. 大麻类物质成瘾的诊断
3. 可卡因成瘾的诊断

五、复吸者的确认

复吸者的确认也要通过自报、举报、临床诊断、体液检测、和随访调查等途径。

1. 复吸报告的量化指标
2. 复吸的临床诊断

第三节 毒品成瘾的矫治

毒品成瘾的治疗通常称为戒毒，一般分为3个阶段，脱毒期、康复期、和回归社会期，脱毒期主要通过药物治疗，大致需要15~30天左右。康复期主要采用心理治疗，并配合躯体治疗以及防复吸的治疗，大致需要3~18个月左右。回归社会期主要需要社区和家庭的帮助，大致需要1~2年左右。在这里，先介绍药物成瘾的有效治疗的原则，再探讨与3个治疗阶段相契合的治疗方法。

一、毒品成瘾的有效治疗原则

美国国家毒品滥用研究所（the National Institute on Drug Abuse, 1999）在25年的研究基础上，出版了13条关于非法药物滥用的有效治疗的原则。

- （1）没有哪一种单一的治疗能适合所有的个体。
- （2）治疗要有可行性。
- （3）有效的治疗能针对个体的多重需要，而不仅仅是他的毒品使用问题。
- （4）对于个体的治疗和服务计划必须进行持续的评估和修正，以使计划与个体不断改变的需要相匹配。
- （5）维持足够长时间的治疗以检验治疗的有效性（例如， ≥ 3 个月）。
- （6）咨询（个体或团体）以及其他的行为治疗是针对成瘾的有效疗法的重要组成部分。
- （7）对于很多病人来说，药物治疗是治疗的重要组成元素，特别是结合了咨询和其他行为治疗的药物疗法。
- （8）成瘾的或者是药物滥用的个体，如果同时还有共存的精神疾病存在的话，应该使用整合的方法对两种障碍都进行治疗。
- （9）生理的解毒只是成瘾治疗的第一步，对于长期的毒品使用，生理的解毒本身所能产生的改变微乎其微。
- （10）有效的治疗不一定是自愿参加的。
- （11）必须对治疗中发生的毒品使用进行持续的监控。
- （12）治疗计划应该提供对HIV/AIDS、B型和C型肝炎、肺结核以及其他传染病的评估，并且对病人进行咨询，帮助他们修正或改变那些把他们自己和别人置于有感染危险环境中的行为。
- （13）从毒品成瘾中恢复过来是一个长期的过程，会频繁地需要很多次治疗。

二、药物治疗

1. 美沙酮维持疗法

（1）基本药理特征

美沙酮（methadone）为人工合成的麻醉性镇痛药物，属于二苯甲烷类化合物，分左旋与右旋异构体，左旋异构体较右旋异构体活性为大。

（2）美沙酮维持疗法的实效

- ①减少了社会犯罪。
- ②提高就业与升学率。

③能够在防止艾滋病和其它传染病中发挥作用。

④MMTP 减少了戒毒的经费开支。

2. 阿片递减法
3. 丁丙诺啡替代递减法
4. 可乐定脱毒法
5. 中医中药脱毒治疗
6. 纳屈酮防复吸法

三、心理治疗

1. 毒品成瘾的心理问题和治疗模式

2. 个别心理治疗

(1) 个别心理治疗应注意的问题

(2) CRA 代币治疗模型

是由 Budney 和 Higgins (1998) 研究发展的一种有效治疗毒品成瘾的、针对个体治疗的干预方法。CRA 是指团体强化方法 (community reinforcement approach)。这种治疗模型整合了改变后的 CRA 治疗和一个使用代币券的激励计划, 前者最初是针对重度酗酒而发展起来的一种治疗方法 (Hunt & Azrin, 1973), 而后者是针对海洛因以及其他的非法物质使用而形成的治疗方法 (Higgins & Silverman, 1999)。

3. 团体心理治疗

团体心理治疗 (group psychotherapy) 是指将病情类似的成瘾患者集合在一起进行的心理治疗, 是最常用的治疗成瘾行为的方法。

(1) 团体治疗的特征

- ①激励动机面谈。
- ②团体契约。
- ③安全性的考虑。
- ④对抗与支持。
- ⑤凝聚力。
- ⑥团体治疗者的作用。

(2) 团体治疗的类型

①迁移理论模型 (transtheoretical model, TTM)。是治疗毒品成瘾的一种团体治疗模型 (1984, DiClemente), 包括这几个要素: 改变的过程, 团体的规则, 团体的结构, 促进改变的原则、技术和策略等。

改变过程共有 5 个阶段: 考虑前阶段 (precontemplation), 成瘾者不认为自己有问题; 考虑阶段 (contemplation), 认为自己有问题并考虑是否行动; 准备阶段 (preparation), 作出具体的行动计划; 行动阶段 (action), 采取改变的行动; 保持阶段 (maintenance), 保持已发生的改变。

小组的规则是: 非评判性接受他人; 愿意暴露自我; 所有成员都参与; 尊重隐私; 认识小组的重要性; 寻求小组支持; 和尊重他人。

TTM 的结构是: 小组规模, 8-12 人; 治疗频率, 2 次/周, 1 小时/次; 辅导员的功能是组织、引导、维持小组活动。

TTM 中, 激励性面谈 (motivational interviewing, MI) 是最重要的环节, 其原则有: 表达共情 (express empathy), 发现差距 (develop discrepancy), 避免争论 (avoid argumentation), 化解阻力 (roll with resistance), 支持自信 (support self-efficacy)。

激励性面谈的技术有: 开放式提问 (open-ended questions), 主动性倾听 (Listen reflectively),

找到切入点 (elicit concerns), 支持肯定 (affirm), 小结 (summarize)。激励性面谈的策略有: 心理教育 (psychoeducation), 澄清价值 (values clarification), 解决问题 (problem solving), 设定目标 (goal setting), 预防复发计划 (relapse prevention planning), 果断性训练 (assertion training), 角色扮演 (role play), 认知技术 (cognitive techniques), 调整环境 (environment restructuring), 角色澄清 (role clarification), 行为强化 (reinforcement), 加强社交技能 (social skill and communication skill enhancement), 澄清需求 (needs clarification), 评估和反馈 (assessment and feedback)。

② “匿名戒毒会 (NA)”。

③ 认知-行为治疗。认知-行为理论认为, 药物依赖是一种习得行为, 通过药物的欣快效应而得到强化。

四、预防复吸的团体治疗

1. 复吸的定义

复吸是指药物依赖者在脱毒治疗完成, 保持了一段时间的操守以后, 又因为种种原因再次使用脱毒前所依赖药物的过程。该过程包括三个阶段: 失足或偶吸 (lapse), 即重新开始使用毒品; 复吸, 即失足以后继续使用, 重新回到以前状态; 两者之间的转化状态 (赵敏, 2004)。

2. 与复吸相关的几个概念高危情境 (high-risk situation)

3. 自我效能感 (self efficacy)

4. 破堤效应 (abstinence violation effect, AVE)

五、预防复吸训练

训练 1: 识别引发因素 (identifying “triggers”)

训练 2: 应对心理渴求 (managing cravings)

训练 3: 走出偶吸 (recommting after a slip)

六、家庭治疗

1. 建立一个获得和保持药物戒断的系统

2. 综合的家庭治疗方法

七、治疗社区

1. TC 的概念

2. TC 的目标

3. TC 治疗的原则

4. TC 的治疗方法

第四节 我国的劳教戒毒模式

一、我国的主要戒毒模式

1. 强制戒毒

2. 自愿戒毒

二、劳教戒毒模式

三、三期九段戒治法

1. 生理脱毒期
2. 心理康复期
3. 社会调适期

复习思考题

1. 动机晤谈法在戒毒工作中的运用？
2. 劳教戒毒模式的思考？

拓展阅读

1. 师建国：成瘾医学。北京：科学出版社，2003。
2. 隋南，陈晶：药物成瘾行为的脑机制及其研究进展。心理学报，2000，32（2）：235-238。

第七章 酒精成瘾

本章教学目的：了解酒精成瘾的不同观点、分类方法、诊断及其矫治等问题。

课时分配：4

第一节 概述

一、酒精成瘾的不同观点

人们对酒精成瘾的认识经历了如下几个过程：（1）认为酒精成瘾是由于个人道德水平低下，意志力薄弱所致，应采用惩罚的手段；（2）从科学上寻找病因，采用科学解释，提出科学处理手段；（3）认为是一种综合性问题，应采取综合治理的态度（汤宜朗，2000）。

二、酒精成瘾的分类

1. 饮酒行为的分类

- （1）社交饮酒（social drinking）
- （2）酒滥用（alcohol abuse）
- （3）酒依赖（alcohol dependence, alcoholism）=

2. 酒中毒的分类

酒精中毒分为急性酒精中毒和慢性酒精中毒。

3. 酒依赖（AD）的分类

- （1）Cloninger 的类型研究
- （2）Jellinek 的五分法：
 - ①甲型酒依赖。
 - ②乙型酒依赖。
 - ④丁型酒依赖。
 - ⑤戊型酒依赖。
- （3）酗酒者的分类

三、酒精成瘾的特点

1. 酒依赖病史的特点
2. 酒依赖行为的特点

四、酒精成瘾的危害

1. 对生理的损害

- ①间脑综合症。
- ②威尔尼克脑病。
- ③科萨科夫综合症。
- ④酒相关性痴呆。
- ⑤酒相关性小脑变性。
- ⑥酒相关性多发神经病。
- ⑦自主神经系统病变。

- ⑧酒相关性癫痫发作。
- 2. 对心理的损害
- 3. 对社会功能的损害

第二节 酒精成瘾的BPS模式

一、生物医学模式

- 1. 酒精成瘾的膜学说
- 2. 阿片类代偿学说
- 3. 相关的神经递质
 - (1) 多巴胺 (DA):
 - (2) 谷氨酸:
 - (3) 5-羟色胺 (5-HT):
 - (4) 单胺氧化酶 (MAO):
- 4. 代谢酶的作用
 - (1) 醇脱氢酶 (ADH):
 - (2) 醛脱氢酶 (ALDH):
- 3. 遗传基因观

遗传因素在酒依赖的形成过程中起着重要作用 (Bukstein, 1995)。

二、心理学病因

- 1. 人格与酒精成瘾
- 2. 认知变量的作用

三、社会影响因素

- 1. 生活压力与酒依赖
- 2. 父母和同伴的影响
- 3. 其他相关的社会文化因素

第三节 酒精成瘾的诊断与评估

一、酒精成瘾的诊断

二、酒精成瘾的评估

- 1. 饮酒行为的评估
- 2. 其它方面问题的评估
- 3. 动机的评估
- 4. 行为功能分析
- 5. 伴侣评估

第四节 酒精成瘾的治疗

一、治疗步骤

1. 个案鉴别和进入治疗的动机

2. 评估

前面已有陈述，即来访者同意进入治疗后，就要对其作方方面面的初始评估。

3. 治疗设置的选择

3. 治疗方法和技术的选择

4. 增强和维持改变动机

5. 饮酒目标的选择

6. 实施戒酒

二、药物治疗

三、心理社会治疗

针对酒精成瘾者的心理社会治疗方法主要有以下几种：

1. 自助小组

2. 个体治疗

3. 小组治疗

4. 夫妻治疗

5. 家庭治疗

6. 集中式治疗计划

7. 社区强化方法

第五节 匿名戒酒会（AA）简介

一、概况

二、创立缘起及背景

三、性质与原则

表 7. 2 AA 的 12 步骤和 12 传统

匿名戒酒会的 12 步戒酒法

1. 我们承认，我们对酒已无能为力，我们的生活已变得无法收拾。
2. 相信有一种比我们自身强大的外力能帮助我们恢复往日神清气爽的生活。
3. 下决心让我们的意志和生活接受我们心目中的“上帝”的照管。
4. 进行自我检查，并毫不畏惧地进行道德上的自我反省。
5. 向上帝，向我们自己，向他人承认我们错误的实质。
6. 全身心做好准备，准备让上帝把我们性格中的毛病全部根除。

7. 谦恭的祈求上帝去除我们身上的缺点。
8. 列举我们伤害过的人，并心甘情愿的弥补过错。
9. 如有可能，应直接向受过伤害的人弥补过错，除非这样做会再次刺伤对方或伤害他人。
10. 不断地进行自我反省，发现过错则当即予以纠正。
11. 通过沉思与祈祷，设法增进我们心灵与心目中上帝之间的接触。祈祷的目的，在于知道上帝帮助我们的意愿及实现这一意愿的能力。
12. 由于经历了上述这十一个步骤，我们完成了心灵上的觉醒，此后，我们要把这一信息传达给其他嗜酒者，并在我们自己的生活中身体力行。

匿名戒酒会的“12 传统”

1. 我们共同的利益优先，个人的康复有赖于 AA 的团结。
2. 为了我们集体的目的，我们的终极权威只有一个，即慈爱的“上帝”，他是我们集体意识的体现。我们的领袖只是大家信赖的公仆，他们无权颐指气使。
3. 对 AA 成员唯一的要求，是要具有戒酒的愿望和决心。
4. 除在涉及其他组织及作为整体的 AA 之外，每一个 AA 组织均应自治。
5. 每一组织仅能有一个宗旨：向仍在遭受痛苦的酒依赖者传递戒酒的信息。
6. 对于相关的机构及外界的企业，AA 不赞同，不给予财政援助，也不让对方利用 AA 的名义，以免因为金钱、财富、声誉，使我们有违初衷。
7. AA 的每一组织均应自给自足，不得接受外来的贡献。
8. AA 应保持非专业性，不过，我们的服务中心可以聘用专业人员。
9. 确切的说，AA 不应有严密的组织；不过，我们可以建立服务董事会或委员会，对服务对象直接负责。
10. 对外界的问题，AA 不加评论，因此，AA 的名字不应被卷入公众的论争之中。
11. 我们公共关系的基础是吸引而不是推广；对于报纸、电台及影视界，我们应恪守匿名的原则。
12. 匿名是我们全部传统的精神基石，它时时提醒我们：原则高于人格。

四、活动方式及组织结构

五、成效及评价

尽管被因匿名性、自愿性、对会员身份的自主选择而恶化了的方法论问题所困扰，但有证据表明 AA 对那些尽力想戒酒的嗜酒者来说是一种极为有效的方法。

复习思考题

1. 戒酒的 12 步疗法简介。

拓展阅读

- 陈科文. 对青少年药物使用和滥用的病因学研究[J]. 中国药物依赖性杂志, 2000; 9(2): 84-87.
- 白璐等. 乙醇相关问题的综合探讨[J]. 刑事技术, 2004(2): 25-27.
- 肖琳等. 成瘾现象中的奖赏效应和神经系统适应性[J]. 中国药物依赖性杂志, 2004, 13(4): 241-244.
- 李晓璐. 脑内神经递质和受体在乙醇依赖中的作用[J]. 中国药理学通报 1997, 13(2): 107-109.
- 张铺. 酒精成瘾与生物膜依赖[J]. 医学综述, 1996, Vol. 2, 456-458.

- 雷声, 毛国良. 酒依赖的生物学研究进展[J]. 现代康复, 2001, Vol. 5, 94-95。
- 王绪铁等. 酒依赖的分子生物学研究进展[J]. 中国临床生物医学研究进展, 2004, Vol. 12, 107-110。
- 衡克礼等. 移民和非移民城市人群饮酒情况及饮酒原因对照研究[J]. 中国行为医学科学, 2004, Vol. 13, No. 2. 195-196
- 张洪波等. 大学生酒依赖行为倾向及相关因素研究[J]. 中国学校卫生, 2000, Vol. 21, No. 2. 88-89
- A-M Ghadirian, M. D. 汤宜朗译. 酒滥用对家庭环境的影响[J]. 中国心理卫生杂志, 1996年增刊. 129-130
- 韩玲玲, 杨国栋. 药物依赖中的遗传因素[J]. 中国药物滥用防治杂志, 2000 (1): 2-6.
- 钱继伟等. 92例酒精依赖患者的遗传学研究[J]. 山东精神医学, 2004, Vol. 17, 234-235.
- 韦丰周儒伦等. 酒依赖的中枢神经递质基础[J]. 中国药物依赖性杂志, 1998; 7 (3): 136-140.
- 汤宜朗. 偏常行为的医学化——对酒依赖、药物依赖疾病概念的思考[J]. 中国药物依赖性杂志, 2000; 9 (4): 303-305.
- 文铭华, 包秀柯. 酒依赖的心理康复及治疗[J]. 健康心理学杂志, 1998, Vol. 6, No. 1-2: 55-56。
- 郭田生, 田群力. 酒依赖与内源性阿片系统[J]. 国外医学精神病学分册, 1996, Vol. 23, No. 3104-167。
- 董改英. 酒依赖的神经科学基础与治疗研究进展[J]. 中国临床康复, 2003, Vol. 7, No. 5. 780-782。
- 汤宜朗. 药物依赖的神经生物学机制研究进展[J]. 中国药物依赖性杂志, 2004; 13(3): 169-172.
- 汤宜朗. 酒依赖的形成机制及治疗药物研究进展[J]. 中国药物依赖性杂志, 1998; 7(4): 198-201.
- 管国涛等. 105例酒依赖患者临床特征与MMPI测试结果分析[J]. 中国心理卫生杂志, 2002, Vol. 16, No. 2. 116-118。
- 田成华等. 酒依赖高发家系成员的人格特征——三维人格问卷(TPQ)初步测试报告[J]. 中国临床心理学杂志, 1996, Vol. 4, No. 4. 220-222。
- 王乐辉等. 北京市居民人口中酒依赖及相关因素的流行病学研究[J]. 中国药物依赖性通报, 1994; 3 (1): 22-29.
- 管国涛等. 酒依赖患者人格特征对照研究[J]. 山东精神医学, 2001, Vol. 14, No. 3. 182-183。

第八章 网络成瘾

本章教学目的：了解网络成瘾的界定、分类、威海、测量工具、成因、理论模型及矫治方法等内容。

课时分配：4

第一节 网络成瘾概述

一、定义

“网络成瘾”（internet addivtion），又称“网络成瘾综合症”（internet addiction disorder，简称IAD）。

下面是一些学者对网络成瘾定义的看法：

Young 把 IAD 定义为“一种没有麻醉作用的冲动控制障碍”（Young，1996）。

Kandell 则把 IAD 定义为“一种对因特网的心理依赖，而不考虑使用者登录到网络上后做什么”（Kandell，1998）。

二、网络成瘾的类型

1. 网络性成瘾（cyber-sexual addiction）
2. 网络关系成瘾（cyber-relational addiction）
3. 网络强迫行为（net compulsions）
4. 信息收集成瘾（information overload）
5. 网络娱乐成瘾
6. 网络入侵成瘾
7. 电子计算机成瘾

三、网络成瘾的危害

网络成瘾的具体危害有：

1. 交往方式错位。
2. 人性异化。
3. 自我迷失。
4. 道德失范。
5. 技术崇拜。
6. 社会功能退化。

四、国内外问卷调查研究现状

1. 国外问卷调查探究
 - （1）在线调查
 - （2）纸笔调查
2. 国内的问卷测查研究

第二节 网络成瘾的病因学研究及理论模型

一、网络成瘾的病因学研究

1. 网络的致瘾特征
 - (1) 交往范围的无限制性。
 - (2) 交互式功能。
 - (3) 互动中的匿名性。
 - (4) 创造一个全新的自我形象
 - (5) 性满足。
2. 网络成瘾者的易感特征

二、不同理论取向的观点

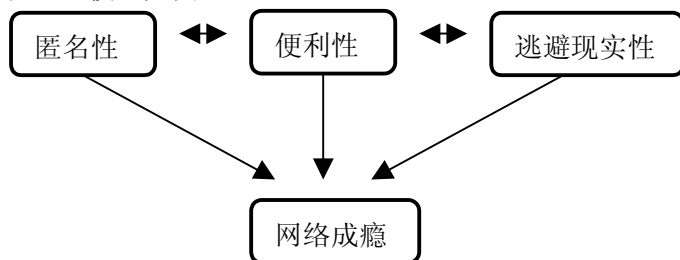
1. 生物学观点
2. 精神分析理论
3. 行为主义理论
4. 动机理论
5. 社会认同理论
6. 社会心理学理论

三、3个重要的解释模型

对网络成瘾的解释，最具代表性的是 Young 的 ACE 模型、Davis 的认知-行为模型和 Grohol 的阶段模型。

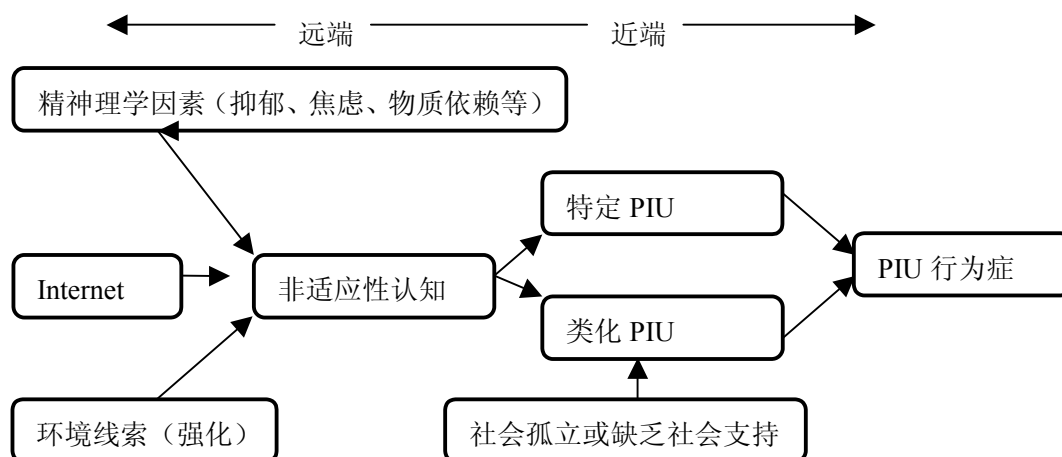
1. Young 的 ACE 模型

Young 的 ACE 模型如图 8. 1:

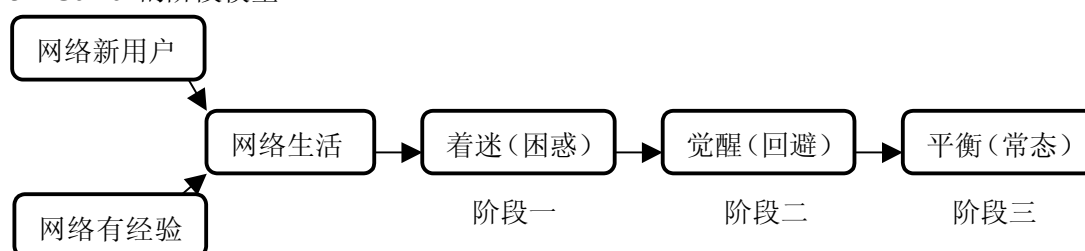


2. Davis 的认知 - 行为模型

模型如图 8. 2 所示:



3. Gorhol 的阶段模型



第三节 网络成瘾的测评与矫治

一、测量工具

1. Young 编制的问卷
2. Davis 编制的《戴维斯在线认知量表》(Davis Online Cognition Scale, 简称 DOCS)
3. 陈淑惠编制的《中文网络成瘾量表》

二、网络成瘾的诊断

1. 耐受性 (tolerance) 是指符合下面任意一条：(1) 需要明显增加上网时间才能获得满足感；(2) 上网时间不变，满足感会明显下降。
2. 退瘾症状 (withdrawal symptoms)
3. 上网的次数比计划的多，时间比计划的长。
4. 一直希望能努力减少或控制因特网的使用，但却没有成功。
5. 把大量的时间用在与使用因特网有关的事情上（如购买网络书籍、尝试新的浏览器、整理下载的材料等）。
6. 因为使用因特网而放弃或减少重要的社交、工作或娱乐活动。
7. 尽管知道上网可能已经导致了持续或复发性的身体、社交、工作或心理问题，但仍不顾这些情况继续使用因特网。

三、网络成瘾的预防与矫治

1. 预防

2. 矫治方法

- (1) 药物治疗
- (2) Davis 的认知行为疗法
- (3) Young 的认知行为疗法。

复习思考题

1. 网络成瘾者的情绪控制研究现状?
2. 设计网络成瘾戒除的辅导方案。

拓展阅读

[1]Young KS. Internet addiction: the emergence of a new clinical disorder[J]. Cyber Psychology and Behavior, 1996, (3).

[2]Davis RA. A cognitive-behavioral model of pathological Internet use(PIU). Computer sin Human Behavior, 2001, (2).

[3]Grohol J. Internet addiction guide. <http://www.psychentral.com/netaddiction/>, 1999

[4]LIN, Kirkup G, HidgsonB. Cross-cultural comparison of women students' attitudes toward the Internet and usage: China and the U-nited kingdom[J]. Cyber psychological Behavior, 2001, 4 (3)

[5]GreenbergJL , LewisSE, DoddDK. Overlapping addictions and self-esteem among college men and women [J]. Addiction&Behavior, 1999, 24 (4)

[6]TsaiCC, LinSS. Analysis of attitudes toward computer networks and internet addiction of Taiwanese adolescents[J]. Cyber psychological Behavior, 2001, 4 (3)

[7]John S . To get what you need : Healthy and pathological Internet use . Cyber psychology&Behavior, 1999, 2 (3)

[8]Chou C, Hsiao M C. Internet addiction us-age, gratification, and pleasure experience: the Taiwan college students' case. Computer& Education, 2000, 35 (1)

[9]Kraut R, Kiesler S, Bonka B, et al, Internet paradox revisited. Journal of socialIssue, 2002, 58 (1)

[10]Hambyrger Y A, Ben-Artzi E. Loneliness and Internet use. Computers in Human Behavior, 2003, 19 (1)

[11]Mitchell P. Internet addiction: genuine diagnosis or not[J]. The Lancet. Feb, 2000, 19

[12]Brenner V. The result of an on-line survey for the thirty days. Paper presented at the 105th annual meeting of the American Psychological Association. 1997

[13]Patricia Wallace. 互联网心理学[M]. 北京: 轻工业出版社, 2001

[14]Joinson A Cause and implications of disinhabited behavior on the internet. In; J Gackenbach ed. Psychology and the internet: Intrapersonal, Interpersonal, and transpersonal implications. San Diego: Academic press, 1998

[15]Morahan-Martin J, Schumacher P. Loneliness and social use of the internet. Computers in H uman Behavior, 2003, 19 (6)

[16]陈霞, 黄希庭, 白纲. 关于网络成瘾的心理学研究. 心理科学进展, 2003, 11 (3)