

禁毒法

视野下的戒毒工作研究

中国人民公安大学 李文君 聂鹏

摘要：毒品问题发展蔓延的势头尚未得到根本扭转，复吸率高仍然是戒毒工作的重点和难点，禁毒法有关戒毒工作的规定为吸毒者的康复治疗 and 回归社会提供了法律依据。比较研判现行的戒毒模式，分析由“医疗戒毒”、“社区戒毒”和“强制隔离戒毒”组成的戒毒工作新体系，对于整个禁毒工作有着重要的理论和现实意义。

关键词：禁毒法 戒毒工作

《中华人民共和国禁毒法》第四章就戒毒措施问题进行了专门规定，从第三十一条到第五十二条分别阐述了吸毒人员的认定、收治和戒毒措施等体制和机制问题。总体来看，禁毒法中有关戒毒问题的具体规定体现了戒毒工作“社会化、规范化和法制化”的指导思想，为深入推进禁毒人民战争、完善禁吸戒毒工作体系、有效解决复吸率高问题提供了法律依据。特别是近年来，各地有关部门积极探索禁吸戒毒工作新思路，以建立全国吸毒人员动态管控机制为突破口，建设集强制脱毒、身心康复、融入社会功能于一体的戒毒康复场所，加大对回归社会戒毒人员的帮教力度，提高戒毒出所人员的戒断巩固率，积极推进社区药物维持治疗工作，切实降低毒品危害。这些实践工作中所取得的初步成效证明，完善的戒毒工作体系对于整个禁毒工作具有深远的影响。

一、传统戒毒模式

现行的戒毒模式包括自愿戒毒、强制戒毒、劳教戒毒和TC模式，其主要特点是戒毒法制化、模式多样化、管理规范化和治疗系统化。

（一）自愿戒毒

自愿戒毒是指吸毒人员主动地接受戒毒机构的治疗，从而摆脱身体对毒品的依赖，主要指生理脱毒过程。自愿戒毒模式是伴随着毒品的出现而产生的，政府允许吸毒人员在正规戒毒机构的帮助下进行科学戒毒，且吸毒不是一种犯罪行为，不追究自愿戒毒人员的法律责任。除了具有戒毒治疗资质的医疗机构外，2000年公安部发布的《强制戒毒所管理办法》第47条规定：“强制戒毒所可以接收自愿戒毒人员。”此外，2004年以来在全国范围推广的“社区药物维持治疗”

(药物替代)方法已经逐渐成为治疗海洛因成瘾者的新型自愿戒毒模式。

(二) 强制戒毒

强制戒毒工作由公安机关主管。根据国务院《强制戒毒办法》的规定,“对吸食、注射毒品成瘾人员,在一定时期内通过行政措施对其强制进行药物治疗、心理治疗和法制教育、道德教育,使其戒除毒瘾。”目前,强制戒毒已经成为我国戒毒体制的重要组成部分,在治理毒品问题中发挥着积极作用。

(三) 劳教戒毒

劳教戒毒工作由司法行政机关主管。《关于禁毒的决定》第8条规定:“强制戒除后又吸食注射毒品的,可以实行劳动教养,并在劳动教养中强制戒除。”除此之外,因违法犯罪需要劳动教养的吸毒人员也属于劳教戒毒的对象范围。劳教戒毒工作侧重于对吸毒人员的依法惩处、严格管理和劳动改造。确切地说,劳教戒毒是一种特殊的强制戒毒。

表1 全国强制戒毒和劳教戒毒人数统计(单位:万人次)

	强制戒毒人数	劳教戒毒人数
1991年-1997年	55	10
1998年	14	--
1999年	22	12
2000年	24.8	12
2001年	21.7	7
2002年	25.25	7.6
2003年	22	13
2004年	27.3	6.8
2005年	29.8	7
2006年	26.9	7.1

(四) TC模式

自1902年以来,美国经过近一个世纪的研究,找到了康复治疗集体(TC)的戒毒形式。TC,即therapeutic community的英文缩写,其中文含意是“治疗社区”或“集体治疗”,是一种借助治疗集体或治疗社区的功能,帮助吸毒者治疗和教育的居住性治疗新型戒毒模式。如昆明的“实体经营”、“金碧社区”、开远的“雨露社区”、小凉山彝族自治州的“虎日模式”、湖北的“太阳花社区”、北京的“向日葵社区”、汕头的“心理社会综合性干预”等,这些新型戒毒模式都是TC戒毒理念结合各地具体情况的本土化运用。TC的制度特色是将工作人员与居住者的职责都进行了规范化和标准化,成员之间存在着一种“金字塔”

式等级关系,并建立了与之匹配的奖惩监督机制激励机制。其科学的戒毒理念、完整的戒毒过程和人性化的戒毒管理,使得戒毒人员保持了较高的操守率。以北京市向日葵治疗社区为例,3个月操守率为70%,6个月操守率为50%,1年的操守率为30%。目前,以TC理论为基础的戒毒康复模式已被全世界50多个国家广泛采用。

二、戒毒工作存在的问题

(一) 治疗理念的偏差

毒品成瘾作为一种反复发作的脑疾病,复吸率相当高。这一观点已成为全球科学家的共识,并被脑科学整体水平、细胞水平、分子水平、基因水平的研究所证实,进而产生了对吸毒成瘾者科学合理的身份定位。有些国家将吸毒作为犯罪处理,但多数国家仅把吸毒看作是不良行为。我国属于后者,对于初吸者无论是主动要求还是被动发现,及时送至有关场所医疗戒治,不作为违法犯罪处理。相比较而言,“复吸者”却无法得到脑疾病患者的身份认可,“复吸者”必须接受“劳动教养”的行政处罚。司法实践中,强制戒毒和自愿戒毒的主要区别仅为吸毒人员是否被警察抓到,而劳教戒毒模式的启动则是以公安机关对“复吸”违法行为的认定。“第一次吸毒”有各种各样的原因,但终究到底是对社会秩序的一种挑衅和破坏。而“复吸”的原因则是多方面的,以吸毒者是反复发作的脑疾病患者来看,“复吸”是脑疾病的再次发作,较“第一次吸毒”更容易被社会所“接受”。但是,现实情况是“复吸”的惩罚却比“第一次吸毒”的惩罚更为严重。

(二) 治疗时间的局限

自愿戒毒的治疗时间暂无明确规定,国内自愿戒毒机构一般采用1030天的治疗时限,多数病人的实际住院时间偏短。有研究表明,自愿戒毒人员的平均住院时间为 12.24 ± 5.67 天。《强制戒毒办法》中明确规定,强制戒毒的期限为36个月,最长可延长至1年。劳教戒毒的期限为13年。TC模式的戒毒期限一般为6个月至2年。比较国内外的戒毒期限,中国香港特别行政区为2个月至1年,中国台湾为6个月,马来西亚为2年,新加坡为3个月至3年,泰国为6个月至3年,菲律宾为6个月至1年。一般来说,急性脱毒715天即可完成,稽延性症状可以在36个月内消除,行为矫正、摆脱心理依赖则需要较长时间,国际上公认为5年以上。完整的戒毒包括脱毒、康复、回归社会三个连续过程。自愿戒

毒和强制戒毒在时间上只能保证生理脱毒，劳教戒毒和TC模式时限比较长，仍然无法满足完整戒毒过程的需要。

（三）体制和机制问题

自愿戒毒机构由卫生部门主管,由公安机关监督。经省级卫生部门批准,报公安机关备案并接受公安机关监督,医疗单位可以开办戒毒脱瘾治疗业务。目前,司法、公安、卫生、军队都存在有自愿戒毒机构。全国首家自愿戒毒机构是1989年在云南省精神病院成立的昆明药物依赖治疗康复研究中心。自愿戒毒场所的主要问题表现在趋利倾向严重,戒毒药品、医疗器械和治疗方法大肆广告,乱收费现象较为普遍。

县级以上公安机关和铁道、交通、民航系统相当于县级以上的公安机关就可以申报设置强制戒毒所。我国最早的强制戒毒所是1987年12月成立的兰州市强制戒毒所。随着戒毒业务的社会需求不断增长,强制戒毒所的设置与管理曾经一度较为混乱,各地强制戒毒所条件参差不齐,甚至出现了以赢利为目的的强制戒毒机构。为此,1995年国务院《强制戒毒办法》对强制戒毒场所的建设、管理、戒毒措施、生活保障等方面做出了明确具体的规定。截至2004年,全国共有强制戒毒所554个,劳教戒毒所(队)129个。

劳教系统具有戒毒职能,对吸毒人员实行劳动教养,由审批机关(公安机关)依法定程序决定。劳教戒毒的收容对象是顽固的吸毒成瘾者,这部分人群同时又是艾滋病、性病、肝炎、肺结核等传染性疾病的高危传染源。近年来,随着吸毒劳教人员数量的不断上升,部分地方劳教戒毒和一般劳动教养出现了“同场所、同管理”的现象,经费投入、场所设施、业务管理等方面所存在的问题使劳教戒毒工作在某些方面无法适应戒毒工作的发展需要。

（四）治疗效果欠佳

自愿戒毒模式以医疗力量为依托,实现生理脱毒,达到康复目的。资料表明,75.28%的吸毒人员曾在自愿戒毒所戒过毒。但由于时限太随意,自愿戒毒存在着多种问题,如脱毒效果欠佳、复吸率普遍高、缺乏康复措施、社会帮教不到位等。

经费问题和管理体制直接影响了强制性戒毒的效果,由于对吸毒者实施封闭式和被动式的管理,淡化了其病人和受害者的身份,存在强制性和处分性严厉而矫正性和治疗性不足的弊端。国内外的实践反复证明,对

毒品成瘾者的惩罚是无效的。同时,研究人员通过调查发现,强制戒毒体系下,吸毒人员长期处于相对封闭的环境,很少与他人进行情感交流,心理上感到孤独无助,导致其缺乏人际交流和社会适应的信心。

事实表明,现行的戒毒模式只局限于生理脱毒和心理矫治的工作范围,大多盲目追求戒断率,忽视了吸毒人员的回归社会,无法保证实现戒毒的全过程,进而产生较高的复吸率。有研究表明,国内脱毒治疗复吸的平均时间约为25天,半个月的复吸率为71%,3个月的复吸率为95%。

三、禁毒法下的戒毒工作体系

禁毒法明确指出:“国家采取各种措施帮助吸毒人员戒除毒瘾,教育和挽救吸毒人员”,并根据实践工作的需要,将戒毒工作划分为“医疗戒毒”、“社区戒毒”和“强制隔离戒毒”三种基本模式。戒毒工作新体系在传统戒毒模式的基础上,以公安和医疗两大部门为支柱,将TC理念贯穿戒毒工作始终,合理进行自愿戒毒和强制戒毒的资源配置,结合国内外禁吸戒毒工作的实践经验,从立法、执法和社会服务三个层面进行了戒毒模式的改革和创新。

禁毒法规定了戒毒工作的领导体制、职权范围和经费管理等内容,形成多方位、多层次、多渠道的新型戒毒体系,从而有效地帮助TC理念推广应用至自愿戒毒和强制戒毒工作中,完成生理脱毒、心理矫治、社会帮教的全面实施。此外,两年以上的“戒毒期限”既符合戒毒工作的科学性,又可以使戒毒资源基本达到最优化效用。

表2 禁毒法涉及的戒毒模式比较

	对象	期限	负责机构	主要参与机构
社区戒毒	吸毒成瘾人员	三年	城市街道办事处、乡镇人民政府	公安机关、司法行政、卫生行政、劳动行政和民政等部门
医疗戒毒	吸毒人员		具有戒毒治疗资质、的医疗机构	各级地方人民政府、卫生行政部门、公安机关等
强制隔离	戒毒符合第三十八条规定的吸毒人员	二年	强制隔离戒毒场所	公安、司法、卫生行政部门

戒毒工作的社会化是禁毒法关于戒毒规定的一个突出特点。社区戒毒是整个戒毒体系的基石,城市街道办事处、乡镇人民政府负责社区戒毒工作,并可以指定有关基层组织落实有针对性的社区戒毒措施,公安机关和司法行政、卫生行政、民政等部门应当积极参与到社



区戒毒工作中。尤其是强制隔离性戒毒的四个基本条件都是以社区戒毒为前提的，对于被解除强制隔离戒毒的人员，还可以接受不超过三年的社区康复。笔者认为，无论强制隔离戒毒还是医疗戒毒，都必须重返社会构建的基本单元社区。社区既是普通人群生活的基本场所，也是吸（戒）毒人员接触的主要环境，应调动一切积极力量，加大社会层面的禁毒工作宣传，从身心两方面营造帮助戒毒人员顺利回归社会的良好氛围。例如，英国的志愿者和社会服务机构就在毒瘾治疗服务中扮演了重要角色，他们为吸毒人员或戒毒人员提供有关毒品问题的咨询、替代治疗、戒毒康复和心理矫正等服务。戒毒工作不能仅靠医疗卫生部门和执法机关，尤其是由心理、生理、环境等因素共同诱发的复吸问题需要更多社会力量的投入。爱尔兰曾有过惨痛的教训，一个小镇的160名吸毒者中有140人是由3个复吸人员教唆出来的。联合国的最新指导原则也指出，防复吸等同于康复。戒毒工作新体系将戒毒措施和回归帮教明确赋予社会服务体系，不仅可以使吸毒人员和戒毒人员在社会服务的帮

助下真正做到远离毒品，重获新生，而且可以形成了依托于社会服务的毒品预防教育体系，起到了事半功倍的效果。

“一朝吸毒，十年想毒，终生戒毒”是戒毒之难的真实写照。药物依赖是一种反复发作的慢性脑疾病，伴随各种身体上的伤害，相当一部分吸毒者都存在着不同程度的精神疾病。戒毒工作新体系更加注重人性化管理和心理治疗，引导戒毒人员从身心两方面摆脱毒品的缠绕。如禁毒法明确规定：“强制隔离戒毒场所对所有严重残疾或者疾病的戒毒人员，应当给予必要的看护和治疗；对患有传染病的戒毒人员，应当依法采取必要的隔离、治疗措施；对可能发生自伤、自残等情形的戒毒人员，可以采取相应的保护性约束措施；戒毒人员在入学、就业、享受社会保障等方面不受歧视；对无职业且缺乏就业能力的戒毒人员，应当提供必要的职业技能培训、就业指导和就业援助。”

四、结语

目前，全世界约有2.4亿吸毒者，全球每年因吸毒问题造成的财富损失约数千亿美元，为了有效地解决毒品问题，国际社会不断制定和采取各种控制措施，消除吸毒行为的蔓延。禁毒法有关戒毒工作的具体规定以立法形式对戒毒机构进行了统一规划和管理，微观上以TC治疗理念控制和引导吸毒人员戒除毒瘾，确立了由“医疗戒毒”、“社区戒毒”和“强制隔离戒毒”组成的戒毒工作新体系，弥补和解决了传统戒毒模式“各人自扫门前雪”的弊端和“戒断率高复吸率亦高”的问题，使得戒毒资源得到有效的利用，从立法、经费、时限和成效上保证了戒毒工作的顺利展开。

参考文献

1. 杨丽君.中国当代吸毒问题成因与治理[M].北京:群众出版社,2003.
2. 姚建龙.我国现行戒毒体系的反思与重构[J].青少年犯罪问题,2002(3).
3. 闫伟刚,王晓木.对我国现行戒毒模式的评析与未来改革方向的思考[J].中国药物依赖性杂志,2004,13(4):312-314.
4. 李建华.当前我国戒毒工作面临的挑战[J].中国药物依赖性杂志,2004,13(3):224-226.
5. 薛丽燕.我国现行戒毒模式的效果、存在问题及对策[J].中国药物滥用防治杂志,2005(6).
6. 杜新忠.对我国现行戒毒模式的分析与思考[J].中国药物依赖性杂志,2005,14(5):392-398.
7. 谢仁谦.戒毒现状及策略[J].中国药物滥用防治杂志,2003,9(2):1-4.
8. 苏俊义,方英燕.自愿戒毒与强制管理相结合[J].中国药物依赖性杂志,2002,11(2):150.
9. 苏俊义,吕杭,方英燕.对戒毒模式的思考[J].中国药物依赖性杂志,2005,14(6):466-469.