

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2026.12.006

针灸依赖的临床特征、形成机制与防治策略

丁瑞庆[✉]

北京医院/国家老年医学中心,北京市东城区东单大华路1号,100730

[摘要] 针灸依赖即个别患者反复接受针灸治疗后,因内源性奖赏系统过度激活与条件反射强化,形成对治疗行为本身的心理依赖。通过阐述针灸依赖的临床特征、神经生物学机制及心理学习原理,并与躯体症状障碍进行鉴别,认为针灸依赖为“治疗奖赏驱动的过度使用”,人格障碍或躯体化倾向患者因情绪调节能力不足,依赖风险显著增高。临床管理应从预防、识别、干预三个方面入手,采用渐退疗法与认知行为治疗,帮助患者恢复理性就医行为,避免过度医疗。

[关键词] 针灸依赖;神经生物学;心理依赖;医疗客体化

针灸疗法以其独特的理论体系和确切的临床疗效,已成为世界范围内补充与替代医学的重要组成部分。临床随机对照试验与 Meta 分析证实,针灸在治疗慢性疼痛^[1]、恶心呕吐^[2]以及辅助戒断阿片类、尼古丁等物质成瘾方面具有确切疗效^[3],其机制研究多集中于内源性阿片肽系统、5-羟色胺系统及边缘系统脑区的调节作用^[4]。然而在针灸疗法取得临床成效的同时,一种非预期现象偶有发生,即个别长期接受治疗的患者,其诉求重心已从追求原发病的缓解,逐渐转向对治疗行为本身的依赖。这些依赖者可表现为治疗频次或刺激强度不断增加(耐受性增强),停止治疗后出现焦虑、失眠等“戒断样反应”。目前针灸依赖尚缺乏统一判断标准,本文仅将其作为临床现象进行分析与讨论。

1997 年有研究在对 39 例针灸依赖症的临床观察中描述了此类患者的特征,即患者经针灸治疗后对针灸产生心理依赖,具体表现为治疗后精神放松、疼痛减轻或消失;在行为上则表现为喜欢增加针刺数量、延长艾灸时间,追求强烈针感,常以不同借口寻找针灸刺激^[5]。此后有研究者^[6]提出“针刺依赖”现象,并将其定义为:患者因疼痛等不适反复寻求针刺,尽管客观病情未获有效控制或仅短暂缓解,仍对针刺疗法表现出明显依赖,坚持长期、反复治疗。同时基于临床观察归纳了两种典型

表现:1) 患者虽有明确器质性诊断,但客观体征未见根本改善,仅在治疗后获得主观松快感,并对医生产生情感依恋;2) 患者临床表现复杂多元,难以用单一诊断解释,症状此起彼伏,虽每次治疗后自感短暂轻松,却缺乏稳定疗效,且伴有显著心理压力,愿意向医者倾诉,对针刺疗法持有强烈认同,甚至在中止治疗后转向其他针灸医师继续求治^[6]。本文将针灸依赖界定为患者反复针灸治疗后,对治疗行为本身产生心理渴求并出现行为偏颇。据此进一步探究针灸依赖的临床特征、形成机制与干预策略,以期为临床提供参考。

1 针灸依赖的临床表现

针灸依赖的临床特征包括治疗频次或强度显著超出合理需求,减少或停止治疗时出现明显的焦虑、烦躁等心理不适,并对日常生活、工作或社会功能造成负面影响。综合上述观察,可将针灸依赖的临床表现归纳为行为、心理及躯体三个方面。

1.1 行为表现

行为表现包括使用失控、生活重心转移、不良后果与社会功能损害、不可自制与终止困难四个方面。1) 使用失控:患者的针灸治疗行为超出既定医疗方案,治疗频次与疗程均与已知病情的实际需求不符。典型表现包括:不顾医嘱自行增加治疗次数,为获得更多治疗而频繁更换医生或医疗机构,在就诊时隐瞒既往治疗史。2) 生活重心转移:患

✉ 通讯方式:drq-123@qq.com

者将大量时间、精力花费在与针灸治疗相关的事务上,例如不断寻求治疗信息、往返于不同医疗机构、沉湎于对治疗过程及躯体感受的反复回味。3) 不良后果与社会功能损害:持续的过度治疗可干扰正常工作与生活,造成不必要的经济负担,或增加局部感染、血肿等治疗风险。4) 不可自制与终止困难:患者主观上能够认识到过度针灸行为可能带来影响,但内心仍存在治疗冲动,在尝试减少或停止治疗时感到焦虑、不适,表现出行为上的矛盾。

1.2 心理表现

心理表现包括强烈渴求与心理依赖两个方面。

1) 强烈渴求:对接受针灸治疗产生强烈、强迫性的欲望。这种渴求可由情绪压力、看到针具(条件性线索)等因素触发。2) 心理依赖:将针灸固化为应对一切身心不适的首选乃至唯一手段,对其产生强烈精神依赖,甚至达到盲目信奉程度。停针后出现明显焦虑、情绪低落的表现。

1.3 躯体表现

躯体表现包括耐受性倾向与戒断样反应两个方面。1) 耐受性倾向:为获得初期的舒适感或疗效,患者需不断增加针灸刺激强度(如要求更强手法与针感、更长留针时间)或治疗频次。2) 戒断样反应:停止或减少针灸治疗后,患者可能出现坐立不安、睡眠障碍,或自感原有不适症状反弹甚至加重,重新接受针灸后可迅速缓解。这种“戒断样反应”本质上源于治疗中断引发的心理失代偿与条件反射,更接近于由强烈心理强化驱动的条件性依赖,既不同于物质成瘾的机制,也超出了单纯的安慰剂效应。需要强调的是,此类反应并无客观的躯体体征或生化指标改变,其本质仅为心理失代偿投射于躯体的主观体验。

2 针灸依赖的形成机制

针灸依赖的形成是神经生物学效应与心理学习机制共同作用的结果。为准确理解这一过程,有必要对“针灸产生疗效的机制”与“依赖形成的机制”进行区分,二者虽有联系,但并非同一概念。

2.1 针灸依赖的易感因素与高危人群

针灸依赖的确切流行病学数据尚不充分,基于临床观察,其发生可能与以下因素有关。1) 疾病类型:多见于慢性疼痛、焦虑障碍、失眠、慢性疲劳综合征等功能性疾病,这些疾病本身症状迁延、反复,且与情绪状态密切相关^[7]。2) 人格特质:高神经质、敏感性强、暗示性强或具有边缘型人格

特质的个体更易产生依赖^[8],这类患者情绪稳定性较差,缺乏有效情绪调节方法,易于将针灸作为快速的情绪管理工具。3) 治疗因素:不规范的临床实践是重要诱因,包括无明确治疗计划和终止标准的长期治疗;治疗师过度强调针灸的“万能性”和“无害性”;医患关系边界不清,使患者产生情感依赖。4) 社会文化因素:传统医学中某些“通经络”“排毒”等概念若被过度解读或神秘化,可能被部分患者误解。需要警惕的是,当人格特质中的边缘型或依赖型倾向与疾病类型中的躯体化倾向叠加时,此类患者即成为针灸依赖的高危人群。因其缺乏有效的情绪调节与症状容纳能力,针灸环境中的各类线索容易与其主观不适形成强化的条件反射,进而发展为依赖行为。

2.2 针灸依赖的神经生物学基础

现代神经影像学与分子生物学研究表明,针灸疗法(以针刺为代表)通过促进内源性阿片肽(β -内啡肽、脑啡肽)释放,激活中脑边缘奖赏环路,从而产生镇痛与情绪提升效应^[4]。有研究者提出针灸镇痛的“奖赏效应”视角,指出缓解疼痛本身就是一种强烈的内在奖赏,针灸通过刺激外周神经激活伏隔核、前额叶等内源性奖赏回路,释放多巴胺和内啡肽^[9]。有研究进一步证实,上述效应与 μ -阿片受体密度变化呈现时间强度相关性^[3];针灸能通过调节大脑奖赏回路中的神经可塑性,修复慢性疼痛引发的奖赏系统失调与焦虑抑郁^[10]。然而,在缺乏明确边界的高频、长期刺激下,这种正常的“奖赏修复”机制可能发生偏移。当针灸带来的愉悦感被不当的心理学习机制反复固化时,原本用于治病的奖赏系统激活,可能转变为过度就医行为的动力。

单纯的奖赏系统激活不足以导致依赖,这种激活向依赖的转化还需借助不当的心理学习机制与个体易感性。对比而言,针灸治疗药物成瘾与针灸依赖虽均涉及内源性阿片肽系统,但机制导向截然不同。前者通过刺激穴位,调节被外源性物质扰乱的内源性奖赏系统,以内源性阿片释放缓解戒断症状,属于修复性调节^[3];后者则表现为在长期反复治疗中,内源性奖赏经由不当的心理学习机制固化为一种异常的行为模式。

2.3 针灸依赖的学习与心理机制

在神经生物学基础上,心理学习机制是驱动依赖行为形成与维持的路径。从正常的治疗偏好发展为异常的针灸依赖,需以特定易感人格为前提,在

长期、高频的刺激下,通过反复强化形成稳定的条件反射。这一演变可能涉及以下心理机制:1)操作性条件反射。针灸治疗缓解了患者的疼痛或焦虑(负性强化:移除不愉快体验),同时带来舒适感(正性强化:增加愉快体验),这种双重强化反复巩固了“接受针灸”这一行为,使治疗频率逐渐超出合理范围。2)经典条件反射与神经记忆机制。治疗环境(如诊室)、治疗师的出现、治疗器具等中性刺激,与针灸带来的愉悦感反复配对后,可能转化为条件性奖赏信号。上述环境线索可激活与针灸奖赏体验相关的神经记忆回路,触发对缓解效果的期待与渴求,进而驱动持续的求治行为。这一机制在具有躯体化倾向或人格障碍的患者身上尤为突出,他们往往将针灸刺激作为逃避心理痛苦的主要条件反射线索。3)期待效应与安慰剂机制的作用放大。基于上述条件反射的建立,患者对针灸疗效的信念和期待被不断强化。这种心理预期涉及内源性阿片肽和多巴胺系统^[11],放大针灸的主观体验,使物理刺激与心理渴求相关联。4)从“目标导向”到“习惯化”的改变。随着反复强化,求治行为逐渐从有意识的“目标导向行为”(为了缓解特定症状而接受治疗)转化为自动化的“习惯行为”。在这一阶段,前额叶皮层调控能力的相对不足,既是易感个体容易产生依赖的神经基础,同时长期依赖又会进一步削弱这种调控能力。患者即便明知过度治疗可能带来额外负担与风险,但仍难以自控。这种“明知有害仍持续”的特征,使依赖现象区别于单纯的治疗偏好,提示行为控制相关神经环路可能已发生重塑;而一旦治疗中断,积极期待的落空不仅阻断既有条件反射,更直接引发心理落差与不适。

3 针灸依赖与躯体症状障碍的鉴别

针灸依赖与躯体症状障碍在临床上均表现为反复就医,但其机制截然不同。针灸依赖的本质是“行为成瘾”,患者执着于针灸这一特定干预手段所带来的心理满足与躯体放松感;而躯体症状障碍的本质是“疾病焦虑”,患者因真实的躯体痛苦而反复求医,其核心诉求在于缓解症状,而非固守于特定疗法。临床可从以下角度进行鉴别:1)诉求不同。针灸依赖者的驱动力是对治疗行为本身的心理渴求与失控,追求的是针灸带来的愉悦感、放松感或仪式感,即使原发疾病已痊愈仍持续求治;躯体症状障碍患者的驱动力则是难以忍受的躯体不适,其求医目的在于缓解症状,至于用什么方法并不固

定。2)行为表现差异。躯体症状障碍患者的求医具有“非特异性”,若针灸无效,会迅速转向药物、推拿等其他手段;针灸依赖者则具有显著的“手段特异性”,对针灸治疗行为和环境形成条件反射式渴求,即使有其他有效疗法也往往拒绝接受。3)干预靶点不同。针灸依赖者的干预焦点应从“处理原发症状”转向“中断依赖行为模式”,以渐退疗法和认知行为治疗为核心;躯体症状障碍患者的干预则以多学科协作为主,针灸仅作为综合治疗的一部分,目标是提升症状管理能力、减少不必要的反复就医。4)治疗反应差异。单纯针灸依赖者在切断条件反射线索(如终止治疗、更换环境)或进行认知纠正后,其“戒断样”不适通常能逐渐适应;躯体症状障碍患者单纯停止针灸,症状往往在其他躯体部位或以其他形式重现(症状替换),必须依靠精神科药物或系统心理干预才能根本缓解。此外,临床上需注意两者的共存状态。部分躯体症状障碍患者在长期反复针灸过程中,可能同时对针灸行为产生继发依赖,此时干预需双管齐下,既处理疾病焦虑,也祛除其对针灸的心理依赖。

针灸依赖的本质是神经生物学效应与异常行为习得机制的交织,在临床评估中必须将“依赖的形成”与“针灸的正常疗效”加以区分,前者是患者在反复干预中习得的错误应对策略,后者是正常的生理调节反应,二者不能混为一谈。

4 针灸依赖的哲学反思

上述神经生物学与心理学习机制的分析,解释了依赖“如何发生”,而要回答依赖“为何难以及时停止”,则需引入哲学视角。前述机制表明,针灸依赖是以条件反射和心理强化为核心的过度使用行为,其形成虽涉及内源性奖赏系统,却不同于物质成瘾。医学不仅解析客观机制,更审视医疗行为的价值。针灸依赖哲学反思的核心在于医疗客体化与患者自主权之间的矛盾。

4.1 医疗实践的客体化风险

哲学语境下的“客体化”指人类造物反过来支配、控制人类自身的现象。在针灸依赖中,针灸本应是服务于患者健康的医疗技术,却因其能直接激活内源性奖赏系统产生愉悦感,在特定条件下客体化为一种支配患者行为、消耗个体资源并侵蚀其社会功能的存在。研究指出,医疗技术可使患者产生疏离体验,将治疗本身视为可追求的对象^[12];治疗手段可能脱离原初目的而独立运作,甚至支配

患者行为^[13]。作为手段的治疗被反复强化，而健康这一最终目的却被搁置。不规范的临床实践会催化这一过程，致使患者从治疗的主体沦为被治疗行为支配的客体。换言之，当患者为了“针灸”而“针灸”，忘记了最初是为了解决什么健康问题而寻求治疗时，便已陷入了这种客体化状态。

4.2 依赖与自主权之间的矛盾

尊重患者自主权是医学伦理的核心原则，而针灸依赖与其形成冲突。治疗初期患者求医出于理性选择，但依赖一旦形成，驱动患者的便不再是医疗需求而是对针灸的渴求与戒断焦虑，此时的“自愿”就是假象。这就要求针灸医生不能只做技术的执行者，而应及时干预，帮助患者恢复健康决策，避免医疗客体化产生。

5 针灸依赖的临床防治策略

基于上述机制分析与反思，为避免针灸治疗从“服务工具”客体化为“支配力量”，临床管理应当注意预防、识别与评估、干预与处理三个方面。

5.1 预防

1) 识别高危人群：对于高危患者，需警惕其求治行为是源于真实病情需要，还是由针灸触发的条件反射性心理渴求。2) 制定诊疗路径：医患双方应共同确立治疗目标和预期疗程，避免无明确终点的维持性治疗。鉴于焦虑、抑郁等共病状态是针灸依赖的高危因素，因此明确阶段目标对此类患者尤为必要。3) 宣教与知情同意：客观阐释针灸的作用机理、预期疗效、局限性及风险（心理依赖的可能性），以便管理患者预期及培养患者的健康管理意识。4) 界定医患边界：保持职业化医患关系，避免非必要私人联系及情感带入，确保治疗聚焦于疾病本身。5) 定期复评与沟通：建议每完成一个治疗阶段即进行简短沟通，排查依赖倾向。一旦发现偏离既定目标或出现非理性渴求，需及时校正治疗方向。

5.2 识别与评估

目前缺乏公认的筛查工具与评估手段。建议可尝试借鉴行为成瘾领域成熟的筛查工具（如网络成瘾量表）并进行适应性修订，例如可参考《精神障碍诊断与统计手册（第5版）》（DSM-5）中赌博障碍的诊断标准^[14]，将“需要不断增加针灸强度或频次以获得满足感”对应耐受性，“因针灸治疗而放弃重要的社交、职业活动”对应功能损害等。同时，在评估中应联合使用针对焦虑、抑郁及躯体

化症状的评估工具，如患者健康问卷等，以辅助鉴别潜在的躯体症状障碍。

5.3 干预与处理

针对针灸依赖为主的患者，采用渐退疗法联合认知行为治疗。具体措施如下：1) 渐退疗法。对于需要结束治疗的患者，不应突然终止，而应采用逐步减少治疗频率和刺激强度的渐退策略（如从每周2次减至1次，再至每两周1次），让患者身心有一个适应过程。减针的频率和节点应由医患共同商定。2) 认知行为疗法。帮助患者识别不合理认知（如“所有不适都必须通过针灸解决”），协同替代性的情绪调节和压力应对方法（如瑜伽、冥想等），尤其需要引导患者建立非医疗性的奖赏体验，以替代对针灸治疗的依赖。3) 环境脱联。当依赖与特定医生高度绑定时，可在渐退后期采取医师逐步淡出或转诊至其他科室行替代性治疗，以切断依赖关联，避免因突然终止引发患者抗拒。

针对合并躯体症状障碍且以躯体症状障碍为主的患者，需多学科协作，针灸仅作为辅助手段并明确终点。具体包括：1) 及时转诊或邀请精神科医生、心理治疗师介入，进行联合会诊处理；2) 针灸应作为治疗计划的一部分，而非全部。

6 小结

针灸依赖并非原发成瘾疾病，而是在特殊情况下治疗行为被强化形成的条件反射模式。针灸依赖的出现提示在坚守针灸治疗安全有效的同时，需以审慎的态度认识其应用边界。未来研究可关注以下方向：1) 建立操作性强的评估标准，以明确针灸依赖的真实发生情况及易感人群特征；2) 针对特定人群，开发并验证具有良好信度、效度的标准化诊断访谈工具和量表；3) 利用神经影像学等技术研究针灸依赖与物质成瘾在神经环路上的异同，以及学习记忆机制在其中的作用；4) 设计并检验针对针灸依赖的结构化心理干预方案。

参考文献

- [1] VICKERS A J, VERTOSICK E A, LEWITH G, et al. Acupuncture for chronic pain: update of an individual patient data meta-analysis [J]. J Pain, 2018, 19 (5): 455-474.
- [2] CHEONG K B, ZHANG J P, HUANG Y, et al. The effectiveness of acupuncture in prevention and treatment of postoperative nausea and vomiting: a systematic review and meta-analysis [J]. PLoS One, 2013, 8(12): e82474.

- [3] HAN J S. Acupuncture and endorphins [J]. *Neurosci Lett*, 2004, 361(1/2/3): 258–261.
- [4] ZHAO Z Q. Neural mechanism underlying acupuncture analgesia[J]. *Prog Neurobiol*, 2008, 85(4): 355–375.
- [5] 张锐. 针灸疗法与心理疗法治疗针灸依赖症 39 例[J]. *中医研究*, 1997, 10(5): 52–53.
- [6] 李晖. 针刺依赖现象的一点观察与思考[J]. *中国针灸*, 2008, 28(2): 83.
- [7] NAPADOW V, HARRIS R E. What has functional connectivity and chemical neuroimaging in fibromyalgia taught us about the mechanisms and management of 'centralized' pain?[J]. *Arthritis Res Ther*, 2014, 16(5): 425.
- [8] KOTOV R, GAMEZ W, SCHMIDT F, et al. Linking 'big' personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: a meta-analysis [J]. *Psychol Bull*, 2010, 136(5): 768–821.
- [9] 刘胜. 针刺镇痛研究新视角: 疼痛缓解的奖赏效应和脑奖赏环路[J]. *针刺研究*, 2022, 47(3): 268–273.
- [10] YEOM M, AHN S, JANG S Y, et al. Acupuncture attenuates comorbid anxiety- and depressive-like behaviors of atopic dermatitis through modulating neuroadaptation in the brain reward circuit in mice[J]. *Biol Res*, 2022, 55(1): 28.
- [11] WAGER T D, ATLAS L Y. The neuroscience of placebo effects: connecting context, learning and health[J]. *Nat Rev Neurosci*, 2015, 16(7): 403–418.
- [12] GRINFELDE M. Body objectified? Phenomenological perspective on patient objectification in teleconsultation [J]. *Med Health Care Philos*, 2023, 26(3): 335–349.
- [13] 杜治政. 论医学技术的主体化[J]. *医学与哲学(人文社会医学版)*, 2011, 32(1): 1–4.
- [14] WEINSTOCK J, RASH C J. Clinical and research implications of gambling disorder in DSM-5 [J]. *Curr Addict Rep*, 2014, 1(3): 159–165.

Acupuncture Dependence: Clinical Characteristics, Formation Mechanisms, and Prevention and Treatment Strategies

DING Ruiqing

Beijing Hospital/ National Center for Gerontology, Beijing, 100730

ABSTRACT Following repeated acupuncture treatments, some patients may develop a psychological dependence on the treatment behavior itself, referred to as "acupuncture dependence", resulting from overactivation of the endogenous reward system and reinforcement of conditioned reflexes. This paper elucidates the clinical characteristics, neurobiological mechanisms, and psychological learning principles of this phenomenon, and differentiates it from somatic symptom disorder. The essence of acupuncture dependence is "treatment reward-driven overuse". Patients with personality disorders or somatization tendencies face a significantly higher risk of dependence due to deficits in emotion regulation. Clinical management should focus on three aspects including prevention, identification and intervention. Adopting tapering therapy and cognitive behavioral therapy can help patients restore rational medical-seeking behavior and avoid over-treatment.

Keywords acupuncture dependence; neurobiology; psychological dependence; medical objectification

(收稿日期: 2025-12-25; 录用日期: 2026-03-23; 修回日期: 2026-03-28)

[编辑: 侯建春]