

UNODC



مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة



من الإكراه إلى التلاحم

العلاج من الإرتقاء للمخدرات بالرعاية
الصحية لا بالعقوبة

ورقة مناقشة

مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة
فيينا

من الإكراه إلى التلاحم:
العلاج من الإدمان للمخدرات
بالرعاية الصحية لا بالعقوبة

ورقة مناقشة مبنية على حلقة عمل علمية
مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، فيينا
٢٨-٣٠ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠٠٩



الأمم المتحدة

نيويورك، ٢٠١١

© الأمم المتحدة، أيلول/سبتمبر ٢٠١٠. جميع الحقوق محفوظة.

لا تنطوي التسميات المستخدمة في هذا المنشور ولا طريقة عرض المادة التي يتضمنها على الإعراب عن أي رأي كان من جانب الأمانة العامة للأمم المتحدة بشأن المركز القانوني لأي بلد أو إقليم أو مدينة أو منطقة أو للسلطات القائمة فيها أو بشأن تعيين حدودها أو تخومها.

هذا المنشور صادر دون تحرير رسمي.

هذا المنشور من إنتاج: قسم اللغة الإنكليزية والمنشورات والمكتبة، مكتب الأمم المتحدة في فيينا.

شكر وتقدير

أعدّ مشروع ورقة المناقشة هذا كل من غيلبيرتو غيرّا، مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (المكتب)، قسم الوقاية من المخدرات والشؤون الصحية، ونيكولاس كلارك، منظمة الصحة العالمية، إدارة شؤون الصحة النفسية وتعاطي المواد، وذلك بالاستناد إلى مداولات فريق من الخبراء الدوليين الذين حضروا حلقة عمل علمية عُقدت بفيينا في تشرين الأول/أكتوبر ٢٠٠٩ تحت عنوان: "العلاج الطوعي أم الإلزامي من الارتهان للمخدرات؟ الانتقال من العلاج الإلزامي إلى التحالف على العلاج".

إميليا إم. آريا

ديفيد باسانغوا

غوسبي كرا

آنا ماريا فانفاريو

إميلي فينتش

شيو لي غونغ

فولفغانغ هوكر

ويست هدلستون

أدريان مارسيل أيانكو

فاليريا إيفا مارويا

تيموثي جون مكسويني

لوبومير أوكروهليكا

ماريان فان أووين

اليزابيث ساينز

إليزابيتا سيميوني

ماركو سواكييلي

إميليس سوبتا

ماريا آن سوليفان

كاتري تالا

زونيو وو

ويودّ المؤلفان أن يشكرا أدريان كارتر وواين هول على عملهما في تحرير الوثيقة، كما يودان أن يعربا عن شكرهما لكل من فلاديمير بوزنيك وتومريس أتاي وغيرمو بارسيناس وسونيا

بيتسيكري وسانديب تشاولا وناتالي درو ومونيكاهيلبراند وفاليري ليو وإريكا مارتينز وخورخي ريوس وخوانا توماس-روسيو، الذين منحوا وقتهم بسخاء من أجل مراجعة مشروع المنشور والإدلاء بتعليقات عليه.

ويود المؤلفان أيضا أن يتوجَّها بالشكر إلى موظفي وحدة الوقاية والعلاج وإعادة التأهيل التابعة لمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، على ما أبدوه من التزام، وخاصة إنجا بوسه التي تولت تنسيق صياغة الوثيقة. وعلاوة على ذلك، يود المؤلفان أن يشكرا السيدة باربرا غيرباوتس، التي أجرت خلال فترة تدريبها داخل المنظمة استعراضا للبحوث والدراسات التي تناقش توفير العلاج كبديل للعقوبات الجنائية.

تمهيد

يهدف مشروع ورقة المناقشة هذا المعنون، "من الإكراه إلى التلاحم: العلاج من الارتهان للمخدرات بالرعاية الصحية لا بالعقوبة"، إلى الترويج لاتباع نهج صحي المنحى في العلاج من الارتهان للمخدرات. وتزوّد الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات الدول الأعضاء بالمرونة اللازمة لاعتماد هذا النهج. ويجب أن يكون العلاج الموفّر كبديل لعقوبات العدالة الجنائية مثبتَ الفعالية ومتماشياً مع المعايير الأخلاقية. وتبيّن هذه الورقة الخطوط العريضة لنموذج إحالة من نظام العدالة الجنائية إلى نظام للعلاج أكثر فعالية من العلاج الإجباري، يُسفر عن فرض قيود أقل على حرية الفرد ويخفّف من وصمة العار التي تلحق به ويفتح آفاقاً أفضل أمام الفرد والمجتمع. وينبغي ألا يُنظر في معالجة المريض من الارتهان للمخدرات من دون موافقته إلا كخيار قصير المدى وملاذ أخير في بعض حالات الطوارئ الخطيرة، ومن الضروري أن تُتبع في المعالجة المعايير الأخلاقية والعلمية ذاتها المتبعة في العلاج الطوعي. ولا تتفق مع هذا النهج انتهاكات حقوق الإنسان المرتكبة باسم "العلاج".



أنطونيو ماريا كوستا

المدير التنفيذي

مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة

المحتويات

الصفحة

١	العلاج من تعاطي المخدّرات كبديل لعقوبات العدالة الجنائية - اتباع نهج صحي عام مدعوم باتفاقيات مراقبة المخدّرات.....
٢	الحجج العلمية للعلاج كبديل لعقوبات العدالة الجنائية.....
٥	أشكال الإقناع المستخدمة في العلاج.....
٦	الإحالة إلى العلاج بدلاً من الإحضار لنظام العدالة الجنائية: بدائل لسجن متعاطي المخدرات والمرهّنين لها.....
٩	العلاج الإجمالي: العلاج في حال انعدام الحق في الرفض.....
١٢	محاكم المخدرات المتخصصة مقارنة بنظام العدالة الجنائية العام.....
١٢	الاستنتاجات.....
١٥	المراجع.....

العلاج من تعاطي المخدرات كبديل لعقوبات العدالة الجنائية- اتباع نهج صحي عام مدعوم باتفاقيات مراقبة المخدرات

إنَّ حماية صحة الأفراد والمجتمع من الآثار الخطيرة لتعاطي المخدرات هي من الأهداف المنصوص عليها في الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات، التي تطالب الحكومات بأن تقصر استخدام العقاقير المخدرة والمؤثرات العقلية على الأغراض الطبية والعلمية من أجل حماية الناس، وخصوصاً أضعفهم، من العواقب الصحية والسلوكية المترتبة على تعاطي المخدرات، بما فيها الارتهاق للمخدرات والاختلالات الوظيفية الناجمة عن تعاطيها التي تقوض التماسك الاجتماعي وفرص التنمية الاجتماعية.

وتحقيقاً لهذا الغرض، تنص المادة ٣٨ من الاتفاقية الوحيدة للمخدرات (١٩٦١) على أن "تعتبر الدول الأطراف اهتماماً خاصاً وتتخذ جميع التدابير الممكنة عملياً لمنع إساءة استعمال المخدرات ومعرفة الأشخاص المتورطين بذلك، في موعد مبكر، وعلاجهم وتعليمهم ومتابعة رعايتهم وتأهيلهم وإدماجهم اجتماعياً"، لتؤكد بذلك الدور الحاسم للتدخلات الصحية والاجتماعية.

أمَّا المادة ١٤ (٤) من اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الاتجار غير المشروع في المخدرات والمؤثرات العقلية لعام ١٩٨٨، فتتص كذلك على أن "...تتخذ الأطراف، بغية التخفيف من المعاناة البشرية والقضاء على الحوافز المالية للاتجار غير المشروع، ما تراه ملائماً من التدابير للقضاء على الطلب غير المشروع على المخدرات والمؤثرات العقلية أو التقليل منه". وتركز الاتفاقية في هذا الحكم، على الحد من المعاناة البشرية الناجمة عن العواقب الصحية والاجتماعية لتعاطي المخدرات، وكذلك على التصدي للمكاسب غير المشروعة التي تحصل عليها المنظمات الإجرامية.

وحيازةً المخدرات وزراعتها وشرؤها على نحو غير مشروع هي من الأفعال الإجرامية وفقاً لأحكام اتفاقية عام ١٩٨٨، ولكن تمشياً مع النهج الصحي المنحى، فإنَّ (المادة ٣٦(ب)) من الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة ١٩٦١ تنص على أن "تتخذ الدول الأطراف بحق مسيئي استعمال المخدرات التدابير اللازمة لتزويدهم بالعلاج الطبي، والتعليم، والرعاية اللاحقة وإعادة التأهيل وإعادة إدماجهم اجتماعياً". وطبقاً لهذا النهج، فقد سلَّط تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات لعام ٢٠٠٧ (EN/INCB/2007/1)، لدى مناقشته لمبدأ التناسب، الضوء على أنه "عندما تتمثل الجرائم في حيازة مخدرات غير مشروعة أو شرائها أو زراعتها بقصد الاستهلاك الشخصي، فيمكن تطبيق هذه التدابير بصفقتها بدائل كاملة للإدانة والعقاب".

وتشجّع الاتفاقيات على اتباع نهج صحي المنحى فيما يخص تعاطي المخدرات غير المشروع والارتهاان لها على حد سواء، عوضاً عن التعويل حصراً على نهج عقابي المنحى. وفيما يتعلّق بمتعاطي المخدرات غير المرتهنين لها، فقد ينطوي النهج الصحي المنحى على ما يلي: توفير التعليم والإمداد بالمعلومات الموثوقة والإشارة بنصائح تحفيزية وسلوكية موجزة، واتخاذ تدابير لتسهيل إعادة الإدماج في المجتمع والحد من العزلة والتهميش الاجتماعي. أما في حالة الأفراد المرتهنين للمخدرات، فإنّ النهج المذكور قد ينطوي أيضاً على تقديم دعم اجتماعي أكثر شمولاً وعلاج دوائي ونفسي واجتماعي محدد، ورعاية لاحقة.

وتطبيقاً لأحكام الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات، ينبغي النظر إلى العلاج وإعادة التأهيل وإعادة الإدماج الاجتماعي والرعاية اللاحقة على أنّها بدائل لعقوبات العدالة الجنائية. ويجوز تشجيع الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات ناجمة عن تعاطي مواد ممن يرتكبون جرائم متصلة بالمخدرات على الخضوع للعلاج كبديل لعقوبات العدالة الجنائية.

وهذا النوع من التدخل الذي يستخدم القوة الجزرية لنظام العدالة الجنائية لا يعني بالضرورة أنّ العلاج إجباري أو أنه ينطوي على حرمان الفرد من الحرية: إذ يبقى الفرد مخيراً بين قبول العلاج أو مواجهة عقوبة السجن أو غيرها من العقوبات الإدارية.

ويمثل العلاج كبديل لعقوبات العدالة الجنائية فرصة يتيحها المجتمع أمام متعاطي المخدرات والمرتهنين لها لقبول شكل ما من أشكال المساعدة، ويتيح هذا عادة خياراً ما أمامهم للحصول على التعليم والرعاية الصحية والعلاج وإعادة التأهيل، ولا يرغمهم على الخضوع للعلاج من دون موافقتهم. ويختلف هذا النوع من الضغوط اختلافاً كبيراً عن العلاج الإجباري الذي لا يسمح للفرد برفض العلاج أو اختيار نوع العلاج الذي يتلقاه.

وتُوصف بدائل العقاب التي أخذتها الاتفاقيات في الحسبان بأنها تدخلات تربوية وطبية. ويمكن توفير هذه البدائل لعقوبات العدالة الجنائية من دون انتهاك حقوق متعاطي المخدرات والمرتهنين لها في رفض العلاج، ممّا يحقق بالتالي موازنة بين رغبة المجتمع في الحد من الجرائم المتصلة بالمخدرات وحقوق الفرد في الحصول على علاج من الاضطرابات الناجمة عن تعاطيها.

الحجج العلمية للعلاج كبديل لعقوبات العدالة الجنائية

إنّ الانتقال من نهج عقابي المنحى إلى آخر صحي المنحى هو أمر متّسق مع الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات، ومتّفق أيضاً مع مجموعة كبيرة من الأدلة العلمية. ومنها أدلة مستمدة من الدراسات الوبائية ودراسات علمية تثبت أنّ تعاطي المخدرات بشكل مضر وارتهاان كثيراً ما يرتبط بجوانب

من الحرمان الفردي والاجتماعي (Hawkins et al., 1992, Kreek et al., 2005, Sinha, 2008). كما شمل هذا بحثاً سريرية وعصبية بيولوجية تبين أن الارتهان للمخدرات حالة مرضية مزمنة ومتعددة الأسباب تؤثر على وظائف المخ بطرائق تجعل الامتناع عن تعاطيها أمراً صعب المنال على المدى القصير (Carter et al., 2009, Goldstein et al., 2009, WHO, 2004). وثمة أدلة متزايدة تثبت أن النهج الصحي المنحى هو أيضاً الأنجع في الحد من تعاطي المخدرات غير المشروع والأضرار الاجتماعية التي يسببها (Chandler et al., 2009, Gerstein and Harwood, 1990).

وتشير نتائج الدراسات العلمية الجديدة إلى وجود العديد من العوامل التي تسهم في نشأة الإصابة المرضية بالارتهان للمخدرات، وهي تشمل العوامل التي ترفع مستوى استعداد الشخص لتجريب المخدرات ومدى قابليته ليصبح من المرتهنين لها على حد سواء، إن هو تعاطها (Volkow and Li, 2005). ومن بين هذه العوامل ما يلي: تاريخ طويل من الحرمان الاجتماعي والشخصي؛ ومزاج الفرد وصفاته الشخصية بفعل التأثيرات وراثية (Dick et al, 2006, Merikangas et al., 2009)؛ ومشاكل الفرد قبل الولادة؛ وتجاربه السلبية في مرحلة الطفولة؛ وتدني مستوى تعليمه؛ وعدم ارتباطه بالأسرة وعزلته عن المجتمع؛ والاضطرابات النفسية (Fergusson et al., 2008, Zucker et al., 2008). وقد تعمل هذه العوامل مجتمعة على تهئية الشخص نفسياً وبيولوجياً للإصابة باضطرابات ناجمة عن تعاطي المواد. وعلاوة على ذلك، فإن نسبة كبيرة من الأفراد المرتهنين للمخدرات يبدأون تعاطيها ويوظفون عليها في محاولة فاشلة للتغلب على ظروف معاكسة تواجههم في حياتهم، مثل العنف وإساءة المعاملة والفقر المدقع والعزلة الاجتماعية والجوع وعبء العمل المفرط (Khantzian, 1985).

والارتهان للمخدرات هو عبارة عن اضطراب صحي (مرض) ينجم عن التعرض لتعاطي المخدرات لدى الأشخاص الذين توجد لديهم مسبقاً مواطن الضعف النفسية والبيولوجية هذه. ويوحى هذا الفهم لمسألة الارتهان للمخدرات بأن العقوبة ليست هي التدبير المناسب للتصدي لحالة المرتهنين للمخدرات (Chandler et al., 2009, Dackis and O'Brien, 2005, McLellan et al., 2000). وفي الواقع، فإن السجن يمكن أن يؤدي إلى نتائج معاكسة لتعافي الأفراد المعرضين للارتهان ممن "عُوقبوا" بالفعل بما شهدوه من تجارب سلبية في مرحلتهم الطفولة والمراهقة، والذين ربما كانوا بالفعل عرضة للارتهان من الناحيتين العصبية والنفسية (Neale and Saville, 2004).

و"الفقراء" هم أكثر عرضة للانزلاق إلى هاوية الجريمة والزج بهم في السجن من الأفراد الذين يحصلون على دخل كاف ويعيشون في بيئة أوفر حظاً. وإمكانية حصول أصحاب السوابق

* أسماء المؤلفين والسنوات تشير إلى مراجع النص. انظر قائمة المراجع في نهاية الوثيقة.

الجنائية على فرص العمل محدودة، وبسبب فترة العقوبة التي يقضونها في السجن، تضع من عمرهم سنواتٌ قيِّمةٌ، ممَّا يُقلِّلُ أكثر فأكثر من احتمالات أن ينعموا بحياة مستقرَّة.

والواقع أنَّ حبسَ متعاطي المخدِّرات والمرهَّنين لها في السجن وحجزهم في مراكز العلاج الإجماري يزيدان حياتهم الكدرة تنغيصاً، وخصوصاً أحدثهم سناً وأرقهم حالاً (Jurgens and Betteridge, 2005). ويسهَّلُ تعرُّض هؤلاء لبيئة السجن من الانضواء تحت جناح المجرمين الأكبر منهم سناً والعصابات والمنظمات الإجرامية، كما يزيد من وصمهم بالعار ويساعد على تشكيل هويتهم الإجرامية. ويزيد ذلك في أحيان كثيرة مستوى العزلة الاجتماعية ويؤدي إلى تدهور الأوضاع الصحية ويقلل من المهارات الاجتماعية. ويمكن أن تؤدي بدائل السجن داخل المجتمع (العيادات الخارجية أو برامج العلاج داخل المؤسسات الإيوائية (العلاج الإيوائي)، من قبيل العلاج الدوائي من الارتهاان بالأفيون المدعوم بمساعدة نفسية واجتماعية، دوراً أكثر فعالية من السجن في تقليل عدد الجرائم المتصلة بالمخدِّرات (Chandler et al., 2009).

ورغم أنَّ متعاطي المخدِّرات يشكِّلون نسبة كبيرة (أو الأغلبية) من نزلاء السجون في العديد من البلدان، فإنَّ نظام السجون يفتقر إلى البرامج المناسبة لعلاجهم وإعادة تأهيلهم، بما في ذلك معالجة الاضطرابات النفسية الملازمة للتعاطي التي تصيب نسبة عالية من السجناء المرهَّنين للمخدرات (Baillargeon et al., 2009, World Health Organization, 2005a). وفضلاً عن ذلك، فإنه غالباً ما يُهمَلُ تاريخ الجناة في مجال التعاطي الضار للكحول والأدوية المصروفة بوصفات طبية خلال فترة الاحتجاز. وتثبت الأدلة أنَّ هناك نسبة عالية من المعاوذة لتعاطي المخدِّرات وأخذ جرعات زائدة منها والعودة لارتكاب الجرائم ثانية فيما بين الأفراد المرهَّنين للمخدِّرات بعد إطلاق سراحهم من السجن (Dolan et al., 2005, Ramsay, 2003).

وعلاوة على ذلك، فإنَّ السجون وغيرها من المرافق المغلقة عادة ما تعج بنسبة عالية من المصابين باضطرابات ناجمة عن تعاطي المخدِّرات (Oliemeulen et al., 2007)، ومن المصابين أيضاً في مرحلة لاحقة بفيروس الأيدز ومرض السل (مفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان، ١٩٩٦؛ WHO, 1993؛ مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدِّرات والجريمة، ٢٠٠٦). ونظراً لأنَّ نزلاء السجون يستمرون في تعاطي المخدِّرات عن طريق الحقن والانخراط في أنشطة أخرى عالية الخطورة تسبب انتشار فيروس الأيدز والتهاب الكبد في السجون، فإنَّ بيئة السجن مؤاتية جداً لاستشراء فيروس الأيدز (Gore et al., 1995, Jurgens and Betteridge, 2005). وغالباً ما يقترن اكتظاظ السجون بارتفاع مخاطر انتشار عدوى مرض السل، التي تشكل مشكلة عويصة تحديداً بالنسبة للمصابين أصلاً بفيروس الأيدز. ويؤدي الانقطاع عن علاج المصابين بفيروس الأيدز عند دخولهم إلى السجن ومغادرتهم له إلى زيادة خطر تكوين سلالات من الفيروسات المقاومة للأدوية.

وثمة أدلة كثيرة تثبت أن العلاج الفعال من الارتهان للمخدرات بتوفير تدخلات طبية للأفراد (داخل المستشفيات أو العيادات الخارجية) كبديل لفرض عقوبات العدالة الجنائية عليهم إنما يعزّز بشكل كبير من حالات التعافي، بما يشمل تقليل معدلات الجريمة وخفض تكاليف إجراءات العدالة الجنائية (Koeter and Bakker, 2007, McSweeney et al., 2007, Uchtenhagen et al., 2008). ويحسّن هذا العلاج النتائج المحقّقة للمصابين باضطرابات ناجمة عن تعاطي المخدّرات والمجتمع على حد سواء، بالمقارنة بآثار الاكتفاء بتوقيع عقوبات العدالة الجنائية. وعليه ينبغي النظر في اتباع هذا الخيار بشأن جميع الأشخاص المدانين بجرائم متصلة بالمخدّرات.

أشكال الإقناع المستخدمة في العلاج

العلاج الطوعي من دون التهديد بعقوبات العدالة الجنائية

يمكن أن يُقال عن جميع أشكال العلاج الطوعي إنها تنطوي على عنصر الضغط والإقناع إلى حد ما. وفي بعض الحالات، فإن ممارسة المجتمع أو أفراد الأسرة والأصدقاء لضغوط غير رسمية على المريض قد تكون كافية لاستهلال العلاج أو الاستمرار فيه (Wild, 2006). وقد تتخذ هذه الضغوط شكل تشجيع المريض شفوياً على السعي للحصول على العلاج أو تهديده بعواقب سلبية، كالانفصال أو الطلاق أو فقدان الدعم المالي (Marlowe et al., 1996, Stevens et al., 2006).

ويخاطب أفراد أفرقة التوعية وغيرهم من المتخصصين في مجال العلاج أو العمل الاجتماعي المرتهنين للمخدّرات غير الخاضعين بعد للعلاج بهدف تحفيزهم على الخضوع له. وقد تتضمن التدخلات السلوكية محاولات للإقناع تساعد المرضى على تغيير سلوكهم قبل أن تتبلور لديهم دوافع كافية للحد من تعاطي المخدّرات أو الإقلاع عن تعاطيها (مثل مكافأة السلوك الإيجابي).

وقد تنطوي نُهج إدارة حالات الطوارئ المتبعة في مرافق العلاج على استخدام حوافز للحصول على استجابات جيدة للعلاج قد تشمل تقديم مبالغ نقدية للمرضى أو إعطائهم قسائم صرف للحصول على بعض احتياجاتهم أو صرف جرعات إضافية من الميثادون أو البوبرينورفين للمرضى الذين يعالجون بهما من أجل الاستعمال المنزلي.

أمّا في الحالات الشديدة من الارتهان للمخدرات، فإن ممارسة المجتمع لضغوط أكبر على المرتهنين لها قد تشجعهم بشكل فعال على الخضوع للعلاج أو المواظبة عليه. وقد يشمل ذلك تهديدهم بعواقب سلبية رسمية، مثل سحب رخصة القيادة (من غير القادر منهم على القيادة بأمان) أو حصران حضانة الأطفال (فيما يخصّ العاجز منهم عن رعاية أطفاله بسبب تعاطيه للمخدّرات) أو فقدان الوظيفة (فيما يخصّ غير القادر منهم على أداء عمله من جراء تعاطيه

للمخدرات) أو الحرمان من استحقاقات الرعاية الاجتماعية (في حال عجز الفرد عن الوفاء بالمتطلبات المتوقعة منه لحصوله على هذه الاستحقاقات).

الإحالة إلى العلاج بدلاً من الإخضاع لنظام العدالة الجنائية: بدائل لسجن متعاطي المخدرات والمركّنين لها

مع أنّ تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية لغير الأغراض الطبية محظور بموجب اتفاقيات مراقبة المخدرات، فإنّ شدة العقوبة المفروضة على تعاطيها تتفاوت إلى حد كبير بين البلدان (EMCDDA, 2009). ولدى جميع البلدان عقوبات شديدة بشأن جرائم الاتجار بكميات كبيرة من المخدرات والجرائم العنيفة المتصلة بالمخدرات. ولكنّ البلدان تختلف اختلافاً كبيراً في كيفية معاقبة تعاطي المخدرات وحيازتها لأغراض الاستهلاك الشخصي. ويُعاقب بالسجن في بعض البلدان على تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية لأغراض غير طبية، في حين لا يُعتبر استهلاكها الشخصي في بلدان أخرى فعلاً إجرامياً أو هو لا يقع تحت طائلة عقوبات العدالة الجنائية. وينظر النظام القانوني في بعض الولايات القضائية إلى الإرتهان للمخدرات على أنه عامل مخفف للعقوبة بالنسبة للجرائم الأخرى المتصلة بالمخدرات، وربما يفرض على المرحّن للمخدرات عقوبة أخف من غير المرحّن لها، وخصوصاً إذا كان مستعداً للخضوع للعلاج.

ولدى البلدان التي تفرض عقوبات أشد على حيازة المخدرات واستهلاكها شخصياً عدد أكبر من متعاطي المخدرات المودعين في السجون، مما يُحمل المجتمع تكاليف كبيرة. وهذا النهج على ما يبدو ليس له تأثير رادع على تعاطي المخدرات في المجتمع؛ إذا ما قُورن بالبلدان التي لا تفرض عقوبات شديدة على حيازة المخدرات واستهلاكها شخصياً (Reuter and Stevens, 2007).

ويمكن أن يكون التثقيف والعلاج من الإرتهان للمخدرات والرعاية اللاحقة وإعادة التأهيل وإعادة الاندماج في المجتمع بدائل فعالة لعقوبات العدالة الجنائية المفروضة على الجرائم المتصلة بالمخدرات (انظر أيضاً UNODC 2007، للاطلاع على لمحة عامة أوسع نطاقاً عن بدائل السجن الأخرى)، لأنه ثبت أنّ العلاج يقلل معدل الجرائم المتصلة بالمخدرات أكثر من الحبس (Gerstein and Harwood, 1990, Guydish et al., 2001). ومن الناحية المثالية، فإنّ العلاج الطوعي ينبغي أن يتاح لكل من يحتاجه ويطلبه، على أنه ليس بمقدور كل من يرتكب جرائم متصلة بالمخدرات أن يحصل على العلاج، نظراً لارتفاع تكاليفه وقصور سبل الحصول عليه. وتتضمن ميزانية العدالة الجنائية في بعض البلدان شراء عقاقير لعلاج المتهمين أو المدانين بتعاطي المخدرات أو بارتكاب جرائم متصلة بها، لأنها وسيلة لمنع الجريمة أرخص وأنجع من حبسهم. وعندما يواجه المرحّنون للمخدرات اتهامات أو إدانات بتعاطي المخدرات أو بارتكاب جرائم متصلة بها، وفي ضوء إتاحة خيار العلاج بأسعار

معقولة وبأساليب إنسانية وفعالة في المجتمع كبديل لعقوبات العدالة الجنائية يتناسب مع تلك الأفعال، كثيراً ما يختارون العلاج طوعاً عندما يُترك لهم الخيار (van Ooyen, 2008).
ويبين الباب التالي المبادئ المتعلقة بكيفية توفير هذا العلاج كبديل لعقوبات العدالة الجنائية بأعلى مستوى من الفعالية والإنسانية.

الممارسات الجيدة بشأن الإحالة إلى العلاج بدلاً من الإخضاع لنظام العدالة الجنائية

تشير الدلائل إلى أن برامج التعليم والعلاج والرعاية المقررة قانوناً يمكن أن تكون بدائل فعالة لسجن الأفراد المرتهنين للمخدرات أو احتجازهم إلزامياً في مؤسسات للعلاج الإيوائي. ومن الممكن النص على ذلك كبديل لعقوبات العدالة الجنائية على جرائم لم تعتبرها اتفاقيات مراقبة المخدرات متصلة بالمخدرات، ولكنها جرائم يعد فيها تعاطي المخدرات أو الارتهان لها من العوامل التي تسهم في ارتكابها، مثل جرائم الملكية المرتكبة لتمويل تعاطي المخدرات. ومن الضروري توفير هذا العلاج بطرائق لا تنتهك حقوق متعاطي المخدرات الذين لا بد أن يسمح لهم بأن يقرروا ما إذا كانوا يريدون أن يخضعوا للعلاج وأن يختاروا شكل العلاج الذي يتلقونه (Porter et al., 1986). وقد تشجع الضغوط القانونية على الخضوع للعلاج، ولكن ينبغي أن يُترك للفرد القرار المتعلق بما إذا كان سيخضع له أم لا.

ولا بد من أن تُستعاد تدريجياً الفرصة للانخراط في العلاج، ومن شأن هذا أن ييسر المجال لتحسين العلاقات الشخصية بين الأفراد ومشاركة المجتمع، وأن يعزز الترابط الاجتماعي وأن يقيم تحالفاً علاجياً. ومن هذا المنظور، لا يغدو توفير العلاج كبديل لعقوبات العدالة الجنائية نقيضاً لتوفير الحوافز الدافعة للتغيير، وإنما يصبح فرصة للتغيير. وإذا ما قدم العلاج على هذا النحو، فسوف ينمو الحافز على التعافي في أي نموذج إلزامي للعلاج. ولا تتأثر بالضرورة نوعية العلاج بسبب اتباع نهج إلزامي، ففعالية العلاج هنا يمكن أن تماثل فعالية برامج العلاج التي يلتحق بها الفرد بشكل أكثر طواعية (Burke and Gregoire, 2007).

وينبغي من الناحية المثالية أن تنطوي ضروب العلاج المهتدية بتجارب مثبتة النجاح التي تنفذ داخل المجتمع كبديل لعقوبات العدالة الجنائية على تدخلات طبية واجتماعية (نفسية اجتماعية ودوائية على السواء) ينفذها فريق من الممارسين من تخصصات مهنية مختلفة تحت جناح نظام الرعاية الصحية.

ويتعين في هذه الحالة ما يلي:

١- أن يوافق على العلاج متعاطو المخدرات أو المرتهنون لها ممن يواجهون عقوبات العدالة الجنائية بسبب ارتكابهم جرائم متصلة بالمخدرات وأن يكونوا أحراراً في ترك العلاج في أي

- وقت (وإن كانوا في تلك الحالة سيخضعون لعقوبات العدالة الجنائية عن الجريمة الأصلية المتصلة بالمخدرات إن هم تركوا العلاج).
- ٢- أن يُسترشد في العلاج بمبادئ طبية وعلمية مثبتة الفعالية، فإن لم توجد أدلة تثبت فعاليتها، تُخضع النهج الجديدة لعمليات تقييم دقيقة (UK Drug Policy Commission, 2008).
- ٣- أن يُوفّر العلاج بطريقة إنسانية ووفقا للمبادئ الموحدة لأخلاقيات الرعاية الصحية، من قبيل احترام استقلالية الفرد وكرامته.
- ٤- أن يُبلّغ المرضى بمخاطر مختلف خيارات العلاج ومنافعها.
- ٥- أن تقيم البرامج الموضوعية تحالفا علاجيا بين الموظفين والمرضى، برغم إجبار المرضى على تلقي العلاج.
- ٦- أن تتفق الإجراءات القانونية لتوفير العلاج كبديل لعقوبات العدالة الجنائية مع دستور البلد وقوانينه، بما فيها الإجراءات التي تحمي حريات المريض المدنية.
- ٧- أن تُوفّر الحماية لحقوق الأفراد بتطبيق "الإجراءات القانونية الواجبة" وإجراءات شفافة يشرف عليها النظام القضائي الرسمي في البلد.
- ٨- ألا يخضع أي فرد غير مُدان بعد بارتكاب أيّ جريمة لتدابير قانونية لا موجب لها (أي لا يخضع لأكثر من التدابير المتخذة بحق المشتبه فيهم بارتكاب أيّ جريمة أخرى أو المهتمين بارتكابها).
- ٩- أن يُخطر الأشخاص الذين يواجهون عقوبات العدالة الجنائية إخطارا كاملا بخيارات العلاج المتاحة كبديل للعقوبات. وينبغي إبلاغهم أيضا بالتأثير المحتمل لاختيارهم العلاج على الإجراءات الجنائية، بما في ذلك ماهية ما يُتوقع منهم أن يفعلوه في إطار خضوعهم للعلاج، وكيفية تأثير التقدم الذي يحرزونه في العلاج على أيّ عقوبات للعدالة الجنائية تُفرض عليهم.
- ١٠- أن يُتاح العلاج للمرضى ويتكفل نظام العدالة الجنائية بدفع تكاليفه، إن لزم الأمر.
- ١١- ألا يُفرض على من يواجهون عقوبات العدالة الجنائية عقوبات جنائية أشد من جراء قرارهم أن يخضعوا للعلاج. وينبغي الاستمرار في معالجة المرضى الممثلين للعلاج (حتى إن لم ينجح العلاج تماما) ما دام العلاج مفيداً لهم.
- ١٢- أن يكون من حق الجناة المرتهنين للمخدرات ألا يختاروا العلاج المعروف عليهم كبديل لعقوبات العدالة الجنائية. وينبغي في هذه الحالة ألا تُفرض عليهم عقوبات عدالة جنائية

- أشد من تلك التي كانت ستفرض عليهم لو لم يُعرض عليهم خيارُ الخضوع للعلاج، أو لو لم يكونوا يتعاطون المخدرات.
- ١٣- ينبغي احترام سرية ما يقدمه المريض من معلومات مثلما هو الحال مع أيّ مريضٍ آخر. وقد يوافق مثلاً المرضى في إطار اتفاقهم مع المحكمة على أن يُكشف أمامها عن المعلومات المتعلقة بعلاجهم. ويجب أن تُبلغ المحكمة بامتنال المرضى ويكون بمقدورها إلغاء التدابير البديلة في حال عدم الامتنال.
- ١٤- على الرغم من أن برامج العلاج تُستخدم كبديل لعقوبات العدالة الجنائية، فإنّ هذه البرامج ينبغي أن تفي بدورها بوصفها برامج علاجية باتباع نهج رحيم يدعم المرضى، والحيلولة دون أن تصبح أداة لإنزال العقوبة. وينبغي ألا يصير العلاج شكلاً من أشكال العقاب خارج نطاق القضاء.
- ١٥- ينبغي أن تُقرن نهج العلاج المجتمعي بدعم اجتماعي في حالات الطوارئ وتدابير تكفل تلبية الاحتياجات الأساسية، مثل الغذاء والمأوى والمرافق الصحية والملابس. وتوفر برامج الدعم الاجتماعي الأساسي المأوى اللائق وتخفف من وطأة الفقر، وهذا الدعم الاجتماعي هو عمل تكميلي لا غنى عنه لتسهيل الاتصال بالمرتهنين للمخدرات، لتمكينهم من حضور برامج العلاج والعناية بصحتهم بشكل عام. وعلاوة على ذلك، فقد يكون ضرورياً تنفيذ تدخلات فيما يخص سبل المعيشة المستدامة، كتوفير المهارات المهنية أو التعليم البديل وفرص كسب الدخل والحصول على قروض صغرى وإسداء المشورة بشأن الوظائف.

العلاج الإجباري: العلاج في حال انعدام الحق في الرفض

قد يؤدي التهديد بفرض عقوبات العدالة الجنائية إلى تشجيع بعض المرتهنين للمخدرات ممن هم في قبضة نظام العدالة الجنائية على التماس العلاج. وقد تسوّغ الضرورة إخضاع قلة قليلة منهم للعلاج الإجباري لأمد قصير على أن يقتصر ذلك على حالات الطوارئ ابتغاء حماية متعاطي المخدرات أنفسهم أو حماية المجتمع ذاته. وحتى في هذه الحالات، فإنّ جواز علاج الفرد من دون موافقته هو مسألة موضع جدل من الناحية الأخلاقية وقد ينتهك ذلك بعض اتفاقيات الأمم المتحدة، كاتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. وعلى أيّ حال، فإنّ هذا التدخل يجب ألا يتجاوز بضعة أيام كحد أقصى، وينبغي ألا يُنفذ إلا تحت إشراف قانوني صارم.

الحجز أو العلاج غير الطوعي القصير الأمد في حالات الطوارئ

قد يكون إخضاع الأفراد المصابين بتسمُّم خطير من جراء تعاطي المخدرات أو الذين يعانون بصورة أخرى من أضرار جسيمة من جراء تعاطيها لعلاج إجباري مكثف قصير الأمد من أجل حمايتهم أمراً مبرراً إن هم عجزوا عن العناية بأنفسهم وكانوا يشكلون خطراً داهماً على سلامتهم الشخصية. وهذا الوضع مماثل لحالات إسعاف المصابين بحالات نفسية خطيرة مثل الذهان، وينبغي أن تنظّمها مبادئ واحدة في واقع الأمر. كما أن لدى معظم البلدان قوانين تنص على أن تقبض الشرطة على الفرد (ثم تحتجزه ليلة واحدة أو لحين انقشاع حالة التسمم)، أو أن تقبض عليه وتنقله إلى أحد مرافق العلاج (كالمستشفيات) أو تخضعه للعلاج في حالات الطوارئ من دون موافقته في مرفق للرعاية الصحية.

وهؤلاء المرضى معرّضون لخطر جسيم يتمثل في إيذاء أنفسهم أو إيذاء الآخرين، وهم إما من الراضين لتلقي العلاج أو من العاجزين عن التعبير عن رغبتهم بطريقة مفهومة. وفي هذه الحالات، فإن الإخضاع المؤقت للمريض من دون موافقته لعلاج إجباري قد يكون مبرراً لفترة زمنية وجيزة من أجل حمايته والمجتمع على حد سواء من عواقب وخيمة على الصحة والأمن. ويمكن أن يساعد تعليق استقلالية المريض بصفة مؤقتة على استعادته للاستقلالية إذا ما استُخدمت معه علاجات فعالة لوقف سلوكياته العالية الخطورة وعدوانيته تجاه نفسه أو تجاه الآخرين. والهدف من ذلك في هذه الحالات هو تدارك حالة طوارئ طبية أو أمنية جسيمة، وليس توفير علاج طويل الأمد من الإرتقان للمخدرات. وينبغي وقف التدخلات الطبية الإجبارية بمجرد انقضاء حالة الطوارئ الجسيمة. ولا بد من وجود إجراءات قضائية شفافة ودقيقة عند تطبيق هذا النوع من العلاج الإجباري، وينبغي تقييم مدى فعالية توفير التدخلات الطبية الإجبارية.

ولعلّ التطبيق الأكثر شيوعاً لهذه الفئة من العلاج هو العلاج الإجباري في إحدى المستشفيات لفترة قصيرة (أي لعدة ساعات أو بضعة أيام كحد أقصى) من جراء التسمم بالكحول أو المخدرات، أو توفير العلاج من الجرعات الزائدة لشبابه الأفيون أو معالجة الأعراض الحادة للاضطرابات النفسية الملازمة للتعاطي (مثل الإصابة بالذهان أو التفكير في الانتحار من جراء تعاطي المخدرات).

وعند معالجة المريض من دون موافقته عن علم في الحالات الاستثنائية المحددة بوضوح، ينبغي أن تُتبع معايير مماثلة لتلك المطبّقة في حالات الطوارئ المتعلقة بالصحة النفسية (World Health Organization, 2005b). وينبغي أن تنطوي مثلاً على ما يلي:

- اشتراط أن يقرّر ضرورة هذا العلاج اثنان على الأقل من أخصائيي الرعاية الصحية بعد فحص طبي.
- فرض حد زمني قدره عدة أيام للعلاج الإجمالي (لإعادة الشخص إلى حالة من الاستقلالية يستطيع فيها اتخاذ قرارات تحقق مصلحته الخاصة، على ألا يتجاوز هذا بضعة أيام كحد أقصى).
- إدراج عملية مراجعة قضائية فيما يخص أي ضرورة لاستمرار العلاج، بما في ذلك الحق في الاستئناف.
- العمل بموجب خطة طبية مناسبة تُقرّر في كل حالة على حدة وتخضع لمراجعة منتظمة وتتسق مع أفضل الممارسات والمعايير الأخلاقية الدولية المثبتة الفعالية.

العلاج الطويل الأجل من دون موافقة

يوفر كثير من البلدان ضرورياً من العلاج الإيوائي الطويل المدى للمرتكبين للمخدرات من دون موافقتهم، وهو في الواقع نوع من السجن بمستوى أمني منخفض.

ولا توجد أدلة على التأثير العلاجي لهذا النهج، سواء من حيث مقارنته بالسجن التقليدي أم بالعلاج الطوعي من المخدرات داخل نطاق المجتمع، وهو نهج مكلف وهدم الفعالية من حيث التكلفة ولا يعود بمنافع لا على الفرد ولا على المجتمع. ولا يمثل هذا النهج بديلاً للسجن، لأنه شكل من أشكاله. وتصبح مرافق العلاج في بعض الحالات معسكرات للعمل غير المدفوع الأجر والسخرة وتُتبع فيها أساليب علاج مهينة وتأديبية تمثل شكلاً من أشكال العقاب خارج نطاق القضاء.

ويقال إن استخدام أي علاج طويل الأجل للاضطرابات الناجمة عن تعاطي المخدرات من دون موافقة المريض هو خرق للاتفاقيات الدولية لحقوق الإنسان والمعايير الأخلاقية الطبية (UNODC and WHO, 2008).

وبتوفير الموارد الكافية للعلاج الطوعي، وإحالة الأفراد للعلاج في الحالات المناسبة بدلاً من إخضاعهم لنظام العدالة الجنائية، وحشد طاقات المجتمع، سيزول ما تبقى من أسباب تُبرر الحاجة إلى استخدام هذا النوع من العلاج الإجمالي/غير الطوعي إلى أن يزول من الاستعمال نهائياً.

محاكم المخدرات المتخصصة مقارنةً بنظام العدالة الجنائية العام

استجابة للتزايد المطرد في عدد مرتكبي جرائم المخدرات الذين يقدمون إلى العدالة أو يهون فترة العقوبة من دون علاج لمشاكل المخدرات الكامنة وراء الجرائم، أنشأت النظم القضائية في عدد من البلدان محاكم خاصة بقضايا المخدرات لإحالة الجناة من الحبس إلى مرافق لعلاجهم من تعاطي المخدرات خاضعة للإشراف (UNODC, 2007). ورئي أن هذا النوع من العلاج فعال بوصفه بديلاً لعقوبات العدالة الجنائية (Prendergast et al., 2008). وأكدت النتائج التي حُصل عليها من ٢٣ تقييماً لبرامج العلاج أن محاكم المخدرات خفّضت بشكل كبير معدلات تعاطي المخدرات والجريمة ووفرت الأموال.

وخلصت أشد التقديرات العلمية تحفظاً وصرامة المستشفى من خمسة "تحليلات كبرى" إلى أن محاكم المخدرات تقلل إلى حد كبير من معدلات الجريمة بنسبة تصل إلى ٣٥ في المائة مقارنة بالسجن. وبالإضافة إلى ذلك، فإن محاكم المخدرات توفر مبلغاً يتراوح بين ٢,٢١ و ٣,٣٦ من دولارات الولايات المتحدة من مستحقات العدالة الجنائية بالنسبة لكل دولار واحد يُنفق عليها. ويوفر المجتمع ما مقداره ١٢ دولاراً من دولارات الولايات المتحدة (لكل دولار يُستثمر في هذا الشأن) من تقليل عدد حالات التردد على غرف الطوارئ وغيرها من تكاليف الرعاية الطبية وكفالة الأطفال والتكاليف المتكبدة من جراء حالات الاعتداء، كخسارة الممتلكات.

ولا تمثل المحاكم الخاصة بالمخدرات التي تُعنى حصراً بالجرائم المتصلة بالمخدرات إلا إحدى الطرائق الميسرة لتوفير العلاج كبديل لعقوبات العدالة الجنائية. ويمكن أيضاً أن تطبق المبادئ نفسها في النظام القانوني العام من دون تشكيل محاكم مخدرات متخصصة.

الاستنتاجات

استجابةً لمشكلة تعاطي المخدرات، تفرض بلدان عديدة عقوباتٍ شديدةً متعارضة مع حقوق الإنسان على تعاطي المخدرات والجرائم المتصلة بها، مما أسفر عن إيداع أعداد كبيرة من الناس السجن أو مراكز العلاج الإلجباري أو في معسكرات العمل ولم يحدث هذا آثاراً هامة طويلة المدى على تعاطي المخدرات أو الارتهاان لها أو الجرائم المتصلة بها في المجتمع. وفي الوقت نفسه، فإن حبس عدد كبير من متعاطي المخدرات لفترات طويلة مكلف وتنشأ عنه مخاطرة كبيرة حيث يؤدي إلى انتشار عدوى فيروس الأيدز والتهاب الكبد والسل في المرافق المغلقة وخارجها على السواء، الأمر الذي يشكل خطراً كبيراً على الصحة العامة في المجتمع. وعليه تعكف بلدان كثيرة على البحث عن بدائل لحبس متعاطي المخدرات ومرتكبي الجرائم المتصلة بها.

ومن شأن توافر ضروب من الرعاية والعلاج بأساليب إنسانية وتكلفة ميسورة تليي مختلف الاحتياجات الطبية والاجتماعية للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات ناجمة عن تعاطي المخدرات في المجتمع تيسير أخذ العلاج طواعية ومنع الجرائم المتصلة بالمخدرات. وكثيراً ما يُلجأ إلى ممارسة درجة معينة من الضغط لتشجيع المرتهنين للمخدرات على بدء العلاج من الارتهاان لها وزيادة انتظامهم في العلاج. ويمكن أن يتراوح هذا بين الضغط الذي يمارسه أفراد الأسرة والأصدقاء بطريقة غير رسمية والضغط القانوني الرسمية للخضوع للعلاج كبديل للحبس أو غيره من العقوبات القانونية. ورهنا بطريقة توفير العلاج كبديل لعقوبات العدالة الجنائية، فإن هذا العلاج لا ينتهك حق المريض في قبول العلاج أو رفضه.

وعندما لا يكون العلاج الفعال متوفراً بتكلفة ميسورة لجميع المصابين باضطرابات ناجمة عن تعاطي المخدرات، فيمكن لقطاع العدالة الجنائية أن يكفله ضمناً لإتاحته للمتهمين بارتكاب جرائم متصلة بالمخدرات أو للمدانين بارتكابها. ومن شأن تقديم الدعم الاجتماعي الأساسي في حالات الطوارئ للأفراد المرتهنين للمخدرات أن يزيد من حوافز الإقبال على العلاج ويجتذب إليه من يحتاجونه بخاصة. وضمناً لتحقيق الاستدامة، فإن من الضروري أن تُقرن التدخلات المنفذة في مجال العلاج وإعادة التأهيل بأخرى تؤمن سبل معيشة مستدامة تفتح أمام المشاركين في هذا العلاج آفاق حياة مستقبلية ينعمون فيها بالاكنتفاء الذاتي والرضا، مما يقلل من مخاطر الانتكاس.

وتشجع الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات بشكل خاص على توفير العلاج كبديل لعقوبات العدالة الجنائية، وقد تبين أنه أكثر فعالية من السجن في التشجيع على التعافي من الارتهاان للمخدرات والحد من الجرائم المتصلة بالمخدرات. ويمكن توفير العلاج بطرائق لا تنتهك حقوق المرضى، شريطة أن يبقى قرار رفض العلاج متروكاً لمتعاطي المخدرات وأن تُراعى استقلالية المريض وحقوق الإنسان المكفولة له.

وينبغي ألا يُلجأ إلى العلاج الإجمالي أو غير الطوعي من دون موافقة المريض إلا في حالات محدّدة تنطوي على اضطرابات حادة وشديدة تشكل خطراً مباشراً أو وشيكاً على صحة المريض أو على أمن المجتمع. ولا بد للعلاج غير الطوعي القصير الأمد المستخدم لأغراض حماية الأفراد المعرضين للخطر من أن يُطبّق لأقصر فترة زمنية لازمة، وكملاذ أخير، وينبغي أن تتولاه دوماً أفرقة متعددة التخصصات وأن يخضع للإشراف في ظل إجراءات قانونية شفافة مع إجراء تقييم دقيق له.

ومن شأن تيسير الالتحاق بمرافق العلاج من الارتهاان للمخدرات في المجتمع وزيادة جاذبيتها وتحسين مؤهلاتها أن يقلل الضغوط القانونية اللازم ممارستها للتشجيع على الخضوع للعلاج.

ولدى العديد من المرتكبين للمخدرات مشاعر ملتبسة حول بدء العلاج من تعاطي المخدرات والتوقف عن التعاطي أو الحد منه. وقد لا يجدون خدمات علاج مناسبة تلبي احتياجاتهم. وقد يكون تقديم الخدمات المقترنة بطائفة واسعة من برامج العلاج والدعم ذات الطابع الإنساني والمثبته الفعالية وتحفيز المرضى على طلب العلاج وتحسين قدراتهم وإقامة علاقات قوية تربطهم بمعالجهم وأسرههم ومجتمعهم أفضل طريقة لتحويل مرافق العلاج غير الطوعي إلى مرافق تهيئ الفرصة لتحقيق التلاحم والتعافي الفعلي في بيئة مجتمعية.

ووفقاً للبحوث التي أجريت في هذا الشأن، فإن نوعية برامج العلاج من الارتهاان للمخدرات وأدائها ونتائجها هي العوامل الرئيسية التي تؤثر على اجتذاب متعاطي المخدرات إليها. وتتأني جودة العلاج من الارتهاان للمخدرات من مجموعة من العوامل من بينها توفر بنية تحتية جيدة، وعدد كاف من الموظفين المؤهلين، والنزوع للعمل الجماعي، وتخصيص وقت كاف لكل مريض، ووضوح القواعد الطبية وتشريعات المخدرات ذات الصلة، وتنوع أساليب العلاج، وتوافر الموارد اللازمة، وإدارة الحالات. وتقدم برامج العلاج المتسمة بالجودة خدمات ذات طابع جذاب وألوف للمرضى المحتملين.

ولا غنى عن المشاركة الشخصية والارتباط الوجداني من أجل إقامة تحالف علاجي. وينبغي أن يكون ذلك جزءاً من نظام لتقديم خدمات شاملة تسهم في تمتع المتضررين من تعاطي المخدرات بالصحة والعافية، ومن ضمنها الوقاية من المخدرات والعلاج من الارتهاان لها وتوفير الرعاية، بل ينبغي أن يكون هذا أيضاً جزءاً من خدمات الصحة العامة والمحاكم والأجهزة المعنية بإجراءات الإفراج المشروط والبلديات والخدمات الاجتماعية (Ratna and Rifkin, 2007, Hughey et al., 2008). وينبغي حشد طاقات المجتمع ككل في عملية إعادة التأهيل وإعادة الإدماج، واعتماد استراتيجيات متماسكة لمساعدة الأفراد المعرضين للخطر ممن يتعاطون المخدرات على التعافي.

المراجع

- 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.

- 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.

المراجع العربية

- مفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان (١٩٩٦)، الأيدز وفيروسه في السجون، بيان مقدم من برنامج الأمم المتحدة المشترك بشأن الأيدز وفيروسه (الدورة الثانية والخمسون، البند ٨ من جدول الأعمال)، ستراسبورغ، لجنة حقوق الإنسان التابعة للأمم المتحدة.
- مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة ومنظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة المشترك بشأن الأيدز وفيروسه (٢٠٠٦)، الوقاية من الأيدز وفيروسه وتوفير الرعاية والعلاج والمساندة في السجون، إطار لاستجابة وطنية فعلية.

UNODC



مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة

Vienna International Centre, PO Box 500, 1400 Vienna, Austria
Tel.: (+43-1) 26060-0, Fax: (+43-1) 26060-5866, www.unodc.org