

联合国

经济及社会理事会



Distr.
GENERAL

E/CN.7/1996/6
9 April 1996
CHINESE
ORIGINAL: ENGLISH

E

麻醉药品委员会

第三十九届会议

1996年4月16日至25日，维也纳

临时议程项目4*

减少需求方案中初级和二级预防的原则和做法

初级和二级预防的现有状况

秘书处的报告

提 要

麻委会第三十八届会议要求对预防药物滥用的初级和二级预防现有状况进行审查，本报告是根据该要求而编写的。多年来，在初级和二级预防方法上取得了丰富的经验。对于衡量和评估方案有效性的方法问题，有了很多的了解。对许多方法的研究结果是一致的，正如可以预料的那样，各种不同方法的有效性不尽相同。

初级预防方法包括提高公众认识的宣传活动、围产期和学前成长阶段的干预、在校教育、针对年轻人的各种方案以及药物检测。二级预防包括通过各种不同形式的治疗和康复，减少药物滥用。在理论上——而且许多国家在实际中也是这样做的——初级和二级预防是与旨在减少对药物滥用者的健康危害的三级预防同时或结合进行的。理论和实证材料表明，初级预防的效果越来越令人怀疑，另一方面，看来有事实表明，二级预防确能减少需求，在某些条件下可导致戒毒。采用二级预防战略，尽管复发率很高，但是不同的研究都表明，它具有成本效益。

* E/CN.7/1996/1.

目 录

	段 次	页 次
导言	1	2
一. 概念问题	2 - 26	2
A. 初级和二级预防的意义和所涉问题.....	2 - 6	2
B. 原因及相关因素	7 - 17	3
C. 衡量有效性.....	18 - 26	7
二. 初级预防	27 - 54	9
A. 如何使方案收到成效.....	27 - 30	9
B. 方案的类别.....	31 - 54	10
三. 二级预防	55 - 76	16
A. 如何使方案收到成效.....	55 - 58	16
B. 方案的类别.....	59 - 76	17
四. 初级与二级预防之间的关系	77 - 90	22
A. 参与者.....	77 - 83	22
B. 具体环境.....	84 - 90	23
五. 结束语	91 - 95	25

导言

1. 麻醉药品委员会第三十八届会议在讨论第三十九届会议的临时议程时决定,关于减少需求的项目应特别着眼于非法需求的初级和二级预防以及研讨减少需求的区域性专家论坛。本报告就是根据上述要求而编写的。

一. 概念问题

A. 初级和二级预防的意义和所涉问题

2. 世界卫生组织(卫生组织)对初级、二级和三级预防的定义界定如下:¹
- 初级预防的目的在于确保不出现某种失调、病变或问题。
- 二级预防的目的是尽早查明并消除或减轻某种失调、病变或问题。
- 三级预防的目的在于制止或推延某种失调、病变或问题的进一步发展

和后遗症，尽管基本状态依然一样。

3. 就非法药物滥用而言，初级预防就是防止非法使用那些列入控制范围的药物。通过诸如以下的各种措施实现上述目标：控制非法供应；加强个人的自尊感及对同龄人压力的抵制能力；提供其他方式替代非法药物滥用；对潜在的非非法药物滥用者进行教育，使他们了解药物滥用的危险及可能带来的问题，特别是认识到静脉注射方式而对身体健康的潜在危害。

4. 二级预防的目的是帮助那些已经是非法药物滥用者的人停止滥用药物。可以通过各种方式实现这一目的，包括印发关于个人如何戒毒的宣传小册子、戒毒咨询以及各种治疗办法，有时再加上康复方案。

5. 三级预防主要涉及限制或尽量减少疾病的某些最严重后果，这里是指减少其有害行为。目标可以通过宣传和教育、替代性药物、关心和劝导、提供注射器或漂白剂来减轻疾病和犯罪行为。这种形式的预防与预防合法药物尼古丁道理类似：多年来人们已经接受了这样的看法，即吸含焦量低的香烟比含焦量高的香烟好，尽管在健康方面的最终目标是彻底戒除吸烟。

6. 正如卫生组织所强调的那样，有必要制定包括所有上述战略的综合性政策。这是秘书处在关于减少需求的基本原则的一份说明中阐明的方法(E/CN.7/1995/4)，也是许多国家所采取的政策。这种综合性方法来自这样一种概念，即初级预防的目的在于防患于未然；二级预防致力于根除这种危害，而三级预防则以减少危害程度为目标。本文件的重点放在初级和二级预防上，但是在介绍现有的综合性方案和方法时，不可避免地要涉及三级预防的某些方面。

B. 原因及相关因素

7. 对制定能够对潜在的或实际的行为产生作用的预防性战略来说，理解为什么人口的某些部分而不是其他部分形成对药物的非法需求，或许是一个重要的因素。对于为什么产生非法药物需求，人们列举了各种理由，数不胜数。使问题更为复杂的是，对于为什么首次使用某种非法药物、为什么继续经常或非经常性地使用这种药物、为什么开始依赖这种药物并继续依赖这种药物，人们的解释也千差万别。² 不论某个方案的目标是着眼于预防初犯还是制止其继续发展，它都是以某些假设条件为基础的，这些假设有时可能并没有明确表达出来，但是可以推断出来，这些假设不一定总与实际相符。决定

干预方案成败的一个关键因素是能否透彻地得出对非法药物需求的了解，不但了解它对于个人的含义，而且了解这些人的直接社会网络以及更广泛的社会文化背景。

8. 非法需求的形式取决于多种因素，除了药物滥用的不同阶段以外，还取决于药物种类、其特点和效果。人们可能出于完全不同的原因而服用MDMA、吸鸦片或注射海洛因。广泛的社会文化背景对这种行为可产生很大的影响，例如，对某些群体来说，这种行为被视为恶习，还是视为一种可以容许的习惯。在传统文化规范禁止或鼓励使用某种特定药物的环境来说，更是如此。还发现，在不同的社会中，人们出于不同的动机而非法滥用药物，甚至在同一社会内，随着使用者群体自身的变化和非法药物滥用所含意义的变化，需求也会有所变化。³

9. 对非法药物滥用的危险因素或其相关因素，已经作了许多流行病学和病源学方面的研究，特别是在发达国家。在许多发展中国家，可在人类学研究资料中找到有关本地药物使用的介绍。⁴下表概要列出了至今查明的各种主要危险因素，主要与青少年有关，但是，正如上文所述，这些因素由于不同社会而具有不同的重要性。表内还列出了“保护”因素，指的是人们由于那些因素而较小可能形成非法需求。

10. 对任何特定的个人来说，首次滥用非法药物的可能性似乎随着他们接触危险因素次数的增多而呈指数性增长。⁵因此，尽管各种不同因素的影响程度不同，但是据信接触各种危险因素的叠加量肯定影响到特定人口群体初次使用非法药物的发生率或比例。

11. 尽管不断有人研究与非法药物使用有关的各种因素，但是，至少有四个具体方面所知甚少，现对这四个方面的概述如下：⁶

(a) 非法药物使用各个阶段（初次使用除外）的引导性危险因素，包括此种使用的继续、级别内的发展、跨级发展、后退、停止和复发。

(b) 从接触危险因素到非法使用药物的因由。

(c) 不同发展阶段内危险因素和保护因素之间的相互作用。

(d) 为什么在接触多种危险因素的人中大部分人最后并没有走上非法使用药物的道路。

但是，尽管在认识上尚有这些局限，瞄准危险因素目前在许多国家都是初级预防的一个重要组成部分。

与青少年开始使用非法药物有关的 “危险”因素和“保护”因素

危险因素

保护因素

个人因素

早期开始的不正常行为
与人疏远，具叛逆性
对非法药物使用持认可态度
较早开始使用非法药物

性格开朗
良好的社会导向
智力水平
行为技巧

家庭因素

家庭中的吸毒行为
治家方法
家庭关系松散
家庭冲突

在凝聚力强、关系密切或温暖的家庭中长大

学校因素

教学上的缺陷
很少遵从学校管束

学校对学生有严格要求，有反对非法使用药物风气

同伴因素

低年级时遭同伴排斥
与非法使用药物的同伴为伍

与不滥用药物的同伴为伍

环境因素

可得性
文化准则
极度经济匮乏
居住环境杂乱

反对非法使用药物的准则、信念和行为标准

来源：摘自：Hawking, Arthur 和 Catalano, “预防药物滥用”，载于《犯罪和司法：调查概述》，第 19 卷，编辑 Tonry 和 Farrington（芝加哥：芝加哥大学出版社，1995 年），表 1，第 371 - 379 页。

12. 从危险因素概念可以得出的启示是，如能避免或减少危险因素，即可防止非法药物滥用。下文第二和第三章分别在“如何使方案收到成效”的标题下概括说明了危险因素对制定初级和二级预防性方法的意义。

13. 在根据“危险”因素制定适当的毒品政策时，将原因和相关因素区分开来是很重要的，上表所列因素与初次使用非法药物有关，但这并不意味着这些因素是起因。因此，改善这些因素不一定能够减少初次滥用非法药物的现象、减少非法药物滥用的普遍性或经常性、减少对非法药物滥用者的健康和生命的危险。下述事实说明了这一点，从统计数字上来看，在大多数人群中非法使用药物特别是经常性非法使用大部分药物的人极少。接触上表所列“危险”因素或相关因素的许多人并没有作出使用非法药物的选择。同样，其中某些危险因素，诸如同伴压力，只意味着某种决定过程，即非法药物使用者在这个过程中扮演了被动的角色。危险因素的这种解释可能会忽略这么一种可能性，即导致非法药物使用的原因实际上是同伴的倾向而不是同伴的压力。⁷

14. 就国际毒品政策而言，还应当注意，这份危险因素清单是根据工业化国家的情况制定的。它也可适用于其他国家，包括发展中国家，只是各个因素的相对重要性会有所变化。关于街儿童嗅吸溶剂的原因，经济贫困可能是最重要的危险因素之一。在其他国家，非法药物使用的最重要原因可能是具有历史传统或已经形成了风气，而在另一些地方，能够得到经济上的好处也可能是一种动机，例如卡车司机或出租车司机吸食兴奋剂，目的是支持更长时间的工作。

15. 与吸毒原因的各种理论和查找危险因素有关的一个问题是，人们往往忽略或低估非法药物滥用的好处和乐趣。如下文所讨论的那样，这往往会降低“信息传递者”的影响力，也就是进行初级预防宣传的那些人或机构的影响力。研究非法药物滥用问题的方法之一是从成本和效益的角度来看这个问题，将决策过程具体化。还应当指出，效益并不是客观效益，成本也不完全是客观成本，而是具体个人眼中的效益和成本。例如，吸食巴苏克或可卡因的人可能看不到对身体的危害，因此不会把它计算在成本内。

16. 人们注意到的非法使用药物的成本和效益会随着药物种类和环境的不同而大有差异，但是在这些参数范围内，还是可以得出一些普遍适用的结论。人们眼中的潜在好处中包括：由于药物的精神药理作用而直接得到的快感；由于个人认为在各种不同情况下导致提高效率而间接得到的快慰；在沉

迷于“危险”行为中得到的刺激，⁸ 以及跻身于非法吸毒人群或亚文化圈子内可能得到的社交好处。⁹ 人们所看到的使用非法药物的潜在代价包括：急性或慢性中毒对健康带来的影响；被捕和判刑的危险；对学业或职业成绩的影响；如果被发现，有可能被学校开除或失去工作；由于非法药物使用者的坏名声而损害个人的名誉；以及由于违抗家长、法律或宗教信条而带来的内疚感。上述各种因素中每种因素的相对重要性以及表列各种因素显然都会随着下列因素的变化而大有差异：时间和地点、个人、作决定时所依据的信息的准确性。

17. 鉴于所看到的各种利弊以及其他影响因素，决定使用非法药物的人有可能在现有信息的各种参数范围内，总能给自己找到一些合理的理由，这种情况与许多人尽管知道烟酒对身体有潜在危害，仍然继续使用和滥用酒精和烟草这类合法物质的情况一样。¹⁰

C. 衡量有效性

18. 各种干预，不论采取宣传活动、教育、同伙压力、咨询、治疗或康复形式，都可能有效，但是如何衡量有效的程度，特别是短期有效性的程度，从方法上来说，是很复杂的。有时，评估的费用超过了干预本身的花费。¹¹ 很难准确地衡量旨在改变行为的某种干预的有效性。在许多情况下，既不知道也无法控制对人们的生活和决策产生各种影响的有关信息。但是，由于想要表明钱没有白花，对方案的效果进行衡量被当作替代指标来使用。不应把这类指标混同于某一特定干预战略影响的有效性的衡量。关于衡量和评估，可以试用波珀方法，因为情况往往是这样的，尽管很难衡量或了解何为有效，但是衡量和了解无效的东西总是可能的。¹²

19. 在人体免疫力缺乏病毒（HIV 病毒）预防和烟草使用领域的经验表明，在长时期内进行的、传达同一信息的一系列干预要比单一的干预更有可能产生影响力。在世界上某些地区，人们开展了持续性的防止 HIV 病毒传播的干预行动，在这些地区，注射吸毒者和男性同性恋者的行为发生了显著的、可以衡量的变化。这主要是由于这些信息是由值得信赖的来源所传递的，而且作为干预行动目标的人们也参与合作。

20. 有几个基本问题可适用于任何干预活动，这些问题包括：宣传信息是否为目标群体所周知，他们是否理解了那些信息。如果理解了信息，那么，接

着的问题是，他们是否相信这些信息。所提供的服务是否有一个明确的目标群体，这个目标群体是不是最适宜的，他们是否得到了这些服务。这类问题涉及的许多方面都是实施某种方法的前提条件，然后可就这种方法对行为的影响作出评估。有时，尚未形成一套公认的确有效性的标准，例如对治疗效果衡量，在这种情况下对有效性的评估更成问题。

21. 人们常用以下两个指标来评定毒品预防方案是否得当：方案覆盖人数以及向方案对象传达的信息量。这两个指标都不是用以衡量方案的有效性。许多方案，例如全国性宣传活动和学校的毒品教育方案，只要其覆盖人数众多，或知道这个方案的人数众多，便宣称是成功的。但是，就有效性而言，大部分全国性禁毒宣传活动是失败的，并没有达到使人们改变行为的目的，这主要因为方案没有瞄准目标。但是，这些方案可能另有并未宣布的目标，例如提高公众认识，使人们了解药物滥用程度、对儿童和年轻人的危害以及必须提供的服务，比如提供治疗设施。在许多社会，有限的资源被用于解决比非法药物使用更为迫切的健康和社会问题。即使在高度发达的国家，也往往不赞成把有限的公共资源花在这些人身，认为他们是违法者，自作自受。因此，有些全国性活动公开的目标是努力防止非法药物滥用，而另一个暗含的目标是说服不大情愿的公众认识到花钱帮助非法药物滥用者的重要性。

22. 研究表明，增大信息提供数量并不会改变人们的行为。信息的增多并不意味着年轻人会完全遵照信息提供者的意见去做。

23. 在评估治疗效果方面有大量的资料。¹³ 许多评估结果是有矛盾的。这是因为衡量不同治疗方法之间差异的传统设计方法（通过对治疗和非治疗群体进行抽样调查），由于道德上的原因而不能采用；即使在为数不多的几个有效案例中，数字普遍过低或抽样没有代表性，无法得出带肯定性的结论。¹⁴ 另据指出，“评估研究仍然由于大量的设计问题而受到影响。”¹⁵

24. 许多研究对治疗过程的状况进行了比较，对患者在参加治疗、治疗期间和治疗以后的一系列变数进行了检测（例如药物滥用程度、犯罪次数、就业记录、健康状况）。¹⁶ 但是，这种方法受到批评，因为在接受治疗前夕，药物依赖者的一系列测量数字都会高于先前，例如会比六个月以前高。¹⁷ 曾经试图通过采用一种长期监测的方式来解决这个问题，但是这种方法的费用高，而且要长期跟踪，困难也很多。¹⁸ 与此有关的一个因素是，尽管对在评估中应当包括哪些核心指标的问题，各种观点趋于接近，但是仍没有达

成一致的看法。¹⁹

25. 除了方法上的问题以外，还有一些问题涉及治疗的目的。有关文献广泛讨论了戒毒这一目标，将它作为唯一或主要的目标。²⁰ 但是，据建议，“使上瘾者完全戒掉鸦片剂，或戒绝所有非法药物，只是成功标准之一。这些人的犯罪行为、心理困难或他们生活的其他方面不应被忽视。由于有各种不同生活方式及随之产生的问题，因此有必要从各个方面对效果进行衡量…只要某种治疗方法能够使情况有所改善，便可算作有效。因此，治疗的有效性不是一个成功或失败的问题，而是能够取得多大进展、有多少患者取得进展、能维持多长时间的问题。”²¹

26. 只要取中间目标，采取相应措施，而不是立即停止滥用非法药物，那么讨论就成为关于如何使用三级预防概念的讨论。实际上，从初级通过二级到三级预防是一个连续不断的过程。不管承认与否，个人和社区在实现戒绝毒品的过程中都可以得到许多好处。在所有情况下，在追求戒绝毒品的过程中，都存在这样一种危险，即干预活动的许多其他好处往往被忽略，某项干预活动可能被认为是不成功的，但实际上它取得很大成效，不过那些成效只维持了很短一段时间。²² 美国或许在该领域进行的研究最多，美国的数据表明，在停止治疗三个月之后，总的复发率为 80%。对需要重复治疗的个人来说，这也同样可被解释为 20%的成功率，但是，在治疗期间和复发之前这段时间，对个人和社会都可带来各种明显的好处。

二. 初级预防

A. 如何使方案收到成效

27. 基于上述原则，初级预防必须从具体情况出发，瞄准具体的药物种类。例如，在扫毒运动中以直截了当的方式或暗示的方式把抽吸大麻同海洛因静脉注射划为一类，就会使人怀疑扫毒运动的意义，因为这两种吸毒方式潜在的患病和死亡风险不同，已是尽人皆知的事实。

28. 使方案取得成效的第一条原则是，方案应当考虑到目标群体的需要、信念和观念。如果方案或政策脱离它们试图影响其行为的群体，这样的方案和政策行之无效，是不足为奇的。²³ 要接触某些非法吸毒者，有一定困难，但这些困难并非不可克服。²⁴

29. 一旦确定了目标群体, 下一个步骤就是设法减轻前表所列的许多危险因素。不论药物政策的目标如何, 这种办法被普遍当作是教育、福利以及社会政策其他方面的一个目标。这些危险因素包括, 早期养成的不良行为, 不合群和桀骜不驯, 家庭管理不得法, 同家庭的联系不紧密, 家庭冲突, 学业成绩差, 无心向学, 同辈人的排斥, 经济极度贫困, 以及缺乏邻里组织。由此看来, 这些因素并不完全属于药物政策的范围。例如, 同非法药物需求相互关联的风险因素, 许多都与青少年犯罪和‘犯罪职业’研究查明的某些类型犯罪诱因相同。在制定初级药物预防方案时, 值得注意的是, 即便认识到相互关联的诱发因素, 但把它们作为药物政策所针对的因素, 也未必适宜。

30. 参考上述各种参数和公认的困难, 人们制定了各种初级预防方案。一方面减少风险因素, 另一方面增大保护因素, 是进行预防干预的第一步。制定初级预防措施的基本原则可归纳如下:²⁵ (a)侧重于已知的危险因素; (b)在减少风险时, 增加已知的保护性因素; (c)在适当的发展阶段同时兼顾危险因素和“保护”因素; (d)早期干预, 赶在目标的行为定型之前; (e)把处于高风险的人包括在内; (f)以多种战略对付多种危险因素。下文还将概要论述这些原则。迄今为止在初级预防领域中作出的种种努力都含有其中的某些方面或所有方面。

B. 方案的类别

1. 提高公众认识的宣传

31. 利用大众媒介广泛开展宣传, 从公共生活各个领域改变观念和行为, 在这方面人们作出了长期的努力, 留下了大量、丰富的史料。宣传是否有效, 并不取决于提出合理的论据或提供正确的信息。与政治史和广告业有关的大量证据表明, 方案的效能取决于下述五个标准: (1)宣传的可信性, (2)宣传人的可信性, (3)进行宣传的方式, (4)并无强有力的反面言论, (5)并无其他信息来源能够驳倒或推翻所宣传的看法。上述每个因素的重要性视情况而异。

32. 提高公众认识的宣传目的在于改变与非法需求有关的社会规范。就初级预防和三级预防而言, 开展提高公众认识的宣传, 主要方法是通过媒介广告来传播信息, 包括借助于电视、收音机、和公共布告栏, 另外还可借助于报纸、杂志和宣传小册子。开展此种方案的要求和能力均取决于当地的条件,

这种条件国与国之间差异甚大。从实现预防目标的角度来看，提高公众认识运动不一定都必须教育性的，或者必须与事实没有出入。

33. 初级预防的宣传大都必须在一个舞台上，与鼓励或宽容非法需求的文化影响和其他影响作一番较量，有些受到大众欢迎的艺术家屡屡发生沾染吸毒之事，因而在潜在的非法吸毒者心目中，非法药物反而成了富有吸引力的东西，似乎可以借此而攀比这些新闻人物的优良素质。同样，在经济利益的驱动下，非法药物的生产设备和专门知识被广为推销。水栽设备可以公开作广告，因为这种设备既有合法用途，也可非法使用。安非他明类兴奋剂“配方”和“家庭种植大麻秘诀”这一类信息正通过电子媒介或出版书籍的渠道广泛传播。非法药物的赞成者和反对者都可采取劝诱办法。如果配合经济刺激手段为贩运和销售非法药物铺路，看来这些劝诱人们使用非法药物的宣传网点就有可能继续存在下去，甚至有可能随着此种技术和信息渠道的全球扩展而扩大。

34. 曾有人提出，公共宣传运动在有些情况下起到适得其反的作用，在大不列颠及北爱尔兰联合王国，情形就是如此，该国通过各种公共媒介开展的“海洛因会毁了你”的宣传，经过独立评价，被认为没有产生任何预防作用。²⁶ 旨在防止或减少非法需求的公众认识运动，无论是教育性的还是其他资料性的，是否会使某些社会阶层发现获取禁药的机会和滥用禁药的方式，已成为一个有待解决的难题。

35. 美国的一些调查数据表明，过去几年当中，某些社会阶层中的需求量全面下降。²⁷ 能否将此解释为初级预防措施发挥了作用，还是一个无法解答的问题；但已有人提出，各种各样的因素都可能起了作用，包括调查对象自称滥用非法药物的意愿有所下降。²⁸ 同时，其他一些指标表明，社会中滥用药物阶层的非法需求量有所增加。²⁷ 出现一些比较普遍的趋势，诸如人们的生活方式更为健康，尼古丁的合法消费量下降，生活方式发生整体变化，这些都可能间接地影响到非法使用药物在人们心目中的吸引力。向‘更健康的生活方式’的整体转变，包括减少尼古丁摄入量、减少肉食消费量以及增加体育活动等，还可能被有些人解释为非法药物的消费量必然下降。

2. 围产期和学前发展方案

36. 围产期和学前方案是以具体的危险因素作为目标，最近被当作减少儿童

长大后非法药物需求量的手段而加以提倡。但是，总的来说，这些方案的目标是一般的危险因素，而不是针对具体药物的危险因素。因此，这些方案不是以非法药物滥用作为具体目标，而是试图通过社会政策措施来减少已确定的目标因素，如社会贫困化、儿童福利、保健和教育问题等。虽然对缓解这些社会问题的必要性可能已经取得比较普遍的共识，且不论尚未就实现这一目的的手段取得共识，而防止非法药物滥用的目标只是其中一个比较次要的部分。

37. 围产期方案包括以孕妇和不满月的婴儿为重点进行干预，目的是减少儿童多年以后对非法药物的使用。这就要求以危险因素作为目标，如生活贫困以及对儿童的健康和发展的影响。此外，产前使用非法药物和诸如早产、新生儿重量不足以及幼儿与保育员关系不合谐等因素，都被认为会给今后的发展带来问题，因此，这些因素又可看作是前表所列危险因素的前兆。²⁹ 学前干预包括减少风险和增加幼年时期的保护因素，如培养日后上学所需要的学习、语言和社会技能。

38. 迄今为止，从统计学上对这些方法进行的充分评价仍然有限。在一定程度上，这是因为需要有很长的后续时期，才能看出发展干预十年后或二十年后是否对有关的儿童非法使用药物产生了影响。但是，缺少评价工作，也反映出预防非法使用药物工作通常仅仅是大范围的社会改善方案中的一个次要方面。现在确有一些记录在案的事例，说明学前干预减少了风险并改善了校内的社会行为，但迄今为止，尚未从其对非法使用药物的角度对这些事例进行评价。³⁰ 虽然改进围产期服务和学前教育可能值得称许，但预防青少年时期或以后非法使用药物的机制会由于在长大成人之前还会受到纷杂的媒介宣传的影响而被削弱。

3. 校内教育

39. 校内教育一般为解决非法药物需求问题提供两种办法：一是传授知识，以期改变观念、然后改变行为；二是为个人提供支持，使他们能够发展应付生活的技能，另一方面抵制来自同辈人使用药物的压力。

40. 一度使用过的恐吓或冲击策略，现在基本上已停止使用，事实证明，这种办法会适得其反。如果宣传对象用自己掌握的情况和知识作比较，发现宣传内容不准确，那么宣传人的可信性就会受到损害，宣传要转达的信息以及

今后的所有宣传都不会再有人理睬。青年人非法滥用药物的程度越普遍，恐吓办法的反作用就越大，因为青年人有其他的信息来源。单靠宣传，看来对非法滥用药物的行为不会有什么影响。其他办法包括推脱的技能、社交技能、作出决定的技能、以及提倡自尊自重。另外还可提倡替代措施，这就是说，开展一些可胜过非法吸毒产生的兴奋的活动。³¹

41. 校内药物教育方案一直不断增加，这些方案的侧重点也逐渐从校外专家详尽的单独谈话转向由教师领导的讨论健康生活方式的方案，从更为广阔的角度来看待非法药物滥用问题。简单的宣传方案已证明没有作用。不同国家的研究一再证明，增加知识实际上对药物的使用或者对近期内使用烟草、酒精或药物的意向没有什么作用。³² 较为全面的药物教育办法表明，推迟第一次吸毒的发生是有可能的，第一次使用药物与日后发展成为影响到身体健康的更为频繁的药物使用有着密切的关系。例如，有人曾提出，烟草更象一种重要的药物，它很有可能起着一种引导入门的作用，一旦染上，在今后的发展道路上就离不开药物。³³

42. 许多在校内开展的预防方案都获得了行之有效的赞誉。有人在分析了生活技能培训方案以及卫生组织的协作研究这两个社会影响方案的大规模评价之后得出结论认为，不能设想，在后续阶段注意到的干预组与控制组之间明显不同的统计数字会有任何实际意义。³⁴

43. 对 143 个青少年药物预防方案进行的后继分析发现，同龄人领导的方案优于其他办法。同龄人方案产生的唯一结果表明，他们正迈向减少药物滥用行为的最终目标。这项研究认为，大多数药物教育方案所依据的基本前提——改变行为必先改变观念——是不能成立的。使用药物的方式变化后，并没有发生相应的观念变化。³⁵ 看来，把同龄人领导的方案以及发展技能和教育办法结合起来的药物教育方案可产生有希望的效果。³³ 通过在联合王国开展校外同龄人领导的方案来处理安非他明非法需求问题，人们发现，同龄人领导的方案作为阻止使用海洛因或改用注射方法的手段，可能是成功的，但是，将同龄人的干预作为一种初级预防手段来使用，可能性则小得多。³⁶ 这项调查结论表明，从实现三级预防的目标来看，有可能利用这种办法取得意想不到的收获。

44. 用替代活动来取代非法药物滥用是否有效，这方面的材料互相矛盾。尽管个别意见认为这种做法没有作用，但后继分析的结论是，这些活动对特定的人口群体是成功的，这些活动频繁进行，花费不菲，不过，它的确改变了

一些几乎是顽固不化的人的行为。³⁵

45. 在美国,抵制药物滥用教育方案可能要举办许多重要的校内初级预防课程。还聘请一些受过专门训练的警官,通过影响态度、信念和行为的过程,教育校内儿童掌握抵制尝试非法药物的方法。³⁷ 方案课程的首要目标是传授抵制同辈人压力的技能,为学生提供一整套办法,拒绝沾染毒品。这个方案 1983 年始创于洛杉矶,后来扩大到美国的所有五十个州,以及其他六个国家。这个方案的迅速发展表明,它已被广泛接受,成为校内初级预防的最新手段,几项初步评价产生良好结果,并得到广泛宣传,³⁸ 其中包括对 SMART 项目³⁹ 和 ALERT 项目⁴⁰ 等具体项目进行的评价。虽然对这一方案的许多初步评价显示出积极的结果,但现在发现,由于存在一系列方法问题,这些评价有一些局限性,如本报告上文提到衡量有效性时所述的那些问题。1994 年的一项评价还指出,“总的来说,方法上的缺陷很多,其中包括使用非随机设计、没有进行测试前衡量、抽样规模小、衡量标准不可靠以及分析中缺乏统计上的核对”。⁴¹

46. 后来进行的纵向随机试验抽样规模之大,恐怕称得上是迄今为止对校内初级预防办法进行的统计方法最充分有力、最复杂完善的评价。1994 年发表的独立评价的结论认为,同普遍的看法和理论性的预测相反,

“这个方案的效能尚未显示出来…从统计数字来看,抵制药物滥用教育方案对药物滥用行为没有明显的重大作用,对人们如何看待或认识药物也影响甚微。”⁴²

47. 对苏格兰 100 多所学校的药物教育进行的审查,其结论同美国的审查结论相近。评价报告认为,“一系列的过程测量表明,学生们对药物教育有一些积极的看法。但是,结果测量则表明,药物教育几乎没有什么作用。”⁴³ 同时,报告认为,“尽管如此,值得注意的是,对于被调查的大多数学生来说,非法药物滥用并非他们生活的一部分…还需注意的是,不论用何种方法衡量,药物教育都同药物使用量的增加没有联系。”⁴³

48. 有关校内初级预防的研究,其结论和建议是,如果把重点更多地放在同非法药物使用直接有关的因素上,而不是放在比较一般性的社会技能和自尊自重的教育上,或许能够有所收益,这是因为,采用的方法过于多样化,不但不会增进抵制方法的作用,反而还会冲淡其作用。然而,实际上此种办法中未直接涉及药物的其他方面也有可能实现根据社会和教育政策的补充目的确定的目标。已发表的评价报告还注意到,仅仅某项方案具有尽责社会的

性质、并得到普遍支持和广泛的资源投资，并不能保障取得积极的结果。⁴⁴ 如果没有协调一致的政策，教员们“最后会采取无关痛痒、甚至可能是适得其反的预防做法。”⁴⁵

49. 在找寻最有可能非法使用药物的目标时，校内药物教育方案经历了一些困难。证据表明，逃学者更有可能成为非法药物使用者，并进行其他形式的少年犯罪，这就给非法药物使用情况校内调查以及干预行动提出了方法性问题。如果那些风险最大的人不在校内，那么校内方案也许表面看是有效的，因为最有可能非法使用药物的人并不在校内方案的范围之内。

4. 青年方案

50. 青年方案中有关提高认识和对其进行药物问题教育的部分，放在本报告其他地方阐述。因此，本节的侧重点是青年方案中丰富闲暇活动的方面，即通过吸引青年人更多地参加合法娱乐来减少吸毒的机会。这种办法面临的主要问题是，预防机制不是以目标群体作为特别重点，也没有足够的力量来实现初期预防的目标。⁴⁶

51. 许多青年方案，如青年中心和课外体育活动或其他活动，都是一般性的，没有侧重点。由于对高风险青年和低风险青年不加区分，大量的资源都花在那些即使不采取这种办法也不会有非法药物需求的人身上。此外，那些风险最大的青年也正是那些最不可能参加青年方案的人。

52. 然而，当替代方案以特殊人口群体为对象时，成功机率是很高的，实际上相当于同辈人领导的方案，取得的结果胜过常规的药物教育方案。³⁵ 成功的方案都是那些针对某些人的方案，可满足每个人的需要，另外还包括可提高个人才干的活动，如阅读技巧、工作技巧以及高难度体力活动。

5. 药物检验

53. 把药物检验作为确定某人是否非法使用毒品的手段，有四个主要的理由：震慑作用；检查自律状况；检查胜任能力；衡量需求趋势。据认为，如果实行药物检验方案，就可阻止非法药物滥用，尤其是当职业地位会受到影响时。因此，可以把药物检验划入初级预防和次级预防的种类，它既可阻止初次吸毒，又可鼓励戒毒。人们提出的其他理由是，检查治疗制度的遵守情况，并检验操作机器或驾驶车辆的人是否胜任。据认为后者极为重要，因为

操作人是否胜任将影响到其他许多人，如客机的飞行员、船长、公共汽车司机或任何可决定他人安危的人。药物检验是否能起到震慑作用，是一个极有争议的问题。⁴⁷最集中、最成功的检验方案是在美国海军中进行的，⁴⁸但这种做法可否适用于其他人，特别是囚犯，则另当别论。⁴⁹

54. 有些药物检验方法的可靠性成为人们辩论的题目。大多数检验最初都是免疫力化验类型，只有使用气相色谱/质谱法才能核实。⁵⁰但通常都不进行核实，主要是因为会增加费用，因此，作出判断的依据有可能得到假阳性的检验结果，也就是说，有可能错误地把某人鉴定为非法药物滥用者。

三. 二级预防

A. 如何使方案收到成效

55. 越来越多的证据表明，并非某种方案形式比另一种形式更为有效；能够产生效率的是使方案对准个人的需求，注重提供服务的质量而不是服务的类型。因此，方案的灵活性、工作人员的素质以及病人和工作人员精神状态也许会对由于服务的性质所带来的结果产生更大的影响。⁵¹还有一个长期存在的问题，即如何确定有效性。对于什么措施能够带来成效，现在尚没有定论。许多治疗方案会将病人完成了疗程当作是成功，因此，如果病人在结束疗程之际不再吸毒，那么就认为他们已经得到了成功的治疗。其他一些做法只把病人在某段时期内不再吸毒的治疗当作是成功的。同样，对时间的长度也没有定论。某些跟踪研究要花三个月的时间，其他一些研究要花六个月，而另有一些研究则要花三年。对于何种行为算作成功标准，人们也没有定论。例如，如果一个人完成了海洛因的脱瘾疗程，但随后改为吸食大麻，这到底是成功还是失败呢？又如，如果这个人成了一个酗酒者，这是否算是失败呢？

56. 二级预防中的治疗与康复主要是针对对鸦片剂，特别是针对海洛因的合法及非法需求而设计的。近来，在可以确定药物依赖者的地区，二级预防措施已被用于减少对其他致瘾药物的非法需求。应注意的是，二级预防措施并未包括对某些禁药的大量需求，例如大麻、麦角酰二乙胺和亚甲二氧甲基安非他明“迷魂药”等的非法需求。对于这些药物，通常是通过三级预防措施来减少消费；这些措施突出强调了由于沉湎于吸毒、经常而持续的非法消费

而产生的不良健康后果，特别是急性和慢性中毒。

57. 进行治疗与康复取决于是否能够接近吸毒者目标人群。接触他们的渠道最为典型的是通过医疗系统，通过接触吸毒者的医生和医院。还利用外访服务和社区工作来接触吸毒者，有些时候结合三级预防活动来进行；有证据表明，建立在三级预防基础上的外访服务也许能够接触到注射吸毒率更高、更为边缘化的人群。⁵² 因此，在某些情况下，树立人们对试图降低吸毒者健康危害的三级预防技术的信心，会有助于转入实施更加直接面向减少非法需求的二级预防。

58. 最近的一项研究对照作为减少非法消费手段的减少供应战略，对预防方案特别是门诊和住院治疗方案的成本效益进行了检查。在许多禁毒政策领域，很少使用过跨战略对照分析。仅有的证据表明，这也许会证明是一条有希望的调查途径；研究的结论认为：“最经济的控制供应方案（在国内实施）所需的费用相当于为减少同等消费水平的治疗费用的 7.3 倍。”⁵⁸ 尽管对这一分析观点目前所知有限，但是，经过许多年之后，这种分析方法也许会提供一个有意义的思路，用以对国家和国际一级的预防与减少需求活动进行资源分配分析。

B. 方案的类别

59. 治疗吸毒者的种类很多，包括美沙酮维持（或长期脱瘾）、脱瘾、治疗中心、戒毒劝导、印度草医、针灸等。治疗的成功与否在很大程度上取决于治疗是否对准病人的需要，既要考虑到非法服用药物的类型、吸毒的方式（偶尔还是长期，口服还是注射）、个人需要，还要考虑到吸毒赖以发生的文化环境。提供的治疗类别通常取决于文化传统，哪些人或哪些行业负责处理这一问题。在由精神科医生负责治疗的国家里，主要采用的是精神治疗的方法和医学模式，但是，如果非法使用药物被认为是由精神状况导致的，那么就更应重视人的行为中的这一方面。

60. 人们普遍承认，对于非依赖性和依赖性吸毒者有不同的做法。依赖性吸毒者会长期出现复吸，它涉及生理、社会文化、经济和心理诸因素。⁵⁴ 对于非法使用药物的治疗因此并非一个简单的医学问题，而涉及广泛的社会考虑。⁵⁵ 本节的头一部分讨论了在发展中国家发展起来的治疗技术，在此方面相对缺少基于足够统计数字的评价；本节主要讨论了替代禁药的药物选择，

之后的短节则讨论康复。

61. 如同药物政策的许多方面一样，在发展中国家里，经过全面评价的预防措施种类不如发达国家的多。因此，对于现有各种治疗措施的性质、效果和有效性的认识稍许不足。有些国家使用传统医药，其内容因文化和环境而异。一些独立的报告指出，印度在某些情况下使用印度草药。⁵⁶在其他一些国家，例如在独立报告中所提到的马来西亚，用于治疗依赖性的传统治疗有时基于下述信念：人是受制于超自然力和生理原因的，这会增大摆脱依赖的可能性。⁵⁶在这些情况下，使用传统方法的治疗人员着重于个人的身体状况，脱瘾手段包括使用草药，锻炼和改善身体状况。

62. 近年来，针灸已日益普遍应用于治疗依赖性。在鸦片剂脱瘾过程中，至少是越南和香港已经使用了针灸，并且尽管备受争议，美国也在使用针灸。⁵⁶多年来，在美国的某些地区已广泛使用了中国传统的针灸技术；在那里人们曾指出，针灸可解除戒断症状，防止毒瘾发作并提高了长期治疗方案中病人的参与率。在开放的小组环境中，不使用电极刺激而对外耳进行针刺取得的结果最好。⁵⁷有关文献谈到了在治疗中使用默念技术。⁵⁸在其他一些环境中包括印度在内的成员国里，在行为治疗和康复方案中使用了瑜伽和默念，目的是帮助放松，在治疗和康复过程中从生理和精神上积极配合。⁵⁹

1. 阿片替代物

(a) 美沙酮

63. 第一次有资料记载的使用盐酸美沙酮治疗海洛因成瘾者的临床试验公布于1965年。⁶⁰随后，美沙酮逐渐用来作为海洛因替代物，用以治疗海洛因依赖者。在发达国家里，无论是为了戒断还是长期维持，美沙酮都是医生治疗严重上瘾病人的主要药物。最近一份有关美沙酮维持疗法效果的详细研究印证了此前从事的大量研究，并得出如下结论：“美沙酮维持疗法对于控制接受治疗病人的药物滥用、犯罪和其他不良行为效果良好。”⁵¹

64. 上述研究报告还指出，各种美沙酮维持治疗方案之间存在着极大的差异，唯一相同之处是都开美沙酮处方。成瘾病人的情况、方案的性质、实际提供的服务和治疗结果均有差异。但是，据发现在涉及面更广的治疗、保健和康复方案中，使用美沙酮的方案比不使用美沙酮的方案更为有效。

(b) 左旋 - α - 醋美沙朵 (LAAM)

65. 自六十年代以来, 也曾仔细考虑过用 LAAM (左旋 - α - 醋美沙朵) 来代替美沙酮。在美国, 1993 年正式批准了将 LAAM 用作阿片依赖性维持治疗药物。LAAM 是一种合成型阿片止痛药, 其作用在治疗上与影响中枢神经系统和平滑肌的吗啡类似。如同阿片促效药, 其主要作用包括镇痛和镇静。重复使用会对这种药效产生耐受性。在长期施用 LAAM 后突然中止时, 通常会出现与施用其他阿片所观察到的类似的戒断症状, 但是发作较缓, 持续较长并且症状不甚剧烈... 与美沙酮的阿片效果相比, LAAM 的药效来得慢, 持续时间长 (接近 72 小时), 而美沙酮则为 24 小时。⁶¹

(c) 丁丙诺啡

66. 丁丙诺啡是尚在研究中的用于治疗阿片成瘾的一种新替代药剂。对于某些阿片受体, 它是一种部分促效药, 而对另一些阿片受体则是拮抗药。这是一种药效很高的镇静药, 药效是吗啡的 25 至 40 倍。近年进行了一些研究, 在双盲试验中将丁丙诺啡的使用与美沙酮的使用作对比。结论是, “对于需要长期维持治疗的病人, 许多人使用丁丙诺啡效果良好”⁶¹, 但是它并不适合所有的病人, 特别是耐受性高的病人。

(d) 对比用于治疗阿片成瘾的各种替代药物疗法

67. 选择一种药而不是另一种药的主要原因之一是药物最有效的时间长度, 衡量指标是药物半衰期。药物的半衰期是用于衡量药物在血液中不可逆转地失去药效的指标。⁶² 当海洛因被摄入体内, 通过新陈代谢而被转化成单醋美沙朵和吗啡: 海洛因的半衰期为三分钟, 吗啡的半衰期为 2 至 3 小时。美沙酮的半衰期为 10 至 25 小时, 中间值为 15 小时。但是, 经过长期的维持治疗后, 美沙酮的半衰期上升至 13 至 55 小时, 中间值为 30 小时。因此, 使用美沙酮的频率就不应高于海洛因。如果采取静脉注射方式, 那么海洛因所需的注射次数为每天 3 至 4 次, 而美沙酮为 1 至 2 次, 前提是用药剂量相同。因此使用美沙酮会减少对身体的损害, 特别是自我注射病人。据说, 美沙酮不产生成瘾者使用海洛因时所产生的“欣快感”。LAAM 的半衰期为 30 至 65 小时, 中间值为 50 小时, 这就说明为什么人们对这种药物如此感兴趣。丁丙诺啡的半衰期为 4 至 6 小时。⁶³

2. 非阿片类替代物

(a) 伊博格硷

68. 伊博格硷是在西非 Tabernanthe 伊博格灌木中发现的精神活性吲哚生物硷中的一种，许多传闻称它具有“抗瘾”特性。据称，它不仅可中断尼古丁成瘾，而且还是制止包括可卡因、安非他明、酒精、尼古丁成瘾和多种药物依赖综合症的一种迅速简便的手段。临床前研究证明，伊博格硷减少了海洛因和吗啡的自我服用，并缓解吗啡戒断综合症，这些研究印证了上述假设。⁶⁴ 目前，伊博格硷正在试验使用。那些研究认为，由于没有进行适当的对比研究，无法精确评估伊博格硷的药效，尽管如此，对伊博格硷用于治疗成瘾的兴趣已经增大。

(b) 纳洛酮和纳曲酮

69. 曾经试验了其他一些替代性的治疗方法，例如使用某些可抵消阿片效果的药物，例如纳洛酮和纳曲酮等拮抗药。几项纳洛酮试验尚未产生结论，但是纳曲酮似乎能有助于治疗某些特定类别的人，例如恢复中的医生和其他专业人员，还包括社会经济地位较高的人。纳曲酮只能对身体系统中不含阿片的人使用，因此不能对第一次来求医的人开纳曲酮。对于海洛因，病人需要在 5 至 7 天内不服药，对于美沙酮则需 10 至 14 天。有人曾经指出，纳曲酮是否能够成功地使社会地位较高的人不再复吸，部分原因是他们认识到再次成瘾产生的消极后果。

(c) 可乐宁

70. 可乐宁是一种抑制阿片戒断反应的 α - 肾上腺素能促效药。它可用于短期阿片脱瘾。“可乐宁在阿片成瘾治疗中的作用仅限于戒断的头几周。由于在施行了各种形式的脱瘾之后，复吸率极高，可乐宁不能被视为足以用来治疗阿片成瘾的手段。可乐宁只能作为在无法获得美沙酮、美沙酮无法令人接受或不适宜于使用美沙酮时采用的暂时性治疗手段。”⁶⁵

(d) 其他药物治疗

71. 有些时候，为了减轻戒断症状带来的问题，例如失眠，也使用其他药物，例如苯并二氮杂泐，但是通常仅供短期使用。

3. 非药物治疗

72. 不使用药物的治疗包括治疗社区和不用药物的门诊治疗,在这些场合下可以提供咨询、小组治疗、信息或支持。也可以使用针灸和梵医,这对某些人群也许是有效的,但是尚未进行大规模的对比评估。

73. 1958年,在美国成立了 Synanon 治疗社区,开始采用了治疗社区办法。从那以来,发展出了许多治疗方案,这种办法已推广到许多国家。病人被要求完全生活在一个社区里,时间从90天至几年不等。有工作的病人因此必须停止职业工作,并离开他们的住所和家人。治疗的目标是去除成瘾者的基本人格特性,帮助他树立新的行为方式、态度和价值观,以便保证终生不再沾染酒精和其他药物并确定生活方式取向。”⁶⁵

74. 对这一做法的评价表明,它对完成治疗的人甚为有效。但是,只有少数的成瘾者愿意忍受这种治疗,在治疗方案开始时离退率很高。除此之外,这种形式的治疗开销甚大,决定其费用的两个主要因素是治疗的长短和必须保证相对于病人的很高的工作人员比例。

4. 康复

75. 在二级预防方法中,完成治疗与脱瘾之后有时还要加上康复阶段。康复主要是针对完成了治疗和脱瘾的人而言,主要目标是使这些人能重新融入社会。这方面的二级预防可采取各种形式的咨询和援助,并可包括技能训练和重返社会方案。咨询和援助通常包括寻找工作,因此它一直是国际劳工组织的工作重点。康复如能减少与产生药物依赖之前的生活方式有关的危险因素,那么它就可以有助于避免再度吸毒的发生。

76. 康复方案也可直接适用于此前没有接受过治疗的吸毒成瘾者。在这些情况下,康复和重返社会的目标是力求恢复到吸毒以前的状态。⁵⁶但是,对于其他的人,特别是年轻的非法药物滥用者来说,康复与重返社会也许意味着开创一种他们以前没有经历过的生活。

四. 初级与二级预防之间的关系

A. 参与者

77. 二级预防有相当一部分与初级和三级预防相重叠。与初级预防的重叠之处是,用于防止初次吸毒的许多方案和方法也用于帮助轻微甚或严重吸毒者戒除毒瘾。二级预防与三级预防之间发生重叠是因为难以在理论上划出一条明显的界线,把二级预防的终点与三级预防的起点截然划分开来,正如实际上常有的情况那样。如果治疗还包括除完全戒毒以外的其他目的,那么,治疗便含有三级预防的成份,亦即减少吸毒者的发病率和死亡率;二级预防中不包括这些目标将会降低成本效益,并在实际上与许多成员国的保健和医疗制度的基本原则相抵触。

78. 参与制定和实施初级和二级预防政策的人来自民间社会的大多数阶层。各国中作为牵头的政府组织或机构不尽相同,但最成功的方案似乎是那些由社会不同部分之间相互配合而实施的方案。彼此共同合作可相互加强力量。效果最差的方案主要由于政府不同部门或政府与各组织之间争夺“属权”和决策权。从地方到国家一级的一系列组织开展机构间和组织间合作与协作,看来对形成有效方案是最为有利的条件。

79. 各级政府机构和组织是制定和实施预防方案的举足轻重的参与者。全国性和全国结构的组织在拟定全国计划方面具有优势,全国计划可通过与地方和当地机构的协调适应当地的需要。这种结构有助于保持整个国家连成一体的全局观,同时又密切注意和融合当地的需要、要求和社区团体。这一点尤为重要,因为大多数项目和方案,比如在学校开办那些项目和方案,都是在当地一级进行的。虽然这些项目和方案也可以在国家一级推行和协调,但几乎完全在国家一级举办的主要是大众媒介的宣传运动。

80. 私营部门与社区之间的重要关系以及私营部门在预防吸毒方面可以发挥的作用,正日益得到人们的确认。私营部门与社区之间的联系由于禁毒署和国际劳工组织协助召开了两次关于这一主题的国际会议而得到了增进。^{*}虽然许多发达国家在十九世纪和二十世纪初便已认识到社区、社区机构与私营部门之间相互依存的关系,但近年来为处理非法吸毒问题,更加突出了这种相互依存的关系。

^{*} 见秘书处关于就减少需求开展区域合作的报告 (E/CN.7/1996/7) 。

81. 社区对于预防药物滥用的重要性,已在秘书处关于减少需求的一份说明中加以强调(E/CN.7/1995/4)。关于社区采取有效措施解决药物滥用的问题,这方面的例子不胜枚举,关于如何取得这些成就,也有许多著述。⁶⁶归根结底,滥用药物者无非是某人的子女、某人的邻居、某人的朋友,都生活在同一个社区内。个人、直接的社会圈子和社区都会感受到非法药物滥用的影响。人们一直强调通过与一系列机构和组织相互配合采取社区措施的重要性。社区单独的作用有限,这主要是因为缺乏资源或缺乏力量,但如果要解决药物滥用的问题,社区的参与至关重要。

82. 社区的许多工作都是通过非政府组织进行的。⁶⁷这些组织通常因为开展实际工作而直接了解到社区中发生的一切。一般性政策框架也许在国家一级宣布,但需要调整适应当地的条件,在当地加以执行。⁶⁸这可以通过许多不同的组织来完成,包括国家控制的组织,但成功的基础是共同合作执行政策。

83. 家长在预防药物滥用特别是初级预防中是极为重要的参与者。可以通过学校、通过社区活动以及通过工作场所方案把家长动员起来。有证据表明,家长方案应成为教育过程的一个组成部分,而不是另行开展课外活动。⁶⁹

B. 具体环境

84. 传播媒介在预防药物滥用方面起双重作用。首先政府方面直接通过宣传运动来提高公众对问题的认识。其次,传播媒介还可报道一些使人们广泛周知的内容,如报告药物滥用情况评估结果。这两种作用都有助于向公众说明问题的范围和性质,从而使人们对预防初次吸毒和向吸毒者提供服务的经费开支采取赞同或接受的态度。传播媒介还可成为关于药物滥用的一个资料来源。但是,如果提供的资料不准确,这种作用便会受到影响。据指出,在公共生活的不同的领域,传播媒介有时会夸大某些越轨行为,起到渲染作用。

85. 学校可以提供禁毒教育方案,作为更加广泛的健康生活方式方案的一部分,并向学生提供替代活动,学校的这种作用已经作过讨论。但是,在学校上课时间之外,社区的其他成员常常也可利用学校的设施。学校与社区之间建立联系的桥梁常常可有助于使双方的活动得到加强。

86. 许多国家的青年组织都在预防吸毒领域积极开展活动,并常常作出宝贵

的贡献，为青少年举办替代活动。宗教组织也可在预防工作中发挥作用，许多宗教组织还特别参与治疗领域。

87. 利用工作场所作为预防药物滥用方案的一个环境，这种机会只是在近年才得到普遍的认识，其中一个特别原因是私营部门已开始积极参与工作场所方案和与当地社区联合举办的活动。将工作场所作为预防环境的优点不仅是可解决工作人员潜在和实际的药物滥用问题，而且还可利用工作场所作为与职工家属沟通的渠道。许多公司现在都开办了工作人员援助方案，重点不仅在工人上，而且还放在其家庭上。许多工人本身可能并没有药物滥用问题，但他们的家庭中有这样的问题。由于这种问题常常会使工人的生产效率受到影响，所以解决这样的问题对雇主也是有利的。那些同时还进一步深入社区和努力动员、支持和加强社区行动的方案，全都遵循方案的一体化原则，从而起到相互促进作用。

88. 一些新的方法正在制订中，如协助扩大同龄人集体互助活动模式，作为帮助街头吸毒者和控制、减少或停止其滥用药物的一项新战略。⁷⁰ 这是社区外访模式的一个发展，社区外访模式已经运用了一段时间，以帮助那些不在治疗中的药物滥用者。

89. 在许多法域中，法院可选择对药物滥用者判处非监内服刑。麻醉药品委员会第三十八届会议在审议秘书处关于监禁和惩罚的替代办法的报告（E/CN.7/1995/6）时，曾讨论过这个问题。证据表明，如与监管下的疗后安排和目标监测相结合，这是减少药物滥用的一种有效方法。⁷¹ 据认为，民众参与努力“有助于使吸毒者接受治疗，但这本身并不是治疗，不能代替治疗”。⁷²

90. 监禁机构中关押的毒品罪犯人数越来越多，其中许多是非法吸毒者，有些则是吸毒成瘾者。这构成特别的问题，不仅在监狱纪律方面对监禁机构构成问题，而且对其他囚犯也构成问题，使别的囚犯在监狱中首次接触毒品。世界上许多区域的情况都是如此：美洲一些国家在年度报告调查表中特别提到这个问题，其中一个国家报告说，据估计，囚犯中至少 30%，最高达 80% 的人继续非法吸毒（E/CN.7/1996/5，第 46 和 47 段）。许多机构都有机会对囚犯进行教育，对偶尔吸毒者给予咨询辅导，并对吸毒成瘾者实行治疗。由于资源紧缺，所以大多数监禁机构都没有去利用机会开展初级和二级预防工作。也许这是机会的丧失。在监禁机构这种封闭式的居住环境中，教育、

咨询和治疗政策如果方向正确，可以收到长期的影响。没有这些政策，可能会有越来越多的刑满释放人员沾染毒品问题，包括那些在监狱中初次接触毒品者。这些问题以及与毒品有关的罪犯的人数、紧缺的刑事司法资源和判刑及刑罚政策之间相互关系有关的问题，许多国家政府都在不断审查。人们希望很快能提出一种解决这些问题的协调战略。

五. 结束语

91. 多年来，关于初级和二级预防方法形成了相当多的理论和实践知识。形成这些基本知识的一个根本原因是对单独和并用的预防措施效率和作用测量方法问题在认识取得了重大进展。另外，对有关非法需求的危险因素，特别是对开始沾染毒品的相关因素的认识进一步加深，这对形成这些基本知识起了重要的作用，尽管导致继续吸毒、形成依赖性、有害的吸毒和停止吸毒的各种过程的相关因素尚不十分明确。

92. 不同国家针对不同层次的人口开展了各种初级和二级预防活动，而对这些活动范围进行的广泛研究和评价则得出了令人惊讶的一致结果和结论。不同成员国独自拟订和实行的方案使这些结果和结论具有很高的置信度。但是，这并不意味着不必按当地情况对方法进行个别调整。对战略和方法的作用和效率得出的评价结果，正如可以预计的那样，是有好有坏，有些方法较为有效，有些次之。

93. 对初级和二级预防现有资料的综合处理过程表明，将这些方法与三级预防方法结合起来可以收到一定的效益，因为这三者在原则和实际上都是一个连续的统一体。许多国家已分别利用初级、二级和三级预防的各个方面制订了一个综合平衡方法。在执行的许多方面，特别是在争取工作对象的信任和将资源用于最需要的群体上，多种方法之间显然是相互关联和相辅相成的。

94. 初级预防方法包括公众宣传运动、新生儿和学前儿童生长调理、学校教育、青年方案和毒品查验。二级预防包括通过各种形式的治疗和康复来减少非法需求。现有的理论和实践证据表明，初级预防的有效性正在受到质疑，而一些证据似乎表明，二级预防可减少需求，并在有些条件下促成戒毒。虽然吸毒者很容易复吸，但各种研究表明，二级预防方法的许多方面都具有良好的成本效益。对一些治疗方法的成本效益是否可能比通过减少供应来减少

非法需求的方法更好，这方面的证据有限。然而，对各种战略进行相互比较不失为一种可能颇有收获的研究途径，但有关的资料较为有限，这意味着目前尚不能对所了解的情况作出肯定的结论。

95. 本报告表明，虽然实施和评价的范围和方法多种多样，但对于初级和二级预防方法，人们的基本知识近年来有了许多发展。审查结果表明，各种方法的作用和成本效益千差万别，但如果考虑到所涉及的一系列多种多样的方法，那么审查结果的多种多样也是意料之中的。

注

¹WHO Expert Committee on Drug Dependence: *Twenty-eighth Report*, WHO Technical Report Series 836 (Geneva, 1993).

²C. Fazy, *The Aetiology of Psychoactive Substance Use* (Paris, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 1977); and Dan J. Lettieri, Mollie Sayers and Helen Wallenstein Pearson, *Theories of Drug Abuse: Selected Contemporary Perspectives*, NIDA Research Monograph, No. 30 (Washington, D.C., United States Government Printing Office, 1980).

³David F. Musto, *The American Disease: Origins of Narcotic Control* (New Haven, Connecticut, Yale University Press, 1973).

⁴See I. C. Chopra and R. N. Chopra, "The use of cannabis in India", *Bulletin on Narcotics* (United Nations publication, vol. 9, No. 1 (1957), pp. 4-29; Peter T. Fuerst, ed., *Flesh of the Gods: The Ritual Use of Hallucinogens* (London, George Allen and Unwin, 1972); Barbara C. Myerhoff, *Peyote Hunt: The Sacred Journey of the Huichol Indians* (Ithaca, New York, Cornell University Press, 1974); Joseph Westermeyr, "Use of alcohol and opium by the Meo and Laos", *American Journal of Psychiatry*, vol. 127, No. 8 (1971), pp. 1019-1023; Michael Agar, *Ripping and Running: A Formal Ethnography of Urban Heroin Addicts* (New York, Seminar Press, 1973), and Edward Prebble and John J. Casey, "Taking care of the business: the heroin user's life on the street", *International Journal of Addictions*, vol. 4, 1969, pp. 1-24.

⁵B. H. Bry, P. McKeon and R. J. Pandina, "Extent of drug use as a function of risk factors", *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 91, 1982, pp. 273-279.

⁶J. D. Hawkins, M. W. Arthur and R. F. Catalano, "Preventing substance abuse", *Crime and Justice: A Review of Research*, vol. 19, M. Tonry and D. Farrington, eds. (Chicago, University of Chicago Press, 1995), p. 370.

⁷Niall Coggans and Susan McKellar, "Drug use amongst peers: peer pressure or peer preference?", *Drugs: Education, Prevention and Policy*, vol. 1, No. 1 (1994), pp. 15-26.

⁸M. Plant and M. Plant, *Risk-Takers: Alcohol, Drugs, Sex and Youth* (London, Tavistock/Routledge, 1992).

⁹See Howard S. Becker, *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance* (New York, Free Press, 1963).

¹⁰See D. B. Cornish and R. V. Clarke, *The Reasoning Criminal* (New York, Springer-Verlag, 1986); and R. V. Clarke and M. Felson, *Routine Activity and Rational Choice: Advances in Criminological Theory* (New Brunswick, New Jersey, Transaction Books, 1993).

¹¹See Carl G. Leukefeld and William Bukoski, eds., *Drug Abuse Prevention Intervention Research: Methodological Issues*, NIDA Research Monograph, No. 107 (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1991).

¹²See Karl Popper, *The Logic of Scientific Discovery*, 2nd ed. (London, Hutchinson, 1968); Karl Popper, *Conjectures and Refutations: The Growth of Scientific Knowledge*, 4th ed. (London, Routledge and Kegan Paul, 1972); and Karl Popper, *Objective Knowledge: An Evolutionary Approach* (Oxford, Oxford University Press, 1972).

¹³S. B. Sells, ed., *Evaluation of Treatment*, vols. 1 and 2 (Cambridge, Massachusetts, Ballinger, 1974); S. B. Sells and D. D. Simpson, *The Effectiveness of Drug Abuse Treatment*, vols. 3 and 4 (Cambridge, Massachusetts, 1976); and F. M. Tims and J. P. Ludford, eds., *Drug Abuse Treatment Evaluation: Strategies, Progress and Prospects*, NIDA Research Monograph, No. 51 (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1984).

¹⁴S. M. Hall, "Clinical trials in drug treatment: methodology", *Drug Abuse Treatment Evaluation: Strategies, Progress and Prospects*, F. M. Tims and J. P. Ludford, eds., NIDA Research Monograph, No. 51, Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1984).

¹⁵M. S. Goldstein, M. Surber and D. M. Wilner, "Outcome evaluations in substance abuse: a comparison of alcoholism, drug abuse and other mental health interventions", *International Journal of the Addictions*, vol. 19, No. 5 (1984), p. 498.

¹⁶Robert L. Hubbard and others, "Treatment outcome prospective study (TOPS): client characteristics and behaviours before, during and after treatment", *Drug Abuse Treatment Evaluation ...*, pp. 42-68.

¹⁷R. H. Moos, J. W. Finney and R. C. Cronkite, "The need for a paradigm shift in evaluation of treatment outcome: extrapolations from the Rand report", *British Journal of Addiction*, vol. 75, No. 4 (December 1980), pp. 347-350.

¹⁸Y. Hser, M. D. Anglin and C. Chou, "Evaluation of drug abuse treatment: a repeated measure design assessing methadone maintenance", *Evaluation Review*, vol. 12, No. 5 (1988), pp. 547-570.

¹⁹Jerome H. Jaffe, "Evaluating drug abuse treatment: a comment on the state of the art", *Drug Abuse Treatment Evaluation ...*, pp. 13-25; and Frank M. Tims and Sherry Holland, "A treatment evaluation agenda: discussion and recommendations", *Drug Abuse Treatment Evaluation ...*, pp. 167-174.

²⁰Fiona McDermott, Margaret Hamilton and Bruce Lagay, *Evaluating Treatments for Alcohol and Other Drugs* (Canberra, Australian Government Publishing Service, 1991).

²¹John C. Ball and Eric Corty, "Basic issues pertaining to the effectiveness of methadone maintenance treatment", *Compulsory Treatment of Drug Abuse: Research and Clinical Practice*, NIDA Research Monograph, No. 86, Carl G. Leukefeld and Frank M. Tims, eds. (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1988), p. 187.

²²N. G. Hoffman, P. A. Harrison and C. A. Belille, "Multidimensional impact of the treatment for substance abuse". *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, vol. 3, No. 3 (1984); and D. K. Reilly, J. Hegg and D. Twyman, "A systems approach to the management of drug-related problems", *Australian Alcohol/Drug Review*, vol. 3, No. 2 (1984).

²³Carl Akins and George Beschner, eds., *Ethnography: A Research Tool for Policymakers in the Drug and Alcohol Fields* (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1980); and Howard Parker, Fiona Measham and Judith Aldridge, *Drugs Futures: Changing Patterns of Drug Use amongst English Youth* (London, Institute for the Study of Drug Dependence, 1995).

²⁴W. Wayne Wiebel, "Identifying and gaining access to hidden populations", *The Collection and Interpretation of Data from Hidden Populations*, NIDA Research Monograph, No. 98, Elizabeth Y. Lambert, ed. (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1990), p. 4.

²⁵J. D. Hawkins, M. W. Arthur and R. F. Catalano, "Preventing substance abuse", *Crime and Justice: A Review of Research*, vol. 19, M. Tonry and D. Farrington, eds. (Chicago, University of Chicago Press, 1995), pp. 388-390.

²⁶N. Dorn and K. Murji, *Drug Prevention: A Review of the English Language Literature*, ISDD Monograph, No. 5 (London, Institute for the Study of Drug Dependence, 1992), p. 9.

²⁷See D. Hawkins, M. W. Arthur and R. F. Catalano, "Preventing substance abuse", *Crime and Justice: A Review of Research*, vol. 19, M. Tonry and D. Farrington, eds. (Chicago, University of Chicago Press, 1995), table 1, pp. 371-379.

²⁸See F. E. Zimring and G. Hawkins, *The Search for Rational Drug Control Policy* (Cambridge, Cambridge University Press, 1992), appendix, "Estimates of illicit drug use: a survey of methods".

²⁹See H. Yoshikawa, "Prevention as cumulative protection: effects of early family support and education on chronic delinquency and its risks", *Psychological Bulletin*, No. 115, 1994, pp. 28-54; J. D. Hawkins, R. F. Catalano and J. Y. Miller, "Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention", *Psychological Bulletin*, No. 112, 1992, pp. 64-105; and K. Nyberg and others, "Socio-economic versus obstetric risk factors for drug addiction in offspring", *British Journal of Addiction*, No. 87, 1992, pp. 1669-1676.

³⁰L. J. Schweinhart, "Can pre-school programs help prevent delinquency?", *From Children to Citizens: Families, Schools, and Delinquency Prevention*, J. Q. Wilson and G. C. Loury, eds. (New York, Springer-Verlag, 1987).

³¹N. Dorn and K. Murji, *Drug Prevention: A Review of the English Language Literature*, ISDD Monograph, No. 5 (London, Institute for the Study of Drug Dependence, 1992).

³²G. J. Botvin, "Substance abuse prevention: theory, practice, and effectiveness", *Drugs and Crime*, M. Tonry and James Q. Wilson, eds. (Chicago, University of Chicago Press, 1990), p. 487.

³³Jeffrey Wragg, *An Evaluation of a Model of Drug Education* (Canberra, Australian Government Publishing Service, 1992).

³⁴D. M. Gorman, "On the difference between statistical and practical significance in school-based drug abuse prevention", *Drugs: Education, Prevention and Policy*, vol. 2, No. 3 (1995), p. 275.

³⁵Nancy S. Tobler, "Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: quantitative outcome results of program participants compared to a control or comparison group", *Journal of Drug Issues*, vol. 4, 1986, pp. 537-567.

³⁶H. Klee and P. Reid, *Amphetamine-Misusing Groups: a Feasibility Study of the Use of Peer Group Leaders for Drug Prevention Work among Their Associates*, United Kingdom Home Office Drugs Prevention Initiative, paper 3 (London, Home Office, 1995), p. i.

³⁷See United States of America, Department of Justice, National Institute of Justice, *Arresting the Demand for Drugs: Police and School Partnerships to Prevent Drug Abuse* (Washington, D.C., United States Government, 1987).

³⁸See W. DeJong, "A short-term evaluation of D.A.R.E.: preliminary indications of effectiveness", *Journal of Drug Education*, No. 17, 1987, pp. 279-294; C. L. Ringwalt, S. T. Ennett and K. D. Holt, 1991, "An outcome evaluation of project D.A.R.E.", *Health Education Research: Theory and Practice*, No. 6, pp. 327-337; and R. R. Clayton, A. Catarello and K. P. Walden, "Persuasive communication and drug abuse prevention: an evaluation of the D.A.R.E. program", *Persuasive Communication and Drug Abuse Prevention*, L. Donohew, H. Sypher and W. Bukoski, eds. (Hillsdale, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates, 1991).

³⁹W. B. Hansen and others, "Affective and social influences approaches to the prevention of multiple substance abuse among seventh grade students: results from the Project SMART", *Preventive Medicine*, No. 17, 1988, pp. 135-154.

⁴⁰P. L. Ellickson and R. M. Bell, "Drug prevention in junior high: a multi-site longitudinal test", *Science*, No. 247, 1990, pp. 1299-1305.

⁴¹D. Rosenbaum and others, "Cops in the classroom: a longitudinal evaluation of Drug Abuse Resistance Education (DARE)", *Journal of Research in Crime and Delinquency*, No. 31, vol. 1 (1994), p. 10.

⁴²D. Rosenbaum and others, loc. cit., p. 3.

⁴³N. Coggans and others, *National Evaluation of Drug Education in Scotland*, ISDD Research Monograph, No. 4 (London, Institute for the Study of Drug Dependence, 1991), p. 12.

⁴⁴D. Rosenbaum and others, 1994, "Cops in the classroom: a longitudinal evaluation of Drug Abuse Resistance Education (DARE)", *Journal of Research in Crime and Delinquency*, No. 31, vol. 1 (1994), p. 26; see also S. T. Ennet and others, "Long-term evaluation of Drug Abuse Resistance Education (DARE)", *Addictive Behaviours*, vol. 19, No. 2 (1994), pp. 113-125.

⁴⁵Beatriz Carlin Cotrim, "An overview on drug abuse prevention in Brazilian schools", *Drugs: Education, Prevention and Policy*, vol. 1, No. 3, p. 284.

⁴⁶See L. Parker, *Music against Drugs: An Evaluation of a Drugs Prevention Diversionary Activity*, United Kingdom Home Office Drugs Prevention Initiative, paper 2 (London, Home Office, 1995).

⁴⁷See M. Hanson, "Overview on drug and alcohol testing in the workplace", *Bulletin on Narcotics* (United Nations publication), vol. XLV, No. 2 (1993), pp. 3-44; and C. Raskin, "Drug and alcohol testing in the workplace: moral, ethical and legal issues", *Bulletin on Narcotics* (United Nations publication), vol. XLV, No. 2 (1993), pp. 45-81.

⁴⁸R. E. Willette, "Drug testing programs", *Urine Testing for Drugs of Abuse*, NIDA Research Monograph, No. 73, R. L. Hawks and C. N. Chiang, eds. (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1986).

⁴⁹Eric D. Wish and Bernard A. Gropper, "Drug testing by the criminal justice system: methods, research and applications", *Drugs and Crime*, M. Tonry and James Q. Wilson, eds. (Chicago, University of Chicago Press, 1990), pp. 321-391.

⁵⁰B. M. Kapur, "Drug-testing methods and clinical interpretations of test results", *Bulletin on Narcotics* (United Nations publication), vol. XLV, No. 2 (1993), pp. 115-154.

⁵¹John C. Ball and Alan Ross, *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment: Patients, Programs, Services and Outcome* (New York, Springer-Verlag, 1991).

⁵²W. M. Wechsberg and others, "A comparison of injecting drug users reached through outreach and methadone treatment", *Journal of Drug Issues*, vol. 4, No. 23 (1993), pp. 667-687.

⁵³C. Peter Rydell and Susan S. Everingham, *Controlling Cocaine: Supply Versus Demand Programs* (Santa Monica, California, Rand Corporation, 1994), p. xiii.

⁵⁴M. D. Anglin and Y. Hser, "Treatment of drug abuse", *Drugs and Crime*, vol. 13, *Crime and Justice: A Review of Research*, M. Tonry and J. Q. Wilson, eds. (Chicago, University of Chicago Press, 1991).

⁵⁵M. D. Anglin and Y. Hser, "Treatment of drug abuse", *Drugs and Crime*, M. Tonry and J. Q. Wilson, eds. (Chicago, University of Chicago Press, 1990), p. 394.

⁵⁶E. Tongue and D. Turner, "Treatment options in responding to drug misuse problems", *Bulletin on Narcotics* (United Nations publication), vol. XL, No. 1 (1988), pp. 3-19.

⁵⁷M. O. Smith and O. Khan, "An acupuncture programme for the treatment of drug-addicted persons", *Bulletin on Narcotics* (United Nations publication), vol. XL, No. 1 (1988), pp. 35-41.

⁵⁸G. Clements, L. Krenner and W. Mölk, "The use of the Transcendental Meditation programme in the prevention of drug abuse and in the treatment of drug-addicted persons", *Bulletin on Narcotics* (United Nations publication), vol. XL, No. 1 (1988), pp. 51-56.

⁵⁹See K. Sharma and V. Shukla, "Rehabilitation of drug-addicted persons: the experience of the Nav-Chetna Center in India", *Bulletin on Narcotics* (United Nations publication), vol. XL, No. 1 (1988), pp. 43-49.

⁶⁰V. P. Dole and M. E. Nyswander, "A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction: a clinical trial with methadone hydrochloride", *Journal of the American Medical Association*, No. 193, 1965, pp. 80-84.

⁶¹W. Ling, R. A. Rawson and M. A. Compton, "Substitution pharmacotherapies for opioid addiction: from methadone to LAAM and buprenorphine", *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 26, No. 2 (1994), pp. 119-128.

⁶²W. J. Tilstone and A. H. Stead, "Pharmacokinetics; metabolism, and the interpretation of results", A. C. Moffat and others, eds., *Clarke's Isolation and Identification of Drugs in Pharmaceuticals, Body Fluids and Post Mortem Material* (London, Pharmaceutical Press, 1986), pp. 276-305.

⁶³A. C. Moffat and others, eds., *Clarke's Isolation and Identification of Drugs in Pharmaceuticals, Body Fluids and Post Mortem Material* (London, Pharmaceutical Press, 1986).

⁶⁴P. Popik, R. T. Layer and P. Skolnik, "Years of ibogaine: neurochemical and pharmacological actions of a putative anti-addictive drug", *Pharmacological Review*, No. 47, 1995, pp. 235-253.

⁶⁵R. A. Rawson and W. Ling, "Opioid addiction treatment modalities and some guidelines to their optimal use", *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 23, No. 2 (1991), pp. 151-163.

⁶⁶See Division for Community Prevention and Training, Office of Substance Abuse Prevention, *The Future by Design: A Community Framework for Preventing Alcohol and Other Drug Problems through a Systems Approach* (Washington, D.C., Office for Substance Abuse Prevention, 1991).

⁶⁷See *Bulletin on Narcotics* (United Nations publication), special issue on involvement of intergovernmental and non-governmental organizations in matters of drug abuse control, vol. XLIII, No. 1 (1991).

⁶⁸See S. Q. Quejas, "The role of non-governmental organizations in the prevention and reduction of drug abuse: the Philippine experience", *Bulletin on Narcotics* (United Nations publication), vol. XXXV, No. 3 (1983), pp. 53-62.

⁶⁹Deborah A. Cohen and Kathryn P. Linton, "Parent participation in an adolescent drug abuse prevention program", *Journal of Drug Education*, vol. 25, No. 2 (1995), pp. 159-169.

⁷⁰Judith A. Levy, Chuck P. Gallmeier and W. Wayne Wiebel, "The outreach assisted peer-support model for controlling drug dependency", *Journal of Drug Issues*, vol. 25, No. 3 (1995), pp. 507-529; and Nick Crofts and David Herkt, "A history of peer-based drug-user groups in Australia", *Journal of Drug Issues*, vol. 25, No. 3 (1995), pp. 599-616.

⁷¹M. D. Anglin, "The efficacy of civil commitment in treating narcotic addiction", *Compulsory Treatment of Drug Abuse: Research and Clinical Practice*, Carl G. Leukefeld and Frank M. Tims, eds. (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1988), pp. 8-34.

⁷²Carl G. Leukefeld and Frank M. Tims, "Compulsory treatment: a review of findings", *Compulsory Treatment of Drug Abuse ...*, p. 238.