

ارزیابی فرایند طرح آزمایشی دادگاه درمان مدار موادمخدر ایران^۱

علی عزیزی*، محمد فرجیها**

چکیده

پس از رویکردهای مختلف در رسیدگی و مقابله با جرائم، برخی کشورهای تابع نظام حقوقی کامن‌لا به رویکردی درمانی قضایی روی آورده و دادگاه‌هایی تحت عنوان «دادگاه‌های حل مسئله» تشکیل دادند. اولین الگو از این دادگاه‌ها، دادگاه درمان مدار موادمخدر دیند کانتی میامی آمریکا در سال ۱۹۸۹ بود که با رویکردی درمانی قضایی سعی در برطرف کردن مشکل زیربنایی متهم، یعنی سوء مصرف مواد داشت. ایده اقتباس الگوی مزبور در حوزه سلامت و نظام قضایی ایران نیز مطرح شد و منجر به نگارش طرح آزمایشی «دادگاه درمان مدار موادمخدر ایران» به طور مشترک توسط معاونت اجتماعی قوه قضائیه و مرکز توسعه پیشگیری سازمان بهزیستی در سال ۱۳۹۵ گردید. این مقاله با روش «توصیفی تحلیلی» و بررسی اسناد نگارش یافته برای اجرای این طرح و نیز سایر مقررات مرتبط و با تأکید بر دادگاه درمان مدار تهران سعی دارد فرایند «طراحی» این الگو و نیز «اجرای» آن در ایران را ارزیابی و تحلیل کند. نتایج تحقیق نشان می‌دهد که اقتباس صحیحی از الگوی کامن‌لایی آن صورت پذیرفته و اصول و شاخص‌های حل مسئله و نیز ظرفیت‌های قانونی در ایران مغفول مانده است؛ همچنین طرح مزبور مطابق اسناد مربوط به مرحله اجرا نیز در نیامده است. **واژگان کلیدی:** دادگاه حل مسئله، دادگاه درمان مدار موادمخدر، حقوق درمان مدار، رویکرد حل مسئله

۱. این مقاله مستخرج از رساله دکتری علی عزیزی با عنوان «تحلیل عملکرد دادسراها و دادگاه‌های کیفری ایران در پرتو رویکرد حل مسئله» با راهنمایی دکتر محمد فرجیها در دانشکده حقوق دانشگاه تربیت مدرس است.

* قاضی محاکم کیفری تهران، دانشجوی دکتری حقوق کیفری و جرم‌شناسی دانشکده حقوق دانشگاه تربیت مدرس (نویسنده مسئول)
AliAzizi5@yahoo.com

** دانشیار گروه حقوق کیفری و جرم‌شناسی دانشکده حقوق دانشگاه تربیت مدرس
mohammadfarajiha@gmail.com

مقدمه

دادگاه درمان مدار مواد مخدر اولین الگو از دادگاه‌های حل مسئله^۱ است که در سال ۱۹۸۹ در دپت کانتی میامی^۲ در ایالت فلوریدای آمریکا با هدف از بین بردن اعتیاد به عنوان مشکل زیربنایی مجرم تشکیل شد (Bruinsma & Weisburd, 2014: 4002). به جهت اینکه رویکرد حل مسئله به لحاظ نظری از مبانی مختلفی مانند حقوق درمان مدار،^۳ جرم‌شناسی بالینی و... الهام گرفته است، دادگاه‌های حل مسئله نیز که طیف گسترده و متنوعی را تشکیل می‌دهند، همگی ماهیتاً «درمان محور» نیستند (Carey & Munsterman, 2008: 5)؛ اما رویکرد غالب در دادگاه درمان مدار مواد مخدر، درمانی است و به دلیل تبعیت جرم‌شناسی بالینی از اصول چهارگانه علم پزشکی برای مطالعه مجرم، پنج مرحله در فرایند رسیدگی^۴ این دادگاه‌ها مشاهده می‌شود: ۱. آزمایش و معاینه مجرم؛ ۲. برآورد حالت و خصوصیات او یا تشخیص مشکل؛ ۳. تصمیم در خصوص درمان‌ها و راهکارها؛ ۴. اجرای راهکار تعیین شده؛ ۵. نظارت و کنترل فرد در دوران پس از درمان (نجفی ابرندآبادی، ۱۳۸۶-۸۷: ۲۴۱۹ و ۲۴۵۳).

دادگاه مواد مخدر^۵ عنوانی کلی است که شامل دو الگوی اصلی «دادگاه مدیریت سریع پرونده‌های مواد مخدر»^۶ و «دادگاه درمان مدار مواد مخدر»^۷ و نیز شامل دادگاه‌های دیگری مانند دادگاه مواد مخدر نوجوانان،^۸ دادگاه مواد مخدر خانواده^۹ و دادگاه مواد مخدر ورود مجدد به اجتماع^{۱۰} می‌شود (Holst, 2010: 73). الگوی اول (دادگاه مدیریت سریع پرونده‌های مواد مخدر)، دادگاه‌هایی هستند که بدون تمرکز بر درمان یا بازتوانی، کماکان بر استفاده از ابزارهای استاندارد مجازات و آزادی مشروط در خصوص مجرمان مواد مخدر تمرکز نموده و بر مدیریت سریع پرونده‌های مواد مخدر برای فائق آمدن بر افزایش این نوع پرونده‌ها تأکید دارند (Hora et al., 1998: 452 & 463). اما

1. Problem-Solving Courts (PSC)

2. Dade County's Felony Drug Court (Miami)

3. Therapeutic Jurisprudence

۴. فرایند کیفری (پرونده قضایی یا پرونده کیفری) از مراحل مختلفی تشکیل می‌شود که از مرحله دستگیری و توقیف

فرد مظنون شروع و تا مرحله پساکیفری، یعنی مرحله پس از تحمل محکومیت ادامه می‌یابد (نجفی ابرندآبادی، ۱۳۹۲:

(۱۱).

5. Drug courts

6. Expedited Drug Case Management Court (EDCM).

7. Drug Treatment Courts (DTCs).

8. Juvenile Drug Courts

9. Family Drug Courts

10. Re-entry Drug Courts

الگوی دوم (دادگاه درمان مدار موادمخدر) دارای رویکردی درمانی است و از آن تعاریف مختلفی در کامن‌لا ارائه شده است. در یکی از اولین تعاریف رسمی، بیان شده است: «دادگاهی است ویژه که برای مدیریت پرونده‌های ارجاع شده جهت درمان و توان بخشی مصرف‌کنندگان موادمخدر تحت نظارت قضایی در یک حوزه قضایی اختصاص یافته است».^۱ همچنین مطابق تعریفی دیگر، «دادگاهی است که وظیفه دارد از طریق برنامه درمانی و نظارت شدید به پرونده‌های راجع به بزهکاران مصرف‌کننده موادمخدر [در موارد غیرخشونت‌آمیز] رسیدگی کند. برنامه‌های این دادگاه از ظرفیت کامل هریک از کُنشگران (مانند قاضی، مأموران پروبیشن، مأموران اصلاح و تربیت و مجریان قانون، دادستان‌ها، وکلای مدافع، متخصصان درمان و سایر مددکاران اجتماعی) بهره می‌برد و بزهکار را مجبور می‌کند که با مشکل سوء مصرف مواد خود مقابله کند یا اینکه پیامدهای آن را متحمل شود».^۲

منشأ تشکیل دادگاه درمان مدار موادمخدر در موطن اصلی خود، یعنی آمریکا، ابتکارات قضایی قضات و دادستان‌ها بود؛ لیکن هیچ «قانونی» برای توسعه آن وجود نداشت و مبنای قانونی این دادگاه یا صلاحیت ذاتی قضات در تحمیل آزادی مشروط در الگوی پس‌دادرسی یا اختیارات دادستان‌ها در چشم‌پوشی از اتهام در الگوی پیش‌دادرسی بود. این اختیارات نامحدود و بی‌قیدوشرط نبود؛ لیکن امکان تحمیل مقررات د.د.م.م.^۳ بر متهم به‌عنوان شرطی از آزادی مشروط وجود داشت (Lessenger & Roper, 2007: 301-302). پس از مشاهده نتایج مثبت این دادگاه، بسیاری از ایالات آمریکا قوانینی را تصویب کردند که به د.د.م.م اختیار رسیدگی می‌دادند و مشخص می‌کردند که چگونه باید عمل کنند؛ به‌عنوان مثال، ایالت ویرجینیا قانون جامعی به نام «قانون دادگاه درمان مدار موادمخدر»^۴ را تصویب کرد؛ فصل ۲/۳۰ از قانون تنقیح‌شده واشنگتن^۵ به تعریف و انواع دادگاه درمان مدار^۶ مانند د.د.م.م و بیان مقررات مربوط به آن اختصاص یافت و «قانون مشارکت دادگاه موادمخدر کالیفرنیا»^۷ نیز استانداردها و کمک هزینه‌هایی را برای تأسیس این دادگاه‌ها مقرر داشت. از طرف دیگر، دولت فدرال نقش مهمی در ایجاد و توسعه این دادگاه‌ها ایفا کرد؛ به طوری که فصل

1. Section 5 of the Bylaws of the National Association of Drug Court Professionals. (Cited in: Casey, 1994: 118)

2. National Assoc of Drug Court Professionals, et al., 1998, Cited in: Hora, 1998: 452.

۳. دادگاه درمان مدار موادمخدر

4. Drug Treatment Court Act

5. Revised Code of Washington (RCW), Chapter 2.30

6. Therapeutic Court

7. California Drug Court Partnership Act 1998.

پنجم از قانون کنترل جرائم خشن،^۱ اعطای کمک‌های بلاعوض را برای د.د.م.م پیش‌بینی کرد (Lessenger & Roper, 2007: 302-303). در مجموع، ۴۱ ایالت و سه بخش کلمبیا، پورتوریکو و گوام قوانینی را تصویب کردند که طراحی و اجرای د.د.م.م را حمایت می‌کنند (Lurigio, 2008: 17). همچنین در استرالیا دادگاه مواد مخدر نیو ساوت ولز^۲ بر اساس قانون دادگاه مواد مخدر ۱۹۹۸^۳ و با هدف کاهش وابستگی افراد واجد شرایط به مواد، ارتقای بازپذیری و بازگشت مجدد به جامعه و کاهش نیاز این افراد به توسل به فعالیت‌های مجرمانه برای جبران وابستگی‌شان به مواد تشکیل شد (Freiberg, 2001: 13).

نظام دادرسی دادگاه‌های درمان مدار مواد مخدر نه تنها با یکدیگر، بلکه هر نوع از آن‌ها در کشورها و ایالت‌های پذیرنده نیز متفاوت است و از الگوی واحدی پیروی نمی‌کنند؛ به‌عنوان مثال، دادگاه‌های مواد مخدر استرالیا به دو الگوی کلی پیش‌دادرسی^۴ (تعویق تعقیب)^۵ و پس‌دادرسی^۶ (تعلیق یا تعویق محکومیت^۷ پس از اقرار به ارتکاب جرم یا احراز مجرمیت) تقسیم می‌شود (Freiberg, 2001: 13). اما در آمریکا، الگوی پیش‌دادرسی خود شامل دو الگوی «تعویق تعقیب/ قضازدایی»^۸ و «الگوی مبتنی بر پذیرش اتهام»^۹ است و همچنین علاوه بر الگوی «پس‌دادرسی»، الگوی چهارمی نیز با عنوان «الگوی ترکیبی»^{۱۰} در برخی حوزه‌های قضایی مانند دنور^{۱۱} به کار گرفته شده است (Drug Strategies, 1997: 11). در الگوی پیش‌دادرسی، قبل از رسیدگی قضایی و احراز مجرمیت، با رضایت مجرم و بدون ورود به فرایند قضایی، برنامه درمانی شروع می‌شود و در صورت اتمام فرایند درمان، به‌جای مجازات‌های سنتی، تصمیم به تعلیق مجازات، آزادی یا مختومه‌کردن پرونده گرفته خواهد شد و در صورت تخلف متهم، برنامه درمانی لغو و فرایند دادرسی سنتی آغاز خواهد شد. اما در الگوی پس‌دادرسی، پس از رسیدگی و احراز مجرمیت، مجرم در دوره درمان قرار خواهد گرفت و در صورت تخلف، مجازات سابق اجرا خواهد شد. در الگوی ترکیبی نیز بر اساس ویژگی‌های هر درمان‌جو، یکی از الگوهای فوق به‌طور مناسب استفاده می‌شود.

1. Violent Crime Control and Law Enforcement Act of 1994, title V.
2. New South Wales Drug Court
3. Drug Court Act 1998 (NSW) No 150
4. Pre-adjudicative/ Pre-adjudication
5. Deferred prosecution
6. Post-adjudicative/ Post-adjudication
7. Deferred or suspended sentencing
8. Diversion/ Deferred Prosecution Models
9. Plea Models
10. Combination Models
11. Denver

انتشار اخبار موفقیت دادگاه‌های درمان مدار موادمخدر باعث شد که رویکرد «درمانی قضایی» در کانون توجه سیاست‌گذاران قضایی و سلامت کشورهای متعددی، مانند ایران که راهکارهای قبلی را مؤثر نیافته بودند، قرار گیرد. با طرح ایده «دادگاه درمان مدار موادمخدر» در ایران، معاونت اجتماعی و پیشگیری از جرم قوه قضائیه با همکاری مرکز توسعه پیشگیری سازمان بهزیستی در سال ۱۳۹۵ طرحی با عنوان «دادگاه درمان مدار ایران» و راهنما و شیوه‌نامه‌های اجرایی مربوط به آن را تدوین کردند.^۱ سپس اجرای طرح همکاری بین‌سازمانی مزبور به‌طور آزمایشی در شش استان تهران، البرز، قزوین، گیلان، سیستان و بلوچستان و یزد شروع و تا سال ۹۷، چهار استان موفق به تشکیل آن مراکز شدند. در این طرح مقرر شد که ۱۰۰ نفر از معتادان «متجاهر بی‌سرپناه سخت در دسترس» در هر استان شناسایی، غربالگری و وارد فرایند درمان شوند و پس از اجرای کامل طرح، اقدام به ارزیابی و رفع نواقص احتمالی گردد. اجرای آزمایشی این طرح در استان «تهران» از طریق مناقصه به مؤسسه ترک اعتیاد «پیش‌گامان پاک آسیا» واگذار شد و این مؤسسه از ابتدای بهمن ۱۳۹۷ شروع به اجرای طرح و پذیرش درمان‌جویان کرده است. برای کل فرایند درمان و نظارت پس از آن نیز به ازای هر نفر، دوازده میلیون ریال بودجه از محل اعتبارات سازمان بهزیستی و شورای اجتماعی کشور اختصاص یافت.

مبنای قانونی رویکرد درمان مدار در نظام حقوقی ایران را در مرحله اول می‌توان اصلاح برخی قوانین مانند مواد ۱۵ و ۱۶ قانون مبارزه با موادمخدر دانست که در ادامه تغییر دیدگاه‌های «سزاگرایانه به درمانی» در حوزه اعتیاد، به ترتیب، درمان اختیاری و اجباری را مقرر داشتند. اما در خصوص مبنای «دادگاه درمان مدار»، به‌طور خاص باید به مصوبات جلسه ۱۳۳ ستاد مبارزه با موادمخدر، مانند «طرح تحول نظام مدیریت معتادان بی‌سرپناه سخت در دسترس و متجاهر»^۲ و «طرح ملی مبارزه همه‌جانبه با موادمخدر...» اشاره کرد که بر اساس آن‌ها، اسناد اجرای آزمایشی این دادگاه نگارش یافته و به مرحله اجرا گذاشته شده است. دادگاه درمان مدار در اسناد موجود

۱. سابقاً در سال ۱۳۸۵ نیز این طرح به‌صورت بسیار مختصر در دادگستری شهرستان اردکان یزد اجرا گردیده بود؛ لیکن به‌دلیل مشکلات متعدد مانند عدم برنامه‌ریزی و تدوین مبانی نظری متوقف شد. (قدوسی و موسویان، ۱۳۹۲: ۹۶).

۲. درخور ذکر است «سند ملی» تحول نظام مدیریت معتادان بی‌سرپناه سخت در دسترس و متجاهر نیز هدف عملیاتی خود را «استقرار الگوی دادگاه درمان مدار در ایران» و «ادغام برنامه درمان و کاهش آسیب اختلال مصرف موادمخدر با فرایندهای قضایی» بیان کرده است؛ لیکن سند مزبور تاکنون به امضاء سازمان‌های مرتبط نرسیده و قابلیت اجرا نیافته است.

چنین تعریف شده است: «الگوی اصلی درمان اجباری است که به افراد سابقه‌دار با جرائم سبک غیر خشن که همزمان اختلال مصرف مواد نیز دارند، امکان تخفیف در مجازات را می‌دهد، به شرط آنکه موافقت خود را برای ورود به یک برنامه درمان مواد با نظارت دقیق و آزمایش ادرار زیر نظر دادگاه اعلام کنند.»^۱ اما به‌عنوان تعریفی جامع، از نظر نگارندگان، این دادگاه را می‌توان «مرجع قضایی ویژه‌ای دانست که با رویکردی درمانی اصلاحی در مقاطع مختلف تعقیب، دادرسی یا اجرای حکم با استفاده از ابزارهای مختلفی مانند حقوق درمان مدار، روش‌های درمانی بالینی و... و عدم استفاده موقت از ابزارهای کیفی سنتی سعی دارد با برطرف کردن مشکلات زیربنایی متهم، اقدام به حل مسئله و پیشگیری از تکرار جرم نماید».

مروری اجمالی بر فرایند این طرح از سال ۱۳۹۵ دو سؤال اساسی را به ذهن متبادر می‌سازد: اولاً آیا این طرح به‌طور صحیح از مدل غربی خود اقتباس و بومی‌سازی شده است و می‌تواند «الگوی مطلوب حل مسئله» برای نظام قضایی ایران در مقابله با اعتیاد باشد؟ ثانیاً الگوی بومی شده در عمل به چه میزان به‌شیوه علمی و مطابق مقررات اجرا شده است؟ این پژوهش با تفکیک «ارزیابی فرایند» از «ارزیابی اثربخشی»، هدف خود را پاسخ‌دهی به سؤالات فوق به‌طریق «ارزیابی فرایند» با تأکید بر مطالعه موردی د.د.م.م تهران قرار می‌دهد و «ارزیابی اثربخشی» این طرح را به پژوهش دیگری واگذار می‌کند؛ چراکه ارزیابی یک سیاست جنایی به معنی «برآورد تحقق اهداف آن در یک نقطه زمانی معین» است و تنها پس از خاتمه یافتن اجرای یک سیاست می‌توان به ارزیابی آن پرداخت؛ در غیر این صورت، اثربخش نبودن ممکن است ناشی از عدم اجرای کامل بوده باشد (قاسمی مقدم، ۱۳۸۷: ۱۴۰). درحالی‌که هنگام انجام این پژوهش، صرفاً شش ماه از شروع طرح دوازده ماهه دادگاه درمان مدار در تهران و اعزام درمان‌جویان به مراکز ترک اعتیاد گذشته است و صرفاً برخی از درمان‌جویان از مراکز ترک اعتیاد ترخیص و به مراکز توانمندسازی ارجاع شده یا تحت پایش قرار گرفته‌اند.

درخصوص روش تحقیق مناسب این پژوهش، با درنظرگرفتن اینکه ارزیابی فرایند، مستلزم بررسی و تحلیل اسناد و مدارک، مصاحبه با دست‌اندرکاران و مشمولان طرح و... است، ارزیابی اثربخشی نیز نیازمند آمار و اطلاعات مربوط به درصد اصلاح یا بازگشت معتادان، بررسی هزینه‌فایده و... است؛ لذا روش تحقیق «توصیفی تحلیلی» انتخاب و اطلاعات لازم از طرق زیر گردآوری شد:

۱. بررسی منابع کتابخانه‌ای شامل تمامی اسناد، دستورالعمل‌ها، طرح‌ها، قوانین و مقررات مرتبط با

۱. راهنمای د.د.م.م، ص ۱۰۱؛ شیوه‌نامه ارزیابی...، ص ۸ و سند جامع حمایت‌های اجتماعی و درمان اعتیاد کشور.

طرح د.د.م.م.م. ایران؛^۱ ۲. انتخاب هدفمند و بررسی یکصد پرونده درمانی و یکصد پرونده قضایی متناظر از د.د.م.م.م. تهران مربوط به یکصد نفر معتاد متجاهری که در راستای اجرای طرح آزمایشی تحت درمان قرار گرفته‌اند؛^۳ انجام مصاحبه‌های عمیق با تمامی اعضا و گروه درمانی قضایی دادگاه مزبور؛^۴ بازدید از د.د.م.م.م. مرکز غربالگری، کمپ‌های نگهداری درمان‌جویان دادگاه، مراکز توانمندسازی و سایر نهادهای مرتبط با دادگاه.

ساختار این پژوهش نیز بر اساس فرایند چندمرحله‌ای درمان در دادگاه درمان مدار و با در نظر گرفتن نتایج ارزیابی و نیز اینکه تحلیل ساختار دادگاه درمان مدار جزئی از ارزیابی فرایند طرح محسوب می‌شود، در پنج بند شکل داده شد: ۱. تحلیل ساختار سازمانی د.د.م.م.م.؛^۲ ابهام در شاخص‌های شناسایی و پذیرش درمان‌جو؛^۳ عدم رعایت استانداردهای غربالگری؛^۴ سنجش^۲ وضعیت درمان‌جو در فرایند درمان و ارزیابی برنامه درمانی؛^۵ تحلیل فرایند درمان و توانمندسازی. شایان ذکر است که در هر سرفصل و حتی در هر پاراگراف سعی شده است ابتدا ادبیات موجود در خصوص دادگاه درمان مدار در کامن‌لا بیان شود و در پاسخ به سؤال اول مقاله، اسناد د.د.م.م.م. ایران بر اساس آن ادبیات تحلیل و سپس در پاسخ به سؤال دوم، فرایند اجرای عملی این طرح در «دادگاه درمان مدار تهران» با داده‌های میدانی ارزیابی شود. لذا در این مقاله از سه واژه «د.د.م.م.م.» به معنی دادگاه درمان مدار مواد مخدر در کلیت کامن‌لای خود، «د.د.م.م.م. ایران» به معنی دادگاه درمان مدار مواد مخدر پیش‌بینی شده در طرح آزمایشی ایران و «د.د.م.م.م. تهران» به معنی دادگاه درمان مدار مواد مخدر تهران که توسط مؤسسه ترک اعتیاد پیش‌گامان پاک آسیا با نظارت یک قاضی دادرسی انقلاب تهران اجرا می‌شود، به تناسب در متن استفاده شده است.

۱. طرح دادگاه درمان مدار، مستند به اسناد سازمانی متعددی بالغ بر حدود ۴۰۰ صفحه است. مهمترین سند، «راهنمای دادگاه درمان مدار در ایران» و سه شیوه‌نامه به نام‌های «شیوه‌نامه مدیریت مورد...»، «شیوه‌نامه پذیرش و غربالگری...» و «شیوه‌نامه ارزیابی و طراحی مداخلات...» است که نام آن‌ها به همراه برخی دیگر از اسناد در فهرست منابع ذکر شده است.

۲. «سنجش» یا برآورد وضعیت درمان‌جو، قبل، حین و بعد از درمان، یکی از مراحل فرایند درمان در دادگاه درمان مدار مواد مخدر است که معادل واژه (Assessment) در لاتین است؛ لیکن راهنمای دادگاه درمان مدار ایران در ترجمه‌ای ناصحیح، واژه لاتین مزبور را معادل واژه فارسی «ارزیابی» دانسته است و حتی شیوه‌نامه سنجش وضعیت درمان‌جو را نیز «شیوه‌نامه ارزیابی...» نام نهاده است؛ در حالی که واژه «ارزیابی» در رشته‌های مختلف علمی در زبان فارسی معادل واژه لاتین «Evaluation» می‌باشد. به همین دلیل در تمام متن این مقاله، واژه «سنجش» به‌عنوان معادل فارسی واژه (Assessment) و واژه «ارزیابی» به‌عنوان معادل فارسی واژه (Evaluation) ذکر شده است.

۱. تحلیل ساختار سازمانی د.د.م.م

برای د.د.م.م ایران دو ساختار کلی به نام «ساختار سیاست‌گذاری» و «ساختار مدیریت و اجرایی» در سطح ملی و استانی پیش‌بینی شده^۱ و مقرر گردیده است که در مرکز هر استان، «مرکز مدیریت دادگاه درمان‌مدار» مشتمل بر واحدهای هشت‌گانه زیر تشکیل شود: دادگاه، پذیرش، غربالگری، عقد تعهدنامه، سنجش و طراحی مداخلات، مدیریت مورد، خدمات آزمایشگاهی و ضابط قضایی. همچنین در صورت ممکن نبودن تشکیل همه واحدهای مزبور، ادغام برخی در دیگری پیش‌بینی شده است؛ در حالی که ادغام واحدها منجر به نقص کارایی و نظارت کامل می‌شود و حصول نتایج مدنظر را با خطر مواجه می‌سازد. کما اینکه هرچند هر مدیر مورد، مسئولیت حداکثر ۱۰ درمان‌جو را باید برعهده داشته باشد،^۲ د.د.م.م تهران صرفاً یک مدیر مورد برای بیش از ۱۰۰ درمان‌جو داشته و مسئولیت‌های متعددی نیز مطابق «جدول شماره ۱» بر عهده مدیر مورد گذاشته شده است.

بررسی اسناد داخلی و مطالعه تطبیقی با د.د.م.م کامن‌لا نشان می‌دهد که د.د.م.م ایران باید اعضای مختلفی داشته و با نهادهای مختلف دولتی یا غیردولتی درمانی و حمایتی نیز در ارتباط باشد (Marlowe & Meyer, 2011: 23)؛ لیکن در عمل، د.د.م.م تهران به دلایلی مانند سعی در کاهش هزینه‌ها، فاقد اعضائی مانند روان‌پزشک، مددکار اجتماعی، ضابط قضایی آموزش‌دیده، مددیار، مدیر داخلی، کارشناس واحد سنجش بالینی و طراحی مداخلات، پرستار و... است. در جدول زیر، تخصص و وظایف عملی اعضای د.د.م.م تهران، با تخصص و وظایف مقرر شده در راهنمای د.د.م.م ایران مقایسه شده است.

۱. راهنمای د.د.م.م، ص ۲۸

۲. راهنمای د.د.م.م، ص ۳۱ و ۷۱

جدول شماره ۱: اعضای دادگاه درمان مدار تهران، تخصص و وظایف آن‌ها^۱

اعضای فعلی	تخصص لازم طبق راهنما	تخصص یا تجربه فعلی	وظیفه طبق راهنما	وظیفه در عمل
۱ قاضی دادگاه	حداقل دادیار	دادیار دادسرا	تکمیل فرم شماره ۲؛ نظارت قضایی کامل بر درمان؛ اتخاذ تصمیم قضایی	صرفاً نظارت موردی
۲ مؤسس/ مدیر اجرایی طرح د.د.م.م	*	لیسانس / مدیر مؤسسه ترک اعتیاد	*	مدیریت دادگاه و اجرای طرح
۳ متصدی پذیرش	حداقل دیپلم	دیپلمه/ مددیار تجربی اعتیاد	متصدی پذیرش تکمیل فرم ۱	مسئول مرکز تکمیل فرم ۱ و ۲
۴ پزشک	پزشک	پزشک عمومی	تکمیل فرم ۴، شرکت در تکمیل فرم ۶، انجام تست اعتیاد و...	تکمیل فرم ۴ و انجام تست اعتیاد
۵ روان شناس	لیسانس روان شناسی	فوق لیسانس روان شناسی بالینی	تکمیل فرم ۳، شرکت در تنظیم فرم ۴ و ۶	تکمیل فرم ۳ و...
۶ مدیر مورد ^۲	لیسانس مددکاری اجتماعی، روانشناسی بالینی یا مشاوره و داشتن دانش کافی از سیستم قضایی و درمان اختلال مصرف مواد	لیسانس مددکاری اجتماعی شاخه مشاوره خانواده	تکمیل فرم ۵، ۷ و ۸؛ تنظیم متن تعهدنامه با کمک قاضی؛ شرکت در تنظیم طرح درمان؛ طراحی برنامه حمایتی درمانی؛ طراحی برنامه خدمات حمایتی؛ هماهنگی با ارائه دهندگان خدمات حمایتی، ارجاع به مراکز درمانی یا ارائه دهندگان خدمات مختلف درمانی یا حمایتی؛ پایش و پیگیری فرایند درمان و خدمات حمایتی؛ ایجاد ارتباط بین ارکان مختلف دادگاه؛ سنجش درمان جو در تمام مراحل	تکمیل فرم ۵، ۷ و ۸ و...
۷ بهیار	پرستار آموزش دیده	دیپلم/ دوره بهیاری ارتش	شرکت در تکمیل فرم ۳ و ۴	رسیدگی های اولیه پزشکی، تزریق و...
۸ ناظر بهزیستی	*	فوق لیسانس روان شناسی بالینی	*	نظارت بر اجرای طرح
۹ ناظر قوه قضائیه	*	متخصص روان پزشکی	*	نظارت بر اجرای طرح
۱۰ افراد کمکی از بین معتادان بهبودیافته	*	امور نظافتی و خدماتی	*	امور نظافتی و خدماتی

۱. علامت (*) در جدول زیر نشانگر عدم پیش بینی موضوع در راهنمای د.د.م.م است.

2. Case Manager

رکن اصلی دادگاه درمان‌مدار، «قاضی دادگاه» به‌عنوان سرپرست و مسئول گروه درمانی است (Tata, 2013: 17)؛ لیکن با توجه به اینکه راهنمای د.د.م.م ایران عمدتاً با رویکردی پزشکی توانبخشی نگارش یافته است، لذا مهمترین شخص، حسب نوع و میزان مسئولیت، مدیر مورد دانسته شده^۱ و حتی تقریباً تمام وظایف نظارتی قاضی نیز به وی واگذار شده است. در حالی که چون سیاست‌گذاری‌های کلان تعیین‌کننده تمام اقدامات درمانی و قضایی خواهد بود، چنانچه این سیاست‌ها با رویکرد درمانی محض اتخاذ شود، امکان مداخله قضایی به حداقل ممکن خواهد رسید و هدف تشکیل دادگاه درمان‌مدار با محوریت نظارت قضایی منتفی خواهد شد؛ به‌نحوی که بر اساس مشاهدات نویسندگان، د.د.م.م.م تهران نیز قاضی مستقل و مستقر ندارد و دادیار دادرسی انقلاب علاوه بر رسیدگی به سایر پرونده‌ها، صرفاً هفته‌ای دو ساعت از دادگاه درمان‌مدار بازدید می‌کند و در این شیوه، فرصت مطالعه پرونده، ارائه راهکارهای قضایی و مصاحبه با درمان‌جویان فراهم نیست.

شیوه مدیریت پرونده در د.د.م.م.م ایران، تشکیل یک پرونده قضایی و یک پرونده درمانی برای هر درمان‌جو است. شاخص‌های حقوقی در پرونده قضایی و شاخص‌های جرم‌شناختی، زیستی، روانی و اجتماعی در پرونده درمانی ثبت می‌شوند. مبنای پذیرش این شیوه، آموزه‌های جرم‌شناسی بالینی است که درمان صحیح را نیازمند بررسی وضعیت زیستی، روانی و اجتماعی بزهار و تشکیل پرونده شخصیت برای او می‌داند. لیکن اشکال وارد بر روند تنظیم پرونده درمانی در د.د.م.م.م تهران، عدم حضور روان‌پزشک و واگذارکردن بررسی موضوعات تخصصی روان‌پزشکی به دیگران است. جمعیت هدف رویکرد درمانی د.د.م.م.م ایران نیز در راستای دستیابی به اهداف طرح تحول...، صرفاً «معتادان بی‌سرپناه سخت‌دردسترس و متجاهر» هستند؛ بدین معنی که «استعمال‌کننده صرف» کماکان محکوم به مجازات شلاق و جزای نقدی شده و سایر «معتادانی» که متجاهر به اعتیاد نموده و مرتکب جرم دیگری نشده باشند نیز تعقیب کیفی نشده و به د.د.م.م.م ایران وارد نمی‌شوند.^۲ در حالی که یا بسیاری از معتادان شامل تعریف متجاهر نمی‌شوند یا به عوامل برانگیزاننده دیگری نیز جهت درمان نیاز دارند (قدوسی و موسویان، ۱۳۹۲: ۹۶). همچنین ظرفیت‌های قانونی درمان‌مدار در ایران تنها محدود به معتادان دارای اوصاف مزبور نیست و درصد کثیری از معتادان به‌خاطر

۱. راهنمای د.د.م.م.م، ص ۶۶.

۲. راهنمای د.د.م.م.م، ص ۳۸ و ۴۱.

ارتکاب جرائم دیگری با دستگاه قضایی ارتباط پیدا می‌کنند و درمان آن‌ها می‌تواند در جلوگیری از تکرار جرائم دیگر تأثیر بیشتری داشته باشد.

تناسب بسترهای تعامل دادگاه و نهادهای مسئول درمان یکی از عوامل مهم اثربخشی فرایند دادرسی درمان مدار است. همکاری مؤثر بین دادگاه و سایر سازمان‌ها، از طریق شناخت دقیق وظایف خود و ایجاد تعهد و «توافق» یا «تفاهم‌نامه همکاری»^۱ محقق می‌شود. همچنین حل گروهی مشکل متهم، مستلزم ایجاد ارتباط اطلاعاتی تنگاتنگ و سریع بین دادگاه و تمامی ذی‌ربطانش از طریق فنون جدید، مانند «سیستم مدیریت اطلاعات»^۲ و استفاده از متخصصین این امر است. همه اعضا گروه حل مسئله می‌توانند اطلاعات ایجاد شده در این سامانه را رؤیت کنند و حتی بدون وجود این سامانه، ارزیابی صحیحی از حصول اهداف دادگاه امکان‌پذیر نخواهد بود (Carey & Munsterman, 2008: 7). اما مشاهدات در مؤسسه مجری طرح د.د.م.م تهران حکایت از نبود سیستم الکترونیکی مدیریت اطلاعات و ارتباط برخط با دادگستری، مراکز درمانی، توانمندسازی، حمایتی و... دارد. کما اینکه بر اساس تحقیق انجام شده در شش ماهه اول اجرای طرح دادگاه درمان مدار در یزد در سال ۱۳۸۶ نیز عدم همکاری مناسب بین بخشی (شورای مبارزه با مواد مخدر، نیروی انتظامی، دادگستری، مددکاری، بهزیستی و...) باعث سیر نزولی شرکت‌کنندگان و عدم موفقیت در اجرا شده و اجرای آن بیش از یک سال ادامه نیافته بود (صادقیه، ۱۳۸۸: ۱۹).

۲. ابهام در شاخص‌های شناسایی و پذیرش درمان‌جو

اولین مرحله ورود افراد به فرایند درمانی دادگاه درمان مدار، شناسایی و پذیرش^۳ آن‌ها از طرق مختلف است. هریک از دادگاه‌های درمان مدار کاملاً معیارهایی برای تشخیص شایستگی افراد برای ورود به برنامه درمانی دادگاه تعیین می‌کنند. این معیارها به‌طور نامحدود شامل نوع خاصی از جرائم (مانند جرائم غیرخشونت‌آمیز)، ویژگی‌های خاص شخصی مجرمان (مانند عدم بیماری جسمی شدید)، ماهیت جرم فعلی، سابقه کیفری، نوع مواد، محل سکونت، سابقه خشونت، میزان دسترسی به منابع درمانی، ملاحظات قانونی تعیین‌کننده معیارهای ورود، امکان دسترسی به مجازات‌های غیرحبس یا فرصت‌های غیرقضایی برای گونه‌های خاصی از جرائم، ملاحظات مربوط به کمک‌های دولتی (مانند مشمول نبودن جرائم خشن یا توأم با حمل سلاح)، سطح نیازهای جرم‌زا^۴

1. Memorandum of Understanding (MOU)
2. Management Information Systems (MIS)
3. Admittance
4. Criminogenic needs

و خطر پیش‌آگهی^۱ مجرم و... است (Marlowe & Meyer, 2011: 31-32; Lurigio, 2008: 14). درمان جویان می‌توانند شامل داوطلبان ورود به دادگاه با پرداخت هزینه‌های مربوط، متهمان جرائم موادمخدر و مرتکبان سایر جرائم خرد مرتبط با موادمخدر باشند. البته هرچند اکثر دادگاه‌های درمان‌مدار آمریکا، جرائم سبک موادمخدر را رسیدگی کرده و مرتکبین آن را درمان می‌کنند، در برخی دیگر کشورها مانند استرالیا اکثریت دادگاه‌های درمان‌مدار، پرونده‌های جرائم مهم و شدید مواد را هدف قرار داده‌اند (Freiberg, 2002: 283).

در دادگاه درمان‌مدار ایران پیش‌بینی شده است که سه دسته از افراد بتوانند وارد فرایند درمان شوند: اول، معتادان فاقد گواهی تحت درمان و متجاهر که توسط نیروی انتظامی دستگیر می‌شوند؛ دوم، افرادی که به دلیل اعتیادشان از آن‌ها شکایت شده است یا اعضای خانواده، بستگان یا سایرین از طریق تماس با خط ملی اعتیاد (۰۹۶۲۸)، اورژانس اجتماعی (۱۲۳) یا شماره ۱۱۰ اعتیاد ایشان را گزارش کرده‌اند؛ سوم، افرادی که مرتکب جرائم سبک^۲ غیر خشونت‌بار شده باشند و نوع جرم ایشان مرتبط با مصرف مواد باشد.^۳ شرط مشترک برای هر سه دسته فوق، داوطلب بودن درمان‌جو برای ورود به د.د.م.م است؛ لیکن علاوه بر آن، دسته اول و دوم باید متجاهر به استعمال مواد نیز باشند. امکان ورود دسته سوم هرچند کاملاً منطبق با الگوی استاندارد دادگاه درمان‌مدار کامن‌لاست، با سیاست طراحی اختصاصی الگوی د.د.م.م ایران برای «معتادان متجاهر بی‌سرپناه سخت در دسترس» در تعارض است. همچنین هیچ اشاره‌ای به فرایند ورود این دسته از مجرمان نشده و تکلیف پرونده کیفری جرم سبک دیگری که مرتکب شده‌اند، مشخص نشده است. از طرف دیگر، هرچند مصرف مواد در دسته سوم باید به‌عنوان عامل زیربنایی در ارتکاب جرم مؤثر بوده باشد، ارتباط استلزامی بین «نوع» جرم ارتكابی با مصرف مواد نمی‌توان برقرار کرد و جرائم ارتكابی تحت تأثیر مواد نیز مشخص یا محدود به نوع خاصی نشده‌اند. بنابراین در حال حاضر پذیرش درمان‌جو صرفاً از دسته اول و دوم امکان‌پذیر است؛ به طوری که ۹۰ درصد از درمان‌جویان د.د.م.م تهران از طریق دستگیری در طرح‌های ضربتی پلیس، ۲ درصد به صورت تماس مستقیم یا مراجعه حضوری به د.د.م.م، ۲ درصد از طریق شکایت خانواده متهم و همچنین ۶ درصد حین درمان در مراکز درمانی

1. Prognostic risk

۲. جرائم سبک در صفحه ۳۶ راهنمای د.د.م.م جرائم تعزیری درجه شش الی هشت اعلام شده است.
۳. راهنمای د.د.م.م، ص ۳۵ و بند ۴ ماده ۵ و بند ۸ ماده ۱ آیین‌نامه و ماده ۱۶ اصلاحیه قانون اصلاحی قانون مبارزه با مواد مخدر ۱۳۸۹.

(اعم از مراکز ماده ۱۵ یا ۱۶، مانند اردوگاه فشافویه) توسط قاضی د.د.م.م تهران شناسایی و به این دادگاه ارجاع شده‌اند.

در خصوص ویژگی‌های جمعیت‌شناختی درمان‌جویان، محدودیتی از نظر جنس، نژاد، ملیت، مذهب و... هنگام پذیرش در د.د.م.م ایران پیش‌بینی نشده است؛ به طوری که از کل ۱۰۰ نفر درمان‌جوی د.د.م.م تهران، به لحاظ جنسیت، ۹۸ درصد مرد و ۲ درصد زن بوده‌اند. به لحاظ ملیت، ۹۸ درصد ایرانی و ۲ درصد خارجی (افغانستانی) بوده‌اند. به لحاظ سطح تحصیلات، ۱۲ درصد بی‌سواد، ۲۵ درصد ابتدایی، ۳۷ درصد راهنمایی، ۱۶ درصد دیپلم یا پیش‌دانشگاهی، ۸ درصد فوق‌دیپلم و ۲ درصد لیسانسه بوده و وضعیت تأهل و رده سنی درمان‌جویان نیز به شرح جدول زیر بوده است. اما به جهت اینکه در قوانین کیفری ایران برای افراد زیر ۱۸ سال، دادگاه و دادرسی افتراقی تعیین شده است، لذا این دسته از افراد به طور کامل از شمول د.د.م.م ایران خارج شده‌اند^۱ و صرفاً به «واحد درمان و بازتوانی کودکان معتاد» ارجاع می‌شوند؛^۲ در حالی که مطابق تبصره بند الف ماده ۸۸ قانون مجازات اسلامی یا بند «ب» آن ماده، یکی از تصمیمات دادگاه اطفال و نوجوانان می‌تواند اقدام لازم جهت درمان یا ترک اعتیاد طفل یا نوجوان تحت نظر پزشک باشد؛ لذا ضمن پذیرش رویکرد افتراقی، می‌توان مانند آمریکا، تأسیس «دادگاه درمان مدار مواد مخدر ویژه اطفال و نوجوانان»^۳ را در نظر گرفت (Freiberg, 2001: 13). همچنین بدیهی است این تنوع گسترده در درمان‌جویان، نیازمند تنوع در امکانات و برنامه‌های درمانی حمایتی نیز است و امید به اثربخشی اجرای یک طرح «آزمایشی» با چنین تنوعی سازگار به نظر نمی‌رسد.

جدول شماره ۲: درمان‌جویان د.د.م.م تهران بر حسب سن و وضعیت تأهل

وضعیت تأهل	مجرد	متاهل	مطلقه	متارکه	همسر فوت‌شده	جمع
درصد	۳۹	۳۵	۲۰	۴	۲	۱۰۰
رده سنی	تا ۲۰ سال	از ۲۱ تا ۳۰	از ۳۱ تا ۴۰	از ۴۱ تا ۵۰	از ۵۱ تا ۶۰	از ۶۱ تا ۶۵
درصد	۲	۲۲	۲۹	۲۸	۱۶	۳

۱. راهنمای د.د.م.م، ص ۳۶

۲. راهنمای د.د.م.م، ص ۳۸

در زمینه «نوع مشکل» و جمعیت هدف، رویه دادگاه‌های درمان‌مدار موادمخدر کاملاً بسیار متنوع است؛ به طوری که در برخی از آن‌ها معیارهای ورود و غربالگری شدید بالینی اتخاذ شده است. در حالی که در برخی دیگر، ابتلا به بیماری‌های خاص و مُسری (مانند هپاتیت، سل یا HIV+) مانع از ورود به برنامه درمانی نیست (Terry III, 1999: 173). البته در زمینه «حق پذیرش» افراد در دادگاه درمان‌مدار، با در نظر گرفتن حق‌های مقرر در قوانین خاص، آراء مختلفی از محاکم آمریکا صادر شده است؛ به عنوان مثال در دعوی اِونز علیه دولت (Evans V. State)، متهم مبتلا به ایدز مدعی شده بود که محروم کردن او از دادگاه درمان‌مدار موادمخدر نقض «حق حمایت برابر از طرف قانون» موضوع اصل ۱۰۵ قانون اساسی آمریکا و نیز نقض قانون آمریکایی‌های دارای معلولیت^۱ بوده است. دادگاه استیناف این ادعا را نپذیرفت و بیان کرد که نه به دلیل بیماری ایدز متهم، بلکه پیچیدگی نیازهای درمانی وی، مانند درمان‌های مضاعف که برنامه درمانی به آن‌ها مجهز نبود، مانع بهره‌مندی از دادگاه درمان‌مدار شده است (Marlowe & Meyer, 2011: 170-171). در آراء دیگری اعلام شده که هیچ حق قانونی یا حقی بر اساس قانون اساسی برای ورود به دادگاه درمان‌مدار موادمخدر وجود ندارد (Cdc V. State; Jim V. State; Lomont V. State) و نیز قانون مبنای دادگاهی را ایجاد نکرده است که همه شهروندان حق دسترسی به آن را داشته باشند؛ بلکه صرفاً اختیار تشکیل چنین دادگاهی را به ایالات داده است (Lomont V. State). همچنین بیان شده است که دسترسی مجرم به دادگاه درمان‌مدار موادمخدر صرفاً یک «امتیاز» است و نه «حق» (State V. Harner) و عدم تشکیل دادگاه درمان‌مدار در شهرستانی که شخص در آن‌جا متهم شده، به معنی نقض حق حمایت برابر از طرف قانون نیست (State V. Little; State V. Harner; Lomont V. State).

در ایران، برای خدمت‌رسانی به معتادان مبتلا به بیماری‌های مُسری، «مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری» در نظر گرفته شده است و اگر این افراد حاضر یا قادر به ترک نباشند، «مراکز کاهش آسیب» برای کنترل و کاهش آسیب‌های آنان و ترغیب به درمان تأسیس شده‌اند. یکی از گروه‌های محروم از ورود به د.د.م.م ایران «افراد دارای اختلالات شدید روانی یا سایر بیماری‌های شدید جسمانی نیازمند مراقبت‌های خاص بیمارستانی» هستند؛^۲ لیکن با توجه به اینکه پیگیری خدمات پزشکی برای درمان بیماری‌های جسمی، مانند عفونت‌های مرتبط با مصرف مواد (هپاتیت، HIV و...) در حین دوره

1. Americans with Disabilities' Act (ADA).

۲. راهنمای د.د.م.م، ص ۳۷

درمانی به مدیر مورد واگذار شده است،^۱ می توان نتیجه گرفت منعی برای پذیرش این افراد در د.د.م.م. ایران وجود ندارد؛ به طوری که ۵ درصد از درمان جویان د.د.م.م. تهران مبتلا به HIV + و ۳ درصد مبتلا به هیپاتیت بوده اند؛ اما مشاهدات نویسندگان حاکی از آن است که دادگاه صرفاً اقدام به معرفی بیمار به بیمارستان امام خمینی جهت درمان ایدز کرده و بعداً در خصوص مراجعه بیمار به بیمارستان و نتیجه درمان پیگیری نشده است.

از دیگر شروط اساسی برای ورود درمان جویان به د.د.م.م. ایران می توان به مثبت بودن آزمایش اعتیاد، احراز تظاهر و اعلام تمایل و رضایت درمان جو در ورود به فرایند درمانی د.د.م.م. اشاره کرد. در خصوص شرط اول، مشاهدات، حکایت از بی دقتی د.د.م.م. تهران دارد؛ به طوری که آزمایش اعتیاد حداقل ۱۴ درصد از درمان جویان منفی بوده (نتیجه تست در برخی پرونده ها روشن نیست) و حتی به رغم اینکه آزمایش اعتیاد برخی درمان جویان، مانند پرونده شماره ۸۷ منفی بوده و درمان جو مدعی شده که صرفاً مصرف کننده مشروبات الکلی است و پزشک مرکز نیز به ترخیص وی نظر داشته، نامبرده به مرکز درمانی معرفی شده است! در خصوص عنصر رضایت و تمایل نیز باید اذعان داشت که اصولاً درمان اجباری^۲ خلاف اصول حل مسئله و حقوق درمان مدار بوده است و حصول نتایج درمانی را غیرممکن خواهد کرد؛ به طوری که در پرونده شماره ۸۲ به رغم اینکه درمان جو عدم رضایت خود به ورود به د.د.م.م. را هنگام غربالگری بالینی اعلام کرده بود، لیکن از وی تعهدنامه اخذ شد و به مرکز درمانی معرفی شده بود. نتیجه این اعزام اجباری، بی نظمی و اقدام به فرار از مرکز در هفته سوم و همچنین ضرب و جرح برای فرار در هفته چهارم نگهداری بوده است. اما در الگوی دادگاه درمان مدار سعی می شود بدون توسل کامل به اجبار، درمان جو با توسل به فشار قانون^۳ به درمان پایبند شود؛ چراکه مطالعات متعدد تجربی، استفاده از اقدامات اجباری برای افزایش احتمال ورود مجرم و باقی ماندن وی در درمان را تا حد زیادی تأیید کرده است (Farabee, 1998: 4). در این خصوص هر چند اقدامات اولیه، مانند دستگیری، حالت جبری دارد، با آموزش عواقب بیماری و ایجاد انگیزه درونی در معتاد، تمایل برای ورود به درمان در وی ایجاد خواهد شد. این موضوع در د.د.م.م. تهران نیز صادق بوده است؛ چراکه هر چند ۹۸ درصد از درمان جویان به طرق مختلف دستگیر شده بودند، ۹۹ درصد از این افراد پس از ورود، به شرکت در برنامه درمانی دادگاه اعلام تمایل کرده اند و در نقطه مقابل، ۱۰ درصد از درمان جویان که «بدون» اخذ تأمین کیفری به

۱. راهنمای د.د.م.م.، ص ۶۲

2. Coerced Treatment

3. Legal Pressure

بیمارستان‌ها یا مرکز درمان سرپایی معرفی شده بودند، پس از معرفی، متواری شده و دیگر به د.د.م.م. مراجعه نکرده‌اند.

احراز تجاهر در خصوص معتادان بی‌سرپناه بدون وجود مکانیسم مشخصی، توسط مأمورین انتظامی حسب ظاهر افراد صورت می‌پذیرد. لیکن در خصوص گزارشات یا شکایات واصله دایر بر تجاهر، دادسرای انقلاب تهران با توجه به جرم‌نبودن اعتیاد و امکان تعقیب قضایی، صرفاً نسبت به «معتادان متجاهر فاقد گواهی ماده ۱۵»، اقدام به احراز تجاهر در سه مرحله زیر می‌کند: در اولین مرحله، در فرمی متحدالشکل ضابطان تحقیق محلی انجام می‌دهند. سؤالات مطرح‌شده در دستور قضایی که فاقد محتوای درمانی است، شامل پرسش از ساکنان یا شاغلان محل در خصوص تجاهر (دلالت رفتار، گفتار یا وضعیت ظاهری بر اعتیاد)، سوء معاشرت فرد با افراد مشکوک به ارتکاب جرائم مواد مخدر، شناسایی بزه‌دیده احتمالی و استماع اظهارات وی بوده است. شناسایی بزه‌دیدگان احتمالی اعتیاد در دستور قضایی فوق، فاقد توجیه جرم‌شناختی است؛ چراکه اعتیاد از جمله جرائم بدون بزه‌دیده بوده و حتی اگر بزه‌دیده‌ای متصور باشد، خود شخص معتاد است. همچنین اثر برجسب‌زنی این سؤال باعث می‌شود که حتی پرسش‌شوندگانی که قصد شکایت از شخص معتاد را نداشته‌اند، تمایل به شکایت یا بیان اظهاراتی منفی علیه وی پیدا کنند. گزارشات ضابطان نیز که با ادبیاتی پلیسی تنظیم می‌شود، اصولاً بر اساس اظهارات اهالی محل است؛ در حالی که میزان اعتبار اظهارنظرهای اهالی محل درباره شخص روشن نبوده و قابل راستی‌آزمایی نیست. همچنین صرف رفتار، گفتار و وضعیت ظاهری شخص، دلیل تجاهر نخواهد بود؛ چراکه مطابق بند ۱۴ ماده ۱ آیین‌نامه ماده ۱۶ اصلاحیه قانون اصلاحی قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۹۶/۹/۲۷ «تجاهر به اعتیاد سوء رفتار ناشی از اعتیاد می‌باشد. تأیید وقوع سوء رفتار توسط مقام قضایی و تشخیص اینکه سوء رفتار ناشی از اعتیاد بوده توسط پزشک صورت می‌پذیرد. مصادیق سوء رفتار حاصل از اعتیاد توسط کارگروهی متشکل از معاونت اجتماعی و پیشگیری از جرم قوه قضائیه، دبیرخانه ستاد، وزارت بهداشت و سازمان بهزیستی کشور مشخص می‌گردد». در مرحله دوم، در صورتی که نتیجه تحقیقات محلی حکایت از اعتیاد شخص داشته باشد، مقام قضایی دستور احضار وی به اتهام «اعتیاد به مواد مخدر به‌نحو متجاهرانه» را صادر و در صورت عدم حضور، وی را جلب می‌کند؛ در حالی که در قوانین، مجازاتی برای اعتیاد پیش‌بینی نشده است و مطابق اصلاحیه قانون اصلاحی قانون مبارزه با مواد مخدر ۱۳۸۹، صرفاً در صورت تجاهر به اعتیاد و فقدان گواهی ماده ۱۵ (گواهی تحت درمان) امکان «تعقیب قضایی بدون کیفر» وجود دارد. در مرحله آخر، پس از دستگیری متهم و انجام

آزمایش اعتیاد (کیت ادرار و تست تأییدی TLC)،^۱ دادیار تحقیق، به متهم تفهیم اتهام کرده و تحقیقات را انجام می‌دهد و باتوجه به تمایل متهم به ترک، اقدام به صدور قرار التزام به حضور با وجه التزام می‌نماید تا در صورت پذیرش قرار توسط متهم، وی آزاد و برای ترک به یکی از مراکز اختیاری ماده ۱۵ معرفی و در غیر این صورت، به یکی از مراکز اجباری ماده ۱۶ اعزام شود. در نهایت در فرمی که رضایت قبلی متهم در آن تایپ شده است، قرار تعلیق تعقیب توأم با تکلیف به ارائه گواهی تحت درمان ظرف ده روز و عدم مراجعه به اماکن دارای اشتها به فروش مواد مخدر صادر می‌کند و سپس متهم به یکی از مراکز ماده ۱۵ معرفی می‌شود. اما با توجه به انجام فرایند احراز تجاهر در دادرسی انقلاب، رویکرد غالب اقدامات، قضایی است و نه درمانی؛ در حالی که لازم بود مقام قضایی در محل دادگاه درمان مدار مستقر باشد و فرایند پذیرش و درمان مطابق اصول درمان مدار در آن دادگاه انجام شود.

۳. عدم رعایت استانداردهای غربالگری

پس از ارجاع یا ورود معتاد متجاهر به دادگاه درمان مدار، لازم است متهمان مستعد غربالگری^۲، انتخاب و درمان شوند. دادگاه‌ها اعم از «حل مسئله» و «سنتی مسئله محور» به دلایل مختلف اقدام به انتخاب گزینشی متهمان برای ورود به برنامه درمانی می‌کنند. عوامل انتخاب گزینشی در دادگاه‌های سنتی مسئله محور را می‌توان تراکم و تنوع پرونده‌ها، عدم تمایل یا همکاری طرفین، محدودیت منابع، خروج ذاتی برخی جرائم یا افراد، فشارهای سیاسی یا اجتماعی ناظر به برخی پرونده‌ها و... دانست. اما غربالگری متهمان در دادگاه‌های حل مسئله بر اساس معیارهای بیشتری مانند نوع و شدت جرم، سن و سوابق متهم، پرداخت هزینه‌های برنامه درمانی و... انجام می‌شود. غربالگری به عنوان یک بررسی مقدماتی که بین ۳۰-۵ دقیقه وقت نیاز دارد (Peters & Peyton, 1998: 4)، «واجد شرایط بودن»^۳ درمان جو را برای شرکت در دادگاه درمان مدار تعیین می‌کند و معمولاً بلافاصله پس از دستگیری اتفاق می‌افتد؛ اما «سنجش»^۴، همان طور که در بند بعد توضیح داده خواهد شد، «مناسب بودن»^۵ میزان و انواع خاص خدمات را تعیین می‌کند و به طور معمول پس از پذیرش مجرم در برنامه دادگاه درمان مدار اتفاق می‌افتد. مهمترین موضوعات

1. Thin Layer Chromatography (TLC)
2. Screening
3. Eligibility
4. Assessment
5. Suitability

بررسی شده در غربالگری شامل شدت مصرف مواد، مشکلات عمده سلامت روان، میزان انگیزه فرد برای درمان و الگوهای تفکر مجرمانه متهم می‌شود (Knight et al., 2008: 5-6). غربالگری به معنی فرایند سنجش افراد در خصوص وجود احتمالی مشکلی خاص است؛ لیکن الزاماً نوع مشکل احتمالی شخص یا میزان شدت آن را مشخص نمی‌کند؛ بلکه تعیین می‌کند که آیا سنجش بیشتری ضروری است یا خیر (Center for Substance Abuse Treatment, 2005: 7). طرح د.د.م.م ایران به تاسی از دادگاه درمان‌مدار کامن‌لا سه نوع غربالگری «عمومی»، «قضایی»^۱ و «بالینی»^۲ را پیش‌بینی نموده که هدف هر یک، متصدی مرتبط و تخصص وی در جدول زیر نشان داده شده است.

جدول شماره ۳: فرم‌های پیش‌بینی شده برای غربالگری در د.د.م.م ایران

شماره فرم	عنوان فرم	تکمیل‌کننده	هدف از تکمیل	هدف کلی
۱	غربالگری عمومی	متصدی واحد پذیرش و غربالگری عمومی (حداقل دیپلمه)	اخذ اطلاعات جمعیت شناختی (دموگرافیک)، انگیزه‌دهی و آشناکردن درمان‌جو با د.د.م.م	احراز شرایط و تصمیم‌گیری در خصوص ورود فرد به د.د.م.م
۲	غربالگری قضایی	نماینده مرجع قضایی (حداقل دادیار)	بررسی سوابق جرم و شدت آن	تصمیم‌گیری در خصوص ورود فرد به د.د.م.م
۳	غربالگری بالینی	یک روانشناس و پرستار آموزش‌دیده با حداقل مدرک کارشناسی روان‌شناسی	بررسی خصوصیات بالینی و مشکل اختلال مصرف مواد در فرد	تصمیم‌گیری در خصوص ورود فرد به د.د.م.م

سؤالات و اطلاعات متعدد مندرج در فرم‌های سه‌گانه غربالگری فاقد امتیازبندی است؛ در صورتی که نمی‌توان به کمی کردن تمام اطلاعات دریافتی معتقد بود؛ لیکن تعیین امتیازهای مثبت و منفی و در نظر گرفتن نمره برای هر خصوصیت، می‌تواند به تصمیم کیفی متناسب‌تر کمک کند و صرفاً در صورتی که نمره دریافتی از حد خاصی بالاتر شد، امکان ورود به فرایند درمان برای معتاد فراهم شود. بررسی نویسندگان در د.د.م.م تهران نشان می‌دهد که ۴ درصد از پرونده‌ها فاقد فرم غربالگری عمومی، ۶۰ درصد فاقد فرم غربالگری قضایی و ۷ درصد فاقد فرم غربالگری بالینی بوده‌اند و فرم‌های غربالگری قضایی همگی توسط متصدی پذیرش تکمیل شده‌اند. این موضوع که غربالگری قضایی حتی یک پرونده توسط قاضی انجام نشده است، نشانگر عدم حضور و مشارکت

1. Justice System Screening/Criminal Justice Screening
2. Clinical Screening

قاضی در فرایند غربالگری و اتخاذ تصمیم برای ورود معتاد به فرایند درمان است. عدم حضور و ارتباط مستقیم قاضی می‌تواند حصول یکی از اهداف مهم غربالگری، دایر بر انگیزه‌دهی به معتاد برای ورود به برنامه درمانی خصوصاً راجع به متهمان بدبین به اقدامات قضایی را غیرممکن سازد. غربالگری بالینی با هدف بررسی ویژگی‌های روانی شخص انجام می‌شود و به ازای هر نفر بین ۱-۳ ساعت وقت لازم دارد.^۱ درحالی‌که مصاحبه با روان‌شناس د.م.م تهران نشان داد که عملاً چنین فرصتی برای بررسی هر درمان‌جو وجود نداشته است. تحلیل فرم‌های مزبور نیز حکایت از طراحی‌نشدن علمی آن‌ها دارد؛ چراکه برخی اطلاعات مقرر شده برای اخذ توسط روان‌شناس و پزشک و نیز موضوعاتی مانند سابقه ارتکاب جرم و تعداد دفعات ترک، در فرم‌های غربالگری و سنجش با یکدیگر همپوشانی داشته یا تکراری هستند که باعث طولانی‌شدن فرایند می‌شوند؛ همچنین امکان پاسخ‌گویی به برخی سؤالات مندرج در این فرم، در ابتدای ورود درمان‌جو، برای روان‌شناس وجود ندارد و نیازمند نظارت نسبتاً طولانی مدت است. تشخیص برخی دیگر از این ویژگی‌ها، مانند افسردگی نیز مستلزم انجام بررسی‌های تخصصی است؛ درحالی‌که تشخیص این امر به نتیجه حاصل از پاسخ‌های خوداظهاری معتاد واگذار شده است؛ همچنین برخی از واژه‌هایی که در توصیف متهم استفاده شده، مانند «شدت اختلال مصرف مواد» مبهم بوده و معیار شدت، مشخص نشده و بخش عمده‌ای از داده‌ها نیز به صورت کمی و خنثی و در قالب سؤالاتی با جواب‌های بله یا خیر اخذ شده است؛ در حالی‌که باید به روش کیفی و از راه مصاحبه‌های عمیق و اخذ شرح حال از معتاد انجام شود.

زنان به دلیل خصوصیات فیزیکی و روحی متمایز، وضعیت خانوادگی (متأهل، مادر یا سرپرست خانوار بودن)، معتادبودن شوهر و فشار از طرف وی برای تن‌فروشی و تهیه مواد و... نیازمند رویکرد افتراقی در غربالگری و درمان در دادگاه‌های درمان‌مدار هستند. همچنین زنان به دلیل داشتن مسئولیت‌های خانوادگی و ترس از دوری از فرزندانشان، از برنامه‌های درمانی اقامتی طولانی مدت گریزانند (نجاتی، ۱۳۸۴: ۱۰۸). دادگاه درمان‌مدار ایران در فصل دوازدهم نکاتی را در زمینه غربالگری و سنجش بالینی درمان‌جویان زن متذکر شده است و توجه مدیر مورد را به فراهم کردن امکان درآمدزایی، ارائه حمایت‌ها و خدمات حقوقی، مانند فراهم آوردن امکان طلاق(!) و محیط امن برای زنانی که از آسیب‌های درون‌خانگی رنج می‌برند، جلب نموده است؛ لیکن راهکارهایی برای رسیدن به این اهداف و رفع مشکلاتی مانند نارضایتی شوهر ارائه نشده است. در این خصوص،

بررسی پرونده‌های د.د.م.م تهران نشان می‌دهد که ۲ درصد از درمان‌جویان، زن بوده‌اند که هر دو نیز دارای فرزند بوده و فرزند صغیر یکی از آنان به دلیل معتادبودن ناپدری و شائبه تجاوز وی به کودک، در دوره درمان مادر، جهت نگهداری به همراه مدیر مورد از طریق مترو (!) تحویل مرکز مهر مادر بومهن شده است؛ لیکن رضایت یا نارضایتی شوهر درمان‌جوی دوم، مورد بررسی تیم غربالگری قرار نگرفته است.

نهایتاً پس از انجام غربالگری و دیگر سنجش‌ها در دادگاه‌های درمان‌مدار کامن‌لا، در صورت احراز نشدن شرایط، تصمیم به رد درمان‌جو گرفته می‌شود؛ ولی در صورت احراز شرایط اولیه پذیرش، وقت جلسه حضور نزد قاضی تعیین می‌شود تا درمان‌جو رسماً در دادگاه پذیرفته شود. قبل از جلسه، درمان‌جو اقدام به امضاء یک «تفاهم‌نامه مبنایی»^۱ از مقررات و ضمانت‌اجراهای برنامه و امضای یک «اقرارنامه به ارتکاب جرم»^۲ می‌کند. سپس قاضی پس از پرسیدن چند سؤال، ورود او را به برنامه تریک می‌گوید و اگر درمان‌جو زندانی باشد، دستور آزادی‌اش را صادر می‌کند تا روز بعد در جلسات مشاوره شرکت کند (Mackinem & Higgins, 2008: 46). لیکن در راهنمای د.د.م.م ایران معلوم نشده است که آیا انجام هر مرحله غربالگری به منزله احراز شرایط است یا اینکه پس از انجام مراحل سه‌گانه غربالگری باید تصمیم مشترکی در این خصوص اتخاذ شود. در هیچ‌یک از پرونده‌های د.د.م.م تهران نیز این فرایند تصمیم‌گیری روشن نیست و قاضی حضور نداشته و با تصمیم متصدی پذیرش و مدیر مورد و حداکثر با اطلاع و اجازه تلفنی قاضی، متهم به مراکز درمانی ارجاع شده است.

۴. سنجش وضعیت درمان‌جو در فرایند درمان و ارزیابی برنامه درمانی

سنجش^۳ در خصوص چهار موضوع «خطر»، «نیازها»، «مسئولیت‌پذیری» و «قابلیت‌های»^۴ درمان‌جو و در سه مرحله «قبل از درمان»، «حین درمان» و «پس از اتمام برنامه» صورت می‌پذیرد. سنجش به معنی فرایندی برای تعریف ماهیت یک مشکل و تدوین توصیه‌های درمانی خاص برای رفع آن است. یک سنجش اساسی توسط متخصصان آموزش‌دیده انجام می‌شود و شامل جمع‌آوری اطلاعات کلیدی و درگیر شدن در فرایندی با درمان‌جوست که مشاور را قادر می‌سازد آمادگی درمان‌جو را برای تغییر، سطوح مشکل و نیز هرگونه تشخیص، ناتوانی و نقاط قوت دریابد (Center

1. Basic Understanding
2. Stipulation of guilt
3. Assessment
4. Risks, Needs, Strengths, Responsivity.

8: 2005). for Substance Abuse Treatment, 2005: 8). سنجش با غربالگری و نیز با «ارزیابی»^۱ متفاوت است و بین ۲-۱ ساعت زمان لازم دارد. سنجش و اطلاعات تشخیصی مرتبط، حیطة گسترده تری از غربالگری، مانند بررسی اختلالات روانی را دربرگرفته و مستقیماً به طراحی برنامه‌ای درمانی فردی شده در دادگاه موادمخدر کمک می‌کند (4: Peters & Peyton, 1998). سنجش همچنین کمک می‌کند که خدمات مناسب و درمان لازم شخص مشخص شود.^۲ راهنمای د.د.م.م ایران پنج نمونه فرم را برای انجام سنجش در مراحل مختلف پیش‌بینی می‌کند که توسط افراد واجد صلاحیت‌های خاص و با اهداف معینی به شرح جدول زیر تنظیم می‌گردند:

جدول شماره ۴: فرم‌های پیش‌بینی شده در راهنمای د.د.م.م ایران برای سنجش^۳ درمان جو

شماره فرم	عنوان فرم	تکمیل‌کننده	هدف از تکمیل
۴	سنجش بالینی قبل از ارجاع	گروه سنجش بالینی (پزشک، روان‌شناس، روان‌پزشک و پرستار آموزش‌دیده)	سنجش تشخیصی بیشتر برای دریافت خدمات پزشکی
۵	سنجش مدیریت مورد قبل از ارجاع	مدیر مورد	شناسایی نیازها و ارتباط‌دادن صحیح آن‌ها با درمان مناسب و خدمات اجتماعی
۶	سنجش بالینی حین درمان	تیم پزشکی شامل حداقل یک پزشک و یک روان‌شناس	بررسی میزان پیشرفت در فرایند درمان، تسهیل و حفظ پیشرفت و اصلاح برنامه‌های درمانی
۷	سنجش مدیریت مورد حین درمان	مدیر مورد	
۸	سنجش پس از اتمام دوره حکم قضایی	مدیر مورد	سنجش وضعیت درمان و توانبخشی

سنجش قبل از شروع درمان، شامل سنجش بالینی و مدیریت مورد (فرم‌های شماره ۴ و ۵) است و با هدف مهم «شناسایی دقیق وضعیت فردی و پزشکی درمان‌جو» جهت تعیین نوع برنامه درمانی و ارجاع به گروه درمانی مناسب و نیز با هدف «شناسایی انواع نیازها و لوازم حمایت از درمان‌جو» جهت تقویت احتمال تکمیل دوره درمانی توسط درمان‌جو انجام می‌شود. گروه سنجش بالینی باید

1. Evaluation

۲. راهنمای د.د.م.م، ص ۴۵

۳. توجه شود که همان‌طور که در پاورقی انتهای مقدمه ذکر شد، در راهنمای دادگاه درمان‌مدار ایران، به اشتباه از واژه «ارزیابی» به جای «سنجش» در عناوین فرم‌ها استفاده شده است.

این سنجش‌ها را انجام دهد؛ ولی بررسی عملکرد د.د.م.م تهران از طریق مصاحبه‌های عمیق و تحلیل محتوای ۱۰۰ پرونده مورد مطالعه از آن دادگاه، حاکی است که در عمل، گروه سنجش بالینی وجود ندارد و تمام سنجش‌های بالینی قبل از ارجاع، به‌تنهایی توسط پزشک عمومی که در برخی زمینه‌ها فاقد تخصص لازم محسوب می‌شود، صورت پذیرفته است. همچنین ۳ درصد از پرونده‌ها فاقد فرم شماره ۴ و ۱ درصد فاقد فرم شماره ۵ بوده‌اند. از طرف دیگر، مطابق بند ۳ ماده ۵ آیین‌نامه ماده ۱۶، پزشک تیم موظف است در نظریه خود ضمن اشاره به وضعیت فرد و تشخیص بالینی، روش درمان پیشنهادی و مدت آن را مطابق با پروتکل‌ها و شیوه‌نامه‌های مربوط به‌طور کتبی به مقام قضایی اعلام نماید؛ در صورتی که در ۹۵ درصد از پرونده‌های د.د.م.م تهران هیچ اظهارنظری از پزشک مزبور در فرم سنجش بالینی صورت نگرفته و در ۵ درصد دیگر نیز صرفاً به اینکه متهم به کدام کمپ درمانی معرفی شود، بسنده شده است.

پس از شروع به درمان، سنجش متفاوتی در دستور کار دادگاه قرار می‌گیرد که شامل فرم‌های شماره ۶ و ۷ می‌شود. هدف این سنجش، بررسی میزان پیشرفت درمان جو، تسهیل پیشرفت، نظارت بر وی و اصلاح برنامه درمانی در تناسب با وضعیت درمان جو است که توسط تیم پزشکی (در فرم ۶) و مدیر مورد (در فرم ۷) صورت می‌پذیرد. سنجش بالینی حین درمان در هر مرکز درمانی باید طبق «طرح درمان» معین شده از طرف دادگاه برای درمان جو، راهنمای دادگاه درمان‌مدار، شیوه‌نامه ارزیابی... و نیز مبتنی بر پروتکل اختصاصی همان مرکز انجام شود. این سنجش توسط گروه درمانی مستقر در مرکز درمانی مزبور انجام و گزارش آن به مدیر مورد دادگاه منعکس می‌شود.^۱ اما واگذاری کامل سنجش به مراکز درمانی، به جهت آشنانیدن این مراکز با ساختار و اهداف دادگاه درمان‌مدار، منجر به عدم حصول اهداف درمانی مدنظر خواهد شد. از طرف دیگر، سنجش حین درمان که شامل سنجش پزشکی و مدیریت مورد است، باید با نظارت قضایی^۲ توأم باشد تا از نتایج آن بتوان جهت تشویق و تنبیه درمان جو و سنجش فرایند اجرای برنامه درمانی بهره برد. نظارت قضایی با «پایش و پیگیری»^۳ متفاوت است و مستلزم حضور مکرر درمان جو در مقابل قاضی و مصاحبه بدون واسطه بین ایشان است. لیکن در راهنمای د.د.م.م ایران به لزوم توأم بودن سنجش با نظارت قضایی توجه نشده است و از سؤالات مندرج در فرم‌های ۶ و ۷ نیز چنین اطلاعاتی برداشت نمی‌شود. بررسی پرونده‌های د.د.م.م تهران در این زمینه نشان می‌دهد که ۸۰ درصد از پرونده‌ها فاقد فرم شماره ۶،

۱. شیوه‌نامه ارزیابی...، ص ۲۴

2. Judicial Monitoring
3. Follow-Up Care

۴۱ درصد فاقد فرم شماره ۷ و ۱۰۰ درصد فاقد فرم شماره ۸ بوده‌اند و آنچه تکمیل شده است، مانند وضعیت روانی حین درمان، نیز توسط افراد فاقد صلاحیت، مانند متصدی پذیرش یا مدیر مورد انجام شده و قسمت‌های اصلی مانند آزمایش‌های تصادفی مواد و ویزیت‌های پزشکی مسکوت مانده است؛ به‌عنوان مثال، در پرونده‌های شماره ۱۸، ۳۲ و ۳۵، فرم شماره ۶ که تکمیل آن از وظایف روان‌شناس است، توسط متصدی پذیرش تکمیل شده و در جدول «سنجش روانی درمان‌جو» از فرم مزبور، عباراتی مانند «وضعیت نرمال؛ بسیار خوب؛ مشاوره گروهی؛ حضور مرتب در جلسات؛ اقدام به فرار و بی‌نظمی در مرکز» استفاده شده است که کاملاً بی‌انگیز تخصص‌ناداشتن تنظیم‌کننده می‌باشد.

آخرین مرحله سنجش در د.د.م.م ایران، سنجش پس از اتمام دوره (فرم شماره ۸) است. در این مرحله، سنجش وضعیت درمان و توانبخشی درمان‌جویان برعهده مدیر مورد گذاشته شده است.^۱ اما آنچه به‌عنوان یکی از مراحل اساسی برنامه حل مسئله در کامن‌لا به شمار می‌رود، «ارزیابی پس از تکمیل برنامه» است که شامل چهار گونه «ارزیابی فرایند»،^۲ «ارزیابی برون‌داد»،^۳ «ارزیابی هزینه‌اثربخشی»^۴ و «تحلیل هزینه‌فایده»^۵ می‌باشد. این ارزیابی‌ها یا به‌طور درون‌سیستمی و توسط اعضای دادگاه یا برون‌سیستمی و توسط نهادهای ارزیاب، دانشگاهی یا تحقیقاتی یا هر دو روش انجام می‌شود (Casey et al., 2007: 23-25). اما به‌رغم اهمیت ارزیابی کلیت برنامه در بررسی اثربخشی برنامه اجراشده و رفع نواقص آن، این موضوع در راهنمای د.د.م.م ایران مغفول مانده است؛ درحالی‌که صرف ارزیابی «اثربخشی برنامه بر درمان‌جو»، داده‌های مورد نیاز برای ارزیابی کلیت برنامه را در اختیار ما قرار نمی‌دهد. همچنین انجام آن توسط مدیرمورد با حداقل تحصیلات کارشناسی امکان‌پذیر و علمی نیست و لازم است به‌گروه منسجمی که به اصول ارزیابی تسلط کامل دارند، محول شود.

۵. تحلیل فرایند درمان و توانمندسازی

پس از اتمام مرحله سنجش، باید بر اساس نتایج سنجش بالینی و فرایند تشخیص، «طرح درمان» مشخص و واضحی توسط مدیرمورد و تیم سنجش نوشته شود. در این طرح، موضوعاتی

۱. شیوه‌نامه مدیریت مورد، ص ۲۸ و راهنمای د.د.م.م، ص ۸۵

2. Process evaluation
3. Outcome evaluation
4. Cost-effectiveness evaluation
5. Cost-benefit analyses

مانند مدت تقریبی درمان و نوع برنامه سم‌زدایی، نوع و تعداد جلسات درمان مشاوره‌ای، درمان‌های تکمیلی توان‌بخشی، زمان تست‌های آزمایشگاهی و... مشخص می‌شود.^۱ سپس مدیر مورد فهرستی از مراکز درمانی مورد تأیید سازمان بهزیستی و ارائه‌دهنده خدمات درمانی مقرر در طرح درمان را به درمان‌جو می‌دهد تا مرکز درمانی را متناسب با محل سکونتش انتخاب کند و بر این اساس درمان‌جو توسط مدیر مورد به همراه طرح درمانی به مرکز درمانی انتخاب‌شده ارجاع داده می‌شود.^۲ اما بررسی عملکرد د.د.م.م تهران حکایت از عدم رعایت اصول حل مسئله دارد؛ چراکه طرح درمان برای هیچ‌یک از درمان‌جویان تهیه نشده است و به مراکز درمانی ارسال نگردیده است؛ در نتیجه درمان در مراکز درمانی نیز بدون توجه به نتایج سنجش و همانند سایر درمان‌جویان عادی صورت گرفته است. نتایج مصاحبه نویسندگان با اعضای دادگاه نیز نشان داد که انتخاب مرکز درمانی از فرایند مشخصی پیروی نکرده و الزاماً حاصل نتایج سنجش نبوده است؛ بلکه درمان‌جو حسب نظر پزشک، مدیر مورد یا متصدی پذیرش به یکی از مراکز درمانی معرفی شده است. بر همین مبنا، ۶ درصد از درمان‌جویان د.د.م.م تهران به بیمارستان، ۱ درصد به مراکز ماده ۱۶ و مابقی به مراکز ماده ۱۵ معرفی شده‌اند.

درخصوص نوع مرکز درمانی، با توجه به نبود مراکز درمانی اختصاصی برای دادگاه درمان‌مدار ایران، امکان ارجاع درمان‌جو به مراکز مختلف مورد تأیید سازمان بهزیستی و دادگاه پیش‌بینی شده است. همچنین این مراکز محدود به مراکز ماده ۱۵ یا ۱۶ نشده و استفاده از مراکز دیگری مانند مراکز گذری (DIC)، سرپناه‌های شبانه، مراکز توانمندسازی و جامعه‌پذیری^۳ و... نیز امکان‌پذیر گردیده است.^۴ هرچند پیش‌بینی استفاده از تمام ظرفیت مراکز درمانی موجود با هدف سنجش قبل از شروع درمان، یعنی تعیین نوع برنامه درمانی مختص درمان‌جو و ارجاع به گروه درمانی مناسب، مطابقت دارد، برخی از این مراکز صرفاً جزء مراکز «کاهش آسیب» یا «توانمندسازی» بوده و امکان اجرای «طرح درمان» تنظیم‌شده توسط دادگاه و نیز برآورد نتایج درمانی مورد انتظار را ندارند. از طرف دیگر، امکان ارجاع معتاد متجاهر بی‌سرپناه سخت‌دردسترس به مراکز درمان «سرپایی» اعتیاد که فاقد مکان اسکان است، با اهداف رویکرد درمان‌مدار هم‌خوانی ندارد. در صورتی که بر اساس بررسی نگارندگان، ۲۷ درصد از کل درمان‌جویان د.د.م.م تهران کارتن‌خواب یا فاقد مسکن بوده‌اند

۱. راهنمای د.د.م.م، ص ۷۷ و ۸۲

۲. راهنمای د.د.م.م، ص ۴۲، ۵۳ و ۷۷

۳. Empowerment and Reintegration Center (ERC)

۴. راهنمای د.د.م.م، ص ۵۳ و ۷۷

و ۴۰ درصد از کل درمان جویان نیز به مراکز درمانی سرپایی MMT معرفی شده‌اند. اطلاعات حاصل شده نشان می‌دهد که تشخیص د.د.م.م در انتخاب مرکز درمانی در برخی پرونده‌ها (مانند پرونده‌های شماره ۷۵، ۸۶، ۸۸، ۸۹ و ۹۲) به درستی صورت نگرفته است و تعدادی از معتادان بی‌سرپناه به مراکز درمان سرپایی معرفی شده‌اند؛ به عنوان مثال، در پرونده شماره ۸۶، درمان جو به صورت توأم به مرکز سرپایی MMT و نیز به مرکز گذری (DIC) معرفی شده است؛ در حالی که وضعیت اسکان وی در نظر گرفته نشده است و انتخاب یک مرکز اقامتی واجد هر دو جنبه فوق می‌توانست مناسب‌تر باشد. همچنین در پرونده شماره ۷۵ به جهت ابتلای درمان جو به HIV، نبود مراکز درمانی اقامتی مختص این افراد و عدم پذیرش سایر مراکز، درمان جو در خصوص ایدز به بیمارستان امام خمینی و در خصوص اعتیاد به مرکز سرپایی MMT معرفی شده است؛ لیکن وی از دسترس دادگاه خارج شده و دیگر هیچ مراجعه‌ای نداشته است.

دادگاه درمان مدار تهران، فهرست مراکز درمانی مجاز از سازمان بهزیستی را استعلام کرده و آن سازمان فهرست این مراکز را که تعداد آن‌ها جمعاً (از انواع مختلف) بالغ بر ۲۵۰ مرکز بوده، اعلام نموده است. سپس دادگاه ۱۰۰ نفر درمان جو را بدون ضابطه خاصی به ۹ مرکز درمانی و ۳ بیمارستان (ایران، روزبه و امام خمینی) واقع در مناطق مختلف شهر تهران ارجاع داده است. این آزادی عمل، عدم تعیین مراکز مشخص درمانی و امکان معرفی به تمامی مراکز مجاز، علاوه بر ایجاد شائبه انگیزه مالی بین مسئول دادگاه و مراکز درمانی در ارجاع بیشتر به مراکز خاص، موجب قطع ارتباط مفید و مستمر دادگاه با درمان جویان، صعوبت نظارت و پایش آنان و افزایش هزینه‌های مرتبط خواهد شد. همچنین به علت ناآشنایی مراکز با رویکرد درمان مدار، حصول نتایج مدنظر دادگاه بعید است و در نتیجه باعث خواهد شد که طرح د.د.م.م در عمل با جمع‌آوری و نگهداری معتادان در طرح‌های سابق پلیس و بهزیستی تفاوتی نداشته باشد.

شیوه درمان در مراکز درمانی مزبور مطابق پروتکل‌های مرتبط، مانند «راهنمای ارائه خدمات در مراکز ماده ۱۶»، آیین‌نامه و دستورالعمل‌های مواد ۱۵ و ۱۶ و سایر اسناد و مقررات درمانی صورت می‌پذیرد. با این حال هرچند مسئولیت امور درمان این مراکز بر عهده «مسئول فنی» می‌باشد و هرگونه اقدام درمانی خارج از پروتکل و مقررات درمانی، ممنوع و مستوجب تعقیب انتظامی، کیفری و لغو مجوز است،^۱ تعامل گروه درمانی د.د.م.م با مسئول فنی مراکز و حدود مسئولیت هر یک در مواردی که نظرات مختلفی در خصوص درمان مددجو وجود داشته باشد، مشخص نیست. همچنین

۱. مواد ۱، ۸ و ۹ آیین‌نامه ماده ۱۶.

مشاهده‌های نویسندگان و مروری بر عملکرد مراکز درمانی مورد ارجاع دادگاه، حکایت از آن دارد که اصول درمان و آموزش مقرر در اسناد درمانی رعایت نشده و دوره مزبور به نگهدای صرف در مکانی بسته تنزل داده شده است. از طرف دیگر برخلاف کامن‌لا، نقش درمان‌محور قاضی از حیث «نوع» و «چگونگی» تصمیمات قضایی درمانی وی در د.د.م.م ایران تبیین نشده و در عمل نیز صرفاً در ۳ درصد از پرونده‌های د.د.م.م. تهران (شماره ۶، ۲۰ و ۴۳) تصمیمات بسیار محدودی مانند تغییر نوع درمان از اقامتی به سرپایی یا تغییر مرکز درمانی از طرف قاضی اتخاذ شده است.

به‌منظور تکمیل و اثربخش کردن درمان، مدیر مورد شرایط خانوادگی، تحصیلی، اقتصادی، اشتغال، حمایت‌های اجتماعی دردسترس و معلولیت‌های درمان‌جو را بررسی کرده و بر اساس نیازهای وی، «برنامه حمایتی درمانی» و «برنامه خدمات حمایتی» طراحی می‌نماید. سپس درمان‌جو را جهت دریافت خدمات حمایتی مورد نیاز به واحدهای توانمندسازی و جامعه‌پذیری یا سایر نهادهای ارائه‌دهنده خدمات ارجاع می‌دهد.^۱ واگذارکردن تشخیص برنامه‌های درمانی تکمیلی به مدیر مورد (مانند درمان‌های روانپزشکی لازم) بدون کمک متخصصین مرتبط صحیح به نظر نمی‌رسد؛ چراکه وی تخصص لازم درخصوص همه نیازهای درمانی تکمیلی را ندارد. همچنین لازم است درمان‌جویان حسب برنامه حمایتی نوشته‌شده به مراکز یا خدمات متناسب ارجاع شوند؛ در حالی که بررسی پرونده‌های د.د.م.م. تهران حاکی از آن است که در هیچ‌یک از پرونده‌ها، برنامه درمانی تکمیلی و برنامه خدمات حمایتی تنظیم نشده است. در مراکز توانمندسازی نیز که طبق دستورالعمل مرتبط، خدمات شش‌گانه شامل اسکان، تغذیه، بهداشت، مهارت‌آموزی، کارآفرینی، اصلاح افراد و تسهیل بازگشت به خانواده و جامعه ارائه می‌گردد، (خبرگزاری ایمننا: ۱۳۹۸/۶/۱۰) برخلاف اصول حل مسئله دایر بر لزوم نظارت مستمر بر درمان‌جو، نظارت و آزمایش مستمر اعتیاد پیش‌بینی نشده است. نتیجه این نبود نظارت آن است که از ۲۲ نفر (=۲۲ درصد) درمان‌جوی معرفی شده از د.د.م.م. تهران به مراکز توانمندسازی، صرفاً ۴ نفر در مرکز باقی مانده و مابقی مرکز را ترک کرده‌اند. از دیدگاه ارزیابی تقنینی، مرحلهٔ پساکیفری نیز به دلیل اولویت جنبهٔ کنترلی و نظارتی تدابیر پساکیفری نسبت به جنبهٔ حمایتی در مقررات فرائقیننی ایران (واقفی، ۱۳۹۰: ۱۰۸ و ۱۱۰)، مقررات حمایتی ویژه‌ای برای توانمندسازی درمان‌جویان پیش‌بینی نشده است و مقررات فروتقنینی موجود، مانند آیین‌نامهٔ مراقبت بعد از خروج معتادان نیز که به اقدامات حمایتی پرداخته، اثربخشی لازم را نداشته است.

۱. راهنمای د.د.م.م، ص ۷۸ و شیوه‌نامه مدیریت مورد، ص ۲۳.

نتیجه

تحلیل اسناد پشتیبان دادگاه درمان مدار ایران حکایت از آن دارد که اقتباس صحیحی از الگوی کامن لایی آن صورت پذیرفته و همه لوازم آن بومی سازی نشده است؛ همچنین با غفلت از اینکه دادگاه درمان مدار بارزترین نوع از دادگاه‌های حل مسئله است، به اصول و شاخص‌های حل مسئله در فرایند درمان، توجهی نشده است. به صورتی که از ظرفیت‌های متعدد درمانی در سه مرحله تحقیق، دادرسی و اجرای حکم، مانند «تعلیق تعقیب»، «تعویق مراقبتی صدور حکم»، «تعلیق مراقبتی اجرای مجازات»، «دوره مراقبت»، «آزادی مشروط به طور مراقبتی»، «نظام نیمه آزادی» و «آزادی تحت نظارت سامانه‌های الکترونیکی به طور مراقبتی»، استفاده نشده و با تأسی از الگوی پیش‌دادرسی، اجرای آزمایشی این طرح صرفاً در مرحله دادرسی با نظارت یک قاضی دادرسی و در قالب همکاری بین‌سازمانی پیش‌بینی شده است. در حالی که بر اساس مواد ۴۸، ۵۷، ۶۰، ۶۲ و ۸۳ ناظر به بند «پ» ماده ۴۳، همچنین تبصره بند «الف» و بند «ب» ماده ۸۸ قانون مجازات اسلامی و نیز بند «ب» ماده ۸۱ قانون آیین دادرسی کیفری، می‌توان شخص را در قالب یکی از نهادهای فوق به «درمان بیماری یا ترک اعتیاد» از طریق مراجعه به پزشک، درمانگاه، بیمارستان یا هر طریق دیگری مکلف کرد. از طرف دیگر، آنچه دادگاه درمان مدار را از سایر رویکردها متمایز می‌سازد، کنشگری فعال قاضی و استفاده از فشار قانون برای درمان است؛ در حالی که حضور و نقش قضایی درمانی قاضی، حلقه مفقوده طرح د.د.م.م ایران بوده و نیز طراحی صحیح و اثربخشی از ضمانت اجراها صورت پذیرفته است. به طوری که نبود پشتوانه اجرایی بر میزان پایبندی درمان‌جو به درمان و نظارت پس از آن اثر منفی گذاشته است.

از بُعد اجرایی نیز مطابق آمار و اطلاعات به دست آمده در این پژوهش، فرایند دادگاه درمان مدار ایران نه تنها با الگوی کامن لایی خود همسو نیست، بلکه قرابت بیشتری با جمع‌آوری و نگهداری معتادان در طرح‌های ضربتی پلیس و سازمان بهزیستی داشته است. این امر به دلایل متعدد، مانند عدم آموزش و تخصص اعضا و مرتبطان دادگاه، عدم حضور و اهتمام قاضی، عدم نظارت مناسب ناظران طرح، مشکلات متعدد مالی و تسهیلاتی، عدم اجرای طرح مطابق راهنما و شیوه‌نامه‌های مرتبط، ابهام در فرایند، نبود رویکرد مشارکتی و جامعی و... بوده است. اما از دیگر سوی، هرچند واژه «دادگاه» در ادبیات حقوقی تعریف کاملاً مشخص و روشنی دارد و د.د.م.م ایران به معنی واقعی کلمه، «دادگاه» محسوب نمی‌شود و ایجاد نهادی تحت عنوان دادگاه حل مسئله یا درمان مدار نیازمند قانون‌گذاری و مواجهه با معضلات متعددی است، در شرایط فعلی با استفاده از ظرفیت شعب و قضات دادگاه انقلاب، امکان تشکیل «تخصصی» دادگاه درمان مدار مواد مخدر و نیز بهره‌برداری از

سایر نهادهای درمانی فوق برای درمان معتادانی که به علت ارتکاب سایر جرائم به مرحله دادرسی در دادگاه رسیده یا محکومیت کیفری یافته‌اند، نیز فراهم می‌شود.

منابع

فارسی

- خبرگزاری ایمننا. (۱۳۹۸). نبود نظارت جدی مهم‌ترین ضعف مراکز توانمندسازی بهاران، کد خبر: ۳۸۷۹۶۵، انتشار: ۱۳۹۸/۶/۱۰، ساعت: ۱۳:۵۰، دسترسی: ۱۳۹۸/۷/۱۷، آدرس: <https://www.imna.ir/news/>
- صادقیه، طاهره و دیگران. (۱۳۸۸)، «بررسی روند شش ماهه اجرای طرح دادگاه درمان مدار در شهرستان یزد و تحلیل نتایج اجرای آزمایشی آن»، طلوع بهداشت، دوره ۸، شماره ۳-۴.
- عزیزی، علی و دیگران (۱۳۹۸)، «اصول حاکم بر دادگاه‌های حل مسئله در پرتو مطالعات تطبیقی»، پژوهش‌های حقوق تطبیقی، زیر چاپ.
- عزیزی، علی و فرجیها، محمد (۱۳۹۸)، «تحلیل عملکرد دادگاه‌های کیفری ایران در پرتو رویکرد حل مسئله»، مجله حقوقی دادگستری، زیر چاپ.
- عزیزی، علی و فولادگر، فریبا (۱۳۹۵). «دادگاه‌های حل مسئله و جلوه‌های ترمیمی آن»، دانش نامه عدالت ترمیمی، انتشارات میزان.
- قاسمی مقدم، حسن (پائیز ۱۳۸۷)، «مبانی ارزیابی اثربخشی کیفرهای اجتماع محور و تحلیل یافته‌های آن؛ با تأکید بر مطالعه موردی دوره مراقبت در ایالات متحده آمریکا و انگلستان»، مجله حقوقی، شماره ۶۴.
- قدوسی، آرش و موسویان، سمیرا. (۱۳۹۲)، «دادگاه درمان مدار؛ نگرشی نو در کنترل سوء مصرف مواد»، فصلنامه طب اعتیاد، شماره ۲.
- نجاتی، علی. (۱۳۸۴)، «مقایسه میزان رضایت مندی از روند درمانی مراکز اجتماع درمان مدار تهران و گرگان»، فصلنامه مصباح، شماره ۵۹.
- نجفی ابرندآبادی، علی حسین (۸۷-۱۳۸۶)، تقریرات درس جرم شناسی (بازپروری بزهاران)، تنظیم سلمان عمرانی، دوره دکتری حقوق کیفری و جرم شناسی، دانشگاه تربیت مدرس.
- نجفی ابرندآبادی، علی حسین (زمستان ۱۳۹۲)، «درآمدی بر پژوهش در نظام عدالت کیفری: فرصت‌ها و چالش‌ها»، دیپاچه در: بایسته‌های پژوهش در نظام عدالت کیفری (مقالات برگزیده نخستین همایش ملی پژوهش در نظام عدالت کیفری؛ فرصت‌ها و چالش‌ها)، انتشارات میزان: تهران، چاپ اول.
- واقفی، مریم (۱۳۹۰)، مطالعه حقوقی-جرم‌شناختی مرحله پاک‌کیفری در فرایند کیفری، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه مفید.
- روشن‌پژوه، محسن (۱۳۹۴)، سند جامع حمایت‌های اجتماعی و درمان اعتیاد کشور؛ مصوب جلسه ۱۲۸ ستاد مبارزه با موادمخدر مورخ ۱۳۹۳/۳/۳۱، انتشارات اندیشه معاصر: تهران.
- ستاد مبارزه با موادمخدر (اسفند ۱۳۹۶)، طرح ملی مبارزه همه جانبه با موادمخدر، روان‌گردان‌ها و پیش‌سازها با رویکرد اجتماعی در برنامه ششم توسعه.
- سازمان بهزیستی (۱۳۹۲)، دستورالعمل تأسیس، اداره و انحلال مرکز توانمندسازی و جامعه‌پذیری بهبودیافتگان.
- معاونت اجتماعی قوه قضائیه و مرکز توسعه پیشگیری بهزیستی (۱۳۹۵)، راهنمای دادگاه درمان مدار در ایران.

- معاونت اجتماعی قوه قضائیه و مرکز توسعه پیشگیری بهزیستی (۱۳۹۵)، شیوه‌نامه مدیریت مورد در دادگاه درمان‌مدار ایران.
- معاونت اجتماعی قوه قضائیه و مرکز توسعه پیشگیری بهزیستی (۱۳۹۵)، شیوه‌نامه پذیرش و غربالگری در دادگاه درمان‌مدار ایران.
- معاونت اجتماعی قوه قضائیه و مرکز توسعه پیشگیری بهزیستی (۱۳۹۵)، شیوه‌نامه ارزیابی و طراحی مداخلات در دادگاه درمان‌مدار ایران.

انگلیسی

- Bruinsma, Gerben, and David Weisburd (2014), *Encyclopedia of Criminology and Criminal Justice*, Springer.
- Carey, Shannon, and Janice Munsterman (2008), *Challenges and Solutions to Implementing Problem Solving Courts from the Traditional Court Management Perspective*, American University.
- Casey, Pamela (1994), "Court-Enforced Drug Treatment Programs: Do They Enhance Court Performance?", *Justice System Journal* 17, no.1.
- Casey, Pamela, David. Rottman, and Chantal. Bromage (2007), "Problem-Solving Justice Toolkit", Williamsburg, VA: **National Center for State Courts**.
- **Center for Substance Abuse Treatment** (2005), "Substance Abuse Treatment for Adults in the Criminal Justice System".
- Drug Strategies (1997), "Cutting Crime: Drug Courts in Action 6", Washington.
- Farabee, David, Michael Prendergast, and M Douglas Anglin (1998), "The Effectiveness of Coerced Treatment for Drug-Abusing Offenders", *Federal Probation* :3.
- Freiberg, Arie (2002), "Drug Courts: Sentencing Responses to Drug Use and Drug-Related Crime", *Alternative Law Journal* 27, no.6.
- Freiberg, Arie (2001), "Problem-Oriented Courts: Innovative Solutions to Intractable Problems?", *Journal of Judicial Administration* 11, no.1.
- Holst, Kimberly YW. (2010), "A Good Score? Examining Twenty Years of Drug Courts in the United States and Abroad", *Valparaiso University Law Review* 45, no.1.
- Hora, Peggy Fulton, et al (1998-1999), "Therapeutic Jurisprudence and the Drug Treatment Court Movement: Revolutionizing the Criminal Justice System's Response to Drug Abuse and Crime in America", *Notre Dame Law Review*, 74.
- Knight, Kevin, et al (2008), "Drug Court Screening", Chap. 1 in **Quality Improvement for Drug Courts**, 3-12: National Drug Court Institute.
- Lessenger, James and Glade, Roper (2007), **Drug Courts: A New Approach to Treatment and Rehabilitation**, Springer.
- Lurigio, Arthur J (2008), "First 20 Years of Drug Treatment Courts: A Brief Description of Their History and Impact", *Federal Probation: A Journal of Correctional Philosophy and Practice*, 72, no.1.
- Mackinem, Mitchell and Paul Higgins (2008), **Drug Court: Constructing the Moral Identity of Drug Offenders**, Charles C Thomas Publisher.
- Marlowe, Douglas and William Meyer (2011), **The Drug Court Judicial Benchbook**, National Drug Court Institute.
- National Assoc of Drug Court Professionals, et al (1988), "Community Policing and Drug Courts/Community Courts: Working Together within a Unified Court System", App. B, at Vii.
- Peters, Roger and Elizabeth Peyton (1998), **Guideline for Drug Courts on Screening and Assessment**, The Authors.

- Tata, Cyrus (2013), “Beyond the Revolving Court Door: Is It Time for Problem-Solving Courts?”, **Scottish Justice Matters**, 1, no.1
- Terry III, W Clinton (1999), **The Early Drug Courts: Case Studies in Judicial Innovation**, Vol.7: Sage.
- Cdc V. State, 821 So. 2d 1021 (2001)
- Evans V. State, 667 SE 2d 183 (2008)
- Jim V. State, 911 So. 2d 658 (2005)
- Lomont V. State, 852 NE 2d 1002 (2006)
- State V. Harner, 103 P. 3d 738 (2004)
- State V. Little, 66 P. 3d 1099 (2003)