

毒品依赖治疗原则

讨
论
稿

2008年3月

讨论稿——毒品依赖治疗原则

介绍

讨论稿旨在鼓励各国政府和其他合作伙伴采取一致行动，实施符合各国人民需求的循证毒品依赖治疗服务。大多数国家面临较多问题，但资源有限，因此一个清晰连贯的服务规划势在必行。必须提供能惠及大多数人的服务，以最低的成本获得最大效果。要实现这一点，需构建广泛的以社区为基础的医疗保健服务，在社区成员共同努力下，长期开展服务。现有文件建议开展行动，推广所有的九个原则，但仍需要对九个原则进行排序，以反映本地的实际情况，并结合可用的资源和治疗体系的发展阶段逐步实施。

据估计，世界上共有2.05亿人使用毒品，其中2千5百万人有毒品依赖。这给发达国家和发展中国家都带来了公共卫生、社会经济发展与安全的问题。作为减少需求和公共卫生的一部分，对毒品依赖进行预防和治疗的重要作用已在国际性协议中得到多次强调。1998年，联合国大会艾滋病特别会议(UNGASS)通过的《政治宣言和减少毒品需求指导原则宣言》强调了保持执法与减少需求/公共卫生措施之间平衡的重要性，使综合制定毒品政策成为关注的中心。除此之外，近几十年里，在对毒品依赖的理解和防治措施的探索方面也有了显著进展。这份UNODC-WHO文件的目的是阐述有效的毒品依赖治疗的关键原则。

毒品依赖被视为多因素引起的健康失调，常常象慢性疾病一样复发。不幸的是，在许多地方，还未把毒品依赖看作健康问题，许多被毒品毒害的人受到歧视，无法获得治疗和康复。近几年来，*生物心理社会学*模型认可毒品依赖是一个多层面问题，需要许多学科的专业知识。研究和防治可以运用健康科学多学科的方法。

在过去几十年中，取决于不同的信仰或意识形态观点，毒品依赖或是被视作单纯的社会问题，或是教育和心理问题，或是犯罪行为需要惩罚，或是药理学问题。非法毒品的初次使用完全取决于个人自由选择，因此毒品依赖应被视作“自作自受的疾病”的观念导致了与之相关的羞辱和歧视。然而，科学证据表明，该疾病的发展是重复接触毒品以及生物和环境因素之间复杂关联的结果。试图通过严厉的刑罚和制裁来防治毒品滥用是失败的，因为没有把毒品依赖对大脑动机途径造成的神经学变化考虑在内。

毒品依赖的治疗必须通过合格、系统、以科学为依据的方法，比如治疗其他几十年前曾被视为无法治愈的慢性疾病的方法。有了良好的临床干预和严谨的治疗策略和积累的科研经验，许多这样的疾病现在都是可防可治的了。

毒品依赖和非法使用毒品与健康问题、贫困、暴力、犯罪行为和社会排斥密切相关。它对于社会总的损害很难估计。除了医疗保健损失和与使用毒品后果相关的其他损失，毒品依赖还会带来其他形式的社会损失，如生产率下降、家庭收入减少、暴力、安

全问题、交通和工作场所事故和腐败。这些会导致无法计算的经济损失和大量人力资源的浪费。

毒品使用，尤其注射毒品使用(IDU)，与通过共用针头传播艾滋病和乙、丙型肝炎紧密相关。非注射毒品使用同样也与艾滋病传播有关，因为它会增加高风险性行为。130个国家注射毒品人数的相关数据表明，全世界有近1千万注射毒品使用者。全球艾滋病病毒感染中，高达10%是由不安全注射毒品引起；如果除去撒哈拉沙漠以南的非洲地区，超过30%的艾滋病病毒感染是因为不安全注射毒品引起。在许多地区，包括东欧、中亚、南亚、东南亚和拉美一些国家，共用受污染的注射设备是艾滋病传播的主要途径。

毒品依赖是可防可治的，有效的防治干预已经存在。包括多样化药理和心理社会干预的综合性多学科方法能应对不同需求，使结果最优化。即便把循证治疗的要求也考虑在内，其成本也远低于不治理毒品依赖所造成的非直接损失（监禁、失业、执法、健康后果）。研究计算说明，治疗开支的增加能够通过减少犯罪数量而使相关成本下降，以及刑事司法系统开支下降。减少的损失与投入的比例至少在3:1；如果把犯罪、健康和社会生产率相关损失也包括进来，损失减少与投入的比例是13:1。减少的损失能改善不利的环境，增加教育、就业和社会福利的机会，使更多家庭能摆脱经济困境，从而促进社会和经济的发展。刑事司法体系中的个人更可能受到毒品依赖相关的健康和社会影响。监狱内的吸毒行为模式更加有害，会加大如艾滋病和肝炎等传染病传播的几率。因此不能低估监禁造成危害的可能性。

一项WHO/UNODC/UNAIDS的政策概述了毒品依赖治疗能够减少艾滋病的传播，并建议，考虑到毒品依赖治疗能够减少总体上的毒品使用、减少注射频率和不同程度地减少危险行为，针对注射毒品者的艾滋病预防项目中应包括毒品依赖治疗，因为它能全面减少毒品使用。研究显示，监狱内治疗或者监禁替代措施能够减少释放后的毒品使用和再犯罪。

本文件列举了提供毒品依赖治疗服务的九个关键原则。应认识到，在一些情况下资源可能相当有限，因此必须设定资源配置的重点。在这种情况下，很重要的一点是，某种毒品滥用的应对措施被发展成“基础部分”，随着资源的增加，在其之上开发多样化、复杂的干预，并纳入治疗体系。根据可用的人力和财务资源，以及每个国家现有卫生体系的质量水平，本文件中建议的行动可被逐步、逐渐地实施，同时可以将每条原则的构成要素作为总体框架。

原则1：毒品依赖治疗的可用性与可及性

描述与理由

如果人们能及时、连续获得可负担的治疗与康复服务，毒品依赖和与之相关的社会和健康问题在大多数情况下是可以有效应对的。为了实现这一点，必须尽可能消除限制治疗服务可及性的屏障，使人们能够获得符合个人需求的治疗。

构成要素

治疗可及性涉及许多因素：

- 地理可及性、分布与联系。
 - 医疗保健体系与公共卫生网络、以及社会服务和大社区能提供必要的防治服务，帮助社区中滥用毒品的人们。社会服务和其他机构（如学校、公民社会组织和自助小组）能成为病人的第一联系人，帮助其获得治疗。
 - 在综合治疗体系中，一个大规模、分散开的治疗设施网络能够对社区中寻求治疗个体的不同需求进行充分的响应。
 - 无论收入高低，人们都应能获得毒品滥用的基本防治服务。
 - 在持续性关怀的情况下，毒品依赖者应当有多种途径获得治疗服务。
 - 作为持续性关怀的一部分，外展服务必须惠及受毒品滥用影响最大的“隐性”人群，他们常常不会主动寻求治疗，或疗程结束后又复吸。外展服务对尽早吸引问题毒品使用者尤其重要，能与患有严重障碍的毒品滥用者建立联系，这些人因为耻辱感和边缘化不会寻求治疗。
- 开放时间的及时性和灵活性。指定服务应当日入院或缩短等候时间，提供如病情咨询等中间服务。开放时间多样化能使更多需要上班或承担家庭责任的个人获得服务。
- 法律框架。要求吸毒成瘾者正式注册可能带来被制裁的风险，因此会使病人不愿意参加治疗项目，减少可及性。
- 低门槛服务。治疗服务组织的灵活性会使更多个人加入服务项目，包括降低准入门槛，取消不必要的筛选标准。
- 负担能力。治疗和康复服务的花费可能是没有收入来源的病人获得治疗服务的最大障碍。因此，通过保险负担或将毒品依赖治疗服务纳入公共卫生服务体系中，对于有需要的病人获得服务非常关键。
- 文化相关性与使用者友好性。目前的经验表明，治疗具有文化敏感性、多专业性、以团队为主导、鼓励病人参与治疗项目，能够促进病人获得并持续治疗，并最终改善治疗效果。
- 对多需求和多样化情况的反应性。对最复杂病例，如毒品依赖者同时患有身体或心理障碍，提供专门服务和家庭护理是增加可及性的关键。
- 刑事司法系统的反应在促进毒品依赖者获得治疗服务中至关重要。执法官员、法庭和监狱应与卫生体系紧密合作，鼓励毒品依赖者接受治疗。

- **服务的性别敏感性。**针对不同性别的服务能应对不同的羞辱、儿童护理需求、妊娠等问题，最终增强可及性。

遵循这项原则的行动

确保：

1. 服务体系普及城市和农村地区，并建立在初级卫生保健体系之上。主要包括：大范围的外展和覆盖、低门槛、早确认、基础健康和社会护理服务中的短暂干预、基本毒品依赖治疗服务、从刑事司法系统向治疗服务转介。
2. 法律框架保护寻求治疗的病人不受制裁。
3. 在体系内的不同服务间、与其他机构间存在正常转介和反转介机制，保证服务的持续性。
4. 等候治疗的申请人名单和等候时间最小化，提供中间服务。
5. 员工态度要热情，不评判。
6. 服务要考虑到并尊重文化准则。
7. 服务设计要从病人的角度出发。
8. 确保服务的最终花费病人能够承担，必要的话，予以免除。
9. 基础健康护理中给女性的服务和给父母是毒品依赖者的儿童的设施须与毒品依赖治疗项目紧密结合。

原则2：筛查、评估、诊断和治疗规划

描述与理由

滥用毒品的病人常常有多种治疗需求，涉及个人、社会和经济领域，若仅仅标准化考虑他们的成瘾症状，无法满足这些需求。而对其他健康护理问题，诊断和综合评估过程是使治疗规划个性化、有效和促使病人投入治疗的基础。

构成要素

- **筛查**是对识别毒品滥用者或毒品依赖者，以及连带的危险行为（共用针具引起病毒传播和/或无保护性行为，潜在暴力行为，自杀风险）有用的评估程序。有标准化工具可以用来评估个人毒品使用及其严重性，然后考虑所需帮助的程度。这些工具能应用在不同的环境中（初级卫生保健体系，学校健康和咨询服务，工作场所中的雇员帮助项目）。
- **评估与诊断**是启动治疗的核心要求。普遍用于心理健康领域的诊断标准是诊断毒品滥用的参考。共病心理障碍理想上是由精神病学家做出诊断并跟随治疗，但其他医疗保健专业人员在充分培训的基础上，也能成功诊断和应对毒品滥用障碍和相关的心理共病。
- **综合评估**要考虑到疾病的阶段和严重程度、身体和心理健康状态、个人气质和性格、职业和雇佣状态、家庭和社会融合以及法律状况。它还要深入考虑到环境和发展因素，包括儿童期与青少年期经历、家庭情况和亲属关系、社会和文化状况以及先前的治疗情况。适当的评估过程能为促进治疗配合创造环境，使病人更好的接受治疗。
- **治疗方案**依个体而制定，基于病人明确的需求设定目标，并通过干预来实现目标。护理或治疗计划是对所提供的治疗及其预期疗程的书面描述。护理计划制定出每个病人特殊的需求以及如何满足这些需求。护理计划要定期进行审核和修改，以响应病人情况的变化。在现有研究结果不支持病人情况与特定治疗方式配对的情况下，实际证明，在严格的诊断和综合评估后，使治疗和干预满足病人的需要，能够促进治疗的效果。

遵循这项原则的行动

确保：

1. 社会服务、学校、刑事司法体系中的初级卫生保健人员、员工支持计划和健康/咨询人员，要认识到筛查、早期识别毒品使用和简短干预的益处；同时他们需接受培训，学会运用此类筛查工具和相关干预工具包。
2. 须在一切有关领域（初级卫生保健、外展服务、应急服务、社会服务，等等）评估毒品滥用相关的病人危险行为，随之制订应对措施计划。
3. 在开始毒品依赖治疗之前，尤其是药物治疗之前，须对毒品依赖和其他共病状况做出准确的诊断。

4. 临床治疗协议应明确综合病人评估的要求和治疗计划的制定、病情进展监控和书面护理计划的修改，以及培训相关人员完成这些任务。
5. 为了保障所有病人的治疗质量，治疗计划中的所有员工必须记录所有治疗步骤，进行标准化处理。

原则3：循证毒品依赖治疗

描述与理由

基于毒品依赖本质的循证实践与积累的科学知识应当用来指导毒品依赖治疗中的干预和投入。所有其他医学学科中应用药理学或心理社会干预时所遵循的高标准也应该适用于毒品依赖治疗领域。

构成要素

- 毒瘾生涯和治疗过程的不同阶段都与一系列循证药理学和心理社会干预有关。没有任何单一的治疗对所有病人都有效，差异化、针对性的治疗干预才是对各种临床情况中特殊需求的最佳反映。例如，普通病例可以由初级卫生保健应对（如接受过相关培训的通科医师），而更严重的病例，尤其是共病病例，需要多学科干预，包括精神病学评估和护理。
- 足够的时间。长期治疗是治疗复杂的慢性病和预防复发最有效的策略，在治疗严重的毒品依赖时也可能是必需的。因此，治疗服务的关键是设计能保证病人得到持续治疗的方案。
- 心理社会学与药理学治疗方法的结合能改善治疗结果，应当作为综合治疗的一部分提供给病人。整体的治疗方法，也就是治疗病人整体而不是仅针对毒瘾，在预防复吸方面已经显示出优势。
- 由于毒品依赖本质的多因素性，多学科团队包括医生、精神病学家、心理学家、社会工作者、咨询师和护士，能最好地应对病人的需求。对身体状况（肝病、感染、疼痛等）以及随之而来的精神障碍的治疗和护理，综合利用药物和心理社会干预，能大大改善治疗结果。
- 短暂干预。尝试毒品或偶尔使用毒品的个人能从筛查和短暂干预中获益，对于毒品滥用早期，筛查和短暂干预也是有效且经济的预防措施。
- 外展和低门槛干预能触及不愿加入有组织治疗的患者。这些干预提供一系列综合措施，预防毒品依赖对个人健康和社会的不良影响，其有效性已经通过预防艾滋病和其他血液传染病得到验证。
- 基本服务为制止或减少毒品使用提供基础性支持，须广泛分布在各个领域，包括解毒、针对阿片物质依赖的心理社会学辅助支持的阿片受体激动剂药物治疗、咨询、康复策略和社会支持。
- 医学观察下的停药针对严重依赖某种物质（如阿片类药物、镇静/催眠药物和酒精）的患者。一旦停药，这类患者有可能产生并发症。解毒是长期无毒治疗项目的准备阶段。
- 维持治疗的有效性在预防复发和稳定毒品依赖者中已得到证明，但仅在阿片类物质依赖中有此类药物治疗。它主要归属于两大类：长效阿片受体激动剂和使用拮抗剂。如果美沙酮和丁丙诺啡在几月至数年的时间内都是按个性化剂量施药，阿片受体激动剂是阿片类物质依赖最有效的治疗方法之一。另一方面，对于固定的阿片物质依赖者，经解毒之后，可以使用拮抗剂（环丙甲羟二羟吗啡酮）作为预防复发持

续性治疗的一部分。

- **心理和社会干预**在康复和复发预防中（包括门诊和住院环境下）均已显示出效果。精神疗法诸如认知行为疗法、动机咨询和应急管理，都显示出可喜的效果。社会支持干预如就业计划、职业培训和法律咨询在促进社会融入方面也证明是有效果的。
- **自助支持小组**作为正式治疗的补充，能为标准化的心理社会干预提供支持。
- **社会文化相关性**。循证治疗方法和策略需与不同地区、国家和地方的环境相适应，并考虑文化和经济因素。
- 在不同情景和地区下开展的**知识分享和持续的临床研究**，是永久性改善治疗项目效果的关键。
- 对治疗专业人员开展培训，从职业早期开始，包括在大学课程和继续教育中的培训，对推广循证性的方法十分重要。

遵循这项原则的行动

确保：

1. 可用的资源投入在循证干预。
2. 综合治疗体系提供大范围的循证和整合的药理和心理社会干预，目的是治疗患者整体。包括不同强度的干预，从外展、低门槛的短暂干预到长期、有组织性的治疗。
3. 治疗干预的持续时间由个人需求决定，不对治疗持续时间做任何预先限定。
4. 在可能情况下，服务都须由多学科团队提供，团队须接受适当的循证干预培训。
5. 在整个领域提供基本服务，如解毒、为阿片类药物依赖者设计的阿片受体激动剂疗法、咨询、康复策略和社会支持。
6. 复杂病例，如患者伴随有严重的身体和精神障碍，须获得足够的护理，可能的话可转诊到专科服务。
7. 心理社会干预在康复和复发预防中（包括门诊和住院环境下）均已显示出效用，尤其是认知行为疗法、动机咨询、应急管理、就业和职业培训、咨询和法律顾问，效果都很理想。
8. 干预与社会文化环境相适应，并根据研究发现不断更新，世界各地都在开展多样化研究。

原则4：毒品依赖治疗，人权和患者尊严

描述与理由

毒品依赖治疗服务应当遵守人权义务，尊重所有人的尊严。包括对享受最高可获得的健康与福祉标准的权利做出反应，确保无歧视。

构成要素

- 毒品依赖者不应因为曾使用毒品而受到歧视。
- 如同针对其他健康问题，同样标准的伦理治疗也应当运用到毒品依赖治疗上。包括自主权和患者自我决定权，治疗人员要履行弃恶扬善的职责。
- 治疗和护理服务的可及，包括毒品使用对个人健康和社会不良影响的预防措施，须在病程各个阶段都得以保障，这也适用于不愿停止毒品使用或治疗后复发的患者以及患者在监狱期间。
- 与其他医疗程序一样，总体上讲，毒品依赖治疗，无论是心理社会治疗或药理学治疗，都不能强加给患者。只有在特别危急情况下，如对个人或他人造成危险时，才能依法在特定时间强行施与治疗。
- 若使用或拥有毒品导致国家施加刑事制裁，提供治疗作为监禁或其他制裁的替代性，给患者/犯罪者提供了选择的机会。尽管这种治疗带有一定程度的强制性，患者仍有权拒绝治疗，选择接受刑事制裁。
- 对患者不应有任何歧视，无论是性别、民族、宗教、政治信仰歧视，或健康、经济、法律或社会状况歧视。
- 毒品依赖者的人权不应由于治疗和康复而受限制。毒品依赖治疗永远不能出现残忍或有辱人格的做法和惩罚。

遵循这项原则的行动

确保：

1. 法律框架确保毒品依赖治疗和康复服务尊重人权。
2. 服务程序要求治疗人员及时告知患者治疗过程和程序，与患者一起制定个人护理计划，开始干预之前要获得患者的认可，并确保患者有权在任何时候停止治疗。
3. 必须尊重患者的隐私：患者的个人信息严格保密，使用个人信息之前必须得到患者书面形式的授权。
4. 治疗人员须经适当培训，充分遵守道德标准，抱有尊重和不羞辱的态度。
5. 医学治疗服务的提供不取决于是否接受毒瘾治疗。
6. 在监狱中也提供毒品滥用和相关健康影响的循证预防和治疗。
7. 伦理委员会审查、授权治疗研究用的研究计划，正如所有其他医学学科。

原则5：针对特殊子群体和特殊情况

描述与理由

受毒品依赖影响的大量人口中的若干子群体，需要特别关注和特殊护理。这些有特定需求的子群体包括青少年、女性、孕妇、身体和精神共病患者、性工作者、少数民族和社会边缘人群。有人可能同属于两个以上的子群体，其需求更加多样化。

为这类患者实施足够的策略和提供合适的治疗，常常需要采取有针对性的不同方法，联系服务、治疗进入、临床干预、治疗环境、服务组织应能最好的满足子群体的需求。

构成要素

- **青少年**：理想上，从事青少年毒品滥用治疗的咨询师、外展工作者和其他专业人员应接受特殊培训，儿童/青少年精神病学家和心理学家应当成为多学科团队的一员。早期毒品使用障碍的患者若在治疗环境中接触晚期毒品滥用者，可能会对这些年轻患者产生反作用；因此，可能的话应考虑青少年和其父母分开治疗。与家庭、以及在适当时机与学校开展紧密合作，能有益于青少年患者的治疗规划和干预实施。
- **女性**：许多治疗服务和项目旨在满足成年男子的需求。在许多文化中，吸毒的女性受到很大的羞辱，即便她们承担着照顾家庭的重担。因此女性常常无法获得治疗。除此之外，女性更倾向于拥有心理和精神共病的特殊需求。长时间的毒品使用影响她们的性健康和生育健康。需要反映不同性别的服务，在服务设计和提供的所有方面，包括地点、员工配备、项目设计、儿童友好、内容和材料方面，都需考虑女性的需求。
- **孕妇**：在许多国家中，毒品依赖者中大约三分之一是育龄妇女，所以必须考虑到怀孕的可能性，并根据患者需要提供是否怀孕的检测。毒品依赖妇女怀孕一直都被认为是高危事件，这使治疗也变得十分特殊，需要多领域，包括妊娠期护理在内的服务。在孕期须提供阿片类物质依赖治疗的循证标准的药物疗法。若无禁忌症，在孕妇要求下，应支持母乳喂养。这种特殊护理是在病例管理基础上较早干预的机会，能减少其他的危险因素。
- **医学共病患者**（乙型和丙型肝炎、艾滋病、肺结核和肝硬化）。毒品依赖者中共病患者应得到与其他人同等程度的治疗与护理。对依赖阿片类物质的患者，阿片受体激动剂维持疗法能促使病人坚持艾滋病、肺结核和肝炎的治疗。开展个人咨询或在病人要求下开展家庭咨询，是综合疗法中的重要组成部分。
- **精神病共病患者**：研究表明，毒品依赖者患有性格、情感和其他精神障碍的现象十分普遍。研究同时指出，患者治疗的持续性和治疗结果与诊断和治疗精神共病具有相关性。因此，在考虑到药物相互作用的基础上，通过检查相关的精神障碍并提供足够的精神药物治疗，能够提高治疗服务的有效性。
- **性工作者**：毒品依赖者中很大一部分靠从事性工作赚钱购买毒品。他们面临感染、

伤害、暴力和社会排斥的危险更高。针对这一群体的干预应当把重点放在外展服务，提供综合性措施预防艾滋病、肝炎和其他性传播疾病的感染。社会支持和康复项目可以成为其维持生计的来源。

- 少数民族在获得治疗服务时可能会遇到特别的障碍，包括语言困难。建立治疗设施时应考虑到这些困难以及文化和宗教的差异。可通过文化中介人接触患者，帮助他们获得治疗。
- 边缘/街头人群：必须为流浪街头、失业、无家可归和遭家人抛弃的吸毒者提供一系列社会援助和支持，以使其能够维持生计。结合社会服务提供住处、购物券、免费食品和临时工作机会，再结合治疗服务，能使患者尽快稳定生活。

遵循这项原则的行动

确保：

1. 治疗服务提供和临床方案要考虑患者特殊的需求。
2. 对患者开展全面评估，方便医疗和心理社会干预。
3. 建立整合性服务，或至少是标准化的转介程序，为共病患者提供持续服务，把由于不依从而失访的可能性最小化。
4. 为精神病人、未成年人、女性和妇女提供治疗的医护人员应接受特殊培训。
5. 已有治疗政策和指导原则须促进毒品依赖和传染病服务的整合和链接，以确保二者都能得到循证、可及的治疗。
6. 治疗服务符合少数民族毒品滥用者的需求，需要时，有文化中介人和翻译员可以协助缩小文化与语言障碍。

原则6：成瘾治疗和刑事司法体系

描述与理由

毒品相关犯罪非常普遍，许多人因为毒品相关犯罪被监禁。包括由毒品药理效应导致的犯罪、因需要钱购买毒品引起的犯罪和毒品分销相关犯罪。全世界刑事司法系统中很大一部分人是毒品依赖者。

总的来说，毒品使用应被视作医疗保健问题，毒品使用者应在医疗保健体系而不是刑事司法体系中得以治疗。

刑事司法体系中对毒品依赖者的干预应把治疗看做监禁的替代措施，并在监狱和刑满释放之后继续提供毒品依赖治疗。健康/毒品依赖治疗体系和刑事司法体系之间的有效协调是解决毒品使用相关犯罪和毒品依赖者治疗护理两个问题的必要途径。

研究表明，毒品依赖治疗对减少犯罪十分有效。治疗护理代替监禁，或在监禁后开始，并在刑满释放后继续提供社会再融合援助，能减少复吸、艾滋病传播和再次犯罪的可能性，对个人健康、社会安全和社会储蓄有很大好处。用治疗代替监禁是具有高成本效益的措施。

构成要素

- 从刑事司法体系转向治疗。应为毒品依赖罪犯提供以治疗代替监禁或其他刑事制裁的可能性。这种计划能使毒品依赖者摆脱刑事司法体系，进入医疗和康复项目，使毒品治疗依据法院强制令而非刑事制裁。如果治疗被中断，刑事制裁会继续。在这种方式下，治疗可作为监禁或其他刑事制裁的替代，但必须经患者同意。
- 已论述的人权原则当然也适用于被指控非法使用毒品者。狱中的毒品依赖者有权获得同社区治疗中心一样有保证的医疗护理和治疗。
- 已论述的人权原则当然也适用于被指控非法使用毒品者。这包括，狱中成瘾者有权获得同社区治疗中心一样有保证的医疗护理和治疗。
- 服务的延续性。狱中须提供降低传染病高风险行为的特定干预措施。如果罪犯退出治疗，治疗应在参考良好临床实践后方可开始。监禁之前已经接受治疗的罪犯入狱后不应中断治疗，尤其是药理疗法。应给予孕妇和带有小孩的母亲特殊设施，提供给他们最好的共处条件。心理社会干预，包括职业培训能帮助释放后重新融入社会。
- 释放后，社区的持续关怀对毒品依赖者重新融入社区至关重要。没有教育、工作、房屋、保险和包括获得毒品依赖治疗在内的健康护理的机会，会使康复期中的患者面临更大的复吸危险和相关死亡风险，也会给社区带来更多负担。
- 科学概不承认拘留或强迫劳动是毒品使用障碍的治疗方法。

遵循这项原则的行动

确保：

1. 法律框架允许为违法者充分实施毒品依赖的治疗和护理，尤其是用治疗代替监禁和狱中的心理社会和药理学治疗。
2. 要落实刑事司法体系和毒品依赖治疗体系间的协调机制，并确保机制的可操作性。此类机制和合作会促进监禁替代计划的实施和监督。
3. 为使用毒品的罪犯提供一系列治疗护理服务，包括预防血液传染病、毒品依赖药理学和心理社会学治疗、康复治疗、释放前准备，以及加强与社区服务的联系。
4. 刑事司法和监狱人员须接受培训，了解毒品依赖罪犯的需求，支持狱中的预防和治理干预。
5. 负责提供毒品依赖治疗的人员（监狱人员或外部人员）须接受循证治疗和伦理标准的适当培训，具有尊重、不评判和不羞辱的态度。
6. 建立与社区机构之间的联系和转介，使刑事司法体系中的患者能得到持续的治疗。

原则7：社区参与和患者导向

描述与理由

以社区为基础的对毒品使用和毒品依赖的应对能直接支持和鼓励社区中的行为变化。这可能意味着一种由“指导式服务”向“合作式服务”的范式转化，这需要当地利益相关者（政府和非政府组织、私营部门、社区领袖、宗教组织和传统医术者）、社区成员（家庭）和目标人群的积极参与以建立起拥有感，同时建立以社区为基础的医疗保健服务的统一网络。

构成要素

- **患者积极参与**的目的是提高拥有感和责任心、个人行为的变化，改善卫生服务的质量和使用的。
- **社区问责制**。越来越认识到，服务开发过程需要针对社区的广泛利益来设计，并根据社区利益进行调整。社区和服务使用者的作用十分重要，他们能帮助设计适当的方法，以确保所有与服务提供相关的机构和个人履行其责任。
- **以社区为导向的干预**能促进社区对毒品使用者的支持，推动有利的公共舆论和卫生政策。社区信息和赋权同样也能减少歧视和社会边缘化。反羞辱对促进治疗的可及性和重新融入社会至关重要。
- 在健康和社会关怀干预中将毒品依赖治疗**主流化**，不仅能使治疗惠及更多患者，而且能推动社会的范式转化，即承认毒品依赖是多因素导致的障碍。
- **联系**。建立毒品依赖治疗服务与医院服务（如急诊、传染病和内部医疗科室），以及特殊社会服务（如提供住宅、职业培训和就业）之间的联系极其关键。整合心理治疗和毒品依赖治疗能促进精神障碍共病患者的治疗，并减少死亡率。
- **非政府组织**通过与公共卫生体系协作，能够在为毒品依赖患者提供服务中发挥显著作用。特别是它们能帮助扩大治疗规模，促进康复和再融入社会。

遵循这项原则的行动

确保：

1. 目标人群、他们的家庭、社区成员和当地组织积极参与毒品依赖治疗服务的规划、实施和监督。
2. 服务整合入公共卫生和社会关怀网络，并与社区中所有相关伙伴建立联系。
3. 初级保健、心理健康和社会关怀工作者在筛查毒品使用和毒品使用障碍方面接受相关培训，并开展筛查工作，同时提供短暂干预。
4. 服务促进紧密的医患关系的建立，通过预先沟通治疗的目标和方法促进治疗的依从性，同时定期搜集患者对服务的反馈。
5. 在治疗过程中，服务能够使患者家庭参与并对家庭提供相关的支持，并对患者的家庭成员进行支持。
6. 政府机构和非政府组织相互合作，共同参与建立社区内统一的治疗网络。

7. 患者、家庭成员和社区成员积极参与改进社区内毒品相关的问题，为改变公众对毒品依赖的观念做出贡献，促使公众把毒品依赖视为慢性的复杂疾病。
8. 实施长期、适当的教育和意识策略，在公众中传播“成瘾是一种疾病”的观念，提高对循证治疗价值的认识。

原则8：毒品依赖治疗服务的临床管理

描述与理由

毒品依赖治疗服务需要负责、得力、高效的临床管理方法，推动目标的实现。

服务的组织需要反映当前的研究发现，对服务使用者的需求做出反应。服务组织的政策、项目、程序和协调机制应当预先制定并向治疗团队所有成员、管理人员和目标人群阐述清楚。

构成要素

- **服务政策**和协议应清楚写明并促进对治疗计划理念、宗旨与目标、策略管理、治疗方式、目标人群、项目和程序的普遍理解。政策和协议提供细节信息，如人员安排规划、人力资源管理和发展、信息和政策的获取和转达、物理环境、住宿饮食和操作政策。
- **治疗协议**是书面文件，写明关于评估程序、护理计划和治疗提供的细节。这些包括患者入院标准、评估、护理计划和审核、治疗完成的相关信息，以及不同阶段治疗参与人员的清单。
- **合格的员工**：清晰定义员工的职责和责任。要想提供高质量服务，需要适当的继续教育。员工评估与职业发展机制，包括定位、教育、培训和脱产教育，对保持高标准十分重要。
- **监督**和其他形式的支持能有效预防员工倦怠。为了成功与毒品依赖者相处，每个专业小组都需要进行专门的培训，国家政策能为持续教育设定标准，目的是使毒品依赖治疗专业人员的资格标准化、证书化。把毒品依赖服务纳入初级卫生保健，需要在普通医学课程中对于毒品滥用障碍有足够的介绍和培训。除了专科、本科和研究生项目外，在线学习模块的课程也能加强专业治疗人员的培训。
- **财政资源**。确保合适的服务提供需要持续、足够的资金来源以及正确的财务管理和问责制。可能的话，员工的教育成本和评估成本应列入相关预算。
- 需建立提供不同项目的毒品依赖治疗服务与其他相关机构如全科医师、专家（如精神病学家、传染病专家等）和社会服务间的**沟通结构**与网络，保持有效的转介治疗和护理的持续性。
- **监控系统**是治疗服务的核心环节，它能够帮助了解如何满足患者的需求，提供对服务和系统绩效的评估和反馈。记录系统包括患者信息、提供的服务、人力资源管理和工资等信息，须保证患者信息的保密性。
- **改进服务**。社区毒品使用和相关问题的本质随着时间会发生变化，因此服务必须与之适应，重新定位，满足患者不断变化的需求。同时，服务须建立在患者、其亲属和社区的反馈信息的基础上，以及监控和评估结果的基础上，以提高质量和绩效。

遵循这项原则的行动

确保：

1. 在治疗的组织、管理和提供方面，服务须达到认证质量标准。
2. 有书面的服务政策和协议，要让所有员工都知道，并指导服务的提供。
3. 成瘾治疗中心要有足够数量的合格工作人员，他们须接受循证培训、认证、支持和监督。
4. 要明确说明员工选择、招聘、雇佣政策和绩效评估，确保人人都知晓。
5. 要有持续的、足够的资金来源，正确的财务管理和问责机制要到位。
6. 建立毒品依赖治疗服务网络和与全科医师、专科关怀与社会服务的联系，为患者提供持续性的护理。
7. 监控体系提供针对服务和系统绩效的评估和反馈，确保质量。
8. 足够的记录系统在运行，并为患者保密。
9. 服务须意识到社区中毒品使用趋势的变化以调整项目，确保能对变化的需求做出反映。
10. 在持续的反馈、监督和评估的基础上，定期修正服务项目、规则和程序。

原则9：治疗体系：政策发展、战略规划和服务协调

描述与理由

对毒品使用障碍和需要治疗患者的系统性应对，以及对相关服务的规划和实施，需要按部就班地把政策与需求评估、治疗的规划实施以及督导评估联系在一起。

构成要素

- 由政府相关机构制定毒品滥用治疗政策是设计治疗体系、实施有效干预的根本性步骤。合理的治疗政策应当基于效果和成本效益。结合政治意愿，政府政策为成瘾治疗设定基调，能大大改善毒品滥用者的治疗和护理。有效的政策是多方面的，确定所有相关方的任务和责任，包括卫生、福利、劳工、刑事司法等部门和公民社会。
- 与预防服务链接。治疗服务和体系如果与为年轻人、成年人和社区提供避免危险行为和选择健康生活方式的知识、技能等预防干预同时设计并建立联系，能够扩大覆盖面。所有此类的预防干预，包括针对毒品使用高危人群的干预，都是对开始使用毒品个体相关服务的补充。预防干预和治疗服务之间的联系能促使开始使用毒品的个体转介到合适的咨询和治疗服务。
- 环境评估。理解寻求帮助的人群类型、毒品使用模式、如何随时间而改变和对不同类型治疗的偏好对有效规划毒品依赖治疗很重要。
- 不同领域（卫生、社会福利、刑事司法）之间的协调和特殊服务与初级保健之间的平衡能产生最好的结果。而且，在一个综合治疗体系中，应存在不同水平的服务。
- 持续性护理。良好的毒品依赖治疗政策会明确各种服务之间协调的机制。考虑到毒品依赖者身体、心理和社会等多方面的需求，不同卫生与福利服务之间的协调对于服务的顺利联结、保证持续护理并最终实现积极的临床效果十分关键。
- 多学科方式。综合性治疗体系设计多个专业群体，包括医生/精神病学家、护士、心理学家、社会工作者、职业治疗师和刑事司法系统工作者（假释官和缓刑监督官，监狱员工）。在许多国家，非政府组织的作用很重要，因此确保它们的服务融入整体治疗系统十分关键。
- 能力建设。政府和培训机构需要制定计划，确保未来有足够的合格从业人员。这可能包括把毒品治疗纳入医学院和护士学校的课程。
- 质量保障、督导与评估。为保障毒品治疗网络的质量，应开发一套临床管理体系，明晰临床责任，持续监控患者情况，不良反应和开展不定期的外部评估。

遵循这项原则的行动

确保：

1. 政策文献阐明治疗体系理念、目标、方法和资金来源，以及不同合作方的职责和任务，并保证所有相关方都明确。治疗体系内可用服务的数目、类型、分布以及未来设想的相关信息会有利于规划和发展。
2. 须建立毒品使用预防、毒品依赖治疗和预防毒品使用的健康和社会影响之间的联系，并使其能够运行。

3. 治疗规划基于对毒品问题本质和程度的估计和描述，也需要考虑目标人群的特征。
4. 明确国家、地区和地方不同领域的机构在提供毒品依赖治疗和康复治疗方面的职责，建立有效协调的机制。
5. 为毒品依赖者提供初级保健和专科服务，并与受影响群体的需求和当地资源条件相一致。
6. 服务要尽可能由多学科团队来提供，包括内科医师/精神病学家、护士、心理学家、社会工作者和其他专业人士。
7. 建立为从事治疗和康复的专业人士提供充分初始培训和继续教育的机制。
8. 建立毒品依赖治疗服务的质量标准，质量认证须遵守标准，明确临床管理机制和督导评估机制。

参考文献

介绍

WHO (2004). Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. WHO, 2004.

WHO Expert Committee on Drug Dependence: thirtieth report. WHO technical report series; 873. WHO, 1998.

WHO (2006) Disease control priorities related to mental, neurological, developmental and substance abuse disorders.

Volkow N (2005), Pharmacol Ther. 108:3-17

UN Reference Group on the Prevention and Care of HIV/AIDS among Injecting Drug Users (2003).

UK Dept of Health. NTORS at two year: changes in substance use, health and criminal behavior two years after intake. UK Dept of Health

WHO, UNODC, UNAIDS (2004). Evidence for action on HIV/AIDS and injecting drug use. Policy Brief: Reduction of HIV Transmission through Drug-Dependence Treatment, Geneva

Engs R (ed.) In Controversies in the Addiction Field. Chapter 7, "The Biopsychosocial Model: Application to the Addictions Field."

Hallfors D., Watson K(July 1998). Literature Review Organization of Drug Prevention Services in the Health Care Delivery System

Crocq MA (2008) Historical and cultural aspects of man's relationship with addictive drugs. Dialogues in Clinical Neuroscience, 9, 4: 355-361

Hejazi NS (2008). Pharmacogenetic aspects of addictive behaviors. Dialogues in Clinical Neuroscience, 9, 4: 447-454

Kalivas PW (2008). Cocaine and amphetamine – like psycho stimulants: neurocircuitry and glutamate neuroplasticity. Dialogues in Clinical Neuroscience, 9, 4: 389-397

Kreek MJ (2008). Opioids, dopamine, stress, and the addictions. Dialogues in Clinical Neuroscience, 9,4: 363-378

Lewy AJ, Rough JN, Songer JB, Kogan NM, Mechoulam R (2008). Cannabinoids in health and disease. Dialogues in Clinical Neuroscience, 9, 4:413-30.

Paulus MP (2008). Neural basis of reward and craving – a homeostatic point of view. Dialogues in Clinical Neuroscience, 9, 4: 379-387

原则1：毒品依赖治疗的可用性与可及性

Gardner TJ, Kosten TR (2008) . Therapeutic options and challenges for substances of abuse . Dialogues in Clinical Neuroscience

原则2：筛查、评估、诊断和治疗规划

WHO (1992) The ICD 10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines.

American Psychiatric Association (APA) (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth ed., American Psychiatric Association, Washington, DC.

Henry-Edwards S, Humeniuk R, Ali R, Poznyak V and Monteiro M (2003). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Guidelines for Use in Primary Care (Draft Version 1.1 for Field Testing). Geneva, World Health Organization. (Available at:
http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_The_ASSIST_Guidelines.pdf)

Henry-Edwards S, Humeniuk R, Ali R, Monteiro M, Poznyak V (2003). Brief Intervention for Substance Use: A Manual for Use in Primary Care. (Draft Version 1.1 for Field Testing). Geneva, World Health Organization. (Available at:
http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_Brief_Intervention_for_Substance_Use.pdf)

Finnegan LP, Kron RE, Connaughton JF, et al. (1975). Assessment and treatment of abstinence in the infant of the drug-dependent mother. International Journal of Clinical Pharmacology and Biopharmacology 12:19–32.

First MB, Spitzer RL, Gibbon M, et al. (1996). Structured clinical interview for DSM-IV Axis I disorders. New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute.

Lipsitz PJ (1975). A proposed narcotic withdrawal score for use with newborn infants: a pragmatic evaluation of its efficacy. Clinical Pediatrics Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2004.

McLellan AT, Kushner H, Metzger D, et al. (1992). The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. Journal of Substance Abuse Treatment 9:199–213.

Sobell LC, Sobell MB (1992). Timeline followback: A technique for assessing self-reported alcohol consumption. In Measuring alcohol consumption: Psychosocial and biochemical methods. ed. RZ Litten and JP Allen, 41-72. Totowa: Humana Press.

原则3：循证毒品依赖治疗

WHO, UNODC, UNAIDS (2004) Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention: position paper.

Dole VP, Nyswander M (1965). A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction. *JAMA* 193:80-4.

Dole VP, Robinson JW, Orraca J, Towns E, Searcy P, Caine E (1969). Methadone treatment of randomly selected criminal addicts. *N Engl J Med* 280(25):1372-5.

Drucker E (1999). Drug prohibition and public health: 25 years of evidence. *Public Health Rep* 114(1):14-29.

Eder H, Jagsch R, Kraigher D, Primorac A, Ebner N, Fischer G (2005). Comparative study of the effectiveness of slow-release morphine and methadone for opioid maintenance therapy. *Addiction* 100(8):1101-9.

Gaughwin M, Kliewer E, Ali R, Faulkner C, Wodak A, Anderson G (1993). The prescription of methadone for opiate dependence in Australia, 1985-1991. *Med J Aust* 159(2):107-8.

Gruber VA, Delucchi KL, Kielstein A, Batki SL (2008). A randomized trial of 6-month methadone maintenance with standard or minimal counseling versus 21-day methadone detoxification. *Drug Alcohol Depend* (in press).

Hartel DM, Schoenbaum EE, Selwyn PA, Kline J, Davenny K, Klein RS, Friedland GH (1995). Heroin use during methadone maintenance treatment: the importance of methadone dose and cocaine use. *Am J Public Health* 85(1):83-8.

Johnson RE, Jaffe JH, Fudala PJ (1992). A controlled trial of buprenorphine treatment for opioid dependence. *Journal of the American Medical Association* 267:2750-55.

H D. Kleber (2008). Pharmacologic treatments for opioid dependence: detoxification and maintenance options. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 9, 4:455-470 Fudala

PJ, Bridge TP, Herbert S, et al. (2003). Office-based treatment of opiate addiction with a sublingual-tablet formulation of buprenorphine and naloxone. *New England Journal of Medicine* 349:949-58.

J. Lewy, Jennifer N. Rough, Jeannine B. Songer, Henning Krampe, Sabina Stawicki, Margret R. Hoehe, Hannelore Ehrenreich (2008). Outpatient Long-term Intensive Therapy for Alcoholics (OLITA): a successful biopsychosocial approach to the treatment of alcoholism. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 9, 4: 399-412

Ling W, Wesson DR, Charuvastra C, et al. (1996). A controlled trial comparing buprenorphine and methadone maintenance in opioid dependence. *Archives of General Psychiatry* 53:401-07.

Sees KL, Delucchi KL, Masson C, Rosen A, Clark HW, Robillard H, Banys P, Hall SM (2000) Methadone maintenance vs 180-day psychosocially enriched

detoxification for treatment of opioid dependence: a randomized controlled trial. JAMA 283(10):1303-10.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2004). National Survey on Drug Use and Health Report: Nonmedical Use of Prescription Pain Relievers. Office of Applied Studies. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. National Survey on Drug Use and Health from 2004 and 2005 [data files SAMHSA website]. September 8, 2005 and September 7, 2006. Available at: <http://www.oas.samhsa.gov/nsduhLatest.htm> (Accessed July 25, 2007).

Strain EC, Moody DE, Stoller KB, et al. (2002). Bioavailability of buprenorphine solution versus tablets during chronic dosing in opioid-dependent subjects. Drug and Alcohol Dependence 66:176.

Strain EC, Stitzer ML, Liebson IA, et al. (1994). Comparison of buprenorphine and methadone in the treatment of opioid dependence. American Journal of Psychiatry 151:1025–30.

Strain EC, Moody DE, Stoller KB, et al. 2002. Bioavailability of buprenorphine solution versus tablets during chronic dosing in opioid-dependent subjects. Drug and Alcohol Dependence 66:176.

原则4：毒品依赖治疗，人权和患者尊严

Gostin (1993). Compulsory Treatment for Drug-dependent Persons. In Confronting Drug Policy. Bayer R and Oppenheimer G, eds. Place Publisher

Bruce RD, Schleifer RA (2008). “Ethical and human rights imperatives to ensure medication-assisted treatment for opioid dependence in prisons and pre-trial detention” Int J Drug Policy. Jan [Epub ahead of print]

Canadian HIV/AIDS Legal Network Dependent on Rights (2007): Assessing Treatment of Drug Dependence from a Human Rights Perspective. <http://www.aidslaw.ca/publications/publicationsdocEN.php?ref=734>

Wodak, Alex (1998). “Health, HIV Infection, Human Rights, and Injecting Drug Use” Health and Human Rights. 2 (4):24-41.

Wolfe D (2007). Paradoxes in antiretroviral treatment for injecting drug users: access, adherence and structural barriers in Asia and the former Soviet Union. Int J Drug Policy. Aug;18(4):246-54. Epub 2007 Mar 23.

Elliott R, Csete J, Palepu A, Kerr T. Reason and rights in global drug control policy [editorial] (2005). CMAJ;172(5):655-6 and editorial at: [- http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/172/5/605](http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/172/5/605)

Report from Human Rights Watch (2007): <http://hrw.org/pub/2007/hiv aids/nowmorethanever1107.pd>

Hard Time: HIV and Hepatitis C Prevention Programming for Prisoners in Canada"
Canadian HIV Legal Network
<http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=1217>

Additional Human Rights Watch's reports are listed at:
<http://hrw.org/campaigns/hivaids/testimony0205.htm> .

WHO, UNAIDS, UNODC (2006): HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings. A Framework for an Effective National Response.

General Assembly Resolution 45/111, annex 45 U.N. GOAR Supp. (No. 49A) at 200, U.N. Doc. A/45/49 (1990)

United Nations Principles of Medical Ethics relevant to the Role of Health Personnel, particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. Adopted by General Assembly resolution 37/194 of 18 (December 1982).

World Health Organization Guidelines on HIV Infection and AIDS in prisons (1993). Geneva

UNAIDS's Statement on HIV/AIDS in Prisons to the United Nations Commission on Human Rights at its Fift-second session (April 1996).

原则5：针对特殊子群体和特殊情况

WHO (2006) Basic Principles for Treatment and Psychosocial Support of Drug dependent People Living with HIV/AIDS.

Centers for Disease Control and Prevention (1998). Recommendations for prevention and control of hepatitis C virus (HCV) infection and HCV-related chronic disease. MMWR. 47(RR-19): 1-39.

Center for Substance Abuse Treatment (2004). Clinical guidelines for the use of buprenorphine in the treatment of opioid addiction. TIP series 40. DHHS Pub 04-3939. Rockville MD: SAMHSA.

Ebner N, Rohrmeister K, Winklbaaur B, Baewert A, Jagsch R, Peternell A, Thau K, Fischer G (2007). Management of neonatal abstinence syndrome in neonates born to opioid maintained women. Drug and Alcohol Dependence 87:131-138.

Edlin BR, Seal KH, Lorvick J, Kral AH, Ciccarone DH, Moore LD, Lo B, (2001). Is it justified to withhold treatment for hepatitis C from illicit-drug users? N Engl J Med 345: 221-214.

Fischer G, Ortner R, Rohrmeister K, Jagsch R, Baewert A, Langer M, Aschauer H (2006). Methadone versus buprenorphine in pregnant addicts: a double-blind, double-dummy comparison study. Addiction 101(2): 275-281.

Fried MW, Shiffman ML, Reddy KR, Smith C, Goncales FLJr, Haussinger D, Diago M, Carosi G, Dhumeaux D, Craxi A, Lin A, Hoffman J, Yu J (2002). Peginterferon alpha-2a plus ribavirin for chronic hepatitis C virus infection. N Engl J Med 26;347(13): 975-82.

Gombas W, Fischer G, Jagsch R, Eder H, Okamoto I, Schindler S, Müller C , Ferenci P, Kasper S (2000). Prevalence and distribution of hepatitis C subtypes in patients with opioid dependence. *European Addiction Research* 6: 198-204.

Guadagnino, V., Trotta, M.P., Montesano, F., Babudieri, S., Caroleo, B., Armignacco, O., Carioti M, Monarca R, Antinori A for the Nocchiero Study Group (2007). Effectiveness of a multi-disciplinary standardized management model in the treatment of chronic hepatitis C in drug addicts engaged in detoxification programmes. *Addiction* 102, 423-431.

Hallinan R, Byrne A, Amin J, Dore GJ (2005). Hepatitis C virus prevalence and outcomes among injecting drug users on opioid replacement therapy. *J Gastroenterol Hepatol* 20: 1082-1086.

Hallinan R, Byrne A, Agho K, Dore GJ, (2007). Referral for chronic hepatitis C treatment from a drug dependency treatment setting. *Drug and Alcohol Dependence* 88: 49-53.

Loftis JM, Matthews AM, Hauser P (2006). Psychiatric and substance use disorders in individuals with hepatitis C. *Drugs* 66(2): 155-174.

Lorvick J, Kral AH, Seal KH, Gee L, Edlin BR (2001). Prevalence and duration of hepatitis C among injection drug users in San Francisco, California. *Am J Public Health* 91:46-47.

Mauss S, Berger F, Goelz J, Jacob B, Schmutz G (2004). A prospective controlled study of interferon-based therapy of chronic hepatitis. *Hepatology* 40: 120-124. National Institutes of Health (NIH) (2002). Consensus Development Conference Statement. Management of hepatitis C. *Hepatology* 36: 3-20.

Roy K, Hay G, Andragetti R, Taylor A, Goldberg D, Wiessing L (2002). Monitoring hepatitis C virus infection among injecting drug users in the European Union: a review of the literature. *Epidemiol Infect* 129 (3): 577-585.

Schaefer M, Heinz A, Backmund M, (2004). Treatment of chronic hepatitis C in patients with drug dependence: time to change the rules? *Addiction* 99, 1167-1175.

Shehab TM, Orrego M, Chunduri R, Lok ASF (2003). Identification and management of hepatitis C patients in primary care clinics. *Am J Gastroenterol* 98: 639-644.

Sylvestre DL(2002). Treating hepatitis C in methadone maintenance patients: an interim analysis. *Drug and Alcohol Dependence* 67, 117-123.

Sylvestre DL, (2005). Treating hepatitis C virus infection in active substance users. *Clinical Infectious Diseases* 40, 321-324.

Sylvestre DL, Clements BJ (2007). Adherence to hepatitis C treatment in recovering heroin users maintained on methadone. *Eur J Gastroenterology and Hepatology* 19: 741-747.

Stoove MA, Gifford SM, Dore GJ (2005). The impact of injecting drug use status on hepatitis C related referral and treatment. *Drug and Alcohol Dependence* 77, 81-86.

Strauss SM, Astone J, Vassilev ZP, Des Jarlais DC, Hagan H (2003). Gaps in the drug-free and methadone treatment program response to Hepatitis C. *Journal of Substance Abuse Treatment* 24, 291-297.

Sulkowski M, Wright T, Rossi S, Arora S, Lamb M, Wang K, Gries JM, Yalamanchili S (2005). Peginterferon alfa-2a does not alter the pharmacokinetics of methadone in patients with chronic hepatitis C undergoing methadone maintenance therapy. *Clin Pharmacol Ther* 77: 214-224.

Pompidou Group (2000). Pregnancy and drug misuse update. Strasbourg. Council of Europe, December 2000

Committee on Adolescence, American Academy of Pediatrics (1999). Adolescent pregnancy – current trends and issues: 1998. *Pediatrics* 103:516–20.

Finnegan LP. (1991). Treatment issues for opioid-dependent women during the perinatal period. *Journal of Psychoactive Drugs* 23:191–201.

Fischer G, Johnson RE, Eder H et al. (2000). Treatment of opioid-dependent pregnant women with buprenorphine. *Addiction* 95:239-44.

Fischer G, Ortner R, Rohrmeister K, et al. (2006). Methadone versus buprenorphine in pregnant addicts: a double-blind, double-dummy comparison study. *Addiction* 101:275–81.

Hans SL. (1989). Developmental consequences of prenatal exposure to methadone. *Annals of New York Academy of Sciences* 562:195–207.

Hulse GK, Milne E, English DR, et al. (1997). The relationship between maternal use of heroin and methadone and infant birth weight. *Addiction* 92:1571–79.

Hulse G, O'Neil G. (2002). Using naltrexone implants in the management of the pregnant heroin user. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 42:569-73.

Johnson RE, Jones HE, Fischer G. (2003). Use of buprenorphine in pregnancy: patient management and effects on the neonate. *Drug and Alcohol Dependence* 70:S87–S101.

Jones HE, Haug N, Silverman K, et al. (2001). The effectiveness of incentives in enhancing treatment attendance and drug abstinence in methadone-maintained pregnant women. *Drug and Alcohol Dependence* 61:297–306.

Jones HE, Johnson RE, Jasinski DR, et al. (2005b). Buprenorphine versus methadone in the treatment of pregnant opioid-dependent patients: effects on the neonatal abstinence syndrome. *Drug and Alcohol Dependence* 79:1–10.

Kaltenbach K, Finnegan LP (1986). Developmental outcome of infants exposed to methadone in utero: a longitudinal study. *Pediatric Research* 20:57.

Lacroix I, Berrebi A, Schmitt L, et al. (2002). High buprenorphine dosage in pregnancy: First data of a prospective study. *Drug and Alcohol Dependence* 66:S97.

Laken MP, Ager JW. 1996. Effects of case management on retention in prenatal substance abuse treatment. *American Journal of Drug Alcohol Abuse* 22:439–48.

Lester BM, Andreozzi L, Appiah L. (2004). Substance use during pregnancy: time for policy to catch up with research. *Harm Reduction Journal* 1:5–49.

Leamon MH, Parr MS, et al. (2005). High-dose methadone maintenance in pregnancy: maternal and neonatal outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 193:606–10.

McCullough LB, Coverdale JH, Chervenak FA (2005). A comprehensive ethical framework for responsibly designing and conducting pharmacologic research that involves pregnant women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 193:901–907.

National Institute on Drug Abuse (1996). *National Pregnancy & Health Survey: Drug Use Among Women Delivering Livebirths: 1992*. US Department of Health and Human Services. Washington DC: U.S. Government Printing Office.

Grabe HJ, Wolf T, Gratz S, Laux G (1998). The influence of polypharmacological antidepressive treatment on central nervous information processing of depressed patients: implications for fitness to drive. *Neuropsychobiology*;37:200–204.

Hamilton SP, Nunes EV, Janal M, Weber L (2000). The effect of sertraline on methadone plasma levels in methadone-maintenance patients. *Am J Addict. Winter*;9(1):63-9.

原则6：成瘾治疗和刑事司法体系

WHO Regional Office for Europe (2007). *Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health*.

Bureau of Justice Statistics (2007). *Criminal Offenders Statistics*. Available at <http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/crimoff.htm>, last revised August 8, 2007. Accessed January 21st, 2008.

Bureau of Justice Statistics (2007a). *Federal Justices Statistics*. Available at <http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/fed.htm>, last revised December 20, 2007. Accessed January 21st, 2008.

Canadian HIV/AIDS Legal Network (2004). *Prison needle exchange: lessons from a comprehensive review of international evidence and experience*.

CDC (2001). *Drug Use, HIV, and the Criminal Justice System*. Available at <http://www.cdc.gov/idu/facts/druguse.htm>, last modified December 26th, 2007. Accessed January 21st, 2008.

Dolan K, Wodak A (1996). An international review of methadone provision in prisons. *Addiction Res* 4(1):85-97.

Dolan K, Rutter S, Wodak AD (2003). Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development. *Addiction* 98(2):153-8.

EMCDDA (2001). *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

EMCDDA (2002). Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Kinlock TW, Battjes RJ, Schwartz RP; MTC Project Team (2005). A novel opioid maintenance program for prisoners: report of post-release outcomes. *Am J Drug Alcohol Abuse* 31(3):433-54.

Stallwitz A, Stöver H (2007). The impact of substitution treatment in prisons – a literature review. *Int J Drug Policy* 18(6):464-74.

Stark K, Herrmann U, Ehrhardt S, Bienzle U (2006). A syringe exchange programme in prison as prevention strategy against HIV infection and hepatitis B and C in Berlin, Germany. *Epidemiol Infect* 134(4):814-9.

原则7：社区参与和患者导向

Oliver J (1991). The social care directive: development of a quality of life profile for use in community services for the mentally ill. *Soc Work Soc Sci Rev* 3:5-45.

Priebe S, Oliver J, Kaiser W (eds.) (1999). *Quality of life and mental health care*. Petersfield U. K.: Wrightson Biomedical Publishing.

原则8：毒品依赖治疗服务的临床管理

UNODC (2008). *Treatnet Training Package. Volume D: Administrative Toolkit*. Vienna http://www.unodc.org/treatment/en/UNODC_documents.html

UNODC (2003). *Drug abuse treatment and rehabilitation . A practical planning and implementation guide*. Vienna http://www.unodc.org/treatment/en/UNODC_documents.html

UNODC(2003). *Investing in drug abuse treatment . A discussion paper for policy makers*. Vienna. http://www.unodc.org/treatment/en/UNODC_documents.html

原则9：治疗体系：政策发展、战略规划和协调

WHO (2001) *The World health report: 2001: Mental health: new understanding, new hope*.

WHO Expert Committee on Drug Dependence: twenty-eighth report. WHO technical report series; 836. WHO, 1993.

Magura S, Rosenblum A (2001). Leaving methadone treatment: lessons learned, lessons forgotten, lessons ignored. *Mt Sinai J Med* 68(1):62-74.

Masson CL, Barnett PG, Sees KL, Delucchi KL, Rosen A, Wong W, Hall SM (2004). Cost and cost-effectiveness of standard methadone maintenance treatment compared to enriched 180-day methadone detoxification. *Addiction* 99(6):718-26.

UNODC (2003). *Drug abuse treatment and rehabilitation . A practical planning and implementation guide*.