

强制戒毒的现制调整与合理定位

——实施《禁毒法》的两大要点

王利荣

(西南政法大学 法学院, 重庆市 400031)

摘要:随着《禁毒法》的实施,统一强制隔离戒毒的管理体制将促使劳教退出现制;戒毒的双重特性是绝大多数成瘾人员因吸毒过错负有接受治疗的义务,因脑部疾患拥有被治疗的权利;强制隔离旨在治疗而非惩戒或者贬损性教育,因而传统的管控模式须让位于真正意义上的治疗模式;但限于制度成本和客观可能,场所强戒应限于有治愈可能且具须与隔离的吸毒成瘾人员。

关键词:禁毒法;治疗康复;政府救济;管理体制

中图分类号:D922.14 **文献标识码:**A **文章编号:**1673-9841(2009)02-0088-05

2007年12月29日颁布的《中华人民共和国禁毒法》已于2008年6月1日施行。该法实施之际,以下方面值得关注:首先,《禁毒法》确认了政府组织强戒活动的权力,明确了其基本的活动规则,政府承担强制隔离戒毒的艰巨任务极大坚定了社会的禁毒信心,但作为一种长期且须耗费巨大资源的活动,政府承担救济的角色才更具理性;其次,强制戒毒涉及妥当处理被治疗人的基本权利保护和社会基本安全之间的紧张关系,它的治疗康复的定位既已表明传统机制以管控代治疗的做法行不通,实施该法就须有更为切实可行且系统具体的制度性方案;再次,除确认对吸毒成瘾人员施予自愿戒毒和维持治疗等方式外,《禁毒法》统一规定了社区戒毒、强制隔离戒毒等强戒对象的范围、移送程序、基本管理方式和期限等框架性内容,它预示着现有强戒体制须做重大调整,进而劳教制度未来命运又一次成为焦点。它们构成了本文讨论的两大主题——合理定位强戒和调整现制。

一、统一强制隔离戒毒的管理体制已成定局

《禁毒法》第41条规定:“强制隔离戒毒场所的设置、管理体制和经费保障,由国务院规定。”有鉴于此,以下追问有待清晰解答。

第一,是否保持现有管理体制?1995年国务院就已颁布实施《强制戒毒办法》,此后公安部颁行实施了《强制戒毒所管理办法》,两个行政法规都分别对强制戒毒所的

类型设置及管理体制做出了明确规定。强制戒毒所由公安机关具体管理,是公安机关组织实施的行政强制措施,简称公安强戒。强制戒毒所须由省、自治区、直辖市人民政府根据本行政区域内实施强制戒毒实际需要统一规划,由县级以上人民政府公安机关提出方案,报同级人民政府批准。劳教强戒是劳教制度的组成部分,由司法行政部门统一管理。创制于1957年的劳动教养模式具有相同的行政强制性,1982年国务院《劳动教养管理办法》还表明它与强戒所一样都接受的是相同级别的行政法规的调整,由于劳教所根据1990年《全国人民代表大会常务委员会关于禁毒的决定》承担了对经强戒仍然复吸人员的戒毒工作,司法部又制定相应管理办法落实其法律要求,它构成了现行强戒体系的另一重要层次,简称劳教强戒。国务院对不同的强戒管理体制即已做出规定,《禁毒法》第41条的表义似是确认现制。

第二,是否调整现有管理体制,整合有限资源?笔者以为,实施《禁毒法》的首要任务是统一强制隔离戒毒(下文简称场所强戒)的管理体制。也就是说,该法第41条的实质涵义是要求政府根据社会需要与可能,以及场所强戒制度的变化,理顺并以法规形式定型新的管理体制。(1)基本法律既已变化,行政法规必然跟进调整。按国务院原有规定,公安强戒期限为三至六个月,最长不得超过一年,劳教强戒期限为一至三年,而《禁毒法》在增加强戒类型(社区戒毒和场所戒毒)的同时,明确要求强制隔离戒毒的层次合二为一,后者期限统一为二年,提前解除强

* 收稿日期:2008-07-19

作者简介:王利荣(1957-),女,湖南衡阳人,法学博士,西南政法大学法学院、毒品研究基地,研究员,主要研究刑事执行学、刑事政策学、刑法基础理论。

戒的实际戒毒期限不得少于一年,须延长强戒的不超过一年。可见,既然场所强戒得以统一,管理体制就须简化且由法规加以确认;(2)归并现有管理体制,既能整合资源又能有效规范政府有关部门的强戒活动。就启动其运行而言,作为决定移送场所强戒的部门,公安机关首先得清楚本区域强戒场所的收容和治疗能力,而强戒场所各有归属的现行体制在很大程度上阻隔了这些信息和遮蔽其视线,管理层次过多导致制度内耗过大;就治疗康复效果而言,不同体制容易形成行政壁垒,各行其是导致管理渠道不畅,一方面治疗资源得不到合理利用,治疗水平的整体提高,治疗技术的普及适用均受到体制制约,另一方面可能出现强戒场所及人员重复配置的现象,导致资源浪费和制度低效;就法律完善及统一实施而言,不同管理体制会对法律程序的控制产生负面影响,如果管理透明度不够,缺乏一致活动规则,强制之下的被治疗人权利保护就仍会是一个模糊区域,亦即一个问题区域。

第三,如何统一强戒管理体制?统一现有管理体制的方案要么是将现有劳教强戒并入公安强戒,要么做相反的选择。而从制度运行规律和管理效率上看,由国家司法行政部门统一组织管理强制隔离戒毒工作更具合理性。理由是:(1)无论基于什么目的,强制加隔离的措施都是法律制度中至为敏感的部位,移送机构与强戒管理机构分属两个部门则可以形成有效的权力制约。公安机关行使移送强制戒毒的权力,司法行政部门履行强戒的职能,不仅促使两者之间配合和制约,还便于检察机关依靠法律程序跟进监督;(2)《禁毒法》规定的强戒制度在管理规律上类似于现有劳教强戒,因此由司法行政部门接管公安部门所属的强戒所不会过大的改变制度运行的节律,而且还能让后者更快被整合和进入运作状态,加之公安机关职能庞杂、基层警力有限,将强戒管理从其职能中剥离出来能减轻其工作压力,反而使之能够真正发挥出维护社会治安和打击犯罪的重要职能;(3)司法行政部门拥有多种人身强制场所的系统、具体的管理经验。近年来,随着人权保护观念的增强,各种场所的规范化管理程度有了明显提高,管理规则体系较为完整,心理辅导运用于特殊对象的工作亦已取得初步成果;(4)将不同用途的人身处置场所归于一个部门管理,便于该部门在甄别各自管理规律的基础上,提炼系统的治疗规则和具体的管理方法;(5)移送与管理分离有利于防范借其变相羁押犯罪嫌疑人或刑事被告人。

但这样做有一个重要的前提:归并后的强制隔离戒毒体制不应混同于现行的劳教体制。即不宜用劳教制度去涵括强戒制度。由于强戒的治疗康复性质既不是“行政处罚”也不等同“收容教养”类的保安处分,管理部门不

宜继续采取在一个场所内分类管理不同劳教对象的做法,应对新的制度要求。在这一意义上,《禁毒法》能够了结长期以来劳教制度的存废的争议,它的实施使得劳教的现有功能被部分保留而其名称不复存在。目前,劳教的主要对象是毒品成瘾经强戒无效的复吸人员,实施了严重危害社会行为但不具犯罪主体资格而被收容教养的14至16岁未成年人、少量对象是信奉法轮功且扰乱社会秩序的人员,实施危害行为不够定罪标准但具有存在明显社会危险性的人员;个别对象是卖淫嫖娼且情节较为严重的人员。其中在沿海地区、西部省市和大部分中部地区,第一类人至少要占劳教人员总数的70%以上,如果这些人转入强戒场所,加上对后三类人采取或轻罪化或社区服务之类等更具针对性处置做法,劳教就只剩下收容教养的职能了,而作为刑法确认的制度,收容教养制度其实无须再借劳教之名^①。

二、政府理应承担救济的角色

合理构建国家强戒体系,治疗吸毒成瘾人员确有预防和控制犯罪的重要意义。但成瘾虽是连吸毒者自己都无法控制的结果,不少戒毒人员甚至自身也有戒除毒瘾的愿望,绝大多数人员的吸毒成瘾却存在个人过错,因而政府没有理由承担由其带来的全部后果,政府及整个社会尽其所能对其予以扶助,原本是一个浅显的道理;戒毒低效又是一个客观事实,在吸毒者“终身想毒”与强制戒毒对策之间,政府能力受到了客观可能与制度成本的双重限定,因而追求对其“根治毒瘾”的效果会实际超出政府能力;此外,以下预测并非没有根据,相当部分的吸毒成瘾人员可能一再选择吸毒,以反复出入强戒场所逃避社会排斥、歧视、生活压力和情感受挫,显然,在耗损如此之多的资源以后,这样的制度寄生现象是公众、政府都不愿看到的。由此可见,在建构国家禁毒体系框架之后,《禁毒法》的立法意图须做整体、系统和准确的阐释,包括在定位强戒为治疗基础的同时,定位政府的救济角色。

《禁毒法》把强制戒毒制度细分为社区戒毒、场所强戒和社区康复等三个阶段的用意很明显:提高和巩固治疗效果,让被治疗人在面临接触毒品的高危环境中继续得到生活扶助和行为指导,并形成制度活动的良性循环。但是,由于增加了基层政府组织的社区戒毒和社区康复等类型,延长了强制隔离戒毒的时限,国家以至纳税人的负担都会随之加重。具体地说,社区戒毒期限为三年,经强戒的社区康复为三年,加上场所强戒的时间,总共七年至九年的活动维系主要靠财政支持,会明显加大地方政府在人力、物力和财力上的压力。值得注意的还有,《禁毒法》第38条将强制隔离戒毒对象人员分为四类,其中

^① 由于劳教的现有功能已被其他制度替代,笔者以为劳教退出现制的时机已经成熟。目前正在拟制中的《违法行为教育矫治法》的立法方案应当被放弃。唯此,人身强制措施的运用才更符合人权保护的法治价值,符合必要社会防卫的刑事法目的。

包括经社区戒毒、强制隔离戒毒后再次吸食、注射毒品的人员,这就意味着强戒场所还得循环收容治疗那些复吸的人员,进而政府及社会压力将呈持续状态。这里,还须特别说明一点,《禁毒法》提及的社区戒毒与社区康复方式,都只是相对被治疗人所处的环境而言,而不是指以社区为戒毒主导力量的模式,更不是由此去直接获取社会物力和财力上的支持,尽管各地政府都希望利用社会资源解决一些问题,但我国大陆地区的社区自治和防控意识及能力不足的状况却在将来一段时间内不会有根本的改变,地方政府对此埋单是一个回避不了的结果,尤其在两种社区治疗康复方式的起步阶段,地方财政的投入程度就更大一些。

目前,有必要进一步甄别和限定强制隔离戒毒的对象。这样做的客观根据是政府收容治疗的能力始终有限,有限的资源须予合理的利用;这样做的制度经济学根据是,刚性制度的适度运行确能有效维护社会基本安全与秩序,但完全替代柔性手段会“因不得不处理远超过其制度容量的问题而不堪重负,从而引起制度扭曲和制度紧张”^[1]。因而分别情况采取不同的对策,制度运行才会具有合理性和有效性。2002年8月9日,中央电视台焦点访谈介绍云南自愿戒毒经验时,曾提及两个数据:在云南须要接受强戒的人员有五万人之多,而政府能够收容强戒的最多两万人。假设最近五年该省的强戒场所已经有所增设和扩建,《禁毒法》的实施仍将使得场所的周转率因强戒期限的延长而大大降低,这很大程度上冲抵了目前已经扩建和新设场所的收容能力,场所不敷应用的现实困难将日趋明显。全国情况亦与之相似。何况,事实证明,不加区别地将大量戒毒人员塞入有限场所会带来一系列不良的后果,由于国家投入严重不足,目前一些省市强制戒毒所、劳教场所出现了超载收容的现象,显然由于缺乏基础设施的条件,这些场所的治疗和良性管理节律都会被打乱。因此,场所强戒对象只可能限于那些减轻症状和治愈希望的人员。除个例外,经强戒后仍然复吸的人员不宜再列入场所强戒的范围,对这些人员只能做维持治疗。

其实,治疗与救济之间的因果链并不是包涵所有的因果关联。对被治疗人来说,戒毒康复是一个长期自救与社会救助的互动过程,此谓自助者,人助之,因此救济是戒毒的必要而非唯一的条件,被治疗人意志才是决定其远离毒品的关键。

反之,救济定位又决定了治疗方式和目标。首先,基于救济,治疗方式的重要性得以突显。目前为维持强戒场所的基本运行,加上个别管理部门受利益的趋动,劳务加工已经成为绝大多数场所选择的劳动项目,这种无须多少投资和成本的项目给管理部门带来的经济风险倒是很小,但高度单调重复的手工操作占据了被治疗人的大多数时间,治疗形成虚设。而且这样做虽然能够利用被

治疗人创造薄利补充了国家投入之不足,个人再社会化却由此更困难,并叠加与民争利和导致市场无序,以及它导致劳动者诸多心理症状等诸多弊端,进而政府立足于治疗的救济角色无从体现。其次,基于救济,启动维持治疗被政府视为最后的手段,这一点《禁毒法》第51条已做了简而要而谨慎的确认。也就是说,即使是消除吸毒人员心瘾的唯一有效方法,社会也没有能力和理由为其提供长期的隔离场所及相应的治疗条件。尽管不得已,建立健全维持治疗制度更具操作性,对此,以《禁毒法》为基础制定管理规则体系,是十分必要的。

三、“强制隔离戒除”均须合理解释

《禁毒法》第43条明确规定了场所强戒的性质和目的:“强制隔离戒毒场所应当根据戒毒人员吸食、注射毒品的种类及成瘾程度等,对戒毒人员进行有针对性的生理、心理治疗和身体康复训练。”但事实却是强戒的实质通常被解读为惩罚加治疗。中文环境中,“戒”有多种用法,司法意义上的惩戒即指惩罚与威慑,医学意义上的戒即指强制治疗。人们一般不会误解强制的涵义却找不准戒除的感觉,他们从来不会把精神病院、军营当作监狱,因为这些场所的强制明显基于治疗或是培养责任感的需要,而且相应的强制均与戒除无关。相反,司法与医疗的结合时常让老百姓犯糊涂,在他们看来,强制、隔离加戒除本身就涵摄了惩戒或者混杂了贬损性教育之意,于是强制戒毒场所无论名目如何,均与监狱及其他人身处罚场所的管理模式有多少区别。加之,强戒由治安部门移送和由司法行政部门管理,既然两个机关都是传统意义上的专政机关,即都负有打击犯罪和执行刑罚的职能,人们就很难将其活动与传统的治疗关联起来。至于在制度实践的层面,保护社会安全胜于个人治疗的需要,以管代治、以押代治等本末倒置的现象,并不少见。看来,须用“治疗”释义“戒”,把人身约束性手段严格限定于治疗康复。

第一,作为基本的治疗手段,强制隔离不宜过度运用。就强戒场所而言,谁都不会怀疑持续性隔离的必要性,《禁毒法》所以将强戒的隔离期限定为二年在于用药物戒毒目前没有明显的效果,“唯一重要的因素似乎是治疗时间,患者治疗时间越长,症状减少越多”^{[2]166}。我国大陆地区,“劳教后一般都需经过生理脱毒管理、康复期管理和巩固期管理三个阶段,对于一个教期在一年半以下的吸毒劳教人员来说,除去先前羁押的时间,以及一个月的入所教育时间,进入常规和出所管理教育阶段的时间就很短,很难较为系统地实施各阶段的管理”^[3]。笔者调查中,戒毒人员也普遍反映一年的隔离期是不够的。日本学者的研究发现也证明,“91%的安非他命中毒者入院期间为6个月以下的”治疗几无效果^[4]。至于各国有关复吸率的统计虽有差异,却都能印证以上结论。不过,强制隔离的弊端同样明显:政府负担由此加重;单一封闭

手段的运用致使相对人的自律意识降至极低；戒毒人员与社会隔离时间越长其融入社会生活的能力就越低，治疗效果亦就无从谈及。因而，即使是在场所强戒中，高度隔离向相对隔离的过渡更符合治疗规律。戒毒前期，强制隔离旨在顺利实施治疗方案，后期治疗效果则取决于被治疗人的积极作为，即源自主体内在需要的、主动的、持久的实践和磨炼，取决于被治疗群体内的互助。

第二，由于有关强戒的法律主要调整的是医患关系，治疗规范须由卫生行政部门制定和调整，执业医师也应在强戒活动中起决定性作用。如果照字面上理解《禁毒法》，所谓执业医师是指根据公安部、卫生部《阿片类成瘾常用戒毒疗法的指导原则》而拥有麻醉和精神药品处方权的从事生理治疗的人员，但在制定法意义上，它除此之外还指代那些对戒毒人员施予心理治疗的医生。直接理由是心理治疗医生也有精神药品的处方权，深层原因是，一方面，临床经验表明，对戒毒人员施予生理脱毒并不困难，心理脱毒反而更须专业指导，另一方面，执业医师起主导作用是该项制度走出传统管控模式的关键，它有助于适度分开对个人行为的道德评价与对个人症状所做的病理诊断，并为戒毒确立更为客观的评估标准。具体地说，(1)由此实现管理方式的转位。除必要强制外，戒毒的运作原理主要通过集体的力量、同伴间的角色示范、工作人员的表率及监督作用，实现被治疗人的自助和互助，令其建立全新的生活观念和生活方式，摆脱对毒品的依赖。这一机制和管理方式特点是，它不只利用与外界隔离和紧凑的生活节律控制相对人的行为，也不是在称戒毒人员为病人的同时一律视其为社会“另类”，而是重在对人格尊重的基础予以心理辅导、危机干预和心理治疗，可见在执业医师的指导下，管理者的角色观念将发生转位，他们不再自视为看管者、惩罚者，而是治疗者、引导者；(2)由此确立更为客观的法律目标和合理调整人员结构。我国刑事政策中戒除毒瘾是相当熟悉的提法，通常观念中，戒除无外是吸毒人员不再接触和不吸食任何麻醉或精神药品，强戒场所中，惯于将复吸行为斥为恶习难改亦非少数管理者的评判。但基于科学的态度，医学理论却往往是“用‘多维论’来制定治疗目标和评估疗效”^[5]。除了药物依赖程度外，被治疗人的身心健康、职业、法律状况、家庭社会关系等情况都作为判断疗效和预后评估的重要指数。在后一思路中，病人减轻症状亦是治疗效果之一，病情反复并不意味着戒毒的失败，因此，在执业医师的指导下，有关部门及人员会普遍接受偶吸不等同于复发的观点，他们用病情反复解释戒毒人员偶

然接触毒品的行为，反而有效维系了对其治疗的过程。而且以此为基础，管理人员的结构也会随之调整。目前我国从事心理治疗职业的专业人员很少且水平参差不齐，据知，我国各地的自愿戒毒场所都非常缺乏有经验的心理治疗师^[6]，至于强制戒毒场所因一向被定位为国家制度预防犯罪机构，其公务员考试往往向法学学科倾向，以致这一门槛将一些心理学背景的包括有经验的心理治疗师堵在门外，这方面的技术力量就更薄弱一些；(3)由此关注那些因吸毒或戒毒引发其他病症的诊断与治疗。现制中，两个强戒场所均已实现对艾滋病的定期检测，对其维持治疗也在积极摸索过程中，但是强戒场所中戒毒人员发生心肌梗塞的概率明显高于常人，因蚊虫偶而叮咬就导致皮肤溃烂，体内钙的流失加快导致轻易骨折等现象，也很常见，这些究竟与被治疗人长期吸毒导致机体功能失调和免疫力下降有无因果关联，还未引起有关部门应有的关注。可见，对其做系统的临床观察和针对性防治及治疗，都是真正落实治疗的题中之义。

第三，以戒毒人员再社会化为目标安排心理康复活动，并落实对其基本权益的保护。(1)吸毒成瘾人员有接受治疗的义务。滥用药物成瘾不符合经典的疾病概念，一方面它确属生理和心理疾病，“虽然强有力的证据表明心理因素是药物使用的关键始发因素和维持因素，但多数药物能特异性地改变生理系统的机能并引起生理损害，因此，心理模式尚不能解释与依赖、耐受及戒断反应的有关的生理因素。”^{[2]170}进而以“法律不强人所难”为评判标准的话，对其施予惩罚显然是不正当的；但另一方面成瘾有复杂的因果网络，而且与一般自虐行为不同的是，吸毒成瘾者的自我损害连带产生了诸多社会危害，他由此有承担接受专门治疗的社会义务；何况他们中的大多数具有部分认识和控制能力，理当为社会和自身的利益做出康复努力，这也可以理解是一种法律责任；(2)真正落实心理疏导和心理治疗。强制隔离在隔绝毒品来源的同时有压抑人的情绪和阻隔人际交往的负作用，因此封闭场所中须运用各种心理疏导的方式，畅通被治疗人的情绪宣泄渠道，对其人际交往行为也应予以指导。对此《禁毒法》都有明确的规定。但客观上看，规范要落实到具体制度的层面尚须时日，在现有的两个强戒模式中，单调枯燥的劳动通常会挤占教育时间，简单的行为约束和管理较为普遍，有关部门及人员对心理治疗的理解很模糊，应用也存在误区^①，心理咨询与疏导、自我调适与放松、生活技能训练与社交技巧等系统治疗方案的还有

① 应用心理学中的“心理治疗”术语与《禁毒法》提及的同一概念，与我国监狱劳教场所普遍提及的心理矫治都不相同，前者指代一项由心理疏导结合药物治疗的专门化程度很高的医疗方法，适用对象限于变态心理者、人格障碍者等特殊病人，它与心理健康教育、心理评估、心理咨询、心理预测和危机干预等活动一起构成了心理服务体系。而后两者用于泛指心理健康教育、心理评估、心理咨询、心理治疗等内容。如果不细致甄别这些专业活动的区别，掌握其运用原理，矫治也好，治疗也好，都可能滑向贬损性教育和惩戒，滑向与监狱相同的强制矫治，进而滋生出制度专横。

待摸索、完善和落实；(3)场所内须实施职业培训和适度劳动，并为其制定、调整和实施回归社会的基本方案。在很多情形下，解除强戒人员回归社会所遇到各方排斥要大于刑释人员，在公众看来，其另类加精神病的标签又比后单纯另类的身份更具有社会危险性，原因是他们不仅具有劣根性还不可理喻。可见，政府有关部门包括场所强戒部门都须为这些人的再社会化做更多的扶助工作；(4)所谓强制、隔离措施的适用及程度都不应以治疗为由不加控制，临时性人身保护性约束同样须有法律的规制，以防无惩罚之名却有惩罚之实，进而成为“二劳教”。

第四，强制隔离为治疗服务的定位还在于防止场所强戒成为变相收押犯罪嫌疑人的场所。《禁毒法》第50条规定，公安机关、司法行政部门对被依法拘留、逮捕、收监执行刑罚以及被依法采取强制性教育措施的吸毒人员，应当给予必要的戒毒治疗。这一规定显然以人权保护为旨归，但在理论上，吸毒成瘾人员的法律过错与生理疾病很容易区分，制度实践中，治疗与强制处置、行刑往往混同一处，而且不排除有关部门以疾病治疗为由将强戒场所当做新的“蓄水池”，不合理规避行政执行、刑事诉讼以及刑事执行程序的要求。

第五，它以治疗为目的还明确杜绝了单位营利的行为。《禁毒法》明确了戒毒的公益性质，这对于确保戒毒制度运行的合理性和有效性都具有重要意义。目前据有人调查，“在一些地区，市场上公开或不公开销售的戒毒药品品种繁多，有的经过了国家卫生药检部门的审批，有的正在申报过程中，有的干脆就是非法生产，虽是良莠混杂，但共同的特点都是价格高得令人咋舌，推销人员穿梭于各公安强制戒毒所开展各种攻势，最终目的还是通过公安机关将这些高价的药品转嫁到戒毒人员及其家属的

身上，获得高额的利润，这种情况如果持续下去，损害的将是群众的利益和政府及公安机关的形象，而且极易导致违法违纪问题。”^[7]这里，追究该现象是否具有普遍性倒在其次，值得关注的是，调整后的机制须由政府建立专门的渠道提供和严格管理戒毒药品。

总之，在强制戒毒环节，运用医学标准重新解释吸毒成瘾者的所谓“恶习”，运用法律标准保证戒毒机制构建及运行的正当性，运用经济学原理正视制度选择的有限性，要比政府大包大揽和盲目相信某种刚性力量更有好处。尽管政策层面着重强调政府责任和禁毒态度是可以理解的，但在制度层面，决策者与实施者均应对自身的能力及程度保持务实态度。毕竟这个社会仅靠禁毒的决心和政府强烈的责任感还远远不够，它真正可以依赖的是一套现实允许的理性方式和一个切实可行的行为目标。

参考文献：

- [1] 崔卓兰，蔡立东．从压制型行政模式到回应型行政模式[J]．法学研究，2002(4)：64-73.
- [2] (美)Phillip L. Rice. 健康心理学[M]．胡佩诚，等译．北京：中国轻工业出版社，2000.
- [3] 杨伟．吸毒劳教期限过短不利戒治[J]．上海警苑，2002(2)：34-37.
- [4] (日)井田良．毒品犯罪的对策[M]//西原春夫主编．日本刑事法的重要问题．北京：法律出版社，2000：133.
- [5] 赵敏，等．社区治疗方法在治疗劳教系统海洛因依赖者的应用——湖南模式[D]．引自湖南医科大学与湖南新开铺劳教所相关课题研究报告．
- [6] 张希范，等．心理治疗在戒毒中的应用和体会[J]．中国药物滥用防治杂志，2007(5)：41-45.
- [7] 谈明宗，等．当前我国强制戒毒工作中存在的问题及对策[J]．贵州警官职业学院学报，2003(2)：36-39.

责任编辑 刘荣军

Existing System and Rational Orientation of Drug Rehabilitation

——Two Key Points about Law of Implementing Drugs Control

WANG Li-rong

(Faculty of Law, Southwest University of Politics and Law, Chongqing 400031, China)

Abstract: As the law of drugs control is implemented, management system which makes people out of drugs will enable inmates to withdraw from the present system. The vast majority of addicts have treatment for personnel obligations from drug abuse, because his treatment of brain disorders has been right. Because of restrictions from the system costs and objective possibility, compulsory treatment should be limited to addiction staff who can be cured possibly. The purpose of mandatory and segregation is to carry out the treatment, rather than the punishment or bad education, so real treatment modalities replaced the traditional management control mode.

Key words: drugs control enforcement; rehabilitation; government aid; management system