

## [经验交流]

## 强制隔离戒毒诊断评估的不足与对策

陈进婉

(广东省戒毒管理干部学校,佛山 528136)

**摘要** 2013年,公安部、司法部、国家卫生计生委《强制隔离戒毒诊断评估办法》颁布实施。随后,广东省公安厅、司法厅和卫生计生委联合制定了《广东省强制隔离戒毒诊断评估实施细则》,对强制隔离戒毒人员的诊断评估作出了科学的探索。本文从司法行政机关强制隔离戒毒所的戒毒需求出发,基于强制隔离戒毒的现实情况,提出建立一套多维度、连续性、可量化和服务于戒毒目标的强制隔离戒毒诊断评估体系。

**关键词** 强制隔离戒毒; 诊断评估; 戒治等级; 戒毒目标

doi: 10.13936/j.cnki.cjdd1992.2018.04.013

中图分类号 R749

2013年9月2日,公安部、司法部、国家卫生计生委颁布实施《强制隔离戒毒诊断评估办法》,2015年,广东省公安厅、司法厅和卫生计生委联合制定了《广东省强制隔离戒毒诊断评估实施细则》,填补了强制隔离戒毒人员的诊断评估的空白,科学评价了强制隔离戒毒人员的戒毒效果,推动了强制隔离戒毒的有序开展。纵观整个强制隔离戒毒诊断评估(以下简称诊断评估)体系,有许多的亮点:(1)对强制隔离戒毒人员(以下简称戒毒人员)的诊断评估是多方面的,从生理脱毒、身心康复、行为表现和社会环境与适应能力等四个方面进行评估,确保了戒毒评估的结果具备一定的客观性;(2)对戒毒人员的诊断评估是层级递进的,从生理脱毒、身心康复、行为表现和社会环境与适应能力等四个方面进行评估时是层级递进的,契合了戒毒治疗中脱瘾治疗的规律;(3)对戒毒人员的诊断评估是因人而异的,集中体现了对首次被强制隔离戒毒的戒毒人员与多次被强制隔离戒毒的戒毒人员的差别评估;(4)对戒毒人员的诊断评估是连续统一的,将公安戒毒所作出的戒毒评估和司法行政戒毒所的戒毒评估进行有效的衔接,体现了诊断评估体系的统一性;(5)对戒毒人员的诊断评估建立部门负责、采取专业介入,确保了诊断评估的科学、合法。尽管如此,针对强制隔离戒毒的现状,如吸食合成毒品的戒毒人员不断增加、合成毒品种类日新月异、复吸率居高不下、重复多次被强制隔离戒毒人员日益增多和戒毒人员出现精神疾病等情况,现有的诊断评估体系是远远不能满足现实的禁毒戒毒需求的。

### 1 现有诊断评估体系的缺陷

#### 1.1 将滥用合成毒品人员和滥用阿片类毒品人员置于同一诊断标准之下

阿片类毒品和合成毒品对吸毒人员的影响呈现出明显的差异性,阿片类毒品对吸毒人员的大脑的直接损害比合成毒品小,毒品对人体大脑的损害是可逆的,通过戒毒和适当的锻炼可恢复吸毒人员70%的大脑功能;而合成毒品是直接损害吸毒人员的大脑结构、功能,侵蚀神经细胞,有神经毒性作用,使吸毒人员人体大脑的功能与结构都发生不可逆的改变,这种损害是长期的、不可逆的。因此,基于阿片类毒品和合成毒品对人体大脑的损害程度不同,将滥用阿片类毒品人员和滥用合成毒品人员置于同一诊断标准之下,显得不够客观。

#### 1.2 仅以强制隔离戒毒次数来界定诊断评估的层级

在现实的操作中,戒毒人员的毒品滥用情况是不同的,例如:滥用合成毒品人员存在着这样的来源:一是一直使用合成毒品的吸毒人员,二是吸食一段时间的阿片类毒品后,转吸食合成毒品,即混吸。另外,戒毒人员的戒毒情况也是不同的,例如:戒毒人员因滥用阿片类毒品在接受多次自愿戒毒和社区戒毒后,第一次被强制隔离戒毒;戒毒人员滥用合成毒品,经社区戒毒后,第一次被强制隔离戒毒,他们两人的戒毒情况是不同的,因吸毒行为而造成的机体功能损伤程度也是不同的,对此,单一的以强制隔离戒毒次数来定义诊断评估的差异,缺乏科学和客观性。

#### 1.3 诊断评估的维度过于笼统

现有的诊断评估体系是从生理脱毒、身心康复、行为表现和社会环境与适应能力等四个方面进行层

级递进式的评估,对于各个方面的规定比较笼统,缺乏具备实际操作性的、科学的、细化的评估标准。例如,在“戒毒人员身心康复评估标准”中第一条规定“身体相关机能有所改善”,非常的笼统,缺乏操作性。身体机能包括了身体的形态指标和素质指标。对身体机能的形态指标包括了生命征象(如身高、体重、血压、呼吸次数等);器官的功能性(如血液检查、尿液检查、心电图、肺功能等);器官的结构性(如胸腹部、胃肠道等)。对身体的素质指标包括了30 m跑、800 m或1500 m跑、立定三级跳远(cm)、俯卧撑(次)、体前屈(cm)等项目的测试与测量。对于这么多的测量项目,在《强制隔离戒毒诊断评估办法》及其《实施细则》中,并未进行项目的细化及标准的制定,是考查哪些项目?是跟全国的健康人群平均标准做比较,是跟吸毒人群的平均标准作比较,还是跟戒毒人员本人入所前的身体机能状况做比较?我们无从知道,而操作标准的缺失,容易导致一线民警的工作操作性不强,对于戒毒人员的戒毒效果评估存在多重标准,自行其是,进而导致对后续的戒治工作更加无从下手。

#### 1.4 对戒毒人员的诊断评估仅止于本次的戒毒评估,无法体现戒治评估工作的连续性,戒毒评估出现断层

众所周知,戒毒人员的戒毒过程是一个漫长的、连续的过程,不是某两年或者某一阶段就可以一蹴而就的。当然,这一点在我们现有的教育戒治工作中已经逐步得到了重视,倡导戒毒人员回归社会后的延伸帮戒。但是反观我们的诊断评估体系,对戒毒人员的评估仅仅停留于单次的戒治周期,即一次强制隔离戒毒期和后续的那次社区康复。我们知道,几乎没有戒毒人员能够仅仅通过一次的强制隔离戒毒期和后续的社区康复,就可以完全的戒断毒瘾,这个情况相较于我们现有的诊断评估体系,就出现了诊断评估的断层,直接导致我们的诊断评估无法体现第一次强制隔离戒毒和第二次、第n次强制隔离戒毒效果的差别评估。

#### 1.5 将强制隔离戒毒诊断评估结果单纯的作为一项奖励措施,与戒除毒瘾的工作目标背道而驰

根据诊断评估规定,强制隔离戒毒人员通过诊断评估来确定是否获得提前解除强制隔离戒毒,身处囹圄的强制隔离戒毒人员争取自由的愿望最为强烈,因而获得提前解除强制隔离戒毒的奖励也就成了戒毒人员最大的利益追求。在追求自由的强烈需求下,戒除毒瘾变成可有可无的次要目标。此外,规

定“强制隔离戒毒人员通过诊断评估获得提前解除强制隔离戒毒的比例不得超过15%”,这一规定决定了诊断评估政策的奖励面很小,与戒毒人员对通过诊断评估获得奖励的心理预期差距较大,因而也直接导致在很大程度上挫伤了大部分戒毒人员的戒治积极性,他们往往被动接受戒治,灰心绝望,自然而然戒毒效果也大打折扣。这也恰恰与我们的实践结果相吻合,在实践中,我们虽然想方设法通过提高适度劳动报酬、改善生活条件、实行差别化处遇和加强纪律约束等多种手段强化他们的戒毒责任心、调动他们的积极性,但总体效果并不明显。

#### 1.6 缺乏具体的诊断目标,体现不出对戒治目标的宏观控制

现有的诊断评估体系,有且只有一个最终的目标——戒毒人员戒除毒瘾。众所周知,戒毒是个循序渐进的过程,并非一蹴而就的。现有诊断体系的目标可以说,看似清晰,却非常笼统,缺乏实际操作意义;看似明确,却无法契合戒毒现实和产生实效。戒毒人员出所后高达90%以上的复吸率就瞬间推翻了诊断评估的结果。

### 2 对诊断评估的设想

毒瘾的戒除是一个漫长而又反复的过程,心瘾更是难戒。因此,对于戒毒人员来说,我们应该更理性的去看待毒瘾的戒除。基于以上的分析,我认为,诊断评估不应简单地等同于一种激励措施,或者简单地要求所有戒毒人员百分百戒除毒瘾,而是应该将诊断评估的出发点回归到戒毒的层面,为戒毒工作服务,践行治本安全观,让戒毒人员通过诊断评估对自身的毒瘾状况有一个清晰的了解,让我们民警能根据诊断评估结果采取更有针对性的矫治措施,实现无缝衔接戒毒人员后续的社区康复工作。对此,结合实践经验提出以下设想:

#### 2.1 定性诊断:启动精神障碍筛查进行入所筛选

吸食阿片类毒品的戒毒人员和吸食合成毒品的戒毒人员在入所之初,虽然已经实现了生理脱毒,但是,毒品的长期的累积性的危害,可能引起不同的效应,长期吸食阿片类毒品可能导致人格改变、抑郁、焦虑、精神病性障碍、记忆障碍和智能障碍;长期的吸食合成毒品可能导致严重的精神分裂症状,此时的戒毒治疗显然是不合适的,应该及时送医,让其接受精神类疾病的药物治疗。因此,精神障碍筛查是在入所之初实施的定性诊断,确保患有精神障碍的戒毒人员能及时转诊送医,得到恰当的治疗;精神正

常和人格健全的戒毒人员能够留下来进行有针对性的矫治,使强制隔离戒毒所的戒毒矫治做到有的放矢,高效精准。

## 2.2 定级评估:综合脑部检测和强制隔离戒毒次数确定戒治等级和戒毒目标

基于戒除毒瘾的循序渐进的特性,应该更理性的去看待毒瘾的戒除,不能一味地要求所有戒毒人员百分百戒除毒瘾。毕竟每个戒毒人员使用毒品的情况、成瘾程度、戒毒意愿、戒毒形式等情况是不同的,有必要从每个戒毒人员的戒毒利益出发,根据他们每个人的物质依赖状况为他们量身定做切合其自身情况的戒毒目标,并围绕该目标来开展戒治工作和诊断评估工作。

有研究显示,在长期使用阿片类药物后脑部DA神经细胞的体积会产生变化;长期使用合成毒品容易导致脑部机能的永久性的损伤。吸毒人员在吸食毒品后,会对脑部的机能产生一定的影响,脑部机能的永久性损伤,已经形成了器质性的疾病,导致精神障碍的出现,是通过任何的矫治措施和方法都不可能康复的。据此,经过第一步的精神障碍筛查后,在确定人格健全和心理正常的情况下,可通过在医学层面上建立诊断评估,针对戒毒人员吸食不同类型的毒品后的脑损伤和可能康复状况进行评估,并结合强制隔离戒毒次数进行定级评估:首先,我们可参考毒品“降低危害的梯度性措施”的解释,综合考量脑部检测和强制隔离戒毒次数将戒毒人员划分为基础Ⅲ级、基础Ⅱ级、基础Ⅰ级、初级学员、中级学员、高级学员、荣誉学员等级别;其次,将强制隔离戒毒矫治进行具体目标的细化,划分为:(1)最终目标:终止吸毒行为;(2)一级目标:延长复吸时间间隔;(3)二级目标:进行毒品替代治疗;(4)三级目标:减少吸毒频次和吸毒量。通过定级评估,可实现对戒毒人员实施以戒毒目标为导向的分期戒治的戒毒流程,体现出第一次强制隔离戒毒和第n次强制隔离戒毒的评估差别,体现出阿片类毒品戒毒人员和合成毒品戒毒人员的评估差异,也为后续的戒治教育提供方向性的指导。如表1所示:

在进行定级评估时脑机能检测和强制隔离戒毒次数可单独作为评估入组的条件,实行“就低不就高”的评估标准,例如,戒毒人员脑机能检测显示基本完整,而强制隔离戒毒次数却达到了3次,那么,该名戒毒人员归入基础Ⅱ级开展矫治。

表1 定级评估

脑机能检测	强制隔离戒毒次数	戒治等级	戒毒目标
机能永久性损伤	4次及以上	基础Ⅲ级	
机能有损伤,可部分恢复	3次	基础Ⅱ级	三级目标
机能有损伤,可全部恢复	2次	基础Ⅰ级	
机能有损伤,可全部恢复	1次	初级学员	二级目标
机能基本完整		中级学员	
		高级学员	一级目标
		荣誉学员	最终目标

## 2.3 矫治评估“常规诊断”和“实时评估”相结合开展诊断评估

针对戒毒人员开展了定性诊断和定级评估后,每个戒毒人员都有了对应的戒毒目标,后续的教育矫治和康复训练将围绕戒毒目标予以开展。在强制隔离戒毒期内,诊断评估的实施需要综合考量每个戒毒人员的个体情况,让诊断评估充分体现出个体的差异。正如世上没有两片相同的叶子,每个戒毒人员的吸戒毒情况是不同的,为更客观全面的对戒毒人员的所内矫治进行诊断评估,所内的诊断评估应以“常规诊断”和“实时评估”两种形式相结合予以开展:开展“常规诊断”,对戒毒人员进行综合性的评估,形成基础分数(即“基础分”)。同时,在所内矫治期间,戒毒人员的社会关系状况和所内矫治情况是不断变化的,因此,可按照一定期限或与重大影响事件(如生活事件、所内奖惩、戒治疗程等)同步开展“实时评估”,形成实时分数(即“现时分”)。

### 2.3.1 常规诊断:对原始戒毒情况进行评估,形成“基础分”

在对戒毒人员实施“常规诊断”时,可根据以下因素进行分项评估,并形成因子基础分:①吸戒毒经历:根据戒毒形式(自愿戒毒、社区戒毒和强制隔离戒毒)和次数、物质依赖状况、戒毒效果评估(即最近一次的自愿戒毒/强制隔离戒毒/社区戒毒效果评估)、戒毒后操守保持时间、吸食毒品的种类、吸食毒品的用药量等维度形成“吸戒毒因子基础分”,同时针对戒毒人员在每次戒毒期间的特殊事件,予以加减分,例如某次自愿戒毒出现中断治疗的情况,可作为减分项。②社会支持:根据社区戒毒保障程度和家庭成员支持情况形成“社会支持因子基础分”,在此项中,社区方面的评估主要根据戒毒社区矫治的完善程度进行加减分,而家庭方面,则根据家庭成

员与戒毒人员相互之间的密切程度来进行加减分,例如,父母健在,并积极支持戒毒人员戒毒,可成为加分项,反之,则是减分项。③身体机能:包括了身体的形态指标和素质指标。身体机能的形态指标包括了生命征象(如身高、体重、血压、呼吸次数等);器官的功能性(如血液检查、尿液检查、心电图、肺功能等);器官的结构性(如胸腹部、胃肠道等)。身体的素质指标包括了30 m跑、800 m或1500 m跑、立定三级跳远(cm)、俯卧撑(次)、体前屈(cm)等,根据以上项目进行测试,并根据戒毒人员的常模分数进行加减分,形成“身体机能因子基础分”。④心理健康:此项主要是通过专业的心理评估对戒毒人员的心理健康状况进行评估,并按照评估结果(心理正常、一般心理问题、严重心理问题)进行加减分,形成“心理健康因子基础分”。⑤戒毒意愿:根据长期的实践观察,戒毒人员的戒毒意愿的强烈程度是戒毒人员是否能成功戒毒的关键所在。因此,可根据戒毒人员的现时戒毒意愿的强烈程度进行评估,综合考量是否签订戒治协议,形成“戒毒意愿因子基础分”。⑥社会功能:此项的评估区别于“社会支持”因子,主要是评估戒毒人员的自主生活能力、职业技能、就业经历、生活水平、工作收入等项目,以上项目按照实施时间和数量等标准予以加减分,形成“社会功能因子基础分”,例如戒毒人员的社会生活能力强,有一定职业技能,能自主生活,可以予以加分。⑦生活事件:主要是基于对戒毒人员影响重大的生活事件,按照积极生活事件和消极生活事件的类别进行加减分的评估,形成“生活事件因子基础分”,例如戒毒人员的结婚事件,成立家庭将对戒毒人员的戒毒矫治产生积极的影响,可作为戒毒人员的加分项。最后,将各因子基础分相加,形成戒毒人员的“基础分”。

2.3.2 实时评估:对戒治过程进行评估,形成“现时分”

在戒毒人员的整个的强制隔离戒毒期内,戒毒人员的生理成瘾和心理成瘾情况不是一成不变的,因此,实施“实时评估”,是作为“常规评估”的有益补充,使诊断评估分数更具有现实操作性和实效性,使我们对戒毒人员的戒治情况的把握更为全面、立体和直观。“实时评估”主要在通过以下两个途径予以开展:①当戒毒人员出现新的戒治情况的时间节点,包括实施某个戒治项目的效果评估、出现重大生活事件、某个戒治阶段结束的评估、出现精神障碍症状等,启动实时的诊断评估,形成“现时分”。②

在两年的强制隔离戒毒期限内,每半年进行一次例行的评估,包括教育矫治评估、戒治管理评估、习艺劳动评估、戒毒意愿、毒瘾认知、积极/消极戒毒行为、职业技能的习得、为社会/戒毒所做的积极贡献、自我生存能力、自我管理能力、职业竞争力等项目,并根据以上项目进行相应的加减分。

2.3.3 戒治等级“基础分”和“现时分”共同构成诊断评估分数,调整戒治等级

在强制隔离戒毒期内,戒毒人员以“定级评估”所认定的戒治等级开始进行矫治,“基础分”是戒毒人员入组时的原始分数,“现时分”时戒毒人员在所内矫治过程中所形成的增分或减分,二者共同构成戒毒人员的诊断评估分数,根据每一时期最终得出的诊断评估分数来划定和调整不同的戒治等级。如表2所示:

表2 各戒治等级对应的矫治评估分

戒毒目标	戒治等级	诊断评估分数(基础分+现时分)
	基础Ⅰ级	100以下
三级目标	基础Ⅱ级	100--119
	基础Ⅲ级	120--149
二级目标	初级学员	150--189
	中级学员	190--239
一级目标	高级学员	240--299
最终目标	荣誉学员	300以上

在评估的过程中,戒毒人员的戒治等级的更替遵循以下几点:(1)戒毒人员的诊断评估分数可累计,从基础分开始累积,以所累积的基础分和现时分综合来实现升降级。(2)根据每一阶段的诊断评估分数来决定戒毒人员的戒治等级的升降,可升可降。例如,“基础Ⅰ级”级别的戒毒人员可以升为“基础Ⅱ级”,一个“高级学员”级别的戒毒人员也可以降为“初级学员”。(3)对照表2,只要诊断评估分数达到标准,每一级别皆可越级升降。例如,“基础Ⅰ级”级别的戒毒人员可以升为“基础Ⅱ级”,也可以升为“初级学员”,甚至是“高级学员”。(4)戒毒人员所处的级别与是否提前解除或者延长强制隔离戒毒期限相关联,戒毒人员只要达到“荣誉学员”级别就可以提前解除强制隔离戒毒,其提前解戒的时间与其达到诊断评估分数的先后相适应。其他戒治等级的戒毒人员则以截至解戒时他所在的级别来分别作出按期解戒或延长强制隔离戒毒期限的决定,即:处于“高级学员”至“初级学员”级别的戒毒人员则

按期解戒“基础 I 级”至“基础 III 级”级别的戒毒人员则需延长强制隔离戒毒期限,具体期限与其所处的级别相关,级别越低,强制隔离戒毒期限延长的越多,级别越高,则延长的越少。(5)在戒毒人员解戒出所时,其戒治等级是不同的。例如:经过两年的矫治,戒毒人员可能升为“荣誉学员”,也可能仍是“初级学员”,甚至“基础 I 级”。

#### 2.4 戒治鉴定:落实戒毒人员回归社会的无缝衔接

根据所内诊断评估的结果,在截至解戒日,根据戒毒人员所处的戒治等级和常规诊断因子基础分,针对其戒毒意愿、戒治行为、戒毒效果、行为表现等进行一次戒治鉴定,既体现出戒毒人员的戒治效果的差别性,又给予后续的社区康复一个明晰的方向性的指导,切实落实戒毒人员回归社会的无缝衔接。戒治鉴定的实施包括两个方面:(1)戒治目标。根据戒毒人员的戒治等级所对应的戒治目标,为社区矫治提供一个明确的目标参考,体现戒毒工作的延

续性和戒毒人员个体需求,提高社区康复的实效性。(2)常规诊断因子比对。在解戒之时,针对各常规诊断因子,再次进行各因子的测试和评估,形成常规诊断因子比对分,将比对分与基础分进行比较,全面分析戒毒人员的毒瘾戒治情况,为后续的社区康复提供详尽的矫治指导,实现强制隔离戒毒和社区康复的无缝衔接。

综上,作为行政强制力保障实施的强制隔离戒毒,是一种再教育、再社会化的过程,戒毒人员在所内接受戒毒矫治最终是为了更好的与社会生活的衔接和融合,甚至于改善其出所后的生存质量。因此,建立一套多维度、连续性、可量化和服务于戒毒目标的强制隔离戒毒诊断评估体系,更好的兼顾司法行政机关强制隔离戒毒所的戒毒需求和戒毒人员自身的戒毒利益。

收稿日期:2018-04-18

修回日期:2018-07-18

(上接第 302 页)

- [8] 曹峰锐. “拮抗肌离心峰力矩/原动肌向心峰力矩”在评定肩关节旋转肌群肌力平衡中的应用[J]. 体育科学, 2013, 06: 85-91.
- [9] 邓思宇, 卢茜, 郝淑燕, 等. 等速测试指标与改良 Ashworth 量表用于踝痉挛评定的相关性研究[J]. 中国康复理论与实践, 2016, 02: 178-18.
- [10] Gentil P, Del Vecchio FB, Paoli A, et al. Isokinetic dynamometry and 1RM tests produce conflicting results for assessing alterations in muscle strength[J]. J Hum Kinet, 2017, 56(1): 19-27.
- [11] Desrosiers A, Chooi WT, Zaharim NM, et al. Emerging Drug Use Trends in Kelantan, Malaysia[J]. J Psychoactive Drugs, 2016, 48(3): 218-226.
- [12] Benlikaya R, Ege Y, Pündük Z, et al. Can a wearable strain sensor based on a carbon nanotube network be an alternative to an isokinetic dynamometer for the measurement of knee-extensor muscle strength? [J]. Measur Sci Technol, 2017, 28(4):
- [13] Doughty D, Painter B, Pigou PE, et al. The synthesis and investigation of impurities found in Clandestine Laboratories: Baeyer-Villiger Route Part I; Synthesis of P2P from benzaldehyde and methyl ethyl ketone. [J]. Forensic Sci Int, 2016, 263: 55-66.
- [14] Lee YM, Hui SC. Acute Effects Of Aerobic Exercise On Inhibitory Performance In Adolescent Abstinent Illicit Drug Abusers: 1693 Board #38 May 28, 3 [J]. Med Sci Sport Exer, 2015, 47: 453-454.
- [15] Rezaeeshirazi R, Hossini F, Tarasi Z, et al. The effect of an aerobic exercise program on general health and hepatic enzymes among incarcerated addicts [J]. Australian J Basic Applied Sci, 2011, 5(10): 1191-1194.
- [16] 赵振虎, 范文勇, 李汉兴. 有氧运动对戒毒康复人员康复效果的影响[J]. 中国药物滥用防治杂志, 2017, 23(2): 89-90.
- [17] 王东石, 朱婷. 有氧运动对甲基苯丙胺类依赖者体适能、渴求度及情绪状态的作用[J]. 体育科学, 2017, 37(7):
- [18] 耿敬敬, 朱东, 徐定. 太极康复操对强制隔离戒毒人员的康复效果[J]. 中国运动医学杂志, 2016, 35(11): 1048-1051.
- [19] Parvizifard A, Haji Ahmad HJ, Sulaiman T, et al. Effectiveness of Cognitive-behavioral Therapy in the Treatment of Iranian Male Drug Addicts at a State Rehabilitation Center [J]. Glob J Health Sci, 2016, 9(1): 94.
- [20] 王飞. 太极拳运动对强制隔离戒毒人员康复效果研究[D]. 上海: 上海体育学院, 2015.

收稿日期: 2017-12-29

修回日期: 2018-04-02