

紐約西奈山醫學中心戒毒復歸中心 美沙酮治療計畫考察報告

—兼談美國毒品抗制政策中醫藥的角色定位*

黃 宗 旻**

目 次

壹、研究緣起及說明	(一)百年前的政策開端
貳、西奈山醫學中心戒毒復歸中心美沙酮 維持療法計畫介紹	(二)不見容的醫學認知
一、西奈山醫院與戒毒復歸中心概觀	二、毒品抗制模式的轉變：醫療與刑罰的更迭
二、主管機關及法源依據	(一) 1950 年代訴諸嚴罰
三、服務對象及理念	(二) 1960、70 年代倚重醫療
四、服務方式	(三) 1980 年代以後的急轉直下
(一)美沙酮維持療法	三、假借醫學的毒品論述
(二)生物心理社會模式	(一)什麼是「毒品」？
(三)針對受刑人的「關鍵性廣開門路」 計畫	(二)藥品管制的標準
五、經費來源	四、毒癮治療的發展
六、計畫手冊	(一)傳統的毒癮治療
參、美國醫療與毒品抗制政策—西奈山戒 毒復歸中心經驗的切片觀察	(二)新治療理念及技術的誕生
一、醫療與毒品抗制矛盾的淵源：維持 療法的爭議	肆、結語：西奈山戒毒復歸中心的啟示

* 本文之完成，感謝二位匿名審查人提供寶貴意見。

** 黃宗旻，國立臺灣大學法律研究所博士生，律師高考及格，曾獲「李模務實法學基金會」法學論文徵選評獎第一名。

摘 要

本文雖以考察報告為題，但其實是借題發揮，重點的論述擺在後半部。本文前半部為參訪紀要，介紹紐約西奈山戒毒復歸中心的設立原委、理念、運作方式及若干實務細節。但為瞭解該中心存在及實踐的真正意義，有必要連其所處的時空脈絡一併觀察，故於後半部介紹近半世紀左右美國醫療與毒品抗制政策的關係，以突顯該中心的歷史內涵。

在美國，毒品抗制政策應倚重醫療（衛生行政）還是刑罰（刑事司法），於問題誕生之初即引起爭議。醫療部門將毒癮者視為病患，但所採取的「維持療法」使毒癮者仍過著依賴藥品的生活，不符合社會期待中的毒品問題「解決」，因此難獲民意支持，其命途也隨著社會政經情事起伏。醫療與刑罰之爭在 20 世紀經歷數次擺盪，最後 1980 年代至今的趨勢是刑事司法獲得了勝利，不過主流的毒品論述仍在表面上假借著醫學的權威。只是，此種實質上已抽離醫學專業判斷的毒品論述，其實內容空洞，只是一種政治性的修辭。醫療部門被剝奪了發聲權，能夠照顧的對象也只剩下未被刑事司法以「罪犯」之名網羅而去的病患，但仍默默地不斷進展，以研究成果指引新的毒癮治療理念誕生。此種新發展出的、將毒癮定性為「慢性病」的治療途徑，即展現在上述西奈山戒毒復歸中心的實踐之中。

壹、研究緣起及說明

2006 年 8 月，筆者受臺大法律學院頂尖計畫方案補助，赴美國紐約市參訪民間戒毒機構，其中一站拜會了西奈山醫學中心（Mount Sinai Medical Center）的「戒毒復歸中心」（Narcotics Rehabilitation Center, NRC）。當天受到該中心主任（Director）Dr. Victor T. Sturiano 的接待，Dr. Sturiano 除撥空接受筆者訪談、帶領參觀該中心的設施外，並提供許多資料鼓勵筆者繼續研究。該次參訪令筆者印象深刻，雖因個人因素將此議題暫時擱置，但始終沒有忘懷，只是近日重新拾起時，赫然發現該中心竟已在 2007 年因非戰之罪結束服務¹。

西奈山戒毒復歸中心從 1969 年即開始營運，前瞻性地採用美沙酮維持療法幫助海洛因上癮病患戒除毒癮，並提供廣泛（comprehensive）的服務。由於處遇計畫細緻、成效卓著，不只在紐約市，甚至在全國及國際上都頗具盛名，三十幾年來該中心服務超過兩萬位病患，服務對象維持在七、八百人，是東哈林區少數族裔的毒癮患者重要的資源²。在筆者前往參訪時，該中心門庭若市，Dr. Sturiano 對中心的前景充滿信心，突然結束實令人錯愕及惋惜。

該中心的處遇計畫及許多實踐細節匠心獨運，值得介紹給國人，而其嘎然而止的命運，更啟發吾人思考這樣一個戒毒機構於其所處時空下的意義。故本文於參訪紀要後，進一步從該中心所見證的面向出發，討論美國毒品抗制政策的演變及其中醫療所涉及的相關爭議。

本文一方面以西奈山戒毒復歸中心作為這類毒癮治療機構的縮影，來引出問題意識，呈現美國毒品抗制政策中醫療體系的角色；另一方面也透過對於該中心所處脈絡的論述，來呈現該中心真正的歷史內涵。前半部分關於西奈山戒毒復歸中心及其計畫內容的介紹，資料主要來自該中心提供的文件及網頁，並有筆者訪談與親身觀察所得，遂有許多部分無法詳細引註；後半則主要來自研究文獻及網頁。為助益於獲致真正的理解，除資料的採擇外並將穿插必要的詮釋。

貳、西奈山醫學中心戒毒復歸中心美沙酮維持療法計畫介紹

一、西奈山醫院與戒毒復歸中心概觀

紐約的西奈山醫院（Mount Sinai Hospital, New York）國人可能不常聽聞，其實是一間頗具規模的醫院，已有一百五十多年歷史，有兩、三千位醫師在其中服務。其座落在曼哈頓的上東區（Upper East Side），臨第五大道，是傳說中有錢人居住及出沒的地段。醫院本體建築由華裔建築設計師貝聿銘所設計，宏偉時尚而恰如其份³。

相較於醫院的光鮮，西奈山的戒毒復歸中心顯得相當低調。按西奈山醫學中心內科部在 1969 年即開始推動美沙酮維持療法的試驗性方案，這是紐約市第一個僅以門診方式（不住院）治療海洛因毒癮患者的計畫，戒毒復歸中心即執行此計畫的部門。此項特殊的門診服務被另置一處，戒毒復歸中心的門面位在醫院附近的第 102 街，為避免路過的民眾投以側目造成病患進出時的尷尬，沒有標示全名而只標示中心的簡稱「N.R.C.」，甚至還有另一個完全未作任何標示的出口可供出

¹ 關於該中心的關閉，查不到任何官方說法，Dr. Sturiano 也離開了西奈山醫學中心而失去聯絡。筆者輾轉從網路上的評論文章中找到線索，詢問到曾奔走、挽救該中心結束命運的 Joycelyn Woods 女士（全美美沙酮倡議聯盟（National Alliance of Methadone Advocates）），側面得知是因為東哈林區逐漸開發，該地段地價高漲，西奈山醫學中心打算將所有腹地興建公寓出售獲利，而戒毒復歸中心存在彼處不受鄰近地區歡迎，會影響房價，故即使該中心營運狀況相當良好，也獲得州政府更新設施的補助款，但院方為了避免麻煩，仍執意關閉該中心，寧可將補助款退回州政府。

² 參 <http://nama-president.blogspot.com/2007/05/mount-sinai-to-abandon-african-american.html>（造訪日期：2010 年 8 月 10 日）。

³ 資料來源：西奈山醫學中心首頁 <http://www.mountsinai.org/>（造訪日期：2010 年 8 月 10 日）。

入，不起眼的外觀只如一般的民宅。該中心附近看不到名車、豪宅、精品名店、時尚名人，只有醫院工作人員及許多少數族裔民眾穿梭往來，因此處實際上已是哈林區的邊界。按曼哈頓越往北方越「黑」，深入哈林區便幾乎滿街清一色都是深膚色的黑人，戒毒復歸中心座落的地段還沒那麼北，附近是西班牙裔居民較多，這一帶的各種標示也常是英文與西班牙文並列。

「西奈山」是聖經中所記載摩西受上帝傳召的地方，從這個名字可看出是猶太人出資設立的，當初選擇興建在這個區域，即懷抱著服務都市邊緣族群的熱望（"Sinai"的字義為「回歸及轉折點」）。只是隨著市中心的擴張，這個直到今日搭地鐵至鬧區（downtown）都還需半小時以上車程的地段也已算不上邊緣。不過夾在上東區與哈林區的交界、在高聳氣派的醫院建物背後不太熱鬧的馬路上默默耕耘著的戒毒復歸中心，倒還引人想起創建者的初衷。

二、主管機關及法源依據

根據紐約州心理衛生法（New York Consolidated Laws -Mental Hygiene, "Mental Hygiene law"）⁴，戒毒服務的主管機關是「紐約州酗酒及藥物濫用服務辦公室」（New York State Office of Alcoholism and Substance Abuse Services, OASAS），這是設在州政府心理衛生部下的自治辦公室（autonomous office），也是戒毒機構的監督機關。該辦公室頒訂各種戒毒機構的分類及設立標準⁵，包括人員資格、治療方式、場地及設備要求、資料保存、經費補助等⁶，主管機關並定期查核監督以確保品質及施行成效。

三、服務對象及理念⁷

西奈山戒毒復歸中心的治療係針對海洛因成癮患者，雖對全體紐約市民開放，但實際使用者反映出它的地段特性。據 2006 年的統計資料，西班牙裔佔了 53%，黑人佔 29%，白人佔 17%，其他 1%。而不同於許多人腦海中所浮現的吸毒者形象，以為是那些在貧民區（ghetto）街頭遊蕩、墮落享樂的年輕人，該中心的病患其實年齡偏長，45 歲以上者就佔了 56%，35～44 歲者 36%，20～34 歲者 7%。病患均是自願求助，在來此之前經歷多次的戒毒失敗（或在不同的物質上癮間轉換，例如戒了煙改吸大麻、戒了大麻變成酗酒、戒了酒又開始吸海洛因…），人生在施用及獲取毒品中消耗，絕望、貧困，許多人甚至無家可歸、營養不良、疾病纏身。

該中心的處遇哲學充滿智慧。他們瞭解對於陷入毒癮多年的患者而言，完全的戒除、不依賴任何藥物一事幾乎無法期待，至少也需經過若干年小心翼翼的努力，非短期內可以規劃，也非每個人都能達成。故工作人員的目標不是讓患者戒毒（那是可遇不可求的，只能碰運氣），而是讓他們的生活步上軌道。即使仍受毒癮牽絆，但毒癮者仍可以與其他疾病的患者一樣，與自身的疾病和平共處。持續依賴藥物並不可恥，因為總比對自己的人生失去掌握來得好，故若能用美沙酮抑制毒癮，使不影響工作、生活、人際相處，過著有尊嚴的生活，便算是成功了。

該中心提供的治療並無強制性，均有賴病患自願配合才能成功，故相當努力取得患者的信任。在收案之初，工作人員會就醫療方案對病患作詳細的說明，與病患簽訂契約，而治療過程中為避免病患抗拒、放棄、離開，很多事情都可以溝通。工作人員被期待與患者建立個人的人際關係，

⁴ 全文參 <http://caselaw.lp.findlaw.com/nycodes/llmhy.html>（造訪日期：2010 年 8 月 10 日）。

⁵ 法源依據為 Mental Hygiene law Sections 19.07(e), 19.09(b), 32.01, 32.07(a)。

⁶ 該等行政命令內容繁雜，本文不擬贅敘，詳參紐約州酗酒及藥物濫用服務辦公室的網站 <http://www.oasas.state.ny.us/regs/index.cfm>（造訪日期：2010 年 8 月 10 日）。除總則性的規定外，西奈山戒毒復歸中心適用的是其中的 Part 822- Chemical Dependence Outpatient Services。

⁷ 本部分內容摘自該中心計畫手冊（program manual）。



每次會面都作訪談、傾聽、協助解決病患的需求，讓病患願意繼續前來。為維持這樣的理念，該中心投入大量人力資源，編列預算負荷以 1 比 50 的病人/諮商人員（counselor）比例提供每週 2000 人次的服務。當然，如此高品質的服務代表沈重的經濟負擔，但該中心的績效使其獲得的政府補助款尚稱充裕。

四、服務方式

（一）美沙酮維持療法（methadone maintenance treatment）

美沙酮是第二次世界大戰時期由德國研發出來的一種長效的合成麻醉劑，1960 年代晚期被美國洛克斐勒大學（Rockefeller University）開發成受器維持療法（opiate maintenance treatment），用以治療鴉片類藥物（主要是海洛因）上癮。美沙酮在生理上的作用，是會佔據人體對於鴉片類藥物的受器（opioid receptor），減輕對海洛因的反應，包括戒斷症狀及興奮感（言下之意，若服用了美沙酮，再去吸食海洛因，也無法感到那麼興奮），故可降低患者對海洛英的依賴及慾望⁸。

美沙酮是長效的口服藥劑，一天服用一次即可維持。為確保病患確實服用，工作人員一開始常會要求病患每天至中心報到⁹（會考量病患的作息，如會影響工作，則儘量趁上班前或午休的時間），看著病患當場服用；之後漸漸准許帶回家中服用，一段時間回中心報到一次，帶回空瓶（確保病患已服用，並避免囤積）並領藥，並配合不定期的尿液檢驗。若狀況良好，則可慢慢減少美沙酮藥量。

（二）生物心理社會模式（biopsychosocial model）

美沙酮治療雖能幫助病患解決生理上的問題，但其困頓往往不只毒癮一事。病患通常伴隨著家庭不諧、職場失意、人際關係失調、自暴自棄等問題，這些社會壓力促使其藉毒品逃避或抒壓；而病患自身的個性特質、情緒管理能力、處世態度等，可能也為其接近毒品提供心理機制。這些社會及心理因素與吸毒一事互為因果，若不幫助病患擺脫，即使一時戒除也很容易重蹈覆轍。考量個人是一個處於心理、社會的脈絡之中的整體，無法僅化為生理、生物性的存在，故須在生理、心裡、社會層面均去除病原，才能達成真正的治療¹⁰。

此種「生物心理社會模式」才是西奈山戒毒復歸中心通盤的戒毒計畫。為使病患脫離惡性循環、真正獲得自由與新生，該中心邀集醫療、護理、心理、社工等專業人員組成工作團隊，針對個別病患規劃治療方案。除追蹤病患服用美沙酮的成效外，並整合社會資源，提供生涯輔導、諮商服務及若干小組課程（如親子關係、情緒管理等），協助解決實際面臨的問題，必要時服務對象甚至擴及病患的家屬。這樣的服務內容已超出法定要求，係西奈山戒毒復歸中心額外規劃、呈報主管機關核准後實施的，並非每個戒毒機構都能提供。而由於必須各領域的專家協商得出治療方案，故「彈性」是計畫成功極重要的因素。

（三）針對受刑人的「關鍵性廣開門路」計畫（Key Extended Entry Project, KEEP）¹¹

上述（一）、（二）是西奈山戒毒復歸中心一般的服務方式，其餘若有任何特殊方案都以此為基礎。該中心原則上不挑選也不主動網羅病患，但配合補助款的提供條件而選定對象則是例外，例如 1987

⁸ 參該中心計畫手冊及 Lowinson, J. H. et al. eds., *Substance abuse: a comprehensive textbook*, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004: 10.

⁹ 由這點可看出這樣的服務必定是社區性的，住太遠的患者無法消受。

¹⁰ Pilgrim, D., "The biopsychosocial model in Anglo-American psychiatry: Past, present and future?", *Journal of Mental Health*, 2002; 11(6): 585-586.

¹¹ 本部分內容參該中心計畫摺頁及 Fallon, B. M., "The Key Extended Entry Program(KEEP): From the Community Side of the Bridge", *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 2001; 68 (1): 21-22.

年開始與紐約市刑事司法部門合作辦理的「關鍵性廣開門路」計畫。

該計畫係紐約刑事司法部門所設計的短期（3 至 6 個月）、過度性計畫，經費由「紐約州酗酒及藥物濫用服務辦公室」支應，一開始是針對有海洛因毒癮的受刑人（人生陷入惡性循環的高風險族群，是特別需要對其「廣開門路」的對象），於出獄前調查其出獄後開始或繼續接受美沙酮治療的意願，使其一出獄即接受該中心治療。這個計畫的目標除了治療毒癮外，更重要的是在預防再犯與愛滋病傳染。後來又將補助對象擴張至未曾接受過、或僅接受過些微治療的患者，有許多毒癮不深、尚容易戒除的吸毒者因此受惠。

西奈山戒毒復歸中心 2001 年全年服務了 273 位受這個方案補助的病患，但其實「關鍵性廣開門路」計畫與該中心的理念並不符合。首先，短期治療其實無法真正治癒病患，該中心往往會讓病患在方案屆滿後繼續留下接受治療。其次，以「未曾接受過治療」作為補助標準是有爭議的，「紐約州酗酒及藥物濫用服務辦公室」頒訂的規則明白反對基於之前的治療史（prior treatment history）而為歧視¹²，此種差別待遇的政策考量令人玩味：是認為曾接受過治療卻未成功戒除的人，已經沒有希望，較不值得補助？這顯然與該中心實際上的經驗（前來求助者多半是毒齡很長、已戒毒失敗多次的患者）相反。

五、經費來源¹³

西奈山戒毒復歸中心的經費主要來自向病患收費。病患如符合美國政府醫療援助計畫（Medicaid）的受領資格，即由醫療援助計畫支付，這部分是絕對收得到錢的；如不符合受領資格，該中心將嘗試幫病患申請，或由病患自費；對於已有工作的市民，醫療援助計畫通常不會支付¹⁴，即需自費。費用收取標準採差別計價（sliding fee scale），依病患個人經濟能力，考慮是否有工作、收入多寡、有無特別龐大的開支（例如慢性病長期就醫、未成年子女眾多等）等因素決定應繳費用，並每半年審視一次是否調整，如遇特殊情形亦可隨時重新評估。

該中心不會因無法收到費用而拒絕收案，對於欠費不繳的病患，也給予很長的彈性時間，並用軟性的方式催繳。這是該中心的政策，使病患不因經濟能力而受歧視，且即使收不到費用，也盡量留住病患。收不到費用的虧損由政府補助款或其他捐款收入填補。

六、計畫手冊

除「紐約州酗酒及藥物濫用服務辦公室」要求的基本編制及實施流程外，西奈山戒毒復歸中心實際上的運作指南其實是該中心另外編纂的計畫手冊（program manual）。這本僅供內部工作人員參考的手冊起草於 1983 年，歷經九次改版而能與時俱進，內容包含詳細的分工架構及各職位的任務說明、所有服務流程的標準作業程序（SOP）及應注意的細節、工作上使用的表件、工作倫理規範、對特殊狀況的應變方式、提供給病患的文案等，厚達 250 頁，可說是該中心 30 多年經驗累積的結晶。

不過這本計畫手冊之所以特別值得一提，倒不只是因其內容翔實、具參考價值，而是其中透露出該中心工作人員的細膩與真誠。從其所選擇說明、交代的事項，到各項政策的立場，及敘述

¹² NYS Regulations Section 822.3(e). 條文參 <http://www.oasas.state.ny.us/regs/index.cfm>（造訪日期：2010 年 8 月 10 日）。即使該規定僅言不得基於治療史為差別待遇而拒絕「收案」，但經費補助歧視的合理性也應以相同的精神解釋。

¹³ 本部分內容摘自該中心計畫手冊及來自訪談所得。

¹⁴ 因為 Medicaid 並不是一種保險，而是一種符合資格即可受領的救助方案，主要是針對窮困的國民。詳參張奇林，《美國醫療保險制度研究》，北京：人民出版社，2005 年 8 月，121 頁以下。



所使用的口吻，處處能讀出對病患的尊重、信任、體諒、維護，及專業人員的自我警惕與反省。這本手冊對吸毒者、毒品、毒癮等顯現出的友善態度會令熟悉刑事政策論述的人感到相當陌生，彷彿不是在講同一回事。

參、美國醫療與毒品抗制政策—西奈山戒毒復歸中心經驗的切片觀察

以上介紹了西奈山戒毒復歸中心的地理條件、理念及若干運作情形，本文接下來希望以這樣一個（成立於 1969 年、施行美沙酮維持療法、悉心精進的）醫療機構作為切入點，來觀察醫療在美國的毒品抗制政策中被如何定位。即從該中心提供之治療方式所涉及的議論出發，探討在該中心所存續之期間美國毒品抗制政策的走向發生什麼樣的變化，及時至今日醫療在表層的政策語言、裡層的實踐活動中各呈現何種存在態樣。

一、醫療與毒品抗制矛盾的淵源：維持療法的爭議

（一）百年前的政策開端¹⁵

在 20 世紀初期，即有美國國務院的鴉片官員（*opium commissioner*）指出美國是最會吸鴉片的國家，比中國還要厲害¹⁶。當時的國務院、財政部、農業部等部門已意識到吸食鴉片對國家發展的威脅，開始設想聯邦能如何管制全國麻醉藥品的散播管道。受限於憲法上聯邦與各州的權限劃分，最後選擇了利用聯邦科徵稅捐的權力設計管制方式。這個被稱為“*Harrison Narcotics Tax Act*”的法案於 1914 年通過，規定麻醉藥品及原料的供應商（製造、進口、販賣、加工等都在內）均需向稅務局（*Bureau of Internal Revenue*）註冊、繳稅並製作詳細的交易記錄，以便聯邦政府追蹤；而一般人沒有註冊的資格，只能透過醫師的處方取得。

Harrison 法案以對麻醉藥品供應商加強管制的方式防堵麻醉藥品擴散，對醫師在體系中的角色則相當信賴，認為經由醫師處方將可確保麻醉藥品不會被濫用。但未估算到的是，如此便使麻醉藥品成為醫師的「專賣」事業，少數不肖醫師為求牟利而推廣、鼓勵吸食，不但沒有把關反而大開麻醉藥品擴散之門。

（二）不見容的醫學認知¹⁷

而另一方面，則是醫療人員與立法者認知不同的問題。立法者預期醫師應只會將麻醉藥品用作其他疾病的治療上，但從醫學的角度觀之，毒癮本身也是一種疾病，故對沒有其他疾病、就只是使用麻醉藥物成癮者，醫師也可開麻醉藥物處方作為治療。

藥物濫用成癮如果被稱為一種疾病，其症狀便表現在對該物質不可扼抑的強迫性慾望，以及當不繼續使用時即產生痛苦的戒斷症狀（*withdrawal symptoms*），故藥物濫用成癮的治療也以去除這兩個症狀為目標。對於毒癮的治療存在多種不同途徑，各有所長，「維持」（*maintenance*）即為其中一種，其於醫學理論上的依據為免疫化學理論（*immunochemical theory*），該理論因成功應用在天花與白喉的治療上，遂成為 19 世紀末到 20 世紀初相當流行的一種對疾病的解釋。免疫化學理論對毒癮的解釋，是認為病因來自患者體內生理機能的失衡，再次攝取藥物（未必即當初上癮的那種，可能是效果類似但較輕微的藥物，例如以嗎啡治療鴉片上癮）可刺激體內抗體或抗毒素（*anti-toxin*）的產生，幫助回復生理機能的平衡，故即以維持藥物供應作為治療方法。藥物的供應須精準拿捏劑量，若劑量過少，體內化學物質不足，未達平衡，會產生戒斷症狀；若劑量過多，便會

¹⁵ 本部分內容主要參考 Lowinson, J. H. *et al.* eds., *supra* note 8, at 4-5.

¹⁶ Wright, H., "Uncle Sam is the Worst Fiend in the World", *New York Times*, 1911; March 12: (sect. 5:) 12.

¹⁷ 本部分內容主要參考 Lowinson, J. H. *et al.* eds., *supra* note 8, at 5-7, 10.

經歷毒品帶來的生理反應。

在 1912 到 1925 年，維持療法被許多診所採用，經過一段時間後患者對藥物的需要量漸次減少，顯示出此種治療確有效果。但這樣的醫療實務作法顯然違背政策初衷，批評者認為 Harrison 法案是為了透過增加取得的難度而減少麻醉藥物的使用，不是要讓醫師取代毒販成為便利的供應管道。此種科學理論的公共政策意涵令政府及司法部門無法接受，引發立法緊縮醫師開麻醉藥物處方之裁量權的倡議，而更關鍵的是聯邦最高法院在 1919 年的兩件判決¹⁸中對 Harrison 法案意旨的解釋，即認為如果病患除藥癮外無其他疾病，開藥維持其成癮狀態是違法的。

聯邦最高法院的判決引發醫界強烈反彈，原因不是判決內容的對錯（畢竟用免疫化學理論所說的抗體、抗毒素觀念來解釋毒癮一事後來也被證明是錯誤的），而是這開啟了一個先例：聯邦政府可以干預醫師的工作，司法部門為其背書。聯邦如果有權否定一個受醫學專業認可的治療方法並處罰施行此種治療的醫師，或將某一種類的病人排除於醫師的判斷之外，則表示聯邦權力已經侵入醫療衛生領域。而另一方面，聯邦最高法院的見解也代表政府對醫療體系解決毒品問題的能力打下問號，預示日後美國毒品抗制政策的重心將朝向刑事司法體系移動，藥物上癮一事也不再被定性為醫療衛生的問題。

西奈山戒毒復歸中心使用的美沙酮維持療法，雖然其作用方式（如前「貳、四、(一)」所述）與早期以嗎啡治療鴉片上癮不同，醫師也因此沒有違法使用管制藥品的問題，但維持藥物供應一事並無二致，遂也遭受類似的反對聲浪。其實美沙酮的藥理作用是鈍化使用者對海洛因的反應，並不會誘使人上癮，浮濫供應或牟利的問題也可透過加強管理監督機制而克服，但批評者仍認為提供美沙酮並未根絕毒癮，卻是使上癮一事更為社會所接受或更加可行。雖然美沙酮治療因事實上對減少與毒癮相關之犯罪有明顯的效果，而受到尼克森政府的熱情支持，但美國社會將成癮一事本身視為不道德、犯罪、不事生產的淵藪，毒癮應該要被戒除，而不是轉換依賴。此種舊式的想法加上 20 世紀早期的失敗經驗，使得美沙酮維持療法機構在往後的歲月中風雨飄搖，時常遭受公眾壓力及政治的影響。

二、毒品抗制模式的轉變：醫療與刑罰的更迭

(一) 1950 年代訴諸嚴罰¹⁹

1950 年代，一度由於對醫學的毒癮治癒失去信心，美國政府的毒品抗制政策轉為倚重刑事司法，希望透過嚴刑峻罰的嚇阻來減少毒品流通及吸食。例如當時通過對提供海洛因給未成年人者採強制最低刑度（mandatory minimum sentences）限縮法官的裁量權²⁰、陪審團有權決定對毒販科處死刑²¹等內容的法案，即此方針下的產物。

(二) 1960、70 年代倚重醫療

但當重刑的防堵效果不如預期，社會氣氛也再度翻轉時（後來許多越戰退伍軍人染上毒癮，他們的吸食被認為是導因於戰爭²²，這使社會大眾對吸毒者採取較包容同情的態度），1960、70 年代的毒品政策由嚴厲轉為溫和。當時毒癮治療被肯定為解決毒品問題的成功途徑，至少比起監禁與醫院收容（hospitalization）等其他替代方案，此法最符合成本效益計算。

¹⁸ 249 U.S. 96, 249 U.S. 86.

¹⁹ 本部分內容主要參考 Lowinson, J. H. et al. eds., *supra* note 8, at 9-11.

²⁰ United States 82nd Congress, public law no.755, approved November 2, 1951.

²¹ United States 84th Congress, public law no.728, approved July 18, 1956.

²² Galanter, M. & Kleber, H. D. eds., *The American Psychiatric Publishing Textbook of Substance Abuse Treatment*, Washington, DC: American Psychiatric Pub., 2008: 93。



西奈山戒毒復歸中心即在這樣的氛圍下草創。這段期間的政策走向是一方面縮減刑罰使用、另一方面增加福利的提供，此點可從歷任總統的施政中看出。1962 年甘迺迪總統召集「白宮麻醉藥及藥物濫用會議」（White House Conference on Narcotics and Drug Abuse），會後 1963 年總統諮議委員會（the President's Advisory Commission on Narcotics and Drug Abuse）發表報告，認為應區分不同麻醉藥品在法律上的地位，而有差別量刑的空間，並建議採用心理治療及以科民事拘禁（civil commitment）（進入戒毒機構）取代徒刑；詹森總統任內提出「大社會」理想，首創全國性的醫療照顧（medicare）及醫療援助（medicaid）制度，保障貧窮及年老國民都能接受醫療服務；尼克森總統執政時期大力支持美沙酮療法；福特總統召集對毒品使用之本質及程度的綜合性研究，於 1975 年發表「藥物濫用白皮書」（White Paper on Drug Abuse），指出「完全消除藥物濫用是不太可能的，但政府行動可控制問題及減少負面效果」，為毒品政策的方向重新定調；卡特總統支持放寬毒品管制，將娛樂性的毒品使用及持有合法化。

（三）1980 年代以後的急轉直下²³

1960、70 年代看待毒品的樂觀態度其實需要相對安定的社會情勢支撐，並非美國歷史的常態。實則由於吸毒者的形象從 19 世紀即被描述為不道德、罪犯，此根深蒂固地成為一般人的信念，使得毒品問題很容易牽動公眾情緒，不論是嚴正的社會改革，還是官僚及政客的政治訴求，都爭相引為標靶，即使福利思潮洋溢的年代中亦復如此，使得政策風向逆轉的可能性一直潛伏著。在一段經濟成長、犯罪率穩定的時期過後，1980 年代美國即開始了新一波的「毒品戰爭」（Drug War），規模及影響均較 1950 年代更為深遠，至今不輟。

1980 年代的反毒風潮以「快克」（crack）的風行為導火線，此種純化古柯鹼因一度造成多位知名年輕運動明星吸食過量猝死而引發社會關注，許多父母擔心子女吸食，形成廣泛恐慌及譴責的氣氛。嚴厲的反毒法案接連提出，雷根總統任內 1986 及 1988 年各通過一次反藥物濫用法案（Anti-Drug Abuse Act）²⁴，其中大部分經費被分配用於取締而非治療，甚至連酒都開始受到管制。

與 1970 年代不同的，此時期的政策論辯已不問毒品已知的科學上內涵為何、可能的管制模式有哪些，而是一面倒地以嚴罰、加強取締為既定方針，不同政治陣營的主張之間區別不大。但事實上，問題的嚴重度正顯現出它為多少人帶來愉悅，檯面上的政治語言可能已與一般人的認知產生落差，於是法律向社會道德靠攏，卻與實際上的可行性漸行漸遠。

1980 年代以後的毒品抗制政策棄醫療而採刑罰，與此時期社會福利措施的縮減、刑罰矯正理念的消退等屬同一波潮流²⁵，也均在兩極化的政策框架下運作。相對於與「對毒品開戰」的政治及刑事司法發展，另一方面，醫學專業的毒癮研究及對患者的治療依然進行，只是資源減少，並且需承受政策已預先為其篩選對象，即只能處理那些未被刑事司法以「罪犯」之名網羅去的病患。醫學在新的毒品抗制體制中沒有戲份，但他們並未停止活動，只是被消音。

三、假借醫學的毒品論述

就如前「一、（二）」中所述 20 世紀初期聯邦最高法院的判決所預示的，毒品問題被定性為一個政治性、社會控制的問題，而不再是關於疾病如何治療的問題，政府及司法部門取代醫療專業決

²³ 本部分內容主要參考 Lowinson, J. H. et al. eds., *supra* note 8, at 5,11-12.

²⁴ United States 99th Congress, public law no.570, approved October 27, 1986; United States 100th Congress, public law no.690, approved November 18, 1988.

²⁵ 相關論述參 Garland, D., *The Culture of Control: Crime and Social Order in Contemporary Society*, Chicago: University of Chicago Press, 2001.

定了何為正確的治療，醫療專業則被拔除聲帶百口莫辯。儘管實質上抽離醫學的專業判斷，但 1980 年代以後的毒品論述表面上仍假借著醫學的權威性，只是此種由官方代言醫學包裝而成的毒品論述背後，其實只有空洞、情緒性的語言堆砌。

(一)什麼是「毒品」？

例如關於什麼東西叫做「毒品」，本身就是個值得玩味的問題，尤其英文中“drug”並沒有「毒」的意思。一段美國人向孩童解說它們之間是何關係的敘述充分透露此中矛盾²⁶：

「如果你曾生病拿藥（medicine），你便已認識一種藥品（drug）。藥（medicine）是合法的藥品（drug），也就是說醫師可以開給病人、商店可以賣，人們也被允許買。但如果人們以任何他們想要的方式使用這些藥（medicines）、或從非法販賣的人那裡買到，就不合法、不安全了。…當人們說到「毒品問題」（drug problem），通常是指濫用（abuse）合法的藥品或使用（use）非法的藥品，像是大麻、迷幻藥（ecstasy）、古柯鹼、LSD（按：麥角酸二乙胺，一種迷幻藥物）、甲基安非他命（crystal meth）及海洛因。大麻通常是一種非法的藥品，但有些州允許醫師開大麻給特定疾病的成人。」

這段敘述除了同語反覆（tautology）外，看不出合法與非法的藥品、治療與濫用行為本質上的差異為何：藥品的合法或非法依附在用途而非其屬性，故同樣是大麻，用於治療即合法，用以吸食即非法；而什麼屬治療用途又經過界定，醫師開給病患使用叫作治療，個人自己買來用就是濫用，不稱為他在「治療」自己；而如果自我療癒的行為叫做「濫用」，便又如論者所質疑的，「一個心情不好的人若服用海洛因，叫作犯罪；若服用百憂解，便叫作治療憂鬱²⁷」，又回到藥品的合法與非法的區分上。於是「毒品」（非法藥品）的概念只是一連串文字遊戲，社會觀感似乎被「合法/非法」、「治療/濫用」的詞彙牽動著，但其實詞彙才是被社會觀感所操弄，這樣的論述根本不具實質內涵，若不尋找更深層的社會動力，無法從中理解任何事²⁸。

(二)藥品管制的標準

又如作為美國現行藥品「合法」、「非法」之根據的 1970 年聯邦「管制藥品法」（the Controlled Substances Act），其中也呈現相同的同語反覆。該法將管制藥品分為 5 級，區分標準為²⁹：

「第一級：(A)該藥品有被濫用的可能性（high potential for abuse）；(B)該藥品目前在美國沒有可接受的醫學上治療用途；(C)在醫學監督下使用該藥品欠缺可接受的安全性。

第二級：(A)該藥品有被濫用的可能性；(B)該藥品目前在美國有可接受的醫學上治療用途，或在嚴格限制下有可接受的醫學上用途；(C)濫用該藥品可能導致嚴重的心理或身體的依賴。

第三級：(A)該藥品有被濫用的可能性但低於第一、二級藥品；(B)該藥品目前在美國有可接受的醫學上治療用途；(C)濫用該藥品可能導致中度或低度的身體依賴，或高度的心理依賴。

第四級：(A)相較於第三級藥品，該藥品有低度的被濫用可能性；(B)該藥品目前在美國有可接受的醫學上治療用途；(C)相較於第三級藥品，濫用該藥品可能導致有限的身體依賴或心理依賴。

²⁶ 引自 http://kidshealth.org/kid/grow/drugs_alcohol/know_drugs.html（造訪日期：2010 年 8 月 10 日）。

²⁷ Sullum, J, *Saying Yes: In Defense of Drug Use*, New York: Jeremy P. Tarcher/Putnam, 2003: 248.

²⁸ 其實不僅是「毒品」的定義，關於藥物濫用的整套論述（人們為何吸毒、為何該禁止吸毒…）都只是語言的建構物，到頭來只與語言的世界對應，不對應其他任何真實。毒品論述作為一種社會控制技術，參佐藤哲彥，《覺醒劑の社会史—ドラッグ・ディスコース・統治技術》，東京都：東信堂，2006 年 4 月，初版，有細緻的論述。

²⁹ 21 U.S.C. 812(b). 條文引自 <http://www4.law.cornell.edu/uscode/21/812.html>（造訪日期：2010 年 8 月 10 日）。各種藥品的級別表可參美國司法部毒品執行處（Drug Enforcement Administration, DEA）網站：<http://www.justice.gov/dea/pubs/scheduling.html>（造訪日期：2010 年 8 月 10 日）。



第五級：(A)相較於第四級藥品，該藥品有低度的被濫用可能性；(B)該藥品目前在美國有可接受的醫學上治療用途；(C)相較於第四級藥品，濫用該藥品可能導致有限的身體依賴或心理依賴。」

此處可看到熟悉的「治療/濫用」區分及相互界定再次出現：是治療就不是濫用，是濫用就不是治療，導致身體或心理依賴效果被稱為「濫用」，就不會是一種「治療」。但此處「治療」是由法律而非醫學所界定（醫學的專業倫理關注病人的福祉、尊嚴及主觀感受³⁰，希望讓病人減少痛苦、過有品質的生活，若認定會「導致身體或心理依賴」即不可作為治療方式，則對於許多須賴藥物長期控制之疾病的治療都將成為不可能），醫師被要求慎用及約束自己的專業霸權³¹，卻難以防備法律魚目混珠地將社會道德摻入。

四、毒癮治療的發展

儘管醫界與政府間的互信在 20 世紀初即遭受挫折，又在 1980 年代以後的毒品戰爭中失去發言權，但以治療毒癮患者作為毒品問題之解決的醫療理念與政策目標並不衝突。當政府倚重刑事司法、試圖以重罰遏阻毒品氾濫，卻未見成效，反被越滾越大的財政支出逼得騎虎難下之際，便每每重新回頭珍視醫療的價值。此時便可發現醫學在沈默之中並未停止進展，其仍保持著專業的自主性與活力，時時準備好再受進用。

(一)傳統的毒癮治療³²

1970 年代對毒癮主要採居住式（residential）的治療，醫界雖未討論過治療的目標為何，但似乎都有默契，即以讓患者「痊癒」（達成完全的戒除）為目標，使其脫離藥物依賴的生活方式，過「對的人生」（right life）。這樣的治療方式及理想促使所有的治療方案幾乎都設計為有一定期限，治療者希望患者完成療程、從治療機構「畢業」，並在其離開後 6 或 12 個月時追蹤是否故態復萌（relapse）——這個「一年戒除率」隱隱就是圈內評估治療方案是否成功的指標。

醫療環節若能發揮作用，與毒品相關的社會與犯罪問題便可迎刃而解，但傳統的毒癮治療方式成效不彰，沒有為患者帶來持續的戒除效果，也未滿足社會大眾的期待。並且，居住式治療成本高昂，中央管制政策上大幅緊縮提供，使得醫界勢必得發展新的毒癮治療方式。

(二)新治療理念及技術的誕生³³

1990 年代以後的一些醫學研究成果指引著新治療方式的誕生，這些新發展幾乎均已被西奈山戒毒復歸中心採納為治療計畫的內容，讀者閱讀至此必感到似曾相識。首先，傳統的治療將毒癮視為一次性的疾病，以「痊癒」為治療目標，但研究指出藥物濫用其實與慢性病（如高血壓、糖尿病、哮喘等）之間具有更多相似性，例如發病會伴隨某些行為、受基因影響、存在遵醫囑行為（treatment compliance）及復發的比率等，而且患病時間可長達數十年，形成「上癮的人生」（addict life）。以這樣的觀點為此種疾病重新定性，則很容易理解傳統的短期治療為何難有成效，因為毒癮患者需要的其實是長期、繼續性的照顧，「對的人生」（痊癒如常人）對其來說是不切實際的期待，如何經營好「疾病纏身的人生」才是可行的努力方向。

³⁰ 美國醫學協會（American Medical Association, AMA）所採用的「醫學倫理守則」（Principles of medical ethics）第 1 條：「醫師應致力於提供稱職的（competent）醫學照顧，抱持憐憫及對人之尊嚴與權利的尊重。」第 3 條：「醫師應尊重法律，並有責任對違背病人之最佳利益的要求尋求改變。」併參蕭宏恩，《醫事倫理新論》，臺北：五南，2004 年 9 月，168-172 頁。

³¹ 參蕭宏恩，前揭（註 30）書，175-179 頁。

³² 本部分內容主要參考 Galanter, M. & Kleber, H. D. eds., *supra* note 22, at 93-94。

³³ 本部分內容主要參考 Galanter, M. & Kleber, H. D. eds., *supra* note 22, at 94-96。

並且，一種基於對治療過程的更細緻理解，而構想出的更有助於療效達成的治療模式也發展成形，稱為「多階段照顧模式」（multistage model of care）。該模式認為，治療未必是像一只大箱子裝載固定的一套要素那樣，而是可把治療展延於一個較長的時間階段，每個階段對病患來說皆有可定義的行為目標（或從另一方面講，即有該階段治療的任務），達成便有助於邁向下一階段，如此也使得治療的進展可透過檢視目標是否達成而變得有證據可評估。基於這樣的新觀念，毒癮的治療將分為「解毒/穩定」（detoxication/stabilization）、「康復」（rehabilitation）、「繼續照顧」（continuing care）三個階段。

此外，對病患的持續追蹤也是增進、確保治療成效的妙方，例如研究證實對結束治療的病患常保持簡單的電話聯繫比許多昂貴複雜的療法效果還好；而以登門拜訪的方式進行復元檢查程序（recovery check-up procedure）也可收到雙重效果，即一方面能對病人的狀態作有效評估，另一方面觀察有無重新開啟治療或提供支援的必要，防止再次陷入成癮。

肆、結語：西奈山戒毒復歸中心的啟示

本文前半為筆者參訪紐約西奈山戒毒復歸中心的心得紀要，介紹了該中心的設立原委、理念、運作方式及若干實務細節。不過，鋪陳資訊與數據本身是無益的。重要的不是它做了什麼，而是它是在什麼樣的時空環境下、處於什麼樣的地位、為了什麼來做這些事情，唯有連所處的脈絡（context）一併觀察，才能瞭解真正的意義何在。故本文後半部份遂討論美國毒品抗制政策中牽涉到醫療服務面向的一些演變及爭議，以便突顯西奈山戒毒復歸中心的存在及其實踐的定位，使吾人能真正從此一個案中得到啟發。

西奈山戒毒復歸中心從 1969 年成立以來，秉持醫學的專業倫理，堅持使用有道德上爭議但最令病患痛苦的美沙酮維持療法、及顧慮病患整體人格及生涯發展的生物心理社會模式提供服務，以實際的治療成績挺過了政策的轉折，但 38 年後仍不免被裁撤的命運。成就非凡終究不敵輿論壓力³⁴，此一個案隱喻了醫療在新時代毒品抗制體制中的悲劇角色。

今日美國毒品政策在保守主義及為社會問題找替罪羔羊的心理驅使之下已經失焦，扭曲成一種打擊罪惡的發洩，而不再是踏實的問題解決。其實毒品問題獲得改善的契機不在立竿見影、萬民擁戴的大動作上，而在專業人士長期堅持、按部就班的默默耕耘之中。訓練背景使得專業人士的想法常不同於主流，但也正因如此而具有冷靜、務實的優點，能夠提供不同的思維。當專業人士的聲音被摒除，政策便只剩下無方向的遊戰，美國的政策演變值得我國警惕。

在醫療衛生部門可以主導的範圍內，其實如西奈山戒毒復歸中心此種運作方式的戒毒機構多有不錯的風評（故紐約州政府是很願意提供該中心補助的）。將毒癮定性為慢性病來看待、設計治療方式的新取徑，不但人性化，並且也更接近實情，西奈山戒毒復歸中心的實踐具有示範作用，值得我國醫療衛生機關參考。而即使是刑事政策的擬定，加入對毒癮患者特性、需求的考量，也有助於使政策更具可行性。