

我国吸毒成瘾治疗的现状、挑战和展望*

李建华**，张波，杨丽萍

(云南省药物依赖防治研究所，昆明 650228)

【摘要】 本文以科学证据为基础，回顾了我国目前吸毒成瘾治疗的现状和挑战，对今后的治疗工作进行了展望。作者根据国际、国内成功的经验，结合中国的现实，对我国今后的吸毒成瘾治疗提出了一些可供参考的建议。

【关键词】 吸毒成瘾；治疗；挑战；展望

doi:10.3969/j.issn.1006-902X.2013.02.001

Current status, challenges and prospects of drug addiction treatment in China

LI Jian-Hua, ZHANG Bo, YANG Li-ping

(Yunnan Institute for Drug Abuse, Kunming 650228)

【Abstract】 This article provides a brief overview which is based on scientific evidences from epidemiological, treatment, and other aspects regarding drug addiction. At the same time, it also gives a review of current status, challenges of drug addiction treatment, as well as proposes prospects for future treatment. Based on the international and national experiences, combine with lessons learn that we draw from Chinese society. A number of recommendations of drug addiction treatment for the forthcoming are made at the end of this article.

【Key words】 Drug Addiction; Treatment; Challenges; Prospects

自2008年《禁毒法》实施以来，我国吸毒成瘾的治疗产生了很大的变化，这些变化促使我们对吸毒成瘾的治疗应当进行一次深入的反思，分析存在的问题和面临挑战，对下一步制订吸毒成瘾治疗的政策提出一些建议。

1 我国的毒品使用现状

20世纪70年代末80年代初，随着我国经济改革和对外开放的发展，国际贩毒集团假道云南——缅甸边境地区，将大量毒品过境贩运到香港、欧洲和美洲，以此牟取暴利。与此同时，部分毒品被销售到贩毒通道沿线，然后辐射至更为广大的地区。由于毒品供应的冲击，打开了中国内地毒品的消费

市场。1988年，中国政府宣布，西南边境地区发现有少部分人开始染上吸毒嗜好。1992年，吸毒成瘾人数上升为25万；毒品的需求市场逐年从边境地区向内地城市、向沿海城市、向国内大中小城市扩大后，继续对这些城市的周边农村地区进行开发。10年的时间内，中国从一个非法毒品贩运的过境国逐步转变为一个巨大的毒品消费市场。2003年出版的《中国禁毒报告》显示，自20世纪90年代初到2002年，在我国境内缴获的非法贩运的鸦片和海洛因数量逐年增长，吸毒人数也在不断上升。吸毒者波及全国所有省、自治区、直辖市的2,148个县、市^[1]。

伴随城市化和现代化进程的加快，吸毒的人数

* 基金项目：国家十二五科技重大专项“重点人群减少艾滋病新感染和死亡综合干预研究”（2012ZX10001-007）资助。

作者简介：李建华（1955.01-），男，汉族，主任医师，教授，所长，主要研究方向为药物滥用。

** 通讯作者：李建华，E-mail:leejianhua77@gmail.com。

仍在继续上升,吸毒者使用的毒品也更加多元化,除传统的毒品鸦片和海洛因以外,“冰毒”、“摇头丸”、“K粉”和其他兴奋性毒品已开始出现并呈迅猛上升的趋势。截至2011年底,全国共发现登记吸毒人员179.4万人,其中滥用海洛因人员有115.6万人,占64.5%。滥用合成毒品人员58.7万人,占全国吸毒人员总数的32.7%,同比上升35.9%;全国新增滥用合成毒品人员14.6万人,同比上升22%。滥用合成毒品人员中,35岁以下青少年占67.8%,低龄化趋势明显。同时,合成毒品问题进一步呈现向中小城市、农村发展蔓延的趋势^[2]。毒品使用问题越来越成为我们不得不面对的一个严重的公共卫生问题和社会问题。

2 我国吸毒成瘾治疗工作现状

我国《禁毒法》规定:“对吸毒成瘾人员,公安机关可以责令其接受社区戒毒。吸毒人员可以自行到具有戒毒治疗资质的医疗机构接受戒毒治疗。经社区戒毒、强制隔离戒毒后再次吸食、注射毒品的。对于吸毒成瘾严重,通过社区戒毒难以戒除毒瘾的人员,公安机关可以直接作出强制隔离戒毒的决定。被解除强制隔离戒毒的人员,强制隔离戒毒的决定机关可以责令其接受不超过三年的社区康复。”《禁毒法》强调:“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。吸毒成瘾人员应当进行戒毒治疗。”从现行法律法规来看,我国目前的戒毒治疗工作分为社区戒毒、社区康复和强制隔离戒毒三种类型。实践表明,这些戒毒措施在帮助吸毒成瘾者戒除毒瘾、维护社会安定、构建和谐社会的方面起到了十分重要的作用。

另一方面,由于我国各地社会经济发展不平衡,强制隔离戒毒机构也存在诸多的困难和问题,如:

2.1 据《禁毒法》第三十一条,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^[3]。国家对吸毒人员由严惩改为帮助,这就决定了强制隔离戒毒的根本目的是戒除毒瘾,而不是对吸毒人员的惩罚^[4]。此观念在2011年6月26日公布实施的《戒毒条例》中也得到了强调,《戒毒条例》第二十九条明确,强制隔离戒毒场所应当配备设施设备及必要的管理人员,依法为强制隔离戒毒人员提供科学规范的戒毒治疗、心理治疗、身体康复训练和卫

生、道德、法制教育,开展职业技能培训。但是,从理念到行动还有一定的距离,强制隔离戒毒所人力资源和物力资源的落实不到位,惩罚与治疗的矛盾,不同管理部门之间的利益冲突,“违法者”和“病人”两者间的认同混乱,对治疗效果缺乏科学的评估标准等等,这些因素都成为了为毒品依赖者提供自愿的、知情的、以循证为基础的和权利平等的治疗的障碍。

2.2 绝大多数强制隔离戒毒所都受到投入低,人力资源匮乏的困扰,戒毒治疗大多停留在脱毒治疗阶段。这些强制隔离戒毒机构普遍缺编,警力缺乏,医护人员缺乏,更缺乏进行行为治疗和心理康复的专业人士,现有的专业人员受过系统药物依赖治疗的也十分有限。

2.3 全国有相当一部分强制隔离戒毒所具有了心理治疗和行为矫治的硬件设备,但由于缺乏专业人员,只有为数不多的几个机构在进行吸毒者心理治疗和行为矫正的研究与实践,也有少数几个机构在进行集体居住治疗的尝试,他们均取得了一些可喜的成果,但大多没有能够得到推广应用。

2.4 几乎所有强制隔离戒毒机构男性和女性的戒毒康复程序都是一样的,他们没有根据女性戒毒人员的社会心理特点,设置专门针对女性戒毒人员的治疗康复程序。

2.5 大部分强制隔离戒毒机构经费不足,集中体现在戒毒学员的生活费缺口较大,医疗费用不足,干警待遇偏低。

2.6 社区戒毒和社区康复对吸毒人员的监督管控力量薄弱。社区戒毒和社区康复的执行主体为戒毒人员户籍所在地或现居住地的城市街道办事处和乡镇人民政府(《中华人民共和国禁毒法》,2008)。由于多年的集权化统治,我国社区组织(居委会、村委会)的自我学习、自我发展和自我管理功能已经严重丧失,社区缺乏对社区事务主动管理的积极性。在这种情况下,社区戒毒和社区康复实际上主要是靠戒毒人员的自觉性来进行行为控制^[5]。另一方面,社区戒毒的公共设置短缺^[6],社区戒毒和社区康复作为新的戒毒模式,不仅社区戒毒和社区康复的医疗、活动配套设施不足,必要的经费难于落实到位,而且,专业治疗人员和社会工作者也极度匮乏,这些都会在一定程度上影响吸毒人员社区戒毒和社区康复的效果。

2.7 国家缺乏对自愿戒毒医疗机构的投入,致使这

样一些机构需要通过营利来养活自己,这种对营利的追求,影响到戒毒工作的公益性,影响到吸毒成瘾人员及其家属对自愿戒毒医疗机构的信任。另外,自愿戒毒医疗机构的工作人员很少接受标准化的培训,治疗方案鲜有循证原则,他们对吸毒成瘾人员的有效治疗和管理存在相当大的问题。自愿戒毒机构受利益驱动,他们一味追求短期效果,重医械,轻康复,治疗缺乏针对性,不重视个体不同情况与需求;戒毒工作人员缺乏专业技能,大多数人产生了职业倦怠。

2.8 对吸毒者的社会歧视和社会耻辱普遍存在,绝大多数人并不清楚吸毒成瘾是一种慢性复发性脑疾病,治疗这些病人应当像治疗高血压和糖尿病一样,是一个长期的过程。他们仍然相信吸毒成瘾是一个人“道德沦丧”的表现,只有社会的渣滓才会吸毒成瘾,因此,吸毒成瘾人员不管他们如何努力,都很难得到社会的认可和接纳,他们重新就业和重新返回社会的愿望几乎就是一个遥远的梦想,戒毒后的复吸率高达90%以上。

2.9 吸毒成瘾治疗工作几乎完全成为公安和司法部门的特定任务,缺乏社会多部门和机构的参与,更缺乏社区、社会团体、民间组织的广泛参与。

3 我国吸毒成瘾治疗工作面临的挑战

3.1 毒品使用呈多样化趋势,应对策略没有前瞻性

现在已有许多科学研究证明,吸毒成瘾是一种慢性复发性脑疾病^[7-10]。伴随城市化和现代化进程的加快,吸毒的人数在上升,吸毒者使用的毒品也更加多元化,除传统的毒品鸦片和海洛因以外,“冰毒”、“摇头丸”和“麻古”等其他苯丙胺类兴奋性毒品已开始出现并呈现迅猛上升的趋势。国内研究的数据表明,苯丙胺类兴奋剂成瘾者与海洛因成瘾者无论在人口学特征、职业特征、社会地位和经济地位上都有很大的差异^[11]。由于我国现有的资源十分有限,目前已有的强制隔离戒毒所收治海洛因成瘾者已接近饱和状态,戒毒所干警接受过治疗合成毒品成瘾治疗的人数不多,因此,无论从戒毒所的硬件或者是软件来说我们对多元化毒品使用的现状还没有足够的应对能力。

3.2 治疗以脱毒治疗为主,缺乏有效的心理康复方法

尽管《禁毒法》强调要注重对吸毒成瘾者的心理康复治疗,但现状是几乎所有的强制隔离戒毒所

或多或少都存在由于人员编制的不足以及经费的欠缺,它们普遍缺乏专业心理工作者和社会工作者。近年来对强制隔离戒毒所的许多研究发现,虽然强制隔离戒毒的时间为2-3年,但没有证据表明,强制戒毒时间的长短与戒毒成功率是直接相关的^[12-13]。

3.3 吸毒成瘾病人大多合并其它精神疾病,但缺乏相应的治疗

研究表明,有相当一部分吸毒者在吸毒前和吸毒后并发有不同类型的精神疾病。戒毒工作中需要心理卫生工作人员对他们的精神状态进行评价,并根据评价的结果,针对相关的精神疾病做治疗,这样才能提高戒毒治疗的成功率。我国治疗的现状是很少有戒毒机构重视这部分人的合并精神疾病问题,更没有专业人员开展相关的评估和治疗工作。

3.4 接受治疗的病人比例太低

吸毒成瘾人数截至2011年底,全国公安机关共收戒吸毒成瘾人员9.2万余名,全国强制隔离戒毒所在戒人员达到22.7万余名^[14]。到2011年12月31日,中国28个省(自治区、直辖市)共有738个社区美沙酮维持治疗门诊开诊,其中有29辆流动服药车。全国累计治疗病人344,254人,在治人数为140,102人,门诊平均在治人数为190人。如果我们把强制隔离戒毒的在戒人员22.7万人,加上全国正在执行社区戒毒人员3.6万名,社区康复人员4.0万名,接受美沙酮维持治疗的在治人数14万人都作为接受治疗的人数,那么2011年全国接受治疗的鸦片类药物依赖者总人数也不过是44.3万人,只占全国滥用海洛因人员115.6万人的38.32%。除此之外,到社区戒毒医疗机构进行治疗的吸毒成瘾者全国每年不会超过10万人次,使用合成毒品成瘾的病人无论是被强制隔离戒毒或者是自愿接受治疗的人数都非常有限,我国目前的几种治疗方法完全不能够满足众多吸毒成瘾者的需求。

3.5 强制隔离戒毒所中针对吸毒成瘾人群的卫生服务资源短缺

我们还将面临艾滋病和肝病的巨大挑战,云南、新疆、广西、广东等省的现有艾滋病病毒感染者和艾滋病病人中,因共用注射器注射毒品感染艾滋病病毒的占70%,强制隔离戒毒所60%的病人已感染上丙型肝炎病毒,这些疾病需要耗费巨大的卫生服务资源,而现状是我们大多数强制隔离戒毒所都

没有足够的卫生服务资源以及相应的经费,不能够为这些患者提供必要的医疗卫生服务。

4 我国吸毒成瘾治疗工作的展望

目前国际上的研究显示,吸毒成瘾的治疗需要多元化,没有一种单一的方法可以治疗所有吸毒成瘾者。治疗必须方便可及,必须照顾到患者的多种需求,而不仅仅是针对毒品依赖。病人对治疗提供者和治疗机构的满意度是治疗成功的基础,让患者尽可能保留治疗程序中一段恰当的时间是有效治疗的关键。吸毒成瘾的治疗应当以科学证据为基础,治疗方法应当在权利平等的基础上开展,吸毒成瘾的治疗应当是自愿的和知情的,已有科学证据表明有效的治疗方法有:美沙酮替代递减/维持治疗、丁丙诺非替代递减/维持治疗、纳曲酮治疗、动机促进治疗、认知心理治疗、居住形式的治疗集体(Therapeutic community)、匿名戒毒会等。

2000年出版的《中国的禁毒》白皮书清楚表明:“中国从国情出发,以强制戒毒为主体,采取多种办法帮助吸毒人员戒除毒瘾^[15]。”这是中国的现实,也是在今后相当一段时间内的基本国策。因此,如何强化强制隔离戒毒体系中的心理康复和行为矫正力量,是当前的首要任务之一。

吸毒成瘾的治疗是一项需要耗费大量人力物力的社会公益事业,因此,随着我国经济的发展,政府应该加大对戒毒的投入,特别是康复、回归社会的投入,以减少对社会的危害和公共资源的占用^[16]。政府应加大对自愿戒毒医疗机构的投入,要有定量的指标考评这些机构的治疗质量和治疗效果,从而决定经费投入的多少。要加强对工作人员的培训,增强他们对吸毒人员的进行有效的管理和治疗的能力,提高自愿戒毒医疗机构的服务质量。

无论是强制还是自愿戒毒机构,以及社区戒毒,我们都需要大量的、经过系统培训的专业人员。但我国参与戒毒工作的人员培训不足,在吸毒成瘾治疗机构中的医生只有一半接受过戒毒相关培训,超过三分之二的工作人员戒毒经验少于三年^[17]。因此,要加强对戒毒工作人员的系统化和标准化培训,改变他们依靠经验进行治疗的观念,促进他们开展以科学证据为基础的治疗。

要提高吸毒成瘾治疗体系中的心理康复和行为矫正能力,首先这样一些机构需要有专职的心理

康复工作者和行为矫正工作者,在暂时不能增加这类专业人员的情况下,需要对这些机构内的戒毒工作人员进行心理康复技能和行为矫正技能的培训,让他们能感同身受的理解吸毒成瘾者的痛苦与需求,相信只要能用科学和专业的方法和技能给予戒毒者指导,就为成功的治疗奠定了基础。因此,我们应培训更多的专业人员,使他们能掌握心理康复和行为矫正的方法,有的放矢解决吸毒成瘾者的问题^[18]。

目前,国内一些研究机构、强制隔离戒毒所已经引入了一些国际上有效的行为矫正和心理康复方法,并在实践中结合当地文化进行实施,取得了成功,但这些方法大多在较小的范围内实施,仍未有大规模开展心理康复和行为矫正的经验。我们需要这些经验和方法进行总结,将其上升到理论的水平,然后返回到强制隔离戒毒所进行实践,在得出科学研究证据的基础上,进行大规模的推广运用。我们还应当对这些方法进行成本——效果的评价,总结经验和教训,由专业技术机构将其推广到强制隔离戒毒所,尽快改善强制隔离戒毒所缺乏心理康复与行为矫正技术的现状。

中国地大物博,生活在同一社会中的个体与个体、群体与群体之间的差异是非常大的,他们的行为在不同的地区、社会文化、社会地位和经济地位背景下也表现出很大的差异。因此,在某一地方成功的模式在另外的地方可能会根本行不通。今后国家或省级地区在进行戒毒治疗资源的配置和规划时,可能要更多考虑到当地的地区差异,以及社会文化背景、社会经济状况和人力资源的情况,合理布点,以便能够更为有效地利用资源。

目前,我国的吸毒成瘾治疗几乎完全是由政府包下来,社区、社会团体、非政府组织、民间组织参与的空间非常有限。虽然我国目前大力推广的美沙酮维持治疗起到了令人瞩目的成就,但大一统的、几乎是占主导地位的强制隔离戒毒治疗模式是不可能满足不同类型吸毒成瘾者需求的。当今,我国的民主法治建设正在走向一个新阶段,社区正在开始朝着“自我管理、自我服务、自我教育”的方向发展。因此,今后的戒毒工作应尽可能多地给社区、慈善机构、社会团体、志愿工作者、非政府组织、民间组织、宗教组织以更大的工作空间,让它们发展有效的和多元化的戒毒模式。这些模

式包括:以社区为基础的预防、治疗、康复、善后照顾和重返社会工作;居住形式的治疗集体;戒毒者自助互助小组;门诊治疗;住院治疗;动机促进访谈;认知治疗;宗教戒毒;美沙酮维持治疗;丁丙诺啡维持治疗等。

今后,可能会有更多的部门和机构参与到戒毒工作中来,从而降低政府的投入,降低政府参与某些工作的风险,也能让政府工作顾及不到的地方得到互补。比如,政府可以拨款给一些确实能够帮助吸毒成瘾者的民间组织或非政府组织,让它们去收治吸毒人员,政府只对它们的工作进行督导和评估,决定下一财政年度的经费预算。政府也可以通过法令的形式让吸毒成瘾者选择是进强制隔离戒毒所还是去自愿戒毒医疗机构进行治疗。

目前,中国有相当一部分社区的功能萎缩,这些社区缺乏自我学习、自我管理、自我服务和自我教育的能力,而功能欠缺的社区是不能适应社会发展需要的。在以社区为基础的吸毒成瘾治疗和康复工作中,我们需要为社区赋权,建立社区支持系统,为吸毒成瘾者提供生活技能和职业技能训练,使吸毒成瘾者能够顺利地回归主流社会,做好这些工作的基础,首先就是恢复社区的功能。在今后的工作中,我们要将社区功能恢复与社区发展紧密结合,提高社区成员的公民意识,让他们确实对社区的公共事务负起责任来。只有在社区功能不断恢复和重建的过程中,社区才会具有持续帮助吸毒成瘾者和他们家庭的能力。

随着我国社会经济、科学技术、民主化进程和法治化进程的发展,契约社会和公民社会逐渐完善,社会保障系统逐步加强,社区应维护每一个成员的人格尊严,让每一个公民的合法权利得到保障。我们要在社区层面做好减少对吸毒成瘾者的社会歧视和社会耻辱工作,因为这是社会文明进步的标志,是构建和谐社会的根本保证。我们应当尊重和保障吸毒成瘾者的健康权利与生命权利,使他们能够与社会其他人一样平等享有科学进步带来的利益。只有在这种社会与人全面协调发展的氛围下,建立起来的不同戒毒治疗体系才

能够实现互补,真正起到帮助吸毒成瘾者回归主流社会的作用。

【参考文献】

- [1] 中华人民共和国禁毒委员会办公室:《2002年中国禁毒报告》.
- [2] 中华人民共和国禁毒委员会办公室:《2012年中国禁毒报告》.
- [3] 中华人民共和国禁毒法. 中国药物滥用防治杂志,2008,14(2):65-69.
- [4] 李姝音,黄莺. 我国现行强制戒毒制度研究[J]. 政法学刊,2005,22(3):72-74.
- [5] 姚建龙. 禁毒法与我国戒毒体系之重构[J]. 中国人民公安大学学报,2008(2):39-44.
- [6] 冷宁,阮惠风. 社区戒毒中社区矫正理论的运用与实践[J]. 中国药物滥用防治杂志,2009,15(3):172-175.
- [7] 师建国. 成瘾医学[M]. 北京:科学出版社,2002年版:46-62.
- [8] Xu H, Li S J, Bodurka J, et al, Heroin-Induced Neuronal Activation in Rat Brain Assessed by Functional MRI[J]. Neuroreport,2000 Apr 7, 11(5):1085-1092.
- [9] Buttner A, Mall G, Penning J, et al. The Neuropathology of Heroin Abuse[J]. Forensic Sci Int, 2000, 11; 113(1-3). 435-442.
- [10] Ornstein T J, Iddon T I, Baladacchino A. M, et al. Profiles of Cognitive Dysfunction in Chronic Amphetamine and Heroin Busers[J]. Neuropsychopharmacology, 2000, 23(2):113-116.
- [11] 赵苓,赵成正,刘彦红,等. 我国的药物滥用与艾滋病现状[J]. 中国药物依赖性杂志,2003,4(12):246-251.
- [12] 郭建安,李荣文. 吸毒违法行为的预防与矫治[M]. 北京:法律出版社,2000年版.
- [13] 薛永兴,杨云. 从二次劳教戒毒人员的分析谈戒毒工作的发展[J]. 犯罪与改造研究,2000,4:22-24.
- [14] 中华人民共和国禁毒委员会办公室:《2012年中国禁毒报告》.
- [15] 中华人民共和国禁毒委员会办公室:《1999年中国禁毒报告》.
- [16] 郝伟,中国药物滥用:现状,问题及对策[J]. 中国药物滥用防治杂志,2004,13:227-230.
- [17] TANG Y L, WISTE A, MAO P X, et al. Attitudes, knowledge, and perceptions of Chinese doctors toward drug abuse[J]. J Subst Abuse Treat, 2005, 29: 215-20.
- [18] 郝伟. 中国药物滥用:现状,问题及对策[J]. 中国药物滥用防治杂志,2004,13(3):227-230.

(收稿日期:2012-12-17;修回日期:2013-01-08)