

[综述]

团体咨询在物质滥用治疗中的应用

童 尧 易春丽*

(北京大学心理系,北京,100871)

物质滥用是指对药物的使用导致人们难以完成自己的责任和义务,并且带来人际关系以及法律上的问题^[1]。物质滥用已经成为我国重大的公共卫生问题。根据中国国家禁毒委员会办公室发布的2010年中国禁毒报告,截至2009年12月底,全国上网入库的吸毒人员为133.5万人^[2]。从生物-心理-社会的多重模式出发,对物质滥用的巩固治疗和康复措施进行探索,已成为如今物质滥用治疗的新趋向^[3]。在生物治疗基础上对物质滥用者实施心理治疗可以帮助患者抵制使用药物的冲动,正确认识自我,正确处理生活中的压力,获得社会支持,更好地回归社会。而其中的团体咨询更是以其独特的优势和效果越来越广泛地应用于物质滥用的心理治疗过程中。我国的物质滥用团体咨询处于起步阶段,很多方面还需要进一步的规范与完善,因此学习和研究国外的相关治疗理念和技术,并结合我国的实际情况将其应用于我国物质滥用的心理治疗中具有重大的意义。现将国内外相关研究进展综述如下:

1 团体咨询相关理论

1.1 团体心理咨询

团体咨询也称为团体心理咨询,是在团体情境下进行的一种心理咨询形式,它是通过团体内人际交互作用,促使个体在相互交往中彼此启发、相互反应、支持鼓励,从而认识自我与他人,改善人际关系,增加社会适应性,促进人格成长的过程^[4]。而我们常用于物质滥用的团体心理咨询一般指将一定数量的物质滥用者组成治疗小组,在心理治疗师的引导、启发与帮助下,定期集会,采用各种心理治疗技术,促进物质的戒断和物质滥用者的康复^[5]。

1.2 团体咨询的理论基础

团体咨询作为心理咨询的一种形式,与很多心理咨询的理论有关,而较多应用于团体咨询的心理

理论有以下几种:

1.2.1 精神分析理论 该理论由 Freud 提出, Wolf 最早将其应用于团体咨询^[6]。此理论为基础的团体咨询目的在于揭示团体中每个成员的核心冲突,使之上升到意识层面,以此促进成员的自我了解,认识并领悟自己被压抑的种种冲动和愿望,最终消除症状,较好地适应和处理各种生活情境与挑战^[7]。

1.2.2 阿德勒理论 阿德勒的“社会目的论”为团体咨询提供了理论基础。以此为基础的团体咨询主要是指导成员讨论人的价值、生活中重要的目标,识别错误态度,克服自卑情结,发展合理的社会兴趣和良好的社会情感,建立符合社会要求的生活态度^[6]。

1.2.3 群体动力学理论 群体动力学不仅为团体咨询提供了理论依据,而且为团体咨询过程中团体氛围的创设,指导者的作用等提供了重要的研究成果。群体动力学的一些研究,如敏感性训练等,直接成为团体咨询的方法^[4]。

1.2.4 心理剧理论 心理剧通常可以整合到其他的治疗方法中。通过在心理剧中扮演过去、现在或将来生活情境中的角色,团体成员获得对自身问题更加深刻的体验,得到情绪上的宣泄并逐渐掌握一些行为技巧,获得深层次的人格改变,最终获得成长^[6]。

1.2.5 以人为中心理论 该理论重视个体的自主性与统一性,治疗的焦点在个人而非问题。该理论运用于团体咨询时,要求指导者不对团体成员进行任何指导和指示,只鼓励成员表达自己的真实情感,帮助团体成员建立相互尊重、信任的良好关系,使其体会他人对自己的关心和尊重,以加强责任感,改变不适应的行为,促进个人成长^[4,8]。

1.2.6 格式塔疗法理论 此理论为基础的团体咨询的基本出发点是为参加者提供一种氛围,使他们能够提高对自身体验和所作所为的自我意识水平,对其“当前”状态充分认识,进而使其变得更为整合,促进其心理成长^[6,9]。

1.2.7 人际相互作用分析理论 该理论由 Beme 于 1959 年创立,应用于团体咨询的目的是提高自主

* 通讯作者: E-mail: chunliyi@pku.edu.cn

性,强调团体成员之间沟通的动态性以及团体成员要对自己的期望有所改变,最终使来访者意识到可以重新决定生活,去除阻碍,朝新的目标努力^[4]。

1.2.8 行为疗法理论 该理论应用于团体咨询中可以通过表扬、奖励、团体认同等强化手段帮助来访者建立良好的行为和情感反应,并且通过为团体成员创设一种充满互相理解、关爱、信任的环境,提供正性行为作为模仿学习的榜样,以引起个体行为的改变^[4]。

实践研究和理论分析提示,每个流派的心理咨询理论都有其侧重点和优势,但在实际应用中也有其局限性。因此,20世纪90年代后,团体咨询不再固守于某一个流派的理论,而是各流派在理论和技术上有所融合,指导者从各种方法与模式中借用较好的思想观念,融入到他们自己的咨询中,即采用所谓的系统折衷主义。这种思想认为,目前没有一个模式优于其他模式,每一种模式在治疗和咨询方面均有一定效果。而多理论模式为引导团体提供了丰富性和多样性^[10-11]。而应用于药物滥用的团体咨询也广泛涉及了多种理论,这在后文中会提及。

1.3 团体咨询的优点和局限

1.3.1 团体心理咨询的主要优点包括以下几个方面:(1)为来访者提供了一个安全的环境,并与其他团体成员一起尝试并体验新的行为;(2)在其他成员探索自己的个人问题时,来访者可以向他们学习;(3)在时间方面,团体过程更经济,因为咨询师可以在一次咨询中会见几个来访者;(4)来访者在咨询过程中有机会去帮助其他人,不会导致过分关注自身问题;(5)团体可以培养能量和热情,有助于来访者产生追求个人目标的动机;(6)团体成员可以从其他参与者和指导者的反馈中获益:团体情境鼓励成员做出承诺并用实际行动来改善生活;团体的结构方式可以让来访者得到归属的满足^[4,12-13]。

由于团体心理咨询的独特之处和肯定的效果,在国外及我国的港台地区已得到广泛的发展,被应用于学校、企业、医院、社区、司法等各个领域。

1.3.2 团体心理咨询的局限性表现在以下几点:(1)在团体情境中,个人深层次的问题不易暴露;(2)在团体情境中,个体差异难以照顾周全;(3)在团体情境中,有的成员可能会受到伤害;(4)在团体过程中获得的一些关于某人的隐私事后可能无意中泄露,会给当事人带来不便;(5)团体心理咨询对领导者要求高,不称职的领导者带领团队会给成员带来负面影响^[12,14]。

1.4 团体心理咨询的类型

团体心理咨询的分类还没有一个统一的标准,因考量因素和设计内容不同有不同分类。根据任务性质分为发展性团体、训练性团体和治疗性团体^[14],应用于药物依赖的团体治疗多为治疗性团体。根据团体咨询所依据的理论分为精神分析团体、行为治疗团体、个人中心团体、阿德勒团体等^[6]。根据团体内容分为结构性团体和非结构性团体,前者较注重针对团体所要达成的目标,设计活动以引导成员参与学习。后者是领导者配合成员的需求,以团体动力的发展及成员彼此的互动关系来决定团体的目标、过程和运作程序。根据成员参与情况分为开放性团体和封闭性团体。前者团体成员较不固定,成员的加入或退出皆尊重其个人意愿,成员的流动性会对团体带来不同程度的冲击。后者团体成员固定,熟悉度高,团体凝聚力和信任感较强,成员的加入或退出都会影响团体动力^[15]。根据参与动机分为志愿性团体和非志愿性团体^[6]。根据成员背景分为同构型团体和异质型团体,前者团体成员属性性质较相近,包括性别、年龄、学历、职业、婚姻等,团体动力开展较快,凝聚力强,相互沟通与支持性较高。异质型团体相对同质型团体成员的属性特质有所差异,团体动力开展较不容易,领导者的催化、引导很重要。

1.5 团体心理咨询应用于物质滥用治疗在我国的发展

团体心理咨询技术于1991年引入我国^[16],但将团体心理咨询应用于我国药物依赖治疗时间并不长。施江玉的“团体心理辅导在女性戒毒康复中的应用研究”、张希范等的“心理治疗在戒毒中的应用和体会”、廖飞的“团体心理辅导对男性戒毒者的应用研究”等均提到过团体心理咨询在治疗药物滥用中的应用^[7,17-20]。施江玉的研究表明,通过参加团体心理辅导,试验组女性吸毒者的焦虑、抑郁情绪得到显著改善,认知偏差有明显改变,人际交往能力、与家庭的沟通能力和解决问题的能力有所提高,心理卫生状况有明显改善,并由此得出团体咨询在女性吸毒者的戒毒康复中是有效的和可行的^[7]。张希范等指出,团体咨询侧重于协助提升戒毒者的适应力和修复其丧失的社会功能^[20]。廖飞的研究表明,团体心理辅导对男性强制隔离戒毒人员在心理健康、自我意识、应对方式等方面是有效的,试验组成员的心理健康状况得到了很大改善,自我接纳水平有了很大提高,应对方式得到不同程度的改善,而在心瘾戒断方面则基本无效^[18]。谌丁艳等人的研究指出,结构化问题为导向的认知行为团体心理治

疗是一种患者乐意接受、能够帮助患者掌握预防复吸必备知识和应对技能的心理治疗模式^[19]。范文勇指出,通过团体咨询可以递进性地帮助吸毒劳教犯重建心理功能,培养积极的心理特征,使其生活态度有所改观,戒毒信心有一定提高,其中团体沙盘治疗在改善吸毒劳教人员环境互动的积极性上有较好效果^[17]。在2008年举办的“第十届全国药物依赖性学术会议暨首届中美药物滥用和HIV/HCV共病专题研讨会”上也有“团体咨询对美沙酮维持治疗患者生活质量的影响”等文献专门研究了团体咨询在治疗药物滥用中的应用^[21]。

2 用于物质滥用的团体咨询模型

目前国外常用于物质滥用治疗的团体模型主要有以下5种:心理教育团体,技能发展团体,认知-行为团体,支持性团体,人际关系进程团体。另外预防复发团体,特殊集体文化团体和表达团体(包括艺术治疗、舞蹈和心理剧治疗)这3种未纳入主要团体咨询模式的团体在物质滥用患者的团体咨询中同样有着重要作用^[22]。

2.1 心理教育团体咨询模型

主要教育物质滥用者物质滥用的相关后果。这种类型的团体咨询通常会采用录像带、录音磁带或者讲座提供一些结构化的具体内容。在治疗中提供给戒毒者一些可以直接应用于其生活中的信息,例如灌输自我意识,建议成长变化,帮助戒毒者确定有助于戒毒的社会资源,了解戒毒全过程等。心理教育团体咨询的目的有两点,一在于增强戒毒者对于物质依赖的行为,治疗和心理过程的认识。另一个目的在于促使戒毒者进入康复准备阶段,帮助他们整合能够帮助他们戒毒和防止复吸的信息,指导他们对生活做出更多的选择。

2.2 技能发展团体咨询模型

主要目的在于培养参与者戒毒及维持戒毒的技能,这些技能可以是直接关系到药物的使用,例如:如何拒绝毒品,避免冲动使用或应付诱惑使用。也可以是培养一些可能适用于更广泛的相关领域的维持戒毒者清醒的能力,像如何控制愤怒,解决问题和自我放松。这类团体更像课程教授,治疗师扮演教师的角色,来访者扮演学生的角色,通常治疗师会给来访者一些重要的概念,然后鼓励他们从自己生活中找寻这些概念的例子^[23]。

2.3 认知-行为团体咨询模型

主要是通过改变思维模式、信仰和感知能力从

而改变戒毒者的行为方式。相关理论认为,药物滥用是一种习得行为,通过药物的欣快作用得以强化,同时戒毒者的一些错误认知(典型的如认为自己是失败者、意志力薄弱的、不被爱的等)影响着其康复,导致复吸。在治疗过程中引导团体成员进行讨论,使戒毒者建立正确的自我认识,学会识别和避免诱因,消除条件性反射,建立正常的思维和行为方式^[24-25]。

2.4 支持性团体咨询模型

其中最为广泛应用的是自助团体。

2.4.1 自助团体的主要特点

往往这种团体是没有领导者的,主要是成员之间相互给予支持并为其提供一个可以分享关于保持戒毒状态及管理日常脱毒生活的实用信息的平台,成员们可以讨论自己最近遇到的问题 and 戒毒的体会感受,并互相给予支持。很多物质滥用者逃避治疗的很重要的原因是治疗过程本身会给他们带来焦虑,而自助团体强调的是为戒毒者提供一个安全的环境,这或许也是这种模型在物质依赖的团体咨询中应用广泛,效果引人注意的原因之一。其中最著名的是匿名戒酒者协会 Alcoholics Anonymous (AA) 和匿名戒毒者协会 Narcotics Anonymous (NA),近年来还出现了 Cocaine Anonymous (CA)。这些自助团体奉行独立原则,不依附于任何组织和团体,不接受任何监督,成员无需缴纳会费,入会也不受任何年龄、性别、种族等限制^[26]。Weiss 的研究显示,在众多的自助团体中,药物依赖患者参与最多的还是 AA,尽管很多患者并非酒依赖患者,但他们更愿意选择 AA,而不是相对而言更有针对性的 NA 或者 CA^[27]。

2.4.2 自助团体的分类

自助团体可以是开放或者封闭的。开放的自助团体允许任何人参与,而封闭的自助团体仅允许物质滥用且有戒毒渴望的人参加。从另外一个角度来讲,自助团体可以分为有治疗师和无治疗师的,目前大多自助团体是没有治疗师的或者由自助团体中比较资深的参与者担任类似治疗师的领导者的角色。而对于有治疗师的自助团体,治疗师通常的任务是控制治疗过程,尤其是讨论过程,带领来访者们共同寻找有效的解决问题的模式以及保证来访者有均等的说话机会和时间^[28]。

2.4.3 自助团体的十二步治疗法

自助团体的核心治疗方法是“十二步治疗法”。最早是应用于 AA 的“十二步戒酒法”,后来发展为“十二步戒毒法”。在疗程进行中需要逐步做到戒毒者自己承认问题存在,产生求助愿望,公开客观的自我评价,自我开放,

对给他人造成的伤害予以弥补等^[28-29]。

2.5 人际关系进程团体咨询模型

主要探究导致复吸或阻碍康复的发展性的事件,运用心理动力学促进戒毒者的改变和痊愈。人际关系进程团体咨询模型更关注目前成员之间的关系活动,而对团体之外和治疗之前的关系活动不感兴趣。这种面向过程的团体咨询重点监控以下3个方面的动态变化:(1)每个成员的心理运作(内在动

力);(2)团体中成员间相关的方式(人际间动力);(3)团体作为一个整体如何运作(整体动力)^[25]。

每一种团体模型都有其独特之处,适宜于某一特定人群,因为每一种团体的目标,主要特点,领导者风格和所需技能以及应用的专业技术均有所不同。表1从9个方面显示了5种主要物质滥用团体咨询模型的特点。

表1 主要物质滥用团体咨询模型的特点^[22, 25, 30-31]

模型	焦点	特异性	异质性/同质性	名额	疗程	时间(min)	空间安排	领导者培训
心理教育	领导者	特异性	均可	不限	据需要	15-90	马蹄形或圆形	基本训练
技能发展	领导者	特异性	均可	8-10人	据主题	45-90	马蹄形或圆形	基本训练及专业训练
认知-行为	混合/平衡	均可	均可	不限	无限制	60-90	圆形	专业训练
支持性	团体	非特异性	均可	不限	无限制	45-90	圆形	专业训练及面向过程训练
人际关系进程	团体	非特异性	异质性	不限	无限制	60-120	圆形	专业训练及面向过程训练

3 用于物质滥用的团体规模、场所、持续时间和治疗成员要求

3.1 团体规模

尽管不同的团体模型对参加团体的人员数有不同的规定,但总体来讲还是建议将团体的规模控制在6-10人^[15]。Dombek建议,团体药物依赖咨询中做到1个或以上的治疗师对5-10个来访者^[23]。另外从规模的变化性来讲,一种是固定成员组,即一直维持一个固定的、较小的、稳定的团体,即使有人退出后也不能允许新成员加入。另一种是循环成员组,即团体更为灵活,是在原有成员做好接纳新成员准备后可以适当增加新成员^[22]。但这两种形式的规模都不建议过大,具体人数可以根据不同的治疗团体而定。

3.2 团体咨询场所

团体咨询可以在很多场所进行,最重要的是保证安静和隐私,可以选择门诊、病房、戒毒所、福利机构、精神卫生机构、校园、咖啡屋等^[32]。

至于治疗过程中的位置,尽量体现平等和轻松,治疗师避免坐在最舒适位置和面对门的位置,最好成员之间没有障碍物,这样可以有利于肢体语言的交流^[15]。

3.3 团体咨询持续时间和频率

尽管不同的团体模型对每次团体咨询的时间有不同的要求,但总体来讲建议不要超过1-1.5h,频率在每周1-2次为宜^[32]。

3.4 治疗成员要求

并非每个人都适合团体咨询,再者由于康复是

一个长期的、非线性的过程,治疗方案的选择应该一再重新评估。对戒毒者的评价依赖于通过访谈确定戒毒者的人际关系水平,戒毒的动机、稳定性,康复的阶段以及对参与团体咨询成功戒毒的期望度。

以下情况的戒毒者不宜参与团体咨询,包括:(1)拒绝参加治疗;(2)不能遵守团体协议,泄露团体成员隐私;(3)使治疗师难堪;(4)倾向于放弃治疗或者持续违反团体规范;(5)处于生活危机剧痛中;(6)无法控制冲动;(7)治疗中自觉严重内心不适^[22, 27]。

4 对物质滥用的团体治疗师的基本要求和治疗注意事项

4.1 对治疗师的基本要求

同国内一样,国外的物质依赖的团体咨询师也来自不同的领域,拥有不同的背景、经历和受教育情况,甚至有的并没有经过特殊的训练,包括心理咨询师、精神科医生、社工、大学心理系教师,甚至是成功戒毒者^[32]。

治疗师的任务在于挑选和分配团体成员,为每个团体和个体制定适宜的目标和康复计划,并在整个治疗过程中起到主持和协调作用^[15]。

4.2 团体咨询中注意事项

4.2.1 干预,有效的领导者在物质依赖的团体咨询中不会轻易使用干预,除非是在需要澄清误会或者重聚团体力量时,否则易导致领导者为中心的治疗氛围,这将对戒毒者造成不适。

- 4.2.2 治疗师在一开始就应注意保持治疗团体的凝聚力和平衡,将团体成员联系起来,鼓励成员参与治疗,特别是对于团体中较为内敛、主动参与较少的成员。
- 4.2.3 多样性,保持团体成员多样性在团体咨询过程中发挥着重要作用。例如每个成员的期望以及他们对其他成员的评价等。治疗师应鼓励每个成员呈现自己的特点,而不应认为团体中每个人都应尽量表现的相同。
- 4.2.4 保密规定,共同达成的保密协定限制了治疗师对戒毒者以及戒毒者对彼此的隐私泄露,治疗师和戒毒者都应明确和遵守在治疗前制定的保密协定。
- 4.2.5 治疗者应该注意一些影响团体咨询进程的破坏性行为,例如:打断、逃离治疗、拒绝参加治疗、生病、迟到等。同时治疗者应准备好应对紧急事件及隐私泄露等问题的策略。
- 4.2.6 复杂性问题,治疗师应该清楚几乎每个物质依赖者都同时伴有其他问题,如精神失常,无家可归,涉及刑事案件等,团体咨询仅仅是他们整体康复

的一个部分,治疗过程中要注意帮助其恢复信心、信仰及超越自我。

4.2.7 治疗师应同戒毒者相关的其他医药保健机构保持联系合作,了解他们的身体状况,正在服用的物质等,以便在治疗过程中结合多方面因素综合考虑问题^[22-33]。

5 用于物质滥用的团体咨询阶段

几乎每一个戒毒者在戒毒过程中都要经历不同的阶段。关于这些阶段的划分方法有很多,比如 Prochaska 等提出,将这个过程分为 6 个连续的阶段:意图前期、意图期、准备期、行动期、维持期和再现期^[34],但是最普遍的还是将戒毒过程分为早期、中期、晚期/维持期三个阶段。随着戒毒者进入不同的阶段,团体咨询中采用的模型和方法也应随之改变。因此在物质依赖的团体咨询中,往往会采用多种治疗模式相结合连续性治疗方案。具体见表 2。

表 2 不同阶段团体咨询应采用的模型和方法^[22]

	心理教育团体	技能发展团体	认知-行为团体	自助团体	人际关系进程团体	预防复发团体	表达团体
早期	+++	++	+	+++	+		+
中期	+	++	++	++	+++	+++	+
晚期/维持期			++	+	+++		

空白:基本在此阶段不适用;+:有时有必要使用; ++:通常有必要使用; +++:有必要使用,而且较为重要

5.1 治疗早期

治疗早期主要内容包括自我介绍,治疗团体达成一致的协议(主要强调保密原则和基本规则),建立一个安全的情感环境和正性的团体规范。

此阶段药物滥用者刚进入戒毒过程,可能对于戒毒行为很矛盾,僵化思维影响了他们解决问题的能力。因此早期对于治疗师来讲最大的挑战将是戒毒者的抵抗。治疗初始阶段戒毒者极易复发并终止治疗,因此治疗的第一个月尤为重要^[35]。戒毒者的准备工作,团体的最大容量,治疗的反馈,治疗师不断鼓励戒毒者参与以及预见性的施与附加帮助(例如对戒毒者孩子的保健以及其交通费用的帮助)等均有助于提高团体的保留率。对于整个团体来讲,治疗师在此阶段应着重注意建立团体凝聚力。一般情况下此阶段将持续一个月到一年^[36]。

5.2 治疗中期

治疗中期主要内容在于团体成员相互作用,重新思考其行为,共同改变。

物质滥用者在治疗的中期依然易复发,尽管认知能力通常在此阶段已恢复近乎正常,心瘾仍然影响着他们。他们清楚地记得吸毒时的快感却不记得给其生活带来的痛苦。因此,咨询师在此阶段应不断提醒戒毒者坚持治疗,指出他们已经到达的阶段,肯定治疗过程中已取得的成绩。此阶段对于一般戒毒者来讲应至少持续 1 年,很多戒毒者在此阶段复发,因此,真正完成这个阶段的任务进入治疗后期所需的时间个体差异较大^[36-37]。

5.3 治疗晚期/维持期

治疗晚期/维持期主要是治疗的维持和对其他问题的解决。在治疗晚期/维持期,戒毒者已经足够稳定去面对冲突和深层次的情感问题了,帮助戒毒者去面对他们康复后需要面对的生活痛苦显得更加重要。一些戒毒者往往需要团体咨询的帮助去建立一个健康的婚姻,一个良好的人际关系或者做一些内在的自我提升。对于戒毒者来说康复是一个持续的过程,因此这个阶段没有结束,对于戒毒者而言这

将是一个终身的过程^[22]。

6 团体咨询疗效研究

关于团体咨询的疗效目前仍缺乏大量严格控制的研究,但这一治疗方法仍然广泛应用于物质依赖的心理治疗^[33]。Ahmed 对 80 个物质滥用者进行研究,接受团体治疗的物质滥用者比控制组在一年时间里有更低的复吸率和更高的保持清醒率,物质滥用者在团体治疗中感知到的有利因素主要是情感宣泄、团体凝聚力和人际学习^[38]。在 Scheidlinge 和 Toseland 的研究中,团体治疗疗效优于个体治疗^[39-40]。Leshner 的研究认为,治疗团体的凝聚力越好,持续时间越长,成员的预后越好^[41]。Kanas 认为,伴随抑郁、焦虑、孤独、自我否定、认知障碍、精神障碍等症状的人,无论是不是药物滥用者,团体治疗的效果都优于个体治疗^[42]。Weiss 等人的研究认为,团体治疗对于伴随双向情感障碍的物质滥用者有显著效果^[43]。Fisher 等人的研究认为,团体治疗对于伴有人格障碍的物质滥用者有较好疗效^[44]。Smock 的研究认为,焦点解决的团体咨询对物质滥用有显著疗效^[45]。Cooney 等人比较了技能训练团体咨询和人际关系进程团体咨询发现,技能训练团体咨询对于严重精神病态的人有较好疗效,而人际关系进程团体咨询则对于认知损害的病人有较好疗效^[46]。

7 团体咨询应用于物质滥用治疗的优点及面临的挑战

7.1 团体咨询应用于物质滥用治疗的优点^[20, 30, 33, 47-48]

7.1.1 团体咨询可以为戒毒者在戒毒过程中提供支持和积极的同伴压力。治疗开始后,随着团体凝聚力的增加,团体成员之间的支持和相互牵制也会增加,戒毒者要想获得个人成长和团体认同就需要更普遍的适应团体的目标,由此能促进个体更好地戒毒以及获得其他方面的成长。

7.1.2 团体咨询可以减少戒毒者的孤独感,减少焦虑和抑郁,提供机会让他们形成一个集体,让其认识到他们并非特殊的,团体中很多人跟他们有共同经历和所需面对的问题,这能增加他们的归属感和安全感。

7.1.3 团体咨询提供给戒毒者观察他人戒毒过程的经历,别的成员的成功戒毒经历能激发他们改变的勇气并增强他们的信心。

7.1.4 团体咨询可以为成员提供更多更丰富的信息,别的成员处理戒毒之外的生活问题的成功经验可以为其他成员提供借鉴,同时能够及时获得其他成员对于自己处理问题的建议和反馈。

7.1.5 团体咨询能营造家庭的氛围,尤其对于那些没有家庭生活或者家庭生活不顺利的戒毒者来讲可以为他们提供一个以健康的方式与人相处的机会。

7.2 团体咨询应用于物质滥用治疗所面临的挑战

目前团体咨询的弊端主要集中于一些异质性团体中,具有社会或精神问题的戒毒者会对其他没有这方面问题的戒毒者产生一定程度的负面影响,从而导致医源性负作用。尤其是对于易受同龄人影响的青少年戒毒群体,在某种程度上偏离团体的行为会使他们感到受到威胁,从而导致他们与团体成员趋同^[49]。相关研究证明,团体咨询性质的聚集同治疗过程中产生的医源性负面影响是因果关系而非仅仅相关^[50]。因此团体成立前的分组工作就应该谨慎进行,注意尽量组成同质性团体,在条件不允许的情况下也应该对异质性小组进行最优的调和,尽量减少医源性负面影响。

我国预防戒毒后复吸的心理咨询工作目前仍处于起步阶段,吸毒人员众多,但是符合资质的心理咨询人员相对不足,将团体心理咨询应用于戒毒工作的单位和研究所也相对较少。因此,如何探索出一条能有效预防复吸的、可操作性强的团体心理咨询模式将成为以后长远的目标。

8 参考文献

- [1] 钱铭怡. 变态心理学[M]. 北京: 北京大学出版社, 2006: 325
- [2] 2010 年中国禁毒报告[R]. 北京: 中国国家禁毒委员会办公室, 2010
- [3] Chiauuzi E. Preventing relapse in the addiction: a biopsychosocial approach[M]. New York: Pergamon Press, 1991: 33-46
- [4] 樊富珉. 团体咨询的理论与实践[M]. 北京: 清华大学出版社, 1996: 2-84, 111-118
- [5] 赵敏, 杨德森, 郝伟. 药物依赖的社会心理康复治疗[J]. 国外医学精神病学分册, 1998, 25(3): 155-159
- [6] Corey G. 团体咨询的理论与实践[M]. 上海: 上海社会科学院出版社, 2006: 122-402
- [7] 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, 2002
- [8] 王松花. 罗杰斯“当事人中心疗法”的理论及其应用研究[J]. 心理科学, 1998, 21(4): 361-365
- [9] Allen EI, Lynn SD. 咨询与心理治疗: 技巧、理论及练习[M]. 台北: 台湾桂冠出版社, 1984: 327-412

- [10] Jacobs MH. 团体咨询的策略与方法[M]. 北京: 中国轻工业出版社, 2000: 2-35, 462-463
- [11] 杨世红, 周妍. 心理咨询的理论与实践[M]. 昆明: 云南大学出版社, 2009: 267-269
- [12] Michael Nystul. 心理咨询入门: 艺术与科学的视角[M]. 北京: 高等教育出版社, 2007: 355
- [13] 陈智. 心理咨询: 实用咨询技巧与心理个案分析[M]. 成都: 四川大学出版社, 2006: 381
- [14] 樊富珉. 心理咨询学[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2006: 170-171
- [15] Zimbleg S. Practical approaches to alcoholism psychotherapy[M]. New York: Plenum Press, 1985: 73, 78
- [16] 樊富珉. 我国团体心理咨询的发展: 回顾与展望[J]. 清华大学学报(哲学社会科学版), 2005, 20(6): 62-70
- [17] 范文勇. 心理治疗方法在戒毒工作中的具体应用[J]. 心理与健康, 2008, 6: 34-35
- [18] 廖飞. 团体心理辅导对男性戒毒者的应用研究[D]. 湖南师范大学, 2010
- [19] 谌丁艳, 刘芳, 彭月华. 以结构化提问为导向的戒毒患者认知行为团体心理治疗策略初探[J]. 中国药物依赖性杂志, 2010, 19(5): 379-382
- [20] 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
- [21] 贾伟. 团体咨询对美沙酮维持治疗患者生活质量的影响[C]. 第十届全国药物依赖性学术会议, 2008: 84
- [22] U. S. Department of health and human services. substance abuse treatment: group therapy - treatment improvement protocol (TIP) series 41[M]. Rochville: DHHS Publication No(SMA), 2005: 9, 43-46
- [23] Dombeck M. Group and individual therapy formats for alcohol and substance abuse [OL]. 2005-10-24. http://www.mentalhelp.net/poc/view_doc.php?type=doc&id=8094&cn=14
- [24] Carroll K, Onken L. Behavioral therapies for drug abuse[J]. Am J Psychiatry, 2005, 162(8): 1454-1455
- [25] Brook D, Spitz H. The group therapy of substance abuse [M]. New York: The Haworth Medical Press, 2002: 477, 480
- [26] Hasin DS, Grant BF. AA and other helpseeking for alcohol problems: former drinkers in the us general population [J]. J Subst Abuse, 1995, 7: 281-292
- [27] Weiss RD, Griffin ML, Najavist LM, et al. Self-help activities in cocaine dependent patients entering treatment: results from the NIDA collaborative cocaine treatment study [J]. Drug Alcohol Depend, 1996, 43(1-2): 79-86
- [28] Dombeck M. Alcohol and substance abuse 12 step programs (AA/NA/CA/MA) and other peer support groups [OL]. 2005-10-24. http://www.mentalhelp.net/poc/view_doc.php?type=doc&id=8094&cn=14
- [29] Weiss RD, Griffin ML. The effect of 12-step self-help group attendance and participation on drug use outcomes among cocaine-dependent patients [J]. Drug Alcohol Depend, 2005, 77: 177-184
- [30] 钱铭怡. 心理咨询与心理治疗[M]. 北京: 北京大学出版社, 1994: 167-275
- [31] Beck A, Wright E. Cognitive therapy of substance abuse [M]. New York: The Guilford Press, 2001: 354
- [32] Madden JS, Walker R, Kenyon W. Alcoholism and drug dependence: a multidisciplinary approach [M]. New York: Plenum Press, 1977: 310-311
- [33] 姜佐宁. 药物成瘾: 临床特征与现代治疗[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 609
- [34] Prochaska JO, Diclemente CC. The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy [M]. Malabar: Krieger Publishing Company, 1984: 204
- [35] Margolis RD, Zweben JE. Treating patients with alcohol and other drug problems: an integrated approach [M]. Washington DC: American Psychological Association, 1998, 358
- [36] Velasquez M, Maurer G, Crouch C, et al. Group treatment for substance abuse: a stage-of-change therapy manual [M]. New York: The Guilford Press, 2001: 222
- [37] Anglin DM, Hser Y. Treatment of drug abuse [M]. Chicago: The University of Chicago Press, 1990: 13, 393-460
- [38] Ahmed S, Abolmagd S, Rakhaw M, et al. Therapeutic factors in group psychotherapy: a study of egyptian drug addicts [J]. J Groups Addict Recovery, 2010, 5(3-4): 194-213
- [39] Scheidlinger S. The group psychotherapy movement at the millennium: some historical perspectives [J]. Int J Group Psychother, 2000, 50(3): 315-339
- [40] Toseland RW, Siporin M. When to recommend group treatment: a review of the clinical and the research literature [J]. Int J Group Psychother, 1986, 36(2): 171-201
- [41] Leshner AI. Introduction to the special issue: the national institute on drug abuse's (NIDA's) drug abuse treatment outcome study (DATOS) [J]. Psychol Addict Behav, 1997, 11(4): 211-215
- [42] Pattison E, Kaufman E. Alcoholism and group psychotherapy [M]. Encyclopedic Handbook of Alcoholism, New York: Gardner

Press, 1982, 1011-1021

- [43] Weiss RD, Griffin ML, Greenfield SF, et al. Group therapy for patients with bipolar disorder and substance dependence: results of a pilot study [J]. *J Clin Psychiatry*, 2000, 61(5): 361-367
- [44] Fisher MS Sr, Bentley KJ. Two group therapy models for clients with a dual diagnosis of substance abuse and personality disorder [J]. *Psychiatr Serv*, 1996, 47: 1244-1250
- [45] Smock SA, Trepper TS, Wetchler JL, et al. Solution-focused group therapy for level 1 substance abusers [J]. *J Marital Fam Ther*, 2008, 34(1): 107-120
- [46] Cooney NL, Kadden RM, Litt MD, et al. Matching alcoholics to coping skills or interactional therapies: two-year follow-up results [J]. *J Consult Clin Psychol*, 1991, 59(4): 598-601
- [47] Brown S, Yalom ID. Interactional group therapy with alcoholics [J]. *J Stud Alcohol*, 1977, 38(3): 426-456
- [48] Flores P, Carruth B. Group psychotherapy with addicted populations: an integration of twelve-step and psychodynamic theory [M]. New York: Routledge, 1996: 680
- [49] Kaminer Y. Challenges and opportunities of group therapy for adolescent substance abuse: a critical review [J]. *Addict Behav*, 2005, 30(9): 1765-1774
- [50] Dishion TJ, Poulin F, Burraston B. Peer group dynamics associated with iatrogenic effects in group interventions with high-risk young adolescents [J]. *New Dir Child Adolesc Dev*, 2001, 91: 79-92

收稿日期: 2010-12-01

修回日期: 2011-09-12

(上接第9页)

- [42] Hensler JG, Ladenheim EE, Lyons WE. Ethanol consumption and serotonin-1A (5-HT_{1A}) receptor function in heterozygous BDNF (+/-) mice [J]. *J Neurochem*, 2003, 85(5): 1139-1147
- [43] Ito W, Chehab M, Thakur S, et al. BDNF-restricted knockout mice as an animal model for aggression [J]. *Genes Brain Behav*, 2011, 10(3): 365-374
- [44] Chan JP, Unger TJ, Byrnes J, et al. Examination of behavioral deficits triggered by targeting Bdnf in fetal or postnatal brains of mice [J]. *Neuroscience*, 2006, 142(1): 49-58
- [45] Wojnar M, Brower KJ, Strobbe S, et al. Association between Val66Met brain-derived neurotrophic factor (BDNF) gene polymorphism and post-treatment relapse in alcohol dependence [J]. *Alcohol Clin Exp Res*, 2009, 33(4): 693-702
- [46] Oades RD, Lasky-Su J, Christiansen H, et al. The influence of serotonin- and other genes on impulsive behavioral aggression and cognitive impulsivity in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): findings from a family-based association test (FBAT) analysis [J]. *Behav Brain Funct*, 2008, 4: 48
- [47] Neves FS, Malloy-Diniz L, Romano-Silva MA, et al. The role of BDNF genetic polymorphisms in bipolar disorder with psychiatric comorbidities [J]. *J Affect Disord*, 2010, 131(1-3): 307-311
- [48] Spence JP, Liang T, Habegger K, et al. Effect of polymorphism on expression of the neuropeptide Y gene in inbred alcohol-preferring and -nonpreferring rats [J]. *Neuroscience*, 2005, 131(4): 871-876
- [49] Thiele TE, Marsh DJ, Ste Marie L, et al. Ethanol consumption and resistance are inversely related to neuropeptide Y levels [J]. *Nature*, 1998, 396(6709): 366-369
- [50] Karl T, Lin S, Schwarzer C, et al. Y1 receptors regulate aggressive behavior by modulating serotonin pathways [J]. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 2004, 101(34): 12742-12747
- [51] Lindell SG, Schwandt ML, Sun H, et al. Functional NPY variation as a factor in stress resilience and alcohol consumption in rhesus macaques [J]. *Arch Gen Psychiatry*, 2010, 67(4): 423-431
- [52] Wetherill L, Schuckit MA, Hesselbrock V, et al. Neuropeptide Y receptor genes are associated with alcohol dependence, alcohol withdrawal phenotypes, and cocaine dependence [J]. *Alcohol Clin Exp Res*, 2008, 32(12): 2031-2040
- [53] Treutlein J, Cichon S, Ridinger M, et al. Genome-wide association study of alcohol dependence [J]. *Arch Gen Psychiatry*, 2009, 66(7): 773-784
- [54] Deininger PL, Batzer MA. Alu repeats and human disease [J]. *Mol Genet Metab*, 1999, 67(3): 183-193
- [55] Thomas D. Gene-environment-wide association studies: emerging approaches [J]. *Nat Rev Genet*, 2010, 11(4): 259-272

收稿日期: 2011-06-13

修回日期: 2011-09-12