



UNODC

联合国毒品和犯罪问题办公室



从胁迫到谐和

通过健康护理而非惩罚
治疗药物依赖

讨论文件

联合国毒品和犯罪问题办公室
维也纳

从胁迫到谐和： 通过健康护理而非惩罚治疗药物依赖

基于科学讲习班的讨论文件
联合国毒品和犯罪问题办公室，维也纳
2009年10月28至30日



联合国
纽约，2011年

版权©联合国，2010年9月版权所有。

本出版物采用的名称及其材料列示，并不意味着联合国秘书处对于任何国家、领土、城市、地区或其当局的法律地位，或对于其边界或界线的划分，表示任何意见。

本出版物未经正式编辑。

出版：联合国维也纳办事处英文、出版及图书科。

致谢

本讨论文件草稿由联合国毒品和犯罪问题办公室毒品预防与健康部的 Gilberto Gerra，以及世界卫生组织心理健康和药物滥用部门的 Nicolas Clark 编写，依据的是一个国际专家组 2009 年 10 月在维也纳科学讲习班上所作的讨论，这次讲习班的主题为“自愿性还是强制性毒品依赖治疗？从强制治疗到配合治疗”。

Amelia M. Arria
David Basangwa
Giuseppe Carrà
Anna Maria Fanfarillo
Emily Finch
Xiuli Gong
Wolfgang Höcker
West Huddleston
Adrian Marcel Iancu
Valeria Eva Marolla
Timothy John McSweeney
Lubomir Okruhlica
Marianne van Ooyen
Elizabeth Saenz
Elisabetta Simeoni
Markku Soikkeli
Emilis Subata
Maria Ann Sullivan
Katri Tala
Zunyou Wu

本文作者在此感谢 Adrian Carter 和 Wayne Hall 为本文所作的编辑工作。另外，还要感谢 Vladimir Poznyak、Tomris Atabay、Guillermo Barcenás、Sonia Bezziccheri、Sandeep Chawla、Nathalie Drew、Monika Hillebrand、Valerie Lebaux、Erika Martins、Jorge Rios 和 Juana Tomás-Rosselló，他们为审核这一出版物草稿和提出意见奉献了自己的时间。

同时，还要感谢联合国毒品和犯罪问题办公室预防、治疗和康复科各位工作人员为本文做出的努力，尤其是 Anja Busse 为协调本文的起草做出了努力。另外，Barbara Gerbautz 女士在实习期间就作为刑事制裁替代办法的治疗文献进行了综述，在此对她表示感谢。

前言

本讨论文件草稿“从胁迫到谐和：通过健康护理而非惩罚治疗药物依赖”是为了促进药物依赖的健康疗法。国际药物管制公约为成员国采用这种方法提供了灵活性。作为刑事司法制裁替代办法的治疗应以证据为基础和符合道德标准。本文件概要介绍一种转诊模式，即：从刑事司法系统转向一种比强制治疗更有效的治疗系统，这种治疗系统对自由的限制较少，带来的烙印较轻，可为个人未来和社会提供更好的前景。未经病人同意的药物依赖治疗只能作为某些严重急症不得已而为之的一种短期办法，需要遵循各种适用于自愿治疗的道德和科学标准。以“治疗”名义而进行的侵犯人权行为与这种方法背道而驰。

联合国毒品和犯罪问题办公室
执行主任



安东尼奥·马里亚·科斯塔

目录

	页次
替代刑事司法制裁的药物治疗——一种得到药物管制公约支持的公共健康办法	1
治疗作为刑事司法制裁替代办法的科学证据	2
治疗中的劝导形式	3
刑事司法系统转诊治疗：监禁毒品使用者和毒品依赖者的替代办法	4
强制性治疗：缺乏拒绝权的治疗	6
相对于普通刑事司法系统而言的专门的毒品法庭	7
结论	8
参考文献	10

替代刑事司法制裁的药物治疗——一种得到药物管制公约支持的公共健康办法

国际药物管制公约明确规定的目的之一是使个人健康和社会不受毒品使用危害。各公约要求政府将麻醉药品和精神药物限于医疗和科学之目的，以使人们，尤其是最脆弱人群远离毒品使用所带来的健康和行为后果，包括毒品依赖和毒品引起的功能紊乱，这些将会破坏社会凝聚力和社会发展机会。

为此，《单一公约》（1961年）第38条规定“各方应特别关注，并采取所有可行措施，防止药品滥用，尽早为有关人员提供诊疗、治疗、教育、病后护理、康复和融入社会的服务”，这强调了健康和社会干预的关键作用。

1988年《联合国禁止非法贩运麻醉药品和精神药物公约》第14条第(4)款进一步规定“……各方应采取适当措施，消除或减少对麻醉药品和精神药物的非法需求，减少人类痛苦，消除非法贩运的经济动机”。《公约》的这一规定重点是要减少毒品使用给人类带来的健康和社会后果，阻止犯罪组织的非法所得。

根据《1988年公约》的规定，非法占有、种植和购买毒品属于刑事犯罪，1961年《麻醉品单一公约》（第36条b款）规定“应对滥用毒品者采取治疗、教育、病后护理、康复和社会融入方面的措施”。根据该规定，国际麻醉品管制局2007年报告（EN/INCB/2007/1）在讨论“均衡原则”时强调，“对于涉及占有、购买或种植非法药品供罪犯个人使用的罪行，上述措施可完全取代定罪及处罚办法”。

各公约鼓励对于非法毒品使用和毒品依赖，都采用注重健康的方法，而不是单纯的注重制裁的方法。对于非依赖毒品使用者，注重健康的方法可包括：提供教育、可靠信息、动机和行为方面的简单辅导；以及旨在促进融入社会和减少孤立和社会排斥的各种措施。对于毒品依赖者，还可包括更全面的社会支持、专门的药物和社会心理治疗以及病后护理。

根据各国际药物管制公约的规定，治疗、康复、融入社会和病后护理应视为刑事司法制裁的一种替代办法。患有毒品使用疾患的人员如果犯了涉毒罪行，则可鼓励其接受治疗，以取代刑事司法制裁。

这种类型的干预尽管采用刑事司法系统的强制权，但并不一定意味着强制治疗或者剥夺个人自由：个人仍可以自行选择究竟是接受治疗，还是接受关押或其他行政制裁。

作为刑事司法制裁替代办法的治疗是社会向毒品使用者和毒品依赖者提供的一次机会，使病人得以接受某种形式的帮助。通常情况下，病人可以选择接受教育、健康管理、治疗和康复服务，在没有征得同意的情况下，不会强迫他们接受治疗。这种压力明显不同于强制性治疗，因为强制性治疗不允许个人拒绝治疗或选择其治疗类型。

各公约所考虑的惩罚替代办法称为教育和临床干预。作为刑事司法制裁的替代，这些办法的提供不会侵犯毒品使用者和毒品依赖者拒绝治疗的权利，因此，既可以满足社会减少涉毒犯罪的愿望，也可维护个人接受治疗毒品使用疾患的权力。

治疗作为刑事司法制裁替代办法的科学证据

从注重制裁的方法转向注重健康的方法与国际药物管制公约的规定一致，还与大量的科学证据一致，其中包括：流行病学和其他科学证据——这些证据显示，有害和依赖性的毒品使用通常与不利的个人和社会处境有关（Hawkins 等人，1992 年，Kreek 等人，2005 年，Sinha，2008 年）。另外还包括：临床和神经生物学研究——这些研究显示，毒品依赖是影响大脑功能的一种多因素慢性病，病人难以在短期内戒除（Carter 等人，2009 年，Goldstein 等人，2009 年，世界卫生组织，2004 年）。有越来越多的证据显示，注重健康的方法也是减少非法的毒品使用及其社会危害的最有效方法（Chandler 等人，2009 年，Gerstein 和 Harwood，1990 年）。

新科学发现显示，毒品依赖发病机理的因素有很多，包括使一些人在毒品使用后更愿意尝试药品和更容易成瘾的各种因素（Volkow 和 Li，2005 年）。其中包括：长期不利的社会和个人处境；受基因变异影响的性格和个人特质（Dick 等人，2006 年，Merikangas 等人，2009 年）；胎儿问题；负面的儿童经历；不良教育；缺乏亲情和被社会孤立；精神障碍（Fergusson 等人，2008 年，Zucker 等人，2008 年）。所有这些因素的作用都可能容易引起心理—生物方面的毒品使用疾患。此外，有很大比例的毒品依赖者在无法成功解决生活困惑问题的情况下，开始并继续使用毒品，这些困惑问题包括：暴力和虐待、极端贫困和社会排斥、饥饿和工作负担过重（Khantzian，1985 年）。

药物依赖是一种健康疾患（一种疾病），与那些事先存在这些心理—生物脆弱问题的人员对药品的接触有关。对毒品依赖的这种理解说明，惩罚不是解决药物依赖者问题的适当手段（Chandler 等人，2009 年，Dackis 和 O'Brien，2005 年，McLellan 等人，2000 年）。实际上，关押可能会对脆弱人员的恢复起反作用，这些人已经受到童年和青春期坎坷经历的“惩罚”，可能已经存在着神经和心理脆弱问题（Neale 和 Saville，2004 年）。

相对于那些具有足够可支配收入和生活在更优越环境中的人员而言，“穷人”犯罪和被关押的风险更大。有了犯罪前科后，就业机会将受到限制。同时，在监狱中的服刑会浪费掉宝贵时光，从而进一步减少了这些人员过上一种可持续生活的机会。

实际上，囚禁在监狱中和禁闭在强制性药物治疗中心可能会恶化毒品使用者和毒品依赖者已经问题重重的生活，对于最年轻和最脆弱的人员来说，尤其如此（Jurgens 和 Betteridge，2005 年）。在监狱环境中，更容易接触到更年长的罪犯、犯罪集团和组织，还会增加耻辱，留下犯罪恶名。通常还会加重社会排斥问题，恶化健康状况和减少社会技能。相对于囚禁而言，作为社区内监禁之外的替代办法（门诊治疗或寄宿治疗）——如：针对鸦片依赖问题进行以社会心理治疗作为辅助的药物治疗——能更有效地减少涉毒犯罪（Chandler 等人，2009 年）。

在很多国家中，尽管毒品使用者占了收监人员的大多数（或绝大多数），但监狱系统缺乏针对囚犯的适当治疗和康复方案，包括治疗那些影响大多数毒品依赖囚犯的并发症精神障碍（Baillargeon 等人，2009 年，世界卫生组织，2005 年 a）。此外，通常还会忽略罪犯在拘禁期间有害使用酒精和处方药的历史。证据显示，毒品依赖者在出狱后，复吸、毒品使用过量和再犯的几率很大（Dolan 等人，2005 年，Ramsay，2003 年）。

此外，监狱及其封闭的环境中通常有很高比例患有毒品使用疾患的人员（Oliemeulen 等人，2007 年），因此，感染艾滋病毒和肺结核的人员比例也很高（联合国难民事务高级专员办事处，1996 年；世界卫生组织，1993 年；联合国毒品和犯罪问题办公室，2006 年）。由于人们在监狱中会继续注射毒品和从事传播艾滋病毒和肝炎的其他高风险活动，所以监狱环境导致艾滋病毒传播的可能性很高（Gore 等人，1995 年，Jurgens 和 Betteridge，2005 年）。监狱通常很拥挤，这会使肺结核传播的风险很大，对于已携带艾滋病毒的人员来说，这尤其成问题。艾滋病毒携带者在入狱和出狱时缺乏连续治疗增加了耐药毒株发展的风险。

有相当多的证据显示，药物依赖的有效治疗将临床干预（住院或门诊干预）作为刑事司法制裁的替代办法，这大大增加了痊愈的可能性，包括减少犯罪和刑事司法成本（Koeter 和 Bakker，2007 年，McSweeney 等人，2007 年，Uchtenhagen 等人，2008 年）。相对于单纯采取刑事司法制裁的效果来说，这对患有毒品使用疾患的人员和社区都是一种改善。因此，应考虑将这种办法用于所有涉毒犯罪人员。

治疗中的劝导形式

没有刑事司法制裁威胁的自愿治疗

可以说，所有自愿治疗都含有某种成分的施压和劝导。在有些情况下，不正规社会压力或者来自家庭和朋友的压力足以使有关人员开始或继续治疗（Wild，2006 年）。这种压力可以是口头鼓励有关人员接受治疗，或以不良后果作为威胁，如：分居、离婚或失去经济支持（Marlowe 等人，1996 年，Stevens 等人，2006 年）。

将由外展服务小组、治疗和社会工作方面的其他专业人员动员那些尚未治疗的毒品依赖者接受治疗。行为干预可包括某种程度的劝导，目的是在病人有足够动机减少或停止毒品使用之前，帮助他们改变行为（如：对积极行为加以奖励）。

在治疗办法中，应急管理法可包括：利用奖励措施鼓励病人对治疗做出良好响应，奖励措施可包括：现金、优惠券或允许那些接受美沙酮或丁基原啡因治疗的病人携带更多剂量的药品回家。

在严重形式的毒品依赖中，更大的社会压力可有效鼓励毒品依赖者接受和保持治疗。这可包括以正式的不良后果作为威胁，如：（针对不能安全驾驶的人员）没收驾照，（对由于吸毒而不能照顾子女的人员）剥夺其对子女的监护权，（对由于吸毒而不能从事工作的人员）开除其工作，或者（对于不能遵守福利发放规定的人）停发其社会福利。

刑事司法系统转诊治疗：监禁毒品使用者和毒品依赖者的替代办法

尽管药物管制公约禁止将麻醉药品和精神药物用于非医学目的，但各国惩罚措施的严厉程度有很大差异（欧洲毒品和毒瘾监测中心，2009年）。所有国家都对大量贩卖毒品和涉毒暴力犯罪采取了严厉的惩罚措施。但对于毒品使用和占有毒品供自己使用的行为，各国惩罚的方式差异很多。在有些国家中，将麻醉药品和精神药物用于非医学目的的个人将被处以监禁。在其他国家中，个人使用这类药品则不属于刑事犯罪，或不会受到刑事司法制裁。在有些辖区，法律制度将毒品依赖作为减轻其他涉毒犯罪的一个因素，毒品依赖者的判刑可能要比非毒品依赖者轻，在愿意接受治疗的情况下，尤其如此。

在那些对个人占有和使用毒品行为予以更严厉处罚的国家中，毒品使用者入狱的人数更多，给社区带来的负担很大。相对于那些不对这类行为进行严厉制裁的国家而言，这种办法似乎不能给社区的毒品使用产生威慑效果（Reuter 和 Stevens，2007年）。

教育、毒品依赖治疗、病后护理、康复和融入社会可作为刑事司法制裁涉毒犯罪的一种有效替代办法（替代监禁的其他办法，另见联合国毒品和犯罪问题办公室2007年的更全面概述），因为事实证明，治疗要比监禁更能减少涉毒犯罪（Gerstein 和 Harwood，1990年，Guydish 等人，2001年）。最好为所有有需求和要求的人员提供自愿治疗服务。但由于治疗费用高昂和缺乏治疗途径，并不是所有犯有涉毒罪行的人员都能获得治疗。在有些国家中，刑事司法预算包括为那些被指控犯有或被宣告犯有吸毒或相关罪行的人员购买毒品治疗服务，因为这是一种比监禁更便宜但却更有效的预防犯罪手段。在被指控犯有或被宣告犯有吸毒或相关罪行时，如果选择负担得起和有效的人性化社区治疗来相应取代刑事司法制裁办法，那么在可以自行选择的情况下，很多毒品依赖者通常都会自愿选择治疗（van Ooyen，2008年）。

以下部分将介绍作为刑事司法制裁替代办法的这种治疗应按照怎样的原则进行和组织才能最有效和最具人性化。

刑事司法系统转诊治疗的良好做法

有证据显示，法定强制教育、治疗和护理可作为监禁毒品依赖者，或将毒品依赖者强制拘禁在寄宿所的一种有效替代办法。对于没有被药物管制公约列为涉毒罪，但却由毒品使用或毒品依赖促成的犯罪——如：为毒品使用提供资金的财产罪，可用该办法替代刑事司法制裁。在提供这种治疗时，不应侵犯毒品使用者的权利，应允许他们自行决定是否参与治疗，或者选择其接受治疗的形式（Porter 等人，1986年）。法定强制压力可鼓励有关人员参与治疗，但应由个人决定是否接受治疗。

应循序渐进地恢复参与治疗机会，这有助于改善人际关系和社区参与，还可加强社会凝聚力和促进联合治疗。从这个角度来说，作为刑事司法制裁替代办法的治疗不应成为动机的对立面，而应成为转变的机会。如果按照这种方式进行，康复动机可按照强

制治疗范式得到加强。治疗质量不一定会受到强制办法的影响，其有效性可以与自愿程度更高的治疗相比（Burke 和 Gregoire, 2007 年）。

社区内基于证据的治疗在作为刑事司法制裁替代办法时，最好包括临床和社会干预（包括社会心理干预和药物干预），这种干预应在保健系统的支持下，由多专业领域的从业人员小组提供。

在这种情况下：

1. 因涉毒罪而面临刑事司法制裁的毒品使用者或毒品依赖者可同意治疗，并可随时放弃治疗（不过，如果这样的话，将会因原有涉毒罪受到刑事司法制裁）。
2. 治疗依据基于科学证据的临床指南。在缺乏证据的情况下，要对新方法进行严格评估（英国药品政策委员会，2008 年）。
3. 治疗按人性化方式提供，符合标准的健康护理道德原则，如：尊重个人自主权和尊严。
4. 让病人了解各种治疗方案的风险和好处。
5. 尽管病人是被强制接受治疗的，但方案在工作人员和病人之间营造了一种联合治疗的氛围。
6. 至于作为刑事司法制裁替代办法的治疗，其法律程序与国家宪法和法律规定一致，包括保护病人的公民自由权。
7. 个人权利受国家官方司法系统监督下的“正当程序”和透明程序保护。
8. 对于尚未发现其有罪的人员，不应采取不当的法律措施（即：措施不应严于那些被怀疑或被指控犯有其他罪行的人员所适用的措施）。
9. 将那些作为制裁替代办法的各种治疗选择全面告知面临刑事司法制裁的人员。还应让他们了解治疗选择对他们所适用的刑事诉讼程序可能会产生怎样的影响，包括：治疗中对他们的预期，以及他们取得的治疗进展将会如何影响刑事司法制裁。
10. 由刑事司法系统提供治疗，并在必要情况下，由该系统支付治疗费。
11. 面临刑事司法制裁的人员，如果决定接受治疗，将不会面临更严厉的刑事制裁。对于遵从治疗（即使没有完全取得成功）的人员，只要对病有利，就应继续治疗。
12. 对于作为刑事司法制裁替代办法而提供的治疗，毒品依赖罪犯拥有选择的权利。在这种情况下，刑事司法制裁不应严于未向该人员提供治疗选择时或者该人员未使用毒品时，原本具有的严厉程度。
13. 应像对待任何其他病人一样，对这类病人提供的信息保密。例如，作为病人与法院之间协议的一部分，病人可同意将其治疗信息披露给法院。应向法院告知病人的遵从情况，并可在病人未能遵从的情况下，启用备选措施。
14. 尽管将参与治疗作为刑事司法制裁的一种替代办法，但治疗方案应按他们作为治疗提供者的角色来确定，采用具有同情心的支持性做法，避免成为惩罚代理人。治疗不应成为一种法庭职权以外的惩罚形式。

15. 基于社区的治疗方法应以应急社会支持作为补充，还应考虑到基本需求，如：食品、住宿、卫生措施和衣物。基本社会支持包括提供适当的住宿和减轻贫困，是能够方便联系毒品依赖者让他们参加治疗项目的补充性基本干预措施，也是照顾他们总体健康的基本干预措施。此外，可能有必要采取生计方面的可持续干预措施，如：提供职业技能或选择性教育、创收途径、小额信贷和职业咨询等。

强制性治疗：缺乏拒绝权的治疗

以刑事司法制裁相威胁可鼓励那些被卷入刑事司法系统的某些毒品依赖者寻求治疗。对于少数毒品依赖者来说，只有在紧急情况下，出于保护毒品使用者或社区之目的，才可能需要进行短期的强制治疗。即使在这些情况下，未经同意便进行治疗的道德问题也存在争论，它可能违反了联合国的某些公约，如：《联合国残疾人权利公约》。不管怎样，这种干预最多也不应超过若干天，并且应仅在严格的法律监督下加以应用。

应急性短期非自愿拘禁或治疗

急性中毒者或在其他方面严重受到毒品影响的个人，如果不能自理并且自身安全濒临危险，那么出于保护之目的，可对其进行应急性短期强制治疗。这种情形类似于严重的精神病紧急情况（如：精神错乱），实际上应适用相同的原则。大多数国家同时还在法律中对以下情况做出了规定：由警察逮捕（然后拘禁过夜，或者等到毒性消退为止），或者逮捕并押送到治疗机构（如，医院），或者未经同意送往保健机构进行紧急治疗。

这些病人伤害自己或他人的风险很大，要么拒绝过治疗，要么不能以任何配合方式表达其愿望。在这些情况下，为保护个人和社会免遭严重的健康和安全后果，可不经病人同意，对病人进行短期的强制性治疗。如果通过有效治疗来阻断病人的高风险行为及其对自身或他人的侵害，暂停病人的自主权可帮助病人重新建立自主性。在这些情况下，目的是处理医疗或安全方面的严重紧急情况，而不是对毒品依赖的长期治疗。一旦严重的紧急情况得到避免，就应停止强制性临床干预。在采用这种强制做法时，应有透明和审慎的司法程序，应对强制性临床干预的有效性进行评估。

这类治疗的最常见情况是，强制性短期（即：几个小时到最多不超过几天的时间）住院治疗酒精或药品中毒，治疗鸦片类药物过量或急症的并发精神障碍（如，毒品导致的精神错乱或自杀意念）。

在未经病人同意且病人不知情时进行的治疗，限于明确规定的几种例外情况，需要遵守的标准类似于心理健康紧急情形下所使用的标准（世界卫生组织，2005年b）。例如，应：

- 至少由两名合格的健康护理专家对这种治疗的必要性做出临床判断。

- 对强制治疗进行若干天的时间限制（以让有关人员回到一种可以就其自身福利做出决定的自主状态）。
- 包括对继续治疗的必要性进行司法评议——包括上诉权。
- 需要一个医学上适当的个性化计划，该计划要接受定期检查，与基于证据的国际最佳实践和道德标准相一致。

未经同意的长期治疗

很多国家都对药物依赖提供长期的寄宿治疗，而不经病人同意，这实际上是一种低度安全监禁。

至于该方法的疗效，无论是与传统监禁相比，还是与自愿性社区药物治疗相比，都缺乏相关的证据。该方法并不划算，其费用很高，既不利于个人，也不利于社会。另外，该方法不能作为监禁的替代方法，因为其本身就是一种监禁形式。在有些情况下，寄宿所成了强制劳动的劳动营，劳动没有报酬，治疗采取羞辱性和惩罚性方法，属于法庭职权以外的一种惩罚形式。

有观点认为，未经病人同意而对毒品使用疾患进行任何形式的长期治疗违反了国际人权协定和医疗道德标准（联合国毒品和犯罪问题办公室及世界卫生组织，2008年）。

在有了足够的自愿治疗资源、刑事司法系统适当的转诊治疗和社区动员后，应尽量减少需要这种强制/非自愿治疗形式的其他情况，直至不再采用为止。

相对于普通刑事司法系统而言的专门的毒品法庭

由于有越来越多出入刑事司法系统的毒品罪犯没有经过基本毒品问题方面的治疗，所以很多国家的司法系统都通过毒品法庭，将罪犯从监禁转向有监督的药物治疗（联合国毒品和犯罪问题办公室，2007年）。据发现，作为刑事司法制裁的替代办法，这种形式的治疗是有效的（Prendergast 等人，2008年）。23个项目的评价结果证实，毒品法庭不仅大大减少了毒品使用和犯罪，而且还节省了资金。

来自五项“统合分析”的最严格和最保守的科学估计数据全都得出以下结论：相对于监禁而言，毒品法庭可明显减少犯罪，减少幅度差不多为35%。此外，毒品法庭在避免刑事司法案件方面每花费1美元，将能产生2.21~3.36美元的好处。每投资1美元，社区因减少急诊室求诊、其他医疗服务、寄养服务和牺牲费（如，财产损失）而节省的费用达12美元。

专门处理涉毒犯罪的毒品法庭可促进作为刑事司法制裁替代方式的治疗。同样的原则也可适用于没有设立专门毒品法庭的一般法律系统。

结论

为解决毒品使用问题，很多国家都对毒品使用和相关犯罪规定了严厉的处罚措施，结果，有大量人员进了监狱、强制性治疗中心或劳动营，不仅没有对社区的毒品使用、毒品依赖或涉毒犯罪问题产生明显的长期影响，而且还背离了人权。同时，长期监禁大量的毒品使用者，会带来高昂支出，还会带来高风险的艾滋病毒、肝炎和肺结核传播，不管是在封闭环境之内还是之外，都是如此——这将是社区所面临的重大公共健康风险。为此，很多国家都在针对毒品使用和相关犯罪，寻找可以替代监禁的办法。

如果按照具有人性化且能负担得起的有效方式，针对毒品使用疾患的人员提供能够满足他们各种医疗和社会需求的治疗服务，将能促进有关人员自愿接受治疗，防止涉毒犯罪。为鼓励毒品依赖者开始毒品依赖治疗，让他们保持更长的治疗时间，通常要进行某种程度的施压。其范围可以从家人和朋友的非正式压力，一直到正式的法定压力，即：法律规定，将参与治疗作为监禁或其他法律制裁的可替代办法。作为刑事司法制裁替代办法的治疗不会违反病人接受或拒绝治疗的权利，具体情况取决于采用这种办法的方式。

如果不是所有有毒品使用疾患的人员都能负担得起有效的治疗，那么刑事司法部门可提供治疗，以确保那些被指控或被宣告犯有涉毒罪的人员能够获得这种治疗。向毒品依赖者提供基本的应急社会支持可提升动机和吸引那些有明显需要的人。为确保可持续性，治疗和康复干预措施需要配以可持续的生计干预措施，使参与者有希望在未来过上一种满意的自立生活，减少复发风险。

国际药物管制公约特别鼓励将治疗作为刑事司法制裁的一种替代办法，据发现，相对于监禁而言，这种办法能更有效地鼓励有关人员摆脱毒品依赖，减少涉毒犯罪。如果毒品使用者有权拒绝治疗，这种办法则可按不侵犯病人权利的方式提供，并且可使病人的自主权和人权得到尊重。

未经病人同意的强制性或非自愿治疗，应在特殊情况下使用，即：会立即或马上给病人健康或社会安全带来风险的严重紧急事件。为保护脆弱者而进行的短期非自愿治疗是一种不得已而为之的办法，应根据需要尽可能缩短时间，而且要始终由多学科小组进行，接受透明法律程序的监督和进行严格的评估。

在社区提供更方便、更有吸引力、更合格和更不具羞辱性的毒品依赖治疗设施，可减少旨在鼓励有关人员接受治疗所需要的法定压力。

至于是开始治疗，还是停止或减少毒品使用，很多毒品依赖者都有矛盾心理。他们可能找不到能够满足其需要的适当治疗服务。为将非自愿治疗机制转化为社区环境下构建凝聚力和实际恢复的契机，最好的办法可能是：根据有效性方面的科学证据，提供一系列广泛的人性化治疗服务；提高病人的动机和权利；鼓励病人与临床医学家、家人和社区建立紧密关系。

研究显示，就毒品依赖者而言，毒品依赖治疗方案吸引力的主要影响因素是质量、表现和成果。高质量的毒品依赖治疗是很多因素相结合的结果——除了其他方面以外，包括：良好的基础设施、足够数量的合格人员、团队取向、用在每位病人身上的足够

时间、明确的临床规定和相关的药品立法、可用的各种治疗方法、现有资源和现金管理等。优质治疗方案能为潜在病人提供具有吸引力的友善服务。

个人参与和情感投入是进行联合治疗的根本。为促进毒品使用者的健康和福利，应将其纳入综合服务系统——包括毒品预防服务、毒品依赖治疗和护理服务，以及普通健康服务、法庭、留观服务、行政单位服务和社会服务（Ratna 和 Rifkin, 2007 年, Hughey 等人, 2008 年）。应动员整个社区参与康复和重返社会过程，采用具有凝聚力的战略，帮助脆弱的毒品使用者进行恢复。

参考文献

- 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, re-incarceration 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., Stefan, 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.
- 难民署 (1996年)。《监狱的艾滋病毒/艾滋病问题。联合国艾滋病规划署的声明》(第五十二届会议, 议程项目8), 斯特拉斯堡, 联合国人权委员会。
- 毒品和犯罪问题办公室/世卫组织/艾滋病规划署 (2006年)。《监狱环境下的艾滋病毒预防、治疗、护理和支持》。国家有效应对纲要。
- 毒品和犯罪问题办公室 (2007年)。《监禁替代办法基本原则及有希望的做法手册》。

毒品和犯罪办公室及世卫组织（2008 年）。《毒品依赖的治疗原则》，联合国毒品和犯罪办公室，维也纳。

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.

世界卫生组织（1993 年）。《监狱艾滋病毒感染及艾滋病问题指南》，世界卫生组织，维也纳。

世界卫生组织（2004 年）。《精神药物使用和依赖的神经系统科学》，世界卫生组织，日内瓦。

世界卫生组织（2005 年 a）。《对有艾滋病毒/艾滋病的毒品依赖者提供治疗和社会心理支持的基本原则》，世界卫生组织，日内瓦。

世界卫生组织（2005 年 b）。《世界卫生组织精神卫生、人权与立法资源手册》。世界卫生组织，日内瓦。

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.



UNODC

联合国毒品和犯罪问题办公室

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