

我国物质成瘾心理行为治疗的现状、挑战及应对策略

李建华

(云南省药物依赖防治研究所, 昆明 650228)

【摘要】 作者通过文献回顾, 结合多年工作实践, 对全球物质成瘾心理行为治疗的概况做了简述, 并对我国物质成瘾心理行为治疗的现状及挑战进行了梳理, 发现物质成瘾者普遍受到社会的歧视和偏见, 歧视性的环境和政策对于物质依赖人群的治疗有着相当负面的影响; 治疗需求与治疗提供者之间的沟壑巨大; 治疗服务提供者得不到规范化培训; 缺乏以证据为基础的物质成瘾心理行为治疗指南; 物质成瘾者治疗动机不强及治疗依从性太差。因此, 进行政策倡导, 减少和改变歧视的观念和政策; 增加对物质依赖治疗的投入; 为治疗服务提供者开展规范化培训; 加大科学研究的力度; 对相关治疗机构和相关人员进行能力建设等是应对现存挑战的重要策略。

【关键词】 物质成瘾; 心理行为治疗; 挑战及应对

doi:10.15900/j.cnki.zylf1995.2019.02.002

2016年, 全世界大约有2.75亿人至少使用过一次非法毒品, 他们主要使用的毒品为大麻、阿片类药物、可卡因或苯丙胺类兴奋剂, 约占全球15~64岁人口的5.6%。使用者中大约有3100万是问题药物使用者, 这意味着他们已经到了可能需要治疗的地步^[1]。截至2017年年底, 中国共累计登记吸毒人员255.3万人, 其中滥用阿片类毒品人员有97万人, 滥用苯丙胺类兴奋剂人员为153.8万人^[2]。我国目前尚缺乏全国性的酒精使用流行病学调查, 1993年中国7个地区精神疾病流行病学调查发现, 酒依赖患病率为0.68%^[3]。郝伟(1994和2001年)的研究报告显示, 2次调查酒依赖现患率分别为3.4%和3.8%^[4-5]。有资料显示, 我国酒精使用障碍患病率为1.84%, 男性的患病率明显高于女性^[6]。若据此估计, 中国酒依赖患者至少在2000万以上。目前, 全球对物质成瘾者的治疗方法主要有药物治疗、心理行为治疗、物理康复治疗、社会心理康复和重新回归社会训练等, 本文将对国外物质成瘾者心理行为治疗做简要概述, 并着重讨论我国物质成瘾者心理行为治疗的现状、挑战及应对策略。

1 国外物质成瘾心理行为治疗概况

1.1 成瘾物质使用、滥用和依赖的心理行为理论

1.1.1 精神分析理论

早期的精神分析理论认为, 物质依赖是本我(id)在潜意识中对死亡的愿望和自我毁灭的倾向。许多这个时期的精神分析家认为, 物质滥用是某种形式的“慢性自杀”(Khantzian, 1980)^[7], 治疗的重点在于强调本我的倾向。而当代的精神分析家则倾向于将物质依赖视为一种自我匮乏的症状, 他们相信物质滥用是一种深层人格问题的外在表现, 对这类患者的治疗目标通常是以建立自我强度(ego strength)为主, 只有这样才能够对本我的需求进行良好的管理。

根据Wurmser(1974)的看法, 在物质依赖的进程中, 通常有两个因素在起作用, 一个因素是“成瘾的寻求(addictive search)”, 这是一种对于整体活动的心理饥渴或者是内驱力, 它虽然是先于物质依赖的发展初期, 它却会一直与依赖性行为如影随形, 即便是在戒除毒瘾之后, 它也依然存在。另外一个因素是“偶然的进入(adventitious entrance), 这里指的是成瘾物质被

作者简介: 李建华(1955.1-), 男, 主任医师, 教授。中国药物滥用防治协会常务理事, 专家委员会副主任委员, 国家卫生健康委员会疾病预防控制专家委员会委员, 戒毒药物维持治疗国家级工作组成员。

E-mail: 13078796686@163.com

随机地引入个人生活中,这些物质通常是通过朋友或是贩毒者引入,因为如果个人没有机会接触和尝试使用这些物质,显然他就不可能成为一个物质依赖者^[8]。

精神分析家的另一个观点认为,物质滥用本身就是一种心理防御机制。物质依赖者通过滥用酒精或者是毒品来避免自己不受到焦虑、抑郁、恐惧、自责自罪、羞愧、混乱等负面情绪的侵扰,使用这些物质的目的实际上是采用自我用药(self-medication)的方式来缓解内心的压力和解除心理的痛苦^[9]。多数情况下,精神分析家并不会将当事人的负面情绪看作是物质滥用的结果,他们更愿意将这种状况视为是物质滥用的原因^[7]。

1.1.2 行为理论

行为主义者认为,人类的行为都是学习而来的,这不仅仅只是适应行为,同时也包括了不良适应行为(例如吸毒成瘾、赌博成瘾等)。操作性条件强化学习理论是这样来解释成瘾行为的,条件强化分为正性强化(positive reinforcement)和负性强化(negative reinforcement)两种,物质使用给人带来的快感(high)是正性强化的最主要的驱动力,而使用它以后导致的心理压力释放、负面情绪舒缓、戒断症状消除和自卑感减轻等属于负性强化。物质使用者在药物正性强化和负性强化的交互作用下,物质使用行为逐渐受到强化和固化,最终演变为有对药物有强烈渴求的、自我不能控制的、强迫性的用药行为。

1.1.3 社会学习理论

Albert Bandura(1977)是社会学习理论的开创者,他认为人类的行为是认知、行为与环境等决定性要素之间不断交互作用的结果,而影响人类命运与自我导向(self-direction)的机会就潜藏在交互作用的过程中。在这样的理论框架下,投射于人的就不再是受外界控制的无能角色,也不再是可以为所欲为的自由体,人与环境乃是彼此之间相互作用的决定者^[9]。因此,人之所以使用、滥用和依赖精神活性物质,是人、毒品和环境交互作用的结果,而并非是某个个体没有是非观念、道德沦丧、缺乏意志力等所致的。

Wilson(1988)是这样来阐释社会学习理论的核心概念模仿(modeling)的,模仿属于替代的(vicarious)或者是观察的学习,人们通过对他人和事件的观察来获取知识,他不需要亲自从事该行为,并承担该行为任何直接后果。替代学习可能来源于人们在目睹他人所进行活动的过程中,或是产生于人们置身的环境中、事件中,以及诸如文字及图片的符号中^[10]。例如从同伴那

儿学习到吸食“冰毒”的行为,或者是看到许多“粉丝”对所崇拜偶像的吸烟和饮酒行为倍加赞赏而开始尝试抽烟和喝酒。

社会学习理论的另外一个核心概念是自律(self-regulation),指的是人类通过内在标准和自我评估的方式来对个人行为进行规范的能力。在自律的过程中,如果我们认为自己的表现已达到了自我的内在标准,就会给予自我奖赏(自我惩罚);而如果我们的内在标准与个人行为表现之间有差异,则会促使个人对自己的标准、行为或者两者进行改变。物质依赖者之所以上瘾并不是因为他们自身缺乏自律,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律方式。如一些越轨行为的产生,是由于社会对于这些行为的奖励或者是惩罚出现了偏差,使得个体在校准自己的行为时无可是从。

在社会学习理论中,自我效能(self-efficacy)的概念对于复吸(relapse)的预防尤为重要,自我效能指“个体在其所面临的情境里,对于自己从事某种工作所需的有效处理能力的认知和评价”(Abrams & Niaura, 1987)^[11]。Bandura(1982)认为,自我效能指个体感觉能有效地控制自己生活某些方面的能力或信心,如果成瘾者具有较高的自我效能感,就具有较强的改变动机。通常情况下,如果一个物质依赖者对于自己完成康复任务所需要的能力持有怀疑态度时,则复吸的概率便会极大地升高。

1.2 物质成瘾心理行为治疗的发展

物质依赖是罪行、是行为适应不良、还是疾病,自古以来争论不休,正所谓仁者见仁、智者见智,对物质依赖者的治疗也伴随着这些论战在不断地探索、改进和发展。历年来对成瘾物质依赖者采用过的治疗方法有棒责、鞭刑、囚禁、隔离、驱邪除魔、强制隔离戒毒、巫医、草药、传统医药、针灸、行为治疗、认知行为治疗、心理分析、家庭治疗、动机强化治疗、个别心理咨询、团体心理咨询、住院治疗、院外治疗、AA、NA、治疗集体(therapeutic community)、药物治疗(美沙酮、丁丙诺啡、丁丙诺啡与纳洛酮的复方制剂、可乐宁、纳曲酮、阿坎酸、戒酒硫等)、药物加心理行为治疗等。

从发展的角度看,心理行为治疗方法最早源于对物质成瘾的治疗中,如AA、NA、治疗集体等,在这些形式的治疗中,包含了许多不同形式的集体治疗理念。针对物质依赖的个别心理治疗是在治疗其他疾病中发展起来的,如精神分析治疗和动力学治疗是治疗大部分精神疾病的重要方法,后来逐渐被运用到了治疗物质

依赖人群中。20世纪60年代以前,个别心理治疗还没有成为针对物质依赖者的重要治疗方法,但随着12步骤建导治疗、集体治疗、治疗集体、美沙酮维持治疗等方法的发展,以及行为技术的发展,以当事人为中心的治疗、认知行为治疗、动机强化治疗等方法作为特殊行为的矫正方法,逐步被引入治疗物质依赖人群中^[12]。

20世纪90年代中、后期,循证医学研究发现,有效的治疗方法除了要能够帮助当事人停止药物滥用外,治疗目标还应当考虑到当事人的家庭、工作和社区功能。追踪研究显示,当事人只要能够坚持在治疗中一定长的时间,他们中大部分人是能够停止毒品使用行为,减少违法犯罪行为,职业、社会和心理功能会得到改善的。例如在美沙酮治疗中增加当事人参与行为治疗的次数,既能够减少当事人的毒品使用,又能够降低他们的违法犯罪行为^[13]。

美国国立药物滥用研究所(NIDA, 1999)建议,对物质依赖者的治疗既需要药物,也需要心理行为干预,或者是两种治疗方法整合在一起进行^[14]。即便是采用药物治疗,心理治疗也会对当事人有重要的辅助作用,表现在:①在服用处方药物时强化当事人停止使用毒品的动机;②为当事人提供使用处方药物和管理副作用的具体指导;③在当事人最初停止使用毒品的时期促进他坚持使用处方药物的动机;④为当事人提供最基本的帮助,以防止他过早地停止治疗药物;⑤帮助当事人发展一些技能去调适没有毒品的生活^[15]。在此基础上,以Tatarsky(2002)为代表的心理治疗学家还发展出了减少伤害心理治疗(harm reduction psychotherapy),Tatarsky认为,精神活性物质滥用者由于个体自身的差异,他们使用物质的原因千差万别,对物质依赖的严重程度深浅不一,寻求治疗的目的也各不相同,加之不同的物质滥用者由于其成长经历、家庭环境、受教育水平、社会经济状况、文化背景不同,他们的认知能力、情绪状态、思维形式、人格特征等都有所差异,企图用一种所谓的全能治疗模式去满足这样一个复杂群体的万千需求是不现实的。减少危害心理治疗就是让当事人在良好的治疗关系中认识到自己问题的根源所在,并能够与治疗师一起去面对自己的问题。减少危害心理治疗的旨在帮助当事人减少与物质使用相关的危害,降低这些危害对当事人生活和其他方面的负面影响^[16]。

尽管针对物质成瘾者的个体心理治疗最初是从精神分析治疗和精神动力学治疗发展起来的,但在治疗实践中发现,精神分析治疗和精神动力学治疗方法需要对

治疗师进行长时间、高质量的专业培训,治疗师与患者的比例严重失调,治疗的可及性非常低。此外,充满歧视和偏见的治疗环境也是导致精神分析治疗和精神动力学治疗不太普及的重要原因之一。在这样的大背景下,许多学者和心理治疗师通过不懈努力,逐渐将行为理论和行为治疗方法引入成瘾者的心理行为治疗中,并不断进行改良和发展,使得心理行为治疗成为目前在全球应用最为普遍、循证研究证据最多的治疗方法。循证医学证明有效的心理行为治疗方法以及它们的适应证如下:

1.2.1 认知行为治疗(cognitive-behavioral therapy)

适应证:酒精、大麻、可卡因、甲基苯丙胺、尼古丁依赖者。

1.2.2 列联管理干预/动机促进(contingency management interventions/motivational incentives)

适应证:酒精、兴奋剂、阿片类药物、大麻、尼古丁依赖者。

1.2.3 动机强化治疗(motivational enhancement therapy)

适应证:酒精、大麻、尼古丁依赖者。

1.2.4 多维度系统干预模式(the matrix model)

适应证:兴奋剂依赖者。

1.2.5 12步骤建导治疗(12-step facilitation therapy)

适应证:酒精、兴奋剂、阿片类药物依赖者。

1.2.6 简短干预(brief intervention)

适应证:尼古丁、酒精、大麻、兴奋剂、阿片类药物依赖者。

2 我国物质成瘾者心理行为治疗现状

中国在20世纪50年代初期基本上禁绝毒品,之后的30年对成瘾物质滥用的研究一直处于空白状态,教科书也缺失了相应的章节。20世纪70年代初期,毒品问题在中国死灰复燃,阿片类毒品的使用逐渐从西南边境地区沿公路蔓延至内地乃至全国大部分省市,又从城市渗透到周边农村地区。1988年,原国家卫生部在云南省瑞丽市和澜沧县建立了药物依赖治疗康复指导中心,拉开了对药物依赖者药物和心理行为治疗的序幕。国内初期的治疗工作同样是以完全戒除毒品、保持操守为目标,治疗多局限于药物(美沙酮、丁丙诺啡、可乐宁、纳曲酮、传统中药等)脱毒治疗(detoxification),治疗项目中鲜有心理治疗和行为治疗,故效果大多不理想,治疗后的操守率总体在10%以下。

20世纪90年代末期,逐渐有学者将心理治疗和行为治疗引入精神活性物质依赖者的治疗中,团体心理咨询^[17-18]、动机促进治疗^[19-20]、认知行为治疗^[21]、列联管理干预^[22-23]、治疗集体^[24]、匿名戒酒者协会(AA)^[25-26]等治疗方法的研究越来越多地在文献中出现。治疗师的治疗目标也开始转到关注患者的情绪(焦虑、抑郁等)、应激、戒毒动机、治疗依从性、生命质量、多药滥用、预防复吸等问题,而不再单纯地以治疗操守率作为唯一的治疗目标了。

我国强制隔离戒毒机构前期采用的治疗方法是以工作治疗和军事化训练为主,近年来逐渐认识到了单纯工作治疗和军事化训练的局限性,开始将现代的心理行为治疗理念和实践融入治疗工作中,如个别心理治疗、集体心理治疗、行为治疗、音乐治疗、情绪宣泄治疗等。

近20年来,虽然在物质成瘾的治疗领域内,我国的心理治疗和行为治疗有了可喜的进展,但从总体上来看,这些临床研究符合随机对照试验(RCTs)设计的不多,所获得的科学证据支持力度不强。

3 我国物质成瘾心理行为治疗面临的挑战

3.1 社会歧视和社会耻辱严重

全球近30年的科学研究证据表明,物质依赖(阿片类药物、可卡因、甲基苯丙胺、大麻、酒精、烟草等依赖)是一种慢性复发性脑疾病。物质依赖者由于长期使用成瘾物质,他们大脑的基本结构和功能受到了严重损害,导致他们出现非个人意志所能够控制的“偏常”行为。因此,物质依赖者在社会上长期以来被视为是“道德沦丧”“违法犯罪”和“无可救药”的人群,他们普遍受到社会的歧视和偏见,被社会边缘化和刑罪化,有的人甚至被自己的家庭所抛弃。另外,许多歧视性的政策,如医疗保险将物质依赖人群排斥在外、酒依赖患者的治疗没有被列入医保范围内等对于物质依赖人群的治疗有着相当大的影响。在社会歧视和社会耻辱的大背景下,物质依赖人群得不到精神卫生法的保护,他们无论是在躯体治疗方面,还是在心理康复层面,都越来越被边缘化。

3.2 治疗需求与治疗提供者之间的沟壑太深

我国的物质依赖者人数众多,仅只是非法毒品使用者和酒依赖患者估计就至少在3000万以上,而治疗服务机构和服务提供者数量有限,完全不能满足心理行为治疗的需要。在现有的治疗服务机构、强制隔离戒毒

所和社会服务机构/组织中,能够为患者开展规范化心理治疗和行为治疗服务的治疗师更是屈指可数。除此之外,受社会歧视和社会耻辱的影响,治疗服务提供者也逐渐被边缘化,心理治疗师本来就缺乏,新鲜血液又难于补充进去,这使得治疗服务提供者队伍极不稳定,流动性大,职业倦怠严重^[27]。

3.3 治疗服务提供者缺乏规范化培训

无论是强制隔离戒毒机构,还是自愿戒毒医疗机构,亦或是社区戒毒和社区康复,我们都需要大量的、经过系统培训的专业人员。但我国参与戒毒治疗工作的人员培训不足,在吸毒成瘾治疗机构中的医师只有一半接受过戒毒相关培训,超过2/3的工作人员戒毒治疗经验少于3年^[28]。研究显示,全国至少有1/10的美沙酮维持治疗门诊工作人员没有接受过国家培训,1/5的门诊存在业务骨干流失的现象^[29]。

3.4 没有以证据为基础的物质成瘾心理行为治疗指南

由于我国物质依赖治疗起步较晚,特别是在针对物质依赖人群的心理治疗和行为治疗方面,我们缺乏大样本的随机对照试验研究,也鲜有人对现有的心理治疗研究文献进行系统回顾和荟萃分析,没有在循证研究的基础上制定符合本土文化的心理行为治疗指南。

3.5 物质依赖者的治疗动机不强以及治疗依从性太差

国际经验表明,物质依赖者难于参与或者是提前退出心理治疗的原因是多个方面的,物质滥用后引发的焦虑、紧张、恐惧和抑郁情绪,不规律参加治疗,使用精神活性物质后导致的思维混乱,无钱支付治疗费用等都是致使患者治疗动机不强以及治疗依从性太差的原因^[15]。国内调查发现,除上述原因外,影响对物质依赖者心理治疗的因素还有毒品的法律法规和政策、治疗的可获得性和可及性、治疗师的非评判态度和共情心、治疗师与患者之间的治疗同盟关系、治疗师的技能、同伴志愿者的辅导、家庭成员的支持和社区志愿者的参与等。

4 应对策略

4.1 政策倡导,减少歧视,建设支持性环境

促进公民社会成长,开展公民教育,提高权利平等意识,不强化和固化传统的偏见和看法,逐步改变公民对物质依赖的传统观念,减少社会歧视和社会耻辱。要积极倡导尊重和保障物质依赖者的健康权利与生命权利,使他们能够与社会其他人一样平等享有科学进步带来的利益。要利用各种媒体宣传“物质依赖是一种慢性

脑疾病”和“这种疾病是可防可治”的科普知识,召开各种层次的工作会议和研讨会,向公众介绍以证据为基础的治疗和康复项目,逐步倡导政策发生改变。

4.2 增加对物质依赖治疗的投入

各级政府应根据相关法律法规(禁毒法和精神卫生法)加大对物质依赖治疗的投入,特别是心理康复和回归社会的投入,以减少对社会的危害和公共资源的占用。根据“精神卫生法”,建议自愿戒毒医疗机构应当由国家进行全额投入,患者的治疗费用应按比例由医疗保险负责承担。强制隔离戒毒所应从工作治疗逐步转变为以社会心理康复治疗为主,政府要根据工作目标和实际需求对强制隔离戒毒所的人力资源和资金进行等量的投入。要积极倡导商业性保险参与到物质依赖的医疗救治工作中。

对于社区戒毒/社区康复、居住者治疗(治疗集体)、NA、AA、善后照顾和重返社会等多种形式的服务,建议政府要以购买服务的形式,鼓励社会团体、社会服务机构、社会组织和志愿者团体积极参与到这些工作中来,要组织第三方(独立评估机构)对能够提供服务的机构和组织每财政年进行1次评估,按他们提供服务的量与质支付相应的费用。

4.3 加大科学研究的力度

目前在我国在精神活性物质滥用人群中运用较为普遍的心理治疗和行为治疗方法有团体咨询、认知行为治疗、动机促进治疗、列联管理干预、12步骤建导治疗等,但对这些研究报告分析发现,他们中一部分研究样本太小,另一部分研究不符合随机对照试验原则,更鲜有质性研究的报告。建议要加大对精神活性物质依赖心理治疗的科学研究,在循证医学的基础上,组织专家编制适合不同层次治疗服务提供者使用的物质依赖心理行为治疗指南,积极推进有效的物质依赖心理行为治疗方法,逐步扩大心理行为治疗的覆盖面。

4.4 能力建设

我国对非法毒品使用人群的治疗主要集中于强制隔离戒毒戒毒机构、美沙酮维持治疗门诊、自愿戒毒医疗机构、社区戒毒和社区康复中,他们中有一小部分人在出现因药物使用导致的精神障碍时会到精神卫生机构(精神病院、精神科)去寻求治疗,因此在上述机构中工作的治疗服务提供者就都有可能成为心理治疗师或者是咨询师。在这个基础上,我们还需要对这些治疗服务提供者做一下专业细分:①精神卫生机构和自愿戒毒

医疗机构的治疗服务提供者大多属于专业人员(心理治疗师、心理咨询师);②强制隔离戒毒戒毒机构的治疗服务提供者有少部分人获取了心理咨询师证书,其他的大部分为管理教育人员;③美沙酮维持治疗门诊的治疗服务提供者更加多样化,他们中有精神科医师、公共卫生医师、内科医师、儿科医师、外科医师、妇产科医师、医士、心理咨询师等;④在社区戒毒和社区康复程序,以及在自助互助团体中的服务提供者有相当一部分人是社会工作者,也有心理咨询师和志愿工作者,还有同伴教育者。

能力建设需要分层分类对不同性质的治疗服务提供者进行专业培训,提高他们物质依赖治疗及相关知识的水平,增强他们的心理治疗和行为治疗技能。

对已获得心理治疗资质和心理咨询资质的专业人员,要加强对他们的管理,了解他们工作中的困难和问题,及时为他们提供相关的服务。要鼓励他们积极参加继续教育,为他们提供专业的培训,以及定期对他们进行督导和评估,让他们做好这个领域的专业带头人。

对强制隔离戒毒机构和美沙酮维持治疗门诊的治疗服务提供者,要加强他们的系统化和标准化培训,改变他们依靠经验进行治疗的观念,促进他们开展以科学证据为基础的治疗。要组织专家将一些成熟的心理治疗方法改写为简化版,例如将动机强化治疗方法简化,将干预的要素和步骤制作成标准化程序,然后对这些机构的服务提供者进行培训,提高治疗的成本-效益和成本-效果。

在社区戒毒和社区康复程序中工作的社会工作者、志愿工作者、同伴教育者大部分人欠缺物质依赖的基础知识和相关社会心理知识,他们中多数人有爱心、有热情,但缺乏如何帮助成瘾物质依赖者自助的技能,我们要积极为他们提供相关的知识和技能培训,尤其要加强心理咨询基本技能的培训。

建议采用培训者对培训者的培训(TOT)策略,首先从各个省(市、自治区)挑选一些心理治疗和心理咨询领域的骨干人员,由国家级专家对他们进行骨干培训,培训考核合格后,由他们去组织自己省(市、自治区)的培训,培训应当具有针对性和连续性,并能够满足受训人员的需求。通过这样的培训,将不同层次的服务提供者总体的社会心理干预技能提高起来,有效帮助精神活性物质依赖者改变危害健康的行为,鼓励他们逐步建立起健康的生活模式,向着没有毒品的生活目标迈进。

【参考文献】

- [1] United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report (2018).
- [2] 中国国家禁毒委员会 . 2017 年中国毒品形势报告 (2018) .
- [3] 张维熙, 李淑然, 陈昌慧, 等 . 中国七个地区精神疾病流行病学调查 [J]. 中华精神科杂志, 1998, 31(2): 69-71.
- [4] Hao W, Young D S, Xiao S Y, et al. Alcohol consumption and alcohol - related problems: Chinese experience from six area samples, 1994[J]. Addiction, 1999, 94: 1467-1476.
- [5] Hao W, Su Z H, Liu B L, et al. Drinking and drinking patterns and health status in the general population of five areas of China[J]. Alcohol Alcohol, 2004, 39: 43-52.
- [6] 全国精神卫生工作进展情况 . 国家卫生计生委宣传司新闻发布会材料 . 2017 年 4 月 7 日 .
- [7] Khantzian E J. An ego/self theory of substance dependence: A contemporary psychoanalytic perspective//Lettieri D J, Sayers M, Pearson H W. Theories on drug abuse: Selected contemporary perspectives (DHHS Publication No. ADM 84-967). Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1980.
- [8] Wurmser L. Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use[J]. Journal of the American Psychoanalytic Association, 1974, 22: 820-843.
- [9] Bandura A. Social Learning Theory[M]. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1977.
- [10] Wilson G T. Alcohol use and abuse: A social learning theory analysis//Chaudron C D, Wilkinson D A. Theories on Alcoholism[M]. Toronto: Addiction Research Foundation, 1988.
- [11] Abrams D B, Niaura RS. Social learning theory//Blane H T, Leonard K E. Psychological Theories of Drinking and Alcoholism[M]. New York: Guilford Press, 1987.
- [12] Bruce J R, Kathleen M C. Individual psychotherapy for drug abusers//Joyce H L, Pedro R, & Robert B M. Substance Abuse: A Comprehensive Textbook[M]. Baltimore: Williams & Wilkins, 1992.
- [13] Helzer J E, Taylor L N, Carey J R, et al. The extent of long-term moderate drinking among alcoholics discharged from medical and psychiatric treatment facilities[J]. New England Journal of Medical, 1985, 312: 1678-1682.
- [14] National Institute on Drug Abuse (NIDA). Principles of drug addiction treatment (3rd edition, 2012).
- [15] World Health Organization (WHO). Brief Intervention: The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use, Manual for use in primary care. 2010.
- [16] Andrew Tatarsky. Harm Reduction Psychotherapy -- A Treatment for Drug and Alcohol Problem[M]. Lanham: Rowman & Littlefield Publishers, Inc., 2002.
- [17] 施江玉 . 团体心理辅导在女性戒毒康复中的应用研究 [D]. 云南师范大学硕士学位论文, 2002.
- [18] 张希范, 袁俏芸, 李凌 . 心理治疗在戒毒中的应用和体会 [J]. 中国药物滥用防治杂志, 2007, 5: 286-290.
- [19] 肖杨, 顾红, 丁芳, 等 . 动机 - 技能 - 脱敏 - 心理能量模式对戒毒人员慢性渴求和抑郁的干预效果 [J]. 中国药物依赖性杂志, 2012, 21(3): 211-215.
- [20] 邹露, 谢青莲, 曹秉蓉 . 动机晤谈技术对苯丙胺类滥用者戒毒动机提升的研究 [J]. 华西医学, 2014, 29(9): 1733-1735.
- [21] 李遵清, 张仲荣, 李四劝 . 认知行为综合干预对戒毒者不良心理的作用 [J]. 中华护理杂志, 2006, 41(11): 992-995.
- [22] Hser Y H, Li J H, Jiang H F, et al. Effects of a randomized Contingency Management Intervention on Opiate Abstinence and Retention in Methadone Maintenance Treatment in China[J]. Addiction, 2011(106): 1081-1089.
- [23] 王军, 张怀惠, 江海峰, 等 . 行为列联管理在美沙酮维持治疗门诊应用效果的初步研究 [J]. 中国药物依赖性杂志, 2012, 21(1): 41-44.
- [24] 陈蕾, 冯再昆, 杨茂彬, 等 . 在海洛因依赖者的脱毒治疗中应用治疗社区技术 [J]. 中国药物依赖性杂志, 1999, 8(2): 123-125.
- [25] 王伟, 张撰荣, 吴康 . 嗜酒者互诫协会对酒依赖患者的康复影响 [J]. 中国实用神经疾病杂志, 2011, 14(21): 41-42.
- [26] 黄剑, 李冰, 位照国 . 戒酒互助协会疗效随访 [J]. 中国心理卫生杂志, 2004, 18(12): 865-866.
- [27] 杨丽萍, 张波, 王华, 等 . 美沙酮维持治疗门诊工作人员工作倦怠调查及其相关因素研究 [J]. 中国药物依赖性杂志, 2014, 23(1): 60-64.
- [28] Tang Y L, Wiste A, Mao P X, et al. Attitudes, knowledge, and perceptions of Chinese doctors toward drug abuse[J]. J Subst Abuse Treat, 2005, 29: 215-220.
- [29] 李建华, 张锐敏, 张波, 等 . 中国美沙酮维持治疗人力资源发展研究 [J]. 中国药物依赖性杂志, 2013, 22(1): 65-69.

(收稿日期: 2019-01-08; 修回日期: 2019-02-15)

欢迎投稿 欢迎订阅 欢迎批评