

毒品犯再犯風險與矯治成效國際評估指標

楊士隆、巫梓豪、李韻如*

目 次

- 壹、研究動機與目的
- 貳、毒品犯再犯風險因素
- 參、毒品犯矯治成效指標
- 肆、SAMHSA 推薦之主要評估方式、工具與指標
- 伍、結論

摘 要

毒品犯之再犯風險極高，不僅嚴重影響施用者之身體健康，進而耗費大量醫療資源，亦可能危害治安狀況，造成各國犯罪矯正機關人滿為患。除此之外，相較於其他犯罪而言，毒品犯之矯治成效不易彰顯且評估面臨挑戰，影響毒品犯矯治對策之發展(楊士隆、李思賢等，2020)。為此，本文將分別介紹聯合國毒品和犯罪問題辦公室(UNODC)、美國國家藥物濫用研究所(NIDA)及歐洲藥物及藥物成癮監測中心(EMCDDA)等毒品問題研究機構針對毒品施用者所提出之再犯風險因素並結合臺灣相關實證調查研究之結果，歸納出重要的毒品犯再犯風險指標。其次，嘗試回顧國際研究文獻，檢視有關藥癮矯治成效之評估指標如正向認知、再犯率、就業表現及再犯風險需求評估RNR等，並介紹美國物質成癮和心理健康服務部(SAMHSA)及美國衛生研究院(NIH)等研究機構之評估指標。最後，針對國內外犯罪矯正機構常運用之矯治成效評估量表進行優點、缺點與應用方式之說明，並綜合文獻所述提出相關評論與建議。

關鍵字：毒品犯、再犯風險因素、矯治成效、評估量表

* 楊士隆，國立中正大學犯罪防治學系暨研究所特聘教授兼犯罪研究中心主任、臺灣藥物濫用防治研究學會理事長。

巫梓豪，美國喬治亞州立大學刑事司法與犯罪學研究所博士研究生。

李韻如，國立中正大學犯罪防治研究所博士研究生、諮商心理師。

International Indicators of Recidivism Risk and Treatment Effects for Drug Abusers

Shu-Lung Yang^{*}, Tzu-Hao Wu^{**}, & Yun-Ru Li^{***}

Abstract

Drug abusers' high risk of recidivism not only significantly impair their health, then cost plenty of medical resources, but also disrupt public order and make the prison over-crowded. Besides, unlike other types of crimes, the treatment effect of drug abusers is not easy to be found or evaluated correctly (Yang, Lee et al., 2020). In this article, firstly, we introduced some recidivism risk factors provided by international research institutes, focusing on drug abuse issues, such as UNODC, NIDA, and EMCDDA. Also, we will compare them with some evidence-based research in Taiwan to find out important recidivism risk indicators for drug abusers. Secondly, we reviewed international literature to understand the evaluation indicators of treatment effect for drug abusers, such as positive cognition, recidivism rate, employment performance and the Risk-Need-Responsivity (RNR). Moreover, we introduced other evaluation indicators of treatment effects provided by SAMHSA and NIH. Finally, the advantages, disadvantages, and application methods of the evaluation scale commonly used by domestic and international correction institutions were discussed.

Key Words: drug abusers, recidivism risk factor, treatment factor, evaluation scale

^{*} Distinguished Professor, the Department and Graduate Institute of Criminology, and the Director of Crime Research Center, National Chung Cheng University; the President of Taiwan Society of Substance Abuse Research

^{**} Doctoral student, Department of Criminal Justice and Criminology, Georgia State University.

^{***} Counseling Psychologist and Doctoral student, the Department of Criminology, National Chung Cheng University.

壹、研究動機與目的

一、全球毒品再累犯相關統計

根據聯合國「毒品和犯罪問題辦公室」(United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC) 2020年出版之《世界毒品問題報告》(World Drug Report)可以發現國際毒品問題雖獲各國政府關注，卻仍未能得到有效控制，全球毒品市場不僅持續擴張，整體情勢益趨複雜。2018年全球曾經有過吸食毒品經驗者約有2.69億人，相較於2009年之調查結果而言，數量增加約28%。該報告亦指出，過去20年間，發展中國家的藥物濫用人口快速增加，較已開發國家而言多出許多，尤其是發展中國家之年輕族群，藥物濫用問題急遽惡化。過往研究則指出，超過85%的藥癮者在治療後一年內恢復毒品之施用(Brandon, Vidrine, & Litvin, 2007)，超過三分之二的藥癮者在接受治療處遇後一個月內便出現再次施用毒品之情況(Sinha, 2011)，研究結果突顯出毒品犯再犯率極高之特性。根據NIDA於2018年所發佈之藥癮處遇準則指出，藥癮者經過合適治療處遇後之再犯率可降低至40-60%，藉由合適管理可有效協助藥癮者抵擋藥癮對於其大腦與行為所生之不良影響，不應單純將藥癮行為之復發視為藥癮處遇之失敗(NIDA, 2018)。

歐盟(European Union, EU)做為全球第二大經濟體，會員國數量不僅多達28個，在犯罪防治方面之資訊分享與意見交流亦提供各國政府具實證基礎之政策建議，歐洲各國藥物濫用問題之發展無疑與全球藥物濫用發展趨勢相互影響。根據歐洲藥物及藥物成癮監測中心(European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA)於2019年6月發佈之《2019歐洲藥物報告》(European Drug Report 2019)針對歐盟國家藥物濫用之流行趨勢及發展情況調查，發現全歐洲有超過9,600萬名年齡介於15歲至64歲者曾有嘗試施用毒品之經驗。近期有學者研究607名參與藥物濫用處遇之藥癮者後發現，處遇後三個月內約37%藥癮者再次施用毒品(Andersson, Wenaas, & Nordfjærn, 2019)。

相對於歐洲各國而言，亞洲國家之毒品問題顯得複雜許多。自1970年代晚期起，亞洲各國透過執法部門強力打擊毒品問題，針對毒品之施用、製造、運輸與販賣行為施以嚴厲刑罰，由各國執法部門主導國內毒品相關政策之設立(Baldwin, 2013)。然而，強力掃蕩與嚴刑峻法卻未能成功地解決亞洲各國之毒品問題。Rolles, Murkin, Powell, Kushlick, Slater, & Sabet (2014)

亦指出，針對毒品問題施以嚴刑峻罰，不僅將亟需協助之藥癮者放入犯罪矯正機關內，亦無助於遏阻愛滋病或 C 型肝炎等傳染疾病之蔓延。

二、臺灣毒品再累犯相關統計

根據法務部 2020 年公佈之統計資料，2019 年底毒品在監受刑人為 27,893 名，占監獄總收容人口之比例達 48.04。反映臺灣地區毒品施用者數量乃矯正機關收容人之大宗。毒品施用者除了人數眾多之外，其再犯率亦高居所有刑事犯罪再犯率之首。法務部 2016 年 7 月所公佈之《法務統計摘要》指出，2008 年至 2015 年間原先因施用毒品罪而入監之受刑人，出獄後之再犯比率高達 64.3%，相對於其他犯罪類型而言明顯較高。此外，臺灣高等檢察署 (2020) 公佈之統計資料則顯示，2010 年至 2019 年 9 月間地方檢察署一、二級毒品施用案件偵查終結有犯罪嫌疑者追蹤至 2019 年 12 月底再次偵結有犯罪嫌疑之各罪比例前三名罪名為：毒品罪中施用毒品罪 (55.8%)、毒品罪中非施用毒品罪 (16.1%) 及竊盜罪 (14.3%)。2019 年一級毒品施用裁判有罪具毒品施用前科之比率為 96.4%，二級毒品施用裁判有罪具毒品施用前科比率為 85.1%，突顯出臺灣地區毒品施用行為極易再犯。前項法務統計突顯出臺灣地區毒品問題之特殊性。

三、研究目的

李宗憲與楊士隆 (2010) 檢視刑事司法藥癮處遇制度之困境，指出臺灣在司法戒癮方面仍欠缺成癮性與毒癮改善程度之專業評估，尤其毒癮戒治處遇措施無法因應毒癮者之戒癮需求，更遑論完成毒癮戒治處遇後社會整體戒癮資源仍有待發展。楊士隆、戴伸峰、巫梓豪 (2019) 另指出，臺灣毒品犯輔導處遇方案在 2017 年之前較為零散，未完全臻於科學化及系統化，再累犯關鍵風險因素未能精準辨識與進行干預，致缺乏核心輔導處遇課程，有待依循以證據為導向 (Evidence-based) 之科學實證原則，提升處遇之專業性。因此，對於藥癮者再犯風險因素與處遇成效評估指標之探究有其必要性。本文主要研究目的分述如下：

1. 介紹聯合國毒品和犯罪問題辦公室 (UNODC)、美國國家藥物濫用研究所 (NIDA) 及歐洲藥物及藥物成癮監測中心 (EMCDDA) 等毒品問題研究機構針對毒品施用者所提出之再犯風險因素並結合相關實證研究之結果，歸納出重要的毒品犯再犯風險因素。
2. 透過美國物質成癮和心理健康服務部 (SAMHSA)、美國衛生研究院 (NIH)、美國國家藥物濫用研究所 (NIDA) 及歐洲藥物及藥物成癮監

測中心(EMCDDA)等毒品問題研究機構探討藥癮矯治成效之評估指標。

3. 針對國內外現行矯正機構常運用之矯治成效評估量表進行優點、缺點與應用方式之說明，供犯罪矯正實務人員參考。

貳、毒品犯再犯風險因素

犯罪行為之再犯風險因素可分為動態與靜態兩類，動態再犯風險因素係指可變動調整的因素；靜態因素則係指不會隨時間變化的因素，如性別、犯罪史或初次遭逮捕的年紀等(Chin & Dandurand, 2012)。針對毒品施用者之再犯風險因素，相關研究機構之看法如下：

一、UNODC 所提之再犯風險因素

多數犯罪行為或暴力行為之風險因素與藥物濫用之風險因素相同，可簡略分為下列四類(United Nations, 2019)：

1. 個人風險因素：包括負面兒時經驗、暴力被害經驗、心理狀況異常、物質濫用(藥物、香煙、酒精等)、行為控制能力不良或年輕氣盛等…。
2. 家庭風險因素：包括家長疏於管教、親子關係不良、父母教育程度低落、家庭經濟狀況不佳、家長本身亦有藥物濫用或犯罪行為等情況或家庭失功能等…。
3. 社區風險因素：包括居住環境不佳、醫療資源匱乏、就業機會流失、社區解組的鄰里、偏差同儕、幫派活動、社區活動參與狀況不佳等…。
4. 社會風險因素：包括快速社會變遷、嚴重貧富不均、社會缺乏法治觀念或貪腐情況盛行、性別不平等及個人財產缺乏保障等…。

二、NIDA 所提之再犯風險因素

NIDA 將毒品犯之再犯因素分為個人、家庭、同儕、學校與社區五類領域，每項領域中又分有風險因素與保護因素。風險因素會影響毒品施用者之情感發展、社會發展與學業發展，進而促使其再次施用毒品；保護因素則能夠減弱風險因素之影響，其影響程度則會隨著毒品施用者之發展過程有所變化(NIDA, 2016)。各領域之風險因素與保護因素舉例如下表 1：

表 1 再犯各領域之風險因素與保護因素

風險因素	領域	保護因素
早期的暴力行為	個人	自我控制能力
缺乏家長管教	家庭	家長之監督與支持
物質濫用經驗	同儕	學業表現優良
非法藥物取得不易	學校	反毒教育宣導
社區環境複雜	社區	鄰里互動關係良好

三、EMCDDA 所提之再犯風險因素

對於處遇過後再犯者之風險因素與保護因素，可分為外部因素、內部因素、個人因素與互動因素等類型，比較常見的風險因素則有家庭教育、教養模式，其次則為家長具有偏差或犯罪行為、同儕壓力、非法藥物取得性等 (Burkhart, Kröger, Winter, Baker, Mounteney, & Neaman, 1998)。

四、臺灣相關實證調查研究

陳玉書 (2013) 於 2004 年至 2011 年間追蹤 960 名受刑人假釋賦歸社會後之再犯情況，並以客觀統計分析篩選影響再犯的風險因素，其研究發現影響假釋再犯的主要因素如表 2 所示，包含性別、初犯判決有罪年齡、曾被撤銷處分、竊盜前科、初再犯、婚姻狀況、家庭依附與偏差友儕等，而次要因素則包括入監前之教育程度、子女數、與配偶子女同住、有罪判決次數、罪名種類數、低自我控制、職業等級、工作穩定性、遊樂生活型態、負向因應和處遇期間違規行為等變項。

另由楊冀華 (2017) 於 2000 年至 2014 年間追蹤 1,449 名接受司法處遇之毒品施用者發現，主要影響再犯主要因素為性別、年齡、不良友伴、戒毒經驗，而保護因素為年齡較長、有工作、較少不良友伴、施用成癮性較低之第二級毒品與素行較佳者，如表 3 所示。

表 2 影響假釋再犯的主要因素和次要因素

Logistic Reg. 主要影響因素	次要影響因素
性別	入監前教育程度
初次判決有罪年齡	子女數
曾被撤銷處分	與配偶子女同住
竊盜前科	有罪判決次數
初再犯	罪名種類數
婚姻狀況	低自我控制傾向
家庭依附	職業等級
偏差友儕	工作穩定性
	遊樂生活型態
	負向因應
	違規行為

表 3 毒品施用者接受司法處遇影響再犯與保護因素

Logistic Reg. 主要影響因素	保護因素
性別	年齡較長
年齡	有工作
不良友伴	較少不良友伴
戒毒經驗	施用成癮性較低之第二級毒品
	素行較佳者

參、毒品犯矯治成效指標

一、美國物質成癮和心理健康服務部 (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA)

1. 治療計畫需與風險評估相匹配 (Risk-Needs-Responsivity model, RNR model) :

- (1) 風險 (Risk) 原則：高風險罪犯需要被安排在提供進階治療和服務的處遇計畫中，而低風險罪犯則可安排參與較少治療和服務之處遇計畫
- (2) 需求 (Needs) 原則：有效的治療應側重於解決導致犯罪行為的需求
- (3) 回應度 (Responsivity) 原則：治療方案應符合罪犯的能力和學習

方式

2. 個案改變：

- (1) 認知理解(例如：掌握處遇課程內容)
- (2) 情緒功能(例如：焦慮、抑鬱等)
- (3) 態度/價值觀(例如：誠實、責任感和對他人的關注)
- (4) 教育和職業培訓進展(例如：成績測試、證照檢定等)
- (5) 行為(例如：違反機關規定、尿液檢篩檢結果等)。

3. 後續追蹤：例如藥物復發、再犯、就業狀況等，可以從刑事司法和藥物濫用治療機構的記錄中收集後續資料，或與參與計畫的個案進行訪談。針對處遇後毒品犯進行後續追蹤調查時可蒐集之資訊如下表 4 所示：

表 4 後續追蹤建議可搜集的資訊 (SAMHSA, 2013)

藥物	<ul style="list-style-type: none"> • 尿液分析結果 • 與毒品有關的假釋違法行為 • 與毒品有關的逮捕犯罪 • 假釋違規 • 假釋違規次數 • 任何類型新的輕罪逮捕 • 針對非毒品相關犯罪的新重罪逮捕 • 與毒品有關的新的重罪逮捕
犯罪	<ul style="list-style-type: none"> • 因暴力犯罪而再被逮捕 • 被捕的次數 • 再矯治次數 • 就業、教育和家庭(例如，家庭支持、育兒、婚姻等) • 物質濫用治療 • 社區參與(例如社區服務)
HIV 風險行為	<ul style="list-style-type: none"> • 藥物靜脈注射 • 性行為 • HIV 檢測結果
成本費用	<ul style="list-style-type: none"> • 物質使用費用估算 • 犯罪費用估算 • 社會福利成本估算 • 刑事司法處理和拘留費用估算
追蹤	利用身分證號碼、駕照號碼、或家人和朋友的位址等，進行後續追蹤。

SAMHSA (2017) 增加三種具有重要研究基礎的非藥物學 EBPs (Evidence-based practices and programs)，簡述如下：

- (1) 權變管理 (Contingency management)：又稱權宜管理，採用操作制約原理，係透過改變行為結果 (即增強或懲罰) 進而改變行為的一項策略，用於針對具有邊緣性人格障礙之矯正機關收容人。過往研究已證實權變管理模式有助於提升受刑人假釋後接受個別諮商輔導或參與處遇治療之次數，強化其離開矯正機關後對於相關服務之運用，避免再犯情形之發生 (Friedmann et al., 2009)。
- (2) 認知行為治療 (Cognitive-behavioral therapy, CBT)：不同於傳統心理治療，CBT 主要著眼於患者不合理的認知問題，通過改變患者對自身、對他人或對外界事物的看法與態度來改變心理問題。針對犯罪人而言，CBT 會鎖定處遇對象特有之易致犯罪發生的相關因素加以處理，一般會將處遇過程分為「挑戰改變」、「參與改變」與「擁有改變」三階段，協助犯罪人完成「定義問題」、「選定目標」、「產生解決方案」及「執行解決方案」四大目的 (Milkman, & Wanberg, 2007)。
- (3) 動機式晤談法 (Motivational interviewing)：協助受刑人化解內心矛盾情緒、發覺改變動機並促使其參與正向改變，進而達成目標之諮商輔導技術。

二、美國國家藥物濫用研究所 (National Institute on Drug Abuse, NIDA)

量身定制的治療方案和後續的一系列干預措施對於戒癮治療處遇之成功至關重要，因此治療應有醫療和心理健康服務，後續的干預措施也需要包括恢復社區或家庭的支援系統 (NIDA, 2019a)。

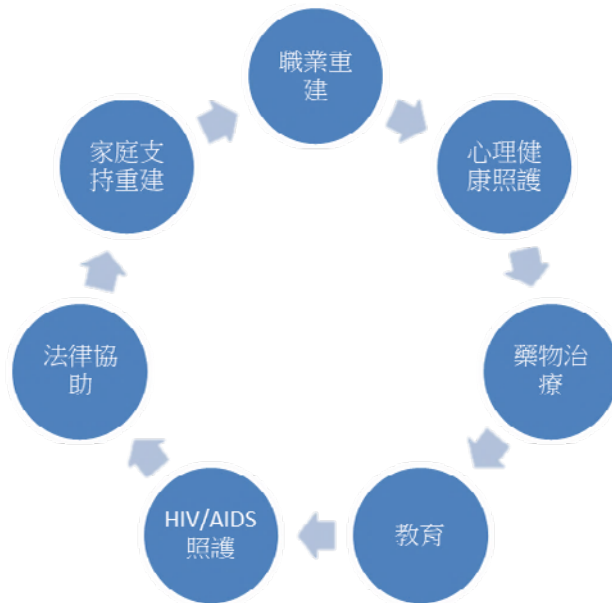


圖 1 多元處遇：成癮治療所需包含專案

Source: 'Treatment Approaches for Drug Addiction,' NIDA, 2019b.

成癮治療必須幫助患者達成以下事情 (NIDA, 2019b)：

1. 停止使用藥物
2. 持續維持戒毒
3. 參與家庭、工作和社會，並能夠幫助患者：
 - (1) 改變與吸毒有關的態度和行為
 - (2) 增加健康的生活技能
 - (3) 能夠堅持其他形式的治療，例如藥物替代治療
4. 增加健康的生活技能，且成功治療需具有以下步驟
 - (1) 排毒
 - (2) 行為輔導
 - (3) 鴉片類、煙草和酒精成癮等藥物治療
 - (4) 評估和治療共同發生的精神健康問題，例如憂鬱和焦慮
5. 長期追蹤以防止復發

三、美國衛生研究院 (National Institutes of Health, NIH)

美國衛生研究院建議藥癮者之處遇應符合下列幾項 (NIH, 2014)：

1. 增加患者改變的動機，改變使用毒品的態度，建立抵抗吸毒的能力
2. 用具建設性和有益身心的活動取代吸毒活動

3. 提高解決問題的能力，增加社交技巧，以促進更好的人際關係

此外，NIH 亦強調，成癮治療必須維持足夠長的治療時間，雖個人的適當持續時間取決於患者的問題和需求的類型和程度，但研究也指出大多數成癮者至少需要3個月的治療才能顯著減少或停止藥物使用。治療期間愈長則愈能夠引發更好的治療結果，因此藥物成癮之復原是一個長期過程，經常需要多次治療方能顯現出成效。

許多吸毒成癮的人也有其他精神障礙，由於藥物濫用和成癮（兩者皆為精神障礙）通常與其他精神疾病共同發生，因此應對患者進行評估。治療也應該解決共病之精神障礙，包括適當使用藥物（NIH, 2018）。另外，由犯罪矯正機構回到與先前使用藥物相關的環境或活動可能引發強烈的渴求並導致復發，而且壓力往往是復發的因素之一，重新進入社會的罪犯面臨著許多生活上的挑戰和壓力，包括與家人團聚、居住工作問題和遵守刑事司法的監督要求等，因此治療人員應確定罪犯獨特的復發風險因素，並根據其個別需求定期重新評估和修改治療計畫（NIH, 2014）。

四、歐洲藥物及藥物成癮監測中心（The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA）

事先須評估個案的需求（定性或定量）以制定治療計畫，專案包含：
1. 認知層面；2. 情感反應；3. 行為層面；4. 社會家庭層面；5. 身體/醫療；6. 教育/職業和財務方面的缺失，以建構個案處遇之目標基礎，並定期進行審查（EMCDDA, 2006）。物質濫用與精神健康障礙兩者間的關係是複雜的，很難在兩者之間建立明確途徑。濫用藥物的急性或慢性影響與許多其他精神疾病的症狀相似，因此藥物濫用與精神疾病共病的評估與診斷是重要的（EMCDDA, 2015）。

EMCDDA 所推薦的幾種治療模式，包括（EMCDDA, 2016）：

1. 動機式晤談法（Motivational interviewing）

通常個人並不完全瞭解他們的毒品問題，或者他們對自己的問題感到矛盾，動機式晤談通常被稱為「關於改變的對話」，以用於協助吸毒者確定對於改變的需求。臨床專業人員通過動機式晤談針對個人優勢作為出發點，並使個案意識到改變只能通過個人決定才能真正實現來增強改變行為的動機（Shaima & Narayanan, 2018）。

2. 認知行為療法（Cognitive behavioral therapy, CBT）

通過幫助個案挑戰導致發展問題行為的學習過程，不僅挑戰個人對藥物濫用的態度，亦指導因應技巧以應對來自環境和壓力事件。此外，CBT 強

調幫助吸毒者識別物質濫用的觸發因素，並學習處理這些觸發因素的策略，以及幫助個案學習導致他們吸毒的替代想法，從而促進毒品戒除。改善因應技巧是藥物濫用治療的重要部分，而 CBT 將重點放在應對技巧上可以增加個案在完成治療後維持遠離毒品的可能性。CBT 證明了在治療多種藥物濫用疾病方面的有效性 (Kiluk, Nich, Babuscio, & Carroll, 2010)。

3. 家庭治療 (Family therapy)

用於處理物質濫用和可能與之相關的問題行為，尤其當認為導致物質濫用屬於系統性問題時，家庭治療在青春期尤其重要，因為物質濫用通常會導致一系列問題，包括精神症狀，學校問題和高風險的性行為。

4. 權變管理 (Contingency management)

應急管理的干預措施通常使用獎勵系統進行強化，基於獎勵卷的強化和激勵可以有效地增加繼續接受治療和拒絕毒品使用的可能性 (Prendergast, Podus, Finney, Greenwell, & Roll, 2006)。藉由加強和獎勵替代物質濫用的行為來維持戒除毒品使用，目的是使戒除成為更積極的體驗，為一種社會心理干預，以幫助人們遵循治療，重新融入社會。

從以上幾種治療模式可以得知，歐洲地區與美國類似，對於戒癮治療的目標都放在個人層面 (包括認知、情緒、行為)、家庭人際層面 (家庭關係、人際技巧等) 與社會複歸 (工作、教育、居住等) 等面向。另外，也都強調物質濫用與精神疾病共病之治療，及 HIV 與 C 型肝炎等醫療層面問題。

肆、SAMHSA 推薦之主要評估方式、工具與指標

美國物質濫用治療中心治療改善協議 (The Center for Substance Abuse Treatment's Treatment Improvement Protocol Series #42) 和其他專論 (Sacks, Ries, Ziedonis, & Center for Substance Abuse Treatment, 2005; NIDA, 2007) 針對藥物濫用與合併精神疾病者 (Co-Occurring Disorders, COD) 概述了一系列搜集訊息的步驟，而這些步驟為毒品犯是否合併其他精神心理疾病提供全面性的篩檢和評估，提供方案以針對個案需求規畫課程並評估後續所需，步驟包括以下內容：

- 與毒品犯初談
- 搜集其他附屬資訊 (來源包括：家人、朋友或其他從業者等)
- 篩檢和評估個案是否合併其他精神疾病
- 確定個案精神健康和藥物濫用問題的嚴重性

- 確定個案所需的治療程度
- 診斷
- 確定失功能程度和障礙
- 心理社會問題
- 確定優勢和支援系統
- 確定文化和語言需求
- 確定個案進入治療的動機和準備程度(即“改變階段”)
- 制定個性化的治療計畫

(一) 篩檢 (Screening) 與評估 (Assessment) 之定義與內涵

1. 篩檢 (Screening)

篩檢是一個瞭解個案是否存在特定問題的過程，旨在識別個案之精神健康狀況、藥物濫用情形或其他反映個人治療需求和其他類型監督方案、住房安置及機構設置等問題。篩選過程不一定能確定該人可能具有何種問題或情況可能有多嚴重，但可確定是否需要再進一步評估。篩檢可能包括簡短的訪談、自陳報告，以及對檔案記錄的審查，篩檢工具通常不要求工作人員獲得特定的認證，並且只需要最少的培訓來管理、評分和解釋結果。但是，如果篩檢表明特定問題存在，如與創傷史和創傷後應激障礙(PTSD)的當前症狀有關，可能就需要受過專業訓練的工作人員以提供有效的轉診服務。其篩檢目標如下：

- 檢測個案目前的心理健康和藥物濫用症狀和行為
- 確定個案目前的症狀或行為是否受其他精神疾病影響(例如：創傷史)
- 認知缺陷的檢查
- 確定犯罪風險等級，以便瞭解須將其置於何種治療強度和監護程度
- 確定可能需要立即關注的急性需求(例如：暴力行為、自殺意念、嚴重醫療問題等)
- 確定成癮治療合併精神疾患治療的資格和適用性
- 功能障礙的程度(例如：壓力耐受、人際關係技巧)

2. 評估 (Assessment)

評估，為確定問題性質的過程，並為解決問題制定具體的治療建議。利用評估將涉及司法之物質濫用個案和與其相對應的治療方式加以連結，使處遇方案得以有效回應個案需求，已被認為是最基本的實證方法(CSAT, 2007)。治療目標是對一系列精神和物質濫用障礙，以及其他相關的心理社

會問題進行個性化檢查，以協助將違法者與適當的處遇程度相互匹配。對具有藥物濫用與合併精神疾病 (Co-Occurring Disorders, COD) 的罪犯進行適當的處遇分類尤其重要，因為精神和 / 或藥物濫用障礙通常不會被發現，並且這些個體往往需要更密集的治療處遇。以下所推薦的結構化和標準化的自陳報告評估工具可由非臨床醫生處理，但工作人員應瞭解適當的轉介資源。使用正式評估方法以確定違法者的需求並提供與需求相匹配的特定治療程度是非常重要的。

(二) 風險 - 需求 - 回應度模式 (The Risk-Need-Responsivity, RNR)

加拿大學者 Andrews 與 Bonta (2010) 提出風險 - 需求 - 回應度 (The Risk-Need- Responsivity, RNR) 模式，此模式能夠明確識別犯罪者與犯罪有關的“犯罪基因需求”，並使用這些資訊將違法者與不同等級的治療和監督相匹配。RNR 模式之內容如圖 2 所示：

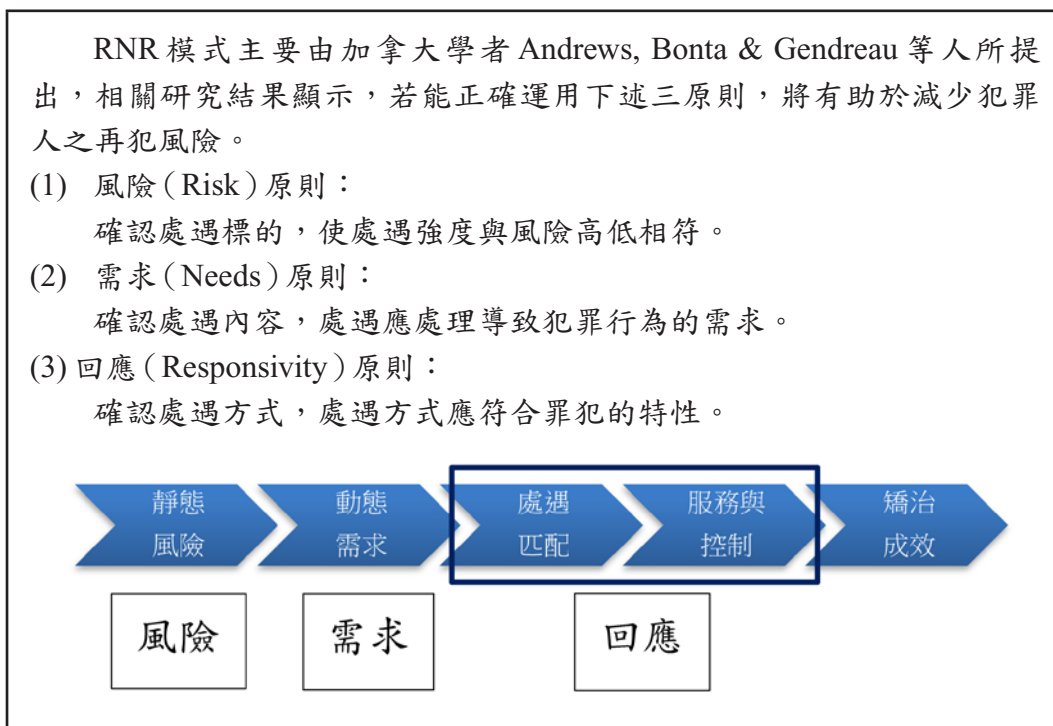


圖 2 風險 - 需求 - 回應度模式 (The Risk-Need-Responsivity Model, RNR)

資料來源：Andrews and Bonta, 2010; https://www.gmuace.org/research_rnr.html

Andrews & Bonta (2010) 指出“風險原則”是針對犯罪風險進行評估，以確保處於中等至高風險的罪犯得到密集處遇，犯罪風險最重要的預測因素

是過去的犯罪行為和反社會態度、信仰和犯罪同伴，物質濫用問題亦是一項重要的風險因素。雖然精神疾病不是累犯的獨立危險因素，但由於具有高水準的犯罪基因需求（例如：根深蒂固的犯罪信仰系統、貧困的就業歷史、缺乏教育等），因此患有精神障礙的犯罪者會處於較高的犯罪風險中。RNR 模型認為應該針對犯罪人“易致犯罪發生的需求”進行個別化評估；RNR 模型強調需要在罪犯處遇計劃中處理“回應度”，指的是影響罪犯參與實證治療的因素（例如：解決動態風險因素/犯罪基因需求的服務）。回應度因素包括心理健康問題、特定處遇需求（例如：文化、種族或宗教），PTSD 或其他精神疾病治療需求，如果需求沒有得到解決，回應度因素可能會破壞罪犯對治療和監督的參與、持續和結果。因此，被評估為高風險的犯罪者應優先考慮提供密集處遇，且處遇需考慮與犯罪需求相匹配，以減少再犯並改善治療和監督的結果（引自楊士隆、巫梓豪、李韻如，2019）。

RNR 模擬工具（Risk-Needs-Responsivity Simulation Tool）為 Crites 和 Taxman 於 2013 年開發。RNR 類比工具的第一個部分為通過以下幾個專案來分類罪犯所需的處遇強度：

■ 目標（解決與減少與再犯有關之易致犯罪發生的需求）：

包括降低物質濫用的嚴重性、犯罪思維的認知重組和減少犯罪同伴；自我管理策略（例如提高社交技能、增加問題解決能力與自我控制）；提高社交/人際交往能力；識別身體/生活需求的不足（例如：就業、教育與居住），以及對低風險人群實施僅限制裁的方法。

■ 內容（方案的治療方向）：

除了物質濫用之外，另外應基於認知行為治療技巧，以解決反社會行為、思維和犯罪同伴等因素，以及社會限制或監督（例如：宵禁、觀護訪視以及強制性社會服務或勞役）。

■ 實施分量：

包括總小時數、持續時間、頻率、密集度（每週小時數）等，並建議高風險者需要至少 300 小時的認知行為治療（CBT）和其他相關處遇，中度風險犯罪者需要大約 200 小時的 CBT 和其他相關處遇，低風險者則需要大約 100 小時的處遇（Bourgon & Armstrong, 2005）。

■ 實施品質（方案是否按照計畫執行）：

關鍵因素包括遵守治療方案、提供人員培訓、方案管理實施的監督，以及工作人員是否與方案參與者的充分溝通。

（三）篩檢（Screening）與評估（Assessment）之相關量表

在司法系統中對毒品犯的篩檢和評估應使用針對犯罪人口實證檢驗後

的標準化工具，使用標準化工具將增強在此過程中收集的信息的一致性，並將促進有意願解決藥物濫用問題卻合併有精神疾病(COD)毒品犯的共識(SAMHSA, 2019b)。但是，許多刑事司法程序並沒有標準化工具的管理(Cropsey, Wexler, Melnick, Taxman, & Young, 2007; Friedmann, Taxman, & Henderson, 2007)，而是使用了簡易的篩檢和評估技術，這些技術的有效性令人懷疑，無法有效的篩檢出具有COD的毒品犯。因缺乏專門針對COD的篩檢工具，因此通常會結合幾種測量工具(例如心理健康、藥物濫用、創傷/PTSD、動機等)來進行全面篩選(SAMHSA, 2019b)。

NIDA 刑事司法的分支—藥物濫用治療研究網絡(Drug Abuse Treatment Studies, CJ-DATS)，曾進行研究以確定在監獄成癮治療中針對COD的有效篩檢工具，認為個人需求全面評估簡式篩檢表(Global Appraisal of Individual Needs–Short Screener)、心理健康篩檢表(Mental Health Screening Form-III, IIMHSF-III)和GAIN-SS的整體準確性以及精神障礙檢測方面比微型國際精神病理學訪談表(Mini International Neuropsychiatric Interview–Modified, MINI-M)更高(Sacks, 2008; Sacks, Melnick, Coen, Banks, Friedmann, Grella, & Knight, 2007; Sacks, et al., 2007)。並且發現這些心理健康篩檢工具在男性罪犯中具有較高的總體準確性(SAMHSA, 2019b)。一項查驗受刑人毒品使用為篩檢工具有效性之研究發現，三種識別物質濫用者最有效的方法為：簡易篩檢量表(Simple Screening Instrument for Substance Abuse, SSI-SA)，德州基督教大學藥物依賴篩檢V量表(Texas Christian University Drug Dependence Screen V, TCUDS V)，以及由酒精依賴量表(Alcohol Dependence Scale, ADS)和成癮嚴重性指數(Addiction Severity Index, ASI)(Peters et al., 2000)。

針對具藥物濫用問題並合併精神疾病(COD)之毒品犯的評估通常是在完成初步篩檢並轉介至治療服務後進行的，如果在篩檢過程中同時發現了精神和物質成癮障礙的症狀，則評估還應包括這些症狀的潛在相互作用；此外，也需要評估犯罪風險因素，尤其是可能隨時間變化的“犯罪需求”或“動態”風險因素集，這些風險因素應該成為司法干預的目標(SAMHSA, 2019b)。評估為個別化治療和社會賦歸的計劃提供了基礎。毒品犯評估的關鍵要素包括個人身心功能缺陷的檢查、對精神藥物的需求以及所需的治療類型和其他輔助服務。評估前應留出足夠的時間，以排除個體的戒斷症狀，並確定所表現出任何心理精神症狀是否與近期毒品使用有關(例如戒斷症狀)(SAMHSA, 2019b)。

評估的重要組成部分是對精神和物質成癮障礙的正式診斷。在COD的個案中，通常需要評估幾種類型的疾病(例如憂鬱症、焦慮症、PTSD、人

格疾患等)，並了解物質濫用對各種精神疾病症狀的潛在影響(SAMHSA, 2019b)。

以下分別介紹由 SAMHSA (2019b) 所推薦的幾種篩檢與評估工具：

1. 物質濫用

- (1) 德州基督教大學藥物篩檢 V 量表 (The Texas Christian University Drug Screen V, TCUDS V)

TCUDS V 由德州基督教大學行為研究所開發的一種物質使用篩檢工具(包括簡單背景評估和藥物相關問題部分)，由 NIDA 資助研究減少愛滋病風險藥物濫用治療的專案(Simpson & Knight, 1998)。TCUDS V 基於針對 DSM-5 成癮障礙指標，提供了過去 12 個月內藥物使用問題的自陳報告量表，該量表提供一個簡短的篩檢，用於藥物使用頻率、治療史、成癮障礙症狀和治療動機。在 TCUDS V 上，得分 ≥ 4 表示中度成癮障礙，得分 ≥ 6 表示嚴重成癮障礙。

- (2) 簡易篩檢量表 (The Simple Screening Instrument for Substance Abuse, SSI-SA)

簡易篩檢量表 (SSI-SA) 用於檢查過去 6 個月所出現的嚴重酒精和藥物濫用的症狀。該量表由 SAMHSA 的藥物濫用治療中心 (CSAT) 以 DSM-III-R 為標準所開發。SSI-SA 篩檢了與嚴重成癮障礙相關的五個領域：(1) 飲酒和吸毒，(2) 專注和失去控制，(3) 不良後果，(4) 問題識別，以及 (5) 耐受和戒斷，分數 ≥ 4 為酒精或其他藥物成癮障礙的截切分數 (CSAT, 1994)。

- (3) 酒精濫用測驗表 (The Alcohol Use Identification Test, AUDIT)

AUDIT 為識別危險飲酒程度而由世界衛生組織 (WHO) 以國際疾病分類 10 (ICD-10) 標準為基礎所開發的篩檢工具。AUDIT 有兩個分量表 AUDIT Core 和 AUDIT-CSI，在 AUDIT 的分數 ≥ 8 為危險飲酒，而在 AUDIT-C 上，男性的臨界值是 ≥ 4 ，女性是 ≥ 3 。

- (4) 酒精、煙草、物質濫用篩檢表 (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test, ASSIST)

ASSIST 是由一個國際物質使用研究小組 (World Health Organization [WHO] ASSIST Working Group, 2002) 為 WHO 所開發的，以測量物質使用的頻率、當前症狀 (過去 3 個月內) 以及與酒精、煙草和其他毒品有關的問題，並根據風險嚴重性 (低風險 = 0 - 3，中風險 = 4 - 26，高風險 ≥ 27)，描述與這些分數相關的健

康風險。ASSIST 已廣泛適用於不同文化，並已翻譯成多種語言並可以藉由訪談或自陳方式施測。

2. 心理健康篩檢工具

(1) 懲教心理健康篩檢 (The Correctional Mental Health Screen, CMHS-F; CMHS-M)

CMHS 是針對監獄中受刑人所開發的精神障礙篩檢量表，檢查了 DSM-IV 軸 I 和 II 的疾病，並區分男性罪犯 (CMHS-M; 12 項) 和女性罪犯 (CMHS-F; 8 項)，研究發現在兩個 CMHS 的篩檢中顯著預測了憂鬱症、焦慮正與創傷後壓力障礙等 DSM-IV Axis II 的疾病，但不包括反社會人格障礙。男性和女性在 CMHS 上建議的截切分數分別為 ≥ 6 和 ≥ 5 。

(2) 心理健康篩檢表 - 第三版 (The Mental Health Screening Form-III, MHSF-III)

MHSF-III 為進入藥物濫用治療計劃個案作為初始的心理健康檢查篩檢，用於檢查目前和過去的心理健康症狀。在 MHSF-III 中的篩檢疾病包括：思覺失調症、憂鬱症、創傷後壓力障礙、恐懼症、間歇性爆發性疾病、妄想症、性與性別認同障礙、飲食失調、躁狂發作、恐慌症、強迫症、病理性賭博、學習障礙和發展障礙。雖 MHSF-III 施測不須合格之臨床專業人員，但仍建議應做事後審查，以確定是否需要進一步評估或診斷以及提供治療建議。

(3) 監獄心理健康簡式篩檢表 (The Brief Jail Mental Health Screen, BJMHS)

BJMHS 是由美國國家司法研究所 (National Institute of Justice, NIJ) 資助開發，並由四座監獄共計一萬多名受刑人的樣本進行了驗證。BJMHS 將症狀發生的評估時間範圍為過去 6 個月期間，用於檢查九種 DSM-IV 的心理健康症狀，包括情緒障礙和精神疾患。該量表還包括了過去因精神健康問題而住院以及目前精神藥物的使用情況。鑑定精神障礙建議的截切點為 ≥ 2 (Steadman, Scott, Osher, Agnese, & Robbins, 2005)。

3. 動機篩檢工具

(1) 德州基督教大學動機量表 (The Texas Christian University Motivation Form, TCU-MOTForm)

TCU MOTForm 為刑事司法環境所開發的量表，除了改變的

準備狀況，還包括治療動機和進入治療的準備度，而且題目用語專門針對毒品使用者。該工具包括五個量表：問題識別(PR)、求助渴望(DH)、治療準備度(TR)、治療壓力(PT)、治療需求(TN)和準確性(關注度)。準確性為單一題項，用以標識受訪者在完成衡量時是否專注。計分為五點量表，由1(強烈反對)至5(強烈同意)，分數越高表示改變動機越高。TCU MOTForm可以在治療前檢查改變的動力和準備狀況，也可以用於隨時間變化的重複施測。

(2) 羅德島大學改變評估量表(The University of Rhode Island Change Assessment Scale, URICA)

URICA為自陳量表，用於了解治療動機和準備度，有四個分量表，以檢驗與動機理論有關的每個階段(前沉思、沉思、行動與維持)(DiClemente & Hughes, 1990; Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1993)。可以從URICA量表中計算出準備改變(Readiness to change, RTC)的分數，方法是從“沉思期”、“行動期”和“維持期”分數中減去“前沉思期”的分數(Connors et al., 2000; Project MATCH Research Group, 1997)。沉思行動(Contemplative Action, CA)分數可以通過從動作分數中減去平均沉思分數來計算(Pantalon, Nich, Franckforter, & Carroll, 2002)。一般來說，分數<8者被歸類為“前沉思”，8-11分被歸類為“沉思期”，11-14分被歸類為“預備行動期(Preparators into Action Takers)”。在物質濫用領域，URICA量表與其他動機量表的不同之處在於，URICA量表不直接詢問酒精或藥物治療的動機，而是以更一般的方式提出問題。

4. 自殺量表

(1) 人際需求調查問卷(The Interpersonal Needs Questionnaire, INQ)與自殺能力量表(Capability for Suicide Scale, ACSS)

人際需求調查表(INQ)和自殺能力量表(ACSS)(Van Orden, Cukrowicz, Witte, & Joiner, 2012)為自陳量表，基於“自殺風險決策樹”方法所開發。這些工具提供自殺意願和自殺能力的測量。INQ包含兩個分量表，分別評估沉重感(七個項目)和缺乏歸屬感(五個項目)。ACSS衡量自殺能力，分數越高則自殺意願和能力以及自殺風險越高。INQ和ACSS可以獨立使用，但結合使用可以提供自殺風險的綜合度量。INQ/ACSS尚未在刑事司法

環境中進行評估，但在社區樣本研究中顯示良好的信度及效度。

(2) 貝克自殺意念量表 (The Beck Scale for Suicide Ideation, BSS)

BSS (Beck & Steer, 1991) 是一個檢查自殺想法、計劃和意圖的自陳量表，包括詢問人們對生活的渴望、自殺意圖、自殺計劃和準備以及與他人分享自殺想法的開放性，以及過去自殺未遂的頻率和嚴重程度。BSS 總分在 0-38 之間，得分越高表明自殺的風險越高。

5. 德州基督教大學量表 (The TCU short forms)、德州基督教大學刑事司法綜合初談表 (The TCU Criminal Justice Comprehensive Intake, TCU CJCI)

TCU 初談和評估工具 (Simpson & Knight, 1998) 是專門為刑事司法和社區處遇而設計的量表。這些工具評估了廣泛的社會心理問題，包括毒品、酒精和精神健康問題，以及其他社會、職業和介入處遇部分。為司法環境開發的工具被稱為刑事司法處遇表 (Criminal Justice treatment forms, CJ)，其中包含須由訪談的 CJ 綜合初談表 (TCU CJ CI) 和自陳式的個案自評表 (TCU CJ CEST-intake)。針對社區處遇所開發的工具包括：須由訪談的簡式初談表 (TCU BI)、綜合初談表 (TCU CI)，以及自陳式的個案自評初談表 (TCU CEST-Intake)。CEST-Intake 可以單獨使用，也可以與其他刑事司法和社區處遇量表結合使用，包括 TCU 藥物篩檢表 V (TCU Drug Screen V, TCUDS V)、TCU 犯罪思想量表 (TCU Criminal Thinking Scales, CTS) 等。TCU 還包括數種簡式表格，例如風險評估表 (TCU global risk assessment, TCU RSKForm)，家庭與朋友評估表 (TCU Family and Friends assessment, TCU FMFRForm)，心理健康和 PTSD 篩檢表 (TCU mental health and PTSD screen, TCU TRMAForm) 以及身心健康篩檢表 (TCU physical and mental health screens, TCU HTLHForm)。

表 5 SAMHSA (2019b) 所推薦的篩檢與評估工具

篩檢 (Screening) 量表

1. 物質濫用

- 1) 德州基督教大學藥物篩檢 V 量表 (The Texas Christian University Drug Screen V, TCUDS V)
 - <http://ibr.tcu.edu/forms/tcu-drug-screen/>
 - 2) 簡易篩檢量表 (The Simple Screening Instrument for Substance Abuse, SSI-SA)
 - <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64629/>
 - 3) 酒精濫用測驗表 (The Alcohol Use Identification Test, AUDIT)
 - http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf
 - 4) 酒精、煙草、物質濫用篩檢表 (Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test, ASSIST)
 - http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/index.html
-

2. 心理健康篩檢工具

- 1) 懲教心理健康篩檢 (The Correctional Mental Health Screen, CMHS-F; CMHS-M)
 - <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/216152.pdf>
 - 2) 心理健康篩檢表 - 第三版 (The Mental Health Screening Form-III, MHSF-III)
 - http://www.bhevolution.org/public/screening_tools.page
 - 3) 監獄心理健康簡式篩檢表 (The Brief Jail Mental Health Screen, BJMHS)
 - <http://www.prainc.com/wp-content/uploads/2015/10/bjmhsform.pdf>
-

3. 動機篩檢工具

- 1) 德州基督教大學動機量表 (The Texas Christian University Motivation Form, TCU-MOTForm)
 - <http://ibr.tcu.edu/forms/treatment-motivation-scales/>
 - 2) 羅德島大學改變評估量表 (The University of Rhode Island Change Assessment Scale, URICA)
 - <http://habitslab.umbc.edu/urica/>
-

4. 自殺量表

- 1) 人際需求調查問卷 (The Interpersonal Needs Questionnaire, INQ)
 - <https://psy.fsu.edu/~joinerlab/measures/INQ-15.pdf>
 - 2) 自殺能力量表 (Capability for Suicide Scale, ACSS)
 - <http://psy.fsu.edu/~joinerlab/measures/ACSS-FAD.pdf>
 - 3) 貝克自殺意念量表 (The Beck Scale for Suicide Ideation, BSS)
 - <http://www.pearsonclinical.com/psychology/products/100000157/beck-scale-for-suicideideation-bss.html>
-

評估 (Assessment) 量表

1. 德州基督教大學量表 (The TCU short forms)
 - 1) 初談表 (TCU CEST-Intake)
 - 2) 藥物篩檢評估 (TCUDS V)
 - 3) 風險評估 (TCU RSK Form)
 - 4) 心理健康和 PTSD 評估 (TCU TRMA Form)
 - 5) 身心健康評估 (TCU HTLH Form)
 - <http://ibr.tcu.edu/forms/treatment-motivation-scales/>
 2. 德州基督教大學刑事司法綜合初談表 (The TCU Criminal Justice Comprehensive Intake, TCU CJCI)
 - <http://habitslab.umbc.edu/urica/>
-

上述量表工具，在 SAMHSA 建議中，只需受過短期訓練的工作人員即可實施篩檢和評估，但與物質濫用有關之精神疾患衡鑑與診斷工具 (如 DSM-5 等)，則必須在施測過程、評分和解釋等方面進行專業培訓，應由經過受訓的精神衛生人員進行，在評估和診斷精神障礙和相關心理社會問題時，也需獲得特定資格。

伍、結論

基本上處遇之效能依案主呈現之問題嚴重程度、處遇治療之適切周延性與服務品質及案主在治療過程之投入程度而呈現差異，惟美國國立藥物濫用研究所 (NIDA, 2016) 指出，根據一些可靠之科學研究，毒癮處遇可減少 40% 至 60% 之毒品使用，並且在處遇完成釋放後顯著減少犯罪活動。此外，研究亦發現對毒品成癮者之處遇可減少 HIV 感染之風險及成本，並提

升40%就業機會。

目前研究證據顯示，為犯罪者提供適切矯治處遇，確實比僅僅懲罰更能降低其再犯率(Lipsey & Cullen, 2007)。但是，相關處遇措施必須遵守風險、需求和回應原則(Andrews & Bonta, 2010)。風險原則規定，干預措施應與所評估的風險程度處於同一水準；需求和回應原則決定了所需提供治療的細節。在評估再犯的風險之後，重要的是要特別關注那些導致吸毒者陷入困境的需求，以適當地解決個案所遇到的問題，尤應注重司法系統中藥物濫用與合併精神疾病者特徵之篩檢和評估。毒品犯在心理健康、物質濫用、社工、諮商輔導、醫療和其他相關問題的範圍和強度具有多樣性，因此，沒有單一的臨床方法能夠滿足所有需求，有效和全面的篩檢和評估對於確定所需干預措施的順序、形式和性質至關重要(SAMHSA, 2019a)。篩檢和評估可有效協助臨床工作人員：1. 篩檢出不需要藥物濫用治療之罪犯；2. 評估毒品犯治療之需求程度，以便進行適當分類與轉介；3. 確保犯罪者得到需要的治療，而不是在很大機率會再次犯罪的情況中被釋放到社區中。

參考文獻

中文文獻

- 李宗憲、楊士隆(2010)。刑事司法戒治處遇制度之問題與困境研究。犯罪學期刊，13(1)，107-141
- 法務部法務統計資訊網(2019)。法務部統計摘要。2019年12月19日。
- 陳玉書(2013)。再犯特性與風險因素之研究：以成年假釋人為例。刑事政策與犯罪研究論文集，1-26。
- 楊士隆、巫梓豪、李韻如(2019)，毒品犯再犯風險與矯治成效國際評估指標初探，海峽兩岸再犯風險管理及其智慧化研討會，中國南京大學主辦。
- 楊士隆、李思賢、朱日僑、李宗憲(2020)，藥物濫用、毒品與防治，臺北：五南。
- 楊士隆、戴伸峰、巫梓豪(2019)。科學實證毒品處遇之執行與策進作法。矯政，8(1)，3-39。
- 楊冀華(2017)。毒品施用者司法處遇效能之追蹤研究。中央警察大學犯罪防治研究所博士論文。桃園：中央警察大學。
- 臺灣高等檢察署(2020)。國內毒品情勢快速分析2019年。

外文文獻

- Andersson, H. W., Wenaas, M., & Nordfjærn, T. (2019). Relapse after inpatient substance use treatment: a prospective cohort study among users of illicit substances. *Addictive behaviors, 90*, 222-228.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychology, Public Policy, and Law, 16* (1), 39-55. doi:10.1037/a0018362
- Baldwin, S. (2013). Drug policy advocacy in Asia: Challenges, opportunities, and prospects. *London: International Drug Policy Consortium.*
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1991). Manual for the Beck scale for suicide ideation. *San Antonio, TX: Psychological Corporation, 63.*
- Bourgon, G., & Armstrong, B. (2005). Transferring the principles of effective treatment into a "real world" prison setting. *Criminal Justice and Behavior, 32* (1), 3-25.
- Brandon, T. H., Vidrine, J. I., & Litvin, E. B. (2007). Relapse and relapse

- prevention. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 3, 257-284.
- Burkhart, G., Kröger, C., Winter, H., Baker, O., Mounteney, J., & Neaman, R. (1998). *Evaluating drug prevention in the European Union*. M. Nilson (Ed.). Office for Official Publications of the European Communities.
- Chin, V., & Dandurand, Y. (2012). Introductory handbook on the prevention of recidivism and the social reintegration of offenders. *Criminal Justice Handbook Series*, New York: United Nations.
- Connors, G. J., DiClemente, C. C., Dermen, K. H., Kadden, R., Carroll, K. M., & Frone, M. R. (2000). Predicting the therapeutic alliance in alcoholism treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 61 (1), 139-149.
- Crites, E. L., & Taxman, F. S. (2013). The responsivity principle: Determining the appropriate program and dosage to match risk and needs. In *Simulation strategies to reduce recidivism* (pp. 143-166). Springer, New York, NY.
- Cropsey, K. L., Wexler, H. K., Melnick, G., Taxman, F. S., & Young, D. W. (2007). Specialized Prisons and Services: Results From a National Survey. *The Prison Journal*, 87 (1), 58-85. doi:10.1177/0032885506299043
- CSAT. (1994). Simple screening instruments for outreach for alcohol and other drug abuse and infectious diseases. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64621/>
- CSAT. (2007). *Screening, Assessment, and Treatment Planning for Persons With Co-Occurring Disorders*. Retrieved from <https://www.addictioncounselor.com/articles/101545/OP2-ScreeningandAssessment-8-13-07.pdf>
- DiClemente, C. C., & Hughes, S. O. (1990). Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse*, 2 (2), 217-235. doi:[https://doi.org/10.1016/S0899-3289\(05\)80057-4](https://doi.org/10.1016/S0899-3289(05)80057-4)
- EMCDDA. (2006). *Service standards for addiction Therapeutic Communities*. Retrieved from <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/guidelines>:
- EMCDDA. (2015). *Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe*. Retrieved from <http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/comorbidity-substance-use-mental-disorders-europe>:
- EMCDDA. (2016). *The role of psychosocial interventions in drug treatment*. Retrieved from http://www.emcdda.europa.eu/publications/topics/pods/psychosocial-interventions_sk:
- EMCDDA (2019), European Drug Report 2019: Trends and Developments, Publications Office of the European Union, Luxembourg Friedmann, P.

- D., Taxman, F. S., & Henderson, C. E. (2007). Evidence-based treatment practices for drug-involved adults in the criminal justice system. *Journal of Substance Abuse Treatment, 32* (3), 267-277. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2006.12.020>
- Friedmann, P. D., Rhodes, A. G., Taxman, F. S., & Step'n Out Research Group of CJ-DATS. (2009). Collaborative behavioral management: integration and intensification of parole and outpatient addiction treatment services in the Step'n Out study. *Journal of Experimental Criminology, 5* (3), 227-243.
- Kiluk, B. D., Nich, C., Babuscio, T., & Carroll, K. M. (2010). Quality versus quantity: acquisition of coping skills following computerized cognitive-behavioral therapy for substance use disorders. *Addiction, 105* (12), 2120-2127. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03076.x
- Lipsey, M. W., & Cullen, F. T. (2007). The Effectiveness of Correctional Rehabilitation: A Review of Systematic Reviews. *Annual Review of Law and Social Science, 3* (1), 297-320. doi:10.1146/annurev.lawsocsci.3.081806.112833
- Milkman, H. B., & Wanberg, K. W. (2007). *Cognitive-behavioral treatment: A review and discussion for corrections professionals*. Washington, DC: US Department of Justice, National Institute of Corrections.
- NIDA. (2007, February 1). Addiction and Co-Occurring Mental Disorders. Retrieved from <https://archives.drugabuse.gov/news-events/nida-notes/2007/02/addiction-co-occurring-mental-disorders> on 2020, April 10
- NIDA. (2016). Principles of Substance Abuse Prevention for Early Childhood. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-substance-abuse-prevention-early-childhood> on 2020, April 10
- NIDA. (2018). Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Third Edition). Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition> on 2020, April 10
- NIDA. (2019a). *drugfacts-criminal-justice*. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/criminal-justice>:
- NIDA. (2019b). *Treatment Approaches for Drug Addiction*. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/treatment-approaches-drug-addiction>:
- NIH. (2014). *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide*

(Third Edition). Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/principles-effective-treatment>:

- NIH. (2018). Principles of Effective Treatment.
- Pantalon, M. V., Nich, C., Franckforter, T., & Carroll, K. M. (2002). The URICA as a measure of motivation to change among treatment-seeking individuals with concurrent alcohol and cocaine problems. *Psychology of Addictive Behaviors, 16* (4), 299-307. doi:10.1037/0893-164X.16.4.299
- Peters, R. H., Greenbaum, P. E., Steinberg, M. L., Carter, C. R., Ortiz, M. M., Fry, B. C., & Valle, S. K. (2000). Effectiveness of screening instruments in detecting substance use disorders among prisoners. *Journal of Substance Abuse Treatment, 18* (4), 349-358. doi:[https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(99\)00081-1](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(99)00081-1)
- Prendergast, M., Podus, D., Finney, J., Greenwell, L., & Roll, J. (2006). Contingency management for treatment of substance use disorders: a meta-analysis. *Addiction, 101* (11), 1546-1560. doi:10.1111/j.1360-0443.2006.01581.x
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1993). In Search of How People Change: Applications to Addictive Behaviors. *Addictions Nursing Network, 5* (1), 2-16. doi:10.3109/10884609309149692
- Rolles, S., Murkin, G., Powell, M., Kushlick, D., Slater, J., & Sabet, K. (2014). The alternative world drug report: counting the costs of the war on drugs. *Drug and Alcohol Review, 33* (2).
- Sacks, S. (2008). Brief Overview of Screening and Assessment for Co-occurring Disorders. *International Journal of Mental Health and Addiction, 6* (1), 7-19. doi:10.1007/s11469-007-9098-0
- Sacks, S., Melnick, G., Coen, C., Banks, S., Friedmann, P. D., Grella, C., & Knight, K. (2007). CJDATS Co-Occurring Disorders Screening Instrument for Mental Disorders (CODSI-MD): A Pilot Study. *The Prison Journal, 87* (1), 86-110. doi:10.1177/0032885506299044
- Sacks, S., Melnick, G., Coen, C., Banks, S., Friedmann, P. D., Grella, C., . . . Zlotnick, C. (2007). CJDATS Co-Occurring Disorders Screening Instrument for Mental Disorders: A Validation Study. *Criminal Justice and Behavior, 34* (9), 1198-1215. doi:10.1177/0093854807304430
- Sacks, S., Ries, R. K., Ziedonis, D. M., & Center for Substance Abuse Treatment. (2005). Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders.
- SAMHSA. (2013). *Substance Abuse Treatment for Adults in the Criminal Justice*

- System*. Retrieved from <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma13-4056.pdf>
- SAMHSA. (2017). *Editor's Note on Tip 44* Retrieved from <https://store.samhsa.gov/product/tip-44-substance-abuse-treatment-for-adults-in-the-criminal-justice-system/sma13-4056>:
- SAMHSA. (2019a). *Behavioral Health Barometer, Volume 5*. Retrieved from Substance Abuse and Mental Health Services Administration:
- SAMHSA. (2019b). *Screening and Assessment of Co-Occurring Disorders in the Justice System* (PEP19-SCREEN-CODJS). Retrieved from <https://store.samhsa.gov/product/Screening-and-Assessment-of-Co-Occurring-Disorders-in-the-Justice-System/PEP19-SCREEN-CODJS>:
- Shaima, N., & Narayanan, G. (2018). A Glass Half Full Not Empty: Strength-Based Practice in Persons with Substance Use Disorders. *Psychological Studies*, 63 (1), 19-24. doi:10.1007/s12646-017-0433-7
- Simpson, D. D., & Knight, K. (1998). TCU data collection forms for correctional residential treatment. *Fort Worth: Texas Christian University, Institute of Behavioural Research*.
- Sinha R. (2011). New findings on biological factors predicting addiction relapse vulnerability. *Current psychiatry reports*, 13 (5), 398–405. doi:10.1007/s11920-011-0224-0
- Steadman, H. J., Scott, J. E., Osher, F., Agnese, T. K., & Robbins, P. C. (2005). Validation of the brief jail mental health screen. *Psychiatric Services*, 56 (7), 816-822.
- United Nations. (2019). What we have learned over the last ten years: a summary of knowledge acquired and produced by the UN system on drug-related matters. Retrieved from https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/2019/Contributions/UN_Entities/What_we_have_learned_over_the_last_ten_years_-_14_March_2019_-_w_signature.pdf (accessed August 23, 2019).
- UNODC(2020), World Drug Report 2020, UN, New York. Retrieved from <https://wdr.unodc.org/wdr2020/>
- Van Orden, K. A., Cukrowicz, K. C., Witte, T. K., & Joiner, T. E. (2012). Thwarted belongingness and perceived burdensomeness: construct validity and psychometric properties of the Interpersonal Needs Questionnaire. *Psychological assessment*, 24 (1), 197-215. doi:10.1037/a0025358