

我国戒毒模式的应然与实然初探

——从共性看戒毒模式未来的趋势

秦黎宾 赵政豪 陆开宗（广西壮族自治区第三强制隔离戒毒所）

一、我国戒毒模式的现状

当前我国的戒毒工作依照《禁毒法》《戒毒条例》的相关规定，形成了自愿戒毒、社区戒毒、强制隔离戒毒、社区康复四种戒毒措施，各省（区、市）在开展不同戒毒措施的实践中又形成了不同的戒毒模式，其中，司法行政强制隔离戒毒场所形成的戒毒模式数量最多，研究深度上也较其他戒毒措施更为深入。如何以更科学的方式开展强制隔离戒毒工作，与其他戒毒措施形成有效的合作与联结，从而实现降低戒毒人员复吸率，提高综合戒断率，向社会输出合格的“产品”，成为了强制隔离戒毒场所工作的重点和难题。

（一）我国各地区戒毒模式的共性及其优点

1. 阶段性

我国当前实践中存在的戒毒模式，尤其是强制隔离戒毒模式，按照《戒毒条例》的具体要求，结合吸毒人员的脱毒水平，分阶段实施不同类型的教育戒治手段，构成符合本地区戒毒工作实际的强制隔离戒毒模式。

目前，我国各地区已形成的强制隔离戒毒模式均将从公安机关移交收治的戒毒人员按照生理、心理脱毒水平的不同，划分区域进行管理和教育；分级处遇是强制隔离戒毒场所的常见做法，具体表现为将生理脱毒情况、所内实际表现同所应该接受的管理和教育方式相挂钩，从而形成该阶段戒毒人员

管理、教育固定模式，使戒毒人员在被执行强制隔离戒毒措施的各个阶段均能相对合理地接受更具针对性的管理和教育。

2. 科学性

强制隔离戒毒是我国应对复杂多变的禁毒形势的有效政策，通过物理上与毒品的隔绝实现戒毒人员从生理上隔断同毒品的联系。

在我国强制隔离戒毒研究中，戒毒人员生理、心理特征均在不同的强制隔离戒毒阶段呈现出递进的不同结果，通过许多地区戒毒人员在不同戒毒阶段下的差异分析（ χ^2 检验）得到印证，可以说是有效的，也是科学的。多年的科研及实践呈现出的正相关已经清楚地表明：强制隔离戒毒分阶段、划区域管理是确实可行的戒毒模式，既保障了强制隔离戒毒场所的安全稳定，又在一定程度上帮助戒毒人员从“瘾君子”向健全的社会人迈进。

3. 可操作性

我国现有的戒毒模式是从实践中总结而来、具有显著借鉴意义的工作模式。与纯粹科学研究不同，不论是广西的“四四模式”还是北京的“351模式”，亦或是其他省份在实践中形成的其他戒毒模式，均从实践中总结提炼而来，所形成的一系列工作标准对于指导强制隔离戒毒工作具有指标性意义。

（二）我国戒毒模式面临的挑战

当前我国的禁毒形势复杂多变，在社会高度信

息化的大背景下，合成毒品的泛滥和吸毒人群的低龄化对强制隔离戒毒场所开展教育戒治工作而言是不容忽视的挑战。

1. 吸毒人员低龄化

吸毒人员低龄化的趋势使得强制隔离戒毒场所在收治过程中往往会接收低龄的戒毒人员。低龄戒毒人员的特殊性使得强制隔离戒毒场所不仅仅要承担戒毒人员的教育转化任务，还需担负“家长”“教师”的职责。

与成年戒毒人员不同，低龄戒毒人员往往呈现出与实际年龄不相符的低龄特征，即被执行强制隔离戒毒的戒毒人员实际年龄达到《禁毒法》规定的可以执行强制隔离戒毒措施的标准，但心理年龄甚至不到14岁，这对于当前我国普遍存在的分区分段的戒毒模式而言，形成了巨大的挑战。

低龄戒毒人员同年长戒毒人员相比，虽然在生理脱毒阶段呈现出诊断评估指标一致的结果，但其在毒品认知、人际关系、防御机制、应对能力方面表现出更为明显的差异。将低龄戒毒人员与年长戒毒人员执行同区管理、同级处遇，显然有失科学性。

2. 合成毒品的泛滥

合成毒品与传统毒品相比，制作周期更短，更容易获得；在其流行性方面，与传统毒品“镇静剂”的作用截然相反，合成毒品的“兴奋剂”作用更适应当下的社会环境，流行更为广泛，更容易为我国的年轻群体所接触。

合成毒品多直接作用于神经中枢，使神经中枢呈现不同的“兴奋”状态，进而造成吸毒人员认知、行为、情绪、意识的失调，从而表现出精神病性的变态行为。

我国当前的戒毒模式是围绕以“阿片类”为代表的海洛因、可卡因等传统毒品的戒断工作构建，在吸食合成毒品成瘾方面缺乏应对能力。以广西为例，全区司法行政戒毒系统各强制隔离戒毒所吸食合成毒品或合成毒品、传统毒品混合使用的比例逐年升高，戒毒人员患“多种活性物质所致精神障碍”

的现象屡见不鲜，甚至呈现逐年上升的态势。而现有的“四四模式”对戒毒人员实施的分阶段分区域管理不能准确地区分吸食传统毒品的戒毒人员和吸食合成毒品的戒毒人员，使得戒毒人员因精神病性症状而引发的场所安全事件屡有发生，从而不得不重新反思现有“四四模式”的具体工作流程，以应对合成毒品滥用人员较多的局面。

3. 高度信息化的社会环境

当前社会高度信息化，不论戒毒人员的学历高低，获取信息的渠道都极为丰富。强制隔离戒毒使戒毒人员从原有信息化的社会中剥离出来，对戒毒人员而言是一种与社会脱节的形态，给目前强制隔离戒毒人员回归适应社会工作带来挑战。

值得注意的一点是，传统上的教育模式相对难以适应当下戒毒人员的知识需求，需要在既有戒毒模式上进一步将戒毒人员细分，分门别类采取不同的教育戒治方式方法，才能从根本上实现教育戒治的目的。

二、我国现有戒毒模式的局限性

我国各级党委、政府高度重视禁毒工作，但由于作为禁毒委员会成员单位的各部门彼此分工不同，使得执行不同戒毒措施的机关难以形成合力，给落实治本安全观、更好地推进戒毒工作造成了一定程度的障碍。

(一) 医疗机构、强制隔离戒毒场所、社区（行政村）戒毒工作衔接不畅

当前我国实施自愿戒毒措施的权限在医疗机构，执行社区戒毒措施的权限在居民村民自治组织（社区居民委员会、村民委员会），执行强制隔离戒毒措施的机关在强制隔离戒毒场所，彼此无法实现有效衔接、互通有无。

以广东省为例，广东省拥有全国最好的自愿戒毒医疗机构——广州白云自愿戒毒医院，也与强制隔离戒毒场所开展了广泛的合作。但是从具体戒毒模式上来看，广东省司法行政戒毒系统推行

“三三六”强制隔离戒毒模式，仅针对处于强制隔离戒毒措施当中的戒毒人员，并没有将科研、医疗的地缘优势广泛应用到戒毒工作的实践当中，存在一定程度的缺失。自愿戒毒医疗机构、社区（行政村）、强制隔离戒毒场所之间彼此缺乏有效的配合，没有对戒毒人员实施有效的“治疗与康复相结合，惩罚与教育相结合”，不能不说是一种遗憾。

按照我国《戒毒条例》的有关规定，强制隔离戒毒期满后，戒毒人员应被责令社区康复，社区康复期限为三年。即便在普遍推行强制隔离戒毒场所后续照管工作的当下，地方居民（村民）自治组织在社区康复上仍没有与强制隔离戒毒场所有效对接，推进执行社区康复措施难以为继，可以说是与法律法规背道而驰。

（二）戒毒模式局限于强制隔离戒毒和自愿戒毒

由于当前执行社区戒毒、强制隔离戒毒、社区康复的部门不同，没有形成统一的工作标准，使得各级各部门贯彻落实戒毒措施显得无所适从。即便在强制隔离戒毒体系内，也因公安机关强制隔离戒毒所和司法行政机关强制隔离戒毒所实施的工作标准不同，工作内容不同，而无法对强制隔离戒毒人员实施有效的动态管控，从而在具体工作实践中呈现出无法有效衔接的现象，对于提高戒毒人员综合戒断率而言，有百害而无一利。

（三）科学模式、有效经验推广的壁垒

仅从公安机关强制隔离戒毒场所与司法行政机关强制隔离戒毒场所开展强制隔离戒毒人员的移交工作来看，不同地区，甚至是不同县域的强制隔离戒毒人员，在移交司法行政机关强制隔离戒毒场所前，所接受的教育、管理情况均各有不同；而在解除强制隔离戒毒措施后，戒毒人员返回原籍、回归社会的过程中，不同地区的不同社会环境和政策使得戒毒人员在所内学会的抗复吸方法无法精准地用于克服“心瘾”的过程当中，戒毒成效大打折扣。

从原因上来看，这是由于不同地区、不同部门间彼此没有形成统一的工作标准造成的；究其具体

原因，是科学的戒毒模式走不出场所、越不过高墙造成的。

但是我们必须清楚地认识到，只有将戒毒人员培养成健康的“社会人”，才是戒毒工作的出发点和根本立足点。紧紧依靠高墙，无法真正筑起戒毒人员对抗“心瘾”的屏障，离开社会支持系统，戒毒人员还会最终走上“重入高墙”之路。

（四）四种戒毒措施间工作衔接的信息化水平不高

全国各省（区、市）建设推广戒毒模式的过程中，没有充分考虑解决“部门壁垒”的方法，缺乏有效的手段保障不同戒毒措施间的有效衔接，突出表现是全国各省（区、市）所开发和正在运行的戒毒执法管理系统或所政管理系统彼此独立，互不相连相通，形成了执法工作中的一个又一个“信息孤岛”，不能使戒毒措施相互融合，形成合力。

公安机关禁毒工作系统、强制隔离戒毒场所所政管理系统等执法管理信息系统彼此不存在数据通道，工作衔接在信息化高度发达的当下仍多采取纸质档案传递等落后的衔接手段，无法实现戒毒措施的“全程留痕”，无法满足当前戒毒工作的实际需要。

三、戒毒模式的“应然”趋势

我国的戒毒模式应回归到现行的禁毒委员会工作机制，委托专门机构，跨越部门壁垒，依照《禁毒法》《戒毒条例》的有关规定，形成适应自愿戒毒、社区戒毒、强制隔离戒毒和社区康复等四个戒毒措施有机联动的工作机制，归根结底是形成由一个部门统一指导，形成统一的工作标准，通过信息化手段有效融合，并充分考虑到不同阶段戒毒人员不同特征的戒毒模式。

（一）由一个部门主导，建立涵盖四个戒毒措施的戒毒模式

当前我国的戒毒工作由多个部门共同完成，没有形成统一的指导，存在彼此工作衔接不及时、不

顺畅的现象，增加了工作难度，浪费了社会资源，提高了政府成本。

只有通过各级禁毒委员会的协调，促进戒毒工作由一个部门主导，制定一个标准，在不同部门的各自工作领域统一推进，才能在制度框架下解决当前戒毒措施之间彼此“失联”的现象，从而促进工作标准的统一，工作方向的一致。

（二）建设以回归社会为根本立足点的“治本”戒毒模式

从心理学观点上来看，衡量人格健全的标准在于人的社会化程度，人社会化程度的加深往往使人心理健康水平也发生根本性转变。

当前“吸毒”（药物成瘾）已被学界从单纯的违法行为，延伸定义为“慢性脑病”，而这种“脑病”在生理指标上趋于正常后又往往呈现出典型的心理疾病特征——强迫症。所以我们必须更多地考虑戒毒人员回归社会层面上的问题，更进一步探索戒毒人员再社会化工作。

值得欣慰的是，广西凭祥市在开展戒毒人员社区康复工作中进行了积极探索，取得了良好的成效。在多年的共建关系基础上，广西凭祥市司法局与广西第三强制隔离戒毒所形成了有效的戒毒人员社区康复合作机制，大大提高了戒毒人员的综合戒断率。广西凭祥市司法局充分利用广西第三强制隔离戒毒所的心理咨询师、一线管理警察资源，创造性地开展了丰富的社区康复工作。通过组织场所警察“出高墙、到基层”，在凭祥市社区戒毒人员、社区康复人员中常态化开展心理咨询、团体心理辅导、防毒抗毒讲座等活动，使强制隔离戒毒场所的职能得到广泛的延伸，心理咨询、教育、管理资源不再局限于高墙，不再局限于强制隔离戒毒，而延伸到社区戒毒、社区康复层面。

建立科学的、系统的戒毒模式，必须充分考虑戒毒人员回归社会的实际需要，深入落实治本安全观，把握戒毒人员的生理、心理、社会适应程度等多个戒毒康复维度，既牢牢把控解除强制隔离戒毒

的“大门”，又紧紧抓住戒毒人员回归社会后的动态，保障戒毒工作有效性。

（三）心理咨询和治疗技术的广泛运用

目前，我国普遍存在的十几种戒毒模式多依据戒毒人员的生理指标，却忽视了“心瘾”往往是戒毒人员复吸的根本原因。

以广西“四四模式”为例，虽然普遍关注戒毒人员的身心健康实际，却忽视了在戒毒人员实现生理脱毒后往往呈现出典型的“强迫”倾向，而这样的倾向往往不是简单的症状自评量表测评等可量化指标就能分析得出的，而是心理咨询师经过长期的观察法研究总结归纳的。所以，从根本上断绝“心瘾”，必须按照心理学规律实施科学的、有针对性的心理咨询和治疗，才能取得心理咨询和治疗实践应有的结果。那么心理咨询技术的分阶段运用，从而形成不同阶段下的不同心理咨询工作开展模式，并吸纳到戒毒模式当中，就是当下心理咨询和治疗技术在戒毒领域发展的必然结果。

（四）促进信息化与戒毒模式的深度融合

习近平总书记在党的十九大报告中指出，“增强改革创新本领”要“善于结合实际创造性推动工作，善于运用互联网技术和信息化手段开展工作”。解决当前各部门间在戒毒措施衔接方面存在的部门壁垒，必须在建立健全覆盖《禁毒法》规定的四大戒毒措施的统一戒毒模式的基础上，以全方位一体化的戒毒执法管理平台，破除彼此间的数据“孤岛”，实现不同戒毒措施间的有效衔接，从技术上缩短“所地联动”的距离，使戒毒人员从社区戒毒到强制隔离戒毒，再到社区康复能够全程留痕，不遗漏任何一个环节。■

（责任编辑：张文静）