

青少年药物滥用的现代家庭治疗 ——多维度家庭治疗

赵敏¹ Howard A. Liddle²

¹ (上海市精神卫生中心, 上海, 200030)

² (迈阿密大学青少年药物滥用治疗研究中心, 33136, 美国)

青少年药物滥用是当今社会一个重要的公共卫生问题。青少年药物滥用在欧美已发展成一门独立的学科, 有专门的学术组织和学术刊物^[1]。许多研究认为家庭治疗对青少年药物滥用及相关行为问题最有前途, 因此家庭治疗是目前欧美青少年药物滥用最主要的一种治疗模式, 对家庭治疗进行了广泛和深入的研究^[2-3]。我国近年来青少年药物滥用也日益突出, 但有关研究甚少, 本文通过对青少年药物滥用家庭治疗的介绍, 希望对我国青少年药物滥用的治疗和研究提供某些借鉴和启示。

1. 药物依赖家庭治疗的历史

家庭治疗在药物依赖治疗领域始于 70 年代中期, 当时 74% 的治疗项目认为家庭治疗对药物依赖者的康复“非常重要”, 69% 的治疗项目为药物依赖者及其家庭提供家庭治疗^[4]。1982 年 Stanton 等进行的“成瘾和家庭研究项目”是首个有关药物滥用家庭治疗的研究, Stanton 与两个家庭治疗先驱者 Minuchin 和 Haley 合作, 发展了综合性家庭治疗, 其对海洛因依赖的疗效非常令人鼓舞, 2/3 的受试者接受家庭治疗后结局良好^[5]。鉴于家庭治疗对药物依赖治疗的巨大潜力, 1983 年美国药物滥用研究所 (National Institute of Drug Abuse, NIDA) 对“青少年药物滥用的家庭治疗”进行立项研究, 大大推进了青少年药物滥用家庭治疗研究。

基于不同的理论基础, 青少年药物依赖的家庭治疗有不同的模式, 如行为治疗、功能性家庭治疗、结构性家庭治疗和策略性家庭治疗等。当代家庭治疗的发展方向是“综合模式”, 特点是“多系统”和“多维度”, 着眼于青少年药物滥用的整个生活成长环境, 采用综合性手段对青少年药物滥用的整个社会生活网络进行评估和干预^[6-8]。综合模式中, 最具代表性的是 Howrad A. Liddle 等 1985 年发展的多维度家庭治疗 (multidimensional family therapy, MDFT), MDFT 为一种门诊家庭治疗, 治疗对象是药物滥用及其它行为问题的青少年, 经过近 17 年的发展, MDFT 形成了一整套完整的理论、干预原则、干预策略和干预方法, 并有具体操作培训手册^[9-11]。经过了 4 个随机对照研究, 研究对象包括了不同种族、性别和不同严重程度的青少年药物滥用者, 研究结果显示 MDFT 可有效改善青少年药物滥用和其它行为问题, 提高学业和改善家庭功能, 对 MDFT 治疗过程和治疗机理等也进行了研究^[12-14]。MDFT 在美国已得到广泛认可, 美国药物滥用研究所已把 MDFT 作为现代科学有效的治疗方法进行推广应用^[15], 以下本文着重介绍 MDFT。

2. MDFT 的理论基础^[10, 16-18]

MDFT 以发展心理学和发展病理学为理论基础, 认为青少年药物滥用的产生和发展的途径是多方面的, 青少年药物滥用的后果也是多方面的。

危险和保护因素理论: 青少年药物滥用是许多“危险因素”和“保护因素”相互作用的结果, 影响青少年正常发展与产生药物滥用或其它行为问题有关的因素为危险因素, 而保护因素是有利于青少年健康发展、起保护和对抗危险因素的作用, MDFT 从减少青少年危险因素和增强保护因素进行治疗。

发展病理理论：青少年药物滥用是在个体发展过程中，适应和功能不良的一种表现，偏离了正常的发展轨道，MDFT的原则是促进青少年各方面功能的正常发展，减少药物滥用和其它行为问题。

社会生态系统理论：MDFT吸收了家庭系统论的观点，认为青少年药物滥用与其生活成长的所有社会生活环境网络（个人、家庭、同伴、社区等）有关，因此要同时或先后通过多种途径和机制、在不同的环境中来减少药物滥用等症状和增加亲社会行为。

3. MDFT 的治疗方面^[19-20]

MDFT 主要从产生和维持青少年药物滥用的 4 个方面进行干预：（1）青少年；（2）父母；（3）家庭环境和家庭关系；（4）与青少年及父母有关的家庭外系统，如学校、司法系统、同伴和社会支持网络。通过对这 4 个方面的评估，采取个体化治疗方案，同时或先后改变与药物滥用及相关行为问题有关内、外在因素，达到减轻药物滥用、改善青少年各方面社会功能、促进其健康发展的目的。下表中列出了 MDFT 干预的主要方面和内容。

表 1 多维度家庭治疗（MDFT）干预的主要方面和内容

治疗方面	危险因素	MDFT 干预内容
青少年	疏远/孤立 学业差 不良同伴 疏远学校等社会机构 行为问题和犯罪	青少年建设性接触 与学校老师及有关人员合作提高学业，职业培训 加强父母的监督，避免不良同伴影响，同伴的干预 使其参加亲社会娱乐活动，俱乐部或课外活动 与司法部门配合，加强父母对其行为控制，对青少年进行应付愤怒和冲动控制训练
父母	治疗不投入 父母药物滥用 父母责任不够 父母应激，缺乏支持	与父母建立良好治疗关系 鼓励动员其参加匿名者协会（AA、NA）等 加强父母监督，设置纪律、限制和适当强化 为父母或其他家庭成员寻求社会支持
家庭内环境	家庭冲突与不和 交流缺乏	处理失望和冲突 提高青少年和父母的交流技巧，在治疗过程中进行 引导增加相互交流
家庭外环境	药物可获得性 贫穷	增加拒绝技能 经济援助、就业服务

3. MDFT 的主要原则^[9, 21]

（1）青少年药物滥用是一多维度问题，青少年药物滥用的产生和发展与个体、家庭、同伴、学校、邻居及其它社会生活环境等多方面因素有关，如青少年的人格不全、情绪问题、厌学、人际交往技能缺乏、父母的精神障碍和物质滥用等都与药物滥用有关，药物滥用对青少年的影响也是多方面的，因此干预也是多方面的。

（2）青少年和其他家庭成员的问题不仅提供重要的评估信息，更重要的是提供干预的机会。

（3）改变是多维度和多方面的：改变是在不同系统和水平、不同的人、不同功能状态、不同阶段、个体内在和外在等相互作用下发生的，治疗者需要同时或先后通过不同的途径和方法来达到治疗目的。

（4）青少年及其父母的治疗动机是可变的，治疗师可通过治疗技术加强治疗动机。

（5）治疗者与青少年、父母及其他家庭外成员的治疗关系非常重要。

（6）根据青少年药物滥用危险因素和保护因素，制定个体化治疗方案，促进发展保护因素。

（7）治疗计划性和灵活性相结合：在按照治疗手册实施治疗计划过程中，要随时评估治疗

效果,并根据评估结果灵活调整治疗计划。

(8) 治疗是分阶段进行的,前阶段是后阶段的基础。

(9) 强调治疗者的责任:治疗者有责任强化治疗对象的治疗动机,制定治疗日程和治疗重点,分阶段设计多维度和多系统的干预方法,促进治疗对象的行为改变,评估治疗的效果并及时改变治疗策略。

(10) 治疗者的态度是成功的前提 治疗者面对青少年和家庭应保持积极、负责、有创造性和精力充沛,起积极支持和激励的作用。

5. MDFT 设置^[21]

治疗场地:一般治疗是在治疗室中进行,在某些应激情况下,可以在青少年家中、学校或法庭等地点进行治疗。

治疗形式:包括分别与青少年、父母或其他家庭的个别治疗,所有家庭成员在一起的家庭治疗,电话交谈,NA 聚会,HIV 预防小组活动,司法系统有关人员的治疗会议等。

助理治疗师功能:由于 MDFT 同时对青少年生活的多方面进行干预,治疗师不可能完成所有的工作,因此 MDFT 设置了助理治疗师这一重要的角色,帮助治疗师完成家庭外各系统的工作,如负责与家庭的联系保证治疗计划的实施,与学校及司法系统协调,了解其学业等情况,负责随访,定期药物监测等,帮助处理家庭应激,带领青少年去参加精神科会诊、NA 会议等。

治疗强度和时长:MDFT 模式可用于高危青少年药物滥用的预防,用于治疗从单一药物滥用到多药物滥用及伴有其它精神病理和违法犯罪等不同程度药物依赖者,根据治疗对象和干预重点的不同发展了不同的治疗版本,治疗的强度和时长也有所不同,如对青少年大麻滥用治疗多中心临床研究中,MDFT 的治疗时间是 12 周,每周治疗一次。在另外一个比较 MDFT 和多维度家庭教育模式、青少年小组治疗的随机对照研究中,MDFT 的疗程是 5 个月,共 16-20 次治疗。

治疗阶段:MDFT 共分三个阶段,第一阶段:建立基础,为治疗最初的 1-2 个月,主要目标是与青少年,父母及和家庭外系统建立良好合作的关系,对青少年药物滥用进行综合性多维度评估,了解青少年药物滥用、家庭环境和社会生活环境等情况。第二阶段:促进行动和改变,历时约 2 个月左右,主要以解决问题为主,促进青少年各方面功能的恢复,帮助青少年学习交流技能,应对应激、提供就业训练等。帮助父母学习如何面对和帮助孩子,改善家庭关系。同时与学校、司法系统等合作一起帮助青少年远离异常发展的道路。第三阶段:强化和退出治疗,治疗最后 1-2 个月,主要是强化在治疗中学习的观点、技能和行为生活方式,为现实生活作准备。

6. 有关 MDFT 的研究^[12-14]

Howard A. Liddle 等自 1985 发展 MDFT 模式以来,一直致力 MDFT 的研究,获得了许多政府的研究经费,对 MDFT 的临床疗效、治疗过程和治疗机理、经济花费等进行了系统的研究。在美国不同的地方如费城,旧金山,伊利诺斯,迈阿密等地,在不同的种族中都对 MDFT 进行了研究。目前已完成了 4 个随机临床研究,其中一个是多中心临床试验,另一个是有关青少年药物滥用预防的研究。MDFT 治疗后和 1 年后随访时研究表明,青少年在药物滥用、学业、家庭关系等方面均较治疗前明显改善,治疗后 1 年药物滥用比治疗前减轻了 54%,学业提高了 43%;与青少年小组治疗和多维度家庭教育模式相比,MDFT 疗效最佳而且疗效持续时间长;与认知行为治疗相比,MDFT 在治疗结束后各方面的疗效继续保持。MDFT 和多维度家庭预防 (Multidimensional Family Prevention, MDFP) 可改

善高危青少年多方面的行为,从而预防药物滥用和其它行为问题的产生。几个随机对照研究结果均表明 MDFT 能有效减轻青少年药物滥用和相关问题、加强保护因素的作用。在经济花费方面的研究结果显示,MDFT 与目前青少年标准临床治疗相比,花费更低。对治疗师执行 MDFT 的忠实度研究结果表明,治疗师能忠实于 MDFT 治疗手册。另外还有几个关于 MDFT 治疗过程和治疗机理的研究,促进了 MDFT 的进一步完善和发展。从 1991 年开始,有关 MDFT 的研究是在迈阿密大学青少年药物滥用治疗研究中心完成的,此中心是国立卫生研究院(National Institute of Health,NIH)和 NIDA 第一个青少年药物治疗研究中心,目前正在进行 3 个新的随机临床对照试验,均是 NIDA 资助项目。这些研究将为进一步在临床工作中推广应用 MDFT 提供理论和实践依据,第一个研究比较 MDFT 和住院项目对严重药物依赖者的疗效;第二个研究比较 MDFT 和小组治疗对早期青少年药物滥用的疗效;第三个是在日间医院应用 MDFT 模式的研究;这些研究的初步结果也很令人鼓舞。

7. 总结

心理治疗研究的最终目的是对某种疾病发展一种有效的治疗模式和治疗策略,关于心理治疗是否确实有效有以下几个标准^[22]:(1)有具体的治疗手册说明治疗的原理和治疗具体实施的方法;(2)在有代表性的人群中进行了疗效试验;(3)应用科学的评估工具评估其疗效和治疗过程;(4)进行了随机对照试验。MDFT 作为一种以青少年发展及其生活环境系统为取向的治疗,对与青少年药物滥用有关的相互作用的环境和系统进行多维度的干预,4 个随机对照试验均支持 MDFT 可有效减轻药物滥用、提高学业、改善家庭功能,并改善父母功能。对 MDFT 的治疗过程、经济花费等方面也进行了研究。MDFT 发展了具体的操作手册和培训资料用于治疗师的教学和培训。综上所述,MDFT 是新一代综合的、多维度的、有理论和实践支持的对青少年药物滥用有效的治疗模式。

我国近年来药物滥用问题日趋严重,其中大部分为青少年,青少年药物滥用的问题日益突出,急需发展有效的预防和治疗模式。我国是一个重视家庭联系的民族,家庭对青少年是一个非常重要的社会支持系统,因此发展家庭治疗在我国有很大的潜力。青少年药物滥用与多种因素有关,而且青少年药物滥用存在多方面的问题,因此对青少年药物滥用需要进行综合的、多方面的干预。MDFT 正是基于这一需要发展起来的,MDFT 被认为是对青少年药物滥用有效的现代家庭治疗模式。根据 MDFT 的理论基础、治疗方法以及我国传统文化,作者认为引进 MDFT 模式对我国青少年药物滥用的治疗有很大的现实意义。

参考文献

1. Weinberg NZ, Rahdert E, Collier JD, et al. Adolescent drug abuse: a review of past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1998, 37: 252-261
2. 刘志民,周伟华,连智,等.西南地区某省中学生使用药物与精神活性物质的流行病学调查. *中国药物依赖性杂志*, 1999, 8: 123-126
3. 孙文林,李密.北京三所高校学生使用精神活性药物情况调查. *中国药物依赖性通报*, 1993, 2: 254-258
4. Coleman SB, Davis DI. Family therapy and drug abuse: a national survey. *Fam Process*, 1978, 17:21-29
5. Stanton MD & Todd TC. The family therapy of drug abuse and addiction. New York: Guilford Press, 1982, 403-418.
6. Henggeler SW, Bourdin CM, Melton GB, et al. Effects of multisystemic therapy on drug use and abuse in serious juvenile offenders: a progress report from two outcome studies. *Fam*

- Dynamics Addict Q, 1991, 1: 40-51
7. Henggeler SW, Pickrek SG & Bourdin CM. Multisystemic treatment of substance-abusing and dependent delinquents: outcomes, treatment fidelity, and transportability. *Ment Health Serv Res*, 1999, 1:171-84.
 8. Liddle HA, Diamond G, Dakof GA, et al. The adolescent module in multidimensional family therapy. In Lawson G & Lawson A. *Family therapy with adolescent drug abusers*. Rockville, MD: Aspen, 1992, 165-186.
 9. Liddle HA, Dakof GA, Diamond G. Adolescent substance abuse: multidimensional family therapy in action. In Kaufman E & Kaufman P. *Family therapy of drug and alcohol abuse*. Boston: Allyn and Bacon, 1991,120-171
 10. Liddle HA. Theory development in a family-based therapy for adolescent drug abuse. *J Clin Child Psychology*, 1999, 28: 521-532
 11. Timothy JO, Liddle HA. Family-based therapy for adolescent drug abuse: knows and unknowns. *Clin Child Fam Psychology Rev*, 2000, 3: 269-297
 12. Liddle HA, Dakof GA, Parker K, et al. Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: results of a randomized clinical trial. *Am J Alcohol Drug Abuse*, 2001, 27:651-88.
 13. Liddle HA , Hogue A. A developmental, family-based, ecological preventive intervention for antisocial behavior in high-risk adolescents. *J Marital Fam Ther*. 2000, 26(3): 265-280
 14. Diamond GS, Liddle HA. Resolving a therapeutic impasse between parents and adolescent in multidimensional family therapy. *J Consul Clin Psychology*, 1996, 64: 481-488
 15. Liddle HA , Gayle AD. Family-based treatment for adolescent drug use: state of the science. *NIDA Res Monogr* 1995, 156:218-54.
 16. Cicchetti D. The emergency of developmental psychopathology. *Child Develop*, 1984, 55: 1-7
 17. Holmbeck GN, Updegrave AL. Clinical-developmental interface: implications of developmental research for adolescent psychotherapy. *Psychotherapy*,1995, 32: 16-33
 18. Kazdin AE, Kagan J. Models of dysfunction in developmental psychopathology. *Clinical psychology: science and practice*. 1994, 1: 35-52.
 19. Liddle HA, Rowe C, Dakof G, et al. Translating parenting research into clinical interventions for families of adolescents. *Clin Child Psych Psychiatry*, 1998, 3: 419-443
 20. Weinberg NZ, Glantz MD. Child psychopathology risk factors for drug abuse: overview. *J Clin Child Psychology*, 1999, 28: 290-297
 21. Liddle HA. Multidimensional family therapy treatment manual for the cannabis youth treatment multisite collaborative project. Rockville, MD: Center for substance abuse treatment, 2000, 24-208.
 22. Chambless DL, Hollon SD. Defining empirically supported psychological intervention. *J Consul Clin Psychology*, 1998, 66: 7-18