

· 专家论坛 ·

# 网络成瘾(游戏障碍)及干预策略

谌红献

(中南大学湘雅二医院精神卫生研究所,湖南 长沙 410011)

**【摘要】** 本文目的是探讨游戏障碍及干预策略。游戏障碍在中国的患病率5%~10%,相对较高,且危害较大,治疗棘手。文章从成瘾机制、成瘾特征、网络成瘾概念、诊断标准、干预策略五个方面进行了讨论。

**【关键词】** 网络成瘾;游戏障碍;干预;时机

中图分类号:R749

文献标识码:A

doi:10.11886/scjsws20201201002

## Internet addiction (gaming disorder) and intervention strategies

Chen Hongxian

(Mental Health Institute, The Second Xiangya Hospital of Central South University, Changsha 410011, China)

**【Abstract】** The purpose of this article is to explore gaming disorders and intervention strategies. The prevalence of gaming disorder is 5% to 10%, which is relatively high, and it is more harmful and difficult to treat. The article discussed the mechanism of addiction, the characteristics of addiction, the concept of Internet addiction, diagnostic criteria, and intervention strategies.

**【Keywords】** Internet addiction; Gaming disorder; Intervention; Timing

2019年颁布的《国际疾病分类(第11版)》(International Classification of Diseases, eleventh edition, ICD-11)正式纳入了游戏障碍诊断标准,并将于2022年开始正式启用。对2018年4月-2019年6月我门诊数据统计发现,游戏障碍门诊量占比从原来的约5%到现在的30%,已成为一个不容忽视的问题。对此期间的237个符合游戏障碍诊断标准的病例分析发现,第一次来我门诊就诊的平均年龄20多岁,但不到21岁,成瘾的平均时长5年多,也就是说患者在10~15岁时就开始成瘾,此时正值中小学阶段。回顾他们门诊既往就诊病历,第一次就诊时,约60%的人被诊断为青少年情绪障碍,20%以上被诊断为抑郁症,几乎没有人被诊断为游戏成瘾,或诊断与网瘾存在关系。后续的就诊过程中,80%的患者被诊断为双相情感障碍,10%以上被诊断为人格障碍,还有7%~8%被诊断为精神分裂症,仅约2%~3%被诊断为网瘾(游戏)成瘾,可见其识别度较低。

### 1 成瘾的机制

成瘾不光存在于人类,动物也有成瘾,如老鼠喝酒。成瘾与奖赏本能的脑内结构相关;本能之所以存续,就是因为大脑内有犒赏系统来奖赏本能行为。如果这种本能行为没得到奖赏,如吃东西没有舒服的感觉,味同嚼蜡,甚至不舒服,或性行为没能

产生性快感,只有辛苦,则行为抑制,个体就会消亡,种族就会灭绝。

成瘾离不开大脑的内在运行机制,必须要有相应的结构基础来支撑它。海马内面呈哑铃形状的结构是成瘾的核心点,其腹侧被盖区是脑内多巴胺产生最集中的地方,然后运输到伏隔核,它几乎与所有奖赏有关,不管是物质的还是行为的,所有快感的产生都与这里有关联。如果将此核团摧毁,就会吃饭没味道,不想谈恋爱,不想搞事业,一切索然无味。但这是两个比较低级的没有意识的核团,光有这两个核团还不够,还必须要有前额叶皮层功能的完整,要有判断的功能,这才是一个完整的中枢,正所谓一个吃饭不知饥饱、睡觉不知颠倒的“白痴”一般不容易成瘾就是这个道理。不同物质在脑内作用部位不同,但有一个地方是共同的,不管是直接作用还是间接作用,都必须作用于伏隔核,海洛因对两个核团都有作用,酒精不直接作用于两个核团,它是通过一个中介作用机制,所以饮酒的快感远没有毒品来得迅速和强烈,但它作用持久而且广泛,包括对躯体的影响,这也是为什么戒酒比戒毒更容易产生危险。毒品里戒断最危险的就是海洛因,因为它有强烈的躯体戒断反应,可能导致死亡,但酒精戒断较其更危险,死亡率更高。所以任何时候都不建议酒精成瘾患者在家里戒酒,更不能带药回家戒酒,须到医院进行治疗。如果既吃了戒酒药,又忍不住喝了酒(可能性很高),两者叠加,死

亡风险升高,极易发生医疗纠纷。

当然,人类有心理社会活动,所以比一般动物复杂而高级,当心理社会因素与本能相结合,就会衍生出一些比动物更加复杂的行为,如趋利避害,寻求远比本能更高级和复杂的犒赏和快感等。所以所有能够满足人类这类追求的物质和行为都具有成瘾性,故成瘾可分为物质成瘾和行为成瘾两大类。顾名思义,物质成瘾需要摄入某种物质在体内产生奖赏效应(包括心理的和生理的、正性的或负性的),如烟、酒、毒品、槟榔、新精神活性物质等。可见物质成瘾要有物质进入生物体内,但光有物质进入体内还不行,必须要能作用于奖赏系统产生奖赏效应,要产生相应的舒适感,或者消除不舒服的感觉,二者缺一不可。行为成瘾则不需要借助外来物质的摄入,而是通过某种行为的付诸实施达到心理或生理的满足。如病理性赌博、网络成瘾(游戏障碍)、购物狂、工作狂、拔毛等。我国成瘾人数庞大:国内每天吸烟人数约 3.16 亿、吸二手烟人数约 7.4 亿,饮酒人数约 5 亿,登记在册的吸食毒品人数约 250 多万,截至 2018 年 6 月,网民规模为 8.02 亿,其中手机网民 7.88 亿,网民通过手机接入互联网的比例高达 98.3%<sup>[1]</sup>。

## 2 成瘾的特征

成瘾有六大特征,包括:①成瘾者有做某种行为的强烈欲望,但其结果有害;②如果控制不做,则紧张、焦虑情绪逐渐增加;③一旦完成此行为,则紧张、焦虑情绪迅速、暂时得以缓解;④过一段时间后又重新出现实施此行为的欲望;⑤外部、内部环境刺激可条件反射性引起此欲望;⑥成瘾者希望能控制此行为,但屡屡失败。判断成瘾必须结果有害,如果控制不做,就会越来越焦虑紧张,最后就会“决堤”,“决堤”后一旦再次完成成瘾行为,焦虑紧张情绪得到缓解,但好景不长,之后又会无数次重来。不仅如此,还会形成条件反射,如某患者在戒毒所戒毒表现很好,没有再吸食毒品,当其戒毒结束从戒毒所出来后遇见原来跟自己一起吸过毒的人,这就会条件反射性地勾起吸毒的愿望,基本很难控制,极易出现复吸现象,所以为什么不少海洛因滥用者死在戒毒所到回家的路上,而且死亡率极高,这还涉及到一个耐受性的问题,如海洛因刚开始吸 0.2 克就有强烈的快感,但慢慢 0.5 克也无法带来快感,要增加到 1 克,甚至后来 2 克的快感也不及原来

的 0.2 克强。但通过一段时间的戒毒,其敏感性就会恢复,此时如果还认为原来吸 2 克,这次吸 0.5 克应该没问题,殊不知,此时 0.5 克所带来的效应较戒毒前的 10 克都不止,所以死亡风险极高。这种“线索反应性”就是与成瘾记忆有关,在成瘾记忆没有攻克前,成瘾者是很难彻底戒掉的。当然,由于成瘾的不良后果,成瘾者也希望控制这种行为,但往往以失败告终。

## 3 网络成瘾概念、流行病学与特征

网络成瘾是指由于各种原因导致个体上网失控,强迫性地经常使用网络,沉迷于网上活动而难以摆脱,从而损害了个体的心身健康和社会功能的一组行为成瘾。最早在 20 世纪 90 年代就提出了此概念,有的称为网络成瘾障碍(Internert addiction disorder, IAD),有的称为冲动控制障碍,还有的称为病理性的网络使用(Pathological internet use, PIU)<sup>[2-3]</sup>。

采用网络成瘾量表(Internet Addiction Test, IAT)<sup>[4]</sup>进行流行病学调查发现,中国大陆 13~18 岁的青少年中有 10.2% 中度使用网络、0.6% 严重上瘾,中国台湾大学新生网络成瘾率为 17.9%。而在其他国家中,意大利青少年问题网络使用患病率为 5.4%,1.83% 的英国学生考虑为病理性网络使用者,韩国青少年网络成瘾率为 1.6%~10%。总体来说,中国和韩国网络成瘾患病率较高,一般认为,网络成瘾患病率为 5%~10%<sup>[5]</sup>。这可能与中国的文化背景和教养方式密切相关。

网络成瘾表现为四大临床特点:①躯体方面,视力下降、肩背肌肉劳损、生物钟紊乱、睡眠节奏紊乱、食欲不振、消化不良、体能下降、免疫功能下降,停止上网则出现失眠、头痛、注意力不集中、消化不良、恶心厌食、体重下降,还有戒断反应,如果停止上网,会出现失眠、头痛、注意力不集中等。②心理方面,一旦停止上网便会产生强烈渴望,难以控制对上网的需要或冲动,这种冲动使其工作、学习时注意力不集中、不持久,感到记忆力减退;逻辑思维迟钝;沉迷于虚拟世界而与现实疏远,为人冷漠,缺乏时间感;常常处于上网与不敢面对现实的心理冲突之中,情绪低落、悲观、消极。③行为方面,表现为频繁寻求上网活动的行为。为了能上网,不惜用掉自己的学费、生活费,借款,欺骗父母,甚至丧失人格和自尊,严重者偷窃、抢劫。对网络成瘾青少

年学生而言,最直接的危害是耽误了正常的学习,尤其是网络游戏导致他们不能集中精力听课,不能按时完成作业,成绩下滑,甚至逃课、辍学。④人格方面,物质成瘾还是行为成瘾均可能导致人格改变,患者都喜欢独处、敏感、倾向于抽象思维、警觉、不服从社会规范、易激惹、忧虑、抑郁、烦躁不安、易受环境的支配、失眠、遭遇挫折时容易沮丧悲观、缺乏与人接近的勇气等。此外,一些与抑郁相关的人格特征,如低自尊、缺乏动机、寻求外界认可、害怕被拒绝等也可能是网络成瘾发生的原因。

## 4 诊断标准

公认的诊断标准是美国《精神障碍诊断与统计手册(第5版)》(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition, DSM-5)和 ICD-11<sup>[4]</sup>。DSM-5 中对手机游戏成瘾提出 9 条诊断标准,包括:①对玩游戏的渴求(玩游戏的行为、回想玩游戏和期待玩游戏支配了个体的日常生活);②不能玩游戏时出现戒断症状(表现为易怒、焦虑、悲伤);③耐受症状(需要玩的时间越来越长);④无法控制要玩游戏的意图;⑤因游戏而对其他爱好丧失兴趣;⑥即使知道玩游戏的潜在危害仍难以停止;⑦因玩游戏而向家人朋友撒谎;⑧用游戏逃避问题或缓解负面情绪;⑨玩游戏危害到工作、学习和人际关系。

ICD-11 提出了 3 条诊断标准,包括:①对玩游戏的控制受损(如对时间、频率、场合等不能控制);②玩游戏的重要程度高于其他兴趣爱好和日常生活;③即使导致了负面影响,游戏行为仍在继续和升级。

无论是 DSM-5 还是 ICD-11,都列出了区分病理性游戏行为的两条核心特征:一是游戏成瘾者不仅花费大量时间和精力用于玩游戏,更重要的是,他们忽略了现实生活,无法再承担以往的社会角色,也不再参与社会生活;二是他们丧失了对自我行为的控制,让游戏完全支配了生活。而共病方面研究显示,以下五类精神疾病患者是网络成瘾的高危人群:分裂型人格障碍者常常合并网络成瘾;不同程度的抑郁症,常常同时会引发成瘾行为;心理应激反应与适应障碍者将上网作为一种对心理应激的反应和应付挫折的手段,易成瘾;精神分裂症前驱期和慢性期可能会表现为上网成瘾以及其他方面的异常;品行障碍者,青少年的心理特点使得上网成瘾行为是其突出的行为问题。

## 5 干预策略

### 5.1 干预方法

目前针对网络成瘾暂无药物治疗方法。药物只针对躯体戒断反应,对于主要是“心瘾”的行为成瘾,无药可治。如果干预患者玩游戏,则其容易发脾气,如果放任不理,则相安无事,也就是说受干扰时情绪不稳定,建议以情绪稳定剂为主,但证据不多,一般不主张用碳酸锂,可使用丙戊酸镁治疗。

心理治疗,现在最推崇认知行为治疗,还有团体治疗和家庭治疗,但效果不甚理想<sup>[6-7]</sup>。对成年人的成瘾行为而言,除非个体自己想放弃,其他人是很难改变的,但是往往个体自己并不想放弃,在所有疾病里,只有成瘾具有这样的特征。所以,唯有成瘾,不会放弃,除非威胁到个体的生命,如吸烟成瘾者,若肺部发现了病变(如患肺癌等),个体便会放弃吸烟;酒精成瘾者,如果肝功能出现问题,基本就会考虑放弃饮酒。行为是有动机、有目的,事实上,个体在实施一个行为前基本上都会比较该行为带来的获益多还是损失多,如果获益多,就可能去做,如果损失还多些,基本就不会做。所以有效的干预需要有动机,而成瘾者往往难有戒瘾的动机。

过去有一个错误的观点,说成瘾者戒不了毒,原因是意志力不强。所以有些人为了给成瘾者做榜样,主动成瘾,想通过强大的意志力戒掉,但都以失败告终。可见,戒断成瘾行为与意志力无关,而与选择有关。

综合治疗(Multi-level Counseling Programs)策略首先启用药物治疗,再配合心理治疗,如认知行为治疗、家庭治疗、动机访谈、现实疗法、接受与承诺疗法、体育运动处方、心理剧、团体治疗等。但效果仍有待观察,其实对一个疾病治疗方法越多,越说明缺乏特别有效的方法,尚未有某一种方法能够真正解决问题。

### 5.2 干预时机

行为成瘾(包括病理性赌博、游戏障碍)的发展形成需要有一段时间(以月计算),呈一定阶段性,远不如物质成瘾发展快速(以次计算,如吸食海洛因一般三次即可上瘾)和强烈。《诗经·关雎》道:关关雎鸠,在河之洲。窈窕淑女,君子好逑……求之不得,寤寐思服。悠哉悠哉,辗转反侧。一位女子追求不到,都睡不着觉,还想念很多年。海洛因的

效应比这个强多了,如果以0~9分评价所带来的快感,得分越高,快感越强,将性快感定在5分,毒品成瘾者在报告吸毒的快感评分时往往会主动在9后面再加数字。可见,快感对行为具有极大的强化作用,一旦成瘾很难戒掉。

正是因为行为成瘾的形成相对缓慢的特征,给有效干预提供了机会。具体地讲,从网瘾的临床后果来看,网瘾发展可分四个阶段(以游戏为例):①开始有些沉迷游戏,但学习(工作)还没有明显受影响;②玩游戏有些失控,还能坚持学习(工作),但学习成绩(效率)开始下降;③沉溺于手机游戏并严重影响睡眠和学习,虽还能勉强坚持上学(上班),但经常迟到、并精神不振,成绩显著下降,大学挂科严重;④放弃学习(工作),晚上玩游戏至深夜甚至通宵,白天睡觉至中午,整天可以不出门,不与人交往。

虽然网瘾的发展特点客观上提供了干预机会,但关键还在于早期发现。如果发现儿童、青少年开始有些沉迷游戏,但是学习或者工作影响还不大,如果放任不管,就会发展到第二期,玩游戏有些失控,这时候虽然还能坚持工作和学习,但是成绩或者工作效率开始下降。而前两期是最佳干预期,可惜往往都没有坚决地干预。如果继续下去,个体就会沉迷于游戏,开始严重影响到学习和睡眠,精神不振,此时老师往往建议休学,但若真休学,则是最差的处理方式,刚好为成瘾行为的实施提供了时机,个体将彻底跌入第四期,基本上没有一个青少年可以通过休学戒网瘾而再回到学校恢复成瘾前的状态。

这个过程恰好与一个名医典故相契合,扁鹊主动见蔡桓公三次,分别告之:“君有疾在腠理、在肌肤、在肠胃,不治将益深。”桓侯不答应。终于发展到扁鹊望桓侯而还走。桓侯故使人问之,扁鹊曰:“在骨髓,司命之所属,无奈何也。”对游戏障碍的有效干预亦存在时机选择,类似于名医典故“扁鹊见桓侯”,对于有易感素质的人一定要在游戏成瘾的早期开始正确引导和干预,否则等发展到“君之疾,在骨髓”的严重“成瘾状态”,此时已严重影响甚至荒废正常学习、工作和社交,再干预则难度很大,所以应避免这种情况的出现。

游戏成瘾第一、二阶段就相当于“君之疾在腠理、在肌肤”,此时家长和老师同心协力、必要时联合心理医生合理引导和干预,最有可能成功。游戏

成瘾第三阶段就相当于“君之疾在肠胃”,此时虽有点晚,但家长联合有成瘾医学背景的行为医学专家连续进行一段时间的家庭治疗和行为矫治训练,也还是有扭转的可能,但这个阶段是要付出较多精力和劳动的。但如发展到游戏成瘾第四阶段,就相当于“君之疾在骨髓”,此时才进行干预,难度堪比戒毒,需强力的家庭配合权威的成瘾医学专家才有丁点希望。

因此,早发现、早干预很重要,但遗憾的是家长带来门诊就诊的孩子基本都是“君之疾在骨髓”的第四期。所以在中小学校、甚至幼儿园加强对家长的“防瘾”知识宣传,与老师一起做到早发现、早干预很重要。因为目前我们还没有能力把易感性个体识别出来提前干预。

还有另外三个重要的干预时机。①谨防大一:大一成为网瘾(游戏障碍)发生、发展的重灾区,特别是在985、211高校,大一“谨防为网所困”的宣教刻不容缓。②寒暑假成为学生网瘾(游戏障碍)发生、发展的高危时间段,一次长假的放纵,足以将网瘾程度提高一个等级,故家长要注意学生长假期“谨防为网所困”。家长注意点:以身作则,亲子互动;发现苗头,合理引导;形成同盟,尽早干预;不可放任,免悔终生。③谨防抗“新冠肺炎”新伤害,“抗疫”谨防“瘾患”,当人类处于应激状态时,各类成瘾行为的发生几率升高,因为“应激易化成瘾”,而一旦成瘾,戒除很难!特别是应对本次疫情采取的居家隔离、延迟开学、网课等措施使网瘾发生率比平时增加一倍以上,而社交性物质(如烟、酒等)成瘾都有所下降,但现在随着疫情的控制,流动性较前增强,又基本恢复。

## 参考文献

- [1] 中国互联网络信息中心(CNNIC). 第42次中国互联网络发展状况统计报告[EB/OL]. [http://www.cac.gov.cn/2018-08/20/c\\_1123296882.htm](http://www.cac.gov.cn/2018-08/20/c_1123296882.htm), 2018-08-20.
- [2] Young KS. Internetaddiction: the emergence of a new clinical disorder[J]. *Cyber Psychol Behav*, 1996, 1: 237-244.
- [3] Young KS. Internetaddiction: symptoms, evaluation, and treatment[J]. *Innov Clin Pract*, 1999, 17: 19-31.
- [4] Young KS, De Abreu CN. Internet addiction: a handbook andguide to evaluation and treatment [M]. New Jersey: John Wiley & Sons, 2010: 19-24.
- [5] 郝伟, 赵敏, 李锦. 成瘾医学理论与实践[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2016: 22-33, 143-146.

- [6] 翟倩, 丰雷, 张国富, 等. 青少年网络成瘾的研究现状[J]. 中国全科医学, 2020, 23(13): 1687-1694.
- [7] 冀紫阳, 李晏, 谷景阳, 等. 认知行为取向团体心理治疗对网络成瘾中学生应对方式、时间管理与家庭功能的影响[J]. 中

华行为医学与脑科学杂志, 2020, 29(2): 136-141.

(收稿日期: 2020-12-01)

(本文编辑: 吴俊林)



## 作者简介

谌红献, 医学博士、主任医师、教授、博士生导师, 中南大学湘雅二医院精神卫生研究所党支部书记, 精神应激与成瘾行为研究室主任。主持国家自然科学基金面上项目 3 项和重大专项课题 1 项、参与 973 等重大课题多项。参与 10 项临床成瘾治疗药物试验。主编《戒毒康复治疗指

南》, 参编“人卫版”统编教材《精神病学》第 5~8 版。中组部第七批“优秀援疆干部”, 并荣立二等功; 全国禁毒工作先进个人; 曾受聘日本千叶大学医学部客座教授一年。现任湖南省药物滥用防治研究会会长, 中国药物滥用防治协会/成瘾医学分会副会长, 中国毒理学会/药物依赖性毒理学专业委员会副主任委员, 中华医学会心身医学分会成瘾学组组长, 湖南省医学会心身与行为医学分会副主任委员。