

# ATS 滥用戒毒人员 治疗研究与管理策略

王思远 周海波

长期大剂量使用苯丙胺类兴奋剂（Amphetamine-type stimulants, ATS）不仅可以引起一系列的急性中毒症状、慢性中毒症状和错乱、谵妄、幻听、被害妄想等典型精神分裂症症状，严重者可发生自伤自残，甚至意外死亡。同时，ATS 滥用可造成滥用者语言、记忆、执行功能等认知功能损害，控制和辨认能力下降，容易发生各种暴力和违法犯罪行为。<sup>①②③④</sup>因此，ATS 滥用不但可造成滥用者严重身心健康损害，还对监管场所内的安全稳定造成极大的危害。

因此，本研究以 ATS 所致精神障碍患者为研究对象，采用前后自身对照的方法对这些受试者进行认知功能和冲动、攻击性人格特点的研究，探讨强制隔离戒毒场所内合成毒品所致精神障碍患者的认知功能损害、戒断后认知功能损害的恢复情况，以及冲动、攻击性人格特点在强制隔离戒毒人员中的特点，从而进一步提出合成毒品所致精神障碍患者在监管场所内的治疗管理手段与策略。

## 一、研究的方法

1. 对象与程序。选择自 2016 年 1 月 1 日—2018 年 3 月 1 日在湖南省坪塘强制隔离戒毒所内诊断的精神活性物质所致精神障碍男性戒毒人员 57 名。入组标准：一是符合 ICD-10 苯丙胺所致精神障碍的诊断标准；二是吸食 ATS 类物质时间超过半年。排除标准：一是滥用海洛因、大麻等传统毒品者；二是既往患有神经、精神疾病或严重的躯体疾病者；

---

☆ 作者单位：湖南省坪塘强制隔离戒毒所

- ① Ricaurte GA, Yuan J, McCann UD. (±)3, 4-methylenedioxy methamphetamine (‘ecstasy’)—induced Serotonin neurotoxicity studies in animal[J]. Neurosychology, 2000, 42(1): 5—10.
- ② Laws KR, Kokkalis J. Ecstasy(MDMA) and memory function: a Meta-analytic update[J]. Hum Psychopharmacol, 2007, 22: 381—388.
- ③ McGuire P. Long-term psychiatric and cognitive effects of MDMA use Toxicol[J]. Lett. 2000, 112—113: 153—156.
- ④ Schilt Tide Win MM, Jager G, et al. Specific effects of ecstasy and other illicit drugs on cognition in poly-substance users[J]. Psycho Med, 2008, 38: 1309—1317.

三是滥用其他精神活性物质者；四是色盲、色弱者。

2. 测试工具及方法。受试者一般情况调查表为自编量表，内容主要包括：个人一般情况，如年龄、受教育年限、职业等；吸食 ATS 情况：如使用剂量、吸食时间等。成套认知功能测验包括爱荷华博弈测验（IGT）和威斯康星卡片分类测验（WCST）两个认知功能测验。IGT 采用 Bechara 等人研究设计的爱荷华博弈测验，主要评测受试者的行为选择能力。统计指标有：从有利组和不利组抽牌的次数，赢钱数和输钱数。WCST 首先由 Berg 于 1948 年用于检测正常人的抽象思维能力，经过 Heaton（1981）等加以扩充和发展，成为目前广泛使用的一种认知神经心理测定方法。Barratt 冲动性量表（BIS）和 Buss 攻击量表（BAS）：用于评估受试者的冲动和攻击人格特质，量表各含 30 个条目，采用 1-5 分评分法，评分愈高，冲动和攻击性愈强。BIS 包括计划性冲动、躯体性冲动和认知行为冲动性 3 个因子；BAS 包括躯体攻击、言语攻击、愤怒、敌意、自我攻击 5 个因子。

在测试前使用统一指导语，要求受试者独立完成认知功能测试。除一般情况调查表外，其他项目共评估 2 次，首次评估在治疗前一周内进行，第二次评估在治疗 1 月后（ $\pm 3$  天）进行。

3. 药物治疗。对于确诊患者对症予以利培酮、奥氮平等抗精神病药物治疗（利培酮由西安杨森制药有限公司生产，奥氮平由江苏豪森药物股份有限公司生产），于 1-2 周内加至治疗量，利培酮起始剂量为 1mg/d，第 2-3 周后据病情和不良反应逐渐加量，剂量范围为 2-6mg/d，平均治疗量为  $(2.54 \pm 1.07)$  mg/d；喹硫平起始剂量从 10mg/d 开始，根据患者情况调整为 5-20mg/d，平均治疗剂量  $(9.38 \pm 4.39)$  mg/d。治疗期间可酌情使用苯二氮卓类、安坦等药物辅助。采用简明精神病量表（BPRS）评定临床疗效。BPRS 采用七级评分法，总分反映疾病严重性，总分越高，病情越重，治疗前后总分差值越大疗效越好。治疗后，两组简明精神病量表较治疗前显著下降（ $P < 0.05$ ）。

4. 统计方法。采用 spss17.0 软件进行统计处理，计量数据采用  $\bar{x} \pm s$  表示，计量资料组间比较采用独立样本 t 检验，计量资料组内前后比较用配对 t 检验。

## 二、结果分析

1. 人口学基本特征。调查对象年龄最小为 21 岁，最大 42 岁，平均年龄  $29.46 \pm 8.77$  岁；平均受教育年限  $9.75 \pm 5.79$  年；全部为汉族人群；其中 54 人入所前执业状态为无业（94.74%），其他 3 人为个体商业从业者（5.26%）；滥用毒品的时间平均为  $4.72 \pm 3.21$ ；使用剂量为  $1.33 \pm 1.17$ g/d。

2. 爱荷华博弈测验自身前后比较。与对照组相比，ATS 所致精神障碍患者治疗后爱荷华博弈测验有利选择与不利选择的差值明显高于治疗前，治疗前的赢钱数少于治疗后，输钱数多于治疗后，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。WCST 结果自身前后比较：与对照组相比，ATS 所致精神障碍患者治疗后 WCST 成绩明显提高，差别有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。BIS、BAS 评分自身前后比较：ATS 所致精神障碍患者治疗前两量表各因子分高于治疗后，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。

3. 认知功能。行为选择缺陷是成瘾药物相关神经心理缺陷研究的一个重要方面，也是导致复吸的重要原因之一。爱荷华博弈测验是模拟人类现实行为选择的一种测验方法，

主要涉及到以下三种主要的心理成分:工作记忆、抑制控制和转换、归纳推理或模糊计算。本研究结果显示,ATS所致精神障碍患者治疗后,爱荷华博弈测验有利选择与不利选择的差值明显高于治疗前,治疗前赢钱数少于治疗后,输钱数多于治疗后。也就是说ATS所致精神障碍患者主要表现为对即刻奖赏的敏感性增加,对行为选择的远期结果的敏感性降低,其行为选择稳定性降低,他们的选择更加随意和无序,更加不依赖于对结果的预测。因而在日常生活中ATS所致精神障碍患者表现为不顾一切后果的觅药行为,对药物没有一定的克制力,从而更容易受到毒品的诱惑和影响而导致复吸,在监管场所内则表现为容易因争夺公共资源而发生肢体冲突。

执行功能是重要的高级认知加工过程,参与计划、推理、决策、记忆等众多认知活动,执行功能在成瘾的发展,不可抑制的觅药冲动和复吸发生中均扮演重要角色。WCST作为神经心理学测评工具,主要测定受试者的分类、概括、工作记忆和认知转移的能力。这与Fox HC对苯丙胺类物质滥用者执行功能的研究结论是一致的,显示了该类人群执行功能的减退。<sup>①</sup>经过住院治疗,ATS所致精神障碍患者执行控制能力改善。该类人群在监管场所主要表现为不服从日常管理,处理日常问题容易极端化,容易因口角而演变成剧烈的肢体冲突。

4. 冲动、攻击性人格。冲动、攻击性行为是一个复杂的概念,通常表现为缺乏考虑,草率地进行一些不恰当或冒险的行为,多与环境不相称并经常导致令人不快的结果。在BIS和BAS量表中可以发现,冲动性行为和攻击性行为因子明显高于常模,而躯体性攻击和言语性攻击在监管场所表现得尤为突出。研究表明药物依赖者具有明显的冲动控制障碍,对行为的选择和控制能力下降,在行为选择尤其是冲动攻击行为的选择上显得冲动而不考虑后果。<sup>②</sup>

本研究发现ATS所致精神障碍患者认知功能存在缺陷,因此这也可能是导致其冲动攻击性高的原因。研究表明冰毒滥用者人格存在缺陷,表现为社会公德及法制意识淡薄,对现实心怀不满,并常表现出急躁易怒,好寻衅,行为古怪,自责,怨恨别人,情绪反复无常,经常说谎等特点,这可能也与其冲动攻击性高有关。<sup>③</sup>

### 三、管理策略

1. 药物治疗策略。对于精神障碍人员,药物治疗是首选且有循证医学依据的治疗手段。抗精神病药物的种类繁多,如何选择效果明显,药物经济学合理的治疗药物,是保

① Fox HC, McLean A, et al. Neuropsychological evidence of a relatively selective profile of temporal dysfunction in drug-free MDMA(“ecstasy”) polydrug users[J]. *Psychopharmacology*, 2002, 162: 203-214.

② 王会:《冰毒所致精神障碍患者认知功能和冲动攻击性人格研究》,2011年山东大学硕士论文。

③ Adolphs R. Social cognition and the human brain. *Trends in Cognitive Sciences*, 1999, 3(12): 469-479.

障该类人群监管秩序稳定的重要因素。有 Meta 分析文献显示,综合国内外 522 篇有关治疗甲基苯丙胺所致精神障碍的文献,共纳入 16 个 RCT 研究,包括 1676 名患者,涉及 9 种治疗药物。网状 Meta 分析结果显示,奥氮平 [OR=28.00、95%CI ( 8.10,110.00 ) ]、利培酮 [OR=20.00、95%CI ( 7.70,58.00 ) ]、喹硫平 [OR=30.00、95%CI ( 6.60,160.00 ) ]、齐拉西酮 [OR=28.00、95%CI ( 3.70,230.00 ) ]、氯丙嗪 [OR=29.00、95%CI ( 5.00,200.00 ) ]、阿立哌唑 [OR=13.00、95%CI ( 1.70,93.00 ) ]、氟哌啶醇 [OR=19.00、95%CI ( 2.10,190.00 ) ] 与安慰剂相比均可有效改善患者的精神障碍状态,其中喹硫平和奥氮平效果最佳。<sup>①</sup>根据循证医学结果,强制隔离戒毒场所内可以选择有效性高,控制效果较高的喹硫平、安道平、利培酮等第二代抗精神病药物治疗 ATS 所致精神障碍戒毒人员,该类药物安全疗效明显高于其他种类抗精神病药物。根据精障人员的症状特点选择药物种类。如以躁狂、幻觉、妄想等阳性症状为主的,宜选用情绪稳定剂和抗精神病药;以情感淡漠、内向孤僻等阴性症状为主的,宜选用抗精神病药和抗抑郁药物。对于首次发病的,在剂量的控制上宜先从小剂量开始,逐渐增大剂量,产生明显效果后应稳定治疗剂量。

2. 所内戒治策略。对于患有精神障碍戒毒人员(以下简称精障人员)的管理应遵循“以人为本、科学戒毒、综合矫治、关怀救助”的原则,综合实行科学诊治、分类治疗、分级护理、分区管理、关爱帮扶等方法措施。

第一,医疗措施。在保证强制隔离戒毒所强制性的根本属性下,将医疗服务贯穿于整个戒治全程。一是进行科学诊治。建立专门档案,制定医学诊疗甄别方案,从行为上看其睡眠、饮食是否正常,是否有不当举动;从言语交流上看其认知、情绪是否存在异常,以及思维、表达是否清晰流畅;从生理检查及心理测量上看是否存在身心共病;从视频监控、民警观察、同寝人员观察等手段看是否存在伪病、诈病可能;从外围的情况了解、搜集来看其个人和家族是否有精神病史,以及在未进强戒所之前是否有幻觉、妄想等精神病性症状。通过以上方法途径收集整理好第一手资料,为精神科专科医生的综合分析诊断提供依据。二是分类治疗。在治疗方式上,重症病人以药物治疗为主,症状中等的采用药物治疗加物理治疗,这类病人主要集中在医院进行治疗;病情较轻的,采用药物治疗,辅之以物理治疗和心理治疗,可以安排在大队进行治疗,促进其社会能力的康复。三是分级护理。根据精障人员病情轻重及伴随躯体疾病的程度进行分级护理,对严重兴奋躁动、有自伤自残自杀倾向、伴随严重身体疾患的,实行一级护理;对需服用大剂量抗精神病药物治疗、表现孤僻或者兴奋、患有一般躯体疾病的,实行二级护理;对病情处于稳定状态、没有人身危险性行为的,实行三级护理。整个治疗过程中的病历、方案、记录都要收集整理,也包括管理教育过程中形成的文字材料、影像和视频资料等,做到一人一案一档,成为今后此类病症循证治疗的“证据”,确保精障人员的“病人”属性得到最大的体现。

第二,教育与管控方法。精障人员的日常教育与管理应根据症状轻重进行分区管理,

① 李芳、殷蕾、杨海东、陈立章:《药物治疗甲基苯丙胺所致精神障碍有效性的网状 Meta 分析》,载《中国循证医学杂志》2017 年第 7 期,第 835 ~ 842 页。

有别于一般戒毒人员的管理教育方式。一是在管理方式上,根据病情症状及严重程度来加以区分。有暴力倾向、妄想、自杀等症状的,应予以隔离管理,安排充足的人员进行24小时全程不间断夹控;其他症状或病情稳定的,可以安排适当宽松、安静的环境来帮助其恢复。建立门禁或出入门登记制度,严格管控其活动范围,不允许出现精障人员单独活动的现象。培养其良好的生活习惯,保证服药的依从性。合理安排休息时间,适当组织文娱活动,提高其自我管理能力。加强服药管理,民警根据医嘱按次发药给精障人员,全程督导服药过程,确保他们将药物吞服、咽下,防止将药物丢弃、藏匿。二是在教育内容上,根据病程或症状来加以区分。对处于急性期的精障人员,教育的目的是让他们尽早熟悉环境,稳定情绪;处于治疗期的精障人员,要让他们知晓疾病发生的病因是由于滥用ATS所致,以及药物治疗的周期、作用和副作用,促使其能主动配合治疗;处于康复期的精障人员,教育其要坚持用药,规律生活,同时给予鼓励,接纳自我。

第三,心理治疗。大量文献显示,对于ATS所致精神障碍患者进行适当的心理治疗,不但有利于患者的康复效果,提升治疗依从性,延长操守时间,还有利于管理其日常行为,防止突发危险情况,降低所内“六无”事件发生。通过建立与社会主义工或社工组织的长期联系、购买社会诊疗服务等方式,解决场所内心理治疗资源匮乏的困境。监管场所内可以选择的心理治疗方式包括:行为治疗、认知治疗、以人中心治疗、艺术治疗和家庭治疗等。最常用的是认知行为治疗,找出与不良行为有关的错误认知,并予以驳斥,并帮助其建立新的正确认知。但对于精神分析在成瘾行为方面的治疗效果,有较大的争议。<sup>①</sup>对于言语交流有困难的精障人员,可以使用音乐、舞蹈、绘画、沙盘游戏等表达性艺术治疗,达到沟通、宣泄和治疗的效果。

第四,物理治疗。随着精神医学的发展,更多的非侵入性治疗取得了较好的治疗效果,其中包含了电休克治疗(ECT)、深部脑刺激(DBS)、经颅磁刺激(TMS)、经颅直流电刺激(TDCS)等多种电磁治疗手段。这些方法中有些被证明有效、不能完全被替代,但操作复杂,安全风险高,例如电休克治疗、深部脑刺激。有些已经被国内外批准使用,安全性较高,副作用较少,例如经颅磁刺激。这些物理治疗手段的运用可以根据强制隔离戒毒场所的实际情况开展,多方面促进精障人员的康复。

第五,关爱帮扶与后续治疗。精障人员治疗康复是长期和庞大的系统工程,强制隔离戒毒所可以从如下几个方面开展工作:一是戒毒所可以为在所期间强戒人员办理居民医保保险,减少出所后因家庭困难所致的精障人员出所治疗中断。二是加强与精障人员家属沟通,定期开办精障人员专场家属课堂,减少家属对精障人员出所后症状反复而导致的各种顾虑。三是对于出所或所外就医有经济困难的戒毒人员及时与当地民政、人社部门联系,协助解决精障人员出所后低保、医保等问题。四是对解除强戒的精障人员实行登记报告和危险性评估制度,有关信息及时提供给所在地县级卫生或公安部门,做好出所对接工作,实现无缝对接,减少社会风险。

<sup>①</sup> 郝伟、赵敏、李锦:《成瘾医学理论与实践》,人民卫生出版社2016年版,第215~226页。