

DUPIN CHENGYIN XINLI JIAOZHI

毒品成癮 心理矯治

■ 王 玮 著



東北大學出版社
Northeastern University Press

辽宁省社会科学规划基金项目 (L16BSH015)

公安部公安理论与软科学计划项目 (2016LLYJXJXY050)

辽宁省教育科学规划项目 (JG16DB480)

沈阳市科技规划项目 (F14-231-1-42)

毒品成瘾心理矫治

王 玮 著

东北大学出版社

· 沈 阳 ·

© 王 玮 2017

图书在版编目 (CIP) 数据

毒品成瘾心理矫治 / 王玮著. — 沈阳 : 东北大学出版社, 2017. 4

ISBN 978-7-5517-1561-4

I. ①毒… II. ①王… III. ①戒毒—精神疗法 IV.
①R163②749.055

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2017)第 061369 号

出 版 者: 东北大学出版社

地址: 沈阳市和平区文化路三号巷 11 号

邮编: 110819

电话: 024-83683655(总编室) 83687331(营销部)

传真: 024-83687332(总编室) 83680180(营销部)

网址: <http://www.neupress.com>

E-mail: neuph@neupress.com

印 刷 者: 沈阳市第二市政建设工程公司印刷厂

发 行 者: 东北大学出版社

幅面尺寸: 185mm × 260mm

印 张: 26.5

字 数: 678 千字

出版时间: 2017 年 4 月第 1 版

印刷时间: 2017 年 4 月第 1 次印刷

组稿编辑: 刘振军

责任编辑: 潘佳宁

责任校对: 小 姬

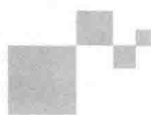
封面设计: 潘正一

责任出版: 唐敏志

ISBN 978-7-5517-1561-4

定 价: 98.00 元

序



当今世界，毒品成瘾问题已成为国际性的“社会毒瘤”。随着人们对毒品危害人类、危害社会认识的不断深入，毒品成瘾矫治也成为各国自觉或强制的行为。迄今为止，毒品成瘾矫治的研究，生物医学取向的研究已取得了丰硕的成果，但毒品成瘾心理矫治方面的研究成果却相对较少。

本书运用心理学的基本理论和方法，并综合生物医学、社会学及其他学科的相关成果，对毒品成瘾心理矫治方面的研究进行了深入探讨。本书内容分为三个部分：第一部分是毒品成瘾及毒品成瘾心理矫治概述；第二部分是毒品成瘾心理矫治方法；第三部分是毒品成瘾心理矫治实践。三个部分内容既相对独立，又密切相关，构成了较为完整的毒品成瘾心理矫治的理论体系。

本书在写作过程中，参阅和引用了兄弟院校及有关单位学者、专家著作中的一些观点和资料，在此表示衷心感谢。

由于作者水平有限，加之时间仓促，书中缺点错误在所难免，敬请读者批评指正。

作 者

2016 年 10 月

目 录



第一章 毒品成瘾概述	1
第一节 毒品成瘾基本概念	1
第二节 毒品滥用形势	8
第三节 毒品成瘾的危害	23
第二章 毒品成瘾生物和心理机制理论	31
第一节 成瘾的神经生理机制的理论模型	31
第二节 毒品成瘾的生物医学机制	36
第三节 成瘾的社会心理方面的理论模型	40
第四节 成瘾的心理机制	47
第三章 毒品成瘾心理矫治概述	59
第一节 毒品成瘾的心理学基础	59
第二节 毒品成瘾后的心理行为表现	62
第三节 毒品成瘾心理矫治概述	67
第四节 心理行为治疗的主要方法和形式	73
第四章 动机强化治疗	80
第一节 戒毒动机	80
第二节 动机强化治疗的理论基础	82
第三节 动机强化治疗的作用机制	85
第四节 动机强化治疗的基本原则	87
第五节 动机强化治疗的技术要点	88
第六节 动机强化治疗的基本步骤	90
第五章 认知治疗	93
第一节 认知治疗概述	93
第二节 认知疗法的操作过程	99
第三节 认知疗法治疗结果的评价	105

第六章 行为疗法	107
第一节 行为疗法概述	107
第二节 行为疗法的种类	111
第三节 行为疗法的操作过程	117
第四节 行为疗法治疗结果的评价	119
第七章 认知行为治疗	121
第一节 认知行为治疗的理论基础	121
第二节 认知行为治疗的治疗模式	124
第三节 复吸的认知治疗模式	126
第八章 发泄疗法	132
第一节 发泄疗法的治疗原理	132
第二节 发泄疗法的方案设计与操作过程	141
第三节 发泄疗法治疗结果的评价	143
第九章 个体干预	146
第一节 个体干预的理论基础	146
第二节 个体心理干预方案设计与操作过程	150
第十章 家庭疗法	161
第一节 家庭疗法的治疗原理	161
第二节 家庭疗法的方案设计与操作过程	171
第三节 家庭疗法治疗结果的评价	174
第十一章 团体心理辅导	176
第一节 团体心理辅导的理论基础	176
第二节 团体心理辅导的操作过程	180
第十二章 治疗社区 (TC)	192
第一节 现代 TC 的原型——锡南浓	193
第二节 日顶村	195
第三节 匿名戒毒会 (NA)	201
第四节 国外在监所内开展 TC 的若干资料	204
第十三章 增强戒毒意愿	206
第一节 增强戒毒意愿理论基础	206
第二节 增强戒毒意愿实际操作	211

第十四章 修复个性缺陷	221
第一节 修复个性缺陷的基本原理	221
第二节 修复个性缺陷的实际操作	227
第十五章 情感召唤与忏悔补偿	242
第一节 情感召唤与忏悔补偿基本原理	242
第二节 情感召唤与忏悔补偿的内容与实操	245
第十六章 应对高危情境	255
第一节 应对高危情境的基本原理	255
第二节 应对高危情境的内容与实操	258
第十七章 预防复吸技能训练	274
第一节 预防复吸技能训练的基本原理	274
第二节 预防复吸技能训练的内容与实操	276
第十八章 自我放松训练	301
第一节 自我放松训练的基本原理	301
第二节 自我放松训练实操	306
第十九章 积极情绪训练	315
第一节 积极情绪训练的基本原理	315
第二节 积极情绪训练的实操	317
第三节 积极情绪训练的拓展训练	323
第二十章 生活技能训练	325
第一节 生活技能训练的基本概念	325
第二节 生活技能训练的内容与实操	328
第二十一章 康复习惯养成	338
第一节 康复习惯养成基本概念	338
第二节 康复习惯养成的内容与实操	342
第二十二章 回归社会适应	349
第一节 回归社会适应基本原理	349
第二节 回归社会适应的内容与实操	353
第二十三章 毒品成瘾心理矫治中常见问题及对策	362
第一节 制订康复目标	362

第二节 情绪管理	363
第三节 建立康复支持系统	365
第四节 降低复发风险和复发管理	367
第五节 平衡生活的策略	369
第六节 进展评估	370
附录一 相关法律法规	372
中华人民共和国禁毒法	372
戒毒条例	379
吸毒成瘾认定办法	384
吸毒检测程序规定	385
附录二 常用的量表及治疗用工作表	388
一、药物依赖诊断量表 (SCID - DD)	388
二、药物使用结果调查	389
三、功能分析工作表	391
四、外部触发因素定性评价工作表	392
五、外部因素危险等级评价工作表	393
六、改变阶段评估表	393
七、制定目标工作表	394
八、控制使用物质念头工作表	395
九、情绪工作表	396
十、社会压力工作表	397
十一、汉密尔顿抑郁量表 (HAMD)	397
十二、汉密尔顿焦虑量表 (HAMA)	400
十三、WHO 烟、酒和精神活性物质使用筛查量表 (ASSIST)	402
十四、成瘾严重程度指数 (ASI)	407
十五、生活事件量表	411
十六、生活应激事件量表	413

第一章 毒品成瘾概述

吸毒成瘾是个体生理、心理和社会等多种因素交互作用的产物。吸毒行为是一种对行为个体、家庭和社会具有严重危害性的违法行为。毒品成瘾者既是违法者、社会化进程的失败者，又是毒品的受害者和慢性、复发性脑疾病患者。毒品成瘾者的矫治工作既是一项神圣的使命，又是一项艰巨复杂的系统性工程。毒品成瘾矫治应当本着“以人为本、科学戒毒、关怀救助、依法管理、综合矫治”的原则，利用医疗戒毒、社区戒毒、强制隔离戒毒和社区康复等形式，通过生理脱瘾、心理脱瘾、教育矫治、体能康复、技能训练等手段，使戒毒人员的生理、心理和社会功能得到全面康复，彻底告别毒品，成为一个身心健康、遵纪守法、自食其力的合格社会公民。

第一节 毒品成瘾基本概念

一、毒品

（一）毒品的概念

毒品有广义和狭义之分，广义的毒品是指能够使人吸食成瘾并具有一定危害性的物质。广义的毒品概念范畴十分广泛，除了鸦片、海洛因、冰毒等毒品外，也包括烟、酒、槟榔等。烟、酒的危害众所周知，而槟榔的危害鲜有人知。有资料表明，全球约有2亿人偏爱咀嚼槟榔，主要分布在印度、越南、泰国、马来西亚及乌干达等国。^①一些国家将染红的槟榔子用作欣快剂。槟榔对神经系统具有刺激作用，可引起欣快感。而这种“快感”的背后恰恰是对健康的极大危害。嚼槟榔可能导致口腔疾病，乃至口腔癌。在药理学上，认为槟榔的主要成分槟榔碱兼具烟碱样作用，这可能是造成嗜食槟榔的主要原因。所以，槟榔属于广义的毒品。广义的毒品与普通的可致依赖性物质、可致依赖性药物是不同的。物质的范畴要大于药物，所以，可致依赖性药物包含于可致依赖性物质之中。广义的毒品与普通的可致依赖性物质相比多了危害性，可以认为广义上的毒品就是具有一定危害性的可致依赖性物质。因为有些物质虽然长期使用，可以使人上瘾，但对于人的健康无大害，也没有明显的社会危害性，就不能当作毒品看待，如茶、咖啡等。虽然茶中含有可致依赖性的咖啡因，但更含有大量有益于健康的其他物质。长期饮茶或咖啡有益无害。所以，咖啡因是毒品，而茶和咖啡则不是。有些国家把鸦片、海洛因、吗啡、大麻、可卡因等列为非法毒品，而把香烟、酒精以及挥发性有机溶剂等物质称为合法毒品。广义上的毒品都应该避免滥用，但是由于数量众多，任何国家都没有办法进行有效的监管。

^① 任桂秋. 禁毒学概论 [M]. 北京: 中国人民公安大学出版社, 2015.

狭义的毒品是指国家依法管制的能够使人形成瘾癖的精神药品和麻醉药品。狭义的毒品概念体现了国家对毒品管理的需要。2007年12月29日全国人大常委会颁布的《中华人民共和国禁毒法》沿用了《中华人民共和国刑法》第357条对毒品的定义,“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。”^①

(二) 毒品的分类^②

世界自有毒品以来,毒潮几番泛滥,被滥用的毒品层出不穷,因此也难有一个统一的规范分类标准。

1. 按毒品的来源分类

毒品的来源是指毒品的起源、出处。据此,可将毒品分为天然毒品、半合成毒品和合成毒品三类。

天然毒品是指直接从毒品原植物中提取的毒品,主要有鸦片、大麻油、可卡因等。

半合成毒品是由天然的麻醉药品或精神药品与化学物质进一步合成得到的毒品,如海洛因、二氢埃托啡、丁丙诺啡等。

合成毒品是完全用化学试剂通过化学合成的方法制造的毒品,如冰毒、度冷丁、地西洋等。

2. 按国际禁毒条约分类

国际禁毒条约是指国家及其国际法主体间所缔结的以国际法为标准并确定其有关禁毒方面的权利和义务关系的一种书面协议。国际禁毒条约主要有公约、协定、协定书、宣言和纲领等。为了加强对滥用药物的国际管制,联合国1961年3月在纽约签订了《六一公约》,后于1971年2月签订了《七一公约》。这两个公约直接影响了各个国家与地区的药品法制管理,将可致依赖性药物分为两大类,即麻醉药品和精神药物。

麻醉药品是指具有依赖性潜力,不合理使用或滥用可以产生身体依赖性和精神依赖性的药品、药用原植物或者物质,包括鸦片类、古柯类和大麻类以及各国家规定管制的其他药品、药用原植物或者物质。

精神药物,又称精神药品,是指直接作用于中枢神经系统,使大脑兴奋或抑制,如果连续使用能够产生依赖性的药品,包括兴奋剂、抑制剂和致幻剂等。

3. 按毒品流行的时间分类

毒品通常都经历了发现、滥用、流行、禁止的过程。按照毒品流行时间的先后顺序,可将毒品分为传统毒品和新型毒品。

传统毒品指的是鸦片、海洛因、大麻、杜冷丁、可卡因等流行较早而为群众熟知的毒品。

相对传统毒品而言,新型毒品是指流行较晚的毒品,如甲基苯丙胺、摇头丸、K粉等。

当然,划分传统毒品和新型毒品的时间是一个相对的概念,目前主要是以20世纪80年代为界,把之前流行的称为传统毒品,之后流行的称为新型毒品。

4. 按成瘾性和毒性分类

① 肇恒伟. 禁毒学教程 [M]. 沈阳: 东北大学出版社, 2003.

② 任桂秋. 禁毒学概论 [M]. 北京: 中国人民公安大学出版社, 2015.

毒品的成瘾是毒品与机体相互作用所造成的一种精神状态和身体状态，它表现出一种强迫性连续吸食毒品的行为。按照毒品成瘾的难易程度，有人习惯将毒品分为硬性毒品和软性毒品。

硬性毒品也叫烈性毒品，指的是吸食后极易使人上瘾，毒性较强的毒品，如海洛因、可卡因等。相关资料显示，吸食海洛因几次甚至一次就会使人上瘾，过量吸食会使人直接死亡。^①可卡因被称为“百毒之王”，也极易使人上瘾。

软性毒品也叫温和性毒品，指的是吸食后不像海洛因那样容易使人上瘾，毒性一般的毒品，如大麻、咖啡因等。

其实，毒品的“软”和“硬”也只是一个相对的概念，毒瘾的产生既与毒品的本身属性有关，也与吸食者的身体素质以及吸食毒品的年龄等因素密不可分。

二、毒品成瘾

（一）成瘾的界定和理解

“成瘾”这一术语被广泛使用，但迄今没有一个统一的定义。从古代到19世纪，成瘾这一术语是指对一种坏习惯的沉迷，以至于成瘾者完全忽视了生活的其他方面。它并不是专门指对麻醉毒品或其他药物的依赖。到了20世纪，医学专家开始用成瘾这一术语来特指滥用麻醉毒品的一种特性。成瘾的行为和心理特征是病理性的戒断反应和渴求，以及强迫性的觅药行为中的失控感。^②

成瘾这一术语的范围扩大为包含具有欲求性质、强迫和重复的特性，并且是自我破坏的难以改变和停止的人和物质使用和强化行为（reinforcing behavior）。^③《美国遗传医学词典》（The American Heritage Medical Dictionary）将成瘾定义为对一种物质或行为的不由自主的习惯化的心理或生理依赖。

DiClemente 将成瘾定义为一种习得行为，而这种行为一旦建立，个人即使面对非常严重的后果也难以消除。他认为成瘾主要有三个维度：^④①以愉悦和强化为特征的逐步建立的问题行为模式的发展；②产生依赖的行为模式包含生理的和心理的因素，这些因素相互作用使行为难以改变。^④

与成瘾相关最明显的习惯包括烟草依赖、酒精滥用和依赖、物质滥用、一系列饮食失调（包括肥胖症和暴食症），以及强迫性赌博。这些行为的相似之处，即被认为是成瘾的原因，包括以下一些因素：①它们代表有意识的习惯模式，欲求行为；②它们变得过度并产生严重后果；③这些有问题的行为模式有长时间的稳定性；④这些行为有相关的生理和心理因素；⑤有成瘾行为的个体难以停止或改变这些行为。这些代表了用于诊断成瘾的主要标准。

① 任桂秋. 禁毒学概论 [M]. 北京：中国人民公安大学出版社，2015.

② S Peele. Cocaine and the concept of addiction: Environmental factors in drug compulsions [J]. Addiction Research, 2009, 6 (3): 235-263.

③ Blume S B. Excessive Appetites: A Psychological View of Addictions [J]. Wiley: New York, 1985.

④ DiClemente C C. Addiction and Change: How Addictions Develop and Addicted People Recover [M]. Am Psychiatric Assoc, 2003: 4

在本书中,成瘾(addiction)是指强迫性地寻求药物和使用药物的行为,尤其是在面对明显的危害结果时,成瘾者试图多次努力地去改变,但这些行为依然继续,这个术语现在延伸到强迫性的暴饮暴食和强迫性的赌博,强迫性的性行为以及其他的强迫性行为。^①这一界定是一个广义的成瘾概念,包括物质成瘾和过程成瘾,前者指个体成瘾于毒品、酒精、烟草等成瘾物质;后者是指个体对一些行为的强迫性依赖,如赌博、性及网络成瘾等。

关于成瘾有三种不同的观点,D. L. Thombs 对这些观点进行了总结。^②

1. 成瘾是一种罪行(addiction as sin)

此种观点认为成瘾是对某种伦理或道德规范的拒弃,成瘾者害人害己,难以原谅。此种观点也假设成瘾行为完全出于个人的自主选择。因此,不能用“失去控制”来解释成瘾行为,应当认为他们是自愿选择“药物滥用”这种折磨人的成瘾方式,而这也是成瘾患者常常遭到谴责的理由。由于成瘾行为是因为行动方向上的自由选择与道德错误所导致的,所以惩罚成瘾患者便成为解决这个问题的合理方式,而监禁、罚款及其他的惩处等法律制裁也顺理成章地被当作是最适宜的行动。

支持“成瘾是一种罪行”的假设有不少“好处”,因为这个假设非常直接清楚,以此观点看来,成瘾只是单纯的行为不检,通过惩罚就可以矫正这种恶习。拥护这种观点的人认为,当今社会之所以无法有效遏止成瘾患者的问题,应归咎于道德的全面沦丧。因此,回归家庭或弘扬传统的价值观,就常常被当成解决成瘾问题的最佳方法。

不过,历史的经验告诉人们,对普遍存在于人群当中的成瘾问题,使用惩罚的手段并不能产生完全阻遏的效果,这也是人们在鼓吹“成瘾是一种罪行”的看法时,可能会面临的质疑。从历史的先例就可发现,只凭政府的权威就想根除患者成瘾行为的做法通常是难以持续的。而且,法律的制裁措施常常会衍生出一些不为人所乐见的后果,例如,促使犯罪网络的组织更为强化、形成地下市场的猖獗、助长对法规法令的漠视、减缓法庭的文件处理以及造成强制戒治机构人满为患等。

2. 成瘾是一种疾病(addiction as a disease)

赞同这种观点的人认为毒品成瘾起始于根本的疾病过程。目前,神经科学的迅猛发展有助于推动成瘾疾病模式的科学研究,许多研究成果为这一观点提供了充分的证据。

拥护“成瘾是一种疾病”观点的人普遍相信成瘾患者是疾病的受害者,而“对物质使用丧失控制力”的说辞,一直是疾病模型用来解释成瘾行为的主要特征。这一模式假设:由于不明原因的体质特征,使得成瘾患者一旦服用少量的药物,就会引发患者更强烈的服用药物的渴求(craving),最后导致了强迫性的过度使用,而个人并无法控制这种促成成瘾行为产生的机制。^③

由于成瘾患者被当成是深受病痛折磨的人,因此,他们有充分的理由获得照顾、关怀与治疗。而既然成瘾是疾病的一种,对患者施行药物的治疗也是应该的,但适当的治疗,尤其是以住院病人为主的治疗,必须有医师的监督才能确保治疗效果。

① Wise R. Definitions and terms [M] //Stevens' Handbook of Experimental Psychology, 2003.

② Thombs D. Introduction to Addictive Disorders [M]. New York: Guilford Press, 1994.

③ 杨波,戴建海,张卓,等. 毒品成瘾与心理康复 [M]. 北京:中国政法大学出版社,2015.

支持疾病模式观点的大众至少包括三个团体^①：第一个团体是属于从事医学的专业人员。他们利用专业的优势来说服大众相信“成瘾是一种疾病”，需要住院治疗，进而坐收财富。第二个团体是制造成瘾物品的相关从业者，他们也是疾病模型的既得利益者，比如说，酒精从业者要人们相信成瘾的问题是出在嗜酒者身上，与酒精本身无关。第三个赞同的团体则是“康复运动”（Recovery movement）的成员，这个组织主要是由那些从药物依赖中康复过来的个人及其家属所构成。他们也能从认同疾病模式的理念上获得利益，原因之一是当大众以病人的角度看待成瘾患者时，患者会觉得这样比承受道德批判或心理异常的眼光来的有尊严。同时，认为自己是病人的想法，无形当中也减轻了患者对过去错误行为的罪恶感和羞愧感，能使他们专注于无药瘾生活的建立，并获得身心的康复。

3. 成瘾是一种适应不良的行为（addiction as maladaptive behavior）

支持第三种看法的人认为成瘾是一种行为异常，成瘾和所有的人类行为一样，均是由相同的法则加以塑造的。所以，成瘾行为基本上是学习而来的。它既不是罪行，也不是因为丧失控制。反之，他被当成是明显受制于环境、家庭、社会以及认知等关联条件，从而导致的问题行为。如同疾病模式一样，成瘾患者也被视为受害者，但并非一种疾病的受害者，而是破坏性的学习环境的受害者。

当成瘾被描述成是一种“适应不良的行为”时，它和“错误行为”（misbehavior）（一种道德的观点）的描述便有极大的差异。行为学家尽量避免为成瘾行为的“对”与“错”下判断。行为学家使用“适应不良”一词即意味着，对成瘾患者及他们的家人而言，这种行为形态会产生破坏性的后果，但它并不暗示成瘾患者是坏蛋或不负责任。

就行为科学的观点而言，最佳的治疗方式是以学习法则为基础的。更具体地说，成瘾患者需被传授技巧以避免复发。此外，当需要的时候，治疗的医学取向也要加以考虑，但他们通常不会受到重视。成瘾者的训练及其程序上的实验才是治疗者所关注的焦点，是行为学家主要采用的治疗取向。

目前，在此领域工作的专家与开业医生是拥护这一观点的主要人员。例如，美国的成瘾行为心理学家学会（Society of Psychologists in Addictive Behavior）就是倡导这一观点的一个团体。但这个团体的人数不多，又没有太多政治势力的介入，并且缺乏公众的认同和赏识，治疗方法本身又十分耗费心力，因此，行为科学的方法目前还处于弱势地位。

总结以上三种观点可以发现，每种观点都有自己的特点和优劣之处。而在目前，有些人则坚持认为成瘾行为的形成是基于上述三种因素的连锁演变，即它是一种因人们学习到以不道德方式行动所导致的疾病。不过，这样的整合往往模糊了三种观点的基本差异，因为在每种观点背后，其实都存在着不同的成瘾行为的戒治方法。

（二）与毒品成瘾相关的概念

就毒品成瘾而言，与其相关的概念主要有以下几个。

1. 依赖

依赖（dependence）是一组认知、行为和生理症候群，使用者尽管明白使用成瘾物质会带来问题，但还在继续使用。

自我用药导致了耐受性增加、戒断症状和强制性觅药行为（compulsive drug seeking behavior）。所谓强制性觅药行为是指使用者冲动性地使用药物，不顾一切后果，是自我失

^① 杨波，戴建海，张卓，等. 毒品成瘾与心理康复 [M]. 北京：中国政法大学出版社，2015.

去控制的表现,不一定是人们常常理解的意志薄弱、道德败坏的问题。^①

传统上将依赖分为躯体依赖 (physical dependence) 和心理依赖 (psychological dependence)。躯体依赖也称生理依赖,它是由于反复用药所造成的一种病理性使用状态,主要表现为耐受性增加和戒断症状。心理依赖也称精神依赖,它使吸食者产生愉快满足或欣快的感觉,驱使使用者为寻求这种感觉而反复使用药物,表现出所谓的渴求状态。

在 20 世纪,成瘾被解释为药物不再起效果时个体的反应。反应越严重,成瘾越严重。海洛因就能导致个体身体的很大变化,包括痛觉的丧失、肌肉的放松、低的体温及便秘等。而当撤药后,成瘾者则会体验到完全相反的感觉,如痛苦、紧张、恶心、发热和腹泻。撤药症状可持续几天到数周,这要看成瘾者用药的多少和用药的时间,也即身体依赖的程度。没有依赖药品,成瘾者的身体就会变得很虚弱。为了避免这种状况,成瘾者就要获取更多的药物,从而永久成瘾。

躯体依赖也可用来解释酒精和尼古丁成瘾,因为这些药物撤药后也会导致不愉快的身体反应。但身体成瘾的这一模型不能解释一切成瘾药物,包括像可卡因和安非他命这样的刺激物。这些药物撤药后,除了导致疲劳和抑郁的感觉外,没有其他的撤药症状,但成瘾者还是继续成瘾。为解决这一问题,一些学者提出了心理依赖这一概念,指药物撤出后仅导致一些心理状况的变化,但却引发了成瘾行为。这种观点很难被接受,因为心理成瘾的概念很难被科学地界定,也难以对其进行实证研究。^②

不过,心理依赖模型有助于我们用“奖赏”或“积极强化”的术语来解释成瘾习惯,特别是当强迫性的使用药物不能用生理依赖来解释时。事实上,生理依赖模型不能解释在撤药综合病症已消除数月或数年后,海洛因成瘾者仍会复吸,这在动物实验上也得到了证实。因此,尽管生理依赖是解释为什么成瘾者维持成瘾习惯的一个合理模型,但这种解释是有限的。正如脑研究所揭示的,药物渴求很可能涉及主控动机行为的神经回路出现长期的功能紊乱的过程。

2. 滥用

滥用 (abuse) 是一种适应不良的方式,由于反复使用药物导致明显的不良后果,如不能完成工作、学业,损害了躯体、心理健康,导致法律上的问题等。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。

3. 渴求

渴求 (craving) 是指一种内在的对致瘾源的强烈欲求,需要更多的致瘾源才可以满足。渴求具有本能的驱动力,对过去的致瘾源所引起的欣快感存有记忆。按照神经生理学的分析,渴求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性提高。^③

4. 精神活性物质

精神活性物质 (psychoactive substances) 又称成瘾物质 (addictive substances)、药物 (drug)。毒品的社会学概念,指能够影响人类情绪、行为、改变意识状态,并有导致依赖作用的一类化学物质,人们使用这些化学物质的目的在于取得或保持某些特殊生理、心理

① 史书. 强制隔离戒毒所戒毒人员个别心理治疗研究 [D]. 湘潭:湘潭大学,2009.

② Wise R. Definitions and terms [M]. Stevens' Handbook of Experimental Psychology, 2003.

③ 师建国. 成瘾: 21 世纪的流行病 [M]. 北京: 科学出版社, 2004.

状态。

5. 戒断综合征^①

戒断综合征 (abstinence syndrome) 是指在反复地、长时间和 (或) 高剂量地使用某种物质后绝对或相对戒断时出现的一组不同表现、不同程度的躯体和精神症状。轻者只感到难受, 全身不适, 重者可威胁生命。戒断症状大部分由自然停药引起, 也可因使用拮抗药, 使药物作用暂时减弱或阻断引起。容易形成躯体依赖的药物有阿片类、巴比妥类及酒精等。症状的出现和病程与物质使用有时间上的联系, 而且与停用或减量前刚刚用过的物质类型和剂量有关。例如, 酒精所致戒断综合征的特点是震颤、出汗、焦虑、激越、抑郁、恶心和不适; 鸦片等麻醉品一旦成瘾, 每 4~8 小时必须再次用药, 否则便会出现戒断综合征。一般表现为哈欠、流涕、流泪、出汗、肌肉疼痛、寒战、鸡皮疙瘩、恶心呕吐、心悸、激动不宁, 24~48 小时后肌肉和腹部痛性痉挛, 甚至循环虚脱, 36~72 小时达到高峰, 觅药行为明显, 且持续到躯体症状已经减轻后; 巴比妥类药物如成瘾量大, 突然断药, 12~24 小时内出现厌食、软弱、焦虑不安、震颤、不眠, 可导致癫痫发作、高热谵妄, 危及生命; 镇静剂所致戒断综合征有许多特点与酒精所致戒断综合征相同, 但还可有肌肉疼痛和抽搐、知觉和体象扭曲; 兴奋剂所致戒断综合征表现为抑郁明显, 并伴有不适、无力及情感不稳。戒断综合征的产生与药物特性和个体素质有关。形成的机制可能与体内吗啡受体与成瘾药物的特殊亲和力、神经元活动被成瘾药物阻断后出现代偿性增敏、单胺类神经递质的改变等有关。

6. 稽延性戒断综合征

稽延性戒断综合征 (protracted abstinence) 是指进行脱毒治疗后, 戒断症状消失, 但仍然有许多的身体不适和痛苦现象, 此期间若不继续合理调治, 其症状一般将持续长达数年之久。稽延性戒断症状概括起来可分为以下四类。

(1) 精神现象: 入眠困难、多梦易醒、焦虑、抑郁、胆怯、烦躁、思维迟钝、精神恍惚、迷惑、健忘、情感脆弱、易受挫折等。

(2) 痛症及其他: 头痛、腹痛、腰痛、四肢肌肉骨节疼痛、倦怠乏力、嗜睡、懒言、周身不适等。

(3) 消化功能不良: 食少甚或厌食、胃脘痞胀不适、腹泻便秘交替、肌肉消瘦等。

(4) 瘾海难填: 稽延性戒断综合征的存在影响毒品成瘾者的功能恢复, 致使相当一部分人复吸毒品。

7. 毒品成瘾矫治^②

毒品成瘾矫治 (drug addiction correction) 是戒毒机关通过实施医学治疗、管理教育、心理干预等措施, 对毒品成瘾者进行综合性戒断及其矫治的一门科学。根据我国禁毒法的规定, 从事毒品成瘾矫治活动的机构包括医疗机构、社区戒毒机构和强制隔离戒毒机构。戒毒机关根据戒毒人员吸食、注射毒品的种类及成瘾程度等, 对戒毒人员进行有针对性的医学治疗、心理行为干预、教育和康复训练等。根据戒毒的需要, 强制隔离戒毒场所可以组织戒毒人员参加必要的生产劳动; 对戒毒人员进行职业技能培训; 对有严重残疾或者疾病的戒毒人员, 应当给予必要的看护和治疗; 对患有传染病的戒毒人员, 应当依法采取必要的隔离、治疗措施; 对可能发生自伤、自残情形的戒毒人员, 可以采取相应的约束性保

^{①②} 施红辉, 李荣文, 蔡燕强, 等. 毒品成瘾矫治概论 [M]. 北京: 科学出版社, 2009.

护措施。

8. 心理矫治

心理矫治 (psychological treatment), 目前已经成为毒品成瘾矫治中的一个非常重要的概念。心理矫治一般被翻译为“心理治疗”(psychotherapy)。在西方国家, 起初人们把心理矫治等同于心理治疗, 是指应用精神医学和临床心理学的知识、方法和技术对有心理问题或心理异常者进行治疗, 帮助他们消除心理障碍, 解除心理矛盾, 达到心理健康的目的。这实际上是从医学心理学或临床心理学的意义上界定的心理矫治概念。我国的矫正机构一般认为, 心理矫治就是矫正机构运用心理科学的原理和方法, 通过对违法犯罪者开展心理健康教育、心理评估、心理咨询与治疗、心理危机干预等一系列活动, 帮助他们消除违法心理及其他心理问题, 维护心理健康, 重塑健全人格, 提高适应社会的能力, 以促进矫治目标的实现。与此相对应, 我们认为, 毒品成瘾的心理矫治是指戒毒机构运用心理学、精神病学理论和技术对成瘾者存在的心理、行为问题有针对性地进行治疗与康复训练, 使其戒除毒瘾, 能适应正常社会生活的系列活动。

第二节 毒品滥用形势

一、国际毒品滥用形势

(一) 国际药物滥用流行的总体形势

近30年来, 药物滥用在全球范围内呈持续流行蔓延之势。联合国相关统计表明, 毒品问题已波及全球200多个国家和地区, 人群中的药物滥用率以每年3%~5%的速率递增。根据联合国国际毒品与犯罪办公室(The United Nations Office on Drugs and Crimes, UNODC)发布的2013年世界禁毒报告, 截至2011年底, 全球15~64岁人群中在过去一年中使用过非法药物的人数达2.4亿(1.67亿~3.15亿), 占成年人口数量的5.2%(3.6%~6.9%)。其中, 滥用大麻人数1.8亿, 滥用苯丙胺类兴奋剂人数3380万(不包括摇头丸), 滥用阿片类物质(opioids)人数3190万, 滥用摇头丸人数1940万, 滥用可卡因人数1700万。^①

1. 药物滥用形势变化

20世纪80年代后期, 药物滥用呈全球流行趋势, 不但遍及发达国家, 而且波及越来越多的发展中国家。据联合国统计, 1989年全球药物滥用人数为4800万, 而到20世纪90年代末期, 全球曾经使用过非法药物的人数已增加至1.8亿人, 占全球15岁以上人口的4.2%。从药物滥用种类来看, 除一些传统毒品外, 出现了越来越多的新型合成毒品。其中, 阿片类物质滥用率为0.3%, 海洛因滥用率为0.22%, 超过60%的使用者在亚洲, 20%在欧洲; 可卡因滥用率为0.3%, 70%的使用者在美洲, 16%在欧洲; 大麻滥用率为3.4%, 其使用者中超过1/3在亚洲, 1/4在美洲, 1/5在非洲; 苯丙胺类滥用率为0.7%, 亚洲约占50%, 美洲和欧洲约占1/3; 摇头丸滥用率为0.1%, 摇头丸的消耗主要集中在

^① 联合国国际毒品和犯罪问题办公室. 2013年世界禁毒报告[R]. 2013.

西欧和北美国家，但在发展中国家已有增长蔓延之势。

根据联合国国际毒品与犯罪办公室（UNODC）2001—2013 年公布的相关数据，近 10 余年来，全球毒品滥用率和滥用人数均呈总体上升趋势。2000—2003 年非法药物滥用率从 4.3% 升至 5.0%，随后 4 年基本稳定在 4.8%~4.9%，尽管 2008 年下降为 4.6%，但随后 3 年逐年上升至 5.2%。因此，纵观 10 余年来全球药物滥用趋势，虽然个别年份药物滥用人数偶有下降，但总体呈上升之势：从 2000 年的 1.85 亿逐步上升至 2011 年底的 2.4 亿。^① 从药物滥用种类来看，从 1989 年起近 30 余年来，大麻一直为全球滥用人数最多的药物，从使用人数的增长速率看来，以“冰毒”“摇头丸”为代表的苯丙胺类兴奋剂则是增长最快的毒品；阿片类物质滥用率近 10 年来则变化不大，基本维持在 0.4% 左右。

从列入联合国管制的麻醉药品、精神药品品种上可以看出，随着毒品的流行，列管的物质种类不断增多，其中多数是合成类。1995 年列入国际管制的物质为 226 种，其中合成类为 189 种；2012 年国际列管的物质种类为 234 种，合成类为 196 种。非医疗目的使用处方药（如阿片类处方药、曲马多、镇静安眠药等）已成为不容忽视的问题，“在 103 个提供相关信息的国家中，60% 的国家将处方药列为该国误用最多的三种物质类型之一，15% 的国家认为其为该国使用最多的物质”。在提供镇静催眠药非医疗目的使用数据的国家中，爱沙尼亚、挪威、葡萄牙、立陶宛、意大利、马其顿等 6 个国家使用率在 10% 以上，最低的是英格兰 0.4%。此外，新精神活性物质种类层出不穷，已逐步成为值得关注和进一步研究的公共卫生问题和社会问题。除新精神活性物质外，“澳大利亚、孟加拉国、加拿大、德国、印度尼西亚、尼日利亚、巴基斯坦、韩国、美国、瑞典和我国香港等国家和地区还报告有滥用止咳药水（含可待因和美沙芬等止咳药成分）的问题”。^②

2. 青少年毒品滥用

青少年是药物滥用的高发人群。有限的调查结果显示，根据美国监测未来项目调查（Monitoring the Future, MTF）^③ 结果，在 2013 年，美国 8、10、12 三个年级学生过去一年非法药物使用率总体为 28.4%，比 2012 年上升 1.3%（各年级分别为 14.9%，31.8%，40.3%，分别比 2012 年总体增加了 1.5%，1.6%，0.6%）。非法药物终生使用率为 35.8%，比 2012 年上升 1.7%（各年级学生终生使用率分别为 20.3%，38.8%，50.4%，分别比 2012 年增加 1.8%，2.0%，1.3%）。从滥用种类来看，大麻一直是各年 MTF 调查中使用率最高的非法药物，近 5 年来各年级学生每日大麻使用率逐年上升。具体来看，8、10 和 12 年级学生 2013 年使用率最高的非法物质均是大麻，而各年级学生使用率第二高的非法物质则有所区别，分别为吸入剂（inhalants）、合成大麻（synthetic marijuana）、苯丙胺类兴奋剂（amphetamines）；上述各年级学生使用率第三的非法物质分别为合成大麻、苯丙胺类兴奋剂、合成大麻；各年级学生致幻剂的使用率分别为 1.6%，3.4%，4.5%；各年级学生浴盐（bath salts）的使用率分别为 1.0%，0.9%，0.9%；各年级学生海洛因和冰毒的使用率分别为 1.0%，0.6% 左右。

欧洲 2011 年酒精和其他药物的学校调查（European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, ESPAD）报告显示，18.0% 的学生曾经使用过非法药物，男女学生非法

① 杜新忠. 实用戒毒医学 [M]. 北京：人民卫生出版社，2015.

② 联合国国际毒品和犯罪问题办公室. 2013 年世界禁毒报告 [R]. 2013.

③ The Monitoring the Future Study TUOM. Trends in annual prevalence of use for various illicit drugs. 2013