國內外毒品戒治模式分析

林健陽[1]、柯雨瑞[2]

目　　錄

壹　前言
貳　國外毒品戒治模式之剖析
　一、國外治療性社區毒品戒治模式
　二、國外醫療體系毒品戒治模式
　三、國外戒毒者自治團體
　四、國外宗教信仰體系毒品戒治模式
　五、國外刑事司法體系毒品戒治模式
參 國內毒品戒治模式之剖析
肆 我國與外國毒品戒治處遇模式之異同比較及改進措施
　一、我國與外國毒品戒治處遇模式之異同比較
　二、我國毒品戒治處遇模式之改進措施
伍 結論與建議

摘　　要

我國毒品戒治政策目前採用「除刑不除罪」之機制，被告進入觀察勒戒或強制戒治階段之前，並未經由法官審判。本文認爲就我國而論，法官仍似宜對吸毒犯先進行審判、定罪、量刑及科處緩刑，用以宣示吸毒者仍具有「犯人」之性格。我國刑事司法機關藉由正式之審判定罪，向吸毒犯明白地告知，其雖具「病人」特質，但，亦具有「犯人」特色，令其珍惜及把握毒品戒治之機會。此種「恩威並用」的毒品戒治處遇哲學，完全符合美國及加拿大所稱之「紅蘿蔔及棍子」的毒品戒治理念。另一方面，亦可減低毒品犯對新制度所產生的誤解，或心存投機僥倖的心態，進而提升我國毒品戒治的成效。

關鍵詞：毒品、毒品戒治、毒品危害防制條例、治療性社區

壹 前言

人類有史以來即存在著疾病、貧窮及犯罪等三大社會問題，台灣地區近三十年來由於醫療科技的進步，已能有效地克服疾病所帶來的一些痛苦，至於貧窮也因福利政策的實施而獲得了改善；唯有犯罪問題，卻因經濟及社會多元化的發展而日趨複雜。雖然此乃社會因工業化、商業化、都市化急劇變遷、轉型期不可避免之現象，但無可否認的，犯罪問題常會阻礙社會進步，影響生活品質。而近年來，又因毒品、黑槍、幫派在台灣氾濫，毒品犯罪更於民國八十三年達到高峰，甚至超越年年居首位的賭博罪（黃政吉，民 86：20）。根據法務部

[1]林健陽，中央警察大學犯罪防治學系專任教授，美國德州休斯頓大學刑事司法博士。
[2]柯雨瑞，中央警察大學國境警察學系專任講師，犯罪防治研究所博士班研究生。

的報告指出，毒品犯即使經過生理之戒斷，但心理上之依賴或稱「心癮」，仍難以根除，民國 87 年之後，雖然「毒品危害防制條例」明文規定毒品戒治處所應獨立於監所之外，另外單獨設立，但目前我國戒毒模式中，觀察勒戒處所仍是附屬於看守所之內，強治戒治處所則附屬於監獄之內，此種以監禁爲矯治毒品犯作法之成效，堪疑，應另覓有效途徑，方能符合先進民主國家戒毒的需求與世界之潮流。

國外在對於毒品犯的緝毒與戒毒上均有不同的看法，美國、日本、香港、新加坡，四個國家都有政府機構的戒治單位，僅有美國與香港將毒品犯亦視爲病人，而有一般性私人戒治機構的存在。本文就各國對於毒品戒治的看法所引用的戒治模式做一詳盡的介紹，主要分爲一般社區、醫療體系、宗教的戒治模式與刑事司法體系的戒治模式來探討，期能對於毒品戒治提供一個完整的介紹及探討，作爲政府、學者在未來推行毒品戒治一個參考資料。

貳　國外毒品戒治模式之剖析

一、國外治療性社區毒品戒治模式

1、美國治療性社區處遇計畫〔therapeutic community (TC) treatment program〕

這個計畫提供毒品成癮者庇護性的社區，使其能達到完全禁戒，並方便毒品成癮者運用輔導者之力量，如此，交互運用內外在之戒毒力量來達到自助原則(self-help orientation)以期毒品成癮者重建正常生活。因此，治療式之社區處遇是具有生活性，即在高度結構的社區環境中使毒癮戒治者回復其人格及行爲，其主要目標是在發展毒癮戒治者的社會關係。這樣的方式類似台灣台南監獄明德戒治分監的「戒毒村」，專門爲實施毒癮戒治而設，該項處遇最主要的方式則含有「集體治療」、「個別指導課程」、「毒癮治療及正式的教育課程」、「生活、工作之義務觀念養成」以及之後爲戒治者所設計的「日常生活工作作息階段表」。其中有些治療性社區處遇只要求毒品成癮者在該處遇處所待上六個月，但最理想的處遇時間卻需要十五個月。而在治療性社區之戒治處遇成功的定義，則在於生活型態的改變，諸如戒除毒癮、增加生產力及減少反社會行爲等。

因此，在美國藥物濫用報告計畫（DAPR---Drug Abuse Reporting Program）、處遇成果預測研究（TOPS---Treatment Outcome Prospective Study）以及其他治療性社區處遇計畫的檢討報告中，均顯示出他們在改進毒癮者方面有立即性之成效，且在長期觀察下，毒癮戒治者之社會行爲有顯著的進步。其泛指社會生活及行爲，諸如：就業及學校等因素逐漸介入並增加時，毒品使用者及其犯罪行爲明顯地減少。而該項計畫及社區處遇所造成毒癮戒治者行爲改進的程度如何，則端視戒治者在計畫中所待的時間而定。

2、香港戒毒會的自願住院戒毒治療計畫

「香港戒毒會」所提供的自願住院戒毒治療與康復服務，是全港規模最大的。該會設有兩間住院戒毒中心（一間可容納一二九名女性戒毒者），四間分區社會服務中心，五間中途宿舍和一間工作技巧訓練中心，該會還設有一間診療

所，爲戒毒者提供入院前體格檢驗及美沙酮門診治療、驗尿和出院後的醫療照顧服務。

這項戒毒治療計畫通常會先安排戒毒者在等候入院期間接受門診治療，隨後入住戒毒中心戒除毒癖，並接受心理治療康復、輔導。一九九二年七月，石鼓洲康復院，開始實行一個嶄新的兩極戒毒治療制度，根據該制度，戒毒者可選擇只接受爲期四週的戒毒及康復計畫（短期療程），或爲期十二至十六週的規定戒毒治療及康復計畫（長期療程）。初來的戒毒者首先入住該院轄下的醫院，接受爲期七天的治療，然後轉往康復病房，繼續接受戒毒及康復治療。戒毒者完成這個短期療程後，便可出院或被派往該院所設的十三間小組宿舍的其中一間，參加心理重建、康復計畫。這項計畫包括工作治療、個別小組輔導、社會教育以及行爲改善，曾在戒毒中心接受治療的康復者經過訓練後，出任輔導專業人員，以同輩輔導員及組長身份，以身作則，爲其他戒毒者樹立良好榜樣[3]。

3、日本「社區處遇之地域網路模式」

日本的戒癮模式，可謂爲整合式的策略，除了政府的力量之外，更有社區的參與及民間大量志工的投入，提供輔導、藥物濫用教育、更生資訊等協助濫用藥物者停止用藥，重返社會。其中民間組織中，以富有歷史的民間「防犯協會」來發動組織和推展(Braibanti,1948，引自黃富源，民 83；江振亨，民 89)。日本的藥癮治療階段，其觀念與我國雖大同小異，但可能因其濫用之歷史較長，加上日本社會之特質，對於離開醫院以後之吸毒病人（即追蹤期），建立所謂「社區處遇之地域網路模式」即結合警察署（暫時保護）、保健所（指導訪問）、精神病醫院（驗尿）、福祉事務所及職業安定所（安排就業）等機構。提供其生活上之幫助與輔導，以防止再犯，其成效極佳，足供吾人參考(闕銘富、張鴻仁，民 83，頁 23)。

二、國外醫療體系毒品戒治模式

1、美國美沙酮維持治療計畫

這個計畫是對成癮深度較高，難以戒除毒癮者，透過提供鴉片類藥物替代物—美沙酮以控制鴉片類毒品成癮者，使其能保有一定程度之社會功能，避免或減少其死亡及其他行爲問題。由於美沙酮本身具有藥癮性，因此在美國聯邦有法令規定，戒治者必須要有毒癮歷史的文件證明而且必須在沒有化學治療的情況下始能發揮其功能。美沙酮治療計畫基本上並不要求達到毒品的禁戒，但必須包括毒癮復癒或毒癮者的社會生活功能上必須有所改進，以促使其回歸社會並在生活上有所生產能力。大部份有關美沙酮治療計畫的研究報告都具有積極正面的成果。該研究的計畫包括：藥物濫用報告計畫（Drug Abuse Reporting Program ，DAPR）、處遇結果預測研究（Treatment Outcome Prospective Study ，TOPS）、以及相關個別計畫之評估。最近有些評論及研究報告發現，美沙酮治療計畫之

[3]闕銘富、張鴻仁，「考察日本、香港、新加坡戒毒體系」，頁 51。

毒癮戒治者在其毒品吸食以及犯罪行爲上有顯著的減少，而在其整體行爲上以及健康方面亦有所進展。

美國學者安吉林（Anglin）等人指出：在非監禁情況下所採取的美沙酮治療計畫，戒治者每日吸食毒品的情形從百分之七十（數個研究的平均數）降到百分之十二；相同情形下，禁戒毒品的人數也從百分之十二增加到百分之二十六。在有關財產性犯罪方面，比起未接受戒治計畫者百分之十八的犯罪率，在非監禁情形下接受美沙酮治療計畫者的財產性犯罪降爲百分之十一。學者馬德斯以及德斯蒙發現當美沙酮（methadone）治療計畫在聖安東尼奧以及德州等地區的使用對象（藥癮戒治者）增加時，當地犯罪率亦相對減少，不過當該項戒治計畫之預算被刪減而造成許多未戒治完全的毒癮者時，犯罪率又再度地升高。另在紐約市、費城以及巴爾的摩等地區，研究學者針對六一七位毒癮者所做的研究中發現，每人犯罪的平均天數從未接受計畫的該年的三０七天減少到接受戒治計畫六個月後的十八到二十四天。

2、美國醫院急性解毒計畫

這個計畫是提供毒品成癮者在醫院去除戒斷症狀，幫助其康復，基本上，解毒計畫所使用的戒治藥物包括抗憂鬱藥、美沙酮或 buprenorphine，並利用此類藥物消除症狀、遠離毒品。大部份的解毒計畫係針對毒品成癮者，並利用超過二十一天的時間以美沙酮來解除鴉片毒癮發作的症狀。不過美國之解毒計畫通常沒有提供後續的治療服務。所以有關解毒計畫的長期性成果並沒有經常被加以評估，所以其成效被認爲是有限的。

3、美國門診諮商與日間留院計畫

這個計畫是針對完成急性解毒之毒品成癮者，對其進行持續醫療照顧，預防其復發。美國早在一九七０年代就已開始實施，主要係針對年輕的藥癮族群（非毒癮者）而設計。但繼之以後，加入「門診諮商計畫」的毒癮戒治者逐漸地與加入「美沙酮治療計畫」的人一樣多。不論是針對吸食鴉片或其他毒品的毒癮者，該計畫都提供相似的戒治服務。門診諮商計畫最主要的方式是在於諮商以及訓練參與毒癮戒治者之社會技能。這項計畫的內容相當廣泛，諮商的內容涵蓋：身體健康、心理健康、教育、職業、法律、房屋、財務、家庭等方面需要上的服務。該項戒治計畫強調戒除合法及非法的藥、毒物，並對可能造成毒品吸食的環境予以關切。

4、香港衛生署的美沙酮門診治療計畫

在一九七二年底，香港首次以門診方式爲濫用藥物者提供美沙酮治療。爲配合日益增加的就診人數，美沙酮門診計畫現已擴展爲香港最龐大的戒毒治療計畫。衛生署轄下的門診診療所提供代用療法和戒毒服務，雖然當局鼓勵求診者接受戒毒治療，但他們可選擇戒毒治療或代用療法，而大部份求診者都是選擇代用療法。在進行戒毒治療期間，診療所會將所供給的美沙酮劑量逐漸遞減，但亦會按照戒毒者的需要而加以調整。這種治療法著重於減輕戒毒者毒癮發作時的不適，以免他們再度使用違禁藥物。戒毒者如不能戒除毒癮，仍可繼續在

同一診療所接受美沙酮代用療法。

雖然美沙酮本身是一種麻醉劑，但不會使服用者產生快感，亦無顯著的副作用，美沙酮可抑制毒癮廿四至三十六小時，使用者可以過著正常的生活，成爲對社會有貢獻的一員。美沙酮治療對屢次採用其他方法戒毒而仍未能成功的濫用藥物者功能尤大，因爲在接受美沙酮治療時，戒毒者可以照常工作、謀生、與家人過著正常生活以及維持良好的人際關係，同時亦可減少或避免因非法藏有或吸食海洛因而被捕。藉著美沙酮治療計畫能夠協助濫用藥物者徹底戒除毒癮，但必須了解的是，很多濫用藥物者都無法達到這個目標。不過美沙酮治療計畫卻可爲濫用藥物者提供一種既合法而又易於獲得安全有效的替代品，以免他們繼續非法吸食海洛因。

三、國外戒毒者自治團體

1、美國戒毒匿名會(「AA」或「NA」)

這個計畫「匿名會」又稱爲「AA」或「NA」，屬於受保護管束人互助團體（「AA」—Alcoholic Anonymous，專爲酒精成癮者；「NA」—Narcotics Anonymous，專爲古柯鹼成癮者）。這是屬於戒毒者的自助團體，著名的組織包括 N.A.(Narcotic Anonymaus)戒毒匿名會，是繼 A.A.戒酒團體之後發起的戒毒團體，此外尚有另一組織 Synanon 也是在美國頗富盛名的一個戒毒社群。

N.A.戒毒匿名會的方案與 A.A.相似，是由曾患毒癮而痊癒者與現在正陷毒癮者所共同組織的團體，團體活動包括社會活動、康樂活動等，其中較特殊者，是藉由每個月集合一次由痊癮者見證往昔吸毒所遭受之痛苦，以及提出其改變成功的明證。透過相互支持、照應、使戒毒者加強對自己問題的意識、增強自我力量、並對問題獲得新的應付方法（周震歐，民 62：186-94）。

這個計畫是開始流行於一九三０年代，發起人是一群中產階級的酗酒者，由於他們在尋求專業醫療均告無效後，決定自組支持團體以求自救，並從不斷的嘗試與討論中發展出一些控制酒癮的方法，而後逐漸成熟地轉變成爲今日戒癮者所稱的「戒毒十二法則」。戒毒十二法則的主要精神包括：承認自己是成癮者、強調控制心癮是終生的事、說明戒毒必須公開、鼓勵資淺者找尋資深者帶領、強調尋求外力支持的重要性、要求不玩弄欺騙別人及認真奉行法則。

「匿名會」爲現今全美國最流行的戒毒課程，幾乎每個社區中均有煙毒犯所自行主辦的定期會議，其戒毒方法以團體輔導（討論）與學習「匿名會議」所用之「戒毒十二法則」爲主。匿名會議採開放式，每次會議約九十分鐘，參加者沒有資格限制，與會者均可以「匿名」方式自由發表個人看法。會議由召集人擔任主席（亦可推選），發言者均須承認自己是個成癮者，會議內容有討論戒毒十二法則或分享戒毒心得兩大類，討論結束後有簡單表揚長期參加者及樂捐活動，最後活動主席對新到者的歡迎並鼓勵繼續參與。而後，在全體參與者圍成一圈，彼此手牽手低頭共唸「請求上帝賜予激勵禱告文」（Serenity Prayer）並互喊激勵口號（“Keep coming back-It works！”）後便正式結束。

2、美國治療性社群-----Synanon

Synanon 此一戒毒組織被認爲是一種能有效協助吸毒者的社會運動，Synanon 原意爲一個新的社會現象（a new social phenomenon），它是在 1958 年由社會思想家 Charles E．Dederich 所創立，其組織試圖使參與之戒毒者能過一個整體及正常的生活，透過座談會、一些文化藝術及人生哲學的活動以及團體的討論分享，使犯罪者、吸毒者及一些守法的公民共同生活，以此使戒毒者產生新的生活圈以及有建設性的生活方式（車焊堅，民 70：138）。

Synanon 的團體心理治療及討論會是由會員自己擔任，也是由痊癒者以自己的經驗引導團體之進行，團體成員有表達的自由，但是若表現出違反團體規範之行爲或言詞則會遭到其他成員的批評，因此成員一旦發現自己有令人厭惡的行爲時會立即改善。Ullmam & Krasner (1972：503-11)認爲 Synanon 是以此要求成員互助合作，鼓勵成員發展出內在導向（inner-directed）的人格型態，使合宜的觀念與價值系統能深植於成員心中，進而更能自信、自助地生活在社會上。這種團體須經由一位強壯且具領導力的人來指導，使成員能對他認同、尊敬，並接受他的領導。就某些方面而言，團體的成員有些類似宗教團體的成員，要對團體有強烈的忠誠，對團體的目標具有信心，才能使成員在團體中成長（李嵩柏，民 72：24）。

四、國外宗教信仰體系毒品戒治模式

1、香港互愛中心（Wu-Oi Center）

香港互愛中心是一九七三年在香港創立，由一位美國牧師及多位曾經吸毒者所組織成立。互愛中心由基督教團體主辦，旨在透過各項以基督信仰爲本的戒毒及康復計畫，爲濫用藥物者、出獄受刑人和邊緣青少年提供協助。該中心共有廿名職員，其中十五名是已戒除毒癮的人士。其戒毒基本理論如下所述：

吸毒者如果需要完全及永遠戒除毒癮，他必定需要作完全改變，包括人生觀、人格、思想、行爲、生活方式等等。而這些改變不可能來自吸毒者本身，而必須從外在力量而來。而互愛中心則以基督教信仰爲其外來力量之來源，透過信仰來改變其生命。在戒毒過程中，最適當之輔導及工作人員，應爲已戒毒成功之互愛「弟兄」。因爲輔導者本身以前亦曾是一個吸毒者，與戒毒者之身份及背景相同，彼此更能被認同及接納。而已戒毒成功之互愛「弟兄」，對戒毒者無疑是一個很大鼓勵，因對後者來說，戒毒並不是一件不可能事情。

2、新加坡基督教救世軍展騰戒毒中心

在新加坡民間宗教毒品戒癮治療體系之中，以「基督教救世軍展騰戒毒中心」爲最具規模，其於 1994 年設立，1995 年初接受第一批成員，救世軍展騰戒毒中心與新加坡監獄團契共事，並提供教堂服務、團體查經班及牧靈諮商給監獄受刑人及戒毒復健中心的戒治者（張益民，民 84；江振亨，民 89）。其成立之

目的，係因爲該中心於 1994 年受到神的特別呼召，希望他們能夠提供監獄受刑人一個基督教社區，以幫助受刑人重返社區，並且協助他們心靈的成長。「展騰」是出自「以賽亞書」40 章 28-31 節：「他們必如鷹展翅上騰，他們奔跑卻不困倦，行走卻不疲乏。」亦如使徒保羅所言：「有使其負擔。」（張益民，民 84）

救世軍的毒品戒治課程包括二個階段：第一階段駐中心課程（六個月），包括課前訓練及工作治療。在「駐中心課程」階段，其目標如下（張益民，民 84）：

1. 逐漸灌輸基督教對於生活及工作之基本價值觀。
2. 建立自尊。
3. 發展正確的道德觀，進而成爲一名負責任及有用的公民。

標準的駐中心課程爲 6 個月，完成之後，若評估合適，則學員進階到下一個階段。在第二階段工作釋放課程（六個月）中，成員於白天至中心外機構工作，晚上至中心上課（張益民，民 84）。

五、國外刑事司法體系毒品戒治模式

(一)、美國聯邦監獄局毒品犯戒治模式

根據美國聯邦監獄局於 2001 年 4 月在網際網路上所公布之資料顯示，該局所屬之矯正機構，共計有 98 所，所有聯邦受刑人人數爲 149629 人，在聯邦監獄局內之受刑人數量 約爲 12 萬 6 仟餘人，由民間管理之安全機構內的受刑人，計有 10816 人，在其他非美國聯邦監獄局所屬之機構的受刑人，共計 12035 人。在各類犯罪類型中，仍以毒品犯罪佔最大宗，歷年來毒品犯所佔之比例，約五成至六成之間(美國 Federal Bureau of Prisons 網站，http//www.bop.gov/，2001 年 8 月)。

在 1980 年代晚期，美國聯邦監獄局於聯邦矯正機構內實施「毒品濫用在監處遇計畫」(residential drug abuse treatment program ,簡稱 DAP)，以協助聯邦受刑人解決其毒品問題，在「國立毒品濫用防制局」(National Institute on Drug Abuse)經費贊助與協助之下，美國聯邦監獄局對於聯邦毒品受刑人從釋放出監後進行評估，以了解參加聯邦監獄局內之「毒品濫用在監處遇計畫」之受刑人，於出監後 3 年內在中途之家的表現、再犯、再次吸毒、就業的實際成效爲何？美國聯邦監獄局於 2000 年 9 月出版一份「TRIAD 毒品處遇評估計畫報告」，詳加介紹上述評估之結果。上開之研究，其調查之研究樣本共計 2315 人，其中，男性爲 1842 人、女性爲 473 人，樣本於接受以社區爲基礎之保護管束期間，係從 1992 年 8 月至 1997 年 12 月，而對樣本進行追蹤評估之期間，係涵蓋樣本被釋放後的最初 3 年 (over a 3-year post-release period) (美國 Federal Bureau of Prisons 網站，http//www.bop.gov/，2001 年 8 月[4])。

所有的 2315 位樣本，以是否曾在聯邦矯正機構內加入「毒品濫用在監處遇計畫」爲標準，劃分爲 2 組；一組係爲處遇組，即曾在聯邦矯正機構內加入「毒

[4]聯邦監獄局於 2000 年 9 月出版 「TRIAD 毒品處遇評估計畫報告」 (Treating Inmates Addiction to Drugs Treatment Evaluation Project Report)。

品濫用在監處遇計畫」(receive treatment in the in-prison DAP program)；另一組名爲比較組(comparison)，即樣本在被監禁於聯邦矯正機構內時，其未曾接受「毒品濫用在監處遇計畫」(did not receive treatment while incarcerated)。在比較組(comparison)部份，又再細分爲 2 組樣本，第一組樣本雖未曾接受 DAP 計畫，但曾經被監禁於聯邦監獄局以外之其他某一個地點(were ever housed at a site)，且其於被監禁之時間，曾接受處遇，此組稱爲「DAP 比較組」(DAP comparison subjects)；另一組比較組，係完全未曾參加 DAP 計畫者，稱爲「非 DAP 控制組」樣本(non-DAP control subjects)。就在處遇組部份，再細分爲 4 組樣本(美國 Federal Bureau of Prisons 網站，http//www.bop.gov/，2001 年 8 月)：

1、完成 DAP 處遇組(DAP-complete)；
2、中途退訓組(DAP-dropout)；
3、因違反處遇紀律被懲處退訓組(disciplinary discharge)；
4、未完成處遇組(in-complete)。

整體來看，聯邦監獄局於 2000 年 9 月所出版之「TRIAD 毒品處遇評估報告」於第 9 章結論中指出，根據實證研究之統計資料顯示，在聯邦監獄局內完成 DAP 處遇之男性受刑人，於其出獄後回到社區內之最初 3 年內，DAP 處遇對於減少再犯及施用毒品有「正面抑制效果」，並已達統計上之顯著水準。另外，DAP 處遇對於減少再次被逮捕或撤銷保護管束方面，亦有「正面抑制效果」。在女性受刑人方面，曾接受 DAP 處遇之女性受刑人(treated inmates)與未曾接受 DAP 處遇之女性受刑人(untreated inmates)相較結果之下，DAP 處遇對於減少再犯及再次施用毒品之效果方面，未達統計上之顯著水準(the effect of treatment was not statistically significant)。不過，該評估報告指出，DAP 處遇對於女性受刑人出獄後之就業影響程度，有正面影響效果(positive effects of in-prison treatment on employment woman) (美國 Federal Bureau of Prisons 網站，http//www.bop.gov/，2001 年 8 月)。

(二)、美國北卡羅來納州毒品處遇法庭模式

1、北卡羅來納州毒品處遇法庭之緣起

因鑑於大部份的犯罪係由於毒品濫用所引起，故美國毒品處遇法庭計畫的目標，在於藉由消除酒類飲料及毒品濫用之手段，以大量減少刑事犯行。爲了達到這個目標，北卡羅來納州毒品處遇法庭(Drug Treatment Court，簡稱 DTC)之對象，係鎖定在長期酗酒及毒品濫用之累犯。弗西斯郡的警官(Sheriff of Forsyth County) Ron Barker 於 1989 年指出：「假設毒品濫用者他們未被提供毒品處遇法庭計畫長期之復原照料，每位毒品濫用者均可能是一位累犯。」(引自 http：//www.aoc.state.nc.us/，2001 年 7 月)

在美國，毒品處遇法庭(DTC)已被全國廣泛地接受，並視其爲抗制刑事犯的有效手段(an effective method)，故毒品處遇法庭之數目是急遽地在成長之中。根

據統計，截至 1990 年底，全美計 450 個毒品處遇法庭是在實際運作之中。另外，有超過 200 個毒品處遇法庭計畫，在 2000 年運作。美國「全國毒品法庭協會」(National Association of Drug Court Professionals)指出，北卡羅來納州的毒品處遇法庭體制，仍持續是美國其他欲實施 DTC 制度之各州所學習的「模範州」。根據全國性多數之研究顯示，DTC 制度可大量降低戒治酗酒及毒品之費用(引自 http：//www.aoc.state.nc.us/，2001 年 7 月)。

2、北卡羅來納州毒品處遇法庭之功能

DTC 是一種以法院爲基礎之介入干預作法，它結合了法官、檢察官、辯護律師、觀護人(probation officer)、社區警察及毒品處遇案件管理員(treat case manager)。上述人員以「非競爭」(non-adversarial)之模式，共同幫助藥物濫用被告戒除毒品。其方式爲(引自 http：//www.aoc.state.nc.us/，2001 年 7 月)：

(1) 給予藥物濫用被告適當之資源。
(2) 被告在 DTC 計畫之中，對其本身之行爲表現，被課予嚴格之責任(即要對於自己行爲負責)。

DTC 對於毒品成癮者之濫用者而言，它擁有以下之權力：

(1). DTC 可藉由裁判定罪或科以監禁處分之威脅、勸誘，使毒品成癮者要接受 DTC 計畫中之各項戒毒處遇。
(2). 使得全般戒毒處遇服務可被加以利用(make available)。
(3). DTC 可藉由控制毒品成癮者須經常出庭(通常是 2 週一次)及不定時檢驗是否吸毒(random drug testing)之手段，監控毒品成癮者之戒毒表現，及戒毒處遇服務實施之情形。
(4). DTC 可藉由以司法爲導向之「紅蘿蔔(獎)及木棍(懲)」(carrot and stick)團隊途徑，誘發毒品成癮者之戒毒動機及塑造其正常之人格品性(build motivation and character)，使得當事人能爲其行爲負責。

DTC 計畫的治療哲學，係認爲「毒品成癮性是一種疾病」(drug addiction is a disease)，是以，毒品或酒類成癮者無法單純地可自行運用其本身意志力來脫離成癮性(cannot simply will away the addiction)，故再次復發是復原過程之中的一部份(relapse is part of the recovery process)。儘管是很容易再次復發，DTC 計畫的處遇哲學，認爲參與者必須要爲他們本身自己的行爲負責任(participants must be held accountable for their behaviors)。這意味著，參與者必須爲改變其負面之行爲擔負起責任，並且，在治療計畫中，針對其行爲，將會有「結果」作爲回應。有那些「結果」呢？雖然，這些結果在本質上具有「刑罰色彩」，然而，「刑罰」之結果，是被設計用以「強制」(coerce) 參與者能持續地接受各項毒品戒治處遇，而非僅僅是「處罰」而已。Gerstein、Harwood(1990)及 Hubbard 等人(1989)之研究結果顯示，吸毒犯若停留在毒品戒治處遇中之時間愈久，則個體愈加有可能在未來時間避免去使用毒品及從事犯罪行爲。而北卡羅來納州 DTC 計畫所使用之

刑罰威嚇手段，正符合上開研究之成果。此研究並指出，刑事司法系統介入毒品戒治處遇，將能夠令毒品戒治者停留在毒品戒治處遇之時間變得更久(to keep people in treatment longer)。DTC 計畫之設計構想，即是要鼓舞毒品成癮者能夠在戒治計畫中接受各項處遇及從事工作，以渡過毒癮易復發之艱難階段(引自 http：//www.aoc.state.nc.us/，2001 年 7 月)。

參 國內毒品戒治模式之剖析

藥物濫用是人際互動與適應不良的產物；而成癮則是以生物性爲基礎的學習結果。目前國內戒癮模式大約可分爲下列四類：

一、醫療模式

即將毒品者視爲病人的戒治模式，病人尋求治療是合情合理的事，而醫師則需提供各種方法來照顧病人，解決病人的問題。例如：台北市立療養院毒品戒治模式（象山學園）、草屯療養院毒品戒治模式、高雄市立凱旋醫院毒品戒治模式、台南地區海洛因患者毒品戒治模式等。

二、福音戒毒模式

以宗教的力量來進行的戒治模式，目前國外煙毒戒治工作先進國家，皆以基督教爲主，又稱福音戒治。在國內部份，則有：花蓮基督教主愛之家－「身心靈社」全人治療模式、晨曦會毒品戒治模式等。

三、社會心理模式

即針對受保護管束人之需求，研擬本土化之社區戒毒矯治模式。法務部自八十七年七月一日至八十八年六月委託私立台北醫學院公共衛生研究所呂淑妤副教授，進行「受保護管束人之藥物濫用社區矯治及復健模式研究計畫－非機構式處遇之戒毒教育訓練」。其研究共分爲以下四個部分：受保護管束毒癮者之戒毒復健教育需求評估、煙毒與非煙毒受保護管束人之比較、受保護管束毒癮者之身心問題與戒毒復健教育計畫課程設計、執行與評估等；結論重點爲：（一）、在觀護體系執行的戒毒復健課程之設計，應力求「本土化」以外，亦應注意「區域化」，並依受保護管束毒癮者之成癮程度，分級分班實施。（二）、提供保護管束毒癮者參加戒毒復健課程之優惠辦法，以加強其參加課程之動機。並建議應深入探究毒品與犯罪之因果關係與犯罪行爲之併發現象。

四、刑事司法體系毒品戒治模式

依現行「毒品危害防制條例」(民國 92 年 7 月最新修正)第二十條第一項之規定，檢察官應聲請法院裁定，或少年法庭對第一級及第二級之毒品施用者，應先送勒戒處所觀察、勒戒，其期間不得逾二月。依上開條例同條第二項規定，「觀察、勒戒後，檢察官或少年法院 (地方法院少年法庭) 依據勒戒處所之陳報，認受觀察、勒戒人無繼續施用毒品傾向者，應即釋放，並爲不起訴之處分或不付審理之裁定；認受觀察、勒戒人有繼續施用毒品傾向者，檢察官應聲請法院裁定或由少年法院 (地方法院少年法庭) 裁定令入戒治處所強制戒治，其期間爲六個月以上，至無繼續強制戒治之必要爲止。但最長不得逾一年。」我國目前之

戒毒模式，就戒毒的過程而言，可分爲兩個階段，第一個階段爲觀察、勒戒，期間不得逾二月；第二個階段爲強制戒治，期間爲六個月以上，但最長不得逾一年。受戒治人接受戒治處遇屆滿六個月後(依照民國 92 年 6 月前未修正的毒品危害防制條例規定，最少應強制戒治三個月以上，92 年 6 月以後，則改爲六個月以上)，其成效經評定爲合格者，戒治所得隨時檢具事證，報由檢察官聲請法院裁定停止戒治後，辦理出所事宜。

肆 我國與外國毒品戒治處遇模式之異同比較及改進措施

一、我國與外國毒品戒治處遇模式之異同比較

(一)、我國與外國毒品戒治處遇模式相同之處

1、 毒品犯兼具「犯罪人」與「病人」之雙重身份

在民國 87 年 5 月以後，我國對毒品犯所採之刑事政策，係將其視爲兼具「犯罪人」與「病人」之雙重身份，此種新型態之刑事政策，頗與世界其他先進國家之作法相雷同。作者茲舉美國爲例，就美國北卡羅來納州毒品處理法庭爲例，該州之「毒品處遇法庭」（Drug Treatment Court，簡稱爲 DTC）制度，是全美各州學習的榜樣與模範，而有關 DTC 制度並未放棄刑罰之手段，「刑罰」之制度，是被設計用以「強制」(coerce)毒品戒治參與者能持續地接受各項毒品戒治處遇。在 DTC 制度之中，先用治療模式對待毒品施用者，若無效，則仍使用刑罰加以制裁，此被稱爲「胡蘿蔔與棍子」原理，其中，棍子就是「刑罰」。在進入 21 世紀後，我國與美國毒品戒治之哲學，仍不放棄「棍子」（刑罰）之使用，僅只是延後出現罷了。

2、在高度戒護矯治機構內實施之毒品戒治模式中外大多成效不彰

首先，就我國毒品犯之矯治而言，在全國各監獄受刑人之中，毒品犯是監獄人口之主流，以往亦曾發生過毒品犯約佔全體受刑人中百分之六十（林茂榮，楊士隆，民 86，頁 258）。就美國而言，根據美國聯邦監獄局（Federal Bureau of Prisons）於 2001 年 4 月在網際網路所公布之資料顯示，從 1991 年迄今，在聯邦監獄局之受刑人中，毒品犯所佔之比例，亦約百分之六十左右(http://www.bop.gov, 2001 年 8 月)。綜合比較我國與美國毒品犯在受刑人中所佔之比例，竟是如此不謀而合，此亦顯示毒品犯再犯率之高與不易矯正之特色。根據學者石玉華在「毒品觀察勒戒統計分析」一文中指出，民國 87 年 5 月後所實施之毒品新制，毒品犯之再犯率與再犯之時間，均有升高及提前之現象。就再犯率而言，民國 85 及 86 年時，出獄者再犯毒品比率是 10%，在調查期間（87 年 5 月～88 年 5 月），完成觀察勒戒獲不起訴處分，之後，再犯毒品罪之比率提升到 22.5%；同期間停止強制戒治處分，出所後再犯比率爲 19.9%，兩者約 20%。就再犯毒品之間隔時間而論，民國 87 年 5 月以前，出獄後再犯毒品罪平均約 130 天，毒品新制實施後，縮短爲 80～90 天。新制與舊制相較之結果，新制較不彰。

根據筆者之分析，其毒品戒治成效不彰之原因，有可能係出在於民國 87 年 5 月後所實施之毒品戒治新制，雖美其名爲「有條件除刑不除罪」，但，其執行

戒治之處所，仍是在高度戒護之矯治機構內，無法充份結合社區資源所導致。就觀察勒戒階段而言，係將受觀察、勒戒人收容於法務部所屬看守所附設之勒戒處分，執行觀察、勒戒處分。在強制戒治處分階段，戒治處分執行的處所係附設於監獄之內。雖名爲新制，仍是換湯不換藥。在矯治機構或監獄內所實施之毒品戒治成效，一般而言，成效較不明顯。

3、 宗教信仰 V.S 毒品戒治模式

我國及外國之毒品戒治模式，有一個共通性，即均採用宗教信仰幫助吸毒者戒除毒癮。就國外而言，香港之「互愛中心」（Wu-Oi Center），其認爲吸毒者如欲永遠破除毒癮，他（她）必定需要作完全之改變，而這些改變不可能來自吸毒者本身，必需藉助神的力量始能完成，故「香港互愛中心」以基督教爲其外來力量之來源，藉助基督教教義，協助毒品施用者戒除毒癮。在香港，尚有其他宗教團體爲吸毒者提供戒毒服務，諸如香港聖士提教會（以基督教信仰爲主），香港晨曦會福音戒毒所、香港靈愛青年中心、香港基督教服務處、基督教正生會、基督教得生團契等。在新加坡民間宗教毒品戒癮治療體系之中，則以「基督教救世軍展騰戒毒中心」最具規模，其提供一個基督教之社區，以幫助受刑人重返社區。

在國內部份，較爲有名的，則爲「花蓮基督教主愛之家」及「財團法人基督教晨曦會」（簡稱爲台灣晨曦會），兩者均以基督教信仰爲主，強調身、心、靈、社四個面向之全人治療模式。另外，我國第一座「公辦戒毒村」——「台南監獄明德戒治分監」，其在設計戒毒處遇之初，即非常重視宗教教誨，其參考國外毒品戒治先進國家，有關於「福音戒治」之模式，希望藉由宗教信仰之深植，以福音淨化受戒治者之心靈，徹底改善其生命品質，使其能擺脫毒品之糾纏。綜觀國內外利用宗教信仰，協助毒癮者戒除毒品之成效，均有不錯的成果。如香港互愛中心以基督教教義協助戒毒者戒毒，其戒毒成功率是百分之六十，亦即完成全部戒毒計畫（登記期、康復學習期、考驗期、省察期及自立期）之後，兩年後不再吸毒之比率。筆者認爲這個成效不錯，值得推廣宗教信仰介入毒品戒治工作，以期改變吸毒者之生命觀，進而產生行動力量，使其自願脫離毒品之害。

(二)、我國與外國毒品戒治處遇模式相異之處

目前國內毒品戒治模式可分爲：醫療模式、福音戒毒模式、社會心理模式與刑事司法體系毒品戒治模式四大類。

1、醫療模式

台北市立療養院毒品戒治模式（象山學園）－於民國八十四年十月開始個案，透過長期復健追蹤治療，以提高自我照顧能力，減少再度使用爲目的。草屯療養院毒品戒治模式－透過門診、住院及轉介社會復健機構等方式，分別進行急性解毒期治療，持續的心理輔導及社會復健。高雄市立凱旋醫院毒品戒治模式－以勒戒病房爲主，分爲解毒階段及戒毒階段，配合心理治療、家族治療、

演劇治療、產業治療、作業治療，出院後並以特別門診追蹤治療。台南地區海洛因患者毒品戒治模式－以藥物治療爲主。

2、福音戒毒模式

花蓮基督教主愛之家－採「身心靈」全人治療模式，藉著身體、心理、社會的復健及靈性的啓發，達到全人治療的效果。晨曦會毒品戒治模式－提供給吸毒者一個農場式的輔導環境，經由聖經課程、行爲規範、心理輔導及過來人之生命榜樣帶領，以達身、心、靈完全康復的健康生命。

3、社會心理模式

法務部進行的「受保護管束人之藥物濫用社區矯治及復健模式研究計畫－非機構式處遇之戒毒教育訓練」，即是針對受保護管束人之需求，研擬本土化之社區戒毒矯治模式。

4、國內刑事司法體系毒品戒治模式

台灣之毒品犯在監獄內處遇模式，以往多採各監獄成立戒毒班，而各機關實施之治療課程亦多不同，成效亦有限。之後於台南監獄成立明德戒治分監，始具戒治處所之模式。直至「毒品危害防制條例」於民國八十七年五月二十日修正公布後，才正式成立二階段的處遇及治療模式（觀察勒戒及強制戒治），惟目前治療場所均分別附設於監獄、看守所，無一獨立之戒治場所，甚爲感嘆。不過，這一政策之實施，相信是台灣反毒成功的肇始。

從我國上述的 4 種戒毒模式及本文所探討的國內外戒治，可歸納整理出我國與外國毒品戒治處遇模式相異之處，計如下所述：

(1) 我國未有建立「毒品處遇法庭」制度

就美國而言，在 1990 年底，全美計有 450 個「毒品處置法庭」(Drug Treatment Court，簡稱爲 DTC)，另外，有超過 200 個毒品處遇法庭計畫在 2000 年運作。在 DTC 模式中，除了若干毒品犯需在第一階段住進機構式之「住宿型處遇中心」之外，之後的戒毒階段，均是在社區之中進行處遇，並非如我國於監獄內附設之。在法理上，根據「毒品危害防制條例」第 28 條第 1 項(民國 92 年 7 月修正)之規定：「戒治處所，由法務部及國防部設立。未設立前，得先於 (軍事) 監獄或少年矯正機構內設立，並由國防部、行政院衛生署、行政院國軍退除役官兵輔導委員會、直轄市或縣 (市) 政府指定之醫療機構負責其醫療業務。其所需員額及經費，由法務部及國防部編列預算支應。」；另外，同條第 2 項規定：「戒治處所之組織，另以法律定之。」是以，根據上開條例之規定，我國關於戒治處分之執行，立法之初，立法者是期望能設計獨立於監獄之外之戒治處所，目前之情形，是以行政方便之措施，在監獄之內附設之。反觀美、加地區之 DTC 處遇模式，則並不採用高度集中管理之機構式毒品戒治模式，係採用結合社區資源之社區處遇模式，DTC 法官要求受戒治人應參與臨床治療、自助團體會議、須被他人受僱從事工作、上學等，或被安置在中途之家。值得注意的，DTC 是將受戒治人安置於「中途之家」，而非「監獄內之附設機

構」，這是與我國不同之處。

(2) 我國與外國毒品戒治處遇計畫之內容不盡相同

我國與外國有關於毒品戒治處遇內容之差異，以美國北卡羅來納州 DTC 爲例，DTC 法官會要求毒品犯參與者要接受「家庭治療」。是以，DTC 計畫參與者之家庭成員們，均會被 DTC 法官強烈地勸導去參與由 DTC 所主導，以家庭爲基礎之治療或自助團體。另外，DTC 法官亦可要求參與者參加學習如何扮演好父母角色之訓練。並且，參與者會被法官要求應被受僱從事於工作或上學。

另就美國加州於 2000 年以後之新式毒品戒治模式而論，其亦以社區爲毒品戒治之基礎，在社區毒品處置計畫之中，其毒品戒治處置項目，計包括：門診處置、中途之家處遇、麻醉藥物取代治療、限制性住院處遇。其與我國較不同的，是加州尚有中途之家處遇計畫及麻醉藥物取代治療。

在香港，對於曾多次戒毒而仍未能成功者，則採用「美沙酮治療」，香港政府原本之用意，係希望藉著美沙酮治療計畫，能夠協助濫用藥物者徹底戒除毒癮，但，很可惜的，是很多濫用藥物者均無法達到這個目標。香港的美沙酮治療成效不彰之經驗，頗值得我國注意，並作爲我國於制訂毒品政策之警惕性經驗。

(3) 監獄受刑人於假釋期間有關毒品戒治之處置模式不同

在我國的毒品戒治模式中，並未如有類似美國之假釋期間毒品戒治處置的制度設計。在美國加州假釋出獄之受刑人假若觸犯「非暴力型之毒品持有罪」（係指非法持有、非法施用及非法運送），或違反任何與毒品有關連（牽連）之應加以遵守的假釋附帶條件，對於上述情事，假釋並不會被馬上撤銷，假釋人仍有一次毒品戒治之機會。但，在假釋期間，假釋人若第二次有觸犯上述假釋期間應加以遵守之規定或再次觸犯「非暴力型之毒品持有罪」者，則其假釋將會被撤銷。綜上所述，其與「毒品處置法庭」不同之處，在於假釋期間，讓假釋人保留一次犯錯後改過向上之機會。相較於我國，則未有如上述之制度設計，本文認爲，美國加州關於假釋期間之毒品戒遇模式，即允許假釋人擁有一次之改過向上的戒毒機會，頗值得我國參考。

(4) 在毒品戒治歷程中，法官介入之時機不盡相同

就我國與美國加州毒品戒治模式作比較，我國之毒品戒治處遇，依據「毒品危害防制條例」第 20 條之規定，對觸犯本條例第 10 條（施用第一級與第二級毒品）之罪者，就成人毒品犯而論，檢察官應聲請法院裁定，先將被告送勒戒處所觀察、勒戒，其期間不得逾二個月。經觀察勒戒後，無繼續施用毒品傾向者，應由檢察官爲不起訴之處分。是以，我國在對於毒品犯之戒治程序中，首先介入者是檢察官及法官。根據「毒品危害防制條例」第 20 條之規定，在觀察勒戒階段，主要是由檢察官及法官主導。

在我國目前之毒品戒治模式中，法官之功能，係在透過審理及裁定的手段，藉以決定是否令毒品犯被告入勒戒處所進行觀察、勒戒，法官的功能，係

被侷限於決定是否令被告入勒戒處所。相較於美國加州毒品戒治模式，在加州的毒品處遇法庭，美國法官的角色與功能，較我國則爲廣泛與周延。就加州毒品戒治模式而論，被告假若觸犯「非暴力型毒品持有罪」（包括：非法持有、施用、運送），則法院會對其裁判定罪，並會對被告宣告緩刑。法官對被告定罪及宣告緩刑之同時，並會對被告科處緩刑之附帶條件，亦即，法官會對被告科處須參與毒品處遇計畫的附帶條件。加州的毒品處遇模式，其與美國其他州之「毒品處遇法庭」（Drug Treatment Court）不同之處，係在於美國其他州可能限於經費或法律規定等相關因素，僅有部份之吸毒犯才能進入毒品處遇法庭接受各種毒品戒治的處遇；在加州，則是任何的吸毒犯均應被法官裁定緩刑（僅有少數之例外）。被告在接受毒品戒治之前，均應面對毒品處遇法官之審判、裁判定罪及宣告緩刑。美國此種作法頗具特色，因法官有權撤銷緩刑，並改處監禁處分，其對於吸毒犯而言，具有威嚇作用。另外，將毒品犯置於法官面前，使其接受公正審判，將會促發其以嚴肅、認真的態度，面對其必須參與毒品戒治計畫的緩刑附帶條件。由美國毒品處遇法庭之模式中，吾人可看出法官之角色是頗爲吃重的，其介入毒品處置之時機，較我國爲早。

二、我國毒品戒治處遇模式之改進措施

經比較國內外毒品戒治模式之異同後，我國毒品戒治處遇模式尚待改進之處，計如下所述：

(一) 我國缺乏以社區爲基礎之毒品戒治處遇模式

美國加州於其「2000 年藥物濫用及犯罪防制法」之立法宗旨中，即明文指出，其新的毒品處遇政策，對於單純的吸毒犯，將監禁轉向爲以社區爲基礎之藥物濫用處遇，因爲，傳統的監禁措施，會造成無謂的支出。故，加州擬改變刑事司法系統傳統上對待吸毒者之看法，並讓每一位吸毒犯均能接受治療。另外，美國阿利桑那州的「毒品醫療預防暨控制法」（Drug Medicalization, Prevention, and Control Act）之立法宗旨中，其指出該州的毒品處遇政策（1996 年通過上述法律），係要將毒品犯作一種「轉向」處遇，即對於非暴力型的吸毒犯，使其轉向去接受毒品處遇及教育。

加拿大於 1998 年，在多倫多開始實施第一個毒品處遇法庭，名爲「多倫多毒品處遇法庭」，實施毒品戒治之地點，並非在監獄之內，而係在社區中，其目的擬藉由社區處遇，以降低吸毒犯爲了維持其毒癮所從事犯行之數量，它是一種用作取代監禁的措施。反觀我國，目前實務上之作法，在觀察勒戒階段，係依據「毒品危害防制條例」第 27 條第 2 項之規定實施，亦即，於看守所或少年觀護所內附設觀察勒戒處所。在強制戒治階段，則以「毒品危害防制條例」第 28 條第 1 項爲其法源，於監獄或少年輔育院內附設戒治處所。我國目前之毒品處遇模式，將毒品犯與社區作完全之隔離，較不屬於以社區爲基礎之毒品戒治模式。作者建議，可作試驗性之改變，先檢選出單純的吸毒犯，結合社區資源，採用美、加毒品處遇法庭模式，先由法官藉由審判階段裁判量刑，並宣告其緩刑，但須科處緩刑附帶條件，即參加社區毒品處遇計畫，若無法完成上述毒品之處

遇戒治，則撤銷其緩刑，強制其進入監獄內之戒治處所戒毒，完成後再轉服上述法官所量刑之徒刑。

(二)、觀察勒戒及強制戒治之處分，似以先行科處緩刑附帶條件爲宜

我國目前實務上之作法，在第一階段之觀察勒戒及第二階段強制戒治部份，法官的功能被侷限於是否裁定被告進入勒戒或戒治處所。作者認爲，經考察美、加之毒品處遇法庭模式，毒品犯在尚未接受毒品處遇戒治之前，均會先經由法官之正式審判，在加州，法官會正式定罪量刑，之後，再宣告其緩刑，同時，對毒品犯科處緩刑之附帶條件，即要求毒品犯應於一定之期間內，通常爲一年，須完成上述之毒品處遇計畫，若無法完成，則法官會將先前科處之緩刑宣告加以撤銷，使被告轉服監獄徒刑。反觀我國，在毒品犯未接受觀察勒戒前，並未經由法官之審判、定罪、量刑，並宣告其緩刑，而是直接透過裁定，將被告令入觀察勒戒處所。

此種毒品處遇模式，會產生若干缺點：

(一)、扭曲「除刑不除罪」之精神：如何要達到「不除罪」之精神? 有關改進的作法，筆者認爲，在觀察勒戒階段，首先，應將被告移送法院，由法官正式加以審判、定罪、量刑，並宣告其緩刑，再令毒品犯進入觀察勒戒處所。毒品犯在觀察勒戒處所之戒毒階段，實際上，等同於美加地區所實施的毒品處遇法庭制度中的「機構化治療中心」。若毒品犯違反相關之規定，法官有權撤銷其緩刑，於勒戒完畢後，令其轉服監獄徒刑。在第二階段強制戒治部份，當法官裁定被告令入戒治處所之前，同樣地，亦宜由法官加以審判、定罪、量刑、宣告其緩刑，並科以緩刑之附帶條件，此條件即爲被告須進入強制戒治處所戒毒。在強制戒治階段，若有違反相關之規定，則法官有權撤銷其緩刑，使其轉服監獄徒刑。

(二)、易令吸毒犯誤以爲我國毒品政策較爲寬容，且不會受到刑罰制裁，易造成誤解及投機心態。最好的解決方式，筆者建議，應確實展現刑事司法機關手中仍握有一支「棍子」，亦即，在觀察勒戒之前，就由法官正式審判、定罪、量刑，使吸毒犯內心產生一種震憾，即其行爲仍是觸犯刑罰的，相對地，亦會珍惜之後的戒毒處遇措施。我國目前之毒品戒治制度，所出現之問題，在於未完全發揮「紅蘿蔔與棍子」的原理。在此，「紅蘿蔔」係指對於毒品犯戒毒過程中的獎賞，諸如：完成毒品處理計畫，可撤銷先前之定罪，「棍子」則指違反毒品戒治之處罰，諸如：撤銷緩刑。「紅蘿蔔」的另一種解釋，亦可解釋爲取代傳統於監獄內實施毒品戒治之「社區治療（戒治）模式」。我國目前之困境，是紅蘿蔔不夠誘人，亦即，未落實實施社區毒品戒治模式；另一方面，「棍子」不夠硬，未具威嚇性。故筆者建議，在毒品犯接受毒品戒治之前，不論其係處於觀察勒戒或強制戒治階段，法官均應先對其定罪科刑，先擺出十足具有威嚇性質之刑罰（棍子），以誘導與勸使毒品犯接受毒品戒治處遇之相關計畫與課程，此亦符合美、加地區毒品處遇哲學之新發展趨勢。

伍 結論與建議

一、結論

民國 87 年 5 月公布施行之「毒品危害防制條例」，是我國毒品戒治處遇模式新的里程碑，是一種劃時代的巨大變革，在之前實施之「肅清煙毒條例」年代中，毒品犯之身份僅有一種，即爲「犯罪人」，在民國 87 年之後，隨著「毒品危害防制條例」之施行，吸毒者從此兼具「犯罪人」與「病人」之雙重身份，此種改變，是非常值得肯定的。本文比較美國、加拿大及其他先進國家之毒品處遇戒治模式後，發現從 1990 年代末期迄今，尤以美、加地區爲主，新的毒品處遇方式均更加強調吸毒者兼具上述之「犯人」與「病人」之雙重身份。在毒品戒治方面，新的戒治模式爲「毒品處遇法庭」之崛起。在美國各州中，加州及阿利桑那州對於吸毒犯之戒治，係屬於較爲不具濃厚刑罰制裁之模式，其均強調以社區處遇取代傳統之監禁。亦即，採用「紅蘿蔔與棍子」之原理，類似我國成語所稱之「恩威並濟」。在恩澤方面，「毒品處遇法庭」的法官，其對於吸毒犯仍加以審判、定罪、量刑，之後再宣告其緩刑，同時，科處緩刑之附帶條件，使吸毒者應遵從於各項毒品戒治方案，如果完成處理，審判法院則將被告先前所受之定罪科刑加以撤銷，同時，先前的逮捕處分，亦視同未曾發生過。相反地，在威嚇部份，若被告無法完成毒品處遇，則法院將撤銷其緩刑，被告仍須入監服刑。

我國在毒品戒治方面，所遭到的困境，歸納約略爲如下所述：(1)並不強調以社區處遇爲重點，仍脫離不了「肅清煙毒條例」時代，所採用之高度戒護，集中管理及機構內之戒毒方式；(2)不論是觀察勒戒或是強制戒治，仍附設於看守所或監獄之內，過份地將毒品犯視爲「犯罪人」，忽略其具有「病人」之特質，亦即，偏向於「犯人」，而忽略了「病人」之特色；(3)毒品處遇內容項目未具有多樣性，因採集中式之管理，較無法採用類似美國北卡羅來納州之「家庭治療」方式，即要求家庭成員共同參與以家庭爲基礎之毒品戒治或自助團體活動；受戒治者亦無法從事工作或上學，或接受其他專門之職業訓練；(4)我國目前所採用之毒品戒治方式，相較於美國之任何一州或加拿大的戒毒制度，已成爲對毒品犯最爲寬鬆之制度。此問題出在於觀察勒戒階段，係由檢察官決定令毒品犯進入勒戒處所，省略被告應接受審判之過程，亦即，法官並未對被告進行實質審判、定罪、科刑，再處以緩刑。此易令吸毒犯誤以爲其初犯及再犯，其身份是「完全地病人」，不具有任何「犯人」之色彩。據筆者觀察美國加州之制度後，發現法官均會對吸毒犯在接受處遇之前，先對其定罪科刑，省略此一過程，易使吸毒者存有僥倖之心理，且因其未面對法官之正式審判，對於其接受毒品戒治之服從性，將大打折扣。

二、建議

雖然美、加地區以社區治療爲基礎之毒品戒治方式，頗值得我國參考，然

而，作者認爲，在引用外國制度時，並無需急於一時，可行之道，似可採用科學之研究方法，亦即，採取實驗性質之作法，首先，先挑選初犯之單純吸毒者若干名，作爲以社區爲基礎之毒品戒治模式的實驗組樣本，同時，在目前實務上之作法中，挑選相同數量的樣本，作爲控制組之樣本，亦即，控制組之戒毒模式，完全依據目前「毒品危害防制條例」規範之戒毒方式加以實施。在實驗組方面，由法官先對其定罪量刑、宣告緩刑，之後，再科以緩刑之附帶條件，即要求其接受以社區治療爲主之毒品戒治計畫，由社區取代目前之機構內戒毒模式。當實施一段時間後，考驗其與控制組成效之差異，再決定是否應進一步推廣、修正或維持現狀。

上述係建議由機構內之戒毒方式，嘗試改變成爲以社區爲主之戒毒模式。另外，在被告進入觀察勒戒或強制戒治階段之前，法官似宜對吸毒犯先進行審判、定罪、量刑及科處緩刑，用以宣示吸毒者仍具有「犯人」之性格。雖然，此種過程較具宣示作用，但，其背後意義卻非常地深遠，亦即，我國刑事司法機關藉由正式之審判定罪，向吸毒犯明白地告之，其雖具「病人」特質，但，亦具有「犯人」特色，令其珍惜及把握毒品戒治之機會，若有違反相關規定之情事，法官有權隨時撤銷其緩刑，令其入監服徒刑。此種「恩威並用」的毒品戒治處遇哲學，完全符合美國及加拿大所稱之「紅蘿蔔及棍子」的毒品戒治理念。另一方面，亦可減低毒品犯對新制度所產生的誤解，或心存投機僥倖的心態，進而提升我國毒品戒治的成效。

參考書目

王文科（民 88），教育研究法，台北：五南圖書出版公司。

王毓仁（民 85），我國反毒政策之執行評估分析，國立中興大學公共政策研究所碩士論文。

任全鈞（民 90），藥物濫用者之處遇----美國聯邦監獄局之經驗，http：//www.tpt.moj.gov.tw/c200/VOL_2_52.html。

任全鈞節譯（Ann Marie Sorenson＆David Brownfield 著）（民 86），少年藥物濫用與一般性犯罪理論：一個理論整合的分析，新知譯粹，第 13 卷第 4 期，33－44。

江振亨(民 89)，國外藥物濫用者藥癮矯治模式之分析，矯正月刊第 96 期。

行政院衛生署（民 83），一九九四藥物濫用防治研討會報告。

吳桂玲（民 75），從獄政革新之觀點探討中外人犯收容問題，警學論文彙編－犯罪防治類，480－485，桃園：中央警官學校。

吳就君等（民 87），「台灣本土藥癮治療模式之建構及成效」，中華心理衛生學刊第 11 卷第 1 期，台北：中華心理衛生協會，頁 11-32。

宋根瑜（民 75），當前獄政興革之我見，警學論文彙編－犯罪防治類，486－493，桃園：中央警官學校。

李志恒（民 83），「美沙酮治療鴉片類成癮之成效考察報告」，行政院衛生署 82

年因公出國人員報告彙編。台北：行政院衛生署。
李志恒（民 83），「麻醉藥品及影響精神藥品監視之研習報告」，行政院衛生署 82 年因公出國人員報告彙編，台北：行政院衛生署。
李志恒（民 84），「赴瑞典、荷蘭、比利時考察麻醉藥品管理及藥物濫用防制現況報告」，行政院衛生署 84 年因公出國人員報告彙編，台北：行政院衛生署。
李志恒（民 85），「考察英國、法國、德國麻醉藥品及影響精神藥品使用之管理報告」，行政院衛生署 85 年因公出國人員報告彙編，台北：行政院衛生署。
李志恒（民 85），「赴東南亞鄰近地區考察麻醉藥品管理及藥物濫用防制政策之制度及行報告」，行政院衛生署 84 年因公出國人員報告彙編，台北：行政院衛生署。
李志恒（民 86），「赴澳洲參加第七屆減少毒品相傷害國際研討會暨考察英國、法國、德國麻醉藥品管理及影響精神藥品使用之管理報告」，行政院衛生署 85 年因公出國人員報告彙編，台北：行政院衛生署。
李賢祥節譯（若松紀男著）（民 76），關於藥物濫用防止對策委員會之設置，新知譯粹，第 3 卷第 4 期，頁 42－46。
周愫嫻、高千雲（民 90），監獄環境對受刑人生理與心理適應狀況之影響，警學叢刊，第 31 卷第 6 期，頁 107－126。
林山田、林東茂（民 88），犯罪學，台北：三民書局。
林世英（民 81），犯罪矯治人員和受刑人對司法與犯罪矯治之意識的比較研究，警政學報，第 20 期，頁 149－168。
林健陽（民 86），監獄矯治問題之研究，中央警察大學學報，第 30 期，頁 181－198。
林健陽（民 88），監獄矯治－問題之研究，桃園：中央警察大學。
林健陽、任全鈞（民 88），矯治理念的再探索：矯治模式落伍了嗎？，中央警察大學學報，第 35 期，頁 393－410。
林健陽、黃翠紋、黃景明（民 87），犯罪矯治機構愛滋病受刑人之處遇對策，警學叢刊，第 28 卷第 4 期，頁 183－201。
林健陽等(民 92)，毒品犯罪與防治，桃園：中央警察大學出版社。
邱南英(民 89)，台灣地區毒品防制工作的現況與利弊分析，2000 年福音運動----戒毒傳道研習會。
馬英九（民 85），反毒工作的成效與前瞻，政策月刊，第 14 期，頁 16－17。
張平吾（民 75），臺灣地區獄政現況、缺失及改進措施之探討。
張甘妹（民 80），犯罪學原論，台北：三民書局。
張伯宏（民 86），「法律層面談毒品防制」，犯罪矯正特刊，台北：中華民國犯罪學學會，頁 39-82。
張益民（民 83），「新加坡救世軍展騰戒毒中心簡介」，戒護人員戒毒模式及技術研習課程，彰化基督教醫院，頁 49-56。
莊金生節譯（Jeffrey D.Sense＆David B.Kalinich 著）（民 86），矯治簡介，新知譯

粹，第 13 卷第 5 期，頁 31－43。
許春金（民 89），犯罪學，台北：三民書局。
許春金主編（民 90），刑事司法概論。
郭　翔（民 85），「中國大陸毒品問題及對策研究」，犯罪學期刊第三期，台北：中華民國犯罪學學會。
黃政吉（民 86），台南明德戒治分監考察之評析，警學叢刊，第 28 卷第 1 期，19－32。
黃富源（民 83），「美國與日本的反毒現況與政策－我國可借鏡之觀點與對策」，警學叢刊第 25 卷第 2 期，桃園：中央警察大學，頁 235-251。
黃富源、曹又光合著(民 85)，成年觀護新趨勢，台北：心理出版社。
黃富源、曹光文（民 85），成年觀護新趨勢，台北：心理出版有限公司。
黃徵男(民 83)，毒品犯—戒毒村(戒治所)，台北：法務部。
黃徵男(民 84)，吸毒犯戒治成效評估報告，台南：台南監獄。
黃徵男、賴擁連(民 89)，毒品犯罪者戒治處遇模式之探討，犯罪矯正季刊 15 期。
賈樂吉、楊文友（民 89），探討監獄與收容中心內人質挾持事件之處理策略與方案，警學叢刊，第 31 卷第 2 期，229－249。
廖俊亨（民 87），濫用藥物檢驗之現況與未來，衛生報導，第 8 卷第 3 期，35－39。
駱宜安(民 89)，「毒品危害防制條例」評析，警學叢刊第 31 卷第：2 期，頁 1-11。
蔡德輝（民 87），犯罪學－犯罪學理論與犯罪防治，台北：五南圖書出版公司。
謝文彥（民 86），矯治機構內處遇技術之探討，警學叢刊，第 28 卷第 1 期，33－53。
賴擁連(民 89)，台灣地區毒品犯罪者戒治處遇成效之研究，中央警察大學犯罪防治研究所碩士論文，頁 39-41。

英文參考書目

Finley ,A. R., & B. S. Lenz(1998). The Chemical Dependence Treatment Documentation Sourcebook： A Comprehensive Collection of Program Management Tools, Clinical Documentation, and Psychoeducational Materials for Substance Abuse Treatment Professionals, US：John Wiley & Sons.
Pagliaro ,A. M., & L. A. Pagliaro(1996). Substance Use Among Children and Adolescents： Its Nature, Extent, and Effects from Conception to Adulthood (Wiley Series on Personality Processes) , US： John Wiley & Sons.
Clark ,C. L., et al(1996). Doing Life! ： A Program For Recovery From Addictions (13 Workbook Series) ,US：DOING LIFE! International Inc.
Wagner ,E. F. (Editor), & H. W. H. Waldron(2001). Innovations in Adolescent Substance Abuse Interventions, US：Pergamon Press.
Finley ,J. R.,& B. S. Lenz(1999). Chemical Dependence Treatment Homework Planner

(Practice Planners), US：John Wiley & Sons.
Galanter ,M (editor)., & H. D. Kleber(Editor) (1991). American Psychiatric Press Textbook of Substance Abuse Treatment.
Fleming , M.(1995). Group Activities for Adults at Risk for Chemical Dependence： A Guide for Counselors, Therapists, and Other Professionals, US： Johnson Inst.
Nadelmann , E.(1989). Drug Prohibition in the United States ： Costs , Consequences , and Alternatives . Science 245：939-946.
Nadelmann, E.A.(1988). "The Case For Legalization ." The Public Interest , 2(92),3-31.
Pburn ,J. R.(1994). Classifying Drug Offenders for Treatment. Drugs and Crime, valuating Public Policy Initiatives. Edited by Mackenzie D. L. & Uchida C. D. CA：SAGE Publications.
White ,R. K. (Editor)., & D. G. Wright (Editor) (1998). Addiction Intervention： Strategies to Motivate Treatment-Seeking Behavior (Haworth Addictions Treatment).US：Haworth Press.
Perkinson ,R. R., & A. E., Jr. Jongsma(2001). The Addictions Treatment Planner, 2nd Edition, US： John Wiley & Sons.
Shulamith ,L .,& S. Ashenber(Editor)(2001). Ethnocultural Factors in Substance Abuse Treatment, US： Guilford Press.
Harrison ,T. C., & G. L. Fisher(1999). Substance Abuse： Information for School Counselors, Social Workers, Therapists, and Counselors (2nd Edition), US：Allyn & Bacon.