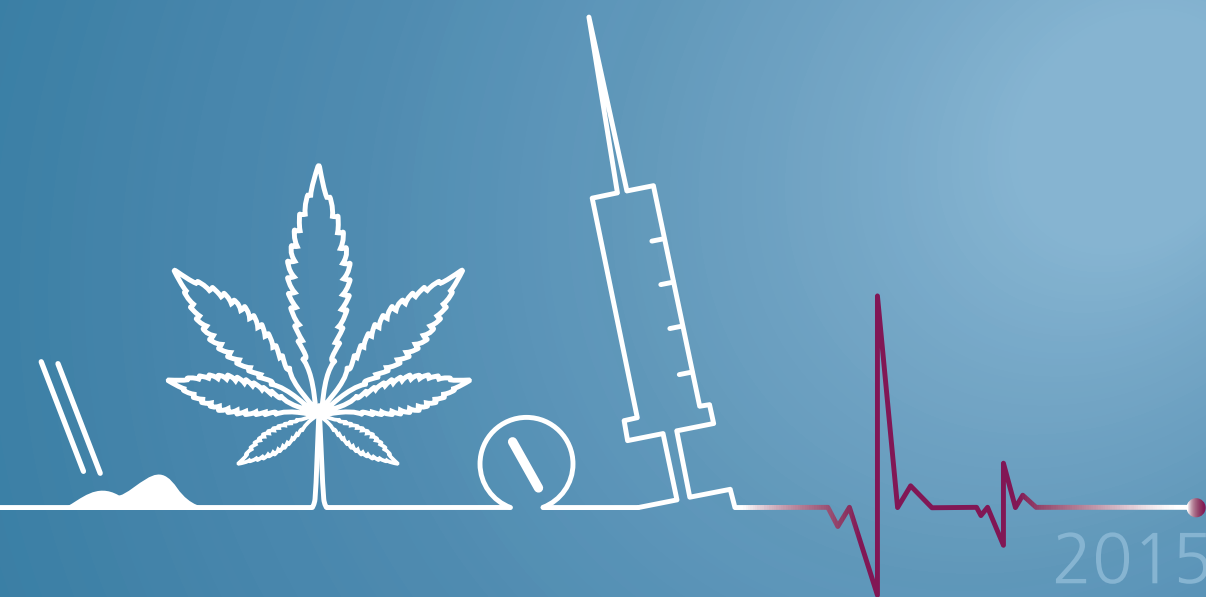




UNODC

联合国毒品和犯罪问题办公室



世界毒品 报告

联合国毒品和犯罪问题办公室
维也纳

2015年 世界毒品问题报告



联合国

2015年，纽约

© 联合国，2015年5月。全球版权所有。

ISBN: 978-92-1-148282-9

eISBN: 978-92-1-057300-9

联合国出版物，出售品编号：E.15.XI.6。

本出版物可供教育或非盈利目的以任何形式全部或部分复制使用，无需版权所有人特别许可，只需注明出处。

若有任何出版物需引用本出版物之内容，请向联合国毒品和犯罪问题办公室（毒品和犯罪问题办公室）发送一份该出版物的副本。

引用建议：联合国毒品和犯罪问题办公室，《2015年世界毒品问题报告》（联合国出版物，出售品编号：E.15.XI.6）。

未经毒品和犯罪问题办公室书面许可，不得将此出版物用于转售或任何其他商业用途。如申请上述许可，须向毒品和犯罪问题办公室研究与趋势分析处提交一份复制目的和意图声明。

免责声明

本出版物内容并不一定反映毒品和犯罪问题办公室或供稿组织的观点或政策，也不意味着其任何认可。

本出版物所用名称和材料编排方式并不意味着毒品和犯罪问题办公室对任何国家、领土、城市或其当局的法律地位，或者对其边境或边界划分表示任何意见。

欢迎对本报告提出意见，意见可发送至：

联合国毒品和犯罪问题办公室政策分析和公共事务司

P.O. Box 500

1400 Vienna

Austria

电话：(+43) 1 26060 0

传真：(+43) 1 26060 5827

电子邮件：wdr@unodc.org

网址：www.unodc.org

序言

毒品和犯罪问题办公室谨此呈献《2015年世界毒品问题报告》的研究结果，其内容基于现有最可靠数据以及我们对毒品与犯罪诸多错综复杂的方方面面长期研究的专门知识。

各会员国都在深入讨论解决世界毒品问题的未来方向，同时有关此专题的大会特别会议将于明年召开。本报告旨在介绍所需研究投入，通报集体应对非法毒品生产、贩运和使用所构成挑战的措施。

促成大会特别会议的持续讨论认识到平衡、全面、综合的毒品管制政策的必要性。政策以健康为重点，执行时尊重人权。

安全理事会和大会的诸多决议都强调了一个事实，即非法毒品造成的危害严重影响到了和平、安全与发展。

对2015年后发展议程的持续辩论进一步强调必须促进司法与法治，必须应对毒品、暴力和有组织犯罪等破坏司法与法治的威胁。

让人们更容易受非法毒品影响、助长非法市场形成并扩张的风险因素和环境往往涉及发展、法治和治理问题。政策的推行从来都不可以闭门造车，毒品管制也不例外。

现在这种综合应对办法的必要性比以往任何时候都更明显，这些办法包括摧毁有组织犯罪网络的坚定刑事司法行动、确保医用受管制药物获取途径的措施，以及以证据和健康为依据的预防和治疗方法。

非洲对毒品和犯罪的脆弱性仍然令人严重关切，海洛因缉获量的日益攀升表明该区域是全球毒品贩运路线的一个重要转运区。这些非法流通催生了其他形式的有组织犯罪，破坏了这个本已脆弱不堪区域的安全、健康与发展。

如安全理事会最近呼吁再加倍努力防止恐怖分子通过跨国有组织犯罪获益的决议所强调的那样，有组织犯罪与恐怖主义之间有着千丝万缕的联系，构成了严重威胁，而非法贩毒似乎在这种联系中尽着一己之力。

阿富汗创纪录的罂粟种植仍然是该国及国际社会面临的艰难挑战。

2014年的全球罂粟种植面积达到了自1930年代后期以来的最高水平。鸦片和海洛因估计产量的增加在大部分区域尚未反映为海洛因供应的增长。但一些国家已出现了海洛因相关指数增长的迹象，如死亡率和突发卫生事件，而另一些国家则有纯度提高和价格降低的迹象。

全球过早失去生命的吸毒人数惊人，估计2013年的涉毒死亡人数达18.71万人。

全球大约只有六分之一的问题吸毒者有机会接受治疗。特别是妇女，似乎面临着治疗障碍。全球三分之一的吸毒者均为妇女，而接受治疗的吸毒者中只有五分之一是妇女。

有必要将药物依赖当作一种慢性病来理解和应对，像艾滋病毒/艾滋病一样，需要长期、持续的治疗和护理。为了宣传这一必要性，显然还有更多工作要做。

毒品和犯罪问题办公室一如既往地致力于携手会员国及联合国和其他合作伙伴，共同推进这些工作。

今年报告的主题章节重点关注了替代发展。

替代发展提出了许多挑战，方案的实施往往在边缘化偏僻地区，政府控制力有限，土地权不明晰，而且缺乏基础设施，几乎没有任何其他发展行动方涉足。

然而，毒品和犯罪问题办公室长达数十年的经验已清楚表明，只要从长远角度来推介各项举措，用充足的资金和政治支持来维持，并将其纳入更广泛的发展和治理议程，替代发展可行之有效。

整体看来，替代发展有潜力打破贫困农民所深陷的恶性循环，充当可行生计的催化剂，使他们不依赖于非法种植。

《2015年世界毒品问题报告》有关替代发展的一章在评述成功项目的基础上，突出强调了有助于促进可持续合法经济的因素，包括技能的传授和土地的获得、信贷和基础设施，以及营销支持和市场准入。

此章进一步强调，替代发展有潜力促进环境保护，增强妇女能力，以及支助受非法采矿或野生生物和森林犯罪等其他形式犯罪影响的社区。遗憾的是，报告还显示，对替代发展的广泛政治支持尚未得到资金支撑。

各会员国一再表示认可替代发展，也交流了最佳实践和地方经验，还有倾向于南南合作的可喜趋势，而且多民族玻利维亚国、哥伦比亚、秘鲁和泰国等国家还增加了财政投资和技术支助。

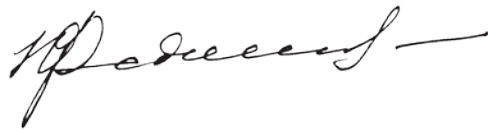
然而，2013年，经济合作与发展组织各国对替代发展资金的支付总额仅占全球发展援助的0.1%。

2015年后发展议程及拟于2016年举行的关于世界毒品问题的大会特别会议筹备进程可为替代发展工作以及解决供给和需求问题的更广泛干预措施提供重要推动力。

种植古柯和罂粟的赤贫农民竭力维持着不可持续的生活；脆弱不堪的各个区域和社区在走向

更富裕市场途中却深受非法毒品转运之害；而与药物依赖作斗争的男女和儿童求助无门。非法毒品伤害如此之众、如此之广！受害人群亟需帮助！国际社会必须下定决心，本着同情心予以应对。我希望《2015年世界毒品问题报告》有助于强化这一讯息。

我愿借此机会感谢各会员国为编制这份报告提供的帮助，这样的帮助出于其乐意分享数据、提高透明度和提供援助的意愿。那就是说，帮助源自开放精神和共同责任，而这正是应对非法毒品带来的多方面挑战所需要的。我们期待着你们的继续支持。



联合国毒品和犯罪问题办公室
执行主任
尤里·费尔托夫

目录

序言

解释性说明

内容提要

1. 非法毒品市场状况和趋势分析

- A. 吸毒泛滥程度
- B. 吸毒的健康影响
- C. 性别、吸毒与健康后果
- D. 预防吸毒
- E. 戒毒治疗
- F. 毒品供应状况
- G. 各类毒品市场分析
 - 阿片剂
 - 可卡因
 - 大麻
 - 合成毒品：苯丙胺类兴奋剂和新型精神活性物质
- H. 结论

2. 替代发展

- A. 导言
- B. 发展背景
- C. 国家替代发展战略分析
- D. 替代发展的挑战性环境
- E. 非法种植的驱动因素
- F. 替代发展方案的战略要素
- G. 替代发展成功的衡量
- H. 未来关注点
- I. 结论

附件一

毒品种植、生产、根除和流行率表格

附件二

区域分组

词汇表

致谢

《2015年世界毒品问题报告》由联合国毒品和犯罪问题办公室政策分析和公共事务司研究和趋势分析处在政策分析和公共事务司司长Jean-Luc Lemahieu和研究和趋势分析处处长Angela Me监督下编制。

核心小组

研究、调查准备及报告起草

Hamid Azizi	Sabrina Levissianos
Anneke Bühler	João Matias
Coen Bussink	Kamran Niaz
Giovanna Campello	Philip Davis
Chloé Carpentier	Thomas Pietschmann
Natascha Eichinger	Martin Raithelhuber
Fabienne Hariga	Ehab Salah
Jorrit Kamminga	Saurabh Sati
Anja Korenblik	Janie Shelton
Igor Koutsenok	Justice Tettey
Riku Lehtovuori	Juanita Vasquez

图片设计和排版

Suzanne Kunnen
Kristina Kuttinig

数据处理和地图绘制支持

Gerald Kandulu
Preethi Perera
Umidjon Rahmonberdiev
Ali Saadeddin

编辑

Jonathan Gibbons

协调

Francesca Massanello

审查与评论

本报告还得益于业务司和条约事务司若干同事的专门知识和宝贵贡献。

研究和趋势分析处还要感谢科学咨询委员会提供的文稿和建议及其开展的研究。该委员会专门为就本报告第二章所涉研究提供科学建议而成立，委员会成员包括：

Daniel Brombacher	Jeremy Milsom
Doris Buddenburg	Ramrada Ninnad
Rodrigo Daza	Jorge Rios
M.L. Dispanadda Diskul	Alejandro Vassilaqui
Mimoun El Maghraoui	Fernando Villaran
Guillermo García Miranda	Jochen Wiese
Tom Kramer	

研究和趋势分析处还要感谢联合国毒品和犯罪问题办公室的阿富汗、多民族玻利维亚国、哥伦比亚、缅甸和秘鲁国家办事处以及东南亚和太平洋区域办事处为本报告第二章做出的贡献。

俄罗斯联邦为本报告第二章所涉研究提供了慷慨捐助。

解释性说明

地图所示边界和名称及所用称号并不意味着联合国的正式认可或接受。虚线大致代表印度和巴基斯坦商定的查谟和克什米尔控制线。印巴双方尚未商定查谟和克什米尔的最终地位。有争议的边界（中国/印度）因难以明确界定而用网状线表示。

本出版物所用名称和材料编排方式并不意味着联合国秘书处对任何国家、领土、城市或地区及其当局的法律地位，或者对其边境或边界划分表示任何意见。

国家和地区的名称按收到有关数据时正式使用的名称编列。

本出版物中所有提及科索沃之处均应按照安全理事会第1244 (1999)号决议理解。

由于“毒品使用”、“药物误用”和“药物滥用”之间的区别在科学和法律上均模棱两可，因此本报告使用中性词“吸毒”和“毒品消费”。

除另有说明外，本报告所载全部分析均基于会员国通过年度报告调查表向联合国毒品和犯罪问题办公室提交的官方数据。

本报告所用人口数据来源：联合国经济和社会事务部人口司，《世界人口前景：2012年订正本》。

除另有说明外，美元是指美国美元。

除另有说明外，“吨”指公吨。

本报告使用了下列简称：

多动症	注意力缺陷多动症
美洲药管会	美洲药物滥用管制委员会（美洲国家组织）
粮农组织	联合国粮食及农业组织
国内总产值	国内生产总值
麻管局	国际麻醉品管制局
致幻剂	麦角酰二乙胺
二亚甲基双氧苯丙胺	3,4-亚甲二氧基苯丙胺
MDMA	3,4-亚甲二氧基甲基苯丙胺
经合组织	经济合作与发展组织
艾滋病规划署	联合国艾滋病病毒/艾滋病联合规划署
国际开发署	美国国际开发署
禁毒基金	联合国管制药物滥用基金
药物管制署	联合国国际药物管制规划署
毒品和犯罪问题办公室	联合国毒品和犯罪问题办公室
世卫组织	世界卫生组织
世贸组织	世界贸易组织

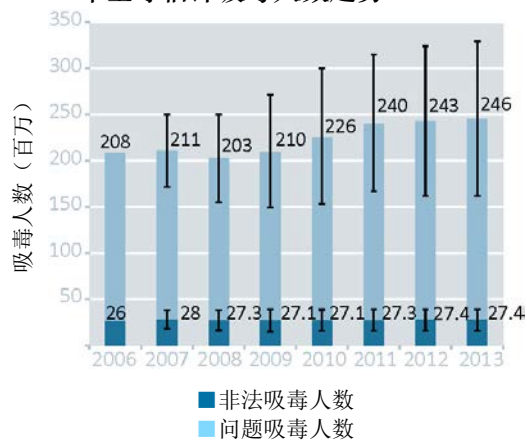
《世界毒品问题报告》全面概述了世界非法毒品市场每年的最新发展情况，重点是各类主要非法毒品的生产、贩运和消费情况及其对健康的相关后果。《2015 年世界毒品问题报告》第一章概述了阿片剂、可卡因、大麻、苯丙胺类兴奋剂和新型精神活性物质供求方面的全球情况及其对健康的影响，审查了各种预防吸毒办法的科学证据，以及讨论了戒毒治疗有效对策的基本原则。第二章重点讨论在更广泛的发展议程中替代发展如何旨在通过为农民提供替代生计而打破非法作物种植的恶性循环。

根据现有最新数据，非法毒品生产、使用和对健康的后果方面的全球总体形势变化甚微。非法吸毒对健康产生的后果仍然是令全球关切的事项，因为绝大多数问题吸毒者仍然没有治疗渠道。此外，全球罂粟种植面积和鸦片产量提高到创纪录水平，尚未对全球阿片剂市场产生重大影响。这令人对日益复杂且变化多端的有组织犯罪集团给执法形成的挑战规模感到关切。

吸毒及其健康影响

据估计，2013 年，总共有 2.46 亿人，即 15-64 岁人口的二十分之一，使用非法毒品，比上一年增加了 300 万人，但是，由于全球人口在增长，非法吸毒情况实际上保持稳定。

2006-2013 年全球估计吸毒人数趋势



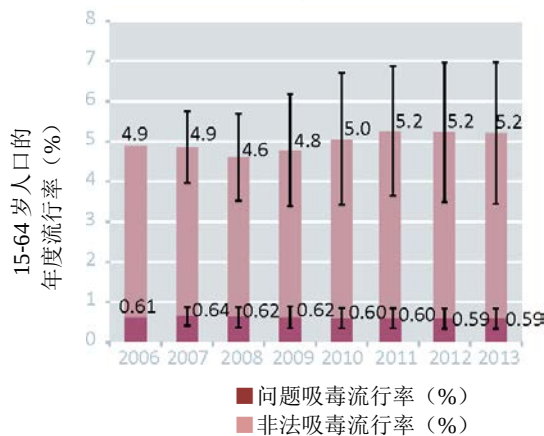
资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复。

注：估计数针对成年人（15-64 岁），基于上年度吸毒情况。

考虑到超过十分之一的吸毒者为问题吸毒者，即感染吸毒疾患或吸毒成瘾者，世界毒品问题的严重性就越来越明显。换言之，约 2,700 万人为问题吸毒者，差不多相当于马来西亚那么大国家的总人口。2013 年，这些问题吸毒者中几乎有一半（1,219 万人）在注射毒品，估计在注射吸毒者中有 165 万人感染艾滋病毒。

从预防、治疗和护理吸毒疾患及其对健康的后果方面来看，这给公共卫生体系带来了沉重负担。全世界只有六分之一的问题吸毒者获得治疗，因为许多国家基本上不提供治疗服务。每年涉毒死亡人数（2013 年估计为 18.71 万人）相对稳定。即使毒品过量致死能够预防，由于毒品过量而早逝的吸毒者人数仍然太多。

2006-2013 年全球估计吸毒流行率趋势

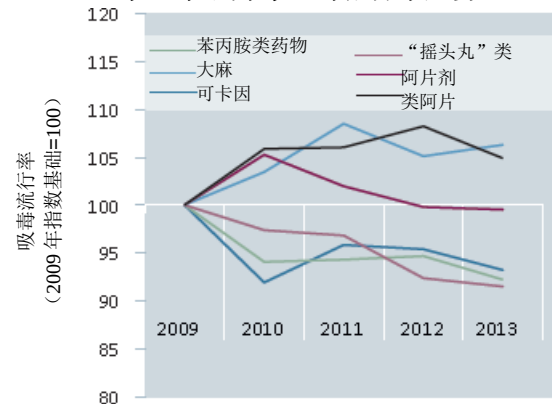


资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复。

注：上年度曾吸毒的成年人（15-64 岁）估计百分比。

尽管吸毒趋势存在着国家和区域差异，但现有的有限数据表明，全球层面的阿片剂（海洛因和鸦片）吸毒情况仍然稳定。其主要原因是，在美洲和欧洲，可卡因吸毒情况总体上已经减少，而大麻和类阿片药物的非医疗使用在继续增加。苯丙胺类兴奋剂使用趋势存在着区域差异，而且东南亚等某些分区域报告使用甲基苯丙胺情况有所增加。

2009-2013 年全球不同毒品的流行率趋势



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复。

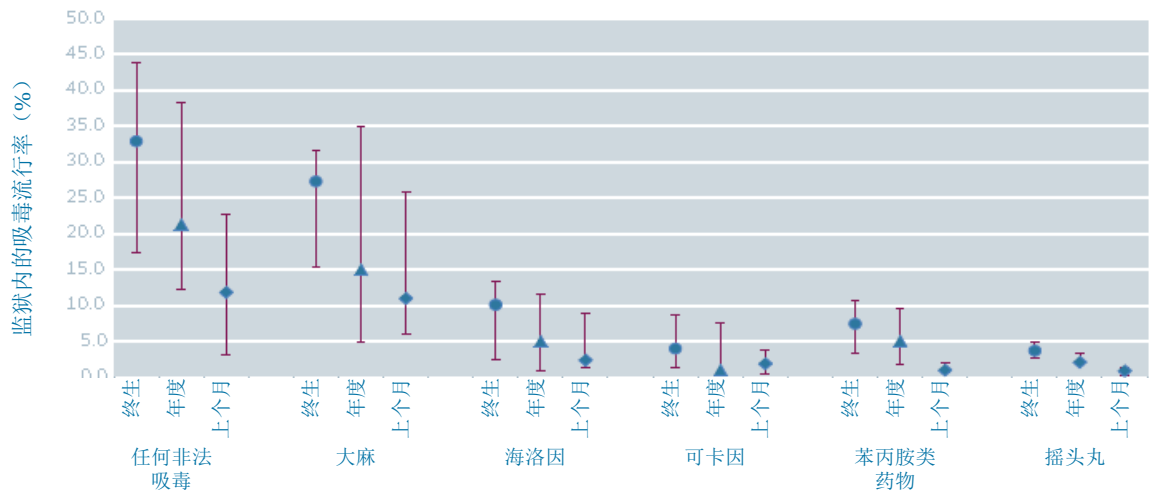
注：基于上年度曾吸毒的成年人（15-64 岁）估计百分比。

另有迹象表明，大多数区域因吸食大麻寻求治疗的人数在增加。有证据表明，有更多的吸毒者身患大麻吸毒疾患，而且越来越多的证据表明，大麻的有害性可能会不断增加。这反映为欧洲、北美洲和大洋洲因吸食大麻首次接受治疗者比例较高。据有限可用资料来看，在接受戒毒治疗的非洲人所吸食的各类毒品中，大麻排在首位。

迄今为止，监狱中最常使用的毒品是大麻。尽管关于该主题的数据有限，但有迹象表明，有三分之一囚犯在监禁期间至少使用过一次毒品。终生和近期（上个月）在监狱中使用过海洛因的比例远远高于使用可卡因、苯丙胺类药物或“摇头丸”的比例。监狱是一种高风险的受控环境，吸毒（包括注射吸毒）通常都在极不安全的环境下进行。这或许能说明为什么监狱环境的特点

是传染病尤其是艾滋病毒以及丙型肝炎和结核病患率高，而获得预防和治疗渠道有限，这提高了感染血液传播的病毒的风险。

监狱内的终生、年度和上个月吸毒流行率（基于 2000-2013 年期间 43 个国家的 62 项研究）

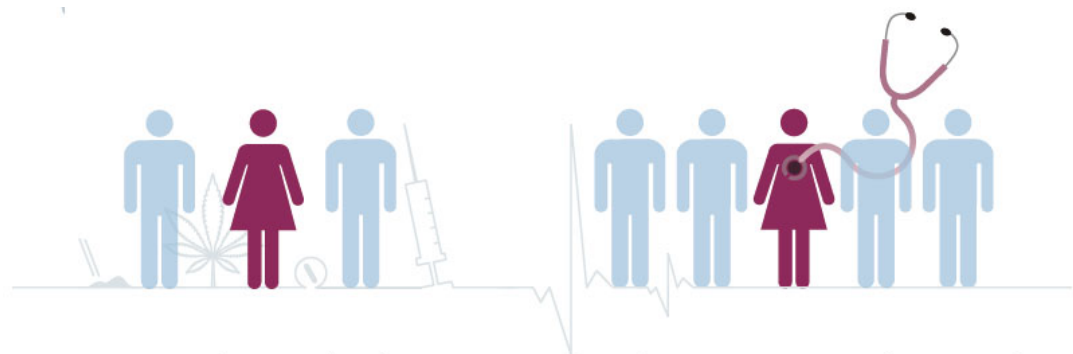


资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复；及C. Carpentier、L. Royuela 和 L. Montanari，“监狱吸毒的全球流行性”（2015年）。

注：符号代表流行率中位数，而垂直线则指四分位数范围。各项研究有关终生、年度和上个月吸毒的数据并不一致（这就解释了为什么可卡因吸毒的年度流行率中位数值低于上个月流行率）。

全球因使用苯丙胺类兴奋剂而需要接受治疗者人数也在增多。这可能要归因于吸毒者众多，因为亚洲的苯丙胺类兴奋剂流行率较高，对治疗的需求也很高，但是，治疗苯丙胺类兴奋剂吸毒疾患的专业知识不像治疗阿片剂吸毒疾患的专业知识那么先进。

虽然三分之一的吸毒者是妇女，但接受治疗者中只有五分之一的妇女。

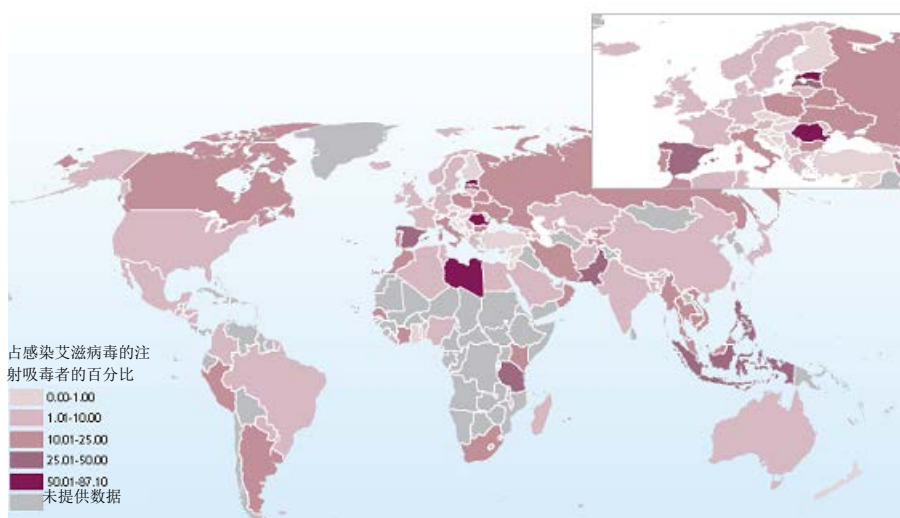


新型精神活性物质作为国际受管制药物的替代品销售，而且旨在产生与其“传统”对应物相似的效应。这些药物有可能对公共卫生与安全形成严重风险。关于新型精神活性物质引起的潜在伤害的信息和研究有限，但是，估计包括甲氧麻黄酮在内的 500 种新型精神活性物质的扩散对吸毒者构成了健康威胁，并且加大了对戒毒治疗的需求。

可卡因仍然是令拉丁美洲和加勒比关切的首选毒品，而阿片剂使用仍然是全球最成问题的吸毒形式。这可能要归因于阿片剂使用和注射吸毒、艾滋病毒、艾滋病和毒品过量致死之间的关系，以及阿片剂吸毒者占了亚洲和欧洲戒毒治疗接诊人数的大部分这一事实。

公众对药物依赖者康复的认识倾向于将吸毒成瘾的严重性看得过于简单。吸毒成瘾没有快速而简单的补救办法。这是一种慢性疾病，与其他慢性病一样，令受影响者一生都会脆弱，且需要长期持续的治疗。日益庞大的研究工作表明，许多旨在预防开始吸毒（或向吸毒疾患的潜在过渡）的干预措施，如果针对儿童和年轻人不同的个人和环境脆弱情况，则能够奏效，这些因素基本上都超出个人的控制能力。

注射吸毒者的艾滋病毒流行率（2013 年或有数据的最近一年）



注：本地图所示边界并不意味着联合国的正式认可或接受。短划线表示未确定的边界。虚线大致代表印度和巴基斯坦商定的查谟和克什米尔控制线。印巴双方尚未商定查谟和克什米尔的最终地位。苏丹和南苏丹之间的最后边界尚未确定。阿根廷政府与大不列颠及北爱尔兰联合王国政府在福克兰群岛（马尔维纳斯群岛）主权上存在争端。

一些社会和结构性障碍显然在继续阻碍妇女获得戒毒治疗：从全球来看，虽然三分之一的吸毒者是妇女，但接受治疗者中只有五分之一的妇女。有大量的证据表明，在与开始吸毒有关的社会和生物因素、持续吸毒及产生与吸毒有关的问题方面，男女之间存在着很大差异。男性使用大麻、可卡因和苯丙胺类药物的概率可能是妇女的三倍，而妇女比男性更可能滥用处方类阿片和镇定剂。由于滥用镇定剂和处方类阿片导致定期或习惯使用这种药物的概率比使用其他药物的概率高，这仍然是妇女尤其令人关切的一个方面。关于注射吸毒者艾滋病毒流行率的现有数据表明，在许多国家，女性注射吸毒者比男性更易感染艾滋病毒，而且女性注射吸毒者的艾滋病毒流行率也比男性高。

在致力于实现《2011 年关于艾滋病毒和艾滋病问题的政治宣言》确定的具体目标（到 2015 年将艾滋病毒在使用注射药物的人群中的传播率减少 50%）方面，已经取得了一些进展。¹尽管

¹ 《关于艾滋病毒和艾滋病问题的政治宣言：加大行动力度，消灭艾滋病毒和艾滋病》（大会第 65/277 号决议，附件）。

在注射吸毒者中新感染艾滋病毒的人数减少了约 10%，从 2010 年估计的 11 万人减至 2013 年的 9.8 万人，但这一具体目标不可能实现。

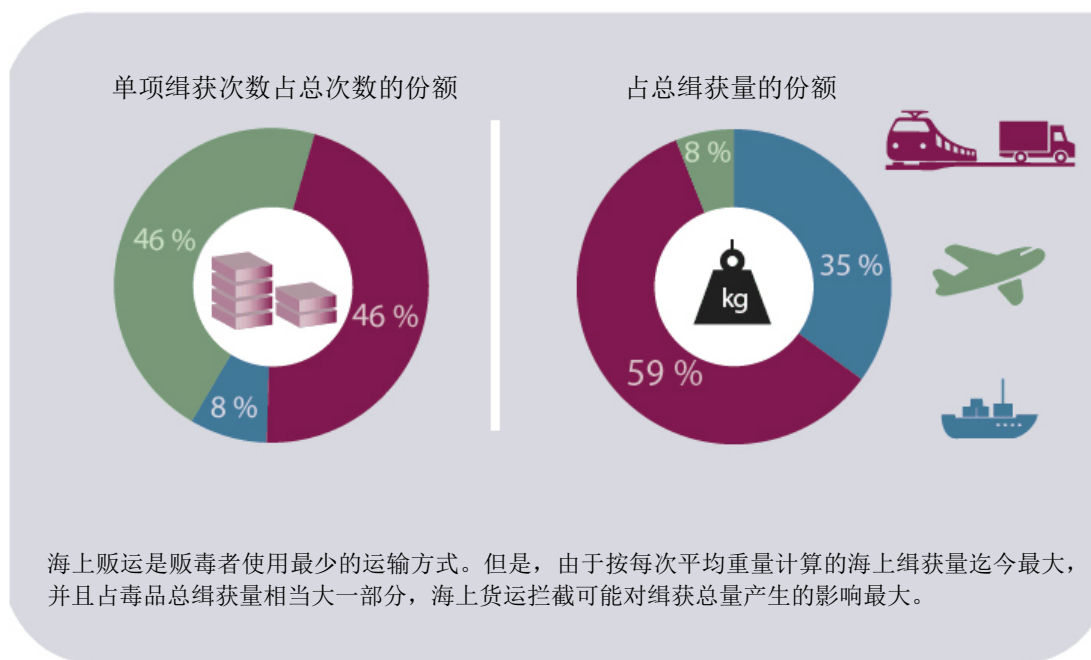
艾滋病毒和丙型肝炎等传染性疾病的传播以及发生毒品过量致死情况，只是导致注射吸毒者死亡率比普通人口中类似年龄和性别者的正常预期死亡率高近 15 倍的风险因素之一部分。

并非所有毒品过量都会致命；根据不同的研究估算，20-25 例过量吸毒病例中只有 1 例是致命的。非致命的过量吸毒报告不足，但在吸毒者中屡见不鲜；然而，如果连续过量吸毒，累积导致的死亡风险将增高。

毒品供应与市场

大麻脂的生产依然仅限于北非、中东和西南亚少数几个国家，而世界上大多数国家都存在大麻药草生产。南美洲实际继续包揽了全球几乎所有的古柯树种植，西南亚（阿富汗）和东南亚（主要是老挝人民民主共和国与缅甸）在继续种植绝大多数非法罂粟。尽管苯丙胺类兴奋剂制造情况难以评估，但所有区域都报告了苯丙胺类兴奋剂的制造情况。

进行非法作物种植和毒品制造的各区域可能没有发生重大变化，但非法毒品市场和贩毒所采用的路线继续呈不断变化状态。“暗网”，即非法销售包括毒品在内的各种产品所使用的匿名在线市场，是证明形势一直在变化的一个主要实例，而且它对执法和贩毒产生了深刻影响。



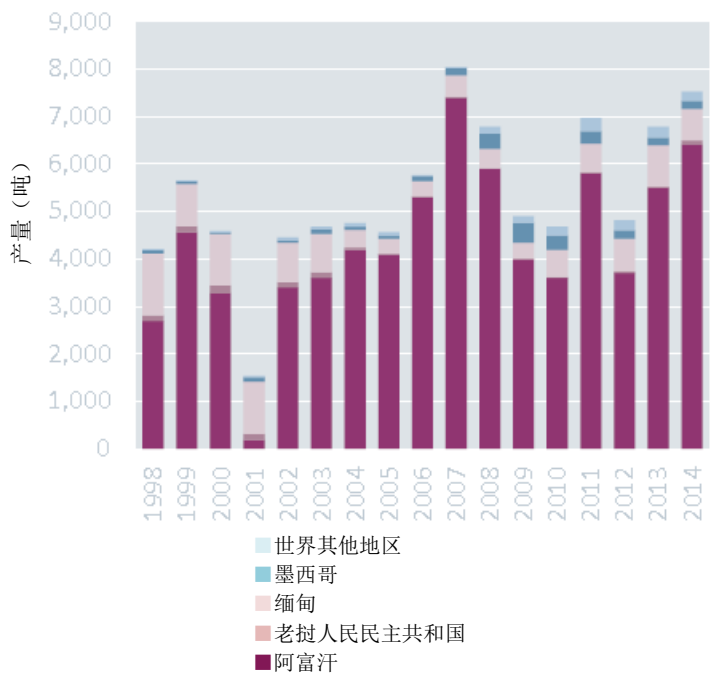
这一动态方面的一个更经典实例是，贩运阿片剂所采用的路线在继续变化，而且阿富汗海洛因可能将到达新市场。非洲作为运往欧洲和其他区域的阿富汗海洛因的转运区域越来越重要，这已反映为近年来某些非洲国家，尤其是东非报告的缉获量越来越大。最近的缉获情况也表明，大批阿富汗海洛因货物穿过印度洋走私进入东非和南部非洲可能已经更加常见。此外，非洲继续被用作将可卡因跨越大西洋走私到欧洲的一个转运地区，东欧正在成为一个转运地区和目的地。走私数量虽然较小，但这可能是表明可卡因市场正在东移的一个迹象。

西非似乎已成为经南部非洲或欧洲走私到东亚和东南亚的甲基苯丙胺的一个固定来源地，新的贩运路线将以前毫无联系的甲基苯丙胺区域市场连接起来。东亚和东南亚的甲基苯丙胺固定市场在继续增长，同时还有迹象表明在北美洲和欧洲部分地区使用甲基苯丙胺的情况增多。

由于原产于缅甸的阿片剂可能无法满足东南亚的需求，所谓的“南方路线”可能会越来越重要，它是走私阿富汗海洛因从阿富汗经过巴基斯坦或伊朗伊斯兰共和国南行的路线。贩毒网采用巴尔干路线将阿富汗海洛因走私到欧洲，可能在尝试经高加索的新路线，还有迹象表明，有海洛因正从伊拉克而不是伊朗伊斯兰共和国向外贩运。

不只是贩毒路线在发生变化，还有证据表明，过去的贩运活动可能局限于一种毒品的有组织犯罪集团现在正在实现多样化。例如，以前专门贩运海洛因的集团似乎越来越多地参与贩运大麻脂和甲基苯丙胺。

1998-2014 年全球鸦片潜在产量



资料来源：1997-2002 年期间：毒品和犯罪问题办公室；自 2003 年以来：毒品和犯罪问题办公室支持的国家非法作物监测系统。

在一定程度上，贩运路线本身的重心也有了转移。越来越多的证据证明，传统上走私一种毒品所采用的路线现在正被用作走私各种毒品。虽然报告被用作某些毒品转运枢纽的国家似乎发生了变化，如非洲国家被用作海洛因和可卡因的转运地区，但某些非洲国家也越来越被用作不同类型毒品的转运地区。

阿片剂

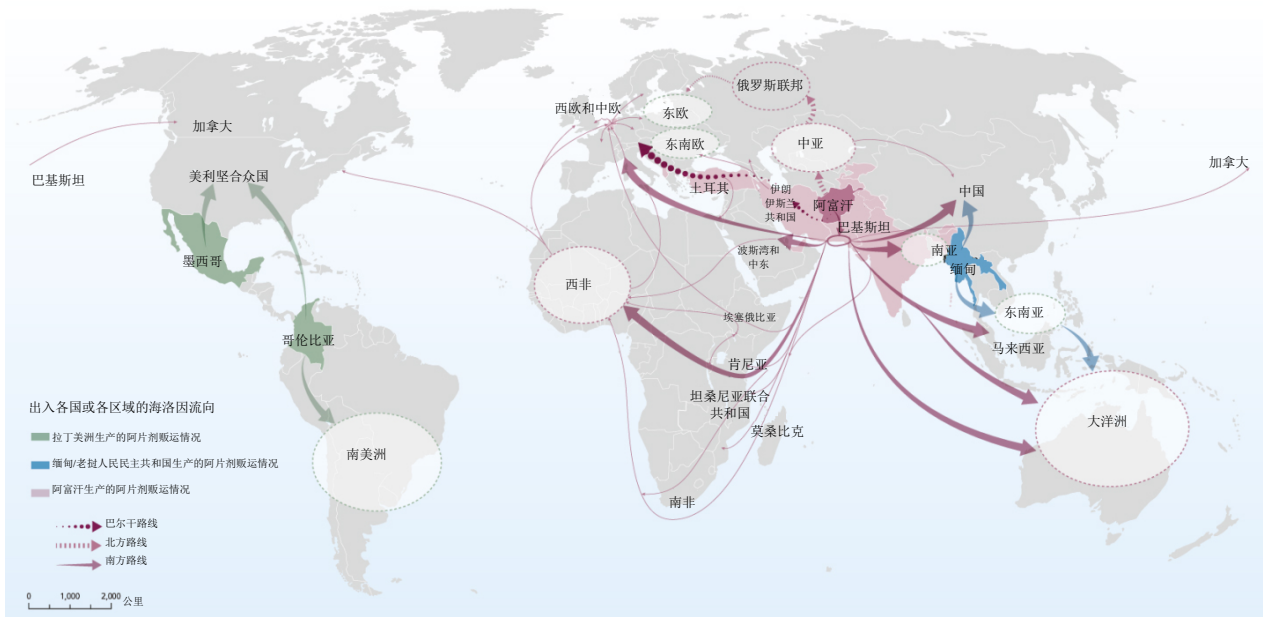
根据有限可用资料来看，全球类阿片流行率（占世界成年人口的 0.7%，共有 3,240 万吸毒者）和阿片剂流行率（占 0.4%，全世界共有 1,650 万吸毒者）一直保持稳定，而 2014 年全球的罂粟种植面积已经达到自 1930 年代末以来的最高水平。这主要归因于罂粟种植面积在主要的罂

粟种植国阿富汗达到了有史以来的高水平，那里的潜在鸦片产量也在继续上升。2014 年，全球鸦片产量达到 7,554 吨，是三十年来的第二高产量，尽管 2012-2013 年全球的鸦片、海洛因和非法吗啡缉获量减少了 6.4%。

鸦片和海洛因的估计产量增加，尚未反映在大多数区域海洛因供应量增加上。海洛因增长数量的目的地并不明确，但有迹象表明，在某些国家，海洛因供应量有了增加，而且死亡率和急诊等海洛因相关指数有所上升。

与全球平均数相比，北美洲（3.8%）的类阿片流行率依然较高。在美利坚合众国，有迹象表明，类阿片吸毒者部分转向了使用海洛因，这一部分要归因于奥施康定——被滥用的主要处方类阿片之一——的配方有了变化，以及海洛因供应有了增长，而在美国某些地区其价格有了下降。随着与海洛因有关的死亡人数大幅增长（从 2012 年的 5,925 人增至 2013 年的 8,257 人），达到十年来的最高水平，美国境内涉毒死亡人数在继续上升。

阿片剂的主要全球贩运流向



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复及单项毒品缉获数据库。
注：本地图上标示的贩运路线具有广泛代表意义，基于数据分析，而不是确定路线描述。这些分析基于贩运路线沿线的官方缉毒资料、正式国别报告及对年度报告调查表的答复。各条路线可能存在通向沿线其他各国的分支，因此有众多二级流向未得到反映。
本地图所示边界并不意味着联合国的正式认可或接受。短划线表示未确定的边界。虚线大致代表印度和巴基斯坦商定的查谟和克什米尔控制线。印巴双方尚未商定查谟和克什米尔的最终地位。苏丹和南苏丹之间的最后边界尚未确定。

有迹象表明，不同区域的海洛因供应发生了变化。在北美洲，尽管加拿大境内 90%的海洛因源于阿富汗，但美国继续由中美和南美洲制造的海洛因供货。然而，对缉获物所做的分析表明，虽然阿富汗海洛因目前在美国缉获的海洛因中只占少数，但情况可能在发生变化。在大洋洲，澳大利亚市场上的阿富汗海洛因供应与原产于老挝人民民主共和国或缅甸的海洛因供应一直在

波动，但这似乎表明，2013 年，后者占主导地位。这凸显了一个事实：有组织犯罪网络的活动范围仍然遍及全球，而且有组织犯罪集团正变得日益复杂且变化多端。

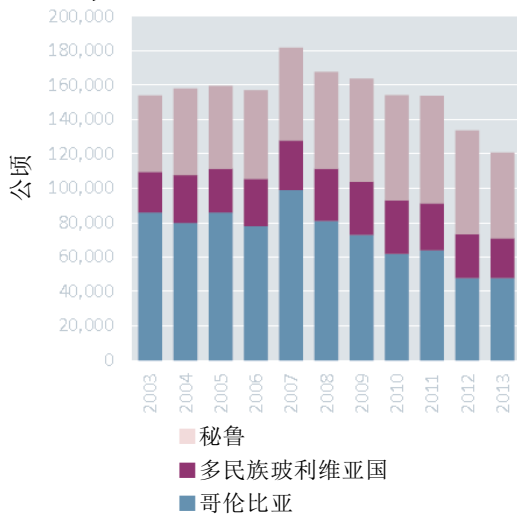
在欧洲，海洛因市场也呈多变特点，尽管只是在分区域层面上。有迹象表明，在西欧和中欧，海洛因吸毒呈稳定或减少趋势，而东欧和东南欧的海洛因缉获量最近有所增长，但缺乏新的数据，因此妨碍了对吸毒流行率最新趋势的评估。

亚洲大部分地区缺乏关于类阿片使用情况的任何近期可靠数据，所以现在难以确定呈什么趋势，但类阿片使用情况一般被视为稳定。亚洲仍然是世界上最大的阿片剂市场，估计占阿片剂所有吸毒者的三分之二，在中国登记的海洛因吸毒者总数一直在增长。关于非洲的数据仍然有限，但可能的情况是，非洲作为运往其他区域各市场的阿富汗海洛因的转运地区地位日益重要，已经对非洲的阿片剂使用情况产生了影响。

可卡因

2013 年，古柯树的种植继续减少，达到自 1980 年代中期首次有估计数以来的最低水平，不仅如此，西欧和中欧及北美洲的可卡因年度流行率（占成年人口的 0.4%）也在继续下降。这些分区域与南美洲加在一起，拥有世界上最大的可卡因市场，其可卡因流行率最高。减少供应措施可能有助于古柯生产国的古柯树种植面积缩小，从而导致可卡因供应减少以及某些主要的可卡因市场萎缩。

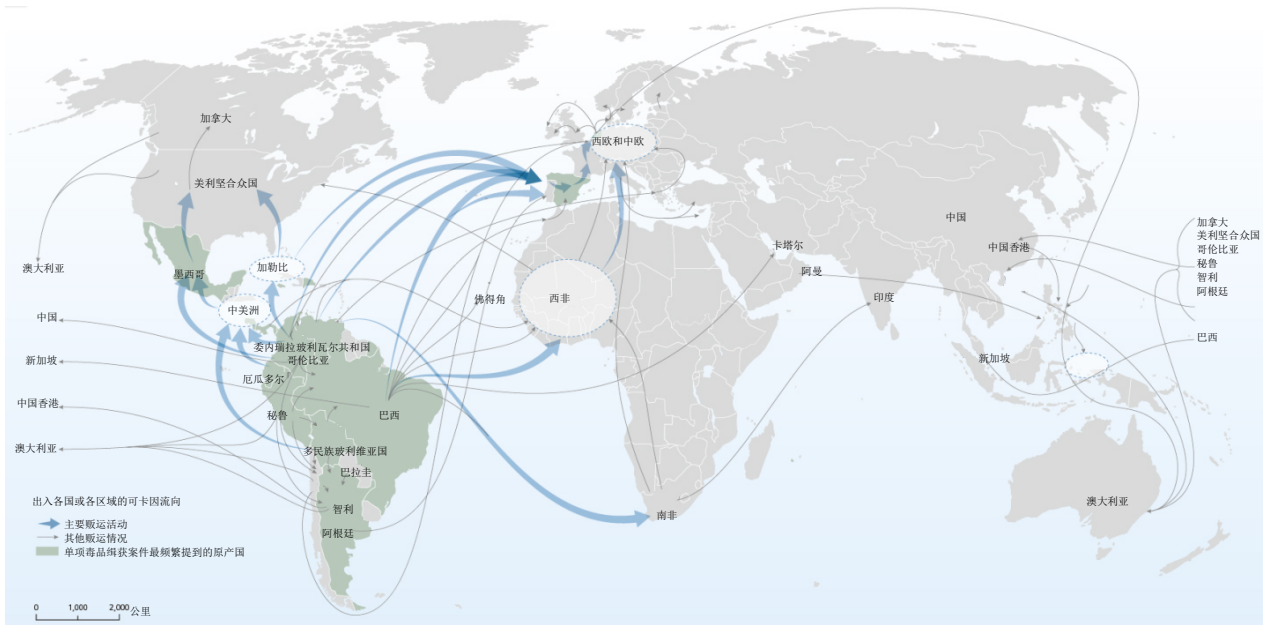
2003-2013 年古柯树种植面积



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复及其他官方来源。

除了可卡因制造和贩运的人力成本外，非法的古柯树种植活动和古柯转化为可卡因的过程继续造成严重的环境破坏，虽然古柯树种植面积已经缩小。仅在哥伦比亚，就因 2001-2013 年种植古柯作物的直接影响，大概丧失了 290,000 公顷森林，而开垦新耕地所用的“刀耕火种”方式导致水土流失加剧。古柯树种植所用的杀虫剂和化肥以及古柯转化为可卡因所用的化学品导致环境进一步破坏。

可卡因的主要全球贩运流向



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复及单项毒品缉获数据库。

注：本地图上标示的贩运路线具有广泛代表意义，基于数据分析，而不是确定路线描述。这些分析基于贩运路线沿线的官方缉毒资料、正式国别报告及对年度报告调查表的答复。各条路线可能存在通向沿线其他各国的分支，因此有众多二级流向未得到反映。

本地图所示边界并不意味着联合国的正式认可或接受。短划线表示未确定的边界。虚线大致代表印度和巴基斯坦商定的查谟和克什米尔控制线。印巴双方尚未商定查谟和克什米尔的最终地位。苏丹和南苏丹之间的最后边界尚未确定。

大麻

在西非和中非、西欧和中欧及大洋洲还有北美洲，大麻吸食呈增长趋势，并且继续居高不下，现有北美洲最新数据表明，美国的大麻流行率呈增长趋势。欧洲仍然是世界上最大的大麻脂市场，但是其吸食集中在少数国家。在欧洲国家，吸食大麻药草甚至更为普遍，西欧和中欧的市场正由大麻脂转向大麻药草。

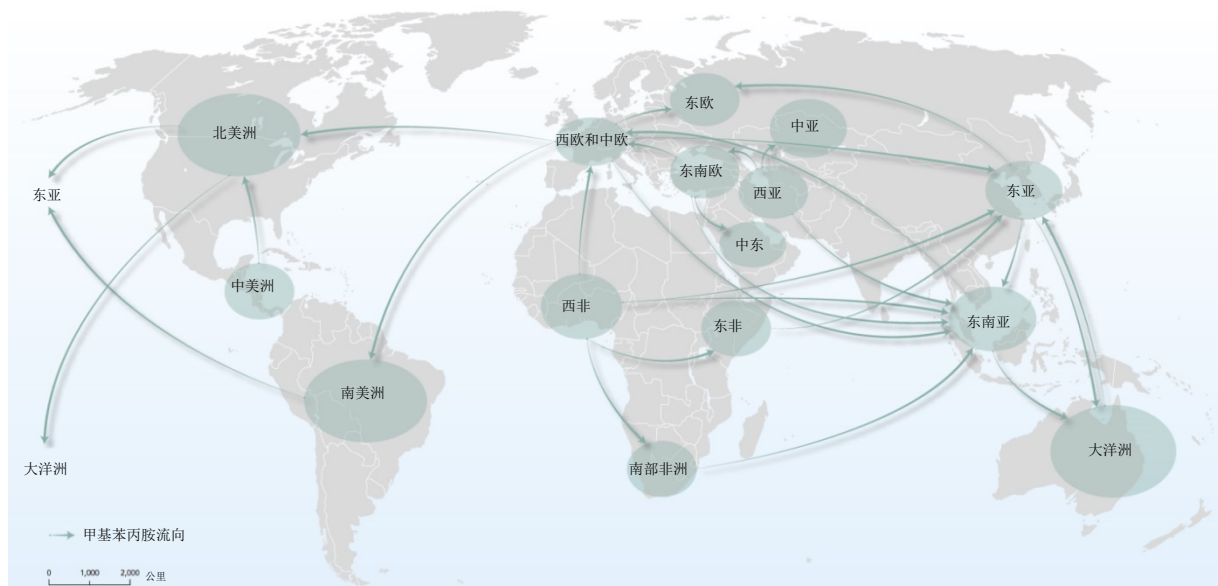
大麻草种植技术的进步和利用转基因植株，使大麻收获次数大增，以及大麻产量和药力大增。大麻药力，通常按四氢大麻酚含量（ Δ^9 -四氢大麻酚，大麻的主要精神活性成份）衡量，在过去十年里，在许多市场上呈增长趋势，导致人们对大麻造成严重健康问题可能性越来越关切。尽管日益增长的专业化和复杂程度增强了大麻草种植商逃避执法当局侦查的能力，但 2013 年的数据表明，全世界的大麻药和大麻脂缉获量都有了增长。

合成毒品：苯丙胺类兴奋剂和新型精神活性物质

全球合成毒品市场继续以甲基苯丙胺为主。日益多样化的甲基苯丙胺市场正在东亚和东南亚不断扩大，而这种毒品也成为一些国家大部分接受戒毒治疗者的治疗原因，在北美洲和欧洲部分地区使用晶体甲基苯丙胺的情况日益增多。自 2009 年以来日渐增多的缉获量也表明，苯丙胺类兴奋剂的全球市场在迅速扩大，被缉获的苯丙胺类兴奋剂总量几乎翻番，2011 年和 2012 年达到逾 144 吨，是自联合国毒品和犯罪问题办公室（毒品和犯罪问题办公室）开始系统监测以来的最高水平，2013 年仍保持较高水平。

根据缉获数据，全球“摇头丸”市场小于全球苯丙胺和甲基苯丙胺市场，仍然局限于几个区域。东亚和东南亚及大洋洲可能正成为全球“摇头丸”市场的驱动因素，而美洲的市场似乎呈下降趋势，2009-2012 年期间，那里的“摇头丸”缉获量减少了 81%。最大的“摇头丸”市场仍然是东亚和东南亚及大洋洲，虽然 2013 年缉获的“摇头丸”数量有了减少。

2011-2013 年流入国认为的甲基苯丙胺流向



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，2011-2013 年对年度报告调查表的答复。

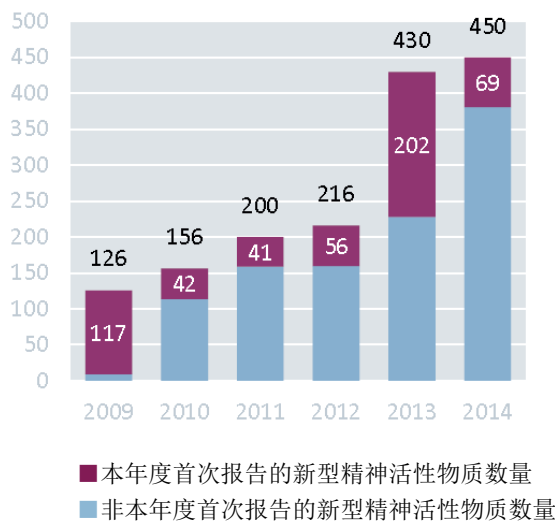
注：流向箭头起点并不一定表示甲基苯丙胺来源或产地。这些箭头是流入国认为的流向。流向箭头表示甲基苯丙胺贩运方向，不表示贩运数量。

本地图所示边界并不意味着联合国的正式认可或接受。短划线表示未确定的边界。虚线大致代表印度和巴基斯坦商定的查谟和克什米尔控制线。印巴双方尚未商定查谟和克什米尔的最终地位。苏丹和南苏丹之间的最后边界尚未确定。

在若干欧洲国家，“摇头丸”市场已有一段时间呈下降趋势，可能是因为甲氧麻黄酮和其他新型精神活性物质成为替代品。近年来，在某些市场上，使用甲氧麻黄酮和合成大麻素的情况可能已经减少，但越来越多的国家报告了范围更广泛的新增新型精神活性物质以及注射使用新型精神活性物质等方面令人不安的发展趋势。注射吸毒和涉新型精神活性物质的多种毒品使用数据仍然有限；这些特定吸毒形式可能对戒毒治疗机构和保健服务提供者带来严峻挑战。

目前市场上的新型精神活性物质的绝对数目、多样性和瞬变性部分上解释了为什么许多新型精神活性物质流行率的现有数据仍然非常有限。这些困难也解释了为什么新型精神活性物质的监管及解决与新型精神活性物质有关的健康问题的能力仍具有挑战性。不同的国家报告指出，新型精神活性物质继续在市场上扩散，在数量和多样性方面都是如此。到 2014 年 12 月，95 个国家和地区向毒品和犯罪问题办公室预警咨询系统报告了总共 541 种新型精神活性物质。合成大麻素继续在 2014 年报告的新型精神活性物质中占大多数（39%）；紧随其后的是苯乙胺（18%）和合成卡西酮（15%）。全世界可提供越来越多新型精神活性物质表明，合成毒品市场甚至日趋多元化。

2009-2014 年报告的新型精神活性物质数量



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，新型精神活性物质预警咨询系统，2009-2014 年。

注：本图仅显示各报告年度所报告的不同新型精神活性物质数量。某一年报告的新型精神活性物质下一年并不一定会全部予以报告。

替代发展

非法作物种植：打破恶性循环

非法作物种植在特定情况下受脆弱性与机会因素共同驱动。由于生存和生计是许多家庭从事非法作物种植的真正考虑因素，因此他们往往规避风险，就非法作物种植做出决策时会考虑到各种因素。

其中的一个因素是非法作物的具体性质——农学方面、产品的耐久性、价格、易销性等。所有主要非法作物，由于非易腐产品很快产生回报，所以特别具有吸引力。因此，非法作物种植能够为农民生存提供必要的短期经济手段的同时，却限制了地区发展其合法经济和制度环境。

其他因素包括地理和环境因素，如气候、水和可耕地可得性以及离市场的远近；家庭特有的社会经济因素，如收入水平、现有的就业机会、信贷的获得和拥有土地的规模；道路交通、电网及教育和保健服务等发展设施；以及安全、政府管制和法治等社会政治和制度因素。非法作物

种植往往发生在边缘化偏僻地区，其特点是政府控制力有限、土地权不明晰、缺乏基础设施、贫穷和暴力，几乎没有国际发展机构涉足。

替代发展是一种旨在减少导致从事非法作物种植的脆弱因素并最终消除这种种植活动的办法。替代发展通过切实促进有助于可持续合法经济的因素，能够打破以下各方面的恶性循环：非法作物种植活动兴起、法治日益薄弱、合法经济增长缓慢、对合法部门投资减少、有组织犯罪和暴力活动猖獗。从长远来看，这能吸引投资并帮助发展必要的基础设施，从而改变并支撑农业社区的生计。

非法毒品生产与替代发展干预措施的影响



资料来源：毒品和犯罪问题办公室。

替代发展一般本身不是目标，而是达到目的的手段：旨在为长期的农村发展创造一种不种植非法作物的有利环境。替代发展起到催化作用，在面临与非法毒品经济有关的具体挑战的地区促进了发展。

1998 年举行的大会第二十届特别会议将替代发展界定为，“根据目标社区和群体的具体社会文化特征，通过在采取禁毒行动的国家结合持续的国民经济发展和持续的发展努力，专门制订乡村发展措施”，来防止和根除非法作物种植的一个过程。²此定义适用于国际层面。不同的执行国、捐助方和从业者也拟订了反映替代发展新策略和新方法的不同定义。

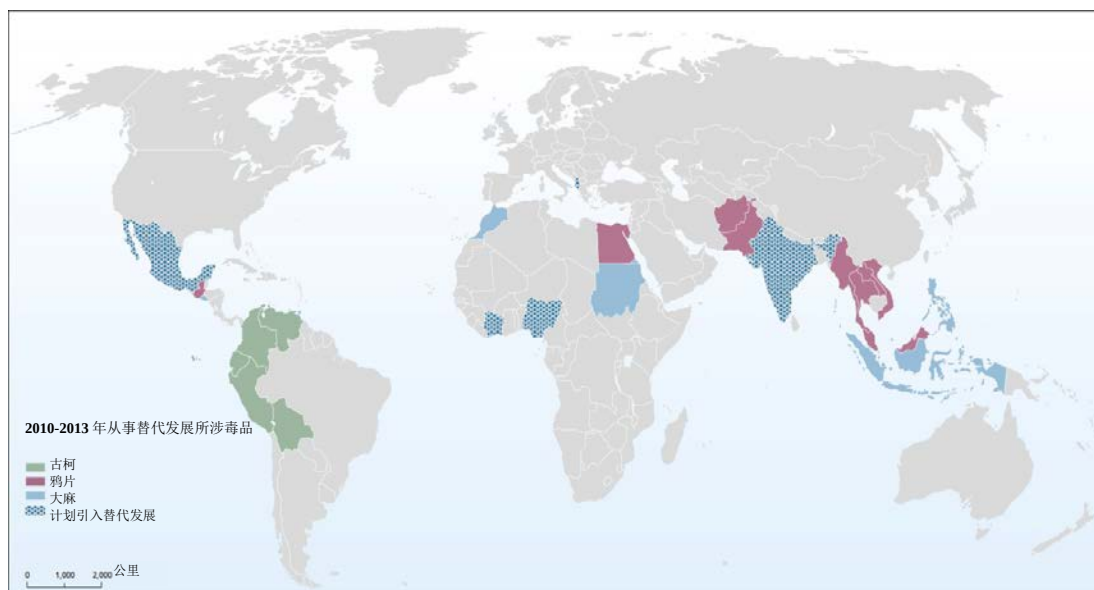
国家战略或计划采用“平衡兼顾”的办法，不仅用其他减少供应战略（尤其是执法和拦截），还用减少需求（预防、治疗和康复），来补充替代发展。另一个经常纳入的战略——有时作为一种贯穿各领域主题或一项单独政策而出现——是促进善治或加强国家机构或法治。

何处实施替代发展？

大多数替代发展在所有主要古柯和鸦片生产国以及在某些大麻生产国和某些小型鸦片生产国实施，这些国家位于南美洲、中美洲、加勒比、亚洲和非洲。亚洲、中美洲、非洲和欧洲的一些国家也已经报告计划开展替代发展活动（见地图）。

² 《开展国际合作根除非法药物作物和促进替代发展行动计划》（大会 S-20/4 E 号决议）。

2010-2013 年实施国内替代发展项目的会员国（根据提交联合国毒品和犯罪问题办公室的报告）



资料来源：毒品和犯罪问题办公室年度报告调查表及毒品和犯罪问题办公室替代发展项目。

注：仅包括就替代发展项目实施情况提供了充分资料的国家。本地图所示边界并不意味着联合国的正式认可或接受。短划线表示未确定的边界。虚线大致代表印度和巴基斯坦商定的查谟和克什米尔控制线。印巴双方尚未商定查谟和克什米尔的最终地位。苏丹和南苏丹之间的最后边界尚未确定。

替代发展要素

替代发展在国际一级颁布，但替代发展的变化由国家一级、甚至地方一级来驱动。一个国家或地区推动农民从事非法作物种植的因素与另一个国家或地区可能大不相同，同样，必须根据地方一级的实地情况调整替代发展要素。没有任何两个替代发展项目或干预措施完全相同，即使它们在同一个地区，而且它们还有共同之处。

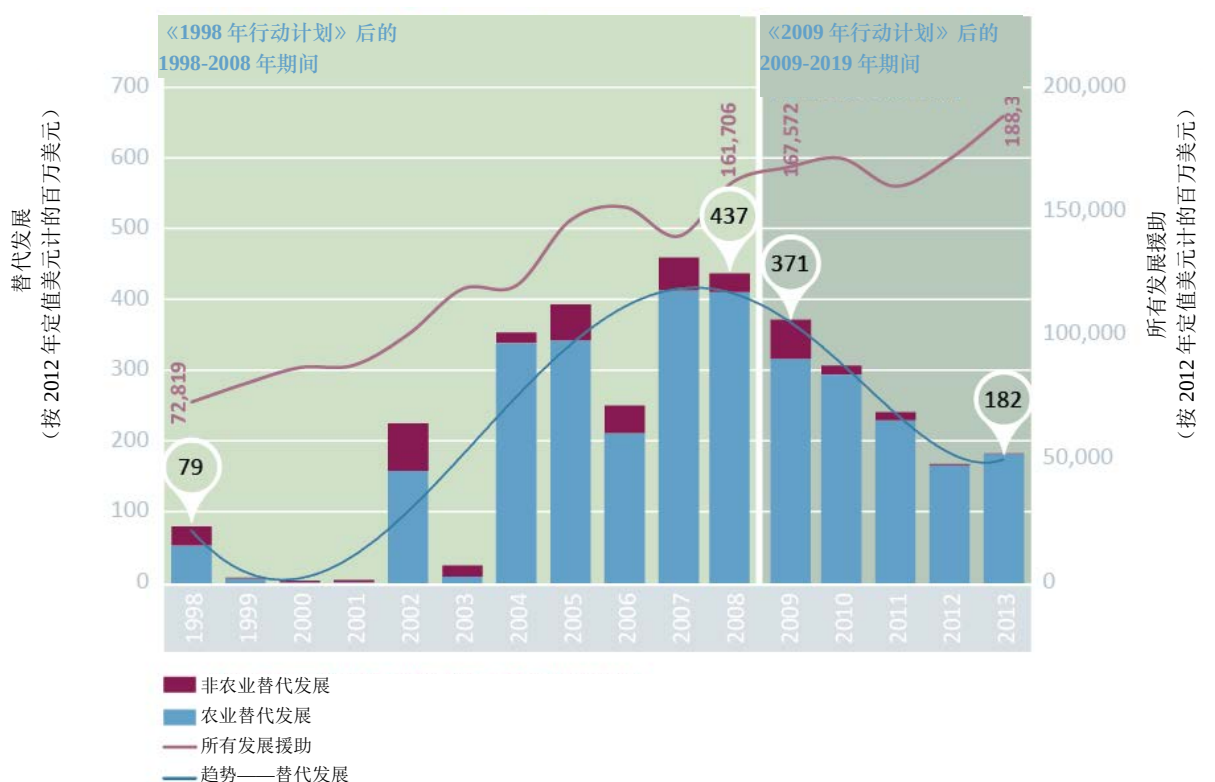
总体战略要素往往相似，在总体框架和总体办法上也有共同之处，但作用的重要性可能因项目而异，有些可能根本没有特点可言。成功与否尤其取决于具体情况，没有替代发展手册或蓝图。随着《联合国替代发展问题指导原则》的通过，³ 现在已经有一套阐述规划和实施替代发展的良好做法的基本准则。在大多数替代发展项目中或多或少发挥重要作用的主要内容如下：

- 创收型替代办法是替代发展的核心，因为经济上的必要性往往在农民决定是否从事非法作物种植中发挥重要作用。创收型替代办法需要有生命力和可持续性，以便减轻对非法作物种植的依赖。
- 替代发展产品的营销是所有项目的一项重要内容。为了增加销售机会和减少某些与非法作物种植有关的脆弱性，替代发展方案经常竭力动员私营部门参与。这种办法使得替代发展产品不仅能够进入当地和国内市场，而且能够进入国际市场。

³ 大会第 68/196 号决议，附件。

- 长期的政治和财政支持对于替代发展取得成功至关重要。不仅需要时间来对付非法作物种植背后的经济推动因素，而且也需要时间来建立与地方社区的信任并发展长期投资。农民和社区直接参与，可在替代发展活动设计和规划中发挥关键作用，在公共机构不能发挥这种作用的地区尤其如此。
- 土地保有制以及土地的可持续管理和利用对替代发展取得长期成功至关重要，因为得不到土地可能是种植非法作物的驱动因素之一。因为产生收成需要若干年，大多数替代性经济作物需要农民长期投入；然而，如果得不到土地，农民就不愿意种植长期经济作物。
- 环境保护发挥着日益重要的作用。替代发展既包括“不伤害”要素，力图尽量减少替代发展干预措施的环境影响，又包括前瞻性要素，方案直接或间接地促进环境保护和生物多样性并减缓气候变化。

1998-2013 年经济合作与发展组织捐助国对发展援助和替代发展的全球承诺趋势图



资料来源：经合组织，国际发展统计在线数据库（2014 年 12 月 19 日提取的数据）。

何为成功的替代发展？

以解决毒品问题的情况衡量替代发展干预措施和服务的覆盖面、质量和效果具有挑战性。替代发展干预措施具有长期性，这是令衡量其成功与否的工作具有复杂性的另一个因素。经验表明，以可持续减少非法作物种植的情况衡量替代发展的成功，应在干预若干年之后确定。短期衡量

成功的企图都适得其反，特别是将此类信息用于立即行动的情况下。项目在地方一级实施，却往往在国家一级予以评价，这也会影响到人们对替代发展方案是否成功的看法。

在评估替代发展方案时，已经适用了与人类发展、社会经济状况、农村发展和减缓贫穷有关的指标以及机构和环境指标，以确保各项成果都符合国家和国际发展目标，包括千年发展目标。此外，已经做出各种努力，以丰富可用来监测替代发展影响的一套指标。

在某些情况下，长期致力于替代发展导致有关国家或地区的非法作物种植取得了可持续减少。四十多年的替代发展经验表明，替代发展只有在着眼长远、有充足资金和政治支持将其纳入更广泛发展和治理议程的情况下方能有效。改善社区社会经济发展并提高农村家庭生活水平后，就能在世界各地不同社区减少非法作物种植方面的取得可持续成果。

政治承诺

尽管国际层面对替代发展给予了极大关注，但各捐助方尚未把政治支持转化为持续供资。麻醉药品委员会和关于世界毒品问题的大会特别会议的文件都突出强调了替代发展；然而，在过去几年里，用于替代发展的供资却已大幅减少。1998 年举行的第二十届大会特别会议激发了以“共同责任”精神资助替代发展的新动力，但自 2009 年《关于开展国际合作以综合、平衡战略应对世界毒品问题的政治宣言和行动计划》获得通过以来，经济合作与发展组织（经合组织）成员国对替代发展资金的支付总额已减少了 71%。⁴2013 年，这些支付仅占全球发展援助的 0.1%。

在过去四十年间，替代发展在很大程度上都由外部捐助方供资，包括经合组织在北美洲、欧洲和大洋洲的成员国，及非经合组织国家，如中国、伊朗伊斯兰共和国、沙特阿拉伯和泰国。但是，近年来，南美洲国家，如玻利维亚多民族国、哥伦比亚和秘鲁及泰国等亚洲国家一直在越来越多地使用国内资金来支助替代发展活动。

目前正处于从“地方到全球”的过程，可以交流在国家战略内总结的最佳做法和汲取的经验教训。这一过程加强了毒品和犯罪问题办公室、麻醉药品委员会和其他实体按照《联合国替代发展问题指导原则》促进更多南南合作（南方国家之间协作的广泛框架）的努力。

展望未来

替代发展极大地促进了经济发展（大多数在农村地区），从而可以有目的地解决非法毒品经济的影响因素和根本原因。除社会经济发展——替代发展的“传统”支柱外，新的可持续发展目标（2015 年后发展议程）可能会带来新的愿景，为替代发展提供新的理论框架。

“大会可持续发展目标开放工作组的报告”⁵提出的新的发展议程指出了环境保护的关键作用，认识到对土地和自然资源安全和公平的权利是实现可持续发展的核心。如报告中目标 16 所述，这些和法治及“有效、负责和包容性机构”等其他问题已通过替代发展部分得到了解决。

⁴ 见《经济及社会理事会正式记录，2009 年，补编 8 号》（E/2009/28 号文件），第一章，C 节。

⁵ A/68/970 和 Corr.1 号文件。

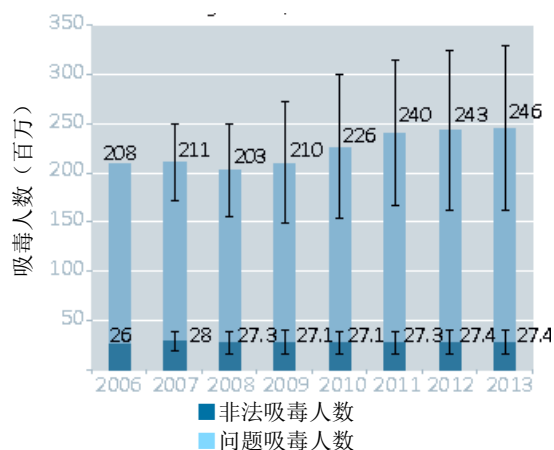
不同的国家经验表明，制止非法作物种植之外的非法活动可能也有机会应用替代发展办法。替代发展可用来支助受贩毒、非法采矿或野生物和森林犯罪等影响的社区。随着更广泛的应用，替代发展概念可以扩大，完全超越现有的针对有可能被用于非法作物生产的地区的“预防性替代发展”战略。

A. 吸毒泛滥程度

全球吸毒整体状况保持稳定

据估计，2013年，15-64岁人口中有近2.5亿人使用非法毒品，全球流行率相当于5.2%（范围：3.4-7.0%），表明吸毒状况在过去三年保持稳定，但估计吸毒人数实际上增加了600万，达到了2.46亿（范围：1.62亿-3.29亿），原因在于全球人口的增长。在这三年期间，问题吸毒似乎也多少保持了稳定。据估计，大约有2,700万人（范围：1,570万-3,900万人）或15-64岁人口的0.6% 身受问题吸毒之害，包括吸毒疾患或吸毒成瘾。

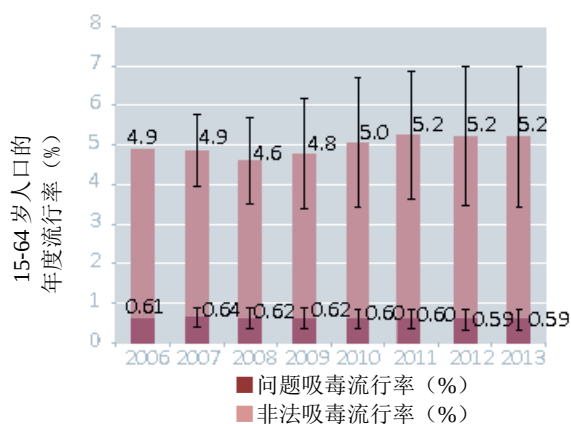
图 1. 2006-2013 年全球估计吸毒人数趋势



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复。

注：估计数针对成年人（15-64岁），基于上年度吸毒情况。

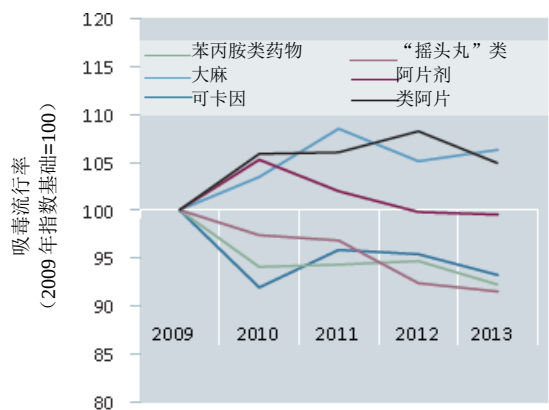
图 2. 2006-2013 年全球估计吸毒流行率趋势



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复。

注：上年度曾吸毒的成年人（15-64岁）估计百分比。

图 3. 2009-2013 年全球不同毒品的流行率趋势



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复。

注：基于上年度曾吸毒的成年人（15-64 岁）估计百分比。

表 1. 2013 年全球不同毒品吸毒情况估计

	吸毒人口百分比		吸毒人数（千）	
	下限	上限	下限	上限
大麻	2.7	4.9	128,480	232,070
类阿片	0.6	0.8	27,990	37,560
阿片剂	0.3	0.4	12,920	20,460
可卡因	0.3	0.4	13,800	20,730
苯丙胺类药物	0.3	1.1	13,870	53,870
“摇头丸”	0.2	0.6	9,340	28,390
所有非法吸毒	3.4	7.0	162,000	329,000

资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复。

注：估计数针对 15-64 岁的成年人，基于上年度的吸毒情况。

认识吸毒趋势

全球和区域吸毒趋势的估计基于有代表性的全国调查，包括有关吸毒的问题，以及通过用间接方法估算类阿片问题吸毒者等定期吸毒或高风险吸毒人数的研究收集的资料。有关吸毒的家庭调查费用高昂，最多每三到五年进行一次。许多国家并未定期开展此类调查，还有许多国家特别是亚洲和非洲国家根本未进行过这样的调查。在这种情况下，使用少数数据提供国的估计数来计算区域和全球估计数。^a

因此，吸毒估计数的同比变化反映的是提供最新数据的各个国家的最新情况，而不是全球和区域层面的实时趋势。如果只有人口众多的国家提供了最新数据，那么这些变化可能特别具有误导性。事实上，全球和区域吸毒估计数（包括按物质类别分列）严重受到人口规模庞大的国家的影响，因为计算这些估计数时采用了以人口规模加权的国家吸毒数据。可用现有数据计算的稳定趋势可能掩盖了未提供数据的大国的变化。此外，估计吸毒人数还受到全球15-64岁人口估计数的影响。

本报告所提供的全球和区域吸毒状况估计数应视为最可靠估计，反映了分析时可获得的最可靠资料。从全球政策角度看，更谨慎的做法是看长期趋势，而不是同比变化，后者可能仅仅反映少数几个国家的变化。此外，在考虑全球层面的问题吸毒估计数趋势时须特别谨慎，因为（用来估计吸毒状况的）普通人群调查很难获知问题吸毒状况，所以采用了往往非常复杂的间接方法来获得这些估计数。

^a 欲了解更多信息，请参阅本报告在线版本的方法部分。

尽管不同类型毒品的使用趋势存在区域和国家差异，但自2009年以来大麻使用持续增加，而类阿片的使用，包括海洛因、鸦片和非医疗用途类阿片的使用则稳定在较高水平上（见图3）。然而，可卡因和苯丙胺类药物的使用已整体减少，主要反映了美洲和欧洲趋势。

戒毒治疗需求反映的问题吸毒状况

在无问题吸毒模式数据的情况下，代之以接受治疗的吸毒者数据。针对不同物质的治疗需求因区域而异，但几乎半数接受戒毒治疗者系首次接受治疗。大多数区域2013年因苯丙胺类兴奋剂和大麻吸毒疾患首次接受治疗者比例高于因其他物质接受治疗者，这表明，与其他物质相比，需要接受治疗的一代苯丙胺类兴奋剂和大麻吸毒人数日益增多（见图4）。在亚洲，因大麻吸毒疾患而寻求治疗的人数较少，但其中首次接受治疗者的比例（62%）最大。其他区域接受治疗的大麻吸毒者一般为二十多岁。与之相比，亚洲的同类人群一般为三十多岁。如其他地方所报道，^{1,2}这可能反映了因大麻相关问题寻求治疗的大麻长期的定期吸毒者组群。在欧洲、北美洲和大洋洲，因大麻吸毒疾患而首次接受治疗者的比例很高，往往都是二十多岁。有很大一部分接受治疗的大麻吸毒者可能就是刑事司法系统所称的大麻吸毒者，而接受治疗的类阿片吸毒者年龄相对较大（三十多岁）。在西欧和中欧，16%的首次接受治疗者系因类阿片吸毒而寻求治疗，对治疗的整体需求仍然很大，这反映了接受治疗的类阿片吸毒者为老龄化群体：欧洲估计有150万类阿片吸毒者，2012年有70万人接受类阿片替代治疗。³亚洲和东欧因类阿片吸毒而接受治疗者比例较高，反应了这些区域的问题类阿片使用情况，而苯丙胺类兴奋剂吸毒者则构成了另一个群体，在亚洲首次接受治疗的比例较高。

监狱是吸毒的高危环境

全世界每天有超过1,020万人关在刑罚机构，主要是审前羁押犯或未决囚犯，或者被判刑囚犯。⁴可是，由于监狱与更广阔社会之间人员转移频繁，因此至少每年在监狱度过一些时间的人数相当可观。大量人口频繁往返于监狱环境与监狱外更广阔社区之间意味着监狱卫生应作为公共卫生的一个组成部分来考虑。

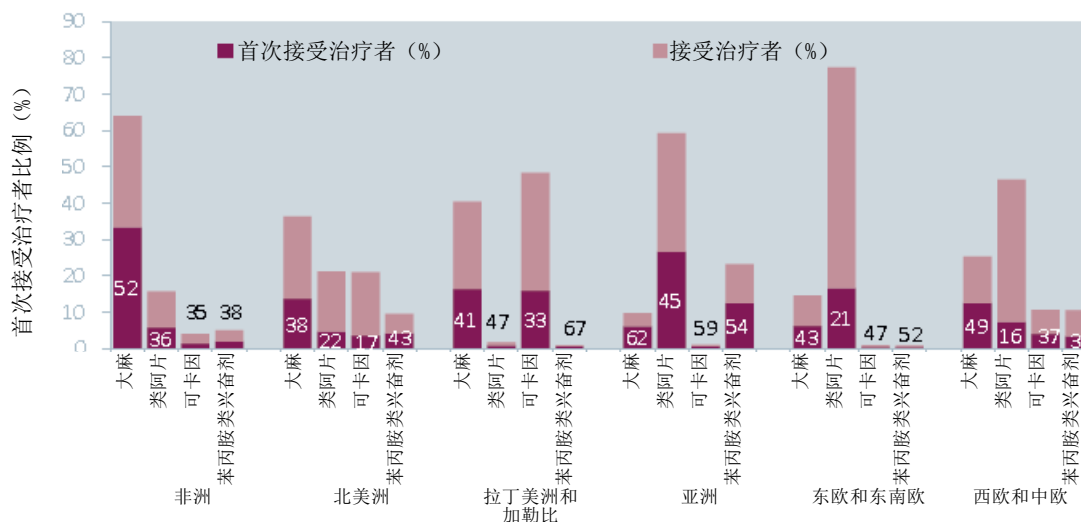
¹ Alan J. Budney 等人，“大麻依赖性及其治疗”，《成瘾科学和临床实践》，第4卷，第1期，（2007年12月），第4-16页。

² Flávia S. Jungerman 和 Ronaldo Laranjeira，“巴西圣保罗寻求治疗的大麻吸毒者特征”，《泛美公共卫生期刊》，第23卷，第6期（2008年），第384-393页。

³ 欧洲毒品和毒瘾监测中心，《2014年欧洲毒品问题年度报告：趋势与动态》（卢森堡，欧洲联盟出版办公室，2014年）。

⁴ Roy Walmsley，《世界监狱人口清单》，第十版（伦敦，国际监狱研究中心）。

图 4. 按主要毒品类别、区域和因各类毒品首次接受治疗者比例分列的接受治疗者的百分比分布（2013 年或现有最新数据）



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复。

吸毒（包括海洛因吸毒）和注射毒品在监狱中司空见惯

吸毒者往往都有入狱史。例如在美利坚合众国，据估计，每年有24-36%的海洛因吸毒者（超过20万人）进出惩教系统。⁵尽管数据仍然有限，但研究显示监狱内吸毒屡见不鲜（见图5）。根据对26个国家（主要在欧洲）的41项研究的评述，并以会员国对年度报告调查表的答复所报告的数据为补充，可以发现，虽然各国情况千差万别，但许多研究都显示监狱吸毒十分泛滥。⁶大约三分之一的监狱人口在监禁期间至少吸过一次毒，其中大约八分之一的人称在上个月吸过毒。与在监狱外的更广阔社区一样，大麻是最常用的毒品，但监狱的终生和近期（上个月）海洛因吸毒比可卡因、苯丙胺类药物或“摇头丸”更为常见。根据这些研究，监禁期间曾海洛因吸毒的在押人员比例中位数估计值为10.1%（四分位间距范围：2.5-13.4%），而5.0%（四分位间距范围：0.8-11.5%）的人报告在上年度吸过毒（比普通人群约高14倍，普通人群的这一比例估计为0.35%），2.4%（四分位间距范围：1.3-9.0%）的人报告最近于上个月吸过毒。

许多研究都报告称囚犯注射吸毒比例较高，这可能由海洛因吸毒的高流行率所致。⁷欧洲有12个国家向欧洲毒品和毒瘾监测中心报告监狱囚犯注射吸毒的情况，其中四个国家报告的流行率超过了10%（卢森堡：31%；德国：22%；葡萄牙：11%；及拉脱维亚：10%）。⁸一些小规模

⁵ Amy E. Boutwell 等人，“因海洛因被捕：国家机遇”，《类阿片管理期刊》，第3卷，第6期（2007年），第328-332页。

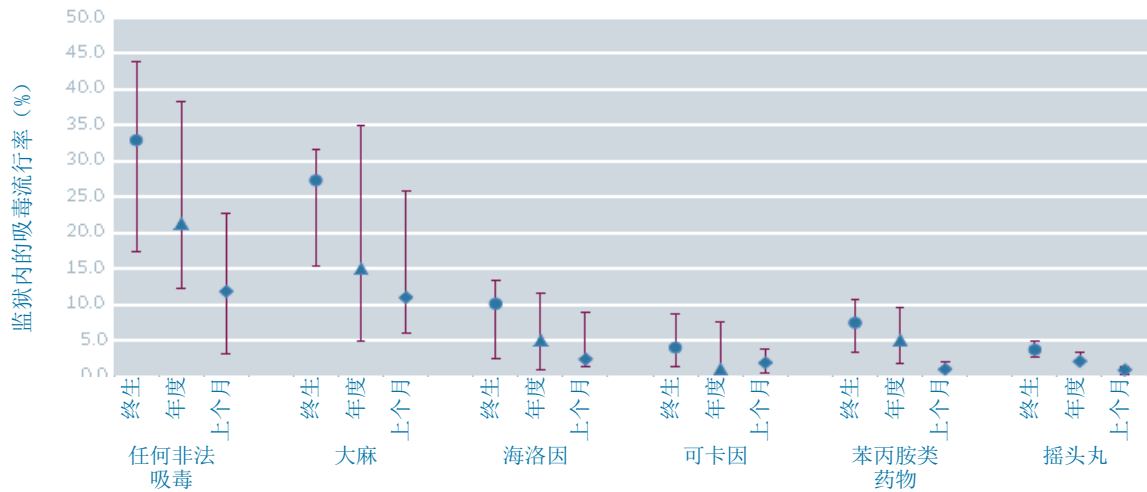
⁶ Chloé Carpentier、Luis Royuela 和 Linda Montanari，“监狱吸毒全球泛滥”，《囚犯吸毒：流行性、影响及政策应对》，Stuart A. Kinner 和 Josiah Rich 等编（即将出版）。

⁷ 世卫组织、毒品和犯罪问题办公室及艾滋病规划署，《监狱艾滋病毒干预措施的有效性》，“行动证据”技术文件（日内瓦，世卫组织，2007年）。

⁸ 欧洲毒品和毒瘾监测中心，《2014年统计公报》。可查阅 www.emcdda.europa.eu/。

调查提供了关于监狱高注射吸毒流行率的资料。例如，对加拿大不列颠哥伦比亚省女囚犯的一项调查显示，其中21%的人称曾在监狱里注射吸毒；⁹对澳大利亚囚犯的一项调查表明，23%的人曾在监狱里注射吸毒；¹⁰而在曼谷的男囚犯中，有39%的人称曾在监狱里注射吸毒，12%的人在监禁期间首次注射吸毒。¹¹这些估计数大大高于普通人群中的注射吸毒流行率，后者估计为全球15-64岁人口的0.26%。

图 5.监狱内的终生、年度和上个月吸毒流行率（基于 2000-2013 年期间 43 个国家的 62 项研究）



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复；及C. Carpentier、L. Royuela和L. Montanari，“监狱吸毒的全球流行性”（2015年）。
注：符号代表流行率中位数，而垂直线则指四分位数范围。各项研究有关终生、年度和上个月吸毒的数据并不一致（这就解释了为什么可卡因吸毒的年度流行率中位数值低于上个月流行率）。

不安全注射行为是艾滋病毒性、乙型病毒性肝炎和丙型病毒性肝炎等血液传播传染病的一项主要风险因素。由于难以获得消毒针头和注射器，在押人员更有可能共用注射器具，已发现这种做法在囚犯之间极为常见。有记录显示监狱注射吸毒者共用针头和注射器的比例非常高：巴基斯坦为56%，俄罗斯联邦为66%，澳大利亚为70%-90%，泰国为78%，而希腊则为83-92%。¹²

⁹ R. E. Martin 等人，“吸毒与血液传播感染风险：对不列颠哥伦比亚省女囚犯的调查”，《加拿大公共卫生期刊》，第 96 卷，第 2 期（2005 年），第 97-101 页。
¹⁰ Stuart A. Kinner 等人，“澳大利亚大量囚犯样本的高风险吸毒行为”，《药物和酒精依赖》，第 126 卷，第 1 期和第 2 期（2012 年 11 月），第 156-160 页。
¹¹ Hansa Thaisri 等人，“泰国曼谷囚犯的艾滋病毒传染及风险因素：前瞻性群组研究”，《生物医学中心传染病》，第 3 卷（2003 年）。
¹² Kate Dolan 等人，“监狱的注射吸毒者：艾滋病毒的流行、传播和预防”，《国际毒品政策期刊》，第 26 卷（2015 年），第 S12-S15 页。

B. 吸毒的健康影响

全球有数百万注射吸毒者

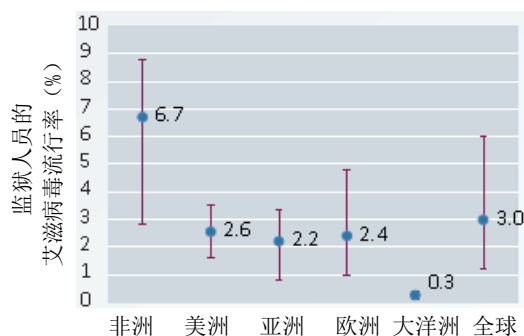
在吸毒者中，注射吸毒者是最弱势和边缘化的群体之一。他们经历着一系列健康、社会经济和法律挑战，往往结局凄凉，其中最悲惨的是远远高于普通人群的死亡风险（另见框注3）。毒品和犯罪问题办公室/世卫组织/艾滋病规划署/世界银行联合估计的2013年全球注射吸毒人数为1,219万（范围：848万-2,146万人），相当于15-64岁成年人口的0.26%（范围：0.18-0.46%）。此估计数基于占全球15-64岁人口84%的93个国家提供的习惯注射吸毒资料。

监狱常见的艾滋病毒、结核病和丙型肝炎高患病率

监狱是传染病尤其是艾滋病和结核病传播的高风险环境。在许多国家，与社区人口相比，监狱人口中的注射吸毒者比例较高，他们是感染艾滋病毒和其他血液传播传染病的高危人群。^a 全球监狱人员中的艾滋病毒流行率中位数估计为3.0%，是全球15-49岁普通人口艾滋病毒流行率中位数0.6%的五倍。^b

监狱环境特点往往是拥挤不堪、通风不足、营养不良，而且用于诊断和治疗的医疗设施有限，所有这些都会加快结核病在囚犯中的传播。在一些国家，结核病的监狱发病率比普通人群发病率高8-35倍。^c同时感染艾滋病毒和结核病的情况尤为严重，一种感染会加快另一种感染的进程。感染艾滋病毒者罹患结核病的风险比那些未感染艾滋病毒者高20-37倍。^d此外，监狱人员中的丙型肝炎患病率也较高，特别是那些有注射吸毒史而入狱者。^e

各区域监狱人员的艾滋病毒流行率（2013年或2008年后有数据的最近一年）



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复；及Dolan等人，“监狱内的艾滋病/艾滋病毒”（2014年）。

注：符号代表流行率中位数，而垂直线则指四分位数范围。大洋洲只找到两份研究（澳大利亚和新西兰）。

^a Kate Dolan等人，“监狱的艾滋病毒/艾滋病：全球艾滋病毒流行率和发病率、艾滋病相关死亡率及相关干预措施系统综述”，2014年7月20日至25日在澳大利亚墨尔本举行的第二十届艾滋病问题国际会议上的发言。

^b 艾滋病规划署，AIDSinfo数据库。

^c A. Aerts等人，“欧洲监狱的结核病及结核病防治”，《国际结核病和肺部疾病期刊》，第10卷，第11期（2006年），第1215-1223页。

^d Masoud Dara、Dato Chorgoliani和Pierpaolo de Colombani，“监狱结核病防治”，《监狱与健康》，S. Enggist 等编，（哥本哈根，世卫组织欧洲区域办事处，2014年）。

^e S. Larney等人, “监狱等封闭环境的丙型肝炎发病率和流行率: 系统评价与综合分析结果”, 《肝脏病学》, 第58卷, 第4期(2013年), 第1215-1224页。

全球最新注射吸毒总人数与《2014年世界毒品报告》发布的1,269万人(2012年)略有差异, 虽然涵盖了来自22个国家注射吸毒者的新资料或最新资料, 但修订主要反映了以前未报告数据的波兰和坦桑尼亚联合共和国新的估计数, 以及巴西和越南注射吸毒人数的较低估计数。全球15-64岁人口的注射吸毒流行率在《2014年世界毒品报告》数据基础上基本保持不变。

到目前为止, 注射吸毒流行率最高的分区域仍然是东欧和东南欧, 在其15-64岁普通人群中估计1.27%的人最近注射过毒品, 这个比例接近全球平均数的五倍。该分区域的估计数在很大程度上受俄罗斯联邦的高注射吸毒流行率(15-64岁人口的2.29%)影响。然而, 就注射吸毒者实际人数而言, 所占比例最大的仍然是东亚和东南亚, 估计有315万人, 约占全球注射吸毒人数的四分之一。还有大量的注射吸毒者居住在东欧和东南欧(291万人, 占全球注射吸毒总人数的24%)和北美洲(207万人, 占全球注射吸毒总人数的17%)。俄罗斯联邦、中国和美国三个国家合计占全球注射吸毒总人数的将近一半(48%)。

表 2. 2013 年 15-64 岁普通人群当前的估计注射吸毒人数和流行率 (%)

区域	分区域	注射吸毒者					
		估计人数			流行率 (%)		
		下限	最可靠估计	上限	下限	最可靠估计	上限
非洲		330,000	1,000,000	5,590,000	0.05	0.16	0.91
美洲		2,150,000	2,820,000	3,970,000	0.34	0.44	0.62
	北美洲	1,780,000	2,070,000	2,380,000	0.56	0.65	0.75
	拉丁美洲和加勒比	370,000	750,000	1,590,000	0.11	0.23	0.49
亚洲		3,380,000	4,560,000	6,110,000	0.12	0.16	0.21
	中亚和外高加索	360,000	410,000	470,000	0.66	0.75	0.87
	东亚和东南亚	2,330,000	3,150,000	4,300,000	0.15	0.20	0.27
	东南亚	400,000	670,000	940,000	0.22	0.37	0.51
	近东和中东	30,000	70,000	130,000	0.03	0.08	0.13
	南亚	250,000	260,000	260,000	0.03	0.03	0.03
欧洲		2,500,000	3,680,000	5,630,000	0.45	0.67	1.02
	东欧和东南欧	1,790,000	2,910,000	4,780,000	0.78	1.27	2.09
	西欧和中欧	710,000	770,000	850,000	0.22	0.24	0.26
大洋洲		120,000	130,000	160,000	0.49	0.53	0.66
全球		8,480,000	12,190,000	21,460,000	0.18	0.26	0.46

资料来源: 毒品和犯罪问题办公室, 对年度报告调查表的答复; 艾滋病规划署《全球应对艾滋病行动进展报告》(各年度); 前联合国艾滋病病毒和注射吸毒问题咨商小组; 以及国家政府报告。

注: 数字四舍五入到万位。

许多区域注射吸毒者的艾滋病毒负担仍然沉重

注射吸毒者的艾滋病毒负担沉重。在撒哈拉以南非洲之外, 估计注射吸毒者占了新感染艾滋病毒者的30%。¹³2013年, 估计全球约有165万(范围: 92-442万)注射吸毒者感染艾滋病毒, 相当于注射吸毒者中有13.5%的人艾滋病毒检测呈阳性。毒品和犯罪问题办公室/世卫组织/艾滋病规划署/世界银行这一联合估计数基于114个国家注射吸毒者的艾滋病毒流行率资料, 涵盖了全球注射吸毒者估计总人数的93%。

¹³ 艾滋病规划署, 《差距报告》(日内瓦, 2014年)。

尽管52个国家（均无大量感染艾滋病毒的注射吸毒者）更新了注射吸毒者中的艾滋病毒流行率估计数，全球感染艾滋病毒的注射吸毒总人数与《2014年世界毒品报告》提供的数据基本保持一致。然而，全球注射吸毒总人数经略微下调修正后，全球注射吸毒者中的艾滋病毒流行率则（在《2014年世界毒品报告》所述的13.1%基础上）上调修正为13.5%。

有两个分区域比较突出，其注射吸毒者感染艾滋病毒的比例特别高。西南亚估计有29%的注射吸毒者感染艾滋病毒，而东欧和东南欧则有约23%的注射吸毒者感染艾滋病毒。在其他区域，注射吸毒者中的艾滋病毒平均流行率要低得多，范围从大洋洲的1%到非洲的11%（但由于监测系统可能不够，非洲的这一估计数可能并不可靠）。

表 3. 2013 年注射吸毒者感染艾滋病毒的估计人数和流行率（%）

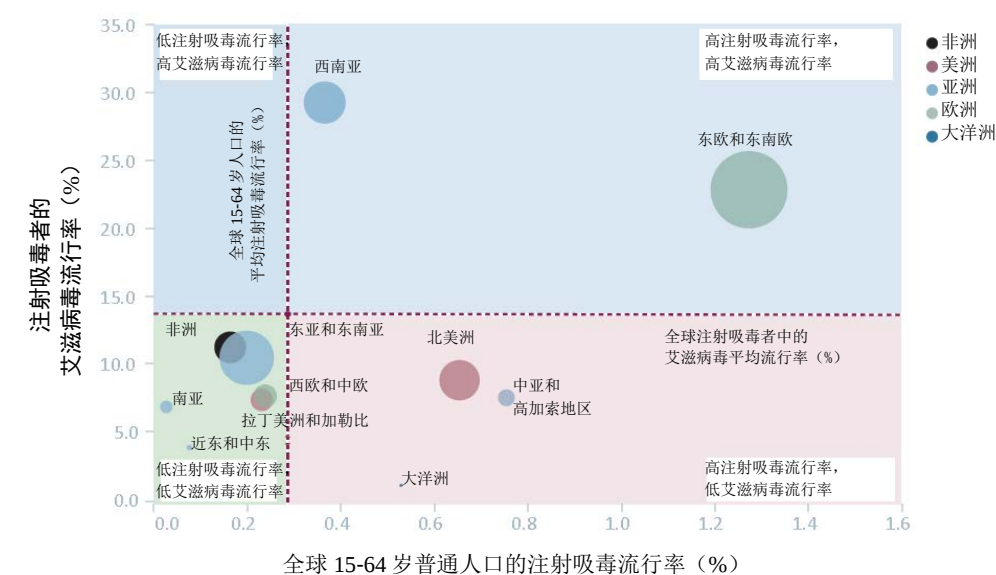
区域	分区域	注射吸毒者感染艾滋病毒的情况			
		估计人数			流行率（%） 最可靠估计
		下限	最可靠估计	上限	
非洲		30,000	112,000	1,582,000	11.2
美洲		167,000	237,000	416,000	8.4
	北美洲	141,000	182,000	248,000	8.8
	拉丁美洲和加勒比	26,000	55,000	168,000	7.3
亚洲		344,000	576,000	993,000	12.6
	中亚和外高加索	26,000	31,000	40,000	7.5
	东亚和东南亚	211,000	329,000	612,000	10.5
	西南亚	90,000	196,000	314,000	29.3
	近东和中东	1,000	3,000	9,000	3.8
	南亚	17,000	17,000	18,000	6.8
欧洲		373,000	724,000	1,428,000	19.7
	东欧和东南欧	322,000	665,000	1,359,000	22.8
	西欧和中欧	51,000	59,000	69,000	7.6
大洋洲		1,000	1,000	2,000	1.0
全球		915,000	1,651,000	4,421,000	13.5

资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复；艾滋病规划署《全球应对艾滋病行动进展报告》（各年度）；前联合国艾滋病毒和注射吸毒问题咨询小组；基于毒品和犯罪问题办公室数据的估计数；以及国家政府报告。

注：数字四舍五入到万位。

全球感染艾滋病毒的注射吸毒者估计总人数中大约有40%居住在东欧和东南欧，主要是俄罗斯联邦和乌克兰。东亚和东南亚区域占了全球感染艾滋病毒的注射吸毒总人数的另外20%，但注射吸毒流行率和注射吸毒者中的艾滋病毒流行率均低于各自的全球平均水平。这一区域的15-64岁人口众多，使得感染艾滋病毒的注射吸毒人数相对较多。注射吸毒者中艾滋病毒流行率最高的西南亚区域占了全球感染艾滋病毒的注射吸毒总人数的12%，这些人中的很大一部分居住在巴基斯坦。俄罗斯联邦、中国、巴基斯坦和美国（按降序排列）这四个国家合计共占全球感染艾滋病毒的注射吸毒者估计总人数的近三分之二（63%）。

图 6. 2013 年就注射吸毒流行率（%）及艾滋病毒流行率（%）而言各区域感染艾滋病毒的注射吸毒者情况



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复；艾滋病规划署《全球应对艾滋病行动进展报告》（各年度）；前联合国艾滋病毒和注射吸毒问题咨询小组；以及国家政府报告。

注：各区域感染艾滋病毒的注射吸毒人数表示为 15-64 岁普通人群的注射吸毒者比例（横轴）和感染艾滋病毒的注射吸毒者比例（纵轴）。圆的面积与感染艾滋病毒的注射吸毒人数成比例。橙色点和虚线表示全球平均注射吸毒流行率和全球感染艾滋病毒的平均注射吸毒流行率。

注射吸毒者早逝屡见不鲜

与普通人群相比，注射吸毒者的死亡风险更高，原因主要在于传染病的传播，特别是艾滋病毒，以及致命的毒品过量。最近对长期跟踪注射吸毒者的组群研究^a的系统评价表明，这个群体的死亡率很高。25 个国家的 65 项组群研究的（汇集）总死亡率估计为每 100 人年有 2.35 例死亡（如果对 100 名注射吸毒者跟踪超过一年，该小组可能会出现两到三例死亡）。这一死亡率远远高于普通人群中可比较年龄和性别组的死亡率（标准化死亡比=14.68）。

亚洲是注射吸毒估计人数最多的区域，占全球注射吸毒者的三分之一以上。虽然研究数量非常有限，但该区域的注射吸毒所致死亡率相当高，达到每 100 人年有 5.25 例死亡。比较而言，澳大利亚的其他五项研究结果表明，澳大利亚的注射吸毒者死亡率较低，每 100 人年仅有 0.71 例死亡。

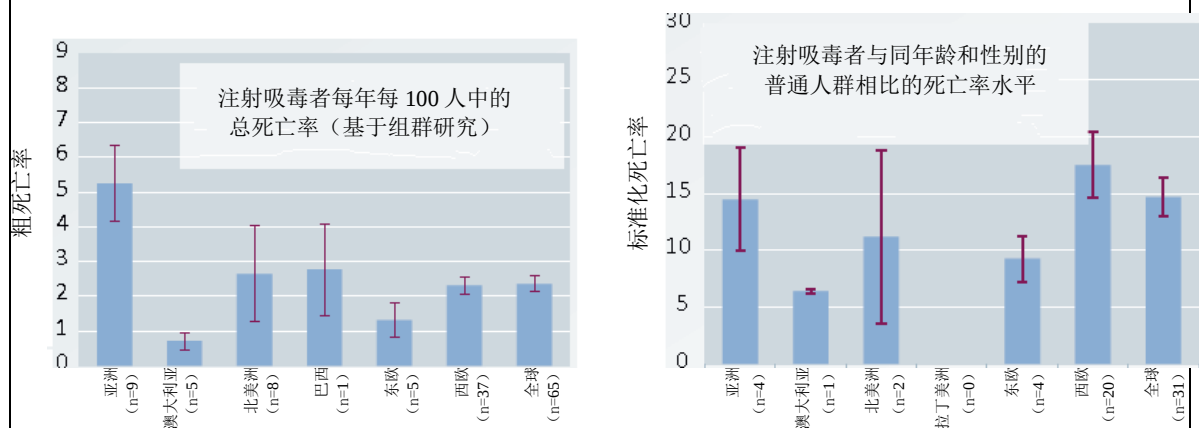
男性注射吸毒者的死亡率更高。37 项研究表明，男性注射吸毒者的死亡率是女性注射吸毒者的 1.32 倍。但另有 19 项研究表明，与普通人群的相似年龄组相比，女性注射吸毒者死亡率远远高于男性注射吸毒者。还有 43 项研究表明，注射吸毒者中毒品过量所致粗死亡率估计为每 100 人年有 0.62 例死亡。

治疗的持续性及时间长度会影响减少注射吸毒者毒品过量。六项研究的数据显示，注射吸毒者在疗程外的死亡风险是在疗程内的 2.5 倍。

现在可为注射吸毒者的艾滋病毒预防、治疗和护理找到有效的循证干预措施，^b包括针头和注

射器方案、类阿片替代疗法、抗逆转录病毒治疗以及提供纳洛酮。例如，最近的系统评价^c强调了类阿片替代疗法的重要性，发现该方案能将注射吸毒者新感染艾滋病毒的风险平均降低54%，这主要通过降低不安全注射频率；并很可能最终会减少注射吸毒者的死亡人数。然而，各个国家针对注射吸毒者提供循证干预措施（包括类阿片替代疗法）的情况千差万别，甚至在注射吸毒流行率较高、注射吸毒者的艾滋病毒感染比例较大的国家普遍有限。^d

注射吸毒者的死亡率以及注射吸毒者死亡率高于普通人群的情况



资料来源：Mathers 等人，“注射吸毒者的死亡率”（2013 年）。

注：横轴括号内的数字表示组群研究数目。

- ^a Bradley M. Mathers 等人，“注射吸毒者死亡率：系统评价与综合分析”，《世界卫生组织公报》，第 91 卷，第 2 期（2013 年），第 102-123 页。
- ^b 《世界卫生组织、联合国毒品和犯罪问题办公室、联合国艾滋病/艾滋病联合规划署关于各国订立指标向注射吸毒者普及艾滋病毒预防、治疗和护理的技术指南：2012 年修订版》（日内瓦，世卫组织，2012 年）。
- ^c Georgie J. MacArthur 等人，“阿片剂替代治疗与艾滋病毒在注射吸毒者中的传播：系统评价与综合分析”，《英国医学杂志》，第 345 卷（2012 年 10 月 4 日），第 1-16 页。
- ^d 毒品和犯罪问题办公室，《2014 年世界毒品报告》。

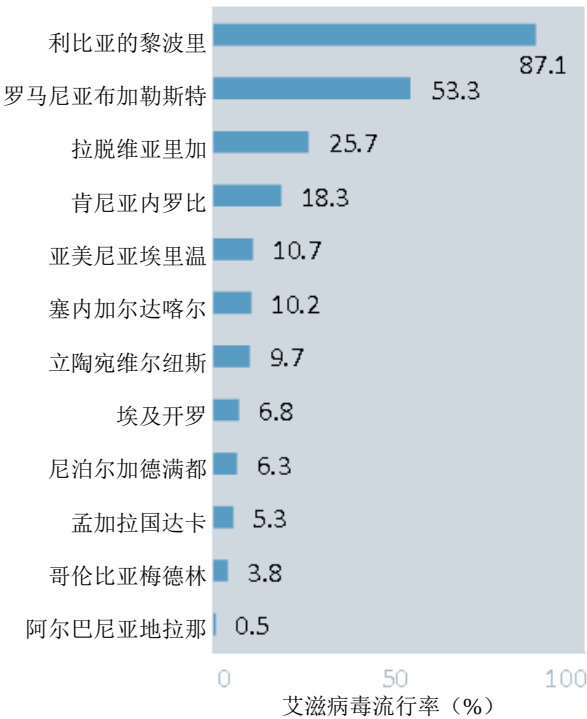
俄罗斯联邦深受注射吸毒者中艾滋病毒集中流行的影响。估计全世界大约三分之一感染艾滋病毒的注射吸毒者都居住在俄罗斯联邦，该国的注射吸毒者中不仅艾滋病毒流行率高，而且艾滋病发病率¹⁴（新病例）也高。但俄罗斯联邦各个城市的注射吸毒者艾滋病毒流行率却千差万别。2007-2009 年期间在八个城市开展的一项研究表明，感染艾滋病毒的注射吸毒者比例从低于 10% 的沃罗涅日（3%）和鄂木斯克（9%），到 15% 左右的卡马河畔切尔尼（13%）、车里雅宾斯克和奥廖尔（均为 15%），再到 60% 左右的伊尔库次克（57%）、圣彼得堡（59%）和叶卡捷琳堡（64%）各不相同。¹⁵

¹⁴ 联邦艾滋病防治研究和方法中心，《艾滋病毒感染：第 38 号新闻稿》（莫斯科，2013 年）。

¹⁵ K. Eritsyanyan 等人，“俄罗斯八个城市注射吸毒者中的艾滋病毒流行率有关的个人、网络和城市因素：现况调查”，《英国医学杂志》，第 3 卷，第 6 期（2013 年）。

各城市的注射吸毒者艾滋病毒流行率差别显著（见图7），而在全球应对艾滋病毒流行的行动中，¹⁶世界各地承担着全球大部分艾滋病毒负担的某些城市和环境越来越引人关注，艾滋病毒流行的地域化性质以及城市和监狱等环境的作用越来越被视为关键考虑因素。

图 7. 部分城市注射吸毒者的艾滋病毒流行率（%）



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复；艾滋病规划署《全球应对艾滋病行动进展报告》（各年度）；前联合国艾滋病毒和注射吸毒问题咨商小组；以及国家政府报告。

减少危害服务仍然不足

按照世界卫生组织、毒品和犯罪问题办公室及艾滋病规划署确定的指标，许多国家的针头和注射器方案、类阿片替代疗法和抗逆转录病毒疗法的服务覆盖面仍然很小（见图8）。¹⁷报告未提供这些服务或服务覆盖面较小的国家比例分别为47%、41%和22%。报告服务覆盖范围的大多数国家都在欧洲，该区域服务覆盖范围相对较大。欧洲以外其他区域的这些服务要少得多。¹⁸

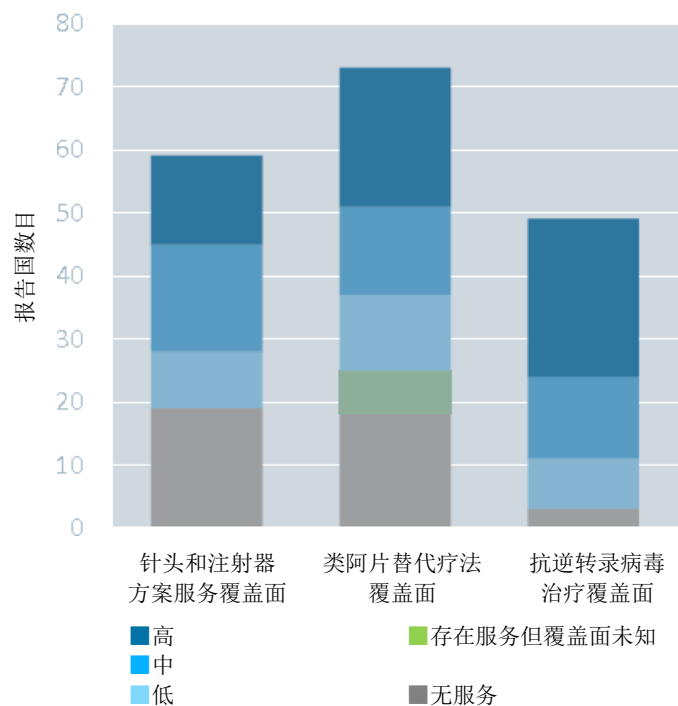
¹⁶ 艾滋病规划署，《城市报告》（日内瓦，2014年）。

¹⁷ 《世界卫生组织、联合国毒品和犯罪问题办公室、联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署关于各国订立指标向注射吸毒者普及艾滋病毒预防、治疗和护理的技术指南：2012年修订版》建议了一揽子九条干预措施，旨在降低注射吸毒者罹患艾滋病、肝炎和结核病的风险且完善治疗和护理，这些措施通称为针对注射吸毒的“减少危害方法”。

¹⁸ 毒品和犯罪问题办公室，《2014年世界毒品报告》。

最近对针头和注射器方案、类阿片替代疗法和抗逆转录病毒治疗服务全球覆盖范围的评价表明，¹⁹ 有91个国家将提供减少危害方案列入了国家政策，但在全球层面上，针对不安全注射吸毒的减少危害应对行动仍然不足。（在记录了注射吸毒的158个国家中）2014年有90个国家提供针头和注射器方案，虽然提供的方案性质千差万别，但自2012年以来提供方案的国家数目增加了5个。许多中低收入国家尚无充分有效的覆盖范围。自2012年以来，有29个国家扩大了针头和注射器服务，但另有13个国家提供的服务实际上有所减少。2014年有80个国家提供类阿片替代疗法，国家数目自2012年以来增加了两个。但许多国家的类阿片替代疗法的水平仍然低于国际最低标准。自2012年以来，有25个国家扩大了类阿片替代疗法，但另有五个国家的这一服务水平有所下降。

图 8.对注射吸毒者及其中感染艾滋病毒者的服务覆盖面水平（2013 年或有数据的最近一年）



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复。

注： 欲了解更多信息，请参阅本报告在线版本的方法部分。

实现《关于艾滋病毒和艾滋病问题的政治宣言》承诺的进展

大会于2011年在第60/262号决议中通过了《关于艾滋病毒和艾滋病问题的政治宣言》，²⁰其中包括各会员国的一项承诺，即争取到2015年将艾滋病毒在注射吸毒者中的传播率减少50%。可以看出，这一承诺的实现已取得了一些进展。在全球范围内，注射吸毒者中新感染艾滋病毒的人数略有减少（10%左右），从2010年估计的11万人（范围：9.7万-12.3万人）减至2013年的

¹⁹ 国际减少危害协会，《2014 年全球减少危害状况》，Katie Stone 等编（伦敦，2014 年）。

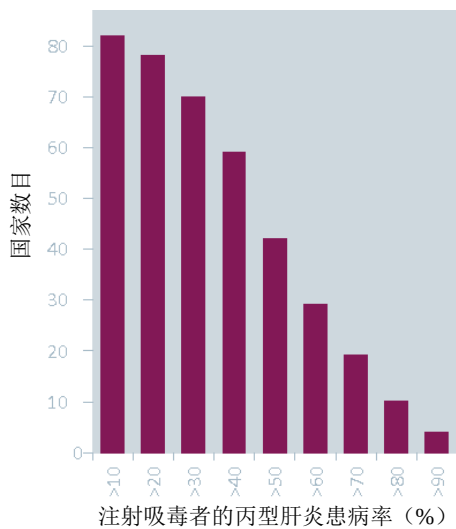
²⁰ 《关于艾滋病毒和艾滋病问题的政治宣言：加大行动力度，消灭艾滋病毒和艾滋病》（大会第 65/277 号决议，附件）。

9.8万人（范围：8.5万-11.1万人）。²¹虽然过去30年收集的累积证据证明了减少危害措施的功效，²²但这些方案在世界许多区域的实施范围仍然非常小。²³

全球有一半注射吸毒者感染丙型肝炎

丙型肝炎可对感染者构成严重健康问题，使其有可能罹患肝衰竭、肝癌而早逝。估计全球人口中有2.2%的人感染丙型肝炎，²⁴注射吸毒者中的比例则是这一数字的25倍，2013年估计有52%的人感染，也就是说全球有630万注射吸毒者感染。毒品和犯罪问题办公室/世卫组织/艾滋病规划署/世界银行这一联合估计数基于88个国家的资料。尽管列入了36个国家的新增或更新资料，但全球估计数与《2014年世界毒品报告》基本一致。

图 9. 按注射吸毒者的丙型肝炎患病率分列的国家数目



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复；艾滋病规划署《全球应对艾滋病行动进展报告》（各年度）；前联合国艾滋病毒和注射吸毒问题咨商小组；以及国家政府报告。

注： 有注射吸毒者丙型肝炎患病率数据的国家总数为 88 个。

一些国家注射吸毒者的丙型肝炎患病率相当高，这其中包括注射吸毒人口众多的国家（见图 9）。在这88个国家中，注射吸毒者的丙型肝炎患病率为60%或以上的国家有29个（占33%），

²¹ 艾滋病规划署方案协调委员会，“将注射吸毒者中的艾滋病毒传播减半：背景说明”，UNAIDS/PCB (35)/14.27 号文件，2014 年 11 月 25 日。

²² David P. Wilson 等人，“减少危害的成本效益”，《国际药物政策杂志》，第 26 卷，增刊第 1 期（2015 年），第 S5-S11 页

²³ Bradley M. Mathers 等人，“对注射吸毒者的艾滋病毒预防、治疗和护理：对全球、区域和国家服务范围的系统评价”，《柳叶刀》，第 375 卷，第 9719 期（2010 年），第 1014-1028 页。

²⁴ 全球丙型肝炎负担工作组，“丙型肝炎的全球疾病负担”，《临床药理学杂志》，第 44 卷，第 1 期（2004 年），第 20-29 页。

包括2012年估计有193万注射吸毒者的中国，²⁵患病率为70%或以上的国家有19个（占22%），包括2007年估计有152万注射吸毒者的美国，²⁶而患病率为80%或以上的国家有10个（占11%）。

一个人意识到自己感染丙型肝炎非常重要，唯有如此方可获得治疗，并预防传染给他人。如最近的系统评价所表明的那样，在许多欧洲国家，很大比例的注射吸毒者并不知道自己患有丙型肝炎，而在那些知道自己感染的人中，很少有人接受抗病毒治疗。²⁷研究表明，注射吸毒者中未确诊的丙型肝炎感染比例较高，比例中位数为49%（范围：24-76%），而在确诊患有丙型肝炎的注射吸毒者中开始接受抗病毒治疗的比例也普遍偏低，占1-19%，中位数为9.5%。已评估的丙型肝炎感染疾病负担（如肝脏疾病和死亡率）较重，而该研究报告的作者认为，从2014年起10年内还将加重。

表 4. 2013 年涉毒死亡估计人数与涉毒死亡率

区域	涉毒死亡人数			每百万15-64岁人口的死亡率			死亡率数据可用性 (占区域总人口的百分比)
	最可靠估计	估计下限	估计上限	最可靠估计	估计下限	估计上限	
非洲	37,800	18,000	57,700	61.9	29.4	94.3	
北美洲	43,300	43,300	43,300	136.8	136.8	136.8	100.0
拉丁美洲和加勒比	6,000	4,900	10,900	18.4	14.9	33.4	80.0
亚洲	81,100	13,600	100,700	28.2	4.7	35.0	9.0
西欧和中欧	7,300	7,300	7,300	22.5	22.5	22.5	100.0
东欧和东南欧	9,500	9,500	9,500	41.5	41.5	41.5	92.0
大洋洲	2,000	1,700	2,100	82.3	69.9	83.3	75.0
全球	187,100	98,300	231,400	40.8	21.5	50.5	

资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复；美洲管制药物滥用委员会；Louisa Degenhardt 等人，“非法吸毒”，《健康风险因素量化比较：部分主要风险因素造成的全球和区域疾病负担》，第 1 卷，M. Ezzati 等编（日内瓦，世界卫生组织，2004 年），第 1109 页。

注：欲了解更多信息，请参阅本报告在线版本的方法部分。

涉毒死亡主要因类阿片过量

对于非法吸毒可能造成的最严重后果，毒品和犯罪问题办公室估计，2013年全球有18.71万例（范围：9.83万-23.14万例）涉毒死亡，²⁸死亡率为每百万15-64岁人口中有40.8例（范围：21.5-50.5例）涉毒死亡。

全球涉毒死亡的主要原因为毒品过量，而引起这些死亡的主要毒品为类阿片（海洛因和非医用处方类阿片）。毒品过量中约有四分之三为类阿片过量，而过量造成的死亡估计占15-39岁欧洲人死亡的3.5%。²⁹

²⁵ 中国性病艾滋病预防控制中心，2012 年。

²⁶ Barbara Tempalski 等人，“1992-2007 年美国大都市人口的注射吸毒流行率趋势”，《公共科学图书馆—综合》，第 8 卷，第 6 期（2013 年）。

²⁷ L. Wiessing 等人，“欧洲注射吸毒者感染丙型肝炎病毒的流行病学：对扩大治疗和预防规模数据的系统评价”，《公共科学图书馆—综合》第 9 卷，第 7 期（2014 年）。

²⁸ 各会员国对涉毒死亡的定义各不相同，但都包括以下所有或部分因素：毒品过量而致命、注射吸毒感染艾滋病病毒而导致的死亡、自杀以及吸毒导致的意外死亡和创伤。

²⁹ 欧洲毒品和毒瘾监测中心，《2014 年欧洲毒品问题年度报告》。

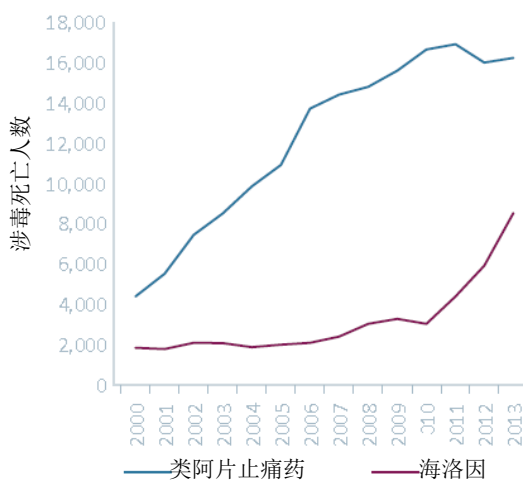
欧洲涉毒死亡率最高的是最北方的国家和领土（按死亡率降序排列且仅考虑15-64岁人口达到或超过50万的国家领域）：爱沙尼亚、苏格兰、芬兰、瑞典、北爱尔兰、俄罗斯联邦、挪威和爱尔兰，其涉毒死亡率为每百万15-64岁人口均有超过70例涉毒死亡。在所有这些国家，类阿片都是最经常提到的主要死因。

迄今为止，北美洲是涉毒死亡率最高的区域，约占全球涉毒死亡的23%。在该区域内，美国是全世界报告涉毒死亡率最高的国家之一，其报告比例是全球平均水平的4.6倍，2013年登记涉毒死亡40,239例，约占全球涉毒死亡的五分之一。北美洲的高死亡率在一定程度上反映了其对涉毒死亡的监测和报告比大多数其他区域都更好。

美国最近出现了海洛因过量情况的增长

美国最近报告的海洛因过量病例数大幅增加（见图12）。2010-2013年期间每十万人中的海洛因过量死亡人数从1.0人增加到了2.7人，几乎达到了三倍；这表明涉海洛因死亡人数从3,036人增加到了8,527人³⁰（另见有关阿片剂的一节）。

图 10. 2000-2013 年美国涉海洛因和类阿片止痛药的死亡人数



资料来源：H. Hedegaard、L. H. Chen 和 M. Warner，“涉海洛因的药物中毒死亡人数”，国家卫生统计中心数据简报第 190 号（2015 年）。

大不列颠及北爱尔兰联合王国涉新型精神活性物质死亡人数呈上升趋势

大不列颠及北爱尔兰联合王国的媒体最近高度关注了涉及使用新型精神活性物质的死亡。过去几年间，英格兰和威尔士死亡证上提及新型精神活性物质或所谓“合法兴奋剂”（主要是甲氧麻黄酮等甲基卡西酮，而这类物质自2010年4月以来已作为B类药物列入了《1971年联合王国药物滥用法》的管制）的涉毒死亡人数持续增长，从2007年的9人增加至2013年的60人。³¹关于新型精神活性物质毒理学的资料非常有限，单独或与其他药物（包括酒精）同时使用这些物质的过量风险在很大程度上尚不为人知。

³⁰ H. Hedegaard、L. H. Chen 和 M. Warner，“2000-2013 年美国涉海洛因的药物中毒死亡人数”，国家卫生统计中心数据简报第 190 号（马里兰州海厄茨维尔，国家卫生统计中心，2015 年 3 月）。

³¹ 联合国国家统计局，“2013 年英格兰和威尔士的中毒死亡情况”，《统计公报》（2014 年 9 月）。

吸毒者非致命过量情况比比皆是

在过量死亡受到关注的同时，非致命过量在吸毒者中也相当普遍，却相对缺乏记录。为了了解非致命过量的范围、模式、决定因素和关联性，特别是在定期类阿片吸毒者和注射吸毒者中的情况，开展了多项研究；这些研究表明，30-80%的研究参与者在自己的吸毒生涯中都经历过毒品过量，其中近半数人在近几个月内经历过多次毒品过量。^{32,33,34,35,36}虽然大部分原因在于缺乏专门援助，但此类事件的有些受害者发生过量似乎是因为害怕暴露自己非法吸毒的后果，也可能因为对卫生保健系统缺乏信心。^{37,38}大量研究估计，二十或二十五分之一的过量病例系致命过量，随着毒品过量的连续发生，累积死亡风险会上升。^{39,40,41}

非致命过量仍然具有公共卫生影响，原因在于其并发症和严重后果，包括肺水肿、支气管肺炎、周围神经病变、肾功能衰竭、认知障碍和过量期间持续的创伤性损伤。^{42,43}重复过量还会给人带来更大的长期身体和认知损害风险，而非致命过量的幸存者则面临更高再度过量而死亡的风险。⁴⁴

过量风险取决于不同的因素。⁴⁵所报道的过量人群为较长期的类阿片吸毒者或长期注射吸毒者，他们年纪较大，更有可能接受过戒毒治疗，并且用药物依赖性严重程度量表衡量的依赖程度较

³² S. Darke、J. Ross 和 W. Hall，“澳大利亚悉尼海洛因吸毒者的毒品过量情况：流行率与非致命过量的关联因素”，《毒瘾》，第 91 卷，第 3 期（1996 年），第 405-411 页。

³³ M. Karbakhsh 和 N. Salehian Zandi，“德黑兰急性阿片剂过量状况：被遗忘的鸦片作用”，《成瘾行为》，第 32 卷，第 9 期（2007 年），第 1835-1842 页。

³⁴ A. Bergenstrom 等人，“越南北部未接受治疗注射吸毒者的非致命毒品过量流行率现况调查及相关风险特征”，《药物使用与滥用》，第 43 卷，第 1 期（2008 年），第 77-84 页。

³⁵ P. Davidson 等人，“见证海洛因吸毒过量：旧金山年轻注射吸毒者的经历”，《毒瘾》，第 97 卷，第 12 期（2002 年），第 1511-1516 页。

³⁶ L. Yin 等人，“中国西南海洛因吸毒者的非致命过量情况”，《美国吸毒和酗酒问题杂志》，第 33 卷，第 4 期（2007 年），第 505-516 页。

³⁷ B. Fischer 等人，“加拿大五个城市类阿片非法吸毒者过量事件的决定因素”，《加拿大医学协会期刊》，第 171 卷，第 3 期（2004 年），第 235-239 页。

³⁸ M. Warner-Smith、S. Darke 和 C. Day，“海洛因非致命过量的发病率”，《毒瘾》，第 97 卷，第 8 期（2002 年），第 963-967 页。

³⁹ 欧洲毒品和毒瘾监测中心，《2010 年年度报告》（里斯本，2010 年 11 月）。

⁴⁰ A. Tokar 和 T. Andreeva，“乌克兰阿片剂过量状况估计”，《东欧烟草管制和公共卫生状况》，第 2 卷，第 3 期（2012 年）。

⁴¹ S. Darke、R. P. Mattick 和 L. Degenhardt，“非致命与致命过量比”，《毒瘾》，第 98 卷，第 8 期（2003 年），第 1169-1170 页。

⁴² Warner-Smith、Darke 和 Day，“海洛因非致命过量的发病率”（见脚注 38）。

⁴³ Shane Darke 和 Wayne Hall，“海洛因过量：研究与循证干预”，《城市健康杂志》，第 80 卷，第 2 期（2003 年），第 189-200 页。

⁴⁴ S. Darke 等人，“三年内海洛因非致命过量模式：澳大利亚治疗效果调查结果”，《城市健康杂志》，第 84 卷，第 2 期（2007 年），第 283-291 页。

⁴⁵ A. R. Bazazi 等人，“马来西亚注射吸毒者非致命过量的高流行率：现况调查反映的过量关联因素及对预防过量的意义”，《国际药物政策杂志》（2014 年）。

高。^{46,47}与过量相关的是较高的毒品纯度、较高的使用频率（几乎每天使用或过度使用毒品）⁴⁸以及多种毒品的使用，特别是将苯丙胺类药物、可卡因、酒精或苯二氮卓类与类阿片结合使用，尤其是同时注射。多种毒品使用（例如与苯二氮卓类一起使用）在类阿片过量中的作用实际上反映了呼吸抑制增效形式的药物相互作用。⁴⁹

戒毒、住院治疗、被捕或监禁之后暂停吸毒会导致药物耐受性降低。当重新开始吸毒时，过量风险便会增加。重要的是，接受类阿片替代治疗似乎可以受到保护而免遭非致命过量：1996-2004年期间在加拿大温哥华对注射吸毒者进行的一项研究表明，这是与非致命过量成反比的唯一变量。⁵⁰同样，尽管尚无确凿证据表明因果关系，但社会边缘化或无家可归以及感染艾滋病毒等情况也与过量事件有关。⁵¹

过量可以预防

尽管非致命过量流行率很高，而且存在并发症，国际上却很少有人关注减少过量的干预措施。过量相关死亡是可以预防的。在长期类阿片显效药（替代）治疗中，提供和获得纳洛酮是对过量的另一种重要干预手段。纳洛酮是一种可以即时逆转类阿片过量效果的类阿片拮抗药。⁵²由于许多过量事件发生时在场的往往是吸毒者的家庭成员或同伴，因此让这些人具备使用纳洛酮的技能可能是一项救生干预措施。

C. 性别、吸毒与健康后果

除镇定剂之外的药物使用在男性中比在女性中更为普遍

与男性吸毒情况相比，妇女吸毒的总体水平仍然较低。在全球层面上，男性使用大麻、可卡因和苯丙胺类药物的可能性比女性高三倍。相比之下，女性比男性更容易滥用处方药，尤其是处方类阿片和镇定剂。^{53,54}这主要反映了社会或文化环境影响造成的吸毒机会差异，而不是某一性别的内在脆弱性。⁵⁵

⁴⁶ Darke、Ross 和 Hall，“悉尼海洛因吸毒者的毒品过量情况”（见脚注 32）。

⁴⁷ Bergenstrom 等人，“非致命毒品过量流行率现况调查”（见脚注 34）。

⁴⁸ Bazazi 等人，“马来西亚注射吸毒者非致命过量的高流行率”（见脚注 45）。

⁴⁹ 欧洲毒品和毒瘾监测中心，《2010 年年度报告》。

⁵⁰ T. Kerr 等人，“多种毒品注射吸毒者组群中非致命过量的预测指标”，《药物和酒精依赖》，第 87 卷，第 1 期（2007 年），第 39-45 页。

⁵¹ Traci G. Green 等人，“艾滋病毒感染与过量风险：系统评价与综合分析”，《艾滋病》，第 26 卷，第 4 期（2012 年 2 月 20 日），第 403-417 页。

⁵² 另见毒品和犯罪问题办公室，《2014 年世界毒品报告》。

⁵³ 毒品和犯罪问题办公室，《2014 年世界毒品报告》。

⁵⁴ Christine E. Grella，“通用治疗到区分性别治疗：社会政策、治疗服务及女性戒毒治疗效果变化”，《精神活性物质杂志》，第 40 卷，SARC 增刊第 5 号（2008 年），第 327-343 页。

⁵⁵ Michelle L. Van Etten 和 J. C. Anthony，“从第一个吸毒机会到第一次吸毒转变的男女差异：探寻各年龄、种族、区域和城市地位小组差异”，《妇女健康和性别医学杂志》，第 10 卷，第 8 期（2001 年），第 797-804 页。

大量证据表明，男女的吸毒起始过程、吸毒相关社会因素和特征、生物反应及吸毒相关问题的
发展存在很大差异。⁵⁶有吸毒疾患的妇女较之男性在原生家庭中往往承担着过多责任，更可能
经历过家庭破裂，遭遇过更多的家庭人际冲突，特别是与养育有关的问题以及童年和成年时期
的创伤。有吸毒疾患的妇女家庭可能有一个或多个家庭成员也吸毒成瘾，其本人可能遭受过伤
害或创伤。许多妇女认为自己吸毒的原因之一就是人际关系问题。此外，据报告，妇女的精神
疾病发病率更高，尤其是情绪失调和焦虑症，^{57,58}而这些疾病后随之而来的往往是吸毒问题的
开始。⁵⁹

过去三十年出版的性别差异文献表明，妇女开始吸毒的时间往往晚于男性，而且妇女吸毒深受
亲密伙伴吸毒影响。⁶⁰整体而言，妇女不像男性那么容易染上吸毒疾患或吸毒成瘾。然而，妇
女一旦开始吸毒，往往会加快酒精、大麻、类阿片和可卡因的消费，速度比男性更快，⁶¹因而
会比男性更快染上吸毒疾患并吸毒成瘾。^{62,63}例如，据报道，美国男性在上年度感染吸毒疾患
和吸毒成瘾的可能性比女性分别高2.33倍和2.25倍。^{64,65}

大多数对普通人群的调查表明，妇女滥用处方药的情况多于男性，镇静剂和镇定剂使用方面
的差异比处方类阿片或止痛药的使用差异更加显著。因此，妇女使用镇定剂的可能性是男性
的两倍，但在处方类阿片使用方面两者大致相当。南美洲、西欧和中欧及北美洲的调查数据
表明，与大多数非法物质的使用相比，妇女终生、年度或当前（过去30天）滥用镇定剂的程
度比男性高：例如，西欧和中欧妇女上年度累计滥用镇静剂的数量是大麻的近两倍，而苯丙
胺、可卡因和类阿片等其他药物使用水平仍然非常低（见图11）。

研究表明，虽然很多人尝试过吸毒，但在有限场合之外重复这种行为的人并不多，甚而养成定
期吸毒习惯的人则更少。终生吸毒与年度和当前（上个月）吸毒人数对比出现的锐减说明了这
一点。就镇静剂和镇定剂的滥用而言，这样的减员率似乎远远低于其他药物的滥用减员率。对
西欧和中欧普通人群的调查数据显示，超过三分之一开始滥用镇定剂的男女会继续发展成定期

⁵⁶ Ellen Tuchman, “妇女与成瘾：性别问题在药物滥用中的重要性”，《成瘾疾病杂志》，第 29 卷，第 2 期（2010 年），第 127-138 页。

⁵⁷ 同上。

⁵⁸ D. Stewart 等人，“男女戒毒治疗效果的相似性：‘全国治疗效果研究调查’结果”，《药物与酒精评论》，第 22 卷，第 1 期（2003 年），第 35-41 页。

⁵⁹ Kathleen T. Brady 和 Carrie L. Randall, “吸毒疾患的性别差异”，《北美精神病临床》，第 22 卷，第 2 期（1999 年），第 241-252 页。

⁶⁰ 同上。

⁶¹ Jill B. Becker 和 Ming Hu, “吸毒的性别差异”，《神经内分泌学新领域》，第 29 卷，第 1 期（2008 年），第 36-47 页。

⁶² Carla A. Green, “性别与戒毒治疗服务的利用”，《酒精研究和健康》，第 29 卷，第 1 期（2006 年），第 55-62 页。

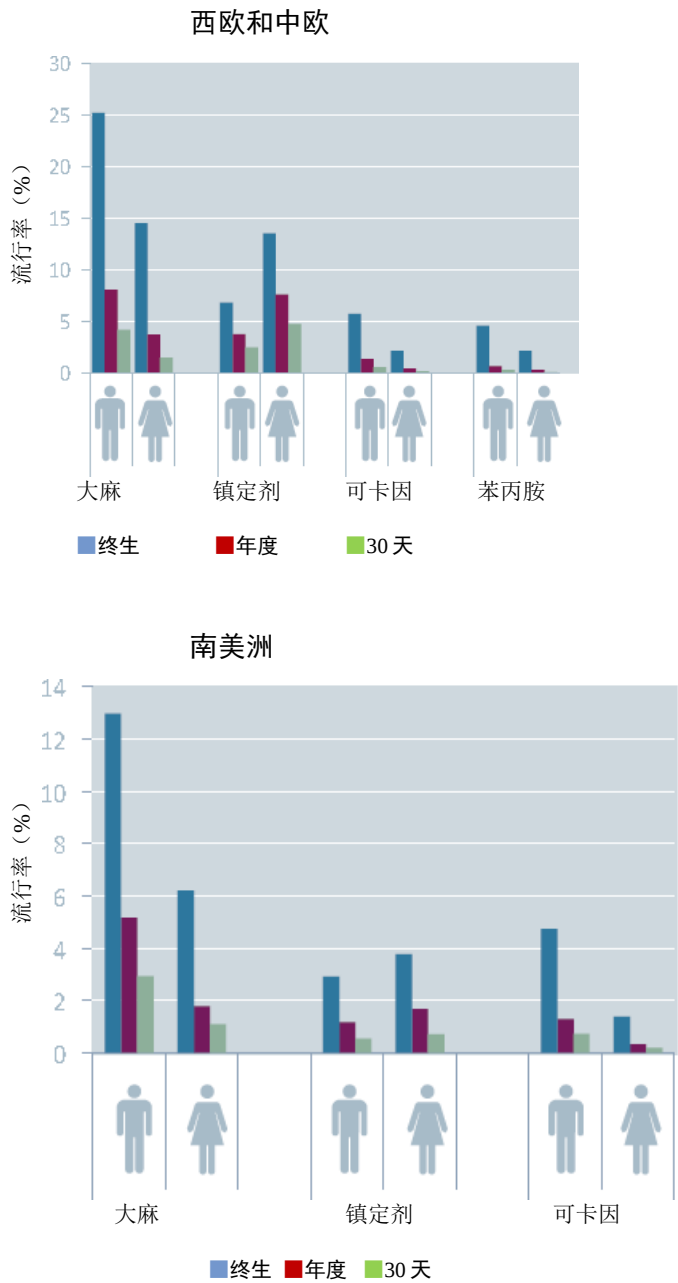
⁶³ Grella, “通用治疗到区分性别治疗”（见脚注 54）。

⁶⁴ W. M. Compton 等人，“美国 DSM-IV 吸毒和成瘾的流行率、相关因素、能力障碍和精神并发症：国家酒精成瘾及相关疾病的流行病学调查结果”，《普通精神病学文献》，第 64 卷，第 5 期（2007 年），第 566-576 页。

⁶⁵ Dorte Hecksher 和 Morten Hesse, “妇女与吸毒疾患”，《萨那男士专论》，第 7 卷，第 1 期（2009 年），第 50-62 页。

吸毒者或习惯吸毒者，而其中17%的男性和10%的妇女可能会继续发展成定期大麻吸毒者。考虑到妇女滥用镇定剂的高流行率，这仍然是一个重要问题。

图 11. 2013 年（或有数据的最近一年）部分毒品吸毒的性别差异



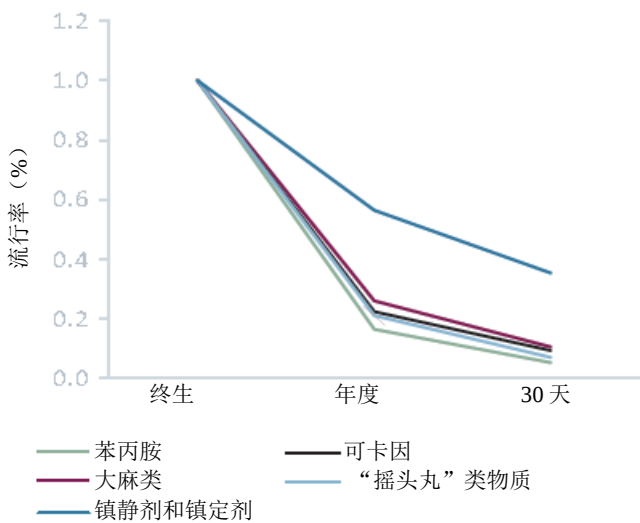
资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复。

注：（15-64 岁）成年人终生、上年度和上个月流行率的未加权平均数，基于西欧和中欧的 28 个国家以及南美洲的 6 个国家。

女性注射吸毒者往往比男性更容易感染艾滋病毒

按性别分列的现有注射吸毒者艾滋病毒流行率数据显示，一些国家存在相当大的性别差距（见图13）。报告给艾滋病规划署的数据⁶⁶显示，在许多人口众多（超过12万人）的国家，包括印度、意大利、马来西亚、墨西哥、俄罗斯联邦和乌克兰，女性注射吸毒者的艾滋病患病率更高。此外，在其他一些注射吸毒者艾滋病毒流行率较高的国家，如印度尼西亚、肯尼亚、毛里求斯和泰国，女性注射吸毒者的艾滋病毒流行率也更高。许多国家的女性在注射吸毒者人口中构成了人数可观的少数群体，例如，加拿大33%的注射吸毒者为女性，而俄罗斯联邦的这一数字为30%，乌克兰为26%，中国为20%，马来西亚为10%。^{67,68}此外，许多国家监狱女性中的艾滋病毒流行率高于男性囚犯。⁶⁹

图 12. 2013 年（或有数据的最近一年）西欧和中欧妇女的年度和上个月流行率与终生流行率之比



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复。

注：（15-64 岁）成年女性终生、上年度和上个月流行率的未加权平均数，基于西欧和中欧的 28 个国家。

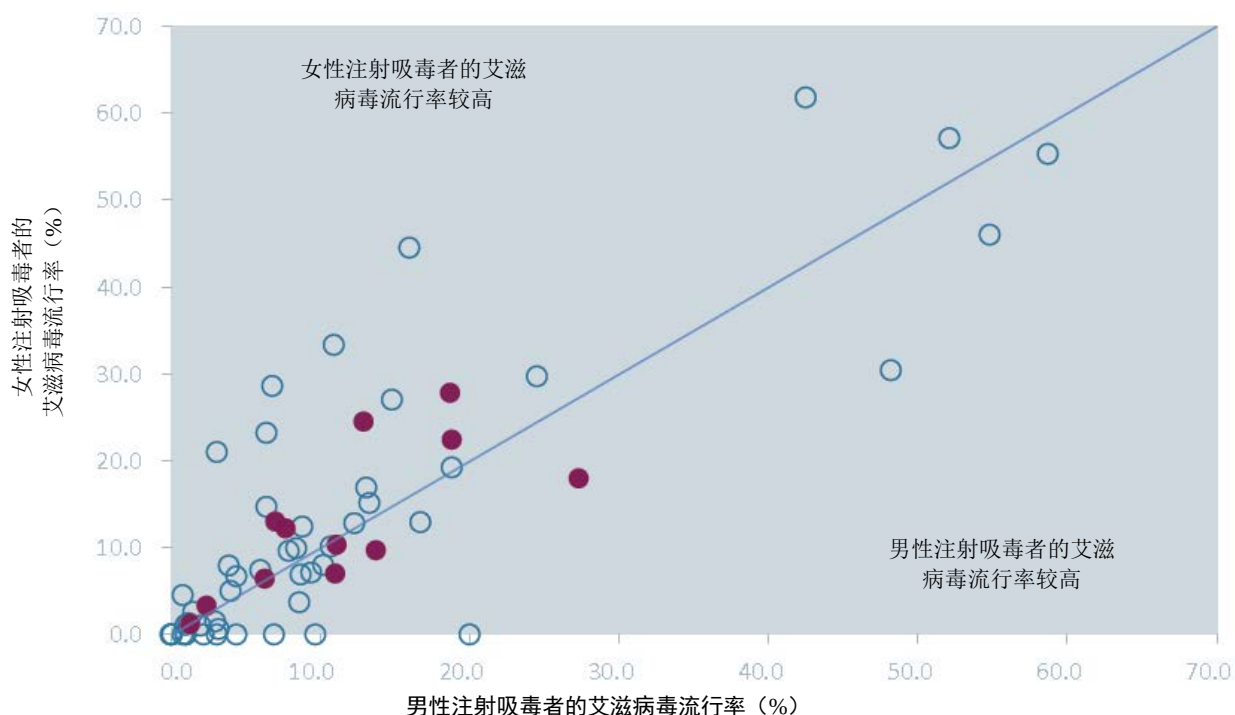
⁶⁶ 艾滋病规划署，AIDSinfo 数据库。

⁶⁷ Richard H. Needle 和 Lin Zhao, 《注射吸毒者的艾滋病毒预防：加强美国对核心干预措施的支持》，战略和国际研究中心全球健康政策中心报告（华盛顿哥伦比亚特区，战略和国际研究中心全球健康政策中心，2010 年）。

⁶⁸ S. Pinkham、B. Myers 和 C. Stoicescu, “针对女性注射吸毒者开发有效的减少危害服务”，《全球减少危害状况：努力实现综合应对》，Claudia Stoicescu 等编（伦敦，国际减少危害协会，2012 年）。

⁶⁹ 世卫组织、毒品和犯罪问题办公室及艾滋病规划署，《监狱艾滋病毒干预措施的有效性》，“行动证据”技术文件（日内瓦，世卫组织，2007 年）。

图 13. 女性注射吸毒者艾滋病病毒流行率与男性注射吸毒者艾滋病病毒流行率比较（有数据的最近一年）



资料来源：艾滋病规划署，《全球应对艾滋病行动进展报告》。

注：每个圆圈代表一个国家。实心圈代表注射吸毒人数众多（超过 12 万人）的国家。数据涵盖全球所有区域的 61 个国家。

审查注射吸毒者艾滋病病毒流行率较高（大于20%）的14个国家的117份研究发现，女性注射吸毒者的艾滋病病毒流行率高于男性注射吸毒者，但差异十分有限。⁷⁰各项研究之间也存在非常广泛的差异。在女性注射吸毒者与男性注射吸毒者的艾滋病病毒流行率差异最大的全部10项研究中，原作者指出，性传播是存在差异的原因。同样地，九个欧洲国家的综合数据显示，女性注射吸毒者的艾滋病病毒总流行率为21.5%，而男性注射吸毒者的这一比率为13.6%。⁷¹各国之间的差异也很显著。在撒哈拉以南非洲国家，普通人群中的女性比男性受艾滋病病毒影响更严重，而女性注射吸毒者的艾滋病病毒流行率远远高于男性注射吸毒者：在肯尼亚，虽然女性注射吸毒者为数不多，但艾滋病病毒流行率（44.5%）几乎是男性注射吸毒者（16.0%）的三倍；⁷²在坦桑尼亚联合共和国，女性注射吸毒者的艾滋病病毒流行率（66.7%）超过了男性注射吸毒者（29.9%）的

⁷⁰ Don C. Des Jarlais 等人，“女性注射吸毒者感染艾滋病病毒的风险是否高于男性注射吸毒者：对高血清反应率地区的国际系统评价”，《药物和酒精依赖》，第 124 卷，第 1 期和第 2 期（2012 年），第 95-107 页。

⁷¹ 欧洲毒品和毒瘾监测中心，《2006 年年度报告：欧洲毒品问题现状》（里斯本，2006 年 11 月）。

⁷² 毒品和犯罪问题办公室/ICHIRA，“肯尼亚艾滋病病毒流行与注射吸毒者风险行为的快速形势评估”（内罗毕，2012 年 7 月）。

两倍；⁷³塞内加尔女性注射吸毒者的艾滋病毒流行率（21.1%）几乎是男性注射吸毒者（7.5%）的三倍；⁷⁴南非女性注射吸毒者的艾滋病毒流行率（17%）略高于男性注射吸毒者（14%）；⁷⁵而尼日利亚女性注射吸毒者的艾滋病毒流行率（21.0%）几乎是男性注射吸毒者（3.1%）的七倍。⁷⁶相比之下，审查中亚五个国家的11项研究发现，注射吸毒者中的艾滋病毒流行率总体上没有性别差异，但各项研究之间的差别仍然显著。⁷⁷

对于为什么女性注射吸毒者比男性面临更大的艾滋病毒感染风险，有人提出了多种原因。^{78,79}女性更可能因吸毒而受到社会非难和边缘化，因而更倾向于隐藏自己的注射吸毒行为。鉴于女性更难以参加针头和注射器方案，难以获得戒毒治疗，以及社会缺乏针对妇女需求的服务，因此不安全的注射行为在妇女中更为常见。⁸⁰多项调查证明，女性注射吸毒者（通常为了供自己及性伴侣吸毒）而从事性工作的比例很高，而且并不总是使用安全套，而未从事性工作的女性注射吸毒者共用针头和注射器的比例也较高。^{81,82,83}不安全的注射加上无保护的性工作，大大增加了女性感染艾滋病毒的风险。

不同审查发现了一个共同特征，并得到了艾滋病规划署数据的印证，那就是各项调查中观察到的性别差异表现出广泛的可变性。这突出表明，在实施具有针对性且对性别问题敏感的预防方案时，因地制宜非常重要，在男性和女性需求不同时，应分别满足各自的需求。

女性不太可能像男性一样获得戒毒治疗

妇女因吸毒而面临的问题可能会干扰到其生活的多个方面，超过男性受影响的范围。据报告，妇女吸毒的医学后果及精神并发症的严重性也更甚。然而，所有证据集中表明，有吸毒疾患的

⁷³ Anna Bowring 等人，《坦桑尼亚达累斯萨拉姆市特默克区吸毒者的风险行为和传染病评价：快速评价和应对》，为世界医生组织（法国）编写（澳大利亚墨尔本，伯内特研究所人口健康中心，2011年）。

⁷⁴ 《达喀尔（塞内加尔）地区吸毒者中艾滋病毒、乙型肝炎病毒和丙型肝炎病毒的流行率和风险行为调查》，国家艾滋病与病毒性肝炎研究署第 1224 号研究的最终报告（巴黎，国家艾滋病与病毒性肝炎研究署，2014 年 2 月）。

⁷⁵ Andrew Scheibe、Ben Brown 和 Monika dos Santos，《南非五个城市注射吸毒者的艾滋病毒流行率和艾滋病毒相关风险的快速评估：最终报告》（2015 年 2 月）。

⁷⁶ 尼日利亚，联邦卫生部，《2010 年艾滋病毒综合生物和行为监测调查》（阿布贾，2010 年）。

⁷⁷ Don C. Des Jarlais 等人，“中亚注射吸毒者感染艾滋病毒的性别差异：系统评价与综合分析”，《药物和酒精依赖》，第 132 卷，增刊第 1 期（2013 年），第 S7-S12 页。

⁷⁸ 毒品和犯罪问题办公室，《对女性注射吸毒者的艾滋病毒/艾滋病预防和护理》（维也纳，2006 年 7 月）。

⁷⁹ Sophie Pinkham、Claudia Stoicescu 和 Bronwyn Myers，“针对女性注射吸毒者制订有效的保健干预措施：计划制订和政策的重要方面及建议”，《预防医学的进步》，2012 年卷，（2012 年）。

⁸⁰ 毒品和犯罪问题办公室/妇女署/世卫组织/国际药物使用者网络，关于“女性注射吸毒者与艾滋病毒：满足特殊需求”的政策简报（维也纳，2014 年）。

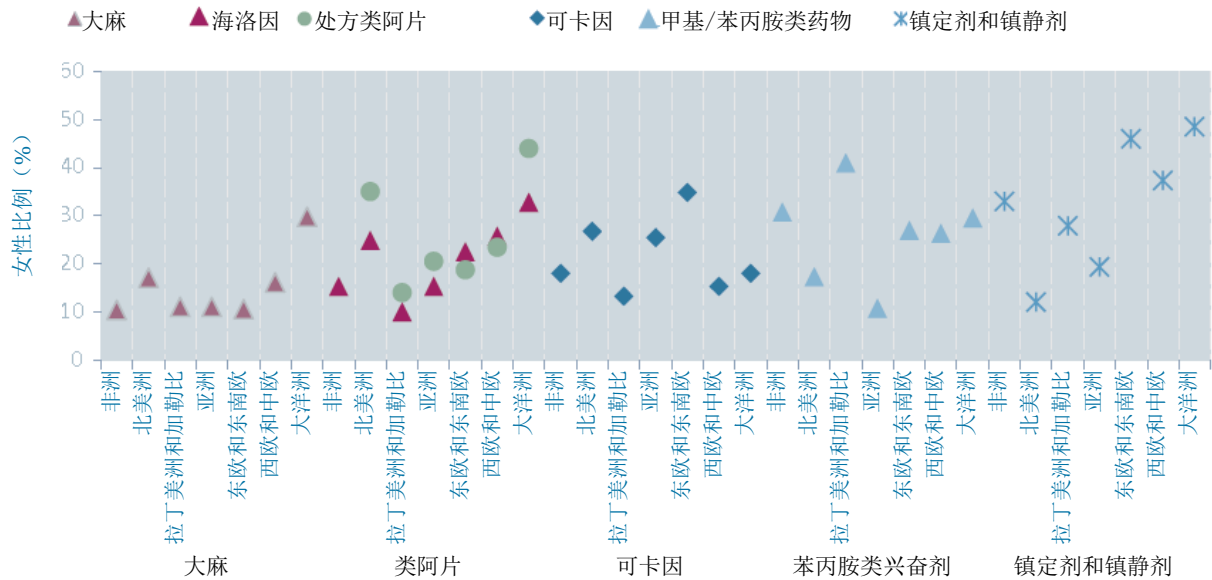
⁸¹ Jing Gu 等人，“中国从事性工作的女性吸毒流行率及共用注射器行为的相关因素”，《国际药物政策杂志》，第 22 卷，第 1 期（2011 年），第 26-33 页。

⁸² Sara Croxford 等人，“英格兰、威尔士和北爱尔兰注射吸毒者从事性工作的情况：‘国家健康危害和行为调查’结果”，《国际药物政策杂志》，第 26 卷，第 4 期（2015 年），第 429-433 页。

⁸³ A. Roberts、B. Mathers 和 L. Degenhardt，《女性注射吸毒者：风险、经历和需求评价》（悉尼，新南威尔士大学国家毒品和酒精研究中心，2010 年）。

妇女终生都不太可能像男性一样接受治疗，因为她们更可能面临妨碍其接受戒毒治疗的障碍。^{84,85}在全球范围内，虽然三分之一的吸毒者是妇女，但接受治疗者中只有五分之一的妇女，不过欧洲和大洋洲的这一比例较其他地方更高（主要反映澳大利亚的情况）。然而，据报告，因滥用镇定剂和处方类阿片而接受治疗的女性比例较因滥用其他药物接受治疗的比例高一些。因使用镇定剂而接受治疗者中约有三分之一的妇女，因大麻吸毒而接受治疗者中仅有约10%的妇女。这很可能反映了妇女使用镇定剂的流行率较男性相对更高。

图 14. 按区域分列的因各种药物接受治疗女性比例（2013 年或有数据的最近一年）



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复。

注：因各主要毒品而接受戒毒治疗的女性比例未加权平均数。

戒毒治疗的性别差距主要在于只有极少的服务来满足接受治疗的妇女的特殊需求。关于有吸毒问题妇女的资料仍然有限，所以普遍缺乏针对妇女的适当循证治疗模式，特别是在资源有限的国家。⁸⁶

妇女在获得戒毒治疗时会遭遇重大的制度、机构、社会、文化和个人障碍。^{87,88}在机构层次上，最显著的障碍包括：缺乏儿童保育和对有吸毒问题的育儿妇女和孕妇的惩罚性态度。这使得妇女担心失去对子女的监护权，或担心作为治疗的条件而不得不放弃自己的孩子，从而阻止了她们在常住地寻求治疗。治疗方案也可能远离妇女居住地，而且收治要求不太灵活，时间安排不

⁸⁴ Shelly F. Greenfield 等人，“妇女戒毒治疗的开始、保持和效果：文献综述”，《药物和酒精依赖》，第 86 卷，第 1 期（2007 年），第 1-21 页。

⁸⁵ Tuchman，“妇女与成瘾”（见脚注 56）。

⁸⁶ 《对妇女的戒毒治疗与护理：案例研究与经验教训》（联合国出版物，出售品编号：E.04.XI.24）。

⁸⁷ Erick G. Guerrero 等人，“墨西哥获得戒毒治疗的障碍：按移民状态分列的国家比较分析”，《毒品滥用治疗、预防和政策》，第 9 卷，（2014 年 7 月）。

⁸⁸ 联合王国全国戒毒治疗机构，“接受戒毒治疗的妇女：最新数字揭示真相”（伦敦，2010 年）。

适合妇女的需要。^{89,90}此外，有孩子的妇女可能还需要确保落实儿童保育后方可参加门诊治疗方案，因为她们可能没有足够的资金来支付儿童保育费、交通或治疗费。男性的送诊者可能是家人、雇主或刑事司法系统，而妇女病历则更多关乎其他问题，或由其他问题引发，比如诊断出反社会人格障碍或性工作，送诊者则可能是社会服务系统、心理健康机构或自发就诊，而不仅仅因为吸毒。⁹¹

在许多社会中，普通人群和妇女的吸毒被严重污名化，文化规范可能让妇女难以承认这个问题或离开自己的家庭和亲人去接受治疗。由于许多存在吸毒问题的妇女的同伴或其他家庭成员也有吸毒问题，因而家庭关系问题及吸毒在动态关系中的作用仍然是妇女获得支持而接受治疗的核心问题。⁹²越来越多的证据表明，满足社会需要、其他有性别区分的具体需求以及族裔群体需求的戒毒治疗服务可促进参加和坚持治疗，并改善治疗结果。⁹³

D. 预防吸毒

预防吸毒有什么作用？

预防吸毒是国际毒品管制制度的重要规定之一。预防吸毒旨在保护人们的健康免遭非医疗使用受管制药物造成的危害，同时确保为医学和科学用途提供这些药物，⁹⁴其内容重点是防止或延缓吸毒以及防止或延缓可能向问题吸毒过渡的任何活动。

例如，与吸毒成瘾的治疗相比，预防吸毒的科学最近才刚刚起步。2013年，毒品和犯罪问题办公室出版了《关于预防吸毒的国际标准》，其中总结了预防吸毒工作有效性的科学证据。尽管证据库存在一些明显空白，但毒品和犯罪问题办公室还是得以确定了一系列可有效预防吸毒、药物滥用等危险行为的措施和政策。⁹⁵本节根据《国际标准》，包括最近对证据⁹⁶和有关单项研究的评议，概述了实施循证干预措施蕴含的成功预防吸毒的可能性和机会。

本节有关预防方案有效性的一般结论系从总结了众多单项研究结果的评议得出。为了证明特定有效预防干预措施的潜在影响，介绍了优质单项功效研究的结果。选择标准是，研究运用研究方法排除对干预效果的其他解释（采用随机干预组和对照组），并长期跟踪干预组和对照组。

⁸⁹ Erick G. Guerrero 等人，“综合戒毒治疗在各种族/族裔群体中的应用和结果的性别差距”，《戒毒治疗期刊》，第 46 卷，第 5 期（2014 年），第 584-591 页。

⁹⁰ Grella，“通用治疗到区分性别治疗”（见脚注 54）。

⁹¹ 例如见，联合王国，“接受戒毒治疗的妇女：最新数字揭示真相”（见脚注 88），及 Tuchman，“妇女与成瘾”（见脚注 56）。

⁹² Grella，“通用治疗到区分性别治疗”（见脚注 54）。

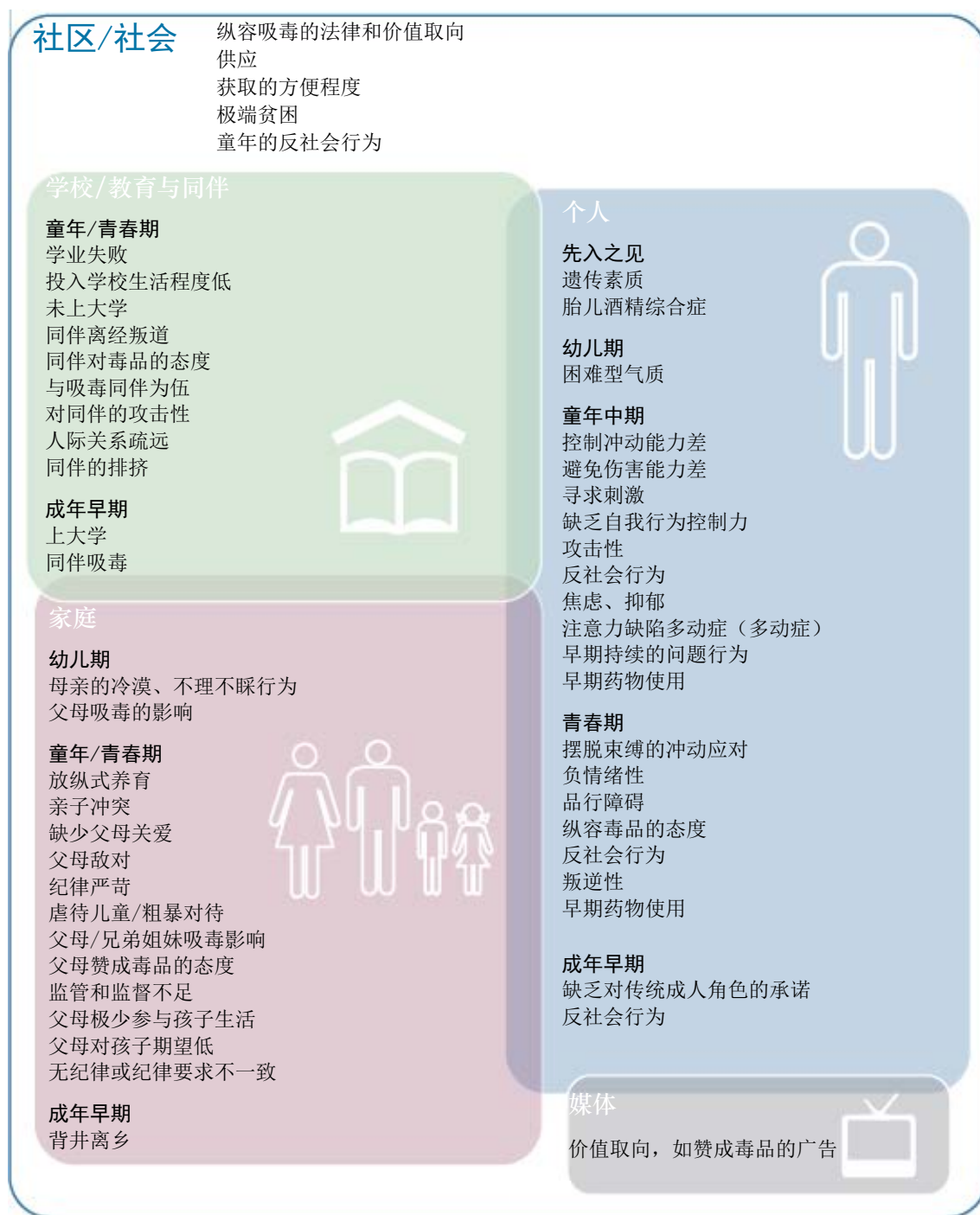
⁹³ 见脚注 54、88 和 89。

⁹⁴ 《1961 年麻醉品单一公约》第四条(c)项和第三十八条第一款，以及《1971 年精神药物公约》第五和二十条。

⁹⁵ 毒品和犯罪问题办公室，《关于预防吸毒的国际标准》，2013 年。

⁹⁶ A. Bühler 和 J. Thrul，《预防成瘾的专门知识：预防吸毒的专门知识更新和补充版》，《健康促进研究与实践》，第 46 卷（科隆，德国联邦健康教育中心，2013 年）。

图 15. 使人更易受吸毒诱惑的因素



吸毒是一个多重因果的成长过程，受不同成长环境的许多风险和保护因素相互作用的影响。风险因素越明显，吸毒的可能性越大。相反，保护因素则对风险因素的影响起缓冲作用。

资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复。

预防基本知识

吸毒和成瘾的原因不是单一的。吸毒应被视为与成长过程相关的不良行为。虽然绝大多数人吸毒始于青春期，但至少有一半青少年从未尝试过毒品，他们中约有20%的人却报告在上个月吸食过大麻。⁹⁷在这种情况下，必须要注意到，青春期的行为在很大程度上取决于个人成长早期阶段（童年和青春初期）所发生的事情。为此，如下文所示，毒品预防工作可以且应该针对青春期之前更小年龄阶段。

此外，使人易受吸毒诱惑的原因多种多样，有个人因素，也有成长环境因素（见图15）。这些因素之间的相互作用最终会加剧或削弱一个人抵制吸毒诱惑的脆弱性。这就是预防并无“高招”的原因，但是错综复杂的因果关系还是为预防活动提供了许多着手点。本节介绍了家庭、学校、工作场所、社区、媒体和休闲场所等各种重要环境针对目标群体的不同预防干预措施的证据。这些小环境是更广阔社会环境的一部分。在社会大环境中，文化规范和毒品政策可能会遏制吸毒，也可能为吸毒提供便利。实际上，由于促进吸毒的因素（如毒品的供应或者教养缺失和受到忽视）往往超乎个人控制能力，因此预防工作只有既针对个人也针对个人成长环境施加作用，方能奏效。

由于吸毒本身原因多样，因此，个人和群体吸毒成瘾的风险各不相同。如果父母吸毒成瘾，其孩子就属于高风险群体。对这种群体应采取不同于针对普通人群的方式，因为像在校学生等普通人群不会有使用精神活性物质的倾向。预防方案的制订应考虑到这一点，既为普通人群提供策略（普遍预防），也为特殊风险人群提供策略（选择性预防），还为特别高风险的个人提供策略（指向性预防，这其中还包括可能已尝试过毒品因此特别可能染上吸毒疾患的个人）。干预或政策的影响取决于其有效性及其对待目标群体的方式。

对许多个人而言，吸毒往往只是诸多冒险行为之一，而这些行为都有若干脆弱性因素。例如，吸毒相关的许多风险因素还可能带来暴力、辍学及危险性行为等结果。因此，针对这些常见风险因素的药物预防也能有效防止其他冒险行为。⁹⁸同样，对其他问题行为的预防可能会对预防吸毒产生积极效果。⁹⁹

虽然青春期是问题行为和吸毒的高发期，^{100,101}但这些行为的发展方向可能会大相径庭。如果会发生问题行为，那么，对大多数青年人而言，往往会在青春期开始，然后在成年初期戒除。在这种情况下，吸毒可被看作应对青春期特有成长问题和压力的不健康方式。相比之下，还有少数问题行为，开始得较早，但如果不解决，很可能会持续终生。这样的人往往有困难型气质特点，在儿童时期具有外化或内化行为。他们通常从青春期早期开始吸毒。这种吸毒行为可视为不良行为的另类表现，而这种表现将在他们一生中改变特征。

⁹⁷ 毒品和犯罪问题办公室，《2014年世界毒品报告》。

⁹⁸ 毒品和犯罪问题办公室，《关于预防吸毒的国际标准》（2013年）。

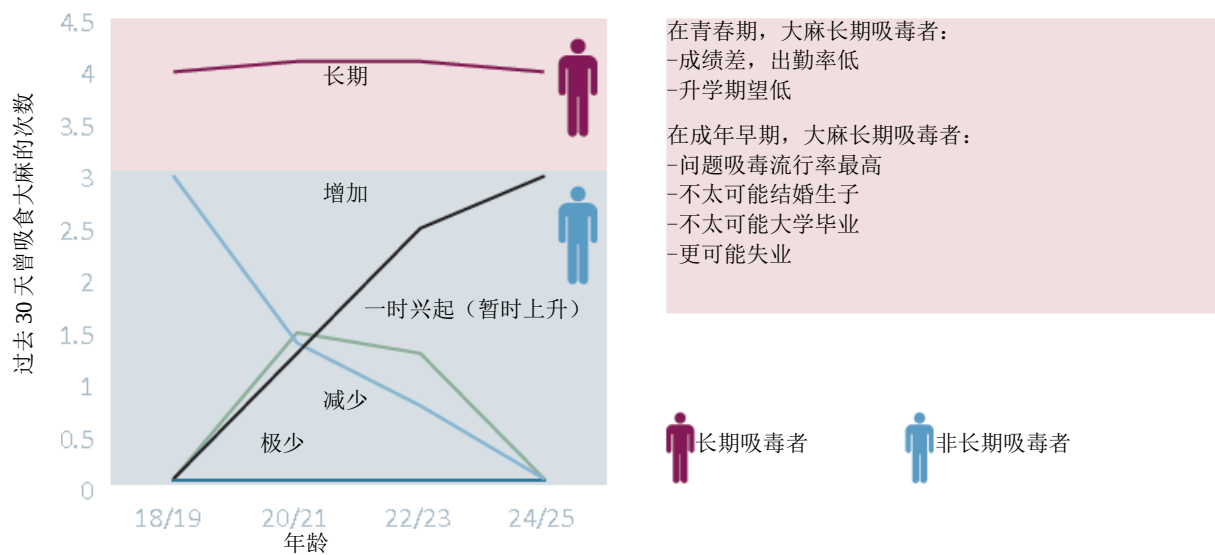
⁹⁹ P. Rohde 等人，“减少吸毒是青少年认知行为性抑郁的指示性预防计划的附带惠益”，《成瘾行为心理学》，第26卷，第3期（2012年），第599-608页。

¹⁰⁰ A. L. Stone 等人，“成人初显期吸毒和问题吸毒风险和保护因素评议”，《成瘾行为》，第37卷，第7期（2012年），第747-775页。

¹⁰¹ H. U. Wittchen 等人，“大麻吸毒和大麻吸毒疾患及其与精神失常的关系：十年期前瞻性——纵向社区青少年样本”，《药物和酒精依赖》，第88卷，增刊第1期（2007年），第S60-S70页。

因而同样的行为（青春期吸毒）具有不同的根源——规划预防干预措施时要考虑到这一点。图16描绘了美国学生大麻吸毒的不同发展方向，¹⁰²他们中有少数人成了早期的持续性经常吸毒者（长期吸毒者），而大多数人只是很少或临时吸食大麻或根本不再吸食大麻。为了检测差异，研究人员从其他（即除大麻外）吸毒问题、问题行为和福祉几个方面将早期和长期吸毒者与其他吸毒者进行了对比。长期吸毒者存在多方面的差异，他们比其他青年人经历了（或正在经历）更多的困难。具体而言，他们上高中时成绩更差，对上大学的期望更低，上学的出勤率更低，工作时间更长。后来进入成年初期，他们不太可能结婚、生子，不太可能大学毕业，而更可能失业。

图 16. 青春晚期和成年早期大麻吸毒者的不同成长轨迹



资料来源：Schulenberg 等人，“大麻吸毒者成长轨迹”（2005 年）。

吸毒行为的发展概念表明，预防应该不仅针对毒品，而且还应包括各种技能培养，帮助个人应对人生不同阶段的挑战，比如对青少年而言的人际关系技巧和对父母而言的养育技巧。事实上，预防吸毒旨在支持儿童和青少年安全、健康成长，但在相关情况下，预防也可能涵盖在不同的开始吸毒年龄段开展的特别针对各种毒品的其他工作。

在较年轻人群中的毒品预防往往针对的是烟草和酒精，而不是其他毒品。从发育角度来认识吸毒也可以解释为什么这种早期预防也是预防成年早期吸毒的一种途径，包括非法吸毒（如大麻和其他毒品）。首先，流行病学研究表明，几乎没有吸毒者未在吸毒前或吸毒时使用过烟草或酒精。^{103,104}其次，大量研究表明，越早开始使用某一特定毒品，越有可能染上吸毒疾患。对

¹⁰² J. Schulenberg 等人，“向成年过渡期间吸食大麻的轨迹：国家委员会数据反映的状况”，《药物问题杂志》，第 35 卷，第 2 期（2005 年），第 255-280 页。

¹⁰³ 欧洲毒品和毒瘾监测中心，“多种毒品使用：模式与对策，”选刊第 2009 期（里斯本，2009 年 11 月）。

¹⁰⁴ K. M. Keyes、S. S. Martin 和 D. S. Hasin，“美国青壮年摇头丸吸毒者过去 12 个月及终生并发症和使用多种毒品的状况：国家酒精成瘾及相关疾病的流行病学调查结果”，《药物和酒精依赖》，第 97 卷，第 1 期和第 2 期（2008 年），第 139-149 页。

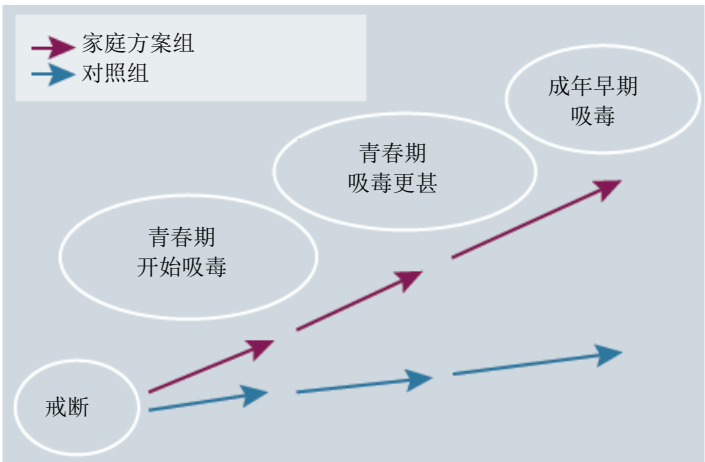
毒品的交叉分析极为罕见，但一项高质量的研究表明，幼年时首次使用酒精和尼古丁的行为与后来开始吸食大麻直接相关。¹⁰⁵第三，预防的有效性研究表明，方案参与者在青春期开始以较低频率、较低强度使用任何毒品的事实都可能影响到在成年早期预防大麻、类阿片、可卡因、摇头丸、甲基苯丙氨、非处方药物和致幻剂吸毒的效果。^{106,107}图17是一个长期有效性的简化模型，显示了家庭方案参与者们逐渐步上吸毒之旅的漫长过程。

毒品预防环境及特殊有效方法

家庭

面向家庭的预防办法的目标是对儿童和青少年成长整体影响最大的环境。同样，长期观察研究显示了从孕期到成年早期父母的行为和对吸毒的态度如何重要。

图 17. 成长型毒品预防方案的长期有效性模型



资料来源：Spoth 等人，“对吸毒的普遍干预效果”，（2009 年）；及 Spoth 等人，“复制随机对照试验”，（2014 年）。

有效的毒品预防工作实例表明，从一开始便向深受自身吸毒疾患、其他心理健康状况和社会经济弱势状况之累的准父母提供充分支持。孕期是一个充满不确定性的时期，但也可以当作是转向更健康生活方式的潜在转折点。因此，预防可以利用这一特殊状况，(a)就这些脆弱群体所关切的问题提供帮助，并(b)激励他们改变吸毒行为。如果母亲接受过吸毒疾患治疗并在孕期受过育儿培训，其孩子则会表现出积极的预防效果。¹⁰⁸同样，事实证明，如果训练有素的护士或

¹⁰⁵ S. Behrendt 等人，“首次使用酒精和尼古丁的年龄与开始大麻吸毒并染上大麻吸毒疾患的相关性”，《药物和酒精依赖》，第 123 卷，第 1-3 期（2012 年），第 48-56 页。

¹⁰⁶ R. L. Spoth 等人，“对在青春期较晚开始吸毒的青壮年吸毒行为的普遍干预效果”，《咨询与临床心理学杂志》，第 77 卷，第 4 期（2009 年），第 620-632 页。

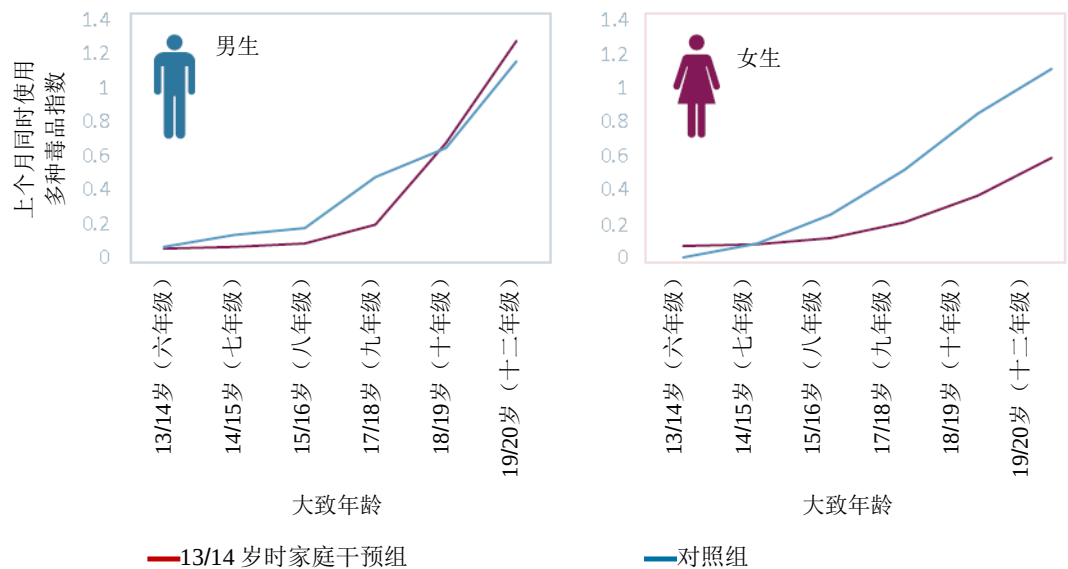
¹⁰⁷ R. L. Spoth 等人，“对青壮年吸毒的早期普遍干预效果的复制随机对照试验”，《咨询与临床心理学杂志》，第 82 卷，第 6 期（2014 年），第 949-963 页。

¹⁰⁸ A. Niccols 等人，“针对有吸毒问题的母亲及其孩子的综合计划：系统评价报告儿童结果的调查”，《虐待和忽视儿童问题杂志》，第 36 卷，第 4 期（2012 年），第 308-322 页。

社工进行产前和婴儿期探访，向需要帮助的父母提供支助，除帮助应对育儿挑战外，还包括健康、住房、就业和法律问题方面的支助，将有效改善孩子进入青春期时的行为表现。¹⁰⁹

关注育儿技能的培训方案是一种强大的工具，不仅对风险人群如此，对普通人群亦如此。这些方案鼓励所有家长都以热情回应的方式养育孩子，参与孩子的生活并学习如何与孩子进行有效沟通，同时实施规则和限制。这些方案根据特定毒品开展的活动涉及父母自己的吸毒行为，并根据孩子成长阶段讨论了家长对孩子吸毒的预期以及如何就毒品问题进行沟通。这种干预措施在吸毒和其他问题行为方面取得了短期和长期的积极预防效果。^{110,111}

图 18. 美国参加家庭方案的青少年同时使用多种毒品的情况



资料来源：Trudeau 等人，“以家庭为重点的普遍干预的纵向效应”（2007 年）。

家庭方案进一步在育儿培训中加入了儿童和家庭部分。在父母学习育儿技巧的同时，儿童和青少年则学习如何提高自己的社会技能和抵抗力、应对策略、解决问题及决策能力。针对各种毒品讨论了吸毒的相关风险认识以及对毒品的社会规范和态度。这种干预的独特性在于随后的家庭会谈，其间要求各个家庭沟通矛盾问题，或在组织家庭休闲时间的同时解决典型冲突。会谈的一部分是家庭关系活动。这些方案有望大大减少开始饮酒的机会（大约30%），并降低青少年参加活动时的饮酒频率。¹¹²鲜有的几项长期研究显示，与未参加家庭方案相比，参与者在开始接受干预四年后减少了25%的饮酒机会。对于其他毒品，有一个方案对十二年级学生使用甲

¹⁰⁹ Richard L. Spoth、Mark Greenberg 和 Robert Turrissi，“对未成年人的饮酒预防干预措施：减轻公共卫生影响的证据及措施状况”，《儿科学》，第 121 卷，增刊第 4 期（2008 年），第 S311-S336 页。

¹¹⁰ Jane Petrie、Frances Bunn 和 Geraldine Byrne，“预防十八岁以下儿童误用烟草、酒精或毒品的育儿方案：系统评价”，《健康教育研究》，第 22 卷，第 2 期（2007 年），第 177-191 页。

¹¹¹ E. Smit 等人，“对一般人群中的青少年酗酒的家庭干预措施及其效果：随机对照试验的综合分析”，《药物和酒精依赖》，第 97 卷，第 3 期（2008 年），第 195-206 页。

¹¹² 同上。

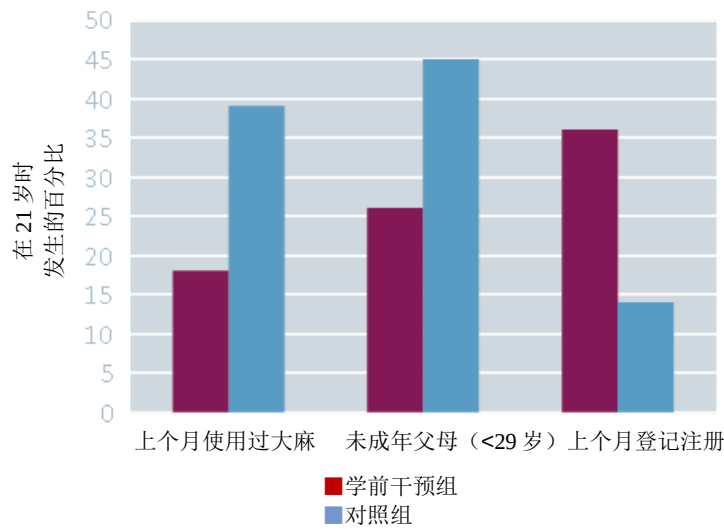
基苯丙胺的行为有效。¹¹³如图18所示，虽然干预效果对男生和女生都适用，但对女生的好处似乎更长久一些。¹¹⁴

这些干预措施在实施中看起来会需要大量资源，但根据美国的成本效益估计，投资是值得的。¹¹⁵此外，面向家庭的较松散工作却也在小范围内带来了一些预防性改变。应该让父母尽可能积极参加此类工作，其中包括成长专题以及毒品专题。¹¹⁶

学校与教育

在毒品预防中，学校环境应作为各项措施的切入口，用以普及知识并提高个人技能和社会技能，从而削弱个人吸毒风险因素（见图15）。但是，如果能够成功促进学校关系、宣传消除毒品的规范，针对学校系统这一做法本身也有预防潜力。

图 19. 参加学前干预的青壮年中的大麻吸毒、少女怀孕和高等教育情况



资料来源：Campbell 等人，“幼儿教育”（2002 年）。

学前培养方案不仅提高认知能力，而且可帮助家境贫困的儿童做好入学准备，并影响随后青春期的烟草和大麻消费。在幼儿园或学前方案中向风险儿童提供此类干预措施后，减少了7-23%

¹¹³ R. L. Spoth 等人，“对青少年使用甲基苯丙胺的普遍预防性干预措施的长期效果”，《儿科学与青少年医学文献》，第 160 卷，第 9 期（2006 年），第 876-882 页。

¹¹⁴ L. Trudeau 等，“以家庭为重点的普遍干预对青春期内化症状及多种毒品使用发展模式的纵向效应：性别比较”，《青年与青少年杂志》，第 36 卷，第 6 期（2007 年），第 725-740 页。

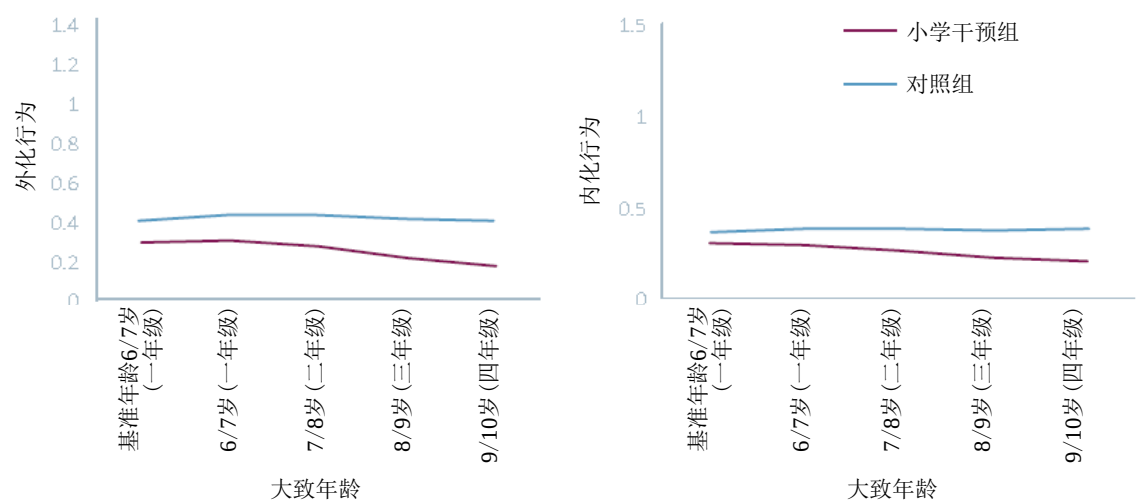
¹¹⁵ T. Miller 和 D. Hendrie，《吸毒预防经济学：成本效益分析》，卫生和公众服务部出版物（SMA）07-4298 号（马里兰州罗克维尔，物质滥用和精神健康服务管理局物质滥用预防中心，2008 年）。

¹¹⁶ Petrie、Bunn 和 Byrne，“预防十八岁以下儿童误用烟草、酒精或毒品的育儿方案：系统评价”（见脚注 110）。

的大麻消费。¹¹⁷图19显示了美国一项研究的结果。¹¹⁸研究中曾参加学前培养方案的青壮年在21岁时习惯性吸食大麻的比率明显低于那些有类似童年经历但未参加该方案的青壮年。

在小学，有一系列课程为孩子们带来裨益。他们在课堂学习和练习各种各样的个人技能和社会技能，改善心理和情绪健康，并获得应对困难局面方面的帮助。^{119,120}由于这一未吸毒的普通人群年龄尚幼，虽然可以从作为后来吸毒重要征兆的攻击行为和早期吸烟行为看出预防效果，但还谈不到毒品。与对照组的学生相比，在小学时期参加个人技能和社会技能培训会大大减少这两方面的童年问题行为¹²¹。

图 20. 德国小学持续接受个人和社会技能培训学生内化和外化问题行为轨迹



资料来源：Maruska 等人，“小学生冒险行为的早期影响因素”（2011 年）。

同样，侧重改善课堂环境的方案虽然主要重点在于文化教育、社会情感培养及解决不当行为方面，但也产生了积极的毒品预防效果。老师须在日常工作中与所有学生一起执行非教学课堂程序，而学生则会因适当的课堂表现而得到嘉奖。¹²²图21显示，美国年轻成年男性通过曾在一年

¹¹⁷ K. D’Onise、R. A. McDermott 和 J. W. Lynch，“学前培养会影响成年健康吗？系统评价”，《公共卫生》，第 124 卷，第 9 期（2010 年），第 500-511 页。

¹¹⁸ F. A. Campbell 等人，“幼儿教育：启蒙项目的青壮年结果”，《应用发育科学》，第 6 卷，第 1 期（2002 年），第 42-57 页。

¹¹⁹ A. R. Piquero 等人，《早期家庭/家长培训计划对反社会行为和少年犯罪的影响：系统评价》，《坎贝尔系统评价》（奥斯陆，坎贝尔协作（2008 年））。

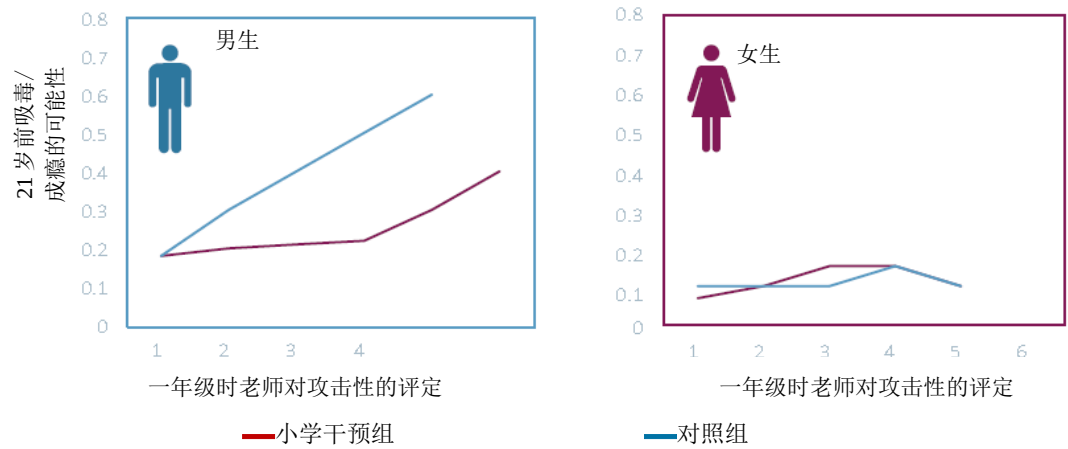
¹²⁰ Spoth、Greenberg 和 Turrissi，“对未成年人的饮酒预防干预措施”（见脚注 109）。

¹²¹ K. Maruska 等人，“小学生冒险行为的影响因素：四年准实验性对照试验结果”，《健康教育研究》，第 25 卷，第 6 期（2010 年），第 1021-1030 页。

¹²² David R. Foxcroft 和 Alexander Tsertsvadze，“学校对年轻人饮酒无度的普遍干预计划”，《Cochrane 系统评价数据库》，第 5 期，2011 年。

级时参加课堂行为管理方案而大大降低了他们成年早期染上毒品相关疾患的概率，尤其是那些当时具有攻击性的儿童。¹²³对于女性而言，却没有这样的效果。

图 21. 毒品相关疾患后期发展的可能性取决于一年级时对课堂行为管理方案的参与



资料来源：Kellam 等人，“普遍课堂行为管理计划的影响”（2008 年）。

青春期早期和中期的社会心理生活技能教育是一种预防办法，防止青春期开始的广泛问题行为（包括吸毒）。^{124,125,126}大多数方案包括提高多项个人技能或社会技能的互动练习，如自我意识、创造性思维、人际关系技巧、解决问题、决策及应对压力和情绪能力。具体到毒品而言，通过批判性思维训练，可以强化认识吸毒的社会影响。用创造性思维探寻吸毒的功能性替代方式并建立沟通技巧，从而增加抵御毒品的坚定性。药物信息主要侧重短期负面影响和规范教育（即讨论青少年对同伴间吸毒流行率的夸大认识）。分析结合对学校非法吸毒预防方案效果的研究结果（综合分析计算）估计，预防方案减少了28%的大麻吸毒。¹²⁷如果方案针对14岁或以上青少年，涵盖融合了社会学习、信息和价值澄清的各种预防模式的多项元素，采取互动方式，包括更多会谈，持续时间更长，并且由教师以外的其他人协调，那么效果则更加显著。对于年龄稍大、更容易受吸毒影响的青少年，如被认为可能无法正常毕业的学生，生活技能方法也是一种有效的毒品预防工具。¹²⁸

¹²³ S. G. Kellam 等人，“一、二年级的普遍课堂行为管理计划对青壮年行为、精神和社会成果的影响”，《药物和酒精依赖》，第 95 卷，增刊第 1 期（2008 年），第 S5-S28 页。

¹²⁴ F. Faggiano 等人，“学校预防非法吸毒：系统评价”，《预防医学》，第 46 卷，第 5 期（2008 年），第 385-396 页。

¹²⁵ Amy J. Porath-Waller、Erin Basley 和 Douglas J. Beirnes，“对学校预防大麻吸毒的综合分析评价”，《健康教育和行为学》，第 37 卷，第 5 期（2010 年），第 709-723 页。

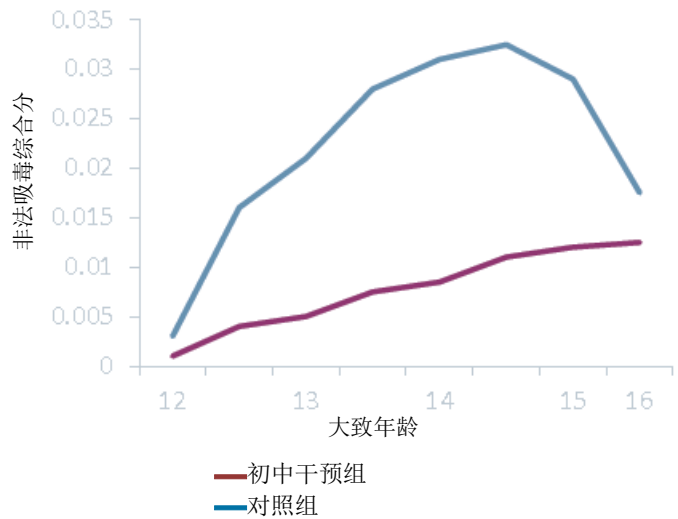
¹²⁶ Foxcroft 和 Tsertsvadze，“学校对年轻人饮酒无度的普遍干预计划”，（见脚注 122）。

¹²⁷ Porath-Waller、Basley 和 Beirnes，“对学校预防大麻吸毒的综合分析评价”（见脚注 125）。

¹²⁸ Spoth、Greenberg 和 Turrissi，“对未成年人的饮酒预防干预措施”（见脚注 109）。

这些结果证实了系统评价的定性结论，认为“发展个人社会技能的课程是学校层面预防早期吸毒（使用大麻和其他毒品）的最有效干预形式”。¹²⁹相反，向儿童提供恐吓资料的做法对这个特殊年龄段无效，如同只注重建立自尊和情感教育的做法一样。¹³⁰据估计，如果10-15岁的青少年接受综合方案，按其每月有12天饮酒、7天吸食大麻计算，则其饮酒量和大麻吸食量少于如果他们只接受药物信息的情况。¹³¹图22诠释了中国香港的一项综合积极培养方案如何影响参与者的非法吸毒行为。¹³²

图 22. 12 岁时参加了学校青年积极成长方案的青少年的非法吸毒情况



资料来源：Shek 和 Yu，“PATHS 项目对青少年风险行为的纵向影响”（2012 年）。

注：图中显示了中国香港 12 岁时参加了学校青年积极成长方案的青少年的非法吸毒情况与未参加者的非法吸毒情况之对比。

还在学校环境中实施了无教师参与的计算机普遍预防方案，并在减少参与者吸烟和饮酒方面取得了效果。¹³³自动化软件通过一系列课程引导学生，让他们确定社会影响，并用动画纠正他们对社会规范的错误认识。这种基于因特网的方案也可用于学校环境以外的环境，但如何覆盖目标群体可能是一个挑战。

¹²⁹ F. Faggiano 等人，“学校预防非法吸毒：系统评价”（见脚注 124）。

¹³⁰ 同上。

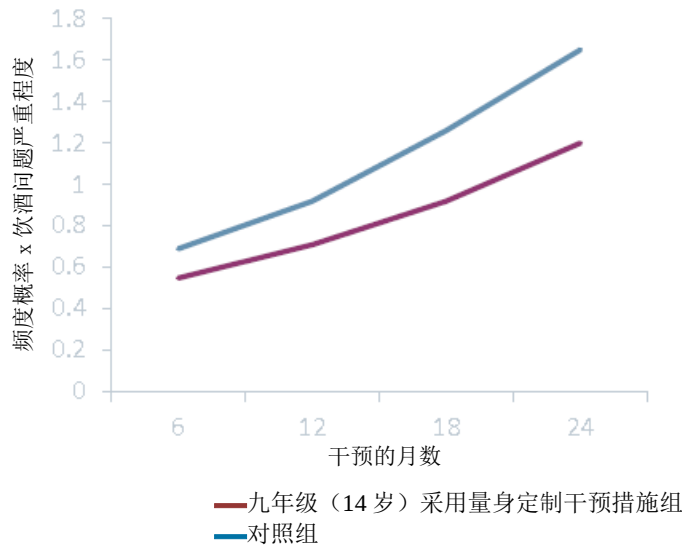
¹³¹ M. Lemstra 等人，“针对 10-15 岁青少年的学校大麻和酒精预防计划的系统评价”，《成瘾研究与理论》，第 18 卷，第 1 期（2010 年），第 84-96 页。

¹³² Daniel T. L. Shek 和 Lu Yu，“PATHS 项目对青少年风险行为的纵向影响：五年后情况如何？”，《世界科学杂志》，2012 年卷，（2012 年）。

¹³³ K. E. Champion 等人，“借助计算机和互联网的预防酒精和其他毒品计划的系统评价”，《药物与酒精评论》，第 32 卷，第 2 期（2012 年），第 115-123 页。

联合王国的一项研究表明，因性格因素而面临高风险的中学生从个人技能和社会技能培训受益匪浅，这类培训系针对其行为倾向引起的特殊成长挑战而量身定制。¹³⁴图23表明，九年级学生因吸毒而产生高度焦虑、敏感、绝望、冲动及寻求刺激心态并从而产生较高吸毒风险的状况取决于是否得到量身定制的干预。两节课的方案包括目标设定活动、专门针对性格特征和健康替代方式的应对策略教育、行为管理以及此类性格特征常有的功能失调的改变。虽然饮酒和吸毒只是干预的一个次要重点，但接受干预的参与者不太可能发生问题饮酒。

图 23. 有吸毒风险的学生参加短期量身定制技能型预防方案后的问题饮酒情况



资料来源：Conrod 等人，“针对青少年饮酒和酗酒的选择性分性格预防计划的有效性”（2013 年）。

除了实施面向个人的干预措施之外，针对学校整体氛围及毒品规定也可以取得预防效果。被冷落的感觉会促使人们采取反传统规范的行动。学校是主要的社交活动场所，有潜力让边缘化的学生融入社会，并促进积极成长。对于风险儿童，提高入学率和加强学校归属感的学校关系活动除促进适龄语言能力和计算能力学习外，还可对处于童年中期的学生构成重要的保护因素，从而产生积极影响。^{135,136}总体而言，促进积极校风、加强学生对学校的参与和承诺的干预措施，加上强烈抵制吸毒的规则，也许可以有效补充解决个人知识、态度和技能问题的毒品预防干预措施。目前鲜有的几项研究证明了这一做法行之有效，特别是对男孩和小学中高年级儿童而言。^{137,138}就吸毒问题统一对参与学校生活的所有群体贯彻执行共同制定的行为标准将在学

¹³⁴ P. J. Conrod 等人，“针对个性特征的选择性青少年饮酒和饮酒无度预防计划的有效性”，《美国医学会杂志—精神病学》，第 70 卷，第 3 期（2013 年），第 334-342 页。

¹³⁵ P. Lucas 等人，“发达国家国家低收入或社会弱势家庭儿童健康和福利的经济效益”，《Cochrane 系统评价数据库》，第 2 期（2008 年）。

¹³⁶ A. Petrosino 等人，《发展中国家提高中小学儿童入学率的干预措施：系统评价》，《坎贝尔系统评价》，第 19 期（2012 年）。

¹³⁷ C. Bonell 和 A. Fletcher，“改善校风可以减少吸毒和少女怀孕”，《英国医学杂志》，第 334 期（2007 年），第 614-616 页。

生中形成社会规范。与此相反，没有任何证据表明在学校任意进行毒品检测的做法具有任何预防效果。^{139,140}

在高等教育环境中可以接触到大量的青壮年（高收入国家吸毒流行率最高的年龄组）。背井离乡上大学往往伴随着吸毒的增加（见图15）。对于这一年轻的风险人群有效的酒精预防措施都属于短暂干预措施。这些干预措施鼓励个人去记录和反思自己的消费模式，并相对于同伴的吸毒状况反馈本人的状况。短暂干预措施在面对面或由计算机辅助实施，以及按个人或分组形式实施时均有效。^{141,142,143,144}挑战饮酒效果预期的干预措施行之有效，尤其是对大学生同性别群体更是如此。¹⁴⁵

工作场所

工作场所预防方案通常由多个部分组成，包括毒品预防因素和政策，以及咨询和转诊治疗。严格的预防效果研究在这种环境非常罕见；有人评价过个人干预措施，但没有人评估旨在改变整个系统的综合办法。¹⁴⁶各单项研究提供了有关饮酒的证据，表明饮酒问题教育和压力管理干预措施以及个人或计算机短暂干预措施都会影响雇员之间的饮酒或酒精相关问题。如果在工作场所提供酒精，就会产生酒精问题，因此限制酒精的获得并制定严格、明确的酒精政策，可以防止在上班、工作中以及工休时饮酒。

社区

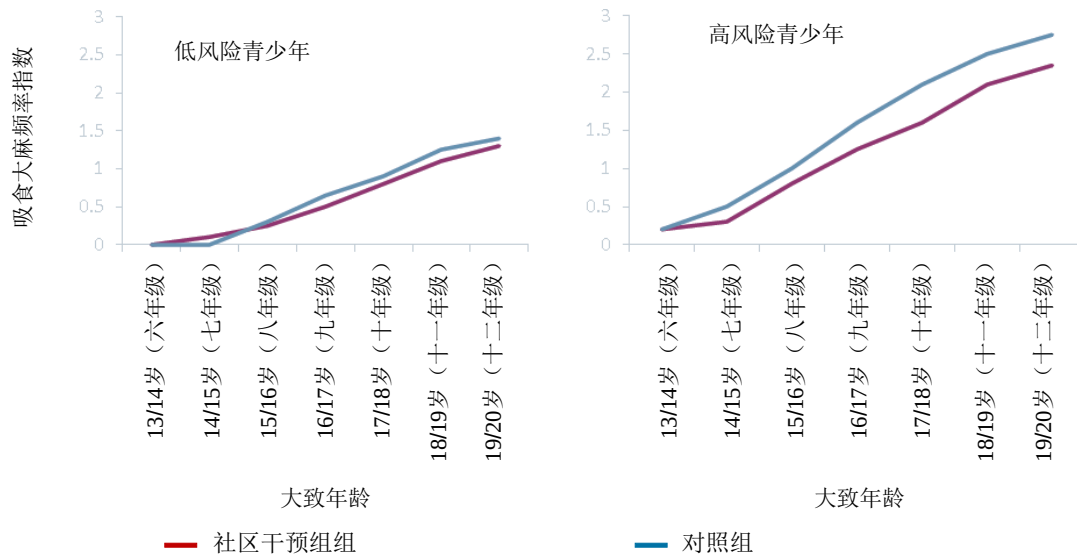
社区可以通过就吸毒制定明确的标准并为青少年提供机会，让其学习技能、为社区生活做贡献，并承认其贡献，从而创造一个预防性的成长环境。机会、技能和认可加强了与家庭、学校和社区的关系。紧密的联系会激励年轻人采取健康的行为标准。

-
- ¹³⁸ A. Fletcher、C. Bonell 和 J. Hargreaves, “学校对青少年吸毒的影响：对干预和观察研究的系统评价”，《青少年健康杂志》，第 42 卷，第 3 期（2008 年），第 209-220 页。
- ¹³⁹ A. M. Roche 等人, “澳大利亚学校的毒品检测：惩罚、威慑和（或）预防措施的政策影响和考虑因素”，《国际药物政策杂志》，第 20 卷，第 6 期（2009 年），第 521-528 页。
- ¹⁴⁰ Daniel T. L. Shek, “学校毒品检测：批判性文献综述”，《世界科学杂志》，第 10 卷（2010 年），第 356-365 页。
- ¹⁴¹ J. M. Crounce 和 M. E. Larimer, “以人为本的预防大学生饮酒方法”，《酒精研究和健康》，第 34 卷，第 2 期（2011 年），第 210-221 页。
- ¹⁴² M. T. Moreira、L. A. Smith 和 D. Foxcroft, “减少大学生饮酒无度的社会规范干预措施”《Cochrane 系统评价数据库》，第 3 期（2009 年）。
- ¹⁴³ K. B. Carey 等人, “减少大学生饮酒的计算机干预措施：综合分析”，《毒瘾》，第 104 卷，第 11 期（2009 年），第 1807-1819 页。
- ¹⁴⁴ Robert J. Tait 和 Helen Christensen, “对年轻人问题吸毒的互联网干预措施：系统评价”，《澳大利亚医学杂志》，第 192 卷，第 11 期（2010 年），第 S15-S21 页。
- ¹⁴⁵ Allison K. Labbe 和 Stephen A. Maisto, “对大学生的饮酒效果预期挑战：叙述性综述”，《临床心理学评论》，第 31 卷，第 4 期（2011 年），第 673-683 页。
- ¹⁴⁶ G. Webb 等人, “对酒精相关问题的工作场所干预措施的系统评价”，《毒瘾》，第 104 卷，第 3 期（2009 年），第 365-377 页。

对普通人群的社区干预措施

多项方案证明了预防效果。这些方案都包括针对社区的多种办法，尤其在酒精问题上，而在涉及烟草和大麻吸毒时，各方案则不太一致。^{147,148,149}最小范围的方案就是将有组织的社区联盟机构中的学校干预和家庭干预相结合。由这样的联盟决定在社区实施怎样的循证方案。一些方案通过评估有关风险和保护因素的学生调查反映的需求来实现这一点。

图 24. 在六年级实施家庭方案、在七年级实施生活技能方案的学校地区高危学生的大麻吸毒情况



资料来源：Spoth 等人，“PROSPER 社区-大学合作制度”（2013 年）。

注：青少年的高风险在于在基准年龄前开始饮酒、吸烟或吸食大麻；而低风险意味着在基准年龄开始吸毒。

源自美国并风行全球的社区普遍预防模式支持并培训当地利益相关者联盟，让其针对各社区青少年问题行为的高风险选择并实施循证预防方案。该项目启动六年半之后，参加该社会倡议的青年的饮酒、抽烟或吸食大麻可能性降低了31%。¹⁵⁰

图24显示，美国大学-学校-社区合作区青春期大麻吸毒扩散范围较小，时间较晚。这些区在大学-学校-社区合作框架内为六年级（13-14岁人群）提供家庭方案，并为七年级（14-15岁人群）提供生活技能、社会影响或规范性学校方案。¹⁵¹图25显示，年龄在19-20岁的十二年级学生使

¹⁴⁷ Foxcroft 和 Tsertsvadze, “学校对年轻人饮酒无度的普遍干预计划”，（见脚注 122）。

¹⁴⁸ K. V. Carson 等人, “预防年轻人吸烟的社区干预措施”，《Cochrane 系统评价数据库》，第 7 期（2011 年）。

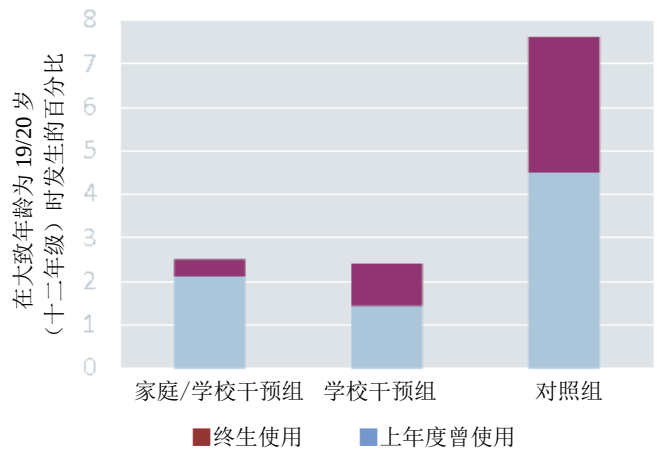
¹⁴⁹ S. Gates 等人, “学校外环境中预防年轻人吸毒的干预措施”，《Cochrane 系统评价数据库》，第 1 期（2009 年）。

¹⁵⁰ J. D. Hawkins 等人, “实施看护预防制度社区方案 8 年后的青少年问题行为状况：社区随机试验”，《美国医学会杂志——儿科学》，第 168 卷，第 2 期（2014 年），第 122-129 页。

¹⁵¹ R. Spoth 等人, “PROSPER 社区-大学合作实施系统在集群随机对照干预试验的六年半过去基准上对吸毒的影响”，《预防医学》，第 56 卷，第 3 期和第 4 期（2013 年），第 190-196 页。

用甲基苯丙胺的差异取决于他们是否参加了家庭和学校方案，或只参加了社区合作的学校方案，或者处于参加对照组的学区。

图 25. 参加家庭和生活技能培训方案的青壮年使用甲基苯丙胺的情况



资料来源：Spoth 等人，“对青少使用甲基苯丙胺的普遍干预措施的长期效果”（2006 年）。

对脆弱人群的多部门干预措施

家庭-学校方案没有专门为风险儿童设计的社区部分，但也行之有效。对童年晚期吸毒疾患的最明显单项征兆是破坏性行为，除其他外，冲动和自我控制能力差及攻击性更是促进了这种行为（见图26）。从成长角度来看，这些特征阻碍了在学校和家庭以及朋友之间的正气和关系，从而提高了疏远传统环境的风险。被疏远的青少年会有一种求助于不正常同伴的倾向，而这样会促进其产生不恰当行为，包括吸毒。因此，在儿童时期针对问题或障碍的外化表现采取行动是一种重要策略，不仅可以预防吸毒，而且可以预防破坏性行为、反社会行为和违法行为，并且解决与学习成绩和辍学有关的问题。对这些培训方案或治疗，父母甚至家族都可有效参与。图26显示了学校对7-9岁男生的社会技能培训效果，这一培训结合了青春晚期家访时的育儿培训。此项研究的进一步结果表明，参与者报告称，由于方案的支持，让他们减少了冲动和反社会行为，促进了与更正常的同伴交朋友，从而减少了吸毒。此外，父母加强监督促进了方案的预防效果。

烟酒政策

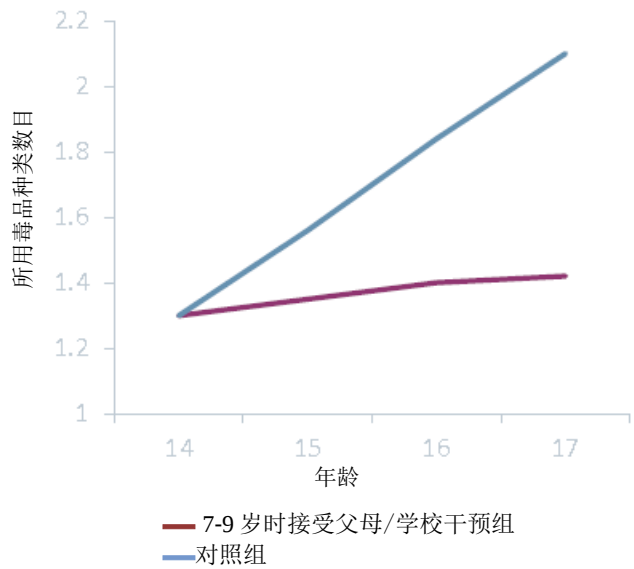
如前面章节所述，首次使用酒精和尼古丁的较低年龄与后来开始大麻吸毒相关；因此，预防饮酒和吸烟也与预防吸毒相关。就此而言，事实证明提高价格（并从而控制购买能力）和限制获得这些物质的政策非常有效。烟草价格上涨10%，烟草消费就有望减少4%。¹⁵²同样，酒价上涨10%预计会将大龄青少年重度饮酒减少5%，甚至会将青壮年暴饮情况减少9-35%。¹⁵³此外，

¹⁵² D. P. Hopkins 等人，“有关减少吸烟和二手烟的干预措施评价”，《美国预防医学杂志》，第 20 卷，第 2 期，增刊第 1 期（2001 年），第 16-66 页。

¹⁵³ R. W. Elder 等人，“税收政策干预措施对减少过度饮酒及相关伤害的有效性”，《美国预防医学杂志》，第 38 卷，第 2 期（2010 年），第 217-229 页。

美国研究结果一致显示，提高法定最低饮酒年龄并强制执行其规定可减少饮酒和酒精相关事故，而降低法定饮酒年龄会增加饮酒和相关问题。¹⁵⁴

图 26. 参加学生和家长技能培训方案的易受影响男生之间的吸毒差异



资料来源：N. Castellanos-Ryan 等人，“对六岁的调皮儿童就青春期吸毒进行为期两年多种方式干预的影响：随机对照试验”，《英国精神病学杂志》，第 203 卷，第 3 期（2013 年），第 188-195 页。

休闲、体育和娱乐场所

不同于学校和家庭环境，针对生活其他方面的干预措施建议不能基于同一层次的证据。尚未深入研究休闲场所特殊毒品预防工作的有效性，例如，体育俱乐部的节日和活动中的同伴教育方案。这可能有些令人惊讶，因为同伴教育方案已广泛应用于毒品预防和其他预防领域。¹⁵⁵体育俱乐部既是具有促进良好健康的巨大潜力的环境，又是吸毒的高风险环境，¹⁵⁶但对有效性尚无研究。此外，向儿童和青少年提供资源密集度较低的休闲活动是一种不针对特定毒品的流行预防干预措施，但这些活动在减少吸毒或吸毒风险因素方面的效果尚未得到实证研究。从理论上讲，这些活动实际上构成了健康成长环境的一个要素。然而，尚不清楚它们是否会产生预防吸毒的效果。对旨在提升个人技能和社会技能的课后活动方案有效性的研究指出，在一般情况下，包括吸毒在内的危险行为只有在某些条件下可以预防，也就是说，前提是要开展系列相互关联、彼此协调的活动，采用互动方法，至少要有一部分活动专门发展个人技能或社会技能并明确针

¹⁵⁴ Alexander C. Wagenaar 和 Traci L. Toomey，“最低饮酒年龄法律的效果：1960-2000 年文献综述和分析”，《酒精研究杂志》，增刊第 14 期（2002 年），第 206-225 页。

¹⁵⁵ A. Calafat、J. Montse 和 M. A. Duch，“夜生活预防干预措施：评价”，《瘾癖》，第 21 卷，第 4 期（2009 年），第 387-414 页。

¹⁵⁶ S. Geidne、M. Quennerstedt 和 C. Eriksson，“青年体育俱乐部应是一个促进健康的环境：综合研究评价”，《斯堪的纳维亚公共卫生期刊》，第 41 卷，第 3 期（2013 年），第 269-283 页。

对有关技能。¹⁵⁷在这种情况下，课外活动方案不仅仅是一个单独的方案，更是一个提供生活技能的环境。

指导方案是课后活动方案的另一种方法。一般成年人如果每周与儿童或青少年共度一段固定的休闲时光，则对处于平均风险水平的青少年的一般风险行为（包括吸毒）具有适度预防效果。¹⁵⁸针对很大比例的少数民族和弱势青少年群体的指导方案可望降低被指导者开始饮酒的风险29%，而对其他毒品使用的效果则比较罕见。¹⁵⁹

利用娱乐场所的大多数预防方案均由多个部分组成，包括关于其所负责饮品服务的工作人员和管理人员培训与醉酒顾客管理的不同组合；修订法律和政策，例如涉及向未成年人或醉酒者提供酒精，或者涉及酒后驾驶；高调实施现有法律和政策；加强宣传，以提高对方案的认识和接受并改变态度和规范；以及向管理人员和工作人员提供治疗。工作人员培训、政策干预措施和执法可以减少醉酒。^{160,161}虽然通过培训夜生活场所的饮品服务工作人员或供应香烟的商贩可以成功教育烟酒商业供应方，但社区一级预防效果的成功只能指望规定得到执行，即加以控制和制裁。^{162,163,164}

卫生部门

社区卫生部门（如果与已经吸毒的个人保持联系）可以通过提供短暂干预措施，防止向吸毒疾患发展。这些干预措施包括为数不多的、有组织的短时间会谈，训练有素的保健工作人员或社会工作者在会谈中首先确定是否存在吸毒问题，然后提供基本的咨询或进一步转诊治疗。如果针对大麻吸毒并按照增强动机的方法，短暂干预措施在许多场合（学校、医疗中心或社区治疗中心）都行之有效。^{165,166}这种干预与为此目的的其他治疗干预措施的区别在于，其目的不是为了传递信息或传授技能；相反，它以顾客的普遍目标和特定毒品目标为中心主题，刺激矛盾

¹⁵⁷ Joseph A. Durlak、Roger P. Weissberg 和 Molly Pachan，“对旨在提升儿童和青少年个人技能和社会技能的课后活动计划的综合分析”，《美国社区心理学杂志》，第 45 卷，第 3 期和第 4 期（2010 年），第 294-309 页。

¹⁵⁸ D. L. DuBois 等人，“青年指导计划的有效性：综合分析评价”，《美国社区心理学杂志》，第 30 卷，第 2 期（2002 年），第 157-197 页。

¹⁵⁹ R. E. Thomas、D. Lorenzetti 和 W. Spragins，“指导青少年预防吸毒和饮酒”，《Cochrane 系统评价数据库》，第 2 期（2011 年）。

¹⁶⁰ L. Bolier 等人，“夜生活中的酒精和毒品预防：实验研究评价”，《药物使用与滥用》，第 46 卷，第 13 期（2011 年），第 1569-1591 页。

¹⁶¹ I. Brennan 等人，“1989-2009 年对特许烟酒店内及附近的骚乱和严重醉酒的干预措施”，《毒瘾》，第 106 卷，第 4 期（2011 年），第 706-713 页。

¹⁶² Bolier 等人，“夜生活中的酒精和毒品预防”（见脚注 160）。

¹⁶³ Lindsay F. Stead 和 Tim Lancaster，“防止向未成年人贩卖烟草的干预措施”，《Cochrane 系统评价数据库》，第 1 期（2005 年）。

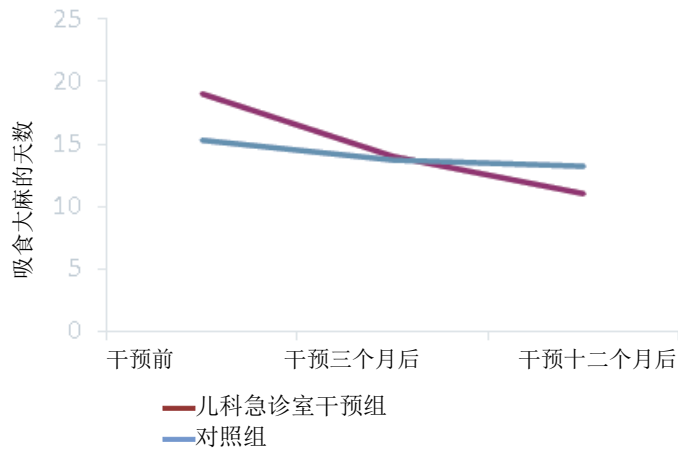
¹⁶⁴ Joseph R. DiFranza，“哪些防止向未成年人贩卖烟草的干预措施有望减少吸烟？”，《烟草管制》，第 21 卷，第 4 期（2012 年），第 436-442 页。

¹⁶⁵ T. Carney 等人，“对青少年吸毒的学校短暂干预措施和行为结果”，《Cochrane 系统评价数据库》，第 2 期（2014 年）。

¹⁶⁶ E. Barnett 等人，“对青少年吸毒的动机访谈：文献综述”，《成瘾行为》，第 37 卷，第 2 期（2012 年），第 1325-1334 页。

心理并促进做好改变的准备，同时支持个人的自主性。图27说明了短暂动机干预12个月后的效果。此项措施在美国由同伴教育者参观儿科急诊室时实施，旨在探讨禁止或减少14-21岁青少年吸食大麻行为及其相关后果。¹⁶⁷青少年和青壮年如果接受了短暂动机干预，就会减少大麻吸毒的频率。

图 27. 青少年和青壮年接受儿科急诊室的短暂干预后使用大麻的频率



资料来源：Bernstein 等人，“在儿科急诊室减少青年和青壮年使用大麻的筛查和短暂干预”（2009 年）。

媒体

在社会层面上，除了供应情况和承担能力，纵容吸毒的规范构成了吸毒的风险因素（见图15）。如前所述，承担能力和供应情况可能会受到法律和法规执行的影响。法律法规也可理解为社会规范的正规表达式。儿童、青少年和青壮年感受到有关吸毒的规范的非正式方式是同伴、父母、老师、邻居和其他社区成员表达的赞同或不赞同。媒体宣传是影响这些非正式社会规范的一种方式。为提高对毒品相关问题的认识并加强对其关注而开展宣传活动或扩大媒体报道往往是国家或社区项目一个组成部分，有迹象表明其对烟草消费存在影响积极。¹⁶⁸然而，不能期望此类活动直接影响吸毒行为。尽管有观察数据表明美国抵制甲基苯丙胺活动期间青少年群体同期吸毒有所减少，但并无严谨的研究证实这些结果。¹⁶⁹高质量的有效性研究表明，传统媒体和新媒体打击非法毒品的公共服务公告对吸毒并无显著影响，甚至有可能削弱年轻目标群体的反大麻规范倾向而适得其反。¹⁷⁰

¹⁶⁷ E. Bernstein 等人，“在儿科急诊室减少青年和青壮年大麻吸毒的筛查和短暂干预措施”，《理论急诊医学》，第 16 卷，第 11 期（2009 年），第 1174-1185 页。

¹⁶⁸ D. P. Hopkins 等人，“有关减少吸烟和二手烟的干预措施评价”，《美国预防医学杂志》，第 20 卷，第 2 期，增刊第 1 期（2001 年），第 16-66 页。

¹⁶⁹ M. Ferri 等人，“预防年轻人非法吸毒的媒体宣传”，《Cochrane 系统评价数据库》，第 6 期（2013 年）。

¹⁷⁰ D. Werb 等人，“打击非法毒品的公共服务公告的有效性：系统评价与综合分析”，《流行病学与公众健康》，第 65 卷，第 10 期（2011 年），第 834-840 页。

未来之路

本节评价和提出的科学证据表明，目前存在有效可行的干预措施和政策，可用于预防毒品。然而，证据和有效性研究之间的差距指出，还需要更多影响评价。如何接触到具有高度脆弱性的群体仍然是一个挑战，同时，如何将理想条件下制定的干预措施因地制宜地适用于现实环境的问题尚未得到充分解决。

号称预防毒品的许多活动其实并无证据支持，其覆盖面非常有限，而活动质量说得再好也尚未可知。毒品和犯罪问题办公室与其他国际组织一道，试图通过《关于预防吸毒的国际标准》填补证据空白。标准明确列出了有效的干预措施和政策，以及与积极预防效果有关的特征。此外，欧洲毒品和毒瘾监测中心《欧洲毒品预防的质量标准》就如何实施高质量的干预措施提供了支助，同时还开发了其他的出色工具。

总之，各国需要放弃一个模式，即由单枪匹马的善意个人实施的预防吸毒模式，因为这些个人实施干预往往出于一时兴起。干预措施应根据具体情况系统地采用和扩大利用循证工具，支持实践者和决策者发展自己的知识、技能和能力，并凝聚大量能够通过有效预防吸毒促进儿童、青少年、家庭和社区安全、健康发展的真正预防专家。

E. 戒毒治疗

吸毒疾患治疗和戒毒治疗

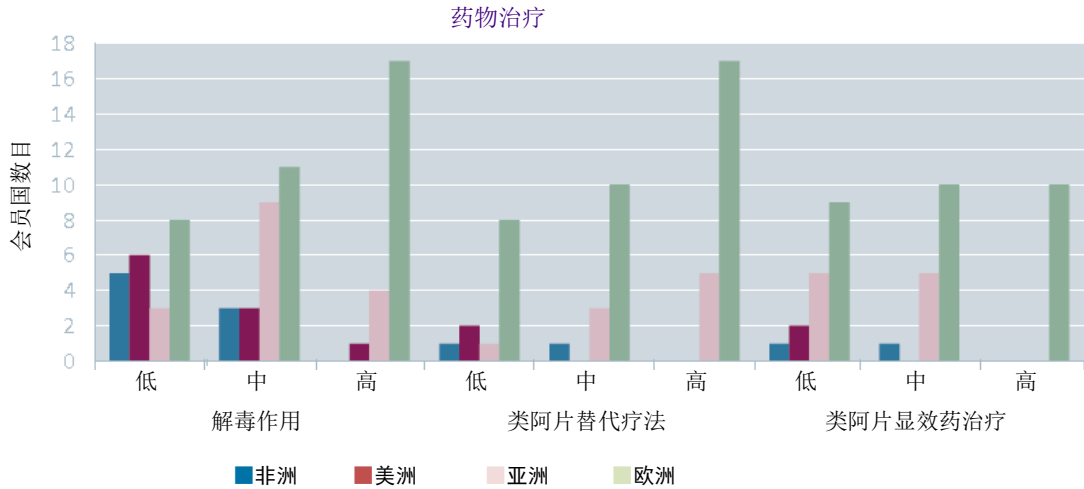
估计全球每年平均有六分之一吸毒患者或吸毒成瘾者接受治疗，很显然，大多数国家这方面服务的可获得性和可用性十分有限。¹⁷¹这些人口的大约十八分之一在非洲，相比之下，五分之一在西欧和中欧，这一事实显示了区域之间的巨大差异。这些数字不包括很大比例尚未上瘾但仍需干预措施来防止其与吸毒相关的能力障碍和并发症加剧的吸毒者。

区域差异也存在于吸毒者接受治疗的主要毒品方面，其中大麻是非洲报告的主要毒品，大麻、可卡因以及在较小程度上的类阿片是北美报告的主要毒品，而拉丁美洲报告的主要毒品是可卡因和大麻。在亚洲，类阿片仍然是吸毒者接受治疗的主要毒品类型，其次是苯丙胺类兴奋剂和大麻。在欧洲，仅次于类阿片的是大麻、可卡因和苯丙胺类兴奋剂；而在大洋洲，仅次于大麻的是类阿片和苯丙胺类兴奋剂。然而，应当指出的是，治疗需求在凸显令人关切的主要毒品的同时，也反映了可用戒毒治疗服务的性质。

虽然不同干预措施的提供情况存在区域差异，但在全球范围内，社会心理干预特别是咨询和社会援助服务多于其他干预措施，也更容易获得。事实上，三分之一以上的国家报告称提供了社会心理、康复和善后照顾服务，而只有不到四分之一的国家报告称提供了药物干预措施（见图 28-30）。

¹⁷¹ 根据对年度报告调查表有关戒毒治疗服务可用性和覆盖面的答复。另见 E/CN.7/2015/3 号文件。

图 28. 按区域分列的全球戒毒治疗服务状况

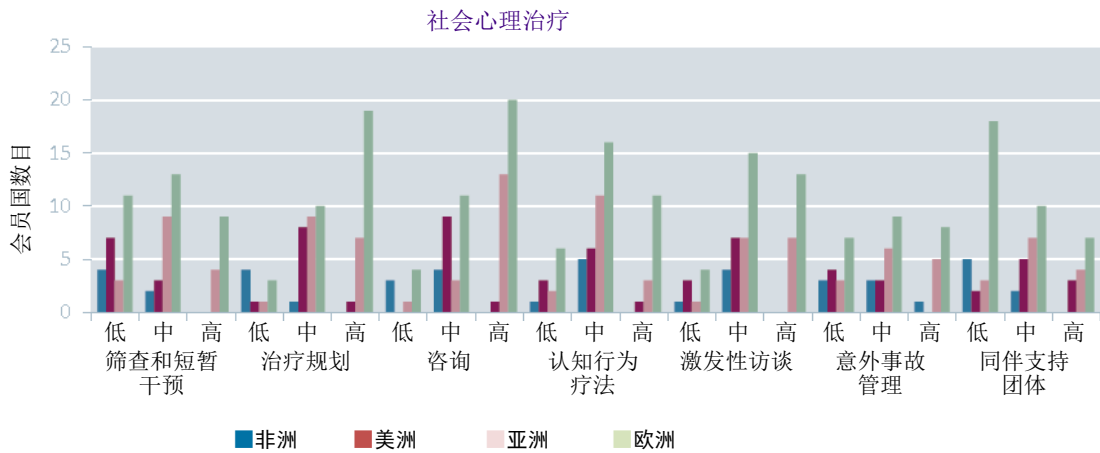


资料来源：年度报告调查表第二部分（2013 年会员国对戒毒治疗的答复）。

很难确定全球范围内不同类型干预的质量，但欧洲的药物和社会心理服务及干预措施的水平高于其他区域，特别是西欧和中欧，这一区域更多采取的是类阿片替代，这也反映了一个事实，即这一区域吸毒者接受治疗的主要毒品是类阿片。其他区域的各国政府可能还没有准备好用药物辅助治疗来应对吸毒成瘾问题，因而这些方案的覆盖面非常有限。

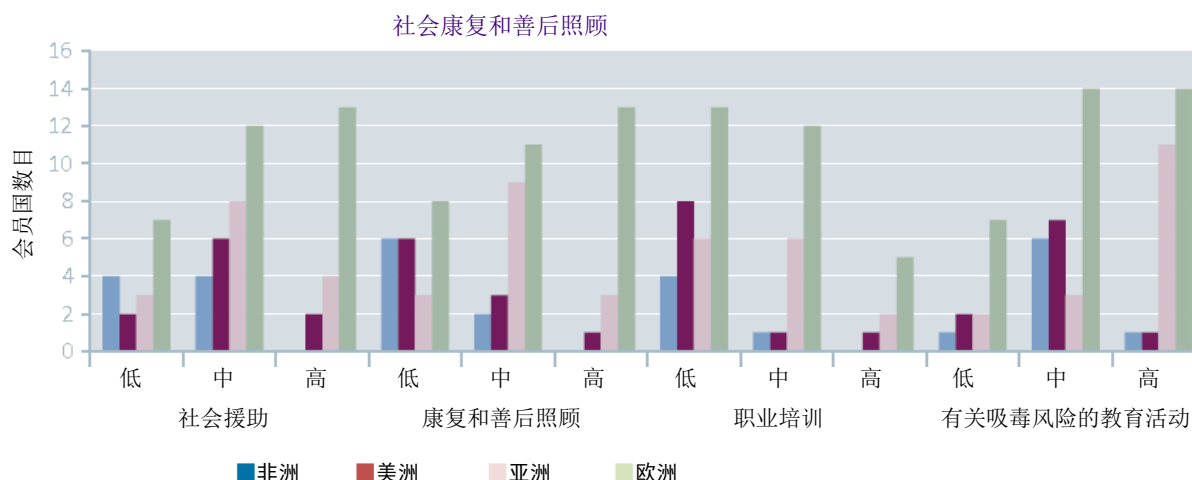
在非洲，咨询服务多于其他类型的干预，这一情况的原因可能在于大麻是该区域吸毒者接受治疗的最常见毒品。然而，该区域的大多数戒毒治疗服务都由专门的精神病院提供，这也许可以解释为什么非洲有相当数量的精神并发症治疗方面的干预措施，而非洲其他类型干预的缺乏也表明了对一般治疗需要的响应有限。

图 29. 按区域分列的全球戒毒治疗服务状况



资料来源：年度报告调查表第二部分（2013 年会员国对戒毒治疗的答复）。

图 30. 按区域分列的全球戒毒治疗服务状况



资料来源：年度报告调查表第二部分（2013 年会员国对戒毒治疗的答复）。

大多数国家不仅提供的吸毒疾患治疗和戒毒治疗服务有限，而且干预护理总体缺乏连续性，而这正是充分解决需要干预措施者的吸毒疾患和成瘾问题所需要的。本节概要介绍了戒毒治疗实际所需的服务，特别是将其当作一种慢性疾病时，以及如何衡量其有效性。

慢性病护理与急性病治疗理念：干预的连续性

科学证据表明，吸毒疾患和成瘾的形成是反复接触毒品行为与生物和环境因素之间的复杂的多重因素相互作用的结果。近几十年来，对吸毒成瘾的认识已取得了重要进展，认识到这是一个复杂的、多方面的复发型慢性病。因此，这种病症需要持续的多学科护理和干预措施。¹⁷²

这些研究结果让人们制订有效的预防和治疗策略越来越感兴趣。¹⁷³现已众所周知的是，吸毒疾患是一种可预防、可治疗的健康问题，有效、全面、多学科的干预措施可用来满足受影响个人的不同需求。¹⁷⁴但非常重要的一点是，要认识到这种疾病的长期性，以及慢性病不能也不应该当作急性病来治疗，现代医学已为此提供了无可辩驳的证据。¹⁷⁵

有关急性病和慢性病的治疗理念存在根本差异。细菌感染、阑尾炎和骨折等急性病往往有清晰可辨的病因（如感染原、身体创伤等等），并可在相对较短的时间内得到治疗。急性病的症状可能非常激烈而具有破坏性，但得到治疗者一般会恢复，并无功能的持续退化。一个人可能会再次骨折或感染，但这样的状况被视为新发病症，而不是旧病复发。急性病的治疗服务通常是一系列孤立的——筛查、入院、即时检测、治疗过程、出院和短暂“善后护理”，服务关

¹⁷² 毒品和犯罪问题办公室和世卫组织，“戒毒治疗原则”，讨论文件，2008 年 3 月。

¹⁷³ Michael Dennis 和 Christy K. Scott，“按慢性病症管理成瘾”，《成瘾科学和临床实践》，第 4 卷，第 1 期，（2007 年），第 45-55 页。

¹⁷⁴ 同上。

¹⁷⁵ A. Thomas McLellan 等人，“重新审视对成瘾治疗的评价：从回顾跟踪到并行恢复监测”，《毒瘾》，第 100 卷，第 4 期（2005 年），第 447-458 页。

系随即终止。个人、家庭或社区对出院的印象就是“痊愈了”，事实也往往如此。但随后的长期恢复需要自我维持，没有持续的专业协助。^{176,177}

比较而言，糖尿病、哮喘和高血压等慢性健康问题受多种生理、心理和社会因素影响，其中一些因素并不能清楚认定。生活方式或个人行为选择常常会密切参与这些疾病的发生和发展过程。¹⁷⁸慢性病有多种有效治疗，但往往比急性病治疗更复杂、更漫长，而且往往不能“痊愈”，或者无法得到与急性病治疗相同的结果。但已发现对慢性病的多种治疗干预措施非常有效。这些慢性病的治疗有三个重要的共同特征：¹⁷⁹

- (a) 它们通常可以消除或减轻症状，而不一定去除病根。例如，只要患病个人坚持治疗，即持续服用药物，β阻滞剂可降低血压，胰岛素可提高人体消化糖类的能力；
- (b) 为了最大限度地发挥其益处，所有慢性病的治疗都需要患者显著改变其行为和生活方式。此外，如果糖尿病患者不降低糖分摄入量或加强体育锻炼，即使遵医嘱定期服用胰岛素，疾病仍会继续发展；
- (c) 鉴于导致慢性病的因素的复杂性以及对持续医疗护理和生活方式改变的需求，各种慢性病都很可能复发就不足为奇了。

由于这些原因，大多数现代慢性病治疗策略都涉及定期监测服药坚持情况，同时鼓励和支持有利于健康的行为改变，并由受过训练的家庭成员提供支持，从而为维持良好生活质量所必要的行为改变提供持续监测和援助。因此，必须为戒毒治疗提供的或者能有效果的“仅仅”是合格的系统化科学方法，与治疗糖尿病或高血压等其他慢性健康问题类似。

戒毒治疗聊胜于无？

治疗效果

四十多年来，科学研究表明，对吸毒疾患的有效治疗帮助吸毒成瘾者戒断毒品，防止复吸，减少他们参与犯罪，改变其他不正常行为，为其家庭和社区做出积极贡献。¹⁸⁰有效治疗通常包括多种因素——药物、行为疗法和社会支持——每个因素针对疾病的某个特定方面，解决个人的特殊问题，满足特殊需求。¹⁸¹

妇女治疗方案

¹⁷⁶ Y. I. Hser 等人，“戒毒治疗职业：概念框架和现有研究结果”，《戒毒治疗期刊》，第 14 卷，第 6 期（1997 年），第 543-558 页。

¹⁷⁷ R. L. Stout 等人，“戒酒成本效益最优化：延长病例监测的理由”，《成瘾行为》，第 24 卷，第 1 期（1999 年），第 17-35 页。

¹⁷⁸ Thomas Bien、William R. Miller 和 J. Scott Tonigan，“对酒精问题的短暂干预：评价”，《毒瘾》，第 88 卷，第 3 期（1993 年），第 315-335 页。

¹⁷⁹ Sondra Burman，“清醒的挑战：无需治疗的自然恢复与自救计划”，《戒毒治疗期刊》，第 9 卷（1997 年），第 41-61 页。

¹⁸⁰ 美国卫生和公众服务部国家药物滥用研究所，《戒毒治疗原则：基于研究的指导》，第三版，美国国家卫生研究院出版物编号：12-4180（2012 年）。

¹⁸¹ 同上。

研究表明，目前的成瘾治疗方案对不同年龄和性别群体都有效。¹⁸²妇女治疗方案的评价研究表明，参加区分性别方案的妇女较之参加不区分性别方案的妇女有更好的治疗效果和重要的生活改善，因为区分性别方案除药物治疗和行为治疗外，还满足妇女的独特治疗需求。这些干预措施可能包括解决妇女中更为普遍的社会心理问题，如儿童保育和就业支持、家庭问题、精神并发症，以及心理问题，如虐待儿童、儿童创伤和受害。^{183,184,185}

青少年治疗方案

若干大型研究的结果^{186,187}清楚表明，治疗方案可减少毒品和酒精的使用，提高在校表现并减轻问题行为的性质和程度。国家药物滥用研究所支持的青少年戒毒治疗效果研究评价了23项社区青少年治疗方案，这在本质上涉及了同伴关系、教育问题和家庭问题，如亲子关系和父母吸毒。这些方案还包括成年人治疗方案的要素，如参与集体治疗和十二步方案。参与这些治疗方案的青少年报告称加强了心理调节，而坚持长期治疗则在多项标准方面产生了更好的结果。然而，还需要针对青少年的策略，促使他们坚持并完成治疗，从而将戒毒治疗的效果最大化。¹⁸⁸

治疗成本和效益

除患者康复及随后的健康和社会意义之外，戒毒治疗一个明显的主要好处是成本因素，因为调查研究表明，在治疗上的花费具有成本效益。^{189,190,191}至少，收益投资比为3:1（每投资1美元，则收益3美元），如果从更广泛意义上计算，将犯罪、保健和社会生产力也考虑在内，则收益投资比可上升到13:1。¹⁹²

¹⁸² 同上。

¹⁸³ S. F. Greenfield 等人，“妇女戒毒治疗的开始、保持和效果：文献回顾”，《药物和酒精依赖》，第 86 卷，第 1 期（2007 年），第 1-21 页。

¹⁸⁴ R. E. Claus 等人，“对妇女区分性别的戒毒治疗是否会促进护理的持续性？”，《戒毒治疗期刊》，第 32 卷，第 1 期（2007 年），第 27-39 页。

¹⁸⁵ 联合王国国民保健服务国家药物滥用治疗机构，“接受戒毒治疗的妇女：最新数字揭示真相”，2010 年 3 月。

¹⁸⁶ Y. I. Hser 等人，“对美国四个城市青少年戒毒治疗的评估”，《普通精神病学文献》，第 58 卷，第 7 期（2001 年），第 689-695 页。

¹⁸⁷ Kimberly R. Martin，“青少年治疗计划可减少吸毒并带来其他改进”，《国家药物滥用研究所说明》，第 17 卷，第 1 期（2002 年）。

¹⁸⁸ 同上。

¹⁸⁹ Paul G. Barnett 和 Ralph W. Swindle，“住院患者戒毒治疗的成本效益”，《健康服务研究》，第 32 卷，第 5 期（1997 年），第 615-629 页。

¹⁹⁰ Paul G. Barnett 和 Stanley S. Hui，“美沙酮维持治疗的成本效益”，《蒙特西奈医学杂志》，第 67 卷，第 5 期和第 6 期（2000 年），第 365-374 页。

¹⁹¹ L. W. Gerson 等人，“经治疗或未经治疗的医疗补助吸毒患者对医疗保健的采用”，《戒毒治疗期刊》，第 20 卷，第 2 期（2001 年），第 115-120 页。

¹⁹² William S. Cartwright，“吸毒的经济成本：财务、患病代价与服务”，《戒毒治疗期刊》，第 34 卷，第 2 期（2008 年），第 224-233 页。

如果算上每一项成本，则可发现戒毒治疗比监禁或完全缺乏治疗的成本都低。¹⁹³戒毒治疗在减少吸毒及其相关的健康和社会成本方面具有成本效益，比不治疗吸毒者或者仅仅将吸毒成瘾者监禁等替代办法更便宜。例如，在美国，美沙酮维持治疗一整年的平均成本大约是每名患者4,700美元，而入狱一整年的费用约为每人18,400美元。¹⁹⁴在联合王国，据估计，2010-2011年期间有不到16.5万人因海洛因和/或“快克”成瘾而接受治疗，估计由此而防止了490万起可能发生的犯罪，如入室盗窃、抢劫和店内行窃。¹⁹⁵

尽管许多治疗活动最初都属于资源密集型，但为治疗每投资1美元，将通过降低生产力损失、减少社会服务的利用及犯罪而产生高达10美元的收益。¹⁹⁶如果把保健相关节省考虑进去，总收益超过成本的比例可达12:1。对个人和社会的主要节省还来自人际冲突的大幅减少、工作效率的提高以及涉毒事故的减少。

戒毒治疗为什么往往被认为无效

科学证据明确显示，对吸毒成瘾者而言现有的最佳治疗方法是那些持续治疗，能够解决众多生活领域的多个问题——如医疗症状和精神症状以及社会不稳定，让他们能很好地融入社区，让个人求诊方便。

认为治疗无效的看法的主要差异在于，未在与其它慢性病所用的同样假设条件下提供和评价戒毒治疗服务。在这方面特别重要的是，极少按适于慢性健康问题的持续护理模式提供戒毒治疗。事实上，除美沙酮维持治疗和十二步方案之外，当代大多数戒毒治疗均采取急性病治疗方式。

吸毒成瘾者往往会获准参加30-90天门诊康复计划，¹⁹⁷极少配备医疗监护或药物。这一疗程之后他们通常会退出计划，因而，虽然治疗意图和总体目标可能被治疗领域的人员概念化为持续治疗，但在操作上，成瘾治疗的方式与骨折或与急性感染患者的治疗方式没什么两样。

效果评价一般在治疗结束后6-12个月进行。所有这些评价的主要（有时唯一）衡量是患者退出计划后是否持续戒断。换言之，政策制定者和社会大众普遍忽略了一个事实，那就是患者在治疗期间极有可能出现显著的症状减轻（强迫性用药）以及心理社会功能改善，而治疗效果的衡量仅基于治疗前后的结果，这种方式适用于急性病治疗。

如果将这些目标和这种治疗/评价策略应用于假定的高血压治疗方案，让达到高血压诊断标准的患者参加30-90天门诊的“高血压康复”计划，接受药物治疗、行为改变治疗、饮食教育和锻炼计划。由于思想局限，治疗最后几天会出于评价目标而逐渐减少用药，并将患者转诊到“来源社区”。评价小组将在六个月后再次联系患者，确定患者在整个治疗后期间是否持续保持血压正常。只有达到这一标准的患者才被视为“治愈”。显然，如果用于任何慢性病，包括吸毒成瘾，这种假定的治疗管理策略及其相关结果评价办法都显得荒谬。

¹⁹³ 美国卫生和公众服务部国家药物滥用研究所，《对刑事司法人员的戒毒治疗原则：基于研究的指导》，第三版，美国国家卫生研究院出版物编号：11-5316（2014年4月），第26-28页。

¹⁹⁴ S. L. Ettner 等人，“加利福尼亚治疗效果项目的效益——成本：戒毒治疗能‘自己买单’吗？”，《健康服务研究》，第41卷，第1期（2006年），第192-213页。

¹⁹⁵ 联合王国国民保健服务国家药物滥用治疗机构，“减少吸毒：戒毒治疗的影响”，2012年12月。

¹⁹⁶ 《国际麻醉品管制局2013年报告》（E/INCB/2013/1号文件）。

¹⁹⁷ McLellan 等人，“重新审视对成瘾治疗的评价”（见脚注175）。

就像高血压一样，吸毒疾患的症状在治疗过程中会得到控制。但是，一旦患者停止治疗，问题和症状的严重程度将再度显现，治疗效果只能在治疗过程中衡量，而不是在治疗结束后衡量。

如何衡量治疗的成功

正如上一节所讨论的那样，传统的戒毒治疗被视同急性病治疗，属于简单的以恢复/康复为导向的模式，假设相对较短的干预措施和服务之后患者即被治愈，然后结束治疗并期望继续恢复。¹⁹⁸正如麦克莱伦及其同事所指出的那样：¹⁹⁹“通常情况下，减少饮酒和吸毒的近期目标是必要的，但对实现改善个人健康和社会功能并减少对公众健康和安全威胁的长期目标而言远远不够。”此外，正如贝蒂·福特研究所共识小组对“痊愈”的定义，“痊愈”这个词不同于比如“癌症幸存者”，尚未得到公众的充分认识。²⁰⁰

因此，评价治疗效果的传统方法是在治疗结束后一定时间内联系患者，评价其是否保持了那些积极变化，包括结束治疗后仍“终止吸毒”。如研究所示，大多数患者停止治疗之后会复吸，从而产生了现有戒毒治疗无效的说法。

随着吸毒疾患日益被视为慢性病，戒毒治疗服务也采取了多种模式，其目的是在整个治疗过程中定期评估干预措施的有效性以及健康问题对个人整体福祉的影响。

所确定的与患者和社会相关的不同治疗效果范围包括：^{201,202,203}

- (a) 减少吸毒：加强或改善个人健康，包括身体改善和心理改善（含精神状况的改善）；
- (b) 改善社会功能，包括就业、家庭和社会关系；
- (c) 减少威胁公众健康和安全的行为，或者与传染病传播相关或与人身和财产犯罪相关的行为。

因此，有人认为，成瘾治疗效果评价时应采用临床和社会行为指标，以及作为实施标准治疗的一部分而经常对慢性病采用的重复测量程序。²⁰⁴

初级卫生保健机构的治疗

吸毒是全球有害健康的前20个风险因素之一，是发达国家有害健康的前10个风险因素之一。吸毒疾患常伴有较高的其他疾病风险，如艾滋病毒/艾滋病、肝炎、结核病、心血管疾病，以及

¹⁹⁸ 同上。

¹⁹⁹ 同上。

²⁰⁰ 贝蒂·福特研究所共识小组，“什么是痊愈？贝蒂·福特研究所的有效定义”，《戒毒治疗期刊》，第33卷，第3期（2007年），第221-228页。

²⁰¹ McLellan 等人，“重新审视对成瘾治疗的评价”（见脚注 175）。

²⁰² 世卫组织生活质量评估小组，“世界卫生组织生活质量评估：世界卫生组织立场文件”，《社会科学及医学》，第41卷，第10期（1995年），第1403-1409页。

²⁰³ Alexandre B. Laudent，“成瘾科学和临床实践中考虑生活质量的病例”，《成瘾科学和临床实践》，第6卷，第1期，（2001年），第45-55页。

²⁰⁴ McLellan 等人，“重新审视对成瘾治疗的评价”（见脚注 175）。

自杀和毒品过量死亡。注射吸毒是许多区域艾滋病毒和肝炎传播的主要方式。²⁰⁵此外，吸毒疾患患者要承担的医疗保健费用几乎是无此类疾患患者的两倍，使得保健成本水涨船高。²⁰⁶

尽管存在可以利用的有效治疗，但大多数染吸毒疾患患者从未接受过治疗。²⁰⁷希望或能够受益于吸毒疾患治疗的人数与实际得到服务的人数之间存在很大差距。²⁰⁸

存在这个问题的原因很多，主要因素之一是主流的大众卫生保健服务中未充分纳入吸毒疾患服务，以至于难以获得治疗。由于有那么多个人既需要戒毒治疗服务，也需要其他保健服务，因此这种整合的缺乏确实是一个问题。这个问题对脆弱群体尤为严重，因为他们获得卫生保健服务的渠道有限或者根本没有。

然而，数据表明，个人很少请初级保健医生筛查毒品相关问题。²⁰⁹服务提供者未发现吸毒问题的原因通常是不愿意应对这些疾病，这仍是早期诊断和治疗的最常见障碍之一。²¹⁰影响因素包括应付吸毒疾患的医疗培训不足、认为治疗无效的观点、诊断时间不够以及普遍感觉机能不全。^{211,212}

由初级卫生保健机构提供筛查和初诊服务是可行的；^{213,214}与仅仅依赖专门治疗相比，这样可为更多个人提供服务，向患者承诺更好的结果，^{215,216}并可整体降低卫生保健成本。²¹⁷毒品相

²⁰⁵ 毒品和犯罪问题办公室及世卫组织，《毒品和犯罪问题办公室-世卫组织药物依赖性治疗和护理联合方案》，（2009年）。

²⁰⁶ C. Boyd 等人，“明确罹患多种疾病状况，加强针对医疗补助人群提供临床服务”，《医疗补助数据面面观系列丛书》（新泽西州哈密尔顿卫生保健战略中心，2010年12月）。

²⁰⁷ W. M. Compton 等人，“美国 DSM-IV 吸毒和成瘾的流行率、相关因素、能力障碍和精神并发症：国家酒精成瘾及相关疾病的流行病学调查结果”，《普通精神病学文献》，第 64 卷，第 5 期（2007 年），第 566-576 页。

²⁰⁸ 美利坚合众国卫生和公众服务部物质滥用和精神健康服务管理局，《2011 年全国吸毒与健康调查：全国调查结果摘要》，《全国吸毒与健康调查系列丛书》第 H-44 号，卫生和公众服务部出版物第（SMA）12-4713 号（马里兰州罗克维尔，2012 年）。

²⁰⁹ D. Ernst、W. R. Miller 和 S. Rollnick，“初诊时的戒毒治疗：示范项目”，《国际综合护理期刊》，第 7 卷（2007 年）。

²¹⁰ C. M. Delos Reyes，“克服对成瘾治疗的悲观情绪”，《美国医学会杂志》，第 287 卷，第 14 期（2002 年），第 1857 页。

²¹¹ Bridget M. Kuehn，“尽管有益，医生却迟迟不肯对有害饮酒给出简明建议”，《美国医学会杂志》，第 299 卷，第 7 期（2008 年），第 751-753 页。

²¹² Brian Vastag，“临床医生对成瘾认识不足”，《美国医学会杂志》，第 290 卷，第 10 期（2003 年），第 1299-1303 页。

²¹³ Ernst、Miller 和 Rollnick，“初诊时的戒毒治疗”（见脚注 39）。

²¹⁴ B. K. Madras 等人，“在多个医疗点对非法吸毒和饮酒进行筛查、短暂干预、转诊治疗：开始治疗与六个月后的对比”《药物和酒精依赖》，第 99 卷，第 1-3 期（2009 年），第 280-295 页。

²¹⁵ T. F. Babor 等人，“筛查、短暂干预、转诊治疗：吸毒管理的公共卫生方法”，《吸毒状况》，第 28 卷，第 3 期（2007 年），第 7-30 页。

²¹⁶ R. Saitz 等人，“初级卫生保健机构对不健康吸毒的筛查和短暂干预：需要随机临床试验”，《成瘾医学杂志》，第 4 卷，第 3 期（2010 年），第 123-130 页。

²¹⁷ Constance Weisner 等人，“将成瘾治疗纳入初级医疗保健：随机对照试验”，《美国医学会杂志》，第 286 卷，第 14 期（2001 年），第 1715-1723 页。

关问题的早期发现可以促进治疗，并最终减少伴随这些疾病的重大能力障碍和并发症。因此，对初级保健从业者至关重要是辨别并有效响应有吸毒问题的患者。

第一步是筛查和评价，以便能将临床发现纳入对吸毒疾患的潜在诊断中。诊断的时间把握至关重要，因为严重并发症发生之前以及在患者与毒品的关系超越其与家人和朋友的关系之前的早期干预最有效。²¹⁸吸毒疾患一经确诊，要么由初级保健医生实施干预，要么将患者转诊到相应专科接受治疗。虽然专业治疗方案仍然是黄金标准，但各种研究表明，早期干预的初级卫生保健的作用对治疗的成功至关重要。^{219,220,221,222}

有针对性的短暂干预措施可以作为有效的初级保健治疗模式，有关办公室短暂干预措施的研究已证明了这一点。^{223,224}评价初级医疗保健与成瘾治疗整合有效性的研究已证明了成本效益并改善了医疗结果。²²⁵例如，事实证明，得到初级保健服务的患者不太可能寻求昂贵的急诊和医院服务，²²⁶而为循证综合治疗每投资1美元，保健、安全和福利成本则可节省多达6美元。

将吸毒疾患服务纳入初级保健的工作面临着明显的障碍，其中许多属于政策层面的障碍。全球优先事项应该包括将戒毒治疗纳入主流的初级卫生保健服务，拓展并发展初级卫生保健从业者的特定能力，以便能提供当日服务，完善药物获取途径，并改善获得专业护理的途径。

F. 毒品供应状况

毒品种植和生产区域均无变化。世界大多数国家都存在大麻药草生产，而大麻脂的生产依然仅限于北非、中东和西南亚少数几个国家。²²⁷南美洲的三个安第斯国家实际继续包揽了全球几乎所有的古柯树种植，而全球绝大部分非法罂粟种植仍然集中在两个亚洲国家。合成毒品的制造很难定量评估，但各个区域都报告了苯丙胺类兴奋剂生产情况。近年来大量新型精神活性物

²¹⁸ S. Butterfield, “长期治疗成瘾患者”，《美国医师协会内科医生》，2009年6月。

²¹⁹ J. R. Mertens 等人，“医疗条件和初级保健服务对化学毒品依赖性患者吸毒五年的结果的影响”，《药物和酒精依赖》，第98卷，第1期和第2期（2008年），第45-53页。

²²⁰ M. L. Willenbring、S. H. Massey 和 M. B. Gardner, “帮助酗酒者：对初级保健医生的循证指导”，《美国家庭医生》，第80卷，第1期（2009年），第44-50页。

²²¹ S. Coulton, “饮酒无度”，《美国家庭医生》，第79卷，第8期（2009年），第692-694页。

²²² William E. Cayley Jr., “初级保健中短暂酒精干预措施的效果”，《美国家庭医生》，第79卷，第5期（2009年），第370页和第371页。

²²³ Willenbring、Massey 和 Gardner, “帮助酗酒者”，（见脚注220）。

²²⁴ Coulton, “饮酒无度”，（见脚注221）。

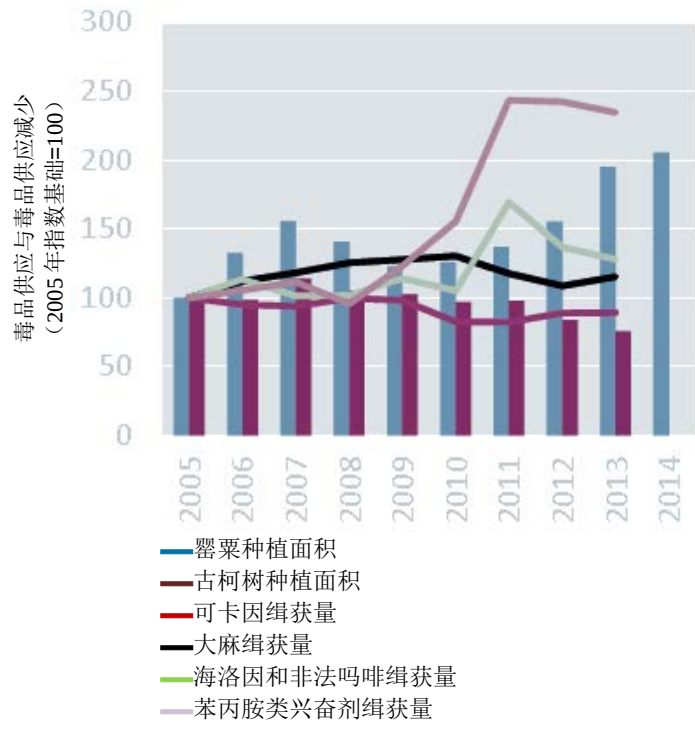
²²⁵ Weisner 等人，“将成瘾治疗纳入初级医疗保健”（见脚注217）。

²²⁶ Peter D. Friedmann 等人，“成瘾治疗患者与初级保健的关系机制会影响后续利用急诊和医院治疗吗？”，《医疗保健》，第44卷，第1期（2006年），第8-15页。

²²⁷ 毒品和犯罪问题办公室，《2014年世界毒品报告》。

质²²⁸的出现扩大了市场上出售的合成毒品的范围，但难以确定这些药物是否正在取代现有受国际管制的毒品。

图 31. 2005-2014 年全球毒品供应与毒品供应减少的主要指标趋势



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复及其他官方来源。

诠释毒品缉获

禁毒执法活动的直接指标——毒品缉获是那些最终拦截毒品的成功行动的结果，因此受执法资源和优先事项的影响。同时，缉获还是促进奠定毒品市场规模、毒品供应和贩运格局与趋势的关键因素之一，特别是在考虑了广阔地理范围以及分析了较长时间段的情况下。例如，可卡因缉获量的上升反映了可卡因从1990年代中期到2000年代前十年中期在欧洲的市场扩张。同样，2001年澳大利亚“海洛因荒”以及2007-2012年期间美国可卡因市场大幅缩水也通过缉获下降反映了出来。

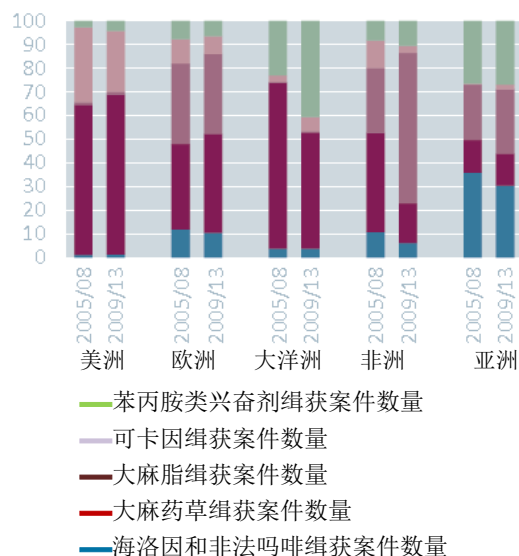
缉获信息可以作为一项强大的市场指标，尤其是与毒品价格和纯度等数据构成了三角态势。缉获量的下降加上毒品价格的上涨及纯度水平的下降可能表明毒品整体供应减少，而缉获量上升加上毒品价格下降和纯度水平的不断上升通常则被视为是毒品供应增加的良好指标。然而，毒品缉获量的不断增加与毒品价格的上涨和纯度水平的下降也可能表明执法活动加大力度，从而可能使毒品供应整体减少。

²²⁸ 为本报告之目的，新型精神活性物质分析包括氯胺酮。这一物质不同于其他新型精神活性物质，因为它被广泛应用于人类医学和兽医学，而大多数新型精神活性物质很少或根本没有用于医疗用途的历史。

应当指出的是，已报告的缉获涉及过去在特定地点发生的事件。在贩毒者迅速适应不断变化的风险和机遇的环境中，由缉获量数据推出的毒品贩运模式和流向并不一定具体反映贩运者目前的作案手法。同时，经验表明，一些主要贩毒路线一经建立即相当能适应变化。

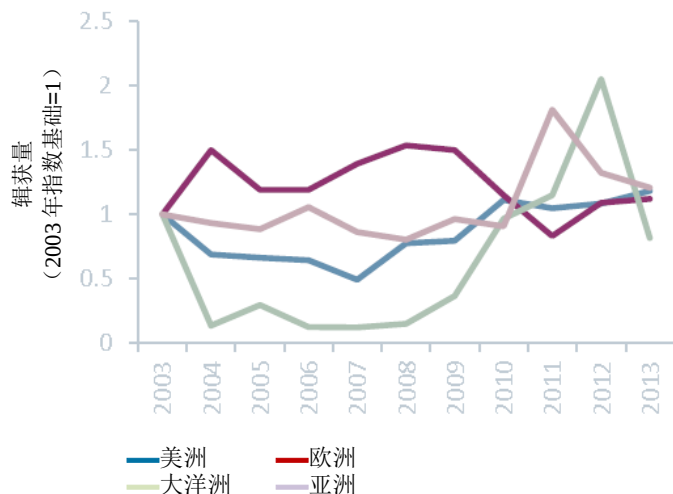
大麻仍然是世界上缉获最多的毒品，无论是就缉获案件数而言，还是就实际截获数量而言。这可能因为大麻市场是全球最大的毒品市场，有着极其广泛的贩运网络。

图 32. 2005-2008 年和 2009-2013 年按毒品和区域分列的全球缉获案件分布



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复及其他官方来源。

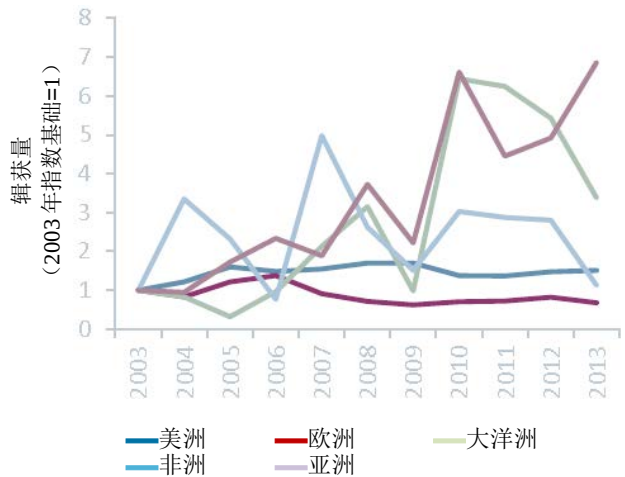
图 33. 2003-2013 年各区域海洛因和非法吗啡缉获量



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复及其他官方来源。

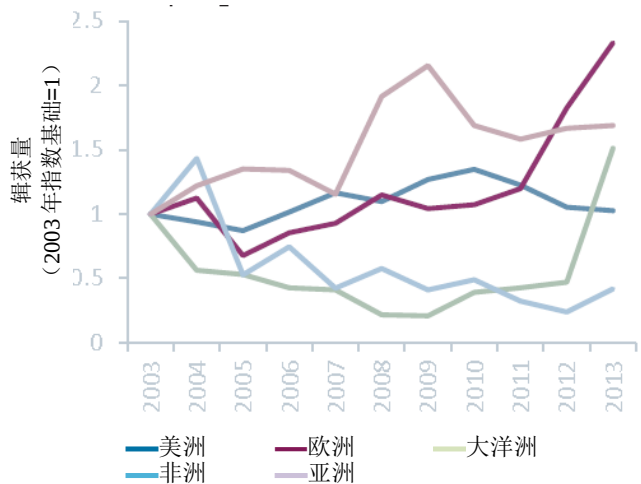
除海洛因/非法吗啡和苯丙胺类兴奋剂之外，过去十年的毒品总缉获量一直保持相对稳定。据报告，海洛因/非法吗啡缉获量在2011年达到峰值，从此受亚洲拦截次数增加的推动，开始了一个高缉获量时期。2003-2013年期间，除欧洲保持稳定外，所有区域的苯丙胺类兴奋剂截获都不断增加。这或许表明苯丙胺类兴奋剂市场在向过去没有此类毒品的地方扩张。

图 34. 2003-2013 年各区域可卡因缉获量



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复及其他官方来源。

图 35. 2003-2013 年各区域大麻药草缉获量



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复及其他官方来源。

毒品平均缉获量千差万别

海洛因/非法吗啡和苯丙胺类兴奋剂过去五年平均每次的缉获量不到1公斤，是全球范围内所有毒品类别中缉获量最少的毒品。缉获量最大的案件涉及大麻药草（平均约10公斤），而可卡因和大麻脂的平均缉获量分别为5公斤和3公斤。这些差异可能源于贩运作案手法的不同，即可卡因和大麻产品走私的货运量比其他毒品大。执法工作也可以根据毒品种类针对供应链的不同环

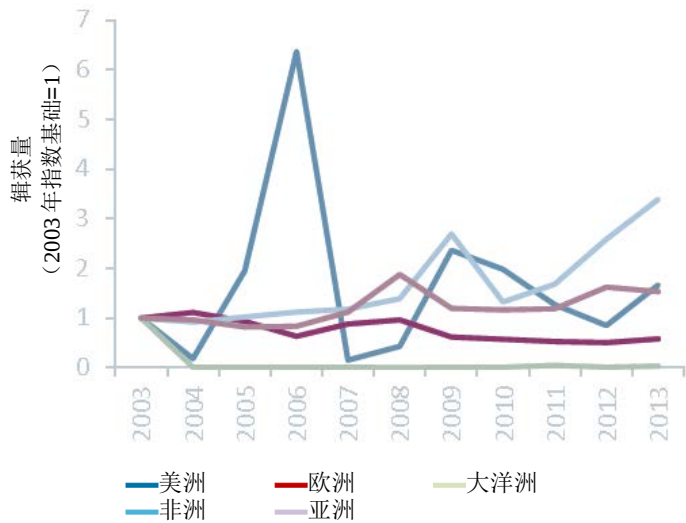
节。然而，在就此主题得出明确结论之前还需探讨其他因素，如毒品价格、市场规模、价值和结构、毒品供应链动态和结构，以及执法优先事项。

除苯丙胺类兴奋剂外的所有毒品缉获案件的平均缉获量在过去十年都有所减少。这可能反映了执法工作的针对性和供应链上贩运模式的变化，但也可能因为某些区域完善了对小缉获案件的报告。2003-2013年期间一些产品的平均缉获量略有下降：海洛因/非法吗啡从0.7公斤减少到0.5公斤；可卡因从6.2公斤减至4.6公斤；大麻脂从4.3公斤减至3.9公斤。不过，大麻药草的平均缉获量出现了大幅减少，从23公斤减至7.8公斤，而苯丙胺类兴奋剂的平均缉获量在此期间却翻了一番以上，从0.3公斤增至0.7公斤。

美洲是平均每次缉获量最大的区域。过去五年间，该区域的大麻药草缉获量平均为41公斤，而可卡因缉获量平均为13公斤，苯丙胺类兴奋剂缉获量平均为8公斤，海洛因/非法吗啡缉获量平均为3公斤；全都明显多于其他所有区域的同类数据。然而，值得注意的是，美洲所有毒品平均每次缉获量在过去十年都有所减少，缉获案件数量也有所减少，但苯丙胺类兴奋剂除外，这可能表明该区域苯丙胺类兴奋剂市场的扩张以及执法工作相对更加明确针对苯丙胺类兴奋剂的贩运。

在另一个极端，如果不分毒品类型，报告平均每次缉获量最少的区域是欧洲。过去五年间，该区域大麻脂平均每次缉获量为1.7公斤，而可卡因的缉获量平均为0.8公斤，大麻药草的缉获量平均为0.6公斤，海洛因/非法吗啡和苯丙胺类兴奋剂的缉获量平均为0.2公斤。欧洲缉获量小的原因可能在于执法工作对所有毒品类型供应链中下游的关注多于其上游，但这也可能只是反映了对缉获案件，尤其是小案件报告更充分的情况。

图 36. 2003-2013 年各区域大麻脂缉获量



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复及其他官方来源。

新贩运中心的兴起²²⁹

南美洲仍然是可卡因运往世界其他地区的主要启运中心。多民族玻利维亚国、哥伦比亚和秘鲁等可卡因生产国是可卡因出口到该区域其他国家的启运国（和过境国）。还有许多其他国家可能是从拉丁美洲向北美洲及西欧和中欧等主要消费市场贩运可卡因的过境点，而巴西（特别是自2010年起）和阿根廷是重大单项毒品缉获案件最常提到的可卡因过境国。

荷兰、摩洛哥和西班牙在单项毒品缉获案件报告中被称为大麻过去十年的主要启运国或过境国，如果考虑到2010-2014年的最近趋势，今后仍将如此。阿尔巴尼亚和阿根廷在过去五年中分别兴起为大麻启运国或过境国，证实了大麻种植和生产是动态而广泛的，贩运路线也处于不断变化之中。

海洛因产于三个不同区域。虽有单项缉获案件报告资料表明海洛因贩运路线始于阿富汗，但可用数据目前尚不能确定始于哥伦比亚和墨西哥的海洛因贩运或始于老挝人民民主共和国与缅甸的贩运的过境国。巴基斯坦在单项毒品缉获案件报告中被称为其他地方所缉获海洛因过境国的频率要高于其他国家。这证实了阿富汗海洛因在从阿富汗经巴基斯坦向南走私，但这也可能表明，目的地国家的执法更成功地打击了这一贩运路线，和/或针对这一路线报告的缉获货物最后启运国数据比针对其他路线的数据更完善。

虽然罂粟是在东南亚种植，单项毒品缉获案件报告表明，该区域的两个鸦片种植国，老挝人民民主共和国与缅甸，似乎都不是海洛因贩运的重要启运中心。这或许因为阿富汗海洛因独霸全球市场的事实，但也可能反映了报告单项缉获案件的国家并非东南亚所产海洛因的市场。

大多数缉获都发生在公路和铁路，但缉获量最大的是海上和港口²³⁰

过去十年间，贩毒者采用不同运输方式的频率并没有很大变化。公路和铁路贩运在2009-2014年期间报告的单项缉获案件中占了近一半，是全球贩运者最常用的运输方式，此外还有航空贩运。公路和铁路拦截的毒品货运平均每次缉获量大幅增加，从2006-2008年期间的68公斤增至2009-2014年期间的107公斤。

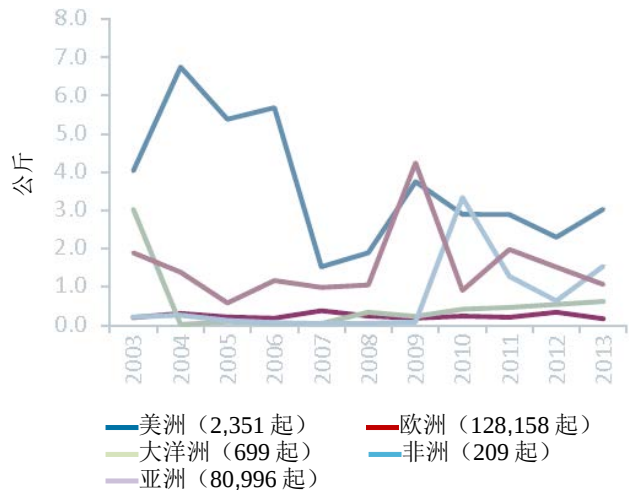
海上贩运占过去六年所有报告缉获案件数量的8%，就单项缉获案件数量而言，仍然是最不常用的运输方式，但海上缉获量往往相对很大。2009-2014年期间每次海上缉获的平均重量为365公斤（2006-2008年期间为250公斤），是目前三种运输方式中平均缉获量最大的方式。这证明海上货运拦截可能对走私毒品总量以及贩运流和非法毒品全球供应的影响最大。例如，2013年澳大利亚边界最常检测到的毒品输入方法是邮政包裹，但仅仅三次海上缉获的数量就占了该国当年拦截海洛因总重量的74%。

航空贩运更加频繁，但截获数量仍然相对较小。2009-2014年期间航空贩运毒品的缉获占全球缉获案件的46%，但平均每次截获数量要小得多，只有10公斤。这意味着在2006-2008年期间平均每次缉获6公斤的水平上有所增加，可能表明涉及航空货运的缉获较之空运携毒者贩运有所增加。

²²⁹ 本节基于单项毒品缉获数据库的数据。要求报告国提供毒品供应国信息（如为单独装运的货物，则为启运国）。为本节之目的，此类地方即为毒品过境点。

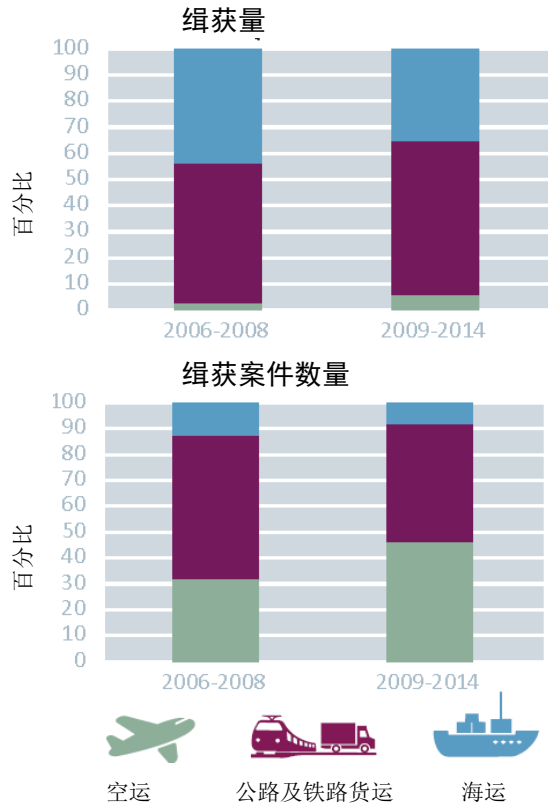
²³⁰ 本节基于单项毒品缉获数据库的数据。

图 37. 2003-2013 年各区域海洛因/非法吗啡缉获案件的平均缉获量



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复及其他官方来源。
注：括号内数字为 2013 年海洛因/非法吗啡缉获案件数量。

图 38. 2006-2008 年和 2009-2014 年单项毒品缉获案件报告的运输方式



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，单项毒品缉获数据库。
注：主要运输方式分布不包括运输方式不明、不适用或属于“其他情况”的案件。此分析基于 2006-2008 年的 20,326 起案件 (1,445 吨) 及 2009-2014 年的 47,319 起案件 (3,945 吨)。

表 5. 2005-2014 年重大单项毒品缉获案件（缉获海洛因和可卡因 100 克以上，缉获大麻 1 公斤以上）接受国报告的各种毒品的主要过境国

可卡因（碱、盐和快克）			海洛因（碱和盐）			大麻（草药、树脂、油）		
过境国	被单项缉获案件称为过境点的总次数	报告将其称为过境国的国家数目	过境国	被单项缉获案件称为过境点的总次数	报告将其称为过境国的国家数目	过境国	被单项缉获案件称为过境点的总次数	报告将其称为过境国的国家数目
阿根廷	2,101	45	阿富汗	21	6	丹麦	57	3
多民族玻利维亚国	530	19	印度	44	11	希腊	36	8
巴西	1,747	56	哈萨克斯坦	23	1	摩洛哥	4,308	24
哥伦比亚	1,061	31	吉尔吉斯斯坦	42	3	荷兰	117	10
哥斯达黎加	624	34	荷兰	30	4	巴基斯坦	76	24
多米尼加共和国	1,313	20	巴基斯坦	3,216	178	巴拉圭	117	7
厄瓜多尔	410	22	西班牙	29	4	葡萄牙	28	11
巴拿马	305	18	塔吉克斯坦	128	4	圣文森特和格林纳丁斯	33	7
秘鲁	897	25	土耳其	45	7	西班牙	846	33
委内瑞拉玻利瓦尔共和国	587	27	阿拉伯联合酋长国	43	15	斯威士兰	32	3

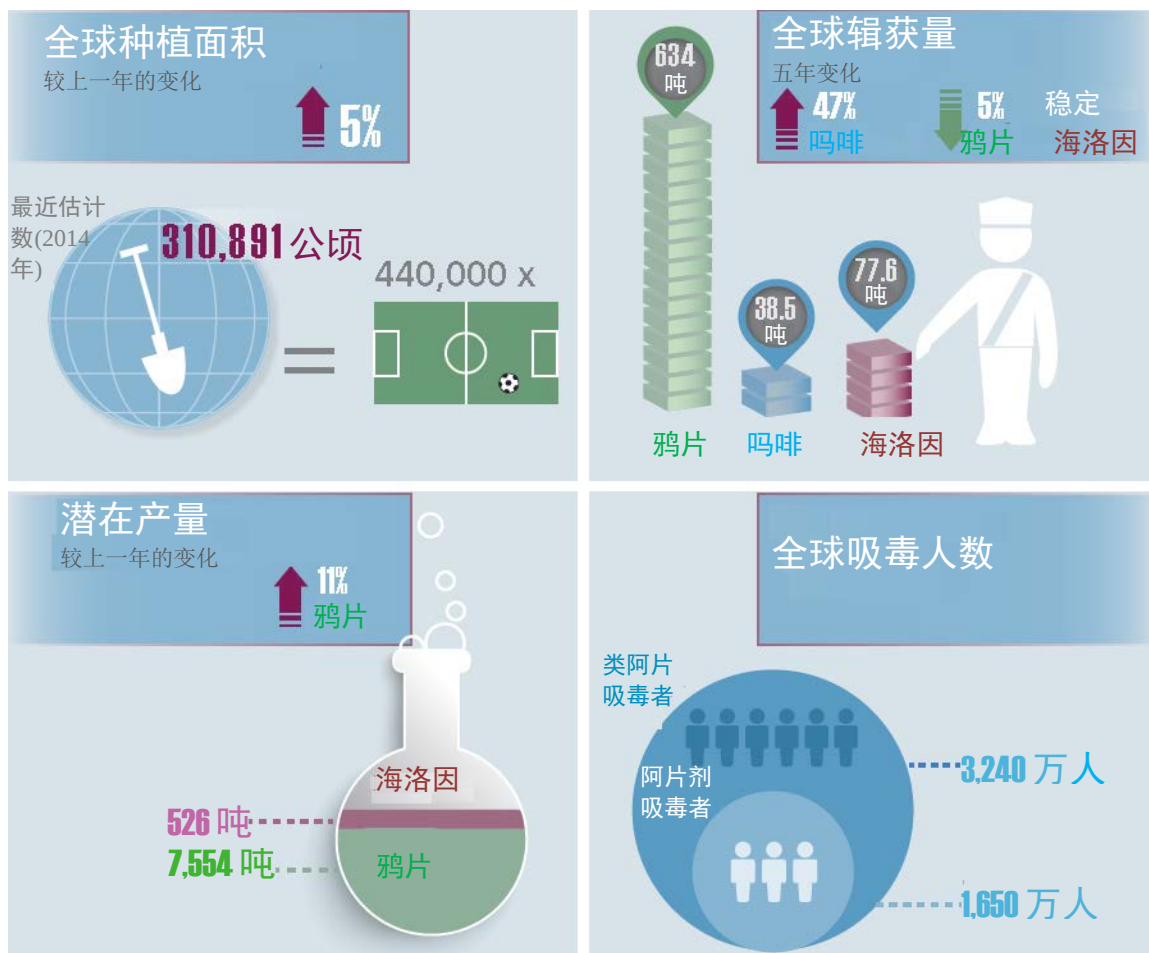
资料来源：毒品和犯罪问题办公室，重大单项毒品缉获数据库。本表数据反映了缉获地国家报告的过境国，尚未经所提及的过境国验证。

注：有关重大单项毒品缉获案件报告的主要过境国信息基于 11,441 起大麻案件、11,864 起可卡因案件和 4,041 起海洛因案件。本表列出了被称为过境点次数最多的十个国家。所提供数字指 2005-2014 年的 10 年期间向毒品和犯罪问题办公室报告的重大单项毒品缉获案件中称为最后启运点/过境点的次数，以及提及它们的不同报告国数目。应当指出，一些主要消费国并没有报告过境国和启运国。

G. 各类毒品市场分析

阿片剂

关键数字



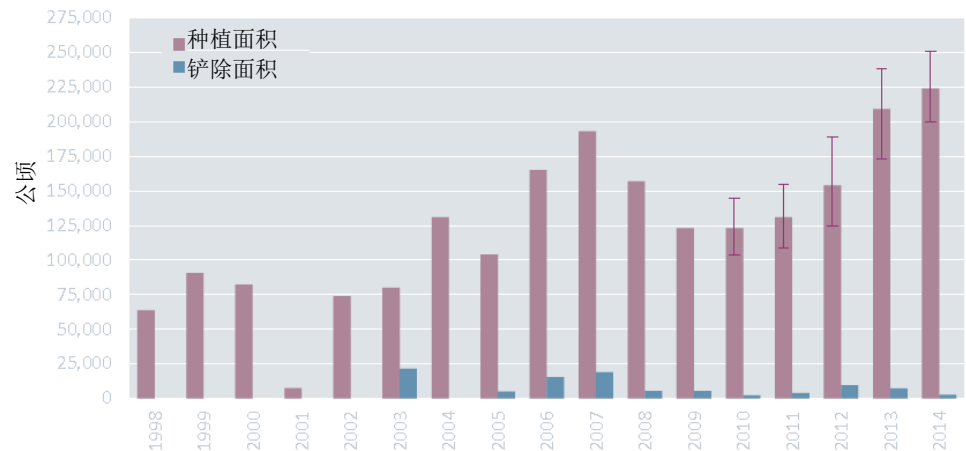
注：缉获量数据和吸毒人数为 2013 年数据。种植和生产数据为 2014 年数据。类阿片包括处方类阿片和阿片剂（阿片剂包括鸦片和海洛因）。由于 2014 年更新了转化率，因此 2014 年的全球海洛因潜在产量与上一年数据不具有可比性。

鸦片种植创历史新高；流行率保持稳定

根据有限可用资料来看，全球类阿片和阿片剂流行率一直保持稳定，分别占15-64岁人口的0.7%和0.4%，分别有3,240万人和1,650万人吸毒者。阿富汗鸦片种植增长了7%，从2013年的20.9万公顷扩张到2014年的22.4万公顷，目前达到自有数据以来的最高水平，但实际上2012-2013年期间的增幅更大（36%）（见图39）。其中一个促进因素可能是阿富汗罂粟铲除面积减少了63%，从2013年的7,348公顷减至2014年的2,692公顷。

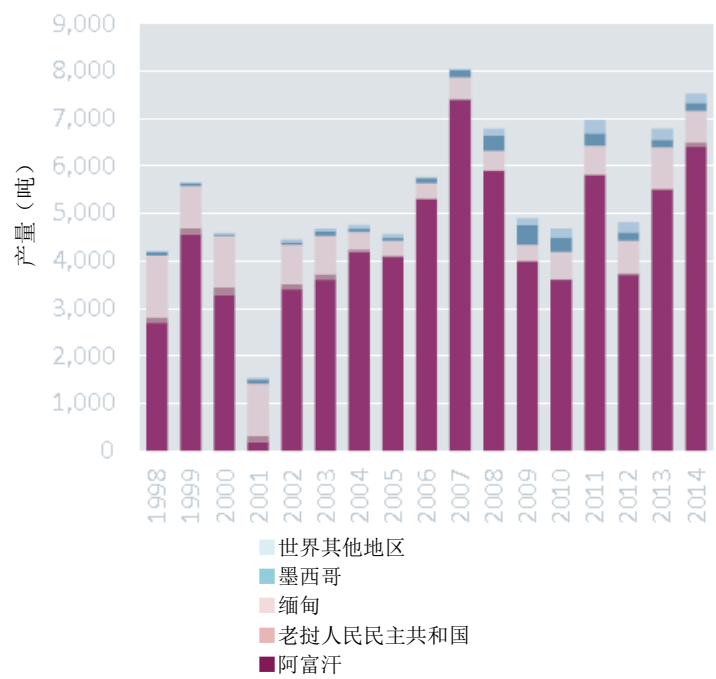
继2000-2006年期间的连续下降趋势之后，老挝人民民主共和国与缅甸的罂粟种植面积在2014年稳定增长至约6.4万公顷，其中估计5.76万公顷在缅甸，0.62万公顷在老挝人民民主共和国。²³¹

图 39. 1998-2014 年阿富汗罂粟种植和铲除面积



资料来源：1997-2002 年期间：毒品和犯罪问题办公室；自 2003 年以来：毒品和犯罪问题办公室支持的国家非法作物监测系统。

图 40. 1998-2014 年全球鸦片潜在产量

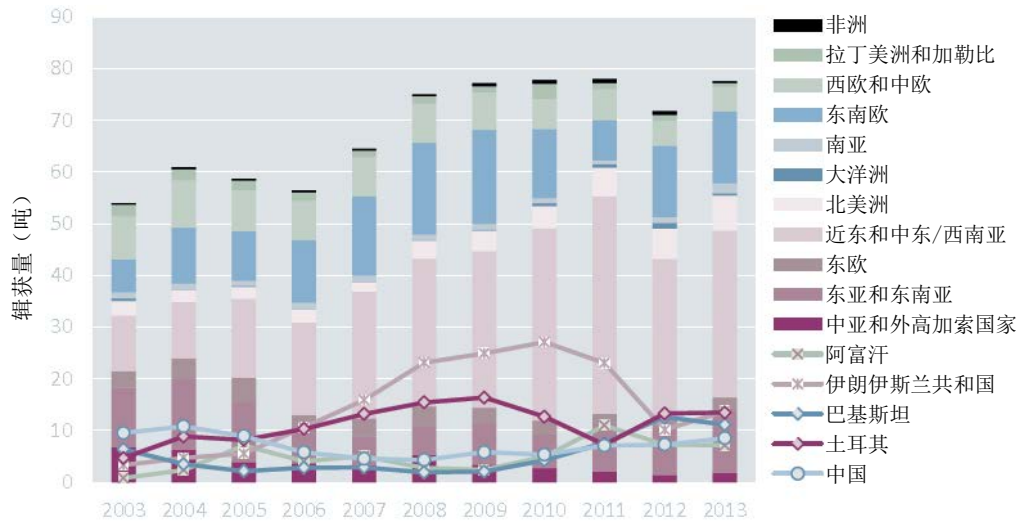


资料来源：1997-2002 年期间：毒品和犯罪问题办公室；自 2003 年以来：毒品和犯罪问题办公室支持的国家非法作物监测系统。

²³¹ 毒品和犯罪问题办公室，《2014 年东南亚鸦片调查：老挝人民民主共和国与缅甸》（曼谷，2014 年）。

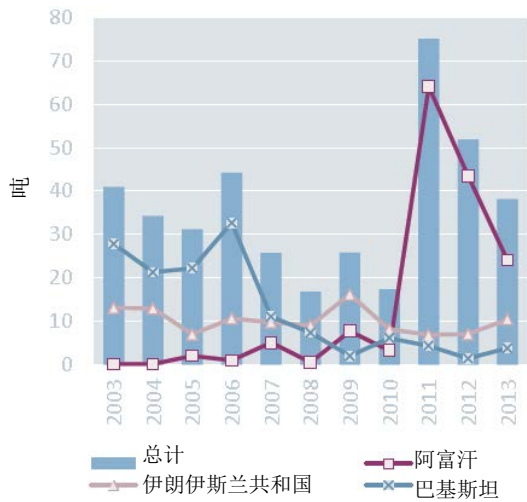
关于美洲的罂粟种植和海洛因生产情况只有部分可用信息，但墨西哥2013年只铲除了14,662公顷罂粟（比2012年少7%），而哥伦比亚2013年的估计罂粟种植面积为298公顷。哥伦比亚也报告称于2013年铲除了514公顷罂粟，并在2011-2013年期间每年拆除了一个海洛因加工点。

图 41. 2003-2013 年全球各区域及部分国家海洛因缉获量



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复及其他官方来源。

图 42. 2003-2013 年全球海洛因缉获总量及部分国家缉获量



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复及其他官方来源。

全球潜在鸦片产量在2014年也继续增加，达到7,554吨，是自1930年代后期以来的第二高产量（见图40）。阿富汗鸦片产量估计占了全球总量（6,400吨）的85%，而出口纯度的海洛因产量

为410万吨，占全球产量（估计526吨）的77%。²³²其余116吨（纯度未知海洛因）产于世界其他地区，但由于2014年更新了转化率，因此2014年的潜在海洛因产量与往年的产量不具有可比性。

2013年缉获的大部分鸦片和非法吗啡集中分布在阿富汗及其邻国的罂粟种植区附近，而海洛因缉获范围则更广泛（见图41）。自2002年以来，阿富汗、伊朗伊斯兰共和国及巴基斯坦每年都占了全球鸦片缉获量的90%以上，这一格局持续到了2013年，伊朗伊斯兰共和国这一年的鸦片缉获量较前一年增长了13%，成为全球缉获鸦片数量最多的国家（436吨）。

从全球来看，2012-2013年期间海洛因缉获量增加了8%，而非法吗啡缉获量减少了26%（见图42）。阿富汗的非法吗啡缉获量减幅最大，从2012年缉获的44吨减至2013年的24吨。自2005年以来，阿富汗、伊朗伊斯兰共和国及巴基斯坦每年都占了全球吗啡缉获量的90%以上，但2013年伊朗伊斯兰共和国（从2012年的7吨增至10.4吨）²³³和巴基斯坦（从2012年的1.4吨增至3.8吨）的缉获量都有所增加。

只有少数几个国家提供了有关阿片剂使用的最新资料，表明海洛因的全球需求稳定，而许多区域的处方类阿片的非医疗使用继续增加。非洲、西南亚、东亚部分地区、中东、欧洲和大洋洲的阿片剂市场主要由西南亚（阿富汗）供货，而东南亚和大洋洲的一些市场则由东南亚（老挝人民民主共和国与缅甸）供货。美洲主要由拉丁美洲（哥伦比亚和墨西哥）供货，但加拿大除外，该国市场在很大程度上由阿富汗海洛因供货。

阿片剂贩运路线变化

尽管阿富汗邻国的鸦片和非法吗啡缉获量有所增加，但2008-2013年期间全球的海洛因缉获量以及对海洛因的总需求量都保持稳定，这意味着所估计的全球鸦片和海洛因产量增加尚未反映为大多数区域海洛因供应的显著增加。但美国和联合王国已出现了海洛因相关指数（如死亡率和突发卫生事件）增长的迹象，还有纯度提高和价格降低的迹象。此外，南亚和东南亚以及西非和东非都有迹象显示贩运越来越猖獗，但数据的缺乏使得很难确定这些分区域是否就是海洛因的扩张市场。

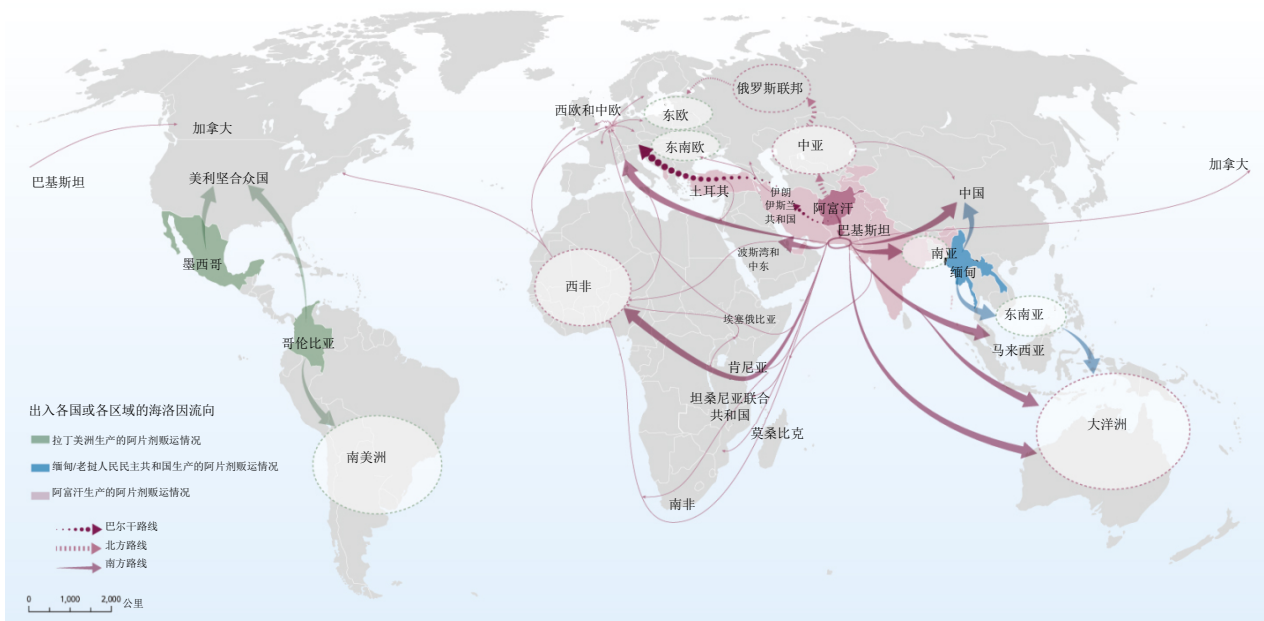
所谓的“巴尔干路线”（通过伊朗伊斯兰共和国及土耳其陆路，经东南欧到西欧和中欧）、所谓的“北方路线”（经中亚至俄罗斯联邦）以及所谓的“南方路线”（向南经伊朗伊斯兰共和国及巴基斯坦）都是阿富汗阿片剂成熟的全球贩运路线。然而这些路线一直在不断变化；例如，亚美尼亚（917公斤）和格鲁吉亚（588公斤）2014年报告的两大海洛因缉获案件²³⁴与这些国家过去15年一直很低的缉获水平形成了鲜明对比。这表明，毒品贩运网络可能在尝试采用新的路线，但巴尔干路线的其他地方仍有重大缉获。

²³² 毒品和犯罪问题办公室 2014 年更新了鸦片到海洛因的转化率，估计出口质量的海洛因纯度达 52%。更新后转化率为 9.6 公斤鸦片生产 1 公斤出口质量的海洛因（纯度为 52%）。有关详情，见《2014 年阿富汗鸦片调查：种植与生产》，第 35 页。

²³³ 伊朗伊斯兰共和国毒品管制总部，《2013 年毒品管制》（2014 年 3 月）。

²³⁴ 有关亚美尼亚的情况，见毒品和犯罪问题办公室，《东南欧非法毒品交易》，2014 年，脚注 12。有关格鲁吉亚的情况，见欧洲联盟理事会的《东欧和高加索区域报告》，第 7 页，2014 年 12 月 17 日。

地图 1. 阿片剂的主要全球贩运流向



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复及单项毒品缉获数据库。

注：本地图上标示的贩运路线具有广泛代表意义，基于数据分析，而不是确定路线描述。这些分析基于贩运路线沿线的官方缉毒资料、正式国别报告及对年度报告调查表的答复。各条路线可能存在通向沿线其他各国的分支，因此有众多二级流向未得到反映。本地图所示边界并不意味着联合国的正式认可或接受。短划线表示未确定的边界。虚线大致代表印度和巴基斯坦商定的查谟和克什米尔控制线。印巴双方尚未商定查谟和克什米尔的最终地位。苏丹和南苏丹之间的最后边界尚未确定。

表 6. 2013 和 2014 年比利时和荷兰与南方路线有关的大宗海洛因缉获案件

日期	数量	方法	路线	备注
2013年	863公斤	集装箱	莫桑比克-比利时-荷兰	在安特卫普海港缉获
2013年	230公斤	集装箱	巴基斯坦-比利时-荷兰	在安特卫普海港缉获
2014年	764公斤	集装箱	伊朗伊斯兰共和国-阿拉伯联合酋长国-荷兰	在鹿特丹海港缉获

资料来源：毒品和犯罪问题办公室，《东南欧非法毒品交易》（2014 年 3 月）及荷兰，公诉机关。

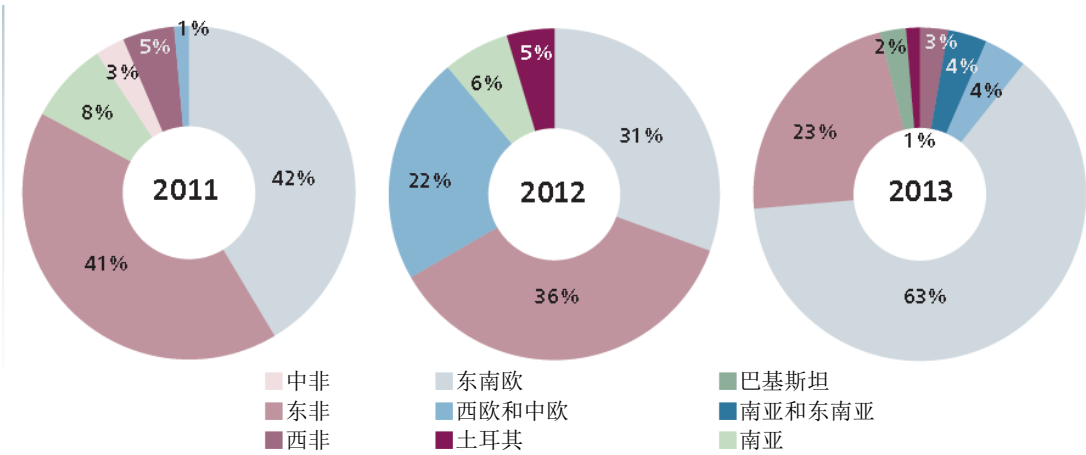
没有证据表明俄罗斯联邦的海洛因需求有所下降，²³⁵但北方路线的海洛因缉获量实际已经减少。阿富汗海洛因虽在2011-2013年期间曾短暂减少，但在过去十年的缉获量却大大增加，这可能表明，越来越多的阿片剂在抵达阿富汗以外的市场前遭到了拦截。另一方面，一些国家报告缉获了越来越多经南方路线（海洛因往往沿此路线经非洲国家贩运到亚洲和欧洲）及海运航线贩运的海洛因，²³⁶这与称南方路线贩运增多的报告一致。在巴基斯坦，鸦片缉获量连续三年增长，

²³⁵ 毒品和犯罪问题办公室，《东南欧非法毒品交易》（2014 年）。

²³⁶ 毒品和犯罪问题办公室，《2014 年世界毒品报告》。

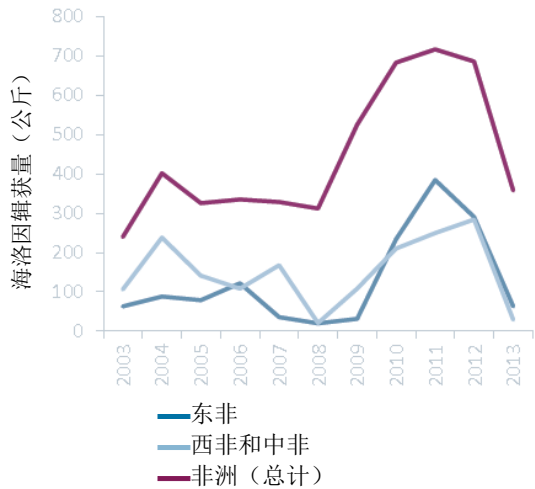
于2013年达到34吨。阿富汗与伊朗伊斯兰共和国之间以及伊朗伊斯兰共和国与土耳其之间管制的加强，可能迫使贩运者向南转向伊朗伊斯兰共和国及巴基斯坦的海岸。²³⁷

图 43. 2011-2013 年意大利所缉获海洛因的发货地



资料来源：意大利，中央禁毒指挥部，《2013 年年度报告》。

图 44. 2003-2013 年非洲海洛因缉获量



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复及其他官方来源。

非洲作为阿富汗海洛因运往欧洲和其他区域的转运区域日益重要起来。近几年，一些非洲国家特别是东非所报告的海洛因缉获量不断增加，欧洲所缉获原产非洲的海洛因也不断增加，都反映了这种重要性的增强。自2010年以来，许多欧洲国家报告了涉及南方路线的海洛因缉获，包括奥地利、比利时、捷克共和国、丹麦、芬兰、法国、德国、希腊、爱尔兰、意大利、立陶宛、荷兰、葡萄牙、塞尔维亚、斯洛文尼亚、西班牙、瑞典、瑞士、乌克兰和联合王国（见表6和

²³⁷ 2013 年对年度报告调查表的答复以及毒品和犯罪问题办公室，《南方路线贩运的阿富汗阿片剂》，2015 年（维也纳，2015 年）。

图43)。目前尚不清楚这是弃用巴尔干路线的长期变化,还是仅仅由于认为南方路线执法强度较低带来了机遇而做出的响应。²³⁸

疑云重重了几十年之后,²³⁹最近有缉获数据表明,日益常见的贩运方向是大批海洛因从阿富汗出发,越过印度洋抵达东非和南部非洲。众所周知,有三角帆船(红海和印度洋中使用的传统帆船)从阿富汗向肯尼亚和坦桑尼亚联合共和国贩运阿片剂。²⁴⁰2014年,海上联合部队在印度洋缉获了2,200多公斤海洛因,²⁴¹这比整个非洲2011-2013年累计报告的海洛因缉获总量还多。在肯尼亚,2014年从单艘经伊朗伊斯兰共和国前往肯尼亚蒙巴萨的过境船只上缉获了377公斤海洛因和33,200升液体海洛因;坦桑尼亚联合共和国报告了一起缉获案件,缉获了用三角帆船经巴基斯坦过境走私到该国的1,032公斤海洛因;²⁴²而在西非,尼日利亚2013年报告缉获了运往北美洲及西欧和中欧的25公斤海洛因。因此,越来越多的迹象显示了与2000年代相似的情况,非洲从那时开始就在可卡因贩运中发挥着战略作用。

加拿大和美国:海洛因贩运的不同供货来源

与全球平均流行率相比,北美洲的类阿片流行率仍然很高(3.8%)。美国有迹象显示,类阿片市场部分转向了使用海洛因,部分驱动因素是滥用的主要处方类阿片之一——奥施康定的配方转向缓释配方,不能鼻吸或注射,²⁴³以及海洛因供应的增加及其在该国某些地区价格的降低。美国最近的一项家庭调查显示,2012-2013年期间处方类阿片的滥用出现了大幅减少。²⁴⁴

美国的涉毒死亡人数继续增加,涉海洛因的案例也大幅增加(从2012年的5,925例死亡增加到2013年的8,257例),达到了过去十年的最高水平。²⁴⁵处方止痛药过量致死人数也持续增加,特别是女性。在2004-2011年期间,涉海洛因等类阿片使用的急诊病例增加了183%(见图45)。²⁴⁶

自2008年以来,美国的海洛因缉获量大大增加(2013年达6.2吨)。美国当局报告称墨西哥和南美生产的海洛因贩运增加,²⁴⁷而2014年墨西哥报告本国是哥伦比亚所产、运往美国的海洛因过境国。²⁴⁸事实上,估计美国的大多数海洛因均由拉丁美洲生产供应。²⁴⁹然而,2011年和2012

²³⁸ 毒品和犯罪问题办公室,《南方路线贩运的阿富汗阿片剂》,2015年(维也纳,2015年)。

²³⁹ 美国缉毒局,《来自西南亚的毒品贩运:毒品情报报告》(1994年8月)。

²⁴⁰ 毒品和犯罪问题办公室,《东非跨国组织犯罪:威胁评估》(维也纳,2013年9月),第23页。

²⁴¹ 海上联合部队是在国际海域行动的一种多国海军合作部队,包括印度洋及邻近水域的世界上最重要的舰队。

²⁴² 毒品和犯罪问题办公室,《南方路线贩运的阿富汗阿片剂》,2015年(维也纳,2015年)。

²⁴³ 毒品和犯罪问题办公室,《2014年世界毒品报告》。

²⁴⁴ 美国物质滥用和精神健康服务管理局行为健康统计和质量中心,《2013年全国吸毒与健康调查结果:明细表》,《全国吸毒与健康调查系列丛书》第H-46号,卫生和公众服务部出版物第(SMA)13-4795号(马里兰州罗克维尔,2014年),表7.20B和7.30B。

²⁴⁵ 美国总统行政办公室,《国家毒品管制战略:2014年数据补充》(华盛顿哥伦比亚特区,2014年)。

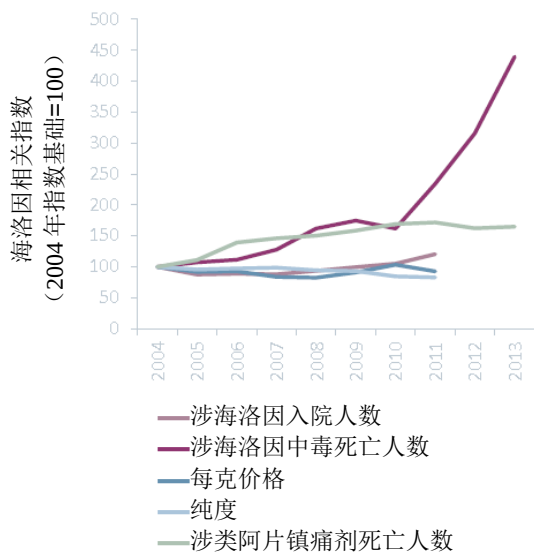
²⁴⁶ 美国物质滥用和精神健康服务管理局,《药物滥用警报网:2011年全国涉及毒品的急诊就诊人口估计数》,卫生和公众服务部出版物SMA 13-4760号(马里兰州罗克维尔,2013年)。

²⁴⁷ 美国缉毒局,《国家毒品威胁评估摘要》(2013年11月)。

²⁴⁸ 墨西哥提交拉丁美洲和加勒比区域各国禁毒执法机构负责人第二十四次会议的国别报告(2014年10月)。

年，当局认为阿富汗海洛因在美国的供应不断增加，²⁵⁰但并未向毒品和犯罪问题办公室提供此类海洛因当时占消费市场的估计比例（过去估计约占4%市场份额）。²⁵¹ 在南方路线非洲部分缉获的运往美国的阿富汗阿片剂似乎证实，有组织犯罪集团可能为了向不断增长的美国市场供货而贩运海洛因。²⁵²

图 45. 2004-2013 年美国海洛因相关指数变化



资料来源：美国，物质滥用和精神健康服务管理局及《2014 年国家毒品管制战略》。

加拿大不同于美洲的所有其他国家，在很大程度上并无拉丁美洲海洛因供应。根据加拿大皇家骑警国家情报协调中心报告，2009-2012年加拿大缉获的海洛因至少有90%源自阿富汗。²⁵³ 据报告，南方路线是这些货运的主要通道，其中50%经印度、伊朗伊斯兰共和国及巴基斯坦过境。^{254,255}

²⁴⁹ “2012 年，来自南美洲的海洛因占了通过‘海洛因特征程序’所分析海洛因的 51%（以重量计），而来自墨西哥的海洛因则占 45%，来自西南亚的海洛因占 4%”；见美国缉毒局，《国家毒品威胁评估摘要》，2014 年（2014 年 11 月），第 9 页。

²⁵⁰ 毒品和犯罪问题办公室，2011 年和 2012 年美国对年度报告调查表的答复。

²⁵¹ 美国缉毒局，《国家毒品威胁评估摘要》，2014 年（2014 年 11 月）。

²⁵² 毒品和犯罪问题办公室，《南方路线贩运的阿富汗阿片剂》，2015 年（维也纳，2015 年）。

²⁵³ 毒品和犯罪问题办公室维也纳南方路线研讨会：加拿大皇家骑警专题介绍的加拿大意见，毒品和犯罪问题办公室关于南方路线上阿富汗阿片剂贩运的讲习班（维也纳，2014 年 3 月）。

²⁵⁴ 加拿大皇家骑警，《加拿大非法毒品形势报告》，2009 年（渥太华，2009 年）。

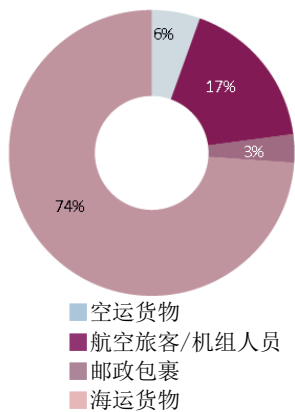
²⁵⁵ 毒品和犯罪问题办公室，《南方路线贩运的阿富汗阿片剂》，2015 年（维也纳，2015 年）。

澳大利亚：货源不断变化的混合市场

澳大利亚和新西兰的类阿片使用水平仍然很高（2.9%），主要原因在于处方类阿片滥用程度较高。澳大利亚最近的一项调查显示，处方类阿片的滥用出现了增长（从2010年的3.0%增至2013年的3.3%），而海洛因流行率则有所下降，从0.2%降到0.1%。²⁵⁶

还有迹象表明大洋洲的海洛因市场有些变化。2013年在澳大利亚边境缉获的海洛因数量比前一年增加了，共截获429公斤，证实了自2004年以来的增长趋势。2013年在澳大利亚缉获的大部分海洛因均源自东南亚，而往年的最大海洛因来源地则在东南亚和西南亚之间摇摆不定（见图47）。2013年，按缉获案件数量计，荷兰、越南和泰国（按降序排列）是运抵澳大利亚的海洛因的主要装船地点，而按缉获量计，泰国、越南、中国台湾省和马来西亚（也按降序排列）是主要的最后启运点。²⁵⁷

图 46. 2012-2013 年在澳大利亚边境发现的以各种方式进口的海洛因占总重量的比例



资料来源：澳大利亚，海关与边境保护局。

欧洲：有新兴供应路线的海洛因分化市场

欧洲海洛因市场的分区域差异显著。西欧和中欧有迹象显示海洛因吸毒保持稳定或呈下降趋势，但东欧和东南欧的海洛因流行率仍然很高。

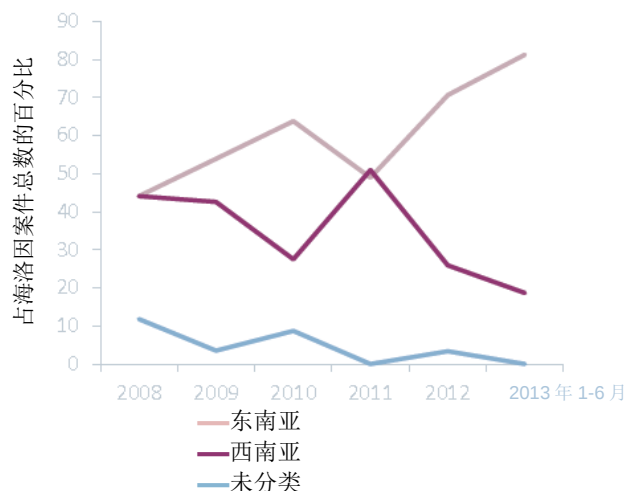
2013年，欧洲的海洛因缉获量几乎占了全球海洛因缉获量的30%。2013年东南欧的海洛因缉获量较前一年略有增加，土耳其缉获了13.5吨，略多于2012年报告的13.3吨。土耳其政府最近的一份报告²⁵⁸突出了一些新的发展动态，包括从伊拉克（而非只从伊朗伊斯兰共和国）抵达土耳其的海洛因增加；海洛因贩运越来越多地使用海运集装箱；以及有组织犯罪集团活动的多样化，不仅贩运海洛因，而且贩运大麻脂和甲基苯丙胺。

²⁵⁶ 澳大利亚卫生与福利研究所，《2013 年国家禁毒战略家庭调查报告》，《毒品统计资料汇编》第 28 期（堪培拉，2014 年）；

²⁵⁷ 澳大利亚打击犯罪委员会，《2012-2013 年非法毒品数据报告》。

²⁵⁸ 土耳其国家警察局，缉私和打击有组织犯罪部，《2013 年土耳其禁毒报告》（安卡拉，2014 年）。

图 47. 2008 年至 2013 年 6 月各产地海洛因样品占所分析澳大利亚联邦警察局边境缉获案件的比例



资料来源：澳大利亚联邦警察局，《法医毒品情报》，2013 年

东欧的海洛因缉获量在2013年略有增加，但是从长远角度看仍然保持稳定。东欧特别是俄罗斯联邦和乌克兰的类阿片使用比例仍然很高，大约有237万人（流行率为2.29%），其中包括291,500名阿片剂吸毒者（流行率0.9%）。该分区域其他国家对于类阿片的使用仍低于全球平均水平，但白俄罗斯专家认为类阿片使用有所增加，特别是乙酰基鸦片和类阿片。此外，俄罗斯联邦继续报告了用乙酰基鸦片和地索吗啡等更便宜的替代物取代海洛因的情况。²⁵⁹东欧注射类阿片者的一个主要健康后果就是高艾滋病病毒流行率，估计在俄罗斯联邦为24.6%，而在乌克兰为19.7%，估计全球感染艾滋病毒的注射吸毒人数中三分之一都在该区域。俄罗斯联邦还报告称，涉毒死亡主要因为类阿片过量，每百万人口中有80例死亡。

在西欧和中欧，大多数国家的海洛因缉获量要么保持稳定，要么继续缓慢逐步减少，但比利时除外，该国由于有两起大型缉获案件，海洛因缉获量从2012年的112公斤激增到了2013年的1.2吨。不得不提的是，西欧和中欧的一些大规模海上缉获案件表明，在启运点和过境点都未检测到大量的海洛因货运，无论在西南亚，还是在中东和海湾国家均如此。这也表明，比利时和荷兰港口是海洛因从阿富汗经南方路线运抵欧洲的入境点，可能发挥着关键作用。²⁶⁰

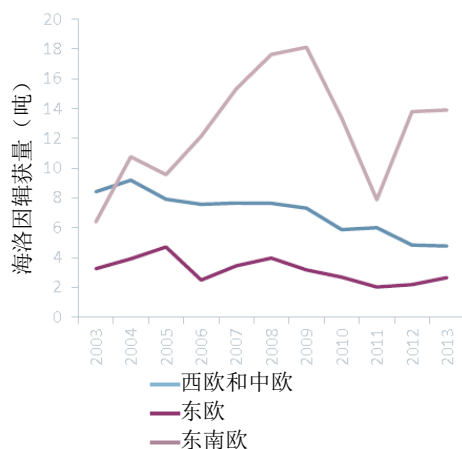
西欧和中欧非法市场上还有其他类阿片供应，如丁丙诺啡、芬太尼和美沙酮。例如，芬太尼和丁丙诺啡分别是爱沙尼亚和芬兰主要使用的类阿片。在有些地方，这些药物占了过量死亡的很大比例，如芬太尼在爱沙尼亚就是如此。另一方面，注射海洛因的情况在西欧和中欧都有所减少，²⁶¹首次接受治疗的海洛因吸毒者人数亦如此，因此目前接受治疗的海洛因吸毒者是一个老龄化组群。

²⁵⁹ 毒品和犯罪问题办公室，2012-2013 年俄罗斯联邦对年度报告调查表的答复。

²⁶⁰ 毒品和犯罪问题办公室，《南方路线贩运的阿富汗阿片剂》，2015 年（维也纳，2015 年）。

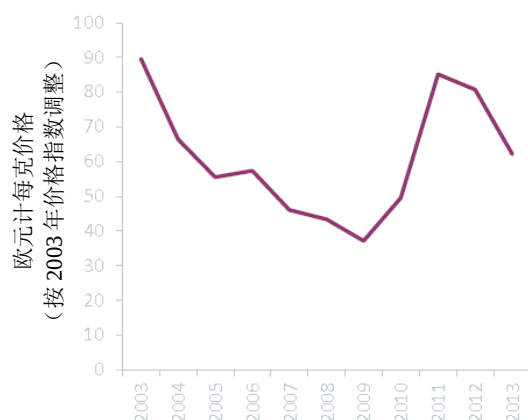
²⁶¹ 欧洲毒品和毒瘾监测中心，《2014 年欧洲毒品问题年度报告》。

图 48. 2003-2013 年欧洲海洛因缉获量



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复及其他官方来源。

图 49. 2003-2013 年联合国按纯度调整的每克海洛因价格



资料来源：Charlotte Davies 和 Rosemary Murray，提交欧洲毒品和毒瘾监测中心的《2013 年国家报告》（2012 年数据）（伦敦，联合国毒品问题联络点，2014 年）。

联合王国的涉海洛因死亡人数继2011年有所减少之后，于2013年出现了增加。这种增长的部分原因在于海洛因纯度在2011-2012年期间一直较低，却于2013年上升到了差不多2010年的水平。联合王国的海洛因平均批发价格从2012年的每公斤3万英镑小幅下降至2013年的每公斤2.8万英镑，²⁶²这可能表明了海洛因供应的增加，也可能与阿富汗产量增加有关。进入欧洲的海洛因既有通过巴尔干路线和北方路线贩运的，也有从伊朗伊斯兰共和国及巴基斯坦经空运或海运进入欧洲的，这些货运要么直接进入，要么经东非和西非国家过境。过去十年在欧洲缉获的海洛因

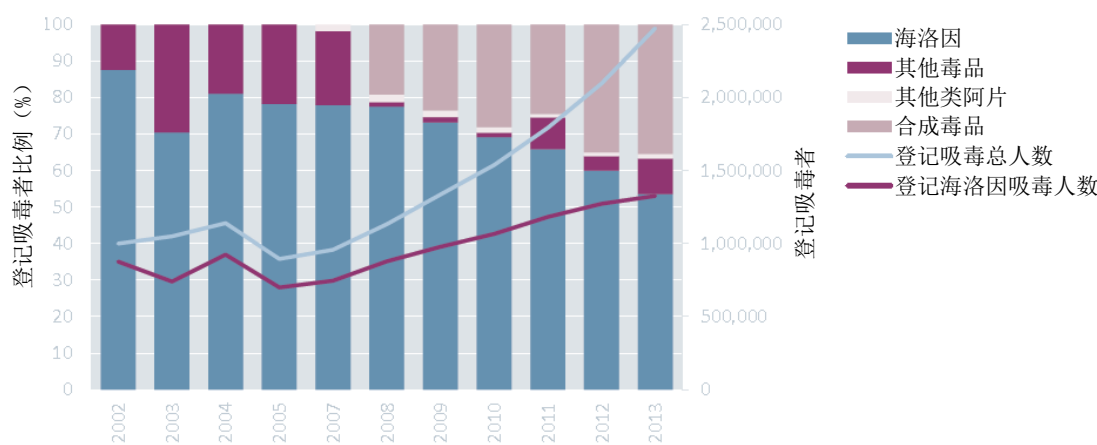
²⁶² Charlotte Davies 和 Rosemary Murray，欧洲毒品和毒瘾信息网国家联络点提交欧洲毒品和毒瘾监测中心的2013 年国家报告（2012 年数据）：《联合王国——新的发展趋势》（伦敦，联合国毒品问题联络点，2014 年）。

数量变幻不定，但自2010年以来，从阿富汗经巴尔干路线供应到联合王国的海洛因有所减少。比利时和荷兰仍然是经重型货车及渡轮到联合王国的海洛因贩运的重要过境国。²⁶³

东亚和东南亚海洛因缉获量的增长

由于缺乏类阿片在亚洲大部分地区使用情况的最新可靠数据，因此难以确定趋势，但根据专家意见，认为趋势大致保持稳定。专家对吸毒趋势的意见表明，类阿片（包括海洛因）的使用在中国有所减少，该国2013年的登记海洛因吸毒总人数增加了6%，达到132万，但海洛因吸毒者在所有登记吸毒者中的比例下降了。这是因为合成类阿片吸毒者比例上升了，其中可能也包括使用多种毒品的吸毒者（见图50）。

图 50. 2002-2013 年中国各类毒品的登记吸毒人数趋势及登记吸毒者比例



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复及其他官方来源。

从历史上看，南方路线一直是阿富汗阿片剂贩运到东亚和东南亚的边际渠道，正如缅甸所生产阿片剂为那个市场供货一样。但有各种报告称，缅甸可能无法满足区域需求，因而需要从阿富汗向东亚和东南亚贩运海洛因。²⁶⁴很可能有部分海洛因来自阿富汗，经陆路向北贩运，经中亚到中国，²⁶⁵主要消费者在亚洲区域。²⁶⁶

东亚和东南亚的海洛因缉获量连续三年增长，于2013年达到了11.8吨。中国继续占了该区域海洛因缉获量的大多数，每年缉获8.5吨，在2012年7.3万吨的基础上有所增加。中国当局报告称，中国市场上的海洛因仍然主要来自缅甸北部，但同时也指出，有些缉获案的阿片剂产自阿富汗。²⁶⁷

²⁶³ 毒品和犯罪问题办公室，联合王国对年度报告调查表的答复。

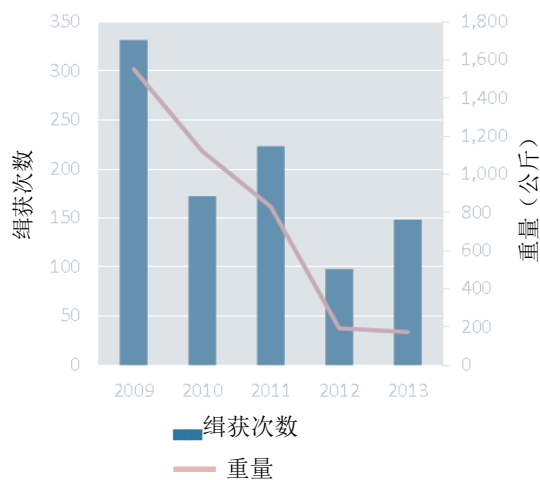
²⁶⁴ 毒品和犯罪问题办公室，《南方路线贩运的阿富汗阿片剂》，2015年（维也纳，2015年）。

²⁶⁵ 毒品和犯罪问题办公室，《2010年世界毒品报告》（联合国出版物，出售品编号：E.10.XI.13）。

²⁶⁶ 更让人疑惑的是，贩运者有时貌似想利用中国西部作为巴基斯坦与中亚之间的转运区（基于世界海关组织报告的缉获数据）。

²⁶⁷ 中国提交亚洲及太平洋区域各国禁毒执法机构负责人第三十八次会议的国别报告。

图 51. 2009-2013 中国每年缉获阿富汗海洛因的次数和重量



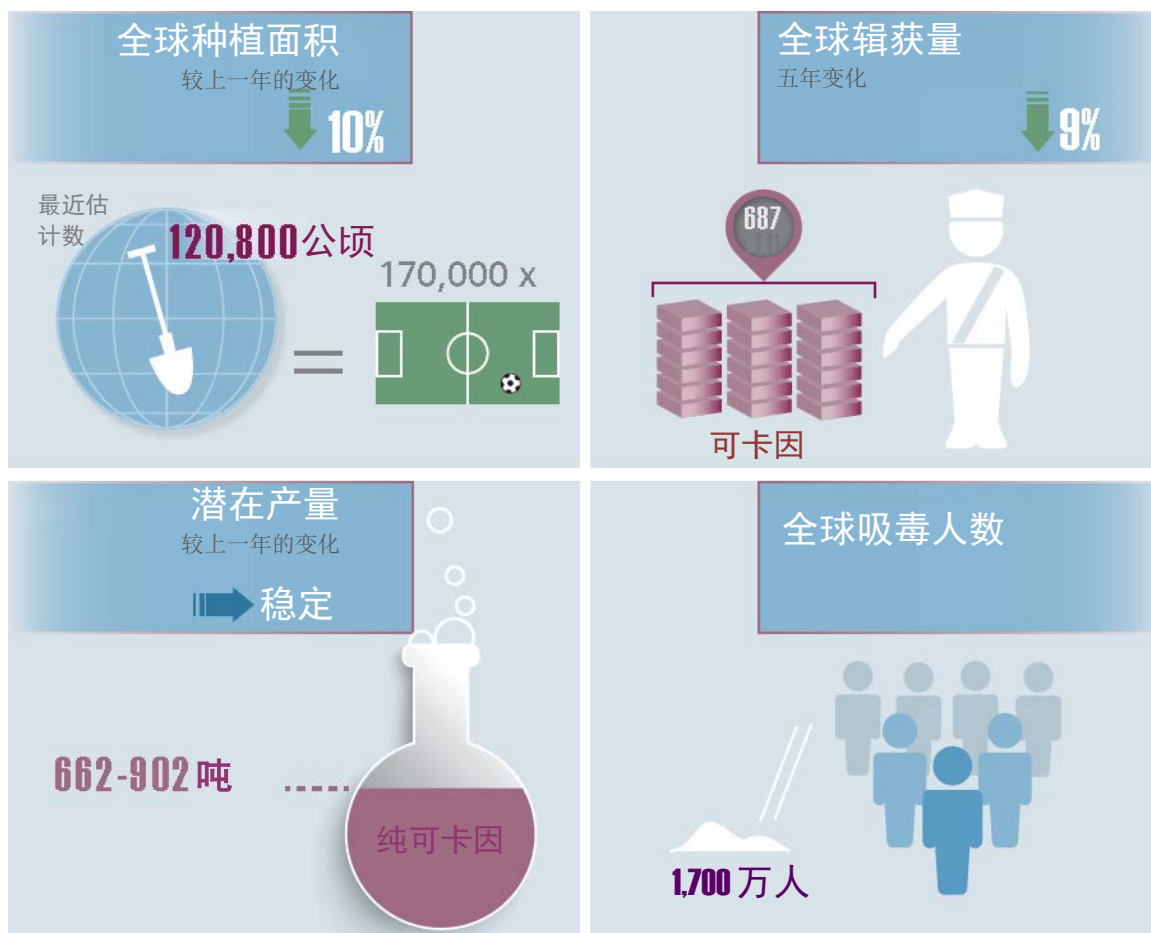
资料来源：“南方路线贩运的阿富汗阿片剂：中国的统计数据、缉获量和最新贩运趋势”，中国国家禁毒委员会的专题介绍，毒品和犯罪问题办公室关于南方路线阿富汗阿片剂贩运的讲习班，维也纳，2014 年 3 月。

非洲：海洛因吸毒可能增加

虽然有关非洲吸毒情况的资料有限，但根据毒品和犯罪问题办公室报告，阿片剂流行率估计为 15-64 岁人口的 0.3%（估计 188 万人）。此外，非洲作为阿富汗海洛因运往其他区域市场的转运区日益重要起来，这可能会导致当地海洛因吸毒的增加。

可卡因

关键数字



古柯树种植达历史最低水平

2013年，古柯树的种植继续减少，达到自1980年代中期有估计数以来的最低水平。2013年减少的驱动因素是，秘鲁的古柯树种植减少了18%（从2012年的6.04万公顷减至4.98万公顷），同时多民族玻利维亚国也减少了9%（从2.53万公顷减至2.3万公顷）。

另一方面，2013年哥伦比亚的古柯树种植保持了稳定，仍然停留在较低历史水平。除2012年12月31日收集的数字之外，有关哥伦比亚古柯树种植的可用信息表明，在铲除之前，2013年某一时间的种植面积为89,215公顷，较2012年少34%。²⁶⁸哥伦比亚的纯可卡因潜在产量估计为290吨，²⁶⁹达到了自1996年以来的最低水平。所有主要古柯种植国的种植面积都在缩小，综合起来便导致了全球可卡因估计产量的下降。应当指出的是，从古柯叶非法提取可卡因生物碱是制造

²⁶⁸ 毒品和犯罪问题办公室及哥伦比亚，《哥伦比亚：2013年古柯种植调查》（波哥大，2014年6月）。

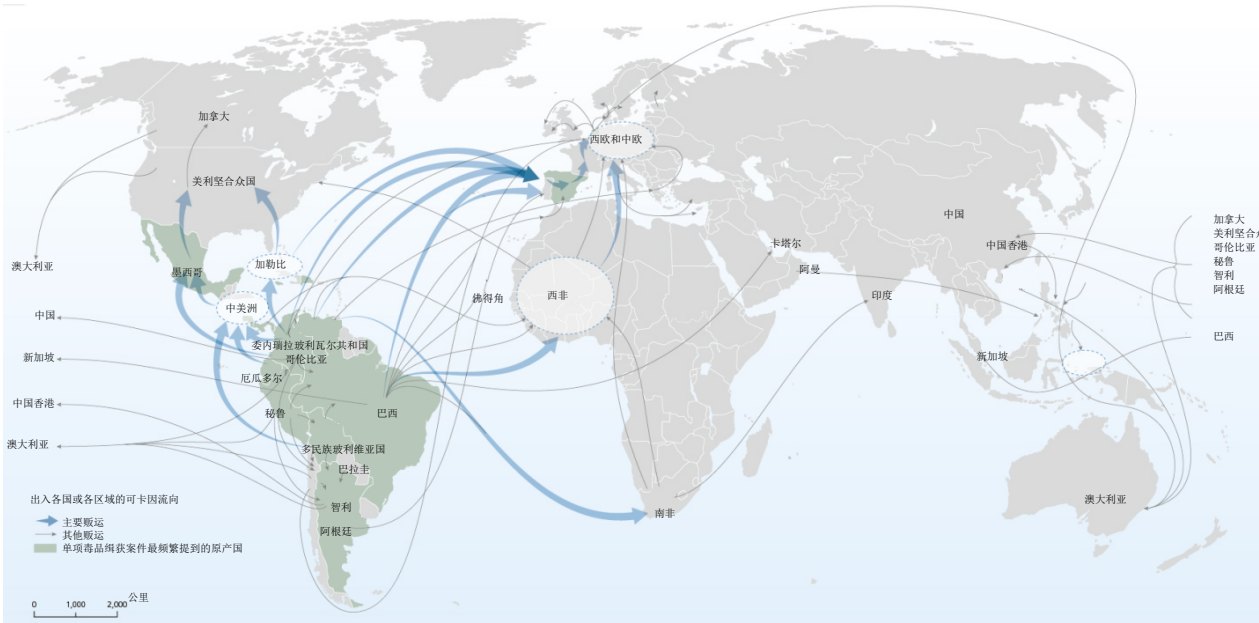
²⁶⁹ 用来估计可卡因潜在产量的方法经过调整，因此与上次报告不具有可比性。有关调整的更多信息，见《哥伦比亚：2013年古柯种植调查》。

可卡因的第一步，差不多仍然只在三个古柯生产国完成，这几个国家还占了全世界所制造盐酸可卡因的大部分。

可卡因市场：减产的影响

可卡因的全球供应均源自多民族玻利维亚国、哥伦比亚和秘鲁，但最大的可卡因市场以及可卡因最高流行率却在北美洲、南美洲、西欧和中欧。可卡因年度流行率估计为全球15-64岁成年人口的0.4%，过去几年在西欧和中欧及北美洲特别是在美国呈下降趋势，但这些分区域的可卡因吸毒仍停留在较高水平上，而有关非洲和亚洲大部分地区的情况仍只有零星的资料。

地图 2. 可卡因的主要全球贩运流向

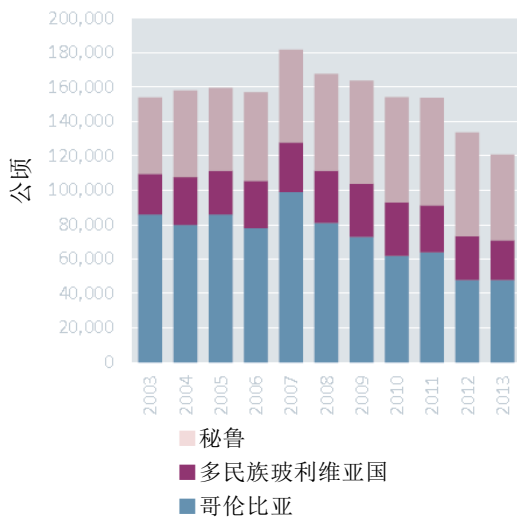


资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复及单项毒品缉获数据库。
注：本地图上标示的贩运路线具有广泛代表意义，基于数据分析，而不是确定路线描述。这些分析基于贩运路线沿线的官方缉毒资料、正式国别报告及对年度报告调查表的答复。各条路线可能存在通向沿线其他各国的分支，因此有众多二级流向未得到反映。本地图所示边界并不意味着联合国的正式认可或接受。短划线表示未确定的边界。虚线大致代表印度和巴基斯坦商定的查谟和克什米尔控制线。印巴双方尚未商定查谟和克什米尔的最终地位。苏丹和南苏丹之间的最后边界尚未确定。

可卡因通常来自南美洲的安第斯国家，向北贩运到北美洲，然后跨过大西洋，经加勒比或非洲贩运到欧洲，贩运方式多样，包括空运和海运。向毒品和犯罪问题办公室报告的单项毒品缉获案件表明，海上贩运有所增加，海运近几年成了大量可卡因的运输手段，占缉获总量的60%（见图53）。航空贩运占实际缉获案件的50%以上，采用非常频繁，但每次截获的数量相对较小（2009-2014年期间平均每次缉获6公斤）（见图54）。

2013年，古柯树种植继续减少，达到过去三十年的最低水平，这一事实或许可以部分解释一些可卡因市场的萎缩以及美国及加拿大最近可卡因供应的减少。成功的执法行动及跨国犯罪集团之间的冲突也影响到了可卡因的供应。²⁷⁰

图 52. 2003-2013 年古柯树种植面积



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复及其他官方来源。

尽管两个主要可卡因市场的缉获量有所减少，美国减少了65%，从104吨减至37吨，而西欧和中欧减少了18%，从71吨减至58吨，但整体而言的可卡因缉获量继2011-2012年期间的增长之后一直保持稳定（2013年缉获687吨，2012年缉获684吨）（见图55）。2013年可卡因缉获量增加的唯一区域是中美洲和加勒比，从2012年的78吨增至2013年的162吨。

继续加强铲除古柯树、捣毁加工点

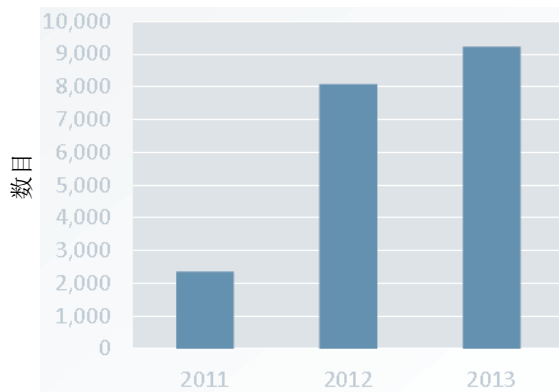
2013年，多民族玻利维亚国继续加大人工铲除古柯树的力度，铲除面积达11,407公顷，与此同时，古柯叶缉获量较2012年大幅减少。秘鲁当局2013年铲除了超过2.39万公顷古柯作物，大多数集中在Palcazú-Pichis-Pachitea地区和蒙松谷，那里的种植面积扩张比例最大，是当地及其他地方所产非法古柯衍生物的重要产地。由于铲除工作的开展及随后古柯叶供应的减少，秘鲁2013年的干古柯叶平均价格上涨了30%。当局报告称^a，最近几年的全国铲除工作迫使贩运组织将非法种植转向更加分散、偏远的地区。哥伦比亚2013年减少供应的活动包括对4.7万公顷古柯树进行了空中喷洒，并且人工铲除了超过2.2万公顷。

主要可卡因生产国之外也存在可卡因秘密加工点。2013年，阿根廷、智利、厄瓜多尔和委内瑞拉玻利瓦尔共和国等一些南美洲国家都报告称发现了加工古柯叶衍生物的秘密加工点，但捣毁的加工点总数目自2011年起就一直在减少。两个欧洲国家也报告称发现了加工古柯叶衍生物的秘密加工点；不过，在南美洲以外发现的可卡因加工点通常是二次提取加工点，从贩

²⁷⁰ 美国缉毒局，《国家毒品威胁评估摘要》，2013年（2013年11月）。

运和藏匿毒品所用的服装或塑料等其他材料中提取可卡因。在多民族玻利维亚国，当局2013年捣毁的盐酸可卡因加工点数量增加了81%，达到67个。2013期间，哥伦比亚当局共捣毁了2,128个古柯糊或可卡因碱提取加工点，以及208个盐酸可卡因加工点。

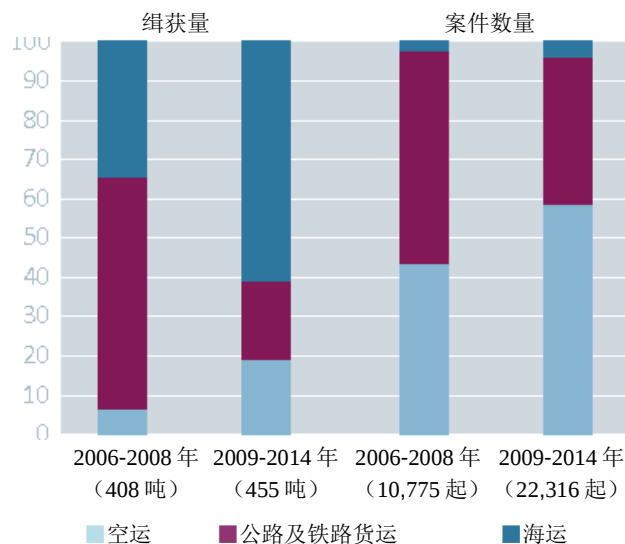
2011-2013 年捣毁的可卡因类加工点



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复及其他官方来源。

^a 秘鲁提交拉丁美洲和加勒比区域各国禁毒执法机构负责人第二十四次会议的国别报告。

图 53. 2006-2008 年和 2009-2014 年按运输方式分列的可卡因缉获情况（案件数量和缉获量）

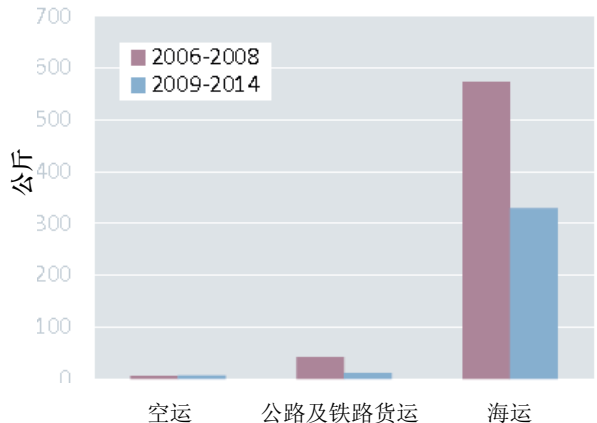


资料来源：毒品和犯罪问题办公室，单项毒品缉获数据库。

注：不包括运输方式不明、不适用或属于“其他情况”的案件。

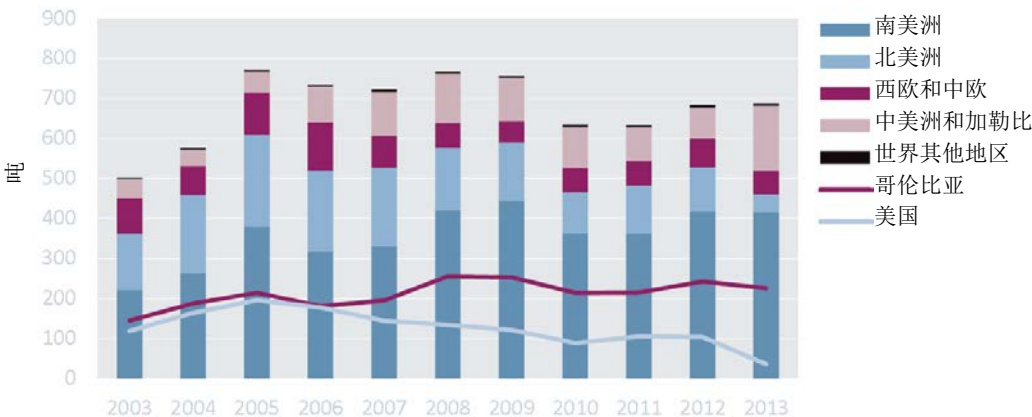
2013年，哥伦比亚再次成为全球报告可卡因年度缉获量最大的国家，但其可卡因碱、可卡因糊和可卡因盐的缉获量从2012年的243吨减少到了2013年的226吨。哥伦比亚当局报告称，开展古柯树种植和可卡因生产监测等减少供应活动时经常遇到阻力，这可能影响了缉获量。

图 54. 2006-2008 年和 2009-2014 年按运输方式分列的可卡因平均每次缉获量



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，单项毒品缉获数据库。
注：不包括运输方式不明、不适用或属于“其他情况”的案件。图中 2006-2008 年数值基于 4,714 起空运缉获案件、5,817 起公路及铁路货运缉获案件和 244 起海运缉获案件。图中 2009-2014 年数值基于 13,058 起空运缉获案件、8,415 起公路及铁路货运缉获案件和 843 起海运缉获案件。

图 55. 2003-2013 年全球各区域及部分国家可卡因缉获量



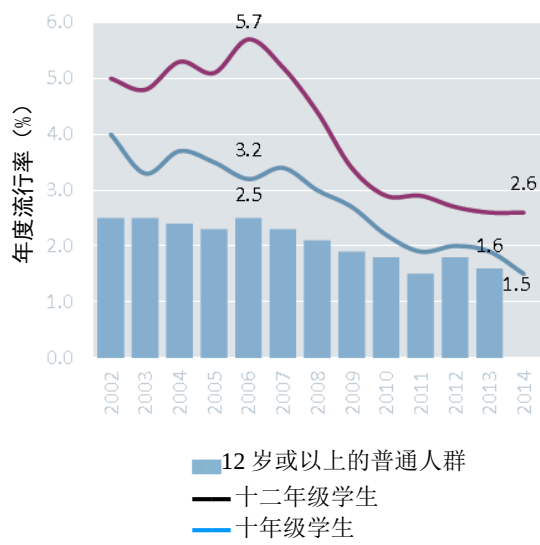
资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复及其他官方来源。

北美洲：可卡因市场萎缩

减少供应措施可能会让世界上一一些地区的可卡因市场缩小，缉获次数的减少和可卡因流行率的下降反映了这一点。与往年相比，2013年进入加拿大时被缉获的可卡因有所减少。大多数可卡因缉获案拦截的是来自加勒比、中美洲和南美洲及少量来自美国的空运货物、邮件和旅客行李，而进入加拿大的大部分可卡因则经由主要港口入境。加拿大可卡因市场萎缩可能部分原因在于消费者偏好的变化以及犯罪组织为了避开执法侦查而改变了战术和路线。

2013年，美国的可卡因流行率估计为12岁及以上人口的1.6%，这个比率在过去几年一直保持稳定，始终远远低于2006年的数字。高中生的可卡因吸毒情况一直在减少，自2006年以来年度流行率几乎减半，当年报告的吸毒流行率为3.5%，而2013年为1.8%。近年来，认为可卡因很容易获得的青年比例也有所下降。

图 56. 2002-2013 年美国可卡因流行率



资料来源：美国，物质滥用和精神健康服务管理局。

南美洲：可卡因吸毒增加

长期趋势表明，全球可卡因缉获量一直保持稳定，南美洲国家继续占了全球可卡因缉获的大部分。南美洲的可卡因年度流行率估计从2010年的0.7%（184万吸毒者）上升到了2012年的1.2%（334万吸毒者），是全球估计平均消费水平的三倍，2013年保持了这一水平。智利和哥斯达黎加的专家认为，较之于上一年，可卡因吸毒的数据有所增加，但该分区域可卡因吸毒增加的驱动因素在于巴西的可卡因吸毒日益增多，成为南美洲最大的可卡因市场。虽然巴西最近没有开展调查，仅从一项大学生调查外推了数据，但毒品和犯罪问题办公室估计，该国成年人口中的可卡因流行率为1.75%。巴西由于其地理位置而在可卡因贩运中发挥着战略作用，其2013年的缉获量翻了一番，达到40多吨。可卡因经空运（小飞机）、陆路（轿车、卡车和公共汽车）及河运（乘船穿过亚马逊河及其支流）进入巴西，然后用集装箱和飞机直接或经非洲发往海外，主要是发往欧洲（该国缉获可卡因的大约30%均是给外部市场的供货）。²⁷¹

表 7. 巴西可卡因指数（最新数据）

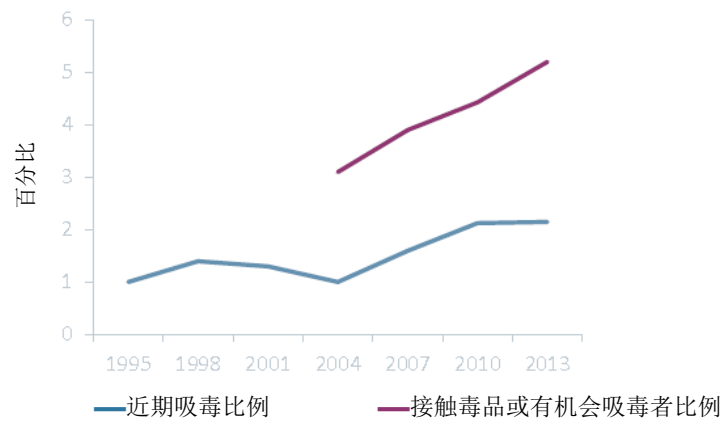
缉获量	42吨
治疗	大多数接受治疗病例为同时使用多种毒品（所有毒品）的吸毒者，20%接受治疗的吸毒者仅使用可卡因

多民族玻利维亚国、秘鲁和委内瑞拉玻利瓦尔共和国2013年的可卡因（碱、糊和盐）缉获量有所减少。多民族玻利维亚国的可卡因缉获量达到了自2007年以来的最低水平。秘鲁的可卡因糊缉获量在2012年达到了峰值，于2013年减至10.8吨，而可卡因盐缉获量在2013年小幅增加至13.3吨。委内瑞拉玻利瓦尔共和国2013年的可卡因缉获量（从2012年的27.6吨）减少到了20.5

²⁷¹ 巴西提交拉丁美洲和加勒比区域各国禁毒执法机构负责人第二十四次会议的国别报告。

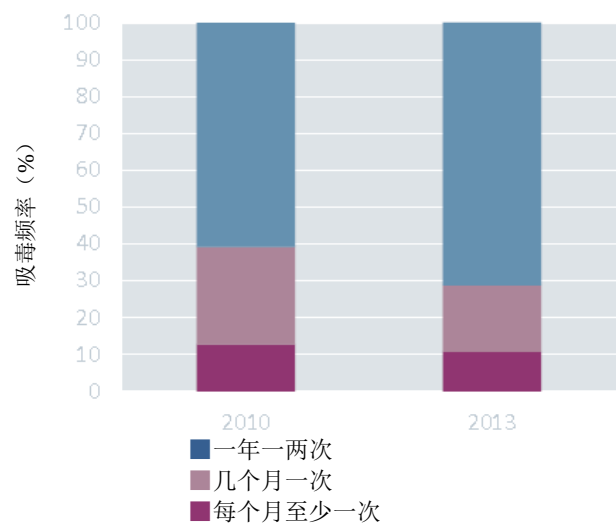
吨。据委内瑞拉玻利瓦尔共和国政府报告，该国仍然是一个可卡因过境点，特别是私人飞机航空贩运可卡因的过境点，但新出台的空中交通管制立法修订减少了不受控制的飞机出入境，使航空贩运毒品有所减少。²⁷²2013年有三个欧洲国家²⁷³将委内瑞拉玻利瓦尔共和国列为重要的可卡因启运国或过境国。

图 57. 澳大利亚的可卡因吸毒指数



资料来源：澳大利亚卫生与福利研究所，国家禁毒战略家庭调查，2013 年详尽报告。

图 58. 2010 年和 2013 年澳大利亚近期吸毒者的可卡因吸毒频率



资料来源：澳大利亚卫生与福利研究所，国家禁毒战略家庭调查，2013 年详尽报告。

²⁷² 毒品和犯罪问题办公室，2013 年委内瑞拉对年度报告调查表的答复，以及委内瑞拉提交拉丁美洲和加勒比区域各国禁毒执法机构负责人第二十四次会议的国别报告。

²⁷³ 法国、波兰和西班牙。

澳大利亚：可卡因吸毒者日益增多，但频率降低

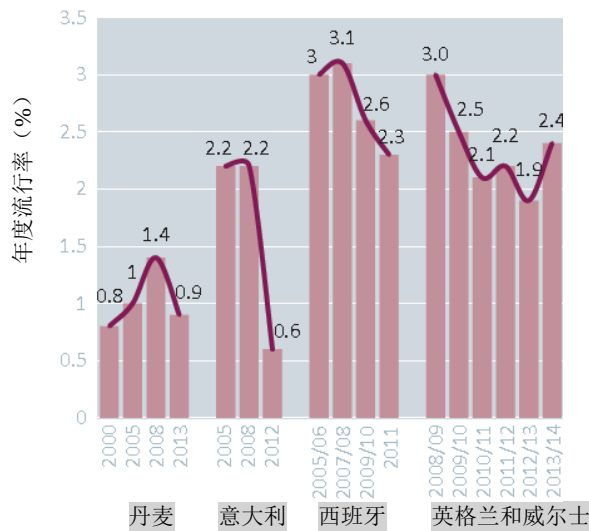
在澳大利亚，虽然使用大麻、“摇头丸”、甲基苯丙胺和苯丙胺的情况自2004年开始普遍减少，但可卡因吸毒人数自那时起一直在增加（见图57）。不过近期吸毒者使用可卡因的频率已经降低，上个月曾吸毒的比例较低（18%），而一年内吸毒一两次的比例较高（71%）。尽管最近几年零售价格一再上涨，但2013年接触到可卡因或有机会使用可卡因者的比例有所上升（从2010年的4.4%升到5.2%）。吸毒者对该物质危害的认识有所减弱，只有3.6%的人认为可卡因是最令人严重关切的毒品，这可能部分解释了尝试可卡因的人数增加的原因。²⁷⁴

新西兰的可卡因市场仍然非常有限，2013年的可卡因缉获量略超228克，其使用似乎很少引起卫生部门的注意。

欧洲：可卡因市场稳定

西欧和中欧主要市场的可卡因流行率仍然居高不下（约占15-64岁人口的1.0%）。不过也有一些迹象表明，丹麦、意大利和西班牙等高流行率国家出现了下降趋势，但联合王国报告称，上年度的可卡因吸毒呈增长趋势（见图59），其余大部分国家均报告称可卡因吸毒呈稳定或减少趋势。可卡因吸毒的治疗需求也呈减少趋势，这可能表明了欧洲可卡因市场的缩小。

图 59. 欧洲高流行率国家的可卡因吸毒趋势



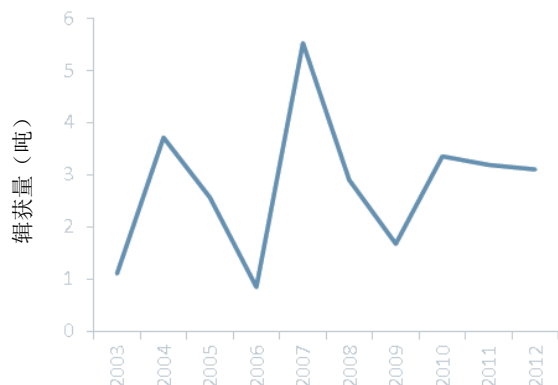
资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复及其他官方来源。

根据缉获数据，可卡因仍然是欧洲贩运量第三大的毒品，仅次于大麻药草和大麻脂。近几十年来，随着新路线的开发，欧洲的可卡因贩运（和吸毒）得到了发展，变得更加错综复杂。自1990年代中期开始，欧洲截获的可卡因数量在2006年达到峰值（121吨），随后在2008-2013年期间减少到年均62吨。伊比利亚半岛是可卡因进入欧洲的主要入境点，其缉获量在2006年达到峰值，但随后在2012年前一直不断减少。2003年的缉获量有所增加，可能反映了执法优先事项

²⁷⁴ 澳大利亚卫生与福利研究所，《2013年国家禁毒战略家庭调查报告》（见脚注256）。

的改变或贩运者作案手法的变化。由于可卡因通常被视为精英毒品，经济环境也可能成为可卡因缉获量减少和相关可卡因吸毒减少的原因。

图 60. 2003-2012 年非洲可卡因缉获量



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复及其他官方来源。

东欧近几年截获可卡因的次数有所增加，但缉获数量不多，或许表明可卡因市场正在东移。²⁷⁵专家认为，俄罗斯联邦的可卡因吸毒呈增长趋势，而该分区域其他国家的情况则保持稳定。

中美洲和加勒比：可卡因贩运的过境点

2013年，中美洲和加勒比区域的可卡因流行率仍居高不下，依然有报告称该分区域是可卡因贩运到欧洲的转运区。中美洲贩运模式显得相对稳定，巴拿马（41吨）和哥斯达黎加（20吨）是该区域2013年缉获可卡因数量最多的国家。哥斯达黎加报告称本国已由主要作为过境国转变为既是过境国又是临时仓储国。特立尼达和多巴哥2013年缉获了2.3吨可卡因，超过了以前2005年的年度纪录1.9吨。执法当局已注意到贩运模式的变化，贩毒者和走私犯往往在最后一分钟取消已确认的航班，然后仓促订票，企图避免旅客检查。

非洲：仍然是可卡因贩运到欧洲的转运枢纽

关于非洲使用和贩运可卡因的资料有限，但对南部非洲、西非和中非可卡因流行率的估计表明，该区域吸毒流行率较高（2013年的年度流行率为0.7%）。非洲大陆继续被用作可卡因贩运到欧洲的转运区域，有报告将西非若干国家列为过境国。尼日利亚报告2013年缉获了290公斤可卡因，而加纳报告当年创纪录地缉获了901公斤，科特迪瓦报告2013年缉获了20公斤，较2012年的27公斤有所减少。2010-2012年期间，东非所报告的可卡因缉获量显著增加，最突出的是坦桑尼亚联合共和国。坦桑尼亚联合共和国官方当局表示，贩运作案手法发生了变化。自2013年以来，为了避免检查，贩运者在该国分小批量走私可卡因。²⁷⁶

²⁷⁵ 毒品和犯罪问题办公室，俄罗斯联邦提交的年度报告调查表，2013年；欧洲毒品和毒瘾监测中心及欧洲警察组织，《欧盟毒品市场报告：战略分析》（卢森堡，欧洲联盟出版局，2013年）。

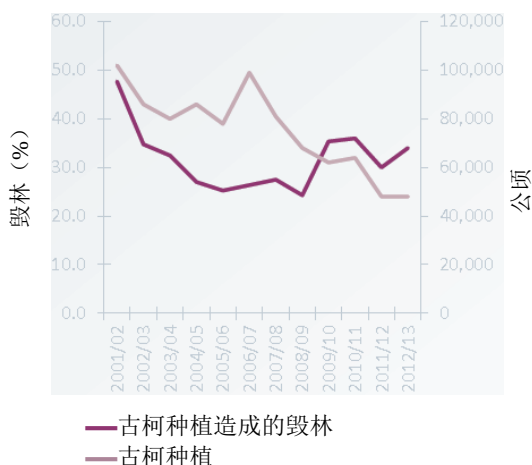
²⁷⁶ 坦桑尼亚联合共和国提交非洲区域各国禁毒执法机构负责人第二十四次会议的国别报告。

可卡因生产的环境负担

非法古柯树种植和古柯叶转化为可卡因都会造成严重的环境破坏。古柯树种植地位于北安第斯生态系统，是生物多样性的热点地区^a，也是地球上物种最丰富的区域，^b而古柯树种植却有着毁灭性影响。对环境影响研究最多的一个方面是毁坏森林。^c最近利用卫星图像^d进行的研究清晰显示了给植被造成的破坏。2001-2013年期间，仅哥伦比亚一国就有约29万公顷森林直接被古柯作物取代。^e种植者用“刀耕火种”方式开垦新的土地，^f而所破坏的植被本可以保护土壤。除森林损失之外，这还会导致水土流失加剧。随着农民向欠发达地区迁移，需要开垦更多的土地来种植口粮作物。因此，即使古柯树种植有所减少，种植所造成的毁林比例仍在增加。最近的研究发现，古柯作物周围的森林损失可能性增加，在种植古柯树的地区，毁林不断“蔓延”。^g此外，自然公园^h的古柯树种植加剧了对生物多样性的负面影响。

种植中所用的除草剂和化肥以及将古柯叶转化成可卡因时所用的化学品都会造成进一步环境破坏，不过这方面的证据尚不充分。但已知的情况是，哥伦比亚仅2005年就为种植古柯树使用了8.1万吨和8.3万桶化肥、杀虫剂和除草剂，其中许多均为剧毒。这些再加上将古柯叶转化成可卡因时必须使用的汽油、碱基、硫酸、氨和高锰酸钾，最终都会进入土壤和地下水中。

2001-2013 年哥伦比亚古柯树种植造成的毁林情况



资料来源：毒品和犯罪问题办公室哥伦比亚国家办事处支持的国家非法作物监测系统。

注：缉获量数据和吸毒人数为 2013 年数据。

^a Andrew V. Bradley 和 Andrew C. Millington, “古柯与殖民者：定量分析和解释古柯和禁毒政策制度下的滥伐森林”，《生态与社会》，第 13 卷，第 1 期（2008 年）。

^b 毒品和犯罪问题办公室，《安第斯区域的古柯种植：玻利维亚、哥伦比亚和秘鲁调查》（2006 年 6 月），第 2 部分。

^c Liliana M. Dávalos 等人，“森林与毒品：古柯导致热带生物多样性热点地区的森林被毁”，《环境科学与技术》，第 45 卷，第 4 期（2011 年），第 1219-1227 页。毒品和犯罪问题办公室，《哥伦比亚：2014 年古柯种植调查》；《安第斯区域的古柯种植：玻利维亚、哥伦比亚和秘鲁调查》，以及 Bradley 和 Millington, “古柯与殖民者：定量分析和解释古柯与禁毒政策制度下的滥伐森林”。

^d 同上。

^e 《哥伦比亚：2013 年古柯种植调查》。

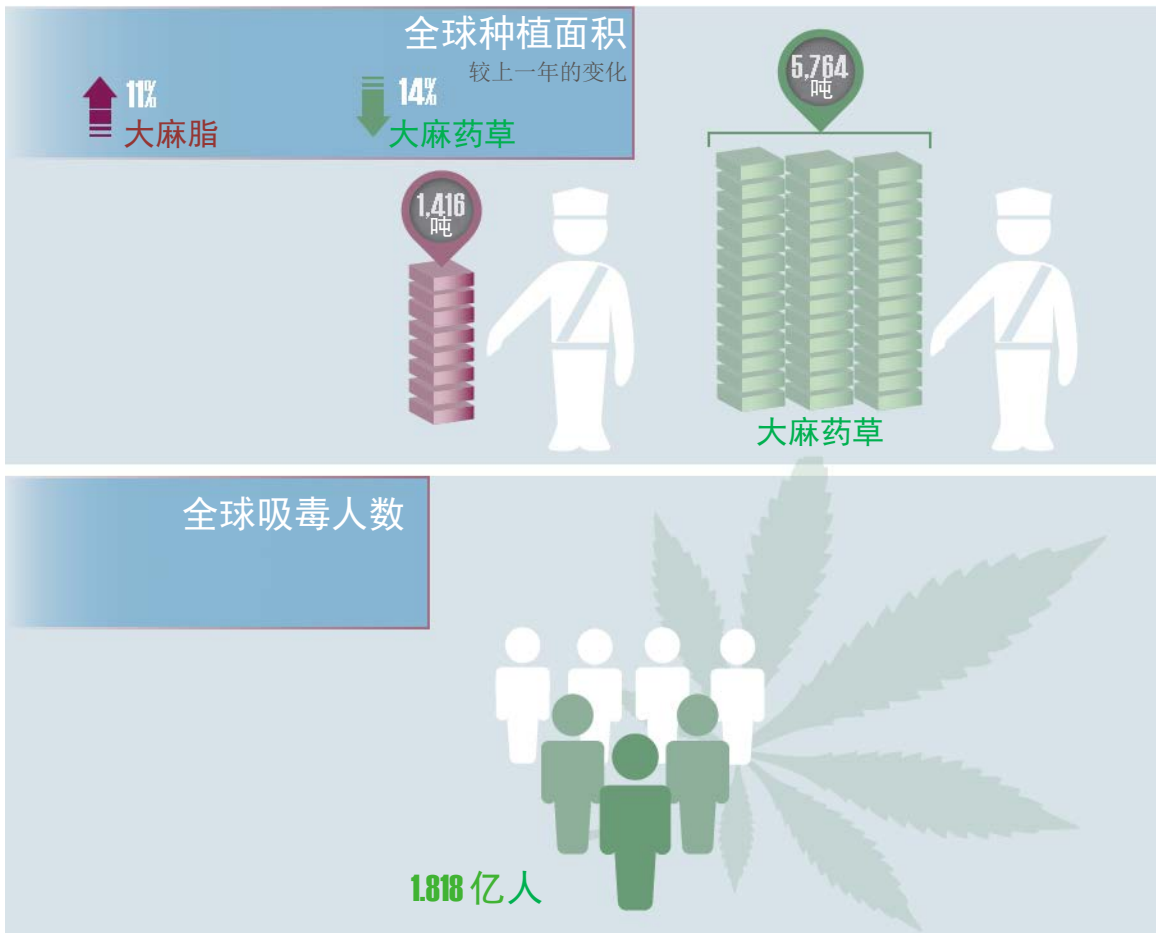
- ^f A. Gomez 等人, “审查是否可用 MODIS 探测火灾信息及社会经济变量来突出显示哥伦比亚森林区的潜在古柯种植”, 《开放地理杂志》, 第 6 卷 (2014 年), 第 18-29 页。
- ^g Ricardo Rocha 和 Hermes Martínez, “哥伦比亚古柯与毁林”, 《经济档案丛书》, 第 375 号文件, (波哥大, 2011 年); Dávalos 等人, “森林与毒品: 古柯导致热带生物多样性热点地区的森林被毁”。
- ^h 《安第斯区域的古柯种植: 玻利维亚、哥伦比亚和秘鲁调查》, 第 2 部分; 《哥伦比亚: 2014 年古柯种植调查》, 及《玻利维亚: 2014 年古柯种植调查》

亚洲：可卡因吸毒稳定而有限

亚洲的可卡因吸毒主要集中在东亚和东南亚以及近东和中东国家, 流行率仍然相对较低, 占 15-64 岁人口的 0.05% (估计 130 万吸毒者)。可卡因缉获量在过去三年中一直保持稳定, 2013 年在该区域截获约 2 吨可卡因。然而, 亚洲一些国家每年报告的可卡因数量都异常巨大; 例如, 巴基斯坦 2013 年缉获了约 1 吨, 比以往缉获量都大, 这表明该区域存在可卡因贩运, 以及亚洲部分地区可能出现了少量可卡因吸毒。

大麻

关键数字



注：缉获量数据和吸毒人数为 2013 年数据。

大麻种植：一个全球现象

世界各地几乎都有大麻植物生长，因此难以估计大麻的全球种植和生产水平。虽然几乎每个国家都生产大麻药草，但大麻脂的生产仅限于北非、中东和西南亚少数几个国家。摩洛哥2013年报告种植了47,196公顷大麻，较2012年报告的5.2万公顷略有减少，而蒙古国则报告有1.5万公顷土地被大麻覆盖。阿富汗是大麻脂的最大生产国之一，2012年商业种植大麻植物1万公顷，生产大麻脂约1,400吨，其大麻种植与罂粟种植挂钩：据报告称，38%种植罂粟的村庄也种植大麻植物，只有5%的大麻种植村未种植罂粟。²⁷⁷

²⁷⁷ 毒品和犯罪问题办公室与阿富汗禁毒部，《阿富汗：2013年鸦片调查》（2013年12月）。

大麻缉获量增加，但存在区域差异

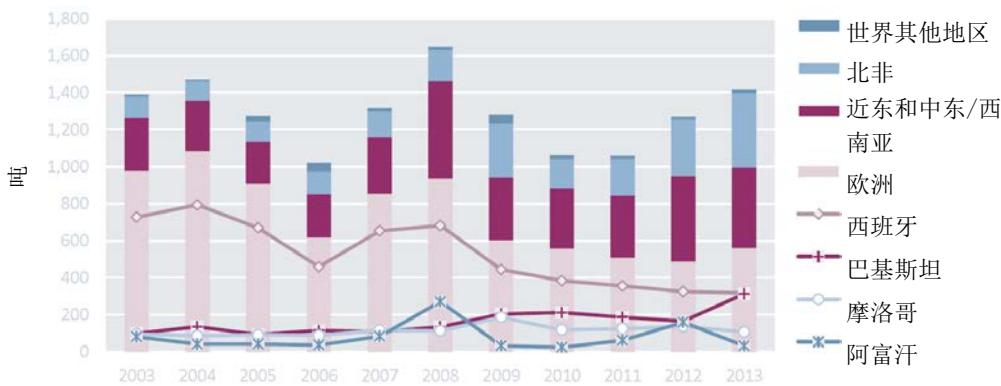
大麻种植点的规模从小规模的家庭种植点到大规模的工业化农场不一而足。大麻植物的种植技术和设备已日趋专业化，且不断创新，从而加强了大麻植物种植者逃避执法侦查的能力；但2013年的数据显示，全世界缉获的大麻药草和大麻脂数量都有所增加（见图61和图62）。这扭转了开始于2011年的大麻药草缉获量下降的趋势，尽管有地域差异，但或许表明了执法活动力度的加大和/或大麻生产和贩运的增加。

表 8. 2013 年报告的大麻植物铲除情况

铲除情况（室外）			铲除情况（室内）		
	植株数	种植点数		植株数	种植点数
美国	4,024,605	6,376	美国	361,183	2,747
菲律宾	2,013,678	451	德国	93,771	无
危地马拉	2,000,000	无	捷克共和国	66,279	276
哥斯达黎加	1,461,747	199	爱尔兰	28,851	391
巴西	900,744	无	新西兰	21,202	783
意大利	884,612	1,100	拉脱维亚	14,220	14
特立尼达和多巴哥	597,100	117	意大利	10,262	622
乌克兰	483,000	无	冰岛	6,652	323
比利时	393,888	1,107	比利时	2,870	105
新西兰	105,321	无			

资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复及其他官方来源。
注：无=无数据。

图 61. 2003-2013 年全球各区域及部分国家大麻脂缉获量



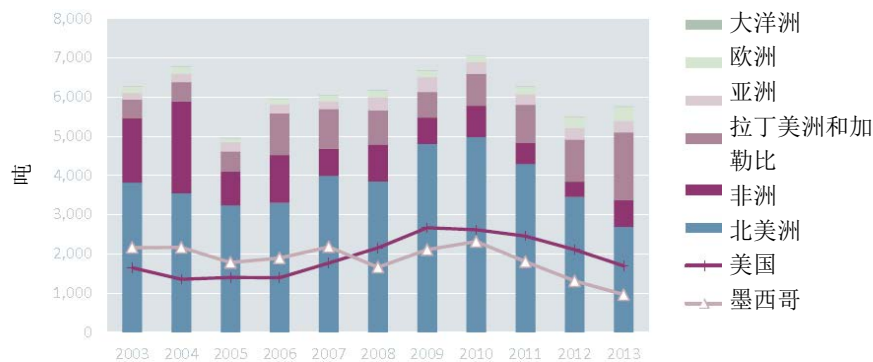
资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复及其他官方来源。

报告给毒品和犯罪问题办公室的单项毒品缉获案件表明，2009-2014年期间，陆路贩运占了总缉获量和案件数量的60%以上，平均每次缉获190公斤。海上贩运是第二最常用的运输方法，截获数量相对较大，同期平均每次缉获387公斤（见图63）。

欧洲和拉丁美洲及加勒比区域的趋势从未真正减少。拉丁美洲和加勒比区域占全球大麻药草总缉获量的比例从20%上升到了2013年的30%，但大麻药草缉获量最大的案件发生在北美洲

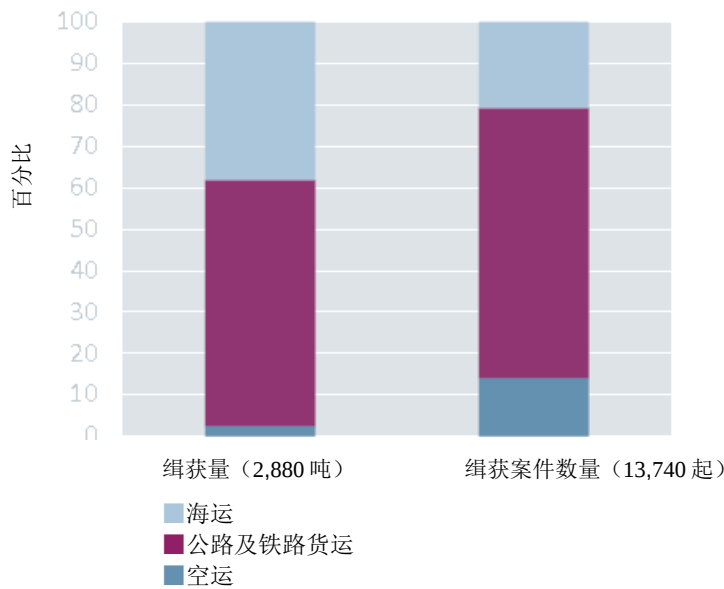
（47%）。2013年全球缉获的大麻脂数量有所增加，主要驱动因素是巴基斯坦缉获量的增长，从2012年的166吨增至2013年的314吨，抵消了阿富汗大麻脂缉获量的减少。北非截获数量增加了31%，主要原因是阿尔及利亚（从2012年的157吨增至2013年的212吨）和埃及（从12吨增至84吨）缉获量的增加，但是摩洛哥的缉获量从2012年的137吨减至2013年的107吨。西班牙2013年占了全球大麻脂缉获量的23%。

图 62. 2003-2013 年全球各区域及部分国家大麻草药缉获量



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复及其他官方来源。

图 63. 2009-2014 年所缉获大麻的运输方式



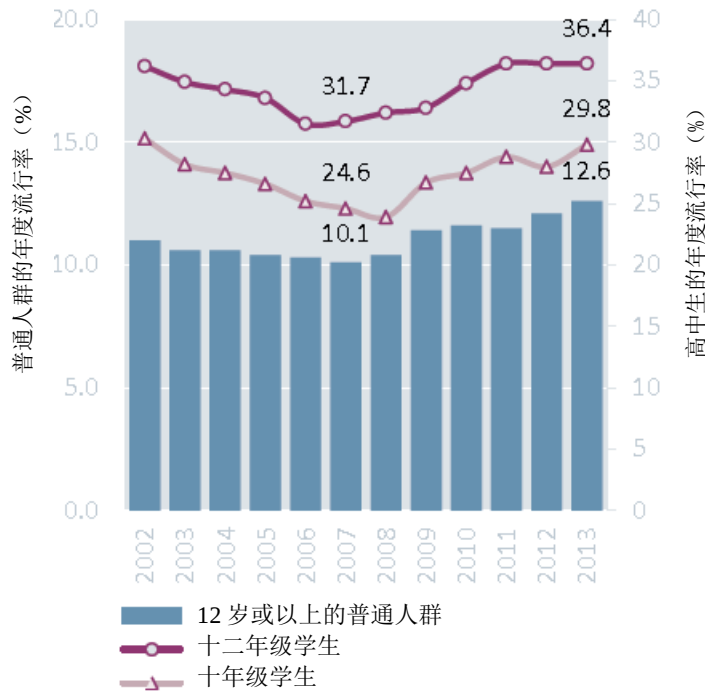
资料来源：毒品和犯罪问题办公室，单项毒品缉获数据库。

美洲：美国大麻吸毒增加及相关问题

美洲15-64岁人口中的大麻吸毒年度流行率为8.4%，大麻是该区域最广泛使用的非法毒品，主要驱动因素是北美洲的大量使用（11.6%）。最新数据显示，美国大麻吸毒流行率有所上升，已经引起了特别关注，原因在于一些州正在修改立法。

2013年，美国高中生的大麻吸毒情况增加（年度流行率从2012年的24.7%上升至2013年的25.8%），但合成大麻的吸毒出现了大幅下降，年度流行率从2012年首次列入学校调查时的8%降至2013年的6.4%。²⁷⁸现有数据显示，过去十年，大麻相关治疗呈增加趋势，大麻相关的入院治疗人数越来越多。²⁷⁹

图 64. 2002-2013 年美国大麻吸毒情况



资料来源：美国，物质滥用和精神健康服务管理局。

虽然大麻药草缉获量最大的区域仍然是北美洲（47%），但2009-2013年期间美国报告缉获量有所减少（见图65）。墨西哥的缉获量趋势与之相似，在2010-2013年期间持续减少。尽管最近有这些减少趋势，但美国和墨西哥仍然占了全球大麻药草缉获案件的大多数。²⁸⁰墨西哥当局报告存在供当地消费或贩运到美国的大麻药草生产。贩运主要经陆路运输，采用各种方法将其藏匿在私家车和公共汽车上贩运。²⁸¹

最近数据显示南美洲大麻吸毒增加，尤其是智利（年度流行率为7.5%）和哥伦比亚（3.3%），同时大麻药草缉获量也大幅增加，从2012年的821吨增至2013年的1,308吨，原因是巴拉圭

²⁷⁸ L. D. Johnston 等人，《监测未来：1975-2014 年全国吸毒情况调查结果：青少年吸毒的重要调查结果》（密歇根大学社会研究院，2015 年）。

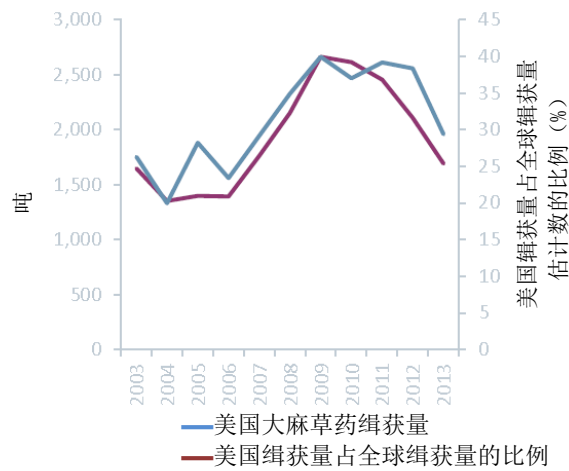
²⁷⁹ Z. Mehmedic 等人，“1993-2008 年没收的大麻制剂中 Δ^9 -四氢大麻酚和其他大麻素的药力趋势”，《法医杂志》，第 55 卷，第 5 期，第 1209-1217 页。

²⁸⁰ 毒品和犯罪问题办公室，《2014 年世界毒品报告》。

²⁸¹ 墨西哥提交拉丁美洲和加勒比区域各国禁毒执法机构负责人第二十四次会议的国别报告。

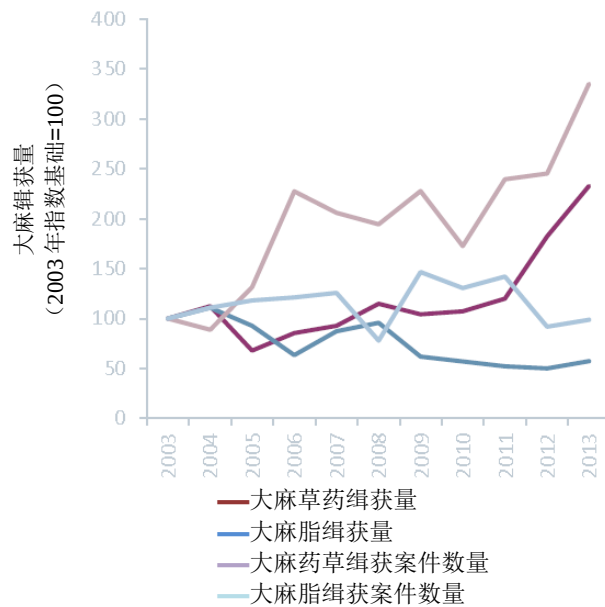
(462吨)、²⁸²哥伦比亚(408吨)和巴西(222吨)的缉获量巨大。值得注意的是,在该区域国际警务合作的背景下,巴西和巴拉圭实施了铲除巴拉圭大麻的联合行动。巴西联邦警察局也在巴西东北部开展了铲除行动。²⁸³

图 65. 美国的大麻草药缉获量及占全球缉获量估计数的比例



资料来源: 毒品和犯罪问题办公室, 对年度报告调查表的答复及其他官方来源。

图 66. 2003-2013 年欧洲大麻缉获次数和缉获量



资料来源: 毒品和犯罪问题办公室, 对年度报告调查表的答复及其他官方来源。

²⁸² 巴拉圭提交拉丁美洲和加勒比区域各国禁毒执法机构负责人第二十四次会议的国别报告。

²⁸³ 毒品和犯罪问题办公室, 2012-2013 年巴西对年度报告调查表的答复。

欧洲：大麻市场指标上升，但吸毒流行率保持稳定

欧洲是世界上最大的大麻脂消费市场，但当下在西欧市场占主导的可能是大麻药草。欧洲联盟和挪威2012年估计消费了2,050吨大麻，欧洲毒品和毒瘾监测中心估计其中1,280吨是大麻药草。与集中在少数几个国家的大麻脂相比，大麻药草的使用在欧洲各国之间的分布更均匀。²⁸⁴

欧洲大麻药草缉获量从2012年的284吨增加到2013年的约362吨，主要因为东南欧的缉获。欧洲的大麻脂缉获量也从2012年的480吨增至2013年的560吨，同样主要因为东南欧的缉获，特别是土耳其的缉获，该国大麻脂缉获量由2012年的27吨增加到了2013年的94吨。然而，欧洲大麻脂缉获量最大的国家——西班牙的大麻脂缉获量却连续五年减少；进入该国的几乎所有大麻脂仍来源于摩洛哥，主要运输方式是通过快艇、帆船和渔船海运。

最近几年，欧洲大麻产品的价格和药力都有所上升。²⁸⁵提供资料的各个国家既报告了大麻种植的扩张，也报告了铲除大麻植物、捣毁生产点的情况。欧洲大麻市场的特点是需求较高且产品种类多样，随着有组织犯罪集团参与大麻贩运，产品生产有时会涉及暴力和其他犯罪活动。²⁸⁶

虽然区域内的大麻生产现象非常普遍，但仍有迹象表明不足以满足欧洲市场的需求。例如，联合王国边境缉获的大麻药草和大麻脂数量都不断增加，而当地种植的大麻植物（精育无籽大麻）缉获量却在减少。这样的趋势一方面可能表明国内生产不足以满足需求，从而越来越多地依赖进口产品。另一方面，大麻植物种植点通常在室内，其侦查可能成为执法工作一项越来越严峻的挑战，因为犯罪集团为了降低被发现的风险，越来越倾向于经营小规模的多种植点，而不是少数几个大型种植园。²⁸⁷

虽然西欧和中欧的大麻吸毒流行率仍高居不下（5.7%），但有证据显示，出现了稳定或减少的趋势，特别是在长期有大麻吸毒传统的国家。欧洲有关新型精神活性物质使用的资料并不全面，无法确定大麻吸毒的减少是与新兴合成大麻素的使用有关，还是与其他新型精神活性物质有关。

亚洲：大麻消费仍低于全球水平

亚洲的大麻消费似乎仍然低于全球水平，只有少数几个国家提供了对吸毒流行率的可靠估计数。大麻是该区域最常见的非法使用物质，在15-64岁人口中的年度流行率为1.9%。专家们认为其使用有所增加，但2013年在亚洲大部分地区缉获的大麻药草数量总体保持稳定，共计292吨。南亚仍然占据该分区域所截获大麻脂数量的很大一部分，但近东和中东及东南亚国家报告称，源自阿富汗的大麻脂缉获量增加。这一趋势一直持续到2013年，标志着阿富汗在全球大麻脂供应中的重要性日益增强，并凸显出一个事实，那就是同一贩运路线被用于走私不同毒品。巴基斯坦报告称其2013年的缉获量几乎是2012年的两倍，提到阿富汗是其所缉获全部大麻脂的来源国。

大洋洲：大量消费均由国内种植供货

²⁸⁴ 欧洲毒品和毒瘾监测中心，“毒品观察：欧洲大麻市场的新发展”，2014年5月27日。

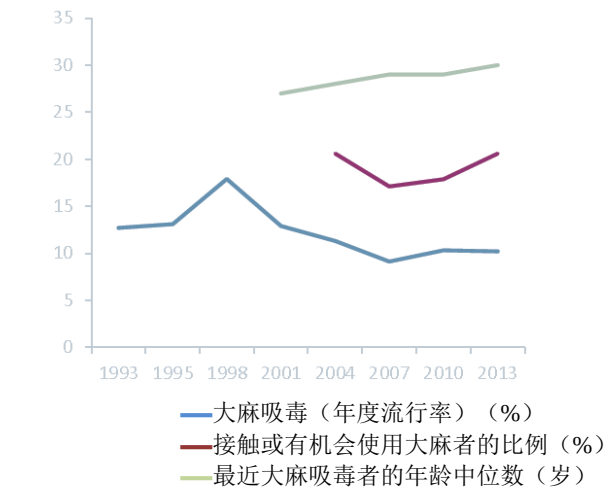
²⁸⁵ 欧洲毒品和毒瘾监测中心，《2014年欧洲毒品问题年度报告》。

²⁸⁶ 欧洲毒品和毒瘾监测中心及欧洲警察组织，《欧盟毒品市场报告：战略分析》（卢森堡，2013年）。

²⁸⁷ 同上。

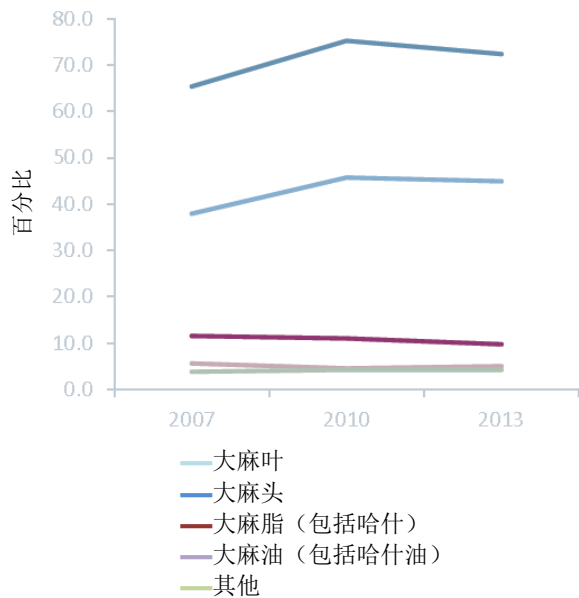
关于大洋洲吸毒状况的资料仅限于澳大利亚和新西兰，其大麻消费水平较高（年度流行率为10.7%）。大麻是新西兰最广泛使用的毒品，是绝大多数因非法毒品入院治疗者的治疗原因，普通人群中尝试并吸食大麻的频率较高。大麻种植仍然主要局限于新西兰国内，无证据表明存在大麻或任何其衍生物的大规模进口或出口。

图 67. 澳大利亚大麻吸毒情况



资料来源：澳大利亚卫生与福利研究所，国家禁毒战略家庭调查，2013 年详尽报告。

图 68. 澳大利亚 14 岁或以上的近期吸毒者所用大麻形式（上年度使用）



资料来源：澳大利亚卫生与福利研究所，国家禁毒战略家庭调查，2013 年详尽报告。

（就上年度吸毒和终生吸毒而言）大麻也是澳大利亚最常用的毒品，2010-2013年期间吸毒流行率和吸毒频率均保持稳定。大麻吸毒者的中位年龄从2001年的27岁升至2013年的30岁，这表

明澳大利亚存在吸毒者的老龄化组群，而对大麻供应的观察显示，对大麻使用的总体耐受性加强。²⁸⁸

大麻药草仍然是大洋洲缉获最多的非法毒品。澳大利亚2013年的大麻药草缉获量达到过去十年的最高水平，²⁸⁹而新西兰的这一数字保持了相对稳定。澳大利亚的大麻零售价格一直保持稳定，但有人认为四氢大麻酚含量在过去十年有所增加，²⁹⁰这表明该毒品的供应量可能增加了。

非洲：大麻种植和生产增长

非洲各地都存在大麻种植、生产、贩运和使用。²⁹¹目前关于非洲吸毒情况的可用资料有限，但该区域的大麻吸毒流行率（占15-64岁人口的7.5%）估计高于全球平均水平（3.9%），西非和中非尤高（12.4%）。2013年，埃及、摩洛哥和尼日利亚报告各缉获大麻药草200吨。1990-2011年期间，摩洛哥一直是北非报告大麻脂年度缉获量最大的国家，2012年和2013年继续缉获了数量庞大的大麻脂（分别为137吨和107吨）。然而，自2012年开始，阿尔及利亚于2012年截获了157吨，于2013年截获了212吨，目前成为北非报告大麻脂年度缉获量最大的国家，该国认为这一情况的原因在于其加大了执法力度。²⁹²

大麻伤害日甚？

如果以Δ9-四氢大麻酚的含量来衡量，大麻的药力往往与大麻的有害程度挂钩。较高含量的四氢大麻酚会产生焦虑、抑郁，增加上瘾风险，导致精神病症状，并影响呼吸系统和心血管系统，尤其是定期吸毒者，但近期吸毒者和没有经验的吸毒者也可能会出现焦虑或精神病症状。^a伦敦南部最近的研究表明，高药力大麻药草吸毒者（“烟鬼”）患精神病的风险比非吸毒人员高三倍。^{b,c}

大麻中的大麻二酚是一种大麻素，具有抗精神病的属性，^{d,e}可部分抵消四氢大麻酚造成的危害。分析大麻药力时应考虑这种相互作用，但对大麻二酚的监测并不频繁，难以评估大麻造成的危害及公众健康影响。从全球来看，大麻药力数据极为稀少，但提供资料的国家有四氢大麻酚含量上升的迹象，特别是在过去十年，大麻有关的健康问题也有所增加。对大麻药草中四氢大麻酚含量的系统评价表明，虽然含量并非一直上升，全球上升幅度不超过5%，但确实有所增加。^f

2012年报告的平均药力超过10%，^g2006-2012年期间，大多数欧洲国家经历了四氢大麻酚含量的上升，主要是在大麻药草中。过去二十年间，欧洲吸毒者的偏好也发生了变化，尤其是该区域的中欧和西欧地区，成了最大的大麻市场。数据显示了从大麻脂向大麻药草的转换，与进口产品相比，国内产品的使用日益增多，特别是精育无籽大麻（未受粉雌株），其特点是四氢大麻酚含量高，而大麻二酚含量非常低。^h

²⁸⁸ “澳大利亚国家禁毒战略家庭调查”，可查阅 <http://www.aihw.gov.au/alcohol-and-other-drugs/ndshs/>。

²⁸⁹ 澳大利亚打击犯罪委员会，《2012-2013年非法毒品数据报告》。

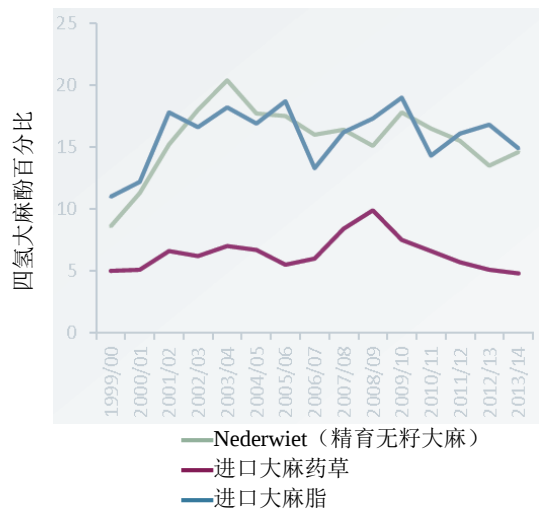
²⁹⁰ W. Swift 等人，“澳大利亚新南威尔士大麻缉获量分析：大麻药力和大麻素介绍”，《公共科学图书馆—综合》，第8卷，第7期（2013年）。

²⁹¹ 非洲第二十四次各国禁毒执法机构负责人会议的报告（UNODC/HONLAF/24/5）。

²⁹² 阿尔及利亚提交非洲区域各国禁毒执法机构负责人第二十四次会议的国别报告。

过去十年，欧洲一些国家的大麻种植技术得到飞速发展，导致家庭（室内）种植不断扩张，从而降低了对进口大麻产品的依赖。ⁱ 室内大麻植物的种植通过控制生长条件和采用基因选择的品种，增加了收获的次数，并提高了产量和药力。选择性育种的主要重点在于提高四氢大麻酚含量，因而就选择了大麻二酚含量较少的品种。^j

1999-2014 年荷兰“咖啡店”所售大麻产品的平均药力（四氢大麻酚百分比）趋势



资料来源：提姆布斯机构。

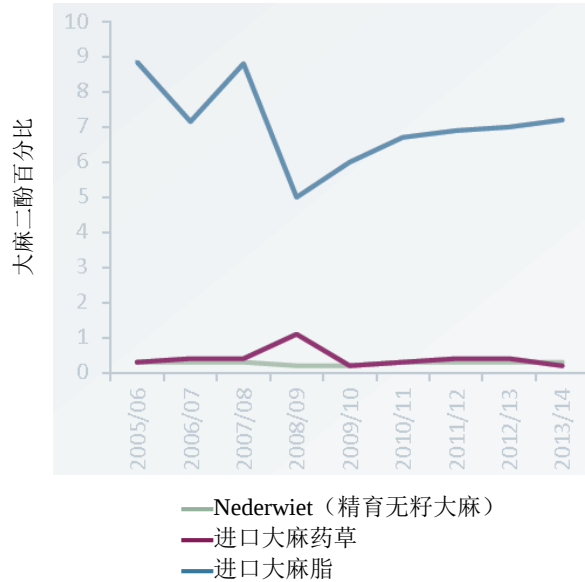
荷兰“咖啡店”出售的大麻样本数据显示，近年来，消费最多的这两种大麻产品——进口大麻脂和（荷兰）国产大麻药草或Nederwiet（主要是精育无籽大麻）——的四氢大麻酚含量一直稳定在较高水平上（15%左右），至于大麻二酚，Nederwiet中的含量一直很低（不到1%），但进口树脂中的含量相对较高（7%）。^k

即使就某一特定品种的大麻而言，这些物质的含量也存在很大差异，这表明吸毒者可能无意间便使用了四氢大麻酚和大麻二酚含量水平不同的产品。^l此外，吸毒者从传统（有籽）大麻药草到精育无籽大麻的偏好变化表明了欧洲吸毒风险水平的上升。

尽管有证据表明欧洲的大麻吸毒流行率保持稳定或呈下降趋势，特别是在大麻吸毒流行率长期稳定的国家，但也有大麻相关健康问题增加的迹象。2006-2012年期间，欧洲因大麻吸毒而寻求帮助的人数（首次接受戒毒治疗者）从4.5万人增加到了5.9万人，其中近半数（49%）为日常吸毒者；而大麻已成为最常用的毒品，报告称其为首次接受治疗的主要原因。^m此外，在欧洲尤其是吸毒流行率最高的国家，大麻相关紧急事件已然增加。

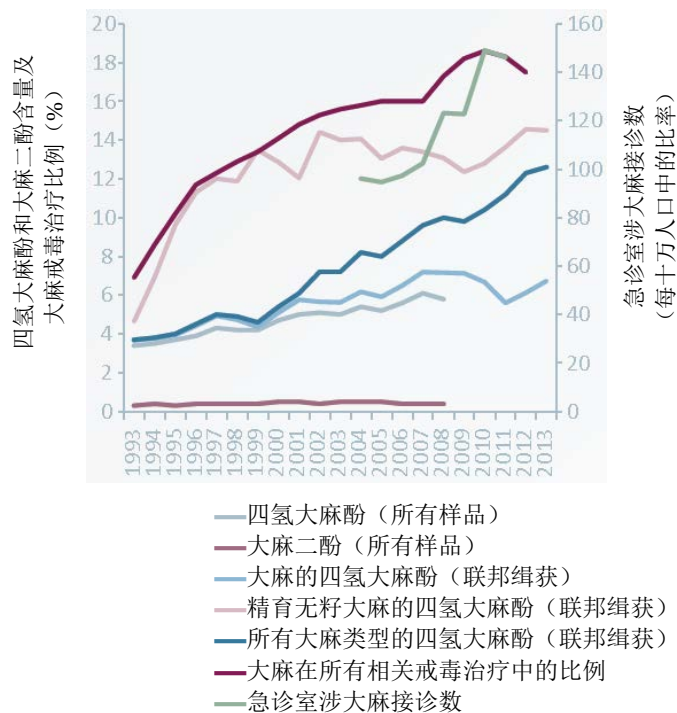
大洋洲最近的数据也表明，大麻中的四氢大麻酚含量可能增加。澳大利亚于2013年通过街访对大麻药力首次进行了系统分析，分析显示四氢大麻酚含量较高。对拥有多达15克大麻的娱乐吸毒者进行取样分析表明，四氢大麻酚的平均含量略低于15%，而大麻二酚的含量为0.14%。戒毒治疗需求增加及大麻上瘾风险和易患精神病程度上升也与转向越来越多使用高四氢大麻酚含量、低大麻二酚含量的大麻有关，但无证据表明药力的直接影响。ⁿ新西兰过去二十年也出现了大麻药草四氢大麻酚含量增加的迹象。^o

2005-2014 年荷兰“咖啡店”所售大麻产品的大麻二酚含量中位数趋势



资料来源：提姆布斯机构。

1993-2013 年美国大麻样品的四氢大麻酚和大麻二酚含量、大麻戒毒治疗接诊数及涉大麻急诊病例数



资料来源：Z. Mehmedic 等人，“ Δ^9 -四氢大麻酚和其他大麻素的药力趋势”；及物质滥用和精神健康服务管理局。

美国大麻药草的四氢大麻酚含量从1993年的不足3.4%上升到了2008年的8.8%，而大麻二酚的

含量始终较低，并长期保持不变（2008年为0.4%）。^P联邦缉获数据显示，大麻中的四氢大麻酚含量在过去二十年里有所增加，从1993年的3.7%增至2013年的12.6%，这反映了精育无籽大麻较高的市场份额（2013年的四氢大麻酚含量为14.5%）。美国的现有数据显示，大麻相关的入院治疗人数在过去二十年间呈增加趋势，从1993年的6.9%增至2012年的17.5%，而因大麻入院治疗人数也越来越多。^Q

^a W. Hall, “过去二十年对娱乐大麻吸毒的不利健康影响的研究成果如何？”, 《毒瘾》, 第 110 卷, 第 1 期 (2015 年), 第 19-35 页。

^b Marta Di Forti 等人, “伦敦南部因使用高药力大麻而首发精神病患者比例: 病例对照研究”, 《柳叶刀精神病学》, 第 2 卷, 第 3 期 (2015 年), 第 233-238 页。

^c 应当指出的是, 这是专门针对“烟鬼”而言, 因为其他大麻产品可能导致不同风险。

^d A. W. Zuardi 等人, “大麻成份之一的大麻二酚是一种抗精神病药物”, 《巴西医学与生物研究杂志》, 第 39 卷, 第 4 期 (2006 年), 第 421-429 页。

^e A. Englund 等人, “大麻二酚能抑制四氢大麻酚引起的偏执症状和海马相关记忆障碍”, 《精神药理学杂志》, 第 27 卷, 第 1 期 (2013 年), 第 19-27 页。

^f F. Cascini、F. C. Aiello 和 G. L. Di Tanna, “大麻药草中 Δ -9-四氢大麻酚含量长期增长: 系统评价和综合分析”, 《吸毒现状评价》, 第 5 期, 第 1 卷 (2012 年), 第 32-40 页。

^g 欧洲毒品和毒瘾监测中心, 《2014 年统计公报》。

^h 欧洲毒品和毒瘾监测中心, 《欧洲的大麻生产和市场》, 欧洲毒品和毒瘾监测中心《见解丛书》, 第 12 期 (卢森堡, 欧洲联盟官方出版局, 2012 年)。

ⁱ Jansen A. M. (2002 年) 提到的“进口替代”现象, “欧洲的大麻种植经济”, 在第二届欧洲毒品贩运和执法会议上专题介绍的论文, 2002 年 9 月 26 日至 27 日于巴黎。可查阅: www.cedro-uva.org/lib/jansen.economics.html。

^j 欧洲毒品和毒瘾监测中心 (2012 年), 《欧洲的大麻生产和市场》, 欧洲毒品和毒瘾监测中心《见解丛书》, 第 12 期 (卢森堡, 欧洲联盟官方出版局, 2012 年)。

^k S. Rigter 和 R. Niesink, 《荷兰咖啡厅大麻毒品、大麻原料和大麻树脂的四氢大麻酚含量》, 2013-2014 年 (乌得勒支, 荷兰精神健康与吸毒成瘾研究所 (提姆布斯机构), 2014 年)。

^l D. J. Potter、P. Clark 和 M. B. Brown, “2005 年英格兰大麻的 Δ 9-四氢大麻酚和其他大麻素药力: 精神活性和药理学意义”, 《法医学杂志》, 第 53 卷, 第 1 期 (2008 年), 第 90-94 页。

^m 欧洲毒品和毒瘾监测中心, 《2014 年欧洲毒品报告》。

ⁿ Swift 等人, “澳大利亚新南威尔士大麻缉获量分析: 大麻素介绍和意义”, 《公共科学图书馆——综合》 (2013 年)。

^o G. Knight 等人, “采用‘绿屏’方法的实验性室内水栽大麻研究结果——产量、四氢大麻酚和 DNA 分析”, 《国际法医学》, 第 202 卷, 第 1-3 期 (2010 年), 第 36-44 页。

^p Mehmedic 等人, “1993-2008 年没收大麻制剂中 Δ 9-四氢大麻酚和其他大麻素的药力趋势” (见脚注 279)。

^q 同上。

监管下的商业大麻^a市场：科罗拉多州的经验教训

大麻政策的最新变化

在美国，继科罗拉多州^b和华盛顿州^c最近推行商业大麻市场之后，阿拉斯加州^d和俄勒冈州^e于2014年通过了法律，使21岁及以上人员“生产、销售和使用大麻”合法化，而哥伦比亚特区投票取消了对成人拥有大麻和个人种植大麻的刑事和民事处罚。^f在美国以外的国家，牙买加^g议会最近通过了一项法律，允许持有2盎司或以下大麻，允许个人种植五棵或以下大麻，并允许黑人回归主义者作为宗教目的合法使用大麻。^h乌拉圭继2012年修订法律后目前正在执行大麻商业监管。

美国科罗拉多州：监管商业大麻市场第一年

科罗拉多州人合法购买大麻的权利是逐步获得的。2000年，选民核准了一项措施，将用于治疗某些疾病的医用大麻合法化，ⁱ直到2009年才广泛实现医用大麻商业化。^j三年后的2012年，《第64号修正案》像对待酒精一样，对大麻实施监管，截至2014年1月1日，科罗拉多州成为可向21岁及以上成年人零售大麻供娱乐之用的第一个州。^k一年后，整个州有了502个医用大麻药房和322个大麻零售店。^l

2006-2013 年美国（12 岁或以上人群）上年度大麻吸毒流行率



资料来源：美国，《全国吸毒与健康调查》，物质滥用和精神健康服务管理局。

根据最近对科罗拉多州大麻吸毒流行率的估计，针对人口增长和少报现象调整后，^m估计2014年有68.6万成年居民每年使用大麻至少一次。2014年报告ⁿ估计这部分人口和非居民的市场总需求约为130.3吨（范围：104.2-157.9吨）。^o与当前77吨供给^p（42%用于医疗用途）相比，大麻需求远远大于合法供给。因此，估计可能有53吨需要由个人家庭生产、无证或该州以外的生产商供货。

除供吸食的大麻药草和树脂之外，商业市场还提供了各种含四氢大麻酚的食品或“可食用

物”，这可能增加了误食、急性中毒、精神病、中毒和中毒相关损伤或死亡的风险。^q含四氢大麻酚的吸食产品一般在几秒钟或几分钟内起作用，与之相反，口服产品作用会延迟30-90分钟，并持续4-12小时，精神影响远远长于吸食效果，后者只持续约2-3小时。这可能会导致意外过量摄入四氢大麻酚的情况。^r

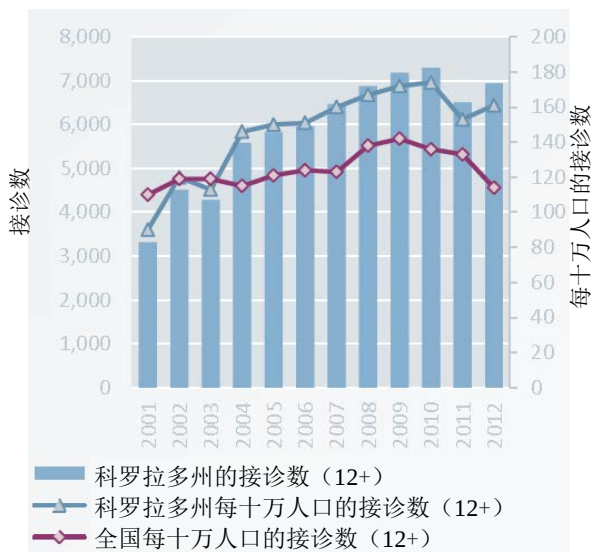
健康影响

根据美国《全国吸毒与健康调查结果》，科罗拉多州的大麻吸毒流行率高于全国平均水平，且增长更快。目前尚无证据表明立法与吸毒流行率之间的因果关系，但上年度流行率的峰值正好出现在放宽对个人消费的法律限制期间。

与科罗拉多州使用大麻的流行趋势一样，12岁及以上人群中每十万人的初级治疗接诊人数很多且在不断增加，自2003年以来一直高于全国平均水平。

据负责州强制检测的实验室称，科罗拉多州合法销售的大麻四氢大麻酚含量相对较高，平均达到了18.7%。^s洛基山毒药和药物中心在2013-2014年期间接到的有关大麻问题的电话数量翻了一番，这或许可以作为高药力大麻和含四氢大麻酚产品供应增加的急性效应的早期指标。另外，急诊室的数据表明，已有很多严重烧伤病例系在试图从大麻植物提取四氢大麻酚时发生，还有摄入高四氢大麻酚含量产品导致的周期性呕吐（医用大麻合法化后这类病例翻了一番），以及儿童意外摄入大麻的情况（医用大麻合法化之前五年这一数据为零，而2009-2011年期间科罗拉多儿童医院接诊了14例）。^t

2001-2012 年科罗拉多州和整个美国按接诊数和每十万 12 岁或以上人口的接诊数分列的大麻戒毒治疗接诊数



资料来源：美国，《治疗事件数据集（2001-2012 年）》，物质滥用和精神健康服务管理局。

此外，根据科罗拉多州巡警报告，2014年有12.2%吸毒后驾驶的案件涉及大麻，而在造成死亡的道路交通事故中，大麻检测为阳性的驾驶员人数从2006年的37人翻番增加到了2012年的78人。然而，因大麻零售而引起的交通死亡人数变化尚需若干年方可显现。

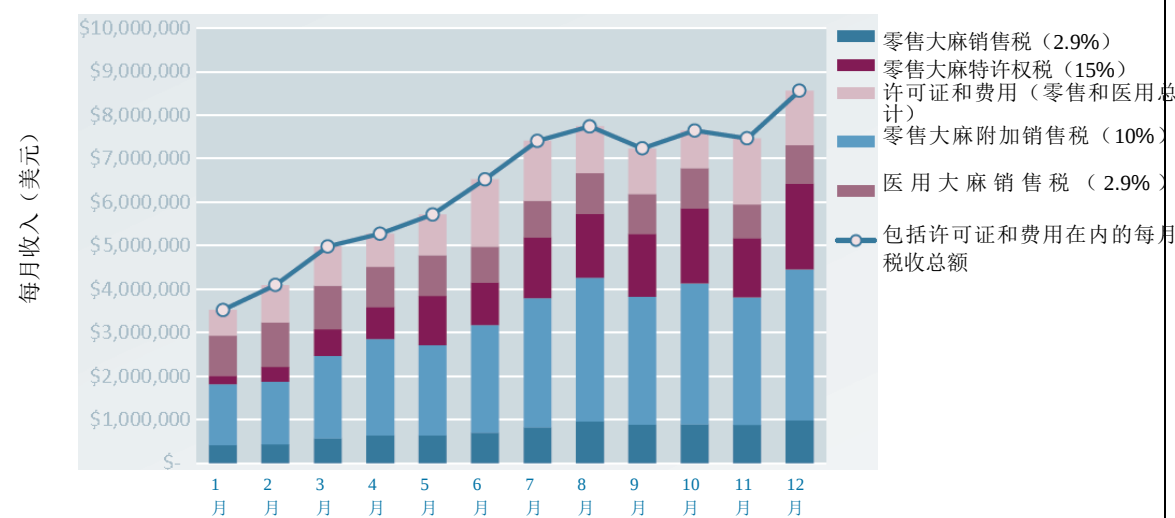
刑事司法

不出所料，2012-2013年期间，整个科罗拉多州因持有（2盎司或以下）大麻而逮捕的案件以及提交州法院的案件都显著减少，从而减少了用于实施涉大麻的逮捕的执法资源，而邻近的内布拉斯加州边境县涉大麻的逮捕案件则大幅增加。^a因大麻指控而在科罗拉多州学校^v实施的逮捕也有所增加，但增幅很小，从2012-2013年的273例增至2013-2014年的289例，但要正确解释大麻的商业供应对青年行为的影响，还需要若干年的数据。

州财政收入

继2014年的强劲增长之后，科罗拉多州近几个月来自零售和医用大麻市场的每月税收几乎是一月份收入的三倍，而之前仅十二月份的收入就超过850万美元。该州有望在2014日历年从医用和零售大麻市场的销售、许可证和费用收入中收取约7,600万美元净额。^w

2014 年美国科罗拉多州每月来自零售和医用大麻销售税、特许权税、许可证和费用的收入（美元）以及每月税收总额



资料来源：美国，科罗拉多州税务部。

^a 美洲的各项法案都将大麻原料和产品统称为“大麻”。为了与此法律用语保持一致，报告本节的“大麻”一词指所有大麻产品，有时指含有四氢大麻酚的产品。

^b 《第 64 号修正案：大麻的使用与监管》数据（美国《科罗拉多州宪法》第十八条第 16 节）。

^c 美国华盛顿州，《第 502 号动议案》。

^d 美国阿拉斯加州，《第 2 号投票议案：大麻生产、销售和使用的征税和监管法案 13PSUM》。

^e 美国俄勒冈州，《第 91 号法案：大麻和工业用大麻的控制、监管和征税法案》。

^f 美国哥伦比亚特区，《第 71 号投票动议案》，自 2014 年 7 月开始生效，允许携带多达 2 盎司大麻及种植多达 6 棵大麻植物。由于哥伦比亚特区不具有州地位，因而应受联邦管理，但这一动议案可能无法适用其他州这类法案所适用的相同规定。

^g 牙买加，2015 年《危险药品（修正）法》。

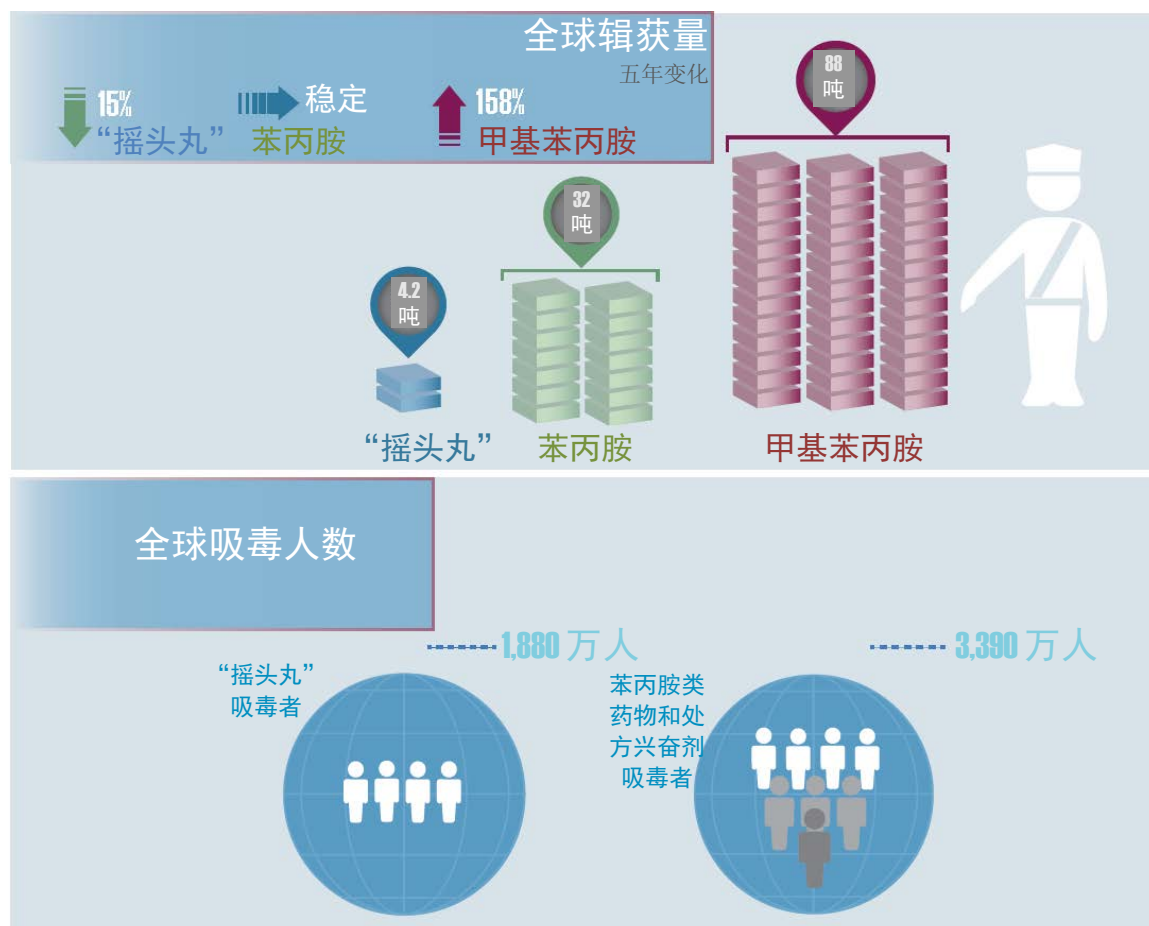
^h “牙买加准备放宽大麻法律”，《卫报》（伦敦），2015 年 1 月 22 日。

ⁱ 美国《科罗拉多州宪法》，0-4-287，第十八条，杂项第十八节。

- ^j 见美国司法部，“美国精选律师在允许大麻医用各州的调查和起诉备忘录”，2009年10月19日。
- ^k 2012年11月，美国科罗拉多州选民通过了《第64号宪法修正案》，其中将21岁以上人员娱乐用大麻合法化。各零售店于2014年1月1日开业。
- ^l 美国科罗拉多州税务部执法处医疗许可机构（医用大麻机构、零售大麻机构）。
- ^m 2014年需求估计基于“2010年和2011年全国吸毒与健康调查”结果估算的上年度流行率，按使用频率分级，并针对人口增长（5.3%）和少报现象（对每月吸毒20天以下的吸毒者按22.2%调整，对更频繁吸毒者按11.1%调整）进行了调整，见 Miles K. Light 等人，“科罗拉多州的市场规模和大麻需求”（2015年7月），科罗拉多州税务部，第15页。
- ⁿ Light 等人，“科罗拉多州的市场规模和大麻需求”（2015年7月），为科罗拉多州税务部编写。
- ^o 估计使用总量（130.3吨）包括估计居民使用的121.4吨和游客使用的8.9吨。未包括21岁以下报告在上年度使用过大麻的估计18.4万名居民的大麻需求量。
- ^p Light 等人，“科罗拉多州的市场规模和大麻需求”（见脚注210）。
- ^q T. S. Ghosh 等人，“医用大麻的公共卫生经验教训：科罗拉多州零售大麻的影响”，《新英格兰医学杂志》，第372卷，第11期（2015年），第991-993页。
- ^r F. Grotenhermen，“大麻素的药代动力学和药理学”，《临床药代动力学》，第42卷，第4期（2003年），第327-360页。
- ^s “科罗拉多州零售大麻的强制检测”，由来自 Charas Scientific 的 Andy LaFrate 在第249届美国化学学会全国会议及博览会上专题介绍，科罗拉多州丹佛市，2015年3月。
- ^t A. A. Monte 等人，“科罗拉多州大麻合法化的影响”，《美国医学会杂志》，第313卷，第3期（2015年），第241页和第242页。
- ^u J. M. Ellison 和 R. Spohn，“科罗拉多州药用大麻合法化：对内布拉斯加州的执法部门和当地监狱系统的影响”（内布拉斯加大学奥马哈分校内布拉斯加州司法研究中心，2015年）。
- ^v 美国丹佛警察局 Versadex 数据库和 OSI 数据库。
- ^w 美国科罗拉多州税务部。

合成毒品：²⁹³苯丙胺类兴奋剂和新型精神活性物质

关键数字



注：缉获量数据和吸毒人数为 2013 年数据。苯丙胺类药物包括苯丙胺和甲基苯丙胺。

为本报告之目的，合成毒品包括苯丙胺类兴奋剂和新型精神活性物质。其全球市场继续以甲基苯丙胺为主，东亚和东南亚是全世界报告缉获量最大的区域。甲基苯丙胺市场日益多元化。除东亚和东南亚已建立并不断增长的甲基苯丙胺市场外，还有迹象显示，北美洲和欧洲部分地区的使用越来越多。“摇头丸”及其前体化学品缉获数据显示，东亚和东南亚的“摇头丸”供应日益增多。

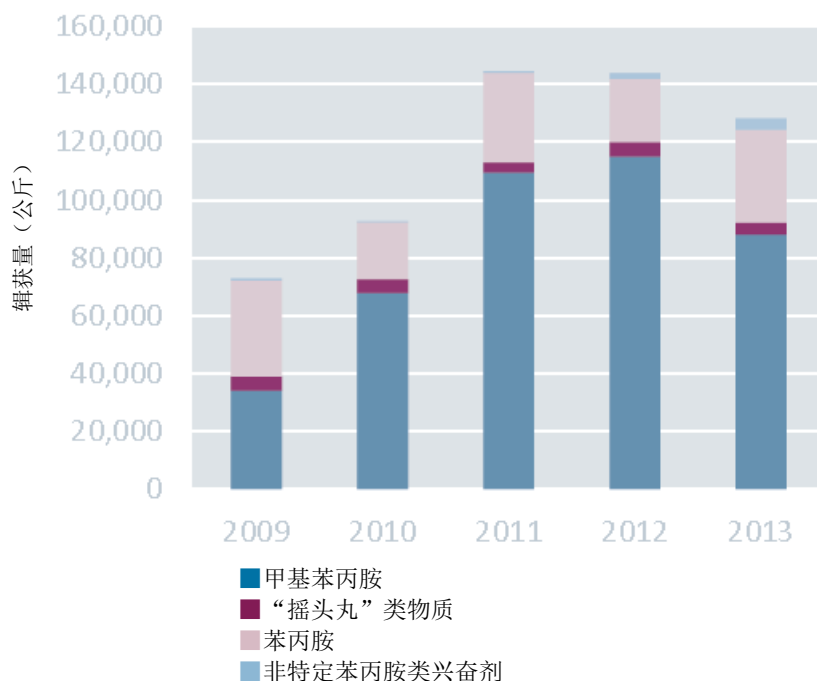
对于最近几年兴起的数量庞大的新型精神活性物质，²⁹⁴无论是短期还是长期来看，目前尚不清楚它们是在取代受国际管制的现有毒品，还是在对市场上合成毒品范围进行多样化。虽然美国合成大麻素和联合王国甲氧麻黄酮吸毒流行率数字表明这些药物的使用在减少，但越来越多的国家却报告新兴起了更广泛系列的新型精神活性物质，并对注射使用新型精神活性物质的发展

²⁹³ 为本报告之目的，“合成药物”一语包括苯丙胺类兴奋剂，主要为苯丙胺、甲基苯丙胺和“摇头丸”类物质，以及新型精神活性物质。

²⁹⁴ 为本报告之目的，新型精神活性物质分析包括氯胺酮。这一物质不同于其他新型精神活性物质，因为它被广泛应用于人类医学和兽医学，而大多数新型精神活性物质很少或根本没有用于医疗用途的历史。

表示担忧。截至2014年12月，95个国家和地区通过参与国际协作行动方案的会员国和国家毒品检测实验室提交数据，向毒品和犯罪问题办公室预警咨询系统报告了共计541种新型精神活性物质。²⁹⁵虽然全球合成毒品市场有大量新型精神活性物质，但这些物质的产生和长期留存方式则存在显著的国家或区域差异。

图 69. 2009-2013 年全球苯丙胺类兴奋剂报告缉获总量



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，2009-2013 年对年度报告调查表的答复。

注：非特定苯丙胺类兴奋剂包括按苯丙胺类兴奋剂向毒品和犯罪问题办公室报告时未注明特定物质的缉获量，但不包括处方兴奋剂。

甲基苯丙胺推动苯丙胺类兴奋剂缉获量增长

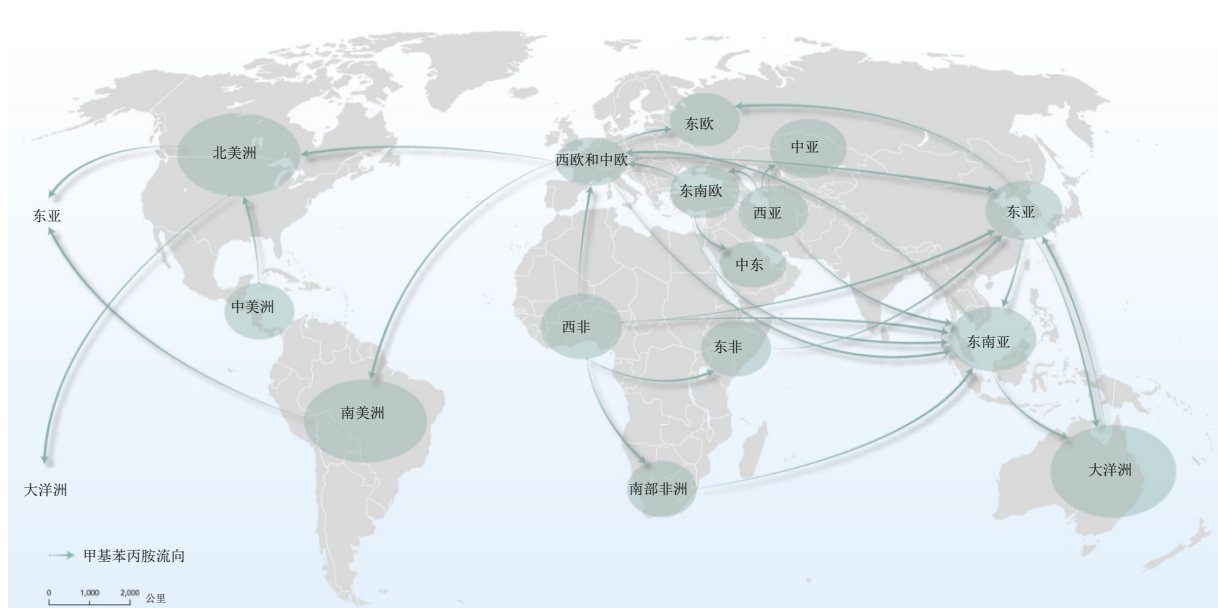
自2009年以来缉获量的飙升反映了全球苯丙胺类兴奋剂市场的迅速扩张，苯丙胺类兴奋剂缉获量几乎翻了一番，在2011年和2012年超过了144吨——这是自毒品和犯罪问题办公室开始系统监测以来的苯丙胺类兴奋剂最高缉获量，但2013年略有下降（见图69）。从2009年开始的增长主要因为所缉获的甲基苯丙胺数量不断增加，从2009年的34吨增加到2013年的88吨。甲基苯丙胺的重要性日益增强，这是全球苯丙胺类兴奋剂市场的最新特点。多年来，全球苯丙胺缉获量忽高忽低，自2009年以来，每年约为20-33吨。与苯丙胺和甲基苯丙胺缉获量相比，全球“摇头丸”缉获量较低，2009-2013年期间每年都少于5吨。

²⁹⁵ 毒品和犯罪问题办公室，新型精神活性物质预警咨询系统。

甲基苯丙胺市场日益相互关联

尽管甲基苯丙胺仍然主要在各区域内部贩运，但过去五年的甲基苯丙胺缉获量显著增加，这似乎暗示了新贩运路线的建立，连接起了之前各自独立的区域甲基苯丙胺市场（见地图3）。据观察，新的国际供应渠道将北美洲、东亚和东南亚的主要甲基苯丙胺市场连接到了一起。此外，非洲和美洲若干地区都出现了通往东亚和东南亚的甲基苯丙胺贩运路线。特别是西非，似乎已成为经南部非洲或欧洲贩运到东亚和东南亚的甲基苯丙胺的一个既定来源。土耳其兴起为从西亚走私到西欧和中欧的甲基苯丙胺过境国。最近还有报告称，有甲基苯丙胺从西欧和中欧贩运到北美洲、南美洲、东亚和东南亚。

地图 3. 2011-2013 年流入国认为的甲基苯丙胺流向



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，2011-2013 年对年度报告调查表的答复。

注：流向箭头起点并不一定表示甲基苯丙胺来源或产地。这些箭头是流入国认为的流向。流向箭头表示甲基苯丙胺贩运方向，不表示贩运数量。本地图所示边界并不意味着联合国的正式认可或接受。短划线表示未确定的边界。虚线大致代表印度和巴基斯坦商定的查谟和克什米尔控制线。印巴双方尚未商定查谟和克什米尔的最终地位。苏丹和南苏丹之间的最后边界尚未确定。

甲基苯丙胺吸毒新趋势

甲基苯丙胺吸毒仍然是东亚和东南亚大部分地区的一个主要问题，占了该分区域众多国家接受戒毒治疗者的很大比例。2013年，因甲基苯丙胺吸毒而接受治疗者占了许多国家接受戒毒治疗人群的大多数。^{296,297}

美国的甲基苯丙胺吸毒呈稳定态势，2010-2013年期间15-64岁普通人群中甲基苯丙胺的年度流行率一直保持在0.5-0.6%。但最近美国某些地区有甲基苯丙胺吸毒增加的迹象。据报告，明尼

²⁹⁶ 基于亚洲及太平洋药物滥用信息网络收集的数据。

²⁹⁷ 同上。

阿波利斯/圣保罗在2011-2012年期间因甲基苯丙胺吸毒接受治疗的人数增加了19%。²⁹⁸据报告, 俄亥俄州在2009-2012年期间因甲基苯丙胺吸毒接受治疗的人数增加了34%。²⁹⁹圣迭戈在2008-2012年期间涉甲基苯丙胺吸毒的死亡人数增加了70%以上。³⁰⁰

在欧洲, 虽然苯丙胺和“摇头丸”仍然占了苯丙胺类兴奋剂缉获量的大部分, 似乎晶体甲基苯丙胺的供应越来越多, 包括在过去极少报告甲基苯丙胺吸毒的国家。据德国联邦刑事警察局报告, 2013年晶体甲基苯丙胺的首次吸毒人数增加了近7%, 达到2,746人, 晶体甲基苯丙胺缉获案件数量增加了约10%, 达到3,847例, 而同年所缉获毒品数量增长了88%, 达到75.2公斤。³⁰¹德国法兰克福2012年的一项调查结果发现, 聚会人群对甲基苯丙胺的使用较多。³⁰²据欧洲毒品和毒瘾监测中心称, 希腊和土耳其不断有关于使用甲基苯丙胺的新报道。³⁰³在希腊, 晶体甲基苯丙胺缉获量从2012年只有1公斤增加到了2013年的15公斤, 根据土耳其国家警察局报告, 晶体甲基苯丙胺占了该国甲基苯丙胺缉获量的很大部分。³⁰⁴欧洲毒品和毒瘾监测中心还报告称, 欧洲南部国家类阿片注射吸毒者中出现了使用晶体甲基苯丙胺的现象。³⁰⁵

这些年来, 甲基苯丙胺已在捷克共和国及斯洛伐克占据了市场主导地位。然而, 2013年, 甲基苯丙胺缉获量不仅占了捷克共和国及斯洛伐克所报告苯丙胺类兴奋剂缉获量的最大份额, 而且也占了白俄罗斯、拉脱维亚、立陶宛和摩尔多瓦共和国以及塞浦路斯、希腊和葡萄牙等一些波罗的海国家和东欧国家此类缉获量的最大份额。

东亚和东南亚甲基苯丙胺市场多元化

东亚和东南亚销售的甲基苯丙胺主要有两种形式: 甲基苯丙胺片剂和晶体甲基苯丙胺。这两种形式的甲基苯丙胺都以盐形式提供, 最常见的是盐酸甲基苯丙胺, 一般而言可抽吸、鼻吸、口服和注射。甲基苯丙胺片剂在分区域俗称“亚巴”, 状态为小药丸, 一般纯度较低, 有多种不同形状和颜色。除甲基苯丙胺外, 此类片剂通常含有很大一部分的咖啡因, 再加上一系列掺杂物。如果是甲基苯丙胺片剂, 常见做法是口服和抽吸研碎的片剂。晶体甲基苯丙胺也称“冰毒”、“冰”或“Shabu”, 纯度通常比片剂高得多。非法毒品市场上常为不同大小(研碎的)无色晶体。如果是晶体甲基苯丙胺, 消费的典型方式有抽吸、鼻吸和注射。³⁰⁶

²⁹⁸ 美国缉毒局, 《国家毒品威胁评估摘要》, 2014年11月。

²⁹⁹ 同上。

³⁰⁰ 同上。

³⁰¹ 毒品和犯罪问题办公室, 《2014年全球“合成药物监测: 分析、报告和趋势”最新情况》, 第12卷(2014年9月)。

³⁰² C. Bernard、B. Werse 和 C. Schell-Mack, 《2012年年度报告: 法兰克福的吸毒趋势》(法兰克福, 歌德大学毒品研究中心, 2013年)。

³⁰³ 欧洲毒品和毒瘾监测中心, 《2014年欧洲毒品问题年度报告》。

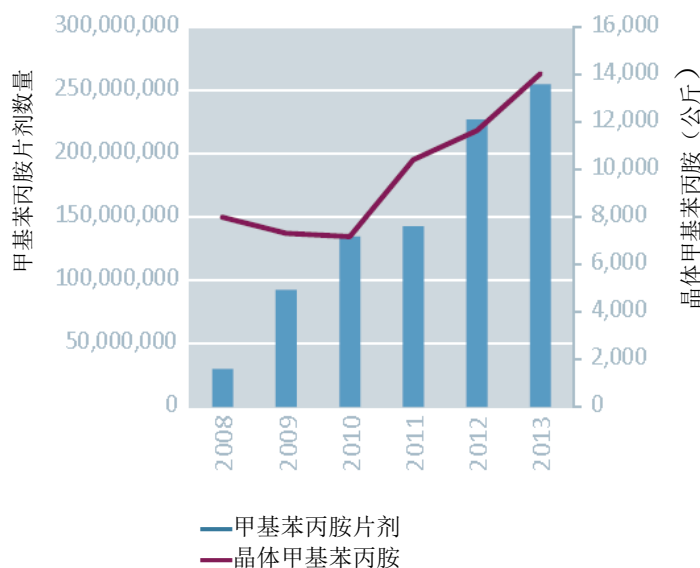
³⁰⁴ 土耳其国家警察局, 《2013年土耳其缉私和打击有组织犯罪报告》(安卡拉, 2014年6月)。

³⁰⁵ 欧洲毒品和毒瘾监测中心, 《2014年欧洲毒品问题年度报告》。

³⁰⁶ 《毒品术语和资料》(联合国出版物, 出售品编号: E.03.XI.14); 《缴获物中苯丙胺、甲基苯丙胺及其环取代类似物的鉴定检验推荐方法: 国家毒品检测实验室使用手册》(联合国出版物, 出售品编号: E.06.XI.1)。

缉获和吸毒信息表明，这两种形式的甲基苯丙胺市场规模都在不断扩大。2008-2013年期间，东亚和东南亚的甲基苯丙胺片剂和晶体甲基苯丙胺缉获量普遍增加（见图70）。该区域的晶体甲基苯丙胺缉获量在此期间几乎翻了一番，而甲基苯丙胺片剂缉获量则以更快速度增长了八倍。甲基苯丙胺片剂总体上仍然是湄公河区域的特产。晶体甲基苯丙胺与之不同，在地理上已广泛分布于整个东亚和东南亚地区。³⁰⁷

图 70. 2009-2013 年东亚和东南亚报告的晶体甲基苯丙胺和甲基苯丙胺片剂缉获量



资料来源：亚洲及太平洋药物滥用信息网络。

甲基苯丙胺片剂主要在东亚和东南亚的湄公河区域生产，缉获报告表明这些片剂大多供向该分区域内的市场。缅甸被认为是整个湄公河区域及东亚和东南亚其他一些地方所缉获甲基苯丙胺片剂的主要原产国。原产于缅甸而在中国和泰国被缉获的甲基苯丙胺片剂报告表明，从缅甸起穿过这些国家的共同边界贩运的数量越来越多。³⁰⁸

晶体甲基苯丙胺：高度相互关联

虽然东亚和东南亚继续大规模生产晶体甲基苯丙胺，但最近几年，源于世界其他地区的晶体甲基苯丙胺的复杂国际贩运模式得到了发展。多年以来，晶体甲基苯丙胺一直从非洲贩运到东亚和东南亚国家，如柬埔寨、中国、印度尼西亚、日本、马来西亚、泰国、越南以及新近的菲律宾。³⁰⁹最近，东亚和东南亚国家也报告称缉获了源于西亚的晶体甲基苯丙胺。³¹⁰自2013年以来，

³⁰⁷ 基于亚洲及太平洋药物滥用信息网络所反映的令人关切的主要毒品使用方面的专家意见。

³⁰⁸ 中国国家禁毒委员会，《2014 年中国禁毒报告》（北京，2014 年）；与中国公安部国家禁毒委员会的正式通讯，2014 年 11 月；泰国麻醉品管制局，“泰国毒品形势与趋势”，提交了亚洲及太平洋区域各国禁毒执法机构负责人第三十八次会议（2014 年 10 月）。

³⁰⁹ 毒品和犯罪问题办公室，《苯丙胺类兴奋剂及其他毒品的模式和趋势：亚洲和太平洋的挑战》（2013 年 11 月）；毒品和犯罪问题办公室，《全球合成药物评价：苯丙胺类兴奋剂和新型精神活性物质》（维也纳，2014 年）。

人们认为在东亚和东南亚及大洋洲缉获的晶体甲基苯丙胺货运源自墨西哥。具体而言，报告称，日本于2013年和2014年拦截了源自墨西哥的大批货运，查获晶体甲基苯丙胺总重量分别超过0.4吨和0.2吨。³¹¹2013年，澳大利亚、菲律宾和大韩民国也报告缉获了来源于墨西哥的晶体甲基苯丙胺。³¹²

在北美洲，从墨西哥到美国的晶体甲基苯丙胺贩运有所增加。据美国缉毒局称，2012-2013年期间沿美国西南边境缉获的粉末和晶体甲基苯丙胺数量增加了18.5%。³¹³此外，有报告称贩运到美国供随后转化成晶体甲基苯丙胺的液体甲基苯丙胺有所增加。³¹⁴2013年，墨西哥还报告缉获了超过330吨的液体甲基苯丙胺。然而，并非所有在北美洲制造的晶体甲基苯丙胺均为了供应该区域。例如，2013年从墨西哥贩运到日本的甲基苯丙胺有所增加，这进一步反映了晶体甲基苯丙胺市场的更加全球化。

“摇头丸”市场发生了区域转变？

2012年，东亚和东南亚及大洋洲的“摇头丸”缉获量猛增至近2吨，略低于欧洲2.3吨的缉获量，但比美洲0.7吨的缉获量要多得多。东亚和东南亚及大洋洲或许正在兴起为“摇头丸”全球市场的一支驱动力量，而美洲的缉获量却在减少，2009-2012年期间减少了81%。虽然东亚和东南亚及大洋洲的“摇头丸”缉获量在2013年减少到了1吨，但仍然停留在2008-2011年的高位。2014年，澳大利亚³¹⁵和缅甸³¹⁶执法机关报告缉获了数吨该毒品。

尚无充分资料确定“摇头丸”的市场规模，其计算基于东亚和东南亚及大洋洲的吸毒数据。然而，有关特定人群的数据表明，某些国家的吸毒情况较为普遍。印度尼西亚2013年对运输工人的一项全国性调查发现，“摇头丸”年度流行率为1.4%，是继流行率为4.9%的大麻之后的第二最常用毒品。³¹⁷印度尼西亚2012年报告缉获了1.3吨“摇头丸”，成为全世界该毒品缉获量最大的国家。据报告，所缉获毒品原本全部供应国内市场。这表明该国当年存在大量“摇头丸”。

³¹⁰ “印度尼西亚国家报告”，由印度尼西亚国家麻醉品管制局提交“全球合成药物监测：分析、报告和趋势方案”区域会议，仰光，2014年8月20日和21日；日本警察厅，2014年10月；《马来西亚毒品形势报告》，由马来西亚皇家警察提交第二十四届禁毒联络官国际合作会议，大韩民国济州，2014年10月1日至3日；及“泰国国家报告”，由泰国麻醉品管制局提交第十九届亚太缉毒执法会议，日本东京，2014年2月18日至20日。

³¹¹ 由日本外务省国际安全和安保合作处提供的信息，2014年8月；日本警察厅，2014年10月。

³¹² 菲律宾缉毒署在2014年2月18日至20日于东京举行的“第十九届亚太缉毒执法会议”上的专题介绍；大韩民国最高检察院在2014年8月20日和21日于仰光举行的全球“全球合成药物监测：分析、报告和趋势方案”区域会议上的专题介绍；澳大利亚联邦警察局在2014年2月18日至20日于东京举行的“第十九届亚太缉毒执法会议”上的专题介绍。

³¹³ 美国缉毒局，《国家毒品威胁评估摘要》，2014年（2014年11月）。

³¹⁴ 同上。

³¹⁵ 澳大利亚联邦警察局，“新闻稿：打击有组织犯罪联合小组辑获了价值15亿美元的毒品”，2014年11月29日。

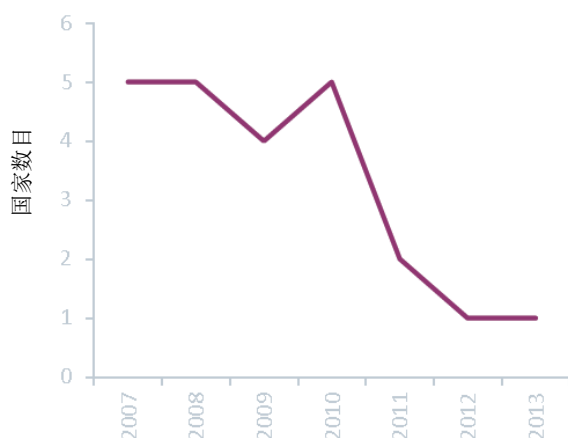
³¹⁶ 缅甸药物滥用管制中央委员会的正式政府通告，2015年3月。

³¹⁷ 印度尼西亚国家麻醉品管制局，《预防和消除毒品滥用和非法贩运数据期刊：2013年》（雅加达，2014年6月）。

也有一些迹象表明“摇头丸”吸毒正在湄公河区域兴起。根据2012年的专家意见，柬埔寨、泰国和越南的“摇头丸”吸毒有所增加。虽然柬埔寨和泰国报告“摇头丸”缉获量有所减少，2012年越南的缉获量达到了近0.2吨。

最近在东亚和东南亚及大洋洲缉获了大量的二亚甲基双氧苯丙胺化学前体，这意味着这些分区域有可能在制造大量“摇头丸”。根据国际麻醉品管制局概要介绍的常用二亚甲基双氧苯丙胺制造方法计算，2011年和2012年在该区域缉获的近6.6万升黄樟脑和3,4-亚甲基二氧苯基-2-丙酮在理论上足以用来生产约44吨“摇头丸”。³¹⁸这一数量远远超过了2011年和2012年全世界9吨的“摇头丸”总缉获量。虽然东亚和东南亚及大洋洲都在制造“摇头丸”，但在世界其他区域拦截的来源于这些国家的“摇头丸”贩运案件却有所减少（见图71）。

图 71. 2007-2013 年东亚和东南亚及大洋洲国家被认定为世界其他区域所缉获“摇头丸”原产国的次数



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，2007-2013 年对年度报告调查表的答复。

新型精神活性物质与其他毒品之间的联系和相互作用

过去几年间，非法毒品市场出售的新型精神活性物质越来越多。市场上的新型精神活性物质可能有或没有与其所仿效国际管制物质类似的效果和状态。³¹⁹

仅有少量数据系列可供对比新型精神活性物质与其他毒品的流行率趋势。美国十二年级学生中的大麻年度流行率于2011-2013年期间稳定在36.4%，2014年仅小幅下降至35.1%，而合成大麻素（“香料”）流行率在2011年11.4%的基础上几乎减半，降至2014年的5.8%（见图72）。2012年（首个测量年）到2014年期间，中学生（十二年级）对合成大麻素危害的认知有所加强，这可能促进了吸毒的减少。³²⁰最近的定性研究数据表明，同时使用大麻药草和合成大麻素的情

³¹⁸ 东亚和东南亚的计算基于国际麻醉品管制局提供的转化率；《经常用于非法制造麻醉品和精神药物的前体和化学品：国际麻醉品管制局 2012 年关于 1988 年〈联合国禁止非法贩运麻醉药品和精神药物公约〉第 12 条执行情况的报告》（E/INCB/2013/4）。

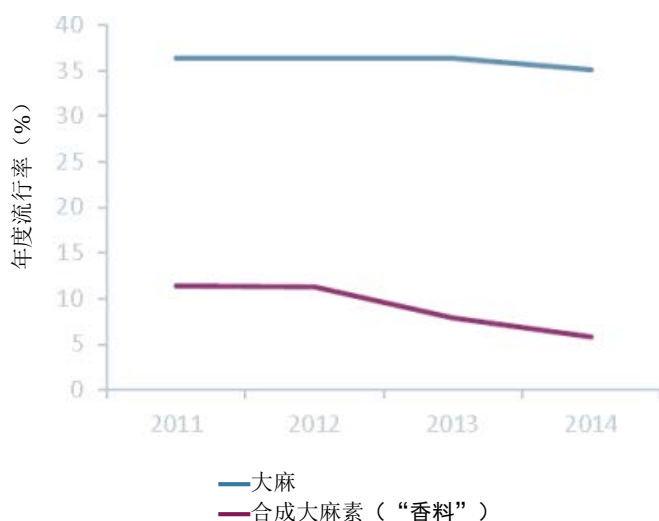
³¹⁹ 欲了解更多信息，见毒品和犯罪问题办公室，《新型精神活性物质挑战》（维也纳，2013 年 3 月）。

³²⁰ 美国国家药物滥用研究所，《监测未来：1975-2014 年全国吸毒情况的调查结果》。

况可能并不鲜见。吸毒者可能会视情况选择一种或另一种，例如，如果试图避免在药检中呈阳性，就会倾向于选择合成大麻素。³²¹

一段时间以来，欧洲多个国家的“摇头丸”市场一直在萎缩，因而甲氧麻黄酮和其他新型精神活性物质可能是“摇头丸”的替代品。然而，联合王国的年度流行率数据表明，最近几年甲氧麻黄酮的使用可能已降到了“摇头丸”以下的水平（见图73）。³²²2010-2013年期间，联合王国16-24岁人群中的“摇头丸”和甲氧麻黄酮年度流行率一直在下降。这部分人口使用甲氧麻黄酮的比例在2010-2011年4.4%的基础上几乎下降了三分之二，达到2012-2013年的1.6%，而使用“摇头丸”的比例同期仅从3.8%下降到2.9%。虽然16-24岁人群在2010-2011年期间的甲氧麻黄酮流行率比“摇头丸”流行率高出0.6%，但在2012-2013年期间，“摇头丸”流行率几乎是甲氧麻黄酮的两倍。

图 72. 2011-2014 年美国十二年级学生使用大麻及合成大麻素（“香料”）的年度流行率



资料来源：美国，国家药物滥用研究所，《监测未来：1975-2014 年全国吸毒情况的调查结果》。

尽管联合王国对甲氧麻黄酮的整体需求可能减少了，但某些人群的吸毒流行率却较高。使用甲氧麻黄酮的情况在伦敦的舞蹈俱乐部似乎尤为常见。事实上，2012-2013年英格兰和威尔士的犯罪调查显示，上个月去过夜总会四次或更多次的成年人使用甲氧麻黄酮的比例最高，达到4.4%。³²³同样，2013年对罗马夜总会客人的另一项调查发现，除可卡因等毒品外，人们还在使用新型精神活性物质。³²⁴使用多种毒品可能会产生不可预知的效果，从而给保健服务提供者带来严峻挑战。

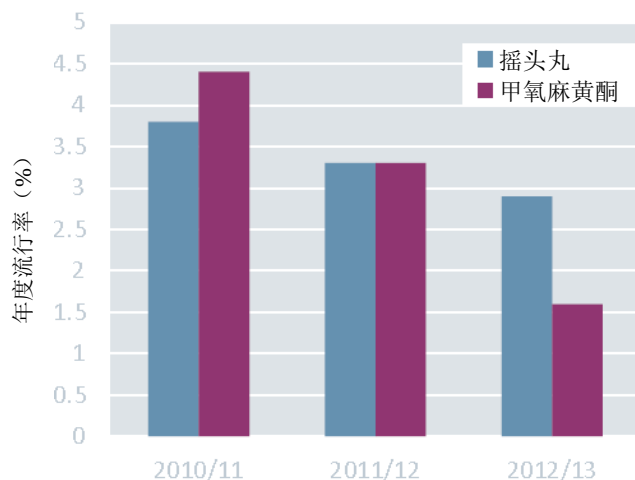
³²¹ D. Perrone、R. D. Helgesen 和 R. G. Fischer，“美国禁毒与‘合法兴奋剂’：毒品检测可能会如何驱使大麻吸毒者转向‘香料’”，《毒品：教育、预防和政策》，第 20 卷，第 3 期（2013 年），第 216-224 页。

³²² 政府旨在提高公众对使用新型精神活性物质相关健康风险的认识的活动，以及 2010 年将甲氧麻黄酮作为《药物滥用法》下 B 类药物实行国家管制的规定出台，虽无明确关系，却系同步发生。

³²³ 联合王国，内政部，《吸毒状况：2012-2013 年犯罪调查结果——英格兰和威尔士》（2013 年 7 月）。

³²⁴ A. E. Vento 等人，“罗马俱乐部的吸毒状况：试点研究”，《国际生物医学研究》，第 2014 卷，（2014 年），第 1-5 页。

图 73. 2010-2011 年到 2012-2013 年联合王国 16-24 岁人群使用“摇头丸”和甲氧麻黄酮的年度流行率



资料来源：联合王国，内政部，《吸毒状况：2012-2013 年犯罪调查结果——英格兰和威尔士》（2013 年 7 月）。

据欧洲毒品和毒瘾监测中心报告，欧洲注射非法毒品的情况有所减少，但最近却报告称出现了注射新型精神活性物质的情况，特别是合成卡西酮。³²⁵例如，根据匈牙利治疗及针头和注射器方案报告，自2010年以来，合成卡西酮注射吸毒者增加了，而海洛因注射吸毒者有所减少。截至2012年，匈牙利因注射合成卡西酮吸毒而接受治疗的人数约占该方案人口的34%。³²⁶此外，布加勒斯特针头和注射器方案于2012年报告称，在方案参与人员中，有51%的人注射新型精神活性物质（主要是合成卡西酮），44%的人注射海洛因，还有5%的人既注射新型精神活性物质，又注射海洛因。³²⁷奥地利2010年对格拉茨接受戒毒治疗者的一项调查发现，近60%的人注射甲氧麻黄酮；³²⁸2012年有报告称巴黎的注射吸毒者还使用合成卡西酮4-MEC³²⁹。³³⁰欧洲毒品和毒瘾监测中心也报告称，奥地利、比利时、捷克共和国、法国、德国、爱尔兰、波兰、罗马尼亚、西班牙和联合王国的特定人群中出现了注射合成卡西酮吸毒的情况。³³¹

有关将新型精神活性物质当作药物使用的数据仍然有限。其原因包括，市场上有大量不同的新型精神活性物质，而且其中一些出售时的街头俗称可能就暗示含有各种不同物质。例如，“香

³²⁵ 欧洲毒品和毒瘾监测中心，“毒品观察：注射合成卡西酮”，《毒品观察丛书》，2014年5月27日。

³²⁶ A. Péterfi 等人，“匈牙利注射吸毒模式的变化：转向合成卡西酮”，《药物检测与分析》，第6卷，第7期和第8期（2014年），第825-831页。

³²⁷ 见脚注 325。

³²⁸ Marion Weigl 等人，《欧洲毒品和毒瘾信息网国家联络点向欧洲毒品和毒瘾监测中心提交的 2012 年国家报告（2011 年数据）：奥地利——某些问题的新动态、趋势和深度资讯》（维也纳，奥地利保健公司，2012 年）。

³²⁹ 4-MEC 是不受国际管制的一种合成卡西酮——4-甲基卡西酮的化学简称。

³³⁰ T. Néfau 等人，“对用过的注射器内残留物的药物分析：加强了解注射毒品状况及吸毒者做法的新途径”，《国际药物政策杂志》，第26卷，第4期，第412-419页。

³³¹ 欧洲毒品和毒瘾监测中心，“毒品观察：注射合成卡西酮”，《毒品观察丛书》，2014年5月27日。

料”一词经常用于指合成大麻素，可能代表一系列多种物质，而非指代某一特定物质。由于吸毒者往往不能识别实际所用的物质，因此其他信息来源便显得重要起来。新型精神活性物质预警系统提供的信息有助于识别是否使用了新型精神活性物质，并确定早期阶段的相关健康风险。³³²例如，在瑞典，毒理学警戒系统记录了许多不同新型精神活性物质主要在青少年和壮年男子间的广泛使用。³³³欧洲毒品和毒瘾监测中心以其欧洲新型精神活性物质预警咨询系统为基础，对新型精神活性物质开展了越来越多的风险评估（仅2014年就进行了八次，而2009-2013年仅进行了两次），记录该区域存在的新型精神活性物质及其严重的消极健康后果。³³⁴其他许多国家也建立了新型精神活性物质预警系统，提供有关新型精神活性物质兴起、使用的相关健康风险以及应对风险的最佳实践的信息。

已报告新型精神活性物质数量

截至2014年12月，95个会员国和地区通过全球“综合监测：分析、报告和趋势”方案向毒品和犯罪问题办公室预警咨询系统报告了所出现的新型精神活性物质，所发现新型精神活性物质的数量和类型千差万别（见图74）。³³⁵2014年有四个国家或地区首次报告这些数据，包括开曼群岛（美洲）、黑山（欧洲）、秘鲁（美洲）和塞舌尔（非洲）。截至2014年12月报告发现新型精神活性物质的大多数国家和地区都来自欧洲（39个）、亚洲（27个）、非洲（14个）、美洲（13个）和大洋洲（2个）。

截至2014年12月，共计向毒品和犯罪问题办公室预警咨询系统报告了541种新型精神活性物质（见图75）。2014年，报告了450种物质，较2013年报告的430种有所增加。虽然增加幅度不大，但值得注意的是，在2014年报告的450种物质中，有69种系首次报告给咨询系统。2012-2013年期间报告给咨询系统的新型精神活性物质数量大幅增加，原因在于系统数据源的扩展和数据完整性的加强，以及实验室识别新型精神活性物质能力的增强。

2014年，合成大麻素仍然占了所报告新型精神活性物质的大多数（39%），其次是苯乙胺（18%）和合成卡西酮（15%）（见图76）。2014年报告的合成大麻素比2013年报告种类多得多，而报告的合成卡西酮种类仅略有增加，其他新型精神活性物质种类大部分保持稳定。属于氯胺酮和苯环利定类药物的新型精神活性物质有所减少，2014年只报告了2013年所报告数量的一半，同时对色胺的报告数量略有减少。在2014年报告的所有物质中，有69种系首次向毒品和犯罪问题办公室预警咨询系统报告，包括25种合成大麻素、16种苯乙胺和合成卡西酮、8种其他物质及2种氨基茛满和色胺。

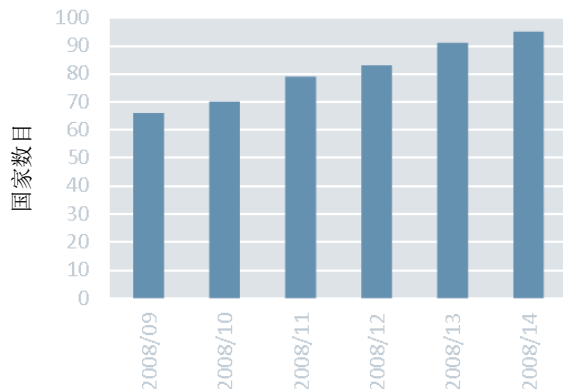
³³² D. M. Wood 等人，“用毒药信息服务数据评价新型精神活性物质的相关急性伤害”，《药物检测与分析》，第6卷，第7期和第8期（2014年），第850-860页。

³³³ A. Helander 等人，“发现急诊室患者使用新型精神活性物质：瑞典 STRIDA 项目的结果”，《国际法医学》，第243卷（2014年），第23-29页。

³³⁴ 欧洲毒品和毒瘾监测中心网站，出版物搜索。

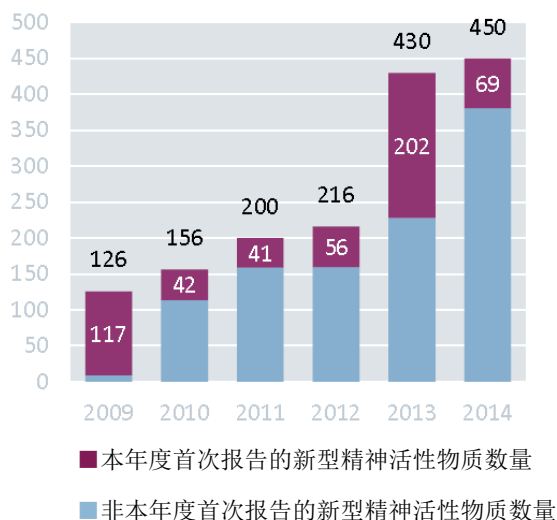
³³⁵ 除非另有说明，本报告本节中的所有数据均来自毒品和犯罪问题办公室新型精神活性物质预警咨询系统，可查阅 www.unodc.org/nps。

图 74. 2008-2014 年报告新型精神活性物质的国家和地区数目



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，新型精神活性物质预警咨询系统，2008-2014 年。

图 75. 2009-2014 年报告的新型精神活性物质数量



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，新型精神活性物质预警咨询系统，2009-2014 年。

注：本图仅显示各报告年度所报告的不同新型精神活性物质数量。某一年报告的新型精神活性物质下一年并不一定会全部予以报告。

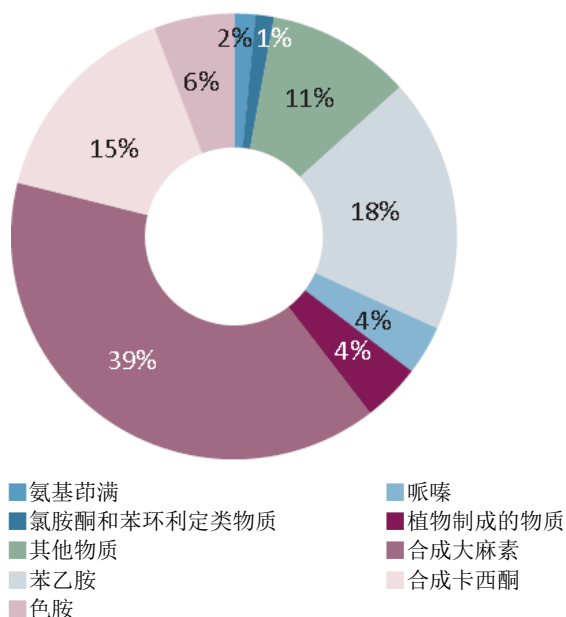
用新型精神活性物质预警咨询系统确定了这些物质出现和持续存在的不同模式。在国家层面，甚至在各个区域内部，新型精神活性物质的出现往往具有异质性，即一定时期内在一个国家及其邻国发现的不同新型精神活性物质之间很少有交叉重叠。有些新型精神活性物质已在市场上长期存在，而且许多国家数年间一直有相关报告。这些物质包括氯胺酮（58个国家）、卡塔叶（51个国家）、甲氧麻黄酮（46个国家）和JWH-018（44个国家）。全世界报告出现新型精神活性物质的所有国家中超过四分之一都仅报告了一种物质，其中大部分是植物制成的新型精神活性物质和氯胺酮。自2008年以来，在报告出现新型精神活性物质的国家中，约47%的国家发现了10种或更少物质，而大约18%的国家发现了100多种不同的新型精神活性物质。

合成大麻素：多样性的挑战

合成大麻素受体激动剂通常被称为合成大麻素，是市场上种类最多、最多样化且增长最快的一类新型精神活性物质。自2004年以来，在通过互联网和专卖店销售的抽吸型混合草药中发现了许多不同的合成大麻素。这些产品通常含有干燥、粉碎的植物材料，本身不具有精神活性，但浸泡或喷涂过一种或几种合成大麻素。

2014年，毒品和犯罪问题办公室预警咨询系统接到有关177种不同合成大麻素的报告。市场上出现含合成大麻素的产品并非新现象；但直到2008年，这些产品作为“合法大麻替代物”的使用才日益流行起来。自那以后，58个国家和地区向预警咨询系统报告了数以百计的含不同合成大麻素的产品，国际社会也开始关注这些产品的秘密制造、它们对公众健康和社会的严重风险以及毒品管制的挑战。

图 76. 2014 年所报告各类新型精神活性物质数量



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，新型精神活性物质预警咨询系统，2014 年。

自1980年代发现大麻素受体CB₁和CB₂以来，一系列合成大麻素的化学族得到持续发展和演变。它们在新型精神活性物质市场出现的特点是，似乎为了保持其法律地位始终含糊不清而不断进行结构改性。Naphthoylindoles（如JWH-018）的出现以及最近的Naphthoylindazoles（如THJ-018）和吲哚羧酰胺（如AKB-48）的出现都说明了这一点。³³⁶

合成大麻素新衍生物的结构多样性和快速发展给国家和国际层面的立法管制带来了严峻挑战。为了应对这些挑战，一些国家在国家一级采用了创新法律措施来补充传统毒品管制，从而保护人们免遭合成大麻素公开出售所造成的健康风险。这种措施的一个例子是，最近一些国家（包括美国 and 卢森堡）根据合成大麻素对大脑的影响而对其实施了管制。美国在2012年《防止滥用

³³⁶ 欲了解更多信息，见毒品和犯罪问题办公室，“草药产品中的合成大麻素”（维也纳，2011 年）。

合成药物法》下引入了管制合成大麻素或“大麻素制剂”的神经化学方法，并将其定义为“经结合研究和功能分析证明的可作为大麻素受体1（CB₁受体）激动剂的任何物质”。该定义包括一组可能存在化学变异、但通过与CB₁受体结合而具有特殊效果的物质。

麻醉药品委员会在2015年3月的第五十八届会议期间决定将10种新型精神活性物质列入国际管制，其中两种合成大麻素JWH-018和AM-2201列入了1971年《精神药物公约》附表二。

昙花一现的新型精神活性物质

尽管每年都有越来越多的国家报告了种类日益庞杂的新型精神活性物质，但发现有些新型精神活性物质属于昙花一现。例如，在截至2014年12月报告的共计541种新型精神活性物质中，有16种物质自2012年起就不再有报告提及，还有49种物质自2013年起便无报告提及。一些新型精神活性物质仅在某一特定年份被少数国家报告，还有一些物质似乎已经从市场上彻底消失了。比如，2009-2012年期间有八个国家报告了色胺5-MeO-DPT，³³⁷但自那以后再没有关于其供给的进一步报告提交给毒品和犯罪问题办公室预警咨询系统。自2009年以来，CP系列合成大麻素等其他物质的市场供应已显现出了巨大分化。例如，2009年欧洲四国首次报告了CP-47,497系列物质，但2012年只有两个欧洲国家向预警咨询系统报告本国存在此类物质，另有10个国家于2013年报告发现存在这类物质，而2014年有6个国家予以了报告。与其他合成大麻素（如氨基吡啶）相比，CP系列等非经典大麻素的合成微妙而复杂，这可能影响了这种模式。³³⁸

加大综合应对工作力度

合成毒品市场日益扩张，并且越来越相互关联。此外，合成毒品市场日趋多元化，全球范围内的新型精神活性物质供应越来越多，美国和欧洲的晶体甲基苯丙胺市场不断扩大。但是，若要完善对新型精神活性物质与受国际管制物质之间的关系分析，尚需进一步的资料和数据，同时需要继续监测新型精神活性物质的市场动态。有关涉新型精神活性物质的多种毒品使用和注射吸毒最新动态数据也仍然有限。随着这些特定吸毒形式的给戒毒治疗机构和保健服务提供者带来严峻挑战，国家和区域层面的信息交流和加强合作对实施有效应对至关重要。鉴于合成毒品市场瞬息万变的性质，不断需要根据法证数据和科学数据及定性数据来分析合成毒品问题的范围和程度。

³³⁷ 5-甲氧基-N,N-二丙基色胺（5-MeO-DPT）是一种不受国际管制的色胺。

³³⁸ 见《缴获物中合成大麻素受体激动剂的鉴定检验推荐方法：国家毒品分析实验室使用手册》（ST/NAR/48号文件）。

H. 结论

吸毒预防与戒毒治疗：视角转变

新的数据仍不足以确定全球吸毒问题严重程度是否发生实质性改变。仅西方国家提供了资料，不能反映亚洲和非洲这两个人口高度密集区域的情况。然而，事实上，全球估计有2,700万人深受吸毒疾患之苦，这表明有大量人口需要保健干预措施，但这些人中却只有六分之一的人获得治疗。越来越多的研究已强调，毒品相关保健干预措施确实有效，国家和非国家行动方现在有了规划适当干预措施的科学依据。

研究表明，有必要重新考虑毒品预防战略，将重点从适得其反、引起恐惧的信息传播转向更积极的方法，认识到儿童和青少年开始吸毒的背景是在很大程度上超出了他们能力控制范围的个人或环境脆弱性。有效的毒品预防可为儿童和青年提供技能和机会，在家庭、学校和社区培养他们的安全、健康行为。

对于问题吸毒并无灵丹妙药。吸毒是一个需要长期持续照顾的多层面慢性病。同样，有必要重新审视如何衡量戒毒治疗的成功，因为对一个人整体福祉的治疗影响只能在治疗中而不是在治疗前或治疗后进行评价。

增加的阿片剂去哪儿了？

鸦片种植和生产自2009年以来一直在稳步增加，于2014年达到创纪录的水平。但现有的缉获和阿片剂使用数据并未发现美国之外的全球阿片剂市场发生任何巨大转变，而美国的海洛因市场正处于复兴之中。阿片剂贩运和需求明显稳定的原因可能在于阿片剂通常需要数年才能抵达目的地国家，也可能因为阿片剂需求的变化尚未被发现。例如，贩运者还日益将非洲作为阿富汗海洛因的转运枢纽，该区域可能正在成为一个不可忽视的消费市场。

阿富汗为加拿大提供了90%的海洛因，对美国的供货可能也越来越多。缉获情况表明，阿富汗海洛因目前在美国缉获案件中仅占相对很小的比例，但这一情况并非一成不变。有组织犯罪网络日益全球化，有组织犯罪集团日益复杂而灵活，这给国家执法机构带来了新的挑战，他们需要不断改变其策略和干预措施。一个典型的例子是暗网，这是一个用于非法销售包括毒品在内的各类产品的匿名在线市场。事实证明，国际合作和机构间合作对打击暗网毒品贩运至关重要，暗网的网络技术日益发展，访问日趋便利，毒品贩运越来越多地转向了暗网市场，因此可能需要重新考虑这类干预措施。

改变对大麻的认识

有关大麻合法化优势和劣势的公开辩论日趋激烈。在一片辩论声中，在一些州已将其实际合法化的背景下，越来越多的证据表明，是时候该转变观念了，应该改变认为大麻是一种无严重健康后果的非法毒品的普遍看法。当前的大麻市场远比过去复杂，市场上的大麻产品种类也前所未有的丰富，其中一些似乎比其前身危害更大。具有较高四氢大麻酚含量（主要的精神活性成份）和较低大麻二酚含量（一种具有抗精神病特性的大麻素）的精育无籽大麻等大麻药草的高药力品种正在某些市场上日益流行。鉴于有越来越多的证据表明大麻的使用与某些形式的精神疾病之间存在关联，这些动态发展可能会导致甚至更高的发病率；这是一个值得密切关注的问题。

新型精神活性物质：采取务实方法解决问题

众多不同国家报告称，从数量和多样性看，新型精神活性物质仍在市场上大肆泛滥，但有些属于昙花一现，其消失如同其出现一样迅速。然而，新型精神活性物质危害和流行率数据的贫乏使得难以推动国际层面的风险评估。最重要的挑战是，一些国家必须加倍努力认识某些新型精神活性物质是否在取代其他“传统”毒品，无论是从短期还是从长期来看，亦或它们是否仅仅是受国际管制的现有系列毒品的补充。还需要在约500种可能有害的新型精神活性物质中找出需要国际层面行动的最流行、最持久、最危险的物质。人们对于日趋多元化的新型精神活性物质市场的规模和性质几乎一无所知。但考虑到注射新型精神活性物质给吸毒者带来的特殊健康威胁，必须适当应对这个日新月异的动态现象。

须将监狱卫生作为公共卫生的一个组成部分予以考虑

监狱环境存在吸毒行为，包括注射吸毒。一些国家有明确证据表明，监狱人口的吸毒比例高于外部社区。监狱是一个高风险的受控环境，本身禁止吸毒，但吸毒行为却时有发生，而且往往很不安全。监狱环境的特征在于传染病患病率高（特别是艾滋病毒，还有丙型肝炎和结核病），而预防和治疗途径有限，这增加了感染血液传播病毒的风险。大量人口频繁往返于监狱环境和监狱外更广阔社区之间，这就要求制订战略时将监狱卫生作为公共卫生的一个组成部分，给予相应水平的持续关照。获得平等照顾是监狱在押人员的一项基本权利，受国际法保障。

注射吸毒者早逝比例仍然过高

在所有吸毒者中，注射吸毒者面临着一些最不利的健康后果。尽管存在有效的循证干预措施，可用于防止毒品过量死亡，并用于治疗 and 护理感染艾滋病毒的注射吸毒者及其预防，但早逝在此人群中仍比比皆是。考虑到过量死亡的可预防性，可继续努力通过一些干预措施解决这个问题。其中主要是纳洛酮的使用，这种药可以立即扭转类阿片过量的影响。提供纳洛酮，使其方便易得，并为急救工作人员及吸毒者同伴和家庭成员提供纳洛酮用药的必要技能，是挽救生命的干预措施。注射吸毒的健康后果远远不止是过量风险，在许多区域和国家，注射吸毒者感染艾滋病毒的比例非常高。因此，为了实现在2030年前消灭艾滋病的目标，迫切需要扩大循证、综合的减少危害服务。

A. 导言

替代发展的缘起

作为国际社会毒品管制“平衡兼顾方式”的三大支柱之一，替代发展几十年来始终是一项重要的减少供应战略，其他支柱包括根除作物和缉毒。大会在专门讨论共同对付世界毒品问题的第二十届特别会议上将替代发展界定为“在全面持久解决非法毒品问题的框架下，根据目标社区和群体的具体社会文化特征，通过在采取禁毒行动的国家结合持续的国民经济发展和持续的发展努力，专门制订乡村发展措施来防止和根除非法种植含有麻醉药品和精神药物成份的植物的一个过程”。¹

此定义适用于国际层面，与此同时，广泛实施国、捐助方和从业者也拟订了反映实现替代发展的新策略和新方法的不同定义。替代发展是一个不断演变的概念，反映为近年来的大量国际会议、专家工作组和讨论会一再分析并讨论完善替代发展概念和方法的途径。²在活动中发现并分享了最佳实践和经验教训，这些来自一边实施替代发展方案、一边完善现行替代发展政策和方法的过程。同时，此类活动都力求扩大联合国会员国参与有关替代发展的讨论，满足近年来对这个问题日益浓厚的兴趣。大会题为《联合国替代发展问题指导原则》的第68/196号决议的通过是这一进程的重要一步。越来越多的国家支持或实施替代发展干预措施，而麻醉药品委员会每年都通过决议重申替代发展的重要性。2015年在德国担任七国集团主席国期间，替代发展将成为打击有组织犯罪和恐怖主义领域的三大优先事项之一，另外两项是打击野生生物贩运以及打击资助恐怖主义的行为。

如上所述，减少毒品供应的“平衡兼顾方式”其他相辅相成的要素包括作物铲除方案和执法措施，旨在打击非法种植、生产、制造和贩运。³替代发展应与同一性质的更广泛毒品管制战略配合实施，要考虑到人口、文化、社会 and 地理因素。尽管此类战略是在国家、区域或分区域层面实施，但替代发展主要针对的是小规模农户。替代发展不仅旨在发现并促进解决非法作物种植的驱动因素，还要发现并促进解决其深层次的根本原因——发展不足、边缘化、贫困，因而造成人类整体的不安全状况——并且采取可持续的方式。

只要存在毒品作物的非法种植，替代发展就始终有意义，毒品种植领域特有的发展和安全挑战就依然存在。但在非法毒品经济的供应方面，没有任何孤立的战略可以作为速战速决的解决办法。过去对替代发展的评价已经表明，成功需因地制宜，如果有也只有极少的做法能作为范例。正如《国际麻醉品管制局2005年报告》指出，“不存在有关替代发展的手册或明确的指

¹ 《开展国际合作根除非法药物作物和促进替代发展行动计划》（大会 S-20/4 E 号决议）。

² 附件二（见本报告的在线版本）载有自 2001 年以来的最重要活动概要。

³ 见大会第二十届特别会议通过的《政治宣言》（大会第 S-20/2 号决议，附件），第 18 段。

南”。⁴然而，随着《联合国替代发展问题指导原则》的通过，现在有了一系列一般准则，包括规划和实施替代发展的良好做法。

替代发展的目的

替代发展有时被描述为“适用于毒品产区的传统农村发展”、“毒品环境中的发展”或“以发展为导向的毒品管制”。⁵这并不意味着，替代发展的目的仅限于纯粹禁毒目标。国家战略可能各不相同，但替代发展在其目前更广泛意义上的具体目的是促进经济发展（特别是农村地区），以便消除非法毒品经济的深层次因素和根本原因。

相对于一般发展，加强目标区域经济和社会发展的替代发展目标整体而言本身不是目的，而是一种手段，旨在实现减少毒品生产原材料供应、在毒品产区重建合法经济的目标。实现替代发展双重目的的方式因环境而异。有些区域没有非法毒品种植，但极有可能会发展这一经济，这就需要关注传统的农村发展。这些干预措施已列入“预防性替代发展”旗帜下的替代发展方案，证明了替代发展与传统农村发展的关系有多么密切。替代发展的目的是在不借助非法种植的情况下推动促进长期农村发展的有利环境。替代发展通过其整体方法发挥着催化剂的作用，在面临非法毒品经济的相关特殊挑战（毒品贩运、暴力、法制薄弱等）的地区促进发展，而这些地区几乎没有国际发展机构涉足。

本章重点关注替代发展战略及其与非法作物种植和减少供应之间的关系。文章从回顾替代发展相关方法和术语自1970年代以来的演进开始，讨论了这些变迁的意义，确定并分析了促进替代发展干预措施取得成功的战略因素，重点回顾了替代发展方案的评价指标及评价结果，包括评价一个方案如何有效促进有利环境，让非法种植随时间推移而逐渐消失，让人类发展繁荣昌盛，让一般经济发展惠及个人和社会。最后，本章还突出强调了替代发展办法与法治的关系，替代发展办法如何解决更广泛经济与非法市场挂钩的问题，以及替代发展办法与更广泛发展议程的关系，旨在全面推动今后几年对如何促进替代发展的讨论。

B. 发展背景

替代发展的概念兴起于1980年代，如今已在世界各地实施了40多年，其前身是1970年代关注范围更小一些的作物替代举措以及1980年代的农村综合发展办法。但早在1960年代，这一概念就在泰国有效地初见雏形，并自1980年代初期开始在安第斯区域、自1990年代初期开始在老挝人民民主共和国、黎巴嫩、摩洛哥、缅甸和巴基斯坦以及自1990年代末期开始在阿富汗得到了落实。

“作物替代”概念、之后的“农村综合发展”及其后的“替代发展”概念都曾得到联合国管制药物滥用基金（禁毒基金）以及联合国毒品和犯罪问题办公室（毒品和犯罪问题办公室）前身机构之一，联合国国际药物管制规划署（药物管制署）的推广，⁶而毒品和犯罪问题办公室⁷更

⁴ E/INCB/2005/1 号文件，第 23 段。

⁵ 见 David Mansfield，《毒品环境中的发展：“替代发展”的战略方法》，以发展为导向的毒品管制方案讨论文件（德国埃施伯恩，2006 年）。

⁶ 联合国国际药物管制规划署，《替代发展作为药物滥用管制工具》，技术资料文件，第 5 号（1993 年）。

⁷ 1997 年，药物管制署和国际预防犯罪中心（预防犯罪中心）合并，成立了联合国药物管制和预防犯罪办事处（药管办事处），后于 2002 年 10 月更名为毒品和犯罪问题办公室。

是进一步完善了替代发展的概念。目前，替代发展措施在大多数非法鸦片或古柯主要生产国广泛适用，并在大麻种植地区小范围适用。

有关替代发展不同概念的确切含义并无普遍共识。各种定义存在交叉，几乎没有官方定义，而个人作者则往往强调不同要素。在新千年的前十年，一些替代发展项目被称为“替代生计”项目，⁸强调这些干预措施的人文方面。其他项目分别可归类为“以发展为导向的毒品管制”、⁹“毒品产区的农村发展”、¹⁰“区域发展”¹¹或“粮食安全”¹²项目。尽管采用的各种名目繁多，但本章一致采用“替代发展”一语，这是联合国会员国普遍接受的术语，也是导言介绍定义时以及下文讨论广义概念时采用的术语。这一术语在演变中将包含几个新要素。

作物替代

追根溯源，作物替代的概念可以追溯到东南亚及后来西南亚的罂粟生产国，主要为了应对强制铲除的意外后果。¹³强制铲除的一个意外结果就是，在贩毒者和叛乱组织的更强大影响下，一些地区未得到任何援助的种植者的发展正好与政府规划背道而驰，从而对国家安全构成了潜在风险。¹⁴

在这一背景下，面临非法罂粟种植问题的国家开始尝试直接补偿计划，即直接给农民补贴，让他们种植合法作物或鼓励他们放弃罂粟种植。随着农民迁移到别处种植罂粟，这种做法基本宣告失败。¹⁵各国政府也开始实施作物替代方案。例如，泰国于1960年代后期开始采取这种方式，引进替代作物，并在彻底铲除前留出了六到八年的过渡期。¹⁶联合国参与的第一个替代方案于1971年在泰国启动，与该国的《国家社会经济发展计划》一致。随后多民族玻利维亚国、老挝人民民主共和国、缅甸和巴基斯坦的类似项目沿袭了这一模式。1980年代，哥伦比亚和秘鲁推出了补偿计划。

这一初级方法促进了作物生产，为农民带来的收入与其从非法作物赚取的收入相当，但初始关注点存在很大的局限性。目标地区主要是传统种植区，盛行自给自足经济，不需要将生产链与增值活动及市场衔接。随着新的非法作物产区出现，一些潜在假设情形便无效或只是部分有效。

⁸ 例如，美国国际开发署赞助的 2004 年 12 月启动的“替代生计计划”，以及大不列颠及北爱尔兰联合王国国际开发署资助的（2004-2008 年期间针对阿富汗的）替代生计研究基金。

⁹ 大会第 68/196 号决议，第 18(u)段。

¹⁰ 德国国际合作局，《重新思考替代发展方法：毒品产区农村发展的原则和标准》，第二版（2013 年）。

¹¹ 例如，多民族玻利维亚国查帕雷地区发展项目，由美国国际开发署和多民族玻利维亚国政府于 1983 年启动。

¹² 例如，由欧洲联盟资助于 2009 年 1 月启动的毒品和犯罪问题办公室缅甸粮食保障方案，以及 2011 年 1 月启动的毒品和犯罪问题办公室的丰沙里替代生计和粮食安全项目。

¹³ 药物管制署，《替代发展作为药物滥用管制工具》。

¹⁴ 同上。

¹⁵ 同上，第 18 页。

¹⁶ Ronald D. Renard，《1970-2000 年泰国减少鸦片状况：三十年之旅》（泰国清迈，《蚕书》，2001 年），第 69-80 页。

此外，“作物替代”方法的初步成功往往只是短期效应。¹⁷很显然，如果不给农民提供额外援助来加强其对增值链的参与，那么在大多数情况下，替代产品就没有足够竞争力来创造可持续替代生计。

农村综合发展

1980年代，初级方法在亚洲得到拓展，采取了“农村综合发展”概念的形式。在国际层面上，禁毒基金堪称指导“综合办法”概念的先锋。禁毒基金认识到需要采取全面、平衡的方式，因而在1980年代后期成为首个利用毒品生产国总体规划概念的机构。¹⁸那时各国已经能够从所汲取的经验教训中获益，解决一些作物替代的局限性问题。例如，哥伦比亚考卡省南部地区（1985年）和纳里尼奥省（1989年）北部地区的首批干预措施力图融合作物替代和农村综合发展这两个重点。¹⁹随着安第斯国家在药物管制署支持下能够从其他国家的经验教训中受益，秘鲁自1985年起实施的早期干预措施也不再仅限于作物替代。从1983年起，多民族玻利维亚国逐渐从作物替代方式转向更广泛的农村综合发展办法，补充注重生活质量及社会和道路基础设施投资的干预措施。²⁰

采用农村综合发展办法时，有必要使非法作物产区的农民有能力以其合法的产品、完善的生产以及流通和销售网络有效展开竞争。因此，必须提供经济和技术支助，以确保新产品的营销、储存和运输。农村综合发展的新概念还力图通过不仅解决收入问题，而且解决教育、卫生、基础设施和社会服务问题，来提高目标人群的整体生活质量。²¹

这个概念还试图纠正仅重视作物替代的狭隘观点，转而推动将传统种植区全面融入经济和社会主流，把旨在克服某些区域交通不便的相对大宗基础设施投资，如道路建设，与旨在开发边远欠发达传统种植区的广泛其他投入相结合。²²在此过程中，它通过将作物替代与其他一些举措结合，如以工换粮方案、其他各种新的创收机会、旨在改善教育、卫生、饮用水供应和卫生设施的社会发展举措及推进市场准入的基础设施项目，从而巩固了作物替代。²³一个有趣的例子是1981-1998年期间实施的被广泛视为成功范例的“泰国-德国高地发展方案”。²⁴

¹⁷ David Mansfield, “替代发展：供应政策的现代推力”，《麻醉品公报》，第 LI 卷，第 1 期和第 2 期（1999 年），第 19-43 页。

¹⁸ 1988 年《联合国禁止非法贩运麻醉药品和精神药物公约》第 14 条第 3 段也提到“农村综合发展”的概念。

¹⁹ Carlos Zorro Sánchez, “哥伦比亚替代发展的一些挑战”，《思想文化》，第 8 卷，第 1 期（2005 年），第 112 页；哥伦比亚国家规划部，“替代发展计划”，第 2734 号 CONPES 文件（波哥大，1994 年），B 节。

²⁰ 见，例如，查帕雷地区发展项目（1983-1992 年）；Fernando B. Salazar Ortuño, “替代发展方案的局限”，《从古柯到实力：替代玻利维亚古柯经济与贫穷的公共政策》，1975-2004 年（布宜诺斯艾利斯，拉丁美洲社会科学委员会，2008 年），第 245 页。

²¹ 药物管制署，《替代发展作为药物滥用管制工具》。

²² 同上。

²³ Mansfield, “替代发展：供应政策的现代推力”。

²⁴ Renard, 《1970-2000 年泰国减少鸦片状况》，第 95-97 页和第 109-111 页。

替代发展

地方一级事实证明，农村综合发展在一定程度获得了成功，不仅在亚洲，而且在安第斯国家的一些古柯产区亦如此。但是，从更广泛的角度来看，便可发现非法毒品作物生产在1980年代晚期从通常受非法种植影响的地区转移到了许多新的种植区，这就要求进一步重新评价和完善所用做法。很明显，任何狭隘的微观经济方法都是不够的。²⁵与之相反，更广泛的农村发展办法必须解决非法毒品种植经济的驱动因素问题，以及市场基础设施、公共服务和农业知识的缺乏问题，还有在这些情况下非法作物与合法作物相比较的相对盈利能力问题。

这促使禁毒基金于1980年代后五年在国际层面拟订了更广泛的“替代发展”战略，力求促进区域发展援助与执法活动相结合，²⁶同时促进适当协调这些干预措施并予以排序。打击非法种植时的柔性执法被视为是替代发展一个不可分割的基本组成部分。为了支持发展工作，要对执法干预措施进行缜密的时间安排，一旦可接受的替代生活标准的基本条件得到满足，即予以实施。替代发展干预措施力求通过创建地方组织和农民协会，促进产品生产、分销和营销，从而获得更可持续的影响。

替代发展办法还强调需要将当地替代发展活动纳入区域和国家发展工作，认识到毒品作物种植与发展、安全和治理等各种相关问题相互交织的事实，而那些问题远远超出了古柯、罂粟和大麻种植的微观经济学和农学范畴。²⁷在这一背景下，大量举措得以拟订，力图将涵盖替代发展的毒品管制纳入更广泛的国家发展计划，恢复和发展经济体的法律部门，并为健全的经济政策提供一个框架，形成多样化经济增长的需求，并创造就业。

从1970年代开始，在王室发起的项目和其他方案下，一些替代发展方案已成功实施了此类广义办法，比如在泰国。哥伦比亚瓜维亚雷省、卡克塔省和普图马约省于1990年在药物管制署主持下启动了更广泛的替代发展办法。²⁸秘鲁以自1985年第一批作物替代项目以来汲取的10年经验教训为基础，从1995年开始采用替代发展办法。²⁹到了1990年代初，多民族玻利维亚国根据在查帕雷地区汲取的经验教训开发了一些替代发展项目。³⁰

替代生计

在新千年的前十年，替代发展项目有时也被称为“替代生计”，意在转移重点，强调替代发展过程中的人文方面。塔利班政权（2001-2002年）结束后，这个概念在阿富汗特别流行，并被《2006年阿富汗国家毒品管制战略》正式采用。如《战略》中所述，替代生计办法旨在加强替代生计，实现替代生计的多元化，让农民和其他农村工人摆脱对罂粟种植的依赖，并鼓励发展

²⁵ 药物管制署，《替代发展作为药物滥用管制工具》。

²⁶ Mansfield，“替代发展：供应政策的现代推力”。

²⁷ 药物管制署，《安第斯地区的替代发展：药物管制署的经验》，修订版（联合国出版物，出售品编号：E.01.XI.4）。

²⁸ 哥伦比亚国家规划部，“替代发展计划”。

²⁹ 《安第斯地区的替代发展：药物管制署的经验》，修订版。

³⁰ 例如，在诸如查帕雷和相关瓦勒斯特斯地区 1991 年的替代发展战略下由国际开发署供资的项目；及美国国际开发署/多民族玻利维亚国，“替代发展战略”（1991 年），第 2-3 页。

合法经济。³¹2012年，禁毒部协同毒品和犯罪问题办公室拟订的《国家替代生计政策》得到了阿富汗政府和国际社会的核准。在安第斯区域等其他地方，“替代生计”一语尚未得到广泛采用，最常用来描述所用办法的词汇叫做“替代发展”，但这并不意味着拉丁美洲未引入“替代生计”理念。

虽然“替代生计”概念与“替代发展”很相似，但可以认为前者特别强调在制定干预措施之前确定影响家庭决策的动机和因素。广义的农村发展是必要的，但其本身并不能充分解决罂粟种植的特殊驱动因素问题。³²虽然创收很重要，但替代生计办法也关注其他“生计资产”，如健康和教育、土地和水的获得、牲畜和森林资源、信贷的获得、工具、设备、基础设施和社会支持。像过去十年采用的办法——替代发展一样，替代生计办法强调将当地发展工作和禁毒目标纳入更广泛的国家发展战略和方案中，以期更好地解决毒品作物种植的根本原因，并与更广泛的国家建设议程相结合。

概念交错

在实践中，替代发展与替代生计办法之间的区别不一定那么清晰。替代生计办法中的一些新思路应用到了称为“替代发展”的项目中。与此同时，正式称为“替代生计”的干预措施中的许多措施由单个部门的发展举措组成，因此在实践中采取了与替代发展干预措施类似的办法。³³《2006年阿富汗国家毒品管制战略》特别指出以替代生计为解决非法种植问题的主要途径。³⁴同时，欧洲联盟、哥伦比亚和秘鲁采取的办法等其他战略继续使用替代发展概念，以非常类似于替代生计办法的方式讨论非法种植的潜在驱动因素（例如，边缘化和贫困）。³⁵这证明，在实践中这两个概念之间的区别越来越模糊。

替代发展的地理定位

2010-2013年期间，共有23个国家向毒品和犯罪问题办公室报告已实施替代发展方案。³⁶这些国家包括所有主要古柯生产国（多民族玻利维亚国、哥伦比亚和秘鲁）、两个主要鸦片生产国（阿富汗和缅甸）和其他一些有非法鸦片生产的国家（包括埃及、老挝人民民主共和国、巴基斯坦、泰国和越南）。一些大麻生产国（主要是摩洛哥，其次是印度尼西亚和菲律宾）也实施了替代发展举措。

³¹ 阿富汗禁毒部，《国家毒品管制战略：解决非法毒品问题的五年战略更新版》，（喀布尔，2006年1月），第21页。

³² David Mansfield 和 Adam Pain，“替代生计：实质或口号？”《系列简报》（喀布尔，阿富汗研究评价机构，2005年10月），第10页。

³³ 同上。

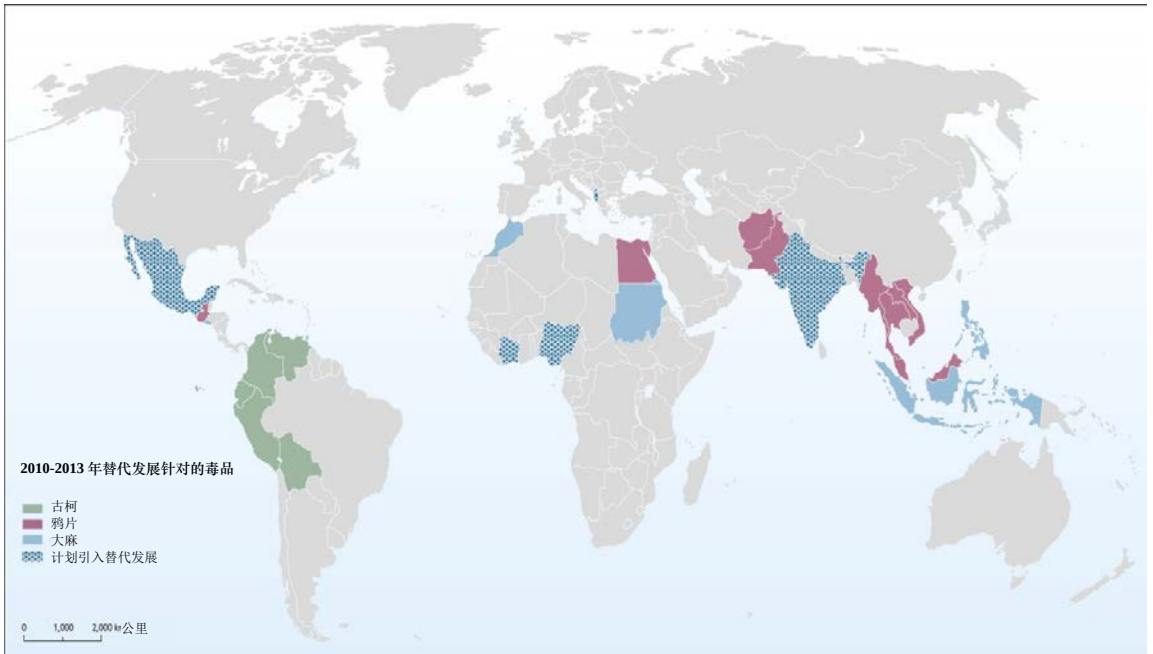
³⁴ 阿富汗禁毒部，《国家毒品管制战略：解决非法毒品问题的五年战略更新版》，第40页。

³⁵ 欧洲联盟理事会，“欧盟替代发展做法”，《Cordroque》，第44期（2006年5月18日）；秘鲁，部长理事会主席办公室及国家发展与无毒品生活委员会，《2012-2016年打击毒品国家战略》（2012年2月）；哥伦比亚国家规划部，《国家铲除非法作物与促进领土巩固的替代发展的政策手册》，CONPES第3669号文件（波哥大，2010年），第8页。

³⁶ 见本报告在线版本的方法部分。

那一数字还包括南美洲主要报告“预防性替代发展”的其他国家（厄瓜多尔和委内瑞拉玻利瓦尔共和国）、中美洲国家（萨尔瓦多和危地马拉）、加勒比国家（特立尼达和多巴哥）、亚洲国家（马来西亚）和一些非洲国家。此外，阿尔巴尼亚、科特迪瓦、印度、墨西哥和尼日利亚还制订了实施替代发展活动的计划。地图1显示了在2010-2013年期间实施了国内项目的国家。

地图 4. 2010-2013 年实施国内替代发展项目的会员国（根据提交联合国犯罪和毒品问题办公室的报告）



资料来源：毒品和犯罪问题办公室年度报告调查表及毒品和犯罪问题办公室替代发展项目。

注：仅包括就替代发展项目实施情况提供了充分资料的国家。本地图所示边界并不意味着联合国的正式认可或接受。短划线表示未确定的边界。虚线大致代表印度和巴基斯坦商定的查谟和克什米尔控制线。印巴双方尚未商定查谟和克什米尔的最终地位。苏丹和南苏丹之间的最后边界尚未确定。

对替代发展的资源分配

替代发展的受益者

确定分配给替代发展干预措施的预算及计算其受益人数方面存在诸多挑战。在国际层面比较数据存在的另一个问题是各国的替代发展定义不尽相同。此外，在许多情况下，替代发展项目构成了更广泛的农村发展方案的一部分，并/或由不同国家和国际组织实施，因此，通常并不在国家一级收集这种性质的数据。尽管替代发展方案目前得到国家战略和国家预算越来越多的支持，但量化替代发展干预措施规模的数据却非常有限。

表1反映了有限的可用资料，内容关于2013年分配给替代发展的国家预算及受益者情况。替代发展的目标受益者会直接及主要是间接地收到实物好处，每个种植非法作物的家庭平均每年几百美元。在主要古柯生产国，国家预算分配给替代发展的比例为非法种植所得收入的5%到近30%不等。

表 9. 2013 年替代发展方案受益者、非法种植毒品作物的家庭估计数、农民的非作物收入及国家替代发展预算（另有说明除外）

国家	参与非法种植的家庭估计数 ^a	农民种植古柯或鸦片的总收入（百万美元）	替代发展受益者（家庭数目） ^a	国内替代发展预算（百万美元）	国内替代发展占非法作物收入的百分比
A. 亚洲（非法鸦片产值）					
阿富汗	^b	950	-	-	-
缅甸	-	540	-	-	-
老挝人民民主共和国	-	42	-	-	-
B. 拉丁美洲（非法古柯产值）					
秘鲁	121,000 (2013)	496	72,000 (2013)	48	10
哥伦比亚	61,700 (2013)	313	156,000 ^c (2003-2013)	92	29
多民族玻利维亚国	-	283	60,000 ^d (2009-2014)	14	5

资料来源：毒品和犯罪问题办公室，《2013 年阿富汗鸦片调查》（维也纳，2013 年 12 月）；毒品和犯罪问题办公室，《2013 年东南亚鸦片调查》；毒品和犯罪问题办公室，《2013 年秘鲁古柯作物监测》，2014 年 6 月；毒品和犯罪问题办公室，《2013 年哥伦比亚古柯种植调查》（2014 年 6 月）；毒品和犯罪问题办公室，《2013 年多民族玻利维亚国古柯作物监测》（2014 年 6 月）。

^a 括号里为估计年份。

^b 2013 年无数据；最新数据为 2010 年数据（248,700 个家庭）；但鸦片种植面积在 2010-2013 年期间扩大了 70%，2014 年扩大了 80% 以上。

^c 这一总数包括 2003-2012 年期间的预防性替代发展受益者（未直接参与古柯种植的家庭）。

^d 如古柯与整体发展部副部长所报告，从古柯产区的家庭数目来看，这一数字表明，替代发展干预措施实际上给生活在古柯种植区的所有家庭都带来了好处。

对替代发展的捐助概况

在过去四十年间，替代发展在很大程度上由外部捐助方供资，包括经济合作与发展组织（经合组织）在北美洲、欧洲和大洋洲的国家，以及非经合组织国家，如中国、伊朗伊斯兰共和国、沙特阿拉伯和泰国（见地图2）。近年来有一个倾向，就是项目更多由这种援助的传统受援国提供资金，如多民族玻利维亚国、哥伦比亚、秘鲁和泰国。

捐助资金分配给替代发展的额度

捐助资金分配给替代发展的比例可代表国际社会对这一战略的重视程度。

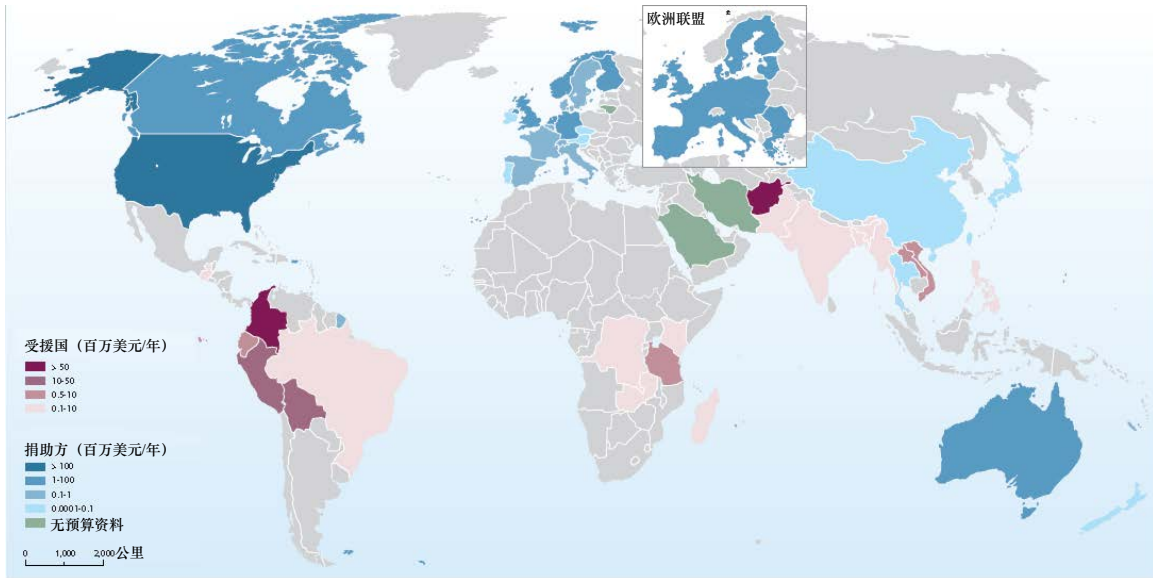
有关替代发展的大多数可用财务数据目前均由经合组织捐助国提供。不过，这些数据只部分地反映了这方面开展的整体工作，因为还有来自非经合组织国家的其他捐助方，而且这些统计数据未包括受援国做出的努力。这后一个因素在分析低收入国家替代发展活动时并不构成问题，但在中等收入国家，捐助方资助与整体替代发展活动之间的差异可能很大。

根据经合组织国际发展统计数据，³⁷从大会1998年通过《政治宣言》及其相关的《开展国际合作根除非法药用作物和促进替代发展行动计划》到2013年期间，经合组织国家做出全球承诺，

³⁷ 对这种统计的首次审查以及对经合组织发展援助委员会参与替代发展和禁毒活动的历史概述可查阅 William Hynes 和 Deborah Alimi，“非法毒品在 2015 年后发展议程中为何不容忽视”，DCD/DAC/GOVNET (2014) 7 号文件，修订版（2014 年 11 月）。

为发展中国家的替代发展年均提供总计2.19亿美元（按2012年美元计算）的援助，其中89%用于农业相关的替代发展，11%用于非农业相关的替代发展活动，如其他部门的收入机会、社会和实物基础设施以及非农业培训能力建设。上述统计数字并不包括中国、泰国和一些海湾国家等非经合组织国家供资的替代发展项目。

地图 5. 1998-2013 年对替代发展的国际援助：捐助方承诺对替代发展的年均援助及主要受援国



资料来源：经合组织债权人报告系统援助活动数据库及毒品和犯罪问题办公室年度报告调查表。地图只显示了每年接受援助达到或超过 10 万美元的国家。

* 除个别欧美成员国之外，欧洲联盟也是替代发展援助的主要捐助方。

注：本地图所示边界并不意味着联合国的正式认可或接受。短划线表示未确定的边界。虚线大致代表印度和巴基斯坦商定的查谟和克什米尔控制线。印巴双方尚未商定查谟和克什米尔的最终地位。苏丹和南苏丹之间的最后边界尚未确定。阿根廷政府与大不列颠及北爱尔兰联合王国政府在福克兰群岛（马尔维纳斯群岛）主权上存在争端。

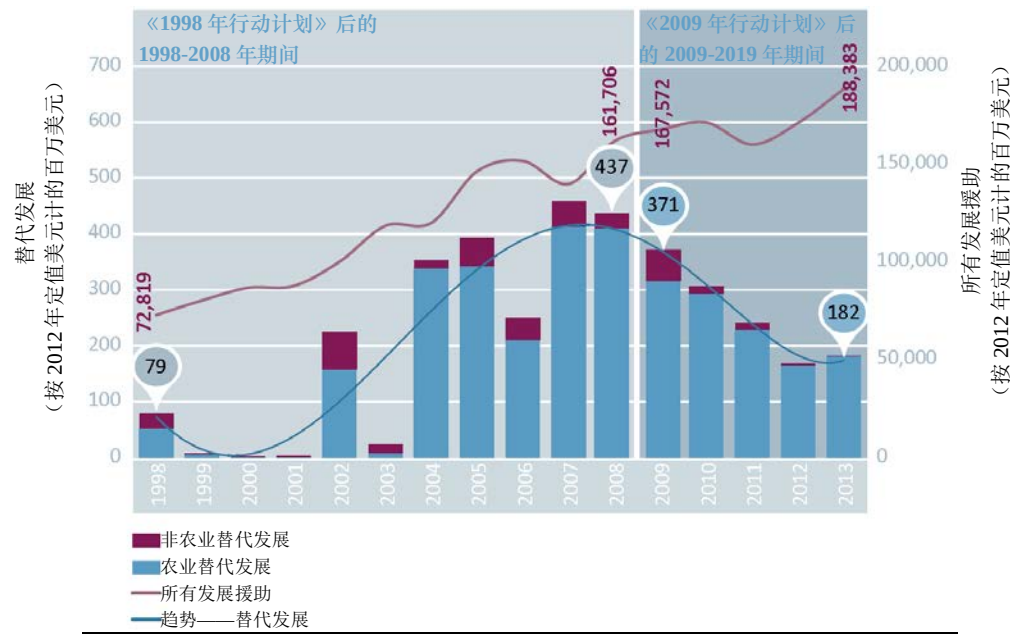
尽管对替代发展是国家和国际层面毒品管制重要支柱的讨论进行了几十年，经合组织国家在 1998-2013 年期间对替代发展的承付总额与对整体发展合作的承付金额相比非常少。替代发展承诺仅占了全球总体发展援助（每年 1,330 亿美元）的 0.2%，以及农业援助的 3.6%，相当于对农村发展的承付金额的 12.3%。

实际花费的资金数额与承付金额差不多。但这方面数据涵盖的时间范围更加有限，2002-2013 年期间，经合组织捐助国每年支付了 2.45 亿美元，相当于发展援助所有相关支付的 0.2%。

捐助方承诺数据显示，各国在大会通过的《政治宣言》及《开展国际合作根除非法药用作物和促进替代发展行动计划》中达成的一致明显影响到促进捐助资源向替代发展的分配。1998-2008 年期间，经合组织国家对全球替代发展的承诺资金增加了 5 倍以上。但大会随后于 2009 年通过的《关于开展国际合作以综合、平衡战略应对世界毒品问题的政治宣言和行动计划》并没有带来类似的增长：2009-2013 年期间的财政承诺减少了 51%（见图 1）。这一减少并非由于经合组织捐助国提供资源的整体减少，因为同期经合组织的整体承诺捐助仍在持续增加。因此，

总体发展援助中替代发展援助所占比例从1998年的0.1%上升到了2008年的0.3%，但截至2013年则回落为整体发展援助的0.1%。

图 77. 1998-2013 年经济合作与发展组织捐助国对发展援助和替代发展的全球承诺趋势图

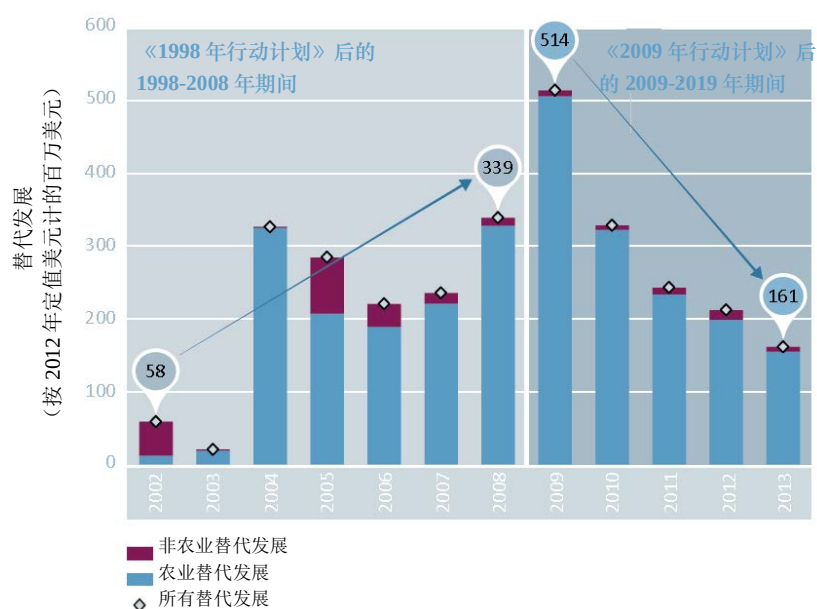


资料来源：经合组织，国际发展统计在线数据库（2014 年 12 月 19 日提取的数据）。

资金实际支付数据显示，承付方面呈现出类似趋势（见图2）。这一趋势可能有两方面原因：(a)1998年为替代发展营造的最初势头在2009年后未能得到维持；而(b)替代发展援助正如《2009年政治宣言》实际要求的那样，部分纳入了更广泛的区域发展规划中，因而一些干预措施可能不再归类为“替代发展”。2009-2013年期间指定为“农村发展”范畴的年度承诺金额比1998-2008年期间多50%。这一增长可能补偿了2009-2013年期间分配给“替代发展”类的资源的减少。

外部捐助方援助的减少并不一定导致一个国家替代发展整体财政资源的减少。例如，多民族玻利维亚国、哥伦比亚和秘鲁大幅度增加了分配给替代发展的国内资源，并通过增加国内资金来弥补捐助资源的减少，从而保持为本国领土上的替代发展提供持续的财政支助。

图 78. 2002-2013 年经济合作与发展组织捐助国对替代发展援助的支付总额趋势图



资料来源：经合组织，国际发展统计在线数据库（2014 年 12 月 19 日提取的数据）。

经合组织捐助国在 2009-2013 年期间就“麻醉品管制”³⁸（不包括替代发展）报告的年均发展援助比 1998-2008 年低得多（89% 以下）（见图 3），主要反映了始于 2007 年的下降趋势。

替代发展的主要捐助方

确定替代发展援助的主要捐助方具有挑战性，因为统计数据可能会受到各国资金分配采用的不同分类方法的影响。因此这方面的统计仅用于识别该区域最大的捐助方，而不用作精确测算。

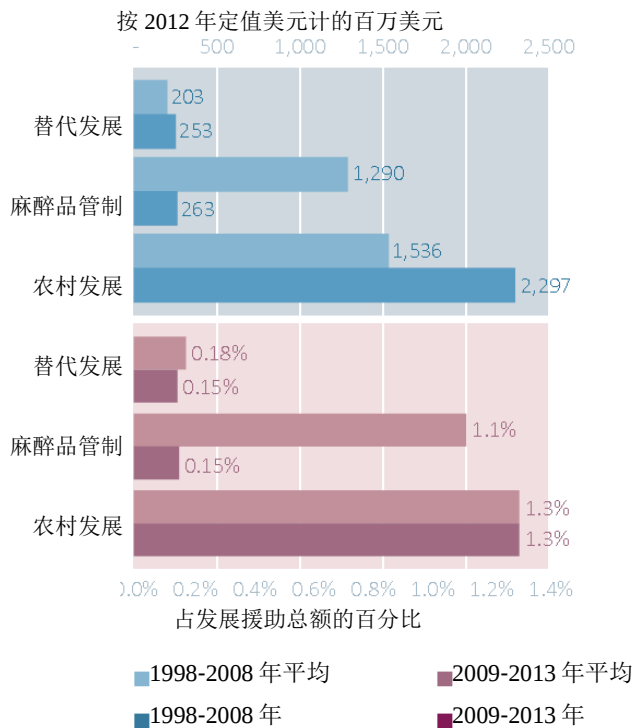
根据经合组织国际援助的统计数据（其债权人报告系统），在经合组织发展援助委员会的 28 个国家中，³⁹1998-2013 年期间有 19 个国家提供了“农业替代发展”援助，使经合组织捐助国平均每年援助金额共计达 1.95 亿美元，而 1998-2008 年期间 14 个经合组织国家每年共计提供援助 1.76 亿美元。主要捐助方似乎一直是美国，其次是欧洲联盟机构、加拿大和一些欧洲国家，尤其是荷兰和德国。实际支付资金的情况与之类似。

³⁸ “麻醉品管制”的数字包括“发展相关的”禁毒活动，如限制非法毒品经销的教育方案和提高认识运动，以及警察和海关官员培训。这里不包括铲除作物、拦截毒品供应或培训和资助军人禁毒活动的捐助活动。见经合组织债权人报告系统援助活动数据库的目的代码（有效报告期截至并包括 2014 年资金流），可查阅 www.oecd.org。

³⁹ 经合组织发展援助委员会的 28 个国家是：澳大利亚、奥地利、比利时、加拿大、捷克共和国、丹麦、芬兰、法国、德国、希腊、冰岛、爱尔兰、意大利、日本、大韩民国、卢森堡、荷兰、新西兰、挪威、波兰、葡萄牙、斯洛伐克、斯洛文尼亚、西班牙、瑞典、瑞士、联合王国和美国。此外，欧洲联盟系委员会的成员。

1998-2013年期间每年指定为“非农业”⁴⁰替代发展的援助支付金额达2,320万美元，大大少于“农业替代发展”支付金额。2009-2013年期间每年对“非农业替代发展”的支付金额比1998-2008年期间少了差不多40%。主要捐款方是大不列颠及北爱尔兰联合王国和美国，其次是欧洲联盟机构、芬兰和澳大利亚。

图 79. 1998-2008 年和 2009-2013 年经济合作与发展组织捐助国为农村发展、替代发展和麻醉品管制供资的全球承诺趋势图



资料来源：经合组织，国际发展统计在线数据库（2014 年 12 月 19 日提取的数据）。

农业替代发展资金的主要受援国

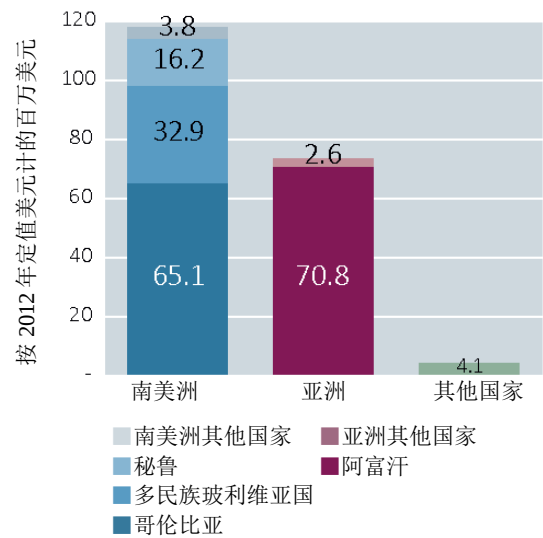
根据经合组织有关1998-2013年期间对农业替代发展援助承诺资金的发展援助统计数据，如图4所示，捐助方援助的最大份额承诺给南美洲国家（按2012年定值美元计为1.18亿美元或总额的60.4%），具体而言，就是给哥伦比亚（33.3%）、秘鲁（16.8%）和多民族玻利维亚国（8.3%），其次是亚洲国家（37.6%），主要是阿富汗（36.2%）。支付统计（即资金实际支付数据）显示出类似的模式。老挝人民民主共和国、缅甸和泰国收到的数额要小得多。老挝人民民主共和国与缅甸在很大程度上依赖于外国援助，而泰国则能够利用本地资源满足本国替代发展的大部分资金需求，其一些替代发展项目甚至能在经济上自给自足。

将2009-2013年期间（继2009年《政治宣言和行动计划》之后）与1998-2008年期间（大会第二十届特别会议之后）相比，国际捐助方承诺给农业替代发展的资金在阿富汗（从1998-2008年

⁴⁰ 经合组织贷方报告制度目的代码中禁止将“非农业替代发展”类别（有效报告期截至并包括 2014 年资金流；可查阅 www.oecd.org）适用于“例如通过非农业收入机会、社会 and 实物基础设施减少非法种植毒品的项目”。

期间的每年6,400万美元增至2009-2013年期间的每年8,500万美元）和哥伦比亚（从5,200万美元增至9,400万美元）有所增加，而在秘鲁（从3,500万美元减至2,800万美元）和多民族玻利维亚国（从1,700万美元减至1,400万美元）则有所减少。

图 80. 1998-2013 年期间按受援国分列的经济合作与发展组织捐助国承诺的年均农村替代发展援助



资料来源：经合组织，国际发展统计在线数据库（2014 年 12 月 19 日提取的数据）。

表 10. 经济合作与发展组织捐助国 2009-2013 年对农业替代发展援助的支付总额以及 2013 年各国家当局对替代发展援助的支付总额

	外部来源的农业替代发展支付额 (按2012年定值美元计的百万美元)						国家当局报告的替代发展 支付额（2013年） (按2012年定值美元计的 百万美元)	
	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	1999-2013年 平均		
阿富汗	266.4	161.2	104.6	86.8	43.1	132.4	46.8	-
哥伦比亚	118.2	73.1	51.1	58.0	77.8	75.7	26.7	92
秘鲁	28.1	29.6	28.6	27.8	25.6	27.9	9.9	48
多民族玻利维亚国	37.8	36.7	21.3	8.3	0.6	21.0	7.4	14
小计	450.6	300.6	205.7	180.9	147.0	257.0	90.8	
其他发展中国家	55.4	21.7	27.7	17.9	7.9	26.1	9.2	
所有发展中国家	506.0	322.3	233.4	198.7	155.0	283.1	100.0	

资料来源：经合组织，国际发展统计在线数据库（2014 年 12 月 19 日提取的数据）；毒品和犯罪问题办公室，年度报告调查表；哥伦比亚，司法部，打击非法种植方案处，领土巩固管理部门，2014 年 10 月。

对四个主要受援国农业替代发展的支付总额在2009-2013年期间减少了三分之二（见表2），多民族玻利维亚国减少最多（98%）。但另一些国家分配给替代发展项目的资源并未减少，因为额外的国内资金（尤其是在安第斯区域）弥补了外部捐助资金的减少。

正视捐助方援助

与受援国国内生产总值（国内总产值）以及毒品生产国国内机构提供的全面替代发展援助相比，迄今从外部来源收到然后分配给替代发展目的数额相当有限。按占整体经济活动的比例计，2009-2013年期间，对农业替代发展资金的捐助方支付总额平均仅为四个主要受援国国内总产值的0.06%，在阿富汗所占比例最大（为国内总产值的0.9%）。此外，在所有四个主要受援国所占比例从2009年平均略高于国内总产值的0.1%下降到了2013年国内总产值的0.03%（见表3）。

表 11. 经济合作与发展组织捐助国 2009-2013 年期间对农业替代发展援助的支付总额占国内生产总值的比例以及 2013 年国内来源的替代发展资金占国内生产总值的比例

	农业替代发展援助						替代发展援助
	来自外部来源 (占受援国国内总产值的百分比)						来自内部来源 (占受援国国内总产值的百分比)
	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	1999-2013年平均	2013年
阿富汗	2.10	1.17	0.72	0.52	0.25	0.88	-
哥伦比亚	0.05	0.03	0.02	0.02	0.03	0.03	0.03
秘鲁	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.03
多民族玻利维亚国	0.25	0.23	0.13	0.05	0.00	0.12	0.08
小计	0.12	0.07	0.05	0.04	0.03	0.06	-
其他发展中国家	0.0004	0.0002	0.0002	0.0001	0	0.0002	-
所有发展中国家	0.004	0.002	0.002	0.001	0.001	0.002	-

资料来源：经合组织，国际发展统计在线数据库（2014 年 12 月 19 日提取的数据）；世界银行，世界发展指数（2014 年 12 月 30 日提取的数据），及各国当局提交毒品和犯罪问题办公室的报告。

表 12. 2009-2013 年经济合作与发展组织捐助国对农业替代发展援助的支付总额占发展援助总额的比例（占发展援助总额的百分比）

	支付总额 (占受援国发展援助总额的百分比)					2009-2013年平均
	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	
阿富汗	4.6	2.4	1.6	1.3	0.8	2.1
哥伦比亚	11.8	7.4	4.9	7.2	8.9	8.0
秘鲁	4.1	3.7	3.6	4.9	4.8	4.1
多民族玻利维亚国	5.2	4.1	3.0	1.2	0.1	2.8
小计	5.5	3.2	2.3	2.1	2.0	3.0
其他国家	0.04	0.02	0.02	0.01	0.00	0.02
合计	0.4	0.2	0.2	0.1	0.1	0.2

资料来源：经合组织，国际发展统计在线数据库（2014 年 12 月 19 日提取的数据）。

按占总体发展援助的比例计，2009-2013年期间，“农业替代发展”平均占四个主要古柯和鸦片生产国所有发展援助的3%（见表4）。

2013年，对六个主要鸦片和古柯生产国替代发展资金的支付总额接近1.5亿美元。这相当于2013年此六国农民从鸦片和古柯生产所得总收入的6%（26亿美元）（从缅甸的0.1%到哥伦比亚的25%不等）。在某些情况下，提供给替代发展干预措施受益者的援助足以产生影响，但数据还表明，干预措施的价值低于某些阈值时，其影响力则不足。

C. 国家替代发展战略分析

国家替代发展战略

回顾国家替代发展战略可以发现，国家层面的替代发展演进是动态而灵活的，但并非所有实施或支持替代发展的国家都具有独立的替代发展战略或行动计划。事实上，大多数国家都将替代发展作为更广义毒品管制战略的支柱之一。根据2010-2013年期间通过年度报告调查表提供给毒品和犯罪问题办公室的国别资料及其他通信，表5分类列出了各国以某种方式支持、计划支持或实施替代发展项目的情况。关于国家战略汇总表，可查阅本报告在线版的附件。

就国家战略而言，几乎所有国家都称，按照消除极端贫困情况、性别平等、妇女赋权和环境可持续性评价了方案的影响（如2010-2013年的年度报告调查表所报告的那样）。虽然采取的方式不同，但以跨部委参与为特点的所有国家战略都列入了更广泛的国家发展战略，或与之挂钩。例如，阿富汗的这一战略与其“国家发展战略”挂钩，但归类为禁毒战略。哥伦比亚的替代发展战略纳入了“国家领土巩固和重建政策”，由领土巩固管理部门实施。哥伦比亚现行国家战略具有跨部门重点，结合了减少供应（减少非法作物）、替代发展和环境管理等方面。⁴¹对日益完善的毒品管制政策的探索中融入了新的政策因素——因此，有更多的政府机构加入了减少非法种植的工作。⁴²

厄瓜多尔将替代发展列入了国家平等和团结战略。老挝人民民主共和国的毒品管制策略与减贫首要目标密切关联。摩洛哥的替代发展列入了国家禁毒战略《人类发展国家倡议》，促进了有关领域发展指标的完善。多民族玻利维亚国的替代发展战略列入了更广泛的农村发展计划，设有限制古柯种植的具体目标，指定了合法使用古柯叶的领域。德国的替代发展支持战略完全涵盖在农村地区社会经济发展的大战略中。

根据《千年发展目标》，所有国家战略都应按照更广泛的社会经济指标解决粮食安全和生活质量问题。所有战略都以这样或那样的方式关注建立农民组织，在方案设计、规划、实施和评价中考虑到当地社区，通常还特别关注少数民族或土著民族。

在更广泛层面上，本节审查的所有国家战略或计划显然都实施了平衡兼顾办法，用其他减少供应战略（尤其是执法和缉毒）补充了替代发展，同时也有减少毒品需求战略（预防、治疗和康复）。如12个国家的战略所示，其他常见综合战略——有时为跨领域的专题或独立政策——主要在于促进善政和加强国家机构或法治。

国家战略的目标与国际文件一致，有时涉及替代作物和其他农业生产相关要素，如市场营销（至少有七个国家的情况如此），或者涉及作物铲除及预防和解决非法种植的驱动因素政策（九个国家如此）。一些战略还引进了新的方法，将替代发展与生活质量、人权、法治或环境保护挂钩（七个国家如此）。

⁴¹ 哥伦比亚国家规划部，《国家根除非法作物、替代发展和领土巩固政策手册》，第9页。

⁴² 同上。

表 13. 2010-2013 年参与替代发展的国家 ^a

本土有替代发展方案或项目的国家	阿富汗、多民族玻利维亚国、哥伦比亚、印度尼西亚、老挝人民民主共和国、缅甸、摩洛哥、秘鲁、菲律宾和泰国
有支持其他国家替代发展的战略或国家计划的国家 ^b	多民族玻利维亚国、加拿大、中国、丹麦、厄瓜多尔、芬兰、德国、伊朗伊斯兰共和国、意大利、日本、立陶宛、荷兰、 ^c 新西兰、秘鲁、 ^d 沙特阿拉伯、泰国、联合王国和美国
实施或支持预防性替代发展的国家	阿富汗、加拿大、中国、哥伦比亚、丹麦、厄瓜多尔、芬兰、法国、意大利、印度尼西亚、日本、摩洛哥、秘鲁、泰国、特立尼达和多巴哥、突尼斯、联合王国、美国、乌拉圭、委内瑞拉玻利瓦尔共和国和越南
有独立的国家替代发展战略的国家	多民族玻利维亚国、中国、厄瓜多尔、德国、危地马拉、印度尼西亚、摩洛哥、巴基斯坦、秘鲁、菲律宾和泰国
在更广泛国家经济发展计划中有替代发展战略的国家	哥伦比亚、墨西哥、缅甸、特立尼达和多巴哥及越南
计划实施或支持替代发展干预措施的国家	阿尔巴尼亚、科特迪瓦、危地马拉、印度、墨西哥、尼日利亚和俄罗斯联邦

^a 仅包括提供了其替代发展战略、方案、计划或活动详细资料的国家。

^b 加拿大、丹麦、芬兰、伊朗伊斯兰共和国、立陶宛和联合王国均报告至少部分支持应对阿富汗的非法罂粟种植。

^c 荷兰无具体的替代发展战略，但为多个项目提供了捐款。那些项目是更广泛经济发展方案的一部分，旨在促进非法种植区的安全与稳定。

^d 秘鲁通过安第斯共同体区域框架支持其他国家。

总体而言，各项国家战略符合大会第二十届特别会议通过的《开展国际合作根除非法作物和促进替代发展行动计划》对替代发展的定义。然而，各国在其毒品管制部门内外确定了千差万别的优先事项，并采用了各不相同的方法。从而针对需要多层面、多方位应对的现有挑战和新挑战量身定制了彼此各异的项目和干预措施。

国家战略范围的广泛性及其现场实施方式的多样性证明，替代发展的演进受国家甚至地方一级驱动。在国际层面上，目前正处于从“地方到全球”的过程，可以交流在国家战略内总结的最佳做法和汲取的经验教训。虽然那些战略在今后几年可能又会迥然不同，但这一过程加强了毒品和犯罪问题办公室、麻醉药品委员会和其他实体按照《联合国替代发展问题指导原则》促进更多南南合作的努力。⁴³

预防性替代发展

有些国家特别重视预防性替代发展。然而，例如，厄瓜多尔着眼于农村发展的政策却不同于特立尼达和多巴哥在毒品贩运和其他犯罪相关的预防战略范围内针对都市青年的预防政策。在其他地方，印度尼西亚的替代发展与毒品贩运之间的联系很有趣，因为它使得替代发展战略偏离了对农村地区农民的普遍关注。不针对种植古柯的农民，而是采用预防性替代发展战略的替代发展干预的另一个例子是哥伦比亚圣玛尔塔大沼泽给社区提供的援助。这些社区位于哥伦比亚可卡因贩运到加勒比海的战略路线上，主要靠捕鱼和养鱼为生，⁴⁴是准军事部队和游击队之间

⁴³ 见第 14 段。

⁴⁴ 哥伦比亚社会繁荣部及领土巩固管理部门，“大沼泽受害渔民投奔毒品生产商”，2013 年 8 月。可查阅 www.consolidacion.gov.co。

冲突的受害者，社区成员得到贩毒者和/或非法武装团伙招募，有时甚至是武力招募。除了促进经济社会发展，预防性替代发展干预措施旨在防止这样的情况。

厄瓜多尔预防性替代发展

在厄瓜多尔，预防性替代发展包括系列措施，旨在促进将当地社区列入生产、社会经济和环境保护项目，从而削弱导致其参加非法活动的脆弱性。目前，厄瓜多尔在六个的地区有预防性替代发展项目。例如，在圣埃伦娜省Engunga，预防性替代发展的重点是振兴六个对虾养殖场（占地29公顷）的对虾养殖，为840个家庭创造收入，使得可以在投资旅游业（小船游览）的同时投资三个微型项目——社区商店、休闲中心和药店。接下来的步骤是扩大对虾养殖场，创立品牌（及认证“预防性替代发展”的地位），并进入国内和国际冷冻虾市场。

另一个项目包括在苏昆比奥斯省“11月18日”地区建立可可加工厂。第一步是创建一个由100个创始成员组成的农民协会，并为协会划拨1公顷土地，用于建厂。该项目目前处于融资阶段。项目还将建一个收购中心，以便将加工的可可直接出售给私人公司，而不通过营销链上的中介机构。预计将有1,800个家庭从此工厂受益，而认证为“预防性替代发展”产品的可可将销往国内和国际市场。

2012年，厄瓜多尔向麻醉药品委员会专题介绍了推出替代发展产品的全球印章理念，这将增加带印章的替代发展产品的国际营销机会。带全球印章销售的产品可享受特殊的营销制度，类似于公平贸易和有机产品制度，强调产品的来源及其与解决非法种植和/或环境保护问题的战略的关系。

D. 替代发展的挑战性环境

对替代发展方案影响的预期应考虑到这类方案的局限性。这些方案的特点是供资相对较少，范围有限，且面临着一般农村发展方案通常不会遇到的挑战。这类挑战之一是实施替代发展方案的地点：边缘化偏僻地区，政府控制力有限，土地权不明晰，且缺乏基础设施。另一项挑战是受益者条件差（贫困的边缘化社区，社会经济指标低下，成员有时生活在暴力恐惧之中，以及其他紧张形势等状况），而且受益者与政府机构等其他相关方之间缺乏了解或信任。这些状况关系重大，因为正是这些状况通常会让这些社区没有资格参加传统的农村发展举措。

边缘化和贫困

替代发展方案的受益者通常相对于主要社会群体而言被边缘化了——在社会上、经济上或地理上，同时深陷赤贫的社会经济困境。这可能涉及到“边缘化地区的边缘化地带”，如多民族玻利维亚国拉巴斯荣加斯拉亚桑塔市，条件差，交通不便，高度依赖古柯种植；⁴⁵也可能涉及偏远地区的族裔群体，如泰国高原的苗族、克伦族、阿卡族和傈僳族族裔群体。该国的替代发展一直有一项国家政策，通过发展和更好地提供教育、保健等必要基础设施，帮助族裔群体融入

⁴⁵ Daniel Brombacher, “最终报告：对设定基线的项目咨询建议”，BOL/I79 号项目报告（科恰班巴和拉巴斯荣加斯拉亚桑塔市热带自然资源的可持续综合管理）（埃施伯恩，德国国际合作局，2011年4月28日），第1.1节。

社会主流。⁴⁶同样，在哥伦比亚，科吉、阿尔瓦科、堪夸莫和维瓦等土著社区都是或曾经是替代发展的受益者。此外，替代发展方案的许多受益者都是移民或移民后裔。因此，在实施方案时需要考虑与移民有关的问题。例如，2013年在秘鲁古柯生产谷进行的一项调查发现，只有38.4%的受益家庭户主出生在该区域，而61.6%的受益者来自其他区域。⁴⁷

缅甸：通过短期粮食安全与长期可持续性的平衡削弱鸦片作为收入来源的重要性

在缅甸，每个罂粟种植户平均种植的罂粟面积翻了一番以上，从2002-2003年期间的0.17公顷增至2013年的0.43公顷，这意味着对鸦片种植的依赖性加大。与年度罂粟调查一起开展的乡村社会经济调查显示，罂粟种植村庄中负债且粮食短缺的家庭比例远远高于非罂粟种植村庄。在家庭粮食资源枯竭的情况下，鸦片种植提供了数月内赚取现金收入以购买粮食的手段。此外，与罂粟种植相关的雇佣劳动是许多家庭额外收入的重要来源。设计替代发展项目时必须考虑到这一事实，因为罂粟种植的减少不仅会造成鸦片生产收入损失，还会抹杀靠雇佣劳动创造收入的机会。^a

虽然以前的干预措施主要针对粮食不安全，但毒品和犯罪问题办公室最近在缅甸南掸开发的替代发展项目^b已将重点转移到了一种较长期的可持续方法上，平衡兼顾农林系统多年生作物的种植与高价值粮食作物的生产和重新造林活动，从而确保环境的可持续性。从秘鲁和泰国等世界其他地方汲取的教训和成功经验都有助于界定这种新的方法。

该战略将包括土地登记和土地所有权发证程序，以保证农民对项目的长期投资。为了提高和保证受益农民的粮食安全，将实施永久作物体系，辅之以短期粮食作物。生产活动将以高品质产品为导向，以便销往优质市场，同时将设立农民企业，使农民自己能够承担未来的加工和商业活动。该项目将在前冲突地区或现有冲突地区开展，规划的替代发展工作还旨在立足各自领域，为建设和平进程做出贡献。

^a 毒品和犯罪问题办公室，《2013年东南亚鸦片调查》（曼谷，2013年）。

^b 毒品和犯罪问题办公室关于2015-2017年受罂粟种植影响的南掸各乡替代发展项目建议书。

虽然并非所有非法种植均受贫困驱使，但大多数非法作物种植地区都有贫穷这一特点。⁴⁸这适用于南美洲的古柯生产国、摩洛哥等大麻脂生产国以及亚洲鸦片生产国，尤其是阿富汗、老挝人民民主共和国、缅甸和巴基斯坦。受益人口鲜见相同特征，但他们往往是被视为“社会金字塔底层的人”。⁴⁹他们可能是小规模自给自足的农民，耕作自己并未合法拥有的小块土地（几公顷以下），或者是个体渔民、手工业工者或雇农。⁵⁰

⁴⁶ Renard, 《1970-2000 年泰国减少鸦片状况》，第 167 页。

⁴⁷ 国家发展与无毒品生活委员会，“2013 年替代发展影响评价年度调查”。

⁴⁸ 跨国研究所，《东山再起：金三角死灰复燃》（2014 年 6 月），第 7 页和第 65 页。

⁴⁹ 区域评价报告，“南美安第斯地区的替代发展：调查结果报告”，为《替代发展：全球专题评价——最后综合报告》（联合国出版物，出售品编号：E.05.XI.13）编写。

⁵⁰ Mansfield, 《毒品环境中的发展：“替代发展”的战略方法》，第 5 页。

从短期来看，替代发展也关乎粮食安全。哥伦比亚圣玛尔塔内华达山脉的一位受益者说：“条件之一是用粮食作物替代非法作物，并饲养小动物，如猪和鸡；大家都开始种植大蕉、木薯、南瓜、木瓜、蓖麻及可可。⁵¹老挝人民民主共和国一名农民积极参加了乌多姆塞省旨在提高水稻产量的项目活动，⁵²在回答其是否会继续沿用项目引进的技术以及在其发现不如地方品种好吃的情况下是否种植杂交水稻的问题时解释道：“毫无疑问，我将采用它们，然后卖掉大米赚钱，再购买产品供自己消费，这并不难。最重要的是，我们产量高，使我们一年到头都有充足的大米。”

在缅甸偏远地区，鸦片主要作为经济作物种植，以弥补资金短缺，种植原因往往是几乎没有替代作物，以及需要为家庭提供基本必需品。⁵³在老挝人民民主共和国北部及泰国北部（这两个国家的主要鸦片产区），总体收入水平比本国其他地方低。同样，摩洛哥的主要大麻种植区位于里夫区域，这是该国最贫穷的区域之一，这里大麻种植农民的收入低于平均收入水平。⁵⁴秘鲁结合了预期寿命、教育程度和收入统计数据的人类发展指数表明，2012年非古柯种植区发展指数平均比古柯种植区高60%。此外，以人类发展指数衡量的无古柯种植区的整体改善超过了相应的古柯种植区（0.08%）。⁵⁵多民族玻利维亚国的主要古柯生产中心，拉巴斯荣加斯和科恰班巴热带地区，也位于收入低于平均水平的省份。同样，在阿富汗鸦片生产集中的南部，2013年农民整体人均收入低于全国平均水平。⁵⁶

政府控制力有限的偏远地区常受紧张、不安全和冲突局势影响

与普遍发展工作相比，替代发展的关键特殊性和困难之一是，毒品的非法种植往往发生在地方法治薄弱的地区，“需要在遭受贩毒者或非法武装团伙统治和暴力的地区实现社会经济的安宁和稳定”。⁵⁷由于许多非法种植区都很偏僻，往往深受种族和其他冲突或政治不稳定困扰，因此政府控制力有限。这意味着这些地区的人们只能获得有限的或甚至不能获得基本服务，包括教育、卫生和保健。⁵⁸一份评价报告指出，“社会分解带来的冲突[是]非法作物种植社区的地方病，毒品交易和犯罪或叛乱运动产生的公开暴力冲突并不罕见”。⁵⁹

⁵¹ 毒品和犯罪问题办公室及社会行动，《田地里的青年之声：青年农民领袖历史》，Mónica Cortés Yepes 和 Francisco Duque Quintero 等编（波哥大，2009年），第38页。

⁵² XSPK26号项目，由毒品和犯罪问题办公室用来自德国的财政援助在乌多姆塞省实施。

⁵³ 毒品和犯罪问题办公室，《2014年东南亚鸦片调查》（曼谷，2014年），第60页。

⁵⁴ 毒品和犯罪问题办公室，“2004年摩洛哥大麻调查：内容提要”（2005年5月）。

⁵⁵ 毒品和犯罪问题办公室，“简要分析：古柯作物与人类发展”（2014年2月）。

⁵⁶ 毒品和犯罪问题办公室与阿富汗禁毒部，《2014年阿富汗鸦片调查》（2015年2月）。

⁵⁷ 《安第斯地区的替代发展：药物管制署的经验》，修订版，第7页。

⁵⁸ 毒品和犯罪问题办公室，《2000年世界毒品报告》（联合国出版物，出售品编号：GV.E.00.0.10），第142页。

⁵⁹ 区域评价报告，“南美安第斯地区的替代发展：调查结果报告”，为《替代发展：全球专题评价——最后综合报告》，第9页。

因此，在这些偏远地区往往很难以纯粹的经济理由申请发展援助。⁶⁰替代发展活动有时是这些地区仅有的制度化发展干预措施。替代发展通过让国家参与和引入发展援助，可为国家政府控制之外的地区打开大门，引进或重新引进法治。一个很好的例子是泰国，出于国家安全考虑，在山地部落地区推出了许多初步干预措施，其重要的初始目标是通过将边缘化人群融入主流社会的发展方案，“为山区部落灌输对泰国的忠诚感”。⁶¹在随后几十年中，随着这些地区法治的改善，山区部落的经济福利明显提高，部分原因就在于替代发展。⁶²同样，作为替代发展全球评价的一部分而对秘鲁的一项农民家庭调查发现，有效法治的两个前提条件，和平与安全，是替代发展最常提到的重大长期影响因素（88%）。哥伦比亚的替代发展专题评价表明，替代发展实际上在干预地区帮助建立和维持了“合法性文化”。⁶³

有些团体实施有组织犯罪或挑起武装冲突的目的是打倒政府和/或控制领土（如秘鲁的光辉道路、哥伦比亚革命武装力量、缅甸少数民族武装组织以及阿富汗的塔利班和其他非国家武装团体）。在此背景下，替代发展的有效性在暴力横行的地区受到了质疑。⁶⁴其结果是，自2007年以来，哥伦比亚政府更加关注非法毒品的作用，非法武装团体则将其作为工具，用来在无国家管辖的领土上维持控制权。新政策背后的理由之一是未认识到作物铲除和替代发展工作的可持续性。⁶⁵哥伦比亚政府认为，国家对这些工作的参与和支持都不够，⁶⁶而这个问题并非完全因作物铲除或替代发展的无效所致，更多是因为公民无法行使自己的权利，无法从国家的基本服务受益。⁶⁷阿富汗报告了类似的情况。最近的一份评价报告指出：

楠格哈尔省的禁毒和发展工作也陷入了混乱。自2013年以来，南方作物种植集中的多个地区几乎不可能实施铲除。先前在楠格哈尔施行的各项禁令所用的策略不再奏效，那里曾采用谈判、发展援助承诺以及展示武力相结合的办法制止农民种植，而展示武力的方式就是扩充保安人员和扩建基础设施。但未能兑现以往的承诺，连续禁令对大量农村人口产生的有害影响，以及认为若无美国军队支持，政府武装不足以强制实现自己意愿的看法，这些因素让这种做法无法继续施行，特别是在阿富汗国家历来未曾管辖过的、很难驾驭的南部地区。⁶⁸

哥伦比亚新的毒品管制模式提供了一个有趣的例子，表明替代发展可在这样艰苦地区发挥作用。2007年，作为试点项目实施了后来成为“国家领土巩固和重建政策”的“拉马卡雷纳全面巩固计划”。此试点项目把对领土的控制当作问题的根源，特别是受到非法武装团体的控制。⁶⁹在

⁶⁰ 药物管制署，《替代发展作为药物滥用管制工具》。

⁶¹ 公共福利部部长（1964年），引用于 Renard，《1970-2000 年泰国减少鸦片状况》，第 47 页。

⁶² Renard，《1970-2000 年泰国减少鸦片状况》。

⁶³ 毒品和犯罪问题办公室，《哥伦比亚替代发展方案：独立评价》（维也纳，2014 年 11 月）。

⁶⁴ 区域评价报告，“南美安第斯地区的替代发展：调查结果报告”，为《替代发展：全球专题评价——最后综合报告》，第 4-5 页。

⁶⁵ 哥伦比亚国家规划部，《国家根除非法作物、替代发展和领土巩固政策手册》，第 29 页。

⁶⁶ 哥伦比亚，综合行动协调中心，《拉马卡雷纳全面巩固计划》（波哥大，2008 年 8 月）。

⁶⁷ 同上。

⁶⁸ David Mansfield，《审视“新思想”对鸦片生产的影响——楠格哈尔：案例研究》（2015 年）。

⁶⁹ 哥伦比亚，综合行动协调中心，《拉马卡雷纳全面巩固计划》，第 3-5 页。

缺乏国家管辖和控制的地区，武装团体可通过非法开采社区和经济资源，掠夺式地利用自己对领土的控制力。

可解释冲突与非法种植之间联系的另一个重要因素是，受益者可能是自愿移徙的移民，也可能是因威胁、暴力或其他冲突而被迫流离失所的移民，不得不在新的地区寻找生计。替代发展干预措施以后必须考虑到这类地区薄弱的社会结构和信任的缺失。如对南美安第斯地区替代发展的评价中所解释的那样：

这种侵染了暴力的历史动态引发了一种个人心理，其实质就是恐惧和深深的不信任……不仅针对“外来者”，包括长期忽视其农村居民的国家，而且针对社区的其他人。⁷⁰

冲突与非法毒品种植之间的直接和间接联系的存在，无论是涉及社会冲突、移徙，还是因存在非法武装团体，都意味着替代发展还必须缓解或解决冲突。根据当地的情况，这可能意味着替代发展支助策略应有助于家庭和社区应付冲突的起因和后果。

E. 非法种植的驱动因素

没有任何单一因素可以解释农民种植非法作物的原因。非法种植在特定情况下受脆弱性和机会因素共同驱动。由于生存和生计是许多家庭从事非法作物种植的真正考虑因素，因此他们往往规避风险，就麻醉品作物的种植做出决策时会考虑到各种因素。替代作物种植取决于很多因素：拥有种植这些作物所需的技能和知识；地理和环境因素，如气候、水和可耕地可得性，以及市场的远近；家庭特有的社会经济因素，如收入水平、现有就业机会、信贷的获得及拥有土地的规模；发展设施，如道路交通、电网及教育和保健服务；以及社会政治和制度因素，如安全、政府管制和法治。

虽然非法种植风险因素因区域而异，但除其他事项外，非法作物在农艺方面的特殊性、产品的耐用性、价格和易于销售等往往是种植的原因。所有主要非法作物也特别有吸引力，因为它们的耐腐产品可快速产生收益。在阿富汗，鸦片为农村家庭提供了一种方便、便携和持久的价值储存方式，在不安全、不确定环境中特别方便。鸦片如果不是唯一的、也是重要的农村信贷媒介；在来源区，其种植似乎天生就与非正式农村信贷挂钩，鸦片种植者在那里可享受获得非正式信贷安排的优惠条件（若非唯一条件）。⁷¹在老挝人民民主共和国与缅甸，鸦片是粮食短缺时获得信贷的手段。

创收

很多因素会影响到种植非法作物的决定。创造收入，特别是合法和非法作物带来的收入差距，只是复杂的货币和非货币驱动因素之一，但可以解释一些非法种植的波动。

例如在阿富汗，2004-2007年期间，每公顷鸦片种植收入与每公顷小麦种植收入的比率接近10:1，这可以算是罂粟种植的一个吸引力指标（2007年，每公顷罂粟种植收入5,200美元，而每公顷小麦种植收入为545美元）。在此期间，阿富汗的罂粟种植面积扩张了47%。截至2009

⁷⁰ 区域评价报告，“南美安第斯地区的替代发展：调查结果报告”，为《替代发展：全球专题评价——最后综合报告》，第5页。

⁷¹ 毒品和犯罪问题办公室，《阿富汗鸦片经济：国际问题》（纽约，2003年）。

年，每公顷鸦片种植收入与每公顷小麦种植收入的比率下降到3:1（3,600美元比1,200美元）；相应地，阿富汗的罂粟种植面积在2007-2009年期缩小了36%。随后几年中，这一比率又上升到4:1（2014年，3,800美元比1,000美元），2011年甚至达到了11:1，促使了罂粟种植的强劲增长。在2009-2014年期间，罂粟种植面积增长了82%。^a

同样，秘鲁的古柯价格在1994年后大幅下降（从1994年的每公斤约4.40美元降至1996年的0.50美元，到1999年又涨至1.60美元），这是取缔秘鲁与哥伦比亚之间非法空中交通的结果，使得该地区1995-1999年期间的古柯种植面积减少了66%。随着贩运者发现了替代出口，之后的古柯价格便上涨了（截至2011年6月涨至每公斤3.90美元），刺激古柯种植在1999-2011年期间再次增加了61%。^b

创收的重要性还反映在毒品和犯罪问题办公室在个别国家为确定农民种植非法作物的原因而开展的社会经济调查中。例如，《2014年阿富汗鸦片调查》发现种植鸦片的主要原因是鸦片价格高（占有所有答复的44%），其次是罂粟能减少贫困，即提供“基本食物和住所”（20%），以及“改善居住条件”（13%）。毒品和犯罪问题办公室在哥伦比亚进行的一项调查还发现“收入来源”是农民从事非法作物种植的主要原因（71%），其次是“传统种植”（7%）、销售合法产品的“市场准入”问题（5%）和“迫于武装团体压力而种植非法作物”（2%）。

在少数情况下，替代农产品创造的收入（如安第斯国家的棕榈油；^c阿富汗的藏红花以及某些年份的黑孜然、葡萄、杏、石榴和杏仁；^d以及泰国的土豆、红卷心菜、西红柿和梅花）^e高于非法作物收入，但一些农民仍然选择了非法种植。专家和评价文件提供的可能原因如下：(a) 农民不相信会长期持续存在这样的价格差异；(b)（相对于商人来到村庄直接从农民手中购买非法作物而言）将合法收获产品运送给邻镇的贸易商时存在风险考虑因素；(c) 农民被叛乱所迫继续种植非法作物；(d) 投资合法作物的初始资金相当多，却只能在一定时间后得到利润收益；以及(e) 缺乏经认可的土地所有权，这让农民倾向于在决策时采取短期做法。

^a 毒品和犯罪问题办公室与阿富汗禁毒部，《2014年阿富汗鸦片调查：种植和生产》（2014年11月）。

^b 毒品和犯罪问题办公室，《2012年世界毒品报告》及往年报告。

^c 毒品和犯罪问题办公室，《分享东南亚和拉丁美洲替代发展的经验》（2009年）。

^d 药物管制署，《阿富汗替代发展报告 # 1：农场收入机会》，见Maiwand、Khakrez和Ghorak（伊斯兰堡，2000年）。

^e 《2000年世界毒品报告》。

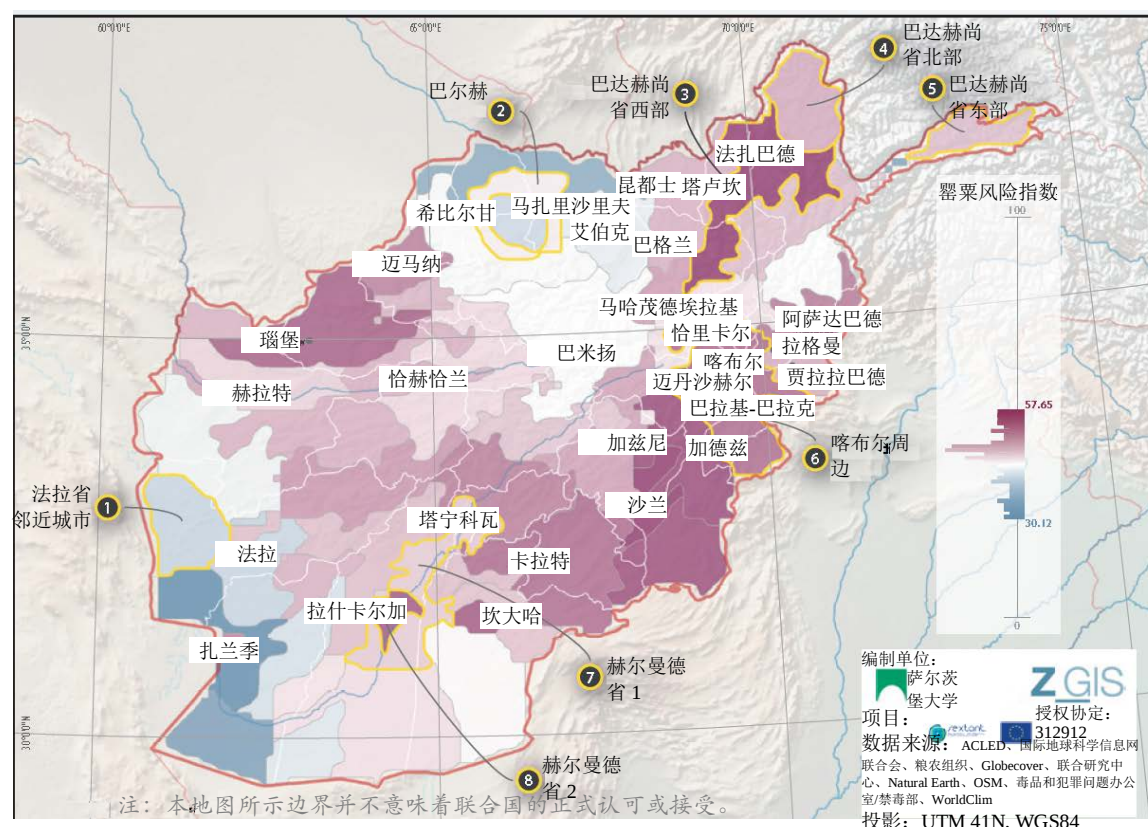
阿富汗罂粟种植的环境适应性模型和社会经济脆弱性模型

毒品和犯罪问题办公室与萨尔茨堡大学（奥地利）合作针对鸦片种植开发了环境适应性模型和社会经济脆弱性模型。前者包括四个变量：土地利用（土地覆盖）、水资源、气候条件和土壤质量。社会经济脆弱性模型考虑了九项指标：治理（承认管理者权力）、稳定性（冲突事件）、地点（外围区域与中心区域）、交通方便程度（到5万以上居民的最近城市的时间）、教育（入学）、认识（对旨在保证农民不种植罂粟的农业援助和举措的认识）、替代（非农）就业机会、信贷的提供和贫穷。

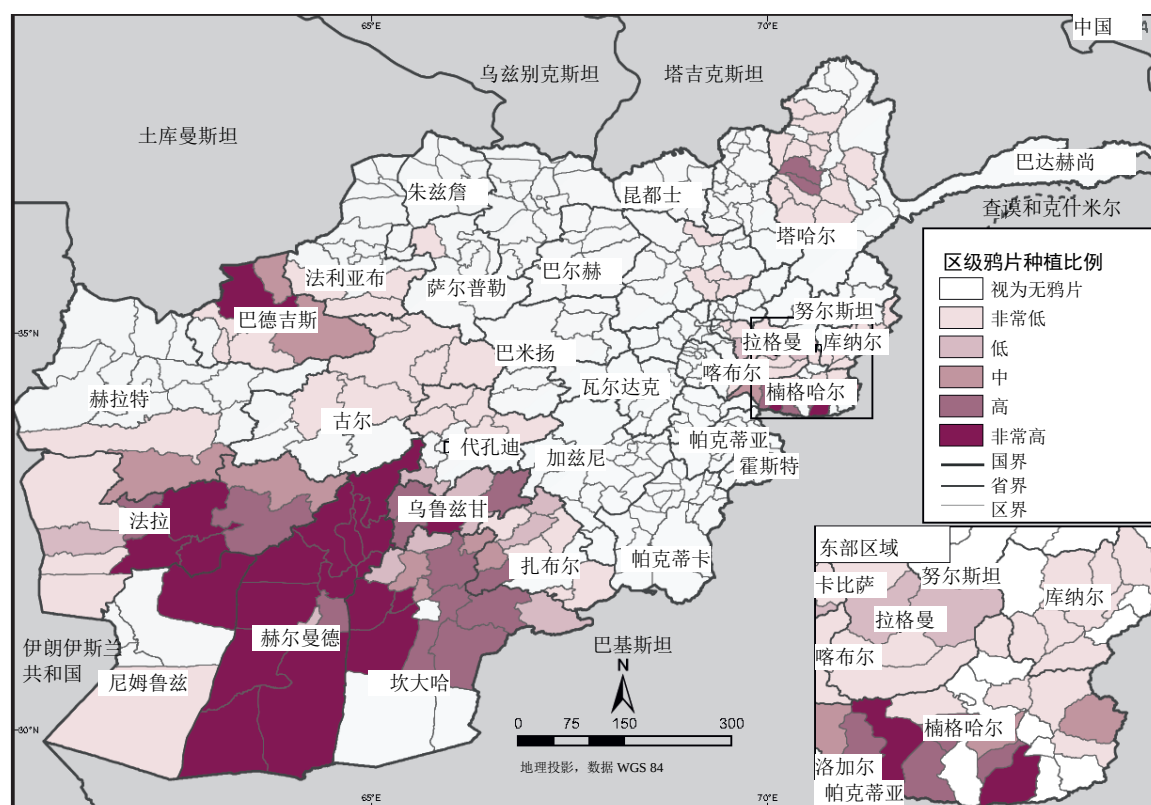
在阿富汗适用了这些模型。与2014年罂粟实际种植面积的比较表明，许多罂粟种植热点区都位于环境和社会经济风险图上的潜在高风险地区。同时，风险评估结果发现，许多其他地区尤其是该国东南部和北部地区有出现大规模鸦片种植的可能性，但迄今为止尚未成为重要的鸦片产区。

2014年阿富汗风险地图和实际罂粟种植情况

对罂粟种植诱惑的潜在环境和社会经济脆弱性



2014年实际罂粟种植情况



资料来源：《2014年阿富汗鸦片调查：种植和生产》

注：本地图所示边界并不意味着联合国的正式认可或接受。短划线表示未确定的边界。虚线大致代表印度和巴基斯坦商定的查谟和克什米尔控制线。印巴双方尚未商定查谟和克什米尔的最终地位。

该风险图还显示，鸦片种植背后的风险因素因区域而异，主要为环境适宜性、社会经济脆弱性、安全/法治问题（因为不安全状况仍然与鸦片种植高度相关）和鸦片价格。例如，在（阿富汗东北部）巴达赫尚省部分地区，环境条件特别是气候在阻止农民种植鸦片中所发挥的作用似乎比驱使农民种植鸦片的社会经济因素影响更大。在（阿富汗南部）楠格哈尔省部分地区，社会经济脆弱性导致的鸦片种植风险相对较低，但2014年的鸦片种植面积仍有增加。这意味着，其他驱动因素在对鸦片种植发生作用，从而需要更多的政治应对措施，而不仅仅是发展相关的措施。

尽管法拉和巴尔赫（阿富汗北部）等省一些地区的社会经济脆弱性和环境适应性水平千差万别，其鸦片种植风险水平却相似，但各自的鸦片种植结果完全不同：巴尔赫各地无罂粟种植，而法拉则是阿富汗的主要罂粟生产省份之一。

哥伦比亚非法古柯树种植相关的风险和脆弱性

毒品和犯罪问题办公室与哥伦比亚当局密切合作，启用了新的方法来识别古柯树非法种植相关的风险和脆弱性。毒品和犯罪问题办公室哥伦比亚非法作物监测集成系统以古柯种植的动态统计为重点，针对哥伦比亚各市的古柯状况制定了危害指数。这一指数背后的主要逻辑是，古柯种植的蔓延虽然具有高度动态性，但往往仍然是一个相当缓慢的过程，主要从积累了专门知识、社会经济和政治条件相似的现有古柯种植区向外扩散。列入该指数的因素有：(a)受影响面积（作物加上人工铲除和空中喷洒的面积公顷数）；(b)持久性；(c)扩张状况；(d)集中程度；(e)补植；及(f)多年来对古柯田的弃植。

在古柯种植方面，上述指数随后得到脆弱性指数的补充。脆弱性被理解作为一种条件，用以界定面临非法作物种植威胁的程度以及预防、抵制和放弃这种非法作物种植习惯的实际能力。脆弱性的衡量包括多个方面，如治理（税收收入、转移依赖）、社会发展（卫生、教育）、经济发展（储蓄、互联网的使用）、司法服务便捷性、安全性（事件）和人的危机（被迫流离失所/驱逐）。于是，这两个指数相结合，便形成了古柯种植威胁和脆弱性的综合风险图。

以这两个指数为基础对种植风险的描绘指出，在1,121个市中，2013年有280个市（约占总数的25%）面临威胁或被认定倾向于种植非法作物。这包括45个就威胁或脆弱性而言的“高风险”市（占总数的4%），以及147个在受非法作物种植影响方面具有“中高风险”的市（占总数的13%）。

两个主要的非法种植区，纳里尼奥省和普图马约省（与厄瓜多尔接壤），都名列威胁和脆弱性指数最高的地区。

同样，邻近的卡克塔省、梅塔省和瓜维亚雷省（哥伦比亚中部）多年来一直是最突出的古柯种植区，被认定为高风险地区。在该国中部和北部发现了一些潜在风险地区，包括安蒂奥基亚省和邻近区域以及大西洋沿岸各省，所有这些地区都持续存在古柯种植并参与了可卡因贩运。此外，哥伦比亚还有其他一些区域存在较高潜在风险，特别是在该国东部和东南部，但迄今为止尚未列入主要古柯产区。

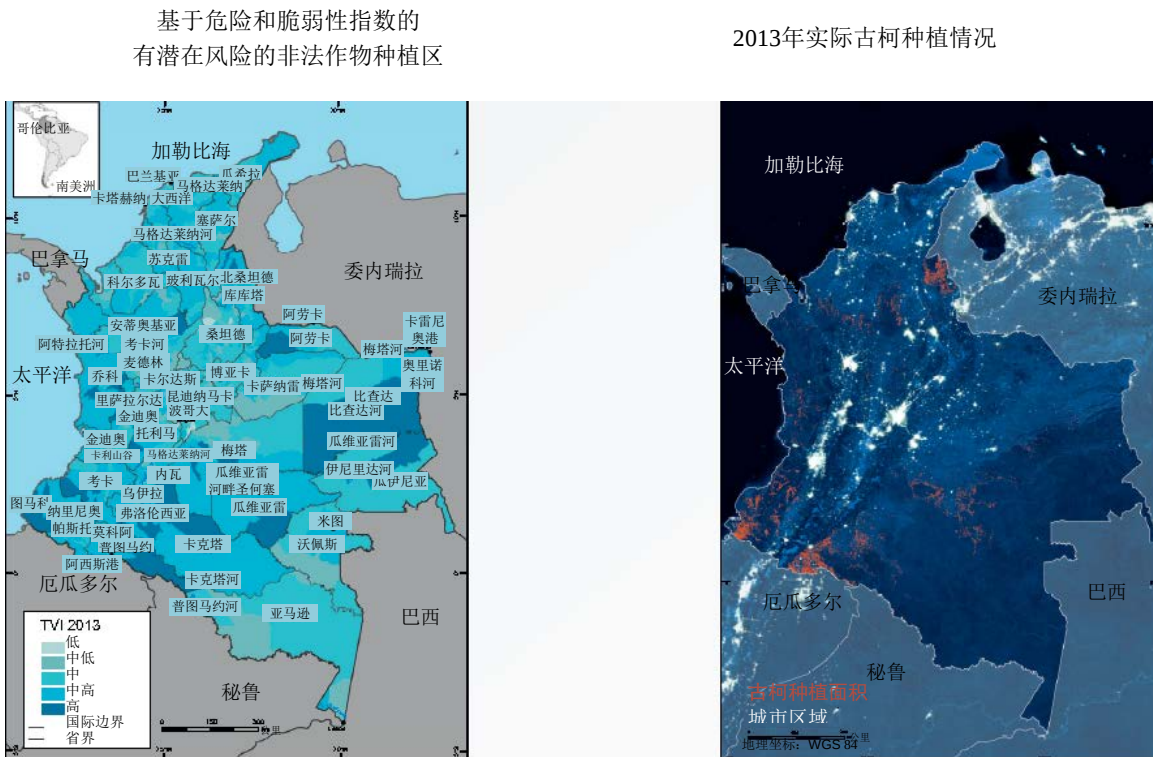
“驱动因素”与非法作物种植之间的关系并不一定是线性的。这意味着，在特定情况下，一个单一因素就能成为非法毒品种植增加的驱动因素，而在不同情况下，同样的因素也可能会限制甚至减少非法作物种植的扩张。改良灌溉状况一般可能会导致合法种植增加，但在具体情况下，也可能促进非法种植增加。例如，对旨在主要通过支持微型和中小型企业提高农业产量的阿富汗农村发展方案的评估发现，如果只关注扩大合法经济，而不评估针对同一地理区域的不同干预措施相结合会如何影响到不同人群及其家庭资产和对种植罂粟的决策，则可能会导致一些发展投资被用于种植更大量高收益的罂粟。^{72,73}

⁷² 美国国际开发署监察长办公室，“美国国际开发署/阿富汗推动北部、东部和西部经济替代发展的激励计划审计”，《审计报告第 F-306-12-004-P 号》（喀布尔，2012 年）。

⁷³ David Mansfield，《审视“新思想”对鸦片生产的影响——楠格哈尔：案例研究》（2015 年）。

毒品和犯罪问题办公室与科研院所和国家当局密切合作，开始开发一个特殊模型，以确定非法毒品生产的适宜性和脆弱性（见前两个框注）。相应的风险评估表明，非法作物种植原因多样，通常因特定地区而异。它们还表明，非法作物种植一方面与种植本身的动态有关，另一方面涉及潜在驱动因素以及种植所在地理区域的脆弱性条件的根源，如法治薄弱或社会经济发展滞后。

2013 年哥伦比亚各市风险地图与实际古柯种植面积



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，《哥伦比亚：2013 年古柯种植调查》（2014 年 6 月）；哥伦比亚，司法部，2014 年 11 月在柏林有关哥伦比亚替代发展的专题介绍，及拟于 2016 年举行的关于世界毒品问题的大会特别会议的筹备工作；哥伦比亚，司法部，“哥伦比亚减少非法作物国家综合行动计划指南”（草稿，2014 年 12 月）。

注：本地图所示边界并不意味着联合国的正式认可或接受。

		面临威胁的省份数目（存在古柯种植）					
		高	中高	中	中低	无	总计
面临脆弱性的省份数目	高	2	15	12	10	13	52
	中高	4	25	45	59	244	377
	中	2	13	10	41	288	354
	中低		5	8	26	228	267
	低			1	2	68	71
合计		8	58	76	138	841	1,121

F. 替代发展方案的战略要素

替代发展既关乎为从事非法作物种植的农民建立合法替代生产，又关乎创造有利于逐步减少非法种植的环境过程中的社会经济发展和安全。没有任何两个替代发展项目完全相同，但其总体战略要素却往往相似，不过作用的重要性又因项目而异，有些可能根本没有特点可言。根据对成功项目的评审，现将主要因素和战略要素介绍如下。关于汇总表，可查阅本报告在线版的附件。

经济和基础设施要素

经济必然性往往在农民有关种植非法作物的决策中发挥着重要作用。这就是专家们达成广泛共识的原因，认为需要提供可行、可持续的创收替代措施，以便逐步减轻对非法种植的依赖。在许多国家，从老挝人民民主共和国到摩洛哥，再到秘鲁，创收活动的发展和推广都是替代发展的核心。然而，如本章B节所述，仅关注替代作物的生产是不够的，这就是为什么现在替代发展项目都包含（或伴有）全套技术、营销和基础设施支助的原因。

金融服务存在影响，信贷的提供也非常重要。秘鲁的一位受益妇女解释说：“信贷是一个问题：生产有时好，有时不好，但如果你不付款，银行则不会放过你。”⁷⁴替代发展项目往往面临的状况是，非正式信贷系统可能会优先给予罂粟种植家庭贷款。如阿富汗上柯吉亚尼区一位农民所言，“罂粟来自上帝；它有很多好处。我们去贾拉拉巴德时，店主现在会表现出尊重，他们提供借款，还帮我们装车。”⁷⁵

支助的一部分与生产相关，其中最常见的形式之一是过渡到替代作物的必要技能传授。这种支助还可以包括基础设施要素，诸如收购中心、道路和桥梁，或与生产相关的资源，比如提供灌溉供水系统或储水箱，就像毒品和犯罪问题办公室在老挝人民民主共和国乌多姆塞省的项目或在阿富汗巴达赫尚省支助灌溉渠道那样。在泰国高原地区，替代发展工作一直伴随着对道路和灌溉项目的大规模投资。⁷⁶这非常像秘鲁的经历，其政府对经济基础设施（道路和桥梁）以及社会基础设施（教育和保健）进行了大量投资。⁷⁷

支助和信贷计划

生产相关的支助也可能包括牲畜和大米银行捐赠，如欧洲联盟在缅甸赞助的项目那样，⁷⁸或仅大米银行，如在泰国那样。⁷⁹中国向缅甸地方当局捐赠了大米，以解决原罂粟种植农民的粮食安全问题，而在印度尼西亚，成立了碾米厂来换取村民的义务劳动。⁸⁰2010年，哥伦比亚渔民

⁷⁴ Brombacher 等人，《阿普里马克河谷古柯生产人口的生计评估》，第 28 页。

⁷⁵ David Mansfield，《事情每况愈下：罂粟集中在赫尔曼德省和楠格哈尔省的冲突地区》（喀布尔，阿富汗研究评价机构，2014 年）。

⁷⁶ Renard，《1970-2000 年泰国减少鸦片状况》，第 167 页。

⁷⁷ 毒品和犯罪问题办公室，《圣马丁替代发展模式：对地方经济发展的案例研究》，执行摘要。

⁷⁸ 见 http://ec.europa.eu/europeaid/documents/case-studies/myanmar_food-livelihood-security_en.pdf。

⁷⁹ Renard，《1970-2000 年泰国减少鸦片状况》，第 139 页。

⁸⁰ 皇家赞助的皇太后基金会，印度尼西亚亚齐省亚齐可持续替代生计发展项目。有关资料可查阅 www.maefahluang.org。

协会借助欧洲联盟第三和平实验室的征求建议书，收到了鱼笼、锯腹脂鲤幼鱼和鱼食形式的国际支助。⁸¹ 支助也采取种子分配的形式，如在阿富汗南部赫尔曼德粮食带项目。

如前面所讨论，无法获得信贷可能是非法作物种植的驱动因素之一。贫困农民为了减少非法作物种植并开始创造替代收入，则需要种子资金，用于投资新产品，但偏远社区往往并无获取信贷或其他服务的渠道。由于银行或民间借贷带来的高利率让农民可能无力负担，小额信贷（或其他形式的周转基金）成了替代发展方案的必要组成部分。地方信贷和周转基金还可帮助农民成立组织，发起储蓄计划，并发展自己的财务规划和管理能力。亚洲有几个方案列入了各种形式的小额信贷，以及周转基金和资产，包括大米银行、种子银行、周转社区医药基金、农村储蓄和小额信贷生产小组。专业市场的发现和利用也是哥伦比亚和秘鲁替代发展方案的一个关键要素，这种方法需要遵守严格的准则和特别的规定，但产生的投资收益非常值得努力。⁸²

替代发展举措（相对于速效项目）的一个原则是，替代收入来源旨在保持可持续。这通常意味着在替代作物的选择中，多年生经济作物（如咖啡、棕榈油）受到青睐，因为如果其市场价格暂时下降，它们不会立即被非法作物取代。⁸³ 高附加值产品（而不是原料）的宣传也越来越受到重视，以提高小农户的收入。人们越来越承认以市场为导向的方法的重要性，鼓励替代发展产品的生产商适应当前和未来的市场需求；项目可帮助他们创造新的利基市场。⁸⁴

市场营销支助、私营部门参与和价值链发展

目前所有项目都将支助替代发展产品的营销作为一个重要组成部分。不过营销的重要性只是最近才得到日益关注，替代发展的重点仍在生产上，目标是提高生产率、产出和质量。提高生产率往往被视为成功的量度。虽然总体目标可能是提高收入水平并间接改善农村家庭的整体生活条件，但此类产品却不一定有明确的营销策略。

尽管存在这些挑战，替代发展方案已经能够产生经济增加值，例如通过引入农产工业和社会企业，如泰国的澳洲坚果和咖啡加工企业，哥伦比亚的蜂蜜加工企业（该国的营销支助通过设立二级生产者组织获得了巨大成功，如圣玛尔塔的“红生态塞拉”）。哥伦比亚还在纳里尼奥阿尔班市建立了咖啡生产厂。

为了加强营销方案，降低非法种植相关的脆弱性，替代发展方案经常试图让私营部门参与。例如，最近在秘鲁亚马逊区域的一个项目让可可生产者与德国高品质可可进口商直接联系，在收获前后提供技术援助。⁸⁵ 在圣马丁地区，向比利时、法国、德国、黎巴嫩和西班牙出口棕榈芯

⁸¹ 通过领土巩固管理部门收集的信息（哥伦比亚）。

⁸² 毒品和犯罪问题办公室，《分享东南亚和拉丁美洲替代发展的经验》（2009年）。

⁸³ 2014年11月19日和20日于柏林在拟于2016年举行的关于世界毒品问题的大会特别会议筹备工作及后千年发展目标辩论的框架内举行的毒品和犯罪问题办公室与德国联邦经济合作与发展部有关替代发展问题的联合专家组会议。

⁸⁴ 见 E/CN.7.2013/8 号文件，第 19 段。

⁸⁵ 德国国际合作局，“项目进度监测报告”，PER/U87 号项目报告，第 2 节。

的国家企业都参与了替代发展产品出口。在这些替代发展项目中，私营部门已成为该战略的一个组成部分，不仅在实施替代发展方面，而且还通过对经济和社会基础设施的广泛投资。⁸⁶

老挝人民民主共和国的替代发展：小额信贷的作用

在老挝人民民主共和国乌多姆塞省，毒品和犯罪问题办公室通过加强粮食安全及扩大合法粮食和经济作物生产，为各个社区提供支助。该项目已建立了大米银行、供水系统、小型灌溉系统和公路，并引进了经改良的高产作物，提供了技术援助（投入和培训），还在当地定期开展了后续工作。这促进32个目标村庄的家庭农业生产年收入（玉米、水稻、非木材森林产品、蔬菜、水果、畜牧生产和其他合法作物）增加了500%以上，从2009年的约360美元增加到2014年的2,100多美元。17个新目标村庄的家庭收入增长了82%，从2011年的660美元增长至2014年的1,200美元。^a

迄今所取得成功的一个重要促进因素就是小额信贷计划。该项目在44个目标村庄建立了农村储蓄和信贷基金。由地方委员会管理这些计划，开展投资和收益评估，监控投资记录并进行会计和财务报告。由农民和生产组织起草生产和投资建议书、行动计划及小额信贷计划，再通过社区合作机制提供小额投资贷款。

基金在项目目标村庄持有的资金总额在一年半执行期内增加了42%。各社区已经能够提高各种替代活动的生产，包括种植不同作物、饲养畜牧、养鱼、小型贸易和手工业生产。农村小额信贷资金的很大一部分都投资于玉米生产，这是乌多姆塞省最常生产的经济作物。此外，妇女编织小组已通过周转基金的建立而得到了支助，基金使妇女能够获得技能来管理这些方案，并投资于其手工业活动。

^a 毒品和犯罪问题办公室，“在老挝人民民主共和国与缅甸加强粮食安全、促进合法作物生产及小型农民企业发展：XSPK26号项目”，2014年项目年度进展报告。可查阅<https://profi.unodc.org>。

在哥伦比亚一些地区，农民或农民合作社已（在农业和农村发展部的协助下）通过与企业（如全国连锁超市）或国内外公司的商业伙伴关系走向了市场。⁸⁷ 替代发展项目已经越来越多地通过例如合资企业或公私伙伴关系纳入了私营部门。

近年来，随着私营部门在替代发展方案中的作用日益增强，对整个生产价值链发展的关注也越来越普遍。这种做法的目的是通过加强单一价值链中替代发展干预措施的经济、技术和组织要素，以提升竞争力和营销潜力。在秘鲁，这样的做法一直专注于高潜力作物，如棕榈油和可可，并纳入了整个价值链的所有要素，从提供农业投入到技术援助，以及从建立商业联盟和公私伙伴关系到走向市场。⁸⁸ 在多民族玻利维亚国，对价值链的关注促成了对生产的优化，生产基地日益扩张，推动了棕榈芯等产品的商业化。⁸⁹ 在泰国，涉及咖啡的项目不仅从卖青咖啡豆转向

⁸⁶ 毒品和犯罪问题办公室，《圣马丁替代发展模式：对地方经济发展的案例研究》，第二章第 7(c)和 7(d)节；及第六章第三节。

⁸⁷ 毒品和犯罪问题办公室，《哥伦比亚替代发展方案：独立评价》，第 2 章（维也纳，2014 年 11 月）。

⁸⁸ 美国国际开发署/秘鲁，“2012-2016 年美国国际开发署/秘鲁国家发展合作战略”，第 21-22 页。

⁸⁹ 多民族玻利维亚国与毒品和犯罪问题办公室，“2010-2015 年玻利维亚国家方案：玻利维亚应对毒品、有组织犯罪、恐怖主义、腐败和经济犯罪威胁的能力建设”（拉巴斯，2010 年 3 月），V.2 节。

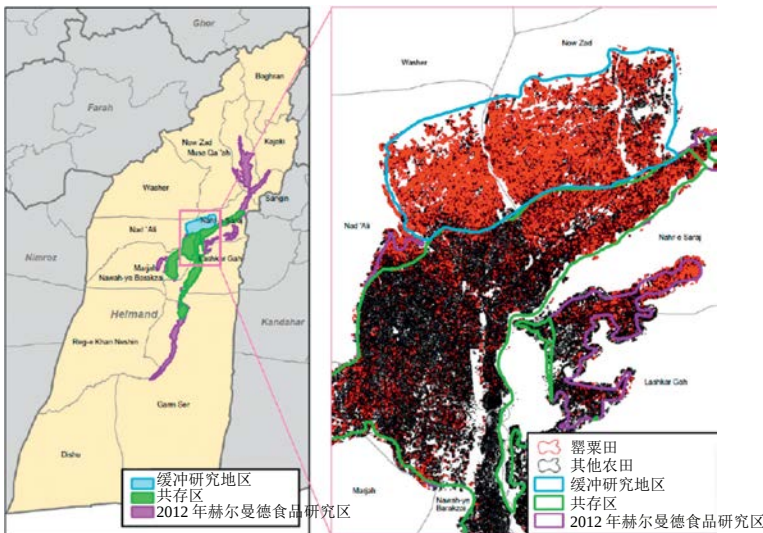
了烘焙咖啡，而且还在销售咖啡的地方设立了咖啡馆。⁹⁰在乌拉巴省，哥伦比亚政府同毒品和犯罪问题办公室与一家欧洲大型连锁超市建立了商业伙伴关系，替代发展还一直在国家层面与连锁餐厅合作。⁹¹在阿富汗，价值链方法作为禁毒部牵头的一项农业和农村发展集群联合倡议——“国家替代生计政策”的一部分得到了广泛应用，从羊毛到地毯，以及从葡萄到葡萄干。

速效项目案例研究：阿富汗赫尔曼德粮食带

粮食带项目始于2008年，旨在帮助农民在三年期内从罂粟经济过渡到合法农业经济。方案针对阿富汗的赫尔曼德省中部有灌溉地区，大多数替代作物种植方案在那里都切实可行。根据克兰菲尔德大学（联合王国）的数据，该地区2008年占了赫尔曼德省罂粟种植总面积的40%左右。

该方案还旨在恢复对政府的信心，包括打击罂粟种植的提高认识运动，向农民分发小麦种子和化肥，而且包括铲除在内的执法活动。收到此类援助的农民须签署声明，保证不会种植罂粟。2008年引入粮食带项目后，粮食带内罂粟种植面积一年减少了37%，而小麦种植几乎翻了一番。根据克兰菲尔德大学收集的数据，粮食带内罂粟种植持续减少到2011年，而粮食带外罂粟种植则在第一年增加了8%，并在接下来几年内不断增加。2009年粮食带内罂粟种植大幅减少使赫尔曼德省罂粟种植总面积整体减少了33%。^a但是，粮食带内罂粟种植面积的减少日益被粮食带外的不断增加抵消了，特别是在邻近地区，包括新农业区，因为粮食带内家庭的成员往往迁移到粮食带外去种植鸦片。接下来几年间，粮食带外地区继续种植鸦片，而同时粮食带内的种植也有所增加。

赫尔曼德粮食带，2012年



资料来源：阿富汗禁毒部，《2012年阿富汗毒品报告》（2013年11月）。

注：本地图所示边界并不意味着联合国的正式认可或接受。

粮食带基本上是一个速效项目，在2009-2012年期间成功影响了农民决策。《2012年阿富汗鸦

⁹⁰ 毒品和犯罪问题办公室，“黎敦：突破思维界限”（2008年3月14日）。

⁹¹ 哥伦比亚领土巩固管理部门及打击非法种植方案处，“执行报告：国家综合替代发展——2013年12月”（波哥大，2014年3月），第55页。

片调查》显示，粮食带内农民报告的收入仍然比粮食带外农民报告的收入平均高出约30%。然而，该项目显然没有成功地从根本上改变该省的社会经济和体制条件：随着援助的减少，农民在2012-2014年期间恢复了罂粟种植。

^a 毒品和犯罪问题办公室与阿富汗禁毒部，《2009年阿富汗鸦片调查》（2009年12月），第2.1节。

泰国提供了一个让私营部门从早期阶段开始长期参与的例子：作为“土井洞发展计划”的一部分，六家泰国和日本公司纷纷投资企业，实施经济林业开发，并推动整个价值链上的咖啡和澳洲坚果种植，甚至包括加工和营销，从而为农民提供足够的收入，使其能够抵御种植罂粟的诱惑。在这种情况下，与私营部门的伙伴关系提供了途径，用以寻求资金来源、技术知识、业务专长和市场营销。⁹²

但是，私营部门对替代发展方案的投资和参与并非仅产生了积极成果。有时，企业利益并不完全符合特定方案的目标。一个例子就是老挝人民民主共和国与缅甸，那里一些参加“鸦片替代”计划的外国公司喜欢大规模的单一作物（如橡胶）种植园，而不是各自政府的作物多样化战略。据说这些商业种植园减少了提供给小规模农户的土地，而加强了对雇农的争夺。同样，价值链方法并非在所有情况下都会取得成功。例如，分析人士对其经济驱动关注点提出了质疑，认为其本身并不一定能考虑碎片化社会的复杂性以及政府的软弱，特别是社会文化需求和条件。⁹³

2012-2014 年期间前赫尔曼德粮食带内外的罂粟种植情况

	2012年种植面积 (公顷)	2013年种植面积 (公顷)	2014年种植面积 (公顷)	2013-2014年 变化 (%)	种植罂粟的 农田比例 (%)
粮食带内	24,241	36,244	41,089	13%	22%
粮食带外	50,935	64,449	62,151	-4%	31%
全省总计	75,176	100,693	103,240	3%	27%

注：粮食带估计数系指赫尔曼德省的十个区（截至 2011 年的粮食带），在 2009-2012 年罂粟种植季为农民提供了化肥、经认证的小麦种子及高价值的园艺种子。见毒品和犯罪问题办公室与阿富汗禁毒部，《2009 年阿富汗鸦片调查》和《2014 年阿富汗鸦片调查》方法部分。

粮食带不得不克服的一个特殊挑战就是复杂的劳动力问题。非法鸦片种植属于劳动密集型作业，远远超过比如小麦等作物种植，需要更多土地劳动力，不仅在除草时需要，收获时也需要。在粮食带覆盖地区，许多无地农民充当着非法罂粟种植的季节性劳动力；随着向小麦生产转变以及一些农业机械化的应用，成千上万的农民失去了基本生计而迁移到了布格拉汗运河以北，从而导致那一地区的种植出现了爆炸式增长。

资料来源：阿富汗，禁毒部，《2012 年阿富汗毒品报告》（2013 年 11 月）；《2014 年阿富汗鸦片调查》（及往年报告）；及 David Mansfield，“花消何处？阿富汗当前鸦片减少的可持续性评估”，《系列简报》，阿富汗研究评价机构（2010 年 5 月）。

⁹² 皇家赞助的皇太后基金会，“可以完成”（未出版，无日期），第 4 页。

⁹³ Holly Ritchie，“超越价值链模型：解构了解阿富汗市场的关键机构”，见《干预措施一瞥：阿富汗十年援助的无知教训（2001-2011 年）》，Martine van Biljert 和 Saria Kuovo 等编（喀布尔，阿富汗分析师网络，2012 年）。

市场准入

在政治宣言和《联合国替代发展问题指导原则》中，各国明确呼吁加强替代发展产品的市场准入。市场准入优惠待遇符合1998年大会第二十届特别会议通过的《政治宣言》及其加强国际合作解决世界毒品问题的相关措施，其中强调“国际社会应力求为替代发展产品提供更多的进入国内和国际市场的机会”。⁹⁴在毒品和犯罪问题办公室的密切合作下，泰国政府主办、秘鲁政府协办的“替代发展问题国际讲习班和国际会议”于2011年11月在泰国清莱和清迈召开，会议的最后文件更加突出了市场准入问题。那份文件正式提交给了麻醉药品委员会第五十六届会议，⁹⁵建议各会员国、国际组织和区域组织应“尽最大努力……按照适用的多边贸易规则，考虑采取措施使替代发展产品更容易进入国内和国际市场”。⁹⁶《联合国替代发展问题指导原则》提及市场准入问题时措辞更温和一些，这符合《关于开展国际合作以综合、平衡战略应对世界毒品问题的政治宣言和行动计划》。这些《指导原则》指出，在设计替代发展方案时各国应“考虑与小生产者制订协议和建立可行伙伴关系……以及充分的市场准入等相关问题”。⁹⁷麻醉药品委员会第56/15号决议也详细说明了后一个方面，请有关会员国加大努力，针对替代发展产品制订“自愿营销工具战略”。

非农业替代生计：哥伦比亚的生态旅游

在圣玛尔塔内华达山脉地区，替代发展凭借在若干乡村修建的小木屋，将生态旅游^a发展成了一种收入来源，以补充甘蔗种植收入。政府提供了建筑师支持，还为修建木屋提供了建筑材料和劳动力，然后停止了支持。该项目虽然受到了国际游客的青睐，但其主要缺点是，旅游业具有周期性，不足以形成可持续生计。不过至少提供了补充收入。而且，由于该地区既拥有海岸线和泰罗纳国家公园，又比邻圣玛尔塔的热门旅游目的地，潜力相当巨大。

在梅塔省，生态旅游也是一种替代生计，尤其是在拉马卡雷纳地区，^b该地区过去三年培训了33名导游。该区域的旅游业增长潜力巨大，主要障碍是缺乏区域性航班，因而交通非常不便。未来几年，政府有望为当地旅游部门提供进一步支助，优先创造机会，让人们能在淡季学习大学专业课程，或者进行远程学习，或者参加补充经济活动（如制作手工艺品）。

^a Ernesto Bassi Arevalo, “促进圣玛尔塔内华达山脉地区经济、社会和环境协调发展的伙伴关系例子是作为SOLMEC管理关键因素的机构支持”，毒品和犯罪问题办公室及社会行动，《改变生活的组织：守林家庭方案和生产项目计划》（波哥大，2008年），第266-293页。

^b 哥伦比亚，区域行动协调中心，“2009年进展：拉马卡雷纳全面巩固计划”（2009年12月），第8.5节。

政治要素

重大长期投资与支助

替代发展的政治要素主要依据政府的政治和财政支助，支持替代发展或者其他可能会直接或间接影响非法种植驱动因素的农村发展战略。长期政治支持是替代发展项目成功的关键，因为在

⁹⁴ 大会第S-20/4号决议，第15段。

⁹⁵ E/CN.7.2013/8号文件。

⁹⁶ E/CN.7.2012/8号文件，第41段。

⁹⁷ 第9段。

替代发展地区建立长期合法替代生产和传授技能都需要这样的支持。需要时间来解决的不仅是非法种植背后的经济驱动因素，而且还有与当地社区建立信任关系的问题。由于农民经常理性选择参与与非法市场有关的活动，他们需要时间来逐步相信合法替代生产可以为他们提供可持续的收入来源。除其他外，泰国是通过国际捐助方、非政府组织、私营部门和政府提供大量长期投资而取得进展的一个良好范例。⁹⁸

替代发展的政治要素通常涉及根据国家和国际毒品管制战略减少供应，同时在更广泛背景下加强稳定性、安全性和法治。而在摧毁非法种植的更广义政治战略范畴内，截获或作物铲除等执法措施往往伴有替代发展，试图在毫无法治或法治薄弱的地区强制执行命令。

条件

适用于替代发展的方法中最具争议的问题之一便是是否适用所谓的“条件条款”。这反映了对替代发展活动的好处是否应在某种程度上以减少供应的预期结果为条件的辩论。只要条件适用于扰到替代发展提供方与农民（及其组织）之间的关系，就会出现对条件概念的讨论。这方面有两个相互矛盾的问题：条件条款可能会损害发展进程取得成功所需的关系、归属感和信任；而政府需要通过经济和社会援助，在一定程度上让农民保证逐步切实减少非法作物。条件的规定不拘一格，回顾各项国家战略可以发现，大多数国家的战略文件并未提及这个问题。哥伦比亚和秘鲁的战略规定，参与替代发展方案的一个先决条件就是事先（自愿或被迫）铲除。多民族玻利维亚国的战略提到，不必事先进行铲除或减少，在启动替代发展方案之前，首先对基础设施和社会发展进行公共投资。

条件与顺序安排问题密切相关。《关于开展国际合作以综合、平衡战略应对世界毒品问题的政治宣言和行动计划》明确规定，各会员国应“确保在设计替代发展方案时对发展干预措施划定适当而协调的顺序”并“在考虑采取根除措施时，确保小农户采用了可行且可持续的生计，以便对这些措施以可持续的方式适当划定顺序并加以适当的协调”。⁹⁹《联合国替代发展问题指导原则》强调，各国应确保“在设计替代发展方案时对发展干预措施进行适当、协调的排序”，以及在实行替代发展政策时，“各国还应同时努力加强法治及促进健康、安全和安保，以确保采取综合办法应对贩毒、腐败和不同形式有组织犯罪以及某些情况下的恐怖主义之间可能的联系所构成的挑战”。¹⁰⁰

组织要素

替代发展经验表明，一般而言，创建、加强和支持农民协会和社区管理团体是促进农村发展进程的最佳途径。例如，在哥伦比亚，这些协会协助创造了社会资本，在社区内推广了有效的项目控制措施，并在农业社区与地方和国家政府之间建立了良好关系。¹⁰¹哥伦比亚通过替代发展方案创建或加强了共约600个生产者组织。泰国为了加强“地方能力和主动性”，创建了大量

⁹⁸ Renard, 《1970-2000 年泰国减少鸦片状况》，第 119 页。

⁹⁹ 见《经济及社会理事会正式记录，2009 年，补编第 8 号》（E/2009/28 号文件），第一章，C 节，第 47(f) 段和第 47(g) 段。

¹⁰⁰ 附件，附录，第 9 段和第 15 段。

¹⁰¹ Sandro Calvani, 《古柯：过去与现在—神话与现实》（Ediciones Aurora, 波哥大，2007 年），第 134 页。

妇女团体、青年团体和职业团体。¹⁰²此外，如农村水资源管理和森林管理委员会等资源管理团体也有效地确保了对共同所有权、责任和可持续资源管理的社区意识，同时也增强了社区自治能力。¹⁰³

建立农民组织或与现有农民组织合作是替代发展的常见做法，特别是在拉丁美洲，战略重点往往是与一级和二级生产工作组织合作，这与亚洲更多地以村庄为基础的干预措施不同。¹⁰⁴主要例子有部门或生产者委员会、合作社和农民协会，如德国在秘鲁赞助的项目便是与现有合作社合作。¹⁰⁵秘鲁的其他项目也协助建立了生产者协会和合作社，这是针对农民的普遍战略，因为他们相信，中长期而言，这将产生更高利润，让他们能够更好地控制其产品营销。¹⁰⁶

替代发展不仅仅关乎面积、竞争优势、利润和经济可持续性。它首先关乎其受益者：男子、妇女、儿童及其更广泛社区；关乎向这些受益者传授技能和知识，以改善生活。老挝人民民主共和国纳森哈姆村的一个农民说：“我们现在有了种植蔬菜和果树的技能、知识和激励。这改善了我们的生活，给我带来了希望。”¹⁰⁷替代发展除了推广可盈利的可持续替代生产，还提供安全、国家保护、社会认可、农民子女的更美好未来以及健康和教育等基本服务。秘鲁的Qarhuapampa一位村民强调了完善教育、改善学校以及设立高等学校让年轻人获得更好教育、拥有更多机会的重要性。¹⁰⁸哥伦比亚图马科的一位受益者解释说：“我们知道，我们并非在这里寻找财富，而是更合理地利用森林，这涉及到从工作及教育和保健发展中获益的许多家庭。”¹⁰⁹

对生产者协会的支助是农民继续参与替代发展方案的最重要原因之一，但目前尚不清楚这一战略是否一定会带来更多收入。¹¹⁰随着销量波动，某些年份的好处仅限于增产和加强协会的社会

¹⁰² Renard, 《1970-2000 年泰国减少鸦片状况》，第 108 页。

¹⁰³ 泰国-德国高地发展方案，“审查泰国-德国高地发展方案的 1984-1998 年农业和林业方案，特别是以社区为基础的自然资源管理”，第 212 号内部文件（泰国清迈，1998 年）。

¹⁰⁴ 毒品和犯罪问题办公室，《哥伦比亚替代发展方案：独立评价》（维也纳，2014 年 11 月）。

¹⁰⁵ 德国国际合作局关于 PER/U87 号项目的报告。

¹⁰⁶ 《未来规划的经验教训：美国国际开发署/秘鲁的替代发展计划》（2010 年 6 月），魏德曼联合公司提交美国国际开发署/秘鲁，第 I.3 节。

¹⁰⁷ 毒品和犯罪问题办公室，“通过替代发展改善老挝人民民主共和国的人民生计和粮食安全”，2012 年 12 月 20 日。可查阅 www.unodc.org/southeastasiaandpacific/en/laopdr/2012/12/alternative-development/story.html。

¹⁰⁸ Daniel Brombacher 等人，《阿普里马克河谷古柯生产人口的生计评估》（马德里，欧洲联盟与拉丁美洲的毒品政策合作方案；埃施伯恩，德国国际合作局，2012 年），第 49 页。

¹⁰⁹ 毒品和犯罪问题办公室及社会行动，《改变生活的组织：守林家庭方案和生产项目计划》（波哥大，2008 年），第 92 页。

¹¹⁰ 同上，第 II.2 节。

基础。¹¹¹然而，替代发展有助于创造社会资本，无论是就社区发展承诺而言，还是就社区成员对农民协会的投资而言均如此，从而达到增产和促进营销过程的目的。¹¹²

组织战略的缺点之一可能是农民独立性的丧失（因为农民会更多地依靠联合战略、资源和其他农民的承诺）以及灵活性的丧失，尤其是在有大型协会或复杂决策程序的情况下。此外，在某些情况下或在某些国家，“合作”的概念如果得不到当局的支持则可能会有明显的劣势。

社会要素

替代发展的社会要素范围比项目本身广泛得多，而且往往涉及促进毒品产区当地社区社会经济发展的国家或国际战略。例如，泰国-德国高地发展方案（1981-1998年）对增加获得教育、保健和清洁饮水的机会产生了相当大的影响。¹¹³摩洛哥的替代发展项目着力在“人类发展国家计划”范围内增加获得基本服务（如教育和保健）的机会。秘鲁替代发展方案评价明确指出，如果替代发展与社会方案和减贫方案协调好了，可以在地方一级产生更大影响。¹¹⁴

社会战略不仅要在可扩大替代发展影响的地方改善社会经济条件，而且要建立和加强社会组织，并让受益者直接参与设计、规划和实施农村发展项目，包括替代发展项目。

地方归属感和社区参与

有一种普遍共识认为，替代发展干预措施只有设法取得或巩固当地社区或受益者的参与方能有效。农民和社区的直接参与在替代发展活动的设计和规划中起着关键作用，尤其是在无公共机构有效履行这一职责的地区。多年来，替代发展的重点已从仅仅关注技术和经济方面转向了以更全面的视角看待这一问题，开始长远考虑有关地区的发展和社区安全。尽管有了这一进展，但就替代发展的构思以及政府机构与当地社区的互动而言仍然存在相当大的挑战。后者的特点往往是非法毒品种植区缺乏国家管理，以及社区层面广泛存在对政府机构的不信任。

在泰国，参与式方法以在当地社区建立“学习型组织”为基础推动了成功，而这样的组织能够采纳广泛的新思路和各种工作方法。¹¹⁵此外，当地社区代表或志愿者从一开始就肩负起项目与社区之间的双向联系职责，以确保用当地语言进行有效沟通，并确保社会成员完全参与整个项目过程，以及确保地方代表获得第一手经验，使之能够在其社区发展过程中发挥核心作用。¹¹⁶印度尼西亚亚齐省的当地社区在得到足够能力建设后，已开始在农村可持续发展中心自主采取各种举措，自行监督并开展活动。¹¹⁷

¹¹¹ 国家发展与无毒品生活委员会及毒品和犯罪问题办公室，“秘鲁：2012 年替代发展推动了公司商业绩效”（2013 年 6 月），第 17-18 页。

¹¹² 美国国际开发署，《未来规划的经验教训》，第 I.2.1 节。

¹¹³ 《替代发展：全球专题评价——最后综合报告》，第 6 页。

¹¹⁴ 秘鲁，部长理事会主席办公室及国家发展与无毒品生活委员会，《咨询：2013 年全面可持续替代发展计划预算评估——最终报告》（2014 年 7 月），第 90 页。

¹¹⁵ Renard，《1970-2000 年泰国减少鸦片状况》，第 112 页。

¹¹⁶ 皇家赞助的皇太后基金会，“可以完成”，第 6-7 页。

¹¹⁷ 皇家赞助的皇太后基金会，印度尼西亚亚齐省亚齐可持续替代生计发展项目。有关资料可查阅 www.maefahluang.org。

在巴基斯坦，迪尔区成功的共同要素之一就是在确定优先事项和选择干预措施后，社区参与了项目实施的第一阶段。¹¹⁸ 在阿富汗，为了获得更多自主权，毒品和犯罪问题办公室支助了当地社区自己确定为优先事项的基础设施项目，如朱兹詹省和巴达赫尚省的渠道改造。在后一个省份，同样应当地社区发展委员会的要求，还建造了22公里道路来将12个村庄与市场 and 基本服务对接。这些阿富汗项目可被视为“速效”替代发展项目，不仅解决了供水和灌溉问题，还在利益相关者之间建立了信任。

土地治理

土地治理可定义为“借以决定土地的获得和使用的规则、程序和框架，落实和执行决定的方式，以及土地利益冲突的管理方式”。¹¹⁹作为一个规范性概念，其目的是制定可持续土地政策的指导方针，包括如土地的获得、土地权、土地使用和土地开发等复杂问题。¹²⁰全球都已认识到，对土地和自然资源的安全和公平权利是实现可持续发展的核心。¹²¹

无法获得土地可能是非法种植的驱动因素之一，因此土地保有制及土地的可持续管理和利用都是替代发展取得长期成功的关键要素。2013年的专家会议讨论强调：“大多数替代经济作物都需要农民的长期参与，因为它们需要若干年才能产生收益。如果无法获得土地，农民都不愿意种植长期的经济作物。”¹²²此外，最近的技术简报指出，土地权“赋予人民权力和尊严。它们可加强粮食安全，是实现食物权之根本，并可提高小规模粮食生产者的生产率。”土地权还具有更广泛的社会意义，如促进更具包容性、更公平的社会，特别是让妇女参与并赋予妇女权力。¹²³

土地所有权/土地所有制

安第斯区域若干地区的事实证明，授予和/或执行个人和集体土地所有权是一项成功的替代发展战略。然而，在缅甸等一些东南亚国家，人口增长迅猛，加上土地所有权遭到没收或被授予外部投资者，这些意味着高原“刀耕火种”方式下的传统轮垦农业体制可能不再奏效。这种方法让当地社区的人均土地越来越少，土壤日益退化（由于农民不能迁移到新的地块），社区得不到充足的粮食安全保证。其结果是，一些社区开始种植罂粟，以便获得更多现金来购买粮食。^a

在种植非法作物的许多国家，贫困的原因在于缺乏土地来种植合法作物以产生充足的收入。在阿富汗，毒品和犯罪问题办公室鸦片调查中收集的数据显示，2014年种植鸦片的农民平均

¹¹⁸ 毒品和犯罪问题办公室，《2000年世界毒品报告》，第3.3节。

¹¹⁹ David Palmer、Szilard Fricska 和 Babette Wehrmann，《为了改进土地治理》，土地保有制工作论文11号（2009年9月），第2.2节。

¹²⁰ Stig Enemark、Robin McLaren 和 Paul van der Molen，《支持千年发展目标的土地治理：土地专业人员新议程》（哥本哈根，国际测量工作者联合会，2010年）。

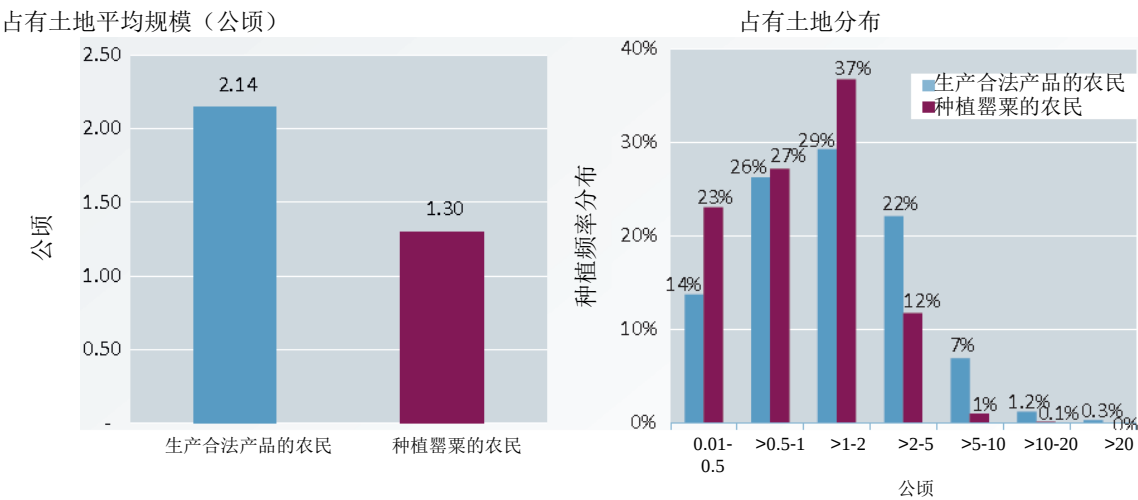
¹²¹ 农业知识、科学和技术促进发展国际评估，《农业发展的十字路口：综合报告》，Beverly D. McIntyre 等编（华盛顿哥伦比亚特区，2009年）；联合国全球粮食危机高级别工作组，《综合行动框架更新版》（2010年9月）；及世界粮食安全委员会，《全球粮食安全和营养战略框架》（第二版，2013年10月）。

¹²² E/CN.7/2014/CRP.7号文件，第4页。

¹²³ 国际行动援助等，“2015年后议程中安全、公平的土地权：未来如愿的一个关键问题”（2015年1月）。

拥有土地面积比那些生产合法作物的农民少了近40%。鸦片种植在拥有两公顷或更少土地的农民中比拥有大量土地的农民中常见得多。数据显示，甚至在罂粟种植户中，小土地所有者比大土地所有者用于非法鸦片生产的土地比例更大。专用于鸦片生产的土地面积平均达0.45公顷，相当于罂粟种植户平均可用土地总面积1.3公顷的35%。据报告，种植罂粟的佃农和佃户拥有的土地甚至更少，平均不到1公顷。

2014 年阿富汗土地占有状况：合法作物种植农民与罂粟种植农民的对比



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，阿富汗农民社会经济调查数据（根据与 680 名罂粟种植农民和大约 4,000 名生产合法产品的农民的访谈）。

^a 跨国机构，《东山再起：金三角死灰复燃》（2014 年 6 月），第 14 页。

在一些国家，没有土地的人们在劳动密集的鸦片收获期间充当季节性劳动力。在这样的国家，无法获得土地也是一个重要因素。在阿富汗，毒品和犯罪问题办公室在赫拉特省的试点项目之一就是帮助恢复农业生产，包括通过在沙化地区固化土地，以及通过发展灌溉、农业多样化和社区企业。其目的是为了防止那些无法满足自身基本生活需求的人充当罂粟田的季节性劳动力或小毒贩。

《联合国替代发展问题指导原则》建议各国“根据国家法律框架，在设计、实施、监测和评价替代发展方案，包括土著人民和当地社区的此类方案时，顾及土地权利和其他有关的土地管理资源”。¹²⁴

虽然人们普遍认为替代发展应解决土地保有制问题，却几乎没人研究这两个问题之间的联系。¹²⁵德国政府于2013年委托对非法毒品种植与获取土地之间的关系进行了研究，其初步研究结果显示，到目前为止，几乎根本未将土地权列入替代发展方案。这项研究证实了替代发展与土地保有制之间的双重关系：严格限制获得合法土地所有权通常会导致非法种植，而有保障地

¹²⁴ 附件，附录，第 18 (kk)段。

¹²⁵ “替代发展在毒品管制和发展合作方面的作用：国际会议，2002 年 1 月 7 日至 12 日，德国费尔达芬格（慕尼黑）”，联邦经济合作与发展部（德国）、德国技术合作署和德国国际发展基金会编（2002 年），第 18 页。

获得土地似乎是可持续地过渡到合法生计的最好机会。该研究指出，有保障的土地权让农民更加愿意长期投资建立合法生计，愿意改善其获得信贷的途径。根据经验，尤其是在安第斯区域和东南亚，在替代发展方案中考虑到土地保有制的关切有许多潜在好处。

哥伦比亚有一个将替代发展与土地所有制挂钩的特殊案例，征用农民主要用来种植古柯叶的土地，划给圣玛尔塔内华达山脉的科吉土著人，并入到他们的保留地中。这些科吉土著人不仅参与咖啡生产，而且参与其所控制土地的环境保护。一般而言，在哥伦比亚守林家庭方案下，征用土地对于防止非法作物在方案结束死灰复燃非常重要。这一战略背后的理念是，受益者将更加依附于自己的土地，会害怕在非法作物被发现后失去它。这对于合法经济活动的可持续性还有其他好处，因为这会使其能够获得生产性贷款，并形成对投资土地的激励。随着人们日益依恋自己的土地，这还可以防止移徙。因此，推动土地征用可能是防止实施替代发展地区非法种植死灰复燃的最有效途径之一。

在哥伦比亚的另一个项目中，土地所有制的正规化要素旨在促进通过哥伦比亚农村发展研究所牵头的公证或行政程序获得土地所有权证。在此要素框架内，安蒂奥基亚省、普图马约省和科尔多瓦省向农民、非洲裔家庭和流离失所家庭签发了1,000多份土地所有权证，涵盖土地18,000多公顷（其中约3,000公顷系购买）。在哥伦比亚替代发展项目框架内，土地所有权要素被认定为土地保有制正规化的前兆。¹²⁶

应该指出的是，促进土地权是一种超越了替代发展方案的策略，通常也是国家发展计划或战略的一部分，比如2013-2018年墨西哥国家发展计划，可以间接促进防止非法种植。对多民族玻利维亚国项目的评价提到，农村发展和国土资源部正在拉巴斯省的土地所有权证发放方面取得进展，预计到2017年才能完成该过程。¹²⁷

替代发展与土地保有制和土地征用进程挂钩的潜在好处

- 促进合法性文化，摒弃非法种植的意愿
- 加强对替代发展项目的承诺和所有权
- 产生对投资土地和合法生计的激励
- 增加获得投资合法生计的正规信贷
- 随着人们越来越依恋土地而防止移徙
- 如果较少移徙可减轻开垦农业用地的压力，则可以防止环境破坏
- 如果个人或集体土地权带来更好管理和森林恢复，则可保护环境和生物多样性
- 考虑到土地保有制的相关好处，加强替代发展方案或替代生计对农民的普遍吸引力
- 缓解地方土地纠纷有关的社会紧张局势
- 如果农民可在其他地区获得土地保有制，则可促进其自愿重新安置到受保护或不适合地区之外

¹²⁶ 毒品和犯罪问题办公室，“哥伦比亚的替代发展方案：独立评估”。

¹²⁷ 德国联邦经济合作与发展部，BOLI79 号项目进展报告（科恰班巴热带和拉巴斯荣加斯的自然资源可持续发展和综合管理）（2013年12月），第5.3节。

- 增加投资只能在长期内实现盈利的多年生作物和经济作物的农民人数

环境要素

《国际麻醉品管制局2005年报告》指出，环境问题已与非法作物种植“密切相关”。¹²⁸非法毒品生产和贩运的环境影响已得到广泛记录，¹²⁹人们高度关注拉丁美洲和东南亚非法作物造成原始森林破坏和毁灭的方式。除非法种植的负面环境影响外，人们也越来越关注替代发展可在环保方面发挥的作用。《联合国替代发展问题指导原则》指出：“替代发展方案应包括符合国内和国际法律与政策的当地一级环境保护措施，为环境保护、适当的教育和提高认识方案提供激励措施，以便当地社区得以改进和保持其生计并减轻对环境的消极影响。”¹³⁰

替代发展、重新造林和农林业：多民族玻利维亚国的例子

在多民族玻利维亚国的热带低地，综合林业管理和农林业项目从1994年^a开始为农民提供可持续生计，以减少非法古柯种植。尽管因非法古柯种植而毁坏了森林，所余森林仍然充足，却从未得到可持续管理。原始项目有两个核心要素：制定木材和非木材产品生产的可持续森林管理计划；并引进树木和豆类作物的农林业系统，与一年生和多年生作物套种。^b按计划，后一要素将通过粮食作物、菜园和牲畜饲养为农民提供额外收入，并加强粮食安全。

在目前战略下，重新造林、森林资源的可持续开采与农林业相辅相成。^c创收与森林保护齐头并进：“为了让种植者全面采取这些做法，……（它们）必须保证经济效益。换言之，为了保护热带森林，有必要利用其木材并保护培养土，农林业必须产生实际收入。”^d多民族玻利维亚国项目之一，Jatun Sach项目，实现了积极转变，加强了生产组织和能力建设，减少了不可持续的开发生，并引进了新的作物和农产工业（如便携式锯木厂）。^e

该项目对妇女尤其有利，她们在农业社区接受了培训，可以利用当地植物和蔬菜创造加强粮食安全和改善营养的产品。在农林业和重新造林方面，科恰班巴和拉巴斯荣加斯热带自然资源可持续综合管理项目显现了相当大的成效：在2006-2013年期间，以咖啡、可可、橡胶和其他木本作物为基础建立了4,900公顷的农林业系统，同时用各种树木品种重新造林3,000公顷，并对12,800公顷的原始森林进行了可持续管理，包括适当的木材产品营销。^f

^a Jatun Sach 项目始于 1994 年。另一个通过药物管制署资助的联合国粮食及农业组织（粮农组织）项目始于 1997 年。

^b 粮农组织，“粮农组织帮助玻利维亚打击可卡因交易”，新闻稿（2000 年 3 月 30 日）。可查阅 www.fao.org/News/2000/000307-e.html。

^c 多民族玻利维亚国，农村发展和国土资源部，《2011-2015 年国家古柯综合发展战略》（2011 年 6 月），第 50 页。

^d 多民族玻利维亚国，替代发展副部级单位；毒品和犯罪问题办公室；及粮农组织，“Jatun Sach'a 项目：建设森林文化十年”（2005 年），第 9 页。

^e 同上，第 39 页。

¹²⁸ 第 32 段。

¹²⁹ Francisco Thoumi，《安第斯的非法毒品、经济和社会》（巴尔的摩，约翰霍普金斯大学出版社，2003 年），第 196-199 页。

¹³⁰ 第 11 段。

^f 毒品和犯罪问题办公室，BOLI79 号项目 2014 年年度进度报告（科恰班巴和拉巴斯荣加斯热带自然资源可持续综合管理）。

因此，替代发展既包括“不伤害”要素，力图尽量减少替代发展干预措施的环境影响，又包括前瞻性要素，方案直接或间接促进环境保护和生物多样性并减缓气候变化。后者是替代发展方案的最近增项之一。在哥伦比亚，美国国际开发署（国际开发署）赞助的BIOREDD+方案¹³¹是在实施替代发展方案社区为将地方一级可持续农业生产与碳信用额国际市场挂钩而运作的第一批项目之一。

替代发展的一个更普遍要素则是对农林业和可持续森林管理的普遍关注。从多民族玻利维亚国的查帕雷地区到泰国清莱府，实施替代发展方案的所有国家实际上都有这样的项目。重新造林和抵御水土流失是该战略目标的一部分，往往通过农林业来实现，包括将咖啡和可可等木本作物与重新造林相组合（例如，为了提供树荫和改良土壤），以及种植油棕、橡胶和桃树棕榈。¹³²泰国的农林业项目通过促进适当分区的做法兼顾了生计发展和环境可持续性目标。将特定森林区域指定为保护区，仅以咖啡和澳洲坚果等高价值作物形式进行有限的日常利用或经济利用。土井东项目的土地和森林管理模式已将森林面积从30%增加到了85%。¹³³

摩洛哥替代发展的一个特殊环境支柱还包括森林管理、重新造林和保护生物多样性。最后，在哥伦比亚进行的一项研究表明，¹³⁴在实施守林家庭方案的过程中（2003-2010年），54.6万公顷保护林储存了超过7,500万吨碳。同一时期，23个市在替代生产项目方案下推广的农林复合系统捕获了超过3.7万吨碳。

上述战略需要环境问题与商业目标之间的微妙平衡。事实上，涉及替代发展的结构性问题可能会被描述为“替代发展/环境保护的权衡”。例如，非法古柯种植导致毁林，但家畜等合法替代品实际上可能导致毁坏的森林更多。在诸如哥伦比亚梅塔省等地区可以看出这一点。那里的人们用牲畜作为替代生计，努力减轻对环境的负面影响，例如，还采用了家畜、可可、家禽、渔业和其他生计方面的环保指南。¹³⁵更普遍而言，使用有害农药会造成非常不好的环境影响，无论是用于合法作物，还是用于非法作物。同样，如生态旅游等替代做法也可能对生物多样性或环境保护产生负面影响，而基础设施建设也可能有环境影响。¹³⁶为了加强对森林和领土的可持续利用和管理，哥伦比亚在其旗舰守林家庭方案下，¹³⁷制定了一些准则，包含最佳环境做法，例如，增加使用有机肥料、轮作和保留树桩的做法。

关注妇女

¹³¹ 欲了解更多信息，见 www.bioredd.org/projects。

¹³² 《替代发展：全球专题评价，最后综合报告》，第7页。

¹³³ 皇家赞助皇太后基金会，“可以完成”，第13页。

¹³⁴ 哥伦比亚领土巩固管理部门、生态系统与全球变化研究中心以及毒品和犯罪问题办公室，《守林家庭和和生产性项目对减缓气候变化计划的贡献：中性森林中的碳捕获和封存系统》（波哥大，2012年）。

¹³⁵ 哥伦比亚，国家规划部，《守林家庭评价和根除移动小组计划：最终报告》（波哥大，2012年12月）；及毒品和犯罪问题办公室，《哥伦比亚替代发展方案：独立评价》。

¹³⁶ 见 E/CN.7/2013/8 号文件。

¹³⁷ 哥伦比亚，国家规划部，《守林家庭评价和根除移动小组计划》，第4.1.5节。

许多替代发展方案都特别关注妇女及其能力。多民族玻利维亚国拉亚桑塔市的最新项目特别旨在加强妇女在替代作物生产和销售中的作用。¹³⁸ 在阿富汗，涉及妇女的协会和企业相继成立，例如，古尔和赫拉特等省份的藏红花、薄荷和乳制品领域，¹³⁹ 而毒品和犯罪问题办公室在赫拉特省支助了一个培训妇女裁缝的小规模项目。

美国国际开发署2010年在秘鲁资助的替代发展方案发现，妇女在扩大替代发展影响方面发挥了关键作用。她们在决策过程中发挥了重要作用，无论是保持无古柯的合法生计的决定，还是农场上的管理和投资决策。关注妇女领导力、网络和整体能力也有助于宣传更广泛的公共问题，形成一个有利环境，使社区能够可持续地减少非法古柯种植。¹⁴⁰ 在老挝人民民主共和国及越南，毒品和犯罪问题办公室项目通过各妇女联盟开展工作，确保妇女参与农村发展委员会，并建立妇女专项小额信贷基金，并辅之以成人教育、扫盲班和数字技能发展。¹⁴¹ 妇女一旦有了稳定收入，就会获得更多权力，这有助于她们更多地参与决策过程。在老挝人民民主共和国，甚至有妇女当选为村委会主任和区长。

G. 替代发展成功的衡量

替代发展干预措施的评价挑战

受益者如何谈及替代发展项目的影响？泰国北部Huay Nam Koon村的一名妇女说：“我现在生活稳定而安全，我看到了孩子的光明未来。”¹⁴² 同样，泰国的另一个项目受益者解释说：“我们这里现在更有安全感，因为我们能够与政府进行谈判。官员不再来威胁我们了。”¹⁴³ 1980年代和1990年代毒贩们在秘鲁前古柯种植区很有影响力，如今当地的农民合作社已成为成功的咖啡生产商。一个实施有机咖啡计划的农民合作社成员说：“我再也不必东躲西藏。我为我的工作感到骄傲。我纳税，现在还可以为我全家提供健康保险。以前，我必须躲避警察，毫无自豪感，我感到惭愧，因为我知道我在违法。”¹⁴⁴

麻醉药品委员会2002年3月15日的第45/14号决议敦促各会员国促进“促进开展严格全面的主题评价，通过评估替代发展对人类发展指标和药物管制目标的影响以及探讨减轻贫困、性别、环

¹³⁸ Daniel Brombacher, “最终报告：对设定基线的项目咨询建议”，BOL/I79 号项目报告（科恰班巴和拉巴斯荣加斯热带自然资源的可持续综合管理）（埃施伯恩，德国国际合作局，2011 年 4 月 28 日），第 1.3 节。

¹³⁹ “阿富汗：替代生计研究基金”项目，由联合王国国际开发署支助，在 2004-2007 年期间实施。见 r4d.dfid.gov.uk/Project/60544。

¹⁴⁰ 美国国际开发署/秘鲁，“2012-2016 年美国国际开发署/秘鲁国家发展合作战略”（利马，2012 年），第 31 页。

¹⁴¹ Leik Boonwaat, “以平衡兼顾方式根除老挝人民民主共和国鸦片的成就以及所汲取的教训（2001-2004 年）”，论文发表于“消除泰国土井东发展障碍的替代发展会议”上（2004 年 11 月 13 日至 19 日）。

¹⁴² 毒品和犯罪问题办公室，“在国际讲习班展示的泰国替代发展项目”，2011 年 12 月 2 日。可查阅 www.unodc.org/southeastasiaandpacific/en/2011/12/alternative-development-chiang-mai/story.html。

¹⁴³ 《替代发展：全球专题评价——最后综合报告》，第 10 页。

¹⁴⁴ 毒品和犯罪问题办公室，“咖啡代替古柯：秘鲁农民收获自己的劳动果实”。可查阅 www.unodc.org/unodc/en/alternative-development/peru---success-stories.html。

境可持续性和解决冲突的方法等关键发展问题，来确定替代发展的最佳做法”。结果报告认为过去15年在安第斯区域和东南亚实施替代发展的地区实现了非法作物种植的减少，但报告承认“自身贡献的确切影响并不一定为人所知”。¹⁴⁵

那一评价指出，由于项目层面几乎无任何基础研究，因而往往无法监测家庭和其他层面的影响。那个时期，大多数替代发展项目都用非法种植的减少来衡量影响，而人类发展指标的变化则未得到衡量。例如，1990年代毒品和犯罪问题办公室支助的替代发展项目的文件涵盖了基础设施和农业支助的产出、社会和保健服务以及能力建设，但主要业绩指标通常是非法种植的减少。

国家替代发展的最终成功常表现为其促进非法作物种植面积整体减少，但由于其局部性特点，对国家种植趋势的贡献则未可知。替代发展只是一揽子更广泛计划中所适用的国家战略之一，而计划的要素从铲除、冲突解决和加强法治，到整体社会经济发展。如前所述，一般而言，替代发展本身不是目标，而是达到目标的手段：其目的是在不借助非法种植的情况下促进有利于长期农村发展的环境。这是以解决毒品问题的情况衡量替代发展干预措施和服务的覆盖面、质量和效果具有挑战性的部分原因。

替代发展干预措施具有长期性，这是衡量其成功与否的工作具有复杂性的另一个因素。经验表明，以减少非法作物种植的情况来衡量替代发展的成功，应在干预若干年之后确定，短期衡量成功的企图都适得其反，特别是在将此类信息用于立即行动的情况下。

项目在地方一级实施，却往往在国家一级予以评价，这一事实也会影响到人们对替代发展方案成功与否的看法。这方面的一个典型例子就是所谓的“气球效应”，这是替代发展项目引导非法种植从替代发展目标地区向其他地理区域转移时可能发生的转变：为了继续非法种植，有的家庭可能会迁移到其他地区，而其他家庭则可能会开始非法种植，以填补替代发展干预措施引发的供应缺口。

但从具有局部性的替代发展项目来看，造成这类转移的气球效应并不一定是失败的标志。但从更广泛国家角度来看，可以认为，气球效应降低了替代发展的有效性，至少在短期内如此，因为创造新体制和发展模式方面的长远利益可能还不明显。

气球或转移效应已在多个层面显现。例如，非法种植转移到国家以下一级的其他地方和/或其他国家，或者用其他非法活动取代非法种植。只要有利于非法种植的条件未从更广泛地理意义上得到解决（无论是在国家层面还是在地方层面），以及发展基础设施差、治理和法治不完善等非法种植的根源没有得到全面解决，当成功的执法行动阻碍贩运路线时，可能会迫使贩运者转向新的路线，替代发展项目的成功必将引发一定程度向此类项目目标地区之外的转移。

¹⁴⁵ 《替代发展：全球专题评价——最后综合报告》。

丰富衡量替代发展成功与否的整套指标

《关于开展国际合作以综合、平衡战略应对世界毒品问题的政治宣言和行动计划》规定拥有必要专门知识的各会员国应协助受影响的国家设计、改进有关系统，以从质和量两方面监测、评估替代发展对持久减少非法作物和推动社会经济发展的影响；这种评估应包括使用能反映《千年发展目标》的人的发展指标（《行动计划》第43(d)段）。该文件的第45(d)段中认识到“贫困和脆弱性是非法毒品作物种植背后的一些因素，而且消除贫困是《千年发展目标》的一个主要目标”。同样，《联合国替代发展问题指导原则》建议将人类发展与减少作物指标相结合来衡量替代发展的成功。《指导原则》第18(v)段请会员国、国际组织、区域组织、发展机构、捐助方和国际金融机构以及民间社会均应“在评估替代发展方案时，除了与世界毒品问题有关的非法种植和其他非法活动的估计数外，还应适用与人的发展、社会经济条件、农村发展和减贫有关的指标以及体制和环境指标，以确保各项成果符合国家和国际发展目标，包括千年发展目标”。用此类更广泛的人类发展指标来评估替代发展成功与否的情况千差万别。

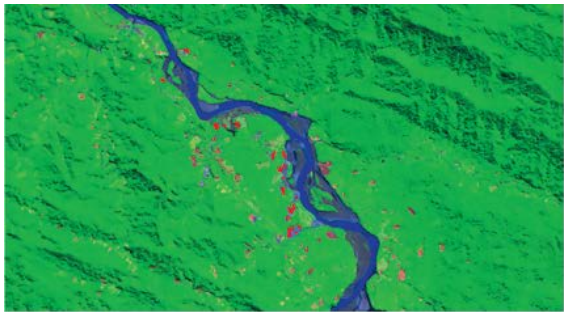
秘鲁SAN GABÁN非法采矿与古柯种植之间的关系

自2004年和2005年的大幅铲除运动以后，秘鲁普诺区域San Gabán区的非法古柯种植不断卷土重来，2011-2013年期间古柯种植增加了7.36%。^a当时预计非法种植会大幅增加，主要因为其位于连接秘鲁与巴西的所谓“跨海高速路”上。然而有趣的是，正是自2012年以来一直在San Gabán蓬勃发展的非法采矿业造成了劳动力竞争，阻止了非法古柯种植的进一步扩张。

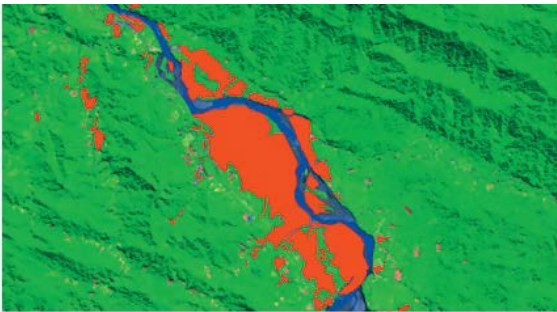
2013年，用卫星图像调查了非法开采金矿与非法古柯种植之间的联系。虽然2012-2013年期间伊纳姆巴里河两岸的非法采矿增加了100%（从500公顷增至1,000公顷），但非法种植同期保持了相对稳定。此外，还发现非法采矿部分取代了非法古柯种植，造成了对稀缺劳动力的直接激烈竞争。^b虽然古柯种植每天支付约6美元，但非法采矿每天支付大约13美元。^c

San Gabán的例子表明，此类地区的替代发展干预措施必须解决社区从事各种非法活动的机会和脆弱性问题。

非法采矿（显示为红色；2005年）



非法采矿（显示为红色；2013年）



^a 毒品和犯罪问题办公室与秘鲁政府，《秘鲁：2012年古柯作物监测》（2013年9月），第16页。

^b 毒品和犯罪问题办公室与秘鲁政府，《秘鲁：2013年古柯作物监测》（2014年6月），第21页。

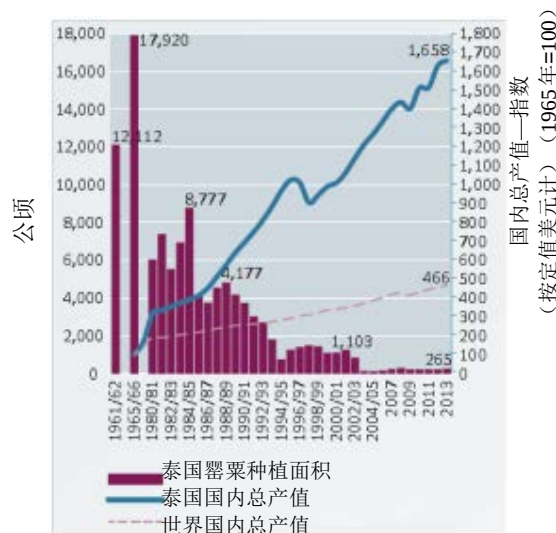
^c 同上，第49页。

替代发展与减少国家非法种植

泰国

泰国的罂粟种植面积由1917年的约300公顷增加到了1961-1962年期间的约1.21万公顷。尽管做出了铲除努力，但越南战争的最初几年，泰国北部的种植面积出现了进一步增长，在1965-1966年期间达到了1.79万公顷。^a泰国当局于1960年代的后五年开始实施替代发展工作（主要是1969年的皇家项目，及其后的土井东开发项目），并于1970年代初加大了工作力度，其工作当时还得到了国际社会包括双边捐助方和联合国的援助，从而终结了鸦片产量的上升趋势。1970年代的第一阶段重点是经济作物替代，1980年代的第二阶段关注农村综合发展，而1990年代及以后几年的第三阶段则专注于社区发展及有关山区部落的积极参与。在铲除工作（几年铲除罂粟面积过半）支持下，对替代发展的运用以及泰国整体成功的经济发展促进减少了泰国近99%的罂粟种植面积，从1965-1966年^b期间的1.79万公顷减至2013年的265公顷。^c1965-2013年期间在年均6%的国内总产值增长（而全球平均水平为3.3%）^d背景下，成功的经济发展帮助山区部落受益于总体发展，并为他们提供了替代收入来源。重要的是，分别在泰国北部发起皇家项目及土井东开发项目的普密蓬国王和已故诗娜卡琳皇太后的卓越领导在少数民族山区部落社区之间建立了相互信任，说服他们转向新的合法经济。

1961-2013 年泰国罂粟种植面积（公顷）以及泰国和全球国内生产总值指数（1965 年=100）（按定值美元计）



资料来源：Ronald D. Renard, 《1970-2000 年泰国减少鸦片状况：三十年历程》（泰国清迈，《蚕书》，2001 年）（1961-1984 年期间的数据）；毒品和犯罪问题办公室，《2013 年东南亚鸦片调查》及往年报告（1984-2013 年期间的数据）及世界银行，数据、指标、国内总产值（按 2005 年定值美元计）。

巴基斯坦

替代发展在减少巴基斯坦罂粟种植中似乎也起到了至关重要的作用，特别是在位于西北边境省份的迪尔区（现在的开伯尔-普赫图赫瓦省）。巴基斯坦的罂粟种植在1970年代有所增加，但随后减少了近99%，1978-1979年期间的峰值约8.05万英亩（3.26万公顷）减至2013年的493

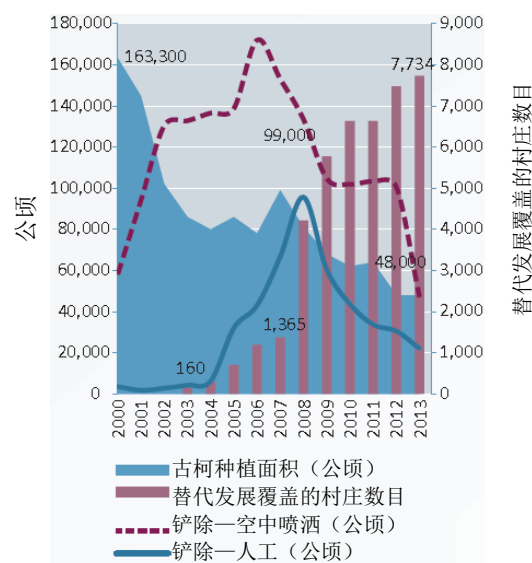
公顷。在此平滑的总体趋势下，国家以下一级的动态情况各不相同。继1976-1987年期间因投资作物替代而在布内尔区成功减少罂粟种植面积后，罂粟种植转移到了邻近的马拉根德地区和嘉顿阿玛再地区，而在这些地区的替代发展工作取得成功后，又转移到了迪尔区。1978-1979年期间，（当时）西北边境省的罂粟种植占了巴基斯坦罂粟种植总面积的60%以上，仅迪尔区就占了1985年鸦片总产量的50%。

在大量投资替代发展约15年之后，1999年，迪尔区的罂粟种植已基本消失，随后几年亦无迹象显示鸦片产业会死灰复燃。在2000年为评价迪尔区开发项目的影响而开展的一项实地调查中，有人认为，西北边境省政府在药物管制署的援助下，通过实施迪尔区开发项目普遍成功地遏制了项目地区的罂粟种植。在实现首要目标（根除罂粟种植）的过程中，有效的政府执法（“大棒”）是最重要因素，而发展干预措施（“胡萝卜”）对那一过程起到了催化剂作用。根据这项调查，农民认为，项目干预措施普遍产生了积极影响。道路的建造和完善使社会服务更方便，并缩短了农业投入、农业产出和其他消费商品通往市场的距离。引进高价值作物、高产品种和优良动物品种，改进灌溉相关基础设施以及引进轮牧做法提高了农业生产能力。同样，供水基础设施和有效免疫接种方案的提供对生活质量产生了积极影响。

哥伦比亚

哥伦比亚的古柯种植面积在2000-2013年期间减少了71%，替代发展似乎也在其中发挥了作用。最初几年的大部分减少与铲除工作有关，但近年来的铲除范围有所减小。尽管如此，种植在继续减少，2007-2013年期间替代发展所覆盖的村庄数目增至五倍，从1,365个增加到了7,734个。这些村庄位于全国各地的361个市。这表明，替代发展在进一步减少古柯种植面积中切实发挥了作用，特别是在2007-2013年期间，种植面积减少了52%。

2000-2013 年哥伦比亚古柯种植面积；铲除情况及替代发展覆盖的村庄



资料来源：毒品和犯罪问题办公室与哥伦比亚政府，《哥伦比亚：2013 年古柯作物监测》（及往年报告）以及毒品和犯罪问题办公室，《2014 年世界毒品报告》（及往年报告）。

^a Renard, 《1970-2000年泰国减少鸦片状况》。

^b 同上。

^c 毒品和犯罪问题办公室，《2013年东南亚鸦片调查》。

^d 世界银行，数据，指标，国内生产总值（按2005年定值美元计），可查阅<http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.KD>。

在毒品和犯罪问题办公室发放的替代发展专家调查表中，替代发展专家根据自己的经验确定了用于衡量替代发展干预措施成功与否的三项基本指标。¹⁴⁶提及最多的指标有：(a)靠合法活动创造替代收入；(b)加强社区或生产者组织；及(c)减少非法作物种植。提及这些指标时也同样提到了人类发展、社会资本、机构能力、政治和财政承诺等相关指标。事实上，项目评价文件显示，用来衡量替代发展干预措施成功与否的指标很多。但除往往仍然用作主要成功指标的“非法作物种植面积”之外，其他指标往往因项目不同而差异巨大，所以难以比较各个项目或国家的最后结果。

在秘鲁圣马丁区域，替代发展干预措施成功地将合法农业种植面积扩大了80%，从2001年的25.2万公顷扩大到2010年的45.4万公顷，促使圣马丁2010年新兴起为秘鲁棕榈油（全国产量的79%）、可可（33%）和大米（19%）的最大产区、香蕉和木瓜的第二大产区，咖啡的第三大产区（19%）。2010年，该区域是秘鲁经济和社会指标表现最好的区域，减少贫穷最多：在2001-2010年期间，贫困率从70%下降到了31%，减少了一半以上。¹⁴⁷

泰国-德国高地发展方案（1981-1998年）对各个家庭的主要影响包括增加了获得教育、保健服务和饮用水的机会，减少了水传播传染病和其他疾病的发生，如疟疾和天花。此外，北部新的经济作物和不断增长的农业经济让许多家庭收入翻了一倍，或者甚至增长到了三倍。

缅甸佤特区2的替代发展项目带来了健康方面的裨益：3岁以下儿童都接种了疫苗，从而降低了婴儿死亡率，并消除了麻风病。此病在该区的患病率是缅甸平均水平的三四倍。另外，该项目还为一个乡镇接通了电力，修建了10所小学和两所中学，并为两个乡镇提供了自来水。

老挝人民民主共和国丰沙里替代生计和粮食安全项目所用成功指标包括通过引进与市场挂钩的完善农业发展、提高前鸦片种植户的合法作物种植生产率、建立可靠的社会和经济支持服务以及完善授权地方参与的项目管理，为目标家庭建设稳定的粮食安全形势。¹⁴⁸

泰国皇家赞助的皇太后基金会为评价替代发展的成功采取了一些其他措施，根据长期“以人为本”的人类发展、社会经济和环境指标，包括人均收入、受教育程度和环境再生，评估其项目。

努力将可以监测替代发展影响的整套指标整合成为一种独特的综合衡量办法。哥伦比亚开发了一套指标，并将其组合成了一套整体综合指数（综合指数），来衡量“国家领土巩固和重建政策”的成功。这个策略包括多项替代发展方案，超越了单纯的作物替代或提供替代生计，还包括因叛乱、贩毒和大规模非法作物种植直到最近仍在政府管辖之外的地区的广泛国家建设干预措施。

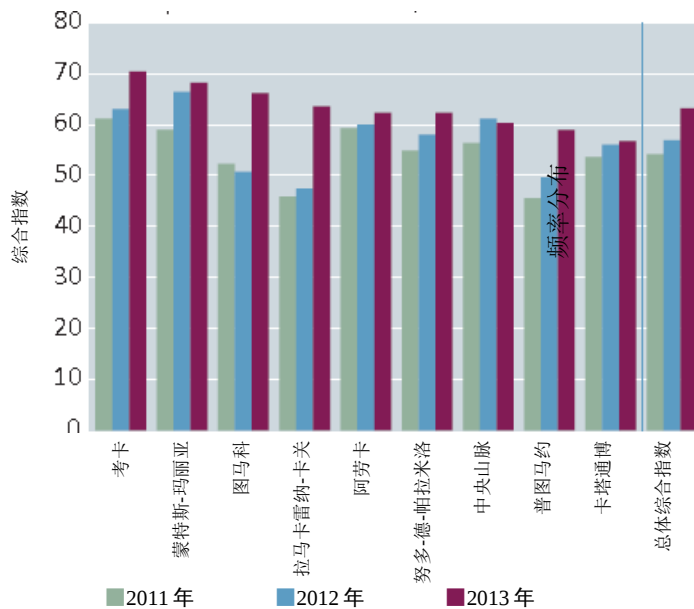
¹⁴⁶ 见本报告在线版本的方法部分。

¹⁴⁷ “圣马丁的替代发展模式”。

¹⁴⁸ 《丰沙里替代生计和粮食安全项目的最终独立项目评估》。

此类综合指数的发展似乎印证了“哥伦比亚计划”评价中提出的建议，¹⁴⁹作者在其中提出建立一套多年综合指数来衡量替代发展的成功，其中应包括以下内容：(a)非法作物种植的公顷数；(b)铲除作物公顷数；(c)无非法作物种植的行政市数目；(d)国家以下一级各个区域每单位国内总产值及每单位经济规模中非法经济规模的百分比；(e)种植非法作物的农民和易受非法作物种植影响人口的人类发展指标（如每个家庭的收入水平、识字水平和预期寿命）；及(f)合法生计所必需的全面合法生计资源的可用性（种植合法作物的技术援助、灌溉系统、种子、小额信贷、通向市场的道路、对生产价值链的适当参与、社区学校、诊所的提供等等）。

图 81. 2011-2013 年哥伦比亚开展替代发展活动的重要地区按综合发展指数衡量的替代发展干预措施的成果



资料来源：哥伦比亚社会繁荣部及领土巩固管理部门。

综合指数用来衡量除其他事项外从分项指数衍生的一些替代发展基本要素，描述：(a)领土制度化；(b)公民参与和良好治理；及(c)区域一体化。这些地区被当局确定为该政策的领土重建主要支柱，过去深受涉及大规模非法作物种植、毒品制造、毒品贩运和叛乱的团伙的影响。

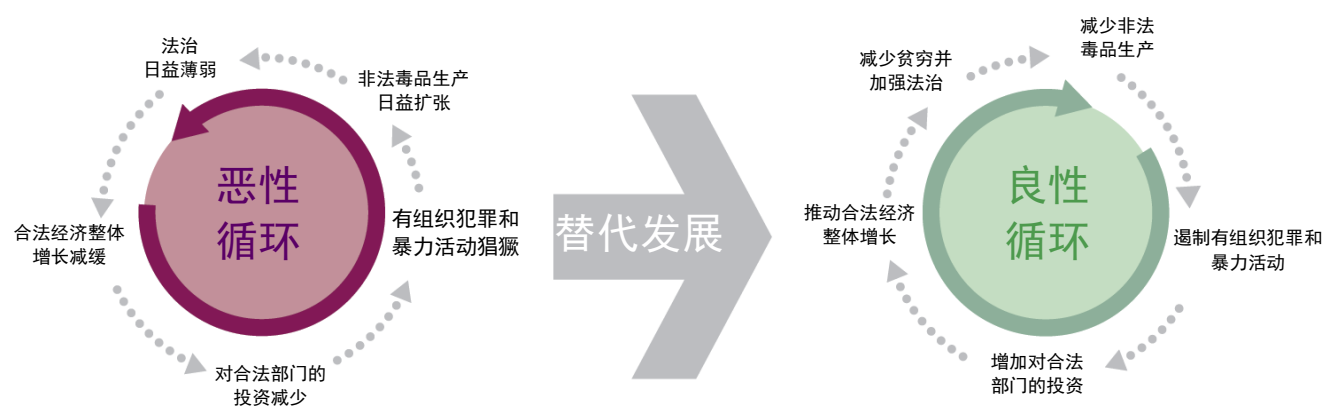
不论各区域持续存在怎样的差异，哥伦比亚方式的结果显示，2011-2013年期间实施替代发展干预措施的所有主要区域有了明显改善（见图5）。但总的积极成果不应该掩盖情况改善并不全面的事实。普图马约省等一些地区在某些领域有所改善（如司法和人权），而在其他方面则每况愈下（如到乡村中心的交通及社会服务的提供）。58个行政市采用了综合指数来衡量“国家领土巩固和重建政策”范围。各区域的这种详尽分析为决策者提供了有关替代发展干预措施成败的极中肯信息，有助于完善措施和政府响应。

¹⁴⁹ 美国国际开发署，《美国政府支持哥伦比亚计划减少非法作物部分的执行情况评价》（华盛顿哥伦比亚特区，2009年4月），第30页。

H. 未来关注点

毒品管制是替代发展的一个目标，但当然不是唯一目标。整体看来，替代发展是国家消除贫困战略的一部分。本章的讨论显示了替代发展如何在这一更广泛意义上促进经济发展（特别是农村地区），从而解决非法毒品经济的影响因素和根本原因。除社会经济发展——替代发展的“传统”支柱外，新的“可持续发展目标”（2015年后发展议程）可能会带来新的愿景，为替代发展提供新的理论框架。如“大会可持续发展目标开放工作组的报告”中目标16所述，¹⁵⁰法治及“有效、负责和包容性机构”的发展等新问题已通过替代发展部分得到了解决。“可持续发展目标”更突出地强调了这些要素是可持续发展的一部分。本节将通过突出一些关键要素，以更广阔的发展视角讨论替代发展。

图 82. 非法毒品生产与替代发展干预措施的影响



资料来源：毒品和犯罪问题办公室。

非法毒品生产与替代发展干预措施的影响

在国家层面，农民出售麻醉品作物所得收入相对于整体国家经济并不可观：六个主要的鸦片和古柯生产国（阿富汗、多民族玻利维亚国、哥伦比亚、老挝人民民主共和国、缅甸和秘鲁）2013年的非法鸦片和古柯生产的农场交货收入总额约26亿美元，所占国内总产值的比例各不相同，从哥伦比亚的不到0.2%到多民族玻利维亚国的0.9%、缅甸的1%以及阿富汗的4%。但非法作物种植的经济价值对主要鸦片产区 and 古柯产区的社区生活却远比在国家一级重要。例如，阿富汗赫尔曼德省的人口仅占全国总人口的3.4%，但罂粟种植面积却占阿富汗种植总面积的近50%。2013年赫尔曼德省农业用地总面积的约27%用于了罂粟种植，鸦片生产的农场交货价值可能已经达到全省合法国内总产值的三分之一以上。¹⁵¹

一般而言，受非法种植影响的农村社区的经济发展在很大程度上依赖于那些不能推动“健康”经济发展进程的非法来源。从长远来看，存在大规模非法作物种植的地区往往比其他地区经济表现更差，因为它们往往因为高度不安全而无法获得生产性的私人 and 公共投资。因此，国际麻醉品管制局在评价非法毒品与发展之间的关系时指出，一个国家的非法毒品生产与经济增长之

¹⁵⁰ A/68/970 号文件。

¹⁵¹ 见本报告在线版本的方法部分。

间存在负相关性。¹⁵²世界银行报告称，阿富汗的“鸦片在经济和社会中被‘资本化’，影响着农业分成制和租佃安排、土地价格、城市不动产、鸦片产区的彩礼等等”，并认为“鸦片经济的这一堡垒及对这种经济的长期依赖将有损其他经济活动的可持续发展。例如，在该国的许多农村地区，分成制安排越来越多地以鸦片为基础，实际上几乎不可能让其他带来现金收入的农业活动占据上风。”¹⁵³

所有这些影响着合法经济的增长，从而影响着居住在非法作物种植区的农民的生活条件，让他们因而深陷恶性循环之中。非法种植为他们提供生存所需的短期经济手段，却无法让该地区发展其合法经济和制度环境。替代发展如果能有效解决可持续发展合法经济的阻碍因素，就可以打破这种恶性循环。从长远来看，合法经济能够吸引投资，促进发展必要的基础设施，从而改变和维持农村社区生计（见图6）。

从千年发展目标到可持续发展目标

《关于开展国际合作以综合、平衡战略应对世界毒品问题的政治宣言和行动计划》明确了替代发展与千年发展目标之间的联系，指出会员国应“通过纵观全局的综合办法在更广阔的发展背景下处理替代发展问题，同时顾及《千年发展目标》，重点是消除贫困”（《行动计划》第47(a)段）。

所提出的可持续发展目标的范围更广泛，不仅涉及社会经济发展（这是千年发展目标的首要重点）；也认识到更广泛的发展包括环境、参与性和代表决策、安全和法治。¹⁵⁴

在对2015年后发展议程的讨论中，人们认识到非法市场是可持续发展的一个很大制约。2015年后发展议程高级别知名人士小组在其报告中建议，会员国和国际社会应“遏制导致冲突的外部压力因素，包括那些与有组织犯罪相关的因素”。¹⁵⁵小组呼吁会员国通过加强合法部门并关注非法行业给发展和治理结果带来重大风险的领域，更加重视降低风险和改善结果。¹⁵⁶同样，大会可持续发展目标开放工作组在其报告¹⁵⁷中认识到非法行业须在2015年后发展议程的背景下加以解决，因此在目标16中列入了一项指标，即到2030年，大大减少非法资金和武器流动，加强追回和返还被盗资产，并打击一切形式的有组织犯罪。在题为“2030年享有尊严之路消除贫穷，改变所有人的生活，保护地球”的关于2015年后可持续发展议程的综合报告中，秘书长还强调，“提供对建设包容与和平的社会、确保社会凝聚力和尊重法治有利的环境，将需要在国家一级重建机构，确保和平成果不会逆转。”¹⁵⁸

¹⁵² 《国际麻醉品管制局 2002 年报告》（E/INCB/2002/1 号文件）。

¹⁵³ William Byrd 和 Christopher Ward, 《阿富汗毒品与发展》，世界银行社会发展文件，第 18 号文件，2004 年 12 月。

¹⁵⁴ 见 A/68/970 号文件。

¹⁵⁵ 《新型全球合作关系：通过可持续发展消除贫困并推动经济转型：2015 年后发展议程高级别知名人士小组的报告》（纽约，2013 年）。

¹⁵⁶ 另见 Tim Midgley 等人，《在 2015 年后议程的背景下确定和衡量导致冲突的外部压力因素》，《加强世界安全组织系列报告》（伦敦，加强世界安全组织，2014 年）。

¹⁵⁷ A/68/970 号文件。

¹⁵⁸ A/69/700 号文件，第 52 段。

土地治理框架内的替代发展

如上文F节所讨论，事实证明授予和/或执行个人和集体土地所有权是一种成功的替代发展战略。专家们强调，需要有明确的法律框架将替代发展干预措施与适当的土地保有制相结合。¹⁵⁹联合国粮食及农业组织的《国家粮食安全范围内土地、渔业及森林权属负责任治理自愿准则》以实现粮食安全为总体目标，就如何完善土地治理提供了一些有益的建议。促进对土地、渔业和森林的安全保有和公平使用权直接关系到消除饥饿和贫困工作，对替代发展方案的规划和实施也关系重大。

国际贸易体制中的替代发展

上文F节讨论了市场准入的相关问题，特别是加大替代发展产品市场准入的国际请求。世界贸易组织（世贸组织）管辖的国际贸易体制决定了各国在市场干预和市场支持方面的行为。在此背景下，尚未具体考虑替代发展补贴的作用，但一些协定为非法毒品生产国提供了优惠待遇。有人可能会辩驳说，大多数替代发展项目的规模和范围有限，很难以任何方式扭转国际市场，尽管如此，但许多替代发展项目的核心目标仍是最终在国际市场上具有竞争力。现在的问题仍然是后一目标是需要自由的市场准入，还是区分“替代”产品和“常规”产品的优惠贸易协定，以及替代发展产品是否应该享受优惠待遇。

在国际贸易体制内，已经签订了若干双边或多边贸易协定来援助一些非法毒品生产国的农民。《安第斯贸易优惠法》为多民族玻利维亚国、哥伦比亚、厄瓜多尔和秘鲁的广泛出口产品规定了进入美国市场的免税待遇。2002年10月，《安第斯贸易促进及毒品根除法》修订了该法案。法案意在开拓新市场，支持作物替代，并生产非法种植的可行替代产品，针对的是非法毒品生产国，但并未直接涉及替代发展产品。事实上，法案并未包括安第斯农民的一些产品。该法案于2011年2月到期，然后展期至2013年7月31日，自那以后尚未展期。哥伦比亚和秘鲁都与美国签订了双边自由贸易协定。

1990年，安第斯共同体的四个国家（多民族玻利维亚国、哥伦比亚、厄瓜多尔和秘鲁）被授予了《欧洲联盟普遍优惠制》下《打击毒品生产和贩运的特殊安排》。后来，这些特殊安排又扩展到了其他一些国家。^{160,161}

虽然该制度允许一些非法毒品生产国的一系列农产品和工业产品进入欧洲内部市场，但贸易支持并未普遍涉及替代发展或替代发展产品的（潜在）出口（类似于《安第斯贸易优惠法》和《安第斯贸易促进及毒品根除法》）。但由于列入了咖啡等产品，替代发展方案的受益者依然可能受益。类似与美国的双边贸易关系，欧洲联盟也同意了与多个国家的双边自由贸易协定，这将来可能会让《普遍优惠制》失去意义。

在2002年世贸组织案件之后，2005年修订了《普遍优惠制》。¹⁶²世贸组织裁定，《打击毒品生产和贩运的特殊安排》的关税优惠不符合《关税及贸易总协定》有关一般最惠国待遇的第一条

¹⁵⁹ E/CN.7/2014/CRP.7 号文件，第 4 页。

¹⁶⁰ 欧盟委员会，《欧洲联盟普遍优惠制》（《普惠制》），2004 年。

¹⁶¹ 欧盟委员会，《新普惠制对发展中国家的贸易制度实务指南》（2013 年 12 月）。

¹⁶² 争端解决机构，《欧洲共同体——赋予发展中国家优惠关税的条件》，争端 DS246（2005 年 7 月 20 日）。

第1款。这意味着，欧洲联盟不能给予非法毒品生产国优惠待遇，除非它授予其他有类似“发展、财政和贸易需求”的《普遍优惠制》受益国以同等待遇。¹⁶³根据世贸组织规定，如果《普遍优惠制》的优惠待遇列入客观标准，允许将同样受毒品问题影响的其他发展中国家列为此制度的受益国，则本可避免这一点。¹⁶⁴2005年世贸组织裁决进一步限制了给予受非法毒品种植影响的国家以特殊市场待遇的可能性。

替代发展与环境保护

由于非法种植往往发生在国家公园、受保护森林和受保护领土，因此可能会给农业用地造成压力，或导致其增减。虽然替代发展一般不可能在受保护地区（除了涉及到保护这些地区的生计），但替代发展方案的范围可以包括农业或农林业活动所在地区，及农业用地以外的地区。这可以通过普遍的森林保护政策来实现，由负责环境政策的部委落实，强化将替代发展融入更广义可持续发展和环境政策的概念。替代发展也可以在非法种植的邻近地区实施，这可能会鼓励农民迁移并减轻保护区的压力。

采取这样一种综合办法时，受非法作物种植影响的地区，或者受作物本身或选来替代它们的生计影响（或声称受影响）的地区，总会就替代发展在促进农村发展（通过替代生计提供工作和收入）与保护环境和生物多样性之间进行平衡。

I. 结论

本章的分析表明，1998年举行的第二十届大会特别会议一致议定的替代发展国际定义今天仍然有效。然而，替代发展始终处于不断变化之中，成功是会员国试验新的、往往更复杂的方法的结果。国家替代发展战略千差万别，但几乎所有战略都会用更广泛的社会经济指标讨论粮食安全和生活质量问题，符合从1960年代和1970年代的有限作物替代办法到今天的全方位、多层次做法的普遍演进。

人们现在仍从减少非法种植的情况来看替代发展成功与否，但各方案的影响已得到了更广义范畴的评价，包括从消除极端贫困方面，以及从人类发展、两性平等和妇女赋权及环境可持续性方面。《联合国替代发展问题指导原则》进一步推动了国际议程，强调了多层面的办法，并重点关注了完善土地治理、加强司法和安全部门、促进人类发展和保护环境的重要性。一些国家已经解决了这些问题，正在试验新的方法。

大会可持续发展目标开放工作组提出的可持续发展目标可以提供进一步制订这些举措的框架，并为替代发展提供新的动力，为“传统”社会经济发展支柱补充法治和治理要素。阿富汗、哥伦比亚和秘鲁的经验表明，有必要建设实现替代发展可持续结果所需的最低水平的法治和安全。

可持续发展目标指出了环境保护的重要作用。这强调了继续开发新的替代发展办法来保护环境的重要性，比如将地方一级的可持续农业生产与碳信贷国际市场挂钩。为了全面纳入环境保护，替代发展需融入更广泛的可持续发展和环境政策，以便在农村发展与保护环境和生物多样性之间进行平衡。可持续发展目标还可提供一个框架，将土地保有制与替代发展更紧密地结合起来。

¹⁶³ 《欧洲共同体——赋予发展中国家优惠关税的条件》。

¹⁶⁴ 同上。

许多替代发展项目证明了个人和集体土地所有权的授予和/或执行是一种成功战略，“可持续发展目标”认识到，对土地和自然资源的安全、公平权利是实现可持续发展的核心。

地方一级在提高替代发展方案有效性方面做出了许多创新，“地方到全球”的进程正在进行，在国家战略范畴内从地方经历中发现的最佳做法和汲取的经验教训得到了交流。这些加强了毒品和犯罪问题办公室、麻醉药品委员会和其他实体进一步促进南南合作的其他努力。

四十多年的替代发展经验给出了结论，替代发展只有在着眼长远、有充足资金和政治支持将其纳入更广泛发展议程的情况下方能有效。如本章所示，改善社区社会经济发展并提高农村家庭生活水平后，就能在世界各地不同社区减少非法种植方面取得可持续成果。

尽管国际层面对替代发展给予了极大关注，但国际上的高调舆论与供资有些脱节。麻醉药品委员会和关于世界毒品问题的大会特别会议的文件都突出强调了替代发展，然而，在过去几年里，用于替代发展的供资却已大幅减少。1998年的第二十届大会特别会议激发了以“共同责任”精神资助替代发展的新动力，但自2009年《关于开展国际合作以综合、平衡战略应对世界毒品问题的政治宣言和行动计划》获得通过以来，经合组织国家对替代发展资金的支付总额减少了71%。2013年，这些支付仅占全球发展援助的0.1%。相比之下，特别是多民族玻利维亚国、哥伦比亚和秘鲁的国家当局投资在过去几年有所增加，往往弥补了捐助方支助的减少。替代发展将继续关注古柯和罂粟的非法种植，尽管一些国家已表示有兴趣参与打击大麻非法种植的替代发展，尽管大麻的非法种植也非常广泛，但目前针对大麻的方案非常有限。

替代发展产品的市场准入至关重要，自由贸易协定可影响替代发展产品的营销。对以发展为导向的减少供应政策的支助往往采取了补贴的形式，尽管这可能只是所有支助中可以忽略不计的一部分，却可能有违防止贸易扭曲的义务。

不同国家的经验证明，替代发展办法似乎有机会拓展到非法毒品种植以外的其他非法市场。例如，替代发展可以支持受非法采矿、野生生物和森林犯罪及贩毒影响的社区。替代发展的这种拓展可能会超出现有预防性替代发展战略的范畴，那些战略针对的是有可能成为非法作物产区的地区。

表格

大麻

2013年大麻种植、生产和根除							
国家	种植面积 (公顷)	铲除面积 (公顷)	可收获面积 (公顷)	出产率 (公斤/公顷)	产量 (吨)	铲除 植株数	捣毁 种植点数
阿尔及利亚		4,831.00			1,400		
亚美尼亚	1.10	2.20	0.00		50		
奥地利	2.00	2.00	0.00				
阿塞拜疆	23.95	23.95	0.00	649.89	308	8,469	151
比利时				575.00		396,758	1,212
波斯尼亚和黑塞哥维那					185	4,288	
巴西		37.84				900,744	
保加利亚	5.00	5.00	0.00			17,479	130
哥伦比亚		326.00					
哥斯达黎加	8.74	8.74	0.00			1,461,747	199
捷克共和国						73,639	276
厄瓜多尔						3,816	28
埃及		20.00			12,166		
萨尔瓦多	1.00	1.00	0.00		38,000	1,634	53
德国						107,776	
希腊						23,008	
匈牙利		100.00					
冰岛						6,652	323
爱尔兰						28,851	391
意大利						894,874	1,722
拉脱维亚						14,579	18
立陶宛							5
马耳他						27	
墨西哥		5,364.16		1,200.00			
蒙古国	15,000.00	4,000.00	11,000.00			4,000	4,000
摩洛哥	47,196.00	5,000.00	42,196.00	812.87			
新西兰						126,523	783
尼日利亚	850.00	847.46	2.54				
巴拿马	10.50	10.50	0.00			78,670	4
菲律宾		51.55				2,013,678	451
波兰		1.80				69,285	13
俄罗斯联邦		5.40		7,047.00			1,974
塞拉利昂	190.00		190.00			190	3
特立尼达和多巴哥	10.28	10.28	0.00	500.00		597,100	117
乌克兰		166.90				483,000	
乌兹别克斯坦	0.40	0.40	0.00				613
越南		1.00					

供应指标

	海洛因		大麻		可卡因	
区域	2012-2013年缉获量 (占全球总量的百分比)	从2004-2008年到2009-2013年 的缉获量变化(%)	2012-2013年缉获量 (占全球总量的百分比)	从2004-2008年到2009-2013 年的缉获量变化(%)	2012-2013年缉获量 (占全球总量的百分比)	从2004-2008年到2009-2013年 的缉获量变化(%)
非洲	0.4	64.8	9.30	-49.50	0.30	-19.20
北美洲	8.2	110.3	56.00	14.10	11.20	-46.70
拉丁美洲和加勒比	1.2	-16.5	24.00	21.70	78.80	16.60
中亚和外高加索国家	2.1	-50.9	0.50	-19.70	0.00	-80.10
东亚和东南亚	13.6	1.1	3.20	250.70	0.12	123.90
近东和中东/西南亚	42.7	77.3	1.90	22.10	0.13	190.50
南亚	2.1	-0.2	0.40	0.70	0.01	-31.40
东欧	3.3	-31.3	0.90	5.60	0.00	129.60
东南欧	18.8	2.4	3.50	37.00	0.10	134.40
西欧和中欧	6.5	-27.3	0.10	16.40	9.10	-31.60
大洋洲	1.0	547.6	0.10	39.80	0.20	203.80

可卡因

2002-2013年全球古柯树非法种植面积（公顷）												
	2002年	2003年	2004年	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年
多民族玻利维亚国	24,400	23,600	27,700	25,400	27,500	28,900	30,500	30,900	31,000	27,200	25,300	23,000
哥伦比亚 ^a	102,000	86,000	80,000	86,000	78,000	99,000	81,000	73,000	62,000	64,000	48,000	48,000
秘鲁 ^b										62,500	60,400	49,800
秘鲁 ^c	46,700	44,200	50,300	48,200	51,400	53,700	56,100	59,900	61,200	64,400		
共计	173,100	153,800	158,000	159,600	156,900	181,600	167,600	163,800	154,200	155,600 ^d	133,700	120,800

资料来源：多民族玻利维亚国：2002年，美洲药管会与美国国务院，《国际麻醉品管制战略报告》；自2003年以来，毒品和犯罪问题办公室支持的国家非法作物监测系统。哥伦比亚：毒品和犯罪问题办公室支持的国家非法作物监测系统。秘鲁：毒品和犯罪问题办公室支持的国家非法作物监测系统。

注：《2012 年世界毒品报告》（第 41-42 页）介绍了不同种植面积概念及其对可比性的影响。为了继续加强各国估计数的可比性：自 2011 年以来，秘鲁古柯树净种植面积估计数以 12 月 31 日为参考日期，沿用了与哥伦比亚估计数相同的概念。多民族玻利维亚国的估计数为卫星图像显示的古柯种植面积。

a 12月31日的净面积。2009年估计数系按小块土地调整后的结果，而往年估计数并无此调整要求。

b 12月31日的净面积。

c 卫星图像显示的面积。

d 计算 2011 年全球古柯种植面积时对秘鲁采用了“卫星图像显示的种植面积”。

2005-2013年晒干古柯叶的潜在产量（吨）									
	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年
多民族玻利维亚国	28,200	33,200	36,400	39,400	40,100	40,900	33,500	30,400	24,300
范围			34,200-38,300	37,300-41,800	37,900-42,300	38,600-43,100	31,900-35,400	28,900-31,900	20,600-28,400
秘鲁	97,000	105,100	107,800	113,300	119,000	120,500	126,100	119,700	112,200
范围	85,400-108,600	91,000-119,200	93,200-122,000	97,600-127,800	102,400-134,200	103,000-136,300	110,300-142,100	103,300-136,100	102,180-123,180

资料来源：多民族玻利维亚国：可用于制造可卡因的晒干古柯叶潜在产量由毒品和犯罪问题办公室支持的国家非法作物监测系统估计。古柯叶产量估计数来源于毒品和犯罪问题办公室针对拉巴斯荣加斯的研究及美国缉毒局针对查帕雷的研究（缉毒局科学研究）。扣除了拉巴斯荣加斯1.2万公顷的古柯叶产量估计数（范围：古柯叶产量估计数95%置信区间的上下限），这部分古柯种植依国家法律获得了许可。秘鲁：可用于制造可卡因的晒干古柯叶潜在产量由毒品和犯罪问题办公室支持的国家非法作物监测系统估计。扣除了共9,000吨晒干古柯叶（范围：古柯叶产量估计数95%置信区间的上下限），这部分古柯叶据政府资料用于传统用途。

注：2011年和2012年的估计数不可以直接比较；有关不同概念的讨论，见《2012年世界毒品报告》第41-42页。2012年以后的估计数具有可比性。

2005-2013年新古柯叶的潜在产量（吨）									
	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年
哥伦比亚	555,400	528,300	525,300	389,600	376,700	334,900	281,800	241,400	208,200
范围					346,900-406,400	334,900-349,600	229,800-333,800	179,200-284,200	178,900-237,500
2005-2013年烘干新古柯叶的潜在产量（吨）									
	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年
哥伦比亚	164,280	154,130	154,000	116,900	113,000	100,500	84,500	72,700	62,500
范围						100,500-104,880			

资料来源：毒品和犯罪问题办公室支持的国家非法作物监测系统。

注：由于对一年仅部分时间有产出的田地采用了小块田地调整系数，未将2009年以来的估计数与往年估计数直接比较。范围表示估计数不确定。对多民族玻利维亚国和秘鲁而言，范围基于置信区间，最可靠估计数是范围上下限之间的中间值。对哥伦比亚而言，范围系根据前两年古柯种植面积估计而得。计算产量估计数不确定范围的方法尚处于发展之中，一旦有更多信息，可对数字予以修订。

2005-2013年100%纯可卡因的潜在产量（吨）									
	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年
多民族玻利维亚国	80	94	104	113	无	无	无	无	无
哥伦比亚	680	660	630	450	488	424	384	333	290
范围								240-377	249-331
秘鲁	260	280	290	302	无	无	无	无	无
共计	1,020	1,034	1,024	865	842-1,111	788-1,060	776-1,051	714-973	662-902

资料来源：多民族玻利维亚国：毒品和犯罪问题办公室的计算基于毒品和犯罪问题办公室（对拉巴斯荣加斯）的古柯叶产量调查及美国缉毒局（对查帕雷）的科学研究。哥伦比亚：毒品和犯罪问题办公室支持的国家非法作物监测系统和缉毒局科学研究。由于对一年仅部分时间有产出的田地采用了小块田地调整系数，未将2009年以来的估计数与往年估计数直接比较。秘鲁：毒品和犯罪问题办公室的计算基于缉毒局科学研究得出的古柯叶到可卡因的转化率。

注：由于正在审查换算系数，因此无法提供自2009年以来可卡因产量的点估计数。关于转换比率当前修订情况以及可卡因实验室效率的详细信息可查阅《2010年世界毒品报告》（第249页）。

2005-2013年报告的古柯树累计铲除面积（公顷）										
		2005年	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年
多民族玻利维亚国	人工	6,073	5,070	6,269	5,484	6,341	8,200	10,460	11,044	11,407
哥伦比亚	人工	37,523	41,346	66,392	96,003	60,565	43,804	35,201	30,487	22,127
	喷洒	138,775	172,026	153,134	133,496	104,771	101,939	103,302	100,549	47,053
秘鲁	人工	7,605	9,153	10,188	11,102	10,091	12,239	10,290	14,235	23,947
厄瓜多尔	人工	18	9	12	12	6	3	14		
委内瑞拉玻利瓦尔共和国	人工	40	0	0	0	0				

资料来源：毒品和犯罪问题办公室年度报告调查表及估计数和长期趋势分析数据库；多民族玻利维亚国、哥伦比亚和秘鲁政府。

注：多民族玻利维亚国自2006年以来的总数包括自愿铲除和强制铲除。秘鲁的总数包括自愿铲除和强制铲除。

两点(.)表示没有数据。累计铲除面积指一年内铲除的总面积，包括同一地块的多次铲除。

鸦片/海洛因

1999-2014年部分国家的罂粟净种植面积（公顷）																
	1999年	2000年	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年
西南亚																
阿富汗	90,583	82,171	7,606	74,100	80,000	131,000	104,000	165,000	193,000	157,000	123,000	123,000	131,000	154,000	209,000	224,000
巴基斯坦	284	260	213	622	2,500	1,500	2,438	1,545	1,701	1,909	1,779	1,721	362	382	493	
小计	90,867	82,431	7,819	74,722	82,500	132,500	106,438	166,545	194,701	158,909	124,779	124,721	131,362	154,382	209,493	224,493
东南亚																
老挝人民民主共和国 ^a	22,543	19,052	17,255	14,000	12,000	6,600	1,800	2,500	1,500	1,600	1,900	3,000	4,100	6,800	3,900	6,200
缅甸 ^a	89,500	108,700	105,000	81,400	62,200	44,200	32,800	21,500	27,700	28,500	31,700	38,100	43,600	51,000	57,800	57,600
泰国 ^b	702	890	820	750												
越南 ^b	442															
小计	113,187	128,642	123,075	96,150	74,200	50,800	34,600	24,000	29,200	30,100	33,600	41,100	47,700	57,800	61,700	63,800
拉丁美洲																
哥伦比亚	6,500	6,500	4,300	4,153	4,026	3,950	1,950	1,023	715	394	356	341	338	313	298	
墨西哥 ^c	3,600	1,900	4,400	2,700	4,800	3,500	3,300	5,000	6,900	15,000	19,500	14,000	12,000	10,500		
小计	10,100	8,400	8,700	6,853	8,826	7,450	5,250	6,023	7,615	15,394	19,856	14,341	12,338	10,813	10,798	10,798
其他																
其他国家 ^d	2,050	2,479	2,500	2,500	3,074	5,190	5,212	4,432	4,184	8,600	7,700	10,500	16,100	11,900	13,300	11,800
共计	216,204	221,952	142,094	180,225	168,600	195,940	151,500	201,000	235,700	213,003	185,935	190,662	207,500	234,895	295,291	310,891

资料来源：阿富汗：1998-2002 年，毒品和犯罪问题办公室；2003-2012 年，毒品和犯罪问题办公室支持的国家非法作物监测系统。巴基斯坦：年度报告调查表、巴基斯坦政府、美国国务院。老挝人民民主共和国：1998-1999 年，毒品和犯罪问题办公室；2000-2012 年，毒品和犯罪问题办公室支持的国家非法作物监测系统。缅甸：1998-2000 年，美国国务院；2001-2012 年，毒品和犯罪问题办公室支持的国家非法作物监测系统。哥伦比亚：1998-1999 年，各种来源的资料；自 2000 年起，毒品和犯罪问题办公室支持的国家非法作物监测系统。2008-2012 年，根据美国国务院/缉毒局提供的区域产量数据和转换比率计算产量。墨西哥：美国政府调查得出的估计数。

注：数据质量审查发现阿富汗 2006-2009 年鸦片产量估计数存在高估后，对这一时期该国的鸦片产量估计数做出了修订。斜体数字为初步数据，一旦有更新资料，即可予以修订。关于估计方法和定义的信息可查阅本报告在线版中的方法部分。

a 可包括面积调查日期后铲除的面积。2014 年的数据与 2013 年数据不具有可比性，因为调查范围增加了两个省份，在种植周期开展调查的时间点也不同。

b 由于种植面积持续走低，越南（截至 2000 年）和泰国（截至 2003 年）的数据纳入了“其他国家”类别。

c 墨西哥政府没有证实美国提供的这些估计数，因为这些估计数不是其官方数字的一部分，而且该国未提供计算这些估计数所用方法的信息。墨西哥政府正在与毒品和犯罪问题办公室合作实施一个监测系统，以估计非法种植和生产情况。

d 不同来源提供的铲除和植株缉获情况报告表明，以下分区域仍存在非法罂粟种植：北非、中亚和外高加索、近东和中东及西南亚、南亚、东亚和东南亚、东欧、东南欧、中美洲和南美洲。从 2008 年起，采用了一种新的方法来估计这些国家的罂粟种植面积和鸦片/海洛因产量。估计数高于此前的数据，但数量级类似。关于估计方法的详细描述可查阅本报告的在线版本。

1999-2014年部分国家烘干鸦片的潜在产量（吨）

	1999年	2000年	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年
东南亚																
阿富汗	4,565	3,276	185	3,400	3,600	4,200	4,100	5,300	7,400	5,900	4,000	3,600	5,800	3,700	5,500	6,400
巴基斯坦	9	8	5	5	52	40	36	39	43	48	44	43	9	9	12	
小计	4,574	3,284	190	3,405	3,652	4,240	4,136	5,339	7,443	5,948	4,044	3,643	5,809	3,709	5,512	6,412
东南亚																
老挝人民民主共和国 ^a	124	167	134	112	120	43	14	20	9	10	11	18	25	41	23	92
缅甸	895	1,087	1,097	828	810	370	312	315	460	410	330	580	610	690	870	670
泰国 ^b	8	6	6	9												
越南 ^b	2															
小计	1,029	1,260	1,237	949	930	413	326	335	469	420	341	598	635	731	893	762
拉丁美洲																
哥伦比亚	88	88	80	52	50	49	24	13	14	10	9	8	8	8	11	
墨西哥 ^c	43	21	91	58	101	73	71	108	150	325	425	300	250	175	162	
小计	131	109	171	110	151	122	95	121	164	335	434	308	258	183	173	173
其他																
其他国家 ^d	30	38	32	56	50	75	63	16	15	139	134	181	281	208	232	207
共计	5,764	4,691	1,630	4,520	4,783	4,850	4,620	5,810	8,091	6,841	4,953	4,730	6,983	4,831	6,810	7,554

资料来源：阿富汗：2003 年前，毒品和犯罪问题办公室；阿富汗：自 2003 年以来，毒品和犯罪问题办公室支持的国家非法作物监测系统。巴基斯坦：年度报告调查表、巴基斯坦政府及美国国务院。老挝人民民主共和国：2000 年前，毒品和犯罪问题办公室；自 2000 年以来，毒品和犯罪问题办公室支持的国家非法作物监测系统。缅甸：2001 年前，美国国务院；缅甸：自 2001 年以来，毒品和犯罪问题办公室支持的国家非法作物监测系统。哥伦比亚：2000 年前，各种来源的资料；哥伦比亚：自 2000 年以来，毒品和犯罪问题办公室支持的国家非法作物监测系统开始生成面积估计数；自 2008 年以来，根据美国国务院/缉毒局提供的区域产量数据和转化率计算哥伦比亚的产量。墨西哥：2005 年前，美国政府调查得出的估计数。墨西哥：自 2005 年以来，2013 年国际麻醉品管制战略报告》和《2014 年国际麻醉品管制战略报告》。根据《2013 年国际麻醉品管制战略报告》（第一卷，第 25 页），由于 2011 年调查对方法进行了重大修改，2005-2010 估计数只表明趋势，高估了实际种植面积。

注：数据质量审查发现阿富汗 2006-2009 年鸦片产量估计数存在高估后，对这一时期该国的鸦片产量估计数做出了修订。斜体数字为初步数据，一旦有更新资料，即可予以修订。关于估计方法和定义的信息可查阅本报告在线版中的方法附件。

^a 可包括面积调查日期后铲除的面积。2014 年的数据与 2013 年数据不具有可比性，因为调查范围增加了两个省份，在种植周期开展调查的时间点也不同。

^b 由于种植面积持续走低，越南（截至 2000 年）和泰国（截至 2003 年）的数据纳入了“其他国家”类别。

^c 墨西哥政府没有证实美国提供的这些估计数，因为这些估计数不是其官方数字的一部分，而且该国未提供计算这些估计数所用方法的信息。墨西哥政府正在与毒品和犯罪问题办公室合作实施一个监测系统，以估计非法种植和生产情况。

^d 不同来源提供的铲除和植株缉获情况报告表明，以下分区域仍存在非法罂粟种植：北非、中亚和外高加索、中东和近东及西南亚、南亚、东亚和东南亚、东欧、东南欧、中美洲和南美洲。从 2008 年起，采用了一种新的方法来估计这些国家的罂粟种植面积和鸦片/海洛因产量。估计数高于此前的数据，但数量级类似。关于估计方法的详细描述可查阅本报告的在线版本。

2004-2014年全球鸦片和不明纯度海洛因潜在产量（吨）											
	2004年	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年
鸦片潜在总产量	4,850	4,620	5,810	8,091	6,841	4,953	4,730	6,983	4,831	6,810	7,554
未加工成海洛因的鸦片潜在产量	1,197	1,169	1,786	3,078	2,360	1,680	1,728	3,400	1,850	2,600	2,400
已加工成海洛因的鸦片潜在产量	3,653	3,451	4,024	5,012	4,481	3,273	3,002	3,583	2,981	4,210	5,154
海洛因潜在总产量	529	472	553	686	600	427	383	467	377	555	526

注：仅针对阿富汗估计了未加工成海洛因的鸦片潜在产量比例。对于所有其他国家而言，为了上表之目的，假定所有可能生产的鸦片均加工成了海洛因。如果 2014 年阿富汗鸦片潜在总产量均加工成了海洛因，则阿富汗海洛因潜在总产量将为 670 吨，而全球潜在总产量为 788 吨。由于修订了阿富汗鸦片产量数字，因而修订了 2006-2009 年估计数。

计算阿富汗所生产海洛因数量时采用了每年都可能变化的两个参数：未加工成海洛因的鸦片与加工成海洛因的鸦片之比；及鸦片与海洛因转化率。2004-2013 年，所用转化率为 7:1；2014 年根据最新成果将其修订为 9.6:1（见毒品和犯罪问题办公室、阿富汗禁毒部、《2014 年阿富汗鸦片调查》）。截至 2013 年，估计全球不明纯度海洛因潜在产量时未适用估计纯度系数，但 2014 年假设了 52% 的纯度系数，对阿富汗的估计数反映了这一系数。为此，2014 年对阿富汗采用了鸦片与出口质量海洛因（设定纯度为 52%）的更新转化率。因此，全球不明纯度海洛因估计总产量包括很大比例阿富汗所产出口纯度的海洛因。最新报告指出特定贩运路线上的纯度更高，如果将这一点考虑进去，将会影响计算。

斜体数字为初步数据，一旦有更新资料，即可予以修订。

2003-2014年部分国家报告的罂粟铲除面积（公顷）												
	2003年	2004年	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年
阿富汗	21,430	a	5,103	15,300	19,047	5,480	5,351	2,316	3,810	9,672	7,348	2,692
阿尔及利亚											2,721	
孟加拉国								8	22			
哥伦比亚	3,266	3,866	2,121	1,929	375	381	546	711	299	319	514	
埃及	34	65	45	50	98	121	89	222	1		3	
危地马拉			489	720	449	536	1,345	918	1,490	590	2,568	
印度	494	167	12	247	8,000	624	2,420	3,052	5,746	1,332	865	
老挝人民民主共和国	4,134	3,556	2,575	1,518	779	575	651	579	662	707	397	
黎巴嫩	4	67	27		8		21		4			
墨西哥	20,034	15,926	21,609	16,890	11,046	13,095	14,753	15,491	16,389	15,726	14,662	11,683
缅甸	638	2,820	3,907	3,970	3,598	4,820	4,087	8,268	7,058	23,718	12,288	15,188
尼泊尔	19	4		1		21	35					
巴基斯坦	4,185	5,200	391	354	614	0	105	68	1053	592	568	
秘鲁	57	98	92	88	28	23	32	21				
泰国	767	122	110	153	220	285	201	278	208	205	264	
乌克兰						28		436			39	
委内瑞拉玻利瓦尔共和国	0	87	154	0	0	0						
越南	100	32			38	99	31		38	35	25	

资料来源：毒品和犯罪问题办公室年度报告调查表、政府报告、区域机构报告及美国《国际麻醉品管制战略报告》。

注：本表仅涵盖以面积单位报告的铲除情况。关于按缉获植株数报告的铲除信息可查阅《世界毒品报告》电子版关于缉获量的附件，见 <https://www.unodc.org/wdr/>。

a 尽管 2004 年实施了铲除行动，但没有向毒品和犯罪问题办公室正式报告。

各区域使用大麻、类阿片和阿片剂的年度流行率																		
区域或分区域	大麻						类阿片（阿片剂和处方类阿片）						阿片剂					
	人数（千）			流行率（%）			人数（千）			流行率（%）			人数（千）			流行率（%）		
	最可靠估计	估计下限	估计上限	最可靠估计	估计下限	估计上限	最可靠估计	估计下限	估计上限	最可靠估计	估计下限	估计上限	最可靠估计	估计下限	估计上限	最可靠估计	估计下限	估计上限
非洲	45,800	20,380	59,120	7.5	3.3	9.7	1,980	920	3,230	0.3	0.2	0.5	1,880	940	2,340	0.3	0.2	0.4
东非	6,430	2,140	10,950	4.2	1.4	7.1	260	100	1,140	0.2	0.1	0.7	230	170	320	0.1	0.1	0.2
北非	5,710	2,900	8,830	4.3	2.2	6.6	330	130	530	0.2	0.1	0.4	330	130	530	0.2	0.1	0.4
南部非洲	4,350	3,030	7,910	5.0	3.5	9.1	350	230	370	0.4	0.3	0.4	300	200	320	0.3	0.2	0.4
西非和中非	29,310	12,310	31,430	12.4	5.2	13.3	1,050	460	1,190	0.4	0.2	0.5	1,030	440	1,170	0.4	0.2	0.5
美洲	54,160	53,510	55,620	8.4	8.3	8.6	13,000	12,790	13,260	2.0	2.0	2.1	1,630	1,450	1,810	0.3	0.2	0.3
加勒比	700	320	1,820	2.5	1.2	6.5	100	60	190	0.4	0.2	0.7	80	50	160	0.3	0.2	0.6
中美洲	770	710	880	2.8	2.6	3.2	40	40	50	0.2	0.1	0.2	20	20	20	0.1	0.1	0.1
北美洲	36,660	36,470	36,870	11.6	11.5	11.6	12,010	11,870	12,160	3.8	3.7	3.8	1,420	1,280	1,500	0.4	0.4	0.5
南美洲	16,030	16,010	16,050	5.9	5.9	5.9	840	820	870	0.3	0.3	0.3	110	100	120	0.04	0.04	0.05
亚洲	55,510	29,390	89,380	1.9	1.0	3.1	12,140	9,190	15,650	0.4	0.3	0.5	10,010	7,590	13,180	0.3	0.3	0.5
中亚	1,890	1,330	2,250	3.5	2.4	4.1	480	460	500	0.9	0.8	0.9	440	430	460	0.8	0.8	0.8
东亚和东南亚	10,220	5,960	23,550	0.6	0.4	1.5	3,390	2,550	4,760	0.2	0.2	0.3	3,360	2,520	4,720	0.2	0.2	0.3
近东和中东	9,610	5,590	13,520	3.4	2.0	4.8	5,330	3,970	6,720	1.9	1.4	2.4	3,390	2,460	4,550	1.2	0.9	1.6
南亚	33,780	16,510	50,070	3.5	1.7	5.2	2,940	2,210	3,670	0.3	0.2	0.4	2,820	2,180	3,450	0.3	0.2	0.4
欧洲	23,670	22,980	24,380	4.3	4.2	4.4	4,570	4,500	4,670	0.8	0.8	0.8	2,970	2,900	3,060	0.5	0.5	0.6
东欧和东南欧	5,270	4,650	5,920	2.3	2.0	2.6	3,100	3,090	3,120	1.4	1.3	1.4	1,860	1,850	1,870	0.8	0.8	0.8
西欧和中欧	18,400	18,330	18,460	5.7	5.7	5.7	1,480	1,410	1,560	0.5	0.4	0.5	1,110	1,050	1,190	0.3	0.3	0.4
大洋洲	2,650	2,220	3,570	10.7	9.0	14.5	730	590	750	2.9	2.4	3.0	30	40	60	0.1	0.2	0.2
全球估计数	181,790	128,480	232,070	3.9	2.7	4.9	32,420	27,990	37,560	0.7	0.6	0.8	16,530	12,920	20,460	0.4	0.3	0.4

资料来源：毒品和犯罪问题办公室基于年度报告调查表和其他官方来源的估计数。

各区域使用可卡因、苯丙胺类药物^a和“摇头丸”的年度流行率

区域或分区域	可卡因						苯丙胺类药物和处方兴奋剂						“摇头丸”					
	人数（千）			流行率（%）			人数（千）			流行率（%）			人数（千）			流行率（%）		
	最可靠估计	估计下限	估计上限	最可靠估计	估计下限	估计上限	最可靠估计	估计下限	估计上限	最可靠估计	估计下限	估计上限	最可靠估计	估计下限	估计上限	最可靠估计	估计下限	估计上限
非洲	2,660	820	4,810	0.4	0.1	0.8	5,340	1,390	9,190	0.9	0.2	1.5	1,110	360	1,930	0.2	0.1	0.3
东非	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
北非	30	30	40	0.02	0.02	0.03	750	260	1,240	0.6	0.2	0.9	-	-	-	-	-	-
南部非洲	650	170	740	0.7	0.2	0.9	620	300	840	0.7	0.3	1.0	260	140	310	0.3	0.2	0.4
西非和中非	1,640	560	2,500	0.7	0.2	1.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
美洲	8,970	8,720	9,260	1.4	1.4	1.4	6,110	5,830	6,500	1.0	0.9	1.0	3,220	2,970	3,540	0.5	0.5	0.6
加勒比	180	60	340	0.6	0.2	1.2	220	20	520	0.8	0.1	1.9	50	10	160	0.2	0.04	0.6
中美洲	170	160	180	0.6	0.6	0.6	230	230	240	0.8	0.8	0.9	30	30	30	0.1	0.1	0.1
北美洲	5,290	5,170	5,400	1.7	1.6	1.7	4,430	4,370	4,490	1.4	1.4	1.4	2,780	2,750	2,810	0.9	0.9	0.9
南美洲	3,340	3,330	3,350	1.2	1.2	1.2	1,230	1,220	1,250	0.5	0.4	0.5	360	180	540	0.1	0.1	0.2
亚洲	1,340	430	2,250	0.05	0.02	0.08	19,550	4,240	34,860	0.7	0.1	1.2	10,890	2,680	19,100	0.4	0.1	0.7
中亚	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
东亚和东南亚	480	370	1,100	0.03	0.02	0.07	9,060	3,490	20,500	0.6	0.2	1.3	3,210	1,650	6,660	0.2	0.1	0.4
近东和中东	90	50	140	0.03	0.02	0.05	420	280	840	0.1	0.1	0.3	-	-	-	-	-	-
南亚	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
欧洲	3,680	3,430	3,930	0.7	0.6	0.7	2,390	2,000	2,790	0.4	0.4	0.5	2,950	2,710	3,200	0.5	0.5	0.6
东欧和东南欧	510	290	740	0.2	0.1	0.3	830	470	1,200	0.4	0.2	0.5	1,300	1,090	1,520	0.6	0.5	0.7
西欧和中欧	3,170	3,150	3,190	1.0	1.0	1.0	1,560	1,530	1,590	0.5	0.5	0.5	1,650	1,620	1,670	0.5	0.5	0.5
大洋洲	390	390	480	1.6	1.6	1.9	510	410	540	2.1	1.7	2.2	620	620	620	2.5	2.5	2.5
全球估计数	17,040	13,800	20,730	0.4	0.3	0.4	33,900	13,870	53,870	0.7	0.3	1.1	18,790	9,340	28,390	0.4	0.2	0.6

资料来源：毒品和犯罪问题办公室基于年度报告调查表和其他官方来源的估计数。

a 苯丙胺类药物包括苯丙胺和甲基苯丙胺。

普通人群和青年人群使用新型精神活性物质的流行率

国家	物质	调查年份	人群年龄	终生流行率			上年度流行率			上个月流行率			资料来源
				所有	男性	女性	所有	男性	女性	所有	男性	女性	
阿根廷	氯胺酮	2006年	16-65岁	0.50	0.60	0.40							阿根廷预防吸毒成瘾和打击贩毒规划秘书处毒品观察站，《2004-2010年阿根廷使用精神活性物质的趋势：16-65岁人口》（2011年）
	氯胺酮	2006年	16-24岁	0.70									《2004-2010年阿根廷使用精神活性物质的趋势：16-65岁人口》
	氯胺酮	2008年	16-65岁	0.30	0.50	0.10							《2004-2010年阿根廷使用精神活性物质的趋势：16-65岁人口》
	氯胺酮	2008年	16-24岁	0.20									《2004-2010年阿根廷使用精神活性物质的趋势：16-65岁人口》
	氯胺酮	2009年	16-25岁	1.00	1.80	0.40							年度报告调查表
	氯胺酮	2010年	16-65岁	0.40	0.50	0.30							《2004-2010年阿根廷使用精神活性物质的趋势：16-65岁人口》
	氯胺酮	2010年	16-24岁	0.20									《2004-2010年阿根廷使用精神活性物质的趋势：16-65岁人口》
	氯胺酮	2010年	12-65岁	0.30	0.40	0.20							年度报告调查表
	氯胺酮	2011年	13、15和17岁	0.70	1.00	0.40							阿根廷预防吸毒成瘾和打击贩毒规划秘书处毒品观察站，2011年第五次全国高中生调查
澳大利亚	氯胺酮	2011年	15-16岁	0.60									阿根廷预防吸毒成瘾和打击贩毒规划秘书处毒品观察站，2011年第五次全国高中生调查
	氯胺酮	2007年	15-64岁	1.30		0.70	0.20		0.10				年度报告调查表
	氯胺酮	2007年	12-17岁	0.00		0.00	0.00		0.00				年度报告调查表
	氯胺酮	2010年	14岁及以上	1.40	1.80	0.90	0.21	0.30	0.20				年度报告调查表
	氯胺酮	2010年	15-16岁				0.10		0.00				年度报告调查表
多民族玻利维亚国	氯胺酮	2010年	18-24岁	2.50									澳大利亚卫生与福利研究所，《2010年国家禁毒战略家庭调查报告》（堪培拉，2011年）
	氯胺酮	2012年	大学生	0.25			0.01						安第斯共同体非法毒品计划，《对安第斯大学生吸毒的流行病学研究：区域报告》，2012年
巴西	氯胺酮	2005年	15-16岁	0.20	0.30	0.10							年度报告调查表
	氯胺酮	2010年	10-19岁	0.20	0.30	0.10							年度报告调查表
加拿大	氯胺酮	2004年	15岁及以上	1.00				0.30					年度报告调查表
	氯胺酮	2007年	15岁及以上	1.10				0.20					年度报告调查表
	氯胺酮	2010年	15岁及以上	1.40				0.20					年度报告调查表
	迷幻鼠尾草	2011年	15岁及以上	1.60	2.20	1.10							年度报告调查表（估计流行率）
	氯胺酮	2010/11年	15-16岁	1.60	2.30	0.80	1.10	1.60	0.00				年度报告调查表
	迷幻鼠尾草	2010/11年	15-16岁	2.90	8.50	5.80	3.80	5.50	2.00				年度报告调查表
哥伦比亚	氯胺酮	2013年	12-65岁	0.18									哥伦比亚政府，《2013年哥伦比亚精神活性物质全国研究》（波哥大，2014年）
哥伦比亚	氯胺酮	2012年	15-16岁	0.26			0.09			0.02			年度报告调查表
哥伦比亚	氯胺酮	2012年	大学生	0.28			0.09						《对安第斯大学生吸毒的流行病学研究：区域报告》，2012年
哥斯达黎加	氯胺酮	2012年	15-16岁	0.36	0.53	0.21							年度报告调查表

国家	物质	调查年份	人群年龄	终生流行率			上年度流行率			上个月流行率			资料来源
				所有	男性	女性	所有	男性	女性	所有	男性	女性	
克罗地亚	甲氧麻黄酮	2010/11年		0.30						1.50			提交欧洲毒品和毒瘾监测中心的《2012年国家报告》
克罗地亚	合成大麻素 (香料)	2010/11年		1.10						1.10			提交欧洲毒品和毒瘾监测中心的《2012年国家报告》
吉布提	卡塔叶	2011年	12岁及以上				28.30	43.70	13.60				世界银行,《了解吉布提的卡塔叶动态:社会、经济与健康》(华盛顿哥伦比亚特区,2011年)。
厄瓜多尔	氯胺酮	2009年	大学生	0.01	0.00	0.00							年度报告调查表
	氯胺酮	2012年	12-17岁	0.34	0.45	0.20	0.14	0.18	0.09	0.07	0.07	0.06	国家麻醉品和精神药物管制委员会及国家毒品观察站,第四次全国12-17岁学生吸毒调查(基多,2013年)
	致幻剂或酸 (苯环利定、 麦角酰二乙 胺、佩奥特 碱)	2012年	12-17岁	0.70	0.98	0.31	0.30	0.48	0.12	0.12	0.18	0.05	第四次全国12-17岁学生吸毒调查
	小瓶春药	2012年	12-17岁	0.47	0.42	0.52	0.12	0.10	0.15	0.05	0.04	0.07	第四次全国12-17岁学生吸毒调查
	氯胺酮	2012年	大学生	0.05			0.01						《对安第斯大学生吸毒的流行病学研究:区域报告》,2012年
	氯胺酮	2012年	大学生	0.05			0.01						《对安第斯大学生吸毒的流行病学研究:区域报告》,2012年
萨尔瓦多	氯胺酮	2010年	17-25岁	0.19	0.00	0.00	0.19	0.00	0.00				年度报告调查表
法国	氯胺酮	2003年					0.30		0.20				年度报告调查表
德国	合成大麻素 (香料)	2009年	18-64岁	0.80	1.10	0.40	0.00		0.00				年度报告调查表
	氯胺酮	2009年		0.80	1.10	0.40							年度报告调查表
	合成大麻素 (香料)	2012年	18-64岁				0.20						提交欧洲毒品和毒瘾监测中心的《2013年国家报告》
中国香港	氯胺酮	2007年	11-99岁				0.06		0.03				年度报告调查表
	氯胺酮	2007年	11-20岁				0.27		0.16				年度报告调查表
	氯胺酮	2008年	11-99岁				0.08		0.04				年度报告调查表
	氯胺酮	2008年	11-20岁				0.34		0.21				年度报告调查表
	氯胺酮	2009年	11-99岁				0.08		0.04				年度报告调查表
	氯胺酮	2009年	11-20岁	0.55		0.56	0.33		0.30				年度报告调查表
	氯胺酮	2011年	15-64岁				0.05	0.09	0.02				年度报告调查表
	氯胺酮	2011年	15-16岁				0.18	0.25	0.11				年度报告调查表
	氯胺酮	2012年	15-64岁				0.05	0.08	0.02				年度报告调查表
	氯胺酮	2012年	15-16岁				0.13	0.18	0.07				年度报告调查表
匈牙利	甲氧麻黄酮	2011年	仅16岁	6.00		6.30							年度报告调查表
印度尼西亚	氯胺酮	2009年	11-19岁	0.30		0.20	0.10						年度报告调查表
爱尔兰及北 爱尔兰	甲氧麻黄酮	2010/11年	15-64岁	2.00	3.10	0.90	1.10	1.90	0.30	0.10	0.10	0.00	《2010-2011年吸毒流行率调查:区域毒品工作组(爱尔兰)及卫生与社会保健信托(北爱尔兰)调查结果》(2012年6月)

国家	物质	调查年份	人群年龄	终生流行率			上年度流行率			上个月流行率			资料来源
				所有	男性	女性	所有	男性	女性	所有	男性	女性	
	甲氧麻黄酮	2010/11年	15-34岁	4.30			2.20			0.10			《2010-2011年吸毒流行率调查：区域毒品工作组（爱尔兰）及卫生与社会保健信托（北爱尔兰）调查结果》
以色列	氯胺酮	2005年	18-40岁	0.40			0.10			0.05			年度报告调查表
	氯胺酮	2005年	18-24岁				0.20						以色列禁毒署，“2009年以色列非法使用毒品和酒精状况：第七次全国流行病学调查”
	氯胺酮	2008年	18-40岁	0.90	0.00	0.00	0.12	0.22	0.03	0.05	0.00	0.00	年度报告调查表
	氯胺酮	2008年	18-24岁				0.23						“2009年以色列非法使用毒品和酒精状况：第七次全国流行病学调查”
	氯胺酮	2009年	18-40岁	0.90			0.12	0.22	0.03	0.05			年度报告调查表
	卡塔叶	2008年	18-40岁							1.84			“2009年以色列非法使用毒品和酒精状况：第七次全国流行病学调查”
	卡塔叶	2008年	12-18岁							6.65			“2009年以色列非法使用毒品和酒精状况：第七次全国流行病学调查”
肯尼亚	卡塔叶	2004年	15-64岁	2.80									年度报告调查表
	卡塔叶	2004年	10-24岁				29.80						年度报告调查表
拉脱维亚	迷幻鼠尾草	2011年	15-16岁	4.40	6.40	2.10							年度报告调查表
	合成大麻素（香料）	2011年	15-64岁	2.50	3.70	1.40							提交欧洲毒品和毒瘾监测中心的《2013年国家报告》
	合成大麻素（香料）	2011年	15-24岁	6.10									提交欧洲毒品和毒瘾监测中心的《2013年国家报告》
	合成大麻素（香料）	2011年	15-16岁	10.60	15.60	6.30							年度报告调查表
	合成大麻素（香料）	2013年	15-16岁	15.00									提交欧洲毒品和毒瘾监测中心的《2013年国家报告》
中国澳门	氯胺酮	2006年	15-25岁	2.00									年度报告调查表
马耳他	甲氧麻黄酮	2011年	15-16岁	3.50	5.00	2.00							年度报告调查表
新西兰	氯胺酮	2007年	16-64岁	1.20	0.00	0.00	0.30						年度报告调查表
	N-苄基哌嗪	2007年	17-64岁	13.50	19.40	14.70	5.60	8.10	6.40				（新西兰）卫生部，《新西兰的毒品使用情况：2007-2008年新西兰酒精和毒品使用情况调查的重要结果》（惠灵顿，2010年）。
	N-苄基哌嗪	2007年	18-24岁		37.30	30.30		19.80	13.50				《新西兰的毒品使用情况：2007-2008年新西兰酒精和毒品使用情况调查的重要结果》
	N-苄基哌嗪	2007年	16-17岁		15.50	24.30		9.50	17.30				《新西兰的毒品使用情况：2007-2008年新西兰酒精和毒品使用情况调查的重要结果》
秘鲁	氯胺酮	2006年		0.01	0.02	0.00							年度报告调查表
	氯胺酮	2012年	大学生	0.12			0.01						《对安第斯大学生吸毒的流行病学研究：区域报告》，2012年
罗马尼亚	氯胺酮	2010年		0.10	0.10	0.10							年度报告调查表

国家	物质	调查年份	人群年龄	终生流行率			上年度流行率			上个月流行率			资料来源
				所有	男性	女性	所有	男性	女性	所有	男性	女性	
斯洛伐克	甲氧麻黄酮	2010年	15-64岁	0.00	0.10	0.00							年度报告调查表
	甲氧麻黄酮	2010年	15-19岁	1.70									提交欧洲毒品和毒瘾监测中心的《2011年国家报告》
	合成大麻素 (香料)	2010年	15-64岁	0.30	0.50	0.10	0.10	0.20		0.10	0.20	0.00	年度报告调查表
	合成大麻素 (香料)	2010年	15-19岁	4.10									提交欧洲毒品和毒瘾监测中心的《2011年国家报告》
西班牙	氯胺酮	2010年	14-18岁	1.10	1.40	0.80	0.80	1.00	0.50	0.40	0.50	0.30	年度报告调查表
	合成大麻素 (香料)	2010年	14-18岁	1.10	1.60	0.70	0.80	1.00	0.50	0.50	0.60	0.30	全国中学吸毒状况调查：2010年调查
	哌嗪	2010年	14-18岁	0.40	0.60	0.20	0.30	0.40	0.20	0.20	0.30	0.10	全国中学吸毒状况调查：2010年调查
	甲氧麻黄酮	2010年	14-18岁	0.40	0.60	0.20	0.30	0.50	0.20	0.20	0.30	0.10	全国中学吸毒状况调查：2010年调查
	氯胺酮	2011年	15-64岁	1.00	1.50	0.50	0.20	0.30	0.10	0.00	0.10	0.00	年度报告调查表
	氯胺酮	2011年	15-24岁	1.40	1.80	1.00	0.50	0.70	0.30	0.20	0.20	0.10	西班牙酒精和毒品问题调查：2011年调查
	合成大麻素 (香料)	2011年	15-64岁	0.80	1.20	0.30	0.10	0.30	0.00	0.10	0.10	0.00	西班牙酒精和毒品问题调查：2011年调查
	合成大麻素 (香料)	2011年	15-24岁	1.00	1.40	0.60	0.40	0.60	0.20	0.20	0.30	0.10	西班牙酒精和毒品问题调查：2011年调查
	哌嗪	2011年	15-64岁	0.10	0.20	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	西班牙酒精和毒品问题调查：2011年调查
	哌嗪	2011年	15-24岁	0.10	0.20	0.00	0.10	0.10	0.00	0.00	0.10	0.00	西班牙酒精和毒品问题调查：2011年调查
	甲氧麻黄酮	2011年	15-64岁	0.10	0.20	0.00	0.00	0.10	0.00	0.00	0.00	0.00	西班牙酒精和毒品问题调查：2011年调查
	甲氧麻黄酮	2011年	15-24岁	0.30	0.40	0.20	0.20	0.20	0.10	0.00	0.10	0.00	西班牙酒精和毒品问题调查：2011年调查
	迷幻鼠尾草	2011年	15-64岁	0.90	1.30	0.40	0.20	0.30	0.10	0.10	0.20	0.10	西班牙酒精和毒品问题调查：2011年调查
	氯胺酮	2012年	14-18岁	1.10	1.50	0.70	0.70	0.90	0.40	0.40	0.60	0.20	全国中学吸毒状况调查：2012年调查
	合成大麻素 (香料)	2012年	14-18岁	1.40	1.90	1.00	1.00	1.30	0.70	0.60	0.90	0.30	全国中学吸毒状况调查：2012年调查
	哌嗪	2012年	14-18岁	0.40	0.60	0.30	0.30	0.54	0.20	0.20	0.40	0.10	全国中学吸毒状况调查：2012年调查
瑞典	甲氧麻黄酮	2012年	14-18岁	0.50	0.70	0.20	0.30	0.50	0.10	0.20	0.40	0.10	全国中学吸毒状况调查：2012年调查
	迷幻鼠尾草	2012年	14-18岁	0.80	1.20	0.40	0.50	0.90	0.20	0.30	0.50	0.10	全国中学吸毒状况调查：2012年调查
	合成大麻素	2012年	15-16岁		2.40	2.00							年度报告调查表

国家	物质	调查年份	人群年龄	终生流行率			上年度流行率			上个月流行率			资料来源
				所有	男性	女性	所有	男性	女性	所有	男性	女性	
	(香料)												
泰国	氯胺酮	2007年	12-65岁	0.70									年度报告调查表
乌克兰	氯胺酮	2011年	15-17岁	0.80	1.50	0.20							年度报告调查表
联合王国	氯胺酮	2006/07年	16-59岁	1.30			0.30			0.10			年度报告调查表
	氯胺酮	2006/07年	11-15岁	0.60		0.60	0.50		0.50				年度报告调查表
	氯胺酮	2007/08年	11-15岁	0.50		0.50	0.60		0.60				年度报告调查表
	氯胺酮	2008/09年	11-15岁	0.90		0.80	0.70		0.70				年度报告调查表
联合王国	氯胺酮	2008/09年	仅15岁				1.60		1.60				年度报告调查表
	氯胺酮	2008/09年	16-59岁	1.80		0.70	0.60		0.25	0.20			提交欧洲毒品和毒瘾监测中心的《国家报告》
	氯胺酮	2009/10年	15-64岁	4.00	0.00	0.00	0.50	0.80	0.20	0.20	0.00	0.00	年度报告调查表
联合王国 (英格兰和 威尔士)	氯胺酮	2006/07年	16-24岁	2.30			0.80			0.30			联合王国，内政部，《吸毒状况：2010-2011年英国犯罪调查结果——英格兰和威尔士》，（伦敦，2011年7月）
	氯胺酮	2007/08年	16-59岁	1.40			0.40			0.20			《2010-2011年英国犯罪调查结果》
	氯胺酮	2007/08年	16-24岁	2.20			0.90			0.30			《2010-2011年英国犯罪调查结果》
	氯胺酮	2008/09年	16-24岁	3.60			1.90			0.80			《2010-2011年英国犯罪调查结果》
	氯胺酮	2009/10年	16-59岁	2.00			0.50			0.20			《2010-2011年英国犯罪调查结果》
	氯胺酮	2009/10年	16-24岁	4.00			1.70			0.90			《2010-2011年英国犯罪调查结果》
	氯胺酮	2010/11年	16-59岁	2.20			0.60	0.80	0.40	0.30			《2010-2011年英国犯罪调查结果》
	氯胺酮	2010/11年	16-24岁	4.40			2.10			0.90			《2010-2011年英国犯罪调查结果》
	氯胺酮	2011/12年	16-59岁	2.50			0.60						联合王国，内政部，《吸毒状况：2011-2012年英国犯罪调查结果——英格兰和威尔士》，第二版（伦敦，2012年7月）
	氯胺酮	2011/12年	16-24岁	4.00			1.80						2011-2012年英国犯罪调查结果
	氯胺酮	2012/13年	16-59岁	2.30			0.40						联合王国，内政部，《吸毒状况：2012-2013年犯罪调查结果——英格兰和威尔士》，（伦敦，2013年7月）
	氯胺酮	2012/13年	16-24岁	3.30			0.80						《2012-2013年英国犯罪调查结果》
	合成大麻素 (香料)	2010/11年	16-59岁				0.20						《2010-2011年英国犯罪调查结果》
	合成大麻素	2010/11年	16-24岁				0.40						《2010-2011年英国犯罪调查结果》

国家	物质	调查年份	人群年龄	终生流行率			上年度流行率			上个月流行率			资料来源
				所有	男性	女性	所有	男性	女性	所有	男性	女性	
	(香料)												
	N-苄基哌嗪	2010/11年	16-59岁				0.10						《2010-2011年英国犯罪调查结果》
	N-苄基哌嗪	2010/11年	16-24岁				0.20						《2010-2011年英国犯罪调查结果》
	卡塔叶	2010/11年	16-59岁				0.20						《2010-2011年英国犯罪调查结果》
	卡塔叶	2010/11年	16-24岁				0.30	2.00	0.80				《2010-2011年英国犯罪调查结果》
	卡塔叶	2011/12年	16-59岁				0.20						《2011-2012年英国犯罪调查结果》
	甲氧麻黄酮	2010/11年	16-59岁				1.40	2.00	0.80				《2010-2011年英国犯罪调查结果》
	甲氧麻黄酮	2010/11年	16-24岁				4.40						《2010-2011年英国犯罪调查结果》
	甲氧麻黄酮	2011/12年	16-59岁				1.10	1.50	0.70				《2011-2012年英国犯罪调查结果》
	甲氧麻黄酮	2011/12年	16-24岁				3.30						《2011-2012年英国犯罪调查结果》
联合王国 (英格兰和 威尔士)	甲氧麻黄酮	2012/13年	16-59岁				0.50						《2012-2013年英国犯罪调查结果》
	甲氧麻黄酮	2012/13年	16-24岁				1.60						《2012-2013年英国犯罪调查结果》
	N-苄基哌嗪	2011/12年	16-59岁				0.10						《2011-2012年英国犯罪调查结果》
	合成大麻素 (香料)	2011/12年	16-59岁				0.10						《2011-2012年英国犯罪调查结果》
	迷幻鼠尾草	2012/13年	16-59岁				0.30						《2012-2013年英国犯罪调查结果》
	迷幻鼠尾草	2012/13年	16-24岁				1.10						《2012-2013年英国犯罪调查结果》
美国	氯胺酮	2002年	19-28岁				1.20						美国国家药物滥用研究所,《监测未来:2011年青少年吸毒情况调查》
	氯胺酮	2003年	19-28岁				0.90						《监测未来:2011年调查》
	氯胺酮	2004年	19-28岁				0.60						《监测未来:2011年调查》
	氯胺酮	2005年	19-28岁				0.50						《监测未来:2011年调查》
	氯胺酮	2006年	19-28岁				0.50						《监测未来:2011年调查》
	氯胺酮	2007年	19-28岁				0.30						《监测未来:2011年调查》
	氯胺酮	2008年	19-28岁				0.40						《监测未来:2011年调查》
	氯胺酮	2009年	19-28岁				0.50						《监测未来:2011年调查》
	氯胺酮	2010年	19-28岁				0.80						《监测未来:2011年调查》
	氯胺酮	2011年	19-28岁				0.50						《监测未来:2011年调查》
	迷幻鼠尾草	2011年	19-30岁				2.30	3.50	1.50				《监测未来:2011年调查》
	迷幻鼠尾草	2013年	十二年级				3.40						《监测未来:2013年调查》
	迷幻鼠尾草	2012年	十二年级				4.40						《监测未来:2013年调查》

国家	物质	调查年份	人群年龄	终生流行率			上年度流行率			上个月流行率			资料来源
				所有	男性	女性	所有	男性	女性	所有	男性	女性	
	迷幻鼠尾草	2011年	十二年级				5.90						《监测未来：2011年调查》
	迷幻鼠尾草	2010年	十二年级				5.50						《监测未来：2011年调查》
	迷幻鼠尾草	2009年	十二年级				5.70						《监测未来：2011年调查》
	氯胺酮	2000年	十二年级				2.50						《监测未来：2011年调查》
	氯胺酮	2001年	十二年级				2.50						《监测未来：2011年调查》
美国	氯胺酮	2002年	十二年级				2.60						《监测未来：2011年调查》
	氯胺酮	2003年	十二年级				2.10						《监测未来：2011年调查》
	氯胺酮	2004年	十二年级				1.90						《监测未来：2011年调查》
	氯胺酮	2005年	十二年级				1.60						《监测未来：2011年调查》
	氯胺酮	2006年	十二年级				1.40						《监测未来：2011年调查》
	氯胺酮	2007年	十二年级				1.30						《监测未来：2011年调查》
	氯胺酮	2008年	十二年级				1.50						《监测未来：2011年调查》
	氯胺酮	2009年	十二年级				1.70						《监测未来：2011年调查》
	氯胺酮	2010年	十二年级				1.60						《监测未来：2011年调查》
	氯胺酮	2011年	十二年级				1.70						《监测未来：2011年调查》
	氯胺酮	2012年	十二年级				1.50						《监测未来：2013年调查》
	氯胺酮	2013年	十二年级				1.40						《监测未来：2013年调查》
	合成大麻素 (香料)	2011年	19-30岁				6.50	9.60	4.50				《监测未来：2011年调查》
	合成大麻素 (香料)	2011年	十二年级				11.40						《监测未来：2011年调查》
	合成大麻素 (香料)	2012年	十二年级				11.30						《监测未来：2013年调查》
	合成大麻素 (香料)	2013年	十二年级				7.90						《监测未来：2013年调查》
乌拉圭	氯胺酮	2006年	15-64岁	0.30	0.40	0.20							年度报告调查表
乌拉圭	氯胺酮	2011年	15-65岁	0.60	0.80	0.50							年度报告调查表
也门	卡塔叶	2006年	12岁及以上				52.30	72.00	32.60				世界银行，“也门：减少卡塔叶需求”（华盛顿哥伦比亚特区，2007年6月）

附件二

区域分组

本报告采用了大量的区域和分区域名称。这些名称并非官方名称，具体界定如下：

东非：布隆迪、科摩罗、吉布提、厄立特里亚、埃塞俄比亚、肯尼亚、马达加斯加、毛里求斯、卢旺达、塞舌尔、索马里、乌干达和坦桑尼亚联合共和国。

北非：阿尔及利亚、埃及、利比亚、摩洛哥、南苏丹、苏丹和突尼斯。

南部非洲：安哥拉、博茨瓦纳、莱索托、马拉维、莫桑比克、纳米比亚、南非、斯威士兰、赞比亚和津巴布韦。

西非和中非：贝宁、布基纳法索、喀麦隆、佛得角、中非共和国、乍得、刚果、科特迪瓦、刚果民主共和国、赤道几内亚、加蓬、冈比亚、加纳、几内亚、几内亚比绍、利比里亚、马里、毛里塔尼亚、尼日尔、尼日利亚、圣多美和普林西比、塞内加尔、塞拉利昂和多哥。

加勒比：安提瓜和巴布达、巴哈马、巴巴多斯、百慕大、古巴、多米尼克、多米尼加共和国、格林纳达、海地、牙买加、圣基茨和尼维斯、圣卢西亚、圣文森特和格林纳丁斯、特立尼达和多巴哥。

中美洲：伯利兹、哥斯达黎加、萨尔瓦多、危地马拉、洪都拉斯、尼加拉瓜和巴拿马。

北美洲：加拿大、墨西哥和美利坚合众国；

南美洲：阿根廷、多民族玻利维亚国、巴西、智利、哥伦比亚、厄瓜多尔、圭亚那、巴拉圭、秘鲁、苏里南、乌拉圭和委内瑞拉玻利瓦尔共和国。

中亚和外高加索：亚美尼亚、阿塞拜疆、格鲁吉亚、哈萨克斯坦、吉尔吉斯斯坦、塔吉克斯坦、土库曼斯坦和乌兹别克斯坦。

东亚和东南亚：文莱达鲁萨兰国、柬埔寨、中国、朝鲜民主主义人民共和国、印度尼西亚、日本、老挝人民民主共和国、马来西亚、蒙古、缅甸、菲律宾、大韩民国、新加坡、泰国、东帝汶和越南。

西南亚：阿富汗、伊朗伊斯兰共和国及巴基斯坦。

近东和中东：巴林、伊拉克、以色列、约旦、科威特、黎巴嫩、阿曼、卡塔尔、沙特阿拉伯、阿拉伯叙利亚共和国、阿拉伯联合酋长国和也门。

南亚：孟加拉国、不丹、印度、马尔代夫、尼泊尔和斯里兰卡。

东欧：白俄罗斯、摩尔多瓦共和国、俄罗斯联邦和乌克兰。

东南欧：阿尔巴尼亚、波斯尼亚和黑塞哥维那、保加利亚、克罗地亚、黑山、罗马尼亚、塞尔维亚、前南斯拉夫的马其顿共和国及土耳其；

西欧和中欧：安道尔、奥地利、比利时、塞浦路斯、捷克共和国、丹麦、爱沙尼亚、芬兰、法国、德国、希腊、匈牙利、冰岛、爱尔兰、意大利、拉脱维亚、列支敦士登、立陶宛、卢森堡、马耳他、摩纳哥、荷兰、挪威、波兰、葡萄牙、圣马力诺、斯洛伐克、斯洛文尼亚、西班牙、瑞典、瑞士和大不列颠及北爱尔兰联合王国；

大洋洲：澳大利亚、斐济、基里巴斯、马绍尔群岛、密克罗尼西亚联邦、瑙鲁、新西兰、帕劳、巴布亚新几内亚、萨摩亚、所罗门群岛、汤加、图瓦卢、瓦努阿图和小岛屿领土。

苯丙胺类兴奋剂——由1971年《精神药物公约》列入国际管制的合成兴奋剂组成的一类物质，属于所谓的苯丙胺类物质，包括苯丙胺、甲基苯丙胺、甲卡西酮和“摇头丸”类物质（3,4-亚甲二氧基甲基苯丙胺及其类似物）

苯丙胺——一组苯丙胺类兴奋剂，包括苯丙胺和甲基苯丙胺

年度流行率——特定年龄段人群在上年度至少使用过一种特定毒品的总人数除以该特定年龄组的总人数的百分比

古柯糊（或可卡碱）——古柯树叶的提取物。对古柯糊提纯，可获得可卡因（碱和盐酸）

快克可卡因——通过转化过程从盐酸可卡因获得并使之适合于吸食的可卡因碱

新型精神活性物质——纯药物或制剂形式的滥用物质，不受1961年《麻醉品单一公约》或《1971年公约》管制，但可能对公众健康构成威胁。此处，“新型”不一定指新的发明，而是指新近可以获得的物质。

阿片剂——类阿片的一个子类，由罂粟植物的各种衍生物组成，包括鸦片、吗啡和海洛因

类阿片——对罂粟生物碱、其合成类似物（只要为处方类阿片）以及在体内合成的各种化合物的通称

罂粟秆——罂粟收割后的所有部分（罂粟籽除外）

问题吸毒者——高度危险的毒品消费者，如注射吸毒者、日常吸毒者和（或）按照世界卫生组织《国际疾病分类》（第十次修订）和美国精神病学会《精神障碍诊断和统计手册》（第四版）所载临床标准或可能适用的任何类似标准或定义被诊断为吸毒致病者或吸毒成瘾者