



## 瘾是什么

人们通常所说的“瘾”，如“烟瘾”、“酒瘾”、“毒瘾”、“脱瘾”等指的是依赖或成瘾，而药物成瘾是通俗用语，也常作为医学词汇。本世纪 50 年代，世界卫生组织专家委员会将药物成瘾正式解释为：由于反复使用某种药物（天然或合成药物）所引起的一种周期性或慢性中毒状态，具有以下特征： 有一种不可抗拒的力量强制性地驱使人们连续使用该药，并且不择手段去获得它； 有加大剂量的趋势； 对该药的效应产生精神依赖性并且一般都产生躯体依赖性； 对个人和社会都产生危害。

一般来讲，药物成瘾往往是非医疗用药的突出危害之一，是滥用药物的后果。滥用某种药物是否成瘾及成瘾的快慢，与使用药物是否具有成瘾性和成瘾性的强度

大小有关，此外，还与滥用药物的剂量、滥用方式（口服、肌注、静注）及滥用时间有关。另外，滥用药物者本人的意志是否坚强、是否具有特别的个体倾向以及周围的社会环境如何，都与是否产生药物成瘾有关。

由于药物成瘾这一术语的使用出现混乱，而且其内涵也太狭窄和极端，世界卫生组织从学术和治疗康复角度考虑，将这一概念进行统一化和标准化，淘汰了使用几十年的旧概念，将药物成瘾统一规定为药物依赖性，并作了如下定义：药物依赖性是由药物与机体相互作用造成的一种精神状态，有时也包括身体状态，表现出一种强迫性地或定期用该药的行为和其他反应，为的是要体验它的精神效应，有时也是为了避免由于断药所引起的不舒适。可以发生或不发生耐受性。同一人可以对一种以上的药物产生依赖性。

从上述定义可以看出，一旦某个人已形成药物依赖性，就必须具备心理依赖，即产生强制性觅药的心理倾向甚至不考虑后果强烈渴求用药的心态；同时，许多产生心理依赖性的个体还存在着躯体或生理依赖性，一旦停药，不久即可产生一系列轻重不等的生理反应，医学上叫作药物戒断症状。为解脱戒断症状造成的痛苦，成瘾者不得不再次使用已成瘾的药物，导致药物依赖的恶性循环。有些药物如吗啡、海洛因、酒精等可产生躯体依赖性和精神依赖性，而可卡因等则只有精神依赖性。

但是，由于历史的原因，目前人们仍习惯于用“成瘾”一词，甚至正式场合也有使用的情况。

药物依赖性又分为精神依赖性和躯体依赖性，那么何谓精神依赖性？何谓躯体依赖性？

精神依赖性又称心理依赖性，它使已形成药物依赖者产生一种愉快满足的或欣快的感觉，由于受到情绪的驱使，导致成瘾者具有周期性地或连续地用药的欲望，产生强迫性用药行为，以便获得满足或避免不适感。精神依赖的持续与发展常导致药物依赖者改变其生活方式、行为和人格模式，使之与社会生活隔绝，孤僻离群独处，甚至不能独立生活，最终可出现轻重不等的人格衰退。精神依赖性在断药后一般不出现躯体戒断症状，但在有些药物精神依赖时常伴有一系列生理依赖即戒断症状，如可出现焦虑、烦躁不安、易发脾气、冲动打人行为等，上述症状的出现往往强化了原来的精神依赖，使药物依赖戒除更加困难，并潜伏着戒药后复发的倾向。

药物的精神依赖性构成药物滥用的必要药理学特性。另外，与精神依赖性有关的还有环境依赖性和条件依赖性。如一个酒依赖者在戒酒数周后，他还必须绕道而行以避免经过酒馆或其常去饮酒的小商店，原因是这种场所对他来说是一种刺激，起到很强的暗示作用，使他感到很不舒服；还有一种称为“针头依赖性”的现象，如一个用注射方式吸毒的人，在戒断之后的几个月内，如果向他提起或显示注射器，也很有可能会诱发戒断症状。

躯体依赖性又称生理依赖性，它是由于药物或其代

谢产物在个体体内逐渐形成一种适应状态，当骤停这种药物时，会产生一种强烈的躯体方面的损害，即戒断综合征，表现为精神和躯体出现一系列特有的症状，使人非常痛苦，重者可危及生命。通常情况下鸦片类、酒类、巴比妥类、大麻类及其他中枢神经抑制剂可产生躯体依赖性，有些人认为可卡因、苯丙胺类中枢兴奋剂和烟草也会不同程度地产生躯体依赖性。例如，长期大量应用巴比妥类停用后可产生抽风；苯丙胺突然停用之后可产生无力、嗜睡、失望和抑郁情绪；停用海洛因和其他鸦片类药物数小时内即可出现精神痛苦以及腹泻、流泪、起鸡皮疙瘩等躯体症状；戒酒后数日内可出现幻觉、意识障碍和抽风；戒烟后也可产生易激动、乏力与精神不振等戒断症状。

关于药物产生躯体依赖的时间，一般认为与药物本身成瘾性的强弱、药物应用剂量、作用部位和用药方式密切相关。鸦片类药物是很容易产生依赖的，而这类中海洛因、吗啡产生依赖的潜力最大，使用治疗剂量的吗啡，每日 4 次，最快 3 天后即可诱发戒断症状出现。而对于酒精，如果让人产生躯体依赖一般需要几个月甚至更长的时间。

某种药物可以抑制另一种药物戒断后所出现的戒断症状，并可替代和维持后一种药物所产生的躯体依赖的功能，这种现象在临床上被称为“交叉依赖性”。这种互相替代可以是全部的，也可以是部分的。药物的交叉依赖程度与药物的药理特点关系密切，如果两药的药理

特点相同或相近，则两药的交叉依赖性越强，而两药的化学结构相似，其交叉依赖性相对较弱一些。动物实验显示：鸦片类药物具有很强的交叉依赖性；中枢神经抑制剂之间也存在高度交叉依赖性，如安定、水合氯醛、眠尔通、副醛等彼此之间具有很大的交叉依赖性；而酒精、巴比妥类和苯二氮草类之间存在部分交叉依赖性。

目前临床上广泛采用的药物取代性脱瘾治疗措施，就是根据相近或相似药物具有交叉依赖性这一理论基础，通过大量临床实践而总结出来的。例如，国内大量应用半衰期较长的美沙酮来取代海洛因成瘾，并取得较好疗效；使用中枢镇静剂可以取代抗焦虑剂成瘾；而大剂量的安定或中枢神经抑制剂可以治疗酒精依赖所致的戒断症状。



## 瘾是如何形成的

既然我们知道了瘾是什么，那么瘾又是如何形成的呢？就个体成瘾的生物机制来讲属于生物学问题，社会群体的药物滥用则反映了社会行为问题，而成瘾前后个体的个性特征和心理因素也起着重要作用。由此可见，药瘾的形成始终与生物—社会—心理因素密切相关，是三者之间相互作用、相互影响的结果。下面将就生物、社会、心理三个方面对瘾是如何形成的加以阐述。

### （一）生物因素

1. 脑的“报偿”系统 1954年，美国心理学家 Olds 和 Millner 发现了一个有趣的现象，在对鼠进行脑部电刺激时，将电极插错，这一偶然的失误使他们发现鼠脑内某些区域具有一种乐于接受被认为是惩罚性电刺

激的本能，鼠以每小时 500~5000 次的速度疯狂地踏压开关以连续进行自我电刺激，这种刺激比食物、水等动物所喜爱或赖以生存的东西更具有吸引力。因此，他们便推测动物脑内存在一种“愉快中枢”或强化区，电刺激该区可提供一种“奖赏”效应。这种脑的“奖赏”系统具有特殊的意义，为以后药物成瘾的研究奠定了基础。此后，Nichols 在前人研究的基础上发展了吗啡“自身给药”技术。自身给药是一种操作式行为，即某些行为反应是由它的结果所控制的，这种能够起控制作用的结果被称为强化剂。强化剂所产生的强化过程有两个特征：具有巩固性，无论是什么行为，一旦得到强化，即使因之受到惩罚，这种行为也将被记忆并巩固下来；具有递增性，即是一种正负反馈效应。这两种特性可以解释成瘾者的一般行为特征。例如，在初次使用某种成瘾物质之后所产生的强烈精神效应往往令使用者终生难忘，并产生觅药行为，这种行为通过持续的用药将得到不断的巩固和加强。上面所提到的电流、吗啡及人类所滥用的成瘾药物都可视为强化剂。

60 年代，Gollier 等研究发现可导致成瘾的药物如苯丙胺、巴比妥类和苯二氮䓬类镇静催眠药均可直接或间接地增加奖赏系统的活动。并认为药物成瘾可通过两种不同机制达到一个共同的作用，即苯丙胺、可卡因等可以通过兴奋中枢“奖赏系统”，而镇静催眠药等可以通过抑制中枢“惩罚系统”来达到同一种效应。

近年来有学者研究发现，很多成瘾物质如鸦片、可

卡因、苯丙胺、酒精、尼古丁等可增加鼠脑边缘系统中一种叫作多巴胺的神经介质的浓度。多巴胺是一种与愉快情绪有关的神经介质，当人高兴时，大脑“奖赏系统”发出兴奋性冲动，并释放出一定量的多巴胺，在正常情况下，释放出的多巴胺会很快被重新吸收，但某些药物，如鸦片、可卡因等可阻断多巴胺被重新吸收，由此产生了相对较多的多巴胺，过多的多巴胺会连续刺激下一个神经细胞，便产生了一连串强烈而短暂的刺激“高峰”，使大脑“奖赏系统”发出兴奋信号，使用药者主观上产生欣快感和幸福感。还有学者发现，可卡因、苯丙胺等中枢兴奋剂可通过增加脑内一种叫作去甲肾上腺素的神经介质的浓度而达到致依赖性的作用，其过程与多巴胺类似，可以阻断去甲肾上腺素的重吸收，导致去甲肾上腺素浓度增加，从而提高情绪；引发欣快和兴奋。

2. 神经内分泌系统 流行病学调查显示：药物成瘾在青年中的发生率大于中、老年；在男性中发生率大于女性；急性酒中毒多发生于中、青年；慢性酒中毒和镇静催眠药成瘾多发生于老年。从生理学角度考虑，人体各个年龄段和性别上的差异主要体现在神经内分泌系统上的变化。有实验证明，人类摄入成瘾药物之后可产生显著的行为效应，而行为效应同神经内分泌的变化有着直接的联系。因此推测，药物摄入可以通过神经内分泌系统的变化而产生精神和行为效应，这种精神效应又可反馈性地影响药物的摄入行为。这种效应产生与否及

产生的程度取决于个体的神经内分泌状况。如烟草中的尼古丁、海洛因、可卡因等，可以于摄入后很快作用于大脑边缘系统，引起神经内分泌变化，导致 5-羟色胺、肾上腺素、下丘脑激素等神经介质和激素发生变化，使人产生一种良性的精神和情绪反应，从这种变化中体验到愉快和满足感。

70 年代，国外有学者研究也证明，下丘脑的某些激素在药物成瘾的过程中也起着重要作用。

3. 遗传因素 已有动物实验证明，动物对某些药物的成瘾性具有显著的遗传性。如家系调查发现，酒精中毒具有遗传倾向，酒瘾者的子女出现酒中毒的机率比非酒瘾者的子女高出 4~5 倍。有关药物成瘾的遗传机制有如下两种假说：代谢假说，认为药物成瘾是某些个体为了补偿体内缺乏某种物质（如鸦片或酒精），而生物体在代谢和生理功能上需要这种物质。受体假说，认为某些个体具有相对多的对于某种物质（如海洛因）敏感的受体，这种个体一旦吸食某种药物，就极易成瘾。

此外，关于成瘾的生物学机制还有酶诱导学说、废用性超敏学说、多余信息成瘾模式等，但均不能充分地解释药物成瘾的复杂现象，每一种理论只能解释复杂问题的一个侧面。

## （二）社会因素

### 1. 社会环境的影响 第二次世界大战后，西方工

业国家经济高速发展，同时，一些社会弊病和社会问题也充分暴露出来，如经济危机、失业、贫富两极分化、暴力及犯罪等，对人们的生活和精神带来不幸，使人情淡漠、精神空虚、焦虑悲观、自暴自弃，吸毒、酗酒人数不断上升。60年代中期，美国登记在案的鸦片和海洛因吸食者各5万人，一半以上的人在纽约市，社会学家对这些人进行了调查，发现低经济收入、家庭破裂、房屋拥挤、失业是造成吸毒的重要社会因素。1982年美国的失业率达41年来的最高点，失业率是当时的“美国头号问题”此时是美国吸毒最盛的时期。

社会环境决定了成瘾物质的供应情况，社会上流行的群体药物滥用，与药品的大量泛滥有直接关系。例如，西方社会中毒品猖獗，在大街小巷垂手可得，因而可造成毒品流行，屡禁不止。

另外，社会对药物成瘾的人历来都抱有歧视和不友善的态度，这对于尚未戒瘾者显然存在着心理压力，对于下决心戒瘾或已戒瘾者会起到不利的作用，使之丧失戒瘾的信心和决心。

2. 社会文化的影响 60年代的美国因越战失败而遭严重挫折、内外交困、危机四伏，这一时期出现了青年对立文化或“反主流文化”，“嬉皮士”运动曾名噪一时，他们大多出身于中产阶级家庭，受到高等教育，但是他们拒绝接受传统文化，渴望探索禁区，吸食大麻成为他们借以反主流文化的一种方式。与此同时，各种古怪现象充斥美国社会，性解放、同性恋、摇摆舞、自我

放纵等，这些现象同吸毒密切相关。80年代，被誉为亚洲“四小龙”的南朝鲜，青少年被称为“可怕的一代”，由于受西方文化的影响，尽管他们物质生活富裕，但却精神空虚，走上了自我毁灭之路，吸毒人数猛增。

社会文化背景时常可以决定人们对一些成瘾物质的可接受性。例如，有些国家认为吸烟是个性成熟的表现，饮酒是社会生活之所需，故烟草和酒精依赖逐年上升；在玻利维亚咀嚼古柯叶或喝古柯茶，已成为一种民族传统，在首都古柯叶是可以公开出售的，因此，至70年代古柯叶的提取生物碱—可卡因的滥用已很严重。

制定严密的法律和严格地执行法律这两个方面是防止药物成瘾的根本条件。旧中国鸦片的泛滥成灾和目前某些国家的毒品滥用都从反面证实了这一点；与金三角近在咫尺的马来西亚，在1983年制定了严厉的法律，而且执法严格，规定不论何人如果拥有海洛因15克、吗啡30克、大麻200克，一经定罪便判处死刑，收到良好效果，即使在毒品活动猖獗的80年代，该国吸毒贩毒者明显减少，黑市上海洛因货源短缺。

3. 家庭因素 由于家庭教育不当或关心不够，许多青少年在伙伴的影响和引诱下，很可能由好奇尝试滑向对毒品成瘾的深渊。如50年代西方不少国家对青少年实行“家庭放纵式管理”，在物质生活得到满足之后，便去追求精神刺激，导致大批青少年出现各种社会越轨行为，其中对精神活性物质成瘾是最常见的一种行为。

青少年与父辈在生活方式和价值观上存在着较大差

异，因而离开父母独立生活的年轻人也越来越多，以致彼此不能沟通，联系中断，形成了“代沟”。这种“代沟”也是导致药物成瘾的根本原因之一。在法国，约有40%的青少年承认吸过毒，其中一个主要原因是缺少家庭温暖及与父母沟通困难，导致越来越多的青少年变得游手好闲，成为瘾君子。

4. 战争因素 在战争中，为了提高战斗力，增强夜间作战的警觉性，为负伤士兵止痛等原因均可造成药物成瘾。在美国南北战争时期，用吗啡、鸦片为负伤士兵注射止痛，造成不少士兵成瘾，并由此造成战后美国鸦片类麻醉品滥用流行。在第二次世界大战期间，执行夜间任务的空军可以从军医那里得到苯丙胺，以提高其中枢神经系统的警觉性；在日本，不仅士兵可以应用苯丙胺，为了增加军需生产，工人也有组织地分给苯丙胺；二战后期，药品商大作广告，将积压的苯丙胺推销出去，造成战后日本苯丙胺成瘾泛滥。在越南战争中，美军约30%的士兵吸食大麻而成瘾。苏军入侵阿富汗之后，由于阿富汗盛产海洛因，不少士兵偷偷带回国，与其国内的毒品成瘾不无关系。

5. 医源性因素 为了治疗某种精神异常或躯体不适而不适当地长期应用某种精神药物，可以成瘾；由于人们对巴比妥类和苯二氮䓬类等抗焦虑药和镇静催眠药认识不足，使医生误开处方，患者长期应用可以成瘾；一些患有慢性疼痛或癌性疼痛的病人，医生处方麻醉品缓解疼痛，使阿片类麻醉品应用合法化，极易使患者

瘾；医务人员或其他容易获得精神活性药物者，也容易成瘾。在美国，精神活性药物的消耗每年以 7%~8% 的速度递增，其中处方药品成瘾者已达几十万人；在英、美等国家，医生、护士、药师是主要的药物成瘾人群，据调查，医护人员药物成瘾的比率较一般人群高 10~20 倍。

### （三）心理因素

1. 成瘾的心理机制 行为学派认为人或动物的心理与行为是从学习中获得的。从学习而来，经历着一系列的强化过程，包括积极的强化，如鼓励或奖赏，也包括消极的强化，如批评或惩罚，两种强化，可使习得的行为强化或消退。在经过数次反复强化之后，这种习得的行为将被固定，构成不同的行为模式。

对使用药物者来讲，药物可视为一种强化因子。用药者通过觅药行为，不断得到用药时的快感，并在药效中暂时解脱了生活中的一些不愉快事件，从而减轻了焦虑，由此分别取得了正性和负性两个侧面的强化作用，这种强化被称为一级强化作用。与此同时，用药者的行为得到同伴或群体的赞许，这种习得的行为在排除可能存在的不愉快体验之后变得更加牢固，这被称为社会性强化或二级强化作用。

还有一种属于负性强化的作用，指偶然或有意中断用药所产生的戒断症状的痛苦体验和强烈渴求感，为了不产生类似的痛苦体验，用药者将不再中断用药，使这

种行为成为牢不可破的行为模式，不易摆脱。

2. 成瘾的个性特征 药物成瘾者一般都具有好奇心和追求新鲜事物刺激的心态，这种心态在青少年时期表现得尤为突出。在这种心态的影响下，一些欲寻求刺激的人，便纷纷购买尝试和体验，正是从“尝试一下”开始，在强烈的精神和情绪的迎合下，一尝而不可收，成为不可救药的瘾君子，据美国的抽样调查，中学生除吸烟、饮酒之外，曾经尝试过大麻的比率高达 60%，令人震惊。

到目前为止，尚没有一项研究能确定成瘾者具有某种特殊的人格特征，而且发现成瘾者的病前人格类型各异。有学者指出：富有冲动行为、对社会常模具有反抗者、对挫折忍受差者这三种情况，对药物成瘾存在着相对较高的危险性。如一些具有逆反心理的青少年，政府的禁令、法律的约束及家长的劝说恰恰加剧了他们的逆反心理和敌对情绪，促使他们更肆无忌惮地使用成瘾物质。

总之，成瘾行为是生物因素、社会因素和心理因素三者相互作用的结果，不能断然认为哪一种因素是药物成瘾的唯一原因。从生物学观点看，药物成瘾是药物本身性质和作用所决定的，任何人都可习得这一行为，但是人的心理和精神状态及不良的家庭和社会环境可促进药物滥用而成瘾，反过来药物成瘾又可加重和导致心理冲突和社会关系恶化，因此，这又是一种互为因果的恶性循环。



## 成瘾物质有多少种

具有成瘾性的物质很多，从我们最熟悉的烟、酒到野生毒蘑菇，它们有的是天然植物或植物提取物，有的则纯属化学合成的物质；有的在医疗上占有合法的地位，而有的则纯属消遣用品或非法用药；有的对中枢神经起抑制作用，而有的则起兴奋作用，还有一些使人产生一种复杂的体验，难以描述。

通常我们所说的毒品，在1990年12月28日第七届全国人民代表大会常务委员会第十七次会议通过的《全国人大常委会关于禁毒的决定》中已明确界定为：毒品是鸦片、海洛因、吗啡、大麻、可卡因以及国务院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。而烟草、酒精和挥发性溶剂等则作为一般消遣用品或生活嗜好品，一般不认定为毒品。

目前成瘾物质的分类较乱，一般分为麻醉药品、精神药品和一些生活嗜好品三大类，而有些学者则习惯于将成瘾物质分为九类，为便于叙述，我们采用了后者。

### （一）麻醉性镇痛药

包括如下 5 类。

1. 鸦片及其衍生物，如吗啡、海洛因、可待因、二氢吗啡酮等。
2. 苯哌啶衍生物，如度冷丁、安侬痛等。
3. 二苯丙胺衍生物，如美沙酮、乙酰美沙酮等。
4. 吗啡南衍生物，如左吗南。
5. 苯佐吗啡烷衍生物，如非那佐新、戊哇星等。

### （二）大麻类

已成为当前使用最多的成瘾物质之一，有时被掺入香烟中应用。由于其戒断症状不甚明显，因此被认为毒性较低，在很多国家中易于被公众接纳。

### （三）中枢神经兴奋剂

主要包括可卡因、苯丙胺、利他林等。其中苯丙胺的衍生物应用较广泛，近几年冰毒（甲基丙苯胺）国内外使用和贩卖较多；1998年初在我国某些大城市发现有使用摇头丸的现象，摇头丸又称的士高饼干，其成分为亚甲二氧基甲基苯丙胺。

## （四）致幻剂

又称为拟精神病药物，有从植物中提取的，也有合成和半合成的致幻剂，分为肾上腺素能类致幻剂和其他化合物致幻剂。

1. 肾上腺素能类致幻剂 包括吲哚烷基胺类和苯基烷基胺类两种，其中吲哚烷基胺类以麦角酸二乙胺（LSD）和二甲基色胺（DMT）为代表；苯基烷基胺类又以北美仙人球毒碱（麦斯卡林）和 2-甲基仙人球毒碱为代表。

2. 其他化合物致幻剂 包括苯环己哌啶（PCP）和肉豆蔻等。PCP 为近年来发达国家中普遍应用的一种新型致幻剂。

## （五）镇静催眠药

属于中枢神经抑制剂，分为如下 3 类。

1. 巴比妥类 按作用时间长短分为长效、中效和短效三类。长效类有巴比妥、苯巴比妥；中效类有戊巴比妥、异戊巴比妥；短效类有司可巴比妥。

2. 非巴比妥类 包括安眠酮、导眠能和醛类（水合氯醛、副醛）。

3. 抗焦虑药 分为丙二醇类和苯二氮䓬类。丙二醇类以眠尔通（安宁）为代表；苯二氮䓬类包括利眠宁、安定、硝基安定、三哇仑、氯硝安定、氟安定、罗拉等。