

目錄

第一章

為什麼我們會上癮？

- 1.1 成癮的運作機制：生理、心理、社交機制 8
- 1.2 物質成癮 (Substance Addiction) 17
- 1.3 行為成癮 (Behavioural Addiction) 19

第二章

成癮者背後的故事、 治療過程和方法

- 2.1 吸毒媽媽 26
- 2.2 生於幸福家庭的毒小孩 42
- 2.3 我跟「K仔」做朋友 55
- 2.4 Chem=Fun? 70
- 2.5 愛，就是要「鐵達尼」？ 86
- 2.6 醫你變成害你？ 98
- 2.7 「失寵」睡公主 112
- 2.8 和頭酒 125
- 2.9 按「讚」就夠了嗎？ 152
- 2.10 忘了？忘不了！ 167
- 2.11 我不（想）是小偷！ 187



1.1 成癮的運作機制： 生理、心理、社交機制

你最狂熱的渴求是什麼？愛情？成功的事業？一刻久違了的興奮感？當網紅？抑或只是能簡單的可以睡一個好覺？不管是哪一種，我們都有取悅自己的方式。不過，這種取悅自己的方式，隨時會變成「毒」害我們，更可以成為我們盲目地追求的一種倚賴，而「成癮」就是這樣發生。

所謂「成癮」(addiction)，醫學上將之定義為包含生理與心理因素的一種行為模式。當人長期沉溺於某種事物或嗜好然後形成習慣，這些嗜好和習慣會刺激大腦中樞「犒賞迴路」(reward pathway)系統，造成對其附帶的興奮或快樂的渴求，繼而再佔據整個人的生活，這樣便形成所謂的「癮」。而「癮」也可以分為「物質成癮」(substance addiction/substance dependence)或「行為成癮」(behavioural addiction)。一旦導致成癮的物質或行為被干預或無法得到／做到時，「成癮者」就會出現不同形式的戒斷反應 (withdrawal)。

美國哈佛大學心理學學者霍華德·謝弗博士 (Howard J. Shaffer) 以「3C」概括了「成癮」的三個特點：

第一，有強烈渴求 (Craving)，甚至達到強迫的程度；

第二，雖然反覆嘗試卻沒法停止相關行為，並出現失控、失去自制的情況 (loss of Control)；

第三，不顧後果地即使知道或已經有嚴重的負面效果，例如已經影響身體或精神健康、社交或家庭關係、工作或刑事責任等，仍堅持繼續 (Continue the behaviour despite adverse consequences)。

「成癮者」會在已知「癮」可能造成不良後果的情況下，例如吸毒對身體構成永久傷害、浪費時間金錢、社會所不容，甚至屬犯法行為等，仍然無法控制，不斷重犯。「癮」的特性和嚴重性會因時間轉變，而「癮」也可以因為當事人嘗試戒癮，或回復正常而中斷。有時，「成癮者」可以達至間歇性的脫癮，甚至是永久性的康復，但也可以輪迴在成癮的地獄中，例如吸毒者有可能在脫癮、康復與復吸中無限輪迴。

事實上，「癮」能作出如此多元的影響，在於其複雜的運作機制。

生理機制：整個中樞神經系統功能失調的惡果

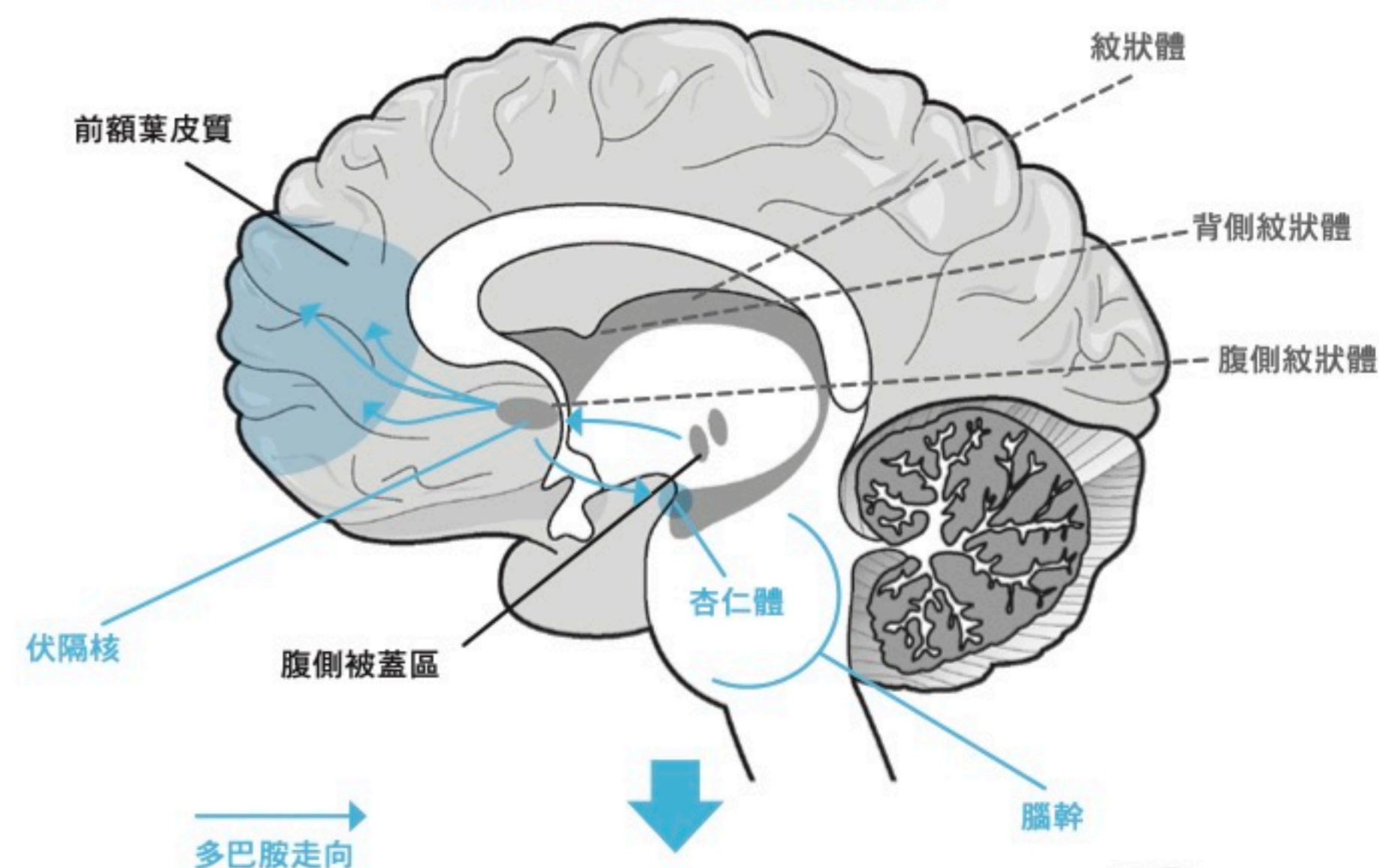
「成癮」曾經被認為是一種道德缺陷，一種弱者的表現。但隨着科學家對人腦的結構、功能和運作有了愈來愈多的了解，醫學界也逐漸對這個困擾着數百萬人，由濫用、渴求與戒斷現象所形成的惡性循環有了新的見解。

科技令人對腦袋演化出來的一套以化學物質「多巴胺」(dopamine)為基礎的「犒賞迴路」系統有了較深層的了解。原本「多巴胺」這種神經遞質(neurotransmitter)純粹肩負令人產生慾望，以便衍生有益於人類生存的行為，譬如吃東西、繁殖、社交行為等。但當它對腦部激發出的快樂、快感和慾望超出了自控機制的負荷，「成癮」就會發生。這個時候，腦袋內的「犒賞迴路」系統基本上已經是被「癮」綁架了。

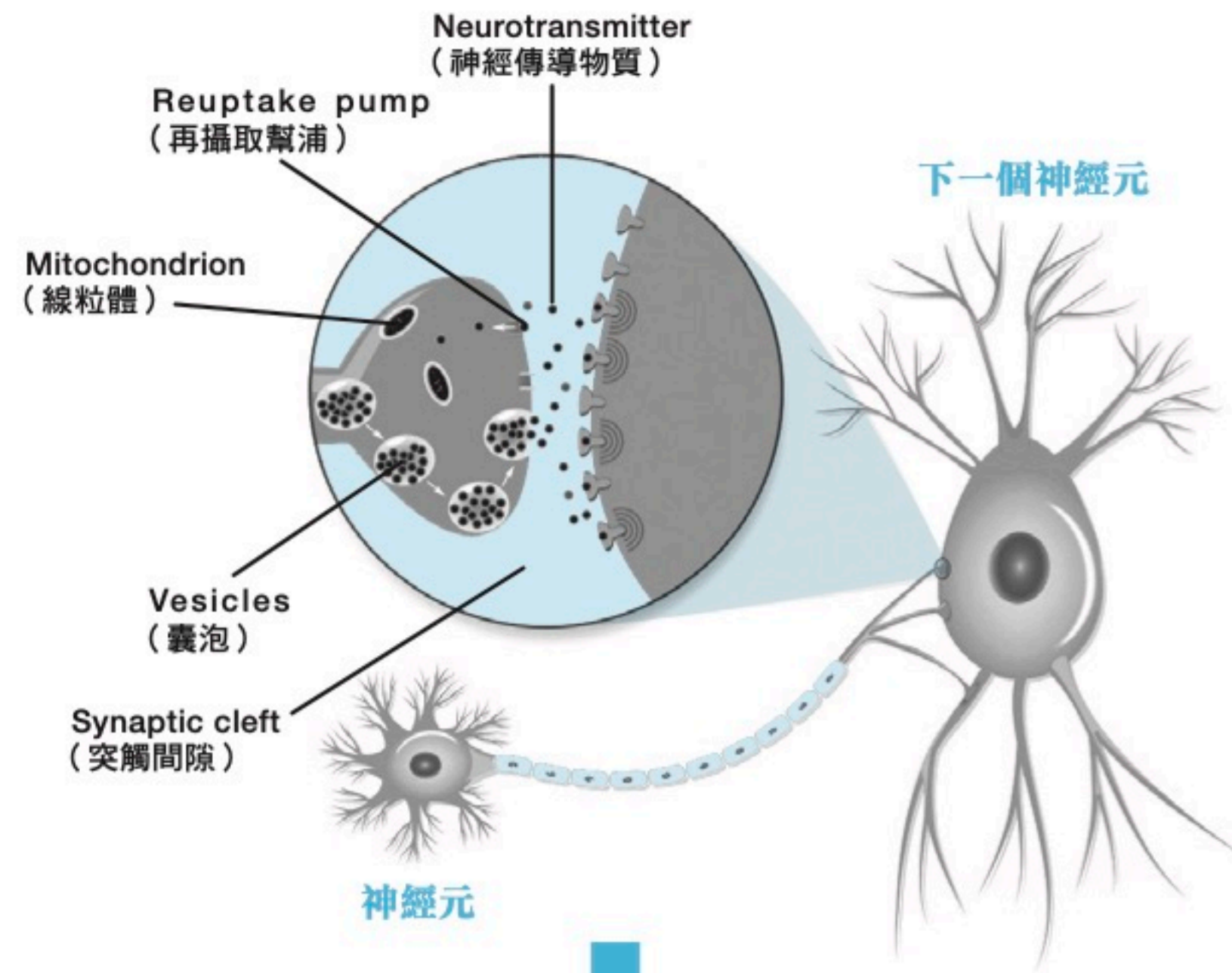
簡單解釋一下：「犒賞迴路」系統是由「多巴胺」從腦幹(brainstem)發放，沿着神經通路(neural pathway)去激活中腦的「腹側被蓋區」(ventral tegmental area, 簡稱VTA)和「伏隔核」(nucleus accumbens)、前腦的「紋狀體」(striatum)及大腦「多巴胺」受體所組成的。任何令人快樂的事物和行為，即使是一杯咖啡、一件美味的甜點、一本好書、一個吻等都能作為「刺激」(stimulus)增加「多巴胺」在那神經通路的流量。在正常情況下，中樞神經系統會透過「轉載體」(reuptake transporter, 又稱「轉運蛋白」)再攝取多出的「多巴胺」回收重用，繼而把神經通路帶回靜息狀態，直到再有「刺激」為止。情況就如在彈珠遊戲機中心玩彈珠機一樣，投入的錢幣(刺激)會從機器內射出彈珠(多巴胺)，只有固定數量的彈珠能跌入得分口得分(快樂感)，其他多出的彈珠會被回收口(轉載體)回收重用，直到再有投幣為止。但毒品和刺激性行為，譬如性愛的快感、在Instagram收到大量的「讚」等，卻能在短時間內激發VTA釋出大量的「多巴

胺」；有些毒品甚至能阻止「轉載體」再攝取「多巴胺」。這些過剩的「多巴胺」會持續不斷的跑到前腦的「背側紋狀體」(dorsal striatum)，熟習曾做過的「好玩事物」，又會跑到「腹側紋狀體」(ventral striatum)內的「伏隔核」(nucleus accumbens)標記它所帶來的快樂和放鬆感覺，形成強烈的「渴求」。與此同時，過剩的「多巴胺」會進入到大腦的「前額葉皮質」(prefrontal cortex)並在「穀氨酸」(glutamate)這種氨基酸的協助下，進一步強化「渴求」。當「多巴胺」遊走到最後一站——「杏仁體」(amygdala)，就會讓這裏的神經元(neuron)記下那種既爽又刺激的情緒反應和相關的影像，例如充滿喜悅的記憶、吸毒用具的影像、性愛畫面等。這種種令整個腦部產生變化，令你由想「需要」到形成「渴求」，最後確立「成癮」。

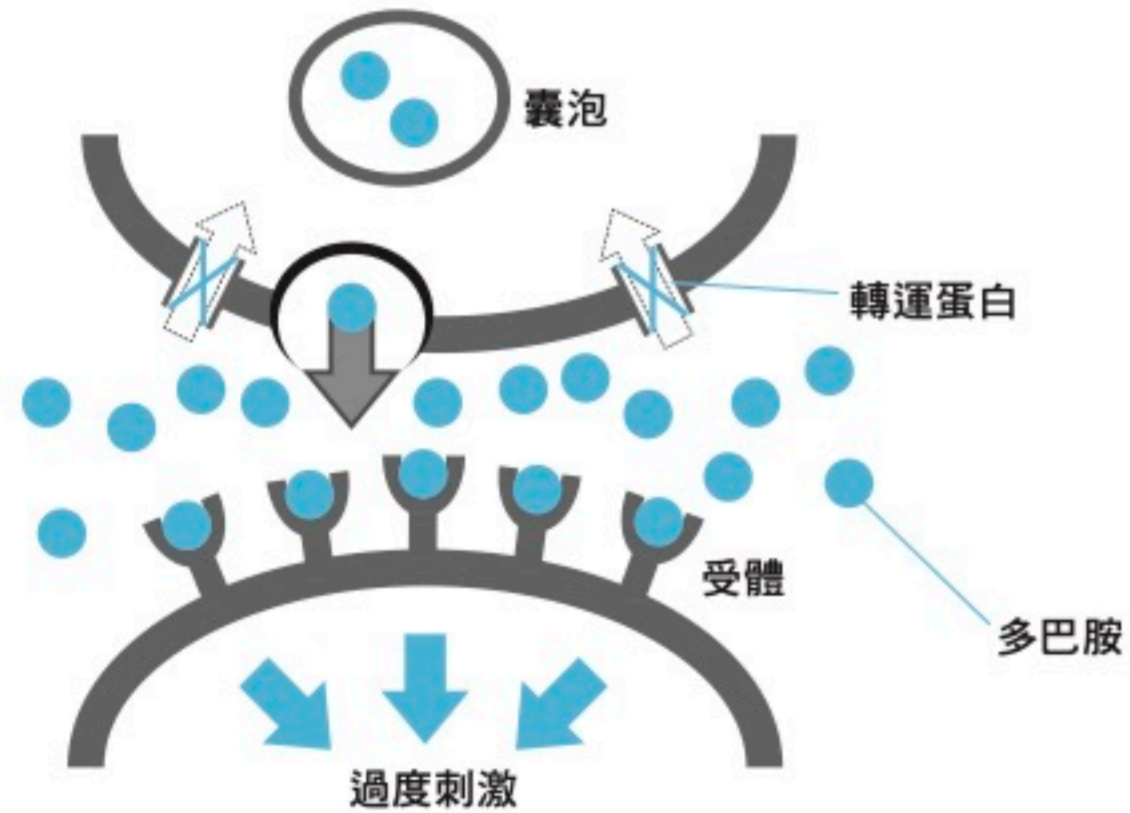
毒品進入人體後，大腦受刺激分泌多巴胺，並從腹側被蓋區向伏隔核傳遞



神經細胞通過神經突觸的神經鍵把訊號傳遞給下一個神經元

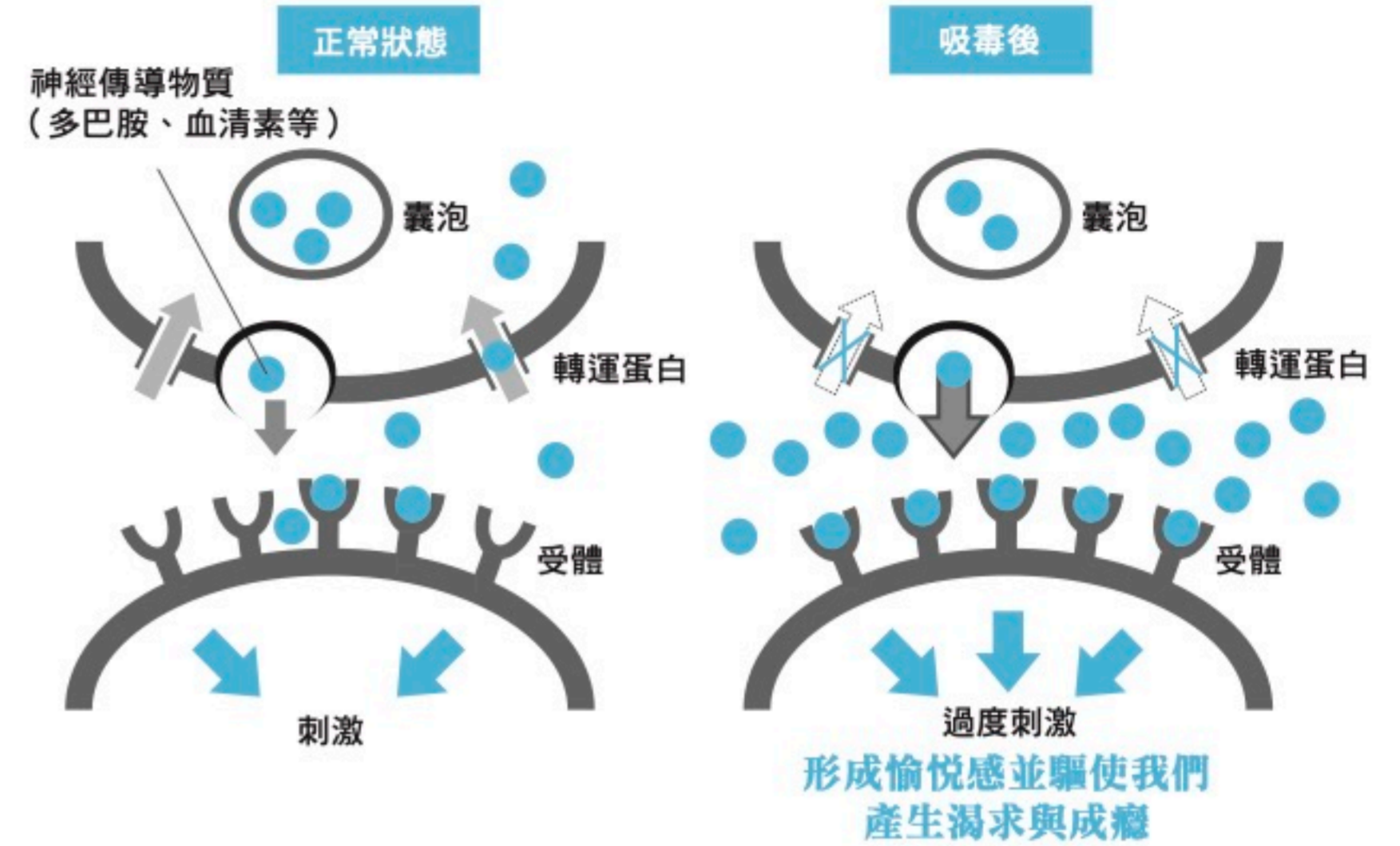


持續使用成癮物質



毒品會影響多巴胺數量並打亂大腦的正常記憶和認知平衡，最終導致上癮

突觸間隙 (synaptic cleft)



此外，還有不能忽略的「戒斷反應」在整個「成癮」過程中重要的角色。所謂「戒斷反應」是指停止成癮行為後的不適反應，一般包括：坐立不安、噁心、全身乏力、焦慮、抑鬱等。很多時往往是因為「成癮者」不能抵抗這些生理上的不適而恢復成癮行為，令他們更泥足深陷。

有趣的是，重複又重複進行成癮行為會使整個「犒賞迴路」系統因欠缺靜息的機會來修復而造成超負荷，導致神經細胞和神經功能受損。所以「成癮」一段時間後反過來會減少中樞神經系統內「多巴胺」的合成、儲存量及可釋出的分量，造成「成癮」表現中的「耐受性」(tolerance)。在「耐受性」的影響下，「成癮者」需要用上更多分量、更密、更長時間去使用那構成「癮」的物質或進行成癮行為來維持原有的興奮感，進一步令他們更難逃離「成癮」的深淵。

心理機制：

「快樂」與「逃避不快」同樣催生「成癮」

從心理學角度來看，「成癮」是因重複被增強的反射行為及自願性行為共同催生而成的。根據目前的研究指出，其運作機制建基於兩套行為學上的重要理論：「巴夫洛夫制約」(Pavlovian Conditioning) 和「操作制約」(Operant Conditioning)。

「巴夫洛夫制約」又稱「古典制約」(Classical Conditioning)，由俄國心理學家伊凡·彼得羅維奇·巴夫洛夫(Ivan Petrovich Pavlov)於十九世紀提出，用來解釋有條件學習的原則。巴夫洛夫指出，將「條件刺激」與「無條件刺激」多次結合呈現後，除可獲得如反射性般的非自願性「條件反應」外，更會加強「條件反應」的表現。而「操作制約」又名「工具性學習」(Instrumental Learning)，由美國哈佛大學心理學教授伯爾赫斯·法雷迪·史金納(Burrhus Frederic Skinner)在二十世紀初提出。史金納教授指出在「操作制約」下受刺激隨後出現的行為皆為「自願性」行為，而當行為得到獎勵或懲罰作為刺激，那些獎勵或懲罰又可以反過來控制這種「自願性」行為。

綜合以上兩個理論，「成癮」的過程可分為四個階段：喚醒，然後產生衝動，再實施行動，最後反覆行動。以吸毒「成

癮」為例，如果濫用者最初因工作煩惱去特定地點吸毒來減壓、尋開心，那地方、那份心煩慢慢會成為「條件刺激」。每當吸毒者感到無聊、心煩、壓力大的時候，甚至經過那通常吸毒的地方，就會反射性地不自覺的喚醒吸毒的行為和其伴隨着的歡愉。再加上追求快感本來就是動物的本性，所以當想到吸毒時所帶來的興奮、喜悅等正面快感情緒時，就會產生衝動去尋找毒品，然後付諸行動吸服。而隨着服食時間愈長或分量增加，毒品帶來的快感就愈趨強烈，間接成為吸毒者無形的「獎勵」，令他們增加吸毒的頻率。與此同時，當吸毒的時間、分量和頻率增加，停止吸毒時帶來的戒斷症狀也會愈趨明顯和嚴重，相對地就成為對他們的一種「懲罰」。為避免「懲罰」和鞏固「獎勵」的效果，吸毒者惟有持續用毒，跌落「成癮」的漩渦。

社交機制：家庭和朋輩無旁貸

雖然從表面上看，大多數的「成癮者」是為了追求刺激、快感等的喜悅感覺，或為着逃避戒斷症狀，在生理和心理機制的加持下，維持着他們的成癮行為，但據多年在「藥物濫用診所」和在精神科診症的臨床經驗中發現，他們背後的家庭系統和社會體系一般都同樣出了問題，才會通過這些行為去逃避現實帶來的煩惱。而且很多患者的家屬對「成癮」存有認知上的偏差，總以為純粹是成癮者的道德缺陷和意志力薄弱的問題，尤其是父母，當遇上子女「成癮」的問題，就只會一味怪責，卻很少反省自身在教育孩子上的缺失。

另外，成癮者的社交圈也可以是一個潛在危機。如果成癮者得不到同輩的接納、朋友的支持，或作出在社交生活和交友方式上的改變，那麼在康復時，如依舊跟同樣有「成癮」問題的人打交道，極可能會重蹈覆轍，無法脫癮。



1.2 物質成癮 (Substance Addiction)

根據美國精神醫學會（American Psychiatric Association）在2013年發表並用了長達十年時間研究和更新的《精神疾病診斷與統計手冊》第五版（*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition*，簡稱DSM-5），「物質成癮」也稱為「物質相關及成癮障礙症」（Substance-Related and Addictive Disorders）。而DSM-5就表列出九種已經有足夠科研數據證明能引致成癮障礙的物質，它們包括：酒精（alcohol），咖啡因（caffeine），大麻（cannabis），迷幻劑（致幻劑〔hallucinogens〕），吸入劑（inhalants），鴉片（opioids），鎮靜劑、安眠藥或抗焦慮藥（sedatives, hypnotics or anxiolytics），興奮劑（stimulants）和煙草（tobacco）。

要診斷出濫用者有否患上「物質使用障礙症」（Substance Use Disorder），精神物質濫用科醫生會依據濫用者在過去十二個月內濫用過的物質和其對他個人影響的深廣度，以及有否符合兩個或以上的下列症狀來判定：

1. 比預期的還大量或長時間攝取
2. 持續渴望或無法戒除或是控制使用
3. 很多時間花在獲得、使用或從該物質效應恢復

4. 渴求、有強烈慾望去使用
5. 反覆使用引致無法完成／履行工作、學校或家庭中的重大義務
6. 儘管使用該物質導致持續或反覆社交或人際問題，仍持續使用
7. 因為使用該物質而放棄或是減少重要的社交、職業或休閒活動
8. 在會對身體構成危險的情況下依然反覆使用
9. 儘管知道使用該物質恐引起持續或反覆生理或心理問題，仍持續使用
10. 符合「耐受性」(tolerance)以下兩項之一：
 - a. 顯著增加使用該物質之需求而致中毒或想要的效果
 - b. 持續使用等量的物質但效果顯著降低
11. 符合「戒斷」(withdrawal)表現以下兩項之一：
 - a. 該物質的戒斷特色
 - b. 使用該物質（或相當接近的物質）來緩解或避免戒斷症狀

同時，醫生更會診斷該「物質成癮障礙症」的嚴重程度、了解背後的成因和風險因素 (risk factor)，以及「成癮者」會否患有共生精神疾病 (co-morbidity) 或因使用該物質而引致的精神和身體病狀，例如情緒病、思覺失調、認知障礙、肝腎功能受損等，為他們制定合適的、個人化的脫癮療程，當中包括藥物治療、心理治療、社工服務、住院戒毒服務等。



1.3 行為成癮 (Behavioural Addiction)

過去，被世界公認的行為成癮疾病就只有「賭博障礙症」(Gambling Disorder)。但隨着互聯網的發展，其他相關又可能引致成癮的行為，例如性沉溺、網絡使用、遊戲、社交媒體等都開始受到關注。直到2021年，世界衛生組織再次更新沿用了差不多三十年的《國際疾病分類》(International Classification of Diseases)第十次修定本，並發表第十一次修定本(簡稱ICD-11)的同時，終於在第六章〈精神、行為或神經發展障礙〉的〈成癮行為所致障礙〉篇中，新增了「6C51.0遊戲障礙，線上為主」(Gaming Disorder, predominantly online)。

「行為成癮」為什麼經過三十年也只有兩種行為被正式納入國際性的診症手冊內呢？一般認為這是由於在不同文化的地區與國家，對哪種「行為」及其特徵和模式才算得上是「成癮」並到達「障礙」程度還未能取得共識，以致各地未能有系統性地搜集各種行為問題和「成癮」的普及率，或他們的發展史所致。這種種也使有關研究「行為成癮障礙症」的治療方法上，遠遠落後於其他精神疾病。

即便如此，英國諾丁漢特倫特大學社會科學系教授馬克·

格里菲斯 (Mark Griffiths) 指出，「行為成癮者」通常帶有六項特徵：

1. 突顯性 (salience)：該行為已經佔據了患者的日常生活，以致控制了思想、情緒和行為
2. 情緒改變 (mood modification)：患者的情緒隨參與該行為而明顯轉變
3. 耐受性 (tolerance)
4. 斷癮症狀 (withdrawal symptoms)：因突然減少或停止該行為而誘發出不適的情緒或身體反應
5. 爭執 (conflict)：因為該行為導致患者內在的心理掙扎 (intrapsychic conflict) 或人際關係上的問題
6. 故態復萌 (relapse)：即使脫癮後一段時間，該行為還會反覆出現，甚至在短時間內到達高峰時期的狀況

不少人會問「行為成癮」的人會不會其實只是患上了「強迫症」(Obsessive-Compulsive Disorder) 呢？

答案：不是！

雖然表面上這兩類患者都有不停重複某類既定行為的特徵，可是，兩者的最大分別在於「行為成癮者」一般都在根據自己「喜好」的行為行事，而且在過程中會享受到歡愉或輕鬆感，即使事後他們可能要承受惡果，例如性愛成癮的人會享受

性愛的過程，但性事完結後他們可能會因這行為構成的問題和影響責備自己或令他人受責備。相反，「強迫症」患者從頭到尾都討厭着自己在反覆進行的行為，卻因為如果抗拒或停止該行為，反會引起更多的內心不安和焦慮感，才迫使他們要繼續進行而已。在這明顯的分別下，用以醫治「強迫症」的有效藥物如「血清素」型 (serotonin-type) 的抗抑鬱藥，或已有明確證據支持對「強迫症」有療效的心理療法——「認知行為治療」(cognitive behavioural therapy)，面對着「行為成癮」時都束手無策，也令各種「行為成癮」的患者更急需於因應「成癮」的嚴重程度、背後的成因和風險因素，與醫生或治療師討論出一套個人化的治療方法。

在本書的第二章，讀者可以透過筆者在公立醫院精神科快將二十年的臨床經驗，以及當中十一個「成癮者」的故事，深入了解各類的成癮問題和相關的治療方案。



2.2 生於幸福家庭的毒小孩

「鍾醫生，在別人眼中，我們的家庭小康又幸福，但我知道我們都不快樂。我爸是個警司，工作時間長，平時不會主動關心我，對待我就像他在紀律部隊的其中一個下屬；嚴格、苛刻、服從、紀律，才是他的王道。我媽是校長，在她心目中，沒什麼比主動報告和交出好成績重要！不錯，或許我曾經贏在起跑線上，然而，之後我一直在跑的不是平坦的「蒙多跑道」（Mondotrack），而是遍地泥濘的高海拔馬拉松！整間屋放得滿滿的獎牌、獎盃、獎狀……甚至連我這個讀Band 1名校的兒子，都只是他們拿出來跟親友炫耀與充面子的工具！」

十五歲的浩文，家住喇沙利道，從小開始就在那種「貴族」和「名牌」的教育制度下成長。順着父母為他編製的路徑規劃，中學考上了中西區的傳統名校。但是，誰也沒想到，浩文不僅一早已經厭倦了為別人而活的「康莊大道」，之後更心甘情願的踏上「牛」「草」(註1) 滿途的羊腸小道。

「在這個家生活，要小心翼翼。平日要依循從早上七點到晚上十點的預設時間表：起床、吃早餐、返學上課、放學、上補習班、到家、晚餐、溫習、洗澡、上床睡覺……一切都被軍

隊式的規範化。要得到家中兩位『長官』的一顧之榮，『成績好』是基本，擒下各學科的『三甲』才是進場門票！鍾醫生，Band 1名校呀……每個人不是小學的『狀元』，就是『榜眼』，進得來就讀的『探花』已經是異類。而我，除了中學一年級那年進過「精英班」之外，這兩、三年都被扔進去其他的『次等』班。可惡的是，我爸媽從不諒解，對我不單愈來愈嚴苛，即使從未打罵，但那刺骨的沉默、厭惡的眼神、冰冷的面容，對於我，就是一種錐心的『冷暴力』。我漸漸覺得自己是父母、老師、學校的雞肋，『食之無肉，棄之有味』。」

聽着浩文報告般的表述，我依然有點困惑，按捺不住問：「浩文，在這種鎖喉式的日程安排上，你怎麼還能擠出空間和時間去『隊草』？而且，又為什麼是『草』呢？」眼前的浩文正正是因為吸食「大麻」的問題，被學校社工轉介來到「藥物濫用診所」就診。

浩文先是沾沾自喜的冷笑了一下，接着又不疾不徐的報告下去。「鍾醫生，很多人以為名校的學生都一定乖巧，其實像我這樣的『棄卒』、『微塵』在學校內觸目皆是。如果Band 3的『壞學生』在學校抽煙是常事，那Band 1的『棄卒』，自然更不能『輸人』、『輸陣』，所以『隊草』才襯得上我們的身分。何況名校除了會盛產『狀元』之外，校舍大得可以放入游泳池、運動場也是賣點啊！所以，在我那擠得像活在缺氧的外太空中的日程表上，我就寄生在校舍的某個角落，和其他『上

流寄生族』(註2)一起『放負』、一齊『任性』、一同『隊草』。在『寄生族』內，每個人的角色分明，低年級的負責清潔工作，中年級的是『保安員』負責監控人流、『睇水』(即把風)，高年級的肩負『遴選』或『供貨』的任務。而我們從不在校內兜售『大麻』，也嚴格禁止使用其他毒品。我們從不缺錢，也表明不會從中賺同學的錢！事實上，我們缺乏的、需要的、渴望的，就是從我們爸媽那邊遺失已久的『寶藏』：一對願意細心聆聽的耳朵、一雙會為我們努力過而閃耀的眼睛、一張會在我們成績進步時而表現出高興的臉，以及一個在我們覺得失意、氣餒時溫柔的擁抱！老實說，無論是哪一組別的學校，都有學生吸毒，但大家都怕吸毒學生毀校譽，尤其是名校。所以即使之前曾有新來任教的老師發現我們『隊草』，被消失的卻是他而不是我們這班『寄生族』。假如這次不是因為數學科成績不及預期，再次承受了『冷暴力』，我也不會連續三天『隊草』令分量過多，以致雙眼通紅、表現古怪，然後引起駐校社工懷疑，向我父母告發。可是，當我以為學校、老師會幫助我，他們卻只把我『隔離』自修；當我以為我爸媽會嘗試了解我、原諒我、接受我、鼓勵我，他們卻只把我當成一個『罪人』、一樁『家醜』！我爸就當我是『道友』、『廢青』，把我當作罪犯；我媽更加只覺得我令他們丟臉，終日以淚洗面，哭哭啼啼。於是最後，給我避難所的又只有『上流寄生族』，給我安慰的也只剩下『草』……」

大麻

「大麻」的英文名稱繁多，比較為人熟悉的就包括cannabis、hemp、weed或marijuana。事實上，「大麻」是泛指由三種同科植物——*cannabis sativa*、*cannabis indica*及*cannabis ruderalis*採集加工，再混在一般香煙裏或是另外捲成紙煙吸食的毒品。

從科學角度看，「大麻」的作用源自於「大麻素」(cannabinoids)，而一棵大麻植物內就蘊含着過百種「大麻素」。現時，在醫學界科研領域中，研究得最多而又有較深認識的「大麻素」為「大麻二酚」(cannabidiol，簡稱CBD)和「四氫大麻酚」(tetrahydrocannabinol，簡稱THC)，後者又稱「 Δ 9-四氫大麻酚」(Δ 9-THC)。當中，又以「四氫大麻酚」對大腦中樞神經系統有着最廣泛但又最具破壞性的影響。「四氫大麻酚」分佈於大麻植物的花、葉、莖以至根部，一般來說「大麻花」帶有最高濃度的「四氫大麻酚」，葉、莖次之，而根部濃度最少。在毒品市場上流通又常被濫用的「大麻」，大多是由*cannabis sativa*或*indica*採集後經過乾製的花葉所混成，故此常被俗稱為「草」或「牛」。

很多「大麻」的「擁躉」和吸食者，都傾向將其「美化」為有過千年歷史的天然草本植物，有些更言之鑿鑿的聲稱它有卓越的藥用價值，並以「醫藥用大麻」(medical marijuana)

為「實例」指「大麻」也可以一樣幫助放鬆心情、止痛、治療癲癇、緩解失眠……所以偶然吸食根本並無大礙，不但不會上癮，甚至比香煙更健康！但事實並非如此。首先「醫藥用大麻」並未獲世界任何一個發達國家公認、認證或正式獲得授權以「一線有效藥物」(first-line medication)方式登記註冊為醫療藥物，它只限用於紓緩一些正規藥物未能完全控制的病徵，更談不上可以除根治病。其次是「醫藥用大麻」內的「大麻素」成分和濃度可以非常參差，完全不符合正統藥物和其成分必須達到均一標準的規定。更重要的是，不論是「大麻」抑或是「醫藥用大麻」，一旦長期使用也可引致成癮，根本與其他毒品無異！

「大麻」也會成癮？開玩笑吧！

說到「大麻」成癮，吸食「大麻」的初期，的確可以令人感到輕鬆愉快，有時甚至感到興奮，同一時間「癮」亦開始羽翼漸成：吸食者漸漸發現他們有種對「大麻」不能言語的渴求（craving），甚至不知不覺的愈抽愈多，以尋回之前那種相同的快感。有趣的是，大部分的「大麻」用家都不察覺其實他們已經出現「耐受性」(tolerance)，所以在臨床經驗上聽到最多的，不是那份愈抽愈兇的自省，反過來是只管抱怨一直「光顧」的「大麻」賣家「啲『草』唔得」（貨源不佳）、「將貨就價」等。與此同時，他們亦會開始感受到不同程度的「戒斷」症狀（withdrawal），輕微的就如有種不能名狀的焦慮感、易

怒、坐立不安、食慾不佳、失眠、發噩夢等。

「癮」更深一點的濫用者，更有可能患上「大麻」獨有的「動力缺乏症候群」(Amotivational Syndrome，又稱「無動機症候群」)。這群患者不單對周遭事物喪失興趣和動力，他們的情感敏銳度也會消失，而認知功能，尤其高階執行功能和專注力也會受損。最可怕的是，由於它致症的確切成因未明，所以並沒有對應的治療。而且即使日後濫用「大麻」者停止濫用「大麻」，這些徵狀也不能完全逆轉，因而造成永久性的傷殘。

「大麻」害人，影響一生？

「大麻」的禍害，其始作俑者就正正是之前提及過的「四氫大麻酚」。現今，在眾多已知的「大麻素」中，「四氫大麻酚」透過「大麻素受體一型」(cannabinoid receptor type 1，簡稱CB1)對中樞神經系統內各種「神經遞質」(neurotransmitter)產生最為嚴重和廣泛的不良影響。這些受其影響的「神經遞質」包括多巴胺、去甲腎上腺素，以及血清素。當這三種「神經遞質」受到「大麻」影響後，又會引發後續連鎖效應，衍生更進一步的失衡狀態，形成連「大麻」吸食者都從沒預期過的惡果——「嚴重精神病患」(severe mental illness)，如思覺失調、躁鬱症、抑鬱症、焦慮症等，並需長時間服用抗精神病藥物治療。

而最受「大麻」影響深遠的一群，正正是個案中跟浩文和「寄生族」一樣的青年人！在美國有綜合研究報告指出，十八歲或以前吸食過「大麻」的青少年，儘管之後停止濫用「大麻」，他們在三十二歲前患上抑鬱症（比值比為1.37）、有自殺傾向（比值比為1.50）及曾有自殺行為（比值比為3.46）的比率會異常地飆升（註3）！而紐西蘭也有研究顯示，十五歲前有使用過「大麻」的青少年，二十六歲前患上思覺失調的風險也會相應增加（註4）。另外，在一項橫跨英國、法國、荷蘭、意大利、西班牙和巴西六國的聯合研究更發現，每日吸食「大麻」的人相比從沒吸食過「大麻」的人，患上思覺失調的風險高三倍（比值比為3.2），而且其風險更會隨「大麻」內「四氫大麻酚」的含量增加——當「四氫大麻酚」含比多於一成，吸食者的患病比率驟升近五倍之多（比值比為4.8）（註5）！儘管有些青少年人能僥倖躲得過這些「嚴重精神病患」，可惜他們也避免不了因為吸食「大麻」對他們認知發展的影響。在美國，一項為期四年並針對三千八百多名十二歲以上的中學生的研究發現，有吸食「大麻」的學生，他們在認知能力方面，特別是「延緩回憶」（delayed recall memory）、「工作記憶」（working memory）、「知覺推理」（perceptual reasoning）和「認知抑制」（cognitive inhibition）四方面的衰退都非常顯著，而對他們學業和將來個人成就的壞影響，更加不容小覷（註6至7）！

這些科研實證，也詮釋了為什麼只有極少數國家如加拿大、烏拉圭和在美國某些州份（如加利福尼亞州、密歇根州

等）甘願冒險將「大麻」「合法化」（legalization），又為什麼只有個別國家如荷蘭、澳洲的北領地和南澳洲等，極其量把「娛樂用」（recreational use）「大麻」施行「非刑事化」政策（decriminalization），而非將它「合法化」。要強調的是，世界各地絕大多數的國家和地區，包括美國大部分州份、歐盟大部分成員國，以及亞洲國家和地區如日本、韓國、泰國、新加坡、中國內地、台灣、香港等，也視「大麻」為百害而無一益的毒品，亦維持把擁有、種植和吸食「大麻」列為刑事罪行，違例者即可判處監禁。

「名校生」也會吸毒？

香港早年有戒毒機構調查了全港一百零七間中學，發現至少有七十六間中學曾有學生濫藥，當中近兩成屬「名校生」（泛指就讀Band 1和Band 2的學生）。他們亦發現有三十七間學校有學生在校內販賣毒品（註8）。此外，根據香港保安局禁毒處《2020/21年學生服用藥物情況調查》報告資料顯示，在成功受訪的超過十一萬名學生中，2.5%的學生（即約二千八百名學生）都曾經吸毒，而當中多達70%以吸食「大麻」為主，較報稱有濫用咳藥水或近年非常流行的「冰毒」的同一族群，分別多出四倍和十一倍！值得注意的是，調查內有20%的學生是跟同學一起吸毒，有8%吸毒的地點正好在校園內（註9）。由此可見，學生吸毒問題不是新鮮事，像個案中浩文這樣的「名校生」在校園內吸食「大麻」，亦不是什麼「激罕」的極端例子。