

成癮——21 世纪的流行病

师建国 主编

科学出版社

北京

内 容 简 介

本书博采各家学说精华，参考国内外最新出版的著作和研究成果，融合了心理学、社会医学、精神医学、行为医学的内容，集中介绍和阐明了成瘾的原因、危害，戒瘾、控制成瘾行为流行的措施，以及现行有效的预防、治疗、康复措施等诸多内容。此书的特点是取材新颖、内容系统全面、描述通俗易懂、与临床结合紧密、操作性强，是一部深入浅出介绍各类成瘾疾病的科普著作。可供具有初中以上文化水平的广大读者，尤其是成瘾患者、家属，以及从事精神医学、心理学临床工作的医务人员阅读。

图书在版编目 (CIP) 数据

成瘾：21 世纪的流行病 / 师建国主编. —北京：科学出版社，
2004.1

ISBN 7-03-012275-5

I. 成… II. 师… III. ①毒理学-研究②病态生理学-研究
IV. ①R99②B846

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2003) 第 086493 号

策划编辑：沈红芬 / 文案编辑：冯善存
责任校对：陈丽珠 / 责任印制：赵德静 / 封面设计：耕 者

科学出版社 出版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码：100717

<http://www.sciencep.com>

印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2004 年 1 月第 一 版 开本：A5 (890×1240)

2004 年 1 月第一次印刷 印张：11

印数：1—5 000 字数：344 000

定价：22.00 元

(如有印装质量问题，我社负责调换〈科印〉)

编 委 会

主	编	师建国			
副	主	高粉霞	贾 伟	郭芝芳	
编	委	师建国	高粉霞	贾 伟	
		郭芝芳	戴尊孝	杨 洪	
		马军平			

前 言

当今世界，成瘾疾病正在全球肆虐。我国的药瘾、酒瘾、烟瘾、赌博瘾、网络瘾等患者越来越多，并成为重要的公共卫生问题和严峻的社会问题。

2002年底，我国登记在册的毒瘾患者100万，而通常一个登记在册的吸毒人员周围总会有四五个隐性吸毒者，据此估计，我国各类吸毒人员超过400万。另外，烟瘾患者3.4亿；酒瘾患者3000万；网民6000万，网络瘾患者至少有360万，并以几何级数的形式迅速增长；而赌博成瘾者更是不计其数，同时，患者的队伍正以滚雪球的方式迅速增加。有鉴于此，本书博采各家学说精华，参考国内外最新研究成果，融合了心理学、社会医学、精神医学、行为医学的内容，集中介绍和阐明了成瘾的原因和危害，戒瘾、控制成瘾行为流行的措施，行为疗法等内容。本书具有新颖、实用、全面、通俗四大特点。

对于人类面临的成瘾问题，每个有志于促进人类健康与社会进步的医学生和卫生技术人员，不可能无动于衷。由于各学科专门知识的发展日新月异，成瘾医学属于边缘学科、交叉学科。本书不同于教科书和临床专著，考虑读者对象及其关注和应了解的问题，旨在让普通百姓，尤其是成瘾疾病的患者及其家属能看懂、能掌握，从而起到宣传、普及成瘾疾病防治知识和保健的目的。

拙著草创期间，承蒙中国科协科普专项资助，责任编辑沈红芬同志十分认真、细致、反复推敲修改，为本书质量的保证花费了许多心血，不胜感激。

师建国

2003年10月

目 录

前言	
第一章 成瘾广角镜	1
第一节 成瘾史话	1
第二节 成瘾解密	7
第三节 成瘾户头	10
第四节 成瘾扫描	13
第五节 戒瘾直通车	18
第二章 药瘾聚焦	22
第一节 药瘾视窗	22
第二节 药瘾探幽	29
第三节 吸毒及吸毒成瘾	36
第四节 吸毒的醒世钟鼓	53
第五节 走出毒瘾的阴影	60
第六节 抗焦虑药成瘾	85
第七节 药瘾脱瘾护理	89
第八节 药瘾评定	90
第三章 酒瘾透视	93
第一节 史海钩沉	93
第二节 酒瘾探秘	100
第三节 饮酒话题	103
第四节 醉酒特写	119
第五节 酒依赖	122
第六节 酒之害	128
第七节 解酒、戒酒与控酒	132
第八节 酒瘾评定	141
第四章 烟瘾解析	145
第一节 烟瘾纵横	145
第二节 烟瘾追踪	146

第三节	吸烟及吸烟成瘾·····	148
第四节	烟之害·····	155
第五节	烟瘾康乐经·····	163
第六节	控烟撒手锏·····	171
第七节	烟瘾评定·····	179
第五章	冲动控制障碍掠影·····	181
第一节	冲动控制障碍博览·····	181
第二节	赌博癖·····	185
第三节	偷窃癖·····	195
第四节	纵火癖·····	202
第五节	拔毛癖·····	210
第六节	住院癖·····	216
第七节	其他冲动控制障碍·····	218
第六章	性变态杂谈·····	226
第一节	性变态经纬·····	226
第二节	恋童癖与自恋癖·····	233
第三节	恋物癖与恋兽癖·····	245
第四节	露阴癖与窥淫癖·····	251
第五节	摩擦癖与恋尸癖·····	256
第六节	恋痛癖·····	262
第七节	易性癖与异装癖·····	267
第八节	其他性癖·····	274
第七章	过度沉溺症搜索·····	280
第一节	过度沉溺症画页·····	280
第二节	电子游戏瘾与网络瘾·····	280
第三节	稀奇古怪的嗜好——异食癖·····	299
第四节	点析厌食症与贪食症·····	303
第五节	星迷、武侠迷和电视迷·····	315
第六节	洁癖的困惑·····	326
第七节	“性”趣太浓·····	335

第一章 成癮广角镜

第一节 成癮史话

人类的成癮问题源远流长，自从有了人类社会以后，成癮问题就一直与人类的生活相伴随。随着成癮患者的高速增长，成癮将成为 21 世纪的一种新危机、新社会病，一种来势凶猛的流行病和泛滥成灾的公害。无论是何种成癮行为，其最初的目的都是为了获得一定程度的特殊心理体验——短时的快感。现代医学已注意到，致癮源使用不当、滥用及由此形成的成癮问题是涉及人类健康、幸福的医学与社会问题。成癮是一种复发性脑疾病，每一个家庭对成癮是无免疫力的，病人的羞耻感是没有必要的，科学研究可以在很大程度上消除偏见。

一、成癮的基本概念

所谓成癮是指个体不可自制地反复渴求从事某种活动或滥用某种药物，虽然这样做会给自己或已经给自己带来各种不良后果，但仍然无法控制。成癮行为是一种额外的超乎寻常的嗜好和习惯性，这种嗜好和习惯性是通过刺激中枢神经而造成兴奋或愉快感而形成的。成癮行为是人们对精神应激的一种应付方式，是一种社会适应不良行为。一些嗜好对人体无害，甚至有益，如有人酷爱读书，在烦躁、头痛难耐的时候，一读书也就不痛了；然而某些有害嗜好，如吸毒、吸烟、酗酒、赌博、网络癮及纵火癖等却会导致严重的心理卫生问题和危害社会，属于病态的成癮。

此处的成癮是广义的成癮，包括各种依赖、癖习和迷恋，即“由于反复使用某种致癮源或反复刺激中枢神经，在一定的人格基础和外界条件下所引起的一种周期性或慢性中毒状态，以及发生的特有的嗜好和形成的难以舍弃的习性”。成癮是人对一个对象或事件的病理性喜爱和依

赖，病理性的成瘾是试图通过与某一对象或事件的关系来满足情感、亲密关系和精神上的需要的。成瘾者从开始使用致瘾源成瘾，就意味着要背叛自己的人性，远离关心自己的人，远离自己人性中正常的一面。成瘾的共同特点是有满足需要的强烈愿望，对物质和行为缺乏控制和节制，只想到物质的使用和行为的执行，而不考虑结果是否有利。成瘾者的生活可能完全由致瘾源的使用情况来主宰，因而会严重影响社会功能，甚至会抛弃其他重要活动和一切责任。因此，可以这样说，所有的病态成瘾都“想”把人推向一个自我毁灭的深渊。例如吸毒成瘾，它是指吸毒者在生活中已离不开毒品，带有强迫性地使用和不择手段地觅求毒品的行为，以取得欣快感或避免出现痛苦，并在断毒后反复使用毒品的一种行为方式。其实，在这里说的吸毒成瘾与药物成瘾、药物依赖是一回事，只不过吸毒成瘾、药物成瘾是人们的通俗用语。吸毒成瘾多用在社会学、法学领域；药物成瘾多用在医学领域，而在国际上的通用术语则叫药物依赖。成瘾性即依赖性，吸毒成瘾者亦即药物依赖者。传统上人们往往把“药物依赖”与“药物成瘾”看做是同义词，其实“成瘾”作为术语，使用范围很广，在药物成瘾领域曾经引起了许多歧义。世界卫生组织专家委员会建议用依赖来代替成瘾。DSM-IV（《美国精神疾病诊断统计手册》第4版）将依赖定义为：“一组认知、行为和生理症状群，表明个体尽管明白使用成瘾物质会带来明显的问题，但还在继续使用，自我用药结果导致了耐受性增加、戒断症状和冲动性觅药行为。”我们认为这里只强调了物质成瘾，而忽视了精神成瘾。其实，目前不仅物质成瘾已成为一个严重的公共卫生问题，而且精神成瘾也成了一个突出的社会问题。所以，实际应用中新、旧名词都在应用，成瘾的使用频率也越来越高。成瘾不只是与精神活性物质有关，也不只是与吃喝有关（厌食症、贪食症、异食症），在令人不满的生活遭遇中或出现难以忍受的心理冲突时，赌博、性活动、娱乐游戏也起一种麻醉作用，也都可以越轨以致成瘾，并且可以有多项成瘾，也可有物质性与非物质性联合成瘾。在成瘾行为中含有较明确的自我摧残成分，成瘾有时被解释为一种预期自杀或预期死亡。很多成瘾者为了逃避现实困境，想像死亡之后所有的痛苦和不幸都不存在了而自杀。成瘾是与人类文明共生的一种现象，它的发生至少有5000年的历史，现已发展成为影响人类身心健康的全球性灾难。物质成瘾和精神成瘾主要包括药物滥用（药物依

赖、物质依赖或药瘾)、酒瘾、烟瘾、冲动控制障碍、性变态、电子游戏瘾、网络瘾等行为。目前世界精神病学界已经普遍认为成瘾性疾病是一种大脑结构或神经递质的传导出现问题所致的脑病，即一种慢性、复发性、脑损害性的障碍。这就从以道德角度来看待成瘾性问题而转入从医学角度看待病人，这一转换具有相当重大的意义，将有助于对成瘾性疾病的进一步研究以及正确对待患有成瘾性疾病的人群。复发是指在戒断一段时间后重新恢复了成瘾性的行为、思维模式和感情。

此处“药物”并非指我们平时所讲的“用于预防、治疗、诊断疾病，有目的地调节人的生理功能，并具有一定适应证、用法和用量的化学物质”，而是指能够影响人的心境、情绪、行为、改善意识状态，并有致依赖作用的一类化学物质，人们使用这些物质的目的在于取得或保持某些特殊心理、生理状态。药物在此又称：物质、精神活性物质、致依赖药物、成瘾物质等等。

此处“渴求”是指一种内在的对致瘾源强烈的欲念，需要更多的致瘾源才可以满足。渴求及继发觅药行为是精神依赖的主要表现，是复吸的主要动机力量。渴求具有本能的驱策力，对过去的致瘾源所引起的欣快感存有记忆。从神经生理方面分析，被认为是致瘾源使突触前神经细胞的多巴胺释放增加，而使突触后神经细胞的兴奋提高，在海马回的细胞兴奋时就具有这种驱策力和记忆力。酒精能使神经细胞亲水性减少，因此也产生对酒精的驱策力。可卡因与酒精均可影响大脑额叶的功能，减少其对海马回的驱策力与记忆力的控制，因而引起失控的现象。

现实生活中并非所有的人都会成瘾，行为学家认为：性格是成瘾的基础，缺乏独立性、抑郁内向、意志薄弱、外强中干等人格特征的人，极易对致瘾源产生依赖，但最终到底能染上其中的哪一种瘾，则视外界的具体条件了。

吸毒、贩毒严重威胁着人类的身体健康和社会进步。据世界卫生组织统计，全球每年约有 10 万人死于吸毒，因此而丧失劳动能力的有 1000 万之众。从 20 世纪 50 年代开始，中国曾骄傲地被国际舆论界誉为“无毒国”。可是，随着国门的敞开，在中国销声匿迹近 40 年的毒品又死灰复燃，吸毒之风已由边境、沿海地区逐渐向内地蔓延，中国的吸毒人数造册登记者为 100 万，而通常一个在册登记的吸毒人员周围总会有四五个隐性吸毒者，所以实有吸毒人员已超过 400 万。我国是世界烟

草生产大国，也是卷烟消费大国，我国的烟民人数仍在扩大，达 3.4 亿，排在世界第一位。目前中国有酒厂 3 万余家，有消费 2 亿多，一年喝掉的酒能灌满 3 个西湖，有近 3000 万酒依赖患者。赌博活动遍布世界各地，我国的赌徒少说也是以千万计数的。中国的网民已高达 6000 万，其中网络瘾患者至少有 360 万，且此数目还在迅速增长。有些患者甚至五毒俱全，吸毒、吸烟、酗酒、赌博、网络样样上瘾。由此可见，成瘾行为的危害日趋严重，正以滚雪球的方式迅速增长，如何戒瘾的问题已提上议事日程，成瘾行为的话题已到了不能不说、不可不提的地步了。

二、成瘾医学的历史演变

美国是现代行为医学的发源地，首先使用行为医学这一术语的是美国学者 Birk (1973)，1977 年美国的耶鲁大学召开了首次行为医学专题会议。1979 年，Pomerleau 和 Brady，通过大量研究合著了《行为医学》一书。1984 年，湖南医科大学精神卫生研究所杨德森教授主持的实验室开始将生物反馈技术用于慢性紧张性头痛等的治疗，取得了一定的疗效。1985 年，我国第一台肌电生物反馈仪在天津研制成功并应用于神经症和身心疾病的治疗。这些都标志着现代行为医学已传入我国。1990 年，杨德森教授主编的《行为医学》正式出版，这是中国行为医学发展史上新的里程碑。1992 年 6 月，《中国行为医学科学杂志》(季刊)创刊，向海内外公开发行。1998 年 9 月，湖南科学技术出版社出版了由杨德森教授组织他的 11 个得意门生编写成的《行为医学》，使中国的行为医学研究又上了一个台阶，在此书中郝伟教授对成瘾行为进行了精辟的论述。1999 年 11 月，姜佐宁教授在《中华精神科杂志》第四期上发表了《我国成瘾精神病学近代的研究进展》，显示出我国对成瘾精神病学的深入研究正在兴起。现在有的学者将行为医学与生物医学、社会医学一起列为现代医学体系的三大支柱。

人类行为千差万别，人类行为障碍也是多种多样，如本能障碍，包括贪食和厌食、性功能减退和亢进、失眠症和嗜睡症等；社会行为障碍，包括人际关系紧张、离婚与独身、求医癖、工作狂、苦行僧、自杀、家庭暴力、纵火癖、病理性谎言、病理性赌博、病理性借贷、奇装

异服、异端邪说、吸烟、酗酒、吸毒、迷信行为等；精神或躯体疾病相关的行为障碍，包括人格障碍、应激反应与适应障碍、精神发育迟滞所致行为障碍等。

医学既是一门治疗艺术，又是一门科学。这两者的密切结合在成瘾医学这一医学分支中得到了充分的体现。由于物质成瘾与行为或精神成瘾在基础与临床医学领域中的深入发展，成瘾医学已在形成之中。

成瘾医学是专门研究各种物质成瘾和精神成瘾的病因、发病机制、临床特点、成瘾的发展规律、危害、治疗（戒瘾）、预防、控制与康复的一门科学。成瘾医学不同于成瘾行为、药瘾医学，也不同于成瘾精神病学，它所研究的范围更广。成瘾医学是一门在行为医学的基础上逐渐发展形成的，将与健康和疾病有关的行为科学技术、生物医学技术和社会医学技术整合起来，并将这些技术应用于成瘾疾病的诊断、治疗、预防和康复的边缘学科。我们之所以提出成瘾医学的概念，这是因为物质成瘾和精神成瘾人数众多，且逐年上升，严重影响着人们的身心健康。成瘾问题不仅是中国的问题，而且是全球不容忽视的问题。成瘾行为有明显的特点，随着物质成瘾和精神成瘾的研究逐步深入，产生成瘾医学的条件已经成熟，中国的现状需要更加深入地研究物质成瘾和精神成瘾。成瘾医学的提出有利于揭示成瘾的机制，寻找更为有效的控制物质成瘾和精神成瘾的途径。以生物-心理-社会医学模式为理论先导的成瘾医学，已发展到了以多学科治疗技术来进行开发与应用的时期。

三、成瘾的特征

成瘾的特征一般包括：一种不可抗拒的力量强制性地驱使人们使用该致瘾源，并不择手段去获得它；有加大剂量或频率的趋势；对该致瘾源的效应产生依赖，这种依赖分为身体依赖和心理依赖。对个人和社会都产生危害。具体有以下几个方面：

(1) 身体依赖：也称生理依赖或躯体依赖，是由于反复使用致瘾源所造成的一种病理性的适应状态，主要表现为耐受性增加和停药、停止某行为或减药、减少某行为后的戒断症状。

(2) 心理依赖：又称精神依赖，主要表现为强烈的觅药渴求或特有的嗜好和习性，产生一种愉快、满足或欣快、宁静，乃至销魂状态的感觉。

觉，驱使使用者为寻求这种感觉反复使用致瘾源。

(3) 耐受性：随着反复使用成瘾药物或出现某种行为，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。如对吸毒者而言，需要不断增加吸毒量才能维持获得欣快或“飘”的感觉；对于赌博者而言，需要不断增加筹码才能获得满足。但有些药物如可卡因几乎不产生耐受性。药物耐受性是可逆的，停止用药后，耐受性将逐渐消失，机体对药物的反应又恢复到原来的敏感程度。大多数滥用药物均可产生耐受性。此外，某种物质还能够抑制另一种或另一类物质的撤药反应，从而维持躯体成瘾状态。也就是说，当某人已对一种物质成瘾时，就可能对相关物质也成瘾。如在酒精或巴比妥类成瘾的病人中，容易发生苯二氮 类药物成瘾。这种特性被称之为药物的交叉依赖性或交叉成瘾。现在盛行的药物替代性治疗，其理论基础就是建立在相近药物具备交叉依赖性之上的。

(4) 戒断综合征：成瘾者一旦停止原来的成瘾行为，就会出现特殊的心理、生理症候群。如停止使用药物或减少使用药物后、使用拮抗剂占据受体后所出现的一系列症状。如吸食海洛因的成瘾者停药 8~12 小时即可出现戒断症状，最初表现为打哈欠、流泪、流涕、出汗等类似感冒的症状，随后陆续出现瞳孔扩大（怕光）、打喷嚏、起鸡皮疙瘩、寒战、厌食、恶心、呕吐、腹绞痛、腹泻、全身骨骼和肌肉酸痛及肌肉抽搐等症状。网络成瘾者初期的症状为担心电子邮件是否已送达而睡不着觉，日常的不快事通过网友来发泄，一上网就废寝忘食等，随后陆续出现下网之后不安、焦虑、烦躁、失眠或心情不佳。总之，戒断综合征是由于长期用药或行使某种行为后突然停止而引起的适应性的反跳性反应。不同的药物或行为所致的戒断症状因其机制特性不同而异，一般戒断症状表现与药物或行为的急性激动作用相反。例如，中枢神经系统抑制剂依赖戒断后出现兴奋、不眠，甚至癫痫样发作。

(5) 明知故犯：虽然明知这一行为已经产生生理或心理方面的不良后果，如由于从事这一行为患者食欲不振、行为失控、情绪恶劣，不得不停止或大大减少正常的社会交往、职业或娱乐活动，需要花费大量的时间为这一行为做准备或从事这一行为，但患者明知山有虎，偏向虎山行，仍然我行我素，往往多次试图戒除或控制这一行为，却无能为力，

屡屡不成功。

(6) 稽延性戒断综合征：许多药物成瘾者在急性戒断综合征消退之后，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、易激惹、情绪恶劣等，且可持续达数月甚至数年之久，这些症状就是所为的稽延性戒断症状或称迁延性戒断症状。稽延性戒断症状的存在，不仅影响药物成瘾者的功能恢复，更有相当一部分人因此而故态复萌，最终复发。

成瘾虽然会给成瘾者导致各种不良后果，但不同的成瘾行为及不同的人后果并不相同，有的人轻，有的人重。成瘾初期的危害往往不太明显，随着时间的推移，其危害会越来越突出。成瘾行为之所以反复发生，其目的是为了追求成瘾行为或药物所带来的特殊快感或解除心理或生理上的痛苦及心理渴求。心理渴求是所有成瘾者的共同特征。

总之，成瘾行为之所以是一种医学问题，是疾病，主要原因在于：不论成瘾者所处的国家、文化背景如何，也不论他们属于哪一种族、处于什么样的社会经济状况，一旦成瘾，表现出的症状、特征都非常相似；即使在戒断很长时间之后，仍然有很高的复发率；一旦成瘾，则成瘾者往往存在对致瘾源的强烈渴求，导致他们不顾各种后果继续滥用致瘾源；较长时间滥用致瘾源之后，身体会出现一些有特征性的病理、生理改变；目前已经有比较有效的医学治疗方法。同时，成瘾行为也是一种偏常行为，即违反现有社会规范的行为。所以，成瘾者，尤其是毒品依赖者绝不能等同于一般的病人，而应把有些成瘾者，如毒品依赖者当做违法的病人进行处理。

第二节 成瘾解密

成瘾行为也是一种习惯，犹如其他习惯一样，成瘾行为也是一种后天学到的行为。成瘾行为的形成有尝试与试验、初尝甜头、将成瘾行为作为处理困境的手段、用成瘾行为维持正常生活这几个阶段。成瘾的形成是多因素所致，社会因素、心理因素、生物因素都与成瘾有关。这里只提出它们与成瘾有关，是因为一方面它们之中任何一种因素的存在，都可以使成瘾的发生率显著增加，但它们之中任何一种因素的存在，并不一定都导致成瘾。是否成瘾还受其他因素的影响？我们以药物成瘾为

例，介绍促使成瘾的各种因素。

一、社会因素

1. 可获得性

不管药物的成瘾性多强，如难以获得，则滥用的机会就少。

2. 家庭因素

学习的早期形式之一是模仿，模仿学习的最早对象往往是家庭成员，儿童、青少年首先看到父母、兄长使用药物，并从他们那里得到使用药物的知识。家庭矛盾，单亲家庭过分保护、放纵、虐待等都是滥用药物的危险因素。

3. 同伴影响、社会压力

开始使用药物的年龄往往是发生在心理发育过程中的易感期——青春期，他们在同伴的压力下，加上社会能力较差、缺乏自信、自尊性差，很容易成为吸毒者。

4. 文化背景、社会环境

不同的时代，不同的文化背景，对不同药物的滥用有着不同的看法和标准。如信奉伊斯兰教的民族对饮酒持强烈的厌恶态度，在这些国家饮酒当然不会成为严重的社会问题。法国人不但赞许饮酒行为，而且不认为醉酒是件令人难堪的事情，所以法国的饮酒习惯十分普遍，酒瘾患病率较高。中国人吸烟在世界上首屈一指，其中一个原因是中国人把吸烟作为社交手段之一。

二、心理因素

1. 个性研究

研究者发现具有反社会性、情绪调节差、易冲动、缺乏有效的防御

机制、追求立即满足的人易染毒瘾；吸烟者外向性格者居多。成瘾性人格并不是指导致致瘾源成瘾的人格，而是指人一旦成瘾后，致瘾源在广泛的层面上改变一个人的人格。当一位成瘾者停止使用致瘾源时，其残留症状是成瘾性人格。

2. 药物的心理强化作用

(1) 正强化作用：多数精神活性物质都有增强正性情绪的作用，如“饭后一支烟，赛过活神仙”，“酒逢知己千杯少”，吸毒后的快感以及社会性强化作用都对使用精神活性物质起到了增强作用。

(2) 负强化作用：不少精神活性物质有解除负性情绪作用，如“一醉解千愁”，“何以解忧，惟有杜康”，毒品更有对抗负性情绪的作用。

重要的是，在吸毒成瘾后，由于戒断症状的出现，使吸毒者已不能自拔，必须反复使用毒品以解除戒断症状，此时出现两个恶性循环：吸毒→社会家庭问题→负性情绪→吸毒；吸毒→依赖→戒断症状→吸毒。

(3) 精神病理因素：成瘾行为与精神疾病的关系较为复杂，一直是人们关注的重点。

三、生物学因素

对于不同的个体，产生依赖和耐受性的药物剂量有很大的差异，有些人很快成瘾，另一些人却对药物不十分敏感。

药物滥用和依赖是上述因素相互作用的结果，药物的存在和药理特性是药瘾的必要条件，但是否成为“瘾君子”与个体人格特征、生物易感性有关，而社会文化因素在成瘾中起到了诱发或阻抑的作用。成瘾行为的形成除了体验成瘾行为或药物带来的愉悦感之外，许多人这么做是为了排遣自己的情绪困扰或逃避生活中的难题。

对成瘾机制的探讨一直是医学界关注的热点，目前形成了许多学说，取得了可喜的成绩，但仍然未完全搞清楚，许多问题还是“雾里看花”。但是，关于成瘾这一点已形成共识，即只有亲身参与某一活动或使用某一物质，并从中体会到乐趣的时候，这种活动才有可能重复出现，活动的执行者也才有可能产生继续从事这一活动的渴求和冲动。近年来医学研究结果表明，成瘾是一种伴有意志或道德缺陷的自我伤害性

疾病，与遗传因素密切相关，呈家族聚集倾向，并与某些特定的基因有关。成瘾行为是一种非常复杂的脑疾病，是由生物、行为和环境（包括社会）因素共同作用引起的。

成瘾者在成瘾的初期，往往出于好奇、模仿、解闷、追求享乐等而使用致瘾源，人们把这种行为看做是不良行为，但是一旦成瘾，他们的行为完全受致瘾源的支配，甚至彻底丧失理智。现代医学研究证明，这是由于成瘾后其脑的功能发生了诸如受体亲和力、递质释放、氨基酸代谢等变化，并且脑的结构也发生了改变，如受体构象、递质耗竭和囊泡变性及萎缩，甚至消失。这在酒、海洛因和可卡因依赖者和动物模型中得到证实。因此说吸毒、酗酒、赌博等是不良行为，而成瘾则是脑的高级神经活动障碍，且为反复发作性顽症。

总之，成瘾机制是复杂的。我们不能只依靠传统的简化论的思维方式来求得突破，必须使用复杂理论来思考和探索，必须依赖于脑科学、心理学、社会医学、医学社会学、医学伦理学、康复医学、环境医学、生态学、临床流行病学、分子生物学、基因工程、纳米生物学、组织工程和生物医学工程的研究成果来攻克这个顽固的堡垒。

第三节 成 瘾 户 头

成瘾这一词汇有广义和狭义之分，本书所介绍的主要是指狭义成瘾行为，即指利小于弊的那些成瘾行为。根据不同的划分标准，对成瘾行为可以进行不同的分类：

一、正常“成瘾”和病态成瘾的区别

人的一生会有各种各样的嗜好，也完全可以对形形色色的事情着迷，从来不对任何事情“上瘾”的人倒是相当少见的。有时对某些事情“着迷”、“上瘾”，可能成为一个人成就一件大事的心理基础。试想如果爱迪生不终日沉迷于他的科学实验，他就不可能成为举世闻名的大发明家。一些球迷、戏迷对看球、看戏有着特殊的偏好，有些人对体育锻炼有特别的嗜好，有些人特别嗜好某种食品，有些人爱好集邮等。但只要利大于弊，或这些行为对自己不产生明显的危害，或不需要付出太大的

代价，甚至产生积极的效果，如有所创造、有益于身心健康，就属于正常的行为，或正常的“成瘾”。而如果对某一行为或物质的欲望达到了渴求的程度，其行为影响到正常的心理、生理、社会功能，给个体带来痛苦，造成不良的后果，如吸毒、酗酒、吸烟、赌博、网络等成瘾就属于病态的成瘾。

严格说来，正常“成瘾”和病态成瘾的界限模糊，不是黑白分明或一枚硬币的两面，而是两极小、中间大。

二、成瘾分类

任何成瘾现象都有致瘾源。致瘾源是一种能使易成瘾者产生强烈的欣快感和满足感的物质或行为，一般可分为两类：物质致瘾源和精神致瘾源，或药瘾和非药理学的成瘾。成瘾根据致瘾源可分为两类：物质成瘾和精神成瘾。

物质成瘾是由物质致瘾源导致的成瘾。物质致瘾源是阿片、酒精、尼古丁等精神活性物质通过人体生理基础而作用的物质。精神活性物质是指来自体外，可影响精神活动，并可导致成瘾的物质。无论是国内还是国外，都有相当多的人因为种种原因而成为毒品、酒、烟等的俘虏。

精神成瘾是精神致瘾源导致的成瘾。精神致瘾源，又称非物质致瘾源，如刺激性小说、武打电影、电子游戏、网络、赌博等是精神致瘾源。精神成瘾的主要特征是对自身的某种行为产生了不可抗拒的欲望，如有的人终日沉溺于赌博而不能自拔，有的人终日沉溺于性活动不能解脱，有的人终日泡在互联网上的“聊天室”内等。

人的每一种行为都可以越轨以致成瘾。物质成瘾与精神成瘾问题有许多共同之处，即表现出一种强烈的追求致瘾源的愿望，也就是说对致瘾源的心理渴求，其目的在于获得一定程度的特殊心理体验，或者心理上的满足。除了体验成瘾行为或药物带来的愉悦体验之外，许多人这么做是为了逃避生活中的难题，排遣情绪中的烦恼。如果当事人从来没有从中体会到愉快的感觉，这种行为是难以持续下去的。

药物依赖的原因不是单一的，通常要具备以下三个重要因素：药物有效、人格缺损和社会压力。当服药形成规律后，药理学的因素就成为产生依赖的主要原因。

滥用是指由于反复、过度使用药物导致了明显的不良后果，如不能完成重要的工作、学业而损害了躯体、心理健康，导致法律上的问题等。这里滥用强调的是不良后果，滥用者没有明显的耐受性增加或戒断症状，反之就是依赖状态。这里的滥用在 ICD-10（世界卫生组织《国际精神障碍分类与诊断标准》第 10 版）分类系统中称为有害使用。

三、成瘾程度分类

(1) 瘾：由于神经中枢经常接受某种外界刺激而形成的习惯性，如药瘾、酒瘾、烟瘾、网络瘾等。

(2) 癖：对某事物特别爱好而难以舍弃，如纵火癖、偷窃癖、恋物癖、洁癖等。

(3) 迷：对某人或某事物发生特殊爱好而沉醉，如足球迷、武侠迷、影迷等。

瘾、癖、迷的共同点是欲望和渴求，使用致瘾源者表现出一种强烈的追求致瘾源的愿望，不顾一切、不间断地寻求致瘾源，即“强迫性使用致瘾源”。三者追求致瘾源愿望的程度相对划分为：瘾最为严重，癖居中，迷较轻。我们这里提到的瘾一般包括瘾、癖、迷。现实中的瘾、癖、迷之间无严格界限，也很难区别开来，如赌博既称赌博瘾又称赌博癖，也有人称为赌博迷。

四、药理学分类

(1) 中枢神经系统抑制药：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，久用可产生身体依赖和耐受性，如巴比妥类、苯二氮类、酒类等。

(2) 中枢神经系统兴奋药：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。

(3) 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。

(4) 致幻药：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、仙人掌毒素、苯环己哌啶等。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道。

(5) 阿片类：具有镇痛、镇静和致欣快作用，反复使用既可引起身体依赖又可引起精神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物质，如海洛因、吗啡、阿片、哌替啶、可待因、盐酸二氢埃托啡、美沙酮等。

(6) 挥发性溶剂：滥用后可引起欣快感、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。

(7) 烟草：其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，引起身体依赖，导致全身多种疾病。

五、根据使用环境分类

(1) 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。

(2) 医用性成瘾物质：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。

(3) 非法成瘾物质：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。

第四节 成瘾扫描

成瘾的诊断=病史（致瘾源使用史、治疗史、既往史、个人史）+检查（躯体检查、精神检查、实验室检查）。现在以物质致瘾源成瘾为例，讨论成瘾的检查与诊断，精神成瘾与物质成瘾的区别在于致瘾源的不同。

一、病 史

了解病史，这是医生准确及时地进行检查和诊断的先决条件。提供病史者不同的表达方式，会得到不同的表达效果。所以，提供病史也有学问。供史者如果能够提供真实、全面、简练的病史，无疑会给诊断、治疗带来方便。

(1) 真实：如果提供假造情况、隐瞒病史、夸大或缩小病史，必将延误诊治或导致错误的诊治。所以，一定要设法让供史人提供真实的病史。

(2) 全面：让供史人首先要讲述自己或病人的各种症状和发生的时间顺序。具体内容（以药物滥用为例）有：

1) 现病史：①药物滥用史：所使用药物的种类、剂量（最高日剂量、平均日剂量）、含量、首次滥用的年龄、使用了多长时间、每日滥用的次数、滥用药品的来源、造成依赖的主要物质、滥用的动机、滥用的方式、是否形成依赖、末次滥用药物的时间、目前合用的成瘾物质等。②治疗史：既往治疗环境，治疗次数、时间、方法、效果，戒断后停用时间，病人的合作程度，病人对治疗的态度、动机及评价，复瘾原因等。

2) 过去史：专指过去的疾病而言，包括各器官疾病、神经系统疾病、精神疾病等。

3) 个人史：患者从小到现在的生活经历、教育程度、工作史、生活环境、住房、经济来源、是否欠债、法律问题（有无违法与犯罪记录）、性格特点，包括母亲怀孕及病人出生情况，早期发育及健康情况，学校情况，工作情况，性、月经及婚姻情况，病前性格、嗜好等。

4) 家族史：①家族遗传史，指父系、母系两系三代（祖代、父代、本人及兄弟姐妹，如果本人已到中老年，则子代也有参考意义，包括特殊性格、酗酒、吸毒、癫痫、精神疾病等情况在内）。②家庭情况，包括家庭和谐情况、经济情况、居住条件、邻里情况、家庭特殊习惯或传统等，还有各个家庭成员的年龄、职业、性格、爱好、与患者的关系好坏等。

根据以上病史，医生可能还要针对性地提出有关问题，供史人应该

认真地回答问题，使医生对病史有个全面了解。

(3) 简练：供史时要求语言表达尽可能简练，不要讲述与病情无关之事。

要求供史人除口头诉说病史外，也要提供他自己或病人在发病前后书写的有关材料，如信件、作品、日记等，这往往会具体反映出病人的个性心理特征、药物滥用的诱因、精神创伤情况等。

二、体格检查和实验室检查

(1) 躯体检查：是否患有明显的躯体疾病及并发症。

(2) 精神检查：药物滥用者在药物滥用前后往往有心理和人格方面的问题，必要时需做人格测定。注意病人外貌和行为、言语思维、心境问题、智力、记忆力、定向力、自知力等。

(3) 实验室检查：血、尿、粪三大常规，性病检查、HIV 试验、肺部 X 线检查、肝功能检查、乙肝全套、心电图检查等。此外，还要进行体液毒品分析检测。绝大多数毒品均经肾脏从尿中排泄，对药物依赖的体液分析检测主要用药物依赖者的尿液进行。

根据可靠的病史、临床症状与体征、尿液毒品分析和催瘾实验，按照 ICD-10（世界卫生组织《国际精神障碍分类与诊断标准》第 10 版）、DSM-IV（《美国精神疾病诊断统计手册》第 4 版）、CCMD-3（《中国精神障碍分类与诊断标准》第 3 版）诊断标准，综合判断，成瘾的诊断并不困难。

本书采用的诊断标准主要介绍 CCMD-3，如果 CCMD-3 中暂时还没有的诊断标准，就选 ICD-10 或 DSM-IV 或制定新的诊断标准。

三、诊断标准

1. 诊断原则

若同时符合两种或多种诊断标准，则按以下原则处理：

- (1) 按等级原则下诊断，如吸毒成瘾优先诊断。
- (2) 按导致社会功能受损的主要致瘾源下诊断。

(3) 按致瘾源的不同也可以并列诊断，如酒瘾、赌博瘾、烟瘾、网络瘾。

2. 精神活性物质所致精神障碍 (CCMD-3 编码: 10)

精神活性物质是指来自体外，可影响精神活动，并可导致成瘾的物质。常见的精神活性物质有酒类、阿片类、大麻、催眠药、抗焦虑药、麻醉药、兴奋药、致幻觉药和烟草等。可由医生处方不当或个人擅自反复使用精神活性物质导致依赖综合征和其他精神障碍，如中毒、戒断综合征、精神病性症状、情感障碍，以及残留性或迟发性精神障碍等。

(1) 症状标准：①有精神活性物质进入体内的证据，并有理由推断精神障碍系该物质所致。②出现躯体或心理症状，如中毒、依赖综合征、戒断综合征、精神病性症状、情感障碍、残留性或迟发性精神障碍等。

(2) 严重标准：社会功能受损。

(3) 病程标准：除残留性或迟发性精神障碍之外，精神障碍发生在精神活性物质直接效应所能达到的合理期限之内。

(4) 排除标准：排除精神活性物质诱发的其他精神障碍。

(5) 说明：如应用多种精神活性物质，鼓励做出一种以上精神活性物质所致精神障碍的诊断，并分别编码。

3. CCMD-3 有害使用 (编码: 10.x2)

反复使用精神活性物质，导致躯体或心理方面的损害。

(1) 症状标准：有反复使用某种精神活性物质导致心理或躯体损害的证据。

(2) 严重标准：社会功能受损。

(3) 病程标准：最近 1 年中，至少有一段时间符合症状标准和严重标准。

(4) 排除标准：排除更重的亚型诊断，如依赖综合征、戒断综合征或精神病性综合征等。如诊断了这些亚型，就不再诊断有害使用。

(5) 说明：急性中毒不至于导致明显心理或躯体健康损害（有损害的证据）时，不用本诊断。

4. CCMD-3 依赖综合征（成瘾综合征，编码：10.x3）

反复使用某种精神活性物质导致躯体或心理方面对某种物质的强烈渴求与耐受性。这种渴求导致的行为已极大地优先于其他重要活动。

(1) 症状标准：反复使用某种精神活性物质，并至少有下列中的 2 项：

- 有使用某种物质的强烈欲望；
- 对使用物质的开始、结束或剂量的自控能力下降；
- 明知该物质有害，但仍应用，主观希望停用或减少使用，但总是失败；

- 对该物质的耐受性增高；
- 使用时体验到快感或必须用同一物质消除停止应用导致的戒断反应；

- 减少或停用后出现戒断症状；
- 使用该物质导致放弃其他活动或爱好。

(2) 严重标准：社会功能受损。

(3) 病程标准：在最近 1 年的某段时间内符合症状标准和严重标准。

(4) 说明：包括慢性酒中毒、发作性酒狂、酒精成瘾、药物成瘾。

5. CCMD-3 戒断综合征（编码：10.x4）

因停用或减少精神活性物质所致的综合征，由此引起精神症状、躯体症状或社会功能受损。症状及病程与停用前所使用的物质种类和剂量有关。

(1) 症状标准：①因停用或减少所用物质，至少有下列中的 3 项精神症状：意识障碍；注意力不集中；内感性不适；幻觉或错觉；妄想；记忆减退；判断力减退；情绪改变，如坐立不安、焦虑、抑郁、易激惹、情感脆弱；精神运动性兴奋或抑制；不能忍受挫折和打击；睡眠障碍，如失眠；人格改变。②因停用或减少所用物质，至少有下列中的 2 项躯体症状或体征：寒颤、体温升高；出汗、心率过速或过缓；手颤加重；流泪、流涕、打哈欠；瞳孔放大或缩小；全身疼痛；恶心、呕吐、厌食，或食欲增加；腹痛、腹泻；粗大震颤或抽搐。

(2) 严重标准：症状及严重程度与所用物质和剂量有关，再次使用可缓解症状。

(3) 病程标准：起病或病程均有时间限制。

(4) 排除标准：排除单纯的后遗效应；其他精神障碍（如焦虑、抑郁障碍）也可引起与本综合征相似的症状，需注意排除。

(5) 说明：应注意最近停用药物时，戒断症状也可由条件性刺激诱发，对这类病例只有在症状符合症状标准才可做出诊断。

第五节 戒瘾直通车

我国目前面临的成瘾形势与面临的毒品形式一样，可以用“四面八方，海陆并进，无孔不入，疯狂渗透”来形容。成瘾疾患的治疗应针对形成成瘾行为的生物、心理、社会因素综合治疗。致瘾源是发病的原因，成瘾人格（变态人格、孤独人格和依赖性人格）是发病的基础，社会因素是发病的条件。瘾是一种痛苦，医学上把瘾当成是认知上、感觉上的一种冲动，因此有“身瘾易戒、心瘾难戒”的说法。

戒瘾的基本原则是控制致瘾源、切断成瘾的条件、保护易瘾人群，坚持瘾情监测，预防复瘾发生。复瘾是指本次脱瘾成功后，病人重新出现成瘾综合征发作。通过监测确定成瘾人群变动趋势和分布，以便开展调查研究，对成瘾疾患进行预测预报，提出控制和预防成瘾的措施，并了解措施执行情况，评价防治效果，从而达到控制或预防成瘾的目的。

一、控制致瘾源

控制致瘾源最关键的是高度封闭、消灭致瘾源，如杜绝毒品的来源。然而，在改革开放的时代，不可能闭关自守。同时，一些致瘾源如酒、计算机网络等还有积极的一面，正面效应非常大，也不可能被杜绝。一些成瘾行为与社会依赖有关，而关于社会依赖问题，是无法做到脱离的，只能做到有效的监督。

二、切断成瘾的条件

切断成瘾条件的最好方法，就是避免与致瘾源接触或强制与致瘾源分离。

成瘾是一种习得性不良行为，因反复企求奖赏和逃避惩罚而形成操作性条件反射，可用厌恶疗法来矫正成瘾行为，改变强化刺激的性质，将原来的奖励变为惩罚，使成瘾不但不能产生欣快效应，而且产生令人痛苦的体验，从而达到切断成瘾的目的。

对于物质致瘾源，采取减少供应、减少需求和减少危害的措施；对于精神致瘾源，杜绝、减少或有限制地与精神致瘾源的接触，加强心理保健工作。

三、保护易瘾人群

易瘾人群就是高危人群，不同致瘾源的高危人群不同，如毒品成瘾的高危人群是低文化、高收入男性青年，电子游戏成瘾的高危人群是中小學生。加强对高危人群的健康教育，提高抵抗致瘾源的能力，优生优育，提高人口素质，提高心理素质，预防成瘾行为发生。一旦成瘾，积极科学戒瘾，促进康复。

四、坚持成瘾的检测

成瘾检测是指及时检测某一致瘾源的分布动态，调查其各方面的影响因素，以便及时采取有效控制措施。我国目前尚未开展全国性的成瘾行为的全面检测工作，有待引起决策人的注意。检测工作内容如下：

1. 资料收集

要进行长期系统的成瘾行为的资料收集，包括成瘾发病、死亡报告，个案调查报告，流行和暴发报告，致瘾源的来源、使用情况，人口与环境资料等。

2. 资料分析

资料分析应包括该瘾临床病例分布、发现成瘾行为变化的趋势、影响成瘾行为分布的流行因素、确定该瘾流行的薄弱环节、评价所采取的对策及措施效果、修改对策及措施，使成瘾控制工作质量提高。要完成资料分析并修改对策及措施，尚有必要开展专题研究，如致瘾源的调查研究、戒瘾法规的研究、检测手段及措施手段的研究。

3. 情报交流

将所得到的资料及调查分析结果进行交流，使彼此了解，促进成瘾的控制。定期公布瘾情资料和戒瘾成果，依法打击非法提供致瘾源的犯罪分子。

五、预防复瘾发生和三级预防体系

成瘾医学忠实地遵循行为主义的原则，只注重那些外在的成瘾行为，而不去深究造成这些“行为”的原因和机制。行为疗法是基于实验心理学的研究成果，帮助患者消除或建立某种行为，从而达到治疗目的的一门医学技术。行为主义认为，人类的行为大部分是通过后天的学习而获得的，适应不良行为是错误学习的结果。通过一定的技术手段，并加强训练，人可以弃除不良旧习，重塑一种新的健康行为方式，预防复瘾发生。行为医学重在实践、重在效果，因而它的重头戏便是探讨消除“成瘾行为”的方法和技术。

一级预防的目的在于避免问题的发生，即降低发病率，其主要对象为正常人群，即预防和阻止正常人成瘾，争取防患于未然，其主要方法是加强宣传教育，普及致瘾源预防知识，堵住供应渠道。

二级预防的目的有两个：其一是对重点高危人群的宣传教育，使之了解成瘾的危害，不受致瘾源的侵袭；其二是对成瘾者做到早发现早处理，帮助正在成瘾者停止使用致瘾源，缩短滥用时间，防止复瘾。戒瘾成功的关键是克服心理渴求(心瘾)。科学发展到今天，很多疾病都可以针对病因进行有效的治疗，但成瘾的病因不能用单一致病因素予以解释，发病原因还不十分明确。因此，目前还没有一种药物可以消除心

癮。有些药物可能对减少心癮的程度有帮助，如纳曲酮、抗抑郁药物等，但服用这些药物仍需配合心理和行为治疗。

三级预防的目的是将成癮带来的严重疾病或有害行为的危害性限制或减轻至最小程度，重点在减少和防止静脉注射毒品所带来的血液传播性疾病，特别是艾滋病。提高并保持个体的社会功能，促进成癮者康复和回归社会。

总之，各种成癮行为都属于偏常行为，这些偏常行为曾经是社会问题，现在正逐渐转变为医学问题。无论是物质成癮，还是精神成癮，本身属于医学问题，本质是一种脑疾病，因此，成癮者应该接受现代医学的诊断治疗。现代医学模式出现了深刻的转变，成癮疾病的治疗与控制需要实行科学的、整体的、动态的综合治疗方案，在治疗、康复、预防各种手段融合中求得突破。针对成癮问题的预防必须有多部门、多学科的合作、知识互补，针对不同人群的不同需求，采用不同的预防方法才能取得成效。同时，成癮的预防具有社会性和全方位性，即在各级政府的领导下，动员全社会参与药物滥用的预防，立足于一级预防，抓好二级和三级预防。

第二章 药 瘾 聚 焦

药瘾，又称药物滥用、药物使用不当，1964年WHO正式改用药物依赖。药瘾指在反复使用具有成瘾性药物的过程中，机体与药物相互作用所形成的一种特定的状态。这种特定状态包括心理状态和生理状态，其中特定心理状态又称心理渴求或心理依赖，它是药物成瘾的核心表现。心理依赖的持续与发展往往会导致药物成瘾者的人格衰退。心理依赖可以在停止使用药物以后长时间顽固存在，令药物使用者非常痛苦，是戒瘾难的重要原因。药瘾的诊断标准除长期反复用药的历史以及对药物的强烈渴求之外，常见的还有不择手段地求得药物，以及对药物耐受量的增大和停用后出现戒断反应。成瘾的药物有毒品、镇静催眠药、抗焦虑药、酒、烟等，其中酒瘾和烟瘾在专门章节论述。

第一节 药 瘾 视 窗

药物的应用极大地促进了医学的进步，但同时一些药物由于其自身的特点，加上其他多种原因，会产生依赖性（即成瘾）。现在药物滥用与成瘾已成为严重的社会及医学问题，其中，毒品滥用已在全球泛滥成灾，不再局限于发达或不发达国家，严重威胁着人类的安全与社会的发展。根据国际禁毒署的报告，毒品问题将成为“人类在21世纪的主要敌人”。

吸毒成瘾是一种脑疾病，按临床医学划分，列入精神疾病的范畴。长期以来，许多人仅仅把吸毒看成一种不良习惯，而不视其为一种疾病。初始吸毒，往往是由于好奇、解愁、图乐等原因造成，然而一旦成瘾后，不仅脑的功能发生改变，结构上也会在相应时期内产生变化，成为脑的高级神经活动障碍的反复发作性顽症。所以，吸毒是犯罪也是疾病。既然是病人，就有求医的权利。作为医务工作者，乃至社会有关人员，都有责任关怀吸毒者，从心理、家庭、社会及医疗各方面，给予吸毒者应有的帮助和治疗。对待吸毒者，就像对待其他精神疾病患者一

样，不应该有任何歧视。

一、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鸦片、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。”根据1996年国家卫生部公布的《品种目录》，上述两类管制药品包括鸦片（阿片）等共237种。我国目前生产的有其中的42种（麻醉药品15种，精神药品27种）供医疗控制使用，还有兴奋剂没有包括在内。某些能够直接致人死亡的剧毒品，如砒霜、磷化钾、氰化物等不属以上所指的毒品范畴。

二、毒品的分类

国际上通用的分类法是将毒品分成受到管制的麻醉药品，如阿片类（吗啡、海洛因）、大麻类（北美大麻、印度大麻）、可卡因类（古柯叶、可卡因）；精神药品，如镇静催眠类（巴比妥类、安眠酮、苯二氮类）、中枢兴奋药（苯丙胺）、致幻觉药（LSD、色胺类）；其他如烟、酒、吸入剂（挥发性溶剂、汽油、香胶水）。

依据毒品的来源分为天然毒品（如阿片、吗啡、海洛因、可待因、大麻、古柯叶、仙人球毒碱等）与合成毒品（如苯丙胺、哌甲酯、美沙酮、哌替啶、苯巴比妥、地西洋、盐酸二氢埃托啡等）。

根据毒品对中枢神经系统的作用效应分为镇静类毒品（如阿片、吗啡、海洛因、美沙酮、苯巴比妥、地西洋等）、兴奋类毒品（如古柯叶、可卡因、苯丙胺、哌甲酯等）和致幻觉类毒品（如仙人球毒碱、二甲色胺等）。

根据毒品的性质分为硬性毒品（如海洛因、吗啡、阿片、可卡因等）和软性毒品（如大麻、地西洋、甲丙氨酯等）。也有人把阿片、海洛因、大麻、可卡因等列为非法毒品，而把烟、酒、地西洋类药物等称为合法毒品。

三、常见毒品

1. 阿片类

阿片，又称鸦片、乌烟、大土、阿芙蓉，俗称大烟。阿片类包括：海洛因、吗啡、阿片、哌替啶、可待因、美沙酮、盐酸二氢埃托啡等。阿片为希腊文“Opium”的音译，其意义为“浆汁”。它来源于罂粟，原产欧洲。人类认识这种植物已有 6000 多年的历史。用利刀割破罂粟未成熟果实的果皮，待流出的浆液稍凝固后，将其刮下阴干，即成为生阿片。公元前 4000 年，古撒母尔人的表意文字中曾把罂粟描述为快乐的植物。公元前 1500 年的埃及“草纸文”中记载着 700 多种药物，其中就有阿片的记载。公元 7 世纪，我国唐朝时，罂粟由波斯传入中国。此后，各《本草》均有收集，但至 16 世纪尚无吸食、滥用的记载。阿片属初级毒品，因产地不同，呈褐色或黑色，气味强烈，有氨味或陈旧尿味，令人作呕，味苦，一般经烧煮和发酵，制成条状或饼状，软硬如橡皮泥，便成了可供人吸食的熟阿片，此时呈棕色或金黄色，吸时略带香甜气味。小剂量的阿片有止痛、止咳、止吐、止泻、治痢疾的药用功能。长期吸食阿片，会导致人体器官功能减退，先天免疫功能丧失，易患多种疾病，并出现满脸烟容，最后骨瘦如柴，直至死亡。初次服用阿片有难受感，几次吸食后出现了欣快感，或者两者并存，如此反复后就产生了依赖性，一旦停药就涕泪俱下，浑身瘫软，出现使人更难受的戒断症状。阿片中含有 20 余种生物碱，占总重量的 25%，其中含吗啡 10%、可待因 0.5%、蒂巴因 0.2%、罂粟碱 1%、诺斯卡品 6%。19 世纪以前，阿片是一种药物，甚至是一种毒药，希腊哲学家苏格拉底就是被法官下令用阿片和毒芹混合汁液毒死的。

1803 年，德国一位青年药剂师从阿片中分离出一种生物碱，当时命名为“Morpheus”，为古希腊神话中睡梦之神的名字，以后才演变为“Morphine”，即吗啡。吗啡系白色有丝光的针状结晶或结晶性粉末，味苦、有毒、无臭、遇光易变质、易溶于水，故一般用聚乙烯纸包装。除从阿片中分离吗啡外，也可直接从罂粟杆中获得。吗啡在医疗上有突出的镇痛、镇咳、抑制肠蠕动的的作用。连续反复多次使用吗啡极易产生耐