

از اعمال زور و فشار تا همبستگی و اتحاد
درمان وابستگی به مواد با رویکرد درمان، نه مجازات
مقاله ای مباحثه ای بر مبنای کارگاه علمی

UNODC وین

۶-۸ آبان ۱۳۸۸

© سازمان ملل متحد، شهریور ۱۳۸۹. تمامی حقوق این اثر محفوظ است.

پیش گفتار

هدف از مقاله مباحثه ای «از اعمال فشار و زور تا همبستگی و اتحاد؛ با رویکرد درمان نه مجازات»؛ ترویج رویکرد «سلامت مدار»، در وابستگی به مواد است. «کنوانسیون‌های بین المللی کنترل مواد مخدر»، امکان پذیرش چنین رویکردی را در اختیار کشورهای عضو قرار می دهند. درمان پیشنهادی به عنوان جایگزین مجازات های کیفری است و باید مبتنی بر مدارک و شواهد و در راستای استانداردهای اخلاقی باشد.

این مقاله مدلی را برای ارجاع از نظام عدالت کیفری به نظام درمان ارایه میکند که بسیار موثرتر از درمان اجباری است و از جمله نتایج آن محدودیت کمتر آزادی، انگ زنی کمتر و ارایه چشم اندازهای بهتر برای آینده فرد و جامعه است. درمان وابستگی به مواد، بدون رضایت بیمار را باید تنها به عنوان گزینه‌ای کوتاه مدت و آخرین راه حل برای برخی شرایط اورژانس در نظر گرفت و در این درمان هم، باید از استانداردهای اخلاقی و علمی مشابه درمان داوطلبانه پیروی شود. در این رویکرد نمی توان تحت عنوان درمان حقوق بشر را زیر پا گذاشت.

آنتونیو ماریا کاستا

مدیر اجرایی

دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد

فهرست مطالب

درمان اعتیاد به عنوان جایگزینی برای مجازات کیفری- رویکرد بهداشت عمومی حمایت شده توسط کنوانسیون های کنترل مواد مخدر	۴
بررسی علمی درمان به عنوان جایگزینی برای مجازات کیفری	۵
اشکال ترغیب در درمان	۶
ارجاع درمانی در نظام کیفری	۷
تمرین خوب برای ارجاع به درمان در نظام کیفری	۸
درمان اجباری: درمان در صورت نبود حق امتناع	۹
درمان یا بازداشت غیرداوطلبانه کوتاه مدت اضطراری	۹
درمان طولانی مدت بدون رضایت	۱۰
مقایسه دادگاههای تخصصی مواد با سیستم کیفری عمومی جرائم	۱۱
نتیجه گیری	۱۱

درمان اعتیاد به عنوان جایگزین مجازات کیفری- رویکرد بهداشت عمومی که توسط کنوانسیون های کنترل مواد مخدر حمایت شده است

یکی از اهداف کنوانسیون های بین المللی کنترل مواد، حمایت از سلامت فردی و اجتماعی در برابر تأثیرات خطرناک مصرف مواد است. این کنوانسیون ها از دولت ها می خواهند مصرف مواد مخدر و مواد روان گردان را فقط به اهداف علمی و پزشکی محدود کنند تا به این وسیله از افراد آسیب پذیر در برابر عواقب بهداشتی و رفتاری مصرف مواد که شامل "وابستگی به مواد" و "اختلالات مربوط به مواد" است و انسجام و توسعه اجتماعی را تضعیف میکند، حمایت شود.

در همین زمینه ماده ۳۸ کنوانسیون (۱۹۶۱) عنوان میکند که: " دست اندر کارن باید توجه ویژه ای به اقدامات کاربردی برای پیشگیری از سوء مصرف مواد و شناسایی به موقع، درمان، آموزش، مراقبتهای پس از ترک، بازپروری و بازگشت به جامعه برای افراد درگیر، داشته باشند." همچنین به نقش مهم بهداشت و مداخلات اجتماعی تاکید می شود.

در ماده ۱۴ (۴) کنوانسیون سازمان ملل متحد برای مقابله با خرید و فروش غیرقانونی مواد مخدر و مواد روان گردان، (۱۳۶۷) بیان شده است که: "... دست اندر کاران باید اقدامات مناسبی با هدف حذف یا کاهش تقاضای غیرقانونی مواد مخدر و روان گردان نظر به کاهش درد و رنج بشری و زدودن انگیزه های مالی برای قاچاق غیرقانونی اتخاذ نمایند." در این بند، تمرکز کنوانسیون بروی کاهش رنج و درد ناشی از عواقب بهداشتی و اجتماعی مصرف مواد و مقابله با سود غیرقانونی سازمانهای مجرم می باشد.

طبق شروط کنوانسیون ۱۳۶۷، مالکیت غیرقانونی و کشت و خرید و فروش مواد، جرم و تخلف محسوب می شود. هرچند، در راستای رویکرد سلامت مدار، کنوانسیون مواد مخدر ۱۳۴۰ (بند ۳۶ ب) منوط شده است که "سوء مصرف کنندگان مواد می بایست تحت درمان، آموزش، مراقبتهای پس از ترک، بازپروری و بازگشت به جامعه قرار گیرند." طبق این رویکرد، گزارش هیئت بین المللی کنترل مواد مخدر در سال ۱۳۸۶ (EN/INCB/2007/1) در بحث اصل تناسب، بر این مسئله تاکید کرد که " برای متخلفان درگیر در مالکیت، خرید و فروش یا کشت غیرقانونی مواد برای استفاده شخصی، اقداماتی به عنوان جایگزین کامل محکومیت یا تنبیه در نظر گرفته شود".

این کنوانسیون ها رویکرد سلامت مدار را هم برای مصرف غیرقانونی مواد و هم برای وابستگان به مواد تشویق کرده و آن را بر اتکا انحصاری بر رویکرد مجازات محور ترجیح می دهند. رویکرد سلامت مدار در مورد مصرف کنندگان غیروابسته مواد شامل: ارائه آموزش، اطلاعات معتبر و موثق، مشاوره های رفتاری و انگیزشی کوتاه و اقداماتی جهت تسهیل بازگشت به جامعه و کاهش انزوا و محرومیت اجتماعی می باشد. در مورد افراد وابسته به مواد احتمالاً شامل حمایت اجتماعی جامع و درمان دارویی و روانی بیشتر و مراقبت پس از ترک نیز می شود.

در پی ارائه کنوانسیون های بین المللی کنترل مواد، درمان، بازپروری، بازگشت به جامعه و مراقبت پس از ترک باید به عنوان جایگزینی برای مجازات کیفری در نظر گرفته شود. افرادی که از اختلالات ناشی از مصرف مواد رنج می برند و مرتکب تخلفات مربوط به مواد شده اند ممکن است به جای مجازات کیفری تشویق به ورود به درمان شوند.

این نوع مداخلات که از اعمال فشار نظام عدالت کیفری استفاده می کند لزوماً به معنی اجباری بودن درمان یا محرومیت از آزادی فردی نمی باشد: افراد کماکان حق انتخاب پذیرش درمان یا زندانی شدن و یا سایر مجازات های اجرائی را دارند.

درمان به عنوان جایگزینی برای مجازات کیفری گویای فرصتی است از جانب جامعه به مصرف کنندگان مواد و وابستگان به مواد برای پذیرش نوعی همیاری. معمولاً اجازه انتخاب آموزش، مراقبتهای بهداشتی، درمان و بازپروری به بیماران داده شده و آنان را به اجبار و بدون رضایت خود وارد پروسه درمان نمی کنند. این فشار به طور قابل ملاحظه ای متفاوت از درمان اجباری است که اجازه رد درمان و یا انتخاب نوع آن را به فرد نمی دهد.

جایگزین های در نظر گرفته شده برای مجازات در کنوانسیون ها به عنوان مداخلات آموزشی و کلینیکی شرح داده شده اند. این جایگزین های مجازات کیفری را می توان بدون تجاوز به حقوق مصرف کنندگان و وابستگان به مواد ارائه داد تا از درمان جلوگیری شود، بدین ترتیب به تعادلی میان آرزوی جامعه در کاهش تخلفات مربوط به مواد و حقوق افراد در دریافت درمان اختلالات مصرف مواد دست یافت.

بررسی علمی درمان به عنوان جایگزینی برای مجازات کیفری

گذر از رویکرد مجازات محور به رویکرد سلامت محور، با کنوانسیون های بین المللی کنترل مواد مطابقت می کند. همچنین این رویکرد با بخش اعظمی از شواهد علمی نیز همسو می باشد. شواهد اپیدمیولوژی و سایر شواهد علمی در این زمینه حاکی از این است که مصرف پرخطر و وابستگی به مواد اغلب مربوط به زیانهای فردی و اجتماعی است (هاکینز و همکاران ۱۹۹۲، کرک و همکاران، ۲۰۰۵، سینها، ۲۰۰۸). این امر همچنین شامل تحقیقات کلینیکی و نورولوژیک می باشد که نشان دهنده مزمن و چندعاملیتی بودن وابستگی به مواد است که بر روی عملکرد مغز تأثیر می گذارد به طوری که پرهیز از مصرف آن در مدت زمان کوتاه بسیار دشوار است (کارتر و همکاران، ۲۰۰۹، گلدستین، ۲۰۰۹، سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۴). شواهد روزافزون حاکی از این است که رویکرد سلامت محور نیز بیشترین تأثیر را در کاهش مصرف غیرقانونی مواد و نیز صدمات اجتماعی ناشی از آن دارد (چندلر و همکاران ۲۰۰۹، گرسنتین و هاروود ۱۹۹۰).

یافته های جدید علمی نشان می دهد که عوامل زیادی در آسیب شناسی وابستگی به مواد دخیل هستند. عواملی که هم آمادگی فرد را برای تجربه مواد و هم مستعد بودن وی را برای گسترش وابستگی در صورت مصرف شامل می شود (وولکو و لی، ۲۰۰۵). در میان این عوامل می توان به تاریخچه طولانی زیان های فردی و اجتماعی؛ خلق و خو و خصیلت شخصیتی تحت تأثیر تنوع ژنتیکی (دیک و همکاران، ۲۰۰۶، مریکانگاس و همکاران ۲۰۰۹)؛ مشکلات پیش از تولد؛ تجارب نامطلوب دوران کودکی؛ فقر آموزش؛ نبود ارتباطات خانوادگی و انزوای اجتماعی؛ و اختلالات روانی اشاره کرد (فرگوسن و همکاران ۲۰۰۸، زاگر و همکاران ۲۰۰۸). تمام این عوامل می توانند منجر به ایجاد حساسیت زیست روانی نسبت به اختلالات مصرف مواد گردد. به علاوه، نسبت وسیعی از وابستگان به مواد، مصرف را در تلاشی ناکام برای فائق آمدن بر شرایط نامطلوب زندگی از جمله خشونت و سوء استفاده، فقر بیش از حد و طرد اجتماعی، گرسنگی و حجم کاری بیش از اندازه شروع کرده و ادامه می دهند (خانتزین، ۱۹۸۵).

وابستگی به مواد نوعی اختلال (بیماری) در سلامت است که در نتیجه گرویدن به مواد در افرادی با سابقه آسیب های زیست روانی ایجاد می شود. این درک از وابستگی به مواد نشان می دهد که تنبیه پاسخ مناسبی برای افراد وابسته به مواد نیست. (چندلر و همکاران ۲۰۰۹، داکیس و ابرین ۲۰۰۵، مک للان و همکاران ۲۰۰۰). در واقع، زندانی کردن می تواند در بهبود قشر آسیب پذیری که به نحوی به دلیل تجارب نامطلوب دوران کودکی و نوجوانی مجازات شده اند و یا در حال حاضر از لحاظ روانی و اعصاب آسیب پذیرند، زیانبخش باشد (نیل و ساویل، ۲۰۰۴).

قشر فقیر بیشتر از افرادی که درآمد کافی در اختیار دارند و در محیط مناسبتری زندگی می کنند، در معرض خطر ارتکاب به جرم و زندانی شدن قرار دارند. داشتن سابقه کیفری امکان اشتغال را محدود می کند و در نتیجه زمان خدمت در زندان، بهترین دوره زندگی آنها سپری شده و شانس کمتری برای داشتن یک زندگی عادی خواهند داشت.

در واقع، حبس در زندان و بازداشت در مراکز درمان اجباری اغلب باعث وخیم تر شدن مشکلات مصرف کنندگان مواد و وابستگی به مواد خصوصاً جوانترها و آسیب پذیرترین آنها می شود (جارگنز و بتریچ، ۲۰۰۵). قرار گرفتن در محیط زندان، دوستی با مجرمین باسابقه و گروهها و سازمانهای خلافکار را تسهیل می کند. همچنین موجب افزایش ننگ و شناخته شدن فرد به عنوان مجرم می شود. این مسئله اغلب منجر به افزایش محرومیت اجتماعی، وخیم تر شدن شرایط سلامت و کاهش مهارت های اجتماعی می گردد. جایگزین هایی (بیمار سرپایی یا مراکز اقامتی درمانی) از قبیل درمان دارویی با حمایت روانی-اجتماعی برای وابستگی به تریاک موثرتر از زندانی شدن جهت کاهش تخلفات مرتبط با مواد است (چندلر و همکاران، ۲۰۰۹).

علی رغم این واقعیت که مصرف کنندگان مواد بخش اعظمی از (یا اکثریت) جمعیت زندان ها را تشکیل می دهند، نظام زندان در بسیاری از کشورها با کمبود برنامه های درمان و بازپروری مناسب از جمله درمان اختلالات روانی همزمان برای زندانیان مواجه است که نسبت زیادی از زندانیان وابسته به مواد را تحت تاثیر قرار داده است (بایلارجیون و همکاران ۲۰۰۹، سازمان جهانی بهداشت ۲۰۰۵). به علاوه، تاریخچه مصرف پرخطر الکل و داروهای تجویزی در طول زمان بازداشت متخلفین اغلب نادیده گرفته می شده است. شواهد نشان دهنده ی نرخ بالای عود مصرف مواد، مصرف بیش از حد و یا رجعت به جرائم در میان وابستگی مواد پس از آزادی از زندان می باشد. (دولان و همکاران ۲۰۰۵، رامسی ۲۰۰۳).

به علاوه، زندان ها و سایر مکانهای بسته مملو از افرادی با اختلالات ناشی از مصرف مواد (اولیملیون و همکاران، ۲۰۰۷) و متعاقباً مبتلا به اچ آی وی و سل می باشند (UNHCR، ۱۹۹۶؛ سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۳؛ UNODC، ۲۰۰۶). از آنجاکه افراد به تریاق مواد ادامه داده و در سایر فعالیتهای پرخطر که منجر به گسترش اچ آی وی و هپاتیت در زندان می شوند شرکت دارند، محیط زندان بسیار مستعد شیوع اچ آی وی است (گور و همکاران ۱۹۹۵، جورجنز و بتریچ ۲۰۰۵). ازدحام در زندان با خطر بالای انتقال سل مرتبط است که خصوصاً برای افراد مبتلا به اچ آی وی مشکل ساز است. نبود تداوم درمان اچ آی وی در بدو ورود و خروج از زندان، خطر مقابله و پیرووس را در برابر مواد افزایش می دهد.

شواهد متعددی وجود دارد مبنی بر این که در درمان موثر وابستگی مواد، راه حلهایی نظیر مداخلات کلینیکی (بیمار بستری یا سرپایی) به عنوان جایگزینی برای مجازات کیفری، در واقع موجب افزایش نرخ بهبود و کاهش جرم و هزینه های کیفری می شود (کوئر و بیکر ۲۰۰۷، مک سوئی و همکاران ۲۰۰۷، اوچتن هاگن و همکاران ۲۰۰۸). این امر منجر به بهبود نتایج هم برای افراد با اختلالات مصرف مواد و هم برای جامعه در مقایسه با تاثیرات مجازات کیفری خواهد شد. این گزینه باید در مورد تمام متخلفین مربوط به مواد مخدر در نظر گرفته شود.

اشکال ترغیب در درمان

درمان داوطلبانه بدون مجازات کیفری

می توان اینگونه اظهار داشت که تمامی درمان های داوطلبانه تاحدی با اعمال فشار یا متقاعدسازی همراه هستند. در برخی نمونه ها، فشار اجتماعی یا خانواده و دوستان که به صورت غیررسمی اعمال می شود می تواند برای شروع و یا ادامه درمان کافی باشد (وایلد، ۲۰۰۶). این فشار می تواند به صورت تشویق شفاهی به منظور دنبال کردن درمان یا به شکل تهدید به نتایج منفی مصرف نظیر جدایی، طلاق یا از دست دادن حمایت های مالی باشد. (مارلو و همکاران، ۱۹۹۶؛ استیونس و همکاران، ۲۰۰۶).

تیم های سیار و سایر متخصصان مددکاری و درمانی، افراد وابسته به موادی را که هنوز تحت درمان نیستند، با هدف تشویق آنها برای ورود به درمان بکار می گیرند. مداخلات رفتاری ممکن است تا حدی شامل متقاعدسازی باشد که پیش از دستیابی به انگیزه کافی برای ترک، به بیمار کمک می کند تا رفتار خود را تغییر دهد (به عنوان مثال، رفتار مثبت بارزش).

در میان امکانات درمانی، رویکردهای مدیریت احتمالی شامل استفاده از محرک برای پاسخهای درمانی مناسب هستند که عبارتند از پول نقد، هزینه، ارائه دوز مصرفی بیشتر در منزل برای بیماران تحت درمان با متادون یا بوپره نورفین.

در نمونه های وابستگی شدید به مواد، فشارهای اجتماعی بیشتر می تواند در تشویق وابستگان به مواد برای ورود یا ثابت قدم ماندن در درمان موثر باشد. این امر می تواند شامل خطر نتایج منفی رسمی از جمله از دست دادن گواهینامه رانندگی (برای افرادی که نمی توانند درست رانندگی کنند)، از دست دادن حضانت فرزندان (برای افرادی که بدلیل مصرف مواد قادر به نگهداری از آنها نیستند)، از دست دادن شغل (برای کسانی که بدلیل مصرف مواد قادر به انجام وظایفشان نیستند) یا از دست دادن مزایای رفاه اجتماعی (زمانیکه فرد شرایط لازم برای دریافت این امتیازات را ندارد) باشد.

ارجاع درمانی در نظام کیفری

جایگزین زندان برای مصرف کنندگان مواد و وابستگان به مواد

تا زمانیکه براساس کنوانسیون های کنترل مواد، مصرف غیرپزشکی مواد مخدر و روان گردان ممنوع باشد، شدت مجازات در کشورهای مختلف به شکل قابل توجهی متفاوت خواهد بود (EMCDDA-2009). تمام کشورها دارای مجازات های شدیدی در زمینه خرید و فروش مقادیر بالای مواد و جرائم مربوط به آن هستند. هرچند در ارتباط با مجازات مصرف و حمل مواد برای مصارف شخصی هر کشور متفاوت عمل می کند. در برخی کشورها برای مصرف شخصی و غیردارویی مواد مخدر و روان گردان مجازات زندان مقرر گردیده است. در برخی دیگر مصرف شخصی مواد جرم محسوب نشده و مجازات کیفری برای آن در نظر گرفته نشده است. در برخی محاکم قضایی، نظام قانونی وابستگی به مواد را به عنوان دلیلی برای تخفیف سایر جرائم مربوط به مواد مخدر دانسته و ممکن است نسبت به سایرین حکم ملایمتری برای فرد وابسته به مواد وضع نماید، خصوصاً اگر فرد آمادگی ورود به درمان را داشته باشد.

تعداد مصرف کنندگان زندانی در کشورهایی که مجازات های سنگین تری برای حمل و مصرف مواد دارند، بیشتر است که این مسئله هزینه بالایی برای جامعه دارد. در مقایسه با کشورهای بدون مجازات های سنگین برای حمل و مصرف شخصی مواد، این رویکرد به نظر تاثیر بازدارنده ای روی مصرف مواد در جامعه ندارد (روپتر و استیونز، ۲۰۰۷).

آموزش، درمان وابستگی به مواد، مراقبتهای پس از ترک و بازگشت به جامعه می توانند جایگزین های موثری برای مجازات های کیفری جرائم مربوط به مواد باشند (برای مرور کلی سایر جایگزینهای زندان رجوع شود به UNODC، ۲۰۰۷)، چراکه به نظر می رسد درمان بیش از زندان به کاهش جرائم مربوط به مواد کمک می کند (گرسین و هاروود، ۱۹۹۰؛ گایدیش و همکاران، ۲۰۰۱). به طور ایده آل، درمان داوطلبانه باید در اختیار تمامی افرادی که به آن نیاز داشته و درخواست دارند، قرار گیرد. هرچند تمامی کسانی که مرتکب به جرائم مربوط به مواد هستند بدلیل هزینه بالا و کمبود دسترسی به درمان، قادر به دستیابی به درمان مناسب نیستند. در برخی کشورها، بودجه قضائی برای متهمین و محکومین مصرف مواد یا جرائم مربوطه شامل هزینه های درمان در نظر گرفته شده است چراکه این روش علاوه بر ارزانتر بودن تاثیر بیشتری نیز بر پیشگیری از جرم نسبت به زندان دارد. بسیاری از وابستگان مواد در برخورد با اتهامات و محکومیت های مصرف مواد و یا جرائم مرتبط با آن و راهکارهای درمان موثر و انسانی در استطاعت شخص در جامعه به عنوان

جایگزینی متناسب با مجازات کیفری، در صورت داشتن حق انتخاب، اغلب به صورت داوطلبانه درمان را انتخاب می کنند (وان اوویان، ۲۰۰۸).

بخش بعدی به شرح اصول سازماندهی پیشنهاد جایگزینی درمان به جای مجازاتهای کیفری می پردازد به گونه ای که بتواند بیشترین تأثیر را داشته باشد.

تمرین خوب برای ارجاع به درمان در نظام کیفری

شواهد نشان می دهد که حکم قانونی آموزش، درمان و مراقبت می تواند جایگزین موثری برای زندان و بازداشت خانگی اجباری در میان وابستگان به مواد باشد. همچنین این امر را می توان به عنوان جایگزینی برای مجازات کیفری جرائمی در نظر گرفت که طبق کنوانسیون کنترل مواد مشخصاً مرتبط با مواد در نظر گرفته نشده بلکه مصرف مواد یا وابستگی به مواد در آن دخیل بوده است، از جمله حمل مواد برای تأمین مواد مصرفی. لازم است که چنین درمانی به نحوی ارائه شود که به حقوق مصرف کننده، که می بایست مجاز به انتخاب درمان و نحوه درمان باشد، تجاوز نکند (پورتر و همکاران، ۱۹۸۶). فشار قانونی می تواند مشوقی برای درمان باشد، اما تصمیم ورود یا عدم ورود به درمان باید توسط خود شخص اتخاذ شود.

فرصت ورود به درمان می بایست مرتباً باز پس داده شود، تا موجب تسهیل بهبود روابط بین فردی و ارتباطات اجتماعی شده، انسجام اجتماعی و اتحاد درمانی را بالا ببرد. از این چشم انداز، درمان به عنوان جایگزینی برای مجازات کیفری لزوماً مخالف انگیزه نبوده و می تواند فرصتی باشد برای تغییر. در صورت اجرای این شیوه، انگیزه برای بهبود می تواند در حکم یک الگوی درمان رشد کند. کیفیت درمان ضرورتاً با رویکردی حکم شده سازگار نیست و می تواند به اندازه درمانی که شخص داوطلبانه به آن وارد شده موثر باشد (بورک و گریگوری، ۲۰۰۷).

در حالت ایده آل، درمان اطلاع رسان از طریق شواهد در جامعه به عنوان جایگزین مجازات کیفری می بایست مداخلات اجتماعی و کلینیکی را شامل شود (روانی و درمانی) که توسط تیمی حرفه ای متشکل از پزشکان تحت حمایت نظام مراقبت بهداشتی ارائه شده است.

در چنین موقعیتی:

۱. مصرف کنندگان یا وابستگان به مواد که با مجازات های کیفری برای جرائم مربوط به مواد روبرو هستند به درمان راضی خواهند شد و آزادند تا هر زمان که تمایل داشتند درمان را رها کنند (چنانچه مرتکب جرمی کاملاً مربوط به مواد شوند حکم مجازات کیفری برای آنها اجرا خواهد شد).
۲. درمان توسط دستورالمعمل های کلینیکی مبتنی بر شواهد علمی اطلاع رسانی شده است. در صورت نبود شواهد، رویکردهای جدیدی با دقت بررسی می شود (کمیسون سیاست گذاری مواد مخدر انگلستان، ۲۰۰۸).
۳. درمان بطور انسانی و مطابق با اصول استاندارد اخلاقی مراقبت-بهداشت از جمله احترام شان و منزلت فردی ارائه می گردد.
۴. بیماران از خطرات و مزایای انواع گزینه های درمان مطلع می شوند.
۵. علیرغم اینکه بیمار ناچار به ورود به درمان است، برنامه ها باعث ایجاد همبستگی درمانی میان کارکنان و بیماران می شوند.
۶. پروسه قانونی درمان به عنوان جایگزینی برای مجازات های کیفری با قوانین و مقررات کشوری از جمله قوانین مبتنی بر حمایت از آزادیهای مدنی بیمار متناسب است.

۷. حقوق افراد توسط "سازمان تامین حقوق و آزادی افراد" محافظت شده و نظام قضائی رسمی کشور بر رویه های شفاف نظارت می کند.
۸. افرادی که هنوز مجرم شناخته نشده اند، نمی بایست به ناحق متحمل اقدامات قانونی شوند (نه بیشتر از مضمونین یا افرادی که به سایر جرائم متهم هستند).
۹. آن دسته از افرادی که با مجازاتهای کیفری روبرو هستند بطور کامل از گزینه های درمان موجود به عنوان جایگزین مجازاتها مطلع هستند. همچنین این افراد می بایست از تأثیرات احتمالی جریان جرمشان بر انتخاب درمانشان و اینکه در طول درمان چه انتظاراتی از آنها وجود دارد، پیشرفت آنها در درمان چگونه روی مجازات های کیفری تأثیر می گذارند، مطلع باشند.
۱۰. درمان در دسترس بوده و در صورت لزوم، هزینه آن توسط سیستم قضائی پرداخت می شود.
۱۱. افرادی که با مجازاتهای کیفری روبرو هستند در نتیجه تصمیم به پذیرش درمان با مجازات های شدید دیگری روبرو نمی شوند. برای کسانی که از درمان پیروی می کنند (حتی در صورت ناموفق بودن درمان) درمان می بایست ادامه یابد تا مزایای آن برای بیمار اثربخش باشد.
۱۲. متخلفان وابسته به مواد حق دارند درمان جایگزین پیشنهادی را انتخاب کنند. در این مورد مجازات ها نباید بیش از مجازات افرادی باشد که به آنها پیشنهاد درمان نشده یا مواد مصرف نکرده اند.
۱۳. می بایست به محرمانه بودن اطلاعات ارائه شده توسط هر یک از بیماران احترام گذاشته شود به عنوان مثال، براساس بخشی از توافقات با دادگاه، ممکن است بیماران با پخش اطلاعات درمانی خود توسط دادگاه موافقت نمایند. دادگاه می بایست از قبول بیمار مطلع شود در صورت عدم وجود این پذیرش می تواند اقدامات جایگزین را لغو کند.
۱۴. با وجود درگیر شدن در درمان به عنوان جایگزین مجازات کیفری، برنامه های درمان می بایست با نقش اصلی خود به عنوان ارائه کنندگان درمان با رویکرد حمایتی و دلسوزانه و اجتناب از تبدیل شدن به عامل تنبیهی، مطابقت داشته باشند. درمان نباید به شکلی از تنبیه غیرکیفری تبدیل شود.
۱۵. حمایت اجتماعی اضطراری، پاسخ به نیازهای اولیه مثل غذا، سرپناه، اقدامات بهداشتی و پوشاک، می بایست توأم با رویکردهای درمان اجتماع محور باشد. حمایت اجتماعی اولیه سرپناه مناسب، کاهش فقر و مداخلات رایگان ضروری جهت تسهیل ارتباط با وابستگان مواد، مجوز برای شرکت در برنامه های درمان و مراقبت از بهداشت عمومی را تامین می کند. به علاوه مداخلات معیشتی پایدار مانند ارائه مهارت های شغلی یا آموزش جایگزین، دسترسی به تولید درآمد، وام و مشاوره شغلی احتمالاً ضروری هستند.

درمان اجباری: درمان در صورت نبود حق امتناع

تهدید به مجازاتهای کیفری می تواند برخی از وابستگان به مواد درگیر با نظام کیفری را تشویق به جستجو برای درمان کند. برای اقلیتی از وابستگان به مواد، درمان اجباری کوتاه مدت تنها در شرایط اضطراری و برای حفاظت از مصرف کنندگان مواد یا جامعه موجه خواهد بود. حتی در این شرایط، درمان بدون رضایت از نظر اخلاقی مورد بحث بوده و کنوانسیون های سازمان ملل متحد را نقض می کند (همچون کنوانسیون حقوق معلولین). در هر صورت، این مداخله نباید بیش از چند روز به طول بیانجامد و تنها می بایست تحت نظارت دقیق قانونی انجام شود.

درمان یا بازداشت غیر داوطلبانه کوتاه مدت اضطراری

درمان کوتاه مدت اجباری برای حفاظت افراد مبتلا یا تحت تأثیر شدید مواد که قادر به مراقبت از خود نبوده و در معرض خطرات حتمی قرار دارند، قابل توجیه است. این شرایط به ظاهر شبیه به درمان موارد اضطراری

روانپزشی از قبیل جنون می باشد که می بایست طبق همین اصول با آنها برخورد شود. اکثر کشورها نیز در این زمینه قوانینی دارند که عبارتند از: دستگیری توسط پلیس (و نگهداری متعاقب شبانه یا تا زمانیکه سم از بدن خارج شود)، یا دستگیری و انتقال به مراکز درمانی (مثل بیمارستان) یا درمان اضطراری بدون رضایت در مرکز بهداشت.

این بیماران در معرض خطر جدی آسیب رساندن به خود و دیگران بوده بطوریکه یا از درمان سرباز زده اند و یا به هیچ طریقی قادر به بیان آرزوهای خود نیستند. در چنین شرایطی، موافقت موقتی با درمان اجباری بدون رضایت بیمار برای مدت زمانی کوتاه به منظور محافظت از فرد و جامعه در مقابل عواقب ناگوار بهداشتی و امنیتی قابل توجه خواهد بود. در صورت استفاده از درمان های موثر برای توقف رفتارهای پرخطر و خشونت نسبت به خود و دیگران، تعلیق موقت استقلال بیمار می تواند به بازسازی استقلال در او کمک کند. در این وضعیت هدف برخورد با یک مورد اضطراری پزشکی و امنیتی است، نه درمان طولانی مدت وابستگی به مواد. به محض برطرف شدن این حالت اضطراری، مداخلات کلینیکی اجباری می بایست متوقف شوند. در زمان اعمال این نوع اجبار، باید روندهای قانونی دقیق و شفافی وجود داشته باشند و اثربخشی مداخلات کلینیکی اجباری باید در دسترس باشند.

رایج ترین کاربرد این گروه از درمان، بستری کردن اجباری کوتاه مدت (یعنی، چند ساعت تا حداکثر چند روز) برای مصرف الکل یا سم زدائی، درمان مصرف بیش از حد مواد یا درمان علائم شدید اختلالات روانی همراه (به عنوان مثال، روانپزشی با مصرف دارو یا تصمیم به خودکشی).

درمان بدون رضایت بیمار در شرایط مورد انتظار که به وضوح شرح داده شده است، می بایست از معیارهایی مشابه به آنچه در شرایط اضطراری سلامت روان بکار گرفته شده، پیروی کند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۵). به عنوان مثال می بایست:

- نیاز به قضاوت کلینیکی توسط دست کم دو متخصص مراقبت- بهداشت مجرب مبنی بر ضرورت چنین درمانی.
- اعمال یک بازه زمانی چند روزه برای درمان اجباری (بازگرداندن استقلال به فرد تا بتوانند تصمیمات مربوط به رفاه خود را بگیرد، حداکثر چند روز).
- بازبینی قضایی برای هر نیاز دائم، شامل حق دادخواست.
- برنامه پزشکی مناسب تجویز شده برای شخص، در معرض بازبینی منظم، سازگار با استانداردهای اخلاقی و تمرین مناسب مبتنی بر شواهد بین المللی.

درمان طولانی مدت بدون رضایت

بسیاری از کشورها درمان اقامتی طولانی مدتی برای وابستگان به مواد بدون رضایت بیمار ارائه می دهند که در واقع نوعی زندان با اقدامات امنیتی پایین تر محسوب می شود.

در مقایسه با زندان سنتی یا درمان داوطلبانه اجتماع مدار، شواهد کمی از اثر درمانی این رویکرد موجود می باشد. این روش پرهزینه بوده و هزینه اثربخش نیست و هیچ سودی برای فرد یا جامعه نخواهد داشت. جایگزینی برای زندان نیست چراکه خود به شکلی زندان به حساب می آید. در برخی موارد، امکانات شامل اردوگاههای کاری می شوند همراه با نیروی کار بدون حقوق و کار اجباری، روش های درمانی تنبیهی و توهین آمیز که مطابق نوعی تنبیه غیررسمی است.

بحث بر سر این است که استفاده از هرگونه درمان طولانی مدت برای اختلالات مصرف مواد بدون رضایت بیمار متناقض با توافق نامه بین المللی حقوق بشر و استانداردهای پزشکی اخلاقی است (UNODC و WHO، ۲۰۰۸).

وجود منابع کافی درمان داوطلبانه و ارجاعات مناسب برای درمان از جانب نظام کیفری و بسیج اجتماعی، تنها نیاز باقیمانده برای استفاده از این شکل درمان اجباری/غیرداوطلبانه را کم می کند تا جایگزین دیگر به هیچ عنوان از آن استفاده نمی شود.

مقایسه دادگاههای تخصصی مواد با سیستم کیفری عمومی جرائم

در پاسخ به جمعیت روبه رشد متخلفان مواد داخل و خارج از سیستم کیفری جرائم بدون درمان مشکل مواد مورد نظر، سیستم کیفری تعدادی از کشورها دادگاههای مواد را برپا کرده اند تا متخلفان را از زندان به مراکز تحت نظارت درمان مواد انتقال دهند (UNODC، ۲۰۰۷). به عنوان گزینه ای در مجازات های سیستم کیفری، این نوع درمان به نظر موثر می آید (پریندرگاست و همکاران، ۲۰۰۸). نتایج ارزیابی ۲۳ برنامه موید این است که دادگاههای مواد بطور موثری موجب کاهش مصرف مواد و جرم و ذخیره بودجه شده اند.

محافظه کارانه ترین ارزیابی های علمی انجام گرفته روی پنج "متا آنالیز" همگی گویای این مسئله هستند که دادگاههای مواد در مقایسه با زندان تا حدود ۳۵ درصد باعث کاهش جرائم شده اند. به علاوه اینکه دادگاههای مواد به ازای هر ۱ دلار سرمایه گذاری در مبارزه با جرائم چیزی بین ۲.۲۱-۳.۳۶ دلار سود می برد. جامعه با کاهش ویزیت های اورژانس و سایر مراقبت های پزشکی و پرورشی و هزینه های ضرر و زیان مثل از دست دادن اموال، به ازای هر ۱.۰۰ دلار سرمایه گذاری تا حدود ۲.۰۰ دلار ذخیره می کند.

دادگاههای تخصصی مواد که منحصراً به تخلفات مربوط به مواد رسیدگی می کنند یکی از راههای تسهیل درمان به عنوان جایگزینی برای مجازات کیفری هستند. همچنین می توان بدون ایجاد دادگاههای تخصصی مواد، اصول مشابهی را در سیستم کیفری بکار گرفت.

نتیجه گیری

در پاسخ به مشکل مصرف مواد، بسیاری از کشورها تنبیهات شدیدی را برای مصرف مواد و جرائم مربوط اعلام کرده اند که منجر به افزایش جمعیت زندانها، مراکز درمانی اجباری، اردوگاههای کار بدون اثر طولانی مدت قابل توجه در مصرف مواد، وابستگی به مواد یا جرائم مربوط به مواد در جامعه شده است و در تضاد با حقوق بشر می باشد. در عین حال، حضور تعداد زیادی از مصرف کنندگان مواد برای مدت زمان طولانی در زندان، هزینه بالایی در بر داشته و احتمال انتقال اچ آی وی، هپاتیت و سل را هم در مکان بسته و هم در خارج از آن بالا می برد، که این امر خطر قابل ملاحظه ای برای سلامت جامعه محسوب می شود. نهایتاً بسیاری از کشورها به جایگزین کردن زندان با گزینه های دیگر برای مصرف مواد و سایر جرائم عقیده دارند.

در دسترس بودن درمان موثر، قابل پرداخت و انسانی و مراقبتی که تمامی نیازهای اجتماعی و بهداشتی فردی با اختلالات مصرف مواد در جامعه را مرتفع کند، انتخاب داوطلبانه درمان و پیشگیری از جرائم مربوط به مواد را تسهیل می کند. اغلب مقداری فشار جهت تشویق وابستگان به مواد برای ورود به درمان وابستگی و افزایش ماندگاری در درمان اعمال می شود. این فشار می تواند از فشار غیررسمی اعمال شده توسط خانواده و دوستان تا انواع رسمی آن برای درگیر کردن فرد

در درمان به عنوان جایگزینی برای زندان یا سایر مجازات های قانونی را شامل شود. بسته به روش مورد استفاده، درمان به عنوان جایگزینی برای مجازات کیفری به حقوق فرد در قبول یا رد درمان تجاوز نمی کند.

زمانیکه تمام افراد دارای اختلالات مصرف مواد استطاعت مالی برای درمان موثر را نداشته باشند، بخش کیفری پیشنهاد درمان را ارائه می کند تا از دردسترس بودن آن برای تمامی متهمین یا محکومین به جرائم مربوطه به مواد اطمینان حاصل کند. پیشنهاد حمایت اجتماعی اضطراری اولیه به وابستگان به مواد، اشتیاق آنان را بالا برده و خصوصاً توجه آن دسته از افراد نیازمند را به خود جلب می کند. مداخلات درمان و بازپروری می بایست با مداخلات زندگی پایدار که به شرکت کنندگان این امکان را می دهد تا به خودپایداری آینده و معنای زندگی نگاهی داشته باشند همراه شود تا خطر عود را کاهش دهد.

به طور اخص در کنوانسیون های بین المللی کنترل مواد، درمان به عنوان جایگزینی برای مجازات کیفری معرفی شده است و نسبت به زندان، در پیشرفت بهبود وابستگی به مواد و کاهش جرائم مربوطه به مواد، موثرتر به نظر می رسد. می توان این امر را به گونه ای ارائه داد که به حقوق بیماران تجاوز نکند، مشروط بر اینکه تصمیم به رد درمان به اختیار مصرف کننده باشد و حقوق بشر و استقلال بیمار محترم شمرده شوند.

درمان اجباری یا غیرداوطلبانه، بدون رضایت بیمار، تنها می بایست در موارد خاص اختلالات شدید که خطری ناگهانی و قریب الوقوع برای سلامت بیمار یا امنیت جامعه به دنبال دارد، بکار گرفته شود. درمان غیرداوطلبانه کوتاه مدت برای حفاظت از افراد آسیب پذیر می بایست در کوتاهترین زمان ممکن و به عنوان آخرین راه حل و توسط تیم های مجرب تحت نظارت و با رویه کاری قانونی و شفاف انجام گرفته و به دقت ارزیابی شود.

ایجاد امکانات برای درمان وابستگی به موادی که بیشتر در جامعه در دسترس بوده، جذابیت و کیفیت بیشتری داشته و برچسب زنی کمتری دارند از فشار مورد نیاز جهت تشویق به ورود به درمان کم می کند.

بسیاری از وابستگان به مواد در خصوص شروع درمان و توقف یا کاهش مصرف مواد دمدمی عمل می کنند. ممکن است خدمات درمانی مناسب که پاسخگوی نیازهایشان باشد را نیابند. ارائه خدماتی در عرصه درمان های انسانی و برنامه های حمایتی برپایه شواهد علمی اثربخشی، افزایش انگیزه و توانمندی بیماران، ایجاد روابط قوی با درمانگر، خانواده و جامعه از بهترین روش ها برای تبدیل امکانات درمان غیرداوطلبانه به فرصت هایی جهت همبستگی و بهبودی درست در جامعه خواهد بود.

تحقیقات نشان می دهند که کیفیت، اجرا و نتایج عوامل اصلی موثر در جذابیت برنامه های درمان وابستگی به مواد برای افراد وابسته هستند. کیفیت درمان وابستگی به مواد نتیجه ترکیب عواملی از قبیل، زیربنای خوب، تعداد مناسب پرسنل با کفایت، راهنمای گروهی، زمان کافی اختصاص داده شده به هر بیمار، قوانین کلینیکی مشخص و تصویب قوانین مربوط به مواد، وجود انواعی از روش های درمانی پیشنهادی، منابع دردسترس، و مدیریت موردی است. کیفیت برنامه های درمان شامل خدماتی می شود که جذاب بوده و استفاده از آن برای بیماران بالقوه آسان باشد.

درگیری شخصی و احساسی در ایجاد انسجام درمانی ضروریست و می بایست به عنوان بخشی از سیستم خدمات جامع از جمله خدمات پیشگیری از مواد، درمان و مراقبت از وابستگی به مواد همچنین خدمات بهداشت عمومی، دادگاهها، خدمات آزمایشی و خدمات اجتماعی و شهرداری قرار گیرد که در سلامت افراد موثرند (راتنا و ریفکین، ۲۰۰۷، هاگی و همکاران، ۲۰۰۸). کل جامعه می بایست با پروسه های بازپروری و بازگشت به جامعه همراه شده و راهکارهایی منسجم برای کمک به بهبود مصرف کنندگان آسیب پذیر اتخاذ کنند.

References

- Baillargeon J., Penn J.V., Knight K., Harzke A.J., Baillargeon G., Becker E.A. (2009) Risk of reincarceration among prisoners with co-occurring severe mental illness and substance use disorders. *Adm Policy Ment Health* 22: epub ahead of print.
- Burke, A. C. and Gregoire, T. K. (2007) Substance abuse treatment outcomes for coerced and noncoerced clients. *Health Soc Work*, 32, 7-15.
- Carter, A., Capps, B. and Hall, W. (2009) *Addiction neurobiology: Ethical and social implications*, Lisbon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Chandler, R. K., Fletcher, B. W. and Volkow, N. D. (2009) Treating drug abuse and addiction in the criminal justice system: improving public health and safety. *JAMA*, 301, 183-90.
- Dackis, C. and O'Brien, C. (2005) Neurobiology of addiction: Treatment and public policy ramifications. *Nature Neuroscience*, 8, 1431-1436.
- Dick D.M., Bierut L., Hinrichs A., Fox L., Bucholz K.K., Kramer J., Kuperman S., Hesselbrock V., Schuckit M., Almasy L., Tischfield J., Porjesz B., Begleiter H., Nurnberger J. Jr., Xuei X., Edenberg H.J., Foroud T. (2006) The role of GABRA2 in risk for conduct disorder and alcohol and drug dependence across developmental stages. *Behav Genet* 36(4): 577-90.
- Dolan, K. A., Shearer, J., White, B., Zhou, J., Kaldor, J. and Wodak, A. D. (2005) Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, reincarceration and hepatitis C infection. *Addiction*, 100, 820-8.
- EMCDDA (2009) *Drug offences: sentencing and other outcomes*, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.
- Fergusson D.M., Boden J.M., Horwood L.J. (2008) The developmental antecedents of illicit drug use: evidence from a 25-year longitudinal study. *Drug Alcohol Depend* 96(1-2): 165-77.
- Gerstein, D. R. and Harwood, H. J. (1990) *Treating drug problems* (vol 1). A study of effectiveness and financing of public and private drug treatment systems Washington DC, Institute of Medicine, National Academy Press.
- Goldstein R.Z., Craig A.D., Bechara A., Garavan H., Childress A.R., Paulus M.P., Volkow N.D. (2009) The neurocircuitry of impaired insight in drug addiction. *Trends Cogn Sci* 13(9): 372-80.
- Gore, S. M., Bird, A. G., Burns, S. M., Goldberg, D. J., Ross, A. J. and Macgregor, J. (1995) Drug injection and HIV prevalence in inmates of Glenochil prison. *BMJ*, 310, 293-6.

- Guydish J., Wolfe E., Tajima B., Woods W.J. (2001) Drug court effectiveness: a review of California evaluation reports, 1995-99. *J. Psychoactive Drugs* 33(4): 369-78.
- Krebs C.P., Lindquist C.H., Koestse W., Lattimore P.K. (2007) Assessing the long-term impact of drug court participation on recidivism with generalized estimating equations. *Drug Alcohol Depend* 91(1): 57-68.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. and Miller, J. Y. (1992) Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.
- Hughey, J., Peterson, N. A., Lowe, J. B. and Oprescu, F. (2008) Empowerment and sense of community: clarifying their relationship in community organizations. *Health Educ Behav*, 35, 651-63.
- Jurgens, R. and Betteridge, G. (2005) Prisoners who inject drugs: public health and human rights imperatives. *Health and Human Rights*, 8, 46-74.
- Khantzian, E. J. (1985) The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259-64.
- Koeter, M. and Bakker, M. (2007) *Effectevaluatie van de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV)*, Meppel, Boom Juridische uitgevers.
- Kreek, M. J., Nielsen, D. A., Butelman, E. R. and LaForge, K. S. (2005) Genetic influences on impulsivity, risk taking, stress responsivity and vulnerability to drug abuse and addiction. *Nat Neurosci*, 8, 1450-7.
- Marlowe, D. B., Kirby, K. C., Bonieskie, L. M., Glass, D. J., Dodds, L. D., Husband, S. D., Platt, J. J. and Festinger, D. S. (1996) Assessment of coercive and noncoercive pressures to enter drug abuse treatment. *Drug Alcohol Depend*, 42, 77-84.
- McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P. and Kleber, H. D. (2000) Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *Journal of the American Medical Association*, 284, 1689-1695.
- McSweeney, T., Stevens, A., Hunt, N. and Turnbull, P. J. (2007) Twisting Arms Or a Helping Hand?: Assessing the Impact of "Coerced" and Comparable "Voluntary" Drug Treatment Options. *British Journal of Criminology*, 47, 470.
- Merikangas K.R., Li J.J., Stipelman B., Yu K., Fucito L., Swendsen J., Zhang H. (2009) The familial aggregation of cannabis use disorders. *Addiction* 104(4): 622-9.
- Neale, J. and Saville, E. (2004) Comparing community and prison-based drug treatments. *Drugs: education, prevention and policy*, 11, 213-228
- Oliemeulen, L., Vuijk, P., Rovers, B. and van den Eijnden, R. (2007) *Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen*, Rotterdam, IVO.
- Porter, L., Arif, A. and Curran, W. J. (1986) *The law and the treatment of drug- and alcohol-dependent persons: a comparative study of existing legislation*, Geneva, WHO.
- Prendergast, M., Podus, D., Finney, J., Greenwell, L. and Roll, J. (2006) Contingency management for treatment of substance use disorders: a meta-analysis.

Addiction, 101, 1546-60.

Ramsay, M. (2003) *Prisoners' Drug use and Treatment: Seven Research Studies*.

Home Office Research Study 267, London, Home Office.

Ratna, J. and Rifkin, S. (2007) Equity, empowerment and choice: from theory to practice in public health. *J. Health Psychol*, 12, 517-30.

Reuter, P. and Stevens, A. (2007) *An Analysis of UK Drug Policy*, London, UK Drug Policy Commission.

Sinha, R. (2008) Chronic stress, drug use, and vulnerability to addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1141, 105-30.

Stevens, A., Berto, D., Frick, U., Hunt, N., Kersch, V., McSweeney, T., Oeuvray, K., Schaaf, S., Trinkl, B., Uchtenhagen, A. and Werdenich, A. (2006) The relationship between legal status, perceived pressure and motivation in treatment for drug dependence: results from a European study of quasi-compulsory treatment.

European Addiction Research, 12, 197-209.

Uchtenhagen, A., Stevens, A., Berto, D., Frick, U., Hunt, N., Kersch, V., McSweeney, T., Puppo, I., Santamaria, A., Schaaf, S., Steffan, E., Gegenhuber, B., Turnbull,

P. J. and Werdenich, W. (2008) Evaluation of therapeutic alternatives to imprisonment for drug dependent offenders: Experience from a comparative European multi-country study. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 10, 5-10.

UK Drug Policy Commission (2008) *Reducing drug use, reducing reoffending: Are programmes for problem drug-using offenders in the UK supported by the evidence?*, London, UK Drug Policy Commission.

UNCHR (1996) *HIV/AIDS in prisons. Statement by the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (Fifty-second session, item 8 of the Agenda)*, Strasbourg, United Nations Commission on Human Rights.

UNODC/WHO/UNAIDS (2006). HIV prevention, treatment, care and support in prison settings. A national framework for an effective response.

UNODC (2007). Handbook of basic principles and promising practices on Alternatives to Imprisonment.

UNODC and WHO (2008) *Principles of drug dependence treatment*, Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime.

Van Ooyen, M. (2008) Quasi-compulsory treatment in the Netherlands: promising theory, problems in practice. In Stevens, A. (Ed.) *Crossing frontiers, International developments in the treatment of drug dependence*. Brighton, Pavilion Publishing Ltd.

Volkow, N. D. and Li, T.-K. (2005) Drugs and alcohol: Treating and preventing abuse, addiction and their medical consequences. *Pharmacology and Therapeutics*, 108, 3-17.

Wild, T. C. (2006) Social control and coercion in addiction treatment: towards evidence-based policy and practice. *Addiction*, 101, 40-49.

World Health Organization (1993) *Guidelines on HIV infection and AIDS in prisons*, Geneva, World Health Organization.

World Health Organization (2004) *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*, Geneva, World Health Organization.

World Health Organization (2005a) *Basic Principles for Treatment and psychosocial support of drug dependent people living with HIV/AIDS*, Geneva, World Health Organization.

World Health Organization (2005b) *WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation*. Geneva, World Health Organization.

Zucker R.A., Donovan J.E., Masten A.S., Mattson M.E., Moss H.B. (2008) Early developmental processes and the continuity of risk for underage drinking and problem drinking. *Pediatrics* 121 S4:S252-72.