مجلة علم النفس التطبيقي
قسم علم النفس - كليـة الآداب، جامعة المنوفية

# اضطرابات تعاطي المواد النفسية في المؤسسات الإصلاحية

إعداد
أ.د. أمنية الشناوي
أستاذ علم النفس الشرعي، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة المنوفية

المجلد (٣) العدد (٥) يوليو ٢٠٢٥ م

# اضطرابات تعاطي المواد النفسية في المؤسسات الإصلاحية

**ترجمة: أ.د. أمنية الشناوي** [1]

أستاذ علم النفس الشرعي، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة المنوفية

تعاطي المواد النفسية مشكلة صحية عامة رئيسية تؤثر على المجتمع من خلال مستويات متعددة، منها التأثير السلبي على صحة الفرد، ووظائف الأسرة، واستخدامات الرعاية الصحية، والانحراف (Kelley & Fals- Stewart, 2004; Lander, Howsare, & Byrne, 2013; Oesterle et al., 2004; Pernanen, Cousineau, Brochu, & Sun, 2002; Rehm et al., 2006). إن معدلات اضطرابات تعاطي المواد النفسية داخل مجتمع المسجونين أعلى كثيرا منها لدى المجتمع العام (Fazel, Bains, & Doll, 2006; Kelly & Farrell MacDonald, 2015b). وهناك ارتباط مباشر بين تعاطي المخدرات والسلوك الإجرامي لدى نسبة كبيرة من المجرمين المسجونين. على سبيل المثال، حدد ما يقرب من 50% من المجرمين في المؤسسات الإصلاحية الكندية أو الأمريكية تعاطي المخدرات كعامل إسهام في جرائمهم الحالية (Bahr, Masters, & Taylor, 2012; Mullins, Ternes, & Farrell Macdonald, 2013; Pernanen et al., 2002). ويرتبط تعاطي المواد الفسية أيضاً بالعودة إلى الإجرام (e.g., Caudy et al., 2015; Håkansson & Berglund, 2012; Staton-Tindall, Harp, Winston, Webster, & Pangburn, 2015; van der Put, Creemers, & Hoeve, 2013; Wilson, Drane, Hadley, Metraux, & Evans, 2011)، مع احتمالية العودة إلى الحجز والتي تزداد مع زيادة شدة مشاكل تعاطي المواد النفسية (Farrell MacDonald, 2014).

[1] ترجمة أ.د أمنية الشناوي للفصل التالي:
Ternes, M., Goodwin, S. &.. Hyland, K. (2018). Substance Use Disorders in Correctional Populations. In: Ternes, M., Magaletta. P. R. & Patry, M. W. (Edts.). The Practice of Correctional Psychology. Switzerland: .. Springer Nature Switzerland AG

نظراً لانتشار تعاطي المواد النفسية بين المجرمين وأهمية التعامل الفعالّ معه، غالباً تقدم المؤسسات الإصلاحية برامج للتغلب على تعاطي المواد النفسية لدى المجرمين. وأظهرت نتائج البحوث أنها فعالّة في الحد من إعادة الإدانة لمن يكمل جميع جلساتها (e.g., Doherty, Ternes, & Matheson, 2014; Kunic & Varis, 2009; McMurran & Theodosi, 2007; Ternes, Doherty, & Matheson, 2014) . يستعرض هذا الفصل المفاهيم المتعلقة باضطراب تعاطي المواد النفسية بين المجرمين: أولًا مناقشة التكرار والانتشار، ثم النماذج النظرية المتعلقة بتقديم الخدمات.، وعرض طرق التشخيص والتقييم. ويتبع ذلك طرق التدخل، وتتضمن مناقشة الطرق الأكثر فعالية، ويختتم الفصل بمناقشة الآثار المستقبلية على البحث والممارسة، فضلا عًن التكنولوجيا والابتكار فيما يتعلق بتقييم وعلاج اضطرابات تعاطي المواد النفسية.

**التكرار والانتشار**

تشيرالتقديرات إلى أن ما بين 10% و70% من الذكور المسجونين في أمريكا الشمالية يعانون من اضطراب تعاطي المواد النفسية النفسية (Kelly & Farrell MacDonald, 2015b; Stewart & Wilton, 2017; Walters, 2012)، ويعاني ما يقرب من 77%– 60 من الإناث المخالفات للقانون من تعاطي المواد النفسية أو مشكلات الاعتماد عليها (Farrell MacDonald, Gobeil, Biro, Ritchie, & Curno, 2015; Houser, Belenko, & Brennan, 2012; Kelly & Farrell MacDonald, 2015a) هذه النسب أكبر بحوالي 17 مرة من تلك الموجودة في المجتمع العام (Houser et al., 2012; Tangney et al., 2016).

بالإضافة إلى ارتفاع معدلات تعاطي المواد النفسية في النظام الإصلاحي، تميل هذه الاضطرابات إلى الظهور مع اضطرابات الصحة العقلية الأخرى. أظهرت نتائج الدراسة التي قام بها هاوزروآخرون (2012) .Houser et al، أن 54% من السجينات و41% من السجناء الذكور يعانون من تعاطي المواد النفسية واضطرابات الصحة العقلية. بالإضافة إلى ذلك، يعاني 70–72% من الأفراد الذين يعانون من اضطراب نفسي حاد، مثل الفصام،

من اضطراب تعاطي المواد النفسية المصاحب (Houser et al., 2012; Plourde, Dufour, Brochu, & Gendron, 2013) وبالمثل، في عينة كندية من مرتكبي الجرائم من الذكور، كان أكثر من 50% منهم يعانون من اضطراب تعاطي المواد النفسية، وكان 68% من هؤلاء الرجال يعانون من اضطرابات شخصية مصاحبة (Stewart & Wilton, 2017). ومن بين هؤلاء المجرمات المدمنات على المواد النفسية، كانت نسبة 6-14% منهن تعتمدن على الكحول بدرجة متوسطة على الأقل، وكانت نسبة 42-59% تعتمدنعلى المخدرات غير المشروعة بدرجة متوسطة على الأقل (Kelly & Farrell MacDonald, 2015a; Plourde et al., 2013) مقارنة بالذكور حيث كان حوالي 7% منهم معتمدين بدرجة متوسطة على الكحول على الأقل وحوالي 36% منهم معتمدين بدرجة متوسطة على المخدرات على الأقل (Kelly & Farrell MacDonald, 2015a).

تعاطي المجرمين المخدرات لا يقتصر على دول أمريكا الشمالية فحسب. فقد أشارت نتائج مراجعة قام بها فازيل وآخرون (2006) Fazel et al.'s على المجرمين المسجونين، والتي وضعت في الاعتبار نتائج من الولايات المتحدة وإنجلترا وأيرلندا ونيوزيلندا، أن ما يصل إلى 60% من المجرمين أظهروا مشكلة الاعتماد على المخدرات .وأفاد ما بين 70% و75% من المجرمين في المملكة المتحدة باستخدام مواد غير قانونية في غضون عام واحد من سجنهم (Jolley & Kerbs, 2010). بالنسبة لهؤلاء المجرمين، عانى32.3% منهم من تعاطي المخدرات كاضطراب أساسي، بينما عانى 39.8% منهم من اضطراب ذهاني مصاحب، وعانى 2.5% منهم من اضطراب مزاجي أو قلق مصاحب (Sewell et al., 2015). كما استخدم المخدرات 65% من السجناء الأوغنديين، و66.1% من السجناء الكينيين (Kinyanjui & Atwoli, 2013)، و٣٨٪ من النزلاء في جامايكا من تعاطي المخدرات كاضطراب أساسي، في حين يعاني 39.8% منهم من اضطراب ذهاني مصاحب و2.5 % منهم يعانون من اضطراب مزاجي أو قلق مصاحب (Sewell et al., 2015)، واستخدمت 62% من السجينات الأستراليات المخدرات بانتظام خلال الأشهر الستة التي سبقت سجنهن (Plourde et al., 2013).

**النماذج النظرية ذات الصلة بتقديم الخدمات**

نظراًلانتشار تعاطي المخدرات وتأثيراته بعيدة الأمد، ليس مستغربا أن يتم تقديم كثير من النظريات المترابطة لشرحه، والرابط بينه والجريمة، وسبل الحد منه. بالإضافة إلى ذلك، قد تكون أسباب تجربة مادة ما أو الإصابة باضطراب تعاطي المخدرات مختلفة تماماً عن الأسباب التي تجعل الفرد يستمر في تعاطي المخدرات. يعتمد التقييم والعلاج على افتراض أن أنماط تعاطي المخدرات يمكن أن يكون لها محددات متعددة. في هذا القسم، سنراجع بإيجاز خمسة نماذج شاملة لتعاطي المخدرات وعلاجها: النموذج البيولوجي النفسي، ونموذج التعلم الاجتماعي، ونموذج العلاج الذاتي، والنموذج المفاهيمي الثلاثي، ونموذج عبر النظريات، ونموذج الاستجابة للمخاطر والاحتياجات.

**النموذج البيولوجي النفسي** Biopsychological Model

تدمج النظرية النفسية الحيوية للإدمان، والمعروفة أيضاً بالنموذج الطبي أو نموذج المرض، الكيمياء العصبية والدافعية والتعزيز الإيجابي لتفسير سبب إدمان الأشخاص للمواد النفسية (Nutt, Lingford-Hughes, Erritzoe, & Stokes, 2015). يميز هذا النموذج بين الاعتماد على المواد النفسية، وإساءة استخدامها، والاعتماد الجسدي، والاعتماد النفسي (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2012; Schug & Fradella, 2015; van Ree, Gerrits, & Vanderschuren, 1999).

يشير إساءة استخدام المواد النفسية إلى استخدام مستمر للمخدرات على الرغم مما ينجم عنه من مشاكل (Schug & Fradella, 2015). سيعاني الفرد المعتمد جسدياً على المخدرات من أعراض الانسحاب عند عدم التعاطي وسيشتهي المخدرات سعيا لًتخفيفها (NIDA, 2012; Wise & Bozarth, 1987). يتم الكشف عن الاعتماد النفسي عندما يشعر المستخدم بأن الاستمرار في استخدام المخدرات ضروري للعمل أو الشعور بالتحسن (Schug & Fradella, 2015).

يشير الاعتماد على المواد النفسية والإدمان إلى اضطرابات تعاطي المواد النفسية، تشمل الاعتماد الجسدي والنفسي، فضلا عَن معاييرأخرى، مثل الرغبة المستمرة في تقليل استخدام المادة أو تكرارهـ مما يؤدي إلى تعطيل العمل أو الالتزامات العائلية (NIDA, 2012; van Ree et al., 1999).

تشير النظرية النفسية الحيوية أن المخدرات تحفز مستقبلات الدوبامين في المخ، مما يسبب أحاسيس ممتعة أو مبهجة. ولأن الدوبامين ضروري لتحفيز وتوجيه السلوك الموجه نحوالهدف، فإن الأفراد مدفوعون لمواصلة استخدام المخدرات بسبب التأثيرات الإيجابية المعززة التي يحدثها تنشيط الدوبامين على المخ. ويشير النموذج النفسي الحيوي أن القرار الأولي باستخدام المخدرات طوعي في الأساس، على الرغم من أنه عندما يشرع الفرد في تعاطي المخدرات، فإنه يصبح أكثر عرضة للإدمان.

يصبح الشخص مدمناً على المخدرات، وتضعف قدرته على ممارسة التحكم في الذات (NIDA, 2012).

كما تم اختبار الجينات كمسار بيولوجي لاضطراب تعاطي المواد. وقد أظهرت نتائج دراسات التوائم والإخوة المتبنين أن علم الوراثة يلعب دوراً متوسطاً إلى قوياً في تفسير تعاطي المواد النفسية، حيث تتراوح تقديرات الوراثة لتعاطي المواد النفسية من 50% إلى 80% Kendler, Neale, Heath, Kessler, & Eaves, 1994; Prescott et al., 2005).

كما أظهرت بحوث علم الوراثة أن عوامل وراثية أخرى قد تجعل الشخص أكثر عرضة للإصابة بإضطراب تعاطي المخدرات، مثل السمات السلوكية والمزاجية والشخصية. على سبيل المثال، وجد أن عديد من الجينات التي تتحكم في الحساسية للتسمم الحاد والانسحاب من الكحول تحمي من إدمان الكحول(Hinckers et al., 2006; Pihl, 2009) .

لقد تعرض النموذج البيولوجي النفسي لانتقادات بشأن عدد من القضايا. أولًا، لا تعمل جميع العقاقير على تغيير نظام الناقل العصبي للدوبامين في الم (Nutt et al., 2015) ،

في حين يبدو من الواضح أن المنشطات، مثل الكوكايين، تنشط نظام الدوبامين في المخ، فإنه ليس من الواضح أن القنب أو الكيتامين أو المواد الأفيونية أو الكحول تؤثر على نظام الدوبامين. تتحدى نوت وزملاؤها أيضا(2015) .Nutt et al الافتراض الأساسي للنظرية النفسية الاجتماعية الحيوية بأن إطلاق الدوبامين هو الآلية الرئيسية التي تسبب بشكل مباشر إدمان المخدرات بسبب التأثيرات المبهجة للدوبامين. حيث يفترضون أن إطلاق الدوبامين قد يؤدي إلى زيادة الاندفاع، مما قد يؤدي بدوره إلى الإدمان. أخيراً، تلقى هذا النموذج انتقادات لإعفاء المتعاطي تماماً من المسؤولية عن تعاطيه للمواد النفسية ، وبالتالي لا يشجع على طلب المساعدة المهنية (Schug & Fradella, 2015; Skog, 2000).

**نموذج التعلم الاجتماعي** Social Learning Model

يضع نموذج التعلم الاجتماعي (SLM) مسؤولية مشكلة تعاطي المواد المخدرة على عاتق المتعاطي من خلال تسليط الضوء على اختيار الفرد. يقترح نموذج التعلم الاجتماعي أن الاعتماد على المواد المخدرة هو نتيجة لاختيار عقلاني يختار فيه الأفراد المكافآت قصيرة الأجل على الرغم من العواقب طويلة الأجل (Lewis, 2015) . تشير نظرية التعلم الاجتماعي أن الطريقة التي يتصرف بها الشخص يمكن أن تعزى إلى ما يتعلمه من خلال ملاحظة النتائج الممتعة أو المؤلمة لأفعال الآخرين (Bandura, 1971). فيما يتعلق بتعاطي المواد النفسية، يمكن تفسير SLM بشكل أكثر تحديداً على أنه الأفراد يلاحظون الآخرين وهم ينخرطون في سلوكيات تعاطي المواد النفسية ويتلقون إما استجابات إيجابية أو تعزيزاً لتقليد تلك السلوكيات أو تفسير نتائجها على الآخرين بإعتبارها إيجابية (Norman & Ford, 2015).

لقد تعرضت نظرية SLM لانتقادات بسبب توافقها مع النماذج المبكرة للإدمان التي اعتبرت أولئك الذين يسيئون استخدام المواد النفسية ضعفاء ويفتقرون إلى قوة الإرادة. يشير لويس (2015) Lewis أنه في حين أن نموذج SLM يقوم بعمل جيد في تفسير سبب بدء الأفراد فياستخدام المواد النفسية، فإن النموذج البيولوجي النفسي يقوم بعمل أفضل في تفسير سبب استمرارالأفراد في استخدام المواد النفسية

**نموذج العلاج الذاتي** Self-Medication Model

يفترض نموذج العلاج الذاتي أن الأفراد يبدأون تعاطي المواد كآلية للتكيف، وعادة لِلتعامل مع الإجهاد والحالات الوجدانية والنفسية السلبية الأخرى، والتي غالباً ما تكون عواقب الصدمات والإساءة (Lewis, 2015; West, 2005). وفقاً لهذا النموذج، يختار الفرد دواء مُعيناً للمساعدة فيحل مشكلة معينة، مثل القلق أو الألم (West, 2005)، العقاقير المؤثرة نفسيا التي تساعد بشكل فعال في علاج الحالات النفسية السلبية، بالإضافة إلى الآثار الجانبية للأدوية المستخدمة لعلاج الاضطرابات النفسية، لها تأثير على المدى القصير (Lewis, 2015; West, 2005) على سبيل المثال، يمكن أن يساعد تعاطي الكحول في تهدئة المخاوف وتخفيف الألم، ولكن بمجرد زوال التسمم، قد يكون هناك زيادة مرتدة في التأثير السلبي (West, 2005). علاوة علىذلك، فإن التعاطي المتكرر يزيد من التأثيرات السلبية على متعاطي المادة، مما يؤدي إلى زيادة التوتر والقلق (Koob & Le Moal, 2001).

يأتي دعم نموذج العلاج الذاتي أساسا من مصدرين: البحث عن الإناث المجرمات والبحثعن الاضطرابات المصاحبة. تظهُر الأبحاث التي تتبنى منظور "المسارات النسوية" فيما يتعلق بالسلوك الإجرامي الأنثوي أن المجرمات يتعرضن عادة لِلإساءة والصدمات، ويستخدمن المواد المخدرة كأسلوب مجابهة (Gueta & Chen, 2015; Wattanaporn & Holtfreter, 2014) كما يدعم الانتشار المرتفع لاضطرابات تعاطي المواد المصاحبة ومشاكل الصحة العقلية نموذج العلاج الذاتي. على سبيل المثال، تظهر عديد من الدراسات الحديثة على المجرمين المسجونين في كندا أن معظم المجرمين الذين يعانون من اضطراب تعاطي المواد النفسية يعانون أيضاً من مشاكل الصحة العقلية مثل اضطرابات الشخصية أو اضطرابات المزاج أو اضطرابات القلق (MacSwain, Cheverie, Farrell, MacDonald, & Johnson, 2014; Stewart & Wilton, 2017).

إن أحد القيود الرئيسية لنموذج العلاج الذاتي هو أنه يتطلب حدوث اضطرابات نفسية أو مثيرات مشقة قبل تعاطي المواد، وهو ما لا يحدث دائما. لا يمكن لهذا النموذج تفسير

تعاطي المخدرات في المواقف التي لا توجد فيها مشاكل نفسية أو تأثيرات سلبية يمكن تجاوزها(West, 2005). كما تفشل نماذج العلاج الذاتي والتعلم الاجتماعي في مراعاة المكونات القهرية لاضطرابات تعاطي المخدرات، والتي يمكن تفسيرها بشكل أفضل من خلال النموذج البيولوجي النفسي.

**النموذج المفاهيمي الثلاثي** Tripartite Conceptual Model

تم تطوير النموذج المفاهيمي الثلاثي لشرح العلاقة بين تعاطي المخدرات والجريمة (Goldstein, 1985) مقترحا ثلاثة أنواع رئيسية من الجرائم المتعلقة بالمخدرات: (١) الجرائم ذات الدافع النفسي الدوائي، (2) الجرائم النظامية، و(3) الجرائم القهرية الاقتصادية .يشير الجانب النفسي الدوائي للنموذج إلى أن تعاطي المواد يغير السلوك لدى بعض الأشخاص، مما يجعلهم أكثر اندفاعاً وإثارة و/أو غير منطقيين، مما يؤدي إلى سلوك عنيف .يشير عنصر الجريمة النظامية في النموذج إلى الأفعال الإجرامية الناتجة عن تجارة المخدرات .ويشمل ذلك الاتجار بالمخدرات وتوزيعها، فضلا عَن العنف الذي يشكل عنصرا أساسيا فَي هذه التجارة، مثل النزاعات العنيفة على الأراضي، والتهديدات، والاعتداءات، وجرائم القتل التي ترتكب داخل منظمات الاتجار بالمخدرات ومن قبلها. وأخيراً، تشير فكرة جولدشتاين (1985) Goldstein's للجريمة القهرية الاقتصادية إلى أن السلوك الإجرامي هو الذي يدعم إدمان المخدرات. فالشخص الذي أصبح مدمناً علىالمخدرات قد ينخرط في أعمال إجرامية مثل السرقة أو الاتجار بالمخدرات لدعم إدمانه.

يأتي دعم الجانبين الأخيرين من نموذج جولدشتاين (1985) من خلال نتائج البحوث التي وجدت ارتباطات واضحة بين الجريمة المنظمة وتجارة المخدرات والعنف .، فضلا عَن العلاقة بين استهلاك المخدرات والجرائم الاستحواذية، مثل السرقة أو السطو ,.e.g) Cheverie, Ternes, & Farrell MacDonald, 2014; Ternes & Johnson, (2011.من جانب أخر، يعتُقد أن الجريمة الناجمة عن تعاطي المواد ذات التأثير النفسي نادرة، ..ومن المرجح أن ترتبط بالكحول وليس بالمخدرات غير المشروعة (Cheverie, Ternes, & ,Farrell MacDonald, 2014; MacCoun, Kilmer, & Reuter,

2003) وفي هذا الصدد، حذر العديد من الباحثين من أن تعاطي المخدرات أو الكحول لا يرتبط بالضرورة ارتباطاً سببياً بجرائم العنف . بل إن هناك عديد من عوامل الخطر الإضافية التي تتفاعل مع تعاطي المخدرات بطرق معقدة للتنبؤ بالسلوك الإجرامي (Sinha & Easton, 1999). على سبيل المثال، وفقاً لنظرية McMurran's (2012) الخاصة بالعلاقة بين الكحول والعنف، لكي يتصرف الشخص بعنف نتيجة لتعاطي الكحول، يجب أن يكون الشخص مستعداً للقيام بالفعل العدواني ويجب أن يكون قد واجه استفزازاً. قد يساهم الكحول في جرائم العنف بشكل مباشر من خلال انخفاض التحكم في الكف أو زيادة الاضطراب المعرفي، ويمكن تعديل ذلك أيضا من خلال عوامل مثل الشخصية أو الهاديات الاجتماعية. في الحالة الأولى، سيقلل علاج تعاطي المواد من جرائم العنف، ولكن في الحالة الثانية، سيكون من الضروري اتباع توجه علاجي أكثر دقة للمجرمين (McMurran, 2013).

## نموذج التحول النظري Transtheoretical Model

يشير نموذج (TTM) لتغيير السلوك إلى أن التعافي من سلوك الإدمان ينطوي على الانتقال عبر مراحل مختلفة (Connors, DiClemente, Velasquez, & Donovan, 2015; Prochaska, Norcross, & DiClemente, 1994; Prochaska & Velicer, 1997) . في مرحلة التأمل المسبق precontemplation stage، لا يفكر الفرد فعلياً في التغيير. وغالباً ما لا يعترف الفرد في مرحلة ما قبل التأمل حتى بالحاجة إلى إجراء أي تغييرات سلوكية. في مرحلة التأمل، يدرك الفرد المشكلة السلوكية ويفكر في التغيير خلال الأشهر الستة المقبلة، لكنه لم يضع أي خطط محددة للتغيير. مرحلة الإعداد هي مرحلة انتقالية، حيث يقوم الفرد بوضع خطط للتغييروقد يتخذ بعض الخطوات الأولية نحو التغيير. في مرحلة الفعل، يحاول الفرد بنشاط تغيير سلوكه وتجاربه وبيئته. يلتزم الأفراد في هذه المرحلة بإجراء التغييرات ويكرس الفرد كل جهوده من أجل إجراء التغييرات. في مرحلة الاحتفاظ، ينخرط الفرد في نمط سلوكي جديد. يحل نمط السلوك الجديد محل السلوك القديم، ويقلل خطر الانتكاس.

وأخيرا، في مرحلة الإنهاء، يتبنى الفرد نمط السلوك الجديد بشكل دائم. ينتقل الأفراد عموماً عبر المراحل بشكل تسلسلي، لكنهم عادة ما يعودون إلى المراحل السابقة قبل تحقيق الاحتفاظ والإنهاء (Prochaska & Velicer, 1997). يزعم هذا النموذج أنه نظراً لأن هناك عمليات مختلفة تشارك في الانتقال عبر مراحل مختلفة، فمن المهم أن تكون التدخلات السلوكية مناسبة للمرحلة الحالية للفرد (Connors et al., 2015; Prochaska & Goldstein, 1991; Prochaska & Velicer, 1997)

وقد انتقد البعض مراحل TTM، مشيرين إلى أن الخطوط الفاصلة بين مراحله تعسفية إلىحد ما (Sutton, 2001)، وأنه لا يقيس في الواقع مدى الاستعداد للتغيير (Etter & Sutton, 2002). ولاحظ آخرون أنه رغم افتراضه أن الأفراد عادة ما يضعون خططاً مستقرة ومتماسكة، فإن معظم الذين يحاولون الإقلاع عن سلوك إدماني لا ينخرطون في الكثير من التخطيط (Larabie, 2005). كما يهمل نموذج TTM بعض الأسس المهمة للدافع البشري – المكافأة والعقاب والتعلم الترابطي –ويركز بدلا مَن ذلك على عمليات صنع القرار والتخطيط الواعية (Baumeister, Heatherton, & Tice, 1994; Salamone, Correa, Mingote, & Weber, 2003). إن الدعم التجريبي لـ TTM ضعيف نسبياً، حيث وجدت الدراسات الأكثر دعماً أن الأفراد الأقرب إلى الاحتفاظ في أي وقت هم أكثر عرضة لتغييرسلوكهم في المتابعة (Reed, Wolf, & Barber, 2005). وعلى الرغم من هذه القيود، لاتزال TTM تحظى بشعبية كبيرة، وربما يرجع ذلك إلى سهولة استخدامها (West, 2005).

**نموذج الاستجابة للمخاطر والحاجة**

تم تطويره ليكون بمثابة دليل لتقييم المجرمين وعلاجهم (Andrews & Bonta, 2010; Bonta & Andrews, 2017). يعتمد جزء كبير من البرامج الإصلاحية على مبادئ RNR (e.g., Matthews, Feagans, & Kohl, 2015; Ternes et al., 2014). باختصار، يجب أن تتناسب البرامج الإصلاحية مع مخاطر واحتياجات المخالفين، ويجب أن تتناسب طريقة وأسلوب البرنامج مع أسلوب التعلم وقدرات المخالف (Bonta

(Andrews, 2017 &. على‌وجه التحديد، يحتاج المجرمون الأكثر عرضة للخطر إلى برامج أكثر تأثيرا وفعالية، وهو ما يعني عموماً زيادة ساعات البرنامج. تشير الأبحاث إلى أن الجرعة الدنيا مطلوبة ليكون البرنامج فعالًا، وتتوسط الخطورة العلاقة بين الجرعة والعودة إلى الجريمة (Makarios, Sperber, & Latessa, 2014). ومن المثير للاهتمام أن نتائج البحوث قد أظهرت أيضاً أن توفير البرامج للمجرمين الأقل خطورة يزيد في الواقع من خطر عودتهم إلى الجريمة، وربما يرجع ذلك إلى تبني المجرمين الأقل خطورة لمواقف مضادة للمجتمع عندما يتواصلون مع المجرمين الأكثر خطورة أثناء جلسات البرنامج (Lowenkamp & Latessa, 2004). بالإضافة إلى ذلك، فإن استهداف الاحتياجات الإجرامية المحددة للمجرم (على سبيل المثال، التوجه نحو الاتجاهات الإجرامية، وتعاطي المخدرات) يقلل من العودة إلى الإجرام، في حين أن استهداف الاحتياجات غير الإجرامية (على سبيل المثال، احترام الذات، والصحة البدنية) يمكن أن يزيد من العودة إلى الإجرام (Andrews & Bonta, 2010). نظراً لأن معظم المجرمين لديهم احتياجات إجرامية متعددة، فإن البرامج التي تستهدف احتياجات إجرامية متعددة هي الأكثر فعالية في الحد من العودة إلى الإجرام (Gendreau, French, & Taylor, 2002).

وأخيراً، يقترح مبدأ الاستجابة في RNR استخدام أساليب التعلم الاجتماعي المعرفي للتأثير على السلوك، وخاصة التدخلات السلوكية التي تأخذ في الاعتبار نقاط القوة لدى الجناة وأسلوب التعلم والشخصية والدافعية (Bonta & Andrews, 2017).

لقد ثبتت نتائج البحوث مراراً وتكراراً فعالية برامج إعادة التأهيل التي تأخذ في الاعتبار نموذج RNR. في الواقع، أفاد أحد التحليلات البعدية التي اختبرت البرامج الإصلاحية أنه عند اتباع مبادئ الاستجابة للمخاطر والاحتياجات، تنخفض معدلات العودة إلى الجريمة بنسبة 28% (Smith, Gendreau, & Schwartz, 2009). وعلى الرغم من الدعم التجريبي القوي لنموذج الحد من المخاطر، فقد تعرض لبعض الانتقادات. على سبيل المثال، اقترح البعض أن التركيز على الحد من المخاطر يجعل من الصعب تحفيز الجناة (Mann, Webster, Schofield, & Marshall, 2004)واقترح آخرون أنه يقلل من أهمية التكامل

العلاجي والاحتياجات غير الإجرامية، مثل الضيق الشخصي وانخفاض احترام الذات، والتي زعم البعض أنها ضرورية لعلاج المجرمين بشكل فعال (Marshall et al., 2003; Yates, 2003). أخيراً، في حين لا يعترض بعض الباحثين بالضرورة على النموذج، فإنهم يزعمون أنه في الممارسة العملية، غالباً ما يتم تنفيذه بطريقة تهمل القيم والاحتياجات الفردية، وهو ما يتجاهل مبدأ الاستجابة (Ward, Melser, & Yates, 2007) يؤكد Andrews, Bonta, and Wormith (2011) أن هذه الانتقادات تعكس فهماً سطحياً لنموذج المخاطرة والحاجة والاستجابة على سبيل المثال، وفقاً للنموذج فإن التحفيز ومعالجة الاحتياجات غير الإجرامية هي جوانب أساسية للاستجابة التي قد تكون مهمة جداً في علاج بعض المجرمين.

## التشخيص والتقييم

في البيئات الإصلاحية، تجرى تقييمات تعاطي المواد بشكل أساسي لأغراض الفحص العام (للكشف عن تعاطي المواد الحالي أو الأخير) أو لتشخيص أو تقييم شدة اضطراب تعاطي المواد لأغراض التخطيط الإصلاحي (أي العلاج أو منع الانتكاس). توجد عدة أنواع مختلفة من الأدوات لتقييم وجود اضطرابات تعاطي المواد، أو خطر اصابة المجرمين بها، تشمل هذه التقييمات: التقييمات الإكلينيكية، وتقييمات التقاريرالذاتية، والتقييمات البيولوجية (أي تحليل البول). بالإضافة إلى ذلك، غالباً ما يتم تقييم الاستعداد للتغيير بالتزامن مع التخطيط الإصلاحي. تتم مراجعة هذه الأنواع من التقييمات أدناه.

## التقييمات الإكلينيكية

يتضمن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-5) تشخيصين مختلفين لهما صلة بدراسة تعاطي المواد لدى المجرمين: اضطراب تعاطي الكحول واضطراب تعاطي المواد (American Psychiatric Association [APA], 2013) يصف (DSM-5) اضطراب تعاطي الكحول بأنه إما خفيف أو متوسط أو شديد، اعتماداً على عدد المعايير التي يستوفيها الفرد الذي يتم تقييمه(2-3 أعراض، و4-5 أعراض،

و6 أعراض أو أكثر على التوالي) من بين 11 عرضاً محتملًا (APA, 2013) تشمل الأعراض الرغبة الشديدة والتحمل والانسحاب. يتم تصنيف اضطراب تعاطيالمواد أيضاً على أنه خفيف أو متوسط أو شديد اعتماداً على عدد المحكات التي يعبر عنها الفرد 3– (2 محكات، أو 4–5 محكات، أو 6+ محكات على التوالي) من أصل 11 عرضاً محتملًا ).(APA,2013) يلزم إجراء مقابلة إكلينيكية تشخيصية لتشخيص الفرد الذي يعاني من اضطراب تعاطي المواد أو اضطراب تعاطي الكحول. وعادة ما تستغرق هذه المقابلات وقتاً طويلا لًإجرائها، وقد تم تطبيقها على فئات طب نفسية، وتقييم مجموعة واسعة من القضايا النفسية، بما في ذلك تعاطي المواد (Gifford, Kohlenberg, Piasecki, & Webber, 2004) قد يكون هذا النوع من المقابلات منظماً أو غير منظم. بالنسبة للمقابلات غير المقننة، يطبق أخصائي الصحة العقلية معايير تعاطي المواد (أي تعاطي المواد، والتسمم، والانسحاب) على المعلومات التي تم الحصول عليها في مقابلة العميل، جنباً إلى جنب مع معلومات الملف (Gifford et al., 2004). تتضمن أمثلة بروتوكولات المقابلة المقننة المقابلة الإكلينيكية المقننة وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM–5)، ومقابلة اضطراب تعاطي الكحول والإعاقات المرتبطة به وفقاً للجدول 5، ومؤشر شدة الإدمان؛ ويتم تلخيص كل منها بإيجاز أدناه.

**المقابلة الإكلينيكية المقننة للطبعة الخامسة من DSM–5**

المقابلة الإكلينيكية المقننة لـ DSM–5 (SCID–5) هي دليل مقابلة شبه مقنن تم تطويره ليتم إدارته من قبل طبيب أو متخصص مدرب في الصحة العقلية على دراية بتصنيف DSM–5 ومعاييرالتشخيص الخامس لإجراء تشخيصات Karg، & Spitzer (First، Williams، 2015) . فهي مقابلة تشخيصية، من المفترض استخدامها في مجموعة متنوعة من مشكلات الصحة العقلية، والتي تتضمن اضطرابات تعاطي المخدرات. وقد تم إثبات ثبات وصدق SCID–5 بشكل جيد (e.g., Shankman et al., 2017) وعلاوة على ذلك، فقد اقترح أن الطبيعة الشاملة لهذه الأداة تزيد من فائدتها العلاجية،

وخاصة عندما يتم تقييم تعاطي المواد والحالات المصاحبة الأخرى معاً (Gifford et al., 2004).

**جدول ٥ المقابلات الخاص باضطراب تعاطي الكحول والإعاقات المرتبطة به**

جدول مقابلة اضطراب تعاطي الكحول والإعاقات المرتبطة به (AUDADIS-5) هو مقابلة تشخيصية مقننة تستخدم لتقييم تعاطي الكحول والمخدرات بالإضافة إلى اضطراب تعاطي المواد النفسية (Hasin, Carpenter, McCloud, Smith, & Grant, 1997). يأخذ مقياس AUDADIS-5 في الاعتبار مدى حداثة وتكرار تعاطي المواد، بالإضافة إلى التداخل بين تعاطي الكحول والمواد الأخرى في تحديد اضطرابات تعاطي الكحول والمواد (Hasin et al.,1997). وتم تصميمه في الأصل للاستخدام مع عامة الناس، وتم اختباره منذ ذلك الحين والتحقق من صحته للاستخدام في العينات الإكلينيكية، مثل المجرمين الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات (Grant et al., 2015; Hasin et al., 1997, 2015). وصدقه التلازمي جيد جداً (Hasin et al., 1997, 2015) وثباته ممتاز (Grant et al., 2015).

**مؤشر شدة الإدمان** Addiction Severity Index

مؤشر شدة الإدمان هو (ASI; McLellan, Luborskey, Woody, & O'Brien, 1980) مقابلة مقننة موحدة تستخدم على نطاق واسع لتقييم تعاطي المواد المخدرة، فضلا عَن مجموعة متنوعة من مجالات الحياة التي يمكن أن تؤدي إلى تعاطي المواد أو تظهر تأثير تعاطي المواد، مما يؤدي إلى درجات عبر ستة مجالات حياتية: الطبية، والتوظيف/المالية، وتعاطي المخدرات/الكحول، والمشاركة القانونية/ الجنائية، والأسرة/الاجتماعية، والنفسية/الطب النفسية. وعلى الرغم من أن المعلومات التي يتم جمعها باستخدام هذه الأداة يتم تسجيلها عادة عَلى جهاز كمبيوتر، إلا أن المؤلفين يعارضون التطبيق من خلال الكمبيوتر، ويضعون أهمية كبيرة على الحكم الإكلينيكي (McLellan, Kushner, Metzger, & Peters, 1992) . لقد تم التحقق من ثبات وصدق هذه الأداة

بشكل جيد، في كل من البيئات الإكلينيكية والإصلاحية (Allen & Columbus, 1995; Breteler, Van den Hurk, Schippers, & Meerkerk, 1996; Casares-López et al., 2013; Leonhard, Mulvey, Gastfriend, & Schwartz, 2000).

**تقييمات التقرير الذاتي**

لقد تم تطوير مجموعة كبيرة ومتنوعة من أدوات تقييم التقارير الذاتية لقياس تعاطي المواد والإدمان عليها. وسوف يتم تسليط الضوء على عديد من هذه الأدوات في الفقرات التالية، تليها مناقشة عامة لنقاط القوة والضعف في استخدام تقييمات التقارير الذاتية لقياس تعاطي المواد.

**مقاييس تنميط خطورة تعاطي المواد**

تتكون مقاييس تنميط خطورة تعاطي المواد The Substance Use Risk Profile Scales(SURPS) من 23 بنداً موزعة على أربعة مقاييس لتقييم أربع سمات شخصية مختلفة تتعلق بخطر تعاطي المواد أو إساءة استخدامها؛ اليأس، وحساسية القلق، والبحث عن الإثارة، والاندفاعية (Hopley & Brunelle, 2016) . تم التحقق من صدق مقاييس SURPS في الأصل باستخدام عينة من المجرمين الذكور، ولكن تم التحقق من صدقها أو تقييمها منذ ذلك الحين لاستخدامها على أفراد من ثقافات وأعمار مختلفة كذلك تم التحقق من صدقها لدى الجنسين (Hopley & Brunelle, 2016; Jurk et al., 2015; Memetovic, Ratner, Gotay, & Richardson, 2016; Omiya, Kobori, Tomoto, Igarashi, & Iyo, 2015; Saliba, Moran, & Yoo, 2014)، على الرغم من أن بعض المقاييس الفرعية أو البنود لها قدر أقل من التحقق ولا يزال هناك حاجة إلى المزيد من البحث من أجل تصحيح هذه المشكلات.

**اختبار التعرف على اضطرابات تعاطي الكحول**

اختبار التعرف على اضطرابات تعاطي الكحول The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT; Babor, de la Fuente, Saunders, & Grant,

(1992 مقياس مكون من 10 بنود يهدف إلى تحديد سلوك الشرب المشكل منخلال تقييم أنماط الاستهلاك وأعراض الاعتماد والمدى الذي يتداخل فيه تعاطي الكحول مع أنشطة الحياة. تم بناؤه في السياقات الطبية، كما تم استخدامه في السياقات الإصلاحية في عديد من البلدان المختلفة، وقد أظهر معدلات ثبات وصدق قوية (e.g., Almarri, Oei, & Amir, 2009; Baltieri, 2014; Coulton et al., 2012) ، على الرغم من أن بعض الباحثين قد أشاروا أن المراجعة لا تضع في الاعتبار بشكل كاف معايير شرب المجرمين المسجونين، والتي تختلف كثيراً عن أنماط الشرب بين العامة (Durbeej et al., 2010; Sondhi, Birch, Lynch, Holloway, & Newbury-Birch, 2016).

**اختبار فحص إدمان الكحول في ميشيغان**

اختبارفحص إدمان الكحول في ميشيغان The Michigan Alcoholism Screening Test (MAST; Selzer, 1971) هو مقياس مكون من 25 بنداً مصمم لقياس مجموعة متنوعة من القضايا المتعلقة بإساءة استخدام الكحول، مع التركيزعلى مدى التدخل النفسي الاجتماعي أو العواقب السلبية لاستخدام الكحول بشكل مشكل .وقد ثبت أن MAST يميز بشكل صادق بين مدمني الكحول وغير مدمني الكحول فيمجموعة متنوعة من السياقات، بما في ذلك السياقات الإصلاحية (Boland, Henderson, & Baker, 1998; Kunic, 2006; Kunic & Grant, 2006).

**مقياس الاعتماد على الكحول**

مقياسالاعتماد على الكحول The Alcohol Dependence Scale (ADS; Skinner & Horn, 1984) هو تقييم تقرير ذاتي يتكون من 25بنداً مصمم لتقييم درجة الاعتماد الفسيولوجي على الكحول. وتحديدا يهدف إلى قياس مدى تطور تعاطي الكحول من التورط النفسي إلى ضعف السيطرة. وقد تم التحقق من ثبات وصدق ADS في السياق إصلاحي(Boland et al., 1998; Kunic, 2006; Kunic & Grant, 2006) .

**اختبار فحص تعاطي المخدرات**

بالتوازي مع MAST، اختبار فحص تعاطي المخدرات the Drug Abuse Screening Test (DAST; Skinner, 1982) مقياس مكون من 20 بنداً يقيم مدى تداخل تعاطي المخدرات مع الأداء النفسي الاجتماعي في الماضي القريب. وقد أظهرت نتائج البحوث التي أجريت أنه أداة تقييم ثابتة وصادقة وصالحة للاستخدام في السياق الإصلاحي (Boland et al., 1998; Kunic, 2006; Kunic & Grant, 2006.

**مقياس شدة الاعتماد**

مقياسشدة الاعتماد (SDS; Gossop et al., 1995) يقيس الأبعاد النفسية للإدمان، مثل انشغال الفرد وقلقه بشأن تعاطي المواد وضعف السيطرة، مع التركيز على المادة الأكثر استخداماً في الماضي القريب (وفقاً للتقرير الذاتي). يظهُر صدقا وثباتا مرتفع مع عينات من مستخدمي الهيروين ومستخدمي الكوكايين ومستخدمي الأمفيتامين (Gossop et al., 1995)، وثبتت فعاليته في السياق الإصلاحي (Kunic, 2006; Kunic & Grant, 2006; Rogerson, Jacups, & Caltabiano, 2016).

**ملخص تقييمات التقرير الذاتي**

بشكلعام، تستُخدم أدوات فحص التقرير الذاتي على نطاق واسع نظراً لسهولة استخدامها وكفاءتها وفعاليتها من حيث التكلفة، والأهم من ذلك أنها أثبتت قدرتها على فحص القضايا المتعلقة بتعاطي المواد النفسية بشكل صادق وصحيح (Coulton et al., 2012). على سبيل المثال، استخدمت مصلحة السجون الكندية مقياس DAST لتحديد شدة تعاطي المخدرات لمدة 30 عاماً تقريباً، كجزء من عملية التقييم (Kunic & Grant, 2006). يساعد استخدام هذه الأنواع من المقاييس على إحداث تطابق ملائم بين المجرمين ومستويات العلاج المناسبة، بما يتفق مع مبادئ العلاج الإصلاحي الفعال (Bonta & Andrews, 2017) ومع ذلك، قد لا يكون التقرير الذاتي صادقاً أو دقيقاً دائماً، وبالتالي، قد تكون هذه

الأدوات أكثر فعالية عند استخدامها جنباً إلى جنب مع تقييم آخر لإساءة استخدام المواد لا يعتمد على التقرير الذاتي(Hopley & Brunelle, 2016) .

**التقييمات البيولوجية**

يمكن أن تكون الاختبارات المعملية التي تكشف عن المواد الموجودة في الدم واللعاب والعرق والشعر والبول مفيدة في فحص وتأكيد تعاطي المخدرات والكحول، ويمكن أن تدعم تقييمات التقرير الذاتي. النوع الأكثر شيوعاً من اختبارات المخدرات المعملية في السياقات الإصلاحية هو تحليل البول (MacPherson, 2004; Ternes & MacPherson, 2014). يستُخدم اختبار البولعادة لًتحديد استخدام الكحول والمخدرات من قبل السجناء أثناء سجنهم. تختبر إنجلترا عشوائياً10% من المسجونين كل شهر، كما تفعل الولايات المتحدة في مؤسساتها ذات الحراسة المشددة. بالإضافة إلى اختبار مؤسسات الحراسة المشددة، تختبر الولايات المتحدة أيضاً3% من نزلاء مؤسسات الحراسة الدنيا و5% من المؤسسات المتبقية عشوائيا كل شهر .في كندا، يتم اختبار 5% من السجناء المسجونين على المستوى الفيدرالي عن طريق تحليل البول كل شهر (MacPherson, 2004; Ternes & MacPherson, 2014).

اعتماداًعلى المكان الذي يتم فيه إجراء تحليل البول، يخضع البول إما لتحليل مناعي أو تحليل كروماتوغرافيا الغاز/مطياف الكتلة (GC/MS) لكل مجموعة دوائية يتم تقييمها، الذي يعد طريقة المختارة في كندا، وهو المعيار الذهبيللتقييم لأنه الأكثر دقة لاختبارتأكيد وجود المخدر (MacPherson, 2004) ومع ذلك، فإن الاتفاق بين التحليل المناعي وMS /GC مرتفع لدى الراشدين الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات بنسبة اتفاق 93% بالنسبة للكوكايين و98% بالنسبة للميثامفيتامينات والأمفيتامينات والماريجوانا والأفيونات (McDonell et al., 2016).

**تقييم الاستعداد للتغيير**

تحاول أدوات التقييم التي تركز على الاستعداد للتغيير قياس مدى تحفيز الشخص لتغيير السلوك المشكل، بما في ذلك تعاطي المخدرات. وقد تم تطوير عدد من الاستبيانات لتقييم الاستعداد أو الدافع للتغيير على مدى العقود الماضية، وكان أكثرها شعبية هو جامعة آيلاند رود لتقييم التغيير the University of Rhode Island Change Assessment (URICA; McConnaughy, Prochaska, & Velicer, 1983)، مقياس مراحل الاستعداد للتغيير والحرص على العلاج Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES; Miller & Tonigan, 1996)، واستبيانالاستعداد للتغيير the Readiness to Change Questionnaire (RCQ; Rollnick, Heather, Gold, & Hall, 1992) تم بناء هذه المقاييس لقياس مدى ملاءمة المستجيب لكل مرحلة من مراحل التغيير التي وصفها Prochaska and DiClemente's (1992) نموذج نظري للتغيير السلوكي. كل من هذه المقاييس تصنف المستجيبين بشكل فعال إلى مجموعات متوافقة بصفة عامة مع مراحل التغيير (e.g., Carney & Kivlahan, 1995; DiClemente et al., 1991; Isenhart, 1994; Ko et al., 2009; Willoughby & Edens, 1996) ومع ذلك، لا يبدو أن أياً من هذه التدابير يعمل بشكل فعال مع جميع أنواع السلوك المشكل، ولا تصنف المقاييس المختلفة دائما نفس الأفراد في نفس مرحلة التغيير (Belding, Iguchi, & Lamb, 1997; Carey, Purnine, Maisto, & Carey, 1999). كما أن هذه المقاييس محدودة بسبب التحيزات الموجودة دائماً في استبيانات التقرير الذاتي،أي أنها لا تكون فعالة إلا عندما يجيب المستجيب بدقة وصدق على الأسئلة. بالإضافة إلى ذلك، من الصعب تقييم حالة المرحلة لأنها حالة ديناميكية (Connors et al., 2015). وقد أوصى بعض الباحثين بأن النظر في خصائص الشخصية وكذلك مراحل التغيير من شأنه أن يحسن من تقييمات استعداد العلاج (D'Sylva, Graffam, Hardcastle, & Shinkfield, 2012).

وعلىالرغم من هذه القيود، تواصل العديد من الولايات القضائية تقييم الاستعداد لتغيير سلوكيات استخدام المواد في مجتمعاتها المسجونة على أساس أهميتها المتصورة لتحديد مدى ملاءمة العلاج ولأن الدافع للتغيير يتنبأ باستمرار العلاج (Brocato & Wagner, 2008; Polaschek, Anstiss, & Wilson, 2010; Ternes & Johnson, 2014) إن بحوث القياس النفسي حول هذه المقاييس والتي تركز على تطبيقها على سلوك تعاطي المواد المشكل بين العينات الإصلاحية نادرة، على الرغم من أن البحوث المحدودة تدعم بصفة عامة ثبات وصدق هذه المقاييس (e.g., Ko et al., 2009; Polaschek et al., 2010) وبما أن هذه المقاييس يبدو أنها تستخدم على نطاق واسع في المؤسسات الإصلاحية، فمن المأمول أن يقوم الباحثون في المستقبل بالتحقق من ثبات وصدق هذه الأدوات بين مرتكبي الجرائم المتعلقة بتعاطي المخدرات.

## التدخلات: ما ينجح، وما قد ينجح، وما لا ينجح

تهدف البرامج الإصلاحية لعلاج تعاطي المواد النفسية تحسين السلامة العامة من خلال الحد من التعاطي والجريمة، وأظهر عديد من طرق العلاج بعض النجاح في تحقيق هذه الأهداف، وتتضمن العلاج السلوكي المعرفي، والمجتمعات العلاجية، والعلاج البديل، والمقابلات الدافعية، وبرامج الاثنتي عشرة خطوة. وسوف نستعرضها بإيجاز أدناه، متبوعاً بملخص للتفكير في التدخلات الأكثر فعالية.

### العلاج السلوكي المعرفي Cognitive Behavioural Therapy

العلاج السلوكي المعرفي (CBT) هو شكل من أشكال العلاج النفسي مقبول على نطاق واسع ومدعوم تجريبيا، ويستخدم لمجموعة متنوعة من الاضطرابات والمشكلات. العلاج السلوكي المعرفي عملية يتم فيها تحديد السلوكيات أو أنماط التفكير غير التكيفية، ويعمل العميل والمعالج على تعديل السلوك أو أنماط التفكير في محاولة لاستبدال الأفكار أو السلوكيات غيرالتكيفية بأخرى إيجابية. بناء عًلى فرضية SLM بأن تعاطي المواد هو سلوك مكتسب، تتضمن تدخلات العلاج السلوكي المعرفي تحديد مسببات تعاطي المواد

المعتاد وتزويد العميل باستجابات مجابهة فعالة (Witkiewitz, Marlatt, & Walker, 2005) . الهدف هو أن يستخدم الفرد الذي يعاني من اضطراب تعاطي المواد النفسية آليات المجابهة التكيفية التي تم تعلمها فيالعلاج السلوكي المعرفي استجابة لًلمواقف عالية الخطورة (على سبيل المثال، مقابلة صديق اعتاد تعاطي المخدرات معه)، وبالتالي زيادة الثقة بالنفس وتقليل احتمالية الانتكاسة (Marlatt & Gordon, 1985). إن استراتيجيات العلاج السلوكي المعرفي مفيدة لأنها تزود العملاء بمهارات إدارة الذات اللازمة لتجنب الانتكاسة، مما يسمح للأفراد بالعمل بشكل مستقل وفعال(Witkiewitz et al., 2005) .

وقد أظهرت نتائج عديد من الدراسات فعالية العلاج السلوكي المعرفي كخيار علاجي لأولئك الذين يعانون من اضطراب تعاطي المواد النفسية. وقد وجدت نتائج عديد من دراسات التحليلات البعدية حجم تأثير متوسط للعلاج السلوكي المعرفي على مجموعة متنوعة من اضطرابات تعاطي المواد (Dutra et al., 2008; Magill & Ray, 2009). عبر الدراسات المتضمنة في التحليل البعدي الذي أجراه دوتراوآخرون Dutra et al. (2008) ، انسحب ما يقرب من ثلث المشاركين قبل إكمال العلاج، مما يدلعلى نقص القوة في معدلات الاحتفاظ مقارنة بالعلاجات الأخرى. اقترح البعض أن استخدام العلاج السلوكي المعرفي جنباً إلى جنب مع علاجات العلاج الدوائي قد يسمح بنتيجة أكثر قوة (McHugh, Hearon, & Otto, 2010). على سبيل المثال، أظهرت نتائج دراسة راوسون وآخرون Rawson et al. (2002) أن العلاج السلوكي المعرفي ينتج إدارة طويلة الأمد لتعاطي المواد في عينة من المشاركين المعتمدين على الكوكايين الذين كانوا يتلقون علاج الاحتفاظ بالميثادون methadone maintenance treatment ، حيث قدم 60٪ من المشاركين في العلاج السلوكي المعرفي اختبارات سموم نظيفة في متابعة لمدة52 أسبوعاً. بالإضافة إلى ذلك، وجد مولر وآخرون(2007) Moeller et al. أن العلاج السلوكي المعرفي جنباً إلى جنب مع مضاد الاكتئابب سيتالوبرام نجح في علاج الأفراد المعتمدين على الكوكايين.

وفيتحليل بعدي لبرامج العلاج المتاحة للمجرمين، أجراه بحر وآخرون Bahr et al. (2012)، وقد وجد أنالمشاركين الذين تلقوا العلاج السلوكي المعرفي انخفضت لديهم

معدلات تعاطي المخدرات والعودة إلى الجريمة. بالإضافة إلى ذلك، في عينة كبيرة من متعاطي المخدرات من السجون الفيدرالية للرجال والنساء في الولايات المتحدة، أظهرت نتائج دراسة بيليسييه وآخرون Pelissier et al. (2001) أن 29% فقط من المشاركين الذين تلقوا تدخل العلاج السلوكي المعرفي أظهروا أدلة علىتعاطي المواد بعد 6 أشهر من إطلاق سراحهم، بينما تم القبض على 12.5% فقط من المشاركينفي الأشهر الستة التي أعقبت إطلاق سراحهم. تظهُر الأدلة أن العلاج السلوكي المعرفي يبدو علاجاً فعالًا لتعاطي المواد في المؤسسات الإصلاحية، حيث يقلل من تعاطي المخدرات ويزيد من الإقلاع عنها (McMurran, 2007).

## المجتمعات العلاجية Therapeutic communities

المجتمعات العلاجية هي برامج للنزلاء تجري داخل نظام السجون. حيث يعيش الأفراد مع مجموعة صغيرة من المجرمين (الأقران) والميسرين facilitators ، والتي تتضمن إخصائيو علم النفس وضباط السجن، ويتم عزلهم عن بقية السجناء (Inciardi, Martin, & Butzin, 2004; Stevens, 2014) . في هذه المجموعات الصغيرة، يخضع الأفراد لعلاج جماعي صغير غير مقنن يركز على حل القضايا التي قد تساهم في تعاطيهم للمواد والجرائم، ويتم تشجيعهم على مواجهة بعضهم البعض عند ملاحظة سلوك مضاد للمجتمع أو سلوكيات إجرامية أو تعاطي مواد تصدر من المشاركين الآخرين (Inciardi et al., 2004; Stevens, 2014). تستمر المرحلة التي يقضيها الفرد في السجن ضمن المجتمعات العلاجية لمدة 12 شهراً تقريباً، ولكن يمكن تمديدها إذا احتاج الفرد إلى مزيد من الوقت، ويتبعها برامج انتقالية أو برامج رعاية لاحقة في المجتمع بمجرد إطلاق سراح الجاني (Inciardi et al., 2004). مع التأكيد على المجتمع، تتأثر المجتمعات العلاجية بشكل كبير بإدارة التغيير السلوكي.

لقد ثبت أن المجتمعات العلاجية فعالّة في عديد من النواحي. لا تساعد هذه المجتمعات فيالحد من العودة إلى الإدمان وتعاطي المخدرات فحسب، بل إنها تساعد أيضاً في تحسين العلاقات والأداء الاجتماعي لأولئك الذين يشاركون في البرنامج (Hiller, Knight,

Saum, & Simpson, 2006; Hiller, Knight, & Simpson, 1999; Mackenzie & Hickman, 2000). إن إعطاء مسؤوليات إضافية يساعد أيضاً أعضاء المجتمع على اكتساب الثقة في قدراتهم، وبالتالي جعلهم أكثر اعتماداً على أنفسهم (Stevens, 2014)، وتساعد هذه المسؤوليات أيضاً الأفراد على إيجاد ظروف معيشية مستقرة وتوظيف بعد الإفراج عنهم وتساعدهم على أن يكونوا قادرين علىالتعامل بشكل أكثر فعالية مع الضغوط التي قد يواجهونها بعد الإفراج عنهم (Galassi, Mpofu, & Athanasou, 2015; Hiller et al., 1999). وبسبب الأجواء العائلية المتوقعة داخل هذه المجموعات، يفقد الأفراد المشاركون الخوف من استخدام نقاط ضعفهم ضدهم ويواجهون تحديعدم ثقتهم في شخصيات السلطة (Stevens, 2014).

في تحليل بعدي لفعالية أربع مجتمعات علاجية في الولايات المتحدة، وجد بولوك Bullock (2003) أن إكمال البرنامج الكامل أدى إلى انخفاض في معدل العودة إلى الجريمة بين المجرمين .وعلاوة على ذلك، فإن المشاركة في برامج الرعاية الانتقالية وما بعد الرعاية، بالإضافة إلى البرنامج داخل السجن، أدت إلى انخفاضات أكبر في العودة إلى الجريمة والانتكاسة بدلا مَن المشاركة في برنامج المجتمع العلاجي داخل السجن فقط (Bullock, 2003; Galassi et al., 2015; Inciardi et al., 2004). بالإضافة إلى ذلك، كان الوقت الذي قضاه المشاركون في برنامج المجتمع العلاجي مرتبطاً سلباً بالمخاطرة ومرتبطاً بشكل إيجابي بالتوافق الاجتماعي (Hiller et al., 2006).

من قيود المجتمعات العلاجية عداء الأفراد تجاه الميسرين وغيرهم من أعضاء المجتمع الذي يعيشون فيه. ويرتبط العداء بالانسحاب المبكر من العلاج، ويميل إلىالزيادة خلال أول 90 يوماً من العلاج عندما يعتاد الأفراد على توجه المواجهة المستخدم فيالمجتمع (Hiller et al., 2006). كما توصلت دراسة هيلر وزملاؤه Hiller et al. (2006) إلى أن الإناث أكثرعرضة للانقطاع في وقت مبكر مقارنة بالذكور، وربما يرجع ذلك إلى عدم قدرتهن علىالتعامل مع المواجهة التي تحدث أثناء العلاج داخل المجتمع

## العلاج البديل للأفيون

يعتُبرالعلاج ببدائل الأفيون Opioid substitution treatment (OST) أفضل ممارسة لعلاج إدمان الأفيون (Oviedo-Joekes et al., 2009)، وهو حالياً العلاج الأكثر شيوعاً لمستخدمي المواد الأفيونية في كندا (Popova, Rehm, & Fischer, 2006; World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime, & Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2004)استناداً إلىالنموذج البيولوجي النفسي بشكل أساسي، يتضمن العلاج البديل للأفيون استخدام المواد الأفيونية الطبية مثل الميثادون أو البوبرينورفين أو البوبرينورفين-نالوكسون تحت إشراف طبي، مما يسمح لمستخدمي المواد الأفيونية بإدارة إزالة السموم بشكل أفضل (WHO et al., 2004)بدون علاجات الاستبدال، يكون مستخدمو المواد الأفيونية معرضين لخطر كبير للعودة إلى استخدام المواد الأفيونية بعد إزالة السموم، والمستخدمون الذين يضطرون إلى الامتناع عن تعاطي المواد الأفيونية بدون علاج بديل معرضون لخطر تناول جرعة زائدة وحالات طوارئ متعلقة بالمخدرات والوفاة (Kastelic, Pont, & Stöver, 2009; Volkow, Frieden, Hyde, & Cha, 2014; WHO et al., 2004)تعمل بدائل الأفيون على مستقبلات الأفيون في المخ لفترات طويلة من الزمن، مما يقلل من أعراض الانسحاب والرغبة الشديدة في تناول الأفيون، وتجنب عواقب الاستخدام غير القانوني للأفيون (Kastelic et al., 2009; WHO, 2004). بصورة نموذجية يتناول مستخدمو المواد الأفيونية في العلاج البديل جرعات منتظمة لأكثر من ستة أشهر من أجل تحسين وظائف المخ ومنع الرغبة الشديدة وأعراض الانسحاب. بدلا مَن ذلك، يمكن وصف العلاج البديل على مدى فترة قصيرة من الزمن باستخدام جرعات متناقصة لإزالة السموم بسرعة وعلاج أعراض الانسحاب أثناء إزالة السموم (WHO et al., 2004).

إن فوائد العلاج البديل متعددة الأوجه. فبالإضافة إلى الحد من عدد حالات الجرعات الزائدة والوفيات المرتبطة بالمواد الأفيونية، فإن توفير العلاج البديل لمستخدمي المواد الأفيونية يزيد من استمرارهم في العلاج، ويحسن الأداء الاجتماعي، ويقلل من خطر

الإصابة بالأمراض الشائعة بين العقاقير الوريدية مثل التهاب الكبد الوبائي سي وفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) (Johnson, 2001; Oviedo-Joekes et al., 2009; Volkow et al., 2014). كما يوفر العلاج البديل للأفيون حلاً أكثر أماناً وفعالية من حيث التكلفة لكل من مستخدم المواد الأفيونية والمجتمع (Warren et al., 2006; WHO et al., 2004).

من حيث استخدام المؤسسات الإصلاحية للعلاج البديل، أظهرت نتائج الأبحاث أن السجناء الذين تم تزويدهم بالعلاج البديل كانوا أقل عرضة للتصرف بعنف، واستخدام المخدرات غير المشروعة أثناء السجن أو بعده، وكانوا أقل عرضة لإعادة سجنهم (Johnson, 2001; Johnson, van de Ven, & Grant, 2001; MacSwain, Farrell MacDonald, & Cheverie, 2014; WHO et al., 2004) وعلاوة على ذلك، ارتبط تنفيذ العلاج البديل في السجون بتحسن القدرة على إدارة السجناء: فأولئك الذين كانوا في برنامج العلاج البديل كانواأقل عرضة للوضع في الحبس الانفرادي أثناء فترة سجنهم وكانوا أكثر مشاركة في برامج التعليم والتوظيف (Cheverie, MacSwain, Farrell MacDonald, & Johnson, 2014; Johnson et al., 2001). يتم تعزيز تأثيرات العلاج البديل عند دمجه مع البرامج الإرشادية و/ أواستراتيجيات إدارة الطوارئ (Epstein et al., 2009; Kinlock, Gordon, Schwartz, & O'Grady, 2008).

## المقابلات التحفيزية (الدافعية) Motivational Interviewing

استناداًإلى TTM، يتم وصف المقابلة التحفيزية (MI) على أنها توجه علاجي يركز على العميل بهدف تعزيز الدافع الداخلي لتعديل السلوكيات غير التكيفية (Smedslund et al., 2011). يسترشد المعالجون الذين يقدمون MI بأربعة مبادئ: (1) التعبير عن التعاطف، (2) دعم فعالية الذات، (3) التعامل مع المقاومة، و(4) تنمية التناقض. يجب على المعالجين إظهار التعاطف ورؤية وجهة نظر العميل، ويجب عليهم دعم فعالية الذات من خلال تشجيع العميل على تحمل مسؤولية أفعاله، سواء كان من خلال الكف أو تسهيل التغيير. علاوة على ذلك، يجب على المعالجين التعامل مع المقاومة، مما يعني أنه لا يجب على المعالج

تحدي مقاومة العميل، بل استكشاف وجهات نظر العميل من خلال السماح بالتعبير عن المقاومة. أخيراً، يتم تنمية التناقض بين سلوك العميل الحالي (على سبيل المثال، تعاطي المخدرات) والأهداف التي يمتلكها العميل للمستقبل (على سبيل المثال، الامتناع عن تعاطي المخدرات) والاعتراف به من أجل تسهيل الدافع للتغيير (Smedslund et al., 2011). يهدف العلاج بالتأمل إلى أن يكون علاجاً قصير المدى لتشجيع استخدام التفكير الناقد في حل مشكلة العميل، ويتم تطبيقه عادة فَي علاج تعاطي المخدرات، وخاصة علاج تعاطي الكحول (e.g., Carroll, Ball, et al., 2006; Carroll, Easton, et al., 2006; Kavanagh et al., 2004; McCambridge & Strang, 2004). بالإضافة إلى ذلك، تم استخدام MI بشكل شائع في الاستجابة لتعاطي المواد في المؤسسات الإصلاحية (McMurran, 2009).

أظهر نتائج التحليل البعدي الذي قام به ماكموران McMurran (2009) أن الأهداف الرئيسية لاستخدام MI كانت تحسين الاحتفاظ بالعلاج والمشاركة فيه، وتعزيز الدافع للتغيير، وتغيير السلوكيات غير التكيفية. فيحين يبدو أن المقابلة التحفيزية MI تحسن من احتفاظ الجسم بالعلاج Carroll, Ball, et al., 2006; Carroll et al., 2009; Kavanagh et al., 2004، الأدلة المتعلقة بفعاليتها في الحد من تعاطي الموا دمتباينة. على سبيل المثال، وجد "كارول وزملاؤه" (Carroll, Ball, et al., 2006; Carroll et al., 2009) عدم وجود فروق في تعاطي المواد بين أولئك الذين تلقوا MI مقارنة بأولئك الذين تلقوا العلاج كالمعتاد. بدلا مَن ذلك، وجدت دراسة كافاناغ وآخرون Kavanagh et al. (2004) في عينة صغيرة من الأفراد الذين يعانون من الذهان الذي بدأ حديثاً أن أولئك الذين تلقوا تدخلات المقابلة التحفيزية MI كانوا قادرين على إدارة تعاطي المواد بشكل أفضل. وعلى الرغم من أن النتائج تبدوغير حاسمة، إلا أن سميدسلوند وآخرون Smedslund et al. (2011) أجرى تحليلًا بعديا شمل 59 دراسة بين عامي 1993 و2010، ووجد أن المقابلة التحفيزية MI كان لها تأثير كبير في علاج تعاطي المواد النفسية مقارنة بعدم العلاج.

كان التأثير كبيراً فوراً بعد تدخل MI، وكذلك أثناء المتابعة قصيرة ومتوسطة المدى، ولكن لم يكن هناك تأثير كبير أثناء المتابعة طويلة المدى (Smedslund et al., 2011).

بالمثل كما كانت نتائج استخدام MI في العينات العامة، هناك أيضا نتائج مختلطة من حيث التغيير السلوكي استجابة لًاستخدام MI في المؤسسات الإصلاحية. تظهر بعض المقالات انخفاضاً كبيراً في استخدام المواد (Miles, Dutheil, Welsby, & Haider, 2007) وتحسن الاتجاه نحو الجريمة وتعاطي المخدرات (Harper & Hardy, 2000) استجابة لتدخلات MI. بدلا مًن ذلك، وجدت دراسة كارول،إيستون، وآخرون. Carroll, Easton, et al. (2006) أن MI يقلل من تعاطي المواد فقط عندما يقترن بعلاج آخر مثل إدارة الطوارئ) أي الحوافز المشروطة بإنتاج تحليل بول نظيف أو حضور الجلسات )مما يشير إلى أن المقابلة التحفيزية MI بمفردها ليست فعالة كًعلاج لتعاطي المواد. من الصعب استنتاج إذا كانت المقابلة التحفيزية MI تدخلا فًعالا يًمكن استخدامها في المؤسسات الإصلاحية أو بين العامة منأجل الحد من تعاطي المواد، حيث أن الكثير من نتائج الدراسات متضاربة.

**توجه الاثنتي عشرة خطوة**

تعتبر برامج الخطوات الاثنتي عشرة توجها كلاسيكياً لعلاج الإدمان، تنبع من نموذج إعادة تأهيل مدمني الكحول المجهولين (McKay, 2009)، التي تضم الآن أيضاً مدمني المخدرات المجهولينNarcotics Anonymous (NA)، ومدمني الكوكايين المجهولين Cocaine Anonymous (CA) . وهي برامج مساعدة ذاتية حيث تتم دعوة الأعضاء لمشاركة والاستماع إلى قصص شخصية عن المشاكل المتعلقة بتعاطي المواد. مع التوجه المعرفي السلوكي والأساس النظري في SLM، يتلقى الحاضرون في برامج الاثنتي عشرة خطوة مرشداً مر بالبرنامج من قبلهم، وبمجرد إكمالهم ما يكفي من البرنامج بأنفسهم، يكون لديهم خيار أن يصبحوا مرشدين لمشارك جديد (Magaletta & Leukefeld, 2011; McKay, 2009) بدءا من يناير 2017، اجتمع أكثر من 1400مجموعة من مدمني الكحول المجهولين تضم ما يقرب من 35000 عضو بانتظام في المؤسسات الإصلاحية

في جميع أنحاء الولايات المتحدة وكندا، مما يجعل برامج مساعدة الذات هي الأكثر استخداما لعلاج إساءة استخدام المواد النفسية (Alcoholics Anonymous, 2017).

تتطلب هذه البرامج الامتناع التام عن المخدرات والكحول، ويتم ابعاد مشاركين لا يحافظون على الامتناع من البرنامج أو يجب عليهم بدء البرنامج من البداية عند استئناف الامتناع (Donovan, Ingalsbe, Benbow, & Daley, 2013; Martin, Player, & Liriano, 2003) من المتوقع أن يتعلم الأعضاء ويمارسوا الخطوات الاثنتي عشرة للبرامج التي تركز على قبول الإدمان والإيمان الروحي (Center for Substance Abuse Treatment, 1999) تعتمد مناهج الخطوات الاثنتي عشرة على افتراضات أساسية مفادها أن الإدمان مرض غير قابل للشفاء ولكن يمكن إدارته، وأن الإدمان مرض مزمن ومتراكم، وأن التعافي يتم على مراحل متطورة، ويتطلب علاجات طويلة الأمد (Bullock, 2003; McKay, 2009). علاوة على ذلك، تؤكد مناهج الخطوات الاثنتي عشرة على أهمية الخبرة الروحية للتعافي من الإدمان. ويعتُقد أنه من خلال الخبرة الروحية يمكن للفرد أن يتبنى وجهة نظر مختلفة ويفعل ما كان مستحيلا فَي السابق؛ أي تغيير نمط حياته بالكامل بحيث لم يعد تعاطي المخدرات جزءاً من الحياة اليومية (Magaletta & Leukefeld, 2011).

لقد وجد أن توجهات الإثنتى عشر خطوة فعالة بالنسبة لأعضاء المجتمع الذين يحضرون الاجتماعات بانتظام ويلتزمون بالخطوات الاثنتي عشرة. أشار دونوفان وزملاؤه Donovan et al. (2013) أن ما يقرب من33% من الأفراد الذين شاركوا في برامج الاثنتي عشرة خطوة التابعة لمدمني الكحول المجهولين أو المدمنين المجهولين أو المدمنين على الكحول ظلوا ممتنعين عن التعاطي لمدة تتراوح بين سنة وخمس سنوات. وكان الأفراد الذين شاركوا في مزيد من الاجتماعات والذين شاركوا بشكل أكثر تكراراً فيالاجتماعات التي حضروها أكثر عرضة للامتناع عن التعاطي من أولئك الذين حضروا الاجتماعات بشكلغير متكرر، أو الذين حضروا الاجتماعات، لكنهم لم يشاركوا فيها بنشاط.

في إطار نظام السجون، قد يتم تنفيذ توجه الخطوات الاثنتي عشرة كبرامج مكثفة، تستمر ما بين 10 إلى 12 أسبوعاً (Bullock, 2003). قام عدد قليل من الباحثين بفحص فعالية

هذه الأساليب في السجون، ومع ذلك، فإن الأدلة العلمية القليلة المتوفرة تشير إلى نتائج مختلطة. حيث وجد بعض الباحثين أن الأفراد الذين خضعوا لهذه البرامج أظهروا انخفاضاً في تعاطي المخدرات والجرائم عند إطلاق سراحهم (Fiorentine, 1999; Martin et al., 2003)، في حين وجد آخرون أن توجهات الخطوات الاثنتي عشرة أقل فعالية من توجهات العلاج الأخرى في الحد من تعاطي المخدرات والعودة إلى الإدمان (Bahr et al., 2012; Carroll, Easton, et al., 2006; Zanis et al., 2003).

أحد القيود الرئيسية لبرامج الاثنتي عشرة خطوة هو توجهها الموحد في العلاج (McKay, 2009)، ويفترض أن جميع الأفراد مستعدون وراغبون في التغيير، وأن الذين ليسوا مستعدين يمكن مواجهتهم وإقناعهم بالتغيير. تظهر الأبحاث أن عدم الرغبة في التغيير يقلل من فعالية توجهات الاثنتي عشرة خطوة (Donovan et al., 2013; Martin et al., 2003) بالإضافة إلى ذلك، فإن أولئك الذين لا يرتبطون بالجوانب الدينية أو الفلسفية لتوجهات الخطوات الاثنتي عشرة يجدون صعوبة أكبر في التعامل مع العلاج ويكون نجاحهم في إكمال البرنامج أقل (McKay, 2009) . توجد قيود محددة في استخدام مناهج الاثنتي عشرة خطوة مع الشباب، الذين لديهم معدلات غياب أعلى من المشاركين الراشدين، ربما لأنهم غير قادرين على التعامل مع صراعات الراشدين، وعدم اكتمال نمو المخ، والملل، وصعوبة الامتناع تماماً عن الكحول أو المخدرات (Donovan et al., 2013). وأخيراً، أدى ارتفاع معدل التسرب من مناهج الاثنتيعشرة خطوة إلى الحد من الأبحاث في هذا المجال، مما ساهم في تحيز الاختيار (Bahr et al., 2012).

وعلى الرغم من هذه القيود، فإن انتشار واستمرار توجهات الاثنتي عشرة خطوة يشير إلى مستوى من النجاح. فبالنسبة للمجرمين المسجونين، فإن مكون الخبرة في توجهات الاثنتي عشرة خطوة، حيث يراجع الأفراد أنفسهم وسلوكهم بالكامل ، لديه القدرة على معالجة خيارات نمط الحياة المشكلة، بما في ذلك عوامل الخطر الإجرامية (Magaletta & Leukefeld, 2011). هناك حاجة لمزيد من البحث في هذا المجال لربط توجه الخطوات الاثنتي عشرة بنظريات المخاطر والحاجة الإجرامية.

**ملخص العلاج**

يبدو أن العلاج المعرفي السلوكي، والمجتمعات العلاجية، والمقابلات التحفيزية، وتوجهات الخطوات الاثنتي عشرة، والعلاج البديل للأفيون يمكن أن يساعد بشكل فعال في الحد من تعاطيالمخدرات، والعنف المؤسسي، والعودة إلى الجريمة بين المسجونين.

قد تكون الطريقة الأكثر فعالية هي الجمع بين أنواع العلاج، تليها الحفاظ على الجلسات المجتمعية بعد الإفراج عن المحتجزين (e.g., Bahr et al., 2012; McHugh et al., 2010; McLellan et al., 1996) على سبيل المثال، في دراسة واسعة النطاق، أجراها دوهيرتي وآخرون(2014) .Doherty et al أظهرت النتائج أن المجرمين المسجونين الذين أكملوا برنامج تعاطي المواد على أساس النظرية المعرفية الاجتماعية، وعلاج منع الانتكاس، والعلاج السلوكي المعرفي أظهروا انخفاضاً في سوء السلوك المؤسسي والعودة إلى الإجرام. ومن المثير للاهتمام أن الرعاية اللاحقة المجتمعية بعد الإفراج كانت عنصراً رئيسياً في الحد من العودة إلى الإجرام للمجرمين في هذه الدراسة: عندما تم الأخذ في الاعتبار المشاركة في الرعاية المجتمعية اللاحقة ونوع الإفراج، أصبح الارتباط بين المشاركة في البرنامج والعودة إلى الإجرام غير دال احصائيا. كان المجرمون الذين لم يشاركوا في الرعاية اللاحقة المجتمعية أكثر عرضة بنسبة 45٪ للعودة إلى الحجز.

**الآثار المستقبلية**

إنعلاج تعاطي المخدرات في السجون يهدف في المقام الأول إلى الحد من العودة إلى الجريمة. ويبدو من الواضح أن تحقيق هذا الهدف يتطلب من هذه البرامج أن تفعل أكثر من مجرد معالجة تعاطيالمخدرات أو الإدمان عليها؛ إذ يتعين على برامج علاج تعاطي المخدرات الفعالّة أن تعالج العديد من العوامل المتفاعلة التي تعمل مع تعاطي المخدرات المشكل للمساهمة في الجريمة. وينبغيأن تستمر البحوث المستقبلية في تقييم هذه العوامل حتى يتمكن مقدمو العلاج وأولئك الذينيطورون البرامج من معرفة العوامل التي يتعين معالجتها.

ويبدوأن البرامج الأكثر فعالية هي تلك التي تجمع بين فنيات التدخل والتوجهات النظرية لعلاج الإدمان، فضلا عَن زيادة استعداد العلاج ومعالجة العوامل الإجرامية (e.g., Bahr et al., 2012). على الرغم من أن بعض الولايات القضائية قد نفذت مثل هذه البرامج بنجاح (e.g., Doherty et al., 2014) ، كافحت ولايات قضائية أخرى لتلبية احتياجات المجرمين الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المواد (e.g., Taxman, Perdoni, & Caudy, 2013) يوصى بأن يقوم مديرو المؤسسات الإصلاحية بتوسيع ممارسات علاج تعاطي المخدرات من خلال تنفيذ برامج تتناسب مع مخاطر الجاني واحتياجاته (Taxman et al., 2013).

وبما أنه يبدو أن البرامج الأكثر فعالية هي تلك التي تعالج مجموعة متنوعة من العوامل المشكلة، فقد طورت بعض الولايات القضائية نماذج برامج متكاملة لتلبية الاحتياجات الإجرامية المختلفة (Motiuk, 2016). إن وجود برنامج واحد يحل محل برامج متعددة (على سبيل المثال، مهارات الحياة، والوقاية من العنف، وإساءة استخدام المواد، وما إلى ذلك) من شأنه أن يعزز إدارة وكفاءة البرامج الإصلاحية، فضلا عَن السماح بقدرة أكبر للمجرمين على الوصول إلى البرامج ذات الصلة واستكمالها (Motiuk & Vuong, 2016). وقد توصلت الأبحاث الأولية حول هذه البرامج إلى نتائج متباينة. ففي حين تشير بعض الأبحاث إلى أن المجرمين الذين يكملون برنامجاً متكاملًا أقل عرضة للعودة إلى الجريمة من المجرمين الذين يكملون برامج أخرى (Motiuk, 2016; Motiuk & Vuong, 2016) ، وكانت الأبحاث الأخرى أقل حسماً (Correctional Service Canada [CSC], 2013) قبل تقديم التوصيات بشأن تنفيذ البرامج التي تستهدف الاحتياجات الإجرامية المتعددة، ينبغي إجراء المزيد من الأبحاث فيما يتعلق بفعالية مثل هذه البرامج.

يفشل جزء كبير من المجرمين المسجلين في برنامج علاج تعاطي المخدرات في إكماله، وهو ما يرتبط بزيادة العودة إلى الجريمة (e.g., Doherty et al., 2014; McMurran & Theodosi, 2007; Richer, Lemelin, & Ternes, 2014). والمثير للاهتمام أن

إجبار المجرمين على العلاج يحسن معدلات إكماله، مما يقلل من تعاطيالمخدرات والعودة إلى الجريمة (e.g., Coviello et al., 2013; McSweeney, Stevens, Hunt, & Turnbill, 2007; Perron & Bright, 2008). ينبغي لمسؤولي المؤسسات الإصلاحية أن يضعوا في اعتبارهم أن العلاج الإلزامي قد يؤدي إلى تحسين الالتزام بالعلاج.

**التكنولوجيا والابتكار**

يعد إدخال التقييمات المحوسبة أحد أكثر التطورات التكنولوجية تأثيراً في إدارة المجرمين المسجونين الذين يستخدمون المواد المخدرة. ورغم أنها ليست جديدة بالضرورة (على سبيل المثال،كانت CSC تستخدم التقييمات المحوسبة منذ أواخر الثمانينيات وأوائل التسعينات، يعد استخدام التقييمات المحوسبة فعالا وًكفؤًا. على سبيل المثال، تستخدم CSC التقييم المحوسب لإساءة استخدام المواد Computerized Assessment of Substance Abuse (CASA) كجزء من تقييمها لقبول المجرمين لتحديد تعاطي المواد بين المجرمين الكنديين (Kunic, 2006; Kunic & Grant, 2006). بالإضافة إلى المقاييس الموحدة لتقييم تعاطي المواد (i.e., ADS, Skinner & Horn, 1984; DAST, Skinner, 1982) ، فهو يقيم العوامل الأخرى ذات الصلة بفهم تعاطي المواد بين المجرمين، مثل العلاقة بين تعاطي المواد والجرائم، وتعاطي المخدرات عن طريق الحقن، وتعاطي المخدرات المرتبط بالأسرة، وتاريخ علاج تعاطي المواد. أثناء إكمال التقييم عبر الإنترنت، يكتشفCASA التناقضات الرئيسية بين الإجابات ومكان حدوثها، ويمنح المجرم فرصة لتصحيح التناقض من خلال الإشارة إليه. كما يمنح الأفراد الذين يعانون من صعوبات في القراءة خياراً صوتياً لمساعدتهم في إكمال التقييم. في نهاية التقرير، يتم إنشاء درجات الملخص ومستوى الشدة والعلاج الموصى به تلقائيا (Kunic & Grant, 2006). تم استخدام CASA لمطابقة شدة العلاج مع احتياجات العلاج بشكل فعال (e.g., Doherty et al., 2014; Ternes et al., 2014) ، وكذلك لتنميط المجرمين الذين يستخدمون المواد (e.g., Cheverie, MacSwain, et al., 2014; Farrell MacDonald et al., 2015). على الرغم من أن استخدام CASA يقتصر حالياً على كندا، فقد نظر

باحثون من ولايات قضائية أخرى أيضاً في التقييمات المحوسبة لتعاطي المواد، ووجدوا أنها سهلة الاستخدام وفعالة (e.g., King et al., 2017; Spear, Shedlin, Gilberti, Fiellin, & McNeely, 2016: Wolff & Shi, 2015) .

فيحين أن ممارسات التقييم المحوسبة موجودة منذ فترة، فإن ممارسات العلاج المحوسبة جديدة نسبياً. تشير الأبحاث الحديثة إلى أن التدخلات المحوسبة قد تكون بنفس فعالية التدخلات الشخصية في معالجة تعاطي المواد (Chaple et al., 2014; Schwartz et al., 2014). بالإضافة إلى ذلك، وجدت عديد من الدراسات أن الجمع بين العلاج البديل والعلاج السلوكي المعرفي المقدم عبر الكمبيوتر كان أكثر فعالية في تقليل تعاطيالمواد المخدرة مقارنة بالعلاج البديل وحده في عينات المجتمع من الأفراد المعتمدين على المخدرات (Carroll et al., 2014; Christensen et al., 2014; 60 M. Ternes et al. Kiluk et al., 2017) وعلى الرغم من أن هذه النتائج أولية وتتطلب مزيداً من التحقق، فإن هذاالابتكار قد يكون واعداً لمستقبل تقديم العلاج بين نزلاء المؤسسات الإصلاحية، وخاصة فيما يتعلق بالحفاظ المجتمي.

**الخاتمة**

تعاطي المواد المخدرة منتشر على نطاق واسع، خاصة في المؤسسات الإصلاحية، حيث يعاني معظم المجرمين المسجونين من اضطرابات تعاطي المواد المخدرة. وفي حين تم تطوير عديد من النظريات لتفسير تعاطي المواد المخدرة بشكل مشكل، إلا أن أيا مَنها لا يفسر تعاطي المواد المخدرة أو الإدمان بشكل كامل بمفرده. ويبدو أن أفضل النظريات لتفسير تعاطي المواد المخدرة هي تلك التي تجمع بين النظريات البيولوجية والنفسية. ولأن الأمر يتطلب مجموعة من النظريات لتفسير تعاطي المواد المخدرة على أفضل وجه، فمن البديهي أن التدخلات الأكثر فعالية هي تلك التي تعتمد على مجموعة متنوعة من النظريات لمعالجة تعاطيالمواد المخدرة، فضلا عَن العوامل التي تتفاعل مع تعاطي المواد المخدرة للمساهمة فيالسلوك الإجرامي. وقد كان هناك بالفعل وفرة من الأبحاث حول تعاطي المواد المخدرة بشكل مشكل بين المجرمين. وبما أن القضايا من المرجح أن تستمر، فمن المؤكد

أن الأبحاث ستستمر أيضاً، مما يؤدي إلى تحسين أساليب العلاج والتقييم لتقليل تعاطي المواد المخدرة والسلوك الإجرامي.

## References

Alcoholics Anonymous. (2017). Estimates of AA groups and members [on-line]. Retrieved February 11, 2018, from https://www.aa.org/assets/en_US/smf-53_en.pdf

Allen, J. & Columbus, M. (1995). Assessing alcohol problems: A guide for clinicians and researchers. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Treatment Handbook Series 4. Bethesda, MD: National Institutes of Health.

Almarri, T., Oei, T. & Amir, T. (2009). Validation of the Alcohol Use Identification Test in a prison sample living in the Arabian Gulf region. Substance Use & Misuse, 44(14), 2001–2013.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). Rehabilitating criminal justice policy and practice. Psychology, Public Policy, and Law, 16, 39–55. Andrews, D. A., Bonta, J., & Wormith, J. S. (2011). The Risk-Need-Responsivity (RNR) model: Does adding the Good Lives Model contribute to effective crime prevention? Criminal Justice and Behavior, 38(7), 735–755.

Babor, T. F., de la Fuente, J. R., Saunders, J., & Grant, M. (1992). AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for

use in primary health care. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Bahr, S. J., Masters, A. L., & Taylor, B. M. (2012). What works in substance abuse treatment pro grams for offenders? The Prison Journal, 92(2), 155–174.

Baltieri, D. A. (2014). Predictors of drug use in prison among women convicted of violent crimes. Criminal Behaviour and Mental Health, 24, 113–128.

Bandura, A. (1971). Social learning theory. New York, NY: General Learning Press. Baumeister, R. F., Heatherton, T. F., & Tice, D. M. (1994). Losing control: How and why people fail at self-regulation. San Diego, CA: Academic Press

Belding, M., Iguchi, M., & Lamb, R. (1997). Stages and processes of change as predictors of drug use among methadone maintenance patients. Experimental and Clinical Psychology, 5, 65–73.

Boland, F. J., Henderson, K., & Baker, J. (1998). Case needs review: Substance abuse domain (R-76). Ottawa, ON: Correctional Service Canada.

Bonta, J., & Andrews, D. A. (2017). The psychology of criminal conduct (6th ed.). New York, NY: Routledge.

Breteler, M. H., Van den Hurk, A. A., Schippers, G. M., & Meerkerk, G. J. (1996). Enrollment in a drug-free detention program: The prediction of successful behavior change of drug-using inmates. Addictive Behavior, 21(5), 665–669.

Brocato, J., & Wagner, E. F. (2008). Predictors of retention in an alternative-to-prison substance abuse treatment program. Criminal Justice and Behavior, 35(1), 99–119.

Bullock, T. (2003). Key findings from the literature on the effectiveness of drug treatment in prison. In M. Ramsay (Ed.), Prisoners' drug use and treatment: Seven research studies (pp. 71–91). London, UK: Home Office.

Carey, K. B., Purnine, D. M., Maisto, S. A., & Carey, M. P. (1999). Assessing readiness to change substance abuse: A critical review of instruments. Clinical Psychology: Science and Practice, 6, 245–266.

Carney, M. M., & Kivlahan, D. R. (1995). Motivational subtypes among veterans seeking sub stance abuse treatment: Profiles based on stages of change. Psychology of Addictive Behaviors, 9(2), 135–142.

Carroll, K. M., Ball, S. A., Nich, C., Martino, S., Frankforter, T. L., Farentinos, C., … Woody, G. E. (2006). Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: A multisite effectiveness study. Drug and Alcohol Dependence, 81, 301–312.

Carroll, K. M., Easton, C. J., Nich, C., Hunkele, K. A., Neavins, T. M., Sinha, R., … Rounsaville, B. J. (2006). The use of contingency management an motivational/skills-building therapy to treat young adults with marijuana dependence. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74(5), 955–966.

Carroll, K. M., Kiluk, B. D., Nich, C., Gordon, M. A., Portney, G. A., Marino, D. R., & Ball, S. A. (2014). Computer-assisted delivery of Cognitive-Behavioral Therapy: Efficacy and durabil ity of CBT4CBT among cocaine-dependent individuals maintained on methadone. American Journal of Psychiatry, 171(4), 436–444.

Carroll, K. M., Martino, S., Ball, S. A., Nich, C., Frankforter, T., Anez, L. M., … Farentinos, C. (2009). A multisite randomized trial of motivational enhancement therapy for Spanish- speaking substance users. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77(5), 993–999.

Casares-López, M. J., González-Menéndez, A., Festinger, D. S., Fernández-Garcia, P., Fernández- Hermida, J. R., Secades, R., & Matejkowski, J. (2013). Predictors of retention in a drug-free unit/substance abuse treatment in prison. International Journal of Law & Psychiatry, 36(3/4), 264–272.

Caudy, M. S., Folk, J. B., Stuewig, J. B., Wooditch, A., Martinez, A., Maass, S., … Taxman, F. S. (2015). Does substance misuse moderate the relationship between criminal thinking and recidi vism? Journal of Criminal Justice, 43, 12–19.

Center for Substance Abuse Treatment. (1999). Treatment of adolescents with substance use dis orders. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US).

Chaple, M., Sacks, S., McKendrick, K., Marsch, L. A., Belenko, S., Leukefeld, C., … French, M. (2014). Feasibility of a computerized intervention for offenders with substance use disorders: A research note. Journal of Experimental Criminology, 10(1), 105–127.

Cheverie, M., MacSwain, M., Farrell MacDonald, S., & Johnson, S. (2014). Institutional adjust ment of methadone maintenance treatment program (MMTP) participants (R-323). Ottawa, ON: Correctional Service of Canada.

Cheverie, M., Ternes, M, & Farrell MacDonald, S. (2014). Characteristics, institutional adjust ment and post-release success of drug and drug users (R-299). Ottawa, ON: Correctional Service of Canada.

Christensen, D., Landes, R., Jackson, L., Marsch, L., Mancino, MJ., Chopra, M. & Bickel, W. (2014). Adding an Internet-delivered treatment to an efficacious treatment pack age for opioid dependence. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82(6), 964–972.

Connors, G. J., DiClemente, C. C., Velasquez, M. M., & Donovan, D. M. (2015). Substance abuse treatment and the stages of change (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.

Correctional Service Canada. (1990). Assessing offender substance-abuse problems at recep tion: Preliminary findings from the computerized lifestyle assessment instrument. Forum on Corrections Research, 2, 11–14.

Correctional Service Canada. (2013). A study of the efficiency and effectiveness of the Integrated Correctional Program Model (ICPM).

Ottawa, ON: Author. Coulton, S., Newbury-Birch, D., Cassidy, P., Dale, V., Deluca, P., Gilvarry, E., … Drummond, C. (2012). Screening for alcohol use in criminal justice settings: An exploratory study. Alcohol and Alcoholism, 47(4), 423–427.

Coviello, D. M., Zanis, D. A., Wesnoski, S. A., Palman, N., Gur, A., Lynch, K. G., & McKay, J. R. (2013). Does mandating offenders to treatment improve completions rates? Journal of Substance Abuse Treatment, 44, 417–425.

D'Sylva, F., Graffam, J., Hardcastle, L., & Shinkfield, A. J. (2012). Analysis of the stages of change model of drug and alcohol treatment readiness among prisoners. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 56(2), 265–280.

DiClemente, C., Prochaska, J., Fairhurst, S., Velicer, W., Valesquez, M. & Rossi, J. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contem plation, and preparation stages of change. Journal of Consulting Clinical Psychology, 59(2), 295–304.

Doherty, S., Ternes, M., & Matheson, F.I. (2014). An examination of the effectiveness of the National Substance Abuse Program High Intensity (NSAP-H) on Institutional Adjustment and Post-Release Outcomes (R-290). Ottawa, ON: Correctional Service of Canada.

Donovan, D. M., Ingalsbe, M. H., Benbow, J., & Daley, D. C. (2013). 12-Step interventions and mutual support programs for substance use disorders: An overview. Social Work in Public Health, 28(3–4), 313–332.

Durbeej, N., Berman, A. H., Gumpert, C. H., Palmstierna, T., Kristiansson, M., & Alm, C. (2010). Validation of the Alcohol Use Disorders Identification Test and the Drug Use Disorders Identification Test in a Swedish sample of suspected offenders with signs of mental health

problems: Results from the Mental Disorder, Substance Abuse and Crime study. Journal of Substance Abuse Treatment, 39(4), 364–377.

Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, S. L., Leyro, T. M., Powers, M. B., & Otto, M. W. (2008). A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. American Journal of Psychiatry, 165(2), 179–187.

Epstein, D. H., Schmittner, J., Umbricht, A., Schroeder, J. R., Moolchan, E. T., & Preston, K. L. (2009). Promoting abstinence from cocaine and heroin with a methadone dose increase and a novel contingency. Drug and Alcohol Dependence, 101, 92–100.

Etter, J., & Sutton, S. (2002). Assessing ‘stage of change’ in current and former smokers. Addiction, 97(9), 1171–1182.

Farrell MacDonald, S. (2014). Severity of substance use, discretionary release, and return to fed eral custody (RS-14-19). Ottawa, ON: Correctional Service Canada.

Farrell MacDonald, S., Gobeil, R., Biro, S., Ritchie, M. & Curno, J. (2015). Women offend ers, substance use, and behaviour (R-358). Ottawa, ON: Correctional Service of Canada.

Fazel, S., Bains, P., & Doll, H. (2006). Substance abuse and dependence in prisoners: A systematic review. Addiction, 101, 181–191.

Fiorentine, R. (2009). After drug treatment: Are 12-Step programs effective in maintaining absti nence?. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 25(1), 93–116.

First, M. B., Williams, J. B. W., Karg, R. S., & Spitzer, R. L. (2015). Structured Clinical Interview for DSM-5—Research Version (SCID-5 for DSM-5, Research Version; SCID-5-RV). Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Galassi, A., Mpofu, E., & Athanasou, J. (2015). Therapeutic community treatment of an inmate population with substance use disorders: Post-release trends in re-arrest, re-incarceration, and drug misuse relapse. International Journal of Environmental Research and Public Health, 12, 7059–7072.

Gendreau, P., French, S., & Taylor, A. (2002). What works (what doesn't) revised 2002: The principles of effective correctional treatment. Unpublished manuscript, University of New Brunswick, Saint John, New Brunswick, Canada.

Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Piasecki, M. M., & Webber, E. J. (2004). The forensic assess ment of substance abuse. In W. O'Donohue & E. Levensky (Eds.), Handbook of forensic psy chology (pp. 315–345). New York, NY: Elsevier Academic Press.

Goldstein, P. J. (1985). The drugs/violence nexus: A tripartite conceptual framework. Journal of Drug Issues, 15, 493–506.

Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W., & Strang, J. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): Psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. Addiction, 90(5), 607–614.

Grant, B. F., Goldstein, R. B., Smith, S. M., Jung, J., Zhang, H., Chou, S. P., … Hasin, D. S. (2015). The Alcohol Use Disorder and Associated

Disabilities Interview Schedule-5 (AUDADIS-5): Reliability of substance use and psychiatric disorder modules in a general population sample. Drug and Alcohol Dependence, 148, 27–33.

Gueta, K., & Chen, G. (2015). "I wanted to rebel, but there they hit me even harder": Discourse analysis of Israeli women offenders' accounts of their pathways to substance abuse and crime. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 60(7), 787–807.

Håkansson, A., & Berglund, M. (2012). Risk factors for criminal recidivism—A prospective fol low- up study in prisoners with substance abuse. Bio Med Central Psychiatry, 12, 111.

Harper, R., & Hardy, S. (2000). An evaluation of motivational interviewing as a method of intervention with clients in a probation setting. British Journal of Social Work, 30, 393–400.

Hasin, D., Carpenter, K. M., McCloud, S., Smith, M., & Grant, B. F. (1997). The alcohol use disor der and associated disabilities interview schedule (AUDADIS): Reliability of alcohol and drug modules in a clinical sample. Drug and Alcohol Dependence, 44, 133–141.

Hasin, D. S., Greenstein, E., Aivadyan, C., Stohl, M., Aharonovich, E., Saha, T., … Grant, B. F. (2015). The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-5 (AUDADIS-5): Procedural validity of substance use disorders modules through clinical reappraisal in a general population sample. Drug and Alcohol Dependence, 148, 40–46.

Hiller, M. L., Knight, K., Saum, C. A., & Simpson, D. D. (2006). Social functioning, treatment dropout, and recidivism of probationers mandated to a modified therapeutic community. Criminal Justice and Behaviour, 33(6), 739–759.

Hiller, M. L., Knight, K., & Simpson, D. D. (1999). Prison-based substance abuse treatment, resi dential aftercare and recidivism. Addiction, 94(6), 833–842.

Hinckers, A. S., Laucht, M., Schmidt, M. H., Mann, K. F., Schuman, G., Schuckit, M. A., & Heinz, A. (2006). Low level of response to alcohol as associated with serotonin transporter genotype and high alcohol intake in adolescents. Biological Psychiatry, 60, 282–287.

Hopley, A. & Brunelle, C. (2016). Substance use in incarcerated male offenders: Predictive validity of a personality typology of substance misusers. Addictive Behaviors, 53, 86–93.

Houser, K., Belenko, S. & Brennan, P. (2012). The effects of mental health and substance abuse disorders on institutional misconduct among female inmates. Justice Quarterly, 29, 799–828.

Inciardi, J. A., Martin, S. S., & Butzin, C. A. (2004). Five-year outcomes of therapeutic commu nity treatment of drug-involved offenders after release from prison. Crime & Delinquency, 50, 88–107. Isenhart, C. E. (1994). Motivational subtypes in an inpatient sample of substance abusers. Addictive Behaviors, 19, 463–475.

Johnson, S. (2001). Impact of institutional methadone maintenance treatment on release outcome. Forum on Corrections Research Focusing on Alcohol and Drugs, 13(3), 51–53.

Johnson, S., van de Ven, J. & Grant, B. (2001). Institutional methadone maintenance treatment: Impact on release outcome and institutional behaviour (R-119). Ottawa, ON: Correctional Service of Canada.

Jolley, J. & Kerbs, J. (2010). Risk, need, and responsivity: Unrealized potential for the international delivery of substance abuse treatment in prison. International Criminal Justice Review, 20(3), 280–301.

Jurk, S., Kuitunen-Paul, S., Kroemer, N. B., Artiges, E., Banaschewski, T., Bokde, A. L. W., … Smolka, M. N. (2015). Personality and substance use: Psychometric evaluation and valida tion of the Substance Use Risk Profile Scale (SURPS) in English, Irish, French, and German Adolescents. Alcoholism: Clinical & Experimental Research, 39(11), 2234–2248.

Kastelic, A., Pont, J., & Stöver, H. (2009). Opioid substitution treatment in custodial settings: A practical guide. Oldenburg, Germany: BIS-Verlag.

Kavanagh, D. J., Young, R., White, A., Saunders, J. B., Wallis, J., Shockley, N., … Clair, A. (2004). A brief motivational intervention for substance misuse in recent-onset psychosis. Drug and Alcohol Review, 23, 151–155.

Kelley, M. L., & Fals-Stewart, W. (2004). Psychiatric disorders of children living with drug- abusing, alcohol-abusing, and non-substance-abusing fathers. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 43, 621–628.

Kelly, L., & Farrell MacDonald, S. (2015a). Comparing lifetime substance use patterns of men and women offenders (RIB 14-44). Ottawa, ON: Correctional Service Canada.

Kelly, L., & Farrell MacDonald, S. (2015b). Lifetime substance use patterns of men offenders (RIB 14-43). Ottawa, ON: Correctional Service Canada.

Kendler, K. S., Neale, M. C., Heath, A. C., Kessler, R. C., & Eaves, L. J. (1994). A twin-family study of alcoholism in women. American Journal of Psychiatry, 151, 707–715.

Kiluk, B. D., DeVito, E. E., Buck, M. B., Hunkele, K., Nich, C., & Carroll, K. M. (2017). Effect of computerized cognitive behavioral therapy on acquisition of coping skills among cocaine- dependent individuals enrolled in methadone maintenance. Journal of Substance Abuse Treatment, 82, 87–92.

King, C. M., Heilbrun, K., Kim, N. Y., McWilliams, K., Phillips, S., Barbera, J., & Fretz, R. (2017). Tablet computers and forensic and correctional psychological assessment: A random ized controlled study. Law and Human Behavior, 41(5), 468–477.

Kinlock, T. W., Gordon, M. S., Schwartz, R. P., & O'Grady, K. E. (2008). A study of metha done maintenance for male prisoners: 3-month postrelease outcomes. Criminal Justice and Behavior, 35(1), 34–47.

Kinyanjui, D. W. C., & Atwoli, L. (2013). Substance use among inmates at the Eldoret prison in Western Kenya. BMC Psychiatry, 13, 53.

Ko, N., Hsu, S., Chen, C., Tsai, C., Chu, P., Huang, C., & Yen, C. (2009). A pilot study of HIV education on readiness to change on substance use,

AIDS knowledge, self-efficacy for risk reduction among male drug-dependent inmates. Substance Use & Misuse, 44, 322–331.

Koob, G. F., & Le Moal, M. (2001). Drug addiction, dysregulation of reward, and allostasis. Neuropsychopharmacology, 24(2), 97–129.

Kunic, D. (2006). The Computerized Assessment of Substance Abuse (CASA). Forum on Corrections Research, 18(1), 19–23.

Kunic, D., & Grant, B. A. (2006). The Computerized Assessment of Substance Abuse (CASA): Results from the demonstration project (R-173). Ottawa, ON: Correctional Service Canada.

Kunic, D., & Varis, D. D. (2009). The Aboriginal Offender Substance Abuse Program (AOSAP): Examining the effects of successful completion on post-release outcomes (R-217). Ottawa, ON: Correctional Service of Canada.

Lander, L., Howsare, J., & Byrne, M. (2013). The impact of substance use disorders on families and children: From theory to practice. Social Work in Public Health, 28, 194–205.

Larabie, L. (2005). To what extent do smokers plan quit attempts? Tobacco Control, 14, 425–428.

Leonhard, C., Mulvey, K., Gastfriend, D. & Schwartz, M. (2000). The Addiction Severity Index: A field study of internal consistency and validity. Journal of Substance Abuse, 18, 129–135.

Lewis, M. (2015). The biology of desire: Why addiction is not a disease. Toronto, ON: Doubleday Canada.

Lowenkamp, C. T., & Latessa, E. J. (2004). Understanding the risk principle: How and why cor rectional interventions can harm low-risk offenders. Topics in Community Corrections, 3–8.

MacCoun, R., Kilmer, B., & Reuter, P. (2003). Research on drugs-crime linkages: The next gen eration. NIJ Special Report: Toward a drug and crime research agenda for the 21st century. Washington, DC: National Institute of Justice.

MacKenzie, D. L., & Hickman, L. J. (2000). The effectiveness of community-based programs for chemically dependent offenders: A review and assessment of the research. Journal of Substance Abuse Treatment, 19, 383–393.

MacPherson, P. (2004). Use of random urinalysis to deter drug use in prison: A review of the issues (R-149). Ottawa, ON: Correctional Service Canada.

MacSwain, M., Cheverie, M., Farrell MacDonald, S., & Johnson, S. (2014). Characteristics of women participants in the Methadone Maintenance Treatment Program (MMTP). Research Report R307. Ottawa, ON: Correctional Service of Canada.

Magaletta, P. R., & Leukefeld, C. (2011). Self-help. In C. Leukefeld, T. P. Gullotta, & J. Gregrich (Eds.), Handbook of evidence-based substance abuse treatment in criminal justice settings (pp. 245–257). New York, NY: Springer.

Magill, M., & Ray, L. A. (2009). Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: A meta-analysis of randomized control trials. Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 70, 516–527.

Makarios, M., Sperber, K. G., & Latessa, E. J. (2014). Treatment dosage and the risk principle: A refinement and extension. Journal of Offender Rehabilitation, 53(5), 334–350.

Mann, R. E., Webster, S. D., Schofield, C., & Marshall, W. L. (2004). Approach versus avoidance goals in relapse prevention with sexual offenders. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 16, 65–76.

Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). Relapse prevention: Maintenance strategies in the treat ment of addictive behaviors. New York, NY: Guilford. Marshall, W. L., Fernandez, Y. M., Serran, G. A., Mulloy, R., Thornton, D., Mann, R. E., & Anderson, D. (2003). Process variables in the treatment of sexual offenders: A review of the relevant literature. Aggression and Violent Behavior, 8(2), 205–234.

Martin, C., Player, E., & Liriano, S. (2003). Results of evaluations of the RAPt drug treatment programme. In M. Ramsay (Ed.), Prisoners' drug use and treatment: Seven research studies. London, UK: Home Office.

Matthews, H. A., Feagans, D., & Kohl, R. (2015). Massachusetts Department of Correction three-year recidivism study: A descriptive analysis of the January–July 2011 releases and correctional recovery academy participation. Concord, MA: Massachusetts Department of Correction Strategic Planning & Research.

McCambridge, J., & Strang, J. (2004). The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and

perceptions of drug-related risk and harm among young people: Results from a multi-site cluster randomized trial. Addiction, 99, 39–52.

McConnaughy, E. A., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 20, 368–375.

McDonell, M. G., Graves, M. C., West, I. I., Ries, R. K., Donovan, D. M., Bumgardner, K., … Roy-Byrne, P. (2016). Utility of point of care urine drug tests in the treatment of primary care patients with drug use disorders. Journal of Addiction Medicine, 10(3), 196–201.

McHugh, R. K., Hearon, B. A., & Otto, M. W. (2010). Cognitive-behavioral therapy for substance use disorders. Psychiatric Clinics of North America, 33(3), 511–525.

McKay, J. R. (2009). Treating substance use disorders with adaptive continuing care. Washington, DC: American Psychological Association. McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., & Peters, R. (1992). The fifth edition of the Addiction Severity Index. Journal of Substance Abuse Treatment, 9, 199–213.

McLellan, A. T., Luborskey, L., Woody, G. E., & O'Brien, C. P. (1980). An improved diagnostic instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. Journal of Nervous and Mental Diseases, 168, 26–33.

McLellan, A. T., Woody, G. E., Metzger, D., McKay, J., Durell, J., Alterman, A. I., O'Brien, C. P., (1996). Evaluating the effectiveness of addiction treatments: Reasonable expectations, appro priate comparisons. The Milbank Quarterly, 74(1), 51

McMurran, M. (2007). What works in substance misuse treatments for offenders? Criminal Behaviour and Mental Health, 17, 225–233.

McMurran, M. (2009). Motivational interviewing with offenders: A systematic review. Legal and Criminological Psychology, 13, 83–100.

McMurran, M. (2012). Youth, alcohol, and aggression. In F. Losel, A. Bottoms, & D. P. Farrington (Eds.), Young adult offenders: Lost in transition? London, Taylor and Francis.

McMurran, M. (2013). Treatment for offenders in prison and in the community. In M. McMurran (Ed.), Alcohol-related violence: Prevention and treatment, Series in forensic clinical psychol ogy (pp. 205–225). Malden, MA: Wiley.

McMurran, M., & Theodosi, E. (2007). Is treatment non-completion associated with increased reconviction over no treatment? Psychology, Crime and Law, 13(4), 333–343.

MacSwain, M., Farrell MacDonald, S., & Cheverie, M. (2014). Post release outcomes of metha done maintenance treatment program participants: A comparative study. Research Report R322. Ottawa, ON: Correctional Service of Canada.

McSweeney, T., Stevens, A., Hunt, N., & Turnbill, 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, 470–490.

Memetovic, J., Ratner, P. A., Gotay, C., & Richardson, C. G. (2016). Examining the relationship between personality and affect-related

attributes and adolescents' intentions to try smoking using the Substance Use Risk Profile Scale. Addictive Behaviors, 56, 36–40.

Miles, H., Dutheil, L., Welsby, I., & Haider, D. (2007). 'Just Say No': A preliminary evaluation of a three-stage model of integrated treatment for substance use problems in conditions of medium security. The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology, 18(2), 141–159.

Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). Psychology of Addictive Behaviors, 10(2), 81–89.

Moeller, F., Schmitz, J., Steinberg, J., Green, C., Reist, C., Lai, L. Y., … Grabowski, J. (2007). Citalopram combined with behavioral therapy reduces cocaine use: A double blind, placebo controlled trial. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 33, 367–378.

Motiuk, L. (2016). Performance outcomes in the delivery of the Integrated Correctional Program Model (ICPM) to Federal Offenders (RIB-16-01). Ottawa, ON: Correctional Service Canada. Motiuk, L., & Vuong, B. (2016). Effectiveness of the Integrated Correctional Program Model (ICPM) for federal offenders identified as perpetrators of spousal assault (RIB-16-02). Ottawa, ON: Correctional Service Canada.

Mullins, P., Ternes, M., & Farrell MacDonald, S. (2013). Substance use on day of offence in a sample of male federal offenders (RS 13-01). Ottawa, ON: Correctional Service Canada.

National Institute on Drug Abuse. (2012). Principles of drug addiction treatment: A research- based guide (3rd ed.). Bethesda, MD: National Institutes of Health

Norman, L. B., & Ford, J. A. (2015). Adolescent ecstasy use: A test of social bonds and social learning theory. Deviant Behaviour, 36(7), 527–538.

Nutt, D. J., Lingford-Hughes, A., Erritzoe, D., & Stokes, P. R. (2015). The dopamine theory of addiction: 40 years of highs and lows. Nature Reviews, Neuroscience, 16(5), 305–312.

Oesterle, S., Hill, K. G., Hawkins, J. D., Guo, J., Catalano, R. F., & Abbott, R. D. (2004). Adolescent heavy episodic drinking trajectories and health in young adulthood. Journal of Studies on Alcohol, 65, 204–212.

Omiya, S., Kobori, O., Tomoto, A., Igarashi, Y., & Iyo, M. (2015). Personality and substance use in Japanese adolescents: The Japanese version of Substance Use Risk Profile Scale. Personality and Individual Differences, 76, 153–157.

Oviedo-Joekes, E., Brissette, S., Marsh, D. C., Lauzon, P., Guh, D., Anis, A., & Schechter, M. T. (2009). Diacetylmorphine versus methadone for the treatment of opioid addiction. The New England Journal of Medicine, 361(8), 777–786

Pelissier, B., Wallace, S., O'Neil, J. A., Gaes, G. G., Camp, S., Rhodes, W., & Saylor, W. (2001). Federal prison residential drug treatment reduces substance use and arrests after release. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 27(2), 315–337.

Pernanen, K., Cousineau, M.-M., Brochu, S., & Sun, F. (2002). Proportions of crimes associated with alcohol and other drugs in Canada. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse.

Perron, B. & Bright, C. (2008). The influence of legal coercion on dropout from substance abuse treatment: Results from a national survey. Drug and Alcohol Dependence, 92, 123–131.

Pihl, R. O. (2009). Substance abuse: Etiological considerations. In P. H. Blaney & T. Millon (Eds.), Oxford textbook of psychopathology (pp. 253–279). New York, NY: Oxford University Press.

Plourde, C., Dufour, N., Brochu, S., & Gendron, A. (2013). Medication use, substance use, and psychological conditions of female inmates in Canadian federal prisons. International Annals of Criminology, 51(1–2), 23–37.

Polaschek, D. L. L., Anstiss, B., & Wilson, M. (2010). The assessment of offending-related stage of change in offenders: Psychometric validation of the URICA with male prisoners. Psychology, Crime & Law, 16(4), 305–325.

Popova, S., Rehm, J., & Fischer, B. (2006). An overview of illegal opioid use and health services utilization in Canada. Public Health, 120, 320–328.

Prescott, C. A., Caldwell, C. B., Carey, G., Vogler, G. P., Trumbetta, S. L., & Gottesman, I. I. (2005). The Washington University twin study of alcoholism. American Journal of Medical Genetics Part B Neuropsychiatric Genetics, 134B, 45–55.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. Progress in Behavior Modification, 28, 183–218.

Prochaska, J. O., & Goldstein, M. (1991). The process of smoking cessation: Implications for clinicians. Clinics in Chest Medicine, 12(4), 727–735.

Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & DiClemente, C. C. (1994). Changing for good. New York, NY: Morrow. Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The Transtheoretical Model of health behavior change. American Journal of Health Promotion, 12, 38–48.

Rawson, R. A., Huber, A., McCann, M., Shoptaw, S., Farabee, D., Reiber, C., & Ling, W. (2002). A comparison of contingency management and cognitive behavioral approaches during metha done maintenance treatment for cocaine dependence. Archives of General Psychiatry, 59, 817–824.

Reed, D. N., Jr., Wolf, B., & Barber, K. R. (2005). The stages of change questionnaire as a predic tor of trauma patients most likely to decrease alcohol use. Journal of the American College of Surgeons, 200(2), 179–185.

Rehm, J., Baliunas, D., Brochu, S., Fischer, B., Gnam, W., Patra, J. … Taylor, B. In collaboration with Adlaf, E., Recel, M., & Single, E. (2006). The costs of Substance abuse in Canada 2002: Highlights. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse.

Richer, I., Lemelin, M., & Ternes, M. (2014). Distinguishing characteristics of substance abuse program completers and non-completers (R-326). Ottawa, ON: Correctional Service Canada.

Rogerson, B., Jacups, S. P., & Caltabiano, N. (2016). Cannabis use, dependence, and withdrawal in indigenous male inmates. Journal of Substance Use, 21(1), 65–71.

Rollnick, S., Heather, N., Gold, R., & Hall, W. (1992). Development of a short ‘readiness to change’ questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers. British Journal of Addiction, 87(5), 743–754.

Salamone, J., Correa, M., Mingote, S. & Weber, S. (2003). Nucleus accumbens dopamine and the regulation of effort in food-seeking behavior: Implications for studies of natural motivation, psychiatry, and drug abuse. Journal of Pharmacological Experimental Therapy, 305(1), 1–8.

Saliba, A., Moran, C. & Yoo, Y. (2014). The Substance Use Risk Profile Scale: Comparison of norms and outcomes for Australian and Korean adults. International Journal of Mental Health and Addiction, 12(12), 538–547

Schneider, S. (2013). Violence, organized crime, and illicit drug markets: A Canadian case study. Sociologia, 71, 125–143.

Schug, R. A., & Fradella, H. F. (2015). Mental illness and crime. Thousand Oaks, CA: Sage Publications. Schwartz, R. P., Gryczynski, J., Mitchell, S. G., Gonzales, A., Moseley, A., Peterson, T. R., … O’Grady, K. E. (2014). Computerized versus in-person brief intervention for drug misuse: A randomized clinical trial. Addiction, 109, 1091–1098.

Selzer, M. L. (1971). The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument. American Journal of Psychiatry, 127, 1653–1658.

Sewell, C. A., Hickling, F. W., Abel, W. D., Smith, S., Paisley, V., Martin, J., & Shaw, J. (2015). A comparison of substance abuse and mental illness in male offenders in Jamaica and England and Wales. WIMJ Open, 2(1), 36–40.

Shankman, S. A., Funkhouser, C. J., Klein, D. N., Davila, J., Lerner, D., & Hee, D. (2017). Reliability and validity of severity dimensions of psychopathology assessed using the Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID). International Journal of Methods in Psychiatric Research. https://doi.org/10.1002/mpr.1590

Sinha, R., & Easton, C. (1999). Substance abuse and criminality. The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 27, 513–526.

Skinner, H. A. (1982). The Drug Abuse Screening Test. Addictive Behaviours, 7, 363–371. Skinner, H. A., & Horn, J. L. (1984). Alcohol Dependence Scale (ADS): User's guide. Toronto, ON: Addiction Research Foundation.

Skog, O. (2000). Addicts' choice. Addiction, 95(9), 1309–1314. Smedslund, G., Berg, R. C., Hammerstrøm, K. T., Steiro, A., Leiknes, K. A., Dahl, H. M., & Karlsen, K. (2011). Motivational interviewing for substance abuse. Campbell Systematic Reviews, 6, 1–126.

Smith, P., Gendreau, P., & Schwartz, K. (2009). Validating the principles of effective intervention: A systematic review of the contributions of meta-analysis in the field of corrections. Victims and Offenders, 4, 148–169.

Sondhi, A., Birch, J., Lynch, K., Holloway, A., & Newbury-Birch, D. (2016). Exploration of deliv ering brief interventions in a prison setting: A qualitative study in one English region. Drugs: Education, Prevention & Policy, 23(5), 382–387.

Spear, S. E., Shedlin, M., Gilberti, B., Fiellin, M., & McNeely, J. (2016). Feasibility and accept ability of an audio computer-assisted self-interview version of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in primary care patients. Journal of Substance Abuse, (2), 37, 299–305.

Staton-Tindall, M., Harp, K. L. H., Winston, E., Webster, J. M., & Pangburn, K. (2015). Factors associated with recidivism among corrections-based treatment participants in rural and urban areas. Journal of Substance Abuse Treatment, 56, 16–22.

Stevens, A. (2014). 'Difference' and desistance in prison-based therapeutic communities. Prison Service Journal, 213, 3–9.

Stewart, L. A., & Wilton, G. (2017). Comorbid mental disorders: Prevalence and impact on insti tutional outcomes (R-379). Ottawa, ON: Correctional Service of Canada. Sutton, S. (2001). Back to the drawing board? A review of applications of the transtheoretical model to substance use. Addiction, 96, 175–186.

Tangney, J. P., Folk, J. B., Graham, D. M., Stuewig, J. B., Blalock, D. V., Salatino, A., … Moore, K. E. (2016). Changes in inmates' substance use and dependence from pre-incarceration to one year post-release. Journal of Criminal Justice, 46, 228–238.

Taxman, F. S., Perdoni, M. L., & Caudy, M. (2013). The plight of providing substance abuse treat ment services to offenders: Modeling the gaps in service delivery. Victims and Offenders, 8, 70–93.

Ternes, M., Doherty, S. & Matheson, F. (2014). An examination of the effectiveness of the National Substance Abuse Program Moderate Intensity (NSAP-M) on institutional adjustment and post-release outcomes (R-291). Ottawa, ON: Correctional Service of Canada.

Ternes, M., & Johnson, S. (2011). Linking type of substance use and type of crime in male offend ers (RS-11-06). Ottawa, ON: Correctional Service Canada.

Ternes, M., & Johnson, S. (2014). Substance abuse problem severity, treatment readiness, and response bias among incarcerated men (RS-13-05). Ottawa, ON: Correctional Service Canada.

Ternes, M., & MacPherson, P. (2014). Urinalysis results from the 2012/13 Fiscal Year (RS-14-05). Ottawa, ON: Correctional Service Canada. van der Put, C. E., Creemers, H. E., & Hoeve, M. (2013). Difference between juvenile offenders with and without substance use problems in the prevalence and impact of risk and protective factors for criminal recidivism. Drug and Alcohol Dependence, 134, 267–274.

van Ree, J., Gerrits, M. & Vanderschuren, L. (1999). Opioids, reward and addiction: An encounter of biology, psychology, and medicine. Pharmacology Review, 51(2), 341–396.

Volkow, N., Frieden, T., Hyde, P. & Cha, S. (2014). Medication-assisted therapies— Tackling the opioid-overdose epidemic. The New England Journal of Medicine, 370(22), 2063–2066.

Walters, G. D. (2012). Substance abuse and criminal thinking: Testing the countervailing, media tion, and specificity hypotheses. Law and Human Behavior, 36(6), 506–512.

Ward, T., Melser, J., & Yates, P. M. (2007). Reconstructing the risk-need-responsivity model: A theoretical elaboration and evaluation. Aggression and Violent Behavior, 12, 208–228.

Warren, E., Viney, R., Shearer, J., Shanahan, M., Wodak, A., & Dolan, K. (2006). Value for money in drug treatment: Economic evaluation of prison methadone. Drug and Alcohol Dependence, 84, 160–166.

Wattanaporn, K. A., & Holtfreter, K. (2014). The impact of feminist pathways research on gender- responsive policy and practice. Feminist Criminology, 9, 191–207. West, R. (2005). Theory of addiction. Malden, MA: Blackwell Publishing Ltd.

Willoughby, F. W., & Edens, J. F. (1996). Construct validity and predictive utility of the stages of change for alcoholics. Journal of Substance Abuse, 8(3), 275–291.

Wilson, A. B., Drane, J., Hadley, T., Metraux, S., & Evans, A. (2011). Examining the impact of mental illness and substance use on recidivism

in a county jail. International Journal of Law and Psychiatry, 34, 264–268.

Wise, R. A., & Bozarth, M. A. (1987). A psychomotor stimulant theory of addiction. Psychology Review, 94(4), 469–492. Witkiewitz, K., Marlatt, G. A., & Walker, D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 19(3), 211–228.

Wolff, N., & Shi, J. (2015). Screening for substance use disorder among incarcerated men with the Alcohol, Smoking, Substance Involvement Screening Test (ASSIST): A comparative analy sis of computer-administered and interviewer-administered modalities. Journal of Substance Abuse Treatment, 53, 22–32.

World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime, & Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2004). WHO/UNODC/UNAIDS position paper: Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention. Retrieved from http://www.who.int/substance_abuse/ Yates, P. M. (2003). Treatment of adult sexual offenders: A therapeutic cognitive-behavioral model of intervention. Journal of Child Sexual Abuse, 12, 195–232.

Zanis, D. A., Mulvaney, F., Coviello, D., Alterman, A. I., Savtiz, B., & Thompson, W. (2003). The effectiveness of early parole to substance abuse treatment facilities on 24-month criminal recidivism. Journal of Drug Issues, 33(1), 223–236