

# 藥物成癮與精神健康

衛生福利部心理衛生專輯(11)



國立台灣大學醫學院附設醫院精神醫學部 著

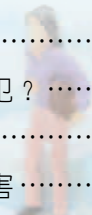
衛生福利部 出版





# 目錄

1. 引言 .....	1
1.1 什麼是成癮 .....	1
1.2 為什麼這是重要的問題？ .....	2
2. 成癮疾病的病徵 .....	3
2.1 海洛因成癮 .....	4
2.2 安非他命、快樂丸及大麻濫用 .....	5
2.3 愷他命濫用 .....	8
2.4 案例 .....	9
3. 盛行率 .....	11
3.1 海洛因成癮盛行率估計 .....	11
3.2 安非他命、快樂丸及大麻使用盛行率推估。 .....	12
3.3 愷他命盛行率估計 .....	12
4. 造成成癮原因 .....	13
4.1 入門藥物 .....	16
5. 成癮對生活、工作及人際關係之影響 .....	17
5.1 海洛因危害 .....	17
5.1.1 海洛因對於身體的傷害 .....	17
5.1.2 海洛因對生活、工作與人際關係的影響 .....	18
5.1.3 為何政府已經管理這麼嚴格還是照樣再犯？ .....	18
5.2 安非他命、快樂丸、大麻的危害 .....	19
5.2.1 安非他命、快樂丸、大麻對於身體的傷害 .....	19



5.2.2 安非他命、快樂丸、大麻對生活、工作與人際關係的影響 .....	20
5.3 愷他命的危害 .....	20
5.3.1 愷他命引發之潰瘍性膀胱炎 .....	21
5.3.2 精神及認知的影響 .....	22
5.3.3 依賴相關風險 .....	23
5.3.4 社會層面的危害 .....	24
6. 治療方式 .....	25
6.1 藥物治療 .....	26
6.1.1 鴉片類成癮藥物治療 .....	26
6.1.2 其他藥物成癮之藥物治療原則 .....	28
6.2 非藥物的治療 .....	31
6.2.1 物質濫用的認知模式 .....	32
6.2.2 動機增強治療與動機式晤談法 .....	34
6.2.3 復發預防模式 .....	36
6.2.4 家庭治療 .....	36
6.2.5 短期介入與短期諮商 .....	38
6.2.6 長期之動力取向心理治療 .....	41
6.2.7 團體治療 .....	42
6.2.8 從「減少傷害」(harm reduction) 的立場提供衛教 .....	42
7. 預後注意事項 .....	45
8. 案例介紹 .....	46
9. 結論 .....	47
10. 藥物成癮治療資源 .....	48





# 1. 引言

## 1.1 什麼是成癮

藥物濫用與依賴，從隨時隨地都可以買的煙、酒、檳榔，到非法毒品，我們可以說「成癮」是無所不在的現象。引用台灣成癮醫學界前輩陳喬琪醫師的著作：「癮」是一種追求樂趣，或是滿足慾望，卻無法自我控制的行為。現代醫學視「成癮」為一種行為的病，表示一個人的自我控制能力發生問題，並且因而造成自己身體、心理及他人的傷害。

在台灣社會，「成癮」或多或少帶有負面的意涵，常被看成不好的事情，是可恥的行為，或是不良習慣。即便社會大眾對於「癮」的了解不多，但是對於「癮」這個字倒是非常敏感，避之唯恐不及。以目前的了解，「癮」是一種心理學現象，無所不在，而且有生物學上的基礎。

心理學上，對於任何事物成癮，必須先接到相關的刺激。刺激後會產生中樞神經反應，用通俗的話來


說，可能是「爽」的經驗，經過這次經驗的學習，此後，大腦尋找這種情緒反應而產生相對應行為，反覆出現，就是「成癮」了。因此成癮也可以說是一種學習的過程。是被刺激產生的情緒所制約。

生理上，雖然完整的過程仍然不清楚，但是證據顯示與大腦內多巴胺的回饋迴路系統可能相關。從腦影像，神經傳導物質，甚至基因調控，都有相當證據支持。這方面研究也一直是熱門話題。

### 1.2 為什麼這是重要的問題？

藥物被濫用的情形有日益增加的趨勢，對心理、生理及社會等各層面可能造成的危害，不容忽視。希望提早將藥癮患者引入精神治療中，以達到早期偵測、早期介入治療、減少後續危害。並且針對藥癮患者的醫療需求，以及台灣醫療資源的現況，針對藥癮患者的治療模式，作實證上的探討。且針對藥物濫用及成癮現象，提供臨床上評估與處置的建議。提供一般基層醫療從業人員，社會大眾做為參考，在非精神科治療時，可以評估轉介精神科的必要性。

本書是以實證醫學為基礎，匯集文獻回顧、專家



建議與臨床經驗撰寫而成，旨在提供在一般性的藥物成癮的認識及治療建議，臨床工作者宜時時更新相關知識，俾能於臨床工作上收最大之效益。

## 2. 成癮疾病的病徵

因為各種成癮藥物雖然有共通「成癮」的問題，但是對於不同作用機制的藥物，造成的影響不同。在進一步探討之前，有必要針對台灣常見成癮物質作個初步的介紹。一般成癮物質依照作用機制不同，分成：

1. 中樞神經抑制劑
2. 中樞神經興奮劑
3. 中樞神經迷幻劑
4. 其他

中樞神經抑制劑常見的有酒精、海洛因等。興奮劑例如安非他命、快樂丸。迷幻劑則有大麻、愷他命等。雖然台灣還有其他成癮藥物，例如：煙、檳榔、強力膠及其他新興非法藥物，限於篇幅，本書就以上常見藥物加以探討。



藥物單一次使用造成的傷害，與長期傷害不同。仔細區分下，可以發現「成癮」本身的傷害，很可能超過藥物本身藥理作用造成的傷害。

## 2.1 海洛因成癮

海洛因、嗎啡、鴉片均屬於鴉片類成癮性止痛藥。服用後會有情緒改變〔溢樂、焦慮、害怕、煩躁不安〕、意識改變〔嗜睡、昏迷〕、嘔吐、抑制呼吸等效果。因使用時造成強烈的欣快感，所以成癮性高。停止使用則有強烈的戒斷症狀：渴藥、坐立不安、打呵欠、流淚、流鼻水、厭食等。而濫用者多以靜脈注射，因共用針頭衍生病毒性肝炎、愛滋病、靜脈炎及細菌性感染。

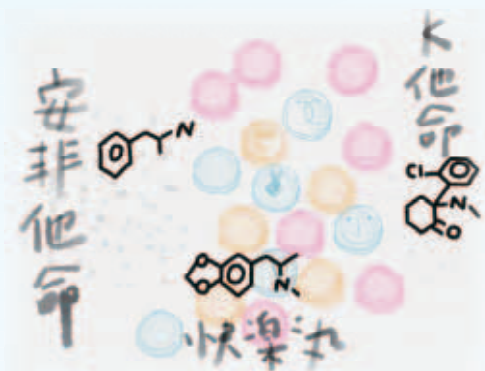


正常的大腦會分泌可以自然的腦內啡（才會有快樂的感覺）等物質。長期使用海洛因，導致某些病患腦內功能失調。必須外來補充海洛因等鴉片類物質，否則會覺得生活索然無味，缺乏生命的價值感。因此，若遇到困難，壓力，便會找最快可以解決的方式再去使用海洛因。因此形成惡性循環！

## 2.2 安非他命、快樂丸及大麻濫用

安非他命類藥物的製劑可能有結晶體、藥丸、液體或粉末等型式，使用途徑有煙吸、鼻吸、口服、注射、肛門塞入等方式，在台灣地區最常見的使用途徑為煙吸的方式，在其他國家則是煙吸、口服、注射等






方式都很常見，例如在泰國則以口服為主，近年來國人風靡減重，也有許多個案是以減重的原因而開始口服安非他命類的減肥藥。

正常人在剛開始使用安非他命時，可能產生舒服、心情愉悅、以及友善的感覺，除了增進注意力、增加寫作、演說以及技能表現，同時亦可能減少疲勞、減低食慾。相關作用尚包括性慾增加、快感、呼吸增快、脈搏增加、血壓增加、中心體溫升高、皮膚溫度下降、氣管平滑肌放鬆、腸胃蠕動減慢、尿道擴約肌收縮、止痛等。

正向興奮作用會很快地發生耐受性，有時甚至可在使用一天以後就發生，同時食慾與睡眠也立即受到



影響。除了耐受性與安非他命特有的敏感化現象外，安非他命一旦停用以後，戒斷初期會出現不適的戒斷症狀，特別是大量使用後，可能會發生崩潰期，症狀包括憂鬱、焦慮、激動、強烈的渴癮等，接下來戒斷中期會經歷疲倦感、失去身心能量、對週遭事物失去興趣等現象，最後戒斷末期則是會經歷偶發、短暫的渴癮。

雖然快樂丸（MDMA）屬於安非他命類藥物的衍生物，但是安非他命在台灣多以燃燒煙吸方式使用，快樂丸則是較多以藥丸的型態經由口服方式使用，少數個案才以鼻吸或注射等方式使用。快樂丸的作用與主觀感受，包括情緒提昇、增加自信與感官知覺、祥和感受、與周圍的人產生親密感、減少食慾等。交感神經作用亦屬常見，像是心跳加快、心悸、血壓上升、盜汗、體溫上升、牙關緊閉等，許多個案在使用時不見得會察覺到這些反應。噁心、嘔吐也是常見的反應。


大麻的使用方式大多是以口服或是吸入的方式進行，劑量大多在 5-20 毫克之間。大麻使用後的精神作用，主要包括了鎮靜作用、欣快感、幻覺或知覺扭



曲等。大麻同時也對疼痛、代謝調節、焦慮、骨骼生長、免疫功能等作用都具有影響性，相關的醫療用途以及可能造成的藥物濫用衝擊，仍在持續研究當中。

### 2.3 愷他命濫用

早在 1960 年即有文獻指出愷他命在非醫療上的濫用，但直到 1990 年左右，歐洲的派對上才較普遍的流行把愷他命被慘雜在搖頭丸中使用的。低劑量的愷他命會有「時間和空間的扭曲」、「幻覺」、及「輕微的解離」症狀。使用者提到最舒服的感覺是「和周遭環境融在一起」、「視幻覺」、「脫離身體的經驗」、及「在咯咯笑的狀態中」。較高的劑量會



讓使用者進入更明確的解離經驗，稱為進入「K 世界」或「K 洞」，即一種感官與現實完全脫離的情境。

愷他命多是粉末狀為主，使用方式以抽煙（俗稱抽 K 煙）或鼻直接吸入為主（俗稱拉 K）。也有少數會以液態方式直接注射至肌肉或血管中。聯合國在世界藥物報告中描述愷他命在東南亞、澳洲、北美洲、及歐洲散佈並強調「愷他命在東南亞的增加主要與國際間未明確禁止此藥有關」。

## 2.4 案例


### ● 個案一：A 同學

A 同學是 20 歲大學生，生性好強，對於學業成績自我要求高，從小到大也都一帆風順，直到大學。大學時期，其他同學多半忙於社團活動，疏於課業。但是 A 同學卻是更加努力，豪不放鬆。然而此時家中發生變故，經濟出現困難，A 同學不得已只得打工賺取學費及生活費。體力透支之際，一起打工的同事介紹「提神的」，A 同學不疑有他，便開始使用安非

他命，起初提振精神後不論工作或學業都可以兼顧。A同學事後知道是安非他命，但已經無法停止使用。當時A同學有不少同學，都在用安非他命來「提神」。學校裡學生常常為了要考試熬夜讀書，為了能有好成績，A同學就會盡量熬夜讀書，甚至連續好幾夜沒睡，全都是靠安非他命來「提神」。可是使用安非他命，就是借用明天的精神。A同學連續數天熬夜，累到自己到底怎麼睡在書桌上，他怎麼想都想不起來。之後睡眠時間逐漸變少，神經也隨時處於緊繃狀態。逐漸A同學出現聽幻覺。

### ● 個案二：B小姐

B小姐雖然只有22歲，但是已經在酒店陪酒多年。雖然工作上需要大量喝酒，但是本身很討厭酒精，日夜顛倒的生活也很難得到充足的睡眠。一切都習慣了，但是B小姐內心的空虛，才是最痛苦難熬的。每當難過時，B小姐會想起之前男朋友所給的海洛因。男朋友因販賣毒品，正在監獄服刑。所謂近朱者赤、近墨者黑，但是這不能套用在B小姐身上，她痛恨毒品，因為B小姐父親就是使用海洛因過量死亡



的。雖然身邊的人很多都使用海洛因，周遭的朋友都是毒蟲，見識到海洛因，成癮性強，戒斷症狀讓他們生不如死。B小姐可是親眼目睹。但此時B小姐顧不了這麼多了，把海洛因粉末壓入針筒，再抽取生理食鹽水，往自己手臂靜脈扎去。

### 3. 盛行率

#### 3.1 海洛因成癮盛行率估計

海洛因屬於鴉片類藥物，依照聯合國統計，全球鴉片類使用盛行率大約是 0.4%，其中 70%以上為海洛因。台灣本土研究有江淑娟醫師在 2005 年估計桃園男性海洛因濫用盛行率為 0.27%，女性約為 0.06%。大臺北地區 15-54 歲海洛因使用盛行率為 0.227%-0.223%（潘俊宏醫師, 2003）。2007 年江醫師計算桃園地區 20-54 歲男性海洛因使用盛行率為 0.66%，20-54 歲女性海洛因使用盛行率為 0.26%。臺南地區 20-54 歲男性海洛因使用盛行率為 0.33%。

### 3.2 安非他命、快樂丸及大麻使用盛行率推估。

根據「2009 年國民健康訪問暨藥物濫用調查」，安非他命盛行率大約是 0.60%是當年最流行的非法藥物。快樂丸盛行率估計為 0.47%排行第三。大麻盛行率估計為 0.36%。

### 3.3 愷他命盛行率估計

在香港，愷他命已成為 21 歲以下最常被濫用的藥物。在 21 歲以下的非法藥物使用者中，85%是使用愷他命。

就台灣的現行濫用情形，陳為堅教授 2004 年到 2006 年的在全國在學青少年藥物調查中顯示，非法藥物的盛行率和發生率中，愷他命為最常被青少年使用的非法藥物之一（0.06%-0.08%, 2006 年），且其流行的趨勢已漸超越快樂丸。「2009 年國民健康訪問暨藥物濫用調查」也顯示愷他命為台灣第二常被使用的非法藥物（0.54%）。



## 4. 造成成癮原因

藥物藥物成癮的成因多元，一般可以分為：個人因素、環境因素、教育因素、社會因素。

個人因素包含：體質缺陷、人格發展缺陷偏差、好奇、尋求刺激等等。情緒不穩、悲觀、無法忍受挫折、自我脆弱都較容易陷入成癮的危險中。

環境因素又分家庭方面：婚姻不完整、管教不當、冷漠、衝突性家庭、生活習慣偏差。家庭以外方





面，有：社會地位、社會風氣、醫源性等可能性。

教育因素中常見的有：缺乏正確人生觀及價值觀、自我表現及成就未受肯定、缺乏自我表現機會、錯誤行為未即時導正。此外課業壓力大適應不良、尋求同儕及朋友認同、反抗權威都是高危險因子。

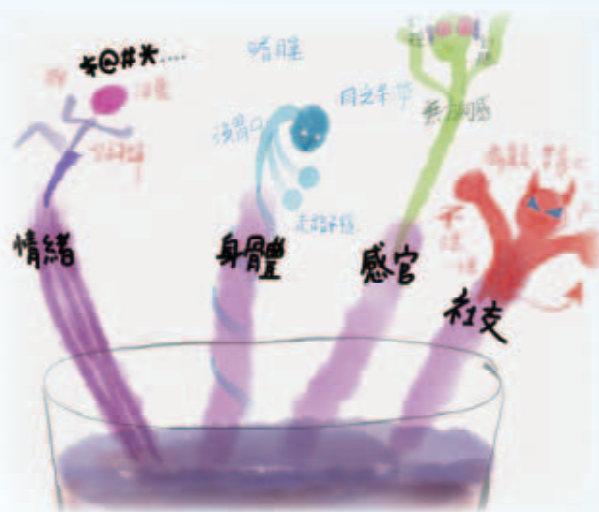
社會因素中可能的影響因素有：文化風氣、金錢、奢侈、娛樂、生活空間等等。

較易染上藥物成癮的特徵如下列：生活沉悶無目的、與濫用者為友、失業、加入幫派、自信心不足、傳統觀念薄弱、家庭不和諧、缺乏成就感、居住地區吸毒率高、與家庭學校連結性差等等。

一般而言，藥物濫用者行為表徵可能有以下的表現：

- 情緒方面：多話、躁動不安、沮喪、好辯
- 身體方面：思睡、食慾不振、目光呆滯；結膜紅腫、步履不穩、靜脈炎
- 感官表達方面：視幻、聽幻、無方向感
- 社會適應方面：多疑、誇大、好鬥、無理性行為、缺乏動機。

了解成癮可能的原因有助於我們避免走向成癮的




道路，但是這些可能的原因並不一定就導向成癮，也有可能沒有上述這些原因，也導致成癮。從這個角度來看，把它們當成危險因子比較好了解。好比說闖紅燈，雖然危險，但是不一定會發生車禍。綠燈雖然安全，也不保證一定不會發生車禍。

而藥物濫用者的行為表徵可以幫助我們關心周遭的朋友，如果有這些跡象，要懷疑是否有濫用行為，盡早制止。

### 4.1 入門藥物

從前曾經有專家提出階段使用藥物理論或叫「入門藥物理論」，是指藥物的使用有其順序，例如喝酒或抽煙是先被嘗試的藥物，之後則依序為大麻（俱樂部藥物）、古柯鹼及海洛因等其他非法藥物；這些理論主要基於假設藥物濫用者開始使用菸品、酒精或大麻等入門藥物一段時間後，接著就會嘗試一些像海洛因或古柯鹼等高成癮性藥物。在這個假設下推論：越早使用入門藥物者，其使用非法藥物的機率相對較高；也就是開始抽菸或喝酒者的年齡越小，則使用非法藥物的機率越高。此外支持此理論的證據還有，早期抽菸和喝酒與非法藥物有相當高程度的關聯性。

可惜的是，關聯性不代表有因果關係。「入門藥物理論」近年來也遭到相當質疑，也與許多近期的研究結果抵觸。並非所有的非法藥物濫用者都是照這個順序，根據美國研究，約有兩成青少年僅使用非法藥物，從未抽煙或喝酒；此外，澳洲研究亦顯示，多數青少年先用安非他命或者愷他命，然後再使用酒精或者菸品等物質。心理社會學者也指出，藥物濫用行為



可能受到父母的管教，以及同儕團體的影響，只用「入門藥物理論」來詮釋藥物濫用的成因略顯不足。臨床運用上，此理論也欠缺實用價值。畢竟社會上抽煙喝酒之人中，使用非法藥物者仍佔少數。酒精與煙品本身的危害就已經足以讓臨床人員規勸個案戒除，並不需要以之後會使用其他藥物作為衛教內容。

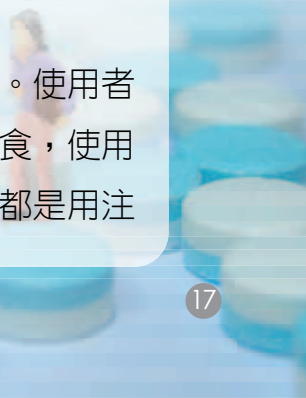
## 5. 成癮對生活、工作及人際關係之影響

成癮對於個人的傷害是全面性的。各種不同的藥物的影響有共通部分，也有獨特的部分。以下就酒精、鴉片類藥物、安非他命、快樂丸、大麻及愷他命等藥物，分別說明。

### 5.1 海洛因危害

#### 5.1.1 海洛因對於身體的傷害

海洛因是一種非常容易上癮的違禁藥物。使用者無法克制想要持續吸食的欲望。一旦停止吸食，使用者就得面對恐怖的戒斷症狀。大部分海洛因都是用注




射的，靜脈注射產生更多的危險，例如：細菌、愛滋病感染等經血液傳染的疾病。最終的結果，估計海洛因成癮者的死亡率是其他一般人的 20 倍。

### 5.1.2 海洛因對生活、工作與人際關係的影響

強烈的成癮現象會造成人格的扭曲。海洛因成癮者追求的快感只持續幾分鐘而已。隨著不斷地吸食，成癮者需要吸更多更多的海洛因，只為了感覺「正常」。通常成癮者無法從事一般固定上下班的工作。又迫於渴癮及戒斷症狀，成癮者常不得不做出欺騙、甚至違法的行為。一而再再而三的再犯也讓家人與關心他的朋友失望。久而久之，人際關係的疏離，無可避免。

### 5.1.3 為何政府已經管理這麼嚴格還是照樣再犯？

政府對於使用毒品的處罰，不可謂不重。管制非常嚴格，但是很多人都發現，使用海洛因的人，出獄後的第一件事，就是去找海洛因使用。即使冒著生命危險，也不管是不是會再被關進監獄裡。也很多人發過幾次誓，決不再使用，但是還是擋不住誘惑。戒斷症狀在監獄期間早就應該過去了，為什麼出監後還是照用不誤？一般人都把這種現象稱作「心魔」。其實



與其說是「心魔」，不如說是一種執迷不悟，或是強迫性的行為表現。這種這種「失去控制」的現象，也是「成癮」的重要特徵之一。

## 5.2 安非他命、快樂丸、大麻的危害

### 5.2.1 安非他命、快樂丸、大麻對於身體的傷害

安非他命除了可能造成高血壓、腦血管或心血管病變外，其所引起的體溫過高現象，亦可能會伴隨橫紋肌崩解、瀰漫性血管內凝血及腎衰竭等疾病，這些疾病都具有致死的危險性。部分個案會發生精神病狀態，包括妄想、幻覺、情緒障礙、重複行為等。

快樂丸的長期使用可能造成許多心理及生理問題，隨著使用次數增多，濫用者可能遇到的困擾包括憂鬱、記憶減退、焦慮、情緒不穩、注意力不佳、顫抖或肌肉抽搐、以及體重下降等，較嚴重時亦可能發生精神病狀態。快樂丸亦會引起危及生命的狀況，包括體溫過高、骨骼肌溶解、瀰漫性血管內凝血、肝壞死、心律不整、腦血管病變、以及藥物過量等情形。

大麻對於身體多個器官系統都有影響，但長期使用是否造成傷害，還有待研究證實。

### 5.2.2 安非他命、快樂丸、大麻對生活、工作與人際關係的影響

安非他命、快樂丸與大麻都被政府列為二級管制藥品及二級毒品。很多人都以為成癮性不高，而掉以輕心，甚至用以紓解壓力。紓解壓力經常與「癮」密切相關」密切相關。然而一旦成癮，對於生活的影響也是全面的，渴癮，注意力不集中，精神病症狀都可能讓工作無法持續。藥物造成的人格特質的改變，也會破壞長期穩定的人際關係。

## 5.3 愷他命的危害

使用愷他命會出現的「解離症狀」，同時又有麻醉效果，因此使用者辨識周圍環境的危險及警覺性會降低。愷他命也因上述特性，在國外與 GHB 及 FM2 併稱三大強姦藥物。文獻也指出愷他命在急性中毒時期容易發生各種意外事故及死亡事故，因此愷他命急性中毒的患者均應有未使用藥物的人陪伴，以避免意外傷害的發生。

英國的研究顯示入急診的 116 位愷他命使用者中，只有 11% 的患者單獨使用愷他命，其餘患者均同



時使用其他物質，包含酒精（39%）、液態快樂丸（47%）、古柯鹼（19%）、及搖頭丸（53%）。因此多種物質混合所造成的急性中毒症狀也需同時注意。

香港文獻指出因使用愷他命而入急診的常見症狀包含：失去意識（45%）、腹痛（21%）、下泌尿道症狀（12%）、及頭暈（12%）。發現愷他命急性中毒的最常見症狀為血壓升高（40%）、心搏增加（39%）、腹部壓痛（18%）、及在鼻孔處有白色粉末（17%）。

愷他命會造成心搏增加，心臟輸出率增加、及血壓升高。因此使用愷他命對有心臟疾患、高血壓、中風、及腦壓較高的患者，風險更高。若同時併用其他中樞神經興奮劑時，對心血管系統的負荷更高。

### **5.3.1 愷他命引發之潰瘍性膀胱炎**

愷他命所引發的潰瘍性膀胱炎對使用者可能造成嚴重且長期的影響。所包含的症狀包含頻尿、解尿困難及疼痛、憋不住尿、下腹部或會陰疼痛。電腦斷層檢查顯示此類患者的膀胱壁增厚及膀胱容量縮小。膀胱鏡顯示膀胱壁有多處潰瘍及嚴重的發炎反應。目前



認為頻繁使用者及長期使用者較易出現潰瘍性膀胱炎。英國文獻指出約有三分之一的患者會出現泌尿道症狀。而在有泌尿道症狀後才停用愷他命時，大約有三分之一的人膀胱炎症狀會好轉，三分之一症狀會持平，三分之一則症狀繼續惡化。

### 5.3.2 精神及認知的影響

有臨床實驗指出，對抗憂鬱藥物改善有限的憂鬱症患者若接受短期的愷他命注射可有快速且短期的改善憂鬱症狀，且復發率較高。

愷他命主要作用在與大腦學習及記憶力有直接關連區域，因此目前認定愷命命的使用對患者的認知功能會有直接的影響。單一劑量的愷他命會造成明顯與劑量相關的工作記憶及情節記憶的影響。頻繁的愷他命使用者均有明顯的短期及長期記憶缺損。目前有長達一年追蹤的研究顯示頻繁愷命命的使用者會造成視覺認知及空間概念的受損，此與愷命命的使用變化有關。研究也發現患者前額葉的計畫執行功能也發現有下降，但此與愷命命的使用變化較無相關。目前認為與記憶缺損在停用愷他命後是可逆的。



### 5.3.3 依賴相關風險

在老鼠的研究中發現，愷他命會使前額葉及紋狀體的多巴胺量增加。正子造影發現人類在使用愷他命後，紋狀體的多巴胺分泌會增加。愷他命會同時與多種鴉片類受體作用，此可能與腦內的報償系統相關。

愷他命易出現耐受性，使用者會不斷增加使用頻率及劑量。有研究指出四成的頻繁使用者會在停止使用愷他命時出現戒斷症狀，包含焦慮、煩躁、睡眠障礙、顫抖、冒汗、及心悸。然目前尚未有愷他命戒斷症狀的一致共識。近年來有多例愷他命依賴的個案報

告，但仍未有大規模的研究，因此愷他命依賴的發生率仍屬未知。大部分較頻繁使用者均會持續使用直到將手頭上的愷他命用完，此強迫性的行為值得擔憂。因此愷他命依賴問題雖尚未有定論，但較頻繁的使用者會有難以克制使用愷他命的欲望，及多次有戒除失敗的經驗。

### 5.3.4 社會層面的危害

#### ● 意外傷害的風險


愷他命為中樞神經解離物質，使用者在解離狀態時會忽略周遭環境的訊息，因而增加意外傷害的風險。此風險不只是針對使用者個人，使用者也容易因忽略刺激而危險行為導致周遭其他人的意外傷害。因此駕駛者在使用愷他命愷命時，手眼協調能力及平衡感均會下降，因而增加車禍發生的風險。

#### ● 高風險行為

美國發現使男同性戀的族群使用愷他命與不安全性行為間有相關性。然愷他命與暴力行為未有直接的關連。

#### ● 使用愷他命對社會的危害

英國的研究顯示，愷他命的使用者中，有五分之



一人的言認為愷他命造成自己工作上的困難。因愷他命導致的犯罪行為性目前尚未有相關資料。愷他命對懷孕的影響也尚未有資料。老鼠實驗發現懷孕期間合併使用古柯鹼及愷他命時會減少生老鼠的頭圍。愷他命的使用對醫療成本花費主要來自其所導致的慢性生理疾病。其中以愷他命引發之潰瘍性膀胱炎的成本較高，因其包含繁複的檢查及治療（膀胱鏡檢查、多次的膀胱切片檢查、導尿、甚至膀胱重建手術）。這類患者可能需要終生的追蹤及照顧，此項醫療花費將是很大的付擔。愷他命依賴者的治療未來也可能是另一部分的醫療成本支出。

## 6. 治療方式

治療成癮在臨床上有三大步驟：

1. 先停止使用成癮藥物。
2. 盡可能的減少成癮藥物戒斷症狀和其它嚴重的併發症。
3. 持續地治療維持。

美國藥物成癮協會亦針對物質成癮的解毒條列出

三個目標：

1. 提供安全的物質或酒精的戒斷方法，使個案可成功。
2. 提供一個人性及有尊嚴的方式戒除物質濫用。
3. 為個案長久及持續性的治療作準備。

並非所有的個案均需藥物介入才能成功，一部份的成癮者在沒有藥物輔助治療下仍可安全的戒除成功。而何時才需考慮到藥物的使用？主要取決於個案是否有相關需要及是否有適當藥物而定。


### 6.1 藥物治療

治療的第一步驟，停止使用本身就有相當難度，經常需要藥物輔助。

藥物成癮的治療，以鴉片類藥物的治療有較多選擇，而其他藥物通常沒有可以使用的藥物。

#### 6.1.1 鴉片類成癮藥物治療

海洛因成癮的藥物治療，主要是處理「鴉片類戒斷症候群」。也就是一旦停止使用海洛因時，所造成的強烈不適症狀：噁心、嘔吐、流眼淚、流鼻水、骨頭酸痛、拉肚子、焦躁不安等等。過去醫院常會以強




效鎮靜劑或鴉片類止痛藥來協助成癮者度過這段痛苦的經歷。而在政府開放之後，大部分海洛因成癮者，都可以使用「美沙冬」或是「丁基原啡因」等有效藥物治療。

- 美沙冬：這是一種鴉片類的藥物，如同其他鴉片類藥物一樣可以作用於大腦內。因為藥效長，一天只要服用一次即可。只要正確地使用，控制在，控制在適當的劑量範圍內的話，就可以有效控制「鴉片類戒斷症候群」，因而可以不必再使用海洛因。再配合接受職業復健等計畫，協助成癮者回歸社會。美沙冬不只可以協助海洛因成癮的個案成功降低使用海洛因，還可以降低犯罪活動、穩定個案生活與減少高風險的針具使用，減少愛滋病與肝炎藉由靜脈注射毒癮患者間的傳染。因此個案、家庭與社會都有受益。
- 丁基原啡因：也是一種鴉片類藥物，可以有效抑制戒斷症狀。藥效長，可以一天服用一次，安全性比美沙冬高。屬於三級管制藥品，可限量攜回家服用，有較高的便利性。

### 6.1.2 其他藥物成癮之藥物治療原則

其他藥物成癮，雖然目前沒有專門的藥物可供選擇。但是在中毒期或合併精神疾病時，仍有些原則可以遵循，以愷他命為例，在醫療用途上安全性頗高，過去文獻顯示，嬰孩在急診室被誤用高劑量的愷他命，即使在使用到一般劑量的五倍甚至是百倍的狀況，也沒有致死的情況，這或許跟使用愷他命麻醉時，較少呼吸抑制副作用的藥理特性有關。但是在娛樂性使用的情況下，因為濫用者通常處於安全性被疏忽的狀況，也可能有併用酒精或其他藥物，因愷他命中毒致死的案例，僅管甚低（根據英國 2009 年的報告約 0.3%），但在最近幾年有增高的趨勢，所以其急性中毒的危險性仍應仔細看待。

根據過去的調查研究顯示，因愷他命使用而前來急診室診者可能具有些特徵，但可能會因地區而異。香港的一項研究指出，大部分的求診者為單一使用愷他命，超過一半的求診者的年齡是落在在 20 到 29 歲之間，意識障礙、腹痛、下泌尿道症狀、血壓升高與心搏過速為常見表現。233 人中僅 4 位嚴重個案需接受加護病房的處置，此 4 位皆有合併有其他物質濫用



(快樂丸、海洛因、古柯鹼等等)。在英國的一項調查則顯示，約九成的求診者有合併使用的其他物質，以快樂丸最多。沒有個案需接受加護病房的照護。

目前對於愷他命的急性中毒處理並沒有起標準的處理流程，但從目前已知的調查研究，可以知道，因愷他命中毒前來尋求緊急處理的個案中，可能具有一些特徵及特定的臨床表現。因為求診者可能會不知道、無法報告或者隱瞞自己所使用的非法物質，所以在臨床上必須考慮這些患者過量濫用其他物質（特別是其他街頭藥物）的可能，而且所併用的其他物質所帶來的危險性可能會比單獨使用愷他命來的高。病患於急性中毒時，可能會呈現心搏過速、血壓升高、認知與記憶障礙、知覺異常等狀況，也可能出現激躁行為與被害妄想等狀況。基本的處置包括監測心律、血壓等生命徵象、監測血氧等，進行完整的血液生化檢查，考慮其他疾病的影響，若病患出現幻覺等症狀，需注意防範可能出現自我傷害及逃跑的情形。治療上以支持性治療為原則。若病患出現焦慮或激動行為，可考慮給予鎮靜藥物或高效價的抗精神病藥物。高劑量的愷他命可能會引起嘔吐，所以對於意識狀態不佳



的病患，應防範吸入性嗆傷。在台灣地區愷他命與快樂丸併用的狀況十分普遍，所以應注意是否有脫水或電解質不平衡的情形，防範橫紋肌溶解的發生。另外，愷他命對中樞的藥理作用時間通常少於一個小時，若個案持續出現激動或精神病症狀，須考慮其他診斷。

目前沒有明確證據顯示，特定的藥物對於愷他命濫用或依賴有所療效。臨床上，醫師仍可以考慮病患的個別狀況，依照特定的治療目的，短期使用藥物來協助病患。

病患於愷他命的急性中毒時期，可能會有焦躁情緒或激動行為，也可能會伴隨出現妄想狀態或類似幻覺的症狀，在這些狀況下，可以適時給予鎮靜藥物或者抗精神病藥物，可以幫忙病患恢復情緒穩定及控制激動行為。但必須注意這些藥物所可能造成的副作用，包括嗜睡、急性肌張力失調或其他錐體外症狀。

相較於酒精與鴉片類等其他物質，一些成癮藥物，如：安非他命、愷他命的成癮性顯然較低。但文獻上及臨床經驗皆顯示，仍有少部分個案在頻繁且長期使用後，會發展出依賴的狀況。這類個案常有強迫



性使用的行為，而在試圖停止使用時，可能會表現出以焦慮為主的戒斷症狀，包括緊張不安、顫抖、發汗與心悸等等。適時的給予抗焦慮藥物或者抗憂鬱藥物，可以協助病患緩解停止使用成癮藥物後所伴隨發生的不適。

對於個案在藥物濫用之外，另有共病性精神疾病時，應給予該精神疾病相關之藥物治療。適應障礙、憂鬱性疾患與焦慮疾患都是成癮藥物濫用者可能共病的精神疾患，臨床上醫師應該仔細評估這些共病疾患與成癮藥物使用的相互關係，並就藥物治療的必要性与病患及家屬作討論。

治療藥物的選擇方面，在排除個案身體狀況影響藥物代謝的情形下，對於藥癮個案應優先選擇半衰期較長、作用時間啓始較和緩的藥物，以減少個案發生醫源性藥物依賴的可能性。

## 6.2 非藥物的治療

許多成癮藥物濫用或依賴的治療上，目前尚缺乏有效的藥物。特別是俱樂部藥物或派對藥物，其興起與流行與銳舞次文化等社會環境因子息息相關，所以

臨床治療的仍仰賴心理社會取向的介入為主。目前針對成癮藥物濫用或成癮治療模式探討的文獻仍十分有限。當今的醫療觀點普遍把物質濫用視為一種腦部疾患，因此儘管各種物質濫用的特性相異，但在治療概念上仍有相當的普同性存在。在目前的物質成癮的治療上，認知行為治療佔有舉足輕重的角色，在此我們以認知行為治療的概念為主軸，討論在成癮藥物濫用或依賴中，心理社會層面治療的相關議題。

### 6.2.1 物質濫用的認知模式

認知治療大師貝克（Aaron T. Beck）早在1977年已發表物質濫用的治療手冊，並在1993年建構起一個更完整的關於物質濫用的認知模式。貝克融合了他早期的認知治療技術與對於其他精神疾患的認知模式，強調信念在物質濫用的開始、維持與治療上的重要性。這個模式的核心概念，在於物質濫用的開始或復發，會在特定的情境中，透過一連串主動決策的過程而發生。這個模式最早是以中樞興奮劑為案例來說明，並可以推演到鴉片類或其他類別的物質濫用。貝克認物質濫用牽涉到三種信念，分別為核心信念、藥物相關信念與自動化思考，說明如下：



**核心信念：**指個案對自己、對重要他人或者整個世界的基礎信念。核心信念會透過個案所經歷的各種新的經驗而形成，但同時這些信念也會影響個案對於自身經驗的詮釋。

**藥物相關信念：**指個案在使用藥物後，所形成對於物質使用的信念，這些信念可能是預期性的（預期使用後有好的結果，如「我用一下下，就會有很美妙的感受出現」），也有可能是為了要釋放或緩解當時的痛苦（認為使用後，事情就會由壞轉好，如「我快煩死了，再不用一點，真的會受不了」）。當然個案還可能出現各式各樣的信念，來促發或維持他們的成癮行為，例如個案可能會透過促發信念（如「只用這麼一次又不會怎麼樣」等等），來逃避矛盾的情緒並允許自己再使用藥物。

**自動化思考：**是指一些短暫的、快速浮現在腦中的想法或畫面，病患會認為自動化思考是真實與合理的，內容是重複和最有力量的，就像是簡短版本的信念，會誘發病患產生渴求的反應與使用的衝動。

貝克認為藉由案例分析澄清病患的藥物相關信念，並協助病瞭解自身的自動化信念，能夠使病患去

知覺整個成癮行為背後的認知過程與決策過程，調整其認知基模，重新獲得控制的力量。

### 6.2.2 動機增強治療與動機式晤談法

動機式晤談法與動機增強治療是類似的治療方式。此治療模式的源起，是臨床上觀察到接受十二步驟諮詢的酒癮個案，由於一開始有些個案可能還沒做好戒酒準備，再加上這些阻抗會在治療過程中被質疑，形成個案害怕接受治療的壓力而不想再接受治療。因此，動機式晤談法的目標，就是希望能化解成癮個案心中的矛盾現象。臨床上，成癮藥物濫用者普遍乏病識感，認為使用此種藥物既不見得違法，也無法察覺其危害，治療動機往往十分薄弱，許多個案都是在家人親友的要求下在十分被動的情況下前來醫療院所求診，返診追蹤的比例極低。因此在治療初期，增進個案的治療動機是首要之務，如此才能讓治療延續下去。

在動機式晤談法中，每個個案的狀態，依照行為改變的歷程，可以區分為六個階段，包括沉思前期、沉思期、準備期、行動期、維持期、及復發期。

作法上，則是針對個案的狀態，設法增強個案改



變至下一階段的動機，並且能夠維持穩定而不再復發。治療上有五個主要原則，分別是：

- 1) 表達同理心，回映式傾聽。
- 2) 擴大矛盾，製造不一致。
- 3) 避免爭辯。
- 4) 與抗拒共同工作，化阻力為助力。
- 5) 支持自我有能感。

由於個案在治療發生阻抗時，便傾向不願再改變，因此必須注意到個案阻抗的狀態；同時，治療者的風格也會影響到個案阻抗與改變的態度，因此應該避免用面質個案的方式來進行治療，也避免用可能引起爭執的方式來改變個案。即使是針對藥癮及合併共病性精神疾病的個案，動機式晤談法仍是具有良好效果的治療方式。

實務上，大部分的成癮藥物成癮的治療都是在門診進行。治療者可以考慮以短期諮詢的形式，在有限的時間條件下（每次 5 到 15 分鐘），給予尚在使用藥物的個案進行動機式的晤談，來促進個案參與治療的動機。

### 6.2.3 復發預防模式

復發預防的治療模式，是根植於社會學習理論所發展出來的藥癮治療模式，屬於認知行為治療的範疇。在許多整合性的藥癮治療模式中，復發預防模式被廣泛使用且被認同有相當的療效，臨床上常跟動機式晤談法合併運用。

復發預防模式原初的治療目標在於協助已經戒除藥物的個案，繼續保持在戒除的狀態，但這些技巧隨後也被廣泛運用在協助個案減少或停止使用藥物。其治療重點，是學得適應技巧來維持個案處於藥物戒除狀態，因此，從確認可能造成復發的高危險情境，到學習人際互動、自我管理技巧，或是整個改變生活型態等，來對應這些高危險情境，並由實際克服高危險情境的經驗，增加個案對於戒癮的信心與自我有能感，以避免復發使用藥物。

### 6.2.4 家庭治療

藥癮現象的形成，牽涉到許多因素交互作用後的結果，包括遺傳、行為、家庭、環境、社會、文化、種族、經濟等，在藥癮的成因上，生物因素與環境因素同樣重要，因此提供了家庭治療運用於藥癮治療的



立足點。臨床經驗也顯示，家庭支持度的高低，或者家庭功能的運作是否良好，對於個案是否能夠成功脫離成癮行為佔有重要角色。

常見應用於藥癮之家庭治療的做法之一是系統理論，也就是將整個家庭視為一個封閉系統，將個案所出現的用藥行為，視為所有家庭成員彼此交互作用後所得到的結果，在治療上必須將整個家庭一同進行評估與處理，因為家庭中每一個人的改變都會影響彼此，也會有另一股力量驅使家庭回復原本狀態。因此促進包含戒癮的家庭行為改變，並且鞏固改變後的狀





態，便是成癮行為的家庭治療工作重點。

成癮藥物的濫用者，因依賴藥物的「扭曲現實」、「去現實化」的心理效果，來隔絕現實社會的壓力，長期下來，常有人際退縮與情感麻木的狀況，許多個案與家人情感疏離、互動稀少，所以當家人想要積極協助個案治療時，面對個案薄弱的治療動機與消極態度，常感到深刻的無力與沮喪。透過家庭治療，可以改善家族成員的互動，並且激發家庭成員往共同目標邁進。另一方面，因為部分成癮藥物在我國並非一二級管制藥品，在取得上相對較容易，個案很容易在治療過程中因為再度暴露到誘發因子（如過去的藥癮朋友前來搭訕、藥頭主動推銷等等），家屬可以協助個案阻擋誘惑，提供一個受監控而且安全的環境，也是十分重要的。

### 6.2.5 短期介入與短期諮商

在物質濫用的治療方式上，短期介入與短期諮商的治療方式越來越顯重要。這種治療模式具有花費較少的優點，且已被證實在數種物質濫用問題上有確實的療效。短期介入與短期諮商的適用對象廣泛，若把物質濫用的治療模式依成癮之嚴重度來區分，那麼在



一般大眾的初步預防與嚴重成癮者的專一化治療之間的階段，短期介入與短期諮商都可以有其角色。此種治療模式也十分適用在愷他命成癮的個案，因為這個族群的病患通常處在還沒準備好要改變的階段，缺乏治療動機，返診比例低，治療者宜把握每次接觸個案的機會，就其當下的問題作立即性的處理，並視需要來開啓結構化的短期治療。以下分項介紹：

### ● 短期介入

短期介入花費的時間少（1 到 4 次的會談，每次 5 到 15 分鐘），可以增進個案接受治療的動機，促發行為改變的發生。可以在任何治療環境下實施，包括一般的門診、急診到專門的戒癮機構等。而且相關的工作人員，包括醫師、護理師、社工、心理師、健康工作者、教師等等，都可以運用。短期介入的基本目標在於減少因物質使用所帶來的傷害，根據個案在改變歷程中所處的階段，聚焦在單一的、特定的短期或中期問題上。治療上包含六個元素，分別為回饋、責任、建議、選擇、同理與自我有能感，簡稱 FRAMES：

**Feedback**（回饋）－把物質濫用造成的危險與

損害，回饋給個案。

**Responsibility**（責任）－把改變的責任放在個案身上。

**Advice**（建議）－由治療者提供改變的建議。

**Menu of alternative**（選擇）－提供個案各種自助或治療的選擇。

**Empathic style**（同理）－同理的態度是治療的基調。

**Self-efficacy**（自我有能感）－賦予個案改變的能力與權力，賦權與使能。

### ● 短期治療

有別於長期的心理治療，短期治療基本上是一種系統化的，以問題解決為取向的短期治療模式（通常 1 到 12 次會談）。它具有幾個基本特徵：聚焦在個案問題或解決方案上，針對個案的症狀作處理，而較不探討症狀背後的原因。治療的风格是高度主動性的、具同理心的，甚至時常是指導性的。在治療初期，治療者即與個案快速建立，致力於讓個案能有好的經驗，來促進其自我有能感，加強改變的信心。治療目標是關於特定行為的改變，具有明確定義，且治



療結束的時間與方式，都在治療開始時便設定清楚。治療的效果被預期可以在短期內發生，且治療成果是可以測量的。

### 6.2.6 長期之動力取向心理治療

心理動力取向心理治療過去曾被應用在藥癮治療上。曾有數個報告顯示，動力取向心理治療可以應用在部分成癮個案身上，但是整體來說，心理動力治療在目前藥癮治療的應用十分有限，這可能與過去部分治療師對於一些原則的應用方式有關。常見的例子，像是在治療過程中，治療師必須保持中性態度，也就是避免介入或不當干涉，但是當個案在治療時期仍持續濫用藥物，甚至越來越嚴重時，治療師對此不置可否的現象，這對個案來說是個不太適當的經驗，也可能會增強個案運用否認方式來作為心理防衛，也是此種治療方式後來沒有成為藥癮心理治療主流的原因。另一方面，心理動力取向的心理治療講求內在狀態的改變，療程較為漫長，若非是，很容易在治療初期即中斷。

如前所述，雖然在初期治療中，並不建議使用心理動力模式來從事治療，但是當個案處在戒癮狀態

時，運用此種心理治療方式來處理個案原有的其他心理狀態，例如以支持性及敘述性的方式增加藥癮個案對自我的體察，對於維持個案的戒癮狀態也可能有相當的幫助，因此在整合性的治療模式中，治療者可以評估個案的個別狀況，來決定是否採用動力取向心理治療的方式協助個案。

### 6.2.7 團體治療

團體治療經常被應用在藥癮或酒癮的治療上，除了單獨應用外，也常被當作整合治療模式的一環。在成癮個案的團體治療上，可簡易區分為自助團體與心理治療團體兩大類，最大的差別點當然是在團體的領導人層面，自助團體是由藥癮同儕或是戒癮成功的個案來擔任，心理治療團體主要是由精神醫療相關人員來負責。目前並沒有單獨針對使用成癮藥物個案的進行的團體治療研究，大多是以前面所述認知心理治療模式中，整合運用個人與團體治療等方式來進行。

### 6.2.8 從「減少傷害」(harm reduction) 的立場提供衛教

減少傷害觀點之推動主要是源自於 1980 年代歐洲與澳洲各國為了因應愛滋病毒的擴散而推動；「減



少傷害政策、方案或計畫之目的是減少因使用影響精神物質所帶來的個人、他們的家庭和社區的負面健康衝擊、社會犯罪成本與勞動流失、以及相關經濟損失結果」。我國過去幾年戮力推行「減害政策」，包括「美沙冬替代療法」與「針具交換」等，在公共衛生層面展現顯著的效益。減害的觀念在近一、二十年於國際蔚為風潮，除了傳統的「海洛因成癮」及「HIV感染」的減害計畫外，這樣的觀念也常被應用在其他類型的物質濫用上。青少年族群，因認同時下流行的次文化，或者在同儕壓力下開始接觸這些俱樂部藥物（或稱派對藥物），其中有很大的比例的使用者並非長期、頻繁且持續的使用，而是在特定的情境偶爾使用。因此治療者若能採取包容、不評斷的態度來面對成癮藥物使用者，才不會阻絕他們向醫療資源或教育機構求助的動機。從減害的思維出發，治療者與其耗盡精力來勸說個案不要再碰毒品，不如花費心思來教育個案如何避免因使用這些藥物所帶來的更嚴重的傷害。以下就是從減害觀點，可以給個案的幾點重要建議：

1. 在使用方式上，抽煙與鼻吸所帶來的危險會比

注射少（國外不少成癮藥物濫用者是採靜脈注射途徑）。

2. 記得隨時保持充足的水分補充，若有泌尿道方面的不適，趕快就醫。
3. 藥物可能會降低警覺性或甚至使人喪失自我保護的能力，所以使用藥物後要避免一個人留在陌生環境；理想上應至少有一個沒有使用藥物且可信任的人陪伴。
4. 使用時盡可能從最小的劑量開始嘗試，特別是藥物的來源不明時，服用後的效果可能無法預期。
5. 避免同時使用多種藥物；也要避免與酒精同時使用。
6. 若目前有服用治療性藥物，包括精神科藥物、神經科藥物、心臟相關藥物或者治療慢性疼痛的藥物，應避免同時嘗試使用娛樂性藥物。
7. 事先安排好交通問題；使用藥物後不要駕駛。
8. 注意安全性行為，如準備好保險套等等。



## 7. 預後注意事項

成癮既然是一種自己引起來的疾病，顯然也是一種自己可以停止的疾病。很多成癮造成的問題，在停止使用成癮藥物後，就可以自行康復。例如：酒癮造成的肝炎可以在停止喝酒的一段時間內逐漸改善。臨床上也有不少人，在飲酒造成健康受損、工作不保、家庭不和諧等等變化下，從而拒絕喝酒。或者是因為隨著年齡增長，心智成熟，在理智的控制下停止。

然而有另一群人，在沒有專業的協助下無法自行處理成癮問題的，其中最大的問題是許多藥物成癮患者都「過早」死亡。由陳喬琪醫師、郭干哲醫師等醫師進行的研究發現，他們所追蹤的酒癮患者中，平均死亡的年齡是四十四歲，死亡率高達 20%。除了因病死亡之外，有四分之一的成癮患者是意外死亡的。絕大多數的成癮者則是落在「自行戒除」與「死亡」的兩個極端之間。

目前關於藥物成癮的實證資料很多，但是難有一致性的結論，與成癮藥物種類有關，與所觀察的結果



測量有關。「死亡」自然是定義最清楚，最容易測量的結果了，除了上述酒精的研究外，海洛因成癮者的死亡率是沒有成癮者的 5 倍到 30 倍之間。如果有適當的治療，例如替代治療，可以有效降低死亡風險，但仍會比一般平均值高。

### 8. 案例介紹

#### ● 個案一：A 同學

A 同學的精神狀態每沉愈下，變得多疑，焦躁不安，情緒不穩。已經無法維持工作，原本重視的學業，也不再關心，整天活在自己妄想症狀之中。在這種情形下，A 同學仍持續使用安非他命，對於自己精神症狀毫無所知。家人在學校告知已經有數週沒有上課，連期中考也沒有出現，才來尋找 A 同學。此時發現 A 同學在租屋處，蜷縮在角落，喃喃自語。緊急送醫處理，醫師診斷為疑似安非他命所致精神病，並收住院治療，症狀迅速緩解。



## ● 個案二：B小姐

B小姐轉眼間使用海洛因多年，酒店工作收入頗豐，卻完全沒有積蓄，都把錢用在購買海洛因上面。雖然剛開始用海洛因時，能幫助B小姐忘記痛苦，但是以經很久沒有過這種感覺了。反倒是不使用時的戒斷症狀，讓她像是身處地獄。聽朋友說可以到醫院接受海洛因戒癮服務，毫不猶豫地加入治療計畫中。不但海洛因癮得以抑制，但聽醫師說這樣的治療很可能維持一輩子，還是覺得有點難過，後悔不已。門診醫師仔細評估，發現B小姐很可能有人格疾患及憂鬱症，因此轉介心理治療，B小姐情緒終於可以穩定下來。

## 9. 結論

在這本書裡，我們首先介紹了什麼成癮，說明了成癮行為一方面由來已久，二方面也是社會的普遍現象，所造成危害包含個人，周遭家人朋友，甚至整個社會（第一章）。


再來我們介紹台灣常見的成癮藥物，一旦達到成癮程度，所造成的危害不可小覷。接下來介紹各種成癮疾病的病徵（第二章）。並且以一些實例作為介紹。成癮盛行率（第三章）與造成成癮的原因（第四章）引用目前實證研究的成果。成癮不只是對個人心理有不良影響，也會對工作及人際關係造成破壞（第五章）。成癮的治療非為藥物與非藥物治療（第六章）兩者相輔相成，而許多成癮藥物並沒有可供使用的藥物治療方式。

### 10. 藥物成癮治療資源

當有藥物成癮問題時，需要求助醫療機構。目前相關醫療資源在中央政府是由衛生福利部心理及口腔健康司負責，因此可以至其網站洽詢：

<http://www.mohw.gov.tw/cht/DOMH-AOH/>

其中有成癮治療專頁，羅列各種藥物成癮衛教宣導單張、指定藥癮戒治機構名單，以及提供替代治療醫療執行機構等名單。目前已經有 159 家醫療院所可



以提供相關治療服務。

法務部無毒家園網 <http://refrain.moj.gov.tw/> 也是一個政府設立之成癮治療資訊網站。對於徬徨無助之成癮者提供相關資訊。網站上還提供除醫療院所外的宗教戒毒資源，也就是俗稱的「戒毒村」。這類的機構，經常是由宗教團體所設立，藉由宗教信仰力量來協助個案達到戒毒的效果。

而各地方政府也設有「毒品危害防治中心」，提供各種服務，可直接洽詢網頁，或電話詢問。

## 藥物成癮與精神健康

---

發行人：蔣丙煌

總策劃：陳快樂

著者：衛生福利部委託國立臺灣大學醫學院附設醫院  
精神醫學部編製

策劃群：張雍敏、鄭淑心、賴淑玲、傅悅娟、張景瑞  
侯育銘、郭約瑟、張君威、鄧惠文、陳嘉新  
紀雪雲、黃雅文、連玉如、連盈如、吳其忻  
陳宜明

執行編輯：周孫元、詹佳祥、吳坤鴻、魏廉中、范瓊月

出版單位：衛生福利部

地址：11558 台北市南港區忠孝東路六段 488 號

電話：(02)8590-6666

網址：<http://www.mohw.gov.tw/>

出版年月：2015 年 6 月

版次：第一版第一刷

I S B N：978-986-04-5424-6

G P N：1010401146

