

降低危害心理疗法：扩大传统药物滥用治疗的覆盖面

作者：安德鲁 塔塔斯基,降低危害心理疗法与培训协会,美国纽约第6区西11大街31号,10011

翻译：云南省药物依赖防治研究所

摘要

降低危害是一个颠覆传统的理念，它能够显著提高针对药物滥用者的治疗效果。降低危害的核心内容是治疗必须以目标人群的需求和个人目标出发，任何可降低药物相关危害的行为都是有价值的。本文提出了降低危害的理念、原则、治疗的意义以及在心理治疗技术的运用。作者将其模式称之为综合的降低危害心理治疗，这是一种整合了策略性技能培养的方法，其关注的重点在于探究药物滥用的多重含义和治疗联盟的重要性。

关键词：降低危害 心理治疗 成瘾治疗

1.回顾

降低危害是药物滥用治疗领域中一种重要的全新理念，与早期其他一些颠覆性的理念如疾病的概念、自我用药学说等一样，降低危害的理念能显著提高我们处理与药物滥用和酒依赖相关的大多数问题的能力。

降低危害的理念来源于“用公共卫生的方法处理疾病以替代从道德/法律角度处理毒品和酒依赖问题”的观点(Marlatt, 1996)。降低危害的方法开始主要用于正在使用毒品且无法或不愿彻底戒毒的人员，随后，在上世纪80年代后期至90年代早期，降低危害作为一种控制HIV传播和其他一些药物滥用相关高危行为的公共卫生策略，在美国逐步得到接受和运用，这些策略和方法包括：针具交换、安全套发放、美沙酮维持治疗等。

Marlatt(1998)将降低危害的理念称之为“慈悲的实用主义”。这种理念的核心在于它比较务实地认可了治疗必须与药物滥用者的需求及个人目标相吻合的想法。因此，降低危害方法包含了一系列的降低危害的目标，包括（但不仅限于）戒断，这意味着哪怕是很小的正向改变都是朝着成功方向迈进。

在过去12年间，降低危害的理念已经被越来越多的曾参与制定过有关毒品与刑事犯罪政策、医疗法规(S. Stancliff, 2002)、药物滥用治疗(Marlatt, 1998; Rotgers, 1996)和心理治疗(Tatarsky, 1998, 2002)的具体实施策略的研究人员、医务工作者及政策制定者所认可。

2.降低危害的基本原理

2.1.很多吸毒者不愿意停止使用毒品

在美国，绝大多数有药物滥用问题的人都未能得到治疗，很多滥用者（即使非大多数）出于种种原因不能或不愿戒断（具体原因在后面会讨论）。一些数据显示，很多药物滥用者都在逃避帮助，因为他们不愿意一生都保持戒断(Rotgers, 1996)。然而另一方面，终生戒断却往往是美国大多数毒品和酗酒治疗项目的唯一目标(Roman & Blum, 1997)。通过接受且不局限于以完全戒断为唯一目标，降低危害的理念为那些被传统以完全戒断为唯一目标的治疗方式所拒绝的药物滥用者敞开了大门。

2.2.药物滥用者的多样性及个性化治疗的需求

药物滥用者在滥用严重程度、继续使用药物状态下的个人目标（如：更安全的使用方式、适量使用或戒断）、动机或接受改变的准备程度、心理及精神状况、性格特征、易感性、社

会经济地位等方面有很大的不同。这些因素影响着完全戒断这一最终目标的实现，同时，这些因素的可变性也足以解释为什么那些以完全戒断为唯一目标、千篇一律的治疗方法对大多数滥用者是无效的。这些因素的可变性同样说明，需要一个灵活的、涵盖面更广、更完善的模式来接纳有着不同需求的各类滥用人群，这种模式应包含一系列治疗目标，而不仅以完全戒断为唯一目标。Miller和Rollnick（1991）在其书中阐述了在帮助药物滥用者设定改变的目标和追求行为改变之前，预先解决滥用者矛盾心理和相关动机问题的重要性。在这种模式下，治疗能够与药物滥用者的特殊需求相匹配并能在最大程度上获得成功。Denning(2000)曾著书说明干预活动与病人特殊行为的可改变程度相匹配的重要性。Tatarsky（2002）也曾解释说：许多因素都与药物滥用问题相关，如早期创伤、过度的“超我”（内源性压力）、严重的符合轴I和轴II诊断的疾病等，都可能导致尝试使用药物直至自我给药行为，在这些因素可能导致人们使用药物前，必须给予识别。基于以上因素，降低危害可以被看作是一个巨大的伞状概念，这种概念包含了众多治疗模式，以满足各种类型药物滥用者的不同需求。

2.3.药物（物质）的多重含义及适应性价值

药物（物质）可以看作是具有很重目的的工具并常用于适应社会。对很多人来讲，药物具有重要的个人含义，行使维持生命的功能并被认为是在没有其它更好的替代解决方法之下最重要的方式，例如：自我用药(Khantzian, 1985)，影响/情感防御(Wurmser, 1978)，应对负面情绪(Rotgers, 1996)，人格或自我(ego)的“修复”(Weider & Kaplan, 1969)，个体意识（认识到自己是一名吸毒人员/叛逆者/非墨守成规者等等），多性格结合体（如：能够使滥用者认识到自我性格分裂的方面；Krystal,1977），创造力的释放，快乐的主要源泉等。

无论这些动机是否被滥用者意识到，任何停止滥用的想法及尝试经常都会伴随严重的甚至是非常严重的焦虑。在这些药物所起的重要作用之下，在改变用药模式之前，滥用者通常都需要“重温”药物对他们的多种作用，在持续使用期间，滥用者需要慢慢去发现可以取代这些功能的替代方式。

2.4.适度的问题

因为药物在滥用者日常生活中的正性角色作用，在没有完全戒断的情况下，滥用者通常有适度使用这些药物的意向，或期望借此降低这些药物所带来的伤害性的影响(Cunningham, Sobell, Sobell, Agrawal, & Toneatto, 1993; Rotgers, 1996)。在考虑完全戒断时，必须给当事人解答完全戒断是否可能的问题。判断完全戒断是否可行最好的办法是在提供支持的前提下，让滥用者亲身经历适度的尝试，在有支持的前提下进行适度的尝试所遇到的困难也能够增加滥用者完全戒断的动机。

3.降低危害的原则：能够满足不同层次的需求

3.1.要认识到，很多滥用者起初并不希望完全戒断

降低危害的理念把完全戒断作为针对滥用者的其中一项可能但不是唯一可接受和最佳的目标，不要求在治疗初期就要达到完全戒断。一些病人不愿意去实现完全戒断的目标，因为对他们来说戒断意味着对权威或者强权的屈服，这种现象可以在Denning（2001）的戴安娜案例和Tatarsky（2002）的汤姆案例中看到。在很多临床情况中（正如这两个案例中的描述），追求完全戒断导致滥用者有滥用的冲动以表达自己的反叛。相反，适当的目标则更加容易被接受，因为这为滥用者提供了一种自主的选择权，使滥用者不必面临屈服或反抗的境地。这种理念为大量尚未接受治疗的滥用者开启了一扇大门，认可病人的需求，并将治疗落实到符合病人需求的目标上。这并不是悲观的认为滥用者是无法被改变的，相反，这是有目

的性的改变过程的开始，只不过这个过程的结果在治疗初期尚无法预知。降低危害的目标是为病人提供支持，使他们达到理想的降低危害状态：良好的健康状况、自我支持、自我实现、以及对人际关系感到满意。

3.2.使药物滥用者接受治疗是首要目标：切入点是关键

很多病人在治疗前期的接触阶段就流失，这是因为他们的问题和顾虑未能得到尊重和关注。认可病人对问题的理解，并将其作为合理的干预出发点。降低危害试图了解促使病人来寻求帮助的动力，以满足病人的需求。同时，围绕着这个动机，建立一个积极的治疗联盟。

3.3.任何与滥用有关的危害降低都被视为有意义的进步

降低危害理念将药物滥用视为一种充满变数的向着负性方向发展的进程，而降低危害的方法则设法帮助滥用者沿着降低危害的方向改变。这种对于降低危害定义的新理解避免陷入一些全球性的争议，如：我是瘾君子么？或：这是否是一种疾病？相反，这种理念将关注的焦点放在更实际、更细致的问题上，如：目前的滥用行为在特定方面的危害及制定应对这些危害的具体目标。Marlatt (Marlatt, Larimer, Baer, & Quigley, 1993)针对大学里狂欢暴饮者做的一项研究为此提供了有价值的支持。他发现几乎所有的被调查对象都不认为自己是酗酒者，但是，大部分被调查对象都承认酗酒给他们带来了一些问题，例如：判断力暂时减退、影响了一些重要的活动（如学习）、经常性的反应迟钝等。当被问到是否有兴趣接受指导以降低这些负性的后果时，大部分人都表示愿意。

因此，降低危害将微小的、循序渐进的朝向降低危害的步骤都作为合理的目标。这些步骤可能是以戒断或适度的使用为目标，即Miller(Miller & Page, 1991)所称的“热火鸡”，也包括一系列的能够激励人们寻求帮助的方法，包括：确定有关滥用的个人目标、处理好矛盾心理、更安全地使用、预防过量、人际关系、面对滥用的冲动和决心等等。当人们对自我能力方面的信心增加，意识到正向的改变是可能时，这些微小的步骤也能导致一些积极的改变。

3.4.在为病人提供促进其改变的服务时如何动员病人的自身力量

传统的观念比较绝对，认为药物滥用者无法接受心理治疗，而降低危害的理念则认为：很多滥用者有能力和意向在滥用的各个阶段接受正向改变服务。我认为药物滥用可以被看作象其它一些具有潜在危害的病症（如焦虑或抑郁）一样来治疗，我们不能要求焦虑或抑郁患者首先放弃他们现有的问题，然后再来接受治疗，同样，药物滥用者的每个问题都是滥用各阶段的现实存在。在极端的个案中，带着所有问题的人不太可能马上从心理治疗中获益，他们可能需要药物或住院治疗来稳定他们的状况、维持生命、减轻问题的严重程度。然而，在一些较轻的案例中，这一问题必须分开进行分析，不仅滥用者要单独分析，而且其他因素如：用量和频率、微小的治疗和改变的意向、有限的自我反省，所有这些都需要单独进行分析。

3.5. 病人对治疗的合作

这一原则的内涵是认为病人可能比医生更了解什么对他们最有用，这一理论有助于让提供的服务更有益于病人，从而也促进了治疗联盟的发展。Rotgers (1996)回顾了一组支持这一原则的研究后发现，大多数酗酒者都希望自己来决定戒酒的目标，在给予他们自由选择目标的权利时，节制率和治疗的总体成功率都有所增加。

3.6.不歧视滥用者的重要性

降低危害理念认为：大多数与滥用相关的危害都是由于社会普遍存在的以歧视、贬低、强迫或惩罚性的态度或方法对待滥用者导致的结果。这些负性态度在我们的文化中无处不在，它们既存在于治疗提供者，也存在于滥用者自身之中。对于治疗提供者，他们更容易表现出惩罚性的或愤怒的反应，导致在为病人提供服务时难以有建设性地解决他们的问题。另一方面，病人可能因为预想到要在治疗中遭受歧视性的态度而拒绝接受治疗(Marlatt & Kilmer, 1998)。这些负性的态度甚至在滥用者内部也广泛存在，且经常会导致滥用者放弃改变尝试，也就是马尔拉特和高顿(1985)所称的“戒断扰乱效应”，这种效应常出现于病人为达到完全戒断而使用一些影响情绪的药物时。基于完全戒断是治疗成功的唯一标准这一前提，达不到这个目标时他们就会产生一种严重的自责情绪，进而否定自己已取得的所有进步。“看吧，我是一个可怜的垃圾、失败者，我不可能变好了”。这种自我贬低的情绪会妨碍病人认识到自己已经取得的改变，不明白暂时的旧病复发在改变的过程中是正常、可接受的，是让病人吸取教训的一个机会。这种趋势也会使病人预想到自己在接受治疗时会遭遇工作人员失望的态度及责备，并成为治疗的障碍。因此，减少全社会对药物滥用者的歧视在降低危害措施中具有重要的价值。

3.7.治疗的意义

这些原则能够从两个层面改善对于滥用者的治疗。作为伞状概念，降低危害建议成立一个整合的治疗系统，将一系列的适合病人不同需要的治疗模式联系在一起。作为治疗原则，降低危害能够优化治疗的提供方式，能够对病人提供各阶段的心理治疗，从最初的介入和评估一直到目标设定和协助改变。

4.降低危害心理治疗

降低危害心理治疗属于心理治疗的一个类别，不同的治疗方法在理论导向和临床措施方面可能会有所不同，但都是以降低滥用相关的危害为目标，而不把完全戒断当成所有滥用者的最理想目标，也不认为完全戒断是接受治疗的先决条件，越来越多的可能具有不同观点的治疗师已经为这种治疗的发展贡献了力量(Carey & Carey, 1990; Denning, 2000; Marlatt, 1998; Miller & Rollnick, 1991; Peele, Bufe, & Brodsky, 2000; Rotgers, 1996; Rothschild, 1998; Tatarsky, 1998, 2002)。

此处讨论的是整合式降低危害心理治疗模式，这种模式吸取了心理动力学和传统的认知行为理论中的有益知识，坚守人文主义的理念。该模式是建立在本文作者及众多为病人提供心理治疗服务的专业人士的临床经验基础上。到目前为止，这些技术和操作还没有经过经验式评估。随着邓宁(2000)，马尔拉特(1998)和塔塔斯基(1998,2002)指导书籍的出版，该领域可以说进入了一个发展时期，在这一时期，这样的研究既是必须的，也是众所期望的。这些临床方法和干预措施正朝着为药物滥用者提供服务的方向前进——事实上已经开始服务于药物滥用者，但是，这些方法在其他一些情况下，如不同的病人群体，不同背景、经验及技术水平的医务人员管理的环境下是否有效，目前尚无定论。

接受治疗的病人在进入自我改变过程时，也同时会经历痛苦期。降低危害心理治疗旨在通过在病人与医务人员之间建立一种情感移入式的共鸣，加深对导致痛苦的原因（即滥用和其他问题的危害）的识别和理解，设定减少伤害的目标——这些目标如果经过假设检验证明对病人具有可行性时就要正式确定，根据病人的特殊需求和能力来促进病人的改变。

整合式方法将能力建设/自我管理同“揭示药物的多重含义”的关注点结合起来，这些能力包括：识别危害、设定降低危害目标、揭示滥用药物的多种方式、以及朝积极方向改

变的能力，这一系列能力是能够通过治疗过程学习并能融入其中的。这些能力在一个有机的“空间”里得到发展和壮大，在这一空间，病人能感觉到，通过治疗联盟，自己得到认可和共情。

这些能力可以通过几种方式得到发展。整体而言，一个好的治疗关系就好像一个游戏。此外，充满共情的提问可以使病人产生对自己问题的好奇。通过沉默的鼓励，也可以解决之前数据显示的很多病人缺乏自发关怀的现象(Krystal,1977)。我们对危险行为的过度焦虑，在一定情况下，可以转换为对危险行为的积极、健康的关注，可以通过传授一些诸如增强自信、放松、拒绝滥用等应对方式，帮助病人完成这一转换过程。同时，通过持续的人际关系支持，帮助病人自发的形成和提高这种能力。

降低危害的目标说明人的内心有期望改变的部分，而期望改变的这一部分不可避免的要与内心的老的坚持滥用习惯的另一部分有所冲突。设定降低危害目标的过程就是要让病人意识到这种冲突的存在。降低危害内容的解读有助于病人更清晰地认识自我的一些方面：需求、期望、感觉、应对方式的尝试、抵御焦虑、象征性的表达、人际交往等等——这些都包含在重新回到旧习惯的欲望之内。当这些动机被识别后，才可能去寻求一种替代解决方法以解决和表达它们。

5.病人的参与是治疗的重点

5.1.建立治疗联盟

治疗联盟是心理治疗的一个里程碑，它通过建立一个较为安全的环境，为病人提供治疗，在此环境下，治疗工作能够有序展开(Safran & Muran, 2000)。而使病人开始和维持积极改变的过程是治疗联盟的首要任务，因此，建立比较合作的联盟具有非常重要的意义。

“从病人实际情况出发”这是降低危害运动的核心口号之一。这一口号与我们工作的相关性在于，只有当病人感觉感情上得到认可，且能够获取到符合他们需求的帮助时，联盟才能形成。因此，治疗最初的关注点应该是病人寻求治疗的原因。

5.2. 医务人员态度的重要性

治疗师在同病人会面之前，不应预先设想病人的需求、能力及合适的目标(Denning, 2001)。有关病人的预先设想会导致反移情效应，进而影响治疗步入正轨。一开始就应表明降低危害的位置，这样能够消除病人被强迫接受治疗的被动感。此外，对病人说明，我们能理解一般情况下病人对于停止滥用比较矛盾的心理，关于滥用行为适应性价值的表述将是一项有助于消除病人羞愧心态的策略。

5.3.共同的目标

病人和医务人员朝共同目标努力的合作立场将有助于提高合作的程度，因此，治疗的焦点是在病人所经历的问题以及病人认为“正确”的目标的确定上。我将此称之为病人和治疗之间的“正确匹配”(Tatarsky, 2002)。这种灵活性使得现有滥用者站出来接受帮助，解决滥用有关或无关的问题。一些与滥用无关的问题可能包括焦虑、抑郁、生活方向问题、受虐或创伤的既往史。反之，与滥用有关的问题可能包括改变的动机不足、目标不明确、适度的期望或采用其它安全方法的期望、戒断的期望。当然，即使是无关内容也可能会与滥用交织在一起，只是这些问题的解决不一定需要详细探讨药物滥用。病人和医务人员观点上的差异能够通过以“什么才是病人最可行的”为目标建立起来的联盟来处理。

6.评估危害，设定降低危害目标

6.1.评估和目标的设定也是治疗的一部分

病人所关注问题的评估和降低危害目标的设定既可被视为治疗的前期焦点，也可被视为治疗过程中的持续焦点，解决病人关注问题的联盟的建立为评估滥用危害和其它相关问题创造了背景环境。评估也是治疗行为，在此过程中，病人能够认识到滥用的危害。通过联合询问识别出滥用药物的危害后，治疗师就有可能与病人一起制定出降低危害的目标。

让病人做体检以了解滥用对于身体的影响是非常必要的，体检的结果能够为确定滥用危害提供重要的客观依据（还可参见Miller, Zweben, DiClemente, & Rychtarik, 1995）。

6.2.目标

一旦药物使用过量、滥用、损害自身、变成强迫性的使用、成瘾或在某种程度上严重威胁或牺牲其它重要需求和价值出现时，降低危害策略的首要目标就是帮助滥用者改变用药习惯以降低有害影响。尽管完全戒断对很多病人来说是最理想的目标，但若能在有规律的锻炼、健康饮食和工作生活间取得合理平衡，降低危害心理疗法并不认为完全戒断是改变过程的先决条件。因此，适量控制药物使用及其它一系列的降低危害方法都是可以接受的，这些方法包括：学习安全使用药物方法、使用清洁针具、服药时有他人在场、了解过量吸食的危险及预防、改用危险性更小的药物以及明确剂量限制。

7. 协助改变的能力

评估和目标设定都是为了协助病人培养自我反省、忍受不适感觉及坚持的能力，自我反省和坚持都是个人转变所必需的能力。在相对安全的治疗关系中，坚持和自我反省的体验将有助于识别出各种过量滥用药物的因素，这些因素的识别也使得解决问题成为可能。

7.1.理想的药物使用计划

理想的药物使用计划就如一个确定使用模式的指导框架，从而最大化药物使用的好处（如果有）而最小化其成本或风险，它也是一种识别药物使用的有害方面、设定降低危害目标的策略。有助于制定计划的方法有很多，我要求人们“重新记录那些负性问题的清单”，并思考一下如果这些问题不是负性的话，情况是否会绝然不同，这就需要对于滥用者当前错误的滥用药物模式如剂量、频率、方式以及负性后果等进行细致的分析。邓宁（2000）建议对于滥用者当前的模式进行成本/获益分析，以了解如何在药物使用的积极效应与不良反应之间取得平衡。Rothschild（1998）也讨论过病人在药物使用上矛盾心理和两面性的相关探索。我发现“声音对话”方法(Stone & Winkelman, 1988)在此方面非常有用，在这一方法中，治疗师与病人（Stone称之为亚自我）围绕药物使用的两面性进行不同层面的探讨，我的建议是：使用假设检验的方法来评估正向的改变或降低新使用计划的危害，同时，考察这一计划对于某位特定病人的现实性及可行性。

7.2.觉察和放松训练

这种训练对于增强自我反省和忍受不适感觉的能力都很有帮助，它通过与药物使用欲望相关的事件-思维-感觉-冲动的顺序来揭秘药物的多重意义和功能，同时，加强自我识别危险情景的能力，以避免受到冲动的控制而滥用药物。一些人认为这种训练闭上双眼比较容易进入，不过实际上睁眼或闭眼都可以。病人将依次进入六个阶段：（1）觉察；（2）感到紧张/焦虑/不适的程度；（3）缓慢的深呼吸；（4）用一个词或短语来描述他们希望产生的感觉；（5）给病人一个视觉上的安全空间；（6）重复这种体验。

8. 正向改变的整合式策略

深入了解导致滥用药物的因素，并形成相应的治疗措施，这些治疗措施充分考虑到了特

定病人各个方面的因素。滥用者的多样性意味着治疗需要个体化。因此，降低危害心理治疗师必须适应每个病人的独特性，同时，在心理、行为及治疗性药物的使用等干预措施方面要表现出一定的灵活性以适应病人的个性化特征。

由于已经识别了药物的多重含义和功能，就可以运用认知行为策略，让病人学习到具有更强适应性、非药物的方式来处理当前通过滥用来解决的问题。这些方式包括：放松训练、愤怒控制和自信训练。认知行为的策略通常用来处理与滥用相关的非现实的信念，这些策略和方法包括：接受压力、理性的争论及“全面思考”。

在处理病人挫折及其他一些相关问题时，心理动力学方法和技巧是必须的。通常还需对早期的通过药物使用表现出的关系进行确认以便新的方式能够推行。对于很多病人而言，治疗关系提供了一种新的人际关系体验，这种体验可以作为病人前期负性体验的替代，也为使一些陈旧的问题在治疗师面前得以识别和呈现。

9.实施降低危害心理治疗

在药物滥用治疗领域，降低危害心理治疗作为一种可行的、已经被接受的干预措施确立了自己的地位，但仍然还有很多障碍。其中最迫切的问题有：是否有效？哪些人可以训练成这种治疗方法的实施者？在某些强制治疗情况（诸如刑事转介、工作福利系统以及职业相关的EAP转介系统）下该方法是否还会起作用？等等。

从之前的讨论中我们已经清楚，降低危害心理治疗是根植于与传统精神医学有着紧密联系的心理学和心理治疗方法之中的。在很多情况下，降低危害心理治疗呈现了这样一种状况：我们从精神卫生治疗的视角来看待药物滥用及成瘾的问题(Lichtman,2002; Rothschild, 2002)。从心理动力学的角度，我们看到了这样一个新观点：药物滥用是一些潜在问题和冲突的表现、反映，甚至是这些问题和冲突的治疗之道。或许从另一个角度来说，认知—行为理论强调对成瘾行为的学习原则与对一些心理障碍中表现出来的学习原则是一样的(Marlatt & Gordon, 1985)。基于这样的背景，符合逻辑的看法是，较之传统有药物滥用治疗背景的人（如社区治疗顾问、有行业资格的酗酒和药物滥用顾问）而言，降低危害心理治疗方法更适合于一些接受过基本的精神卫生训练的人（如社会工作者、职业康复咨询师、心理医生和精神科医生）来实施。

最后，如果想扩大治疗范围，而不仅仅是做一个开业医师或者偶尔客串一下的“孤独的狼”类型的咨询员，还需要提一下治疗效果方面的问题。到目前为止，还没有该方法及相关方法的治疗效果研究。但是，作为降低危害心理治疗核心的概念之一，**治疗联盟**已经在心理治疗研究领域得到了支持。正如Teyber和McClure（2000）所写的那样：“治疗联盟这一概念由Greenson（1967）提出，它反映了治疗师和病人在工作目标上达成一致、在如何达成目标上取得一致，并且彼此间感受到了相互间的情感纽带”，这种说法指出了降低危害心理治疗的精髓。在一些工作笔记中，一些治疗师指出：“治疗（帮助和治疗）联盟是预测治疗产出最重要的变量”。此外，既然治疗者与病人之间的情感纽带已被公认是在帮助药物滥用者改变他们生活方式至关重要的机制，那至少也能说明降低危害心理治疗在一定程度上是有效的。

为了说明降低危害方法的科学性，编写一本有关降低危害心理治疗操作手册也并非不可能，尽管这种治疗方法强调的是个性化的治疗。在培训治疗师时，需要包括以下两个核心元素：（1）技巧和干预方法的学习（包括：决策平衡、风险评估、理想的药物使用计划；（2）完全理解降低危害理论及由此发展出的倾听和行动的能力。一些有意义的结果评估可能包括对上述这些治疗师行为的评估、治疗联盟的力量、以及其它一些能够测量危害减少的可能性和个体生活质量提高的指标。

将降低危害心理治疗整合到主流的药物治疗的过程，可能——甚至是必须牵涉到降低危害方法与传统治疗方法的相互作用，因而这种整合可能会非常复杂，Wild（1999）揭示了这种相互作用的一些动力特征。他认为，针对药物滥用者，在刑事诉讼界和治疗机构，存在两种完全不同的观点，前者认为使用毒品是犯罪行为；而对于后者，这只是一种疾病。在某种程度上，一些以完全戒断为目标的治疗人员可能会将复吸视为康复过程的一部分（虽然这种看法可能并不广泛），但是对于法官来说，事情却并非如此，他们可能会立刻将复吸者送入监狱。正如Wild指出的那样，在某种程度上，上述两者唯一的共同点就是都以完全戒断作为目标，而降低危害的引入可能会破坏这种不稳定的平衡。

解决的方法可能需要把对降低危害心理治疗的领悟与渐进主义的框架相融合。首先是让司法系统或强制机构理解并接受这样一个概念，即康复是一个过程，复吸也是这个过程的一部分。Wild（1999）建议说：强制机构应当接受，滥用行为的减少也是有价值的产出，在某种情况下，这也是恰当的。应当允许病人在一段时间内接受治疗，而这段时间无需向当局报告他们的毒品服用/酗酒的情况。除报告人数外，转介机构不需要获取其他如尿检情况及一些临床数据，在这种情况下，治疗才可能是“真正”的治疗，治疗机构无须承担过多复杂的角色，可以把心思放在治疗上，而不用担心那种复杂的角色可能给治疗本身带来的有害作用。如果能给病人一段时间来解决这些与他们的成瘾相关的核心问题，如果允许他们从成功和非成功的经验中了解如何去控制或消除滥用，那么保持长期操守也是非常可能的。

10. 结论

本文一方面回顾了降低危害的理念，另一方面也详细说明了由传统的心理动力学和认知行为治疗发展而来的现行心理治疗方法。通过治疗关系的发展、病人自我目标的抉择和确认、隐藏在药物滥用背后的创伤及相关事件的暴露和解决、以及通过能力建设和信息分享而对个人的赋权，病人作为一个整体是有机会得到治愈的。我相信：这将在最大程度上使个人、家庭乃至整个社会获益。

鸣谢

本文是改编自新学院大学举办的“大讨论：成瘾治疗中戒除与减低危害对比”大会中于2001年4月6日所做的一篇报告。本次大会由纽约州心理联合会成瘾执行委员会分部发起并提供支持，其成员包括：Julie Barnes, F. Michler Bishop, Lisa Director, Scott Kellogg, Robert Lichtman, A. Jonathan Porteus, Marlene Reil, Debra Rothschild, Suzanne Spross, Andrew Tatarsky和Alexandra Woods。会议同时由新学院大学心理健康及药物滥用咨询研究生项目承办。我在此要感谢纽约州心理联合会成瘾执行委员会分部及新学院大学的McWelling Todman，特别要感谢Scott Kellogg对于本文的全面评价和有益建议。

参考文献：（略）